

深頸部膿瘍を来した壊死性リンパ節リンパ節炎の1症例

吉田和秀 重見英男 坂本菜穂子
黒野祐一 茂木五郎
大分医科大学耳鼻咽喉科学教室

A Case of Necrotizing Lymphadenitis with Deep Neck Infection

Kazuhide YOSHIDA, Hideo SHIGEMI, Naoko SAKAMOTO, Yuichi KURONO, Goro MOGI
Department of Otolaryngology, Oita Medical University, Oita

Necrotizing lymphadenitis is rare. We reported a 39-years old male who presented with cervical abscess and necrotizing lymphadenitis at the same time. He complained of left cervical swelling with pain and high fever. Clinical examinations suggested an infectious inflammation CT scan showed low density space in the parapharyngeal space. The lesion was incised for draining pus along left jugular vein were removed, which were under general anesthesia. Several lymph nodes were diagnosed necrotizing lymphadenitis by histological examinations. Local recurrence of necrotizing lymphadenitis in other regions has not yet been observed during the follow-up for a year.

はじめに

壊死性リンパ節炎は、発熱と疼痛を伴う多発性のリンパ節炎で、一般に予後は良好であり、約1～4カ月の経過で自然治癒すると言われている。また、本疾患は病理組織学的検査によって初めて診断される病態であり、特異的な壊死病変や好中球反応の欠如を特徴とする。

今回、我々は左耳下腺間隙から副咽頭間隙にかけての深頸部膿瘍を来し、周囲摘出リンパ節の組織学的検討により壊死性リンパ節炎の診断を得た症例を経験したので若干の考察を含め報告する。

症例：39歳 男性 自営業

主訴：左頸部腫脹・疼痛

現病歴：平成6年9月末より感冒様症状と共に左頸部痛を自覚した。10月2日より40℃の

熱発と頸部痛の増強を生じたため、近医受診し輸液処置及び抗生剤内服処方を受けた。この時の採血にて白血球増多を指摘されている。その後、頸部の腫脹が更に増悪するため10月7日当科受診し、即日入院となる。

既往歴：平成6年4月、大腸ポリープ切除。糖尿病。

家族歴：特記すべき事なし。

生活歴：薬剤の常用、ペットの飼育経験なし。

入院時所見：体温38.2℃、血圧140/88 mm Hg、脈拍92/分・不整なし、呼吸18/分、呼吸困難なく、意識清明であった。左耳下部から頸部にかけて圧痛を伴う著明な発赤・腫脹を認め、左鎖骨上に可動性良好で無痛性の小指頭大リンパ節を2個触知した。右頸部にリンパ節は触知されず、咽頭の発赤、開口障害、歯牙の異

常，ステノン管からの排膿なく，その他耳鼻咽喉科領域に異常所見は認めなかった。また，腋窩・鼠径部にもリンパ節は触知しなかった。その他，胸腹部・四肢にも異常を認めなかった。

入院時検査所見：白血球 9730/mm³ (分画：好中球 79.3%，リンパ球 11.8%，単球 6.5%，好酸球 0.4%)，赤血球 409 万/mm³，血色素量 13.1 g/dl，ヘマクリット 37.9%，血小板 13.8 万，血清蛋白 6.22 g/dl，CRP 19.85 mg/dl，LDH 491 IU/ml，血糖値 135 mg/dl で，その他，血清電解質，肝機能及び腎機能に異常はなかった。また，ツベルクリン反応陽性，EB ウイルス抗体価 80 倍，抗核抗体陰性，抗 DNA 抗体陰性であった。

画像検査：頸部 CT 写真にて左耳下腺深部に低吸収域を認め，更に左上深頸部リンパ節の腫脹を認めた (Fig. 1)。胸部レ線・頸部単純レ線写真に異常所見はなかった。

臨床経過：臨床所見ならびに画像所見より左耳下腺深部から副咽頭間隙にかけての深頸部膿瘍と診断し，入院同日，全身麻酔下に膿瘍切開排膿術を施行した。胸鎖乳突筋前縁に沿って皮膚切開行い，胸鎖乳突筋裏面を剝離すると，内

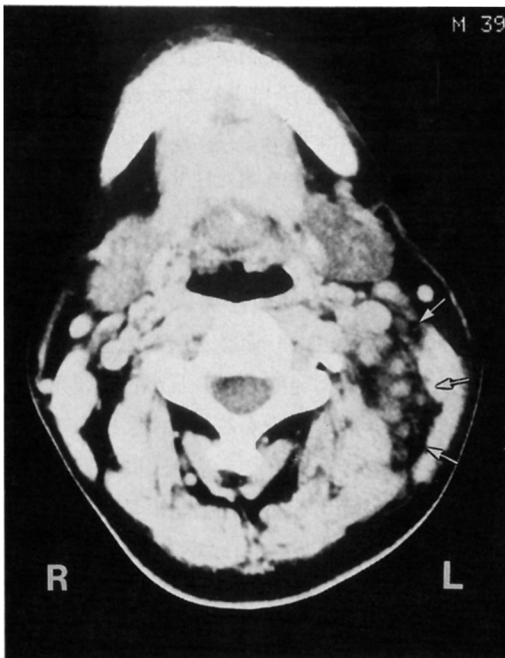


Fig. 1

頸静脈に沿って癒着の強い米粒大から示指頭大の多数のリンパ節の集簇が認められた。これらリンパ節を一塊に摘出し，更に上方深部に剝離を進めると，耳下腺下端深部より約 2 cc の膿汁流出を認めた。同部位にペンローズドレーンを挿入留置し，手術を終えた。膿汁に特に悪臭はなく，膿汁，動脈血，リンパ節の細菌学的検査はすべて陰性であった。

組織学的検討：リンパ節傍皮質から皮質に巣状に広がる病巣を認め，病変部は壊死が著明で，非化膿性，非乾酪性であった。更に，多くの核崩壊産物とともに大型化リンパ球，芽球ならびに貧食組織球の増生を認めた。しかし，好中球の浸潤は認められなかった (Fig. 2)。

以上の組織学的検討から，壊死性化膿性リンパ節炎と診断された。

術後経過：術後アスポキシリニンとクリンダマイシンを投与し，翌日より頸部疼痛の著明な軽減及び腫脹の軽快を認め，下熱傾向を示した。ドレーンからのガーゼ汚染も術後 4 日目にはほぼ消失したため抜去した。しかし，術後 6 日目より再び 39°C 台の熱発を来したため，抗生剤をクリンダマイシンに変更し，頸部にドレーンを再挿入した。それ以後解熱し，術後 11 日目ドレーン抜去，術後 13 日目退院となった (Table 1)。術後 1 年を経過した現在，再発は認めていない。

考 察

壊死性リンパ節炎は，1972 年菊地¹⁾によって

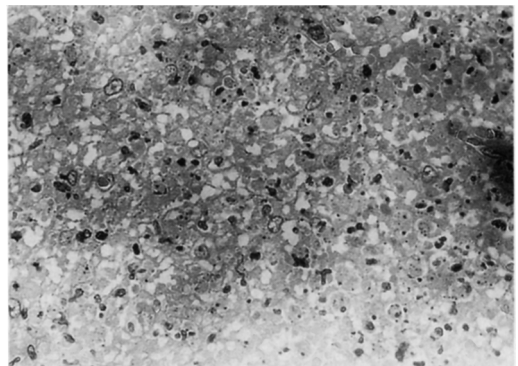
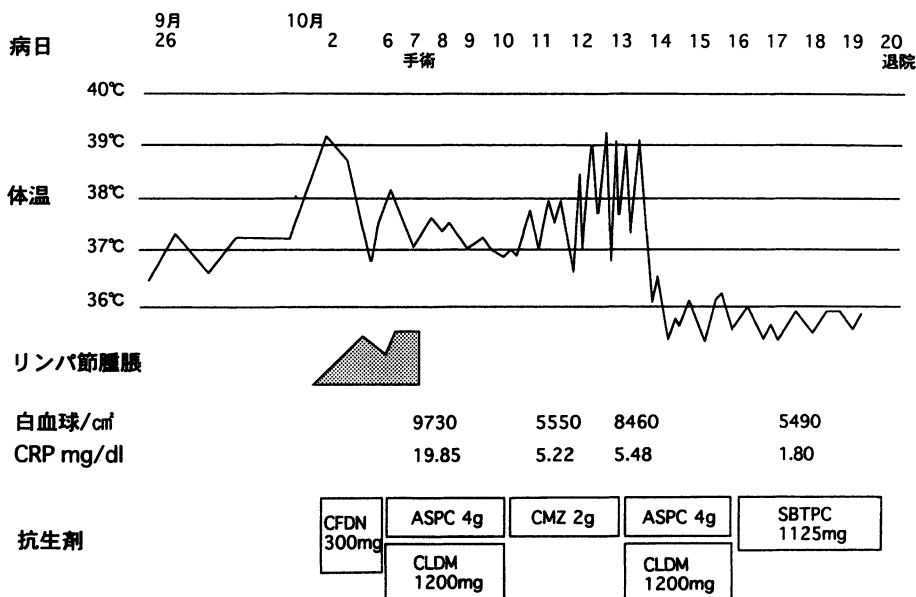


Fig. 2

Table 1 Clinical course



リンパ節の細網細胞の巣状・密な増殖，核崩壊産物や赤血球を貧食した組織球の集簇を伴い，好中球をはじめとする炎症細胞の浸潤を認めず，壊死傾向の乏しい病変として初めて報告された。本疾患は10歳代から30歳代の女性に好発し，多くは頸部に痛性リンパ節の腫大で発症し，臨床的には半数以上の症例で白血球が4000/mm³以下の減少，特に顆粒球の減少を来とし，その他，LDH，GOT，GPT，LAP等の上昇も来す。また，病理組織学的に定義された概念で，その診断は生検によって確定され，多くが1～2カ月以内に治療とは関係なく治癒する²⁾。一般に再発は希であるが，過去に数例の再発例が報告されている³⁾。原因としてウイルス感染，動物との接触，薬物中毒，化粧品との関係などが考えられているがいまだ不明である。

自験例の臨床所見は上記の壊死性リンパ節炎とは全く異なり，CT所見からも典型的な深頸部膿瘍と診断され，切開排膿及び抗生剤抗与に

よって著明に改善した。また，糖尿病を合併していたことから，これが感染の一因となっていたと考えられる。しかし，病理組織学的所見はリンパ節に好中球の浸潤が乏しく，壊死性リンパ節炎に特徴的な所見と合致する。したがって，両者の関係を推察すると以下の3つが考えられる。1) 先行する壊死性リンパ節炎から膿瘍を来した。2) 耳下腺深部から副咽頭間隙に及ぶ深頸部膿瘍のために頸部リンパ節が壊死性リンパ節炎類似の反応性リンパ節腫大を来した。3) 壊死性リンパ節炎と深頸部膿瘍が偶然にもほぼ同時期に発症した。しかし，壊死性リンパ節炎から膿瘍を来すことは本疾患の特徴的所見からまず考えにくく，また，同時期発症も壊死性リンパ節炎と深頸部膿瘍の発生頻度から極めて希であることから，壊死性リンパ節炎類似の反応性リンパ節腫大を来したものと考えられた。しかし，リンパ節周囲の炎症所見の乏しいこと，組織像が特異的であることから，未だ

はっきりとした見解は得られていない。

ま と め

深頸部膿瘍を発症し、病理組織学的検査にて壊死性リンパ節炎と診断されたきわめて希な1例を報告した。

参 考 文 献

- 1) 菊池昌弘: 特異な組織像を呈するリンパ節炎について, 日血会誌, 35: 379 ~ 380, 1972.
- 2) 菊池昌弘, 住吉慶明: 組織球性壊死性リンパ節炎(菊池・藤本病), 病理と臨床, 12: 375 ~ 378, 1994.
- 3) 石塚洋一, 鷗木秀太郎, 大塚俊夫, 臼井伸郎, 新藤徹: 興味ある経過を示した壊死性リンパ節炎の1例, 耳鼻臨床, 75: 2187 ~ 2192, 1982.

(連絡先: 吉田和秀
〒879-55 大分県大分郡狭間町医大ヶ丘1-1506
大分医科大学耳鼻咽喉科学教室)