

A CASE OF TONSILLAR MALIGNANT LYMPHOMA OCCURRED WITH ACUTE NECROTIC TONSILLITIS

Shogo Awataguchi M.D.

Tohoku Central Hospital of Mutual Aid Association of Public School Teachers

Kenji Ohoyama M.D.

Department of Oto-Rhino-Laryngology School of Medicine Tohoku University

Yukio Kanazawa M.D.

Department of Clinical Cancer Chemotherapy Institute of Tbc. and Cancer Tohoku University

A case of malignant lymphoma of a 73-year-old male farmer diagnosed by autopsy was presented. His clinical manifestation of the onset was a right mesopharyngeal ulceration which was cured with one week's antibiotic therapy. About 2 months after this episode, on January 25, 1985, he was admitted to Tohoku Central Hospital, with complaints of severe sore throat, high fever and weakness. He was suffering from acute necrotic tonsillitis of the left palatine tonsil and treated with antibiotics. However, laboratory examination of blood revealed lymphocytopenia (2,200), thrombocytopenia (97,000) and high level of serum LDH (824) suggesting malignancy of his illness. Histological examinations of the biopsies taken from the affected tonsil and of an enlarged lymphnode removed from the right inguinal area, and cytological examination of bone marrow aspiration demonstrated respectively no definite sign of malignancy except for suspicion of lymphoblastosis.

Intensive antibiotic and steroid therapy produced considerable reduction in size of the affected palatine tonsil. But in mid of February, he developed acute pneumonia and died of its exacerbation on February 25. Histopathological diagnosis at autopsy was malignant lymphoma involving bilateral palatine tonsils, systemic lymph nodes, lungs and adrenals. Interstitial pneumonia was revealed as a direct cause of death.

Differential diagnosis of malignant lymphoma of tonsils from non-neoplastic or specific inflammation was important because of its clinical features which represented unilateral, superficial coating or ulceration such as in necrotic tonsillitis and Vincent's angina. Necessity of various marker studies for tumor cells of biopsied materials is emphasized for the accurate diagnosis and pertinent treatment of malignant lymphoma.

壊死性扁桃炎を初症とした悪性リンパ腫

公立学校共済東北中央病院

栗田口 省 吾

東北大学医学部耳鼻咽喉科学教室

大 山 健 二

東北大学抗酸菌病研究所臨床癌化学療法部門

金 沢 幸 夫

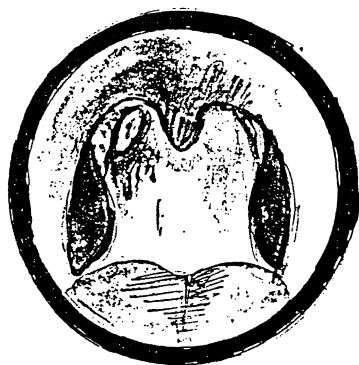
はじめに

昭和59年11月中旬から60年1月にかけて、中咽頭右上部の小潰瘍および左口蓋扁桃の壊死性炎症を初症として発病し、化学療法により治療したが改善されず、死亡後剖検により悪性リンパ腫と診断された。73才男(農夫)の症例について、その治療経過を述べるとともに、剖検精査した結果を報告する。

症 例

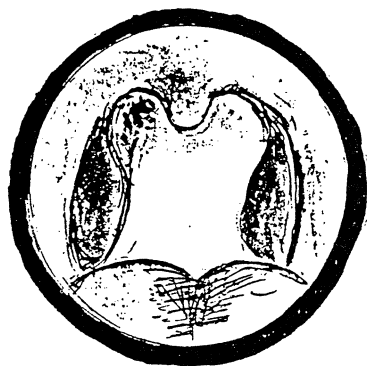
患者：73才，男性，農夫
既往歴：約10年前より，高血圧，心房細動と云われて，しばしば東北中央病院(以下当院)の内科外来を訪れ診療を受けていた。

Fig. 1



Ulcer in right mesopharynx

現病歴および経過：昭和59年11月中旬嚥下痛があり，17日当院耳鼻咽喉科外来を訪れ，中咽頭右側上部，側索に一致して，約5ミリの長さの潰瘍があり，その周囲組織は発赤腫脹していた。この潰瘍周囲組織より，組織片を採取して検査したが，壊死組織が多く，組織診断を下すことは不可能であった。この間，抗生剤(ケフラール)を6日間(1日2T)を投与し，潰瘍は軽快した。(Fig. 1)その後，精査のため山形大学病院耳鼻咽喉科で病巣部位より再度試験切片をとり組織診を行ったが，悪性像はみとめられなかった。



Disappearance of ulcer by one week's antibiotic therapy

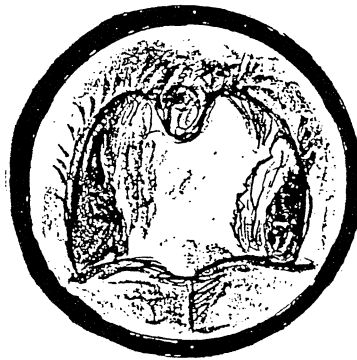
Fig. 2



Acute necrotic tonsillitis (left)

その後約2か月、昭和60年1月20日頃から咽頭痛あり、全身倦怠、食思不振、発熱37.8℃で、1月25日再度当院耳鼻咽喉科外来を訪れた。当時の局所々見は左口蓋扁桃が充血腫脹し、その内側表面には灰白色の厚い膿苔が附着して壊死に陥り口臭があった。全身倦怠あり、体温38℃で直ちに入院した。左口蓋扁桃の病巣より培養により証明された菌はNeisseria, Streptococcus viridanus, 1月30日にはStaphylococcus aureus, および酵母様菌, 1月31日および2月1日にはStaphylococcus aureus, であった。

入院後、ラクトリンゲルS液 1,000ml, マーキシジン 2 g, ビタメジン 200mgを点滴静注で1日1回投与した。左口蓋扁桃の発赤腫脹は次第に消退して、壊死部をおおっていた膿苔は縮小脱落してきたが、発熱がつづき、全身倦怠は軽快せず、2月1日よりマーキシジンにかわって、ミノマイシン 200mgを毎日筋注した。(Fig. 2) 2月2日、左口蓋扁桃より組織片を採取し組織診を行った。その結果は反応性の小リンパ球の生産は認められたが、悪性像はみられなかった。また、側頸部、そけい部などのリンパ節が腫脹しており、2月5日右そけい部リンパ節を剔出して組織診を行った。さらに2月8日骨髓穿刺が行われたが、いずれもリンパ球所見からImmunobla-



Reduction in size of left tonsil by antibiotic therapy

stosisの傾向があるが、悪性リンパ腫の診断は否定的であった。

なお、本症例の臨床諸検査は入院時より種々行われてきたが、特に異常値を示したものは、白血球減少(2,000台以下)血小板減少(10万以下), LDH(824-1527)などありImmunoglobulinはIgA249mg/dl, IgG 1109mg/dl, IgM 110mg/dl, IgE(RIST)25以下であった。

その後、左口蓋扁桃の壊死巣は限局縮少し、膿苔は脱落して扁桃実質は殆ど正常に回復し、咽頭痛は消退したが、全身倦怠と38℃台の弛張熱が毎日つづいた。2月3日より、抗生剤の2剤併用が行われ、セファメジン 4 g, アミカシン 200mgを毎日、さらにプレドニン20mgが連日投与された。その後、やや下熱の傾向がみられたが、2月18日ころより咳嗽、喀痰があり、次第に増悪して肺炎を起し21日に前2者の抗生剤に代えてエポセリン 2 gおよびミノマイシン 200mgが投与されたが、25日朝永眠した。(Fig. 3)

病理解剖学的診断：死後約2時間半、咽喉部、頸部、胸腹部の病理解剖を行って諸臓器を精査することができた。その結果は次の如くであった。

病理解剖学的診断、悪性リンパ腫(びまん性リンパ腫, 中細胞型)(Fig. 4)

Fig. 3. CLINICAL COURSE

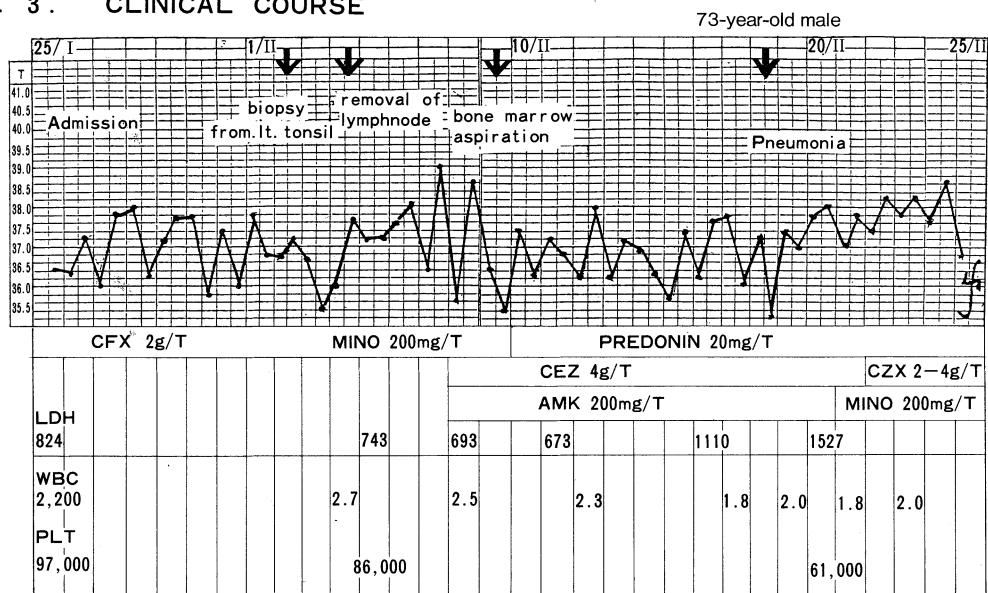
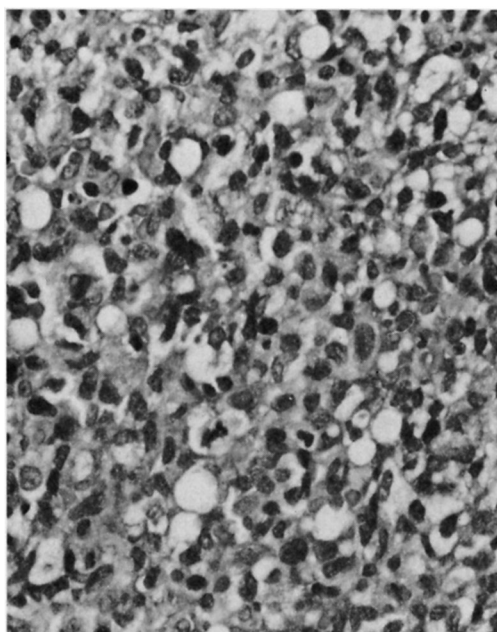
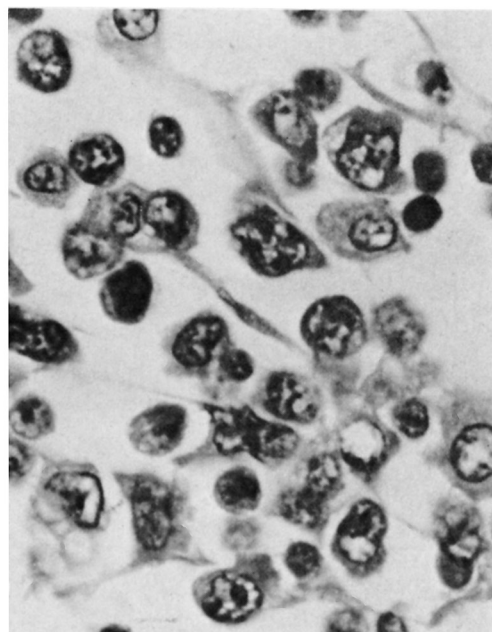


Fig. 4.



A : Non-necrotic region of lt. tonsillar tissue, biopsied on Feb. 2.
The diagnosis of malignant lymphoma was not made, the infiltration of lymphoid cells in various shape and size with occasional mitotic activity (→) might be suggestive of following malignant alteration. (H. E. ×120)



B : Lymphoma cells of paraortic lymph node at autopsy.
Atypical nuclei with prominent nucleoli of tumor cells are apparent. (H. E. ×600)

I 腫瘍細胞浸潤臓器

- 1) 両側口蓋扁桃, 舌根扁桃
- 2) 気管・気管分岐部・肺門周囲リンパ節
膈周囲, 大動脈周囲リンパ節
(リンパ節の腫脹)
- 3) 両側肺, 各肺葉に径 1.5cm 大の多発性
腫瘍結節
- 4) 左副腎の腫瘍細胞浸潤

II その他の所見

- 1) 両側肺の間質性肺炎(ヒヤリン膜形成)
と, うっ血性浮腫
- 2) 左心室の小癭痕と求心性心肥大
- 3) うっ血性の著明な肥大脾(腫瘍なし)
- 4) 肝のうっ血, 胆管周囲炎, 脂肪化
- 5) 膈の脂肪化と線維化
- 6) 両側腎の髓質うっ血と病巣性腎細管壊
死を伴う動脈硬化性腎硬化症
- 7) 慢性胆嚢炎

なお, 悪性リンパ腫の病理解剖学的診断は原発巣とみなされた左口蓋扁桃病巣部の組織標本をさらに精査することによって得られた。すなわち, 組織中には異型細胞が多く, かつ異型核分裂像のある細胞もみられた。扁桃やリンパ節の組織中にみられた腫瘍細胞の広がりは, リンパ組織全体ではなく, 部分的に浸潤がみられ, その他の部は反応性の細胞～組織球の増生(Reticulosis)が中心をなしていた。これらの腫瘍の所見は両側肺, 左副腎にもみられた。

本症例の直接の死因は, 肺における腫瘍の浸潤と間質性肺炎にともなう, うっ血水腫であり, その他, 心肺不全による臓器のうっ血もみられた。脾は 410g と肥大していたが, 組織像では腫瘍細胞はみられず, 経過中には腫瘍細胞の浸潤があったかも知れないが, 剖検時にはうっ血のみであった。

ま と め

最近経験した73才農夫の「壊死性扁桃炎を初症とした悪性リンパ腫」の症例について,

その臨床経過ならびに病理解剖所見および剖検診断について報告した。元来, 扁桃の悪性リンパ腫はおおむね1側に発生することが多く, 一見, 壊死性扁桃炎かバンサン氏アンギーナのように, その扁桃表面が白苔に被れるか, 潰瘍に陥ることがしばしばあり, 炎症と鑑別することが肝要であると云われている。本症例もその扁桃所見から特殊な炎症を思わせるものがあつた。一方, 本症例の臨床検査の結果では, 末梢血, 白血球の減少, 血小板の減少が著しく, また, 血清LDHは高値を示し, 悪性腫瘍を思わせるものがあつた。従つて, 扁桃病巣部, ならびに, 腫脹した右そけい部リンパ節の組織診および骨髓穿刺を施行しその吸引血液について細胞診を行ったが, いずれもその結果は悪性腫瘍の確証を得るに至らず, 急激に増悪する症状に対応するために, 対症療法に終始せざるを得なかつた。最近では, リンパ球系の腫瘍が疑われた例では, マーカー検索が必須と云われているので, 本症例でも左口蓋扁桃より生の材料をとり, 早期に検索することが可能であつたならば, より正確な診断ができたのではないかと思考する次第である。

参 考 文 献

- 1) 犬山征夫: 扁桃と悪性疾患, 耳鼻, 59(10),: 889~892, 1985
- 2) 小島 瑞, 他: 新分類による悪性リンパ腫アトラス(著書), 文光堂, 東京本郷, 1979
- 3) 菊地浩吉, 他: リンパ球表面マーカーと悪性リンパ腫, 最新医学, 34(4): 2025~2021, 1979
- 4) 小池孝一, 他: 悪性リンパ腫細胞のマーカー検索法, 臨病病理, 24(8): 740~744, 1980

質 疑 応 答

追加 藤原久郎（長崎大）

細胞診の診断は先生は擦過細胞診の結果で positiveに出なかったと思います。needle aspiration biopsyとすればpositiveになっていたと思います。