

症 例

血清IgE値の上昇をみた壊死性リンパ節炎の2例

竹内 菊博<sup>1)</sup> 村井 力四郎<sup>2)</sup>

はじめに

壊死性リンパ節炎(以下SNL)は1972年に菊池<sup>1)</sup>、藤本<sup>2)</sup>らにより、好中球浸潤のない壊死巣を伴う特異なリンパ節炎として初めて報告された疾患である。以来300例以上の文献例が報告されている。病因は不明であるが、EBウイルス<sup>3)</sup>やトキソプラズマ<sup>4)</sup>の抗体価上昇をみる症例もある。また、OKT4/8比の逆転<sup>5)-9)</sup>や末血中に幼若B細胞が増加するなどの免疫異常も報告されている。今回私達は病理組織学的にSNLと診断された2例に血清IgE値の上昇をみたので報告する。

症 例

症例1: 10歳10カ月、男児。

主 訴: 発熱。

家族歴: 特記すべきことなし。

既往歴: 生後3カ月よりアトピー性皮膚炎を発症。

9歳時に気管支喘息を発症したが、軽症例であり、R T C療法や抗アレルギー療法を必要としなかった。

現病歴: 1990年6月14日より最高40度の弛張熱が続き、6月17日に入院した。入院時所見では咽頭発赤を認める以外に異常所見はなく、当初は頸部リンパ節腫脹もみられなかった。

入院時検査成績(表-1): 白血球数は4200/mm<sup>3</sup>とやや減少、血沈1時間値60mm、2時間値104mmと亢進、CRP 3.5mg/dlと上昇し、LDHも758U/lと軽度上昇していた。

入院後経過(図-1): 抗生剤の使用にもかかわらず弛張熱は続き、入院3日めには口唇内側のアフタと頸部リンパ節の腫脹、圧痛を認めた。リンパ節は両側頸部に母指頭大のものを2-3個づつ触れ、弾性硬、可

動性は良好であった。検査所見上、白血球数は最低1500/mm<sup>3</sup>まで減少し、GOTは72U/l、LDHは1804U/lまで上昇し、LDH分画ではLDH2とLDH3の増加を認めた。入院13日目の末梢血リンパ球サブセットではOKT4/8比0.81と低下していたが、回復期には0.98と上昇した。血清IgE値は、気管支喘息発症時に693U/ml、1990年3月12日では604U/mlと高値であったが、今回入院時には1660U/mlまで上昇し、回復期には245U/mlと減少した。入院11日めに頸部リンパ節生検を施行した。病理組織所見の弱拡大(図-2)では、病巣の中心部に核片を伴う壊死巣があり、周囲に組織球様細胞を認めた。また、強拡大(図-3)では、小リンパ球、核変成細胞及び核片の散在を認め、SNLと診断された。その後、生検3日めより解熱し、頸部リンパ節も縮小していった。一過性に風疹様発疹を全身に認めたが消失し、7月17日に退院した。

表 1

症例1. 入院時検査成績

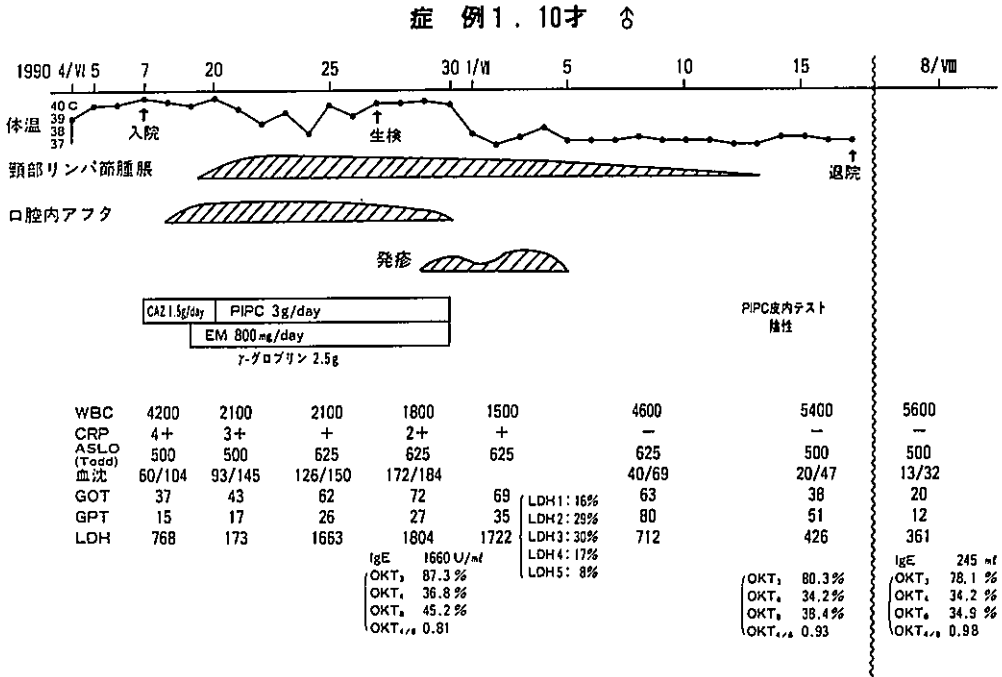
血液検査	免疫血清検査
RBC 414×10 <sup>4</sup> /cmm	CRP (4+)
Hb 11.3 g/dl	ASLO 500 Todd.
Ht 34.8 %	ASK ×320
Plat 11.1×10 <sup>4</sup> /cmm	Mycoplasma (PHA) <×40
WBC 4200 /cmm	ANA Spectled ×80
St 23 %	Anti-DNA-Ab (-)
Seg 19 %	IgG 2414 mg/dl
Ly 56 %	IgA 243 mg/dl
AtyLy 2 %	IgM 223 mg/dl
血沈 60-104	IgE 1660 U/ml
血液生化学	C <sub>3</sub> 90 mg/dl
GOT 37 U	C <sub>4</sub> 36 mg/dl
GPT 15 U	CH <sub>50</sub> 55 U/ml
ALph 9.3 U	HSV 1 IgG 1030
LDH 758 U	IgM <0.8
TP 7.5 g/dl	EBV VCA IgG ×80
Alb 53.2 %	VCA IgM <×10
α <sub>1</sub> -gl 3.2 %	EBNA ×160
α <sub>2</sub> -gl 11.2 %	Toxoplasma IgG ×20
β-gl 10.4 %	IgM <×10
γ-gl 21.8 %	CMV IgG 1600
	IgM <0.8

血液培養: 陰性  
検 尿: 異常なし

1) 刈羽郡総合病院 小児科 現: 立川総合病院 小児科

2) 刈羽郡総合病院 小児科 現: 村井こどもクリニック

図-1 入院後経過



症例2：12歳6カ月、女児。

主訴：発熱、咽頭痛。

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：特記すべきことなし。

現病歴：1985年6月23日より腰痛があり、24日より発熱と咽頭痛を認めるようになった。近医で治療されていたが、夜間になると39度台の発熱が出現する状態が続き、7月8日に当科を受診し入院した。入院時所見では右頸部に直径2cm程のリンパ節を2個触れ、圧痛を認めたが、その他異常所見はみられなかった。

入院時検査所見(表-2)：白血球数は4200/mm<sup>3</sup>と軽度減少し、血沈は1時間値57mm、2時間値107mmと亢進、CRPは+であった。血清IgE値は333U/mlと上昇を認めたが、その他、肝機能異常などはなかった。

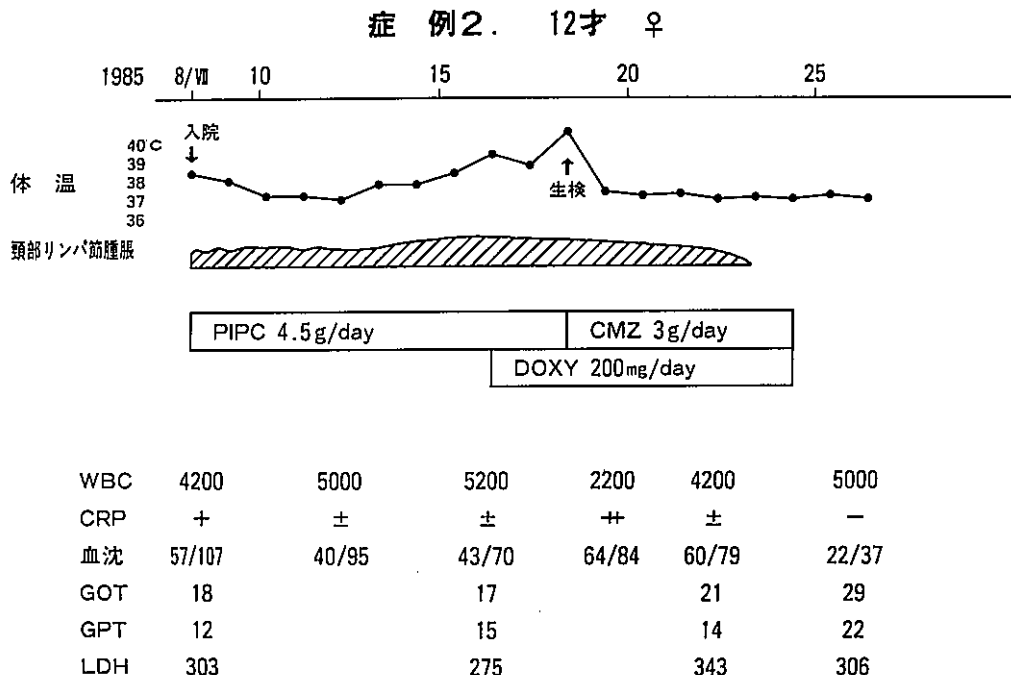
入院後経過(図-4)：解熱傾向であったが6日目より再び発熱し持続するため、11日めに頸部リンパ節生検を施行した。生検翌日より発熱はみられなくなり、7月27日に退院した。入院中、白血球数は2200/mm<sup>3</sup>まで減少した。生検標本の弱拡大(図-5)では、芽球様細胞、組織球様細胞が広範囲に増殖し、強拡大(図-6)でも同様の所見であったが、腫瘍性増殖の所見はなく、病理学的に壊死を伴わないタイプのSNLと診断された。

表2

症例2. 入院時検査成績

血液検査	免疫血清検査
RBC 448×10 <sup>4</sup> /cmm	CRP (+)
Hb 12.2 g/dl	ASLO 12 Todd.
Ht 36.7 %	RA (-)
Plat 30.4×10 <sup>4</sup> /cmm	Mycoplasma (PHA) ×160
WBC 4200 /cmm	ANA (-)
St 18 %	Anti-DNA-Ab (-)
Seg 46 %	IgG 1190 mg/dl
Ly 35 %	IgA 244 mg/dl
Mo 1 %	IgM 235 mg/dl
血沈 57-107	IgE 333 U/ml
血液生化学	C <sub>3</sub> 146 mg/dl
GOT 18 U	C <sub>4</sub> 31.5 mg/dl
GPT 12 U	CH <sub>50</sub> 45 U/ml
ALph 13.5 U	Weil-Felix reaction (-)
LDH 303 U	Paul-Bunnell reaction ×11.2
TP 6.6 g/dl	CMV IgG <×10
Alb 53.5 %	IgM <×10
α <sub>1</sub> -gl 5.1 %	EBV VCA IgG ×20
α <sub>2</sub> -gl 12.5 %	VCA IgM <×10
β-gl 12.2 %	EBNA ×40
γ-gl 16.5 %	Toxoplasma <128
	血液培養：陰性
	骨髄：正常骨髄所見
	検尿：異常なし

図-4 入院後経過



**考 察**

諸家の報告<sup>11-15)</sup>によればSNLは以下の特徴をもつとされている。年齢、性差では20—30歳代の女性に多いといわれるが、小児例ではむしろ10歳前後の男児に多い傾向を認める。臨床症状は、抗生剤無効の発熱と圧痛のあるリンパ節腫脹で、罹患リンパ節は大多数が頸部に認められる。発熱は生検後に解熱する 경우가多く、我々の症例にもみられた。熱型は弛張熱を呈することが多いが、二峰性の経過を示すこともある<sup>15)</sup>。また、発熱とリンパ節腫脹、圧痛は必ずしも同時に進行しない症例もみられる。確定診断は病理組織学的に行われ、光顕像では、巣状のリンパ球の変成壊死、リンパ球と組織球の反応性増殖、好中球や好酸球の反応をみないことが特徴とされる。また、症例2のように壊死巣を欠くタイプもあるが、この場合悪性リンパ腫との鑑別が重要である。検査所見は特徴的で、白血球数の減少、血沈の亢進、CRPの軽度上昇、LDHの上昇などがみられる。LDH分画ではLDH2、3の上昇があり、リンパ球の崩壊壊死を反映すると考えられている<sup>12)</sup>。合併症にはアフタ性口内炎、発疹などがあるが、なかには髄膜炎をきたした例も報告されている<sup>10)</sup>。予後は良好で特異的な治療を必要とすることはないが、ステロイド剤を使用し、効果のある症例も報告されている<sup>9)</sup>。

病因はいまだ不明であるが、以前考えられた、トキソプラズマ<sup>4)</sup>やEBウイルス<sup>3)</sup>にかわり、近年では不特定の病原体による異常免疫反応説がいわれている。SNLにみられる免疫異常にOKT4/8比の低下<sup>6),13)</sup>(主にOKT8陽性細胞が増加するとされる)があり、症例1でも病勢に応じた経緯を示した。一方、末梢血中に幼若B細胞増殖をきたした症例も報告<sup>6)</sup>されており、T・B細胞系双方にわたる複雑な免疫反応が示唆される。柴鶴ら<sup>16)</sup>はSNL患者18例中17例、その他のリンパ節腫およびリンパ節炎8例中6例のリンパ節に、突発性発疹ウイルスである、human herpesvirus-6 (HHV6)の抗原を分離しており、同じくB細胞親和性ウイルスであるEBウイルスも含め、SNLの病態のトリガーとなりうる可能性があり、興味深い。

我々の症例でみられた血清IgE値の上昇は、文献的にも注目されておらず、検索した範囲では長尾ら<sup>11)</sup>の報告した1例のみで、測定されていない例が圧倒的に多かった。自験例、とくに症例1では基礎疾患にアレルギー性疾患の存在があり、偶然IgE値の推移を追うことができたが、SNL急性期の特異的な上昇を認めた。ヘルパーT細胞から放出されるインターロイキン4にはIgE産生促進作用があるといわれ<sup>17),18)</sup>、症例1でみられた血清IgE値の上昇とOKT4/8比の低下は一見矛盾しているように思われるが、IgE産

生系の関与因子や機序についてはいまだ不明の点も多く、一元的に理解するのは困難である。いずれにしてもSNLの原因、病態には、T・B細胞系の複雑な関与が考えられ、特に、SNLと血清I g E値の関連について今後の症例の集積が望まれる。

## 文 献

- 1) 菊地昌弘：特異な組織像を呈するリンパ節炎について。日血会誌, 35; 397-38, 1972.
- 2) 藤本吉秀ら：頸部の亜急性壊死性リンパ節炎。内科, 30; 920-27, 1972.
- 3) 高田賢蔵ら：亜急性壊死性リンパ節炎におけるEBウイルス抗体価の高値。医学のあゆみ, 112; 194-6, 1980.
- 4) 菊地昌弘ら：亜急性壊死性リンパ節炎は急性トキソプラズマ性リンパ節炎か？医学のあゆみ, 102; 527-29, 1977.
- 5) 渋谷和彦ら：亜急性壊死性リンパ節炎の2症例。高松市民病院雑誌, 1; 75-80, 1985.
- 6) 笠井慎治ら：末梢血中に幼若B細胞が増加した亜急性壊死性リンパ節炎の2症例。小児内科, 22; 1581-85, 1990.
- 7) 吉岡美保ら：亜急性壊死性リンパ節炎の3症例。山形済生館医誌, 10; 29-36, 1985.
- 8) 宮城慎平ら：亜急性壊死性リンパ節炎7例の臨床的観察。小児科診療, 51; 56-68, 1987.
- 9) 大矢亮一ら：亜急性壊死性リンパ節炎の1症例。日口腔外誌, 34; 565-69, 1988.
- 10) 森下博史ら：亜急性壊死性リンパ節炎の1例。岐阜市民病院年報, 5; 169-73, 1985.
- 11) 長尾芳朗ら：亜急性壊死性リンパ節炎の3症例。小児科診療, 52; 581-86, 1989.
- 12) 藤野由美ら：亜急性壊死性リンパ節炎の病態に関する研究。北里医学誌, 17; 56-68, 1987.
- 13) 佐久間秀夫ら：ウイルス抗体価の高値と末梢血リンパ球にtubulo-reticular structureを認めた亜急性壊死性リンパ節炎の1例。日網会誌, 23; 1-7, 1983.
- 14) 榎木登ら：亜急性壊死性リンパ節炎の1例。奈良医学会誌, 36; 469-73, 1985.
- 15) 石黒信久ら：2峰性の経過を呈して診断に苦慮した亜急性壊死性リンパ節炎の1例。小児科臨床, 43; 2953-58, 1990.
- 16) Eizuru Y et al. Human herpesvirus 6 in lymphonodes. *Lanset*, i; 40, 1989.
- 17) 木佐木友成：I g E レセプター。Current in sights-アレルギー-今日の考え方, 3; 7-9, 1988.
- 18) 平野隆雄：I g E 抗体産生とサイトカイン。第7回免疫薬理シンポジウム; 93-7, 1989.

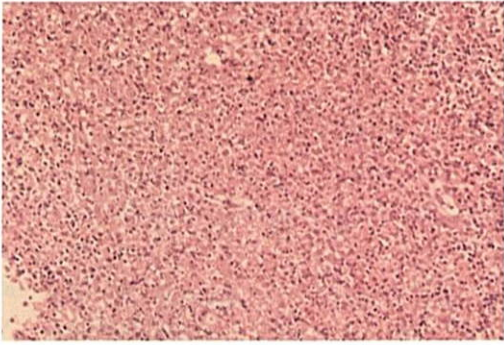


図-2 症例1の生検リンパ節(×100)

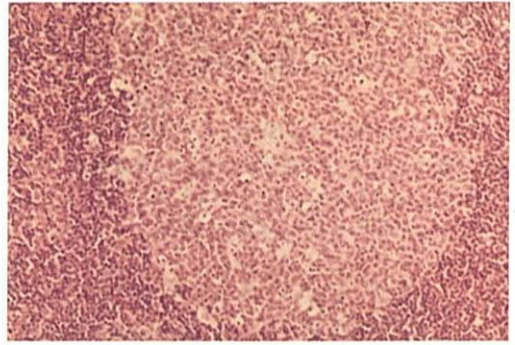


図-5 症例2の生検リンパ節(×100)

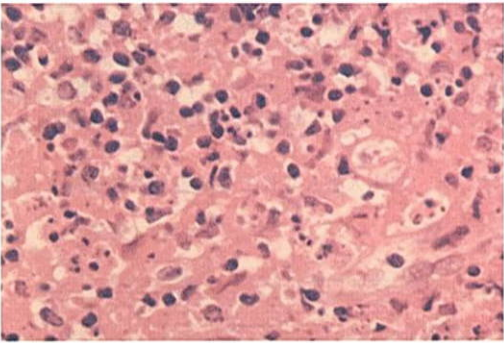


図-3 症例1の生検リンパ節(×400)

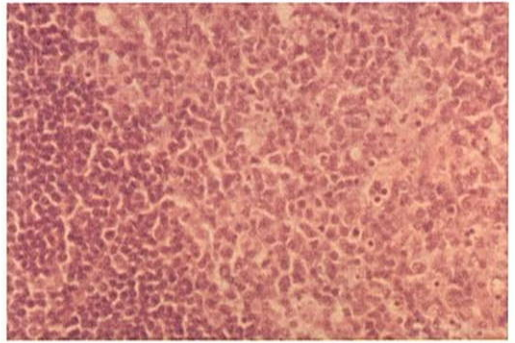


図-6 症例2の生検リンパ節(×400)