

**59th
JSCCR**

第59回 大腸癌研究会

プログラム・抄録集

2003年7月4日(金)
ホテルメトロポリタン高崎

主題Ⅰ 大腸sm癌EMR後の長期フォローアップ
主題Ⅱ 肛門扁平上皮癌と痔瘻癌

当番世話人 **長廻 紘**
群馬県立がんセンター・院長

第59回大腸癌研究会

当番世話人

長廻 紘

群馬県立がんセンター・院長

〒373-8550 群馬県太田市高林西町617-1

電話：0276-38-4116 FAX：0276-38-0608

e-mail：jscatter@gunma-cc.jp

ホームページ：http://JSCCR.umin.jp/

主 題：I. 大腸 sm 癌 EMR 後の長期フォローアップ

II. 肛門扁平上皮癌と痔瘻癌

日 時：2003（平成15）年7月4日（金）9:00～18:30

会 場：会場:ホテルメトロポリタン高崎

〒370-0849 高崎市八島町222

電 話：027-325-3311 FAX：027-325-4409

各種委員会プログラム

日 時：2003（平成15）年7月3日（木）

会 場：ホテルメトロポリタン高崎

表面型大腸腫瘍プロジェクト会議.....	10:00-11:00（やまどり）
大腸癌術後フォローアップに関する研究.....	10:00-11:00（サファイア）
病理小委員会.....	10:00-12:00（せきれい）
腹腔鏡下大腸切除プロジェクト研究.....	10:00-12:00（パール）
HNPCCの登録と遺伝子解析.....	10:00-12:00（クリスタル）
大腸癌肝転移に関する研究.....	11:00-12:00（やまどり）
大腸癌化学療法プロジェクト.....	11:00-12:00（ルビー）
幹事会.....	12:00-13:00（やまどり）
直腸癌に対する側方郭清の適応基準に関する研究.....	13:00-14:30（パール）
大腸癌全国登録委員会.....	13:00-14:30（やまどり）
リンパ節検討委員会.....	13:00-14:30（せきれい）
sm癌取り扱いプロジェクト研究.....	13:00-14:30（ルビー）
多重癌検討委員会.....	13:00-14:30（サファイア）
大腸癌治療ガイドライン作成.....	14:30-15:00（やまどり）
規約委員会.....	15:00-16:30（白鷺の間）
世話人.....	16:30-18:00（丹頂Ⅱ）
懇親会.....	18:00-20:00（丹頂Ⅰ）

施設代表者会議のご案内

日 時：2003年7月4日（金）12:00-13:00（時間厳守のこと）

会 場：ホテルメトロポリタン高崎主会場（丹頂Ⅰ・Ⅱ）

研究会案内

■受付ならびに入場について

- 1 研究会受付は午前8時30分からです。
- 2 参加費5,000円を総合受付でお納め下さい（抄録集別売：一部1,000円）。
参加証のネームカードにご記入の上、常時着用してください。
- 3 施設代表者会議にご出席の方は、昼食代1,000円を同時にお支払い下さい。

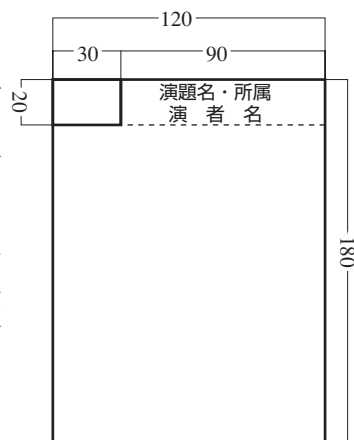
■研究発表について

1 口演発表

- (1) 口演発表は1題7分（発表5分/討論2分）です（但し、主題Ⅱ「肛門扁平上皮癌と痔瘻癌」は1題6分：発表4分/討論2分）。なお、討論形式は各座長の指示に従い、時間厳守でお願いします。
- (2) 35mmスライドプロジェクター、PCプロジェクター（Windows-XP版MS Power Point 2002に限る）、各1台ずつ用意いたします。発表用スライドは、原則として35mm横スライドにて、10枚以内で用意下さい。10枚を超える枚数は受付できません。PC発表の方はプレゼンテーション（10枚以内）をMOにてご用意の上、ご持参下さい。
- (3) スライド（35mm、PC共に）は発表予定の30分以上前までにスライド受付に提出し、試写・ご確認下さい。殊に、PC発表をされる方は、できるだけ早めに受付を行ってください。
- (4) 口演終了後のスライドは、スライド受付にてお受け取り下さい。

2 示説発表

- (1) 示説発表は1題6分（発表4分/討論2分）です。なお、討論形式は各座長の指示に従い、時間厳守でお願いします。
- (2) 示説ポスターの掲示時間は終日（9:20～16:00）です。示説発表者はポスターを所定の場所に、当日9時20分までに展示してください。ポスターの撤去は、午後4時から午後5時までの間に各自で行ってください。なお、撤去されないポスターは主催者で処分します。
- (3) 展示パネルの大きさは、1題あたり横120cm×縦180cmです。演題番号は事務局で用意します。演題名・所属・演者名の表示は横90cm×縦20cmで各自ご用意下さい（右図参照）。画鋏は示説受付にて用意します。



（単位：センチメートル）

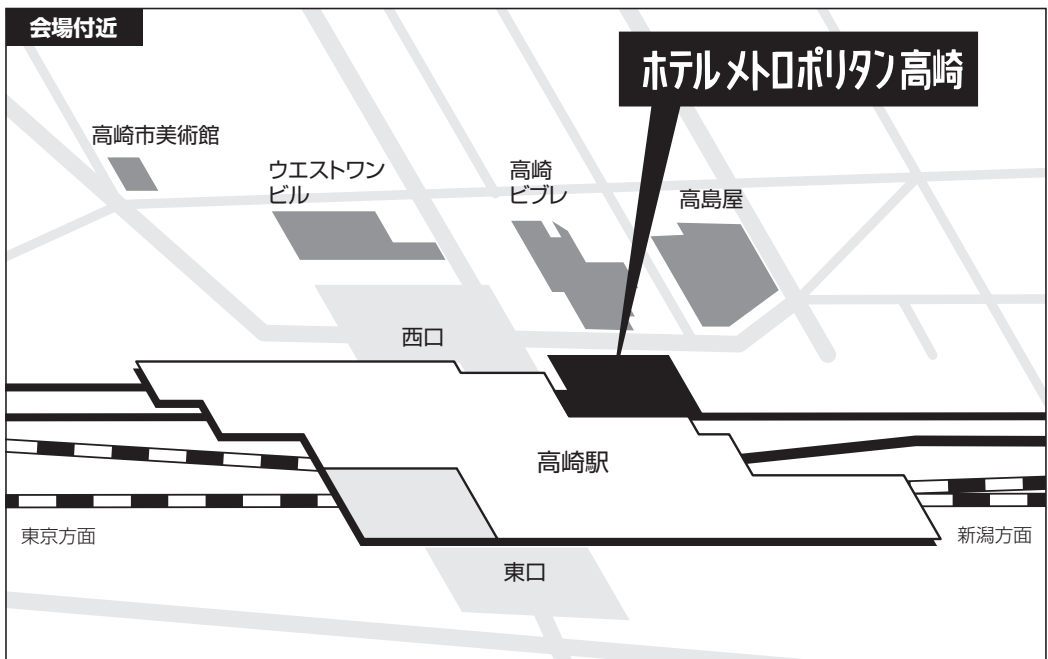
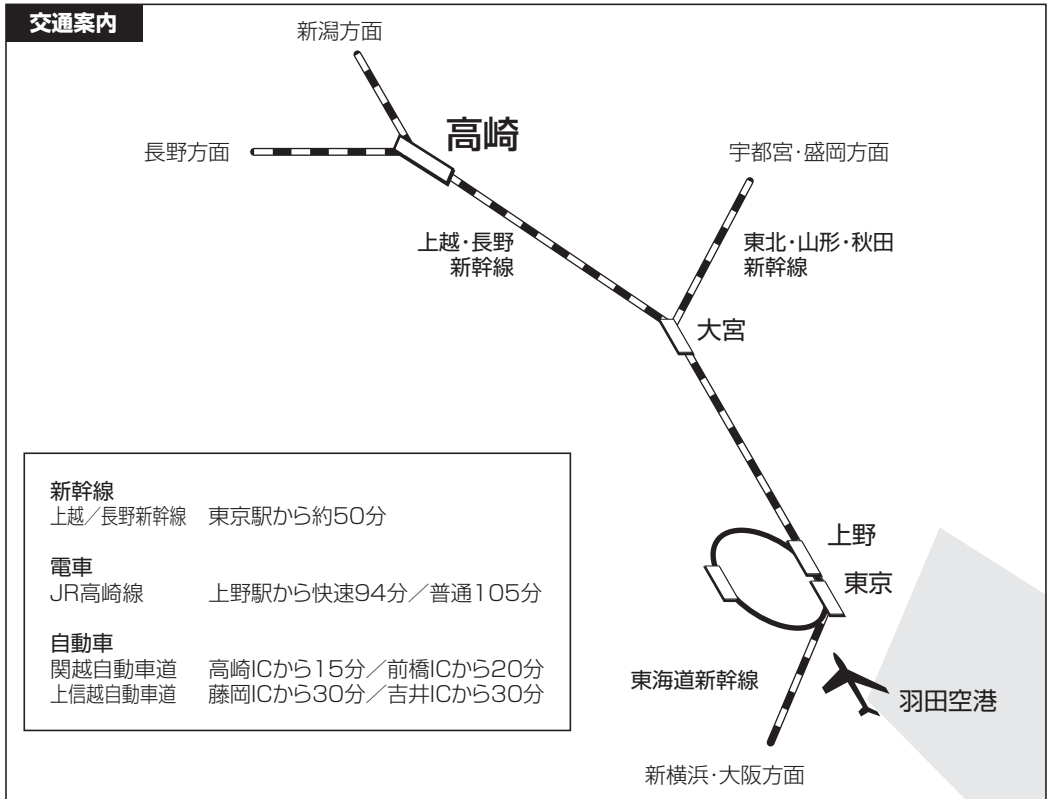
3 抄録原稿について

雑誌掲載用の抄録原稿は、第59回大腸癌研究会のホームページ上で7月3日までに提出下さい（アドレス <http://JSCCR.umin.jp/>）。

4 総合討論について

すべての演題（口演、示説）発表終了後、口演会場・主会場（丹頂Ⅰ・Ⅱ）にて主題別総合討論を行います。各セッションの座長ならびに演者は、必ず出席して下さい。

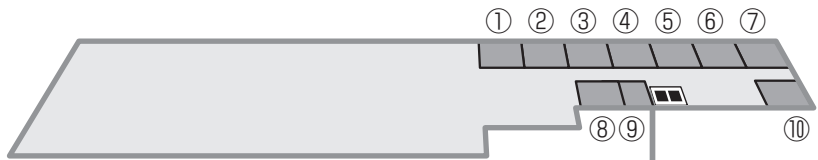
周辺交通案内



会場案内

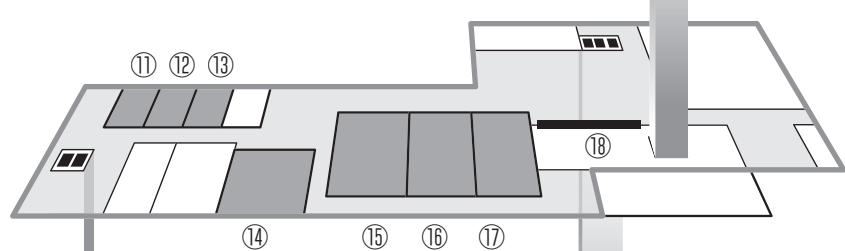
7F

- ① さざんか
- ② ひなざく
- ③ りんどう
- ④ しゃくなげ
- ⑤ パール
- ⑥ クリスタル
- ⑦ サファイア
- ⑧ ルビー
- ⑨ ヒスイ
- ⑩ エメラルド

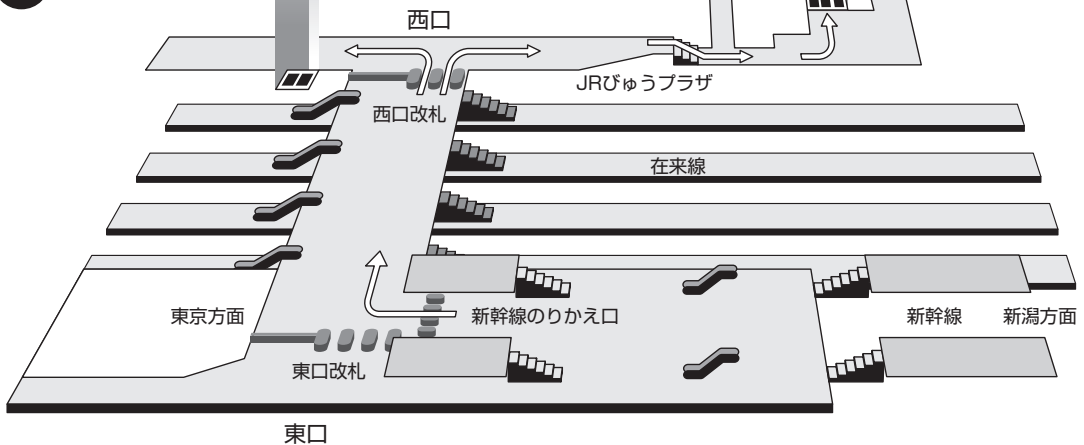


6F

- ⑪ つぐみ
- ⑫ やまどり
- ⑬ せきれい
- ⑭ 白鷺の間 I
- ⑮ 丹頂の間 II
- ⑯ 丹頂の間 III
- ⑰ フロント



2F



JR各線、高崎駅よりご利用の皆様
 駅ビルモントレー2階から「ホテルメトロポリタン高崎」
 直通エレベーターで、6階フロントまでお越しいただけます。

1階エントランスよりご利用の皆様
 1階正面玄関から「ホテルメトロポリタン高崎」
 直通エレベーターで、6階フロントまでお越しいただけます。

スケジュール

	口 演	示 説		
	丹頂Ⅰ・Ⅱ	丹頂Ⅲ-①	丹頂Ⅲ-②	
8 ³⁰ 50	開場 開会の辞			8
9 ⁰⁰ 35	リスクファクター 1 (□-1-5) 座長：田中 信治	ポスター掲示完了(~8:20)		9 ²⁰ 30
10 ¹⁰ 45	リスクファクター 2 (□-6-9) 座長：井上 雄志	肛門扁平上皮癌 5 (示-1-5) 座長：高橋 慶一	肛門扁平上皮癌と痔瘻癌 3 (示-21-25) 座長：斎藤 幸夫	10 ⁰⁰ 36
	リスクファクター 3 (□-11-15) 座長：岩下 明徳	肛門扁平上皮癌 6 (示-6-11) 座長：八尾 隆史	痔瘻癌 2 (示-26-27) 座長：亀岡 信悟	
11 ¹³ 41	フォローアップ 1 (□-16-19) 座長：斉藤 裕輔	肛門扁平上皮癌 7 (示-12-16) 座長：森田 隆幸	痔瘻癌 3 (示-32-37) 座長：平井 孝	11 ¹² 42
	フォローアップ 2 (□-20-23) 座長：清水 誠治	肛門扁平上皮癌 8 (示-17-20) 座長：大矢 雅俊	痔瘻癌 4 (示-38-42) 座長：赤須 孝之	
12	施設代表者会議	白鷺の間 ランチョンセミナー (6階) 座長：澤田 俊夫 演者：坂本 純一		12 ⁰⁰ 50
13 ³⁰	肛門扁平上皮癌 1 (□-24-28) 座長：寺本 龍生	ポスター掲示 (9:30~16:00)	リンパ節転移 1 (示-43-47) 座長：石黒 信吾	13 ³⁰
14 ⁰⁰ 30	肛門扁平上皮癌 2 (□-29-33) 座長：大木 繁男		リンパ節転移 2 (示-48-52) 座長：正木 忠彦	14 ⁰⁰ 30
	肛門扁平上皮癌 3 (□-34-38) 座長：名川 弘一		リンパ節転移 3 (示-53-57) 座長：中村 真一	
15 ⁰⁰ 30	肛門扁平上皮癌 4 (□-39-43) 座長：亀山 雅男	再発リスク・フォローアップ (示-58-63) 座長：渡辺 聡明		15 ⁰⁰ 35
	肛門扁平上皮癌と痔瘻癌 1 (□-44-48) 座長：望月 英隆			
16 ⁰⁰ 30	肛門扁平上皮癌と痔瘻癌 2 (□-49-53) 座長：岩垂 純一	ポスター撤去 (16:00~17:00)		16
	痔瘻癌 1 (□-54-57) 座長：固武健二郎			
17 ¹⁰ 40	総合討論Ⅰ 座長：藤盛 孝博			17
	総合討論Ⅱ 座長：杉原 健一			
18 ¹⁰	閉会の辞			18

リスクファクター1	9
リスクファクター2	9
リスクファクター3	10
フォローアップ1	10
フォローアップ2	11
肛門扁平上皮癌1	11
肛門扁平上皮癌2	12
肛門扁平上皮癌3	12
肛門扁平上皮癌4	13
肛門扁平上皮癌と痔瘻癌1 ...	13
肛門扁平上皮癌と痔瘻癌2 ...	14
痔瘻癌1	14

口演プログラム

9:00-9:35

会場：丹頂Ⅰ・Ⅱ-①

リスクファクター1

座長：田中 信治（広島大学光学医療診療部）

- 1 大腸癌 sm 癌 EMR 後の再発例の検討
久須美 貴哉 他（恵佑会札幌病院 外科, 恵佑会札幌病院 内科, 医療法人恵佑会 臨床病理学研究所）
- 2 EMR 後経過観察した大腸 sm 癌 88 例の予後
永田 信二 他（広島大学光学医療診療部）
- 3 大腸 sm 癌 EMR 後の治療方針決定に有用なパラメータ
上野 秀樹 他（防衛医科大学校第一外科）
- 4 大腸 sm 癌の長期予後からみた EMR 後の follow-up
甲斐原 司 他（国立がんセンター東病院）
- 5 大腸 sm 癌 EMR 後の長期フォローアップ
緒方 俊二 他（大腸肛門病センター高野病院）

9:35-10:10

会場：丹頂Ⅰ・Ⅱ-①

リスクファクター2

座長：井上 雄志（東京女子医科大学消化器病センター）

- 6 大腸 sm 癌の内視鏡切除後の長期予後
坂本 直人 他（順天堂大学 消化器内科）
- 7 大腸 sm 癌 EMR 単独症例のフォローアップと再発例の検討
正木 忠彦 他（杏林大学外科）
- 8 大腸 sm 癌局所切除後の経過観察・追加治療方針
井出 宗則 他（群馬大学大学院 病態総合外科学（第一外科））
- 9 局所切除後経過観察された大腸 sm 癌の再発例の検討
浅野 道雄 他（特定医療法人 胃腸科肛門科 松田病院）
- 10 大腸 sm 癌 EMR 後のフォローアップ
岩瀬 尚子 他（東京医科歯科大学大学院消化機能再建学）

10:10-10:45

会場：丹頂Ⅰ・Ⅱ-①

リスクファクター 3

座長：岩下 明德（福岡大学筑紫病院 病理部）

- 11 sm大腸癌内視鏡摘除後断端陽性例に対する追加治療の検討
小川 真平 他（東京女子医大第二外科）
- 12 大腸sm癌EMR後のフォローアップ –相対分類と絶対分類の比較を含めて–
平良 悟 他（東京医科大学第4内科）
- 13 大腸sm癌EMR後のサーベイランス
倉橋 利徳 他（昭和大学 横浜市北部病院 消化器センター）
- 14 EMRを行った大腸sm癌の検討
植原 啓之 他（大阪府立成人病センター消化器内科）
- 15 EMR後大腸sm癌の追加治療としての腸切除の意義
落合 大樹 他（慶應義塾大学医学部外科）

10:45-11:13

会場：丹頂Ⅰ・Ⅱ-①

フォローアップ1

座長：斎藤 祐輔（旭川医科大学 第3内科）

- 16 当院における大腸sm癌EMR後フォローアップの現況
野津 聡 他（埼玉県立がんセンター）
- 17 内視鏡的切除術後の長期 follow up
櫻木 雅子 他（自治医科大学付属大宮医療センター外科）
- 18 内視鏡的切除後の大腸sm癌のフォローアップ
榎本 泰三 他（健生会奈良大腸肛門病センター）
- 19 大腸sm癌の内視鏡治療後の経過と局所再発の実態
後藤 充 他（旭川厚生病院 消化器科）

11:13-11:41

会場：丹頂Ⅰ・Ⅱ-①

フォローアップ2

座長：清水 誠治（大阪鉄道病院消化器内科）

- 20 EMR後の大腸sm癌のフォローアップ
酒井 靖夫 他（済生会新潟第二病院 外科）
- 21 大腸sm癌内視鏡切除後のフォローアップ。－再発様式とプログラム－
小泉 浩一 他（癌研究会附属病院内科）
- 22 大腸sm癌EMR後のフォローアップ計画
大野 伯和 他（神戸大学大学院消化器外科学）
- 23 大腸sm癌経過観察例における遺残・再発例の検討
井上 雄志 他（東京女子医科大学消化器病センター）

13:30-14:00

会場：丹頂Ⅰ・Ⅱ-②

肛門扁平上皮癌1

座長：寺本 龍生（東邦大学医学部第一外科）

- 24 肛門扁平上皮癌の臨床病理学的検討
中村 浩 他（福岡大学医学部外科学第一教室）
- 25 鼠径リンパ節転移をきたした大腸肛門管癌症例の検討
牧野 正人 他（鳥取大学医学部第1外科）
- 26 当科における肛門扁平上皮癌および痔瘻癌切除症例の検討
島田 能史 他（新潟大学大学院消化器・一般外科学分野）
- 27 進行肛門管扁平上皮癌に対する手術治療の意義
川端 良平 他（大阪府立成人病センター外科）
- 28 当科における肛門扁平上皮癌症例の検討
赤松 大樹 他（大阪警察病院外科）

14:00-14:30

会場：丹頂Ⅰ・Ⅱ-②

肛門扁平上皮癌2

座長：大木 繁男（横浜市立大学市民総合医療センター中央手術部）

- 29 肛門扁平上皮癌5例の経験
益子 博幸 他（札幌厚生病院外科）
- 30 肛門扁平上皮癌の臨床病理学的検討
佐藤 裕一郎 他（久留米大学病院）
- 31 放射線化学療法は肛門癌に対する福音となり得るか？
橘 強 他（京都大学医学研究科腫瘍外科学）
- 32 肛門扁平上皮癌に対する放射線化学療法の治療成績
藤本 佳也 他（国立がんセンター中央病院大腸外科）
- 33 肛門扁平上皮癌4例の経験
山口 悟 他（群馬大学大学院病態総合外科学(第一外科)）

14:30-15:00

会場：丹頂Ⅰ・Ⅱ-②

肛門扁平上皮癌3

座長：名川 弘一（東京大学医学部腫瘍外科）

- 34 肛門管epidermoid carcinoma 6症例の検討
秦 史壮 他（札幌医科大学第一外科）
- 35 放射線治療を施行した肛門管扁平上皮癌4例の検討
三木 敏嗣 他（東邦大学大森病院 消化器外科）
- 36 放射線化学療法を行った肛門扁平上皮癌の4症例
岡本 和真 他（京都府立医科大学 消化器外科）
- 37 肛門扁平上皮癌治療の現状と大腸外科医のアンケートー臨床外科共同研究会
三嶋 秀行 他（国立大阪病院 外科,臨床外科共同研究会）
- 38 放射線治療を施行した肛門扁平上皮癌の4例 治療方針の決定についての検討
田中 直樹 他（東北大学大学院 医学系研究科 生体調節部門）

15:00-15:30

会場：丹頂Ⅰ・Ⅱ-②

肛門扁平上皮癌 4

座長：亀山 雅男（大阪府立成人病センター外科）

- 39 肛門扁平上皮癌の2例
吉谷 新一郎 他（金沢医科大学一般消化器外科）
- 40 肛門扁平上皮癌症例の検討
斎藤 隆晴 他（福島県立医科大学医学部第1外科）
- 41 教室における肛門管扁平上皮癌及び痔瘻癌の治療経験
森 康治 他（東京医科大学外科学第三講座）
- 42 肛門扁平上皮癌5例の検討
五代 天偉 他（神奈川県立がんセンター 消化器外科）
- 43 肛門管扁平上皮癌の臨床病理学的検討—腺癌との比較
松永 浩明 他（北九州市立医療センター外科）

15:30-16:00

会場：丹頂Ⅰ・Ⅱ-②

肛門扁平上皮癌と痔瘻癌 1

座長：望月 英隆（防衛医大第一外科）

- 44 肛門管扁平上皮癌および痔瘻癌に対する治療成績の検討
鯉沼 広治 他（自治医科大学消化器一般外科）
- 45 当院における肛門扁平上皮癌・痔瘻癌症例の検討
斉藤 良太 他（癌研究会附属病院消化器外科）
- 46 肛門管扁平上皮癌，痔瘻癌に対する治療法の検討
原 賢康 他（愛知県がんセンター 消化器外科）
- 47 肛門管扁平上皮癌と痔瘻癌について
松本 昌久 他（藤田保健衛生大学病院外科）
- 48 肛門扁平上皮癌および痔瘻癌症例について
小高 雅人 他（国立がんセンター東病院下腹部骨盤外科）

16:00-16:30

会場：丹頂Ⅰ・Ⅱ-②

肛門扁平上皮癌と痔瘻癌 2

座長：岩垂 純一（社会保険中央総合病院）

- 49 痔瘻癌の臨床病理学的特徴---診療上の留意点について---
尾崎 宣之 他（熊本市民病院）
- 50 痔瘻癌の診断と治療=アンケート=
加藤 健志 他（箕面市立病院,臨床外科共同研究会大腸分科会）
- 51 痔瘻癌の3例
廣 純一郎 他（三重大学第二外科学教室）
- 52 痔瘻癌3切除例の検討
松井 孝至 他（栃木県立がんセンター）
- 53 痔瘻癌の臨床病理学的検討
岡本 欣也 他（社会保険中央総合病院大腸肛門病センター）

16:30-17:00

会場：丹頂Ⅰ・Ⅱ-②

痔瘻癌 1

座長：固武 健二郎（栃木がんセンター）

- 54 痔瘻に発生した管外発育型肛門管癌の検討
佐村 博範 他（大腸肛門病センター 高野病院）
- 55 教室で経験した痔瘻癌7例についての臨床報告
小片 武 他（防衛医科大学校第1外科）
- 56 痔瘻癌の臨床病理学的特徴---診療上の留意点について---
尾崎 宣之 他（熊本市民病院）
- 57 痔瘻癌の検討
山岸 茂 他（横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター）

肛門扁平上皮癌 5	17
肛門扁平上皮癌 6	17
肛門扁平上皮癌 7	18
肛門扁平上皮癌 8	18
肛門扁平上皮癌と痔瘻癌 2 ...	19
痔瘻癌 2	19
痔瘻癌 3	20
痔瘻癌 4	20
リンパ節転移 1	21
リンパ節転移 2	21
リンパ節転移 3	22
再発リスク・フォローアップ ...	22

9:30-10:00

会場：丹頂Ⅲ-①

肛門扁平上皮癌 5

座長：高橋 慶一（都立駒込病院）

- 示-1 肛門管扁平上皮癌の1例
安原 満夫 他（JA北海道厚生連 旭川厚生病院 外科）
- 示-2 肛門扁平上皮癌の2手術例
濱田 朋倫 他（国立札幌病院・北海道地方がんセンター外科）
- 示-3 当院における肛門扁平上皮癌症例の治療成績
石田 秀之 他（市立堺病院）
- 示-4 当院で経験した肛門扁平上皮癌の3例
田中 仁 他（市立宇和島病院 外科）
- 示-5 肛門扁平上皮癌の4症例
久須美 貴哉 他（恵佑会札幌病院 外科, 恵佑会札幌病院 内科, 医療法人恵佑会 臨床病理学研究所）

10:00-10:36

会場：丹頂Ⅲ-①

肛門扁平上皮癌 6

座長：八尾 隆史（九州大学 形態機能病理）

- 示-6 肛門管扁平上皮癌の3例
小林 照忠 他（埼玉県立がんセンター 消化器外科）
- 示-7 粘膜下腫瘍の形態をきたした肛門扁平上皮癌の1例
山下 和城 他（川崎医科大学消化器外科）
- 示-8 最近経験した肛門腫瘍に対する1剖検例
渡辺 久美子 他（福島県立医科大学第2外科）
- 示-9 臀部慢性膿皮症から扁平上皮癌を合併した大腸型Crohn病の手術例
西川 晋右 他（弘前大学 医学部 第二外科）
- 示-10 胃癌を合併した肛門管扁平上皮癌の1例
椿 昌裕 他（獨協医科大学第一外科）
- 示-11 肛門周囲皮膚に発生した扁平上皮癌の2例－ボーエン癌と悪性化を伴ったBuschke-Loewenstein Tumor－
福永 睦 他（関西労災病院 外科）

10:36-11:06

会場：丹頂Ⅲ-①

肛門扁平上皮癌 7

座長：森田隆幸（弘前大学第2外科）

- 示-12 肛門扁平上皮癌の1例－術前診断と治療法－
磯部 秀樹 他（山形大学医学部器官機能統御学講座 消化器・一般外科学分野）
- 示-13 肛門管扁平上皮癌の1例
岩本 慈能 他（関西医科大学 外科）
- 示-14 肛門扁平上皮癌4例の検討
芦川 和広 他（聖マリアンナ医科大学消化器外科）
- 示-15 異なる臨床経過を辿った肛門扁平上皮癌の2例
栗原 毅 他（広島大学大学院先進医療開発科学講座外科学(第二外科)）
- 示-16 肛門扁平上皮癌と痔瘻癌の治療経験
猪股 雅史 他（大分医科大学第一外科）

11:06-11:30

会場：丹頂Ⅲ-①

肛門扁平上皮癌 8

座長：大矢 雅俊（癌研究会附属病院 外科）

- 示-17 肛門扁平上皮癌の3例
廣澤 知一郎 他（東京女子医科大学第二外科学教室）
- 示-18 術前放射化学療法のうち根治手術を施行しえた進行肛門扁平上皮癌の1例
松田 明久 他（日本医科大学大学院医学研究科臓器病態制御外科学（第一外科））
- 示-19 放射線化学療法にてCRが得られた単径リンパ節転移を伴う肛門管扁平上皮癌の1例
松本 寛 他（都立駒込病院外科）
- 示-20 肛門管扁平上皮癌に対する化学放射線併用療法が奏効した2例
古郡 大樹 他（群馬県立がんセンター 外科）

9:30-10:00

会場：丹頂Ⅲ-②

肛門扁平上皮癌と痔瘻癌 2

座長：斎藤 幸夫（国立国際医療センター外科）

- 示-21 当院で経験した肛門管癌および痔瘻癌の2例
榎本 克久 他（春日部市立病院外科, 日本大学外科学講座外科一部門）
- 示-22 肛門扁平上皮癌・痔瘻癌の各1例
吉田 愛 他（香川医科大学 第一外科）
- 示-23 教室における肛門扁平上皮癌と痔瘻癌の経験
青木 久幸 他（日本大学医学部外科学講座外科3部門）
- 示-24 当センターにおける肛門扁平上皮癌と痔瘻癌の検討
矢野 秀朗 他（国立国際医療センター 大腸肛門外科）
- 示-25 当科で経験した肛門癌の検討
西原 承浩 他（大阪市立大学大学院腫瘍外科）

10:00-10:36

会場：丹頂Ⅲ-②

痔瘻癌 2

座長：亀岡 信悟（東京女子医科大学 第2外科）

- 示-26 術前診断に難渋した痔瘻癌の1例
金川 泰一朗 他（鳥取市立病院外科）
- 示-27 難治性痔瘻に併発した痔瘻癌の2例
佐口 武史 他（東海大学医学部附属病院 外科）
- 示-28 痔瘻を合併した肛門腺由来腺癌(Anal duct carcinoma)の1例
小西 寿一郎 他（東京大学医科学研究所先端医療研究センター外科）
- 示-29 直腸癌を伴う痔瘻癌の2例
阿久根 哲 他（鹿児島大学医学部第一外科）
- 示-30 痔瘻癌の一例
橋本 拓造 他（東京女子医科大学第二外科学教室）
- 示-31 痔瘻原発と思われる肛門管癌の1例
中村 隆俊 他（北里大学東病院消化器外科）

10:36-11:12

会場：丹頂Ⅲ-②

痔瘻癌 3

座長：平井 孝（愛知県がんセンター）

- 示-32 痔瘻癌の1症例
早田 浩明 他（千葉県がんセンター 消化器外科）
- 示-33 直腸癌の痔瘻内転移の1例－各種画像診断の検討
石井 正之 他（静岡県立静岡がんセンター）
- 示-34 いわゆる痔瘻癌の一症例
安井 昌義 他（大阪大学大学院病態制御外科）
- 示-35 痔瘻癌の鑑別に有用な組織学的マーカーの検索
熊谷 二郎 他（東京医科歯科大学医歯学総合研究科病因・病理学分野）
- 示-36 長期間の痔瘻に合併した肛門管癌の1例
横山 勝 他（埼玉医科大学総合医療センター外科）
- 示-37 早期痔瘻癌の1例
高野 正博（大腸肛門病センター高野病院）

11:12-11:42

会場：丹頂Ⅲ-②

痔瘻癌 4

座長：赤須 孝之（国立がんセンター中央病院外科）

- 示-38 微小痔瘻癌の一例
坂口 正高 他（東京通信病院第一外科）
- 示-39 腹直筋皮弁再建を行った痔瘻癌の1例
井上 潔彦 他（近畿大学医学部 外科）
- 示-40 Pagetoid spread を伴った痔瘻癌の1例
奥村 憲二 他（滋賀医科大学外科学講座）
- 示-41 Crohn病に合併した痔瘻癌の3例
和田 博雄 他（横浜市立市民病院）
- 示-42 胃癌・腎臓癌を合併した痔瘻癌の一症例
赤松 秀敏 他（大田原赤十字病院 外科）

13:30-14:00

会場：丹頂Ⅲ-③

リンパ節転移1

座長：石黒 信吾（大阪府立成人病センター 病理細胞診断科）

- 示-43 内視鏡的切除された大腸 sm 癌の臨床病理学的因子とその転帰
喜多嶋 和晃 他（獨協医科大学病理学（人体分子））
- 示-44 大腸 sm 癌治療別の経過からみた EMR 後の follow up について
岩崎 清 他（東京女子医科大学附属第二病院 外科）
- 示-45 大腸 sm 癌のリンパ節転移と形質発現の関連
八尾 隆史 他（九州大学大学院医学研究院形態機能病理学）
- 示-46 大腸 sm 癌 EMR 後のフォローアップ
堀江 徹 他（獨協医科大学第二外科）
- 示-47 大腸 sm 癌標本の臨床病理学的検討からみた sm 癌 EMR 後の治療法選択
松田 圭二 他（帝京大学外科）

14:00-14:30

会場：丹頂Ⅲ-③

リンパ節転移2

座長：正木 忠彦（杏林大学第一外科）

- 示-48 大腸 sm 癌 EMR 後の追加腹腔鏡下手術症例の検討
斉田 芳久 他（東邦大学第3外科）
- 示-49 内視鏡下切除および手術切除を施行した大腸 sm 癌症例の検討
光丸 哲吉 他（東邦大学大森病院 消化器外科）
- 示-50 大腸 sm 癌症例における VEGF-C 及び CCR7 の発現とその意義に関する検討
須並 英二 他（東京大学附属病院大腸肛門外科）
- 示-51 大腸 sm 癌の浸潤度と臨床病理学的諸因子との検討
森田 晃彦 他（金沢大学医学部癌局所制御学（第二外科））
- 示-52 単発大腸 sm 癌の臨床病理学的検討と治療方針
鈴木 英之 他（日本医科大学大学院医学研究科臓器病態制御外科学（第一外科））

14:30-15:00

会場：丹頂Ⅲ-③

リンパ節転移3

座長：中村 真一（岩手医科大学 臨床病理部）

- 示-53 当院における大腸 sm 癌の治療成績
外岡 亨 他（千葉大学臓器制御外科学）
- 示-54 大腸 sm 癌術後のリンパ節転移の危険因子に関する検討
関 洋介 他（大阪大学大学院病態制御外科）
- 示-55 大腸 sm 癌 EMR 施行後の外科切除症例の検討
本間 重紀 他（北海道大学 消化器外科・一般外科）
- 示-56 大腸 sm 癌 EMR 後の局所再発の 2 症例
鈴木 俊之 他（東海大学 外科）
- 示-57 早期大腸癌内視鏡的粘膜切除例の検討— sm 癌の経過について—
瀧藤 克也 他（和歌山県立医科大学第 2 外科）

15:00-15:35

会場：丹頂Ⅲ-③

再発リスク・フォローアップ

座長：渡辺 聡明（東京大学医学部腫瘍外科）

- 示-58 EMR のなされた sm 大腸癌症例の follow up
浜田 節雄 他（埼玉医科大学 消化器・一般外科）
- 示-59 長期フォローアップされた大腸 sm 癌手術例における再発— EMR 症例の検討も含めて
識名 敦 他（自衛隊中央病院外科）
- 示-60 大腸 sm 癌 EMR 後追加切除症例の検討
久米 徹 他（福岡大学医学部第 2 外科）
- 示-61 当院における大腸 sm 癌の EMR 後のフォローアップ
柴田 直史 他（刈谷総合病院外科）
- 示-62 大腸 sm 癌 EMR 後追加腸切除症例の検討
原田 英也 他（金沢医科大学一般消化器外科）
- 示-63 リンパ節転移からみた大腸 sm 癌 EMR 後のフォローアップ
菅 敬治 他（大阪医科大学一般・消化器外科）

**59th
JSCCR**

□演抄録

大腸癌 sm 癌 EMR 後の再発例の検討

久須美 貴哉^{1,2,3}、細川 正夫¹、安部 達也¹、山崎 成夫¹、西田 靖仙¹、草野 真暢¹、岡安 健至¹、塚越 洋元²、中里 友彦²、穂刈 格²、藤田 昌宏³

(¹恵佑会札幌病院 外科、²恵佑会札幌病院 内科、³医療法人恵佑会 臨床病理学研究所)

背景：当院では内視鏡切除後の追加切除適応としては深達度は細分類で、従来は工藤らの相対的分類を基準にして、粘膜下層を3等分して上から sm1,2,3 とし、sm2,3 以深を追加切除の適応としていたが、内視鏡的切除では筋層が採取されていないことがあり、正確な細分類が不可能であり、1999 年半ばより粘膜筋板から癌浸潤最深部までの距離を計測し 1000 μ m 以深を追加切除の適応とした絶対的分類を採用している。相対分類 sm1 および 1000 μ m 以浅の追加切除は断端陽性もしくは陽性が疑われるもの、脈管因子陽性、中分化・低分化腺癌である。当院では相対分類で sm2,3, massive および 1000 μ m 以深を最初から疑う場合は内視鏡的切除を行わず、手術としている。内視鏡的切除のみで経過観察する対象は上記の追加切除の適応以外の症例であるが、実際には相対分類 sm2,3, massive および 1000 μ m 以深でも進行重複癌、高齢、合併症(併存疾患)、本人の希望により追加切除をしていない。これらが内視鏡的切除の拡大適応および経過観察例である。対象:当院の 1981 年 3 月開院以来 2001 年 12 月までの大腸 sm 癌症例 532 病変のうち内視鏡切除のみの 145 病変。結果：経過観察中再発を認めた症例は 4 例で、再発形式は局所再発 3 例、肝転移 1 例である。以下に症例を呈示する。症例 1. 83 歳女性 s 状結腸の IIa+IIc 病変、sm2,well,ly0,v0 にて高齢および本人の希望で経過観察。4 カ月後の内視鏡検査で 0.8mm の病変。再内視鏡的切除施行。その後再発なし。症例 2. 80 歳女性 s 状結腸の Y-VI 病変、sm1,well,ly0,v0 にて経過観察。3 カ月後、6 カ月後、1 年 6 カ月後の内視鏡検査施行。その後来院せず、初回より 4 年半後、局所再発で手術。その後、1 年肝転移にて死亡。症例 3. 71 歳男性。s 状結腸の Y-III 病変、分割切除。sm1,well,ly0,v0 にて経過観察。6 カ月後肝転移 2 カ所に対して肝切除。そのまた 1 年後肝転移単発に対して肝切除。その後再発なく、初回治療後、8 年後他癌死。腸切除は施行していない。症例 4. 72 歳女性下部直腸の Y-III 病変、分割切除。sm 筋板 1000 μ m 程度,well、本人の希望で経過観察。3 カ月後異常所見なし、6 カ月後遺残再発の診断。外科的切除施行(直腸切断術)。以上、4 症例の内視鏡の画像、病理所見等を呈示する。

EMR 後経過観察した大腸 sm 癌 88 例の予後

永田 信二¹、田中 信治¹、田村 忠正¹、岡 志郎¹、桑井 寿雄²、島 秀行²、上田 裕之¹、落海 健彦²、小瀬 和洋²、笹尾 昌悟²、日山 亨³、伊藤 伊藤公訓¹、北台 靖彦²、吉原 正治³、有広 光司⁴、春間 賢⁵、茶山 一彰¹

(¹広島大学光学医療診療部、²広島大学大学院分子病態制御内科学、³広島大学保健管理センター)

【目的】今回、EMR 施行後経過観察した大腸 sm 癌症例の予後について検討した。【対象と方法】対象は当院で EMR を施行した大腸 sm 癌 151 例で、最大径、肉眼型、sm 浸潤度、浸潤先進部組織型、脈管侵襲の有無、深部断端、局所遺残、リンパ節転移、遠隔転移、予後について検討した。EMR 後、種々の理由で経過観察した大腸 sm 癌 88 例の平均経過観察期間は 47.8 \pm 31.1 ヶ月 (3 ~ 119 ヶ月)であった。経過観察の方法は、EMR 後 6 ヶ月以内に局所遺残の確認のため的大腸内視鏡検査 (EUS を含む)と遠隔転移の確認のための腹部超音波検査、胸・腹部 CT 検査を施行した。以後は年 1 回同様の検査を施行した。sm 浸潤度は粘膜筋板からの実測値 (μ m)とし、粘膜筋板の同定ができない場合は、病変の表層から測定した。浸潤先進部組織型は既報の如く、中分化を高分化 (W)に近い Mw と、低分化 (Por)に近い (Mp)に細分類した。【結果及び考察】EMR 施行 151 例の検討:最大径は 20mm 以下が 82% (124/151)、肉眼型は隆起型が 78% (118/151)、sm 浸潤度は 1500 μ m 未満の病変が 54% (81/151)、浸潤先進部組織型別は W, Mw が 92% (139/151)と多かった。脈管侵襲陰性は 71% (107/151)、深部断端陽性率は、sm 浸潤度 1500 μ m 未満が 10% (8/81)、1500 μ m 以深が 26% (18/70)で、深部断端直接陽性例は 10 例 (1500 μ m 未満は 2 例)であった。EMR 後経過観察した 88 例の検討:これまで、1) 浸潤先進部組織型 W または Mw、2) sm 浸潤度 1500 μ m 未満、3) 脈管侵襲陰性の 3 条件 (*)を満たす完全 EMR 大腸 sm 癌は内視鏡治療のみで根治できると報告してきたが、この条件を満たす症例は 53 例 (60%)で、他病死 5 例を除き、48 例全例現在まで局所・転移再発は 1 例も認めず生存中である。条件外症例は 35 例 (40%)で、そのうち 33 ヶ月後に局所再発 (ss)を 1 例 (Mw, sm 浸潤度 250 μ m, ly1, v1)、20 ヶ月後に肺・肝・リンパ節転移死亡を 1 例 (Mp, sm 浸潤度 1800 μ m, ly1, v0)認めた。2 例とも追加外科切除の適応病変であったにもかかわらず、手術が施行されてなかった。【まとめ】EMR 施行大腸 sm 癌は、20mm 以下の隆起型病変が多かった。大腸 sm 癌 EMR 後に、上記根治判定基準を (*)満たす病変で経過観察を行った症例に局所再発・転移は 1 例も認めなかった。

大腸 sm 癌 EMR 後の治療方針決定に有用なパラメータ

上野 秀樹¹、望月 英隆¹、橋口 陽二郎¹、藤本 肇¹、上野 力¹、三好 正義¹、相田 真介²、長谷 和生³、松熊 晋⁴、小沢 広太郎⁵、栗原 浩幸⁵、金井 忠男⁵

(¹防衛医科大学第一外科、²防衛医科大学検査部病理、³自衛隊中央病院外科)

【検討 1】郭清を伴う根治手術が施行された sm 大腸癌 251 例 (EMR/経肛門の局所切除後 80 例、初回開腹切除 171 例) を対象とし、リンパ節転移(n)の risk を検討した。腫瘍径、sm 垂直距離、sm 水平距離、Haggitt 分類、PG/NPG、腺腫合併、先進部組織型、脈管侵襲、異型度、cribriform、粘液産生、budding を評価した。先進部領域における 5 個未満の細胞からなる cluster を budding 病巣とし、これが最も高度な領域 (X200 視野) において 5 病巣以上を陽性とした。偽管腔内病巣との鑑別を要する脈管侵襲は陰性とした。<結果> 1)n との関連を有する因子は、Haggitt 分類、sm 垂直距離、sm 水平距離、先進部組織型、脈管侵襲、cribriform、budding であった。多変量解析にて、sm 水平距離、脈管侵襲、先進組織型、budding、cribriform の 5 因子が独立因子として選択された。脈管侵襲陽性、先進組織型 por/muc、budding 陽性、水平距離 $\geq 4000\text{mm}$ 、cribriform 形成を risk 因子とすると、全 risk 因子陰性 58 症例における n 率は 0% であるのに対し、1 因子陽性例：1.3%(1/75)、2 因子陽性例：11.1%(6/54)、3 因子以上が陽性である症例では 40.6%(26/64) に及んだ。2)EMR 後追加切除が施行された 75 症例中 13 例では EMR 標本で癌浸潤が焼灼領域に及び、内 5 例において追加切除標本中の sm 領域に癌遺残が認められた。先進部が焼灼領域に及ばない 62 症例における癌遺残は皆無であった。【検討 2】EMR/経肛門の局所切除後に追加切除非施行の sm 大腸癌 41 例を対象とし、局所再発を検討した。<結果> 1)上記 risk 因子数の内訳は、risk 0 因子 18 例、1 因子 14 例、2 因子 9 例であり、3 因子以上陽性の症例に追加切除非施行症例は存在しなかった。2)遺残 n に起因すると考えられる壁外局所再発が 2 例 (S 状結腸癌 (14 ヶ月目に surveillance CF にて同定) 及び直腸癌 (23 ヶ月目に直腸診にて同定)) 存在したが、いずれも risk を 2 因子有する症例であった。3) 先進部が焼灼領域に達する 3 例の 1 例に、壁内に主座を有する局所再発 (切除 23 ヶ月目に surveillance CF にて同定) を認めた。【結語】EMR 施行 sm 癌の治療方針決定上の指針として、脈管侵襲、先進部組織型、budding、cribriform patten、水平浸潤距離および焼灼領域内への癌進展に関する評価が重要であると考えられた。

大腸 sm 癌の長期予後からみた EMR 後の follow-up

甲斐原 司¹、佐野 寧¹、吉野 孝之²、傅 光義¹、松田 尚久³、浦岡 俊夫³、藤井 隆広¹

(¹国立がんセンター東病院、²静岡県立がんセンター消化器内科、³国立がんセンター中央病院内視鏡部)

【背景】(1)sm 浸潤度絶対値 ($\leq 1500 \mu\text{m}$)、(2)脈管侵襲 (-)、(3)主要組織型が高分化腺癌の Non-Ip 型大腸 sm 癌は同時性リンパ節転移を認めず、内視鏡治療単独で根治性をもった適応拡大可能な sm 癌であると報告してきた。しかし、これらの因子を満たす大腸 sm 癌の長期予後に関する検討は少ない。【目的】上記(1)(2)(3)を満たす Non-Ip 型 sm 癌の、長期予後を明らかにすること。【対象】国立がんセンター中央 ('74-'00)・東病院 ('92-'00) で切除された大腸 sm 癌で以下の A) から G) の適格基準を満たす 364 症例 374 病変を対象とした。A) 内視鏡的に有茎性病変でない、B) 分化型腺癌、C) 一括切除例で十分な組織学的検索可能、D) 組織学的垂直断端陰性、E) 進行癌非合併例、F) 同時性遠隔転移がない、G) 切除後 1 年以上の予後追跡可能症例 【方法】sm 癌を (1)(2)(3) を満たす群 (Low 群) と、一つでも満たさない群 (High 群) に大別し、さらに治療別に内視鏡切除単独群 (ER 群) と外科切除群 (OP 群；内視鏡切除+追加外科切除、外科切除単独) に分類した。対象病変全体と Low-ER 群、Low-OP 群、High-ER 群、High-OP 群 4 群の 5 年生存率 (5 year survival rate: 5-YSR)、5 年無病生存期間 (Disease free survival: 5-DFS) および再発症例の後治療の成績を検討した。【結果】対象全体の平均年齢は 61 ± 10 歳、性差 (M/F) は 226/138、観察期間の中央値は 58 ヶ月で、5-YSR は 96%、5-DFS は 95% と良好な成績であった。Low-ER 群 28 例、Low-OP 群 63 例、High-ER 群 18 例、High-OP 群 255 例に分類され、各群の平均年齢は 65 ± 9 、 62 ± 10 、 64 ± 12 、 60 ± 11 歳、性差 (M/F) は 17/11、44/19、12/6、153/102、観察期間の中央値は 41、46、50、63 ヶ月であった。各群の 5-YSR は 100、96、89、96% で、5-DFS は 100、96、83、94% であり、High-ER 群で 5-YSR、5-DFS ともに低い傾向を認めたが、統計学的有意差は得られなかった。局所および遠隔再発は 7 症例 (2 症例は局所+遠隔再発) であった。これらの原発部位は直腸または S 状結腸のみで、全例同時性リンパ節転移を認めていなかった。各群の局所再発率は 0%、0%、6% (1/18)、0.4% (1/255) と High-ER 群、High-OP 群に 1 例ずつ認められ、再発までの期間は 8、49 ヶ月であった。転移臓器は肝と肺で、遠隔再発率は 0、0、11% (2/18)、2% (5/255) と High-ER 群、High-OP 群に認められ、再発までの平均期間は 27 ± 16 ヶ月 (8-49 ヶ月) であった。再発時に全例外科切除 (1 例は追加化学療法、1 例は追加放射線療法) が施行され 4 症例は無再発生存中、High-ER 群に 1 症例 (後治療後 30 ヶ月)、High-OP 群に 2 症例 (後治療後 2 ヶ月、70 ヶ月) の計 3 症例に大腸癌死が認められた。【結語】sm 浸潤度絶対値 ($\leq 1500 \mu\text{m}$)、脈管侵襲 (-)、主要組織型高分化腺癌の 3 条件を満たす Non-Ip 型大腸 sm 癌は、同時性リンパ節転移陰性に加え、長期予後的にも局所、遠隔再発を認めない low risk 群であった。

大腸 sm 癌 EMR 後の長期フォローアップ

緒方 俊二、山田 一隆、佐藤 公治、佐村 博範、柴田 直哉、淵本 倫久、柴北 宗顕、福永 光子、楯 英毅、村田 隆二、野崎 良一、高野 正博
(大腸肛門病センター高野病院)

【目的】 当院における大腸 sm 癌の EMR 後フォローアップのプロトコルは、sm1 では 1 ヶ月後に内視鏡を行ない、問題なければその後は年 1 回の内視鏡検査にて経過観察としている。今回はフォローアップによる再発の有無を確認し、プロトコルの再検討を行なった。また sm 絶対浸潤距離からみた EMR 後フォローアップの適応についても検討した。【対象と方法】 (1) 対象は 1982 年～2001 年の当院における sm 癌 EMR 症例 253 例中、追加腸切除を行なわなかった 205 例。EMR 後の再発の有無、再発様式等について検討した。(2) sm 癌手術症例 235 例において絶対浸潤距離を測定し、リンパ節転移との関係を単変量および多変量解析にて分析した。深達度は sm1: $X \leq 1.0\text{mm}$ 、sm2: $1.0\text{mm} < X \leq 2.0\text{mm}$ 、sm3: $2.0\text{mm} < X$ と分類した。【結果、考察】 (1) 205 例のフォローアップ期間は 0.1~18.8 年 (平均 4.8 年) であった。最大径は 3~50mm (平均 11.2mm) で、深達度 (相対分類) は sm1 が 168 例、sm2 が 35 例、sm3 が 2 例であった。sm2、sm3 にて追加腸切除を行なわなかったのは全身状態が不良であるか、本人の希望によるものであった。sm1 の 168 例のうち再発を 1 例に認めた。Isp、径 10mm、ly0、v0 の高分化腺癌であったが、EMR3 年 2 ヶ月後に肝転移をきたし、4 年後に死亡した。sm2、sm3 は 37 例であったが、再発を 1 例に認めた。Is、径 7mm、ly0、v0 の高分化腺癌であったが、2 年 10 ヶ月後に局所 (粘膜) 再発をきたし腸切除を行なった。その後 9 年間再発を認めていない。(2) 手術例 235 例中リンパ節転移を認めたのは 21 例 (8.9%) であった。深達度別にみると、転移率はそれぞれ sm1 が 0%、sm2 が 4.2%、sm3 が 11.9% であり、sm1 には転移を認めなかった。リンパ節転移を認めた最も短い浸潤距離は 1.9mm であった。単変量解析ではリンパ節転移と絶対値分類との相関を認めた ($p=0.018$)。次に臨床病理学的因子として性、年齢、部位 (結腸、直腸)、形態 (陥凹の有無)、腫瘍径、浸潤絶対値分類、組織型 (高・中分化、低分化)、ly、v、budding の 10 項目において多変量解析を行うと、リンパ節転移と相関するものは浸潤絶対値分類 ($p=0.039$) と budding ($p=0.001$) であった。以上より絶対浸潤距離 1.0mm 以下で budding 陰性のものは EMR 後フォローアップしてよいと思われた。【結論】 (1) EMR 後フォローアップにて sm1 に肝転移を 1 例、sm2 に局所 (粘膜) 再発を 1 例認めた。(2) EMR 後の局所再発は少なく、現在のプロトコルにてフォローアップ可能と思われた。(3) 絶対浸潤距離 1.0mm 以下で budding 陰性のものは EMR 後追加腸切除の適応はないと思われた。

大腸 sm 癌の内視鏡切除後の長期予後

坂本 直人¹、寺井 毅¹、阿部 哲史¹、別府 加寿子¹、井奥 艶子¹、小林 修¹、大草 敏史¹、荻原 達雄¹、笠巻 伸二²、坂本 修一²、富木 裕一²、坂本 一博²、鎌野 俊紀²、平井 周³、佐藤 信紘¹
(¹順天堂大学 消化器内科、²順天堂大学 大腸肛門外科、³東京臨海病院 病理)

【目的】 近年大腸 sm 癌に対する内視鏡切除は、原則的に脈管侵襲陰性の sm 軽度浸潤癌とされ、それ以外の病変の多くは外科的切除がされてきた。しかし、最近の大腸 sm 癌内視鏡切除適応拡大の検討などから、患者背景などにより内視鏡切除のみで経過観察される症例も増えてきている。今回、我々は大腸 sm 癌の内視鏡切除後の予後調査を行うことにより、大腸 sm 癌内視鏡切除後のフォローアップについて考察した。【方法】 1990 年 4 月から 2001 年 4 月までに当院で切除された大腸 sm 癌 285 例を対象とした。他に進行癌を合併している症例は今回の検討から除外した。そのうち、経過観察された症例は全部で 160 症例 (平均 4.5 年) であり、外科的切除されたものが 68 症例、内視鏡切除後追加切除されたものは 52 症例、内視鏡切除のみで経過観察されたものは 40 症例であった。この 40 症例を中心に検討を行った。40 例のうちわけは男女比 30 : 10、平均年齢 63.4 才 (27-82 才)、大きさ 14.0mm ± 4.8mm、局在は盲腸 1 例、上行結腸 3 例、横行結腸 4 例、下行結腸 10 例、S 状結腸 17 例、直腸 5 例であった。肉眼型は隆起型 (Is, Isp, Ip) 34 例、表面平坦型 (LST) 1 例、表面陥凹型 (IIc, IIc+IIa, IIa+IIc) 5 例であった。分化度は高分化型が 37 例、中分化型が 2 例、深達度絶対値は 1500 μm 以浅 21 例、1500 μm 以深 19 例であった。なお、脈管侵襲陽性や深達度絶対値 1500 μm 以深の症例は本来外科的切除の対象としているが、高齢や他の合併症等の理由により追加切除をされなかったものである。【結果】 (1) 内視鏡切除された 40 症例のうち平均 4.0 年の観察中に再発を生じた症例は上行結腸の EMR 後の局所再発例 1 例のみであった。この症例は肉眼形態 38mm の hyperplastic polyp の中に発生した 8mm の IIa+IIc の sm 癌で、高分化腺癌、深達度絶対値 2200 μm 、ly+, v+ であったが、高齢で他に合併症もあり追加切除を希望されなかった。注意深い経過観察の結果、2 年後に内視鏡で EMR 後の癒痕部に一致して SMT 様隆起として認められた。最終的に外科的切除した結果、粘膜下層から漿膜に腫瘤状に癌巢の再発を認めた。リンパ節転移は第一群に一つのみ認めた ($n=1/31$)。また多臓器癌死 2 例を除き 37 例に関しては、再発・転移なく経過順調であった。(2) 外科的切除された 68 症例のうち、直腸癌 1 例は 2 年後に肺転移を認めた。内視鏡切除後追加切除された 52 症例においても直腸癌 1 例は 3 年後に肺転移を認めた。【結論】 (1) 再発転移を認めた症例はいずれも脈管侵襲陽性の深達度絶対値 1500 μm 以深の症例であった。(2) 再発までの期間はいずれも 2~3 年であり、大腸 sm 癌内視鏡切除後のフォローアップに関しては進行癌と同様に長期にわたり注意深い経過観察が必要であると考えられた。

大腸sm癌EMR単独症例のフォローアップと再発例の検討

正木 忠彦¹、松岡 弘芳¹、阿部 展次¹、杉山 政則¹、森 俊幸¹、跡見 裕¹、小山 元一²、高橋 信一²

(¹杏林大学外科、²杏林大学第3内科)

【はじめに】内視鏡切除をうけた大腸sm癌の追加腸切除の適応は、一般には1)脈管侵襲陽性、2)切除断端陽性ないしmassive invasion、3)低分化腺癌、の内の一つ以上の因子を有する場合に考慮されている。一方近年では、sm垂直浸潤距離や先進部の簇出所見を重視すべきとの報告も多数見られる。これらのリスクファクターの有用性については、現在sm癌プロジェクト研究班によって解析が進められており、その結果次第によっては大腸sm癌の治療方針やフォローアップの方法が大きく変化する可能性がある。【目的】大腸sm癌EMR単独症例の予後の検討から、現行のフォローアップ方法の妥当性を検討すること。【対象】EMR単独で経過観察された大腸sm癌13症例(経過観察期間:5m~5y6m)。臨床病理学的事項:性別:男性8例、女性5例;年齢:43~80歳;部位:右側結腸/左側結腸/直腸,4例/6例/3例;形態:I p/I s p/I s,2例/7例/4例;組織型:高分化型/中分化型,12例/1例;断端:-/+/評価不能,10例/2例(水平方向1例,垂直方向1例)/1例:sm浸潤度:相対(武藤)分類、level 1/2/3,3例/6例/4例;垂直浸潤絶対値:750~5000 μ ;水平浸潤絶対値、425~7500 μ ;ly、全例(-);v、+/-/不明、1例/11例/1例;簇出数、0個/1~10個、10例/3例。【方法】フォローアップ方法1)大腸内視鏡検査:断端不明例では3m,6m,1y,2y,3y,5y;断端陰性例では6m,1y,2y,3y,5y 2)胸部X線および腹部・骨盤CT検査:初回治療時,6m,1y,1y6m,2y,3y,4y,5y。【結果】再発:2例で局所再発(6m、3y7m後)を認めたが、1例は分割切除された症例であった。2例とも局所切除(EMR, TAR)で対処できた。遠隔転移、腹腔内リンパ節転移は認めていない。【考察】1、現行のフォローアップ方法は妥当であると考えられる。2、sm massive invasion単独ではリンパ節転移のリスクファクターとはならない。また浸潤絶対値の有用性についても多数例での検討が必要である。3、腸切除76症例における多変量解析の結果では、簇出数のみがリンパ節転移と有意に関連(p=0.018)したこと(data not shown)、今回のEMR単独症例13例の簇出数が全例10個以下であり、フォローアップのCT検査でリンパ節転移が認められていないことから、今後EMR後の追加腸切除の適応決定に際しては簇出数を特に重視すべきであると考えている。

大腸sm癌局所切除後の経過観察・追加治療方針

井出 宗則、坪井 香保里、山口 悟、金古 康、堤 莊一、浅尾 高行、桑野 博行

(群馬大学大学院 病態総合外科学(第一外科))

【目的】当科では、ポリペクトミー・EMRを施行した大腸癌において、相対浸潤sm2以深、脈管侵襲のある腫瘍に対し積極的に腹腔鏡下腸切除術を施行してきた。また歯状線近傍直腸RbのSM癌と疑われるに対しては確定診断および治療的に経肛門腫瘍切除を行い、必要に応じて追加腸切除を行ってきた。結果としてover surgeryとなる症例が存在したが、経過観察症例も含めて、リンパ節陽性症例、再発症例と比較し追加切除のあり方について検討する。【対象】1991年1月から2002年12月までの期間で、当科で施行しsm癌と判明した26例のポリペクトミー・EMR症例および11例の経肛門腫瘍切除術の症例、計37例を対象とした。【方法】sm浸潤量、リンパ節転移、脈管侵襲、簇出の有無と転帰の関連について検討した。【成績】ポリペクトミー・EMR後、病理診断の結果で追加腸切除を施行したのは18例で、2例でリンパ節転移を認めた。経肛門腫瘍切除術を施行した症例のうち、病理結果を元に3例に超低位前方切除術を施行した。同意が得られず追加切除を施行しなかった症例で24-48ヶ月後に2例が再発・転移をきたし、癌死した。追加腸切除術を施行した群ではリンパ節転移陽性でも再発をきたした症例は存在しなかった。ポリペクトミー・EMRの腫瘍から垂直断端までの平均距離は1563 μ m(0-8000)で、経肛門腫瘍切除術の垂直断端までの平均距離は3971 μ m(1700-7500)であった。予後に関与すると思われる、リンパ節転移、脈管侵襲、簇出のない症例の平均垂直sm浸潤量は1248 μ m(100-4200)で、これらの因子のうち1つでも該当する症例の平均垂直sm浸潤量は2945 μ m(300-8000)であった。【結論】直腸Rbのsm癌においてポリペクトミー・EMRと比較し経肛門腫瘍切除術は、深部の検索・治療の完了に有用である。リンパ節転移、再発をきたした症例においても初回治療時、脈管侵襲、簇出のいずれしか存在しないものもあり、絶対sm浸潤量では1900-8000 μ mであり、病理学的因子で、追加切除の非適応症例を判別するのは困難である。腹腔鏡下腸切除術の普及に伴い、患者のQOLの低下も抑えられ、脈管侵襲、簇出のいずれか存在すればsm浸潤量に関わらず積極的に追加腸切除を行うべきである。再発症例は再発診断時にすでに遠隔転移を伴い、加療に抵抗性であり、初回治療後早期の追加治療が重要と思われる。また再発症例の検討より追加腸切除を行わないのであれば、初回治療後早期の経過観察より12-48ヶ月後の経過観察に重点を置く必要があると考えられる。

局所切除後経過観察された大腸 sm 癌の再発例の検討

浅野 道雄¹、松田 保秀¹、川上 和彦¹、中井 勝彦¹、木村 浩三¹、中岡 譲治¹、青山 浩幸¹、三鬼 慶太¹、友近 浩¹、青山 敦子¹、小澤 享史²

(¹特定医療法人 胃腸科肛門科 松田病院、²県西部浜松医療センター病理科)

【はじめに】局所切除された大腸癌の sm 浸潤が判明した場合の追加腸切除の適応については、浸潤の量によって概ねガイドラインが定まりつつある。しかし、実際には、浸潤量の評価の問題や、患者の全身状態・希望などにより、本意ながら経過観察されるケースも少なからず存在する。今回、当院で局所切除後にフォローアップされた大腸 sm 癌を検討し、再発例について供覧する。【対象】1989年1月から2002年12月に、松田病院で切除された大腸 sm 癌は164例で、内訳は、男103例、女61例、46～88（平均64.8）歳であった。これらのうち、内視鏡的もしくは経肛門的な局所切除（以下単に「局所切除」）後、フォローアップされた69例（以下F/U群）について検討した。経過観察期間の中央値は762日であった。【結果】初めから手術的に腸切除されたもの59例、局所切除後追加腸切除が行われたもの36例で、これらのうち、リンパ節転移は10例（10.5%）に認められた。F/U群の切除方法の内訳は、内視鏡的ポリペクトミー49例、EMR（粘膜切除）9例、経肛門的切除11例であった。分割切除は7例に行われ、うち1例に局所再発を認めた。局所切除後、病理組織学的に断端陽性とされたものが8例あったが、この中に再発例はなかった。浸潤の程度が評価できたもののうち、相対 sm 浸潤度が sm2 以深であったものは21例で、うち2例（9.5%）に再発を認めた。再発は4例に認められた。◆症例1；61歳男性、直腸、17mm、Is、内視鏡的に分割切除、ew(-)、9ヶ月後局所再発のため、前方切除となった。◆症例2；56歳男性、S状結腸、15mm、Isp、一括EMR施行、ew(-)、3年6ヶ月後局所再発のため、前方切除となった。◆症例3；45歳男性、直腸、12mm、Is、経肛門的切除、sm3、ew(-)、3年9ヶ月後局所再発のため Miles 手術となった。◆症例4；80歳男性、直腸、15mm、IIa、経肛門的切除、sm2、ew(-)、3年6ヶ月後鼠径リンパ節転移、肝転移が判明し、その3ヶ月後死亡した。【考察】再発例4例のうち局所再発が3例を占め、いずれも組織学的にはew(-)と判断された症例であった。一方、ew(+)例に局所再発は認めず、局所切除時の臨床的な評価の重要性が示唆された。分割切除では、浸潤量の評価が困難で、追加腸切除の適応決定も困難であった。また、特に直腸は再発例4例のうち3例を占めており、手術侵襲、術後機能の問題などから、腸切除の適応決定は標準的な基準に沿わないケースが多く、その場合の再発チェックが特に重要である。

大腸 sm 癌 EMR 後のフォローアップ

岩瀬 尚子¹、岡部 聡¹、新井 健広¹、植竹 宏之¹、小林 宏寿¹、竹下 恵子¹、榎本 雅之¹、熊谷 二郎²、滝澤 登一郎²、小池 盛雄²、杉原 健一¹

(¹東京医科歯科大学大学院消化機能再建学、²東京医科歯科大学病理学教室)

【目的】大腸 sm 癌のリンパ節転移危険因子を基に EMR 後の至適なフォローアップ法を検討する。【方法】当科および米国 NYC、MSKCC で根治手術を施行した428例（手術群）および当科で内視鏡的切除のみで経過観察した20例（内視鏡治療群）の大腸 sm 癌を対象とした。sm 浸潤度は絶対値分類（水平方向 sm width、垂直方向 sm depth）を用いた。浸潤先進部の低分化腺癌成分を SCI と表記した。主組織型は、高分化腺癌、中分化腺癌、低分化腺癌に分類し、粘膜下層浸潤部の癌巣に占める中分化または低分化腺癌成分の割合を HGC（high grade component）と表記した。【成績】手術群は、当科193例、MSKCC 235例で、リンパ節転移はそれぞれ17例（9%）、26例（11%）に認めた。占居部位別のリンパ節転移率は、右側結腸が3/92（3%）*、左側結腸が13/160（8%）**、直腸が27/176（15%）*、**であり、各部位間に有意差を認めた（* $p < 0.0029$ 、** $p < 0.041$ ）。直腸のリンパ節転移率は、上部直腸（Rs）5/39（13%）、中部直腸（Ra）9/73（12%）、下部直腸（Rb）13/62（21%）であった。病理因子は、sm depth（ $\geq 3\text{mm}$ で14%、 $< 3\text{mm}$ で6.6%（ $p = 0.018$ ））、組織型（高分化腺癌2%*、中分化腺癌13%、低分化腺癌38%*（* $p < 0.0001$ ））、HGC（ $> 50\%$ が15%、 $\leq 50\%$ が5.4%で $p = 0.027$ ）、脈管侵襲（陽性21%、陰性7.3%で $p < 0.0001$ ）、SCI（陽性16%、陰性2.6%で $p < 0.0001$ ）の各因子のリンパ節転移率に有意差を認めた。占居部位を Rb とそれ以外に分けてリンパ節転移についてロジスティック回帰分析を行うと、単変量のオッズ比は3、 $p = 0.0031$ であった。単変量解析で有意差を認めた sm depth（ $\geq 3\text{mm}$ ： $< 3\text{mm}$ ）、組織型（高分化腺癌：それ以外）、HGC（ $> 50\%$ ： $\leq 50\%$ ）、脈管侵襲、SCI の各因子、占居部位（Rb：それ以外）を独立変数として多変量解析を行うと、脈管侵襲、占居部位、sm depth の順に有意差を認めた。内視鏡治療群20例の検討では、占居部位は直腸5例、結腸15例、病理所見は、sm 浸潤度は sm depth 0.34～14.1mm、組織型は高分化腺癌18例、中分化腺癌2例、脈管侵襲陽性4例、SCI 陽性6例であり、中央値で17ヶ月のフォローアップ期間に Rb 癌（中分化腺癌、脈管侵襲陽性、SCI 陽性、sm depth 2.2mm）1例に10年後に局所再発を認めた。【結論】結腸 sm 癌は、主組織型が高分化腺癌、脈管侵襲および SCI 陰性であれば、sm depth が従来の基準（1mm または 1.5mm）より深くても内視鏡的切除や局所切除で根治の可能性が高い。

sm大腸癌内視鏡摘除後断端陽性例に対する追加治療の検討

小川 真平、板橋 道朗、城谷 典保、瀬下 明良、斎藤 登、荒武 寿樹、呉 兆礼、廣澤 知一郎、吉田 孝太郎、橋本 拓造、亀岡 信悟
(東京女子医大第二外科)

【目的】内視鏡摘除が行われたsm大腸癌に対し追加治療を行うか否かの決定因子として脈管浸襲の有無、組織型、癌浸潤程度などと同様に摘除断端距離も重要である。今回我々はsm大腸癌内視鏡摘除後断端陽性例に対する追加治療の方針について検討した。【対象・方法】当科で経験したsm大腸癌217例のうち内視鏡治療あるいは経肛門の局所切除後に追加腸切除が行われた群(以下A群)46例、内視鏡治療(polypectomy, EMR)単独群(以下B群)29例を対象とした。A群の摘除断端距離と切除腸管での局所遺残腫瘍の有無、B群の摘除断端距離と内視鏡治療後の臨床経過について検討し、sm大腸癌内視鏡摘除後断端陽性例の追加治療について考察した。【結果】A群46例中5例が内視鏡摘除後の肉眼的局所遺残にて追加切除が行われた。肉眼的局所遺残はなかったが組織学的に摘除断端陽性で追加切除が行われたものは11例で、その内訳は垂直断端単独陽性例5例、水平断端単独陽性例5例、垂直および水平断端陽性例1例であった。このうち、切除腸管に組織学的に腫瘍の遺残を認めたものは水平断端陽性例の2例で、垂直断端陽性例にはなかった。一方、垂直あるいは水平断端距離が0.5mm以下の症例は8例存在したが組織学的に腫瘍の遺残を認めたものはなかった。また垂直断端陽性例を含めた垂直断端距離0.5mm以下の14例中13例の垂直sm浸潤長は1.5mm以上であった。B群29例のうち内視鏡摘除後の肉眼的局所遺残症例は2例で、1ヶ月後の生検にて1例に癌が1例に腺腫が検出された。肉眼的局所遺残はなかったが組織学的に摘除断端陽性であったものは4例で、いずれも水平断端陽性例であり垂直断端陽性例はなかった。その断端組織は癌1例、腺腫3例で、腺腫の1例にその後の生検で摘除後瘢痕部に局所再発が確認されたが、その他については観察期間36ヶ月の癌症例を始め再発を認めていない。また、垂直あるいは水平断端距離が0.5mm以下の症例は6例存在したが再発症例はなかった。【まとめ】大腸癌取扱い規約ではおおよその目安として摘除断端距離が0.5mmに満たない場合をいわゆる摘除断端陽性としている。今回の検討では組織学的に切除断端に腫瘍が存在する症例のうちA群の水平断端陽性例6例中2例に遺残腫瘍を、B群の水平断端陽性例4例中1例にのみ腫瘍再発を認め、その他の0.5mm以下の症例14例には遺残腫瘍や再発腫瘍を認めなかった。垂直方向のいわゆる摘除断端陽性例についてはsm浸潤程度が高度であることが多くリンパ節郭清を目的とした追加腸切除が必要となることが多いが、水平方向の摘除断端陽性例については追加治療の縮小化の可能性が考えられた。

大腸sm癌EMR後のフォローアップ — 相対分類と絶対分類の比較を含めて —

平良 悟¹、西 正孝¹、宮岡 正明²、森安 史典¹

(¹東京医科大学第4内科、²東京医科大学八王子医療センター)

【目的】大腸sm癌のEMR後フォローアップ可能な条件は、現在のところ浸潤量がわずかに粘膜筋板を越えた程度(200~300 μ m)、脈管浸潤なし、摘除断端陰性とされている。しかし、様々な基礎疾患や合併症により追加腸切除がなされず経過観察されている症例も存在する。これら症例における経過観察中の局所再発に関するrisk factorについて、浸潤量別、形態別に比較検討した。【対象と方法】1990年から2003年までに我々が内視鏡的摘除術を行い、その後経過観察している大腸sm癌98例を対象とした。過去の症例も含むため、浸潤量に関しては基本的に相対分類を基準とし、sm2,3と診断されていた症例に関しては再度、絶対浸潤量を合わせ比較検討した。また、有茎性病変に関しては、stalk invasionを有さない病変はhead invasionとして一括した。観察期間は摘除後第1回目を約3ヶ月後とし、局所再発のない症例に関してはその後、約6ヶ月または12ヶ月間隔と設定した。【結果】sm1 71症例(M:F=57:14)の内訳は年齢60 \pm 9.6歳、形態はIp 36例、Isp21例、Is5例IIa5例、IIa+Iic2例、Iic2例、腫瘍径は15.6 \pm 6.9mmであった。脈管浸潤陽性例は4例(5.6%)、摘除断端陽性は8例(11.3%)であった。組織型はwell+porの1例を除き、すべてwellであった。観察期間は35.5 \pm 31.5ヶ月であり、その期間中に局所再発を認めた症例は脈管浸潤陽性の1例(1.4%)であった。sm2,3 27例(M:F=22:5)の内訳は年齢65.3 \pm 11.7歳、形態はIp 10例、Isp 8例、Is 6例、IIa 2例、IIa+Iic 1例、腫瘍径は16.9 \pm 7.0mmであった。浸潤量測定値は2207 \pm 1175 μ mでhead invasion症例が14例存在した。脈管浸潤陽性例はなく、摘除断端陽性は2例(7.4%)であった。組織型はwell 24例、mode 2例、por 1例であった。経過観察期間は39.7 \pm 30.1ヶ月であり、その間の局所再発例は1例(3.7%)、他臓器転移例は1例(3.7%)であった。【結語】経過観察において、浸潤量が相対分類sm1であっても脈管浸潤陽性例は局所再発を認めていることより、脈管浸潤陽性はそれ単独で再発のrisk factorであることが確認された。摘除断端陽性は再発の明らかなrisk factorとは証明できなかった。浸潤量sm2,3においては局所および他臓器転移を認めた両症例ともhead invasion症例であった。

大腸 sm 癌 EMR 後のサーベイランス

倉橋 利徳、工藤 進英、櫻田 博史、大塚 和朗、竹内 司、坂下 正典、山村 冬彦、深見 悟生、永田 浩一、遠藤 俊吾、石田 文生、為我井 芳郎、田中 淳一

(昭和大学 横浜市北部病院 消化器センター)

【目的】大腸 sm 癌に対する EMR 後の follow up を確立することを目的に、当院で経験した sm 癌について解析した。【対象および方法】はじめに 1985 年 4 月から sm 癌切除例の 385 病変を対象としてリンパ節転移率を解析した。次に対象を 2001 年 4 月から 2003 年 2 月までに、内視鏡的・外科的切除された大腸 sm 癌 86 病変として、以下の検討を行った。腫瘍径、肉眼型、sm 浸潤度、部位、脈管侵襲、術前の pit pattern と深達度の関係などの臨床病理学的所見と、内視鏡治療例に関して深部断端、切除方法などの遺残、局所・転移再発との関係をみた。肉眼型は、隆起型、表面隆起型、陥凹型に分類した。pit pattern 分類は工藤分類を用いた。浸潤度分類は、工藤らの相対分類を用いた。深部断端については、sm 浸潤部が切除断端から 0.5mm (500 μ m) 未満のものを陽性と判定した。【結果】sm 癌 385 病変の浸潤度は、sm1 が 168 病変、sm2 が 119 病変、sm3 が 98 病変であった。このうち、リンパ節転移陽性率は、sm1a,b : 0%、sm1c : 1.8%、sm2 : 8.5%、sm3 : 16.3% であり、sm1c 以深の浸潤度の症例にリンパ節転移を認めた。次に sm 癌 86 病変の解析結果を示す。肉眼型は、隆起型が 50 病変、表面隆起型 19 病変、陥凹型 17 病変であった。腫瘍径をみると、10mm 以下が 18 病変、11-20mm が 45 病変、21mm 以上が 23 病変であった。また浸潤度別では sm1 が 29% であり、sm2-3 が 71% であった。占居部位別では、直腸 29 病変、S 状結腸 37 病変に多く認めた。リンパ管侵襲陽性例は 13 病変、静脈侵襲陽性例は 19 病変であった。リンパ節郭清のなされた手術症例 60 例のリンパ節転移例は 5 例であった。肉眼型別の pit pattern 診断については、VN 型 pit pattern で sm2-3 であったものは、隆起型で 19/20 病変、表面隆起型で 8/10 病変、陥凹型で 15/15 病変であり、sm2-3 が高率であった。一方、隆起型で VN 型 pit pattern 以外であった 30 例中 17 例は sm2-3 であった。初回に EMR された症例は 43 例あり、このうち追加腸切除を 17 例に施行した。その理由は、深部断端陽性が 6 例、深部浸潤および脈管侵襲陽性が 11 例であった。リンパ節転移は 4 例に認めた。深部断端陽性例の半数は分割切除例であった。腫瘍の露出は 3 例に認めた。追加切除腸管の遺残病変は 2 例で、ともに内視鏡切除標本での断端は陽性であった。なお、内視鏡治療された 43 例のうち 26 例は追加腸切除を行わず経過観察としている。この中には、根治と判定した以外に、手術拒否、高齢、合併症などの理由で追加腸切除がなされなかった症例が含まれているが、今のところ遺残再発例は認めていない。【結語】内視鏡治療後は、断端、脈管侵襲、pit pattern 診断による sm 浸潤度など病理学的所見の詳細な検討を行って追加腸切除を決定すべきである。

EMR を行った大腸 sm 癌の検討

楢原 啓之¹、飯石 浩康¹、上堂 文也¹、石原 立¹、竜田 正晴¹、村田 幸平²、亀山 雅男²、今岡 真義²、石黒 信吾³

(¹大阪府立成人病センター消化器内科、²大阪府立成人病センター消化器外科、³大阪府立成人病センター病理検査科)

【目的】sm 浸潤絶対量の観点から EMR を行った大腸 sm 癌の予後を検討した。【対象】当センターで EMR を行った大腸 sm 癌 179 例 182 病巣を対象として臨床病理学的検討および予後の検討を行った。平均年齢は 61 歳 (40 ~ 91 歳)。男性 125 例、女性 54 例である。【成績】1. 外科手術例 142 例の病理学的検討では、リンパ節転移は 9.8% に認めた。リンパ節転移と有意な相関があったのは、sm 浸潤距離・面積、脈管侵襲、簇出であった。sm 浸潤距離と sm 浸潤面積は正の相関を示し、sm 浸潤距離 1000 μ m 未満ではリンパ節転移はなかった。2. EMR 後追加腸切除を行った 96 例の内、リンパ節転移陽性例は 4 例 (4.2%) のみで、いずれも sm 浸潤距離は 1000 μ m 以上であった。転移陽性例の肉眼型は 4 例とも隆起型で 3 病巣は明らかな Iic 陥凹面を有した。脈管侵襲は 2 病巣で陽性であった。3. 追加腸切除を行わず 3 年以上経過観察している症例 84 例の内、sm 浸潤距離が 300 μ m までの症例は 49 例あり、いずれも脈管侵襲は陰性であった。局所遺残例は EMR 後 3 か月以内のサーベイランスにより内視鏡的に根治可能であった。sm 浸潤距離が 300 ~ 1000 μ m あり十分な informed consent の上、6 ヶ月毎に CT、エコーにより経過観察されている症例は 27 例であった。この内脈管侵襲は 1 例で陽性であった。現在、27 例全例に局所再発や転移を認めていない (観察期間 3 年 ~ 10 年 5 か月)。従来外科手術を受けていた症例の 9%、EMR 後追加手術をしていた症例の 21% が over surgery を免れている。4. sm 浸潤絶対量が 1000 μ m 以上の内視鏡像は明らかな Iic 陥凹面を有する I 型や表面型が多く、腫瘍径も大きい傾向にあった。【結語】現時点では、sm 浸潤距離が 1000 μ m 以下および脈管侵襲が陰性の大腸 sm 癌はリンパ節転移の危険性はなく、EMR 後追加腸切除せず経過観察するのが妥当である。今後さらに他の危険因子との組み合わせにより EMR の適応拡大が可能と考えられる。

EMR 後大腸 sm 癌の追加治療としての腸切除の意義

落合 大樹、渡邊 昌彦、長谷川 博俊、西堀 英樹、石井 良幸、青木 成史、柳 在勲、矢部 信成、岡林 剛史、高野 正太、浅原 史卓、鶴田 雅志、北島 政樹
(慶應義塾大学医学部外科)

【目的】 EMR 後大腸 sm 癌の追加治療としての腸切除の意義を明らかにする。

【対象と方法】 1977 年から 2001 年までに当院で EMR 後に sm 癌と診断された 185 例を対象とした。内訳は EMR 単独治療群が 69 例 (A 群)、追加腸切除施行群が 116 例 (B 群) であり、両群の臨床病理学的因子と治療成績について評価し、追加腸切除の意義を検証した。EMR 後の追加腸切除は、原則として深達度 sm2 以深または脈管侵襲を認める症例に施行しており、D1 以上のリンパ節郭清を行った。また、1992 年からは腹腔鏡下手術を導入した。尚、深達度は粘膜筋板から 500 μ m までの浸潤を sm1、500 μ m を越え 1000 μ m までの浸潤を sm2、1000 μ m を越える浸潤を sm3 と診断した。

【結果】 A 群と B 群との比較において、性別、年齢、腫瘍径 (A : 平均 16.1mm, B : 平均 15.6mm)、占居部位および組織型 (A : wel 60 例, mod 9 例, por 0 例, B : wel 91 例, mod 24 例, por 1 例) に有意差を認めなかったが、両群ともに占居部位は S が、組織型は wel が多く認められた。腫瘍形態は B 群で表面型が有意に多く認められた (A : Is 4 例, Isp 22 例, Ip 37 例, IIa 6 例, B : Is 24 例, Isp 36 例, Ip 27 例, IIa 18 例, IIc 1 例, IIa+IIc 10 例, $P=0.011$)。深達度は A 群で有意に sm1 が多く認められた (A : sm1 42 例, sm2 21 例, sm3 6 例, B : sm1 18 例, sm2 32 例, sm3 66 例, $P<0.001$)。脈管侵襲は B 群で有意にリンパ管侵襲が多く認められたが (A : ly (+) 5 例, ly (-) 64 例, B : ly (+) 23 例, ly (-) 93 例, $P=0.036$)、静脈侵襲に差は認めなかった。A : v (+) 1 例, v (-) 68 例, B : v (+) 6 例, v (-) 110 例)。B 群において、リンパ節転移陽性例は 7 例 (6.0%) あり、すべて 1 群のリンパ節転移 (n1) であった。リンパ節転移陽性例の内訳は、深達度 sm2 で 2 例 (6.3%), sm3 で 5 例 (7.6%) あり、sm1 ではリンパ節転移は認めなかった。A 群では再発は認めなかったが、B 群では 2 例 (1.7%) に肝再発を認めた。肝再発の 2 例は、腫瘍形態は隆起型 (Isp) と表面型 (IIa) で、ともに組織型は wel、深達度は sm3、脈管侵襲は陰性であった。

【結語】 EMR 後大腸 sm 癌の追加治療は、深達度 sm2 以深の症例に対し、少なくとも D1 のリンパ節郭清を伴う腸切除が妥当と考えられた。深達度 sm3 では遠隔再発の可能性があり、嚴重な経過観察が必要と考えられた。

当院における大腸 sm 癌 EMR 後フォローアップの現況

野津 聡、西村 洋治、小林 照忠
(埼玉県立がんセンター)

【対象および検討内容】 1988 年 1 月より 2002 年 3 月までに EMR を施行した 72 症例 76 病変の大腸 sm 癌を対象に、2003 年 3 月までに行われた胸部 X 線、腫瘍マーカー、腹部超音波、CT 検査、および大腸内視鏡、大腸 X 線検査によるフォロー結果から、適切なフォローアップのあり方を検討した。**【成績】** 対象の内訳は sm1 が 35 病変 (7 病変に外科的切除追加)、sm2 以深が 41 病変 (25 病変に外科的切除追加) であった。外科的追加切除を行った 32 病変には残存癌を認めた症例はなく、リンパ節転移は深達度 sm2 の 1 病変に n1 を認めた。フォロー中の大腸内視鏡検査にて早期癌 (m 癌) を認めた症例は 3 例経験し、いずれも、切除後初回の再検査で見つけられた。一方、経過中に、局所再発を来した症例は 2 例存在し、いずれも深達度 sm2 以深の症例であった。再発例 1 は直腸癌 EMR 後 33 ヶ月にて便通異常出現。内視鏡および大腸 X 線検査にて局所再発を認め、腫瘍マーカー上昇、CT および超音波検査で肝転移および局所再発を認めた。X 線像では著明な狭窄を認めたが、再発まで内視鏡フォローは切除後 1 回のみで大腸 X 線のフォローは行われていなかった。また、腫瘍マーカーは切除後 18 ヶ月には正常範囲で上昇傾向を示していた。再発症例 2 は直腸癌 EMR 後 2.5 ヶ月で外科的切除追加。その後、イレウスを繰り返していたが、48 ヶ月後の血液検査で腫瘍マーカーの著明な上昇を認め、CT および超音波検査にて多発肝転移を認めた。また、その後の内視鏡および大腸 X 線検査にて局所再発も確認された。内視鏡検査は再発 1 年前は所見なく、切除後大腸 X 線検査は行われていなかった。また、腫瘍マーカーは切除後 36 ヶ月には正常範囲で上昇傾向を示していた。その他の症例では肺転移を含め、経過中遠隔転移を来した症例はなかった。外来フォローの期間に関しては、今回の対象症例のうち、sm1 の症例では 17 人でフォローが中止されており、10 人はフォロー期間が 4 年に満たなかった。また、sm2 以深の症例でも 19 人でフォローが中止され、15 人のフォロー期間が 4 年に満たなかった。中でも、フォロー期間が 1 年に満たない 13 症例のフォロー中止の内容を検討すると転移が 2 例、病死が 4 例の他は、いずれも医師が次回診療の必要性を勧めたが患者が受診しない例であった。**【結論】** sm 癌局所切除後は同時多発癌の可能性があり、早期に内視鏡の再検査が望ましい。また、深達度が sm2 以深の場合、追加切除の有無に関わらず局所再発および遠隔転移の可能性があり、少なくとも 4 年間の経過観察が必要と考えられる。そのためには、医師側の大腸癌 EMR 後のフォロー体制を確立するだけでなく、患者への徹底した通院指導が必要と考えられた。また、再発早期発見の可能性として大腸 X 線検査でのフォロー、転移早期発見の可能性として腫瘍マーカーの変動に対する留意が必要と考えられた。

内視鏡的切除術後の長期 follow up

櫻木 雅子³、河村 裕³、富樫 一智^{1,2}、岡田 真樹¹、小西 文雄³

(¹自治医科大学消化器・一般外科、²自治医科大学内視鏡部、³自治医科大学付属大宮医療センター外科)

【はじめに】大腸 sm 癌のリンパ節転移を認めない症例では、内視鏡的切除などの局所のコントロールのみで根治を得られる。現在までの大腸 sm 癌の検討より、当施設では、追加腸切除の適応を sm 浸潤距離 1001 μ m 以上あるいはリンパ管浸襲を認めるものとしている。【方法】対象は 1984 年 11 月から 2001 年 7 月に当施設において内視鏡的切除のみで加療された大腸 sm 癌 79 例。sm 浸潤距離が 300 μ m 以上の症例においては、以下のようにフォローアップを施行した。切除後 1 年目；4 ヶ月ごとに大腸内視鏡・超音波内視鏡・腫瘍マーカーを施行し、6 ヶ月ごとに腹部 CT および腹部超音波検査を施行。切除後 2 年目；6 ヶ月ごとに大腸内視鏡・超音波内視鏡・腫瘍マーカーを施行し、12 ヶ月ごとに腹部 CT、腹部超音波検査を施行。切除後 3 年目以後は 6 ヶ月ごとに腫瘍マーカーを確認し、12 ヶ月ごとに大腸内視鏡検査・超音波内視鏡・腹部 CT・腹部超音波検査を施行。【結果】79 例中、1001 μ m 以上の浸潤は 34 例、リンパ管浸襲陽性は 5 例、計 34 症例あり、そのうち 23 例は併存疾患により、11 例は本人の希望により、追加腸切除を施行しなかった。平均観察期間は 30.6 \pm 2.7. 2 ヶ月である。68 例は en bloc に、11 例は分割で切除した。病変の大きさは平均 15.5 \pm 5.7 mm で、20 mm 以下の症例が 64 例、21 mm 以上の症例が 15 例であった。sm 浸潤距離は 300 μ m 以下が 11 例で、300 ~ 1000 μ m が 27 例、1001 μ m 以上が 34 例であり、7 例は計測不能であった。全症例中、5 例は他病により死亡した。sm 浸潤距離が測定不能であった症例で上述した経過観察が行われなかった症例 1 例は 24 ヶ月後に進行癌を認め、追加腸切除が必要であったが、現在生存中である。また、sm 浸潤距離が測定不能であった症例で経過観察が行われていた症例 1 例は 12 ヶ月後に再発し追加腸切除を施行した。切除標本では傍結腸リンパ節に 1 個の転移を認めた。また、同症例はその後肝転移を認め、肝切除を施行されたが、現在生存中である。sm 浸潤が 1000 μ m 以下でリンパ管浸襲を認めなかった症例のうち 2 例が 12 ヶ月後および 24 ヶ月後に粘膜内再発を認め、追加 EMR を施行し、経過観察中である。【考案】大腸 sm 癌のうち sm 浸潤距離が 1000 μ m 以下でリンパ管浸襲を認めない症例については、内視鏡的切除のみで経過観察が可能と考えられた。再発をきたした症例はいずれも、2 年以内に指摘されており、切除後初期は短い間隔でのフォローアップが必要と考えられた。

内視鏡的切除後の大腸 sm 癌のフォローアップ

櫻本 泰三、稲次 直樹、高村 寿雄、吉川 周作、増田 勉、大野 隆、中村 信治、園尾 広志

(厚生会奈良大腸肛門病センター)

【目的】1988 年 9 月にセンター開設以来、2002 年 12 月 31 日までに大腸内視鏡検査を 51163 件行い、9787 件に内視鏡的切除を施行してきた。このうち sm 癌の内視鏡的切除症例のフォローアップについて検討した。【対象と方法】過去 14 年間に内視鏡的切除を行った sm 癌 131 例を対象とし、これらの受診状況と検査成績について検討した。【結果】壁深達度の内訳は sm1 が 42 例、sm2 が 60 例、sm3 が 15 例、判別不能が 14 例であった。このうち追加切除となったのは 31 例 (23.7%) であり、sm2 が 16 例、sm3 が 12 例、判別不能が 3 例であった。追加切除したうちリンパ節転移陽性は 2 例のみ (6.5%) であった。1 例は横行結腸の 18mm 大の Is 型を内視鏡的切除したが sm3 のため横行結腸部分切除術を施行し、n1(+)であった。もう 1 例は S 状結腸の 20mm 大の lsp 型を内視鏡的切除したが sm3 のため S 状結腸切除術を施行し、n2(+)であった。内視鏡的切除後のフォローアップは原則として大腸内視鏡検査または注腸 X 線検査により行っている。フォローアップ 1 回目の大腸内視鏡検査は内視鏡的切除後半年から 1 年で行い、以後は他の腫瘍性病変の有無などにより 1 年から 2 年毎に大腸内視鏡検査または注腸 X 線検査を行っているのがほとんどである。また内視鏡的切除後の定期検査受診を勧めるために次回検査時期を患者に説明し、郵送にて連絡している。内視鏡的切除後にフォローアップ目的に 1 回以上検査を受けている症例は 117 例 (89.3%) であり大部分はフォローアップされていると思われた。これらのうち 68 例 (51.9%) は検査予定時期に予定どおり検査を受けており、それ以外は何らかの理由で中断されていた。追加切除となった 31 例中、フォローアップ中に肺癌にて死亡した 1 例以外は当センターで作成した大腸癌術後フォローアップシステムに基づき定期受診していた。フォローアップ中に内視鏡的切除後の再発例はなかったが、切除断端の遺残再発が 2 例あった。1 例は上行結腸癌の遺残に対し追加切除を拒否し、後に進行胃癌も見つかったが治療拒否したために内視鏡的切除後約 4 年で死亡した。もう 1 例は直腸癌に対し内視鏡的切除後遺残のため経肛門的切除を追加するも 5 年後に局所再発し、腹会陰式直腸切断術を施行したが、その 3 年後に肝転移にて死亡した。異時性に腫瘍性病変を認めたのは 60 例 (45.8%)、多発癌は 1 例 (0.76%) で内視鏡的切除可能であった。【まとめ】(1) 追加切除例は内視鏡的切除例の 23.7% であった。(2) 追加切除したうちリンパ節転移陽性は 2 例のみ (6.5%) であった。(3) 内視鏡的切除後の定期受診率は 89.3% で大部分のフォローアップができていると思われた。(4) sm 癌内視鏡的切除後に再発は認めなかったが、異時性腫瘍性病変の発見のためにも内視鏡的切除後の長期フォローアップが必要と考えられた。

大腸 sm 癌の内視鏡治療後の経過と局所再発の実態

後藤 充、太田 智之、石川 千里、鈴木 晶子、笹島 順平、鈴木 泰之、櫻井 忍、柳川 伸幸、藤井 常志、村上 雅則、折居 裕

(旭川厚生病院 消化器科)

【背景】当施設では術前に sm 微小浸潤癌と判断した症例に対して内視鏡治療を施行し、術後の病理組織学的検討にて転移のリスクファクターが認められない場合には原則として術後 3 ヶ月後、9 ヶ月後、21 ヶ月後に経過観察を行っている。【目的】内視鏡治療後経過観察した大腸 sm 癌の特徴と局所再発の実態を明らかにする。【対象】1990 年 3 月から 2003 年 3 月までの期間に内視鏡治療を施行し、その 2 ヶ月以上の後に経過観察を行った大腸 sm 癌 46 病変。(平均観察回数 1.9 ± 2.1 回 (1~13)、平均観察期間 16.0 ± 15.3 ヶ月 (2~82)) 【検診項目】(1) 肉眼形態、切除方法、組織型、粘膜筋板同定の状況、sm 絶対浸潤距離、切除断端、癌異型度 (2) 再発例の特徴とその経過 【結果】(1) 肉眼形態は隆起型 31 病変 (Is : 5, Isp : 13, Ip : 13)、表面型 7 病変 (IIa : 5, IIa+IIc : 2)、結節集簇型 8 病変。切除方法は polypectomy : 24 病変 (一括 : 17、分割 : 7)、EMR : 22 病変 (一括 : 19、分割 : 3)。組織型はすべて高分化腺癌であり、うち 31 病変は腺腫内癌であった。粘膜筋板については同定可能が 28 病変、推定可能が 9 病変、不可能が 9 病変。絶対浸潤距離は $1500 \mu\text{m}$ 以下が 29 病変、 $1500 \mu\text{m}$ 以上が 9 病変 (すべて隆起型であり、最大浸潤距離は $3000 \mu\text{m}$ であった)、測定困難が 8 病変であった。切除断端については m-ce 陰性 : 27 病変、不明 : 15 病変、陽性 : 4 病変、sm-ce は陰性 : 43 病変、不明 : 3 病変 (いずれも polypectomy 症例)。高分化腺癌における癌異型度は低異型度 22 病変、高異型度 24 病変であった。(2) 再発は 3 例 (6.5%) に認められた。再発までの期間は 2 ヶ月後 1 例、3 ヶ月後 2 例。癒痕近傍に 5mm の IIa で再発した 2 症例は m-ce 陽性および不明例で、sm-ce は陰性の低異型度癌であった。1 例は凝固、1 例は再 EMR にて再治療を行い、その後再発を認めていない。また、分割 polypectomy を行い、m-ce および sm-ce いずれも不明の高異型度癌の 1 症例で 5mm の SMT 様隆起として 2 か月後の経過観察で再発が認められ、外科的切除を施行したところ sm3 の癌遺残を認めた。その後は再発を認めていない。【まとめ】(1) 内視鏡的治療を施行し経過観察を行っている 46 病変において現在のところ 6.5% の再発を認めているが、追加治療によりその予後は良好である。(2) 再発例はいずれも術後 2-3 ヶ月後に認められており、遺残と考えられるため術後早期の厳重な経過観察が重要である。(2) 最大 sm 浸潤距離が $3000 \mu\text{m}$ の隆起型病変で内視鏡治療後無再発経過中のものを認めた。

EMR 後の大腸 sm 癌のフォローアップ

酒井 靖夫¹、武者 信行¹、坪野 俊広¹、相場 哲朗¹、林 俊彦²、太田 宏信²、石原 法子³、吉田 俊明²、川口 正樹¹

(¹済生会新潟第二病院 外科、²済生会新潟第二病院 消化器科、³済生会新潟第二病院 病理)

【目的】大腸 EMR 単独治療例の予後からみたフォローアップ計画の妥当性を検討する。【対象】1992 年 4 月から 2003 年 3 月までに当院で EMR を施行した大腸早期癌 423 病変中 sm 癌 43 例 45 病変 (10.9%) である。内訳は男性 31 : 女性 12, 平均年齢 66 歳、局在は C:0, A:2, T:4, D:5, S:21, R:13, 肉眼型は Ip:12, Is + Ips : 25, IIa:3, IIc : 1, IIa + IIc : 2, Is + IIa:2 で、最大径は 6~30mm であり、深達度は sm1:25, sm2 以深:20 である。【結果】17 例 (40%) に追加手術が施行された。追加理由は重複を含めて、断端陽性 ce(+): 10, sm2 以深: 9, 中分化型: 4, 脈管侵襲陽性: 2, その他: 2 など危険因子によるものであった。EMR 後の転帰: 平均観察期間 42 ヶ月 (2 ヶ月~10 年 10 ヶ月) で、再発例はなく、生存 38 例、死亡 4 例 (他病死 3, 誤嚥事故 1), 不明 1 である。EMR 単独治療 26 例 28 病変での深達度は sm1:20, sm2 以深: 8 であった。組織型は well: 26, mod:1, adenosquamous:1, 脈管侵襲は ly0: 27, ly1:1, v0: 27, v1: 1 であった。フォローアップは主に大腸内視鏡 (CF) で行われ、0 回~6 回、平均 1.7 回であった。EMR の 1~3 ヶ月後に再検し、局所再発がなければ、その半年~1 年後、さらに 1~2 年毎に検査するのを基本としている。ce(-), sm1 の 18 例はいずれも ly, v 陰性で組織型によらず、経過観察された。1 例で初回 sm1 癌から 7 ヶ月後に sm1 癌、さらに 4 ヶ月後に sm1 癌の計 3 病変が発見されている。ce(-), sm2 の 4 例のうち、1 例は 2 ヶ月後の CF で局所再発なかったが、組織型中分化型、ly1 にて追加手術を予定している。1 例は半年~1 年毎の CF での経過観察で 3 年 11 ヶ月再発なし。2 例は来院せず、うち 1 例は事故死、1 例は 1 年 1 ヶ月経過し、CF を勧めている。sm mass の 1 例は 82 歳と高齢でかつ、ly0, v0 で、ce(-) のため追加手術せず、1 年 9 ヶ月後の現在無再発生存中である。ce(+) ないし疑診の 5 例はいずれも well, sm1~sm2, ly0, v0 で 1~3 ヶ月後の CF で EMR 局所に再発なく、その後はプロトコールによりフォローアップ中で、3 年 5 ヶ月~10 年 10 ヶ月無再発生存中である。【結論】追加手術は危険因子を加味して判断し、フォローアッププロトコールに乗せることで満足の行く成績が得られた。sm2 程度でも ly(-) で well 単独、ce(-) であれば、経過観察できそうであるが、CF 検査間隔や期間は今後の課題である。

大腸 sm 癌内視鏡切除後のフォローアップ。—再発様式とプログラム—

小泉 浩一¹、浦上 尚之¹、千野 晶子¹、土田 知宏¹、山本 順正¹、藤田 力也¹、上野 雅資²、畦倉 薫²、大矢 雅敏²、武藤 徹一郎²、柳澤 昭夫³、加藤 洋³

(¹癌研究会附属病院内科、²癌研究会附属病院外科、³癌研究所病理部)

従来、粘膜筋板をわずかに(200-300 μ m)越える大腸 sm1 癌は内視鏡の切除の適応とし、追加切除せずに内視鏡切除後のサーベイランスを行ってきたが、インフォームドコンセントの徹底により、他臓器重複癌患者などを中心に、深部浸潤する sm2 癌でも外科的追加切除を行わず、経過観察する場合が増加してきた。

切除後の再発が粘膜再発の場合は追加内視鏡治療で根治可能であるが、粘膜下再発の場合は、外科的切除を含めて、臨床的取り扱いは慎重を期する。今回、粘膜下再発症例を中心にフォローアップ検査の組み立てについて検討した。

大腸 sm 癌サーベイランスプログラムの基本は、sm1 癌一括完全切除の場合、6ヶ月後の大腸内視鏡検査で局所を観察し、1年後に大腸内視鏡検査、腹部超音波検査または CT 検査を行い、以後、1年毎の大腸内視鏡検査、腹部超音波検査または CT 検査を行うことを基本としてきた。フォローアップ継続期間は特に定めていなかった。sm2 癌、特に ly 陽性例では、これに加え6ヶ月毎に大腸通常内視鏡—超音波内視鏡を交互に施行することを基本とした。

1985年から2000年まで内視鏡切除され外科的追加切除されなかった sm 癌症例 72 例のうち、sm1 癌 48 例では再発は認めなかったが、sm2 癌: 20 例、sm2 以深癌: 4 例、計 24 例中 6 例 25.0% に再発を認めた。再発症例は、Is 4 例、Ip2 例。切除断端陽性 3 例、陰性 3 例。切除断端陽性例では、経過中、生検組織診で癌陰性化していた。再発様式は肝転移 2 例、リンパ節転移 3 例、局所再発 5 例。再発までの期間は 15-120 ヶ月。断端陰性例 3 例中、2 例は ly 陽性。15 ヶ月後の粘膜・粘膜下およびリンパ節再発、20 ヶ月後の粘膜下およびリンパ節再発を来した。後者では超音波内視鏡検査、CT 検査が診断の端緒となった。

一方、サーベイランスから脱落している症例では、切除後 5 年後にリンパ節及び多発肝転移を認めた。sm2 癌内視鏡切除後の再発は粘膜下・リンパ節再発が主体であり、1年以上の経過後に再発を認めることが多く、再発後に急速な発育進展をする可能性が示唆された。大腸 sm2 癌切除後のフォローアップでは、大腸内視鏡検査のみでは粘膜下の情報を的確に診断することは困難で、少なくとも 5 年以上、CT 検査あるいは超音波内視鏡検査を併用する必要があると考えられた。

大腸 sm 癌 EMR 後のフォローアップ計画

大野 伯和¹、西村 公志¹、鄭 光康¹、川崎 健太郎¹、神垣 隆¹、市原 隆夫¹、生田 肇¹、白坂 大輔²、青山 伸郎²、黒田 嘉和¹

(¹神戸大学大学院消化器外科学、²神戸大学光学診療部)

大腸 sm 癌治療計画と EMR 単独治療症例フォローアップ計画について示し症例を検討した。EMR の適応は原則として sm1 までとし、sm2,3 や ly(+),v(+)症例は追加腸切除を行った。1992 年から 2002 年までの 11 年間で sm 癌の EMR 単独治療症例は 37 例、EMR 後追加腸切除症例は 22 例、sm 癌外科治療症例は 135 例であった。EMR 単独治療症例の内訳は Ip13 例、Is+Isp15 例、Ila1 例、Is+Ilc1 例、LST6 例であり Iib,Iic 症例は 0 であった。sm 癌 EMR 単独治療症例のフォローアップは最初の 1 年間は 3,9,12 ヶ月目に CF,CT を行い局所再発、肝転移をチェックし、3,12 ヶ月後に腫瘍マーカーの測定を行った。以後は年 1 回 5 年目まで CF,CT,腫瘍マーカーの測定を行った。その結果内視鏡治療単独例での再発転移症例な認められず、経肛門的腫瘍切除術を行った 1 例に再発を認めたのみであった。これは sm2,3 症例の大部分に追加腸切除を行っているためであると考えられた。

大腸 sm 癌経過観察例における遺残・再発例の検討

井上 雄志、手塚 徹、篠原 知明、飯塚 文瑛、加藤 博士、
羽村 公代、白鳥 敬子、大井 至、高崎 健
(東京女子医科大学消化器病センター)

【はじめに】大腸 sm 癌内視鏡摘除例に対して追加腸切除をせず経過観察した場合は、経過観察ための golden standard はいまだ確立していないのが現状である。当センターでは、原則的に内視鏡摘除した大腸 sm 癌の経過観察は、一回目の内視鏡検査時に癒痕部周囲に点墨を行い、以後4～6か月ごとに内視鏡検査を施行し、遺残・再発の早期発見・早期治療に努めてきた。今回われわれは大腸 sm 癌経過観察例における遺残・再発例の検討を行ってみた。【対象と方法】1995年から2002年までに当センターで経験した大腸 sm 癌のうち、内視鏡摘除後追加腸切除を行わなかった206例を対象に遺残・再発例に対して臨床病理学的に検討してみた。完全摘除後に一回目の内視鏡検査で癒痕部に腫瘍を認めたものを遺残、一回目に腫瘍を認めず、それ以後の内視鏡検査で腫瘍を認めたものを再発と定義した。【結果】1) 遺残・再発：206例中遺残・再発は4例(1.9%)、遺残が1例、再発が3例であった。2) 初発病変：占居部位は直腸が3例、S状結腸が1例であり、肉眼形態はIs病変が3例、結節集簇様病変が1例、腫瘍径は15～25mm(平均21.3mm)であった。3) 内視鏡摘除法と病理所見：内視鏡摘除法はいずれも分割摘除法(EMRCが3例、piecemeal polypectomyが1例)で、病理所見はいずれも高分化腺癌、脈管侵襲は陰性であった。4) 遺残・再発形式と治療：局所再発のみが2例、リンパ節再発のみが1例、おのおの重複が1例であり、再発に対する治療は、局所再発の2例に再度内視鏡摘除(いずれもEMRC法)、リンパ節再発の1例に経仙骨的腫瘍切除術、おのおのが重複した1例にリンパ節郭清を含んだ腸管切除を行い、いずれも治癒的切除が行い得て現在まで再々発はみられていない。5) 経過観察：再発までの観察期間は4～48か月(平均20.3か月)で、内視鏡検査回数は1～22回(平均7.3回)、リンパ節再発例も含め、いずれも内視鏡で診断した。外科切除を行った2例の内視鏡像はSMT様所見を呈していた。【まとめ】大腸 sm 癌の内視鏡摘除後の経過観察は厳重に行い、治癒的切除が行い得る早期に遺残・再発病変を発見することが重要と思われ、その診断には内視鏡による局所の観察が必須であり、とくにSMT様所見に注意すべきと考えられた。

肛門扁平上皮癌の臨床病理学的検討

中村 浩、永井 哲、松尾 勝一、田中 伸之介、池田 靖洋
(福岡大学医学部外科学第一教室)

【目的】肛門管癌はその解剖学的特徴より腺癌や扁平上皮癌などの様々な組織型の癌が発生する。その中で扁平上皮癌は、欧米では子宮頸癌などとともに Human papillomavirus (HPV) の感染と発癌との関連性が考えられてきた。そこで当科の肛門管癌患者について検討した。【対象と方法】1975年～2003年に当科における扁平上皮癌7例を対象とし、臨床病理学的検討を行った。HPV感染は、PCR法で検討した。【結果】年齢は、50～78才(平均66.1才)、性別は、男性0例、女性7例であった。主訴は、出血4例、腫瘤触知2例、皮膚転移巣触知1例であった。既往歴として2例異時性の子宮頸癌を認めた。腫瘍径は、18～65mm(平均44.7mm)であった。組織型は高分化:3例、中分化:3例、低分化:1例であった。深達度は、sm:1例、a1:1例、a2:5例であった。リンパ節転移は、n0:3例、n1:1例、n2:3例であった。7例全例がHPV陽性であった。予後は2例(28.6%)が現病死していた。【まとめ】今回の検討症例では、扁平上皮癌は、女性に多く、HPV陽性であった。

鼠径リンパ節転移をきたした大腸肛門管癌症例の検討

牧野 正人、安宅 正幸、尾崎 舞、大井 健太郎、竹本 大樹、中村 誠一、貝原 信明
(鳥取大学医学部第1外科)

くはじめに>直腸・肛門管癌ではまれならず鼠径リンパ節転移をきたすことがある。しかし、予防的鼠径リンパ節廓清は行わないのが一般的である。この妥当性と鼠径リンパ節転移をきたす症例の特徴をあきらかにするため鼠径リンパ節転移をきたした大腸肛門管癌症例を検討対象とした。<対象・結果>1949年から2000年までに経験した鼠径リンパ節転移をきたした大腸肛門管癌症例は16例で、うちわけは肛門管癌8例(26%, n=31), 直腸Rb癌7例(2.3%, n=308), 皮膚浸潤した横行結腸癌1例であった。肛門管癌31例を鼠径リンパ節転移例(鼠径N(+))例, n=8)と非転移例(鼠径N(-))例, n=23)に分け比較検討した。<結果>鼠径N(+))例と鼠径N(-))例で平均年齢, 性別に差は認められない。最大径も有意差は認めない。肛門管癌の鼠径リンパ節転移率を臨床病理学的因子で検討すると, 深達度別ではmp(4/15=27%) a1以上(4/16=25%)と差は認められず深達度は浅くとも鼠径リンパ節転移が認められることがうかがわれた。主組織型別の鼠径リンパ節転移率では高分化あるいは中分化腺癌では1/17と低頻度であったが, 印環細胞癌, 粘液癌を含む低分化腺癌低分化腺癌では4/7例, 扁平上皮癌で3/6例と高頻度であった。原発巣手術時同時性鼠径リンパ節転移症例はわずか6例(P:5, Rb:1)のみだが, 3例にのみ治療切除が可能で, 3例は広汎なリンパ節転移により非治療切除に終わっている。1例のみ長期生存を得ている。一方, 異時性鼠径リンパ節転移症例は10例(P:3, Rb:6, T:1)で8例が初回術後1年未満で発見されている。異時性鼠径リンパ節転移のうち6例(P:3, Rb:2, T:1)に対して切除がなされたが3例が再発なく生存中で(再切除後2年, 3年, 16年), 他病死が2例(再切除後3年, 14年)で1例のみが再発死している。<結語>進行肛門管癌では組織像が低分化腺癌, 扁平上皮癌を示すものは深達度にかかわらず鼠径リンパ節転移の頻度が高く注意が必要である。異時性鼠径リンパ節転移に対しては異時性同部リンパ節廓清が根治手術となりうる場合が多く, 予防的鼠径リンパ節廓清は必要ないと考えられる。一方, 同時性鼠径リンパ節転移症例は治療切除不能であることがおおく, たとえ治療切除がなされても再発の可能性が極めて高いことを念頭に置き補助療法の追加を考慮すべきである。

当科における肛門扁平上皮癌および痔瘻癌切除症例の検討

島田 能史、岡本 春彦、野上 仁、岩谷 昭、高久 秀哉、多々 孝、谷 達夫、飯合 恒夫、島山 勝義
(新潟大学大学院消化器・一般外科学分野)

【目的】当科における肛門扁平上皮癌および痔瘻癌切除症例の治療における問題点を明らかにする。【対象と方法】1984年から2003年の間に当科で切除された肛門扁平上皮癌3例、痔瘻癌3例の臨床病理学的所見および予後について検討した。【結果】肛門扁平上皮癌:3症例(症例1)52才女性。主訴は肛門痛および左鼠径リンパ節腫脹。局在P、15×10mm、2型で、腹会陰式直腸切断術および両側鼠径リンパ節廓清施行well、mp、ly0、v0、ow(-)、aw(-)、ew(-)、n2+(No.292左1個)。術後16年無再発生存中。症例2)64才女性。主訴は肛門痛。局在P、60×55mm、2型で、腹会陰式直腸切断術施行por>mod、a2、ly2、v0、ow(-)、aw(-)、ew(+), n2+(No.261左右各1個, No.262左1個, No.271(N1)左3個)。術後全骨盤腔照射(計50.6Gy)追加したが、術後4年目に局所再発、肺転移および両側腎転移で死亡した。症例3)81才女性。主訴は肛門痛および肛門部出血。局在RbPRa、90×60mm、3型で、放射線化学療法(計59.2Gy)が施行されたが、腫瘍の増大あり、腹会陰式直腸切断術施行mod、a2、ly0、v1、ow(-)、aw(-)、ew(+), n(-)。術後MRSA肺炎を併発し2ヶ月後死亡した。痔瘻癌:3症例(症例1)71才男性。主訴は肛門出血および右臀部腫瘍。局在EP、30×18mm、5型で、腹会陰式直腸切断術および両側鼠径リンパ節廓清施行muc、a2、ly0、v0、ow(-)、aw(-)、ew(-)、n(-)。手術後7年2ヶ月目に仙骨前面の局所再発を認め、放射線化学療法施行(計70Gy)。その後外来で経過観察中。症例2)72才の男性。主訴は10年来の痔瘻および両側鼠径リンパ節腫脹。局在P、65×50mm、5型で、腹会陰式直腸切断術および両側鼠径リンパ節廓清施行muc-well、a2、ly2、v0、ow(-)、aw(-)、ew(+), n2+(No.292左3個)。術後4年6ヶ月無再発生存中。症例3)38才女性。複雑痔瘻を有すCrohn病で18年間加療中。直腸腔瘻の生検で腺癌を認めた。局在PRb、47×40mm、5型で、前方骨盤内臓全摘術施行mod、por>well、with muc、ai(vagina)、ly1、v2、ow(-)、aw(-)、ew(-)、n2+(No.262左右各1個)。術後2ヶ月経過した現在、全身化学療法施行中。【まとめ】・肛門扁平上皮癌および痔瘻癌切除症例6例中2例に鼠径リンパ節転移を認めたが、いずれの症例も長期生存しており、鼠径リンパ節廓清意義は重要と考えられた。・術後長期経過後の再発例で、放射線化学療法が有効と考えられた症例を認め、積極的に集学的治療を行うべきであると考えられた。

進行肛門管扁平上皮癌に対する手術治療の意義

川端 良平¹、村田 幸平¹、能浦 真吾¹、亀山 雅男¹、石黒 信吾²、石川 治¹、今岡 真義¹

(¹大阪府立成人病センター外科、²大阪府立成人病センター病理診断科)

背景：欧米では肛門管癌、とりわけ扁平上皮癌に対する治療の第一選択肢は放射線化学療法(CRT)であり、腹会陰式直腸切断術(APR)を中心とした手術療法の、遺残・再発病巣に対するsalvage surgeryとしての役割が大きい。これに対して本邦では現在でも手術療法が主流である。リンパ節転移陽性である進行癌に対しては、我が国において発達してきた側方郭清やそけい部郭清を含めた手術療法がCRTを凌駕する可能性もある。また、肝転移などの遠隔転移巣に対する手術の治療効果も明らかでない。当センター外科では1981年7月から2003年2月までの間に全大腸癌1864例に対し8例の肛門管扁平上皮癌を経験した。このなかから、側方郭清、そけいリンパ節郭清に加え肝転移に対する切除も行った2例を提示する。症例(1)：76歳女性。血便を主訴に受診。直腸診にて肛門管左後壁中心に半周性に3型腫瘤を認め、また左浅そけいリンパ節腫大も認めた。手術はAPR、左側側方リンパ節郭清、左浅そけいリンパ節郭清を施行。術後診断はT2N3M0でstage IIIb、下直腸リンパ節(271：3個)、下腸間膜幹リンパ節(252：3個)、左側方リンパ節(272L：3個、282L：3個)に転移を認めた。術後3年10ヶ月に肝S4、S6、S7に転移を来し、切除術を施行した。肝切除後2年(初回手術後5年10ヶ月)に残肝再発(多発)及び肝門部リンパ節再発を認め、初回手術後7年6ヶ月(肝切除後3年8ヶ月)に原病死した。骨盤内の再発は認めなかった。症例(2)：50歳女性。血便、肛門不快感を主訴に受診し、直腸診にて肛門管後壁中心に亜全周性に2型腫瘤を認めた。CTにて肝転移(S3、S6)、また左浅そけいリンパ節腫大を認めた。手術はAPR、両側側方リンパ節郭清、左浅そけいリンパ節郭清、肝S3、S6部分切除を施行。術後診断はT2N3M1でstage IV、下直腸リンパ節(271R：2個)、直腸傍リンパ節(251N1：3個、251N2：1個)、右側方リンパ節(262R：1個、282R：2個)左側方リンパ節(262L：2個)、および左浅そけいリンパ節(292L：1個)に転移を認めた。術後9ヶ月に右浅そけいリンパ節、14ヶ月に肝S7に再発を認めたが、各々切除術を行い、その後残肝に対して5FUによる予防的持続肝動注を施行し、初回手術後22ヶ月、肝切除後8ヶ月の現在無再発生存中である。結語：CRTの成績が悪くなるstage III以上の症例では、APRに加えて側方郭清およびそけいリンパ節郭清を行い、転移リンパ節を摘除することにより、局所制御が可能であることが示唆された。また、肝転移再発に関しても、積極的に切除および残肝に対する予防的肝動注を行うことにより、良好な予後が得られる可能性があると考えられた。

当科における肛門扁平上皮癌症例の検討

赤松 大樹¹、仲原 正明¹、今分 茂¹、畑中 信良¹、鳥正 幸¹、上島 成幸¹、高橋 剛¹、高松 純平¹、竹内 麦穂¹、友国 晃¹、阿部 孝²

(¹大阪警察病院外科、²大阪警察病院内科)

【結果】1) 1991年～2002年に当院において手術を行った大腸癌1051例中肛門扁平上皮癌は5例であった(0.5%)。2) 男性2例、女性3例。平均年齢64歳(53～66歳)。3) 施行術式は腹会陰式直腸切断術4例、腹仙骨式直腸切断術+腔壁合併切除1例。側方郭清は4例、鼠径部郭清は2例で施行した。4) 病理組織学的検査にて、深達度：a1 1例、a2 3例、ai(腔壁) 1例。リンパ節転移：n1(+) 2例、n2(+) 3例。3例に側方転移を認めたが(60%)、鼠径リンパ節転移は認めなかった。5) 補助療法は、化学療法3例(UFT 2例、5-FU/CDDP 1例)、放射線療法2例(a2 1例、ai 1例)。6) 1例で術後8カ月後に肝転移により再発した。【まとめ】1) 肛門扁平上皮癌は全大腸癌手術症例中0.5%とまれな組織型であった。2) 全例でリンパ節転移陽性であった。3) 3例に側方転移を認めた。4) 鼠径部郭清は2例で施行したが転移を認めなかった。5) 5例中1例で肝転移再発を認めた。

肛門扁平上皮癌5例の経験

益子 博幸、近藤 征文、岡田 邦明、石津 寛之、秦 庸壮、菊地 一公、川村 秀樹、植村 一仁、横田 良一、佐々木 盛、後藤 了一、寺崎 康展、伊藤 幹
(札幌厚生病院外科)

【目的】肛門扁平上皮癌の治療について検討した。
【対象】1981年から2000年までに当科で経験した肛門癌症例は10例であった。うちわけは扁平上皮癌5例、腺癌4例、類基底細胞癌1例で、このうち扁平上皮癌5例を対象に検討した。【結果】男性2例、女性3例で、平均年齢は63.0歳であった。肉眼型はIs：1例、1型：2例、2型：2例で、腫瘍最大径は1.5から9.6cm、平均4.8cmであった。組織型は中分化扁平上皮癌3例、低分化扁平上皮癌2例で、分化度の低い症例が多かった。深達度はsm2：1例、a1：2例、a2、ai各1例、ly陽性例は3例(60.0%)、v陽性例は4例(80.0%)であった。リンパ節転移例は3例(60.0%)で、いずれも251番陽性例のn1であった。肝転移、腹膜転移例はなく、stageはstage II：2例、stage IIIa：3例で、全例curAである。治療はすべて腹会陰式直腸切断術を行い、前立腺、精嚢合併切除1例(腫瘍径5.0cm)、子宮、膣合併切除が1例(腫瘍径4.3cm)であった。sm2症例は、まず経肛門的腫瘍切除を行い、病理組織学的所見は中分化扁平上皮癌、sm2、ly1、v1のため、腹会陰式直腸切断術を追加、251番に1個転移を認めた。側方郭清はsm2症例を除く3例に行った。側方郭清を行わなかった他の1例は、肝硬変合併肝細胞癌症例で、2ヶ月後S7重区域切除を施行した。予後は3例が5年無再発生存、肝細胞癌合併症例はAFPが再上昇し、肺・骨転移、肝細胞癌S8の再発あり、1年後死亡した。再発例は1例であった。72歳男性、腫瘍径9.6cmの低分化扁平上皮癌、a1、n1、stage II症例で術後2ヶ月後両側鼠径リンパ節転移出現し、放射線治療を追加するも8ヶ月後大動脈周囲リンパ節、肺転移出現し、術後11ヶ月後死亡した。【結後】肛門扁平上皮癌は腫瘍径の小さいものでも、深部へ浸潤し隣接臓器の合併切除を要した。特に低分化扁平上皮癌では根治手術後急速に全身転移を来す症例もあり、術後の強力な補助療法が必要であった。

肛門扁平上皮癌の臨床病理学的検討

佐藤 裕一郎、緒方 裕、荒木 靖三、笹富 輝男、石橋 生哉、金澤 昌満、鳥越 昇二郎、的野 敬子、小篠 洋之、白水 和雄
(久留米大学病院)

【はじめに】本邦では肛門扁平上皮癌の頻度が低いため、その特性に関する系統的検討は少ない。今回、教室の肛門扁平上皮癌症例を臨床病理学的に検討し、若干の知見を得たので報告する。【対象と方法】1975年から2002年までに教室で経験した肛門扁平上皮癌14例を対象に病理学的特徴および治療成績を検討した。【結果】肛門管癌症例77例のうち扁平上皮癌症例は14例であった。男性1例、女性13例、平均年齢72±8.08歳(range 53～84歳)、術後診断は、stage 0(2例)、stage 2(3例)、stage 3a(3例)、stage 3b(4例)、stage 4(2例)であり、遠隔転移は、肝転移1例(H3)、肺、皮膚及び胸椎転移が1例であった。腹膜播種は認めなかった。リンパ節転移は、8例に認められ、7例に鼠径リンパ節転移を認めた。リンパ管侵襲は、3例に認められ、脈管侵襲は、4例に認められた。深達度は、m(2例)、mp(1例)、a1(2例)、a2(3例)、ai(5例)とaiが多かった。術前放射線治療は治癒切除術、非治癒切除術ともに3例づつ行っており、治癒切除群における放射線治療の縮小率は、55～92%で治療効果2Bであり、放射線治療により癌細胞が粘膜の一部のみに残存し、局所切除での治療が可能であったと思われる症例があった。治癒切除術は、10例に施行され、APR(8例)、SLAR(1例)、経肛門腫瘍摘除術(1例)であった。非治癒切除術は、4例で、左結腸瘻のみが3例であった。鼠径リンパ節郭清は、8例で行った。再発形式としては、肝転移、腹膜播種は少なく、局所再発、鼠径再発が5例認められた。死因は、原癌死が7例、非癌死が5例、残り2例が無再発生存中である。生存率は、治癒切除群で5年生存率80%、10年生存率68.6%であった一方、非治癒切除群では、最長で生存期間14ヶ月であった。【考察と結語】肛門扁平上皮癌は局所進展性の腫瘍で放射線感受性が高いことから、放射線照射は第一選択と考えられる。とくに、深達度の浅い腫瘍では照射後の局所切除で根治できる可能性がある。鼠径リンパ節転移は高率で、術前にリンパ節を触知すればリンパ節郭清を施行する。根治切除例では、遠隔再発は少なく、良好な生存率を示すことから十分な局所の切除を伴う根治術を行うことが肝要である。

放射線化学療法は肛門癌に対する福音となり得るか？

橘 強¹、小野寺 久¹、長山 聡¹、藤本 明久¹、光森 通英²、今村 正之¹

(¹京都大学医学研究科腫瘍外科学、²京都大学医学研究科放射線治療学)

肛門癌に対する根治性とともQOLを重視する立場から、放射線治療の重要性が増してきている。われわれは過去10年間に10例の肛門扁平上皮癌を経験した(basaloid tumorも含む)。年齢は41-89歳(平均67歳)、男性7、女性3であり大きさは1cmから7cmであった。局所切除+放射線照射を行った症例が5例、放射線化学療法のみが5例である。照射法は前後対向2門で45GYを行い、その後9-14.4Gyを原体照射でboostした。化学療法は5Fuを持続注入し、MMCやCDDPをbolusで併用するプロトコルである。現在まで5例は良好にコントロールされているものの、2例が担癌生存中で3例は遠隔転移や局所再発をきたして死亡し、十分な成績が得られていないのが現状である。再発例では肝転移を認めないが、局所再発や大動脈リンパ節転移そして肺転移をきたした。切除併用例では筋皮弁充填による肛門形成を行い括約筋機能は保持できた。照射例では会陰部の皮膚炎が高度になり疼痛をきたすが、治療終了とともに消退した。腫瘍径が5cmを越える例の局所制御は困難であった。放射線化学療法は肛門を温存しQOLを改善するための重要な選択肢だが、治療に向けては症例に応じて慎重に適応を決定しなければならない。肛門癌は発生頻度の低い癌でもあり、集学的治療の成績向上に向けて多施設研究の展開が必要である。

肛門扁平上皮癌に対する放射線化学療法の治療成績

藤本 佳也¹、赤須 孝之¹、伊藤 誠基¹、山本 聖一郎¹、藤田 伸¹、森谷 宜皓¹、濱口 哲弥²、室 圭²、白尾 國昭²
(¹国立がんセンター中央病院大腸外科、²国立がんセンター中央病院消化器内科)

【目的】肛門扁平上皮癌に対する放射線化学療法の治療成績を検討した。【対象と方法】1963年から2002年の間に肛門扁平上皮癌27例が治療された。1998年以前には全例が手術された(手術単独, 15例;放射線化学療法後手術, 8例;照射線量, 40~60Gy)。術式は直腸切断17例, 局所切除4例, 試験開腹1例, 不明1例であった。1999年以降の4例は全て放射線化学療法で治療された。その治療内容を示す。【症例1】50歳女性。T3N4H0M0。外照射50.4Gy(180cGy/回X28回)と併用化学療法(5FU 800mg/m²/日を5日間連日持続静注後3週間休薬; MMC 10mg/m²を4週に1回静注)4クールが施行された。【症例2】73歳男性。T3N0H0M0。外照射46Gy(200cGy/回X23回)と併用化学療法(UFT400mg/日を21日間内服後, 下痢の出現にて中止)が施行された。【症例3】55歳女性。T3N0H0M0。外照射59.4Gy(180cGy/回X33回)と併用化学療法(5FU 800mg/m²/日の4日間持続静注, 3週間休薬; CDDP 80mg/m²を4週に1回静注)4クールが施行された。【症例4】61歳女性。T3N3H0M0。外照射59.4Gy(180cGy/回X33回)と併用化学療法(1クール目, 5FU 2500mg/body/週を持続静注後, 3週間休薬, MMC 10mg/m²を1回静注, 1クール目終了後に下痢の出現にて中止; 2クール目, 5FU 800mg/m²/日の4日間連日持続静注後, 3週間休薬, MMC 10mg/m²を1回静注)が施行された。【結果】症例1は51ヶ月CR持続。症例2は7ヵ月間CR持続後, 肝転移に対し肝切除を施行。局所は22ヶ月CR持続中で, 肝切除後13ヶ月間, 新たな再発転移巣は認めていない。症例3は7ヶ月CR持続。症例4は9ヶ月good PR持続。【まとめ】放射線化学療法単独の治療法によりCRを得られる症例が多く、第一選択の治療法として有用であると考え。また、現在治療中の症例は2例あり、放射線化学療法単独で行っている。

肛門扁平上皮癌4例の経験

山口 悟、浅尾 高行、井出 宗則、坪井 香保里、中村 純一、桑野 博行
(群馬大学大学院病態総合外科学(第一外科))

【はじめに】肛門扁平上皮癌は比較的稀な癌である。進行癌では腹会陰式直腸切断術が行われることが多いが、比較的早期の癌や高齢・合併症を有する患者では肛門機能を温存した手術や、より侵襲の少ない治療法が望まれる。また、肛門扁平上皮癌は放射線感受性が高いことが知られている。当院にて過去10年間に4例の肛門扁平上皮癌手術症例を経験し、2例は術前・術後に放射線照射を併用した。その各々の症例について報告する。4症例すべてが女性であり、平均罹患年齢は73.0歳であった。平均3年1ヶ月の術後経過観察(3ヶ月-5年6ヶ月)で照射例1例に再発を認めた。【症例1】81歳、女性。主訴は下血。肛門管から下部直腸に2型の腫瘍を認め、生検の結果、squamous cell carcinomaと診断された。手術は腹会陰式直腸切断術をおこなった。高齢であることと、センチネルリンパシンチグラフィで側方、鼠径リンパ節が陰性であったため、鼠径リンパ節郭清は省略した。病理組織検査では poorly differentiated squamous cell carcinoma, a1, n1(+), ly0, v2, ew(-)であった。術後3ヶ月たった現在、再発の兆候なく外来にて経過観察中である。【症例2】68歳、女性。主訴は血便。肛門管左壁に2型腫瘍を認め、生検の結果、squamous cell carcinomaと診断された。40Gyの術前放射線療法を施行した後に、腹会陰式直腸切断術を行った。また術後に腫瘍床に対して25Gyの組織内照射を追加した。病理組織検査では squamous cell carcinoma, mp, ly0, v0, ew(-)であり、viableな癌細胞はわずかであった(Grade 2)。術後2年6ヶ月たった現在、再発の兆候なく外来経過観察中である。【症例3】73歳、女性。主訴は肛門部腫瘍。肛門管前壁に2型の腫瘍を認め、生検にて moderately differentiated squamous cell carcinomaと診断された。30.6Gyの術前放射線療法を施行した後に、腹会陰式直腸切断術を行った。術後さらに20Gyの腔内照射を追加した。病理組織検査では、squamous cell carcinoma, sm, n0, ly2, v0, ew(-)であった。術後3年4ヶ月で脳再発を認め、その9ヶ月後に死亡した。【症例4】70歳、女性。主訴は排便時出血。肛門管右後壁に小指頭大の腫瘍を認めた。経肛門的腫瘍切除術を施行した。病理組織検査では well differentiated squamous cell carcinoma, sm, ew(-)であった。術後5年6ヶ月で他癌死するまで再発を認めなかった。【考察】直腸切断、部分切除をおこなった4例すべての症例で切除断端は陰性であった。局所再発をきたした症例はなく、局所コントロールは良好であった。4例中1例(症例3)では照射後に原発腫瘍の著明な縮小を認め、結果的に肛門機能温存手術が選択できた可能性があった。遠隔再発をきたしたこの症例では照射後でありながら脈管侵襲が陽性であり、こういった症例では厳重な経過観察が必要と思われる。

肛門管 epidermoid carcinoma 6症例の検討

秦史壮¹、古畑智久¹、西森英史¹、石山元太郎¹、鶴間哲弘¹、本間敏男¹、曾ヶ端克哉¹、柳内良之¹、大野敬祐¹、鬼原史¹、平田公一¹、八十島孝博²、佐々木一晃³
(¹札幌医科大学第一外科、²札幌医新病院、³道都病院)

＜対象＞1991年1月から2003年4月までに当科で経験した大腸癌切除症例は702例で肛門管癌は25例、3.6%であった。そのうち組織学的に epidermoid carcinomaと診断された6例を検討した。＜結果＞1) 年齢、性別：年齢分布は45歳から67歳で平均58歳、男性3例、女性3例。肛門管癌全体の平均年齢は62歳、男女比は男性15例、女性10例であった。2) 術前療法：鼠径リンパ節転移が組織学的に証明された3例に対して、1例に化学療法(5-FU 500 mg, CDDP 5 mg 2週間)、2例に放射線化学療法を施行(50.4 Gy/28 Fr, 5-FU 500 mg/day, CDDP 5 mg/day 5 day/weekを4週間 // 50 Gr/25Fr, 5-FU 1200 mg/day day1-4 cvi, nedaplatin 150 mg iv. day1を1クールとして2クール)。3) 手術：全例に腹会陰式直腸切断術を施行。側方廓清は5例に行われ、そのうち4例に鼠径部リンパ節廓清が行われた。1例(ew+ 2 mm)を除く5例に治癒切除を得た。4) 組織型：squamous cell carcinoma (SCC) 4例、basaloid carcinoma (BSC) 2例。5) リンパ節転移：組織学的にリンパ節転移を認めたのは2例で、1例は術前化学療法を行った鼠径リンパ節転移例、1例はew+例でNo. 271転移であった。6) 予後：累積5年生存率は26.7%で、3例が原病死している。生存中の3例は術後5年6ヶ月(SCC, ew+)、術後2年3ヶ月(BSC)、2年6ヶ月(SCC)である。7) 症例：症例1 術前療法- SCC, a1, n1+, ly3, v0, ew+ (2 mm) curB 術後5年6ヶ月生存 症例2 術前療法- BSC, a1, n-, ly1, v1, curA 術後1年鼠径リンパ節再発、術後2年6ヶ月死亡 症例3 術前療法- SCC, mp, n-, ly0, v0, curA 術後3年再発、術後3年10ヶ月死亡 症例4 術前療法+ (5-FU CDDP), SCC, mp, n-, ly1, v1, curA 術後1年鼠径リンパ節再発、術後2年11ヶ月死亡 症例5 術前療法+ (50.4 Gy, 5-FU CDDP), SCC, a1, n-, ly0, v0, curA 術後2年6ヶ月無再発生存 症例6 術前療法+ (50Gy, 5-FU, nedaplatin), BSC, no residual carcinoma 術後2年3ヶ月無再発生存 <考察> 術前療法を施行した症例4-6は術前に鼠径リンパ節転移が組織学的に証明された例で、術前療法未施行例より病期が進んでいたが、2例に再発を認めていない。2例のうち1例は原発巣と転移リンパ節からも癌細胞が消失し、1例は原発巣に癌細胞を認めたものの、転移リンパ節からは癌細胞が消失していた。epidermoid carcinomaに対する放射線化学療法は極めて有効と考える。

放射線治療を施行した肛門管扁平上皮癌4例の検討

三木 敏嗣、船橋 公彦、中野 太郎、塩川 洋之、龍 雅峰、白倉 立也、本田 善子、越野 秀行、徳山 隆之、光丸 哲吉、松本 浩、小池 淳一、畠山 知昭、岡本 康介、後藤 友彦、高塚 純、寺本 龍生

(東邦大学大森病院 消化器外科)

【目的】放射線治療を施行した肛門管扁平上皮癌症例4例を検討した。【対象】2000年から2002年までの3年間で当科で経験した肛門管扁平上皮癌は5例で、m癌にて局所切除を施行した1例を除く4例に放射線治療を施行した。この4例は放射線治療のみの2例と放射線治療後、腹会陰式直腸切断術を施行した2例でそれぞれ検討した。【症例】放射線治療のみの2例症例1：46才男性、肛門管右側を中心とする3cm大のtype 2の肛門管扁平上皮癌で、放射線70Gy照射施行。照射後腫瘍は消失しbiopsyの結果は癌細胞陰性で、現在2年10ヶ月無再発生存中である。症例2：72才女性、肛門管5時方向を中心とする2cmX1cm大のtype 2の肛門管扁平上皮癌で、放射線60Gy照射施行。照射後腫瘍は消失しbiopsyの結果は癌陰性で、現在1年3ヶ月無再発生存中である。放射線治療後、腹会陰式直腸切断術を施行した2例症例3：64才女性、肛門管6時方向を中心とする2/3周のtype2の肛門管扁平上皮癌で、放射線70Gy照射施行。照射後、難治性潰瘍が残存し肛門痛が強く、biopsyの結果は癌細胞陰性であったが、腹会陰式直腸切断術を施行した。病理所見は潰瘍底を中心に広汎な瘢痕繊維化と癌を認め、a1、ly0、v0、n0であった。術後合併症として会陰部創離開を認めた。現在2年8ヶ月無再発生存中である。症例4：59才女性、肛門管12時方向を中心とする1/3周、4cm大のtype 2の肛門管扁平上皮癌で、放射線70Gy照射施行。照射後、難治性潰瘍が残存し肛門痛が強く、biopsyの結果は癌細胞陰性であったが、腹会陰式直腸切断術を施行した。病理所見は瘢痕繊維化と癌を認め、a1、ly0、v0、n0であった。術後合併症として会陰部創離開を認めた。現在2年10ヶ月無再発生存中である。【結語】いずれの症例もfollow up期間が短いものの、無再発生存中である。しかしながら、放射線治療後、腹会陰式直腸切断術を施行した2例では、癌の残存が認められたことより、放射線治療後の厳重なfollow upが必要であることと、放射線治療後、難治性潰瘍が残存した場合は追加切除が望ましいと考えられた。また追加切除の適応については今後の検討課題と思われた。

放射線化学療法を行った肛門扁平上皮癌の4症例

岡本 和真¹、大辻 英吾¹、栗生 宜明¹、市川 大輔¹、藤原 斉¹、白数 積雄²、落合 登志哉¹、阪倉 長平¹、上田 祐二¹、糸井 啓純¹、園山 輝久¹、萩原 明於¹、山岸 久一¹

(¹京都府立医科大学 消化器外科、²京都九条病院)

最近10年間で2例の肛門癌を経験し、いずれにも放射線化学療法を行った。症例1は61歳、女性。肛門部出血を主訴に受診。肛門縁より2cm口側の肛門管に前壁を中心とした約4分の1周性の隆起性病変が存在。辺縁不整で表面は易出血性であった。生検で肛門扁平上皮癌と診断。超音波内視鏡およびCTで壁深達度A1、遠隔転移なしと診断された。三者併用療法(放射線療法+5-FU坐薬による化学療法+温熱療法)を施行した。治療終了後の大腸ファイバーにて隆起部が消失して潰瘍となっていたことを確認。同部の生検では炎症性変化を認めるのみで癌組織は認められなかった。さらに、所属リンパ節に対する化学療法としてペブレオマイシン吸着活性炭を局所注入した。治療後再発を認めていない。症例2は43歳、女性。昭和58年に生体腎移植を受けている。平成3年肛門扁平上皮癌(深達度sm)で他院にてポリベクトミーされている。平成9年に会陰部扁平上皮癌罹患し、本学皮膚科で切除。平成12年にも肛門扁平上皮癌で局所切除と抗がん剤の局所投与を受けている。平成14年にも肛門扁平上皮癌を罹患し、放射線療法と抗癌剤の内服による化学療法を受けている。現在再発なく経過観察中である。今回は主に症例1の詳細を報告する。

肛門扁平上皮癌治療の現状と大腸外科医のアンケート—臨床外科共同研究会

三嶋 秀行^{1,2}、門田 卓士^{2,3}、吉川 宣輝^{2,4}、門田 守人^{2,5}
 (1)国立大阪病院 外科、(2)臨床外科共同研究会、(3)NTT西日本病院 外科)

【はじめに】欧米では、肛門扁平上皮癌に対する治療の第一選択は5FU/MMCを併用する化学放射線治療であり、腹会陰式直腸切断術は第二選択であるとされている。【目的と方法】比較的稀な肛門扁平上皮癌に対して、どのような治療が行われているのか、また大腸外科医が治療方法に対してどのような認識をもっているかを調べるために、大阪大学病態制御外科の臨床外科共同研究会に参加している一般病院25施設にアンケート調査を行った。【結果】肛門扁平上皮癌の手術例は50例、化学放射線治療例は12例であった。手術は15施設で行われていて、2例以下が11施設、8例以上が2施設であった。化学放射線治療は9施設で行われていて、1例が7施設、2例以上は2施設であった。手術は大半に腹会陰式直腸切断術が行われていた。手術例50例のうち44例に予後調査が行われ、stage I II根治度A症例の予後は良好だが、stage III根治度A症例の予後はやや不良であった。stage IVと根治度B・C症例の予後は不良であった。化学放射線治療は数も少なく歴史も浅いが、1998年以降に行われたstage III 4例を含む7例はいずれも生存中である。23施設のアンケート調査の結果、治療の第一選択としてリンパ節転移がなければ手術を選択するとの回答が13施設、鼠径リンパ節転移がある場合手術を選択するのは8施設であった。欧米の治療方針に賛成し化学放射線治療を第一選択とするのが13施設、治療方針には賛成するが実際に化学放射線治療の経験がないので慣れた手術を選択するのが6施設、化学放射線治療を第一選択とする治療方針に賛成しないが3施設であった。賛成しない理由は、日本の手術治療成績はよい・欧米のデータであって日本のデータでない・腸閉塞などの放射線の合併症を考慮すると手術を選ぶ等であった。【結論】臨床外科共同研究会25施設のアンケート結果(手術50例、化学放射線療法12例)によると、stage II根治度Aまでの手術成績は良好であった。少ないながら近年行われている化学放射線治療の短期予後は良好であった。現在は手術治療が主流であるが、アンケート結果から今後化学放射線治療が増加すると考えられた。

放射線治療を施行した肛門扁平上皮癌の4例 治療方針の決定についての検討

田中 直樹、椎葉 健一、大沼 忍、佐々木 宏之、村田 幸生、矢崎 伸樹、小山 淳、長谷川 康弘、三浦 康、溝井 賢幸、石井 誠一、佐々木 巖
 (東北大学大学院 医学系研究科 生体調節部門)

【はじめに】欧米では肛門部扁平上皮癌(SCC)に対して、放射線治療(RT)が第一選択とされている。今回、肛門管SCCに対し初回治療としてRTを施行した4例を提示し、治療方針について考察を加える。【症例1】66歳、女性。主訴は便柱狭小。92年3月、近医より肛門部SCCの診断で当科紹介。肛門縁より直腸側6cmに及ぶ半周性腫瘍を認め、CTで遠隔転移陰性。初回治療として骨盤RT 60Gy施行し化学療法併用。画像上CRとなり92年7月退院。95年6月より肛門部痛を生じ、Rab領域の全周性狭窄を認め生検で未分化SCC。同年10月後方骨盤内臓全摘術を施行し、術後骨盤RT 60Gyを追加した。しかし、局所・肝転移再発を生じ97年3月死亡。【症例2】71歳、男性。主訴は肛門部痛。97年3月、近医より肛門管SCCの診断で当科紹介。肛門縁より15cmに及ぶ全周性狭窄を認め、両側すけいリンパ節を触知。ストーマ造設後に、骨盤RT 72Gy施行し化学療法併用。画像上CRとなり97年6月に退院。同年11月に局所再発を生じ、外科的切除を拒否し、98年8月死亡。【症例3】68歳、女性。主訴は便柱狭小。99年7月、近医より下部直腸癌の診断で当科紹介。肛門管上縁より下部直腸後壁に及ぶ5cmの亜全周性腫瘍を認め、生検でSCCと診断。99年8月、ストーマ造設後に骨盤RT 60Gy施行し化学療法併用。画像上CRとなり現在までdisease-free、PSOで経過中(括約筋機能低下のためストーマ閉鎖せず)。【症例4】47歳、女性。主訴は肛門出血。2000年10月、近医より肛門管SCCの診断で当院放射線科に紹介。歯状線付近に1/3周性の扁平な腫瘍を認める。骨盤RT 60Gyと化学療法併用し腫瘍は消失。2001年7月傍大動脈の孤発性リンパ節腫脹を生じ再度RTにて消失。しかし、2002年1月より腫瘍マーカー(SCC)の上昇あり、画像にて第1-2仙椎前に7cm大の腫瘍を認める。当科紹介となるも切除は困難と判断している。【考察】肛門部SCCに対してはRTが第一選択とされ、その奏効率が高いことが報告されている。自験例4例はいずれも直腸側に進展する肛門管SCCで骨盤RTにより全例CRを得たものの、3例が局所再発を生じた。したがってCRが得られても嚴重なfollowを行ない、外科切除のタイミングを逃さぬよう留意する必要があるものと考えられる。

肛門扁平上皮癌の2例

吉谷 新一郎、横井 美樹、田中 弓子、原田 英也、高島 茂樹

(金沢医科大学一般消化器外科)

過去16年間に当科で施行した大腸癌手術症例は1111例であり、それらのうち肛門管癌は15例(1.4%)であった。組織型別の内訳は、直腸型の腺癌および粘液癌が8例(53.3%)、扁平上皮癌2例(13.3%)、類基底細胞癌2例(13.3%)、痔瘻癌1例(6.7%)、未分化癌1例(6.7%)、悪性黒色腫1例(6.7%)であった。今回、肛門扁平上皮癌の2例について報告する。【症例1】患者は66歳、女性。肛門部腫瘍を主訴に来院した。2年前より肛門部腫瘍を自覚していたが放置、半年前より急速に増大してきたため近医を受診。生検の結果、扁平上皮癌の診断で紹介された。来院時の腫瘍所見は、歯状線から7mm肛門側に径4cm大の規約1型の腫瘍で、左鼠径部に小豆大のリンパ節を触知した。肛門部扁平上皮癌の診断で3群リンパ節郭清を伴う直腸切断術、両側鼠径リンパ節郭清を施行した。病理組織学的所見は、squamous cell carcinoma, a1, n2(+), H0, P0, stage 3 b, 根治度Aであった。術後補助療法として骨盤腔に計3000cGyの放射線を照射し、化学療法として5-FU 150mg/日の経口投与を開始した。術後3年11ヵ月経過した時点では、再発はみられなかったものの呼吸不全にて他病死した。【症例2】患者は72歳、女性。鼠径部の腫瘍を主訴に来院した。1年前より左鼠径部腫瘍に気付いていたが放置、3ヵ月前から急速に増大してきたため近医を受診し肛門癌の診断で当科紹介となる。入院時、歯状線直上に径2cmの規約3型の腫瘍を認め、左鼠径部には8cm×5cmのリンパ節の腫大を認めた。生検の結果、肛門部扁平上皮癌の診断で3群リンパ節郭清を伴う直腸切断術、左鼠径リンパ節郭清を施行した。組織学的所見は、squamous cell carcinoma, mp, n4(+), H0, P0, stage 4, 根治度Cであった。術後、骨盤内および左鼠径部に計3980cGyの放射線を照射し、化学療法としてCDDP 10mg×3日間の全身投与を行った。また、5'-DFUR 600mg/日、PSK 3g/日の経口投与を開始した。術後6ヵ月目に左下肢の浮腫を認め、骨盤腔に5000cGyの放射線照射を追加した。以後、腫瘍の増大や再発徴候はなく経過は順調であったが、術後5年5ヵ月目に、回腸腔瘻を併発し重症肺炎および胆汁うっ滞による肝不全にて術後5年10ヵ月で他病死した。以上、肛門扁平上皮癌の2例について報告したが、2症例ともに症状の発生から診断までの期間が長く、手術時には既に高度進行癌であったにもかかわらず、集学的治療によって比較的長期の無再発生存が可能であった。

肛門扁平上皮癌症例の検討

斎藤 隆晴、星野 豊、寺島 雅典、木暮 道彦、松山 真一、神崎 憲雄、櫻村 省吾、大内 孝幸、後藤 満一

(福島県立医科大学医学部第1外科)

過去約17年間に経験した肛門扁平上皮癌症例4例を呈示する。尚臨床病理学的事項は大腸癌取扱い規約第6版により記載した。症例1：54歳女性、血便を主訴に直腸癌と診断された。昭和61年2月21日腹会陰式直腸切断術を施行した。肉眼所見はRbP, 1型, 最大径20mm, P0, H0, M(-), 腸管軸D2, 中樞側D2, 側方D2、病理所見は中分化scc、a1, ly1, v2, n1(+)(No.272L 3/3) ow(-), aw(-), ew(-), stage IIIa, cur Aであった。術後経口化学療法を施行、以後再発はみられなかったが、平成10年横行結腸癌(wel, mp)が出現、切除した。本患者は初回手術後17年の現在も無再発生存中である。症例2：60歳女性、血便を主訴に直腸癌と診断された。昭和63年9月26日腹会陰式直腸切断術を施行した。肉眼所見はRbP, 3型, 最大径47mm, P0, H0, M(-), 腸管軸D2, 中樞側D2, 側方D2、病理所見は低分化scc、a1, ly2, v2, n(-), ow(-), aw(-), ew(-), stage II, cur Aであった。術後CDDPによる化学療法を施行した。平成2年局所再発を認め放射線療法を施行。しかしその後骨転移、リンパ節転移が出現し、平成3年11月、術後3年2月で癌死した。症例3：49歳男性、右鼠径部の腫瘍を主訴に、直腸癌、骨盤浸潤と診断された。平成6年7月27日腹会陰式直腸切断術、右骨盤半切術を施行した。右外腸骨血管周囲に巨大なリンパ節転移巣があり、それが膀胱、骨盤へ浸潤していた。肉眼所見はRbP, 4型, 最大径80mm, P0, H0, M(-), 腸管軸D2, 中樞側D2, 側方D2、病理所見は低分化scc、a1, ly3, v2, n3(+), ow(-), aw(-), ew(-), stage IIIb, cur C, であった。術後まもなく骨転移が出現、放射線療法を施行したが、術後約半年で癌死した。症例4：54歳女性、血便にて肛門管扁平上皮癌と診断された。まず術前に22Gyの放射線照射に5'-DFUR 1200mg/dayを併用した。平成12年1月19日腹会陰式直腸切断術を施行した。肉眼所見はRbP, 3型, 最大径60mm, P0, H0, M(-), 腸管軸D2, 中樞側D3, 側方D0、病理所見は低分化scc、a2, ly3, v1, n4(+)(No.216), ow(-), aw(-), ew(-), stage IV, cur Cであった。術後はCDDPによる化学療法を施行した。しかしすぐに局所再発、骨転移、リンパ節転移が出現し、放射線療法を施行したが術後約10月で癌死した。考察：治癒した症例1は中分化型癌であったが、癌死した症例2～4はすべて低分化型癌であり、低分化型癌症例の予後は不良であった。その中で根治度Aの症例2は放射線化学療法で3年生存しえたことから、今後も積極的な集学的治療を試みるべきと思われた。

教室における肛門管扁平上皮癌及び痔瘻癌の治療経験

森 康治、森 康治、森 崇高、蓮江 健一郎、小方 二郎、河野 守男、和田 建彦、坂本 啓彰、馬島 亨、加藤 孝一郎、青木 達哉、小柳 泰久
(東京医科大学外科学第三講座)

【目的】教室における肛門管癌の臨床像を把握するため、肛門管扁平上皮癌（以下A群）と他の肛門管癌（以下B群）を比較し臨床病理学的検討を行い、また痔瘻癌の症例報告を付加する。【対象及び方法】対象は1991年から2002年に肛門管癌と診断された15例（扁平上皮癌3例、腺癌9例、粘液癌1例、印鑑環細胞癌1例、神経鞘腫1例）と痔瘻癌症例1例とした。なお、ポリペクトミー症例（3例）は除外した。方法は、肛門管癌については、疫学、臨床病理学的因子、治療法、予後で検討を行った。【結果】肛門管癌：性別はA群が男性3例、B群が男性6例、女性9例。平均年齢はA群69.3歳、B群66.8歳と差は無かった。肉眼分類はA群が1型1例、2型1例、3型1例で、B群は1型1例、2型4例、4型2例、5型2例であった。腫瘍最大径はA群が25.6mm、B群が45.2mmとA群が小さい傾向であった。深達度はA群は全てmpで、B群はmpが8例、a1が2例、a2が3例で、リンパ節転移はA群は全て陰性で、B群はn1(+)+2例、n2(+)+1例、またソケイリンパ節転移はA群には認めず、B群では3例に陽性であった。stageはA群が全て1、B群は1が2例、2が3例、3bが5例と、A群に進行度の低い傾向を認めた。リンパ管侵襲はA群では認めず、B群ではly13例、ly2 2例であった。脈管侵襲はA群がv1 1例、B群がv1 1例であった。放射線療法はA群で術前2例、B群で術前2例、術後1例であった。術式はA群が局所切除2例、直腸切断術1例で、B群が局所切除2例、直腸切断術10例であった。郭清度はA群がD3 1例、B群がD3 10例、側方郭清はA群が1例、B群が6例に施行された。再発はA群が10ヵ月後局所再発1例、他病死1例、術後7年無再発生存1例であり、一方、B群は皮膚転移1例、肝転移1例と他病死1例を除き全例生存している。生存期間はA群が平均1036日、B群が1629日とA群に短い傾向を認めた。痔瘻癌症例は1例で59歳男性。主訴は肛門痛。病悩期間は20年。術前生検にて確定診断つかず、臀部デブリートメント施行し粘液癌の診断のもと直腸切断術+両ソケイリンパ節郭清+左側方郭清を施行した。病理診断は3型、深達度不明、ly0、v0、両ソケイリンパ節転移陽性であった。術後2年腎不全にて死亡した。【まとめ】当科では、経験症例は3例と少ないが、肛門扁平上皮癌は腺癌に比べ腫瘍径が小さく縮小手術傾向にあった。しかし、腺癌は進行度が高いにもかかわらず直腸切断術を行うことにより生存期間を長く得られていることより、扁平上皮癌においても、術前放射線療法を行い、根治的手術を行うことにより治療成績の向上が得られると推察された。

肛門扁平上皮癌5例の検討

五代 天偉、山本 直人、塩澤 学、赤池 信、杉政 征夫、武宮 省治
(神奈川県立がんセンター 消化器外科)

【目的】大腸癌において扁平上皮癌は稀な症例である。今回、当科で経験した症例について報告する。【対象と方法】1990年から2002年までに当科で経験した大腸癌1377例中5例の扁平上皮癌を対象にし、各症例の報告及び臨床病理学的に検討した。【結果】(症例1) 67歳女性。主訴は排便時出血。下部直腸（以下Rb）腫瘍に対し直腸切断術を施行（scc,a2,n2,stage 3b）。術後290日目に局所再発し、435日目に死亡。無治療。(症例2) 71歳男性。主訴は便秘、血便。Rb腫瘍に対して直腸切断術を施行（scc,ai,n2,ly2,v1,ew+,h1,stage 4）。術後に放射線治療及びUFT-Eを内服。術後129日目に所属リンパ節再発し、289日目に死亡。(症例3) 66歳女性。主訴は排便時出血。肛門管（以下P）腫瘍に対し直腸切断術を施行（scc,a2,n2,ly1,v1,stage 3b）。術後427日目に鼠径リンパ節再発し、リンパ節摘出後に化学療法及び放射線治療を行った。1948日目で現在生存中。(症例4) 71歳女性。主訴は排便時出血。P腫瘍に対し直腸切断術を施行（scc,mp,n2,ly3,v2,ew+,stage 3b）。術後218日目に骨盤内再発し、285日目に死亡。無治療。(症例5) 37歳女性。主訴は排便時出血。P腫瘍に対し直腸切断術を施行（scc,ai,n0,ly0,v0,stage 3a）。術後685日目で再発なく、現在生存中。無治療。5症例の平均生存期間は981日で、MSTは435日であった。【結語】肛門扁平上皮癌5例を経験した。深達度は全例mp以深と進行癌の状態で見られ、病期分類では全例stage 3以上であり、予後が悪い疾患と考えられた。

肛門管扁平上皮癌の臨床病理学的検討—腺癌との比較

松永 浩明、中原 昌作、末原 伸泰、阿南 阿南、西原 一善、阿部 祐治、井原 隆昭、岩下 俊光、勝本 富士夫、玉江 景好、光山 昌珠
(北九州市立医療センター外科)

【目的】肛門管に発生する癌腫は同部の解剖学的特徴により多彩であるが、扁平上皮癌と腺癌で90%以上を占めるとされている。今回、肛門管扁平上皮癌を同部に発生した腺癌と比較し、臨床病理学的検討を行った。【対象・方法】対象は肛門管に腫瘍の主座を置く扁平上皮癌14例(S群)と腺癌27例(A群、高分化14例、中分化3例、低分化4例、粘液癌6例)とした。両群を年齢、性差、主訴、腫瘍径、肉眼型、進達度、脈管侵襲、リンパ節転移、病理組織学的病期、再発・転移部位、予後について比較検討した。【結果】1)有意差が見られた因子は、性差と病理組織学的病期であった。性差は女性に関して、S群11例(79%)、A群11例(41%)とS群に多く見られ($p=0.02$)、病理組織学的病期はstage Iに関して、S群1例(7%)、A群11例(41%)とA群に多く見られた($p=0.04$)。2)リンパ節転移はS群4例(29%)、A群9例(33%)に認めた。鼠径リンパ節転移、側方リンパ節転移は、S群ではそれぞれ5例(36%)、1例(8%)に、A群4例(15%)、3例(11%)に認めリンパ節転移様式に相違が見られた。3)手術術式はS群13例に腹会陰式直腸切断術、A群では19例に腹会陰式直腸切断術、6例に骨盤内蔵全摘術、2例に局所切除術が施行された。4)再発形式はS群では(肝2例、肺2例、局所2例、鼠径リンパ節3例)、A群は(肝1例、肺5例、局所5例、鼠径リンパ節1例)と差は無かったが、S群の異時性鼠径リンパ節再発3例中2例は、再発治療後の長期生存を認めた。5生率に関しては、両群間に差は認めなかった。【結語】肛門管扁平上皮癌と腺癌では、性差、病理組織学的病期の相違とともに、リンパ節転移様式、鼠径リンパ節等の再発に対する治療の有効性などに差が見られた。肛門管扁平上皮癌の手術、補助療法を含めた治療方針の決定に際しては、同時性、異時性の鼠径リンパ節転移に対する注意が必要であると思われる。

肛門管扁平上皮癌および痔瘻癌に対する治療成績の検討

鯉沼 広治¹、岡田 真樹¹、宮倉 安幸¹、遠藤 則之¹、堀江 久永¹、小島 正幸¹、紫藤 和久¹、佐藤 知行¹、永井 秀雄¹、小西 文雄²

(¹自治医科大学消化器一般外科、²自治医科大学大宮医療センター外科)

【はじめに】肛門管扁平上皮癌は、結腸・直腸癌に比べ悪性度が高く、予後不良とされている。しかし、肛門管扁平上皮癌に対する治療法は、最近30年間でMiles手術から化学+放射線療法へと大きく変化し、良好な治療成績が報告されてきている。またQOLの観点から「局所コントロール、括約機能温存、人工肛門の回避」も治療法選択における重要な因子と考えられるようになり、病期に応じた適切な治療が要求されている。そこで今回、当科における治療法の選択、成績を症例ごとに評価し、肛門癌に対する治療方針について検討した。また、痔瘻癌においてしばしば問題となる診断および治療成績についても検討した。【対象】1976年から2003年までに当科で経験した大腸癌症例のうち、臨床および病理組織所見の評価が十分可能であったものを対象とした。【検討1】臨床、組織学的に肛門管扁平上皮癌と診断された6例(男:女=2:4、平均年齢58歳)につき検討した。治療法は、腹会陰式直腸切断術(以下APR)、局所切除(以下Loc)、局所切除+放射線療法(以下Loc+Rad)、化学療法+放射線療法(以下Chemo+Rad)とした。【結果1】(症例1、2) Stage I (smおよびmp、N-)、LocおよびLoc+Rad、無再発生存中(10、12年)。(症例3) Stage II (a1、n-)、APR、20ヶ月観察時まで無再発。(症例4) Stage I (m、N-)、Loc+Rad、無再発生存中(4年9ヶ月)。(症例5) Stage IIb (a1、n2)、Chemo+Rad (low-dose FP)、腫瘍は完全消失(CR)、5ヶ月間無再発。(症例6) Stage IV (肺転移あり)局所コントロールのためChemo+Rad (low-dose FP) 施行、著明な腫瘍縮小効果を認めた(PR)。5ヶ月後原病死。【結論1】肛門管扁平上皮癌に対しては、局所切除可能(m~mp)で遠隔転移であれば局所切除+放射線(+化学療法)、局所切除不可能(mp~ai)であれば化学+放射線療法、その後腫瘍が残存した場合APRという当科の治療方針は妥当なものであると考えられた。【検討2】痔瘻の既往を有し、組織学的にも痔瘻との関連が示唆された5例につき検討した(男:女=4:1、平均年齢69.2歳)。【結果2】痔瘻罹患期間は1~50年(平均17.4年)。3例が痔瘻手術の際の組織/細胞診で診断されていた。高分化腺癌3例、粘液癌2例。膀胱浸潤を有する1例を除いた4例に対しAPRが施行された。痔瘻を基盤とするため深達度が高い傾向があった(a2:2例、ai:2例)がリンパ節転移例は認めなかった。1例でew+であり、放射線治療が追加された。生存期間は、ew- (3例)で17ヶ月~6年8ヶ月(含他病死1例)、ew+で15ヶ月、非手術例で2年であった。【結論2】痔瘻癌手術に際し、断端陰性かつリンパ節転移陰性症例では長期予後が期待できる可能性があると考えられた。

当院における肛門扁平上皮癌・痔瘻癌症例の検討

斉藤 良太¹、大矢 雅敏¹、上野 雅資¹、畦倉 薫¹、太田 博俊¹、山口 俊晴¹、武藤 徹一郎¹、小口 正彦²、山下 孝²、水沼 信之³、島 清彦³、柳澤 昭夫⁴、加藤 洋⁴
 (1)癌研究会附属病院消化器外科、2)癌研究会附属病院放射線科、3)癌研究会附属病院化学療法科)

当院で経験した肛門癌・痔瘻癌症例の臨床病理学的所見および治療成績について遡及的に検討した。【対象と方法】1980年～2002年の間に当院で治療を行った肛門扁平上皮癌症例12例(腺扁平上皮癌1例を含む)、痔瘻癌症例4例の臨床病理学的所見および治療成績を検討した。なお、同期間の肛門管腺癌は19例であった。【肛門扁平上皮癌】平均年齢63.4歳(45～84歳)、男性3例、女性9例で女性が多かった。発症部位は歯状線より口側主体4例、歯状線より肛側主体4例、肛門縁付近4例であった。壁深達度はpTis 2例、pT1 1例、pT3 6例、pT4 3例であった。治療は手術のみ8例、手術+放射線療法3例、放射線化学療法のみ1例で、手術術式は骨盤内蔵全摘術(TPE)1例、直腸切断術(APR)8例、局所切除術(LE)2例(ともにTis症例)であった。リンパ節郭清を伴う手術を施行した9例は全例がリンパ節転移を伴い、そけいリンパ節転移7例、側方転移5例で上方向転移のみ陽性は1例であった。非治癒切除3例中2例が術後3カ月以内に在院死し、無再発7例中2例が他臓器癌により死亡、術後5年生存率は38.9%と不良であった。そこで最近では、肛門扁平上皮癌に対しては放射線化学療法(CRT)を第1選択の治療としており、74歳女性、5cm大のT4病変に対して、5FU+CDDP+MMCを併用して計63Gyの照射を行いCR、治療開始後17カ月経過し無再発生存中である。【肛門管腺癌との比較】肛門扁平上皮癌と肛門管腺癌とを比較すると腫瘍径、壁深達度(pT因子)、上方向リンパ節転移陽性率、側方リンパ節転移陽性率に差はなかったが、そけいリンパ節転移は肛門扁平上皮癌で高率であった。肛門管腺癌の5年生存率は55.3%と肛門扁平上皮癌よりも良好な傾向にあり、T2以深の例に限っても同様であった。【痔瘻癌】痔瘻の型は2例が括約筋貫通、1例が筋間痔瘻、1例は不明であった。症例1：48歳男性、2.5cm大の高分化腺癌。mp, n0。APR施行後36カ月無再発生存中。症例2：53歳女性、8cm大の高分化腺癌。ai, 上方向・側方・そけいリンパ節転移(+), APR施行, ew(+), 術後7カ月で死亡。症例3：60歳男性、6cm大の粘液癌。a1, n0。APR施行後18カ月で局所再発、再発病巣を切除したが初回術後40カ月で死亡。症例4：64歳女性、6cm大の高分化腺癌。ai, そけいリンパ節転移あり。TPE施行後16カ月で脳転移、他院で転移巣切除を施行するも初回術後43カ月で死亡。【結論】肛門扁平上皮癌、痔瘻癌ともに進行例が多く、側方郭清やそけいリンパ節郭清を伴うAPRやTPEを行っても進行例の予後は不良である。肛門扁平上皮癌ではCRTを第1選択の治療とすべきであり、痔瘻癌では術前CRTを併用する治療が望ましいと考えられる。

肛門管扁平上皮癌、痔瘻癌に対する治療法の検討

原 賢康¹、平井 孝¹、金光 幸秀¹、加藤 知行¹、不破 信和²

(1)愛知県がんセンター 消化器外科、2)愛知県がんセンター放射線治療部)

肛門扁平上皮癌は従来直腸切断術(以下APR)が第一選択とされてきたが、最近では化学放射線療法が第一選択として普及しつつある。当院でも1998年に第一選択を放射線化学療法とした。そこで今回は従来の手術療法と新しい化学放射線療法の治療成績についてretrospectiveに比較検討した。【症例】1965年から2003年5月までに経験した16例の肛門管扁平上皮癌(うち痔瘻癌2例を含む)を対象とした。主占居部位は全例肛門管(P)で肛門周囲皮膚(E)はみられなかった。先行する治療法は手術9例、放射線治療1例、放射線化学療法6例であった。手術先行例は組織stageI: 3例、stageII: 1例、stageIIIB: 4例(25陽性1例、単径リンパ節3例)stageIV 1例、2例は非治癒切除であった。治癒切除例の術式はAPR 6例(側方郭清施行は2例、単径郭清は2例施行)、局所切除1例であった。化学放射線療法先行は6例(TMN stageII: 2例、stageIIIB: 4例)で4例で単径リンパ節陽性であった。薬剤レジメンは5FU/CDDPの2剤併用で、重篤な副作用の予防のため化学療法と放射線療法を交互に行っている。投与方法としては5FU 700mg/m²/日を5日間施行後CDDP50mg/m²/日を2日間施行、その後大照射野で1回1.8Gyずつ約4週間計30～43Gy照射、化学療法の2クール目を行った後局所、単径リンパ節を照射した。【結果】治癒切除7例の転帰は無再発生存4例、癌死2例、他病死1例で5年生存率は67%、初再発形式は2例が単径リンパ節転移でその後1例は他病死、もう1例は腹腔内リンパ節転移を来し死亡した。非治癒手術であった2例は術後放射線療法を施行。1例はN4H1のため人工肛門造設したのみで骨盤、単径に対し放射線治療を施しペレオマイシン、MMCを投与したが効果見られず死亡した。他の1例はAPR施行したが前立腺浸潤部が遺残、同部位に対し照射施行したが肺転移出現したためプレオマイシン投与するもその後呼吸状態悪化し死亡した。化学放射線療法先行例の治療の一次効果はCR 4例、PR 2例、NC 1例(局所CR、単径リンパ節NC)で、NC例では残存リンパ節に対し外科的切除を施行した。CR、PR症例では現在までのところ再発を認めおらず追加治療を必要としない(中央観察期間4.1ヶ月、最短5ヶ月、最長4年3ヶ月)。奏効率は83%であった。有害事象としてはgrade2以上の血液毒性3例、皮膚炎5例、下痢3例がみられた。肛門機能に関しては全例通常の排便は可能で人工肛門造設を要した患者はいなかった。【考察】肛門管扁平上皮癌に対する化学放射線療法は手術療法と同等な好成績をあげており、QOLの面からも肛門管扁平上皮癌の標準治療として十分認められるものと思われた。ただしその投与方法としては副作用を減らす更なる工夫が必要と思われた。

肛門管扁平上皮癌と痔瘻癌について

松本 昌久、丸田 守人、前田 耕太郎、花井 恒一、佐藤 美信、升森 宏次、小出 欣和、松岡 宏、岡本 規博、勝野 秀稔、古賀 崇、中村 悟、石川 太郎、船橋 益夫
(藤田保健衛生大学病院外科)

[目的] 肛門管は、他の大腸と比較し組織学的、解剖学的に違いがある。そこで肛門管にかかる大腸癌の特徴を明らかにするために、特に肛門管扁平上皮癌と痔瘻癌について検討した。[対象と方法] 1988年から1999年までに教室で経験した肛門管にかかる大腸癌97例を対象とした。平均年齢は61.5歳で、男女比55:42である。肛門管扁平上皮癌については、治療法、再発、予後について、痔瘻癌については、痔瘻の病悩期間、組織型、治療法、再発、予後について検討した。教室では歯状線にかかる癌に対しては鼠径部のリンパ節サンプリングを行っており97例中60例にこれを行った。[結果] 組織型は、高分化腺癌54例、中分化腺癌20例、低分化腺癌5例、粘液癌12例、扁平上皮癌2例、不明4例であった。主占居部位は、下部直腸癌が80例、肛門管癌が17例でその内痔瘻癌が4例であった。肛門管扁平上皮癌と痔瘻癌を除いた根治手術率は87.9%。再発率は34.9%、3年生存率は67.5%で鼠径リンパ節転移陽性は60例中8例13.3%であった。肛門管扁平上皮癌は、51歳女性と69歳男性で、治療は1例は手術のみで、もう1例は手術後に放射線50Gyと抗癌剤を投与した。根治度はどちらもAで、側方郭清、鼠径リンパ節サンプリングを施行したがいずれも陰性であった。1例は無再発生存で、他の1例は2ヶ月後に局所再発を認め約9ヶ月で死亡した。痔瘻癌は、男性4例で平均62歳で、痔瘻の病悩期間は平均20年で、組織型は粘液癌3例、高分化腺癌1例であった。根治度は3例がAで、1例はCであり、全例に側方郭清、鼠径リンパ節サンプリングを施行しており1例が陽性であった。治療は、2例は手術のみで、2例に手術と放射線50Gyを施行した。放射線を施行した2例は再発して、54ヶ月、22ヶ月で死亡し、手術のみの1例は無再発生存、もう1例は31ヶ月で他因死した。[まとめ] 肛門管にかかる大腸癌は、根治手術率は87.9%。再発率は34.9%、3年生存率は67.5%で鼠径リンパ節転移陽性は13.3%であった。教室では、12年間に肛門管扁平上皮癌2例、痔瘻癌4例を経験した。症例が少なく検討は困難だが、治療は外科的に切除ができれば予後は良好で、放射線療法の効果は不十分と考えられた。

肛門扁平上皮癌および痔瘻癌症例について

小高 雅人、斎藤 典男、小野 正人、杉藤 正典、伊藤 雅昭、小杉 千弘、佐藤 和典、野村 悟
(国立がんセンター東病院下腹部骨盤外科)

過去10年間に経験した肛門扁平上皮癌2例および痔瘻癌3例を検討した。(肛門扁平上皮癌) 症例1は51才、女性。便潜血を主訴に平成15年1月近医受診。大腸癌を疑われ、当院紹介受診。大腸内視鏡にて肛門管に0-1sp型腫瘍を認め、生検にて扁平上皮癌と診断。T2 N0 M0 Staggell 肛門扁平上皮癌の診断で、平成15年2月より放射線化学療法を施行。症例2は66才、女性。肛門出血および肛門部違和感を主訴に平成12年11月近医受診。大腸癌の診断で当院紹介受診。大腸内視鏡にて肛門管に0-IIc型腫瘍を認め、生検にて扁平上皮癌と診断。T2 N0 M0 Staggell 肛門扁平上皮癌の診断で平成13年1月より放射線化学療法を施行。効果はCRで、平成15年1月30日現在再発は認めていない。(痔瘻癌) 症例1は44才、男性。10年間痔瘻にて自然排膿を繰り返していたが、改善しないため近医受診。痔瘻の診断で平成6年8月根治術施行される。しかし、手術の際粘液の排出が多く、病理にて粘液癌の診断を得たため、当院紹介となる。平成6年9月痔瘻癌の診断で腹会陰式直腸切断術を施行。平成14年7月現在、無再発生存中である。症例2は63才、男性。平成7年3月肛門痛を主訴に近医受診。痔瘻の診断で、4月痔瘻根治術を施行される。平成9年7月再び肛門痛を自覚し近医にて切開排膿されるも、粘液の排出が多く、病理にて粘液癌の診断を得たため、当院紹介となる。平成9年9月痔瘻癌の診断で腹会陰式直腸切断術を施行。術後病理診断はT2 N2(LN293(+)) M0であった。平成15年2月会陰再発疑われ精査中である。症例3は55才、男性。平成13年5月肛門痛を主訴に近医受診。痔瘻の診断にて切開排膿される。同年11月肛門痛増強し、平成14年2月近医にて痔瘻の診断で痔瘻根治術施行され、病理にて粘液癌の診断であったため、当院紹介となる。平成14年4月痔瘻癌の診断で腹会陰式直腸切断術を施行。術後病理診断では癌の遺残なく、リンパ節転移も認めなかった。平成15年5月現在再発は認めていない。(まとめ) 1.肛門扁平上皮癌は放射線化学療法が奏功し、1例は2年無再発生存中である。2.痔瘻癌は全例、腹会陰式直腸切断術を施行。7年10ヶ月、5年4ヶ月、1年1ヶ月生存中である。

痔瘻癌の臨床病理学的特徴--- 診療上の留意点について---

尾崎 宣之¹、横山 幸生¹、福田 誠²、山下 裕也²、山本 裕俊¹、岡崎 伸治¹、大城 一¹、藤村 美憲¹、西村 令喜¹、馬場 憲一郎¹、松田 正和¹

(¹熊本市市民病院、²上天草総合病院)

【目的と対象】最近15年間に当科で経験した大腸悪性腫瘍945症例中、痔瘻癌5例(0.5%)を対象にして、診療上の留意点を明らかにすべく臨床病理学的検討を行った。【結果】(1)臨床所見：平均年齢は66.4(48-82)歳、男性3例、女性2例であった。症状として全例に肛門痛が、その他、粘液分泌・腫瘍触知がみられた。痔瘻診断から痔瘻癌発見までのインターバルは、平均22.9±27.9年(1.6年～60年)と幅がみられた。腫瘍占拠部位ではRb3例、P2例であった。(2)病理組織学的所見：肉眼型は限局潰瘍型3例、その他2例で、最大腫瘍径4.6cm(3.0-7.5)であった。組織型では粘液癌が4例(80%)と圧倒的に多く、残る1例は扁平上皮癌であった。深達度はa2以深が3例、mp2例、リンパ節転移は3例(60%)にみられた。尿管侵襲は過半数の症例では軽度であった。組織学的病期Iは1例のみで、残る4例はIII(IIIa:2, IIIb:2)と、進行例が大多数であった。(3)治療：全例に腹会陰式直腸切断術が施行され、その内の2例にはew陽性のため術後照射が行われた。(4)予後：死亡例は3例でその平均生存期間は3.5±0.4年であった。残る2例は経過観察中(術後経過は1年以下)である。【結語】(1)痔瘻癌は比較的稀な疾患で、早期発見のためには同疾患を念頭においた診断計画が重要である。(2)治療成績改善の方策として術前照射等の必要性が示唆された。

痔瘻癌の診断と治療=アンケート=

加藤 健志^{1,2}、福永 睦²、三嶋 秀行²、大西 直²、富永 修盛²、木村 文彦²、下向 博洋²、福地 成晃²、岡 博史²、奥 邦彦²、大植 雅之²、関本 貢嗣²、門田 守人²

(¹箕面市立病院、²臨床外科共同研究会大腸分科会)

(はじめに)痔瘻癌は痔疾患と共通する症状を呈することが多く、良性疾患との鑑別診断に難渋する症例が多い。さらに比較的まれな疾患で、1施設で多くの症例を経験することが少ないことも、確定診断に難渋する原因のひとつである。そこで痔瘻癌の特徴を解明することを目的として、大阪大学病態制御外科とその関連病院で組織される、臨床外科共同研究に所属する施設の症例を集積したので報告する。(方法)各施設にアンケート形式で調査した。(結果)25施設よりアンケートを回収し、経験した痔瘻癌は14症例であった。同じ時期に25施設で経験した大腸癌症例数は15711例で、痔瘻癌は大腸癌約1200例に1例の割合で認めた。主訴は出血と疼痛で9例。痔瘻の炎症期間は0.5年から31年で平均15.8年であった。確定診断法は内視鏡下などの生検が7例、腰椎麻酔下切離生検が3例、細胞診が2例で、ムチンの細胞診陽性率は28%であった。また1例は術後に確定診断がついていた。画像診断ではMRIが比較的有効であった。(まとめ)痔瘻癌は稀な疾患で、痔瘻に併発して出血、疼痛、狭窄を認めた症例では、本症例を考慮して検査を進める必要がある。

痔瘻癌の3例

廣 純一郎、尾嶋 英紀、小林 美奈子、井上 靖浩、三木 誓雄、楠 正人

(三重大学第二外科学教室)

痔瘻癌の3例三重大学第二外科学教室廣純一郎、尾嶋英紀、小林美奈子、井上靖浩、三木誓雄、楠正人(はじめに)1992年1月より2003年4月までに3例の痔瘻癌を経験し、文献の考察を加えて報告する。(症例1)66歳男性。47歳時(1974年)痔瘻根治術施行。1992年2月頃より痔瘻再発を認め、Seton's drainageを受けるが、再発を繰り返す。1993年1月より粘液性分泌物を認めるようになり、生検施行。高分化型腺癌と診断。1993年4月9日腹会陰式直腸切断術、左鼠径リンパ節郭清を施行。a1,n2(+),ly1,v0であった。1996年5月17日早期胃癌にて胃部分切除術施行。高分化型腺癌:m,n0,ly0,v0であった。現在まで無再発生存中。(症例2)53歳男性。44歳時(1988年)痔瘻根治術施行。1997年6月頃より痔瘻術後部分の硬結を認め、1997年8月8日経肛門的に生検を施行。粘液癌と診断され、1997年9月19日日腹会陰式直腸切断術施行。mp,n(-),ly1,v0であった。現在まで無再発生存中。(症例3)49歳男性。36歳頃(1981年)より肛門痛あるが放置。1994年7月15日複雑痔瘻・肛門周囲膿瘍の診断にて切開排膿術。8月19日痔瘻根治術を施行。以後痔瘻再発を繰り返し、肛門狭窄を認めたため、1995年12月6日S状結腸人工肛門造設術施行。1996年3月頃より肛門に腫瘤を触知。生検にて粘液癌と診断。1996年5月24日腹会陰式直腸切断術施行。a2,n(-),ly2,v0であった。術後放射線治療(1.8G×33回)、補助化学療法(UFT-E300mg/日)を施行。術後5年目に局所再発を認め、会陰部腫瘍切除術施行するが、術後6年6ヶ月、腹膜播種にて死亡。(まとめ)再発を繰り返す難治性慢性痔瘻に対しては、厳重な経過観察と痔瘻癌を念頭において診断および治療に当たることが重要であると考えられた。

痔瘻癌3切除例の検討

松井 孝至、固武 健二郎、小山 靖夫

(栃木県立がんセンター)

過去17年間に当院で切除した大腸癌1099例のうち肛門癌(P)は10例(0.9%)のみであった。このうち、いわゆる痔瘻癌に相当すると考えられた3例(0.3%)について報告する。

【症例1】58才男性。1989年7月当院において早期胃癌に合併した痔瘻に対し瘻孔切除術を施行。切除標本にはゼリー状の粘液塊が認められたが明らかな悪性所見は認めなかった。1997年7月CEA値が上昇し、同年9月骨盤CTで痔瘻切除痕跡部会陰皮膚から肛門挙筋を越え直腸周囲におよぶ大きな腫瘤陰影が認められた。会陰部生検でも粘液癌が確認されたため、同年12月精囊・前立腺部分切除、尾骨切除を伴う腹仙骨式直腸切断術を施行。病理診断はmuc, a2, ly0, v0, ew(-), n(-)。術後5年5ヶ月無再発生存中である。

【症例2】39才男性。20才時より肛門痛と肛門周囲皮膚の瘻孔からの排膿を繰り返していた。1990年4月、前医にて肛門狭窄を指摘され、狭窄部の生検から腺癌と診断されて当院を紹介された。肛門癌の診断で同年8月腹会陰式直腸切断術を施行。病理診断はmod, a1, ly1, v1, ew(-), n1(+)。1992年5月局所再発をきたし、術前照射と骨盤内臓全摘術を施行。病理診断はmod, ly1, v1, ew(-), n(-), Ef-1a。術後骨盤死腔炎を併発し、1993年1月筋皮弁による死腔充填術を施行。1994年4月局所再々発をきたし同年6月右恥骨坐骨部分切除を伴う再々発巣切除、筋皮弁充填術を施行。しかし、腸閉塞、小腸穿孔を来とし、APR後5年4ヶ月で癌死した。

【症例3】45才男性。1995年より会陰部の疼痛が出現し、1997年11月に前医にて肛門周囲膿瘍と診断された。計4回の切開排膿を受けたが会陰部の硬結が増大し、次第に明らかとなった粘液分泌の細胞診で印環細胞を伴う低分化腺癌が確認された。当院を紹介され、2001年7月仙尾骨・前立腺後葉合併切除を伴う腹仙骨式直腸切断術および筋皮弁による会陰形成術を施行。病理診断はmuc, a2, ly1, v0, ew(-), n(-)。術後1年10ヶ月無再発生存中である。

【結語】一般に痔瘻癌は長期間に痔瘻が持続する症例に発生する。われわれは比較的若年に発生した痔瘻癌と考えられる3例を経験した。痔瘻癌は隆起や潰瘍を形成し難く、壁外性に進展するため下痢・下血・閉塞等はまれで、粘液分泌を特徴とする。発育は緩徐で遠隔転移はまれであるため、予後は比較的良好とされる。痔瘻の長期経過例には癌合併を念頭においたサーベイランスを行う必要がある。

痔瘻癌の臨床病理学的検討

岡本 欣也、岩垂 純一

(社会保険中央総合病院大腸肛門病センター)

【はじめに】肛門管癌の中には長期の痔瘻の既往を有する痔瘻からの癌発生と考えられる痔瘻癌が存在する。痔瘻癌の首座は肛門管外に存在するため早期診断は難しいことが多い。当センターで経験した痔瘻癌の特徴を明らかとし、臨床病理学的検討を行った。【対象】1964年7月から2003年4月までに当センターで経験した痔瘻癌は64例であった。痔瘻の既往が10年に満たない症例も臨床経過、病理所見より痔瘻癌に含めた。【成績】1.性別 男性54例、女性10例、男女比は6.4:1 2.痔瘻の罹患期間 平均22.2±11.2年 3.発見動機：臨床症状の変化 痔瘻が発生してから異なる症状の出現(直腸肛門狭窄、疼痛、硬結、排膿、コロイド分泌)72%、再発を繰り返す難治性痔瘻13%であった。4.確定診断が可能であった生検部位は硬結部、狭窄部、瘻管壁、二次口、コロイド物質であった。5.手術術式は腹会陰式直腸切断術61例、骨盤内臓全摘術1例、人工肛門造設術2例であった。6.肉眼形態分類では全例が粘膜下から筋層にかけて発育する分類不能型の5型、病理組織学的分類では粘液癌42例(65%)が多く、ついで腺癌18例(28%)であった。壁深達度はpm 3例(5%) a1 5(8%) a2 48例(76%) ai 7例(11%)であり、a2以上の深達度が、84%であった。切除断端ow,awともに前例(-)であるが、ew(+)は36例(57%)であった。【結論】長期の痔瘻の継続を認め、それまでとは異なる疼痛、排膿を訴える場合、通常の痔瘻にみられない直腸肛門狭窄やコロイド分泌をみた場合は痔瘻癌を疑い、生検を行う。その際、末梢だけでなく中心の深い部分、痔瘻内容も含めたあらゆる部分からの生検を行う。また生検が陰性でも疑わしい場合は再度生検を繰り返す必要がある。痔瘻癌は局所の浸潤、増殖が強く、長期にわたる慢性炎症による瘢痕性の癒着も認めるため腫瘍の完全切除が難しい。

痔瘻に発生した管外発育型肛門管癌の検討

佐村 博範、山田 一隆、柴田 直哉、緒方 俊二、柴北 宗顕、福永 光子、佐藤 公治、淵本 倫久、楯 英毅、野崎 良一、高野 正博

(大腸肛門病センター 高野病院)

【目的】痔瘻に発生した管外発育型肛門管癌を、痔瘻が10年以上経過した痔瘻癌と10年未満の症例にわけて、その臨床的相違点について検討した。【対象・方法】(1)1982年から2002年において、多重癌を認めず、先行する痔瘻に発生し管外発育型を呈した肛門管癌の12例を対象とした。(2)痔瘻発症より10年以上経過した痔瘻癌(A群:8例)と10年未満の症例(B群:5例)において、臨床病理学的所見および予後を両群で比較検討した。【結果・考察】(1)全例男性で、平均年齢63.9±16.4歳(平均±2SD)であり、両群間に有意差は無かった。先行する痔瘻の病型に関しては、A群で隅越分類II型3例、III型2例、IV型3例であり、B群ではII型1例、III型1例、II+III型1例、IV型2例であった。痔瘻発症から癌の確認までの平均経過はA群16.3年(10.1-29.8)、B群0.6年(0.3-1.2)であった。(2)組織型に関しては、A群では粘液癌5例、腺癌3例であり、B群では粘液癌1例、腺癌2例、扁平上皮癌1例、未分化癌1例であった。(3)治療にかんしては、A群の切除例が7例で、遠隔転移と局所の過進展のため非切除が1例であった。B群の切除例は4例で、遠隔転移のため非切除が1例あった。なお、切除例の手術方法は腹会陰式直腸切断術9例、骨盤内臓全摘術1例、局所切除術1例であった。(4)根治度に関しては、A群では根治度Aが3例、根治度Bが2例、根治度Cが3例であった。B群では根治度Aが2例、根治度Cが3例であった。(5)生存率に関しては、A群の根治度AおよびBの5例ではそれぞれ1例ずつソケイリンパ節再発を認め、そのうち根治度Bの1例が2年3ヶ月で死亡しており、5年生存率が75%であった。B群根治度Aの2例では再発は無く5年生存率100%であった。【まとめ】痔瘻罹患歴が10年未満の痔瘻発生癌では10年以上の痔瘻癌と比べて明らかな臨床的相違点を認めなかった。

教室で経験した痔瘻癌7例についての臨床報告

小片 武、三好 正義、橋口 陽二郎、上野 秀樹、藤本 肇、
上野 力、相澤 亮、小泉 和也、長昌 秀年、望月 英隆
(防衛医科大学校第1外科)

【はじめに】教室では大腸癌2491例中51例の肛門管癌を経験した(1978-2001年)。このうち痔瘻癌は7例(大腸癌全体の0.3%、肛門管癌の13.7%)と極めて稀であった。痔瘻癌の定義としては、1)癌が痔瘻の前に存在したことを除外することができるだけの長期間にわたって、痔瘻が炎症を繰り返している(少なくとも10年以上)、2)痔瘻の部分に疼痛や硬結が起こってくる、3)ムチン様分泌物がみられる、4)直腸・肛門の他の部位に原発癌が存在しない、5)瘻管開口部が肛門管または肛門陰窩に存在する、とされている。この定義を満たした痔瘻癌7例について臨床病理学的に検討を加えた。【性別、年齢】全例が男性で手術時平均年齢は58.0歳(48-63歳)であった。【診断】痔瘻の罹患期間は平均20年間で10-20年3例、20-30年2例、30年以上1例で1例は詳細不明であった。主訴は肛門部痛4例、肛門狭窄2例、排便時出血1例であった。7例中3例は大腸内視鏡下生検にて痔瘻癌と診断されたが、4例は痔瘻手術の切除標本より発見されたものであった。【治療】4例に腹会陰式直腸切断術、2例に骨盤内蔵全摘術、1例に腹仙骨式直腸切断術を施行した。肉眼型は5型が4例、3型が2例、2型が1例で、腫瘍最大径は平均4.6cm(2.4-10.0cm)であった。主組織型は高-中分化型腺癌が3例、粘液癌が3例、低分化型腺癌が1例であった。病理組織学的に4例が根治度Aであり、4群リンパ節転移陽性(根治度B)が1例、ew(+)(根治度C)が2例であった。stageIIが4例でstageIIIa、IIIb、IVが各1例ずつであった。【成績】7例中3例が再発なく生存しており、その平均観察期間は86.8ヶ月(49-111ヶ月)であった。このうちの1例はew(+のために、術後放射線照射を施行した2例のうちの1例で、術後49ヶ月経過した現在も観察中の症例である。一方、再発した4例の再発形式としてはstageIIとIIIbの2例がそれぞれ術後10ヶ月、13ヶ月での鼠径リンパ節転移であり、うち1例は原癌死した。ew(+でstageIIIaの1例は左側尿道と仙骨への転移を認めたが現在、外来にて化学療法施行中である。stageIVの症例は骨盤内リンパ節転移から原癌死した。【まとめ】1.大腸癌における痔瘻癌の割合は0.28%と極めて稀であった。2.痔瘻癌は進行例が多く、予後不良であった。3.ew(+であった症例が7例中2例あり、手術の際には可能な限り癌浸潤を疑う部位までの切除が必要であると考えられた。4.ew(+であっても術後放射線照射によって予後が改善しうる可能性が考えられた。

痔瘻癌の臨床病理学的特徴--- 診療上の留意点について---

尾崎 宣之¹、横山 幸生¹、福田 誠²、山下 裕也¹、山本 裕俊¹、岡崎 伸治¹、大城 一¹、藤村 美憲¹、馬場 憲一郎¹、西村 令喜¹、松田 正和¹
(¹熊本市民病院、²上天草総合病院)

【目的と対象】最近15年間に当科で経験した大腸悪性腫瘍945症例中、痔瘻癌5例(0.5%)を対象にして、診療上の留意点を明らかにすべく臨床病理学的検討を行った。【結果】(1)臨床所見：平均年齢は66.4(48-82)歳、男性3例、女性2例であった。症状として全例に肛門痛が、その他、粘液分泌・腫瘤触知がみられた。痔瘻の診断から痔瘻癌発見までのインターバルは、1.5年~60年(平均22.9年)と幅がみられた。腫瘍占拠部位ではRb3例、P2例であった。(2)病理組織学的所見：肉眼型は限局潰瘍型3例、その他2例で、最大腫瘍径は平均4.6cm(3.0-7.5cm)、組織型では粘液癌が4例(80%)と圧倒的に多く、残る1例は扁平上皮癌であった。深達度はa2以深が3例、mp2例、リンパ節転移は3例(60%)にみられ、脈管侵襲は過半数の症例では軽度であった。組織学的病期Iは1例のみで、残る4例はIII(IIIa:2、IIIb:2)と進行したものが大多数であった。(3)治療：全例に腹会陰式直腸切断術が施行され、その内の2例にはew陽性のため術後照射が行われた。(4)予後：死亡例3例の平均生存期間は3.5年で、残る2例は経過観察中(術後経過は1年以下)である。【結語】(1)痔瘻癌は比較的稀な疾患で、早期発見のためには同疾患を念頭においた診断計画が重要である。(2)治療成績改善の方策として術前照射等の必要性が示唆された。

痔瘻癌の検討

山岸 茂¹、池 秀之¹、斎藤 修治¹、山田 六平¹、久保田 香¹、藤井 正一²、市川 靖史²、大木 繁男²、今田 敏夫¹、嶋田 紘²

(¹横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター、²横浜市立大学第2外科)

【目的】痔瘻癌の特徴を臨床病理学的に検討した。
【対象と方法】1992年4月から2003年3月までに当科で経験した痔瘻癌4例を対象とし、臨床病理学的に検討した。【結果】全例男性で、平均年齢は58歳であった。痔瘻の平均罹患年数は14.6年であった。4例のうち切除は3例に施行した。切除3例のうち根治度Aが2例、根治度Cが1例で非治癒の理由は坐骨結節内側への浸潤によるew (+)であった。39歳で非切除となった症例はP3だった。根治度Aの2例は痔瘻罹患歴が30年、17年と長期であるのに対し、根治度C症例は3年、非切除例は9年と比較的短期間であった。平均腫瘍径は12 cmであり根治度Aでは7 cm、8 cmであったが、根治度Cの症例は26 cmと巨大な痔瘻癌であった。肉眼型はすべて5型で、組織型は粘液癌が3例、adenosquamous carcinoma が1例であった。深達度とリンパ節転移については、根治度Aの2例はa2、n0、だったのに対し、根治度C症例はai(坐骨結節内側)、n0、非切除症例はAi(前立腺)、N1、だった。術後経過は根治度Aの2例は術後21ヶ月無再発生存中、および術後5ヶ月で鼠径リンパ節転移に対して郭清を行った後28ヶ月無再発生存中である。また、根治度Cの1例は術後3ヶ月担癌生存中で、これら3例はいずれも組織型が粘液癌であった。非切除の1例は人工肛門造設後4ヶ月で死亡し、組織型はadenosquamous carcinoma だった。【結語】罹患歴が長く腫瘍径が小さい比較的緩徐な発育を示した症例は治癒切除により長期生存が得られたが、急速な発育により高度局所進行癌やP3の症例は予後が不良で、早期診断の重要性がうかがわれた。

59th
JSCCR

肛門管扁平上皮癌の1例

安原 満夫、中野 詩朗、板東 敬介、三野 和宏、後藤 順一、戸井 博史、河合 朋昭、唐崎 秀則、赤羽 弘充、高橋 昌宏

(JA北海道厚生連 旭川厚生病院 外科)

症例は50歳女性。昭和63年6月より肛門腫瘤を自覚するも疼痛なく痔核と考え放置していた。昭和63年11月右鼠径部に2cm大の腫瘤を自覚、重苦感あるため12月当科受診。右鼠径リンパ節腫大、肛門腫瘍の診断にて昭和63年12月23日各々腫瘍切除術を施行。病理診断にて、肛門管扁平上皮癌・右鼠径部リンパ節転移と診断。全身精査を行い、他臓器転移のないことを確認。翌平成1年2月7日マイルズ手術(D₁郭清)を施行した。病理結果は、P、ant-rt、1型、3.0×1.0cm、mp、P₀、ly₀、v₀、H₀、M(-)、N2(292(R))であった。3月16日から両側鼠径部を含めた術後放射線照射(50Gy/25f)施行。術後UFT300mg/日内服開始するも、平成1年10月腸閉塞を契機に内服中止となった。腫瘍マーカー(SCC、CEA)は手術前後ともに正常範囲であった。現在、術後14年5ヶ月経過しているが無再発生存中である。肛門管扁平上皮癌はまれであり、当院においても過去20年間で全大腸癌1852例中、肛門管癌17例(0.92%)、うち肛門管扁平上皮癌は1例(0.05%)のみであった。肛門管扁平上皮癌の治療法は放射線治療および化学療法がfirst choiceとされており、若干の文献的考察を含めて報告する。

肛門扁平上皮癌の2手術例

濱田 朋倫、内藤 春彦、葛西 弘規、白戸 博志、荻田 征美

(国立札幌病院・北海道地方がんセンター外科)

1978年から2002年まで当科で手術した大腸癌1097例中、肛門扁平上皮癌は、2例であった。この2例を供覧する。

症例1 59歳、女性。既往歴では、1999年子宮頸癌(CIS)にて子宮全摘を受けていた。2000年10月3日、出血性内痔核、鉄欠乏性貧血のため当科に紹介され入院した。10月6日3カ所の内痔核を結紮切除した。肉眼所見では、切除標本に腫瘍を認めなかったが、病理組織検査で、3カ所の切除標本のうち2カ所にFocal squamous cell carcinoma in site (CIS)を認めた。1カ所はmargin不明のため、10月25日再入院の上、肛門管粘膜追加切除術を施行した。病理検査では、標本に確定的な異型細胞は認めず、no residual malignancyの診断であった。術後2年半経過している。健在で、再発の兆候はない。

症例2 63歳、女性。以前より裂肛にて近医に通院加療していた。2000年10月同院で肛門腫瘤を指摘され、紹介された。直腸診で、3時から8時にかけて4cm大のhard massを触知した。術前の腫瘍マーカーは、CEA(<5ng/ml)=5.3ng/ml、SCC(<1.5ng/ml)=2.0ng/mlであった。punch biopsyで、poorly differentiated squamous cell carcinomaの診断を得た。肛門管原発扁平上皮癌、T₂N₀M₀の術前診断で、2000年11月15日APR、D₃リンパ節郭清術を施行した。摘出標本で腫瘍は、3.5x4.5cm、5/6周であった。病理組織検査で、moderately differentiated squamous cell carcinoma、a₂、n₁、v₁、ly₀、ow(-)、aw(-)、ew(-)であった。術後1ヵ月で腫瘍マーカーは、CEA=0.9ng/ml、SCC=0.4ng/mlに低下した。現在まで約2年半経過しているが、健在で、再発の兆候もない。

以上、肛門管原発扁平上皮癌の2手術症例を報告する。

当院における肛門扁平上皮癌症例の治療成績

石田 秀之、龍田 眞行、梶谷 誠三、今村 博司、清水 潤三、増田 慎三、岸 健太郎、江角 晃治、加藤 仁、山本 和義、川崎 高俊、古河 洋
(市立堺病院)

【はじめに】欧米のガイドラインでは肛門扁平上皮癌治療の第一選択は放射線，化学療法である。1985年度より当院で経験した肛門扁平上皮癌症例の治療成績を報告する。

【症例 1】77歳，女性。排便困難を主訴に来院。歯状線を中心に前壁に3×4 cmの腫瘤あり。腔に直接浸潤を認める。CEA：21.8 ng/ml。生検で中分化型扁平上皮癌。T4N0M0。積極的な治療を希望されず，1988/10/26よりHCFU 300 mg/日を投与した。1989/01/18，S状結腸穿孔を生じ，第23病日敗血症のため死亡した。

【症例 2】66歳，男性。便秘を主訴に来院。歯状線を中心に前壁，半周を占める弾性硬の腫瘤あり。SCC抗原：6.4 ng/ml。生検で中分化型扁平上皮癌。T3N0M0。1995/02/21より放射線を計66Gy（外照射；30Gy，組織内照射；36Gy）と化学療法（5-FU；計12000mg，MMC；計40mg）を施行し，CRが得られた。1997/04/28肺転移，1997/05/08肝転移，縦郭リンパ節転移あり。局所再発は認めず。1998/04/06原病死した。

【症例 3】46歳，女性。排便時の肛門部痛を主訴に来院。歯状線を中心に右前壁，1/4を占める2型腫瘍あり。SCC抗原：1.1 ng/ml。生検で中分化型扁平上皮癌。T2N0M0。1997/09/08より放射線を計60Gy（外照射；30Gy，組織内照射；30Gy），化学療法（5-FU；計5000mg，MMC；計20mg）を施行し，CRが得られた。2003/04/21現在無再発生存中。

【結語】放射線，化学療法を施行した症例ではCRが得られており，肛門扁平上皮癌に対する外科的切除は癌遺残や再発癌に限るべきと思われた。

当院で経験した肛門扁平上皮癌の3例

田中 仁、岩川 和秀、岡田 憲三、梶原 伸介
(市立宇和島病院 外科)

【はじめに】当院にて過去10年間に肛門部扁平上皮癌を3例経験した。2例は放射線化学療法を選択、残る1例は手術を施行した。放射線化学療法を行った2例では著効をみたものの一例は放射性腸炎を合併し治療中止、一例は治療終了後根治目的から、いずれも直腸切断術を追加した。この放射線化学療法を施行した2例につき切除標本を含め検討し、その治療効果を報告する。（症例1）60歳男性、肛門周囲膿瘍の診断にて近医で切開排膿、加療されていたが、3ヵ月後両ソケイ部のリンパ節腫大に気づく。同腫瘍生検にて扁平上皮癌と判明、当科紹介された。入院後、肛門部腫瘍生検にて扁平上皮癌と診断。内視鏡所見では歯状線上下にわたる約半周の2型進行癌を認めた。両ソケイ部へのリンパ節転移陽性である事も考慮し放射線化学療法の方針となった。chemo;5FU1500mg/day1-4,MMC16mg/day1及びradiation;26Gy(2GyX13回)施行した時点で下腹部痛、発熱認め、放射性腸炎疑われ放射線治療中止。絶食高カロリー輸液にて症状改善し、この時点で病変は縮小し生検では陰性となったが病変残存の可能性から腹会陰式直腸切断術施行した。切除標本では腫瘍はほとんどが慢性の潰瘍痕癩となっているが筋層内にわずかにviable cancer cellsの残存が認められた。術後4年半経過し現在再発なく生存中である。（症例2）49歳女性、排便時肛門痛及び肛門部のイボ様脱出を主訴に近医受診し、肛門腫瘍生検にて扁平上皮癌と診断、当科紹介された。内視鏡所見では肛門管7時方向に歯状線少し上方までのわずかに周堤を伴う深い潰瘍を認めた。chemo;5FU1500mg/day1-4,MMC16mg/day1及びradiation;両ソケイを含めて計36Gy照射施行。治療後生検にて明らかなcancer cellは認めなかったが、遺残の可能性も考慮し腹会陰式直腸切断術を施行。切除標本では再生上皮下のfibrosisが主体で癌細胞の遺残は認めなかった。術後4年2ヶ月現在再発なく生存中である。【まとめ】肛門部扁平上皮癌に対し放射線化学療法は非常に有効であった。癌自体の根治性に加え、肛門機能の温存という点からも第一選択とすべきであるが、治療後も定期的かつ慎重なるフォローアップが大切になってくる。

肛門扁平上皮癌の4症例

久須美 貴哉^{1,2,3}、細川 正夫¹、安部 達也¹、山崎 成夫¹、西田 靖仙¹、草野 真暢¹、佐藤 匡美¹、山吹 匠¹、新宮 康茂¹、岡安 健至¹、塚越 洋元²、中里 友彦²、穂刈 格²、藤田 昌宏³

(¹恵佑会札幌病院 外科、²恵佑会札幌病院 内科、³医療法人恵佑会 臨床病理学研究所)

対象：当院で外科的切除した肛門扁平上皮癌の4症例以下症例を呈示する。症例1. 70歳女性、肛門痛を主訴に前医より紹介下部直腸の全周性の前壁中心の2型の病変で、術前の生検では未分化癌の診断。1994年6月9日直腸切断術施行。病理診断は低分化扁平上皮癌、a2,ly1,v1,1群および3群の右閉鎖、大動脈分岐部リンパ節に転移を認めn3であった。その後、局所再発を認め、多発肝転移、多発肺転移で1999年1月22日死亡。症例2. 75歳女性、下血を主訴に前医肛門科より紹介下部直腸の全周性の左壁中心の2型の病変で、術前の生検では前医では悪性リンパ腫疑い、当院では中分化腺癌の診断。1997年3月6日直腸切断術施行。病理診断は高分化腺癌および扁平上皮癌が混在、a1,ly0,v0,1 n0であった。6年経過し無再発生存中。症例3. 56歳女性、下血を主訴に前医より痔瘻癌の診断のもと紹介、肛門縁後壁の潰瘍性病変で、術前の生検では前医でS.C.CよりはCLOACOGENIC CARCINOMAとの診断。2001年8月10日直腸切断術施行。病理診断は中分化扁平上皮癌、a1,ly1,v0, n0であった。1年8カ月経過し無再発生存中。症例4. 77歳男性、肛門痛を主訴に前医より紹介、肛門より脱出する腫瘍性病変で、術前の生検は前医では扁平上皮癌、当院では低分化腺癌の診断。2001年4月23日直腸切断術施行。病理診断は扁平上皮癌、a2,ly0,v0, n0であった。2002年2月前立腺後方に局所再発認め3月7日膀胱前立腺全摘腫瘍摘除手術施行。その後9月に再々発を認め放射線治療施行。現在再発生存中。以上、4症例の術前の画像、肉眼所見、病理所見を呈示する。

肛門管扁平上皮癌の3例

小林 照忠¹、西村 洋治¹、渡部 裕志¹、山田 達也¹、吉成 大介¹、南部 弘太郎¹、竹下 勇太郎¹、川島 吉之¹、網倉 克己¹、坂本 裕彦¹、田中 洋一¹、黒住 昌史²

(¹埼玉県立がんセンター 消化器外科、²埼玉県立がんセンター 臨床病理部)

肛門管癌は、結腸癌・直腸癌に比べて発生頻度は少なく、その半数以上を腺癌が占めている。最近20年間における大腸癌初回手術例1663例(潰瘍性大腸炎、FAPなどを除く)中、肛門管癌は16例(1.0%)で、うち扁平上皮癌は3例であった。肛門管周囲には各種良性疾患も多く、有症状にもかかわらず進行癌として発見される症例が多い。肛門管原発の扁平上皮癌3例、特に早期癌1例を中心に報告する。【症例1】68歳女性。1993年1月6日腹会陰式直腸切断術施行。肛門管の前壁中心に4型腫瘍があり、臍浸潤、側方を含む2群リンパ節転移を認めた。術後補助化学療法行うも、1995年8月より右下肢痛出現し、10月に尿閉となる。腎瘻造設後、局所再発に対し11月27日腫瘍切除、膀胱全摘術、術中照射を施行した。1996年6月CTにて骨盤内再々発指摘される。外照射等行うも、1997年1月20日永眠された。【症例2】67歳男性。2002年3月より便が細くなり前医受診し、Follow upされていた。7月になり症状増悪し、肛門管癌と診断され、当院紹介となり7月17日受診。7月25日人工肛門造設術を施行し、8月12日より放射線照射と化学療法を開始。両側鼠径リンパ節転移に対して2003年2月27日腫瘍摘出術を行ったが、現在のところ腫瘍は認められず、化学療法を継続中である。【症例3】76歳男性。2000年、2001年と2年連続して検診で便潜血陽性となり、前医を受診。大腸内視鏡検査で、肛門管と直腸、上行結腸にポリープを認め、生検にて各々扁平上皮癌、管状腺腫(Group4、3)と診断された。2001年11月6日当院を受診し、直腸ポリープの内視鏡的摘除術施行後、12月21日入院した。術前検査では、大腸内視鏡で歯状線に接する13mm大のLSTを認め、超音波内視鏡でも歯状線から口側へ広がる扁平隆起と肥厚した粘膜層が描出され、粘膜下層を圧排していた。12月25日手術を施行。肛門管の前壁とそのやや右側の2ヶ所に隆起性の腫瘍を認め、周囲を含めたIIa+IIc病変と判断した。病変から約5mm離してマーキングし、内肛門括約筋と外肛門括約筋の一部を含めて切除した。摘出標本では11-1時方向に17X27mm、10時方向に6X9mmのIIa腫瘍があり、腫瘍の口側には粘膜上皮、肛側には扁平上皮が見られた。病理組織所見では、扁平上皮化生を示した上皮内に、隆起に一致して扁平上皮癌を認めた。腫瘍は直腸粘膜(腺上皮)及び肛門の扁平上皮上に進展していた。脈管侵襲は認めなかった。2病巣間に連続性はなく、腫瘍間の相対的陥凹部分は扁平上皮化生であった。抗パピローマウイルス抗体を用いた免疫染色では、腫瘍細胞の核に陽性所見が認められた。術後追加治療は行わず、現在無再発生存中である。本症例は扁平上皮化生を背景に発生した癌と考えられ、パピローマウイルスの関与も示唆された。

粘膜下腫瘍の形態をきたした肛門扁平上皮癌の1例

山下 和城、平林 葉子、池田 正治、山村 真弘、久保添忠彦、伊木 勝道、松本 英男、浦上 淳、平井 敏弘、角田 司

(川崎医科大学消化器外科)

当科での過去30年間の大腸癌治療例1620例のうち、肛門癌は20例で、これは大腸癌全例の1.2%に相当する。更に肛門癌のうち、扁平上皮癌は2例であった。このうち肛門管に希有な形態をきたした1例を経験したので報告する。症例：84歳、女性。主訴：肛門部痛。家族歴、既往歴に特記事項なし。現病歴：平成11年4月肛門部痛が出現し、近医を受診したところ肛門指診にて肛門縁直上に腫瘤を指摘された。5月10日に精査加療目的で当科に紹介され入院した。現症：軽度に貧血を認めた。肛門縁から2cmに潰瘍を伴う巨大な粘膜下腫瘍を認めた。鼠径部リンパ節の腫脹は認めなかった。入院時検査では一般検血、生化学には特に異常所見は認めなかったが、CEA:19.3 ng/ml(<5.0), SCC:150.0 ng/ml(<1.5)と腫瘍マーカーが上昇していた。大腸内視鏡検査では頂上部のみ潰瘍を形成する粘膜下腫瘍を認めたが生検ではGroup 3であった。内視鏡超音波検査では第4層(筋層)に主座をおく腫瘍でGISTを疑った。術前の経肛門的直視下生検で扁平上皮癌と診断された。5月15日、肛門癌の診断で腹会陰式直腸切断術を行った。術中、腔後壁に腫瘍の直接浸潤が疑われ、腔後壁合併切除した。腹水、遠隔転移は認めなかった。切除標本では腫瘍はP,Rbに有り、大きさは9.0×8.8×5.4cmのほぼ球形で粘膜側は潰瘍面3.0×2.8cm以外はほぼ正常な粘膜に覆われていた。病理組織学的には扁平上皮癌、深達度ai(vagina), n0, ly0, v0, stage IIIaであった。肛門重層扁平上皮に細胞異型と極性の乱れがあること、浸潤していた腔壁の重層扁平上皮には著変が無いことから肛門原発の扁平上皮癌と診断した。術後経過は良好で6月23日に退院した。放射線および化学療法は行わなかった。考察：本例は肛門原発の扁平上皮癌で直腸粘膜下方向に進展していたと考えられた。肛門癌がこのような形態をとることは比較的稀と考えられ、文献的考察を加えて報告する。

最近経験した肛門腫瘍に対する1剖検例

渡辺 久美子¹、関川 浩司¹、大木 進司¹、安斉 圭一²、内海 康文³、竹之下 誠一¹

(¹福島県立医科大学第2外科、²大原医療センター外科、³大原総合病院病理)

非常に稀な肛門移行上皮癌を経験したので報告する。(症例)54歳男性。2001年9月頃より肛門からの出血を自覚し、近医を受診。直腸指診にて腫瘤を認めため当科紹介受診となった。注腸検査でRbに腫瘤像を認め、大腸内視鏡で肛門縁より約3cmの部位に2型の腫瘍を認めた。生検標本にて移行上皮癌と診断された。膀胱からの癌の浸潤を疑い精査したが膀胱、尿管に腫瘍病変はなかった。以上より当初、直腸下部か肛門管発生の移行上皮癌と診断した。患者が手術を希望しなかったため放射線化学療法を施行した。1日2Gy,週5日,計40Gy実施し、同期間に隔日にF-I療法(5-FU500mg/day,Isovorin25mg/day)を加えた。その後行った注腸検査、大腸内視鏡にて腫瘤の縮小が確認された。そのため20Gyの追加照射を行い2002年2月6日退院となった。その後外来に通院して症状コントロールしていた。徐々に狭窄、出血、痛みが強くなり8月13日入院となったが全身状態悪化し11月3日死亡。剖検の結果、肛門管移行上皮癌であった。周囲への浸潤は少なく、大動脈周囲へのリンパ節転移もなかった。放射線化学療法の効果が十分あったと思われる。免疫組織化学では34β+,CAM5.2+,CK7+,CK20-であった。(考察)移行上皮癌は尿路上皮は母地となり膀胱、尿管、腎盂粘膜に発生する。消化管では非常に稀で、直腸肛門部に発生し多彩な組織像を示すcloacogenic carcinomaの中に含まれるとされている。頻度では大腸癌研究会の集計によると全大腸癌に対する腺癌以外の悪性腫瘍の割合は1.6%。組織学的に直腸の腺癌や肛門の扁平上皮癌などと区別される悪性腫瘍は直腸肛門悪性腫瘍のなかでみると0.1%と非常に稀であった。治療法の選択では第一に手術を考えたが拒否されたため手術を施行しなかったが結果的に肛門扁平上皮癌と同様の治療を行い効果がみられた。(結語)本症例においては放射線化学療法が非常に有効であった。

臀部慢性膿皮症から扁平上皮癌を合併した大腸型 Crohn病の手術例

西川 晋右、森田 隆幸、村田 暁彦、小山 基、佐々木 睦男

(弘前大学 医学部 第二外科)

【はじめに】臀部慢性膿皮症 (chronic perianal pyoderma : CPP) は、肛門周囲、会陰等の皮下浅層に複雑性の瘻管を形成し発赤、腫脹、膿汁排出を生じる難治性疾患である。臀部慢性膿皮症は Crohn 病 (CD) に合併する肛門病変との鑑別を要するが、今回大腸型 CD に合併した CPP の癌化例を経験したので報告する。【症例】51 歳男性、20 歳時、CD 発症時より痔瘻を認めていた。平成 10 年 7 月頃より痔瘻の悪化を認めたが放置していたところ、両側臀部～会陰部にかけて広範囲に皮膚肥厚を伴う瘻孔、膿瘍を認めた。低栄養状態と貧血が著しく近医を経て平成 10 年 12 月 7 日当科に入院となった。消化管精査では、横行結腸～下行結腸に限局した狭窄部を認め大腸型 CD の診断を得たが、緩解状態で直腸肛門管内にも炎症所見、腫瘤形成等の悪性所見は認めなかった。Seton drainage にて臀部病変の局所管理を行い、輸血、TPN を施行した。退院後、外来にて高圧酸素療法を施行し炎症所見の改善を認めていたが、平成 12 年 10 月頃より右側臀部皮膚の発赤、疼痛を自覚。改善傾向が無く潰瘍の形成を認めたため生検を施行したところ、高分化型扁平上皮癌の診断を得た。腫瘍の縮小、疼痛緩和及び癌細胞の瘻管内進展の予防を目的に広範囲臀部病変に対して放射線照射療法を施行。疼痛の軽快と排膿の減少が得られ腫瘍の縮小傾向も認めた。平成 13 年 11 月 1 日臀部皮膚病変部の広範囲切除を伴う腹会陰直腸切断術を施行。切除標本では癌性潰瘍から肛門管に連続する瘻管を認めた。病理所見では高度の角化傾向を示す高分化型扁平上皮癌細胞の瘻管内進展を認めたが直腸、肛門管内への浸潤所見は認められなかった。退院後、現在経過観察中であるが再発兆候は認めていない。【考察】CPP はアポクリン汗腺に生じた化膿菌感染巣が、持続的な圧迫で病変部が拡大すると考えられている。CPP の癌化はほぼ全例が高分化型扁平上皮癌であるのに対し痔瘻癌では粘液癌、腺癌が約 90% を占めるとされる。本症例では直腸肛門管内に活動性病変を認めず、痔瘻の原発巣と考えられる膿瘍が認められないことより難治性痔瘻を発生母地とした痔瘻癌は否定的で、放置された肛門病変から長時間の臥位により形成した CPP の癌化例と考えられた。癌化例では病変部の広範囲切除に加え放射線照射、プレオマイシンによる化学療法が有効とされるが、本症例では CD の病勢悪化が懸念されるため 40Gy での照射を行い化学療法は施行しなかった。CD に合併する本疾患では CD の病勢のコントロールと癌治療のバランスを考慮した方針の選択が必要である。

胃癌を合併した肛門管扁平上皮癌の 1 例

椿 昌裕、橋本 龍二、渡辺 理、藤田 昌紀、高橋 徹、砂川 正勝

(獨協医科大学第一外科)

症例は 57 歳女性。2002 年 6 月頃より排便時下血を認め、近医にて内服薬、座薬を処方され経過観察していた。本年 1 月、排便時の出血量が増加し、肛門痛も出現したため注腸、大腸内視鏡検査を施行。肛門管から下部直腸に広がる隆起性病変を認め、生検により、扁平上皮癌と診断され、当科紹介入院となった。家族歴では父が胃癌で死亡しており、既往歴には特記すべき事はない。入院時現症：腹部は平坦、軟。直腸指診にて肛門管から下部直腸前壁に 5 cm 長、半周性の隆起性病変を触知し、易出血性であった。画像診断：注腸、大腸内視鏡検査では肛門管から下部直腸にかけて半周性の 1 型腫瘍を認め、超音波内視鏡にて深達度 A1' 以深、リンパ節転移陰性と判断した。血液性化学検査では異常を認めず、CEA、CA19-9 共に正常で SCC は 2.9 と高値を示していた。肝転移、肺転移などの遠隔転移は見られなかったが、上部内視鏡検査で胃前庭部大彎前壁に不整型の潰瘍性病変を認め、生検により高分化腺癌と診断された。胃超音波内視鏡検査にて深達度 MM から SM1 と診断し、胃癌、肛門管直腸扁平上皮癌の診断で本年 2 月 21 日手術施行した。手術術式：胃癌に対しては幽門側胃切除 D2 リンパ郭清術、直腸癌に対しては直腸切断術を施行した。リンパ節郭清は D3 を施行し、下腸間膜動脈は根部で切断、側方郭清は両側ともに腹膜外経路で行い、両側骨盤神経のみを温存する、自律神経部分温存手術を施行した。出血量 530 ml、手術時間 4 時間 46 分であった。病理所見：胃については IIc、tub2、m、ly0、v0 = stage Ia。直腸については扁平上皮癌、a1、ly0、v1、n0=stage II であり、肛門管原発癌と診断した。術後 12POD に尿カテーテル抜去、自立排尿可能となり、術後経過良好で、現在外来通院中である。以上、胃癌合併、肛門管原発扁平上皮癌の 1 例を報告する。

肛門周囲皮膚に発生した扁平上皮癌の2例－ボーン癌と悪性化を伴った Buschke-Loewenstein Tumor－

福永 睦、富田 尚裕、瀧内 大輔、金 致完、橘高 信義、古妻 康之、和田 浩志、三木 宏文、相原 智彦、杉本 圭司、田村 茂行、大里 浩樹、高塚 雄一
(関西労災病院 外科)

【はじめに】ボーン癌は有棘細胞由来の表皮内癌で、基底膜を破り真皮内に浸潤増殖した扁平上皮癌をボーン癌と称する。Buschke-Loewenstein Tumorは、組織学的には尖圭コンジローマの像を呈する giant condylomaである。今回、我々は肛門部では稀なボーン癌と Buschke-Loewenstein Tumorより発生したと思われる鼠径リンパ節転移を伴った肛門部扁平上皮癌を経験したので報告する。【症例1 ボーン癌】患者は47歳の女性で主訴は肛門部潰瘍。既往歴は24歳よりSLEでステロイドおよび免疫抑制剤内服中であった。平成2年より肛門周囲の腫瘍に気付くも放置していたが、潰瘍化したため平成5年に当院皮膚科を受診した。皮膚生検の結果、肛門部ボーン癌と診断され、5-FUやブレオマイシンの軟膏による治療が試みられたが疼痛のため中止となり、平成9年潰瘍が急速に増大したため外科紹介された。肛門周囲2時から10時に潰瘍を認め、直腸指診、大腸内視鏡で肛門管および直腸への明らかな浸潤は認められなかった。胸部レントゲン、腹部・骨盤部CTにて遠隔転移は認められなかった。病変より1cm以上離れた正常皮膚を切除線とし、皮下脂肪組織全層を含め、一部括約筋を伴って局所切除した。Local flapによる再建を行ったが、病理組織にて基底層を越えた浸潤が指摘され、肛門を中心とした周囲皮膚にリニアック照射が追加された。術後約3年で鼠径リンパ節転移を認め、原癌死した。【症例2 悪性化を伴った Buschke-Loewenstein Tumor】患者は47歳の男性で、既往歴、家族歴に特記すべきことなし。37歳時に近医にて肛門周囲の尖圭コンジローマで2度の手術を受けるも改善せず、その後放置していた。皮疹は徐々に拡大していたが、約1年前よりその一部が急速に増大し疼痛も伴うようになったため平成12年当院皮膚科を受診した。腫瘍は縦20cm横15cm大のカリフラワー状で、皮膚生検にて扁平上皮癌と診断され外科紹介された。入院時検査成績では、白血球高値であった以外は異常所見なく、腫瘍マーカーのSCCは正常であった。頭部・胸部・腹部・骨盤CT、Gaシンチ、骨シンチにて他臓器転移は認めなかった。鼠径リンパ節腫大を認め、両側鼠径リンパ節生検を施行したところ、左側に転移を認めた。外科に転科し、腹会陰式直腸切断術を施行、会陰欠損部は薄筋を用いた有茎筋皮弁にて充填した。術後鼠径部および骨盤部に50Gyのリニアック照射が行われた。術後約2年半経過しているが無再発生存中である。【まとめ】肛門部周囲皮膚に発生した稀な扁平上皮癌の2例を報告した。肛門周囲の扁平上皮癌では、リンパ節転移は主に鼠径部に認められると報告されており、自験例からも鼠径リンパ節転移の制御が予後改善に重要であると思われた。

肛門扁平上皮癌の1例－術前診断と治療法－

磯部 秀樹、水谷 雅臣、森谷 敏幸、神賀 正博、木村 理
(山形大学医学部器官機能統御学講座 消化器・一般外科学分野)

【はじめに】肛門扁平上皮癌の治療は放射線化学療法が第一選択となっているが、腺癌の場合は手術が第一選択となり、術前の病理組織診断が重要となる。今回我々は術前に低分化型腺癌と診断し、腹会陰式直腸切断術を行い、術後に扁平上皮癌であることが確定、その後、局所再発を来したが放射線療法により治癒した症例を経験したので報告する。【症例】67歳、女性。下血を主訴に近医受診。直腸指診で腫瘍を触知し、当院紹介となった。術前の大腸内視鏡検査で下部直腸から肛門管にかかる部位にIIa型腫瘍を認め、生検にて低分化型腺癌と診断した。直腸癌の診断にて1996年9月、腹会陰式直腸切断術を行った。腫瘍は2.5x2.5cm、病理組織学的検査で中分化型扁平上皮癌、a1、n1、ly0、v0の所見であった。術後UFT-E 400mg/dの内服を2年間行った。1999年1月より、SCCの軽度上昇を認め、画像上著変なく、経過を追っていたが、4月より、肛門部痛出現、11月に腫瘍を触知するようになり、MRIでも腫瘍が確認された。肛門扁平上皮癌の局所再発と診断し、1999年12月より、局所再発巣にtotal 67.5Gyの放射線治療を行い、CRを得た。副作用はGrade1の皮膚炎のみであった。その後、初発より6年経過した現在再々発の徴候は認めない。【結語】肛門管に接する腫瘍では、肛門管癌の可能性を念頭におき、術前生検においても免疫染色を加える必要がある。肛門扁平上皮癌は放射線感受性が高く、良好なQOLを目指した治療を選択すべきであると考えられた。

肛門管扁平上皮癌の1例

岩本 慈能、吉岡 和彦、森田 美佳、米倉 康弘、毛利 隆
(関西医科大学 外科)

【はじめに】今回われわれは治療に難渋した肛門管癌の1例を経験したので報告する。【症例】患者は54歳の男性。1998年5月頃から肛門部に腫瘤があるのに気づいていたが放置していた。その後、腫瘤増大し臀部へ拡大するも放置していたが、1999年3月10日腫瘤より大量の出血を認めショック状態となり近医へ救急搬送された。高度の貧血があり輸血を施行するとともに絶食TPNにて全身状態改善したため当院へ転送された。入院時、肛門部腫瘍は大きさ15×10×9cmで腫瘍壊死部から排膿と周囲皮膚の糜爛を伴っていた。骨盤部造影CTおよびMRIでは腫瘍は肛門管全体を占め、周囲骨格筋および坐骨への直接浸潤の所見を認めた。組織生検では中分化扁平上皮癌であった。【治療経過】当院入院後、横行結腸人工肛門造設術施行し術前放射線化学療法を行った。化学療法は5FU(500mg/body/day:5日間投与2日間休薬) + MMC(6mg/body/weekly)を6週間、放射線療法は2Gy×31回行なった。腫瘍の縮小と疼痛の軽減は得られたが、放射線化学療法後の画像検査にて根治切除不能と判断し一時退院となった。2000年2月15日、歩行困難出現し再入院となり脳転移のため2000年5月5日死亡した。【考察】1993年から2002年までの10年間で当科にて加療した大腸癌は961例であったが肛門管原発腫瘍は9例のみであり扁平上皮癌は本症例1例のみであった。術前放射線化学療法にて腫瘍の縮小化を得た後、可能であれば根治切除を行なう予定であったが腫瘍の過伸展にて切除を断念せざるを得なかった。しかしながら、腫瘍からの出血や疼痛、腫瘍中心壊死に伴う感染兆候は改善し放射線化学療法はQOLの向上に寄与したと考えられた。また、化学療法では扁平上皮癌に高い効果を示すと思われるCDDPなどの白金製剤は現在、保険適応となっておらず、本症例では使用しなかった。【まとめ】肛門管原発扁平上皮癌は比較的まれな症例であると考えられ、本症例のような高度進行症例に対する治療法は確立されておらず、症例の集積が必要であると考えられた。

肛門扁平上皮癌4例の検討

芦川 和広、山村 卓也、片山 真史、小野田 恵一郎、櫻井 丈、野田 真一郎、花井 彰、山田 恭司、山口 晋
(聖マリアンナ医科大学消化器外科)

当院外科に於いて1974年から2003年の過去30年間に治療した肛門癌は16例、うち肛門扁平上皮癌4例につき検討した。年齢は40歳、49歳、84歳、85歳。主訴は4例とも下血であり、2例に肛門部痛を認めた。発症から診断まで1ヶ月から6ヶ月を要していた。本症の発生にはhuman papilloma virusの関与が報告されているが、これら4例に尖圭コンジローマの合併は認められなかった。Miles' s手術を2例、腫瘍核出術を1例、人工肛門造設術を1例に施行した。1例に鼠径リンパ節転移を認め、1例に右大腿骨転移、肝転移、陰浸潤、1例に腹膜転移を認めた。2例に放射線治療を施行し、2例に5-FU, MMCなどによる抗癌剤治療を行った。肛門扁平上皮癌に対しては、腺癌と異なり放射線治療、抗癌剤治療に感受性が高く、可能な限り肛門機能を温存した外科的治療を選択する努力も必要である。また、これらを組み合わせた治療を選択することが理想と考えられる。しかし、高齢の2症例については抗癌剤治療を希望されなかった。検討症例の中には進行癌症例が多く、2年以内の死亡例が3例と良好な予後結果を得ることができなかった。肛門癌は痔核と考えられ放置されやすく、有効な治療時期を逸してしまうことが有り得ると考えられた。早期診断、早期治療を志すために、痔核を診察する際、肛門癌を常に念頭におき除外診断する事が大切であると考えられた。若干の文献的考察を含めて報告する。

異なる臨床経過を辿った肛門扁平上皮癌の2例

栗原 毅、岡島 正純、池田 聡、川堀 勝史、有田 道典、中島 真太郎、恵木 浩之、藤森 正彦、石崎 康代、吉浦 政義、徳本 憲昭、沖山 二郎、浅原 利正

(広島大学大学院先進医療開発科学講座外科学(第二外科))

【はじめに】進行度、治療法、臨床経過が全く異なり、示唆に富む肛門扁平上皮癌を2例経験したので報告する。【症例1】49歳 男性 肛門部に増大傾向及び疼痛伴うしこりがあり近医を受診したところ、肛門周囲膿瘍と痔瘻を認めため、切開排膿術2回と fistulectomy を施行した。病理で Well differentiated squamous cell carcinoma と診断され、当科紹介となった。来院時、肛門部に5×4cmの易出血性の不整な潰瘍を認め、CT、MRIでは3×4×2cm大の辺縁不整、境界不明瞭な腫瘍を認めた。腫瘍は内肛門括約筋に浸潤していたが遠隔転移、リンパ節転移は認めなかった。腹会陰式直腸切断術及び大殿筋皮弁作成術を行った。病理は Well differentiated squamous cell carcinoma でリンパ節転移は認めず、切除断端に癌細胞は認めなかった。術後経過は良好で外来にて経過を観察していたが、術後5ヶ月目に左内腸骨リンパ節に転移を認め、骨盤照射65Gy、エタノール注入硬化法等行うも術後11ヶ月目に転移巣の進行に伴う悪液質を来し死亡した。【症例2】51歳 女性 肛門部違和感、疼痛があり近医を受診、生検で Well differentiated squamous cell carcinoma と診断され当科紹介となった。来院時肛門部に5×2cmの不整な易出血性の潰瘍を認めた。CTでは肛門部に4×2×3cmの腫瘍を認め、周囲への浸潤、リンパ節転移は認めなかった。まず放射線療法を行うこととし、肛門部照射80Gyを行ったところ、潰瘍は明らかに縮小した。放射線療法終了後局所切除施行。切除標本に癌細胞は認めなかった。術後1年現在転移を認めず経過観察中である。【考察】症例1は、進行した肛門癌で一度外科的切除が行われていたため、速やかに根治手術を行うべきだと考え、手術を選択した。治癒的切除を行って得たにもかかわらず、再発を来し術後11ヶ月目に死亡した。放射線治療を選択するべきであったと反省する症例であった。症例2は、限局した病変であり、放射線治療を行った後その効果が不十分であっても続けて外科的治療を行う時間的な余裕があると考え、放射線療法を選択した。追加の切除は行ったが結果的には放射線治療のみで局所根治が行えた。Bartelinkは110人の原発巣T3以上もしくはリンパ節転移を有する肛門扁平上皮癌の患者に対し放射線化学療法を行った結果、80%の症例に腫瘍の完全緩解を認め、5年生存率は56%であったと報告している(J Clin Oncol 1997年)。当科の経験からも肛門扁平上皮癌の第一選択は放射線(化学療法と考えられた。

肛門扁平上皮癌と痔瘻癌の治療経験

猪股 雅史、當寺ヶ盛 学、富永 昌幸、松井 容子、泉 公一、白下 英史、石川 浩一、安田 一弘、白石 憲男、北野 正剛

(大分医科大学第一外科)

本研究会の主題である肛門扁平上皮癌および痔瘻癌は大腸癌の中で非常にまれである。過去20年間に大分医科大学第一外科で切除を行った大腸癌622例のうち、肛門扁平上皮癌は2例(0.4%)、痔瘻癌は1例(0.2%)であった。当科で経験した肛門扁平上皮癌および痔瘻癌症例を報告する。【肛門扁平上皮癌】<症例1>66歳女性。局所進行した肛門扁平上皮癌に対して、術前放射線化学療法(総照射32Gy、UF400mg3週間)後、腹会陰式直腸切断術(D2)を施行した。大きさ6cmの腫瘍で合併切除なく根治手術ができ、病理検査では、低分化型の扁平上皮癌で、a2, ly2, v0, ew(-), n(-), stageII, DukesBで根治度Aであった。術前治療の効果はGrade2である。術後無再発にて2年経過中である。<症例2>81歳女性。子宮癌に対して放射線治療の既往があり、術前放射線化学療法をせず、腹会陰式直腸切断術(D2)を施行した。病理検査では、中分化型の扁平上皮癌で、a2, ly2, v0, ew(-), n1, stageIII, DukesCで根治度Aであった。高齢のため補助療法なしで経過観察していたが、術後12カ月後肝転移再発にて癌死した。【痔瘻癌】64歳男性。30年前よりIV型痔瘻にて外科治療を繰り返していた。切開排膿時に粘液の排泄を認め、内視鏡による1次口から瘻管の組織診にて痔瘻癌と診断した。CTおよびMRIにて大きさ6cmの腫瘍で周囲組織へ炎症性変化が著明であり、癌の局所進展を考慮し、術前放射線化学療法(総照射40Gy、フトラフル坐薬700mg3週間)後、腹会陰式直腸切断術(D2)を施行した。病理検査では、粘液癌で、a2, ly0, v0, ew(-), n(-), stageII, DukesBで、根治度Aであった。術後無再発にて6ヶ月経過している。放射線感受性が高い肛門扁平上皮癌や局所進展の評価の難しい痔瘻癌は、術前放射線化学療法が有用と考えられた。

肛門扁平上皮癌の3例

廣澤 知一郎、板橋 道朗、橋本 拓造、吉田 孝太郎、小川 真平、亀岡 信悟
(東京女子医科大学第二外科学教室)

肛門扁平上皮癌は肛門管癌の中でも比較的稀で、各施設で経験する症例数は少ない。1981年の大腸癌研究会アンケート調査によると肛門扁平上皮癌は肛門管癌の18.4%で、5年生存率は42.7%と報告されているが詳細は不明な点が多い。1987年～2003年までに当科で経験した肛門管癌は15例(直腸型肛門管腺癌4例(26.7%)、肛門腺由来肛門管腺癌6例(40%)、痔瘻癌1例(6.7%)、肛門扁平上皮癌3例(20%)、腺扁平上皮癌1例(6.7%))で全大腸癌1676例の0.8%であった。肛門扁平上皮癌3例の年齢は77歳、68歳、38歳で男1例、女2例、stsgはI:1例、II:2例であった。治癒切除は2例で全例に腹会陰式直腸切断術が行われ、非治癒切除の1例は尿管に浸潤を認め、尿管部分切除も施行した。リンパ節転移はいずれもn(-)で鼠径リンパ節転移も認めなかった。壁深達度はmp、a1、aiでリンパ管侵襲、静脈侵襲は同一症例に1例認めた。再発は1例に認め、術後3カ月で肝、肺、骨に再発し術後1年で死亡したが、他2例は9年9カ月、1年7カ月無再発生存している。放射線、化学療法は1例が術前のみ、1例が術後、1例は施行しなかった。

術前放射化学療法のうち根治手術を施行しえた進行肛門扁平上皮癌の1例

松田 明久¹、田尻 孝¹、古川 清憲¹、高崎 秀明¹、鈴木 英之¹、源河 敦史¹、菅 隼人¹、鶴田 宏之¹、進士 誠一¹、山下 精彦¹、内藤 善哉²、宮下 次廣³

(¹日本医科大学大学院医学研究科臓器病態制御外科学(第一外科)、²日本医科大学第二病理、³日本医科大学放射線科)

【はじめに】肛門扁平上皮癌は全大腸癌の約1%で比較的まれな疾患である。今回われわれは両側鼠径リンパ節転移を伴う進行肛門扁平上皮癌に対し術前放射化学療法のうち根治手術を施行しえた1例を経験したので報告する。【症例】73歳女性、2000年9月肛門痛で近医受診。Biopsyにてgroup5(SCC)、肛門癌の診断にて当科に紹介となる。既往歴：甲状腺機能亢進症でチラージン内服。FCSにて11時から5時方向の肛門管内に3型の隆起性病変を認め、両側鼠径部にリンパ節腫大を認めた。肝、肺に転移を認めなかった。SCC7.3ng/ml、CEA1.2ng/mlとSCCの上昇を認めた。MRIにて直腸の一部から肛門左側に6.4cm大の腫瘍を認め肛門挙筋と会陰皮下への進展を疑った。両側鼠径リンパ節腫大(左側:1.8cm、右側:1.2cm)を認め術前診断はA2' N3' M0' stageIIIbであった。2000年10月16日S colonにcolostomy造設、両側鼠径リンパ節sampling郭清施行。病理でSCC(lymph node metastasis)であった。10月23日よりCDDP、5FU、IV、40GyによるCRT施行。50%の腫瘍縮小効果を認めた。12月20日Miles手術施行。病理結果はa1,n0 stageIIであった。CRTによる組織学的効果判定はGrade2以上であった。2年6ヶ月経過した現在、腫瘍の再発を認めず、SCCの上昇も認めていない。【まとめ】鼠径リンパ節転移を伴う肛門癌の5年生存率は約10%とされ非常に予後不良である。今回、術前CRTのうち根治手術を施行し良好な経過をとっている1例を経験したので報告する。

放射線化学療法にてCRが得られた単径リンパ節転移を伴う肛門管扁平上皮癌の1例

松本 寛、高橋 慶一、山口 達郎、宮本 英典、森 武生
(都立駒込病院外科)

【症例】63歳、女性。右単径部腫瘍を主訴に平成14年6月17日当院皮膚科受診した。リンパ管炎の診断にて抗生剤内服治療を行ったが、リンパ節腫脹は軽快せず、7月22日外科紹介受診した。両側単径部に2cm大のリンパ節腫脹を認め、肛門皮膚には不整形の隆起性病変を認めた。肛門指診にて肛門管に硬い腫瘍を触知し、肛門管癌が疑われた。注腸造影検査にて直腸Rbに粘膜下腫瘍様の隆起を認めた。大腸内視鏡検査では肛門皮膚から肛門管にかけて不整形の隆起性病変を認めた。生検にて扁平上皮癌と診断した。精査にて遠隔転移は認めなかった。8月28日より放射線化学療法を開始した。5-Fu 500mg/日 (day1-5, day31-35)、MMC 8mg/日 (day1)、原発腫瘍、両側単径部にtotal 70Gy照射した。副作用は放射線性皮膚炎のみであった。放射線化学療法後の効果は原発巣、単径部リンパ節ともに消失し、CRと診断した。現在治療終了後6ヶ月経過しているが、再発は認めていない。【考察】放射線化学療法の治療成績の向上により、肛門管扁平上皮癌に対する標準的治療となっている。従来本症例では、拡大郭清を伴う腹会陰式直腸切断術および会陰形成術が必要となる症例であり、本療法によりQOLを維持した治療が可能となった。6ヶ月経過した現在、無再発でCRの状態を維持できており、手術に代わる有効な治療法であると考えられた。

肛門管扁平上皮癌に対する化学放射線併用療法が奏効した2例

古郡 大樹、姜 建宇、鮫島 伸一、高橋 稔、澤田 俊夫
(群馬県立がんセンター 外科)

【はじめに】肛門管扁平上皮癌の標準的治療法は、以前は腹会陰式直腸切断術などの外科的治療とされていた。しかし、化学療法や放射線療法の感受性が高く、これらを併用する治療法が第一選択となった。肛門機能温存ができ、QOLの向上にも貢献できる。今回、肛門管扁平上皮癌に対し化学放射線併用療法が奏効した2例を経験したので報告する。【症例1】76歳女性。主訴は肛門部腫瘍。30歳に痔瘻根治術、70歳に脱肛根治術。平成12年8月頃より痔瘻瘢痕部に、隆起性の腫瘍が出現。近医にてレーザー治療を行ったが、増大傾向があり生検の結果、中分化型扁平上皮癌と診断され当院紹介となった。1時方向に痔瘻の瘢痕を認め、1時から6時に約半周性の硬結と圧痛を認めた。腫瘍は肛門管左側を中心に20×30×45mmであった。隣接臓器浸潤や遠隔転移は認めなかった。AI, H0, N0, P0, M(-); Stage IIと診断し、化学放射線併用療法を施行した。放射線療法は10MV X線による外照射(小骨盤の左右対向、後方3門照射、55.2Gy/30fr、以後は局所照射を10Gy/5fr行い、合計65.2Gy/35fr)を行った。化学療法は、MMC 10mg+5FU 750mg×5日を1コース行った。副作用は、肛門会陰周囲の皮膚炎(grade 3)、および骨髄抑制(grade 2)を認めた。退院時の画像検査では、腫瘍は確認されず、触知しなかった。治療後2年3ヶ月経過した現在、再発は認めていない。【症例2】59歳女性。主訴は肛門痛と下血。56歳に痔核根治術。痔核根治術後も、長期に痔核の治療を継続した。平成11年2月、出血と疼痛の増強のため近医を受診。直腸診で肛門管癌を疑われ、当院紹介となった。病変は肛門管前壁を中心とし3型進行癌で腔後壁に浸潤、Ai(腔)、H0, N0, P0, M0; Stage IIIa、生検で中分化型扁平上皮癌であった。化学放射線併用療法を適応とし、放射線療法は10MV X線による外照射(全骨盤の前後対向2門照射、32.4Gy/18fr、以後は小骨盤のみの2門照射を13.6Gy/7fr、合計45Gy/25fr)と、3MV X線 Boost照射(4.5Gy/3fr)を行った。化学療法は、MMC 10mg+5FU 750mg×5日を2コース行った。この時点で治療効果はPRで、生検で癌遺残を認めた。Salvage療法として3MV X線 Boost照射(18Gy/3fr)およびCDDP 100mg+5FU 750mg×5日を1コース追加しCRとなった。副作用は、肛門会陰周囲の皮膚炎(grade 3)以外には認めなかった。治療後3年11ヶ月経過した現在、再発は認めていない。【結語】欧米では、肛門管の扁平上皮癌の頻度が本邦よりも高く、化学放射線併用療法が、再発率や生存率をみても手術療法と比較して差がみられないと報告されている。今回の2例の経験からも、化学放射線併用療法は肛門管扁平上皮癌に対して肛門機能を温存でき、かつ治療が望める有用な方法であると考えられた。

当院で経験した肛門管癌および痔瘻癌の2例

榎本 克久^{1,2}、三宅 洋^{1,2}、根津 健^{1,2}、朴 英智^{1,2}、櫻井 健一²、若林 久美子^{1,2}、福澤 正洋²

(¹春日部市立病院外科、²日本大学外科学講座外科一部門)

今回、我々は当院で1997年から2003年までの間に経験した肛門管癌および痔瘻癌のそれぞれ1例を経験したので報告する。症例1：69歳女性。慢性心不全、弁膜症にて当院内科外来通院していた。平成13年11月上旬に近医にて内痔核を指摘され外用薬にて加療されていたが、下旬になり肛門の疼痛および出血を認めたため当科紹介となる。視診にて肛門より突出する腫瘍を認め、直腸鏡にて出血部位は齒状線より口側と考えられたが同定ができず、圧迫にて止血した後、悪性疾患も否定できないことから一部を生検したところ組織診ではsquamous cell Carcinomaであった。また、骨盤CTおよび体表超音波検査を施行したが、他臓器への転移は認めず、鼠径リンパ節の腫大を認めるのみであった(生検はしていない)。P、I型、MP、PO、HO、MO、NO stage Iであった。併存疾患および本人の希望もあり局所コントロールとして放射線治療(Total 50Gy)を行った。現在、再発もなく外来加療中である。症例2：58歳男性。平成11年10月に臀部腫瘍を自覚するもそのまま放置していた。平成12年3月になり胸部不快感を認め近医受診した。精査にて貧血を指摘、同時に臀部腫瘍からの出血が原因とされたため、組織診を行ったところ、mucinous adeno Carcinomaの診断であり、加療目的に同月に当院紹介となる。来院時にはすでに、左臀部の肛門周囲に潰瘍形成を伴う約径20X20cm巨大腫瘍を認めた。すでに腫瘍による肛門狭窄しており、また、感染の可能性も否定できないことから、人工肛門造設術(S状結腸瘻)を行った。全身状態改善後、局所コントロールの目的に放射線治療(Total 96Gy)および温熱療法(5回)をおこなった。しかし、初回放射線治療後一時的な縮小傾向を認めたが次第に腫瘍の増大傾向を認めた。そこで、対症療法をおこなっていたが、改善せず、平成15年2月に永眠となった。いずれの症例においても、放射線療法を施行し、軽快あるいは不変の転帰を得たので報告した。

肛門扁平上皮癌・痔瘻癌の各1例

吉田 愛、石村 健、谷内田 真一、萩池 昌信、出石 邦彦、唐澤 幸彦、合田 文則、岡田 節雄、臼杵 尚志、前田 肇(香川医科大学 第一外科)

最近5年間の当科における大腸癌症例は282例でこの内の直腸癌症例は123例であり、この中の5例が肛門管に首座を置いていた。5例中3例が腺癌、2例が扁平上皮癌であり、2例中1例は肛門管扁平上皮から発生した扁平上皮癌、また1例は痔瘻の扁平上皮から発生した痔瘻癌であった。症例1は年齢66歳の女性で、主訴は初診より3ヵ月前からの下血である。来院時、2型の腫瘍の大部分は肛門外に突出しており、また2群までのリンパ節転移が疑われた。治療は出血の所見から手術を先行させることとし、2群リンパ節までの郭清を伴う腹会陰式直腸切断術を施行した。肉眼的に腫瘍径は50×35mmで、組織学的には極めて低分化な腫瘍細胞が多数の末梢神経を巻き込みながら増殖し、一部で横紋筋内へも達していたが、腫瘍周辺部に棘細胞性分化を示す扁平上皮癌の部位が見られたことより低分化扁平上皮癌、ai, ly1, v1, n(-)と診断した。症例2は年齢65歳の女性で、初診の2ヵ月前に近医で肛門周囲膿瘍に対する切開術を受けるも膿の排出が軽減せず、別の近医を受診、ここで同部の生検を受け、扁平上皮癌との診断を得、当科を紹介された。来院時肛門とは離れた7時の方向に排膿の見られる切開創を認めた。2群リンパ節までの郭清を伴った腹会陰式直腸切断術を施行したが、肉眼的には直腸の右側後壁側に55×50×45mmの腫瘍を認めた。組織学的には、肛門付近の扁平上皮下に明らかな腫瘍を認め、この内部には角化の目立つ高分化～中分化の扁平上皮癌の浸潤増殖像を認めたものの、扁平上皮癌の部分と表層上皮との連続性は認められず、腫瘍周辺部の扁平上皮からなる瘻孔部の上皮と病巣間に連続性が認められたことから、痔瘻の扁平上皮が癌化したものと考えられた。INF β, ly1, v0, n(-)であった。

教室における肛門扁平上皮癌と痔瘻癌の経験

青木 久幸、増田 英樹、林 成興、軽部 秀明、大亀 浩久、
大久保 明、高山 忠利
(日本大学医学部外科学講座外科3部門)

【目的】肛門扁平上皮癌と痔瘻癌の臨床的特徴、とくに治療法や術後成績について検討する。【対象、方法】1991年1月から2002年12月まで教室で経験した大腸癌は1899例であった。そのうち肛門管癌は23例(1.2%)であったが、扁平上皮癌は3例、痔瘻癌は2例であった。今回上記5例について臨床病理学的事項について検討する。【成績】肛門扁平上皮癌3例は男性2例、女性1例で、治療時年齢は48歳から80歳、平均63.3歳。肛門管上部1例、肛門管下部2例、肉眼型は2型が2例、3型が1例であり、分化度はすべて中分化であった。組織学的診断は全例治療前に生検で得たが、治療方法は腹会陰式直腸切断術が1例、腹会陰式直腸切断術+術後化学療法が1例、非切除(人工肛門)+放射線療法が1例であった。切除症例の深達度はmpが1例、a2が1例で2例ともリンパ節転移や鼠径リンパ節転移は認めなかった。切除症例は2例とも生存しており、うち1例は11年9ヵ月無再発生存中である。痔瘻癌2例はともに男性で、治療時年齢は42歳、67歳、痔瘻型は括約筋間1例、坐骨直腸窩が1例であった。痔瘻罹患期間は括約筋間のものが1か月、坐骨直腸窩が8年であり、肉眼型および組織型は2例とも5型で、粘液癌であった。治療方法は腹会陰式直腸切断術が1例、術前放射線療法と化学療法施行後骨盤内臓器全摘術を行ったものが1例で、深達度はa1が1例、ai(膀胱)が1例であった。骨盤内臓器全摘術を行った症例は第2群リンパ節(No.292)転移陽性であったが、残りの1例はリンパ節転移陰性であった。骨盤内臓器全摘術を行った症例は2年7か月で癌死、手術のみの症例は術後5年、無再発生存中である。【まとめ】肛門の扁平上皮癌と痔瘻癌は一般に予後不良とされているが、根治手術が可能な症例、特にリンパ節転移が認められない症例や深達度がa1までの症例は手術療法のみでも長期生存が得られると考えられた。

当センターにおける肛門扁平上皮癌と痔瘻癌の検討

矢野 秀朗、齋藤 幸夫、桐原 勇次郎、高島 純哉
(国立国際医療センター 大腸肛門外科)

1980年から2002年までの23年間の当センターにおける大腸癌症例1799例のうち、肛門扁平上皮癌は4例(症例1~4)、痔瘻癌は1例(症例5)であった。【症例1】49歳女性。主訴は下血。0時~6時RbPの4cm大type3腫瘤に対し1982年9月Miles施行。病理ではa1, ly3, v2, n2(3/10)。術後放射線照射(54Gy)。肝・腹膜再発をきたし術後8年で死亡。【症例2】68歳男性。主訴は下血。11時~1時RbPの3×2.5cm type1腫瘤に対し1988年11月Miles施行。病理ではmp, ly0, v0, n0。補助療法施行せず、術後6年4ヶ月無再発生存。【症例3】85歳女性。主訴は肛門痛。6時~8時肛門管の3×2.5cm type1腫瘤に対し、1992年2月局所切除施行。病理では上皮浸潤あり, ly0, v0, ow+, aw+。3月局所追加切除施行。補助療法なし。【症例4】63歳女性。主訴は肛門痛・下血。5時から7時肛門管の3.3×2.8cm IIc+IIa病変に対し2002年11月局所切除施行。病理ではほとんど上皮内進展で一部微小浸潤あり, ly0, v0, 断端-。補助療法施行せず、術後6ヶ月無再発。【症例5】64歳男性。20年前より痔瘻を有し、1年半前より分泌物を認めるようになり硬結を生じたため生検、腺癌と診断。1980年9月Miles施行。病理ではmuc, ly+, v+, n0, ew+(仙骨前面)。2次口が4ヶ所存在した。術後放射線照射(40Gy)を追加。術後5年6ヶ月無再発生存。肛門扁平上皮癌・痔瘻癌ともにまれな疾患である。近年、肛門扁平上皮癌に対しては放射線化学療法が根治性と機能面からも有効との知見が得られており、今後進行癌に対しても括約筋温存を考慮すべきかもしれない。痔瘻癌については症例を集めて診断・治療法について検討する必要がある。

当科で経験した肛門癌の検討

西原 承浩、前田 清、八代 正和、西口 幸雄、内間 恭武、藤原 一郎、山下 好人、山田 靖哉、井上 透、大平 雅一、平川 弘聖

(大阪市立大学大学院腫瘍外科)

【目的】当科で経験した肛門癌について予後規定因子を含め臨床病理学的に検討した。【対象】1973年から1997年まで当科で経験した肛門癌症例について検討した。【結果】1973年から1997年まで39例の肛門癌を経験した。男性21例、女性18例、平均年齢は58.5才(34～80才)、平均腫瘍径は5.5cm(1.0～11.0cm)、組織型では高分化腺癌16例、中分化腺癌が癌7例、粘液癌8例、扁平上皮癌6例、悪性黒色腫1例、不明1例であった。病期分類ではStageI:11例、II:9例、IIIa:0例、IIIb:15例、V:5例、Dukes分類では、A:11例、B:10例、C:18例で、比較的進行癌症例の多い傾向がみられた。5年生存率は73.9%であった。病期分類別の5年生存では、StageI: 9/11例、II:8/10例、III+V:5/18例、DukesA:10/11、B:7/10、C:2/18例であった。組織型では、高分化腺癌: 10/16例、中分化腺癌: 3/7例、粘液癌: 4/8例、扁平上皮癌: 1/6例であった。【結論】肛門癌の予後規定因子はリンパ節転移とly因子があげられ、組織型では扁平上皮癌が予後不良な傾向であった。また病期分類は、いずれの分類でも予後と相関していた。

術前診断に難渋した痔瘻癌の1例

金川 泰一郎、大石 正博、小寺 正人、前田 宏治、渡辺 直樹、山下 裕

(鳥取市立病院外科)

【症例】患者: 69歳, 男性

主訴: 肛門部腫瘍

既往歴: 1960年頃(詳細不明), 1999/4に坐骨直腸窩痔瘻でLay openを受ける。

現病歴: 定期的な消化器の検診を受けていた。2000/12, 初めてCEAの上昇を(9.0ng/ml)を指摘された。2001/6, CEAの上昇(12.2 ng/ml)と, 1ヶ月前からの肛門周囲の腫瘍にて外科を受診した。肛門には1,6,11時に手術痕があり, 肛門4時方向皮下に約6cm大の緊満した腫瘍を触知した。痔瘻再燃, 膿汁, 粘液分泌の所見はなかった。穿刺するとコロイド状の血性ムチンが40-80ml得られ, 2001/7, /9, 2002/2, /6の計4回穿刺細胞診を行ったがClassIIIまでの結果であった。この間他臓器に悪性所見はなく, 痔瘻癌の可能性が極めて高いことを説明していたが, ストーマを拒否し, 悪性所見が確定したうえでの手術を希望していた。2002/7, 発見より1年が経過し, 遠隔転移を危惧し, Cyst開窓生検を行って確定診断を得た後に手術を受けることを承諾され入院となった。

検査所見: CT検査では, 隔壁のないcysticなtumorで, 1年の経過で壁が肥厚した。MRI検査では, Cystの内容にコロイド様物質を認め, 直腸と接する壁の一部に不整な肥厚像を認めた。

手術所見: 2002/7/9, Cyst開窓生検を行った。内視鏡で観察すると易出血性で不整なムチンの付着を持つ内腔であった。生検結果は中分化腺癌であった。7/17側方郭清を伴うMiles'手術を行った。

標本所見: tumorは8*5cm大, 約1cmの厚い壁を持つcysticな病変で直腸粘膜面への露出はなかった。癌はCyst内でmucus lakeを伴いながら増生し, Fistulaは閉じているもののその周囲に中分化腺癌が浸潤していた。切除断端は陰性でリンパ節転移を認めなかった。

術後経過: 術後すみやかにCEAは正常化し, 現在術後再発の所見はない。

【考察】本例は40年前, 2年前に痔瘻手術の既往があったが, 今回はP.OやS.Oのない手術痕のみであり, 閉ざされたコロイド状の血性ムチンを持つ嚢胞性病変が問題であった。前回の痔瘻手術と時期が近く, 前回の手術時には癌がすでに潜在していた可能性を否定し得なかった。穿刺液の性状から癌を強く疑っていたが, 細胞診では癌の確信を得られなかった。積極的な組織生検が必要であったことを痛感させられた。

難治性痔瘻に併発した痔瘻癌の2例

佐口 武史、貞廣 莊太郎、前田 裕次、鈴木 俊之、石川 健二、安田 聖栄、幕内 博康
(東海大学医学部付属病院 外科)

痔瘻に併発する癌はまれであり、難治性痔瘻と診断されて長期間経過が見られていることが多い。診断確定に難渋した痔瘻癌を2例経験したので報告する。【症例1】：69歳 男性。約20年前より痔瘻にて近医で切開排膿された。'93年頃より肛門部の狭窄を認め、直腸切断術を勧められたが拒否し、外来にて経過観察されていた。'97年初旬より肛門周囲の2次孔からの排膿が増加し、便失禁状態となったため1997年5月 Hartmann手術を受けた。術後1ヶ月ほどは排膿の減少が見られたが、その後増悪したため紹介され入院した。受診時肛門は狭窄し、周囲皮膚は硬く、数個の2次孔を認めた。腰麻下に肛門周囲のdebridementを行い、粘液癌を確認した。長期による痔瘻から発生した痔瘻癌と診断し、1997年10月 Miles手術。前立腺周囲に腫瘍の残存が考えられたため、術後照射50Gyを行った。術前の検査では腫瘍マーカーはCEA 9.6ng/ml, CA19-9 21.6 U/ml, SCC 1.4 ng/mlであった。1999年3月、局所再発に対して、会陰側から腫瘍切除+術中電子線照射30Gyを追加した。2000年7月局所再発し、2002年10月死亡。【症例2】：37歳男性。1995年肛門周囲の腫張を認め近医受診。肛門周囲膿瘍の診断にて切開排膿を2年間に計3回施行した。症状増悪あり1997年4月当科受診。2, 5, 7時方向に2次孔を認め、複雑痔瘻の診断にて1997年7月、12月および、1998年4月瘻管切除術を行った。3回目の手術の際に提出した生検結果にて粘液癌を認め、痔瘻癌と診断した。術前照射20Gy施行後、Miles手術+術中電子線照射15Gyを施行した。1年10ヶ月後骨盤内に再発を認め、2002年02月死亡した。【まとめ】2例はいずれも診断が困難で、腰麻下にdebridementした組織に癌が認められて診断が確定した。2例はいずれも粘液癌であり、放射線感受性は高くないと考えられたが、直腸周囲の組織がびまん性に硬く、癌の浸潤範囲の同定がきわめて困難であったため、放射線を併用した。痔瘻癌はまれな疾患であるが、周囲に強い炎症所見を伴っている症例での治療方針は、今後の課題である。

痔瘻を合併した肛門腺由来腺癌(Anal duct carcinoma)の1例

小西 寿一郎¹、角田 卓也¹、田中 浩明¹、大山 健一¹、高山 卓也¹、竹田 明彦¹、別宮 好文¹、小柳津 直樹²、田原 秀晃¹

(¹東京大学医科学研究所先端医療研究センター外科、²同病理部)

肛門部原発の悪性腫瘍は全直腸悪性腫瘍の10%程度であるが、その80%以上はEpidermoid carcinomaであり、肛門腺由来腺癌(Anal duct carcinoma)は極めてまれである。今回われわれは、痔瘻を合併した肛門腺由来腺癌の1例を経験したので報告する。患者は49歳男性。10年前に痔瘻の手術既往がある。肛門部痛を主訴に、精査目的で平成13年8月27日に当科紹介、入院となった。大腸内視鏡検査で、肛門輪から2cmの部位に、6時から9時方向に1/3周を占拠する周堤を有し中央に浅い潰瘍を呈する腫瘍を認め、生検の結果はtubular adenoma with mild atypiaであった。骨盤部CTおよびMRIの所見では、下部直腸から肛門管の右側に径2cmの腫瘍性病変を認め、粘膜病変というよりも粘膜下ないしこれ以深に由来する病変が認められた。確定診断を目的に経肛門的腫瘍部分切除術を施行した結果、腫瘍は瘢痕組織様の硬度を呈しており、痔瘻の手術創と連続した硬結を有していた。病理組織学的には、淡明な胞体を有して胞巣状に集合する細胞群、および極めて細胞成分に乏しく粘液が組織間腔に貯留する部分から構成されていた。また、直腸粘膜上皮からの移行像は観察されず、その特徴的組織型および発生部位より肛門腺由来腺癌と診断し、腹会陰式直腸切断術を施行した。肛門周囲は痔瘻の手術創を含め切除し、リンパ節郭清は側方リンパ節と上部3群リンパ節まで施行したが、組織学的にリンパ節転移は認められなかった。摘出した腫瘍は歯状線直上に存在し、腫瘍径は3.9x2.9cm、低い周堤を有し、中央に潰瘍形成を認める肉眼分類の2型を呈していた。切除標本による病理組織学的所見は、肛門腺由来の粘液腺癌で、進達度はa2、潰瘍底部から筋層を越え筋層下組織まで癌の浸潤が及んでいたが、周堤部直腸粘膜は異型を示さず、癌の直接移行像は認められなかった。また、痔瘻最深部は腫瘍と連続し、同部において腫瘍と多核巨細胞出現を伴う肉芽腫性変化および多数の好酸球出現を伴う膿瘍像が混在する組織像を呈していることより、痔瘻に合併した肛門腺由来腺癌と診断された。現在、外来にて経過観察中であるが、1年半後を経過して再発の兆候は認められていない。肛門腺由来腺癌は肛門部原発の悪性腫瘍のなかでまれな疾患であり、痔瘻癌と治療法が異なる可能性があるため鑑別診断の一つとして考慮する必要がある。

直腸癌を伴う痔瘻癌の2例

阿久根 哲、北菌 正樹、緒方 俊二、丹羽 清志、鮫島 隆志、奥村 浩、中馬 豊、石澤 隆、愛甲 孝
(鹿児島大学医学部第一外科)

【目的】直腸癌と痔瘻癌の併存する2例を経験したので報告する。【症例1】58歳男性。1990年、1997年に肛門周囲膿瘍にて切開排膿の既往あり。2000年8月肛門周囲膿瘍にて近医で切開排膿術施行。内容物の病理診断はmoderately differentiated adenocarcinomaで痔瘻癌と診断された。CFにて直腸癌の合併も認め加療目的にて同年9月当科入院。入院時、肛門周囲の3時ならびに5時の2箇所切開創はいずれも治癒閉鎖しており同部の生検ではadenocarcinomaは認めなかった。直腸癌に関しては術前検査で1群リンパ節腫大を認めるもの他には遠隔転移を認めず、生検結果はmoderately differentiated adenocarcinomaであった。2000年9月19日に根治的に腹会陰式直腸切断術を施行した。切除標本では、直腸癌はRaRbに存在し5.5cmの2型の腫瘍を認めた。肛門管においては歯状線より肛門側3時と5時の部位に2箇所硬結を認めた。最終診断は、直腸癌に関してはRaRa, 5.5cm, type2, moderately differentiated adenocarcinoma, a2, ly1, v1, ew-, no, P0,H0,M0であった。痔瘻癌に関しては、病理組織像が直腸癌と類似していることより転移性の痔瘻癌と診断した。【症例2】75歳男性。1991年1月より肛門痛あり同年11月痔瘻の診断で近医で根治術施行。ゼリー状の分泌物を認め病理診断はmucinous adenocarcinomaで痔瘻癌と診断された。CFにて直腸に3.5cmのIp ポリープも認め、加療目的にて同年12月当科入院。入院精査後、直腸癌、痔瘻癌の診断で1991年12月11日に根治的に腹会陰式直腸切断術を施行した。術後病理診断は、直腸癌；well differentiated adenocarcinoma in tubular adenoma, Ip, sm, ly0, v0, n0 POHOM0、痔瘻癌；mucinous adenocarcinomaであった。直腸癌と痔瘻癌の組織像が異なっており、多発癌と考えられた。【結論】痔瘻癌においては、直腸癌からの転移性痔瘻癌の可能性を考慮し大腸検索を行う必要がある。

痔瘻癌の一例

橋本 拓造、板橋 道朗、廣澤 知一郎、吉田 孝太郎、小川 真平、呉 兆例、荒武 寿樹、斎藤 登、瀬下 明良、城谷 典保、亀岡 信悟
(東京女子医科大学第二外科学教室)

難治性瘻孔の慢性炎症により再生、増殖性変化が繰り返された結果、瘻孔内で癌化したと考えられる症例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。【症例】症例は79歳男性。29歳時と30歳時に痔瘻にて他医で手術歴があり、その後も瘻孔が残存していた。74才時より便秘を認め、前医にて注腸造影検査するも異常は指摘されなかった。平成1年6月頃から1日に2回浣腸するも排便困難な状態となり当科受診となった。会陰部の8時と9時方向に手術痕と2次孔が存在し、同部からの血性粘液分泌物を認めた。CTでは肛門右側に沿って周囲が造影される瘻管を認め、肛門管に接しているが両者の交通は認められなかった。MRIもCT同様、肛門右側より伸びる瘻管を認めその上方で直腸に接し、直腸壁が引きつれていた。瘻管の内にはT1強調でlow intensity、T2強調でhigh intensityな部分があり、粘液成分と思われた。2次孔より瘻孔造影を行ったところ1次孔及び直腸内腔が造影され瘻孔内に腫瘤陰影を認めた。注腸造影では上行結腸に憩室を認めたがその他回盲部から直腸まで異常を認めなかった。痔瘻癌を疑い、血性粘液分泌物の細胞診施行しClass 2であったが、2次孔から瘻孔深部を組織生検した結果adenocarcinomaが検出され、骨盤内臓器全摘術を施行した。開腹所見はH0, P0, N0であり、下腸間膜動脈根部及び鼠径リンパ節の腫大は認めなかった。病理組織所見では乳頭状から絨毛状に増殖する高分化型腺癌で瘻管の面に沿って島状に増殖していた。一部に間質への浸潤傾向を認めたが瘻孔内に局限しており、また脈管侵襲、リンパ節転移も陰性であった。術後は再発を認めず、最終予後調査では85歳で他病死(老衰)している。痔瘻癌は通常の大腸癌と異なり、主病巣が肛門管外へと発育する為、痔瘻から癌が発生したことを病理組織学的に証明することはかなり困難である。そこで診断基準としてRosser, McIntyre, Skir, 隅越らは臨床的経過に重点を置いて1) 痔瘻が10年以上の長期にわたって炎症を繰り返す、2) 痔瘻部分に増大して来る疼痛、硬結、3) mucin様分泌物、4) 原発性の癌が直腸肛門その他の部位に存在しない、5) 瘻管開口部が肛門管またはcryptにあること、等の項目を挙げている。また痔瘻と癌が併存している場合、痔瘻由来の癌、癌由来の瘻孔、痔瘻と癌が無関係に併存した場合の3つが考えられるが、本症例に於いては術前各画像検査にて直腸その他の部位に病変を認めず、瘻孔とその内部に腫瘤陰影を認めていることから難治性瘻孔の慢性炎症により再生、増殖性変化が繰り返された結果、瘻孔内で癌化した典型例と考えられた。

痔瘻原発と思われる肛門管癌の1例

中村 隆俊¹、大谷 剛正¹、根本 一彦¹、佐藤 武郎¹、國場 幸均¹、井原 厚²、三富 弘之³

(¹北里大学東病院消化器外科、²北里大学病院外科、³国立相模原病院病理)

痔瘻は日常診療において比較的頻度の高い疾患であるが、長期の経過を経た複雑痔瘻に伴うことがある。しかし、当院において過去17年間において大腸癌手術例2029例に対して肛門管癌11例でそのうち痔瘻癌は本症例の1例のみである。今回我々は、痔瘻原発と思われる肛門管癌(痔瘻癌)の1例を経験したので報告します。症例は53歳男性、主訴は肛門部痛、腹部膨満感、既往歴は43歳時に痔瘻の手術施行、平成12年6月頃より肛門部痛出現し、膿の流出を認めたため近医にて切開排膿及び瘻孔切除術を施行したところ瘻孔内に粘液癌を認めたため当科紹介となる。貧血、黄疸なく直腸指診にてほぼ全周にわたる壁の硬化を認め、6時方向に原発口を認め2時、5時、11時に2時口を認めた。これらの瘻孔より膿、ムチン様分泌物を認めた(分泌物には悪性所見なし)。注腸検査にて下部直腸に圧排所見を認め、一部不整を認め、MRIにて多房性のAreaで描出され、大腸鏡では瘻孔部近傍の生検にて高分化腺癌を認めた。その他精査にて遠隔転移は認めなかった。平成13年4月25日腹会陰式直腸切断術、上方D3、両側方リンパ節郭清施行した。切除標本肉眼像では粘膜面から腫瘍は不明で炎症のためmucosal tagを認め、剖面では瘻孔部より直腸粘膜に進展した所見が認められた。病理組織所見では、癌が瘻管より発生し直腸粘膜に進展しており、表層部は高分化腺癌を認め、深部は粘液プルを形成し粘液細胞の豊富な癌を認め強い線維化が認められた。現在術後25ヶ月経過するも再発は認められていない。本症例は瘻管より直腸粘膜内に進展したため大腸鏡下生検にて癌の診断がついた稀な症例であり、痔瘻癌は、病悩期間が通常5～10年の症例が多く、長いものは30年という例もあり経過の長い痔瘻に併発することがある。経過の長い痔瘻に対しては痔瘻癌の発生に注意することが必要であると考えられた。

痔瘻癌の1症例

早田 浩明、滝口 伸浩、山本 宏、永田 松夫、伊藤 泰平、山田 千寿、加賀谷 暁子、浅野 武秀、渡辺 一男

(千葉県がんセンター 消化器外科)

症例：65歳男性。主訴：肛門部腫脹現病歴：10年前、痔瘻の診断で近医にて2次口を切開した。以降、自覚症状なく放置していた。2001年7月、肛門部の腫脹を訴え、前医受診。痔瘻再燃による肛門周囲膿瘍の診断を受け、抗生物質投与され腫脹軽減。7月16日、膿瘍切除される。病理診断で癌と診断され、8月6日当科初診。既往歴：10年前痔瘻家族歴：特記事項なし。血液検査データ：貧血なし。その他異常所見なし。CEA, CA19-9：正常値理学的所見：肛門部11時方向に小さな皮膚欠損を認め、小腫瘍を触知する。肛門触診では11時方向にやや硬い結節が触知されるが、圧痛はない。注腸造影所見：異常所見認めず。大腸内視鏡所見：大腸ポリープのみであり、肛門管の異常は指摘できず。胸腹骨盤CT所見：肝、肺転移の所見なし。骨盤内、ソ径部リンパ節腫脹なし。腫瘍を指摘できない。手術所見：2001年9月4日、腹会陰式直腸切断術施行。11時方向の皮膚切開を広くし、皮膚欠損部を含めた広範囲脂肪織を合併切除した。標本肉眼所見：11時方向の肛門管部に2×1cmの粘膜の引きつれあり。明らかな腫瘍は認められなかった。病理学的所見：mucinous adenocarcinoma associated with anal fistula, mp, ly0, v0, n(-)上記引きつれ部に粘膜を主に広がった高分化腺癌を認める。一部に内括約筋に浸潤している。この癌巣とは非連続性により肛門側で粘膜固有深層から外肛門括約筋にかけて粘液癌を認める。退院後経過：現在、術後1年8ヶ月を経過しているが、再発の徴候を認めていない。考察：痔瘻癌は長年にわたった痔瘻病変に合併する比較的まれな癌である。本症例も10年を経過した痔瘻病変に合併したものである。診断時には進行しているものが多いとされているが、本症例は比較的早期の段階で治療を行えたと思われる。若干の文献的考察を加えて報告する。

直腸癌の痔瘻内転移の1例—各種画像診断の検討

石井 正之、山口 茂樹、森田 浩文、長田 俊一
(静岡県立静岡がんセンター)

【目的】CT、MRI、FDG-PETによって術前に肛門周囲膿瘍と診断されたが、痔瘻二次口の腫瘍の生検にて直腸癌の痔瘻内転移と診断した1例を経験したので報告する。【症例】64歳、男性。30年前から痔瘻に罹患していた。2002年6月から下血を認め、また肛門部の強い疼痛を自覚するようになった。近医の大腸内視鏡にて2型直腸癌を認めたため、2002年12月当院紹介受診となった。初診時身体所見では肛門診にて肛門縁から7cmの部位に直腸腫瘍を触知した。また肛門周囲皮膚に馬蹄型痔瘻の二次口を認め、そのうちの1箇所から5mm大の腫瘍の露出を認めた。また瘻管部分には広範な硬結、圧痛を認めたが、波動ははっきりしなかった。CTでは直腸Raの原発巣とともに坐骨直腸窩に馬蹄型で大きさ15×45mmの腫瘍を認めた。腫瘍辺縁は造影効果を認めるが、その内部は低吸収域であり膿の貯留を疑わせる所見であった。MRIでも坐骨直腸窩に内部に液状成分を有し、その周囲がエンハンスメントを受ける馬蹄形の腫瘍を認めた。原発巣との直接の連絡はMRI、CTいずれも認めなかった。CT、MRI上は坐骨直腸窩の腫瘍を肛門周囲膿瘍と診断した。一方FDG-PETでは原発巣と同程度のリング状の強い集積を肛門周囲に認め、膿瘍への集積と診断した。以上画像所見からは肛門周囲膿瘍を合併する直腸癌と診断したが、理学所見では痔瘻転移が疑われ、痔瘻二次口からの生検で原発巣と同じ中分化腺癌を認めた。直腸癌及び直腸癌痔瘻内転移の術前診断のもと、2003年1月22日腹仙腹式直腸切断術を行った。切除標本上会陰部の腫瘍は痔瘻一次口を入れてすぐの瘻管から始まり、後壁から肛門管を取り囲み、1時11時の二次口に及ぶ腫瘍として認められた。病理組織検査では腫瘍は瘻管内において周囲を膿瘍に囲まれており、腫瘍の組織型は直腸癌と同じ中分化腺癌であった。また直腸癌と痔瘻内腫瘍との直接の連絡は認めなかった。【結語】現時点ではCT、MRI、FDG-PETを用いても痔瘻内の癌診断は困難であり、理学所見及び生検による確定診断が必要である。

いわゆる痔瘻癌の一症例

安井 昌義、大植 雅之、池永 雅一、池田 正孝、山本 浩文、関本 貢嗣、瀬下 巖、高山 治、福永 浩紀、門田 守人
(大阪大学大学院病態制御外科)

痔瘻癌は比較的稀な疾患であり、時にその確定診断に難渋する事がある。今回、我々はいわゆる痔瘻癌の一症例を経験したので報告する。【症例】63歳、男性。【主訴】排便時疼痛と血便。【既往歴】20年来の痔瘻があり、炎症を繰り返すも放置していた。【現病歴】排便時の疼痛と血便を自覚し近医を受診したところ、大腸内視鏡検査にて下部直腸から肛門管に至る病変を指摘され、精査加療目的で当科紹介となった。【検査成績、治療経過】大腸内視鏡検査で下部直腸から肛門管に位置する約1/3周性の表面不整な隆起性病変を認めた。同部位からの内視鏡下の生検にて中分化型腺癌と診断された。注腸X線検査では明らかな病変を指摘できなかった。腹部CT検査では下部直腸から肛門管の周囲3時、9時方向に1×2cmの低吸収域を認めた。腹部MRI検査・T2強調画像では肛門管の周囲に約15mmのhigh intensity areaを3箇所認め、粘液成分と考えられた。以上より肛門管癌と診断し腹会陰式直腸切断術・D3リンパ節郭清を施行した。そけい部リンパ節郭清術は施行しなかった。切除標本では、痔瘻の一次孔直下に腫瘍を認め、腫瘍内部にはコロイド成分を認めた。病理組織所見では、粘液癌、a2、n(-)、stageIIであった。【まとめ】今回、痔瘻に合併した肛門管癌いわゆる痔瘻癌の一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

痔瘻癌の鑑別に有用な組織学的マーカーの検索

熊谷 二郎¹、岡部 聡²、伊藤 崇作¹、猪狩 亨³、滝澤 登一郎³、江石 義信¹、杉原 健一²、小池 盛雄¹

¹東京医科歯科大学医歯学総合研究科病因・病理学分野、
²東京医科歯科大学医歯学総合研究科消化機能再建学分野、
³東京医科歯科大学医歯学総合研究科病理診断科学分野)

痔瘻癌は稀な癌であるばかりでなく、その早期診断は困難であるとされている。一方病理学的にも、肛門管に発生した癌が痔瘻由来であるか否かを組織所見から確定するのは多くの場合困難であり、たとえば直腸癌の肛門管進展などとの区別は常に問題となる。また、肛門管には表層の上皮ではなく付属腺由来の稀な癌があるともされている。痔瘻由来の癌を何らかの客観的な指標によって区別する方法はないかを探るために、腫瘍細胞が産生する粘液の性状、および他のいくつかのマーカーに着目して検討を行った。

東京医科歯科大学外科で1977年から2002年までの25年間に切除された大腸の手術材料（経肛門的切除を含む、ポリペクトミーおよびEMRは含まない）1328例のうち、肛門管癌は14例（1.1%、腺癌13例と扁平上皮癌1例）あったが、そのうち臨床的および病理学的に確実に痔瘻癌と診断できたものは1例のみであった。この病変は60歳男性に見られたもので歯状線よりも遠位側に位置し、肉眼的には直径3cmの粘膜下腫瘍様隆起を呈する。組織学的には高～中分化腺癌であり、これが表層の上皮とは連続せずに粘膜下層から外膜にかけて浸潤していた。この腫瘍の直上から腫瘍内にかけて痔瘻が認められ、両者は明らかに移行していた。尿管侵襲を軽度にする。リンパ節転移なし。以上の所見からこの腫瘍は痔瘻癌であると診断し、4種類の粘液関連抗原（MUC1, MUC2, MUC5AC, MUC6）に対する抗体を用いて免疫組織化学染色を行い、またこの症例以外の肛門管腺癌13例のうち、免疫染色が可能であった7例（いずれも進行癌）について同様の染色を行ったその結果を比較した。

痔瘻癌と診断した1例はMUC1に90%以上の細胞が強陽性を示し、MUC2, MUC5AC, MUC6にはすべて陰性であった。これに対し他の肛門管腺癌7例は、MUC2にはすべて陽性、MUC1に5例、MUC5ACに4例、MUC6に1例がそれぞれ陽性を示した。また、標本中に含まれる肛門管付属腺に着目すると、これはMUC1に陽性、他はすべて陰性という特徴を呈していた。

一般的に正常の大腸腺上皮にはMUC2陽性の粘液が優勢でありMUC1陽性粘液はないのに対し、大腸癌の浸潤部ではMUC1陽性、MUC2も多くは陽性とされている。これに対し、今回痔瘻癌と診断された1例はMUC2が全く陰性であるという点が特徴と考えられた。また上記のように肛門管付属腺の陽性パターンと痔瘻癌のパターンとが同様であり、痔瘻癌の組織発生を考える上で興味深い所見と考えられた。

上記の粘液関連抗原のほかいくつかのマーカー、染色の結果を加え、痔瘻癌と肛門管付属腺由来の腺癌との関係に関する若干の文献的考察を行って報告する。

長期間の痔瘻に合併した肛門管癌の1例

横山 勝、石田 秀行、鈴木 毅、大澤 智徳、中田 博、猪熊 滋久、橋本 大定

(埼玉医科大学総合医療センター外科)

1993年から2002年までの10年間で、当科で経験した直腸肛門管悪性腫瘍は272例で、このうち肛門管癌は1例（0.4%）のみであった。以下に長期間の痔瘻が発生母地と考えられた肛門管癌の1例を提示する。【症例】68歳、男性。【主訴】肛門部痛、右臀部痛、右大腿痛。【現病歴】40年来、痔瘻、肛門周囲膿瘍を繰り返していた。平成7年、9月初旬より肛門部痛、右臀部痛、右大腿痛出現。近医受診。難治性複雑痔瘻の診断でS状結腸に双口式人工肛門を造設した。その際、肛門部の生検で腺癌と診断された。手術目的で当科紹介となる。入院時現症：肛門管背側に3型の腫瘍を認めた。痔瘻の二次口は3時、7時、10時方向に認められ、10時方向のものは、右大腿に開口していた。術前検査：大腸内視鏡検査では、肛門管に1/4周性の腫瘍を認めた。直腸には腫瘍を認めなかった。CT、USで明らかな転移所見は認めなかった。【手術所見】平成7年11月22日、腹会陰式直腸切断術(D2)、瘻管切除術施行。切除標本：腫瘍は肛門管6時方向に位置する3型の腫瘍で、下部直腸にも2か所、二次口を認めた。一次口は不明であった。病理組織学検査では、高分化型腺癌で、a2、n0、ly(+), v(+)でstage IIであった。【経過】平成8年1月退院し、その2年5か月後に骨盤内膿瘍、会陰部瘻孔を認めたため、試験開腹を施行したところ、骨盤内に落ち込んだ回腸から会陰にかけて膿瘍、瘻孔を形成していた。膿瘍壁を迅速病理に提出したところ腺癌の再発と診断された。瘻孔切除と小腸部分切除を行い、後日残存病変に対し、骨盤内臓全摘術を行ったが、術後20日目に感染が契機と思われる骨盤内からの出血のため死亡した。

早期痔瘻癌の1例

高野 正博

(大腸肛門病センター高野病院)

従来病歴が10年におよぶ深部複雑痔瘻では、癌化の傾向があると指摘されてきた。今回は単純で浅く小さい痔瘻にて早期癌の症例を経験したので報告する。症例は47歳男性。肛門後方に長さ2cmの単純高位筋間痔瘻を認め、痔瘻切除術を施行した。術中瘻管内にコロイド様物質の貯溜を認めた。切除された原発口付近の瘻管の病理学的所見は、ヘマトキシリン-エオジン染色では腺管構造を破り、間質には浸潤性に発育する癌細胞が認められ、PAS染色では腺管内に粘液を証明した。以上より粘液癌との病理学的診断を得た。また、CullingらのPBT/KOH/PAS染色では、粘液はわずかに青色調の紫色に染色された。本例は10年の経過をもつ痔瘻において発見されたにもかかわらず、瘻管組織に局限した微小なものであった。これは解剖学的位置、時間的關係のいずれの面からも癌の発生母地が瘻管を形成する肛門腺細胞であったことを強く示唆していると考えられる。またFengerらに従うと、PBT/KOH/PAS染色で粘液物質中のOacylated sialomucinが少ないことは、本例が肛門腺由来の癌であることを示唆している。したがって、本例が痔瘻に発生した肛門腺細胞由来の癌である可能性は極めて高いと考えられる。追加切除された括約筋に癌組織を認めず、早期痔瘻癌と判断した。本例のような微小な痔瘻癌の報告は、我々の検索した限り無く、痔瘻癌の発生を考える上で非常に貴重な1例である。当院では他に4例もの痔瘻癌を少なからず経験しているが、全て進行癌である。早期癌は本例が1例目で、文献的にも報告が無いと考えられる。痔瘻手術の際の瘻管内容の確認と組織学的検索の重要性を強調したい。術後定期的に来院し、経過観察が可能な症例であるが、肛門症状、腹部症状ともに軽度の痛みやポリープ摘所等の加療はあるが術後14年5ヶ月現在特変はない。

微小痔瘻癌の一例

坂口 正高¹、森田 博義¹、山本 哲久¹、関川 敬義¹、岸田 由起子¹、薬丸 一洋¹(¹東京通信病院第一外科、²東京通信病院病理科)

われわれは微小でありながら、腫瘍マーカーが軽度上昇した痔瘻癌の一手術例を経験したので報告するとともに、術式についても検討した。

症例は54歳、男性である。既往歴として1997年肺癌にて左肺上葉切除術を施行されている。1999年より繰り返す肛門部の腫脹、疼痛を自覚していた。2000年に肛門周囲膿瘍の診断にて、他医にて切開排膿を施行された。2001年4月頃より再び、同部に腫脹を自覚し痔瘻と診断され、同年7月18日lay open術を施行された。その際、瘻管内にコロイド様の分泌物が認められ、病理組織診にてwell ~ moderately diff. adenocarcinomaと診断された。なお肺癌術後のfollow upのため腫瘍マーカー(CEA)が測定されており、1999年3月までは正常値であったが、2000年3月には4.0ng/ml、01年5月には6.9ng/mlと上昇していた。しかし肺癌の再発は認められず、lay open術後の8月14日には2.7ng/mlとほぼ正常値を示した。9月4日、精査治療目的で当科に紹介された。触診上は肛門管11時方向に硬結を触れた。圧痛は認めなかった。鼠径リンパ節は触知しなかった。大腸内視鏡では歯状線より肛門側で、痔瘻のope scarの口側に僅かに隆起部を認めるのみであり、この部位より生検した。病理はGroup 1であった。注腸検査では病変部を描出し得なかった。CT検査では肛門管右側皮下に連続する20mm×10mm大のirregurar densityを認めた。MRI検査では同様に肛門縁右側皮下へ連続する20×5mm大のirregularityを認めた。しかし癌とは断定し得なかった。また両側鼠径リンパ節が認められた。他に転移はなかった。病変部が特定されないため、まず局所切除の方針とした。癌の存在部位は術中も特定できなかったが、触診で硬く触知するscar部を可及的に大きく切除した。また術前CTで指摘された両側鼠径リンパ節をsamplingした。切除標本の病理組織診断では、切除標本のほぼ中央部で、比較的深部に大きさが径3mm大のmucinous adenocarcinomaが認められ、断端は陰性であった。また両側鼠径リンパ節には癌は認められなかった。

以上、病変部が微小であること、切除断端が陰性であること、またCEAが病像をよく反映していることより、更に腹会陰式直腸切断術あるいは放射線治療等の追加治療はせず、嚴重にfollow upすることとした。現在術後18か月経過するが、触診上及び画像上再発、転移の所見はなく、また腫瘍マーカー値も正常範囲内を推移している。文献的考察を併せて報告する。

腹直筋皮弁再建を行った痔瘻癌の1例

井上 潔彦、奥野 清隆、松崎 智彦、所 忠男、肥田 仁一、
犬房 春彦、安富 正幸、塩崎 均
(近畿大学医学部 外科)

65歳男性。43歳時、痔瘻を指摘され近医にて加療を受けており、60歳時に肛門周囲膿瘍にて切開排膿術を受けた。平成14年8月頃から肛門周囲の腫瘍が増大しコロイド分泌も伴ってきたため、近医を受診。痔瘻癌を疑い、精査加療目的で当科紹介された。入院時、9時を中心とした肛門周囲に直径4.5×3.5cmの腫瘍を形成しており、瘻孔も認めコロイド状の粘液が分泌していた。右鼠径リンパ節も触知した。CT及びMRI所見にて肛門右側に多房性の腫瘍を認め、その内容は比較的濃度の高い液体が疑われた。周囲への浸潤は認められず、右鼠径リンパ節の腫大を認めるも、内部に脂肪織を認め転移は否定的であった。瘻孔壁の生検では mucinous adenocarcinoma であり、大腸内視鏡検査にて直腸及び肛門内に原発性の癌が存在しないため、痔瘻癌と診断された。平成15年1月14日腹会陰式直腸切断および腹直筋皮弁再建術を施行した。なお、鼠径リンパ節郭清については、術前から指摘されていた右鼠径リンパ節が術中生検にて転移を認めなかったため、施行しなかった (T2 N0 M0 stage2)。欠損部に対して、腹直筋皮弁を用いた再建を行った。組織診では高円柱状異型細胞の管状～乳頭状の増生がみられ、粘液産生が著しい粘液癌であった。また、腫瘍は瘻孔を中心に拡がっており、その一部は肛門粘膜に露出していた。いずれの切除断端にも悪性細胞は認められず、リンパ節転移も認めなかった。術後の経過は良好で、術後39日目に退院となり、現在 UFTE300mg 内服にて経過観察中である。

Pagetoid spreadを伴った痔瘻癌の1例

奥村 憲二¹、塩飽 保博²、関 啓太郎²、武藤 文隆²、栗岡 英明²、永田 誠³、細川 洋平⁴、塩見 尚礼¹、目方 英治¹、遠藤 善裕¹、花澤 一芳¹、谷 徹¹
(¹滋賀医科大学外科学講座、²京都第一赤十字病院外科、³京都第一赤十字病院皮膚科)

【はじめに】稀な Pagetoid spread を伴った痔瘻癌の1例を経験したので報告する。【症例】患者は77歳の女性で、6年前より肛門部に米粒大の硬結を認め痔瘻を指摘されていたが放置していた。2ヶ月前より硬結は増大し、痛みも強くなり近医より当院を紹介された。その後、瘻孔からの排膿も認め症状の軽快を認めたが、痔瘻の診断にて根治術目的に入院となった。入院時現症は全身状態は良好であり肛門周囲に発赤と硬結を認め、痔瘻の二次口を9時に認めた。鼠径リンパ節は触知しなかった。入院時血液検査所見は異常所見は認められず、又腫瘍マーカーはCEAが1.8ng/ml、CA19-9が4U/mlと正常値であった。難治性痔瘻の診断にて腰椎麻酔下に痔瘻根治術を施行した。肛門周囲に発赤と硬結、瘻孔を lay open した所、瘻孔内に粘液様物質を認めこれを迅速病理診断に提出したところ粘液癌の診断であったため、痔瘻癌の診断にて二次的に根治術を行うこととした。痔瘻手術後18日目に全身麻酔下にD2郭清を伴う腹会陰式直腸切断術を施行した。瘻孔と皮膚断端は3cmの距離を置いて切除し、切除標本には直腸粘膜面及び皮膚断端面には病変を認めなかった。ところが術後病理診断にて痔瘻癌の診断(大腸癌取り扱い規約上 P,5,a2,P0,H0,n0,M(-) stage2)とともに皮膚切除断端に悪性細胞 (Paget cell) 陽性であったため、皮膚科にて mapping (紅斑局面および外科手術瘢痕より1cm 離して、全周性に一部粘膜を含め8ヶ所生検) した。1箇所陽性が出た為、陽性部位より1cmおよび2cm 離して粘膜を含め8ヶ所生検し全て陰性を確認の上、初回手術後79日目に皮膚、皮下脂肪織追加切除として紅斑局面および外科手術瘢痕より2cm以上、または皮膚生検における腫瘍細胞陰性部位より1cm以上離し、深さは皮下脂肪織中層または粘膜下層まで切除し、縫縮を行い根治性を得た。術後2年7ヶ月の現在、再発の徴候なく健在である。【結語】稀な Pagetoid spread を伴った痔瘻癌の1例を経験した。長期に経過し、粘液分泌や疼痛、腫脹、硬結を伴った痔瘻は癌の存在を念頭において診療にあたる必要がある。又、Pagetoid spread の拡がりを経験するのに mapping は非常に有用であり、浸潤範囲を確実に評価した上で、手術による完全摘除に努めることが重要であると考えられた。

Crohn病に合併した痔瘻癌の3例

和田 博雄、小金井 一隆、鬼頭 文彦、福島 恒男
(横浜市立市民病院)

クローン病に合併した痔瘻癌3例を経験した。3例の背景では、痔瘻癌手術痔年齢は、37歳から40歳で、全例男性であった。クローン病発症年齢は、17歳から20歳で、クローン病初発症状は全例痔瘻、病型はいずれも小腸大腸型であった。痔瘻癌診断までの痔瘻の手術回数は、2から9回と全例複数回の痔瘻の手術既往があった。診断は、全例細胞診で行い、組織型は粘液腺癌であった。クローン病発症から痔瘻癌診断までの期間は3例とも20年であった。治療は、全例直腸切断術を施行したが、痔瘻が骨盤内に広範に進展していたため、全例非治癒切除となった。術後各々32ヶ月、30ヶ月、5ヶ月が経過し、全例生存中である。クローン病の患者数、長期経過例が増加することからクローン病合併痔瘻癌の発生は増加する可能性があり、痔瘻癌は診断時に癌が広範囲に及んでいて非治癒切除となることが多いことから早期発見が望まれ、クローン病の痔瘻のうち、難治性、新たな症状が出現した例、粘液の流出がある例、10年以上の長期経過例は、痔瘻癌発生を考慮し、細胞診や生検を行う必要があると思われる。

胃癌・腎臓癌を合併した痔瘻癌の一症例

赤松 秀敏、松井 淳一、岡 昭一、田村 明彦、松田 純一、
雨宮 哲
(大田原赤十字病院 外科)

1992年から2002年までの11年間に3例の痔瘻癌を経験した。今回胃癌・腎臓癌を合併した痔瘻癌の1症例を報告する。症例は44歳男性。既往歴として、34歳時より痔瘻を患い39歳時に手術の既往あり。平成11年10月、左側背部痛を主訴に近医を受診し胃内視鏡で早期癌と診断され、当院紹介受診。腹部CT検査で右腎腫瘍も指摘され、12月13日当科入院。胃癌・右腎臓癌の診断で根治術を予定していたが、術前日39℃の発熱が出現し、肛門膿瘍の診断で、予定手術を変更し切開排膿術を施行した。この際に、肛門周囲硬結部分を病理検査に提出した。12月27日、幽門側胃切除術D2および右腎摘術を施行した。(開腹所見は、H0 P0 N0 SM)。胃切除標本の病理結果は、中分化型腺癌、sm2、ly1、v0、n0、また右腎切除標本の病理結果はRenal cell carcinoma、G2、clear cell type、(alveolar type pT2b pV0 INF β)であった。初回手術後経過は順調であったが、肛門周囲硬結部分の病理結果が届き、痔瘻癌と診断され、平成12年1月31日、骨盤内臓全摘術および左大臀筋・薄筋による筋皮弁充填術を施行した。病理組織学的には、瘻孔を中心としたMucinous carcinomaで、骨盤壁筋肉(右梨状筋)への浸潤を認めた。膀胱・前立腺への浸潤はなく、n0であった。しかし、術後2.5POYのfollow-up CTおよびMRで骨盤内の局所再発が指摘され、放射線外照射50.4Gyを行った。現在、通院にて、経過観察中である。痔瘻癌の発生頻度は大腸癌の0.1~0.4%で、全痔瘻の0.1~0.3%といわれている。また、痔瘻癌の5生率は岩垂らによると40.0%であり、本症例では術後2年半で再発が認められた。他の2例は、1例が術後3年めに再発死亡したが、あとの1例は術後2年半無再発生存中である。長期にわたる痔瘻に疼痛・粘液性分泌物が生じてきた際には、痔瘻癌を疑い、積極的に分泌物の細胞診や組織検査を行うことが肝要である。また複数の瘻孔や膿瘍形成を伴った根治可能な痔瘻癌に対しては、リンパ節の十分な廓清とともに会陰部皮膚上2cm以上、骨盤内では1cm以上腫瘍からsurgical marginを確保した切開・切除を行い、術中迅速検査にて切離断端(ew)陰性を確認すべきである。

内視鏡的切除された大腸 sm 癌の臨床病理学的因子とその転帰

喜多嶋 和晃¹、藤井 茂彦¹、武田 純¹、富永 圭一¹、奥山 隆¹、大倉 康男¹、川又 均¹、増山 仁徳²、三戸岡 英樹³、柏木 亮一⁴、藤盛 孝博¹

(¹獨協医科大学病理学 (人体分子)、²増山胃腸科クリニック、³神戸海星病院)

【背景】大腸 sm 癌は、約 10% にリンパ節転移を認めるため外科的切除術の適応とされてきた。しかし、多くの sm 癌にはリンパ節転移がなく内視鏡的な局所治療で完治することから内視鏡治療の適応拡大が試みられているがその適応は明確にされていない。

【目的】内視鏡的切除後に追加腸切除された大腸 sm 癌について内視鏡切除時の臨床病理学的因子とリンパ節転移との関連を明らかにする。【方法】内視鏡的切除された大腸 sm 癌の中で追加腸切除された 15 病変と経過観察された 12 病変を対象とした。大腸癌研究会 sm 癌取扱いプロジェクトのアンケートに準じ、内視鏡切除時の臨床病理学的所見として、患者背景、部位、内視鏡的肉眼像、腫瘍径、組織診断、粘膜筋板の状態、粘膜下層分化度、粘膜下層浸潤距離、粘膜下層水平距離、INF、脈管侵襲、簇出、リンパ節転移の各項目について判定し、リンパ節転移陽性群、陰性群について比較検討した。【成績】内視鏡的切除後に追加腸切除された大腸 sm 癌 15 例のうち、5 例 (33.3%) にリンパ節転移を認めた。転移陽性群の病理学的所見は、高分化型腺癌 (well) が 40%、中分化型腺癌 (mod) が 60%、脈管浸襲を 80% に、簇出を 80% に認め、sm 浸潤距離は平均 3170 μ m であった。転移陰性群は、well が 80%、mod が 20%、脈管浸襲を 60% に、簇出を 30% にみとめ、sm 浸潤距離は平均 2231 μ m であった。両群間で有意差を認めたのは簇出 ($p < 0.05$) のみであった。追加腸切除を施行されず経過観察中である 12 例は、well が 86%、mod が 14%、脈管浸襲を 57% に、簇出を 43% にみとめ、sm 浸潤距離は平均 956 μ m であり、いずれも再発の徴候はみられていない。【結論】内視鏡的切除後に追加腸切除した大腸 sm 癌のうち、リンパ節転移陽性群は陰性群と比較し、簇出を示す病変が有意に多かった ($p < 0.05$)。その他の因子については有意な相関を示さなかったが、今後症例数を増やした上での検討を行い、リンパ節転移陽性群の臨床病理学的特徴を明らかにする必要があると思われる。

大腸 sm 癌治療法別の経過からみた EMR 後の follow up について

岩崎 清、吉松 和彦、橋本 雅彦、石橋 敬一郎、梅原 有弘、横溝 肇、吉田 淳仁、藤本 崇司、小川 健治

(東京女子医科大学附属第二病院 外科)

【目的】大腸 sm 癌は EMR など局所的治療も行われるが、長期経過中に再発する症例もみられる。そこで適切な follow up 法を知るため、大腸 sm 癌の治療法別に、病理組織所見と臨床経過を検討した。【対象および方法】対象は 1987 年から 2003 年までの大腸 sm 癌 70 例、治療法の内訳は EMR (ポリープ切除を含む) 18 例、EMR (ポリープ切除) 後追加腸切除 14 例、手術 38 例である。EMR の適応は原則的に浮上状態分類 (Endoscopy: 33(7), 568-573, 2001) の完全浮上例とし、その後の病理組織診断で sm 2-3、深部断端陽性、脈管侵襲陽性、低分化腺癌のいずれかの場合、原則的にリンパ節郭清を含む腸切除を追加している。sm 癌の亜分類は絶対値分類で検討し、sm 浸潤距離は粘膜筋板が同定困難な症例は腫瘍上縁から、同定可能な症例は粘膜筋板の上縁から測定した。治療後の follow up は、EMR 症例では 1, 3, 6, 12 ヶ月後、手術症例では 12 カ月後と以後年 1 回の間隔で大腸内視鏡検査を施行し、遠隔転移に対しては 1 年に 1 回の間隔で CT およびエコーを行っている。なお統計学的検定は t 検定および χ^2 検定で行い、 $p < 0.05$ で有意差ありとした。【結果】平均腫瘍径は EMR 症例 16.4mm、追加切除症例 13.4mm、手術症例 24.7mm、手術例で大きかった。肉眼型では EMR 症例で隆起型 16 例、陥凹型 2 例、追加切除症例では隆起型 13 例、陥凹型 1 例、手術症例は隆起型 31 例、陥凹型 7 例、陥凹型が手術症例に多かった。sm の亜分類では EMR 症例で sm1; 3 例、sm2; 2 例、sm3; 13 例であった。追加切除および手術症例では sm1; 1 例、sm2; 1 例、sm3; 50 例であった。追加切除症例の病理組織検索では切除断端に癌が遺残した症例はなく、リンパ節転移は 2 例に認めた。再発は EMR 症例では認めず、追加切除症例の 1 例のみに肝転移および遠位リンパ節転移再発がみられた。この症例は Rb, IIa+IIc 型の中分化型腺癌で経肛門的ポリープ切除術を施行後、病理診断で深達度 sm3, ly+ に加え、heterogeneity+, 先進部に粘液癌を認め、経仙骨の直腸切除術 (D1) を追加した。追加切除標本に癌遺残やリンパ切転移は認めなかったが、約 3 年後に再発した。追加切除および手術症例の中でリンパ節転移陽性例は 6 例あり、これに再発時リンパ節転移がみられた先の 1 例を加えた 7 例についてみると、深達度はすべて sm3, 7 例中 5 例が ly+, 2 例が v+, 4 例が heterogeneity+, 先進部組織型は中分化腺癌 2 例、低分化腺癌 2 例、粘液癌 3 例であった。【結論】sm 癌で EMR 後の局所再発例はなく、われわれの適応 (完全浮上例) で EMR を行う限り、follow up の大腸内視鏡の検査間隔を延ばすことが可能と思われる。また、深達度 sm3, ly+, 先進部組織型が高分化型以外の 3 因子が転移、再発の危険因子と考えられ、これに当てはまる症例は遠隔転移も考慮した follow up をすべきと考える。

大腸sm癌のリンパ節転移と形質発現の関連

八尾 隆史、中村 俊彦、中村 典資、平橋 美奈子、恒吉 正澄

(九州大学大学院医学研究院形態機能病理学)

【目的】大腸sm癌のリンパ節転移の危険因子の解析は主として外科切除材料により行われてきたが、第57回大腸癌研究会において我々は内視鏡的切除後外科的腸管切除（リンパ節廓清を含む）が施行された大腸sm癌の臨床病理学的特徴やリンパ節転移の危険因子は最初から外科切除施行されたものと異なることを報告した。一方、大腸進行癌において形質発現と癌の悪性度の関連があることも報告してきたが、今回は大腸sm癌における形質発現がリンパ節転移の危険因子として有用であるかを検討した。

【方法】最初から外科切除施行された大腸sm癌（A群）49例、内視鏡的切除後外科的腸管切除が施行された大腸sm癌（B群）30例を対象とした。human gastric mucin (HGM：胃腺窩上皮のマーカー)、MUC2（腸杯細胞のマーカー）、CD10（小腸刷子縁のマーカー）を1次抗体としてSAB法による免疫染色を施行し、形質発現とリンパ節転移の関連について解析した。

【成績】B群はA群より、平均長径が小さく（A群：24mm、B群：14mm）、隆起型が多く（A群：67%、B群：90%）、腺腫内癌が多い（A群：18%、B群：50%）という特徴があった。A群・B群ともに、CD10発現はlyやvと有意な相関は認めなかったが、リンパ節転移例では非転移例よりCD10発現が高率であった（A群：46% vs 18%、B群：63% vs 41%）。また、A・B群ともに腺腫内癌におけるCD10発現は純粋癌より高率であった。MUC2発現は全体で72%と高率に発現し、腺腫内癌（96%：23/24）で純粋癌（62%：34/55）より高率に発現していた。また、MUC2はA群でリンパ節転移例（81%）が非転移例（48%）より高率であったが、B群では差を認めなかった（リンパ節転移例88%、非転移例82%）。また、HGM発現はリンパ節転移例と非転移例で差を認めなかった（A群：23% vs 13%、B群：0% vs 9%）。また、形質発現の組み合わせによる分類とリンパ節転移率の関係は、A群では大腸型47%（7/15）、小腸型77%（10/13）、混合型67%（6/9）、分類不能25%（3/12）、B群では大腸型27%（3/11）、小腸型36%（5/14）、混合型0%（0/2）、分類不能0%（0/3）であり、両群とも小腸型、次いで大腸型で転移率が高かった。さらにA群では混合型のリンパ節転移も高率であり、そのうち2例ではCD10、HGM、MUC2全て陽性であった。小腸型でのMUC2発現はA群62%、B群86%と高率であった（過去に報告した進行癌では24%）。また、胃型癌は認めなかった。

【結論】CD10発現は大腸sm癌のリンパ節転移の危険因子と考えられたが、MUC2発現とリンパ節転移との関連は不明である。

大腸sm癌EMR後のフォローアップ

堀江 徹、永田 仁、高木 和俊、降旗 誠、窪田 敬一
(獨協医科大学第二外科)

【目的】当科における大腸sm癌のEMR（ポリペクトミーを含む）後フォローアップのプロトコルの妥当性について検討を加えた。【方法】当科における大腸sm癌のEMR（ポリペクトミーを含む）後フォローアップのプロトコルでは、sm絶対浸潤距離に基づいた分類を行い、粘膜筋板から500 μ m以下の浸潤をsm1とし、高分化型腺癌で、脈管侵襲陰性例であったものはm癌に準じて取り扱っている。一方、粘膜筋板から500 μ m～1000 μ mの浸潤をsm2、1000 μ mを越えて、浸潤しているものはsm3とし、sm2以上、中・低分化型腺癌、脈管侵襲陽性はリンパ節転移の危険因子と考え、現時点では1因子でも認めていれば、原則として追加腸切除の適応としている。大腸sm癌におけるこのプロトコルの妥当性について、当科で経験したsm癌の手術症例とEMR症例をもとに検討を加えた。【成績】1991年1月から2003年3月までの当科における大腸sm癌のEMR（ポリペクトミーを含む）症例は4例であった。男性3例、女性1例で、EMR時の平均年齢は71.3歳であった。切除断端陽性で追加腸切除となった症例は3例であり、sm1の高分化型腺癌かつ脈管侵襲陰性の1例のみ経過観察となっている。この1例は観察期間が短い、現時点で明らかな再発徴候は認めない。また、この間の大腸sm癌手術症例は前記の追加腸切除の3例を含む24例であり、男性16例、女性8例で、平均年齢は68.0歳であった。sm1は7例、sm2は4例、sm3は13例であった。リンパ節転移陽性症例は3例（12.5%）であり、n1が2例、n2が1例であった。3例共にsm3、中分化型腺癌、脈管侵襲陽性であった。一方、リンパ節転移陰性21症例のうち、リンパ節転移の危険因子であるsm2以上、中・低分化型腺癌、脈管侵襲陽性の3因子すべてのない症例は3例であり、全例EMR困難例であった。1因子のみを持つものは5例、2因子を持つものは10例、3因子すべてを持つものは3例であり、今回の検討では3因子すべてを持つ6例中3例（50%）にリンパ節転移を認めたが、1因子、2因子の症例には結果的にリンパ節転移を認めなかった。さらに、リンパ節転移陽性例と陰性例のsm絶対浸潤距離を測定するとそれぞれ、 $2724 \pm 424 \mu\text{m}$ 、 $1819 \pm 1304 \mu\text{m}$ であり、差は認められなかった。今回の検討では、sm2以上の壁深達度で腸切除を行った17例のうち、結果的にリンパ節転移のあった症例は3例（17.6%）であった。【結論】当科における大腸sm癌のEMR（ポリペクトミーを含む）後フォローアップのプロトコルは、手術症例からの検討では追加腸切除の適応決定には妥当と考えられるが、今後の症例蓄積による検討継続が必要と思われる。

大腸 sm 癌標本の臨床病理学的検討からみた sm 癌 EMR 後の治療法選択

松田 圭二、安達 実樹、荒井 武和、矢後 尋志、白 京訓、野澤 慶次郎、味村 俊樹、小平 進、冲永 功太
(帝京大学外科)

【目的】大腸 sm 癌を臨床病理学的に調べることで、どのような sm 癌がリンパ節転移している可能性が高いのか、すなわち sm 癌リンパ節転移の危険因子について検討し、sm 癌治療法の選択、とくに sm 癌 EMR 後の手術の適否決定に役立てることを目的とした。【方法】当科でリンパ節郭清が行われた sm 癌 56 病変について、部位、肉眼型形態、大きさ、分化度、異型度(渡辺らの基準による)、腺腫成分の有無、リンパ管侵襲(ly)、静脈侵襲(v)、sm 浸潤垂直長、sm 浸潤水平長(顕微鏡下にて測定)、粘膜筋板残存程度とリンパ節転移を調べ、sm 癌リンパ節転移の危険因子について検討した。【結果】部位別では、S 状結腸で 14%、直腸で 19% に転移がみられた。肉眼形態別では、Ip で 8%、Isp で 13%、Is で 10%、IIa で 25%、IIa+IIc で 20% に転移がみられた。大きさ別では、10 mm 未満で 0%、10-15 mm で 18%、15-20 mm で 7%、20-25 mm で 13%、25-30 mm で 25%、30 mm 以上で 10% であった。分化度別では、高分化腺癌で 11%、中分化腺癌で 22% に転移がみられた。異型度別では、高異型度癌で 13%、低異型度癌で 0% の転移率であった。腺腫成分のある癌では 4% に、腺腫成分のない癌では 19% に転移がみられた。リンパ管侵襲では、ly(-)で 2%、ly(+)で 40% に転移がみられた。静脈侵襲では、v(-)で 6%、v(+)で 50% に転移がみられた。sm 浸潤垂直長では、1500 μ m 未満の癌では転移がなく、1500-2000 μ m で 13%、2000-3000 μ m で 0%、3000-4000 μ m で 18%、4000-5000 μ m で 17%、5000-10000 μ m で 17%、10000 μ m 以上で 50% に転移がみられた。sm 浸潤水平長では、4000 μ m 未満の癌では転移がなく、4000-5000 μ m で 25%、5000-10000 μ m で 6%、10000 μ m 以上で 28% に転移がみられた。粘膜筋板がすべて残存している癌では転移がなく、一部残存した癌で 8%、粘膜筋板消失癌で 24% に転移がみられた。【考察】EMR など、内視鏡下切除標本では、粘膜下層浸潤を相対値で見るとは困難であり、顕微鏡下測定で絶対値が sm 浸潤量の良い指標となる。sm 浸潤垂直長が 1500 μ m 以上、水平長が 4000 μ m 以上のものは、転移陽性の危険因子と考えられた。他に、IIa 型、中分化腺癌、高異型度癌、腺腫成分のないもの、脈管侵襲陽性、粘膜筋板非残存、が危険因子であり、これらの条件を満たす癌は安易にフォローアップするのではなく、追加切除を考慮すべきである。

大腸 sm 癌 EMR 後の追加腹腔鏡下手術症例の検討

斉田 芳久¹、炭山 嘉伸¹、長尾 二郎¹、高瀬 真¹、中村 寧¹、中村 陽一¹、浦松 雅史¹、片桐 美和¹、太田 昭彦²、吉田 光宏²、酒井 義浩²
(¹東邦大学第 3 外科、²東邦大学第 3 内科)

【目的】現在、早期大腸癌に対する腹腔鏡下手術は技術的に確立し、より進行した腫瘍に対する適応へ拡大しつつある。しかし導入されてから 10 年とまだ期間は短く短期だけでなく長期の予後を含め再度検討する時期にさしかかっている。今回、sm 癌に対する長期予後を含め内視鏡切除術(EMR)後追加手術症例を中心に検討したので報告する。【方法】当院における 1993 年 8 月-2003 年 3 月の約 10 年間の sm 癌症例を特に EMR 後追加で腹腔鏡下手術を施行した症例を中心にその長期予後と病理組織学的検討を行った。【成績】10 年間の sm 癌症例は 123 例で、手術(腹腔鏡下手術)を施行されたものが 65 例(sm1:23 例、sm2:31 例、sm3:11 例)であった。そのうち EMR 施行後、追加で手術施行されたものは 27 例 41% で、内訳は sm1:9 例 33% sm2:16 例 59% sm3:2 例 7% であった。sm 癌の郭清は 2 群に近い 1 群郭清が基本的に行われていた。最終病理にて腫瘍の遺残を認めたものは 27 例中 7 例 26% で、癌の遺残が 4 例 (sm1Is, sm2Is, sm3IIa, sm3IIc)、腺腫の遺残が 3 例(sm1Isp, sm2Is, sm2Isp)であった。リンパ節転移例は認めなかった。腹腔鏡下手術の合併症は創部感染 2 例、腸閉塞 2 例、縫合不全 1 例合計 5 例 7.6%、平均術後入院期間は 7.3 日であった。腹腔鏡下手術症例は、基本的に年一回の大腸内視鏡および年一回の腹部超音波または CT 検査と腫瘍マーカー測定を行っているが、平均 3.1 年の経過観察期間において、EMR 後の追加手術症例を含め、再発例は認めていない。【結論】sm 大腸癌に対する腹腔鏡下手術は、術後の低侵襲だけでなく、良好な長期成績を示した。EMR 後の追加手術としても特に遠隔転移等認めず、EMR 後含め sm 癌に対する手術としては、今後より一層の適応拡大が期待される。

内視鏡下切除および手術切除を施行した大腸 sm 癌症例の検討

光丸 哲吉¹、三木 敏嗣¹、畠山 知昭¹、白倉 立也¹、越野 秀行¹、岡本 康介¹、新 浩一²、倉形 秀則²、斎藤 直康¹、塩川 洋之¹、龍 雅峰¹、徳山 隆之¹、後藤 友彦¹、船橋 公彦¹、高塚 純¹、寺本 龍生¹

(¹東邦大学大森病院 消化器外科、²東邦大学大森病院 消化器内科)

【目的】内視鏡下切除症例および手術切除症例について retrospective に比較検討することによって大腸 Sm 癌に対する内視鏡下切除の適応拡大が可能かどうかを検討した。【対象】1994年1月から2003年3月まで当院にて施行したの内視鏡下切除例44例（A群）および手術切除（追加切除39例を含む）例80例（B群）を対象とした。【結果】平均年齢はA群68.4歳・B群60.8歳、男女比はA群3：1・B群11：5であった。腫瘍の大きさ（長径の平均）はA群14.3mm（最小6mm最大35mm）・B群17.1mm（最小8mm最大60mm）、占居部位においてはA群、B群それぞれ盲腸1例・3例、上行結腸3例・7例、横行結腸10例・5例、下行結腸3例・4例、S状結腸20例・36例、直腸7例・25例であった。肉眼型はA群でIsp 20例・Ip 11例・IIa 8例・IIa+IIc 5例、B群でIsp 38例・Ip 9例・IIa 18例・IIa+IIc 7例・IIc 4例・1型4例であった。組織型はA群、B群それぞれ高分化腺癌33例（75%）・50例（62.5%）、中分化腺癌10例（22.7%）・25例（31.3%）低分化腺癌1例（2.3%）・5例（6.25%）であり、A群においては高分化腺癌が若干高率であったが差は認めなかった。深達度細分類ではA群でsm₁ 38例（86.4%）・sm₂ 5例（11.4%）・sm₃ 1例（2.3%）、B群でsm₁ 41例（51.3%）・sm₂ 31例（38.8%）・sm₃ 8例（10%）であり、A群ではsm₁ が高率であった。脈管侵襲はA群で14例（31.8%）であるのに対してB群では50例（62.5%）と高率であった。脈管侵襲を認めたA群14例ではsm₁ 7例（15.9%）・sm₂ 6例（13.6%）・sm₃ 1例（2.3%）であり、これらの中央観察期間は27.5ヶ月で無再発生存である。またB群では脈管侵襲を認めた症例のうちリンパ節転移を3例（3.8%）に認めた。この3例は深達度sm massive、分化度は中分化あるいは低分化、ly因子（ly1 1例、ly2 2例）が陽性であった。内視鏡切除後断端陽性の診断のもとに手術施行した症例のうち1例（1.3%）にのみ腫瘍の遺残を認めた。A B両群ともに現在のところ再発・遠隔転移は認めていない。【結語】我々はこれまで原則として内視鏡下切除の適応をsm slightまでの高分化腺癌としていたが、手術に対するpoor risk症例の場合では、informed consentを充分に行い、厳重follow upの条件のもとで、sm massiveであっても高分化腺癌・ly因子陰性例であれば内視鏡下切除の適応を拡大できる可能性があると思われる。

大腸 sm 癌症例における VEGF-C 及び CCR7 の発現とその意義に関する検討

須並 英二、渡邊 聡明、風間 伸介、名川 弘一
(東京大学附属病院大腸肛門外科)

【目的】我々は大腸 sm 癌手術症例におけるリンパ管増殖因子 VEGF-C の発現とリンパ節転移の相関につき報告してきた。今回大腸 sm 癌ポリペクトミー症例における VEGF-C の発現がリンパ節転移の予測因子となりうるかを検討した。更にリンパ節転移に関与するその他の因子として、胃癌乳癌等でリンパ節転移に関係するとされる CCR7 に注目した。CCR7 はケモカインリセプターの一つで、正常細胞においては、そのリガンドである CCL21 との相互作用により末梢血 T リンパ球が二次リンパ組織へ移動する際に重要な役割を果たしている。そこで大腸 sm 癌における CCR7 の発現がリンパ節転移の新たな危険因子となりうるかの検討を行った。【検討 1】【対象および方法】材料は 1990 年から 2002 年にかけ当科にてポリペクトミーもしくは EMR を施行され sm 癌と診断された症例を対象とした。腫瘍最深部を含む最大断面の切片を用いて、抗 VEGF-C 抗体を使用し、SAB 法にて免疫染色を行い、VEGF-C 発現を評価した。【結果】VEGF-C の発現は癌細胞細胞質に認められ、ポリペクトミー標本 39 例中 6 例（15.4%）が VEGF-C 発現陽性と評価された。追加切除は 10 例に行われリンパ節転移は 3 例に認められたが全て VEGF-C 陰性症例であった。ly、v 因子と VEGF-C 発現の間にも相関は認められなかった。【検討 2】【対象および方法】1990 年から 2002 年にかけて当科にて施行された大腸 sm 癌手術症例 96 例を対象とした。切除標本を SAB 法による免疫染色法にて CCR7 の発現を評価し、ly、v、n 等の各種臨床病理学的因子との関連について検討した。染色強度に応じて（-）、（±）、（+）、（++）の 4 段階に分類し、（-）及び（±）を CCR7 低発現群、（+）及び（++）を CCR7 高発現群として検討した。【結果】CCR7 発現は癌細胞の細胞膜および細胞質に認められた。CCR7 高発現群（27 症例、28.1%）は低発現群に比して有意にリンパ管侵襲、静脈侵襲が少なく（p < 0.05）、リンパ節転移に関しても、有意差は認められなかったものの、少ない傾向を示した。【結論】VEGF-C の発現は sm 癌ポリペクトミー症例におけるリンパ節転移の予測因子とはなりえなかった。しかし今回の検討では、リンパ節転移症例自体が少なく今後症例の蓄積が必要と考えられる。また、乳癌や胃癌における報告との異なり大腸早期癌に関しては、CCR7 の発現はリンパ節転移の危険因子とはならなかった。これらの相違の原因に関して検討中である。

大腸 sm 癌の浸潤度と臨床病理学的諸因子との検討

森田 晃彦、西村 元一、塩沢 邦久、宮下 知治、藤村 隆、三輪 晃一

(金沢大学医学部癌局所制御学 (第二外科))

<目的および方法>従来、大腸 sm 癌浸潤度分類には相対的分類が使われていたが、内視鏡的治療例では相対的分類が困難な例が多いため、最近では客観的評価である実測値による絶対値分類が用いられつつある。今回、当科で切除を行った大腸 sm 癌症例の sm 浸潤度を実測値で2群に分け、臨床病理学的諸因子ならびに転移再発との関係を検討した。1975年から2002年に、当科で外科的切除された大腸癌929例のうち sm 癌は51例で、その内腸管切除+リンパ節郭清を伴うもの46例(男性21例、女性25例、平均年齢62.5歳、EMR 後12例)を中心に検討した。浸潤度は粘膜筋板直下より1000 μ m以下を sm-A、1000 μ m以上を sm-B の2群に分けて検討した。<結果>46例中 sm-A は11例、sm-B は35例であった。リンパ節もしくは遠隔転移を認めたのは46例中8症例(17%)で、その8例はいずれも sm-B の症例であった。浸潤度と肉眼型との関係を見ると sm-A は11例中7例が lp、4例が ls で有茎性の病変が多かった。一方、sm-B では35例中24例が lps、ls、lla などの広基性病変、11例が lla+llc、llc の陥凹性病変であり、有茎性病変は認められなかった。腫瘍先進部の組織型では sm-B に中分化型が多い傾向にあったが、sm-A との間に有意差は認められなかった。腺腫成分の有無と浸潤度との間にも有意差は認められなかった。また、脈管侵襲をみると sm-A には1例もなく、sm-B は35例中11例31%に認め、浸潤度が増すにつれ有意差をもって脈管侵襲が多くなった。次に、発育様式を non-polypoid growth(NPG)と polypoid growth(PG)の2群にわけて sm-A と sm-B とで比較したが両群間に有意差は認められなかった。リンパ節および遠隔転移を認めた症例において、sm 浸潤度・肉眼型・先進部組織型・発育様式・腺腫成分の有無・脈管侵襲の有無についてそれぞれ検討を行ったところ、転移を認めた症例では、先進部組織型が中・低分化型である症例が有意に多かった。また、sm-B 症例・腺腫成分を認めない症例においても転移が多い傾向にあった。<まとめ>1: 大腸 sm 癌46症例中8例(17%)に転移を認め、全例浸潤度が sm-B であった。2: sm 浸潤度と肉眼型・組織型・発育様式・腺腫成分の有無、脈管侵襲の有無との関連は認められなかった。3: 転移を認めた症例では、先進部組織型が中・低分化型である症例が有意に多かった。また、sm-B 症例・腺腫成分を認めない症例においても転移が多い傾向にあった。

単発大腸 sm 癌の臨床病理学的検討と治療方針

鈴木 英之、田尻 孝、古川 清憲、高崎 秀明、会田 邦晴、菅 隼人、鶴田 宏之、進士 誠一、松田 明久、佐々木 順平

(日本医科大学大学院医学研究科臓器病態制御外科学 (第一外科))

【目的】 大腸 sm 癌の治療はリンパ節転移の有無に応じて EMR、局所切除、リンパ節郭清を伴った腸管切除などの治療法を過不足なく適切に選択することが重要である。しかしながら治療前にリンパ節転移を診断することは容易ではない。今回我々は教室で行われた過去10年の sm 癌治療成績から臨床病理学的にその妥当性、リスクファクターを検討した。

【方法】 1993年1月から2002年12月までの10年間に内視鏡的、手術的に切除された単発大腸 sm 癌のうち臨床病理学的に評価可能かつ術後フォローがなされている86症例を対象とした。FAP、colitic cancer、多発症例は除外した。各症例の背景、治療法、病理組織診断、リンパ節転移、局所再発、予後などを比較検討した。

【結果】 86例のうち EMR は20例で、そのうち10例は病理組織検査で、断端不十分あるいは脈管侵襲陽性との理由から追加腸管切除がなされていた。TEM を含めた局所切除は13例に施行され、56例は開腹・腹腔鏡による腸管切除が行われていた。腸管切除例の脈管侵襲陽性は20例(36%)で、リンパ節転移は4例(7%)に認められた。脈管侵襲陽性20例中4例(20%)、脈管侵襲陰性例にはリンパ節転移を認めなかった。脈管侵襲と組織型には相関はみられなかった。肉眼的には有茎性腫瘍にはリンパ節転移が少ない傾向がみられた。切除後遠隔転移は1例(肝転移)に認めたが肝切除にて5年生存が得られている。また局所再発は直腸の3例に認められ、いずれも sm 2 以上で脈管侵襲陽性であった。EMR 後に追加腸管切除を行った8例のうち6例は残存腸管に腫瘍を認めなかったが、2例(20%)にリンパ節転移を認めた。

【結論】 脈管侵襲陽性例では20%にリンパ節転移が認められた。相対的深達度で sm 1、または脈管侵襲陰性例ではリンパ節転移が無く内視鏡切除や局所切除の適応と考えられる。sm 2 以上で深や脈管侵襲陽性例では、腹腔鏡手術などの低侵襲な追加切除手術を考慮すべきと考えられるが、追加手術を行わない場合にはリンパ節転移や局所再発を念頭に置いて嚴重なフォローアップが必要である。下部直腸の病変では、残存腸管や肛門機能温存の観点から TEM による全層切除深達度診断も有用であると考えられた。

当院における大腸 sm 癌の治療成績

外岡 亨、幸田 圭史、小田 健司、清家 和裕、森広 雅人、横山 航也、清水 公雄、土田 大介、高見 洋司、福田 啓之、西村 真樹、崔 玉仙、塩入 誠信、高野 重紹、守屋 智之

(千葉大学臓器制御外科学)

【目的】当院における sm 癌に対する手術切除群、内視鏡下切除後追加切除群、内視鏡下切除単独治療群それぞれの傾向と成績を検討する。(対象) 1992年1月から2000年12月までの9年間に当院にて手術切除または内視鏡下切除された大腸 sm 癌 50 例。(結果) 初回手術切除群が 33 例、内視鏡下切除後追加切除群が 14 例、内視鏡下切除単独治療群が 3 例であった。外科切除例 47 例中 9 例 (19.1%) にリンパ節転移を認めた。内 1 例は 2 群 (#252) に転移を認めた。内視鏡切除単独治療群 3 例はいずれも 500 μ m までの sm 浅層 (sm1) への浸潤を認める高分化型腺癌で、脈管侵襲を伴わないものであった。全症例において再発を認めていない。(考察) 内視鏡単独治療群は、高分化腺癌以外の組織型、sm 深層への浸潤、脈管侵襲を伴う等の従来から提唱されているリンパ節転移危険因子をすべて伴わない症例であった。2 群リンパ節に転移を認めた症例は、術前肉眼型 1 型の 3cm 近い大きな腫瘍で、軽度のリンパ管侵襲を認めた。(結語) 当院においては、従来からのリンパ節転移危険因子を伴わない症例を経過観察例とし、リンパ節再発等を認めていない。当院で経験した 2 群リンパ節転移を伴う S 状結腸 sm 癌は、腫瘍径が大きくリンパ管侵襲を伴っていた。

大腸 sm 癌術後のリンパ節転移の危険因子に関する検討

関 洋介、関本 貢嗣、大植 雅之、山本 浩文、池田 正孝、池永 雅一、瀬下 巖、高山 治、福永 浩紀、安井 昌義、万井 真理子、門田 守人

(大阪大学大学院病態制御外科)

【目的】大腸 sm 癌術後のリンパ節転移の危険因子を明らかにするため、当科における大腸 sm 癌手術切除 125 病変を対象に sm 浸潤度分類 (絶対・相対)、肉眼型、組織型、脈管侵襲、腫瘍先進部の組織型、簇出などについて病理組織学的な検討を行った。【結果】sm 浸潤度分類を、sm 層を三等分する相対分類を用いると、sm1 28 病変(22.4%)、sm2 56 病変(44.8%)、sm3 41 病変(32.8%)であり、また粘膜筋板からの垂直方向距離 500 μ m 以下を sm1、500~1000 μ m を sm2、1000 μ m 以上を sm3 とする絶対分類を用いると、sm1 20 病変(16.0%)、sm2 16 病変(12.8%)、sm3 89 病変(71.2%)であった。リンパ節転移陽性例は 7 病変(5.6%)あり、リンパ節転移陽性例の内訳は相対分類別では sm1 0.0%、sm2 57.1%、sm3 42.9%、絶対分類別では sm1 0%、sm2 0%、sm3 100%で、リンパ節転移陽性例うち、最も浅い浸潤距離は 1200 μ m であった。その他の臨床病理学的因子に関して、リンパ節転移陽性例の肉眼型は Ip・Isp 14.3%、Is・IIa 14.3%、Is+IIc・IIa+IIc 71.4%、組織型は高分化型・中分化型 85.7%、低分化型・粘液癌 14.3%であった。腫瘍先進部組織型は高分化型・中分化型 71.4%、低分化型・粘液癌 28.6%で、脈管侵襲は 77.8%、簇出は全例で認められた。リンパ節転移の危険因子を各臨床病理学的因子を検討項目とした多変量 logistic 回帰分析を用いて検討したところ、先進部組織型低分化型 por.muc (p=0.001)、肉眼型陥凹あり (p=0.078) が選択され、先進部組織型のみが有意であった。【まとめ】当科における大腸 sm 癌手術切除 125 病変の検討においては、絶対 sm 浸潤値が 1200 μ m (絶対分類 sm3) より浅い病変ではリンパ節転移がなかった。logistic 回帰分析ではリンパ節転移の危険因子として先進部組織型低分化型のみが有意に選択され、これらの病変ではリンパ節転移の可能性があり追加切除の適応が有るのではないかと考えられた。

大腸 sm 癌 EMR 施行後の外科切除症例の検討

本間 重紀、前田 好章、高橋 周作、近藤 正男、佐藤 裕二、藤堂 省
(北海道大学 消化器外科・一般外科)

【目的】EMR(endoscopic mucosal resection)の導入により、従来では内視鏡的に切除が困難であった早期大腸癌に対しても切除が可能となり、内視鏡的治療の適応が拡大された。内視鏡的治療の適応が拡大された一方で、遺残、再発症例が報告されるようになり、EMRの適応と手技、EMR後の追加治療の選択が臨床上的重要な問題点となっている。特に、sm大腸癌ではリンパ節転移の可能性がある外科切除術式は慎重に選択されるべきである。今回は、EMR後に外科切除を施行した大腸sm癌症例を検討し、EMR後に局所遺残が疑われる症例に対する外科治療法について報告する。【対象・方法】当科で導入している大腸癌治療アルゴリズムでは、分化型で深達度がSM1'までの症例をEMRの適応としている。M'もしくはSM1'だが十分にliftingができずEMRを施行できなかった症例、EMRを施行したが深達度がsm2以上で深や、ce(+);(cut end positive)症例に対して、外科切除の適応としている。1992年から2003年3月までに当科で経験したEMR施行後に追加切除を施行した9例を対象とし、臨床病理学的因子を検討した。【結果】1.術前診断：SM1'；9例。2.占居部位：横行結腸1例、S状結腸5例、上部直腸2例、下部直腸1例。3.追加切除の理由：EMR後病理検査所見で垂直断端陽性；1例。ce(-)だがsm2以上；8例。4.術式：腹腔鏡下大腸切除術；6例、開腹下大腸切除；2例、経肛門の切除；1例。5.郭清：D0；1例、D1；5例、D2；3例、平均郭清リンパ節個数；11.8個。6.病理所見：切除標本上癌の遺残なし；8例、遺残あり；1例(well,mp,n0,v1,ly0)、7.リンパ節転移：n0；9例。8.転帰：無再発生存；9例。【まとめ】1.EMR後のsm大腸癌ではリンパ節転移の可能性は低く、術式の選択にあたってはD1以上のリンパ節郭清を伴う腹腔鏡下手術が有用と考えられる。2.直腸の病変で局所遺残が疑われる場合、直腸、肛門機能の温存の観点から経肛門的に全層切除を施行し、病理所見より根治手術を考慮することが重要である。

大腸 sm 癌 EMR 後の局所再発の2症例

鈴木 俊之、貞廣 莊太郎、深澤 麻希、佐口 武史、前田 裕次、田中 洋一、向山 小百合、石川 健二、石田 秀樹、安田 聖栄、幕内 博康
(東海大学 外科)

1975年から当院で経験した大腸sm癌は198例201病変であった。腫瘍切除単独30例31病変、手術単独100例101病変、腫瘍切除後追加腸管切除68例69病変であった。腫瘍切除のみを施行した30例31病変において、平均年齢は62.1±11.8歳(36-81歳)、腫瘍最大径は平均20.7±9.5mm(8-56mm)であった。測定可能であったsm浸潤部の深さは平均1.79±0.77mm(0.75-3.54mm)、横径は平均4.85±3.32mm(0.93-11.8mm)、面積は平均6.18±4.98mm²(0.47-15.22mm²)であった。局所再発を認めた症例は2例(6.7%)であった。遠隔転移を認めた症例は2例(6.7%)で、いずれも肺転移であった。局所再発を認めた1症例は81歳、男性。2000年2月より血便を認め、7月他院で大腸内視鏡施行したところ下部直腸0時方向に30mm大のIsp型病変および5時方向に20mm大のIp型病変が認められ、当院に手術目的で紹介となった。8月31日、経肛門的腫瘍切除術を施行した。0時方向の腫瘍は歯状線直上のIsp型腫瘍であり、Milligan-Morganに準じ切除した。5時方向の腫瘍はIp型腫瘍であり、transfixing後切除した。切除標本は0時方向30x30mm、5時方向20x15mmであった。病理は0時方向：高分化腺癌、sm,ly1,v0,surgical margin(-)、5時方向：高分化腺癌、sm,ly0,v0,surgical margin(-)、であった。0時方向の腫瘍のsm浸潤部の深さは3.54mm、横径は9.71mm、面積は14.7mm²で、5時方向の腫瘍はそれぞれ1.5mm、2.83mm、3.23mm²であった。外来で経過観察していたが、2001年3月经肛門腫瘍切除部に不良肉芽を認め、生検で再発が確認された。局所以外の転移は認めていない。家族の希望で追加治療をせず、現在他院で経過観察中である。他の1症例は57歳、男性。1994年1月の検診で便潜血陽性を指摘された。当院を受診、注腸にてS状結腸に25mm大の隆起性病変を指摘された。6月16日大腸内視鏡でIsp型病変を認めEMRを施行した。切除標本は24x22mm、病理は高分化腺癌、sm,ly0,v0,surgical margin(-)であった。外来で経過観察していたが、同年10月のfollow up大腸内視鏡でEMR後の癒痕部に10mm大のIs型病変を認め、生検で再発が確認された。他に再発は認めていない。内視鏡的治療は困難と考え11月24日S状結腸切除術を施行した。切除標本は10x10mm、病理は高分化腺癌、sm,ly0,v0,n0であった。以後外来で経過観察しているが、現在までに再発を認めていない。大腸sm癌EMR後の局所再発の2症例を経験したので、若干の考察を加え報告する。

早期大腸癌内視鏡的粘膜切除例の検討—sm癌の経過について—

瀧藤 克也、有井 一雄、横山 省三、松田 健司、東口 崇、奥 喜全、山上 裕機

(和歌山県立医科大学第2外科)

私たちは1999年より早期大腸癌に対して積極的にEMRを行ってきた。今回、内視鏡的治療を行ったsm癌の経過について報告する。【早期大腸癌内視鏡的治療の適応】内視鏡で肉眼的に早期癌と診断された症例で、IpおよびIsp病変とIsやII型ではミニチュアプローブによる超音波内視鏡を行って粘膜下層に変化がない病変で側方への広がり3 cm以下としている。一方、切除標本でsm癌であった場合は、sm浅層までの浸潤で脈管侵襲および簇出を認めない場合は経過観察、それ以外は手術を施行している。経過観察はCEAおよびCA19-9の測定に加え、6カ月およびその後1年おきに大腸内視鏡検査を行っている。【成績】1999年より2003年4月までに63病変の早期大腸癌に対して内視鏡的治療を施行した。そのうちm癌は46病変、sm癌は17病変(27.0%)であった。sm癌の形態分類では、Ip 6病変、Isp 3病変、Is 5病変、IIa 3病変、組織分類では高分化型腺癌が16病変、そのうち腺腫成分を伴ったものが11例(68.8%)、中分化型腺癌が1病変あった。このうち経過観察としたものは10病変(58.8%)で、中分化型腺癌でsm深層まで浸潤を認め、脈管侵襲も認めたIs直腸癌の1例が3年後に所属リンパ節再発で手術を行った。その他の9病変は最長3年経過観察しているが、現在のところ再発はない。一方、内視鏡的治療後に手術を施行したものは、他部位に進行癌を合併した2病変、sm深層までの浸潤が2病変、内視鏡治療を繰り返し行ったが腫瘍が残存した1病変、リンパ管侵襲陽性1病変と静脈侵襲および簇出を認めた1病変の7病変(41.2%)であった。そのうちリンパ節転移を認めたものは15mmのIs S状結腸癌で腺腫成分を認めず静脈侵襲および簇出を認めた1例で、1群リンパ節に1個のリンパ節転移を認めた。また、明らかに腫瘍が残存していた1例を除き、主病変の内視鏡的切除部に残存はなかった。大きさや手技的な問題で内視鏡的治療を断念し腹腔鏡補助下切除+D2郭清術を施行した側方伸展型のIIa病変は34例中3例でsm浅層までの浸潤を認めたが、リンパ節転移例はなかった。【結論】Is型早期大腸癌の内視鏡的治療後にsm癌が判明した場合、中分化型腺癌や簇出を認めれば積極的にD2以上のリンパ節郭清を行う必要がある。

EMRのなされたsm大腸癌症例のfollow up

浜田 節雄、長野 裕人、須藤 謙一、北郷 邦昭、村上 三郎、平山 廉三

(埼玉医科大学 消化器・一般外科)

【目的】sm大腸癌でEMR後転移・再発をきたすものがあるか否かを検討。

【対象】1989年1月から2002年12月までの大腸癌65例のうちEMR単独治療の21症例。

【方法】臨床およびEMR標本の病理組織学的検討。follow upのプロトコールは診察、胸部レ線、腫瘍マーカー(CEA,CA19-9)、腹部超音波and/or CT、注腸造影and/or大腸内視鏡検査をEMR後3ヶ月、6ヶ月、1年、1年6ヶ月、2年、3年、4年、5年目に行った。その後は1年毎の電話による調査。

EMRの適応は内視鏡で「sm massiveの所見がない」、EUSで「sm slightまで」、注腸造影で「側面像で無変形、角状変形まで(牛尾ら)」とし、病理所見でly(+) and/or v(+)、sm massiveのものは腸切除追加の適応とした。

【成績】1. 21例すべてに転移・再発なし。肝癌死の1例を除く20例は7ヶ月~13年1ヶ月観察(平均観察期間5年8ヶ月±3年8ヶ月)。

2. 有茎と無茎に分けて検討。有茎17例のうちHaggittのlevel 1は11例、level 2は5例、level 3は1例。Level 1は肝癌死の1例を除く10例では1年~13年1ヶ月(平均5年11ヶ月±3年11ヶ月)観察し、転移・再発なし。Level 2の5例は、1年8ヶ月、5年3ヶ月観察、6年9ヶ月目に肺癌死、6年11ヶ月、12年5ヶ月観察。Level 3の1例は5年3ヶ月観察。Level 2と3の6例をまとめると、1年8ヶ月~12年5ヶ月(平均6年5ヶ月)観察し、転移・再発なし。不明の1例を除いた有茎16例の垂直浸潤距離は350~8000 μm(平均2384±2165 μm)。

無茎4例は垂直浸潤距離250~7500 μm(平均2688 μm)。1000 μm未満は2例で、1年3ヶ月と5年観察し、転移・再発なし。1000 μm以上の2500 μm例は7ヶ月、7500 μm例は8年1ヶ月観察し、転移・再発なし。

3. lyはly(+) 4例、ly0 17例、vはv(+) 2例、v0 19例。ly(+) and/or v(+)で手術拒否のため腸切除を追加しなかった4例があり、ly1, v0は肝癌にて死亡、ly1,v1は4年6ヶ月、ly2,v1は5年、ly3,v0は8年1ヶ月観察し、転移・再発なし。

【結論】EMRで治療された21例全例に転移・再発なし。有茎でHaggittのlevel 2、3でも転移・再発なし。無茎で垂直浸潤距離2500、7500 μmと1000 μm以上でも転移・再発なし。またly(+) and/or v(+)症例でも転移・再発なし。

長期フォローアップされた大腸sm癌手術例における再発—EMR症例の検討も含めて

識名 敦¹、宇都宮 勝之¹、寺内 りさ¹、田中 正文¹、青笹 季文¹、藤野 啓一¹、菅沼 利行¹、岡田 和滋¹、津田 倫樹¹、長谷 和生¹、山田 省一¹、上野 秀樹²、橋口 陽二郎²、望月 英隆²

(¹自衛隊中央病院外科、²防衛医大第1外科)

[目的] 大腸sm癌の手術後再発をきたした症例の特徴と再発に関与するリスク因子を明らかにすることを目的とした。[対象・方法] 検討1：多発癌を除く大腸sm癌症例のうち、D1以上の郭清を伴う腸切除を行った後、死亡までかあるいは術後最低5年以上フォローされた177例を対象とした。対象症例の年齢は27～95歳(平均62歳)、癌占居部位は結腸104例、直腸73例であり、術後追跡期間0.5～225ヶ月(平均98ヶ月)であった。177例中、EMR後外科的追加切除を行ったものは42例であり、初回より手術例は135例であった。再発例の頻度、時期、再発臓器などを検討した後、非再発例と間で各種病理学的因子(腫瘍径、肉眼型、深達度、リンパ節転移、脈管侵襲、INF、簇出)について比較検討した。検討2：上記検討1の症例のうち、67例に対しては、cox-2、c-erbB2、MMP9、TIMP2の免疫染色(ABC法)を行い、面積的に全体の1/3以上が染色されたものを陽性、1/3未満を陰性と判定した。これらの結果と再発との関連につき検討した。[結果] 検討1：177例中再発をきたした症例は19例(11%)であり、EMR後に追加切除を行った135例中5例(12%)、初回手術例135例中14例(10%)であった。再発部位は、肝9例、肺8例、局所4例、その他脳、鼠径リンパ節、Virchowリンパ節、腹膜がそれぞれ1例であった。再発の時期は3～55ヶ月(平均29ヶ月)であった。再発例では非再発例に比べ、リンパ節転移陽性の症例の頻度が、陰性ないし軽度の症例に比べ高率であった(27%：8%; $p < 0.007$)。一方、sm深達度：中・深層、静脈侵襲陽性、腫瘍径、肉眼型、INF、簇出に関しては差が認められなかった。検討2：免疫染色を施行した67例中再発は4例(6%)に認められた。再発例では非再発例に比べ、c-erbB2陽性例、TIMP2陽性例がそれぞれの陰性例に比べ有意に高率であったが(それぞれ100%：22%, $p < 0.0007$ 、100%:24%, $p < 0.001$)、cox-2、MMP9、では差を認めなかった。[結語]大腸sm癌術後のフォローアップは最低5年間必要と考えられた。再発のリスク因子として、リンパ節転移陽性、c-erbB2陽性例、TIMP2陽性例が挙げられた。

大腸sm癌EMR後追加切除症例の検討

久米 徹、橋本 竜哉、星野 誠一郎、稲田 一雄、野田 尚孝、今野 俊和、佐藤 慶一、前川 隆文、山下 裕一、白 日 高歩

(福岡大学医学部第2外科)

はじめに大腸早期癌に対し内視鏡治療技術や器具の進歩に伴い内視鏡的粘膜切除術(EMR)や経肛門的内視鏡下マイクロサージェリー(TEM)の適応となる患者が増加してしる。我々は内視鏡的に切除した中でsm2あるいはly1またはv1以上の症例に外科的追加治療を行っている。今回内視鏡的に初回切除後追加切除を行ったTEM後症例6例とEMR後症例11例について癌の遺残等につき検討したので報告する。対象113例のTEM症例の内、上記追加治療条件に該当した6例とEMR後同じく該当した11例を対象とした。これら17例は初回切除後sm2以深あるいは脈管侵襲陽性であったため追加の治療となった。追加切除した中で癌の遺残を認めたものはTEM後症例では1例のみでありRsのIs typeの20×12mmの腫瘍であった。直腸前方切除術を施行し、病理学的にss層に脈管侵襲があり最終病理診断はss,ly2,v2となった。EMR後症例のうち遺残のあった症例は2例であった。1例はS状結腸のIsp typeの腫瘍(20×20mm)でsm2の診断でS状結腸切除を施行し、病理結果はsm2,ly1,v1,n1であった。他の1例は横行結腸のIs typeの腫瘍(8×8mm)で横行結腸切除術を施行し、病理結果はsm2,ly2,v1,n2であった。このように合計17例のsm2症例の中で3例17.4%に癌の遺残を認めた。現在追加切除を行った合計17例全例再発なく経過観察中である。まとめ内視鏡切除によりsm2以深および脈管侵襲のある症例は少なからずリンパ節転移やより深層への癌浸潤があることより追加切除が必要と思われた。

当院における大腸 sm 癌の EMR 後のフォローアップ

柴田 直史¹、杉浦 元紀¹、奥田 勝裕¹、森本 幸治¹、中村 善則¹、加藤 克己¹、福井 拓治¹、佐野 正明¹、中村 明茂¹、成田 洋¹、宇佐美 詞津夫¹、廣瀬 善道²、濱島 英司²、伊藤 誠³

(¹刈谷総合病院外科、²刈谷総合病院消化器内科、³刈谷総合病院病理)

【目的】過去5年間の当院における大腸 sm 癌の EMR (ポリペクトミー含む) 症例 24 例の病理組織学的検討とフォローアップの現状および結果から、今後の手術移行症例の基準に対する検討とフォローアップのありかたに対する検討を行った。【方法】1998年1月より2002年12月までに sm 浸潤大腸癌の EMR を 24 症例に施行した。病理組織所見にて、外科的追加腸切除の必要性を判定し、経過観察症例は半年から1年に1度の間隔で CF によるフォローアップを原則とした。観察期間は EMR から最近の CF、または CT にて再発の有無を確認しえた日時までの期間とした。【結果】平均観察期間は 23.6 ± 16.9 ヶ月であった。EMR の適応は施行前に EMR 後の外科的追加腸切除が必要となる可能性が低いと判断した症例である。腫瘍の肉眼型は表面型 3 例、隆起型 19 例、混合型 2 例であった。組織型は高分化型腺癌が 9 例、中分化型腺癌が 14 例、不明が 1 例であった。手術となった症例については sm 浸潤度は工藤分類の sm1b 以上、組織学的に分化度の低い(傾向のある)もの、脈管浸襲を認めるものなどである。24 例中 14 例が EMR 後の病理組織所見にて外科的追加腸切除に移行した。手術症例 14 例については、全例リンパ節転移を認めなかった。手術移行例となるべき sm-massive、ly1+ 症例のなかで、1 例のみ本人希望にて手術未施行で経過観察中である。組織学的に粘膜筋板からの垂直方向への sm 浸潤距離を計測したところ、全症例は $747.1 \pm 1056.4 \mu\text{m}$ 、手術移行症例は $960.7 \pm 610.6 \mu\text{m}$ 、経過観察例では $448 \pm 286.7 \mu\text{m}$ であった。経過観察中の 10 例においては、平均観察期間は 18.8 ± 16.5 ヶ月であり、自己の判断にて2年以内に受診しなくなる症例が多かった。他病死 1 例。観察しえた期間では手術症例も含め、全例再発を認めていない。【結語】今後は、外科、内科、病理で検討を重ね EMR の適応を拡大し EMR 後の手術移行例に対する基準を再検討(縮小)する余地があると思われた。また同時に EMR 後のフォローアップの必要性を患者に啓蒙し、長期予後観察症例のデータの蓄積につとめることが重要であると思われた。

大腸 sm 癌 EMR 後追加腸切除症例の検討

原田 英也、黒田 雅利、横井 美樹、田中 弓子、吉谷 新一郎、高島 茂樹

(金沢医科大学一般消化器外科)

目的：近年、大腸 sm 癌に対し内視鏡的粘膜切除術(以下 EMR)を行い、癌の遺残疑いおよび脈管侵襲陽性から追加切除を行った症例を対象に、病理組織学的に検索するとともにその成績について検討した。対象：過去18年間に当科で経験した大腸癌手術症例は 1111 例で、うち D1 以上のリンパ節郭清を伴う腸管切除を施行した大腸 sm 癌は 91 例(8.2%)で、うち EMR 後追加切除症例は 18 例(1.6%)でこれらを対象とした。尚、追加腸切除の適応は、大腸癌取り扱い規約に準じて決定した。結果：18 例の追加腸切除適応因子は、リンパ管侵襲陽性例が 10 例、sm 深部浸潤が 4 例、断端陽性が 4 例であった。占拠部位別にみると右半結腸は (C,A,T) 2 例、左半結腸 (D,S) 9 例、直腸 7 例であった。肉眼型の内訳は Ip 10 例、Isp 3 例、Is 5 例で、形態別の深部断端陽性率は Ip 2 例/10 例(20%)で、これらは腫瘍茎の末梢で切除されたと考えられた。Isp では 1 例/4 例(25%)、Is では 1 例/4 例(25%)であった。摘除標本で、標本の再構築不完全例は 3 例認め、いずれも回収時分散症例で、2 例は分割切除で断端陽性が追加切除の決定因子であった。リンパ節転移は 18 例中 2 例に認めた。これらはいずれもリンパ管侵襲陽性が追加切除決定因子になっており、肉眼型は Is 型で、組織型は中分化腺癌であった。追加腸切除 18 例中 2 例に切除標本内に癌遺残を認めた。結語：追加腸切除の適応判断では、脈管侵襲、粘膜下層浸潤程度、深部断端が問題となり以下の事を再認識した。1. 有茎性では切断部位はできるだけ根部で行い margin を大きくとること、2. 摘除標本回収時は標本を損傷させないこと。一割切除が困難であればできるだけ分割せずに、他の切除方法を考慮すること。3. 直腸病変に関しては、経肛門の切除が望ましいと考えられた。

リンパ節転移からみた大腸 sm 癌 EMR 後のフォローアップ

菅 敬治、奥田 準二、山本 哲久、西口 完二、近藤 圭策、辰巳 嘉章、谷川 允彦

(大阪医科大学一般・消化器外科)

教室におけるリンパ節転移陽性大腸 sm 癌の臨床病理学的特徴を明らかにし、大腸 sm 癌の EMR 後のフォローアップについて検討した。リンパ節郭清を伴う腸管切除を施行した大腸 sm 癌 90 例を対象として検討したところ、7.8% (7/90) にリンパ節転移を認めた (n1(+)が5例、n2(+)が2例)。リンパ節転移陽性例は全例 sm2 以深、リンパ管侵襲陽性であり、また肉眼分類では7例中6例が陥凹成分を有していた。これら3つの因子、すなわち、sm2 以深、リンパ管侵襲陽性、陥凹成分 (+) は、リンパ節転移の危険因子と考えられた。したがって、隆起例は、EMR 後の切除標本の病理所見で深達度が sm1 で脈管侵襲を伴わなければ嚴重なフォローアップを行い、sm2 以深や脈管侵襲を伴えば D2 郭清を伴う追加腸切除が適切と考えられた。また、陥凹例では、EMR 後の切除標本で sm2 診断されれば D2 郭清を伴う追加腸切除を行うが、EUS や lifting signなどを基に慎重に深達度診断を行い、SM' 2 と診断されれば EMR よりも初回から D2 郭清を伴う腸切除が適切と考えられた。

59th
JSCCR

ランチオンセミナー

第59回大腸癌研究会 ランチオンセミナー

「大腸癌治療戦略における 外科手術と補助療法の評価」

日時 2003年7月4日(金) 12:00~12:50

場所 ホテルメトロポリタン高崎 6階「白鷺の間」
高崎市八島町222(027-325-3311)

座長 澤田俊夫 先生
群馬県立がんセンター 副院長

演者 坂本純一 先生
京都大学大学院医学研究科 疫学研究情報管理学講座 教授

第59回大腸癌研究会当番世話人
長廻 紘 (群馬県立がんセンター 院長)

共催 第59回大腸癌研究会
大鵬薬品工業株式会社

**59th
JSCCR**

Supplement

演者索引.....	95
協賛企業一覽.....	105
広告掲載企業一覽.....	106

*は筆頭演者を表す。

A

Asano, Takehide (浅野 武秀) 示-32
 Abe, Nobutsugu (阿部 展次) □-7
 Abe, Satoshi (阿部 哲史) □-6
 Abe, Takashi (阿部 孝) □-28
 Abe, Tatsuya (安部 達也) □-1, 示-5
 Abe, Youji (阿部 祐治) □-43
 Adachi, Miki (安達 実樹) 示-47
 Aiba, Tetsuro (相場 哲朗) □-20
 Aida, Kuniharu (会田 邦晴) 示-52
 Aida, Shinsuke (相田 真介) □-3
 Aihara, Tomohiko (相原 智彦) 示-11
 Aikou, Takashi (愛甲 孝) 示-29
 Aizawa, Ryo (相澤 亮) □-55
 Akabane, Hiromitsu (赤羽 弘充) 示-1
 Akaike, Makoto (赤池 信) □-42
 Akamatsu, Hidetoshi (赤松 秀敏) 示-42*
 Akamatsu, Hiroki (赤松 大樹) □-28*
 Akasu, Takayuki (赤須 孝之) □-32
 Akune, Satoshi (阿久根 哲) 示-29*
 Amamiya, Tetsu (雨宮 哲) 示-42
 Amikura, Katsumi (網倉 克己) 示-6
 Anan, Keisei (阿南 阿南) □-43
 Anzai, Keiichi (安齊 圭一) 示-8
 Aoki, Hisayuki (青木 久幸) 示-23*
 Aoki, Seishi (青木 成史) □-15
 Aoki, Tatuya (青木 達哉) □-41
 Aosasa, Norifumi (青笹 季文) 示-59
 Aoyama, Hiroyuki (青山 浩幸) □-9
 Aoyama, Noburo (青山 伸郎) □-22
 Aoyama, Atsuko (青山 敦子) □-9
 Arai, Takehiro (新井 健広) □-10
 Arai, Takekazu (荒井 武和) 示-47
 Araki, Yasumi (荒木 靖三) □-30
 Aratake, Kazuki (荒武 寿樹) □-11, 示-30
 Arihiro, Koji (有広 光司) □-2
 Arai, Kazuo (有井 一雄) 示-57
 Arita, Michinori (有田 道典) 示-15
 Asahara, Humitaku (浅原 史卓) □-15
 Asahara, Toshimasa (浅原 利正) 示-15
 Asano, Michio (浅野 道雄) □-9*
 Asao, Takayuki (浅尾 高行) □-33, □-8
 Ashikawa, Kazuhiro (芦川 和広) 示-14*
 Ataka, Masayuki (安宅 正幸) □-25
 Atomi, Yutaka (跡見 裕) □-7
 Azekura, Kaoru (畦倉 薫) □-21, □-45

B

Baba, Kenichirou (馬場 憲一郎) □-49, □-56
 Bando, Keisuke (板東 敬介) 示-1
 Bekku, Yoshifumi (别宮 好文) 示-28
 Beppu, Kazuko (别府 加寿子) □-6

C

Chayama, Kazuaki (茶山 一彰) □-2
 Cheng, Chung-Kang (鄭 光康) □-22
 Chuman, Yutaka (中馬 豊) 示-29

E

Egi, Hiroyuki (恵木 浩之) 示-15
 Eishi, Yoshinobu (江石 義信) 示-35
 Endo, Noriyuki (遠藤 則之) □-44
 Endo, Shungo (遠藤 俊吾) □-13
 Endou, Yoshihiro (遠藤 善裕) 示-40
 Enomoto, Hiromitsu (榎本 泰三) □-18*
 Enomoto, Katsuhisa (榎本 克久) 示-21*
 Enomoto, Masayuki (榎本 雅之) □-10
 Ezumi, Kouji (江角 晃治) 示-3

F

Fu, Kougi (傅 光義) □-4
 Fuchimoto, Michihisa (淵本 倫久) □-54
 Fuchimoto, Norihisa (淵本 倫久) □-5
 Fujii, Shigehiko (藤井 茂彦) 示-43
 Fujii, Shouichi (藤井 正一) □-57
 Fujii, Takahiro (藤井 隆広) □-4
 Fujii, Tsuneshi (藤井 常志) □-19
 Fujimori, Masahiko (藤森 正彦) 示-15
 Fujimori, Takahiro (藤盛 孝博) 示-43
 Fujimoto, Akihisa (藤本 明久) □-31
 Fujimoto, Hajime (藤本 肇) □-3, □-55
 Fujimoto, Takashi (藤本 崇司) 示-44
 Fujimoto, Yoshiya (藤本 佳也) □-32*
 Fujimura, Takashi (藤村 隆) 示-51
 Fujino, Keiichi (藤野 啓一) 示-59
 Fujita, Masahiro (藤田 昌宏) □-1, 示-5
 Fujita, Masanori (藤田 昌紀) 示-10
 Fujita, Rikiya (藤田 力也) □-21
 Fujita, Sin (藤田 伸) □-32
 Fujiwara, Hitoshi (藤原 斉) □-36
 Fujiwara, Ichirou (藤原 一朗) 示-25
 Fukami, Norio (深見 悟生) □-13
 Fukazawa, Maki (深澤 麻希) 示-56
 Fukuchi, Nariaki (福地 成晃) □-50
 Fukuda, Makoto (福田 誠) □-49, □-56
 Fukuda, Takayuki (福田 啓之) 示-53

Fukui, Takuji (福井 拓治) 示-61
 Fukunaga, Hiroki (福永 浩紀) 示-34, 示-54
 Fukunaga, Mitsuko (福永 光子) □-5, □-54
 Fukunaga, Mutsumi (福永 睦) □-50, 示-11*
 Fukushima, Tsuneo (福島 恒男) 示-41
 Fukuzawa, Masahiro (福澤 正洋) 示-21
 Funahashi, Kimihiko (船橋 公彦) □-35
 Funahashi, Masuo (船橋 益夫) □-47
 Furihata, Makoto (降旗 誠) 示-46
 Furugori, Taiki (古郡 大樹) 示-20*
 Furuhashi, Tomohisa (古畑 智久) □-34
 Furukawa, Hiroshi (古河 洋) 示-3
 Furukawa, Kiyonori (古川 清憲) 示-18, 示-52
 Fuzimura, Yoshinori (藤村 美憲) □-49, □-56

G

Genka, Atsushi (源河 敦史) 示-18
 Goda, Fuminori (合田 文則) 示-22
 Godai, Ten' I (五代 天俤) □-42*
 Goto, Ryouichi (後藤 了一) □-29
 Goto, Tomohiko (後藤 友彦) □-35, 示-49
 Gotoh, Jun-Ichi (後藤 順一) 示-1
 Gotoh, Mitsukazu (後藤 満一) □-40
 Gotou, Mitsuuru (後藤 充) □-19*

H

Hagiike, Masanobu (萩池 昌信) 示-22
 Hagiwara, Akeo (萩原 明於) □-36
 Haku, Kyokun (白 京訓) 示-47
 Hamada, Setsuo (浜田 節雄) 示-58*
 Hamada, Tomonori (濱田 朋倫) 示-2*
 Hamaguchi, Tetuya (濱口 哲弥) □-32
 Hamajima, Eiji (濱島 英司) 示-61
 Hamura, Kimiyo (羽村 公代) □-23
 Hanai, Akira (花井 彰) 示-14
 Hanai, Kouichi (花井 恒一) □-47
 Hanazawa, Kazuyosi (花澤 一芳) 示-40
 Hara, Masayasu (原 賢康) □-46*
 Harada, Hideya (原田 英也) □-39, 示-62*
 Haruma, Ken (春間 賢) □-2
 Hase, Kazuo (長谷 和生) □-3, 示-59
 Hasegawa, Hiroto (長谷川 博俊) □-15
 Hasegawa, Yasuhiro (長谷川 康弘) □-38

- Hashiguchi, Yojiro (橋口 陽二郎) □-3, □-55, 示-59
 Hashimoto, Daijyou (橋本 大定) 示-36
 Hashimoto, Masahiko (橋本 雅彦) 示-44
 Hashimoto, Takuzou (橋本 拓造) 示-17, □-11, 示-30*
 Hashimoto, Tatuya (橋本 竜哉) 示-60
 Hasimoto, Ryuji (橋本 龍二) 示-10
 Hasue, Kennichirou (蓮江 健一郎) □-41
 Hata, Fumitake (秦 史壮) □-34*
 Hata, Tunetake (秦 庸壮) □-29
 Hatake, Kiyohiko (畠 清彦) □-45
 Hatakeyama, Katsuyoshi (畠山 勝義) □-26
 Hatakeyama, Tomoaki (畠山 知昭) □-35, 示-49
 Hatanaka, Nobutaka (畑中 信良) □-28
 Hayashi, Shigeoki (林 成興) 示-23
 Hayashi, Syun-Ichi (林 俊彦) □-20
 Hida, Jinnichi (肥田 仁一) 示-39
 Higashiguchi, Takashi (東口 崇) 示-57
 Hirabayashi, Yoko (平林 葉子) 示-7
 Hirahasi, Minako (平橋 美奈子) 示-45
 Hirai, Syu (平井 周) □-6
 Hirai, Takashi (平井 孝) □-46
 Hirai, Toshihiro (平井 敏弘) 示-7
 Hirakawa, Kousei (平川 弘聖) 示-25
 Hirata, Koichi (平田 公一) □-34
 Hirayama, Renzou (平山 廉三) 示-58
 Hiro, Junichiro (廣 純一郎) □-51*
 Hirosawa, Tomoichiro (廣澤 知一郎) 示-17*, □-11, 示-30
 Hirose, Yoshimichi (廣瀬 善道) 示-61
 Hiyama, Tooru (日山 亨) □-2
 Hokari, Kaku (穂刈 格) □-1, 示-5
 Homma, Shigenori (本間 重紀) 示-55*
 Honda, Yoshiko (本田 善子) □-35
 Honnma, Toshio (本間 敏男) □-34
 Horie, Hisanaga (堀江 久永) □-44
 Horie, Tohru (堀江 徹) 示-46*
 Hoshino, Seiichirou (星野 誠一郎) 示-60
 Hoshino, Yutaka (星野 豊) □-40
 Hosokawa, Masao (細川 正夫) □-1, 示-5
 Hosokawa, Youhei (細川 洋平) 示-40
 Hunahashi, Kimihiko (船橋 公彦) 示-49
 Huwa, Nobukazu (不破 信和) □-46
- I
 Ichihara, Takao (市原 隆夫) □-22
 Ichikawa, Daisuke (市川 大輔) □-36
 Ichikawa, Yasushi (市川 靖史) □-57
 Ide, Munenori (井出 宗則) □-33, □-8*
 Igari, Toru (猪狩 亨) 示-35
 Ihara, Atusi (井原 厚) 示-31
 Ihara, Takaaki (井原 隆昭) □-43
- liai, Tsuneo (飯合 恒夫) □-26
 Iishi, Hiroyasu (飯石 浩康) □-14
 Iizuka, Bunei (飯塚 文瑛) □-23
 Ike, Hideyuki (池 秀之) □-57
 Ikeda, Masaharu (池田 正治) 示-7
 Ikeda, Masataka (池田 正孝) 示-34, 示-54
 Ikeda, Satoshi (池田 聡) 示-15
 Ikeda, Seiyo (池田 靖洋) □-24
 Ikenaga, Masakazu (池永 雅一) 示-34, 示-54
 Iki, Katumichi (伊木 勝道) 示-7
 Ikuta, Hajime (生田 肇) □-22
 Imabun, Shigeru (今分 茂) □-28
 Imada, Toshio (今田 敏夫) □-57
 Imamura, Hiroshi (今村 博司) 示-3
 Imamura, Masayuki (今村 正之) □-31
 Imaoka, Shingi (今岡 真義) □-14, □-27
 Inada, Kazuo (稲田 一雄) 示-60
 Inatsugi, Naoki (稲次 直樹) □-18
 Inokuma, Shigehisa (猪熊 滋久) 示-36
 Inomata, Masafumi (猪股 雅史) 示-16*
 Inooku, Yoshiko (井奥 艶子) □-6
 Inoue, Kiyohiko (井上 潔彦) 示-39*
 Inoue, Tooru (井上 透) 示-25
 Inoue, Yasuhiro (井上 靖浩) □-51
 Inoue, Yuji (井上 雄志) □-23*
 Inufusa, Haruhiko (犬房 春彦) 示-39
 Ishibashi, Keichiro (石橋 敬一郎) 示-44
 Ishibashi, Nobuya (石橋 生哉) □-30
 Ishida, Fumio (石田 文生) □-13
 Ishida, Hideki (石田 秀樹) 示-56
 Ishida, Hideyuki (石田 秀行) 示-36
 Ishida, Hideyuki (石田 秀之) 示-3*
 Ishiguro, Shingo (石黒 信吾) □-14, □-27
 Ishihara, Noriko (石原 法子) □-20
 Ishihara, Ryu (石原 立) □-14
 Ishii, Masayuki (石井 正之) 示-33*
 Ishii, Seiichi (石井 誠一) □-38
 Ishii, Yoshiyuki (石井 良幸) □-15
 Ishikawa, Kenji (石川 健二) 示-27, 示-56
 Ishikawa, Koichi (石川 浩一) 示-16
 Ishikawa, Osamu (石川 治) □-27
 Ishikawa, Tarou (石川 太郎) □-47
 Ishimura, Ken (石村 健) 示-22
 Ishiyama, Gentaro (石山 元太郎) □-34
 Ishizaki, Yasuyo (石崎 康代) 示-15
 Isikawa, Chisato (石川 千里) □-19
 Isizawa, Takashi (石澤 隆) 示-29
 Isizu, Hiroyuki (石津 寛之) □-29
 Isobe, Hideki (磯部 秀樹) 示-12*
 Itabashi, Michio (板橋 道朗) □-11, 示-17, 示-30
 Ito, Eisaku (伊藤 栄作) 示-35
 Ito, Kiminori (伊藤 伊藤公訓) □-2
 Ito, Masaaki (伊藤 雅昭) □-48
- Ito, Seiki (伊藤 誠基) □-32
 Ito, Yasuhiro (伊藤 泰平) 示-32
 Itoi, Hirosumi (糸井 啓純) □-36
 Itou, Makoto (伊藤 誠) 示-61
 Itou, Miki (伊藤 幹) □-29
 Iwadare, Junichi (岩垂 純一) □-53
 Iwakawa, Kazuhide (岩川 和秀) 示-4
 Iwamoto, Shigeyoshi (岩本 慈能) 示-13*
 Iwasaki, Kiyo (岩崎 清) 示-44*
 Iwase, Naoko (岩瀬 尚子) □-10*
 Iwashita, Toshimitsu (岩下 俊光) □-43
 Iwaya, Akira (岩谷 昭) □-26
 Izuishi, Kunihiko (出石 邦彦) 示-22
 Izumi, Koichi (泉 公一) 示-16
- K**
 Kagaya, Akiko (加賀谷 暁子) 示-32
 Kaibara, Nobuaki (貝原 信明) □-25
 Kaihara, Tsukasa (甲斐原 司) □-4*
 Kajiwara, Shinsuke (梶原 伸介) 示-4
 Kamano, Toshiki (鎌野 俊紀) □-6
 Kameoka, Shingo (亀岡 信悟) 示-17, 示-30, □-11
 Kameyama, Masao (亀山 雅男) □-14, □-27
 Kamiga, Masahiro (神賀 正博) 示-12
 Kamigaki, Takashi (神垣 隆) □-22
 Kan, Hayato (菅 隼人) 示-18, 示-52
 Kan, Keitarou (関 啓太郎) 示-40
 Kanagawa, Taiichiro (金川 泰一郎) 示-26*
 Kanai, Tadao (金井 忠男) □-3
 Kanazawa, Masamitsu (金澤 昌満) □-30
 Kaneko, Yasushi (金古 康) □-8
 Kanemitsu, Yukihide (金光 幸秀) □-46
 Kanzaki, Norio (神崎 憲雄) □-40
 Karasaki, Hidenori (唐崎 秀則) 示-1
 Karasawa, Yukihiko (唐澤 幸彦) 示-22
 Karube, Hideaki (軽部 秀明) 示-23
 Kasai, Hironori (葛西 弘規) 示-2
 Kasamaki, Shinji (笠巻 伸二) □-6
 Kashida, Hiroshi (榎田 博史) □-13
 Kashimura, Seigo (榎村 省吾) □-40
 Kashiwagi, Ryouichi (柏木 亮一) 示-43
 Katagiri, Miwa (片桐 美和) 示-48
 Katayama, Masahumi (片山 真史) 示-14
 Kato, Takeshi (加藤 健志) □-50*
 Kato, Tomoyuki (加藤 知行) □-46
 Kato, Yo (加藤 洋) □-21, □-45
 Katou, Hiroshi (加藤 博士) □-23
 Katou, Hitoshi (加藤 仁) 示-3
 Katou, Katsumi (加藤 克己) 示-61
 Katou, Kouichirou (加藤 孝一郎) □-41
 Katsumoto, Fujio (勝本 富士夫) □-43
 Katsuno, Hidetoshi (勝野 秀稔) □-47

- Kawabata, Ryohei (川端 良平) □-27*
- Kawaguchi, Masaki (川口 正樹) □-20
- Kawahori, Katsufumi (川堀 勝史) 示-15
- Kawai, Tomoaki (河合 朋昭) 示-1
- Kawakami, Kazuhiko (川上 和彦) □-9
- Kawamata, Hitoshi (川又 均) 示-43
- Kawamura, Hideki (川村 秀樹) □-29
- Kawamura, Yutaka (河村 裕) □-17
- Kawasaki, Kentaro (川崎 健太郎) □-22
- Kawasaki, Takatoshi (川崎 高俊) 示-3
- Kawashima, Yoshiyuki (川島 吉之) 示-6
- Kazama, Shinsuke (風間 伸介) 示-50
- Kihara, Chikashi (鬼原 史) □-34
- Kikkawa, Nobuteru (吉川 宣輝) □-37
- Kikuti, Kazunori (菊地 一公) □-29
- Kim, Chiwan (金 致完) 示-11
- Kimura, Fumihiko (木村 文彦) □-50
- Kimura, Kouzou (木村 浩三) □-9
- Kimura, Wataru (木村 理) 示-12
- Kirihara, Yujiro (桐原 勇次郎) 示-24
- Kishi, Kentaro (岸 健太郎) 示-3
- Kishida, Yukiko (岸田 由起子) 示-38
- Kitadai, Yasuhiko (北台 靖彦) □-2
- Kitagou, Kuniaki (北郷 邦昭) 示-58
- Kitajima, Kazuaki (喜多嶋 和晃) 示-43*
- Kitajima, Masaki (北島 政樹) □-15
- Kitano, Seigo (北野 正剛) 示-16
- Kitazono, Masaki (北園 正樹) 示-29
- Kitou, Fumihiko (鬼頭 文彦) 示-41
- Kitsutaka, Nobuyoshi (橘高 信義) 示-11
- Kobayashi, Hirotoshi (小林 宏寿) □-10
- Kobayashi, Minako (小林 美奈子) □-51
- Kobayashi, Osamu (小林 修) □-6
- Kobayashi, Terutada (小林 照忠) □-16, 示-6*
- Koda, Keiji (幸田 圭史) 示-53
- Kodaira, Susumu (小平 進) 示-47
- Koga, Takashi (古賀 崇) □-47
- Koganei, Kazutaka (小金井 一隆) 示-41
- Kogure, Michihiko (木暮 道彦) □-40
- Koide, Yoshikazu (小出 欣和) □-47
- Koike, Junichi (小池 淳一) □-35
- Koike, Morio (小池 盛雄) □-10, 示-35
- Koinuma, Koji (鯉沼 広治) □-44*
- Koizumi, Kazuya (小泉 和也) □-55
- Koizumi, Koichi (小泉 浩一) □-21*
- Kojima, Masayuki (小島 正幸) □-44
- Kokuba, Yukihito (國場 幸均) 示-31
- Kondo, Keisaku (近藤 圭策) 示-63
- Kondo, Masao (近藤 正男) 示-55
- Kondo, Yukifumi (近藤 征文) □-29
- Konishi, Fumio (小西 文雄) □-17, □-44
- Konishi, Juichiro (小西 寿一郎) 示-28*
- Konno, Toshikazu (今野 俊和) 示-60
- Kose, Kazuhiro (小瀬 和洋) □-2
- Koshino, Hideyuki (越野 秀行) □-35, 示-49
- Kosugi, Chihiro (小杉 千弘) □-48
- Kotaka, Masahito (小高 雅人) □-48*
- Kotake, Kenjiro (固武 健二郎) □-52
- Kotera, Masato (小寺 正人) 示-26
- Kotsuma, Yasuyuki (久妻 康之) 示-11
- Kouno, Morio (河野 守男) □-41
- Koyama, Motoi (小山 基) 示-9
- Koyama, Motokazu (小山 元一) □-7
- Koyama, Yasuo (小山 靖夫) □-52
- Koyanagi, Yasuhisa (小柳 泰久) □-41
- Kubota, Kaori (久保田 香) □-57
- Kubota, Keiichi (窪田 敬一) 示-46
- Kubozoe, Tadahiko (久保添 忠彦) 示-7
- Kudo, Shin-Ei (工藤 進英) □-13
- Kumagai, Jiro (熊谷 二郎) 示-35*, □-10
- Kume, Tohru (久米 徹) 示-60*
- Kurahashi, Toshinori (倉橋 利徳) □-13*
- Kurakata, Hidenori (倉形 秀則) 示-49
- Kure, Yoshihiro (呉 兆礼) 示-30, □-11
- Kurihara, Hiroyuki (栗原 浩幸) □-3
- Kurihara, Takeshi (栗原 毅) 示-15*
- Kurioka, Hideaki (栗岡 英明) 示-40
- Kuriu, Yoshiaki (栗生 宜明) □-36
- Kuroda, Masatoshi (黒田 雅利) 示-62
- Kuroda, Yoshikazu (黒田 嘉和) □-22
- Kurozumi, Masahumi (黒住 昌史) 示-6
- Kusano, Masanobu (草野 真暢) □-1, 示-5
- Kusumi, Takaya (久須美 貴哉) □-1*, 示-5*
- Kusunoki, Masato (楠 正人) □-51
- Kuwai, Toshio (桑井 寿雄) □-2
- Kuwano, Hiroyuki (桑野 博行) □-33, □-8
- Kyou, Kennoki (姜 建宇) 示-20
- M**
- Maeda, Kiyoshi (前田 清) 示-25
- Maeda, Kouji (前田 宏治) 示-26
- Maeda, Koutarou (前田 耕太郎) □-47
- Maeda, Yoshiaki (前田 好章) 示-55
- Maeda, Yuji (前田 裕次) 示-27, 示-56
- Maekawa, Takahumi (前川 隆文) 示-60
- Maeta, Hajime (前田 肇) 示-22
- Majima, Akira (馬島 亨) □-41
- Makino, Masato (牧野 正人) □-25*
- Makuuchi, Hiroyasu (幕内 博康) 示-27, 示-56
- Man-I, Mariko (万井 真理子) 示-54
- Maruta, Morito (丸田 守人) □-47
- Masahiro, Takano (高野 正博) 示-37*
- Masaki, Tadahiko (正木 忠彦) □-7*
- Masuda, Hideki (増田 英樹) 示-23
- Masuda, Norikazu (増田 慎三) 示-3
- Masuda, Tsutomu (増田 勉) □-18
- Masuko, Hiroyuki (益子 博幸) □-29*
- Masumori, Kouji (升森 宏次) □-47
- Masutani, Seizou (榎谷 誠三) 示-3
- Masuyama, Hitonori (増山 仁徳) 示-43
- Matono, Keiko (の野 敬子) □-30
- Matsuda, Akihisa (松田 明久) 示-18*, 示-52
- Matsuda, Junichi (松田 純一) 示-42
- Matsuda, Keiji (松田 圭二) 示-47*
- Matsuda, Kenji (松田 健司) 示-57
- Matsuda, Masakazu (松田 正和) □-49, □-56
- Matsuda, Takahisa (松田 尚久) □-4
- Matsuda, Yasuhide (松田 保秀) □-9
- Matsui, Junichi (松井 淳一) 示-42
- Matsui, Takashi (松井 孝至) □-52*
- Matsui, Yoko (松井 容子) 示-16
- Matsukuma, Susumu (松熊 晋) □-3
- Matsumoto, Hideo (松本 英男) 示-7
- Matsumoto, Hiroshi (松本 寛) 示-19*
- Matsumoto, Horoshi (松本 浩) □-35
- Matsumoto, Masahisa (松本 昌久) □-47*
- Matsunaga, Hiroaki (松永 浩明) □-43*
- Matsuo, Katsuichi (松尾 勝一) □-24
- Matsuoka, Hiroshi (松岡 宏) □-47
- Matsuoka, Hiroyoshi (松岡 弘芳) □-7
- Matsuyama, Shinichi (松山 真一) □-40
- Matuzaki, Tomohiko (松崎 智彦) 示-39
- Mekata, Eiji (目方 英治) 示-40
- Miki, Chikao (三木 誓雄) □-51
- Miki, Hirofumi (三木 宏文) 示-11
- Miki, Keita (三鬼 慶太) □-9
- Miki, Toshitsugu (三木 敏嗣) 示-49, □-35*
- Mimura, Toshiki (味村 俊樹) 示-47
- Mino, Kazuhiro (三野 和宏) 示-1
- Mishima, Hideyuki (三嶋 秀行) □-37*, □-50
- Mitomi, Hiroyuki (三富 弘之) 示-31
- Mitooka, Hideki (三戸岡 英樹) 示-43
- Mitsumaruru, Akiyoshi (光丸 哲吉) 示-49*, □-35
- Mitsumori, Michihide (光森 通英) □-31
- Mitsuyama, Syouzyu (光山 昌珠) □-43
- Miura, Koh (三浦 康) □-38
- Miwa, Koichi (三輪 晃一) 示-51
- Miyake, Hiroshi (三宅 洋) 示-21
- Miyakura, Yasuyuki (宮倉 安幸) □-44
- Miyamoto, Hidenori (宮本 英典) 示-19
- Miyaoka, Masaaki (宮岡 正明) □-12
- Miyashita, Tomoharu (宮下 知治) 示-51
- Miyashita, Tsuguhiro (宮下 次廣) 示-18

- Miyoshi, Masayoshi (三好 正義) □-3, □-55
Mizoi, Takayuki (溝井 賢幸) □-38
Mizunuma, Nobuyuki (水沼 信之) □-45
Mizutani, Masaomi (水谷 雅臣) 示-12
Mochizuki, Hidetaka (望月 英隆) 示-59, □-3, □-55
Monden, Morito (門田 守人) □-37, □-50, 示-34, 示-54
Monden, Takushi (門田 卓士) □-37
Mori, Munetaka (森 崇高) □-41
Mori, Takeo (森 武生) 示-19
Mori, Toshiyuki (森 俊幸) □-7
Mori, Yasuharu (森 康治) □-41, □-41*
Morihiro, Masato (森広 雅人) 示-53
Morimoto, Kouji (森本 幸治) 示-61
Morita, Akihiko (森田 晃彦) 示-51*
Morita, Hirofumi (森田 浩文) 示-33
Morita, Hiroyoshi (森田 博義) 示-38
Morita, Mika (森田 美佳) 示-13
Morita, Takayuki (森田 隆幸) 示-9
Moriya, Tomoyuki (守屋 智之) 示-53
Moriya, Toshiyuki (森谷 敏幸) 示-12
Moriya, Yoshihiro (森谷 宜皓) □-32
Moriyasu, Fuminori (森安 史典) □-12
Mouri, Takashi (毛利 隆) 示-13
Mukouyama, Sayuri (向山 小百合) 示-56
Murakami, Masanori (村上 雅則) □-19
Murakami, Saburo (村上 三郎) 示-58
Murata, Akihiko (村田 暁彦) 示-9
Murata, Kohei (村田 幸平) □-14, □-27
Murata, Kouji (村田 隆二) □-5
Murata, Yukio (村田 幸生) □-38
Muro, Kei (室 圭) □-32
Musya, Nobuyuki (武者 信行) □-20
Muto, Tetsuichiro (武藤 徹一郎) □-45, □-21
Mutou, Fumitaka (武藤 文隆) 示-40
- N**
Nagai, Hideo (永井 秀雄) □-44
Nagai, Tetsu (永井 哲) □-24
Nagano, Hiroto (長野 裕人) 示-58
Nagao, Jiro (長尾 二郎) 示-48
Nagata, Hitoshi (永田 仁) 示-46
Nagata, Koichi (永田 浩一) □-13
Nagata, Makoto (永田 誠) 示-40
Nagata, Matsuo (永田 松夫) 示-32
Nagata, Shinji (永田 信二) □-2*
Nagawa, Hirokazu (名川 弘一) 示-50
Nagayama, Satoshi (長山 聡) □-31
Nagayoshi, Hidetoshi (長昌 秀年) □-55
Naito, Zenya (内藤 善哉) 示-18
Naitoh, Haruhiko (内藤 春彦) 示-2
Nakahara, Masaaki (仲原 正明) □-28
Nakahara, Syousaku (中原 昌作) □-43
Nakai, Katsuhiko (中井 勝彦) □-9
Nakamura, Akishige (中村 明茂) 示-61
Nakamura, Hiroshi (中村 浩) □-24*
Nakamura, Jun-Ichi (中村 純一) □-33
Nakamura, Norimoto (中村 典實) 示-45
Nakamura, Satoshi (中村 悟) □-47
Nakamura, Seiichi (中村 誠一) □-25
Nakamura, Shinji (中村 信治) □-18
Nakamura, Takatosi (中村 隆俊) 示-31*
Nakamura, Toshihiko (中村 俊彦) 示-45
Nakamura, Yasushi (中村 寧) 示-48
Nakamura, Yoshinori (中村 善則) 示-61
Nakamura, Youichi (中村 陽一) 示-48
Nakano, Shiro (中野 詩朗) 示-1
Nakano, Taro (中野 太郎) □-35
Nakaoka, Jouji (中岡 譲治) □-9
Nakashima, Shintarou (中島 真太郎) 示-15
Nakata, Hiroshi (中田 博) 示-36
Nakazato, Tomohiko (中里 友彦) □-1, 示-5
Nambu, Kotaro (南部 弘太郎) 示-6
Narahara, Hiroyuki (楢原 啓之) □-14*
Narita, Hiroshi (成田 洋) 示-61
Nemoto, Kazuhiko (根本 一彦) 示-31
Nezu, Takeshi (根津 健) 示-21
Nishi, Masataka (西 正孝) □-12
Nishibori, Hideki (西堀 英樹) □-15
Nishida, Yasunori (西田 靖仙) □-1, 示-5
Nishiguchi, Kanji (西口 完二) 示-63
Nishiguchi, Yukio (西口 幸雄) 示-25
Nishihara, Kazuyoshi (西原 一善) □-43
Nishihara, Tamahiro (西原 承浩) 示-25*
Nishikawa, Shinsuke (西川 晋右) 示-9*
Nishimori, Hidefumi (西森 英史) □-34
Nishimura, Genichi (西村 元一) 示-51
Nishimura, Kohji (西村 公志) □-22
Nishimura, Masaki (西村 真樹) 示-53
Nishimura, Reiki (西村 令喜) □-49, □-56
Nishimura, Yoji (西村 洋治) 示-6, □-16
Niwa, Kiyoshi (丹羽 清志) 示-29
Noda, Naotaka (野田 尚孝) 示-60
Noda, Shinichirou (野田 真一郎) 示-14
Nogami, Hitoshi (野上 仁) □-26
Nomura, Satoshi (野村 悟) □-48
Noura, Shingo (能浦 真吾) □-27
Nozaki, Ryouichi (野崎 良一) □-54, □-5
Nozawa, Keiji (野澤 慶次郎) 示-47
Nozu, Satoshi (野津 聡) □-16*
- O**
Ochiai, Eigo (大辻 英吾) □-36
Ochiai, Hiroki (落合 大樹) □-15*
Ochiai, Toshiya (落合 登志哉) □-36
Ochiumi, Takehiko (落海 健彦) □-2
Oda, Kenji (小田 健司) 示-53
Ogata, Jirou (小方 二郎) □-41
Ogata, Shunji (緒方 俊二/大腸肛門病七) □-5*, □-54
Ogata, Syunji (緒方 俊二/鹿児島大) 示-29
Ogata, Takeshi (小片 武) □-55*
Ogata, Yutaka (緒方 裕) □-30
Ogawa, Kenji (小川 健治) 示-44
Ogawa, Shinpei (小川 真平) 示-30, □-11*, 示-17
Ogihara, Tatsuo (荻原 達雄) □-6
Ogita, Masami (荻田 征美) 示-2
Oguchi, Masahiko (小口 正彦) □-45
Ohkame, Hirohisa (大亀 浩久) 示-23
Ohki, Shinji (大木 進司) 示-8
Ohkubo, Akira (大久保 明) 示-23
Ohkura, Yasuo (大倉 康男) 示-43
Ohkusa, Toshifumi (大草 敏史) □-6
Ohno, Masakazu (大野 伯和) □-22*
Ohno, Takashi (大野 隆) □-18
Ohshiro, Hazime (大城 一) □-49, □-56
Ohta, Akihiko (太田 昭彦) 示-48
Ohta, Hironobu (太田 宏信) □-20
Ohta, Tomoyuki (太田 智之) □-19
Ohtsuka, Kazuo (大塚 和朗) □-13
Ohuchi, Takayuki (大内 孝幸) □-40
Ohue, Masayuki (大植 雅之) □-50, 示-34, 示-54
Ohya, Masatosi (大矢 雅敏) □-21
Ohzato, Hiroki (大里 浩樹) 示-11
Oishi, Masahiro (大石 正博) 示-26
Ojima, Eiki (尾嶋 英紀) □-51
Oka, Hiroshi (岡 博史) □-50
Oka, Shiro (岡 志郎) □-2
Oka, Shouichi (岡 昭一) 示-42
Okabayashi, Kouji (岡林 剛史) □-15
Okabe, Satoshi (岡部 聡) □-10, 示-35
Okada, Kazusige (岡田 和滋) 示-59
Okada, Kenzou (岡田 憲三) 示-4
Okada, Kuniaki (岡田 邦明) □-29
Okada, Masaki (岡田 真樹) □-17, □-44
Okada, Setsuo (岡田 節雄) 示-22
Okajima, Masazumi (岡島 正純) 示-15
Okamoto, Haruhiko (岡本 春彦) □-26
Okamoto, Kazuma (岡本 和真) □-36*
Okamoto, Kinya (岡本 欣也) □-53*
Okamoto, Kosuke (岡本 康介) 示-49, □-35
Okamoto, Norihiro (岡本 規博) □-47
Okayasu, Takeshi (岡安 健至) □-1, 示-5
Okazaki, Shinzi (岡崎 伸治) □-49, □-56
Okinaga, Kota (冲永 功太) 示-47
Okiyama, Jirou (沖山 二郎) 示-15
Oku, Kunihiko (奥 邦彦) □-50
Oku, Yoshimasa (奥 喜全) 示-57

- Okuda, Junji (奥田 準二) 示-63
 Okuda, Katsuhiro (奥田 勝裕) 示-61
 Okumura, Hiroshi (奥村 浩) 示-29
 Okumura, Kenji (奥村 憲二) 示-40*
 Okuno, Kiyotaka (奥野 清隆) 示-39
 Okuyama, Takashi (奥山 隆) 示-43
 Ono, Masato (小野 正人) □-48
 Onoda, Keiichirou (小野田 恵一朗) 示-14
 Onodera, Hisashi (小野寺 久) □-31
 Onuma, Shinobu (大沼 忍) □-38
 Oohira, Masaichi (大平 雅一) 示-25
 Ooi, Itaru (大井 至) □-23
 Ooi, Kentaro (大井 健太郎) □-25
 Ooki, Shigeo (大木 繁男) □-57
 Oonishi, Tadashi (大西 直) □-50
 Oono, Keisuke (大野 敬祐) □-34
 Oosawa, Tomonori (大澤 智徳) 示-36
 Ootani, Yoshimasa (大谷 剛正) 示-31
 Orii, Hiroshi (折居 裕) □-19
 Osada, Shunichi (長田 俊一) 示-33
 Ota, Hirotooshi (太田 博俊) □-45
 Oya, Masatoshi (大矢 雅敏) □-45
 Oyaizu, Naoki (小柳津 直樹) 示-28
 Oyama, Atushi (小山 淳) □-38
 Oyama, Kenichi (大山 健一) 示-28
 Ozaki, Mai (尾崎 舞) □-25
 Ozaki, Nobuyuki (尾崎 宣之) □-49*, □-56*
 Ozasa, Hiroyuki (小篠 洋之) □-30
 Ozawa, Atsushi (小澤 享史) □-9
 Ozawa, Koutaro (小沢 広太郎) □-3
- P**
- Paku, Eithi (朴 英智) 示-21
- R**
- Ryu, Jae-Hoon (柳 在勲) □-15
 Ryu, Masamine (龍 雅峰) □-35, 示-49
 Sadahiro, Soutarou (貞廣 荘太郎) 示-27, 示-56
- S**
- Saguchi, Takeshi (佐口 武史) 示-27*, 示-56
 Sai, Gyokusen (崔 玉仙) 示-53
 Saida, Yoshihisa (斉田 芳久) 示-48*
 Saito, Naoyasu (斎藤 直康) 示-49
 Saito, Norio (斎藤 典男) □-48
 Saito, Ryota (斎藤 良太) □-45*
 Saito, Yukio (齋藤 幸夫) 示-24
 Saitoh, Takaharu (斎藤 隆晴) □-40*
 Saitou, Noboru (斎藤 登) □-11, 示-30
 Saitou, Shuuji (斎藤 修治) □-57
 Sakaguchi, Masataka (坂口 正高) 示-38*
 Sakai, Yasuo (酒井 靖夫) □-20*
 Sakai, Yoshihiro (酒井 義浩) 示-48
 Sakakura, Chouhei (阪倉 長平) □-36
 Sakamoto, Hirohiko (坂本 裕彦) 示-6
 Sakamoto, Kazuhiro (坂本 一博) □-6
 Sakamoto, Naoto (坂本 直人) □-6*
 Sakamoto, Nobuaki (坂本 啓彰) □-41
 Sakamoto, Shuichi (坂本 修一) □-6
 Sakashita, Masanori (坂下 正典) □-13
 Sakuragi, Masako (櫻木 雅子) □-17*
 Sakurai, Joe (櫻井 丈) 示-14
 Sakurai, Kenichi (櫻井 健一) 示-21
 Sakurai, Shinobu (櫻井 忍) □-19
 Sameshima, Shinichi (鮫島 伸一) 示-20
 Sameshima, Takashi (鮫島 隆志) 示-29
 Samura, Hironori (佐村 博範) □-5, □-54*
 Sano, Masaaki (佐野 正明) 示-61
 Sano, Yasushi (佐野 肇) □-4
 Sasajima, Junpei (笹島 順平) □-19
 Sasaki, Hiroyuki (佐々木 宏之) □-38
 Sasaki, Iwao (佐々木 巖) □-38
 Sasaki, Junpei (佐々木 順平) 示-52
 Sasaki, Kazuaki (佐々木 一晃) □-34
 Sasaki, Mutsuo (佐々木 睦男) 示-9
 Sasaki, Sakari (佐々木 盛) □-29
 Sasao, Shogo (笹尾 昌悟) □-2
 Sasatomi, Teruo (笹富 輝男) □-30
 Sato, Kazunori (佐藤 和典) □-48
 Sato, Nobuhiro (佐藤 信紘) □-6
 Sato, Tomoyuki (佐藤 知行) □-44
 Sato, Yuichiro (佐藤 裕一郎) □-30*
 Sato, Yuji (佐藤 裕二) 示-55
 Satou, Keiichi (佐藤 慶一) 示-60
 Satou, Kimiharu (佐藤 公治) □-5
 Satou, Kouji (佐藤 公治) □-54
 Satou, Masami (佐藤 匡美) 示-5
 Satou, Takerou (佐藤 武郎) 示-31
 Satou, Yoshinobu (佐藤 美信) □-47
 Sawada, Toshio (澤田 俊夫) 示-20
 Seike, Kazuhiro (清家 和裕) 示-53
 Seki, Yosuke (関 洋介) 示-54*
 Sekikawa, Kouzi (関川 浩司) 示-8
 Sekikawa, Takayoshi (関川 敬義) 示-38
 Sekimoto, Mitsugu (関本 真嗣) □-50, 示-34, 示-54
 Seshimo, Akiyoshi (瀬下 明良) □-11, 示-30
 Seshimo, Iwao (瀬下 巖) 示-34, 示-54
 Shibakita, Muneaki (柴北 宗顕) □-5, □-54
 Shibata, Naoya (柴田 直哉) □-5, □-54
 Shibata, Tadashi (柴田 直史) 示-61*
 Shiiba, Kenichi (椎葉 健一) □-38
 Shikina, Atsushi (識名 敦) 示-59*
 Shima, Hideyuki (島 秀行) □-2
 Shimada, Hiroshi (嶋田 紘) □-57
 Shimada, Yoshifumi (島田 能史) □-26*
 Shimizu, Junzou (清水 潤三) 示-3
 Shimizu, Kimio (清水 公雄) 示-53
 Shimomukai, Hiroshi (下向 博洋) □-50
 Shin, Kouichi (新 浩一) 示-49
 Shingu, Yasushige (新宮 康茂) 示-5
 Shinji, Seiichi (進士 誠一) 示-18, 示-52
 Shinohara, Tomoaki (篠原 知明) □-23
 Shioaki, Yasuhiro (塩飽 保博) 示-40
 Shioiri, Masanobu (塩入 誠信) 示-53
 Shiohara, Hiroyuki (塩川 洋之) □-35
 Shiokawa, Yousuke (塩川 洋之) 示-49
 Shiomi, Hisanori (塩見 尚礼) 示-40
 Shiozaki, Hitoshi (塩崎 均) 示-39
 Shiozawa, Kunihisa (塩沢 邦久) 示-51
 Shiozawa, Manabu (塩澤 学) □-42
 Shirashi, Norio (白石 憲男) 示-16
 Shirakura, Tatsuya (白倉 立也) □-35, 示-49
 Shirakusa, Takayuki (白日 高歩) 示-60
 Shirao, Kuniaki (白尾 國昭) □-32
 Shirasaka, Daisuke (白坂 大輔) □-22
 Shirasu, Morio (白数 積雄) □-36
 Shiratori, Keiko (白鳥 敬子) □-23
 Shiroshita, Hidefumi (白下 英史) 示-16
 Shirotani, Noriyasu (城谷 典保) □-11, 示-30
 Shiroto, Hiroshi (白戸 博志) 示-2
 Shirouzu, Kazuo (白水 和雄) □-30
 Shitoh, Kazuhisa (紫藤 和久) □-44
 Soda, Hiroaki (早田 浩明) 示-32*
 Sogahata, Katsuya (曾ヶ端 克哉) □-34
 Sonoo, Hiroshi (園尾 広志) □-18
 Sonoyama, Teruhisa (園山 輝久) □-36
 Suehara, Nobuyasu (末原 伸泰) □-43
 Suga, Keiji (菅 敬治) 示-63*
 Suganuma, Toshiyuki (菅沼 利行) 示-59
 Sugihara, Kenichi (杉原 健一) □-10, 示-35
 Sugimasa, Yukio (杉政 征夫) □-42
 Sugimoto, Keisi (杉本 圭司) 示-11
 Sugito, Masanori (杉藤 正典) □-48
 Sugiura, Motonori (杉浦 元紀) 示-61
 Sugiyama, Masanori (杉山 政則) □-7
 Sumiyama, Yoshinobu (炭山 嘉伸) 示-48
 Sunagawa, Masakatsu (砂川 正勝) 示-10
 Sunami, Eiji (須並 英二) 示-50*
 Sutou, Ken-Ichi (須藤 謙一) 示-58
 Suzuki, Hideyuki (鈴木 英之) 示-18, 示-52*
 Suzuki, Masako (鈴木 晶子) □-19
 Suzuki, Toshiyuki (鈴木 俊之) 示-27, 示-56*
 Suzuki, Tsuyoshi (鈴木 毅) 示-36

Suzuki, Yasuyuki (鈴木 泰之) □-19

T

Tachibana, Tsuyoshi (橋 強) □-31*
Tada, Takashi (多々 孝) □-26
Tahara, Hideaki (田原 秀晃) 示-28
Taira, Satoru (平良 悟) □-12*
Tajiri, Takashi (田尻 孝) 示-18, 示-52
Takagi, Kazutoshi (高木 和俊) 示-46
Takahashi, Keiichi (高橋 慶一) 示-19
Takahashi, Masahiro (高橋 昌宏) 示-1
Takahashi, Minoru (高橋 稔) 示-20
Takahashi, Shin-Ichi (高橋 信一) □-7
Takahashi, Shusaku (高橋 周作) 示-55
Takahashi, Tsuyoshi (高橋 剛) □-28
Takahasi, Tooru (高橋 徹) 示-10
Takaku, Hideya (高久 秀哉) □-26
Takamatsu, Junpei (高松 純平) □-28
Takami, Yoji (高見 洋司) 示-53
Takamura, Hisao (高村 寿雄) □-18
Takano, Masahiro (高野 正博) □-5, □-54
Takano, Shigetsugu (高野 重紹) 示-53
Takano, Shouta (高野 正太) □-15
Takasaki, Hideaki (高崎 秀明) 示-18, 示-52
Takasaki, Ken (高崎 健) □-23
Takase, Makoto (高瀬 真) 示-48
Takashima, Junya (高島 純哉) 示-24
Takashima, Shigeki (高島 茂樹) □-39, 示-62
Takatsuka, Jun (高塚 純) □-35, 示-49
Takatsuka, Yuichi (高塚 雄一) 示-11
Takayama, Osamu (高山 治) 示-34, 示-54
Takayama, Tadatashi (高山 忠利) 示-23
Takayama, Takuya (高山 卓也) 示-28
Takeda, Akihiko (竹田 明彦) 示-28
Takeda, Jun (武田 純) 示-43
Takemiya, Syouji (武宮 省治) □-42
Takemotora, Hiroki (竹本 大樹) □-25
Takenoshita, Seiichi (竹之下 誠一) 示-8
Takeshita, Keiko (竹下 恵子) □-10
Takeshita, Yutarō (竹下 勇太郎) 示-6
Takeuchi, Mugiho (竹内 麦穂) □-28
Takeuchi, Tsukasa (竹内 司) □-13
Takifujii, Katsunari (瀧藤 克也) 示-57*
Takiguchi, Nobuhiro (滝口 伸浩) 示-32
Takiuchi, Daisuke (瀧内 大輔) 示-11
Takizawa, Touchirou (滝澤 登一郎) 示-35, □-10
Tamae, Keikou (玉江 景好) □-43
Tamegai, Yoshiro (為我井 芳郎) □-13
Tamura, Akihiko (田村 明彦) 示-42
Tamura, Shigeyuki (田村 茂行) 示-11

Tamura, Tadamasu (田村 忠正) □-2
Tanaka, Hiroaki (田中 浩明) 示-28
Tanaka, Hitoshi (田中 仁) 示-4*
Tanaka, Jun-Ichi (田中 淳一) □-13
Tanaka, Masafumi (田中 正文) 示-59
Tanaka, Naoki (田中 直樹) □-38*
Tanaka, Shinji (田中 信治) □-2
Tanaka, Shinnosuke (田中 伸之介) □-24
Tanaka, Yoichi (田中 洋一) 示-56, 示-6
Tanaka, Yumiko (田中 弓子) □-39, 示-62
Tani, Tatsuo (谷 達夫) □-26
Tani, Tooru (谷 徹) 示-40
Tanigawa, Nobuhiko (谷川 允彦) 示-63
Tate, Hideki (楯 英毅) □-54, □-5
Tatsumi, Yoshiaki (辰巳 嘉章) 示-63
Tatsuta, Masaharu (竜田 正晴) □-14
Tatsuta, Masayuki (龍田 眞行) 示-3
Terai, Takeshi (寺井 毅) □-6
Teramoto, Tatsuo (寺本 龍生) □-35, 示-49
Terasaki, Yasunobu (寺崎 康展) □-29
Terashima, Masanori (寺島 雅典) □-40
Terauchi, Risa (寺内 りさ) 示-59
Tezuka, Toru (手塚 徹) □-23
Tino, Akiko (千野 晶子) □-21
Todo, Satoru (藤堂 省) 示-55
Togashi, Kazutomo (富樫 一智) □-17
Toi, Hiroshi (戸井 博史) 示-1
Tokoro, Tadao (所 忠男) 示-39
Tokumoto, Noriaki (徳本 憲昭) 示-15
Tokuyama, Takayuki (徳山 隆之) □-35, 示-49
Tomiki, Yuichi (冨木 裕一) □-6
Tominaga, Keiichi (富永 圭一) 示-43
Tominaga, Masayuki (富永 昌幸) 示-16
Tominaga, Shusei (富永 修盛) □-50
Tomita, Naohiro (富田 尚裕) 示-11
Tomochika, Hiroshi (友近 浩) □-9
Tomokuni, Akira (友国 晃) □-28
Tonooka, Toru (外岡 亨) 示-53*
Tori, Masayuki (鳥 正幸) □-28
Torigoe, Syoujiro (鳥越 昇二郎) □-30
Toujigamori, Manabu (當寺ヶ盛 学) 示-16
Tsubaki, Masahiro (椿 昌裕) 示-10*
Tsuboi, Kaori (坪井 香保里) □-33, □-8
Tsubono, Toshihiro (坪野 俊広) □-20
Tsuchida, Daisuke (土田 大介) 示-53
Tsukagosi, Hiroyuki (塚越 洋元) □-1, 示-5
Tsuneyoshi, Masazumi (恒吉 正澄) 示-45
Tsunoda, Takuya (角田 卓也) 示-28
Tsunoda, Tsukasa (角田 司) 示-7
Tsuruma, Tetsuhiro (鶴間 哲弘) □-34

Tsuruta, Hiroyuki (鶴田 宏之) 示-18, 示-52
Tsuruta, Masashi (鶴田 雅志) □-15
Tsumumi, Souichi (堤 荘一) □-8
Tuda, Tomoki (津田 倫樹) 示-59
Tutida, Tomohiro (土田 知宏) □-21

U

Uchima, Kyouosuke (内間 恭武) 示-25
Ueda, Hiroyuki (上田 裕之) □-2
Ueda, Yuji (上田 祐二) □-36
Uedo, Noriya (上堂 文也) □-14
Uemura, Kazuhito (植村 一仁) □-29
Ueno, Chikara (上野 力) □-3, □-55
Ueno, Hideki (上野 秀樹) □-3*, □-55, 示-59
Ueno, Masashi (上野 雅資) □-45, □-21
Ueshima, Shigeyuki (上島 成幸) □-28
Uetake, Hiroyuki (植竹 宏之) □-10
Umehara, Arihiro (梅原 有弘) 示-44
Uragami, Naoyuki (浦上 尚之) □-21
Urakami, Atsushi (浦上 淳) 示-7
Uramatsu, Masashi (浦松 雅史) 示-48
Uraoka, Toshio (浦岡 俊夫) □-4
Usami, Shizuo (宇佐美 詞津夫) 示-61
Usuki, Hisashi (臼杵 尚志) 示-22
Utsumi, Yasufumi (内海 康文) 示-8
Utsunomiya, Katsuyuki (宇都宮 勝之) 示-59

W

Wada, Hiroo (和田 博雄) 示-41*
Wada, Hiroshi (和田 浩志) 示-11
Wada, Tatehiko (和田 建彦) □-41
Wakabayashi, Kumiko (若林 久実子) 示-21
Watanabe, Hiroshi (渡部 裕志) 示-6
Watanabe, Kazuo (渡辺 一男) 示-32
Watanabe, Kumiko (渡辺 久美子) 示-8*
Watanabe, Masahiko (渡邊 昌彦) □-15
Watanabe, Naoki (渡辺 直樹) 示-26
Watanabe, Osamu (渡辺 学) 示-10
Watanabe, Toshiaki (渡邊 聡明) 示-50

Y

Yabe, Nobushige (矢部 信成) □-15
Yachida, Shinichi (谷内田 真一) 示-22
Yago, Hiroshi (矢後 尋志) 示-47
Yakumaru, Kazuhiro (薬丸 一洋) 示-38
Yamabuki, Takumi (山吹 匠) 示-5
Yamada, Chizu (山田 千寿) 示-32
Yamada, Kazutaka (山田 一隆) □-5, □-54

Yamada, Kyouji (山田 恭司) 示-14
 Yamada, Nobuya (山田 靖哉) 示-25
 Yamada, Roppei (山田 六平) □-57
 Yamada, Shoichi (山田 省一) 示-59
 Yamada, Tatsuya (山田 達也) 示-6
 Yamagishi, Hisakazu (山岸 久一) □-36
 Yamagishi, Shigeru (山岸 茂) □-57*
 Yamaguchi, Satoru (山口 悟)
 □-33*, □-8
 Yamaguchi, Shigeki (山口 茂樹) 示-33
 Yamaguchi, Susumu (山口 晋) 示-14
 Yamaguchi, Tatsuro (山口 達郎) 示-19
 Yamaguchi, Toshiharu (山口 俊晴) □-45
 Yamamoto, Hirofumi (山本 浩文)
 示-34, 示-54
 Yamamoto, Hiroshi (山本 宏) 示-32
 Yamamoto, Hiroto (山本 裕俊)
 □-49, □-56
 Yamamoto, Kazuyosi (山本 和義) 示-3
 Yamamoto, Naoto (山本 直人) □-42
 Yamamoto, Seiiti (山本 聖一郎) □-32
 Yamamoto, Tetsuhisa (山本 哲久)
 示-38, 示-63
 Yamamoto, Yorimasa (山本 順正) □-21
 Yamamura, Fuyuhiko (山村 冬彦) □-13
 Yamamura, Masahiro (山村 真弘) 示-7
 Yamamura, Takuya (山村 卓也) 示-14
 Yamashita, Hiroya (山下 裕也)
 □-49, □-56
 Yamashita, Kazuki (山下 和城) 示-7*
 Yamashita, Kiyohiko (山下 精彦) 示-18
 Yamashita, Takashi (山下 孝) □-45
 Yamashita, Yoshito (山下 好人) 示-25
 Yamashita, Yutaka (山下 裕) 示-26
 Yamashita, Yuuichi (山下 裕一) 示-60
 Yamaue, Hiroki (山上 裕機) 示-57
 Yamazaki, Shigeo (山崎 成夫) □-1, 示-5
 Yanagawa, Nobuyuki (柳川 伸幸) □-19
 Yanagisawa, Akio (柳澤 昭夫)
 □-21, □-45
 Yanai, Yoshiyuki (柳内 良之) □-34
 Yano, Hideaki (矢野 秀朗) 示-24*
 Yao, Takashi (八尾 隆史) 示-45*
 Yashiro, Masakazu (八代 正和) 示-25
 Yasoshima, Takahiro (八十島 孝博) □-34
 Yasuda, Kazuhiro (安田 一弘) 示-16
 Yasuda, Seiei (安田 聖栄) 示-56, 示-27
 Yasuhara, Mitsuo (安原 満夫) 示-1*
 Yasui, Masayoshi (安井 昌義)
 示-34*, 示-54
 Yasutomi, Masayuki (安富 正幸) 示-39
 Yazaki, Nobuki (矢崎 伸樹) □-38
 Yokoi, Miki (横井 美樹) □-39, 示-62
 Yokomizo, Hajime (横溝 肇) 示-44
 Yokota, Ryouichi (横田 良一) □-29
 Yokoyama, Koya (横山 航也) 示-53
 Yokoyama, Masaru (横山 勝) 示-36*
 Yokoyama, Sachio (横山 幸生)
 □-49, □-56
 Yokoyama, Shozo (横山 省三) 示-57
 Yonekura, Yasuhiro (米倉 康弘) 示-13
 Yoshida, Kiyohito (吉田 淳仁) 示-44
 Yoshida, Koutarou (吉田 孝太郎)
 示-17, □-11, 示-30
 Yoshida, Mana (吉田 愛) 示-22*
 Yoshida, Mitsuhiro (吉田 光宏) 示-48
 Yoshida, Toshiaki (吉田 俊明) □-20
 Yoshihara, Masaharu (吉原 正治) □-2
 Yoshikawa, Shuusaku (吉川 周作) □-18
 Yoshimatsu, Kazuhiko (吉松 和彦) 示-44
 Yoshimitsu, Masanori (吉満 政義) 示-15
 Yoshinari, Daissuke (吉成 大介) 示-6
 Yoshino, Takayuki (吉野 孝之) □-4
 Yoshioka, Kazuhiko (吉岡 和彦) 示-13
 Yoshitani, Shinichiro (吉谷 新一郎)
 示-62, □-39*

旭エマース株式会社

味の素ファルマ株式会社

アストラゼネカ

エーザイ株式会社

大塚製薬株式会社

オリンパスプロマーケティング株式会社

カイゲン株式会社

キッセイ薬品工業株式会社

キリンビール株式会社

グラクソスミスクライン株式会社

株式会社栗原医療器械店

三共株式会社

ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

塩野義製薬株式会社

ゼリア新薬工業株式会社

第一製薬株式会社

大日本製薬株式会社

大正富山医薬品株式会社

大鵬薬品工業株式会社

武田薬品工業株式会社

田辺製薬株式会社

中外製薬株式会社

帝国臓器製薬株式会社

帝人株式会社

テルモ株式会社

鳥居薬品株式会社

日本抗体研究所 JIMRO

日本シェーリング株式会社

日本ワイスレダリー株式会社

日本製薬株式会社

ブリストルマイヤーズ株式会社

ボストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社

マルホ株式会社

三菱ウエルファーマ株式会社

明治製菓株式会社

山之内製薬株式会社

旭化成株式会社

味の素ファルマ株式会社

医療機器株式会社ムトウ

小野薬品工業株式会社

協和発酵工業株式会社

杏林製薬株式会社

株式会社栗原医療器械店

ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

第一製薬株式会社

大日本製薬株式会社

大鵬薬品工業株式会社

武田薬品工業株式会社

中外製薬株式会社

株式会社ツムラ

帝人株式会社

日本化薬株式会社

日本シェーリング株式会社

日本ワイスレダリー株式会社

萬有製薬株式会社

藤沢薬品工業株式会社