

Updated Topics and Report (14th issue)

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

東広島医療センターの呼吸器グループは、広島中央医療圏において日常診療に携わっておられる先生方へ定期的に“**Updated Topics and Report**”をお届けしております。

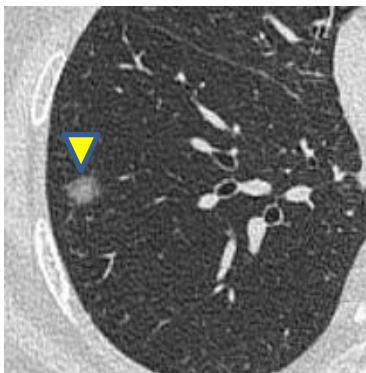
本グループは地域医療機関の先生方から多くの患者さんをご紹介いただき診療実績を積み上げてまいりました。現時点におきましても呼吸器内科は新型コロナ患者の診療に大きな労力を注ぐ日々がまだ続いている状況です。皆様のご理解・ご協力を今後とも何卒よろしくお願い申し上げます。グループ全体としてはコロナ関連診療のみならず、今後も地域医療機関の先生方や地域住民に信頼していただける医療を引き続き提供できるよう診療レベルの向上に努めていく所存です。併せて情報発信も行っていきたいと考えておりますので、ご多忙中のところと存じますが本誌を診療の合間にもお読みいただければ幸いです。

今回は『**すりガラス状結節**』についての解説、および『**根治的化学放射線療法施行5年目の局所再燃病変に対するサルベージ手術**』の症例提示です。

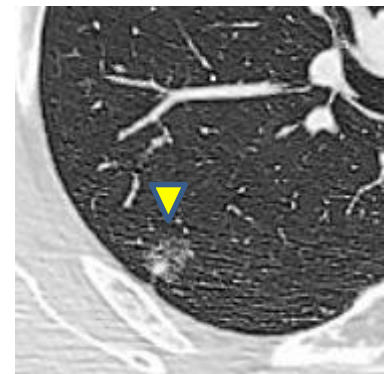
2021年10月

▶ “すりガラス状結節 (Ground-Glass Nodule: GGN)” について

胸部単純写真では発見できない「CT 画像において正常の気管支や血管が透見可能な軽度の濃度上昇領域」を“**すりガラス状結節**”と呼びます。胸部 CT を撮影する機会が増えたことにより頻繁に見かけるようになった病変です。このような病変の中には経過観察により消失する炎症性変化（良性）もありますが、多くは経過観察で消失しない「低悪性度肺癌」です。その大半は進行が非常に緩徐なため 10 年以上変化しない病変もしばしば認められます。“すりガラス状結節”には

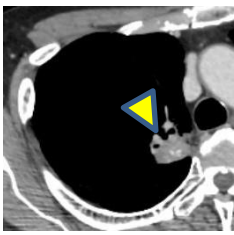


は「全体が淡いすりガラス状」のもの（**左図**）と内部に濃度が高い領域（充実成分）を伴ういわゆる「目玉焼き型」の病変（**右下図**）があります。当院は日本 CT 検診学会のガイドラインに基づいて、“すりガラス状結節”病変の大きさが 15mm 以下で内部の充実成分の大きさが 5mm 以下の病巣は手術をなるべく避け経過観察をお勧めしています。施設によっては“すりガラス状結節”が見つければほぼ全例で切除を行うところもありますが、当院では十分な説明と同意のもとで病巣の変化に遅滞なく対応

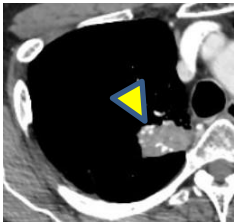
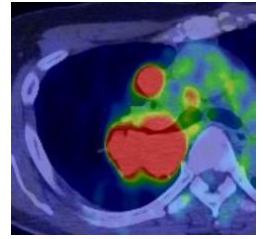


できる定期検査スケジュールを組んだ上で手術を行わずに経過観察を希望・選択されている患者さんが数十名おられます。“**すりガラス状結節**”を認める患者さんについては、当院呼吸器グループ（呼吸器内科・外科）へご紹介いただきますようよろしくお願いいたします。

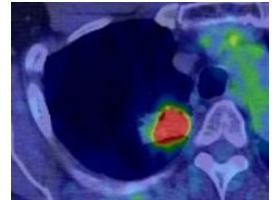
▶ 根治的化学放射線療法施行5年目の局所再燃病変に対するサルベージ手術



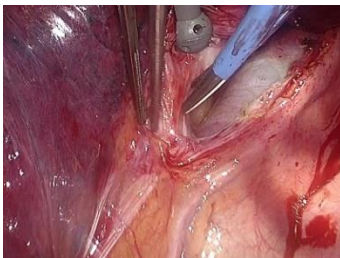
(症例) 70代の男性。2016年に右上葉肺腺癌 (cT4N2M0 cStage3B) の診断 (**右図**) にて根治的な化学放射線療法 (CBDCA+nab-PTX, RT: 62.5Gy) を施行。治療が著効しその後、画像上は癒痕化と判断された状態を維持した (**左図**)。5年目の2021年にCTで癒痕と判定された軟部陰影が増大し、病変の再燃が示唆された。



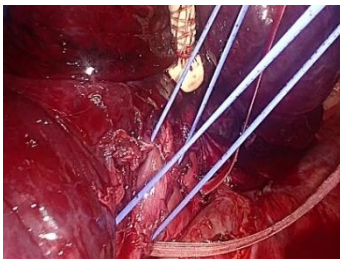
(画像所見) CTにて右肺上葉に増大傾向を示す腫瘤 (最大径 24mm) を認めた (**左図**)。PET 検査で SUVmax:16.0 の集積を認め局所の病変再燃と判断された (**右図**)。気管支検査では右 B1 の閉塞を認めるも生検組織で病理学的に診断確定には至らなかった。



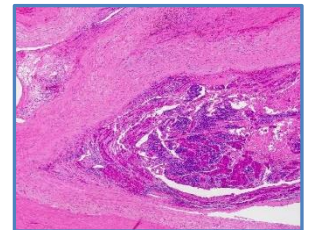
(呼吸器グループカンファレンス) 根治的化学放射線治療後5年目において遠隔転移は認められず、局所病変のみの再燃 (ycT1cN0M0 ycStage1A3) と判断し切除 (Salvage surgery) の方針となった。



(手術所見) 化学放射線療法の著効例であり、上葉の肺門周囲は炎症・癒痕化が極めて高度で通常の血管処理は困難であった。心嚢を切開・開放し (**左上図**)、心嚢内で肺動脈・肺静脈の中樞をそれぞれ確保 (Taping) したうえで右上葉への分枝を処理した (**左下図**)。上中葉間・上下葉間も炎症・癒痕により判定困難な状況であったが、保護材付きの特殊 stapler (自動縫合器) を使用して処理を行い、右上葉切除を完遂した。



(病理検査所見) 腫瘍径は 25mm 大で充実型の浸潤性肺腺癌が一部に壊死・線維化を伴いながら増殖していた (Ef. 1a: 癌組織全体の 2/3 以上が生存癌細胞で占められる)。外科的切除縁に腫瘍細胞の露出は認められないものの、切除組織中の血管内には腫瘍の進展が認められた (**右図**)。また肺門でリンパ節も腫瘍と一塊となっており直接浸潤と判定された (ypT1cN1M0 ypStage2B, ly1 v1)。



(考察) 切除不能と判断され根治的化学放射線治療を行った局所進行肺癌の治療著効例において、5年目に局所のみ再燃と判断されたため切除術を行った。病理学的にも再燃した癌細胞が血管に浸潤しており、ぎりぎりのタイミングでの手術であったと考えられ、今後補助化学療法を予定している。Salvage surgery と呼ばれる本手術 (根治的化学放射線治療後の肺切除術) は学会等でも最近少しずつその有効性が報告されているが、手術手技は非常に高難度であり侵襲程度も大きい。手術介入の時期や意義に加え詳細な画像診断に基づいた治療効果や進展範囲の評価など、局所進行肺癌に対する治療戦略について改めて考えさせられる貴重な症例であった。

東広島医療センター呼吸器グループは、最高レベルの医療を提供できるよう、充実したスタッフによる最良の診療を心掛けてまいります。また**原則としてご紹介いただいた患者さんは、ご紹介元の先生に逆紹介するように心がけております**。東広島医療センター呼吸器グループに対するご意見・ご不満・ご質問・ご感想、またお知りになりたい情報等ございましたら担当医もしくは地域連携室までご連絡ください (地域連携室 FAX : 082-493-6488)。