短 報

悪性リンパ腫との鑑別に穿刺吸引細胞診が 有用であった壊死性リンパ節炎の1例

近畿大学医学部第2病理¹⁾, 同 第2外科²⁾, 同 附属病院病理部³⁾
佐藤 隆夫¹⁾ 今野 元博²⁾ 丹司 紅¹⁾ 宇野 重利³⁾
橋本 重夫^{1,3)}

I. はじめに

悪性リンパ腫との鑑別診断に穿刺吸引細胞診が有用であった, 全身リンパ節腫大を示す50歳男性の壊死性リンパ節炎の1例を経験したので報告する。

II. 症 例

患 者: 50歳, 男性

既往歴: 19~21歳で脊椎カリエス, 21歳で虫垂炎, 35歳で胆石, 45歳でB型肝炎

主 訴: 発熱

現病歴: 38~40°Cの発熱が続き, 全身倦怠感を訴え近医に入院した。その約3週後より右頸部から右耳介後にかけて圧痛があり, 発赤, 熱感が生じ, 増強してきた。全身倦怠感強く, 発熱の原因も不明であったため, 精査目的で当院紹介され入院となった。

入院時所見および入院後経過: 理学的所見で, 右頸下部, 右頸部から耳介後部, 右鎖骨上, 両側鼠径部に母指頭大以下の, 可動性はあるが圧痛のないリンパ節が触知された。白血球数19200, CRP 4+, 血沈98 mm/時と炎症所見があったため, 抗生剤の投与がな

されたが, 39°C以上の発熱が続いた。腹部エコーにて, 臍頭部付近に直径3 cm, 腹腔動脈周囲に直径1.6 cmのリンパ節腫大が認められた。その時点で頸部リンパ節に対して, 穿刺吸引細胞診がなされ, 陰性, 壊死性リンパ節炎推定と診断された。その後, 縦隔のCTで, 縦隔内のリンパ節に腫大が認められ, そのためと考えられる食道粘膜の外側からの圧排が, 内視鏡検査で認められた。Gaシンチでは, 右頸下部に集積像が認められた。血清学的には, 多クローン性高γグロブリン血症が指摘されたが, ウイルスなどの各種抗体価はいずれも陰性で, その他の検査でも感染症を示唆する所見はえられなかった。以上の所見から, 悪性リンパ腫, 免疫芽球性リンパ節症も否定できないため, 頸部リンパ節生検と臍頭部リンパ節に対しては針生検が行われ, 壊死性リンパ節炎との組織診断がされた。よって, 当院入院後約3週の時点よりステロイド投与が開始された。その結果, 発熱は徐々に低下し, 白血球増多, 高γグロブリン血症などの臨床症状が消失した。リンパ節腫大は消失し, リンパ節へのGaシンチの集積も消失した。内視鏡的にも食道粘膜の外側からの圧排像が消失した。ステロイドの投与を中止したが発熱は再発せず, 初発の発熱より約4ヵ月で退院となり外来経過観察となった。

細胞診所見: 小型のリンパ球が多数認められ, その中に大型, 中型のリンパ球が散見された。核破片を貪食するマクロファージが混在した。背景には, ばらまかれたように核破片が認められた。小型, 中型, 大型細胞の割合¹⁾は85:12:3である。大型, 中型のリンパ球に核小体の目立つもの, 核形の不整をしめすものが認められた(写真1)。

組織所見: リンパ節内に核破片を伴う壊死巣があ

A case of necrotizing lymphadenitis showing usefulness of aspiration cytology for differential diagnosis with malignant lymphoma

Takao SATOU¹⁾, Motohiro IMANO²⁾, M.D., Kurenai TANJI¹⁾, M.D., Shigetoshi UNO³⁾, C.T., I.A.C., Shigeo HASHIMOTO^{1,3)}, M.D.

¹⁾Second Department of Pathology, ²⁾Second Department of Surgery, ³⁾Department of Hospital Pathology, Kinki University School of Medicine

論文別刷請求先 ☎ 589 大阪府大阪市大野東377の2
近畿大学医学部第2病理 佐藤隆夫

平成6年3月22日受付

平成6年7月1日受理

写真1 細胞診像。a：多数の小型リンパ球が認められその中に中型・大型のリンパ球が散見される。背景に多数の核破片がある (Pap. 染色, 対物×10)。b：明瞭な核小体をもつ大型リンパ球とクロマチン増量を示す中型リンパ球 (Pap. 染色, 対物×40)。c：核破片を貪食するマクロファージ (Pap. 染色, 対物×40)

り、中型および大型の異型リンパ球の増生が認められた。明るい泡沫状の胞体を有する組織球の増生、広い細胞質に核破片を貪食する tingible body macrophages も認められた。好中球の浸潤、形質細胞の浸潤は認められない。異型リンパ球の増生巣以外ではリンパ節の本来の構造は残る (写真2)。

III. 考 察

壊死性リンパ節炎は1972年菊地により報告された²⁾リンパ節腫大をきたす疾患で、欧米での頻度は少ないが、日本で多いとされている^{3,4)}。若い女性に多く、症例のほとんどは頸部リンパ節に限局するが、まれには他の全身のリンパ節も影響されうると報告されている^{3,4)}。本例は、50歳の男性で、頸部リンパ節の腫大ばかりでなく鼠径部、鎖骨上、腓頭部、腹腔動脈周囲、縦隔リンパ節の腫大が指摘され、悪性リンパ腫との鑑別が問題となった。壊死性リンパ節炎の臨床像は非特異的で、その診断は組織学的診断によるとされている⁴⁾。一方、病巣が的確に採取されている場合には、壊死性リンパ節炎の細胞診断は組織像に比較してはるかに容易であるとの報告もある⁵⁾。本例でも頸部リンパ節の穿刺細胞診にて、多数の核破片と反応性変化に起因する⁵⁾と考えられる種々のリンパ球の出現があり、壊死性リンパ節炎との推定組織診断がなされた。本例での大中小のリンパ球の割合は、報告例⁵⁾に比べて、小型細胞の比が高いが、細胞の出現の比は穿刺吸引部によって変化しうると考えられ、本例のように、細胞診標本上小型細胞の優位な例もありうると考えられた。リンパ節病変では、その構造の破壊の有無

写真2 組織像。a：リンパ節内に異型リンパ球の増生巣が認められる。周囲には本来のリンパ節構造が残る (H-E 染色, 対物×10)。b：異型リンパ球増生巣拡大。多数の核破片が散見される (H-E 染色, 対物×40)

が重要で、リンパ節の細胞診においては組織診の裏づけが望まれている^{1,5)}が、本例のように、全身に多発したリンパ節腫大を示し、悪性リンパ腫との鑑別が必要な壊死性リンパ節炎症例では、生検組織診断ばかりでなく、腫大したどのリンパ節に対しても比較的簡便に行うことができ、患者の苦痛も少ない穿刺吸引細胞診⁶⁾は、正確な臨床診断をするうえで有用であると考えられた。

文 献

- 1) 難波紘二、他：12. リンパ節の細胞診、上井良夫 (編)：腫瘍細胞診—最近の進歩—、病理と臨床、7(臨時増刊号)：254～262, 1989.
- 2) 菊地昌弘：特異な組織像を呈するリンパ節炎について、日血会誌、35：379～380, 1972.
- 3) Pamela D.U., et al.: Necrotizing lymphadenitis (Kikuchi's disease). Report of four cases of an unusual pseudolymphomatous lesion and immunologic marker studies, Arch. Pathol. Lab. Med., 111：1031～1034, 1987.
- 4) Pree C.D., et al.: Histiocytic necrotizing lymphadenitis or Kikuchi's disease Anatomico-clinical study of 4 cases, Nouv. Rev. Fr. Hematol., 32：241～247, 1990.
- 5) 若狭治毅：リンパ節の生検細胞診、高橋正宜 (編)：針生検細胞診—その病理学的基礎—病理と臨床、3(臨時増刊号)：199～205, 1985.
- 6) 元井 信・他：反応性疾患およびホジキン病、細胞診の見方と考え方(II)、穿刺吸引細胞診リンパ節①-b、病理と臨床、11：839～845, 1993.