

PC-268

呼吸器術手術後の在院死例の検討

さいたま赤十字病院 呼吸器外科

○門山 周文、小林 亜紀、星野 英久

【はじめに】術後在院死の検討は治療成績向上の改善に重要な要素である。今回、当科での術後在院死例を検討した。

【対象】外傷、手術合併例を除く、24年間に行なった連続1912例の予定手術を対象とした。肺腫瘍867例（原発肺がん693、転移肺がん159、良性15）、気胸・巨大肺嚢胞等の気腫性肺疾患639例、肺炎・縦隔炎・膿胸等の炎症性疾患131例、胸壁・胸膜・縦隔の非炎症性疾患257例、その他18例である。術式は肺部分切906回、肺区域・葉切663回、（汎胸膜を含む）肺全摘29回、縦隔・胸腺（腫）手術158回、外傷・膿胸等の胸腔・胸壁手術82回、横隔膜手術4回、生検47回、その他術式23回である。同側異時と両側同時はそれぞれ1回と数えた。

【結果】術後在院死は全部で25例（1.31%）であり、最初の5年間の2.83%から経年的に低下し、最近では0.39%であった。男性23例女性2例で平均68歳であった。原疾患は肺がん25例、縦隔腫瘍1例であった。その他の疾患例には無かった。出血3例で術中、再手術中、術後に各1例で全員30日以内の術死で最短2日、平均12日の在院であった。梗塞は6例で、肺梗塞3例、脳梗塞2例、心筋梗塞疑い1例で術死3例、平均在院日数93日、最長は318日であった。肺炎は9例で細菌性2例、間質性7例で、術死2例、平均在院日数77日。病状悪化死亡は7例で術死は無く平均在院日数は104日であった。

【考察】術後在院死低下は胸部外科学会集計でも示されている。高齢者肺癌の増加にも関わらず、検診早期発見例の増加、全摘などの過大な機能低下や侵襲が起こる肺門部癌の減少、動画による術式の共有、手術器具・材料の改良、機能限界・間質性肺炎の知識の解明なども大きく貢献していると思われる。

【結論】悪性腫瘍例には十分な機能評価を含む周術期管理が必要である。

PC-269

複数回の開胸術後遺残死腔に発生した有癭性アスペルギルス膿胸の3例

松江赤十字病院 呼吸器外科

○磯和 理貴、岡部 亮

症例1：70歳男性。2007年9月に肺癌に対して胸腔鏡下右肺下葉切除術、2008年6月に第2癌に対して右肺上葉部分切除術、2012年6月に第3癌に対して右肺上葉と中葉の部分切除術を施行した。2013年5月発熱し、CTで残存死腔に壁不整を認め、アスペルギルスによる有癭性膿胸と診断し、開窓術を施行した。シリコン性気管支充填材EWS®による気管支鏡下気管支充填術後、2013年8月に胸郭形成術、筋肉充填術を施行した。

症例2：69歳女性。1993年肺結核に対して左肺部分切除術、2012年11月アスペルギローマに対して左肺上区区域切除術および下葉切除術を施行した。2013年8月に発熱し、CTで残存死腔に壁不整を認め、アスペルギルスによる有癭性膿胸と診断し、2013年8月に開窓術を施行し、2013年11月胸郭形成術、肺瘻閉鎖術、筋肉充填術を施行した。

症例3：78歳男性。20歳時肺結核に対して右胸郭形成術が施行された。2000年4月に胃癌に対して手術が行われ、その後のフォローアップCTで右S6に結節影が出現し、2012年6月に右S6区域切除術を施行した。病理診断は肺クリプトコッカス症であった。2013年11月に発熱と咳があり、CTで残存死腔に壁不整を認め、アスペルギルスによる有癭性膿胸と診断し、開窓術を施行し、2014年2月胸郭形成術、肺瘻閉鎖術、筋肉充填術を施行した。3例とも膿胸の再燃なく、外来で経過観察中である。

【考察】複数回の開胸術後には、癒着などにより残存肺のコンプライアンスが低下しており、大きな死腔が残る可能性がある。遺残死腔に生じた有癭性アスペルギルス膿胸は一旦発症すると、難治性となり、時期を逸することなく開窓術を行い、清浄化した後に胸郭形成術を行うことが肝要であると思われる。しかし本来は死腔をなるべく残さないようにするべきであり、大きな残存死腔が予想される場合には、あらかじめ胸郭形成術をしておくべきかもしれない。

PC-270

嫌気性菌による急性膿胸に伴う敗血症性ショックの一救命例

石巻赤十字病院 呼吸器外科¹⁾、呼吸器内科²⁾

○佐藤 公昭¹⁾、植田 信策¹⁾、小林 誠一²⁾、鈴木 聡¹⁾

緒言：嫌気性菌による急性膿胸から敗血症性ショックに陥った症例を経験した。初診時の画像では急性膿胸と空洞を有する肺膿瘍との鑑別は必ずしも容易ではなかったが、ドレナージにより炎症を制御し救命することができたので報告する。

症例：49歳女性。幼少期から二重皮質症候群による難治性てんかんと発達遅滞のため施設入所中だった。これまで頻りに呼吸器感染の既往があった。2014年3月3日にてんかん発作があり翌4日から38℃台の発熱が持続し、6日に意識低下を認め当院に救急搬送された。来院時現症はJCS 30、血圧72/32mmHg、心拍数125回/分、呼吸数27回/分、SpO2 69%(12Lバックバルブマスク)だった。右肺野で湿性ラ音を聴取し左肺野では呼吸音が減弱していた。血液検査ではWBC 20700 / μ l、Lac 3.6であることから敗血症性ショックと診断した。

胸部レントゲンで右下肺野の浸潤影と左全肺野の透過性低下を認め、CTを撮影したところ両側の肺炎と共に左側にはニボーを伴う長径約12cmの空洞を認めた。この空洞は外向きに凸の球形を成していたため肺膿瘍と膿胸の鑑別は容易ではなかったが、これが感染源と考えてドレーンを挿入した。空洞内が高圧だったためドレーン刺入部からも膿が噴出して蜂窩織炎を併発したが、5病日にはショック状態を脱し、6病日にはドレーンを介した排膿が無くなった。細菌学的検査からBacteroides thetaiotaomicronを起炎菌と特定したのでIPM/CSに変更し、21病日に解熱を、26病日には蜂窩織炎の消退を得た。

結語：画像では急性膿胸と空洞を有する肺膿瘍との鑑別は容易ではなかったが、ドレナージにより炎症を制御することができた。膿の貯留部位が胸腔か肺内かによってドレーン挿入のリスクは大きく異なるが、病態に鑑みてドレーン挿入を躊躇しなかったことが奏功したと考えている。

PC-271

乳腺紡錘細胞癌の2例

さいたま赤十字病院 乳腺外科¹⁾、看護部²⁾

○上田 宏生¹⁾、宮入 育子²⁾、田中 裕美子¹⁾、有澤 文夫¹⁾、齋藤 毅¹⁾

乳腺紡錘細胞癌は紡錘形の肉腫様の癌細胞からなる乳癌で、発生頻度は乳癌全体の0.1-0.2%と極めて稀な疾患である。今回、乳腺紡錘細胞癌2例を経験したので文献的考察を加えて報告する。症例1：35歳、OGOP、AIHにて妊娠34週、右乳房腫瘍を自覚し精査目的にて当院婦人科より紹介受診となった。超音波検査では一部辺縁不整の16mm大の腫瘍を認め、穿刺細胞診：壊死性背景に悪性細胞を認め、非上皮性細胞も出現し、class Vと診断した。針生検：浸潤性乳管癌、軟骨基質様間質が見られる。出産後、乳房温存+センチネルリンパ節生検術を施行した。術後病理組織診断：紡錘細胞癌でした。ER、PgR、HER2はともに陰性であった。MIB-1：45%でした。術後補助療法としてEC療法(90)を4サイクル施行し、残存乳房に放射線照射を行った。症例2：67歳、右乳房腫瘍を自覚し当科受診となった。超音波：18mm大の腫瘍を認め、針生検：浸潤性乳管癌でした。乳房温存+センチネルリンパ節生検術を施行した。術後病理組織診断：紡錘細胞癌でした。ER、PgR、HER2はともに陰性であった。MIB-1：90%でした。術後補助療法としてEC療法(75)を4サイクル施行し、残存乳房に放射線照射を追加した。紡錘細胞癌はER、PgR、HER2の陽性率が低く、MIB-1が高いなど組織学的悪性度が高い予後不良という報告がある。今後注意深く観察が必要と考えられる。

一般演題
10月16日(木)
(ポスター)