

肺多形癌に対する胸腔鏡下右上葉切除術の1例



図1



図2

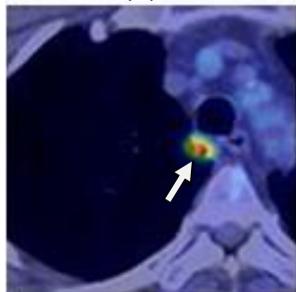


図3



図4

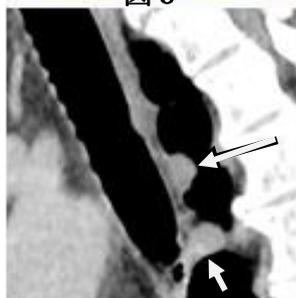


図5 短矢印：奇静脈

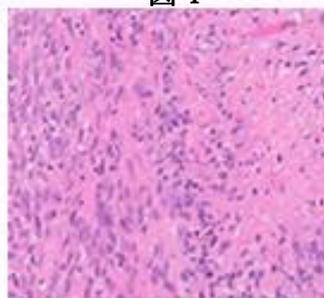


図6

症例：50歳代男性。脊髄空洞症に対する加療中にCTにて右上葉結節を指摘され、増大傾向があるため、呼吸器内科に紹介された。胸部写真では病変の指摘は困難である(図1)、胸部CTでは16×14mm大の結節を認めた(図2, 矢印)。PET-CT(図3, 矢印)では同部位にSUVmax: 3.6の集積を認めたが、明らかなリンパ節転移や遠隔転移は認めなかった。45本/日×30年の喫煙歴がある。

合同カンファレンス：3D CT所見から気管膜様部への浸潤は否定された(図4, 5, 矢印)。経過からは肺癌が強く疑われたが、気管支鏡による生検が困難な部位にあるため診断および治療を兼ねて、腫瘍部の部分切除によって迅速病理診断を得て、悪性所見があれば根治術に移行する方針が適切と考えられた。これを患者と家族に説明したところ同意を得た。

手術所見及び経過：鏡視下に腔内を観察すると、画像所見通り、腫瘍部分と気管との間には癒着を認めなかったが、その近傍で胸壁との間に癒着を認めた。術前方針に従って腫瘍部の全切除と壁側胸膜の癒着部を合併切除

し、迅速病理診に供したところ悪性腫瘍の診断を得たので、予定通り鏡視下に右上葉切除+リンパ節廓清を行った。経過は良好で術後8日目に退院となった。

病理組織学的所見：腫瘍は13×7×24mmの白色充実性で、拡張した気腔内に紡錘形や多核の異型細胞増殖を認めた(図6)。免疫染色ではCAM5.2陽性、CKAE1/3, calretinin, D2-40は各々一部陽性、MOC-31とBer-EP4は陰性で多形癌と診断された。臓側胸膜への浸潤を認めたが、合併切除された壁側胸膜に浸潤を認めず、病期はpT2aN0M0, Stage IBとなった。遺伝子検査では、変異はすべて陰性だが、PDL-1の発現は90%である事が判明した。

考察：肺多形癌は悪性の上皮成分と肉腫様成分が混在した癌で¹⁾、他の非小細胞肺癌よりも予後の悪い組織型として知られているが、肺癌の中で0.1%にも満たないため、術後化学療法に関する明確な指標がない²⁾。最新の知見ではStage II以上の非小細胞肺癌症例に対し免疫チェックポイント阻害薬(ICI)を用いた術後補助化学療法の有効性が示されている³⁾。本例ではPDL-1高発現であるが、Stage IBであるためその適応はなかった。そのため1)ガイドライン通りのUFT内服、2)本組織型の化学療法抵抗性を考慮した経過観察、の2方針を患者に提示したところ経過観察を希望されたのでその方針とした。分子標的薬やICIの進歩が著しい今日、多形癌に対する適応薬剤に新たな展開が期待される。**文献：**1) Travis WD, et al. J Thorac Oncol. 2015; 10: 1243, 2) Hendriksen BS, et al. JTCVS. 2019; 158: 581, 3) Felip E, et al. Lancet. 2021; 398: 1344.