

P-217 胸壁腫瘤を形成した多発性骨髄腫の1例

兵庫県立柏原病院 胸部外科

松岡 英仁

症例は58歳男性。55歳時に狭心症のためPTCAを施行され、その経過観察中に右側胸部痛を自覚した。胸部CTで右胸壁に30×50mmの境界明瞭で骨破壊を伴った腫瘤が指摘され、CT下穿刺生検を行ったが病理学的判定は困難であった。疼痛が著しく増強しつつあったため患者の希望により切除術を行った。術中所見では左第8肋骨に超鶏卵大、比較的境界明瞭な弾性軟の腫瘤を認め、第7・第8肋骨と共に第8肋骨を約14cmに渡って切除し、切除部分をMarlex Meshを二重にして補填再建した。切除組織の免疫染色ではLymphocyte common antigen (±), L-26 (B-cell) (+)で、当初B-Cell悪性リンパ腫が疑われた。しかし骨髄病理学的検査ではL26 (CD20), ULHL1 (CD45) いずれも陰性、IgG弱陽性で、骨髄の低形成像と共に小型で核が偏在し細胞質の塩基性が強く不整形の形質細胞が73.4%認められた。さらに頭部X線写真で多発性の骨融解像が認められたため最終的に多発性骨髄腫と診断された。溶骨性病変は重度であるが、腎機能が正常であったDurie and Salmon 病期分類はIIIA期と考えられた。その後自家造血幹細胞移植を併用した大量化学療法 (Vincristine, Doxorubicine, Dexamethazone によるVAD療法) を行い、切除後2年9ヶ月生存中である。多発性骨髄腫は肋骨に比較的好発するものの、そのほとんどは多発骨融解像を示し、単発腫瘤性病変として発見されるものは稀である。類似の胸壁発生腫瘍としては悪性リンパ腫との鑑別が重要である。

P-219 横隔膜上膿瘍の1切除例

国立病院機構南京都病院 呼吸器外科

朝倉 庄志, 一瀬 増太郎, 鹿島 祥隆

【はじめに】横隔膜上膿瘍の1例に対して、膿瘍切除および横隔膜合併切除を行い、治癒せしめた1例を経験した。【症例】65歳男性。平成15年2月にエジプトにマラソン参加のため渡航した。帰国後、咳が続くようになり、右胸痛と呼吸困難も出現してきた。同年4月に近医で右胸膜炎と診断された。右胸痛が続くため平成16年2月当院入院となった。胸部X線写真で右胸水中等量貯留。胸水は黄褐色、漿液性で、細胞分画はリンパ球94%、ADA16IU/l、蛋白2.8g/dl、比重1.023。胸水の細菌培養は陰性で、結核菌のPCRは陰性であった。血液検査では白血球3800、CRP4.0mg/dl。胸部CTで右背側の横隔膜上に6×5cm大の円盤状の腫瘤が見られた。同腫瘤は造影不良であった。他に、右肺S⁹からS¹⁰にかけて5×5cm大の円盤状の器質性肺炎像が、横隔膜上腫瘤に隣接して見られた。2月16日に胸腔鏡下に横隔膜上腫瘤の針生検を行った。腫瘤内容物は壊死物質であり、悪性所見はなかった。壁側胸膜も慢性炎症性変化を示したことより、腫瘤は膿瘍と診断された。3月1日膿瘍切除術を施行した。膿瘍は6×6×2cm大、表面平滑、黄白色であり、右肺下葉と一部癒着していた。膿瘍から約5mm離れた位置で横隔膜を切離してゆき、横隔膜と一塊として膿瘍を摘出した。横隔膜欠損部はゴアテックスシートで修復した。膿瘍内容物はチョコレート様の壊死物質であり、グロコット染色および抗酸菌染色で真菌や結核菌は見られなかった。細菌培養も陰性であった。膿瘍壁に肉芽腫形成はなかった。膿瘍が横隔膜筋層の筋膜と壁側胸膜との間に存在することより、膿瘍は横隔膜上膿瘍と診断された。術後1年9ヶ月現在、膿瘍の再発は認めていない。

P-218 横隔膜原発と考えられた広茎性SFTP (Solitary Fibrous Tumor of the Pleura) の1手術例

¹ 榛原総合病院 呼吸器外科, ² 藤枝市立総合病院 心臓呼吸器外科, ³ 焼津市立総合病院 外科, ⁴ 磐田市立総合病院 呼吸器外科, ⁵ 浜松医科大学 第一外科

北 雄介¹, 野木村 宏¹, 高橋 毅², 関谷 洋², 小林 亮³, 松下 晃三⁴, 大井 諭⁴, 鈴木 一也⁵, 数井 暉久⁵

【背景】SFTP (Solitary Fibrous Tumor of the Pleura) は臓側胸膜に多く発生し、形態的に有茎性が多い。広茎性の場合、悪性の可能性が高く、手術での摘出範囲には十分な注意が必要となる。今回、横隔膜上に存在しながら肝浸潤が疑われ、胸腔鏡手術から開胸術へと移行したSFTP症例を経験した。【症例】71歳男性。近医にて高血圧を治療中、胸部異常影を主訴に当院に紹介された。レントゲン上、右横隔膜に重なる位置から右胸腔へ凸に存在する、境界一部不明瞭な腫瘤影が確認され、CTでは、横隔膜上の中心付近から背側にかけて、約10cm大の病変であった。術前に生検は行わず、胸膜由来腫瘍の診断で、まず胸腔鏡下にアプローチ。肺底区との癒着を切離し、腫瘍と横隔膜の間にテーピングの後に横隔膜を切開すると、腫瘍は横隔膜を貫通して肝と連絡している様子であった。最終的に、肝漿膜を合併することで切除しえた。【考察】当院で過去に経験したSFTP3例はすべて有茎性であり、全例胸腔鏡手術にて切除され、無再発生存中であるが、今回の病変は広茎性で浸潤傾向があることから悪性の経過をたどる可能性がある。腫瘍切除断端から離れた部位での再発例報告もあり、切除断端を十分にとる事に加え、術中操作を愛護的に行う事が重要。【結論】SFTは、広茎性と判明した時点で開胸術への移行を考慮すべきであり、横隔膜病変の場合は肝切除等に備える必要がある。

P-220 成人に発症した外傷性横膈神経麻痺の1例

JA三重厚生連 鈴鹿中央総合病院 呼吸器外科

水野 幸太郎, 深井 一郎

【はじめに】外傷性横膈神経麻痺は鉗子分娩による新生児の頸部牽引外傷がよく知られ、麻痺は可逆性のことが多い。我々は交通外傷で横膈神経に限局した麻痺を呈した成人例を経験した。所見よりC4単独損傷と診断した。3ヶ月経過した現在も麻痺は続き、非可逆性損傷の可能性が大である。極めてまれな症例であり報告する。【症例】71歳の男性。バイク走行中に自動車と衝突して搬送された。来院時は意識清明で、体幹、四肢の筋力低下や麻痺は認めなかった。X-P, CT上著明な右横膈膜の挙上と両側後縦隔、および胸腔内の出血、肺挫傷(右優位)を認めた。頸椎、胸椎、肋骨の損傷は認めなかった。他に右前腕と右下腿の骨折があった。深吸気、呼気位とも右横膈膜はまったく動いておらず、右横膈神経麻痺の状態であった。このため換気量が少なく酸素化が不十分であり、人工呼吸管理を要した。その後3ヶ月間、呼吸リハビリの成果でおそらく健側の換気が増し、患側の低換気を代償している状態で落ち着き自発呼吸での車椅子生活が可能となったが、右横膈膜の麻痺は改善していない。【考察】頸部への高エネルギー外傷では脊髄そのものや神経根が傷害されて複数の神経損傷に由来する症状を呈することが多い。しかし自験例では主にC4に由来する横膈神経に限局した麻痺のみを認めた。これを裏付けるごとくMRIではC2から5の頸椎症とC4の引き抜き損傷を認めた。上肢への神経伝達速度はいずれも正常で、C4に限局した損傷であることが証明された。元来頸椎症があり、牽引外力に対して損傷を受けやすい状態であるところに、外傷をうけてC4のみが損傷した稀なケースであると考えられた。今後、横膈膜 pacingなどを考慮している。