

8章

リンパ節の超音波診断

日常臨床におけるリンパ節の超音波診断は、局在診断はもちろんのこと、その腫大が病的なもの（悪性疾患、炎症性疾患や肉芽腫性疾患など）なのかの判定が主体となる。頭頸部領域悪性疾患に関しては、頻度の高い扁平上皮癌、甲状腺乳頭癌などのリンパ節転移が対象疾患としてあげられる。頭部リンパ節転移陰性症例に比較して、単一同側頭部リンパ節転移症例の方が予後は悪く、それよりさらに対側リンパ節転移症例の方が予後が悪く、さらに節外進展を伴っている症例がもっとも予後が悪いことは周知の事実である。このように頭部リンパ節転移の有無は、予後や治療計画にも影響することから、特にその治療前診断は重要である。今まで多くの研究者達により、リンパ節の大きさ、内部性状、境界性状、ドブラ所見などを参考に良悪性の鑑別のための診断基準が検討されてきたが、一定の傾向は認められるもののoverlapする所見も多く、感度、特異度共に満足のいく良好な診断基準はまだ得られていない。局在診断においては、頭頸部のリンパ節解剖に関して古くより Rouvièreによる詳細な分類（図8-1）が有名であり、今日臨床の場で使用されるAJCC（American Joint Committee on Cancer）とAAO-HNS（American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery）の分類をもとにしたレベルシステム（図8-2）や「頭頸部癌取扱い規約」による分類（図8-3）の基礎となっている。また、頭部の中でも癌のリンパ節転移しやすい部位は各原発巣によりある程度決まっており、その事を把握しておくことも診断に役立つものと考えられる（表10）。

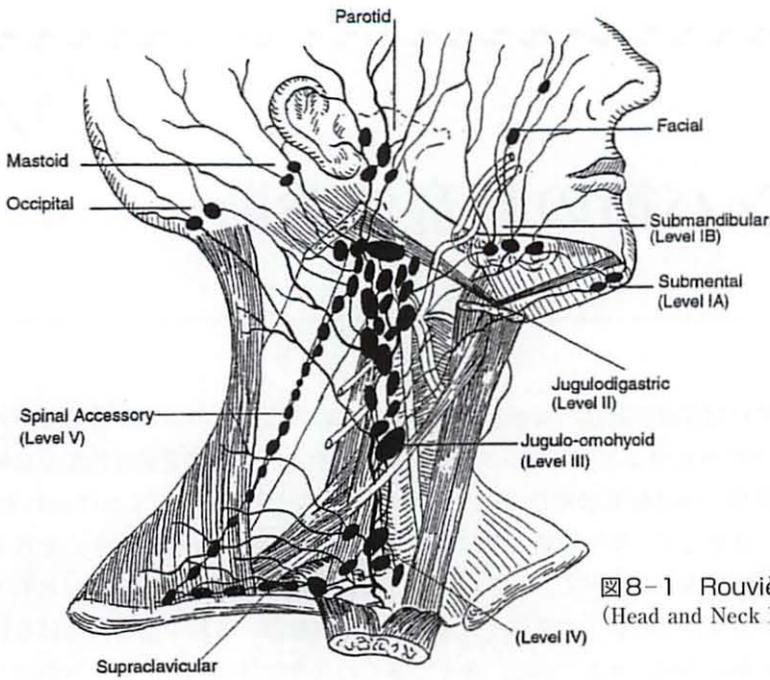


図8-1 Rouvièreの分類
(Head and Neck Imaging Fourth Edition より)

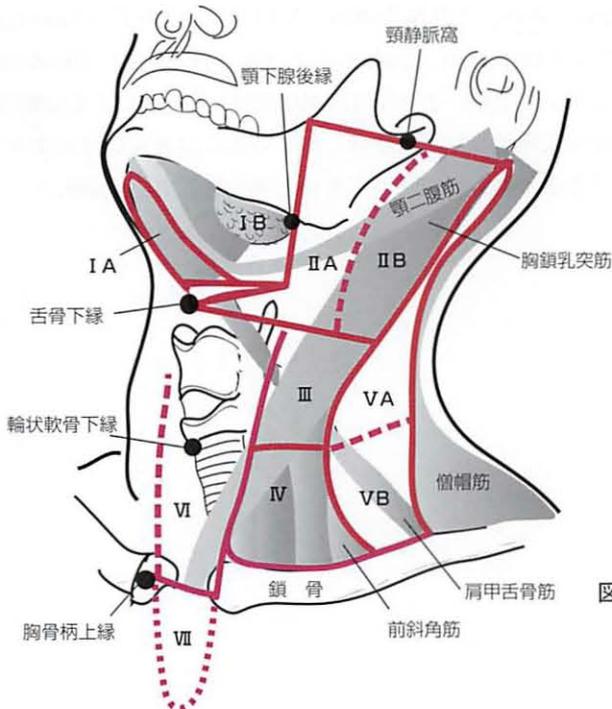


図8-2 レベルシステムによる分類

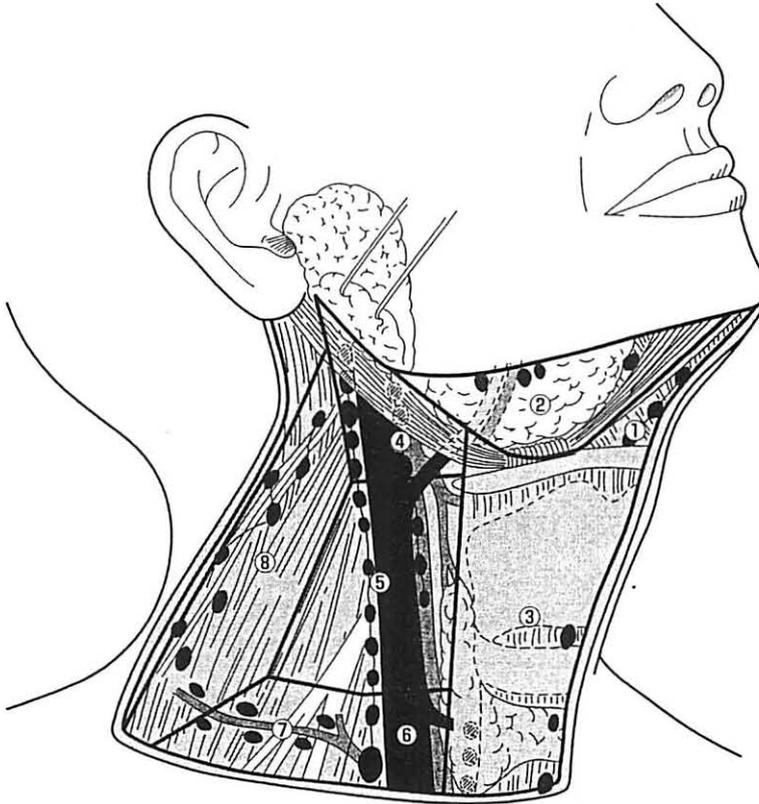


図8-3 頸部リンパ節区分（浅頸リンパ節を除く）

- オトガイ下リンパ節.....①
- 顎下リンパ節.....②
- 前頸部リンパ節（喉頭前・甲状腺前・気管前・気管傍）.....③
- 側頸リンパ節.....内深頸リンパ節.....上内深頸リンパ節.....④
 -中内深頸リンパ節.....⑤
 -下内深頸リンパ節.....⑥
-外深頸リンパ節.....鎖骨上窩リンパ節.....⑦
 -副神経リンパ節.....⑧

（日本頭頸部腫瘍学会編：頭頸部癌取扱い規約，改訂第4版，金原出版，2005より）

表10 頸部リンパ節区分

頭頸部癌取り扱い規約	レベルシステム	Rouvière分類
①オトガイ下リンパ節	IA (口腔, 鼻, 副鼻腔)	オトガイ下リンパ節 前, 中 (内側, 外側), 後
②顎下リンパ節 腺前リンパ節 血管前リンパ節 血管後リンパ節 腺後リンパ節	IB (口腔, 顎下腺)	顎下リンパ節 腺前リンパ節 血管前リンパ節 血管後リンパ節 腺後リンパ節 顎下腺被膜内
③前頸部リンパ節 前頸静脈リンパ節 その他 喉頭前 甲状腺前 気管前 気管傍 咽頭周囲	VI (喉頭, 甲状腺)	前頸リンパ節 前頸静脈リンパ節 傍臓側リンパ節 喉頭前 甲状腺前 気管前 気管外側, 反回リンパ鎖
側頸リンパ節 浅頸リンパ節		側頸リンパ節 浅頸リンパ節 深頸リンパ節 内深頸リンパ節 外側
内深頸リンパ節	④上内深頸リンパ節 ⑤中内深頸リンパ節 ⑥下内深頸リンパ節	IIA (咽頭, 口腔, 舌, 耳下腺) III (咽頭, 声門上喉頭, 舌) IV (咽頭, 甲状腺, 頸部食道)
外深頸リンパ節	⑦鎖骨上窩リンパ節 ⑧副神経リンパ節	鎖骨上窩リンパ節 副神経リンパ節 上縦隔リンパ節

() は転移頻度の高い原発巣

1. 正常リンパ節

やや扁平な楕円形の均一な低エコーを呈し、境界は明瞭で辺縁も平滑である。約3/4の頻度で、リンパ節門および髄質成分に相当する索状の高エコー領域 (central echogenic hilus : CEH) が辺縁部から中心部に向かって観察される。大きいリンパ節ほど高頻度に観察され、特に高齢者や慢性感染症では脂肪沈着が進行してCEHが明瞭化するともいわれている。リンパ節の大きさは最大径で5-10mm前後だが、顎下部, 上内深頸部では口腔内の日常的な炎症を反映しているからか、他の頸部領域のリンパ節より大きいことが多く、上限は15mm程度である。このように正常人においても最大径

5mmから10mm前後のリンパ節が普通に認められることは十分把握しておかねばならない。パワー Dopラ所見としては、大きめの正常リンパ節ではリンパ節門から流入し、皮質へ分布する血流シグナルが観察されることもあるが、全く血流シグナルが観察されないものもあり、個体差が強い。また、当然ながら血管構造とリンパ節との鑑別に Dopラ法は非常に有用である。

本編では、従来より述べられている転移リンパ節の診断基準、参考所見、代表的な疾患などについて記載する。診断基準に関しては①部位、②大きさ、③形、④内部性状（Dopラ所見を含む）、⑤節外進展、集簇性や左右差の重要性が強調されている。

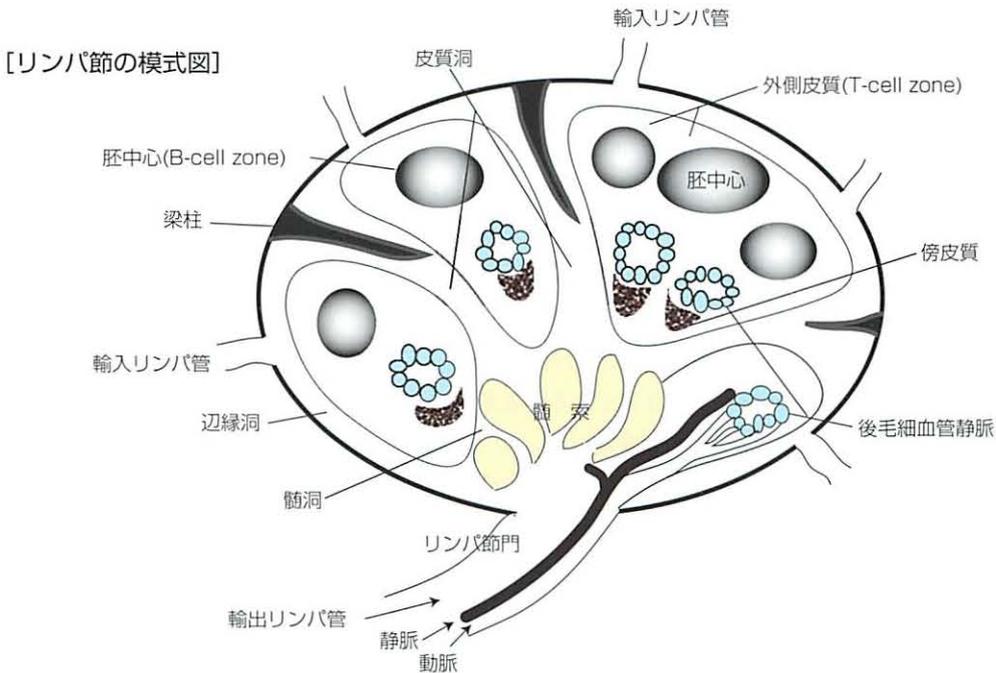
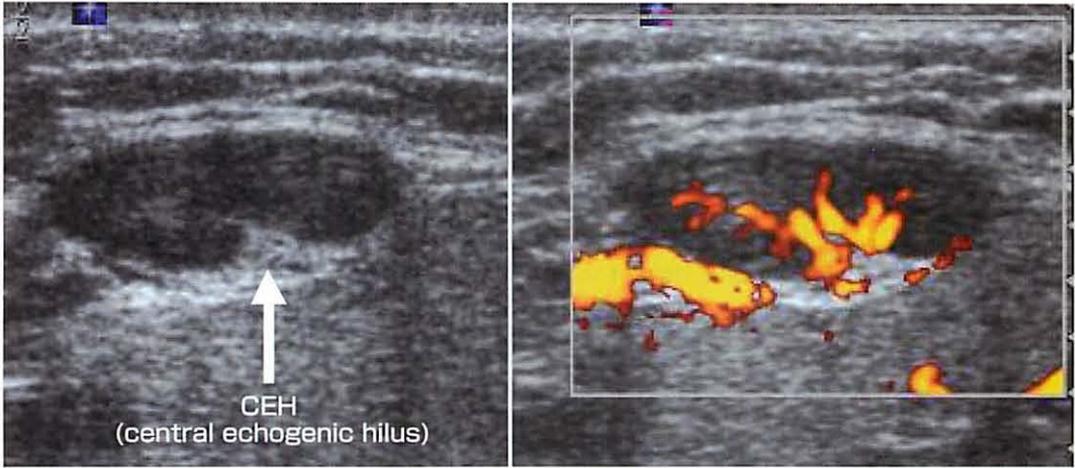


図8-4 正常リンパ節

- ① **部位** (location) : 先にも述べたように原発巣が判明している場合、リンパ節転移の起こしやすい部位はある程度決まっており、まずそれを把握することが大切である (表10)。逆に原発不明の場合、転移リンパ節の部位から原発巣を推測することがある程度可能ともいえる。頭頸部癌の多くを占める扁平上皮癌のリンパ転移が、系統的に広がることが多いのに対して、甲状腺癌では頸部すべての領域に転移を来しうるとされること、咽頭癌や声門上癌では両側や対側転移の頻度が比較的高いこと、声門癌や副鼻腔癌では診断時のリンパ節転移の頻度が低いことなども知っておくとよい。
- ② **大きさ** (size) : リンパ節の測定には長径、短径、厚みの三つを計測することが出来るが、忙しい日常臨床の場ではどれか一つを採用することが多く、長径あるいは最大径を測定する施設が多いと推測される。最大径何mm以上を有意所見とするかは難しいところだが、顎下部や上内深頸リンパ節は正常でも10mmを越えることもあり、同部位は15mm以上、その他は10mm以上を腫大所見とすると記載している文献が多い。しかしこの基準でも、転移の正診率は芳しくなく、20%以上の偽陽性率、偽陰性率が認められる。最小径 (7-8mm以上を有意とするなど) を採用するべきという意見もあるが、これもカットオフ値によって感度、特異度がかなり異なる。このように大きさでの診断基準が絶対的なものではないことを認識する必要がある。
- ③ **形** (shape) : 正常あるいは反応性腫大のリンパ節は本来の形態を保って、いわゆる、細長い扁平 (flat)、卵形 (oval) を呈するのに対して、転移など悪性腫大や結核性リンパ節炎では球形 (round) を呈する傾向がある。リンパ行性転移の場合、輸入リンパ管から腫瘍細胞が流入し、被膜下辺縁洞で増殖する。すなわち初期から中期の転移リンパ節は主に辺縁部分に腫瘍細胞が存在するため、リンパ節辺縁が一部不規則に変形することもあるが、現在の高分解能超音波装置をもってしても正常組織と腫瘍組織置換部位の境界が認識出来ない。リンパ節ほぼ全域 (広範囲) に腫瘍細胞が浸潤し、リンパ節の形態が球形になってはじめて転移陽性と判断されることが多いと考えられている。
- ④ **内部性状** (echo-pattern, doppler image) : 一般的には充実性の低エコーを呈するが、比較的特異的な所見として中心部壊死と石灰化がある。前者は分化度の高い扁平上皮癌の転移に比較的特異的である。しかし、転移リンパ節自体が低エコーを呈するため、超音波検査による壊死部分の評価は意外に難しい。特に化膿性リンパ節炎 (リンパ節膿瘍)、コロイド形成を伴った甲状腺乳頭癌の転移、結核性リンパ節炎、感染性嚢胞 (branchial cleft cystやthyroglossal duct cystの感染など) などでは中心部壊死との区別は困難である。一方、石灰化は甲状腺乳頭癌、髓様癌や結核性リンパ節炎慢性期などが有名である。乳頭癌ではリンパ節のサイズが小さくても、石灰化が存在する場合には転移と考えて間違いないことが多い。腫瘍 (65-95%) や結核 (76-86%) の浸潤に伴うCEHの消失については、正常リンパ節でも認められ (約25%)、逆にリンパ節転移早期例では認められないことが多く、大きさ同様あくまで参考所見にとどめるべきと考えられる。また、3cm以上の大きな転移リンパ節や放射線治療や化学療法後のリンパ節内部に不均一な高エコー域もよく観察される。ドブラ所見としては、正常あるいは反応性リンパ節ではリンパ節門 (中枢側) から広がる血流シグナルが見られる。一方、転移リンパ節や悪性リンパ腫では、血管新生によりリンパ節門以外からも流入血管が描出されたり、リンパ節末梢や辺縁に血流シグナ

ルが多く認められるなどの報告がなされている。しかし血流の乏しい転移リンパ節や逆に血流豊富な反応性の腫大リンパ節をよく経験することから、これらもあくまで傾向に過ぎず、参考所見にとどめるべきかとは著者らは考えている。

- ⑤ **節外進展, 集簇性, 左右差** (extranodal spread, matting, laterality) : 上記で述べたとおり, 節外進展は予後不良に直結する所見である。血管や気管などの明らかな浸潤例を除いて, わずかな節外進展の診断は難しい。リンパ節-他臓器間の境界不明瞭化が唯一の診断基準となるが, 主観的要素もかなり影響する。浸潤や癒着の有無に関しては, プローブをわざと押し当てたり, スキャンの最中に嚙下運動させて, その挙動や固さを観察するのも一考かもしれない。また, 広範囲の節外進展例においては, 超音波では空間分解能に限界があり, CTやMRIを組み合わせて診断すべきである。一般的に2cm以上の転移リンパでは半分以上に組織学的な節外進展があるとされる。集簇性に関しては, 上記②で述べたような基準値を越える大きなリンパ節が同じ領域に3つ以上認める場合には転移など有意所見の可能性が高い。同じ領域で左右差が顕著に認められる場合などにも注意を要する。転移以外では結核性リンパ節炎でその傾向が強い。

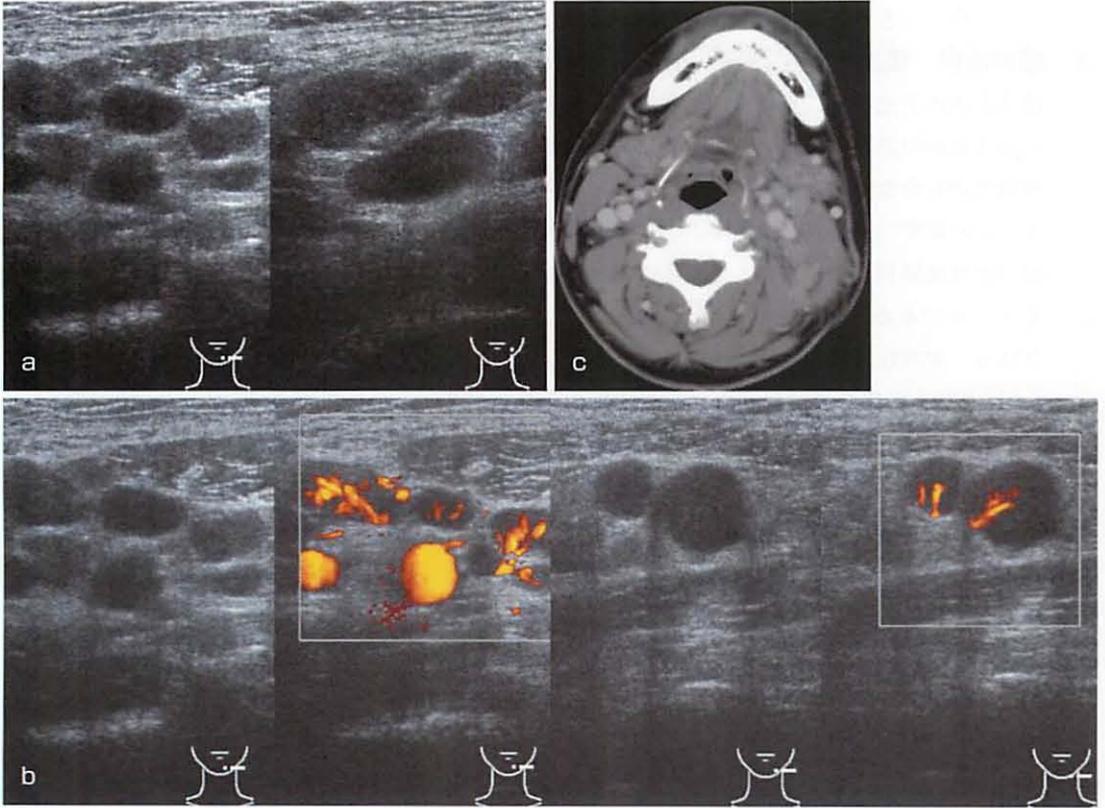
以上, ①-⑤いずれも大切な所見ではあるが, 決定的な診断基準がないため, 超音波検査だけでは診断困難な症例があることやまた, 一つだけの所見では不十分なことが多く, われわれ検査施行医は, これらを熟知した上で短い検査時間の間に所見を組み合わせて診断していくことが重要と考える。

2. 感染性頸部リンパ節炎

A. 頸部リンパ節炎

日常臨床では最も経験する病態である。有痛性で, 超音波上は比較的従来の扁平な形態を保った状態で大きくなることが多いが, 円形になることもあり一様ではない。皮下組織の肥厚(腫脹)を伴ったり, また, 急性期にはリンパ節周囲にも炎症がおよんで境界が不鮮明になることもある。内部性状も正常リンパ節のそれと変わりなく, 元々存在したCEHは保たれることが多い。膿瘍形成(化膿性リンパ節炎)などを伴えば, 囊胞成分の存在が確認できる。若年者の急激発症では伝染性単核球症の頻度が比較的高い。

症例 71

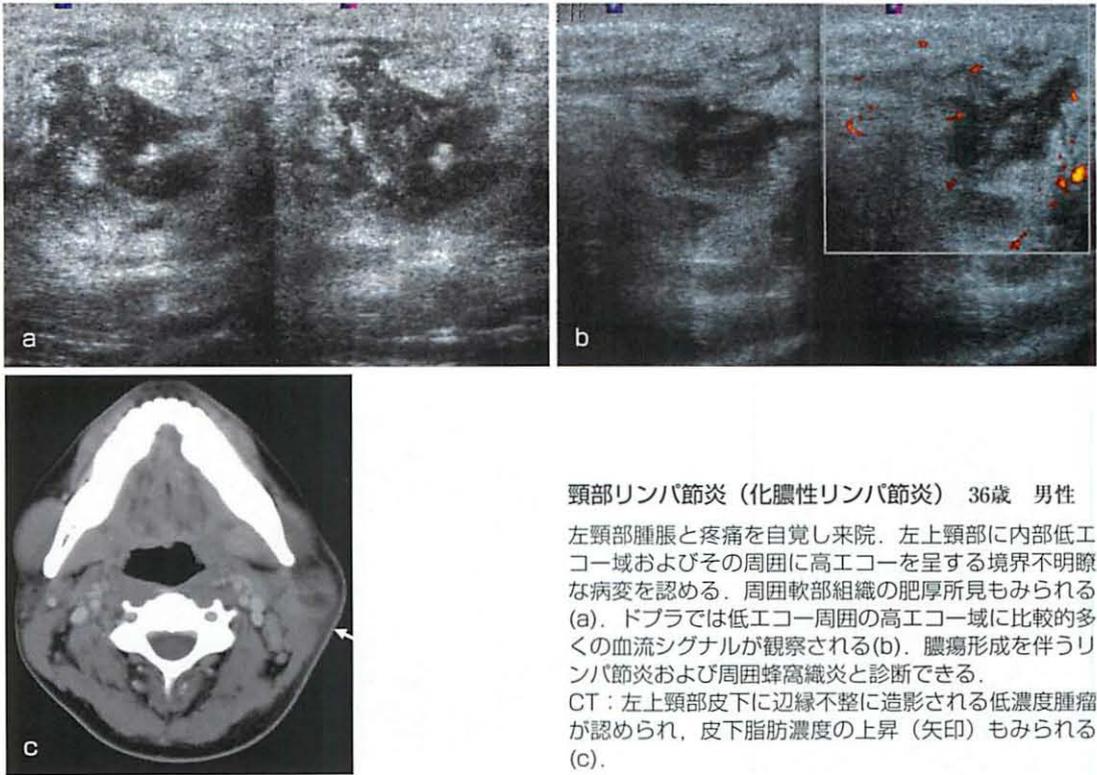


頸部リンパ節炎 31歳 男性

3日前より発熱および頸部腫脹を自覚する。左上、後頸部に多数のリンパ節腫大認められる。形態は扁平なものから球形なもの多彩である。内部は均一な低エコーを呈し、ドプラではリンパ節門から内部に血流シグナルが観察されるものが多い(a, b)。

CT：左頸下部から深頸部にかけて1cm大前後多数のリンパ節腫大を認める(c)。1週間の抗生剤点滴治療にてリンパ節腫大は消失し、リンパ節炎と診断された。

症例 72



頸部リンパ節炎（化膿性リンパ節炎） 36歳 男性

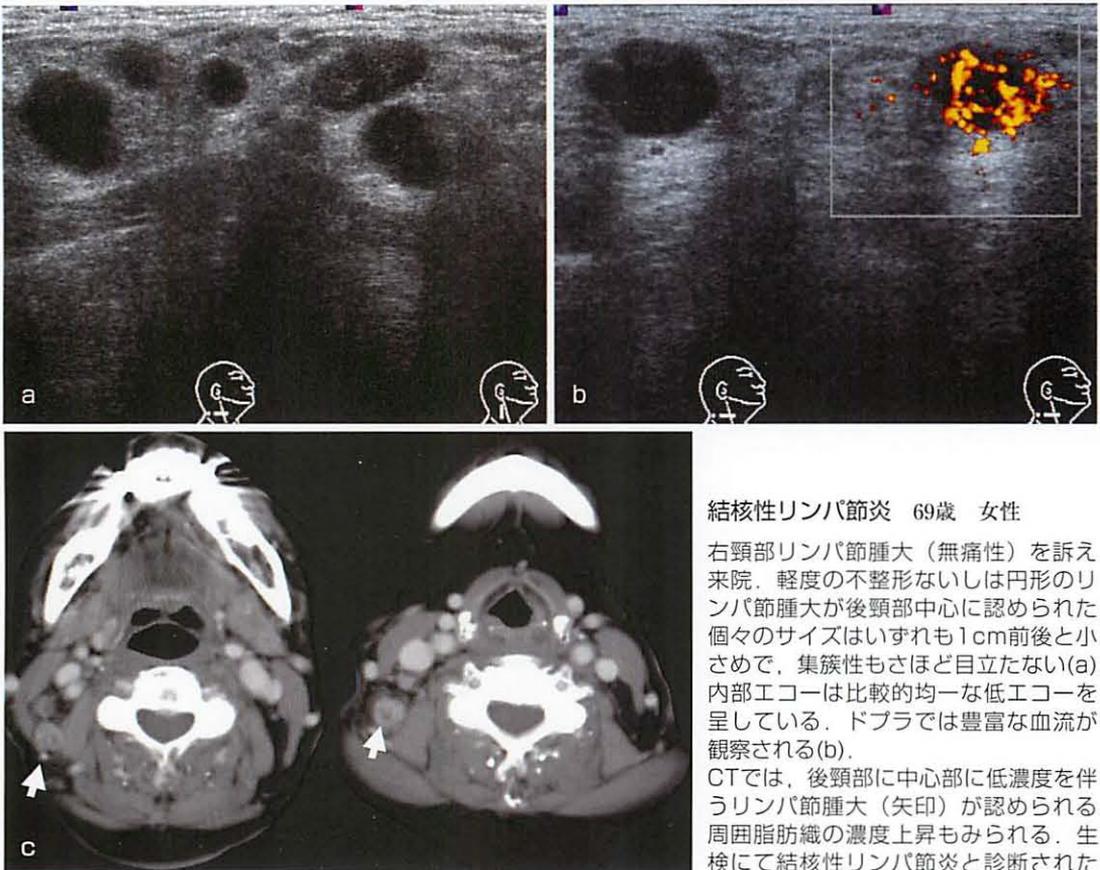
左頸部腫脹と疼痛を自覚し来院。左上頸部に内部低エコー域およびその周囲に高エコーを呈する境界不明瞭な病変を認める。周囲軟部組織の肥厚所見もみられる(a)。ドプラでは低エコー周囲の高エコー域に比較的多くの血流シグナルが観察される(b)。膿瘍形成を伴うリンパ節炎および周囲蜂窩織炎と診断できる。

CT：左上頸部皮下に辺縁不整に造影される低濃度腫瘍が認められ、皮下脂肪濃度の上昇(矢印)もみられる(c)。

B. 結核性リンパ節炎

通常の感染性リンパ節炎と違って、無症候性(無痛性)のことが多い。リンパ節の性状は病期によって異なる。急性期には通常のリンパ節炎と同様の均一な内部エコーを呈する集簇したリンパ節腫大を認める(初期腫脹型、リンパ節周囲炎を伴う浸潤型)。亜急性期では形状が不整形や円形になり、低エコー化が進んで、時に内部の壊死性変化や膿瘍形成を反映して嚢胞成分を有するようになる(膿瘍型、潰瘍瘻孔型)。慢性期には硬度を増して、症例によっては石灰化を呈するようになる(硬化型)。病変が内深頸部以外に後頸三角部にも認められることが多いこと、リンパ節腫大に比して周囲皮下脂肪織の所見が乏しいことなどは本症に比較的特徴的な所見と考えられている。

症例 73



結核性リンパ節炎 69歳 女性

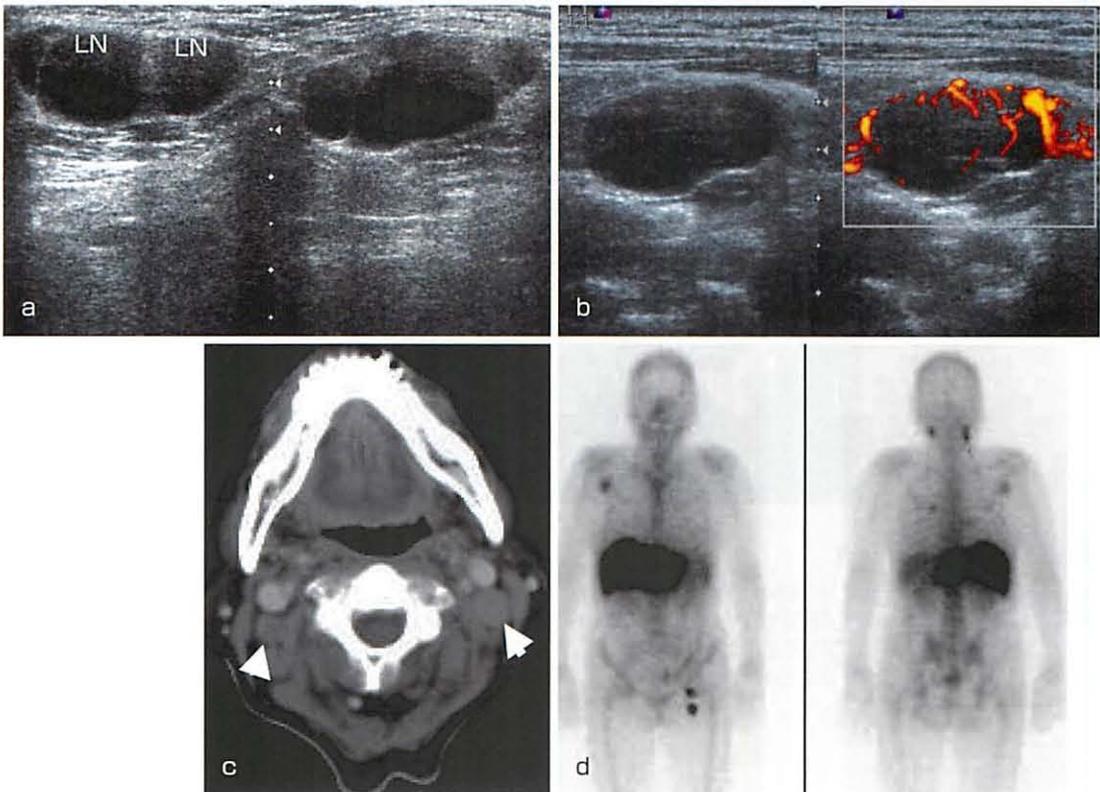
右頸部リンパ節腫大(無痛性)を訴え来院。軽度の不整形ないしは円形のリンパ節腫大が後頸部中心に認められた。個々のサイズはいずれも1cm前後と小さめで、集簇性もさほど目立たない(a)。内部エコーは比較的均一な低エコーを呈している。ドプラでは豊富な血流が観察される(b)。

CTでは、後頸部に中心部に低濃度を伴うリンパ節腫大(矢印)が認められる。周囲脂肪織の濃度上昇もみられる。生検にて結核性リンパ節炎と診断された。

3. 悪性リンパ腫

大小さまざまな大きさのリンパ節が集簇性に認められることが多い。癒着、浸潤傾向が低く、個々のリンパ節や周囲臓器との境界も明瞭な場合が多い。内部性状もほぼ均一な低エコーを呈し、後方エコーの増強を伴うことも多い。分化度の高い扁平上皮癌転移性リンパ節と異なり、サイズが大きくなっても、節内壊死や節外進展がみられることは少ない。しかし、低分化型扁平上皮癌のリンパ節転移では同様の画像を呈するため、鑑別が困難である。

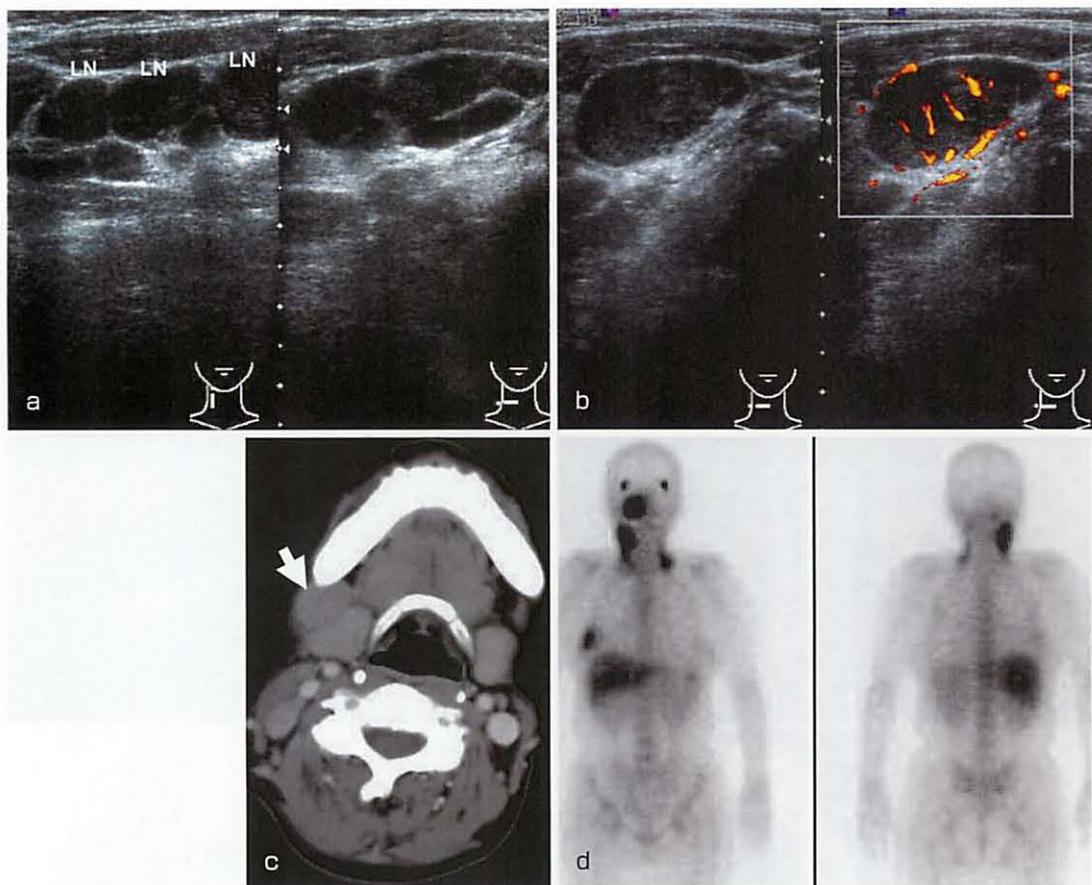
症例 74



悪性リンパ腫 69歳 女性

両側上内深頸部を主体に1-2cm大の卵円形ないしは球形の低エコー腫瘍が集簇性に多数認められる。内部エコーは均一で、それぞれの境界が明瞭である(a)。ドプラでは腫瘍辺縁から流入する血管シグナルが顕著である(b)。CTにて両側深頸部にリンパ節腫大が認められ(c)、Gaシンチグラムでは腫大頸部リンパ節以外に右腋窩、上腹部正中、左鼠径部への異常集積が確認出来る(d)。LN：リンパ節

症例 75



悪性リンパ腫 45歳 女性

両側頸部に1-3cm大のリンパ節腫大を集簇性に認める。かなり均一な低エコーを呈し、一つずつの境界は非常に明瞭である(a)。ドプラでも腫瘤内部だけでなく辺縁から流入する血管が観察できる(b)。

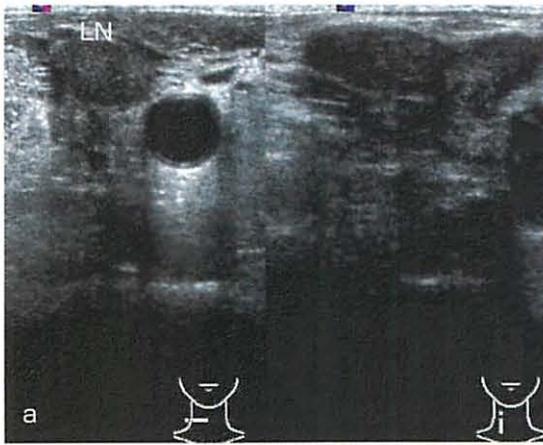
CTでは右顎下腺腹側や上深内頸部に均一な濃度のリンパ節腫大を認める(c)。Gaシンチグラムでは頸部以外に上顎や右腋窩への異常集積が認められる(d)。LN：リンパ節

4. 転移性リンパ節

A. 扁平上皮癌

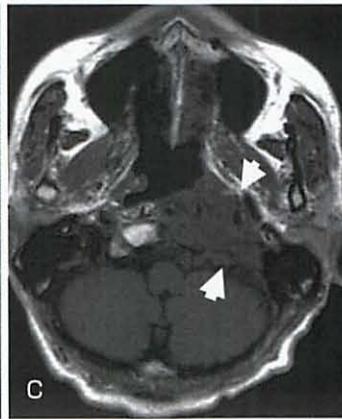
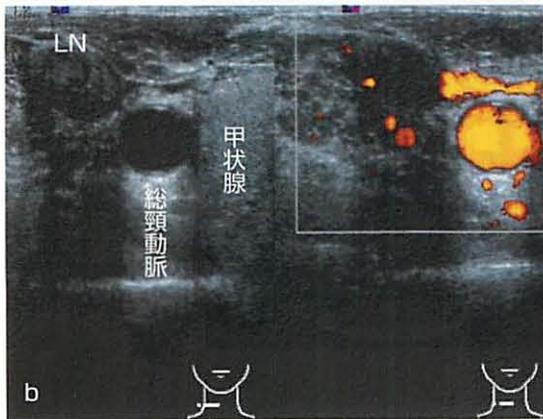
上記診断基準を参考に診断していくことになるが、頭頸部原発の悪性腫瘍が明らかな場合は、正常より大きいもの、円形の形態を呈するものは、見落としを防ぐ意味でも、生検を含めた精密検査を積極的に進めるべきであると考えている。1-2cm大程度の転移リンパ節は比較的境界明瞭なことが多いが、3cm大を越えると形状不整、境界不鮮明、内部エコーも多彩なものが増える。白川らは1.いびつな形態、局所的な膨隆、2.長径/短径の低下、3.新生血管の流入、4.高いPI (>1.5)、RI (>0.8) の四つを転移の代表的な診断基準にあげている。

症例 76

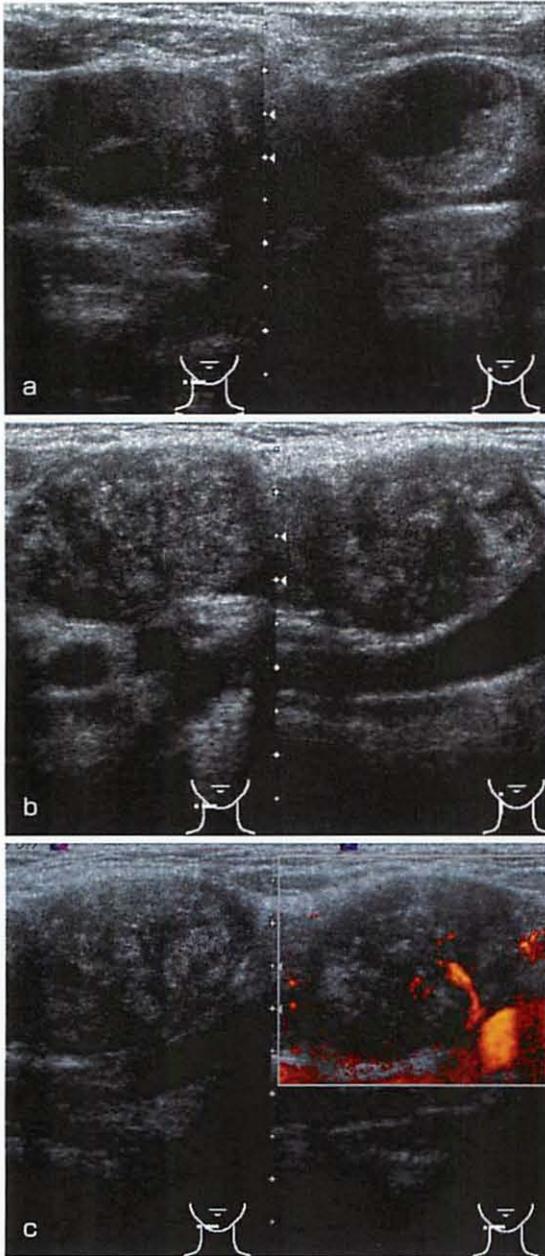


転移リンパ節（上咽頭癌） 71歳 男性

右中内深頸部に1.5cm大のリンパ節が重なるように存在する。後方エコーの減弱もみられる。扁平な形態でドプラでは血流の増加もあまり観察されない (a,b)。MRIにて左ローゼンミュラー窩から頭蓋底部に浸潤する上咽頭癌 (矢印) を認める (c)。LN：リンパ節



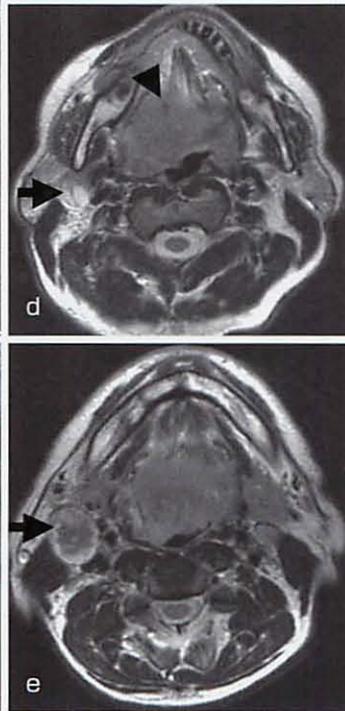
症例 77



転移リンパ節 (舌癌) 60歳 男性

舌癌患者。右顎下部から上内深頸部に2cm大と3cm大のリンパ節腫大が認められる。前者は偏心性の嚢胞成分が認められ(a)、後者内部には点状の高エコーが散在し、非常に不均一である(b)。ドプラでは腫瘍内部に貫通するような一本の比較的大い血流シグナルが観察される(c)。

MRI (T2強調像) 上も2cm大のもの(矢印)には嚢胞成分と考えられる高信号が観察され(d)、3cm大の腫大リンパ節(矢印)は内部信号が不均一である(e)。矢頭部分には舌癌も描出されている(d)。



症例 78



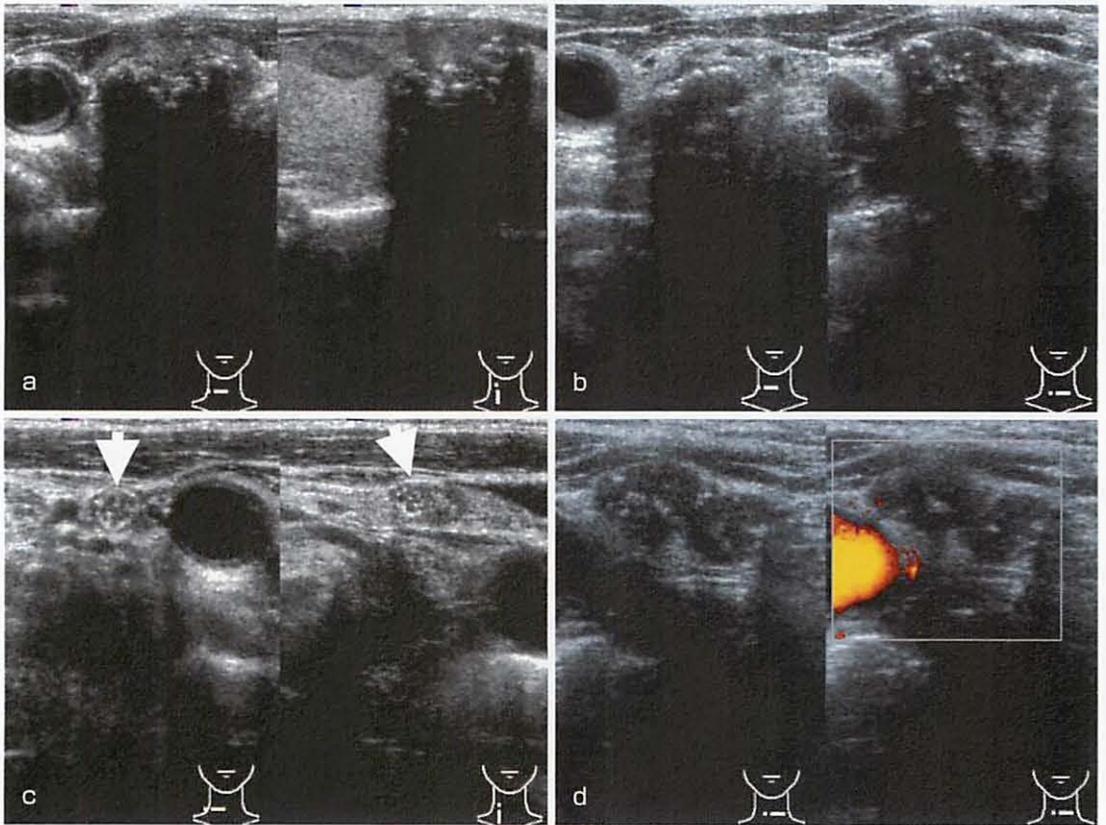
転移リンパ節（食道癌） 61歳 男性

嚥下困難にて来院。左下内深頸部にリンパ節腫大と考えられる2cm大のやや不整な卵円形の低エコー腫瘤を認める(a)。ドブラでは、リンパ節にほとんど血流シグナルが観察されなかった。C：総頸動脈、LN：リンパ節
 CTでは、総頸動脈に接して外側にリンパ節と考えられる低濃度腫瘤(矢印)を認める(b)。食道透視では、胸部中部から下部食道にかけて大きな潰瘍性隆起性病変である食道癌が認められる(c)。

B. 甲状腺乳頭癌

高頻度に頸部リンパ節転移を伴う疾患である。原発巣と同様に石灰化や囊胞変性を来すことが多く、超音波像はそれに合わせて多彩な像を呈する。転移リンパ節が比較的高エコーを呈したり、石灰化を示す点状の高エコーを伴ったりあるいは囊胞性変化（コロイド形成）を来したりする。石灰化の特徴としては、リンパ節辺縁に点状、あるいはその集簇パターンを呈することが多いが、粗大なものも見られる。囊胞性変化も原発巣同様リンパ節の辺縁に多い印象を受ける。超音波検査に限らず、逆にこのようなリンパ節を見た場合には、甲状腺の観察も必ず忘れないようにする。

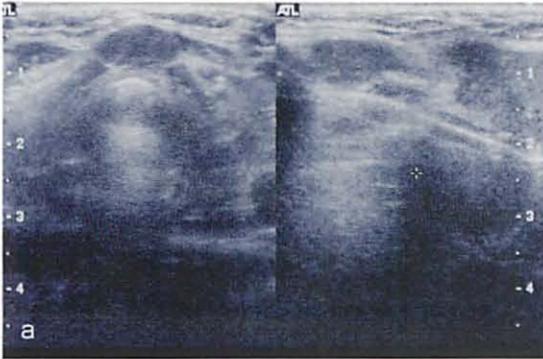
症例 79



転移リンパ節（甲状腺乳頭癌） 60歳 女性

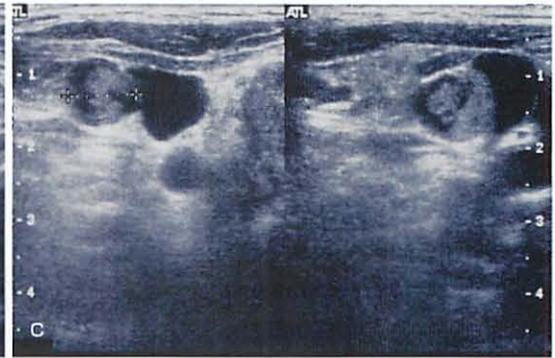
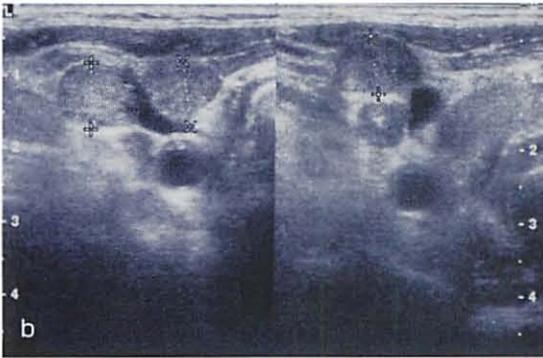
甲状腺乳頭癌（T2N1bM0）の症例。甲状腺右葉に粗大および点状の石灰化を伴う乳頭癌を認める(a)。右傍気管(b)。右下内深頸部(c：矢印)に内部に石灰化を伴うリンパ節転移を認める。ドブラでは、リンパ節の血流増加は観察されない(d)。

症例 80



転移リンパ節 (甲状腺乳頭癌) 71歳 女性

甲状腺乳頭癌 (T4aN1bM0)の症例, 喉頭前(a), 右傍気管(b), 右下内深頸部(c)に内部エコーが多彩なリンパ節転移を認める。(a)は低エコーを呈するのに対して(b)は不均一なやや高エコーを呈し, (c)にはリンパ節辺縁部主体に嚢胞変性を有するものが認められる。



その他、頸部リンパ節腫大を呈する病態としては川崎病、菊池病、木村氏病、Castleman病、サルコイドーシス、猫ひっかき病などがあげられる。

KEY POINT

- 扁平上皮癌をはじめとする頭頸部領域の悪性腫瘍では、リンパ節転移が予後に大きく影響する為、慎重に観察した上で、単一所見だけでなく、所見の組み合わせにて総合的に診断することが重要である。
- 嚢胞性リンパ節（腫大）が見られた場合は、炎症性疾患と合わせて甲状腺乳頭癌転移の可能性を念頭に置く。

【付4】 菊池病と木村病と川崎病

菊池病（組織球性壊死性リンパ節炎，HNL：histiocytic necrotizing lymphadenitis）

1972年に福岡大学病理学教授である菊池昌弘氏によって発見され、同年に藤本氏らによって報告されたもので、菊池-藤本病ともいう。

日本での報告が多く、比較的若い女性に多い（10-30歳までに好発、男：女=1：1.6）。扁桃腫大を伴う上気道炎症状が発現し、それと前後して側頸部の自発痛や圧痛を伴うリンパ節腫大と白血球減少を来す全身性疾患である。まれに、発疹などの皮膚症状も伴う。リンパ節は、多くが片側性腫大で、小指頭大のものが集簇し、内部に壊死巣が存在する。以前には、亜急性壊死性リンパ節炎と呼ばれていた。リンパ節には組織球と大型リンパ球の増殖は存在するが、好中球の浸潤は認められないという特異的な組織学的所見が観察される。通常は、1-2ヶ月後に治癒する。夏から秋にかけて多い。数%の症例で再発が起こる。

後頸三角部に病変が多く、2.5cm以下の比較的小さなリンパ節が集簇して認められることが多い。リンパ節は、低エコーを呈し、辺縁に薄い高エコー帯を伴うことがある。内部ドブラエコーではいわゆる悪性パターンを呈さず、正常ないしは反応性腫大でみられるリンパ節門から流入する血流シグナルが観察されるといわれている。

KEY POINT

- 若年者に多い。扁桃腫大、上気道炎症状、有痛性リンパ節腫大、白血球減少などが特徴的な予後良好な疾患である。
- 後頸三角部がリンパ節腫大の好発部位である。
- リンパ節の個々のサイズはそれほど大きくならない。

木村病（軟部好酸球性肉芽腫症）

1948年名古屋大学木村哲治氏によってはじめて報告された病気で、頭頸部領域のリンパ節あるいは大唾液腺（特に耳下腺部）に無痛性腫瘤を来す良慢性肉芽腫疾患である。20-30代の東洋人男性（男：女=4：1）にみられることが多い。多くの症例で腫瘤周囲を含めたリンパ節腫大を伴っており、悪性腫瘍との鑑別が問題になる。末梢血の好酸球増多やIgEの上昇を特徴とする。

超音波像では一般的には境界不明瞭な、充実性低エコー腫瘤として同定されることが多いが、上頸部の病変という点以外には特徴的な所見が乏しいようである。ほとんどの症例で主腫瘤周囲や患側のリンパ節腫大を伴っているが、リンパ節の形態からは悪性腫瘍との鑑別は難しい。経過の非常に長い症例では線維化が進んでいるため、ドプラでの血流シグナルが観察されないことが多い。FNAにより本疾患を強く疑うことは出来るようだが、悪性リンパ腫の可能性を除外することは難しいといわれている。治療にはステロイド療法、放射線外照射などがあるが、外科的切除が一般的である。

KEY POINT

- 20-30代の男性の上頸部に限局した経過の長い無痛性のリンパ節腫大及び唾液腺腫瘤があれば本症を疑う。
- 末梢血好酸球およびIgEの増多が見られる。
- 治療後再発しやすい。

川崎病（急性熱性皮膚粘膜リンパ節症候群, MCLS : mucocutaneous lymph-node syndrome)

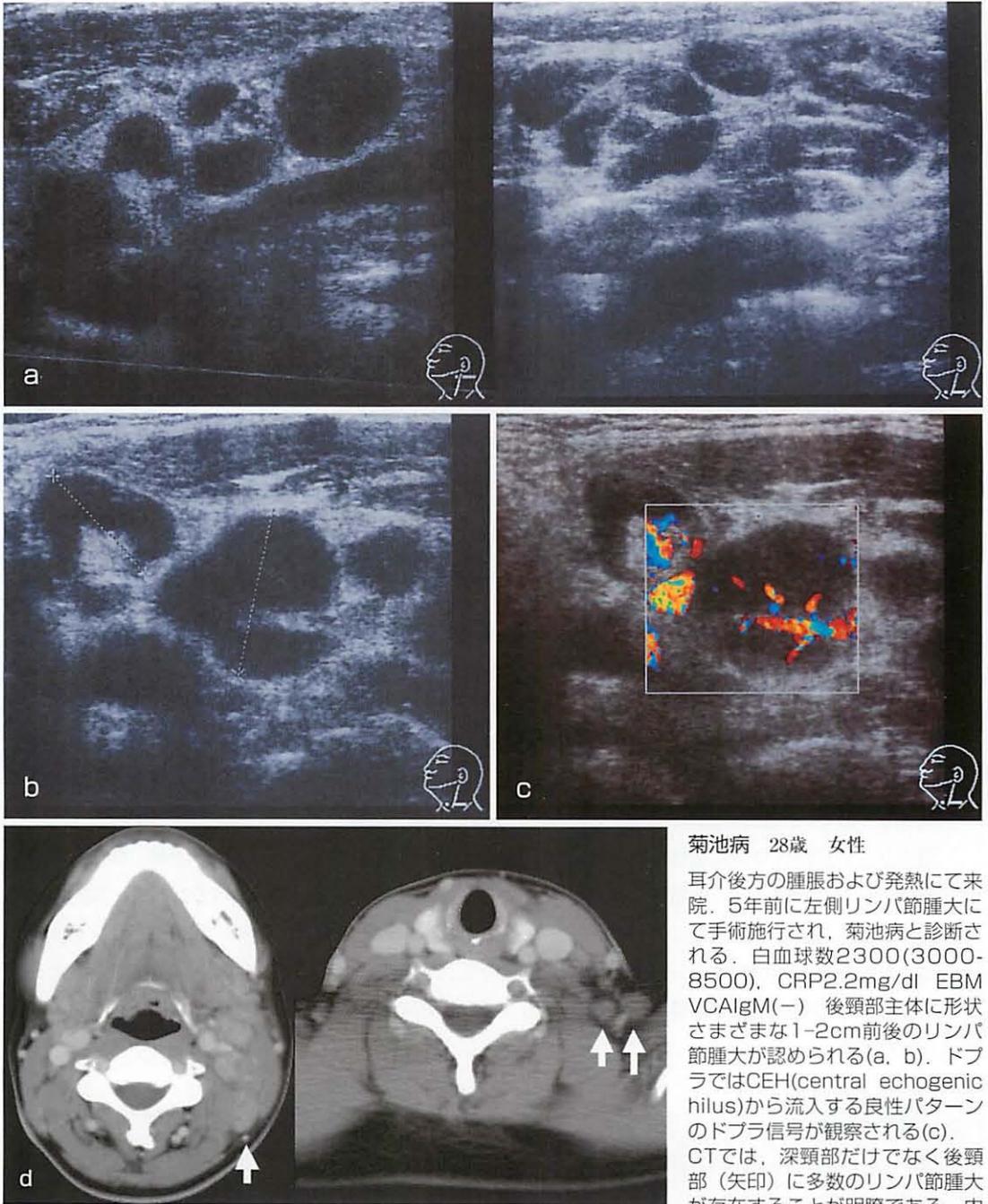
1967年小児科医の川崎富作氏によってはじめて報告された病気で、急性熱性皮膚粘膜リンパ節症候群ともいう。乳幼児が罹患する原因不明の全身性中小動脈炎が病態であり、抗生物質は無効である。発熱、発疹、眼球結膜の充血、苺舌、手足の腫脹など特徴的な症状以外に急性期に頸部リンパ節腫大を伴うことが多い（50-75%）ため、エコー検査にまわってくることもある。4歳未満の小児に多く、男女比は1.5：1。冠動脈瘤など心臓合併症が予後に深く関与する。

頸部リンパ節腫大は非化膿性リンパ節炎であり、あまり特異的な所見はないが、圧痛、熱感を伴う両側性のリンパ節腫大で、触診にて一塊の腫大様にみえても葡萄の房状といわれるが如く、均一な比較的大きさに差のない腫大リンパ節が集簇性に認められる。個々の境界は比較的明瞭である。病初期に鑑別が問題となる化膿性リンパ節炎では、単一のリンパ節が大きく腫大したり、膿瘍形成を伴ったりする点である程度鑑別が可能といわれている。治療はアスピリン投与およびγ-グロブリン大量療法が行われる。

KEY POINT

- 葡萄の房状と称される集簇性の均一な多房性のリンパ節腫大が化膿性リンパ節炎との鑑別ポイント。

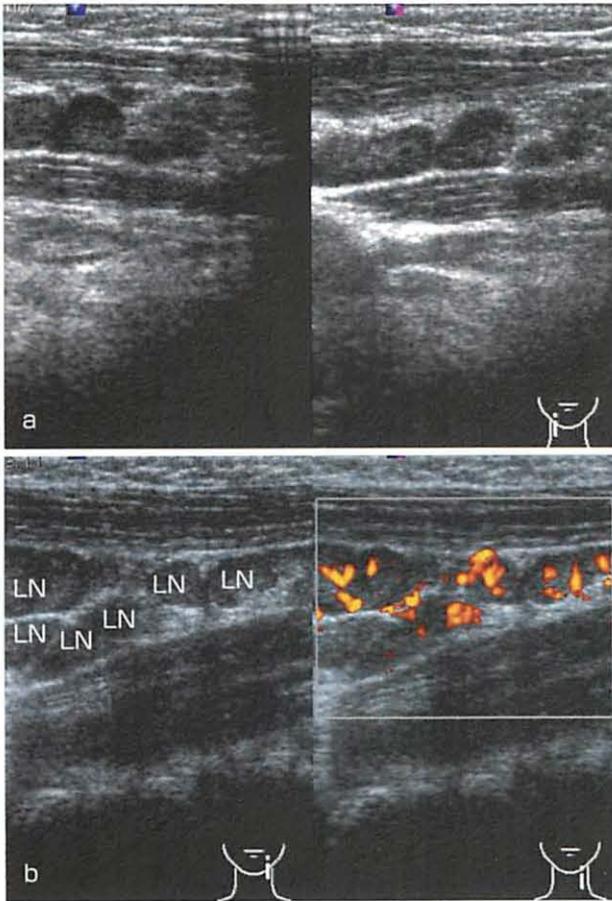
症例 81



菊池病 28歳 女性

耳介後方の腫脹および発熱にて来院。5年前に左側リンパ節腫大にて手術施行され、菊池病と診断される。白血球数2300(3000-8500), CRP2.2mg/dl EBM VCAIgM(-) 後頸部主体に形状さまざまな1-2cm前後のリンパ節腫大が認められる(a, b)。ドプラではCEH(central echogenic hilus)から流入する良性パターンのドプラ信号が観察される(c)。CTでは、深頸部だけでなく後頸部(矢印)に多数のリンパ節腫大が存在することが明瞭である。内部濃度も比較的均一である(d)。

症例 82



川崎病 2歳 男性

川崎病の診断にて入院。治療前に頸部リンパ節腫大の訴えあり。両側頸部に5-10mm前後のリンパ節の集簇性腫大を認める(a)。ドプラではリンパ節門から広がる良性パターン血流シグナルも観察される(b)。LN：リンパ節

【付5】後頸三角とは？

頸部三角とはマクロ解剖学的に、下顎骨から鎖骨までの頸部を胸鎖乳突筋により分ける2つの大きな三角である前頸三角と後頸三角のことである。これらはさらに表在筋などにより、前頸三角が1オトガイ下三角、2顎下三角、3頸動脈三角、4筋三角に分類され、後頸三角が5後頭三角、6鎖骨下三角に分類される。CTをはじめとする横断像をこの区分に適應するのは容易なことではないが、臨床家にとって表在筋は目安になる構造物であり、疾患説明では病変の広がりの説明の上で用いられることが多い。

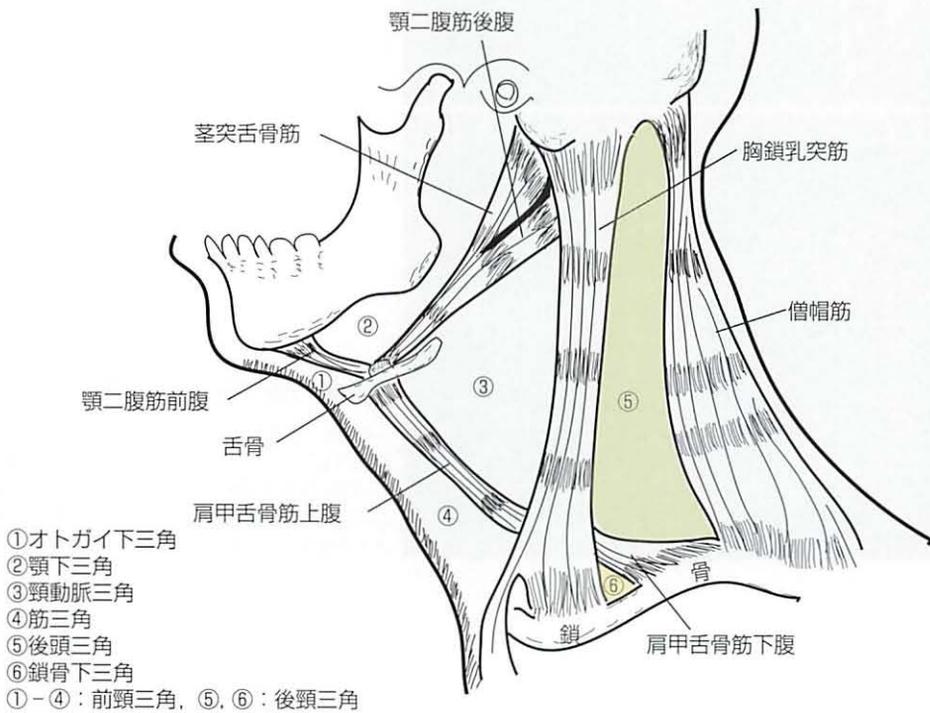


図8-5 頸部三角