

原著

急性期に縦隔リンパ節腫大を合併した川崎病の 1 例

川瀬 恒 哉¹⁾ 相場 佳 織¹⁾ 小山 典 久¹⁾

要旨 川崎病において頸部リンパ節以外のリンパ節腫脹についての報告は少ない。今回われわれは急性期に縦隔リンパ節腫大を合併した川崎病の 1 例を経験した。縦隔リンパ節腫大を合併した川崎病の報告は過去に 2 例しかなく、極めて貴重な症例と考えられた。本症例を含めいずれの症例も頸部リンパ節の腫脹を認めず、アスピリンの内服とガンマグロブリンの点滴によって縦隔リンパ節腫大は消失し、心合併症は認められていない。

はじめに

川崎病は全身の血管炎を特徴とする原因不明の疾患である。主要症状の一つである「急性期における非化膿性頸部リンパ節腫脹」の発症頻度は 65%ほどである¹⁾が、他の部位におけるリンパ節腫脹についての報告^{2~5)}は少ない。今回われわれは急性期に縦隔リンパ節腫大を合併した川崎病の 1 例を経験したので報告する。

I. 症 例

患者：3 歳，女児。

主訴：発熱，咳，発疹。

既往歴・家族歴：特記すべきことなし。

生活歴：気道感染症状のあるもの，結核患者との接触はなし。

現病歴：入院 4 日前より 38.2°C の発熱が出現，同時期より頻回の乾性咳も出現した。入院 3 日前に近医にて抗生剤の投与を受けた。同日夕方より

両上下肢にかゆみを伴う小紅斑が出現した。その後も 39~40°C 台の発熱が続き，咳，発疹の改善を認めず入院日に近医を再診したところ，胸部 X 線で縦隔の拡大を認め当院へ紹介となった。精査，加療目的に入院となる。

入院時現症：全身状態は比較的良好。体温 39.6°C，脈拍 140 回/分，呼吸音清明。心音異常なし，両眼球結膜に充血あり，口唇発赤あり，莓舌なし，咽頭発赤なし。頸部，腋下，鼠径リンパ節腫脹なし。四肢，殿部に径 5~10 mm の紅斑が散在。一部癒合あり（**図 1**）。四肢末端の硬性浮腫（**図 2**），手掌の紅斑（**図 3**）を認める。BCG 部位の発赤はなし。肝脾腫なし。

検査所見：血液検査 WBC 18,250/ μ l（好中球 86%；うち桿状核球 6%，分葉核球 80%，リンパ球 9%，単球 4%，好酸球 0%，好塩基球 0%，異型リンパ球 1%），RBC 446 \times 10⁴/ μ l，Hb 12.7 g/dl，Ht 37.3%，Plt 30.0 \times 10⁴/ μ l，T.P 7.0 g/dl，Alb 4.0 g/dl，AST 56 U/l，ALT 43 U/l，LDH 370 U/l，ク

Key words：川崎病，縦隔リンパ節腫大，縦隔腫瘍

1) 豊橋市民病院小児科

〔〒441-8570 豊橋市青竹町字八間西 50〕



図 1 発疹は癒合傾向を認めた



図 3 手掌の紅斑

レアチニン 0.38 mg/dl, BUN 12 mg/dl, Na 129 mEq/l, K 4.7 mEq/l, Cl 89 mEq/l, CRP 6.40 mg/dl, PT 75.0%, APTT 91.9%, フィブリノーゲン 432.0 mg/dl, FDP 11.7 μ g/ml, D ダイマー 4.7 μ g/ml, マイコプラズマ抗体 (PA) 80 倍, 寒冷凝集反応陰性. EB ウイルス抗 VCA IgG・IgM, 抗 EA IgG, 抗 EBNA IgG はすべて陰性.

胸部単純 X 線では左肺門部に境界明瞭な腫瘤影を認めた (図 4 a). 胸部 CT では前縦隔の大動脈左側に 50×23 mm の不均一に濃染する腫瘤を認めた (図 4 b). 肺野に肺炎像は認められなかった.

悪性腫瘍を鑑別する目的で腫瘍マーカーを測定したが HCG- β サブユニット 0.1 ng/ml 以下 (基



図 2 下肢末端の硬性浮腫と紅斑

準値 0~0.1 ng/ml), 絨毛性ゴナドトロピン HCG 1.0 mIU/ml 以下 (基準値 2.7 mIU/ml 以下), CEA 0.8 ng/ml (基準値 0~5.0 ng/ml), AFP 0.6 ng/ml (基準値 0~10.0 ng/ml), NSE 7.2 ng/ml (基準値 10 ng/ml 以下), 可溶性インターロイキン 2 受容体 1,810 U/ml (基準値 145~519 U/ml), 尿中 VMA 4.75 mg/g クレアチニン (基準値 6.06~13.98 mg/g クレアチニン), 尿中 HVA 9.68 mg/g クレアチニン, と可溶性インターロイキン 2 受容体の高値のみを認めた.

入院時の咽頭培養は常在菌のみ, 血液培養は陰性であった.

入院後経過 (図 5) : 入院時, 川崎病主要症状を 5 項目満たし, 川崎病 (第 5 病日) と診断した. 原田スコアは 3 点であった. アスピリン 50 mg/kg/day の内服にて治療を開始した. また細菌感染の合併の可能性も考え, ABPC の静注, CAM の内服も行った. 翌第 6 病日になっても解熱せず, 血液検査においてアルブミン, ヘマトクリットの低下を認めた (原田スコア 4 点) ため第 6 病日にガンマグロブリン 2 g/kg の静注を行った. 第 9 病日に解熱し, 徐々に川崎病症状は軽快し, 血液検査においても炎症反応は改善した. 入院時高値を示した可溶性インターロイキン 2 受容体は第 13 病日には 1,270 U/ml に減少していた. 第 13 病日より手指の膜様落屑が出現した. 胸部 X 線上も縦隔腫瘤陰影は縮小傾向を示し (図 4 c), 第 15 病日に再検した胸部 CT では縦隔腫瘤は消失していた (図 4 d). 全身状態良好にて第 15 病日に退院となった. 経過中, 心合併症は認められていない.

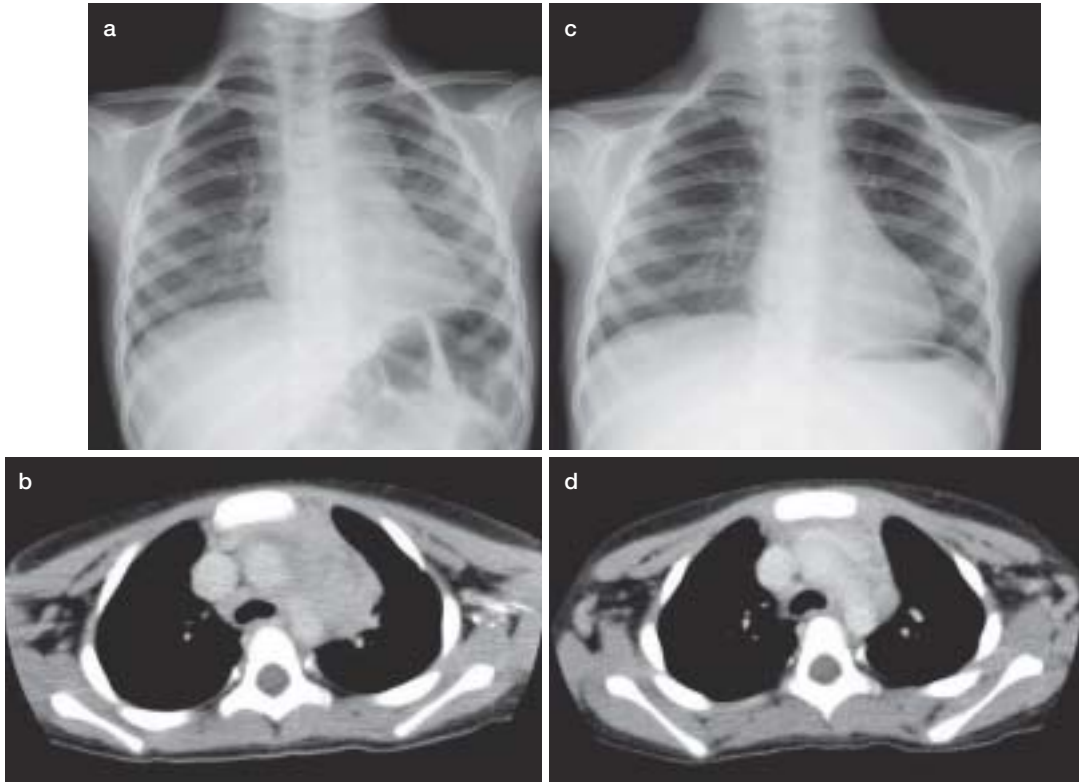


図 4

- a : 胸部単純 X 線 入院時 (第 5 病日), 左肺門部に境界明瞭な腫瘤影を認めた.
- b : 胸部造影 CT 入院時 (第 5 病日), 前縦隔の大動脈左側に 50×23 mm の不均一に濃染する腫瘤を認めた. 肺野に肺炎像は認められない.
- c : 胸部単純 X 線 第 15 病日
- d : 胸部造影 CT 第 15 病日

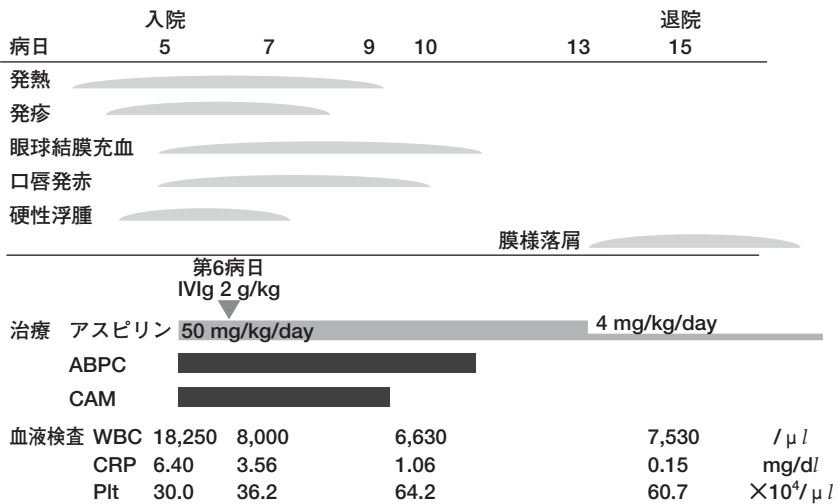


図 5 入院後経過

表 各症例の比較

報告例	Marcet ⁴⁾ (1998)	加藤 ⁵⁾ (2002)	本症例
年齢, 性別	1歳, 女児	4歳, 男児	3歳, 女児
川崎病主要症状の数	5項目 (頸部リンパ節腫脹なし)	5項目 (頸部リンパ節腫脹なし)	5項目 (頸部リンパ節腫脹なし)
入院時 原田スコア	2点	5点	3点
縦隔リンパ節 部位・大きさ	気管分岐部左側 30mm	気管分岐部右側 大きさ記載なし	大動脈弓左側 50×23mm
縦隔リンパ節腫大の確認病日	第7病日	第5病日(入院時)	第5病日(入院時)
肺炎の有無	なし	なし	なし
急性期治療	アスピリン 100mg/kg/day IVIg 400mg/kg/day 5日間	アスピリン 40mg/kg/day IVIg 1g/kg/day 2日間	アスピリン 50mg/kg/day IVIg 2g/kg 単回投与
抗菌薬投与の有無	なし	あり	あり
縦隔リンパ節腫大の消失確認病日	発症6週後	第20病日	第15病日
心合併症の有無	なし	なし	なし

II. 考 察

川崎病の病因については感染説と非感染説に大別されるが、いまだ解決に至っていない。川崎病における頸部リンパ節の病理所見は微小血管の炎症を伴った壊死が特徴とされており⁶⁾、感染説においては経気道的に侵入した何らかの病原体もしくはその産生毒素がリンパ節に至り、炎症反応を起こしていると考えられている⁷⁾。しかしなぜ川崎病のリンパ節腫脹が頸部に好んで現れるかは不明である。

また小児における縦隔腫瘍の一般的な鑑別として腫瘍(胚細胞腫瘍, 悪性リンパ腫など), 非腫瘍性のリンパ節腫大(結核, サルコイドーシス, ヒストプラスマ症・コクシジオイデス症などの輸入真菌症), 嚢胞性肺疾患などがあげられる。本症例においては抗菌薬も使用し縦隔腫瘍の消失を認めため、化膿性のリンパ節腫大であった可能性は否定できない。しかし経過中膿瘍形成など化膿性リンパ節腫大を積極的に示唆する所見は得られなかった。また本症例は川崎病の主要症状の5項目を満たし, 経過からも川崎病の診断は確実であり, 上述の鑑別疾患は否定的であると判断した。縦隔腫瘍は川崎病の病勢と一致して腫大, 縮小しており, 川崎病に関連した縦隔リンパ節腫大である可

能性が高いと判断した。

急性期に縦隔リンパ節腫大を合併した川崎病の報告は過去に2例^{4,5)}しかなく, 非常に貴重な症例と考えられた。表に本症例を含めた3症例の要点をまとめる。いずれの症例も頸部リンパ節の腫脹を認めていないという点が興味深い。加藤らの症例⁵⁾では抗菌薬の使用があるが, 3症例ともアスピリンの内服とガンマグロブリンの点滴により縦隔リンパ節腫大は消失し, 心合併症も認められていない。

川崎病に合併した縦隔リンパ節腫大は極めて少なく, 病理所見も得られていないことから, その成立機序は不明である。しかし結核のような経気道的な感染症において縦隔リンパ節腫大が認められることを考えると, 仮に川崎病が経気道的な感染によるものであるならば, 縦隔リンパ節腫大は合併し得ることだと思われる。われわれが日常的に遭遇する川崎病のなかには, 超音波検査やX線検査ではとらえられない軽度の縦隔リンパ節腫大が合併している可能性はあるかもしれない。

急性期に縦隔リンパ節腫大を合併する川崎病の報告は極めて少ないが, 頸部リンパ節以外のリンパ節腫大も念頭に置く必要がある。

文 献

- 1) 大木いずみ, 他: 川崎病全国調査に基づく主要症状の出現状況に関する初期と現在の比較. 日児誌 109 (4): 484-491, 2005
- 2) 知念詩乃, 他: 腋窩リンパ節が腫脹した川崎病の1例. Progress In Medicine 25 (1): 180, 2005
- 3) 村上元正, 他: 発熱, 黄疸, リンパ節腫脹で始まり, 短時間で死亡した川崎病の1剖検例. 小児内科 14: 689-690, 1982
- 4) Marcet JB, et al: Mediastinal lymphadenopathy; A variant of incomplete Kawasaki disease. Acta Paediatr 87: 1200-1202, 1998
- 5) 加藤恭博, 他: 急性期に縦隔リンパ節腫大を合併した川崎病. 小児科 43 (13): 1967-1968, 2002
- 6) 田中 昇, 他: 川崎病におけるリンパ節の病変. Progress In Medicine 6 (1): 21-27, 1986
- 7) 今田義夫, 他: 川崎病とリンパ節腫脹. 小児内科 20 (4): 519-522, 1988

A case of Kawasaki disease with mediastinal lymphadenopathy in the acute phase

Koya KAWASE, Kaori AIBA, Norihisa KOYAMA

Department of Pediatrics, Toyohashi Municipal Hospital

Kawasaki disease is an acute vasculitis of unknown cause. Cervical lymphadenopathy is a major symptom of Kawasaki disease. But other lymphadenopathies have been rarely reported. A three-year-old girl reported here had mediastinal lymphadenopathy in the acute phase of Kawasaki disease. Only two cases of Kawasaki disease with mediastinal lymphadenopathy have been reported previously. Including our case, all patients did not have cervical lymphadenopathy, and the mediastinal lymphadenopathies disappeared with treatment of aspirin and intravenous immunoglobulin. In addition, cardiac involvement was not found in all three cases.

(受付: 2011年1月21日, 受理: 2011年5月30日)

* * *