症 例

急性虫垂炎との鑑別が困難であった結核性腸間膜リンパ節炎の1例

細木病院外科

松 下 耕太郎* 北 村 宗 生 葦 原 作 治

急性腹症として発症する結核性腸間膜リンパ節炎は近年では稀であり、その診断に苦慮することがある。われわれは、急性虫垂炎との鑑別が困難で、開腹・生検により結核性腸間膜リンパ節炎と診断された1例を経験したので報告する。

症例は28歳女性で、主訴は発熱と右下腹部痛であった。腹部理学的所見より急性虫垂炎を疑ったが、血中白血球数が $6,400/\text{mm}^3$ であったため、入院経過観察とした。発熱と腹痛が持続するため、入院2日目に手術を施行した。腹水を少量認め、回盲部腸間膜に鶏卵大から小指頭大のリンパ節の腫大を認めた。生検より結核性腸間膜リンパ節炎と診断された。

腸間膜リンパ節炎の起炎菌はエルシニアが多く、結核菌は稀だと言われている。結核の化学療法が確立された今日では、いかに早期に結核性だと診断し、治療を開始するかが問題であると考えられる。

索引用語：急性虫垂炎，結核性腸間膜リンパ節炎

緒 言

腹部結核は近年では稀な疾患であるが、その臨床像は多彩である。急性腹症として発症し、虫垂炎との鑑別が困難であった結核性腸間膜リンパ節炎の1例を経験したので報告する。

症 例

症例：28歳，女性。

主訴：右下腹部痛，発熱。

既往歴，家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：平成6年8月1日，右下腹部痛と 38°C の発熱を認め近医を受診した。抗生物質を内服したが症状の改善がなく，8月3日当院に紹介され入院となった。下痢，便秘はみられなかった。

入院時現症：体格中等度。体温 37.5°C 。脈拍66/分，整。血圧122/76mmHg。眼瞼結膜に貧血はなく，眼球結膜に黄疸はなかった。胸部の理学的所見に異常を認めなかった。腹部は平坦であるが，右下腹部に安静時疼痛を訴え，Mc Burney 点よりやや正中側を中心に強い圧痛と筋性防御を認めた。Blumberg sign (+)，Rosenstein sign (±)であった。腫瘍は触知しなかった。また，表在リンパ節の腫脹は認めなかった。

表1 入院時検査所見

血液検査			
WBC	$6,400/\text{mm}^3$	ALP	88 IU/l
RBC	$410 \times 10^4/\text{mm}^3$	LDH	273 IU/l
Hb	11.7 g/dl	T. Bil	0.3 mg/dl
Ht	35.4 %	CPK	453 IU/l
Plt	$17.8 \times 10^4/\text{mm}^3$	BUN	8.4 mg/dl
ESR	29 mm/hr	Cr	0.7 mg/dl
CRP	3+	Na	142 mEq/l
TP	6.1 g/dl	K	4.6 mEq/l
GOT	22 IU/l	Cl	107 mEq/l
GPT	16 IU/l	amylase	326 IU/l
尿検査			
比重	1.030	潜血	(-)
タンパク	(±)	白血球	(-)
糖	(-)	アセトン	(-)

入院時検査所見：白血球数は $6,400/\text{mm}^3$ と正常値を示し，分画にも異常を認めなかった。しかし，CRPは(3+)陽性で，血沈は1時間値29mmと若干亢進していた。血清総タンパク(TP)の軽度低下と，クレアチニンホスホキナーゼ(CPK)の若干高値以外に異常所見を認めなかった(表1)。胸部および腹部単純X線検査には異常を認めなかった(図1，2)。腹部超音波検査では，肝臓および胆嚢には異常を認めなかった。下腹部は腸管ガスのため，十分な情報が得られなかった。

1995年1月31日受付 1995年10月12日採用

*現：香川医科大学第1外科

図1 胸部正面 X 線写真：肺野に異常所見を認めない。

図2 腹部正面 X 線写真：腹部に異常ガス像，石灰化像は認めなかった。

経過：腹部理学的所見から急性虫垂炎を最も疑ったが、白血球数が正常であり、保存的に経過観察とした。翌日、絶飲食、抗生物質の経静脈的投与にもかかわらず、症状は改善せず、 39°C にもおよぶ間欠熱と腹痛が持続したため、白血球数は $4,300/\text{mm}^3$ と正常であったが、急性虫垂炎の診断のもと平成6年8月4日手術を

図3 術中所見：回盲部腸間膜に鶏卵大から小指頭大のリンパ節を多数認めた。

図4 病理組織所見 (HE, $\times 200$)：類上皮細胞，ラングハンス型多核細胞などからなる比較的小型の肉芽腫が形成され，その中心に乾酪壊死を認める。

施行した。

手術所見：傍腹直筋切開で開腹したところ、回盲部腸間膜に鶏卵大から小指頭大の類円形で表面平滑な軟らかいリンパ節を多数認めた(図3)。虫垂は軽度の発赤を認めたが、明らかな炎症所見はなかった。漿液性の腹水を少量認めたが、回盲部の消化管に狭窄や漿膜面の異常はなかった。リンパ節を1個生検し、虫垂の切除を行い、ダグラス窩にドレーンを挿入し、手術を終えた。

病理組織検査：回盲部リンパ節は類上皮細胞，ラングハンス型巨細胞などからなる比較的小型の肉芽腫が多数形成されており，その中心は壊死に陥り，結核性リンパ節炎の所見であった(図4)。虫垂は，正常基本構造はよく保たれており，部分的に粘膜内にとどまる好中球浸潤を認めるが，炎症は強くないとの所見を得た。

術後経過：術後も39°C以上の高熱が持続したが、γグロブリンを2日間使用して解熱傾向を示した。しかし、37°C前後の微熱が持続した。一方、腹部理学的所見は術後著明に改善し、術後2日目より経口摂取を開始した。ドレーンからは少量の漿液性排液にとどまった。術後経過中、末梢血の白血球数は術前同様に正常範囲内であった。また、動脈血中およびドレーンからの腹水中には好気性および嫌気性細菌は認めなかった。病理学的検査所見で結核性腸間膜リンパ節炎との報告を受けた術後9日目に、内科に転科とし、isoniazid (INH) (200mg/day) rifampicin (RFP) (450mg/day)の化学療法を2カ月継続した。ツベルクリン反応は発赤12×8mm、硬結なく弱陽性であった。術後の注腸検査では回盲部消化管の粘膜に腸結核を疑う所見は認めなかった。術後5カ月の現在、創部、全身状態に異常なく、就労している。

考 察

本症例は急性腹症として来院し、腹部理学的所見からは急性虫垂炎を疑いながらも、血液検査所見が腹部所見と一致せず、1日の経過観察の後、手術を施行した。術後診断は腸間膜リンパ節炎、病理診断は結核性腸間膜リンパ節炎であった。腸間膜リンパ節炎は急性虫垂炎との鑑別を要する疾患として重要であるが、起炎菌はエルシニアによるものが多く¹⁾、結核性のものは稀である。

結核自体は今日においても稀な疾患ではないが、腹部結核すなわち腸結核、結核性腹膜炎、結核性腸間膜リンパ節炎は結核の化学療法が確立するまでは、その頻度は肺結核の重症度に相関していたと報告²⁾されており、今日、腹部結核の罹患率、死亡率はいずれも著明に減少している³⁾。結核性腸間膜リンパ節炎の頻度については、1983年 Gilinsky ら³⁾は125例の腹部結核の

中で8例あったと報告している。本邦では、われわれが調べた限りでは、佐藤ら⁴⁾が1953年に報告したのに始まり本症例を加えても、1953年より1994年まで16例の報告があるのみで稀な疾患といえる。20歳代が9例、30歳代が4例、40歳代が2例とほとんどが若年者で、男性11例、女性5例と男性に多い傾向がみられた。また、半数の8例が肺結核の治療中に発症している。

本疾患の臨床経過は多彩であるが、急性腹症として発症するのは稀で、一般には全身倦怠感が長期におよび、精査でも診断に難渋し、その後腹部腫瘤として発見されることが多いと報告されている²⁾。急性腹症として発症した本疾患の報告は本症例を含め5例であった(表2)。全例に腹痛、4例に発熱を認めるが、特徴的なことは1例を除き末梢血中の白血球数の上昇が軽度であることである。しかし、確定診断がつかないままに全例開腹術を行い、結核性腸間膜リンパ節炎の診断に至っている。これは本疾患の診断方法が未だ確立していないからである。津久井ら⁵⁾は、腸間膜リンパ節の腫大は超音波検査で描出可能な症例が多く、その特徴としては hypoechoic mass が腸間膜に一致して多数認められ、非侵襲的で有用であると述べている。一方、井上ら²⁾は、超音波検査では周囲臓器との位置関係や腸管ガスなどにより、常に正確な情報が得られるとは限らず、CT 検査を奨めている。本症例は術前に超音波検査を施行したが、腸管ガスが多く鮮明な画像が得られず、腸間膜リンパ節腫大の診断はできなかった。Hulnick ら⁶⁾は、CT による腹部のリンパ節結核の特徴として、①臍周囲や腸間膜でのリンパ節腫大、②大きな結節内の中央に低濃度領域を認める、③腹水が比較的高濃度で多房性に貯留する、④腹膜の造影効果を伴い、腸間膜や大網の軟部組織の変化を認める、⑤消化管内の病巣に接して腫大したリンパ節が存在する、の

表2 急性腹症として発症した結核性腸間膜リンパ節炎

No	報告者	年度	年齢・性	主訴	白血球数 (/mm ³)	血 沈 (mm/hr)	ツ 反	術前診断
1	黒川 ⁷⁾	1986	36 男	発熱 腹痛	8,300	5	記載なし	腹腔内膿瘍
2	柿原 ⁸⁾	1987	27 男	発熱 腹痛	20,700	32	弱陽性	憩室炎
3	津久井 ⁵⁾	1988	11 男	発熱 腹痛 下痢	7,600	記載なし	強陽性	腸間膜 リンパ節炎
4	菊池 ⁹⁾	1991	24 女	腹痛 血便	8,600	記載なし	陽 性	腹腔内腫瘤
5	自験例	1995	28 女	発熱 腹痛	6,400	29	弱陽性	急性虫垂炎

5点を挙げている。本症例は、急性虫垂炎の疑いで緊急入院した28歳の若い女性であり、しかも、入院後発熱と腹痛が増強して緊急手術となったため、術前にCT検査は施行していない。

本疾患の報告例はいまだ少数のため確立されたアプローチの仕方や診断法がないのが現状であるが、以下の3点が重要であると思われる。①急性虫垂炎の疑いのある症例で、手術が必要であると思われる程の強い炎症症状を呈しながら、白血球数の増加が中等度以下の症例は本症を疑う。②急性虫垂炎の術前診断で手術を施行し、その鑑別診断として頻度の高い腸間膜リンパ節炎に遭遇した場合、虫垂切除のみに留まらず、積極的にリンパ節生検を行い、病理組織学的に確認する必要がある。③本症例を含め報告例を検討してみると、結核と確定診断がつくまでの術後約1週間、一般的な抗生物質投与でも急性炎症の症状は軽快している。すなわち、この期間は必ずしも抗結核薬の必要性はなく、通常の術後に対する化学療法を行い、その後に根治性を考え抗結核薬を投与しても良いと思われた。

結 語

急性腹症として発症した結核性腸間膜リンパ節炎の1症例を経験したので報告した。

稿を終えるにあたり、御指導、御校閲を賜りました香川医科大学第1外科学教室前田 肇教授、高知医科大学第1病理学教室原 弘教授に心から感謝致します。

文 献

- 1) 山本哲郎：V 急性虫垂炎。和田達雄 監修，新外科学大系，小児外科VI，第30巻D，中山書店，東京，1990，p33—44
- 2) 井上祐一，金森頼和，三浦直樹他：肺結核治療中に腹部腫瘤にて発見された腸間膜リンパ節結核の1例。結核 66：543—550，1991
- 3) Gilinsky NH, Marks IN, Kottler RE, et al: Abdominal tuberculosis. A 10-year review. S Afr Med J 64: 849—857, 1983
- 4) 佐藤三郎：診断困難であった腸間膜リンパ結核の1例。医療 7：386—387，1953
- 5) 津久井優，町村貴郎，花上 仁他：超音波が急性虫垂炎との鑑別に有用であり，且つ臨床経過より結核を強く示唆された急性腸間膜リンパ節炎の1例。神奈川医会誌 15：143，1988
- 6) Hulnick DH, Megibow AJ, Naidich DP, et al: Abdominal tuberculosis. CT evaluation. Radiology 157: 199—204, 1985
- 7) 黒川善栄，桐岡智二，神谷順一他：腸間膜リンパ節結核の破裂による汎発性腹膜炎の1例。臨外 41：1589—1592，1986
- 8) 柿原昌弘，三上祐司，山本茂生他：上行結腸瘻を形成した腸間膜結核性リンパ節炎の1例。日内会誌 76：898，1987
- 9) 菊池嘉一郎，飯田修平：腹部腫瘍との鑑別が困難であった腸間膜結核の1例。日消外会誌 24：2065—2069，1991

A CASE OF TUBERCULOUS MESENTERIC LYMPHADENITIS PRESENTING DIFFICULTY IN DIFFERENTIATION FROM ACUTE APPENDICITIS

Kotaro MATSUSHITA, Muneo KITAMURA and Sakuji ASHIHARA

Department of Surgery, Hosogi Hospital

In recent years tuberculous mesenteric lymphadenitis presenting with an acute abdomen is rare that sometimes offers difficulty in diagnosis. We experienced a patient with tuberculous mesenteric lymphadenitis which was diagnosed at laparotomy and by postoperative histologic examination. This case also presented difficulty in differential diagnosis from acute appendicitis. A 28-year-old woman was admitted to the hospital because of a fever and right lower abdominal pain. Acute appendicitis was suspected from physical findings of the abdomen. Blood chemical examination revealed white blood cell count of 6,400. Because of persistent fever and abdominal pain, surgery was performed on the second hospital day. Surgical findings included slight ascites and lymph node swelling of various sizes at the ileocecal mesentery. The patient was diagnosed pathohistologically as tuberculous mesenteric lymphadenitis. *Yersinia enterocolitica* is a common pathogen of mesenteric lymphadenitis and *Mycobacterium tuberculosis* are rarely reported in the literature. Early diagnosis and treatment of this disease are important, because excellent chemotherapy is available for tuberculosis.