

〔原著〕 松本歯学 19 : 185~191, 1993

key words : 頸部リンパ節結核 — ツベルクリン反応 — 頸部腫瘍

頸部リンパ節結核の2症例

中島潤子, 岩本 修, 小松 史, 中畠 哲,
山田哲男, 植田章夫, 北村 豊, 千野武廣

松本歯科大学 口腔外科学第一講座 (主任 千野武廣 教授)

安東基善, 武井則之

松本歯科大学 口腔病理学教室 (主任 枝 重夫 教授)

Two Cases of Tuberculosis of the Cervical Lymph Nodes

JUNKO NAKAJIMA, OSAMU IWAMOTO, FUHITO KOMATSU,
SATOSHI NAKAJIMA, TETSUO YAMADA, AKIO UEDA,
YUTAKA KITAMURA and TAKEHIRO CHINO

*Department of Oral and Maxillofacial Surgery I,
Matsumoto Dental College
(Chief : Prof. T. Chino)*

MOTOYOSHI ANTOH and NORIYUKI TAKEI

*Department of Oral Pathology, Matsumoto Dental College
(Chief : Prof. S. Eda)*

Summary

In this paper, two cases of tuberculosis appearing in the cervical lymph nodes are reported. Although this disease is not so common today, it still occurs.

One case involves a 54-year-old man and the another involves a 51-year-old woman. In each case, a tuberculin skin test proved to be markedly positive and elevation of the erythrocyte sedimentation rate was clearly indicated; however, no abnormalities were observed on the chest radiographs.

Because their swellings had a nodular appearance, it was difficult to distinguish them from malignant neck tumors. Each of the lesions excised was histopathologically diagnosed as tuberculosis.

Anti-tuberculous chemotherapy was administered to each patient and no evidence of recurrence was observed in either case.

緒 言

近年、結核性疾患は、各科領域において、その発生頻度が減少してきているが、未だに散見されている。特に口腔外科領域において、顎下部やオトガイ部に比較的大きな腫瘍を形成する疾患の診断には、頸部リンパ節結核の可能性を念頭に置かなければならない。頸部リンパ節結核は、全身症状を欠く場合も多く、非特異性炎、腫瘍などの鑑別が困難な症例が多いとされている。今回われわれは、頸部リンパ節結核の2症例を経験したので、その概要を若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

症例 1

患者：54歳 男性。

初診：1989年9月18日。

主訴：右側顎下部の腫脹。

家族歴：特記事項なし。

既往歴：肺結核の既往はないが、24歳時に後頸部リンパ節結核のため、リンパ節摘出術を受けた。

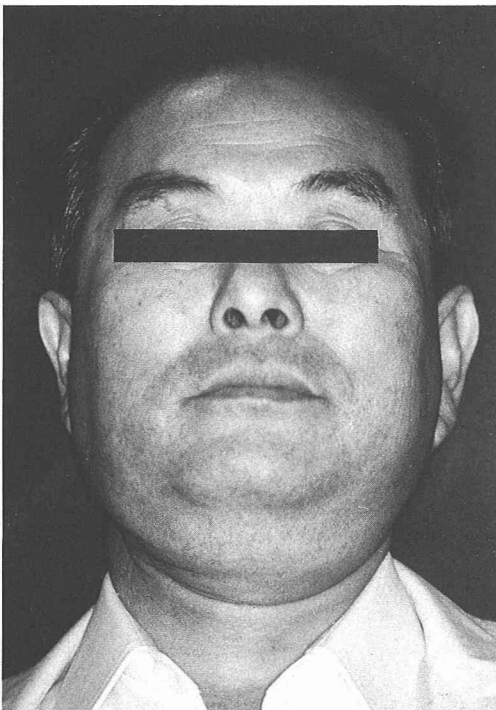


図1：初診時顔貌写真

現病歴：1989年8月上旬より、右側顎下部より頸部にかけてのび慢性の腫脹を自覚したため、歯科、耳鼻咽喉科、内科を受診したが、その原因は確認できず、再度歯科を受診したところ、精査、加療の目的で当科を紹介され来院した。

現症

全身所見：体格は肥満で栄養状態は良好。

口腔外所見：顔貌左右非対称性で右側の顎下部から頸部にかけて、軽度のび慢性腫脹が認められた(図1)。同部皮膚は健康色で、触診により同側の下顎角下方から胸鎖乳突筋前縁部に5×3 cm大の境界明瞭、弾性硬で非可動性の腫瘍が触知された。腫瘍およびその周囲に熱感と軽度の圧痛が認められた。前回の手術による癒痕拘縮が認められたため顎下リンパ節、浅頸リンパ節の触知が困難であった。

口腔内所見： $\overline{6}$ 部辺縁歯肉が根分岐部まで退縮しており、同部洗浄により帯黄白色の排膿を認めた。

X線検査： $\overline{6}$ 近心根尖部および根分岐部にかけて境界明瞭なX線透過像が認められた。単純X線写真では腫瘍相当部に異常所見はみられなかった。CT造影写真では、右側頸部に ring enhancement を示す2個の腫瘍が認められ、その内部はCT値が比較的低く、壊死または自己融解を起こしている可能性が示唆された。また腫瘍内部に石灰化物は認められなかった(図2)。なお胸部X線検査では異常所見は認められなかった。

初診時臨床検査所見：CRP(+), ESR は12 mm/hrであった(表1)。



図2：CT写真(造影像)

ring enhancement を示す2個の腫瘍が認められ、内部のCT値は低い

表 1 : 症例 1 の臨床検査所見

RBC	453万×10 ⁴ /mm ³	T. P.	6.8 g/dl
Hb	14.4 g/dl	ALB	4.7 g/dl
Ht	42.7%	T-Bil	0.5 mg/dl
WBC	8200/mm ³	GOT	31 U
St.	6%	GPT	40 U
Seg.	39%	LDH	217 U
Eo.	2%	ALP	101 U
Ba.	2%	CHE	1584 U
Mo.	5%	γ-GTP	33 U
Ly.	46%	Na	142 mEq/l
血小板	20.6×10 ⁴ /mm ³	K	3.5 mEq/l
血沈	12 mm/hr	Cl	103 mEq/l
ツ反	強陽性	BUN	12 mg/dl
HBs 抗原	(-)	Cre	0.8 mg/dl
ワ氏	(-)		
CRP	(+)		

初診時臨床診断：「6」起因のリンパ節炎もしくはリンパ節結核の疑い

処置および経過：初診時より抗菌剤による消炎療法を開始したところ、腫瘍がやや縮小したため「6」

の抜歯術を施行した。その後経過観察を行っていたが、再び同部リンパ節が増大し、自発痛も発現するようになった。この経過中にツベルクリン反応（ツ反）を行ったところ強陽性であった。以上の経過から同年10月12日、頸部リンパ節結核の臨床診断の下、全身麻酔下においてリンパ節摘出術を施行した。術中所見では、腫瘍は胸鎖乳突筋の前方に認められ、周囲組織との癒着がみられ剥離は困難であった。

摘出物の肉眼的所見：摘出物は線維性被膜に被包された表面平滑な弾性硬の充実性の腫瘍であり、割面では一部弾性軟で黄色チーズ状の小胞が認められた（図3、4）。

病理組織学的所見：摘出物は直ちに10%中性緩衝ホルマリン溶液にて固定し、通法に従いパラフィン切片を作製し、ヘマトキシリン・エオシン重染色（H-E）を施して鏡検した。

リンパ節内には、エオシンに顆粒状に染まる乾酪壊死巣や、その周囲を紡錘形の類上皮細胞を主



図 3 : 摘出物所見



図 4 : 摘出物 (割面)

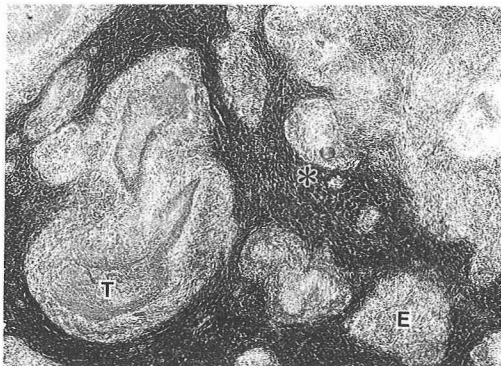


図 5 : リンパ節内には多数の結核結節(T)や類上皮結節(E)がみられる (H-E, ×30)

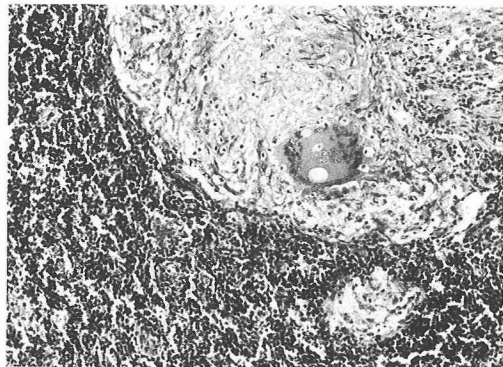


図 6 : 図 5 の星印部分の拡大像。Langhans 巨細胞を含む特異肉芽が認められる (H-E, ×150)

体とする特異肉芽が取り囲む結核結節が多数観察された。これらの結核結節はリンパ節のほとんどを占めており、リンパ組織はごくわずかに認められたのみであった(図5)。また、特異肉芽の中には所々に、馬蹄形の核配列を示す多核のLanghans巨細胞が散見された。しかし結核結節の周囲の非特異肉芽は明瞭に観察することはできなかった。さらに、比較的小きな結節では、乾酪壊死巣を欠く類上皮結節もいくつかみられた(図6)。以上の所見より、tuberculosis of the lymph nodeと診断した。

患者は退院後、内科にて、結核治療を6カ月間受けた。術後4年を経た現在再発は認められていない。

症例 2

患者：51歳 女性。

初診：1992年10月28日。

主訴：右側頸下部の腫脹、疼痛。

家族歴：特記事項なし。

既往歴：44歳時および45歳時、頸部リンパ節結核のためリンパ節摘出術を受けた。内科より抗結核剤の処方を受けていたが、その後、患者自身の判

断で内服を中止していた。また48歳時、リウマチにて3カ月間投薬を受けた。

現病歴：1992年10月25日右側頸下部に無痛性腫脹を自覚した。10月27日より同部の腫脹が増大し、拍動性の疼痛を自覚するようになったため、某歯科医院を受診したところ、精査、加療の目的で当科を紹介された。

現症

全身所見：体格中等度、栄養状態良好。

口腔外所見：顔貌左右非対称性で右下顎角部から頸部にかけて、び慢性の腫脹が認められた(図7)。同部皮膚は健康色で、触診により右側下顎角部から顎下三角相当部に5×2 cm大の境界明瞭、弾性硬で可動性の腫瘍が触知され、同部およびその周囲に熱感および著明な圧痛があった。

口腔内所見：右側舌下小丘部よりの唾液分泌は良好で、排膿は認められなかった。

X線検査：同部の単純X線写真では腫瘍内に異常所見はなかった。CT所見では、右側頸下部に内部がほぼ均一なdensityを有する腫瘍があり、同腫瘍は広頸筋との癒着が疑われた。腫瘍内には石灰化物は認められなかったが、反対側のリンパ節内には石灰化物がみられた(図8)。胸部X線写真では異常所見は確認できなかった。

臨床検査所見：CRP(+), ESRは43 mm/hr, ツ反は強陽性であった。喀痰検査は陰性であった(表2)。

初診時臨床診断：頸部リンパ節結核または唾液腺腫瘍

処置および経過：初診時、ただちに入院させ、抗



図7：初診時顔貌写真

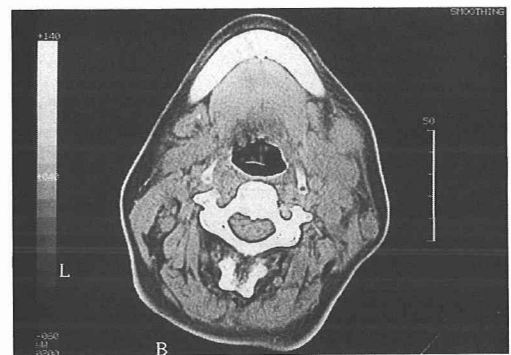


図8：CT写真

右側頸下部に広頸筋と癒着してみられる腫瘍を認める

表2：症例2の臨床検査所見

RBC	437万×10 ⁴ /mm ³	T. P.	8.2 g/dl
Hb	14.4 g/dl	ALB	4.7 g/dl
Ht	42.0 %	T-Bil	0.7 mg/dl
WBC	9000/mm ³	GOT	21 U
St.	22 %	GPT	18 U
Seg.	44 %	LDH	370 U
Eo.	2 %	ALP	96 U
Ba	0 %	CHE	1584 U
Mo.	6 %	γ-GTP	10 U
Ly.	26 %	Na	140 mEq/l
血小板	41.1×10 ⁴ /mm ³	K	4.1 mEq/l
血沈	43 mm/hr	Cl	102mEq/l
ツ反	強陽性	BUN	20 mg/dl
HBs 抗原	(-)	Cre	0.7 mg/dl
ワ氏	(-)	喀痰検査	陰性
CRP	(+)		

菌剤による消炎療法を開始したところ、腫瘤はやや縮小した。また内科からの抗結核剤は入院後より再開した。初診時に唾液腺腫瘍も疑われたが、CTの76%ウログラフィンによる唾液腺造影撮影

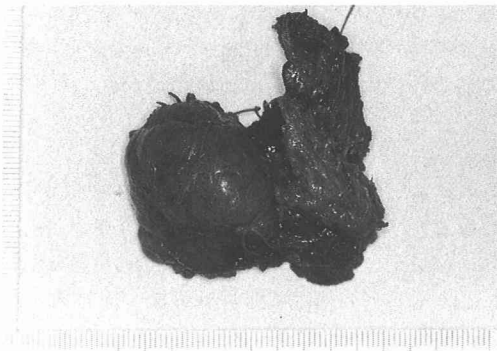


図9：摘出物所見



図10：リンパ節の一部に観察された類上皮結節 (H-E, ×30)

により腫瘤は唾液腺とは独立していることが確認された。頸部リンパ節結核の診断の下、同年11月12日、全身麻酔下においてリンパ節摘出術を施行した。術中所見では腫瘤は広頸筋とは癒着はなかったが、顎下腺との癒着がみられたため、顎下腺とその周囲組織を一塊として摘出した(図9)。病理組織学的所見：症例1と同様の方法で切片を作製し、H-E染色を施して鏡検した。

リンパ節は、著明なうっ血を伴う多数の血管を認める線維性組織に置換されており、リンパ組織は一部にわずかに観察されたのみであった。リンパ組織の中には、紡錘形の類上皮細胞が比較的疎な類上皮結節が確認され、同部にはLanghans巨細胞が散在したが、乾酪壊死巣は認められなかった(図10, 11)。また特異肉芽を取り囲む非特異肉芽の形成はほとんど観察できなかった。

隣接する顎下腺は腺房の萎縮・消失があり、間質にはリンパ球を主体とした円形細胞が浸潤していたが、典型的な結核結節や類上皮結節はなかった。以上の所見より、tuberculosis of the lymph nodeと診断した。

患者は内科にて引き続き結核治療を行っており、術後10カ月を経た現在再発は認められていない。

考 察

頸部腫瘤のうち頸部リンパ節結核の発症頻度は比較的高く、単純性リンパ節炎、悪性腫瘍のリンパ節転移に次いで第3位であった¹⁾。本疾患は森田²⁾によれば年間の発生率は約3,000人と推定され、頸部腫瘤として生検を行ったリンパ節の約

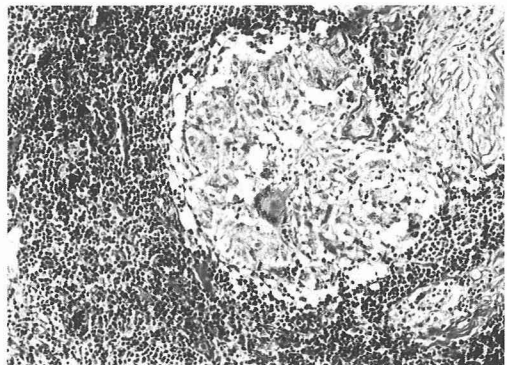


図11：図10の星印部分の拡大像。類上皮結節にはLanghans巨細胞も認められる (H-E, ×150)

15%を占めているという。男女比をみると比較的女性に多いとされ、年齢は多くの年齢層にわたってみられるが、20～30代の若年者に多い傾向がある³⁾。発生部位は側頸部および頸下部が多く、最近では栄養状態の向上、BCGの普及などにより、単発性のものがほとんどであるが、数個のリンパ節が癒着して、いわゆる腺塊をつくるものも見られる⁴⁾。

頸部リンパ節への結核菌の侵入経路として平出⁵⁾は、①縦隔リンパ節や静脈角リンパ節から頸部へ逆行性リンパ行性に、②扁桃、咽頭、喉頭からリンパ行性に、③肺尖の結核性病変からリンパ行性に頸部に、④血行性に頸部リンパ節に至る、の4つの経路が考えられるとしている。今回の2症例はどちらも頸部リンパ節結核の既往はあるものの、肺結核および他の部位での結核の所見はみられなかったことから②の扁桃、咽頭、喉頭からリンパ行性に感染した可能性が考えられた。

頸部リンパ節結核の経過は、初期には1個または数個の頸部リンパ節が孤立性に腫脹するが（初期腫脹型）、やがてリンパ節周囲炎が起ると、周囲との癒着のため可動性が乏しくなり、腺塊を形成し、自発痛、圧痛を伴うようになる（浸潤型）。これらの腺塊はやがて弾力性を失い硬くなる（硬化型）が、リンパ節の中心壊死が起こり膿瘍化し、時に強い疼痛を来し、浅在性の場合には発赤を来すこともある（膿瘍型）。膿瘍が自潰したり、瘻孔を形成したりすると難治性となる（潰瘍瘻孔型）⁶⁾。頸部リンパ節結核の診断には、局所所見の他に全身所見、ツ反、ESR、CRPなどが参考にされる。このうちツ反は、現在本邦では20代の80%はツ反陽性であり、ほとんどの人は感作されているのでツ反陽性の診断的価値は低いが、発赤硬結、水疱形成を伴う強陽性に反応が出た場合は、積極的に結核の感染を疑ってよいといわれている⁷⁾。今回の2症例はどちらもツ反強陽性、ESR値の亢進、CRP(+)が認められているが、ESR値が亢進しない症例も報告されている⁸⁾。

喀痰培養検査では活動性肺結核の症例を除いて、結核菌が検出されない場合がほとんどであり⁹⁾、症例2においても結核菌は検出されていない。

治療は一般的に初期腫脹型、浸潤型、硬化型には抗結核薬による化学療法を行い、膿瘍、潰瘍瘻

孔型では外科療法が必要となる⁶⁾。今回の2症例のうち、1例目は、CT所見上、明らかに内部に壊死がみられ、膿瘍型と判断し、外科療法を行った。また2例目については、硬化型であったが、症状が著しく腫脹も著明であったため、化学療法のみでは根治させるのは困難であると考えられたため、外科的に摘出を行った。

鑑別すべき疾患としては以下の如く多数の疾患が挙げられる¹⁰⁾。すなわち炎症としては単純性リンパ節炎、慢性顎下腺炎、梅毒性リンパ節炎、嚢胞として側頸嚢胞、正中頸嚢胞、腫瘍として唾液腺腫瘍、悪性リンパ腫、白血病、転移性腫瘍などである。このなかで悪性疾患との鑑別はとくに重要であり、頸部リンパ節結核を伴った頸部悪性リンパ腫¹¹⁾や、同一病巣内に結核病巣と扁平上皮癌がみられた症例¹²⁾などの報告もみられることから、最終的にはやはり生検を行い、確定診断を得る必要がある。

頸部リンパ節結核の病理組織学的所見は、一般にリンパ洞を中心とする限局性の結核結節を有し、その中心部に乾酪壊死巣があり、周囲には類上皮細胞がみられ、Langhans巨細胞を伴い、病変の進行に伴ってこれらの結核結節が互いに融合し、さらに大きな乾酪壊死巣を形成していくとされている。

本疾患は再発することが多く、再発率は30%にのぼるとの報告¹³⁾もあり、生検によりリンパ節結核の診断が得られた場合、抗結核剤の投与は強力にしかも長期間続ける必要がある^{3,14)}とされている。症例1では当科退院後、内科にて、結核治療を6カ月間受けた。症例2については、現在も内科での治療を継続しており、両者とも再発はみえていない。

結核は減少したとはいえ、日常臨床において遭遇する可能性のある疾患である。頸部腫瘤をみた場合は悪性腫瘍を考慮するのはもちろんのこと頸部リンパ節結核も忘れてはならない疾患である。

結 論

顎下部に発症した頸部リンパ節結核の2症例を経験したので、その治療および臨床経過の概要を若干の文献的考察を加えて報告した。

稿を終えるにあたりご懇篤なるご校閲を賜りま

した本学口腔病理学教室 枝重教授に深く感謝します。

文 献

- 1) 宮澤 裕, 岩下和人, 門脇敬一 (1990) 頸部リンパ節結核の3症例. 耳鼻, **36**: 1101-1104.
- 2) 森田 守 (1989) プルミエ 医学各論 I 顔面・頸部疾患, 54-59. 医歯薬出版, 東京.
- 3) 高橋廣臣 (1992) リンパ節炎. *JOHNS*, **8**: 1637-1640.
- 4) 吉村 節, 倉地洋一, 吉屋 誠, 林 洋紀, 角田左武郎, 南雲正男, 榎本昭二, 立川哲彦 (1979) 石灰化のみられた結核性顎下リンパ節炎の1例. 日口外誌, **25**: 1217-1221.
- 5) 平出文久 (1977) 最近の耳鼻咽喉科領域の結核症. 耳喉, **49**: 973-984.
- 6) 山本正彦, 青木正和, 斎藤 肇, 高瀬 昭, 寺松孝, 長野 準, 新津泰孝, 橋本 正, 前川暢夫, 山本健一 (1981) 結核症の基礎知識. 結核, **56**: 85-108.
- 7) 中山明仁, 八尾和雄, 岡村牧人, 高橋廣臣 (1989) 頸部リンパ節結核の臨床統計的検討. 耳鼻臨床, **82**: 871-878.
- 8) 河野信彦 (1981) 頸部リンパ節結核の1例. 日口外誌, **27**: 112-116.
- 9) 原沢道美 (1979) 内科学ハンドブック, 76-82. 文光堂, 東京.
- 10) 本橋雪子, 玉井達人, 福田広志, 富川孝秀, 河内四郎, 増田正樹, 大谷隆俊 (1978) 顎下部・オトガイ部にみられた結核性リンパ節炎の3例. 日口外誌, **24**: 614-618.
- 11) 杉田邦洋, 渡辺猛世, 牧本一男, 高橋宏明 (1989) 頸部リンパ節結核をともなった頸部悪性リンパ腫の一例. 耳鼻臨床, 補**35**: 33.
- 12) 大石公子, 鷺飼幸太郎, 坂倉康夫, 三吉康郎 (1986) 当教室12年間の頸部リンパ節結核の臨床統計的観察. 耳鼻臨床, **79**: 609-616.
- 13) 松島敏春, 小橋吉博 (1989) 肺外結核の現状. *Pharma Medica*, **7**: 55-60.
- 14) 井上宏司, 石原恒夫 (1979) 慢性リンパ節炎. 外科 Mook, **7**: 41-50.