

P-461 肺大細胞神経内分泌癌についての検討菅野 雅之¹・川島 修¹・永島 宗晃¹・野内 達人¹
桑野 博行⁴・中島 孝³・森下 靖雄²¹国立病院機構 西群馬病院 呼吸器外科；²群馬大学 臓器病態外科学；³群馬大学 応用腫瘍病理学；⁴群馬大学 病態総合外科学

【はじめに】肺の大細胞神経内分泌腫瘍 (LCNEC) は 1999 年の WHO の肺癌組織分類において新たに取り入れられた腫瘍で、非定型カルチノイドと小細胞癌の中間的悪性度を有する神経内分泌腫瘍として規定されているが、臨床病理学的側面は明らかではない。今回、我々は当科で手術した肺の LCNEC について検討したので報告する。【対象と方法】1999 年の肺癌組織分類の発表以降、当科で手術を施行した LCNEC 6 例を対象とした。検討項目は年齢、性別、喫煙指数、発見動機、腫瘍占拠部位、腫瘍径、術後経過、再発部位、予後について検討した。なお、予後は Kaplan-Meier 法を用いて検討した。【結果】平均年齢は 72.5 歳 (61~89 歳) で、全例が男性であった。平均喫煙指数は 1107.5 で重喫煙者が多かった。発見動機は検診が 4 例、有症状受診が 2 例であった。腫瘍の占拠部位は右肺 3 例、左肺 3 例で、平均腫瘍径は 4.2cm (1~6.5cm) であった。術前生検で LCNEC と診断されたものは無かった。術式は葉切が 5 例 (うち 1 例が 2 葉切除)、低肺機能のために部分切除を施行したのが 1 例であった。術後診断で 3 例が LCNEC で、3 例が large cell neuroendocrine morphology の診断であった。リンパ節転移は見られず、術後病理病期は IA 期が 1 例、IB 期が 5 例であった。術後経過は LCNEC の 1 例が術後 7 ヶ月に胸腔内再発を来し、術後 10 ヶ月で癌死した。全体の予後は 3 年生存率で 80% であった。【結語】現時点では症例数が少なく観察期間も短いため、具体的な結果は得られなかった。しかし、I 期に関わらず術後早期に再発し癌死した症例が認められ、厳重な経過観察が必要と考えられた。今後更なる症例の蓄積が必要と考えられた。

P-463 触知不能小型肺腫瘍に対する外科治療—CT ガイド下マーキングと術中軟線撮影を組み合わせた腫瘍確認法—大井 諭¹・松下 晃三¹・佐野 武尚²・内山 啓²
妹川 史朗²・安田 和雅²・関谷 洋³・鈴木 一也⁴
数井 暉久⁴¹磐田市立総合病院 呼吸器外科；²磐田市立総合病院 呼吸器内科；³藤枝市立総合病院 心臓呼吸器外科；⁴浜松医科大学 第一外科

【背景・目的】CT 撮影の機会増加に伴い、胸部レントゲン写真で描出困難な触知不能小型肺腫瘍が CT 検査で偶然に発見され、その診断と治療のため手術を行うことが多くなってきている。このような症例において、術中確実に腫瘍を同定できる方法はないか検討してみた。【対象・方法】2002 年 9 月から 2005 年 6 月まで、男性 6 名、女性 5 名の計 11 症例・13 病変に対し、CT ガイド下マーキングと術中軟線撮影を組み合わせて手術を施行した。CT ガイド下マーキングは、マーカー針または色素法を用いた。色素法は、色素 (インジコカルミンまたは ICG) と油性造影剤 (リピオドール) を同じ比率で注入直前に混和した。腫瘍の局在を色素で確認できる場合はそのまま、できない場合は、術中透視下で局在を確認し部分切除を行った。切除標本は、軟線撮影を行って腫瘍の位置を確認し、迅速診断の割を入れる部位の参考にした。【結果】マーキングしたすべての症例で腫瘍を確認できた。色素法だけで確認できなかった 2 病変は、いずれもインジコカルミンで行ったもので、それらは術中透視下で確認した。切除標本の軟線撮影では、11 例すべてに腫瘍陰影を認め、術中迅速組織診断で腫瘍性病変を確認した。しかし、1 例、永久標本で取り残しが判明し、後日再手術を行った。【結語】CT ガイド下マーキングと術中軟線撮影を組み合わせた腫瘍確認法は非常に有用であった。しかし、surgical margin の評価は不確実で、永久標本の結果によっては、再手術を考慮しなくてはならない症例もある。

P-462 経気管支的に広範進展を示したと思われる腺癌 (micropapillary) の一例君塚 五郎¹・渋谷丈太郎²・一ノ瀬高志²・菅原 崇史²
鈴木 俊郎³・勝又宇一郎³・松本 登³¹岩手県立胆沢病院 病理科；²同 外科；³同 内科

経気管支的と思われる広範な進展と、Micropapillary 細胞集団の多数見られた肺腺癌の一例を報告する。

【症例】61 歳女性【現病歴】昨年までの検診では異常を指摘されていない。1 ヶ月前ほどから咳、痰を自覚、発熱はなし。症状が続くため近医受診。左進行肺癌の疑いにて当院内科紹介され、受診。喀痰細胞診で腺癌と判定された。諸検査および画像診断などの結果から左肺切除術が選択された。【肉眼・組織所見】摘出肺標本は、肝様硬で剖面では上葉のほとんどと下葉の大部分で肺胞構造が認められなかった。組織学的には、明瞭な核小体を持つ大型立方状あるいは円柱状細胞の Papillary 増殖で、肺胞上皮を置換して増殖するとみなし得る部分も見られた。Adenocarcinoma, Papillary type あるいは混合型と考えられた。粘液産生はみとめなかった。本腫瘍の特徴として腫瘍細胞が孤在性あるいは小集団となって肺胞を満たしていた。集団の腫瘍細胞は、いわゆる Micropapillary の形態を示していた。Micropapillary 集団は、肺胞壁面より腔に突出する乳頭状増殖の部の他に、腫瘍細胞が剥離脱落したと思われる肺胞腔にも多数認められた。また、病変の強い部分では気管支上皮を置換する増殖が目立ち腔内に遊離細胞が多い。さらに区域気管支表面にも腫瘍細胞が付着していた。他方、病変が散在性で小さい部分では細気管支中心の病変であった。

【まとめ】乳癌の Micropapillary 増殖は予後不良の因子とされているが、中川らの報告のように肺癌においても Micropapillary 増殖が認められる。本例は Micropapillary 増殖が著明で、経気管支的進展を呈したと思われる。肺癌での予後との関連も含め注目すべき組織像と考えられる。

P-464 Ground glass opacity (GGO) に対する手術適応基準とその評価内山 明彦¹・三宅 純¹・大島 司²・中野 寛行²
佃 正行³・島尻 正平⁴・中野 龍治⁴・小島 雅之⁵
岡部 安博¹・田中 雅夫⁵¹九州厚生年金病院 外科；²内科；³放射線科；⁴病理；⁵九州大学 臨床・腫瘍外科

<目的>GGO 病変に対して HRCT からみた一定の手術適応基準を設け、手術および病理結果からその妥当性を検討した。<対象と方法>2003 年 11 月から 2005 年 6 月までに切除手術を施行した GGO 27 症例 30 病変 (男性 10 例、女性 17 例、平均年齢 63.2 歳) を対象とした (うち術前未確定 23 症例 26 病変)。HRCT 像を pure GGO type, mixed type (GGO と solid の混在) の 2 型に分類し、径 1cm 以上の円形の pure GGO, 増大する円形の pure GGO, および中心高濃度で周辺 GGO の mixed type, の 3 項目を手術適応とし、病理結果と対比した。手術は未確定例では適宜 CT ガイド下マーキングを用いて術中迅速病理診断を行い、径 1cm 以下の野口 A, B の bronchioloalveolar carcinoma (BAC) には縮小手術 (楔状切除)、その以外の野口 C を含む癌には肺葉切除 (ND2a) を施行した。<結果>1) 病理結果は、pure GGO 12 病変のうち、腺癌 6 病変 (BAC 野口 A: 4 病変、野口 B: 1 病変、野口 C: 1 病変)、atypical adenomatous hyperplasia (AAH) 2 病変、肺内リンパ節 2 病変、肺胞隔壁肥厚 1 病変であった。また mixed type 18 病変のうち、腺癌 17 病変 (BAC 野口 C: 10 病変、乳頭型腺癌 2 病変、混合型腺癌 5 病変)、炎症 1 病変であった。2) 癌に対しては、肺葉切除 (ND2a) 19 例、区域切除 1 例、部分切除 3 例を施行し、リンパ節はいずれも N0 であった。<考察>今回の適応基準に合致した GGO 24 症例のうち腺癌が 23 例 (95.8%) であり、GGO 病変に対する HRCT からみた上記の手術適応基準は概ね妥当と考える。