

P-253 タココンプによると考えられた術中アナフィラキシー・ショックの一例

¹西宮市立中央病院 外科, ²大阪府立成人病センター 呼吸器外科

松垣 直純¹, 東山 聖彦², 岡見 次郎², 尾田 一之², 高見 康二², 児玉 憲²

タココンプは貼るフィブリン接着剤として呼吸器外科領域のみならず多くの外科手術に用いられている。しかし、ヒト・ウシ・ウマの血液を原料としている特定生物由来製品であり、ショックをはじめとした過敏症を発現する可能性がある。われわれは、術中にタココンプによると考えられたアナフィラキシー・ショックを経験したので、報告します。症例は77歳男性。20年前に胃潰瘍で胃切除、15年前に脳外科（詳細不明）で開頭手術の既往あり。薬物アレルギーとして感冒薬（詳細不明）で皮疹の既往あり。2003年7月検診で右S4の末梢に16mm大のGGO病変を指摘され、2004年5月徐々に増大し、気管支鏡下生検で肺腺癌と診断された。同7月硬膜外麻酔併用全身麻酔下に手術施行。上中葉間の完全分葉不全で、2葉肺であった。定型的に中葉切除術を施行。陳旧性リンパ節結核のため石灰化をとまうリンパ節が肺門に硬く癒着しており、その近傍よりair leakを認めため、タココンプを使用した。貼付後、数分後の閉胸時に血圧の低下を認めたが、当初硬膜外麻酔などの影響と考えられた（術中出血量230ml）。しかしDOAおよびADの使用にもかかわらず血圧の回復はなく、貼付直後より発症したことからタココンプによるアナフィラキシー・ショックを疑い、再開胸し、タココンプの除去および胸腔内洗浄（5L）を施行したところ速やかに血圧の上昇を認めた。後日、術中採取した血液よりタココンプの成分であるウシ・アプロチニンに対する特異的IgE抗体価の有意な上昇を認め、タココンプによるアナフィラキシー・ショックと診断した。まれな合併症ではあるが、アレルゲンとして念頭に置き、注意を要すると思われた。

P-255 肺 clear cell tumor の1例

京都医療センター

平田 敏樹, 大谷 哲之, 南口 早智子

症例は34歳、女性である。検診にて胸部異常陰影を指摘され、精査目的にて当院を受診した。初診時、胸部x-p上右肺野、肺門付近に径2cm程度の辺縁明瞭な円形陰影を認めた。胸部CTでは右肺上葉S2中枢側に境界明瞭で内部均一な径約2cmの円形陰影を認めた。確定診断を兼ねて胸腔鏡補助下に腫瘤核出術を行った。病理学的には、胞体のclearな細胞がシート状に増生しているのが認められ、免疫染色の結果も合わせてClear cell tumorと診断された。術後状態良好で退院となった。本疾患は非常にまれであり、文献的考察を加え報告する。

P-254 自然気胸手術時の切除標本で偶然発見された悪性solitary fibrous tumor (SFT) の一例

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

大井 諭¹, 松下 晃三¹, 関谷 洋², 船井 和仁³, 高持 一矢³, 鈴木 一也³, 数井 暉久³

【はじめに】SFTは稀な疾患であり一般的には良性腫瘍と考えられているが、約10%から30%に局所再発や転移が見られる。今回我々は、右自然気胸手術時の切除標本で偶然発見された悪性SFTの一例を経験したので報告する。【症例】48歳男性。平成15年9月2日、右自然気胸でVATSプラ切除術を行った。切除標本の病理検査で腫瘍細胞を認めた。術後の画像診断では腫瘍の遺残は認められなかったため嚴重に経過観察とした。平成16年2月19日、咳嗽を主訴に当院受診した。右胸腔に右主気管支をほぼ閉塞する腫瘍の再発を認めた。緊急放射線治療と化学療法にも反応しないため、平成16年4月1日右主葉切除術＋腫瘍切除術を行い肉眼的には完全切除した。その後、追加の放射線治療を行って経過を見ていたところ、8月10日嚥下困難を主訴に外来を再診した。CT上、食道と大動脈を取り囲むように進展する巨大な腫瘍の再発を認め入院となった。入院後は、抗癌剤感受性試験を参考に化学療法を行ったが効果なく、平成16年9月24日呼吸不全で永眠された。【結語】切除標本はできる限り病理組織診断に提出すべきである。SFTの場合完全切除が唯一の根治療法であるので、術中は十分なsurgical marginを取るよう心がける事が肝心である。

P-256 Post-thymectomy myasthenia gravis の1例

¹東京都立豊島病院外科, ²東京医科大学外科

伊藤 哲思¹, 金 慶一¹, 及川 武史¹, 加藤 治文²

症例は、55歳男性。症状は特になく、平成15年の区検診で胸部X線異常陰影を指摘され当院外科に紹介された。精査の結果 縦隔腫瘍と診断、画像上は浸潤性胸腺腫が考えられた。臨床上 重症筋無力症等の合併はなく、全身精査の後 手術を施行した（拡大胸腺腫胸腺摘除術）。病理組織検査では、WHO分類でtype AB thymoma (mixed type), minimally invasive, 進行度分類ではstage IIであった。術後 特に合併症なく順調に経過し退院、外来で経過観察をしていたところ、4ヵ月後 全身倦怠感、眼瞼下垂などの症状が出現したため神経内科受診、重症筋無力症と診断された。この時点で再度全身精査を行ったが、胸腺腫の再発や転移は認められなかった。以上の経過より、Post-thymectomy myasthenia gravis (post-Tmx MG)と診断、ステロイド治療を行い、経過は良好で現在外来通院中である。Post-Tmx MGの発症頻度は4.6%程度と報告されており、未だ解明されていない点も多い。若干の文献的考察を加え報告する。