

G-73

気管へ浸潤した右上葉原発扁平上皮癌に対し二連続式に気管分岐部再建術を施行した 1 例

長崎大学第 1 外科

○辻 博治、綾部公懿、原 信介、岡 忠之、新宮 浩、森永真史、田川 泰

気道再建術のなかでも気管分岐部切除再建は未だ症例も少なく再建手技、術中術後の呼吸管理、術後合併症の併発が問題となる。今回、気管へ浸潤した右上葉原発扁平上皮癌に対し、右上葉管状切除 - 気管分岐部切除後に、左主気管支と中間幹を二連続式に気管に吻合し気管分岐部を再建した症例を経験したので報告する。

症例は48歳男性。喫煙指数2100。平成6年3月頃より乾性咳嗽出現し、以後時々血痰を見ていた。平成7年2月、血痰の増加、発熱、胸痛を主訴として近医受診。閉塞性肺炎の診断で入院精査、喀痰細胞診でclass V、扁平上皮癌の診断を受け、加療目的で3月当科入院となった。当科入院時胸部レントゲンでは、右上葉は完全無気肺を呈し、腫瘍陰影の追跡は不可能であるが、造影CTでは肺実質と腫瘍との境界は判別可能で、下部気管への浸潤が疑われた。気管支鏡では、右上葉気管支は腫瘍のため完全閉塞し、中樞側は気管分岐部より3気管軟骨輪、末梢側は中 - 下葉分岐部より3cm中樞までの浸潤が疑われた。手術は、後側方切開、第5肋間で開胸し、右上葉管状切除、気管分岐部切除、縦隔リンパ節郭清を行い、左主気管支と中間幹を二連続式に気管に吻合し気管分岐部を再建した。吻合部は有茎のpericardial fat padで被覆した。術中の呼吸管理にはdouble lumen tubeを用い、気道再建時にはtube in tube下、左片肺換気を主に麻酔管理を維持した。術後6日目まで気管内挿管下レスピレーター管理を行い、7日目より経口摂取を開始した。術後7週目、吻合部の軽度狭窄とnew carinaの一部白苔を認めるが、呼吸器症状の訴えは認められない。

G-75

単純遮断下の上大静脈合併右肺摘除一心膜パッチ再建による肺癌切除

富山医科薬科大学第一外科

○小山信二、杉山茂樹、美濃一博、池谷朋彦、原 祐郁、橋本勇一、三崎拓郎

（目的）右肺癌が上大静脈に浸潤する症例に対する治療の1つに外科的切除がある。最近経験した1例を報告する。（症例）68歳、男性。右上葉支口に浸潤する腫瘍で病理組織は扁平上皮癌であった。胸部CTで右肺門に6cm大の腫瘍と気管周囲リンパ節腫大と、さらに上大静脈の高度狭窄が認められた。血管造影では上大静脈内腔に瓢箪状の欠損と右肺動脈本幹に硬化狭窄とが認められた。右上葉原発の扁平上皮癌（T4N2M0）Stage III bと診断し、呼吸機能は右肺摘除可能と評価された。（手術手技）上下肢に血管を確保し、分離挿管全麻下に左側臥位に固定し、後側方切開 Muscle Sparing Methodで第5肋間で開胸する。肺靱帯を切離し縦隔胸膜を切開し、奇静脈を切離する。頭側より縦隔リンパ節を郭清、心膜を切開、上肺静脈と下肺静脈と肺動脈とをそれぞれ閉鎖切離する。右主気管支を閉鎖切離、心膜パッチを採取する。両側腕頭静脈と中樞上大静脈をテーピング遮断し、右肺と上大静脈浸潤部を一塊に切除し欠損部を心膜パッチで再建する。（結果および結語）遮断時間25分、出血量2000mlであった。術後は順調に軽快した。単純遮断下の上大静脈切除再建は、その高度狭窄があるが閉塞症状がない場合には、可能な方法であると思われる。

G-74

心大血管合併切除肺癌症例の検討

大分県立病院胸部外科

○井手誠一郎、内山貴堯、山岡憲夫、中村昭博、山下秀樹

【目的】左房、大動脈、大静脈合併切除の手術例の成績と適応について検討した。

【対象】合併切除を施行した大動脈合併切除3例、上大静脈合併切除5例、左房合併切除8例を対象とした。

【結果】組織型は扁平上皮癌6例、腺癌4例、大細胞癌4例、小細胞癌1例、腺扁平上皮癌1例であった。病期は軟部組織転移とPM例の2例を除いて全例ⅢB期で、リンパ節転移はn0 4例、n1 1例、n2 6例、n3 3例、不明2例であった。手術術式は肺全摘5例、肺葉切除11例（一葉切除7例、二葉切除4例）で、1例では気管支及び肺動脈形成術を施行した。相対的治癒切除は6例で、絶対的非治癒切除となったのは大動脈合併切除例の3例、上大静脈合併切除例2例、左房合併切除例5例の10例であった。術後の平均生存期間は大動脈合併切除例4.2ヵ月、上大静脈合併切除例16.2ヵ月、左房合併切除例22.6ヵ月であった。上大静脈合併切除のn0例に4年以上、左房合併切除のn1例に8年以上の長期生存が得られた。

【結論】1. 心、大血管浸潤症例で絶対的非治癒切除となる場合は予後は不良で、手術適応はない。2. 心大血管合併切除では左房合併切除例がもっとも予後が良好であり、n0 n1症例では長期生存例がみられもあり積極的切除の適応と考える。

G-76

隣接臓器合併切除を要した(T3-4)原発性肺癌切除例の検討

福岡大学第二外科

白石武史、林 亨治、松尾敏弘、吉永康照、岡林 寛、山下純一、岩崎昭憲、川原克信、白日高歩

（目的）隣接臓器直接浸潤を来した合併切除を要した所謂(T3-4)原発性肺癌切除症例を検討した。最近では合併臓器をやや広範に切除する方針としており、周術期管理のシンボと相まって以前では実施し得なかった胸腔内臓器まで切除範囲を拡大している。必然的に短期死亡例も出現しているが、今回1993年3月より1995年5月迄の2年間における原発性肺癌切除例中合併切除可能であったT3-4症例43例を対象として切除範囲、術後合併症、術後短期死亡原因等について調査した。また過去のT3-4切除症例との比較を行った。（結果）最近2年間の切除肺癌142例中、隣接臓器合併切除を要した症例は30.3%を占め、合併切除臓器別では、胸壁(53.5%)、大動脈(9.3%)、心嚢(9.3%)、左心房(9.3%)、横隔膜及び肝(7.0%)、主肺動脈(7.0%)、上大静脈(4.7%)であった。これら症例の組織型は、扁平上皮癌55.3%、腺癌26.3%、小細胞癌7.9%、大細胞癌7.9%であった。

（考察）以前では浸潤部位の完全切除が出来なかった大動脈浸潤肺癌では、Bio-pumpの利用で十分な切除が可能となった。また術後回復に関しては胸腔内臓器合併切除例が比較的良好であったのに対し、開腹操作を伴う横隔膜肝合併切除例は遷延する肝機能障害等により在院期間が延長する傾向が認められた。