

**67th
JSCCR**

第67回 大腸癌研究会

プログラム・抄録集

2007年7月6日(金)
神戸国際会議場

主題Ⅰ 肛門管にかかる悪性腫瘍
主題Ⅱ 早期大腸癌(SM癌)の治療：
内科的治療と外科的治療の接点と反省点

当番世話人 **山村武平**
兵庫医科大学病院 院長

第67回大腸癌研究会

当番世話人

山村武平 (兵庫医科大学病院 院長)

〒663-8501 兵庫県西宮市武庫川町1番1号

TEL: 0798-45-6111 (代) FAX: 0798-45-6608

E-mail: jsccr67@umin.ac.jp URL: <http://jsccr.umin.jp/67/>

開催概要

日時：2007(平成19)年7月6日(金) 9:00-18:00(予定)

会場：神戸国際会議場

〒650-0046 神戸市中央区港島中町6-9-1 TEL: 078-302-5200

主題Ⅰ：肛門管にかかる悪性腫瘍

主題Ⅱ：早期大腸癌 (SM 癌) の治療：内科的治療と外科的治療の接点と反省点

各種委員会
プログラム

日時：2007(平成19)年7月5日(木)

会場：神戸ポートピアホテル B1F、2F (各委員会会場)

時間	委員会・プロジェクト研究会	委員長	会場
10:00-11:00	簇出検討	小池 盛雄	B1F 布引
	転移・予後因子としてのリンパ管・ 静脈侵襲程度の再評価	下田 忠和	B1F 北野
10:00-12:00	家族性大腸癌委員会	森谷 亘皓 岩間 毅夫	B1F 菊水
10:00-11:00	微小転移	味岡 洋一	2F つつじ
	リンパ節構造のない壁外非連続性 癌進展病巣に関する研究	望月 英隆	2F すみれ
11:00-12:00	ガイドライン委員会	杉原 健一	2F のじぎく
	倫理委員会	澤田 俊夫	B1F 布引
	Desmoplastic reaction に関する研究	藤盛 孝博	B1F 北野
	内視鏡摘除手技の標準化	田中 信治	2F つつじ
	大腸癌化学療法プロジェクト	島田 安博	2F すみれ
12:00-13:00	大腸癌全国登録委員会	固武 健二郎	2F のじぎく
12:00-13:00	幹事会		B1F 和楽
13:00-14:00	腸管壁外連続浸潤に関する臨床的意義	白水 和雄	B1F 布引
	微小大腸病変の取扱い	斉藤 裕輔	B1F 北野
	潰瘍性大腸炎の癌化・サーベイランスの研究	渡邊 聡明	B1F 菊水
	括約筋切除を伴う肛門温存術の妥当性	寺本 龍生	2F つつじ
	病理系小委員会		2F すみれ
14:00-15:30	リンパ節検討委員会	森 武生	2F のじぎく
14:00-15:30	腹腔鏡下直腸癌手術に関する研究	小西 文雄 渡邊 昌彦	B1F 北野
14:30-16:30	規約委員会	杉原 健一	B1F 布引
16:30-18:30	世話人会		B1F 布引
18:30-20:30	懇親会		B1F 偕楽

各種委員会に参加される先生方に関しましては、7月5日(木)より本研究会(7月6日分)の受付を神戸ポートピアホテル2Fにて9:00～18:30の間で行います。なお、施設代表者会議にご出席される先生は、会議当日の昼食代1,000円を併せてお支払いください。

施設代表者会議の
ご案内

日時：2007(平成19)年7月6日(金) 12:00-13:00

会場：神戸国際会議場1Fメインホール

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時から神戸国際会議場 1Fメインホール前ホワイエにて行います。
- (2) 参加費 5,000円を総合受付にてお納めください（抄録集別売：1部1,000円）
ネームカード（参加証）に氏名・所属をご記入の上、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円を併せてお支払いください。

■ 口演発表について

(1) 発表時間

主題Ⅰ・Ⅱとも1題7分（発表5分／質疑・討論2分）

終了1分前：黄色ランプ、終了時：赤色ランプにてお知らせいたします。

所定の時間内で終了するようにご配慮願います。

(2) 発表形式

- ・ 研究会での口演の発表は、すべてPCで行います。
- ・ Windows で作成したデータファイルは、PC本体あるいはメディア（CD-R、USBフラッシュメモリー）での持ち込みが可能です。
- ・ Macintosh で作成したデータファイルは、PC本体の持ち込みは可能ですが、メディア（CD-R、USBフラッシュメモリー）での持ち込みはできませんので、ご注意ください。
- ・ 35mm スライド、ビデオでの発表はできませんのでご注意ください。

	PC持ち込み	メディア持ち込み CD-R、USBフラッシュメモリー
Windows	○	○
Macintosh	○	×

(3) 発表データと確認

1. 発表の30分前までにPCデータ受付にて受付を行い、発表データのチェックを行ってください。
PC本体持ち込みの方は確認が終了したら発表会場のPCオペレーター席（会場ステージ向かって左側）までご自身でお持ちください。

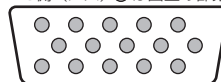
PCデータ受付：神戸国際会議場B1Fロビー 7月6日（金）8:00～16:45

2. 発表ソフトはMicrosoft PowerPoint（2000、2002、2003、2007）に限らせていただきます。
3. 会場に設置される機材のスペックは【プロジェクター解像度】1024×768ピクセルです。
4. 学術集会当日は演者ご自身で演台上に設置されてある操作ボックス、及びマウスにて操作していただきます。持ち込んだPC本体は演台には乗りません。
5. データファイル名：演題番号(半角)に続けて発表者氏名(漢字)を必ずつけてください。
(例)：□-5 医科 太郎

【PC本体を持ち込みの方へ】

1. Windows、Macintosh のどちらも使用可能です。
2. D-sub15 ピンと呼ばれるモニター出力が必要です。Macintosh など変換コネクタが必要な場合はご自身で持参してください。なお、上記以外での接続方法はお受けできませんのでご了承ください。
3. スクリーンセーバーならびに省電力設定は事前に解除しておいてください。
4. ACアダプターを必ずお持ちください。
5. PCに保存されたデータの紛失を避けるため、発表データは必ずバックアップを取っておいてください。
6. CD-R または USB フラッシュメモリーに保存したバックアップのデータを一緒にご持参ください。

PC側（メス）○は凹型の部分



【メディア持ち込みの方へ】

1. Windows データのみ持ち込みが可能です。CD-R または USB フラッシュメモリーに保存してお持ちください。CD-RW、MO、FD、ZIP などは一切お受けできません。
2. 講演会場では Windows (Windows XP、Office 2000、2002、2003、2007) を用意いたします。発表ソフトは Microsoft PowerPoint (2000、2002、2003、2007) に限らせていただきます。Office98 以前のバージョンで制作されたもの (Office 95 など) は、表示に不具合が出る可能性があります。
3. 文字フォントは PowerPoint に設定されている標準的なフォントをご使用ください。特殊なフォントはご使用にならないでください。
 推奨フォント/日本語の場合
 MS ゴシック、MS P ゴシック、MS 明朝、MS P 明朝、OSAKA (Mac)
 推奨フォント/英語の場合
 Century、Century Gothic
4. アニメーション・動画は可能です。但し、以下のことを遵守してください。PowerPoint に貼り付けている動画・音声は、以下の条件で再生できるように作成してください。
 - ・ Windows Media Player もしくは Quick Time (PowerPoint データと共に動画ファイルも必ずご持参ください)
 - ・ 容量：CD-R 1 枚以内 (DVD 不可)
 - ・ 動画 (Movie) の場合、バックアップ用としてご自身のノートパソコンでお持ちいただくことをお勧めいたします。
5. メディア持ち込みでプレゼンテーションに他のデータ (静止画・動画・グラフなど) をリンクさせている場合はメディア書き込み後、事前に他のパソコンでの動作確認をしてから、お持ち込みをお願いいたします。また、データ容量は 500MB までと制限させていただきます。
6. お預かりしたメディアはデータ受付終了後、その場で返却いたします。また、演題発表後、データはコンピューターより削除いたします。

■ 示説発表について

- (1) 示説発表は1題7分（発表5分／質疑・討論2分）
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) ポスター掲示・撤去時間は下記のとおりです。
掲示 7月6日（金）8:10～9:00
撤去 7月6日（金）16:50～17:30
撤去時間を過ぎても撤去されないポスターは事務局にて処分いたします。
- (3) 展示パネルの大きさは、1題あたり横90cm×縦210cmです。
演題番号は事務局にてご用意いたします。
演題名・所属演者名の表示は横70cm×縦20cmで各自ご用意ください。



■ 座長へのご案内

- (1) 口演発表
 - ・ 担当セッション開始30分前までに口演会場（1Fメインホール）前の『座長受付』へお越しください。受付後、開始10分前に会場前方の『次座長席』にてお待ちください。
 - ・ 演者の方に発表時間（発表5分、質疑・討論2分）を厳守・徹底していただくようお願いいたします。
- (2) 示説発表
 - ・ 担当セッション開始30分前までに示説会場（3Fレセプションホール）前の『座長受付』へお越しください。
 - ・ 演者の方に発表時間（発表5分、質疑・討論2分）を厳守・徹底していただくようお願いいたします。

■ 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、必ずご出席ください。

■ 抄録原稿について

雑誌掲載用の抄録原稿は、第67回大腸癌研究会のホームページ上で7月6日（金）正午までにご登録ください。（アドレス：<http://jsccr.umin.jp/67/>）

ランチオンセミナー

日時：2007（平成19）年7月6日（金）12:15-13:00

当番世話人：山村 武平（兵庫医科大学病院 院長）

【ランチオンセミナー1】 Adjuvant chemotherapy for colon cancer : 2007 Update ※同時通訳あり

会場：401+402（神戸国際会議場 4F）

司会：名川 弘一（東京大学 腫瘍外科教授）

演者：Thierry Andre, MD, PhD（Professor of University of Paris, France）

共催：株式会社ヤクルト本社、第67回大腸癌研究会

【ランチオンセミナー2】 進行・再発大腸癌における標準化学療法

会場：501（神戸国際会議場 5F）

司会：固武 健二郎（栃木県立がんセンター 手術部部長）

演者：土井 俊彦（国立がんセンター東病院 内視鏡部医長）

共催：中外製薬株式会社、第67回大腸癌研究会

【ランチオンセミナー3】 今求められている腹腔鏡下大腸癌手術 —技術認定取得と最先端手技—

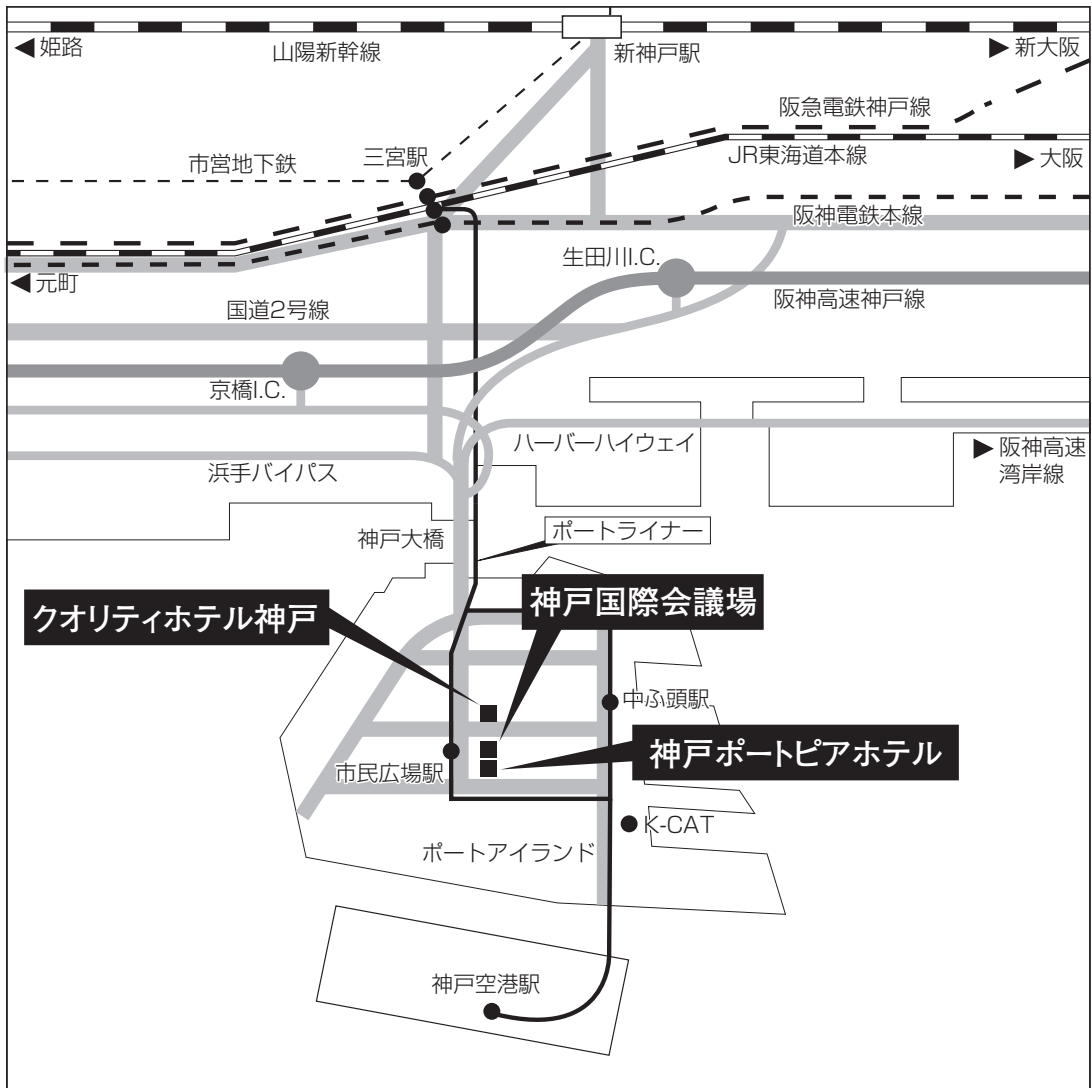
会場：502（神戸国際会議場 5F）

司会：渡邊 昌彦（北里大学医学部 外科学教授）

演者：奥田 準二（大阪医科大学 一般・消化器外科准教授）

共催：大鵬薬品工業株式会社、第67回大腸癌研究会

周辺交通案内



■空港からのアクセス

- 神戸空港から
 - ・ポータルライナーで8分（市民広場駅下車）

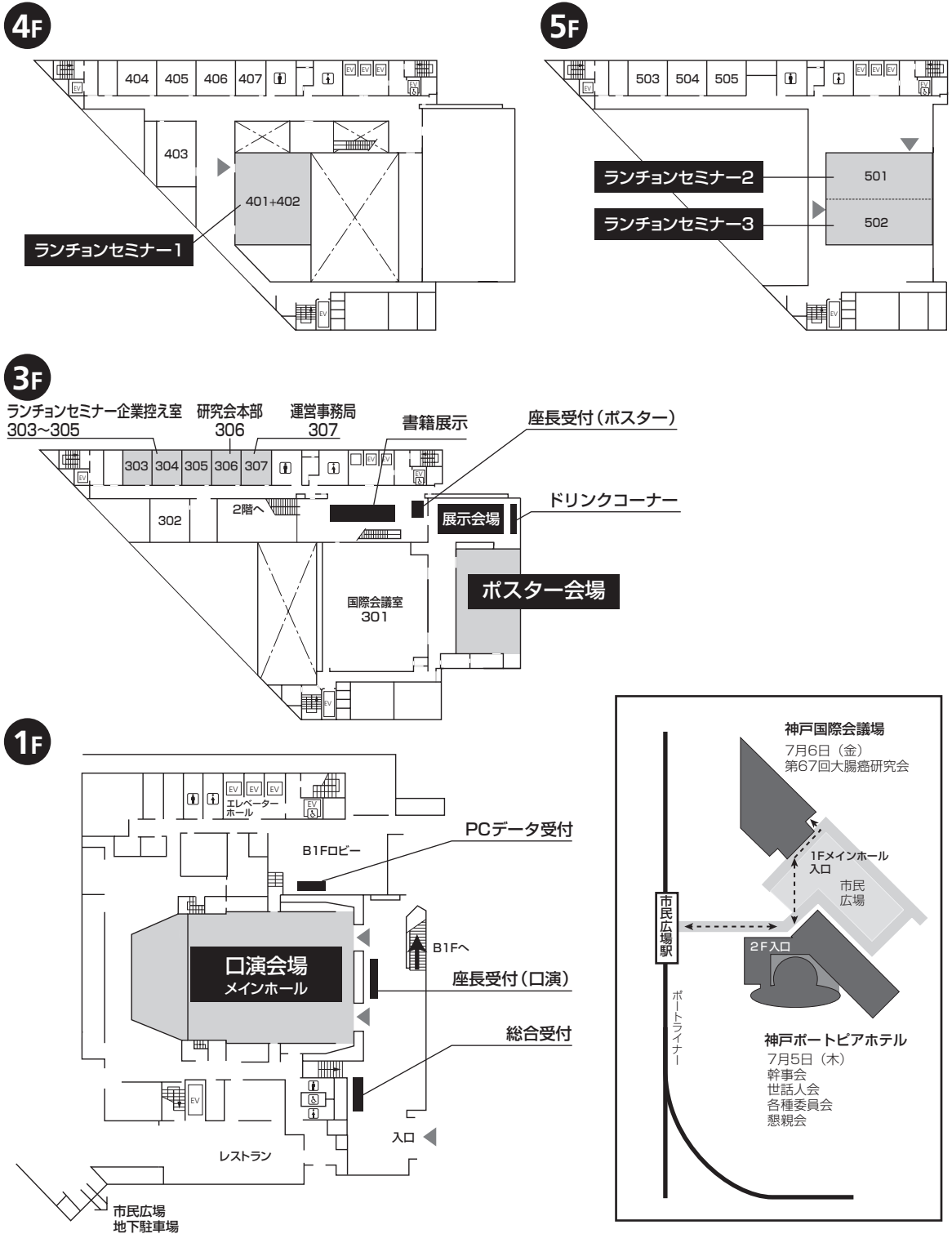
■駅からのアクセス

- JR新神戸駅から
 - ・車で約15分
 - ・地下鉄で三宮まで約3分
 - ・ポータルライナーで約10分（市民広場駅下車）
 - ・神戸リムジンバスで約20分
- ※ 新幹線は、東京～新神戸間
上り下りとも各33本/日
- 三宮駅から
 - ・車で約10分
 - ・ポータルライナーで約10分（市民広場駅下車）
 - ・神戸リムジンバスで約10分
- ※ 三宮駅には、JR東海道本線、阪急、阪神神戸市営地下鉄、ポータルライナー、バスの各路線が乗り入れております。
- ※ ポータルライナーは、平日7～9時は3分間隔
日中は6分間隔で運転されています。

■車によるアクセス

- 大阪方面から①
 - ・阪神高速3号神戸線「生田川」
出口より国道2号線合流直進100mで「←ポートアイランド」表示を左折「神戸大橋」経由にてポートアイランドに入る。
直進後、「国際展示場→」表示を右折。
所要時間は、「生田川」出口より約10分。
- 大阪方面から②
 - ・阪神高速5号湾岸線・阪神西線「芦屋」
ICより「住吉浜大橋」→「ハーバーハイウェイ」→「摩耶大橋」→「神戸大橋」経由にてポートアイランドに入る。
直進後、「国際展示場→」表示を右折。
所要時間は、「芦屋」ICより約15分。
- 岡山・姫路方面から
 - ・阪神高速3号神戸線「京橋」出口より左折
直進して「神戸大橋」経由にてポートアイランドに入る。
直進後、「国際展示場→」表示を右折。
所要時間は、「京橋」出口より約10分。

会場フロア図



スケジュール

	口演会場 メインホール (1F)	示説会場 レセプションホール (3F)	
8	開場 8:00~	ポスター掲示 8:10~9:00	
	開会の辞 8:55-9:00		
9	主題1 肛門管にかかる悪性腫瘍 ① 9:00-9:35 (O-1~O-5) 座長: 渡邊 聡明 (帝京大)	主題2 早期大腸癌 (SM癌) の治療: 内科的治療と外科的治療の接点と反省点 P1 9:20-10:02 (P-1~P-6) 座長: 亀山 雅男 (ベルランド総合病院) P2 9:20-10:02 (P-41~P-46) 座長: 斉藤 裕輔 (市立旭川病院) P4 10:02-10:44 (P-7~P-12) 座長: 味岡 洋一 (新潟大) P3 10:02-10:44 (P-47~P-52) 座長: 櫻田 博史 (昭和大横浜市北部病院)	
	② 9:35-10:10 (O-6~O-10) 座長: 緒方 裕 (久留米大)		
10	③ 10:10-10:45 (O-11~O-15) 座長: 望月 英隆 (防衛医大)		
	④ 10:45-11:20 (O-16~O-20) 座長: 奥野 清隆 (近畿大)		
11	特別講演「大腸癌研究会新会長に 就任して—これからの抱負—」 11:30-12:00 司会: 武藤徹一郎 (癌研有明病院) 演者: 杉原 健一 (東京医歯大)		
12	12:00-13:00 施設代表者会議		4F/5F 12:15-13:00 ランチョン セミナー 1~3
13	主題1 肛門管にかかる悪性腫瘍 ⑤ 13:10-13:45 (O-21~O-25) 座長: 藤盛 孝博 (獨協医大)	主題2 早期大腸癌 (SM癌) の治療: 内科的治療と外科的治療の接点と反省点 P5 13:10-13:52 (P-13~P-18) 座長: 高橋 慶一 (都立駒込病院) P6 13:10-13:52 (P-53~P-58) 座長: 幸田 圭史 (帝京大ちば総合医療セ)	
	主題2 早期大腸癌 (SM癌) の治療: 内科的治療と外科的治療の接点と反省点		
14	① 13:45-14:20 (O-26~O-30) 座長: 飯石 浩康 (大阪府立成人病セ)	主題1 肛門管にかかる悪性腫瘍 P1 13:52-14:41 (P-19~P-25) 座長: 安野 正道 (東京医歯大) P2 13:52-14:41 (P-59~P-65) 座長: 杉田 昭 (横浜市民病院)	
	② 14:20-14:55 (O-31~O-35) 座長: 小西 文雄 (自治医大大宮医療セ)		
15	③ 15:00-15:35 (O-36~O-40) 座長: 平井 孝 (愛知県がんセ)	P3 14:45-15:34 (P-26~P-32) 座長: 斉田 芳久 (東邦大) P4 14:45-15:41 (P-66~P-73) 座長: 西上 隆之 (兵庫医大)	
	④ 15:35-16:10 (O-41~O-45) 座長: 赤須 孝之 (国立がんセ)		
16	⑤ 16:10-16:45 (O-46~O-50) 座長: 坂井 義治 (京都大)		
17	総合 討論 総合討論1 17:00-17:30 司会: 白水 和雄 (久留米大) 齋藤 典男 (国立がんセ東病院)	ポスター撤去 16:50~17:30	
	総合 討論 総合討論2 17:30-18:00 司会: 亀岡 信悟 (東京女医大) 田中 信治 (広島大)		
	閉会の辞 18:00		

発表形式	時間	セッション	演題番号	ページ
口演発表	9:00-9:35	主題 1-1 「肛門管にかかる悪性腫瘍」	O-1～O-5	10
	9:35-10:10	主題 1-2 「肛門管にかかる悪性腫瘍」	O-6～O-10	10
	10:10-10:45	主題 1-3 「肛門管にかかる悪性腫瘍」	O-11～O-15	10
	10:45-11:20	主題 1-4 「肛門管にかかる悪性腫瘍」	O-16～O-20	11
	11:30-12:00	特別講演 「大腸癌研究会新会長に就任して－これからの抱負－」		11
	13:10-13:45	主題 1-5 「肛門管にかかる悪性腫瘍」	O-21～O-25	11
	13:45-14:20	主題 2-1 「早期大腸癌 (SM 癌) の治療：内科的治療と外科的治療の接点と反省点」	O-26～O-30	12
	14:20-14:55	主題 2-2 「早期大腸癌 (SM 癌) の治療：内科的治療と外科的治療の接点と反省点」	O-31～O-35	12
	15:00-15:35	主題 2-3 「早期大腸癌 (SM 癌) の治療：内科的治療と外科的治療の接点と反省点」	O-36～O-40	12
	15:35-16:10	主題 2-4 「早期大腸癌 (SM 癌) の治療：内科的治療と外科的治療の接点と反省点」	O-41～O-45	13
	16:10-16:45	主題 2-5 「早期大腸癌 (SM 癌) の治療：内科的治療と外科的治療の接点と反省点」	O-46～O-50	13
	17:00-17:30	総合討論 主題 1 「肛門管にかかる悪性腫瘍」		13
	17:30-18:00	総合討論 主題 2 「早期大腸癌 (SM 癌) の治療：内科的治療と外科的治療の接点と反省点」		13

発表形式	時間	セッション	演題番号	ページ
ポスター	9:20-10:02	主題 2-P1 「早期大腸癌 (SM 癌) の治療：内科的治療と外科的治療の接点と反省点」	P-1～P-6	14
	10:02-10:44	主題 2-P4 「早期大腸癌 (SM 癌) の治療：内科的治療と外科的治療の接点と反省点」	P-7～P-12	14
	13:10-13:52	主題 2-P5 「早期大腸癌 (SM 癌) の治療：内科的治療と外科的治療の接点と反省点」	P-13～P-18	15
	13:52-14:41	主題 1-P1 「肛門管にかかる悪性腫瘍」	P-19～P-25	15
	14:45-15:34	主題 1-P3 「肛門管にかかる悪性腫瘍」	P-26～P-32	16
	15:34-16:30	主題 1-P5 「肛門管にかかる悪性腫瘍」	P-33～P-40	16
	9:20-10:02	主題 2-P2 「早期大腸癌 (SM 癌) の治療：内科的治療と外科的治療の接点と反省点」	P-41～P-46	17
	10:02-10:44	主題 2-P3 「早期大腸癌 (SM 癌) の治療：内科的治療と外科的治療の接点と反省点」	P-47～P-52	17
	13:10-13:52	主題 2-P6 「早期大腸癌 (SM 癌) の治療：内科的治療と外科的治療の接点と反省点」	P-53～P-58	18
	13:52-14:41	主題 1-P2 「肛門管にかかる悪性腫瘍」	P-59～P-65	18
	14:45-15:41	主題 1-P4 「肛門管にかかる悪性腫瘍」	P-66～P-73	19
	15:41-16:37	主題 1-P6 「肛門管にかかる悪性腫瘍」	P-74～P-81	19

口演プログラム

9:00-9:35 主題 1-1 「肛門管にかかる悪性腫瘍」

座長：渡邊 聡明（帝京大学医学部外科）

- O-1 肛門管にかかる悪性腫瘍の特徴と術前短期 chemoradiation の効果22
橋口 陽二郎 他（防衛医科大学校外科）
- O-2 肛門管近傍の低位直腸癌に対する内肛門括約筋切除術の治療成績22
伊藤 雅昭 他（国立がんセンター東病院大腸骨盤外科）
- O-3 下部直腸から肛門管癌の治療23
藤本 佳也 他（癌研有明病院消化器外科 他）
- O-4 術前照射療法を用いた超低位進行下部直腸癌に対する肛門括約筋温存術の検討23
渡邊 聡明 他（帝京大学外科 他）
- O-5 直腸癌術前化学放射線療法における至適照射スケジュールの検討24
井上 靖浩 他（国立大学法人三重大学大学院医学系研究科生命医科学専攻病態修復医学講座消化管小児外科）

9:35-10:10 主題 1-2 「肛門管にかかる悪性腫瘍」

座長：緒方 裕（久留米大学医学部外科）

- O-6 当科における下部直腸肛門管癌に対する手術適応の検討と成績24
吉田 誠 他（広島大学大学院先進医療開発科学講座外科学 他）
- O-7 肛門管にかかる直腸肛門管腺癌の手術成績について＝肛門括約筋温存術と直腸切断術の比較＝25
佐伯 泰慎 他（大腸肛門病センター高野病院外科）
- O-8 超低位直腸癌に対する Intersphincteric resection (ISR)術後の再発についての検討25
山口 智弘 他（国立がんセンター中央病院）
- O-9 肛門管癌にかかる悪性腫瘍に対する肛門温存術の適応と限界26
小山 基 他（弘前大学消化器外科 他）
- O-10 肛門管にかかる下部直腸癌の治療成績 — 肛門括約筋切除を伴う手術症例の短期治療成績 —26
福嶋 敬愛 他（久留米大学外科）

10:10-10:45 主題 1-3 「肛門管にかかる悪性腫瘍」

座長：望月 英隆（防衛医科大学校外科）

- O-11 当院における下部直腸癌・肛門管癌に対する外科手術症例の検討27
川村 純一郎 他（京都大学医学部附属病院消化管外科）
- O-12 肛門管にかかる直腸癌の臨床病理学的特徴27
大田 貢由 他（横浜市立大学消化器病態外科学 他）

O-13	肛門管にかかる直腸癌の予後的検討－ Rb, Ra 直腸癌との比較－	28
	森田 俊治 他（八尾市立病院外科）	
O-14	肛門管にかかる大腸癌の検討	28
	諸原 浩二 他（伊勢崎市民病院外科 他）	
O-15	当院における肛門管にかかる悪性腫瘍の検討	29
	林田 康治 他（東京医科大学消化器外科・小児外科 他）	

10:45-11:20 主題 1-4 「肛門管にかかる悪性腫瘍」

座長：奥野 清隆（近畿大学外科）

O-16	当科における下部直腸・肛門管腫瘍の治療成績について	29
	椿 昌裕 他（獨協医科大学第一外科）	
O-17	肛門管にかかる悪性腫瘍の検討	30
	西村 洋治 他（埼玉県立がんセンター消化器外科）	
O-18	下部直腸・肛門管癌手術症例の検討	30
	丸山 聡 他（新潟大学医歯学総合病院消化器一般外科）	
O-19	当科における肛門管にかかる悪性腫瘍の検討	31
	平野 憲二 他（福岡大学筑紫病院外科）	
O-20	括約筋切除を伴う肛門温存手術の手術適応における術前 MRI 画像診断の有用性	31
	番場 嘉子 他（東京女子医科大学第二外科）	

11:30-12:00 特別講演「大腸癌研究会新会長に就任して－これからの抱負－」

司会：武藤 徹一郎（癌研有明病院）

演者：杉原 健一（東京医科歯科大学腫瘍外科）

13:10-13:45 主題 1-5 「肛門管にかかる悪性腫瘍」

座長：藤盛 孝博（獨協医科大学病理学（人体分子））

O-21	大腸 sm 癌に対するリンパ節郭清の要否判定因子としての先進部組織型の判定標準化の試み	32
	上野 秀樹 他（防衛医科大学校外科学講座 他）	
O-22	肛門管癌の臨床病理学的検討	32
	野田 英児 他（大阪市立大学大学院腫瘍外科 他）	
O-23	肛門管浸潤進行直腸癌の臨床病理学的検討	33
	安田 幸嗣 他（東京大学医学部附属病院腫瘍外科）	
O-24	肛門管癌と下部直腸癌の腺癌における臨床病理学的検討	33
	纈瀬 真一郎 他（群馬県立がんセンター消化器外科）	
O-25	当科における肛門管にかかる悪性腫瘍の臨床病理学的検討	34
	須藤 剛 他（山形県立中央病院外科）	

13:45-14:20 主題2-1「早期大腸癌（SM癌）の治療：内科的治療と外科的治療の接点と反省点」

座長：飯石 浩康（大阪府立成人病センター消化器内科）

O-26	20mm以上の大腸腫瘍性病変に対する内視鏡治療の現況－長期経過観察例の検討から－	34
	福澤 誠克 他（国立がんセンター中央病院・内視鏡部 他）	
O-27	分子病理マーカー導入による大腸SM癌内視鏡治療根治判定基準の拡大	35
	金子 巖 他（広島大学病院光学医療診療部 他）	
O-28	表面型大腸腫瘍の発育動態と形質発現および核内-β catenin、p53発現	35
	古賀 裕 他（九州大学大学院形態機能病理学）	
O-29	内視鏡治療（直腸の局所切除を含む）のみにより2年以上経過観察した大腸sm癌の予後	36
	熊野 秀俊 他（自治医科大学消化器一般外科 他）	
O-30	sm癌内視鏡切除後の再発転移と予後	36
	浦上 尚之 他（癌研有明病院消化器センター 他）	

14:20-14:55 主題2-2「早期大腸癌（SM癌）の治療：内科的治療と外科的治療の接点と反省点」

座長：小西 文雄（自治医科大学附属大宮医療センター）

O-31	sm大腸癌の外科治療－腹腔鏡下手術を中心に－	37
	赤松 大樹 他（大阪警察病院外科 他）	
O-32	大腸SM癌手術症例の検討	37
	中村 寧 他（東邦大学外科学第三講座 他）	
O-33	当科における早期大腸癌に対する治療法の検討	38
	近藤 圭策 他（大阪医科大学一般・消化器外科）	
O-34	大腸sm癌のリンパ節転移リスク、および腹腔鏡下手術の成績	38
	松田 圭二 他（帝京大学医学部外科）	
O-35	sm大腸癌に対する腹腔鏡下手術の成績	39
	大塚 幸喜 他（岩手医科大学外科 他）	

15:00-15:35 主題2-3「早期大腸癌（SM癌）の治療：内科的治療と外科的治療の接点と反省点」

座長：平井 孝（愛知県がんセンター中央病院消化器外科）

O-36	外科的切除した大腸pSM癌症例のリンパ節転率の増加	39
	岩渕 敏久 他（聖路加国際病院消化器センター外科）	
O-37	SM癌における腸切除適応に関する検討	40
	緒方 俊二 他（大腸肛門病センター高野病院）	
O-38	早期大腸癌(sm癌)のリンパ節転移陽性例と術後再発症例の検討	40
	迫田 哲平 他（慶應義塾大学外科 他）	
O-39	大腸sm癌における局所切除後の長期経過	41
	藤原 綾子 他（大阪府立成人病センター消化器外科 他）	
O-40	術前および術後診断からみた大腸sm癌に対する外科的腸管切除術の現状と問題点	41
	辻仲 眞康 他（自治医科大学附属大宮医療センター外科）	

15:35-16:10 主題2-4「早期大腸癌（SM癌）の治療：内科的治療と外科的治療の接点と反省点」

座長：赤須 孝之（国立がんセンター中央病院）

O-41	大腸 sm 癌内視鏡的治療後追加腸切除リンパ節転移陽性症例の検討	42
	荻部 豊彦 他（東京女子医科大学消化器病センター）	
O-42	当センターにおける大腸 SM 癌の治療適応	42
	池原 伸直 他（昭和大学横浜市北部病院消化器センター 他）	
O-43	当院における SM 大腸癌に対する治療方針の妥当性の検討	43
	小澤 平太 他（北里大学医学部外科 他）	
O-44	当教室で経験された早期大腸癌による遠隔転移症例の検討	43
	杉本 起一 他（順天堂大学医学部下部消化管外科）	
O-45	大腸 sm 癌の治療成績	44
	中嶋 健太郎 他（国立がんセンター東病院大腸骨盤外科 他）	

16:10-16:45 主題2-5「早期大腸癌（SM癌）の治療：内科的治療と外科的治療の接点と反省点」

座長：坂井 義治（京都大学消化管外科）

O-46	特殊染色による大腸 sm 癌の転移（リンパ節・遠隔）予測因子の解析	44
	富樫 一智 他（自治医科大学消化器外科 他）	
O-47	大腸 SM 癌に対する治療法についての検討	45
	河原 一雅 他（福岡大学筑紫病院外科）	
O-48	当科における大腸 sm 癌症例の検討	45
	小島 康知 他（広島市民病院外科）	
O-49	内視鏡的切除後、追加切除を施行した大腸 pSM 癌の病理組織学的検討	46
	小森 康司 他（愛知県がんセンター中央病院消化器外科）	
O-50	早期直腸癌に対する治療戦略	46
	小出 欣和 他（藤田保健衛生大学消化器外科）	

17:00-17:30 総合討論 主題1「肛門管にかかる悪性腫瘍」

司会：白水 和雄（久留米大学外科）、齋藤 典男（国立がんセンター東病院外科大腸骨盤外科）

17:30-18:00 総合討論 主題2「早期大腸癌（SM癌）の治療：内科的治療と外科的治療の接点と反省点」

司会：亀岡 信悟（東京女子医科大学第二外科）、田中信治（広島大学病院光学医療診療部）

示説プログラム

9:20-10:02 主題2-P1「早期大腸癌（SM癌）の治療：内科的治療と外科的治療の接点と反省点」

座長：亀山 雅男（ベルランド総合病院）

P-1	当院におけるSM大腸癌について.....48 若月 俊郎（山陰労災病院外科）
P-2	EMR 後追加切除必要な早期大腸癌腹腔鏡手術症例：内科治療から外科治療へ.....48 鶴間 哲弘 他（日本大学医学部消化器外科）
P-3	外科手術が必要と判断された早期大腸癌症例の検討.....49 藤田 文彦 他（長崎大学大学院移植・消化器外科 他）
P-4	結腸SM癌に対する腹腔鏡手術の選択状況.....49 上田 和毅 他（近畿大学医学部外科）
P-5	当科における結腸SM癌に対する小切開手術の成績.....50 岡田 典倫 他（埼玉医科大学総合医療センター消化管・一般外科）
P-6	当院における早期大腸癌(SM癌)内視鏡治療後に腹腔鏡補助下追加切除を行った60症例の検討.....50 宅間 邦雄 他（東京都立府中病院）

10:02-10:44 主題2-P4「早期大腸癌（SM癌）の治療：内科的治療と外科的治療の接点と反省点」

座長：味噌 洋一（新潟大学大学院医歯学総合研究科分子・診断病理学分野）

P-7	内視鏡的切除大腸sm癌における免疫組織学的染色の有用性に関する検討.....51 永田 信二 他（広島市立安佐市民病院内視鏡科 他）
P-8	当院における大腸sm癌の検討.....51 目黒 英二 他（函館五稜郭病院外科 他）
P-9	大腸sm癌におけるリンパ節転移と臨床病理学的因子の検討.....52 西舘 敏彦 他（札幌医科大学第1外科）
P-10	EMR 後大腸切除症例の臨床病理学的検討.....52 村山 康利 他（京都府立医科大学消化器外科）
P-11	当科における大腸sm癌の検討.....53 田中 麻紀子 他（滋賀医科大学外科学講座消化器外科）
P-12	大腸sm癌におけるリンパ節転移危険因子の検討.....53 石井 正之 他（静岡県立静岡がんセンター）

13:10-13:52 主題 2-P5 「早期大腸癌 (SM 癌) の治療: 内科的治療と外科的治療の接点と反省点」

座長: 高橋 慶一 (東京都立駒込病院外科)

P-13	大腸 sm 癌の再発症例の検討.....54 久須美 貴哉 他 (恵佑会札幌病院外科 他)
P-14	外科手術症例からみた早期大腸癌 (M 癌・SM 癌) の術前深達度診断と治療方針についての検討.....54 今村 一郎 他 (九州大学大学院医学研究院消化器・総合外科学)
P-15	大腸 sm 癌のリンパ節転移および局所再発の risk factor55 平良 悟 他 (東京医科大学病院消化器内科)
P-16	大腸 sm 癌転移症例の検討.....55 中村 純一 他 (さいたま赤十字病院)
P-17	大腸 sm 癌切除例におけるリンパ節転移危険因子の検討.....56 大谷 泰介 他 (東京女子医科大学東医療センター外科)
P-18	大腸 sm 癌のリンパ節転移および遠隔転移危険因子の検索.....56 田中 洋一 他 (東海大学消化器外科)

13:52-14:41 主題 1-P1 「肛門管にかかる悪性腫瘍」

座長: 安野 正道 (東京医科歯科大学大学院腫瘍外科)

P-19	肛門悪性リンパ腫の一例.....57 梅枝 覚 他 (四日市社会保険病院外科大腸肛門病・IBD センター)
P-20	右腹直筋皮弁ならびに左薄筋皮弁にて会陰再建術を施行した巨大肛門管癌の 1 例.....57 竹内 英司 他 (名古屋第一赤十字病院外科 他)
P-21	肛門管浸潤 4 型腫瘍の形態を呈した膀胱癌根治切除後再発例.....58 早田 浩明 他 (千葉県がんセンター消化器外科)
P-22	肛門管腺癌、鼠径リンパ節転移にて腹腔鏡下直腸切断術+鼠径リンパ節郭清を施行した 1 例.....58 山口 高史 他 (京都医療センター外科)
P-23	Pagetoid spread を伴った直腸癌の 1 例.....59 片岡 昭彦 他 (北海道大学消化器外科・一般外科)
P-24	肛門管にかかる悪性病変 2 例.....59 北菌 正樹 他 (鹿児島大学腫瘍制御学消化器外科)
P-25	肛門管に伸展した直腸 LST に対し ESD(Endoscopic submucosal dissection) 併用経肛門的腫瘍切除を施行した 3 症例.....60 山口 裕一郎 他 (静岡県立静岡がんセンター内視鏡科 他)

14:45-15:34 主題 1-P3 「肛門管にかかる悪性腫瘍」

座長：齊田 芳久（東邦大学大橋病院第3外科）

P-26	肛門周囲皮膚に Pagetoid spread を伴う sm 肛門管腺癌に対して Intersphincteric resection を施行した 1 例	60
	岩本 一重 他（国立病院機構仙台医療センター外科 他）	
P-27	術前放射線化学療法を施行した肛門管悪性腫瘍の 2 例	61
	大木 進司 他（福島県立医科大学第二外科）	
P-28	外科的肛門管にかかる超低位悪性腫瘍に対する肛門機能温存術	61
	堀田 司 他（和歌山県立医科大学第2外科）	
P-29	ISR を施行した 11 例の検討	62
	佐村 博範 他（琉球大学第一外科）	
P-30	肛門管にかかる直腸腫瘍に対する ESD の有用性	62
	桐山 真典 他（国立がんセンター中央病院内視鏡部 他）	
P-31	肛門管にかかる下部直腸癌に対する ISR の経験	63
	加藤 成 他（福井大学医学部第一外科 他）	
P-32	肛門管にかかる下部直腸癌手術症例の検討	63
	永田 仁 他（獨協医科大学第二外科）	

15:34-16:30 主題 1-P5 「肛門管にかかる悪性腫瘍」

座長：國場 幸均（北里大学外科）

P-33	放射線化学療法が著効し局所切除を行った肛門管扁平上皮癌の 1 例	64
	日向 理 他（山梨大学医学部第一外科）	
P-34	局所進行痔瘻癌に対する集学的治療 － TS-1/CDDP による術前化学放射線療法 2 例の経験をもとに－	64
	中山 吾郎 他（名古屋大学消化器外科）	
P-35	放射線化学療法が奏効した肛門管扁平上皮癌の 3 例	65
	亀山 仁史 他（新潟県立がんセンター新潟病院外科 他）	
P-36	当教室における肛門管扁平上皮癌の検討	65
	塩川 洋之 他（東邦大学医療センター大森病院一般・消化器外科）	
P-37	肛門管にかかる直腸癌に対する夜間化学療法を同期させた術前放射線温熱療法	66
	深澤 孝晴 他（群馬大学大学院病態総合外科）	
P-38	肛門管癌に対する S-1 併用術前放射線療法	66
	西岡 将規 他（徳島大学外科 他）	
P-39	肛門管にかかる下部直腸癌に対する術前化学放射線療法	67
	菅 隼人 他（日本医科大学外科 他）	
P-40	進行下部直腸癌に対する 5'-DFUR と術前放射線化学療法	67
	岩本 慈能 他（関西医科大学校方病院消化器外科）	

9:20-10:02 主題2-P2「早期大腸癌（SM癌）の治療：内科的治療と外科的治療の接点と反省点」

座長：斉藤 裕輔（市立旭川病院消化器病センター）

P-41	pSM癌の治療 - 内視鏡的摘除後の外科的切除症例の検討	68
	森 義之 他（山梨大学医学部第一外科）	
P-42	EMR後に追加切除を施行した大腸sm癌の臨床病理学的検討	68
	黒田 雅利 他（金沢医科大学消化器外科治療学）	
P-43	大腸sm癌の内視鏡切除法としてのESD	69
	小泉 浩一 他（都立駒込病院消化器内科）	
P-44	大腸癌内視鏡治療後遺残例の解析	69
	大西 直 他（NTT西日本大阪病院外科）	
P-45	当科におけるpSM大腸癌、直腸癌手術症例の検討（内視鏡的切除例、経肛門的切除例の検討）	70
	小山 淳 他（東北大学胃腸外科他）	
P-46	早期大腸癌内視鏡治療後における外科的追加腸切除症例の検討	70
	三浦 卓也 他（弘前大学消化器外科）	

10:02-10:44 主題2-P3「早期大腸癌（SM癌）の治療：内科的治療と外科的治療の接点と反省点」

座長：檜田 博史（昭和大学横浜市北部病院）

P-47	大腸sm癌EMR単独治療後の経過観察と遺残再発	71
	酒井 靖夫 他（済生会新潟第二病院外科他）	
P-48	大腸SM癌の治療—内視鏡治療後追加切除症例の検討—	71
	石川 文彦 他（深谷赤十字病院）	
P-49	SM癌内視鏡治療後手術症例の検討	72
	正村 裕紀 他（JA北海道厚生連旭川厚生病院外科）	
P-50	EMR後に追加手術を施行した大腸がん症例の検討	72
	久保 義郎 他（国立病院機構四国がんセンター）	
P-51	大腸pSM癌における内視鏡治療症例及び追加切除症例の検討	73
	松田 宙 他（大阪府立急性期・総合医療センター外科他）	
P-52	大腸SM癌の診断・治療におけるESDの位置付けに関する検討	73
	浅野 道雄 他（松田病院内視鏡センター）	

13:10-13:52 主題 2-P6 「早期大腸癌 (SM 癌) の治療: 内科的治療と外科的治療の接点と反省点」

座長: 幸田 圭史 (帝京大学ちば総合医療センター)

P-53	外科的治療切除後に肝転移再発をきたした大腸 sm 癌の 2 例	74
	佐々木 正貴 他 (新津医療センター病院外科 他)	
P-54	最近経験した大腸 sm 癌内視鏡治療後再発・遠隔転移をきたした 2 例	74
	松澤 岳晃 他 (新潟大学第 1 外科)	
P-55	機能温存を目指した早期下部直腸癌に対する治療戦略	75
	宮谷 知彦 他 (徳島大学病院外科 他)	
P-56	大腸癌内視鏡的摘除後追加腸切除例におけるリンパ節転移陽性症例の検討	75
	進士 誠一 他 (日本医科大学千葉北総病院外科 他)	
P-57	大腸 sm 癌内視鏡的摘除後再発例の検討	76
	山本 史歩 他 (東京女子医科大学消化器病センター外科 他)	
P-58	EMR または局所切除後に再発, 転移を来した大腸 SM 癌 6 例の反省	76
	尾形 英生 他 (埼玉県立がんセンター消化器外科)	

13:52-14:41 主題 1-P2 「肛門管にかかる悪性腫瘍」

座長: 杉田 昭 (横浜市立市民病院外科)

P-59	クローン病に合併した痔瘻癌の 1 例	77
	合田 良政 他 (国立国際医療センター外科)	
P-60	術後早期に肺転移およびリンパ節転移を来した内分泌細胞癌への分化と Paget 様伸展を伴う肛門管原発の粘液癌の 1 例	77
	三井 文彦 他 (山梨大学医学部第 1 外科)	
P-61	肛門管にかかる下部直腸癌に対し、翻転法による吻合を試みるも断端陽性となり、ISR を行った一手術例	78
	井出 義人 他 (市立吹田市民病院外科)	
P-62	クローン病に合併した肛門管癌の 2 例	78
	大須賀 文彦 他 (福島県立医科大学第一外科)	
P-63	肛門管癌・痔瘻癌を合併した Crohn 病	79
	佐藤 学 他 (東北大学生体調節外科)	
P-64	Crohn 病に合併した直腸肛門管癌の臨床経過と治療法の検討	79
	杉田 昭 他 (横浜市立市民病院外科 他)	
P-65	肛門管癌症例の検討	80
	内本 和晃 他 (奈良県立医科大学消化器・総合外科 他)	

14:45-15:41 主題 1-P4 「肛門管にかかる悪性腫瘍」

座長：西上 隆之（兵庫医科大学第2病理）

P-66	肛門管類基底細胞癌の1例	80
	中山 善文 他（産業医科大学第1外科 他）	
P-67	皮膚原発のPaget病と肛門管癌に伴うPaget現象の鑑別に免疫染色が有用であった2症例	81
	門田 一晃 他（NTT東日本関東病院外科 他）	
P-68	Pにかかる直腸Rb癌の臨床病理学的検討	81
	植村 一仁 他（独立行政法人国立病院機構西札幌病院）	
P-69	肛門管癌症例の検討	82
	吉谷 新一郎 他（金沢医科大学消化器外科治療学）	
P-70	当科で経験した肛門管にかかる悪性腫瘍の検討	82
	吉田 晋 他（山口大学大学院消化器・腫瘍外科学）	
P-71	肛門管原発の腺癌と扁平上皮癌の比較	83
	益子 博幸 他（札幌厚生病院外科）	
P-72	肛門管にかかる直腸癌の臨床病理学的検討	83
	佐藤 幸雄 他（広島市立安佐市民病院外科）	
P-73	肛門管にかかる大腸癌の臨床病理学的特徴	84
	宮倉 安幸 他（自治医科大学消化器一般外科）	

15:41-16:37 主題 1-P6 「肛門管にかかる悪性腫瘍」

座長：舟山 裕士（東北大学生体調節外科）

P-74	当科における肛門管癌の検討	84
	清水 紀香 他（東京医科歯科大学医学部付属病院）	
P-75	内視鏡治療を施行した歯状線近傍に及ぶ早期直腸癌の8例の検討	85
	来間 佐和子 他（東京都立駒込病院消化器内科 他）	
P-76	当院における肛門管にかかる悪性腫瘍の検討	85
	西脇 英敏 他（健生会奈良大腸肛門病センター）	
P-77	肛門管にかかる悪性腫瘍の検討	86
	前田 好章 他（北海道がんセンター外科）	
P-78	当科における肛門管にかかる下部直腸癌治療の現況	86
	埴本 純哉 他（九州がんセンター消化器外科 他）	
P-79	肛門管にかかる悪性腫瘍の治療	87
	前田 孝文 他（自治医科大学附属大宮医療センター）	
P-80	肛門管悪性腫瘍手術例の検討	87
	日高 英二 他（昭和大学横浜市北部病院消化器センター）	
P-81	一般市中病院における外科的肛門管にかかる下部直腸癌に対する治療とその成績	88
	岡林 剛史 他（平塚市民病院外科 他）	

67th
JSCCR

□演抄録

案内

プログラム

□演抄録

示説抄録

著者索引

肛門管にかかる悪性腫瘍の特徴と術前短期 chemoradiation の効果

橋口 陽二郎、上野 秀樹、三好 正義、梶原 由規、小俣 二郎、佐藤 太一、岡本 耕一、久保 徹、前島 純典、石黒 めぐみ、望月 英隆
(防衛医科大学校外科)

【目的】 肛門管にかかる悪性腫瘍（肛門管癌+肛門管にかかる直腸癌；以下 P(+)癌）の臨床病理学的特徴と長期成績を腹膜翻転部以下に下縁を有し肛門管へかからない悪性腫瘍（以下 P(-)癌）と比較検討し、該当症例への術前短期 chemoradiation (SCRT)の有用性を検証する。ただし、扁平上皮癌、非上皮性悪性腫瘍は除く。検討1：非照射例における検討【対象】 1985-2000年に TSME(tumor specific mesorectal excision)+側方郭清を施行した腹膜翻転部以下に下縁を持つ進行直腸癌治療切除168例。うち P(+)癌46例、P(-)癌122例。平均観察期間は5.6年。【結果】 P(+)癌 vs. P(-)癌において総合リンパ節転移頻度に有意差はないが、転移陽性リンパ節個数(3.8個 vs. 2.4個)、側方転移陽性頻度(30% vs. 15%)に有意差を認めた。また、5年無局所再発率(55.3% vs. 86.8%)、5年無再発生存率(46.3% vs. 63.7%)に有意差を認め、5年生存率は(58.6% vs. 69.9%; p=0076)と P(+)で低い傾向を認めた。また、再発例における初発再発部位(重複を含む)の分布は、肺(22% vs. 46%; p=0.094)、肝(4% vs. 30%, p=0.02)、局所(69% vs. 32%; p=0.0077)、鼠径(17.4% vs. 5.4%; N.S.)と、P(+)群で有意に局所再発の割合が多く、肝転移の割合が少なかった。検討2. SCRTの効果の検討【対象】 2001-2005年に SCRTを行った下部直腸癌70治療切除例について同様の検討を行った。うち P(+)癌13例、P(-)癌57例。照射例の平均観察期間2.9年。平均年齢61歳。照射対象は、遠隔転移、イレウスを伴わない腹膜翻転部以下に下縁を持つ進行下部直腸癌とした。術前 CRTは全骨盤に対する対向2門照射で 4 Gy × 5日施行し、照射期間中 UFT400mg × 7日を内服させた。照射後3-4週目に根治手術を行った。【結果】 P(+)癌 vs. P(-)癌において、総合リンパ節転移頻度、転移陽性リンパ節個数(1.6個 vs. 1.1個)、側方転移陽性率(15% vs. 19%)に有意差はなかった。また、観察期間が短いものの5年無局所再発率(91.7% vs. 88.9%)、5年無再発生存率、5年生存率に有意差は認めなかった。局所再発は両群にそれぞれ1例ずつと少ない。【結語】 1) P(+)癌はリンパ節転移個数、側方転移頻度、局所再発率が高く無再発生存率が低かった。2) 術前 SCRTは P(+)癌におけるリンパ節転移個数、側方転移頻度を抑制し、局所再発を減少させた。3) 肛門管にかかる悪性腫瘍に対し、SCRTは有用と思われる。

肛門管近傍の低位直腸癌に対する内肛門括約筋切除術の治療成績

伊藤 雅昭、齋藤 典男、杉藤 正典、小林 昭広、西澤 雄介、角田 祥之、塩見 明生、矢野 匡亮
(国立がんセンター東病院大腸骨盤外科)

【目的】 根治的肛門温存を目的とした直腸癌に対する内肛門括約筋切除術(ISR)の治療成績を示す。【対象】 2006年12月までにISRが施行された146例を対象とする。当科におけるISRの適応は肛門縁から腫瘍下縁まで5cm以内(歯状線から3cm)で外括約筋浸潤のない症例である。なお、全例に diverting stoma を造設している。【方法】 1.本術式後の中期的肛門温存率、2.予後に関する成績、3.温存された肛門機能解析結果についてそれぞれ示す。【結果】 1.初回手術後1年経過観察が完了したのは121例である。このうち1年経過時点で diverting stoma を完了し得た症例は97例(80%)であった。stoma 未閉鎖は残り24例で、その未閉鎖原因は、14例が再発、死亡によるもの、10例は術後合併症によるものであった。特にこのうち7例が吻合部の離開、虚血が原因で吻合部閉鎖または狭窄に至った症例であった。2.解析対象の median follow-up は830日。3年無再発生存率は70% (ステージ別では stage1/2/3a/3b : 88%/76%/70%/58%)、局所再発は12%であった。これらの成績は historical control としての当科の APR と生存率の差を認めなかった。3. ISR 手術後に障害される肛門機能のうち特に深刻な項目は soiling に関する障害である。stoma 閉鎖後3ヶ月目の Wexner' s score(n=88)は11.7、6ヶ月目の Wexner' s score(n=84)は10.3でありこの期間の肛門機能は徐々に改善した。その後は緩やかな改善傾向を示し12ヶ月(n=73) : 10.0、24ヶ月(n=60) : 9.6となった。stoma 閉鎖後1年後の肛門機能障害に関与する因子は、術前放射線化学療法、男性、Total ISRであり、特に術前放射線化学療法は最もその障害に関連していた。また、将来 incontinence となる症例の多くは、初回手術後の肛門静止圧の著明な低下を示すことが分かってきた。【まとめ】 従来であれば永久人工肛門しか選択肢の無かった肛門管近傍の直腸癌に対しても根治的な肛門温存術が可能であることが示されつつある。しかし、本手術では主に吻合部の虚血に起因する合併症により、目的とした肛門温存が達成されないことがある。また本手術の incontinence に関連する因子の解析がなされ、その機能予後も推測できるようになってきた。これらの解析結果を考慮することで、より機能性の高い肛門温存がなされることが期待される。

下部直腸から肛門管癌の治療

藤本 佳也¹、大矢 雅敏¹、黒柳 洋弥¹、上野 雅資¹、浦上 尚之²、五十嵐 正広²、山口 俊晴¹、加藤 洋³、石川 雄一³、武藤 徹一郎¹

(¹癌研有明病院消化器外科、²癌研有明病院消化器内科、³癌研有明病院病理)

【背景と目的】手術手技の進歩により下部直腸癌に対しても超低位前方切除(VLAR)や腹肛門式直腸切除(ISR)といった肛門括約筋温存術を施行できる例が多くなったが、直腸切断術(APR)が行われる症例は現在でも存在する。当院においてAPRを最近施行された症例を対象として、APR選択の根拠と切除標本所見からみた妥当性を検討した。【対象】2005年3月から2006年12月の間の下部直腸または肛門管(Rabを除くRbまたはP)の初発癌89例に対する術式はAPR 20例(開腹:15,腹腔鏡:5)、ISR 22例(9:13)、VLAR 32例(9:23)、LAR 9例(3:6)、骨盤内臓全摘術(TPE) 2例、Hartmann手術1例、経肛門の局所切除2例、試験開腹1例であった。これらのうち痔ろう癌4例を除くAPR症例16例を対象として検討した。【結果】APR16例では、年齢46-79歳(平均65歳)、男:女8:8、腫瘍の大きさは20-110mm(中央値45mm)で、腫瘍下縁の位置は、1例が肛門から脱出、9例が歯状線にかかる例で、残る6例もすべて歯状線から3cm未満の症例であった(平均0.75cm中央値0cm)。術前の深達度診断はSM 3例、MP 1例、A1 2例、A2 4例、AI 6例、リンパ節診断はN0 5例、N1 2例、N2 1例、N3 8例であった。SM癌のうち1例とMP癌1例、A1癌1例は年齢と術後排便機能不良への危惧から患者がAPRを希望、SM癌のうち1例は他院ER後の例で腸管には癌の遺残はなかったが側方転移陽性、A1癌1例も側方転移陽性であった。SM癌のうち残る1例は、体型によりISRの肛門操作の視野がとれずAPRとなった。術前診断がA2・AIであった10例の病理学的深達度はa1: 1例(歯状線にかかる病変)、a2: 6例、ai: 2例、術前放射線化学療法(CRT)後CR1例(CRT前には前立腺浸潤が疑われたが、TPEではなく前立腺部分切除を伴うAPRを施行)であった。一方、APRの比較の対象となるISRは、年齢28-70歳(平均54歳)、男:女13:9。腫瘍の大きさは12-90mm(中央値24mm)で、腫瘍下縁の歯状線からの距離は0-3cm(平均1.2cm中央値1cm)であった。術前の深達度診断はM 1例、SM 4例、MP 7例、A1 4例、A2 5例、AI 1例であり、リンパ節診断はN0 13例、N1 5例、N2 2例、N3 2例であった。22例中4例はCRTによる腫瘍縮小がありAPRを回避できた例であった。また、22例中3例は本来APRの適応と考えられたが患者の肛門温存の希望が強くISRを行った例であった。【結論】当科では歯状線から腫瘍下縁までが3cm以内で、深達度A2以深、または側方転移陽性例がAPRの対象となっており、術前CRTが有効である場合にはAPRではなくISRを施行できた例があった。その結果、RbまたはPの直腸癌に対する肛門括約筋温存術施行率は73.2%(63/86)となっており、この数値は限界値であると考えられる。

術前照射療法を用いた超低位進行下部直腸癌に対する肛門括約筋温存術の検討

渡邊 聡明¹、清松 知充²、名川 弘一²
(¹帝京大学外科、²東京大学腫瘍外科)

【目的】下部直腸癌のうち、特に低い位置に存在する病変に対しては、DST法あるいはISR+経肛門の吻合により括約筋を一部切除して吻合が行われる(超低位前方切除術)。術前照射療法を併用したISRを含む超低位前方切除術の安全性について検討を行った。【対象と方法】術前照射後超低位前方切除術を施行した進行下部直腸癌(Rb癌)68例を対象とした(1999-2007)。腫瘍下縁が肛門縁よりも4cm以下の症例を超低位群(20例)、これより口側の症例を低位群(48例)として両群間で術後成績を比較した。【結果】肛門縁から腫瘍までの平均距離は、超低位群3.4cm(2-4)、低位群6.2cm(5-8)、であった。超低位群7例、低位群2例に予防的人工肛門造設術を施行したが、その他は一期の吻合術を施行した。超低位群では13例、低位群では全例でDST法により吻合を行った。一時的人工肛門造設を行った7例は、全例ISRを行った症例であった。ISRを行った7例のうち3例でTotal ISRを、2例でSubtotal ISRを、2例でPartial ISRを行った。術後合併症は、超低位群で20.0%、低位群22.9%に認め、このうち縫合不全は超低位群0%、低位群では6.3%に認めた。根治切除後局所再発率(平均観察期間2.5年)は、超低位群0%、低位群2.1%であり、両群間で有意な差は認められなかった。【考察】ISRは主に早期癌症例を対象として行ってきたが、現在では術前照射療法を併用し進行下部直腸癌に対しても施行している。ISRでは、括約筋切開部への腫瘍のimplantationによる局所再発が問題となる。我々は術前照射療法を施行し、括約筋切開前に腫瘍肛門側を縫合閉鎖後、切開部を十分洗浄して括約筋の切開を行っている。現在のところISR例に局所再発を認めていないが、implantationによる局所再発の評価のためには、さらに長期の経過観察が必要と考えられる。また、術前照射療法併用後の吻合が肛門管内になるようなDST症例(超低位群)では、低位群と比較して縫合不全を始めとする術後合併症発生率の増加を認めなかった、従って、超低位群のDST吻合は低位群と同等のリスクで施行できる術式であると考えられる。

直腸癌術前化学放射線療法における至適照射スケジュールの検討

井上 靖浩、渡部 秀樹、間山 祐二、尾嶋 英紀、小林 美奈子、三木 誓雄、楠 正人

(国立大学法人三重大学大学院医学系研究科生命医科学専攻病態修復医学講座消化管小児外科)

【目的】当科では進行直腸癌に対する術前補助療法として根治術後の local control を目的とする高線量短期間照射または resectability 向上を目的とする conventional radiotherapy を行っているが、2つの照射スケジュールを比較検討した報告は少ない。そこで今回、臨床および分子生物学的アプローチにて両者の特徴・相違を検討した。【対象と方法】フツ化ピリミジン (UFT, TS-1, 5-FU 等) を併用した高線量短期間照射 (5Gy × 4) あるいは総線量 45-50Gy の conventional radiotherapy を施行した直腸癌 (T2-4, N0-2, M0) 44 例を対象とした (2001.6-2007.4)。術前化学放射線療法の病理組織学的 1 次効果、合併症を比較するとともに治療成績を検討した。また biopsy サンプルと切除サンプルを用いて治療前後の腫瘍中 5-FU 関連遺伝子 (TS, DPD, OPRT, TP)、DNA 修復関連遺伝子 (ERCC1)、angiogenesis 関連遺伝子 (HIF-1 α , VEGF)、放射線感受性関連遺伝子 (EGFR) の発現を real time PCR にて測定し、治療抵抗性因子の獲得につき比較検討した。【結果】高線量短期間照射を 32 例、conventional radiotherapy を 12 例 (全て T4 症例) に施行した。高線量短期間照射群では、全例括約筋温存術を施行し、conventional radiotherapy 群では切除率 91.7% であった。切除標本の病理組織学的 1 次効果は conventional radiotherapy 群では Grade2 以上を 6 例 (72.7%) に認め、高線量短期間照射群 (34.4%) よりも有意に高かった ($p=0.0271$)。治療関連合併症では、高線量短期間照射群に周術期下痢が ($p=0.0164$)、conventional radiotherapy 群で SSI が ($p=0.0012$)、多かった。晚期合併症では全体で骨盤内瘻孔を 5 例 (11.6%) に認めたが、両群に有意差はみられなかった。Cur A、B 症例 (conventional radiotherapy 8 例含む) では局所再発 0 例、遠隔転移再発 6 例で、累積 5 年生存率は 88.5% であった。腫瘍組織での real time PCR では高線量短期間照射群と比較し、conventional radiotherapy 群において有意に 5-FU 関連遺伝子 (TS, DPD, TP) が治療前後で up-regulate しており、5-FU 抵抗性の獲得が示唆された。【まとめ】高線量短期間照射は根治術後の local control に、conventional radiotherapy は、更に resectability 向上にも適していると思われる。

当科における下部直腸肛門管癌に対する手術適応の検討と成績

吉田 誠¹、池田 聡²、檜井 孝夫²、吉満 政義²、住谷 大輔¹、高倉 有二¹、竹田 春香¹、川掘 勝史¹、岡島 正純²、浅原 利正¹

(¹広島大学大学院先進医療開発科学講座外科学、²広島大学大学院内視鏡外科学講座)

【目的】下部直腸肛門管癌に対する当科の手術成績を提示し、その中の腹会陰式直腸切断術 (APR) を行った症例のうち、現在当科において行っている内肛門括約筋切除 (ISR) を伴った超低位前方切除術 (SLAR) の適応になりえた症例を検討した。

【方法】当科において 1992 年より 2007 年にかけて下部直腸 (Rb) から肛門管 (P) に対して行われた手術症例 164 例について検討した。

【成績】男性 104 人女性 60 人 (男女比 1.7:1) 手術時年齢 31 から 84 歳 (平均 62.2 歳) であった。術式は APR : 89 例、SLAR:52 例、SLAR+ISR:7 例、その他 (腫瘍切除術、骨盤内臓全摘術、経仙骨直腸切除術) 16 例であった。病期は stage0 :7 例 stage I :37 例 stageII:38 例 stageIIIa:47 例 stageIIIb:20 例 stageIV:11 例 不明:3 例であった。全症例中、最近 10 年 (1997 年~2007 年) に行われた 108 症例 (stage0:4 例 stageI: 25 例 stageII: 26 例 stageIIIa: 35 例 stageIIIb: 16 例 stageIV: 8 例) について検討したところ、5 年生存率は stage0:100% stageI:95% stageII:69% stageIIIa:64% stageIIIb:50% stageIV:19% であった。全症例のうち、APR を行った症例について手術切除標本写真をもとに腫瘍下端より歯状線までの距離及び肛門上皮移行部までの距離を測定し、当科の SLAR+ISR の適応を満たす症例を検討した。腫瘍下端より歯状線までの距離が測定可能であった 39 例の内訳は 0mm:10 例 1-19mm:8 例 20-29mm:4 例 30-39mm:13 例 40mm 以上:4 例で平均は 20mm であった。20mm 以上のものが 21 例あり ISR は実施可能であったと考えられた。20mm 未満の症例においても 4 例が深達度 mp 未満であり ISR は可能であったと考えられる。直腸癌に対して現在 8 例の SLAR+ISR を実施しており stageI:3 例 stageII:2 例 stageIIIa:2 例 stageIIIb: 1 例であった。stageII 症例が術後 14 ヶ月で肺転移を来した。stageIIIb 症例 1 例が術後 12 ヶ月で縦郭リンパ節転移をきたしたが、全例生存中であり局所再発は認めていない。(生存期間中央値: 13.75 ヶ月)

【結論】当科における下部直腸肛門管癌症例を検討した。現在までの経過を検討するに妥当な成績と考えられた。当科において施行した SLAR+ISR 症例を検討し、当科の適応は妥当であると考えられた。また、SLAR+ISR を開始する以前の症例においては現在では ISR の適応としえるものが認められた。

肛門管にかかる直腸肛門管腺癌の手術成績について＝ 肛門括約筋温存術と直腸切断術の比較＝

佐伯 泰慎、山田 一隆、緒方 俊二、辻 順行、久野 三朗、
福永 光子、志田 誠一郎、高野 正太、田中 正文、高野 正
博

(大腸肛門病センター高野病院外科)

【目的】直腸肛門管癌は、以前は永久的人工肛門が余儀なくされてきたが、回避する手術として最近、肛門括約筋切除術が期待されている。今回肛門括約筋切除術と直腸切断術の手術成績を比較し、手術の妥当性について検討した。【対象・方法】1996年から2005年までに手術した肛門管にかかる直腸肛門管腺癌で根治度Aの144症例を対象とした。内訳は、内肛門括約筋切除術(ISR)が78例、直腸切断術(APR)が66例であった。術式による比較として臨床病理学的因子(年齢、性別、歯状線からの距離、最大径、肉眼型、組織型、深達度、Dukes分類)、再発(再発率、再発形式、再発までの期間、無再発生存率)を比較検討し、再発の危険因子を多変量解析した。【結果】(1)臨床病理学的因子の比較:年齢、歯状線からの距離、肉眼型、組織型、深達度、Dukes分類で術式による差を認めしたが、性別、最大径は有意差を認めなかった。ISR症例は、年齢が若く、歯状線からの距離が長く、組織型は高・中分化腺癌、深達度は筋層までの症例、Dukes分類ではDukes Aを多く認めた。(2)再発の比較:再発率は、ISR症例:APR症例で13%(10/78):21%(1/66)で有意差を認めなかった。再発形式は、血行性:リンパ行性:局所でISR症例が7:1:2で、APR症例が6:1:7で有意差を認めなかった。再発までの期間は、ISR症例:APR症例で、601日:527日で有意差を認めなかった。また無再発生存率においても術式間で有意差を認めなかった。Dukes別での術式間の検討においても有意差を認めなかった。(3)再発の危険因子:ロジスティック回帰分析による多変量解析で深達度とリンパ節転移が危険因子として抽出されたが、術式の違いによる危険性は認めなかった。【考察】ISR症例は、APR症例と比較し、肛門管に腫瘍下縁を有するが比較的歯状線から距離があり、深達度の比較的浅くなおかつ肛門機能が保たれている若い症例で多く行われていた。しかし進行度別の比較において再発に差を認めず、またISRが再発の危険因子ではないことから、根治性からするとISRは容認できる術式であり、自然肛門を温存することにより術後の患者のQOLを向上させることができると考えられた。

超低位直腸癌に対するIntersphincteric resection (ISR)術後の再発についての検討

山口 智弘、赤須 孝之、山本 聖一郎、藤田 伸、森谷 宣皓
(国立がんセンター中央病院)

【目的】補助放射線治療(RT)を行っていない超低位直腸癌に対するISR術後の再発について臨床病理学的検討を行った。【方法】1993年から2005年までの13年間に当院でISRを施行した108人のうち、RTを施行していない106人を対象とした。ISRの適応は、括約筋機能が正常、肛門側断端を1-2 cmとった場合に内肛門括約筋切除が必要となる、外肛門括約筋に浸潤のない超低位直腸癌症例とした。Partial ISRは90人、Complete ISRは16人に施行され、観察期間の中央値は3.5年(0.9-11.7年)であった。【結果】深達度はT1 23人、T2 40人、T3 43人、リンパ節転移はN0 66人、N1 25人、N2 15人であった。35人(33%)に合併症を認め、縫合不全は13人、そのうち縫合不全による敗血症で1人死亡した。全累積局所再発率、生存率は3年でそれぞれ5.7%、95%、5年でそれぞれ7.3%、91%であった。T1-T2の3年累積局所再発率は0%、T3では15%であった(P=0.0012)。T3のうち、surgical margin陰性例の2年累積局所再発率は5%、同陽性例のそれは33%であった(P=0.0001)。遠隔転移率はStage I、II、III、IVでそれぞれ、4、5、18、33%であった。【結論】ISRは直腸切断術に比べて局所・遠隔再発率を増加させない。T1-T2症例では、十分なsurgical marginをとり、丁寧な剥離操作を行い、吻合前に局所の洗浄を行うことで、RTを行わなくても局所制御が可能である。T3症例では、十分なsurgical marginがとれないと予想される症例には、術前放射線療法等を考慮すべきである。

肛門管癌にかかる悪性腫瘍に対する肛門温存術の適応と限界

小山基¹、村田 暁彦¹、木村 寛¹、三浦 卓也¹、吉川 徹¹、佐々木 睦男¹、森田 隆幸²

(¹弘前大学消化器外科、²青森県立中央病院外科)

【目的】超低位直腸癌に対して内肛門括約筋切除(ISR)を伴う肛門温存術が導入され、肛門管にかかる悪性腫瘍に対しても total ISR により肛門温存が可能となる症例がある。今回、肛門管にかかる悪性腫瘍に対する肛門温存術の適応と限界を明らかにする目的から、ISR と直腸切断術(APR)の各術式における背景因子と術後成績について検討する。【対象と方法】1990年から2006年までに経験した治療切除の下部直腸(Rb)/肛門管(P)癌は255例で、腫瘍下縁が肛門管にかかる腫瘍は91例(RbP 68例, PRb 16例, P 7例)であった。経肛門的局所切除の5例を除いた86例のうち29例(34%)に肛門温存術が施行されていた(ISR 29例, APR 57例)。肛門側断端の距離は高分化腺癌でMPであれば1cm, 中分化腺癌ないしA以深であれば2cm。側方郭清はMPの中分化腺癌ないしA以深で施行した。原則としてISRは予防的ストーマを造設せず、J-pouchで再建した。(1)術式別(ISR/APR)の臨床病理学的背景因子(腫瘍径、肉眼型、組織型、壁深達度、ly, v, n, 病期分類、肛門縁からの距離、術前照射の有無)と術後成績(術後合併症、局所再発率、5年生存率)について比較検討した。(2)total ISRの術後排便機能(排便回数、Soiling, Urgency, 便失禁、排便のQOLなど)について評価を行い、ISRの切除範囲(total/partial+subtotal)・術後期間・性別・年齢の各因子について比較検討した。【結果】(1)肛門温存術はRbPの66例中27例(41%), PRb+Pの20例中2例(10%)に行われ、肛門縁からの平均距離はISRが2.2cm, APRが1.4cmであった。腫瘍径はISRが平均4.7cm, APRが平均6.5cmで、壁深達度はAPRで有意に深達症例が認められた(p=0.027)。病期分類はISRがstage I 12例, II 6例, IIIa 4例, IIIb 7例で、APRがstage I 6例, II 17例, IIIa 13例, IIIb 21例であり、進行癌症例がAPRで有意に多かった(p=0.013)。組織型でもISRは高～中分化腺癌24例・粘液癌5例に対して、APRでは高～中分化腺癌42例・粘液癌7例・低分化腺癌4例・扁平上皮癌3例・腺扁平上皮癌1例であった。術後合併症はISR 13%(縫合不全0%), APR 26%(骨盤死腔炎9%)。局所再発はISRが2例(6.9%), APRが5例(8.8%)であり、5年生存率はISR 88%, APR 58%とAPRが有意に不良であった(p=0.007)。(2)total ISRの1日排便は2.6回で排便機能のQOLは61%がほぼ満足しており、partial + subtotal ISRと比較して有意差は認めなかった。1年以内例でUrgency, Soiling, 排ガスの区別、予防的パッド使用で劣る傾向にあったが、1年以上が経過すると経時的に排便機能の改善が得られた。【結論】APRと比較してISRで癌根治性が損なわれることはなく、ISRは術後排便機能の面からも機能温存手術として妥当な術式である。低分化腺癌や扁平上皮癌を除いた症例では、肛門管にかかる悪性腫瘍であっても外肛門括約筋に浸潤がみられない症例では肛門温存術の適応である。

肛門管にかかる下部直腸癌の治療成績 — 肛門括約筋切除を伴う手術症例の短期治療成績 —

福嶋 敬愛、赤木 由人、白水 和雄、緒方 裕、石橋 生哉、森 眞二郎、村上 英嗣、牛島 正貴

(久留米大学外科)

【はじめに】われわれは教室で腹会陰式直腸切断術を施行し、得られた摘出標本の全割切片から癌の浸潤を詳細に検討した。その結果、癌の下縁が歯状線口側に存在する症例は外括約筋や坐骨直腸窩へ浸潤することが極めて稀であることや、腫瘍の肛門側への浸潤が1cm以上あるものは稀であることを確認した。このことより、腫瘍下縁が歯状線近傍にある下部直腸・肛門管癌で、浸潤範囲が括約筋間溝に達していない症例を、内括約筋あるいは外括約筋切除を伴う肛門温存術の適応とし、2001年より本術式を施行している。【目的】肛門管にかかる下部直腸癌に対し、内あるいは外括約筋を切除した術式(IE-SR)と、腹会陰式直腸切断術(APR)あるいは骨盤内蔵全摘術(TPE)を施行した症例との術後成績を比較検討することを目的とした。【対象と方法】1985年から2004年の間に当教室で手術を施行した、肛門管にかかる下部直腸癌症例70例を対象とした。これらの症例を術式別にIE-SR群とAPR・TPE群とに分けて、患者背景、術後合併症、再発と形式、予後を検索した。【結果】術式はIE-SR群31例, APR・TPE群39例(非治療切除4例も含む)であった。平均年齢はIE-SR群が61歳, APR・TPE群は63歳であった。腫瘍下縁から歯状線までの平均距離(新鮮摘出標本における)はIE-SR群は9mm, APR・TPE群は3.2mmであった。壁深達度はIE-SR群, APR・TPE群でそれぞれpSM: 3/2, pMP: 11/16, pA: 16/15, pAI: 1/6であった。術後合併症はIE-SR群では縫合不全2例、吻合部粘膜壊死2例、仙骨前膿瘍1例の16%であった。APR・TPE群では仙骨前膿瘍1例、会陰創感染、し開14例で44%で認められた。治療切除症例における再発率はIE-SR群16%(5/31), APR・TPE群42%(15/35)であった。その形式はIE-SR群, APR・TPE群それぞれ局所: 2/1、肝: 2/1, LN: 1/2, 骨: 0/3, 肺: 0/8であった。健存率はIE-SR群80%(最長4年観察), APR・TPE群58%であった。【結語】肛門管にかかる下部直腸癌に対する括約筋切除肛門温存術は、腫瘍下縁の高さ、側方伸展には十分な配慮をおくことで、組織学的にも肛門を救済できる手術であると思われる。しかし、追跡期間短かく、術後の肛門機能の確認がまだ不十分であり、本術式の適応にはまだ慎重であるべきである。

当院における下部直腸癌・肛門管癌に対する外科手術症例の検討

川村 純一郎、長山 聡、野村 明成、森 由紀子、田中 英治、井上 立崇、近藤 正人、中右 雅之、岡部 寛、伊丹 淳、佐藤 誠二、渡辺 剛、坂井 義治
(京都大学医学部附属病院消化管外科)

【背景】下部直腸癌・肛門管癌に対しては直腸切断術が標準治療とされてきたが、近年では肛門温存によるQOL向上を目的とした内肛門括約筋切除術(ISR)が導入されてきている。これまでの諸家の報告からは、症例数・フォローアップ期間のいずれも十分ではないが、症例を限定することにより根治性の面でも十分可能な術式と考えられる。当院においては、下部直腸癌・肛門管癌に対し根治性を考慮し原則的に直腸切断術を行ってきた。2005年6月からは、大腸癌症例に対し腹腔鏡手術を積極的に導入し、直腸癌においても腹腔鏡補助下直腸切除・直腸切断術などを施行している。また下部直腸癌・肛門管癌に対しては、深達度MPまでの症例に適応を絞り、腹腔鏡補助下肛門括約筋部分温存手術(Lap-ISR)を施行している。今回、下部直腸癌・肛門管癌に対して直腸切断術を施行された症例について、臨床病理学的にその特徴について検討した。また当院でのLap-ISR症例についても検討を行った。【対象】1965年から2005年3月までに当院で手術を施行した下部直腸癌・肛門管癌手術症例358例および腹腔鏡手術導入後の下部直腸癌・肛門管癌12例について検討を行った。【結果】2005年3月までの358例の占拠部位は、Rb:323例、P:35例で、進達度は、m:1例、sm:15例、mp:99例、ss/a1:127例、se/a2:85例、si/ai:27例であった。術式は、直腸切断:328例、ハルトマン手術:3例、骨盤内臓全摘:9例、超低位前方切除:4例、貫通手術:6例、その他:8例であった。直腸切断症例のRb症例300例の内訳は、m:1例、sm:14例、mp:88例、ss/a1以上:197例であった。2005年6月より2007年3月までの下部直腸癌・肛門管癌12例中、3例にLap-ISRを施行した。壁深達度はm:1例、a:2例であったが、癌の遺残なく根治術が可能であった。【結語】肛門管癌については括約筋間溝への浸潤の程度により肛門温存の可否は異なりその適応はより厳密に行う必要がある。今回の検討では、直腸切断症例のRb症例300例のうちmpまでの深達度症例が103例あり、これらの症例については、肛門温存術の適応となる可能性があると考えられた。下部直腸癌・肛門管癌において、腹腔鏡手術を導入することでより精緻な手術が可能となるが癌治療あるいは機能温存にどれだけ貢献できるかは今後の成績を待たねばならない。

肛門管にかかる直腸癌の臨床病理学的特徴

大田 貢由¹、長田 俊一¹、市川 靖史¹、山岸 茂²、藤井 正一²、大木 繁男³、嶋田 紘¹

(¹横浜市立大学消化器病態外科学、²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、³横浜市立大学附属市民総合医療センター手術部)

【目的】腹膜翻転部以下に主座がある直腸癌のうち肛門管にかかる癌の臨床病理学的特徴について検討し、その治療方針について考察した。【対象】1993年から2005年まで根治的切除術をおこなった下部直腸癌346例。【方法】肛門管にかかっていた癌78例(P群)、とそれ以外268例(Rb群)の2群にわけ、臨床病理、再発、予後について比較した。【結果】平均最大腫瘍径は、P群50±23.9mm、Rb群44±22.2mm(p<.001)であった。n0/n1/n2/n3はそれぞれP群で44/9/4//18、Rb群で157/58/18/27で、P群でn3が有意に多く(p=0.0043)、側方転移は、P群が18例(23.0%)、Rb群は19例(7.1%)であった。組織型では高分化癌、中分化癌以外の癌がP群は15例(低分化癌3例、粘液癌9例、印環細胞癌1例、神経内分泌腫瘍2例)、Rb群は10例(低分化癌1例、粘液癌9例)で、P群に有意に多かった(p<.001)。累積5年生存率はP群が72.2%、Rb群が80.1%で有意にRb群が良好であった(p=0.0485)。再発形式ではP群で局所再発が9例(11.5%)、鼠径リンパ節再発が7例(9.0%)に認められた。Rb群では、局所再発は13例(4.9%)、鼠径リンパ節再発は1例(0.4%)のみであった。【結語】肛門管にかかる直腸癌は多彩な組織型を示し、側方転移率が高く、Rb直腸癌に比べ局所再発率が高く予後が不良である。また術後鼠径リンパ節再発をきたす症例が多い。治療成績向上のため、放射線化学療法を導入を考慮するべきと思われる。

肛門管にかかる直腸癌の予後的検討－Rb, Ra直腸癌との比較－

森田 俊治、西庄 勇、福島 幸男、森本 卓、橋本 和彦、松山 仁、佐々木 洋
(八尾市立病院外科)

【目的】肛門管にかかる大腸癌（P-ca）は肛門管にかからないRaおよびRbの直腸癌（Rab-ca）と比べて予後の差違がみられるかについてretrospectiveな検討を行った。【対象と方法】当施設における1995年1月から2005年12月の連続した直腸癌手術症例（fStage 0は除く）151例（P-ca 128例、Rab-ca 23例）を対象とした。Kaplan-Meier法による生存率解析を行った。【結果】P-caとRab-caの背景因子（性、年齢、Stage、根治度、術前CEA値、脈管侵襲）に差は認めなかった。P-caとRab-caでKaplan-Meier曲線に明らかな差を認めなかった。Rab-caの5年生存率はfStage I, II, IIIa, IIIb, IVでそれぞれ87%, 71%, 83%, 28%, 0%であった。P-caの5年生存率はfStage I, II, IIIbがそれぞれ80%, 75%, 50%であった。再発はP-ca 23例中8例に、Rab-ca 128例中31例に認めた。再発は局所、血行性、リンパ行性がP-caでそれぞれ6, 3, 2例にRab-caではそれぞれ12, 21, 4例にみられた（重複あり）。局所再発率はP-caで35.3%、Rab-caで11.3%であり、P-caに有意に局所再発が多くみられた（ $P = 0.005$, カイ二乗検定）。【考察】P-caの症例数が少ないが、生存率においてRab-caと明らかな差は認めなかった。ただしP-caの方がRab-caに比べ局所再発率が高かった。

肛門管にかかる大腸癌の検討

諸原 浩二¹、保田 尚邦¹、木暮 和夏子¹、森田 廣樹¹、岡田 朗子¹、中里 健二¹、天笠 秀俊¹、萬田 緑平¹、大澤 秀信¹、片山 和久¹、長谷川 忠¹、設楽 芳範¹、鈴木 一也¹、根岸 健¹、神坂 幸次¹、草野 満夫²

(¹伊勢崎市民病院外科、²昭和大学一般・消化器外科)

【目的】当院における下部直腸癌および肛門管癌の臨床病理学的検討を行い、肛門管にかかる癌の特徴を明らかにする。【対象】1997年から2005年までに当院で施行した大腸癌初回手術症例715例中、下部直腸癌(Rb)および肛門管癌(P)症例123例を対象とした。病変が肛門管にかかる群(A群)とにかからない群(B群)の2群に分け比較検討した。【結果】下部直腸癌および肛門管癌症例123例中、A群は47例、B群は76例であった。進行癌はA群で39例、B群で60例であった。年齢、性別は両群間で有意差は認めなかった。腸閉塞、穿孔を合併した症例は両群間で有意差を認めなかった。術式はA群ではマイルズ手術、B群では低位前方切除術ならびに超低位前方切除術が有意に多く施行されていた($p < .01$)。最大腫瘍径の平均値はA群で 48.9 ± 19.7 mm、B群で 44.2 ± 18.3 mmであり、両群間に有意差は認めなかった。占居部位、肉眼型、深達度、組織型、肝転移、腹膜転移、遠隔転移、stageは両群間に有意差を認めなかった。累積5年生存率はA群で44.8%、B群で72.8%であり、A群で有意に予後不良であった($p < .05$)。進行癌症例における側方リンパ節郭清施行率はA群で43.6% (17/39)、B群で30% (18/60)であり、両群間で有意差は認めなかった。このうち組織学的に側方リンパ節転移が陽性であったものはA群で23.5% (4/17)、B群で0% (0/18)であり、A群において有意に多かった($p < .05$)。【結語】肛門管にかかる大腸癌は、かからない症例と比較して予後不良であった。また、進行癌における側方リンパ節郭清症例を検討したところ、側方リンパ節転移率が高かった。肛門管にかかる進行癌症例に対しては、側方リンパ節郭清のみならず集学的治療の検討が必要と考えられた。

当院における肛門管にかかる悪性腫瘍の検討

林田 康治¹、勝又 健次¹、和田 建彦¹、森 康治¹、久田 将之¹、高橋 総司¹、榎本 正統¹、河北 英明¹、鈴木 彰二¹、原 知憲¹、松田 大助¹、高木 融¹、土田 明彦¹、青木 達哉¹、岩屋 啓一²

(¹東京医科大学消化器外科・小児外科、²東京医科大学病院病理部)

【目的】今回我々は、肛門管にかかる悪性腫瘍について検討するために、P～Rbまでの109症例の診断、治療、病理、予後について検討した。【対象】1990年から2006年までに当院において手術療法の行われたP～Rbまでの109症例を対象とした。占拠部位の内訳は、Rb91例、P18例であった。【結果】Rb91例の内訳は、男性54例、女性37例で、平均年齢は61.12歳であった。腫瘍最大径は平均4.23cmであった。病理組織学的にはwell22例、mod66例、por2例、muc1例、であった。P18例の内訳は、男性9例、女性9例で、平均年齢は69.50歳であった。腫瘍最大径は平均4.10cmであった。病理組織学的にはwell5例、mod9例、scc3例（2例は化学放射線療法後APR施行）、特殊1例であった。P症例18例のうち再発及び転移を認めた症例は7症例あり内訳は、肝臓・肺転移3例（2例が肝臓・肺同時、1例が肝臓）、局所再発2例（1例が）、単径リンパ節再発2例（2例ともに側方郭清を施行せず）であり、病理組織学的にはmod3例、scc3例、特殊1例であった。また、P症例18例のうち壁深達度は、sm 2例、mp 6例、a1 5例、a2 5例、ai 1例であった。再発及び転移を認めた7症例の内6/7症例で壁深達度がa1以上であり、6/7症例でly1・v1以上、7/7症例でStage2以上であった。P症例18例の手術療法の内訳は、APR15例、骨盤内臓器全摘術1例、局所切除術1例で、その内再発及び転移を認めた7症例の手術療法の内訳は、APR5例、骨盤内臓器全摘術1例、局所切除術1例であった。【考察】下部直腸癌と異なり肛門管にかかる悪性腫瘍では、肝臓に転移している場合は肺に転移を起こす可能性が高率にあるため、術後に胸部CT等による十分なfollow upが必要と考える。また、単径リンパ節への転移も高いため、触診による経過観察も必要と考える。組織型が扁平上皮あるいは、特殊型といったものに対しては、術前の放射線化学療法等の集学的治療を考慮するべきと考える。

当科における下部直腸・肛門管腫瘍の治療成績について

椿 昌裕、伊藤 友一、藤田 昌紀、砂川 正勝
(獨協医科大学第一外科)

目的：下部直腸・肛門管腫瘍の治療成績から、手術適応について検討した。対象と方法：1998年4月から2006年12月までに当科で経験した下部直腸(Rb)腫瘍、下部直腸肛門管(Rb～P)腫瘍100例を対象にその治療成績を検討した。臨床病理学的検討は大腸癌取扱い規約第7版に従った。腺癌に対する術前放射線化学療法は行っていない。結果：腫瘍の局在はRb腫瘍83例、Rb～P腫瘍17例。癌（扁平上皮癌1例を含む）87例、GIST2例、悪性黒色腫2例、悪性リンパ腫1例、カルチノイド1例、良性腫瘍6例、MPS1例。原発腺癌85例の組織型は高分化腺癌31例、中分化腺癌49例、低分化腺癌5例。深達度はpM癌5例、pSM癌14例、pMP癌22例、pA42例、pAI癌2例。全対象症例100例に施行された術式は直腸切断術（APR）52例、低位前方切除術（LAR）10例、超低位前方切除術（SLAR）19例、骨盤内臓全摘出術1例、後方骨盤内臓全摘出術1例、大腸全摘術1例、大腸亜全摘術2例、ハルトマン手術3例、経肛門の局所切除術11例。原発腺癌85例ではAPR47例（pMP以浅癌が18例を含む）、LAR9例、SLAR19例、ハルトマン1例、後方骨盤内臓全摘術1例、骨盤内臓全摘術1例、大腸亜全摘術1例、大腸全摘パウチ肛門吻合術1例、経肛門の局所切除術5例でpSM癌に対しても3例施行し、腺癌に対する自然肛門温存率は42.4%であった。リンパ節転移は33例（38.8%）にみられ、主リンパ節以上の転移は5例（5.9%）であった。自律神経を直視下に露出、同定し、温存された手術を自律神経温存手術と定義すると、腸管切除が施行された89症例中自律神経温存手術は80例に施行された。側方郭清の適応を術前深達度A、リンパ節転移疑い例とした手術術式の内訳は、側方郭清を伴わない全自律神経温存手術34例、側方郭清を伴う全自律神経温存手術24例、両側骨盤神経温存手術8例、片側骨盤神経温存手術14例で、片側骨盤神経温存手術2症例が退院時自己導尿を要し、膀胱機能温存率は97.5%であった。側方郭清を施行した48例中、局所再発例は2例4.2%（肛門温存手術＝6.7%、非温存3.4%）と低率であった。非上皮性腫瘍ではGIST、悪性黒色腫症例にはいずれもAPRが施行されたが、GISTの1症例で術後5年間再発を認めていない。結語：術前放射線化学療法を施行していない側方郭清施行例の局所再発率は低く、側方郭清は局所制御に有効であった。今後積極的にISRなどの自然肛門温存手術が施行すべきであり、主リンパ節転移の陽性率が低いことから、左結腸動脈の温存は可能な限り為されるべきである。

肛門管にかかる悪性腫瘍の検討

西村 洋治、八岡 利昌、泉里 豪俊、尾形 英生、岡田 洋次郎、戸谷 裕之、清水 尚、小泉 正樹、安部 仁、川島 吉之、網倉 克己、坂本 裕彦、田中 洋一
(埼玉県立がんセンター消化器外科)

【目的】当科で手術した外科的肛門管にかかる初発直腸癌と肛門管悪性腫瘍を臨床病理学的に検討し、その特殊性と治療法につき考察する。

【対象】当科での1999年7月以降の初発大腸癌外科治療1303例中、肛門管にかかる悪性腫瘍は98例、7.5%であった。平均年齢60.3才、男女比は61:37であった。進行癌では2000年からは肛門括約筋間切除・結腸肛門吻合(ISR)を積極的に取り入れ、2005年からは肛門部の全周性狭窄や肛門部に癌性瘻孔のない症例、便秘のない症例ではほぼ全例にISRを施行している。

【結果】肛門管にかかる初発大腸癌98例中tub2が67例、tub1が9例で、あわせて78%であった。その他では、porが9例、mucが6例、sccが4例、melanomaが2例、外陰部Paget病が1例で、特殊型があわせて22%あり、他部位の大腸癌の病理組織と比べ有意に特殊型が多かった。併存疾患としてFAP症例が2例、UC症例が1例あった。病期は全体で0期が3例、1期が16例、2期が23例、3a期が14例、3b期が25例、4期が17例であった。深達度MP以深で側方郭清をしているが、側方転移は側方郭清した85例中28例32.9%にあり、肛門管にかからないRb直腸癌の側方転移率(10.7%)より有意に多かった。鼠径リンパ節転移も5例にありそれぞれ郭清した。手術法はISRが54例、Milesが27例、TPE/PPEが8例、TARが6例、stoma造設のみが3例であった。ISR54例(0期1例、1期12例、2期9例、3a期が11例、3b期17例、4期4例)全体での5年粗生存率は89.1%で、術中implantationによると思われる骨盤内再発が1例あり、腫瘍切除を施行した。ISR54例中40例にstoma閉鎖が施行された。

【結論】他部位の大腸癌に比べ、肛門管にかかる癌は特殊型の病理組織が多く、肛門管にかからないRb直腸癌に比べ側方リンパ節転移が有意に多かった。ISRの術後生存率は満足できるものであった。

下部直腸・肛門管癌手術症例の検討

丸山 聡、松澤 岳晃、高橋 聡、寺島 哲郎、岩谷 昭、川原 聖佳子、谷 達夫、飯合 恒夫、畠山 勝義
(新潟大学医歯学総合病院消化器一般外科)

【背景】肛門管癌はAJCC、UICCのTNM分類では、結腸癌直腸癌とは独立して規定されている。また、治療として放射線や化学療法が主体となることが多い。本邦では肛門管癌は大腸癌取り扱い規約に含まれているが、大腸癌診療ガイドラインにおいてもその治療方針に関して示されていない。当科においては最近までは手術を中心に治療を行ってきた。【目的】下部直腸・肛門管癌における手術治療成績を考察し、適切な治療方針を検討する。【対象と方法】1984年から2006年までに当科で手術した腫瘍の下縁が肛門管に及ぶ直腸癌(RbP)および肛門管癌(P)計63例を対象とし(carcinoid、melanoma、sarcomaは除外)、臨床病理学的因子と長期予後を検討した。【結果】平均年齢62歳(24~91)、男:女=31:32、RbP:P=45:18、T(TNM)T1:T2:T3:T4=3:20:33:7、組織型;tub1:tub2:por:muc:scc=25:16:9:7:6、深達度sm:mp:a:ai=1:13:42:7、病期(大腸癌取り扱い規約第7版)1:2:3a:3b:4=5:17:6:23:12、術式APR:PE:sLAR=52:9:2、手術根治度R0:R1:R2=47:5:11、全症例の5年生存率は44.9%、R0:R1:R2=54.0%:53.3%:0%。根治手術症例52例に限って局在、T(TNM)、組織型、深達度別に比較しても生存率に優位差はなかった。【結語】下部直腸・肛門管癌において手術を主体とした治療で50%強の5年生存が期待できる。更なる治療成績向上には集学的治療が重要となる。

当科における肛門管にかかる悪性腫瘍の検討

平野 憲二、河原 一雅、東 大二郎、紙谷 孝則、関 克典、
成富 一哉、二見 喜太郎
(福岡大学筑紫病院外科)

1985年7月より2006年12月まで当科で治療を行った単発大腸癌1401例のうち、肛門管にかかる腫瘍は炎症性腸疾患合併例を除いた52例(3.7%、RbP41例、PRb7例、P3例、PE1例)であった。男性30名、女性22名、平均年齢68.5歳で有症状例は48例あり、症状としては(重複を含む)出血38例、排便障害14例、疼痛13例、腫瘍触知3例、腹痛1例、脱出1例、食欲不振1例であった。また、無症状でかつ検診で発見されたものは4例であった。肉眼型は0型4例、1型3例、2型34例、3型4例、4型2例、5型3例、深達度はm1例、sm3例、mp8例、a119例、a210例、ai9例であった。組織型は高分化型腺癌35例、中分化型腺癌7例、低分化腺癌3例、粘液癌4例、扁平上皮癌1例であった。病期分類ではstage01例、I7例、II8例、IIIa11例、IIIb19例、IV3例で、遠隔転移は肺転移2例、肝転移1例であった。非切除例5例を除き、2例に経肛門の局所切除を行った他は全例に直腸切断術(骨盤内臓器全摘術5例)を施行した。鼠径リンパ節転移は郭清を行った25例中4例(16.0%)に認めた。予後については、原病死13例(肝・肺6例、局所2例、播種5例)、他病死5例で肺転移に対して治療中の2例の他は再発なく経過中である。今回の検討では、肛門管にかかる癌すべてを対象としたが、実際には直腸型癌と肛門管に腫瘍の中心をもついわゆる肛門管癌とは組織型など特徴の違いがあり、分けて検討する必要がある。肛門管癌11例の予後については、他病死(心不全)、他癌死(膵癌)が各々1例で、原病死は1例にみられ、局所再発を来した7年8ヶ月目に腹膜転移により死亡した。他8例は再発なく経過中(平均6.15年)である。肛門管癌は、比較的まれな疾患で大腸癌のなかでも予後不良とされているが、自験例では女性に多く粘液癌の頻度が高いことが特徴的であった。リンパ節転移は4例あり、そのうち側方リンパ節転移を1例に、鼠径リンパ節転移を2例に認めたが、広汎切除により比較的良好な予後が得られた。

括約筋切除を伴う肛門温存手術の手術適応における術前MRI画像診断の有用性

番場 嘉子、板橋 道朗、廣澤 知一郎、小川 真平、荒武 寿樹、
瀬下 明良、亀岡 信悟
(東京女子医科大学第二外科)

目的：下部直腸癌に対する術式選択では、根治性と機能温存のバランスが重要である。年齢や全身状態などを考慮し、根治性を確保し術後QOLを最大限に維持した低侵襲手術の術式選択をする。下部直腸癌の中でも解剖学的肛門管に近接する進行癌に関しては腹会陰式直腸切断術の適応とされてきたが、近年括約筋切除を伴う肛門温存手術が登場した。術前評価において、進達度評価つまり括約筋および肛門挙筋浸潤の有無が重要となる。今回我々は肛門に極めて近い下部直腸癌に対する括約筋切除を伴う肛門温存手術症例の手術適応における術前MRI検査の有用性について検討した。対象と方法：2000年から2006年までに当院で下部直腸癌に対し腹会陰式直腸切断術を施行した50例を対象とし、術前骨盤部MRI検査および病理標本に対しretrospectiveな検討を行い、手術適応評価について考察した。検討項目として骨盤MRI検査において腫瘍による外内括約筋間の浸潤および肛門挙筋や外肛門括約筋の浸潤を評価し、また非浸潤例に対する腫瘍と肛門挙筋や外肛門括約筋間の距離を骨盤MRI検査及び病理組織学的検査で評価した。MRI検査の測定基準として、肛門挙筋は恥骨直腸筋と外肛門括約筋が接する部位、外肛門括約筋は皮下および浅深全ての外肛門括約筋とした。腫瘍による外内括約筋間浸潤はT1強調画像の脂肪層で評価した。腫瘍による肛門挙筋や外肛門括約筋の非浸潤症例では腫瘍外側と外肛門括約筋内側までの距離と腫瘍外側と肛門挙筋内側までの距離を測定し、病理標本との比較を行った。病理組織標本の測定基準として、標本は全割とし、距離測定の場合はホルマリン固定後の組織収縮率を考慮した。結果：術前骨盤MRI検査において外内括約筋間の浸潤は72%に認め、病理結果と比較しmp症例では40%、a、si症例では100%に認められた。また術前骨盤MRI検査で外内括約筋間浸潤を認めなかった症例は全症例でsm浸潤以下であった。肛門挙筋や外肛門括約筋の非浸潤症例では術前画像評価と病理標本上の腫瘍外側と外肛門括約筋内側までの距離と肛門挙筋内側までの距離はほぼ一致していた。結語：下部直腸癌において周囲への浸潤および腫瘍外側間距離は、骨盤MRI検査と病理標本評価は一致していた。括約筋切除を伴う肛門温存術の適応を考慮する上で、骨盤部MRI検査は有用であることが示唆された。

大腸 sm 癌に対するリンパ節郭清の要否判定因子としての先進部組織型の判定標準化の試み

上野 秀樹¹、橋口 陽二郎¹、石黒 めぐみ¹、梶原 由規¹、前島 純典¹、小俣 二郎¹、佐藤 太一¹、岡本 耕一¹、久保 徹¹、島崎 英幸²、長谷 和生³、望月 英隆¹

(¹防衛医科大学校外科学講座、²防衛医科大学校検査部病理、³自衛隊中央病院外科)

【背景・目的】大腸 sm 癌の先進部組織型の判定は主観的な側面が強く、判定者による差異が大きい現状にある。特に低分化腺癌と粘液癌はリンパ節(LN)転移リスク因子として重視されるが、どの程度の領域を低分化、粘液癌と診断するかは基準はない。標準化を念頭に、定量性と簡便性を重視した判定基準の確立を試みた。【対象】1980～2005年に経験した大腸 sm 癌の内、LN 郭清を伴う根治手術が施行された238例と、局所摘除後に追加手術なく経過観察がおこなわれた67例。【検討】“低分化領域”の評価)低分化領域を「腺管構造が完全に消失した癌領域」と定義の上、腫瘍内で最も広域な低分化領域の広さと、5個以上の細胞からなる充実性癌巣(solid cancer nest: SCN)の数を基準として grade 化した。まず最も広域な低分化領域を対物40倍視野で観察した場合、低分化領域が視野全面となる場合、低分化G3とした。低分化領域の広がりがない場合に満たない場合は、SCNが最も多い領域のSCN数を対物4倍視野下に測定し、0-9個を低分化G1、10個以上をG2に分類した。《粘液癌の評価》最も広域な粘液産生領域が対物40倍視野の全てを占めるかを基準として、MUC[皆無]、MUC[x40 視野未満]、MUC[x40 視野以上]の3段階に分類した。【結果】(1)低分化領域程度に関して、G1(177例)、G2(30例)、G3(31例)のLN転移率は各々5.7%、20.0%、35.5%であった。同様にMUC[皆無](212例)、MUC[x40 未満](7例)、MUC[x40 以上](19例)のLN転移率は9.9%、0%、31.6%であった。(2)低分化G2+3を“低分化癌”、MUC[x40 以上]を“粘液癌”とすると、LN転移率は、腫瘍内に“低分化癌”か“粘液癌”のいずれかを有する75症例で28.0%であるのに対し、共に陰性の163例では3.7%であった(p<.0001)。(3)簇出のgrade 1とgrade2/3は各々207例、31例であり、後者のLN転移率は有意に高率であった(6.8%,41.9%:p<.0001)。先進部組織型：“低分化癌”/“粘液癌”、簇出grade2/3、脈管侵襲陽性の3因子は多変量解析にて夫々独立したLN転移リスク因子であった。リスク陽性症例のLN転移率は21.7%(25/115)であるのに対し、リスク陰性の123例(全症例の51%)のLN転移症例はわずか2例(1.6%)であった(p<.0001)。(5)局所摘除のみで経過観察されている67例におけるLN再発は、上記リスク因子が存在しない50例に皆無であったのに対し、いずれかが陽性の17例中3例(17.7%)に発生した(P=0.014)。【結語】先進部組織型は簇出とともに、リンパ節転移の指標として意義のある定量的な判定基準の設定が可能である。

肛門管癌の臨床病理学的検討

野田 英児¹、前田 清¹、井上 透¹、神藤 理¹、埜村 真也¹、山添 定明¹、平川 弘聖¹

(¹大阪市立大学大学院腫瘍外科、²大阪市立総合医療センター外科)

肛門管から発生する悪性腫瘍は多種におよび、直腸癌に比して頻度も低く、その治療成績には一定の見解が得られているわけではない。今回我々は臨床病理学的因子について、肛門管癌と直腸癌との比較を行い、その特徴について、再発形式や予後を含めた解析を試みた。【方法】1994年から2000年の間に当科で根治度Aの手術が施行された直腸癌、肛門管癌症例のうち、5年間の生存追跡ができた158例を対象とした。【結果】内訳は、Ra 69例、Rb 83例、P 6例であった。男性109例、女性49例。平均年齢は61.3歳(range: 27-83)。組織型(肛門管癌)は高分化型腺癌72例(1例)、中分化型腺癌79例(2例)、低分化型2例(1例)、粘液癌5例(2例)であり、その分布に有意な差は認めなかった。腫瘍径はRa 43.3mm(5.0-110)、Rb 48.5 (5.0-100)、P 50.2 (25-103)と有意差はなかった。深達度は腫瘍の局在による差は認めなかった。リンパ節転移個数はRa 1.6個(0-18)、Rb 2.1個(0-28)、P 6.2個(0-24)と、肛門管癌に多い傾向がみられた(p=0.078)。リンパ管侵襲陽性率はRa 57.4%、Rb 56.8%、P 83.3%で、さらに静脈侵襲陽性率はRa 17.7%、Rb 22.8%、P 33.3%であったが、いずれも有意な差は認めなかった。5年生存率はRa 84.4%、Rb 67.6%、P 44.4%と低位なほど有意に予後が悪かった(p<.05)。再発形式はRaで局所再発7例、肺転移3例、Rbで局所再発14例、肝転移4例、脳転移1例、Pでは局所再発2例、肝転移2例であった。死因は直腸癌では、脳転移5例、肺転移12例、肝転移16例、局所再発4例、その他5例であり、肛門管癌では肝転移2例、局所再発1例であった。【考察】今回検討された肛門管癌症例は少数であるため、臨床病理学的因子に直腸癌との違いは明らかではなかった。しかし、リンパ管侵襲、リンパ節転移、予後不良症例が肛門管癌に多い傾向がみられた。

肛門管浸潤進行直腸癌の臨床病理学的検討

安田 幸嗣、釣田 義一郎、清松 知充、名川 弘一
(東京大学医学部附属病院腫瘍外科)

【目的】 肛門管浸潤を認める進行直腸癌の臨床病理学的特徴を検討した。【対象】 1990年1月～2005年12月に当科において肛門括約筋非温存手術を施行した進行直腸癌症例(ISR2例を含む)のうち、stageIV症例を除外した125例(男85例、女40例)を対象とした。【方法】 対象症例を肛門管浸潤を認める群[Pin(+)]と肛門管浸潤を認めない群[(Pin(-))]に分け、背景因子(性別・年齢・術式・補助療法・放射線治療・追跡期間)、病理学的所見、再発、生存率についてretrospectiveに検討を行った。【結果】 (a) Pin(+群)は45例、Pin(-)群は80例あり両群間において背景因子に差は認められなかった。(b)再発率はPin(+群)が44.4%、(Pin(-)群)が33.7%、とPin(+群)において再発率が高い傾向が認められた。(c) 無再発5年生存率はPin(+群)が46.1%、Pin(-)群が60.2% [p=0.4]と有意差は認めなかった。(d) 5年生存率はPin(+群)が48.1%、(Pin(-)群)が70.8% [p=0.06]とPin(+群)において低い傾向がみとめられた。(e)再発部位はPin(+群)では肺9例、局所4例、骨4例、肝臓3例、脳1例、皮膚1例、骨盤内1例であった。(Pin(-)群)では肺11例、肝臓11例、局所7例、リンパ節3例、骨盤内1例であった。【結論】 Pin(+群)の方が(Pin(-)群)に比べ予後不良であった。その原因としてはPin(+群)が(Pin(-)群)に比べ肺転移や骨転移が多く全身疾患に至りやすいことが考えられた。

肛門管癌と下部直腸癌の腺癌における臨床病理学的検討

額額 真一郎、鮫島 伸一、岡田 寿之、平山 功、友澤 滋、澤田 俊夫
(群馬県立がんセンター消化器外科)

【目的】 今回、我々は肛門管に発生する腺癌の特徴を明らかにするために、病変の下端が肛門管Pにかかった肛門管腺癌症例と、下部直腸腺癌(Rb)症例との二群に分けて、臨床病理学因子、予後について検討した。【対象および方法】 当院にて2001年1月より2006年12月までに腹会陰式直腸切断術を施行し、根治度Aであった下部直腸、肛門管領域に発生した腺癌症例のうち、病変の下端が肛門管Pにかかった肛門管癌症例(以下P群)17例と、Rbまでの下部直腸癌症例(以下Rb群)91例との二群に分けて、臨床病理学的因子、再発形式、予後について比較した。【結果】 肛門管癌症例は19例で大腸癌手術症例全体の約2%であった。男女比は2.4対1で平均年齢は62.6(29-84歳)であった。進行度については、StageIが2例(10%)、StageIIが7例(35%)、StageIIIが9例(45%)、StageIVが2例(10%)であった。臨床病理学的因子および無再発生存率については二群間で有意差を認めなかった。【結論】 肛門管に発生する腺癌について、下部直腸に発生した腺癌と臨床病理学的因子および無再発生存率について比較検討したが、差は認められなかった。

当科における肛門管にかかる悪性腫瘍の臨床病理学的検討

須藤 剛、佐藤 敏彦、飯澤 肇、池田 栄一
(山形県立中央病院外科)

目的：当科における肛門管にかかる悪性腫瘍の臨床病理学、治療法、予後について検討。対象：1985年から2004年までに当科にて施行された大腸癌手術症例2286例中、占拠部位がRb、P、E症例424例中、肛門管にかかる悪性腫瘍105例24.7%。結果：性別は男性68例、女性47例、主占拠部位はRb73例、P31例、E1例と。壁在はant23例、lt11例、post25例、rt27例、circ19例。術式は直腸切断術71例、経肛門式22例、経仙骨式2例、腹仙骨式1例、TPE5例、ISR5例と直腸切断術が多かった。郭清はD28例、D368例、D42例。周径は1/2周24例、1/3周29例、2/3周14例、亜全周19例、全周19例。腫瘍最大径は中央値で4.35cm(1.1から18cm)。肉眼型は1型3例、2型63例、3型13例、4型3例、その他(LST、早期型)21例。組織型はwell63例、mod18例、por6例、muc5例、sig2例、scc10例。深達度はm6例、sm11例、mp35例、a113例、a224例、ai18例、リンパ節転移はn068例、n17例、n211例、n310例、n47例で、側方リンパ節陽性例は18例(26210例、2724例、2734例、28212例重複含)、鼠径リンパ節転移陽性例は5例。進行度はStage06例、134例、221例、3a13例、3b15例、415例。根治度Aは76例、B18例、C10であった。他病死他癌死を含んだ全症例の5年生存率は59.1%であり、Stage0100%、185.2%、265.7%、3a50.7%、3b50.0%、40%。再発例は28例、初発再発部位は肝臓5例、肺10例、鼠径リンパ節9例、傍大動脈リンパ節2例、PC1例、virchow1例。集学的治療として術前治療は放射線化学療法をdown staging目的に3例施行、術後化学療法を24例、放射線化学療法を4例施行。肛門管癌3例に非切除にて放射線化学療法を施行。術式別の検討では直腸切断術は主占拠部位はRb49例、P21例、E1例であり、周径は2/3周以下40例、亜全周15例、全周16例。腫瘍長径は4.8cm(2.9から18cm)。肉眼型は限局型48例、浸潤型16例、その他6例。組織型はwell39例、mod17例、por5例、sig2例、scc3例など。深達度はsm4例、mp17例、a110例、a221例、ai14例で、進行度と生存率はStage124例80%、217例65.7%、3a4例33.3%、3b13例41%、413例であった。深達度がmp以下21症例中18例が2000年以前の症例であった。経肛門症例の主占拠部位はRb12例、P10例で、周径は全て1/2周以下、腫瘍長径は2.6cm(1.1から4.8cm)。肉眼型は限局型5例、その他17例。組織型はwell17例、mod1例、scc4例など。深達度はm5例、sm10例、mp7例。scc2例に鼠径、外腸骨リンパ節再発を認めた。結語：当科の症例では直腸切断術が多い傾向にあり、特に2000年以前では深達度の浅い症例にも施行されていた。近年は、2cm以下で限局型mp以下症例に経肛門術後に放射線化学療法や、2cm以上の症例にISRも施行しており、今後も腫瘍の悪性度に従い、肛門温存術の適応を考慮すべきと思われた。

20mm以上の大腸腫瘍性病変に対する内視鏡治療の現況—長期経過観察例の検討から—

福澤 誠克^{1,2}、斎藤 豊¹、桐山 真典¹、菊地 剛¹、真下 由美¹、池原 久朝¹、浦岡 俊夫¹、松田 尚久¹

(¹国立がんセンター中央病院・内視鏡部、²東京医科大学・消化器内科)

【背景】近年、内視鏡の粘膜下層剥離術(ESD)の登場により、これまで外科切除が行われていた大型の大腸腫瘍に対しても内視鏡的な一括切除が可能となってきた。当院では、20mm以上のLST-NGをESDの絶対適応病変としている。【目的】20mm以上の大腸腫瘍性病変に対する内視鏡治療成績を長期経過観察も含めて検証する。【対象と方法】当院において内視鏡治療を施行した20mm以上の大腸腺腫・早期癌：318病変(EMR(一括切除):44、EPMR(計画的分割切除):110、ESD:164病変；1年以上の経過観察例に限る)を対象とした。各病変における深達度・肉眼型・腫瘍径・占居部位・偶発症・遺残再発率について検討した。【結果】EMR群(n=44)；深達度：腺腫:12、M-SM1:32、肉眼型：Ip/Is/Isp/Ia；27、LST-NG；3、LST-G；14、腫瘍径：平均22.2(range；20-30)mm、占居部位：盲腸；3、右半結腸；10、左半結腸；12、直腸；19、偶発症：後出血；1(2%)、局所再発1例(2%)を認めた。EPMR群(n=110)；深達度：腺腫；40、M-SM1:70、肉眼型：Is/Ia/Ia+Ia+Ic；28、LST-NG；21、LST-G；61、腫瘍径：平均31.3(20-95)mm、占居部位：盲腸；16、右半結腸；44、左半結腸；20、直腸；30、偶発症：後出血；9(8%)、穿孔；1(1%)、局所遺残再発27例(24%)であった。うち2例は浸潤癌として再発が認められ、追加外科手術を要した。ESD群(n=164)；深達度：腺腫；49、M-SM1；115、肉眼型：Is；6、LST-NG；88、LST-G；64、遺残・再発；6、腫瘍径：平均37.1(20-140)mm、占居部位：盲腸；11、右半結腸；73、左半結腸；32、直腸；48、偶発症：後出血；4例(2%)、穿孔；9(5%)、皮下気腫1例(0.6%)。穿孔を来した9例中クリップ縫縮が不可能であった1例のみ緊急手術を要した。一括切除率：85%、現時点における遺残再発は分割切除となった3例(2%)のみで、いずれも内視鏡追加治療可能であった。【結論】ESDは腫瘍径にかかわらず一括切除が可能な手技であり、局所再発率も極めて低い。これまで計画的分割切除が容認されていたLST-G(結節混在型)においても、外科手術を要する再発病変が認められたため、組織診断が困難となる超多分割切除は避けるべきである。

分子病理マーカー導入による大腸SM癌内視鏡治療根治判定基準の拡大

金子 巖¹、田中 信治¹、岡 志郎¹、金尾 浩幸²、平田 真由子²、茶山 一彰²

(¹ 広島大学病院光学医療診療部、² 広島大学大学院分子病態制御内科学)

【背景】大腸癌治療ガイドラインにおけるSM癌の内視鏡治療根治基準(※)は、1) SM浸潤度1,000 μ m未満、2) 分化型、3) 脈管侵襲陰性であるが、大腸SM癌全体のリンパ節(LN)転移率は約10%であり、この条件から外れてもLN転移を認めない大腸SM癌も多く存在する。【目的】大腸SM癌での各種分子病理学的マーカーの発現を解析し、LN転移予測因子としての有用性を検討する。【対象と方法】広島大学および関連施設にて外科的切除あるいは内視鏡的切除後に追加腸切除を施行した、内視鏡的根治基準(※)を満たさない大腸SM癌214例(SM浸潤度>1,000 μ m 189例、浸潤先進部組織型por/muc 16例、ly+ 66例、v+ 48例：うちLN転移陽性例28例、13.1%)を対象とした。これらを用いて、浸潤先進部微小血管密度(MVD)、リンパ管密度(LVD)、Ki-67LI、MUC1・Cathepsin D・MMP-7の発現を浸潤先進部で免疫組織学的に検索し、LN転移との関連を検討した。微小血管の同定には抗CD34抗体、リンパ管の同定には抗体としてPodoplaninを用いた。MVD、LVDの評価は、最もリンパ管密度の高い3視野(MVD : \times 400、LVD : \times 200)を選択しその平均を算出した。LVD、MVD、Ki-67LIは全体の平均値をcut off値としhigh/low群に分類した。Cathepsin Dは間質細胞において15%以上の発現を陽性とした。MUC1、MMP-7は腫瘍細胞の10%以上の発現を陽性とした。【結果】LVD high [\geq 9]、MVD high [\geq 40]、MUC1陽性、Cathepsin D陽性例でLN転移が有意に多かったが、Ki-67LI、MMP-7は有意な関連を認めなかった。多変量解析では、MVD、Cathepsin D、LVD、MUC1(odds比順)はいずれも独立したLN転移の危険因子であった。各々の組み合わせでは、MUC1陰性かつCathepsin D陰性例、MUC1陰性かつLVD low、Cathepsin D陰性かつMVD lowまたは4つの危険因子のうち3つ以上の因子がlowまたは陰性ではLN転移を認めず、15~24%のLN転移陰性症例を抽出することができた。【結論】分子病理学的マーカーの発現を検索することにより、HE標本での診断で追加切除の適応となるLN転移陰性症例を抽出でき、大腸SM癌内視鏡治療後の無駄な外科的追加切除を減らすことが可能である。

表面型大腸腫瘍の発育動態と形質発現および核内- β catenin、p53発現

古賀 裕、八尾 隆史、中川 真宗、具嶋 正樹、東保 太郎、恒吉 正澄

(九州大学大学院形態機能病理学)

【背景】表面(nonpolypoid growth: NPG)型大腸腫瘍は、隆起(polypoid growth: PG)型に比べて小さくても粘膜下に浸潤し、脈管浸潤もきたしやすいといわれている。このためNPG型腫瘍をEMRする際には注意を要する。また、CD10発現は進行大腸癌の肝転移の危険因子であるが、腺腫や早期大腸癌での発現についての検討はまだ不十分である。【目的】NPG型腫瘍の臨床病理学的事項や形質発現についてPG型腫瘍と比較し、その悪性度について検討する。【材料と方法】腺腫54例(NPG型28例、PG型26例)と早期癌153例(NPG型[m:44例、sm:39例]、PG型[m:39例、sm:31例])を臨床病理学的に比較検討した。NPG型癌では1cm未満かつ腺腫成分(-)をde novo型癌(21例)、腺腫成分(+)を腺腫由来癌(18例)とした。CD10、MUC2、MUC5AC、 β -catenin、p53の発現について免疫染色を用いて比較検討した。CD10では腫瘍腺管の管腔側、MUC2とMUC5ACでは腫瘍細胞の細胞質、 β -cateninとp53では腫瘍細胞の核の染色で判定し、5%以上染色されたものを陽性とした。腺腫内癌では腫瘍全体、腺腫成分、癌成分のそれぞれで判定した。【結果】NPG型sm癌はPG型sm癌より有意に小さく、残存腺腫成分が少なく、1000 μ m以上のsm浸潤と静脈侵襲が多くみられた。分化度、リンパ節転移、簇出には差を認めなかった。NPG型腺腫はPG型腺腫に比べ、CD10(50% vs 0%)と β -catenin(86% vs 58%)の発現が高率であった。NPG型癌はPG型癌に比べCD10の発現(59% vs 33%)が高率で、深達度別ではm癌でのみ差を認めた。腺腫内癌の腺腫成分のCD10発現はNPG型(42%)がPG型(7%)より高率であった。腺腫成分がCD10陽性ならば、癌成分の程度は同等以上であった。de novo型癌(57%)とNPG型腺腫由来癌(67%)とでCD10発現に差はなかった。MUC2とMUC5ACの発現はNPG型腫瘍で有意に低率であった。p53は腺腫では全て陰性で、癌ではNPG型(62%)とPG型(56%)では差がなかった。【結語】NPG型大腸腫瘍は小さくてもsm深層に浸潤しており、初期より高率にCD10陽性であり、高悪性度の可能性があるCD10陽性進行大腸癌の前駆病変として重要である。

内視鏡治療（直腸の局所切除を含む）のみにより2年以上経過観察した大腸sm癌の予後

熊野 秀俊¹、富樫 一智¹、宮田 知彦²、濱田 徹¹、鯉沼 広治¹、宮倉 安幸¹、堀江 久永¹、砂田 圭二郎²、山本 博徳²、安田 是和¹

(¹自治医科大学消化器一般外科、²自治医科大学消化器内科)

【背景】大腸sm癌は標準的な治療を行えば100%に近い5年生存率が得られるので、内視鏡治療のみで治療を完結させることは慎重にすべきである。一方、大腸癌治療ガイドラインに従えば、追加腸管切除例の90%以上でリンパ節転移が認められないことも事実である。ここでは、内視鏡治療（直腸の局所切除を含む）のみにより2年以上経過観察した大腸sm癌の予後について調査することにより、内視鏡治療のみで治療が完結する大腸sm癌の特徴について検討した。

【対象と方法】自治医科大学附属病院で内視鏡治療が実施され、その後2年以上の経過した大腸sm癌を対象とした。病変の部位、最大径、形態などの基本的所見に加えて、大腸癌治療ガイドラインに従い、病理組織型、sm浸潤距離、ly、v、に基づいて、追加腸管切除が推奨される群（手術推奨群：A群）と推奨されない群（非推奨：B群）に分類し、生命予後について検討した。なお、これらの因子の病理学的判定が難しい例は手術推奨群に分類した。sm癌の内視鏡切除例では切除後3ヶ月以内に大腸内視鏡検査を行い、切除部に点墨によりマーキングを行った。その後の経過観察法に関しては、手術推奨群では、最初の2年間は腫瘍マーカー（3ヶ月間隔）、腹部CT検査と大腸内視鏡検査（6ヶ月間隔）を定期的に行い、その後は1年間隔で腹部CT検査と大腸内視鏡検査を切除後5年間は行った。非推奨群では、腫瘍マーカー・腹部CT検査・大腸内視鏡検査を1年間隔で少なくとも2年間は実施し、切除後5年まで経過観察を行うことを原則とした。

【結果】98病変が対象となった。sm浸潤距離が1000μm以上かそれ未満でもly,v因子のどちらかが陽性の50例と浸潤距離、ly,v因子のどれか1つかでも不明の9例をあわせた55例を手術推奨群（A群）とし、それらに当てはまらない43例を非推奨群（B群）とした。観察期間は、A群39.5ヶ月、非推奨群32.7ヶ月であった。局所再発はA群に1例認め、進行癌で発見され手術が施行された。B群には粘膜内再発3例が確認され、いずれも再EMRにより根治可能であった。再発症例を検討するとA群では分割切除でかつ垂直断端陽性例であったが脈管侵襲は認めなかった。B群の3例のうち2例は分割切除であり1例は一括切除されているものの施行時の視野が不良であった。B群の3例とも断端は陰性で脈管侵襲は認めなかった。

【結論】再発例は、分割切除例で病理学的判定が困難例であった。sm癌を疑う場合には、病理学的判定が十分に可能な一括切除が必須と考えられた。

sm癌内視鏡切除後の再発転移と予後

浦上 尚之¹、岸原 輝仁¹、石山 晃世志¹、文園 豊¹、倉岡 賢輔¹、小川 大志¹、五十嵐 正広¹、藤本 佳也¹、黒柳 洋弥¹、上野 雅資¹、大矢 雅敏¹、武藤 徹一郎¹、山本 智理子²、加藤 洋²

(¹癌研有明病院消化器センター、²癌研究所病理部)

【緒言】新しい大腸癌取り扱い規約により、sm癌の内視鏡切除後経過観察が増加し、経過観察法や再発例の予後などの問題が重要となってきている。【目的】大腸sm癌の内視鏡切除後経過観察例を検討し、再発転移の徴候や早期発見と予後について明らかにする。【対象と方法】1996年1月から2006年12月までに癌研有明病院において大腸内視鏡にて切除した大腸sm癌113例のうち、大腸取り扱い規約により経過観察可能なsm癌、他臓器癌や手術拒否例などで追加腸切除を行っていない57例を対象とし、再発転移や再発転移後の経過について検討した。【結果】対象となった症例は、男性35例、女性22例。形態は、Ip11例、Isp16例、Is7例、Ia20例、LST3例であった。深達度はsm140例、sm217例。経過観察例1年8例、2年12例、3年6例、4年3例、5年以上5例で、1年以上の経過観察を当院でしていないものが14例であった。再発転移を認めたものは、5例で3例は追加切除を行ったが、1例は死亡し2例は詳細不明になっている。残り2例は、再発転移発見後すぐに死亡した。内視鏡にて発見した再発例は手術可能なことが多かった。経過観察が不十分な症例は、手術不能例であった。また、4例は他病死であった。【結語】大腸取り扱い規約により経過観察可能例での再発はなかったが、sm癌の内視鏡切除後経過観察を行う場合は、早期に再発転移病巣の発見することが重要である。また、再発転移をした場合は、手術ができれば治癒の可能性はあるものの半数以上は予後不良である。

sm大腸癌の外科治療—腹腔鏡下手術を中心に—

赤松 大樹¹、仲原 正明¹、水谷 伸¹、吉留 克英¹、大山 司¹、
鳥 正幸¹、上島 成幸¹、大森 健¹、高橋 秀和¹、阿部 孝²、
辻本 正彦³

(¹大阪警察病院外科、²大阪警察病院内科、³大阪警察病院
病理)

【目的】 sm大腸癌手術症例の臨床病理学的特徴と最適な治療法を明らかにする。【対象】 1990年から2006年の17年間に当科において手術を施行した全大腸癌1573例中、深達度smの153例を対象とした。男性107例、女性46例。平均年齢63才(35-85才)。【結果】 1) 組織型は、tub1 105例、tub2 46例、por 1例、muc 1例であった。リンパ節転移は11例(7.2%)に認められた。その内2例(1.3%)で中間リンパ節までの転移を認めた。2) 153例中69例に腹腔鏡下手術を施行した(45%)。3) 手術症例中EMR後の追加切除症例は37例であった。その内腹腔鏡下手術が21例で57%を占めた。3) EMR後に手術を行った症例中18例で腫瘍の遺残を認めなかった(49%)。一方でリンパ節転移が2例に認められた(5.4%)。3) 1例に再発を認めたが、経仙骨的に部分切除を行った症例の局所再発であった。【結語】 1) sm癌特にEMR後の症例は低侵襲の腹腔鏡下手術の良い適応である。その際中間リンパ節までの郭清が必要であると考えられる。2) EMR後に切除した症例の49%に遺残腫瘍が無くEMRの適応をさらに拡大し得る可能性がある。

大腸SM癌手術症例の検討

中村 寧¹、斉田 芳久¹、榎本 俊行¹、金井 亮太¹、高林 一
浩¹、長尾 二郎¹、炭山 嘉伸¹、高橋 啓²

(¹東邦大学外科学第三講座、²東邦大学医療センター大橋病院
病理部)

【目的】 当科における大腸sm癌手術症例について検討を行い、臨床・病理学的特徴を検討した。【対象】 1996年1月より2007年3月までに当科で手術施行された大腸sm癌152例を対象とした。【結果】 男女比 99例：53例、平均年齢66.5歳(33-91歳)、占拠部位は盲腸7例、上行結腸14例、横行結腸14例、下行結腸5例、S状結腸70例、直腸43例であった。術式は開腹術54例(35.3%)、腹腔鏡下手術99例(64.7%)であった。内視鏡治療後の追加切除症例は39例(25.5%)であり、その内32例(86.8%)は腹腔鏡下に追加切除が行われた。リンパ節転移を認めた症例は153例中14例(9.2%)で、N1が12例、N2が2例、N3は0例であった。N2症例の1例はスキップ症例であった。手術は開腹術が54例、腹腔鏡下手術が98例であった。組織型別では高分化腺癌104例(N1:6例、中分化腺癌22例(N1:4例、N2:2例)、粘液癌3例(N1:1例)、不明23例(N1:1例)であった。再発・転移を認めた症例は8例(5.3%)認められたが、大腸からの転移と考えられるものは4例(2.6%)で、肝転移3例、肺転移2例(重複含む)であった。その他は他臓器原発の重複癌の転移と考えられた。大腸癌に起因する死亡症例は認めなかった。【考察】 症例の内訳を見ると男女比では男性が女性の約2倍であった。占拠部位ではS状結腸、直腸で74%を占め左側大腸に多く認められた。当科では1993年より腹腔鏡下大腸切除術を導入しており全体の約65%の症例が腹腔鏡下に切除された。さらに術前に内視鏡治療が行われた症例では腹腔鏡下での追加手術が選択される事が多かった。ほぼ全例で根治術が施行され、転移陽性率は9.2%と従来の報告と差は認められず妥当なものと考えられた。大腸が原発で他臓器転移を来したと考えられる4例はすべて高分化腺癌で、脈管侵襲はly1:2例、2:2例、v0:1例、1:3例であった。4例中リンパ節転移を伴っていたものは1例のみであった。【結語】 SM癌に対する郭清範囲はD2が望ましいと考えられた。fN0、stageI症例であっても再発・転移症例を認めたことから、大腸癌治療ガイドラインの“SM癌のサーベイランスは省略し得る”との記載は再考が必要であると考えられた。【症例1】 30代男性、便潜血陽性を主訴に来院。直腸Raに経15mm大の0-Isp病変を認めた。SM浸潤を疑われ腹腔鏡下低位前方切除術(D3)を施行。病理：adenocarcinoma, well, 0-Isp, sm3, ly1, v1, n0, CurA 術後4年目に肺転移を認め右肺中葉切除術を施行。【症例2】 70代男性、便潜血陽性を主訴に来院。S状結腸および直腸Rs部に20mm大の腫瘍を認めEUSでSM癌を疑われた。S状結腸にEMR施行し病理診断にてsm深層への浸潤が疑われ低位前方切除術(D2)を施行した。病理：Double cancer, 1.Rectum(Rs) adenocarcinoma, well, 0-Is, sm3, ly2, v1, 2.S-colon, postEMR adenocarcinoma, well, sm, ly1, v0, n1(No241:1/2), CurA 術後2年目に肺転移を認め、他院での治療希望され転院。

当科における早期大腸癌に対する治療法の検討

近藤 圭策、奥田 準二、田中 慶太郎、加藤 哲也、茅野 新、高橋 優子

(大阪医科大学一般・消化器外科)

【目的】大腸SM癌に対する適切な治療方針を再検討すること。【対象】過去20年間に当科で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231例(男:144例、女:87例、平均年齢:62.6歳)を対象とした。【方法】臨床病理学的因子とリンパ節転移との相関について検討を行った。肉眼型は隆起型(Ip,Is,Isp)、表面隆起型(IIa,LST)、陥凹型(IIc,IIc+IIa,IIa+IIc)に分類し、浸潤度分類は相対分類としてsm1,sm2,sm3に分類し、さら測定可能な症例においては浸潤距離も実測した。【結果】対象のうち、25症例(10.8%)にリンパ節転移[n1(+):21例9.1%、n2(+):4例1.7%]を認めた。腫瘍径[10mm以下:10.5%(2/19)、11~20mm:11.8%(10/85)、20mm以上:11.3%(12/106)]および肉眼型[隆起型9.5%(14/148)、表面隆起型8.3%(2/24)、陥凹型15.3%(9/59)]には有意差を認めなかった。組織型では中分化腺癌20%(9/45)[高分化腺癌:8.2%(15/183)、粘液癌:50%(1/2)]および深達度ではsm2以深14.8%(25/169)[sm1:0%(0/62)、sm2:12.5%(11/88)、sm3:17.3%(14/81)]の症例にリンパ節転移が有意に高率であった(p<.01)。脈管侵襲陽性例は陰性例に比べて有意にリンパ節転移が高率であった(p<.0001)。転移陽性例のsm浸潤値は平均4103 μ mと転移陰性例の2309 μ mに比べ有意に深く(p<.001)、また転移陽性例の最小sm浸潤値は1125 μ mであった。対象には内視鏡的切除後の外科的追加切除症例が61例(29.9%)含まれており、このうち、5例(8.2%)にリンパ節転移、2例(3.3%)に癌の遺残を認めた。【結論】EMRの普及と適応病変の拡大とともにEMR後の遺残・再発の増加が指摘されている。また一括切除を目指し大腸腫瘍においても内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)が導入されつつあるが、sm浸潤値1000 μ m未満かつ脈管侵襲陰性と判断される病変以外の症例においてはリンパ節郭清を伴った腸管切除が望ましい。現在当科では低侵襲性治療、根治性確保の観点から、このような症例に対して腹腔鏡下切除術を積極的に行っている。

大腸sm癌のリンパ節転移リスク、および腹腔鏡下手術の成績

松田 圭二、渋谷 肇、中村 圭介、青柳 賀子、端山 軍、山田 英樹、白京 訓、野澤 慶次郎、味村 俊樹、渡邊 聡明
(帝京大学医学部外科)

【目的】sm癌リンパ節転移の危険因子について検討し、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。また、腹腔鏡下手術の妥当性を検討した。【方法】当科でリンパ節郭清が行われたsm癌96病変について、性別、年齢、部位、肉眼型形態、大きさ、分化度、異型度、腺腫成分の有無、粘膜筋板残存程度、sm浸潤垂直長・水平長(顕微鏡にて測定)、簇出、脈管侵襲、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。また、腹腔鏡下大腸sm癌手術症例の臨床項目を検討した。単変量解析はFisherの直接確率法を用い、多変量解析にはロジスティック回帰分析を用いて統計学的有意差検定を行った。【結果】全96例中、リンパ節転移陽性例は15例(16%)ですべてn1であった。男性が57例(うちリンパ節転移が10例、18%)、女性が39例(同5例、12%)であった(p=0.3)。65歳未満が53例(同12例、23%)、65歳以上が43例(同3例、7%)であった(p=0.01)。部位別ではS状結腸で20%、RSで10%、Rbで36%とRbで高いリンパ節転移率であった(p=0.01)。肉眼別は、Ipで6%、Ispで25%、Isで10%、IIa+IIcで40%に転移がみられた。隆起型と表面型とで有意差はみられなかった。大きさと転移率に相関はみられなかった。分化度、異型度、腺腫成分の有無で有意差はみられなかった。粘膜筋板すべて残存の癌では転移がなく、一部残存で12%、筋板消失癌で29%に転移がみられた(p=0.01)。sm浸潤垂直長では、3000 μ m以上の癌と未満の癌とで比較すると、3000 μ m以上の癌で有意に高いリンパ節転移率であった(p=0.01)。3000 μ m未満の癌でリンパ節転移陽性は2例で、1例は1700 μ mでly+,v-,簇出+,もう1例は2400 μ mでly-,v-,簇出-であった。sm浸潤水平長では、5000 μ m以上の癌で有意に高いリンパ節転移率であった(p=0.01)。簇出陰性で3%、陽性で34%の転移率であった(p<.001)。脈管侵襲では、ly(-)で6%、ly(+)で41%に転移がみられ(p<.001)、v(-)で8%、v(+)で47%に転移がみられた(p<.001)。多変量解析では、v因子のみがリンパ節転移と有意に関連していた(p=0.006)。ly(p=0.07)、簇出(p=0.16)が続いた。腹腔鏡下手術は、部位はS状結腸が最も多く(57%)、出血は平均114cc、皮膚創長は平均5.7cmで、術死や在院死はなかった。再発例は、肝転移再発が1例あるのみで、肝再発巣切除後1年経過しているが再々発はみられていない。【考察】単変量解析からは65歳未満、Rb、粘膜筋板非残存、sm浸潤垂直長3000 μ m以上、sm浸潤水平長5000 μ m以上、簇出陽性、ly陽性、v陽性がリンパ節転移陽性の有意な危険因子であったが、多変量解析ではv陽性のみが有意に関連があった。大腸sm癌のリンパ節転移再発リスクを最小限にするために、現段階ではガイドラインに則った治療を行うのがよいと思われる。追加切除としては腹腔鏡下大腸切除が良い適応である。

sm大腸癌に対する腹腔鏡下手術の成績

大塚 幸喜¹、板橋 哲也¹、藤澤 健太郎¹、秋山 有史¹、佐々木 章¹、池田 健一郎¹、菅井 有²、上杉 憲幸²、若林 剛¹

(¹岩手医科大学外科、²岩手医科大学中央臨床検査部)

[目的]近年の大腸癌罹患率の増加や腹腔鏡下大腸癌手術(LS)手技の安定化、さらに社会保険診療報酬の大幅改定により今後ますますLSの普及が見込まれる。進行大腸癌に対するLSのリンパ節郭清の技術や低侵襲性に関してはコンセンサスが得られてきてはいるものの施設格差が存在し、大腸癌ガイドラインにおいても、LSは結腸癌およびRs癌のうちStage0およびStageIに適應されると謳っており、いまだ開腹手術(OS)が標準術式である。そこで今後LSの適応拡大のためにも、まずは今回当教室で行ったsm癌に対するLSの短期および長期成績を検証し、さらにRa/Rbに対するLSの安全性についても検討した。[対象・方法]当教室のLSの適応は1997年から早期癌、2001年からは進行癌にまで広げ、2005年4月からは「周囲臓器浸潤がない症例」「直腸Ra/Rbは側方リンパ節郭清を必要としない症例」「イレウスが無く腫瘍口側腸管の情報が明らかな症例」である。また、内視鏡的切除後の追加切除に関しては、大腸癌ガイドラインに準じ患者に説明を先行している。1997年から2006年12月までに当教室で行ったLS410例中、73例のsm大腸癌を対象とし手術成績、短期成績、長期成績について検討した。[結果]開腹移行は73例中3例で2例は高度癒着、1例は大動脈周囲リンパ節郭清を必要とした症例だった。平均年齢は66.1±11.4歳、手術時間179.4±46.4分、出血量31.2±45.5ml。郭清はD1/D1+中間リンパ節の一部/D2/D3が各々5/28/30/7で、平均リンパ節個数は12.6±8.8個だった。stage別では、I/IIa/IIb/IVは各々67/5/1/1であった。短期成績は、歩行開始日/排ガス日/経口摂取開始日中央値は各々1/2/3病日であった。また術後在院日数中央値は10病日だった。術後早期合併症は創感染2例、吻合部出血1例で再手術は無く、術死および在院死も無かった。73例中、術前内視鏡的切除後の症例が22例であり癌組織遺残4例、リンパ節転移陽性3例であった。そのうち遠隔リンパ節転移を1例に認め、EMR時の病理ではVM0, HM0, ly0, v1と脈管侵襲はあったが11ヶ月間経過観察されていた症例であった。その他のリンパ節陽性2例はいずれも脈管侵襲はなかった。またRa/Rb症例は13例で、全て合併症無く、術後在院日数中央値11病日だった。LS73例の術後観察期間中央値36.0ヶ月での再発および死亡は無い。[結語]sm大腸癌に対するLSは安全な手術が施行可能であれば低侵襲で、良好な長期成績が期待できる。また内視鏡的切除後の追加切除に関しては大腸癌ガイドラインに準じ、積極的にLSを行って良いと考える。また直腸sm癌に対しても同様、安全に施行可能であった。

外科的切除した大腸pSM癌症例のリンパ節転率の増加

岩淵 敏久、大東 誠司、嶋田 元、井上 弘、柵瀬 信太郎、小野寺 久

(聖路加国際病院消化器センター外科)

近年の内視鏡的治療の拡大によって、外科治療の対象となるSM癌の症例に変化が生じていると考えられる。今回、当科において外科的切除したpSM大腸癌症例のリンパ節転移の頻度を現在と10年前とで比較検討した。また、内視鏡的治療の限界症例と考えられた3例について報告する。

[方法]1993年1月から1997年12月の5年間と、2003年8月から2006年9月までの3年間について調査した。それぞれ前期、後期とし、診療録による後方視的検討を行った。開腹術を施行した大腸癌症例のうち再発症例および虫垂癌を除く前期415例、後期306例を対象とした。前期415例中、pSM症例は39例(9.4%)、pMP症例は36例(8.7%)であった。後期306例中、pSM症例は47例(15.3%)、pMP症例は49例(16.0%)であった。

[結果]前期においてpSM症例39例のうち2例(5.1%)、pMP症例36例のうち9例(25.0%)にリンパ節転移を認めた。後期において、pSM症例47例のうち11例(23.4%)、pMP症例49例のうち10例(20.4%)にリンパ節転移を認めた。pSM症例のリンパ節転移陽性症例数は前期と後期を比較すると有意差をもって増加を認めた($p=0.018$)。なお後期のpSM症例47例の浸潤距離は $2647.0 \pm 1324.6 \mu m$ であった。前期のpSM症例39例のうち7例は内視鏡治療後の追加手術症例で、うち1例(14%)にリンパ節転移を認めた。後期のpSM症例47例のうち15例は内視鏡治療後の追加手術症例で、うち3例(20%)にリンパ節転移を認めた。後期の3症例の内容を以下に示す。症例1: 0-Isp型のRS癌に対しEMR施行、 $13 \times 7 \times 7mm$, mod, pSM($3000 \mu m$), ly1, v1, pVM0の診断にて追加の前方切除を施行し1個の腸管傍リンパ節への転移を認めた。症例2: 0-Isp型のRS癌に対しEMR施行、 $16 \times 15 \times 6mm$, mod, pSM($4000 \mu m$), ly0, v2, VM0の診断にて追加の前方切除を施行し1個の腸管傍リンパ節への転移を認めた。症例3: 0-IIa+IIc型の横行結腸癌に対しEMR施行、 $15 \times 14 \times 3mm$, por, pSM($4000 \mu m$), ly1, v1, pVMXの診断にて追加の左半結腸切除を施行し1個の腸管傍リンパ節への転移を認めた。現在術後3年になるが大動脈周囲のリンパ節転移を来している。いずれも、浸潤距離が深く、脈管侵襲陽性であった。

[考察]当科の過去3年間におけるpSM症例のリンパ節転移率は23.4%と高く、pMP症例のリンパ節転移率と同等以上であった。また、10年前の5年間におけるpSM症例のリンパ節転移率は5.1%であり、両者を比較すると明らかに外科的切除の対象となるSM癌症例のリンパ節転移率は増加している。また、内視鏡治療後の追加手術症例で、前期の1例、後期の3例にリンパ節転移症例が存在していた結果となり、外科的治療と内視鏡治療との境界となる症例と考えられた。このリンパ節転移率の増加と境界症例の存在は臨床上注意が必要であり、内科と外科の治療連携と適応基準の再確認が重要であると考えられた。

SM癌における腸切除適応に関する検討

緒方 俊二、山田 一隆、福永 光子、佐伯 泰慎、志田 誠一郎、高野 正太、坂田 玄太郎、久野 三朗、柴田 直哉、田中 正文、大湾 朝尚、辻 順行、野崎 良一、高野 正博
(大腸肛門病センター高野病院)

【目的】 内視鏡治療の進歩によりサイズの大きい腫瘍が切除可能になってきたが、追加腸切除の適応が変化したわけではない。局所切除の結果、脈管侵襲のない高・中分化腺癌で、断端陰性であったが、SM浸潤距離が1000～2000 μm であった場合、リンパ節郭清を目的とした腸切除を行うべきか考えることもある。今回は追加腸切除の適応を変えうる可能性について検討した。【対象および方法】 1983年～2005年におけるSM癌611例を対象とした。局所切除が261例(EMR 223例、TEM 4例、経肛門切除34例)、根治手術が350例(うち局所切除後は80例)であった。まず局所切除の再発・転移症例から現在の局所切除の適応に問題ないか検討し、次にリンパ節転移の危険因子から腸切除の適応(特にSM浸潤距離)を変えうる可能性がないか検討した。【結果】 (1)局所切除261例中、再発転移例は次の3例であった。症例1: 53歳男性、Ra、8mm、Is、SM-massive、well、ly0、v0、buddingなし、2年10ヵ月後に粘膜再発し根治手術を行なった。症例2: 72歳男性、Rs、6mm、Isp、SM-massive、well、ly0、v0、buddingなし、3年2ヵ月後に肝転移再発した。症例3: 65歳男性、Rb、17mm、LST、SM-massive、well、ly2、v2、buddingなし、1年10ヵ月後に局所再発し根治手術を行なった。最初の2例はEMR例で、3例目は経肛門の切除であったが、3例とも病理結果ではSM-massiveで追加腸切除の適応があったが、諸事情にて経過観察していた。追加腸切除の必要なかった症例では再発・転移は認めていない。(2)手術例350例中、31例(8.9%)にリンパ節転移を認めた。 χ^2 乗検定でリンパ節転移とSM浸潤距離との関係を見ると1000 μm ($p=0.073$)、1500 μm ($p=0.008$)、2000 μm ($p=0.016$)、2500 μm ($p=0.641$)と、浸潤距離1500 μm にて最も有意差を認めた。そこで年齢、部位(結腸、直腸)、形態(陥凹の有無)、腫瘍径、SM浸潤距離(1500未満、以上)、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SM浸潤距離($p=0.002$)とbudding($p=0.034$)の2因子であった。buddingのない症例でリンパ節転移を認めた最小のSM浸潤距離は2000 μm であり、2000 μm 未満は腸切除の必要はないと思われた。【結語】 SM浸潤距離1000 μm まではbuddingの有無にかかわらず追加腸切除の必要はないが、buddingを認めなければ、浸潤距離2000 μm 未満までのものも腸切除の必要はないと思われた。

早期大腸癌(sm癌)のリンパ節転移陽性例と術後再発症例の検討

迫田 哲平¹、長谷川 博俊¹、石井 良幸¹、西堀 英樹¹、遠藤 高志¹、落合 大樹¹、今井 俊¹、尾之内 誠基¹、内田 寛¹、林 竜平¹、向井 万起男²、北川 雄光¹

(¹慶應義塾大学外科、²慶應義塾大学病理診断部)

【目的】 早期大腸癌(sm癌)のリンパ節転移陽性および再発に関わる臨床病理学的因子を明らかにする。【方法】 1990年1月から2003年12月までに、当院でリンパ節郭清を含む腸管切除術を施行したsm癌285例を対象とし、それらの臨床病理学的特徴について解析した。【結果】 285例の観察期間中央値は54.7(3-170)か月、年齢中央値は62(29-87)歳、男性200例(70.2%)、女性85例(29.9%)であった。占居部位は、右側結腸67例(23.5%)、左側結腸165例(57.9%)、直腸53例(18.6%)であった。深達度は、sm1 67例(23.5%)、sm2 93例(32.6%)、sm3 125例(43.9%)であった。郭清度はD1-3であり全例CurAであった。再発は8例(2.8%)、癌死は5例(1.8%)に認め、無再発生存期間中央値は54.5(0.3-170.4)か月であった。リンパ節転移陽性例は18症例(6.3%)であった。これらのリンパ節検索個数の中央値は9.5(3-34)個で、転移陽性個数の中央値は1(1-3)個であった。占居部位は、右側結腸2例(3.0%)、左側結腸12例(7.3%)、直腸4例(7.5%)であった。深達度は、sm1 2例(3.0%)、sm2 1例(1.1%)、sm3 15例(12.0%)であった。脈管侵襲は13例で陽性であり、ly(+) 12例、v(+) 4例であった。脈管侵襲陰性例でも5例はリンパ節転移陽性であり、これらの深達度は全てsm3であった。sm1、2では脈管侵襲陽性例にリンパ節転移を認めた。リンパ節転移陽性例中、再発は1例に認め、sm3、ly(+), v(-)例であり、術後3か月で肺、側方リンパ節再発し、術後8か月で癌死した。全症例中、再発は8例(2.8%)に認め、肺3例、肝2例、左鎖骨上窩リンパ節1例、局所リンパ節1例、局所(側方リンパ節)1例であった。深達度はsm1 1例(1.5%)、sm2 1例(1.1%)、sm3 6例(4.8%)であった。脈管侵襲は6例で陽性であり、ly(+) 6例、v(+) 1例であった。リンパ節転移は1例のみに陽性であった。また、EMR施行後に追加腸切除を施行した症例での再発は3例(2.8%)、EMR未施行で初回治療として手術を施行した症例では5例(2.8%)であり、両群の生存・無再発期間に有意差は認めなかった。4例は手術から5年以内の再発で、sm1、ly0、v0、n0であった症例でも肝再発を認めた。【結語】 脈管侵襲の有無にかかわらず、sm3症例ではリンパ節転移陽性例が多く、sm1、2症例でも脈管侵襲陽性例にリンパ節転移を認めており、早期大腸癌の深達度診断、脈管侵襲診断は重要である。また、EMR施行・未施行の群間において治療成績に有意差を認めなかったことから、sm深達度診断の判定が困難な場合には、EMRによる病理組織学的診断は有用と考えられる。再発はsm3症例で多く、全身検索を含めたfollow upが必要と考えられる。

大腸sm癌における局所切除後の長期経過

藤原 綾子¹、大植 雅之¹、能浦 真吾¹、矢野 雅彦¹、竹内 洋司²、東野 晃治²、飯石 浩康²、石川 治¹、今岡 真義¹
(¹大阪府立成人病センター消化器外科、²同消化器内科)

【目的】近年、郭清を伴う大腸癌切除標本における詳細な病理学的検討から、sm癌のリンパ節転移危険因子が明らかになってきた。当施設でも同様の検討から、EMRおよび経肛門的切除後の追加腸切除の基準を「sm浸潤距離1000 μ m以上、脈管侵襲陽性、深部断端陽性」としているが、実際に局所切除のみでフォローアップしているsm癌の長期経過を再検討する必要がある。【症例】EMRあるいは経肛門的切除を行い、追加腸切除を行わず3年以上経過観察したsm癌100例を対象とした。1)sm浸潤距離が300 μ mまでの症例は54例で、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すべて内視鏡的に根治した。2)sm浸潤距離が300-1000 μ mで経過観察されている症例は33例であった。この内脈管侵襲は1例で陽性であった。3)sm浸潤距離が1000 μ m以上であったが、本人の希望などから十分なinformed consentのうえで経過観察されている症例は13例で、内視鏡所見は明らか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。このうち1)、2)では再発を認めていないが、3)の13例中2例に局所再発を来した。【症例1】70歳代男性、直腸癌(IIa+IIc,11mm)に対し経肛門的切除施行。病理結果：well,sm2(1200m),ly2,v0,cc(-)。2年5ヶ月後、直腸間膜から傍大動脈リンパ節に広範に再発し、salvage surgeryは不可能であった。【症例2】50歳代男性、直腸癌(Isp)に対しEMR(分割切除)施行。病理結果：well,sm massive,ly1,v1,cc(-)。2年10ヶ月後、局所再発をきたし低位前方切除を施行した。切除標本ではmod,a1,ly1,v0,n0であった。【まとめ】今回のsm癌臨床経過からの検討結果は、病理学的検討と同様に、追加腸切除の基準「sm浸潤距離1000 μ m以上、脈管侵襲陽性」を支持するものであると考えられた。

術前および術後診断からみた大腸sm癌に対する外科的腸管切除術の現状と問題点

辻仲 眞康、河村 裕、前田 孝文、溝上 賢、小西 文雄
(自治医科大学大宮医療センター外科)

【目的】大腸sm癌における外科的切除術の適正性について、切除例の術前および術後診断を比較し、リンパ節転移の有無ならびに患者の予後を評価することにより検討する。【方法】当院において2001年4月から2007年3月までの期間に、局所切除を除く外科的腸管切除術が行われた大腸sm癌の94例を対象とした。自院もしくは他院で内視鏡的摘除が先行して行われた後に外科的切除術が施行された例、または初回治療が外科的切除術であった例が対象として含まれた。標本におけるsm層における深達度を、垂直浸潤距離1000 μ mを基準として、sm浅部癌とsm深部浸潤癌とに分類した。【結果】13例が最終的にsm浅部癌と診断された。この内訳は、内視鏡的摘除が不可能であったものが4例、および術前にsm深部浸潤癌と診断された“深読み”が9例であった。いずれの症例もリンパ節転移はなく、術後の再発をみとめていない。一方、75例が最終的にsm深部浸潤癌と診断された。このうちの30例に内視鏡的摘除が先行して行われ、不完全切除または切除不能は8例であった。術前にsm深部浸潤癌と診断されていたのは70例であり、他の5例はmp以深の進行癌と診断されていた。これらsm深部浸潤癌のうち、8例に切除標本におけるリンパ節転移をみとめた。術後局所再発または遠隔転移を3例にみとめたが、このうち1例のみが手術時にリンパ節転移を伴っていた。また、内視鏡的摘除が先行して行われた症例のうち、sm層における深達度が不明なものが6例存在した。これら症例の切除標本では一例を除き癌腺管の遺残はなく、リンパ節転移もみられず、術後いずれも再発をみとめていない。【結語】本研究においては、最終的な治療法が外科的腸管切除であった症例を対象としている点でセレクションバイアスがあるといえる。sm浅部癌に対する“深読み”症例が少なくないということ、またsm深部浸潤癌の術前診断に関しては高い中率があるものの、内視鏡的摘除が先行して行われた例も多く、sm癌に対する内視鏡所見の評価基準をより均一化し、検者間における差異を最小限とすることが重要であると考えられた。また、術後再発や転移をきたした例には、手術時にリンパ節転移をみとめない例も含まれていることから、その危険因子についてはさらなる詳細な検討が必要である可能性が示唆された。

大腸 sm 癌内視鏡的治療後追加腸切除リンパ節転移陽性症例の検討

羽部 豊彦、井上 雄志、山本 史歩、市場 洋、山本 雅一、白鳥 敬子
(東京女子医科大学消化器病センター)

【目的】「大腸癌治療ガイドライン医師用 2005 年度版」には大腸 sm 癌内視鏡的摘除後の外科的追加治療の適応基準に sm 浸潤距離 1000 μ m 以上が盛りこまれ内視鏡的摘除によって根治が得られる症例が明確化された。今回当センターで経験した大腸 sm 癌のうち内視鏡的治療後に追加腸切除施行した症例のうちリンパ節転移陽性症例について検討し、内視鏡治療、追加腸切除の問題点を明らかとする。【対象】1987 年から 2006 年に当院で内視鏡的摘除を施行した sm 癌のうち追加腸切除が施行された 82 症例のうちリンパ節転移陽性であった 6 症例を対象とした。【結果】内視鏡的摘除後追加腸切除を 82 例に施行し、リンパ節転移を 6 例 (8.7%) に認めた。性別は、男性 4 例、女性 2 例であり、年齢は、57 ~ 75 歳 (平均年齢 68.2 歳) であった。内視鏡観察での肉眼形態は、Ip が 1 例、IIa + IIc が 1 例、Is が 2 例、LST-G が 1 例であった。内視鏡的摘除後の標本では、病理診断は、癌の深達度は、全例 sm massive であった。脈管侵襲は全例陽性であった。組織型は、高分化腺癌が 4 例、中分化腺癌 1 例、低分化腺癌が 1 例であった。腫瘍径は 10 ~ 20 mm (平均 16.3mm) であった。追加腸切除後の病理診断は、リンパ節転移は n1 が 3 例、n2 が 2 例で n3 が 1 例であった。切除標本には癌遺残をいずれの症例にも認めなかった。予後は、1 例で他癌死 (食道癌) を認めたが、5 例は無再発生存中である。【まとめ】内視鏡的摘除後追加腸切除を施行しリンパ節転移陽性であった sm 癌症例は、全例癌深達度は sm massive で脈管侵襲は陽性であった。sm massive、脈管侵襲陽性いずれも認めた症例はリンパ節転移陽性である可能性が高く追加腸切除を施行すべき症例と考えられた。腹腔鏡下大腸切除術の導入によって外科治療の低侵襲化がすみ外科治療に対する患者の負担は軽減した。内視鏡治療にて根治の可能性が低い sm 癌症例に対し適切な外科治療を施行する必要があると考えられた。

当センターにおける大腸 SM 癌の治療適応

池原 伸直¹、工藤 進英¹、浜谷 茂治²、竹村 織江¹、小林 泰俊¹、児玉 健太¹、水野 研一¹、若村 邦彦¹、和田 祥城¹、請川 淳一¹、工藤 由比¹、山村 冬彦¹、大塚 和朗¹、遠藤 俊吾¹、石田 文生¹、樫田 博史¹、田中 淳一¹

(¹昭和大学横浜市北部病院消化器センター、²昭和大学横浜市北部病院病理科)

【目的】大腸 SM 癌における内視鏡治療の適応を明らかにする。【対象と方法】1985 年から 2007 年 3 月まで、当センターおよび秋田赤十字病院で、内視鏡的ないし外科的切除された大腸 sm 癌 628 病変を対象とした。外科的切除がなされた sm 癌 341 病変においては、sm 浸潤度分類に従い、リンパ節転移を検討した。また 2001 年 4 月以降の 271 病変 (内視鏡的切除: 76 病変、外科的切除: 195 病変) は、sm 浸潤度分類と sm 浸潤実測値をともに評価し、臨床病理学的因子として、リンパ節転移、脈管侵襲、簇出などの関連を検討した。【結果】外科的切除がなされた病変の内訳は、sm1a: 31 病変、sm1b: 14 病変、sm1c: 54 病変、sm2: 142 病変、sm3: 100 病変であり、リンパ節転移陽性は 40 病変 (11.7%) であった。sm 浸潤度別の内訳は、sm1a,b: 1 病変、sm1c: 4 病変、sm2: 19 病変、sm3: 17 病変であった。さらに 2001 年以降の外科的切除症例では 22 病変 (11.3%) にリンパ節転移を認めた。sm 浸潤度分類では、sm1a-b で 26 病変のうち 1 病変でリンパ節転移陽性で、sm1c-sm3 では 166 病変のうち 21 病変でリンパ節転移陽性であった。また sm 実測浸潤距離では、1000 μ m 未満の 35 病変のうち 3 病変でリンパ節転移陽性で、1000 μ m 以上の 159 病変のうち 19 病変でリンパ節転移陽性であった。なお深達度 sm1a でリンパ節転移を認めた症例は、腫瘍径 50mm 大の LST-G, nodular mixed type で sm 実測浸潤距離は 750 μ m であった。リンパ節転移陽性病変は有意に簇出を認め ($p=0.0051$)、脈管侵襲陽性の傾向があった ($p=0.055$)。再発病変は、内視鏡的切除例 76 病変のうち 1 病変 (Rb-P, 0-Isp, sm2, 4750 μ m, wel, ly2, v2) で大動脈周囲のリンパ節再発を認めた。また外科的手術例の再発は、195 病変のうち 1 病変 (Ra, 0-IIa+IIc, sm3, 6400 μ m, mod, ly1, v2, n0) で、異時性肺転移を認めた。【考察】sm 浸潤度分類による sm1a,b は一般的には追加腸切除不要とされるが、簇出・脈管侵襲などの因子はリンパ節転移の危険因子と考えられるため慎重に扱う必要がある。

当院におけるSM大腸癌に対する治療方針の妥当性の検討

小澤 平太¹、國場 幸均¹、佐藤 武郎¹、旗手 和彦¹、熊本 浩志¹、小野里 航¹、中村 隆俊¹、井原 厚¹、久保田 美和²、渡邊 昌彦¹

(¹北里大学医学部外科、²北里大学医学部消化器内科)

【目的】当院におけるSM大腸癌に対する治療方針の妥当性を明らかにする。【対象と方法】1986年1月から2006年12月までの間、当院にて大腸内視鏡検査を施行し、SM癌と診断した531例のうち、多発癌、重複癌および家族性大腸腺腫症をのぞく390例を対象とした。また、当院の治療方針として、内視鏡的切除後垂直断端陽性または内視鏡的切除不能の場合リンパ節D0またはD1郭清とし、またSM深部浸潤癌、リンパ管侵襲陽性、静脈侵襲陽性、低分化腺癌・未分化癌であった場合、リンパ節D2郭清を含む腸管切除を基本方針とした。累積生存率はKaplan-Meier法にて算出した。【結果】男性245例、女性145例、平均年齢62.7±0.5歳、盲腸癌17例、上行結腸癌44例、横行結腸癌31例、下行結腸癌28例、S状結腸癌148例、直腸癌(RSを含む)122例であった。治療別うちわけでは、内視鏡治療またはTEMや経肛門的腫瘍切除などの局所切除のみ161例、内視鏡治療または局所切除後追加手術53例、手術のみ176例であった。腸管切除手術を施行した229例のうちわけをみると、腹腔鏡下手術117例、開腹手術112例で、リンパ節郭清は、D0 2例、D1 12例、D2 162例、D3 53例であった。腫瘍最大径中央値1.6cm、リンパ節転移率は全体で9.1%、N1 18例(7.8%)、N2 3例(1.3%)、N3 0例(0.0%)であった。リンパ節転移率を背景別にみると、腫瘍最大径1.6cm未満では10.9%、1.6cm以上では7.3%($p=0.329$)、深達度別ではSM軽度浸潤0%、SM深部浸潤11.2%($p=0.01$)、リンパ管侵襲ではly0 2.1%、ly1 11.5%、ly2 38.1%、ly3 100.0%(ly0と1で $p=0.003$)、脈管侵襲ではv0 4.1%、v1 10.1%、v2 35.7%、v3 0%(v0とv1で $p=0.074$ 、v0とv2で $p<0.001$)、組織型では高分化腺癌7.5%、中分化腺癌13.6%、低分化腺癌50.0%(高と低で $p=0.002$ 、高と中で $p=0.323$)であった。また、死亡例は4例で、内視鏡的切除後に肺転移をきたした症例が1例、内視鏡的治療のち追加腸切除を行なうも肺転移・骨転移にて死亡した例が2例、直接手術を施行するも肝・肺・脳転移にて死亡した例が1例であり、いずれも直腸の病変で、深達度はSM深部浸潤、脈管侵襲陽性の症例であった。SM大腸癌全体における5年生存率は98.5%であった。【結語】SM深部浸潤、リンパ管侵襲陽性、静脈侵襲陽性、低分化腺癌におけるリンパ節転移率が有意に高かったこと、また、リンパ節転移の81.8%がN1転移で、N3転移は認めなかったことから、これまでの当院での治療方針は妥当なものであると考えられた。

当教室で経験された早期大腸癌による遠隔転移症例の検討

杉本 起一、石山 隼、秦 政輝、鶴岡 優子、山田 正樹、神山 博彦、野中英臣、柳沼 行宏、武田 良平、五藤 倫敏、田中 真伸、仙石 博信、松田 光弘、奥澤 淳司、富木 裕一、坂本 一博

(順天堂大学医学部下部消化管外科)

近年、大腸内視鏡の発達に伴い、早期大腸癌の治療機会が増えてきており、内視鏡的治療技術の発展もめざましい。また、それに伴い大腸癌治療ガイドライン(2005年版)などにより内視鏡的治療後の追加治療の適応基準が示され、当教室においてもガイドラインに則り、追加治療、手術の適応を厳密に判定している。しかし、大腸癌ガイドラインによる内視鏡的治療後の追加切除の適応基準のうち、sm浸潤度による基準に合わせた遠隔転移再発の報告はまだまだ多くない。そこで、今回われわれは当教室で経験した大腸sm癌のうち遠隔転移をきたした症例をあげ、retrospectiveに検討したので報告する。背景：当教室で1993～2005年までに経験した大腸sm癌は278例であった。治療の内訳は、大腸内視鏡的に切除したものが36例、内視鏡的に切除が不可能と判断され手術が施行されたものが138例、EMR後に追加切除を施行したものが104例であった。全体の278例のうち5例(1.8%)に異時性遠隔転移を認めた。年齢は38歳～69歳で、性別(男：女)は3：2であった。部位は直腸3例、S状結腸2例であった。症例：直腸癌のうち、1例は大腸内視鏡検査でsm深部浸潤が疑われたため、腹腔鏡下前方切除術施行。病理所見はwell sm N2 ly1 v1であった。3年3ヵ月後、骨、肺、肝に転移を認め、3年9ヵ月後に死亡した。また、直腸癌でEMR施行された1例は、病理所見がwell sm ly1 n0 断端(±)であったが、その後の治療を希望せず、経過観察中2年2ヵ月後多発性肝転移認め、2年10ヵ月後死亡した。また、もう1例の直腸癌症例は経肛門的腫瘍切除を施行した。病理所見はwell sm3 ly1 v1 垂直断端(±)であったが、本人希望により経過観察となった。2年7ヵ月後 肝転移、左肺転移を認め、肝・肺部分切除施行されたが、9年6ヵ月後死亡した。S状結腸癌2例はいずれもEMR施行され、1例は静脈侵襲陽性、断端陽性であり、腹腔鏡下に追加切除施行。病理所見はwell sm N1 ly1 v1であった。7年8ヵ月後左肺転移切除、10年2ヵ月後肺転移再発に対し切除術施行され、12年5ヵ月後現在生存中である。もう1例はEMR施行の結果断端陽性のため、腹腔鏡下に追加切除施行され、病理所見はwell sm ly1 v1 N1であった。7年10ヵ月後 左肺転移切除術施行、12年7ヵ月後現在生存中である。

大腸sm癌の治療成績

中嶋 健太郎¹、池松 弘朗²、堀松 高博²、伊藤 雅昭¹、杉藤 正典¹、小林 昭広¹、斉藤 典男¹

(¹国立がんセンター東病院大腸骨盤外科、²国立がんセンター東病院内視鏡部消化器内科)

大腸sm癌の治療成績国立がんセンター東病院 大腸骨盤外科、内視鏡部消化器内科中嶋 健太郎、池松 弘朗、堀松 高博、伊藤 雅昭、杉藤 正典、小林 昭広、斉藤 典男【はじめに】早期大腸癌の内視鏡治療に対してはガイドラインに適応基準が示されており、以下の基準をひとつでも認めれば外科的追加腸切除を考慮することとなっている。1. sm断端陽性、2. sm浸潤度1000 μ m以上、3. 脈管侵襲陽性、4. 低分化腺癌、未分化癌。当センターでは以前の検討で、2.の浸潤度に関して、1500 μ m以上を基準としてもリンパ節転移頻度が増えないことを示したのでこれを適応基準としている。【目的】当科での大腸sm癌の治療方針と成績を示し、リンパ節転移陽性率、遠隔転移例の検討を行う。【対象】1992年9月から2006年12月に当センターで経験した大腸sm癌のうち、病理組織学的評価可能症例265例。【結果】平均年齢64.5歳。内視鏡的切除のみの症例は101例であった。これらは全例再発や遠隔転移を認めていない。内視鏡的治療後の病理結果で追加腸切除の適応となった症例と、手術単独例をあわせた166例についてリンパ節転移の検討を行った。リンパ節転移割合は全体で13.2% (22/166)であった。リスク因子ごとのリンパ節転移をあげると、sm浸潤距離>1500 μ m:16.7% (20/120)、脈管侵襲:28.3% (15/53)、組織型(Por):67% (2/3)、2因子を満たすものでは、sm浸潤距離>1500 μ mかつ脈管侵襲:32.6% (14/43)、3因子全てを満たすものは2例あったが、2例ともリンパ節転移は陽性であった。なお、sm大腸癌全体で2例に遠隔転移を認めた。1例目はEMR後、sm断端陽性のため追加腸切除を行い2年6ヵ月後に肺転移が出現し、死亡。2例目はEMR後、脈管侵襲陽性で追加腸切除を行い、2年後に肺転移が出現、切除し現在生存中。内視鏡治療後の追加手術の適応がありながら、年齢や全身状態、患者の希望により、経過観察を行っている症例が31例あるが、いずれも再発は認めていない。それらの症例のリスク因子の内訳は、1因子を満たすもの23例[sm浸潤距離>1500 μ m:17例(55%)、脈管侵襲:6例(19%)、組織型Por:なし。]2因子を満たすもの8例[sm浸潤距離>1500 μ mかつ脈管侵襲:5例(16%)、sm浸潤距離>1500 μ mかつ組織型Por3例(10%)]であった。【まとめ】内視鏡的切除のみで経過観察されている症例では再発を認めていないが、内視鏡的切除後に追加腸切除を行った症例2例に遠隔転移を認めたため、内視鏡的治療の適応とフォローアップについては今後も慎重に検討すべきであると考えられた。

特殊染色による大腸sm癌の転移(リンパ節・遠隔)予測因子の解析

富樫一智¹、鈴木章史¹、野首光弘²、熊野秀俊¹、濱田徹¹、鯉沼広治¹、佐藤寛丈¹、宮倉安幸¹、堀江久永¹、安田是和¹

(¹自治医科大学消化器外科、²自治医科大学大宮医療センター病理部)

【目的】大腸sm癌では、浸潤距離、リンパ管浸潤(Iy)、静脈浸潤(v)、簇出が転移を予測する組織学的因子とされるが、HE染色による従来法には限界がある。リンパ管内皮を染色するD2-40抗体染色、静脈の同定を容易とするEVG染色、上皮を染色するCAM5.2抗体染色を用いて、転移予測における有用性について検討した。【方法】90-04年に一施設で外科手術が行われた単発大腸sm癌のうち126病変(結腸82、直腸44;平均径21.4mm;隆起型89、表面型37;高分化腺癌110、中分化腺癌10、粘液癌4、低分化腺癌2;リンパ節転移n(+):14.3%;遠隔転移DM(+):4.8%)を対象とした。一人の病理医が、HE染色標本に加えて上記の特殊染色(特染)標本を用いて、n(+)とDM(+)をblindとして、Iy・v・簇出を評価した。簇出はUenoらの方法に準じて簇出数を数え、200倍の1視野10 \leq (+)とした。logistic回帰モデルによりn(+)とDM(+)の予測因子を解析した。また、外科医二人が合議制で同様の評価を行い、Kappa解析(<0.4:不良、0.41-0.75:良好、0.76<:優)により判定者間(病理医vs.外科医)の差異を評価した。【成績】浸潤距離は、<1mm:9、1mm \leq <2mm:16、2mm \leq <3mm:32、3mm \leq :69に分布した。n(+)例は1.6mm浸潤の1例を除き2mm \leq であり、浸潤距離は2mm、3mmのいずれで区切ってもn(+)の有意な予測因子とはならなかった。DM(+)は2.2mm浸潤例が最小で、2mmを越えると一定の割合で発生していた。Iy、v、簇出の陽性率はそれぞれHE40%・特染32%、HE17%・特染33%、HE7%・特染17%であった。n(+)の予測因子:単変量解析では、HE染色によるvを除き、有意な予測因子であった。特染により評価した3因子による多変量解析ではvのみが有意(p=0.007)で、簇出はわずかに有意ではなかった(p=0.11)。DM(+)の予測因子:単変量解析で、特染によるv(p=0.027)と簇出(p=0.050)、HE染色による簇出(p=0.028)が有意であった。多変量解析では、特染によるvのみが有意(p=0.050)であった。判定者間の差異:Iy、v、簇出のKappa値はそれぞれHE0.29・特染0.56、HE0.11・特染0.48、HE0.41・特染0.54であった。特染ではすべて良好であったが、HE染色では簇出を除き不良であった。【結論】EVG染色はvの検出率を的確に高め、判定者間の差異を少なくした。EVG染色によるvは、n(+)とDM(+)を予測する信頼できる組織学的因子と考えられた。簇出は、HE染色でも十分に評価可能であり、n(+)とDM(+)の予測において有望と考えられた。

大腸SM癌に対する治療法についての検討

河原 一雅、東 大二郎、紙谷 孝則、関 克典、成富 一哉、
二見 喜太郎
(福岡大学筑紫病院外科)

＜目的＞ 大腸SM癌におけるリンパ節転移および再発の危険因子を過去の手術例より検討する。＜対象と方法＞ 1995年7月より2006年12月まで当科で治療を行った大腸SM癌203例（大腸113例、直腸90例）のうち腸管切除を施行した169例を対象とした。＜結果＞ 男性112名、女性57名、腫瘍最大径は平均2.2cm、肉眼型はIp・Isp 18例、Is 22例、IIa・IIb 4例、IIa+IIc他 13例。深達度はsm₁ 12例、sm₂ 16例、sm₃ 26例、組織型はwell 54例、Mod 4例、脈管侵襲はly and v（-）29例、ly and/or v（+）29例であった。郭清範囲はD₀ 13例、D₁ 98例、D₂ 43例、D₃ 15例で、リンパ節転移は18例（10.7%）に認め、n₁ 12例、n₂ 5例、n₃ 1例であった。肉眼型ではIp・Isp（4/49 8.2%）、Is（7/67 10.4%）、IIa・IIb（2/9 22.2%）、IIc（1/5 20.0%）、IIa+IIc他（4/35 11.4%）と転移率に有意差はなかった。深達度はsm₁ 3.2%（1/31）、sm₂ 7.4%（4/54）、sm₃ 17.3%（13/75）と有意にsm₃でリンパ節転移率が高く、組織型では高分化型でのリンパ節転移率7.1%（8/113）に対して非高分化型で19.0%（10/51）と有意に高率であった。また脈管侵襲についてはly and v（-）、1.3%（1/79）に対し、ly and/or V（+）20.0%（17/85）は有意に高い転移率を示し、蕈出陽性例では40例のうち11例（27.5%）にリンパ節転移を認めた。術後再発例は4例で、1例は側方リンパ節転移陽性例で、卵巣転移を生じた。もう1例はリンパ節転移はなく、肝転移を来たした。いずれもsm₃であった。他2例はsm₁症例でそれぞれ腹膜播種、傍大動脈リンパ節に再発を来たした。いずれもsm₃であった。他2例はsm₁症例でそれぞれ腹膜播種、傍大動脈リンパ節に再発を来たした。＜まとめ＞大腸SM癌リンパ節転移頻度は10.7%（18/169）で、深達度sm₃、非高分化型、脈管侵襲陽性例、蕈出陽性例で有意に高く、リンパ節転移の危険因子として重要と考えられた。また、術後再発4例のうち2例はsm₁症例で組織型、リンパ節転移、脈管侵襲においても再発の危険因子を同定するには至らなかった。

当科における大腸sm癌症例の検討

小島 康知、大野 聡、原野 雅生、二宮 基樹、高倉 範尚
(広島市民病院外科)

現在当科ではsm癌の追加切除の適応としてガイドラインに沿って垂直浸潤度1000 μ m以上もしくは脈管侵襲陽性もしくは低分化癌・未分化癌の場合外科的追加切除を考慮している。1993年から2006年12月まで当院にて1700例の大腸癌に対して手術をおこなない、このうちD1以上の郭清をおこなったsm癌は151例であった。今回はこれらの症例をリンパ節転移群（A群）と非転移群（B群）の2群に分け検討した。対象：A群14例（9.3%）（男性9例 女性4例 平均年齢64.1才）B群137例（90.7%）（男性77例 女性60例 平均年齢65.5才）腫瘍占拠部位はA群：結腸11例直腸3例 B群：結腸91例直腸46例、肉眼形態はA群：隆起型8例 表面型6例 B群：隆起型78例 表面型44例、腫瘍の分化度A群：高分化3例、中分化11例 B群：高分化70例、中分化59例、低分化1例、相対分類A群：sm1/2/3:2/4/8、 B群：sm1/2/3:37/54/46、リンパ管侵襲陽性A群13例（92.8%）B群：32例（23.9%）、静脈侵襲陽性A群9例（64.3%）B群：38例（28.4%）、腫瘍先進部に低分化成分を認めた症例A群0例B群10例（7.3%）、手術法として鏡視下手術症例がA群9例（64.3%）B群72例（52.5%）、郭清度はA群：D1/2/3:0/8/6、 B群：D1/2/3:11/74/51、A群の転移リンパ節は中間リンパ節まで転移を認めた症例4例、腸管傍リンパ節のみの転移であった症例が10例であった。再発はA群1例（肝転移）B群1例（吻合部再発）であった。今回の検討では腫瘍の分化度、脈管侵襲陽性率において両群間に有意差を認めた。現在の適応でも約90%の症例がover surgeryとなっており今後さらに適応を絞りこむための検討が必要と考えられた。

内視鏡的切除後、追加切除を施行した大腸pSM癌の病理組織学的検討

小森 康司、平井 孝、金光 幸秀、加藤 知行
(愛知県がんセンター中央病院消化器外科)

【背景】大腸癌治療ガイドラインでは、内視鏡的摘除pSM癌の治療方針として垂直断端陰性の場合にはpSM垂直浸潤距離が1000 μ m以上、低分化腺癌、未分化癌または脈管侵襲陽性の症例は外科的切除を考慮するとされている。【目的】内視鏡的切除後、追加切除を施行した大腸pSM癌を内視鏡的切除標本および追加切除標本の双方から病理組織学的に癌遺残の観点から評価し、適切な追加切除の基準を検討する。【対象】1990～2001年に内視鏡的切除後、当科で追加切除を施行した46症例を対象とした。内視鏡的切除標本かつ追加切除標本のいずれもRetrospectiveに病理組織学的評価が可能な症例のみを対象とした。(他院で内視鏡的切除し、プレパラート標本が無い症例は除外した。)記載は大腸癌取り扱い規約7版に準じたが、Retrospectiveな研究のため、切除標本の取り扱い準じていない。平均年齢56.2歳、男性34例、女性12例。すべて根治度A。【方法】(1) HE染色にて顕鏡評価した。(2) 内視鏡的切除標本において、VM(垂直断端)、肉眼型、腫瘍最大径、主組織型、先進部組織型、リンパ管侵襲、静脈侵襲、簇出(budding)、浸潤増殖様式(INF)を検討した。ただし、垂直断端が陽性または熱凝固などにて不明な場合をVM1+Xとした。(3) 追加切除標本において、リンパ節転移の有無、癌遺残の有無(tumor deposit(微小癌組織)、リンパ管侵襲、静脈侵襲を含める)を検討した。また簇出の定義は5個未満の癌細胞からなる病変とし、評価は簇出が最も高度な1領域を200倍で顕微鏡観察し、簇出数が0-4個をGrade1、5-9個をGrade2、10個以上をGrade3とした。【結果】(1) 追加切除標本に癌遺残を認めた症例はVM1+X(45.7%: 21/46)で6例(28.6%: 6/21)であった。粘膜内だけに腺管構造を形成した癌遺残を認めたのが3例、粘膜から粘膜下層までに腺癌組織を認めたのが3例であった。(2) これに対し、VM0(54.3%: 25/46)で、追加切除標本に癌遺残を認めた症例は2例(8.6%: 2/25)であり、いずれも粘膜および粘膜筋板は修復・再生されていたが、粘膜下層にtumor depositによる癌遺残を認めた。またこれらは、内視鏡的切除標本にて簇出の程度がGrade2: 1例、Grade3: 1例で(vs Grade1: p=0.035)、腫瘍先進部の組織型はいずれもpor2(vs tub1+2: p=0.040)であった。またその他の因子では有意差は認められなかった。(3) 追加切除標本においてリンパ節転移は全体の6.5%(3/46)認めた。そのうち2例が前述の癌遺残を認めたVM0の2例であった。【結語】垂直断端陰性であっても、簇出Grade2、3、先進部組織型がpor2の場合、リンパ節転移の危険だけでなく、tumor depositとして癌遺残しており、局所再発を抑制するためにも外科的切除を考慮する必要があると考えられた。

早期直腸癌に対する治療戦略

小出 欣和、前田 耕太郎、花井 恒一、佐藤 美信、升森 宏次、松岡 宏、船橋 益夫、安形 俊久、野呂 智仁、本多 克行、遠藤 智美、安藤 寿恵、福田 真義
(藤田保健衛生大学消化器外科)

早期直腸癌に対し、初回治療に内科的治療を選択するか、外科的治療を選択するかによって、患者に与える侵襲の程度が異なるため、選択された治療により患者の術後のQOLが左右される。そのため、治療目的に応じた必要且つ十分な切除範囲が得られる切除法を選択し、過小・過大治療を避けなければならない。直腸SM癌に対する術式選択は、リンパ節転移の可能性の有無の程度によって決定される。すなわち、リンパ節転移の有無の可能性が非常に低いSM-slight癌に対する、根治的局所切除か、SM中等度浸潤癌に対する、リンパ節転移の有無を詳細に病理組織診断するための全生検的局所切除か、SM深部浸潤癌に対する、リンパ節郭清を伴う根治的腸管切除である。しかし、リンパ節転移のリスクファクターとして術前診断可能な因子は、組織型と間接的な壁深達度のみであるため術式決定に難渋することがある。我々は、術前検査として直腸指診、注腸造影検査、内視鏡検査を行い、これらのすべての検査で壁深達度がSM-slightと診断された分化型腺癌の場合や、もしくは検査所見間に、壁深達度の不一致がみられた場合には、過大手術を回避するために、詳細な病理組織学的評価が可能な標本が得られる局所切除法を選択し、すべての検査所見で壁深達度がSM深部浸潤癌と診断された場合や分化型腺癌以外の組織型の病変に対しては、初回治療としてリンパ節郭清を伴う腸管切除術を選択している。直腸SM癌に対する、局所切除法の選択は、一括切除が可能な大きさ(約2cm大)で且つ、確実な垂直断端距離を確保するためにSM-slight癌までの病変に内視鏡摘除を行い、その他の病変では経肛門的摘除(従来法、MITAS)を行っている。これまでに手術を行った直腸sm癌は、98例であった。壁深達度別では、sm1-34例、sm2-27例、sm3-37例であった。初回治療として、局所切除が選択された症例は98例中58例(58.2%)であった。術式別では、内視鏡摘除が、13例(6例が断端un clear)に施行され、内12例(92.3%)に追加腸管切除術を施行、従来法の経肛門的切除が、14例(2例が断端un clear)に施行され、内3例(21.4%)に追加腸管切除術を施行、MITASが30例(すべて一括切除、断端clear)に施行され、内11例(36.7%)に追加腸管切除術が施行されていた。初回治療として腸管切除術が選択された症例は41例であった。結果的に腸管切除術が施行された症例は98例中67例(68%)で内3例(4%)にリンパ節転移を認めた。治療選択において重要なことは、より低侵襲な治療を選択し提供することと、治療目的に応じた必要且つ十分な切除範囲が得られる切除法を選択し、過小・過大手術を避けることが重要であり、そのためには、それぞれの治療法の利点や欠点を十分に理解したうえで、目的に応じたより確実な切除法を選択することである。

示説抄録

67th
JSCCR

案内

プログラム

口演抄録

示説抄録

著者索引

当院におけるSM大腸癌について

若月 俊郎、豊田 暢彦、野坂 仁愛、竹林 正孝、鎌迫 陽、谷田 理
(山陰労災病院外科)

(目的) 当院外科において手術を施行したSM大腸癌について臨床病理学的検討を行う。(対象と方法) 当院外科において1997年4月から2007年3月までに大腸癌の手術を行った755例を対象とした。このうちSM大腸癌は40例(5.3%)であり、平均年齢は70.3±8.9(49~88)才、男女比3:2であった。これらを臨床病理学的に検討した。検討項目は占拠部位、肉眼型、腫瘍径、リンパ節転、INF、リンパ管侵襲、脈管侵襲、組織型、腫瘍マーカーなどである。(結果) 占拠部位: S状結腸が一番多く13例(32.5%)、2番目は上行結腸10例(25%)、3番目はRs4例(10%)であった。肉眼型: 2型が一番多く10例(25%)、2番目は1型、Ipsが8例(20%)ずつであり、隆起形が20例と半数を占めていた。最大腫瘍径: 2~3cmが一番多く14例(35%)、次に1~2cmが多く12例(30%)で平均腫瘍径は2.2cmであった。肝転移、腹膜播種: 1例も認めなかった。リンパ節転: 4例(10%)に認めた。1群転移が3例、2群転移が1例であった。高分化が1例(4.8%)、中分化が3例(16.7%)で中分化に多く認められた。INF: α が55.6%、 β が41.7%であった。リンパ管侵襲: 1以下が91.7%とほとんどであった。脈管侵襲: 1以下が97.3%とほとんどであった。組織型: 高分化が21例(52.5%)、中分化18例(45%)、低分化1例(2.5%)であった。腫瘍マーカー: CEA, CA19-9, CA72-4の陽性率はそれぞれ10%、12.5%、7.5%であった。リンパ節廓清: 1群が11例(27.5%)、2群が25例(62.5%)、3群は10例(10%)であった。EMR後: EMR後の症例が7例あり、内訳はEMR後の断端陽性が6例、SMで断端陰性が1例であった。術後の病理で残存が3例あり、4例が残存を認めなかった。予後: 再発例は認めなかった。術後合併症で2例が死亡した。(結語) SM大腸癌は全大腸癌の5.3%であり、S状結腸、上行結腸に多く認められた。隆起形が半数を占めており、平均腫瘍径は2.2cmであった。リンパ節転移は10%に認められた。再発例はなく2群廓清でよいと考えられる。

EMR後追加切除必要な早期大腸癌腹腔鏡手術症例: 内科治療から外科治療へ

鶴岡 哲弘、林 成興、松田 年、萩原 謙、五十嵐 雅仁、山形 基夫、高山 忠利
(日本大学医学部消化器外科)

(目的) 近年、検査精度の向上にて早期癌発見が増加傾向にあり、EMR、ESDなどの内視鏡的治療が普及してきている。早期大腸癌に対する内視鏡的治療の適応はリンパ節転移の可能性がほとんどない粘膜内癌および粘膜下層への軽度浸潤癌であるが、摘除標本の組織学的検索にて(1)sm断端陽性、(2)sm浸潤度1000 μ m以上、(3)脈管侵襲陽性、(4)低分化腺癌、未分化癌のいずれかの条件を認めた場合には外科的追加切除が必要であり、早期大腸癌の治療に際しては内科と外科での一連の治療体系が重要になる場合がある。そこで、EMR後外科的追加切除が必要となった症例を再検証し、内科から外科へ治療引き継ぎ過程および内科的治療後の外科治療結果について検討した。(対象) 当院では2005年より大腸腹腔鏡手術を導入しており、2005年以降はEMR後の追加切除は全例、低侵襲な腹腔鏡手術にて施行している。以上より、2005年から2006年の2年間に内科にてEMR施行後追加切除必要症例に対し腹腔鏡手術を施行した9症例を対象とした。(結果) 平均年齢は62歳。病変部位は上行結腸1例(腹腔鏡下回盲部切除: ICR)、S状結腸3例(腹腔鏡下S状結腸切除術: S)、直腸5例(腹腔鏡下高位前方切除術3例: HAR、同低位前方切除術2例: LAR)。平均手術時間はICR: 108分、S: 184分(115-260)、HAR: 201.7分(140-250)、LAR225分(198-251)であった。リンパ節廓清はD1: 2例、D2: 3例、D3: 4例を施行し、平均廓清リンパ節数は11個(2-18)であった。病理診断はpSM1例、pM1例であり、7例においてはEMR後の炎症細胞浸潤のみで悪性所見は認めなかった。また、リンパ節転移はいずれも認めず、全例curative opeであった。この9症例中、2症例において手術に難渋し手術時間を要したため、詳細を提示し問題点を検討した。1例目はS状結腸切除にて260分を要した症例で、術中、腸管が拡張しており視野展開に難渋し、切開創を7cmに延長しHALSにて腹腔鏡手術を完遂した。2症例目は低位前方切除にて251分を要した症例でS状結腸から直腸に病変が多発しており、術前、病変群の肛門側および口側に点墨にてマーキングしていたが、術中確認してみると、肛門側の点墨が腹膜反転部以下であり確認できず、直腸を腹膜反転部以下まで剥離し切除位置を決定した。(まとめ) EMR後追加切除必要症例においては、内科医よりの病変部位の的確な情報提供および、手術を円滑に遂行するため腸管拡張を防ぐ適切な前処置が重要と思われた。具体的には、病変部位の術前造影検査所見との整合性確認、術前点墨マーキングと術中Fiberによる病変部位確認、および、前処置としてはマグコロールによる腸管処置、消化管ガス駆除薬の前投与などが有効と考えている。

外科手術が必要と判断された早期大腸癌症例の検討

藤田 文彦¹、渡海 大隆¹、岡本 辰哉¹、山之内 孝彰¹、伊藤 雄一郎¹、原口 正史¹、田島 義証¹、宿輪 三郎²、兼松 隆之¹

(¹長崎大学大学院移植・消化器外科、²長崎大学光学医療診療部)

【背景】近年、早期大腸癌に対する大腸内視鏡治療の進歩はめざましい。内視鏡治療の適応は治療前における腫瘍の壁深達度診断により決定されるため、内視鏡的治療の適応か外科的切除の適応かの判断に苦慮する境界領域の症例が存在する。【目的】外科的切除の適応と判断された早期大腸癌症例について、術後の結果と比較し、診断・治療法の選択について再検討を行う。【対象と方法】当科では2004年より早期大腸癌の壁深達度診断は消化器内科に一任している。内科では主に超音波内視鏡検査により壁深達度診断を行っており、早期大腸癌と診断された症例のうち、SM2以深あるいは内視鏡的切除が困難と判断された症例は手術目的に外科紹介となる。2004年1月より2006年12月までの3年間当科で手術を施行した大腸癌112例のうち、内科より手術適応があると判断された早期大腸癌症例は21例(18.8%)であった。その21例について、術後の病理診断あるいは術後経過から再検討した。【結果】21例の平均年齢は68.5歳、男性6例、女性15例であった。手術適応とされた理由は、深達度によるもの(SM2以深)が18例(85.7%)、腫瘍径によるものが2例(9.5%)、内視鏡切除後の病理結果より追加切除が必要と判断されたものが1例(4.8%)であった。術前にSM2以深と診断された18例の術後病理結果では、Mが8例(44.4%)、SM1が4例(22.2%)、SM2が4例(22.2%)、SM3が1例(5.6%)であり(1例はadenoma)、実際よりも深達度が深く診断される傾向にあった。リンパ節転移は1例に認められ、SM2の症例であった。術後合併症は5例に認められ、腸閉塞2例(9.5%)、縫合不全2例(9.5%)、低酸素脳症1例(4.8%)という内訳であり、特に縫合不全の1例、低酸素脳症の1例は病理診断Mの症例であった。【まとめ】術前の超音波内視鏡における深達度診断では実際よりも深く診断される傾向があった。手術が施行された症例の中には、深達度Mの症例においても、重篤な合併症を生じることがあり、正確な術前診断とより慎重な治療法の選択が必要であると思われた。

結腸SM癌に対する腹腔鏡手術の選択状況

上田 和毅、肥田 仁一、所 忠男、石丸 英三郎、吉藤 竹仁、武本 昌子、服部 高史、錦 耕平、安富 正幸、塩崎 均、奥野 清隆

(近畿大学医学部外科)

【目的と方法】ガイドラインには、早期癌に対する外科的切除すなわち腹腔鏡手術(LAC)の適応基準が示されている。この基準に則って1992年3月から2006年8月までに内視鏡的摘除術(ER)後LACを施行した症例(ER後LAC群)および初回からLACを施行した症例(LAC群)を検討し、結腸SM癌に対するLACの選択状況を検討した。【結果】ER後LAC群は30例で、平均年齢63歳、男女比2:1。占居部位別ではS状結腸20例(67%)と最も多く、ついで上行結腸4例(13%)、横行結腸3例(10%)および直腸S状部(RS)2例(7%)、盲腸が1例(3%)であった。腫瘍径は平均19mm(3-50mm)であり、ER後病理診断にてpM7例、pSM23例であった。手術施行理由としてSM深部浸潤癌(SM massive)10例(33%)、脈管侵襲陽性(ly/v+)8例(27%)、切除断端陽性14例(47%)であった。このうちSM massive、ly/v+重複例は2例(7%)であった。LAC後病理検査結果にて明らかな遺残を認めた症例は7例(23%)であり、所属リンパ節転移は1例(n1+:3%)に認めた。そしてER後切除断端陽性にもかかわらず切除後病理検査では遺残のなかった症例は7例であった。観察期間中央値は966日。術後1年5ヵ月に肝転移を1例に認め肝切除術施行し、現在も生存中である。一方、LAC群は49例で、平均年齢66歳、男女比1.3:1。腫瘍局在はS状結腸24例(49%)、盲腸、横行結腸、直腸S状部(RS)がそれぞれ6例(12%)、上行結腸が5例(10%)、下行結腸が2例(4%)であった。平均腫瘍径は20mm(3.7-45mm)。手術施行理由として、径が大きい(2cm以上)21例(43%)、SM massive 予測15例(31%)、解剖学的摘除困難6例(12%)、若年発症および患者希望が7例(14%)であった。病理検査結果にてpSM29例(59%)、pM12例(24%)、pMP6例(12%)。2例(4%)は腺腫の診断であった。所属リンパ節転移は5例(10%)であり、このうち3例はpSM、2例はpMPであった。pSMのうち1例は2群リンパ節陽性であった。観察期間中央値は403日。術後1年で1例に死亡を認めたが他癌死(原発性肺癌)であった。今回検討を行ったLAC79例における術後在院期間中央値は12日。術後合併症として縫合不全3例(6%)、創感染4例(5%)、腸閉塞4例、肺梗塞1例(1%)、吻合部狭窄1例であった。【考察】近年SM癌に対するERの適応は広がりつつある。今回の検討において、ER後LAC群のうちLACの恩恵を受けた症例は26%であった。一方、LAC群の71%がLACの恩恵を受け、リンパ節転移例は10%であった。またLACの術後合併症は少なく、在院期間も短い。結腸SM癌に対するLACの選択状況は適切であると考えられる。

当科における結腸SM癌に対する小切開手術の成績

岡田 典倫、傍島 潤、横山 勝、中田 博、大澤 智徳、石橋 敬一郎、宮崎 達也、石田 秀行
(埼玉医科大学総合医療センター消化管・一般外科)

【背景・目的】当科では多数の結腸癌に対し外科的治療を施行する際、通常の開腹手術より低侵襲かつ特殊な機材、手技などを必要としない小切開手術（皮切7cm以下）を選択肢の1つとしている。今回、結腸SM癌に対する小切開手術の妥当性につきretrospectiveに検討を行なったので報告する。【対象・方法】当科で2000年7月～2007年3月に結腸SM癌に対し小切開手術を施行した53例（年齢42～92歳，男35例，女18例）を対象とした（EMRにてsm確定13例）。部位は盲腸4例，上行結腸8例，横行結腸9例，下行結腸5例，S状結腸28例（うち1例で盲腸，横行結腸重複）であった。全例で2群リンパ節郭清としていた。術前肉眼診断と切除標本の深達度の一致率と手術成績などを検討した。【結果】51例で6～7cmの皮膚切開で小切開手術が完遂された（併施した胆嚢摘出術のみ腹腔鏡使用例を含む）。1例で腹腔鏡補助下にLCSを使用した。2例は大開腹移行となった。手術時間は115±29.0（mean±S.D.）分，出血量は88±83.6gで，術後イレウスにて再手術となった1例以外重篤な合併症を認めなかった。EMRにて断端陽性あるいは脈管浸潤ありの症例13例では切除後残存癌組織を認めたもの1例，認めなかったもの11例，腺腫組織のみ残存1例であった。初回治療例の切除標本の病理組織診断ではsmと一致したもの16例（40%），浅かったもの（m）19例（48%），深かったもの（mp）4例（10%），ssが1例（3%）であった。se以深は認めなかった。深達度mの症例では16例で最大径が20mm以上であり，1例は2病変重複かつ胆嚢摘出術併施，1例は0-IIa型で潰瘍がUI-2以深，1例は脾彎曲部で手技的にEMR困難であった。またリンパ節転移陽性例は全53例中6例（11%，すべてsm），EMR後13例中0例で，2群リンパ節転移は1例のみであった。【結語】今回の検討からm癌をSM癌と深読みする頻度が若干の問題点として挙げられるが，少なくとも結腸SM癌に対し，2群リンパ節郭清を伴う小切開手術は低侵襲と根治性が得られる点において有用性が認められた。

当院における早期大腸癌(SM癌)内視鏡治療後に腹腔鏡補助下追加切除を行った60症例の検討

宅間 邦雄、松本 潤、今村 和広
(東京都立府中病院)

当院では1995年より腹腔鏡補助下結腸切除を開始し、現在まで約350症例に行っている。そのうち60症例が当院または近医で内視鏡的摘除が行われた後の外科的追加切除の症例である。当院における内視鏡的切除後の外科的追加切除の治療方針は大腸癌治療ガイドラインに従い、垂直断端陽性、組織型が低分化腺癌・未分化癌、SM浸潤距離1000μm以上、脈管侵襲陽性を適応としている。リンパ節転移率は当院でも約10%であり、約90%の症例には過大な手術を行うこととなる。これまでに示されたリンパ節転移危険因子に加えて、新たな因子を同定することが不要な外科的追加切除を減らし、患者の負担軽減および医療費の面からも重要である。今回の検討では新たな因子の提言はできなかったが、当院におけるこれまでの結果を報告し、今後の検討の参考となれば幸いである。

内視鏡的切除大腸sm癌における免疫組織学的染色の有用性に関する検討

永田 信二¹、嶋本 文雄²、金子 真弓³、中山 奈那⁴、斧山 美恵子⁴、本田 洋士⁴、川瀬 理恵⁴、木村 茂⁴、辻 恵二⁴、大越 裕章¹、日高 徹⁴

(¹広島市立安佐市民病院内視鏡科、²県立広島大学人間文化学部健康科学科病態病理、³広島市立安佐市民病院病理部、⁴広島市立安佐市民病院内科)

【背景】大腸癌治療ガイドラインに掲載されている大腸sm癌の内視鏡的切除標本における脈管侵襲の有無を的確に判定することは、外科的追加切除の適応の有無を決定するうえで重要である。【目的】大腸sm癌の内視鏡的切除標本におけるHE染色で評価された脈管侵襲と免疫組織学的染色により評価された脈管侵襲を比較検討し、有用性について検討する。【対象と方法】対象は2002年から2007年までに広島市立安佐市民病院で内視鏡的に切除された大腸sm癌27例である。全例につき、ホルマリン固定パラフィン包埋された腫瘍組織より連続切片を作成した。リンパ管侵襲はD2-40免疫染色、静脈侵襲はVictoria Blue弾性繊維染色を施行し、HE染色における診断と比較検討した。さらに、sm実測値、浸潤先進部組織型と脈管侵襲率についても検討した。【結果及び考察】HE染色における、リンパ管侵襲陽性率は7.4% (2/27)、静脈侵襲陽性率は0% (0/27)であった。免疫染色によるリンパ管侵襲陽性率は11.1% (3/27)、弾性繊維染色による静脈侵襲陽性率は11.1% (3/27)でいずれもHE染色よりも高率であった。リンパ管侵襲においてHE染色と免疫染色が一致したのは2例、免疫染色で同定されたのが1例であった。静脈侵襲では3例とも弾性繊維染色で同定された。sm実測値別のリンパ管侵襲陽性率は、HE染色：sm1000μm未満0% (0/6)、sm1000μm以上9.5% (2/21)、免疫染色：sm1000μm未満0% (0/6)、sm1000μm以上14.3% (3/21)、静脈侵襲陽性率はHE染色：sm1000μm未満0% (0/6)、sm1000μm以上0% (0/21)、弾性繊維染色：sm1000μm未満0% (0/6)、sm1000μm以上14.3% (3/21)であった。HE染色または特殊染色による脈管侵襲陽性例の組織型は、すべて浸潤先進部組織型が高分化型癌以外であった。【結語】大腸sm癌の内視鏡的切除標本における脈管侵襲の判定にHE染色以外に免疫染色および弾性繊維染色を用いることは有用かつ重要と思われた。

当院における大腸sm癌の検討

目黒 英二¹、御供 真吾¹、秋山 有史¹、入野田 崇¹、早川 善郎¹、小林 慎¹、高金 明典¹、池田 健²

(¹函館五稜郭病院外科、²函館五稜郭病院パソロジーセンター)

【目的】当院における大腸sm癌のリンパ節転移について臨床病理学的に検討し、治療法選択の検討を行った。【方法・結果】当科において1996年1月から2006年12月まで1270例の大腸癌手術を施行した。占拠部位では盲腸110例、上行結腸181例、横行結腸86例、下行結腸69例、S状結腸307例、直腸517例であり、そのうちsm癌は126例であった。占拠部位別sm癌の割合は盲腸癌10.0% (11例/110例)、上行結腸癌6.7% (12/181例)、横行結腸癌1.2% (1例/86例)、下行結腸癌11.6% (8例/69例)、S状結腸癌14.7% (45例/307例)、直腸癌9.5% (49例/517例)：そのうち直腸Rs部12例/143例、直腸Ra部12例/146例、直腸Rb部25例/228例)であった。sm癌のうちリンパ節転移陽性群をA群、陰性群をB群として比較検討した。A群は13例、B群は113例であった。A群の占拠部位は盲腸1例、上行1例、横行・下行結腸0例、S状結腸3例、直腸8例 [Rs:3例、Ra:2例、Rb:3例]であった。組織型はA群wel:8例、mod:5例。B群wel:90例、mod:24例、muc:1例であった。脈管侵襲ではリンパ管侵襲陽性例はA群:12例 (陽性率92.3%)、B群:42例 (陽性率37.2%)、静脈浸潤例はA群:5例 (陽性率38.5%)、B群:14例 (陽性率12.4%)であった。リンパ節転移の有無における脈管侵襲の差は χ^2 ：p=0.006、 ν ：p=0.016であった。また腫瘍先進部Tumor buddingに関してA群は陽性が92.3%であり、B群は41.3%が陽性でありその差はp=0.005であった。sm垂直浸潤距離に有意差はみられなかったが、A群では全例が1000μm(log10:3)以上の浸潤距離であった。【考察】組織型によるsm癌でのリンパ節転移に差はなかった。静脈侵襲の有無に差はみられなかったがリンパ管侵襲にはリンパ節転移に差がみられた。近年EMRの普及と適応病変の拡大とともにEMR後の遺残・再発の増加が指摘されている。また一括切除を目指し大腸腫瘍においても内科的な治療として内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)の検討もあるが、今回の集計より占拠部位、脈管侵襲とくにリンパ管侵襲の有無、組織型などを考慮し治療法を検討すべきであり、当院ではsm(浅層)かつ脈管侵襲陰性と判断できる症例以外の大腸sm癌症例においては腸管切除+リンパ節郭清を目的とした腹腔鏡下大腸切除手術を積極的に推奨している。また規約に導入が検討されているTumor buddingは当科においても有用な指標に成りうると考えられた。また1症例において内視鏡下polypectomy施行において深達度smかつ脈管浸潤陽性であったが、その後受診せずに追加切除を行わなかった1年半後に多発性肝転移となった症例も経験したので報告する。

大腸 sm 癌におけるリンパ節転移と臨床病理学的因子の検討

西館 敏彦、古畑 智久、目黒 誠、石山 元太郎、平田 公一
(札幌医科大学第1外科)

【目的】大腸 sm 癌の治療方針を明確にするために、大腸癌リンパ節転移について、大きさ、組織型、脈管侵襲、簇出などの病理組織学的因子について検討した。【対象】大腸 sm 癌初回手術 95 症例のなかで組織学的検索が十分に行える 47 例を対象とした。【結果】47 例中 6 症例(12.8%)にリンパ節転移を認めた。リンパ節転移陰性例の腫瘍径最大径は、20mm 未満が 30 例、20mm 以上が 11 例であったのに対し、リンパ節転移陽性例は 20mm 未満が 2 例、20mm 以上が 4 例であった。組織型では、リンパ節転移陰性例で、高分化型が 28 例、中分化型が 11 例、低分化型が 2 例に対し、陽性例では、高分化型が 1 例、中分化型が 5 例であった。リンパ管侵襲 (ly 因子) において、リンパ節転移陰性例で、ly 因子陽性が 9 例、ly 因子陰性が 32 例に対し、転移陽性例では、全て ly 因子陽性であった。静脈侵襲 (v 因子) において、リンパ節転移陰性例では、v 因子陽性が 9 例、v 因子陰性が 32 例に対し、転移陽性例では、v 因子陽性が 3 例、v 因子陰性が 3 例であった。先進部の組織型では、リンパ節転移陰性例で、高分化型が 22 例、中分化型が 12 例、低分化型・粘液癌が 7 例に対し、リンパ節転移陽性例では、全て中分化型であった。リンパ節転移陰性例では、簇出を認めたものが 15 例、認めないものが 26 例に対し、リンパ節転移陽性例では、簇出を認めたものが 5 例、認めないものが 1 例であった。リンパ節転移陽性に寄与している因子としては、リンパ管侵襲 ($p<.01$) と、組織型 ($p<.05$) が統計学的に有意差を認めた。【考察】リンパ節転移を確実に推定する因子は認めなかったが、リンパ管侵襲の陽性所見は重要な因子であり、高分化型以外の組織型も注意すべき所見であると考えられた。リンパ管侵襲陽性に寄与している因子として、組織型 ($p<.01$)、簇出 ($p<.01$)、静脈侵襲 ($p<.05$) であり、簇出陽性に寄与している因子としては、リンパ管侵襲 ($p<.01$) のみであった。また、リンパ節転移に対する簇出の Negative predict value は、96.2%(26/27)と非常に高く認められた。以上より、大腸 sm 癌のリンパ節転移におけるリスクファクターとしてのリンパ管侵襲は簇出と関連性を認め、簇出の臨床的意義は治療方針の決定に有用な病理学的因子のひとつと考えられた。

EMR 後大腸切除症例の臨床病理学的検討

村山 康利、生駒 久視、市川 大輔、菊池 正二郎、藤原 斉、岡本 和真、落合 登志哉、阪倉 長平、園山 輝久、萩原 明於、大辻 英吾
(京都府立医科大学消化器外科)

【背景と目的】近年、腹腔鏡下大腸切除術の発展が目覚しく、低侵襲手術が多く症例に行われるようになったが、患者の侵襲を考えると可能であれば大腸切除術を受けなくてすむ内視鏡下切除術が望ましい。しかしながら、内視鏡下切除術後の再発症例が増加するようないふことがあってはならない。そこで、我々は EMR 後に大腸切除術に至った症例の臨床病理学的因子を解析し、EMR 後に経過観察できる症例が、従来の大腸癌治療ガイドラインの適応範囲よりも広げられる可能性があるかどうかを検討した。【方法】過去 9 年間に当院で EMR 後に大腸切除術を施行した 49 例を対象とした。それらの大腸切除術に至った因子、ならびに切除標本の病理検査結果について解析し、その妥当性について検討した。【結果】49 例中 47 例は EMR 後の病理検査の結果で大腸切除術を行った。その 47 例の大腸切除に至った因子別症例数は、断端陽性例が 16 例 (33%)、SM 浸潤例が 29 例 (59%)、リンパ管侵襲陽性例が 15 例 (31%) であった。SM 浸潤かつリンパ管侵襲陽性症例は 13 例 (27%) であった。残りの 2 例については、EMR 後の病理検査では完全切除との診断を得たが、経過観察中の大腸内視鏡検査にて同じ部位に再発を認めたため、大腸切除術を行った。断端陽性 16 例のうち、切除標本に癌細胞の遺残を認めたのは 6 例であった。また、SM 浸潤を認めた 29 例では、切除標本に癌細胞の遺残を認めたのは 1 例であった。49 例中リンパ節転移を認めたのは 2 例 (4%) であった。その 2 例の病理診断はいずれも高分化腺癌、sm2、ly0、v0 であった。【結語】EMR 後の癌細胞遺残症例は、種々のデバイス使用による内視鏡的追加治療で対応できる可能性もあるが、sm2 浸潤症例ではリンパ節転移陽性例が少数とはいえ存在するため、現時点ではガイドラインに沿って、EMR 後の大腸切除術は必要であると考えられた。

当科における大腸 sm 癌の検討

田中 麻紀子、目片 英治、遠藤 善裕、清水 智治、中村 一郎、小島 正継、谷 徹
(滋賀医科大学外科学講座消化器外科)

(目的) 当科における大腸 sm 癌について、手術先行例と EMR 先行例についてリンパ節転移の有無の観点から比較検討する。(対象) 1995 年から 2006 年までの手術症例のうち病理学的に sm 癌と診断された症例、また EMR を施行後 sm 癌と診断され追加切除の適応となった症例計 72 例(結腸癌 39 例、直腸癌 33 例)について検討した。手術先行例は 40 例(結腸癌 20 例、直腸癌 20 例)、EMR 先行例は 32 例(結腸癌 19 例、直腸癌 13 例)であった。病期別分類では、stage I : 57 例、II : 0 例、IIIa : 8 例、IIIb : 3 例、IV : 3 例であった。(結果) リンパ節転移は手術先行症例では 40 例中 6 例(15%)に転移を認め、内訳では pN1 : 4 例、pN2 : 1 例、pN3 : 1 例であった。リンパ節転移数別では 1 個 : 2 例、2 個 : 2 例、3 個 : 1 例、4 個 : 1 例であった。一方で EMR 先行例では 32 例中 6 例(18%)で転移を認め、内訳では pN1 : 5 例、pN3 : 1 例であった。リンパ節転移数別では 1 個 : 5 例、2 個 : 1 例であった。2 群の間には有意差は認められなかった(p=0.67)。また、リンパ節転移の有無と病理組織型について比較検討した。転移のあった症例 12 例のうちを 6 例(50%)に中分化腺癌を認めたのに対して、リンパ節転移なし症例 60 例では 24 例(40%)であった。両者の間には有意差は認められなかった(p=0.52)。(まとめ) 手術先行例と EMR 先行例について、リンパ節転移の有無については関連性はなかった。組織型ではリンパ節転移症例に中分化腺癌の頻度が高かった。さらに sm 癌で stage IV 症例について検討を加える予定である。

大腸 sm 癌におけるリンパ節転移危険因子の検討

石井 正之、齋藤 修治、絹笠 祐介、赤本 伸太郎
(静岡県立静岡がんセンター)

大腸 sm 癌におけるリンパ節転移危険因子の検討静岡県立静岡がんセンター 大腸外科 石井正之、齋藤修治、絹笠祐介、赤本伸太郎【目的】現在大腸 sm 癌に対する外科手術の適応は浸潤距離が 1000 μ m 以上、あるいは脈管侵襲陽性の場合となっている。その理由はリンパ節転移症例が一定の確率で存在するからである。一方脈管侵襲のうちリンパ管侵襲はリンパ管の認識が困難であるため、診断に苦慮することもある。モノクローナル抗体のひとつである D2-40 は選択的にリンパ管内皮を染色するためリンパ管侵襲をより正確に指摘できると思われる。今回我々は、大腸 sm 癌症例において、D2-40 染色を用いたリンパ管侵襲診断も含めた病理学的因子をリンパ節転移の有無に関して検討したので報告する。【方法】対象症例は 2002 年 9 月から 2006 年 12 月まで当院にてリンパ節郭清を含む腸切除が行われた大腸 sm 癌のうち、EMR を先行して行われていない 73 例を対象とした。外科手術の適応となった理由は内視鏡深達度診断が sm 深部浸潤、内視鏡切除の際に lifting が見られなかったため切除を断念したことのみである。組織標本は 2 ミリ幅で全割し、hematoxylin eosin 染色(以下 HE 染色)を行った。また病巣の最大断面において D2-40 染色、EVG 染色を追加して行った。原発巣の肉眼形態、浸潤距離、組織型、最大径、リンパ管侵襲、静脈侵襲それぞれの因子とリンパ節転移の有無とを対比した。リンパ管侵襲診断は HE 染色診断結果に D2-40 染色診断結果を追加・再検討し、最終診断とした。【結果】全症例 73 例中リンパ節転移陽性症例は 10 例(14%)であった。リンパ管侵襲陽性症例 26 例中 7 例(27%)がリンパ節転移陽性、陰性症例 47 例中 3 例(6.3%)がリンパ節転移陽性であり、有意差を認めた。浸潤距離はリンパ節転移陽性症例では中央値 1850 μ m (0-4000)、陰性症例では中央値 2500 μ m (0-9000)であり、有意差を認めなかった。組織型、静脈侵襲に関しても有意差を認めなかった。【結語】内視鏡的に外科手術の適応と診断された症例において D2-40 染色を用いたリンパ管侵襲診断は有意にリンパ節転移を指摘することが可能である。

大腸 sm 癌の再発症例の検討

久須美 貴哉¹、細川 正夫¹、山崎 成夫¹、松永 明宏¹、中野 敬友¹、西田 靖仙¹、鈴木 康弘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、佐藤 利宏³
 (¹ 恵佑会札幌病院外科、² 恵佑会札幌病院内科、³ 恵佑会臨床病理学研究所)

【背景】大腸 sm 癌は内視鏡切除や局所切除のみで治癒可能な症例から、追加腸切除を必要とするもの、外科的な郭清を伴う根治手術郭清を施行しても再発するもの等さまざまである。特に下部直腸においては近年肛門温存術式を施行し、追加腸切除のために人口肛門なることは回避されつつある。過去の症例では肛門温存のためにリンパ節郭清を伴わない局所切除を施行し再発を招いた苦い経験もある。

【目的】sm 癌再発症例を検討し、その特徴を明らかにする。

【対象】今回我々は 1981 年 3 月当院開設以来 2006 年 12 月までに当院で経験した大腸 sm 癌外科的切除例の今回特に再発症例について検討した。同期間の sm 癌外科的切除例は 532 症例である。そのうち内視鏡切除後、外科的切除となったものは 259 症例である。外科的切除後の再発症例は 18 例あり、また、これに内視鏡的切除後の再発症例 4 例を加えた 22 例を臨床病理学的因子(深達度・組織型・脈管侵襲・リンパ節転移・再発形式・転移等)について検討し考察した。

【結果】初回転移形式としては、肝が 7 例、特徴としては同時性 1 例、異時性 6 例で内視鏡切除後断端陽性例 2 例、外科的断端追加切除例および内視鏡の多分割切除が 1 例。肺転移は 6 例で内視鏡切除後断端擬陽性例 2 例。外科的に術中病巣断断したもの 1 例。局所再発・腹膜再発は 9 例。内視鏡切除後の 3 例のうち、2 例は内視鏡的追加切除のみ、1 例は後に外科的切除。下部直腸で外科的局所切除 4 例。低位前方切除の 1 例はリンパ節転移例で術後縫合不全を認めた症例。S 状結腸の低分化癌・n3 症例の腹膜再発 1 例であった。

【考察】再発の危険因子としては、従来から言われているように分化度、脈管因子、深達度等が考えられるが、内視鏡切除断端陽性例、多分割切除例、外科的にも切除断端陽性例等技術的な問題も危険因子と考えられる。下部直腸癌に対して以前は肛門温存目的で不十分な治療が施行されてきた症例もある。

【まとめ】大腸 sm 癌は予後良好であると考えられ、内視鏡的切除の適応が拡大されてきているが、転移再発形式からも嚴重な経過観察が必要であると考えらる。術前より明らかに sm 浸潤癌が予想される場合は内視鏡切除を施行せずリンパ節郭清を含む外科的切除を施行すべきである。

外科手術症例からみた早期大腸癌 (M 癌・SM 癌) の術前深達度診断と治療方針についての検討

今村 一郎、掛地 吉弘、大垣 吉平、芝原 幸太郎、沖 英次、定永 倫明、森田 勝、前原 喜彦
 (九州大学大学院医学研究院消化器・総合外科学)

外科手術症例からみた早期大腸癌 (m・sm 癌) の術前深達度診断と治療方針についての検討【はじめに】近年早期大腸癌に対して内視鏡・超音波内視鏡による診断技術が向上し、内視鏡治療の進歩も著しい。早期大腸癌に対する診断と治療の適格性を明らかにする目的で外科手術症例を対象に病理学的に検討した。【方法】術前深達度診断に超音波内視鏡検査をルーチン化した 2003 年から 2006 年までの 4 年間で当科で手術を施行した m 癌 3 例、sm 癌 21 例の計 24 例を対象とし、術前深達度診断と術後病理診断を比較検討した。【結果】1) EMR 施行後の手術症例：24 例中、内科あるいは放射線科で深達度が m 癌と診断され EMR をした後に外科手術を行ったのは 8 例で全例 sm 癌であった。手術となった理由は断端陽性 5 例、断端陽性および ly(+) 1 例、v(+) 1 例、穿孔 1 例であった。断端陽性であった 6 例で局所の癌残存症例はなかったが、第 1 群リンパ節転移陽性例が 1 例認められた。2) 術前診断による手術適応症例：最終病理診断で m 癌であった 3 例の術前の超音波内視鏡での深達度評価は、SM2 例、MP1 例であり、sm 癌の術前深達度評価は SM9 例、MP2 例、SS2 例であった。下部消化管造影、内視鏡検査に超音波内視鏡検査を加えても術前の深達度診断の正診率は 56% (9/16) であった。m 癌は全例脈管侵襲やリンパ節転移は認めなかったが、sm 癌では ly(+) 4 例、v(+) 6 例を認め、n1: 3 例、n2: 1 例であった。リンパ節転移を認めた 4 例の組織型は高分化型 1 例、中分化型 3 例であった。【考察】EMR 施行後に一定の割合で追加切除は必要であり、内視鏡医と外科医の十分な連携が必要である。超音波内視鏡検査でも sm 癌の正診率は高くなく、術前診断で内視鏡的治療と手術への振り分けをすることには限界がある。組織型が中分化型の場合は浸潤・転移をきたしやすく注意が必要である。

大腸sm癌のリンパ節転移および局所再発のrisk factor

平良 悟、湯川 郁子、大島 敏裕、近藤 麻里、高 麻理、福澤 誠克、酒井 義浩、森安 史典
(東京医科大学病院消化器内科)

【目的】大腸sm癌の内視鏡的摘除術後の追加腸切除または経過観察を決定する上で、リンパ節転移のrisk factor、局所再発のrisk factorに関し、的確な条件を決定することを目的とした。【方法】内視鏡的摘除術を行った大腸sm癌のうち、有茎性腫瘍を除き、かつ深達度診断が正確に施行可能な一括摘除または少数分割摘除例の40例を対象にリンパ節転移のrisk factorを臨床背景および病理組織学的に検討した。浸潤距離の測定法に関しては大腸癌取り扱い規約第7版を参考に、粘膜筋板の同定が可能な例をパターンA、想定可能な例をパターンBとして、筋板からの浸潤距離を測定した。粘膜筋板が判定不能な例はパターンCとして、腫瘍の表層より浸潤最深部までを測定した。また摘除後、基礎疾患や合併症のために経過観察されたsm癌98例を対象に局所再発のrisk factorを検討した。本検討では有茎性腫瘍も含め検討可能であった。【成績】リンパ節転移の検討において、対象40例のうちリンパ節転移を認めたのは4例(10%)であった。全例の平均浸潤量は $3677 \pm 1830 \mu\text{m}$ であったが、パターンAの浸潤量は $2467 \pm 1334 \mu\text{m}$ 、パターンBは $4210 \pm 1868 \mu\text{m}$ 、パターンCは $3490 \pm 1016 \mu\text{m}$ とパターンBで最も浸潤距離が多い結果となった。実際にリンパ節転移陽性例は4例ともパターンBの浸潤様式であった。局所再発の検討では、浸潤量 $1000 \mu\text{m}$ 以下の症例の観察期間は 35.5 ± 31.5 ヵ月で、局所再発を認めたのは粘膜下浸潤量 $260 \mu\text{m}$ で脈管浸潤陽性であった1例のみであった。浸潤量 $1000 \mu\text{m}$ 以上では観察期間 39.7 ± 30.1 ヵ月であり、局所再発1例、多臓器転移1例であった。【結論】大腸sm癌におけるリンパ節転移のrisk factorを考える上で、浸潤距離の測定法は慎重に行われるべきであり、今回の検討では仮定の粘膜筋板を想定し測定された群において最もリンパ節転移が多く認められた。摘除後の局所再発に関しては、浸潤距離は最優先される因子ではなく、脈管浸潤や摘除断端などの因子を同等に考慮した上で的確な期間で経過観察すべきであると示唆された。

大腸sm癌転移症例の検討

中村 純一、岡田 幸士、宗田 真、矢内 充利、中村 祐介、守屋 智之、外岡 亨、藤田 昌久、沖 彰、中川 宏治、佐藤 忠敏、崎村 恭也、安達 章子、兼子 耕
(さいたま赤十字病院)

【はじめに】近年、内視鏡技術が向上し、当院でも早期大腸癌に対する内視鏡治療が数多く行われている。しかし、大腸sm癌では、リンパ節転移症例がしばしば存在し、再発症例も報告される。今回、当院におけるsm癌手術症例のリンパ節転移と予後を調査し、治療法の妥当性を検討した。【対象と方法】対象は2000年1月から2006年12月までに、当院で手術が行われたsm大腸癌の41例である。摘出標本の病理学的検討と術後の経過を含め、診断と治療法の妥当性を検討した。【結果】sm大腸癌41例中3例(7.3%)にリンパ節転移を認めた。3例ともsm massiveの症例であった。そのうち一例に肺転移再発を認めた。その他に再発例は認めていない。再発症例は、下血精査目的に当院内科で大腸内視鏡検査を受け、S状結腸の0-Isp typeの病変に対し、EMR施行された。病理結果では、高分化腺癌で断端陽性sm2以上、脈管侵襲ありとの診断で、翌月にS状結腸切除D2を追加施行した。1群リンパ節に転移の一つ認めstageIIIaの診断で、UFTによる経口化学療法を一年間加え、その後は経過観察を行っていた。術後4年5ヵ月で、転移性肺腫瘍の診断で、右上中葉切除術施行。TS-1内服を一年追加し行った。さらに2年後に右肋骨・胸膜再発を指摘され、FOLFOX-4開始し、現在も化学療法継続中である。【考察】sm癌でも遠隔転移をきたす症例があり、注意を要す。【まとめ】当院では、sm癌深部浸潤症例については、内視鏡治療単独でなく、リンパ節郭清を含めた追加手術治療を勧めることとし、リンパ節転移症例については、十分な経過観察が必要であると考えられる。

大腸sm癌切除例におけるリンパ節転移危険因子の検討

大谷 泰介、吉松 和彦、横溝 肇、藤本 崇司、梅原 有弘、渡邊 清、松本 敦夫、大澤 岳史、小川 健治
(東京女子医科大学東医療センター外科)

はじめに 大腸sm癌の約90%はリンパ節転移がなく、内視鏡的に一括完全摘除できれば根治できる可能性がある。このような背景から、大腸sm癌のリンパ節転移を診断、予測することは極めて重要である。今回われわれは、外科的切除を行った大腸sm癌を対象にリンパ節転移の危険因子について検討したので報告する。

対象および方法 対象は1995年から2006年までに当科で根治切除（追加切除例を含む）を行った大腸sm癌のうち、病理組織学的に詳細な評価が可能であった76例である。方法はリンパ節転移陽性9例と陰性67例（リンパ節転移率11.8%）の2群に分け、男女比、平均年齢、腫瘍最大径、肉眼型、発育形態、組織型、腫瘍先進部組織型、組織形態学的多様性の有無、占居部位、簇出、リンパ管侵襲、静脈侵襲、sm層への浸潤距離について比較した。検定はt検定および χ^2 検定で行い、 $p<.05$ で有意差ありとした。結果 男女比、平均年齢、腫瘍最大径、肉眼型、発育形態、組織型、腫瘍先進部組織型、占拠部位、静脈侵襲との間に関連は認めなかった。sm浸潤距離も陰性例で $3024 \pm 2169 \mu\text{m}$ 、陽性例で $3498 \pm 1393 \mu\text{m}$ と両者に差はなかった。リンパ管侵襲は陽性例でly (-) 4例、ly (+) 5例、陰性例でly (-) 64例、ly (+) 3例で、陽性例はリンパ管侵襲陽性例が多かった($p<.001$)。組織形態学的多様性の有無の比較では陽性例で多様性あり6例、多様性なし3例、陰性例で多様性あり11例、多様性なし56例で、陽性例は多様性ありが多かった($p<.001$)。簇出は陽性例でGrade 1: 3例、Grade 2・3: 6例、陰性例でGrade 1: 59例、Grade 2・3: 8例で、陽性例はGrade 2・3が多かった($p<.001$)。これら有意差を認めた3因子（リンパ管侵襲陽性、組織形態学的多様性あり、簇出Grade2・3）のうち、3因子すべてを認める症例のリンパ節転移陽性率は100%（2例中2例）、2因子では57.1%（7例中4例）、1因子では16.7%（18例中3例）であった。他方いずれも認めない症例は48例で、うちリンパ節転移は1例も認めなかった。結語 大腸sm癌切除例を対象に、主病巣の病理組織学的所見からリンパ節転移の危険因子を検討したところ 1)リンパ管侵襲 2)組織学的多様性 3)簇出の3因子であった。

大腸sm癌のリンパ節転移および遠隔転移危険因子の検索

田中 洋一、貞廣 荘太郎、前田 裕次、石川 健二、鈴木 俊之、安田 聖栄、幕内 博康
(東海大学消化器外科)

【背景・目的】大腸sm癌におけるリンパ節転移の危険因子としてsm層内への浸潤程度が提案されてきた。しかし内視鏡的に切除された標本においては固有筋層の一部とsm層全体を確認して癌の浸潤程度を判断することがしばしば困難である。このため、近年ではsm層内への癌の浸潤量の絶対値が検討されてきている。そこで、大腸sm癌において最大断面におけるsm層内の癌浸潤度の形態を画像解析し客観的なリンパ節転移および遠隔転移の危険因子を検索した。【対象・方法】1990-2006年に当院で腸管切除を施行した大腸sm癌114例を対象とした。大腸sm癌における腫瘍最大断面でのsm層内癌浸潤部の深さ、長径、面積を画像解析装置(VIDAS)を用いて算出した。なお1つの標本内に複数の癌浸潤巣が認められた場合深さは最大値を用い、長径、面積は各浸潤巣の値の合計を用いた。【結果】男性73例、女性41例、平均年齢は 62.1 ± 12.1 歳であった。癌占拠部位は右側結腸26例、横行結腸10例、左側結腸40例、直腸38例、肉眼形態はIs 21例、Isp 25例、Ip 3例、IIa 20例、IIa+IIc 42例、IIc 3例、組織型は高分化腺癌89例、中分化腺癌22例、低分化腺癌3例であった。治療法は腫瘍切除後追加腸管切除38例、腸管切除単独76例であった。大腸sm癌114例中リンパ節転移は16例(14%)に認められた。遠隔転移は7例(6.1%)に認め、転移部位は局所1例、肝転移2例、大動脈リンパ節1例、肺転移3例であった。sm層内における癌浸潤形態の画像解析では、リンパ節転移陽性例の深さは $2.4 \pm 1.4\text{mm}$ 、陰性例の深さは $2.0 \pm 1.2\text{mm}$ 、sm層内癌浸潤部の面積は陽性例 $15.2 \pm 18.6\text{mm}^2$ 、陰性例 $8.6 \pm 9.9\text{mm}^2$ で有意な差はみられなかったが、sm層内癌浸潤部の長径はリンパ節転移陽性例 $7.5 \pm 4.0\text{mm}$ 、陰性例 $5.3 \pm 3.4\text{mm}$ でリンパ節転移陽性例で長かった($P=0.03$)。遠隔転移陽性例のsm層内癌浸潤部の深さは $3.4 \pm 2.0\text{mm}$ 、陰性例は $2.1 \pm 1.3\text{mm}$ で有意差を認めた($P=0.01$)。長径は遠隔転移陽性例 $5.3 \pm 8.4\text{mm}$ 、陰性例 $5.6 \pm 3.8\text{mm}$ 、面積は各々 $12.8 \pm 14\text{mm}^2$ 、 $9.6 \pm 11.9\text{mm}^2$ で差はみられなかった。【結語】大腸sm癌のsm層内癌浸潤部の発育形態を画像解析したところ、リンパ節転移の危険因子としてsm層内浸潤部の長径が有力であった。遠隔転移の危険因子としてsm層内浸潤部が有力であった。

肛門悪性リンパ腫の一例

梅枝 寛、岩田 崇、山崎 学、岩永 孝雄、山本 隆行、野地 みどり、北川 達士、松本 好市
(四日市社会保険病院外科大腸肛門病・IBDセンター)

症例は33歳女性、主訴は肛門痛。家族歴、既往歴に特記すべきこと無し。現病歴は、肛門痛、肛門出血にて近医を受診、診察時に肛門痛が強く診察出来ず。精査目的で近医に入院のうえ、腰椎麻酔下にて手術が施行された。術中所見では、肛門管後方6時の位置に裂肛、7時の位置に見張り疣と内痔核を認め、切除された。切除された一部に異常に硬い部位を認めたため、病理に提出。病理検査で悪性リンパ腫と診断され、当院に紹介された。来院時所見：身長163cm、体重56Kg、眼瞼結膜に異常なし、呼吸音清、心雑音なし、腹部所見に異常なし。肛門診にて、肛門痛あるも、診察可能であり、手術創に硬結をふれた。血液検査では、末梢血液像、生化学検査に異常は認められなかった。腫瘍マーカーはCEA 0.5ng/ml以下、CA19-9 18.3U/mlで正常であった。初回、裂肛、痔核の手術時の病理検査所見で、悪性リンパ腫、B-cell type lymphoma、免疫染色で、CD20が僅かに染色されており、CD20陽性と診断された。切除断端は陽性と診断された。当院における、大腸内視鏡検査、胸部単純・上下腹部造影CT検査では異常なし。頭頸部造影CT検査で異常なし。下腹部造影MRI検査で異常なし。ガリウム腫瘍シンチでも異常なしと診断された。以上の所見より、肛門悪性リンパ腫、非ホジキン (NHL)、B-cell type、Plasmacytoma、CD20陽性と診断された。病期はAnnArBor分類で1期と診断された。以上より、腹会陰式直腸切断術、S状結腸人工肛門造設術を行った。手術病理所見では、前回切除部の周辺および深部 (MPまで) に前回同様の形質細胞様の異形細胞を認めるも手術的には取り切れていた。周囲リンパ節には転移は認められなかった。Malignant lymphoma, B-cell type lymphoma, Lymphoplasmacytic lymphoma と診断された。浸潤がMPまでであること、病理検査で中悪性度と診断されたこと、また術後化学療法は中悪性度以上の場合術後R-CHOP療法が勧められていることから、今回の症例に対してR-CHOP療法を3クール施行した。9カ月後の現在再発無く経過良好である。大腸に発生する悪性リンパ腫は盲腸 (回盲部をふくむ) が7割、直腸肛門部が2割といわれており、肛門原発のものは少ない。またリンパ節原発と比べると、腸管原発悪性リンパ腫は化学療法によくきくといわれており、基本はビンクリスチン、エンドキサン、アドリアマイシン、ステロイドの4者併用療法 (CHOP療法) が標準治療になっている。B型悪性リンパ腫には分子標的薬 (rituximab リツキサン) が有効であり、最近では化学療法と組み合わせてR-CHOP療法として使われることが多い。今回、肛門痛を主訴に発見された、肛門悪性リンパ腫、非ホジキン病 (NHL)、B-cell type、Lymphoplasmacytic lymphoma、CD20陽性の症例を経験した。若干の考察を加え報告する。

右腹直筋皮弁ならびに左薄筋皮弁にて会陰再建術を施行した巨大肛門管癌の1例

竹内 英司¹、宮田 完志¹、湯浅 典博¹、後藤 康友¹、三宅 秀夫¹、長澤 圭一¹、安江 敦¹、大森 健治¹、高橋 崇真¹、三宅 隆史¹、雄谷 慎吾¹、小山 明男¹、田畑 光紀¹、村田 嘉彦¹、林 祐司²、小林 陽一郎¹

(¹名古屋第一赤十字病院外科、²名古屋第一赤十字病院形成外科)

症例は、70歳、男性。2年前より肛門痛が出現するも放置していたが、疼痛増強のため近医受診し、肛門管癌の診断で当科紹介となり、2003年10月入院となった。肛門を中心に10×13cmの多結節状の腫瘤を認め、肛門への指の挿入は困難であった。同部位の生検組織診断で、中分化腺癌と診断された。縦状断MRI検査にても、肛門管を主座とし会陰から骨盤内にかけて巨大な腫瘤を形成し、前方では尿道に浸潤していた。治療に先立ってS状結腸で双孔式の人工肛門を作製した後に、腫瘍に対して44Gyの術前照射とUFTによる化学療法を4週間施行した。縮小率は29%であった。2003年12月、腹会陰式直腸切断術、側方郭清術、尿道合併切除術、外膀胱瘻造設術を施行した。広汎な会陰欠損部に対しては、右腹直筋皮弁ならびに左薄筋皮弁にて会陰再建術を施行した。手術時間は13時間37分、出血量は4135mLであった。術後deep incisional surgical site infectionから創し開をきたし再縫合術を施行、2004年2月には、再建部分の皮膚欠損部に対して植皮術を施行し、改善を認めたため2004年4月退院となった。病理組織学的には中分化腺癌で pAI pN0 H0 P0 M0 f stage2 v1 ly2で放射線治療の効果はgrade1bであった。2005年8月PETにて骨盤内再発と診断され、TS-1による化学療法と放射線療法を施行したが、PDとなり2006年3月原癌死した。術後生存期間は831日であった。

肛門管浸潤4型腫瘍の形態を呈した膀胱癌根治切除後再発例

早田 浩明、滝口 伸浩、山本 宏、永田 松夫、貝沼 修、趙明浩、郡司 久、宮崎 彰成、三上 智子、池田 篤、松本 育子

(千葉県がんセンター消化器外科)

直腸肛門管をびまん性に狭窄し、診断に難化した膀胱癌術後再発の1例を経験したので報告する。症例は65歳の男性。主訴はテネズムス、CA19-9異常値。現病歴：2002年膀胱癌のため術前化学療法後に膀胱精囊前立腺全摘、回腸導管による尿路再建を行った。組織診断での術前化学療法の効果はGrade 2であり、膀胱粘膜面にわずかに癌を認めるのみであった。2005年よりCA19-9の上昇を認め、内科にて精査を行うが、原因はつかめず。2006年9月、CA19-9の急上昇と、下部消化管造影で直腸の進展不良を指摘され、直腸4型腫瘍と診断され当科に紹介された。既往歴は前述膀胱癌のみ。家族歴には特記事項ない。肛門視触診：肛門管から下部直腸全体が弾力性に乏しく硬い。下部消化管内視鏡所見：直腸全体が拡がらず、粘膜の全体的な浮腫を認め、生検での組織診断で低分化腺癌と診断された。以上より4型直腸癌の診断にて2006年9月20日、腹会陰式直腸切断術を行った。術中所見はT3(A)N0P0H0で、肉眼的根治度A手術と判断したが、直腸前壁側は前回膀胱精囊前立腺全摘術のためと思われた癒着が強固であった。術後20日後に退院した。切除標本肉眼所見：肛門管から口側に12cmまでの境界不明瞭な全周性の壁肥厚と粘膜面の腸管軸と同方向の皺を認めるが、潰瘍形成などはない。4型腫瘍と判断した。切除標本組織学的所見：metastatic urothelial carcinoma, type 4, pA(>20mm), pRM1, INF c, ly2, v2, n(+)。免疫染色にてCK7(+), CA19-9(+))であったことから肛門管内の扁平上皮領域まで浸潤した広範囲な膀胱癌原発の転移性癌と診断された。術後CA19-9は減少したが、正常値化せずに再上昇し、泌尿器科外来にて膀胱癌化学療法を行ったところ正常値になり、術後6ヶ月現在画像所見的に再発兆候はない。泌尿器科領域悪性腫瘍根治切除後における肛門管浸潤再発癌切除例は経験がなく、若干の文献的考察を加えて報告する。

肛門管腺癌、鼠径リンパ節転移にて腹腔鏡下直腸切断術＋鼠径リンパ節郭清を施行した1例

山口 高史、畑 啓昭、小木曾 聡、大谷 哲之、大和 俊夫、土屋 宣之、植弘 奈津恵、稲本 将、西川 元、小泉 欣也

(京都医療センター外科)

【症例】80歳男性。【現病歴】平成17年11月前医にて肛門腫瘍切除を受けた。肛門管内より肛門外へ突出する2cm大の隆起性病変で生検では高分化腺癌であった。経肛門的に全切除され、病理検査では低分化腺癌、pA,ly2,v0であったが断端は陰性であった。直腸切断術など追加腸切除の必要性の説明は受けずに経過観察されていた。平成18年3月、CTにて直腸周囲のリンパ節腫大と、右鼠径リンパ節の腫大を認めた。PETでは同部位のリンパ節は陽性であった。肛門管癌のリンパ節転移再発と説明を受け、がん専門病院のセカンドオピニオンを受けたが、全身化学療法を勧められた。その後当院のセカンドオピニオンを受けるため受診。【既往歴】30年前虫垂切除。6年前胃腫瘍のESDにて穿孔し開腹ドレナージ術。4年前前立腺肥大にてTUR-P。【身体所見】直腸診では腫瘍を触れず。右鼠径部に2.5cm大の可動性のある硬結を触れた。【血液検査】CEA,CA19-9は正常。【画像診断】大腸内視鏡検査では異常所見なし。骨盤CTにて直腸間膜内に最大2.8cm、右鼠径部に2.5cm大のリンパ節腫大を認めた。胸腹部CTにて肺転移、肝転移は認めなかった。【総合診断】肛門管癌、T3(局所切除後)、N2、M0、ステージ3C(TNM分類)。全身状態は良好でPS0であり、根治術可能と判断した。【手術】平成18年5月、腹腔鏡下直腸切断術、右下腹神経合併切除、prxD3、latD1郭清、右鼠径リンパ節郭清を施行。手術時間6時間35分。出血量少量。【病理診断】歯状線をまたいで局所切除後の癒着と粟粒大の結節を認めたが、残存腫瘍は認めなかった。No251リンパ節に3個の転移、右鼠径リンパ節に1個の転移を認めた。組織型は低分化腺癌であった。【術後経過】術後経過は良好で術後21日目に退院となった。術後3週間目よりUFT＋ロイコボリン療法を5クール施行。術後1年目の現在再発所見を認めていない。【考察】肛門管腺癌の鼠径リンパ節転移は遠隔転移ではなく、所属リンパ節転移であり、手術的切除が第一選択である。今回、肛門管腺癌、直腸周囲リンパ節転移、右鼠径リンパ節転移にて腹腔鏡下直腸切断術＋右鼠径リンパ節郭清を施行、根治術を成し得た症例を経験した。術後1年目の現在再発所見を認めていない。

Pagetoid spreadを伴った直腸癌の1例

片岡 昭彦、高橋 典彦、富岡 伸元、船越 徹、川俣 太、藤堂 省
(北海道大学消化器外科・一般外科)

肛門管にかかる直腸癌では時に pagetoid spread を伴うことがある。術前に肛門皮膚のびらんなどから推測されることもあるが、本例は術前診断が困難だった。

症例は67歳女性。2003年1月、子宮頸癌の術前検査で直腸癌の併存を認めた。Rb主体でPにかかる20mm大の表面隆起型腫瘍で、生検ではwell differentiated adenocarcinoma、深達度はEUS所見と合わせsm massiveとおもわれた。同年3月子宮広汎切除術と腹会陰式直腸切断術D3郭清を同時に行った。

病理組織所見では子宮頸癌はpStage3a。直腸癌はwell differentiated adenocarcinoma (signet-ring cell carcinomaを伴う)、pMP、ly1、v2、pN2 (規約第7版ではpN1)、ow (-)、aw (+) 広汎な pagetoid spread を伴うためほぼ全周で断端陽性、ew (-)、pStage3b (規約第7版ではpStage3a) であった。追加切除の方針とし、会陰創より1cmの0時、3時、6時、9時の皮膚生検を行い、腫瘍性病変を認めなかった結果より、会陰創より約2cm周囲の皮膚を切除した。同皮膚に腫瘍細胞を認めたが断端は陰性であった。

術後は大腸癌に対する補助化学療法を行った。PMCを2年間施行し、1年間の予定でUFT-Eを与薬していた術後2年6カ月目の膣分泌物細胞診でsquamous cell carcinomaを認めた。さらに術後3年目にCEAとALPの上昇があり、PETにて多発骨転移が確認された。術後3年3ヶ月で死亡、直腸癌再発によるものと考えられた。

肛門管にかかる悪性病変2例

北園 正樹、桜井 俊英、小川 信、中馬 豊、石澤 隆、愛甲 孝
(鹿児島大学腫瘍制御学消化器外科)

我々は過去3年間に癌以外に肛門管にかかる悪性病変2例を経験した。【症例1】75歳、女性。2000年2月肛門を中心として色素沈着を伴うびらんと浅い潰瘍形成が認められ、組織生検にてBowen病と診断された。CTでは明らかな骨盤内リンパ節転移なく比較的局限していたため、手術は局所切除(肛門管・直腸粘膜剥去術)、皮膚皮弁による肛門形成(V-Y flap)施行した。最終病理の結果ではsquamous cell carcinoma (Bowen carcinoma)、深達度sm、ly0、v0と脈管浸潤もなく断端も病理検査にて陰性であった。その後フォローアップされていたが2005年のCTにて骨盤内側方に直径35mm大の腫瘍形成を認め再発が疑われた。肛門部の所見では皮膚皮弁による癒痕形成から肛門狭窄が認められた。また下部直腸左後壁に硬い腫瘍を触れた。内視鏡上は粘膜面は異常なく、外からの圧排所見のみであった。腹部エコーでは直腸左側に直径40mm大のlow echoic massとして描出される腫瘍を認め、リンパ節再発が最も疑われた。2005年12月腹会陰式直腸切断術を施行した。最終病理では腫瘍はリンパ節再発と考えられ、著しい静脈侵襲も認められた。現在再発の兆候なく健在である。【症例2】75歳、男性。貧血を主訴に精査したところ肛門管に大きさ約1cm大の腫瘍が認められたため近医にて経肛門的に腫瘍切除術施行。組織診断では異型リンパ球の均一、びまん性な増殖と粘液をふくむ大型な細胞が認められた。悪性リンパ腫とパジェット病の合併という診断であり、断端陽性であった。追加切除のため当科入院し精査したが、CTにて骨盤内左閉鎖孔に一致して直径44mm大の腫瘍を認めた。リンパ節転移或いは悪性リンパ腫の可能性を考え、2006年10月肛門部皮膚追加切除+閉鎖孔リンパ節郭清を施行した。閉鎖孔のリンパ節は術中迅速組織診では悪性リンパ腫という診断であった。最終病理にて閉鎖孔のリンパ節は低分化腺癌の転移という診断であった。初回手術時に摘出された肛門部腫瘍を再度病理学的に検討したところ、低分化腺癌・悪性リンパ腫・パジェット病の3病変の合併を認めた。再手術(直腸切断術)も検討したが、全身状態を考慮し、追加療法として骨盤放射線照射(total 40Gy)+化学療法(UFT+ロイコボリン)を施行した。【まとめ】2例の比較的稀な肛門管の悪性腫瘍を経験したが、肛門管にかかる病変では側方へのリンパ流が存在するため、側方リンパ節転移再発に注意が必要である。

肛門管に伸展した直腸LSTに対しESD(Endoscopic submucosal dissection)併用経肛門の腫瘍切除を施行した3症例

山口 裕一郎¹、池原 久朝¹、大竹 陽介¹、滝沢 耕平¹、蓮池 典明¹、松林 宏行¹、乾 哲也¹、小野 裕之¹、斎藤 修治²
(¹静岡県立静岡がんセンター内視鏡科、²静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

【背景】早期直腸癌の治療は肛門機能の温存を考慮した治療法が必要であり、内視鏡的粘膜切除術 (EMR・ESD)、経肛門の腫瘍切除、TEM(=transanal endoscopic microsurgery)などが選択肢として考えられる。肛門管近傍または肛門管へ伸展する病変に対しては、内視鏡的アプローチが困難であり、経肛門の腫瘍切除が選択される。一方、LSTなどの腫瘍径の大きな病変では経肛門的アプローチは口側の視野確保が難しく口側断端の確保が困難な場合がある。今回我々は肛門管へ伸展する直腸LST病変に対して、ESD併用経肛門の腫瘍切除を施行した3例を経験したので報告する。【方法】ESDにて病変の口側から剥離を開始し、肛門管近傍まで剥離を逐えた時点で腰椎麻酔を行い経肛門の腫瘍切除術にて肛門側の切除を行った。【結果】病変の内訳は0-IIa(LST-UNI)が2病変、0-Is+IIa(LST-MIX)が1病変で、3病変とも直腸Rbを主座とし肛門管への伸展を認めていた。平均腫瘍径は60.3mmで、平均切除時間は158min(range; 144-179)であった。3例ともone pieceにて切除可能であったが2例で病理学的に肛門側側方断端の評価が困難であった。3症例とも術後疼痛は軽微であった。瘢痕を有する1例で経肛門の腫瘍切除の際に一部筋層切除となり、術後遅発性穿孔を認めた。【考案】肛門管へ伸展する早期直腸癌に対してESD併用経肛門的腫瘍切除を行った3例を経験した。大きな直腸腫瘍に対する経肛門の腫瘍切除術において、口側側方断端の切除がESDの併用により容易に施行可能であった。また、術後疼痛も軽微であり本法は肛門管へ伸展する早期直腸癌に対して有用な治療手技となる可能性が示唆された。しかし、肛門側腫瘍断端確保の手技の向上が今後の課題と思われた。

肛門周囲皮膚にPagetoid spreadを伴うsm肛門管腺癌に対してIntersphincteric resectionを施行した1例

岩本 一亜¹、斎藤 俊博¹、鈴木 博義²、武田 和憲¹、手塚 文明²、菊地 秀¹
(¹国立病院機構仙台医療センター外科、²同病理)

症例は44歳女性、主訴は排便時痛および出血。既往歴は胆石症。現病歴は平成16年10月肛門痛および出血みられ近医受診し、肛門に皮膚糜爛を指摘され保存治療を行っていた。症状の改善しないため平成17年6月肛門科受診し肛門Paget病を疑われ当院紹介となる。大腸内視鏡検査にて直腸にIIB早期癌および肛門管9時方向にIIc病変確認され生検で中分化腺癌と診断された。直腸癌に対しEMR施行し、中分化腺癌(断端陽性)の所見であった。直腸癌、肛門管癌およびpagetoid spreadの診断で当科紹介となる。腫瘍マーカーはCEA 1.3, CA19-9 0.6、直腸指診上肛門管9時方向に1cm弱の浅い潰瘍病変触知し、両側の鼠径リンパ節は触れず画像上もリンパ節転移はみられなかった。評価目的で経肛門の腫瘍摘出手術施行し、病理組織学的に中分化腺癌、sm2, ly2, v0, pw(-), dw(-), ew(-)の診断であった。Pagetoid spreadを含め根治手術目的にてIntersphincteric resection、両側自律神経温存側方郭清、diverting ileostomyおよび肛門周囲皮膚広範囲切除術、植皮移植手術を施行した。病理組織診断では直腸EMR部の粘膜下に一部遺残病巣を認め、肛門管の切除瘢痕部には遺残はなかった。皮膚には肛門管癌瘢痕部より肛門側粘膜に上皮内浸潤がみられ皮膚にPagetoid spreadの所見がみられた。右外腸骨リンパ節に2個の転移が確認された。直腸粘膜下および肛門周囲皮膚伸展を伴った肛門管癌: IIc, sm2, ly2, v0, n3(293R+), pw(-), dw(-), ew(-)であった。平成18年2月人工肛門閉鎖術および左鼠径リンパ節郭清を行い、292Lに低分化腺癌転移(2個)を認めた。平成18年9月右鼠径リンパ節郭清を施行し、低分化腺癌(1個)を認めた。術後1年間Adjuvant chemotherapyとしてTS-1(100mg/日)を内服させたが、現在再発はみられていない。排便機能に関しては一過性に便失禁みられたが改善している。しかし、移植肛門皮膚に知覚鈍麻を認める。Paget's diseaseは肛門周囲の進行性湿疹病変を特徴とし、組織学的に表皮内に大型の細胞質を有する腫瘍細胞がみられ、乳房以外では肛門周囲に約5%の頻度である。Perianal Paget's diseaseには付属腺原発と直腸癌・肛門管癌に伴うPagetoid spreadがあり、本症例は後者と考えられた。Pagetoid spreadを伴うsm肛門管癌に対し経肛門的腫瘍切除を先行し病理学的評価を行った後、内括約筋合併切除括約筋温存手術を施行したが、側方リンパ節転移ならびに鼠径リンパ節転移がみられ重要なfollowが必要と考えられた。

術前放射線化学療法を施行した肛門管悪性腫瘍の2例

大木 進司、立花 和之進、左雨 元樹、岩館 学、中村 泉、竹之下 誠一

(福島県立医科大学第二外科)

(はじめに) 肛門管悪性腫瘍は、その発生母地から多彩な組織型を呈し、それによって治療戦略も異なる。欧米においては扁平上皮癌が主体であり、放射線を中心とした治療プロトコールがほぼ確立されている。一方、本邦においては腺癌が多くを占め、下部直腸癌に準じた治療が行われているのが現状である。しかし肛門管癌は局所再発やソケイ部リンパ節転移など、特徴的な再発進展形式を有している。我々はこれまで進行・再発直腸癌に対する放射線化学療法を含めた集学的治療について報告してきた。今回術前に放射線化学療法を施行した肛門管悪性腫瘍を経験したので報告する。(症例1) 63歳、男性。肛門部の腫瘍を主訴に受診。生検ではGroupV, mucinous adenocarcinomaと診断された。全身検索では遠隔転移は認めなかった。UFT/LV療法を併用し術前放射線治療を行った。Grade2以上の有害事象は認めなかった。40Gy照射後、3週間のインターバルをおき腹会陰式直腸切断術をおこなった。側方郭清およびソケイ部リンパ節郭清を併施した。病理：肛門腺由来のmucinous adenocarcinoma, P0, H0, a, n(-) stage IIであった。放射線の組織学的効果はgrade 2であった。術後2年経過したが再発は認めていない。(症例2) 81歳、男性。肛門部の腫瘍を主訴に受診。肛門部に小指頭大の腫瘍およびソケイ部リンパ節腫大を認めた。大腸内視鏡にてRbに3型進行癌を認めた。リンパ節の細胞診も含めてすべてadenocarcinomaと診断された。UFT/LV療法を併用し術前放射線治療を行った。Grade2以上の有害事象は認めなかった。40Gy照射後、3週間のインターバルをおき腹会陰式直腸切断術をおこなった。側方郭清およびソケイ部リンパ節郭清を併施した。病理：mucinous adenocarcinoma。肛門部の腫瘍はRb直腸癌からの mural metastasisと診断された。P0, H0, a, n3(+), M1(292lt) stage IVであった。放射線の組織学的効果はgrade IIであった。術後2年経過したが再発は認めていない。(まとめ) 肛門管の悪性腫瘍の中で扁平上皮癌以外は治療プロトコールが確立していないのが現状である。近年、腺癌に対する放射線治療の有用性も報告されており、放射線化学療法を含めた集学的治療によって、局所再発の抑制および生存率の向上が期待される。今後、症例を集積と治療プロトコールの確立が重要と考える。

外科的肛門管にかかる超低位悪性腫瘍に対する肛門機能温存術

堀田 司、瀧藤 克也、横山 省三、松田 健司、東口 崇、富永 敏治、奥 喜全、那須 亨、田村 耕一、山上 裕機

(和歌山県立医科大学第2外科)

外科的肛門管近傍の超低位悪性腫瘍では、永久人工肛門造設を伴う直腸切断術が標準手術法になっていた。これに対し、近年内肛門括約筋切除(Intersphincteric resection: ISR)による肛門機能温存根治術が普及しつつある。今回、ISRについての成績を検討した。2003年6月から2007年3月まで施行した外科的肛門管にかかる下部直腸癌に対するISR 8例について検討した。年齢は平均70±9歳(57-81歳)、男女比4/4、主訴は下血5例・便潜血陽性1例・排便異常2例で、腫瘍の肉眼型は1型1例・2型4例・3型1例・IIa 2例であった。腫瘍最大径は平均28.1±7.0mm(20-40mm)で、術前深達度診断はSM3例・MP2例・A3例であった。術式はTotal ISR 5例(1例J pouch作成)・Partial ISR 3例(1例J pouch作成)で、Diverting stoma(回腸瘻)造設・自律神経温存・左結腸動脈温存を施行し、DMは平均19.0±2.6mm(15-22mm)であった。手術時間平均339±68分(248-424分)、出血量平均510±331ml(35-1080ml)で、輸血は1例自己血400ml施行した。リンパ節郭清は、長軸方向D2・中枢方向はD2 1例D3 7例・側方郭清は2例施行した。組織型は高分化型6例・中分化型2例で、深達度はm 1例・sm 2例・mp 3例・a 2例であった。リンパ節転移はn0 7例・n1 1例で、進行度はTNM stage 0 1例・stage 1 4例・stage 2A 2例・stage 3A 1例であった。脈管侵襲はly0 6例・ly1 1例・ly2 1例、v0 4例・v1 0例・v2 1例であった。術後合併症は肛門粘膜脱2例・麻痺性イレウス1例・左大腿神経麻痺1例認められた。術後入院期間は平均14±4日(10-21日)、癌の再発は認めていない。マノメトリー肛門内圧測定を施行した3例では、Resting pressureは術前20.7±9.0mmHg・Diverting stoma閉鎖前22.0±10.6mmHg、Squeezing pressureは術前68.3±34.0mmHg・Diverting stoma閉鎖前60.7±8.3mmHgと著変は認めなかった。しかし、Diverting stoma閉鎖後1ヶ月のTotal ISR症例は、Wexner排便スコア16点の高値を示し、常にオムツなどあてものを必要としている。Diverting stoma閉鎖後1年経過したTotal ISR症例は下痢状の排便1-2回/日で夜間soilingを認めている。Diverting stoma閉鎖後2年半経過したTotal ISR症例は下痢状の排便4回/日、夜間soilingも認めない。Diverting stoma閉鎖後3年半経過したPartial ISR症例は排便回数1回/日、夜間のsoilingも認めていない。時間の経過とともに排便機能が回復すると考えられた。

ISRを施行した11例の検討

佐村 博範、野里 栄治、新垣 淳也、豊田 亮、長浜 正吉、友利 寛文、西巻 正
(琉球大学第一外科)

【目的】当院では超低位前方切除術で対処できない低位直腸癌に対して2003年までは全例腹会陰式直腸切断術を施行してきた。2004年より内括約筋切除術（以下ISR）を導入したので、その結果より同術式の妥当性を検討する。【対象・方法】外肛門括約筋及び肛門挙筋に浸潤のない（cMP）症例で中・高分化癌症例を適応とし、患者側条件としてAPRに比べ再発のリスクが高い可能性が有ること及び術後肛門括約筋不全から再手術（永久人工肛門造設術）が必要な可能性があることを理解しなおかつ肛門温存を希望した症例を手術対象とした。手術は腫瘍下縁より2cmの部位までの腸管を切除し、上方はcMP症例は3群郭清、cSM症例は2群郭清を施行し、適応症例（cN(+)）のみ側方郭清を追加した。結腸肛門吻合は側端吻合を施行した。全例一時的回腸人工肛門造設術を併施し、術後補助化学療法を要しない症例では術後3ヶ月以降に人工肛門閉鎖術を施行し、補助化学療法を要する症例では補助化学療法終了後に人工肛門閉鎖術を施行した。術前の進達度診断は注腸検査、CT、MRI及び経肛門超音波検査で評価し、術後の肛門機能は肛門内圧検査で評価した。【結果】2007年3月までにISRを施行した症例は11例であり、平均年齢は61.1歳（51-75）であった。症例の内訳は初発直腸癌9例、直腸カルチノイド1例、術後局所再発1例であった。施行術式はpartial-ISR 9例、subtotal-ISR 1例、total-ISR 1例であった。術後合併症は腸管壊死が2例（永久人工肛門造設術を施行）、人工肛門関連合併症が2例あり、例神経因性膀胱を4例、性機能障害を2例、術後肛門痛を2例で認めた。人工肛門閉鎖術は、5例に施行した。1例で術後ADLの低下を認め家族の希望で閉鎖できず、3例は術後3ヶ月が経過したところで人工肛門閉鎖術を予定するところである。人工肛門閉鎖後の排便状況は1例（total-ISR）を除き3～8回/日で便漏れは無い状態である。total-ISRを施行した1例は人工肛門閉鎖前の最大静止圧が9.0mmHg、最大随意収縮圧が33.5mmHgと悪く、人工肛門閉鎖後は止痢薬で管理している。便漏れが有るためPadを要する状態であるが、肛門周囲の皮膚炎はない状態である。【考察】現時点で局所再発は認めていないが、まだ術後十分な観察期間が経過しておらず、癌治療の観点から考察することはできないと考える。直腸肛門機能の面でpartial-ISRは機能温存が可能であった。

肛門管にかかる直腸腫瘍に対するESDの有用性

桐山 真典¹、斎藤 豊¹、浦岡 俊夫^{1,2}、福澤 誠克^{1,3}、松田 尚久¹

(¹国立がんセンター中央病院内視鏡部、²岡山大学大学院医歯薬総合研究科消化器・肝臓・感染症内科学、³東京医科大学消化器内科)

【背景】肛門管にかかる直腸腫瘍は、その解剖学的特徴から、従来は経肛門の切除や経肛門の内視鏡下顕微鏡手術（TEM）が施行されてきた。近年、内視鏡の粘膜下層剥離術（ESD）が大腸病変にも施行され、当院では1998年2月から大腸腫瘍性病変に対しESDを施行している。直腸病変に対しても積極的にESDを施行しており、肛門管にかかる直腸病変の治療成績を検討した。【対象と方法】1998年2月から2007年4月の間に当院でESDを施行した直腸腫瘍84病変のうち、肛門管にかかる直腸腫瘍11病変を対象とし、肉眼型・腫瘍径・切除標本径・ESD施行時間・入院期間・一括切除率・偶発症について検討した。【工夫】通常、局注剤にはグリセオール・ヒアルロン酸混合液を使用している。一方、肛門管にかかる病変では治療中・後に疼痛を訴える症例が多い。そのため、当院ではESD施行時、肛門管粘膜下層に局所麻酔剤（リドカイン）を混合した局注剤を注入し、疼痛コントロールに努めている。また剥離の手順としては、基本的に反転操作時に遠位側となる肛門側を先にトリミング後、口側の切開剥離を行っている。【結果】ESD施行直腸腫瘍84病変の内訳は、Rb：54、Ra：15、Rs：15例であった。対象の肛門管にかかるRb-P病変は11例（Rb病変のうち20%）であった。病変の形態はIs + IIa（LST-G）7例、Is + IIc 1例、遺残再発病変3例（経肛門の切除後再発2例および前医EMR+TEM後再発1例）であった。腫瘍径は平均49.4（20～115）mm、切除標本径は平均52.5（23～120）mmであった。平均治療時間は平均138.5（15～300）分であった。術中ミダゾラム使用量は平均8.3（2～19）mg、ペントゾシン使用量は平均18（0～30）mgであった。全例で一括切除可能であり、偶発症（穿通・皮下気腫・後出血・術後狭窄）は認めなかった。また入院期間は平均4.9（4～5）日間であった。切除標本の病理組織診断では高分化腺癌7例、腺腫3例、扁平上皮癌1例であった。腺癌7例全例が粘膜内癌であり、ly0、v0、por（-）であった。扁平上皮癌1例は深達度sm1（400μm）であったため、追加化学放射線療法を施行した。術後経過は全例良好で再発は1例も認めていない（観察期間中央値16ヵ月）。【結論】肛門管にかかる直腸腫瘍に対するESDは一括切除率、安全性の観点から有用な治療手技である。

肛門管にかかる下部直腸癌に対するISRの経験

加藤 成¹、五井 孝憲¹、小練 研司¹、永野 秀樹¹、本多 桂¹、村上 真¹、廣野 靖¹、前田 浩幸¹、飯田 敦¹、片山 寛次¹、山口 明夫¹、今村 好章²

(¹福井大学医学部第一外科、²福井大学医学部付属病院病理部)

肛門管にかかる下部直腸癌（以後、RbP癌）は比較的稀であり、その治療方針について一致した見解は得られていない。今回、我々は、当科において切除したRbP癌症例について検討した。対象は1983～2006年の期間で当科にて外科的切除をうけた大腸癌症例869例の中で、RbP癌の24症例(2.8%)、男女比は17：7、平均年齢は67歳であった。病期別に見るとstage 1：9例、stage 2：2例、stage 3a：4例、stage 3b：4例、stage 4：5例であった。根治術は19例に施行されており、内、2例で再発を認めている。機能温存に関しては、肛門温存が4例、1例は経仙骨の直腸切除、他の3例は内括約筋切除にて肛門を温存し得た。また、自律神経に関しては、AN4：15例 AN2：1例と16例で温存し得た。術前の放射線照射は2例に行われていたが1例は術後24ヵ月後に肺転移で癌死、1例は非根治術(virchow転移陽性)であり術後8ヶ月で癌死した。上記の中で内括約筋切除にて肛門温存し得た3例を提示する。症例1は40代男性。下血を主訴に前医受診し、精査にて直腸癌と診断され当科紹介となる。術前診断は直腸癌Rb, type2, 4.5cm, cA, cN1, cH0, cP0, cM0, stage 3a。内括約筋重切除を伴う超低位前方直腸切除術(D3)を施行、最終診断は直腸癌RbP, type2, 5.5×4.5cm, pA, pN1, H0, P0, M0, stage 3aであった。術後補助療法施行し、術後14ヶ月経過した現在、無再発生存中である。症例2は50代女性。下血を主訴に前医受診し、精査にて直腸癌と診断され当科紹介となった。術前診断は直腸癌RbP, type2, 3.5cm, cMP, cN1, cH0, cP0, cM1(lt.lung), stage 4。内括約筋部分切除を伴う超低位前方直腸切除術(D3)を施行、最終診断は直腸癌RbP, type2, 2.3×2.0 cm, pMP, pN0, H0, P0, M0, stage 1であった。左肺腫瘍に対して胸腔鏡補助下左肺下葉切除術施行し原発性肺癌と診断された(pT2N2M0 stage 3a)。原発性肺癌に対して術後補助療法施行していたが縦郭リンパ節転移及び多発骨転移が出現、術後10ヶ月経過した現在、外来にて化学療法継続中である。症例3は60代女性。下血を主訴に前医受診し、精査にて直腸癌と診断され当科紹介となる。術前診断は直腸癌RbP, type0-1sp, 4cm, cSM, cN0, cH0, cP0, cM0, stage 1。また、早期胃癌(cT1N0M0 stage 1A)も認めていた。内括約筋全切除を伴う超低位前方直腸切除術(D2)及び幽門側胃切除(D1+α)を施行、最終診断は直腸癌RbP, type0-1s, 3.2×1.7cm, pSM, pN0, H0, P0, M0, stage 1及び胃癌pT1N0M0 stage 1Aであった。術後5ヶ月した現在、無再発生存中である。

肛門管にかかる下部直腸癌手術症例の検討

永田 仁、高木 和俊、石塚 満、窪田 敬一
(獨協医科大学第二外科)

近年、肛門管にかかる下部直腸癌症例に対するISR、ESRの開発により、従来腹会陰式直腸切断術が行われてきた症例でも肛門温存手術が可能となる症例がある。当科でも2004年より根治可能な症例にはISRを行い、肛門温存し得た症例を経験している。今回、当科における肛門管にかかる下部直腸癌手術症例について検討を加えた。【目的】当科における肛門管にかかる下部直腸癌手術症例のISRによる肛門温存の可能性の検討。【対象】1993年1月から2007年3月までに当科で施行された下部直腸癌手術症例115例のうち、肛門管にかかり、根治度AもしくはBの得られた36例。【方法】年齢、性別、組織型、壁深達度、リンパ節転移、肛門縁からの距離、手術術式について検討し、肛門温存の可能性について、2003年以前と2004年以後に分け、レトロスペクティブに検討を加える。【結果】ISRを採用していなかった2003年以前の肛門管にかかり、根治度AもしくはBの得られた下部直腸癌手術症例は24例、平均63.5歳で男性14例、女性10例。組織型はtub1が6例、tub2が18例。壁深達度はpMが1例、pSMが0例、pMPが7例、pAが13例、pAIが3例。リンパ節転移はpN0が19例、pN1が2例、pN2が3例、pN3が0例だった。肛門縁からの平均距離は1.4cmで1例に骨盤内臓器全摘術、23例に直腸切断術を施行した。結果的に24例中2例がISRにより、1例が直腸粘膜剥去併用の超低位前方切除により肛門温存可能であった。一方、ISR採用後の2004年以後は12例、平均64.5歳で男性4例、女性8例。組織型はtub1が0例、tub2が11例、mucが1例。壁深達度はpMが1例、pSMが1例、pMPが2例、pAが3例、pAIが5例。リンパ節転移はpN0が4例、pN1が6例、pN2が1例、pN3が1例だった。肛門縁からの平均距離は1.0cmで1例に骨盤内臓器全摘術、8例に直腸切断術、2例にpartial ISR、pMであったmucの1例に直腸粘膜剥去併用の腹腔鏡補助下超低位前方切除術を施行した。他に結果的に肛門温存可能だった症例はなかった。肛門温存を行えた3例のリンパ節転移はpSMの1例にpN1が認められたが、局所の根治性に問題はなかった。また、回腸瘻閉鎖を行った2例についてはsoilingもなく、排便機能も問題なかった。しかし、pMであったmucの1例は術中の播種によると思われる腹膜偽粘液種を術後1年で認め、癌死した。【結語】肛門管にかかる下部直腸癌症例であってもISRの採用により、肛門機能に問題なく、肛門温存が可能な症例が認められたが、慎重な術中操作が必要とされる。

放射線化学療法が著効し局所切除を行った肛門管扁平上皮癌の1例

日向 理、飯野 弥、森 義之、三井 文彦、藤井 秀樹
(山梨大学医学部第一外科)

近年、肛門管扁平上皮癌に対しては放射線化学療法が治療の主体となりつつあるが、手術を含めた治療法にコンセンサスは得られていない。今回肛門管扁平上皮癌に対して放射線化学療法後に局所切除を行った症例を経験したので報告する。症例は51歳、女性。肛門痛を主訴に近医を受診し、肛門管の扁平上皮癌の診断で2006年7月21日に当科に紹介となった。腫瘍はP-Rbの約半周性、2型進行癌で、MRIでは内括約筋へ浸潤し、一部で外括約筋への浸潤も疑われた。また、腫瘍近傍に15mm大に腫大したリンパ節が認められ転移と考えられた。遠隔転移は無かった。腫瘍マーカーはSCC5.23 ng/ml、シフラ4.60 ng/mlと高値を示した。肛門管扁平上皮癌、c-Stage3aの診断で、全骨盤腔に66Gyの放射線照射と照射日毎にTS-1 80mgを併用した放射線化学療法を行った。治療後、腫瘍は著明に縮小し、1.5cmほどの陥凹面を残し周堤は平坦化した。腫瘍マーカーは正常化し、生検でも腫瘍組織は検出されなかった。その後、一時脳梗塞を併発し、その治療のため数ヶ月を要したが、この間も腫瘍の増大はなかった。MRIでは病変部の壁肥厚は消失し、リンパ節の腫大も縮小し内部信号も低下した。しかし、病変部の陥凹所見は変わらなかったため、放射線化学療法から7ヶ月経過した2007年4月24日、経肛門的局所切除術にて病変部を切除した。術後の病理診断では病変はほとんどが線維組織に置換されていたが、内括約筋内のごく一部に腫瘍の残存を認めた。剥離面への浸潤はなかった。患者本人の希望もあり、今後は残存しているリンパ節病変を含めて厳重にフォローしてゆく予定である。

局所進行痔瘻癌に対する集学的治療－TS-1/CDDPによる術前化学放射線療法2例の経験をもとに－

中山 吾郎、小寺 泰弘、藤原 道隆、小池 聖彦、中尾 昭公
(名古屋大学消化器外科)

痔瘻癌は、肛門管悪性腫瘍の6.9～8.2%を占め、全痔瘻の0.1～0.3%に合併するとされる比較的稀な疾患である。特徴として、血行性転移や上方リンパ節転移の頻度が少ない一方で、局所進展が高度でかつ評価が困難な症例が多く、治療戦略には局所制御が最も重要な課題となることが多い。外科的切除では5mm以上の十分な切除断端が必要とされる一方で、切除例の約1/3は切除断端が陽性であったとの報告もあり、さらに再発形式のほとんどが局所再発であることを考慮すると、局所進行例における術前化学放射線療法(CRT)は考慮すべき治療であると考えられる。59回大腸癌研究会アンケート調査集計においても約15%の症例で何らかの補助療法が併用されているが、痔瘻癌に対する化学療法、放射線療法のエビデンスは確立されていないのが現状である。当教室では、TS-1がCDDPとの併用によってより高い奏効率を示すこと、低分化傾向を示す癌腫により高い抗腫瘍効果を示すこと、放射線増感作用を有することなどに着眼し、局所進行痔瘻癌2例に対し、TS-1 + CDDPと放射線療法同時併用による術前CRTを施行した。これにより、腫瘍マーカーの著明な低下や組織学的効果判定上Grade2の効果が得られ、治療切除が可能となった。以下症例を示す。症例1：43歳男性。坐骨直腸窩痔瘻に発した前立腺下縁～尿道周囲組織及び肛門挙筋への浸潤、両側側方・下方リンパ節転移を伴う進行痔瘻癌(低分化腺癌、cStage 3b)の診断にて、術前CRTとしてS-1:100mg/body/daily + CDDP:40mg/body/weeklyを3週、両側鼠径領域・骨盤野へ40Gy/20frの照射を施行。腫瘍マーカーは著明に低下し、術前治療から1ヵ月半後に腹会陰式直腸切断術及び右腹直筋皮弁による再建術を施行した。組織学的効果判定はGrade 2で、5mm以上マージンをもって切除断端が確保された。症例2：69歳男性。坐骨直腸窩痔瘻に発した仙尾骨への浸潤を伴う局所進行痔瘻癌(粘液癌、cStage 3a)の診断にて、同様のCRTを施行し、腫瘍マーカーは著明に減少した。術前治療から1ヵ月半後に腹仙骨式直腸切断術を施行した。組織学的効果判定はGrade 1で、pRM0が確保された。今回、これらの経験をもとに、国内外での痔瘻癌に対する術前CRTの現状を考察し、進行痔瘻癌の治療戦略について考える。

放射線化学療法が奏効した肛門管扁平上皮癌の3例

亀山 仁史¹、瀧井 康公¹、船越 和博²
 (1新潟県立がんセンター新潟病院外科、2新潟県立がんセンター新潟病院内科)

【目的】直腸扁平上皮癌は稀な腫瘍であり、本邦ではその治療法についてコンセンサスが得られていない。今回我々は肛門管にかかる直腸扁平上皮癌に対して放射線化学療法(CRT)が有効であった3例を経験したので報告する。【症例1】39歳女性。平成17年1月に右鼠径リンパ節の腫大を自覚して近医を受診した。精査を行い、大腸内視鏡で直腸Rb-PにSMT様の腫瘍を認め、生検でSCCと診断された。腫瘍マーカーはCEA2.8ng/ml、SCC8.2ng/mlであった。腹部骨盤CTでは直腸前壁に25mm大の腫瘍を認め、右鼠径部には43mm大の腫瘍が指摘された。FDG-PETでも右鼠径リンパ節に集積がみられた。右鼠径リンパ節転移を伴う直腸扁平上皮癌としてCRTを行った。治療内容は、全骨盤領域46Gy、右鼠径部60Gyの照射と5FU 250mg/m² 24h day1-5、CDDP 3mg/m² day1-5、6週間(low dose FP療法)とした。CRT後、放射線腸炎がみられたが保存的治療で改善した。治療後、原発巣はCRとなった。リンパ節はPRと判定、その後25ヶ月経過している。【症例2】60歳女性。平成16年12月、肛門痛と便秘を主訴に近医を受診した。大腸内視鏡で直腸Rb-Pに全周性の腫瘍がみられ、生検でSCCと診断された。CTでは左閉鎖リンパ節、左外腸骨リンパ節、傍大動脈周囲リンパ節、縦隔リンパ節腫大が認められ、肝S3にも転移巣を認めた。マーカーはCEA 12.3ng/ml、SCC 5.9ng/mlといずれも高値であった。計50.4Gyの照射とlow dose FP併用治療を行った。治療後に腸炎、皮膚炎などの有害事象を認めたが重篤なものではなかった。治療効果は原発巣はCRであったが、リンパ節についてはSDと判定した。追加治療としてFP療法を4コース行った。初回治療後2年2ヶ月目のFDG-PETで鎖骨上、縦隔リンパ節の腫大が残存していたため、更にUFT/60Gy照射を追加し、現在経過観察中である。【症例3】56歳女性。平成17年12月に血便を自覚して近医を受診した。大腸内視鏡で直腸Rb-Pに2型腫瘍が認められ、生検でSCCと診断された。CT、FDG-PETで直腸周囲リンパ節腫大が指摘された。マーカーはCEA2.4ng/ml、SCC1.1ng/mlであった。計60Gyの照射とlow dose FP併用治療を行った。有害事象は特に認めなかった。治療効果は原発巣がCR、リンパ節もCRと判定した。【結語】欧米では骨盤内に限局した肛門管扁平上皮癌に対する治療としてCRTが確立している。今回の症例には遠隔転移例も含まれていたが、CRTが有効であった。肛門管扁平上皮癌に対する治療戦略としてCRTを考慮に入れるべきと思われた。

当教室における肛門管扁平上皮癌の検討

塩川 洋之、船橋 公彦、小池 淳一、斉藤 直康、栗原 聡元、白坂 健太郎、後藤 友彦、寺本 龍生
 (東邦大学医療センター大森病院一般・消化器外科)

(目的)肛門および肛門管の悪性腫瘍は通常の大腸癌に比べて病態や組織型が多様であり、その組織型や占拠部位によって治療法も大きく異なる。その中で、肛門部の扁平上皮癌に対する治療の第一選択は放射線療法が一般的である。今回、当教室で経験した扁平上皮癌5例の治療成績を検討した。(対象)2000年1月から2006年12月まで当教室で経験した肛門管扁平上皮癌と診断された5例。(結果)男性1例、女性4例、平均年齢67.4歳、主訴は肛門痛3例、脱肛1例、無症状1例であった。来院時、肺転移・肝転移・鼠径リンパ節転移は全例に認めなかったが、骨盤CT・MRI上直腸周囲リンパ節腫脹を1例に認めた。治療前生検にてSCCと診断されたのは4例、SCC系の腫瘍と診断されたのが1例であった。治療は、第一選択として4例に放射線化学療法が、1例に経肛門的局所切除術が選択された。放射線化学療法の4例のうち、1例は治療経過中に肛門痛が増強したため生検したところSCCを認めたため治療開始後8ヶ月にAPRを施行し現在無再発生存中である。また1例は画像上PRをきたしたが13ヵ月後に腹腔内リンパ節・肺転移をきたし治療開始後2年4ヶ月で原癌死した。現在、無再発生存は4例(平均観察期間58.8ヶ月)である。そのうち放射線化学療法を施行するも原癌死した症例の経過について述べる。症例：66歳 女性。平成16年2月肛門痛・下血を主訴に当院受診、CFにて肛門管に2型の腫瘍を認め生検にてSCCと診断された。腫瘍マーカーはSCC 58ng/dlと高値を示し、胸腹部CT検査では肺・肝・両鼠径部リンパ節転移は認めなかったが直腸周囲リンパ節の腫脹を認めた。肛門管扁平上皮癌の診断のもと、放射線療法計60GとCDDP10mg1+5-FU1000mg×5日を1クールとした化学療法を合計2クール行いSCCも正常値となった。外来にて経過観察していたが、再びSCCの上昇とともに腹腔内リンパ節・肺転移を認め放射線化学療法を加えて行ったが効果なく、治療開始後2年4ヶ月に死の転帰をとった。(考察)肛門管由来のSCCは放射線感受性も高く、鼠径部や骨盤内リンパ節転移に対しても高い抗腫瘍効果が得られている。そのため、より侵襲が少なく治療後のQOLも良好な放射線療法が第一選択とされる場合が多い。しかし、その一方で本症例のように放射線化学療法に対して一見抗腫瘍効果が得られていたと思われた病変が、後に根治不可能な形で再燃し不幸な転帰をとる症例もある。肛門扁平上皮癌は症例も少なく、放射線化学療法の治療効果の評価も難しいことから症例を蓄積しての検討が必要であると考えられた。

肛門管にかかる直腸癌に対する夜間化学療法を同期させた術前放射線温熱療法

深澤 孝晴、浅尾 高行、山内 逸人、田部 雄一、斎藤 加奈、山口 悟、堤 莊一、桑野 博行
(群馬大学大学院病態総合外科)

【はじめに】直腸癌に対する術前放射線療法が標準療法として認められている欧米に比べ、本邦では手術療法が中心で術前療法は一般的でない。我々は1991年より段階的に化学療法、温熱療法の併用、照射量の増加と平行して、照射野を腫瘍近傍に局限することで合併症の減少と効果の増強を検討してきた。肛門管にかかる直腸癌に対して施行した術前療法の効果と安全性につき報告する。【対象・方法】EUS、MRIにて進行癌と診断された下部直腸癌症例に対して術前照射（40-50Gy/20-25fr）、温熱療法（1x/week）併用化学療法（5FU+Leucovorin夜間投与）を行なった。それらの症例のうち病変が肛門管にかかる位置であった12例を対象とした。手術は術前治療6週以降に可能な限り肛門温存術を行なった。症例は平均年齢62歳、男性8例、女性4例であった。【結果】1. 42%にT因子のダウンスレージングが認められた。2. 25%で臨床的CR（画像診断で検出されず、生検で腫瘍細胞陰性）となった。3. 2例は臨床的CRで経過観察中に生検で腫瘍細胞陽性となり手術を施行した。4. 手術例での組織学的効果は、Grade2が42%、Grade3（病理学的腫瘍消失）が17%に認められ、Grade0（無効例）は認めなかった。5. 肛門温存率は33%（経肛門的切除2例、ISR2例）、術後排尿障害は認めず、QOLは良好であった。6. 術前療法による急性有害事象として、食欲不振、下痢、皮膚炎、肝機能障害が認められたがいずれも軽微であった。7. 射精障害を1例、陰浸潤例で直腸陰瘻を1例に認めたが、その他の晩期障害はなかった。8. 平均追跡期間は約580日で12例中原癌死例は1例、肝、肺転移はそれぞれ3例に認めた。【考察】直腸癌に対する照射療法の副作用として、L5までを照射野に入れることによる晩期障害が報告されているが上方向リンパ節を照射野からはずすことにより障害を防ぐことが可能である。また夜間化学療法により組織内濃度と照射を同期させ、さらに低酸素状態を改善する温熱療法を併用した集学的治療により高いCR率が得られた。高い患者QOLが求められる今日、術前放射線化学療法は不可欠の補助療法と思われる。

肛門管癌に対するS-1併用術前放射線療法

西岡 将規¹、栗田 信浩¹、宮谷 知彦¹、東島 潤¹、吉川 幸造¹、本田 純子¹、宮本 英典¹、生島 仁史²、島田 光生¹
(¹徳島大学外科、²徳島大学病態放射線)

【はじめに】進行下部直腸癌では根治性を保ちつつ機能温存を行う必要がある。近年、肛門温存と局所再発率低下のために術前化学放射線療法（以後、CRT）が施行されている。しかしながら日本での直腸癌の術前CRTに関するエビデンスはまだ少ない。われわれは以前に肛門温存のために必要なAWは、術前CRTで縮小した腫瘍下縁から1cmであると報告した。また、下部直腸癌に対するS-1併用術前放射線療法のphase1臨床試験を行いS-1の推奨投与量を80mg/m²/日と決定した。最近、S-1には放射線増感作用があることが報告されており、今回、外来での術前CRT後に手術を行うという集学的治療を施行した肛門管癌について報告する。【対象・方法】2004年3月からCRT後に手術を行った進行下部直腸癌31例のうち、CRT前の腫瘍局在部位が外科的肛門管にかかる16例を対象とした。術前CRTの適応は深達度MP以深またはN(+)。術前CRTは体外4門照射2Gy/日で5日/週を4週間で計40Gy、化学療法はS-1を80mg/m²/日を照射日に内服した。手術はCRT終了後4週間あけて行った。【結果】RECISTではPR7例、SD9例で奏効率は43.8%。CRTの副作用はgrade2の白血球減少が1例、grade3の下痢が1例であった。術式は腹腔鏡下直腸切断術が13例であった。低位前方切除術（ISR）は3例（腹腔鏡下低位前方切除術が1例）で、そのうち2例は経肛門吻合を行った。側方郭清は行わなかった。術前CRTの組織学的効果はgrade1aが3例、grade1bが3例、grade2が8例、grade3が2例で奏効率は62.5%であった。術後合併症は直腸切断術で会陰部創感染を5例に認めた。局所再発を1例、肺転移を1例に認めた。【まとめ】S-1併用による術前放射線療法は十分な抗腫瘍効果があり、安全に外来で施行可能であった。進行肛門管癌でも肛門温存が可能となる場合、腹腔鏡手術を行う場合は術前化学放射線療法は肛門管癌に対する集学的治療の重要な1役を担うと思われた。

肛門管にかかる下部直腸癌に対する術前化学放射線療法

菅隼人¹、鈴木英之¹、鶴田宏之¹、松本智司¹、秋谷行宏¹、進士誠一^{1,2}、松田明久¹、寺西宣央¹、佐々木順平¹、古川清憲²、田尻孝¹

(¹日本医科大学外科、²日本医科大学千葉北総病院外科)

【目的】当科における肛門管にかかる下部直腸癌（腺癌）に対する術前化学放射線療法（以下CRT）の効果を検討した。【症例】平成15年1月より平成19年2月までに当科で手術を行った肛門管にかかる下部直腸癌（腺癌）症例は18例で、そのうち術前にCRTもしくはRTを行ったのは5例（症例1：術前診断cA, cN0, cH0, cM0, Stage II, 症例3：cA, cN1, cH0, cM1（左ソケイLN）, StageIV, 症例4：cA, cN1, cH0, cM0, StageIIIa, 症例5：cMP, cN0, cH0, cM0, StageI）であった。80歳の1例（症例2：術前診断cT2, cN0, cM0, Stage II）は高齢であるため術前放射線療法のみを行った。放射線照射量は計20～40Gyで症例1, 3～5には5-FU 500～600mg/body/day, CDDP 10mg/body/dayをday1～5に経静脈的に投与した。照射終了3～5週後に画像検査にて効果判定を行った。5症例とも効果判定SDで症例1, 2, 3に対し腹会陰式直腸切断術、症例4, 5に対しては内肛門括約筋切除術（ISR）を行った。CRTによる重篤な有害事象は認められなかった。（症例1）CRT終了3週後に直腸切断術を試行した。病理検査ではtub1, pA, ly1, v0, pN1（No.251：1/3）。術後1年経過後のCTで再発所見なし。（症例2）術前放射線治療（40Gy）のみを行い照射終了5週後に直腸切断術を試行。病理検査ではtub1, pMP, ly0, v0, pN0。術後9ヵ月後の胸部CTで肺腫瘍を指摘されたが、転移か原発かの鑑別のための精査は高齢のため希望せず、現在まで無治療で経過観察中。（症例3）77歳、女性。CTで左ソケイLN（292L）の腫大を認めた。左ソケイ部照射を含めたCRTを試行したが20Gy照射後に患者が治療を自己判断により中止。その6週後に直腸切断術を行った。病理検査ではtub2, pA, ly2, v1, pN2（No.251：4/10, 側方LN・292Lは転移なし）。（症例4）術前CRT（照射31.2Gy）終了7週後にISRを行った。病理検査ではtub1, pA, ly2, v3, pN3（No.251：0/13, No.252：2/28, No.253：0/22, No.263D：2/7）, 切除断端陰性。（症例5）術前CRT（照射40Gy）終了5週後にISRを行った。病理検査ではtub1, pSM, ly0, v0, pN0, 切除断端陰性であった。StageIVの症例3は術後10ヶ月で死亡したが他の症例は生存中（観察期間9～41ヶ月）である。【考察】全体としてCRTの組織学的効果判定はGradeIb～2で、手術標本の病理検査で側方リンパ節転移例もあり、縮小術式の選択については慎重であるべきと思われる。

進行下部直腸癌に対する5'-DFURと術前放射線化学療法

岩本慈能、吉岡和彦、向出裕美、岡崎智、中根恭司
(関西医科大学校方病院消化器外科)

【目的】進行下部直腸癌患者に対する、5'-DFURと放射線の術前併用療法の本療法の有効性と安全性を検討する。【対象症例】下部直腸癌（Rb-P）で術前造影CTにて固有筋層を超えて浸潤がある症例でPS0-1、各種臓器機能が保たれており書面にて同意が得られた症例を対象とした。【治療計画】放射線：2Gy/day×5d/week×4week(40Gy, level 1), 1.8Gy/day×5d/week×4week+boost(50.4Gy, level2)。上記を1コース施行し、4～6週後に手術を行う。5'-FURD(400-800mg/m²/day)はday1-day28で連続投与。効果判定は化学放射線療法終了後2-3週目に造影CTにておこなった。手術は根治切除可能と判断された症例では側方郭清を行い、術中迅速病理検査にてaw(-)と判断された場合は括約筋温存術式を選択した。術後補助化学療法はstage3a以上に行った。【結果】5'-FURDは投与量533mg/m²/dayより開始し3例の登録にて化学放射線療法の安全性が確認されたのち800mg/m²へ増量、3例の安全性が確認されたため5'-DFURの推奨投与量800mg/m²とした。またDLTに達しなかったため放射線量の増量をおこなった。有害事象はG2のHb減少(17.4%:4/23)、G2の皮膚炎(26.1%:4/17)であった。奏功率は86.9%(20/23)であった。20例に手術が施行された(APR:9例, ISR:4例, LAR:7例)。SCCの1例はpCRであったので経過観察としたが腫瘍の再増大を認めたためAPRを施行した。術後合併症は創部感染2例、縫合不全1例、骨盤内膿瘍を1例認めた。組織学的効果判定ではGr1a 2例、Gr1b 6例、Gr2 12例、Gr3 3例であった。現在RDにて症例を集積中である。評価可能となった括約筋温存手術9例でのWexner ScoreはLAR0-8, ISR4-14であった。【まとめ】最近のメタアナリシスでは術前放射線化学療法は5年生存率では有意差は認められなかったとしているが、局所再発を制御することや括約筋温存術が選択可能になることによりQOLの向上に寄与すると考えられる。しかしながら、放射線治療が括約筋機能低下に関与することは考慮しなければならない。

pSM 癌の治療 - 内視鏡的摘除後の外科的切除症例の検討

森 義之、飯野 弥、三井 文彦、日向 理、藤井 秀樹
(山梨大学医学部第一外科)

【目的】大腸内視鏡的摘除が施行された単発pSM 癌を臨床病理学的に検討する。【対象】1989年から2006年までに大腸内視鏡的に摘除されpSM 癌と診断、外科的追加切除術が施行された単発大腸癌14例。男性10例、女性4例、平均年齢63.2歳。結腸11例、直腸3例。【結果】肉眼型はIspが7例、Ipが4例、IIa+IIcが2例、不明1例。腫瘍径は平均16.9mm (10-26mm)。外科追加切除の要素は、浸潤距離が1000 μ m以上の症例が7例、垂直断端陽性が6例、脈管侵襲陽性が3例、sm浸潤陽性が3例、分割切除が2例であった(重複あり)。sm浸潤陽性で手術施行した症例は他院紹介例か、1995年以前の症例であった。垂直断端陽性6例中、浸潤距離の計測が可能であった4例は1700 μ m以上の浸潤であった。切除標本上、切除断端に癌の残存を認めたのは本人希望により切除施行し肉眼的に残存していた1例で、分割切除例であった。他13例には切除断端には癌の残存を認めなかった。リンパ節転移を1例に認めた(腸管傍リンパ節に1/23)。リンパ節転移陽性例は、IIa+IIc 病変でsm浸潤と診断したが、88歳と高齢であり内視鏡的切除を施行した症例であった。全例、同時性遠隔転移を認めず、再発も認めない。【考察】垂直断端陽性例で、切除標本に癌の残存を認めた症例はなかった。癌の残存、リンパ節転移を認めたのは、社会的要因により内視鏡的摘除を施行した症例であった。大腸内視鏡摘除pSM 癌に対し外科的切除を追加施行した症例では再発を認めていない。術前SM 深部浸潤癌の診断は100%ではなく、術前SM 癌で内視鏡的摘除可能であれば施行し、大腸癌治療ガイドラインに沿った病理所見により追加切除施行していく方針でよいと考えた。

EMR後に追加切除を施行した大腸sm 癌の臨床病理学的検討

黒田 雅利、横井 美樹、田中 弓子、尾山 勝信、吉谷 新一郎、斎藤 人志、小坂 健夫、高島 茂樹
(金沢医科大学消化器外科治療学)

〈はじめに〉近年、内視鏡の診断、治療の発達に伴いEMR、ESDにより治療可能な早期大腸癌が増加している。これに伴い、断端陽性やその疑いあるいは脈管侵襲のため追加切除を余儀なくされる場合も少なくない。今回私どもはEMR後に追加切除を施行した大腸sm 癌症例について臨床病理学的に検討したので報告する。〈対象〉過去20年間に他施設でのEMR 症例を含め、EMR後に当科で追加切除を施行した大腸sm 癌14例を対象とした。〈結果〉男性10例、女性4例、年齢は58歳から81歳で平均年齢は69.6歳であった。部位はSが6例、Rが3例、A、Dが2例、Cが1例であった。腫瘍径は8mmから65mmで、肉眼型は、Ispが6例、Ipが3例、IIa、IIc 例が2例、Isが1例であり、組織型はwell 8例、mod 6例であった。脈管侵襲はly 陽性は6例、v 陽性は1例であった。追加切除症例のうち、リンパ節転移を2例に認め、全例N1 (+)であった。術式はS 状結腸切除術が6例と最も多く、右半結腸切除術、高位前方切除術がそれぞれ2例、回盲部切除術、下行結腸切除術、下行結腸S 状結腸切除術、低位前方切除術が1例ずつであった。郭清は全例D2 郭清を行った。追加切除の理由としては、sm massive が7例と最も多く、深部断端陽性が6例でそのうちIIc 症例が2例と多かった。次いで、ly 陽性が5例、EMRが困難であったため1例、水平断端陽性が1例であった。〈結語〉15mm以上のsm 癌はリンパ管陽性例が66.7%と高く、IIc 症例は2例ともリンパ節転移の可能性が示唆され、腫瘍型が15mmの症例、IIc 症例についてはEMRは慎重に行うべきと思われた。

大腸sm癌の内視鏡切除法としてのESD

小泉 浩一、来間 佐和子、桑田 剛、服部 公昭、風見 明、佐仲 雅樹

(都立駒込病院消化器内科)

大腸sm癌では切除標本の詳細の検討が必須であり、病変の一括切除が望まれる。今回、ESDにより切除したsm癌について検討した。【方法】 2004年10月から2007年2月までに駒込病院で内視鏡切除した大腸癌338例中、ESDにより切除したのは106例であり、このうちsm癌症例22例を対象に検討した。【成績】 22例中、1群：主に粘膜下の剥離により切除したのが12例で、2群：周辺切開後のスネア絞扼切除が10例。病変の最大径は9mmから70mmであり、1群：8-28mm、平均15.3mm、2群：16-70mm、平均30.9mm、であった。内視鏡切除の所要時間は、11分から456分にわたり、病変の存在部位、大きさにより大きな差があったが、1群：11-47分、平均25.2分、2群：34-456分、平均141.3分であった。一括切除は18例であり、3例で2分割切除、1例で3分割切除になった。切除断端は、3例で陽性と判定された。1例は歯状線にかかる肛門管領域の病変で側方断端陽性、2例では垂直断端陽性の診断であった。病変のSm浸潤距離は1000 μ mまでのsm1が15例、1000 μ m以深のsm2が7例で、最深5100 μ mであった。偶発症は、術中の迷走神経反射を2例、術後出血は1例、切除後の発熱を2例であり、いずれも粘膜下の剥離による切除法に認められた。また、sm2癌7例中5例が外科的追加切除施行となった。【考察】 sm癌は一括切除すべき病変であるが、切除範囲が深部血管に至るための出血など、偶発症のリスクが高い。一方、小切片での分割切除では正確な病理診断が困難になることがある。今回の病変中8例がsm浸潤距離800-1200 μ mであり、ESDによる一括切除は、切除断端の過凝固も少なく、安定した病理標本作製が可能で、病理診断上に有用であった。我々の施設では、高齢者や重篤な他疾患合併者など、sm2癌でも、全身状態との兼ね合いで内視鏡治療後経過観察せざるを得ない症例が増加しつつあり、深達度、脈管侵襲、簇出所見、断端評価を正確に病理診断する上で、ESDは有用と考えられた。特に30mm以下の病変では、周辺切開後のスネア絞扼切除法は、所要時間が短く、偶発症も少ないため、標準治療と成りうるものと考えられる。

大腸癌内視鏡治療後遺残例の解析

大西 直、加納 寿之、塩崎 憲、宮崎 進、木村 豊、岩澤 卓、東野 健、中野 芳明、矢野 浩司、門田 卓士

(NTT西日本大阪病院外科)

(目的)早期大腸癌の内視鏡治療後遺残例の特徴を解析し遺残の原因を推測する。(方法)1997年1月から2006年9月の間に内視鏡的粘膜切除術あるいはポリペクトミーを行った後に外科的切除を追加された大腸癌27例につき臨床病理学的因子の解析を行った。(結果)内視鏡治療後に外科的追加切除の適応があったため手術となった切除適応例は20例、フォローアップの内視鏡検査で腫瘍の遺残が確認された遺残確認例が7例あった。切除適応例のうち切除標本に癌の遺残を認めた遺残(+)群は6例であった。この中には視野不良のまみりフティングできた判断し一部分のみEMRを行った進行癌の1例が含まれていた。遺残(+)群と遺残(-)とは腫瘍占拠部位、肉眼型、組織型、深達度、脈管侵襲の度合いの各因子において差を認めなかったが、遺残(+)群では内視鏡分割切除例が5例中3例、sm-ce(+)を6例中5例で認め、それぞれ14例中1例、11例中2例であった遺残(-)群に比べ有意に高率であった。遺残(+)群における遺残病変の大きさの中央値は15mm(6-23)、tub1が5例、tub1+tub2が1例、深達度はm：sm：mp：ssがそれぞれ2：2：1：1例であったが、リンパ節転移を認めたのは深達度SSの進行癌1例のみであった。遺残確認例7例における内視鏡治療より追加切除までの期間の中央値は9.5ヶ月(5-38)、遺残病変の大きさの中央値は10mm(8-15)、tub1が4例、tub2が2例、腺腫のみの遺残が1例であった。深達度はm：sm：mp：ssがそれぞれ3：2：1例であったが、リンパ節転移を認めたのは深達度MPの進行癌1例のみであった。この症例は内視鏡治療時の診断はsmで経過観察にて遺残が確認されたが手術を拒否し続けていた。内視鏡治療時の断端の様子を写真で確認できたのは遺残(+)群のうち2例、遺残確認例のうち3例に過ぎなかったが、これら5例すべてにおいて断端に遺残を疑う所見を認めた。(考察)遺残(+)においては分割切除となった例、sm-ce(+)と診断された例が多く見られた。内視鏡治療時の断端を確認できた全例で遺残を疑う所見を確認できた。内視鏡治療後遺残症例は早期に追加切除を行うことにより良好な予後を期待できる。遺残危険群を放置することがないよう留意することが肝要であり、内視鏡的治療に際しては切除後の断端の様子を複数の目で確かめ必ず写真に残しておくことが後の治療方針を決める上で重要であると考えた。

当科におけるpSM大腸癌、直腸癌手術症例の検討（内視鏡的切除例、経肛門的切除例の検討）

小山 淳¹、三浦 康¹、唐沢 秀明¹、金子 直征¹、高見 一弘¹、佐々木 宏之¹、大沼 忍¹、木内 誠¹、小林 照忠¹、柴田 近¹、福島 浩平¹、舟山 裕士¹、海野 倫明²、佐々木 巖¹

(¹東北大学胃腸外科、²東北大学肝胆膵外科)

【背景】近年、内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）が急速に普及、内視鏡的治療の適応が拡がりつつある。pSM癌に対する内視鏡的切除、経肛門的切除の適応の見直しが必要である。【対象・目的】1996年から2006年に当科で根治手術を施行された結腸直腸癌症例でpSMであった症例を対象とした。pSM症例の臨床病理学的因子の検討、EMR後・経肛門的切除後にpSMであった症例の検討を行う。【結果】結腸癌pSM症例は29例。男女比は20：9。平均年齢67.1歳。肉眼型は0-I型11例、0-II型9例、1型7例、2型2例。壁深達度の正診率は69.0%。過小評価率は6.9%、過大評価率は24.1%。リンパ節転移陽性例が2例(6.9%)。脈管侵襲例はly+8例(27.6%)、v+5例(17.2%)。組織型はtub1:15例、tub2:14例。再発症例は認めず。EMR後の追加切除は3例に施行。1例は癌の遺残を認め、2例は遺残なし。癌遺残症例はEMR時sm2、pVM 0.3mmで追加切除。S,IIa+IIc、大きさ不明、tub1,ly2,v0,pN0。遺残なし症例1例目はEMR時sm massive,ly2で追加切除。S,Ip,20×20mm,tub1,ly1,v0,pN0。2例目はEMR時sm1だが遺残疑いで追加切除。S,Isp,15×15mm,tub1,ly0,v0,pN0。直腸癌pSM症例は27例。男女比は19：8。平均年齢は65.1歳。肉眼型は0-I型8例、0-II型7例、1型5例、2型7例。壁深達度の正診率は40.7%。過小評価率は11.1%、過大評価率は48.1%。リンパ節転移陽性例が2例(7.4%)。脈管侵襲例はly+7例(25.9%)、v+14例(51.9%)。組織型はtub1:11例、tub2:15例、por:1例。再発症例を2例認めた。1例はEMR後追加切除症例の肺転移再発。1例は経肛門的切除症例の局所再発。EMR後の追加切除は4例に施行。1例に癌の遺残を認め、3例は遺残を認めず。癌遺残症例の詳細はEMR時liftingできず追加切除。Rb,IIa,5×3mm,tub1,ly0,v0,pN0。遺残なし症例1例目はEMR時porで追加切除。Rs,Ip,12×12mm,por,ly0,v0,pN0。2例目はEMR時sm浸潤距離3500μm,v1で追加切除。Rb,IIa,30×30mm,tub2,ly0,v1,pN0であったが、肺転移再発している。3例目はEMR時stalk invasion 6000μmで追加切除。Rs,Ip,22×14mm,tub2,ly0,v0,pN0。経肛門的切除は5例に施行。1例目はRb,Is、大きさ不明、tub1,ly0,v0,sm浸潤距離500μm,budding(-)であったが、6年後に局所再発。2例目はRa,Ip,14×20mm,tub2,ly0,v0,1500μm,budding(-)。追加切除施行せず、再発なし。3例目はRb,IIa,29×24mm,tub1,ly0,v1,1000μm,budding(-)で追加切除施行し、癌遺残なし。4例目はRa,I型,25×25mm,tub1,ly0,v0,3000μm,budding(-)で追加切除施行し、癌遺残なし。5例目はRb,IIa,20×15mm,tub1,ly+,v+で追加切除施行し、癌遺残なし。【考察・結語】結腸直腸癌EMR後、経肛門的切除後pSM症例の中には結果的に追加切除が必要ではなかったと思われる症例があった。しかし再発症例もあり、追加切除を施行しない場合、厳重に経過観察を行うことが重要であると考ええる。

早期大腸癌内視鏡治療後における外科的追加腸切除症例の検討

三浦 卓也、小山 基、吉川 徹、脇屋 太一、木村 寛、村田 暁彦、佐々木 睦男

(弘前大学消化器外科)

【目的】大腸癌治療ガイドラインではSM大腸癌内視鏡治療後における外科的追加腸切除の適応基準は、垂直断端陽性、浸潤度1000μm以上、脈管侵襲陽性、低分化腺癌・未分化腺癌とされている。今回、ガイドラインにおける外科的追加切除の妥当性を明らかにする目的から、内視鏡的摘除後に追加腸切除を必要とした症例についての臨床病理学的背景因子と遺残・再発、遠隔転移の有無について検討した。【対象】1990年から2007年までに当院消化器外科で経験したSM大腸癌内視鏡治療後の外科的追加腸切除は32症例で、平均年齢は60.5歳（39～80歳）、男性は18人、女性は14人であった。【方法】(1)臨床病理学的背景因子（腫瘍占拠部位、肉眼型、腫瘍径、組織型、SM浸潤度、ly、v、切除断端）および追加腸切除の適応因子について検討した。(2)追加腸切除の外科的治療方法および切除標本の病理学的所見から腫瘍の遺残・再発とリンパ節・遠隔転移の有無について検討した。【結果】(1)腫瘍占拠部位は結腸が17例、直腸が15例。腫瘍径は8～30mmで、平均腫瘍径は15.2mmであった。組織型は高分化管状腺癌が20例、中分化管状腺癌が11例、粘液癌が1例。SM浸潤度がsm2以上(sm massive/1000μm以上)の症例は21例。脈管侵襲はly0 17例、ly1 5例、ly2 1例、ly3 2例で、v0 20例、v1 2例、v2 1例であった。切除断端はVM1(垂直断端陽性)が7例、VMx(垂直断端不明)が4例、HM1(水平断端陽性)が4例、HMx(水平断端不明)が3例であった。追加腸切除の適応因子の内訳は、VM1が4例、HM1+VM1が2例、VM1/VMx+SM浸潤が3例、HM1+SM浸潤が2例、VM1+lyが1例、SM浸潤のみが11例、SM浸潤+ly/vが5例、ly/vのみが2例、粘液癌が1例、切除後再発(HM1)が1例であった。(2)術式は腹腔鏡下結腸切除術が7例、腹腔鏡下高位前方切除術が3例、開腹下結腸切除術が8例、開腹下高位前方切除術が2例、開腹下低位前方切除術が10例、経肛門的直腸局所切除術が2例で、郭清度はD0 2例、D1 12例、D2 16例、D3 2例であった。追加腸切除の32例中で腫瘍の遺残・再発は3例(9.3%)（遺残2例、再発1例）、リンパ節転移は5例(15.6%)に認められた。遺残2例の追加腸切除因子はVMx+SM浸潤、SM浸潤+vであり、リンパ節転移5例の追加腸切除因子はHM1+SM浸潤が1例、SM浸潤のみが1例、SM浸潤+vが1例、lyのみが1例、切除後再発が1例であった。遺残・再発の3例のうち2症例ではリンパ節転移も認められたため、結果的に追加腸切除が必要であった症例は6例(18.7%)であった。【考察】追加腸切除が必要であった6例の追加腸切除因子は、SM浸潤、脈管侵襲陽性、垂直断端陽性と多岐にわたっており、追加腸切除の適応基準で過不足なく全てが網羅されていた。大腸癌治療ガイドラインにおけるSM大腸癌内視鏡的摘除後の外科的追加腸切除の適応基準は妥当であると考えられた。

大腸sm癌EMR単独治療後の経過観察と遺残再発

酒井 靖夫¹、武者 信行¹、坪野 俊広¹、田邊 匡¹、桑原 明史¹、角田 和彦¹、太田 宏信²、関 慶一²、石原 法子³、吉田 俊明²

(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sm癌EMR単独治療例の経過観察(f/u)と再発例の実態を検討する。【対象】1992年から2006年までのEMR治療単独で経過観察された大腸sm癌53例のうち2年以上経過した37例39病変(1例異時性多発3病変)。男性27:女性10,平均年齢63歳,局在はC:0, A:2, T:4, D:4, S:18, R:11,肉眼型は隆起型32,表面型7で,最大径は6~25mm(平均13mm),深達度はsm1:27,sm2以深:12である。局所の経過観察は大腸内視鏡(f/uCF)でEMRの2~6ヶ月後に遺残再発がなければ,その半年~1年後,更に1~2年後の検査を基本としている。【結果】1)EMR単独治療39病変での組織型はwell:36,mod:1,muc:1,adenosquamous:1,脈管侵襲はly0:38,ly1:1,v0:38,v1:1であった。2)平均観察期間45ヶ月で,再発例は3例(7.7%)で,生存27例,死亡10例(再発癌死1,他病死8,事故1)である。3)f/uCFは0回~9回,平均2回であった。0回は8例(22%)あり,うち7例は高齢,他病死によるもので,プロトコールに則り3回以上f/uCFがなされたのは13例(35%)のみで,再発例では2回以下であった。4)切除断端陰性(HM:VM-ce(-))は30病変(77%)で,sm1の22病変はいずれもly,v陰性で組織型によらず,経過観察された。sm2以深の8病変のうち,2例は脈管侵襲も陽性で追加手術を予定していたが,1例は他病死,1例は事故死。sm massの1例は高齢・合併症にて手術せず,再発あり。残り5例は1~9回のf/uCFがなされ,経過27~83ヶ月で再発1例。ce(+)ないし疑いの9例はwell8/adenosquamous1,sm1~sm2,ly0,v0で,うち1例が再発あり。8例は2~5回のf/uCFにて27~178ヶ月無再発生存中である。5)再発例:HM-ce(+)のwell,sm1癌が7ヶ月目のCFで局所再発(IIa+潰瘍瘢痕)あり,腹腔鏡下手術を受けた。切除標本では径15mm,well,m,ly0,v0,n0であった。隆起型で径7mmのsm massの1例は82歳,DM合併,ly0,v0で,ce(-)のため追加手術されず,5年8ヶ月後に,DM腎症,腎不全,肺炎で入院した際のCFで同部にsm以深癌の再発を認めた。隆起型(Ip)径20mmの1例はsm浸潤距離測定不能なるも,well,ly0,v0でce(-)であり,1ヶ月,7ヶ月後のf/uCFで局所再発なく,経過観察とされた。その1年7ヶ月後に多発肝転移を伴う進行癌(por)が発見され,癌死した。【結論】SM癌内視鏡単独治療では危険因子により追加手術の要否を判断し,f/uCFによる経過観察が確実に行われれば,予後は良好であった。ドロップアウト例などコンプライアンス維持やCF検査間隔・継続期間に問題が残る。

大腸SM癌の治療一内視鏡治療後追加切除症例の検討

石川 文彦、新田 宙、尾本 秀之、黒澤 永、林 達也、西村 正樹、山下 純男、鈴木 裕之、川辺 晃一、伊藤 博、諏訪 敏一

(深谷赤十字病院)

当院では,明らかにSM深部浸潤と考えられる症例以外は内視鏡治療を先行し,病理組織評価の上ガイドラインに基づいて根治的な追加腸切除を行っている。そこで今回内視鏡治療後追加腸切除となった大腸SM癌症例(以下追加例)をretrospectiveに検討し,はじめから根治手術を施行した症例(以下初回例)との比較検討を行った。【対象】1994年1月から2006年12月までの当院における追加例42例。【症例内訳】占拠部位は盲腸0,上行3,横行2,下行0,S状25,直腸12例,肉眼型はIs8,Isp27,Ip3,Is+Iic2,IIa1,IIa+Iic1例,術式は開腹手術21例,腹腔鏡補助下手術が21例であった。内視鏡治療から追加手術までの日数は平均45.2日,術後経過観察中央値は5年10ヵ月であった。【臨床病理学的検討】追加腸切除となった要因はSM浸潤1000 μ 以上31例(うち脈管侵襲陽性例20例),SM浸潤1000 μ 未満だが脈管侵襲陽性が11例,内視鏡切除標本上断端陽性16例(38.1%),追加手術における切除標本上癌の遺残陽性11例(26.2%)であった。リンパ節転移陽性は5例(11.9%)に認めた。癌遺残とリンパ節転移において相関を認めず,また癌遺残もしくは内視鏡切除断端陽性の症例を癌切り込み症例としてリンパ節転移との関連を検討したが特に相関を認めなかった。追加例のうち再発を一例に認めた。初回例55症例との比較では,リンパ節転移率(9.1%),再発(ともに1例ずつ)ともに有意差を認めなかった。【再発症例呈示】1)追加例:63歳男性。S状結腸に一部頭部に陥凹を伴う17mmIspの病変を認め,98年4月EMR施行,高分化腺癌,pSM,head invasion,ly1,v0にてS状結腸切除施行したところ,病理組織学的所見では,癌遺残なくリンパ節転移陰性であった。99年12月,肝S3,6転移を認め,肝切除行なったが,2000年8月残肝再発出現,2001年1月肺転移出現,同年8月初回手術から3年3ヵ月後に死亡。2)初回例:45歳男性。下行結腸に7mm,IIa+Iic病変を認め,95年7月開腹による根治切除施行した。中から低分化腺癌,pSM,ly3,v0,pN1であったが,96年3月には骨転移,腹腔内リンパ節再発出現し,同年12月死亡。【結語】追加例は,初回例との比較においてリンパ節転移や予後,臨床病理学上有意差を認めなかった。しかしながら追加切除による影響を検討するには今後さらなる検討が必要であると考えられた。また術前診断能の向上を図ることも今後の課題と考えられた。

SM 癌内視鏡治療後手術症例の検討

正村 裕紀、高橋 昌宏、中野 詩朗、赤羽 弘充、柳田 尚之、今井 浩二、萩原 正弘、北 健吾、内田 浩一郎、高橋 裕之 (JA 北海道厚生連旭川厚生病院外科)

1997年1月より2006年12月までの10年間の大腸癌手術症例1129例のうち病理学的に壁深達度smであった症例は175例(15.5%)であった。このうち内視鏡治療後は45例であった。平均年齢は65.0歳(44～84歳)、男女比は21:24であった。局在は、結腸癌32例(C:1、A:4、T:4、D:2、S:21)、直腸癌13例(Rs:3、Ra:3、Rb:7)。肉眼型はIp:8、Isp:12、Is:17、IIa:3、IIc:2、IIa+IIc:2、Is+IIc:1であった。6例で内視鏡治療前診断で壁深達度SMとしていた。大きさは平均13.5±5.74mm(6～25mm)。組織型はwell:11例、mod:31例、不明3例であった。手術は開腹手術34例、腹腔鏡下手術10例(HALS2例含む)、TEM1例で、リンパ節郭清範囲はD0:1例、D1:16例、D2:28例であった。病理学的因子では、壁深達度はsm1:2例、sm2:34例、sm3:1例であった。腫瘍の遺残は4例で認めた。脈管侵襲を認めたのはly1:12例、ly2:3例、v1:17例、v2:2例で、ly0、v0は22例であった。リンパ節転移を認めたのは1例(n1:腸管傍2/5)のみであった。1例に漿膜側脂肪織への播種を認めた。観察期間は中央値42.5ヶ月であり、再発を1例に認めた。再発症例は下血にて発症し、Rsに出血している10mmのIsを認めEMR施行。病理検査でsm浸潤、垂直断端陽性であったため開腹直腸高位前方切除D2施行。病理診断はmod、sm2、ly0、v0、n0で腫瘍の遺残は認めなかった。術後1年2ヶ月で腫瘍マーカーの上昇と右肺に直径1cmの腫瘤を認め、肺部分切除施行。病理学的に直腸癌の転移を確認した。術後1年8ヶ月で単発の肝転移が出現し、他院でRFAを施行された後フォローアップから脱落した。StageIVとなった症例は下血、下痢にて発症し、S状結腸に25mmのIspを認めSM浸潤を疑ったが患者の希望にてEMR施行。EMR時に穿孔し内視鏡的に閉鎖した。病理検査でmod、sm2、ly2、v1、垂直断端陰性であったが脈管侵襲高度なため追加切除として開腹S状結腸切除D2を施行した。病理検査で粘膜面には腫瘍の遺残を認めなかったが、漿膜面の脂肪織に腫瘍細胞の播種を認めた。リンパ節転移は認めなかった。術後補助化学療法を行っているが術後8ヶ月経過し再発を認めていない。

EMR後に追加手術を施行した大腸がん症例の検討

久保 義郎、棚田 稔、小畠 誉也、大田 耕司、野崎 功雄、栗田 啓、高嶋 成光 (国立病院機構四国がんセンター)

【目的】内視鏡的切除(EMR)後に病理診断の結果で追加腸切除術を施行した症例の治療成績について検討した。【対象】1990年～2005年に当院でEMR後に手術を施行した46例を対象とし、追加治療の必要となった理由、がんの遺残の有無、予後について検討した。【結果】男性31例、女性15例、年齢64±10(43～79)歳。占居部位は結腸33例(A:3、T:3、S:27)、直腸13例(Rs:5、Ra:4、Rb:4)で、肉眼型はすべて0型(Ip:6、Isp:24、Is:5、IIa:9、IIa+IIc:1、IIc:1)で、腫瘍最大径は1.5±1.0(0.5～3.0)cmであった。組織型はwell:28例、mod:17例、muc:1例で、壁深達度はm:5例、sm1(≤0.5mm):15例、sm2(0.5mm<≤1mm):12例、sm3(1mm<):14例、リンパ管侵襲を11例(ly1:8、ly2:3)、静脈侵襲を10例(すべてv1)に認めた。追加手術を行った理由は、断端陽性が16例(LM:10、VM:5、両方:1)、sm深層浸潤が13例(sm2:8、sm3:5)、脈管侵襲が5例(ly:3、v:1、両方:1)、深層浸潤+脈管侵襲が10例(sm2:3、sm3:7)、深層浸潤+断端陽性が2例であった。手術は開腹が12例、腹腔鏡補助下が34例で、リンパ節郭清はD2:44例、D3:2例に行った。術後合併症は2例(縫合不全とポート部ヘルニア)に認めた。追加腸切除標本の検索では、46例中43例にはリンパ節転移や壁内にながんの遺残はなく、2例にリンパ節転移を1例に腸管内に遺残を認めた。リンパ節転移を認めた症例は、Rs、Is型、1.7cm、mod、sm3、ly1、v0とT、Isp型、1.0cm、mod、sm2、ly2、v0であり、遺残の症例はS、IIa型、1.5cm、well、sm3、ly0、v0、VM(+)であった。観察期間は82±62(5～204)か月でがんの再発はなく、他病死を2例に認めた。【結語】EMR後に腸切除を行っても根治性に影響はないと考えられ、EMRの適応症例は積極的にEMRを施行すべきと思われた。断端陽性やリンパ節転移の可能性(sm深層浸潤や脈管侵襲)のある症例が追加腸切除の適応となるが、46例中43例(93.5%)は遺残を認めなかったため、その適応を絞り込むことも可能と思われた。

大腸pSM癌における内視鏡治療症例及び追加切除症例の検討

松田 宙¹、田中 康博¹、藤井 眞¹、西川 和宏¹、広田 将司¹、木村 亨¹、和田 大樹¹、那須 賢花¹、西山 範²、伏見 博彰³
(¹大阪府立急性期・総合医療センター外科、²同消化器内科、³同病理科)

大腸pSM癌における内視鏡治療症例及び追加切除症例の検討松田 宙、田中康博、青野豊一、中井澄雄、藤井 眞、西川和宏、広田将司、木村 亨、 和田大樹、那須賢花、西山 範*、伏見博彰**大阪府立急性期・総合医療センター 外科、同 消化器内科*、同病理科** (目的)内視鏡治療の普及に伴い、内視鏡治療と内視鏡治療後の追加切除の適応基準についての妥当性を調べる。(対象)内視鏡治療症例は2000年から2006年までに悪性腫瘍に対して内視鏡治療が行われた207例のうちのpSM癌65例を対象とし、追加切除症例は1994年1月から2007年4月までの大腸pSM癌切除症例139例において、内視鏡治療を施行された52例を対象とした。(方法)臨床病理学的特徴に加え、断端陽性率、追加切除までの期間、摘出標本の癌遺残率、リンパ節転移率、再発例について検討する。深達度は旧規約に準じた。(結果)内視鏡治療65例では深達度(及び追加切除例)はsm1:18例(3例)、sm2:34例(11例)、sm3:11例(7例)であった。そのうち断端陽性は13例であった。追加切除施行せず、経過観察している症例(不明例14例を除く)28例においては1例に再発を認めた。断端陽性例で慢性呼吸不全のため経過観察し、1年6ヵ月後に局所再発した。次にSM癌追加手術例の52症例では経過観察期間の中央値は51.3ヶ月(1~103ヶ月)、年齢は中央値64歳(35~84歳)、男性30例(57.7%)、女性22例(42.3%)であった。腫瘍の占居部位は右側結腸8例(15.4%)、左側結腸26例(50%)、直腸18例(34.6%)であった。断端陰性32例(61.5%)、陽性15例(28.8%)、判定困難(疑いを含む)5例(9.6%)であった。内視鏡治療と追加切除までの期間の中央値は44日(2~540日)であった。追加切除は腹腔鏡手術30例(57.7%)、開腹手術12例(23.1%)で、リンパ節郭清はD3郭清6例(11.5%)、D2郭清34例(65.4%)、D1郭清12例(23.1%)に施行された。組織型は高分化腺癌28例(53.8%)、中分化腺癌8例(15.4%)、不明16例(30.8%)であった。脈管侵襲陽性20例(38.5%)、リンパ節転移陽性10例(19.2%)であった。摘出標本の癌遺残は11例(21.2%)に認められた。再発は1例(1.9%)に認め、術後2年で癌性リンパ管炎による再発であった。手術時の病理組織学的検索では癌遺残認め、mod.sm3,n0,ly0,voであった。(まとめ)当院における大腸pSM癌の内視鏡治療症例及び追加切除症例の検討を行った。本来手術適応で経過観察中の症例13例中1例に再発を認めた。追加手術施行例において摘出標本に癌遺残を認めた症例は全例が断端陽性例であり、リンパ節転移症例は全例がsm2以深で、脈管侵襲陽性率は89%であった。

大腸SM癌の診断・治療におけるESDの位置付けに関する検討

浅野 道雄、松田 保秀、河合めぐみ、川上 和彦、中井 勝彦、木村 浩三、野中 雅彦、友近 浩
(松田病院内視鏡センター)

【はじめに】現在、本研究会ガイドラインでは、1000 μ 以上の浸潤、低分化癌などの一定の基準を満たす大腸SM癌は、リンパ節転移のリスクがあるためリンパ節郭清を含む腸切除が必要とされている。浸潤量の推測は、内視鏡的拡大観察などにより高い精度で行うことができるようになったが、実際の臨床においては、治療方針の選択に難渋するケースも少なくないのが現状である。近年内視鏡的粘膜下層剥離術(以下ESD)が大腸病変に対しても行われるようになり、大きな病変でも一括切除することで正確な深達度診断が可能となった。当施設では、2001年から拡大内視鏡による精査を導入し、2004年から大腸ESDを行っている。そこで、当施設における大腸SM癌切除例と大腸ESD施行例を検討し、大腸SM癌の診断、治療におけるESDの位置付けについて考察する。

【対象】2004年から2006年までの3年間に施行した大腸ESD症例90例を検討した。また、1996~2006年までの期間に、当院で外科的に切除された早期大腸癌(SM癌103例、M癌32例)について、ESDの導入前と導入後の期間に分けて、診断・治療の内容について検討した。

【結果】ESDを施行した症例は90例で、一括切除率は93%、施行時間の中央値は80分で、穿孔は4例4.4%に認め、うち3例3.3%に開腹手術が行われた。SM癌は15例、M癌13例であった。一方、早期大腸癌手術症例135例の内訳は、ESD導入前は、M癌11例(14%)、SM癌67例であった。SM癌のうち、内視鏡切除後追加切除例は15例で、そのうちsm₂以深例が6例、断端陽性や浸潤量評価不能で行われた追加切除が9例(60%)であった。はじめから外科切除が選択されたSM癌は52例のうちSM₁が12例含まれた。ESD導入後では、M癌2例(5.2%)、SM癌36例で、SM癌のうち追加切除例11例(sm₂以深10例、評価不能1例9%)、初回切除例26例(うちSM₁が5例)であった。ESDが行われた早期癌28例のうち、13例(46%)は、ESDを行わなければ分割切除となった症例で、10例(35%)は外科的手術が必要であったと考えられた。

【結論】ESDの導入によりM癌の外科手術や病理組織学的評価困難を理由に行われる外科手術が著明に減少した。また、浸潤量の術前評価に迷う早期大腸癌症例や、M癌または浸潤1000 μ 未満が明らかでありながら従来の方法では内視鏡的切除が困難な場合に対する新たなアプローチとして、ESDは有用である。手技上の難易度を有し、一定の穿孔のリスクを伴うが、不必要な腸切除を回避するという観点からみれば、その妥当性は否定されないものと思われる。

外科的治癒切除後に肝転移再発をきたした大腸 sm 癌の2例

佐々木 正貴¹、宗岡 克樹¹、白井 良夫²、島田 能史^{2,3}、小林 正明⁴、豊島 宗厚⁵、味岡 洋一³、畠山 勝義²

(¹新津医療センター病院外科、²新潟大学大学院消化器・一般外科学分野、³新潟大学大学院分子・診断病理学分野、⁴新潟大学大学院消化器内科学分野、⁵新津医療センター病院内科)

大腸 sm 癌切除後の肝転移再発は約 1～2%と報告され、比較的まれではあるが存在する。しかし、切除後の再発に対するサーベイランスプログラムは確立されていない。我々は、大腸 sm 癌に対する外科的治癒切除後に肝転移再発をきたした2例を経験したので報告する。

症例1は60歳女性。平成16年2月、直径25mm大のIsp型のS状結腸癌に対し、EMR目的に大腸内視鏡検査を行った。内視鏡所見ではsm massiveが疑われたためEMR適応外と判断され、外科的腸切除の方針となった。手術はS状結腸切除術、2群リンパ節郭清を行った。病理では中分化腺癌、sm2、ly0、v0、n0であった。術後2年7か月の腹部CTで右肝静脈と中肝静脈に浸潤する肝転移を認め、拡大肝右葉切除を行った。肝切除後約半年間再発を認めない。

症例2は63歳男性。平成9年9月、直径20mm大のIsp型の直腸癌に対してEMRを試みた。肛門側の一部を切除したが、口側はliftingが困難なため途中で切除を断念した。翌日、切除部からの出血を認めたため内視鏡下に止血し、1か月後に外科的腸切除が行われた。手術は低位前方切除術、2群リンパ節郭清を行った。病理では高分化腺癌、sm3、ly0、v0、n0であった。術後7か月後の腹部CTで左右両葉にわたる多発肝転移を認め、肝左葉切除およびS6、S8の肝部分切除を行った。肝切除後約9年間再発を認めない。

症例1は内視鏡でsm massiveと診断し、腸切除を行ったが、術後比較的期間を経てから肝転移が発見された。症例2はsm3であることより、当初よりEMRの適応外と考えられた。術後比較的早期に多発肝転移を認めたが、sm浸潤度が高いことに加えて、不完全なEMRが血行性転移を引き起こした可能性も否定できないと考えられた。いずれの症例もly0、v0、n0でsm浸潤度以外の再発危険因子は陰性であった。以上より、sm massiveの大腸癌切除後は、外科的治癒切除が行われ脈管侵襲やリンパ節転移がない症例でも肝転移再発をきたす可能性があることを念頭におき、進行癌に準じて慎重に経過観察する必要があると考えられた。

最近経験した大腸 sm 癌内視鏡治療後再発・遠隔転移をきたした2例

松澤 岳晃、飯合 恒夫、谷 達夫、丸山 聡、川原 聖佳子、岩谷 昭、寺島 哲郎、高橋 聡、畠山 勝義

(新潟大学第1外科)

【症例1】46歳、男性。2000年9月便潜血陽性のため、他院でCFが行われ、直腸[Rb]、直径9mm大のIspに対しEMRを施行された。病理診断でtub1、sm浸潤、ly0、v0、垂直断端陽性であったため、10月遺残腫瘍に対し、同院外科で経肛門の局所(全層)切除術が施行された。病理診断は0-Isp、8x6mm、tub1、sm、ly1、v0、ew(-)で追加切除の適応であったが、本人の希望により経過観察の方針となった。しかし2001年1月にCF施行したのを最後に、自己判断で通院中止した。2006年6月便潜血陽性であり、7月CF施行。局所切除後癒痕の2cm口側の直腸[Ra]に直径2cm大Ispを認め、生検でtub1の診断であった。腹部・骨盤CTでは腫瘍の主体は壁外であり、前回の病理でリンパ管侵襲陽性であったことから、局所再発と診断され当院を紹介受診した。胸部CTで左肺S3に直径3.5cm大の腫瘤を認め、肺転移と診断した。その他に遠隔転移は無く、9月に低位前方切除術、D3、10月に胸腔鏡下肺部分切除術を施行した。病理診断は、再発巣は[Rab] 55x50x35mm、SMT-like with central depression、tub1、a、ly1、v1、n0、癌の主体は粘膜下層以深で脈管浸潤または壁内リンパ節転移を疑わせる所見で、肺は3.8x3.3x2.8cm、tub1 - tub2、転移性肺腫瘍の診断であった。現在、術後補助化学療法としてUFT/LVを施行中である。【症例2】70歳、男性。2002年5月便潜血陽性のため、CF施行したところ、直腸[Rba]、直径40mm大のIspを認め、粘膜内癌と診断しTEM(全層切除)を施行した。病理診断でcancer in tubulovillous adenoma(tub1)、sm massive、ly0、v0、VM0、HM1(adenoma)であり、追加切除の方針で7月に低位前方切除術、D2(prxD3)を施行した。切除標本に局所遺残腫瘍は無く、総合所見は[Rba] SM、N1、H0、P0、M0、StageIIIaであった。2003年2月腹部CTで肝S8に直径2.5cm大の転移を認め、4月亜区域切除術を施行、さらに9月の腹部CTで肝S5に2ヵ所直径1cm大の転移を認め、肝前区域切除術を施行した。その後は再発を認めなかったが、2006年5月に他病死した。【考察】2症例とも経肛門の直腸全層切除を施行され術後遠隔転移をきたした。腫瘍が大きく十分な術前診断の困難な症例や明らかにsmに浸潤している症例では、EMR、TEMにより癌近傍を手術操作する事になり、癌散布の危険性があると考えられ注意が必要である。

機能温存を目指した早期下部直腸癌に対する治療戦略

宮谷 知彦¹、西岡 将規¹、本田 純子¹、栗田 信浩¹、吉川 幸造¹、東島 潤¹、六車 直樹²、岡村 誠介²、西谷 弘³、島田 光生¹

(¹徳島大学病院外科、²徳島大学病院臓器病態内科、³徳島大学病院病態放射線)

はじめに> 早期下部直腸癌に対する肛門温存手術としては、超低位前方切除や局所切除が主に行われてきたが、排便機能などでは明らかに局所切除が優れている (Miyamoto H, et al. Hepato-Gastroenterol. 2007)。当院において局所切除の適応は、直腸間膜内のリンパ節転移がなく、かつ腫瘍の深達度がSM slightまでとしている。一方、日本での直腸癌の術前CRTに関するエビデンスはまだ少ないが、直腸癌の局所制御における放射線治療の有用性や、S-1には放射線増感作用があることが報告されている。今回、我々は、早期下部直腸癌に対する放射線化学療法 (CRT) を併用した局所切除の可能性について検討した。<対象と方法> 2004年3月から2007年1月までの間に、当科で直腸癌31例に対してCRT後に切除を行った。そのうち、患者様が局所切除を強く希望されたため、十分なインフォームドコンセント (IC) を行った上でCRT後に局所切除を施行した2例を対象とした。患者背景は男女1名ずつ、年齢は56歳と66歳、CRT前診断は2例ともSM massive、N0であった。術前CRTは体外4門照射2Gy/日、5日/週を4週間で計40Gyを行った。化学療法はS-1 (80-120mg/m²/日) を照射日に内服した。手術はCRT終了後から4週間の間隔をあけた後、全身麻酔下に経肛門的腫瘍切除術 (それぞれ2006年4月、2006年11月) を行った。<結果> 2例ともCRTによる有害事象は特に認められなかった。CRT後診断はM、N0でStage Iから0へdown stageしていた。病理診断はm、ly0、v0であった。組織学的効果判定はGrade 2とGrade 1bであった。現在、術後13ヶ月、5ヶ月で無再発生存中である。<結語> 今回、S-1併用による術前放射線療法は抗腫瘍効果を得ることができ、外来で安全に施行可能であった。早期下部直腸癌症例に対して、CRTを併用した局所切除術が有用となる可能性が示唆された。現在、徳島大学倫理委員会の承認を得て臨床第2相試験を行っている。

大腸癌内視鏡的摘除後追加腸切除例におけるリンパ節転移陽性症例の検討

進士 誠一¹、田中 宣威¹、古川 清憲¹、横井 公良¹、石川 紀行¹、瀬谷 知子¹、堀場 光二¹、金沢 義一¹、山田 岳史¹、白川 毅¹、大川 敬一¹、工藤 秀徳¹、吉岡 正人¹、小泉 岐博¹、勝田 美和子¹、大秋 美治²、田尻 孝³

(¹日本医科大学千葉北総病院外科、²日本医科大学千葉北総病院病理部、³日本医科大学付属病院外科)

【背景】早期大腸癌に対する内視鏡的摘除後に追加腸切除となった症例の手術標本において、その多くが病理組織学的検査では癌遺残やリンパ節転移を認めない。大腸癌治療ガイドラインで大腸sm癌EMR後の根治基準条件が記載されているが、さらに追加切除例を減らすためには摘除標本における新たな病理診断基準の確立が必要である。【対象】2001年1月から2006年12月までの6年間に内視鏡的摘除後に外科的追加腸切除を行った大腸pSM癌24症例のうちリンパ節転移陽性であった3症例 (12.5%) について検討した。また、同時期に外科的切除を初回治療とした大腸pSM癌症例は47例であり、このうち3症例 (6.4%) がリンパ節転移陽性であった。【症例】症例1：68歳、男性。S、0-Isp, 12×9×8mm, tub2, pSM, ly0, v1, VM (+)にて追加切除 (開腹S状結腸切除術) を行った。手術標本では再生した粘膜面には癌遺残を認めなかったが漿膜下層に浸潤する癌病巣を認めた。また、脈管侵襲はly2, v1でありNo. 241 (1/12) にリンパ節転移を認めた。症例2：58歳、女性。RS、0-Is, 10×10×10mm, tub2, pSM, ly1, v0, VM (+)にて追加腸切除 (開腹低位前方切除術) を行った。手術標本では局所における癌病巣の遺残はなかったが脈管侵襲はly1, v1でありNo. 251 (1/4) にリンパ節転移を認めた。症例3：60歳、女性。S、0-Ip, 17×10×8mm, tub2, pSM, ly0, v1, HM (+)にて追加腸切除 (腹腔鏡下S状結腸切除術) を行った。手術標本では局所の癌遺残はなかったが脈管侵襲はly0, v1でありNo. 241 (1/3) にリンパ節転移を認めた。現在のところ全例無再発生存中である。【考察】追加腸切除の手術標本においてリンパ節転移陽性であった3症例について検討した結果、EMR時の摘出標本において全例、中分化腺癌・脈管侵襲陽性・切除断端陽性であったが局所の癌遺残を認めたものは1例のみであった。症例数が少ないため統計学的な考察はできないが各症例の詳細について報告する。

大腸 sm 癌内視鏡的摘除後再発例の検討

山本 史歩¹、井上 雄志¹、苅部 豊彦²、市場 洋³、白鳥 敬子²、山本 雅一¹

(¹東京女子医科大学消化器病センター外科、²東京女子医科大学消化器病センター内科、³東京女子医科大学第二外科)

【目的】「大腸癌治療ガイドライン医師用 2005 年度版」には大腸 sm 癌内視鏡的摘除後の外科的追加治療の適応基準に sm 浸潤距離 1000 mm 以上が盛りこまれ内視鏡的摘除によって根治が得られる症例が明確化された。今回ガイドライン改定以前 (2005 年) に当院で経験した大腸 sm 癌のうち内視鏡的治療後に追加腸切除を行わず経過観察し再発を認めた症例を提示、検討し内視鏡的治療の問題点を明らかにする。【症例 1】43 歳、男性。直腸 (Rb) に 15mm の Is' 病変をみとめ内視鏡的粘膜分層切除術 (以下 EPMR) を行った。高分化腺癌, sm (sm 浸潤距離 判定不能), 脈管侵襲陰性, 深部段端不明瞭であった。インフォームドコンセント (以下 IC) のうえ経過観察となった。4 ヶ月後の大腸内視鏡検査で癒痕部直上に再発を認め、内視鏡的摘除術 (EMRC 法) を行った。再々発は認めていない。【症例 2】59 歳、女性。直腸 (Rb) に 20mm の結節集簇様病変をみとめ EPMR を行った。高分化腺癌, sm (sm 浸潤距離 400 mm) 脈管侵襲陰性, IC の上経過観察となった。16 ヶ月後 3 回目の内視鏡検査で癒痕部直上に再発を認め、内視鏡的摘除術 (EMRC 法) を行った。再々発は認めていない。【症例 3】72 歳、男性。S 状結腸に 35mm の Is' 大腸癌を認め SM2 以深と診断した。患者が内視鏡的摘除を希望し 10 回の piecemeal polypectomy で摘除した。sm (sm 浸潤距離 1500 mm 以上), 脈管侵襲陰性であった。IC のうえ経過観察となった。摘除後 11 ヶ月の 3 回目の内視鏡検査で癒痕部直下に粘膜下腫瘍様隆起を認め生検で高分化腺癌と診断。外科的切除施行し病理所見は sm, ly0, v0, n1 (#241), stage IIIa であった。再々発は認めていない。【症例 4】56 歳、女性。他院で直腸 (Ra) に 15mm の Is' 病変を認めポリペクトミーを施行。約半分病変を摘除した後、出血の為にクリップで止血検査中止となる。病理診断は sm 癌であった。加療目的に当センター受診した。残存病変を再度ポリペクトミーした。高分化腺癌, 脈管侵襲陰性であり IC の上経過観察となった。2 回目の内視鏡検査で癒痕部に遺残病変 (高分化腺癌, m) みとめたがその後の検査では遺残再発を認めなかった。48 ヶ月後 22 回目の内視鏡検査で癒痕部に粘膜下腫瘍様隆起を認め、精査にて、リンパ節再発の診断で経仙骨の腫瘍切除術を施行。高分化腺癌リンパ節転移と診断。再々発を認めていない。【まとめ】局所遺残再発を認めた症例は一括切除可能であったが結果的に分割切除となった症例であり、一括切除が重要と考えられ、結果的分割切除となった sm 癌に関しては遺残再発を念頭においた経過観察を要する。リンパ節再発を認めた症例は SM2 以深の sm 癌でありガイドラインが明確化された現在では追加腸切除を検討すべき症例と考えられる。

EMR または局所切除後に再発、転移を来した大腸 SM 癌 6 例の反省

尾形 英生、西村 洋治、八岡 利昌、泉里 豪俊、浅香 晋一、岡田 洋次郎、戸谷 裕之、小泉 正樹、清水 尚、安部 仁、網倉 克己、川島 吉之、坂本 裕彦、田中 洋一
(埼玉県立がんセンター消化器外科)

【目的】当院での大腸 SM 癌に対する EMR または局所切除後の治療方針は概ね大腸癌ガイドラインに準拠しているが、過去に大腸 SM 癌の治療, follow up が結果的に不十分で局所再発から遠隔転移を来した 6 症例を経験した。これらの症例を検討, 反省し今後の診療へのフィードバックとする。【症例の内訳】症例は男性 5 例, 女性 1 例, EMR または局所切除を行った初回治療時の年齢は 18 ~ 67 歳 (平均 54 歳), 治療時期は 89 年 ~ 04 年, 初回治療は当院が 4 例, 他院が 2 例であった。病変の部位は S 状結腸 2 例, RS1 例, Rb3 例。再発確認までの期間は 1 年 3 ヶ月 ~ 12 年 2 ヶ月 (平均 4 年 6 ヶ月, 5 年以上が 2 例), 再発形式は以下の 3 通りであった。(1) 局所単独 2 例, (2) 局所 + 肝転移 3 例 (H3 で非切除 1 例, H2 で切除施行 1 例, H2 で局所が高度進行のため非切除 1 例), (3) 局所 + 腹膜転移 1 例。再発原因を分類すると以下の 4 通りであった。(1) 初回病理診断の過小評価 2 例 (深達度過小評価が 1 例, 脈管侵襲過小評価が 1 例), (2) 追加切除が不十分 1 例 (直腸間膜の切除不足のため骨盤内再発, 多発肝転移を来した), (3) 深達度 sm2 の経過観察 1 例 (sm 浸潤度 1700 μ m, ly0, v0, tub2, 断端癌陰性, 他院での follow up にて詳細不明), (4) 追加切除の適応だが止む無く経過観察 1 例 (Rb, sm2, ly1, v1 だが著明な再生不良性貧血のため追加切除を躊躇した)。再発確認時 CEA 値は 5 例で高値で 33.9 ~ 480 ng/ml (基準値 < 5, 平均 142) であった。予後は 4 例が癌死, 1 例が骨髄移植後の肝不全死, 1 例が現在化学療法中である。【結論・考察】今回提示した症例は内視鏡的摘除検体の取り扱いに関する病理学的規約が整備されていなかった時期のものもあり (静脈侵襲の判定にルーチンで EVG 染色を行っていなかったなど), また内視鏡的摘除の手技自体も現在とは異なっていたと思われ, 単純に現在と比較することはできないが, 経過観察を選択した症例については仮に再発しても早期に発見できるよう 厳重な follow up が必要と思われた。特に下部直腸癌では術後 QOL との関連で追加切除を行うことが他部位に比べためらわれることが少なからずあり, 経過観察する症例がどうしても存在する。再発早期発見の対策として (1) CEA 値が基準値内であっても上昇傾向があるときは画像検査を念入りに行う (本検討例の 2 例はそれで早期発見できた可能性がある), (2) CF だけの follow up では壁外性局所再発を捉えにくいので CT, 注腸も併用する (本検討例の 2 例はそれで早期発見できた可能性がある), (3) 特に下部直腸癌では直腸指診を積極的に行うなどが考えられた。また 5 年以上経過後にも再発しうることも銘記すべきと思われる。

クローン病に合併した痔瘻瘻の1例

合田 良政、竹下 恵美子、及川 芳徳、三宅 大、齋藤 幸夫
(国立国際医療センター外科)

【はじめに】近年、潰瘍性大腸炎やクローン病に代表される炎症性腸疾患患者数は増加しており、それとともに消化管悪性腫瘍合併のリスクが問題となってきた。クローン病の癌化例の報告は欧米が中心で本邦ではいまだ少ない。今回我々はクローン病に合併した痔瘻瘻の1例を経験したので報告する。【症例】52才男性。主訴は肛門痛。現病歴は、86年から2年間で痔瘻根治術を3回施行。88年より下痢頻回認め注腸施行するも異常所見なし。89年、下痢の持続と右下腹痛を認めるようになり、注腸にてクローン病と診断され当院へ紹介となった。その後、内科的治療にて経過を見ていたが、05年肛門痛出現。06年腹部骨盤CT検査にて左直腸周囲膿瘍疑われ、サドルブロック下に診察したところ、深い潰瘍を有する硬結を触知し、生検にて腺癌と診断された。07年手術目的にて入院となった。身体所見は、肛門の硬結と潰瘍、狭窄の他に、左単径に2cm大のリンパ節腫大を認めた。軽度の貧血を認めるほか、CEAが27.7ng/dlと高値であった。画像所見として、腹部骨盤CT検査では、肛門左側に壁の肥厚・増強を伴う低吸収域を認めるほか、左単径部に20mm、左閉鎖部に5mmのリンパ節腫大、終末回腸の分節状の壁肥厚と増強を認めた。骨盤MRI検査では、肛門左側に辺縁が増強される不均一なT2延長域を認め、括約筋や周囲脂肪織に増強域が広がっており、筋層外への浸潤が疑われ、CT検査と同様に左単径と左閉鎖領域にリンパ節腫大を認めた。胸部CT検査では右肺底部に小結節を1個認めた。FDG-PETでは、肛門管に非常に高度のFDGの集積を認め、原発巣と考えられ、左単径部・右肺底部に軽度のFDGの集積を認め、転移の可能性が示唆された。左閉鎖リンパ節には集積認めず。大腸内視鏡検査では肛門痛と肛門直腸狭窄のため施行できず、注腸検査では深部大腸に粗大病変はなく、S状結腸から直腸にかけて軽度狭窄所見を認めた。以上の所見より、術前診断は痔瘻瘻(腺癌)P、cA、cN1、cH0、cP0、cM1(肺・左単径)stag4で、腹会陰陰式直腸切断術、左側方リンパ節郭清、左単径リンパ節サンプリングを施行。病理組織学的所見は、P、type2、粘液癌、A、N1(1/51 292t1/1)ly1、v2、PM0、DM0であった。術後経過は順調にて約1ヵ月後退院となる。その後、肺転移巣に関しては原発巣術後二期的に切除し痔瘻瘻の転移との結果であった。【考察】クローン病患者で、約10年以上の痔瘻歴があり、経過中に疼痛、排膿の増強、硬結、コロイド様分泌、直腸肛門狭窄など新たな症状が出現した場合、痔瘻瘻の発生を考慮する必要があると考えられた。

術後早期に肺転移およびリンパ節転移を来した内分泌細胞癌への分化とPaget様伸展を伴う肛門管原発の粘液癌の1例

三井 文彦、飯野 弥、森 義之、大澤 俊也、日向 理、藤井 秀樹

(山梨大学医学部第1外科)

【症例】79歳、女性。2006年9月に肛門周囲の徐々に増大する腫瘤を自覚し、10月前医皮膚科を受診した。肛門縁の腫瘍生検の病理診断の結果adenocarcinomaが疑われると診断され、肛門粘膜原発腫瘍の皮膚伸展が疑われ2006年11月2日当院紹介受診となる。病変は肛門を中心に直径8cm大で、類円形で丈の低い隆起性病変といくつかの結節性病変および平坦な病変から成っていた。当院で行った皮膚生検の病理診断ではPaget様伸展を伴う内分泌細胞癌か皮膚原発であればMerkel cell carcinomaと診断された。既往歴は特記すべき事はなく、痔瘻の既往もない。家族歴にも特記すべき事は無い。入院時の血液検査では腫瘍マーカーはCEA73.2ng/ml、SCC 3.92ng/ml、シフラ 2.18 ng/ml、NSE 7.25 ng/ml、と高値を示し、CA19-9 25.32U/ml、CA72-4 15.43U/mlは正常範囲内だった。下部消化管内視鏡では肛門管より伸びる小隆起性病変が認められる以外直腸粘膜に腫瘍の伸展は認められなかった。CT、MRI検査では肛門部に24mm×34mmの境界明瞭な腫瘤として描出され肛門括約筋に接している所見が認められた。リンパ節転移は認められなかった。また、Tc-99M-Sn colloidを用いたRI検査でも鼠径部、骨盤内リンパ節転移は認められなかった。2006年12月17日腹会陰陰式直腸切断術、浅鼠径リンパ節郭清術、全層植皮術を施行した。病理診断はMucinous adenocarcinoma with neuroendocrine differentiation and Pagetoid extension into the overlying epithelium of anal canal、pAI、ly0、v0、pN0であった。術後深部静脈血栓症を発症したが、軽快し2007年1月20日退院となった。術後5週よりUFT/UZELを開始したが、2007年3月2日のCT検査では肺転移、右鼠径リンパ節転移が認められた。【結語】今回術前の1回目の生検でadenocarcinomaが疑われ、2回目の生検でendocrine cell carcinomaと診断された。また、病変の大部分が皮膚領域で占められていたため原発巣の診断に難渋した。手術標本では組織学的に肛門管の粘膜上皮に腺癌成分が認められたこと、CK20が粘液癌領域および内分泌細胞癌領域に陽性、chromograninAおよびsyantophysinは内分泌細胞癌領域に陽性で粘液癌領域に陰性であることから肛門管原発の粘液癌が内分泌細胞癌やPaget様伸展を来したと推測された。肛門管原発の内分泌細胞癌の予後は不良で約9ヶ月という報告があり自検例も術後3ヶ月で肺転移、リンパ節転移が認められた。今回我々は術後早期に肺転移およびリンパ節転移を来した内分泌細胞癌への分化とPaget様伸展を伴う肛門管原発の粘液癌を経験したので報告する。

肛門管にかかる下部直腸癌に対し、翻転法による吻合を試みるも断端陽性となり、ISRを行った一手術例

井出 義人、松永 寛紀、岡田 一幸、池田 宜子、太田 英夫、丸山 憲太郎、横内 秀起、衣田 誠克、村田 幸平
(市立吹田市民病院外科)

はじめに：肛門管にかかる悪性腫瘍に対し、根治性を損なわず、肛門を温存する術式が考案されている。今回、直腸癌の主座は下部直腸であるが、併存する腺腫が肛門管にかかり、翻転法にて吻合を試みるも、断端陽性となったため、ISRを行った一例を経験したので報告する。症例：68歳女性。下血を主訴に近医受診し、精査目的で大腸内視鏡を施行したところ、RbにLSTを認め、carcinoma in adenomaと診断、second opinion目的で近郊のがんセンター受診も手術適応と診断され、当院での手術希望され、手術目的で入院となった。平成19年3月初旬、手術施行。腹腔鏡にて剥離・脱転操作を行い、口側断端をlinear staplerにて切離。肛門側より直腸を翻転し、直視下にて洗浄の後、断端を迅速病理へ提出するも、断端に腺腫を認めたため、同術式を断念。ISRを行い、回腸ストマを造設した。病理組織検査の結果はtub1, sm(2000 μ m), ly0, v0, pN0, Stage Iとの結果であった。術後経過は良好で、現在再発なく、外来にて経過観察中である。結語：肛門温存と根治性の問題は検討が必要であるが、適応を考慮し、術式を検討して、根治性を損なわない肛門温存手術を実践していく。

クローン病に合併した肛門管癌の2例

大須賀 文彦、星野 豊、花山 寛之、佐瀬 善一郎、樫村 省吾、木暮 道彦、寺島 雅典、後藤 満一
(福島県立医科大学第一外科)

【背景】炎症性腸疾患は長期にわたり再燃と寛解を繰り返すことの多い慢性疾患であるが、近年クローン病やそれに伴う痔瘻を発生母地とした癌の報告が散見される。【目的】我々はクローン病に合併した肛門管癌の2例を経験した。クローン病に合併した大腸癌の本邦報告例40例についても合わせて検討し、その臨床病理学的特長について検討した。【症例】症例1は45歳、男性。昭和59年大腸型クローン病を発症。2回の痔瘻手術の既往がある。平成9年結腸膀胱瘻にて人工肛門造設術を受けた。その後難治性小腸皮膚瘻を形成したため、平成12年6月当院のストーマ外来を受診した。その際、肛門痛の訴えがあり、また臀部の緊満感があったため直腸鏡下に生検を施行したところ粘液癌と診断された。精査加療目的に入院となったが、画像診断にて巨大な直腸腫瘍と小腸浸潤の所見があり、癌性腹膜炎と診断。手術不能と判断し、化学療法を施行したが効果なく、平成14年8月癌死した。症例2は36歳、男性。昭和58年発症。平成3年クローン病による腫瘤形成による狭窄にて上行結腸切除、回腸部分切除術施行された。平成18年3月前回手術吻合部付近の狭窄所見および肛門管に瘻孔・狭窄・膿瘍を認め、当院内科に入院。保存的治療にて軽快し退院。その後肛門部病変の増悪あり、同年8月当科に入院。回腸人工肛門造設予定し肛門部炎症の改善を待って精査を予定も、回腸人工肛門造設に同意を得られず。同年10月敗血症性ショック、急性肺障害となりIUCにて人工呼吸器管理。全身状態改善後回腸人工肛門造設術施行。炎症所見改善し、同年12月に転院。肛門部病変の生検にて肛門管癌と診断されたが多発肝転移もあり、平成19年3月癌死した。【考察】クローン病に合併する大腸癌の頻度は1~2%、相対危険率は1~20倍とされている。クローン病に合併した大腸癌の本報報告例は自験例を含め42例あり、そのうち肛門管または痔瘻に発生したものは自験例を含め13例である。組織型は低分化・粘液・印環細胞癌が18例と多い。50%生存期間18ヶ月と予後は不良である。自験例も症例1は2年2ヶ月、症例2は3ヶ月で癌死している。本症例のように肛門に難治性瘻孔を有するような炎症の持続する部位や狭窄部位には特に注意をして癌性病変、dysplasia病変の検出に努めることが必要とされる。しかしクローン病に合併した大腸癌を術前に診断されなかった例は30%程度と報告され、術前診断が困難なことも少なくない。局所の強い疼痛により十分な検査が困難であることも多いため、麻酔下での十分な検査が必要であると指摘する報告もある。また、当科ではこのような発癌のリスクも考慮し、人工肛門造設等によっても改善の見込みがなかった肛門部の複雑瘻孔3例に対して直腸切断術を施行しており、一つの選択枝として考慮される。

肛門管癌・痔瘻癌を合併した Crohn 病

佐藤 学、舟山 裕士、福島 浩平、柴田 近、三浦 康、小川 仁、小林 照忠、鹿郷 昌之、上野 達也、木内 誠、小山 淳、大沼 忍、佐々木 巖

(東北大学生体調節外科)

肛門病変を伴ったクローン病の長期経過例において、肛門管癌または痔瘻癌の発生が問題となっている。肛門病変の症状が前面に出るために癌による症状を訴えることが少なく、画像所見や内視鏡所見でも炎症による直腸肛門の壁肥厚との判別が困難で早期に癌を発見することが難しいことが多い。そのため進行癌で発見されることが多く、集学的治療が行われたとしても予後不良であることが多い。当科ではクローン病による痔瘻癌、肛門管癌を3例経験した。これらの症例を提示し、クローン病の痔瘻癌における診療の問題点につき検討を行う。【症例1】68歳女性。1975年発症の小腸大腸型クローン病にて3回の腸切除術が行われていた。2004年8月頃より肛門部痛の訴えがあり、腫瘍マーカーもCEAが153ng/mlと高値を示していた。直腸癌が否定できず手術目的にて9月に当科入院となり、手術を施行した。腹腔内に血性腹水を多量に認め、直腸周囲に腹膜播種を認めた。肛門から痔瘻の2次口にかけて腫瘤を触知し、進行痔瘻癌と判明したが切除不能であった。病理組織検査上 mucinous carcinoma の診断であった。【症例2】46歳男性。1986年に小腸穿孔により発症した症例で、腸切除、狭窄形成および肛門病変に対してシートン手術等が行われていた。1999年に腹満感、排便困難が出現し、透視検査にて小腸の縦走潰瘍、狭窄および直腸の壁不整を指摘された。腫瘍マーカーもCEA14.9ng/mlと高値を示しており、癌を否定できなかった。肛門のポリープおよび外痔核に対して生検を行ったところ、上皮下に腺癌の浸潤像を認めたため、腹会陰式直腸切断術を行い、Stag3b (a1, n(+), m(-)) の病理診断であった。【症例3】34歳女性。1987年発症の大腸型クローン病症例で、複数回のシートン手術と2003年に大腸亜全摘術を施行されている。2006年より肛門病変悪化のため3回の infliximab の投与が行われるも改善せず、手術の方針となる。12月の肛門ポリープの生検では悪性所見はなかったが、CEAが70.5ng/mlと高値を示していた。肛門管を主座とした硬結を触知し、迅速生検上 mucinous carcinoma の診断にて腹会陰式直腸切断術を施行した。また陰後壁にも直接浸潤しており、陰後壁も合併切除した。Stage3b (AI, n(+), m(-)) の病理診断であった。【まとめ】クローン病に伴う肛門周囲の癌では、肛門病変による症状が持続しているため発見が遅くなる傾向があり、進行癌となって初めて診断されることが多い。クローン病は肛門管癌、痔瘻癌のリスクが高いということを考慮し、定期的な肛門病変の生検などの厳密なフォローが必要であると思われる。

Crohn 病に合併した直腸肛門管癌の臨床経過と治療法の検討

杉田 昭¹、小金井 一隆¹、木村 英明²、山田 恭子¹、二木了¹、福島 恒男³、鬼頭 文彦¹

(¹横浜市立市民病院外科、²横浜市大市民総合医療センター難病医療センター、³松島クリニック)

【目的】Crohn 病に合併する消化管の癌は、直腸肛門管癌が多くを占める。今回は自験例で肛門管にかかる癌の臨床経過、治療法、予後を検討した。【対象】自験 Crohn 病 781 例のうち癌合併は 9 例(1.2%)で、虫垂癌の 1 例を除いた直腸肛門管癌 8 例の特徴を検討した。【結果】症例は肛門管にかかる直腸癌 4 例 (RbP4 例)、肛門管癌 4 例 (うち痔瘻癌 3 例) で、全例小腸大腸型であった。1) 直腸癌(RbP)：癌診断時平均年齢は 41 才、平均罹病期間は 16 年で、3 例に下部直腸狭窄、1 例に血便を認めた。dysplasia を 1 例に認めた。症例 1 は 5 型、粘液癌で直腸切断術後 13 年 3 ヶ月で無再発生存、症例 2 は 4 型、粘液癌で前立腺への浸潤のため骨盤内蔵全摘術を行ったが n4 で、術後 8 ヶ月で腹膜播種のため死亡、症例 3 は 1 型、高分化腺癌で直腸切断術後 3 年 6 ヶ月で無再発生存、症例 4 は 4 型、中分化腺癌で直腸切断術後 3 年 8 ヶ月で無再発生存している。2) 肛門管癌 3 例：全例小腸大腸型で、症例 5 は PRb、5 型、粘液癌で下血で発見され、直腸切断術を行い、癌周囲に Crohn 病病変がないことから sporadic cancer と診断、術後 4 ヶ月で無再発生存している。症例 6 は痔瘻発症後 25 年で粘液癌を検出、痔瘻癌に対して直腸切断術を行ない、術後 5 年 6 ヶ月で無再発生存である。症例 7 は痔瘻発症後 13 年で中分化腺癌を検出、直腸切断術を行なったが、現在局所再発疑いで精査中である。症例 8 は 29 才で痔瘻発症から 11 年で難治のために人工肛門を造設、1 年後に痔瘻に腫瘤が出現、生検で中分化腺癌、多発性肺転移を認め、化学療法施行中である。3) 無再発生存 5 例は全例、根治手術例 (curA) であった。【結論】Crohn 病に合併した肛門管にかかる直腸癌、痔瘻癌では根治手術例の予後は良好であった。Crohn 病の長期経過例や痔瘻合併例では頻度は少ないが、癌合併があることを念頭におき、直腸肛門狭窄を認める症例には指診、colonoscopy、積極的な生検を行なうとともに cancer surveillance program の確立が必要と考えられた。

肛門管癌症例の検討

内本 和晃¹、小山 文一¹、向川 智英¹、中川 正¹、大槻 憲一¹、中村 信治¹、藤井 久男²、中島 祥介¹

(¹奈良県立医科大学消化器・総合外科、²奈良県立医科大学中央内視鏡部・超音波部)

【目的】 下部直腸癌に対しては従来のAPRに加えISR等の肛門温存手術が施行されてきている。しかし肛門管癌は解剖学的な特性から種々の組織型が存在し、それぞれで治療法を考慮する必要がある。今回我々は当科で過去10年間に経験した肛門管癌20症例に対して組織型、治療法の変遷、予後について検討した。【対象】 1996年から2006年までに当科で経験した肛門管癌症例20例を対象とした。【結果】 男性14例、女性6例で、年齢は33歳から80歳。組織型は腺癌7例、扁平上皮癌(SCC)6例、粘液癌1例、痔瘻に関連した粘液癌4例、Crohn病に合併した肛門管癌2例であった。腺癌7例中5例は腹会陰式直腸切断術が選択され、2006年からの2例はIntersphincteric resection(ISR)が選択された。SCC6例中5例は腹会陰式直腸切断術が施行され、2005年の1例には60Gyの放射線治療が選択された。粘液癌の1例はAPRが施行された。痔瘻癌4例中、2例はAPRが施行され、2例には広範な皮膚切除を伴う骨盤内臓全摘術+筋皮弁形成術が施行された。Crohn病に合併した肛門管癌2例に対してAPR 1例、TPE 1例施行された。再発は11例に認められた。それぞれの組織型別の再発は、SCC6例中4例(鼠径リンパ節2例、局所1例、遠隔転移1例)、腺癌7例中4例(鼠径リンパ1例、局所3例)、粘液癌の症例は無再発生存中である。痔瘻に関連した粘液癌4例中2例(鼠径リンパ1例、局所1例)、Crohn病に合併した肛門管癌2例中1例(局所1例)であった。【考察】 肛門管は解剖学的に多彩な組織型が存在しており、それぞれの組織型によってAPR、TPE、ISR、放射線治療などの治療が選択されていた。通常型の腺癌症例には近年ではISRを行うことで良好な予後が期待できる。SCCに対しては放射線治療で根治が期待でき、第1選択となる可能性がある。痔瘻癌に対しては広範な切除が必要な場合もあり、皮弁形成などの技術も必要となる。Crohn病に合併した2例は30歳代と他の組織型に比べ若年で発症しており、Crohn病発病から10年以上経過したような症例では注意が必要である。

肛門管類基底細胞癌の1例

中山 善文¹、森田 圭介¹、柴尾 和徳¹、日暮 愛一郎¹、平田 敬治¹、鶴留 洋輔^{1,2}、寒竹 泰宏²、永田 直幹¹

(¹産業医科大学第1外科、²かんたけ肛門クリニック)

当科において1997年1月から2006年12月までの10年間に経験した直腸原発腫瘍の手術症例は317例あり、肛門管にかかる腫瘍の手術症例は40例であった。直腸原発腫瘍の内訳は分化型腺癌が287例、粘液癌が7例、低分化腺癌が7例、内分泌細胞癌が2例、扁平上皮癌が1例、カルチノイド腫瘍が8例、悪性リンパ腫が2例、悪性黒色腫が2例、類基底細胞癌が1例であった。肛門管にかかる悪性腫瘍の内訳は分化型腺癌が33例、粘液癌が3例、悪性黒色腫が2例、扁平上皮癌が1例、類基底細胞癌が1例であった。肛門管類基底細胞癌は肛門管の移行上皮帯から発生し、皮膚の基底細胞癌と組織学的に類似した腫瘍である。本邦では40数例の報告があり、稀な腫瘍である。我々が経験した肛門管類基底細胞癌の手術症例を報告する。症例は61歳、女性。主訴は排便時出血と痔核脱出。平成9年頃から排便時の痔核脱出と出血あった。増悪したため平成14年近医受診した。内痔核の診断で痔核結紮切除術施行。手術の際に4時の内痔核の近傍に小指頭大の腫瘤を認め、同時に切除した。病理組織学的検査の結果、切除標本に肛門管類基底細胞癌を認め、sm, ly(+), v(-), 水平断端陽性であったため当科紹介。術前検査後、経肛門的局所切除術を施行した。病理組織学的検査でbasaloid cell carcinoma, m, ly0, v0, ow(-), aw(-)であった。術後、骨盤腔と鼠径部に放射線療法(1.8Gy x 28回, total 50.4Gy)を追加した。現在、外来通院中であるが、再発所見は認めていない。肛門管類基底細胞癌は希な疾患であり、その手術症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

皮膚原発のPaget病と肛門管癌に伴うPaget現象の鑑別に免疫染色が有用であった2症例

門田 一晃¹、古嶋 薫¹、五十嵐 敦之²、出月 健夫²、奈良智之¹、野家 環¹、伊藤 契¹、針原 康¹、小西 敏郎¹
 (NTT 東日本関東病院外科、²NTT 東日本関東病院皮膚科)

【はじめに】今回、われわれは皮弁により肛門管を再建し、肛門機能が温存できた皮膚原発Paget病の1例と、肛門周囲Paget病変を伴った稀な肛門管癌の1例を経験したので文献の考察を加えて報告する。【症例1】80歳、男性。2004年8月頃より陰部の搔痒があり、外用薬で改善しないため2006年5月26日当院皮膚科受診。肛門周囲に広範に糜爛、色素沈着・脱失、紅斑あり。生検にて、表皮内にPaget細胞を認めた。免疫組織化学では、CEAとアポクリン汗腺由来(GCDFP)の免疫組織染色が陽性であり皮膚原発のPaget病と診断された。術前に正確な切除範囲設定のためmapping biopsyを施行。直腸粘膜に癌の浸潤は認めず、肛門機能温存する方針で7月24日両側V-Y皮弁による肛門管再建術を施行。腫瘍辺縁より皮膚側は3cm離して、粘膜側は歯状線部で、外肛門括約筋を温存して切除した。術後は禁食のうえ、中心静脈栄養管理とした。皮弁形成部は感染徴候なく、術後38日目に退院となった。病理の結果は断端陰性、脈管侵襲は認めなかった。画像上もリンパ節転移はなく、現在、術後11ヶ月が経過し再発なく、また肛門管の狭窄なく外来フォローアップ中である。【症例2】62歳、男性。2005年9月頃より肛門周囲に紅斑が出現。徐々に拡大したため2006年3月1日に皮膚科受診。生検にてGCDFPが陰性であったため続発性のPaget現象を疑って当科紹介となった。大腸内視鏡にて肛門管に小結節隆起をみとめ生検でadenocarcinomaと診断された。以上より本症例をPaget現象を伴った肛門管癌と診断し3月30日直腸切断術を施行した。この際Paget病変に対してはpagetoid spreadする病変から3cmの辺縁を取り皮下脂肪組織1/2層を含めて切除した。皮膚欠損部に対しては皮弁形成術を施行した。病理組織検査の結果、以下の3つの領域に及んでいた。(1)肛門管および皮膚領域の病変は同一で、癌の浸潤は粘膜筋板に達していなかった。(2)肛門の重層扁平上皮領域では上皮に浸潤する腺癌細胞を認めた。(3)皮膚領域では癌の間質への明らかな浸潤像は認めなかった。一方、免疫組織化学的にも腫瘍細胞はCEA陽性。肛門管部および表皮浸潤部ともにcytokeratin 20陽性、cytokeratin 7陰性の腫瘍細胞が認められ、これら3つの領域において通常の大腸腺癌のケラチンの発現様式に一致していた。【結語】皮膚原発の狭義のPaget病と、直腸癌や結腸癌などからの浸潤転移によるPaget現象の鑑別には免疫組織学的染色が有用である。肛門部Paget病では腫瘍の浸潤範囲により直腸切断術か肛門機能温存手術かが選択されている。自験例は術前診断で直腸粘膜に腫瘍の浸潤が無いことを確認し、肛門機能温存手術を施行することができた。

Pにかかる直腸Rb癌の臨床病理学的検討

植村 一仁、柿坂 達彦、片山 知也、菊地 健、米山 重人、伊藤 美夫、宇根 良衛
 (独立行政法人国立病院機構西札幌病院)

【目的】下部直腸癌に対する治療として術前化学放射線治療やISRなどの術式の進歩により、肛門温存の術式が行われてきている。今後これらの方法がさらに低位となる肛門管にかかる癌にも適応拡大される可能性がある。今回肛門管Pにかかる直腸Rb癌の臨床病理学的特徴について検討した。【対象と方法】1997年1月から2007年3月までに切除を施行した進行大腸癌377例のうち、占居部位がRb-Pである13例を対象とした。平均年齢65.5歳(37-81歳)、男女比6:7、観察期間中央値は31ヶ月であった。術式、腫瘍最大径、肉眼型、壁深達度、組織型、リンパ節転移、脈管侵襲、進行度、予後について検討した。また同時期に切除を行ったPにかかっていない直腸Rb癌30例と上記因子につき比較検討した。【結果】術式は全例腹会陰陰式直腸切断術であり、R0が12例、R2が1例であった。腫瘍平均最大径は5.3cm(2.3-7.8cm)、肉眼型は1型が1例、2型が10例、3型が2例であった。壁深達度はMPが1例、Aが11例、AIが1例であり、AIの浸潤臓器は膣であった。組織型は高分化腺癌が9例、中分化腺癌が4例であり、リンパ管侵襲を10例(76.9%)、静脈侵襲を9例(69.2%)に認めた。リンパ節転移は5例(38.5%)に認め、そのうち側方リンパ節転移は2例、単径リンパ節転移は1例であった。進行度はStageII:7例、IIIa:1例、IIIb:3例、IV:2例であった。StageIV症例の1例は同時性肝転移にて肝切除術を行い根治度Bとなったが、1例は多発肝、肺転移にて根治度Cであった。予後に関しては13例中6例(46.2%)に転移、再発を認め、転移再発部位は肝4例、肺4例、腹膜1例、脳1例、局所1例であった。転移再発率をStage別に検討するとStageIIで2例(28.6%)、StageIIIで2例(50%)、StageIVでは2例(100%)全例に転移再発を認めた。全体の5年生存率は61.1%であった。Rb-P癌とRb癌を比較検討したところ、すべての因子にて有意差を認めなかった。

肛門管癌症例の検討

吉谷 新一郎、黒田 雅利、横井 美樹、田中 弓子、斎藤 人志、小坂 健夫、高島 茂樹
(金沢医科大学消化器外科治療学)

【はじめに】肛門管は歯状線までの重層扁平上皮とその口側の直腸粘膜からなり、そのため肛門管癌は他の直腸癌と比し組織の多様性、管外性の存在、リンパ節転移の多方向性などの特徴が知られている。今回、私どもは当科で経験した肛門管癌症例について検討したので報告する。【対象】過去20年間に当科で経験した肛門管癌症例15例を対象に、肛門管上皮から発生したものを管内型、主病巣が管壁の筋層、外側を占めるものを管外型と分類し検討した。【結果】男性9例、女性6例、平均年齢は67.1歳であり、組織学的には直腸型8例、痔瘻癌1例、扁平上皮癌2例、総排泄腔由来癌1例、未分化癌1例。悪性黒色腫1例であった。リンパ節転移は管内型で頻度が高く、転移程度もn4症例が5例と高かった。上方向へは6例(40%)、側方向、下方向へはそれぞれ4例(26.7%)のリンパ節転移を認めた。病期分類は、管外型でstage3が3例(75%)、4が1例(25%)と進行した症例が多かった。手術術式は、腹会陰式直腸切断術を13例に施行し、そのうちD3郭清を10例に行った。また、術前にソケイ部リンパ節腫脹を認めた4症例にソケイ部リンパ節郭清を施行した。全例がソケイリンパ節転移陽性であり、上方向への転移も高度(n2が1例、n4が3例)であった。これらソケイリンパ節郭清症例の5年生存率は33.3%と治癒切除症例と同様の結果が得られた。【結語】肛門管癌は管内型でリンパ節転移頻度が高く、ソケイ部リンパ節転移症例においても、3方向のリンパ節郭清を行うことによって治癒切除症例と同様の生存率が得られることからソケイ部リンパ節郭清の意義があると思われた。

当科で経験した肛門管にかかる悪性腫瘍の検討

吉田 晋、裕 彰一、友近 忍、岡 正朗
(山口大学大学院消化器・腫瘍外科学)

【目的】当科で経験した肛門管にかかる悪性腫瘍を検討し、臨床病理学的因子ならびに予後について考察した。【対象】平成元年1月より平成19年3月までに手術を施行した肛門管にかかる悪性腫瘍27例。【結果および考察】男：女=13：14。平均年齢64.6歳(43-84)。占拠部位はRbP 17, PRb 4, P 4, RbPRa 1, RbRaP 1。術式は腹会陰式直腸切断術18例、超低位前方切除3例(うち2例ISR併施)、ハルトマン手術2例、経肛門の手術2例、経仙骨の手術1例、骨盤内臓全摘1例。組織学的にはwell 5, mod 15, poor 3, mucin 2, scc 1, basaloid 1。深達度別リンパ節転移症例数はpN0/pN1/pN2/pN3の順に、pSMで3/0/0/0, pMPで5/2/0/2, pAで4/5/1/4, pAIで1/0/0/0。術後再発は根治度Cの3例を除く24例中6例(25%)に認め、再発形式は肺2例、局所2例(腔断端と尾骨前面)、大動脈周囲リンパ節+頸部リンパ節1例、単径リンパ節1例であった。pStage別1年/3年/5年生存率は、pStage1 100/100/100%、pStage2 100/100/75%、pStage3a 75/75/50%、pStage3b 67/67/0%、pStage4 100/0/0%であった。単径リンパ節郭清は術前に転移があると判断した3例にのみ施行しており、うち組織学的陽性症例は2例あった。うち1例は同時性肺転移を認め(術後生存日数415日)、1例はmucin症例で術後大動脈周囲リンパ節と頸部リンパ節に再発を認めた(術後生存日数713日)ことから、単径リンパ節転移陽性症例は予後不良である可能性が示唆された。側方郭清が施行された19例中、側方リンパ節転移は6例(32%)と高率に認めた。また肝転移は同時性転移を1例に認めただけで、術後肝転移再発を起こした症例はなかった。【結語】肛門管にかかる悪性腫瘍では1. 単径リンパ節転移陽性症例は予後不良 2. 側方リンパ節転移を高率に起こす 3. 術後肝転移再発の頻度は低いことが示唆された。

肛門管原発の腺癌と扁平上皮癌の比較

益子 博幸、近藤 征文、岡田 邦明、石津 寛之、田中 浩一、
秦 庸壮、川村 秀樹、山上 英樹、本間 重紀、横田 良一、
萩原 優、渡会 博志、横田 健太郎、安達 武彦
(札幌厚生病院外科)

【目的】肛門管(P)を主占居部位とする腺癌と扁平上皮癌について検討した。

【対象】1994年から2004年までに開腹手術をおこなった肛門管にかかる癌の症例は52例であった。このうち肛門管を主占居部位とする28例を対象にした。腺癌(A群)22例(78.6%)、扁平上皮癌(S群)6例(21.4%)で、これらを比較検討した。

【結果】男女比はA群17:5、S群1:5でS群は有意に女性が多かった($p=0.0126$)。平均年齢はA群62.4歳、S群58.8歳で、S群で約4歳若かった。術式は全例直腸切断術で、S群の2例に後方骨盤内臓全摘術をおこなった。腫瘍最大径はA群3.2cm(2.1-9.6cm)、S群4.4cm(1.2-5.6cm)で、S群が大きかった($p=0.121$)。組織型の細分類はA群高分化10例、中分化9例、低分化1例、粘液癌2例、S群は高分化1例、中分化3例、低分化2例であった。深達度はA群SM4例、MP9例、A9例、S群SM2例、A2例、AI2例で、とくにA以深はA群40.9%、S群66.7%でS群に深い症例が多かった。リンパ節転移は、A群N0:12例、N1:7例、N2:1例、N3:2例、S群N0:2例、N1:1例、N2:2例、N3:1例であった。すなわちリンパ節陽性例はA群45.5%、S群66.7%で、とくにN2以上はA群13.6%、S群50.0%で、S群は高度リンパ節転移例が多かった。肝転移はA群2例、腹膜転移はA群1例で、S群にはいなかった。他臓器転移もA群1例(No280)で、S群にはいなかった。Stage III以上はA群10例(45.5%)、S群4例(66.7%)で、S群はStageの進んだ症例が多かった。根治度はA群根治度A:19例、根治度B:1例、根治度C:2例、S群はそれぞれ5、0、1例であった。再発はA群6例(30.0%)、S群1例(20.0%)に認めた。再発形式はA群リンパ節(No292)2例、肺2例、局所2例、S群リンパ節(No216)1例で、鼠径リンパ節再発はA群の2例に認めた。

【結語】肛門管に発生した癌は、腺癌が78.6%、扁平上皮癌が21.4%であった。扁平上皮癌は有意に女性に多く、深達度が深く、リンパ節転移例が多く、Stageの進んだ症例が多かった。しかし根治手術をおこなえば再発率は腺癌と比較して変わりにはなかった。

肛門管にかかる直腸癌の臨床病理学的検討

佐藤 幸雄、日野 佑美、清水 誠一、小林 美恵、徳永 真和、
吉山 知幸、坂部 龍太郎、佐伯 修二、向田 秀則、山下 芳
典、久松 和史、平林 直樹、多幾山 涉
(広島市立安佐市民病院外科)

1990年1月から2005年12月までに当科で腹会陰式直腸切断術が施行された下部直腸癌のうち、組織学的根治度Aであった77例を対象として臨床病理学的に検討し、肛門管にかかる症例(=P群)と、肛門管にかからない症例(=Rb群)を比較した。術前放射線療法を施行した症例は無かった。記載は大腸癌取扱い規約第6版に従った。【結果】P群は22例(男8例、女14例、平均67歳)、Rb群は55例(男36例、女19例、平均65歳)であった。壁深達度ではP群にm・smはなく、mp 5例、a1 10例、a2 1例、ai 6例で、Rb群はsm 9例、mp 15例、a1 16例、a2 11例、ai 4例であった。リンパ節転移はP群でn0 13例、n1 4例、n2 4例、n3 1例、Rb群はn0 28例、n1 18例、n2 7例、n3 2例であった。Stage別では、P群はstageIは1例のみで、stageII 7例、stageIIIa 9例、stageIIIb 5例、Rb群はstageI 14例、stageII 14例、stageIIIa 18例、stageIIIb 9例であった。Dukes分類ではP群はDukes Aは1例のみで、Dukes B 11例、Dukes C 10例で、Rb群はDukes A 11例、Dukes B 13例、Dukes C 31例だった。生存曲線は、stage別・Dukes分類別ともに有意の差は認められなかったが、累積5年生存率は、DukesCでP群42%に対しRb群65%、stageIIIbでP群40%に対しRb群67%とP群で不良であった。再発はP群で13例(60%)、Rb群は17例(31%)に認められた。stageI症例には両群とも再発は認めなかった。Stage別の再発は、P群はstageIIで4例(57%)、stageIIIa 5例(56%)、stageIIIb 4例(80%)、Rb群はstageII 4例(29%)、stageIIIa 8例(44%)、stageIIIb 5例(56%)とよりP群で高率であった。初再発部位は、P群はリンパ節再発が最も多く、以下局所、肺、肝の順で、Rb群は局所再発が最も多く、以下肺、リンパ節、肝の順であった。mp癌で検討すると、リンパ節転移はRb群でn0 8例(53%)、n1 5例(33%)、n2 2例(13%)であったのに対し、P群ではn0は1例(20%)しかなく、n1 1例(20%)、n2 3例(60%)であった。mp癌の再発も、Rb群では15症例中1例(7%)であったのに対し、P群は5症例のうち3例(60%)に再発を認め、そのうち2例は鼠径リンパ節再発であった。【まとめ】2005年版大腸癌治療ガイドラインでは再発率はstageII 13%、stageIIIa 24%、stageIIIb 41%であり、肛門にかかる直腸癌はいずれのstageにおいても高率に再発が認められ、予後良好が期待されるmp癌においても60%に再発が認められた。【結語】肛門管にかかる直腸癌では壁深達度がmp以深の場合は、十分なリンパ節郭清を行うとともに、術後補助化学療法を積極的に施行する必要があると思われる。また、再発予防のためには放射線化学療法の併用についても検討すべき課題と考えられた。

肛門管にかかる大腸癌の臨床病理学的特徴

宮倉 安幸、堀江 久永、濱田 徹、熊野 秀俊、佐藤 寛文、
鯉沼 広治、富樫 一智、安田 晃和
(自治医科大学消化器一般外科)

(目的) 肛門管(外科的肛門管)にかかる下部直腸癌(Rb-p)や肛門管癌(P)の過去の手術症例の臨床病理学的特徴を明らかにすること。(方法) 85年4月より07年4月までの過去22年間におけるRb-p癌やP癌(初発手術症例)87例を対象とし1)臨床像、2)治療内容、3)術後合併症、4)病理所見、5)再発形式、6)遠隔成績を解析しその特徴を明らかにした。(結果) 1)平均年齢61±12歳、男女比は1:0.4と男性に多かった。腫瘍の肉眼型は1型:5例、2型:69例、3型:10例、分類不能:2例であった。2)術前放射線療法は27例(31%)に施行されていた。術式は腹会陰式直腸切断術(APR)77例(骨盤内臓全摘術5例を含む)、超低位前方切除術4例、局所切除1例であった。13例に近接臓器の合併切除が行われて(膣、前立腺、膀胱)おり術中平均出血量は1250mlであった。骨盤内臓全摘の1例は会陰部のフルニエ症候群にて発症し、ドレナージ+人工肛門造設術、FOLFOXによる化学療法後手術を行っていた。3)術後合併症は正中創感染を15例(18%)に、会陰創感染を33例(38%)に、腸閉塞を9例(10%)に認め、腸閉塞の4例には手術的治療を必要とした。SSIに対する関心が高まった2000年以降は正中創感染12例(14%)、会陰部感染20例(24%)と低下していた。4)病理学的進行度はpStage1:11例、2:29例、3:41例、4:5例、組織型では高分化腺癌42例、中分化腺癌32例、粘液癌7例、低分化腺癌2例、扁平上皮癌2例であった。近年、当科でも扁平上皮癌に対しては放射線化学療法によりCRになる症例が増え今回の症例には手術切除2例のみが含まれている。リンパ節転移は46例(53%)に認められ、側方郭清施行59例中側方リンパ節転移は10例(17%)に認めた。2例では鼠径リンパ節転移を認めていた。深達度はpA:61例(A1:39例、A2:22例)、pAI:9例で、フルニエ症候群の1例や膿ろうを呈していた1例を含む計9例(10%)に病理学的外科剥離面陽性を認めた。肛門周囲皮膚にpagetoid spreadを2例に、肛門皮膚との瘻孔を1例に認めた。5)再発は30例(34%)におこり、局所再発8例(全例pStage3)、局所再発+遠隔転移(肺、肝など)4例、遠隔転移18例であった。6)遠隔成績ではpStage2、3の累積5年生存率は57%、累積5年無再発生存率は45%であった。放射線療法の有無による累積5年生存率は放射線群では66%、非放射線群では50%(NS)、累積5年無再発生存率は放射線群では56%、非放射線群では38%(p=0.06)であり放射線群に良好な結果であった。(結論) Rb-pやP癌は近接臓器に容易に浸潤し、側方リンパ節や時に鼠径リンパ節に転移する特徴を有する。術前放射線療法により予後を改善する可能性があり、手術では外科的剥離面への癌細胞の露出や汚染に十分配慮して手術にのぞむ必要があると考えられた。

当科における肛門管癌の検討

清水 紀香、吉村 哲規、樋口 哲郎、石川 敏昭、安野 正道、
飯田 聡、榎本 雅之、植竹 宏之、杉原 健一
(東京医科歯科大学医学部付属病院)

1997年から2006年までの10年間に当科で経験した大腸癌症例は1053例であった。そのうち肛門管悪性腫瘍は5例(0.47%)で、痔瘻癌2例(0.19%)、肛門管癌2例(0.19%)であった。【症例1】83歳男性。肛門周囲膿瘍にたいし2005年切開排膿術施行した。その後痔瘻化、排膿が続き、1年後の2006年痔瘻根治術を施行した。粘液貯留を認め、術中生検にて腺癌と診断し、同年腹会陰式直腸切断術を施行した。病理組織診断は、muc,A,N0,Iy0,v0,H0,P0,stageIIであった。術後10ヶ月無再発生存中である。【症例2】70歳男性。2005年6月、他院で痔瘻と診断、痔瘻根治術(seton法)施行され腺癌と診断された。本人手術拒否し約1年経過後2006年5月当科紹介受診。2次口を3時6時11時に認め、肛門周囲皮下組織の硬結を認めた。術前精査にて膀胱直腸瘻を認め、同年6月、骨盤内臓全摘術を施行した。病理組織診断はmuc,A,N0,Iy0,v0,H0,P0,stageIIであった。術後11ヶ月無再発生存中である。【症例3】72歳女性。主訴は血便で、AV3cm、後壁に26mm大、2型の腫瘍を認め、生検にて扁平上皮癌と診断された。放射線治療total50Gy、併用化学療法CDDP+5FUを施行したがPRであったため、2006年腹会陰式直腸切断術を施行した。病理組織診断はA,N0,Iy0,v3,H0,P0,stageIIであった。術後10ヶ月で他病死したが、生存中再発は認めなかった。【症例4】54歳女性。主訴は排便時出血。肛門管6時方向を中心に35mm大、Isの腫瘍を認めた。生検にて腺癌と診断された。2002年、経肛門の腫瘍切除術を施行したが、断端陽性であったため、2003年1月腹腔鏡補助下腹会陰式直腸切断術を施行した。病理組織診断はmod,SM,N0,Iy2,v2,H0,P0,stageIであった。術後補助療法は施行しなかったが、術後1年1か月で左鼠径リンパ節再発を認めたため、鼠径リンパ節郭清術を施行した。その後化学療法としてUFT+LVを投与したが遠隔転移が出現し、緩和治療目的で他院に転院した。【まとめ】当科で経験した大腸癌における肛門管癌、痔瘻癌の割合はいずれも極めてまれであった。痔瘻癌は、発症までの痔瘻罹患期間が長いとされているが、当科での1例は痔瘻罹患後1年以内の発症で、痔瘻癌発症までの痔瘻罹患期間が短期間であった。肛門管癌で腺癌の症例では、早期癌で発見され根治術が施行したにもかかわらず、術後リンパ節再発を認め予後不良であった。本邦での腺癌の治療法は外科療法が中心であったが、本症例では放射線化学療法による追加治療により予後の改善が期待できた可能性があり、文献的考察を含めて報告する。

内視鏡治療を施行した歯状線近傍に及ぶ早期直腸癌の8例の検討

来間 佐和子¹、小泉 浩一¹、服部 公昭¹、桑田 剛¹、佐仲 雅樹¹、江川 直人¹、門馬 久美子²、松本 寛³、高橋 慶一³、船田 信頭⁴

(¹東京都立駒込病院消化器内科、²東京都立駒込病院内視鏡科、³東京都立駒込病院外科、⁴東京都立駒込病院病理科)

【目的】 歯状線近傍に及ぶ早期直腸癌の治療では内視鏡治療は肛門側の操作が困難で経肛門の腫瘍摘出術が選択されることがある。しかし腫瘍径の大きい病変は経肛門の腫瘍摘出術では口側断端が陽性になることがあるため、内視鏡治療が有用な場合がある。内視鏡治療を施行した歯状線近傍に及ぶ早期直腸癌の症例をもとに、内視鏡治療の有用性、問題点を検討する。【方法】 2005年1月から2007年1月まで当院で内視鏡治療を行った肛門側が歯状線より2cm以内にある早期直腸癌8症例を対象とし、切除方法、病理診断、遺残の有無、経過などを検討した。【成績】 年齢は51-81歳、男性2例、女性6例、腫瘍径は25-80mm、病型はLST-Gが5例、Isp+0-IIaが1例、0-IIa+Isが1例、0-IIbが1例であった。歯状線に接する病変は6例、他2例は歯状線からの距離は約2cmであった。4例はESDで一括切除、1例はESDにより2分割切除、1例は多分割切除、1例は分割切除後に残存病変に対し経肛門の腫瘍切除術を追加、1例は内視鏡治療中切除困難と判断され経肛門の腫瘍切除術に変更となった。分割切除後に残存病変に対し経肛門の腫瘍切除術を追加した症例は、6日後の内視鏡観察にて口側に遺残あり内視鏡治療を追加している。5例は経過観察の内視鏡所見で遺残を認めなかった。病理組織診断では7例が高分化型腺癌、1例が高～中分化型腺癌と乳頭腺癌が混在した所見であった。深達度は7例がmで1例がsm1であった。断端は、ESDで一括切除したうち3例は陰性、1例は陽性で、ESDで2分割切除になった1例は陽性であった。多分割切除になった1例、経肛門の腫瘍切除術が施行された2例では断端の評価は困難であった。【結論】 経肛門の腫瘍切除術後でも遺残が認められた例があった。内視鏡切除のみで施行した症例では、病理診断上、断端陽性または不明の症例でも経過観察の内視鏡所見では残存を認めず、ESDにより周辺切開範囲内が切除されているので根治を期待できるものと考えられた。内視鏡治療の切除時の肛門痛には塩酸プロカインによる局所麻酔が有効であった。歯状線近傍の操作はアタッチメント装着が有用であった。以上より、歯状線近傍に及ぶ早期直腸癌の治療に対しESDによる内視鏡的切除は有用であると考えられた。

当院における肛門管にかかる悪性腫瘍の検討

西脇 英敏、稲次 直樹、吉川 周作、増田 勉、内田 秀樹、園尾 広志、山口 貴也、山岡 健太郎、稲垣 水美
(厚生会奈良大腸肛門病センター)

(目的) 腫瘍の局在が肛門管にかかる悪性腫瘍の当センターにおける治療成績を検討する。(対象・方法) 1996年1月から2005年12月の15年間で、当センターにて手術を施行した18例を臨床病理学的に検討した。(結果) 性別：男性9名、女性9名。年齢：30歳～75歳、平均62.3歳。組織型：腺癌14例(高分化型：9例、中分化型：5例、粘液癌：1例(痔瘻癌))、扁平上皮癌：3例。治療方法：初回治療は全例手術を施行した。症例によっては、術後に補助化学療法や放射線療法あるいは双方を同時に施行した。術式：腹会陰式直腸切断術15例、局所切除→腹会陰式直腸切断術2例、局所切除のみ1例。腫瘍最大径：12～60mm。平均36mm。深達度：sm 3例、mp 5例、a1 3例、a2 7例。リンパ節転移：n0 11例、n1 3例、n2 3例。stage I 6例、stage II 4例、stage IIIa 3例、stage IIIb 2例、stage IV 2例。予後：生存11例(全例無再発)、生存期間：22ヶ月～121ヶ月、平均68.5ヶ月。5年生存例7例(死亡1例含む)。死亡症例7例(全例原腫瘍死で、生存期間が11ヶ月～61ヶ月、平均生存期間が36.9ヶ月)。(考察) 死亡例は、全例原発癌関連死であった。Stageは、I 1例、II 2例、IIIa 1例、IIIb 1例、IV 2例であった。組織型は、高分化型腺癌3例、中分化型腺癌3例、扁平上皮癌1例であった。転移・再発形式は、局所再発(骨盤内) 1例、鼠径部リンパ節再発 1例。局所再発(骨盤内)+鼠径部リンパ節再発 4例。またこの内、肝・肺への遠隔転移が2例存在したが、いずれも手術時既に同時に転移を認めていた。肝転移のみを認めていたもの1例、同時に肝・肺転移を認めていたのが1例であった。局所再発(骨盤内)+鼠径部リンパ節再発を来していたものの中で、Stage I(高分化型腺癌、深達度 sm)と、Stage II(扁平上皮癌、深達度 mp)が含まれていた。(結語) 腫瘍の局在が肛門管にかかる癌症例においては、深達度が浅くても鼠径部リンパ節転移を来す症例があり、鼠径部に対する予防的放射線療法が考慮されるべきと考えられる。*なお、臨床病理学的事項の記載は大腸癌取り扱い規約第6版に従った。

肛門管にかかる悪性腫瘍の検討

前田 好章、内藤 春彦、濱田 朋倫、篠原 敏樹、蔵谷 大輔
(北海道がんセンター外科)

【対象症例、検討項目】1998年以降の初発大腸癌のうち、大腸癌取り扱い規約による占拠部位が、P、P-Rb、Rb-Pの症例について検討した。また同時期のRb症例のうち、腹会陰式直腸切断術を施行された症例をコントロール(以下Rb-APR群)とした。初回治療方法(手術orCRT)、TNM因子、側方、ソケイリンパ節転移、CRT症例の奏功度、疾患特異的生存率、無再発生存率、局所再発率について検討した。【結果1】1998年1月から2007年3月までの初発大腸癌症例477例のうち、病変が肛門管にかかっていた症例は23例(4.8%) (内訳はP6例(1.3%)以下P群、P-Rb6例(1.3%以下P-Rb群)、Rb-P11例(2.3%)以下Rb-P群)であった。これに1997年以前のP症例2例を加えた25例をP-involve群として以下の検討を行った。【結果2】P-involve群の組織型はSCC4例(P3例、P-Rb1例)、悪性黒色腫1例、wel-mod13例、por-muc7例であった。初回治療はSCC2例、wel-mod1例、por-muc1例に対しCRTが施行され、他の症例は手術が施行された。組織型別5年無再発生存率はSCC67%、wel-mod44%、por-muc33%、悪性黒色腫0%であった。有意差は無いが疾患特異的生存率、局所再発率とも、SCCが良好で以下wel-mod、por-mucと低下した。部位(P、P-Rb、Rb-P)による差は、疾患特異的生存率、局所再発率とも認めなかった。側方またはソケイリンパ節転移陽性例の疾患特異的5年生存率15%に対し、陰性例71%であり強い予後因子であった。SCCでCRTが初回治療で施行された2例はいずれもCRを得たが、1例は9ヶ月で局所、遠隔リンパ節に広範に再発、再燃がみられ、サルベージ手術、追加CRTを施行した。【結果3】腺癌、粘液癌症例について、P-involve群(20例)とRb-APR群(21例)の比較検討を行った。側方またはソケイリンパ節転移はP-involve群(6例、33%)が、Rb-APR群(3例、15%)に比べ多いものの、有意差は認めなかった。分化型(wel-mod)の比率はP-involve群(13例、65%)が、Rb-APR群(18例、86%)に比べ少ないものの、有意差は認めなかった。有意差は無いものの、5年局所再発率はP-involve群で高い傾向があった。【考察】肛門扁平上皮癌(SCC)の初回治療はCRTが妥当と思われるが、CR症例でも再燃例がみられ、慎重なフォロー、サルベージ手術が重要である。腺癌については、通常型大腸癌に順ずる方針であるが、低分化、粘液癌症例を中心に側方転移、局所再発に対する配慮が重要である。

当科における肛門管にかかる下部直腸癌治療の現況

埜本 純哉¹、藤 也寸志¹、青木 義朗¹、播本 憲史¹、増田 隆明¹、池田 貯¹、大賀 丈史¹、足立 英輔¹、坂口 善久¹、岡村 健¹、西山 憲一²
(¹九州がんセンター消化器外科、²九州がんセンター病理部)

[はじめに]当科では2005年6月から肛門管にかかる下部直腸癌に対し、患者さんの希望を聞きつつ標準治療でないことを説明し、同意を得た上でISRを導入している。[対象と方法]2005年1月から2007年3月において当科で手術した肛門管にかかる下部直腸癌23例を対象とした。術式の内訳は腹会陰式直腸切断術(APR)11例、超低位前方切除術(sLAR、結腸肛門管吻合)3例、ISR9例であった。合併切除を行った症例が23例中7例(APR3例、ISR4例)にあった。平均観察期間はAPRで1~27ヶ月(中央値8ヶ月)、sLARで22ヶ月(中央値20ヶ月)ISRで5~23ヶ月(中央値15ヶ月)であった。術式別に手術時間、出血量、深達度、合併症の頻度、再発の頻度、術後排便機能について比較検討した。[結果]APR、sLAR、ISR(合併切除症例を除く)での平均手術時間は各々421分、569分、485分、平均出血量は各々692g、650g、582gであった。術前の直腸指診では、肛門縁から腫瘍までの距離は各々平均で2.9cm、4.3cm、2.5cmであった。切除標本での歯状線からの距離は各々平均で1.8cm、2cm、0.25cmとなった。組織学的深達度はAPRでT12例、T22例、T36例、T41例、sLARではT22例、T31例、ISRではT11例、T23例、T35例であった。周術期合併症はAPRに創感染が1例、sLARは合併症なく、ISRに創感染1例を認めた。他臓器転移陽性症例以外においてCurAの手術が行えておりsLAR、ISRでは腫瘍の外側断端陽性となった症例はなく、肛門側断端陽性例も認めなかった。現在のところAPRで局所再発症例1例、そのほかの再発1例を認め、ISR、sLARでは局所での再発はなくその他の再発1例を認めた。ISR術後平均133日にて回腸のcovering stomaを閉鎖しているが、stoma閉鎖後の経過としては術直後には排便回数が多いが、1ヵ月後の平均排便回数は7.6回、3ヶ月以降で5回と徐々に軽減した。全症例で便失禁もストマ閉鎖後6ヶ月までには回復したが、total ISRを施行した2症例では永久人工肛門へ変更するほどの便失禁はないが不意の便漏れを半年以上認めており経過観察中である。[考察]ISRを導入し現在のところ局所再発なく経過観察中である。術前ISR可能と判断したが、腫瘍の外側への浸潤(術中迅速病理検査)により術中APRへ移行した症例が3例あった。ISRを行う上で深達度の術前診断が今後の課題であり、MRIやEUSなどの完全実施や検査精度を向上させる必要があると思われた。排便については短期的には障害が多いが、徐々に改善する場合が多い。Total ISRの場合には何らかの工夫が必要かもしれない。[結語]ISRはsLARやAPRとほぼ同等の安全性を持って行える術式と思われるが、直腸癌の治療率については長期成績を検討する必要がある。

肛門管にかかる悪性腫瘍の治療

前田 孝文、河村 裕、溝上 賢、辻仲 眞康、小西 文雄
(自治医科大学附属大宮医療センター)

(目的) 当科で治療を行った肛門管にかかる悪性腫瘍症例の治療指針と成績を明らかにすること。(対象と方法) 2000年以降に当科で治療した、肛門管にかかる悪性腫瘍症例23例を対象とし、診療録から患者背景、術前補助療法の有無、手術術式、病期、病理組織診断、再発形式などについて検討した。(結果) 患者の平均年齢は60歳(42-75歳)、男性が17例、女性6例だった。診断は、病変の主占拠部位が下部直腸で肛門管にかかるもの(RbP)が16例、肛門管が主占拠部位であるもの(P、またはPE)が3例、痔瘻癌が3例、直腸GISTが1例だった。主な症状は下血が12例、腫瘤触知が5例、肛門痛が3例だった。主な治療は腹会陰式直腸切断術が18例、経肛門切除を3例、経膈の切除を1例に施行した。側方郭清は術前深達度がA以深で治療に同意した7例に行った。術前補助療法の術前深達度がA以深の症例に対し、2005年までは放射線療法(総照射線量45Gy、骨盤腔内照射)、2005年以降は化学放射線療法(総照射線量45Gy、最初と最後の5日間に5-FU:350mg/m²+I-LV:10mg/m²を併用)を行った。また、術後療法は病期IIIだった症例に5-FU/I-LV(あるいはUFT/LV)、経肛門切除でSM深部浸潤と診断された症例には化学放射線療法を施行した。術後病理診断は腺癌が18例、粘液癌が3例、低分化腺癌が1例、GISTが1例であった。扁平上皮癌は今回の検討症例には認めなかった。術後平均観察期間は22ヶ月(3-47ヶ月)で5例に再発を認めた。再発形式は肺転移が2例、局所再発が2例、大動脈周囲リンパ節再発を1例に認めた。痔瘻癌、直腸GIST症例はいずれも現在のところ再発を認めていない。(結語) 当科では肛門管にかかる悪性腫瘍のうち、術前診断でA以深の腺癌に対しては術前化学放射線療法、腹会陰式直腸切断術、側方郭清を標準治療としている。化学療法の用法、用量は欧米での大規模臨床試験に準じて採用しているが、側方郭清を併用することの意義や効果についてはこれまで検討されていないことが問題点である。

肛門管悪性腫瘍手術例の検討

日高 英二、遠藤 俊吾、神本 陽子、久保 かずえ、辰川 貴志子、斎藤 由理、永田 浩一、橋本 雅彦、石田 文生、田中 淳一、工藤 進英
(昭和大学横浜市北部病院消化器センター)

目的：近年手術手技および器械の進歩で下部直腸癌での肛門温存率が非常に高くなってきており、それに伴い肛門管癌においても、肛門温存術を選択する症例も増加している。また経肛門の局所切除の症例も見られ、この領域の悪性腫瘍の治療法はまだ確立されたものはない。今回、われわれは当センターにおける肛門管悪性腫瘍症例の臨床病理学的因子、治療法、特に肛門温存術に関して検討した。対象：2001年4月(開院時)から2007年3月までに当センターで手術を施行した初発大腸悪性腫瘍948例のうち腫瘍下縁が肛門管内にあった43例(4.5%)。肛門管は大腸癌取扱い規約に準じて外科的肛門管と定義した。結果：男性32例、女性11例で平均年齢は55.3歳(33-93歳)であった。組織型は高分化腺癌:18例、中分化腺癌:19例、低分化腺癌:2例、扁平上皮癌:2例、カルチノイド腫瘍:1例、basaloid:1例であり、腺癌が90.6%を占めた。手術術式は、経肛門腫瘍切除:4例、内肛門括約筋切除(ISR):13例、腹会陰式直腸切断術(APR):26例(骨盤内臓全摘2症例も含む)であり、肛門温存率は39.5%であった。進行肛門管癌で肛門温存を強く希望した症例(9例)に限って術前化学放射線療法後にISR(開腹8例、腹腔鏡1例)を施行した。化学放射線療法により腫瘍縮小、潰瘍瘢痕化がみられ、切除標本では肛門側断端、剥離面ともに癌細胞は認めずCurAの手術が可能であった。術後観察期間は4~53ヶ月(中央値 35.5ヶ月)であるが、現在のところ再発は認めていない。術前化学放射線療法+ISRは進行肛門管癌における肛門温存治療のひとつとなりうると考えられた。早期癌(カルチノイド腫瘍を含む)と術前診断した4症例にもISR(開腹2例、腹腔鏡下2例)を施行しCurA手術が可能であり、手技上では早期、進行肛門管癌において肛門温存術の適応拡大は可能と考えられる。しかし、ISR施行症例は全例diverting stomaを造設しており、さらに拡張術が必要な吻合部狭窄が2例(15%)にみられている。このように肛門温存のために手順、時間もかかり社会復帰も遅れる可能性面も考慮すると適応は慎重にすべきである。結語：肛門管悪性腫瘍においてはまだ人工肛門率が高いが、術前化学放射線療法を加え肛門温存術を施行することも治療法のひとつとなりうると考えられた。

一般市中病院における外科的肛門管にかかる下部直腸癌に対する治療とその成績

岡林 剛史¹、柳 在勲²、似鳥 修弘³、鶴田 雅士⁴

(¹平塚市民病院外科、²独立行政法人国立病院機構埼玉病院外科、³足利赤十字病院外科、⁴多摩丘陵病院外科)

【目的】近年、術前放射線化学療法・肛門括約筋温存手術・側方リンパ節郭清・腹腔鏡下手術などの集学的治療の進歩により、下部直腸癌に対する治療戦略が様変わりしてきている。これらの治療はまだ医学的検証を要するものが多く、実際に日常診療において標準治療として施行されるには至ってはいない。外科的肛門管にかかる下部直腸癌は、患者の生活の質の維持・根治性の点からまさにこれらの集学的治療が生かされるべき疾患であると考えられる。今回、われわれは一般市中病院においてこれら集学的治療がどの程度施行され、どのような成績を挙げているのかを多施設共同で検証した。【方法】対象4施設において1997年1月から2006年12月までに外科的肛門管にかかる下部直腸癌として切除術を施行された44例を対象とした。質問表により患者背景・病理・治療内容・予後などのデータを集積し、統計学的解析を行った。【成績】性別は男性28例、女性16例であり、年齢の中央値は64.5歳であった。術式の内訳は腹会陰式直腸切断術42例、肛門括約筋温存手術2例であった。また、術前放射線化学療法1例、側方郭清施行1例、腹腔鏡下手術2例が行われていた。肛門括約筋温存手術・腹腔鏡下手術は特定の施設でしか施行されておらず、これらの方法は広く浸透しているとは言えなかった。病理学的に剥離断端陽性となった症例は5例であり、また、局所の根治性のために他臓器合併切除を施行した症例は4例であった。他臓器合併切除が必要となった症例は全て再発をした。stageI 11例、stageII 16例、stageIII 13例、stageIV 3例であり、観察期間の中央値は35ヶ月であった。13例の症例に再発を認め、初回再発部位の内訳は肝臓3例、肺6例、局所6例、その他1例であった。全体で五年生存率は72.5%、治癒切除症例の五年無再発生存率は65.5%であった。13例の再発のうち12例が3年以内の再発であった。【結論】外科的肛門管にかかる直腸癌の治療として肛門括約筋温存手術・腹腔鏡下手術など専門的な技術が必要となる治療方法は一般市中病院において広く浸透しているとは言えない状況であった。全体で五年生存率は72.5%であり、通常直腸癌と同程度の予後であると考えられた。再発形式としては肺再発が多く、多くの再発が3年以内に再発していた。他臓器合併切除例は再発する可能性が高く、術前・術後の放射線化学療法などの補助療法が必要であると考えられた。

著者索引

67th
JSCCR

案内

プログラム

口演抄録

示説抄録

著者索引

A

Aasano, Michio (浅野 道雄).....	P-52*(73)
Abe, Masashi (安部 仁).....	O-17(30), P-58(76)
Abe, Takashi (阿部 孝).....	O-31(37)
Adachi, Akiko (安達 章子).....	P-16(55)
Adachi, Eisuke (足立 英輔).....	P-78(86)
Adachi, Takehiko (安達 武彦).....	P-71(83)
Agata, Toshihisa (安形 俊久).....	O-50(46)
Aikou, Takashi (愛甲 孝).....	P-24(59)
Ajioka, Yoichi (味岡 洋一).....	P-53(74)
Akabane, Hiromitsu (赤羽 弘充).....	P-49(72)
Akagi, Yoshito (赤木 由人).....	O-10(26)
Akamatsu, Hiroki (赤松 大樹).....	O-31*(37)
Akamoto, Shintarou (赤本 伸太郎).....	P-12(53)
Akasu, Takayuki (赤須 孝之).....	O-8(25)
Akiya, Yukihiko (秋谷 行宏).....	P-39(67)
Akiyama, Yuji (秋山 有史).....	O-35(39), P-8(51)
Amagasa, Hidetoshi (天笠 秀俊).....	O-14(28)
Amikura, Katsumi (網倉 克己).....	O-17(30), P-58(76)
Andou, Hisae (安藤 寿恵).....	O-50(46)
Aoki, Tatsuya (青木 達哉).....	O-15(29)
Aoki, Yoshirou (青木 義朗).....	P-78(86)
Aoyagi, Yoshiko (青柳 賀子).....	O-34(38)
Arakaki, Junya (新垣 淳也).....	P-29(62)
Aratake, Kazuki (荒武 寿樹).....	O-20(31)
Asahara, Toshimasa (浅原 利正).....	O-6(24)
Asaka, Shinichi (浅香 晋一).....	P-58(76)
Asao, Takayuki (浅尾 高行).....	P-37(66)

B

Bamba, Yoshiko (番場 嘉子).....	O-20*(31)
-----------------------------	-----------

C

Cho, Akihiro (趙 明浩).....	P-21(58)
Chuman, Yutaka (中馬 豊).....	P-24(59)
Chayama, Kazuaki (茶山 一彰).....	O-27(35)

E

Egawa, Naoto (江川 直人).....	P-75(85)
Endo, Shungo (遠藤 俊吾).....	O-42(42), P-80(87)
Endo, Takashi (遠藤 高志).....	O-38(40)
Endo, Yoshihiro (遠藤 善裕).....	P-11(53)
Endou, Tomoyoshi (遠藤 智美).....	O-50(46)
Enomoto, Masanori (榎本 正統).....	O-15(29)
Enomoto, Masayuki (榎本 雅之).....	P-74(84)
Enomoto, Toshiyuki (榎本 俊行).....	O-32(37)

F

Fujii, Hideki (藤井 秀樹).....	P-33(64), P-41(68), P-60(77)
Fujii, Hisao (藤井 久男).....	P-65(80)
Fujii, Makoto (藤井 眞).....	P-51(73)
Fujii, Shouichi (藤井 正一).....	O-12(27)
Fujimoto, Takashi (藤本 崇司).....	P-17(56)
Fujimoto, Yoshiya (藤本 佳也).....	O-3*(23), O-30(36)
Fujisawa, Kentaro (藤澤 健太郎).....	O-35(39)
Fujita, Fumihiko (藤田 文彦).....	P-3*(49)
Fujita, Masahiro (藤田 昌宏).....	P-13(54)
Fujita, Masanori (藤田 昌紀).....	O-16(29)
Fujita, Shin (藤田 伸).....	O-8(25)
Fujita, Yoshihisa (藤田 昌久).....	P-16(55)
Fujiwara, Ayako (藤原 綾子).....	O-39*(41)
Fujiwara, Hitoshi (藤原 斉).....	P-10(52)
Fujiwara, Michitaka (藤原 道隆).....	P-34(64)
Fukasawa, Takaharu (深澤 孝晴).....	P-37*(66)
Fukuda, Masayosi (福田 真義).....	O-50(46)
Fukunaga, Mitsuko (福永 光子).....	O-7(25), O-37(40)
Fukushima, Kohei (福島 浩平).....	P-45(70), P-63(79)
Fukushima, Tsuneo (福島 恒男).....	P-64(79)
Fukushima, Yukio (福島 幸男).....	O-13(28)
Fukusima, Takanaru (福嶋 敬愛).....	O-10*(26)
Fukuzawa, Masakatsu (福澤 誠克).....	O-26*(34), P-15(55), P-30(62)
Fumizono, Yutaka (文園 豊).....	O-30(36)
Funabasi, Masuo (船橋 益夫).....	O-50(46)
Funahasi, Kimihiko (船橋 公彦).....	P-36(65)
Funakoshi, Kazuhiro (船越 和博).....	P-35(65)
Funakoshi, Toru (船越 徹).....	P-23(59)
Funata, Nobuaki (船田 信顕).....	P-75(85)
Funayama, Yuji (舟山 裕士).....	P-45(70), P-63(79)
Furuhata, Tomohisa (古畑 智久).....	P-9(52)
Furukawa, Kiyonori (古川 清憲).....	P-39(67), P-56(75)
Furushima, Kaoru (古嶋 薫).....	P-67(81)
Fushimi, Hiroaki (伏見 博彰).....	P-51(73)
Futami, Kitaro (二見 喜太郎).....	O-19(31), O-47(45)
Futatuki, Ryo (二木 了).....	P-64(79)

G

Goi, Takanori (五井 孝憲).....	P-31(63)
Goto, Noritoshi (五藤 倫敏).....	O-44(43)
Goto, Tomohiko (後藤 友彦).....	P-36(65)
Goto, Yasutomo (後藤 康友).....	P-20(57)
Gotoh, Mitsukazu (後藤 満一).....	P-62(78)
Gouda, Yoshimasa (合田 良政).....	P-59*(77)
Gunnji, Hisashi (郡司 久).....	P-21(58)
Gushima, Masaki (具嶋 正樹).....	O-28(35)

H

- Hagiwara, Akeo (萩原 明於).....P-10(52)
 Hagiwara, Ken (萩原 謙).....P-2(48)
 Hagiwara, Masahiro (萩原 正弘).....P-49(72)
 Hagiwara, Yuu (萩原 優).....P-71(83)
 Haku, Kyokun (白 京訓).....O-34(38)
 Hamada, Tomonori (濱田 朋倫).....P-77(86)
 Hamada, Toru (濱田 徹).....O-29(36), O-46(44), P-73(84)
 Hamatani, Shigeharu (浜谷 茂治).....O-42(42)
 Hanai, Tunekazu (花井 恒一).....O-50(46)
 Hanayama, Hiroyuki (花山 寛之).....P-62(78)
 Hara, Tomonori (原 知憲).....O-15(29)
 Haraguchi, Masashi (原口 正史).....P-3(49)
 Harano, Masao (原野 雅生).....O-48(45)
 Harihara, Yasushi (針原 康).....P-67(81)
 Harimoto, Norifumi (播本 憲史).....P-78(86)
 Hase, Kazuo (長谷 和生).....O-21(32)
 Hasegawa, Hirotooshi (長谷川 博俊).....O-38(40)
 Hasegawa, Tadashi (長谷川 忠).....O-14(28)
 Hashiguchi, Yojiro (橋口 陽二郎).....O-1*(22), O-21(32)
 Hashimoto, Kazuhiko (橋本 和彦).....O-13(28)
 Hashimoto, Masahiko (橋本 雅彦).....P-80(87)
 Hasuike, Noriaki (蓮池 典明).....P-25(60)
 Hata, Hiroaki (畑 啓昭).....P-22(58)
 Hata, Masaki (秦 政輝).....O-44(43)
 Hata, Tunetake (秦 庸壮).....P-71(83)
 Hatakeyama, Katsuyoshi (畠山 勝義).....O-18(30), P-53(74),
 P-54(74)
 Hatate, Kazuhiko (旗手 和彦).....O-43(43)
 Hattori, Kimiaki (服部 公昭).....P-43(69), P-75(85)
 Hattori, Takashi (服部 高史).....P-4(49)
 Hayakawa, Yoshiro (早川 善郎).....P-8(51)
 Hayama, Tamuro (端山 覃).....O-34(38)
 Hayashi, Ryohei (林 竜平).....O-38(40)
 Hayashi, Shigeoki (林 成興).....P-2(48)
 Hayashida, Yasuharu (林田 康治).....O-15*(29)
 Hayasi, Yuji (林 祐司).....P-20(57)
 Hazama, Shouichi (裕 彰一).....P-70(82)
 Hida, Jin-ichi (肥田 仁一).....P-4(49)
 Hidaka, Eiji (日高 英二).....P-80*(87)
 Hidaka, Tooru (日高 徹).....P-7(51)
 Higashi, Daijiro (東 大二郎).....O-19(31), O-47(45)
 Higashiguchi, Takashi (東口 崇).....P-28(61)
 Higashijima, Jun (東島 潤).....P-38(66), P-55(75)
 Higashino, Kouji (東野 晃治).....O-39(41)
 Higuchi, Teturo (樋口 哲郎).....P-74(84)
 Higure, Aiichirou (日暮 愛一郎).....P-66(80)
 Hino, Yumi (日野 佑美).....P-72(83)
 Hinoi, Takao (檜井 孝夫).....O-6(24)
 Hirabayashi, Naoki (平林 直樹).....P-72(83)
 Hirai, Takashi (平井 孝).....O-49(46)
 Hirakawa, Kosei (平川 弘聖).....O-22(32)
 Hirano, Kenji (平野 憲二).....O-19*(31)
 Hirata, Keiji (平田 敬治).....P-66(80)
 Hirata, Koichi (平田 公一).....P-9(52)
 Hirata, Mayuko (平田 真由子).....O-27(35)
 Hirayama, Isao (平山 功).....O-24(33)
 Hirono, Yasushi (廣野 靖).....P-31(63)
 Hirotsawa, Tomoichiro (廣澤 知一郎).....O-20(31)
 Hirota, Masashi (広田 将司).....P-51(73)
 Hisada, Masayuki (久田 将之).....O-15(29)
 Hisamatsu, Kazuhumi (久松 和史).....P-72(83)
 Hisano, Saburo (久野 三朗).....O-7(25), O-37(40)
 Hokari, Kaku (穂刈 格).....P-13(54)
 Honda, Junko (本田 純子).....P-38(66), P-55(75)
 Honda, Katuyuki (本多 克行).....O-50(46)
 Honda, Kei (本多 桂).....P-31(63)
 Honda, Youji (本田 洋士).....P-7(51)
 Honnma, Shigeaki (本間 重紀).....P-71(83)
 Horiba, Koji (堀場 光二).....P-56(75)
 Horie, Hisanaga (堀江 久永).....O-29(36), O-46(44), P-73(84)
 Horimatsu, Takahiro (堀松 高博).....O-45(44)
 Hoshino, Yutaka (星野 豊).....P-62(78)
 Hosokawa, Masao (細川 正夫).....P-13(54)
 Hotta, Tsukasa (堀田 司).....P-28*(61)
 Hyashi, Tatuya (林 達也).....P-48(71)
 Hyuga, Satoshi (日向 理).....P-33*(64), P-41(68), P-60(77)
 Ichiba, Hiroshi (市場 洋).....O-41(42), P-57(76)
 Ichikawa, Daisuke (市川 大輔).....P-10(52)
 Ichikawa, Yasushi (市川 靖史).....O-12(27)
 Ide, Yoshihito (井出 義人).....P-61*(78)
 Idezuki, Takeo (出月 健夫).....P-67(81)
 Igarashi, Astuyuki (五十嵐 敦之).....P-67(81)
 Igarashi, Masahiro (五十嵐 正広).....O-3(23), O-30(36)
 Igarashi, Masahito (五十嵐 雅仁).....P-2(48)
 Ihara, Atsushi (井原 厚).....O-43(43)
 Iiai, Tsuneo (飯合 恒夫).....O-18(30), P-54(74)
 Iida, Atsushi (飯田 敦).....P-31(63)
 Iida, Satoshi (飯田 聡).....P-74(84)
 Iishi, Hiroyasu (飯石 浩康).....O-39(41)
 Iino, Hiroshi (飯野 弥).....P-33(64), P-41(68), P-60(77)
 Iizawa, Hazime (飯澤 肇).....O-25(34)
 Ikeda, Atsushi (池田 篤).....P-21(58)
 Ikeda, Eiichi (池田 栄一).....O-25(34)
 Ikeda, Kenichiro (池田 健一郎).....O-35(39)
 Ikeda, Noriko (池田 宣子).....P-61(78)
 Ikeda, Osamu (池田 貯).....P-78(86)
 Ikeda, Satoshi (池田 聡).....O-6(24)
 Ikeda, Tatsuru (池田 健).....P-8(51)
 Ikehara, Hisatomo (池原 久朝).....O-26(34), P-25(60)
 Ikehara, Nobunao (池原 伸直).....O-42*(42)
 Ikematsu, Hiroaki (池松 弘朗).....O-45(44)
 Ikoma, Hisashi (生駒 久視).....P-10(52)
 Ikuhima, Hitoshi (生島 仁史).....P-38(66)
 Imai, Kouji (今井 浩二).....P-49(72)
 Imai, Syun (今井 俊).....O-38(40)
 Imamura, Ichiro (今村 一郎).....P-14*(54)

I

Imamura, Kazuhiro (今村 和広)	P-6(50)
Imamura, Yoshiaki (今村 好章)	P-31(63)
Imaoka, Shinngi (今岡 真義)	O-39(41)
Inagaki, Mizumi (稲垣 水美)	P-76(85)
Inamoto, Susumu (稲本 将)	P-22(58)
Inatsugi, Naoki (稲次 直樹)	P-76(85)
Inoue, Harutaka (井上 立崇)	O-11(27)
Inoue, Hiroshi (井上 弘)	O-36(39)
Inoue, Toru (井上 透)	O-22(32)
Inoue, Yasuhiro (井上 靖浩)	O-5*(24)
Inoue, Yuji (井上 雄志)	O-41(42), P-57(76)
Inui, Tetsuya (乾 哲也)	P-25(60)
Irinoda, Takashi (入野田 崇)	P-8(51)
Ishibashi, Ikuya (石橋 生哉)	O-10(26)
Ishibashi, Keiichiro (石橋 敬一郎)	P-5(50)
Ishida, Fumio (石田 文生)	O-42(42), P-80(87)
Ishida, Hideyuki (石田 秀行)	P-5(50)
Ishiguro, Megumi (石黒 めぐみ)	O-1(22), O-21(32)
Ishihara, Noriko (石原 法子)	P-47(71)
Ishii, Masayuki (石井 正之)	P-12*(53)
Ishii, Yoshiyuki (石井 良幸)	O-38(40)
Ishikawa, Fumihiko (石川 文彦)	P-48*(71)
Ishikawa, Kenji (石川 健二)	P-18(56)
Ishikawa, Noriyuki (石川 紀行)	P-56(75)
Ishikawa, Osamu (石川 治)	O-39(41)
Ishikawa, Toshiaki (石川 敏昭)	P-74(84)
Ishikawa, Yuichi (石川 雄一)	O-3(23)
Ishimaru, Eizaburo (石丸 英三郎)	P-4(49)
Ishiyama, Akiyoshi (石山 晃世志)	O-30(36)
Ishiyama, Gentaro (石山 元太郎)	P-9(52)
Ishiyama, Shun (石山 隼)	O-44(43)
Ishizawa, Takashi (石澤 隆)	P-24(59)
Ishizuka, Mitsuru (石塚 満)	P-32(63)
Isidu, Hiroyuki (石津 寛之)	P-71(83)
Itabashi, Michio (板橋 道明)	O-20(31)
Itabashi, Tetsuya (板橋 哲也)	O-35(39)
Itami, Atsushi (伊丹 淳)	O-11(27)
Ito, Hiroshi (伊藤 博)	P-48(71)
Ito, Kei (伊藤 契)	P-67(81)
Ito, Yuichi (伊藤 友一)	O-16(29)
Ito, Yuichiro (伊藤 雄一郎)	P-3(49)
Itoh, Masaaki (伊藤 雅昭)	O-2*(22), O-45(44)
Itou, Yosio (伊藤 美夫)	P-68(81)
Iwabuchi, Toshihisa (岩淵 敏久)	O-36*(39)
Iwadate, Manabu (岩館 学)	P-27(61)
Iwamoto, Kazutsugu (岩本 一亜)	P-26*(60)
Iwamoto, Shigeyoshi (岩本 慈能)	P-40*(67)
Iwanaga, Takao (岩永 孝雄)	P-19(57)
Iwata, Takashi (岩田 崇)	P-19(57)
Iwaya, Akira (岩谷 昭)	O-18(30), P-54(74)
Iwaya, Keiichi (岩屋 啓一)	O-15(29)
Iwazawa, Takashi (岩澤 卓)	P-44(69)
Izumisato, Tsuyotoshi (泉里 豪俊)	O-17(30), P-58(76)

K

Kainuma, Osamu (貝沼 修)	P-21(58)
Kajiwara, Yoshiki (梶原 由規)	O-1(22), O-21(32)
Kakeji, Yoshihiro (掛地 吉弘)	P-14(54)
Kakisaka, Tatuhiro (柿坂 達彦)	P-68(81)
Kakyou, Masayuki (鹿郷 昌之)	P-63(79)
Kamasako, Akira (鎌迫 陽)	P-1(48)
Kameoka, Shingo (亀岡 信悟)	O-20(31)
Kameyama, Hitoshi (亀山 仁史)	P-35*(65)
Kamimoto, Youko (神本 陽子)	P-80(87)
Kamisaka, Koji (神坂 幸次)	O-14(28)
Kamitani, Takanori (紙谷 孝則)	O-19(31), O-47(45)
Kamiyama, Hirohiko (神山 博彦)	O-44(43)
Kan, Hayato (菅 隼人)	P-39*(67)
Kanai, Ryota (金井 亮太)	O-32(37)
Kanao, Hiroyuki (金尾 浩幸)	O-27(35)
Kanazawa, Yoshikazu (金沢 義一)	P-56(75)
Kaneko, Iwao (金子 巖)	O-27*(35)
Kaneko, Kou (兼子 耕)	P-16(55)
Kaneko, Mayumi (金子 真弓)	P-7(51)
Kaneko, Naoyuki (金子 直征)	P-45(70)
Kanematsu, Takashi (兼松 隆之)	P-3(49)
Kanemitsu, Yukihide (金光 幸秀)	O-49(46)
Kanoh, Toshiyuki (加納 寿之)	P-44(69)
Kantake, Yasuhiro (寒竹 泰宏)	P-66(80)
Karasawa, Hideaki (唐沢 秀明)	P-45(70)
Karibe, Toyohiko (苅部 豊彦)	O-41*(42), P-57(76)
Kashida, Hiroshi (榎田 博史)	O-42(42)
Kashimura, Syougo (櫻村 省吾)	P-62(78)
Kataoka, Akihiko (片岡 昭彦)	P-23*(59)
Katayama, Kanji (片山 寛次)	P-31(63)
Katayama, Kazuhisa (片山 和久)	O-14(28)
Katayama, Tomoya (片山 知也)	P-68(81)
Kato, Shigeru (加藤 成)	P-31*(63)
Kato, Tetsuya (加藤 哲也)	O-33(38)
Kato, Tomoyuki (加藤 知行)	O-49(46)
Kato, Yo (加藤 洋)	O-3(23), O-30(36)
Katsumata, Kennji (勝又 健次)	O-15(29)
Katsuta, Miwako (勝田 美和子)	P-56(75)
Kawabe, Kouichj (川辺 晃一)	P-48(71)
Kawahara, Kazumasa (河原 一雅)	O-19(31), O-47*(45)
Kawahara, Mikako (川原 聖佳子)	O-18(30), P-54(74)
Kawahori, Katufumi (川堀 勝史)	O-6(24)
Kawai, Megumi (河合 めぐみ)	P-52(73)
Kawakami, Kazuhiko (川上 和彦)	P-52(73)
Kawakita, Hideaki (河北 英明)	O-15(29)
Kawamata, Masaru (川俣 太)	P-23(59)
Kawamura, Hideki (川村 秀樹)	P-71(83)
Kawamura, Junichiro (川村 純一郎)	O-11*(27)
Kawamura, Yutaka (河村 裕)	O-40(41), P-79(87)
Kawase, Rie (川瀬 理恵)	P-7(51)
Kawashima, Yoshiyuki (川島 吉之)	O-17(30), P-58(76)
Kayano, Hajime (茅野 新)	O-33(38)
Kazami, Akira (風見 明)	P-43(69)
Kentaro, Nakajima (中嶋 健太郎)	O-45*(44)

- Kigure, Wakako (木暮 和夏子).....O-14(28)
- Kikuchi, Shojiro (菊池 正二郎).....P-10(52)
- Kikuchi, Shuu (菊地 秀).....P-26(60)
- Kikuchi, Tsuyoshi (菊地 剛).....O-26(34)
- Kikutu, Ken (菊地 健).....P-68(81)
- Kimura, Hideaki (木村 英明).....P-64(79)
- Kimura, Kouzou (木村 浩三).....P-52(73)
- Kimura, Shigeru (木村 茂).....P-7(51)
- Kimura, Toru (木村 亨).....P-51(73)
- Kimura, Yutaka (木村 豊).....P-44(69)
- Kimura, Yutaka (木村 寛).....O-9(26), P-46(70)
- Kinouchi, Makoto (木内 誠).....P-45(70), P-63(79)
- Kinugasa, Yuusuke (絹笠 祐介).....P-12(53)
- Kinuta, Masakatsu (衣田 誠克).....P-61(78)
- Kiriya, Shinsuke (桐山 真典).....O-26(34), P-30*(62)
- Kishihara, Teruhito (岸原 輝仁).....O-30(36)
- Kita, Kengo (北 健吾).....P-49(72)
- Kitagawa, Tatushi (北川 達士).....P-19(57)
- Kitagawa, Yuko (北川 雄光).....O-38(40)
- Kitazono, Masaki (北園 正樹).....P-24*(59)
- Kitoh, Fumihiko (鬼頭 文彦).....P-64(79)
- Kiyomatsu, Tomomichi (清松 知充).....O-4(23), O-23(33)
- Kobatake, Takaya (小嶋 誉也).....P-50(72)
- Kobayashi, Akihiro (小林 昭広).....O-2(22), O-45(44)
- Kobayashi, Makoto (小林 慎).....P-8(51)
- Kobayashi, Masaaki (小林 正明).....P-53(74)
- Kobayashi, Minako (小林 美奈子).....O-5(24)
- Kobayashi, Terutada (小林 照忠).....P-45(70), P-63(79)
- Kobayashi, Yasutoshi (小林 泰俊).....O-42(42)
- Kobayashi, Yoichirou (小林 陽一郎).....P-20(57)
- Kobayashi, Yoshie (小林 美恵).....P-72(83)
- Kodama, Kenta (児玉 健太).....O-42(42)
- Kodera, Yasuhiro (小寺 泰弘).....P-34(64)
- Koga, Yutaka (古賀 裕).....O-28*(35)
- Koganei, Kazutaka (小金井 一隆).....P-64(79)
- Kogure, Michihiko (木暮 道彦).....P-62(78)
- Koide, Yoshikazu (小出 欣和).....O-50*(46)
- Koike, Jyuniti (小池 淳一).....P-36(65)
- Koike, Masahiko (小池 聖彦).....P-34(64)
- Koinuma, Kouji (鯉沼 広治).....O-29(36), O-46(44), P-73(84)
- Koizumi, Kinya (小泉 欣也).....P-22(58)
- Koizumi, Koichi (小泉 浩一).....P-43*(69), P-75(85)
- Koizumi, Masaki (小泉 正樹).....O-17(30), P-58(76)
- Koizumi, Michihiro (小泉 岐博).....P-56(75)
- Kojima, Masatugu (小島 正継).....P-11(53)
- Koketsu, Shinichiro (纈纈 真一郎).....O-24*(33)
- Kokuba, Yukihito (國場 幸均).....O-43(43)
- Komori, Koji (小森 康司).....O-49*(46)
- Kondo, Keisaku (近藤 圭策).....O-33*(38)
- Kondo, Mari (近藤 麻里).....P-15(55)
- Kondo, Masato (近藤 正人).....O-11(27)
- Kondo, Yukifumi (近藤 征文).....P-71(83)
- Koneri, Kenji (小練 研司).....P-31(63)
- Konishi, Fumio (小西 文雄).....O-40(41), P-79(87)
- Konishi, Toshiro (小西 敏郎).....P-67(81)
- Kosaka, Takeo (小坂 健夫).....P-42(68), P-69(82)
- Kou, Mari (高 麻理).....P-15(55)
- Koyama, Akio (小山 明男).....P-20(57)
- Koyama, Fumikazu (小山 文一).....P-65(80)
- Koyama, Motoi (小山 基).....O-9*(26), P-46(70)
- Kubo, Kazue (久保 かずえ).....P-80(87)
- Kubo, Toru (久保 徹).....O-1(22), O-21(32)
- Kubo, Yoshiro (久保 義郎).....P-50*(72)
- Kubota, Keiichi (窪田 敬一).....P-32(63)
- Kubota, Miwa (久保田 美和).....O-43(43)
- Kudo, Hidenori (工藤 秀徳).....P-56(75)
- Kudo, Shin-ei (工藤 進英).....O-42(42), P-80(87)
- Kudo, Yui (工藤 由比).....O-42(42)
- Kumamoto, Hiroshi (熊本 浩志).....O-43(43)
- Kumano, Hidetoshi (熊野 秀俊).....O-29*(36), O-46(44), P-73(84)
- Kuraoka, Kensusuke (倉岡 賢輔).....O-30(36)
- Kuraya, Daisuke (蔵谷 大輔).....P-77(86)
- Kurihara, Akiharu (栗原 聡元).....P-36(65)
- Kurita, Akira (栗田 啓).....P-50(72)
- Kurita, Nobuhiko (栗田 信浩).....P-38(66), P-55(75)
- Kuroda, Masatoshi (黒田 雅利).....P-42*(68), P-69(82)
- Kurosawa, Ei (黒澤 永).....P-48(71)
- Kuroyanagi, Hiroya (黒柳 洋弥).....O-3(23), O-30(36)
- Kuruma, Sawako (来間 佐和子).....P-43(69), P-75*(85)
- Kusano, Mitsuo (草野 満夫).....O-14(28)
- Kusumi, Takaya (久須美 貴哉).....P-13*(54)
- Kusunoki, Masato (楠 正人).....O-5(24)
- Kuwabara, Akihumi (桑原 明史).....P-47(71)
- Kuwano, Hiroyuki (桑野 博行).....P-37(66)
- Kuwata, Gou (桑田 剛).....P-43(69), P-75(85)

M

- Maeda, Hiroyuki (前田 浩幸).....P-31(63)
- Maeda, Kiyoshi (前田 清).....O-22(32)
- Maeda, Koutarou (前田 耕太郎).....O-50(46)
- Maeda, Takafumi (前田 孝文).....O-40(41), P-79*(87)
- Maeda, Yoshiaki (前田 好章).....P-77*(86)
- Maeda, Yuuji (前田 裕次).....P-18(56)
- Maehara, Yoshihiko (前原 喜彦).....P-14(54)
- Maeshima, Yoshinori (前島 純典).....O-1(22), O-21(32)
- Makuuchi, Hiroyasu (幕内 博康).....P-18(56)
- Manda, Ryokuhei (萬田 緑平).....O-14(28)
- Maruyama, Kentarou (丸山 憲太郎).....P-61(78)
- Maruyama, Satoshi (丸山 聡).....O-18*(30), P-54(74)
- Mashimo, Yumi (真下 由美).....O-26(34)
- Masuda, Takaaki (増田 隆明).....P-78(86)
- Masuda, Tsutomu (増田 勉).....P-76(85)
- Masuko, Hiroyuki (益子 博幸).....P-71*(83)
- Masumori, Kouzi (升森 宏次).....O-50(46)
- Matsubayashi, Hiroyuki (松林 宏行).....P-25(60)
- Matsuda, Akihisa (松田 明久).....P-39(67)
- Matsuda, Chu (松田 宙).....P-51*(73)
- Matsuda, Daisuke (松田 大助).....O-15(29)
- Matsuda, Keiji (松田 圭二).....O-34*(38)

Matsuda, Kenji (松田 健司).....	P-28(61)
Matsuda, Minoru (松田 年).....	P-2(48)
Matsuda, Mituhiro (松田 光弘).....	O-44(43)
Matsuda, Takahisa (松田 尚久).....	O-26(34), P-30(62)
Matsuda, Yasuhide (松田 保秀).....	P-52(73)
Matsumoto, Atsuo (松本 敦夫).....	P-17(56)
Matsumoto, Hiroshi (松本 寛).....	P-75(85)
Matsumoto, Ikuko (松本 育子).....	P-21(58)
Matsumoto, Jun (松本 潤).....	P-6(50)
Matsumoto, Satoshi (松本 智司).....	P-39(67)
Matsunaga, Akihiro (松永 明宏).....	P-13(54)
Matsunaga, Hiroki (松永 寛紀).....	P-61(78)
Matsuyama, Jin (松山 仁).....	O-13(28)
Matsuzawa, Takeaki (松澤 岳晃).....	O-18(30), P-54*(74)
Matumoto, Kouichi (松本 好市).....	P-19(57)
Matuoka, Hiroshi (松岡 宏).....	O-50(46)
Meguro, Eiji (目黒 英二).....	P-8*(51)
Meguro, Makoto (目黒 誠).....	P-9(52)
Mekata, Eiji (目片 英治).....	P-11(53)
Mikami, Tomoko (三上 智子).....	P-21(58)
Miki, Chikao (三木 誓雄).....	O-5(24)
Mimura, Toshiki (味村 俊樹).....	O-34(38)
Mitomo, Shingo (御供 真吾).....	P-8(51)
Mitsui, Fumihiko (三井 文彦).....	P-33(64), P-41(68), P-60*(77)
Miura, Kou (三浦 康).....	P-45(70), P-63(79)
Miura, Takuya (三浦 卓也).....	O-9(26), P-46*(70)
Miyake, Hideo (三宅 秀夫).....	P-20(57)
Miyake, Ooki (三宅 大).....	P-59(77)
Miyake, Takashi (三宅 隆史).....	P-20(57)
Miyakura, Yasuyuki (宮倉 安幸).....	O-29(36), O-46(44), P-73*(84)
Miyamaoto, Hidenori (宮本 英典).....	P-38(66)
Miyata, Kanji (宮田 完志).....	P-20(57)
Miyata, Tomohiko (宮田 知彦).....	O-29(36)
Miyatani, Tomohiko (宮谷 知彦).....	P-38(66), P-55*(75)
Miyazaki, Akinari (宮崎 彰成).....	P-21(58)
Miyazaki, Susumu (宮崎 進).....	P-44(69)
Miyazaki, Tatsuya (宮崎 達也).....	P-5(50)
Miyoshi, Masayoshi (三好 正義).....	O-1(22)
Mizokami, Ken (溝上 賢).....	O-40(41), P-79(87)
Mizuno, Kenichi (水野 研一).....	O-42(42)
Mizutani, Shin (水谷 伸).....	O-31(37)
Mochizuki, Hidetaka (望月 英隆).....	O-1(22), O-21(32)
Monden, Kazuteru (門田 一晃).....	P-67*(81)
Monden, Takushi (門田 卓士).....	P-44(69)
Monnma, Kumiko (門馬 久美子).....	P-75(85)
Mori, Shinjiro (森 真二郎).....	O-10(26)
Mori, Yasuharu (森 康治).....	O-15(29)
Mori, Yoshiyuki (森 義之).....	P-33(64), P-41*(68), P-60(77)
Mori, Yukiko (森 由紀子).....	O-11(27)
Morimoto, Takashi (森本 卓).....	O-13(28)
Morita, Hiroki (森田 廣樹).....	O-14(28)
Morita, Keisuke (森田 圭介).....	P-66(80)
Morita, Masaru (森田 勝).....	P-14(54)
Morita, Shunji (森田 俊治).....	O-13*(28)
Morita, Takayuki (森田 隆幸).....	O-9(26)
Moriya, Tomoyuki (守屋 智之).....	P-16(55)
Moriya, Yoshihiro (森谷 宜皓).....	O-8(25)
Moriyasu, Fuminori (森安 史典).....	P-15(55)
Morohara, Koji (諸原 浩二).....	O-14*(28)
Muguruma, Naoki (六車 直樹).....	P-55(75)
Mukai, Makio (向井 万起男).....	O-38(40)
Mukaida, Hidenori (向田 秀則).....	P-72(83)
Mukaide, Hiromi (向出 裕美).....	P-40(67)
Mukogawa, Tomohide (向川 智英).....	P-65(80)
Muneoka, Katsuki (宗岡 克樹).....	P-53(74)
Murakami, Hidetsugu (村上 英嗣).....	O-10(26)
Murakami, Makoto (村上 真).....	P-31(63)
Murata, Akihiko (村田 暁彦).....	O-9(26), P-46(70)
Murata, Kouhei (村田 幸平).....	P-61(78)
Murata, Yoshihiko (村田 嘉彦).....	P-20(57)
Murayama, Yasutoshi (村山 康利).....	P-10*(52)
Musha, Nobuyuki (武者 信行).....	P-47(71)
Muto, Tetsuichiro (武藤 徹一郎).....	O-3(23), O-30(36)
N	
Nagahama, Shoukiti (長浜 正吉).....	P-29(62)
Nagano, Hideki (永野 秀樹).....	P-31(63)
Nagao, Jiro (長尾 二郎).....	O-32(37)
Nagasawa, Keiichi (長澤 圭一).....	P-20(57)
Nagata, Hitoshi (永田 仁).....	P-32*(63)
Nagata, Kouichi (永田 浩一).....	P-80(87)
Nagata, Matsuo (永田 松夫).....	P-21(58)
Nagata, Naoki (永田 直幹).....	P-66(80)
Nagata, Shinji (永田 信二).....	P-7*(51)
Nagawa, Hirokazu (名川 弘一).....	O-4(23), O-23(33)
Nagayama, Satoshi (長山 聡).....	O-11(27)
Naito, Haruhiko (内藤 春彦).....	P-77(86)
Nakada, Hiroshi (中田 博).....	P-5(50)
Nakagawa, Kouji (中川 宏治).....	P-16(55)
Nakagawa, Masamune (中川 真宗).....	O-28(35)
Nakagawa, Tadashi (中川 正).....	P-65(80)
Nakahara, Masaaki (仲原 正明).....	O-31(37)
Nakai, Katsuhiko (中井 勝彦).....	P-52(73)
Nakajima, Yoshiyuki (中島 祥介).....	P-65(80)
Nakamura, Ichiro (中村 一郎).....	P-11(53)
Nakamura, Izumi (中村 泉).....	P-27(61)
Nakamura, Junichi (中村 純一).....	P-16*(55)
Nakamura, Keisuke (中村 圭介).....	O-34(38)
Nakamura, Shinji (中村 信治).....	P-65(80)
Nakamura, Takatoshi (中村 隆俊).....	O-43(43)
Nakamura, Yasushi (中村 寧).....	O-32*(37)
Nakamura, Yusuke (中村 祐介).....	P-16(55)
Nakane, Yasuji (中根 恭司).....	P-40(67)
Nakano, Kannyu (中野 敬友).....	P-13(54)
Nakano, Shirou (中野 詩朗).....	P-49(72)
Nakano, Yoshiaki (中野 芳明).....	P-44(69)
Nakao, Akimasa (中尾 昭公).....	P-34(64)
Nakau, Masayuki (中右 雅之).....	O-11(27)
Nakayama, Goro (中山 吾郎).....	P-34*(64)

Nakayama, Nana (中山 奈那)	P-7(51)	Ogawa, Shin (小川 信)	P-24(59)
Nakayama, Yoshifumi (中山 善文)	P-66*(80)	Ogawa, Taishi (小川 大志)	O-30(36)
Nakazato, Kenji (中里 健二)	O-14(28)	Ogiso, Satoshi (小木曾 聡)	P-22(58)
Nakazato, Tomohiko (中里 友彦)	P-13(54)	Ogoshi, Hiroaki (大越 裕章)	P-7(51)
Nara, Satoshi (奈良 智之)	P-67(81)	Ohga, Takefumi (大賀 丈史)	P-78(86)
Naritomi, Kazuya (成富 一哉)	O-19(31), O-47(45)	Ohgaki, Kippei (大垣 吉平)	P-14(54)
Nasu, Satoka (那須 賢花)	P-51(73)	Ohigashi, Seiji (大東 誠司)	O-36(39)
Nasu, Toru (那須 亨)	P-28(61)	Ohki, Shigeo (大木 繁男)	O-12(27)
Negishi, Takeshi (根岸 健)	O-14(28)	Ohki, Shinji (大木 進司)	P-27*(61)
Ninomiya, Motoki (二宮 基樹)	O-48(45)	Ohnishi, Tadashi (大西 直)	P-44*(69)
Nishibori, Hideki (西堀 英樹)	O-38(40)	Ohno, Satoshi (大野 聡)	O-48(45)
Nishida, Yasunori (西田 靖仙)	P-13(54)	Ohsima, Toshihiro (大島 敏裕)	P-15(55)
Nishidate, Toshihiko (西館 敏彦)	P-9*(52)	Ohta, Hironobu (太田 宏信)	P-47(71)
Nishikawa, Gen (西川 元)	P-22(58)	Ohta, Kouji (太田 耕司)	P-50(72)
Nishikawa, Kazuhiro (西川 和宏)	P-51(73)	Ohtsuka, Kazuo (大塚 和朗)	O-42(42)
Nishiki, Kohei (錦 耕平)	P-4(49)	Ohtsuki, Kenichi (大槻 憲一)	P-65(80)
Nishimaki, Tadashi (西巻 正)	P-29(62)	Ohue, Masayuki (大植 雅之)	O-39(41)
Nishimura, Masaki (西村 正樹)	P-48(71)	Ohwan, Tomohisa (大湾 朝尚)	O-37(40)
Nishimura, Yoji (西村 洋治)	O-17*(30), P-58(76)	Oikawa, Yoshinori (及川 芳徳)	P-59(77)
Nishioka, Masanori (西岡 将規)	P-38*(66), P-55(75)	Ojima, Eiki (尾嶋 英紀)	O-5(24)
Nishisho, Isamu (西庄 勇)	O-13(28)	Ojima, Yasutomo (小島 康知)	O-48*(45)
Nishitani, Hiroshi (西谷 弘)	P-55(75)	Oka, Masaaki (岡 正朗)	P-70(82)
Nishiwaki, Hidetoshi (西脇 英敏)	P-76*(85)	Oka, Shirou (岡 志郎)	O-27(35)
Nishiyama, Atsushi (西山 範)	P-51(73)	Okabayashi, Koji (岡林 剛史)	P-81*(88)
Nishiyama, Kenichi (西山 憲一)	P-78(86)	Okabe, Hiroshi (岡部 寛)	O-11(27)
Nishizawa, Yusuke (西澤 雄介)	O-2(22)	Okada, Akiko (岡田 朗子)	O-14(28)
Nitori, Nobuhiro (似鳥 修弘)	P-81(88)	Okada, Kazuyuki (岡田 一幸)	P-61(78)
Nitta, Hiroshi (新田 宙)	P-48(71)	Okada, Kouji (岡田 幸士)	P-16(55)
Noda, Eiji (野田 英児)	O-22*(32)	Okada, Kuniaki (岡田 邦明)	P-71(83)
Noie, Tamaki (野家 環)	P-67(81)	Okada, Norimichi (岡田 典倫)	P-5*(50)
Noji, Midori (野地 みどり)	P-19(57)	Okada, Toshiyuki (岡田 寿之)	O-24(33)
Nokubi, Mitsuhiro (野首 光弘)	O-46(44)	Okada, Youjiro (岡田 洋次郎)	O-17(30), P-58(76)
Nomura, Akinari (野村 明成)	O-11(27)	Okajima, Masazumi (岡島 正純)	O-6(24)
Nomura, Shinya (埜村 真也)	O-22(32)	Okamoto, Kazuma (岡本 和真)	P-10(52)
Nonaka, Eishin (野中 英臣)	O-44(43)	Okamoto, Koichi (岡本 耕一)	O-1(22), O-21(32)
Nonaka, Masahiko (野中 雅彦)	P-52(73)	Okamoto, Tatsuya (岡本 辰哉)	P-3(49)
Noro, Tomohito (野呂 智仁)	O-50(46)	Okamura, Seisuke (岡村 誠介)	P-55(75)
Nosaka, Kimiyasu (野坂 仁愛)	P-1(48)	Okamura, Takeshi (岡村 健)	P-78(86)
Noura, Shinngo (能浦 真吾)	O-39(41)	Okawa, Keiichi (大川 敬一)	P-56(75)
Nozaki, Isao (野崎 功雄)	P-50(72)	Okayasu, Takeshi (岡安 健至)	P-13(54)
Nozaki, Ryoichi (野崎 良一)	O-37(40)	Okazaki, Satoshi (岡崎 智)	P-40(67)
Nozaki, Eiji (野里 栄治)	P-29(62)	Oki, Akira (沖 彰)	P-16(55)
Nozawa, Keijiro (野澤 慶次郎)	O-34(38)	Oki, Eiji (沖 英次)	P-14(54)
O			
Oaki, Yoshiharu (大秋 美治)	P-56(75)	Oku, Yoshimasa (奥 喜全)	P-28(61)
Ochiai, Hiroki (落合 大樹)	O-38(40)	Okuda, Junji (奥田 準二)	O-33(38)
Ochiai, Toshiya (落合 登志哉)	P-10(52)	Okuno, Kiyotaka (奥野 清隆)	P-4(49)
Ogata, Hideo (尾形 英生)	O-17(30), P-58*(76)	Okusawa, Junji (奥澤 淳司)	O-44(43)
Ogata, Shunji (緒方 俊二)	O-7(25), O-37*(40)	Omata, Jiro (小俣 二郎)	O-1(22), O-21(32)
Ogata, Yutaka (緒方 裕)	O-10(26)	Omori, Takeshi (大森 健)	O-31(37)
Ogawa, Hitoshi (小川 仁)	P-63(79)	Omoto, Hideyuki (尾本 秀之)	P-48(71)
Ogawa, Kenji (小川 健治)	P-17(56)	Ono, Hiroyuki (小野 裕之)	P-25(60)
Ogawa, Shimpei (小川 真平)	O-20(31)	Onodera, Hisashi (小野寺 久)	O-36(39)
		Onosato, Wataru (小野里 航)	O-43(43)
		Onouti, Shigeki (尾之内 誠基)	O-38(40)
		Onoyama, Mieko (斧山 美恵子)	P-7(51)
		Onuma, Shinobu (大沼 忍)	P-45(70), P-63(79)

Oomori, Kenji (大森 健治)	P-20(57)
Oosawa, Yoshiya (大澤 俊也)	P-60(77)
Oota, Hideo (太田 英夫)	P-61(78)
Ootani, Tetsushi (大谷 哲之)	P-22(58)
Osada, Shunichi (長田 俊一)	O-12(27)
Osawa, Gakuji (大澤 岳史)	P-17(56)
Osawa, Hidenobu (大澤 秀信)	O-14(28)
Osawa, Tomonori (大澤 智徳)	P-5(50)
Osuka, Fumihiko (大須賀 文彦)	P-62*(78)
Ota, Mitsuyoshi (大田 貢由)	O-12*(27)
Otake, Yosuke (大竹 陽介)	P-25(60)
Otani, Taisuke (大谷 泰介)	P-17*(56)
Otsuji, Eigo (大辻 英吾)	P-10(52)
Otsuka, Koki (大塚 幸喜)	O-35*(39)
Oya, Masatoshi (大矢 雅敏)	O-3(23), O-30(36)
Oya, Shingo (雄谷 慎吾)	P-20(57)
Oyama, Atsushi (小山 淳)	P-45*(70), P-63(79)
Oyama, Katsunobu (尾山 勝信)	P-42(68)
Oyama, Tsukasa (大山 司)	O-31(37)
Ozawa, Heita (小澤 平太)	O-43*(43)

R

Ryu, Jehoon (柳 在勲)	P-81(88)
--------------------------	----------

S

Sadahiro, Sotaro (貞廣 荘太郎)	P-18(56)
Sadanaga, Noriaki (定永 倫明)	P-14(54)
Saeki, Syuuji (佐伯 修二)	P-72(83)
Saida, Yoshihisa (齊田 芳久)	O-32(37)
Saiki, Yasumitsu (佐伯 泰慎)	O-7*(25), O-37(40)
Saito, Hitoshi (齋藤 人志)	P-42(68), P-69(82)
Saito, Norio (齋藤 典男)	O-2(22), O-45(44)
Saito, Syuuji (齋藤 修治)	P-12(53)
Saito, Toshihiro (齋藤 俊博)	P-26(60)
Saito, Yukio (齊藤 幸夫)	P-59(77)
Saito, Yutaka (齋藤 豊)	O-26(34), P-30(62)
Saitoh, Kana (齋藤 加奈)	P-37(66)
Saitou, Naoyasu (齊藤 直康)	P-36(65)
Saitou, Shuji (齊藤 修治)	P-25(60)
Saitou, Yuri (齊藤 由理)	P-80(87)
Sakabe, Ryuutarou (坂部 龍太郎)	P-72(83)
Sakaguchi, Yoshihisa (坂口 善久)	P-78(86)
Sakai, Yasuo (酒井 靖夫)	P-47*(71)
Sakai, Yoshiharu (坂井 義治)	O-11(27)
Sakai, Yoshihiro (酒井 義浩)	P-15(55)
Sakakura, Chohei (阪倉 長平)	P-10(52)
Sakamoto, Hirohiko (坂本 裕彦)	O-17(30), P-58(76)
Sakamoto, Kazuhiro (坂本 一博)	O-44(43)
Sakata, Gentaro (坂田 玄太郎)	O-37(40)
Sakimura, Kyouya (崎村 恭也)	P-16(55)
Sakoda, Teppei (迫田 哲平)	O-38*(40)
Sakurai, Shintaro (柵瀬 信太郎)	O-36(39)

Sakurai, Toshihide (桜井 俊英)	P-24(59)
Sameshima, Shinichi (鮫島 伸一)	O-24(33)
Samura, Hironori (佐村 博範)	P-29*(62)
Sanaka, Masaki (佐仲 雅樹)	P-43(69), P-75(85)
Sasaki, Akira (佐々木 章)	O-35(39)
Sasaki, Hiroshi (佐々木 洋)	O-13(28)
Sasaki, Hiroyuki (佐々木 宏之)	P-45(70)
Sasaki, Iwao (佐々木 巖)	P-45(70), P-63(79)
Sasaki, Junpei (佐々木 順平)	P-39(67)
Sasaki, Masataka (佐々木 正貴)	P-53*(74)
Sasaki, Mutuo (佐々木 睦男)	O-9(26), P-46(70)
Sassa, Motoki (左雨 元樹)	P-27(61)
Sato, Manabu (佐藤 学)	P-63*(79)
Sato, Seiji (佐藤 誠二)	O-11(27)
Sato, Taichi (佐藤 太一)	O-1(22), O-21(32)
Sato, Takeo (佐藤 武郎)	O-43(43)
Sato, Toshihiko (佐藤 敏彦)	O-25(34)
Sato, Yukio (佐藤 幸雄)	P-72*(83)
Satoh, Hirotake (佐藤 寛丈)	O-46(44), P-73(84)
Satou, Harunobu (佐藤 美信)	O-50(46)
Satou, Tadatoshi (佐藤 忠敏)	P-16(55)
Satou, Toshihiro (佐藤 利宏)	P-13(54)
Sawada, Toshio (澤田 俊夫)	O-24(33)
Saze, Zenichirou (佐瀬 善一郎)	P-62(78)
Seki, Katsunori (関 克典)	O-19(31), O-47(45)
Seki, Keiichi (関 慶一)	P-47(71)
Sengoku, Hironobu (仙石 博信)	O-44(43)
Seshimo, Akiyoshi (瀬田 明良)	O-20(31)
Seya, Tomoko (瀬谷 知子)	P-56(75)
Shibahara, Koutaro (芝原 幸太郎)	P-14(54)
Shibao, Kazunori (柴尾 和徳)	P-66(80)
Shibata, Chikashi (柴田 近)	P-45(70), P-63(79)
Shibata, Naoya (柴田 直哉)	O-37(40)
Shibuya, Hajime (渋谷 肇)	O-34(38)
Shida, Seiichiro (志田 誠一郎)	O-7(25), O-37(40)
Shimada, Gen (嶋田 元)	O-36(39)
Shimada, Hiroshi (嶋田 紘)	O-12(27)
Shimada, Mitsuo (嶋田 光生)	P-38(66), P-55(75)
Shimada, Yoshifumi (嶋田 能史)	P-53(74)
Shimamoto, Fumio (嶋本 文雄)	P-7(51)
Shimazaki, Hideyuki (島崎 英幸)	O-21(32)
Shimizu, Hisashi (清水 尚)	O-17(30), P-58(76)
Shimizu, Sayaka (清水 紀香)	P-74*(84)
Shimizu, Seiichi (清水 誠一)	P-72(83)
Shimizu, Tomoharu (清水 智治)	P-11(53)
Shinji, Seiichi (進士 誠一)	P-39(67), P-56*(75)
Shinohara, Toshiki (篠原 敏樹)	P-77(86)
Shinto, Osamu (神藤 理)	O-22(32)
Shiokawa, Hiroyuki (塩川 洋之)	P-36*(65)
Shiomi, Akio (塩見 明生)	O-2(22)
Shiozaki, Hitoshi (塩崎 均)	P-4(49)
Shiozaki, Ken (塩崎 憲)	P-44(69)
Shirai, Yoshio (白井 良夫)	P-53(74)
Shirakawa, Takashi (白川 毅)	P-56(75)
Shirasaka, Kenntarou (白坂 健太郎)	P-36(65)
Shiratori, Keiko (白鳥 敬子)	O-41(42), P-57(76)

Shirouzu, Kazuo (白水 和雄).....	O-10(26)
Shitara, Yoshinori (設楽 芳範).....	O-14(28)
Shomura, Hiroki (正村 裕紀).....	P-49*(72)
Shukuwa, Saburo (宿輪 三郎).....	P-3(49)
Sobajima, Jun (傍島 潤).....	P-5(50)
Soda, Hiroaki (早田 浩明).....	P-21*(58)
Soda, Makoto (宗田 真).....	P-16(55)
Sonoo, Hiroshi (園尾 広志).....	P-76(85)
Sonoyama, Teruhisa (園山 輝久).....	P-10(52)
Sugai, Tamotu (菅井 有).....	O-35(39)
Sugihara, Kenichi (杉原 健一).....	P-74(84)
Sugimoto, Kiichi (杉本 起一).....	O-44*(43)
Sugita, Akira (杉田 昭).....	P-64*(79)
Sugito, Masanori (杉藤 正典).....	O-2(22), O-45(44)
Sumitani, Daisuke (住谷 大輔).....	O-6(24)
Sumiyama, Yoshinobu (炭山 嘉伸).....	O-32(37)
Sunada, Keijirou (砂田 圭二郎).....	O-29(36)
Sunagawa, Masakatu (砂川 正勝).....	O-16(29)
Suto, Takeshi (須藤 剛).....	O-25*(34)
Suwa, Toshikazu (諏訪 敏一).....	P-48(71)
Suzuki, Akifumi (鈴木 章史).....	O-46(44)
Suzuki, Hideyuki (鈴木 英之).....	P-39(67)
Suzuki, Hiroyoshi (鈴木 博義).....	P-26(60)
Suzuki, Hiroyuki (鈴木 裕之).....	P-48(71)
Suzuki, Kazuya (鈴木 一也).....	O-14(28)
Suzuki, Syouji (鈴木 彰二).....	O-15(29)
Suzuki, Toshiyuki (鈴木 俊之).....	P-18(56)
Suzuki, Yasuhiro (鈴木 康弘).....	P-13(54)
T	
Tabata, Kouki (田畑 光紀).....	P-20(57)
Tabe, Yuuichi (田部 雄一).....	P-37(66)
Tachibana, Kazunoshin (立花 和之進).....	P-27(61)
Taira, Satoru (平良 悟).....	P-15*(55)
Tajima, Yoshitsugu (田島 義証).....	P-3(49)
Tajiri, Takashi (田尻 孝).....	P-39(67), P-56(75)
Takabayashi, Kazuhiro (高林 一浩).....	O-32(37)
Takagane, Akinori (高金 明典).....	P-8(51)
Takagi, Kazutoshi (高木 和俊).....	P-32(63)
Takagi, Yuu (高木 融).....	O-15(29)
Takahashi, Hidekazu (高橋 秀和).....	O-31(37)
Takahashi, Hiroyuki (高橋 裕之).....	P-49(72)
Takahashi, Kei (高橋 啓).....	O-32(37)
Takahashi, Keiichi (高橋 慶一).....	P-75(85)
Takahashi, Masahiro (高橋 昌宏).....	P-49(72)
Takahashi, Norihiko (高橋 典彦).....	P-23(59)
Takahashi, Satoshi (高橋 聡).....	O-18(30), P-54(74)
Takahashi, Soushi (高橋 総司).....	O-15(29)
Takahashi, Takamasa (高橋 崇真).....	P-20(57)
Takahashi, Yuko (高橋 優子).....	O-33(38)
Takakura, Norihisa (高倉 範尚).....	O-48(45)
Takakura, Yuji (高倉 有二).....	O-6(24)
Takami, Kazuhiro (高見 一弘).....	P-45(70)
Takano, Masahiro (高野 正博).....	O-7(25), O-37(40)
Takano, Shota (高野 正太).....	O-7(25), O-37(40)
Takashima, Shigeki (高島 茂樹).....	P-42(68), P-69(82)
Takashima, Shigemitsu (高嶋 成光).....	P-50(72)
Takayama, Tadanori (高山 忠利).....	P-2(48)
Takebayashi, Masataka (竹林 正孝).....	P-1(48)
Takeda, Haruka (竹田 春香).....	O-6(24)
Takeda, Kazunori (武田 和憲).....	P-26(60)
Takeda, Ryohei (武田 良平).....	O-44(43)
Takemoto, Masako (武本 昌子).....	P-4(49)
Takemura, Oriie (竹村 織江).....	O-42(42)
Takenoshita, Seiichi (竹之下 誠一).....	P-27(61)
Takeshita, Emiko (竹下 惠美子).....	P-59(77)
Takeuchi, Eiji (竹内 英司).....	P-20*(57)
Takeuchi, Youji (竹内 洋司).....	O-39(41)
Takifuji, Katsunari (瀧藤 克也).....	P-28(61)
Takiguchi, Nobuhiro (滝口 伸浩).....	P-21(58)
Takii, Yasumasa (瀧井 康公).....	P-35(65)
Takiyama, Wataru (多幾山 渉).....	P-72(83)
Takizawa, Kouhei (滝沢 耕平).....	P-25(60)
Takuma, Kunio (宅間 邦雄).....	P-6*(50)
Tamura, Koichi (田村 耕一).....	P-28(61)
Tanabe, Tadashi (田邊 匡).....	P-47(71)
Tanada, Minoru (棚田 稔).....	P-50(72)
Tanaka, Eiji (田中 英治).....	O-11(27)
Tanaka, Jun-ichi (田中 淳一).....	O-42(42), P-80(87)
Tanaka, Keitaro (田中 慶太郎).....	O-33(38)
Tanaka, Kouiti (田中 浩一).....	P-71(83)
Tanaka, Makiko (田中 麻紀子).....	P-11*(53)
Tanaka, Masafumi (田中 正文).....	O-7(25), O-37(40)
Tanaka, Masanobu (田中 真伸).....	O-44(43)
Tanaka, Noritake (田中 宣威).....	P-56(75)
Tanaka, Shinji (田中 信治).....	O-27(35)
Tanaka, Yasuhiro (田中 康博).....	P-51(73)
Tanaka, Yoichi (田中 洋一).....	O-17(30), P-18*(56), P-58(76)
Tanaka, Yumiko (田中 弓子).....	P-42(68), P-69(82)
Tani, Tatsuo (谷 達夫).....	O-18(30), P-54(74)
Tani, Toru (谷 徹).....	P-11(53)
Tanida, Osamu (谷田 理).....	P-1(48)
Taomoto, Junya (埜本 純哉).....	P-78*(86)
Tatsukawa, Kishiko (辰川 貴志子).....	P-80(87)
Teramoto, Tatuo (寺本 龍生).....	P-36(65)
Teranishi, Nobuhisa (寺西 宣央).....	P-39(67)
Terashima, Masanori (寺島 雅典).....	P-62(78)
Terashima, Tetsuro (寺島 哲郎).....	O-18(30), P-54(74)
Tezuka, Fumiaki (手塚 文明).....	P-26(60)
Todo, Satoru (藤堂 省).....	P-23(59)
Togashi, Kazutomo (冨樫 一智).....	O-29(36), O-46*(44), P-73(84)
Toh, Yasushi (藤 也寸志).....	P-78(86)
Tohno, Takeshi (東野 健).....	P-44(69)
Toiyama, Yuji (問山 祐二).....	O-5(24)
Tokai, Hirotaka (渡海 大隆).....	P-3(49)
Tokoro, Tadao (所 忠男).....	P-4(49)
Tokunaga, Masakazu (徳永 真和).....	P-72(83)
Tomiki, Yuichi (冨木 裕一).....	O-44(43)
Tominaga, Toshiji (冨永 敏治).....	P-28(61)

Tomioka, Nobumoto (富岡 伸元).....	P-23(59)
Tomochika, Hiroshi (友近 浩).....	P-52(73)
Tomochika, Shinobu (友近 忍).....	P-70(82)
Tomori, Hirohumi (友利 寛文).....	P-29(62)
Tomozawa, Shigeru (友澤 滋).....	O-24(33)
Tonooka, Tooru (外岡 亨).....	P-16(55)
Tori, Masayuki (鳥 正幸).....	O-31(37)
Toshima, Muneatsu (豊島 宗厚).....	P-53(74)
Toubo, Taro (東保 太郎).....	O-28(35)
Toya, Hiroyuki (戸谷 裕之).....	O-17(30), P-58(76)
Toyoda, Akira (豊田 亮).....	P-29(62)
Toyota, Nobuhiko (豊田 暢彦).....	P-1(48)
Tsubaki, Masahiro (椿 昌裕).....	O-16*(29)
Tsubono, Toshihiro (坪野 俊広).....	P-47(71)
Tsuchida, Akihiko (土田 明彦).....	O-15(29)
Tsuchiya, Nobuyuki (土屋 宣之).....	P-22(58)
Tsuji, Keiji (辻 恵二).....	P-7(51)
Tsuji, Yoriyuki (辻 順行).....	O-7(25), O-37(40)
Tsujimoto, Masahiko (辻本 正彦).....	O-31(37)
Tsujinaka, Shingo (辻仲 真康).....	O-40*(41), P-79(87)
Tsakagoshi, Hiroyuki (塚越 洋元).....	P-13(54)
Tsuneyoshi, Masazumi (恒吉 正澄).....	O-28(35)
Tsunoda, Kazuhiko (角田 和彦).....	P-47(71)
Tsunoda, Yoshiyuki (角田 祥之).....	O-2(22)
Tsurudome, Yosuke (鶴留 洋輔).....	P-66(80)
Tsuruma, Tetsuhiro (鶴間 哲弘).....	P-2*(48)
Tsuruoka, Yuko (鶴岡 優子).....	O-44(43)
Tsuruta, Hiroyuki (鶴田 宏之).....	P-39(67)
Tsuruta, Masashi (鶴田 雅士).....	P-81(88)
Tsutsumi, Souichi (堤 荘一).....	P-37(66)
Turita, Giitiro (釣田 義一郎).....	O-23(33)

U

Uchida, Hideki (内田 秀樹).....	P-76(85)
Uchida, Kouichirou (内田 浩一郎).....	P-49(72)
Uchimoto, Kazuaki (内本 和晃).....	P-65*(80)
Ueda, Kazuki (上田 和毅).....	P-4*(49)
Uehiro, Natsue (植弘 奈津恵).....	P-22(58)
Uemura, Kazuhito (植村 一仁).....	P-68*(81)
Ueno, Hideki (上野 秀樹).....	O-1(22), O-21*(32)
Ueno, Masashi (上野 雅資).....	O-3(23), O-30(36)
Ueno, Tatsuya (上野 達也).....	P-63(79)
Ueshima, Shigeyuki (上島 成幸).....	O-31(37)
Uesugi, Noriyuki (上杉 憲幸).....	O-35(39)
Uetake, Hiroyuki (植竹 宏之).....	P-74(84)
Ukegawa, Jyun-ichi (請川 淳一).....	O-42(42)
Umegae, Satoru (梅枝 覚).....	P-19*(57)
Umehara, Arihiro (梅原 有弘).....	P-17(56)
Une, Yosie (宇根 良衛).....	P-68(81)
Unno, Michiaki (海野 倫明).....	P-45(70)
Uragami, Naoyuki (浦上 尚之).....	O-3(23), O-30*(36)
Uraoka, Toshio (浦岡 俊夫).....	O-26(34), P-30(62)
Ushijima, Masataka (牛島 正貴).....	O-10(26)
Utida, Hiroshi (内田 寛).....	O-38(40)

W

Wada, Daiki (和田 大樹).....	P-51(73)
Wada, Tatehiko (和田 建彦).....	O-15(29)
Wada, Yoshiki (和田 祥城).....	O-42(42)
Wakabayasi, Go (若林 剛).....	O-35(39)
Wakamura, Kunihiko (若村 邦彦).....	O-42(42)
Wakatsuki, Toshiro (若月 俊郎).....	P-1*(48)
Wakiya, Taichi (脇屋 太一).....	P-46(70)
Watanabe, Go (渡辺 剛).....	O-11(27)
Watanabe, Hideki (渡部 秀樹).....	O-5(24)
Watanabe, Kiyo (渡邊 清).....	P-17(56)
Watanabe, Masahiko (渡邊 昌彦).....	O-43(43)
Watanabe, Toshiaki (渡邊 聡明).....	O-4*(23), O-34(38)
Watarai, Hiroshi (渡会 博志).....	P-71(83)

Y

Yaginuma, Yukihiro (柳沼 行宏).....	O-44(43)
Yamada, Hideki (山田 英樹).....	O-34(38)
Yamada, Kazutaka (山田 一隆).....	O-7(25), O-37(40)
Yamada, Kyoko (山田 恭子).....	P-64(79)
Yamada, Masaki (山田 正樹).....	O-44(43)
Yamada, Takeshi (山田 岳史).....	P-56(75)
Yamagami, Hideki (山上 英樹).....	P-71(83)
Yamagata, Motoo (山形 基夫).....	P-2(48)
Yamagishi, Shigeru (山岸 茂).....	O-12(27)
Yamaguchi, Akio (山口 明夫).....	P-31(63)
Yamaguchi, Satoru (山口 悟).....	P-37(66)
Yamaguchi, Takashi (山口 高史).....	P-22*(58)
Yamaguchi, Takaya (山口 貴也).....	P-76(85)
Yamaguchi, Tomohiro (山口 智弘).....	O-8*(25)
Yamaguchi, Toshiharu (山口 俊晴).....	O-3(23)
Yamaguchi, Yuichirou (山口 裕一郎).....	P-25*(60)
Yamamoto, Hironori (山本 博徳).....	O-29(36)
Yamamoto, Hiroshi (山本 宏).....	P-21(58)
Yamamoto, Masakazu (山本 雅一).....	O-41(42), P-57(76)
Yamamoto, Seiichiro (山本 聖一郎).....	O-8(25)
Yamamoto, Shiho (山本 史歩).....	O-41(42), P-57*(76)
Yamamoto, Noriko (山本 智理子).....	O-30(36)
Yamamoto, Takayuki (山本 隆行).....	P-19(57)
Yamamura, Huyuhiko (山村 冬彦).....	O-42(42)
Yamanouchi, Kosho (山之内 孝彰).....	P-3(49)
Yamaoka, Kentaro (山岡 健太郎).....	P-76(85)
Yamashita, Sumio (山下 純男).....	P-48(71)
Yamashita, Yoshinori (山下 芳典).....	P-72(83)
Yamato, Toshio (大和 俊夫).....	P-22(58)
Yamauchi, Hayato (山内 逸人).....	P-37(66)
Yamaue, Hiroki (山上 裕機).....	P-28(61)
Yamazaki, Gaku (山崎 学).....	P-19(57)
Yamazaki, Shigeo (山崎 成夫).....	P-13(54)
Yamazoe, Sadaaki (山添 定明).....	O-22(32)
Yanagida, Naoyuki (柳田 尚之).....	P-49(72)
Yanai, Mitutoshi (矢内 充利).....	P-16(55)
Yano, Koji (矢野 浩司).....	P-44(69)

Yano, Masaaki (矢野 匡亮).....	O-2(22)
Yano, Masahiko (矢野 雅彦).....	O-39(41)
Yao, Takashi (八尾 隆史).....	O-28(35)
Yasuda, Koji (安田 幸嗣).....	O-23*(33)
Yasuda, Naokuni (保田 尚邦).....	O-14(28)
Yasuda, Seiei (安田 聖栄).....	P-18(56)
Yasuda, Yoshikazu (安田 是和) ..	O-29(36), O-46(44), P-73(84)
Yasue, Atsushi (安江 敦).....	P-20(57)
Yasuno, Masamichi (安野 正道).....	P-74(84)
Yasutomi, Masayuki (安富 正幸).....	P-4(49)
Yatsuoka, Toshimasa (八岡 利昌)	O-17(30), P-58(76)
Yokoi, Kimiyoshi (横井 公良).....	P-56(75)
Yokoi, Miki (横井 美樹).....	P-42(68), P-69(82)
Yokomizo, Hajime (横溝 肇).....	P-17(56)
Yokota, Kentarou (横田 健太郎).....	P-71(83)
Yokota, Ryouiti (横田 良一).....	P-71(83)
Yokouchi, Hideoki (横内 秀起).....	P-61(78)
Yokoyama, Masaru (横山 勝).....	P-5(50)
Yokoyama, Shozo (横山 省三).....	P-28(61)
Yoneyama, Sigeto (米山 重人).....	P-68(81)
Yoshida, Makoto (吉田 誠).....	O-6*(24)
Yoshida, Shin (吉田 晋).....	P-70*(82)
Yoshida, Toshiaki (吉田 俊明).....	P-47(71)
Yoshidome, Katsuhide (吉留 克英).....	O-31(37)
Yoshifuji, Takehito (吉藤 竹仁).....	P-4(49)
Yoshikawa, Kouzou (吉川 幸造).....	P-38(66), P-55(75)
Yoshikawa, Syusaku (吉川 周作).....	P-76(85)
Yoshikawa, Tohru (吉川 徹).....	O-9(26), P-46(70)
Yoshimatsu, Kazuhiko (吉松 和彦).....	P-17(56)
Yoshimitu, Masayoshi (吉満 政義).....	O-6(24)
Yoshimura, Tetunori (吉村 哲規).....	P-74(84)
Yoshioka, Kazuhiko (吉岡 和彦).....	P-40(67)
Yoshioka, Masato (吉岡 正人).....	P-56(75)
Yoshitani, Shinichirou (吉谷 新一郎).....	P-42(68), P-69*(82)
Yoshiyama, Tomoyuki (吉山 知幸).....	P-72(83)
Yuasa, Norihiro (湯浅 典博).....	P-20(57)
Yukawa, Ikuko (湯川 郁子).....	P-15(55)

塩野義製薬株式会社

三菱ウェルファーマ株式会社

第一三共株式会社

バイエル薬品株式会社

味の素ファルマ株式会社

株式会社大塚製薬工場

ゼリア新薬工業株式会社

帝人ファーマ株式会社

株式会社三笑堂

田辺製薬株式会社

大日本住友製薬株式会社

株式会社やよい