

## 症例報告

成人肺門リンパ節結核の治療中，リンパ節の  
気管支内穿孔が疑われた1例鈴木 公典 ・ 林 文 ・ 山 岸 文 雄  
佐々木 結 花 ・ 安 田 順 一 ・ 庵 原 昭 一国立療養所千葉東病院呼吸器科  
受付 平成3年1月10日A SUSPECTED CASE OF PERFORATION OF A LYMPH NODE INTO  
THE BRONCHUS DURING THE TREATMENT OF ADULT  
HILAR LYMPH NODE TUBERCULOSISKiminori SUZUKI\*, Aya HAYASHI, Fumio YAMAGISHI,  
Yuka SASAKI, Jun-ichi YASUDA and Shouichi IHARA

(Received for publication January 10, 1991)

A 27-year old patient was diagnosed as having post-primary hilar lymph node tuberculosis. First being admitted to the hospital with a high fever, a chest x-ray examination revealed a swelling of the left hilar lymph nodes and a sputum smear tested positive for acid-fast bacilli. Neither regular clinical examination or investigation had reported abnormality.

The acid-fast bacilli was successfully treated through treatment using INH RFP SM. However, after two months, swelling was observed in the right para-tracheal lymph nodes. Further, a bronchoscopic examination revealed polyp-like tumors at the left upper and lower bifurcation. The swelling of the para-tracheal lymph nodes was considerably reduced and the tumors non-existent after five months. These lymph node reactions could have likely been a part of the so called early exacerbation.

The polyp-like tumors were not found during the bronchoscopy performed during admission to the hospital. It is therefore suspected that the cause was perforation of the hilar lymph node into the bronchus.

**Key words :** Primary infection, Hilar lymph node tuberculosis, Intra-bronchial perforation, Early exacerbation

**キーワード :** 初感染, 肺門リンパ節結核, 気管支内穿孔, 初期悪化

\* From the Division of Thoracic Disease, the National Chiba-Higashi Hospital, Chiba 280 Japan.

## はじめに

肺門リンパ節結核は稀になったとはいえ、時折認められる疾患である。今回われわれは、成人肺門リンパ節結核の治療中、リンパ節の気管支内穿孔と縦隔リンパ節の腫大とを疑われた1例を経験したので報告する。

## 症 例

症例：27歳，男性，公務員。

主訴：発熱，全身倦怠感。

既往歴：特記事項なし。検診で胸部エックス線写真上異常を指摘されたこともない。

ツベルクリン反応は12歳時にBCG陽転した。

家族歴：特記事項なし。

現病歴：昭和63年4月上旬より39°C前後の発熱があり、近医にて解熱剤、抗生剤投与されるも軽快せず、4月28日当院受診し、5月6日入院した。

入院時現症：意識清明，身長163cm，体重51.5kg，体温38.3°C，血圧90/62mmHg，脈拍112/分・整。頸部リンパ節触知せず，胸部聴診上ラ音・心雑音は聴取されなかった。肝・脾腫大なく，下肢に浮腫は認めなかった。

臨床経過：初診時の胸部エックス線写真（図1）では左肺門部のリンパ節腫脹が認められた。

肺門リンパ節腫脹をきたす疾患の鑑別診断を目的とし

て、入院時諸検査を実施した（表）。赤沈値17mm/h，CRP 2.65mg/dl，ツベルクリン反応は $\frac{15 \times 14}{17 \times 16}$ （80×46）と強陽性であった。

また喀痰抗酸菌検査を頻回に行った結果、1度だけ蛍光ガフキー1号が検出された。

気管支鏡検査を5月13日に施行し、左上・下幹分岐部の発赤，腫脹を認めた。以上の諸検査，臨床経過から本症例は肺門リンパ節結核と診断し、5月14日よりINH・RFP・SMにて治療を開始したところ、急速に解熱し、治療開始3日目には37.0°Cとなった。

経過は順調であったが、7月上旬より乾性咳嗽と37°C台の微熱が出現したため、7月29日に2回目の気管支鏡検査を行った。左上幹と下幹の分岐部に、上幹側と下幹側にそれぞれポリープ様腫瘍を認め、その最上部は白色で壊死組織のように見え（図2），肺門リンパ節の気管支内穿孔が疑われた。

2回目の気管支鏡検査とはほぼ同時期の胸部エックス線写真では、初診時に比して右縦隔影の拡大がみられ右傍気管リンパ節の腫脹が疑われた。

その後10月28日、3回目の気管支鏡検査を行い、左上幹と下幹の分岐部には前回観察されたポリープ様腫瘍は消失し、青灰色の癍痕性陥凹がみられた（図3）。

3回目の気管支鏡検査とはほぼ同時期の胸部エックス線写真では、8月に比して右縦隔影の縮小がみられ、右傍気管リンパ節の腫脹が改善していると考えられた。

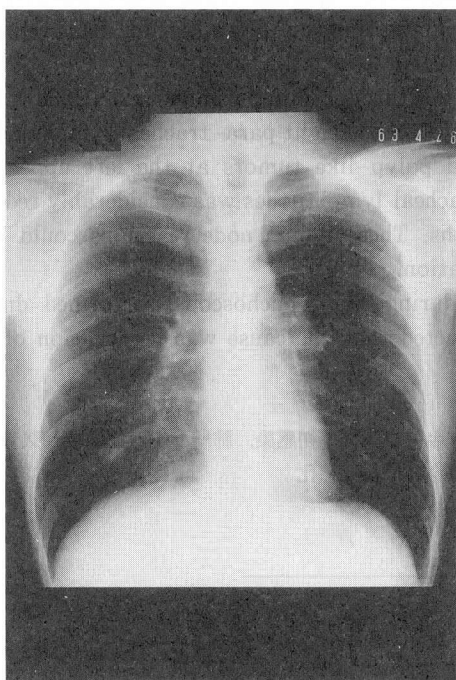


図1 初診時胸部エックス線写真（左）単純，右）断層  
左肺門リンパ節腫脹を認める。

表 入院時検査成績

|                     |                                       |                   |   |
|---------------------|---------------------------------------|-------------------|---|
| Hematological exam. |                                       | Na                | 142 mEq/l                                   |
| RBC                 | 515×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>  | K                 | 4.8 mEq/l                                   |
| Hb                  | 14.9 g/dl                             | Cl                | 103 mEq/l                                   |
| Ht                  | 45.9 %                                | Serological exam. |   |
| WBC                 | 4500 /mm <sup>3</sup>                 | CRP               | 2.65 mg/dl                                  |
| B                   | 1 %                                   | RA                | (-)   |
| E                   | 1 %                                   | ASO               | < 160                                       |
| St                  | 9 %                                   | IgG               | 1530 mg/dl                                  |
| Sg                  | 51 %                                  | IgA               | 228 mg/dl                                   |
| L                   | 35 %                                  | IgM               | 170 mg/dl                                   |
| M                   | 3 %                                   | C <sub>3c</sub>   | 126 mg/dl                                   |
| Plat                | 21.0×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> | C <sub>4</sub>    | 33.3 mg/dl                                  |
| ESR                 | 17 mm/hr                              | ANF               | (-)   |
| Biochemical exam.   |                                       | CEA               | 1.1 ng/ml                                   |
| T.P.                | 7.0 g/dl                              | ACE               | 10.7 IU/l                                   |
| Alb.                | 4.0 g/dl                              | Skin Test         |   |
| GOT                 | 36 IU/l                               | PPD               | $\frac{15 \times 14}{17 \times 16}$ (80×46) |
| GPT                 | 50 IU/l                               | Sputum            |   |
| LDH                 | 372 IU/l                              | smear             | Gaffky 1                                    |
| AIP                 | 205 IU/l                              | cytology          | class II a                                  |
| LAP                 | 236 GR-U                              | Urinalysis        |   |
| γ-GTP               | 140 mU/ml                             | protein           | (-)   |
| Glucose             | 99 mg/dl                              | glucose           | (-)   |
| BUN                 | 7.2 mg/dl                             |                   |   |
| UA                  | 2.4 mg/dl                             |                   |   |
| Cr                  | 0.8 mg/dl                             |                   |   |

その後経過は順調で平成元年5月には化学療法は終了した。以上の臨床経過を図4にまとめた。

なお、入院時の喀痰抗酸菌培養は陽性で、同定検査で

は *M. tuberculosis* であった。

また感染源は不明である。

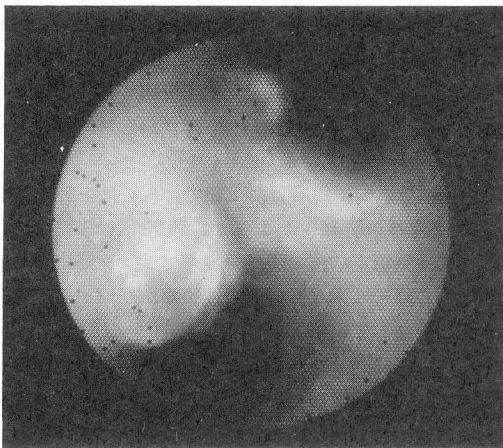


図2 7月29日の気管支鏡検査

左上幹と下幹の分岐部において、上幹側と下幹側にそれぞれポリープ様腫瘍を認める。

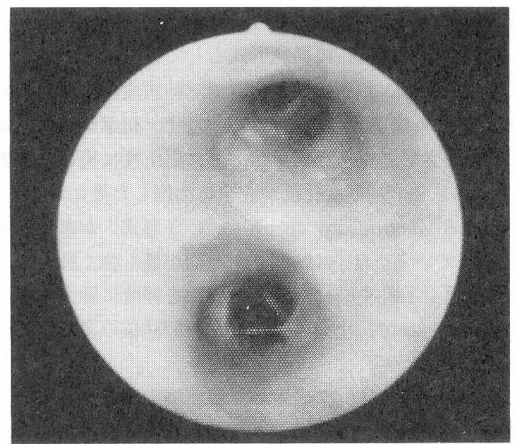


図3 10月28日の気管支鏡検査

前回観察されたポリープ様腫瘍は消失している。

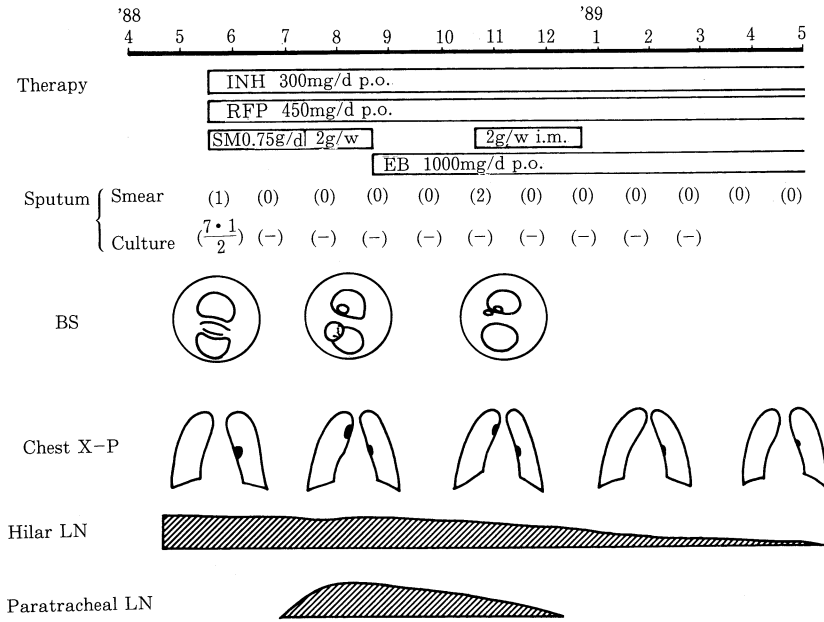


図4 臨床経過

考案

肺門リンパ節結核は、従来初感染結核の代表的な病型として理解され、これまでは幼少期から思春期にかけてみられることが多いとされてきた<sup>12)</sup>。しかし、近年結核の予防、治療、管理が進歩し、結核の発病率や死亡率の低下が特に若年者において顕著で、またBCG接種の普及により本症の頻度は著しく減少している。一方若年者の既感染率が低下したため、初感染の年齢が高齢化する傾向にあり、最近では成人に発症した肺門リンパ節結核の症例が報告されている<sup>3)</sup>。

肺門リンパ節結核の発病形式としては、

(1) 初感染による初期変化群で、肺病変が小さくて胸部エックス線上現れてこないもの。(2) 初感染時に形成された小さいリンパ節病巣が、後に局所性に再燃し腫大したもの。(3) 初期変化群が完全に治癒した後におこる、いわゆる secondary complex の3形式<sup>3)</sup>があると考えられている。(1)は肺門リンパ節が最も強く腫大し、傍気管リンパ節や時に対側リンパ節を軽度にも腫大するというパターンで、小児の肺門リンパ節結核の多くがこの形式である<sup>4)</sup>。

今回の報告例は27歳という既感染率が低下している年齢、従来検診で胸部エックス線写真上異常を指摘されていないことから、感染源は不明であるが(1)と考えられた。すなわち本症例は27歳の肺門リンパ節結核例で、初感染の可能性が高いと考えられる。

また、RFPを含む強化療法を行った場合、排菌は順調に陰性化しているにもかかわらず、治療開始3カ月頃までに胸部エックス線像の悪化、胸水の貯留、リンパ節の腫大などを認めることがあり、初期悪化といわれる<sup>5)</sup>。

本症例は強化療法開始後2カ月に新たに右傍気管リンパ節の腫大、気管支内への肺門リンパ節穿孔と思われるポリープ様腫瘍を認めた。しかし5カ月後には右傍気管リンパ節もかなり縮小し、気管支鏡でもポリープ様腫瘍も消失し、その後は順調な経過をたどっており、これら一連の経過はいわゆる初期悪化と考えられる。

気管支結核は成因により気管・気管支結核とリンパ節性気管支結核に大別される<sup>6)</sup>。リンパ節性気管支結核は、傍気管支リンパ節結核が気管支壁を侵襲することにより発生するもので、本邦では1950年代から報告がなされてきた<sup>7)</sup>。

気管支結核の内視鏡所見については古くは小野分類<sup>8)</sup>、最近では荒井の分類<sup>9)</sup>があるが、牧野<sup>10)</sup>は小野分類にリンパ節性気管支結核の所見を加えてリンパ節による気管分岐部の隆起拡大、リンパ節性狭窄、リンパ節気管支内穿孔と分類している。

本症例は左肺門リンパ節病変と上幹・下幹分岐部の気管支病変部位が相接していること、このポリープ様腫瘍に生検は施行していないが、最上部は白色で壊死組織のように見え、また同部位は経過中青灰色の癍痕性陥凹が認められたことから、リンパ節性気管支結核のなかでもリンパ節の気管支内穿孔が疑われた。

## 結 語

初感染に引き続いて起こったと思われる27歳の肺門リンパ節結核の1例を経験した。経過中リンパ節の気管支内穿孔が疑われ、その改善していく過程を気管支鏡にて経時的に観察でき、いわゆる初期悪化と考えられた。

本論文の要旨は第115回日本結核病学会関東支部学会にて発表した。

## 文 献

- 1) 栗山重信監修：小児科学，第2版，1043，南山堂，1960.
- 2) 藤田真之助，岩崎龍郎，北本 治他編集：肺結核の特殊な諸問題，日本結核全書，9：79～144，金原出版，克誠堂出版，1959.
- 3) 鈴木 光，岩井和郎：青壮年にみられた肺門リンパ節結核の6例，結核，50：63～67，1975.
- 4) Iwasaki, T. : Secondary Complex of Tuberculosis Observed among the Japanese People, Acta Path Jap, 1 : 79, 1951.
- 5) 浦上栄一，三井三澄，長沢誠司他：肺結核強化化学療法中にみられる興味ある所見について，日胸，37：882～893，1978.
- 6) 栗田口省吾：気管支結核，結核，50：509～510，1975.
- 7) 神津克己，吉田則武，石原 尚：肺結核症における肺門リンパ腺穿孔について，日結，22：202～209，1954.
- 8) 小野 讓：気管結核の内視鏡的診断と鑑別，日気食会報，2：7～10，1951.
- 9) 荒井他嘉司：結核性気管支病変の内視鏡所見，司会のまとめ，気管支学，10：553～554，1989.
- 10) 牧野 進：気管支内淋巴腺結核の気道内穿孔，結臨，2：173，1954.