

I-85

非観血治療後，長期生存が得られた進行非小細胞肺癌の 1 剖検例

群馬県立がんセンター呼吸器外科¹⁾，群馬県立がんセンター，放射線科²⁾，群馬県立がんセンター病理³⁾，藤岡総合病院外科⁴⁾，東邦大学医学部付属佐倉病院外科⁵⁾，群馬大学医学部付属病院第一外科⁶⁾
○清水幸夫¹⁾，矢島靖巳¹⁾，高橋健郎¹⁾，松浦正名²⁾，玉木善雄²⁾，小川晃³⁾，杉原志朗³⁾，田中司玄文⁴⁾，加藤良二⁵⁾，設楽芳範⁶⁾，桑野博行⁶⁾

【はじめに】進行非小細胞肺癌における非観血治療の予後は不良であるが，放射線治療後 24 年間生存し，咯血による死亡後の剖検で非坦癌であった症例を経験したので報告する。【症例】1943/6/2 生，男性，既往歴は特になし，BI 約 250.1975/10 月 (32 歳) 右胸背部痛あり近医を複数受診するも神経痛と診断された。症状増悪し整形外科を紹介され入院，肺癌が疑われ某大病院放射線科を紹介，76/1/26 転院した。右肺尖部の腫瘍，右第 2,3 肋骨の破壊，縦郭右肺門リンパ節腫脹を指摘，経皮肺生検で undiff.ca., Stage 3A (cT3N2M0) 肺癌と診断され肺野縦郭へ 54Gy 照射した。76/2/20 郷里の当院へ再転院，右肺門へ 46Gy 追加照射した。76/11 右腎部 (大腎筋と梨状筋の間に) 腫瘍 (4.0×3.5 cm) を認め切除，病理診断は腺癌，摘出部へ 25Gy 照射した。77/5 月右足のしびれ，運動障害出現，以降徐々に両側下肢，右上肢へ拡大，後に放射線脊髄障害と診断された。77/5 月右肋骨，81/1 月右肋骨，肩甲骨，82/4 月右肋骨，87/3 月右背部皮下への転移が疑われ，局所へ各 25Gy, 30Gy, 18Gy, 48Gy 照射した。85/6 月右背部軟部組織の放射線潰瘍に対して有茎筋弁形成術を行った。2000/4/26 突然自宅で咯血，仮死状態で緊急入院，蘇生治療で回復した。気管カニューレは留置された状態で入院中，突然，5/13 再咯血をおこし死亡した。剖検所見は，照射部位の瘢痕のみで各臓器に癌の遺残はなかった。出血部位の右肺上葉も軽度炎症像のみであった。【まとめ】非小細胞肺癌の脳以外への孤立性転移はまれとされるが，本例は臨床経過から右肺尖部の低分化腺癌が，原発巣，転移巣への複数回，大量の放射線治療と転移巣切除により完全治癒した希有な症例と考えられた。

I-87

重篤なパンコースト症候群を合併し，放射線療法及び化学療法にて長期生存を得た非小細胞肺癌の一例
仙台厚生病院腫瘍センター胸部腫瘍内科

○菅原俊一，斎藤純一，佐藤謙治，本田芳宏，新藤 哲，柳町智宏，堀越理紀，手島建夫，中井祐之

今回我々は，脊椎骨破壊を伴う重篤なパンコースト症候群を合併し，放射線治療と化学療法により寛解を認め，長期生存を得た非小細胞肺癌症例を経験したので報告する。

【症例】38 歳男性。1989 年 11 月より右肩甲部痛，右上肢～手指のしびれ感出現。近医での胸部 X 線写真で右上葉の異常陰影を指摘され当科紹介入院となった。受診時の身体所見として右上肢脱力，右手指知覚消失，右頸静脈の怒張，右眼瞼下垂を認めた。胸部 CT で右 S¹ に径 8 cm の腫瘍影を認め，MRI で頸椎 (C7)，胸椎 (Th1-3) に腫瘍浸潤による骨融解像，骨シンチグラフィで右第 1 肋骨に強い陽性描出を伴っていた。気管支鏡下腫瘍生検で低分化型腺癌の組織診を得た。遠隔転移は認めず，パンコースト症候群を呈する局所進行肺腺癌と診断した。四肢麻痺の回避と除痛目的で⁶⁰Co による放射線治療 (総線量 60Gy) を先行させ，終了後 CDDP+VDS による化学療法を 3 コース追加した。治療効果は NC で 1990 年 7 月に退院，外来経過観察中徐々に腫瘍は縮小し，半年後に PR 相当になった。疼痛はモルヒネ剤の内服により軽減し，右上肢の知覚障害，運動麻痺に対して 1991 年 12 月よりリハビリテーションを行い，握力，動作能力等の著明な回復を認め職場復帰を果たした。1998 年，放射線照射により空洞化した右上葉にアスペルギルス感染を併発したが，現在まで肺癌再発の徴候は認められていない。

【結語】本症例は放射線治療，化学療法が奏効し長期生存が得られているが，腫瘍の生物学的特性もその一因であると考えられる。

I-86

腫瘍の縮小に伴い末梢神経障害が軽減した肺扁平上皮癌の 1 例

国立長崎中央病院呼吸器科¹⁾，同 神経内科²⁾，同 外科³⁾
長崎大学第 2 内科⁴⁾

木下明敏¹⁾，大角光彦¹⁾，森 正孝²⁾，辻 博治³⁾
岡三喜男⁴⁾，河野 茂⁴⁾

傍腫瘍性神経障害はまれな合併症である。肺癌のなかでは小細胞癌に多く，扁平上皮癌では特に希である。今回我々は亜急性性感覚運動性ニューロパシーを呈した肺扁平上皮癌で，全身化学療法により神経症状が改善した症例を経験したので報告する。患者は 74 歳，男性。平成 10 年 11 月上旬より四肢のしびれ・知覚障害・筋力低下が出現，近医にてビタミン剤の処方を受けたが増悪傾向にあり他院を受診。胸部 X 線写真にて右上肺野に φ 2cm 大の結節影を認め，精査加療目的にて 12 月当科入院となった。入院時現症では，四肢に筋萎縮は認めなかったが，握力は左右ともに減弱しており，歩行は杖を使えば可能であった。知覚系は四肢において表在感覚，深部感覚ともに低下しており，いわゆる glove & stocking 型の知覚障害を示した。深部腱反射は四肢すべてにおいて消失していた。筋電図所見では，運動神経は，正中神経・尺骨神経・腓骨神経について，振幅，神経伝導速度ともに低下していた。感覚神経では，正中神経・尺骨神経について，振幅，神経伝導速度ともに計測不能であり，感覚神経優位の神経障害を示した。精査にて右腸骨転移を伴う肺扁平上皮癌 (T1N0M1, Stage IV) と診断され，CPT-11+CBDDCA による化学療法を 4 コース施行された。化学療法により原発巣及び右腸骨転移巣も縮小し，四肢のしびれ・知覚障害も改善した。その後，平成 12 年 5 月現在，神経症状はほとんどなく，筋電図所見でも，運動神経，感覚神経ともに改善した。今回の症例のように肺癌の縮小とともに神経障害が改善する例はきわめて希であるが，悪性腫瘍の診断に先行して神経症状が出現することもあり，注意を要すると思われた。

I-88

無治療経過観察中に縮小した小細胞肺癌の一例

札幌鉄道病院呼吸器内科

伊達 拓子，大道 光秀，原田 尚雄，森川 裕子

症例は 81 才の男性で喫煙歴 18 本/日×61 年，粉塵歴はない。80 才時胃炎と高脂血症の治療で通院中の近医で，肺炎治療中に胸部異常影を発見された。27 才時に結核の既往がある。精査目的で当科入院した。

入院時肺炎は治癒しており，症状はなかった。身体所見に特記すべき異常なし。左 S³ の異常影は，不規則な形態で集束が強く TBLB, curet で腺癌と確認した。右 S¹ の異常影は比較的辺縁鮮明な直径約 1cm の円形陰影で，経皮吸引生検・細胞診の結果小細胞肺癌と確認した (組織で CEA, NSE 陽性)。縦隔・肺門リンパ節の腫脹，遠隔転移は検出されなかった。腫瘍マーカーは CEA が 13.1ng/ml と上昇していた。

本人・家族に告知の上，患者の希望と両肺の同時二重癌で，高齢であることを考慮して症状がないうちは無治療の方針とした。初診から 6 か月までは右肺の小細胞肺癌が徐々に直径約 2cm まで増大していたが，8 か月目に腫瘍が縮小してきたようであったので 10 か月目に入院して全身精査を行なった。

左肺の腺癌は増大していたが，右肺の小細胞肺癌原発巣は縮小しており，縦隔・肺門リンパ節の腫脹，遠隔転移は検出されなかった。1 年後の現在も無治療で経過観察中であるが，同様の傾向が続いており，CEA が 11.5-13.6ng/ml, NSE は正常範囲内で推移している。