

氏 名 寺 沢 懿 徳

授 与 学 位 医 学 博 士

学位授与年月日 昭和38年12月11日

学位授与の根拠法規 学位規則才5条才2項

最 終 学 歴 昭和31年3月 東北大学医学部卒業

学 位 論 文 題 目 縦隔腫瘍の治療に関する臨床的検討

論文審査委員 東北大学教授 葛 西 森 夫

東北大学教授 榎 哲 夫

東北大学教授 鈴 木 千 賀 志

## 論 文 内 容 要 旨

病理組織学的に明らかな縦隔腫瘍 83 例につき特に治療上の問題、即ち良性 46 例では主として手術困難症について、悪性 37 例では主として手術適応と其拡大について臨床的検討を行い二三の知見を得たので報告する。

I 良性例の手術困難症について；(1)手術成績、46 例中全摘除率 89.1%，手術死亡例なく、部分切除、試験開胸例(炎症性腫瘍)も保存的治療で軽快、全例治癒・軽快退院し、遠隔転帰の明らかな 40 例中他疾患で急死した 1 例を除く 39 例は健在で、諸家の報告と同様極めて良好である。(2)手術困難症について、癒着高度例は 46 例中 16 例 34.8%であり、術中含併症例は摘除手術した 45 例中 13 例 28.9%で其内訳は多量出血(1500cc以上) 6 例、副損傷 6 例(3 例多量出血と重複)、脈搏異常(高度頻脈、徐脈) 3 例、囊腫性奇形腫の気管支内穿孔 1 例(脈搏異常の 1 例と重複)、気胸 1 例である。亜全摘除及至試験開胸の 5 例及び術中多量出血・副損傷 9 例中 7 例 77.8%は癒着高度例であり、手術困難症は主として腫瘍と隣接組織との強い癒着に起因している。以上から手術困難症は少くない。(3)手術困難症の術前予知について、癒着高度例、術中多量出血例、副損傷例につき術前予知の目的で腫瘍の種類・大きさ・位置・レ線所見・臨床症状から検討した結果、困難症により若干差があるが、超手拳大以上の腫瘍は種類・位置・レ線所見・臨床症状の如何を問わず癒着高度例が大部分(80%以上)であり、術中多量出血・副損傷の危険が大である。手拳大以下の腫瘍では炎症性腫瘍、神経性腫瘍に癒着高度例が高率であるが、術前予知の上からは上縦隔特に上后縦隔の腫瘍、レ線所見上不定の形態・不鮮明な輪廓・両側性拡りの所見が多いもの、臨床症状では顔面浮腫・頸静脈怒張・嘔声・食道狭窄感の何れかを有するものに各々癒着高度例が多く、術中多量出血・副損傷の危険が大であるとみるべきである。特に術中多量出血は大部分神経性腫瘍例にみられ、又上后縦隔の腫瘍に特に高率である。肺副損傷は超手拳大以上の腫瘍に多い。他方癒着軽度の易動性の腫瘍では体位変換、腫瘍牽引の際脈搏異常・血圧下降・呼吸困難を来すことがあり、又囊腫性腫瘍では術中気道内に穿孔し窒息状態となることがあり注意を要する。(4)手術困難症に対する処置としては、癒着高度例や大きな腫瘍では開胸創を大きく拡大し良い視野のもとで手術する事が重要で時には副損傷を回避するため被膜下剝離や肺の合併切除が必要な事がある。出血に対しては当然適正な輸血量を確保すべきであるが、心停止・気管・大血管損傷に対しても適切な処置を講じ得る準備が必要である。

以上要するに良性縦隔腫瘍の手術成績は極めて良好であるが、手術困難症は少なくなく致命的

危険症も稀でない。其故、起りうる術中合併症に対する十分な準備のもと手術すべきであるが、特に腫瘍が越手拳大以上のもの、手拳大以下でも后上縦隔に位置するもの及び上述のレ線所見、臨床症状を示すものでは注意を要する。

Ⅱ 悪性例の手術適応及び其拡大について；(1)治療成績・全摘除率は37例中16.2%、摘除手術を試みた23例の26.1%と著しく低率であり、放射線・悪化学療法の効果も十分でない事から37例中死亡退院14例であり、生存退院23例も現在生存中の4例の他は19例中転帰の明らかでない17例は退院後6ヶ月以内に10例、3年以内に全例死亡し、諸家の報告と同様著しく不良である。現在生存中の4例中3例は全摘除例、1例は放射線・悪化学療法例であるが全摘除例の治療成績が最も良好である。(2)全摘除可能例の判定・悪性例の摘除性をレ線所見・臨床症状より検討した結果、全摘除可能例は悪性症状(呼吸困難・喘鳴、上大静脈閉塞症状、食道狭窄症状、腹声、横隔膜神経麻痺・ホルネル氏症候群、頸部・其他腫瘍触知)のないもので同時にレ線所見上定形的良性像(境界鮮明、形；円、卵形、片側性拡がり)又は悪性像一項(境界不鮮明、不定形、両側性拡がりの何れか1つを示すもの)のものである。又悪性症状を何れか1つ以上有するものではレ線所見の如何を問わず全摘除例はない。但し悪性甲状腺腫例は例外であり遠隔転移のないものでは全摘除可能性があるので試みるべきである。(3)合併切除について、浸潤を受けた隣接組織の合併切除例は5例(肺2例、胸壁1例、気管・胸骨柄部1例、血管・神経1例)でうち全摘除例は4例であり、悪性例の全摘除6例の66.7%を占め多い。合併切除による全摘除例の術後転帰は2例生存(術後4年、8ヶ月)、2年延命1例、放射線治療中合併症により術後3.5ヶ月死亡1例であり、非全摘除例、放射線・悪化学療法例に比して明らかに成績良好である。(4)姑息的手術、1例に縦隔減圧手術を行ったが其効果は認め難い。1例に上大静脈閉塞に対するbypass手術を行い成功し、放射線・悪化学療法と相まって著明軽快したが、上大静脈閉塞に対するbypass作成は姑息的手術として価値がある。(5)全摘除不能例に対する処置・開胸時全摘除不能例に対しては試験開胸にとどめ放射線・悪化学療法に委ねるべきである。淋巴性肉腫・胸腺腫では一時的ながらも著効があり、又延命効果を期待しうる。

以上、悪性例の治療成績は著しく不良であるが全摘除例に最もよい治療成績を得た。手術前に全摘除の可能性を判定するには臨床症状とレ線所見が最も重要で、臨床的に良性例と区別し難いもののみが全摘除可能である。しかし全摘除のために合併切除を要する事が多い。全摘除不能の時は、部分切除の死亡率が高いので試験開胸に止め、姑息的療法を行うべきである。

## 審 査 結 果 の 要 旨

縦隔腫瘍の治療上の問題として、特に良性例では主に手術中偶発症又は困難症の手術前予知について、悪性例では剔除性の術前判定、治療方針のたて方、更に剔除率向上の為の合併切除の価値について明らかにする為に、病理組織学的診断の明らかな良性46例、悪性37例、計83例の縦隔腫瘍の臨床的検討を行つている。

良性例では剔除率が高く治療成績が良好であるが、手術中合併症は13例28.9%であつた。合併症は主として癒着に基く剔除困難性合併症と、腫瘍の可動性により突発する脈搏、血圧の異常がある。手術困難症を術前に予知する目的で、癒着の程度、副損傷、出血量を腫瘍の種別位置、大きさ、腫瘍陰影の性格、臨床症状、病脳期間などより検討した結果、第一に大きさが重要で、超手拳大以上の腫瘍では80%以上が癒着強く、合併症の危険が大きき。超手拳大以下のものでは神経性腫瘍、位置的には後上縦隔腫瘍に困難症が多い。臨床症状では悪性症状を示すものは剔除が困難である。病脳期間には余り関係がなかつた。

悪性例では剔除率が著しく低く、姑息療法も含めて治療成績も不良であるが、全剔除出来たものは遠隔成績も比較的的良好である。しかし全別6例中4例は合併切除で、悪性縦隔腫瘍手術に於いて合併切除の意義は重要である。

レ線所見と臨床症状から悪性腫瘍と推定出来るものはすべて剔除不能であり、良性例と鑑別不能な早期に手術が必要である。合併切除後の再建法として特に気管と大静脈の形成が困難であるが、臨床的に行つた数例の経験から今後の可能性にふれている。

以上の検討結果より良性例では手術前に手術困難症の予想が可能となり、悪性例は剔除性の判定、並びに治療方針の決定に資する所大である。

よつて本論文は学位を授与するに値するものと認める。