

# 症例提示

【症例】 X歳 男性

【主訴】 なし(左肺腫瘍切除術目的)

【現病歴】

X年X月中旬に高血圧、多発性心室期外収縮にて近医通院中に、CEA上昇にて全身精査を行ったところ、胸部CT検査で左肺上葉S5に結節を認めた。PET-CT施行し、SUVmax 3.16と集積像を認め肺癌が疑われた。

同年X月X日に精査加療目的で当科紹介受診し、X年X月X日に手術目的にて入院となった。

**【既往歴】**

X歳：大腸ポリープ

**【家族歴】**

母：脳出血

**【職業歴】**地方公務員、粉塵曝露歴なし

**【生活歴】**

喫煙：1~2本/day、Brinkman Index 925

飲酒：(-)、アレルギー：(-)

## 【入院時現症】

BH:Xm、BW:Xkg、BSA:Xm<sup>2</sup>、BT:36.5°C、PR:69回/min(reg)、

BP:122/77mmHg(sitting)、RR:22回/day(reg)

全身状態:良好、意識:清明、PS:0、Hugn-Jones: I 度

腹部;上腹部正中に手術痕

四肢;浮腫(-)、ばち状指(-)

神経学的所見;両側難聴あり

その他、特記すべき異常所見なし

## 【検査所見】

◇生化学; Cre 1.34 mg/dl

◇血算・凝固;特記すべき異常所見なし

◇腫瘍マーカー; CEA 5.1 ng/ml, CA19-9 11.9 U/ml, CYFRA  
3.9 ng/ml, SCC 0.8ng/ml, SLX 18.7U/ml

◇血液ガス(12/9);特記すべき異常所見なし

◇蓄尿(12/9);クレアチンクリアランス 52.9ml/min

## ◇胸部X線



明らかな異常陰影は指摘できない

◇胸部CT;  
左上葉S5、supiculaを  
伴うすりガラス影、  
X×Xmm大



ここに胸部CT

## 【検査所見】

◇ECG: 異常所見なし

◇肺機能検査;

FVC:3260ml (116%)、FEV1.0%:2310ml (68%)

◇予測残存肺機能;

LUL FVC:1716ml/m<sup>2</sup>、FEV1.0:1173ml/m<sup>2</sup>

◇気管支鏡検査;

亜区域支までの観察で明らかな異常なし

◇病理組織検査;

TBLB・brushing・washing: 確定診断に至らず

◇頭部・腹部CT; 遠隔転移なし

◇骨シンチ; 骨転移なし

## 【術前診断】

左肺上葉S5 肺癌疑い(肺癌の場合cT1aN0M0、  
Stage I A)

## 【治療】

1月17日 胸腔鏡補助下左肺舌区域切除術施行

全身麻酔、硬膜外麻酔下にて右側臥位で左前側方切開にて第4肋間開胸を行った。

胸水・胸膜播種は認めなかった。葉間不全と背部での肺と胸膜の癒着を認めた。腫瘍はS5に13×10×8mm大の胸膜陥入(PL1)を伴う結節を認めた。

型通りに舌区域切除を施行した。

リンパ節は#10、#7をサンプリングした。

## 【術後診断】

左上葉S5肺癌疑い(肺癌の場合sT2aN0M0、Stage I B)

## 【術後経過】

0 POD: 術後皮下気腫、air leakを認め、経過観察とした。

2 POD: air leak消失。Epi抜去。

経過良好であり、明日、ドレーン抜去予定。

# 考察 「高齢者における肺癌治療」

本症例は

- ・85歳と高齢
- ・左上葉S5区域に12×11mm大のGGO
- ・GGO比は50%であり野口の分類でType C
- ・画像上リンパ節転移及び遠隔転移は認めない
- ・PS:0、Hugn-Jones分類: I 度
- ・riskとして高血圧・多発性心室期外収縮

→本症例のような高齢者肺癌に対する治療とは？

## 本症例の癌は

- 左上葉S5区域に12 × 11mm大のGGO
- GGO比は50%であり野口の分類でType C
- GGO面積比率(G)が50% < (G) < 100%では、リンパ節転移は認めないが、リンパ管侵襲と脈管侵襲をわずかに認めた。<sup>1)</sup>
- 野口の分類Type Cでは5年生存率が75%である。<sup>2)</sup>

→本症例の癌は予後が良いと考えられる。

参考文献; 1) 中島義明、山田健、他: 末梢小型肺腺癌のGGO面積比率と野口分類—縮小手術に対する1考察—。日本呼吸器外科学会雑誌, 20:6-11, 2006.

2) 小林弘美、南優子、野口雅之: 組織診断 肺腺癌の病理と今後の展望。日本臨床, 66:359-361, 2008.

- 大部分の肺癌では手術療法が第1選択とされる。<sup>3)</sup>
- 外科治療が原発性肺癌に及ぼす長期予後効果は、年齢に関係なく全く同程度であると考えられる。<sup>3)、4)</sup>
- 高齢者肺癌において、手術不能例あるいは手術を施行しなかった症例の予後は極めて不良であり、切除症例に治癒あるいは長期生存が多くみられる。<sup>3)</sup>
- 高齢者でも完全切除可能な症例では外科治療を第1選択とすべきと考える。<sup>3)、4)</sup>

→本症例に対し外科治療を検討する。

→どのような術式が適応となるか？

参考文献; 3) 佐藤邦彦、原信之、一瀬幸人、他: 高齢者肺癌の治療と予後. 肺癌, 31:1003-1009, 1991.

4) 富樫賢一、佐和弘、三上理、遠藤禎郎: 高齢者における原発性肺癌の外科治療—主に長期予後の面からの検討—. 肺癌, 43:99-104, 2003.

## 高齢者肺癌における標準手術と縮小手術の予後について

- Stage I 症例においては、標準術式を受けた症例と縮小手術を受けた症例で予後に差を認めなかった。<sup>5)</sup>
- 非小細胞癌完全切除例において、標準手術の3年生存率27.6%、縮小手術の5年生存率80.2%と有意差が認められた。<sup>6)</sup>
- 3年生存率は、標準手術群で80.7%、縮小手術群で66.7%と有意差は認めないが、標準手術群でより良好な予後が得られた。<sup>7)</sup>
- 術後合併症の点からみて、標準手術よりも縮小手術の方がより合併症が少ない傾向にあった。<sup>6)、7)</sup>

→手術術式に関しては、**根治性を考慮して可能な限り標準手術を施行すべき**とする意見がある一方、**術後合併症等の観点より縮小手術で十分**とする意見もあり、一定のコンセンサスは得られていない。<sup>5)</sup>

参考文献; 5) 岡見次郎、前田純、他: 高齢者肺癌(80歳以上)に対する治療戦略. 外科治療, 98:281-282, 2008.

6) 高橋修、濱武基陽、他: 超高齢者非小細胞肺癌切除例の臨床検討. 日本呼吸器外科学会雑誌, 15:727-731, 2001.

7) 最相晋輔、中田昌男、他: 高齢者肺癌切除例の検討. 日本呼吸器外科学会雑誌, 18:103-108, 2004.

- 高齢者肺癌症例は背景が多様なため外科適応の明確な基準を設定することは困難であり、症例ごとに進行度、耐術能、患者意志に留意して切除により恩恵を受けると予想できる症例を選択する必要がある。<sup>3)</sup>

本症例では、LUL施行の場合でも予測残存肺機能は十分。

→標準手術あるいは縮小手術のどちらも可能。

○ risk因子を保有する→術後合併症の危険性が高い

○ 予後の良い癌と考えられる→高齢であることから平均寿命を考慮して根治性を必ずしも追求するものではない

→積極的縮小手術の適応とした。

## まとめ

- 高齢者肺癌に対して外科治療は第1選択となる。
- 術後生存率は非高齢者と比較して遜色なく、年齢は予後決定因子とならない。
- 標準手術あるいは縮小手術の適応は患者の進行度、耐術能、患者意志、術後合併症などを考慮して患者ごとに検討していく。