

示-131

SIADHとEaton-Lambert症候群を合併した肺小細胞癌の一例

浜松医科大学第二内科

○谷口正実、沖 隆、早川啓史、千田金吾、
本田和徳、大郷勝三、今井弘行、佐藤篤彦、
吉見輝也
同第一内科
西村嘉郎

低K血症と下肢筋力低下で入院し、入院後に肺癌の合併が診断され、血清K値が補正されるとともに、Eaton-Lambert症候群 (E-L症候群) 特有の筋電図所見ならびに低Na血症とADH不適切分泌が出現した興味ある症例を経験したため報告する。

症例66才、主婦 主訴：歩行障害、現病歴：昭和56年1月より下肢の脱力が進行し4月には歩行困難となった。5月に眼瞼下垂、嚥下困難も出現し、近医で低K血症を指摘され、Kの投与で一時症状は改善。6月に諸症状が増悪したため当科へ車椅子で入院となる。入院時Na141, K2.8mEq/l, Fishberg t. 1.010 PSP正常、Cr. クリアランス60 l/日、胸部X-pで右S2と右下葉分岐部の腫瘤影、左肺門リンパ節腫大を認め、気管支鏡下で右下葉入口部の腫瘤より生検で oat cell ca. と診断。当初、低K血症の原因としてACTH 産生腫瘍を疑ったが、ACTH, 尿中17OHCS値は正常で否定され、アルドステロン、動脈血pHも正常などより、摂取の低下に加えて腎のカリウム保持力障害が推定された。カリウムの補給により血清K値が正常化した9月には、筋電図で10Hz以上の反復刺激により Waxing 現象が明らかになり、一方 fishberg t. で濃縮力も1.016と改善。それとともに 低Na血症、低浸透圧血症、高張尿と高ADH血症が出現し、E-L症候群とSIADHの合併と診断した。Endoxan, ACNU, MTXのEAM療法を3回施行し、2回目の前後で血漿ADHの減少を確認したが、神経症状は不変であった。その後、腫瘍は増大傾向を示し、昭和57年4月に心筋梗塞を併発し死亡。腫瘍組織内に高ADH(Arginine Vasopressin) 活性を認め、さらに培養しトリプシン処理で腫瘍の ADH合成を証明し、ADH産生腫瘍の確診を得た。

考案：SIADHとE-L症候群の合併は現在まで本邦で本例を含め6例しかなく、極めてまれな症例である。本症例は腎のK保持力低下によると思われる低K血症のため、2つの症候群の症状発現がマスクされており、今後肺癌の合併症を診断する上で示唆に富むものである。一方、本例では、腎機能障害、副腎転移を認め、低Na血症、尿中Na排泄増加も明らかでなく、従来のSIADHの診断基準では除外されるものであるが、血漿ADHの経時的測定で不適切なADH分泌、腫瘍の高ADH活性及び腫瘍細胞のADH合成も証明しえたことでSIADHの確診とした貴重な症例と考えられた。

示-132

3年6ヶ月生存中の非切除大細胞未分化癌

の一例

産業医科大学第2外科

○徳永裕之、下川路正健、嶋津 明、日高正晴
藤田博正、永田真人、川原英之、小田桐重遠
村上 勝、石倉義弥、吉松 博

進行肺癌の長期生存例はTumor Doubling Timeの長い腺癌を除けば極めて少く、特に大細胞未分化癌は細胞分化度がきわめて低くその組織像も多彩であって化学療法にあたっては薬剤選択の困難な病型の肺癌である点から、その治療もまた問題点が多い。我々は放射線治療と免疫化学療法により、3年6ヶ月を経た現在生存中の大細胞未分化癌の一非切除例を経験したので報告する。

症例は61才男性で嗄声を主訴に来院し、胸部レントゲン写真等から、左横隔膜神経麻痺を伴う左S¹⁺²原発のⅢ期肺癌と判定された。肺血管造影では左肺動脈幹の狭搾がみられ、縦隔鏡検査では左傍気管および左気管支リンパ節に多数の転移腫大をみとめた。

摘出したリンパ節の病理学的検索では大細胞未分化癌であった。入院時のCEA値は5.7ng/mlと高値を示し、骨シンチでは上顎骨等への異常集積像を認めた。

昭和54年12月14日から55年2月4日までの間コバルトによる深部照射を病巣部および縦隔に合計6150rad行い退院せしめた。

以降外来にてOK-432, 2KEの筋注を行う一方55年7月からMFCによる化学療法を56年2月までに2週に1回の割合で初回治療として施行した。

CEA値は56年3月に6.5ng/mlと漸増傾向を示すため、56年6月からはOK-432を1回10KEの皮内投与に改めた。さらに56年10月からADM(アドリアマイシン)20mg, VCR(ビンクリスチン)1mgの静注を5回行った後、ADM20mg, エンドキサン100mgの組合せに変更し約1年間の間に計20回の静注を施行した。この間のCEA値は6.4ng/mlから16.4ng/mlの間を上下した。57年11月から再びFMC療法に変更し現在も続行中である。

この患者のCEA値はほぼ2ヶ月間隔で検査したが常に5ng/ml以上の値を示すことから、担癌のままに初回治療開始から3年6ヶ月を経た現在まで生存しているものと考えられる。

放射線治療後、外来通院にて3年余にわたって免疫化学療法を行い現在も生存中の大細胞未分化癌の一例を経験した。その治療経過、CEA値の変動・皮内テストを中心とした免疫動態の変動などを中心に報告した。