



肺癌カンファレンスレポート

原発性か転移性かの判定に苦慮した肺腫瘍の 1 手術例



図 1

症例. 60 歳代，女性，10 年前に右乳癌手術を受けている．200 x 年，対側に乳癌を発症した．胸部写真（図 1）では認め難いが，CT では右上葉に 8 mm 大の充実性，結節性病変が認められた（図 2a）．生検および洗浄細胞診を行ったが，確定診断に至らなかった．PET-CT で SUV max2.2 の軽い上昇を認めた（図 2b）．腫瘍マーカーは CEA の軽度上昇（5.3ng/ml）以外に著変はない．喫煙歴は 20 本／日×40 年である．

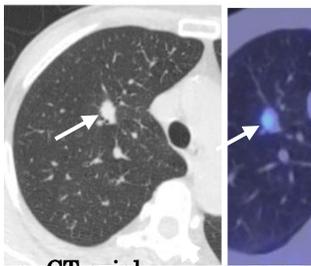


図 2

画像所見. 腫瘍は V1 近傍に存在した（図 3）．図 4 で動脈は①：上幹，②：A2，③：A1，④：A3b，⑤：A3a，⑥：A2，⑦：葉間肺動脈，静脈は a：中心静脈，b：V2b，c：V2a，d：V1，e：V2t，f：V3 となった．本例では V1 がかなり末梢で V2 と合流し，a と f が合流して上肺静脈となった．腫瘍（T）は V1（d）と V2b（b）の間にあり，肺動脈は A1③が関与した．

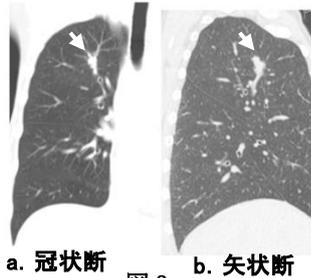


図 3

合同カンファレンス. 陰影の形状から原発性肺癌を強く疑ったが，乳癌の転移も否定出来なかった．患者の一般状態は良好なので左乳癌と肺病変の同時手術が考慮されたが，肺病変に対する術式，切除範囲が議論された．病変が肺の辺縁であれば部分切除＋迅速病理診断で術中に術式を決定する事も可能であるが，本例では肺の深部にあるため，それも困難である．また炎症性病変も完全には否定できない状況で，必要にして十分の切除としては葉切除よりも区域切除の適応と考えられた．積極的縮小手術としての区域切除には十分の margin が必要なので，結節影と脈管の位置関係を詳細に検討した結果，マージン確保の為には V1 と V2 の切離による（図 4 点線）S1+2 区域切除が必要との結論に達した．

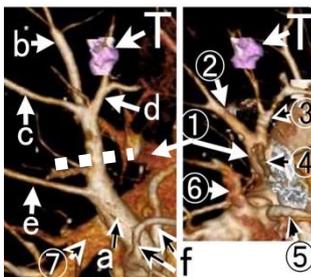


図 4 3D-CT 画像

手術所見およびその後の経過. 乳癌手術に引き続いて完全鏡視下に右 S1+2 区域切除術が行われた．術後経過は良好で術後 3 日目にトロッカーを抜去し，9 日目に軽快退院となり良好に経過している．

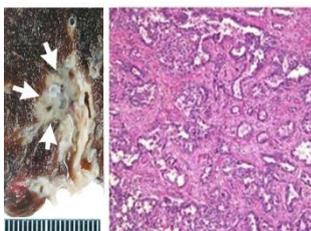


図 5

図 6

病理組織学的所見. 腫瘍は 14mm 大の白色充実性で（図 5），周囲に線維増生像を伴い乳頭状、管状に増殖する浸潤性腺癌である（図 6）．郭清されたリンパ節は全て陰性で，pT1aN0M0 stage 1A となった．左乳癌は pT2N0M0 stage 2A, ER(±), PgR(-), Her2/neu0 であった．

考察. 本例は異時性の両側乳癌で且つ肺癌との同時性重複癌であった．近年の画像処理を含めた診断機器の進歩はめざましく，肺血管の破格も術前に知る事が出来るようになって，より確実な区域切除が可能となった．早期肺癌に対する区域切除の予後は後ろ向き研究ではあるが，肺葉

切除に劣らない¹⁾．これを検証する為に全日本規模の臨床試験が進行中でその結果が待たれる²⁾．

1) Okada M. et al. J Thoracic Cardiovasc Surg 2006; 132: 769, 2) Nakamura K. et al. Jpn Clin Oncol 2010; 40