The Japan Lung Cancer Society

P-105　悪性胸膜中皮腫に対する外科的切除例の検討

長崎大学　医学部　第1外科[1]，長崎大学　医療技術短期大学部[2]，三菱病院[3]，泉川病院[4]，長崎大学　医学部付属病院　病理部[5]
○赤嶺晋治[1]，岡　忠之[1]，村岡昌司[1]，永安　武[1]，田川　泰[2]，仲宗根朝紀[3]，泉川欣一[4]，久松　貴[4]，林徳眞吉[5]，綾部公懿[1]

悪性胸膜中皮腫(MPM)はまれであるが，悪性度の高い疾患である.当科における外科的切除例から問題点について検討した.対象は1988年から2000年までに外科的治療を行った10例のMPMである.男性8例，女性2例，平均年齢62.5歳.検診時胸部異常陰影で胸水を指摘された2例を除き，咳嗽，労作時呼吸困難，胸痛を主訴とした.医療機関受診後手術まで平均3.2(1-5)ヵ月を要した.明らかなアスベストの被爆は2例でみられ，胸水中ヒアルロン酸は6例中5例で10,000 ng/mlを越えた.画像上明らかな胸水を8例に認め，腫瘤形成は5例に，胸膜肥厚を5例に認めた.胸水細胞診は全例で行い，4例でMPMを疑い，1例で癌細胞がみられた.経皮胸膜生検は8例で施行し，4例でMPMを疑い，3例は胸膜炎，1例で癌と診断された.術前診断は悪性中皮腫疑い5例，癌性胸膜炎1例で手術を行い，残り4例は胸水細胞診及び胸膜生検で確定できず(原因不明胸水2例，結核性胸膜炎1例，肺分画症疑い1例)，3例は胸腔鏡下胸膜生検で診断され，異時性に根治術を行い，残り1例は開胸により診断され同時に根治的な手術を施行した.手術は胸膜肺全摘術6例で5例は心膜，横隔膜を合併切除した.腫瘤形成の2例で可及的摘出とリンパ節郭清，1例で下葉切除と横隔膜心膜合併切除，1例で壁側胸膜切除を行った.UICC分類のTNM stagingはT1N0M0 2例，T2N0M0 3例，T1N2M0 1例，T2N2M0 3例，T3N2M0 1例であった.病理学的には上皮型6例，混合型4例であった.補助療法として術中CDDPの胸腔内注入を3例，放射線療法を2例，OK-432胸腔内注入を1例に行った.胸水の貯留のたびに，CDDP 100 mgを胸腔内に注入した(6回)1例で11年の長期生存中である.この1例と術後5ヵ月担癌生存中の1例を除き，平均14ヵ月で局所再発により癌死した.以上よりMPMに対する診断手技としての早期の胸腔鏡下胸膜生検の考慮と集学的治療の必要性が示唆された.

P-106　びまん性悪性胸膜中皮腫の臨床的検討

国立療養所　沖縄病院　内科[1]，国立療養所　沖縄病院　外科[2]
○仲本　敦[1]，久場睦夫[1]，宮城　茂[1]，喜屋武邦雄[1]，大湾勤子[1]，國仲留奈[1]，石川清司[2]

【目的】当院で経験したびまん性悪性胸膜中皮腫症例の臨床像を明らかにする.【対象】最近10年間に当院で経験した，組織学的に診断の確定したびまん性悪性胸膜中皮腫12症例.【成績】男女比は11：1，年齢は34歳から76歳までで平均56.8歳.明確なアスベスト暴露歴のあるものは4例であった.発見動機は有症状医療機関受診が9例と多くを占めた.確定診断は胸膜生検5例，VATSが2例，開胸生検または手術が4例であり，発見動機から診断確定までの期間は1ヶ月から32ヶ月，平均6.2ヶ月であった.治療は化学療法のみが7例と最多で，手術＋化学療法2例，化学療法＋放射線療法が1例であった.追跡可能な10症例中，現在治療継続中が2例，死亡8例で，死亡症例の発見動機からの生存期間は7ヶ月から55ヶ月，平均21.3ヶ月であった.【結論】受診時進行例が多いこと，診断確定までに長期を要した症例が多いこと，治療抵抗性であることなどが改めて確認され，予後改善のための検討が望まれる.

P-107　悪性中皮腫に対し胸腔内ポート留置による抗癌剤反復注入療法を施行した1例

市立岸和田市民病院　呼吸器科
○小川栄治，平田敏樹

悪性中皮腫に対し胸腔内ポート留置による抗癌剤反復注入療法を施行した1例市立岸和田市民病院　　呼吸器科
小川栄治，平田敏樹症例は77歳男性.呼吸困難を主訴に当科受診し，右胸水貯留のため入院となった.胸腔鏡下胸膜生検により悪性胸膜中皮腫の診断が得られた.術前より本人及び家人が胸膜肺全摘術を希望しなかったため，一期的にインヒューザーポート(商品コード24-064-5)を留置した.外来にてポートを利用して抗癌剤反復注入療法及び胸水のドレナージを行った.投与量はCBDCA 30mg，5FU 250mgを計8回(全量CBDCA 240mg，5FU 2000mg)ポートを利用して外来にて胸腔内に注入した.胸腔内癒着により，投与不可能となったため，局所麻酔下でポートを抜去した.ポート抜去時の全身精査にて新たな病変は発見できなかった.現在外来にてGEM (Gemcitabine)，NAV (Vinorelbine) によるsystemic chemotherapy追加施行中である.　以上の症例に対して若干の文献的考察を加え報告する.

P-108　孤立性線維性胸膜腫瘍の1例

山形県立中央病院　呼吸器外科
○中嶋和恵，佐藤　徹，正岡俊明

孤立性線維性胸膜腫瘍は，従来，限局性線維性胸膜中皮腫のカテゴリーに含まれていた稀な疾患である.病理学的には紡錘形の腫瘍細胞の増生と，免疫染色では，CD34やvimentin染色が陽性になることで診断されるが，術前診断は困難であると言われている.今回，巨大な孤立性線維性胸膜腫瘍の1例を経験したので報告する.(症例)44歳女性.(経過) 平成11年4月より子宮筋腫の診断にて経過観察されていたが，平成12年多量の不正性器出血を認め，手術を前提とした精査施行.そのときの胸部CT検査にて，左胸腔上背側を占拠する最大径約20cmの巨大な腫瘍を認めた.比較的境界明瞭，内部やや不均一な腫瘍で，画像上は肺内・肺外の診断は困難であった.臨床経過・画像等より，子宮筋腫の転移，孤立性線維性胸膜腫瘍などを疑って針生検を施行したが，線維芽細胞の増生を認めるものの，確定診断には至らなかった.また，子宮筋腫の転移である場合，原発巣切除による胸腔内腫瘍縮小の可能性も考えられるため，腹式子宮全摘術及び両側付属器切除術を施行した.しかし，その後も胸腔内腫瘍は増大傾向を示したため，6月14日全身麻酔下に手術を施行した.後側方切開にて右開胸し胸腔内を観察すると，腫瘍は左上葉S^{1+2}の臓側胸膜より有茎性に発生していた.腫瘍表面はほぼ円滑・弾性硬で，一部上葉・下行大動脈と癒着しており，下行大動脈から腫瘍への栄養血管流入を認めた.大きさは16.5×10.0×6.0 cm，700g，割面は白色－黄白色充実性でやや内部不均一であった.臨床経過，大きさ，肉眼的所見からは孤立性線維性胸膜腫瘍として矛盾しないが，詳細については現在，病理組織学的に検討中である.孤立性線維性胸膜腫瘍は，外科的切除により比較的予後良好と言われるが，良性であっても再発の可能性があり，今後も十分な経過観察が必要であると思われる.(まとめ)巨大な孤立性線維性胸膜腫瘍の1例を経験したので報告した.

NII-Electronic Library Service