The Japan Lung Cancer Society

P-181 横隔膜合併切除肺癌症例の検討

二宮 浩範・濱田 利徳・江夏総太郎・三好 立・平塚 昌文
山本 聡・白石 武史・岩崎 昭憲・川原 克信・白日 高歩
福岡大学医学部第2外科

【はじめに】肺癌における横隔膜浸潤症例はT3に分類され，他の部位への浸潤によるT3症例と比較し予後不良である．その要因として部位的に血流・リンパ流が豊富でリンパ節転移・全身転移を来しやすいことが考えられている．今回我々は当施設における横隔膜合併切除例の臨床的背景および治療成績について分析・検討を行った．【対象と方法】1993年7月から2002年12月までに当科で手術を行った肺癌症例927例中，横隔膜合併切除を行った9例（0.97%）を対象とした．（そのうち2例の扁平上皮癌，1例の腺癌については肝の部分切除を合併）術後累積生存率の分析にはKaplan－Meier法を用いた．【結果】9例のうち6例（66.6%）が組織学的浸潤（＋）であった．平均年齢は70.7才（63～83才）で男性8例，女性1例であり，組織型は扁平上皮癌7例（うち1例は転移性），腺癌2例であった．術式は右下葉切除4例，左下葉切除2例，右肺全摘1例，右中下葉部分切除1例，左S10部分切除1例であった．病理学的病期はStage IB: 1例，Stage IIB: 1例，Stage IIIA: 5例，Stage IIIB: 1例（転移症例を除く）であった．術死はなかった．他病死を含めた術後生存期間は横隔膜浸潤陽性症例においては90～643日（全症例：90～2450日）で累積生存率は1年：62.5%，2年生存例はなかった．また術前に肝浸潤が疑われた3例において病理学的肝浸潤（＋）は1例のみであった．【結語】1）横隔膜浸潤症例の術後成績は他のT3（壁側胸膜，骨性胸壁等）症例と比較して極めて不良であり，現行のT3に含めるべきかについて再検討を要すると考えられる．2）治療に関しては術前・術後診断に応じた検討が必要であり，手術においては断端に腫瘍の遺残を残さぬよう十分な範囲の切除と再建が必要である．3）隣接臓器浸潤の1つのタイプとして肝浸潤例も手術対象に考慮してみたが成績が甚だ不良であることから適応に含めるべきでない．

P-182 葉間p3非小細胞肺癌切除例の予後に関する検討

高持 一矢[1,2]・永井 完治[1]・船井 和仁[1,2]・塩野 知志[1]
石井源一郎[1]・吉田 純司[1]・西村 光世[1]・西脇 裕[1]
[1] 国立がんセンター東病院 呼吸器科；[2] 浜松医科大学 第1外科

【背景】日本肺癌取扱い規約およびUICCの規約では，原発巣が臓側胸膜を越えて他臓器（胸壁，横隔膜，縦隔胸膜または心膜）に浸潤している場合，T3として分類されている．しかし，葉間をこえて隣接肺葉に直接浸潤した，いわゆる葉間p3は，日本肺癌取扱い規約ではT2に分類されているものの，予後からみた分類の妥当性に関する検討は十分になされていない．また，UICCの規約にはその規定はない．【目的】予後の観点から葉間p3を規約上，どのように扱うのが妥当であるか検討する．【対象】1992年8月から2000年12月の期間に，当院で肺葉切除以上，ND2a以上のリンパ節郭清が施行された非小細胞肺癌1058例（術前治療症例は除外）．【方法】1. 葉間p3と各T stageの症例の予後を比較．2. p3症例の予後を浸潤臓器別に比較．3. 生存解析：Kaplan－Meier法，有意差検定：log－rank test，平均観察期間：1537日．【結果】(1) 葉間p3 26例，5生率：54%，葉間p3かつn0 12例，5生率：70% (2) T stage別5生率：T1（429例）84%（p<0.0001），葉間p3を除くT2（351例）56%（p=0.3），T3（92例）58%（p=0.3），T4（90例）35%（p=0.3）(3) n0症例のT stage別5生率：T1（348例）92%（p=0.002），葉間p3を除くT2（208例）77%，（p=0.4），T3（46例）65%（p=0.9），T4（30例）51%（p=0.7）(3) 浸潤臓器別p3の予後：葉間p3症例と胸壁，横隔膜，縦隔胸膜または心膜への直接浸潤症例との間に予後に有意差は認められず．【まとめ】葉間p3症例は，葉間p3を除いたT2症例，T3症例と予後に差はない．他の臓器浸潤別のp3症例と比べても予後に差はない．葉間p3を規約上どのように取り扱うかについては，さらに多施設で多数の症例を集めた検討を要する．

P-183 右側肺癌において縦隔リンパ節は一律に2群リンパ節か？

太田伸一郎[1]・稲葉 浩久[1]・吉田 浩幸[1]・江藤 尚[2]・本多 淳郎[2]
[1] 静岡県立総合病院 呼吸器外科；[2] 静岡県立総合病院 呼吸器科

【背景と目的】我々はこれまで肺癌における発生肺葉別の縦隔リンパ節転移経路を報告してきた（第20回日本呼吸器外科学会総会）．右側肺癌については，N2肺癌のうち右上葉からの上縦隔リンパ節転移は，直接転移が45%，肺門リンパ節を介する転移が55%であった．同様に右中下葉からの上縦隔リンパ節転移は気管分岐下リンパ節を介する転移が39%，肺門リンパ節を介する転移が18%，直接転移が4%であった．右側肺癌における縦隔リンパ節への転移様式別の切除成績から，縦隔リンパ節を一律に2群リンパ節として取り扱うことの是非を検討する．【対象と方法】平成元年1月から平成12年12月までに当院でND2a以上の縦隔郭清を行ったpN2非小細胞肺癌105例のうち右上葉発生の38例と右中下葉発生の28例を対象として，縦隔リンパ節への転移様式別に切除成績を検討した．【結果】右上葉発生N2症例と右中下葉発生N2症例の5生率はともに36%であった．縦隔リンパ節への，転移様式別にみると右上葉発生肺癌では，肺門リンパ節を介した上縦隔リンパ節転移21例の5生率が12%であったのに対して，肺門リンパ節を介することなく上縦隔リンパ節に直接転移したskip転移17例の5生率は62%と明らかに良好であった（p<0.01）．右中下葉発生肺癌では，上縦隔リンパ節転移17例の5生率が8%であったのに対して，気管分岐下リンパ節を含めた下縦隔リンパ節転移11例の5生率は73%と明らかに良好であった（p<0.01）．【結論】臨床病期分類は治療法選択の際の拠り所でもあり予後を反映したものでなければならない．現在の臨床病期分類でN2肺癌と分類される症例の中には切除により良好な予後が期待できる症例が数多く含まれている．発生肺葉別の縦隔リンパ節転移の特徴を加味して，切除成績をよりよく反映した新しい臨床病期分類が望まれる．右上葉発生肺癌におけるskip転移による上縦隔リンパ節転移や右中下葉発生肺癌における下縦隔リンパ節転移は1群リンパ節転移とするのが妥当である．

P-184 cN1肺癌切除例におけるN因子診断の精度と問題点：cN1は本当にN1か？

渡辺 俊一[1]・浅村 尚生[1]・鈴木 健司[1]・土屋 良介[1]・楠本 昌彦[2]
[1] 国立がんセンター中央病院 呼吸器外科；[2] 国立がんセンター中央病院 放射線科

【目的】肺癌においてリンパ節転移の診断は治療方針の決定や予後予測を行ううえで重要な因子であるが，特に術前肺門リンパ節転移陽性（cN1）例はリンパ節転移の過大評価，過小評価で治療方針が大きく分かれる可能性がある．cN1肺癌切除例における病理学的N診断を組織型別に評価し問題点を検討した．【方法】1998年1月から2003年3月までの間にcN1の診断のもとで開胸手術を施行した原発性肺癌は177例で，このうち審査開胸例（19例），induction therapy施行例（9例），縦隔郭清未施行例（14例）を除く135例を対象とした．cN因子の診断には原則として造影thick－section CTを用い，短径1 cm以上を転移陽性とした．【成績】135例の平均年齢は62歳，男/女＝110/25，原発巣の平均腫瘍径は4.6 cmであった．組織型は腺癌が55例，扁平上皮癌が68例，その他12例であった．術式では肺全摘が43例（32%），二葉切除25例（19%），一葉切除67（50%）で，同時期の肺切除例全体と比べ肺全摘の割合が有意に高かった．病理学的N診断は全体（n＝135）ではN0: 25例（19%），N1: 60例（44%），N2, 3: 50例（37%），腺癌（n＝55）ではN0: 6例（11%），N1: 16例（29%），N2, 3: 33例（60%），扁平上皮癌（n＝68）ではN0: 17例（25%），N1: 37例（54%），N2, 3: 14例（21%）であり，腺癌での縦隔転移陽性率が高かった．腺癌N2, 3症例（n＝33）中19例（58%）が右S2, S6または左S1＋2原発の症例であった．腺癌，扁平上皮癌ともにN0,N1,N2, 3群間で腫瘍マーカーの陽性率に差は認めなかった．【結論】cN1例では肺全摘または二葉切除となる可能性が高く（51%），心肺機能の詳細な術前評価が重要と思われた．また，腺癌では縦隔転移陽性率が60%と高値であり，現時点ではCTのみによる診断の限界が示唆され，正診率の向上には縦隔鏡やPETなど他の診断法の併用が必要と考えられた．

NII-Electronic Library Service