

P-405 プラチナ併用術後補助化学療法は標準治療になり得るか？

杏林大学 医学部 外科

武井 秀史, 青野 哲也, 吉田 勤, 河内 利賢, 須田 一晴,
古屋敷 剛, 塚田 久嗣, 大野 陽子, 輿石 義彦, 呉屋 朝幸

【背景】2003年 IALT の報告以降, 術後補助化学療法の種々の positive data が報告されている. 特に欧米でプラチナ製剤を含む二剤併用療法の有用性が数多く報告されているが, この結果をわが国において応用できるかは不明である. 【目的】プラチナベース併用療法の有効性が数多く報告された2004年6月以降の当院での術後補助療法の実施状況を解析し, 補助療法を施行する際の問題点を明らかにする. 【方法】2004年6月から2005年12月までの間に切除された病理病期 IA から IIIA 期の非小細胞肺癌完全切除例 79 例について術後補助療法の内容, 実施状況について retrospective に検討した. 【結果】補助化学療法は 20 例 (25.3%) に施行されていた. 補助化学療法の内容は UFT 14 例, GEM 1 例, CBDCA + PAC 3 例, CDDP + VNR 1 例, CDDP + CPT11 1 例であった. プラチナ製剤を含む二剤併用療法が施行されたのは 5 例 (6%) であった. その実施コース数は 3 コース 2 例, 4 コース 2 例で 1 例は 1 コース施行後治療継続中である. 【結論】症例を限定すれば術後補助療法として 3 コース以上のプラチナベース併用療法が実施可能であるが, 現状では, プラチナベース併用療法の実施率は低く, 臨床試験で認容性を含めた解析が必要であると認識される.

P-407 急激な炎症所見で発症した胸腺関連腫瘍の二例

¹ 都立墨東病院 胸部心臓血管外科, ² 東京医科歯科大学大学院 心臓機能外科

伊藤 淳¹, 小島 勝雄², 赤松 秀樹², 砂盛 誠²

急激な炎症所見で発症する縦隔腫瘍として縦隔奇形腫の胸腔内穿破が代表的なものであるが今回我々は奇形腫ではなかった胸腺関連腫瘍の二例を経験したので報告する. 症例 1 は 41 歳男性. 2005 年 3 月 22 日胸背部痛出現, 近医胸部 Xp にて左肺門部に腫瘤影あり胸痛改善しないため同日当院救急外来紹介. 胸部 CT にて前縦隔に径 6cm の腫瘤あり鎮痛解熱薬投与で胸痛は改善したが 3 月 25 日両側胸水出現し悪性縦隔腫瘍を疑い胸腔穿刺施行するが悪性所見がないため縦隔奇形腫の胸腔内穿破を疑い, 炎症所見の改善傾向を認めた 3 月 31 日胸腔内に癒着は認めなが胸腔鏡補助下に左前縦隔腫瘍摘除術を施行した. 術後病理診断は胸腺カルチノイド壊死であった. 術後補助療法せず 9 ヶ月生存中である. 症例 2 は 33 歳女性. 2005 年 8 月 4 日左胸部違和感, 5 日左胸痛, 6 日乾性咳嗽, 呼吸困難出現, 近医胸部 Xp にて肺炎, 胸膜炎とされ経口抗生剤投与されるも改善せず 8 日胸部 Xp, CT にて前縦隔に径 6.6cm の腫瘤, 左胸水を認め奇形腫の胸腔内穿破疑いにて当科紹介. 翌日関連病院転院, 静注抗生剤使用し胸水軽減後 22 日胸骨正中切開にて手術. 術中迅速診で胸腺腫, 癒着強固で胸腺左葉, 左舌区肺区域, 左横隔神経, 心膜合併切除を施行した. 術後病理診断は非浸潤型胸腺腫壊死であった.

P-406 発熱と胸痛を契機に発見された広範な壊死と嚢胞形成を伴った胸腺腫の 1 例

名古屋大学 医学部 呼吸器外科

宇佐美 範恭, 川口 晃司, 福井 高幸, 伊藤 志門, 安田 あゆ子,
佐藤 尚他, 谷口 哲郎, 内山 美佳, 横井 香平

【はじめに】Moran と Suster は, 壊死, 梗塞, 出血を伴った嚢胞性変化を有する稀な胸腺腫について報告している (Am J Surg Path 2001; 25: 1086-1090). 我々も同様な胸腺腫症例を経験したので文献的考察を加えて報告する. 【症例】65 才, 男性. 既往歴: 糖尿病. 2004 年 8 月, 発熱と左前胸部痛を主訴に近医受診. 胸部 CT にて前縦隔の腫瘍性病変と両側胸水を指摘された. 抗生剤投与により炎症反応と胸痛は改善したため, 診断治療目的で当院へ紹介となった. AFP, β HCG, CEA, ProGRP, シフラは正常範囲内であり, MG 症状も認めなかった. CT では上行大動脈の左腹側に境界やや不明瞭な 40 × 35mm の腫瘤影として認められた. 画像的には浸潤性胸腺腫もしくは悪性胚細胞腫瘍を疑い, 2004 年 9 月 3 日に手術を施行. 腫瘍は胸腔内には浸潤しておらず, 胸腺全摘術と左縦隔胸膜, 左横隔神経と心囊の一部合併切除にて完全摘出し得た. 病理学的には, 広範な凝固壊死, 出血および嚢胞形成を伴った type B1 thymoma, Stage II と診断された. 術後 1 年 3 ヶ月経過するが再発の兆候はない. 【まとめ】凝固壊死や出血, 嚢胞形成を示す腫瘍は通常悪性病変であると考えられているが, これらの病理所見を有する胸腺腫は症例数は少ないものの予後良好と報告されている. 本例でも完全切除が比較的容易に施行でき, わずかな浸潤所見は認めたものの経過は良好である. またこのような胸腺腫例では約半数に胸痛などの自覚症状があるとされているが, 本例も例外ではなく発熱と胸痛を有していた. しかしそれらの症候も抗生剤投与により軽快しており, 本腫瘍の病理所見と臨床経過の乖離が興味深く思われた.

P-408 胸腔内に巨大腫瘍として発見された胸膜由来異所性胸腺腫の一例

九州大学医学部消化器総合外科

大場 太郎, 山崎 宏司, 高祖 英典, 川野 大悟, 田川 哲三,
亀山 敏文, 饒平名 知史, 吉野 一郎, 前原 喜彦

胸腔内に巨大腫瘍として発見された胸膜原発胸腺腫を報告する. 【症例】58 才女性. 平成 17 年 6 月に動機あり, 胸部レントゲンにて右横隔膜の挙上を指摘され精査を行った. 胸部 CT では右胸腔内横隔膜上に最大径 20cm の巨大腫瘍を認め, 右肺下葉, 横隔膜および肝臓, 心膜, 下大静脈を圧排し, 横隔膜への浸潤の可能性が示唆された. 腫瘍内部は不均一に造影され, 充実性構造と液状成分が混在していた. MRI で腫瘍は T1WI にて isointensity, T2WI にて hetero, Gd-enhance にて moderate に増強され, dynamic study では壁側胸壁との境界に可動性はあった. 血管造影では右第 9 肋間動脈, 副腎動脈, 右肝動脈から腫瘍に流入する発達した腫瘍血管を認めた. 術前組織診断は血管豊富な腫瘍のため施行しなかった. 【治療】平成 17 年 8 月に手術を施行した. 約 30cm の右後側方切開にて第 7 肋骨床開胸. 胸腔内に 20 × 14 × 8cm 大の皮膜化された弾性硬の腫瘍を認め, 右肺下葉底部と横隔膜の一部に癒着し, 内部に血管の集簇を認めたが, その他の胸壁, 心膜, 下大静脈は圧排のみであった. 横隔膜, 右肺下葉の一部を合併切除し, 腫瘍を摘出した. 切除後 8 日目に自宅退院した. 病理組織検査では, 横隔膜, 肺の癒着部に浸潤を認める正岡 III 期の type A 胸腺腫と診断されたが, 術前照射は行わず, 経過観察とした. 【まとめ】胸膜由来の胸腺腫は, 極めて稀であり, 本症例では術前診断, 手術法の選択に難渋した.