

## 閉鎖リンパ節転移を伴った膵体部小膵癌の1例

国立熊本病院外科

水谷 純一 高城 克義 並川 和男  
庄嶋 健 荒木 啓介 山口 哲也

閉鎖リンパ節転移を伴った膵体部小膵癌の1例を経験したので報告する。症例は60歳、女性で、当院産婦人科で子宮頸癌（扁平上皮癌）の診断で昭和62年4月17日、準広範子宮全摘術を受けたが、小閉鎖リンパ節に組織学的に腺癌を認めた。原発巣の検索のために各種画像診断を行い、膵体部に小膵癌を認め、昭和62年6月5日、膵尾部切除を行った。膵周囲および大動脈周囲には肉眼的にはリンパ節の腫大を認めなかった。膵腫瘍は大きさ $1.8 \times 1.7 \text{cm}$ で中分化型管状腺癌の像が優勢で、閉鎖リンパ節の転移巣の組織像も同じであった。これらの事実は術中の進行度判定の困難性、小膵癌でしかも拡大手術により広範囲に郭清を行ったとしても、なお遠隔のリンパ節にも転移ある症例が存在することを示しており、病巣切除の他に術中、術後の化学療法、免疫療法などの集学的治療の併用が不可欠であると思われた。

**Key words:** small carcinoma of the pancreas, obturator node metastasis

### はじめに

最近の各種画像診断法の進歩により小膵癌の発見も多くなってきているが、小膵癌が必ずしも早期癌でないことが指摘されている<sup>1)~4)</sup>。今回、子宮癌術後の病理組織学的検索で閉鎖リンパ節に腺癌を認め、術後の画像診断による検索で膵体部に小膵癌を発見し、手術を行った症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

### 症 例

症例：60歳、女性。

主訴：自覚症状なし。

家歴：特記事項なし。

既往歴：特記事項なし。

現病歴：子宮頸癌の診断で昭和62年4月17日、当院産婦人科で準広範子宮全摘術を受けた。術後の病理組織学的検索で原発巣は中分化～高分化型の扁平上皮癌であったが、微小な閉鎖リンパ節に腺癌を認めたために、その原発巣の検索のために、上部消化管透視、注腸検査、エコー、computed tomography (以下CT)、endoscopic retrograde cholangio-pancreatography (以下ERCP)を行った。その結果、膵体部に小膵癌を認め、手術目的で5月23日、当科に転科した。

入院時現症：身長144cm、体重38kg、貧血、黄疸なく、腹部には中下腹部の正中に子宮癌の手術による創痕を認める以外、視・触診上、異常を認めなかった。

入院時検査所見：末梢血液像に異常なく、血液生化学的検査でもアミラーゼ値を含め、正常範囲内であった。また、エラスターゼ I 171mg/dl, carcinoembryonic antigen 1.4ng/ml, carbohydrate antigen 19-9 25U/mlで、いずれも正常であった。

エコー所見：膵体部に $1.8 \times 1.7 \times 1.4 \text{cm}$ の大きさの、輪郭不整な hypoechoic mass を認めた。massより尾側の主膵管の拡張は認めなかった (Fig. 1)。

CT所見：エコー所見と同部位に造影効果のみられない、小さな low density area を認めた。 (Fig. 2)。大動脈周囲リンパ節の腫大は認めなかった。

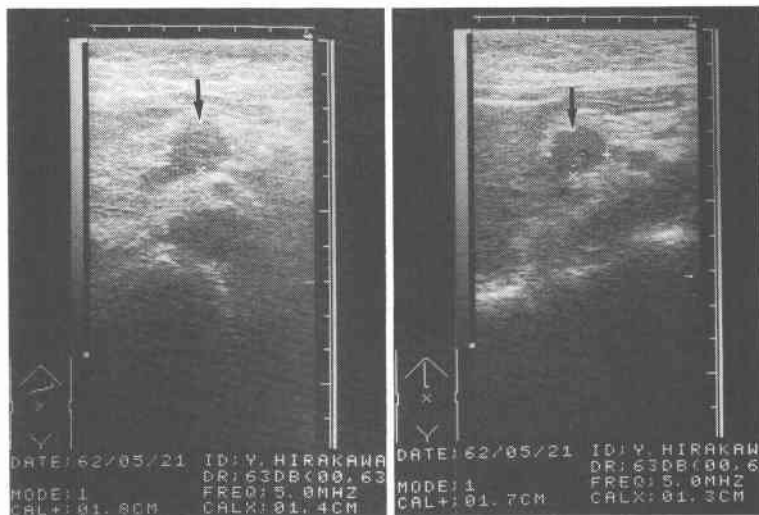
ERCP所見：主膵管の膵体部での中絶像を認めた (Fig. 3)。

血管造影所見：膵血管に異常所見を指摘できなかった (Fig. 4)。

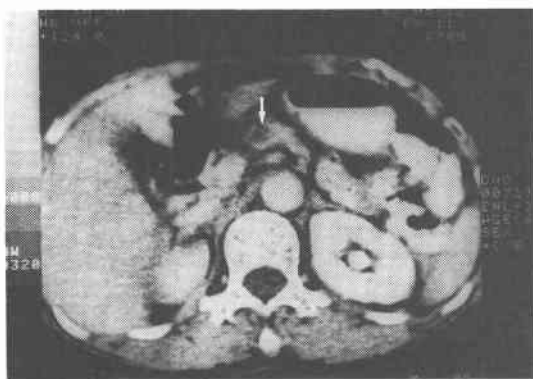
以上より閉鎖リンパ節転移を伴った小膵癌の診断で、昭和62年6月5日、手術を施行した。

手術所見：上腹部正中切開で開腹した。腹水、腹膜播種、肝転移は認めなかった。膵周囲のリンパ節には肉眼的には腫大を認めなかった。膵体部で上腸間膜静脈と膵との交叉部より左側に約2cmの硬結を触知した。膵頭十二指腸切除は過大侵襲との判断で、門脈前

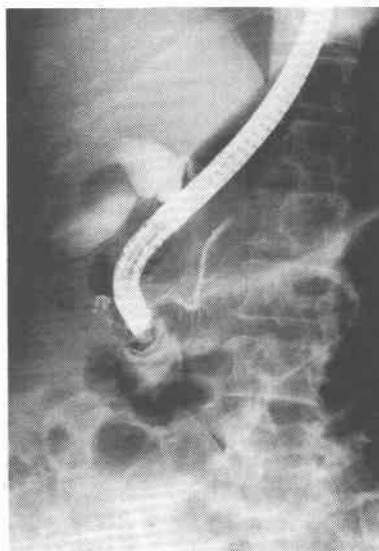
**Fig. 1** Sonograms of the pancreas. A low-echo mass (arrows) measuring 1.8×1.7×1.4cm with irregular margins is observed in the pancreatic body.



**Fig. 2** Contrast-enhanced CT scan of the pancreas. A low-attenuation mass (arrow) without enhancing effect is seen in the pancreatic body.



**Fig. 3** Endoscopic retrograde cholangio-pancreatogram. A abrupt obstruction of the main pancreatic duct is demonstrated at the pancreatic body.



面で膵臓を切離し膵体尾部切除を行った。肉眼的進展度は膵癌取扱い規約<sup>5)</sup>により T<sub>1</sub>, S<sub>0</sub>, R<sub>p0</sub>, CH<sub>2</sub>, DU<sub>0</sub>, PV<sub>1</sub>, A<sub>0</sub>, P1x(-), P<sub>0</sub>, H<sub>0</sub>, N(-)であった。なお、術中、大動脈周囲、総腸骨動脈周囲を観察したが、リンパ節の腫大を認めなかった。

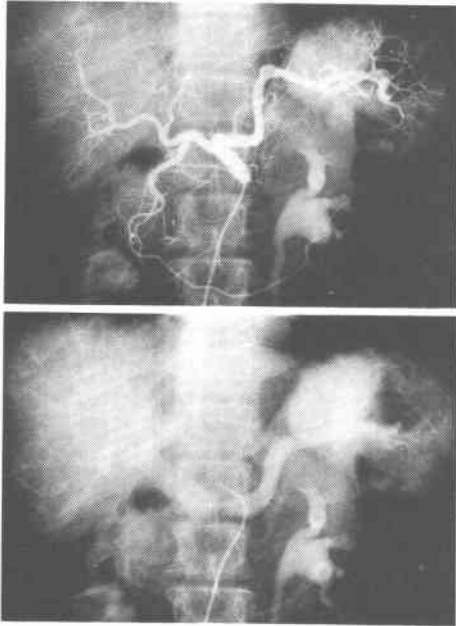
切除標本所見：膵体部に周囲との境界が不明瞭で白色調を呈する1.8×1.7cmの腫瘤を認めた (Fig. 5)。

組織学的所見：高円柱状細胞が大小種々の管腔を形成する典型的な膵管癌で、小型不整形管腔の像をとる中分化型管状腺癌が優勢であった (Fig. 6)。組織学的<sup>5)</sup>には INFβ, 1y<sub>3</sub>, v<sub>1</sub>, ne<sub>2</sub>, d(+)<sup>6)</sup>であった。閉鎖

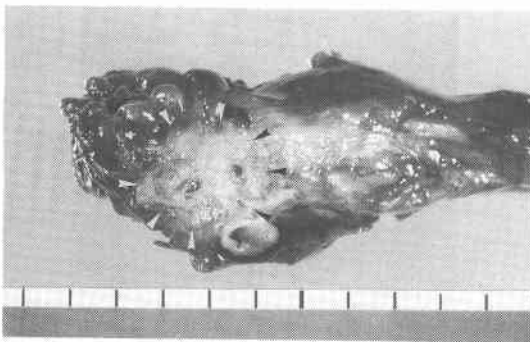
リンパ節の転移巣の組織像 (Fig. 7)もこれと全く同じ所見で、膵癌の転移と考えられた。なお、膵前面の病巣近くの脂肪組織内に径1mm程度のリンパ節にも数個転移が認められた (Fig. 8)。

術後、免疫化学療法を行って経過観察中であるが、

**Fig. 4** Celiac angiograms. No abnormal findings can be identified in the pancreatic region.



**Fig. 5** Cut-surface of the resected specimen shows undefined tumor measuring 1.8×1.7cm in the pancreatic body.

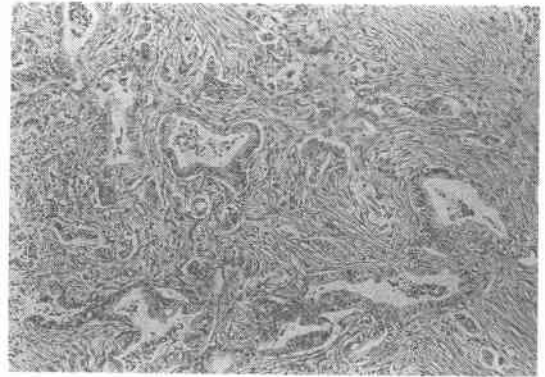


術後2年3か月経過した現在、画像診断上、遠隔転移、腹腔内リンパ節の腫大を認めず生存中である。

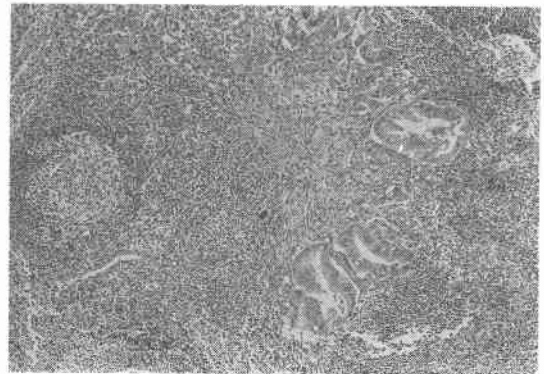
#### 考 察

膵癌の手術成績が不良なことから小膵癌に期待がもたれてきたが、Tsuchiyaら<sup>1)</sup>の本邦における径2cm以下のT<sub>1</sub>膵癌の頻度は2.1%で、切除率は99%と高いが、Stage Iは44%にすぎず、5年生存率も30.3%と他の消化器癌に比べ満足できる結果とはいえない。永井ら<sup>6)</sup>は小膵癌の多くは膵外進展を既に伴っており、膵外進

**Fig. 6** Histological findings of the resected specimen show mainly moderately differentiated tubular adenocarcinoma (H-E staining, ×66).



**Fig. 7** Histological findings of the obturator node show same findings as those of the pancreatic tumor (H-E staining, ×50).



**Fig. 8** Metastatic lesions (arrow) are revealed in the small nodes surrounding the pancreatic tumor (H-E staining, ×50).



展が膵内進展よりもはるかに切除例の予後を規定すると述べている。さらに膵外への進展様式として、神経周囲侵襲は重要な膵外進展路となっていること、傍大動脈領域を除いて間質浸潤はリンパ節転移の範囲を超えて拡がる傾向があること、大動脈周囲リンパ節はかなり広範に転移を生じる解剖学的素地をもっていることを指摘している。一方、宮崎ら<sup>7)</sup>は現状で発見されるような膵癌ではむしろ進行度を左右する因子として腫瘍径より他の因子を考える方が妥当であり、膵後方浸潤が膵癌の外科治療を困難にしている因子と推察されると述べている。

小膵癌といえども必ずしも早期の状態にないとの観点から、小膵癌に対しても膵全摘<sup>2)</sup>、広範な郭清<sup>2)6)7)</sup>などの拡大手術の必要性が指摘されている。本症例は組織像の類似性、各種画像診断、術中所見から閉鎖リンパ節転移を伴った小膵癌と考えられた。しかも術中所見では、大動脈周囲には肉眼的にはリンパ節の腫大を認めなかった。組織学的に膵周囲の脂肪組織内の径1 mm 大のリンパ節に転移を認めたものの、閉鎖リンパ節転移の経路については考察できなかった。この事実、術中の進行度判定の困難性、小膵癌でしかも拡大手術により広範囲に郭清を行ったとしても、なお遠隔のリンパ節にも転移のある症例が存在することを示している。したがって病巣切除のほかには術中、術後の化学療法、免疫療法などの集学的治療の併用が不可欠であると思われる。

早期膵癌に関してはその定義は、まだ明らかにされていない。真辺ら<sup>3)</sup>は手術的に拡大郭清により長期生存の可能性の得られる膵管癌を早期膵癌と定義すれば、Stage I 膵癌がその範疇にはいるであろうと述べている。しかし、Stage I 膵癌ですら5年生存率が37.0%である<sup>3)</sup>ことから、有山ら<sup>8)</sup>が指摘するように、膵管内に限局し組織学的に進展がないものを早期膵癌とする方がより妥当であろう。膵管内に限局した膵癌を発見するには ERCP が最も有用と考えられるが、ERCP の2

cm 以下の T<sub>1</sub>膵癌に対する診断能は良好とする報告<sup>8)</sup>、反対に不良とする報告<sup>9)</sup>がある。有山ら<sup>8)</sup>は膵癌を疑って精密検査を行う指標として、①年齢が40歳以上、②腹部秋訴、糖尿病、黄疸がある、③臨床検査で胆管系酵素の上昇、血液検査の異常、コリンエステラーゼ低値、アマラーゼ高値がある、などを挙げているが、これらの症例では ERCP、血管造影まで積極的に行って、なるだけ小さな膵癌の発見に努めるべきだと思われる。こうした小膵癌症例の多数の集積による検討の中から、早期膵癌というものが次第に明らかになってくるものと思われる。

本稿の要旨は第25回九州外科学会において発表した。

#### 文 献

- 1) Tsuchiya R, Noda T, Hatada N et al: Collective review of small carcinomas of the pancreas. *Ann Surg* 203: 77-81, 1986
- 2) 野田剛稔, 織部孝史, 元島幸一ほか: 小膵癌とその外科治療. *胆と膵* 4: 1071-1075, 1983
- 3) 真辺忠夫, 内藤厚司, 鈴木 敏ほか: Stage I, II 膵癌治療上の問題点. *日外会誌* 86: 1089-1092, 1985
- 4) 世古口努, 中村菊洋, 岩佐 真ほか: 広範な転移を示した膵体部小膵癌の1例. *胆と膵* 8: 881-885, 1987
- 5) 日本膵臓学会編: 膵癌取扱い規約. 第3版. 金原出版, 東京, 1986
- 6) 永井秀雄, 黒田 慧, 和田祥之ほか: 膵癌根治手術の条件: 主として小膵癌 (T<sub>1</sub>) の組織学進展様式の検討から. *胆と膵* 4: 1091-1104, 1983
- 7) 宮崎逸夫, 永川宅和, 東野義信: 膵癌に対する手術成績と問題点について. *癌と化療* 12: 220-226, 1985
- 8) 有山 襄, 須山正文, 小川 薫ほか: 膵癌の早期診断. *医のあゆみ* 137: 725-728, 1986
- 9) 唐沢英偉, 税所宏光, 五月女直樹ほか: 小膵癌の診断のすすめ方—画像診断を中心として—. *胆と膵* 4: 1035-1041, 1983

### A Case of Small Carcinoma of the Pancreatic Body with Obturator Node Metastasis

Junichi Mizutani, Katsuyoshi Taki, Kazuo Namikawa, Takeshi Syojima,  
Keisuke Araki and Tetsuya Yamaguchi  
Department of Surgery, Kumamoto National Hospital

A case of small carcinoma of the pancreatic body with obturator node metastasis is reported. A 60-year-old woman underwent an extended total hysterectomy for squamous cell carcinoma of the uterine cervix on April 17, 1987, and histological examination revealed adenocarcinoma in the small obturator node. Morphologic techniques

for detection of the primary lesion revealed small carcinoma of the pancreatic body. Distal pancreatectomy was performed on June 5. No swelling of the parapancreatic or paraaortic nodes could be found macroscopically. Histological examination of the pancreatic tumor, which measured  $1.8 \times 1.7$  cm, showed mainly moderately differentiated tubular adenocarcinoma and the same findings were observed in the obturator node. These facts demonstrate the difficulty of intraoperative evaluation of the stage of carcinoma of the pancreas and that even in small carcinoma there can be further lymph node metastasis even if extended resection is carried out. Therefore we believe that multi-disciplinary treatment such as intra- and postoperative chemo- and immunotherapy is necessary in addition to extended resection even in small carcinoma of the pancreas.

**Reprint requests:** Jun-ichi Mizutani Department of Surgery, Kumamoto National Hospital  
1-5 Ninomaru, Kumamoto, 860 JAPAN

---