

臨床懇話会

第 307 回 東京医科大学臨床懇話会

眼窩腫瘍で発見され急速に進行した高齢者肺腺癌の 1 例

Elderly patient with lung adenocarcinoma diagnosed and
deteriorated rapidly after orbital tumor

日 時: 平成 13 年 1 月 30 日 (火) 17:00~18:00

場 所: 東京医科大学病院 6 階 臨床講堂

当番教室: 老年病学教室

司 会: 老年病学教室 新 弘一講師

関連教室: 眼科学教室, 内科第 1 講座, 病院病理部

発 言 者: 清水聰一朗 (老年病学教室)

春日郁馬 (内科学第一講座)

清水 亨 (病院病理部講師)

平野 隆 (外科学第一講座講師)

後藤 浩 (眼科学教室講師)

池田徳彦 (外科学第一講座)

高橋 充 (外科学第一講座)

加藤治文 (外科学第一講座主任教授)

はじめに

林; 時間がまいりましたので, 第 307 回の東京医科大学臨床懇話会を開催させていただきます。

本日のテーマですが「眼窩腫瘍で発見され急速に進行した高齢者肺腺癌の 1 例」です。当番教室は老年病学教室で, 本日の司会は老年病学教室の新弘一先生にお願いしてあります。関連教室ですが, 眼科学教室, 内科学第 1 講座, 病院病理部です。では新先生, よろしくお願いします。

新; 林先生, どうもありがとうございました。

では, 症例の提示を始めさせていただきます。老年病学教室の清水先生, お願いします。

症 例

清水 (老年): 症例は 88 歳女性で, 主訴は眼部異物感です。既往歴は 78 歳に両側白内障の手術, 家族歴に特記すべきことはなく, 喫煙歴はありませんでした。

現病歴は, 平成 12 年 5 月に右眼部の異物感を自覚し近医を受診したところ, 右眼窩腫瘍の疑いにて当院眼科紹介受診となりました。受診時の胸部 X 線で右中肺野に腫瘤状陰影を認めたため, 精査目的にて 5 月 23 日入院となりました。

入院時現症は, 身長 147 cm, 体重 50 kg, 体温 36°C, 血圧 142/68 mmHg, 脈拍 78 整でした。瞳孔は左右同大 3 mm, 対光反射は左右とも異常なく, 右眼は上転障害を認めました。眼球眼瞼結膜に黄疸, 貧血を認めず, 表在リンパ節は触知せず, 胸部聴診上, 両下肺野に乾性ラ音を聴取しました。腹部は平坦軟で, 圧痛を認めず, 神経学的異常所見はありませんでした。

入院時検査 (表 1) では, 白血球の上昇と CRP の軽度上昇を認めました。腫瘍マーカーは, CYFRA と SLX が上昇していました。

入院時の胸部 X 線 (図 1) では, 右中肺野に約 3 cm の腫瘤状陰影を認め, さらに両下肺野の網状粒状影, 並びに左中肺野の網状影を認めました。

表1 入院時検査成績

Hematology		LDH	337 U/l	NSE	3.6 ng/ml
WBC	13,700/ μ l	ALP	180 u/l		(<10 ng/ml)
neu	81.5%	T-BIL	0.74 mg/dl	SLX	62 U/ml
eosin	4.7%	BUN	11.7 mg/dl		(<38 U/ml)
baso	0.2%	Cr	0.51 mg/dl	Pro GRP	22.7 pg/ml
lymph	8.2%	Na	140 mEq/l		(<46.0 pg/ml)
mono	5.4%	K	3.1 mEq/l	CEA	<2.5 ng/ml
RBC	4.33×10^6 / μ l	Cl	98 mEq/l	Serology	
Hb	13.8 g/dl	Ca	10.7 mg/dl	CRP	2.0 mg/dl
PLT	269×10^3 / μ l	Sputum cytology		G-CSF	23 pg/ml
Biochemistry		Class II		KL-6	192 U/ml
TP	7.6 g/dl	Tumor maker			
GOT	10 U/l	CYFRA	9.5 ng/ml		
GPT	8 U/l		(<2 ng/ml)		

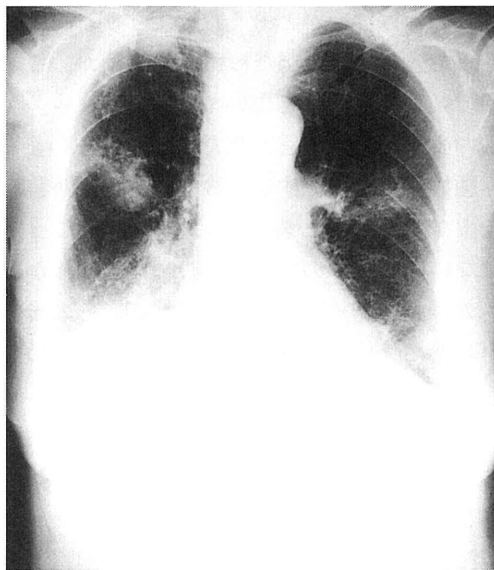


図1 入院時胸部 X線写真 (正面)

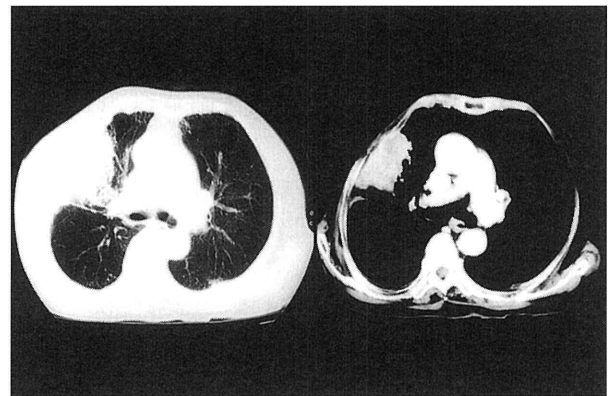


図2 入院時胸部 CT像

新; 主だった入院時の検査成績まで提示していただきましたが、ここまでで何かご質問はありませんか。清水先生、確認ですが、入院するまでは特に胸部症状は認められなかったのですか。

清水 (老年); 胸部症状は、特にありませんでした。

新; よろしいでしょうか。では、続いてお願いします。

清水 (老年); 右中肺野の異常陰影は腫瘍を疑い、胸部CTを施行しました。

入院時の胸部CT (図2) では、右のS1, S3と左S8胸膜直下に腫瘤状陰影を認めました。明らかなリンパ節腫張は認められませんでした。確定診断のため気管支鏡検査を行い、右B3, B1よりTBLBを行いました。

新; 喀痰細胞診はいかがでしたか。

清水 (老年); 喀痰細胞診では、異常細胞は認められま

せんでした。

新; それでは気管支鏡の所見を、第1内科の春日先生に解説していただきたいと思います。

春日 (内科第1講座); 昨年の6月6日、入院約2週間後に、内視鏡を行いました。右の上葉の入口部全体を撮った写真では、先ほどのCTでB1ないしB3の奥の方に陰影を認めたわけですが、入口部が若干狭小化しているように見えました。このB1とB2の分岐、あるいはB2とB3の分岐部が、少し浮腫状に腫張しているような所見を認めています。また、右の上葉の入口部の背側に、山田I型の不整な粘膜の隆起所見があり、末梢の方にまで繋がっていました。

この方は88歳という高齢の方ですが、一般的に高齢者の内視鏡の所見は、可視範囲がもう少し蒼白であり、ときどき気管支拡張様で、気管支が変形しているような所見をしばしば認めます。この方はそういった同年代の方の粘膜所見と異なり、全体的に気管支粘膜の発赤が目立ち、末梢の方に若干の出血像も認めてい

ました。こういった所見をいろいろ考えると、まず第1に悪性の病変を疑うべきと思います。

あえて鑑別をあげると、気管、気管支結核があげられます。そういった患者さんの場合は、炎症性の病気なので気管支の発赤がもう少し目立っていたり、あるいは気道内に痰のような分泌物が貯溜しているとか、胃潰瘍などに見られるような白苔が付いているといった炎症所見が強く出ることが多いと思います。もちろん内視鏡所見だけで診断をつけるのは難しいのですが、こういったような粘膜の所見を見た場合には、まず肺癌を考えるべきではないかと思えます。

新；春日先生、ありがとうございます。TBLBを施行されたわけですね。

春日；そうです。このときに先ほどの右のB1とB3の枝の末梢のほうから組織をいくつか採取しまして、病理の先生に見ていただきました。

新；それでは病理組織の所見を、病院病理部の清水先生に解説していただきます。

清水（病理）；TBLBの材料は、いま出ている検体1個です（図3）。弱拡大では、正常の気管支上皮、線毛円柱上皮がみられます。それから中心部には気管支軟骨および気管支腺が含まれています。実際に腫瘍が観察されたのは、辺縁部のごく一部でした。拡大をあげてみますと、腫瘍細胞は、核異型の強いもので、気管支の粘膜自体に柵状配列をしながら浸潤性に増殖している部分と、おそらく肺泡領域にかかっているものと思われませんが、一部乳頭状構造をとっている部分があります。もともとの肺泡の構築はわからなくなっていますが、核の肥大が目立ち、クレマチンの増量の著明な腫瘍細胞が一部乳頭状を呈して増殖しています。気管支粘膜に浸潤している部分では、柵状配列をして増殖しています。

全体の診断としましては、腺癌。乳頭状部分を探ると中分化で、やや低分化なものと判断しました。以上です。

新；清水先生、どうもありがとうございます。以上の内視鏡所見と病理組織所見から、胸部の異常陰影は肺腺癌と診断が確定したわけですが、ここまでで何かご質問はありませんか。

平野（外科第1講座）；右の上葉の入口部の気管支鏡所見でお尋ねしたいのですが、写真の撮り方にもよると思うのですが、B1、B2、B3の分岐部の後に何かあるように感じたことと、粘膜が浮腫状になっているのは、その気管支にまで粘膜下のリンパ管に癌がきて

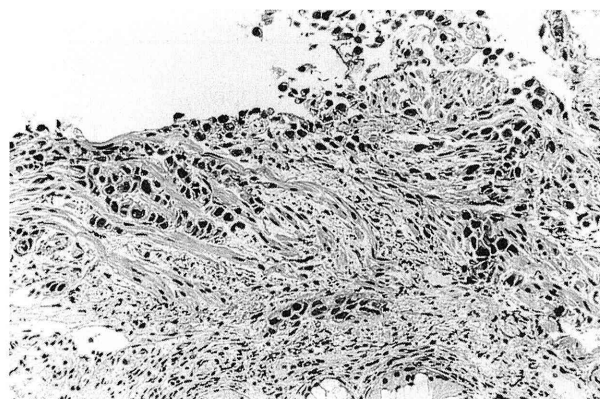


図3 経気管支肺生検病理組織像（HE染色）

いる可能性も示唆する所見ではないかと思えます。場合によってはあそこを直視下に生検しても診断がつけられたのではないかと考えたのですが、内視鏡を実際にされた先生、いかがだったでしょうか。ご意見を聞かせていただけたらと思えます。

春日；いま平野先生が言われた通りだと思います。実際に浮腫性のスパーですが、おそらく先生が言われるようなリンパ管のうっ滞に伴う機序で起こっていたのではないかと思うのですが、CTでは、明らかなリンパ節への浸潤を認めなかったのですが、その後でかなり早い時期に転移をして、リンパ節もるいるいと腫れてきているという経過があります。ですから、あの辺は肺門あたりのB12番、葉気管支周囲のリンパ節あたりからすでに連続性の浸潤が始まっているような気はしました。

末梢枝のTBLBを施行した後に、先生が言われた所の分岐部の生検もしたかったのですが、出血がひどかったこと、酸素飽和度が落ちたこと、高齢だったので実際は割愛しました。CTの所見から見ると、先生の示唆された通りでよいのではないかと思えます。

新；よろしいでしょうか。他には何かありませんか。今回の症例は、先に眼科で眼窩腫瘍を指摘されていて、入院時の胸部写真に異常陰影があるということで私どもの所に入院したわけです。胸部の病変が肺癌であるということが確定したわけですが、この症例では眼窩腫瘍と肺癌との関係がどうなのかということが最も重要なポイントだと思います。眼窩腫瘍に関して、その診断の進め方や画像上の特徴、さらに治療法や予後について、眼科の後藤先生に解説していただきたいと思えます。

後藤（眼科）；まずは、初診時の目の状態、所見からご紹介したいと思えます。視力は右眼は矯正で0.7、左眼

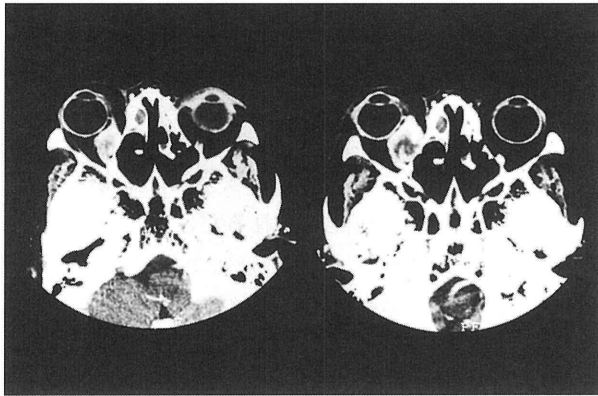


図4 眼窩部 CT 像 (右-単純, 左-造影)

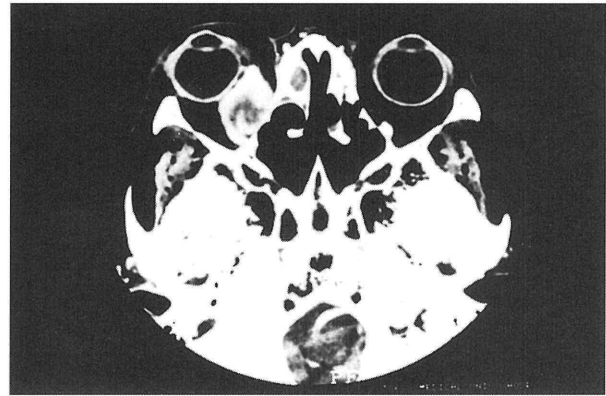


図5 骨肉腫の眼窩転移例の眼窩部 CT 像

は0.8, 眼圧は右左とも正常です。前眼部は, 右眼の腫脹と球結膜の浮腫がみられました。中間透光体は両眼ともに10年前に白内障の手術が行なわれ, 眼内レンズが挿入されていました。眼底には特に異常はありませんでした。眼球運動については, 右眼に内転制限があり, 左方注視の際に複視の訴えがありました。

眼窩部 CT (図4) をみますと, 内直筋に沿うようにして紡錘形で眼窩の内壁に接しているように腫瘍陰影を認めました。このような眼窩の腫瘍は, かなりの確率で転移性腫瘍を疑う必要があります。造影 CT では, 腫瘍の辺縁部が強く enhance されました。

ガリウムシンチでは, 右の眼窩部にわずかながら集積像がみられました。

この症例に関しては以上ですが, そもそも眼窩という部位に腫瘍が発生することは, 学生の方も含めてあまりなじみがないと思いますので, 当科における臨床統計をお話したいと思います。最近10年間で東京医大眼科には, 194例の眼窩腫瘍の方がいました。頻度の高い腫瘍としては, 炎症性偽腫瘍, 反応性リンパ組織過形成, 悪性リンパ腫, 血管腫, 多形性腺腫などです。最近はこの症例のような転移性腫瘍も増えており, この10年間に10症例ほど経験しました。

転移性眼窩腫瘍の内訳は, 神経芽細胞腫が3例, あとは肝癌, 乳癌, 前立腺癌が各1例と, 図5は, 骨肉腫が眼窩に転移したケースです。

新; 後藤先生, どうもありがとうございました。今回の症例も含め眼窩腫瘍の解説を伺いましたが, 何かご質問はありませんか。

池田 (外科第1講座); 貴重なご経験をお話しくさいて, ありがとうございました。

専門外の質問かもしれませんが, オンコロジーの立場では, 何らか腫瘍が撮影された場合, そこから組織

ないし細胞を採取しないで画像だけで転移巣と決めてよいのかという疑問があります。もちろん場所的には非常に難しいとは思いますが, 組織学的あるいは細胞学的に診断する方法を何かおとりになっていませんか。

もう1点は, 先生は転移性の眼窩腫瘍を10例お持ちになっていますが, そのうちで眼窩だけに来た腫瘍は何%ぐらいでしょうか。

後藤; 後のご質問からお答えします。眼科を受診したときに, 原発巣と眼窩だけということですね。具体的な数字はわかりませんが, それは半数例ぐらいだと思います。組織の採取に関して, 眼窩という解剖学的な特異性から多くの困難を伴い, ましてや全身状態が悪いことが多いので, 積極的に生検を行うこと自体が, ほとんどの場合適応外と思います。fine needle aspiration biopsy を積極的に行っている施設はあります。

新; 他にありませんか。

春日; 私ども内科でも2例ほど失明した肺癌の症例を見ているのですが, それはいずれ視神経に転移をきたし最終的に失明しました。こういった眼窩の腫瘍というのは私はまったく経験はないのですが, 一般的に失明をきたすような転移としては, 眼窩と視神経とでは, どちらの頻度が多いのですか。

後藤; 視神経そのものへの転移はきわめてまれで, ほとんどないと言ってもよいと思います。眼への転移で一番多いのは脈絡膜です。網膜の裏側の組織で, 血流が非常に多いのが, 転移が多い理由とされています。次が眼窩への転移です。いずれも失明するかと言うと, 必ずしもそうではなく, 脈絡膜の転移では黄斑部が, 眼窩に転移した場合は, 眼窩先端部の所で視神経を圧迫でもしない限りは視力は大体温存されます。

加藤 (外科第1講座); このような症例が外科にも1

例がありました。以前の症例ですが、眼科から私の所へ紹介され肺も眼も手術を行いかなりうまくいった症例であった記憶しています。肺癌の眼窩あるいは眼球への転移はけっこうあるのではありませんか。

後藤；あると思います。ただ、全身状態が悪くてもう眼科どころではないということで、対診依頼もないまま終わっている症例が少なからずあると思います。ベッドサイドで眼球運動障害や、眼球突出などの所見がある症例を精査すれば、眼窩への転移症例数はかなり増えると思います。

新；では、この症例のその後を清水先生お願いします。最初に肺癌の病期、もしくは TNM の分類を提示してください。

清水 (老年)；クリニカルステージは、腫瘍の大きさが 3 cm 以上 T2、明らかなリンパ節腫脹なく N0、遠隔転移あり M1 で、ステージ IV でした。

6月21日の胸部 CT では、右 S3 の原発巣も増大傾向を示し、また右肺門部リンパ節と横隔膜リンパ節の腫大、左右の胸膜の肥厚を認め、いずれも転移性病変と考えられました。さらに6月中旬頃より食欲低下が出現し、パフォーマンスステータスもグレード III からグレード IV に低下していることや、急速に転移が進行していることから、化学療法の効果があまり期待できず、全身状態が悪化することが懸念されました。そのため、視機能の低下を抑えることを優先的に考え、眼窩部への放射線療法を6月21日から合計 20 Gy 照射しました。

新；この症例の眼窩腫瘍は生検することはできませんでしたが、後藤先生から画像上の特徴は転移性であると指摘されました。遠隔転移があるということでステージ IV、本来ならば化学療法の適応ですが、高齢であり化学療法により全身状態をさらに悪化させることが予想されたので、原発巣の治療は実施せず、視機能の保持を目的に放射線治療を行いました。何かご質問はありませんか。

加藤；まず私は疑問がいくつかあります。清水先生が先ほど腺癌と言われたのですが、本当に腺癌でよいかということです。というのは、まずシフラが高いのです。シフラはどちらかというと扁平上皮癌ということもあります。

それから、最後の CT を見せていただいて、胸壁に近い腫瘍の中心部が壊死しているように見えるのです。そうすると、画像診断上はむしろ腺癌よりも扁平上皮癌ではないかと。この人は亡くなって解剖はされ

たのでしょうか。大きな組織で検討されれば間違いはないのですが、小さな標本で診断するのは大変難しいのではないかと思います。清水先生、どうでしょうか。

清水 (病理)；先ほどお示したように、腫瘍は TBLB 材料の辺縁部に小量が認められるだけでした。粘膜自体に明らかに浸潤している部分はかなり分化度が低く、明らかに腺癌の形であるとは言い切れないと思います。肺野領域を浸潤している部分ではないかと思われる部分は、よく見るとやはり壊死があります。また、腺腔形成を思わせる形をとっている。これらを総合的に判断して、小さい材料で難しい部分はありますが、腺癌を考えました。

加藤；標本の上の方の所に壊死巣も入っていたから、これは難しいなと思って見ていました。

新；清水先生、入院時の検査成績で、白血球が増加していましたがこれはその後どうなりましたか。

清水 (老年)；入院中の経過としましては、白血球数は 20,000 前後で、CRP は 3~4 の間で推移していました。白血球増加の原因として明らかな感染症を疑う所見はありませんでしたので、悪性腫瘍に伴う増加と考えていました。CRP の上昇に比べて白血球の増加が強いため、G-CSF 産生腫瘍の可能性も考えて、血清中の G-CSF も測定しましたが、有意な上昇は認められませんでした。念のために TBLB 標本も、免疫組織染色していただいています。

新；では、免疫組織染色の所見をお願いします。

清水 (病理)；G-CSF の免疫染色では、小数の腫瘍細胞に発色があるようにみえますが、強拡大でみると、対側に出ている正常の気管支上皮、及び気管支腺の上皮、及び間質の結合織の一部にも発色がみられているので、陽性とはとりませんでした。

新；免疫染色の所見からは、G-CSF 産生腫瘍ではないということですね。

清水 (病理)；はい。それは否定してよいと思います。

新；春日先生、G-CSF 産生腫瘍について何かコメントをいただけますか。

春日；G-CSF 産生腫瘍に関して、私どもの内科第 1 講座で調べたものがあります。約 7 年間で経験した 220~230 例の原発性の肺癌のうち数十例ぐらいの疑いのある症例を、以前清水先生と芹沢先生に染めてもらって、そのうち 6 例ぐらいが陽性でした。頻度で言うと 2~3% ぐらいでした。

そういった症例を臨床カルテをもとに、その経過を

まとめて発表したこともあります。意外とおもしろいように共通した特徴が出てきました。症例が少ないのでそれほどはっきりしたことは言えないのですが、全例が非小細胞癌であったということです。小細胞癌としての報告は、わずかに1例だけなのです。小細胞癌は、肺癌の大体15%前後を占めますが、それから考えても明らかに非常に少ない頻度です。つまり、G-CSF産生腫瘍はまず非小細胞癌に関連しているのではないかとということがわかりました。

臨床経過では、白血球数がCRPや血沈といった他の炎症マーカーと相関していないのです。白血球しかも好中球が有意に上昇しまして、また癌の転移のように末血に幼若な細胞が出てくるといった現象もなく、比較的成熟した好中球がほとんどでした。当然のことながら白血球増多は炎症によるのではなく、G-CSFの産生によるのですから、抗生剤に全く反応せず、抗生剤で治療してもどんどん一方的に白血球数が増える傾向がありました。

さらに、これが一番大事なところで、今回の症例とも共通しているのですが、いずれも進行が非常に早いです。ほとんどは1年以内の経過で、3~4か月以内に亡くなっています。平均の生存値をとったのですが、大体4.7か月でした。これは一般的な肺癌の予後と比較してもかなり悪いということがわかりました。今回の症例は、わずか2か月ぐらいの経過で亡くなっており、残念ながら免疫染色は陰性で、血清の値も上がっていませんので、G-CSF産生腫瘍とは言えません。臨床的にみるとこの症例も過去の症例も、私たち第1内科で経験した6例も、共通するような点が多いと思っています。

もう1つ付け加えさせていただきたいのですが、こういった造血系のサイトカインの産生腫瘍は、ほとんどがG-CSFですが、他にもIL-6とかGM-CSF、あるいは最近私も個人的に見ているのですが、stem cell factorのようなものが関連しているとも報告されているようで、頻度的にはG-CSFに比べると圧倒的に少ないのですが、もしかしたらこの症例もそういった別の造血系のサイトカインが関与している可能性もあると思います。他のサイトカイン産生腫瘍も、G-CSFと同じようにやはり予後が悪いというデータが出ています。ただ、G-CSFと比べてまだ数例しか報告がないようなので、予後まで言及するのは早計だと思いますが、造血系サイトカインの産生腫瘍の予後は非常に悪いというのが、いままで私どもが調べた結果

で出てきていました。以上です。

新；G-CSF産生腫瘍の組織型は何が多いのですか。

春日；非小細胞癌が非常に多いことがわかったのですが、分化度も比較的低下で、大細胞癌、分化度の低い扁平上皮癌、腺癌が多いようです。特に大細胞癌が、発表されている論文を見ても非常に多いです。G-CSF産生腫瘍の半分前後は大細胞癌ですが、大細胞癌はもともと頻度が5%内外ぐらいしかない組織型ですから、生物学的な特徴がまだ十分わかっていません。原因不明の発熱を起こすとか、そういったような現象がときどきみられるようなのですが、もしかしたら大細胞癌がG-CSF産生と何らかの関連があるのではという気がします。

新；どうもありがとうございました。経過中も白血球の増加が認められたわけですが、G-CSFに関してしか調べていませんので、他のサイトカインの関与があったかどうかはわかりませんでした。

春日；うちで経験したG-CSF産生腫瘍の免疫染色を清水先生に昔染めていただいた症例があります。これも非常に微妙な症例なんです。いくつか核の周りの細胞質がかなり濃く染まっています。G-CSFの血中の濃度がかかなり上がっていて、白血球も亡くなる直前に50,000とかいう非常に高い値になりまして、G-CSF産生腫瘍でよいのではないかとこのコメントをその当時いただきました。ちなみに、組織はやはり大細胞癌だったと記憶しています。

新；ありがとうございました。では老年科の清水先生、放射線療法後の経過をお願いします。

清水 (老年)；治療にもかかわらず、眼窩部の腫瘍は増大傾向を示しました。肺癌は急速に進行しました。右S3の腫瘍の増大と、右S10部分の転移巣が増加し、横隔膜を介して肝臓への直接浸潤も認め、さらに左副腎、両側腎への転移も確認されました。そして、7月11日に、全経過約2か月で永眠されました。

考 察

わが国での肺癌からの転移性眼窩腫瘍は、1977年の最初の報告に始まり、1999年までに23例報告されています。発症年齢は23歳から83歳で、平均年齢は60歳。男性が17例と圧倒的に多く、またその報告年度は70年代が2例、80年代が6例、90年代が15例と、80年代以降急速に増加しています。

肺癌からの転移性眼窩腫瘍の特徴として、眼症状が呼吸器症状に先行して認められることが多く、発見さ

れたときには他にも転移を認めることがしばしばであることから、その予後はきわめて悪いと考えられています。雨宮らの報告では、眼症状が先行するのは約85%で眼症状が出現してからの平均生存期間は約8か月と述べており、同様にGoldbergらは75%の例で眼症状が先行して、平均生存期間は4か月と述べています。

過去の報告での転移性眼窩腫瘍の原発巣として多いのは乳腺、肺、肝臓、前立腺などです。最近では肺、肝臓からの転移が増加傾向にあることから、眼窩腫瘍を認めたときには肺を中心とした全身検索が必要であると考えられます。

新；それでは今回の症例全体を通して、何かありませんか。

池田；治療に関してですが、これは全体的に経過が非常に早い症例だと思います。このような症例に、眼窩にだけ放射線照射するという局所的な治療をする意味があったのかどうかということ、それから、いま高齢者の肺癌の化学療法でも比較的安全な薬剤が出ており、生存期間は延びないまでも症状が取れることがけっこう多いので、そういう治療法を考慮されたのでしょうか。局所的な治療とそういう化学療法を併用したのがよかったのではないかという印象はあるのですが、いかがでしょうか。

清水 (老年)；放射線療法を行ったのは、最初の症状は、眼球の運動障害だけだったのですが、その後痛みを主に訴えたので、眼科的症状を取るために選択しました。

肺癌の化学療法は、組織型によって化学療法に有効性が異なります。この症例は腺癌でしたので、化学療法はあまり効果がないのではないかと判断しました。

新；私どもの科で扱っている癌症例では、ご家族が消極的な場合が多いのです。今回の場合もあまり積極的ではなく、家に帰して欲しいということでした。そこで、短期間かもしれませんが、在宅で、物が見えて、有意義な時間を過ごしていただきたいという配慮から眼への放射線療法のみを実施することとなりました。

高橋 (外科第1講座)；肺癌の眼窩転移は初めて見せていただきました。消極的に治療し、ご本人を家に帰して、QOLを求めたということですね。画像と臨床経過を見ますと、呼吸器症状が出現することが予想されます。呼吸器症状の場合ですと、症状を緩和させる方法がありますが、眼が閉じないと、涙が止まらないとかいう眼科的症状は、ご本人にとっては非常に苦痛

だと思います。そのような症状が出た場合に、QOLを保つためにどのようなことができるのか教えていただきたいのですが。

新；後藤先生、眼症状に対して有効な治療法はありますか。

後藤；眼のことだけで言うと、眼球突出がやはり一番問題になると思います。この方は腺癌ですので、最初から放射線治療に対して大きな期待は持っていないで、実際反応もしませんでした。照射線量が20 Gyでは中途半端だったような気がします。

これは外科第1講座の先生にお聞きしたいのですが、原発巣では効かなくても転移先では放射線治療によく反応する症例があり、脈絡膜腫瘍でも、私はそういう例を何人か経験しています。実際そういうことは他の臓器でもあり得るのでしょうか。一般に原発巣が、腺癌のような放射線治療が効きにくい症例でも、転移巣ではある程度期待できる、縮小化が期待できるということはありますでしょうか。

加藤；いまそういう問題が出ましたのでお話ししますが、放射線治療だけでは腺癌の治療効果は期待できないのです。最近腺癌にとってもよく効く抗癌剤が出てきているのです。それと放射線との同時併用で、腺癌そのものに非常に効くようになってきていますので効果は期待できます。それが放射線療法単独ではなかなか効果はないと思います。

後藤；原発巣よりも転移先ではいかがですか。

加藤；まったく同じことが言えます。

新；他によろしいでしょうか。加藤先生、いま腺癌に効く薬剤が出ているというお話でしたが、今回の症例に限らず、肺癌の総括的なお話をしていただければと思います。

加藤；いまずっと聞かせていただいて感じたことを申し上げます。まずQOLを考慮した治療が、癌の治療では最も患者さんの望むことになってきています。以前の癌治療の基本は、手術で可能な限り広範囲に切除し、術後抗癌剤を積極的に投与するという姿勢だったのですが、いまの時代はそれではいけなくなって、手術するにしてもなるべく小さく切除し、患者さんの臓器の機能を温存する治療をするという方向へ向ってきています。そういう意味からして、きょうのこの患者さんはQOLを維持しようとした点ではよかったのではないかと思います。

ただ、一番大事なことは診断です。診断がずれていると、やはり治療方針がずれてしまいます。きょうの

生検標本は、もう少し大きい腫瘍が欲しかったですね。腫瘍組織がほんの少し入っているぐらいでは、腫瘍の全体像を把握することはできないと思うのです。ですから、先ほど私が質問したように、もう少し大きく採れば、あれはひょっとしたら扁平上皮癌の成分があったかもしれません。それから、13,000と白血球が増加しているということで、これもGCSF産生腫瘍、大細胞癌が疑われます。いまの組織標本から大細胞癌とは到底思えません、大細胞癌の成分が出たかもしません。その辺の診断がしっかりしないと、後になってまともになくなってしまいます。ですから、剖検をすれば明確に答えが出ますが、剖検できず歯切れが悪くなってしまうのはしょうがないと思います。

組織型が診断つくと、今度大事なのは治療方針を決めるためのステージングです。この症例はM1でIV期であることは間違いない。そこが決まると今度は治療方針を決めるのですが、きょうの症例は88歳で年齢が非常に高い。これはあまり厳しいことはできないということは、年齢を見るだけでわかります。しかし、非常に元気な方は90歳を過ぎていても手術に踏み切ることがあります。ですから、年齢だけではなくて全身状態、精神状態などを含めて考えますが、高齢者は積極的な治療はできないというのが一般的な考えです。それから、きょうのこの人は一般状態はよかったですか。腎臓、肝臓、心臓などの臓器の機能不全があるかないかということも、治療上重要になってきます。

そういうことが全部クリアされると、今度はステージによって治療法が変わってくるわけです。きょう

の症例はステージIVで、肺内に複数の病巣がありもちろん手術不適例ですが、ステージIVでも手術に踏み切ることがあります。例えば眼窩だけに転移があり、肺は孤立性で1個だけの場合は、手術も考えられるということです。

そういうことで治療方針を決めていきますが、照射線量が20 Gyというのは私もいくらなんでも少ないのではないかと思います。放射線をかけることによって免疫機能が下がるのです。免疫が下がると癌が早く大きくなるということもあるので、中途半端な治療だったらしなほほうがよいと思います。眼の局所療法としては、症状が痛みだけなら鎮痛剤を使うということでもよかったのかもしれません。免疫療法なども一考していただいたら、もっとよかったかもしれません。

ということで、全体的に振り返るとそういうことを考えましたが、ご高齢の方で、肺の中の癌の状態、それから眼窩への転移ということを考えては何もできない。きょうの治療方針でまあまあよいのではないかと思います。以上です。

新；どうもありがとうございます。今回の症例は眼窩腫瘍で発見されて、肺癌の診断が確定しましたが、確定方法や治療法の選択に検討の余地があったように思います。それでは時間になりましたので、本日の臨床懇話会を終了させていただきます。ディスカッションに参加していただいた先生方、どうもありがとうございました。

—— 終了 ——