

(静岡県立こども病院外科)

三間屋純一, 堀越 泰雄, 高嶋 能文

(同 血液腫瘍科)

青木 克彦

(同 放射線科)

浜崎 豊

(同 臨床病理科)

13歳男児。10歳時より発熱を繰り返していた。近医にて胸水を指摘、外来経過観察をしていたが、徐々に胸水が増え、前医を紹介された。結核性胸膜炎の診断にて治療を行なうも、胸水は次第に増えてきた。CTにて左胸腔内に多量の胸水と不整な胸膜の肥厚を認めるようになり、胸水細胞診にてclassⅢであり、中皮腫が否定できず、当科紹介となる。当院初診時、全身状態良好、血液検査特に問題なく、胸部X-Pにて多量の左胸水を認めた。MRI所見としては、左胸水、左胸膜全体にT2強調像では低信号、T1強調像では筋と等信号を呈する多数の結節を認めた。これらの結節は癒合傾向があり胸膜播腫が最も考えられた。

当院で再検した胸水細胞診にてもclassⅢaで、腫瘍マーカーは尿中NTxが240.3と上昇していたのみであった。診断目的に胸腔鏡下生検を施行した。術中所見としては、肺尖部から横隔膜まで、臓側・壁側胸膜ともにキノコ状に腫瘍が多発していた。横隔膜直上のものは特に大きく、一塊となっていた。病理診断は中皮腫diffuse malignant mesotheliomaで、悪性度としては、MIB1陽性率が低く、low grade malignancyと思われた。今後、手術、化学療法、放射線療法を含め、治療を進めていく予定である。小児の悪性中皮腫は極めて稀であり報告する。

3-3. 肺扁平上皮癌の1例

高橋かおり, 中川 基生, 海老原博子

平谷 俊樹, 横井 誉, 伊藤 康彦

(名古屋市立大学小児科)

棚橋 義直, 佐藤 陽子, 近藤 知史

鈴木 達也

(同 小児・移植外科)

水谷 圭吾

(名古屋市立東市民病院小児科)

【症例】14歳男児。主訴は咳嗽、微熱・体重減少。【既往歴】発症2年前ツ反強陽性、抗結核薬6ヵ月間内服。【現病歴】平成16年4月主訴が出現。抗生剤治療に反応せず、結核を疑い胸部CTを施行。左後縦隔に腫瘤あり、当院紹介。【入院時現症】血液所見；CRPの上昇と凝固能異常。胸部X-P；肺門部占拠性病変。胸部CT；左肺野81×64mmの腫瘤とリンパ節腫大、胸膜播腫・胸水貯留。骨シンチ；多発骨転移。骨髓穿刺；異常なし。開胸肺生検を行い、病理結果；Poorly differentiated squamous cell carcinomaであった。【経過】GEM + CDDPにて治療開始。治療への反応が不良であるため、CBDCA + PACに変更。この間癌性リンパ管症や肺炎・無気肺を併発し、ICU入退室を繰り返した。多発性皮膚転移も出現し病勢が進行、腫瘍増大に伴う圧迫による心不全にて死亡した。症状出現後6ヵ月であった。

3-4. 悪性リンパ腫との鑑別に苦慮した胸腺過形成の1例

石澤 恵, 堀 寿成, 武藤亜紀子

鶴澤 正仁

(愛知医科大学小児科)

原田 剛史, 沼波 宏樹, 羽生田正行

(同 呼吸器外科)

原 一夫

(同 病院病理部)

中川 温子

(同 病理学教室)

川合 紀子

(総合大雄会病院小児科)

前縦隔腫瘤の診断に苦慮した胸腺過形成の1例を経験した。症例は6歳男児、平成16年5月に、急性肺炎のため近医入院し、その際の胸部CTにて胸腺に一致した前縦隔に一部石灰化と思われる高吸収域を認め、その後の再検にて同部位の増大傾向を認めたため当科紹介受診となった。当科外来での経過観察中に高吸収域の消失と腫瘤の著明な増大を認め、悪性腫瘍との鑑別が必要となり入院となった。血液検査等では異常認めなかったが、