

➤ 左心房合併切除と気管分岐部切除・再建術により摘出できた局所進行肺癌の1例

（症例） COPD 経過観察中に撮影した胸部 CT ならびに PET-CT 検査（**図 1**）にて、左肺門部の肺癌疑い病変が心嚢内まで進展し、左主肺動脈根部（**図 2**）、肺静脈の左心房流入部（**図 3**）へも浸潤が疑われた。



図 1



図 2

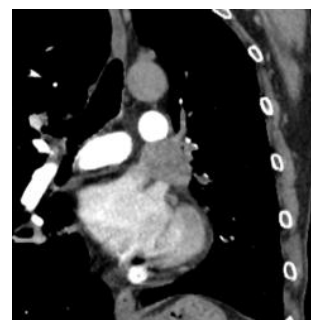


図 3

（気管支鏡所見） 左主気管支を閉塞する病変が気管分岐部まで進展していた（**図 4**）。

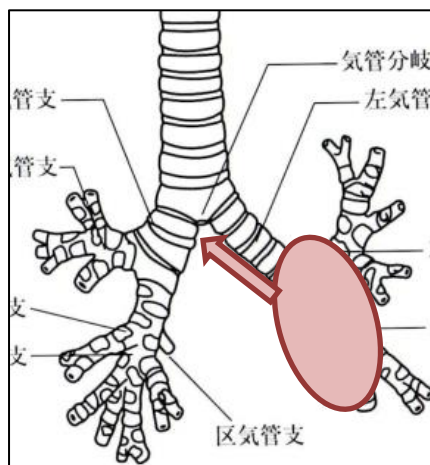


図 4

（呼吸器グループカンファレンス） 術前療法をしても片肺全摘が不可避、閉塞性肺炎リスクも高く、手術先行の方針となった。左主気管支は完全閉塞し、肺虚脱が得られず視野確保が困難、心嚢内血管処理も必須であり、胸骨正中切開に左肋間開胸を加えたヘミクラムシェール approach（**図 5**）にて手術を行うこととした。

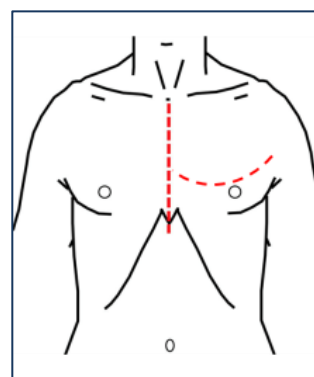
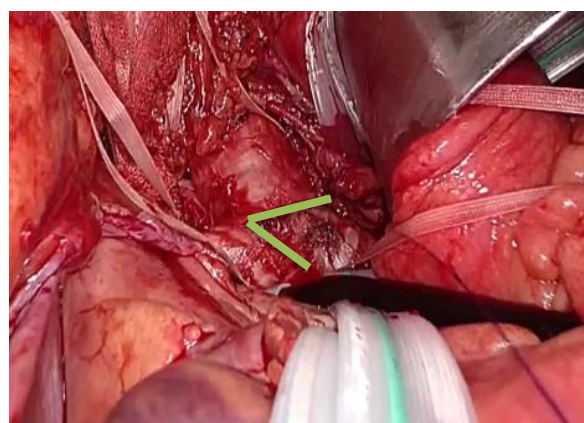


図 5

（手術所見） 心嚢を切開し、ボタロー靭帯・背側心膜を切開して、左主肺動脈根部を確保し切離。肺静脈は**心臓血管外科**により、**左心房一部を合併切除**して処理。上行大動脈と上大静脈の間から気道にアプローチし（**右写真**）、気管分岐部を楔状に切離（**右：緑線**）して左肺摘除を行い、術野挿管にて換気確保のもと気管-右主気管支吻合（再建）を施行。



（考察） 左肺癌が気管分岐部まで進展し、手術が施行された例は全国的にも極めてまれである。さらに心嚢内深くに浸潤し、切除は「ぎりぎり可能」な病変であった。**呼吸器グループの総合力による適確な術前診断・治療方針の決定、さらに極めて高難度の手術を心臓血管外科のサポートも受けながら遂行できた1例**と考えられた。