症 例

頸部リンパ節転移から発見され、再発をくりかえしている 微小甲状腺癌の1例

愛媛大学第2外科（主任：木村 茂教授）

高 橋 広 阿 部 康 人 木 村 茂

同 手術部

永 井 勲

頸部巨大リンパ節転移から発見された不顕性甲状腺癌の1例を経験した。症例は61歳男性。左鎖骨上窩腫瘍を主訴に来院。腫瘍摘出により甲状腺癌の頸部リンパ節転移と診断された。5日後、甲状腺左葉切除、R1リンパ節郭清を施行した。その後、頸部所属リンパ節、頸部、前胸部皮下組織、上縦隔、胸骨、肺に再発転移をきたし、肺を除く再発転移巣に対して計11回摘出術を施行した。現在、初回手術後7年6ヵ月になり両肺転移を認めるも担癌生存中である。再発甲状腺癌に対する積極的な外科切除に加え、初回治療方針の重要性を強調した。

索引用語：不顕性甲状腺癌、再発甲状腺癌、縦隔内再発

はじめに

甲状腺分化癌は他の悪性腫瘍と比べ、発育が緩慢で予後良好と言われており、20年生存率の報告も見られる¹⁾。しかし少数例ではあるが再発を繰り返し治療に難渋する症例も見られる。今回、頸部巨大リンパ節転移から発見され、再発を繰り返し、治療に難渋している微小甲状腺癌症例の治療上の問題点について検討を加え報告する。

症 例

患者：61歳、男性。

主訴：左鎖骨上窩腫瘍。

家族歴、既往歴：特記すべきことなし。

現病歴：昭和56年12月左鎖骨上窩の腫瘍に気づき当科外来受診し、悪性腫瘍のVirchow 転移と診断され精査治療目的にて入院した。

入院時現症：体格は中等度で、栄養状態は良好であった。左鎖骨上窩、胸鎖乳突筋後面に可動性不良、表面不整、弾性硬な7×5×4cmの腫瘍を触知した。甲状腺には腫瘍を触知しなかった。

検査成績：血液、生化学検査、甲状腺機能検査は正常。腫瘍マーカーはサイログロブリンの上昇(310ng/ml)以外すべて正常。甲状腺^{99m}Tc シンチグラムでは

甲状腺の陰影欠損はみられない。頸部軟線撮影にて気管扁位、異常石灰化を認めない。胸部単純X線写真では異常陰影を認めない。

臨床経過(図1)：57年1月左鎖骨上窩の腫瘍を摘出し、甲状腺乳頭腺癌のリンパ節転移と診断された(図2)。5日後甲状腺左葉切除、R1リンパ節郭清を施行した。原発巣は甲状腺左葉下極に発生した9×8mmのnon-encapsulated sclerosing carcinomaであった(図3)。左の上内深頸、下内深頸リンパ節に転移を認めた。57年12月正中頸下部の小指頭大転移リンパ節を摘出した。58年4月両側頸部リンパ節を郭清し、左の上内深頸、頸下リンパ節に転移を認めた。59年1月前頸部皮下の転移リンパ節を摘出した。59年4月CT検査にて左右鎖骨上窩から上縦隔に及ぶ腫瘍を認めた。59年5月胸骨縦切開、襟状切開により右側頸部リンパ節郭清、両鎖骨上窩リンパ節郭清、前縦隔リンパ節郭清を施行した。両鎖骨上窩リンパ節に転移を認めた。60年1月左側頸部の転移リンパ節を摘出した。60年3月頃より前頸部、胸骨柄の腫瘍出現し、7月襟状切開、胸骨切痕下方5cmの皮膚切開を加え、残存甲状腺右葉摘出、前頸部皮下、左鎖骨上下のリンパ節を摘出、胸骨柄一体上部合併切除、左内頸静脈合併切除を施行した。甲状腺右葉の腺内播種、右反回神経入口部の浸潤を認めた。摘出したリンパ節全てと胸骨に転移を認めた。胸骨欠

1989年9月8日受付 1990年2月14日採用

図1 臨床経過

図2 頸部転移リンパ節の組織像：乳頭状増殖が著明な甲状腺癌で、腺腔構造を認める部分が多いが、部分的に充実性、索状配列を示し、腺腔を作らない低分化癌の部分も存在する。

図3 甲状腺原発巣の組織像：甲状腺乳頭腺癌巣内に高度結合組織増生をとめない、周囲濾胞間に放射状に浸潤性発育を示す。

損部はメタルメッシュ、及び bone cement にて補填した。術後、両側反回神経麻痺、リンパ漏、テタニーをおこし、2日後気管切開を施行した。リンパ漏、テタニーは保存的治療にて軽快した。60年9月の胸部CT

で両肺に粟粒様の転移と思われる陰影を認めたが、 ^{131}I の集積は認められなかった。60年12月右上前胸部皮下の8×9cmの転移腫瘍を摘出した。61年5月胸骨補填部の感染のため補填材料を除去した。62年2月、10

月、63年4月にそれぞれ左内深頸転移リンパ節郭清、右側頸部転移リンパ節郭清、右内深頸・鎖骨上転移リンパ節郭清を施行した。63年4月¹³¹I 100mciを投与した。平成元年2月気管切開口周囲の皮下転移腫瘍を摘出した。初回術後7年6カ月経過した現在、両肺転移を認めるも担癌生存中である。

考 察

微小甲状腺癌は1927年 Graham²⁾が甲状腺機能亢進症に合併した直径10mm以下の微小癌6例に対し“Adenocarcinoma not originating in adenoma”と記載したことに始まる。その後微小甲状腺癌の定義について諸家により議論されたが、1976年シカゴで開催された国際会議以来、リンパ節転移の有無にかかわらず、腫瘍最大径1cm以下の甲状腺癌という意見に統一されつつある。

一般に微小甲状腺癌の予後は径1cm以上の顕性癌のそれに比して良好である¹⁾。しかし遠隔転移を生じた微小甲状腺癌症例も報告されており³⁾、頻度が低いとはいえ、予後不良例が存在する。また微小甲状腺癌の局所リンパ節転移率は30%~60%、甲状腺内播種は40%~50%認められると報告されている⁴⁾⁵⁾。本症例のごとく、頸部巨大リンパ節転移から発見され、再発を繰り返す、治療に難渋している微小甲状腺癌症例は比較的稀である。亀谷等⁶⁾は頸部リンパ節転移から発見される微小甲状腺癌（不顕性癌）の頻度は、甲状腺癌231例中4例（1.7%）と報告している。

頸部リンパ節転移が主症状で原発巣が微小な場合には、原発巣を触知できず診断困難なことが多い。自験例も甲状腺原発巣を触知できず、甲状腺癌以外の悪性腫瘍からのVirchow転移を考え、腫瘍を摘出して初めて甲状腺癌の頸部リンパ節転移と診断された。当科では、6年前より穿刺吸引細胞診を導入し約90%の正診率を得ている⁷⁾。本症例に術前aspiration cytologyを施行していれば容易に診断がつき、一期的に頸部リンパ節転移腫瘍を含め甲状腺切除を施行できたと思われる。

再発を繰り返した原因として、1) 初回手術時の甲状腺切除及びリンパ節郭清が不十分であった事、2) 再発時、残存甲状腺の摘出時期の遅れを含め適切な広範囲リンパ節郭清が行われていなかったこと、3) 本症例が40歳以上の男性で組織学的に坂本等⁸⁾の提唱している低分化癌であり、high risk groupの範中に入ることが考えられる。野口等⁹⁾は、微小癌においても甲状腺実質内転移の頻度が予想以上に高く（41%）、リンパ節転移

から発見される不顕性癌には甲状腺亜全摘及び両側リンパ節郭清を、また腺内転移が対側葉にあるものには甲状腺全摘を行うべきであると述べている。また藤本⁹⁾は内深頸リンパ節転移のみが目立ち、原発巣が触知不能あるいは小さいときには浸潤増殖傾向が強い甲状腺癌であると見なし、また同時に血行性転移を起こしていることが多いので、甲状腺全摘及びリンパ節郭清を徹底的に行うべきだと述べている。自験例では初回手術時すでに反対側（甲状腺右葉）に腺内転移をおこしていたかどうかは不明であるが、下内深頸リンパ節に一塊となった大きなリンパ節転移を認め、初回手術時甲状腺亜全摘あるいは甲状腺全摘、徹底した両側リンパ節郭清を行うべきであったと考えられる。

鎖骨上窩から上縦隔に及ぶリンパ節再発には胸骨縦切開により良視野のもとで積極的に再発腫瘍を摘出し、リンパ節郭清を行うべきである^{10)~12)}。縦隔内のリンパ節郭清範囲に関しては概ね腕頭静脈のレベルまででよいとされているが稀に腕頭静脈より尾側に転移が認められることもある¹²⁾。私達は今まで本症例を含め3例の甲状腺癌縦隔内再発症例に胸骨縦切開により腫瘍摘出、気管分岐部までのリンパ節郭清を施行してきた。3例中本症例以外の1例に腕頭静脈より尾側に転移が認められ、今後も気管分岐部までのリンパ節郭清をclinical trialとして行う方針でいる。現在、患者は縦隔内再発リンパ節を摘出後、縦隔内には再発を認めていない。

本症例の経験をもとに、頸部リンパ節転移で発見された微小甲状腺癌の治療方針を検討した。まず頸部腫瘍のAspiration cytologyにより、甲状腺癌のリンパ節転移がどうか診断し、つぎにEcho、CTにより原発巣及び腺内転移、遠隔転移の有無を検索する。術前原発巣及び腺内転移が不明な場合には、術中甲状腺全体を触診、echo等により充分検索し、もし腺内播種があれば一期的に甲状腺全摘、両側頸部のリンパ節郭清を行う。腺内播種がなければ甲状腺亜全摘、両側頸部リンパ節郭清を施行する。術後、血中サイログロブリンの測定、全身スキャンを行い、局所再発、遠隔転移の早期発見に努め、再発が見られた場合には系統的リンパ節郭清あるいは¹³¹I療法を施行したいと考えている。

再発を繰り返すごとに癒着が強くなり、手術が困難になり術中合併症の危険性が増えるため、初回手術治療方針がきわめて重要であると考えられた。

おわりに

頸部巨大リンパ節転移から発見され、再発を繰り返して治療に難渋している微小甲状腺癌の治療上の問題点を中心に考察を加え報告した。再発転移巣に対する積極的な外科切除に加え、初回治療方針の重要性を強調した。

稿を終えるにあたり、病理組織学的な考察をいただいた愛媛大学第1病理植田規史助教授に深謝致します。

文 献

- 1) 宝道 勝：甲状腺癌の予後を左右する因子の追求と治療法の選択，日外会誌 86：32—43, 1985
- 2) Graham A: Malignant thyroid. Proc Interstate Postgrad M A North Am (1927) 3: 264, 1928
- 3) Patchefsky AS, Keller IB, Mansfield CM: Solitary vertebral column metastasis from occult sclerosing carcinoma of the thyroid gland. Am J Clin Pathol 53: 596—601, 1970
- 4) 藪下和久, 野口昌邦, 田中茂弘他：微小甲状腺癌再発再手術の2症例，外科診療 27：1219—1223, 1985
- 5) 野口昌邦, 橋本哲夫, 熊本健雄他：微小甲状腺癌とそれ以外の甲状腺癌の臨床病理学的比較検討，外科診療 25：1168—1173, 1983
- 6) 亀谷 徹, 竹田千里, 海老原敏他：小型ならびに微小甲状腺癌に関する臨床病理学的研究，日臨 35：2581—2588, 1977
- 7) 東権 広：穿刺吸引細胞診による甲状腺腫瘍の診断，日外会誌 84：612—622, 1983
- 8) 坂本穆彦, 河西信勝, 北川知行他：再発率・死亡率からみた甲状腺低分化癌の特徴，癌の臨 32：955—957, 1986
- 9) 藤本吉秀：転移を伴う甲状腺癌の治療方針，外科 45：246—251, 1983
- 10) 三村 孝, 菅谷繁年, 茂木克彦他：甲状腺進行癌—縦隔転移例の郭清について—，内分泌外科 2：287—291, 1985
- 11) 飯田 太：甲状腺癌外科治療の現況，日外会誌 89：1343—1346, 1988
- 12) 水野 茂, 舟橋啓臣, 杉浦勇人他：甲状腺乳頭癌に対する広範囲リンパ節郭清術と転移リンパ節の検討，日外会誌 87：883—888, 1986

OCCULT THYROID CANCER PRESENTING AS GIANT CERVICAL LYMPH NODE METASTASIS

Hiroshi TAKAHASHI, Yasuhito ABE and Shigeru KIMURA

Second Department of Surgery, Ehime University School of Medicine

Isao NAGAI

Operating Center of Ehime University Hospital

This paper describes a case of occult thyroid cancer which was found from giant cervical lymph node metastasis.

A 61-year-old man was admitted to our hospital because of a left supraclavicular tumor in December 1981. He was diagnosed as having cervical lymph node metastasis of thyroid cancer after excision of the tumor. Five days after the removal, left lobectomy of the thyroid gland with ipsilateral modified neck dissection was performed. After surgery, recurrence occurred in the cervical lymph nodes bilaterally, as well as the subcutaneous tissue and the mediastinal lymph nodes. Also lung and sternal metastases developed. Recurrent tumors (except for the lung metastasis) were resected 11 times in a 7 year period. This patient is now alive 7 years after the initial operation, although lung metastasis is still present. The significance of the initial therapeutic approach to recurrent thyroid cancer is emphasized.