症 例

腹壁結核の 2 例

和歌山県立医科大学消化器外科（主任：勝見正治教授）

川 口 富 司 森 一 成 野 口 博 志
 佐々木 政 一 山 本 達 夫 青 木 洋 三
 河 野 暢 之 勝 見 正 治

TWO CASES OF TUBERCULOSIS OF THE ABDOMINAL WALL

Tomizi KAWAGUCHI, Kazunari MORI, Hiroyuki NOGUCHI,
 Masakazu SASAKI, Tatsuo YAMAMOTO, Yozo AOKI,
 Nobuzi KONO and Masaharu KATSUMI

Department of Gastroenterological Surgery, Wakayama Medical College, Wakayama
 (Director : Prof. Masaharu Katsumi)

腹壁結核は比較的稀な疾患であり、好発部位は上腹部かつ右側である。我々はこの 3 年間に、右下腹部に腫瘤を形成した腹壁結核の 2 症例を経験した。症例 1 は 59 歳の男性で、回盲部の違和感と同部の軽度の疼痛を主訴として来院し、同部に鶏卵大の腫瘤を触知した。症例 2 は 59 歳の女性で、症例 1 と同じ部の腫瘤を主訴として当科に紹介され、両者ともツベルクリン反応は陽性であり、前者は肺結核と結核性胸膜炎および腹膜炎の、また、後者は胸囲結核の既往があった。手術により両者とも結核性腹膜炎より直接腹壁に波及した病変であることが判明した。病理組織標本では典型的な結核の組織像を呈し、病変部より得られた膿汁より結核菌が証明され確診を得た。

文献的に腹壁結核の本邦での報告例 103 例を集計し検討したところ、約 3/4 が上腹部に発生し、右側は左側よりも約 3 倍多く、これは木原の研究による前腹壁深部リンパ節が右上腹部に多く存在するという事実と合致し、発生機序としてリンパ行性説が有力であると推察された。しかし、今回我々の経験した 2 例は双方とも発生部位的に稀な右下腹部に腫瘤を形成していたこと、ならびに癒着型結核性腹膜炎が基礎にあり、しかも腹壁結核の部に大網および小腸が癒着していた事実より、腹膜との癒着部より直接腹壁に波及して病変を形成したと考えるのが妥当ではないかと思われた。

索引用語：腹壁結核

緒 言

腹壁結核は比較的稀な疾患である。我々はこの 3 年間に右下腹部に腫瘤を形成した腹壁結核の 2 症例を経験したので、これらの症例とともにその発生のメカニズム、診断および発生部位の頻度について、若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

症例 1：59 歳、男性。

主訴：回盲部の違和感と同部の軽度の疼痛。

家族歴：21 歳時、肺結核、結核性胸膜炎および腹膜

炎に罹患。44 歳時、胃潰瘍で胃半切除術をうけた。

現病歴：昭和 54 年 12 月末感冒に罹患。翌年 1 月、咳嗽時に回盲部に違和感と軽度の疼痛が出現し、当院内科より昭和 55 年 2 月 25 日に当科に紹介された。

初診時所見：結膜に貧血、黄疸なく、頸部リンパ節も触知しなかった。胸部では左肺野の呼吸音が減弱しており、回盲部に鶏卵大の可動性のない弾性軟の腫瘤を触知した。表面は平滑で、軽度の圧痛を認めたが局所の炎症所見はなく、波動や皮膚との癒着もなかった（図 1）。

図1 症例1の腹部所見：⊗の部は鶏卵大の腫瘍を示す。

検査所見：血液一般検査では異常を認めなかった。血沈値は3mm/hr. と正常であり、ツベルクリン反応は25×25mm と陽性であった(表1)。胸部X線写真では、右肺尖部に石灰化像があり、左肺は無気肺の状態、気管の左側への偏位と右肺の肺気腫像が認められた(図2)。腹部X線単純写真では、回盲部と右上腹部に約2×2cm 大の石灰化を思わせる陽性像があり、右上腹部および下腹部に米粒大の陽性陰影が多数認められた(図3)。腹部USで回盲部に一致して中心部にcystic patternを認める低エコーレベル領域を証明したが、注腸バリウム透視上は、回盲部は正常像を示した。

以上の諸検査より盲腸周囲膿瘍を疑い手術を施行した。

手術所見：昭和55年5月19日に硬膜外麻酔下に右下腹部旁正中切開で開腹すると、大網が回盲部の壁側腹膜に癒着し、小児手拳大と拇指頭大の腫瘍を形成していた。大きい腫瘍はチーズ状の黄緑色の内容物を含み、

図2 症例1の胸部単純X線像：気管の左方への偏位と左肺の無気肺像ならびに右肺の代償性肺気腫像がみられる。

図3 症例1の腹部単純X線像：第1、第4腰椎右側に石灰化を思わせる2×2cm 大の2個の陽性像と、右上腹部と下腹部に米粒大の陽性像が多数認められる。

表1 入院時検査所見

	症例1	症例2
RBC (/mm ³)	504×10 ⁴	529×10 ⁴
WBC (/mm ³)	6000	4100
Ht. (%)	48.8	42.7
T.P. (g/dl)	7.7	7.4
A/G	1.2	1.05
CRP	(-)	(-)
ESR	3mm/hr.	40mm/hr.
ツベルクリン反応	25×25mm	38×36mm

一部腹壁の筋層内にまで達していた。小さい腫瘍は骨様硬で石灰化していた。また小腸、大腸漿膜面および大網に粟粒大～小指頭大の小結節が多数認められ、ダグラス窩にも同様の小結節を多数認め、豆板状を呈していた(図4)。そこで腫瘍を切除し、筋層内部を搔爬し、ドレーンを搔爬部と回盲部に挿入し手術を終了した。

病理組織所見：腹壁の一部に乾酪壊死巣とその周辺部に類上皮細胞、ラングハンス型巨細胞、リンパ球の浸潤を認めた(図5)。その後、病変部より得られた膿汁の培養にて結核菌が証明された。

以上の所見から、癒着型結核性腹膜炎と腹壁結核と診断し、術後 INAH, PAS, SM を投与した。術後経過は良好で、術後17日目に退院した。

症例 2：59歳、女性。

図4 症例1の手術所見

図5 症例1の病理組織像 (H. E. 染色×100)。乾酪壊死巣とその周囲に類上皮細胞、ラングハンス型巨細胞、リンパ球の浸潤を認める。

主訴：回盲部腫瘍

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：33歳時、左前胸部の胸囲結核に罹患。46歳時、子宮外妊娠の破裂で左または右付属器切除、また同年虫垂炎で虫垂切除術を受けた。

現病歴：昭和55年9月下旬より微熱、全身倦怠感があり当院内科で治療中、昭和56年1月、回盲部に軽度圧痛のある腫瘍を指摘され当科に紹介された。

初診時所見：頭・頸部に著変はなかった。左前胸部には約10cm長の手術痕を認め、腹部では、回盲部に小児手拳大の弾性軟、可動性のない腫瘍を触知した。表面は平滑で軽度圧痛を認めたが、局所の炎症所見、波動も認めず、皮膚との癒着も認められなかった(図6)。

検査所見：血液一般検査は異常なかったが、血沈値が40mm/hr. と高度亢進し、ツベルクリン反応は38×36mm と陽性であった(表1)。胸部X線単純写真、経口小腸バリウム透視、注腸バリウム透視では、胸部および消化管に異常所見は認められなかった。腹部USで回盲部腹壁内に、中心部に低エコーレベル領域を有する像が認められ、腹部CTスキャンでも同部に高濃度領域が認められた。

以上の諸検査より腹壁結核の疑いで手術を施行した。

手術所見：昭和56年2月19日、全身麻酔下に右下腹部経腹直筋切開で開腹すると、回盲部壁側腹膜に小腸が癒着しており、その部の腹膜と腹直筋後鞘との間に結核性膿瘍を思わせる鶏卵大の黄色の粥状物質が存在し(図7)。その周辺にも小瘻孔で交通する数個の膿瘍

図6 症例2の腹部所見：⊗部は小児手拳大の腫瘍を示す。

図7 症例2の開腹所見：腹膜と腹直筋後鞘との間に結核性膿瘍を思わせる部分が存在する。(写真中央部)

図8 症例2の開腹所見：ピンセットで把持しているのは、腸間膜部の拇指頭大の結核結節で、左方に3個アズキ大の結核結節が認められる。

図9 症例2の病理組織像(H. E. 染色×100)：結核性肉芽腫の像が認められる。

が存在した。小腸漿膜面および腸間膜には結核結節と思われる米粒大～拇指頭大の黄赤色の小結節が多数認められた(図8)。膿瘍部を搔爬し、腹直筋内にドレーンを挿入し、腹腔内にKM, SMを散布し手術を終了した。

病理組織所見：腹壁の一部、小腸漿膜面の結節に典型的な結核性肉芽腫が認められた(図9)。また病巣より得られた膿汁中に結核菌が証明された。

以上の所見から、癒着型結核性腹膜炎と腹壁結核と診断し、術後 INAH, RFP を投与した。術後経過は良好で術後25日目に退院した。

考 察

腹壁結核は1898年 Gérard¹⁾により初めて報告され、本邦では青柳²⁾が1927年に第1例を報告している。以来、本邦では自験の2例を含め103例の報告をみる。診断については、ツベルクリン反応が陽性を呈すること、腫瘤の穿刺吸引にて乾酪様物質を証明する事などで疑診をつけられるが、確定診断は病理組織像と病変部の結核菌の証明によらねばならない。腹壁結核は発生論的に表2の様に分類されている³⁾。その内で、原発性腹壁結核はきわめて稀であり³⁾⁴⁾⁸⁾、現在は表2の2-Cのリンパ行性感染説が有力視されている。それを裏付けるものとして、木原⁵⁾の研究による、前腹壁深部リンパ節が右上腹部に多く存在するという事実と、山村⁶⁾が集計した55例において、大部分が腹壁筋と腹膜との間に膿瘍を形成し、かつ右上腹部に多いという事実と合致

表2 発生論よりみた腹壁結核の分類

1. 原発性腹壁結核(接種結核を含む)
2. 続発性腹壁結核
 - a. 血行性腹壁結核
 - b. 流注性腹壁結核(連続的に進展した結核を含む)
 - c. リンパ行性感染結核

51	5	21
11	1	4
5	2	4

図10 腹壁結核103例の部位別発生頻度：各数字はその部位における発生病例数を示している。

する事があげられる。我々の集計し得た103例（図10）についても、約3/4が上腹部に存在し、かつ、右側が左側より約 3 倍多いという同様の結果が得られた^{6)~11)}。また山村⁶⁾はその成因に関して、肋膜腔または腹腔から胸骨リンパ管に到達した結核菌が、前腹壁リンパ管を逆行して本症を起こすと推察している。我々の経験した 2 例は、双方とも発生部位的に稀な右下腹部に存在していた。その発生機序を考えると、2 例とも癒着型結核性腹膜炎が基礎にあり、しかも腹壁結核の部位に、大網および小腸が癒着していた事実より、腹膜との癒着部より直接腹壁に結核菌が浸潤して膿瘍を形成したと考えられる。よって分類では、流注性腹壁結核に属すると思われる。河内ら¹¹⁾も発生論的に同様な 1 症例を報告している事から考えて、自験例も含め下腹部の腹壁結核は、腹膜との癒着部より直接結核菌が浸潤して膿瘍を形成する症例が多いと推定されるが、結論を出すには症例が少なく、今後の検討を待ちたい。

結 語

比較的稀な右下腹部に発生した腹壁結核の 2 例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告した。

なお本論文の要旨は昭和57年 1 月、第36回日本消化器病学会近畿地方会（京都）にて発表した。

文 献

- 1) 青柳安誠：腹壁結核，特に腹部腫瘍の鑑別特殊診査方法について，日本外科宝函，4：79—86，1920。より引用。
- 2) 青柳安誠：腹壁結核，特に腹部腫瘍の鑑別特殊診査方法について，日本外科宝函，4：79—86，1920。
- 3) 鬼束惇哉：腹壁結核，現代外科学大系，34巻，p. 52—53，中山書店，東京，1971。
- 4) 藤田承吉：いわゆる原発性腹壁筋肉結核に対する疑義，外科，11：1—6，1949。
- 5) 木原卓三郎：深リンパ管系の研究，京医会誌，23：296—322，1927。
- 6) 山村政一：腹壁寒性膿瘍の統計的観察，特にその発生機序について，外科，12：340—346，1950。
- 7) 村上通治，岡田純一，石上浩一 他：腹壁結核の 2 例，外科，37：760—763，1975。
- 8) 盛彌寿男，日外芳孝：腹囲結核，外科，15：145—151，1953。
- 9) 松本 正，岡田純一，有吉秀生 他：腹壁結核の 1 例，山口医学，29：61—63，1980。
- 10) 大塚康吉，松崎孝世，野口 敦 他：腹壁結核の 2 例，外科診療，18：1343—1346，1976。
- 11) 河内三郎，三浦 良，西平哲郎：腹壁結核の 1 例，外科診療，23：765—767，1981。