

症 例

耳 下 腺 結 核 の 1 例

国立鯖江病院（院長：服部幾之助）

江 左 皓 一

（原稿受付 昭和34年8月8日）

A CASE OF PAROTITIC TUBERCULOSIS

by

KOICHI ESA

From the Surgical Clinic of Sabae National Hospital

(Director : Dr. IKUNOSUKE HATTORI)

The author presents a case of parotitic tuberculosis.

The patient was a 41-year-old woman who complained of a painless tumor of the size of a pigeon's egg at the left preauricular region. The tumor was enucleated, and the histological examination revealed tuberculous changes. The patient had tuberculosis of cervical lymph nodes four years ago and again a year ago, and had surgical treatments. The parotitic tuberculosis was considered to have occurred lymphogeneously from it.

緒 言

1893年 De Paoli によつてはじめて記載された耳下腺結核は、唾液腺結核のなかでは多いとされているがそれでも非常に稀有な疾患である。

われわれは最近その1例を経験したので報告する。

症 例

住○ 富美○ 41才女

主訴：左耳介前部の無痛性腫瘍

現病歴：約3ヵ月前、左耳介前部に示指頭大の腫瘍があるのに気づいたが、べつに苦痛がないので放置していたところ、腫瘍は漸次大きさを増し、鳩卵大におよんできた。

既往歴：22年前、右急性化膿性膝関節炎、4年前と

1年前に頸部リンパ節結核で手術を受けている。

家族歴：特記すべきものはない。

現症：全身所見；体格中等大。栄養良好。体温、脈搏、呼吸正常。顔貌は正常でやや貧血状、黄疸を認めない。胸腹部に異常所見を認めない。

右上肢は筋萎縮著明、右膝関節は約150度の屈曲位をとり、紡錘状に腫脹し、局所体温上昇、圧痛、膝蓋跳動なく、膝蓋骨の可動性も認めず、自他動運動不可能で強直状である。計測によれば大腿周囲径、左43cm 右39cm、下腿周囲径、左32.5cm、右31cm、棘踝長、左95cm、右96cmである。

局所々見：左耳介前部に鳩卵大の腫瘍を認め、表面皮膚には異状を認めない。腫瘍は円形、表面平滑、弾性硬であるが部分的に弾性軟である。不動性であり波動は触れない。顔面神経麻痺は認めない。

頤下部に4cm, 左下顎後窩から顎下部にかけて7cm 左胸鎖乳様筋部に10cmの手術創瘢痕を認める. なお左 Stenon氏管開口部には異常所見を認めない.

臨床検査所見: 血液は赤血球数339万, 血色素72%, 白血球数5,500. 赤沈は1時間値20mm, 2時間値43mm. 尿には異常所見を認めない. 肝機能はコバルト反応 R_0 , カドミウム反応 R_2 . 血清高田氏反応準陽性, 血清モイレングラハト値5. 胸部レ線写真では異常所見を認めない(第1図).

右膝関節レ線写真では中等度の骨萎縮あり, 関節裂隙は全く消失し, 完全な骨性強直を認める. また膝関節の前面, 後面に著明な架橋状の骨棘形成を認める(第2図).

手術所見: 気管内全身麻酔のもとに Baily氏皮切を加えて腫瘍に達した. 腫瘍は左下顎部にかけての瘢痕と癒着し, 被膜は不明瞭, 表面粗造, 一部において顔面神経頰筋枝と癒着していた. 膿瘍は認めなかった.

摘出標本肉眼所見: 大きさ $4 \times 3 \times 1.5$ cm, 表面は粗大凹凸, 淡赤色, 弾性硬, 一部弾性軟, 断面は実質性, 乾酪様物質は認めない(第3図・第4図).

組織学的所見: 類上皮細胞, 巨大細胞, 結締組織の増殖, 小円形細胞の浸潤などが認められ, わずかながら形質細胞, 好酸球が認められ結核性炎症と考えられる(第5図・第6図).

術後経過: 術後軽度の左口角の下垂を来したが約10日間で消失した. 現在 SM, PAS, INAH の化学療法を続けている.

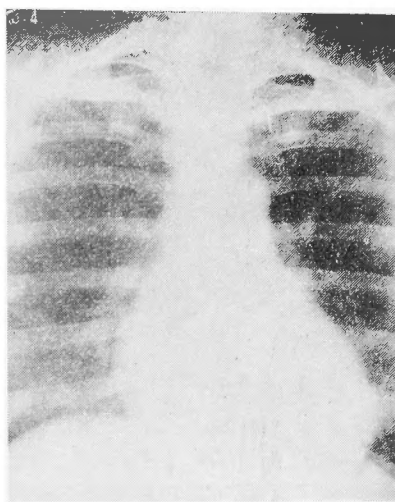


図 1

考 按

唾液腺は結核に対する抵抗力強く, 唾液腺結核は稀な疾患であるが, そのなかでは耳下腺結核が多いとされている. しかしそれでも本邦文献中10例を見るのみであるという(北村).

感染経路については, 原発性と続発性とに分けられていて, 多くは続発性であるが, われわれの例も頸部リンパ節からリンパ行性に耳下腺内リンパ節結核を来し, ついで腺実質に波及したものではないかと考えられる.

続発性耳下腺結核の場合, 原発巣として肺および同

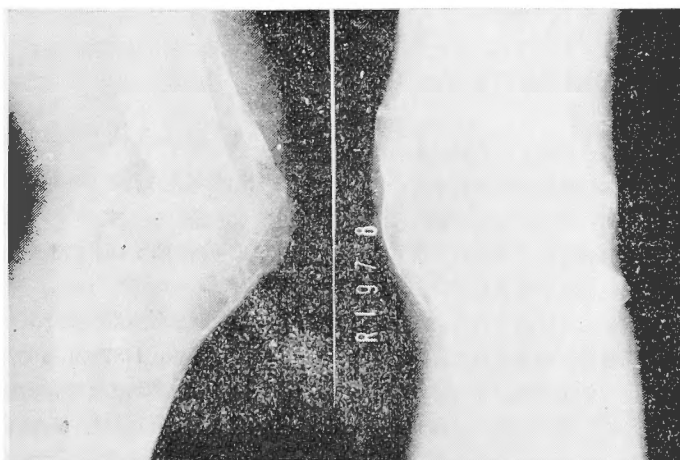


図 2

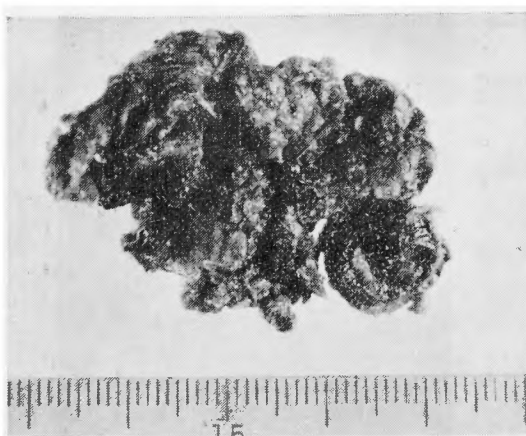


図 3

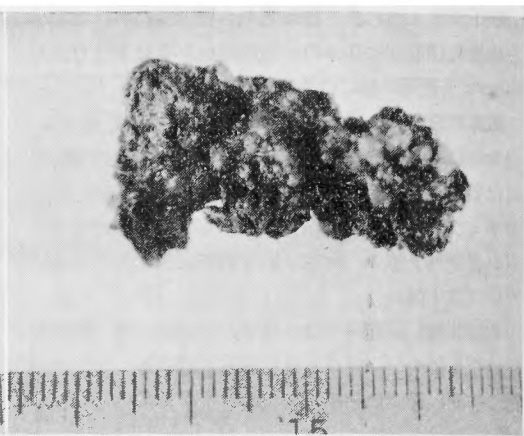


図 4

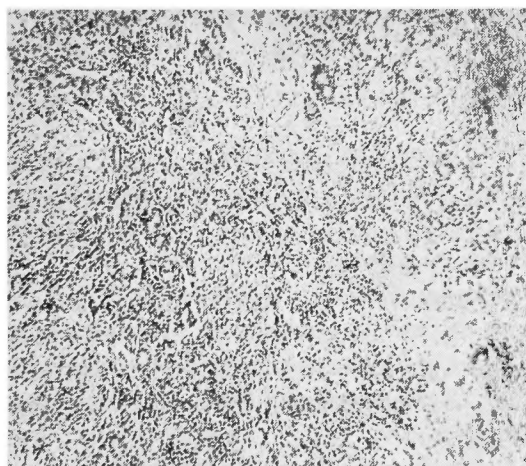


図 5

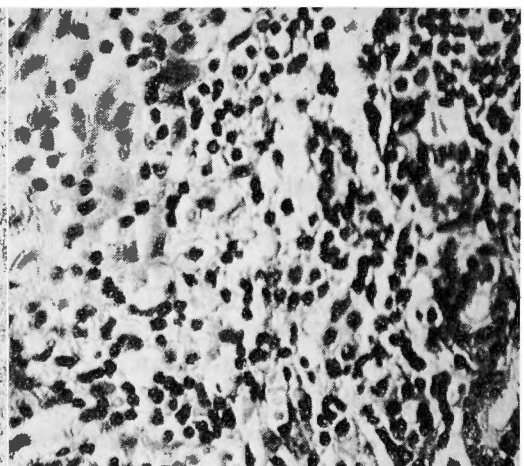


図 6

側の中耳を重要視するものもある。

原発性の場合には、上行性（管内性）、血行性、リンパ行性などが考えられているが決定的なものはない。

臨床症状としては特異なものはなく、乾酪化から膿瘍を形成し自潰して定型的難治性結核性瘻孔を作つた場合には容易であるが、とくに初期の硬結は腫瘍との鑑別が困難であり混合腫瘍および肉腫と誤りやすい。唾影像にも特有所見はないとされている。また唾液中に結核菌を証明することは稀であり、決定的診断は組織学的検査によらなければならない。

診断については身体各部の結核病巣、Biopsie、顔面神経の長期間おかされないことなどは大いに参考にしなければならない。

治療はリンパ節結核の治療法に準じ、手術的には別

出、部分切除、切開、排膿などが試みられるが、化学療法の併用により耳下腺の全摘出を要することは稀であるといわれる。

結 語

続発性と考えられる耳下腺結核の1例を報告した。

文 献

- 1) König, E.: Die Chirurgie d. Speicheldrüsen. 1951.
- 2) 北村武・佐久間武司: 耳下腺瘻について。日本医事新報, 1487, 21, 1952.
- 3) 北村武・木村宏: 唾液腺疾患のいろいろ(その4), 耳下腺結核。耳鼻咽喉科, 30, 704, 1958.
- 4) 星子直行・岩月賢一: 唾液腺結核。日本外科全書, 13, 141, 昭32.