P-440 悪性胸膜中皮腫に対する広範囲胸壁・横隔膜・心嚢合併切除を伴う胸膜肺全摘術

[1]自治医科大学　外科学講座　呼吸器外科部門，[2]自治医科大学　外科学講座　呼吸器外科部門　兼　大宮医療センター　呼吸器外科

佐藤　幸夫[1]，遠藤　俊輔[2]，遠藤　哲哉[1]，手塚　康裕[1]，金井　義彦[1]，斉藤　紀子[1]，大谷　真一[1]，手塚　憲治[1]，長谷川　剛[1]，塚田　博[1]，蘇原　泰則[1]

悪性胸膜中皮腫に対する胸膜肺全摘術で，視野が悪く操作困難なのは肋骨横隔膜角である．当科ではこの部及び胸壁の腫瘍を残存させない為，広範囲胸壁・横隔膜・心嚢を合併切除している．手術例は6例，全例男性（54±9歳）で2例にアスベストの吸入歴がある．全例生検で術前に悪性胸膜中皮腫と診断，胸膜肺全摘術を施行，5例で広範囲胸壁（第5～12肋骨）・横隔膜・心嚢を合併切除した．心嚢は広背筋を温存し再建，横隔膜はテフロンメッシュにて再建した．手術時間は360±74分，出血量は1870±550ml．胸壁合併切除例では死腔は減少し，膿胸の合併は無く後出血もコントロールされ再開胸は要しなかった．非胸壁合併切除1例で術後5ヶ月に気管支断端瘻の為大網充填術を施行．病理は上皮型4肉腫型1混合型1，胸壁浸潤3縦隔浸潤1リンパ節転移4で，病期は2期2例，3期3例であった．予後は2期：25ヶ月死亡，10ヶ月生存，3期：2，7，14，15ヶ月で死亡．再発形式は全例が縦隔及び対側再発で，胸壁・横隔膜・腹腔への再発は無かった．縦隔をターゲットとした術後補助療法が必要であると判断，最近の1例に対しては術後CDDP＋Gemcitabineによる化学療法（2コース）及び放射線療法（54Gy）を追加し，現在術後10ヶ月無再発生存中である．本術式の利点としては，肋骨横隔膜角の視野が良好で，また胸壁浸潤部も合併切除される為，病巣に切り込む危険が少ない．胸膜外剥離面が減少し出血を軽減できる．死腔が縮小し膿胸等術後合併症のリスクが減少する事があげられる．