



北播磨総合医療センター

KITA-HARIMA MEDICAL CENTER

肺癌カンファレンスレポート



検診発見の早期肺癌に対する積極的縮小手術の 1 例

2015. 6. No. 1

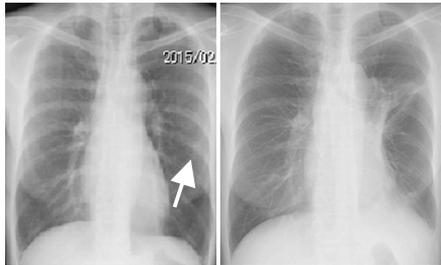


図 1 a. 術前

b. 術後

現病歴および入院経過： 60 歳代女性。検診で左肺異常影を指摘され、当院呼吸器内科を紹介された。胸部写真では左中肺野に淡い不整陰影を認める（図 1a）。CT では左上葉 S4 に境界不明瞭で一部に充実成分を混じり、胸膜の引き込みを伴った 14×10mm スリガラス陰影を認めた（図 2）。気管支鏡検査を行ったが、確定診断には至らなかった。

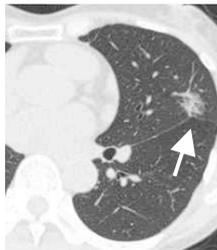


図 2

合同カンファレンス： 3D-CT の所見は腫瘍の関与気管支が舌区の B4 である事を示し、舌区切除によって十分な腫瘍マージンは確保される、と判断された（図 3）。PET-CT による同病変への集積は軽度(SUVmax 1.45)であった。組織診断には至っていないが、CT 画像は肺癌の典型的な所見を呈している事より、早期肺癌の臨床診断下に、舌区切除の適応があると結論された。喫煙歴はあったが、肺機能に異常を認めず、心、腎、肝の各種検査値や、腫瘍マーカーの値は正常であった。



図 3

手術所見及び経過： 鏡視下の腔内観察により、胸水は認めず、CT 所見の如く、胸膜陥入を伴った舌区病変を確認した。舌区の肺動静脈を処理し、腫瘍から十分な距離を確保した後、上区舌区間の肺実質を切離した。次に舌区気管支を切離し、完全胸腔鏡下に舌区切除+リンパ節郭清術を終了した。出血量は 16ml で術後は順調に経過した。図 1b は術後 6 週目の胸部写真であ

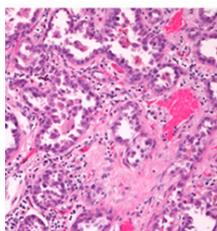


図 4

病理組織学的所見： 腫瘍は 10mm 大、境界不明瞭で、多くは肺胞置換性に増殖し、中央部では腺管形成を伴っていた（図 4）。腫瘍細胞は胸膜直下に及んだが、弾性板への浸潤は認められなかった（図 5）。脈管侵襲やリンパ節転移は認めず、pT1aN0M0 stage IA の高分化腺癌と診断された。

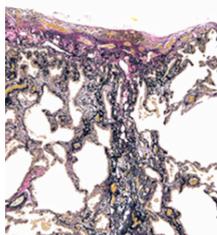


図 5

考察： 一般に悪性腫瘍に対する手術療法は標準手術と、他臓器を合併切除する拡大手術、および切除量を減らす縮小手術の 3 つに分けられる。このうち、肺癌に対する縮小手術は従来から葉切除に耐え難い症例に選択（消極的適応）されてきたが、近年の早期肺癌の激増により、葉切除の耐術者にも本術式が採用（積極的適応）されている。特に本症例の様に CT 上、スリガラス陰影を呈する症例には本術式のよい適応があり、後ろ向き研究ではあるが、腫瘍径 20mm 以下の小型肺癌に対しする区域切除の治療成績は肺葉切除と同等である、とする報告もある¹⁾。この分野の研究では日本が世界をリードしており、既に症例集積の終了した「早期癌に対する積極的縮小手術（区域切除）と標準手術（葉切除）の多施設共同、前向き比較試験」の結果が注目される²⁾。

文献 1) Okada M. et al. J Thorac Cardiovasc Surg 2006; 132: 769, 2) 日本臨床腫瘍研究, 肺癌外科グループによる多施設共同研究, 第Ⅲ相試験 JCOG0802