

膵頭後部リンパ節に転移再発した肝細胞癌の1例

北海道大学第1外科

三澤 一仁 宇根 良衛 中島 保明 佐藤 直樹
松岡 伸一 長淵 英介 小笠原和宏 内野 純一

A CASE REPORT OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA WITH RECURRENCE TO THE POSTERIOR PANCREATODUODENAL NODE AFTER LIVER RESECTION

Kazuhito MISAWA, Yosie UNE, Yasuaki NAKAJIMA,
Naoki SATO, Sinichi MATSUOKA, Eisuke NAGABUCHI,
Kazuhiro OGASAWARA and Junichi UCHINO

The First Department of Surgery, Hokkaido University School of Medicine

索引用語: 肝細胞癌, 膵頭後部リンパ節再発

はじめに

肝細胞癌の転移再発部位として残肝, 肺, 骨, 副腎, 脳, リンパ節などが知られている。最近われわれは肝切除後リンパ節に転移再発し, それを摘出しえた症例を経験したので報告する。

症 例

患者: 59歳, 男性。

主訴: 易疲労感, 黄疸。

家族歴: 特になし。

既往歴: 45歳時, 肝炎。

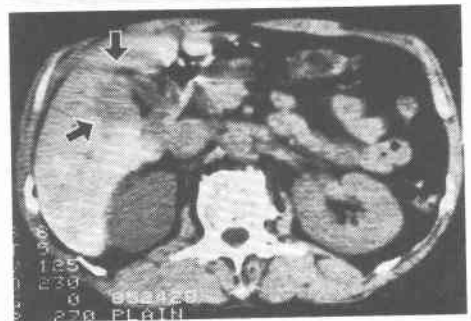
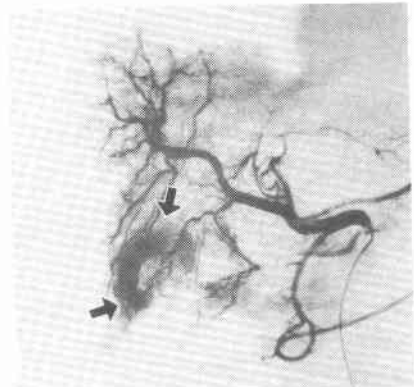
生活歴: 酒3合/日, タバコ20本/日。

現病歴: 上記主訴で近医受診し, 超音波検査(以下US)にて肝腫瘍を疑われ, 昭和60年7月8日当科に入院した。肝右葉前下区域の径3cmの肝細胞癌と診断し, 同年7月25日肝動脈塞栓術施行, 8月1日肝亜区域切除術を施行した。9月28日退院し, 外来で経過観察していたが, 昭和62年4月より α -Fetoprotein(以下AFP)が徐々に上昇したため再発を疑い, US, computed tomography(以下CT), 血管造影, 全身骨シンチなどを行ったが再発巣は不明であった。昭和63年1月のCTで膵頭後部のリンパ節の腫大を認め, 3月AFPも5,535ng/mlと上昇したため, 4月11日再入院となった。

再入院時現症および検査成績: 右肋骨弓下に約20

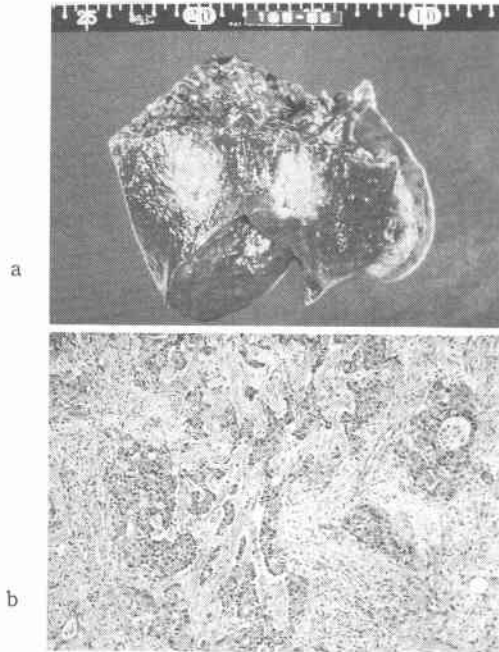
cmの手術瘢痕と剣状突起下に肝臓を5cm触知した。血小板の低下とクンケル, チモールの上昇, コリンエステラーゼの低下を認めた。ICG R₁₅は17.3%, HBs-

図1a 初回入院時血管造影。右葉前下区域に tumor stain を認める。b 同リピオドール動注後1週目のCT。右葉前下区域に low density area を認める。



<1989年4月12日受理> 別刷請求先: 三澤 一仁
〒060 札幌市北区北15条西7丁目 北海道大学医学
部第1外科

図2a 初回切除標本、径3cmの浸潤型腫瘍、b 組織像、壊死の強い索状型、Edmondson II型 (H.E × 100).



Agは陰性であった。

初回入院時血管造影：右肝動脈後枝は膵背動脈と交通し、前下区域に tumor stain を認めた (図1a)。

初回入院時CT：リピオドール動注後1週目のCTでは、前区胆嚢に接し low density area を認め、腫瘍部にはリピオドールの取り込みを認めなかった (図1b)。

初回手術は肝右葉前下区亜区域切除と胆嚢摘出術を行った。

切除標本：腫瘍は3.0×3.0×3.0cm、原発性肝癌取扱い規約¹⁾によると、I_g、Fc(-)、Sf(-)、S₂、N(-)、B₀、IM₁、P₀、Z₁、TW(-)であった (図2a)。

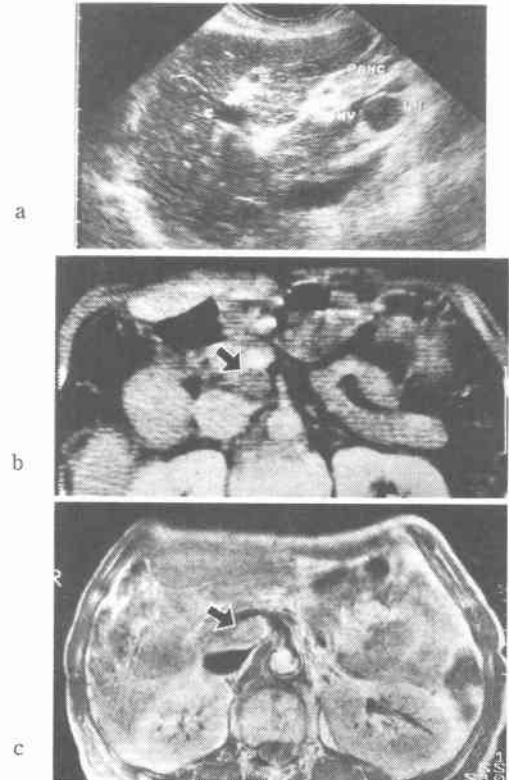
病理組織学的所見：壊死の強い肝細胞癌でTrabecular type, Edmondson II型, ig, fc(-), sf(-), s₁, vp₀, vv₀, b₀, im₁, tw(-)であった。非癌部は乙型肝炎硬変であった (図2b)。

再入院時US：上腸間膜静脈を腹側に圧排する径1.5cmの hypoechoic lesion を認めた (図3a)。

再入院時造影CT：同部の径2cmの low density area を認めた (図3b)。

再入院時magnetic resonance imaging：T₁強調

図3a 再入院時US、上腸間膜静脈を腹側に圧排する径1.5cmの hypoechoic lesion を認める、b 同造影CT、上腸間膜静脈と下大静脈にはさまれた low density area を認める、c 同MRI、T₁強調画像では周囲よりやや高信号の nodule である。



画像で周囲よりやや高信号の nodule を膵頭後部に認めたが、上腸間膜静脈、下大静脈への浸潤は認めなかった (図3c)。

再入院時血管造影：円形の hypervascular tumor を上腸間膜動脈からの造影で認めた (図4)。

以上、残肝には再発巣を認めず、膵頭後部リンパ節への転移再発と診断し、5月17日、大動脈周囲、腹腔動脈周囲、肝十二指腸間膜、膵頭後部のリンパ節郭清術を施行した。転移を疑ったリンパ節は膵頭後部で膵臓に埋没していたが、周囲に浸潤なく比較的容易に摘出された。摘出リンパ節のうち転移を認めたものは1個のみでその大きさは23×18×16mmであった (図5a)。

病理組織学的所見：肝細胞癌のリンパ節転移, trabecular type, Edmondson II型と原発巣と同様で (図5b)、AFP染色は陽性であった。

図4 再入院時血管造影。上腸間膜動脈からの造影で円形の tumor stain を認める。

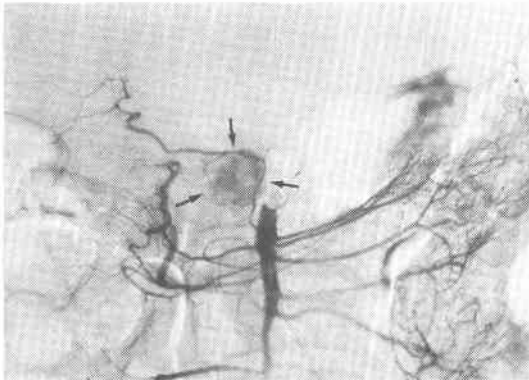
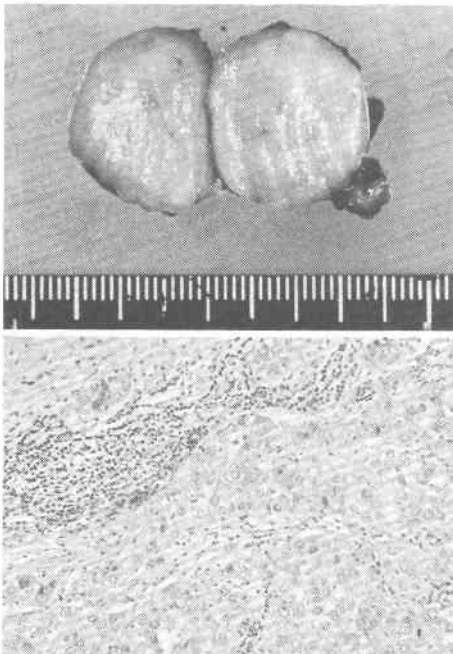


図5a 再切除標本。転移を認めたリンパ節の大きさは23×18×16mmである。b 同組織像、索状型、Edmondson II型 (H.E ×20)。



術後経過：AFP は術前値の6,290ng/ml が術後3ヵ月で18ng/ml と正常化し6月23日退院、現在外来経過観察中である(図6)。

考 察

肝細胞癌は肝内転移は起こしやすいが、リンパ節転移及び他臓器転移は比較的少ないと考えられ、リンパ節郭清を伴う肝切除術は積極的には行われていなかっ

図6 術後経過。AFP は術後3ヵ月で正常となった。肝硬変合併肝癌 HBsAg(-)

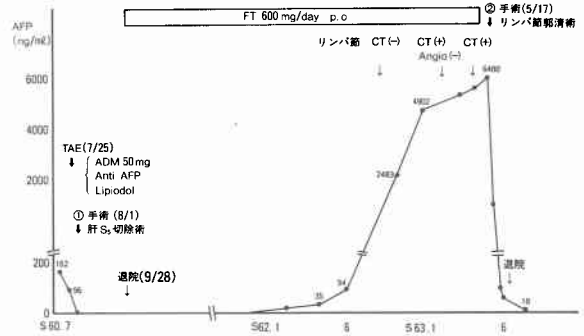


表1 肝細胞癌リンパ節転移(剖検例)

	単位%				
	森 (1956)	宮地ら (1960) (*)	荒木ら (1974)	中島ら (1985)	Edmondson & Steiner (1954)
肝 門 部	15.4	15.1	20.5	14.3	18.7
大動脈周囲		4.3	7.4	11.3	4.0
膵 周 囲	5.8	8.6	9.9	15.2	2.7
胃 周 囲	6.7	9.6	4.3	5.6	
後 腹 膜	11.5	12.2	9.7	3.6	5.3
縦 隔	6.7			3.4	
肺 門 部		6.5	7.4	7.2	1.3
計 (全症例数)	29.8 (104)	42.0 (442)	34.9 (482)	29.4 (439)	28.0 (75)

(*) 原発性肝癌

たのが現状である。しかしながら肝切除が比較的安全に行えるようになった今日、癌の進行にともなう血行性、リンパ行性の転移および再発に対する治療をどのようにするかということが今後の問題となってきた。

肝細胞癌の転移部位としては、肺、リンパ節、副腎、骨、腎臓、横隔膜、胆嚢、脳などがある^{2)~4)}。このうちリンパ節転移は諸家の報告では、手術例で3.2⁵⁾、14.3⁶⁾%と低い、剖検例では28.0⁷⁾、29.4⁸⁾、29.8²⁾、33.0⁹⁾、34.9⁴⁾%と高率である。転移リンパ節としては肝門部、膵周囲、大動脈周囲、胃周囲、後腹膜などがあり前三者に多いが、膵周囲リンパ節への転移が高いことは注目に値するところである(表1)。

忽那¹⁰⁾、鈎¹¹⁾によれば肝のリンパ系は表在性の肝漿膜下(被膜下)リンパ管と肝内深在性の肝小葉間結合織リンパ管、および肝静脈系リンパ管があるとされている。リンパの主たる流れは肝左葉のリンパ管は左胃リンパ節、肝右葉のリンパ管は肝リンパ節などに注ぎ腹腔に入るが、漿膜下リンパ管には一部横隔膜を経由して胸腔にはいるものと述べている。

リンパ節転移の診断はUS, CTが有用であり, 中村ら¹²⁾によるとCTで7.9%にリンパ節転移が認められ, また血管造影上は, hypervascularである点が特徴であるとされている。

治療は本症例のように孤立性, 非浸潤性の転移であれば, 手術による摘出が期待されるが, 多発性の転移であれば化学療法, 放射線療法の適応となる。

本症例では転移を認めたのは13番の臍頭後部リンパ節1個だけであり, いわゆる jumping metastasis の所見を示したが, 本症例は肝動脈右後枝が臍背動脈と交通し, このことにより臍頭後部に向かうリンパの流れがあったため臍頭後部のみのリンパ節転移があったとも考えられる。一般的には大きなリンパ節転移がある場合は, 周囲リンパ節への波及を考えるのが常識的ではあるが, 三好ら⁹⁾によれば剖検例103例のうちでリンパ節転移の認められた34例中8例(24%)に1個のリンパ節だけに転移を認め, これらはすべて肝硬変であったと報告している。また, 剖検例でリンパ節転移をきたしているものは, 原発巣が浸潤型であるもの, 門脈腫瘍栓を認めるもの, 漿膜浸潤があるものに多いと報告されている⁸⁾¹³⁾。したがってこれらの因子, および解剖学的な脈管構築を考慮した上でリンパ節の郭清範囲を決定すべきであると考えられる。最近肝細胞癌の長期生存例が得られるようになったが, 予後向上のためには適切なリンパ節郭清と, 術後の慎重な follow up が重要であると思われる。

文 献

1) 日本肝癌研究会：原発性肝癌取扱い規約。金原出版, 東京, 1987

- 2) 森 亘：ヘパトームの転移に関する研究—特に肝硬変との関係について—。日病理会誌 45：224—236, 1956
- 3) 宮地 徹, 游 鴻儒, 小田富雄ほか：最近10年間におけるわが国の原発性肝癌—病理学的研究—。肝臓 1：17—36, 1960
- 4) 荒木嘉隆, 宮崎達男：原発性肝癌—日本人肝癌の臨床統計的研究—。日臨 32：903—934, 1974
- 5) 日本肝癌研究会：第8回全国原発性肝癌追跡調査報告, 1988
- 6) 中西昌美, 佐野秀一, 北野明宣ほか：原発性肝癌の転移に関する臨床病理学的研究。日消外会誌 17：1532—1536, 1984
- 7) Edmondson HA, Steiner PE：Primary carcinoma of the liver. A study of 100 cases among 48900 necropsies. Cancer 7：462—503, 1954
- 8) 中島敏郎, 神代正道, 柿添三郎ほか：原発性肝癌の病理形態学的研究—肝細胞癌のリンパ節転移について—。久留米医会誌 48：339—351, 1985
- 9) 三好康雄, 今岡真義, 佐々木洋ほか：剖検例からみた肝細胞癌におけるリンパ節転移の検討—肝硬変合併の有無による比較—。肝臓 29：341—346, 1988
- 10) 忽那将愛：日本人のリンパ系解剖学。金原出版, 東京, 1968, p165—169
- 11) 鈎スミ子：肝とリンパ系。脈管学 18：233—238, 1978
- 12) 中村仁信, 田中 健, 崔 秀美ほか：CT, 血管造影からみた肝細胞癌の腹部リンパ節転移。画像診断 4：346—351, 1984
- 13) 川畑清春：原発性肝癌の病理形態学研究—著明なリンパ節転移を示した肝細胞癌を中心に—。肝臓 21：203—215, 1980