

症例報告

胃粘膜下腫瘍が疑われ、開腹術後に結核性腹膜炎の
局所再燃と考えられた1例杉戸 一 寿・鈴木 公典・山岸 文雄
宮澤 裕・佐々木 結花・庵原 昭一

国立療養所千葉東病院呼吸器科

河端 美則

結核予防会結核研究所病理

受付 平成5年6月18日

A CASE OF LOCAL REACTIVATION OF TUBERCULOUS PERITONITIS
WITH SUSPECTED GASTRIC SUBMUCOSAL TUMORS
AFTER LAPAROTOMYKazutoshi SUGITO^{*}, Kiminori SUZUKI, Fumio YAMAGISHI,
Hiroshi MIYAZAWA, Yuka SASAKI, Shouichi IHARA
and Yoshinori KAWABATA

(Received for publication June 18, 1993)

After complaining of right hypochondrial pain, a 36-year old man was diagnosed as having a gastric submucosal tumor at a nearby hospital and admitted to Chiba Cancer Center Hospital. On admission, a hard and immobile mass was palpable on the right upper quadrant. Laboratory findings were within normal limits.

A chest X-ray revealed bilateral pleural adhesions and streaking shadows in the bilateral lung area. These findings were assumed to be due to a prior tuberculous infection. Upper gastro-intestinal series and endoscopic examination showed a protruding lesion on the stomach body. An abdominal CT showed another lesion adjacent to the stomach antrum. A resection was carried out under the presumptive diagnosis of multiple gastric submucosal tumors.

Exploration of the abdomen revealed widespread fibrous adhesion suspected to be due to prior old tuberculous peritonitis. Two tumors were located here.

One was adjacent to the stomach body, and the other was adjacent to the liver and abdominal wall. Pathologically, both were caseated necrotizing granulomas composed of mature epithelioid cells and Langhans giant cells.

A close examination revealed that one originated from the serosa of the stomach and the other from the peritoneum. Both were believed to be relatively new lesions. Pus obtained

* From the Division of Thoracic Disease, National Chiba-Higashi Hospital, 673, Nitona-cho, Chuo-ku, Chiba-city, Chiba 260 Japan.

from the tumors tested positive for acid-fast bacilli. A post-operative tuberculin skin test was given and checked highly positive. From these findings, this case was diagnosed as local reactivation of old tuberculous peritonitis. After antituberculous chemotherapy at our hospital, the patient was discharged and sent home without any symptoms.

The reason for the local reactivation was unknown.

Key words : Submucosal tumor of stomach,
Local reactivation, Tuberculous peritonitis

キーワード : 胃粘膜下腫瘍, 局所再燃, 結核性腹膜炎

はじめに

結核予防法による各種予防対策の推進, 医療水準の向上, および生活環境条件の改善などにより, わが国の結核蔓延状況は相当改善された。しかし, 平成3年の新登録結核患者数は50,612名であり, そのうち活動性肺外結核患者数は, 3,771名(7.5%)と決して少なくない¹⁾。肺外結核の診断は, 肺に活動性病変を伴えばまだしも, 肺外症状を主訴とした場合には困難であると考えられる。今回われわれは, 胃粘膜下腫瘍が疑われ, 開腹術後に結核性腹膜炎の局所再燃と考えられた症例を経験したので, 若干の文献的考察を加え報告する。

症 例

症 例 : 36歳, 男性, 農業。

主 訴 : 右季肋部痛。

既往歴 : 21歳, 带状疱疹。

28歳, 尿路結石。

結核症の既往なし。

家族歴 : 特記事項なし。

現病歴 : 平成3年9月下旬, 臍周囲に疼痛を自覚することがあった。10月上旬, 右季肋部に鈍痛を自覚し, 同部位に腫瘤を触れたため近医を受診し, 胃粘膜下腫瘍が疑われ12月12日千葉県がんセンターに入院した。

手術前現症 : 身長170cm, 体重61.8kg, 体温36.4°C, 血圧120/70mmHg, 脈拍84/分・整。表にリンパ節触知せず, 胸部聴診上ラ音, 心雑音は聴取されなかった。肝・脾腫大はなかったが, 右季肋部に小鶏卵大の腫瘤を触知した。性状は硬く, 固定性で軽度の圧痛があった。また, 下肢に浮腫はみられなかった。

臨床経過 : 手術前の胸部エックス線写真(図1)では, 両側の胸膜の癒着と, 上肺野に陳旧性肺結核と考えられる病変を認めた。

手術前検査成績では, 貧血は認められず, 赤沈値は1時間値9mmで, CRPは陰性であった。生化学検査に特に異常はみられず, 腫瘍マーカーも正常範囲内であった。

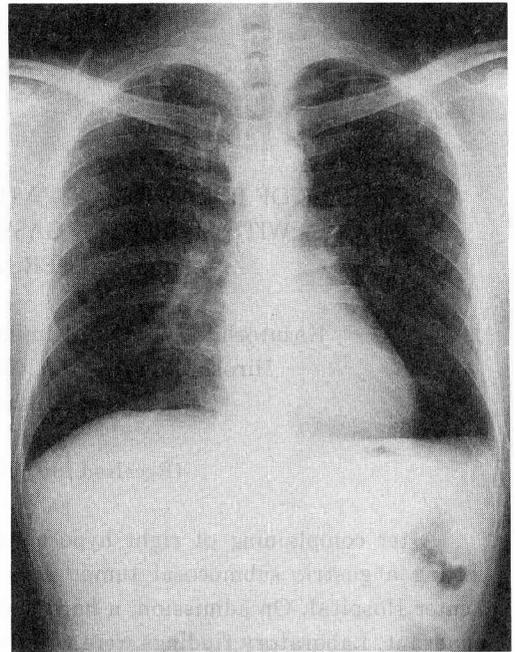


図1 術前の胸部エックス線写真

手術前の胃エックス線写真(図2)では, 胃体部にニッシュを伴う隆起性病変がみられた。胃内視鏡検査(図3)では, 胃体部大彎寄りの前壁側に, 中心部に陥凹を伴う隆起性病変が認められた。粘膜下腫瘍が疑われたが, 生検の結果胃炎と診断され, 悪性所見は認められなかった。

手術前の腹部CT写真(図4)では, 胃前庭部と肝臓に接する約3cm×4cm大の腫瘤がみられ, その境界は比較的明瞭で内部に石灰化を伴っていた。また胃体部の大彎寄りの前壁側に, 内腔に突出し, 石灰化を伴う約1.5cm大の腫瘤がみられた。以上より多発性胃粘膜下腫瘍が疑われた。肝, 脾には結節や石灰化病変は認められなかった。

石灰化を伴う平滑筋肉腫などの悪性疾患を完全に否定できないため, 12月17日全身麻酔下に腫瘍摘出術が施行された。開腹時, 腹膜腔全体に線維性の癒着が認められ

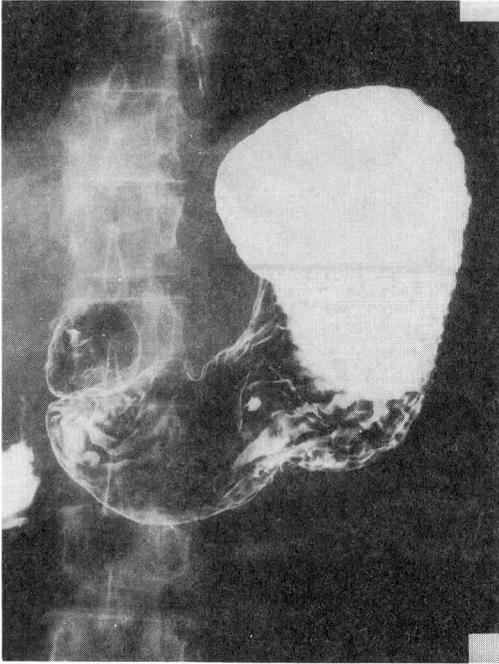


図2 術前の胃エックス線写真

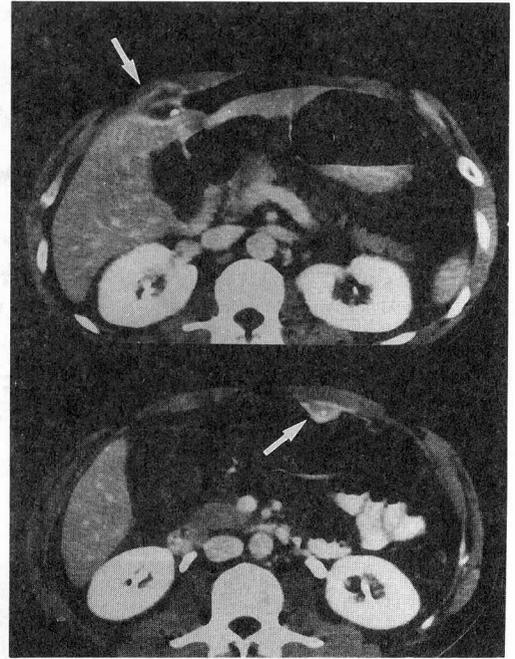


図4 腹部CT写真

矢印(上): 胃前庭部に接する腫瘤
 矢印(下): 胃内腔に突出する腫瘤

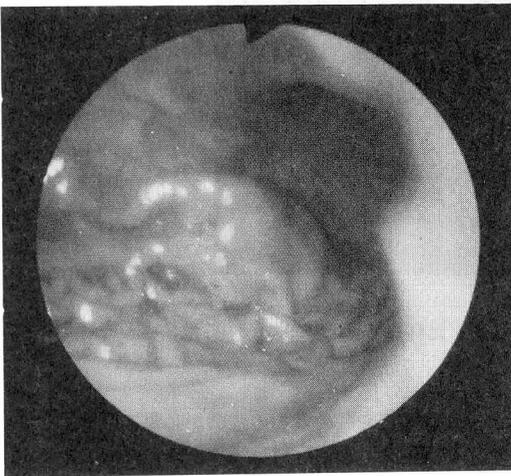


図3 胃内視鏡写真

た。また、胃体部の大網附着部並びに、肝内側区域と腹壁の間に、癒着した腫瘤が認められた。腹水は認められなかった。

図5は、術中迅速で壊死性肉芽腫の診断が得られた、胃体部大網附着部の腫瘤の病理組織である。腫瘤は、線維化内の大小の壊死性肉芽腫と空洞から形成されており、それは左上の胃周囲と考えられる脂肪組織に連続してい

た。右下の強拡大像で示されるように、空洞壁には、やや萎縮した類上皮細胞層が認められた。

図6は、手術により摘出した肝内側区域と腹壁の間に癒着していた腫瘤である。剥離過程で淡黄色の膿汁が漏出し、膿汁の抗酸菌染色は陽性であった。しかし、膿汁の抗酸菌培養は施行されなかった。

図7は摘出した腫瘤の病理組織である。胃壁の病変と同様に線維性の壁を有する空洞性病変がみられた。左下の強拡大像で示されるように、内部に軟化しつつある乾酪壊死病変とそれを取り囲む類上皮細胞層が認められた。しかし、組織の抗酸菌染色は、両病変ともに陰性であった。

なお、術後のツ反は、 $\frac{12 \times 11}{16 \times 16}$ (36×34)で強陽性であった。

以上より、摘出した腫瘤はどちらも、結核性病変と考えられた。

術後の経過は順調で、結核の治療目的に平成4年1月20日当院に転院した。喀痰の塗抹・培養ともに陰性であり、また赤沈値の亢進も認められなかった。治療は、INH, RFP, EBも投与したが、腹部症状も経過中認められず、また腹部の結核性病変は手術で摘出されており、化学療法は6カ月間で終了とした。

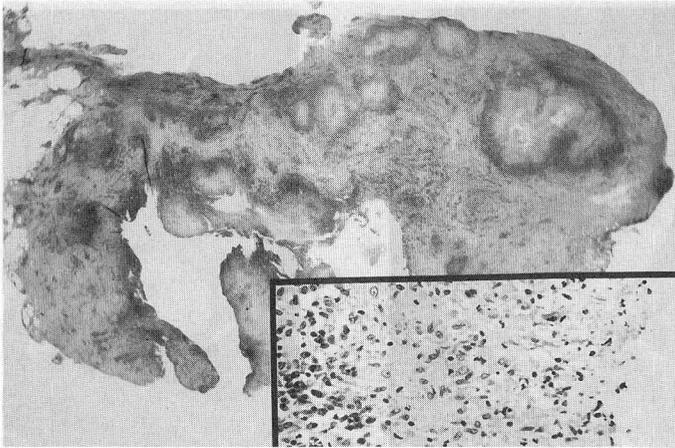


図5 胃体部の腫瘍の病理所見
(対物×1, ×20)

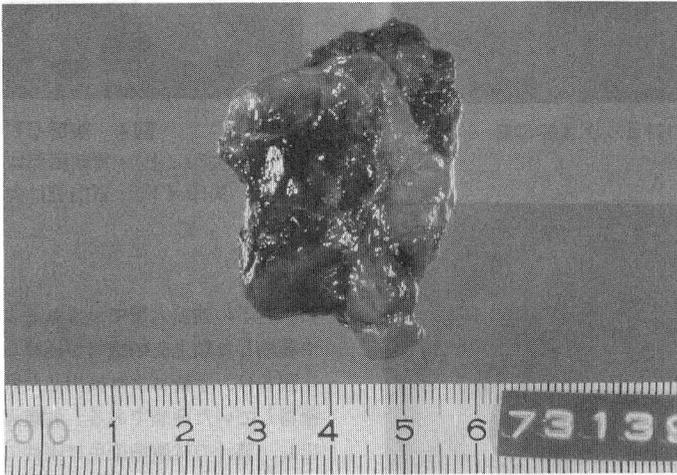


図6 摘出した腫瘍標本
(肝と腹壁の間に癒着した腫瘍)

考 案

抗結核化学療法の発達により、結核性腹膜炎はまれな疾患であると考えられている。小西池ら²⁾は、国立療養所の昭和53～57年までの結核新入院患者42,484例のうち、腸結核・結核性腹膜炎は91例(0.2%)と報告している。このうち、明らかな結核性腹膜炎は18例(0.04%)であった。

性差は女性に多くみられ、罹患年齢層は若年者から高齢者まで広がっている²⁾。

症状は、発熱・腹痛・下痢・腹部膨満感など非特異的なものが主であるが²⁾、ほとんど症状がなく、そのため診断が遅れることもある³⁾⁴⁾。腹水がみられるときに

は、癌性腹膜炎や肝硬変との鑑別が必要である^{2)4)~6)}。

検査所見では、白血球数はほぼ正常範囲内であるが、赤沈は亢進し、CRP陽性であることなどが挙げられるが、いずれも非特異的である。ツ反の陽性率について寺崎ら⁷⁾は68.4%、Karneyら⁸⁾は30%にすぎなかったとしている。報告により陽性率は異なるが、疑陽性・陰性もかなりみられることに注意する必要がある。

確定診断には腹膜生検による組織学的確認や腹水中の結核菌の証明が必要である。昭和53年より5年間に報告された結核性腹膜炎76例の確定診断の方法⁷⁾は、腹腔鏡下腹膜生検46.1%、試験開腹による腹膜生検26.3%、腹水培養5.3%、剖検後診断2.6%の順である。小西池ら²⁾によると結核性腹膜炎18例のうち組織診断10

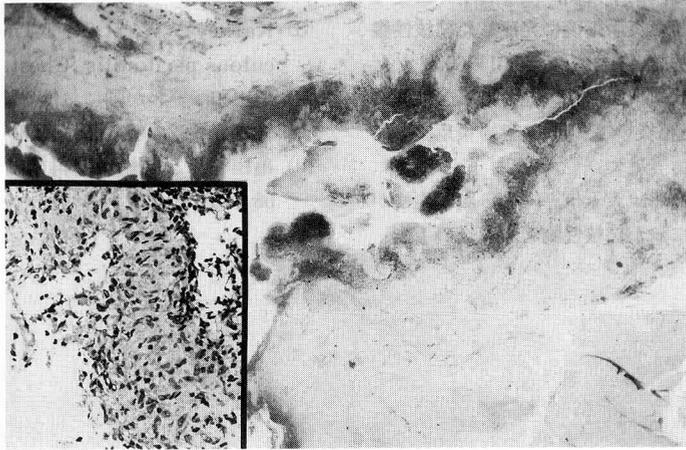


図7 摘出した腫瘍の病理所見
(対物×1, ×20)

例、結核菌証明3例、残りの5例は臨床症状や画像所見などからの診断であった。

本症例は、術前の検査所見より多発性胃粘膜下腫瘍が疑われたが、生検では悪性所見は認められなかった。しかし、平滑筋肉腫などの悪性疾患を否定するために腫瘍摘出術を行わざるを得なかった。われわれが調べた範囲内では、過去の文献と同様な症例は見当たらず、術前に結核を鑑別疾患として挙げることは困難と考えられた。

今回興味深かった点は、腹腔内に結核性病変と考えられる腫瘍が2か所に認められたことである。当初、胃体部の腫瘍は内視鏡所見から、粘膜下腫瘍と診断された。しかし、腹部CT写真を見直してみると、この病変は漿膜側に底を置く病変であり、術後のマッソントリクロム染色、エラスチカ・ワンギーゾン染色も加えた病理学的検討により、漿膜側より発生し、一部筋層に及ぶ腹腔内病変と推定された。同様に、腹部CT写真を見直してみると、右季肋部に触知された腫瘍は、一部腹壁に深く入り込むが、主に腹壁と肝の間に存在する腹腔内病変と推定された。開腹時、結核性腹膜炎の既往を示唆する広範な線維性の癒着が認められた点と、高度の線維化を伴うにもかかわらず、空洞壁や壊死性肉芽腫内に類上皮細胞層がみられる点から、比較的最近に起きた結核性腹膜炎の局所再燃例と考えられた。

どちらも腹腔内病変と考えられたので、本症例の発症機序としては、初感染結核に引き続き、血行性に結核菌が腹膜に散布され、何らかの要因により病巣の軟化融解と、増悪がみられたと推定された。しかし、胃壁と腹壁のある部分だけに増悪がみられた理由は不明である。

肺結核の再発の要因については、一般に飲酒などによる生活の乱れ、糖尿病のコントロールの不良、生活様式の変化などが挙げられている⁹⁾¹⁰⁾。本症例に、糖尿病は

みられず、アルコール過量摂取の傾向も認められなかった。再燃の要因について検討したが、明らかな要因は認められなかった。

本症例の治療は、INH, RFP, EBを6カ月間投与した。INH, RFPを主軸に、約1年間の投与が必要であるとの報告もある²⁾が一定の見解は得られていない。現在、外来にて経過観察中であるが自覚症状は全く認められない。以上、術前胃粘膜下腫瘍が疑われ、開腹術後の検索により結核性腹膜炎の局所再燃と考えられた1例を経験したので、若干の文献の考察を加えて報告した。

結核性腹膜炎は、臨床症状または検査所見が非特異的であり、特に腹腔内に多発結節がみられる場合には診断に苦慮する。当疾患を疑った場合には、病理学的検討を含めて、十分な検索が必要であると考えられた。

最後に、症状の御紹介と、また組織標本の御提供および助言を戴いた、山王病院の谷嶋つね先生、千葉県がんセンターの渡辺一男先生、和田勝則先生に深謝致します。

なお、本論文の要旨は第122回日本結核病学会関東支部会にて発表した。

文 献

- 1) 厚生省保健医療局結核・感染症対策室：「結核の統計」, 財団法人結核予防会, 東京, 1992.
- 2) 小西池穰一, 海野雅澄, 山本 暁: 国立療養所における肺外結核の実態と化学療法, 結核. 1986; 61: 243-252.
- 3) Sherman S: Tuberculous enteritis and peritonitis. Arch Intern Med. 1980; 140: 506.
- 4) 竹島史直, 浜辺定徳, 山佐稔彦, 他: 結核性腹膜炎の2症例と血清CA-125の臨床的意義, 結核. 1989; 64: 25-30.

- 5) 薄田誠一, 袖山 健, 田中栄司, 他: B型肝硬変に合併した有石急性胆嚢炎手術後に発症した結核性腹膜炎の一例, 信州医誌. 1991; 39: 601-605.
- 6) 貝嶋弘恒, 石巻静代, 東海久子, 他: 卵巣悪性腫瘍を疑った結核性腹膜炎の2例, 日産婦東京会誌. 1991; 40: 48-51.
- 7) 寺崎 仁, 大久保修一, 大玉信一, 他: 腹膜生検が最初の診断根拠となった結核性胸・腹膜炎の1例, 結核. 1985; 60: 371-377.
- 8) Karney WW, et al.: The spectrum of tuberculous peritonitis. Chest. 1977; 72: 310-315.
- 9) 亀田和彦: わが国における肺結核短期治療と再発, 結核. 1992; 67: 555-563.
- 10) 亀田和彦: 肺結核の再発について, 結核. 1983; 58: 73-80.