

Case 8-2004:A 28-Year-Old Man with Abdominal Pain, Fever, and a Mass in the Region of the Pancreas (Volume 350; 1131-1138)

Fig 1. では肝門領域に様々な大きさの嚢胞状結節があり、膵頭部と連続性が見られるが separate である。膵尾部、門脈、上腸間膜動脈は正常、膵管は拡張していない、リンパ節腫脹は見られない。他の臓器に異常なく、少量の腹水が認められる。エコー所見も同様で、病変は固体成分と嚢胞からなり、膵に隣り合っているように見えるが直接膵に浸潤してはいない。

10 日前発熱と腹痛発症、2 日前に悪化したという現病歴から比較的急性の疾患が考えられ、慢性膵炎のような慢性疾患は否定的。悪寒と発熱は感染症か、リンパ腫などの悪性病変を疑わせる。黄疸(-)は有用で、胆石によるものではない。その上胆石による急性閉塞性肝障害は若年者ではまれである。肝膿瘍なら右上腹部痛と微熱を示す。右上腹部に反跳痛と板状硬があり、肝膿瘍や胆嚢炎も考えられるが、Murphy sign(-)であり肝の拡大や右横隔膜の挙上もない。便に血液がみられず、十二指腸での炎症や消化作用は否定的。くも状血管腫や手掌紅斑、脾腫はなく慢性肝障害も考えにくい。

血液所見では Ht は正常だが白血球は上昇し、アミラーゼ、リパーゼは正常、肝機能も正常である。これらは重要で、急性膵炎、胆管炎、肝膿瘍は除外される。H. pylori(+)より活動性炎症かその既往が考えられる。

膵の嚢胞性病変

膵嚢胞

最も頻度が高いのは、急性膵炎での急激な液体貯留によるものである。嚢胞は境界明瞭で、膵由来の液体や炎症性成分からなる。造影 CT では増強されない。この症例では膵は正常で、急性膵炎に合併したものではない。

漿液性嚢胞腺腫、膵島細胞腫

造影剤で増強される。これは毛細血管網の存在による。前者は非常に小さな蜂巢構造を持ち、良性で無症候性である。後者は非常に血管に富み、動脈相で造影される。内部で出血や壊死があるため不均一なことが多い。ほとんどは非機能性で、膵尾部に好発する。いずれも急性腹症を起こすとは考えにくい。

solid cystic pseudopapillary tumor...まれな膵腫瘍。神経内分泌腫瘍の変異と考えられ若年女性に好発する。プロゲステロン受容体を持つ。増大することが多いが症状があることはまれである。造影 CT では増強されないため否定的。

MCT(mucinous cystic tumor)、IMPT(intraductal papillary mucinous tumor)

粘液性病変。MCT は女性に多く、粘液上皮由来だがしばしば卵巣様間質を含む。CT では増強されない。

その他

悪性粘液嚢胞性新生物はこの症例のような CT 所見を呈しうるが若年者では考えにくい。膵リンパ腫は症例のように腹痛や発熱を示しうるが充実性である。

腹痛は H. pylori による可能性もある。モルヒネ使用から、急性で強い炎症か悪性腫瘍が考えられる。

エコー所見も悪性腫瘍(リンパ腫や粘液性嚢胞腺癌)や炎症所見と矛盾しない。

感染症

サイトメガロウイルス膵炎や細菌による液体貯留、結核による肉芽腫性変化や非定型抗酸菌の感染症が考えられる。

細菌・真菌・ウイルス感染症

吸引した組織は悪性ではなく炎症性変化であった。核内封入体は見られずウイルス感染症所見には反する。膵の真菌感染はまれで通常急性膵炎や壊死と関連がある。カンジダの頻度が最も高いが、健康な若年者が膵にカンジダ感染を起こすとは考えにくい。ただし患者が HIV 感染などの日和見感染であれば可能性がある。

抗酸菌感染症

通常脾臓周囲のリンパ節原発で脾に波及する。しばしば嚢胞状で、嚢胞状悪性新生物に類似する。CT 所見は感染したリンパ節の中心部壊死と嚢胞状構造を反映していると考えられる。症状として発熱や腹痛、板状硬を呈する。腸間膜や空腸の炎症、肝脾の拡大がみられないことは *M. avium* よりも *M. tuberculosis* 感染を疑わせる。治療を行わない場合しばしば致命的だが抗結核薬が有効である。培養に時間がかかるため術前に診断されることは少ない。吸引物の抗酸性染色で染まるが 30~40%でしか診断ができない。モロッコでは結核は公衆衛生上大きな問題であり、移民が先進国に入って発症するケースが多い。この症例での診断的技法は吸引標本の Ziel-Neelsen 染色である。これにより菌が発見されなかった場合は腹腔鏡による組織採取が必要となりうる。

また他にもサルコイドーシスや Whipple 病なども考えられる。

病理学的所見

吸引標本では急性と慢性炎症が見られたが、多核巨細胞や肉芽腫は見られなかった。腹腔鏡が施行され、脾切除により Fig. 2 に示す標本と拡大した腹腔リンパ節が摘出された。組織学的には多くの肉芽腫を含む固まり状のリンパ節からなり、中心部に乾酪性壊死を認めた (Fig. 3A, B)。炎症はわずかに脾内へも進展していた (D で右が脾周囲リンパ節、左が脾臓)。柵状に並ぶ組織球に囲まれた壊死部も見られた (C 右上)。数度染色を行ったが陰性であった。腹腔リンパ節からも壊死性肉芽腫が見つかった。以上より、脾周囲及び腹腔内リンパ節の壊死性肉芽腫性リンパ節炎と診断した。

Fig. 2



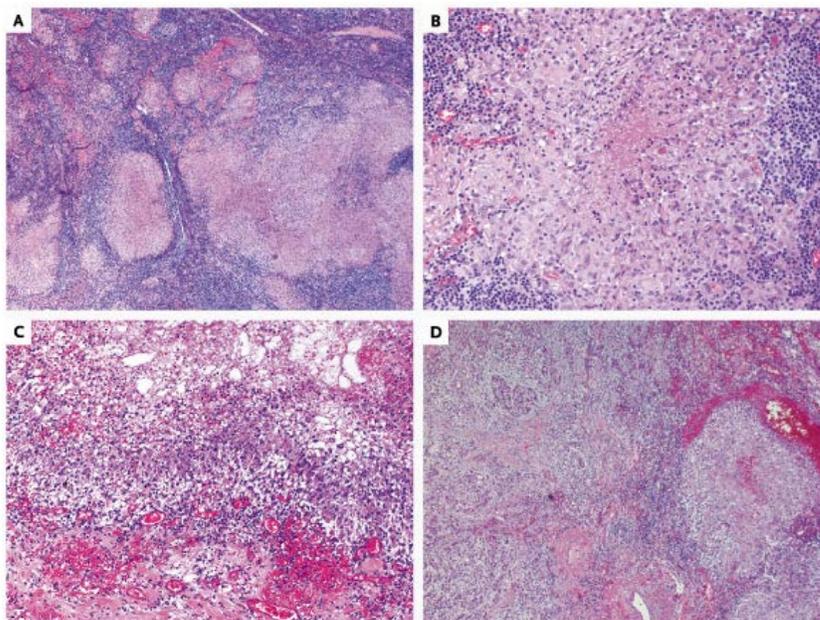
脾結核

この症例のような脾付近のリンパ節からの波及や、血行性散布によるものが多い。しばしば癌に似た腫瘤が見られる。脾臓は結核菌感染に比較的抵抗性があるため結核の流行国でもまれで、粟粒結核によるものが多い。2つの調査によると脾結核は粟粒結核では 2.1 or 4.7%に見られる。

患者のその後の経過

HIV、プルセラなど他の感染症が除外された。培養結果が出る前から結核の疑いが強いとして抗菌薬が開始された。6ヶ月間抗結核薬による治療を受け患者は回復した。1年後治療を終了し、CTでも病変は見られない。

Fig. 3



解剖学的診断 脾近傍のリンパ節に発症した結核性リンパ節炎