

## V-065 皮下鋼線吊り上げによる胸腔鏡下拡大胸腺摘出術

藤田保健衛生大学呼吸器外科

須田 隆, 長谷川 祥子, 根木 浩路, 服部 良信

胸腔鏡下拡大胸腺摘出術は、その美容的側面から重症筋無力症に対する手術方法として有用である。我々の行っている皮下鋼線吊り上げによる胸腔鏡下拡大胸腺摘出術をビデオで供覧する。体位は仰臥位、両側上肢90度外旋とした。両側の測胸部第3肋間中腋窩線、第5肋間前腋窩線および中腋窩線上にportを挿入した。縦隔胸膜切開の後、胸骨後面のスペースを開けるために前胸部の皮下鋼線吊り上げを行った。上縦隔および頸部の視野確保のため両側内胸静脈は切離した。横隔神経より上方の脂肪織とともに胸腺を剥離し胸腺を摘出した。皮下鋼線吊り上げによる胸腔鏡下拡大胸腺摘出術は、美容的側面において患者の満足度も高く、技術的に比較的容易でかつ安全に行う事ができる。

## V-067 上中葉切除後の同側第二肺癌に対する右残肺全摘術

国立がんセンター中央病院 呼吸器外科

鈴木 健司, 渡邊 俊一, 土屋 了介, 浅村 尚生

肺癌治療において外科治療は依然として中心的な役割を担っているが、なかでも残肺全摘術は困難な術式とされている。残肺全摘術は初めの手術が上葉切除や中葉切除などの肺門の剥離を伴う場合に特に困難である。今回呈示する症例は上中葉切除と肺門縦隔のリンパ節廓清を行って9年目の再発肺癌に対して右残肺全摘術を施行した一例である。症例は48歳女性。1996年に肺癌切除目的に当院で右肺上中葉切除を受けている。術後病理は高分化から中分化原発性肺腺癌で病理病期T1N1M0のIIA期であった。術中肺門のリンパ節転移を認めたために上中葉切除となっている。術後順調に経過したが、9年目に再発を認めた。残存右肺下葉に径2cmの腫瘤をみとめ、生検の結果腺癌の診断となり、第二癌と診断した。治療選択は肺門に近いため外科切除であれば残肺全摘術が必要であった。放射線治療の選択肢も検討したが、年齢とPSなどを考慮した上で、切除の方針となった。前回と同様の後側方開胸、第5肋間開胸とした。下肺静脈は心嚢外で通常に処理を行った。上肺静脈の断端と肺門の肺動脈は高度に癒着していたため、心嚢を切開して上大静脈をテーピングした後に、右肺動脈を上肺静脈と大動脈の間で切離した。気管支と上大静脈、肺動脈は一塊となっており、肺動脈中枢を処理した後に肺動脈の壁を一部残存させる形で切除を行った。気管支は手縫いで通常に処理を行った。手術時間4時間10分、出血量165ml。同側第二癌に対する外科切除はしばしば残肺全摘術を要する。その際、初回手術が上葉切除を含む場合、技術的に困難な場合が多く、特に血管系の中核のコントロールが極めて重要である。

## V-066 ループ状胸骨吊り上げバーを用いた鏡視下拡大胸腺摘出術

浜松医科大学 第一外科

船井 和仁, 鈴木 一也, 高持 一矢, 数井 暉久

【はじめに】重症筋無力症に対する内視鏡下拡大胸腺摘出術は徐々にその範囲を広げている。しかし、手術手技上は狭い空間での操作による安全性の確保や操作性に問題点も多い。各施設では、この問題点に対して頸部襟状切開を追加したり、デバイスを工夫したりして対応しているのが現状である。当科では、新しい胸骨吊り上げバーを試作し、胸骨を吊り上げることにより安全で十分な操作空間を確保できたので、今回症例をビデオで供覧する。【症例】38歳、女性。【主訴】眼瞼下垂。【現病歴】眼瞼下垂を主訴に近医を受診し、胸腔鏡下拡大胸腺摘出術目的で当科に紹介された。【手術】全身麻酔+硬膜外麻酔下に仰臥位で背中に枕を入れた体位をとり、乳房下縁のlineで前腋窩線内側から12mmポートを挿入した。胸腔鏡で右胸腔内から前縦隔を観察した後、剣状突起下に約3cmの皮切をおき、胸腔鏡で確認しながら胸骨下を剥離した。中腋窩線から5mmのポートを追加し、超音波凝固切開装置を用いて右の縦隔胸膜を頭側に切開した。金属棒をループ状に形成した吊り上げバーを胸骨下に入れて胸骨を挙上し、胸骨下に十分な操作空間を確保し、両側は横隔神経の内側まで、頭側は甲状腺下極までを切除範囲とし、尾側は左右横隔膜上の脂肪組織まで切除した。手術時間は2時間43分、出血量は少量であった。術後は良好に経過した。【結語】ループ状胸骨吊り上げバーを用いた拡大胸腺摘出術は、周囲組織に対して安全なバーと、胸骨吊り上げによる広い操作空間の確保によってストレスを感じることなく安全に手術を行うことが可能であった。

## V-068 原発性肺癌右上葉切除後の右下葉限局再発に対する下葉切除術—中葉温存の意味—

<sup>1</sup>岐阜大学大学院医学系研究科 高度先進外科学分野, <sup>2</sup>岐阜大学大学院医学系研究科 放射線・腫瘍・画像医学分野

岩田 尚<sup>1</sup>, 白橋 幸洋<sup>1</sup>, 松本 真介<sup>1</sup>, 福本 行臣<sup>1</sup>, 今泉 松久<sup>1</sup>, 鳥袋 勝也<sup>1</sup>, 桐生 拓司<sup>2</sup>, 竹村 博文<sup>1</sup>

右上葉切除後に右下葉切除術を施行した症例を経験したため、報告する。【症例】60歳台、女性。【主訴】胸部異常陰影。【現病歴】2000年3月当科にて原発性肺癌に対して右下葉切除術施行(pT1N0M0 stage IA adenocarcinoma)された。外来経過観察されていたが、2004年頃より、下葉に多発結節影出現、増大傾向にあり、TBLBは本人拒否したため確定診断に到らなかった。下葉に限局していることから手術適応と判断し当科紹介された。【胸部CT】右下葉に10mm大の辺縁不整、境界不明瞭な腫瘤陰影を多数認めた。右中葉、左肺は特に異常を認めなかった。【FDG-PET】有意な集積は認めなかった。画像上腫瘤の増大傾向から肺癌再発と診断され、手術適応と判断した。前回の手術癒着から右肺全摘になる可能性も考慮し、肺動脈閉塞試験を施行した。平均PA圧19 torrと耐術可能と判断されたが右全摘予測呼吸機能1秒量が695mlであった。2005年10月手術施行した。前回の手術では第5肋骨床開胸であったため、胸腔鏡で確認しながら第6肋間開胸した。葉間肺動脈周囲は線維性の癒着を認めたため末梢のA8から剥離を進め露出し処理した。中葉自身は胸壁へ癒着しており、捻転等の危険はないものと判断した。術後特に問題なく経過した。術後呼吸機能は、1秒量1200mlであり、換気、血流センチでも中葉機能が全体の28%を占めた。【結論】今回の症例は、中葉を温存することにより、術後呼吸機能をよりよく保つことが可能となり、患者のQOLに貢献できたものと考えられ、このような術式も検討すべきと思われる。