

## V-013 鎖骨下動静脈浸潤パンコースト型肺癌の完全切除術

九州大学 大学院 消化器・総合外科

山崎 宏司, 吉野 一郎, 大場 太郎, 高祖 英典, 川野 大悟, 亀山 敏文, 田川 哲三, 饒平名 知史, 前原 喜彦

【はじめに】鎖骨下動静脈浸潤パンコースト型肺癌に対して前・後方および後方みのアプローチでそれぞれ安全に血管処理し完全切除しえた症例を経験したので供覧する。【症例1】55歳, 男性。左背から上肢痛あり, 左肺尖部に径8cmの腫瘍を指摘された。TBLBにて扁平上皮癌と診断。第1-2肋骨および鎖骨下動静脈へ直接浸潤が疑われ導入化学放射線療法 (CDDP + VP16, 48Gy) 後手術を施行。仰臥位にて左鎖骨上縁から胸骨正中, 第2肋間前方に至る切開により Door-open 法にて開胸, 鎖骨切除にて視野を展開。左内頸・鎖骨下静脈を腫瘍末梢で合併切除。鎖骨下動脈後面へ腫瘍が広く接するも外膜剥離可能であった。閉胸後右側臥位とし後側方切開, 第5肋骨床開胸。第1-4肋骨に浸潤を認め肋骨を合併切除の上左肺上葉切除にて摘出を完了。リンパ節郭清後 Marlex Mesh にて胸壁再建した。術後4ヶ月, 再発なく社会復帰している。【症例2】69歳, 男性。右背痛, CEA 上昇あり, 右肺尖の肥厚と PET 異常集積を認めた。腫瘍の右鎖骨下動脈浸潤を疑うも Dubin-Johnson 症候群あり導入療法は施行せず。左側臥位, 背側切り上げの後側方切開, 第5肋骨床開胸。胸腔頂から第3肋骨後方に腫瘍の癒着を認め, まず右上葉切除術, リンパ節郭清および第1-3肋骨切離を行い肺尖部の視野を確保。Th1-2の腕神経叢合流部で浸潤あり, 切離した。右鎖骨下動脈に浸潤あり, 上下クランプ後切除し摘出を完了。人工血管で動脈再建した。Hypotonic CDDP にて胸腔内洗浄後 Marlex Mesh にて胸壁再建した。術後照射 (60Gy) 後2年, CEA 上昇を認め化学療法を継続中。【まとめ】パンコースト型肺癌手術のアプローチ法選択は進行肺癌の根治性を高める重要なポイントである。

## V-015 術前癌性胸水を有し Induction chemotherapy により摘出し得た縦隔 yolk sac tumor の1例

<sup>1</sup>福岡大学 医学部 第2外科, <sup>2</sup>雪ノ聖母会 聖マリア病院, <sup>3</sup>福岡大学病院 第1内科柴田 亮輔<sup>1</sup>, 山本 聡<sup>1</sup>, 加藤 文章<sup>1</sup>, 三好 立<sup>1</sup>, 平塚 昌文<sup>1</sup>, 白石 武史<sup>1</sup>, 岩崎 昭憲<sup>1</sup>, 吉永 康照<sup>2</sup>, 田村 和夫<sup>3</sup>, 白日 高歩<sup>1</sup>

悪性縦隔腫瘍はしばしば進行した状態で発症し治療に難渋する。今回, 癌性胸膜炎で発症した縦隔 yolk sac tumor に対して, induction chemotherapy を行い腫瘍摘出が可能であった症例を提示し, その治療効果と問題点を提示する。【症例】40歳, 男性。既往歴: 30歳時に右副睾丸腫瘍。H16年10月に15×13cm大の前縦隔腫瘍を指摘されていた。11月心タンポナーデ・右胸水貯留を認め近医でドレナージ+生検で yolk sac tumor と診断された (AFP 18429 $\mu$ g/ml)。化学療法 (Bleomycin 20mg/body・Etoposide 100mg/body・Cisplatin 20mg/body による BEP 療法) を3クール施行, 腫瘍は径9.9×8.7cm 大に縮小傾向あり, 右胸水認めず, AFP も67 $\mu$ g/ml と減少した。手術適応を考慮し当科紹介となった。入院時画像所見で胸部 CT 上縦隔に石灰化を伴う腫瘍を認め, 右前胸部にも腫瘍浸潤を認めた。手術は胸骨正中切開+右第4肋間横切開下に, 縦隔腫瘍摘出・右肺部分切除・右乳腺・大胸筋・小胸筋・第3肋骨・心膜・左腕頭静脈の部分切除術を施行した。術後経過は良好で, 重篤な合併症なく退院となる。現在, 対側左肺と左肺門リンパ節に転移を認めるが, 化学療法施行し生存中である。【結語】癌性胸膜炎で発症し induction chemotherapy を行い腫瘍摘出が可能であった縦隔 yolk sac tumor の症例を提示した。進行悪性縦隔腫瘍に対する一つの trial の可能性が示唆されたと考える。

## V-014 根治的同時放射線化学療法後に切除した N3 $\gamma$ 転移陽性肺癌の一例

浜松医科大学 第一外科

高持 一矢, 鈴木 一也, 船井 和仁, 春藤 恭昌, 数井 暉久

症例は59歳, 男性。4ヶ月前から左鎖骨上窩に小豆大の結節を自覚するも放置, 3cm 大に増大してきたため近医を受診した。胸部 CT で左肺上葉に6cm 大の腫瘍を指摘され, 精査加療目的で当科へ紹介された。左鎖骨上リンパ節の生検を行い, 扁平上皮癌と診断した。胸部 CT 上, 左上葉の原発巣から連続的に左鎖骨上リンパ節の腫大を認め, 左鎖骨下動脈の根部から下行大動脈にかけて腫瘍が接していたため浸潤の可能性も疑われた。左肺扁平上皮癌, cT3 (or T4) N3 $\gamma$ M0 stage IIIB の診断で, 根治的同時放射線化学療法 (CBDCA AUC6 + PTX 200mg/m<sup>2</sup> × 4, RT 60Gy) を行った。治療効果は PR, ycT3 (or T4) N0M0 と down stage した。今後の方針として, 患者は経過観察よりも切除を希望されたため, 十分な Informed consent のもと手術を行った。左頸部 J 字切開, 胸骨正中切開で左肺上葉切除, リンパ節郭清 (ND3 $\gamma$ ) を施行し完全切除した。治療開始前に原発巣と転移リンパ節が存在した範囲には線維性の強固な癒着が認められた。腫瘍と左鎖骨下動脈根部から下行大動脈との間は縦隔胸膜を合併切除することで剥離可能であった。永久標本上, 肺門, 縦隔リンパ節には転移を認めなかったが, 左頸部リンパ節には転移を認め (左鎖骨上リンパ節: 迅速組織診断にて転移陰性), pT3N3 $\gamma$ M0 stage IIIB, 組織学的治療効果は E1b であった。術後, 乳糜胸, 嘔声, 左上腕の腫脹を認めたが, いずれも保存的に軽快した。左鎖骨上窩のリンパ節腫大の自覚から14ヶ月, 術後4ヶ月の現在, 無再発生存中である。

## V-016 術前導入化学療法後に胸腔鏡下中下葉合併部分切除を行い治癒切除を得た右上葉肺癌の1例

<sup>1</sup>東京慈恵会医科大学 外科学講座, <sup>2</sup>呼吸器内科矢部 三男<sup>1</sup>, 齋藤 祐二<sup>1</sup>, 松平 秀樹<sup>1</sup>, 尾高 真<sup>1</sup>, 佐藤 修二<sup>1</sup>, 森川 利昭<sup>1</sup>, 田中 幹子<sup>2</sup>, 木下 陽<sup>2</sup>, 佐藤 哲夫<sup>2</sup>

【はじめに】進展範囲から右肺全摘術が必要と考えられ, 高齢および気腫肺のため手術不能と判断された右肺上葉肺扁平上皮癌に対し, 術前導入化学療法後に胸腔鏡下中下葉合併部分切除を行い治癒切除を得た1例を経験した。【症例】71歳, 男性。平成17年4月頃より咳嗽出現し, 6月当院呼吸器内科受診。喀痰細胞診から右肺上葉 S2 の空洞を伴う径75mmの扁平上皮癌と診断。肺門リンパ節腫大を認め臨床病期は T2N1M0, 2B であった。8月より CDDP + GEM の化学療法を3クール施行し, 腫瘍と肺門リンパ節の著名な縮小を認めた。技術的困難性も予想されたが, 高齢と肺機能上耐術を考慮し, 十分な説明と同意のもと, 10月に鏡視下手術を施行した。【手術所見】5箇所の小切開を置き, 腫瘍にアプローチした。上中葉間の不全分葉と炎症性変化により腫瘍は S4 と S6 の一部と一塊となっていたため, 上葉切除+中下葉合併部分切除を行う予定で手術を進行した。リンパ節腫脹の既往と化学療法後のため, 肺門部を中心とした血管や気管支間リンパ節周囲の癒着と結合織の増生および気管支動脈の発達著しく処理に難渋した。視野展開のため肺動静脈と上葉気管支を切離し, 最後に肺実質を切離した。上縦隔郭清を行い胸腔鏡下右上葉切除+中下葉合併部分切除を完遂した。手術時間460分, 出血量300ml であった。病理診断は, 中分化扁平上皮癌, yp-T1N0M0 1A で治癒切除と考えられた。術後経過良好で6日目に退院した。【結語】術前導入化学療法後に胸腔鏡下肺葉切除を施行した報告例は殆どなく技術的にも困難であったが, 高齢者の低肺機能症例に対し肺全摘を回避し胸腔鏡下肺葉治癒切除を合併症なく施行することができた。