



人間ドックでフォローされていた腫瘍影に対する 1 手術例

—新分類 (2017) の病期判定に及ぼす影響—



図 1

症例：40 歳代の女性。胸部写真で異常を認めないが (図 1)，3 年前の人間ドックで左上葉に径 9mm のすりガラス陰影 (GGO) を指摘されていた (図 2a 矢印)。今回の CT で同陰影の増大 (13mm) と内部の濃い陰影が確認され (図 2b 矢印)，肺癌の疑いで当院へ紹介された。喫煙歴はなく，家族歴・既往歴に特記すべき事はない。PET 検査や各種の血液検査及び腫瘍マーカーにも異常を認めなかった。

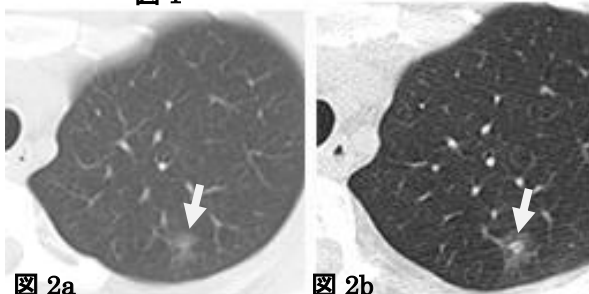


図 2a

図 2b

① 左主気管支，②左上葉支，③左下葉，④左上区支，⑤舌区支，⑥B3，⑦B1+2，⑧右主気管支

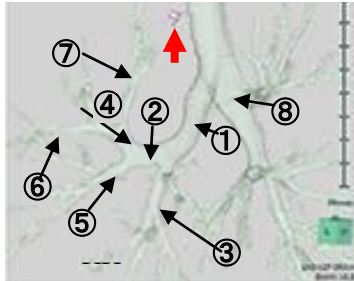


図 3 3D-CT 左後斜位



図 4

合同カンファレンス：GGO 陰影の増大と新たな充実陰影の出現は悪性病変の確実な進行を示唆する所見と考えられた (図 2a, b 矢印)。3D-CT の所見から病変 (図 3, 赤矢印) は S1+2 区域に含まれ，同区域の切除で十分なマージンを確保できると判断された。組織診断は得られていないが，患者に上記を説明したところ，手術の同意を得た。

手術所見 術中迅速病理でリンパ節の転移のないことを確認し，完全鏡視下に S1+2 区域切除を施行した。術後経過は良好で 11 日目に退院した。

病理組織学的所見：腫瘍は内部に僅かな充実部を伴う 13×13×11mm の GGO 病変で (図 4)，肺胞置換性に増殖する異型細胞を認めた (Fig.5a)。腫瘍中央部では肺胞の虚脱を認めたが (Fig.5b)，弾性線維は保たれており (Fig.5c)，浸潤を示唆する所見を認めなかった。また脈管侵襲も認めず，新しい肺癌取り扱い規約 (2017)¹⁾ で収載された肺上皮内腺癌と診断し，病期は p Tis N0 M0，stage 0 となった。

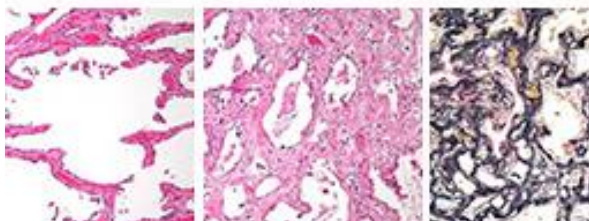


図 5a

図 5b

図 5c

考察：今回の報告は 3 年の経過で GGO 病変の増大と充実部の出現が明らかとなった症例である。新規約の第 8 版¹⁾ では浸潤部に相当する画像上の充実部を重要視し，その有無と大きさに依って T 因子

を細分化した。本症例は旧版では pT1a，stage IA となるところ，新分類では腫瘍の充実部は肺胞の虚脱で，腫瘍細胞の浸潤は無いと判断され，上皮内腺癌 stage 0 となった。このように充実部分の評価は進行度の判定に大きな影響を与えるが，肺病理の専門家の間でも意見の分かれる事がある。本例では画像所見の検討から，非浸潤性の病変が浸潤癌に進行しつつあると考え手術を施行した。術式としては縮小手術²⁾ が考えられるが，本腫瘍の辺縁部では異型性が乏しく，術中迅速による切離断端の病理学的な陰性判定は必ずしも容易でない。従って，部分切除を選択する場合には十分なマージンが必要である。本例では左 S1+2 の区域切除で十分な距離を得ており，手術の時期と術式の選択は妥当な判断であったと考えられた。文献 1) 浅村尚生，他，肺癌学会編。肺癌取り扱い規約第 8 版。東京：金原出版；2017，2) Okada M, *Ann Cardiothorac Surg.* 2014;3(2):153-159