

VD-05-4

広範囲胸壁合併切除および再建を必要とした巨大肺癌の一例

¹群馬県立がんセンター呼吸器外科, ²杏林大学医学部外科

田中 良太¹, 中里 宜正¹, 呉屋 朝幸²

【症例】58歳, 男性【主訴】血痰【現病歴】2005年10月下旬より血痰, 及び右側胸部痛が出現した。11月2日に前医を受診し胸部レントゲン上胸部異常陰影を指摘され当センターに紹介された。胸部造影CTでは右上肺野を占拠するように101×94×69mm大の腫瘤を認めた。また肺動脈本幹は圧排され中葉, 及びS6への直接浸潤が疑われた。骨シンチとCTとのfusion画像では第II, III, IV, V肋骨への浸潤を認めた。胸部MRIの高b値拡散強調画像と造影T1WIのfusion画像では病巣の一部が胸壁外へと連続し嚢胞様変化を伴っていた。気管支鏡下による腫瘤生検では大細胞癌と診断された。縦隔鏡下リンパ節生検ではリンパ節転移陰性で, cT3N0M0の臨床病期IIBの診断で手術を施行した。【手術】2006年1月17日に胸骨正中切開右肺上葉+中葉+S6区域切除術, hookアプローチによる側方切開胸壁(第II, III, IV, V, VI肋骨)合併切除, 及び縦隔リンパ節郭清(ND2a)を施行した。胸壁欠損部にはプロリンメッシュ2枚の間に骨セメントをサンドして作製した人工補填物により再建し補填した。術後病理診断はAdenocarcinoma with mixed subtypes, pT3N0M0の病期IIBであった。術後は胸壁動揺がなく経過順調で現在10ヶ月が経過し無再発生存中である。【結語】本症例は腫瘍長径がおよそ10cmと巨大なため胸骨正中切開アプローチで肺門処理を先行させることでより安全な血管処理が可能であった。また胸壁切除, 及びS6区域切除では体位変換後のhookアプローチにより良好な視野を得ることができた。本症例では人工補填物による再建で術後に胸壁動揺もなく残肺の拡張も良好であった。

VD-06-2

慢性MRSA結核性膿胸に対する広背筋弁充填術を併用した肺剥皮術

財団法人結核予防会複十字病院呼吸器外科

白石 裕治, 葛城 直哉, 喜多 秀文, 砥石 政幸, 宮坂 善和

【目的】慢性MRSA結核性膿胸に対して広背筋弁充填術を併用した肺剥皮術を行い良好な結果を得たので手術ビデオを供覧する。【症例】症例は56歳, 男性。胸痛あり近医受診し左MRSA膿胸と診断されドレナージを開始。その後A病院へ転院し胸水のPCR検査で結核菌陽性と判明し外科治療目的で当院へ転院。HRZSの4剤で化療を開始し薬剤感受性試験の結果PZA耐性と判明しHRSへ変更して化療を継続。胸部X線写真では左肺は中等度虚脱しniveauを伴う膿胸腔を認める。化療により胸腔内容の培養結果で結核菌陰性, またMRSAも陰性となり手術を施行。術式は左肺剥皮術+広背筋弁充填術, 手術時間6時間43分, 出血量80ml。【手術】約25cm長の左後側方切開を置き, まず広背筋弁を作製。前鋸筋は温存し第6肋骨を切除して第6肋骨床より胸腔に入る。電気メスを用いて胸壁と膿胸壁との間を胸膜外に剥離する。横隔膜面の剥離を容易にするために第9肋骨も切除し第9肋骨床より肺底部の剥離を行う。これにより膿胸壁は胸壁, 横隔膜より遊離された。続いて肺表面からも膿胸壁を剥離して膿胸嚢を摘出。肺瘻3カ所を3-0プロリン糸で修復し加圧にて肺はかなり膨らむようになった。遺残腔をなくすためにあらかじめ作製しておいた広背筋弁を胸腔内に充填し肺表面に固定した。これにより腔をほぼ埋めることができた。胸腔ドレンを2本, 皮下ドレンを1本挿入して閉胸。【術後経過】術後経過は第7病日に肺尖ドレンを, 14病日に肺底ドレンを抜去, 21病日に皮下ドレンを抜去し, 33病日に退院となった。術後5ヶ月目の胸部X線写真では左肺の再膨張は良好で遺残腔を認めない。

VD-06-1

右肺全摘除後の気管支断端瘻・MRSA膿胸に対する気管支内大網充填および胸郭成形術

日本医科大学多摩永山病院呼吸器外科

谷村 繁雄, 中島 由貴, 斉藤 祐二

【目的】右肺全摘除後の気管支断端瘻は致死的な危険性が高く, 難治性であり, 呼吸器外科医にとって最も避けたい合併症である。今回, 開窓術で致死状況を回避し, その後気管支内への大網充填術により完治させた症例を経験したので報告する。【症例】患者は66歳, 男性。平成17年7月右下葉S6の扁平上皮癌が葉間を越えて上, 中葉に浸潤していたため肺全摘除, 有茎第5肋骨筋による気管支断端被覆術(ND2a)を施行した。しかし, 1か月後気管支断端瘻による膿胸を発症したため開窓術を実施し, 致死的な状況を回避した。5か月間の包交により栄養状態の改善を図ったが, 膿胸腔のMRSAは消失しなかったため, これ以上の経過観察は無意味と考え, 術1週間前から全身および局所へのヴァンコマイシン投与を行い, 平成18年2月手術を施行した。まず左半側臥位で膿胸腔を搔爬・洗浄し, その後上腹部正中切開にて右胃大網動脈による有茎大網を作成, 経横隔膜的に胸腔内に誘導した。右主気管支内への充填大網の量は, 麻酔医による気管支鏡観察所見で決定した。大網を気管支壁に4点固定し, その上から断端部を残りの大網で被覆し, 固定した。さらに, 残存死腔を可及的に少なくする目的で第2~9肋骨の胸郭成形術を追加した。術後分離換気用気管チューブ挿管下での1週間の人工呼吸管理とその後気管切開下にて3週間の呼吸管理が必要であった。その後リハビリにて次第に全身状態が改善し, 2か月後退院, 8か月後の現在再発兆候なく, 良好である。【結論】気管支断端瘻の直接縫合閉鎖が困難な場合, 気管支内への大網充填および断端被覆術は極めて有用な術式と思われる。

VD-06-3

人工血管再建を伴った肺瘻術後気管支断端瘻に対しextra-anatomical bypass+腹直筋皮弁にて治癒し得た1例

¹名古屋大学医学部呼吸器外科, ²名古屋大学医学部心臓外科

宇佐美 範恭¹, 内山 美佳¹, 川口 晃司¹, 岡阪 敏樹¹, 伊藤 志門¹, 佐藤 尚他¹, 谷口 哲郎¹, 横井 香平¹, 上田 裕一²

【はじめに】人工血管再建を伴った肺瘻術後気管支断端瘻膿胸の治癒報告例は極めて稀である。【症例】46才男性。主訴は発熱。37才の時に左肺瘻(Sq, pT4N0M0)に対して左肺全摘術+大動脈遠位弓部切除再建術, その半年後に気管支断端瘻を発症し大網充填術が他院にて施行されている。以後1年に1回程膿性痰を伴った発熱がみられたが治療で改善していた。肺瘻の再発所見なし。2005年4月頃から膿性痰の量が多くなり内科的治療ではコントロール不能となったため治療目的で当院へ紹介となった。気管支鏡で観察すると左主気管支断端は完全に開き, 人工血管を直視できる状態であり, 気管支断端瘻膿胸と診断した。【治療経過】8月19日に開窓術施行。胸腔内の膿を搔爬し完全に開いた気管支断端を人工血管の近傍に確認した。その後ガーゼ交換を行いながら感染の沈静化を図っていたところ, 9月16日に発熱と人工血管吻合部中核側からのoozingが見られたため人工血管感染と診断, 18日に血行再建術(弓部分枝再建+心嚢内右側を通過する上行-下行大動脈のextra-anatomical bypass), 次いで20日に感染人工血管摘除術施行。以後ガーゼ交換により感染をコントロールした後, 2006年5月8日に閉窓術施行。第1-6肋骨を可及的に切除し, 下腹壁動静脈を血管茎とした遊離腹直筋皮弁を採取し左胸背動静脈と吻合後, 筋皮弁にて気管支断端を被覆閉鎖した。術後, 気管支断端部への圧負荷軽減とグラフト血流維持目的に左主気管支入口部を気管支ブロッカーで閉鎖した分離肺換気による呼吸管理を約10日間施行。その後経過は良好で, 現在外来にて経過観察中である。