リンパ節転移を認めた厚さ 0.8mm の悪性黒色腫

廣瀬 寮二¹ 山岡 俊文¹ 楠本美奈子²¹ 長崎市立市民病院皮膚科, ² 長崎大学

要旨 66歳男性が右足底の15×22mmの黒色斑を主訴に受診した。左右非対称性, 辺縁不整, 色調は一様であるが濃黒色を呈した。表在リンパ節の腫大はなかった。臨床所見から悪性黒色腫と診断したため, 皮膚生検は行わず広範囲切除を計画した。術前のセンチネルリンパシンチにて右鼠径部に1ヵ所のみ集積を認めた。原発巣の広範囲切除の直前に, 色素法を用いセンチネルリンパ節を1個摘出した。術後の病理検査の結果, 原発巣の腫瘍はわずか0.8mmの厚さで, Clarkのlevel IIであったが, リンパ節の一部に転移を認めた。その後, 腸骨動脈周囲リンパ節におよぶ広範囲の郭清術を施行したが, 郭清されたリンパ節には転移は発見されなかった。また全身のCTにて遠隔転移は発見されなかった。原発巣は1mm以下の薄い腫瘍であったにもかかわらず, すでに転移していたことになる。したがって悪性黒色腫の浸潤癌では厚さに関係なく全例センチネルリンパ節生検をすべきと考えた。

Thin melanoma, 0.8mm in thickness, metastasized to the regional lymph nodeRyoji HIROSE¹, Toshifumi YAMAOKA¹ Minako KUSUMOTO²*Division of Dermatology¹, Nagasaki Municipal Hospital ; Department of Dermatology², Graduate School of Medical Science, Nagasaki University*

A 66-year-old male with a black macule on his right sole was admitted to our clinic. The clinical features of the black macule were asymmetrical, irregular contour, dark diffuse palpable without elevation or ulcer formation. He was palpated ; no inguinal or popliteal lymph nodes were noticed. No biopsies were performed, and pre-operative lymph-scintigraphy with ^{99m}Tc was performed to detect sentinel lymph nodes. Immediately before the resection of the tumor, a sentinel lymph node was excised under a guide of local injection of 2% patent blue around the tumor. Though the primary lesion was only 0.8mm in thickness, equivalent to Clark's level II, the sentinel lymph node showed metastatic tumor cells. Further lymph node dissection and general CT examination did not reveal any other metastasis. Because such a thin melanoma, less than 1 mm, caused local lymphatic metastasis, invasive melanoma in any thickness should undergo a sentinel lymph node biopsy. [*Skin Cancer (Japan)* 2007 ; 22 : 77-80]

Key words : Thin melanoma, Sentinel lymph node biopsy

はじめに

厚さ1mm以下で潰瘍形成を伴わない Stage

IAの悪性黒色腫では, センチネルリンパ節生検は標準的治療には含まれていない。また Clark's level II またはⅢの Stage IB において さえ, 可能ならば施行する, と記載されるにと

どまっている¹⁾。しかし、表皮内癌を除くすべての悪性黒色腫の浸潤癌は、たとえ厚さが薄くても、転移の可能性がある。本稿では、厚さ0.8mmで所属リンパ節への転移を生じた症例を報告した。

症 例

患 者：66歳，男性

主 訴：右足底の黒色斑

初 診：平成16年3月15日

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：高血圧症，頸椎症

現病歴：約30年前に右足底に米粒大の黒色斑が1個あるのに気付いた。自覚症状なく未治療。その後，徐々に黒色斑は拡大してきた。

初診時現症：右足底に15×22mm大の濃黒色斑1個あり（図1）。左右非対称性，辺縁不整，表面に鱗屑を付し，びらん・潰瘍はないが，わずかな浸潤を触れた。周囲に不整な淡褐色調を呈した（図2）。右鼠径部，大腿内側部，膝窩部にリンパ節を触知しなかった。

治療方針：臨床症状より悪性黒色腫の浸潤癌と診断した。したがって皮膚生検は施行せず，20mm離して足底腱膜上で一塊として腫瘍切除，内側足底皮弁とし，同時にセンチネルリンパ節生検を予定した。手術の4日前にスズコロ

イド^{99m}Tcを用いてリンパシンチを行い，右鼠径部1箇所集積を認めた。手術時，原発巣の周囲に2%パテントブルーを皮内注射し，センチネルリンパ節1個を摘出した。

病理組織学的所見：原発巣の病理所見は，連続切片による検討を行い，最大で厚さ0.8mmの真皮内浸潤を有したが（図3），厚さ1mm以下であり，Clark's level IIであった（図4）。センチネルリンパ節は辺縁洞を中心とした腫瘍細胞を認め（図5），転移と診断した。腫瘍細胞はわずかなメラニンを有し，S-100蛋白，HMB-45，Melan-Aのいずれも陽性であった（図6）。

検査結果：頸部・胸部・腹部・骨盤腔CTにて転移は認めなかった。術前のLDHは177IU/L，血中5-S-CDは術前に12.3nmol/Lと軽度上昇していたが，術後1ヵ月目には3.8nmol/Lで，正常範囲内となった。

診 断：Acral lentiginous melanoma

Clark's level II

Breslow's tumor thickness 0.8mm

pT1aN1a (sn) M0

Stage IIIA

経 過：術後2週間目に右浅・深鼠径リンパ節および腸骨動脈周囲リンパ節郭清術を施行した。術後にDAVFeron療法を6クール施行し，治療を終了した。初回手術後2年7ヵ月経過し，

図1. 臨床症状
右足底の15×22mmの黒色斑。全周性の6ヵ所の黒色部はセンチネルリンパシンチの刺入部マーキングである

図2. 臨床症状
左右非対称性，輪郭不整，びらん・潰瘍なし，わずかな浸潤を触れる

図3. 原発巣（右足底皮膚）の病理組織像. 厚さ0.8mm

図4. 原発巣（右足底皮膚）の病理組織像. 浸潤の深さは Clark's level II であった

図5. センチネルリンパ節（右鼠径部）の病理組織像. 矢印部（↓）の辺縁洞に転移あり

図6. センチネルリンパ節（右鼠径部）の病理組織像. 腫瘍細胞はわずかなメラニンを含有した

局所再発やリンパ節および遠隔転移は認めていない。

考 察

本症例は臨床症状より、悪性黒色腫の浸潤癌と診断した。したがって躊躇することなく、初回切除は2 cm 離して足底腱膜上での十分な切除に加え、センチネルリンパ節生検の適応と判

断し、実行した。その結果、リンパ節転移が発見されたため、十分な郭清術へと治療方針を転換した。しかし、予想に反し、原発巣の腫瘍の厚さはわずか0.8mmであり、皮膚悪性腫瘍取扱い規約の悪性黒色腫 AJCC/UICC の新病期分類（2002 年）に基づく病期別治療指針試案（斉田・山本）¹⁾によれば、センチネルリンパ節生検はしなくてよいことになっている。さらに1992 年の NIH Consensus Conference における

Early melanoma についての記載²⁾でも、1 mm 未満の悪性黒色腫では検査は不要であり、予防的リンパ節郭清も不要とされている。したがって、もし自験例の病変がより小型であったなら、せいぜい 5 mm 離しての全摘生検を選択した可能性がある。その結果、腫瘍の厚さ 1 mm 以下のため、pT1aN0M0, Stage I A と診断されたであろう。そうして皮膚悪性腫瘍取扱い規約の治療指針や Early melanoma の考えに従い、センチネルリンパ節生検はされなかったことが推測される。すなわちリンパ節転移を見逃してしまったことになる。どんなに浅くとも、一旦浸潤癌となると、転移する危険性は常にありうることである。報告では、腫瘍の厚さ 1 mm 以下の悪性黒色腫 46 例のセンチネルリンパ節生検にて 3 例 (7%) にリンパ節転移がみられたとされ³⁾、これらは Clark's level のⅢ以上であったという。すなわち、Stage I A のうちの一部はリンパ節転移の可能性があることを示していると同時にあらためて Clark's level を重要視している点が注目される。また、0.75mm 未満の厚さではセンチネルリンパ節陽性はなかったとの報告⁴⁾もあり、0.75 から 1.00mm ではセンチネルリンパ節生検を勧めるとの意見⁴⁾⁵⁾があり、依然として厚さが転移の指標との考えは根強

い。しかしながら、浸潤癌および浸潤癌の疑いのある症例は、腫瘍の厚さや staging にこだわることなく、全例センチネルリンパ節生検を施行することにより、リンパ節転移を見逃す危険性を回避できることが期待され则认为。センチネルリンパ節生検の有用性が広く認められるようになった現在、センチネルリンパ節生検がさらに積極的に治療指針に組み込まれることを期待したい。

文 献

- 1) 日本皮膚悪性腫瘍学会編：皮膚悪性腫瘍取扱い規約、第 1 版、金原出版、東京、2002、32
- 2) NIH Consensus Conference. Diagnosis and treatment of early melanoma. JAMA, 268 : 1314-1319, 1992
- 3) Lowe JB, Hurst E, et al : Sentinel lymph node biopsy in patients with thin melanoma. Arch Dermatol, 139 : 617-621, 2003
- 4) Jacobs IA, Chang CK, et al : Role of sentinel lymph node biopsy in patients with thin (<1mm) primary melanoma. Ann Surg Oncol, 10 : 558-561, 2003
- 5) Puleo CA, Messina JL, et al : Sentinel node biopsy for thin melanomas : which patients should be considered? Cancer Control, 12 : 230-235, 2005