

肝転移と鑑別を要した肝結核の1例

小林賀奈子 矢野 修一 池田 敏和 徳田 佳之
唐下 泰一 石川 成範 竹山 博泰

要旨：症例は79歳の女性。全身倦怠感を主訴に来院した。肝臓内の複数の結節性病変と、左鎖骨上窩・左頸部リンパ節・腹部大動脈周囲リンパ節・両鼠径リンパ節の腫脹を認めた。エコーガイド下肝生検では確定診断に至らなかったが、右鼠径リンパ節生検より乾酪壊死を伴う類上皮細胞性肉芽腫を認め、結核菌の培養陽性であった。以上より、肝結核、結核性リンパ節炎と診断し、HREZ 4 剤で治療開始した。6カ月後、肝病変、リンパ節ともに改善した。当初、悪性腫瘍の肝およびリンパ節転移を疑ったが、肝結核に多発性結核性リンパ節炎を合併した稀な結核として報告した。

キーワード：肝結核、リンパ節結核

はじめに

肝結核は稀で、悪性腫瘍との鑑別が困難であるため診断に難渋することがよくある。今回、われわれは肝癌を疑うような複数の肝内結節性病変と全身多発リンパ節病変を呈した肝結核の1例を経験したので報告する。

症 例

症 例：79歳、女性。

主 訴：全身倦怠感。

既往歴：副鼻腔炎。

喫煙歴・飲酒歴なし。

現病歴：平成15年7月頃より、全身倦怠感が出現し当科外来を受診。左頸部・左鎖骨上窩リンパ節を触知し、また上腹部CT検査にて肝内に径約10 mmの複数の結節と腹部大動脈周囲のリンパ節腫大を認めた。精査目的にて入院となった。

入院時現症 (Table)：身長145.8 cm、体重34.5 kg、血圧115/76 mmHg、体温36.9℃。貧血・黄疸なし。心肺雑音聴取せず。腹部は軟で、肝脾腫なし。左頸部・左鎖骨上窩・両鼠径部にリンパ節腫大あり（ともに無痛性で可動性あり）。

入院時検査：白血球数は5,400/ μ l、CRP 2.8 mg/dl、貧血

Table Laboratory Data on Admission

<Hematology>		<Biochemistry>	
RBC	414×10 ⁴ / μ l	TP	8.4 g/dl
Hb	11.5 g/dl	Alb	4.2 g/dl
Ht	35.5 %	T-bil	0.5 mg/dl
WBC	5,400 / μ l	LDH	294 IU/l
Neu	69.9 %	AST	31 IU/l
Ly	13.7 %	ALT	12 IU/l
Mono	14.3 %	BUN	20 mg/dl
Eos	1.9 %	Cr	0.59 mg/dl
Baso	0.2 %	Glu	92 mg/dl
PLT	33.8×10 ⁴ / μ l	<Immunology>	
		CRP	2.8 mg/dl
		CEA	2.3 ng/ml
		CYFRA	1.5 ng/ml

なし、TP 8.4 g/dl、Alb 4.2 g/dl、T-bil 0.5 mg/dl、GOT/GPT 31/12 IU/l、血沈75 mm/1 hr、HBs抗原陰性、HCV抗体陰性。CEA・シフラ正常範囲内。喀痰抗酸菌塗抹陰性・培養陰性、結核菌・MACともPCR陰性であった。

入院時胸部X線・胸部CT写真：中葉舌区を中心に気管支拡張像と小葉中心性粒状影が認められた (Fig. 1, 2)。しかし平成12年の胸部X線およびCT写真と比べ著変なかった。

入院時腹部超音波検査：肝臓の両葉に径約10 mm大



Fig. 1 Chest radiograph on admission showing infiltration in bilateral middle and lower lung fields.

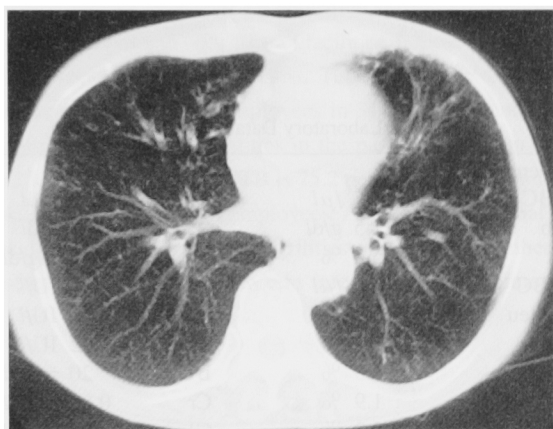


Fig. 2 Chest CT showing bronchiectasis and centrilobular nodules in the right middle lobe and lingula.

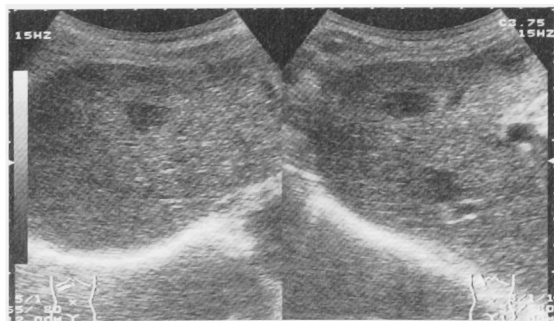


Fig. 3 Abdominal ultrasonographic examination shows hypoechoic lesions in the liver.

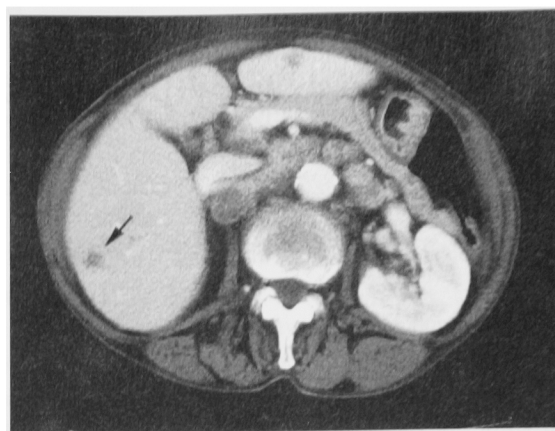


Fig. 4 Abdominal CT shows low density nodules in the liver with peripheral ring enhancement (arrow) and swelling of the abdominal paraaortic lymph nodes.

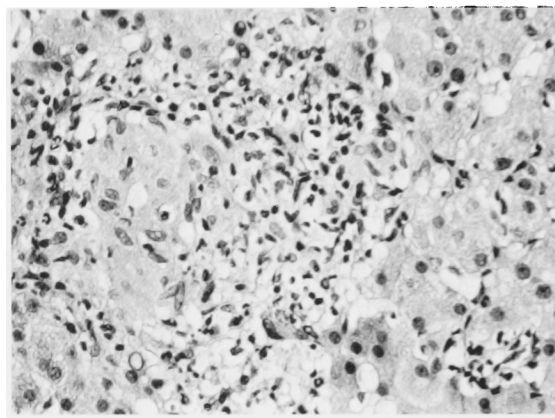


Fig. 5 Biopsy specimen of the hepatic nodule demonstrates epithelioid cell granuloma.

の境界不整な低エコー病変を3カ所認めた (Fig. 3)。

入院時腹部造影CT：肝臓内に境界不整な低吸収域を複数認めた。辺縁のみに軽度のリング状の造影効果が認められた。腹部大動脈周囲のリンパ節も約10～20 mm大に複数腫大していた (Fig. 4)。

入院後経過：悪性腫瘍の肝転移を疑い全身検索を行ったが、消化管、婦人科疾患は認められなかった。確定診断のために肝臓の結節病巣のエコー下生検を施行した。組織学的所見は乾酪壊死のない類上皮細胞性肉芽腫であったが、肝病変の抗酸菌塗抹・培養・PCRともに陰性であった (Fig. 5)。右鼠径リンパ節生検の所見では乾酪壊死を伴う類上皮細胞性肉芽腫で抗酸菌塗抹は陰性であった (Fig. 6)。しかし、リンパ節の結核菌PCRは陽性、培養も陽性であった。以上より結核性鼠径リンパ節炎と診断した。薬剤感受性検査では耐性は認めなかった。経過中、胸部陰影は変化しなかったが、中葉・舌区に気管

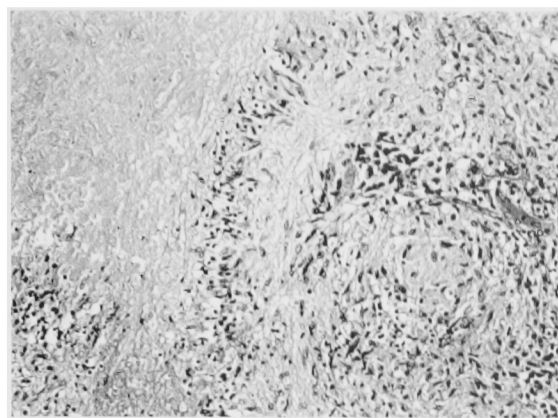


Fig. 6 Biopsy specimen of the inguinal lymph node demonstrates epithelioid cell granulomas with caseous necrosis.

支拡張病変が以前よりあるため、鑑別のために気管支鏡検査を行った。左S⁵の陰影に対し経気管支肺生検、擦過および気管支洗浄を施行した。擦過および気管支洗浄液の抗酸菌塗抹・培養および結核菌PCRはともに陰性であり、生検組織からも肉芽腫病変は検出されなかったため、気管支拡張症と診断した。以上より、肝結核および結核性リンパ節炎と診断した。rifampicin (RFP), isoniazid (INH), ethambutol (EB), pyrazinamide (PZA) の4剤にて、計6カ月間の治療を行い、治療終了時には肝臓の結核性病変は消失し、多発性のリンパ節腫大も縮小した。

考 察

肝結核は粟粒型、孤立型、胆管型に分類される。今回の症例は孤立型と考えた。肝への感染経路としては、血行性（門脈、肝動脈）、リンパ管性、胆管性および直接的播種が考えられる。結核の肝病変はよくみられ、特に粟粒結核においては高率に認められ、重症のものは黄疸や肝不全をきたす¹⁾²⁾。腹部の結核では、14.6%で肝病変が存在するが、肝結核の限局した発症は珍しく、2.3%とされている³⁾。今回の症例では肺病変はみられず、他に左頸部・左鎖骨上窩リンパ節、腹部大動脈周囲および両鼠径リンパ節の腫脹を認めた。結核性リンパ節炎は肺外結核の30%を占めるといわれ、頸部・鎖骨上窩リンパ節に多く、ついで鼠径リンパ節、腋窩リンパ節に多いと報告されている⁴⁾⁵⁾。本症例における病変の進展経路についての詳細は明らかではないが、腹部大動脈周囲リ

ンパ節の結核病巣からの再燃を初発とし、肝臓、左鎖骨上窩・左頸部リンパ節、さらには両鼠径リンパ節へと病変が進展したと考えられる。

肝結核の画像所見として、急性期では超音波検査において内部不均一、辺縁不整の低エコー像を示し、上腹部CT検査では辺縁が造影されるいわゆるリング状の増強効果が認められる。陳旧化したものでは境界明瞭な高エコー像を認め、上腹部CTでは造影効果が消失、時に石灰化を認めるとされる⁶⁾。しかし画像のみでは悪性腫瘍、細菌・真菌性肝膿瘍、肉芽腫性疾患などとの鑑別が困難であり、確定診断には生検が必要である。腹水の結核菌培養が陽性であった例もあるが⁷⁾、生検標本から結核菌が証明されないこともあるので病理組織像や抗結核薬への反応等で判断する必要がある⁸⁾。本例においても、肝生検組織からの抗酸菌培養および結核菌PCRは陰性であったが、鼠径リンパ節からは結核菌PCR、培養とも陽性という結果が得られた。治療は肺結核に準じてRFP・INH・EB・PZAの4剤を使用した。抗結核薬にて肝臓病変、左頸部・左鎖骨上窩・両鼠径・腹部大動脈周囲リンパ節、すべてが改善した。以上より、肝結核・多発性結核性リンパ節炎と診断した。

結 論

今回、悪性腫瘍と鑑別を要する肝内結節、全身のリンパ節腫脹を認め、肝結核および多発性結核性リンパ節炎と診断した。肝結核は稀であるが鑑別診断として注意する必要がある。

文 献

- 1) Hillel T, Alex S: Hepatobiliary Tuberculosis. In: Tuberculosis, 2nd ed., William NR, ed., Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2004, 537-541.
- 2) Sushil KA, James HL: Tuberculosis of the Liver, Biliary Tract and Pancreas. In: Tuberculosis & Nontuberculous Mycobacterial Infection. 5th ed., David S, ed., McGraw-Hill Companies, USA, 2006, 300-303.
- 3) Catherine LS, Ryland PB, Thomas MR, et al.: Tuberculous Lymphadenitis in the Adult. 1997; 95: 197-199.
- 4) 原田輝彦: 頸部リンパ節結核. 「感染症症候群Ⅱ」, 第1版, 早藤 弘, 日本臨床社, 大阪, 1999, 208-210.
- 5) Brauner M, Buffard MD, Jeantils V, et al.: Sonography and Computed Tomography of Macroscopic Tuberculosis of the Liver. J Clin Ultrasound. 1989; 17: 563-568.

Case Report

A CASE OF LIVER TUBERCULOSIS REQUIRING DIFFERENTIATION WITH LIVER METASTASIS OF CANCER

Kanako KOBAYASHI, Shuichi YANO, Toshikazu IKEDA, Yoshiyuki TOKUDA,
Hirokazu TOUGE, Shigenori ISHIKAWA, and Hiroyasu TAKEYAMA

Abstract A 79-year-old woman was admitted to our hospital because of general fatigue. Chest radiograph and computed tomograph showed bronchiectasis and centrilobular nodules in the right middle lobe and lingula, which had not changed from previous examination. Intrahepatic nodular lesions and swelling of the left cervical lymph nodes, supraclavicular lymph node, abdominal paraaortic lymph nodes and inguinal lymph nodes was observed. Biopsy specimen of the liver lesion demonstrated epithelioid cell granulomas. Biopsy of the right inguinal lymph node demonstrated epithelioid cell granulomas with caseous necrosis and culture of the specimen showed *Mycobacterium tuberculosis*. The patient was diagnosed as having liver tuberculosis and multiple tuberculous lymphadenitis. Antituberculous treatment with

isoniazid, rifampicin, ethambutol and pyrazinamide were started and continued for 6 months. All lesions improved after treatment. This was a rare case of liver tuberculosis that was difficult to distinguish from liver metastasis of cancer.

Key words: Liver tuberculosis, Tuberculous lymphadenitis

Department of Pulmonary Medicine, National Hospital
Organization Matsue National Hospital

Correspondence to: Kanako Kobayashi, Department of
Pulmonary Medicine, National Hospital Organization Matsue
National Hospital, 5-8-31, Agenogi, Matsue-shi, Shimane
690-8556 Japan. (E-mail: koba@matsue.hosp.go.jp)