

胃結核の2例

京都大学第1外科

野田 秀樹 今村 正之 戸部 隆吉

TWO CASES OF GASTRIC TUBERCULOSIS

Hideki NODA, Masayuki IMAMURA and Takayoshi TOBE

First Department of Surgery, Kyoto University, Faculty of Medicine

索引用語：胃結核

はじめに

胃結核はまれな疾患で、診断技術の進歩した現在なお、胃潰瘍、癌、粘膜下腫瘍の診断のもとに手術を受け、術後の病理組織学的検索で始めて確診される例が多い。著者らも胃粘膜下腫瘍の診断下に開腹し、術後、切除胃の検索により始めて胃結核と診断しえた2症例を経験したので若干の考察を加え報告する。

症 例

症例1. 63歳, 女性.

主訴: 心窩部痛.

家族歴・既往歴: 48歳の時に結核性頸部リンパ節炎にて手術.

現病歴・現症: 10カ月前より心窩部痛を来し、胃透視・内視鏡検査にて胃潰瘍・粘膜下腫瘍を指摘され治療を受けるも症状不変にて来院。発熱(-), 黒色便(-). 体格中等度。栄養状態良。頸部に手術痕を認めるもリンパ節等は触知せず。心窩部に圧痛を認めた。

入院時検査所見: 血沈は1, 2時間値が48, 83mmと亢進, ツベルクリン反応は13×20mmの弱陽性で軽い貧血がみられた(表1)。

胃透視・内視鏡所見: 胃体中部前壁に表面は正常粘膜に覆われた bridging folds をともなう示指頭大の隆起性病変がみられた。内視鏡的生検にてはとくに所見えられず(図1-左)。

手術所見・切除標本: 大網の肥厚, 広汎にわたる腹腔内臓器間の線維性の強い癒着と胃大弯側に数個小指頭大のリンパ節腫脹を認めた。腹水(-). 胃切除(BI)施行。切除標本では胃体中部前壁には隆起性病変はみられず, 大弯側リンパ節による壁外からの圧迫による

表1 入院時検査所見

血液所見	症例1	症例2	生化学的検査	症例1	症例2
赤血球数 (×10 ⁴)	354	445	GOT (mU/ml)	42	34
Hb (g/dl)	11.4	13.5	GPT (mU/ml)	11	33
Ht (%)	34.6	43.0	Al-P (mU/ml)	79	72
白血球数	4,200	6,200	LDH (mU/ml)	173	354
白血球像 (%)			T-Bil (mg/dl)	0.4	0.8
棒状核	5	19	血糖 (mg/dl)	112	104
分葉核	70	35	BUN (mg/dl)	14	15
好酸球	2	3	血沈 (mm)		
好塩基	0	0	1時間値	48	35
単球	1	4	2時間値	83	75
リンパ球	22	39	ツ反応 (mm)	13×20	13×15
出血時間	4'	2'	We-R	(-)	(-)
凝固時間	8'30"	16'	CRP	(-)	(+)
便潜血	(±)	(-)	ASLO	(-)	(-)
			RA	(-)	(-)

ものと考えられた。一方、前庭部後壁小弯側寄りに術前確認しえなかった粘膜面は平滑であるが不整形な2×2.5cm大の隆起がみられ、剖面で漿膜筋層部に境界明瞭な1cm大の結節性病変が認められた(図2)。

病理組織学的所見: 類上皮細胞, ラングハンス型巨細胞などからなる肉芽腫の形成がみられ、一部は乾酪壊死もみられた(図3-左)。

症例2. 59歳, 女性.

主訴: 心窩部不快感および腹部膨満感.

家族歴・既往歴: 25歳の時に肺結核にて2年間治療.

現病歴・現症: 1年半前より心窩部の不快感と腹部膨満感が出現。胃透視, 内視鏡検査にて胃潰瘍, 粘膜下腫瘍を指摘された。治療にては症状とれず来院。発熱(-), 黒色便(-). 体格中等度。栄養状態良。頸部リンパ節触知せず。心窩部に軽い圧痛を認めた。

入院時検査所見: 血沈1, 2時間値が35, 75mmと亢進, ツベルクリン反応は13×15mmで弱陽性。胸部X線で左右の中肺野に小指頭大から米粒大の石灰化像を認めた(表1)。

胃透視所見: 胃体中部大弯側と体下部前壁小弯側寄

<1983年12月14日受理> 別刷請求先: 野田 秀樹

〒606 京都市左京区聖護院川原町54 京都大学医学部第1外科

図1 左(症例I): 胃体中部前壁に表面平滑な隆起性病変を認める。右(症例II): 胃体部前壁の大弯側および小弯側寄りに、指頭大の隆起性病変を、また後壁小弯側寄りには folds の集中を伴った潰瘍瘢痕を認める。

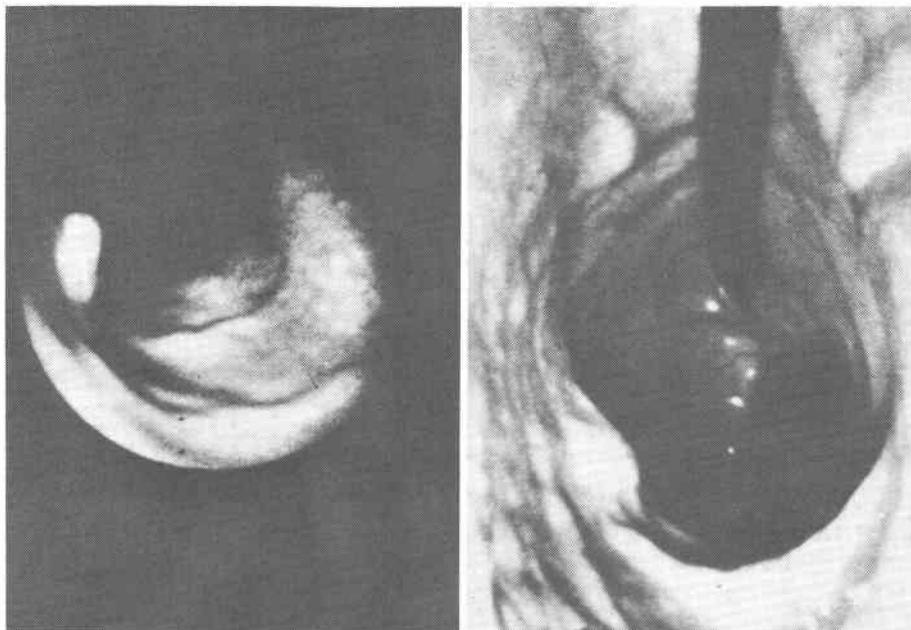
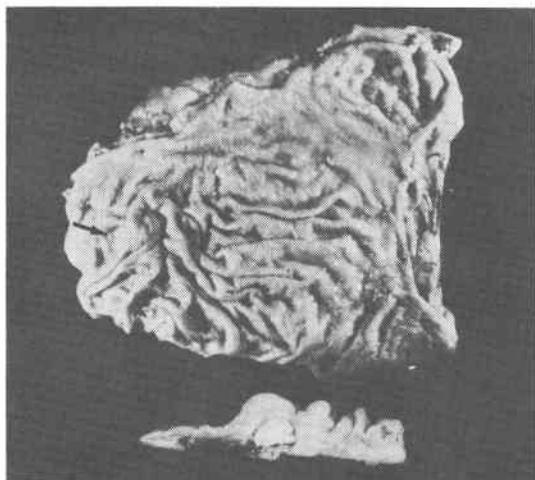


図2 (症例1) 胃前庭部(↑印)に2.5×2cm大の不整形な隆起性病変を認める。下段は同部剖面で漿膜筋層部に1cm大の境界明瞭な結節性病変がみられる。



りに隆起性病変を、胃体中下部にかけて小弯側の辺縁不整形像がみられた(図4)。

内視鏡所見: 胃体部前壁大弯側および小弯側寄りに表面平滑で境界明瞭な指頭大の隆起性病変を2個認めた。後壁小弯側寄りには皺壁の集中をともなう潰瘍瘢

痕がみられた(図1-右)。生検では隆起性病変からはとくに所見えられず、潰瘍病変は良性潰瘍瘢痕であった。

手術所見・切除標本: 大網は肥厚し、腹腔内臓器の癒着は強く、各所にリンパ節の腫脹を認めた。とくに胃角部、体中部大弯側、胆嚢、肝円靭帯には硬い母指頭大の腫瘤が散見され、結核性病変が強く疑われた。胃切除(BI)施行。切除標本では胃体下部大弯側に小隆起の集簇性病変がみられたが、術前の2つの隆起性病変は認められず、胃体下部後壁に皺壁の集中をともなう不整形な潰瘍がみられた(図5)。

病理組織学的所見: 小隆起の集簇性病変はヒアリン化した古い乾酪壊死巣のまわりに類上皮細胞、ラングハンス型巨細胞を散見する漿膜筋層部を中心とした陳旧性の結核結節によるものであった。潰瘍病変からは結核性的変化はみられなかった(図3-右)。

考 察

胃結核は1824年に Barkhausen が始めて記載し、本邦では1888年の肥田の報告が最初とされるまれな疾患である。発生頻度は胃切除例、肺結核患者剖検例に対し0.05~0.02%、3.26~3.5%とされ¹⁾、欧米での報告²⁾に比べれば高頻度である。発生頻度が低い理由として、

図3 左(症例1): 類上皮細胞, ラングハンス型巨細胞などからなる肉芽腫で一部は乾酪壊死もみられる。(×200), 右(症例2): ヒアリン化した古い乾酪壊死巣のまわりに類上皮細胞, ラングハンス型巨細胞を散見する。(×200)

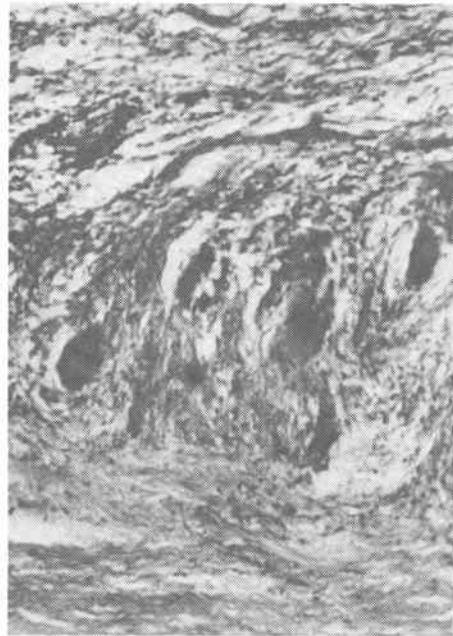
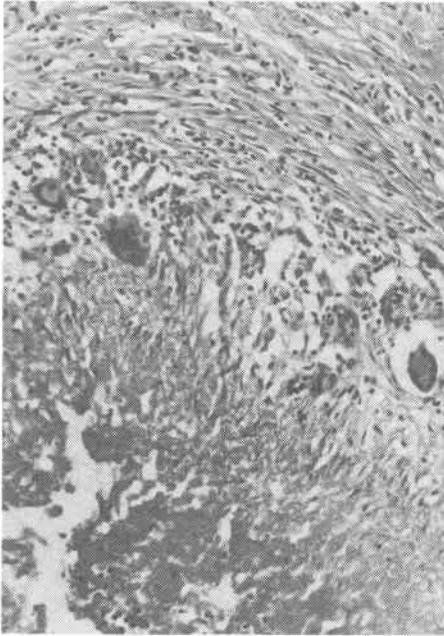
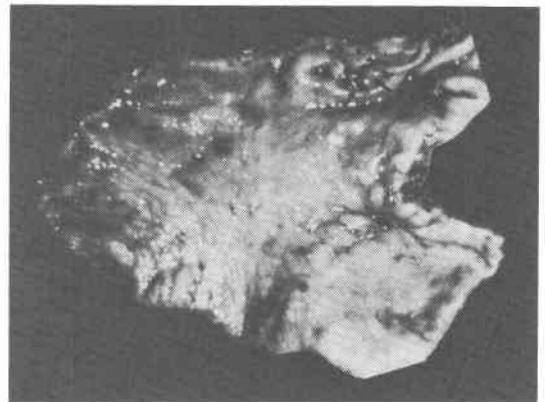
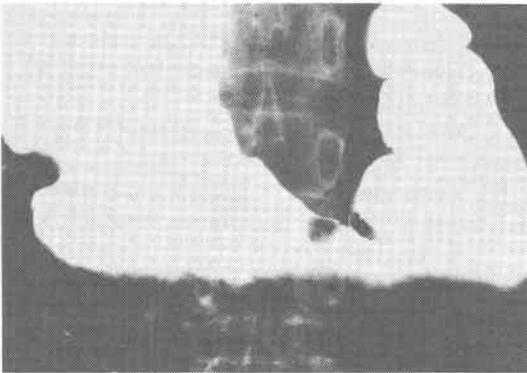


図4 (症例2) 胃体中部大弯側および下部前壁小弯側寄りに隆起性病変を, また, 体中部から下部にかけて小弯側の辺縁不整像がみられる。

図5 (症例2) 粘膜面平滑な小隆起の集簇性病変(↑)が胃体下部前壁大弯側寄りにみられ, また後壁には不整形な潰瘍を認める。



(1) 胃酸の存在。(2) 胃壁内にリンパ濾胞が少ない。(3) 内容停滞がない。(4) 胃組織自体の抵抗力が強いなどがあげられている。結核菌を胃液に12時間以上接触すると死滅することから Cogswell³⁾らは低酸, 無酸例で管内感染が問題になるとしており, Broders⁴⁾など胃酸を重視するものは多い。しかし, 胃結核患者でも正酸, 高酸のことがあり, 肺結核患者の喀痰培養陽性例の全例で, 陰性例でも約半数で胃液培養陽性である

という報告⁵⁾や, 実験的にも酸度は重要でないとする説⁶⁾もある。好発部位がリンパ濾胞の多い幽門前庭部と胃体部小弯側であり⁷⁾⁸⁾, 患者の多くがリンパ腺体質であるなど, 本症発現にリンパ濾胞のもつ意味は重要と考えられる。内容停滞については結核病変の多い小腸の方が胃より通過時間が短いことや感染実験などから Browne ら⁶⁾は重視していないようである。

感染経路として、(1)リンパ行性、(2)管内性、(3)血行性、(4)直接感染などが考えられる。しかし、胃壁のリンパ路は一般に粘膜より漿膜に向かって流れており、肺から胃壁へのリンパ路にも直接の連絡はなくリンパ行性感染は少ないとされる⁹⁾。管内感染についても好発部位などから重要性がうかがえるが、Browne⁸⁾の実験や Montemartini²⁾の結核菌の経口投与実験から否定的な意見が強い。本症では病変が粘膜下層に顕著であることや Browne⁸⁾の実験などから血行性に結核菌が撒布され胃壁内に病巣を作るとされている。また自験例のごとく主病巣が粘膜側よりも漿膜筋層に強いものも多く、他臓器よりの直接感染も重要と考えられる。

病型分類は Broders⁴⁾、Ackermann¹⁰⁾、Binder¹¹⁾の分類があるが、Binder¹¹⁾の分類が汎用されており、それによると、(1)結節型、(2)潰瘍型、(3)浸潤増殖型、(4)膿瘍型に分けられる。自験例のごとく粘膜下の結節型をとることは少なく、欧米¹¹⁾では90%以上が潰瘍型で、本邦⁷⁾での潰瘍型52%、増殖型19%、結節型18%とは様相を異にする。

好発年齢は結核性諸疾患のそれに一致し、30歳台をピークに40歳台、20歳台と続き、20~40歳台で全体の3/4を占める⁷⁾。性差については必ずしも一定の傾向はみられない³⁾⁴⁾⁷⁾。

術前診断についてはX線学的診断に関する Ackermann¹⁰⁾の報告があるが、内視鏡そのほかの一般検査を含め本症に特異的な所見を呈するものはない。病型分類からもわかるように潰瘍、癌、粘膜下腫瘍の診断で開腹されることが多い。Gaines⁸⁾によると若年者の胃に治療に抵抗するなんらかの病巣があり、(1)ほかの身体部位に結核感染がある。(2)ツベルクリン反応が強陽性。(3)腹部の腫瘤触知。(4)X線上瘻孔形成などを認める。(5)胃十二指腸に同時に病巣がみられるなどの場合に本症を疑わねばならないとされる。臨床症状としては上腹部痛、心窩部膨満感などが多い⁷⁾。また胃結核は他臓器の結核より続発することが多いが、孤在性胃結核例の報告も30%近くあること¹⁰⁾¹²⁾、ツベルクリン反応でも強陽性を示さない例も多く、診断に際しては注意が必要である。

治療は確診されれば化学療法が第一選択とされるべきであるが、本症の悪性病変と合併することが比較的多いことも報告¹⁾されており、術前診断の困難な現在では、病巣の切除が最も効果的と考えられる。

おわりに

胃粘膜下腫瘍の診断のもとに開腹し、術前に診断されていた粘膜下腫瘍がリンパ節による胃壁外からの圧迫によるものであり、切除胃の病理組織学的検討から別の部位に結核性病変を認めた胃結核症を2例経験したので若干の考察を加え報告した。

文 献

- 1) 岩佐善二, 東 弘, 広瀬俊太ほか: 胃結核を合併せる胃癌の1例. 癌の臨 18: 821-825, 1972
- 2) Palmer ED: Tuberculosis of the stomach and the stomach in tuberculosis. Am Rev Tuberc 61: 116-130, 1951
- 3) Cogswell HD, Cenni L: Tuberculosis of the stomach. Surgery 27: 145-151, 1950
- 4) Broders AC: Tuberculosis of the stomach, with report of a case of multiple tuberculous ulcers. Surg Gynecol Obstet 25: 490-504, 1917
- 5) 小川辰次: 結核菌検索の基礎と応用。(4版)東京, 保健同人社, 1952, p172-175
- 6) Browne DC, McHardy G, Wilen C: Gastric mucosal changes of tuberculosis. Am J Dig Dis 9: 407-411, 1942
- 7) 宇高英憲, 平井 勉, 蔵本守雄ほか: 胃結核の1例. 外科診療 17: 1024-1028, 1975
- 8) Gaines W, Steinbach HL, Lowenhaupt E: Tuberculosis of the stomach. Radiology 58: 808-819, 1952
- 9) 矢田 一, 吉沢信雄: 胃結核の1治験例. 日臨外医学会誌 27: 63-66, 1966
- 10) Ackermann AJ: Roentgenological study of gastric tuberculosis. Am J Roentgen 44: 59-68, 1940
- 11) Binder I, Ruby VM, Shuman BJ: Tuberculosis of the stomach with special reference to its incidence in children. Gastroenterology 5: 474-490, 1945
- 12) 浜田克裕, 新本 稔, 荒木 信ほか: 胃結核症について. 外科診療 10: 777-782, 1968