

## 両側同時性 GGO 病変に対する 2 期的切徐の 1 例

2023. 7, No.33



図 1a. 胸部写真



図 1b. 両側手術後



図 2a. 右病変

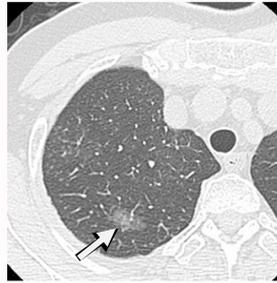


図 2b. 1.5 年後



図 3a. 左病変



図 3b. 2.3 年後

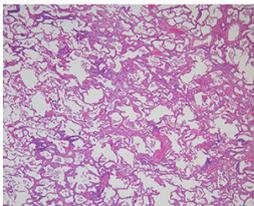


図 4a. 組織像 右病変

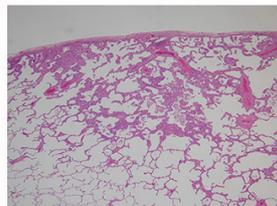


図 4b. 左病変

**症例**；70 歳代，女性．他疾患治療中の X 年 1 月，胸部 CT にて，右 S2 (図 2a) 及び左 S6 にすりガラス (GGO) 影を認めた (図 3a)．フォロー中に右病変の増大傾向を認めたので，本センター呼吸器内科に紹介となった．胸部単純写真では異常を認めない (図 1a)．

**合同カンファレンス**；初診から 1 年半後，右 S2 の GGO 病変は腫瘍径 18mm に増大したが (図 2b)，左 S6 病変は不変であった．左右とも GGO 部に充実部を認めていないが，左病変には胸膜陥凹像を伴った (図 3a)．両側肺癌の可能性を患者に説明したところ，手術を希望され，増大傾向のある右病変を先行した．

**右病変に対する手術及び病理診断**；X+1 年 11 月胸腔鏡下右 S2 区域切除術を施行し，術後 6 日目に退院した．病理組織検査では径 12mm の adenocarcinoma in situ であった (図 4a)．

**左病変に対する手術及び病理診断と経過**；初診から 2.3 年後，左 S6 腫瘍径は 16mm に増大したが，充実部は認めていない．しかし，X+2 年 5 月に施行した部分切除による病理組織検査では 7mm の浸潤径を有する腺癌であると判明した (図 4b)．経過は順調で術後 6 日目に退院し，右手術から 8 カ月の現在良好に経過している (図 1b)．

**考察**；本号のタイトルは前号 (32 号) とよく似ているが，腫瘍の性質と画像は全く異なる．GGO 病変への対応としては径 15mm を超える場合に精査を行う事が推奨されている<sup>1)</sup>．今回は両側同時性であったので，増大傾向のある右病変の手術を先行したが，ここには in situ 病変を，遅れて増大した左病変に浸潤病変を認めた．この浸潤病変を伴う，CT ratio<0.25<sup>2)</sup>の IA 期肺癌に対する縮小手術の前向き試験では 5 年無再発生存率：99.7%の成績を得ている<sup>3)</sup>．左病変は径 15mm に満たないが，病理組織診断は浸潤径 7mm を有する腺癌であったので，手術の選択は妥当であったと考えられた．**文献**：1) 低線量 CT による肺がん検診の肺結節の判定基準と経過観察の考え方 第 5 版 日本 CT 検診学会 2017, 2) Suzuki K, et al. *J Thorac Oncol.* 2011;6:751-6, 3) Suzuki K, et al. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2022;163:289-