

RV02-01

巨大空洞を形成した肺アスペルギルス症
に対し、広範囲胸壁合併切除を伴う胸膜
肺全摘術を施行した1例

自治医科大学医学部外科学講座呼吸器外科学部門

佐藤幸夫, 大谷真一, 遠藤哲哉, 手塚康裕, 金井義彦,
山本真一, 手塚憲志, 長谷川剛, 遠藤俊輔, 塚田博, 蘇原泰則

巨大空洞を形成した肺アスペルギルス症に対し、広範囲胸壁（第2～12肋骨）合併切除を伴う胸膜肺全摘術を施行した一例を報告する。症例は52歳男性、41歳時に肺結核の既往がある。1年前から喀痰に *Mycobacterium szulgai* を検出、抗結核薬を投与したが、肝障害の為に中断した。多量の灰白色痰・炎症所見の再燃を認め入院。肺実質は破壊され、巨大な空洞となり、気管支と瘻を形成していた。気管支鏡にて多量のアスペルギルス菌塊を認めた。抗真菌薬投与するも完治は困難で、手術目的に外科紹介された。胸壁へのアスペルギルスの浸潤の可能性があったこと・術後死腔を残さない事がアスペルギルス症再発を防ぐ為に肝要と考え、広範囲胸壁（第2～12肋骨）合併切除する胸膜肺全摘術を施行した。前鋸筋弁を肺尖に、広背筋弁を肺門部に充填し閉胸した。手術時間は5時間40分、出血量は2300mlであった。広範囲に胸壁を合併切除した為、胸郭形成術後と同様に死腔はなくなった。術後経過良好で、術後2年10ヶ月アスペルギルス症の再燃はない。通常の開胸法での胸膜肺全摘術では視野が不良で病変の切除に困難を伴う部位もあるが、本術式では、整容上の問題はあがるが、1視野が良好で切除が容易かつ病変の取り残しの可能性が少ない。2剥離面積が減少する為出血量が減少し、手術時間を短縮できる。3術後の死腔が減少する為、膿胸等の合併症の危険が減少する等の利点がある。