症例報告

子宮頸癌 I A1期の円錐切除後のリンパ節再発を腹腔鏡下に診断し得た1例

聖隷三方原病院産婦人科

加藤雄一郎、望月 修、千田裕美子、竹原 啓

A case of diagnostic laparoscopy of lymph node recurrence following conization for cervical cancer stage IA1

Yuichiro Kato, Osamu Mochizuki, Yumiko Chida, Kei Takehara

Department of Obstetrics and Gynecology, Seirei Mikatahara General Hospital

Abstract

Objective: We experienced a rare case of lymph node recurrence in stage IA1 squamous cell carcinoma after conization, which was diagnosed using laparoscopic surgery.

Design: Case report.

Patient: A 44-year-old woman, who was previously diagnosed with stage IA1 cervical cancer following conization, was further diagnosed with multiple pelvic lymph node recurrences by laparoscopic surgery following computed tomography and [18F]-fluorodeoxyglucose-positron emission tomography-computed tomography.

Conclusion: Lymphatic recurrences are rare in stage IA1 squamous cell carcinoma of the cervix; therefore, patients with low-risk features could be safely followed-up after conization. When early-stage lymphadenopathy is identified in a patient, the laparoscopic approach might be a viable option for the diagnosis of pelvic lymph node recurrence. Furthermore, in a patient with stromal invasion likely of stage IA2 cervical cancer, like in this case, aggressive surgical management may be considered.

Key words: cervical cancer stage IA1, lymph node metastasis, laparoscopic lymphadenectomy

〈緒 言〉

子宮頸癌 I A1期、円錐切除後に骨盤リンパ節に再発した稀な症例を経験した。確定診断の方法として、腹腔鏡手術が有用であったと考えられたため報告する。

〈症 例〉

患者：44歳、2経妊1経産。既往歴：虫垂切除、帝王切開。現病歴：検診でHSILを認め、当院へ紹介となった。初診時の子宮腔部細胞診でHSIL、コルポスコプ下生検にてCIN2-3、子宮内膜組織診では異常を認めなかった。受診後1ヶ月で円錐切除術を行った。病理結果は深達度2.5mm、縦軸方向7.0mmの浸潤を伴う扁平上皮癌であった。

脈管侵襲は抗D2-40抗体による免疫染色、elastica-Masson染色による評価を行ったが、いずれも陰性、切除断端も陰性であった。他に行った免疫染色の結果では、p16、Ki-67が陽性であった。以上より臨床進行期はI A1期と診断された（図1）。術後に撮影したCTでは明らかな転移所見を認めなかったものの、追加治療として子宮摘出を勧めたが、患者の生活環境上長期入院が出来ないことから、本人の強い希望により経過観察の方針となった。術後6ヶ月、1年でのCTは再発転移の所見を認めず、また子宮腔部/頸管の細胞診も異常を認めなかった。術後1年6ヶ月のCTで左外腸骨動脈左側に2個のリンパ節の腫大を認めた。腫瘍マーカー、子宮腔部/頸管の細胞診は陰性であったが、PET-CTでも転移の可能性が高いと判断

図1 左上：円錐切除標本弱拡大、左下：円錐切除標本強拡大、右上：PET左外腸骨動脈左側に2個のリンパ節転移を疑う（SUVmax12.4）、右下：摘出リンパ節 弱拡大

された。開腹によるリンパ節生検を提示したところ、早期退院、低侵襲手術を希望されたこと、また病変が左外腸骨節に局限していたことから、診断的腹腔鏡下左骨盤リンパ節摘出術を行った(図1)。

手術は全身麻酔下に気腹法で5孔式にて行った(図2)。腹腔内所見は腹水を認めず、子宮や付属器に異常を認めなかった。左後腹膜を展開し、腫大したリンパ節2個を、外腸骨動脈との癒着をハーモニックエース®(エチコンエンドサージェリージャパン)にて慎重に剥離しながら摘出した。摘出したリンパ節は回収袋に収納して体外へ搬出した。摘出重量は24g、出血量は10ml、手術時間は1時間10分であった(図3、4)。摘出したリンパ節の病理組織所見は、未分化扁平上皮癌であり、免疫染色はp16、p63、CK5/6、p40が陽性、CK-7、CK-20、CK-HMWは陰性であり、子宮頸部扁平上皮癌のリンパ節再発と診断された。なお、術後治療としてCCRTを現在実施中である。

〈考 察〉

子宮頸部扁平上皮癌 I A1期は、妊孕性のため子宮温存の希望が強く、脈管侵襲、切除断端がいずれも陰性で、かつ頸管内搔把組織診が陰性であれば子宮腔部の円錐切除術による子宮温存も可能であるとされる¹⁾。I A1期の円錐切除術による子宮温存症例での再発は稀であるが、今回骨盤リンパ節再発の確定診断に低侵襲の腹腔鏡下手術が有

図2 ポート配置図：10mm×2、5mm×3、スコープ径10mm

用であった症例を経験した。

本症例は、深達度2.5mm、縦軸方向7.0mmの扁平上皮癌で、切除断端も脈管侵襲も陰性であったが、I A2期に極めて近い病変であった。術後1年6ヶ月の時点で、CTにて診断されたリンパ節腫大は、当初悪性リンパ腫や感染によるものも考え、血液、画像検査および腫瘍マーカーによる精査を行ったが診断確定は出来なかった。そこでリンパ節生検の方法として低侵襲かつ短期入院が可能な腹腔鏡下リンパ節摘出術を採用し、開腹手術

図3 左上：腫大した2個のリンパ節；尾側を丸、頭側を四角で囲む、左下：尾側のリンパ節を摘出、右上：頭側のリンパ節と外腸骨動脈の位置を示す、右下：頭側のリンパ節を摘出

図4 摘出リンパ節

と同等の所要時間、少ない出血量、早期退院が可能となり、患者のQOL改善に寄与することができた。

子宮頸癌に対する腹腔鏡下骨盤リンパ節郭清については、Nezhatら⁶⁾による子宮頸癌の腹腔鏡下広汎子宮全摘出術における骨盤および傍大動脈リンパ節郭清の報告以来、これまでその安全性、長期予後について開腹下の広汎子宮全摘術と同等との報告が多数ある⁷⁻⁹⁾。一方、子宮頸癌の初回手術後のリンパ節への再発に対し、腹腔鏡下にリンパ節摘出を実施したこれまでの報告は検索した限り1例のみであった¹⁰⁾。症例は子宮頸癌Ib2期で腹腔鏡下の腔式広汎子宮全摘出、骨盤および傍大動脈リンパ節郭清と術後補助療法としてCCRTを施行し、術後1年で傍大動脈リンパ節のみに再発した。これに対し、再度腹腔鏡下の腫大リンパ節摘出（5個）を施行し、その後68カ月間無病生存

している。しかし、本症例を含むこのような再発リンパ節に対する腹腔鏡下摘出の安全性および予後については今後さらなる症例の集積が必要である。

なお、今回の症例の腫大リンパ節摘出後の治療は日本婦人科腫瘍学会の子宮頸癌治療ガイドラインの再発癌の治療に準じてCCRTとした¹¹⁾。

＜結 語＞

子宮頸部扁平上皮癌I A1期の骨盤リンパ節再発を腹腔鏡下に確定診断し、患者の希望に沿った低侵襲、短期間入院が可能であった。また、本法は速やかな後療法につなぐことができ有用な確定診断法である。

<文 献>

- 1) 日本婦人科腫瘍学会編：子宮頸癌治療ガイドライン
2011年度版；39, 東京：金原出版.
- 2) Ostor AG. Pandora's box or Ariadne's thread?
Definition and prognostic significance of
microinvasion in the uterine cervix:squamous
lesions. In: Pathology Annual, Part II. Melbourne:
Department of Pathology, 1995 ; 30 : 103-136.
- 3) Benedet JL, et al. : Stage IA carcinoma of the cervix
revisited. Obstet Gynecol 1996 ; 87: 1052-1059.
- 4) Creasman WT, et al. : Management of stage I A
carcinoma of the cervix. Am J Obstet Gynecol 1985 ;
153 : 164-170.
- 5) Delgado G, Bundy BN, Fowler WC et al. : A
prospective surgical pathological study of stage I
squamous carcinoma of the cervix: a gynecologic
oncology group study. Gynecol Oncol 1989 ; 35 : 314-
320.
- 6) Nezhat CR, et al. : Laparoscopic radical
hysterectomy with paraaortic and pelvic node
dissection. Am J Obstet Gynecol 1992 ; 166 : 864-865.
- 7) Malzoni M et al. : Total laparoscopic radical
hysterectomy versus abdominal radical
hysterectomy with lymphadenectomy in patients
with early cervical cancer: our exp-erience. Ann
Surg Oncol 2009 ; 16 : 1316-1323.
- 8) Nam JH et al. : Laparoscopic versus open radical
hysterectomy in early-stage cervical cancer : long-
term survival outcomes in a matched cohort study.
Ann Oncol 2012 ; 23 : 903-911.
- 9) Bogani G, et al. : Laparoscopic versus open
abdominal management of cervical cancer : long-
term results from a propensity-matched analysis. J
Minim Invasive Gynecol 2014 ; 21 : 857-862.
- 10) Hong JH et al. : Laparoscopic lymphadenectomy for
isolated lymph node recurrence in gynecologic
malignancies. J Minim Invasive Gynecol 2012 ; 9 :
188-195.
- 11) 日本婦人科腫瘍学会編：子宮頸癌治療ガイドライン
2011年度版；17, 東京：金原出版.