

## 6 左上区支

### 1) 左 B<sup>3</sup> への挿入

数字的な順番では左 B<sup>1+2</sup> を先にしたいところですが、内視鏡で観察すると左 B<sup>1+2</sup> の手前に左 B<sup>3</sup> があるため、左 B<sup>3</sup> から観察するほうが効率的となります。したがって、本書でも左 B<sup>3</sup> から解説します。

左 B<sup>3</sup> に挿入するには、まず左上葉支にスコープを挿入します。そうすると、多くの場合正面は左上舌区分岐になります。そこから左に回旋させると左 B<sup>3</sup> が正面に来ます。左 B<sup>3</sup> では多くの場合、手前に B<sup>3a</sup> が分岐します。そこからアップアングルをかけた場所に B<sup>3b</sup>~B<sup>3c</sup> 分岐があります。右が患者さんの前方で、B<sup>3b</sup> です。左は、多くの場合頭側に向かっていく、B<sup>3c</sup> です。

図 21 では B<sup>3a</sup> が足側を向いているように図示していますが、実際には外側(真横~やや前方)を向いています。左では、B<sup>3a</sup> および B<sup>3c</sup> は比較的誘導しやすい枝です。これらに比べて、B<sup>3b</sup> は右も左も時として誘導が難しい場合があります。右 B<sup>3</sup> の場合はかなり強い左回旋が必要になる場合があります。左 B<sup>3</sup> では対称的に、かなり強い右回旋が必要な場合があります。したがって、左右にかかわらず、B<sup>3b</sup> からアプローチする必要がある場合には細径スコープを使用するなどの考慮が必要です。

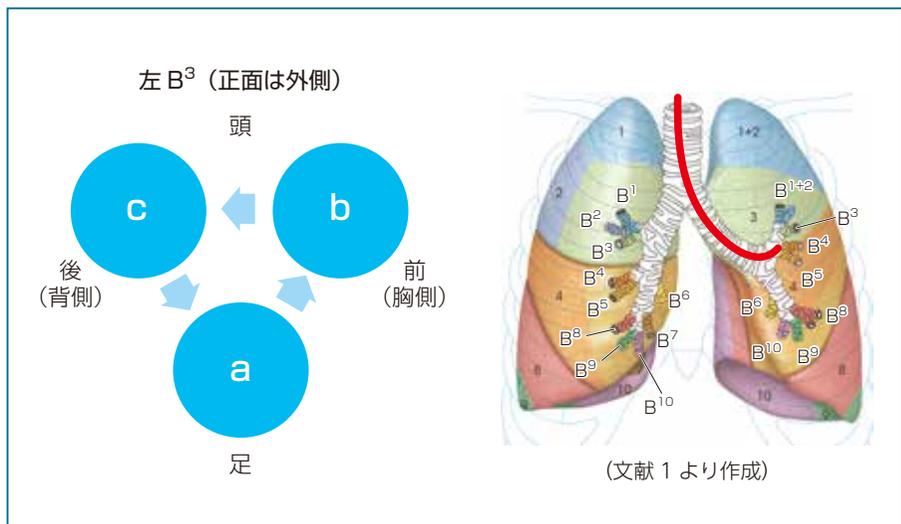


図 21 左 B<sup>3</sup>

## 2) 左 $B^{1+2}$

左  $B^{1+2}$  は挿入しづらい枝の1つです。まず、左  $B^{1+2}$  にスコープを挿入する必要がある場合には、細径スコープを使用などの配慮も必要です。左  $B^{1+2}$  に挿入するには、左  $B^3$  が正面に来る位置からさらに左に回旋させるとスコープは左  $B^{1+2}$  に向きます。ただし、処置用の太いスコープでは回旋が十分できなかつたり、十分にアングルがかからなかつたりするので、左  $B^{1+2}$  からのアプローチが必要な場合には、細径スコープの利用を考慮するほうがよい場合があります。

特に、左  $B^{1+2c}$  へのアプローチは、 $B^{1+2}$  に挿入してからさらに左回旋をすることになるので、細径スコープを用いてもアプローチが非常に困難なこともしばしばあります。その場合は、スコープを上下葉分岐部手前まで引き抜き、そこで右回りに反転させます。一度視野がなくなりますが、分岐が見えたなら、上方向が下葉支で下方向が上葉支になります。そこでダウンアングルをかけつつスコープを上葉支に挿入していき、さらに、左に回旋させると左  $B^{1+2}$  に向かいます。 $B^{1+2}$  に挿入できたなら、ダウンアングルを解除していくと視野の上方に  $B^{1+2c}$  が来ます。ほとんどのスコープではダウンアングルよりアップアングルのほうが広い可動域を持つため、アップアングルで左  $B^{1+2c}$  にアプローチできるこの方法を習得すると左  $B^{1+2c}$  にスムーズにアプローチできるようになります。

図 22 では  $B^{1+2c}$  は足方向を向いているように図示していますが、 $B^{1+2c}$  は外側やや後方を向いています。

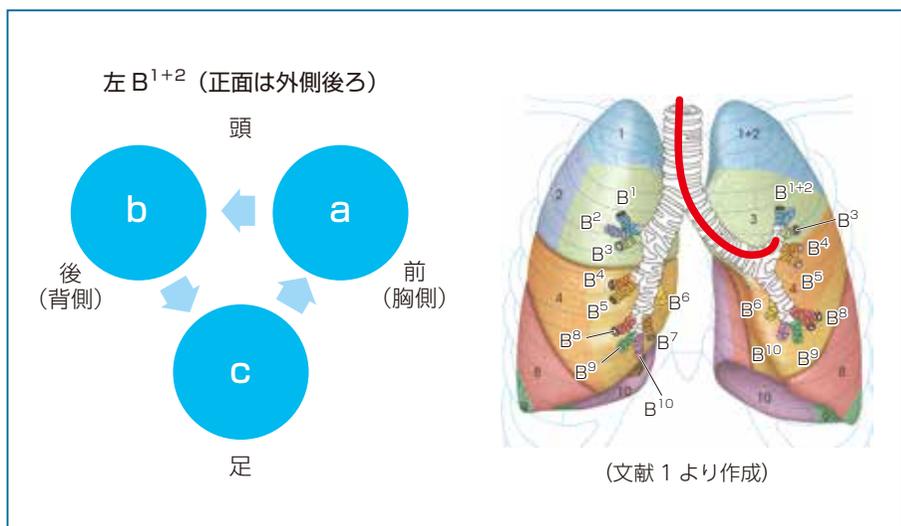


図 22 左  $B^{1+2}$

特徴がみられます。生検をする場合は、赤色点を持つ最も浅い層を狙うとよいでしょう。本症例は鉗子生検が可能ですが、病変が深そうであれば、TBNAも考慮するとよいでしょう。

## 11) 腺癌

腺癌では多くの場合、気管支腔内に突出はせずに気管支が締め付けられるように狭窄する形をとります。図18では、白色調の部分筋層を突破しており、最も浅い部位に腫瘍が存在すると考えられますが、その部分には縦走襻が存在しており、腫瘍は上皮層のやや深い層までであると考えられます。したがって、ブラシによる細胞診のみならず、鉗子生検でも何度も掘り進めないと診断できないことが予想されます。

このような場合は、TBNAを行うと診断が可能となります。遺伝子変異の検索などのために十分な組織量が必要な場合は、鉗子で同じ場所を何度も掘り進めていく必要があります。稀にポリープ様の増殖をすることもあります。その場合も、上皮層を破って気管支腔内に腫瘍が露出することはあまりありません。上皮層を破って気管支腔内に突出する場合は、多型癌などの浸潤性の強いタイプが疑われます。腺癌も多くは壁外から浸潤してくるため、その浸潤の度合いによって所見は変わります。

病変の深度による所見を理解していれば、どこまで浸潤してきているかがわかります。どこまで浸潤してきているかがわかれば、その深度に適した生検デバイスを選択することができ、より正しい診断に近づきます。また、十

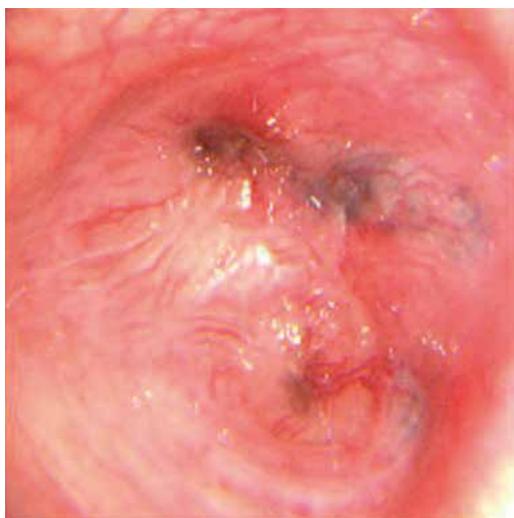


図18 腺癌

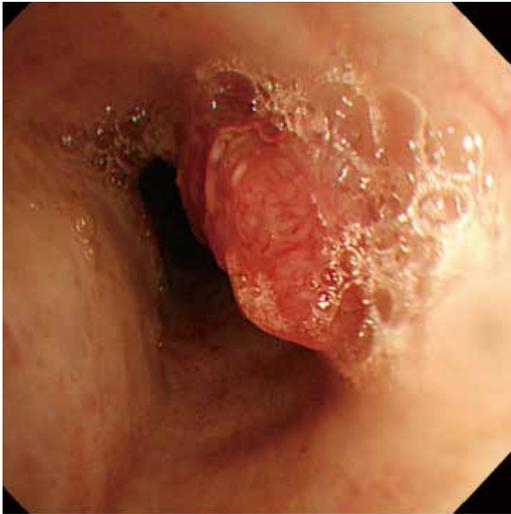


図 19 小細胞癌（リンパ節から浸潤）



図 20 小細胞癌（原発巣）

分な組織量が必要であれば最も浅い部分を狙って生検を行います。その場合にも所見をよく読めば適切な生検部位を選択することができます。

## 12) 小細胞癌

図 19 は小細胞癌の気管支内浸潤です。広基性の病変で、表面の凹凸は少なく、横走する細かな血管を認めます。色調は周囲の気管支に比べて赤色調で、血流がやや豊富であることがわかります。表面の血管は横走しており、上皮は保たれていることがわかります。縦走襞や輪状襞ははっきりしません。このことから、この病変は上皮下層の浅い層までであることが推定されます。病変が硬くなければ鉗子生検は容易と考えられます。

小細胞癌はほとんどの場合、壁外のリンパ節から浸潤してきます。気管支内の所見としては、図 19 のように気管支内に突出してくるものもありますが、多くは癌性リンパ管症に伴う気管支壁の浮腫と怒張した血管が特徴となります。稀に原発巣が気管支内から観察できる場合がありますが、その場合は壊死を伴うポリープ状の病変として観察されることが多いです（図 20）。

## 13) 大細胞神経内分泌癌（LCNEC）

縦隔リンパ節から浸潤してきた大細胞神経内分泌癌（large cell neuroendocrine carcinoma: LCNEC）（図 21）ですが、肉眼所見だけでは小細胞癌と区別できません。顕微鏡で見ても鑑別が難しいこともありますので、肉眼所見だけでの鑑別が困難なのもうなずけます。