

右三叉神経第1枝帯状疱疹に伴う 両側頸部リンパ節炎

しん とう まさ ひさ すみ しょう へい
進 藤 真 久¹⁾ 角 昇 平¹⁾
むら た あき みち
村 田 明 道²⁾

キーワード：帯状疱疹，頸部リンパ節炎，菊池病，
組織球性壊死性リンパ節炎，発熱

要 旨

70歳代女性。左顔面頭部の疼痛を伴う紅斑，水疱，痂皮，発熱，両頸部腫脹を主訴に近医より紹介された。右乳癌，甲状腺癌の既往歴あり，初診の1ヶ月前に右乳癌の手術を行った。初診の3日前より左頭部に痛みが生じた。翌日，37.7度の発熱あり，両頸部が腫脹してきた。臨床検査では，白血球軽度上昇，分画では好中球，単球が軽度上昇し，リンパ球，好酸球は低下していた。CRPは上昇していた。

BUNは正常だったが，クレアチニンは上昇し，腎障害がみられた。CTでは両耳下腺部の腫脹，頸部リンパ節腫脹がみられたが，アミラーゼは正常であり，腺内リンパ節炎，頸部リンパ節炎の可能性を考えた。アシクロビル点滴により，皮疹は軽快したが，両頸部の腫脹は続いていた。細菌性頸部リンパ節炎を念頭に抗生剤の点滴を行った。頸部腫脹，リンパ節腫脹は改善傾向がみられたが，発熱は続いていた。亜急性壊死性リンパ節炎を疑い，ステロイド点滴を行い軽快した。

はじめに

頭部帯状疱疹で皮疹付近の片側頸部リンパ節の腫脹はよく経験するが，今回，皮疹部から離れた両側耳下腺部のリンパ節腫脹がみられた。その臨床経過から，帯状疱疹を誘因とした組織球性壊

性リンパ節炎の可能性も考えられた。組織球性壊死性リンパ節炎は，菊池・藤本病，亜急性壊死性リンパ節炎ともよばれている。発熱と頸部リンパ節腫脹を特徴とし^{1,2)}1972年に菊池・藤本らにより報告された。リンパ節生検によりリンパ節内の組織球浸潤と壊死像により確定診断される。原因不明だが，ヘルペスウイルス群の感染が誘因とも考えられている。

Masahisa SHINDO et al.

1) 浜田医療センター皮膚科

2) 同 耳鼻咽喉科

連絡先：〒697-8511 浜田市浅井町777-12

症 例

症 例 70歳代女性

初 診 2012年11月

既往歴 右乳癌, 甲状腺癌

現病歴 2012年10月に右乳癌の手術を行った。初診の3日前より左頭部に刺すような痛みが生じた。翌日, 37.7度の発熱あり, 両頸部が腫脹してきた。近医を受診し, 紹介された。

現 症 左顔面頭部の疼痛を伴う紅斑, 水疱, 痂皮, 左眼瞼結膜充血, 発熱, 両頸部腫脹 (図1-a, b, c) があり, 左眼角膜には小潰瘍がみられた。

Tzanck 試験 左前額びらん部に, ウイルス性巨細胞がみられた。

臨床検査所見 白血球 8,740/ μ L (3,500-8,500/ μ L) と軽度上昇, 好中球 75.5% (40-70%), リンパ球 11.6% (20-50%), 単球 11.6% (2-10%), 好酸球 0.7% (1-7%), 好塩基球 0.6% (0-2%)

と分画では好中球, 単球が軽度上昇, リンパ球, 好酸球は低下していた。Arb 3.5 g/dl (4.0-5.0 g/dl), T.Bil 0.6 mg/dl (0.3-1.2 mg/dl), AST 25 IU/l (13-33 IU/l), ALT 15 IU/l (8-42 IU/l), LDH 239 IU/l (119-229 IU/l), 尿タンパク 1+, 尿糖(-), 尿潜血 1+ だった。CRP は 5.22 mg/dl (-0.29 mg/dl) と上昇していた。BUN 14.8 mg/dl (8-22 mg/dl), クレアチニン 1.55 mg/dl (0.60-1.10 mg/dl) と上昇し, 簡易Ccr 29 ml/分, eGFR 25.7 ml/分/1.73m² (90 ml/分/1.73m²以上) と腎障害がみられた。入院4日目, アミラーゼは 73 IU/L (37-125 IU/L) と正常だった。

画像所見 CT では両耳下腺部の腫脹, 頸部リンパ節腫脹 (図2) がみられたが, アミラーゼは正常であり, 腺内リンパ節炎, 頸部リンパ節炎の可能性を考えた。

治療および経過 入院後, 39度台の発熱があり, 発熱の度にロキソプロフェンナトリウム 60 mg を内服し, 一旦は解熱したが, 発熱は繰り返した。



図1 臨床像

- a : 左顔面頭部の疼痛を伴う紅斑, 水疱, 痂皮がみられた。
- b : 左眼瞼結膜充血がみられた。
- c : 両頸部腫脹がみられた。

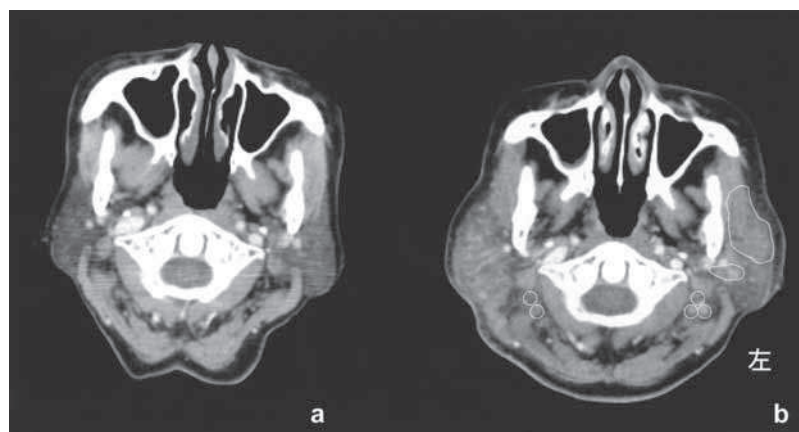


図2 CT像

a : 初診3ヶ月前。b : 入院後。両側リンパ節腫脹がみられた。



図3 臨床像

a : 顔面 b : 頸部

腎障害もあり、アシクロビル（ビクロックス®）の点滴は250 mgを1日2回に減量して使用した。皮疹軽快後も両頸部の腫脹が続いた。細菌性頸部リンパ節炎を念頭にセフェピム（マキシピーム®）1 g、1日2回の点滴を行った。頸部腫脹、リンパ節腫脹は改善傾向がみられたが、発熱は続いていた。

IL2-Rも1,240 U/ml (145-519 U/ml) と上昇

しており、リンパ球は活動期にあるようだった。組織球性壊死性リンパ節炎を疑い、ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム（ハイコート®）0.4% 2 mg 点滴を3日間行い、発熱、頸部腫脹は軽快した（図3）。なお、左眼角膜小潰瘍は、左眼部帯状疱疹の診断で、レボフロキサシン（クラビット®）点眼薬0.5%、アシクロビル（ゾビラックス®）眼軟膏3%、ヒアルロン酸（ティア

バランス®) 0.1%点眼液を使用した。

考 察

頭部帯状疱疹で皮疹付近の片側頸部リンパ節の腫脹はよく経験するが、今回、皮疹部から離れた両側耳下腺部のリンパ節腫脹がみられた。抗ウイルス剤点滴は、帯状疱疹の皮疹には効果があった。一方、発熱、頸部腫脹、リンパ節腫脹に抗ウイルス剤点滴は効果がなく、帯状疱疹ウイルスそのものが原因だとは考えにくかった。抗生剤の点滴で頸部腫脹、リンパ節腫脹に改善傾向がみられたが、発熱は続いていた。細菌感染の併発は考えられるが、抗生剤のみでは、発熱には効果なく、頸部腫脹も継続しており、反応性の両頸部リンパ節腫脹をきたしていた可能性を考えた。

組織球性壊死性リンパ節炎は、菊池・藤本病、亜急性壊死性リンパ節炎ともよばれている。発熱と頸部リンパ節腫脹を特徴とし^{1,2)}1972年に菊池、藤本らにより報告された。リンパ節生検によりリンパ節内の組織球浸潤と壊死像により確定診断さ

れる。原因不明だが、ヘルペスウイルス群の感染が誘因とも考えられている。Hudnallらは菊池病の30例のリンパ節のDNA検索結果から、1型および2型単純ヘルペスウイルス、水痘・帯状疱疹ウイルス、サイトメガロウイルス、HHV-6, 7, 8の関与は否定的であると考えた³⁾。ただ、この報告は、リンパ節のDNAを検索しており、いずれかのウイルスが誘因となり、反応性にリンパ節腫脹がおこっている場合は、リンパ節そのものにウイルスDNAは検出されなくても矛盾はないだろう。自験例では、抗生剤、ステロイド点滴により発熱、リンパ節腫脹、疼痛が軽快したため、リンパ節生検は行わなかった。リンパ節の組織学的検討がされていないため、組織球性壊死性リンパ節炎の診断には至らないが、その臨床経過から、帯状疱疹を誘因とした組織球性壊死性リンパ節炎の可能性も考えられた。

本症例の要旨は第125回山陰・第21回島根合同開催地方会で報告した。

文 献

- 1) 菊池昌弘：日血会誌35：379, 1972
- 2) 藤本吉秀，他：内科30：920, 1972

- 3) Hudnall SD, et al: Int J Clin Pathol 1: 362, 2008