700 mg/m³)を1ケール施行するも評価はNCであった。そのため、左3か所の転移巣を胸部鏡併用の小開胸下に部分切除術を、右1個の転移巣を胸壁鏡下に部分切除術を施行した。術後4ヶ月の現在再発を認めない。浸潤型肺癌例が右上葉に浸潤し、気管支鉄座沿ってポリーリー状に進展した症例は稀であるため報告した。

6. 両側多発肺癌に対して一期的両側胸腔鏡下手術を施行した1例 小島俊一, 河野 匠, 岩永茂樹, 文 敏景, 藤森 賢（虎の門病院呼吸器外科）
症例は55歳, 男性, 2003年3月の初診で胸部レントゲン写真に異常影を指摘された。胸部CTでは、右上葉S1に23mm大の結節と3つのGGO、左S1とS2にもGGOを指摘された。両側同時多発肺癌を疑い、術前日に右S1と左S2の病変に対して、CTガイド下マーキングを施行した。2003年10月10日左VATS S1部分切除→右VATS S1肺生検、右S2部分切除、右上葉切除（NDI + α）を施行した。手術時間は199分, 出血量は100mlで、患者は術後6日目に退院となった。術後病理診断では、高分化型腺癌が6例、A4が1例含まれていた。最近増加傾向にある肺癌同時多発肺癌に対して、薬剤を含む一期的両側VATSは、低侵襲で有用であった。

7. 末梢型の肺癌にて発見された後天性の気管支閉鎖の1例 加藤貴子, 松島秀和, 高橋 昇, 楠永美三, 槇永大 道, 荒木 望, 佐藤長人, 岩島一喜, 生方幹夫, 松本裕（島崎県立幸徳病院呼吸器内科センター）、村井克己（同呼吸器内科）、河端美則（同病理科）
症例は55歳, 男性, 2002年9月の初診で異常を指摘されなかった。同年9月26日より咳、胸痛、微熱が出現、胸部異常陰影にて9月30日当センターに紹介受診。胸部CT、気管支鏡にて左B2の閉鎖と末梢型の肺癌と診断、抗生剤の内服にて臨床所見の改善を認め、術前にて経過観察していた。2003年4月血痰が出現し、入院となった。胸部CTでは左B2の閉鎖に加え、末梢型の浸潤影と内頸に血管翳を伴う拡張気管支を認め、超音波ガイドにて小細胞癌を新発し、経鼻気管支鏡下に鼻咽腔が摘出された。癌細胞診を繰り返したことにより、左S1区域切開は予め不十分分業のためS12部切除術を行った。切除標本を病理学者に検査し、術後小気管支閉鎖症。ならびに末梢型気管支の慢性変化、潰瘍性変化、肺癌化を認め、残存肺の固定は正常であった。気管支閉鎖の原因については特定できなかった。

8. 肺炎を繰り返した気管支内脂肪腫の1手術例 池田勝 紳, 神谷健太郎, 部島英之, 稲田秀幸, 野村友清, 森田 敏知（国立病院機構幸徳病院呼吸器内科）
症例は74歳男性、気管支拡張症にて当科呼吸器内科通院中、平成14年7月頃より肺炎症状を繰り返したため、平成14年12月25日に気管支鏡検査、右B2に著性の表面平滑な腫瘤を認め、2回の生検にて確定診断つながらかったがその後も肺炎を繰り返したため平成15年7月に右肺下葉切除術を行った。最終病理診断は気管支内脂肪腫であった。気管支内脂肪腫は比較的まれな疾患である。外科的治療の適応につれて若干の文献的考察を加えて報告する。

9. 画像上肺癌が疑われ、気管気管支下生検にて診断し得たmucosal neuromaの1例 佐藤恵理香, 岡村 櫻, 根藤 麻理子, 加藤哲朗, 下川佳恵, 太田智裕, 宏和利, 井口万里, 家城隆次, 渋谷昌彦（都立新築病院呼吸器内科）
症例は75歳女性、2002年5月は更に乾咳を認めた。当院受診、右下葉気管支を回る不整形の陰影を認めた。腫瘍を疑い、6/8気管支鏡検査施行、右B1～B4小葉間切除術を、B1f結局下肺門の気管支結節生検にて、気管支壁内のmucosal neuromaと診断された。本人の強い希望もあり、手術は施行しなかった。気管支壁内のmucosal neuromaは極めてまれであり、報告する。

10. コンベックス走査式超音波気管支鏡下TBACで肺癌リンパ節転移を証明した1例 反田裕也, 坡井正博, 林 陽, 池田信, 内田 修, 中崎英治, 江名春雄, 一ノ瀬康二, 平野 隆, 加藤光文（東京医科大学外科学第1講座）
現在では、アルール走査式気管支鏡下超音波断層法（EBUS）を用いてEchoガイド下にreal-time TBACを行い、肺生検のリンパ節転移を検証できた症例を経験したので報告する。症例は61歳女性、初診時胸部異常影を指摘され紹介受診した。右S1の径3cmの腫瘍を診断し、同時にCT下リンパ節（S1fの腫大を認めた）。コンベックス走査式EBUS下にTBACを行いリンパ節転移を証明した。コンベックス走査式EBUSは気管支気管支周囲組織の検出が容易でEchoガイド下real-time TBACが可能であり、将来的には腫瘍鏡に代わるStaging modalityとして期待される診断法である。

11. 下部気管支狭窄を呈し、術前診断に苦労した極端に甲状腺腫の1切除例 二反田博之, 坂口浩三, 山崎浩弘, 緑田 理一郎, 中村聡美, 赤石 一, 岡部 志, 金子公一（埼玉医科大学呼吸器外科）
66歳男性、平成14年12月に右肺隔間性癌を指摘されるも症状をきたさず放置、平成15年6月より仰向けの際に呼吸困難を自覚し当科入院。胸部CTでは右上肺野に13×8cmの、内部不均一な腫瘍を認め、超音波気管支圧迫浸潤型癌を疑われ、気管支鏡検査では下部気管支癌の約25％の狭窄と右声帯の不全麻を認めた。経皮的針生検で極度の肺癌腫瘍膜が観察され放射線治療を行った。腫瘍径は変化がないものの自覚症状が軽減して退院したが、咳嗽と嗅覚が出現したため再入院として10月28日に手術を施行。胸部正中切開で腫瘍に達し、右肺動静脈と気管の間に長径13cmの弾性軟の腫瘍を認め、腫瘍は大血管、気管支からは剝離可能で下肺野甲状腺腫を伴にしており、右側とともに切除した。右回転喉頭は腫瘍の被膜と強固に重着しており可及的剝離し、組織学的には異常の乏しい甲状腺腫瘍の形成がみられ腫瘍内甲状腺腫と診断された。経過良好で下肺第9病日に退院となった。