



透析患者に対する肺癌手術

2018. 10. No. 14



図 1a

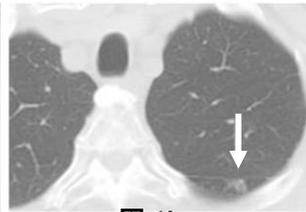


図 1b



図 2a

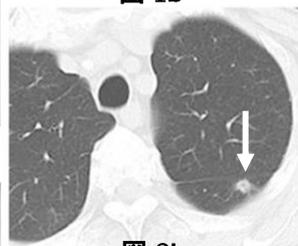


図.2b

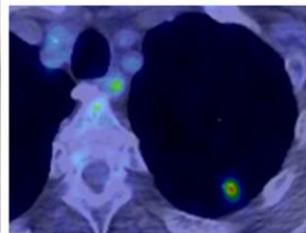


図 2c



図 3

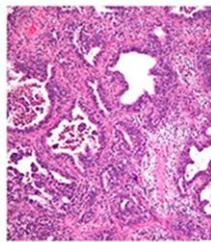


図 4a

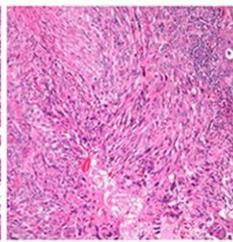


図 4b

症例：透析歴 4 ヶ月の 70 歳代の男性。 5 年前に胃癌に対する胃全摘術を受けている。 2 年前，術後フォロー中の CT にて左肺 S6 末梢に 9mm の肺腫瘍を指摘された（図 1b）が，治療を希望せず，経過を観察していた。 本年になって，腫瘍影が 12mm に増大し，治療を希望した（図 2b）。 2 年前と今回の単純 X 線写真に腫瘍影は認め難い（図 1a，図 2a）。

合同カンファレンス：透析患者に発症した増大する肺腫瘍病変に対する治療方針が検討された。透析前の腎機能検査では Cr. 5.48 mg/dL, BUN 35.0 mg/dL, K 4.06 mEq/L であった。 PET-CT では腫瘍に SUV max 2.2 の集積を認めたが（図 2c），縦隔リンパ節や他臓器への転移は否定された。末梢病変であったため気管支鏡検査は施行されなかった。術式としては葉切除または縮小手術が考えられたが，血液透析による周術期リスクを考慮し，後者が望ましいと結論した。これを患者，家族に説明し同意を得た。

手術所見および術後経過：手術の 2 日前に前医で透析を行い，前日に入院した。左肺 S6 に胸膜陥凹を伴った腫瘍を認めたので，病変部を含んだ十分なマージンを取って，完全鏡視下に肺部分切除を行った（図 3）。術後にはカリウムフリーの輸液を行い，術翌日に透析を再開した。経過は良好で 7 日目に軽快退院した。現在，週 3 回の透析を続けて順調に経過している。

病理組織学的所見：腫瘍は径 12mm 灰白色で，腺癌部分（図 4a）に肉腫様（図 4b）成分が僅かに混在する肺腺癌と診断した。腫瘍は胸膜外弾性板を超えて浸潤していたが，胸膜面への露出は認めず，断端は陰性であった。 pT2aN0M0, p Stage IB と診断した。

考察：透析患者の肺癌周術期リスクは相対的に高く，日本の大規模データベースにおける死亡率のオッズ比は 2.883 と報告されている。体液量が過剰になりがちな透析患者では通常の肺切除時に比べて肺血管床減少の影響がより大きくなるので，心不全の発症に注意する必要がある。

術式に関しては，現在 2cm 以下の小型肺癌に関する 2 つの臨床試験²⁾が行われている。本症例の病変は胸膜の引き込みを伴う径 1.2cm の充実陰影を呈し，浸潤癌と考えられた。術式としては葉切や区切，或いは部切か迷う処であるが，血液透析による周術期リスクを考慮して，切除量のより少ない，より簡便な部分切除を選択した。 1) Endo S, et al. Eur J Cardio thorac Surg 2017; 52: 1182, 2) 鈴木健司. 肺癌 2017;57:692