

## V-017

Metallic 気道ステントの重篤合併症—ステントの大動脈穿通に対する左肺全摘+大動脈合併切除

福岡大学 医学部 第2外科

白石 武史, 二宮 浩範, 江夏 総太郎, 濱田 利徳, 三好 立, 平塚 昌文, 山本 聡, 岩崎 昭憲, 白日 高歩

左主気管支狭窄に挿入した Gianturco-Z stent が大動脈壁へ迷入し重篤な咯血を来した症例に左肺全摘+大動脈合併切除再建を行った。  
 【症例】35歳女性。10年前左肺結核罹患。結核性左主気管支狭窄を来し8年前他院においてZ stent 挿入。平成15年8月：左主気管支に高度異物肉芽形成を認め左肺は完全無気肺化、咯血を反復する様になった。CT上ステントは完全に破断し、肺動脈根部から大動脈に逸脱していた。【手術】左後側方開胸。左肺は荒蕪化し強度癒着。左主気管支は周辺の肺門構造と強い繊維性癒着を呈した。左肺動脈は主気管支との癒着部位を避け起始部付近で切断。肺静脈は心嚢内で切断。左主気管支膜様部は大動脈と剥離不能であった為、その末梢部で仮切断し肺全摘を完了。気管支断端を観察するとワイヤが壁内に迷入しているのが確認された。ワイヤ除去を試みたがステントが大動脈内に穿破しているのが確認された。V-A PCPS (F-F) を開始し大動脈を完全遮断。穿通部大動脈壁を2cm径で切除、馬心膜でパッチ補填。気管支断端は追加切除後、ワイヤを完全除去し閉鎖。大動脈再建部の瘤および感染防止の為広背筋弁で同部分をロール状に被覆、気管支断端も筋弁で補強し手術を終了。術後3週目に退院し社会復帰。【考察】気道に対する金属ステントは肉芽形成・再狭窄・出血・ステント迷入を起こしやすく、Z-type のステント使用は推奨されない。特に良性狭窄に関しては禁忌である。しかし気道ステント使用の初期はこのタイプが多用された歴史がある。良性疾患に適応された場合は年余を経て重篤な合併症を来すことがあり、警告的な経験として報告したい。

## V-018

右V<sup>2</sup>形成で右上葉を温存した後、右S<sup>2</sup>の肺梗塞を併発した扁平上皮癌の1例

埼玉県立循環器・呼吸器病センター 呼吸器外科

星 永進, 青山 克彦, 村井 克己, 池谷 朋彦, 陳 啓盛

中間気管支幹まで浸潤した扁平上皮癌症例で、葉間部V<sup>2</sup>を形成することで上葉の大部分を温存したが、術後第5病日に残存右上葉S<sup>2</sup>の肺梗塞を併発した症例を経験したのでビデオで供覧する。症例：症例は69歳の男性。平成15年2月から咳、血痰あり、3月に当センターを初診した。全身精査で右中間気管支幹に腫瘍を認め、生検で扁平上皮癌と診断した。遠隔転移所見を認めなかった。cT2N1M0の診断で右中下葉切除の予定で手術を施行した。手術：右後側方アプローチ、第5肋間開胸。葉間部でリンパ節と一塊になった腫瘍がV<sup>2</sup>に直接浸潤していた。この時点で右肺全摘も考慮したがV<sup>2</sup>形成で上葉を温存可能と判断し、V<sup>2</sup>を窓状に合併切除し奇静脈を用いてパッチ形成術を施行した。A<sup>2b</sup>は腫瘍に浸潤されていたため結紮切離し、後にS<sup>2b</sup>を大きく部分切除追加した。中下葉切除後気管支断端、#12Uリンパ節を術中迅速病理診断に提出し、陰性との結果を得た。気管支断端をそのまま閉じようとしたが、変形してしまうため結局管状切除とし、主気管支と右上葉気管支を端々吻合した。術後経過：術後右残存肺の浸潤影が徐々に増悪し、CTで右S<sup>2</sup>にコンソリデーションの所見あるため肺梗塞と診断し第5病日に残存肺全摘術を施行した。その後の経過は良好で初回手術から第25病日に退院した。術後9ヶ月の現在再発なく健在である。最終病理診断は中分化型扁平上皮癌で縦隔リンパ節転移を伴いpT2N2M0であった。上葉S<sup>2</sup>は出血性梗塞の所見を認めた。まとめ：肺静脈形成を施行して肺の温存を図ったが、肺梗塞を併発した。形成した静脈の閉塞ならびにA<sup>2b</sup>の結紮が原因と考えられた。

## V-019

術後乳糜胸治療歴のある再発肺癌に対する区域切除の経験

東京女子医科大学第一外科

池田 豊秀, 和知 尚子, 高田 陽子, 白石 伊都子, 宮野 裕, 小峰 啓史, 松本 卓子, 神崎 正人, 小山 邦広, 前 昌宏, 村杉 雅秀, 大貫 恭正

肺癌術後に乳糜胸を発症し保存的治療を行った症例で、4年後同側肺に再発肺癌が起こり区域(右前肺底区)切除を行う機会を得たのでビデオにて供覧する。【症例】73歳、男性【現病歴】4年前に肺腺癌で右中葉切除術およびリンパ節郭清術を施行した。術後乳糜胸を合併し、約3週間の食事療法とドレナージのみで保存的に治療を行い軽快した。経過観察中、1年6ヵ月前より右前肺底区に気管支拡張を伴い、肺門側から末梢側へ向かう長細い浸潤影が出現した。CT下生検で確定診断がつかないものの緩徐に増大(最大径38mm)してきたため胸腔鏡補助下に肺切除を施行した。【手術】乳糜胸に対する治療歴を有するため高度の癒着が予想されたが、初回手術時の開胸肋間(第5肋間)と葉間を除いて全体に軽度で疎な癒着のみであった。丁寧に癒着を剥離し、肺門で肺動脈A8および気管支B8を剥離露出し各々結紮切離した。区域間を超音波凝固切開装置とステープラーを用いて切離し右前肺底区区域切除を終えた。【結語】比較的肺門に近接する術後再発腫瘍では、区域切除が有用と思われた。

## V-020

Off-pump CABG と左肺上葉切除を胸骨正中切開下に同時に施行した肺腺癌の一切除例

浜松医科大学 第一外科

船井 和仁, 鈴木 一也, 高持 一矢, 春藤 恭昌, 浅野 寿利, 数井 暉久

【症例】67歳男性。【主訴】胸部異常陰影。【既往歴】1991年：ASOに対して右FA-PAバイパス、PA-後肺骨動脈バイパス(SVG)。2001年1月：右下肢壊死に対して右大腿切断術、2月：右大腿切断術。【現病歴】2001年1月、右大腿切断術前の胸部X線で左上肺野の結節影を指摘され、胸腔鏡下生検予定とされたが、術前の冠動脈造影で左右冠動脈の狭窄を認めたため、手術目的に当科を紹介された。【入院時所見】左肺S1+2に中心部に空洞を伴う最大径2cmの腫瘍を認め、S6への浸潤が疑われた(葉間P3)。また、冠動脈造影では、#1 total, #7 75%, #9 90%, #12 90%の狭窄を認めた。同時に施行した肺動脈造影で、A1+2cが根部で閉塞していた。明らかなリンパ節腫大は認めず、cT2N0M0: Stage IBと診断した。上行大動脈には著明な石灰化を認めた。【手術】肺切除時の心臓への負担を考慮し、まずCABGを行う方針とした。胸骨正中切開下にOff-pumpでスタビライザーを用いて、LITA-LADのバイパス術を施行。その後、バイパスを縦隔側に保護しながら同一視野からの開胸生検で腺癌と診断し、左肺上葉切除、縦隔リンパ節郭清を行った。A1+2cは腫瘍に囲まれていたため、肺動脈本幹にサイドクランプをかけて切離し、肺動脈形成とした。#5, #10リンパ節を術中迅速診断に提出し悪性所見なし。sT2N0M0P2D0E0PM0: Stage IB。【病理診断】Tubular adenocarcinoma, ly1, v0, p0, 切除断端(-)。【術後経過】概ね良好に経過し、第28病日に軽快退院した。