膵頭部領域腫瘍と鑑別が必要であった腹部リンパ節結核の1例 —腹腔鏡下リンパ節生検で確診を得た1例—

九州大学第三内科

坂本裕子 五十嵐久人 澄井俊彦 有田好之 井口登与志 名和田新

概要 症例は32歳男性。1996年からBehçet病にてプレドニゾロン内服中（総投与量8400mg）。1998年8月に肝機能異常・黄疸を指摘。腹部超音波検査で膵頭部に径4cmの腫瘍性病変を認め、腹部CT、MRIで辺縁が濃染される腫瘍を認め、腹部リンパ節結核によるリンパ節腫大が疑われた。腹腔鏡下生検にて、好酸菌染色でリンパ節内の結核菌が同定された。抗結核剤投与にてリンパ節は縮小した。

〔日内会誌 89：762～764，2000〕

Key words：腹部リンパ節結核，閉塞性黄疸，乾酪性壊死，腹腔鏡下リンパ節生検

はじめに

腹腔内リンパ節腫大による閉塞性黄疸をきたし、腹腔鏡下生検で腹部リンパ節結核の確定診断を得た症例を経験したので報告する。

症 例

症例：32歳，男性。主訴：全身倦怠感。家族歴：特記事項無し。既往歴：1996年：Behçet病。現病歴：1996年にBehçet病と診断され、以後プレドニゾロン10mg内服で経過観察中であつた。1998年7月初旬より心窩部の鈍痛・全身倦怠感を自覚。7月中旬の献血時血液検査で肝機能異常を指摘され、精査目的で当科入院した。現症：身長172.5cm。体重60.0kg。体温36.8℃。球結膜軽度黄染。口腔内アフタなし。左顎下リンパ節小豆大1ヶ触知。呼吸音清。腹部平坦，軟。圧痛なし・Courvoisier徴候なし。肝脾腎触知せず。外陰部潰瘍・結節性紅斑なし。検査所見（表）：軽度血沈亢進，直接型優位の総ビリルビン値上昇，血中アデノシンデアミナーゼ軽度高値，ツベルクリン反応強陽性を呈

表. 入院時検査所見

《検尿》			
Prot	(-)	D.B	1.2 mg/dl
Glu	(-)	AST	186 IU/l
Bil	(-)	ALT	391 IU/l
Ubg	2 +	LDH	354 IU/l
OB	(-)	ALP	1,480 IU/l
《CBC》		γ GTP	928 IU/l
WBC	7,400 /μl	ChE	122 IU/l
RBC	349 × 10 ⁴ /μl	P-Amy	53 IU/l
Hb	12.3 g/dl	S-Amy	73 IU/l
Plt	27.2 × 10 ⁴ /μl	T. Chol	241 mg/l
《血沈》	26/65 mm	CRP	0.3 mg/dl
《生化学》		ADA	25.7 IU/l
T.P	6.8 g/dl	《腫瘍マーカー》	
Alb	4.0 g/dl	CEA	1.1 ng/ml
BUN	20 mg/dl	CA19-9	26 IU/ml
Cr	0.7 g/dl	AFP	6.7 ng/ml
T.B	2.0 mg/dl	SCC	1.6 ng/ml

した。喀痰・胃液・便の抗酸菌検査は全て陰性で、大腸透視・胸腹部単純X線検査・胸部CTで異常所見は認めなかった。腹部超音波検査で膵頭上部に径3.5cmの境界明瞭な低エコー腫瘍

〔平成11年5月8日 第245回九州地方会推薦〕

Peripancreatic tuberculous lymphadenopathy mimicking pancreatic tumor. : Diagnosis by laparoscopic excisional biopsy
Yuko Sakamoto, Hisato Igarashi, Yoshiyuki Arita, Toyoshi Inokuchi and Hajime Nawata : Third Department of Internal Medicine Faculty of Medicine Kyusyu University, Fukuoka

図. 腹部造影CT (A) では膵頭部に約4cmの膵と同程度の造影効果を示す腫瘍 (T) を認め、総胆管は同腫瘍により腹側へ圧排され (黒矢印)、その直下のスライス (B) では完全に閉塞されている。腹部MRIでも同部位にGdで辺縁と内部がまだらに造影される腫瘍を認める (C: 造影後60秒, D: 遅延相)。

を認めた。腫瘍は総胆管を背部から圧排し、上方の総胆管の拡張と肝内胆管の著明な拡張を認めたが、膵管の拡張は認めなかった。腹部CT・MRI (図) で同腫瘍は辺縁が濃染される多房性結節様に描出され、膵頭部周囲のリンパ節腫大も認めた。ERCP・血管造影検査では腫瘍による圧排所見のみで、Gaシンチでは膵頭部に相当する部位に異常集積を認めた。黄疸は入院後自然軽快したが、確定診断のために腹腔鏡下で同病変の生検を試みた。腫瘍は直視出来ず、CTで腫大を認めた8番リンパ節を切除。断面にチーズ様の乾酪壊死巣を認め、好酸菌染色でリンパ節内の結核菌が同定され病理所見より腹部リンパ節結核と確定診断し、ストレプトマイシン 1g (隔日投与)・イソニアジド300mg・リファンピシン450mgの抗結核療法を開始。CTで病変部は治療1ヵ月後には2.5cm, 11ヵ月後に1cmと縮小傾向を認めた。

考 察

触知困難な深部結核性リンパ節炎は、近年の

画像診断法の進歩により報告が散見されるが、膵周囲のリンパ節結核は極めて稀で、本邦でも現在迄に30数例の報告しかない¹⁻³⁾。肺病変を欠く症例が多く、その感染経路は本症例も含め不明確な場合が多いが、一般的にはステロイドなどを誘因とした消化管などの非活動性結核病巣の再燃が考えられる^{4,5)}。腹痛や腹部腫瘍での発症例が多く、腫瘍の局在により症状は異なる^{1,4,6)}。本症例は膵頭部のリンパ節腫大による閉塞性黄疸が初発症状であった。本疾患のCT・MRIでは腫瘍辺縁に強い造影効果を示し乾酪壊死に一致する中心部の低吸収域が特徴的^{7,8)}である。本症例では画像上、腫瘍の総胆管や血管への影響を認めず、通常型膵胆管由来の腫瘍は否定的で、Gaシンチ陽性から悪性リンパ腫も考えたが、CT・MRIで腫瘍が内部不均一であり否定的であった。ステロイド内服中でツ反強陽性であり、画像所見を総合して、結核性病変を強く疑い組織検査にて確定診断に至った。生検に関して、穿刺による結核菌播種の危険性が

ら賛否が分かれるが、開腹せずに診断出来れば内科的療法で治療でき、非常に有用である。我々の検索では、腹腔鏡下生検による確診例は本症例が初めてである。現時点で腹部リンパ節結核としての治療指針は明確ではないが、通常之多剤併用化学療法で予後良好とされている⁹⁾。

結 語

近年、結核患者数の増加が指摘されており、脾頭部領域腫瘍の鑑別診断に、腹部リンパ節結核も銘記しておく必要があると思われる。

文 献

- 1) Levine R, et al: Tuberculous abscess of the pancreas. case report and review of the literature. *Dig Dis Sci* 37: 1141-1144, 1992.
- 2) Auerbach O: Acute generalized miliary tuberculosis. *Am J Patol* 20: 121-136, 1944.
- 3) Paraf A, et al: La tuberculose du pancreas et la tuberculose des ganglions de l'etage superieur de l'abdomen. *Rev Med Chir Mal Foie* 41: 101-126, 1966.
- 4) Rezeig MA, et al: Pancreatic tuberculosis mimicking pancreatic carcinoma: four case reports and review of the literature. *Dig Dis Sci* 43: 329-331, 1998.
- 5) Machado MA, et al: Pancreatic tuberculosis: a rare condition mimicking pancreatic cystadenoma. *Pancreas* 17: 315-316, 1998.
- 6) Claro I, et al: Tuberculous mesenteric lymphadenitis mimicking pancreatic carcinoma. *Hepato-gastroenterol* 43: 1653-1655, 1996.
- 7) Pombo F, et al: Pancreatic tuberculocic: Ct findings. *Abdom Imaging* 23: 394-397, 1998.
- 8) Pombo F, et al: Periprtalperipancreatic tuberculous adenitis: US and CT findings. *Rofo Frtschr Rontgentstr Neuen bildgeb Verfahr* 152: 142-146, 1990.
- 9) Brusko G, et al: Pancreatic tuberculosis. *Am Surg* 61: 513-515, 1995.