

P-217 IVa期胸腺腫に対する治療経験

宇佐美範恭・内山 美佳・川口 晃司・岡阪 敏樹
伊藤 志門・佐藤 尚他・谷口 哲郎・横井 香平
名古屋大学 医学部 呼吸器外科

【目的】IVa期胸腺腫に対する治療経験を検討し今後の治療戦略について考察する。【方法】1997年1月から2006年6月にIVa期胸腺腫と診断した7例を対象とし、レトロスペクティブに臨床経過を検討した。【結果】治療開始前にIVa期と診断された症例は3例、残り4例は術中に胸膜播種もしくは心膜播種が発見されIVa期と診断された。平均年齢 54.6 ± 8.8 才、男性/女性=5例/2例、MG合併例4例(1例は治療経過中に発症)。術前化学療法は4例に行われ、PR 3例、NC1例。レジメンはCAMP (CDDP+ADM+Methylprednisolone) 3例、PAC (CDDP+ADM+CPA) 1例。MG合併例で術前化学療法を施行した症例は1例でCAMP 4kur、一過性のMG症状悪化は見られたがコリンエステラーゼ阻害剤のみでコントロール可能であった。手術は完全切除例4例、試験開胸例2例、拡大胸腺摘出術のみ1例。WHO分類はAB 2例、B1 2例、B2 1例、B2/B3 1例、B3 1例。腫瘍が遺残した症例3例に対しては放射線療法(50-60Gy)を追加。再発は2例、いずれも術前および術後治療を行わなかったMG合併症例で局所再発に対し外科的切除を行った。観察期間中央値が2.4年で長期予後に関しては今後の検討が待たれるが、現時点では全例生存中である。なお、術後9年無再発生存している症例を1例経験している。【考察】手術のみ施行となった2例はいずれも局所再発しており手術を含めた集学的治療の重要性が再認識された。また、当院でのIVa期胸腺腫7例中4例がMG合併症例であり治療戦略を考える上で無視できない。MG合併4例中、術前化学療法を施行したのは1例のみであったが、この症例に対してはCAMP 4kurを安全に施行することができたことからCAMPはMG合併胸腺腫に対する化学療法のレジメンとして選択肢の1つになると思われる。

P-218 転移性肝胚細胞性腫瘍に術前化学療法が奏効した前縦隔腫瘍の1例

小林 宣隆¹・小泉 知展²・兵庫谷 章¹・蔵井 誠¹
近藤 竜一¹・吉田 和夫¹・天野 純¹
信州大学 医学部付属病院 呼吸器外科¹；同 呼吸器感染症内科²

非精上皮腫性縦隔胚細胞腫瘍(nonseminomatous germ cell tumor; NSGCT)の治療成績は、多剤化学療法で向上してきているが、5年生存率は30~50%前後と不良である。NSGCTは化学療法を先行させることが一般的であるが、化学療法により他の組織型に移行する現象も報告されている。今回我々は、化学療法が多発性肝胚細胞性腫瘍に対し著効し、化学療法に反応しなかった前縦隔腫瘍に対し縦隔腫瘍摘出術を施行した1例を経験したので報告する症例は32才、男性。2005年2月腹痛を契機に近医を受診、精査加療目的で当院紹介された。血液検査で肝機能障害、AFP 40ng/ml、HCG 8040IU/mlと高値であった。CT検査では5cm大の前縦隔腫瘍と多発性肝腫瘍を指摘された。肝生検では絨毛癌と診断された。その原発巣は前縦隔腫瘍と考えられ、BEP療法(CDDP, VP-16, BLM)を合計8クール施行した。肝腫瘍は化学療法後に著明に縮小し、AFP、HCGは正常化した。化学療法後のFDG-PET検査では肝病変については集積を認めないものの、前縦隔腫瘍には集積を認めた。転移性肝腫瘍のコントロールがついた状態であり、原発巣と考えた前縦隔腫瘍の切除を試みた。2006年4月10日縦隔腫瘍摘出術(右縦隔胸膜・心膜合併切除)を施行した。摘出標本の病理所見はGerm cell tumor with somatic-type malignancyで、免疫染色はdesmin陽性、HHF35陽性であることからrhabdomyosarcoma(胎児型)と考えられた。

P-219 胸腺腫と紛らわしい中年における胸腺肥大の2症例

山科 明彦¹・本山 秀樹¹・中島 大輔¹・千原 幸司¹
井田 雅章²・森木 利明³・伊藤 忠弘⁴
静岡市立静岡病院 呼吸器外科¹；静岡市立静岡病院 呼吸器科²；静岡市立静岡病院 病理科³；静岡市立静岡病院 臨床検査科⁴

【はじめに】中高年における胸腺の肥大はまれである。今回我々は術前に胸腺腫を疑い、拡大胸腺摘出術施行したが、術後胸腺過形成の診断であった2症例を経験したので報告する。【症例】症例1:46歳女性。間質性肺炎にてフォロー中に胸部CTで縦隔に腫瘤影指摘される。胸腔鏡下肺生検施行時に縦隔腫瘍生検したところ、術中迅速組織診では反応性リンパ節の診断であったが、永久標本で胸腺腫の診断であったため、再度胸骨正中切開で手術となった。症例2:48歳女性。胸痛にて胸部CT施行した際、縦隔腫瘤影を認め、胸骨正中切開で手術となった。いずれの症例も胸部CTで均一な充実性の腫瘤を認め、類円形の腫瘤は認めなかったが、胸腺腫を否定出来なかった。術中迅速組織診では胸腺腫の診断であったが、術後の永久標本では胸腺過形成の判断であり、症例2では胸腺嚢胞を合併していた。症例1は濾胞状過形成であり、症例2は真の過形成であった。甲状腺機能亢進症に合併する胸腺過形成の報告が散見されるが、今回の2症例ではなかった。【結語】中高年ではまれな胸腺過形成の2症例を経験した。胸腺過形成は画像上も胸腺腫を否定することが難しく、術中迅速組織診でも診断が困難である事を、留意する必要がある。

P-220 赤芽球癆と重症筋無力症を合併した胸腺腫の1例

藤生 浩一¹・管野 隆三²・鈴木 弘行³・塩 豊³
樋口 光徳³・大杉 純³・米地 敦³・後藤 満一³
総合南東北病院 呼吸器外科¹；磐城共立病院²；福島県立医科大学 第一外科³

症例は36歳女性。2001年12月(36歳)咳嗽と発熱を主訴として来院した。既往歴に特記すべきことなし。胸部レントゲン、CTにて左前縦隔に石灰化を伴う腫瘤を認め、CT下生検にて胸腺腫と診断した。術前の抗AchR抗体は4.62nmol/Lと高値を示した。2002年4月心膜の一部を含めた胸腺腫摘出術を行った。病理組織にて心膜、周囲脂肪織への浸潤を認め、浸潤性胸腺腫(WHO type B1)と診断した。なお初診時より、口腔乾燥、眼乾燥の訴えあり、乾燥性角結膜炎、唾液腺分泌低下、下口唇小唾液腺生検にて導管周囲にリンパ球浸潤を認め、シェーグレン症候群と診断した。術後、放射線を前縦隔に40Gy照射した。2002年7月、眼瞼下垂と嚥下障害が出現し、テンシロンテスト陽性にて重症筋無力症と診断した。2003年2月、息切れが出現し、Hb 4.2g/dl、網赤血球0.2%、骨髄検査にて赤芽球の著減を認め、赤芽球癆と診断した。2005年3月左横隔膜上に腫瘤が出現した。横隔膜を含めた腫瘍切除を行い、胸腺腫の胸膜播種と診断した。また2006年5月には、左胸壁に1.5cmの結節が出現し、摘出にて胸膜播種と診断した。現在プレドニゾン20mg(隔日)、シクロスポリン120mg/日内服にて、赤芽球癆はコントロールされ、重症筋無力症の症状も認めない。しかし乾燥症状は持続している。