

## V10-1 Stage Ib悪性胸膜中皮腫に対し右胸膜肺全摘術を施行した1例

国立病院呉医療センター 呼吸器外科

大森 謙一, 相馬 大人, 中元 賢武

悪性胸膜中皮腫は予後不良な疾患であるが, trimodality therapyにより予後の改善が期待される. trimodality therapyの一環として右胸膜肺全摘術を施行した1例を経験したので報告する. 症例は50歳男性, 検診にて右側胸水貯留を指摘され当院受診. 胸水細胞診にて悪性胸膜中皮腫上皮型と診断した. 術前の画像所見では胸膜肥厚を認めなかったが, 胸腔鏡検査にて胸膜の顆粒状の変化が壁側胸膜から臓側胸膜に及んでいた為Stage Ibと病期診断し, 右胸膜肺全摘術を施行した. 皮切は後側方切開, 第5肋間で開胸した. 胸膜外で剥離し右胸膜肺全摘術を施行した. 横隔膜面の剥離には第8肋間開胸を追加した. 肺動脈, 肺静脈は血管鉗子を用いて処理し4-0プロリンで縫合閉鎖した. 気管支断端は3-0ナイロンによる連続縫合で閉鎖し, 有茎第6肋間筋弁で被覆した. 心膜及び横隔膜の合併切除は施行しなかったが, 横隔膜脆弱部を認めた為, マーレックスメッシュで補強した. 手術時間8時間34分, 出血量1730mlであった. 術後放射線(50Gy)化学療法(CDDP, VDS)追加した. 術後6ヶ月現在, 再発兆候は認められない.

## V10-2 経皮的心肺補助を用い下降大動脈合併切除左肺全摘術を施行した左肺下葉原発Pleomorphic carcinomaの1例

自治医科大学外科学講座呼吸器外科

佐藤 幸夫, 齊藤 紀子, 大谷 真一, 長谷川 剛, 遠藤 俊輔, 塚田 博, 蘇原 泰則

【患者】59歳, 男性【現病歴】数ヶ月前から咳嗽・発熱出現. 胸部異常影を指摘され紹介された. 【入院後経過】CT・MRIにて左肺下葉から後縦隔左寄りにかけて9×6×10cmの内部不均一な, 比較的境界明瞭で下降大動脈を取り囲む腫瘍を認め, 浸潤が疑われた. 胸腔鏡下生検を施行, 腺癌cT4, N2, M0 stage 3bと診断した. CDDP+VNRによる化学療法及び放射線照射(40Gy)施行. 【手術】右側臥位, 左第5肋骨床開胸. 下葉背側から縦隔にかけて腫瘍が存在し, 下降大動脈を約3分の2周取り囲み直接浸潤していた. 胸水・播種・肺内転移は認めなかった. 肺動脈・上肺静脈・下肺静脈を処理. 左大腿動脈から経皮的な心肺補助(PCPS)を確立, 下降大動脈を合併切除, 人工血管にて置換した. 食道壁への浸潤も疑われ, 縦走筋を一部合併切除. 左主気管支を切離, 左肺を摘出, 縦隔リンパ節郭清を施行した. 手術時間は6時間55分, 出血量1750ml. 【病理結果】左肺下葉肺癌, 肉腫様の領域も認められPleomorphic carcinoma pT4 N2 p3 (Ao, Eso) pm0と診断. 【術後経過】経過良好で術後28日に退院した.

## V10-3 慢性膿胸に合併した胸壁リンパ腫に対する胸壁横隔膜合併左肺全摘術

<sup>1</sup>国立療養所東京病院 呼吸器外科, <sup>2</sup>清水市立病院 呼吸器外科, <sup>3</sup>国立療養所東京病院 病理

相良 勇三<sup>1</sup>, 櫻庭 幹<sup>1</sup>, 米谷 文雄<sup>2</sup>, 朴 在善<sup>1</sup>, 蛇沢 晶<sup>3</sup>

慢性膿胸に合併する胸壁リンパ腫は, 全身状態が不良であり切除範囲の決定も困難である. 今回, 慢性膿胸に合併した胸壁リンパ腫に対して胸壁横隔膜合併左肺全摘術を行い良好な結果を得たので報告する. 症例は72歳男性. 20歳の時, 肺結核にて人工気胸術を受けた既往がある. 半年前より発熱, 発汗, 全身倦怠感, 左胸痛が出現するようになる. 膿胸の診断で他院に入院し内科的治療を行うも, 症状改善せず全身状態も不良となり当院紹介入院となった. 当院入院時, PS:4で寝たきりの状態であった. 左前胸壁に腫瘤を触知した. レントゲンより左全膿胸と診断. 胸部CTでは膿胸壁より左前胸部に浸潤する腫瘤を認めた. 胸膜生検を施行しmalignant lymphoma; non-Hodgkin typeと診断した. 全身状態は不良であったが, 切除可能と判断. 左肺全摘, 胸壁, 横隔膜合併切除を行った. 後側方切開にて広背筋を温存. 胸壁は第3より第11肋骨まで切除, 横隔膜は腹膜を残して合併切除. 左肺を全摘後, 胸腔に広背筋を充填し, 手術を終了した.

## V10-4 上行大動脈を一時離断し切除した縦隔悪性神経鞘腫の1例

浜松医科大学 第1外科

朝井 克之, 鈴木 一也, 霜多 広, 高橋 毅, 浅野 寿利, 数井 暉久

【はじめに】通常のアプローチでは切除困難な縦隔腫瘍を, 人工心肺下に上行大動脈を一時離断し切除した症例をビデオで供覧する. 【症例】von Recklinghausen氏病と診断されている40歳男性, 主訴は嗄声. 病変は大動脈弓と肺動脈幹の間に位置する12x9x8cm大の腫瘍. CTガイド下針生検で悪性神経鞘腫と診断された. 右主肺動脈は腫瘍の圧排により血流の低下を認めた. また左主気管支, 左房も圧排されていた. 化学療法(CDDP, ADM)を行ったが不変であり, 手術適応とした. 【手術手技】胸骨正中切開と左前方腋窩開胸(第4肋間)でアプローチした. 腫瘍は大動脈および気管支とは剥離可能であったが, 左右肺動脈中枢部では癒着は高度であり剥離困難であった. 大腿動脈送血, 右房脱血により人工心肺を確立し, 上行大動脈を遮断し一時離断後, 腫瘍を摘出した. 右肺動脈は一部合併切除しGore-Tex人工血管で再建した. 上行大動脈を吻合し, 問題なく人工心肺より離脱した. 人工心肺時間は217分, 心停止時間は147分, 止血に難渋し手術時間は14時間38分であった. 【まとめ】本術式は侵襲は大きい, 他に有効な手段の無い症例には一つの選択肢になりうると思われた.