

EV3-4

隣接臓器合併切除を伴う肺癌手術：
胸壁合併切除，胸膜肺全摘術など横井 香平¹・吉岡 洋¹・松隈 治久²・
中原 理恵²¹名古屋大学 医学部 呼吸器外科；²栃木県立がんセンター
呼吸器外科

胸膜・胸壁，心膜，横隔膜などに浸潤する T3 肺癌に対する手術療法は，現在縦隔リンパ節転移を認めない場合に積極的に行われている。一方心・大血管，気管・気管分岐部，食道，椎体などへの浸潤を認める T4 肺癌に対する手術適応は，多数例での手術成績の検討が困難なため確定した見解が得られていないのが現状である。さらに T4 肺癌の中でも癌性胸膜炎に対しては化学療法が標準的治療とされ，開胸して始めて発見された胸膜播腫症例に対してまれに手術が行われているに過ぎない。また superior sulcus tumor (SST) のように術前治療+手術療法が基本的な治療と認められ，集学的治療の一環として手術を行うことも近年では多く経験されるようになってきた。このような状況において呼吸器外科医に求められるのは，安全で確実な隣接臓器合併切除の技術であり，さらにそれを土台とした新たな治療戦略の構築であると考えている。今回は，放射線治療後に切除した鎖骨下動静脈浸潤を伴う SST 症例 (cT4N2M0) とわずかな悪性胸水を認めた癌性胸膜炎症例 (cT4N0M0) を中心にそれらの手術手技を供覧し，局所進行肺癌に対する外科治療の役割を再考したい。

症例 1：46 歳女性。主訴は咳と肩周囲および上腕部痛。右上葉に 6cm 大の扁平上皮癌を認め，第 1 肋骨および鎖骨下動静脈への浸潤と cN2 が認められ，放射線照射 40Gy 施行後に transmanubrial approach にて手術を行った。手術は仰臥位で行い，胸鎖乳突筋前縁から右第 1 肋間に至る逆 L 字切開を置き，第 1 肋間を切開し内胸動静脈を切離，頸部では胸鎖乳突筋前縁に入り，逆 L 字状に右胸骨柄を離断，第 1 肋軟骨は胸骨縁にて切離し鎖骨を授動した。これにより腋窩動静脈に至るまでの鎖骨下動静脈が直視下に一望でき，右鎖骨下静脈，内頸静脈，腕頭静脈，椎骨動脈分岐部を含めた鎖骨下動脈を合併切除し，鎖骨下動脈はリング付き PTFE 8mm グラウトにて再建した。その後右上葉切除+縦隔リンパ郭清を施行し，気管支断端は有茎肋間筋弁により被覆した。術後右上肢の機能は良好で，病理学的に切除断端は陰性で pN0 であった。

症例 2：52 歳女性。胸痛で発見された左下葉原発腺癌例で，わずかに存在した胸水中に癌細胞が検出されたため，胸膜肺全摘術+縦隔リンパ節郭清を施行した。右側臥位，左後側方切開第 5 肋間開胸を L 字型に延長した皮切をおき，第 6，7，8 肋骨腹側を切離し，胸膜外腔に入った。壁側胸膜，腹膜のみを残した横隔膜，心膜とともに左肺を胸膜外で全摘し，欠損した横隔膜，心膜部は，人工膜により補填した。pT4N2M0 で，#5 に 1 個のみ縦隔リンパ節転移を認めた。