

# Sleeve Lobectomy 10年後の再発に対し Completion Pneumonectomy を施行した腺様嚢胞癌の1例

著者	渡辺 進一郎, 渡辺 洋宇, 清水 淳三, 坪田 誠, 徳楽 正人, 龍沢 泰彦, 荒能 義彦, 岩 喬
著者別表示	Watanabe Shin-ichiro, Watanabe Yoh, Shimizu Junzo, Tsubota Makoto, Tokuraku Masato, Tatsuzawa Y., Arano Y., Iwa Takashi
雑誌名	胸部外科 = 日本心臓血管外科学会雑誌
巻	43
号	13
ページ	1076-1079
発行年	1990-12
URL	<a href="http://doi.org/10.24517/00050779">http://doi.org/10.24517/00050779</a>



## Sleeve Lobectomy 10年後の再発に対し

## Completion Pneumonectomy を施行した腺様嚢胞癌の1例

渡辺進一郎 渡辺洋宇 清水淳三 坪田 誠  
徳楽正人 龍沢泰彦 荒能義彦 岩 喬\*

はじめに 肺癌治療成績は決して満足すべきものではなく、早期発見・早期治療の重要性が指摘されている。今回、われわれは右肺の腺様嚢胞癌に対して sleeve middle lobectomy を施行し、10年後の再発に対し、completion pneumonectomy を行った1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 症 例

症 例 62歳，女。

主 訴：胸部異常陰影。

既往歴：35歳時，虫垂切除術施行。喫煙歴（-）。

家族歴：特記すべきことはない。

現病歴：1979年12月より咳嗽を認めるようになり、翌年2月近医を受診し、胸部X線写真にて右肺門部に径5cmの腫瘍陰影および中葉の無気肺を認め、当科を紹介された。2月19日、エスキノロン・マイトマイシンの気管支動脈内注入を行い、同29日、右の sleeve middle lobectomy を施行した（図1，2）。術後病期は T2N1, Stage II にて、術後3年間、間欠的にアドリアシン・5FU・エンドキサンによる化学療法と OK-432 による免疫療法を継続した。術後9年半後の1989年6月、胸部X線写真にて右 S<sup>2</sup> に径2cmの腫瘍陰影が出現し、再発を疑って再入院した。

入院時現症：身長143cm，体重52kg，血圧140/90mmHg，脈拍108分・整，眼瞼結膜に貧血は認めず，チアノーゼも認めなかった。右胸壁および右下腹部には手術創があり，肺野には打・聴診上異常を認めなかった。

臨床検査所見：血液一般検査，肝・腎機能検査に異常

Operative procedure (1980)  
Rt. middle sleeve lobectomy

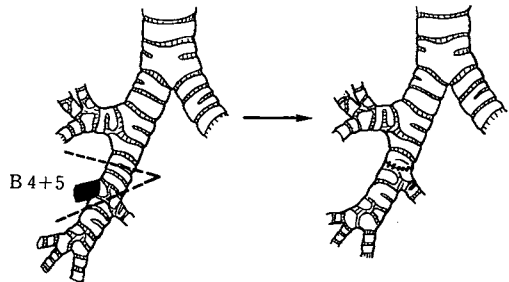


図1. 前回手術術式



図2.

病理固定標本では中葉枝が完全に閉塞している。

はなかった。CEA, SCC 抗原などの腫瘍マーカーはいずれも陰性であった。肺機能は % VC 77.3%, FEV<sub>1.0</sub>% 71.5% であった。

胸部X線所見：右 S<sup>2</sup> に径2cmの辺縁明瞭な腫瘍陰影を認めた（図3）。

胸部 CT 所見：右 S<sup>2</sup> に径2cmの辺縁明瞭な腫瘍陰影を認めた。リンパ節腫大は認められなかった（図4）。

気管支鏡所見：気管支形成部に狭窄を認め、生検にて

\* S. Watanabe, Y. Watanabe (助教授), J. Shimizu, M. Tsubota, M. Tokuraku, Y. Tatsuzawa, Y. Arano, T. Iwa (教授)：金沢大学第一外科。



図 3. 胸部X線所見

右 S<sup>2</sup> に径 2 cm の辺縁明瞭な腫瘤陰影を認める (矢印).



図 5. 気管支鏡所見

気管支形成部に狭窄を認める.

腺様嚢胞癌を検出した (図 5).

**核医学的検査:** 全身の骨スキャン・Ga スキャンでは異常を認めなかった.

以上より、腺様嚢胞癌の再発と考えられ、右肺以外には転移巣を認めないため、観血的治療が考慮された.

**手術所見:** 右第 4 肋骨床にて開胸した. 前回手術の影響で強い胸膜癒着を認め、これを鈍的・鋭的に剝離し、さらに奇静脈を切離して、肺門部を露出した. 腫瘍の左房内浸潤が疑われたため、右主気管支・右主肺動脈を切

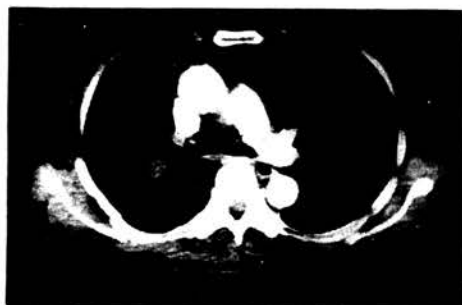


図 4. 胸部 CT 所見

右 S<sup>2</sup> に径 2 cm の辺縁明瞭な腫瘤陰影を認める.



図 6. 切除標本

肺静脈への浸潤を認める (矢印).

断のうえ、心膜腔内で左房を合併切除して、completion pneumonectomy を行いえた (図 6).

**病理所見:** 病理学的には、腺様嚢胞癌で肺門部および右 S<sup>6</sup> に腫瘤を認めた. 気管支形成部・肺動静脈・神経周囲リンパ管に高度の浸潤が認められた (図 7). これらの組織像は 10 年前の切除標本 (図 8) と同一であり、腺様嚢胞癌の再発と考えられた.

## 考 察

本症例は 10 年前に中葉の sleeve lobectomy を施行している. 中葉の sleeve lobectomy は、中葉発生の腫瘍が中葉気管支入口部ギリギリに留まるか、中間気管支内腔にわずかに浸潤している場合に適応となり、肉眼上、中間気管支、下葉気管支外面に浸潤が及んでないものに限られ、その適応となるものは、良性疾患、低悪性度肺癌 (カルチノイド、腺様嚢胞癌、粘表皮癌)、この部の肺門部早期肺癌などの限られたもののみであり<sup>1)</sup>、本症例ではその適応と判断された.

腺様嚢胞癌は低悪性度肺癌であるため、長期生存例が多いといわれているが、本症例も 10 年という長期間後の再発となった. 本症例では、肉眼的境界線よりも広く

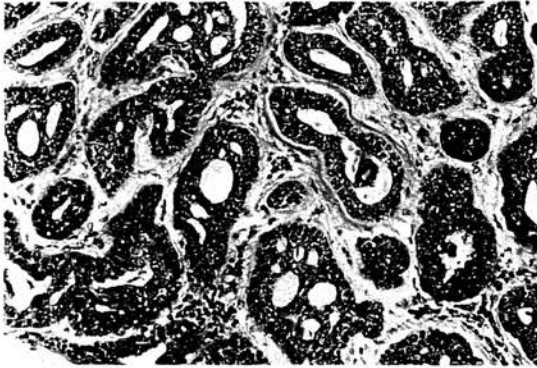


図 7. 今回病理標本  
腺様嚢胞癌を認める。



図 8. 前回病理標本  
腺様嚢胞癌を認める。

粘膜下を浸潤しているために、術後にはじめて断端陽性と診断されることも多い。石原ら<sup>2)</sup>は、腺様嚢胞癌の術後に断端陽性と診断されても、放射線療法を行い、術後5例のうち3例で5年4月～8年6月再発徴候を認めなかったと報告している。

今回 completion pneumonectomy を施行したが、再手術で切除された肺癌が前回の肺転移再発か異時性重複肺癌かの鑑別は困難である<sup>3)</sup>。Martini ら<sup>4)</sup>によると、多発癌の条件として同一組織型では第1癌と第2癌の間隔が2年以上あるか、第1癌が carcinoma *in situ* であるか、または異なった肺葉に存在しかつリンパ管浸潤や他臓器転移のないこととしているが、実際にはその条件を満たしても肺転移再発は否定できない。術後再発に対する手術適応については、肺原発巣が治癒しており、再発病巣が孤立・限局性で、再手術後、日常生活可能な肺機能が期待できることが必要であり<sup>5)</sup>、非常に限られている<sup>6)</sup>。

術式として同側肺再発では、多くの場合、completion pneumonectomy を行っている。児玉ら<sup>7)</sup>は対側肺が正常であれば completion pneumonectomy さらには completion tracheal sleeve pneumonectomy まで可能と述べている。McGovern ら<sup>8)</sup>は、肺切除後の同側肺癌の completion pneumonectomy 後の5年生存率は26.4%であり、そのうち再発病巣切除例の5年生存率は14.8%と、原発巣切除例の45.5%に対してかなり低かったと報告している。土屋ら<sup>9)</sup>は completion pneumonectomy 13例を含む30例の再発症例の5年生存率は37%であった

と報告している。当科では村上ら<sup>10)</sup>が再発肺癌の切除19例の5年生存率は39.9%であり、同時期の原発性非小細胞癌691例の5年生存率37.0%と比較して、劣らぬ成績であったと報告している。

おわりに sleeve lobectomy 10年後の再発に対し、completion pneumonectomy を施行した腺様嚢胞癌の1例を報告した。術後再発肺癌は再発病巣が孤立・限局性で、再手術後、良好な肺機能が期待できれば、積極的に再手術を行うべきである。

#### 文 献

- 1) 渡辺洋宇ほか：右側肺に対する Sleeve Lobectomy. 胸部外科 41 : 480, 1988.
- 2) 石原恒夫ほか：気管気管支外科の現況と将来. 外科治療 60 : 222, 1989.
- 3) Abbey, R.S. et al. : Second primary lung carcinoma. Thorax 31 : 507, 1976.
- 4) Martini, N. et al. : Multiple primary lung cancer. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 70 : 606, 1975.
- 5) 君野孝二ほか：原発性肺癌術後再発に対する外科療法. 肺癌 28 : 65, 1988.
- 6) Nielsen, O.S. et al. : Reoperation for recurrent bronchogenic carcinoma. Scand. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 18 : 249, 1984.
- 7) 児玉 憲ほか：再発および多発肺癌の外科治療. 外科治療 55 : 48, 1986.
- 8) McGovern, E.M. et al. : Completion Pneumonectomy : Indications, Complications, and Results. Ann. Thorac. Surg. 46 : 141, 1988.
- 9) 土屋了介ほか：再発肺癌の治療一切除の適応と成績一. 肺癌 25 : 341, 1985.
- 10) 村上眞也ほか：肺癌術後の対側肺転移再発および異時性重複癌に対する対側肺手術の意義. 胸部外科 42 : 722, 1989.

**Summary****A Case of Completion Pneumonectomy of Adenoid Cystic Carcinoma  
Which Recurred 10 Years after Sleeve Lobectomy**

S. Watanabe et al.

(The First Department of Surgery, Kanazawa University School of Medicine)

A 62-year-old woman with adenoid cystic carcinoma which recurred 10 years after sleeve middle lobectomy was reported. Completion pneumonectomy was performed and her postoperative course was uneventful. If pulmonary function permits, reoperation for recurrent lung cancer should be attempted.

## お知らせ

## 第5回 ECLA ワークショップ

日 時：平成2年12月15日 午後4時より8時まで

場 所：国立小児病院小児医療研究センター

〒154 東京都世田谷区太子堂 3-35-31 電話 03-414-8121

内 容：I. 報告 1. 米国での第2回 ELSO 会議の報告 熊本大学麻酔科 寺崎秀則

2. わが国における小児 ECMO の動向

愛知心身障害者コロニーセンター病院 長尾昌宏

3. 広義のガス交換法の現状と将来の展望

京大生体医療工学研究センター 清水慶彦

4. 膜型肺研究会の経緯と将来の展望 岡山大学第二外科 寺本 滋

II. 協議 わが国での研究連絡組織一本化への試案

司会 国立小児病院麻酔科 宮坂勝之

会 費：夕食代を含め2,000円

申し込みは、〒860 熊本市本庄 1-1-1 熊本大学麻酔科 森岡 亨まで

はがき又は Fax 096-366-7821 にて

締切り 11月末日