

P-305 横隔神経を温存し得た上縦隔横隔神経鞘腫の1切除例

大阪赤十字病院 呼吸器外科

川邊 正和, 中出 雅治, 渡辺 裕介, 田中 宏和

縦隔腫瘍の中で本邦では神経原性腫瘍は胸腺腫, 奇形腫に次いで高頻度に見られるが, 殆どが後縦隔に後発し, 上縦隔で横隔神経から発生した腫瘍は極めて稀である. 今回われわれは, 右横隔神経由来の神経鞘腫で横隔神経を温存し摘出し得た1例を経験したので報告する. 症例は54才, 女性. 2005年7月上旬, 微熱, 咳嗽にて近医を受診し, 胸部CTで上縦隔に腫瘤を指摘され, 当院紹介入院となった. 胸部X線写真では明らかな異常を認めず, 胸部CTでは甲状腺下極レベルから下方へ気管右側に沿った径4cmの辺縁平滑で内部は均一な腫瘤で造影効果を認めた. 胸部MRIでは胸椎右側に沿って左鎖骨下静脈が上大静脈に合流する直上部から甲状腺下極レベルに達する径4×4.5cmの境界明瞭な腫瘤で, T2強調画像で高輝度であり, 造影効果を認めた. 以上の所見から神経原性腫瘍を疑い, 頸部襟状切開にて摘出術を施行した. 腫瘤は表面平滑, 弾性硬であり, 総頸動脈, 内頸静脈を背側へと圧排していた. 横隔神経が接する形で腫瘍に侵入しているのを認めた. 被膜に切開を加え, 神経を温存する形で腫瘍を摘出し得た. 摘出腫瘤は52×37×30mmの大きさで, 表面は淡黄色を呈し, 断面には液化した部分が混在していた. 病理組織診断は神経鞘腫であり, 右横隔神経より発生した神経鞘腫と診断した. 術後胸部X線写真で右横隔膜の挙上を認めず, 術後経過良好で, 術後8日目に退院となった. 神経鞘腫は末梢神経のSchwann細胞より発生する腫瘍で, 被膜に包まれた実質性の腫瘍であり, 腫瘍そのものを摘出しても残りの軸索が残っているため神経機能は温存される. 本症例では無事温存することができ, 術後に横隔膜挙上を認めなかった.

P-307 Dumbbell型を呈した後縦隔腫瘍の1切除例

県立広島病院胸部外科

森藤 清彦, 平井 伸司, 三井 法真, 上神 慎之介, 濱中 喜晴

今回我々は, Dumbbell型を呈した後縦隔腫瘍の1切除例を経験したので報告する. 症例は77歳女性. 10ヶ月前に左足悪性黒色腫を指摘. 腫瘍拡大切除+鼠径リンパ節郭清施行. その入院時胸部レントゲンにて縦隔腫瘍を指摘された. 化学療法3クール施行後に縦隔腫瘍の手術目的に当科入院となった. 胸部CTでは96.4×85.8mmの境界は鮮明で平滑, 内部に嚢胞性変化を含む腫瘤を認めた. 一部は第5, 6胸椎椎間孔より脊柱管内に進入していた. 胸部MRIでは右後縦隔腫瘍の内部は分葉状嚢胞状. T1W1で筋肉より低信号を呈し第5, 6胸椎椎間孔は軽度に加大し脊柱管への腫瘍の進展が認められた. 以上より右後縦隔原発の神経原性Dumbbell型腫瘍と診断し手術を施行した. 手術は整形外科医の協力のもとに腹臥位で開始. 後方正中切開により第5胸椎の右半椎弓切除を行い, 右第5肋間神経を根部で結紮切離し第5椎体内の腫瘍を摘出した. 次に左側臥位とし右第6肋間開胸にて縦隔腫瘍を切除摘出した. 病理結果はCellular schwannomaであった. また腫瘍の切除縁への露出も認めなかった. 術後特に合併症なく経過は良好. 術後16病日で退院となった. 右後縦隔のDumbbell型腫瘍に対して, 椎弓切除と開胸により安全に一次的切除に成功した. 本疾患は胸部外科と整形外科の境界領域の疾患でありその診断治療には他科との協力が大切であると考えられたので若干の文献的考察を加え報告する.

P-306 胸腔鏡下に切除した左横隔神経鞘腫の1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

松下 晃三¹, 大井 諭¹, 関谷 洋², 高橋 毅², 鈴木 一也³, 数井 暉久³

【はじめに】神経鞘腫は縦隔腫瘍の中で発生頻度は高く, 大部分の症例は後縦隔に発生し, 迷走神経などの自律神経あるいは肋間神経由来がほとんどであり, 横隔神経から発生する神経鞘腫は稀である. 今回我々は, 術前に横隔神経鞘腫を疑い, 胸腔鏡下摘出術を行った症例を経験したので報告する. 【症例】43歳男性. 高血圧で近医通院中, 平成17年2月22日に定期的な胸部X線検査で異常陰影を指摘された. 同日, 当院呼吸器科紹介され受診. 胸部CT検査では左心耳に接して径35mmの境界明瞭で辺縁平滑な腫瘤を認め, 解剖学的な位置から横隔神経由来の神経鞘腫が疑われたが, 胸腺のう胞や心膜のう胞, 孤立性線維性腫瘍などが鑑別診断として挙げられた. 平成17年3月16日当科紹介され入院. 平成17年3月18日診断及び治療目的で胸腔鏡下手術を施行した. 胸腔鏡では左横隔神経の走行に一致して表面平滑で境界明瞭な腫瘍を認め, 横隔神経鞘腫と診断した. 横隔神経温存を考慮し神経と腫瘍の境界を検索したが不明瞭であるため, 腫瘍の頭尾側で横隔神経を切断し, 横隔神経とともに腫瘍を摘出した. 術後左横隔膜挙上を認めたが, 経過良好であった. 平成17年3月22日当科退院. 術後7ヶ月の診察で呼吸機能を含めて術後経過は良好である. 【考察】横隔神経由来の神経鞘腫は, 自検例を含めて本邦報告例で20例で稀であり, 胸腔鏡下に切除した症例は本邦2例目であった. 横隔神経鞘腫は胸腔鏡下手術で摘出が容易であると考えられるが, 胸腔鏡または開胸で神経線維の温存及び神経縫合を行うかなど, 技術的問題も含めてどのような術式が適切であるのか検討を要する課題と思われた.

P-308 椎弓切除と胸腔鏡手術により完全切除したdumbbell型縦隔腫瘍の1例

¹雪の聖母会聖マリア病院 胸部外科, ²福岡大学第2外科

吉永 康熙¹, 光武 孝倫¹, 白日 高歩²

比較的稀なdumbbell型縦隔腫瘍を椎弓切除後に胸腔鏡手術にて, 安全に切除し得た症例を報告する. 【症例】58歳女性, 4年前に健診の胸部写真で右肺門近くに腫瘤影を指摘されるも放置. 7カ月後に胸部CT検査で後縦隔腫瘍と診断, 以後内科でフォローされていた. 6カ月前より右胸痛が出現し, ゆっくりと増強傾向. 胸部CTで同腫瘍の増大を認め, 椎間孔より脊柱管内への進展を認め当科紹介となった. 胸部CT, MRI検査で胸椎右に長径4.4cmの腫瘍が存在, Th8-9の間で脊柱管内硬膜外に進展, 脊髄を左側に圧迫していた. さらにTh8の右椎弓根部は菲薄化しており骨浸潤や変性も疑われた. 手術はまず整形外科により腹臥位で, Th8を中心に約7cmの傍脊柱切開によりTh7, 8のpartial laminectomyを施行し硬膜を露出させた. 腫瘍を生検し, Schwannoma悪性所見なしと診断された. 脊柱管内の腫瘍と横突起根部の骨も可及的に切除後, 左側臥位に体位変換. 第5, 7, 9肋間にポートを挿入, 腫瘍はドーム状に胸腔内に突出しており, 肋間神経あるいは交感神経由来と考えられた. 胸膜を切開して少しづつ腫瘍を起こして行き, 胸壁から切離し摘出した. 背側からの手術創との交通を確認, 腫瘍底の一部を迅速診断で切離断端陰性を確認した. 術後は術前に作製したコルセットで, 体幹を固定して管理した. 病理診断は, S-100陽性の腫瘍細胞が波状を呈して, 部分的に細胞が密な部分と, 浮腫状で疎な部分が混在. 核分裂像に乏しく細胞増殖能は低かった. 骨への浸潤は認められなかった. 【結語】dumbbell型縦隔腫瘍に対して, CTやMRIにより正確に病巣進展範囲を把握, さらに胸腔鏡手術を行うことにより安全で低侵襲な手術が可能と考えられた.