

一 甲状腺オカルト癌

甲状腺癌は発見動機により、以下の4つに分類されます¹⁾

1. オカルト癌 (Occult carcinoma)	転移巣による臨床症状が先行し、原発巣を検索したが発見されず、その後原発巣の甲状腺癌が発見されたもの
2. 偶発癌 (Incidental carcinoma)	摘出標本の病理学的検索で甲状腺癌が発見されたもの
3. ラテント癌 (Latent carcinoma)	剖検により初めて甲状腺癌が発見されたもの
4. 臨床癌 (Clinical carcinoma)	上記以外の臨床的甲状腺癌

この中でも、甲状腺オカルト癌は転移巣が明瞭にもかかわらず、原発巣不明で原因検索が難航することが多く、臨床的に重大な問題を抱えています。

症例提示1：内頸静脈、迷走神経浸潤、反回神経麻痺を伴うオカルト癌²⁾

70代、女性。29年前から嚥声があり、右反回神経麻痺と診断されていたが、原因不明と言われていた。術前画像診断で右VII、右IIIリンパ節腫大、甲状腺右葉に0.8cmの腫瘍を認めた。甲状腺右葉切除、右内頸静脈、右迷走神経、右反回神経合併切除、D2a郭清を施行した。病理組織は高分化型乳頭癌、広範なリンパ節転移を認めた(図1A、図1B)。

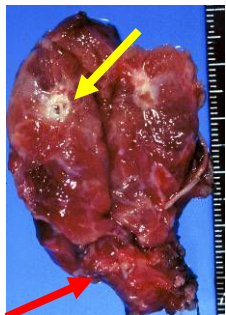


図1A
摘出標本：甲状腺右葉に0.8cmの微小石灰化乳頭癌(黄矢印)を認めた。右葉下極に2.3cmの転移リンパ節(右III LN 赤矢印)があり、甲状腺に癒着し一体化していた。

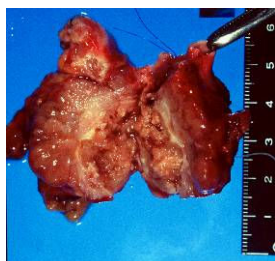


図1B
摘出標本：右VIIリンパ節はVIリンパ節と癒合し右内頸静脈、右迷走神経に浸潤していた。

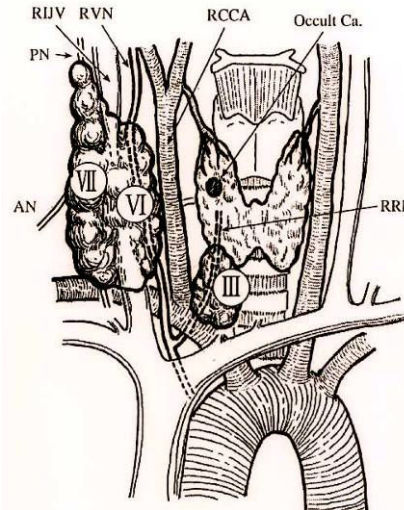


図2
術中所見(シエーマ)：甲状腺右葉に0.8cmの微小乳頭癌を認めた。右VII、VIリンパ節は癒合し右内頸静脈、右迷走神経を巻き込み浸潤していた。右IIIリンパ節も右反回神経に浸潤していた。

症例提示2：側頸嚢胞を疑われたオカルト癌

40代、男性。右側頸部にリンパ節腫大があり、近医から側頸嚢胞を疑われ、紹介となった。CTで右顎下部に嚢胞状腫瘍を認め(図3A)、甲状腺エコーで右葉に0.7cmの腫瘍を認めた(図3B)。甲状腺右葉腫瘍のABCはクラスVであった。甲状腺右葉切除、D2a郭清施行。病理組織は高分化型乳頭癌、右Vbは嚢胞状に腫大し転移を認めた(図4A、図4B)。

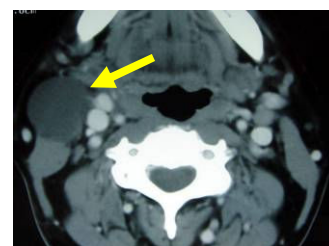


図3A
頸部CT：右顎下部に嚢胞状腫瘍(右Vbリンパ節)を認めた。

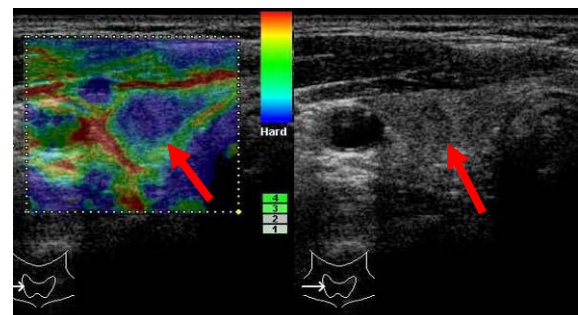


図3B
頸部エコー(エラストグラフィー)：右葉に約0.7cmの低エコー腫瘍を認め、エラストグラフィーではBlueに描出される硬度の高い腫瘍であった。

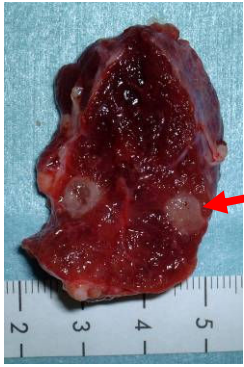


図 4 A
摘出標本：甲状腺右葉に 0.7 cm の乳頭癌を認めた。

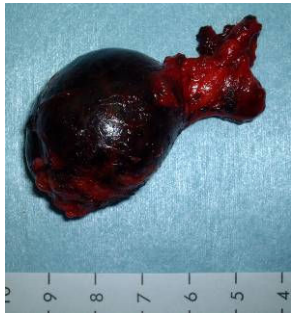


図 4 B
摘出標本：嚢胞状に変化した右 VI リンパ節 (約 3 cm)。嚢胞液中のサイログロブリン濃度は 12,000ng/ml と上昇していた。

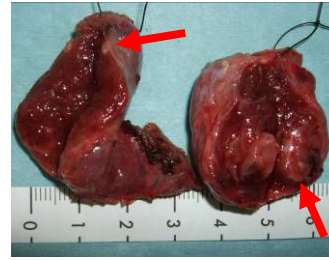


図 6 A
摘出標本：甲状腺右葉上極に 0.3cm の腫瘤、左葉下極に 1.7cm の腫瘤を認めた。左葉腫瘤は Adenomatous nodule であった。

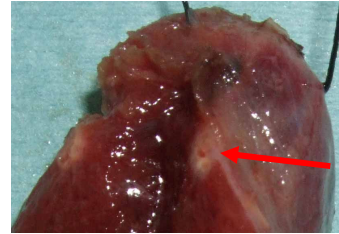


図 6 B
摘出標本 (拡大)：右葉上極腫瘤は 0.3cm の大きさで高分化型乳頭癌であった。

症例提示 3：広範なリンパ節転移を伴う微小オカルト癌

70 代男性、甲状腺左葉腫瘤のため紹介となった。左葉に Adenomatous goiter 様腫瘤 (1.7cm)、右葉石灰化腫瘤 (0.3 cm) を認めた (図 5A)。ABC はいずれもクラス II であった。しかし、右 VI リンパ節の腫大 (2.3 cm) があり (図 5B)、同部位の ABC でクラス V (甲状腺乳頭癌疑い) と診断された。

甲状腺全摘、D2b 郭清を行った。病理検査では、高分化型乳頭癌多発 (右葉・峽部)、Adenomatous nodule (左葉)、リンパ節 I、II、右 III、右 V a、右 VI に多数の転移が認められた (図 6A、6B)。

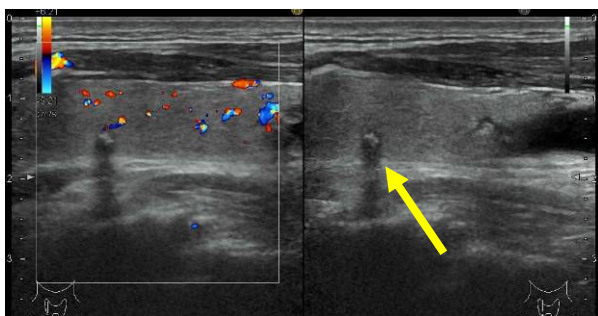


図 5 A
頸部エコー：甲状腺右葉に 0.3cm の石灰化腫瘤を認めた

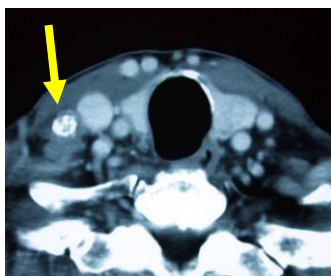


図 5 B
頸部 CT：石灰化を伴い腫大した右 VI リンパ節を認めた

甲状腺エコー検査と ABC の限界：

大きな頸部リンパ節腫大があり、細胞診 (ABC) で悪性所見があれば、甲状腺癌が最初に疑われます。もちろん、咽頭、喉頭、食道、胸部、腹部臓器などの部位からの転移、炎症などによる反応性リンパ節腫大も検討する必要があります³⁾。

しかし、CT、エコー、PET などを行っても、甲状腺原発の癌を疑わせる腫瘤が不明のことをよく経験します。また、甲状腺内に多発腫瘤があり、原発巣の同定困難な症例もあります。微小腫瘤の場合、腫瘍径が 5mm 以上であれば、正確な ABC が可能です。しかし、腫瘍径が 2 - 3mm の場合や石灰化病変であれば細胞採取が難しく、ABC での評価は困難となります。

通常、転移リンパ節と同側に原発巣がありますが、稀には対側葉からの転移もあり、甲状腺切除範囲とリンパ節郭清範囲を決める上では細心の注意が必要となります。

参考文献

1. 甲状腺癌取扱い規約 (第 6 版)、金原出版、2005 年
2. 杉野圭三、杉桂二、土肥雪彦ら、29 年前より存在したと考えられる甲状腺オカルト癌の 1 例、内分泌外科 14: 145 - 148, 1997
3. 杉野圭三、浅原利正。頸部リンパ節腫脹。臨床外科 59: 123-126, 2004.