

初診時より頸部リンパ節転移を認めた前立腺癌の2例

大阪労災病院泌尿器科 (部長 : 三好 進)

植村 元秀, 平井 利明, 菅野 展史

西村 健作, 水谷修太郎, 三好 進

大阪労災病院病理科 (部長 : 川野 潔)

吉田恭太郎, 川野 潔

PROSTATIC CARCINOMA PRESENTING AS NECK LYMPH
NODE METASTASES: REPORT OF TWO CASES

Motohide UEMURA, Toshiaki HIRAI, Nobufumi KANNO,

Kensaku NISHIMURA, Shutaro MIZUTANI and Susumu MIYOSHI

From the Department of Urology, Osaka Rosai Hospital

Kyotaro YOSHIDA and Kiyoshi KAWANO

From the Department of Pathology, Osaka Rosai Hospital

We report two cases of prostatic carcinoma presenting as neck lymph node metastases.

Case 1: A 56-year-old man was admitted to our hospital with the chief complaint of left lower abdominal pain. A lymph node was palpable on the left side of the neck swollen. Rectal examinations revealed prostatic stony-hard mass. Computed tomography showed a swollen neck and paraaortic lymph nodes on the left side. PSA level was 380 ng/ml. Transperineal prostatic biopsy revealed moderately differentiated adenocarcinoma, and neck lymph node biopsy also revealed metastatic adenocarcinoma. We diagnosed him with prostatic carcinoma stage D2 (LYM). He underwent hormonal therapy (TAB) but died 13 months later.

Case 2: A 66-year-old man was admitted to our hospital with the chief complaint of a large palpable mass on the left side of the neck. Resection of this mass revealed metastatic adenocarcinoma. Rectal examination revealed no malignant lesions, but the PSA level was high, 1,700 ng/ml. Transperineal prostatic biopsy revealed moderately differentiated adenocarcinoma. Computed tomography revealed paraaortic and pelvic lymph node metastases and bone scintigram revealed abnormal uptake, bone metastases. We diagnosed him with prostatic carcinoma stage D2 (LYM OSS). We performed bilateral testectomy followed by hormonal therapy (TAB). The lymph node metastases disappeared after 4 months of therapy.

(Acta Urol. Jpn. 47: 755-758, 2001)

Key words: Prostatic carcinoma, Neck lymph node metastasis

緒 言

前立腺癌において初診時に触知できるリンパ節腫脹を認めることは稀である。今回われわれは初診時に頸部リンパ節転移を認めた前立腺癌の2例を経験したので報告する。

症 例

患者1: 56歳, 男性

主訴: 左下腹部痛

家族歴: 特記すべきことなし

既往歴: 高血圧に対して内服治療中

現病歴: 1999年1月初旬頃より, 左下腹部痛自覚。

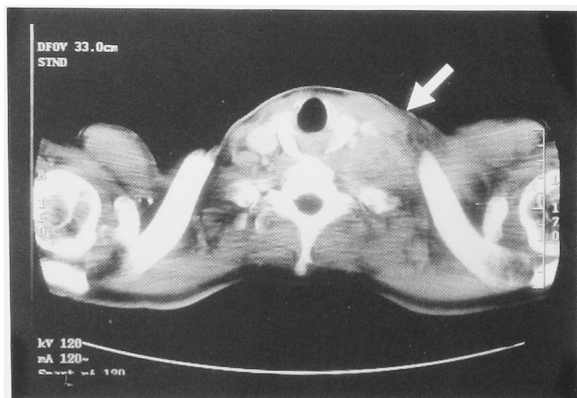
同年3月, 当院外科受診し直腸内指診にて前立腺癌を

疑われ当科紹介受診。同年4月19日, 精査加療目的に当科入院となった。

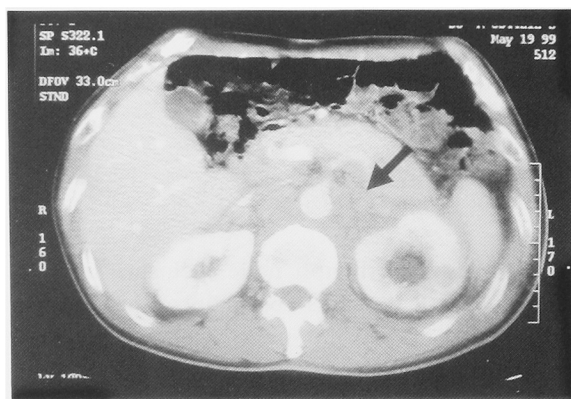
現症: 体格は中等度。栄養状態は良好。左側頸部, 左鎖骨上に硬結を伴うリンパ節腫大を認めた。胸腹部に理学的に異常所見を認めず。直腸内指診にて前立腺部に硬結を認めた。

入院時検査成績: 検血 血液生化学・検尿においては若干の貧血 (RBC $426 \times 10^4/\text{mm}^3$, Hb 12.5 g/dl, Ht 37.4%), 軽度の炎症反応 (CRP 2.0 mg/dl, 血沈 74 mm/hr) を認める以外, 異常を認めなかった。前立腺特異抗原 (以下 PSA) は 380 ng/ml と高値を示した。尿細胞診はクラスⅡであった。

胸腹部 CT: 左頸部から左腋窩に至るリンパ節, さらに傍大動脈リンパ節腫大を認めた (Fig. 1a, b)。



(a)



(b)

Fig. 1. CT before treatment showed metastases in (a) neck and (b) paraaortic lymph nodes from prostatic carcinoma (Case 1).

前立腺およびその所属リンパ節腫大を認めず、悪性リンパ腫が疑われた。

排泄性腎盂造影：上部尿路に異常を認めなかった。

骨シンチグラム：異常集積を認めなかった。

消化管検査：上部消化管造影，下部消化管造影とも異常を認めなかった。

病理組織学的検査：経会陰的前立腺針生検術を施行したところ，中分化型腺癌であった。また左鎖骨上リンパ節生検を施行したところ，転移性腺癌であった。

以上より，画像診断では悪性リンパ腫が最も考えられたが，頸部リンパ節が腺癌であったことから，遠隔リンパ節転移を伴う前立腺癌 stage D2 (LYM) と診断しホルモン療法 (TAB, 酢酸ゴセレリン 3.6 mg/4週 + 酢酸クロルマジノン 100 mg/日) を開始した。頸部リンパ節，傍大動脈リンパ節は縮小した。PSA は徐々に低下したが，正常化しなかった。1999年7月頃より，排尿困難を自覚し，8月13日，尿閉状態にて入院した。経尿道的前立腺切除術施行したところ一時的に排尿状態は改善したが同年10月頃より，頻尿，膀胱刺激症状が出現。再び尿閉状態となった。11月頃より，間欠的自己導尿するも尿の流出がなくなった。この頃，頸部のリンパ節も再び腫大したが腹部CT上，傍大動脈リンパ節は縮小したままであった。前立腺部

は腫瘍の再燃が考えられ，それによる症状の悪化と考えられた。QOL改善を目的に1999年12月1日，回腸導管造設術を施行した。術後，膀胱刺激症状は改善せず，また，疼痛を伴う下腹部の膨隆および発熱を認めたため12月15日，遺残膀胱前立腺摘除術を施行した。手術所見としては前立腺部より膀胱内に突出するようにポリープ状に腫瘍の形成を認め，これらにより導尿不可となっているものと考えられた。さらに術後，残存腫瘍の局所での著明な再燃が認められ，骨盤内を占拠し，一部体表より突出するまでになり，初診13ヵ月後の2000年6月10日に癌死した。腹部にかぎり剖検を施行したが，両側副腎，後腹膜リンパ節，下行結腸に転移を認めた。下腹部を占拠した巨大な腫瘍は総計2,160gであった。経過においてPSAは正常化することはなく，また腫瘍の増大に伴うPSAの上昇は認めず，ホルモン不応性に陥っていた。

患者2：66歳，男性

主訴：左頸部腫瘍

家族歴：特記すべきことなし

既往歴：高血圧に対し内服治療中

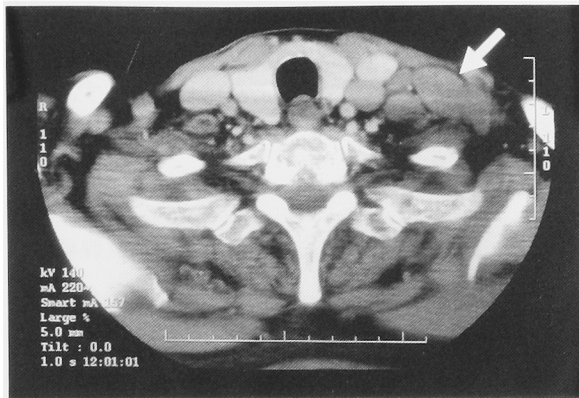
現病歴：2000年8月頃，家族が左頸部の腫瘍に気づき，平素通院中の近医より当院外科紹介受診。同年9月1日，精査加療目的に外科に入院した。

現症：体格は中等度。栄養状態は良好。左側頸部に径5cm大の全体的には軟らかいが内部に一部硬結を伴う腫瘍を触知した。また，胸腹部に理学的には異常所見を認めなかった。

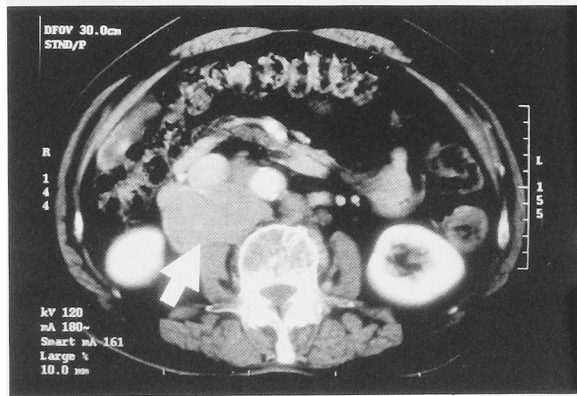
入院時検査成績：検血 血液生化学・検尿においてはALPの軽度上昇 (376 IU/ml) を認める以外，異常を認めなかった。CEA, CA19-9は正常範囲内であった。

臨床経過：入院後，頸部リンパ節針生検を施行したところ，腺癌が疑われた。

胸腹部CTでは左頸部に最大径4cm大の腫瘍を少なくとも7個認め，腹部大動脈周囲より右腸骨領域に至るリンパ節腫大を認めた (Fig. 2a, b)。また，前立腺は右葉優位な腫大を認めた。原発巣は不明のまま，2000年9月8日，全身麻酔下，左頸部腫瘍摘出術を施行した。最大44mm大の腫瘍を11個摘出した。病理組織診断は，比較的高分化な転移性腺癌であった。原発巣検索のため，当科紹介受診したが，直腸内指診上，右葉に弾性軟な腫瘍を触知するも，硬結を認めず前立腺癌は否定的であった。しかし，PSAは1,700 ng/mlと著明に高値であったため，経会陰的前立腺針生検を施行した。病理組織学的に中分化型腺癌であった。また，頸部リンパ節をPSA染色したところ，陽性であり，組織学的に一致した。骨シンチグラムでは，全身骨に異常集積を認めた。以上より，進行性前立腺癌 stage D2 (LYM OSS) と診断した。同年



(a)



(b)

Fig. 2. CT before treatment showed metastases in (a) left side of neck and (b) paraaortic lymph nodes from prostatic carcinoma (Case 2).

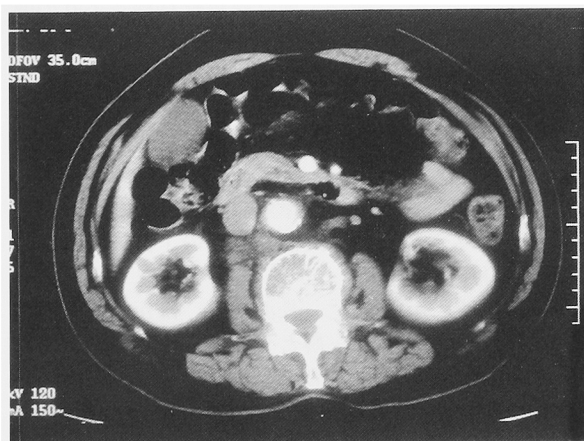


Fig. 3. CT after 4 months treatment showed that paraaortic lymph node metastases had disappeared (Case 2).

10月4日, 両側精巣摘除術を行い, ホルモン療法 (TAB, 酢酸クロルマジノン 100 mg/日併用) を開始した. 現在は外来にて経過観察しているが, 治療に伴い PSA は低下し, 治療開始後4カ月経過した現在, 傍大動脈リンパ節を含め縮小傾向にある (Fig. 3). しかし PSA は正常化していない.

考 察

近年本邦においても前立腺癌患者数は増加の一途をたどっているが, 転移病変を有する例が約半数を占めており前立腺に局限した前立腺癌の割合が欧米に比べて低い¹⁾ 病期 D2 の転移部位は骨が多く, 他部位への転移は比較的少ない. 初診時にリンパ節転移を体表から触知できる例は稀であり, Corriere²⁾ らは前立腺癌525例中リンパ節腫大を主訴としたのは2例のみと報告している. 前立腺癌のリンパ節転移の好発部位は解剖学的に所属リンパ節である閉鎖リンパ節, 内腸骨リンパ節, 外腸骨リンパ節であり, ついで仙骨前リンパ節, 傍大動脈リンパ節であるとされている³⁾ が, 遠隔リンパ節である頸部リンパ節への転移は少ない. 日本癌治療学会・癌規約総論 (以下規約総論)⁴⁾ によると, 深側頸 (側方) リンパ節 (105) は a 上内深頸, b 中内深頸, c 外内深頸, d 鎖骨上, e 外側内頸, f 副神経リンパ節に分類されている. 例えば, 乳腺規約, 肺規約においては規約総論における深側頸リンパ節はすべて鎖骨上リンパ節とされ, 食道規約においては鎖骨上リンパ節は総論における c, d のみを意味する. 前立腺癌取扱規約⁵⁾ においては, 頭頸部リンパ節に関する記載がなく, 同部に関する症例報告などにおいては表現に混乱が生じており記載の統一が必要であると考えている. 今回われわれは, 鎖骨上, 鎖骨上窩, 側頸部, 頸部リンパ節と記載のある部位の転移を認めたとされる症例について検討することとした. われわれの調べ得たかぎり初診時に頸部リンパ節転移を有する前立腺癌は本邦において21例報告されているにすぎない (Table 1). 年齢は45~87歳であり, 平均年齢は66.0歳であった. 主訴は, 腫瘍触知が最も多く18例で, 転移症状としての各部疼痛が4例, 傍大動脈リ

Table 1. 21 Cases of prostatic carcinoma presenting as neck lymph node metastases

年齢	45~87歳 (平均66.0歳)	
主訴	腫瘍触知	18例
	疼痛	4例
		(腰部, 頸部, 精巣, 下腹部)
	下肢浮腫	3例
	排尿困難	3例
	体重減少	2例
	頭重感めまい感	1例
	全身倦怠感	1例
		(重複例あり)
病理組織	低分化型腺癌	10例
	中分化型腺癌	9例
	未分化型腺癌	1例
	その他	1例
骨転移	あり 12例 なし 7例 不詳 2例	
治療	全例内分泌療法が選択されていた (5例のみ化学療法も併用).	

リンパ節転移に伴う下肢浮腫が3例であった。排尿困難などの尿路症状を主訴としたものは3例のみであった。

中川ら⁶⁾は頸部も含め巨大なリンパ節転移をきたす前立腺癌の特徴として、①低分化型腺癌に多いこと、②経過が長いこと、③骨転移の合併が少ないこと、④抗男性ホルモン療法や放射線療法によく反応し、生存期間が長いことなどを挙げており、通常の骨転移を主とする前立腺癌との違いについて癌の生物学的性状の違いによるものであろうと述べている。

前立腺癌の進展様式は2つ考えられており、1つは前立腺周囲静脈叢から椎骨静脈系を介して椎骨、骨盤、大腿骨といった骨に転移する様式であり、もう1つは局所における直接浸潤とリンパ行性進展によるものである。前者は早期より進展が認められることから前立腺癌の特徴の1つと考えられ、したがって前立腺癌の有骨転移症例は無骨転移症例の約4倍といわれている⁷⁾

リンパ節転移と骨転移の関係については、リンパ節転移のない骨転移症例、その逆に骨転移のないリンパ節転移の症例が報告されており、リンパ節転移と骨転移はそれぞれ関係なく生じると考えられている³⁾

今回のわれわれの集計においては病理組織学的に低分化型、中分化型がほぼすべてを占めた。骨転移は12例すなわち半数以上に認められており、骨転移の合併が少ないとはいえない。また、治療法としては全例に内分泌療法として抗男性ホルモン療法が施行され（そのうち5例に化学療法が併用されていた）、低分化型が多いにもかかわらず初回の内分泌療法によく反応していた。1年以内に死亡が確認された例は1例のみで、また2年以上の生存例が6例存在することから全般的に比較的予後良好な印象である。また、腫瘍マーカーについても正常化をみた症例も多く、1カ月で正常化した例も2例存在した^{8,9)} 増田ら¹⁰⁾は巨大リンパ節転移症例の多くに6カ月以内のマーカーの正常化、リンパ節腫大の消失を認めていると報告しており、3カ月後の腫瘍マーカー（PSA および PAP）の反応性が stage D2 前立腺癌の予後を最もよく反映するという報告¹¹⁾も含めて考えると矛盾しない。

患者1は無骨転移例ながらも、初診13カ月後に死亡した。また、傍大動脈リンパ節はコントロール良好であったが、頸部リンパ節と特に局所における再燃が著明であり、経尿道的前立腺切除術がその誘因として否

定し得ない点も非常に興味深く考えられた。また、患者2は有骨転移症例であり、リンパ節転移はほぼ完全に消失したが、依然 PSA は正常化しておらず、今後の経過に注目したい。

結 語

初診時より頸部リンパ節転移を認めた前立腺癌の2例を経験した。

なお、本論文の要旨は第174回日本泌尿器科学会関西地方会にて発表した。

文 献

- 1) 島崎 淳：前立腺癌。日泌尿会誌 **80**：1407-1416, 1989
- 2) Corriere JN, Cornog JL and Murphy JJ：Prognosis in patients with carcinoma of the prostate. *Cancer* **25**：911-918, 1970
- 3) Catalona WJ and Scott WW：Carcinoma of the prostate. In：Campbell's Urology. Edited by Harisson JH, et al.：4th ed. p. 1085, WB Saunders Philadelphia, 1979
- 4) 日本癌治療学会 癌の治療に関する合同委員会 癌規約総論委員会 編：日本癌治療学会・癌規約総論。初版、金原出版。東京、1991
- 5) 日本泌尿器科学会、日本病理学会編：前立腺癌取扱規程。第2版、金原出版、東京、1992
- 6) 中川泰始、宮崎茂典、伊藤 登：腹部腫瘍を主訴とした前立腺癌の1例。泌尿紀要 **34**：1811-1814, 1988
- 7) 瀬戸輝一、矢谷隆一：前立腺癌転移様式よりの臨床病理学的解析。前立腺癌研究報告。第6報（昭和58, 59年度）：24-33, 1985
- 8) 山川健一、山城 豊：頸部リンパ節転移を契機に診断された前立腺癌の1例。沖縄医会誌 **34**：110, 1995
- 9) 藤田竜二、永井 敦、津川昌也、ほか：リンパ節転移により発見された前立腺癌の1例。西日泌尿 **58**：41-43, 1996
- 10) 増田 均、山田拓己、長浜克志、ほか：リンパ節転移に伴う症状を主訴とした前立腺癌の3例。泌尿紀要 **38**：1269-1272, 1992
- 11) 梶鏡年清、秋元 晋、赤倉功一郎、ほか：病期 D2 前立腺癌の予後因子。泌尿紀要 **42**：269-274, 1996

(Received on March 13, 2001)
(Accepted on May 9, 2001)