

〔症例検討会〕

上顎線維腫の悪性化—遠隔転移死

日 時 昭和48年6月22日(金)

場 所 東京女子医大本部講堂

(司会)	耳鼻咽喉科	岩本彦之丞	教授
発言者	耳鼻咽喉科	上村卓也	教授
	放射線科	池田道雄	助教授
	第一病理	今井三喜	教授
	口腔外科	河西一秀	教授
受持	耳鼻咽喉科	窪斐子	講師
文責	耳鼻咽喉科	松浦紀子	研修医

(受付 昭和48年9月3日)

岩本：それではこれから症例検討会を始めます。本例は最近われわれの科でとりあつた例でございます。上顎線維腫の悪性化と書いてありますが、これは最初から悪性であつたのかもしれませんが、ただわれわれが疑問に思うところは、経過が非常に長期にわたつておるといことです。約6年くらい経過して最後には死亡した例です。それでは病歴からお願いします。

窪：症例は26才の男子です。初診は昭和47年4月24日。既往歴：特になし。家族歴：遺伝的素因はありません。主訴は左頬部の腫脹および疼痛で来院しました。この訴えの始まりは6年くらい前からで、左上臼歯がグラグラするというので、近くの歯医者さんで診てもらつたが、カリエスはないといわれました。昭和45年3月と6月、昭和46年11月と3回、第二病院の歯科で手術をうけております。私達のところへきたのは昭和47年4月のことですが、その年の2月頃、左頬部の腫脹および疼痛があつて、4月中旬よりそれが増加して

きたので、第二病院の歯科から耳鼻科に紹介されました。初診時の所見は、左鼻腔側壁がやや圧迫されているような所見が見られますが、腫瘍は見られませんで、左の上顎洞はすでに手術がしてあり、瘻孔が見られました。その周囲は腫瘍状な感じでした。そのほか、耳、咽頭、喉頭には異常は見られませんでした。写真1の左側が患側で、上顎の瘻孔とその周囲の腫瘍状な部分がでております。手術前の写真です。続いて検査成績になりますが、レントゲン(写真2)で左の上顎骨の破壊というか吸収された像が見られます。写真3は上顎洞の断層写真です。血液一般、血清化学、検尿には異常ありませんでした。レントゲンで、今も申し上げたとおり、上顎骨の破壊がみられました。胸部には異常ありませんでした。

岩本：ちよつとそこでね。昭和45年3月から46年11月までに第二病院の歯科で3回手術をうけているのですが、そのときの状況を河西教授にお願いします。

Clinico-pathological Conference (90) : Malignant change of the maxillary fibroma.

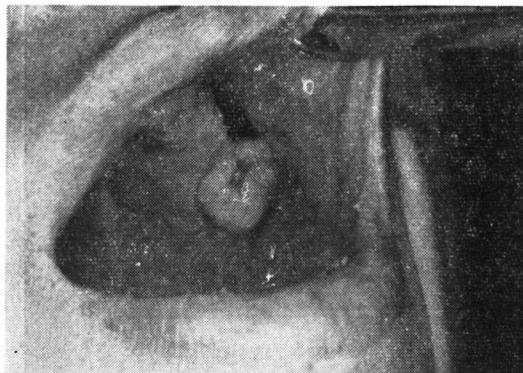


写真1 上顎の瘻孔とその周囲の腫瘍状部分（昭和47年5月11日）

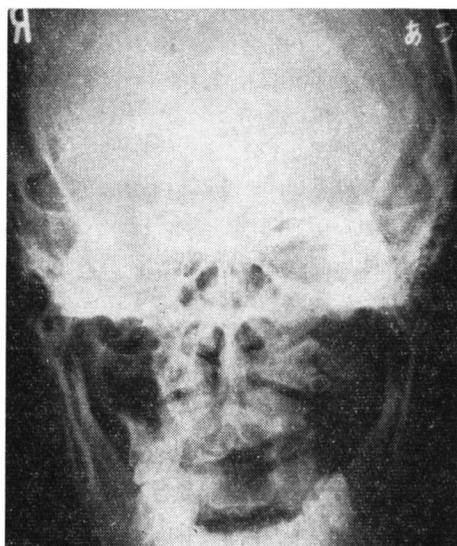


写真2 左上顎部分切除術前の顔面X線写真（正面）左上顎骨の消失をみる
昭和47年5月15日

河西：その前にちよつと、まちがईと思われるところがあります。歯科の初診は昭和45年6月でございまして、43年に抜歯したとございますが、患者は歯牙が全部そろつておりまして、とくに上顎は全部歯がございました。そして下顎の左の6番がカリエス3度といひますか、ちよつとカリエスが深くて歯髓まで炎症が及んでいました。7番がカリエス2度、反対の右の下の6番がカリエスの2度で、これだけの所見で、歯はほとんど健全歯ばかりでございました。そして今の病歴に追加したいのは、患側の犬歯から奥3、4、5、6、

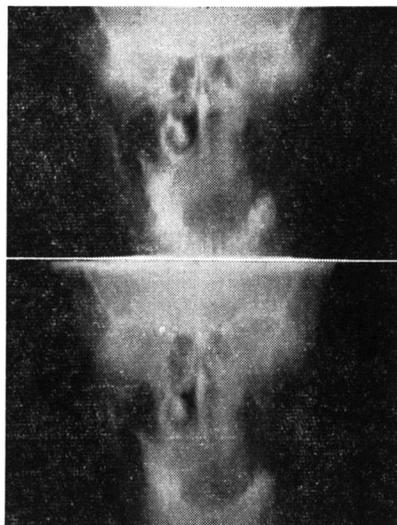


写真3 左上顎部分切除術前の顔面断層写真（上が前額断前方より5cm、下が4cm）
昭和47年5月17日

と4本が歯髓診断で歯髓が死んでおりました。7番は生活しておりました。前の1番2番とも生活しておりました。それから演題のところの上顎洞の線維腫とありますが、初診当時の断層写真を見ますと、上顎洞は残つておりますので、上顎に発生した線維腫と解釈したほうがいいと思います。レントゲンの所見からどうも cyst のような吸収がありましたので、cyst ではないかと思つて、まずあけてみましたが、cyst ではなくて、いわゆる線維腫が非常に剝離容易に一塊にとれました。その手術をいたしましたのが、6月の10何日だと思ひます。一応きれいにとれましたので、それを縫合いたしました手術を終つたのですが、ところが経過をずつと追ひまして、11月ころになりました。吸収が反対側のほうに拡がつてきましたので、もう1度開けて摘出したしました。このときも浸潤したところは剝離が容易できれいにとれました。そしてその後ずつと経過をみておきますと、さらにどんどん進行するようでして、翌年の3月21日に再入院して、もう1度、何かとり残しでもあるのではないかと思つて、初めのところから開いたのですが、別にとり残しがあつたのではなく浸潤していつたところはまたきれいにポロッとれるといつた感じでした。病理診断ですが、私

は医科歯科大学の口腔外科の石川教授に見てもらったところその時の診断は3回とも *desmoplastic fibroma* で、いわゆる結合織形成性線維腫とこんなような診断をもらいました。

岩本：ありがとうございます。それでは次に入院後の経過を、窪先生お願いします。

窪：昭和47年4月耳鼻科に入院。上村教授の執刀のもとで、*biopsy* をしました。その結果、*fibroma* および炎症性の肉芽をみとめ、悪性所見はないというお返事をもらいました。で尾久の耳鼻科より本院の耳鼻科に転科し、数年の間に何回かくりかえす腫瘍が発生したものですから、臨床的には悪性と考えて治療しなければいけないと思いました。そこで5月9日から本院でコバルト照射を開始し、6月14日で5,000Rかけました。6月20日にまたプローベをとりました。病理診断の結果は、*fibroma* で悪性所見はないという診断でした。6月30日に左上顎骨の部分切除術を行ないました。

岩本：4月27日に上顎の試験切除をしましたね。それは上村先生がやったのですか。

窪：はい。

岩本：そのときはどんなでしたか。簡単に説明して下さい。

上村：河西先生のほうから紹介があつて手術したのですが、所見は左上顎洞に瘻孔があつて、3cmくらい開いていました。その瘻孔から上顎洞にかけて、腫瘍状でその表面にきたない白苔がついているという所見でしたので、洞壁で突出している部分を切除しました。その固さは、骨ではなくてゴム様の固さをもつた組織で、ナイフで切れる程度のものでした。

岩本：6月30日の部分切除の所見を述べて下さい。

上村：6月30日は一応コバルトがもうすんでいたせいか、ずいぶん所見が変わつてきて、最初の手術のときには凸凹した感じだつたのですが、それが全部なくなり、凸凹が減つていました。それなりに出つ張つているところがあつたので、それを取りました。とつていけばどこまででもとれるという感じでしたので、どちらのときも全部とる

ということではなく、出つ張つているところを取つたというぐらいの感じでした。

岩本：ありがとうございます。それでまあ結局今までの話を聞きますと、最初はどうも良性腫瘍のようで、歯科でやつたときは、ポロッととれたという状態だつたが、それから、だんだん根治しないまま、周囲に浸潤していつたということですね。さつき写真がでましたけれども、あの腫瘍状の腫脹を見れば、われわれはすぐに悪性のものだと考えざるをえないのですが、にもかかわらず組織学的にはつねに *fibroma* という診断がついたわけですね。試切あるいは5月8日までにとつた組織の標本は、今井先生ありますでしょうか。それをお願いします。

今井：あとでまとめて差し上げます。

岩本：それでは、そのときの標本はあとで説明していただくことにしましょう。まあ、やはり、臨床的には悪性ということがいちばん考えられたんですが、組織が何回やつても良性という場合にはわれわれ臨床医としては、やはり臨床的な所見に重点をおいて治療しなければいけないと思えます。この場合もそうですが、たしかに癌だと思つても組織では癌ではない *granulation* であるという診断がときどききます。これはもちろん組織をとる技術、組織の切片のとり方が不十分であるということもありましようし、十分とつても *necrosis* になつている部分をとつた場合とか、いろいろありますが、しかし本例では、腫瘍そのものを大きくとつて標本にだしたので、たしかに最初は、悪性なものではなかつたような感じをもつておりました。それで一応、昭和47年1月5日に大ぶよくなつたというので退院したわけですね。それではその次をお願いします。

窪：上顎部分切除術をおこなつたあとは、上顎洞の中は平滑で、写真4のようにきれいに上皮化されて、一見治癒したように見えます。コバルト照射のためか、中耳カタルをおこしたくらいで、それ以外に全身的には全く異常がなく、7月5日に退院しました。退院してからはときどき外来にきておりましたが、とくにかわつたことはございませんでした。その年の10月ごろですが、左

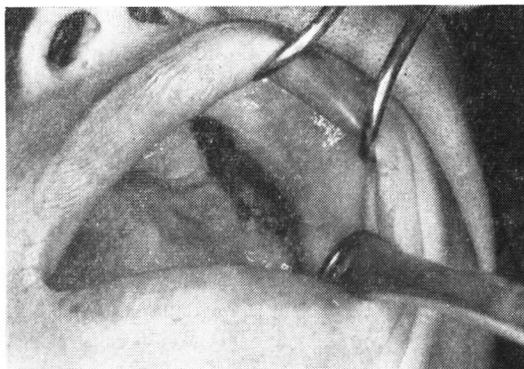


写真4 左上顎部分切除後、上顎洞の中は平滑で
きれいに上皮化されている。
昭和47年7月3日

頸部リンパ節が触れるようになりました。わずかに小さいのが患側に4月ころからあつたようでした。10月ころの大きさは拇指頭大で、そのときはそのままだつたんですが、12月に頸部リンパ節が大きくなつた状態が見られましたので、入院して頸部廓清術を行ないました。このときの病理組織学的検査で、fibrosarcoma という返事をいただきました。手術したあとのことですが、頸部術創も上顎の術創も平滑にきれいに治つた感じでした。1月11日には上顎洞壁を試験切除して検査にだしたけれども、悪性像は見られないというお返事で、頸部の fibrosarcoma の原発巣がどこかということになりました。もちろん上顎だと考えたのですが、全身的に四肢、頭部のレントゲン写真をとりましたけれども、どこにも原発と考えられるようなものはございません。一応、エレクトロンとコバルトを1月8日～2月5日までに4,570R、照射して、退院しました。

岩本：今まで話されたところまででコバルトを2回照射しているわけですが、放射線科の先生方の見解をうかがいたいと思います。効かないだろうと想定のもとで、私がむりをお願いしたのですが、池田先生お願いいたします。

池田：最初お話しがでたのかもかもしれませんが、fibroma ということでしたので治療したのですが、放射線のほうでは、一般に放射線によく効くものと、それから中等度に効くものと、放射線にむしろ抵抗性の悪性腫瘍と3つに便宜的にわけて、適応を決

めるようにしているのです。

fibroma は効かないというか、放射線抵抗性のグループに入るものですから、最初からそういう言い方は適当ではないかもしれませんが、放射線の効果は期待していなかつたというのが、私達の間でございまして。それで上顎癌のときは、しばしば患側の目も含むような照射野をとるわけですが、この例の場合にはおそらく効かないだろう、反応が非常に期待できにくだろうということ、上顎洞だけというか、おそらく病気がこの範囲だろうと考えられる最小限の照射野をとつて照射したということでした。線量としては、さつきいわれた5,000Rを1回目にかけたわけですが、照射の結果がどうであつたのかといえば、私達はやっぱり効かなかつたと思つておるのですが、先生方はどのようにお考えになつたのでしょうか。それで2回目の照射は、頸部の手術をなさつたあと、そのときは fibrosarcoma という histology がはつきりした段階で、術後照射という意味でかけたと思うのです。fibroma, fibrosarcoma はいずれも効かない、むしろ放射線抵抗性で、たとえば骨の骨源性の肉腫なんか非常に放射線抵抗性で、1万レントゲンかけても効かないほうに入るわけですが、fibrosarcoma も骨肉腫同様効かないものでございまして、術後照射というのも、他の場合とくらべるとほとんど意味がないと考えていいのじゃないかと思つております。それで照射野も、非常に小さい範囲をとつて、電子線とコバルトの併用で、今お話しした4,750Rをかけました。このコバルトと電子線というのは、コバルトで照射するのはγ線をかけるのですが、γ線と電子線を併用してかけると、照射期間を短縮するという利点がありますから、これまでしばしば頸部のリンパ節転移などにγ線と電子線の併用照射をこころみていまして、熱田さんの場合も2回目の照射にこの使い方をしました。

岩本：どうもありがとうございます。学生さん、ご質問ありますか。ないようですね。それでは最後のところまでいきましょうか。

窪：2月11日には上顎と頸部の術創がきれいになつたところで退院しましたが、さつき申し忘れ

ましたが、頸部廓清術の後に左患側の顔面神経麻痺が軽度にあられました。その後退院してから約1カ月で再入院したことになりますが、その間自宅で左顔面、耳下部、下顎部の疼痛を訴え、気が向くと食事をとるが、気が向かないと食べないという状態が続いて、非常に憔悴した状態で3月に来院しました。胸部レントゲン写真所見で入院になった訳なのです。写真5は3月5日に入院に

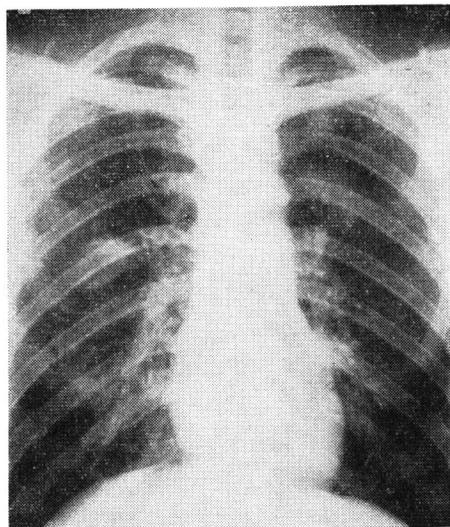


写真5 右中肺野に円形陰影を認める。
昭和48年3月5日6

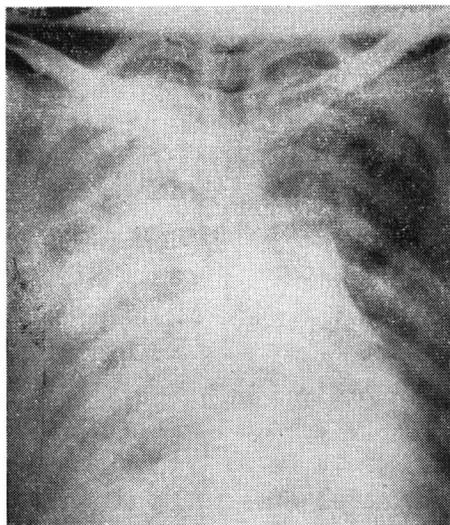


写真6 左右全肺野に腫瘍の散在性転移を認める
昭和48年5月1日

なつたときの写真ですが、右の中肺野に転移の陰影が見られます。写真6は死亡する直前の写真です。3月入院時、眼球突出、眼窩の下部からの圧迫だと思われませんが、外上方に左眼が固定、鼻内も側方から圧迫され、軟口蓋・硬口蓋・鼻咽腔も狭くなつた感じはしますが、直接 tumor は見られませんでした。上顎洞の前面は intact ですが、後下方深部の組織、筋肉が壊死におちいり、白色の被苔がいつぱいつぱいしていました。検査成績ですが、末梢血にも異常をみとめました。レントゲン写真でもお見せしたように、肺野全体に腫瘍の転移が見られました。食道造影では、梨状陥凹が圧迫されて内腔に突出した像が見られますが、中部・下部食道には異常はありません。治療ですが、コバルトはもう体力的にもかけられない状態でしたし、先程お話がございましたが放射線照射の効果はあまりないと考え、一応、抗癌剤をつかいました。最初メトレキセート10mg静注5回かつたのですが、熱発するのでやめました。そのあとプレオマイシンを15mg週3回静注で計135mgつかいました。3月の末、4月の末と非常に危険な状態になつたのですが、いずれも熱発、疼痛が激しく、ソセゴン等の鎮痛剤、麻薬等を使用しました。3月の末には腹部に腫瘤を触れました。4月の始めになりますと、左の外耳道に腫瘍がでてきましたので、その granulation をとつて病理にだしたのですけれど、炎症性の産物という返信でした。疼痛が非常に激しかつたものですから、4月末に左の三叉神経節をブロックして疼痛をやわらげようとしたのですが、効果はありませんでしたので、冬眠療法というのでカクテル麻酔をかけて、ずつと眠つたような状態を保つようにして、どうにか疼痛をやわらげました。4月末から5月始めにかけては非常に痰がだしにくく、顔面はチアノーゼの状態、呼吸困難は死亡する直前までなかったが、呼吸音は下肺野にはほとんど聞かれませんが、上肺野にわずかに聞かれるという状態でした。意識は最後まで清明で、5月3日に死亡しました。

岩本：ありがとうございました。そういう経過で亡くなつたわけですが、初めからの経過は6年

くらいたつております。この症例でいちばんのkey-pointは病理のほうだと思うのです。悪性化というものが途中で起こるものなのか、あるいは始めから悪性の像がどこかにあつたのを見のしたのか、いろいろな考え方があると思うのですが、その点を今井先生詳しくお願いいたします。

今井：この例は今、岩本先生がおつしやいましたように、良性腫瘍と考えられていたものが、6年ぐらいの経過の後、悪性腫瘍の形をとり全身転移で亡くなつたもので、稀な症例といえるでしょう。いろいろ検討して将来の参考にしたいと思ひます。経過を追つた生検材料についてはあとまわしにして、まず解剖の所見をスライドを見ながらご説明します。腫瘍は線維肉腫で

1) 局所におけるひろがり：腫瘍は左上顎洞に充満し、また左上顎洞壁をつくる軟組織と骨の広汎な浸潤は頭蓋底に達し、一部で脳に浸潤しています。

2) 遠隔転移：両側の肺、両側副腎、脾、胃、甲状腺に臓器転移があり、リンパ節では頸部、縦隔、肺門部に多数のリンパ節転移があります(図1参照)。

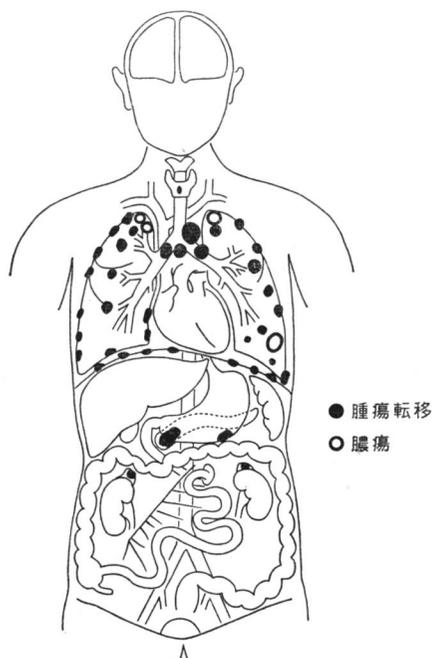


図 1

次に腫瘍の組織学的所見です。これは原発部、転移を問わず、どこの腫瘍組織についてもいえることですが、一口に線維肉腫といつても場所によつて細胞の異型の程度や線維形成の程度に非常にちがひがあります。その両極端は写真7、8で示されているように、細胞成分が非常に多くて、線維の形成が少なく、ここでは異型の強い紡錘形の核が索状に排列して、核分裂像もあり、紡錘細胞肉腫とか線維肉腫の名がふさわしい所見です。一方、写真9、10で示されている所では、太い膠原線維が主な成分で、その間に細長い核が散在して、線維腫—これは良性の—oneの名がふさわしい所見です。そしてこの両者の間にいろいろの移行型があり、一つの腫瘍組織の標本でもこの両極端の型がとなりあつて存在しているところもあるという具合です。

各臓器の転移については、個々の説明を省略して、副鼻腔から頭蓋内の所見を説明します。左上顎洞に腫瘍組織—一部は壊死性の一が充満してお

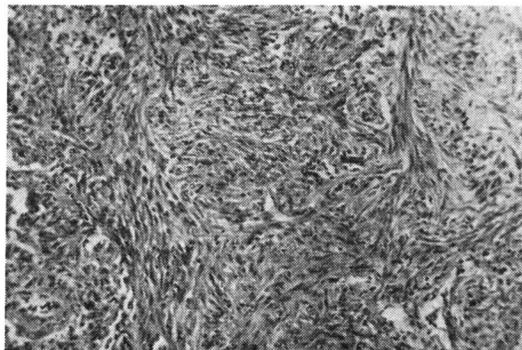


写真7 脳底部の腫瘍(対物20×)

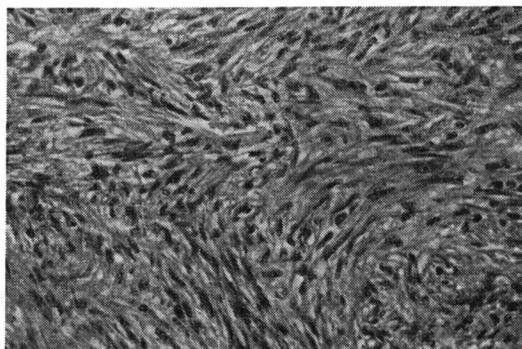


写真8 肺の腫瘍(対物40×)

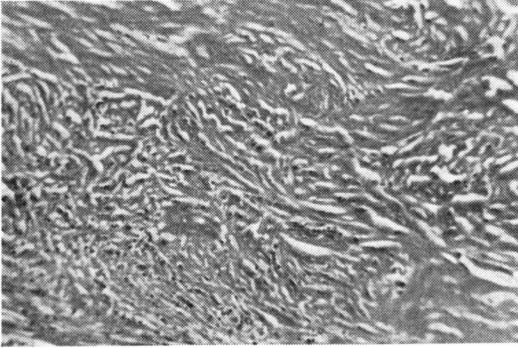


写真9 脳底部の腫瘍（対物 20×）

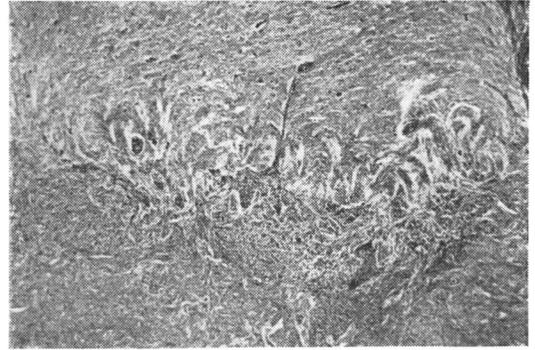


写真11 左側頭下面の腫瘍浸潤（下半部は腫瘍，上半部は脳皮質）（対物 4×）

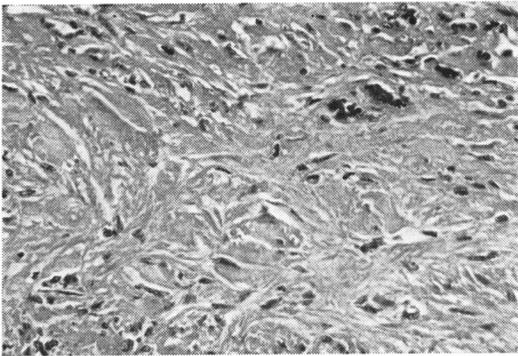


写真10 肺の腫瘍（対物 40×）

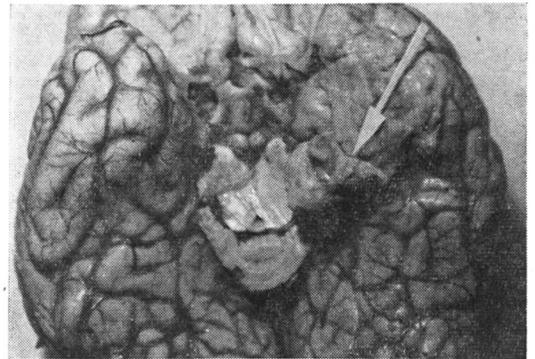


写真12 Pons 左側にくいこんだ腫瘍塊（矢印）

り、頭蓋底の骨、すなわち蝶形骨、側頭骨の下部が腫瘍によりこわれており、これに接している大脳の側頭葉が線維性に癒着しています。この部分の脳の組織（写真11）所見で、ごく表層の脳実質内腫瘍浸潤のほかにも限局性の膿瘍がみられました。これとは別に写真12, 13のように、Ponsの左の部分にくい込んである示指頭大の腫瘍塊があります。これが左の顔面神経、三叉神経、外転神経を圧迫しています。視神経は腫瘍とは関係ないようで、組織学的にも腫瘍浸潤はみられませんでした。Ponsのこの部分は限局性の変性壊死はありますが、腫瘍の内部への浸潤はありません。

なお、肺では腫瘍転移のほかに、左右各数個の膿瘍がみとめられ、肺実質には諸所に肺炎、出血と浮腫があります。また左右それぞれ 200ml ずつのやや膿性の胸腔液貯留がみられました。胃では部の大弯に直径 1 cm ぐらゐの潰瘍がありましたが、これは組織学的に腫瘍を基礎にしたものであることが分かりました。肝臓は 2,180 g と腫大

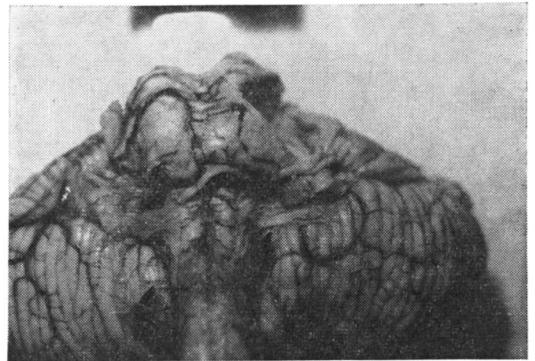


写真13 腫瘍による Pons の欠損

し、組織学的に小葉中心部壊死がみられます。また、脾は 270 g でこれも腫大しています。これは肺炎、肺膿瘍等の感染に対する反応で、一種の脾炎の状態ですが、また組織学的に髄外造血がみられました。生前の血液像で、若い血液細胞が少数ながら出ているということで、軽度ながら類白血病反応といえるでしょう。この例では骨髄への腫

瘍転移はみられませんから、感染症によつて誘発されたものと思います。

以上で剖検所見の要点をお話ししましたので、ここで生前にとられた腫瘍の組織像をお見せして、腫瘍がはじめから悪性のものであつたのか、途中で悪性に転化したものか等、この例の問題の中心になる事柄を検討してみたいと思います。生検の最初は昭和45年6月(写真14)、次は昭和46年11月(写真15)で、尾久の歯科から送られたものです。診断は線維腫で、組織学的には良性のものと考えられました。ごらんのように線維形成が著明で核は少なく、また核の異型はみられません。その後、尾久の耳鼻科から本院の耳鼻科へ移り、昭和47年4月に採取されたものも同様の所見でした。昭和47年12月、頸部リンパ節が腫れて、その生検でsarcomaと診断されましたが、この標本の所見は、剖検の組織で見た明らかな肉腫型の所と同様です。これらの生検材料と剖検の腫瘍の所見とを比べて見ますと、腫瘍の組織像から判断さ

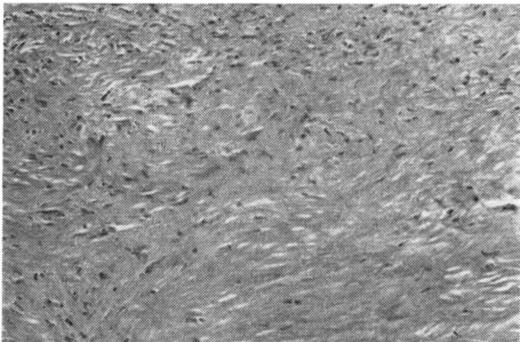


写真14 昭和45年6月の生検(対物20×)

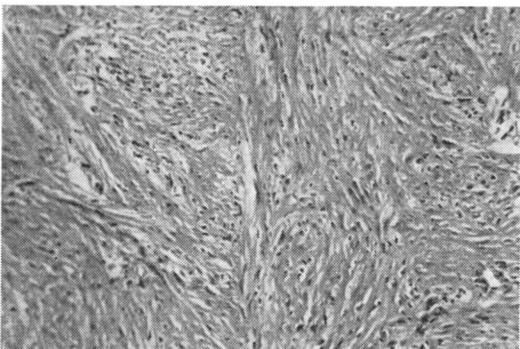


写真15 昭和46年11月の生検(対物20×)

れる良性・悪性と、生物学的性質から見られる良性・悪性とがずれている例外的な症例として、この例が大変貴重な症例と思われます。最初、良性の線維腫で、それがある時期に急に悪性化したと簡単に考えればそういう例は時々遭遇するので、例えば neurofibroma (レクリングハウゼン病) から紡錘肉腫ができたり、良性の腺腫が腺癌になつたりすることがあります。この例がそういうものと違う点は、剖検で得た腫瘍の組織像の説明でも強調したように、この例では転移巣のどこにでも良性のように見える部分と、まぎれもなく悪性のもものが混在しているということです。このことから考えると、この tumor は最初から組織像では良性であるが、生物学的には全く良性のものではない——このことは臨床像で明らかです。——そうかといつてこれを生物学的にみて、一般の悪性腫瘍ともいえないということになります。悪性腫瘍というには、発育があまりにおそい。この例の本当の悪性転化は、やはり組織学的にも肉腫といえる像になつた昭和47年12月と言つてよいでしょう。ですから、臨床的に悪性のものであつたとは言つても、昭和47年12月以前は、腫瘍のどこをとつても肉腫といえる所見はなかつたと思います。

この例はそういう非常に例外的な症例で、腫瘍の組織像と、生物学的性質との関係について、いろいろ教えられるところが多いと思います。臨床の方々には、組織像の良性・悪性を治療の方針をきめる大きい根拠としておられると思いますが、いつも臨床像と照合して判断される必要があると思います。

岩本：どうもありがとうございました。たいへん明解なご説明でみなさんよくわかつたと思います。一つ二つ私の感じたことをお話ししたいのですが、今のような初め良性で途中から悪性に變化するものもたしかにあるのです。とくにこの例もそうですが、何回も手術をやつているということ、良性と思つたところに放射線をかかけた。放射線をかかけた時点では悪性だと思つたのですが、こういう刺激が悪性化を助長するということがあるということは他の例でもあるので、たとえば癌でも刺激すると非常に悪性度が高くなる。それと同じで、

良性でも外的な刺激を加えることで、悪性を促すということは、一応考えられると思うのです。fibrosarcoma は先程池田先生がおつしやつたように、放射線ではあまり期待ができない。抗癌剤もなかなか思いど通りに効かない。ということで、結局手術をかなり早期に、思いきつてやらないと助らないということですね。まあこの例でも、最初から上顎切除あるいは全摘でもやつて、周囲の骨も含めてとつていたら助かつたかもしれないという気が私はするのですが、なにしろ病理診断を信じすぎて失敗したような点もなきにしもあらずという感じをうけます。

何かご質問ありませんか。

上村：何度取つても上顎洞は良性で、neck dissection をやつた組織が悪性だということになりましたから、その後は上顎洞の生検はしなかつた。そこで剖検時には、上顎洞ははつきり悪性だつたのでしょうか。それがどうもわからないのですが、あんなにたくさん組織をとつたのだから、どこか一部が悪性化していたという考え方なら、剖検した時にもどこかに一部にあつたという形で悪性化の所見が出てきてよいように思う。だからある時期から変つたような気がしています。

今井：よくわからないのですが、奥のほうでもやはり同じ所見だつたと思います。まあ言つて見れば、良性に近い悪性だつたのではないかと思うのです。最初から肉腫の細胞がどこかにかくれていたなら、やつぱりそんなに長くかくれていないんじゃないかと思えます。

上村：では、ある時期から変つたと考えるのですか。

今井：はい、そう考えたほうが自然ではないでしょうか。

岩本：ほかにございませんか。

池田：成熟した形の fibrosarcoma とおつしやつたのですが、それは fibroma と非常に見分けにくいものなのですか。

今井：はい、見分けにくいです。

岩本：他にございますか。

河西：今井先生の病理で、私も医科歯科のほうに出して、desmoplastic fibroma という診断、細胞成分が少ないということは、ただの線維腫ではなく、結合織性の線維腫、いわゆる desmoplastic fibroma という診断がつけられないのでしょうか。先生のは単なる fibroma という診断ですが、いわゆる細胞成分が少ないということは、結合織性線維腫という診断を与えることはできないのですか。

今井：fibroma というのは、すでに結合織性という意味です。

河西：いわゆる fibroma と desmoplastic fibroma とにわけた場合には。

今井：fibroma の中でわりに細胞の多いのと、線維の多いものがあります。線維が多いという意味で desmoplastic という名前がついているのです。desmoplastic とついても fibroma にかわりはない。fibroma のグループの中の分類です。

岩本：はい他にございませんか。まあこういう例は、私も30数年やつておりますが、あんまりないですね。途中でかわつたというのは、しかし文献を読みますと、かなりそういう報告はあるのです。ossifying fibroma が angiosarcoma にかわつて、sterben したという報告もあり、文献では、病理で fibroma とついていたが最後には sarcoma になつたという例はかなりあるようです。このような経験をわれわれもしたのです。今日はみなさんと御検討したのですが、どうもありがとうございました。これで症例検討会を終わります。