鼻腔, 頸部リンパ節, 肺に多発した結核例

木下 晶子・湯本 英二*

A Case Report of Tuberculosis with Multiple Affections as in the Nose, the Cervical Lymphnodes and the Lung

Masako Kinoshita

(Nishinohon Hospital)

Eiji Yumoto

(Kumamoto University)

We report a patient with tuberculosis in the nasal cavity, cervical lymph nodes and the lung. The patient's main complaint was rhinorrhea when she visited our clinic. The patient was a 67 year-old female who suffered from hypersecretion of the nose for approximately 5 years. The findings showed a nasal septum perforation and granuloma development on the bilateral inferior nasal turbinate. The perforation margin of the septum tended to bleed easily. The pathological finding of a biopsied specimen from the granuloma indicated some difficulties for differentiating between Wegener's granulomatosis and tuberculosis. Since the patient also had cervical lymph node swelling, we performed a surgical biopsy of the neck. The final diagnosis was tuberculosis.

During the diagnostic procedure, millions of lesions in the lung were noted, which were found by a chest X-ray examination.

The patient was treated with antituberculosis drugs such as streptomycin, isoniazid and rifampicin. The affections in the nose, cervical lymph nodes and the lung were brought into complete remission.

Nasal tuberculosis is a rare and important disease, which has to be differentiated from other inflammatory diseases as well as malignant tumors of the nose.

Key words : tuberculosis, nasal cavity, Wegener's granulomatosis

はじめに

日本における結核は, 年々減少傾向にあったが近年再び増加の傾向がみられるようになり, 平成9年には42715人が新登録され38年ぶりに増加した¹⁾. また, 院内集団感染などが相次ぎ社会的問題となっている. そのため平成11年7月26日に厚生省より結核緊急事態宣言がなされた. 今回, ウェゲナー肉芽腫と鑑別を要した鼻腔結核を経験したので, 若干の文献的考察を含め報告する.

症 例

症例: 67歳, 女性.

主訴: 鼻漏.

現病歴: 平成元年頃より鼻漏出現するも放置していた. 平成10年5月上旬, 鼻漏増悪し両側頸部腫瘤が出現してきたため, 平成10年5月20日当科初診となった.

既往歴: 平成5年 脳梗塞.

家族歴: 特記すべきことなし.

初診時所見：鼻中隔に穿孔を認め、穿孔縁および両側下鼻甲前端に肉芽の増生を認めた。両側上内深頸領域に小指頭大リンパ節腫脹を多数認め、弾性硬可動性は不良で周囲との癒着を認めた。圧痛はなく、境界は比較的明瞭であった。その他、耳、咽喉頭には異常は認められなかった。初診時、精査目的で入院となり、鼻腔肉芽性病変より3カ所から生検を施行した。

CT所見：鼻中隔穿孔があり、その周辺の軟部陰影を認めた。上顎洞、篩骨洞、蝶形骨洞には軟部陰影は認めなかった(図1, 2)。両側上内深頸領域に内部が低吸収で周囲が造影されるリンパ節を多数認めた(図3)。また、

図1

図2

図1, 2 副鼻腔単純CT

鼻中隔に穿孔があり、穿孔縁に軽度の軟部陰影を認める。上顎洞には陰影は認めない。

図3 両側上内深頸領域にリンパ節(⇒)を認める。

胸部単純CTでは異常陰影は指摘できなかった。

検査所見：白血球数、ヘモグロビン値が軽度低下を示し、CRPは軽度上昇、血沈は高度亢進していた。ツベルクリン反応中等度陽性であり、c-ANCAは陰性であった。鼻漏および喀痰において結核菌塗抹鏡検、培養検査、結核菌PCR法による検査を行い、いずれも陰性であった(表1)。また、病理組織検査の結果、多数のリンパ球、好中球、形質細胞の浸潤があり、血管周囲にフィ

表1 検査所見

体温 36.6°C 血圧 120/80 mmHg 心拍数72回/分(整)
呼吸数16回/分

血液検査

白血球1980 赤血球304万 Hb 9.3 g/dl Ht 32.9%
血小板21.7万

血清総タンパク 7.5 g/dl 総ビリルビン 0.2 mg/dl
GOT 14 IU/L GPT 6 IU/L ALP 165 IU/L
LDH 268 IU/L 血糖値 93 mg/dl Cr 0.9 mg/dl
K 4.1 mEq/l Cl 102 mEq/l
CRP 2.6 IU/L 血沈 106 mm (1時間値)
143 mm (2時間値)

c-ANCA 陰性

ツベルクリン反応 中等度陽性(25×21 mm, 硬結あり)

図4 リンパ球(➡), 類上皮細胞(➡), 好中球, 形質細胞の浸潤を認め, 血管周囲にフィブリノイド変性(➡➡)を伴っている(HE 染色 ×200).

ブリノイド変性を伴い, 類上皮細胞の増加を認め(図4), 結核とウェゲナー肉芽腫の鑑別が問題となった. チールニールセン染色では結核菌は証明されなかった.

経過: 確定診断がつかないため頸部リンパ節の生検を計画したが, 患者の同意を得られず, 平成10年6月1日いったん退院となった. 退院後, 両側頸部リンパ節腫脹が増大したため7月9日再入院の上, 左頸部リンパ節生検を施行した. リンパ節は周囲との癒着があり硬く割面は一部石灰化を伴っていた. 7月14日に38°Cの発熱が出現し, 胸部単純CT上, 両側下肺野を中心に小結節性病変が多数出現した.

7月17日の病理組織検査の結果, 乾酪性壊死性肉芽腫

図5 乾酪性壊死像(*)周囲に, ラングハンス巨細胞(➡), 類上皮細胞(➡)および, 多数のリンパ球(➡)の浸潤を認める(HE 染色 ×200: 中央, ×400: 左上・右下).

を認め(図5)結核と診断し, ただちに硫酸ストレプトマイシン, イソニアジド, リファンピシンの3剤併用療法を開始した. また, 今回も喀痰からの塗抹検鏡検査は陰性であったが, 肺病変も結核の可能性が高く7月20日結核療養所への転院となった. その後も3剤併用療法続行され, 肺および鼻腔の病変の消失を認め約2ヵ月後に退院となった.

考 察

結核は, 過去の疾病ではなく最近では再興感染症の1つに挙げられている²⁾. 現在では結核の集団感染が相次いでおり, 病院内集団感染も問題となっている. 医療関係者内での結核に対する認識不足により結核の診断の遅れが結核の蔓延を助長していると考えられている³⁾. 今回経験した症例に関し, 患者の希望により一時退院したため診断が遅れたことが反省点である. 幸いにも病院内, 家族内での結核発病者はいなかった. ウェゲナー肉芽腫と結核では治療法が, 前者はステロイドと免疫抑制剤が主力となり, 結核であるならば増悪する可能性も高く, 診断に慎重にならざるを得なかった. 鼻汁塗抹検鏡検査, PCR法は3回とも陰性であり, またチールニールセン染色でも結核菌は証明できなかった. 唯一, ツベルクリン反応が中等度陽性で結核を疑わせる所見であったが確定までには至らなかった. 病変部位への効果をみるため, 診断的治療として抗結核剤の投与を試みるのも一つの方法と思われた.

副鼻腔に病変がなく鼻腔に局限している結核はめずらしく, われわれが渉猟し得た限りでは本症例も含め21症例であった⁴⁾. 鼻腔でも, 鼻中隔, 下甲介の順にみられ⁵⁾, 本症例でも鼻中隔穿孔縁および両側下甲介に肉芽性病変を認めた. なお, 鼻中隔穿孔をきたす疾患は, 田沼ら⁶⁾は, 特異的感染症では結核, 癩, 梅毒があり膠原病, ウェゲナー肉芽腫, 白血病や6価クロムなど職業性のもの, 鼻腔の手術によるものなどを鑑別疾患として挙げている. 鼻腔結核は女性に多く, 青, 高年層に多く認められる⁷⁾. また, 鼻腔結核症の病型としては大きく潰瘍型と増殖型に分類されている. 潰瘍型は肺結核に続発することが多く痂皮を伴った潰瘍形成が主で, 病変部位に結核菌を証明できることが多く, 逆に増殖型では, 肉芽形成を主とし, 病巣部位の結核菌も少なく培養を行っても結核菌を証明できないことが多いとされる⁸⁾. 次に, 鼻副鼻腔結核症の感染経路については原発性と続発性が

あり、原発性では機械的損傷を受けた部位に病変が認められることが多く、続発性では結核病巣から血行性あるいはリンパ行性に感染するもの、隣接臓器からの連続伝播によるものが考えられている⁹⁾。本症例では副鼻腔に陰影なく鼻症状が先行していることにより、鼻腔が原発でリンパ行性に頸部リンパ節へ、肺は粟粒結核の状態であり血行性に肺へ感染したものと考えた。

診断については、結核鏡検検査、培養検査、ツベルクリン反応、病理組織検査、PCR法などがある。検鏡検査で1視野に1個結核菌がみられると、感染の危険が高いとされるガフキー3号である。これは喀痰1mlあたり100万個の菌量であり、検鏡検査は迅速ではあるが鼻腔結核において菌量が少なく陰性の可能性が高い。一方培養法は時間が4～8週間かかるが確実な検査法である⁹⁾。また、PCR法は感度、特異度ともに優れているが実用面では培養法を越えるものではなく¹⁰⁾、抗結核剤の感受性検査ができないので注意が必要である¹¹⁾。

治療については抗結核剤の投与が基本であるが頸部結核性リンパ節炎などで膿瘍を形成したものでは手術が必要である。抗結核剤については、鼻腔結核や頸部結核性リンパ節炎に対する特有の化学療法はないが、肺結核の化学療法¹²⁾に沿って治療薬、治療期間を選択したほうが良いようである。最近ではストレプトマイシン、isoniazid、rifampicinに、再び脚光を浴びているビラジナミドを組み入れた強力な化学療法も考えられている。また、一方で抗結核剤耐性の結核菌の出現も問題となってきた。その対策としては、正確な薬剤感受性試験が必要で、外科的治療も考慮し、さらに自然治癒力にも期待するため長期入院が必要となる。そのため院内感染対策にも気を配らなければならない¹³⁾。

結核は過去の病気ではなく、“再興感染症の雄”とさえいわれている¹⁾。一般人の結核症に対する認識不足を啓蒙により是正し、医療側の診断の遅れを防ぐため、結核症は耳鼻咽喉科領域においても日常診察上、常に念頭に置かなければならない疾患の一つである。

結 語

1. ウェゲナー肉芽腫と鑑別を要した鼻腔結核を報告した。鼻腔肉芽性病変の鑑別の一つに結核が挙げられ

る。

2. 結核は過去の病気ではなく日頃の診療上、常に注意すべき疾患である。

本論文の要旨は第61回耳鼻咽喉科臨床学会(1999年6月、大分)にて発表した。

稿を終えるにあたり、この論文を御校閲いただいた九州アレルギー・免疫センター石川 哮先生に深謝いたします。

参考文献

- 1) 厚生省保険医療局結核感染症課監修：結核の統計1998。33頁、結核予防会、東京、1998。
- 2) 和田 功：Emerging Infectious Diseasesの現状と対策。臨床検査 42：503～511、1998。
- 3) 青木正和：一般病院での結核菌陽性患者の実態。日胸 57：689～695、1998。
- 4) 金子卓爾、渡辺昭司、中島博昭：原発鼻結核例。耳鼻臨床 89：691～694、1996。
- 5) 田原哲也、大上麻由里：原発鼻腔結核の1症例。耳展 36：723～726、1993。
- 6) 田沼 文、三島陽人、加瀬康弘、他：鼻中隔穿孔の臨床的検討。日耳鼻 102：878～882、1999。
- 7) 前野博昭、雲井一夫、小池 薫：鼻・副鼻腔結核の2症例。耳鼻臨床 88：1269～1277、1995。
- 8) 山内由紀、大森英生、関本邦彦：鼻腔結核の2症例。耳鼻臨床 87：1659～1663、1994。
- 9) 倉島篤行：結核症の診断。治療の領域 14：605～610、1998。
- 10) 阿部千代治：結核菌検索法の最近の進歩。日胸 57：786～792、1998。
- 11) 加藤元一、木下貴裕：結核性リンパ節炎。日臨 56：3122～3125、1998。
- 12) Recommendations from the committee on treatment of international union against tuberculosis and lung disease; antituberculosis regimes of chemotherapy. Bul Int Tuberc 63：60～64、1988。
- 13) 尾形英雄：多剤耐性結核の予防と対策。治療の領域 14：639～645、1998。

原稿受付：平成11年11月24日
原稿採択：平成11年1月26日
別刷請求先：木下晶子
〒862-0934 熊本市八反田3-20-1
西日本病院耳鼻咽喉科