症 例

診断困難であった腹部リンパ節結核の1例

北海道大学第2外科（主任：田邊達三教授）

西 部 俊 哉 加 藤 紘 之 田 邊 達 三

帯広厚生病院外科

村 木 専 一 藤 森 勝 関 下 芳 明

塩 野 恒 夫 黒 島 振重郎

帯広厚生病院病理

山 口 潤

臨床経過及び画像診断から腫瘍性リンパ節腫脹との鑑別診断が困難であった腹部リンパ節結核の1例を経験した。

症例は31歳の男性で、咳嗽、発熱を主訴に受診した。胸部X線写真にて胸水、腹部超音波検査にて臍頭部付近に腫瘤を認めた。精査により胸水は結核性胸膜炎と診断した。臨床経過から臍頭部付近の腫瘤は腹部リンパ節結核を疑ったが、上部消化管造影、腹部CT、内視鏡的膵管造影、腹部血管造影などの画像診断からは確定診断を得られなかった。また、Isoniazid, Rifampicin, Streptomycinの抗結核剤では腫瘤の変化・縮小が見られなかったため、腫瘍性リンパ節腫脹の可能性が残され、やむを得ず開腹生検を行った。

腹部リンパ節腫脹の鑑別診断の難しさを改めて認識した。

索引用語：腹部リンパ節腫脹，結核

結 言

腹部リンパ節結核は比較的まれな疾患であるが、悪性リンパ腫、悪性腫瘍のリンパ節転移などの腫瘍性病変と鑑別診断として重要である。われわれは臨床経過及び画像診断から腫瘍性病変との鑑別が困難であった腹部リンパ節結核の1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

患者：31歳，男性。

主訴：咳嗽，発熱。

既往歴，家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：平成3年5月頃より咳嗽，発熱が出現し，近医を受診した。発熱は寛解したが咳嗽は続いていた。同年7月頃より再び熱発が出現し，同年8月1日当院第1内科を受診した。胸部X線写真にて胸水，腹部超音波検査にて臍頭部付近に腫瘤を認めたため，同年8月2日同科に入院となった。精査により胸水は結核性胸膜炎と診断され，Isoniazid, Rifampicin, Streptomycin

が2カ月間投与された。臍頭部付近の腫瘤は上部消化管造影，腹部CT，内視鏡的膵管造影，腹部血管造影などの検査が行われたが確定診断が得られず，抗結核剤でも縮小傾向が見られないことから，開腹生検を目的として同年10月30日当科転科となった。

入院時現症：体格中等度，栄養良好，眼瞼結膜に貧血，黄疸を認めなかった。表在リンパ節腫脹はなかった。胸部理学的所見では異常を認めなかった。心窩部に鶏卵大の圧痛を伴う腫瘤を触知した。

入院時検査所見：検血，生化学検査では異常を認めなかったが，血沈15/42，CRP 6.59mg/dlは軽度亢進していた。CEA, AFP, CA19-9, SPAN-1, DUPAN-2などの腫瘍マーカーはいずれも正常範囲内にあった。

胸部X線写真：内科入院時，両側胸水を認めた（図1a）。当科転科時，胸水は見られず，右側横隔膜の平低化と葉間胸膜の肥厚を認めるのみであった（図1b）。

上部消化管造影：特に異常所見は認められなかった。

腹部超音波検査：臍頭部付近に約2×4cmの低エコーの腫瘤を認めた。辺縁は比較的平滑で，内部は不

図1 胸部X線写真：a. 内科入院時，両側胸水を認めた，b. 外科転科時，胸水は見られず，右横隔膜の平低化と葉間胸膜の肥厚を認めた。

図2 腹部超音波検査：膵頭部に約2×4cmの低エコーな腫瘍を認めた。

図3 腹部CT：膵頭部上部に約3cmの辺縁がやや造影される低吸収域を認めた。

た。腫瘍の辺縁はやや不規則に造影され，内部は不均一であった。腫瘍径は抗結核剤投与の前後で変化は見られなかった(図3)。他に大動脈や門脈周囲のリンパ節の腫脹は認められなかった。

内視鏡的膵管造影：主膵管に圧排，狭窄，拡張などの所見はなかった。

腹部血管造影：選択的胃十二指腸動脈造影の動脈相で胃十二指腸動脈十二指腸枝の下方及び側方への圧排が見られ，膵頭部上部の腫瘍の存在が示唆された(図4)。同部位は静脈相で無血管領域として描出された。また，経上腸間膜動脈性門脈造影では門脈の圧排や狭窄などは認められなかった。

均一であった(図2)。

腹部CT：膵頭部上部に約3cmの低吸収域を認め

図4 腹部血管造影：選択的胃十二指腸動脈造影の動脈相で十二指腸枝の下及び側方への圧排が見られた。

図5 病理組織像(H.E.染色, ×40)：類上皮肉芽腫を認めた。

以上の臨床経過及び画像所見から腹部リンパ節結核が疑われたが、腹瘍性リンパ節腫脹の可能性を否定することができず、平成3年11月5日に手術を施行した。

手術所見：臍頭部上部に近接して総肝動脈幹リンパ節から肝・十二指腸間膜内リンパ節までが一塊となって腫脹しており、鶏卵大の腫瘤として認められた。腫瘤は内部に白い粘稠性のある膿と乾酪様物質を伴っていた。また、腹膜、腸管の漿膜面に多数の白い小結節が認められた。リンパ節の一部と腹膜の小結節の一つを術中迅速病理検査に提出したところ、類上皮肉芽腫であったため(図5)、結核性腹膜炎、腹部リンパ節結

核と診断して閉腹した。なお、膿の結核菌検査ではガフキー2号であった。

術後経過：術後経過良好で、平成3年11月12日に化学療法目的のため内科に転科となった。

考 察

近年、腹部リンパ節結核は結核の減少とともにまれな疾患となり、日常の診療で見かける機会は少なくなった。腹部リンパ節結核は腹部結核の約半数¹⁾、腸結核の約3分の2²⁾に認められ、感染経路として直腸粘膜下層の結核性病変からリンパ行性の波及²⁾³⁾、肺の結核病変から血行性の播種⁴⁾などが挙げられている。腹部リンパ節結核では腸間膜リンパ節と臍周囲リンパ節の腫大が特異的であり、結核結節の多くは乾酪化して互いに癒合することにより大きな腫瘤を形成する⁵⁾。

腹部リンパ節腫大を認める疾患として腹部リンパ節結核は悪性リンパ腫や悪性腫瘍のリンパ節転移などの腫瘍性病変との鑑別診断が問題となるが、画像診断上で造影CTが比較的有效であることが報告されている⁶⁾。すなわち、悪性リンパ腫は著明な造影効果が見られず、悪性腫瘍のリンパ節転移は辺縁または内部が薄く造影される程度であるが、腹部リンパ節結核は内部が低吸収域、辺縁が不規則に厚く造影される多房性結節として認められることが示されている。本症例ではそのような特徴的所見は見られず、造影CT像から腫瘍性病変と鑑別診断することは困難であった。

また、腹部リンパ節結核の血管造影所見として血管増生や濃染像を認めたという報告も見られるが⁷⁾、本症例では腫瘤による動脈の圧排のみで血管増生や濃染像は認められなかった。結核性腹膜炎の活動性低下と血管造影上の血管増生、濃染像の消失が一致したという報告があり⁸⁾、腹部リンパ節結核でも炎症が高度な場合に血管増生、濃染像が生ずることが考えられる。

腹部リンパ節結核の治療は一般の結核療法に準じた化学療法を行う⁹⁾。本症例では結核性胸膜炎に対してIsoniazid, Rifampicin, Streptomycinが投与されていたが腫瘤の変化・縮小が見られなかったため、腫瘍性病変の可能性が残された。

本症例は結核性胸膜炎の加療中であり、当然腹部リンパ節結核を鑑別診断の一つとして念頭に置き対処したが、臨床経過及び画像診断から確定診断を得ることができず開腹生検となった。腹部リンパ節腫脹の鑑別診断の難しさを改めて認識した。

おわりに

臨床経過及び画像診断から悪性リンパ腫や悪性腫瘍

のリンパ節転移などの腫瘍性リンパ節腫脹との鑑別診断が困難であった腹部リンパ節結核の1例を報告した。

文 献

- 1) Bhansali S: Abdominal tuberculosis. *Am J Gastroent* 67: 324—337, 1977
- 2) Thoeni R, Margulis A: Gastrointestinal tuberculosis. *Semin Roentgenol* 14: 283—294, 1979
- 3) Beetlestone C, Wieland W, Lewis E, et al: The lymphogram in abdominal tuberculosis. *Clin Radiol* 28: 653—658, 1977
- 4) Murphy T, Gray G: Biliary tract obstruction due to tuberculous adenitis. *Am J Med* 68: 452—454, 1980
- 5) 三浦清美: 腸間膜リンパ節結核. *新内科学*, 19巻 B, 中山書店, 東京, 1979, p225
- 6) 山田隆之, 河野 敦, 鈴木恵子他: 結核性腹部リンパ節腫大の CT 像. *臨放線* 29: 323—326, 1984
- 7) 神山 敏, 末田博司, 大久保忠成他: 胆汁うっ滞を呈し腫瘍生検で確診した腹部リンパ節結核の1症例. *肝・胆・膵* 19: 143—147, 1989
- 8) 大蔵正則, 藤村憲治, 前田和弘他: 興味ある血管造影所見を呈した結核性腹膜炎の1例. *臨放線* 27: 1383—1386, 1982

A CASE OF ABDOMINAL TUBERCULOUS LYMPHADENOPATHY WHICH PRESENTED DIFFICULTY IN DIAGNOSIS

Toshiya NISHIBE¹⁾²⁾, Hiroyuki KATO²⁾, Senichi MURAKI¹⁾, Masaru FUJIMORI¹⁾, Yoshiaki SEKISHITA¹⁾, Tsuneo SHIONO¹⁾, Shinjuro KUROSHIMA¹⁾, Tatsuzo TANABE²⁾ and Jun YAMAGUCHI³⁾

¹⁾Department of Surgery, Obihiro Kosei Hospital

²⁾Second Department of Surgery, Hokkaido University School of Medicine

³⁾Department of Pathology, Obihiro Kosei Hospital

We experienced a case of abdominal tuberculous lymphadenopathy which was difficult to be distinguished from metastatic disease and malignant lymphoma with various radiographic modalities and its clinical course.

A 31-year-old man was seen at the hospital because of fever and cough. Chest X-ray revealed pleural effusion and abdominal ultrasonography showed a tumor near the pancreas head. Pleural effusion was diagnosed as tuberculous pleuritis and treated by isoniazid, rifampicin and streptomycin. From the clinical course, the tumor near the pancreas head was suspected of relating to abdominal tuberculous lymphadenopathy, but no definite diagnosis could be attained by abdominal CT, endoscopic retrograde cholangiopancreatogram, and abdominal angiogram. Moreover, since no change or decrease in size of the tumor was observed with the tuberculochemotherapy, we were left to examine a possibility of a malignant disease and proceeded to perform an exploratory laparotomy.

We admitted the difficulty to establish the differential diagnosis of Abdominal lymphadenopathy.