

**68th
JSCCR**

第68回 大腸癌研究会

プログラム・抄録集

2008年1月25日(金)
JALリゾート
シーホークホテル福岡

主題Ⅰ 大腸の多重がん
主題Ⅱ 大腸癌の転移・再発に対する外科治療

当番世話人 **牛尾恭輔**
国立病院機構九州がんセンター 院長

第68回大腸癌研究会

当番世話人 **牛尾 恭輔** (独立行政法人国立病院機構九州がんセンター 院長)
 〒811-1395 福岡県福岡市南区野多目3丁目1番1号
 TEL: 092-541-3231 FAX: 092-551-4585 E-mail: jscrcr68@umin.ac.jp
 URL : <http://JSCCR.umin.jp/>

開催概要
 日時：2008(平成20)年1月25日(金) 9:00-18:00
 会場：JALリゾート シーホークホテル福岡
 〒810-8650 福岡市中央区地行浜2-2-3 TEL：092-844-8111 (代表)
 主題：Ⅰ. 大腸の多重がん
 Ⅱ. 大腸癌の転移・再発に対する外科治療

各種委員会
 プログラム
 日時：2008(平成20)年1月24日(木)
 会場：JALリゾート シーホークホテル福岡 3F (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	ガイドライン委員会	固武 健二郎	3F ヴェガ
	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	3F 堇
	簇出検討	小池 盛雄	3F 昂
	微小転移	味岡 洋一	3F 瑤
10:00-12:00	家族性大腸癌委員会	森谷 宜皓 岩間 毅夫	3F リゲル
11:00-12:00	大腸癌全国登録委員会	固武 健二郎	3F ヴェガ
	Desmoplastic reactionに関する研究	藤盛 孝博	3F 堇
	リンパ節構造のない壁外非連続性	望月 英隆	3F 昂
	癌進展病巣に関する研究		
	内視鏡摘除手技の標準化	田中 信治	3F 瑤
	大腸癌化学療法プロジェクト	島田 安博	3F 慶
	潰瘍性大腸炎の癌化サーベイランスの研究	渡邊 聡明	3F 藤
大腸癌肺転移の研究	亀岡 信悟	3F 蘭	
12:00-13:00	幹事会		3F 菊
13:00-14:00	病理小委員会	小池 盛雄	3F ヴェガ
	直腸癌の壁外連続浸潤に関する臨床的意義	白水 和雄	3F リゲル
	リンパ節検討委員会	森 武生	3F 堇
	倫理委員会	澤田 俊夫	3F 昂
	括約筋切除を伴う肛門温存術の妥当性	寺本 龍生	3F 瑤
微小大腸病変の取扱い	斉藤 裕輔	3F 慶	
14:00-16:00	腹腔鏡下直腸癌手術に関する研究	渡邊 昌彦	3F リゲル
14:30-16:30	規約委員会	杉原 健一	3F ヴェガ
16:30-18:00	世話人会		3F ヴェガ
18:00-20:00	懇親会		1F ナビス

各種委員会に参加される先生方に関しましては、1月24日(木)より本研究会(1月25日分)の受付を3Fロビーにて9:00～18:00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：2008(平成20)年1月25日(金)12:00～13:00
 会場：JALリゾート シーホークホテル福岡 1F アルゴスEF

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1F宴会場ロビーにて行います。
- (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円をあわ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

- ・ 研究会での口演発表はすべてPCで行います。35mmスライド、OHP、ビデオ等は使用できませんのでご注意ください。
- ・ Windows XPにて作成したデータファイルの発表はPC本体あるいはメディア（CD-R、USBフラッシュメモリー）でのデータ持込が可能です。データ持込の場合、発表ソフトはMicrosoft Power Point(2000,2003)に限らせていただきます。
- ・ Macintosh およびWindows Vistaにて作成したデータファイルの発表はPC本体持込のみとさせていただきます（メディアでのデータ持ち込みは出来ません）。

(3) 発表データ受付

- ・ 発表の30分前までに口演会場前ホワイエPCデータ受付にて受付を行い、発表データのチェック、登録を行ってください。
- ・ PC本体持込の場合はPCデータ受付にて動作確認後、ご自身にて発表会場のPCオペレータ席（会場左手前方）までお持ち下さい。
- ・ 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)：O-1 医科太郎
- ・ 解像度は1024×76（XGA）まで対応です

【PCデータ受付時間】：1月25日（金） 8:00-16:30

(4) 発表上のご注意

発表は演題上に設置されているコントロールキーまたはマウスで演者自身にて操作いただきます（データ持込、本体持込とも同様）。

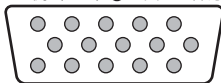
【メディアでのデータ持ち込みの方へ】

1. メディアはCD-RまたはUSBフラッシュメモリーに限らせていただきます。
（CD-RW、MO、FD、ZIPは一切お受けできません）
2. OS及びアプリケーションソフトは下記にて限定させていただきます。
OS：Office2000およびXP
Microsoft Power Point(2000,2003)
3. 文字フォント：文字化けを防ぐため、下記フォントを使用してください。
MSゴシック、MSPゴシック、MS明朝、MSP明朝、OSAKA(Macintosh)、
Arial、Arial Black、Century、Century Gothic、Times New Roman
4. 動画データ使用：PC本体を必ずお持ちください。メディアでのデータ持込は出来ませんので、ご注意ください。
5. 発表データは演題発表後、責任を持ってデータ消去いたします。

【PC本体を持ち込みの方へ】

1. Macintosh持込の場合の注意点
出力コネクタとの接続は、「D-sub ミニ三列 15ピン型」を用意しております（下図参照）。

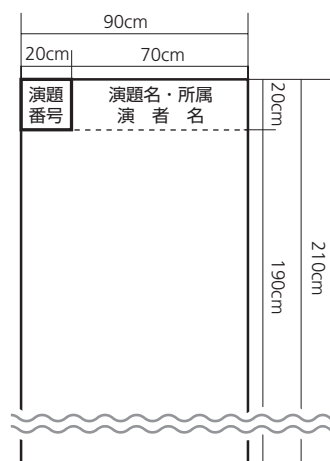
PC側（メス）●は凹型の部分



- ※一部ノートPCでは本体付属のコネクタが必要となる場合があります。
※Macintoshの場合には、本体付属のコネクタを必ずご持参ください。
※PCの電源ACアダプターは必ずご持参ください。
2. 発表データはデスクトップ上に発表ファイルが明確に分かるようにお願いします。
 3. スクリーンセーバー、パスワード、省電力設定は事前に解除しておいてください。
 4. CD-RまたはUSBフラッシュメモリーに保存した発表データのバックアップは必ずご持参下さい。

■ 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 1月25日（金）8:00～9:10
撤去 1月25日（金）16:30～17:30
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190cmとなります。
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。（右図参照）



■ 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分前までに口演会場前の『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

全ての演題発表者は雑誌掲載用の抄録原稿を、第68回大腸癌研究会のホームページ上で1月25日（金）までにご登録ください。（アドレス：<http://jscrc.umin.jp/>）

ランチョンセミナー

日 時：2008（平成20）年1月25日（金） 12:00-13:00

場 所：JALリゾートシーホークホテル福岡 1F 「ナビスA」、「ナビスB」

【ランチョンセミナー1】「大腸癌の発生と発育進展」（1FナビスA）

座長：飯田 三雄（九州大学大学院医学研究院 病態機能内科学分野 教授）

演者：工藤 進英（昭和大学横浜市北部病院 消化器センター 教授）

共催：大鵬薬品工業株式会社、第68回大腸癌研究会

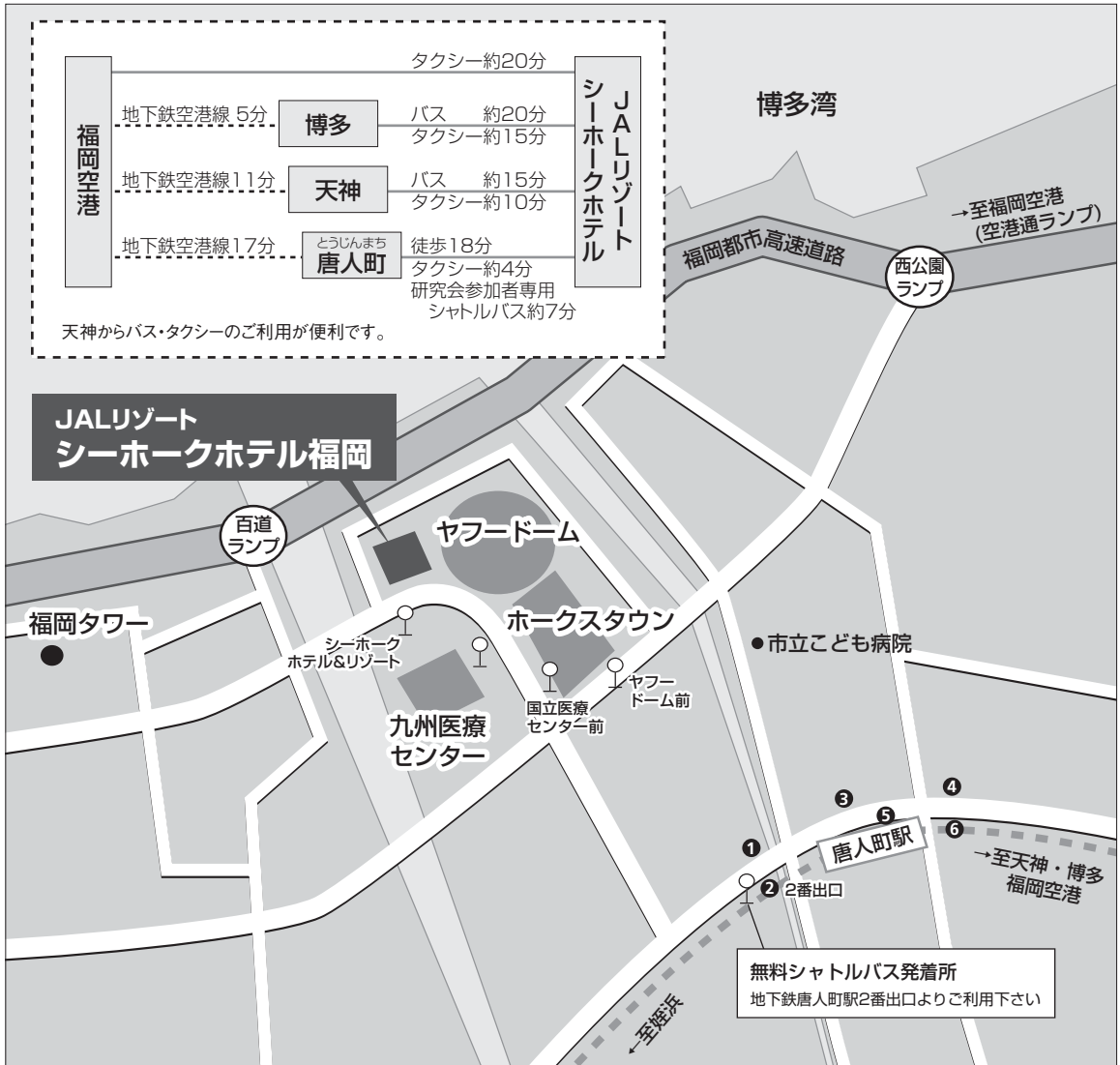
【ランチョンセミナー2】「大腸癌術後補助化学療法のエビデンスと実地臨床」（1FナビスB）

座長：前原 喜彦（九州大学大学院医学研究院 消化器・総合外科 教授）

演者：濱口 哲弥（国立がんセンター中央病院 消化器内科 医長）

共催：中外製薬株式会社、第68回大腸癌研究会

周辺交通案内



【無料シャトルバス運行スケジュール】 乗車定員：40名

1月24日(木)

唐人町駅→ホテル	時	ホテル→唐人町駅
	8	
10 35	9	20 45
00	10	10
	11	
	12	
30 45	13	40 55
00 15	14	10 25
00 15 30 45	15	10 25 40 55
00	16	10
	17	
	18	30
	19	30
	20	00

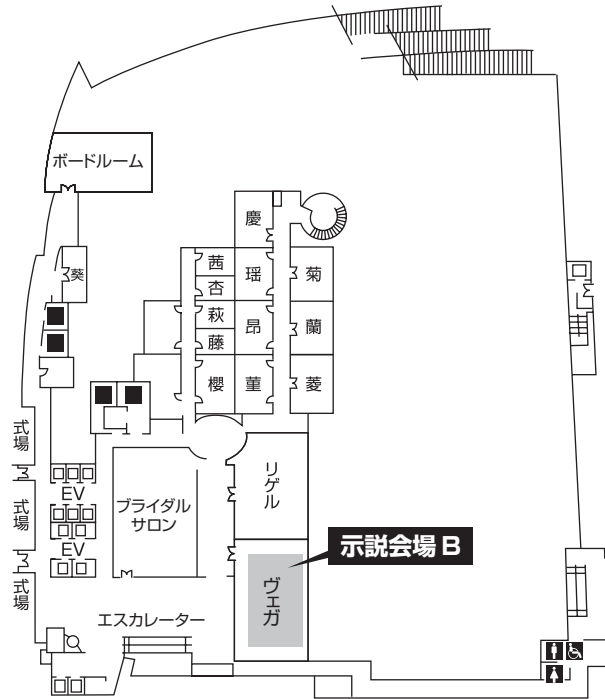
1月25日(金)

唐人町駅→ホテル	時	ホテル→唐人町駅
00 10 20 30 40 50	8	10 20 30 40 50
00 15 30 45	9	00 10 25 40 55
00 30	10	10 40
00 30	11	10 40
00 30	12	10 40
00 30	13	10 40
00 30	14	10 40
00 30	15	10 40
00 30	16	10 40
00 30	17	00 30 50
	18	10 30
	19	
	20	

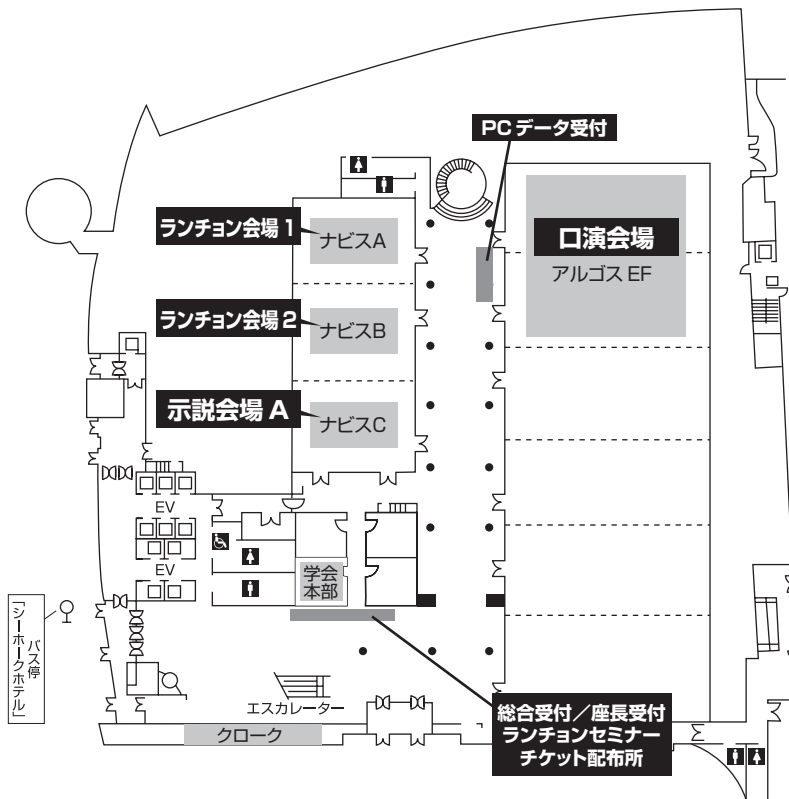
* 道路状況により、運行時刻が変わることがあります(所要時間約7分)。
* 乗車定員に達した場合、上記時刻前に出発する場合があります。予めご了承下さい。

会場フロア図

3F



1F



スケジュール

	口演会場 アルゴスEF	示説会場A ナビスC	示説会場B ヴェガ
	開会の辞 8:55-9:00		ポスター掲示 8:00~9:10
9	主題Ⅱ 9:00-9:35 II-1:肝転移 座長:渡邊昌彦(北里大) O-1~O-5	主題Ⅰ 大腸の多重がん 9:15-10:04 I-P1:多重がん 座長:田村 和朗(近畿大) P-1~P-7 10:05-10:54 I-P2:多重がん 座長:大矢 雅敏(癌研有明病院) P-8~P-14 10:55-11:44 I-P3:重複がん 座長:松原 長秀(岡山山大) P-15~P-21	9:15-10:04 I-P4:重複がん 座長:松井 敏幸(福岡大筑紫病院) P-22~P-28 10:05-10:54 I-P5:多発癌 座長:山野 泰穂(秋田赤十字病院) P-29~P-35 10:55-11:37 I-P6:多発癌 座長:石川 勉(獨協医大) P-36~P-41
	9:35-10:10 II-2:肺転移 座長:齋藤典男(国立がんセンター東病院) O-6~O-10		
	10:10-10:45 II-3:肝・肺転移 座長:白水和雄(久留米大) O-11~O-15		
10	10:45-11:20 II-4:局所再発・腹膜播種 座長:渡邊聡明(帝京大) O-16~O-20		
	11:20-11:55 II-5:化学療法+手術 座長:奥野清隆(近畿大) O-21~O-25		
11			
12	12:00-13:00 施設代表者会議	ランチョンセミナー(ナビスA、ナビスB) 12:00-13:00 【ランチョンセミナー1】「大腸癌の発生と発育進展」(1FナビスA) 座長:飯田 三雄(九州大学大学院医学研究院 病態機能内科学分野) 演者:工藤 進英(昭和大学横浜市北部病院 消化器センター) 共催:大鵬薬品工業株式会社、第68回大腸癌研究会 【ランチョンセミナー2】「大腸癌術後補助化学療法のエビデンスと実地臨床」(1FナビスB) 座長:前原 喜彦(九州大学大学院医学研究院 消化器・総合外科) 演者:濱口 哲弥(国立がんセンター中央病院 消化器内科) 共催:中外製薬株式会社、第68回大腸癌研究会	
13	特別講演 13:10-13:50 日本のHNPCCの特徴: 大腸癌研究会「HNPCC登録と 遺伝子解析プロジェクト」の成果から 司会:森谷亘皓(国立がんセンター) 演者:古川洋一(東京大医科研)		
14	主題Ⅰ 13:50-14:25 I-1:多重がん 座長:澤田俊夫(群馬がんセンター) O-26~O-30 14:25-15:00 I-2:多重がん 座長:前田耕太郎(藤田保健衛生大) O-31~O-35	主題Ⅱ 大腸癌の転移・再発に対する外科治療 13:50-14:39 II-P1:肝転移 座長:矢永 勝彦(慈恵医大) P-42~P-48 14:40-15:29 II-P2:同時性転移 座長:幸田 圭史(帝京大ちば医療セ) P-49~P-55 15:30-16:26 II-P3:術前化学療法 座長:大辻 英吾(京都医大) P-56~P-63	13:50-14:39 II-P4:局所再発 座長:平井 孝(愛知がんセンター) P-64~P-70 14:40-15:29 II-P5:局所再発 座長:藤田 伸(国立がんセンター) P-71~P-77 15:30-16:19 II-P6:診断、非外科治療、内視鏡治療 座長:石田 秀行(埼玉医大医療セ) P-78~P-84
	15:00-15:35 I-3:重複がん 座長:名川弘一(東京大) O-36~O-40 15:35-16:10 I-4:重複がん 座長:椿昌裕(獨協医大) O-41~O-45 16:10-16:45 I-5:多発癌・その他 座長:森正樹(九大別府先進医セ) O-46~O-50		
15			
16			
			ポスター撤去 16:30~17:30
17	総口演 主題Ⅰ 17:00-17:30 司会:固武 健二郎(栃木がんセンター) 富田 尚裕(兵庫医大) 主題Ⅱ 17:30-18:00 司会:亀岡 信悟(東京女子医大) 小西 文雄(自治医大さいたま)		
	閉会の辞 18:00		

■口演会場

発表形式	時間	セッション	演題番号	ページ
口演発表	主題Ⅱ 大腸癌の転移・再発に対する外科治療			
	9:00-9:35	Ⅱ-1：肝転移	O-1～O-5	10
	9:35-10:10	Ⅱ-2：肺転移	O-6～O-10	10
	10:10-10:45	Ⅱ-3：肝・肺転移	O-11～O-15	10
	10:45-11:20	Ⅱ-4：局所再発・腹膜播種	O-16～O-20	11
	11:20-11:55	Ⅱ-5：化学療法+手術	O-21～O-25	11
施設代表者会議	12:00-13:00			11
特別講演	13:10-13:50	日本のHNPCCの特徴：大腸癌研究会「HNPCC登録と遺伝子解析プロジェクト」の成果から		11
口演発表	主題Ⅰ 大腸の多重がん			
	13:50-14:25	I-1：多重がん	O-26～O-30	12
	14:25-15:00	I-2：多重がん	O-31～O-35	12
	15:00-15:35	I-3：重複がん	O-36～O-40	12
	15:35-16:10	I-4：重複がん	O-41～O-45	13
	16:10-16:45	I-5：多発癌・その他	O-46～O-50	13
総合討論	17:00-17:30	主題Ⅰ「大腸の多重がん」		13
	17:30-18:00	主題Ⅱ「大腸癌の転移・再発に対する外科治療」		13

■示説会場

発表形式	時間	セッション	演題番号	ページ
ポスター	主題Ⅰ 大腸の多重がん			
	9:15-10:04	I-P1：多重がん	P-1～P-7	14
	10:05-10:54	I-P2：多重がん	P-8～P-14	14
	10:55-11:44	I-P3：重複がん	P-15～P-21	15
	9:15-10:04	I-P4：重複がん	P-22～P-28	15
	10:05-10:54	I-P5：多発癌	P-29～P-35	16
	10:55-11:37	I-P6：多発癌	P-36～P-41	16
	主題Ⅱ 大腸癌の転移・再発に対する外科治療			
	13:50-14:39	Ⅱ-P1：肝転移	P-42～P-48	17
	14:40-15:29	Ⅱ-P2：同時性転移	P-49～P-55	17
	15:30-16:26	Ⅱ-P3：術前化学療法	P-56～P-63	18
	13:50-14:39	Ⅱ-P4：局所再発	P-64～P-70	18
	14:40-15:29	Ⅱ-P5：局所再発	P-71～P-77	19
	15:30-16:19	Ⅱ-P6：診断、非外科治療、内視鏡治療	P-78～P-84	19
	13:50-14:39	Ⅱ-P7：肝転移、リンパ節転移など	P-85～P-91	20
	14:40-15:29	Ⅱ-P8：興味ある症例	P-92～P-98	20
	15:30-16:19	Ⅱ-P9：肝、肺転移	P-99～P-105	21

主題Ⅱ 大腸癌の転移・再発に対する外科治療

9:00-9:35 Ⅱ-1：肝転移

座長：渡邊 昌彦（北里大学外科）

0-1	当科における大腸癌肝転移切除症例の検討.....	26
	石塚 満 他（獨協医科大学第二外科）	
0-2	大腸癌肝転移肝切除の検討 特にグレードC症例に対して.....	26
	高西 喜重郎 他（東京都立府中病院外科）	
0-3	大腸癌肝転移症例に対する待機手術例の検討.....	27
	小寺 由人 他（東京女子医科大学消化器外科）	
0-4	大腸癌肝転移切除後の再々発に対する手術治療の検討.....	27
	大石 崇 他（国立病院機構東京医療センター外科）	
0-5	大腸癌肝転移に対する繰り返し肝切除術の意義.....	28
	野田 弘志 他（自治医科大学附属さいたま医療センター外科）	

9:35-10:10 Ⅱ-2：肺転移

座長：齋藤 典男（国立がんセンター東病院大腸骨盤外科）

0-6	大腸癌の肺転移手術症例124例の検討.....	28
	渡辺 和宏 他（国立がんセンター東病院大腸骨盤外科）	
0-7	大腸癌肺転移手術症例の検討.....	29
	正村 裕紀 他（JA北海道厚生連旭川厚生病院外科 他）	
0-8	大腸癌肺転移切除症例の予後予測因子に関する検討.....	29
	久保 徹 他（防衛医科大学校外科）	
0-9	大腸癌肺転移切除症例の検討—その予後因子と免疫染色による原発性肺癌との鑑別—.....	30
	高倉 有二 他（広島大学先進医療開発科学講座外科学 他）	
0-10	大腸癌肺転移切除症例の検討.....	30
	横山 勝 他（埼玉医科大学総合医療センター消化管・一般外科 他）	

10:10-10:45 Ⅱ-3：肝・肺転移

座長：白水 和雄（久留米大学外科）

0-11	大腸癌術後肝転移切除後の残肝再発および肺転移に対する再切除術の意義.....	31
	倉地 清隆 他（浜松医科大学第二外科）	
0-12	大腸癌肝・肺転移に対する外科治療と成績.....	31
	村上 英嗣 他（久留米大学外科）	
0-13	大腸癌肝転移巣切除後の肺再発に対する手術成績と予後因子の検討.....	32
	田中 晃司 他（大阪府立成人病センター消化器外科 他）	

- 0-14 大腸癌の肺転移・肝転移に対する切除の治療成績32
 播本 憲史 他 (国立病院機構九州がんセンター消化器外科 他)
- 0-15 大腸癌肝肺転移切除例の検討—手術リスク評価法E-PASSによる試み33
 米山 重人 他 (国立病院機構西札幌病院外科)

10:45-11:20 II-4：局所再発・腹膜播種

座長：渡邊 聡明 (帝京大学外科)

- 0-16 直腸癌局所再発の外科治療の役割について33
 佐伯 泰慎 他 (大腸肛門病センター 高野病院外科)
- 0-17 直腸癌局所再発例に対する治癒切除を目的とした外科治療の評価34
 金光 幸秀 他 (愛知県がんセンター中央病院消化器外科部)
- 0-18 再発大腸癌に対する近年の手術例の検討34
 藤本 佳也 他 (癌研有明病院消化器外科 他)
- 0-19 大腸癌腹膜播種症例に対する外科治療の意義35
 西川 武司 他 (東京大学腫瘍外科 他)
- 0-20 大腸癌腹膜播種症例の検討35
 西村 洋治 他 (埼玉県立がんセンター消化器外科)

11:20-11:55 II-5：化学療法＋手術

座長：奥野 清隆 (近畿大学外科)

- 0-21 両葉多発肝転移を伴う大腸癌に対するmFOLFOX6と肝切除を用いた治療戦略36
 鯉沼 広治 他 (自治医科大学消化器外科 他)
- 0-22 大腸癌肝転移症例に対する肝切除前FOLFOX療法36
 西舘 敏彦 他 (札幌医科大学第一外科 他)
- 0-23 化学療法が奏功し根治的切除が可能となった再発大腸癌の解析37
 甲田 貴丸 他 (国立がんセンター東病院大腸骨盤外科 他)
- 0-24 大腸癌肝転移における肝切除後の再発形式と治療37
 野田 雅史 他 (兵庫医科大学外科)
- 0-25 進行再発大腸癌に対する化学療法の進歩からみた外科治療の位置付け38
 横江 毅 他 (三重大学大学院医学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)

施設代表者会議

12:00-13:00

特別講演

- 13:10-13:50 日本のHNPCCの特徴：大腸癌研究会「HNPCC登録と遺伝子解析プロジェクト」の成果から
 演者：古川 洋一 (東京大学医科学研究所臨床ゲノム腫瘍学分野)24
 座長：森谷 宜皓 (国立がんセンター中央病院外科)

主題Ⅰ 大腸の多重がん

13:50-14:25 | Ⅰ-1：多重がん

座長：澤田 俊夫（群馬県立がんセンター外科）

0-26	当科における大腸多重癌症例の検討.....	38
	山崎 一也 他（東京慈恵会医科大学外科学講座消化器外科）	
0-27	当科における大腸の多発癌および重複がんの検討.....	39
	島田 能史 他（新潟大学大学院消化器・一般外科学分野）	
0-28	当施設における大腸の多重癌について.....	39
	笹富 輝男 他（久留米大学外科）	
0-29	同時性大腸多重癌の検討.....	40
	椿 昌裕 他（獨協医科大学第一外科）	
0-30	大腸癌手術症例における多重癌の検討.....	40
	川村 純一郎 他（京都大学医学部附属病院消化管外科）	

14:25-15:00 | Ⅰ-2：多重がん

座長：前田 耕太郎（藤田保健衛生大学消化器外科）

0-31	大腸多発癌、他臓器重複がん症例の検討.....	41
	田中 潤一郎 他（東京大学大腸肛門外科 他）	
0-32	当科における大腸多重がんの検討.....	41
	唐澤 秀明 他（東北大学胃腸外科）	
0-33	大腸多発癌・重複癌のフォローアップと治療戦略.....	42
	市原 敦史 他（熊本大学大学院消化器外科学）	
0-34	「大腸の多重がんに関するアンケート」の集計・解析結果—臨床外科共同研究会.....	42
	岡村 修 他（臨床外科共同研究会 他）	
0-35	大腸癌治療切除症例における重複がん発生の状況とサーベイランスの必要性.....	43
	石黒 めぐみ 他（東京医科歯科大学腫瘍外科 他）	

15:00-15:35 | Ⅰ-3：重複がん

座長：名川 弘一（東京大学腫瘍外科）

0-36	大腸重複がんの検討.....	43
	河原 一雅 他（福岡大学筑紫病院外科）	
0-37	重複がんを有する大腸癌の治療成績と対策.....	44
	藤井 正一 他（横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター 他）	
0-38	当院における大腸がんの重複がんの検討.....	44
	秋吉 高志 他（癌研有明病院消化器外科）	
0-39	大腸癌先行異時性重複がんの検討—大腸癌罹患歴は他臓器がんの発生リスクとなり得るか—.....	45
	松井 孝至 他（栃木県立がんセンター外科）	
0-40	大腸重複癌 105 例の検討.....	45
	田中 洋一 他（東海大学消化器外科）	

15:35-16:10 | -4 : 重複がん

座長：椿 昌裕（獨協医科大学第一外科）

0-41	大腸多重がんの検討.....	46
	能浦 真吾 他（大阪府立成人病センター消化器外科）	
0-42	当科における他臓器重複大腸癌症例の検討.....	46
	磯部 秀樹 他（山形大学医学部消化器・一般外科）	
0-43	大腸重複癌症例の検討.....	47
	中村 圭介 他（帝京大学医学部外科）	
0-44	大腸の多重癌、主に多発癌についての検討.....	47
	神谷 芳雄 他（藤田保健衛生大学消化管内科 他）	
0-45	同時性異時性多発癌の臨床病理学的検討.....	48
	竹村 織江 他（昭和大学横浜市北部病院消化器センター 他）	

16:10-16:45 | -5 : 多発癌・その他

座長：森 正樹（九州大学病院別府先進医療センター外科）

0-46	大腸癌内視鏡摘除例における多重癌の検討.....	48
	久部 高司 他（福岡大学筑紫病院消化器科 他）	
0-47	異時性多発大腸癌の頻度と発生までの期間.....	49
	山口 智弘 他（国立がんセンター中央病院）	
0-48	大腸多重がんの検討.....	49
	八岡 利昌 他（埼玉県立がんセンター消化器外科 他）	
0-49	大腸癌異時発生に関わる DNA メチル化異常の同定.....	50
	神山 英範 他（自治医科大学附属さいたま医療センター外科）	
0-50	多発大腸癌の臨床病理学的特徴と Revised Bethesda Guideline の有用性の検討.....	50
	坂本 琢 他（国立がんセンター中央病院内視鏡部 他）	

総合討論

17:00-17:30 | 主題 I 「大腸の多重がん」

司会：固武 健二郎（栃木県立がんセンター外科）
富田 尚裕（兵庫医科大学第二外科）

17:30-18:00 | 主題 II 「大腸癌の転移・再発に対する外科治療」

司会：亀岡 信悟（東京女子医科大学第二外科）
小西 文雄（自治医科大学附属さいたま医療センター外科）

主題Ⅰ 大腸の多重がん

9:15-10:04 | I-P1：多重がん

【示説会場A】 座長：田村 和朗（近畿大学理工学部生命科学科）

P-1	当院における大腸の多重がん.....52 額 真一郎 他（群馬県立がんセンター消化器外科）
P-2	大腸多重癌症例の検討.....52 岡村 淳 他（聖路加国際病院消化器センター外科 他）
P-3	大腸多重癌（重複癌・多発癌）の検討.....53 進士 誠一 他（日本医科大学千葉北総病院外科 他）
P-4	大腸多重癌例の検討.....53 緒方 俊二 他（大腸肛門病センター高野病院）
P-5	当院の大腸癌手術例における多発癌および重複癌の検討.....54 新原 亨 他（南風病院消化器科 他）
P-6	当科における大腸多重がん症例の検討.....54 徳本 憲昭 他（独立行政法人国立病院機構東広島医療センター）
P-7	当科における大腸同時性多重癌の臨床病理学的検討.....55 佐々木 順平 他（日本医科大学外科）

10:05-10:54 | I-P2：多重がん

【示説会場A】 座長：大矢 雅敏（癌研有明病院消化器センター）

P-8	大腸癌における多重癌の検討.....55 小竹 優範 他（石川県立中央病院）
P-9	当院における大腸多発癌・重複癌の検討.....56 笠島 浩行 他（市立函館病院消化器病センター外科）
P-10	大腸多重癌の臨床的特徴.....56 森田 俊治 他（八尾市立病院外科）
P-11	大腸多重癌症例の検討.....57 難波 美津雄 他（佐野医師会病院外科）
P-12	当院における大腸の多発重複癌の検討.....57 藤 勇二 他（大腸肛門病センターくるめ病院）
P-13	異時性7多発大腸癌に原発性小腸癌を伴った多重癌の一例.....58 斎藤 直康 他（東邦大学医学部外科（大森）一般消化器外科 他）
P-14	当院における大腸多重がん104例の検討.....58 太田 勝也 他（市立堺病院 外科）

10:55-11:44 I-P3：重複がん

【示説会場A】 座長：松原 長秀（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科消化器・腫瘍外科学）

P-15	同時性重複癌における術前診断－PET/CTの有用性.....	59
	百目木 泰 他（獨協医科大学第一外科）	
P-16	大腸癌における他臓器重複がんの同時性と異時性の比較検討.....	59
	増田 隆明 他（九州がんセンター）	
P-17	大腸癌 follow up 中に発見された重複癌の検討.....	60
	合田 良政 他（国立国際医療センター大腸肛門科）	
P-18	大腸癌を含む重複癌の臨床病理学的検討.....	60
	佐藤 美信 他（藤田保健衛生大学下部消化管外科）	
P-19	大腸重複癌の臨床病理学的検討.....	61
	黒田 雅利 他（金沢医科大学消化器外科治療学）	
P-20	当科における大腸癌他臓器重複癌症例の臨床・病理学的検討.....	61
	正木 忠彦 他（杏林大学医学部外科）	
P-21	大腸他臓器重複癌症例の検討.....	62
	中村 寧 他（東邦大学医療センター大橋病院外科学第三講座）	

9:15-10:04 I-P4：重複がん

【示説会場B】 座長：松井 敏幸（福岡大学筑紫病院消化器科）

P-22	大腸癌と他臓器重複癌の検討.....	62
	橋爪 正 他（青森市民病院外科）	
P-23	本邦遺伝性非ポリポーシス大腸癌における多重癌の検討.....	63
	田中屋 宏爾 他（国立病院機構岩国医療センター）	
P-24	食道癌、胃癌と大腸癌の発見率の検討.....	63
	岸原 輝仁 他（癌研有明病院消化器センター 他）	
P-25	大腸癌術前における上部消化管内視鏡検査の意義.....	64
	栗原 弘義 他（栃木県立がんセンター 他）	
P-26	頭頸部癌・食道癌に重複する大腸腫瘍性病変の検討.....	64
	石橋 龍之 他（九州大学臨床放射線科学）	
P-27	前立腺・両肺・大腸に発生した5重複癌の経験.....	65
	秋本 悦志 他（JA尾道総合病院）	
P-28	3重複癌（直腸内分泌細胞癌・食道癌・肺癌）の1手術例.....	65
	井出 義人 他（市立吹田市民病院外科）	

10:05-10:54 | I-P5 : 多発癌

【示説会場B】 座長：山野 泰穂（秋田赤十字病院消化器病センター）

P-29	当科における多発癌の臨床像.....	66
	目片 英治 他（滋賀医科大学外科学講座）	
P-30	大腸多発癌の検討.....	66
	藤井 真 他（大阪府立急性期・総合医療センター）	
P-31	大腸多発癌の検討.....	67
	魚谷 貴洋 他（県西部浜松医療センター消化器科）	
P-32	同時多発大腸癌の検討.....	67
	早田 浩明 他（千葉県がんセンター消化器外科）	
P-33	当院の大腸癌切除症例における多発癌の検討.....	68
	西村 公男 他（高知医療センター）	
P-34	当教室で手術を施行した同時性多発大腸癌症例の検討.....	68
	杉本 起一 他（順天堂大学医学部下部消化管外科）	
P-35	異時性大腸多発癌に対する鏡視下手術の検討.....	69
	松本 直基 他（名古屋第二赤十字病院外科）	

10:55-11:37 | I-P6 : 多発癌

【示説会場B】 座長：石川 勉（獨協医科大学放射線科）

P-36	当科における大腸多発癌の臨床病理学的検討.....	69
	野田 英児 他（大阪市立大学大学院腫瘍外科 他）	
P-37	同時性 advanced neoplasia は異時性大腸癌の高危険群か？.....	70
	宮倉 安幸 他（自治医科大学消化器一般外科）	
P-38	閉塞性および非閉塞性大腸癌における同時性多発大腸癌に関する比較検討.....	70
	山口 貴也 他（健生会奈良大腸肛門病センター）	
P-39	同時性2多発大腸癌術後20年で発症した大腸癌の1例.....	71
	岩館 学 他（福島県立医科大学外科学第2講座）	
P-40	空腸進行癌，空腸腺腫内癌を発症した異時性小腸多発癌・大腸多発癌の一例.....	71
	菊部 豊彦 他（東京女子医科大学消化器病センター 他）	
P-41	同時性大腸4多発癌の1例.....	72
	目黒 英二 他（函館五稜郭病院外科）	

主題Ⅱ 大腸癌の転移・再発に対する外科治療

13:50-14:39 II-P1：肝転移

【示説会場A】 座長：矢永 勝彦（東京慈恵会医科大学外科学講座消化器外科）

P-42	当院における大腸癌肝転移に対する肝切除の治療成績……………72 網島 亮 他（大阪警察病院外科 他）
P-43	当院における大腸癌肝転移症例に対する手術成績の検討……………73 榎本 正統 他（東京医科大学外科学第三講座）
P-44	大腸癌肝転移切除症例の治療成績……………73 井上 透 他（大阪市立大学大学院医学部腫瘍外科 他）
P-45	大腸癌肝転移に対する外科治療……………74 西岡 将規 他（徳島大学外科学）
P-46	大腸癌同時性肝転移に対する一期的手術症例の検討……………74 堤 敬文 他（国立病院機構九州医療センター消化器センター外科・臨床研究部 他）
P-47	大腸、直腸癌肝転移症例における肝切除症例の検討－47 症例－……………75 牧野 孝俊 他（山形大学医学部器官機能統御学講座消化器・一般外科学分野）
P-48	肝門部胆管内腫瘍進展を伴う大腸癌肝転移症例に対する外科治療の限界……………75 上原 圭介 他（名古屋大学大学院腫瘍外科）

14:40-15:29 II-P2：同時性転移

【示説会場A】 座長：幸田 圭史（帝京大学ちば総合医療センター外科）

P-49	当科における同時性肝転移の外科治療……………76 出口 義雄 他（昭和大学横浜市北部病院消化器センター）
P-50	大腸癌同時性肝転移に対する外科治療の検討……………76 森 義之 他（山梨大学医学部第一外科）
P-51	当科における大腸癌同時性肝転移症例の治療成績……………77 大谷 泰介 他（東京女子医大東医療センター外科）
P-52	大腸癌同時性・異時性肝転移症例の検討……………77 諸原 浩二 他（伊勢崎市民病院外科 他）
P-53	腹膜転移を伴った大腸癌に対する治療……………78 益子 博幸 他（札幌厚生病院外科）
P-54	大動脈周囲リンパ節転移陽性大腸癌症例に対する大動脈周囲リンパ節郭清……………78 松澤 岳晃 他（新潟大学第一外科）
P-55	大腸癌肝転移に対する外科治療……………79 柴 浩明 他（東京慈恵会医科大学外科学講座消化器外科）

15:30-16:26 II-P3：術前化学療法

【示説会場A】 座長：大辻 英吾（京都府立医科大学消化器外科）

P-56	FOLFOX療法による大腸癌肝転移切除の治療戦略.....79 藤田 秀人 他（金沢大学附属病院消化器・乳腺外科）
P-57	術前化学療法を行い肝切除した大腸癌肝転移症例の検討.....80 岩本 慈能 他（関西医科大学枚方病院消化器外科）
P-58	進行・再発大腸癌肝転移に対する治療戦略 —化学療法と手術のタイミング—.....80 大垣 吉平 他（九州大学消化器・総合外科 他）
P-59	再発大腸癌の外科治療（FOLFOX、FOLFIRI 後）.....81 田中 莊一 他（都立墨東病院外科）
P-60	FOLFOX4療法が奏功した直腸癌 肺転移、多発肝転移（切除）の1例.....81 佐藤 正幸 他（宮城県立がんセンター・外科 他）
P-61	血清CEA値の推移からみた大腸癌肝転移に対するFOLFOX療法の効果予測.....82 長井 洋平 他（熊本大学大学院消化器外科学）
P-62	進行再発大腸癌に対するmFOLFOX6療法施行例でのmtTFA発現の検討.....82 吉田 陽一郎 他（大阪労災病院外科 他）
P-63	化学療法後に大動脈周囲リンパ節再発巣切除を行った右側結腸癌の1例.....83 左雨 元樹 他（福島県立医科大学第二外科）

13:50-14:39 II-P4：局所再発

【示説会場B】 座長：平井 孝（愛知がんセンター中央病院消化器外科）

P-64	直腸癌局所再発に対する治療戦略.....83 長山 聡 他（京都大学医学部附属病院消化管外科）
P-65	当院における直腸癌術後骨盤内再発症例の臨床病理学的検討.....84 西尾 実 他（京都府立医科大学消化器外科）
P-66	大腸癌術後局所再発切除症例の検討.....84 水島 恒和 他（りんくう総合医療センター市立泉佐野病院外科）
P-67	当科における局所再発直腸癌症例に対する診断と外科治療の現状と課題.....85 三浦 康 他（東北大学大学院生体調節外科 他）
P-68	直腸癌局所再発に対する骨盤内臓全摘と炭素線治療（全身化学療法併用）の境界.....85 長田 俊一 他（横浜市立大学大学院消化器病態外科学 他）
P-69	当科における局所再発手術症例の検討.....86 榎本 俊行 他（東邦大学医療センター大橋病院第三外科）
P-70	根治度A大腸癌局所再発症例の検討.....86 渡辺 誠 他（昭和大学一般消化器外科）

14:40-15:29 II-P5：局所再発

【示説会場B】 座長：藤田 伸（国立がんセンター中央病院外科）

P-71	大腸癌の局所再発の外科治療.....87 大賀 丈史 他（国立病院機構九州がんセンター消化器外科）
P-72	直腸癌局所再発に対する外科的治療の検討.....87 日吉 幸晴 他（熊本大学大学院消化器外科学）
P-73	直腸癌局所再発と鑑別が困難であった直腸間膜内粘液嚢胞の一例.....88 小泉 範明 他（京都府立医科大学消化器外科学教室）
P-74	直腸S状部癌術後、肛門管、鼠径リンパ節転移に対し局所切除施行し、放射線照射および補助化学療法にて長期無再発となった1例.....88 菅沼 泰 他（松下記念病院外科）
P-75	直腸癌骨盤内リンパ節再発に対するアプローチ 後腹膜VS傍仙骨.....89 北菌 正樹 他（鹿児島大学腫瘍制御学消化器外科）
P-76	治癒切除後の大腸癌吻合部再発症例の検討.....89 近藤 圭策 他（大阪医科大学一般・消化器外科）
P-77	異時性肝転移、吻合部再発に対し外科的治療により長期生存が得られた再発直腸癌の1症例.....90 谷口 浩一 他（横須賀共済病院）

15:30-16:19 II-P6：診断、非外科治療、内視鏡治療

【示説会場B】 座長：石田 秀行（埼玉医科大学総合医療センター消化器・一般外科）

P-78	大腸癌肝転移の外科治療におけるPET/CTの役割.....90 久須美 貴哉 他（恵佑会札幌病院外科 他）
P-79	大腸癌の転移・再発に対する外科治療適応におけるPET/CT検査の有用性.....91 番場 嘉子 他（東京女子医科大学第二外科）
P-80	切除不能大腸癌に対する原発非切除化学療法の効果と安全性について.....91 松岡 正樹 他（健生会土庫病院内科 他）
P-81	急速に肝機能障害が進行する大腸癌多発肝転移に対してmFOLFOX6が著効した症例の検討.....92 森 由希子 他（京都大学外科）
P-82	大腸癌腹膜転移症例に対する温熱化学腹膜灌流療法.....92 本多 桂 他（福井大学医学部第一外科）
P-83	直腸癌・局所再発、肺転移および肝転移再発に対し、放射線療法および化学療法によってQOLを維持しつつCRをなし得た1例.....93 鶴間 哲弘 他（日本大学医学部消化器外科）
P-84	経肛門的切除後再発直腸腫瘍に対する内視鏡的粘膜下層剥離術の有用性.....93 桐山 真典 他（国立がんセンター中央病院内視鏡部）

13:50-14:39 II-P7：肝転移、リンパ節転移など

【示説会場B】 座長：竹之下 誠一（福島県立医科大学第二外科）

P-85	大腸癌肝転移に対する肝切除後補助化学療法の成績.....94 中居 卓也 他（近畿大学医学部外科）
P-86	大腸癌肝転移の切除後の再発に対する治療戦略.....94 松田 健司 他（和歌山県立医科大学 第2外科）
P-87	大腸癌転移・再発に対する手術成績の検討.....95 前田 好章 他（北海道がんセンター外科 他）
P-88	腹腔鏡下大腸癌手術後、再発巣に対する外科的治療例の検討.....95 熊本 浩志 他（北里大学東病院外科 他）
P-89	大腸癌転移症例に対する外科治療の成績.....96 亀山 仁史 他（新潟県立がんセンター新潟病院）
P-90	大腸癌術後大動脈周囲リンパ節再発症例の検討.....96 熊澤 慶吾 他（国立国際医療センター大腸肛門科）
P-91	Stage IV大腸癌および切除不能再発大腸癌に対する外科的役割.....97 佐藤 貴弘 他（埼玉医科大学国際医療センター包括的がんセンター消化器病センター）

14:40-15:29 II-P8：興味ある症例

【示説会場B】 座長：浅尾 高行（群馬大学病態総合外科）

P-92	4回の再切除により7年間の長期生存が得られた虫垂粘液嚢胞腺癌再発の1例.....97 似鳥 修弘 他（国際医療福祉大学三田病院外科 他）
P-93	横行結腸癌術後の多発小腸転移に対し根治切除術を行い得た1例.....98 高橋 賢一 他（東北労災病院大腸肛門外科 他）
P-94	S状結腸癌再々発症例に対し減量手術を施行した一例.....98 佐村 博範 他（琉球大学第一外科）
P-95	直腸癌坐骨転移に対して外科的切除を行った1例.....99 三井 文彦 他（山梨大学医学部第1外科）
P-96	上行結腸癌術後約1年目に脳転移を来し、開頭脳腫瘍摘出術を施行した1例.....99 國末 充央 他（財団法人倉敷中央病院倉敷リバーサイド病院 他）
P-97	横行結腸癌異時性孤立性脾転移の一例.....100 竹之内 信 他（東京警察病院外科）
P-98	大腸癌術後に脾転移を含む多臓器転移を認め外科治療を施した6症例.....100 松信 哲朗 他（埼玉県立がんセンター消化器外科 他）

15:30-16:19 II-P9：肝、肺転移

【示説会場B】 座長：大植 雅之（大阪府立成人病センター消化器外科）

P-99	当院において切除された大腸癌肺転移の予後について.....	101
	西 知彦 他（平塚市民病院外科）	
P-100	大腸癌転移性肺腫瘍の手術症例の検討.....	101
	浅井 陽介 他（福井県済生会病院）	
P-101	当科における大腸癌肺転移切除症例の検討.....	102
	中川 正 他（奈良県医科大学消化器・総合外科 他）	
P-102	肺転移切除症例の検討・・・特に複数回肺切除術施行症例について.....	102
	徳永 真和 他（広島市立安佐市民病院外科）	
P-103	当科における大腸癌肝転移および肺転移切除例の検討.....	103
	大須賀 文彦 他（福島県立医科大学第一外科 他）	
P-104	当院における大腸癌の遠隔転移症例の検討.....	103
	大垣 雅晴 他（京都第二赤十字病院外科）	
P-105	大腸癌肝転移に対し3回肝切除を行った4例.....	104
	山本 史歩 他（東京女子医科大学消化器外科 他）	

68th
JSCCR

□演抄録

案内

プログラム

□演抄録

示説抄録

著者索引

日本のHNPCCの特徴： 大腸癌研究会「HNPCC登録と遺伝子解析プロジェクト」の成果から

古川 洋一^{1,2}、吉田 輝彦^{1,3}、中村 祐輔²、森谷 宜皓^{1,3}

¹大腸癌研究会HNPCCプロジェクト (URL: <http://hnpcc.ncc.go.jp>)

²東京大学医科学研究所

³国立がんセンター

HNPCCは家系内に多くの若年者大腸癌や他の関連腫瘍を発症する遺伝性疾患であり、臨床病理学的特徴が明らかになるにつれ、診断ならびに患者および近親者のフォローアップの重要性が指摘されてきた。その診断はアムステルダムII基準をもとに行われることが多いが、日本におけるHNPCCの詳細な臨床遺伝学的特徴は検討されていなかった。そこで大腸癌研究会では、発端者ならびに近親者に対するより適切な医療サービスを提供する為に、2002年9月1日より「HNPCC患者の登録と遺伝子解析プロジェクト」を開始した。同研究会関連施設のうち約80の施設が参加し、胃癌を含めたアムステルダムII基準を満たす大腸癌患者を対象として、インフォームド・コンセントを得て登録と遺伝子解析を行なった。その結果、今回の基準を満たす患者は、一般大腸癌患者の中の約2.1%であった。また現在までに遺伝子解析が行なわれた101例の結果、56例(55%)にMLH1、MSH2、またはMSH6に異常を認めた。このうち40例(71%)はPCR・ダイレクトシーケンス法で見つかった点突然変異や小さな欠失・挿入変異で、残る16例(29%)はRT-PCRもしくはMLPA法で見つかった、1つまたは複数のexonを含む比較的大きな領域の欠失や増幅であった。56例の遺伝子異常のうち、MLH1、MSH2、MSH6の異常は、それぞれ31例(55%)、23例(41%)、2例(4%)であった。胃癌を含まないアムステルダムII基準を満たした症例は70例で、そのうち47例(67%)にいずれかの遺伝子に異常を認めた。異常があった56症例のうち9例(16%)は、胃癌を含めなければ診断基準を満たしていなかった。したがって日本人の場合は、胃癌を含めた家族歴の検討が必要である。近親者に合併する腫瘍で最も多いのは大腸癌で、2番目は胃癌、3番目が子宮癌である。原因遺伝子別ではMLH1遺伝子の異常のある家系には、MSH2遺伝子の異常のある家系に比べて、大腸癌が多発する傾向が認められた。遺伝子異常の有無と相関する発端者の臨床病理学的特徴は、多重癌の存在である。発端者に大腸あるいは関連臓器の多重癌が存在する場合約82%に遺伝子異常を認め、多重癌がない場合約65%に異常を認めなかった。発端者を含む第II度までの近親者に多重癌がある場合は約76%に異常を認め、ない場合は約77%に異常を認めなかった。大腸ならびに関連臓器の多重癌の存在は、遺伝子異常の存在を予測する手がかりとなることが示唆された。これらのデータは、今後日本人HNPCC患者や家系の診断に役立つものと期待される。

O-1

当科における大腸癌肝転移切除症例の検討

石塚 満、永田 仁、高木 和俊、窪田 敬一
(獨協医科大学第二外科)

【背景】大腸癌肝転移症例においても積極的な切除を行うことで予後の改善が図られるようになってきた。【目的】当科において手術を施行した大腸癌肝転移症例の予後規定因子について検討した。【対象、方法】2000年8月から2006年6月までの間に、大腸癌肝転移の診断にて、肝切除術を施行した症例のうち術前化学療法ないしは術前放射線療法施行例、そして明らかな炎症所見を認める症例を除く93例を対象とした。これらの症例に対し、臨床病理学的因子と予後との関連について単、多変量解析を行い。予後規定因子の検索を行った。【結果】年齢、性別、転移腫瘍個数($< 4/\geq 4$)、転移腫瘍最大径($< 3/\geq 3$)、肝切除術式(同時/異時、部分切除/その他)、肝切除回数($< 2/\geq 2$)、原発部位、同時性肺転移の有無、術後補助化学療法の有無、術前CEA, CA19-9, CRP, albuminを用いて単変量解析を行ったところ、予後関連因子として、性別、転移腫瘍個数、肝切除回数、同時性肺転移の有無、CRPが抽出された。これら5因子を用いて多変量解析を行ったところ、肝切除回数($P = 0.0322$ odds ratio 0.313 95% C.I. 0.108 - 1.057)、転移腫瘍個数($P = 0.0379$ odds ratio 0.348 95% C.I. 0.128 - 0.943)、同時性肺転移の有無($P = 0.0318$ odds ratio 0.281 95% C.I. 0.088 - 0.895)、CRP($P = 0.0153$ odds ratio 1.792 95% C.I. 1.119 - 2.870)が選出され、CRPが肝切除回数とならび、予後に最も関与する因子として同定された。【考察】今回の検討では術後抗癌剤の有用性は認められず、同時多発症例においても積極的な手術の適応は十分に考えられた。【結語】大腸癌肝転移症例において、多発肝転移症例、同時肺転移を有する症例、肝切を繰り返す症例は予後不良であり、CRPは予後予測因子としてCEA, CA19-9よりも有用であった。

O-2

大腸癌肝転移肝切除の検討 特にグレードC症例に対して

高西 喜重郎、森田 泰弘、足立 健介、宅間 邦雄、松本 潤
(東京都立府中病院外科)

【目的】大腸癌肝転移、特にグレードC症例の治療法につき考察する。【対象と方法】大腸癌肝転移433例のうち、152例に対して再肝切除25回、再々肝切除9回を含め、186回の肝切除を行った。このうち肝切除後2年以上を経過し、肝切除時に肝外転移を有さない106例ならびに肝切除時に肝外転移を有する28例を対象とし、Retrospectiveに検討した。大腸癌取り扱い規約による肝転移グレードはA 52例、B 32例 C 41例(肝外転移なし13例、肝外転移あり28例)、不明9例であった。【成績】5年生存率(5-OS)ならびに生存期間中央値(MST)はグレードA;47% (52 mo.)、B;30%(30 mo.)、C (肝外転移なし);0%(24 mo.)、(肝外転移あり) 5.2%(20 mo.)であり、残肝無再発5年生存率(5-HDFS)はA;33%(32 mo.)、B;21%(18 mo.)、C (肝外転移なし);0%(4 mo.)、(肝外転移あり) 0% (13mo.)、肝外無再発5年生存率(5-EHDFS)は、A;30%(35 mo.)、B;19%(21 mo.)、C (肝外転移なし);0%(5 mo.)と、グレードCの予後は極めて不良であった。また、グレードC症例のうち、肝外転移を有する症例の転移部位別MSTは骨・肺・腹膜・リンパ節で7・25・18・20 mo.であった。いくつかの症例で発見次第に肝切除を行う早期切除(IHTx)の他、観察期間を設けて適応を再評価する待機観察(IR)を行い、適応があれば待機肝切除(DHTx)を行った。待機観察の際には、転移巣が肝静脈根部、肝門部に占拠する場合、切除不可能とならないよう留意が必要であった。DHTx群19例ならびにIHTx群87例の5-OSは47%(56 mo.)、30%(33 mo.)であり、5-HDFSは41%(31 mo.)、20%(18 mo.)であった($P=0.048$)。また、5-EHDFSは23%(35 mo.)、20%(21 mo.)であった。グレードAにおけるDHTx群13例ならびにIHTx群39例の5-OSは63%(未到達)、42%(52 mo.)であり、グレードBCにおけるDHTx群6例ならびにIHTx群39例の5-OSは30%(56 mo.) 22%(26 mo.)であった。【結論】グレードA,B症例では良好な治療成績から、根治を目指した治療戦略を計画すべきであるが、グレードCでは肝外転移がなくともすでに全身病と考えられる症例が存在するため、待機観察により肝切除すべき症例のSelectionが有用である可能性がある。また、肝外転移があっても肝転移がLife limitingと考えられる症例も存在するため、化学療法を行っている中で肝転移が生命予後に関与すると想定される症例の場合には肝切除の適応を検討すべきと考えられた。

大腸癌肝転移症例に対する待機手術例の検討

小寺 由人、片桐 聡、有泉 俊一、高橋 豊、井上 雄志、山本 雅一

(東京女子医科大学消化器外科)

大腸癌肝転移症例の治療方針として大腸癌手術と同時、又は肝転移発見時に肝切除術を施行すべきか、補助療法を施行し、待機的に肝切除術を施行するかは、しばしばその判断に苦渋する。待機手術を選択する場合も切除時期は未だ明確な指標を認めない。今回大腸癌肝転移症例において、その術後残肝再発時期及び再発部位、無再発生存期間、累積生存期間から待機手術の意義を検討した。【対象】東京女子医科大学消化器外科において2000年から2005年に切除され、経過観察しえた87例(同時性肝転移41例、異時性肝転移46例)において肝切除を待機的とした26例(同時性15例、異時性11例)。【結果】 1. 待機手術例の検討：平均待機期間は6.6ヶ月(1-19ヶ月)。待機理由は、同時性転移症例では、肝内多発の為に10例(62.5%)、異時性転移症例では化学療法先行の為に4例(36.3%)と最も多かった。対象26例中20例が肝切除術を施行しえた。手術不能となった6例は全例同時性転移症例であった。20例中腫瘍マーカーの上昇や腫瘍の増大等で手術療法に移行したのは7例(35%)、腫瘍に変化がないか、縮小効果を認め手術療法に移行したのは13例(65%)。待機中治療の12例(46%)は肝動注療法が施行され、14例は全身化学療法が施行されていた。異時性転移例の7例(63%)に残肝再発を認めた。肝切除術後1年以内に9例(81%)が再発を認めた。同時性転移例では6例(66%)に残肝再発を認めた。ただし術後1年以内の再発は3例(33%)であった。2. 非待機症例との比較：無再発生存において異時性転移例は待機例の中央値(MST)が11ヶ月、非待機症例のMSTが34ヶ月で有意に非待機例が良好であった。(p<0.01) 一方同時性転移例では、待機例のMSTは23ヶ月、非待機例のMSTは24ヶ月で有意な差は認めなかった。【結語】同時性肝転移例においては、待機手術例は非待機例に対し肝切除後の無再発生存期間に有意な差を認めなかった。待機症例の11例(73%)が多発症例である事を考慮すると、今後の化学療法を工夫する事により待機的手術の有用性を認める可能性が示唆された。

大腸癌肝転移切除後の再々発に対する手術治療の検討

大石 崇、川口 義樹、金 史英、徳山 丞、大住 幸司、浦上 秀次郎、石 志紘、松井 哲、島田 敦、磯部 陽、池内 駿之、窪地 淳、松本 純夫

(国立病院機構東京医療センター外科)

大腸癌の肝転移に対する手術治療は標準治療となっているが、その後の再々発に対する治療は、方針に苦慮する場合も少なくない。当院では、可能な限り切除を行う方針としており、その成績について考察した。【症例】1992年1月より2006年12月までに、当院外科において肝転移に対して初回肝切除を行った症例は80例であった。平均年齢は67.1歳で、男性49例、女性31例である。5年生存率は44.3%で、56例に再々発を認めている。この56例の中で、再切除を施行した22例と再切除を施行しえなかった34例を比較検討した。累積生存率は、Kaplan-Meier法にて算出した。【結果】切除可能であった22例は、男性13例、女性9例で、平均年齢63.5歳であった。切除不能であった34例においては、男性21例、女性13例、平均年齢69.3歳で、差を認めなかった。切除可能であった22例の再々発部位は、肝臓9例、肺10例、骨盤3例、吻合部1例(重複1例)であった。切除不能の34例の再々発部位は、肝臓19例、肺9例、骨盤2例、その他9例(重複5例)であった。切除可能症例に、肺転移が多い傾向がみられた。切除可能症例における再々発後の5年生存率は31.2%であったが、5年生存した切除不能症例は存在しなかった。切除可能例の中で5年生存した症例は2例で、その再々発部位は、1例が肺で、1例が肝臓であった。また、切除可能であった22例の中から、再々発部位による生存期間を比較した。症例数が数なく有意差は認められなかったが、骨盤再々発の症例において生存期間がやや短い傾向がみられた。【考察】当院では、肝転移切除後の再々発に対しても初回再発と同様の方針をとっており、切除可能なものに対しては、その再々発の部位にかかわらず切除を行っている。今回の結果から、切除可能症例は切除不能症例よりも生存期間が長いと考えられた。ただし、切除可能症例は切除不能症例に比べて、さまざまな条件が良好であることが想定され、切除を行わなくとも生存期間が長くなったものと推測される。しかしながら、5年生存した切除不能症例が存在しなかったことを考慮すると、可能な限り切除を行うことの意義はあるものと考えた。また、症例数が少なく断定はできないが、再々発の部位によって方針を変更する必要はないものと思われた。

大腸癌肝転移に対する繰り返し肝切除術の意義

野田 弘志、遠山 信幸、小西 文雄

(自治医科大学附属さいたま医療センター外科)

【背景と目的】化学療法が進歩した現在でも大腸癌肝転移は肝切除術の治療効果が高い病態と認識されている。当科では切除可能な同時性肝転移、異時性大腸癌肝転移再発、および繰り返し肝転移再発に対しても、切除可能と判断した場合は肝切除術を積極的に行なってきた。これまでの当科の治療成績を振り返り、長期生存例の解析を行なうことで、大腸癌肝転移に対する肝切除術の意義を検討し、今後の課題を検討する。【方法】検討対象は1991年から2002年に肝切除術を施行し、5年以上の経過観察を行った大腸癌肝転移71切除例(同時性肝転移42例、異時性肝転移29例)。この中で初回肝切除術から5年以上の長期生存を得た11例の臨床病理学的因子、再発形式、及び肝切除術、肺切除術、局所再発切除術等の外科治療成績を検討する。【結果】同時性肝転移42例中長期生存例は5例(8.4%)、異時性肝転移29例中長期生存例は6例(20.7%)で両者の頻度に統計的有意差を認めなかった。初回肝切除術後5年以上の長期生存を得ることができた症例は11例(15.5%)であった。また、全71例中無再発長期生存例は4例(5.6%)のみであり、67例(94.4%)が再発をきたしていた。この初回肝切除術の術後に再発を来した67例中17例(25.4%)が繰り返し肝切除術の適応があり、肝切除術を施行されていて、17例中13例が2回の肝切除術、3例が3回の肝切除術、1例が4回の肝切除術を受けていた。長期生存例では11例中7例(63.6%)が繰り返し肝切除術を受けているのに対して、短期生存例では60例中10例(16.7%)のみが繰り返し肝切除術を受けているにとどまり、長期生存例が短期生存例に比べて繰り返し肝切除術を受けている頻度が有意に高かった($p=0.025$)。短期生存群60例中、繰り返し肝切除の適応とならなかった50例の再発形式は、切除不能多発肝転移18例、切除不能多臓器転移14例、リンパ節転移5例、骨転移4例、切除不能局所再発3例、腹膜播種3例、および他病死3例であり、繰り返し肝切除術を含む外科的切除術の適応がない再発形式であった。一方、長期生存群では繰り返し肝切除術を受けた7例中3例は経過中に肺転移をきたしていたが、いずれも肺切除術も受けていた。長期生存群の中の1例はS状結腸癌(se, n1, ly3, v3)同時性肝転移に対して、4回の繰り返し肝切除術と局所再発切除術、肺転移切除術を施行し、術後6年6ヶ月生存中である。【考察】大腸癌肝転移の初回術後に再発、再々発が発生しても、繰り返し肝切除術を中心とする切除術の適応がある場合は、積極的に施行することで長期生存を期待できると考えられる。現在、大腸癌肝転移に対する肝切除術後の患者に対して、有効性が証明された化学療法は存在しないが、再発率、再々発率の抑制を可能にする化学療法の開発が大腸癌全体の治療成績の向上に不可欠であると考えられる。

大腸癌の肺転移手術症例124例の検討

渡辺 和宏、小林 昭広、齋藤 典男、杉藤 正典、伊藤 雅昭、西澤 雄介、角田 祥之、塩見 明生、矢野 匡亮、米山 泰生、西澤 祐吏、皆川 のぞみ、中嶋 健太郎、甲田 貴丸
(国立がんセンター東病院大腸骨盤外科)

【目的】大腸癌の肺転移手術症例の術後成績について検討する。【対象・方法】1992年10月から2004年12月までに、大腸癌の肺転移の診断で肺切除術を当院で施行された124症例(男性81例、女性43例)を対象とし、retrospectiveに検討した。観察期間中央値は大腸癌術後79ヶ月(22-211ヶ月)[中央値(範囲)、以下同]、肺切除術後40ヶ月(1-133ヶ月)。【結果】大腸癌の原発は、結腸61例、直腸63例であり、全症例で肺切除術以前に大腸癌原発巣に対する根治手術が行われていた。Dukes A 6例、Dukes B 38例、Dukes C 45例、Dukes D 21例であった。大腸癌手術から肺切除術までの期間は28ヶ月(1-137ヶ月)であり、肺切除術時の年齢は62歳(25-83歳)であった。初回の肺切除術以前に、肝転移の診断で肝切除術を施行された症例を35例(28%)認めた。肺転移は、片側肺転移105例(85%)、両側肺転移19例(15%)であり、肺転移の個数の中央値は1個(1-10個)であった。肺切除の術式は、肺葉切除を伴う症例が41例(33%)、肺部分切除・区域切除のみ施行された症例が83例(67%)であった。胸腔鏡を用いた手術は66例(53%)に施行されていた。肺門・縦郭リンパ郭清を施行されたのは51例(41%)であり、うち7例がリンパ節転移陽性であった。病理診断で、肺標本の切除断端陽性(陽性疑いも含める)を9例(7%)に認めた。初回肺切除術後の累積3年生存率は80.2%、累積5年生存率は63.8%であった。大腸癌手術後の累積5年生存率は79.0%、累積10年生存率は55.2%であった。肺切除術後の予後不良因子として、肺標本の病理診断における(1)切除断端陽性、(2)リンパ管侵襲(ly)あり、(3)静脈侵襲(v)あり、があげられた。肺切除術後の肺再発の危険因子として、初回肺切除術時の両側肺転移、があげられた。初回肺切除術後の累積3年無再発率は32%(肺の無再発率:46%)、累積5年無再発率は23%(同:38%)であった。初回肺切除術後に、全身化学療法を施行されていたのは48例(39%)であった。【結語】大腸癌の肺転移手術症例の予後は比較的良好であり、転移巣の完全切除が可能な症例では、積極的に切除を行うべきであると考えられた。

大腸癌肺転移手術症例の検討

正村 裕紀^{1,2}、高橋 昌宏¹、船井 哲雄²、中野 詩朗¹、赤羽 弘充¹、柳田 尚之¹、今井 浩二¹、萩原 正弘¹、北 健吾¹、島田 慎吾¹、高橋 裕之¹

(¹JA北海道厚生連旭川厚生病院外科、²JA北海道厚生連旭川厚生病院呼吸器外科)

肺転移症例は全身転移を来していることも多く化学療法に頼るところが大きい、局所に限局している場合は切除可能例もみられ、切除例での予後の改善も見込まれる。当科の大腸癌肺転移の手術適応は、1：大腸の原発巣が切除されている、もしくは切除可能であること、2：肺外転移巣がコントロール可能、3：異時性の場合手術後早期（3ヶ月以内）に肺転移が出現していないこと、4：耐術能を有することとしている。今回当院で経験した大腸癌肺転移手術症例について検討した。【対象と方法】1986年より2006年までの大腸癌肺転移手術症例42症例を対象とした。各症例について肺転移判明日を起点とした予後を算出し、Kaplan-Meier法により生存率を比較した。大腸癌原発巣手術時・病理所見、肺切除術前・術後所見を含めた予後因子についても比較検討した。【結果】平均年齢は61.3歳(40～82歳)、男女比は22:20。原発巣局在は、結腸癌20例、直腸癌22例であった。術式は部分切除26例、葉切除16例であった。片側は29例、両側13例で、肺転移個数は単発22例、2個9例、3個以上11例であった。同時性肺転移8例、異時性34例であった。肺手術後の2年生存率は56%、5年生存率は31.5%であった。術後3年以上の長期生存例は16例認められた。また24例が癌死していた。肺切除症例での予後因子について5年生存率で検討すると、肺切除術前肝転移の有無(有り0%vs無し40.8%)、両側転移の有無(両側0%vs片側45.2%)、肺再発時再発個数(単発51.7%vs多発14.4%)等で有意差を持って予後に差が見られた。【結語】肺転移症例において単発症例の場合、積極的に切除することは予後の延長につながると考えられた。肝転移のある症例や多発転移例などの予後不良例ではOxaliplatin、Irinotecan、Bevacizumabなどの新規化学療法、肝切除などを組み合わせた集学的治療を行うことにより今後予後の改善が期待できると考えられた。

大腸癌肺転移切除症例の予後予測因子に関する検討

久保 徹、上野 秀樹、橋口 陽二郎、尾関 雄一、小俣 二郎、梶原 由規、岡本 耕一、深澤 智美、望月 英隆
(防衛医科大学校外科)

【背景】大腸癌肺転移に対する治療戦略としては外科的切除が第一選択とされているが、肺切除術後早期に再発して予後不良となる症例も多く、適応基準の確立が重要であると考えられる。教室では、原発巣の組織学的因子を含む諸因子を用いた肺転移切除後の予後予測分類(L-stage)を報告しており、これを肺切除適応決定の参考にしている。【目的】大腸癌肺転移切除後の予後を原発巣因子・転移巣因子に基づき解析し、上記の予後予測分類の意義を検証する。【対象及び方法】原発巣、転移巣共に根治切除が施行された大腸癌肺転移切除48例(1986-2004年；男性27例女性21例、平均63.5歳)を対象とし、肺切除時期肺転移巣の因子(転移個数、腫瘍最大径)、肺外病変の有無、原発巣の組織学的因子(リンパ節転移、リンパ節以外の非連続性癌進展；以下ex)等の予後規定因子としての意義を解析した。【検討1.検討症例の背景】同時性肺転移7例、異時性肺転移41例であり、肺切除以前に再発巣切除を施行した症例は18例であった。肺切除後3年累積生存率は45.7%であった。【検討2.予後因子に関する検討】同時性転移症例の予後は異時性転移症例の予後と比較して有意差は認めなかった。肺外病変を有する症例の予後は有さない症例の予後と比較して有意差は認めなかった。肺転移個数3個以上の症例(3生率0%)は2個以下の症例(3生率56.6%)と比較して予後不良であった(P=0.0043)。肺転移巣の最大径に関しては予後に有意差を認めなかった。原発巣因子のうち予後と有意な相関を示したのはリンパ節転移n2以上(3生率24.9% vs 57.5%, P=0.0079)、ex陽性(3生率20.5% vs 74.7%, P=0.0037)であった。壁深達度、脈管侵襲、簇出等と予後の間に関連は認めなかった。【検討3.臨床病期分類からみた予後に関する検討】原発巣ex陽性と肺転移個数3個以上が独立した予後不良因子であった。2因子とも陰性の症例をL-stage A、1因子が陽性の症例をL-stage B、2因子とも陽性の症例をL-stage Cと分類した。すると肺切除後の再発率はL-stage A 61%、L-stage B 86%、L-stage C:100%(P=0.042)であり、3年累積生存率は各々81.1%、31.2%、0%(P=0.0004)と分別された。【結語】肺転移切除後の予後予測には原発巣のexと肺転移個数が重要であり、これらを基準とするstageは手術適応決定の判断に寄与する可能性が示唆された。

大腸癌肺転移切除症例の検討—その予後因子と免疫染色による原発性肺癌との鑑別—

高倉 有二¹、岡島 正純²、池田 聡²、檜井 孝夫²、吉満 政義¹、吉田 誠¹、住谷 大輔¹、竹田 春華¹、赤山 幸一¹、宮田 義浩¹、浅原 利正¹

(¹広島大学先進医療開発科学講座外科、²広島大学内視鏡外科)

当科では大腸癌肺転移に対し、最近では原則的に VATS 縮小手術を行っている。今回その成績を検討し予後因子を明らかにする。さらに原発性肺癌との鑑別診断において cytokeratin7(CK7)、20(CK20)、beta-catenin(catenin)免疫染色の有用性について報告する。【対象】06年までの大腸癌肺転移切除症例51例(手術施行63回)。切除回数は1回42例、2回6例、3回3例。肺転移は原則として1)転移巣が完全切除可能であること2)肺切除後に十分な肺機能が温存される3)他部位の遠隔転移が無いもしくはコントロール可能であることを切除基準としている。【結果】原発巣は結腸19例、直腸32例。DukesA/B/C/D/不明がそれぞれ2/17/22/7/3例。同時性7例、異時性44例。肺転移発見までの期間中央値は29.3ヶ月。肺切除後の3/5/10年生存率はそれぞれ79.2%、54.3%、49.4%。3年無再発生存率40.5%、1/3年肺無再発生存率は86.5/46.3%であった。生存に影響を与える因子として有意差を認められたものはLy因子高度(1y2,3)で(5年生存率 無74.9%、有0%)と再発時期(同時性0%、異時性61.8%)であった。肺再発に影響を与える因子として有意であったものは、転移個数(2個以下44%、3個以上88.6%)と両側病変(83%、片側46%)であった。またsm癌からの孤発肺転移を2例認め、術前診断は原発性肺癌であった。大腸癌肺転移巣とその原発巣29例、肺腺癌11例に対してCK7、CK20、catenin染色を行ったところ、それぞれの陽性率はCK7; 0/5.3/90.9%、CK20; 100/ 84.2/0%、catenin; 100/100/0%であり、生検検体でも同様の結果を得た。【結語】大腸癌同時性肺転移、原発巣のリンパ管侵襲が高度な症例に関しては慎重に手術適応を検討する必要があると考えられた。転移巣3個以上、特に両側性の症例は術後の肺再発が高率であった。また、特にcatenin染色による原発性肺癌との鑑別診断は手術術式選択などに有用であると考えられた。

大腸癌肺転移切除症例の検討

横山 勝¹、石橋 敬一郎¹、桑原 公亀¹、石畝 亨¹、傍島 潤¹、大澤 智徳¹、崎元 雄彦¹、岡田 典倫¹、沖田 剛之¹、三橋 敏武¹、宮崎 達也¹、松木 盛行¹、石田 秀行¹、福田 祐樹²、儀賀 理暁²、山畑 健²、江口 圭介²、中山 光男²

(¹埼玉医科大学総合医療センター消化管・一般外科、²埼玉医科大学総合医療センター呼吸器外科)

【背景・目的】大腸癌肺転移に対し積極的に手術が行われるようになってきたが、肺切除後の予後因子について、一定の見解は得られていない。今回大腸癌肺転移症例に対する外科治療成績、外科治療後の予後因子を明らかにすることを目的にretrospective studyに検討した。【対象・方法】1990.5-2007.8までに肺転移巣の切除を受けた大腸癌48例(同時性13、異時性35)を対象。患者背景：年齢：49-91(中央値64)歳、男:女=29:19、原発部位：上行結腸;8、下行結腸;4、S状結腸;16、直腸;20、原発巣切除時のDukes'分類：B;21、C;9、D;13、不明;5、肺転移個数・局在：単発;32、多発;16(両側5、片肺11)、術式：部分切除;27、葉切除;21。両側病変の場合には、1-2ヶ月の間隔において対側の手術を行った。これらの症例を因子別に分け、Disease-free survival(以下DFS)、Overall survival(以下OS)を検討した(多変量解析;Generalized-Wilcoxon test)。また、Cox比例ハザードモデルによる多変量解析を用いて、独立予後因子を検討した。【結果】予後・再発形式：再発部位が明らかな19例の初再発部位(重複含む)：肺;12、肝;4、脳;4、副腎;1、縦隔;1。単変量解析では年齢(65歳以上vs.65歳未満)、性別、原発部位(結腸vs.直腸)、腫瘍最大径(30mm以上vs.29mm以下)、転移個数(単発vs.多発)、術式(部分切除vs.葉切除)、DFI(2年以上vs.2年未満)、CEA値(cutoff以上vs.未満)、肺切除後化学療法(新規抗癌剤施行vs.非施行)の別では、DFS、OSに有意差を認めなかった。肝転移切除の既往はDFSの予後不良因子の傾向があった(p=0.08)。肝転移切除の既往、Dukes'分類(B vs.C/D)は有意にOSの予後不良因子であった(p<0.01、p<0.05)。多変量解析では、肝切除の既往のみが、独立予後不良因子であった(p<0.01、ハザード比6.67;95%CI2.33-19.1)。【結語】(1)肺切除後の予後向上には、肝転移切除例への対策が特に重要と考えられた。(2)肺切除後の補助化学療法としての新規抗癌剤の導入は、予後向上には不十分と思われた。

大腸癌術後肝転移切除後の残肝再発および肺転移に対する再切除術の意義

倉地 清隆、中村 利夫、深澤 貴子、林 忠毅、中島 昭人、中村 光一、澤柳 智樹、鈴木 昌八、今野 弘之
(浜松医科大学第二外科)

【はじめに】大腸癌肝転移に対する外科治療で重要な点は、初回肝切除後に高率に発症する残肝再発や肺転移をいかにコントロールし治療するかである。これらの症例では、既に化学療法が無効な症例や、継続困難な症例も少なくない。そのためこれらの症例に対しては外科的治療が第一選択とされることもある。今回、再切除を行った残肝再発および肺転移例の術後成績を解析し、外科治療により長期生存が期待される条件について解析した。【対象】大腸癌肝転移156例(腫瘍個数1-22個:3.0±2.9個)を対象とし、初回肝転移巣切除後に再発を確認された112例(72%)中69例の病巣を切除した。また残肝再発の72例中46例(64%)に総計57回の再肝切除術を施行した。肺転移は48例中24例(総計34回)に肺部分切除術を施行した。【成績】1) 初回肝切除術後術死例は2例(1.3%)であるが、1992年以降はなく、再肝切除術および肺切除後の術死例はなかった。2) 再肝切除術例の5年生存率は、46%であり、中央値は36ヶ月であった。残肝無再発期間(DFI)が初回肝切除術後6ヶ月以内の5年生存率は13%と予後不良であった。3) 肺転移巣切除例の5年生存率は39%で中央値は23ヶ月であった。肺転移個数が3個以上の症例では、2年以上の生存例は認められず、治療成績は有意に不良であった。4) 再発病巣切除を行った69例の再切除術後の5年生存率は41%(中央値32ヶ月)であり、大腸癌肝転移切除156例の5年生存率は51%であった。【結語】大腸癌肝転移切除後の残肝再発および肺転移に対しては、適切な症例選択によって外科治療は成績向上に寄与するといえる。特に残肝再発例では、DFIが6ヶ月以上であること、肺転移例では、転移個数が2個までの症例では、積極的な外科治療により長期生存が期待できる。近年、進行再発大腸癌におけるFOLFOX、FOLFIRI療法や分子標的治療薬による化学療法の効果は、以前の化学療法と比べ奏効率が高く、転移巣に対する外科治療例の選択が広がりつつある。そのため肝転移切除後残肝および肺転移を減少させる有効な手段と考えられるが、再々発症例にたいする化学療法の治療効果、成績については検討課題であり、治療方針としては外科治療も常に検討すべきであるものと考えられる。

大腸癌肝・肺転移に対する外科治療と成績

村上 英嗣、緒方 裕、赤木 由人、石橋 生哉、森 眞二郎、牛島 正貴、福嶋 敬愛、白水 和雄
(久留米大学外科)

【はじめに】大腸癌に対する外科治療の進歩により治療切除率は約80%になり、その約8割には根治が得られるようになった。更なる予後改善には遠隔転移に対する治療成績の向上が重要である。主たる遠隔転移として肝転移および肺転移が挙げられ、積極的に切除が行われるようになり治療成績も向上してきた。しかし、肝・肺同時転移例や肝または肺切除既往の二臓器転移例に対する外科的治療の適応や成績は不明な点も多い。【対象と方法】1990年から2004年までに肝切除および肺切除を行った大腸癌肝・肺転移症例21例を対象とし、二臓器切除以降の生存率、残肝および残肺再発率、再発症例を検査し大腸癌肝・肺転移に対する外科治療の適応と問題点を明らかにする。【結果】21例の内訳は男性9例・女性12例、二臓器目切除時の平均年齢60.1歳であった。肝転移は同時性12例、異時性9例、肺転移は同時性3例、異時性18例であった。肝切除先行が18例、肝・肺同時切除が3例で、肺切除先行例は認めなかった。肝切除から肺切除までは平均20.1ヶ月で、この期間での再発を4例(うち肝2例)に認めたがいずれも外科的治療にて制御可能であった。二臓器目切除以降の生存期間の中央値は29ヶ月で肝先行切除例と肝・肺同時切除例では差は認めなかった。無再発生存期間の中央値は10ヶ月で、同様に肝先行切除例と肝・肺同時切除例間に差異は認めなかった。残肝または残肺再発を15例(71.4%)に認め、内訳は残肝および残肺9例、残肝のみ1例、残肺のみ5例であった。このうち再肺切除を4例(28.6%)に施行し切除後の生存期間は平均20.1ヶ月であった。また、再肝切除例はなかった。その他の再発形式は脳2例、リンパ節2例、局所1例、骨1例でほとんどが制御困難であった。【結語】大腸癌肝・肺転移例に対する外科治療は高い再発率で制御困難な症例が多く、再切除率も低率である。特に、肝と肺に再々発する症例に対する再切除は困難であった。有効な術後補助療法の確立による再発の抑制や再切除率の向上が必要である。しかし、肝および肺切除後の生存期間の中央値は29ヶ月で、長期生存が得られている症例もあり積極的切除の意義は大きいと考える。

大腸癌肝転移巣切除後の肺再発に対する手術成績と予後因子の検討

田中 晃司¹、大植 雅之¹、尾田 一之²、能浦 真吾¹、関 洋介¹、前田 純²、岡見 次郎²、後藤 邦仁¹、山田 晃正¹、東山 聖彦²、児玉 憲²、矢野 雅彦¹、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大阪府立成人病センター呼吸器外科)

【はじめに】大腸癌の再発・転移形式として、肺転移は肝転移について多く、肺転移に対する切除の有用性は既に報告されている。しかしながら、肝切除後の肺転移については、切除の報告も少なく一定の見解は得られていない。【目的】肝転移巣切除症例における、肺切除の成績と予後因子の検討を目的とした。【対象と方法】1981年1月から2005年6月に当科にて肺切除した140例のうち、肝肺切除を施行した23例を対象に、臨床病理学的検討を行った。今回の検討では肝切除と同時あるいは後日肺切除したものを切除後として検討した。なお、当科における大腸癌肺転移症例に対する肺切除の積極的適応は、大腸癌治療ガイドライン(2005年)による手術適応に加え、(1)縦隔リンパ節転移がない(2)肺転移個数2個以下(3)悪性胸水や播種がない症例としている。また妥協的適応として(1)縦隔リンパ節転移陽性(2)肺転移個数3～6個の症例も手術を施行する場合がある。【結果】手術時期は、原発>肝>肺11例、原発=肝>肺8例、原発=肝=肺4例であった。これら23例の背景因子は、性別：男/女=16/7、年齢：63.2±9.2歳、腫瘍径：20mm(6～110mm)、肺転移個数：1個(1-12個)、原発巣から初回肺再発までの期間：28.2ヶ月(0～76.6ヶ月)、肝切除後DFI：18.0ヶ月(0～76.6ヶ月)、縦隔リンパ節転移：有/無=1/22、肺切除前CEA：2.2ng/ml(1.0～147.0ng/ml)であった。また、これらの初回肺切除後の治療成績は3年生存率：64.9%、5年生存率：26.2%、平均生存期間：46.2ヶ月であった。Kaplan-Meier法にて予後因子を検討すると、肺切除前CEA10ng/ml以上/未満(p=0.0001)、肝切除後DFI1年以上/未満(p=0.022)、縦隔リンパ節転移の有無(p=0.002)が有意な因子として抽出された。【結語】上記手術適応症例における、肝転移巣切除後の肺再発に対する手術成績は比較的良好であった。特にCEA値が低く、肝切除後のDFIが1年以上であれば、積極的に手術を考慮すべきである。

大腸癌の肺転移・肝転移に対する切除の治療成績

播本 憲史¹、足立 英輔¹、藤 也寸志¹、青木 義朗¹、埜本 純哉¹、増田 隆明¹、池田 貯¹、大賀 丈史¹、坂口 善久¹、岡村 健¹、一瀬 幸人²

(¹国立病院機構九州がんセンター消化器外科、²国立病院機構九州がんセンター呼吸器科)

【目的】切除可能な大腸癌肝転移あるいは肺転移に対して当院では積極的に切除を行っている。大腸癌治療ガイドラインでも切除を推奨しているが、切除の基準は明確ではない。今回、切除効果の高い症例を限定するために、肝、肺転移に対して切除を施行した症例の予後因子を解析した。【対象】当院において1986年から2006年までに大腸癌肺転移あるいは肝転移に対して根治的的外科治療が施行された208例の内、肺切除と肝切除を両方受けたのは29例であり(肺切除のみ：60例、肝切除のみ：119例)、この29例の予後因子について単変量解析(Kaplan-Meier法)、多変量解析(Cox比例ハザードモデル)をおこなった。【結果】年齢は45歳から81歳、平均64歳、性別は男性20例、女性9例であった。原発巣の占拠部位は右側結腸14例、左結腸10例、直腸5例であった。29例のうち13例は原発巣転移巣を含めて4回以上の手術を施行されていた。肝転移個数と最大径の中央値はそれぞれ2個、2.5cm、肺転移個数と最大径の中央値はそれぞれ2個、1.7cmであった。原発巣切除後累積生存率は1年96%、3年79%、5年49%であった。初回転移巣切除後の生存率は1年96%、3年60%、5年45%であった。単変量解析では肺転移と肝転移が同時に発症し切除した症例(n=7：5年生存率28%)は異時性に発症し切除した症例(n=22：5年生存率56%)に比べ、有意に予後不良であった。異時性の内、肺、肝の転移の順による予後の差はなかった。初回転移までの期間でも差はなかった。原発巣のStage、組織型、ly、v、リンパ節転移個数、肝転移の個数、肝転移の最大径、肝切除術前CEA、肺転移個数、肺転移の最大径、両側性、肺切除術前CEA、肺肝外病変では予後に差はなかった。多変量解析では、同時性肺肝転移、原発巣の高分化以外が独立予後不良因子であった。【結論】大腸癌肺転移、肝転移に対して切除を積極的に行い、良好な予後が得られていた。同時肺肝転移症例は独立予後不良因子ではあるが、一部長期生存例もあり手術の適応となる症例もありうる。現時点では切除可能な症例は手術を行う方針が良いとも思われるが、今後は新規抗瘍剤を導入した集学的治療の開発が必要である。

O-15

大腸癌肝肺転移切除例の検討—手術リスク評価法E-PASSによる試み

米山 重人、柿坂 達彦、片山 知也、植村 一仁、菊池 健、伊藤 美夫、宇根 良衛

(国立病院機構西札幌病院外科)

はじめに：大腸癌肝肺転移に対しては積極的切除が行われてきているが、転移巣切除後再発もみられ、切除の適応、術式が問題となる。そこで当科における大腸癌肝肺転移切除症例を検討し、芳賀らの提唱する手術リスク評価法E-PASS(Estimation of Physiologic Ability and Surgical Stress)による解析を試みた。方法：1999年4月から2007年10月に当科で切除した大腸癌肝肺転移症例50例、肝転移のみ26例、肺転移のみ6例、肝肺転移18例(うち肝肺転移同時切除7例)につき検討した。男性32例、女性18例、平均年齢62歳、観察期間は8ヶ月から103ヶ月であった。E-PASSは術前リスクスコア(PRS：Preoperative Risk Score)と手術侵襲リスクスコア(SSS：Surgical Risk Score)を数値化し、両者から総合リスクスコア(CRS：Comprehensive Risk Score)を算出する評価法である。統計学的検討はStat View 5.0を用いて、ピアソンの相関係数の検定を行った。結果：肝転移はH1(35例)、H2(9例)で、切除術式はHr0(28例)、Hr1(5例)、Hr2(11例)であった。肺転移はLM1(17例)、LM2(7例)で、切除術式は部分切除(19例)、葉切除(5例)であった。肝転移切除後の再発率は45.5%(20/44例)で、20例中11例に再切除を施行した。肺転移切除後の再発率は47.8%(11/23例)で、11例中7例に再切除を施行した。再発に対し繰り返し切除を行ったのは16例であった。肝肺転移切除後3生率は54.0%、5生率は23.9%で、肝肺転移の程度、切除術式による有意差は認めなかった。肝肺転移切除後、残肝残肺転移に対し繰り返し切除を施行した症例の初回切除後生存期間は22～103ヶ月(平均31ヶ月)で長期生存例もみられる。考察：大腸癌肝肺転移切除後の再発率は肝転移が45.5%、肺転移が47.8%と高いが、再発を繰り返す症例でも再切除を行うことにより3生率54.0%、5生率23.9%が得られ、無再発期間が103ヶ月に及ぶ例もあり、積極的切除の意義は大きいと考えられる。E-PASSによる検討では、SSSとCRSの間には強い相関を認めた。(r=0.861, p<0.0001) さらに、肝切除の術式とSSS、CRSの間にも相関がみられ、術式を考慮するにあたりE-PASSの有用性が示唆された。

O-16

直腸癌局所再発の外科治療の役割について

佐伯 泰慎、山田 一隆、緒方 俊二、福永 光子、志田 誠一郎、高野 正太、田中 正文、坂田 玄太郎、柴田 直哉、久野 三朗、辻 順行、高野 正博

(大腸肛門病センター 高野病院外科)

【目的】直腸癌局所再発は肝転移に次いで多く、根治が期待できる治療法は手術以外に無い。しかし手術を行っても非根治になる場合は、侵襲の大きさの割には予後の改善が認められないため手術適応は慎重に選択する必要がある。そこで局所再発を骨盤内浸潤形式から3型(限局型、仙骨浸潤型、側方浸潤型)に分類し、手術適応について検討した。【対象・方法】1973年から2007年までに治療した直腸癌局所再発例114例を対象とした。治療法(手術の有無、根治術の有無)、骨盤内浸潤形式別に分類し、再発後予後および再再発について検討した。【結果】(1)患者背景：再発時平均年齢は60.2歳、男女比は72:42、平均再発期間は695日であった。骨盤内浸潤形式別では限局型が39例、仙骨浸潤型が26例、側方浸潤型が49例であった。治療は、手術が88例(77%)に施行され、根治例は55例で、非根治例が33例であった。手術非施行例は26例に認め、ほとんどが側方浸潤型であった。(2)再発後予後および予後因子：再発後5年生存率は、治療法別では根治術例32.4%、非根治例0%、非手術例0%(p<0.0001)、骨盤内浸潤形式別では、限局型40.9%、仙骨浸潤型11.4%、側方浸潤型0%(p<0.0001)であった。再発後予後に関連する因子として単変量解析では性別(p=0.02)、再発時CEA(p=0.002)と骨盤内浸潤形式(p<0.0001)が抽出されたが、多変量解析で骨盤内浸潤形式(p<0.0001)のみが独立した因子であった。(3)再再発：根治例55例中31例(56.4%)に再再発を認めた。骨盤内浸潤形式別では、限局型の51.4%、仙骨浸潤型の70.6%に認めた。再再発までに平均期間は534日で、再再発部位は、局所21例、肺6例、骨3例、肝1例、腹膜播種1例(重複あり)であった。局所再再発に関して、骨盤内浸潤形式による差は認めなかった。【考察】限局型は、手術により予後の改善が望めるため、第1治療は手術と考えられる。しかし側方浸潤型は、根治手術の可能性は低く、予後の改善は望みにくいため、手術以外の治療法(全身化学療法や姑息的放射線療法)が第1治療と考えられた。仙骨浸潤型に関しては、仙骨合併切除することにより根治手術が望め予後の改善が望める可能性はあるが、術前画像にて十分症例を吟味する必要があると考えられた。また根治手術が可能であっても術後再再発率は高く、全身化学療法等必要と考えられた。

直腸癌局所再発例に対する治癒切除を目的とした外科的治療の評価

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

【目的】直腸癌局所再発に対して外科治療のさらなる成績向上を期待するためには、その効果と問題点を冷静に評価する必要がある。【対象と方法】1981～2006年に当院にて、直腸癌局所再発に対し治癒切除を目的に外科的治療が行われた101例を対象として、手術成績ならびに予後に影響を与える因子について検討した。【結果】術式内訳は、直腸切断または後方骨盤内臓全摘術20例(19.8%)、骨盤内臓全摘術19例(18.8%)、仙骨合併骨盤内臓全摘術17例(16.8%)、仙骨合併直腸切断術または仙骨合併後方骨盤内臓全摘術15例(14.9%)、低位前方切除術12例(11.9%)、局所切除10例(9.9%)、ハルトマン手術8例(7.9%)で、平均手術時間457分、平均出血量2478mlであった。手術死は1例(1.0%)、在院死は4例(4.0%)で、合併症は82例(81.2%)に認められ骨盤炎(38例、37.6%)、瘻孔(24例、23.8%)が主たるものであった。全手術症例101例の1年、3年、5年生存率、50%生存期間はそれぞれ87.7%、46.8%、32.0%、33.2ヶ月であった。手術後の癌遺残度(R)が予後に大きく影響しており、R0例(n=64)、R1例(n=21)、R2例(n=15)の5年生存率はそれぞれ39.6%、21.9%、14.8%であった。またRレベルと再発巣の骨盤内浸潤形式には関連性が認められ、腫瘍が内閉鎖筋や梨状筋に浸潤または接する、あるいは第2以上の仙骨に接するものでは根治切除を目的としても非治癒切除になりやすい傾向が認められた。【結語】直腸癌局所再発例に対する外科治療の多くは拡大手術を必要とし、その手術時間・出血量は腹部手術としては異例である。過大な侵襲に伴い術後の合併症は非常に高率であるが、手術関連死が避けられれば治癒切除症例の予後は良好であり、侵襲度に見合った治療効果と考えられる。治癒切除を行うためには術式選択のための慎重な術前評価が必要である。

再発大腸癌に対する近年の手術例の検討

藤本 佳也¹、大矢 雅敏¹、黒柳 洋弥¹、上野 雅資¹、秋吉 高志¹、小川 大志²、浦上 尚之²、五十嵐 正広²、山口 俊晴¹、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)

【背景と目的】再発癌の手術適応は難しく、根治的手術を目指す場合から、症状緩和目的(出血・疼痛・腸閉塞の回避)の姑息的手術を行うまで多様である。今回は、再発大腸癌手術症例の短期成績を検討する。【対象】2001年から2006年の6年間に、再発大腸癌のうち腹腔内再発(肝転移は除く)手術症例113例を対象とし、根治的切除が出来た70例と、姑息的手術となった43例を比較検討した。【結果】根治切除が出来た70例の平均年齢63歳(30-79歳)、男:女36:34。原発部位は結腸:34例、直腸:36例であった。手術術式は腫瘍切除24例、結腸切除11例、臍頭十二指腸切除2例、卵巣切除2例、副腎切除1例、低位前方切除12例、Hartmann5例、直腸切断8例、骨盤内臓全摘(仙骨合併切除も含む)5例であった。手術時間中央値333min(50-970min)、出血量中央値950ml(0-12670ml)。術後在院日数中央値19日(7-352日)であった。現時点で生存中47例(無再発生存43例)、死亡23例(癌死21例、他病死2例)で、術後生存期間の中央値は38.3ヶ月で、術後2年生存率66.0%、3年生存率52.8%、5年生存率33.8%であった。一方、姑息的手術の43例の平均年齢58歳(27-80歳)、男:女19:24。原発部位は結腸:23例、直腸:20例であった。術式は結腸切除2例、Hartmann2例、子宮卵巣切除2例、試験開腹4例、バイパス5例、ストマ造設28例であった。術後生存期間の中央値は6.7ヶ月で、術後1年生存率は28.7%、2年生存率は7.7%であった。姑息的手術例における術後生存期間の中央値が、2004年までの29例では5.3ヶ月であったのに対し、2005～6年の14例では9.0ヶ月と延長しており、FOLFOX療法など化学療法の進歩が寄与していると考えられた。【結論】再発大腸癌に対する根治的切除手術は、手術時間が長く、出血量が多く、再発率も高い。しかし、適応を十分に吟味すれば予後は必ずしも不良ではなく、長期生存も期待できる。また、姑息的手術の予後は不良であるが、最近の化学療法の進歩により生命予後の改善が得られている。

大腸癌腹膜播種症例に対する外科治療の意義

西川 武司¹、渡邊 聡明²、釣田 義一郎¹、須並 英二¹、
名川 弘一¹

(¹東京大学腫瘍外科、²帝京大学外科)

【目的】大腸癌腹膜播種に対する外科治療の意義の検討を行った。【方法】1997年1月から2005年12月に当科にて外科治療された大腸癌症例1128例のうち、開腹時に腹膜播種を認めた53例(4.7%)を対象とし、外科治療成績に関する検討を行った。さらに、以前より当院ではSS以深の大腸癌症例に対し、開腹直後に洗浄細胞診をおこなっており、腹膜播種症例における外科手術時の洗浄細胞診の意義についても合わせて検討を行った。【結果】腹膜播種症例の5年生存率は30.9%、再発率は71.4%であった。再発形式は、腹膜播種33.3%、肝転移28.6%、LN転移19.0%、肺転移14.3%、局所再発9.5%、副腎転移4.8%であった。また、腹膜播種症例における各種臨床病理学的因子と予後の関連について検討をおこなったところ、根治度のみが有意に予後と関連するという結果であった。さらに大腸癌腹膜播種症例における術中洗浄細胞診の意義について検討を行った。腹膜播種症例に対する感度47.6%、特異度97.0%。洗浄細胞診陽性症例は、根治度に関わらず3年生存が得られなかったのに対し、細胞診陰性の症例22例のうち5例に3年経過時無担癌生存を認め、そのうちの1例は根治度Cで術後化学療法にてCRを得た症例であった。【結論】根治度のみが予後因子として有意であり、大腸癌腹膜播種症例における外科治療の有用性が示された。また、腹膜播種症例のうち、細胞診陰性症例の中には長期無担癌生存を認める。

大腸癌腹膜播種症例の検討

西村 洋治、八岡 利昌、尾形 英生、松信 哲朗、浅香 晋一、
清水 尚、戸谷 裕之、安部 仁、網倉 克己、川島 吉之、坂
本 裕之、田中 洋一

(埼玉県立がんセンター消化器外科)

大腸癌の腹膜播種はP1,P2に対し積極的合併切除で長期生存率が報告されている。我々も1999年から積極的切除を施行している。今回、初発大腸癌切除時に播種があった初発例と、腹膜再発を切除した再発例に分けて検討した。【対象】1999年8月から2007年10月までの初発大腸癌1398例中、腹膜播種があったのが82例(5.9%)で、そのうち腹膜切除でCurBにできた43例(3.1%)の初発例と、同期間に腹膜再発を切除してCurBにできた再発例33症例、42回手術を検討対象とした。原則的に閉腹前に腹腔内を5000ml以上の温生食で洗浄し、術後全例に化学療法を行っている。【結果】初発例は平均57.7歳で男女比19:24、再発例は平均57.8歳で男女比18:15であった。再発例の主たる手術適応はイレウスが6回、腹腔内腫瘍が20回、肝転移が6回、卵巣転移が4回、腹壁転移が4回、脾転移が2回であった。水腎症合併が10例に認められ、尿管・膀胱合併切除尿路再建、または腎摘術が施行された。大腸癌占居部位は、初発例では22例(51.2%)が右半結腸で、再発例では16例(48.5%)が右半結腸で、右半結腸症例に多かった。初発例では肝転移合併切除が11例、脾転移合併切除が2例、大動脈リンパ節転移合併切除が6例、子宮または付属器切除が11例に行われた。再発例では肝合併切除が13例、直腸切除が16例、尿管切除が8例、子宮または付属器切除が7例に行われた。5年粗生存率は初発例では45.9%、再発例では39.3%で有意差はなかった。【結論】初発例も再発例も、右半結腸癌に根治度Bの腹膜播種切除が多く行われた。5年生存率は40%前後であり、積極的切除で根治が望める腹膜播種例が認められた。初発か再発かは生存率に関与しなかった。

両葉多発肝転移を伴う大腸癌に対するmFOLFOX6と肝切除を用いた治療戦略

鯉沼 広治¹、堀江 久永¹、長瀬 通隆²、宮倉 安幸¹、田中 宏幸¹、栗田 真紀子¹、熊野 秀俊¹、濱田 徹¹、佐藤 寛文¹、富樫 一智¹、永井 成勲²、藤井 博文²、安田 是和¹
 (1自治医科大学消化器外科、2自治医科大学臨床腫瘍科)

【緒言】切除不能な大腸癌肝転移に対しては、従来全身化学療法よりも肝動注や局所凝固療法が行われてきたが、十分満足する結果は得られなかった。近年、L-OHPの登場によりFOLFOXなどの全身化学療法が発展してきており、さらに肝転移に対する切除率の向上が報告されてきた。これを受け、当院では両葉多発肝転移を有し腸閉塞や進行する貧血のない大腸癌症例に対しては初回治療としてmFOLFOX6を、原発巣関連の有症状症例には、原発巣切除あるいは人工肛門造設後mFOLFOX6を行い、肝腫瘍が縮小し安全に切除可能と判断された時点で肝切除を行っている。現時点での治療症例を検討し、両葉多発肝転移大腸癌に対する治療戦略につき考察する。【対象】2006年4月から2007年8月に当院で治療した、両葉多発肝転移を有する原発巣切除可能な大腸癌21例。年齢中央値60歳(34-78)、性：男16例・女5例、原発巣占拠部位：盲腸1、上行2、横行1、下行1、S状4、直腸12、肝転移個数中央値8(2-20)、最大腫瘍径中央値30mm(10-100)、うち原発巣切除先行：10例【方法】集学的治療カンファレンスで討論し、原発巣切除の必要性を確認し、肝転移の切除は個数や大きさの基準ではなく、切除後残肝機能が保持されるかを肝臓外科医が判断した。初回化学療法としてmFOLFOX6 / bi-weeklyを実施した。【結果】mFOLFOX6の投与コース中央値8(3-15)。肝転移に対する抗腫瘍効果は、CR:2例(10%)、PR:10例(48%)、NC:4例(19%)、PD:5例(24%)。CR、PR症例で最大効果の得られた投与コース中央値8.5(5-15)。肝転移CR2例の治療開始前の肝転移個数は9-25個、最大径10-20mm、投与コース13-15。ともに原発巣切除先行例であり、肝切除せず経過観察中。PR10例中5例(50%)で肝切除が可能となりこれらの治療開始前の転移個数は3-15個、最大径20-100mm、投与コース中央値7(6-11)、投与開始から肝切除までの期間中央値5.5ヶ月(5-7)で、全例無再発生存中。このうち2例では、術前・術中に部位を同定できない転移巣が存在し、1例は切除せず、1例は想定部位を切除。切除標本でも病巣確認できなかった。PDの1例は後に腫瘍の増大にて腸閉塞となり、人工肛門を造設した。現時点での原病死は1例。【結論・考察】21例中7例(33%)がFOLFOXによる腫瘍縮小により、安全に肝切除可能な状態となり、うち4例に外科治療が行われた。FOLFOX後に画像上CRとなり、術中にも確認できず、組織学的にも消失した腫瘍が存在した。両葉多発肝転移大腸癌症例で、原発巣関連症状がなければ、初回治療としてFOLFOXを開始し肝切除を目指すのも治療選択枝の一つになりうると考えられる。一般に化学療法での組織学的CR率は低いとされているが、画像的にCRとなった病変をどう取り扱うか今後問題となる。

大腸癌肝転移症例に対する肝切除前FOLFOX療法

西舘 敏彦¹、古畑 智久¹、石山 元太郎¹、太田 盛道¹、宇野 智子¹、目黒 誠¹、秦 史壮²、佐々木 一晃³、平田 公一¹
 (1札幌医科大学第一外科、2恵庭第一病院外科、3小樽掖済会病院外科)

【はじめに】大腸癌肝転移例の外科的手術が第一選択であるものの、肝切除後の再発する症例も少なくはない。大腸癌の肝転移例に対して適切な患者選択のもと、有効性の高い化学療法を積極的に行うことにより、治癒を目指すことも治療戦略の上で重要と考えられる。近年大腸癌に対する化学療法の進歩は著しく、手術適応となる肝転移にも有用とされている。大腸癌肝転移症例に対し現在の当科の治療方針としては、原則的に化学療法(FOLFOX療法)を行い、病変の再評価と1ヶ月間の休薬期間をおき、肝切除適応症例に対して手術を施行している。肝切除後の補助療法は、FOLFOX奏功例に対しては、術後FOLFOX療法を、非奏功例に対してはFOLFIRI療法を施行している。【対象と方法】大腸癌肝転移に対し肝切除前にFOLFOX療法を施行した10例を対象とし、奏功率、術後経過について検討した。【結果】初回大腸癌原発部位は、結腸癌4例、直腸癌6例であり、同時性肝転移3例、異時性肝転移7例であった。術前FOLFOX療法4コース以上施行率は90.0%であった。奏功率は、PRが3例、SDが7例であり、肝切除前化学療法施行中に肝切除適応除外症例は認めなかった。10例中1例に肝切除後の再発(肝・肺)を認めた。【考察】切除可能な大腸癌肝転移を対象に術前後にFOLFOX4を施行する群と切除のみの群に割り付ける無作為第III相試験(EORTC40983)の解析結果が発表され、術前化学療法が生存率向上に寄与することが報告されている。【結語】全身化学療法の進歩、肝切除の進歩に伴う安全性の向上などにより、大腸癌肝転移症例の予後は今後さらに改善されることが期待される。今回、我々が行っている大腸癌肝転移切除症例に対する術前FOLFOX療法の現況について報告する。

化学療法が奏功し根治的切除が可能となった再発大腸癌の解析

甲田 貴丸¹、伊藤 雅昭¹、高橋 進一郎^{1,2}、杉藤 正典¹、小林 昭広¹、西澤 雄介¹、齋藤 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上腹部外科)

【背景】近年新規抗がん剤の登場に伴い再発癌においても腫瘍の縮小が認められるばかりでなく、再発巣の切除にいたる症例が散見されるようになってきた。【目的】化学療法が奏功することにより根治的切除が可能となった再発大腸癌の臨床病理学的特徴を明らかとすることを目的とした。【対象と方法】対象は大腸癌術後再発が認められるも手術の適応がなく化学療法が施行され、後に腫瘍の縮小を認め、根治的切除が可能となった症例13例である。化学療法は全身化学療法のみとし、今回の検討では肝動注例は除外した。検討項目は1：原発巣の病理所見、2：施行された化学療法のレジメン、3：切除に至る腫瘍マーカーの変動、4、再発巣の根治的切除後の予後に関連する因子があるか否かの検討をそれぞれ行った。【結果】対象の年齢は平均61歳(44-77歳)で、初回手術時の原発巣は直腸癌6例、S状結腸癌6例、上行結腸癌1例であった。経過観察期間の中央値1397日(62-2333日)。再発部位別には、肝再発12例、大動脈周囲リンパ節転移1例であった。肝再発12例に対しては、系統切除が5例、部分切除が7例に施行され、大動脈周囲リンパ節転移例に対しては同部位の郭清を伴う低位前方切除術が行われた。1.原発巣の病理ステージは、ステージ2/3/4がそれぞれ2例/3例/9例であった。2.施行された化学療法は、IFL:8例、FOLFILI:2例、FOLFOX:2例、カペシタビン:1例であった。化学療法の投与期間は中央値189日(105-331日)であった。3.再発時の腫瘍マーカーの中央値はCEA:49ng/ml、CA19-9:31U/mlで化学療法が奏功し切除の適応を決めた時点でこれらはCEA:4ng/mlおよびCA19-9:19U/mlと著明な改善を示し、CEAでは62%、CA19-9では全例が再発巣切除時に正常値に戻っていた。4.再発巣切除後に再々発を認めた症例は10例であり、肝再発4例、肺再発3例、肝肺同時再発1例、リンパ節再発2例であった。再発巣切除後無再発例を3例に、また3年以上の長期生存例を8例(62%)に認めた。この長期生存8例の臨床病理学的特徴を検討したところ、原発巣の部位や原発の進行度には関連性が乏しかったが、再発巣の切除前の腫瘍マーカーが長期生存例で低い傾向が認められた(CEA:9ng/ml vs 35, CA19-9:9U/ml vs 15U/ml)。【まとめ】近年再発症例においても化学療法が奏功することで、根治的切除の適応にいたる症例を経験するようになってきた。中には長期生存が得られる症例も含まれた。特にIFL、FOLFILI及びFOLFOXといった新たな化学療法レジメンで切除に至る症例が多く、再発治療後も定期的な画像診断や腫瘍マーカーのフォローアップにより根治的切除のタイミングを逃さないことが重要であると思われた。

大腸癌肝転移における肝切除後の再発形式と治療

野田 雅史、外賀 真、大嶋 勉、塚本 潔、久野 隆史、田中 慶太、中埜 広樹、内野 基、中村 光宏、池内 浩基、富田 尚裕

(兵庫医科大学外科)

【はじめに】我々は肝切除の適応を、肝転移巣が4個以下で治癒切除可能なものとし、5個以上や、4個以下でも治癒切除不能と判断したものは、肝動注やCPT-11によるneoadjuvant chemotherapy(以下nac)後に肝切除(Second-Look Hepatectomy;以下S-L)をおこなってきた。【対象と方法】93年1月より06年12月までの肝外病変がなく、原発巣が治癒切除となった大腸癌肝転移168例中、上記の適応により肝切除となったものは80例、nacとなったものは88例で、nac後43例に肝切除をおこなった。対象は大腸癌肝転移168例中、最終的に肝切除をおこなった123例(73.2%)である。1.肝切除後は、adjuvant chemotherapyとして動注PMCやCPT-11、静注PMCをおこない、2.nacは、動注PMC及びCPT-11を6ヶ月間おこなった後、切除可能となった症例にS-Lを施行した。S-L後は、更に動注PMC及びCPT-11や静注PMC、mFOLFOXに変更した。化学療法のregimenは、動注PMC;5FU1200mg/m²/48hrs,weeklyの肝動注とUFT400mg/dayを5投2休で内服、静注PMC;5FU600mg/m²/24hrs,weeklyの持続静注とUFT400mg/dayを連日または5投2休で内服、CPT-11;60mg/m²/2hrs,weeklyの静注、mFOLFOX;オキサリプラチン85mg/m²、ロイコボリン200mg/m²を2時間で点滴した後、5FU2400mg/m²を46時間持続静注をbiweeklyでおこなった。【結果】1.初回再発部位は、肝10例、肺18例、腹膜7例、リンパ節3例、局所5例、脳1例で、そのうち手術をおこなったのは再肝切除5例、肺切除10例、再肺切除3例、脳腫瘍摘出術6例、局所切除1例、リンパ節郭清2例であった。切除症例の3年生存率は69%、5年生存率は39%であった。2.S-L後の初回再発部位は肝10例、肺11例、腹膜4例、リンパ節2例、骨転移1例で、そのうち8例に再肝切除、1例にRFA、2例に再々肝切除、8例に肺切除、2例に再肺切除、1例にリンパ節郭清をおこない、3年生存率69%、5年生存率55%であった。【結語】大腸癌肝転移における肝切除後の再発に対しても、積極的な外科的治療を中心とした集学的治療により予後の改善が期待できる。

進行再発大腸癌に対する化学療法の進歩からみた外科治療の位置付け

横江 毅、井上 靖浩、渡部 秀樹、森本 雄貴、廣 純一郎、尾嶋 英紀、間山 裕二、小林 美奈子、三木 誓雄、楠 正人 (三重大学大学院医学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】大腸癌治療においては、化学療法の進歩により必ずしも「手術先にありき」ではなくなっている。例えば当初切除不能でも化学療法が奏効し切除へ至れば、著しく予後改善する報告も散見されている。しかし集学的治療における手術・化学療法の位置付けは十分明らかにはされていない。一方、我々は物理的Cyto-reductionを目指して化学療法を選択する治療コンセプトを De-escalation chemotherapy と名付け実践しており、集学的治療における同コンセプトの有用性を検討するとともに、外科手術および化学療法の位置付けを考察した。【対象と方法】当科にて治療的化学療法(modified PMC、doxifluridine/CPT-11、FOLFOX、FOLFIRI、Avastin、etc)を施行した進行再発大腸癌170例(stage IV)を対象とし(2000-2007)、SD、PR症例に施行したsecondary surgery and/or RFA (Cyto-reduction)の有無と治療成績を検討した。また secondary surgeryへ至った症例において原発巣と切除サンプルでの腫瘍中、抗癌剤関連遺伝子(TS、DPD、OPRT、Top I、CE)、DNA修復関連遺伝子(ERCC1)、angiogenesis関連遺伝子(VEGF、TP)発現の違いを real time PCRにて測定しCyto-reductionの意義についても考察した。【結果】転移再発部位は原発切除不能を含め、肝、肺、腹膜播種、局所再発、リンパ節転移と多岐にわたった。放射線療法が27例に併用された上、外科切除またはRFAによるCyto-reductionは58/170(34.1%)に施行された。遠隔転移の同時切除は8/58(13.8%)で、残りは化学療法先行の上、外科切除(原発切除不能、局所再発、肝、肺、播種、卵巣、リンパ節)39例、RFA(肺、肝、局所再発)25例であり、complete cyto-reductionは35/170(20.6%)であった。平均観察期間21.0ヶ月で全体のMedian survival time(MST)は24.7ヶ月であった。Secondary surgery and/or RFAが併用された58例の累積5年生存率は43.2%(MST45.2ヶ月)で、化学(放射線)療法群112例(MST25.9ヶ月)と比べ有意に予後良好であった(p<0.0001)。なお切除された遠隔転移巣においては原発巣と比較し、各種治療抵抗性遺伝子の獲得がみられた。【まとめ】転移再発大腸癌に対し強力なinitial chemotherapyを行い、Cyto-reduction導入の機会を増加させることは、さらなる長期生存をもたらす一つの治療コンセプトになりうると思われた。

当科における大腸多重癌症例の検討

山崎 一也、共田 光裕、石山 哲、小菅 誠、小田 晃弘、渡部 通章、小川 匡市、衛藤 謙、柏木 秀幸、矢永 勝彦 (東京慈恵会医科大学外科学講座消化器外科)

【目的】大腸多重癌症例に関する調査により、多重癌に対する術前、術後の留意点を明らかにしその対策を考察する。【方法】1999年より2004年までの当科における大腸癌手術症例919人に関してretrospectiveに診療録を調査した。【対象】重複癌の有無が明らかである639人〔男:女=394人(61.7%):245人(38.3%)〕を対象とした。【結果】対象症例の平均年齢は66.5±11.5歳であった。多重癌の患者は155人(24.3%)〔男:女=100人(60.5%):55人(39.5%)〕、平均年齢70.1±10.2歳であった。対象症例中非多重癌患者の平均年齢は65.2歳±11.6歳と多重癌患者は高齢の傾向があった。多重癌のうち多発癌93人〔男:女=34人(36.6%):59人(63.4%)〕、重複癌62人〔男:女=47人(75.8%):15人(24.2%)〕であり、多発・重複癌は12人〔男:女=10人(83.3%):2人(16.7%)〕であった。多発癌中同時性癌が48人〔男:女=6人(12.5%):42人(87.5%)〕、異時性癌が42人〔男:女=28人(66.7%):14人(33.3%)〕、同・異時性癌が3人〔男:女=2人(66.7%):1人(33.3%)〕であった。対象全体の男女比は多重癌と比較して差がなかったが、多発癌で特に同時性のものでは男女比が逆転し女性に多い傾向を認めた。重複癌における同時性癌は14人〔男:女=10人(71.4%):4人(28.6%)〕、異時性癌は48人〔男:女=37人(77.1%):11人(22.9%)〕であった。重複癌における重複臓器は様々であり、胃〔26人(対象症例中3.1%)〕が最も多く、乳癌〔7人(1.1%)〕がそれに続いた。【考察】重複癌症例中、胃癌が最も高率であり、結腸癌術前のみならず、術後においても他の疾病合併の可能性を考慮した検査の重要性が示唆された。

当科における大腸の多発癌および重複がんの検討

島田 能史¹、谷 達夫¹、高橋 聡¹、小林 康雄¹、須田 和敬¹、岩谷 昭¹、丸山 聡¹、飯合 恒夫¹、畠山 勝義¹、味岡 洋^{1,2}
 (1新潟大学大学院消化器・一般外科学分野、2新潟大学大学院分子・診断病理学分野)

【目的】大腸手術症例の多発癌および重複がんの頻度を明らかにし、術後の follow-up の意義と方法について考察する。【対象】当科における 1991 年から 2002 年の大腸 sm 以深癌根治度 A 手術症例のうち FAP と HNPCC を除いた 401 例。【方法】多発癌および重複がんの発生頻度を明らかにし、その臨床学的所見を比較検討する。なお、多発癌には粘膜内癌も含めた。【結果】1. 多発癌は 401 例中 83 例 (20.7%) にあり、同時性 56 例 (14.0%)、異時性 24 例 (6.0%)、そして同時・異時性 6 例 (1.5%) であった。単発癌および多発癌両群間に、性別、年齢、癌家族歴の有無に有意差はなかった。当科大腸癌手術施行後の follow-up 中に発見された多発癌は、14 症例 16 病変であり、その内訳は、M 癌 10 例 11 病変、SM 癌 2 例 2 病変、MP 以深癌 3 例 3 病変であった。M・SM 癌はすべて術後 follow-up 大腸内視鏡で発見されたが、進行癌 3 例は当科 follow-up から外れ、大腸内視鏡が行われていなかった症例であった。2. 重複がんは 401 例中 88 例 (21.9%) にみられ、胃癌 33 例 (8.2%)、肺癌 13 例 (3.2%)、乳癌と肝臓癌がそれぞれ 7 例 (1.7%) に認められた。【まとめ】当科大腸癌手術症例の多発癌の頻度は 20.7%、重複がんの頻度は 21.9% であった。多発癌の発見に術後 follow-up 大腸内視鏡は有用であると思われる。また、胃癌や肺癌等の重複がんの発生率も高いため、その啓蒙も重要であると考えられた。

当施設における大腸の多重癌について

笹富 輝男、村上 英嗣、牛島 正真、福嶋 敬愛、森 真二郎、石橋 生哉、赤木 由人、緒方 裕、白水 和雄
 (久留米大学外科)

当科における 1991-1996 年の大腸癌根治度 A 手術症例 349 症例を対象とした。多発癌は 24 例、重複癌は 31 例。多発癌の内訳は同時 11 例、異時 11 例、同時異時 2 例であった。重複癌の内訳は同時 18 例、異時 12 例、同時異時 1 例であった。多発癌群と重複癌群では、発生頻度、男女比、発症年齢において有意な差は認めなかった。大腸癌発生部位は、多発癌では右側結腸に発症しやすく重複がんでは直腸に多い傾向にあった。異時性癌の発症期間は多発癌で平均 130 ヶ月、重複がんでは平均 68.7 ヶ月であった。多発癌においては 10 年以降での発症が多く、5 年以降では多発癌は 80%、重複がんは 66.6% であった。多発癌では第 1 癌より 10 年を経過しても注意深い観察が必要である。同時異時性重複がんの頻度は 8.0% (28/349 例) であり、重複は胃癌 (12/28 例、42.9%) が最も多く、高齢での発症が見られた。異時性多発癌の第 2 癌において進達度 mp 以深が 58.3% を占めた。異時性癌はさらに嚴重かつ注意深い経過観察が必要であると思われた。

同時性大腸多重癌の検討

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：同時性大腸多重癌について検討する。対象と方法：1998年4月から2006年12月までに原発大腸癌手術を契機として発見治療された同時性大腸多重癌37例を対象に原発巣と多重癌との臨床病理学的検討を行なった。結果：対象症例の内訳は男性25例、女性12例、平均年齢69.7歳。原発大腸癌の占拠部位は盲腸2例、上行結腸4例、横行結腸8例、下行結腸1例、S状結腸14例、Rs3例、Ra2例、Rb3例。同時性多重癌のうち多発癌は上行結腸癌4例、横行結腸癌4例、下行結腸癌1例、直腸悪性腫瘍(カルチノイド、GIST)3例、S状結腸癌4例で、重複癌では胃癌13例、胃GIST1例、肺癌2例、肝臓癌、膵臓癌、胆嚢癌、子宮癌、卵巣癌、乳癌、前立腺癌各々1例であった。原発巣と多重癌が同時切除された症例は33例で、肝臓癌1例、前立腺癌1例、肺癌2例は異時性に治療が行なわれ、胃癌1例は多発癌も伴っており、多発癌に対する切除は同意したが、胃に対する治療を拒否したため無治療となった。原発大腸癌の臨床病理学的検討では壁進達度：pM癌2例、pSM癌7例、pMP癌7例、pSS癌15例、pSE癌2例、pSI癌1例、pA癌2例。組織型：高分化腺癌11例、中分化腺癌22例、低分化腺癌1例、粘液癌1例、扁平上皮癌1例。リンパ節転移陽性例10例のうち、中間リンパ節転移陽性例、主リンパ節転移陽性例は各1例みられた。重複癌に対しては、原発大腸癌による遠隔転移陽性例2例、骨盤内を占めた巨大直腸GIST症例1例を除いて、重複癌を含めた治療切除術が施行されたが、特に原発大腸癌+胃癌切除が施行された12例につき原発大腸癌との病期を比較検討した。施行された手術術式は原発大腸癌切除術+胃部分切除術：2例、原発大腸癌切除術+胃全摘術2例、原発大腸癌切除術+幽門側胃切除術8例で、原発大腸癌、胃癌共に早期癌であった症例は4例、原発大腸癌の病期<胃癌病期：3例、原発大腸癌の病期>胃癌病期：5例であった。結語：同時性大腸多重癌の中でも重複癌は頻度に差はあるものの全身の各臓器に発見されるため、全身に対する慎重な検索が重要で、最近では大腸癌に対する術前診断としてPET+CT検査を行なっている。胃癌は最も頻度の高い重複癌であるが、大腸癌を契機として発見された同時性胃癌の場合、大腸癌の病期>胃癌病期である場合が多く、積極的な治療が望ましいと思われた。

大腸癌手術症例における多重癌の検討

川村 純一郎、長山 聡、野村 明成、森 由希子、河田 健二、中右 雅之、小濱 和貴、伊丹 淳、岡部 寛、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】大腸癌は他の臓器に比して多発癌や重複癌が多く発生することに加え、大腸癌症例の増加と治療成績の向上によりそれらを多く経験する傾向にある。そこで大腸癌症例における多重癌・重複癌について、その特徴と臨床的意義についての検討をおこなった。【対象および方法】1991年から2005年3月までに当院で手術を施行した1308例を対象とした。多重癌症例・重複癌症例の臨床病理学的特徴、頻度、発生時期、予後についての検討を行った。多発癌、重複癌、多重癌の定義については大腸癌取り扱い規約(第7版)に従った。【結果】大腸癌手術症例における大腸多発癌は83例(6.3%)で、同時性52例(4.0%)、異時性31例(2.3%)であった。また、大腸癌手術症例における重複癌は117例(8.9%)で、同時性48例(3.7%)、異時性69例(5.2%)であった。重複癌における重複臓器は、男性は胃癌(23%)、前立腺癌(8.4%)、肝癌(7.0%)、女性は胃癌・子宮癌(20%)、乳癌(8.7%)となっていた。また大腸癌術後異時性重複癌症例は39例で、重複臓器は胃癌(21%)、肺癌(7.7%)の順に多く認めた。また、m癌を除く大腸癌根治手術症例(根治度A症例のみ)830例では、重複癌は84例(10.1%)であり、重複癌ありは独立した予後因子となっていた。【結語】大腸癌症例において重複癌併発症例の予後は悪く、重複癌に対する治療成績の向上が期待される。今回の検討では、重複癌における重複臓器は異時性・同時性、男・女のいずれにおいても胃癌が多い結果となっていた。当院では大腸癌症例に関しては、重複癌を考慮し、緊急手術症例以外の全症例に対して術前に上部消化管内視鏡検査を施行している。上部内視鏡検査の術前およびフォローアップにおける意義については、今後更なる検討が必要と思われる。

大腸多発癌、他臓器重複がん症例の検討

田中 潤一郎¹、渡邊 聡明²、釣田 義一郎¹、名川 弘一¹
 (1東京大学大腸肛門外科、2帝京大学外科)

【背景】大腸多発癌、重複がんは、それぞれ全大腸癌の5～10パーセントに発症するといわれている。多発癌については近位大腸に多い、単発癌症例と比較してやや予後が悪い、重複がんについては、粘液癌が多い、癌家族歴が多いなどの報告があるが、多重癌の術後フォローについては現在までのところ確立されたものがない。【対象】1991年1月から1996年12月までの6年間に手術施行した大腸癌手術症例は664例を対象として検討した。今回の検討では根治度Aの大腸多発癌、他臓器重複癌症例のみに限った。症例を、多発癌群、重複がん群、対照群(単発癌群)に分類し臨床病理学的に比較検討を行った。【結果】該当する症例は、多発癌と重複がんをあわせて84例(12.6%)であった。多発癌群28例、重複がん群57例、対照群は373例であった。重複がん群のうち大腸癌先行は37例、他臓器癌先行は22例であった。年齢、性別、深達度、臨床病期に各群で差はなかった。多発癌群、重複がん群では有意に近位大腸癌が多かった。多発癌群では、粘液癌が多く切除標本内の腺腫の合併が多かった。重複がんの他臓器がんとしては、男性では胃癌、肺癌、女性では乳癌、子宮癌が多かった。予後には各群間に有意差は見られなかった。【考察】術後のフォローアップにおいて、1. 男性では胃癌、肺癌、女性では乳癌、子宮癌に特に注意することが必要、2. 粘液癌の症例では、異時性多発癌、重複癌の発生に注意することが必要、3. adenoma合併症例に対しては異時性多発癌の発生に注意が必要、4. 多発癌、重複癌症例においても、フォローアップを適切に行うことにより単発癌と同様の予後が得られると考えられた。

当科における大腸多重がんの検討

唐澤 秀明、三浦 康、小林 照忠、小川 仁、木内 誠、安藤 敏典、小山 淳、高見 一弘、金子 直征、山村 明寛、福島 浩平、佐々木 巖
 (東北大学胃腸外科)

目的：当科における大腸多発癌・重複がんの実態を明らかにする。対象と方法：1997年1月から2006年12月までの大腸癌手術症例590例(男性354例、女性236例)を対象とした。観察期間中央値は1155日であった。多発癌・重複がん、同時性・異時性がんの定義は大腸癌取り扱い規約・第7版を用いた。結果：同時性重複がんは27例(28病変)あり、有病率は4.58%であった。発生臓器としては胃が15病変(53.6%)を占め最多であり、ついで肺(4病変、14.3%)、前立腺(2病変、7.1%)の順であった。手術時平均年齢は72.2歳と非同時性重複がん563例(平均65.3歳)に比べ有意に高かった($p < 0.01$)。性別は男性が21例、女性が6例と、男性に多い傾向があった($p = 0.053$)。同時性重複がん症例では、非同時性重複がん症例に比べ、全生存率は低い傾向にあったが、有意差は認めなかった(5年生存率：48.1% vs 65.1%)。また大腸癌関連生存率にも差は無かった(5年生存率：71.4% vs 76.5%)。大腸癌術前・術後の異時性重複がんは61例(65病変)あり、全症例の10.3%と高率であった。発生臓器としては、胃が18病変(27.2%)と最多であり、ついで子宮(11病変、16.7%)、肺(9病変、13.6%)の順であった。大腸癌手術時の平均年齢は69.5歳であり、性差は無かった。発生時期に関しては、大腸癌手術時より10年以上前が26病変と最も多く、ついで5～10年前が18病変であった。術後に発生したのは6病変であった。非同時性重複がん529例に比べ全生存率は低い傾向にあったが、有意差は認めなかった(5年生存率：57.3% vs 65.0%)。同時性多発癌は14例(36病変)で有病率は2.37%であった。うち同時に3つの多発癌を有した症例が2例、8つの多発癌を有した症例が1例あった。占居部位はS状結腸が最多で13病変存在し、右側病変が16病変、左側病変が20病変であった。手術時平均年齢は70.5歳であり、性差は無かった。また同時性多発癌の有無で全生存率に差は無かった(5年生存率：62.9% vs 63.1%)。異時性多発癌は12例(24病変)認めた。占居部位は直腸が最多で10病変であり、その他の部位はほぼ同数であった。性別に差は認められなかった。まとめ：重複がんは同時性・異時性とも発生臓器として胃が最多であり、従来の報告とも一致する結果であった。同時性重複がんでは手術時年齢が有意に高く、男性に多い傾向があった。また重複がんを有する症例は全生存率が悪い傾向があった。多発癌は右側結腸に多いとの報告があるが、今回はそのような傾向は認めず、性別・予後にも傾向を認めなかった。

大腸多発癌・重複癌のフォローアップと治療戦略

市原 敦史、林 尚子、長井 洋平、吉田 直矢、外山 栄一郎、
宮成 信友、馬場 秀夫
(熊本大学大学院消化器外科)

【目的】近年の癌の診断法、治療成績の向上に伴い、第1癌治療後の多重癌症例が増加している。他臓器の癌に比べ多重癌を合併する頻度の高い大腸癌について、多発癌と重複癌に分け、臨床病理学的特徴を検討し、フォローアップ法と治療方針をシステム化することを目的とした。【方法】1970年から2001年に当科で経験した大腸癌症例802例（男性462、女性340、平均年齢は62.8歳）を対象として、多発癌、重複癌の発生とそれに関与する因子について検討した。【結果】大腸内に多発した多発癌は80例(10.0%)に、2つ以上の臓器に独立して発生した重複癌は119例(14.8%)に認められた。181例(22.6%)に大腸あるいは他臓器に第2の癌が発生した。多重癌の高危険群は悪性腫瘍家族歴陽性例であり、多発癌41%、重複癌の30%に悪性腫瘍の家族歴があった。多発癌の31%に大腸癌の家族歴があった。80例の多発癌のうち、52例（65%）は腺腫併存例であり、多発癌は大腸全体に広く分布していた。重複癌を、第1癌と第2癌発見期間が1年未満の同時性重複癌と、1年以上の異時性重複癌に分けると、異時性に発生することが多かった。部位別にみると胃癌、食道癌、泌尿生殖器の癌、子宮癌、卵巣癌、乳癌の発生が高かった。重複癌の多くで、第2癌は早期に発見、治療されていた。【結語】大腸多重癌の予後は良好で、第2癌発生の平均インターバルは7年であり、長期にわたる綿密なフォローアップが必要である。従って、大腸癌術後は、通常の1か月ごとの血液検査、6か月毎の胸部レントゲン撮影、年に1回の全身CT、腹部超音波検査に加え、第2癌の発生部位別頻度を考慮して、上部・下部消化管内視鏡検査、泌尿器の診察、女性では、乳癌検診、婦人科の診察が必須である。また、第2癌による死亡例はなく、予防的臓器切除の必要性は認められなかった。システム化したフォローアップ法により第2癌の早期発見を行い、低侵襲かつ他科との連携による患者のQOLを重視した治療を目指したい。

「大腸の多重がんに関するアンケート」の集計・解析結果—臨床外科共同研究会

岡村 修^{1,2}、大西 直^{1,3}、池永 雅一¹、武元 浩新¹、加納 寿之¹、上村 佳央¹、石田 秀之¹、大橋 一朗¹、川崎 高俊¹、河合 稔¹、山本 浩文¹、関本 貢嗣¹、門田 守人¹

(¹臨床外科共同研究会、²関西労災病院外科、³NTT西日本大阪病院外科)

【はじめに】大腸の多重がんの特徴、背景を明らかにするため、大腸の多重がんの頻度、病理組織学的所見、予後などのデータをアンケート集計し、解析を行った。【対象】2000年1月1日～2005年12月31日の6年間に臨床外科共同研究会参加施設での大腸癌切除術症例中、大腸の多重がんであった症例。【方法】「大腸の多重がんに関するアンケート」を作成し、参加各施設へ依頼した。その回答を集計し、大腸の多重がん症例の個別情報を解析した。【結果】同研究会参加施設の中で、アンケート集計・解析を行った計9施設における2000-2005年の大腸癌3274例中480例（14.7%）が多重がんであった。多重がん480例の年齢は平均69.2歳（35-91歳）、性別は男性311例、女性168例（不明1例）であり、480例のうち大腸多発癌247例、重複がん256例（不明4例）で、27例が多発・重複がんであった。大腸多発癌では、異時性の病変に比べ同時性の病変がより浅い深達度の傾向を示した。重複癌の担癌臓器別頻度では、胃が4割近くを占め次いで乳腺、肺、子宮に多く発生していた。また大腸の多重がんでは比較的早い病期（stage I, II, IIIa）の症例は、大腸多発癌に比べ重複がんの生存率がより悪い傾向を示した。【まとめ】大腸癌症例中、少なくとも10数%は多重がん症例であることが推測された。また多重がん症例のさらなる解析により、今後の大腸癌診療に寄与するデータの得られる可能性が示唆された。

大腸癌治療切除症例における重複がん発生の状況とサーベイランスの必要性

石黒 めぐみ^{1,2}、望月 英隆²、杉原 健一¹、大腸癌術後フォローアップ研究会¹

(¹東京医科歯科大学腫瘍外科、²防衛医科大学校外科)

背景：大腸癌患者における同時性・異時性重複がんに関しては、術前スクリーニング、術後フォローアップのいずれにおいても、その取り扱いについて一定の見解は得られていない。目的：大腸癌治療切除症例における同時性・異時性重複がんの頻度と特徴を明らかにし、術前スクリーニング、術後フォローアップにおける重複がん検索の必要性・妥当性を検討する目的で、多施設共同研究を行った。対象と方法：「大腸癌術後フォローアップ研究会」の14施設から、1991年から1996年の根治度A大腸癌手術症例（m癌を除く）5358例を集積した。同時性・異時性重複がん発生の頻度およびその特徴について検討し、大腸癌術前・術後の重複がん検索の必要性について考察した。同時性重複がんの頻度には有病率（重複がん症例/全症例、単位：%）を、異時性重複がんの頻度には罹患率（一定期間に新規発生した患者数/全観察人年、単位：人/人年）を用いた。結果：同時性重複がんは188症例193病変、有病率は3.5%であった。発生部位は胃（87例：45.1%）、肺、肝の順であった。同時性胃癌の有病率は1.6%であった。同時性胃癌の発見契機は術前精査が最多（44.8%）であり、上部消化管内視鏡検査を術前精査に組み入れている10施設の同時性胃癌有病率（1.86%）と組み入っていない4施設の有病率（1.06%）に有意差を認めた（ $p=0.03$ ）。5358例全例に術前上部消化管内視鏡検査を行った場合、同時性胃癌1例を発見するための費用は702万円であった。大腸癌先行異時性重複がんは203症例211病変（3.9%）であった。発生部位は胃が最多で（51例：24.2%）、次いで肺、肝の順であった。発生時期に一定の傾向は認めなかった。異時性重複がんの罹患率（対10万人年）は609、異時性胃癌の罹患率は151であった。地域がん登録データ（1994年）を用いて本研究対象症例の年齢・性別分布で補正し求めた、一般人口における罹患率はそれぞれ781、217であった。考察：大腸癌治療切除症例5358例の同時性胃癌有病率は1.6%で、一般検診における胃癌発見率（1990-99年、東山ら）0.14%よりも高く、要精査群の胃癌診断率1.1%とほぼ同等であり、術前に胃癌のスクリーニングを行うことは妥当と考えた。しかし、全例に上部消化管内視鏡検査を行うことの医療経済的な妥当性については議論を要する。

大腸重複がんの検討

河原 一雅、二見 喜太郎、前川 隆文
(福岡大学筑紫病院外科)

【目的】大腸癌の他臓器重複がんについて、その頻度、特徴を明らかにし、手術前・後のサーベイランスの方法、必要性につき検討した。【対象と方法】1985年7月より2006年12月まで当科で治療を行った大腸癌1580例のうち、他臓器癌を合併した203例を対象として検討を行った。【結果】重複がんの頻度は12.8%（203/1580）で、15例の3重複がんを含んでいた（同時性3重複がん3例、異時性3重複がん7例、同・異時性3重複がん5例）。同時性重複がんが108例、異時性重複がん90例（大腸癌先行24例、他臓器癌先行66例）、同・異時性重複がん5例であった。男女比（男/女）は同時性が74/34、異時性大腸癌先行が19/10、異時性他臓器癌先行が38/28で、同時性、異時性大腸癌先行症例に男性が多かった。重複がん症例の平均年齢は69.8歳（非重複がん症例65.1歳）で、同時性68.6歳、異時性大腸癌先行64.7歳、異時性他臓器癌先行73.9歳であった。大腸癌部位別には右側結腸13.2%（58/440）、左側結腸16.6%（64/385）、直腸10.3%（66/639）、多発癌12.9%（15/116）と左側結腸に多くみられた。また、早期癌は同時性重複がんが37.0%（40/108）、異時性大腸癌先行で29.2%（7/24）、異時性他臓器癌先行で25.8%（17/66）と同時性重複がんが高頻度であった。異時性重複がんのうち第1癌から第2癌診断までの期間は、大腸癌先行が58.1ヶ月、他臓器癌先行が152.9ヶ月と他臓器癌先行症例で長かった。重複がん臓器では胃105例（53.0%）、肺16例（8.1%）、肝、乳腺それぞれ12例（6.1%）、子宮、膀胱それぞれ11例（5.6%）で前立腺、食道、腎がこれにつづいた。また、同時性重複がん症例では特に胃の頻度が高く（66.7%）膀胱が低かった（0.9%）。異時性他臓器癌先行症例では子宮、乳腺の頻度が高く（16.7%、15.2%）肝が低かった（1.5%）。予後については、死亡例が18例（同時性5例、異時性大腸癌先行12例、異時性他臓器癌先行1例）で、重複がん臓器では胃8例、肝4例、肺3例、脾、腎、食道がそれぞれ1例であった。【まとめ】大腸癌における重複がんの頻度は12.5%であった。大腸癌部位別では左側結腸に多く、重複がん臓器別では過半数が胃で、肺、肝、乳腺の順が多かった。大腸癌術後フォローアップに際して、上部消化管を重点的に行うことは妥当と思われるが、胃癌合併例が特に予後不良とは言えず、それぞれの臓器の癌罹患率に則したサーベイランスを確実に行うことが重要と考えられた。

重複がんを有する大腸癌の治療成績と対策

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

(¹横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター、²横浜市立大学消化器病態外科学、³横浜市立大学臨床腫瘍科)

【目的】他臓器重複癌を有する大腸癌の治療成績を検討しその特徴を明らかにする。【対象、方法】1992 - 2007年10月の大腸癌手術1630例中、重複癌は143例(8.8%)であった。臨床病理学的事項、治療成績を1)非重複癌と比較、2)重複の時期別に比較検討した。【結果】1)非重複癌との比較で部位、組織型等の病理学的事項に差を認めなかった。第1度近親者HNPCC関連癌家族歴は重複癌12.0%、非重複癌6.8%、2親等以内がん家族歴は重複癌48.9%、非重複癌38.4%と重複癌に多い傾向であった。5年Over-all Survival(重:非)はstageI(81.4%:95.1%)、II(61.9:90.5)、IIIa(80.4:77.5)、IIIb(44.2:56.9)、IV(30.0:26.9)で、stageI、IIに有意差を認めたが、Disease Free SurvivalではI(100:98.8)、II(85.0:94.2)で差を認めなかった。2)同時性35例(24.5%)、異時性107例(74.8%)、同+異1例(0.7%)であった。3重複がんを7例に認めた。大腸癌の組織型が非分化型(por,muc,sig)の頻度は同時性22.9%、異時性4.8%であった(p<0.05)。重複がん150病変のうち胃50(33.3%)が最多で、肺、乳腺、子宮の順に多く、22臓器に認めた。他臓器がん治療は135例(94.4%)が治癒目的で行われ、胃10例にはEMRが施行されていた。8例(5.6%)は姑息治療となり、異時性に後発した膵癌4例は全例が姑息治療であった。死亡43例の死因は他がん死22例(51.2%)、大腸癌死14(32.6%)、他病死7(16.3%)であった。大腸癌死は同時性50.0%、異時性25.7%であった(N.S)。【結語】同時性は異時性より大腸癌の生物学的悪性度が高い可能性が示唆された。他臓器癌の制御が可能であれば、重複癌でも非重複癌と同程度の予後が期待できることから、大腸癌術後follow-upシステムに上部消化管のスクリーニングを組み込むことを考慮すべきと思われる。

当院における大腸がんの重複がんの検討

秋吉 高志、大矢 雅敏、藤本 佳也、黒柳 洋弥、上野 雅資、山口 俊晴、武藤 徹一郎

(癌研有明病院消化器外科)

【背景】大腸は他臓器に比して多発癌や重複がんが多く発生する。今回われわれは当院における大腸癌手術症例に占める重複がん症例を検討した【結果】2002年1月から2007年6月の過去5年6ヶ月に当院で手術を施行された原発性大腸癌(初発癌)1430例における重複がん症例を検討した。同時性重複がんを66例(4.6%)(うち5例は同時性3重複がん)で認めた。重複がんの部位は胃33例、乳腺8例、食道7例、前立腺6例、肝臓4例、咽頭3例、腎臓2例、膀胱、卵巣、胆嚢、喉頭、子宮、尿管、膵臓、肺がそれぞれ1例であった。異時性重複がんは138例(9.7%)(うち6例は多発・重複がん、7例は異時性3重複がん)に認めた。部位は胃36例、乳腺32例、子宮21例、肺15例、前立腺12例、咽頭5例、甲状腺4例、舌4例、口腔、喉頭がそれぞれ3例、食道、膀胱がそれぞれ2例、腎臓、卵巣、膈、皮膚、副鼻腔がそれぞれ1例であった。異時性重複がん138例のうち、大腸癌手術前に発生した重複がんは124例(90%)、大腸癌手術後に発生した重複がんは14例(10%)であった。大腸癌手術後に発生した重複がんは胃が5例、肺が3例、乳腺が3例、食道1例、肝臓1例であった。最初が多臓器癌発生から大腸癌発生までの期間は平均9年であり、大腸癌手術後の重複がんは手術後平均3年で発症していた。【結語】重複がんは同時性が約5%、異時性が約10%であった。臓器としてはともに胃が最も多くを占めた。大腸癌症例に対しては重複癌発生頻度の高い胃、乳腺、前立腺のチェックも術前診断として行うべきである。また、異時性重複がんの多くは初回多臓器癌発生からかなりの時間を経過してから大腸癌を発症しており、胃、乳腺、子宮、前立腺癌既往のある患者は大腸癌も考慮にいれたフォローが望まれる。

大腸癌先行異時性重複がんの検討—大腸癌罹患歴は他臓器がんの発生リスクとなり得るか—

松井 孝至、北村 東介、岡田 和丈、固武 健二郎
(栃木県立がんセンター-外科)

【目的】大腸癌罹患歴は他臓器がんの発生リスクとなり得るかを検証する。

【対象】1991年から2000年までに根治度A切除を施行し術後観察期間が1年以上の初発大腸癌572例を対象とした。

【方法】(1) 重複癌の頻度：重複癌の発生時期別の頻度、大腸癌先行異時性重複がんの発生臓器を検討した。

(2) 大腸癌罹患歴と他臓器がん発生リスク：特定のがんに関する「研究群(大腸癌罹患歴のある集団)のがん罹患率」を自験例における「当該がんの発生数÷観察期間総和」と規定した。一方「対照群(一般集団)のがん罹患率」は自験例と年齢・性別が同じ仮想集団572例のがん罹患率の平均値として1995年の地域がん登録全国推計値(出典：国立がんセンターがん対策情報センター)から求めた。研究群と対照群のがん罹患率を比較検討した。

【結果】572例中113例(19.8%)に重複がんを認めた。その内訳は同時性が18例(3.1%)、異時性が95例(16.6%)、異時性の中では大腸癌先行が69例(12.1%)、他臓器がん先行が26例(4.5%)であった。大腸癌先行症例における臓器別頻度は男性では胃12例(3.6%)、前立腺8例(2.4%)、肝6例(1.8%)、肺5例(1.5%)、悪性リンパ腫3例(0.9%)、膀胱3例(0.9%)、女性では胃9例(3.8%)、肺5例(2.1%)、乳腺3例(1.3%)、悪性リンパ腫3例(1.3%)、子宮2例(0.8%)、肝2例(0.8%)の順であった(以上百分率の分母はすべて対象母集団572例)。

研究群と対照群のがん罹患率の比較では自験例で頻度の高かった臓器(上記の男女各6臓器)ではすべて研究群の罹患率が高い傾向にあり、男性の前立腺と女性の胃では有意差を認めた(区間推定：95%信頼区間)。リスク比(研究群のがん罹患率÷対照群のがん罹患率)は高い方から男性では前立腺5.4、悪性リンパ腫4.9、膀胱3.1、肝1.9、胃1.7、肺1.1、女性では悪性リンパ腫11.1、肺5.0、胃4.3、子宮3.1、肝2.4、乳腺2.2という結果であった。

【考察】今回の検討では研究群と対照群のがん罹患率の比較で研究群の罹患率が高い傾向にあり、大腸癌罹患歴が他臓器がんの発生リスクを高める可能性が示唆された。しかしこの結果に対しては一定の頻度で発生する個体内でのがん集積を見ているだけで、必ずしも大腸癌罹患と他臓器がん発生の因果関係を意味するとは限らないという見方もできる。

また前立腺、膀胱、悪性リンパ腫など一般的には必ずしも頻度の高くない臓器のリスク比が高かった。その理由としてがん専門施設であることによるバイアス、大腸癌発症を起点としているため好発年齢の高いがんに偏っている可能性、サンプルサイズが小さいためのばらつき、などが考えられる。

【結語】大腸癌罹患歴が他臓器がんの発生リスクを高める可能性が示唆された。しかし本研究は探索的解析であり、上述の問題点を明確にすべく検討を重ねる必要がある。

大腸重複癌105例の検討

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

【背景・目的】大腸における多重癌・重複癌・多発癌は大腸癌取り扱い規約第7版で新しく定義された。当科で経験した大腸重複癌の臨床病理学的特徴を検討した。

【対象・方法】1992-2007年に手術を施行した大腸重複癌105例を対象とした。年齢、性、癌家族歴、大腸癌占拠部位、大腸腺腫の合併、重複時期、組織型、壁深達度、Stage、転移部位などについて検討した。【結果】重複癌は男性80例、女性25例で男性に多かった。同期間内の全大腸癌症例は1891例、男性1197例、女性694例であり、重複癌は男性に有意に多かった。(p=0.01) 平均年齢は69.8±8.5歳であった。癌占拠部位は右側結腸27例(25.7%)、横行結腸14例(13.3%)、左側結腸42例(40.0%)、直腸22例(21.0%)であり、同期間内大腸単発癌の分布[右側結腸407例(21.5%)、横行結腸204例(10.8%)、左側結腸618例(32.7%)、直腸672例(35.5%)]に比較して、重複癌で直腸の症例が少なかったが有意ではなかった。3親等以内の癌家族歴は17例(16.1%)に認められ、父8例、母8例、兄弟5例であった。腺腫合併例は17例であった。重複癌は胃癌が46例(43.8%)と最も多く、食道癌、頭頸部癌が各々10例(9.5%)でこれに次ぎ、HNPCCとの関連性を指摘されている子宮癌は6例、腎臓癌4例、尿管癌1例であった。大腸癌のStageは0：4例、I：17例、II：40例、III：25例、IV：19例で、Stage IVの遠隔転移部位は肝12例、肺3例、局所3例、骨1例であった。組織型別では高分化型腺癌63例、中分化腺癌39例、低分化腺癌3例であった。重複時期は同時性重複癌46例(43.8%)、異時性重複癌59例(56.2%)であった。異時性重複癌の第1癌から第2癌までの期間は平均79.8ヵ月(13-288ヵ月)であった。【結語】大腸重複癌の検討では男性が多く、胃癌との合併が多かった。同時性重複癌と異時性重複癌の臨床病理学的特徴には明らかな差はなかった。第1癌から第2癌までの期間は平均79.8ヵ月であり癌の手術後には基本的に長期の経過観察が必要であると考えられた。

大腸多重がんの検討

能浦 真吾、大植 雅之、関 洋介、矢野 雅彦、石川 治、今岡 真義

(大阪府立成人病センター消化器外科)

【はじめに】 近年、大腸癌を含む各種がんの診断技術や治療成績の向上、さらには高齢者の増加に伴い、大腸癌に他臓器重複がんが発症する症例も少なくない。【目的】 今回、われわれは大腸重複がんの臨床病理学的特徴を検討し、その頻度を人年法で比較した。【対象】 1991～96年までに当センターで手術を施行した根治度A大腸癌（m癌は除く）のうち、大腸癌診断時に他がんの既往のない301例を対象とした。性別は男190例、女111例で、平均年齢は64.3歳であった。また、平均観察期間は70.4ヶ月であった。重複がんとは、他の臓器や器官に悪性腫瘍が発生したものである。同時性、異時性癌の定義は（1）1年未満の期間に診断された癌を同時性癌、（2）1年以上の期間に診断された癌を異時性癌、（3）同時性癌と異時性癌が共にある場合は、同・異時性癌とした。【結果】 重複がんは38例（12.6%）に認められた。時期別では、同時性13例、異時性24例、同・異時性1例であった。非重複がん（263例）と重複がん（38例）を比較すると、平均年齢では59.9歳、63.9歳と有意に重複がんの方が高齢であった。性、占居部位、家族歴には差が認められなかった。重複がんの発生時期について検討すると、同時性（13例）と大腸癌先行例（25例）は、年齢、性別、部位、家族歴等に有意差を認めなかった。重複がん臓器は胃8例、肺8例、肝臓6例の順で多かった。人年法により(O)/(E)比を検討すると、全部位のは2.6倍、部位別に見ると肺は3.2倍、胃は2.7倍と有意に多く発生する。5年生存率は大腸癌死のみを打ち切りとした場合、重複がん88.5%、非重複がん91.2%と有意差はないが、他癌死を含めて打ち切りとした場合は重複がんは5年生存率は66.7%となり、非重複がんと比べ有意に予後不良である。【まとめ】 1. 大腸癌術後、重複がんは38例（12.6%）であった。2. 人年法によると、肺癌は3.2倍、胃癌は2.7倍と有意に発生率が高かった。3. 非重複がんと比べ、重複がんは大腸癌の悪性度に差は認めないが、他がんによって予後不良となる。4. 大腸癌術後は、再発のみならず、他がんの発生にも注意し、検診を勧め早期発見に努める必要がある。

当科における他臓器重複大腸癌症例の検討

磯部 秀樹、牧野 孝俊、菅原 秀一郎、山岸 岳人、柴田 健一、神尾 幸則、水谷 雅臣、蜂谷 修、木村 理

(山形大学医学部消化器・一般外科)

【はじめに】 近年大腸癌症例の増加と治療成績の向上により、他臓器重複癌が増加している。今回我々は当科における重複癌症例の傾向について検討を行った。【対象と方法】 1995年から2005年までの大腸癌手術症例534例のうち、重複癌と診断された78例（14.6%）を対象とした。【結果】 対象症例の内訳は男性50例、女性28例。大腸癌手術時の年齢は52歳～91歳で平均年齢は70.7歳であった。大腸癌の占拠部位はC11例、A12例、T7例、D4例、S18例、R26例であった。組織型は高分化管状腺癌40例、中分化管状腺癌30例、低分化腺癌5例、粘液癌やその他2例であった。重複癌症例78例中、同時性は35例、異時性は43例であり、二重複癌は74例（94.3%）、三重重複癌は4例（5.7%）であった。合併する他臓器癌の内訳をみると、同時性においては胃癌が19例と最も多く、次いで肺癌3例、肝癌、前立腺癌、悪性リンパと続いていた。一方、異時性においては、大腸癌が先行するものは15例であり、胃癌4例、肺癌3例、子宮体がん、前立腺癌、食道癌、胆管癌などが続いた。他臓器癌先行例では、胃癌が16例と多く、乳癌3例、肺癌2例、肝癌2例、子宮癌、食道癌などがそれぞれ1例であった。大腸癌と他臓器癌との発生間隔に目立った特徴はなかった。【考察】 大腸癌他臓器重複癌が14.6%と多く、過去の報告などと比べ増加してきているものと考えられた。臓器別では胃癌が最も多く78例中39例（50%）を占めていた。次いで肺癌が多く、疾患そのものの罹患数の多さに加え、地域的な特徴も関与しているものと考えられた。

大腸重複癌症例の検討

中村 圭介、松田 圭二、渋谷 肇、青柳 賀子、端山 軍、山田 英樹、大見 琢磨、白 京訓、野澤 慶次郎、渡邊 聡明
(帝京大学医学部外科)

【目的】他臓器癌重複大腸癌例の臨床病理学的特徴を明らかにし、重複癌症例への適切な対処法について検討する。【対象と方法】1981年以降の大腸癌症例を対象とし、大腸重複癌群(重複群)100例と、大腸単独癌群(単独群)1001例とで、年齢、性比、部位、深達度、組織型、Dukes分類、癌家族歴陽性頻度、そして多発癌頻度の差異を検討した。また重複群症例の臓器別の頻度を検討した。【結果】年齢は、重複群で70.2±10.4歳、単独群で64.2±11.8歳で有意差がみられた($p < 0.001$)。男女比は、重複群で61/39、単独群で604/397であった(有意差なし)。部位別では、重複群でC:5.0%、A:14.0%、T:14.0%、D:7.0%、S:26.0%、RS:14.0%、Ra:10.0%、Rb:8.0%、P:2.0%であった。単独群では、V:0.7%、C:7.2%、A:14.6%、T:9.4%、D:5.9%、S:26.3%、RS:9.7%、Ra:9.2%、Rb:16.3%、P:0.6%であった(有意差なし)。深達度は、重複群でM:6.4%、SM:6.4%、MP:13.8%、SS:47.9%、SE:17.0%、SI:8.5%であった。単独群でM:7.1%、SM:8.5%、MP:9.8%、SS:44.2%、SE:21.9%、SI:8.5%であった(有意差なし)。組織型は、重複群でwel:62.5%、mod:24.0%、por:5.2%、muc:3.1%であり、単独群ではwel:66.7%、mod:26.3%、por:2.6%、muc:2.9%であった(有意差なし)。Dukes分類では、重複群でA:22.6%、B:31.2%、C:37.6%、D:8.6%であり、単独群ではA:22.8%、B:29.1%、C:33.4%、D:14.8%であった(有意差なし)。両親・同胞・子どものうち1人以上に癌の既往のあるものを癌家族歴陽性とした場合、重複群では癌家族歴陽性率が34.8%、単独群で36.8%であった(有意差なし)。多発癌の頻度は、重複群で11.0%、単独群で4.3%と有意差がみられた($p = 0.001$)。また、重複癌の臓器は胃35(34.0%)、乳14(13.6%)、子宮11(10.7%)、前立腺7(6.8%)、肝6(5.8%)、肺5(4.9%)、胆嚢、食道が3(2.9%)、喉頭、腎、脾、悪性黒色腫、膀胱が2(1.9%)、唾液腺、甲状腺、舌、小腸、咽頭、卵巣、Paget病、悪性リンパ腫が各1(1.0%)であり、95%以上が大腸癌に先行していた。【結語】1. 重複癌症例は、通常の大腸単独癌症例と比較して多発癌が多く、大腸surveillanceが重要と考えられた。2. 重複癌では胃癌が最も多く、大腸癌手術前に上部消化管の精査が推奨される。また、胃癌、乳癌、子宮癌症例では随時大腸癌のスクリーニングを行うのがよいと考えられた。

大腸の多重癌、主に多発癌についての検討

神谷 芳雄¹、平田 一郎¹、柴田 知行^{1,2}、有沢 富康¹、高濱 和也¹、渡邊 真¹、佐藤 美信²、前田 耕太郎²
(¹藤田保健衛生大学消化管内科、²藤田保健衛生大学外科)

大腸は他の臓器に比べ重複癌、多発癌の発生率が高いとされている。また近年大腸癌の発生は増加しておりこの傾向は更に持続すると予想されている。そして今回大腸の多重癌、中でも多発癌に関してどのような推移をしているのかにつき検討した。対象は1991年から2001年までの10年間に外科的治療を受け多発癌と診断された101例を1991～1996と1997～2001の5年毎に分け、その両者を比較した。1)1991～1996に多発癌と診断された症例は40例で男女比31:9、平均年齢は65.4歳。その内詳細検討可能であった22例の内訳は同異時性比20:2で、2重癌は19例(同異時性比17:2)で3重癌は3例(全て同時性)であった。発生部位を直腸から下行結腸までを左側大腸、横行結腸から盲腸を右側結腸として区別すると、2重癌では左右比16:3、3重癌では2:1であった。またm癌合併に関しては2重癌では11例(同異時性比10:1)、m癌非合併は8例(同異時性比7:1)であった。3例の3重癌では全てm癌合併を認めた。更にm癌合併2重癌では左右比9:2、m癌非合併では7:1であった。また病理学組織学的検討も加えると、2重癌で共に高分化腺癌(well/well)のものは11例(同異時性比9:2)、共に中分化腺癌(mod/mod.)のものは4例、高分化と中分化(well/mod.)のものは3例、高分化と粘液産生性(well/muc.)のものは1例であった。3重癌では全て高分化(well/well/well)が2例で1個が中分化のもの(well/well/mod.)が1例であった。2)1997～2001に多発癌と診断された症例は61例で男女比46:15、平均年齢は63.6歳。その内詳細検討可能であった38例の内訳は同異時性比27:9で同・異時性癌が2例であった。2重癌は35例(同異時性比26:9)で3重癌は3例(同時性癌1例、同・異時性癌2例)であった。発生部位は2重癌で左右比23:12、3重癌では2:1であった。更にm癌合併2重癌は20例(同異時性比17:3)、m癌非合併は15例(同異時性比9:6)であった。病理組織は2重癌でwell/wellが16例(同異時性比13:3)、mod/mod.が7例(同異時性比3:4)、well/mod.が10例(同異時性比8:2)、muc./well、低分化(por.)/wellが各々1例ずつ(共に同時性)であった。3重癌では3例共にwell/well/wellであった。上記より、大腸癌の増加に伴い多発癌の増加傾向を認め、中でも異時性癌の比率の増加傾向を認めた。発生部位に関しては右側結腸癌を有する率の増加を認めた。組織学的には中分化腺癌合併率の増加を認めた。

同時性異時性多発癌の臨床病理学的検討

竹村 織江¹、池原 伸直¹、請川 淳一¹、工藤 由比¹、小林 泰俊¹、山村 冬彦¹、日高 英二¹、大塚 和朗¹、遠藤 俊吾¹、石田 文生¹、櫻田 博史¹、浜谷 茂治²、工藤 進英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部)

【目的】本邦において大腸癌の多発例はおよそ10%を占めるといわれる。今回我々は大腸多発癌の臨床病理学的特徴および背景因子を明らかにすることを目的に検討を行った。【方法】2001年4月より2007年9月までに当センターにおいて内視鏡的ないし外科的に切除された大腸癌1546症例のうち大腸多発癌108症例を対象として、年齢、性別、肉眼形態などについて単発癌1438症例と比較検討を行った。【成績】大腸癌症例のうち同時性多発癌症例は5.8%(89症例212病変)、異時性多発癌症例は1.2%(19症例49病変)であった。そのうち進行癌が占める割合は単発癌では37.8%(1438病変中544病変)、同時性多発癌では28.8%(212病変中61病変)、異時性多発癌では30.6%(49病変中15病変)であった。平均年齢は全体で64.1±11.9歳(単発癌63.8±12.0歳、同時性多発癌66.6±9.9歳、異時性多発癌では初回検査時70.4±9.1歳)であった。男女比は単発癌1.5:1、同時性多発癌2.7:1、異時性多発癌3.8:1と多発癌で男性に多い傾向があった。右側結腸と左側結腸に大別した場合、局在(右側:左側)は単発癌で0.42:1(432:1006病変)、同時性多発癌で0.59:1(79:133病変)、異時性多発癌で0.63:1(19:30病変)であった。進行癌を除く単発癌のうち陥凹型癌の占める割合が7.1%(890病変中63病変)であるのに対し、進行癌を除く同時性多発癌では12.0%(150病変中18病変)、異時性多発癌では14.7%(34病変中5病変)を陥凹型癌が占めていた。【結論】大腸癌、特に陥凹型癌を発見した際は、多発癌の可能性を念頭において他病変の有無について詳細に検索する必要があると考えられた。

大腸癌内視鏡摘除例における多重癌の検討

久部 高司¹、津田 純郎¹、別府 孝浩¹、長浜 孝¹、高木 靖寛¹、平井 郁仁¹、松井 敏幸¹、岩下 明徳²

(¹福岡大学筑紫病院消化器科、²福岡大学筑紫病院病理部)

【目的】大腸癌に多重癌の発生を認めることは広く知られているが、大腸癌内視鏡摘除例における多重癌の検討は少なく摘除後の適切なサーベイランスについてのコンセンサスは得られていない。今回、内視鏡的に摘除された早期大腸癌の臨床的特徴について考察した。【対象】1989～1997年の期間に福岡大学筑紫病院消化器科にて16514例の大腸内視鏡検査が施行された。このうち内視鏡的に摘除された大腸m癌および相対分類sm1癌で同時性多発癌を含む186症例202病変(男女比123:63、平均年齢63.1歳、内視鏡的形態Ip 63例・IsIsp 114例・IIa 21例・IIc 4例、病変部位 近位大腸(上行結腸、横行結腸)43例・遠位大腸(下行結腸、S状結腸)85例・直腸74例、深達度m癌177・sm1癌25、平均腫瘍径14.4mm)を対象とした。【検討項目】1.多発癌の発生頻度、発生部位、発生時期 2.重複がんの発生頻度、発生臓器、発生時期について検討した。さらに多発癌または重複がんのある群とない群に分け1.年齢 2.男女比 3.病変部位 4.深達度 5.腫瘍径について比較検討した。【成績】1. 多発癌は19症例(10.2%)38病変に認め、発生部位は近位大腸12例・遠位大腸12例・直腸14例だった。同時性多発癌は15症例(8.1%)、異時性多発癌は4症例(2.2%)で異時性多発癌の発生時期は平均91.5(35～118)ヶ月後だった。2. 重複がんは19症例(10.2%)に認め、発生臓器は胃8例・肝臓4例・食道2例・血液2例・肺、十二指腸、前立腺、膀胱はそれぞれ1例だった。同時性重複がんは11症例(5.9%)、異時性重複がんは8症例(4.3%)で異時性重複がんの発生時期は平均79.9(42～120)ヶ月後だった。3. 多発癌のある群とない群、および重複がんのある群とない群で年齢、男女比、病変部位、深達度、腫瘍径について比較検討を行ったが明らかな有意差はなかった。【結論】内視鏡的に摘除されたm癌・sm1癌であっても多発癌および重複がんは10%もの症例に認めた。異時性多発癌および異時性重複がんは追跡期間平均6年以降で認めており早期癌であっても内視鏡摘除後も5年以上の長期にわたる全身検索を含めた経過観察が必要であると考えられた。

異時性多発大腸癌の頻度と発生までの期間

山口 智弘、藤田 伸、小林 豊、山本 聖一郎、赤須 孝之、森谷 宜皓

(国立がんセンター中央病院)

【目的】大腸癌は、他の消化器癌に比較して、同時、異時を問わず多発する傾向がある癌である。異時性多発癌発生の頻度とその期間を明確にすることは、術後のフォローアップに有用であると考えられる。そこで異時性多発大腸癌の頻度と発生までの期間を孤発性大腸癌と遺伝性非ポリポーシス大腸癌 (HNPCC) とで検討し、比較することを目的とした。【方法】1980年から2005年までに、当院において治療をうけ、フォローされた孤発性大腸癌5515例とAmsterdam criteria IIを満たす、あるいは、MLH1、MSH2の生殖細胞系列変異を認めたHNPCC 37例で異時性多発大腸癌の頻度と発生までの期間についてそれぞれ検討した。【結果】異時性多発大腸癌の頻度は、孤発性大腸癌においては、88例、1.6%であったが、HNPCCにおいては、19例、51%であり、HNPCCにおいて有意に高率に異時性多発大腸癌が生じていた(Chi-square test, $p < 0.001$)。異時性多発癌発生期間の中央値は、孤発性大腸癌 5年(Mean: 7.4年、Range: 1-30)、HNPCC 7年(Mean: 7.6年、Range: 2-28)と中央値ではHNPCCでむしろ長い傾向が認められたが、平均値には差はなく、統計学的有意差も認められなかった (Median test ($p = 0.074$), Mann-Whitney U test ($p = 0.429$))。【結論】孤発性大腸癌の異時性大腸癌発生までの期間中央値は5年であった。HNPCCでは異時性多発大腸癌発生頻度は、孤発性大腸癌より有意に高いものの、異時性多発癌発生までの期間に差は認められなかった。

大腸多重がんの検討

八岡 利昌¹、赤木 究²、石窪 力³、浅香 晋一¹、西村 洋治¹、松信 哲朗¹、坂本 裕彦¹、田中 洋一¹

(¹埼玉県立がんセンター消化器外科、²埼玉県立がんセンター腫瘍診断・予防科、³埼玉県立がんセンター消化器内科)

【目的】大腸癌切除症例における多重がんについて検討した。【方法】1998年から2003年までの期間で大腸癌手術を行った症例における多重がん(重複がんおよび多発癌)について臨床病理学的に検討する。さらに大腸癌切除標本のマイクロサテライト不安定性(MSI)を解析しNCIのガイドラインに基づきMSI-H(high)/MSI-L(low)/microsatellitestable(MSS)に分類して、多重がんとの関連について検討した。【対象】切除症例598例を対象にした。手術時点・既往において、さらに術後フォロー・アップにおいて多重がんがみられたものは116例(19.3%)であり、内訳は重複がんが84例(14%)、大腸多発癌が45例(7.5%)であった。平均フォロー・アップ期間は56ヶ月である。【結果】異時性多重がんが69例、同時性多重がんは47例、同異時性多重がんは4例であった。同時性多発癌が24例(m癌22例、smとmp癌各1例)、異時性多発癌は19例(開腹手術症13例、初回術後EMR施行されたm癌6例)、同異時性多発癌2例であった。男性358例中多重がんは64例(17.8%)、女性240例の多重がんは52例(21.7%)にみられ、女性の頻度が高かった($P = 0.2941$)。初回手術の年齢は平均62.2歳であったが、多重がんでは平均66.9歳と高齢であり($P < 0.0001$)、年齢が高くなるにつれて多重がんが高率になった。重複がん84例の臓器は、消化器癌36例(胃癌25例、肝胆膵癌6例、食道癌4例)、乳癌14例(男性乳癌1例)、子宮癌9例、肺癌6例、泌尿器癌10例、頭頸部癌4例、血液悪性腫瘍5例であった。男性では消化器癌が55%、女性では乳癌と子宮癌が合わせて55%で半数を占めていた。右側結腸癌では多重がんが16.1%にみられ、左側結腸11.1%、直腸6.5%であり、結腸癌で多重がんの頻度が高かった($P < 0.001$)。Dukes Aでの多重がんは11.2%、Dukes Bは11.4%、Dukes Cは13.5%であり、Dukes Cでやや頻度が高かった($P = 0.1612$)。MSI-Hは40例(6.7%)、MSI-Lは45例(7.5%)、MSSは513例(85.8%)であった。MSI-Hの重複がん合併率は32%であり、MSS18%より高頻度であった($P < 0.001$)。癌家族歴陽性大腸癌の重複がん発生率は14.3%であり、家族歴陰性13.9%と差を認めなかった。MSI-H40例中19例はMLH1プロモーター領域メチル化を認めた。さらにgermline mutation解析が可能であった症例が23例あり、13例にMLH1・MSH2・MSH6のいずれかの遺伝子変異を認めた。これらに多重癌が多く認められたが、Amsterdam criteria II診断基準に合致する症例は少なかった。【結論】大腸癌においては高齢者ほど重複がんの頻度が上昇し、結腸癌は直腸癌よりも重複がんの合併が多かった。特に高齢者大腸癌の場合、男性では消化器癌を、女性では婦人科関連癌の重複を念頭においた術前スクリーニングや術後フォローが大切だと思われる。また、MSI陽性大腸癌は重複がんの頻度が高く、大腸癌術後のfollow upに役立つマーカーになりうると思われた。

大腸癌異時発生に関わるDNAメチル化異常の同定

神山 英範、鈴木 浩一、岡田 晋一郎、野田 弘志、高田 理、佐々木 純一、河村 裕、小西 文雄
(自治医科大学附属さいたま医療センター外科)

【目的】我が国における異時性大腸多発癌は大腸癌切除患者の3.5%に認められる。多発癌の発生においては、癌組織と同様に遺伝子異常に暴露された領域 (field cancerization) が発癌の母地として考えられており、内視鏡手術の普及により局所粘膜切除が進められると、今後異時性発癌の増加が懸念される。そこで大腸癌異時発生の危険性を予測するため、自然発生型多発大腸癌の癌、非癌組織のDNAメチル化異常をゲノム全域にわたり網羅的に捕捉し、異時性発癌のfield cancerizationに関わるDNAメチル化異常の同定を試みた。【方法】自然発生型同時性右側結腸多発癌2症例の癌部と背景粘膜、および右側結腸単発癌患者13例の癌部と背景粘膜を対象とした。多発癌症例1は74歳男性、上行結腸(A)および横行結腸(T)に深達度mpの高分化腺癌、症例2は64歳女性、盲腸に深達度sm、上行結腸に深達度mpの高分化腺癌で、症例1、2ともn0、M0でstage Iであった。対照ゲノムとして急性虫垂炎で回盲部切除された61歳男性の上行結腸正常粘膜を使用した。それぞれDNAを抽出し、単発癌のDNAは13例のDNAを混合して使用した。メチル化異常の検出にmethylation-sensitive-amplified fragment length polymorphism (MS-AFLP)法を応用したMS-AFLPマイクロアレイを用い、ゲノム全域の9654箇所すべてのNot I siteのメチル化異常を評価した。対照ゲノムに対するシグナル比が2倍以上をcut-off値とした。【結果】9654箇所のNot I siteのうちメチル化異常の頻度は背景粘膜では多発癌症例1が7.3%、症例2が7.4%、単発癌混合例では4.6%であった。一方癌部では多発癌症例1Aで11.8%、症例1Tで14.8%、症例2で13.6%、単発癌混合例で8.8%であった。多発癌症例は単発癌混合例に比べ背景粘膜、癌部いずれも有意にメチル化した領域が多かった ($p < 0.0001$)。また、癌部と背景粘膜のメチル化異常を比較すると、多発癌症例、単発癌混合例いずれも癌部が有意にメチル化した領域が多かった ($p < 0.0001$)。単発癌背景粘膜の混合例でメチル化異常を示さず、多発癌症例の背景粘膜で有意なメチル化異常を示した25箇所の領域を特定し、そのうち多発癌症例の癌部においても同様にメチル化異常を示した13の遺伝子を同定した。【結論】MS-AFLPマイクロアレイで特定した13遺伝子のメチル化異常は、多発癌症例の背景粘膜および癌部の双方で観察されているにもかかわらず、単発癌の背景粘膜でその変化が認められないことより、多発癌のfield cancerizationに関与している可能性が示唆される。今後これらの遺伝子発現を調べ、大腸癌異時発生の危険性を予測しうる因子となりうるか検討していく予定である。

多発大腸癌の臨床病理学的特徴とRevised Bethesda Guidelineの有用性の検討

坂本 琢¹、中島 健¹、松田 尚久¹、斎藤 豊¹、菅野 康吉²、吉田 輝彦²、森谷 宜皓³

(¹国立がんセンター中央病院内視鏡部、²同遺伝相談外来、³同大腸外科)

【目的】多発大腸癌ハイリスク患者として遺伝性非ポリポーシス大腸癌 (HNPCC) があるが、その拾い上げは十分でない。その向上を目的に米国よりRevised Bethesda Guideline (RBG) が示されたが日本では一般化はしていない。多発大腸癌の臨床病理学的特徴およびハイリスク患者抽出基準としてのRBGの有用性を検討する。【対象と方法】1968年より2003年までの当院大腸癌手術症例6073例を対象とした。家族性大腸腺腫症、肛門および虫垂癌、内分泌細胞癌は除外した。大腸多発癌手術症例を抽出し臨床病理学的特徴を検討した。また多発癌例において、初発癌時点での患者背景をRevised Bethesda Guidelineにより評価した。【結果】全手術症例5957例中、単発大腸癌症例数は5892例、多発癌は65例(1.1%)であった。年齢中央値は多発大腸癌症例の初発癌治療時67歳、単発癌症例59歳であった。病変の局在は、近位結腸の割合が初発癌では23.1%(15/65)、二次癌では61.5%(40/65)、単発群では21.4%(1,261/5,892)であり、二次癌が近位結腸で多く見られる傾向があった。進行度は、初発癌のDukes AB/CD比は1.7(41/24)、二次癌では1.2(36/29)、単発群は1.0(2,865/2,871)で明らかな差異はなかった。組織型は、未分化癌、粘液癌、印環細胞癌の割合が初発癌で8.2%(5/61)、二次癌で12.9%(8/62)、単発群で9.2%(487/5,306)で、大きな差異はなかった。二次癌の累積罹患率は初発癌年齢40歳以下3.1%(10/318)、41-50歳1.4%(12/852)、51歳以上0.9%(43/4774)であった。多発大腸癌例65例中、初発癌発症時にAmsterdam Criteria IIの該当例は6例(9.2%)であったが、31例(47.7%)でRBG基準を満たした。基準該当因子の内訳は同31例中14例(45.2%)が初発癌発症年齢(50歳以下)、15例(48.4%)がHNPCC関連腫瘍多重発生、4例(12.9%)が組織型、2例(6.5%)が家族歴であった(因子重複あり)。またRBG基準該当症例のうち4例でその後遺伝子検査が施行され、4例ともミスマッチ修復遺伝子異常を認めた。【結論】1)二次癌の局在は近位結腸に多く、術後も全大腸検索が必要である。2)RBGは、大腸多発癌の高リスクであるHNPCC患者でありながら、従来の臨床現場で見逃されていた患者の拾い上げに有効である可能性が示唆された。

68th
JSCCR

案内

プログラム

口演抄録

示説抄録

著者索引

当院における大腸の多重がん

額 瀬 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】 大腸の多重がんについて、大腸癌取扱い規約に従い、その実態を明らかにすることを目的とした。
【方法】 1995年から2000年に当院において大腸癌と診断し、院内がん登録された症例を対象（非切除例を含む、ポリポース症候群を除く）とし、大腸多発癌、重複癌について検索した。
【成績】 1995年から2000年の間に当院にて登録された大腸癌症例は544例であった。多重がんは68例12.5%であった。大腸多発癌は16例。重複がんは61例であった。多発・重複がんは9例認めた。同時性癌は18例、異時性癌は44例、同・異時性癌は6例であった。重複がんの臓器別での検討では胃癌35例（50.8%）、乳癌8例（13.1%）、膵臓癌4例（6.6%）、肺癌4例（6.6%）、子宮体癌3例（4.9%）、泌尿器癌3例（4.9%）、頭頸部癌2例（3.3%）、その他5例であった。
【結論】 当院では重複がんの約50%、多重がんの6.4%が胃癌と従来の報告より胃癌の頻度が高かった。また、大腸多重癌において異時性癌の頻度が高かった。

大腸多重癌症例の検討

岡 村 淳¹、井 上 弘¹、法 地 聡果¹、氏 家 秀 樹¹、光 山 晋 一¹、
武 田 崇 志¹、鈴 木 研 裕¹、岩 淵 敏 久¹、住 吉 辰 朗¹、嶋 田
元¹、大 東 誠 司¹、柵 瀬 信 太 郎¹、小 野 寺 久¹、鈴 木 高 祐²
(¹聖路加国際病院消化器センター外科、²聖路加国際病院病理診断科)

【目的と方法】 大腸多重癌の臨床疫学的解析を行った。対象は2003年9月から2007年9月までに、当科で手術した大腸癌481例であり、解析は電子チャートによる後方視的方法を用いた。
【結果】 大腸多発癌は46例（9.6%）、大腸重複癌は35例（7.3%）で、これらを合わせた大腸多重癌症例は68例（14.1%）であった。発生時期でみると、多発癌では同時性40例（8.3%）、異時性4例（0.8%）、同時異時性2例（0.4%）、重複癌では同時性20例（4.2%）、異時性10例（2.1%）、同時異時性5例（1.0%）であった。男女比は3.0であり男性に多かった。平均年齢は単発癌の66.0歳に対し、多重癌では69.2歳と高齢傾向であった。異時性多重癌の出現時期をみると、71%が術後5年以内に出現していたが、術後10年を越えて出現したものも23%と少なくなかった。重複癌の臓器別頻度としては、胃癌（40%）が最も高かったが、その他、泌尿器癌（34%）、乳癌（14%）などが高い傾向にあった。
【結語】 高齢化、診断技術の進歩による早期発見、治療成績の向上に伴い、多重癌は更なる発生率の増加が予測される。以上の傾向を念頭に置き、術前精査や術後経過観察を行っていく事が肝要である。

大腸多重癌（重複癌・多発癌）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、小泉 岐博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日本医科大学外科)

【目的】近年、大腸癌症例の増加や治療成績の向上に伴い多重癌（重複癌・多発癌）症例が増えてきている。今回、当院での大腸癌手術例における多重癌症例の特徴を明らかにすることを目的とした。【対象】2001年から2006年までに手術が施行された初回大腸癌手術症例667例を対象とした。【結果】結果-1(重複癌に関する検討)：他臓器重複癌症例は36例(5.4%)であった。このうち、同時性重複癌13例(36.1%)、異時性重複癌21例(58.3%)、同時性異時性重複癌2例(5.6%)であった。他臓器癌の発生部位は胃癌15例(39.5%)、肺癌・肝癌・膀胱癌・子宮癌各3例(各7.9%)、乳癌2例(5.3%)、膵癌・胆嚢癌・腎細胞癌・尿管癌・前立腺癌・卵巣癌・甲状腺癌・喉頭癌・副鼻腔悪性黒色腫各1例(各2.6%)と胃癌が全体の4割を占めた。発症時期別にみても胃癌(同時性：7例、異時性：8例)の頻度が最も高かった。結果-2(多発癌に関する検討)：大腸多発癌症例は69例(10.3%)であった。このうち、同時性多発癌61例(88.4%)、異時性多発癌(8.7%)、同時性異時性多発癌2例(2.9%)であった。組織学的深達度は同時性多発癌ではpM：37例、pSM：12例、pMP：3例、pSS：7例、pSE：2例、不明：2例、異時性多発癌ではpM：4例、pSM：2例、pSS：2例であり早期癌の割合に差はなかった(p=0.66)。結果-3(重複癌と多発癌の関連)：大腸多発癌を有する割合は他臓器重複癌症例の方が(36例中8例：22.2%)、重複癌を有さない症例(631例中61例：9.7%)に比べ有意に高かった(p=0.02)。第2癌の組織学的深達度は両群間に差はなかった(p=0.14)。他臓器重複癌症例で大腸多発癌を有していた8例の大腸病変の発症時期は同時性が7例、異時性が1例であった。【結語】他臓器重複癌症例における術前もしくは術後経過観察中の大腸検査では、大腸多発病変を念頭に置き検査を行う必要があると考えられた。

大腸多重癌例の検討

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、大湾 朝尚、久野 三朗、野崎 良一、辻 順行、高野 正博

(大腸肛門病センター高野病院)

【目的】大腸多重癌の臨床病理学的特徴を明らかにすること。【対象および方法】1983年～2006年における大腸癌症例3820例を対象とした。多重癌を295例(7.7%)に認め、(1)大腸多発癌186例(4.9%)、(2)重複癌122例(3.2%)の臨床病理学的特徴を単発癌症例、非重複癌症例と比較検討した。【結果】(1)多発癌は186例で、同時性136例、異時性45例、同・異時性5例であった。多発癌と重複癌の合併を13例に認めた。平均年齢は65.4歳、男:女=136:50であった。占拠部位は、右側結腸56例(29.6%)、左側結腸80例(43.6%)、直腸50例(26.8%)と右側の比率が多かった(単発癌では右側17.2%)。186例中、M癌症例が68例(36.3%)あり、多発癌個数は2個が167例、3個が14例、4個が5例であった。また179例中42例(23.5%)は早期癌の多発癌であった。5年生存率は78.9%であった。Dukes分類別の5年生存率はDukes A：91.0%、Dukes B：81.5%、Dukes Cでは50.0%であった。Dukes分類別で検討しても、単発癌症例との予後の差はなかった。(2)重複癌は122例で、同時性34例、異時性87例、同・異時性1例であった。男女比は59:63で、重複臓器は、男性では胃32例、前立腺8例、肺6例、腎5例、その他11例、女性では胃17例、子宮14例、乳腺10例、肺9例、その他14例であった(重複あり)。重複癌の臨床病理学的因子を非重複癌と比較すると、平均年齢が67.1歳と62.6歳で高く(p<0.001)、深達度MP以深が65.2%と55.2%で多く(p=0.018)、5年生存率が63.5%と75.0%で低い(p<0.001)、などの特徴があった。Dukes分類別の5年生存率もDukes A：71.8%、Dukes B：31.9%、Dukes C：60.8%とDukes A、Dukes Bにて不良であった。同時性と異時性の5年生存率を比較すると、同時性36.8%、異時性66.4%と、同時性のものが有意に低かった(p=0.017)。【結語】(1)多発癌は右側結腸に多く、早期癌との合併が多かった。予後は良好で、単発癌との差はなかった。(2)重複癌は胃が最も多く、次いで子宮、乳腺、前立腺が多かった。進行癌が多く、予後は不良であった。大腸癌における多臓器のスクリーニングが重要と思われた。

当院の大腸癌手術例における多発癌および重複癌の検討

新原 亨¹、政 幸一郎¹、鳥丸 博光¹、田代 光太郎¹、島岡 俊治¹、松田 彰郎¹、仁王 辰幸¹、西俣 嘉人¹、西俣 寛人¹、田中 貞夫²、末永 豊邦³

(¹南風病院消化器科、²南風病院病理科、³南風病院外科)

【目的】大腸癌における多発癌および重複癌の特徴を明らかにするために以下の検討を行った。【対象および方法】過去5年間に当院で外科的に切除した原発性大腸癌577症例のうちsm以深に浸潤した大腸浸潤癌522症例を対象に、大腸癌多発症例および多臓器癌の重複症例の割合・特徴を検討した。多発癌症例において、より深達度の深い病変あるいは深達度が同程度の場合は多きさの大きい病変を主病変とし、他を副病変とした。【成績】1) 多発癌症例は88例で多発率は16.9%であった。このうち、同時性81例、異時性5例、同時および異時性2例であった。主病変の深達度別では、smが12(13.6%)、mpが15(17.1%)、ssが3(3.4%)、seが57(64.8%)、siが1(1.1%)とseが多かった。ただ、主病変の深達度別の多発率は、smが13.8%、mpが23.4%、ssが12.0%、seが17.3%、siが10.0%とmpが高かった。副病変の数は、同時性83例中1病変が59、2病変が18、3病変が5、4病変が1で、異時性7例中1病変が5、3病変が2であった。副病変中で最も深達度が深い病変は、同時性83例中m 58(69.9%)、sm 13(15.7%)、mp 5(6.0%)、se 7(8.4%)で、異時性7例中m 5(71.4%)、sm 1(14.3%)、se 1(14.3%)といずれも深達度sm以深の割合は約30%であった。主病変の部位別ではCが3、Aが13、Tが11、Dが7、Sが3、Rが31であった。主病変の部位と副病変の部位との関係では、主病変が深部にあるほど副病変も深部にある比率が高かった。腺腫合併率は、全浸潤癌症例で522例中239例45.8%であったのに対し、多発癌症例では88例中54例61.4%と高率であった。2) 重複癌症例は、同時性23、異時性1、同時および異時性2の計26例(5.0%)であった。臓器別では胃癌18(69.2%)、食道癌3(11.5%)、胃癌および食道癌1(3.8%)、十二指腸癌2(7.7%)、膵癌1(3.8%)、肝癌1(3.8%)であった。最も多かった胃癌の組織型は、分化型16(84.2%)、未分化型3(15.8%)であった。主病変の深達度別ではsmが6(23.1%)、pmが3(11.5%)、ssが1(3.8%)、seが15(57.7%)、siが1(3.8%)であった。【結論】1) 多発癌症例は浸潤大腸癌全体の16.9%であった。腺腫合併率は、全浸潤癌症例で45.8%であったのに対し、多発癌症例では61.4%と高率であった。2) 重複癌症例は、全浸潤癌症例の5.0%であった。そのうち胃癌が約70%と最も多かった。

当科における大腸多重がん症例の検討

徳本 憲昭、豊田 和広、高橋 忠照

(独立行政法人国立病院機構東広島医療センター)

【はじめに】大腸癌症例が増加すると共に、他癌治療後の大腸癌症例や大腸癌治療既往のある大腸癌症例を経験することが増えてきている。当科で経験した多重がんを検討した。【対象・方法】2004年4月から2007年9月の期間、当科で経験した大腸癌手術症例205例(家族性大腸腺腫症の癌化例を除く)を対象とした。多重がんは48例(23.4%)に認め、このうち大腸多発癌は20例(9.8%)に認め、同時性15例(7.3%)、異時性5例(2.4%)であった。同・異時性症例は認めなかった。重複がんは32例(15.6%)に認め、同時性12例(5.9%)、異時性20例(9.8%)であった。4例は大腸多発癌を有する重複がん症例であった。非多発癌(単発癌)症例185例と多発癌症例、非重複がん症例173例と重複がん症例をそれぞれ比較検討した。【結果】多発癌症例の性別は男性13例(同時性11例、異時性2例)、女性7例(同時性4例、異時性3例)、単発癌症例は男性112例、女性73例であった。年齢の中央値は同時性、異時性、単発癌ともに70才で差を認めなかった。多発癌の病巣数は計41病巣でその占居部位は単発癌と比較しほぼ同様な分布を示した。重複がん症例の性別は男性22例(同時性9例、異時性13例)、女性10例(同時性3例、異時性7例)、非重複がん症例は男性103例、女性70例であった。年齢の中央値は重複がん73才、非重複がん69才と重複がんがやや高い傾向にあった。重複がん臓器は胃癌8例、肺癌5例、乳癌4例、子宮癌3例、前立腺癌3例などであった。重複がん症例で大腸多発癌症例は4例(12.5%)、非重複がん症例で大腸多発癌症例は16例(9.2%)であった。【結語】昨今の各種悪性疾患に対する診断技術および治療法の進歩に伴い大腸と多臓器との重複がんに遭遇する機会が増加している。また診断・治療法の進歩は大腸癌にも認め治療成績が向上すると共に、大腸多発癌を経験することも増えてきている。大腸癌、胃癌の術前検査において他臓器にも注意を払い、術後の経過観察中も常に重複がん、多発癌の発生を念頭に置くべきである。

当科における大腸同時性多重癌の臨床病理学的検討

佐々木 順平、鈴木 英之、菅 隼人、鶴田 宏之、松本 智司、秋谷 行宏、進士 誠一、松田 明久、寺西 宣央、田尻 孝
(日本医科大学外科)

【はじめに】2002年1月から2007年10月までに当科で経験した大腸の同時性多重癌に関して検討した。【対象・方法】当科における大腸癌手術症例は結腸癌と直腸癌合わせて680例であったが、このうち同時性多重癌は60例(8.8%)であり、これらの同時性多重癌症例の臨床病理学的特徴について大腸単発癌と比較検討した。【結果】同時性多発癌は45例(6.6%)、同時性重複癌は15例(2.2%)であった。多発癌のうち3病変が2例、5病変が1例あり、同時性多発重複癌は1例であった。1) 多重癌は男性49例、女性11例、平均年齢は男性で68.7歳、女性で71.6歳であり、単発癌と比べ男性に多く見られ、平均年齢では差が認められなかった。多発癌では男性37例、女性8例、平均年齢は男性で70.3歳、女性で75.8歳であり、重複癌では男性12例、女性3例、平均年齢は男性で69.4歳、女性で66.7歳であった。2) 多発癌第一癌の占拠部位は、盲腸：上行結腸：横行結腸：下行結腸：S状結腸：直腸で2：8：4：4：18：9であり、第二癌の占拠部位は、3：8：6：3：13：12であった。病巣の位置関係は同一区域15例、隣接区域14例、遠隔区域16例であった。また、重複癌の症例では胃癌合併が11例、腎癌合併が2例、前立腺癌合併が1例と子宮癌合併が1例であった。3) 多発癌第一癌の組織型は高分化腺癌が22例、中分化腺癌が19例、低分化腺癌が2例、粘液癌が2例であったのに対し、第二癌以下の組織型は高分化腺癌が28例、中分化腺癌が17例であった。また、重複癌症例の大腸の組織型は高分化が7件、中分化が5件であった。4) 多発癌第一癌の深達度は、m：sm：mp：ss(a)：se：si(ai)で1：4：11：18：9：2で、第二癌以下では11：14：9：7：3：0であった。また重複癌症例の大腸での深達度は同じく0：2：2：9：2：2であり、ss症例が比較的多いとの結果となった。5) 多重癌の病期分類はstageI：stageII：stageIIIa：stageIIIb：stageIVで11(18.3%)：18(33.3%)：15(25.0%)：11(18.3%)：4(0.6%)であり、同時期の単発癌と比べ有意差はみとめられなかった。【結語】大腸同時性多重癌は初回手術の8.8%に認められ、単発癌と比べて男性に多く認められたが、年齢、部位、組織型、病期分類に関しては有意差を認めなかった。また同時性重複癌の症例では胃癌合併が最も多かった。

大腸癌における多重癌の検討

小竹 優範、石黒 要、伴登 宏行、山田 哲司
(石川県立中央病院)

【目的】近年の著しい高齢化と各種悪性腫瘍の診断および治療法の進歩により多重癌症例は増加の傾向にある。今回、大腸癌手術症例と多重癌症例について臨床病理学的に検討をした。【対象】1994年1月～2005年12月までの当院にて大腸癌手術を施行した1134例を対象とし多重癌症例の頻度およびその臓器などについて検討した。【結果】全大腸癌手術症例1134例中、多重癌は144例(12.7%)で性別は男性94例(全男性症例中の14%)、女性50例(全女性症例中の10.6%)であった。全体の平均年齢は65.8歳(35歳～95歳)で男性は66.9歳で女性は65.2歳であった。内訳は同時性が63例(5.2%)で、男性41例、女性22例であった。異時性が88例(7.5%)で、男性58例、女性30例であった。大腸多発癌は45例で、同時性が31例、異時性が14例であった。性別は男性25例、女性20例であった。重複癌は103例で同時性が32例で異時性が71例であった。性別は男性72例、女性31例であった。重複癌臓器は、男性は胃癌45例、肺癌5例、腎癌5例、膀胱4例で、女性は胃癌11例、子宮癌5例、乳癌5例、肺癌3例、甲状腺癌3例であった。重複癌症例103例の大腸癌占拠部位は右側結腸33例(32%)、左側結腸が32例(31%)、直腸が38例(37%)であった。重複癌症例の組織型では、高分化型腺癌が43例、中分化型腺癌が47例、粘液癌が9例、低分化型腺癌が4例であった。同・異時性多発・重複癌は8例に認めた。【まとめ】これらの結果および考察について報告する。

当院における大腸多発癌・重複癌の検討

笠島 浩行、遠山 茂、向井 信貴、丸山 将輝、青柳 武史、
工藤 大輔、原 豊、吉田 淳、鈴木 伸作、倉内 宣明、木村
純

(市立函館病院消化器病センター外科)

【はじめに】生活の欧米化に伴い大腸癌は増加の一途を辿っている。また癌の診断・治療技術の向上によって初発癌に対する治療が奏効し延命できる症例が増えていると同時に、高齢者の増加により一個人が一生の間に複数の癌に罹患することが増えたために異時性癌、多臓器重複癌の症例も増加してきている。そこで今回、当院における大腸多重癌についてまとめた。【対象と方法】市立函館病院消化器病センター外科で1993年から2007年9月までに手術療法が施行された大腸癌症例のうち家族性大腸腺腫症癌化例を除く968例について大腸多重癌の頻度、重複癌の臓器について検討した。【結果】大腸多発癌は968例中62例(6.4%)で141病変。男性は570例中40例(7.0%)で93病変、女性は398例中100例(5.5%)で48病変であり、男性が多く頻度もやや高かった。同時性多発癌は43例98病変で、多発数は2病変が33例、3病変が7例、4病変が2例、5病変が1例。組織学的M癌は5例6病変であった。異時性多発癌は19例で、うち2例が同・異時性癌であった。異時性癌の初発からの経過期間は389日から4525日までの平均1242.4日(3.4年)であった。部位別ではSが34例と最多で、以下A：24例、Rs：18、T：17、Rb：15の順であった。大腸重複癌は95例(9.8%)で、男性57例、女性38例と男性に多く、同時性癌48例、異時性癌47例であった。重複臓器は男性では胃癌27例、肺癌5例、肝細胞癌5例、前立腺癌4例、腎癌4例、膵癌3例、膀胱癌2例、悪性リンパ腫2例であった。女性では胃癌12例、卵巣癌7例、乳癌4例、腎癌3例、膀胱癌2例、子宮癌2例、肺癌2例であった。いずれも胃癌が最多で、全体で41.1%と最も頻度が高かった。同時性癌は胃癌17例、卵巣癌6例、腎癌4例が多く、この3つの癌では腎癌1例を除く全例で大腸癌手術と同時に摘出術が行われていた。異時性癌では胃癌22例、乳癌4例、肺癌3例の順に多かった。多発・重複癌は6例(0.6%)で、重複臓器は胃癌3例、子宮癌、腎癌、乳癌各1例であった。5年生存率は大腸癌手術が組織学的に根治度Aであった症例のみで比較すると、同時性重複癌64.3%、異時性重複癌77.8%、同時性多発癌77.8%、異時性多発癌83.3%であり多発・重複癌のない症例の74.3%と比較して差を認めなかった。【考察】多発・重複癌は男性に多い傾向があった。異時性多発癌は初発から3.4年で発症していた。また重複癌で最も多いのは胃癌であり、上・下部内視鏡検査を定期的に行うことの重要性が示唆された。根治度Aの症例の5年生存率は多発・重複癌でも多発・重複のない症例と差を認めず、根治術が行えれば予後が期待できると考えられた。

大腸多重癌の臨床的特徴

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】大腸の多発癌および重複癌の臨床的特徴についてretrospectiveに検討した。

【対象と方法】当施設における1995年1月から2005年12月の連続した大腸癌手術症例561例を対象とした。多発癌の有無・部位・深達度・発症時期、重複癌の有無・重複臓器・発症時期を調べた。また背景因子として年齢、性、腫瘍占拠部位、Stage、根治度、生存期間、転帰を調べた。多発癌、重複癌の有無による予後、多発癌病巣の占拠部位および深達度、重複癌臓器について検討した。

【結果】大腸癌561例中多重癌を118例(21.0%)に認めた。M癌を含む多発癌を63例(11.2%)、重複癌を66例(11.8%)認めた。多発癌は同時性、術前異時性および術後異時性がそれぞれ38例、18例、11例で同時性が最も多かった。多発癌症例の全病巣の占拠部位を調べたところ、多発癌は非多発癌に比べ盲腸・上行結腸・横行結腸の頻度が高く(35.8% v.s. 23.1%, $P = 0.0012$)、直腸の頻度が低かった(25.9% v.s. 40.2%, $P = 0.0013$)。多発癌症例の全病巣の深達度を集計すると非多発癌に比べpM癌の頻度が高かった(31.1% v.s. 5.6%, $P < 0.0001$)。多発癌の有無による全生存率の差は認めなかった(M癌を含む多発癌; $P = 0.13$ 、M癌を含まない多発癌; $P = 0.97$)。重複癌は胃(4.8%)、肝(1.8%)、乳腺(0.9%)を筆頭に17臓器にみられた。重複癌群(5年生存率40.3%)では非重複癌群(5年生存率61.6%)より有意に全生存率が悪かったが($P = 0.0003$)、大腸癌特異的生存率は二群に有意差を認めなかった($P = 0.21$)。重複癌症例における死亡37例中19例で重複癌が死因であった。多変量解析で重複癌の有無は独立した予後因子であった($P < 0.0001$)。

【結語】多発癌症例の病巣は非多発癌と比べ盲腸から横行結腸に多く見られる特徴を有した。多発癌の頻度は11.2%と少なくないことから、大腸癌症例の多発病変サーベイランスの意義が示唆された。重複癌は独立した予後増悪因子であり、重複癌による死亡増加が原因と考えられた。重複癌は様々な臓器に認められ、最も多い胃癌においても重複頻度は4.8%、同時性重複頻度は2.3%であり、重複癌をサーベイランスすることによる予後改善効果は小さい可能性が示唆された。

大腸多重発症例の検討

難波 美津雄、小川 達哉、山田 豊、野村 泰宏
(佐野医師会病院外科)

【はじめに】大腸多発癌および他臓器重複癌症例を臨床病理学的に検討した。【対象】当科で経験した大腸癌356例のうち大腸多発癌を14例(3.9%)、他臓器重複癌を29例(8.1%)、計43例に認め、これらを検討対象とした。男性25例、女性17例、平均年齢73歳であった。臨床病理学的記載は大腸癌取り扱い規約第7版により、ポリポーシス症候群およびHNPCC症例は今回の検討にはなかった。累積生存率はKaplan-Meier法で求めた。【結果】多発癌症例14例のうち、同時性は6例でいずれも2病変であった。進行度のより進んだ部位は結腸癌3例、Rs癌1例、直腸癌3例でstageは1:2例、2:1例、3a:2例、3b:1例であった。第2癌は結腸癌4例、直腸癌2例で、深達度はm:4例、mp:2例であった。異時性多発癌で既往に大腸癌治療を受けた症例は4例であった。今回の部位はいずれも結腸癌でstageは1:2例、2:1例、4:1例で、既治療は平均168ヶ月前で結腸癌3例、直腸癌1例であった。また大腸癌治療後に再び大腸癌を発症した症例は3例で、結腸癌2例、Rs癌1例でstageはすべて2で、この平均31ヶ月後に第2癌を治療した。部位は結腸癌2例、直腸癌1例でstageは1:2例、2:1例であった。同時+異時性多発癌は1例で、T(stage3b)+S(stage3a)で、60ヶ月後にstage3の結腸癌を切除した。多発癌症例の累積5年生存率は83.9%で再発癌死を2例に認めた。他臓器重複癌症例は29例で同時性は8例であった。結腸癌6例、Rs癌1例、直腸癌1例で、stage0:3例、1:1例、2:2例、3a:2例であった。他臓器癌は胃5例、肝1例、膀胱1例、卵巣1例であった。他臓器癌先行は12例で、平均167ヶ月前に治療を受けていた。胃6例、乳癌3例、子宮、前立腺、白血病各1例で、大腸癌は結腸癌11例、Rs癌1例で、stage0:2例、1:1例、2:7例、3a:2例であった。大腸癌治療後に他臓器癌を発症した症例は9例であった。すべて結腸癌でstageは0:1例、1:1例、2:4例、3a:2例、3b:1例であった。他臓器癌は切除後平均57ヶ月で胃4例、肺2例、悪性リンパ腫1例、腎1例、副腎1例に発症した。他臓器癌重複例では2例に大腸癌死があったが予後は他臓器癌による例が多く、累積5年生存率は89.2%であった。【結語】大腸癌症例においては多発癌、他臓器重複癌を念頭においた精査、経過観察が必要である。

当院における大腸の多発重複癌の検討

藤 勇二、荒木 靖三、野明 俊裕、永江 隆明、中川 元典、
原田 昌和、岩谷 泰江、小篠 洋之、高野 正博
(大腸肛門病センターくるめ病院)

当院で大腸癌手術を施行した症例に対して重複癌および多発癌の頻度を検討したので報告する。2002年4月より2007年3月までの5年間に手術を施行した232例を検討した。対象の内訳は男性49.5% (115例)、女性50.5% (117例)で、平均年齢は66才(25-95才)であった。組織学的進行度別ではStageI; 27% (62例)、StageII; 32% (75例)、StageIIIa; 26% (60例)、StageIIIb; 6% (15例)、StageIV; 9% (20例)であった。そのうち、重複癌は6% (14例)に認められ、その内訳は胃癌が42.9% (6例)と最も多く、次いで乳癌21.4% (3例)、肺癌14.3% (2例)、肝癌7.1% (1例)、腎癌7.1% (1例)、子宮癌7.1% (1例)であった。また、胃癌については入院時胃内視鏡検査で発見された同時性胃癌が2例あった。当院での追跡が短いために、ほとんどの重複癌の第2次癌は当院で手術をした大腸癌であった。次に、多発癌が7% (18例)にあり、同時性癌は55.6% (10例)であり異時性癌が44.4% (8例)であった。異時性癌44.4% (8例)のうち87.5% (7例)が当院手術以前であり、そのうち71.4% (5例)が進行癌であった。同時性癌では70% (7例)がm癌、20% (2例)がsm癌、10% (1例)が進行癌であった。多発・重複癌は胃癌と同時性m癌の1例のみであった。また当院で術後大腸内視鏡検査を行った79例中の35例(44%)にadenoma切除が施行された。

異時性7多発大腸癌に原発性小腸癌を伴った多重癌の一例

斉藤 直康¹、小池 淳一¹、船橋 公彦¹、後藤 友彦¹、栗原 總元¹、白坂 健太郎¹、吉田 公彦¹、寺本 龍生¹、渋谷 和 俊²

(¹東邦大学医学部外科 (大森) 一般消化器外科、²東邦大学医学部病理学教室)

大腸癌は近年増加傾向であり、診断技術や治療法の進歩により多発癌や重複癌に遭遇する機会も増えてきた。今回われわれは、異時性7多発大腸癌に原発性小腸癌を併発した稀な多重癌を経験したので報告する。症例は64歳の男性。主訴は左下腹部腫瘍であった。既往歴は44歳で胃潰瘍にて幽門側胃切除術、46歳で癒着性腸閉塞にて回盲部切除術、53歳で直腸癌にて高位前方切除術(病理学的所見は中分化型腺癌、2型、mp、n0、ly0、v0)を施行されており、悪性疾患の家族歴は認めなかった。入院時現症としては、左下腹部に可動性不良、軽度圧痛を伴う鶏卵大の腫瘍を触知した。表在リンパ節の腫脹は認めなかった。血液生化学検査ではHbが9.9g/dlと貧血を認めた以外に異常は認めなかったが、血清CEA値は425.2ng/mlと異常高値を示した。術前の大腸内視鏡検査では、大腸に計4箇所の変を認め、生検ですべて腺癌と診断された。腹部CT検査では明らかな他臓器転移は認められなかった。2005年11月11日に手術を施行した。手術所見は、Tritze靱帯から15cm肛門側の空腸にも腫瘍を認めたため、大腸亜全摘術(D3郭清)と空腸部分切除術を施行した。肉眼的所見では上行結腸に2病変(2型、0型-1s)、横行結腸に3病変(2型)、下行結腸に2病変(2型)の7病変と小腸の1病変(2型)の計8病変を認めた。病理組織学的所見では大腸癌はいずれも腺癌で、小腸癌は深達度はssで、高分化型とムチン性の混合であった。またリンパ節転移は認めなかった。よってStage2の異時性多発大腸癌に原発性小腸癌を伴った多重癌と診断した。術後は補助化学療法として経口フッ化ピリミジン系薬剤にて外来フォローアップとなり、血清CEA値は正常化した。術後14ヶ月で再度上昇し(2007年1月10日 CEA:17.4)、やがて左浅頸部リンパ節に腫脹を認め、生検にて転移性腺癌と診断された。病理学的には粘液染色陽性ならびに免疫染色にて上皮性マーカーが陽性であった。さらにCK7(-)、CK20(+)から消化器系の腺癌が最も疑われたが、原発の大腸癌の組織像とは異なっており、小腸癌の転移の可能性が示された。また2007年2月28日のPET-CTで全身多発リンパ節転移が認められたため、全身化学療法導入となった。本邦における大腸癌と小腸癌(十二指腸癌を除く)の重複癌は、同時性、異時性を問わず1997年から2007年までの最近11年間での文献検索では本症例を含めて20例と稀であった。

当院における大腸多重がん104例の検討

太田 勝也、福永 睦、武元 浩新、清水 浩紀、大城 良太、龍田 眞行、古河 洋
(市立堺病院外科)

今回、我々は2000年1月1日から2005年12月31日の6年間に切除した大腸癌手術573例のうち、大腸多重がん104例について検討した。対象は大腸多発癌47例、重複癌50例、多発重複癌7例であった。年齢は50歳から85歳まで、平均69.5歳。男性67例、女性37例男女比は1.8:1であった。主腫瘍占拠部位としては、S状結腸と上行結腸に多く、深達度については70%がSS以深であった。多発癌47例の内訳は同時性が34例、異時性が11例、詳細不明が2例であった。また、異時性多発癌のほうが同時性よりも深達度が進んでいる傾向にあった。重複・多発重複癌症例57例の内訳は、同時性22例、異時性34例、詳細不明1例であり、部位別では胃癌と乳癌の頻度が高く、異時性に発生した頻度が多かった。3重複癌症例が2例存在した。家族歴を有する症例は43例(41.3%)、頻度は非対象(単発癌)症例469例においても212例(45.2%)と変わりはない。異時性/同時性症例、家族歴を有する症例/有さない症例の2点に関して予後比較をした。結果、両者とも有意差はなかった。また、以上の条件をさらに全例生存しているStageIおよび遠隔転移したStageIVとを省きStageIIまたはIIIa、IIIbの症例に絞り、再発性も視野に入れて予後比較したが有意差はなかった。

同時性重複癌における術前診断－PET/CTの有用性

百目木 泰^{1,2}、村上 康二²、椿 昌裕¹、藤田 昌紀¹、伊藤 友一¹、砂川 正勝¹

(¹獨協医科大学第一外科、²獨協医科大学PETセンター)

【背景】当院では2005年6月より大腸癌患者にFDG-PETを施行し術前進展度を評価している。今回、大腸癌術前患者に対しstaging目的のPET/CTを施行した際に指摘された重複癌を疑う症例についての正診率を求め、その有用性について検討したので報告する。【目的】大腸癌術前患者にFDG-PETを施行し、同時性重複癌の診断における有用性を検討すること。【方法】2005年10月から2007年10月までの期間、大腸癌と診断され術前にPET/CTを施行した患者で、結腸および直腸以外の部位に異常集積を認めた14症例が対象である。16列MDCTを搭載したPET/CT装置を用い撮影を行いWorkstation上で画像を作成した。【結果】男性6例、女性8例で平均年齢65歳であった。内訳は上行結腸癌5例、横行結腸癌2例、下行結腸癌2例、S状結腸癌3例、直腸癌2例であった。PET/CTで肺、甲状腺、乳腺、腎、皮膚のそれぞれ6例、5例、3例、1例、1例にFDGの異常集積が見られ重複癌が疑われた。組織学的に肺癌4例、甲状腺癌3例、乳腺2例、腎癌1例、皮膚悪性黒色腫1例（計11例）で同時性重複癌が検出され、組織学的正診率はそれぞれ67%、60%、67%、100%、100%であった。【結語】腺腫や炎症性肉芽腫、転移性腫瘍などの鑑別に注意を要するが、PET/CTは大腸癌術前患者の病期診断ならびに同時性重複癌の診断に有用であると思われる。

大腸癌における他臓器重複がんの同時性と異時性の比較検討

増田 隆明、藤 也寸志、青木 義朗、播本 憲史、埜本 純哉、池田 貯、大賀 丈史、足立 英輔、坂口 善久、岡村 健、西山 憲一、井野 彰浩、牛尾 恭輔

(九州がんセンター)

【背景】平均寿命の延長や診断技術の進歩などにより重複癌の増加が予想される。大腸癌をはじめとして重複癌の臨床的特徴についてこれまで多数の報告がなされてきたが、その同時性および異時性の比較についての報告は少ない。【目的】大腸癌における他臓器重複がんの同時性と異時性の比較を行い、その臨床的特徴を明らかにする。【対象と方法】1996年から2005年までの10年間に、当院にて手術を施行した初発大腸癌784症例より、Warrenらの基準に基づき重複癌症例を選別してその臨床的特徴を検討した。次にその重複癌症例を用いて、同時性と異時性の臨床因子における比較を行った。【結果】1) 784例中102例(13.0%)が重複癌であり、同時性、異時性それぞれ40例(39.2%)、62例(60.8%)であった。2) 前期5年と後期5年における重複癌発生頻度を比較すると、重複癌全体では差を認めなかったが、同時性に限定すると後期の方が高かった(前半3.7%、後半6.1%)。3) 重複癌104例の男女比は、男性62例(60.8%)、女性40例(39.2%)であった。4) 大腸癌組織型の内訳は、高分化腺癌45例(44.1%)、中分化腺癌45例(44.1%)、低分化腺癌他12例(11.8%)であった。5) 原発部位は、直腸42例(41.2%)、S状結腸31例(30.4%)、上行結腸および横行結腸それぞれ9例(8.8%)、回盲部7例(6.9%)、下行結腸4例(3.9%)であった。6) 重複部位は、胃癌34例(33.3%)、肺癌および乳癌それぞれ14例(13.7%)、前立腺癌12例(11.8%)、子宮癌7例(6.9%)、肝細胞癌6例(5.9%)、その他21例であった。3臓器以上の重複癌は12例(11.8%)であった。7) 同時性と異時性を比較すると、年齢、組織型、最終stage、重複部位に差を認めなかったが、統計学的に有意に異時性に女性が多かった($P < 0.01$, χ^2 検定)。8) 同時性と異時性の生存率に差を認めなかった(Kaplan-Meier法, logrank検定)。【結語】我々の検討において、重複癌は、頻度が13.0%で、男性に多く、重複部位として胃癌が最も多いとの結果であったが、これは従来の報告にほぼ一致する。また、異時性重複癌に女性が多いとの結果であったが、女性の癌罹患率の上昇および婦人科検診システムの発達が原因と考えられる。大腸癌術後には、消化管のみならず他臓器に対しても定期的癌検診を十分に指導する必要がある。

大腸癌 follow up中に発見された重複癌の検討

合田 良政、三宅 大、熊澤 慶吾、竹下 恵美子、齋藤 幸夫
(国立国際医療センター大腸肛門科)

【目的】当センターにて根治度Aの大腸癌手術施行され、follow up中に初めて診断された大腸癌先行の後発重複癌について検討した。【対象】1991から1996年の間に大腸癌手術を施行されたうち、m癌を除く症例で、3年以上のfollow up期間がある329例を対象とした。【結果】大腸癌follow upに際して、症例によって期間は異なるが、定期的な診察と腫瘍マーカーの測定、胸部レントゲン/CT、腹部超音波/CT、大腸内視鏡にてfollow upされており、重複癌を念頭においた検査は行われていなかった。後発重複癌症例は25例(7.6%)であった。その内訳は、胃癌および肺癌が8例と最も多く、肝癌・食道癌・乳癌が各3例、そのほか胆道系癌・前立腺癌・膀胱癌であった。単発重複癌は21例であり、2臓器以上の重複癌は4例であった。診断期間に関しては5年以内に診断された症例は17例であった。診断契機に関しては、重複臓器に関連した症状を認め、それを契機に診断された症例は14例(胃癌が7例と最多)、無症状でfollow upの一貫としての検査で診断された症例11例(肺癌8例と最多)であった。重複癌に対し、非切除を含む根治的治療が可能であった症例は14例(56%)あり、胃癌が6例・肺癌2例であった。予後は生存12例、大腸癌死が4例、他臓器癌死6例、他病死3例であった。【結語】大腸癌のfollow up中に発見された他臓器癌は、根治的治療施行率が充分でなく、定期的な通院中も健康診断などを受診するように指導するべきと考える。

大腸癌を含む重複癌の臨床病理学的検討

佐藤 美信、前田 耕太郎、花井 恒一、升森 宏次、小出 欣和、松岡 宏、勝野 秀穂、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
(藤田保健衛生大学下部消化管外科)

【目的】近年、高齢者の増加や各種癌に対する診断技術や治療成績の向上により、大腸癌に合併する多臓器癌を経験する機会が多くなったが、その取り扱いのコンセンサスは得られていない。本研究では他臓器癌を合併する大腸癌の臨床的特徴を明らかにすることを目的とした。【対象および方法】13年間に経験した他臓器癌を合併した原発性大腸癌71例(直腸癌25例、Rsを含む結腸癌46例)の臨床的特徴および治療成績について非重複癌1266例と比較し、さらに大腸癌後に発症した異時性癌を対象にその特徴と大腸癌術後フォローアップの異時性癌発見における意義について検討した。【成績】男性は非重複癌の60.3%(764例)に対し、重複癌では71.8%(51例)と多い傾向を認めた。大腸癌発見時の年齢は非重複癌の 62.8 ± 11.4 (mean \pm SD)歳に対し、重複癌では 67.2 ± 9.12 歳と有意に高齢であった。大腸癌の組織型は非重複癌の91.8%(1163例)が高分化または中分化腺癌であったのに対し、重複癌では84.5%(60例)と有意に低率であった。重複癌の遠隔転移率は8.5%(6例)、根治度A症例における再発率は18.0%(61例中11例)で、非重複癌の各々15.1%(191例)、13.2%(1036例中137例)と差を認めなかったが、転移形式では非重複癌の20.4%(39例)に腹膜播種を認めたのに対し、重複癌では66.7%(4例)と有意に高率であった。重複癌の再発臓器は63.6%(7例)が肝再発で、非重複癌の27.0%(37例)に比べて有意に高率である一方、局所再発は認めず、非重複癌の25.5%(35例)に比べて有意に低率であった。重複臓器は胃34例、肺6例、乳腺5例の順で、33例が同時性、38例が異時性であった。結腸癌では63.9%(23例)が異時性であったのに対し、直腸癌では42.9%(15例)と、直腸癌では結腸癌に比べて異時性癌の割合は少ない傾向を認めた。異時性癌の発生順は結腸癌では65.2%(15例)、直腸癌では46.7%(7例)で大腸癌が先行して発症した。大腸癌発症後、他臓器癌が診断されるまでの期間は66.7%(10例)が3年以内、86.7%(13例)が5年以内であった。大腸癌先行重複癌の発見動機は8例が症状、7例が大腸癌のフォローアップ検査であった。【結論】大腸癌を含む重複癌は胃癌の合併が多く、大腸癌術後5年間は他臓器癌にも配慮したフォローアップが望ましいと考えられた。また再発部位では肝再発に配慮したフォローアップを要すると考えられた。

大腸重複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、齋藤 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、大腸癌を含む各種癌に対する診断技術および治療成績の向上により重複癌に遭遇する機会が多い。今回私どもは大腸重複癌の臨床病理学的特徴を明らかにするために当科で経験した大腸重複癌を検討したので報告する。【対象】1984年9月から2007年9月までに教室で経験した大腸癌手術症例は1285例で、そのうち重複癌症例122例(9.5%)を対象に臨床病理学的に検討を加えた。【結果】大腸重複癌の大腸癌手術時の平均年齢は73.3歳で、重複癌を除いた大腸癌手術症例1173例の平均年齢67.4歳に比し、高齢であった。性比は男性75例(67.0%)、女性47例(33.0%)で、男性に多くみられた。重複癌症例の癌の個数の内訳は2重複癌が112例(91.8%)、3重複癌が9例(7.4%)、5重複癌が1例(0.8%)であった。2重複癌では同時性が75例、異時性が36例、同時性かつ異時性が1例、3重複癌では同時性が5例、異時性が2例、同時性かつ異時性が2例であった。異時性38例のうち大腸癌が先行した症例は17例、他臓器癌が先行した症例は21例であった。重複癌のみられた臓器の内訳は胃が59例(48.4%)と最も多く、次いで子宮が10例(8.8%)、以下乳腺、膀胱、腎などであった。大腸癌の臨床病理学的所見としては、占拠部位をみると結腸が92例(75.4%)、直腸が30例(24.6%)で、結腸ではS状結腸が40例(43.5%)、盲腸が14例(15.2%)の順であった。深達度はssが52例(42.6%)、seが33例(27.0%)と高度進行例が多く、組織型は中分化腺癌が70例(57.4%)、高分化腺癌が46例(37.7%)、低分化腺癌が6例(4.9%)であった。進行度はstageIが19例(15.6%)、stageIIが45例(36.9%)、stageIIIaが26例(21.3%)、stageIIIbが7例(5.7%)、stageIVが25例(20.5%)とstageIIが最も多く、根治手術が得られた症例においては予後は比較的良好で、大腸癌が死因となることは少なかった。【まとめ】大腸癌を診断した際には、重複癌を念頭においた術前検査に心掛けるとともに、術後も長期にわたって経過観察していくことが肝要である。また他臓器癌の術後においては便潜血検査による大腸癌の発見に努めることもまた重要である。

当科における大腸癌他臓器重複癌症例の臨床・病理学的検討

正木 忠彦、武井 宏一、佐藤 和典、植木 ひさよ、杉山 政則、跡見 裕
(杏林大学医学部外科)

【目的】大腸癌他臓器重複癌症例を臨床・病理学的検討に検討する。【対象・方法】過去10年間(1995年1月から2004年12月まで)の51例の病歴をretrospectiveに検討した。【結果】同期間の大腸癌症例852例中、大腸癌他臓器重複癌症例は51例(6.0%)に認めた。大腸癌他臓器重複癌55病変中、直腸19例(34.5%)、S状結腸20例(36.4%)、下行結腸1例(1.8%)、横行結腸9例(16.4%)、上行結腸6例(10.9%) (重複あり)で、癌家族歴陽性率は29%であった。大腸癌他臓器重複癌症例51例のうち同時性他臓器重複癌は29例、異時性他臓器重複癌は22例であった。同時性他臓器重複癌29例の年齢は46~76歳で男性18例、女性11例で、このうち手術に至った26例全例が術前のスクリーニング検査にて診断されていた。三臓器重複癌2例、二臓器重複癌27例で、更に重複癌臓器は胃25例、婦人科系臓器6例、肝臓1例(重複あり)で、平均観察期間4年5ヶ月間で、他病死したものが3例であり、生存例21例において根治度Aの手術を施行されたものが17例(81%)を占めていた。異時性他臓器重複癌22例の年齢は51~75歳で男性16例、女性6例で、三臓器重複癌2例、二臓器重複癌20例で、重複癌臓器では胃21例、子宮1例で、このうち大腸癌が先行したものは9例、平均観察期間4年8ヶ月間で、癌死したものは超進行大腸癌の1例、他病死したものの1例、生存例20例中、根治度Aの手術を施行されたものが15例(75%)を占めていた。【結語】大腸癌手術例において他臓器重複癌の存在を念頭に病歴の聴取、他臓器のスクリーニング検査を積極的に施行し、根治手術を行うことが肝要である。

大腸他臓器重複癌症例の検討

中村 寧、齊田 芳久、榎本 俊行、高林 一浩、金井 亮太、片桐 美和、長尾 さやか、長尾 二郎、炭山 嘉伸
(東邦大学医療センター大橋病院外科学第三講座)

【目的】1997年から2007年6月までの当教室で経験した原発性大腸癌初回手術症例963例のうち、他臓器癌重複例(重複群)を非重複例(非重複群)と比較検討した。重複癌、同時性・異時性の定義は大腸癌取扱い規約第7版に準じて分類した。【結果】963例中、重複癌は60例(6.2%)に認められた。同時性は19例(31.7%)、異時性は41例(68.3%)であった。異時性のうち他臓器癌先行は37例(90.2%)、大腸癌先行は4例(9.8%)であった。性別では重複群が男:女=33:27、非重複群で521:383であった。同時性では他臓器癌として胃癌が11例(57.9%)と最も多く、次いで食道癌、腎癌が2例であった。他臓器癌先行では第1癌としては胃癌が9例(24.3%)と最も多く、次いで乳癌8例(21.6%)、子宮癌6例(16.2%)であった。大腸癌先行では胃癌2例、卵巣癌、乳癌が各々1例ずつであった。重複群の腫瘍の占拠部位はS状結腸が19例(32%)と最も多く、次いで横行結腸12例(20%)、上行結腸9例(15%)であった。非重複群の腫瘍の占拠部位はS状結腸が265例(29.3%)と最も多く、次いで直腸Ra-Rb185例(20.5%)、上行結腸130例(14.4%)であった。大腸を右側大腸(虫垂から横行結腸)、左側大腸(下行結腸から肛門)に分け検討してみると、重複群では右側大腸45%、左側大腸55%に対し、非重複群では右側大腸32.7%、左側大腸67.3%で両群間に明かな有意差は認められなかった($p=0.076$)。大腸癌の病期、組織型は重複癌群・非重複癌群間に有意差は認められなかった。1997年から2002年6月までの症例の5年生存率を比較してみると両群間に明かな有意差は認められなかった。【考察】本邦の大腸癌患者における他臓器重複癌の発生頻度は約4~17%と報告されている。今回の検討では他臓器癌の診断が先行し、大腸癌が発見された症例が多かった。重複癌臓器では胃癌が最も多かったが、性別を分けてみると女性では27例中、乳癌9例、子宮癌6例と女性特有の癌の頻度が高く認められ、男性では胃癌の頻度がより高率に認められた。同時性胃癌の有病率は1.14%であった。これは検診における胃癌の発見率として報告される0.14%に比して高率であった。当科では大腸癌手術前には上部消化管検査もルーチンで行っている事も一因と考えられた。臨床病理学的因子では、性差、占拠部位、組織型、病期、5年生存率などいずれも非重複群と比較して明らかに有意な差は認められなかった。異時性重複癌で大腸癌先行症例数が少ない印象を認めたが、特に過去の手術症例になるほど術後のフォローアップが充分に出来ておらず、実際の大腸癌先行異時性重複癌の発生頻度はより高率であることが予想された。術後は紹介医や開業医への通院とする例も増加してきており電話や郵送による定期的な予後の確認手段を確立することが必要と考えられた。

大腸癌と他臓器重複癌の検討

橋爪 正、長谷部 達也、木村 憲央、坂本 義之、川嶋 啓明、小堀 宏康、柴崎 至、遠藤 正章
(青森市民病院外科)

【目的】大腸癌と他臓器悪性腫瘍の重複(以下、重複癌)に関する臨床的検討を行った。【対象】1986-2005年の大腸癌初回手術1998例を対象とするhistorical study。【結果】20年間の大腸癌手術のうち重複癌は215例(10.8%)に確認された。その内訳は同時性99例、異時性109例、同時異時性7例である。男女比は同時性7:3、異時性6:5、同時異時性5:2であった。重複癌の種類と頻度別の内訳は、同時性:早期胃癌37例、進行胃癌13例、肺癌8例、胆嚢癌7例、乳癌6例、腎癌6例、前立腺癌6例、肝癌4例、甲状腺癌3例、子宮癌2例、喉頭癌2例、膀胱癌2例、膵癌2例、膵癌2例、食道癌2例など、異時性:進行胃癌22例、早期胃癌20例、乳癌15例、子宮癌9例、前立腺癌8例、甲状腺癌7例、肺癌5例、喉頭癌4例、胆道癌4例、胆嚢癌3例、食道癌3例、肝癌2例、腎癌2例、悪性リンパ腫2例など、同時異時性:(同時性)胃癌2例、食道癌2例、胆嚢癌1例、甲状腺癌1例、乳癌1例、(異時性)乳癌2例、肺癌1例、舌癌1例、喉頭癌1例、腎癌1例、前立腺癌1例であった。男女別にみると胃癌、食道癌、喉頭癌、肺癌、肝癌、腎癌、膀胱癌は男性に多く、甲状腺癌、胆嚢癌、胆道癌は女性に多い。また、男性の泌尿器癌、女性の乳癌は最近目立って頻度が増加した。累積5年生存率は重複癌有り(n=215)73.6%、なし(n=1783)73.5%と全例では差がないが、治癒切除に限ると重複癌有り(n=180)83.1%、なし(n=1377)89.0%と重複癌が有意に予後不良であった。一方、重複癌の確認時期別の累積5年生存率は同時性(n=99)63.8%、異時性(n=109)82.9%と異時性重複癌が有意に良好であったが、治癒切除に限ると同時性(n=79)78.3%、異時性(n=96)87.2%と差を認めなかった。【結論】大腸癌の他臓器重複癌は10%を超える例で認められた。重複癌の男女別、年齢層別の発生頻度、重複癌の種類と進行程度および遠隔成績に特徴があり、これらを把握しサーベイランスにあたることが重要である。

本邦遺伝性非ポリポーシス大腸癌における多重癌の検討

田中屋 宏爾、竹内 仁司、中川 仁志、金澤 卓、村田 宏、荒田 尚、伊藤 充矢、重安 邦俊、竹原 清人、上田 大輔、三宅 啓
(国立病院機構岩国医療センター)

【背景】 遺伝性非ポリポーシス大腸癌 (HNPCC) はミスマッチ修復遺伝子の生殖細胞変異を原因とし、若年発がんや多重癌の多いことが臨床的特徴として挙げられている。診断にはアムステルダム基準Ⅱや遺伝子検査が用いられているが、アムステルダム基準Ⅱの感度は低く、この基準で拾い上げられる HNPCC は 13% のみとの報告もある (Hampel H. et al. N Engl J Med 2005)。そこで、大腸癌全体からアムステルダム基準Ⅱに合致した症例を除いて多重癌に関する検討をした場合には、多くの (Hampel H らの報告に基づく) と 8 割以上の HNPCC が混在することになる。また、HNPCC に対する一般外科医の認識は未だ十分とはいえず、本邦 HNPCC の多重癌に関して、不明な点も多く残されている。【方法】 1978 年 1 月～2007 年 10 月までに岩国医療センターで経験した HNPCC (アムステルダム基準Ⅱに合致、または遺伝子検査陽性) 計 15 家系のうち、米国人 1 家系を除く、14 家系の大腸癌自験例 32 名を対象とした。多重癌の臨床病理学的特徴についてレトロスペクティブに検討した。遺伝子検査は、大腸癌研究会 HNPCC の登録と遺伝子解析プロジェクト、東京大学医科学研究所ヒトゲノム解析センター、栃木県立がんセンターに行っていた。【結果】 大腸癌 32 名中、大腸多重癌：25 名 (78.1%)、大腸多発癌：18 名 (56.3%)、大腸重複癌：19 名 (59.4%) であった。大腸多発癌は、同時性：5 例 (15.6%)、異時性：17 例 (53.1%) [同時+異時 4 例] で、大腸異時性多発癌の発症間隔は、 12.0 ± 7.2 年であった。大腸重複癌の重複臓器は、胃：8 名、子宮体：5 名、乳：3 名、卵巣：2 名、脳・舌・喉頭・肝・胆・十二指腸：各 1 名であった。胃癌は 8 名中 4 名が多発胃癌であった。【まとめ】 本邦の HNPCC においては、大腸、胃、子宮体部などの関連がんが高頻度に発症するため、長期にわたる嚴重なサーベイランスが必要と考えられた。特に大腸癌、胃癌では多発癌も多く、条件によっては予防的手術も考慮すべきと考えられた。

食道癌、胃癌と大腸癌の発見率の検討

岸原 輝仁¹、石山 晃世志¹、文園 豊¹、小川 大志¹、浦上 尚之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、新井 正巳²
(¹ 癌研有明病院消化器センター、² 癌研有明病院家族性腫瘍センター)

【緒言】 胃癌と大腸癌の重複癌症例のミスマッチ修復蛋白発現異常を検討した結果、重複癌のうち約 10% の症例は大腸癌と胃癌に共通したミスマッチ修復蛋白の消失が生じ、このような症例では、第一癌の発症年齢は低いことが報告されている。(新井、2002)。【目的】 臨床の場において、食道癌・胃癌患者は、大腸癌のハイリスク因子となりうるかを検討した。【対象】 1：2001 年 1 月から 2007 年 3 月の 6 年間に癌研有明病院にて施行した大腸内視鏡検査 27,144 件のうち食道癌既往の患者 665 名、胃癌既往の患者 2,370 名を対象とした。2：2005 から 2007 年に大腸癌の手術 497 件中 a) 免疫組織化学 (hMSH2・hMLH1)、b) MSI (D2S123・D5S346・D17S250 など) 発現異常 (以下、ミスマッチ修復蛋白異常) が確認された 64 例を対象とした。【方法】 1：食道・胃癌既往の有無で大腸癌発見率を検討した。次に、食道癌・胃癌の既往のある患者を 60 歳未満、60 歳以上にわけ、大腸癌と Index lesion の発見率について検討した。更に、大腸癌と食道癌、胃癌の重複癌症例について大腸癌の発見時期について検討した。2：ミスマッチ修復蛋白異常の確認された大腸癌手術症例について家族歴を検討した。また、胃癌の重複癌症例については癌発見時期について検討した。【結果】 1：大腸癌発見率は食道癌の既往無し 5.2%、既往有り 11.6%。胃癌の既往無し 6.4%、既往有り 10.5% であり、食道癌、胃癌既往のある患者は大腸癌発見率は高率であった。食道、胃癌既往患者の大腸癌発見率は、食道癌：60 歳未満の大腸癌発見率は 10.3%、Index lesion 発見率は 17.6% であり、60 歳以上の大腸癌発見率は 13.4%、Index lesion 発見率は 28.2% であった。胃癌：60 歳未満の大腸癌発見率は 7.2%、Index lesion 発見率は 15.4% であり、60 歳以上の大腸癌発見率は 13.2%、Index lesion 発見率は 20.3% であり、共に発症年齢 60 歳未満より、60 歳以上が高率であった。食道癌既往患者の大腸癌発見時期については、60 歳未満では同時性 40%、異時性 60%、60 歳以上では同時性 66.7%、異時性 33.3% であった。胃癌既往患者の大腸癌発見時期については、60 歳未満では同時性 53.1%、異時性 46.9%、60 歳以上では同時性 67.4%、異時性 32.6% であった。2：大腸癌手術例のうちミスマッチ修復蛋白に異常があったものは 64 例 (12.9%) であった。そのうち家族歴のある者は 45 例 (70.3%)、ない者 17 例 (26.6%) であった。胃癌重複例は 8 例 (12.5%) であり、その平均年齢 59.9 歳であった。発見時期については同時性 5 例 (62.5%)、異時性 3 例 (37.5%) であった。【結論】 食道、ないし胃癌の重複癌例において大腸癌のリスクは年齢に関わらず高率であった。第一癌治療後の大腸癌スクリーニングの重要性が示唆された。

大腸癌術前における上部消化管内視鏡検査の意義

栗原 弘義¹、小林 望¹、石川 勉²、平原 美孝¹、山邊 裕一郎¹、吉田 慶之¹、山本 孝信¹、黒木 嘉典¹、関口 隆三¹
 (1) 栃木県立がんセンター、(2) 獨協医科大学放射線科)

【背景・目的】大腸癌の術前検査として、腫瘍性病変のスクリーニングを目的とした上部消化管内視鏡検査がルーチンに施行される傾向にある。大腸癌の同時性重複癌としては胃癌の頻度が最も高く、これまでに1.1%から5.6%との報告がなされている。今回、我々は同時性重複癌を前後1年以内に診断された癌とする定義に従い、当院における大腸癌の同時性重複癌の頻度を調査し、大腸癌術前における上部消化管内視鏡検査の意義について検討した。【対象・方法】2000年1月から2006年6月までの期間に、当院にて大腸内視鏡検査を施行され大腸癌と診断された675例のうち、大腸内視鏡検査前後1年以内に上部消化管内視鏡検査を施行された472例を対象としてレトロスペクティブに同時性重複癌(胃癌、食道癌)の有病率を調査した。なお、対象からは家族性大腸腺腫症は除外した。【成績】同時性胃癌の頻度は32例(進行胃癌14例、早期胃癌18例)6.8%、同時性食道癌は8例(進行食道癌5例、早期食道癌3例)1.7%であった。このうち1例は早期胃癌と早期食道癌を同時に持つ3重癌であった。同時性胃癌症例の平均年齢は69.3歳(49-91歳)であり、同時胃癌症例を除く対象全体の平均年齢64.8歳(26-89歳)に比べ高齢であった。男女比は対象全体では286/186(女性39.4%)であるのに対し、同時性胃癌症例では24/8(女性25%)で男性が多い傾向であった。大腸癌の占拠部位別にみると、対象全体に対する同時性胃癌症例の割合は、右側結腸癌(盲腸、上行結腸、横行結腸)154病変中14病変(9.1%)、左側結腸癌(下行結腸、S状結腸)214病変中18病変(8.4%)、直腸癌57病変中4病変(8.0%)であり、同時性胃癌症例に特異な占拠部位は示されなかった。【結論】食道癌を含めた有病者数は39例(8.3%)であり、大腸癌術前における上部消化管内視鏡検査の有用性が示唆された。

頭頸部癌・食道癌に重複する大腸腫瘍性病変の検討

石橋 龍之、鶴丸 大介、宇都宮 尚、松浦 秀司、入江 裕之、本田 浩
 (九州大学臨床放射線科学)

【目的】：頭頸部癌・食道癌患者に重複する大腸腫瘍性病変の頻度を明らかにし、頭頸部癌・食道癌の重複癌の検索における下部消化管スクリーニングの意義を考察する。【対象と方法】：2004年4月1日～2007年3月31日までの期間に当科にて上部消化管内視鏡を行った頭頸部癌・食道癌患者545例(舌癌109例、口腔癌68例、咽頭癌90例、喉頭癌60例、食道癌218例)を対象とした。このうち当科で下部消化管内視鏡もしくは逆行性注腸造影による下部消化管検査が施行された症例の大腸腫瘍性病変の発生頻度、肉眼形態、大きさ、治療、病理診断を検討した。【結果】：545例中197例に下部消化管検査が施行され、6mm以上10mm未満の病変が197例中26例(13.2%)に計40病変認められた。10mm以上の病変が197例中26例(13.2%)に計34病変認められた。このうち197例中9例(4.6%)が大腸癌と診断された。うち2例は大腸に2個の癌を同時に認めた。大腸癌に先行する癌の内訳は、食道癌6例(5例)、咽頭癌1例(0例)、舌癌2例(1例)であった(括弧内は同時性重複癌)。癌と診断された病変の肉眼形の内訳はIp：2病変、Isp：3病変、IIa+IIc：2病変、IIc：1病変、LST：2病変 2型：1病変であった。5病変は内視鏡的に治療され、4病変は外科的に切除された。先行する癌の治療状況から判断し2例は無治療にて経過観察された。治療が行われた9病変は全て高分化腺癌であった。10mm以上の良性隆起性病変は197例中20例(10.2%)に計24病変認められた。肉眼形はIp様：4病変、Isp様：14病変、Is様：4病変、LSTが2病変であった。24病変中12病変が内視鏡的に治療された。生検や内視鏡治療で組織が判明した13病変のうち管状腺腫が11病変、管状絨毛腺腫が2病変であった。【考察】：下部消化管検査を施行された頭頸部癌・食道癌197例中9例(4.6%)に大腸癌との重複が見られ、過去の頭頸部癌や食道癌の報告と比較して高い頻度で大腸重複癌が認められた。また197例中20例(10.2%)に10mm以上の良性隆起性病変が発見されたが、この頻度も健常者と比較すると高率と考えられた。以上の結果より、頭頸部癌・食道癌患者に大腸腫瘍性病変を重複する頻度は少なくないと考えられ、頭頸部癌・食道癌を発見した際には大腸病変も念頭においた全身検索の必要性が示唆された。しかし、今回の検討では下部消化管検査が施行されたのは全545例中197例(36.1%)のみであった。その中にはFDG-PET陽性や下血といった大腸病変を有する可能性の高い患者も含まれており、患者選択の偏りの原因となった可能性は考えられる。

前立腺・両肺・大腸に発生した5重複癌の経験

秋本 悦志、橋本 昌和、奥田 浩、加藤 清美、石崎 康代、
福田 敏勝、中原 雅浩、則行 敏生、倉西 文仁、黒田 義則
(JA尾道総合病院)

症例は60歳代、男性。既往歴は虫垂切除術。癌家族歴はみられない。現病歴：2004年11月PSA検診で18.2と高値を認め、当科泌尿器科の生検にてadenocarcinomaと診断。2006年4月に前立腺全摘術（well differentiated adenocarcinoma (pT2bN0M0 p-stageII)）を行った。術前検査での胸部X-Pで右肺野に異常陰影を認めたため、術後にCTを行った結果、異常陰影の増大認めたため2006年10月FDG-PETを施行した。FDG-PETで右肺S4、左肺S6、S状結腸に異常集積を指摘。CFを行った結果、早期S状結腸癌と診断したため、EMRを行いwell differentiated adenocarcinoma in tubulo-villous adenoma、sm3 ly0 v0を得た。そのためS状結腸癌の追加切除を行った。また、右肺腫瘍性病変に対しては右上葉切除を行ったが、術後の病理組織学的検索によりlarge cell neuroendocrine carcinoma (pT1N0M0 p-stageIA)とadenocarcinoma (pT1N0M0 p-stageIA)の多発癌を認めた。左肺S6の腫瘍性病変はCTにて増大傾向がみられたため、2007年6月左肺S6部分切除施行し、組織学的にSquamous cell carcinoma (pT1N0M0 p-stageIA)であった。癌家族歴のない、3臓器5重複癌を経験したので若干の考察を加え報告する。

3重複癌（直腸内分泌細胞癌・食道癌・肺癌）の1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：大腸における内分泌細胞癌は予後不良として知られ、最適な化学療法等多くの問題を抱えている。また、重複癌の同時手術例の報告も多いが、全て原発の3重複癌の同時手術例の報告はあまり多くない。今回、直腸内分泌細胞癌に食道癌、肺癌を併発し、同時手術を行った症例を経験したため、報告する。症例：63歳、男性。血便、食事時のつかえ感を主訴に平成19年1月末 近医受診し、当院紹介受診となった。精査の結果 直腸Rsに2型病変あり。Biopsyの結果、内分泌細胞癌と診断された。また、下部食道に扁平上皮癌、CTにて右肺上葉に腫留と巨大ブラを指摘されたが、腫留に対しては確定診断に至らなかった。平成19年3月 食道亜全摘、胃管再建、肺部分切除、直腸前方切除術を同日に行った。手術時間は10時間57分、出血量は500mlで無輸血であった。病理組織の結果は直腸は内分泌細胞癌で進達度は固有筋層まで、腸管傍リンパ節に転移を認め(2/4)、Stage IIIaとの結果であった。角化様構造、細胞間橋様構造を認めたことから、扁平上皮化生を伴っていると考えた。食道は2箇所原発扁平上皮癌を認め、リンパ節転移なく、Stage II、肺は中分化型腺癌であった。術後2週間目に肺のう胞よりair leak出現し、術後3週間目に肺のう胞閉鎖術を施行した。以後の経過は良好で退院し、現在外来経過観察中である。結語：直腸内分泌細胞癌に食道癌、肺癌を併発し、同日手術を行った1例を経験した。

当科における多発癌の臨床像

目片 英治、遠藤 善裕、清水 智治、龍田 健、中村 一郎、谷 徹

(滋賀医科大学外科学講座)

【はじめに】大腸はその解剖学的特性から多発癌の頻度が高いことが知られている。大腸内視鏡検査の普及や外科治療の成績向上によって大腸多発癌増加が認められている。今回我々は多発癌の臨床的特徴を検討した。【目的】大腸癌の多発癌について検討する【対象】1995年から2005年までの当科における大腸癌症例506例を対象とし、大腸多発癌(上皮内癌を除く)を抽出した。内訳は多発大腸癌26例同時性16例異時性8例同時性+異時性2例であった。同時性多発癌において進達度の深い順に第1癌、第2癌とした。異時性では最初に発見されたものを第1癌とした。【結果】多発癌の性別比、同時性で3:1、異時性で2:1で単発癌に比べ男性に多かった。平均年齢は同時性で67.6歳、異時性で64.1歳、単発癌で63.8歳であった。病理組織検査では同時性、異時性、単発癌の順に高分化腺癌が多い傾向にあった。同時性では進行癌+早期癌が、異時性では進行癌+進行癌が多く認められた。異時性多発癌は右側結腸に多く認められた。異時性多発癌の第2癌で進行癌が多く認められ、1~2年目と8~9年目の2つのビークを認めた。多発癌の予後について検討では両者に差は認めなかった。【まとめ】大腸癌症例においては多発癌を念頭に術前術後を通しての精査が重要と考えられた。進行癌においては術中下部内視鏡を含めた口側腸管の精査が重要と考えられた。

大腸多発癌の検討

藤井 眞、岩瀬 和裕、松田 宙、西川 和宏、島田 和典、広田 将司、和田 大樹、木村 亨、那須 賢花、田中 康博

(大阪府立急性期・総合医療センター)

【目的】大腸多発癌の臨床病理学的特徴を検討する。【対象】1994年から2006年の間に当科で手術を施行した大腸癌1409例のうち多発癌68例(4.8%)を対象とし、多発癌を同時性と異時性とに分けてその臨床病理学的因子について比較検討した。【結果】同時性多発癌は48例で、発症時年齢が44~86才(平均70.1才)、男性34例、女性16例と男性に多く、2多発癌が43例、3多発癌が5例であった。病変の占居部位は単発癌と差がなかった。単発癌と比べて、組織型(wel:60, mod:23, muc:4, por:3)、進行度(St0:4, St1:8, St2:19, St3a:11, St3b:4, St4:3)および予後(5生率:64.0%)において差は見られなかった。早期癌を随伴する症例が異時性多発癌に比べて多かった。異時性多発癌は20例で、初発時年齢は48~82才(平均69.0才)、男性14例、女性6例で2多発癌が18例、3多発癌、4多発癌がそれぞれ1例ずつであった。初回手術から2回目の手術までの期間は14~190ヶ月(中央値37ヶ月)であった。第1癌(T:3, D:1, S:5, RS:2, Ra:6, Rb:1, P:1)は左側大腸に多く、第2癌(C:1, A:5, T:9, Rb:3, P:1)は右側大腸に多かった。第1癌、第2癌ともに進行度(St0:2, St1:4, St2:7, St3a:2, St3b:1, St4:0/ St0:1, St1:3, St2:6, St3a:5, St3b:2, St4:1)および組織型(wel:8, mod:6, muc:1, por:0/wel:10, mod:5, muc:1, por:1)において単発癌と差はなかった。第2癌術後の予後(5生率50.7%)は単発癌(64.2%)と差がなかった。【まとめ】多発癌は同時性、異時性共に男性に多かった。同時性多発癌では早期癌を随伴する症例が多かった。異時性多発癌では第1癌が左側大腸に多く、第2癌は右側大腸に多かった。

大腸多発癌の検討

魚谷 貴洋、山田 正美、竹平 安則、影山 富士人、吉井 重人、本城 裕美子、高井 哲成、岩岡 泰志、寺井 智宏、渡邊 晋也、千田 剛士、鏡 卓馬、末廣 智之
(県西部浜松医療センター消化器科)

【目的】近年、診断技術の進歩と治療成績の向上により、多発癌や重複癌に遭遇する機会も少なくない。大腸多発癌は予後決定因子として重要で、術後のfollow up方法などに注意を要する。今回我々は、当院における大腸多発癌症例の特徴を検討した。【対象と方法】当院消化器科で診断した大腸癌症例は2237例(男性：女性＝1354：883、年齢15歳～97歳、平均年齢66.7歳)であった。この中で多発癌症例172例(男性：女性＝124：48、年齢29歳～86歳、平均年齢66.1歳)について検討した。【結果】大腸多発癌は同時癌118例252病変(68.1%)、異時癌49例100病変(27.0%)、同・異時癌5例18病変(4.9%)であった。肉眼型は、同時性多発癌で0型40.9%、2型42.5%、異時性多発癌1次癌で0型23.4%、2型38.3%、2次癌で0型29.8%、2型51.1%であった。病変部位は同時性多発癌で結腸：直腸＝60.7%：39.3%、異時性多発癌1次癌で結腸：直腸＝68.7%：31.3%、異時性多発癌2次癌で結腸：直腸＝79.2%：20.8%であった。病変の深達度はssが多く、同時性多発癌で31.7%、異時性多発癌1次癌で39.6%、異時性多発癌2次癌で31.3%であった。大腸多発癌の重複癌症例(25例)は胃癌(13例52.0%)、前立腺癌(3例12.0%)、子宮癌(3例12.0%)、肝細胞癌(3例12.0%)が多かった。一方、非多発癌の重複癌症例(215例)では胃癌(94例43.7%)、肺癌(25病変11.6%)、前立腺癌(24病変11.2%)、子宮癌(18病変8.4%)が多かった。多発癌の大腸腺腫の合併率(48.3%)は非多発癌の合併率(27.7%)と比較し高い傾向にあった。異時性多発癌症例は1次癌発症(男性：女性＝61.9歳：58.7歳)、2次癌発症(男性：女性＝70.4歳：68.4歳)であった。また異時性多発癌は1次癌発症後3年以内の2次癌症例が29.6%、3～5年の2次癌症例が13.0%、5年以上後の2次癌症例が57.4%であった。【結論】大腸多発癌の危険因子として腺腫の併存、胃癌の合併が考えられ、異時性2次癌の早期発見にはこうした因子を考慮した術後follow upが重要であると考えられた。また、異時性多発癌は5年以降の発症例も多く、継続的な経過観察が必要であると思われる。

同時多発大腸癌の検討

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、池田 篤、二村 好憲、松本 育子、三好 哲太郎
(千葉県がんセンター消化器外科)

【目的】同時性大腸多発がん症例の特徴を明らかにすること。【対象】1988年から2006年までに千葉県がんセンター消化器外科にて大腸癌と診断され、切除術を受けた1571例。FAP症例は除外した。【方法】主座、家族歴、組織型、病期、予後を単発性大腸癌症例と比較検討する。また、多発癌症例での腫瘍間距離と予後の関係を検討する。【結果】同時多発大腸癌症例は101例。癌病巣数は2病変が77例、3病変が15例、4病変が5例、7病変が1例で、早期癌＋早期癌が27例、進行癌＋早期癌が54例、進行癌＋進行癌が20例。多発癌ではより病期が進んでいるものを第1病変として検討した。第1病変の主座は101例中V：1% (単発例1470例中0.5%)、C：2% (6.3%)、A：17% (11.4%)、T：10% (8.2%)、D：8% (4.2%)、S：25% (28%)、RS：16% (13.6%)、Ra：18% (13.1%)、Rb：4% (3.6%)。第2病変はS：43.6%、D：11.9%に多かった。大腸癌家族数は多発例で平均0.20人(単発例：0.17人)、他癌家族数は多発例で平均0.76人(単発例：0.62人)、いずれも差を認めない。病期は多発癌でstage0：12%、stage1：25%、stage2：20%、stage3a：21%、stage3b：9%、stage4：13%で当院での単発例と比べて差はない。第1病変の組織型では多発癌では高、中分化腺癌：93%、低分化腺癌：3%、粘液癌：3%、印環細胞癌：1%と単発例と大差なかったが、第2病変の98%が高、中分化腺癌であった。5年生存率は多発癌の第1病変でstage0：90% (単発例96%)、stage1：87% (93%)、stage2：86% (83%)、stage3a：70% (78%)、stage3b：59% (56%)、stage4：0% (9%)で多発、単発での比較では差はなかった。多発例での検討で進行癌＋早期癌の第1病変がstage1の症例数：11例、進行癌＋早期癌中で20.4% (進行癌＋進行癌1例5.3%)、stage2：19例35.2% (1例5.3%)、stage3a：11例20.4% (8例42.1%)、stage3b：5例9.3% (4例21.1%)、stage4：8例14.8% (5例26.3%)と、進行癌＋進行癌の組み合わせで病期が進んでいる症例が多い。予後も進行癌＋早期癌の5年生存率は86%に対し、進行癌＋進行癌では43%であった。また、多発癌で進行癌を含む症例での腫瘍間距離が4cm内外で比較すると各病期で腫瘍間距離が4cm以内の症例で予後が悪い傾向にあったが、症例数が少なく有意差はなかった。【結論】同時多発大腸癌では進行癌同士の多発癌は病期が進んでいる症例が多く、また近接した多発大腸癌の予後が悪い傾向にある。

当院の大腸癌切除症例における多発癌の検討

西村 公男、濱田 円、後藤 正和、古北 由仁、斉坂 雄一、田中 公章、尾崎 和秀、渋谷 祐一、志摩 泰生、中村 敏夫、福井 康雄、西岡 豊、岡林 孝弘、谷木 利勝、堀見 忠司
(高知医療センター)

【目的】近年の大腸癌の増加に伴い、大腸多発癌も今後増加すると考えられている。当院の大腸癌切除症例における多発癌症例を占拠部位と術式の観点から検討した。【結果】当院では2005年3月の開院から2007年9月までに、470例の大腸癌切除手術を行った。単発癌443例(94.3%)、同時性多発癌24例(5.1%)、異時性多発癌3例(0.6%)であった。平均年齢は各々、67.5歳、69.0歳、71.7歳で有意差はなかった。男女比は232:211、16:8、3:0であった。単発癌の占拠部位は、直腸(R)が266例(60.0%)と最多で、次いで、S状結腸(S)99(22.3%)、上行結腸(A)64(14.4%)、横行結腸(T)33(7.4%)、盲腸(C)・虫垂(V)27(6.1%)、下行結腸(D)19(4.3%)であった。同時性多発癌は24症例55病変であった。Sに病変が存在したのは12症例(50%)であった。以下、R 11例(45.8%)、A 4例(16.7%)、T 4例(16.7%)、D 2例(8.3%)、C 1例(4.2%)であった。病変数では、S 18病変(32.7%)、R 17病変(30.9%)、A 9病変(16.4%)、T 6病変(10.9%)、C 2病変(3.6%)であり、単発癌に比べて右側結腸に多い傾向が見られた。同時性多発癌症例における最も離れた2病変の位置関係は、同一領域14例(58.3%)、隣接区域8例(33.3%)、遠隔領域2例(8.3%)、いずれもT-Sであった。同一領域ではRが6例で、隣接領域ではS-R5例で最多であった。これを反映して、術式は直腸低位前方切除が8例で最多であった。次いで、直腸前方切除、S状結腸切除、右半結腸切除、左反結腸切除各3例、横行結腸切除2例、回盲部切除1例、腹会陰式直腸切断術1例、ハルトマン手術1例であった。腹腔鏡手術が行われたのは6例(25%)であった。単発癌では443例中219例が腹腔鏡手術であり、多発癌では腹腔鏡手術が低頻度であった。異時性多発癌の3例の第2癌はいずれも1病変のみで、第1癌切除から第2癌発見までの期間は1年9か月、9年、18年であった。第1癌と第2癌の占拠部位の組み合わせは、DとT、RとD、RとSであり、術式は各々、横行結腸切除、ハルトマン手術、S状結腸切除術、D2郭清以上が施行された。【考察】同時性多発癌症例は、24例中22例(91.7%)が同一領域または隣接領域であり、これらは切除領域の長い一括切除が行われていた。遠隔領域に病変が存在した2症例はいずれもT-Sの組み合わせであり、1例は左半結腸切除が施行されていた。もう1例は腹腔鏡下S状結腸癌切除の約8ヶ月後に横行結腸癌が発見され、横行結腸癌が鏡視下に施行された。同時性多発癌は便宜的に切除腸管が長くなっており、郭清範囲を含めた適切な切除計画が望まれる。

当教室で手術を施行した同時性多発大腸癌症例の検討

杉本 起一、石山 隼、鶴岡 優子、山田 正樹、柳沼 行宏、武田 良平、五藤 倫敏、田中 真伸、仙石 博信、冨木 裕一、坂本 一博
(順天堂大学医学部下部消化管外科)

【目的】近年、本邦において大腸癌の罹患率は増加傾向にあり、その対策は重要である。今回我々は当教室で経験した同時性多発大腸癌について検討した。【対象】1997年1月から2006年12月までの10年間に当教室で大腸切除を施行した大腸癌症例1716例のうち、同時性多発大腸癌であった症例に関して性差、年齢、多発癌の総数、早期癌と進行癌の組み合わせ、病変の占拠部位、治療の内訳、手術術式について検討した。【結果】同時性多発大腸癌症例は75例であり、その発生頻度は4.4%であった。性別は男性56例、女性19例、平均年齢は67.8歳(30~89歳)であった。多発癌の個数は総数で2個の症例が59例、3個の症例が11例、4個の症例が2例、残りは5個、6個、9個の症例が各々1例ずつであった。早期癌、進行癌の組み合わせについては、早期癌と進行癌の両方を含むものが40症例(53.3%)と最も多く、次いですべて進行癌であったものが22例(29.3%)、全てが早期癌であったものが13例(17.3%)であった。病変の占拠部位に関しては、大腸癌取り扱い規約第7版の大腸の区分に準じて分けると、1領域に多発癌全てが存在したのは35症例(S状結腸20例、上行結腸5例、直腸Ra3例、直腸Rb2例、盲腸2例、下行結腸2例、横行結腸1例)、2領域に存在したのは38例、3領域に存在したのは、S状結腸、直腸Ra、Rbに存在した1例と上行結腸、横行結腸、下行結腸に存在した1例であった。治療の内訳は手術のみの施行となったものが62例、手術前後に内視鏡的切除術を施行したものは13例であった。手術術式の内訳は、S状結腸切除術13例、結腸右半切除術12例、低前方切除術10例、前方切除術8例、腹会陰式直腸切断術5例、結腸左半切除術5例、回盲部切除術2例、下行結腸部分切除術2例、横行結腸部分切除術1例、ハルトマン手術1例、骨盤内臓全摘1例、S状結腸切除術+結腸右半切除術5例、S状結腸切除術+低位前方切除術2例、S状結腸切除術+横行結腸部分切除術2例、結腸右半切除術+下行結腸部分切除術2例、残りは結腸左半切除術+前方切除術、結腸右半切除術+横行結腸部分切除術、横行結腸部分切除術+上行結腸部分切除術、低位前方切除術+下行結腸部分切除術が各々1例ずつであった。【結語】大腸癌の治療にあたる際には同時性多発癌の存在を念頭に置いた術前精査や術式の検討が必要と考えられる。

異時性大腸多発癌に対する鏡視下手術の検討

松本 直基、長谷川 洋、白子 隆志、坂本 英至、小松 俊一郎、久留宮 康浩、法水 信治、田畑 智丈、夏目 誠治、青葉 太郎、土屋 智敬、星野 伸晃、芳野 圭介、奥野 正隆 (名古屋第二赤十字病院外科)

【背景】近年、大腸癌に対する鏡視下手術が増加している。しかしながら、開腹手術と異なり、手術歴のある高度癒着症例においては鏡視下手術の遂行が困難なこともある。【目的】当施設で経験した異時性大腸多発癌のうち鏡視下手術症例を検討した。前回、鏡視下手術を施行した大腸多発癌症例に、再度鏡視下手術を選択する場合の適応、留意点を明らかにする事を目的とした。【方法】1994年から2007年まで当施設で経験した異時性大腸多発癌25例を対象とした。そのうち、鏡視下手術を施行した個々の症例において、年齢、性別、病変部位、病理組織学的所見を検討した。【結果】25例のうち、初回手術が鏡視下、二回目手術が鏡視下であったものは5例(20%) (うち開腹移行1例)であった。二回目手術は初回手術の影響が及ばない部位に病変が存在していた。(症例1:D,S-T 症例2:A-Rs 症例3:S-C 症例4:S-C 症例5:A-T (脾彎曲)、それぞれ初回手術-二回目手術) また、二回目手術時の病期分類は、stageIが1例、stageIIが2例、stageIIIAが2例であった。全症例を通じて、遺伝性非ポリポーシスなどの家族歴を持つ症例はなかった。【結論】鏡視下手術歴のある異時性大腸多発癌症例でも、前回の手術の影響が及んでいない部位の病変であれば、再度鏡視下手術が可能な症例もある。今後、さらなる症例の蓄積が必要であると思われる。

当科における大腸多発癌の臨床病理学的検討

野田 英児¹、前田 清¹、井上 透¹、埜村 真也¹、八代 正和¹、山田 靖哉¹、西口 幸雄²、大平 雅一¹、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消化器外科)

大腸は比較的、同時性、異時性に多発癌が生じやすいとされ、予後も良いため、異時性の多発癌に注意が必要とされる。今回、大腸多発癌の臨床病理学的特長を明らかにするため、当科で経験した多発癌症例について検討を行った。【対象】1997年から2001年の5年間に当科で手術を行った大腸癌症例、447例である。平均年齢は64.8歳(27-87)、男性264例、女性183例、結腸265例、直腸182例であった。多発癌は42例(9.4%)に認め、同時性19例(4.3%)、異時性23例(5.1%)であった。【結果】多発癌症例と非多発癌症例で臨床病理学的因子を比較した。年齢では、多発癌症例で平均66.4歳(44-87)、非多発癌症例で64.6歳(27-85)($p=0.27$)。以下同様に、男女比では2:1、1.4:1($p=0.29$)。最大腫瘍径は、5.3cm(0.5-8.0)、4.7cm(0.5-7.5)($p=0.11$)。組織型では、分化型39例、379例、低分化型3例、26例($p=0.99$)。リンパ節転移の有無では、N(-)は27例、264例、N(+)は14例、141例。リンパ管侵襲では、ly(-)は22例、165例、ly(+)は17例、231例($p=0.09$)。静脈侵襲では、v(-)は29例、340例、v(+)は10例、56例($p=0.063$)。病期の分布には有意な差はみられなかった。以上のように、臨床病理学的因子において、多発癌症例、非多発癌症例の両群間に有意な差は認められなかった。さらに、生存分析では、多発症例群の5年生存率は74.5%、非多発症例群では73.5%であり、有意差は認めなかった($p=0.989$)。同時性の多発群の5年生存率は81.5%、異時性の多発群では68.5%で非多発群との差はみとめず、同時性、異時性間の差も認めなかった。また、多発症例で2007年までに異時性の大腸癌が発生したものはS状結腸癌1例のみであり、非多発症例では盲腸癌1例、横行結腸癌2例の合計3例であった。【考察】異時性多発癌は約5.1%と高率に認められ、また、多発癌と非多発癌の間に臨床病理学的特長や生存率に差は認めず、いずれにおいても適切なサーベイランスが重要であると考えられた。

同時性 advanced neoplasia は異時性大腸癌の高危険群か？

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

【目的】 advanced adenoma は 10mm 以上の腺腫、villous component を有する病変、粘膜内癌のひとつ以上を満たす病変として定義され、浸潤癌を含めた advanced neoplasia (以下：AN) とともに大腸スクリーニングの標的的病変として欧米を中心に注目されている。今回、同時性 AN が異時性 AN、または異時性大腸癌の高危険群であるかどうかを検討した。【方法】 当教室で 2000 年以前に経験した初回大腸癌手術症例のうち、外科手術後 1 年以上経過観察され、かつ術後 2 回以上の大腸内視鏡検査 (以下 CS) が施行された 487 例を対象とした。根治度 C 症例、FAP、HNPC、colitic cancer、大腸全全摘例は除外した。従来からの同時性癌 (粘膜内癌を含む) と異時性癌の分類でも検討を加えている。同時性病変の定義は大腸癌取り扱い規約を厳格にし、初回外科手術標本あるいは術前 CS、または術前 CS で全大腸検査未施行例は術後 1 年以内の初回 CS で認められた病変とした。異時性病変の定義は、術後 1 年以上の期間に診断された病変とした。累積 5 年発生率については log rank test により比較検討した。【結果】 487 例の内訳は平均年齢 59.7 ± 10.9 歳、男女比 1:0.6 であった。同時性大腸癌 (腺腫や癌) を 235 例 (48%) に認め、そのうち同時性 AN を 76 例 (16%) に、同時性癌を 59 例 (12%) に認めた。同時性 AN 症例は 62.1 ± 8.5 歳、男女比 1:0.2 と有意に男性に多く (p=0.001)、同時性癌症例も平均 61.5 ± 9.2 歳で男女比 1:0.2 と有意に男性に多かった (p=0.001)。同時性癌の内訳は 2 重癌 42 例、3 重癌 14 例、4 重癌 3 例であり、深達度は m:51 病変、sm:22 病変、mp:2 病変、ss:4 病変であった。術後平均 2405 ± 1041 日の観察期間に平均 4.6 ± 2.0 回の CF が実施され、何らかの異時性大腸癌 (腺腫や癌) を 285 例 (59%) に認めた。異時性 AN は 42 例 (8.6%) に、異時性癌は 23 症例 (4.7%) に認められた。深達度は m:12 症例、sm:3 症例、mp:1 症例、ss:4 症例、se:3 症例であった。発生時期では術後 1-3 年：11 症例、3-5 年：4 症例、5-10 年:5 例、10 年以降：3 症例であった。同時性 AN の有無で異時性 AN の累積 5 年発生率を比較してみると、AN (+) 群 13.9%、AN (-) 群 5.7% (p=0.01) と有意な差を認めたが、異時性癌の累積 5 年発生率ではそれぞれ 5.7%、3% (p=0.44, NS) と差は認めなかった。同時性癌の有無で異時性 AN の累積 5 年発生率を比較すると、同時性癌 (+) 群 16%、同時性癌 (-) 群 5.7% (p=0.03) と有意差を認めたが、異時性癌の累積 5 年発生率ではそれぞれ 5.6%、3.1% (p=0.58, NS) と差は認めなかった。【結論】 advanced adenoma を含めた AN を高危険群として扱い術後サーベイランスを行う必要があると考えられた。

閉塞性および非閉塞性大腸癌における同時性多発大腸癌に関する比較検討

山口 貴也、稲次 直樹、吉川 周作、高村 寿雄、増田 勉、内田 秀樹、榎本 泰三、大野 隆、西脇 英敏、山岡 健太郎、稲垣 水美
(健生会奈良大腸肛門病センター)

【目的】 閉塞性および非閉塞性大腸癌における同時性多発大腸癌について検討する 【対象】 1997 年から 2006 年の 10 年間に行った同時性多発大腸癌手術症例 【結果】 同時性多発大腸癌手術症例は 68 例 161 病変で性別は男性 50 例、女性 18 例、年齢は男性 40 歳 ~ 87 歳 (中央値 68 歳)、女性 54 歳 ~ 91 歳 (中央値 71 歳) であった。手術適応となった病変を主病変、その他の病変を副病変とすると主病変は 68 病変で局在は C 4 例、A11 例、T6 例、D5 例、S13 例、RS10 例、Ra9 例、Rb10 例で、腫瘍径は 9mm ~ 100mm (中央値 40mm)、組織型は tub1 41 例、tub2 23 例、muc 4 例であった。術式は回盲部切除術 2 例、上行結腸部分切除術 3 例、右結腸切除術 2 例、結腸右半切除術 8 例、横行結腸部分切除術 5 例、結腸左半切除術 1 例、左結腸切除術 2 例、下行結腸部分切除術 4 例、S 状結腸切除術 6 例、前方切除術 12 例、低位前方切除術 13 例、超低位前方切除術 3 例、ハルトマン 2 例、腹会陰陰式直腸切断術 5 例であった。深達度は M 1 例、SM slight (以下 SM-s) 2 例、SM massive (以下 SM-m) 9 例、MP 14 例、SS 28 例、SE 8 例、SI 1 例、A 5 例、Stage は、0 : 1 例、I : 20 例、II : 24 例、IIIa : 15 例、IIIb : 3 例、IV : 5 例であった。副病変は 93 病変で、局在は V 1 病変、C 7 病変、A 14 病変、T 12 病変、D 7 病変、S 33 病変、RS 2 病変、Ra 13 病変、Rb 4 病変で、腫瘍径は 5mm ~ 60mm (中央値 17mm)、組織型は tub1 90 病変、tub2 3 病変であった。深達度は M 68 病変、SM-s 6 例、SM-m 10 例、MP 3 例、SS 6 例であった。多発形式は 2 多発 55 例、3 多発 9 例、4 多発 1 例、5 多発 2 例、10 多発 1 例であった。なお、いずれの症例も HNPPC の診断基準を満たすものはなかった。さらに、主病変が閉塞性大腸癌であったのは 19 例あり、性別は男性 13 例、女性 6 例、年齢は男性 中央値 64 歳、女性 中央値 71 歳であった。局在は C 2 例、A2 例、T3 例、D3 例、S4 例、RS2 例、Ra3 例で腫瘍径は中央値 60mm、組織型は tub1 10 例、tub2 7 例、muc 2 例であった。深達度は MP 1 例、SS 12 例、A 1 例、SE 4 例、SI 1 例、Stage は II 7 例、IIIa 8 例、IIIb 2 例、IV 2 例であった。また、術中内視鏡検査で副病変を発見できた症例が約半数であった。【まとめ】 当院での同時多発癌 (SM 以深) の発生率は 3.54% であった。また、閉塞性大腸癌に合併する同時多発癌の発生率は 11.1% であり有意に高率であると考えられた。同時性多発大腸癌症例においては男性に多く認められ、閉塞を伴う場合は腫瘍径、深達度、Stage において高度となる傾向を認めた。閉塞性大腸癌では同時性多発癌発生率が高いため口側腸管の検索が必要であり、その手段として術中内視鏡検査は有用であると考えられた。

同時性2多発大腸癌術後20年で発症した大腸癌の1例

岩館 学、左雨 元樹、隈元 謙介、長谷川 有史、中村 泉、大木 進司、竹之下 誠一

(福島県立医科大学外科学第2講座)

多発大腸癌で術後 follow をいつまで行うかについては現在正しい見解はない。今回我々は術後20年目に大腸癌の手術を施行した症例を経験したので報告する。61歳男性。1987年S状結腸癌、横行結腸癌でS状結腸切除術+D2、横行結腸部分切除術を施行された。術後診断はS状結腸はmp, n0, P0, H0 StageI、横行結腸はcarcinoma in adenoma, m, n0 StageIであった。1995年胃癌の診断にて胃全摘術施行された。術後診断はmp, n1, p0, H0 StageIIの診断であり、5Fu(100)2T内服の術後補助療法をおこなった。その後は経過観察をしていたが、2003年以降は外来通院をしていなかった。2007年6月左下腹部の腫瘍を自覚し来院。S状結腸に全周性の2型腫瘍を認め、biopsyではtub2であった。10月S状結腸切除術+D3を施行した。S, 2型, 65×60mm, pSE, pN1(1/14), sH0, cP0, cM0, fStageIIIaであった。現在術後補助療法で5Fu/LVをおこなっている。多発大腸癌の術後followに対しては、発症リスクが高いことを説明し、できるだけ長期のfollowが必要であると考えた。

空腸進行癌、空腸腺腫内癌を発症した異時性小腸多発癌・大腸多発癌の一例

刈部 豊彦^{1,2}、井上 雄志¹、中嶋 研一朗¹、市場 洋¹、小西洋之¹、山本 史歩¹、藤井 茂彦²、飯塚 文瑛¹、山本 雅一¹、藤盛 孝博²、白鳥 敬子¹

(¹東京女子医科大学消化器病センター、²獨協医科大学病理学(人体分子))

緒言：小腸癌、大腸多発癌の異時性多重癌に対する手術歴があり当センターにおいて経過観察中、貧血の進行を契機に、ダブルバルーン内視鏡検査(以下DBE)によって同定された異時性小腸多発癌の症例を経験した。これまでの小腸癌、大腸多発癌の経過を含めて報告する。症例：67歳男性。既往歴：十二指腸潰瘍。家族歴：祖母が胃癌にて死亡、母が胃癌にて死亡。経過：1993年(53歳)体重減少主訴に当院初診し、精査にてトライツ靱帯から80センチ肛門側に小腸腫瘍を認め、部分切除施行。中分化型腺癌、pSS,N0であった。1999年(60歳)大腸内視鏡検査にて下行結腸癌を認め、十二指腸腫瘍合併があり下行結腸切除、十二指腸楔状切除施行。下行結腸癌は高分化型腺癌、pMP,N0であり、十二指腸腫瘍は腺腫であった。2001年(62歳)大腸内視鏡検査にて上行結腸にIsポリープを認め内視鏡的摘除(以下EMR)施行。高分化型腺癌、pSM,Iy0,v0であった。2003年(64歳)、盲腸にIIaポリープを認めEMR施行。高分化型腺癌、pM,Iy0,v0であった。2001年以降、年1回上部内視鏡検査施行されているが、十二指腸潰瘍瘢痕の所見が続いていた。また小腸検索は1999年の小腸造影検査以降、施行されていなかった。今回2006年8月(67歳)血液検査上、ヘモグロビン濃度(以下Hb)10.7g/dl(2005年11月Hb13.8g/dl)と貧血の増悪を認め便潜血反応も陽性であったため消化管精査を行った。上部・下部消化管内視鏡検査を行ったが異常所見は認められなかった。さらにDBEを施行したところ、トライツ靱帯から約15cm肛門側にひだ集中を伴う隆起性病変を認めた。同病変からの生検結果はgroupIVと悪性腫瘍が疑われた。またトライツ靱帯から約30cm肛門側には全周性平坦病変を認め病変の一部に陥凹を認めた。同病変からの生検結果は腺腫であった。2006年12月7日小腸部分切除術を施行した。口側の病変は高分化型腺癌、pSS,Iy1,v0,N0であった。肛門側の病変は腺腫内癌、pM,Iy0,v0であった。術後経過良好でありHbも16.3g/dlと改善し現在外来経過観察中である。考察：本症例は小腸多発癌と大腸多発癌の多重癌でわれわれは異時性発癌を念頭においた消化管精査の重要性をこれまでに報告している。近年カプセル内視鏡、DBEなどの新しい検査機器の導入によって生検を含む小腸検索が可能となった。本症例においても異時性小腸多発癌の発見にDBEが有用であった。今後も異時性発癌を念頭においた経過観察が重要であると考えられた。

同時性大腸4多発癌の1例

目黒 英二、小林 慎、御供 真吾、秋山 有史、入野田 崇、早川 善郎、高金 明典
(函館五稜郭病院外科)

多発大腸癌は以前は進行癌症例が一般的であった。しかし大腸内視鏡検査が普及したことで同一症例でも内視鏡検査を複数回行うことなどにより多発大腸癌も早期癌として発見される機会も増加している。大腸多発癌の発生頻度は過去の文献においては2～13%である。そのため大腸は多発癌の発生しやすい臓器とも考えられる。今回、早期大腸癌2病変を含む4病変のある同時性大腸4多発癌の1例を経験した。症例は60台男性。家族歴に大腸を含めた遺伝的な要素は無し。血小板減少症にて開腹脾臓摘出術、C型肝炎、脳梗塞左片麻痺、難治性糖尿病の既往歴があり、近医にて貧血指摘され精査にてS状結腸腫瘍の診断にて当院紹介となった。当院入院後、諸精査にて(1)上行結腸に約2cmの1型の腫瘍、(2)S状結腸～下行結腸に約1cmの0-2a腫瘍、(3)S状結腸に約1cmの0-2a腫瘍、(4)直腸(Rs部)に直径約4cm大の1型腫瘍を認めた。術前下部消化管内視鏡下生検にて(1)tub1～tub2、(3)tub1、(4)tub1、の3カ所から癌の診断を得て、3ないし4重複癌の診断にて手術の方針となった。腹腔鏡下切除の方針にて開始した前回手術の影響で腹腔内の癒着が広範囲のため開腹にて手術(回盲部切除+結腸左半～高位前方切除術、2群郭清)を行った。病理所見では(1)A: 0-2c型、tub1、M、ly0、v0、(2)S: 0-2a型、tub1、M、ly0、v0、(3)S: 2型、tub2、MP、ly1、v1、(4)Rs: 2型、tub2、MP、ly1、v2、でありN0であった。術後は良好に経過し退院となった。術後4ヶ月現在補助療法無しで問題なく経過観察中である。

当院における大腸癌肝転移に対する肝切除の治療成績

綱島 亮¹、赤松 大樹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、入川 千恵¹、山田 裕¹、河村 拓史¹、竹山 廣志¹、仲原 正明¹、藤田 茂樹²、辻本 正彦²
(¹大阪警察病院外科、²大阪警察病院病理検査科)

【目的】大腸癌の肝転移に対する外科的切除について自験例の成績を検討した。【対象と方法】1989年から2005年までの当院における大腸癌肝転移例を調査対象とし、肝転移に対して肝切除を施行した87例(大腸癌54例、直腸癌33例)について検討した。観察期間は18日～6425日(中央値:921日)。年齢は26歳～81歳(中央値62歳)、性別は男性57例、女性30例であった。生存率はKaplan-Meier法で算出し、log-rank法で検定した。【結果】1)肝転移切除87例のうち肝転移の個数は1個が55例、2個が22例、3個が9例、5個が2例であった。肝両葉に転移を認める症例は29例、片葉は58例。区域切除以上の系統的肝切除を施行した症例は20例、部分切除・亜区域切除を施行した症例は67例であった。肝転移数が単発と2個以上の比較、3個以上と2個以下での比較ともに有意差を認めなかった(p=0.4786、p=0.1051)。転移が両葉と片葉、区域切除以上と部分切除・亜区域切除でも有意差を認めなかった(p=0.098、p=0.3436)。2)原発巣および肝転移巣の同時手術例は28例、異時性は59例であった。87例の全体の5年生存率は42.1%であった。同時性と異時性では同時性のほうが有意に予後が不良であった(p=0.0291)。3)肝転移以外の他臓器転移を認めた症例は7例(うち腹膜播種3例、肺転移2例、副腎転移1例、傍大動脈リンパ節転移1例)存在した。他臓器転移の有無によって有意差は認めなかった。肺転移2例はともに孤発性であり、肝切除とともに胸腔鏡下肺部分切除術を施行した。生存期間は35ヶ月、65ヶ月であり、共に癌死している。【結語】1)肝転移切除例では肝転移の個数、位置、切除の術式によって明らかな有意差は認められなかった。2)同時性手術症例では原発巣発見時に肝転移を有しており、異時性と比較して予後が不良である。3)肝肺転移同時手術例は症例数が少ないものの比較的予後が良好であり、切除によって予後の改善を期待できる可能性が示唆された。

当院における大腸癌肝転移症例に対する手術成績の検討

榎本 正統、勝又 健次、和田 建彦、森 康治、久田 将之、河北 英明、鈴木 障二、林田 康治、原 智徳
(東京医科大学外科学第三講座)

【目的と背景】

近年、大腸癌肝転移に対しては切除可能なものに対しては積極的に手術を行うべきであるというコンセンサスが形成されつつある。

しかし、根治的切除術ののち比較的早期の再発、転移を生じ不幸な転帰をとる症例も存在するのも事実であり、切除対象症例および術式の選択についてはさまざまな意見がある。

今回われわれは当院で過去に行った肝切除術症例について手術の適応および効果について検討したので報告する。

【方法】

1998年から2007年までの10年間に当院で施行した大腸癌肝転移に対する切除症例を対象とした。

それらに対し臨床的、病理学的各種因子について解析を行いそれらの関連性について検証した。

【成績】

検討症例は75例で、男性54例、女性21例、平均観察期間は873日であった。

同時性転移は49例、異時性転移は26例に認めた。

一次的に切除を行った症例は24例、二期的切除を行った症例は51例で初回切除術からの平均日数は754日であった。

51例に肝部分切除術が行われ、19例に系統的肝切除術が行われた。

術後再発率は33例(43%)で、肝再発を29例(38%)に、肺転移を22例(29%)に認めた。

5年生存率は41%であり、50%生存期間は約58ヶ月であった。

予後因子として転移个数、切除断端での癌組織の有無などがあげられた。

【結論】

非切除因子の無い症例に適切な切除術を行うことにより、予後の改善が期待された。

以上の結果を元に症例を追加し報告する。

大腸癌肝転移切除症例の治療成績

井上 透¹、前田 清¹、天野 良亮¹、野田 英児¹、山田 靖哉¹、八代 正和¹、西口 幸雄²、大平 雅一¹、平川 弘聖¹

(¹大阪市立大学大学院医学部腫瘍外科、²大阪市立総合医療センター)

【目的】

当科での大腸癌肝転移切除症例の臨床病理学的因子および術式、術後補助化学療法について解析し、その治療成績を検討した。【対象】1987年～2006年の間に当科で経験した大腸癌肝転移切除症例88例を対象とした。【結果】男性57例、女性31例、平均年齢は61.5歳、原発巣の部位は、直腸35例、結腸53例(盲腸：7例、上行結腸：27例、横行結腸：4例、下行結腸：6例、S状結腸27例)であり、組織型はtub1：33例、tub2：51例、muc2例であった。同時性肝転移は41例で、異時性転移は47症例であった。肝Grade分類ではGradeA：40例、GradeB：30例、GradeC：18例であった。術後補助化学療法は、経口フッ化ピリミジンが19例、TS-1が11例、FOLFOXが2例、肝動注が22例、施行しなかったものが27例であった。全症例の1年生存率は90.7%、3年生存率は60.2%、5年生存率は43%で生存中央値は51ヶ月であった。生存における分析において単変量解析では原発巣の壁進達度、肝腫瘍径(5cm未満)、H因子(第7版)、Grade分類で有意差を認めた。一方リンパ節転移の有無、組織型、遠隔転移の有無、時制では有意差を認めなかった。また部分切除と区域以上の切除とでは生存率には有意差はなく、肝動注療法も含めた術後補助化学療法の差異においても生存率に有意差は認めなかった。多変量解析の結果、Grade分類で有意差を認め(p=0.004)、予後規定因子と成りえた。Grade分類での5年生存率、MSTはそれぞれA：79.1%、116ヶ月、B：42.2%、44ヶ月、C：19.6%、31ヶ月であった。【結語】大腸癌肝転移に対して肝切除は唯一治癒の可能性がある治療法である。肝Grade分類は肝転移巣の大きさ、数、原発巣の進展度をパラメーターとして得られる指標であり、切除症例における予後因子としての有用性が示された。術後補助療法の差異による予後の違いは認めなかったが、今後は症例を増やしてさらに検討が必要であると考えられた。

大腸癌肝転移に対する外科治療

西岡 将規、近清 素也、宮谷 知彦、東島 潤、吉川 幸造、
 本田 純子、岩田 貴、栗田 信浩、島田 光生
 (徳島大学外科学)

【はじめに】大腸癌肝転移に対して治癒切除が可能な場合、肝切除が行われることが多いが、どの程度の肝転移までが肝切除の恩恵を受けるのかは未だ明らかではない。当科の大腸癌肝転移症例に対する治療方針は腫瘍個数にかかわらず切除可能と判断した場合、肝切除とともに積極的に焼灼療法も併用し肉眼的治癒を目標としている。今回、大腸癌肝転移症例に対する肝切除の妥当性と限界、ならびに焼灼療法併用の意義について検討した。【対象・方法】1994年1月から2006年6月までの大腸癌肝転移症例94例(同時性66例、異時性28例)を対象とした。肝切除群は57例で、そのうち治癒切除群(A群)が43例(H1:H2:H3=31:8:4)、肝切除+ablationで肉眼的に治癒し得た群(B群)が6例(H1:H2:H3=0:2:4)、非治癒切除群(C群)が8例(H1:H2:H3=3:1:4)であった。非切除群(D群)は37例(H1:H2:H3=4:7:26)(肝外転移合併例が17例)であった。上記4群に対しそれぞれの生存率を比較し、また臨床病理学的予後規定因子についても検討した。2006年6月以降に術前化学療法施行後に肝切除を行った6例についても検討した。【結果】AB群間の生存率に有意差を認めなかった(3生率:66.2% v.s. 55.6%)。またCD群間にも生存率に有意差を認めず、CD群ともに5年生存例を認めなかった(3生率:18.8% v.s. 6.7%)。またAB群ともにCD群と比較して有意に予後良好であった。治癒切除群43例の検討においては肝転移度(H)、術式、肝再発時期(同時性、異時性)など臨床病理学的因子において生存率に有意差を認めなかった。一方、治癒切除43例のうち20例(47.6%)に再発(肺転移10例、残肝再発9例、骨転移2例(重複あり))を認めた。術前化学療法施行後に肝切除を行った6例では術後合併症は認めなかったが、術前ICG15分値がやや高値であった。【結語】大腸癌肝転移に対する肝切除は治癒切除が施行できれば予後を改善しうる妥当な治療法でありH3症例であっても肝切除にablationを併施することで予後の改善が見込まれる。しかし非治癒切除症例では肝切除、または焼灼療法の有効性を認めず、また治癒切除症例でも42%に転移再発を認めた。現在は化学療法を併用する集学的治療を行っているが、化学療法による肝障害が問題となる可能性がある。

大腸癌同時性肝転移に対する一期的手術症例の検討

堤 敬文¹、和田 幸之²、永末 裕友¹、迫川 賢士¹、住吉 康史¹、江見 泰徳¹、高見 裕子²、才津 秀樹²、池尻 公二¹
 (¹国立病院機構九州医療センター消化器センター外科・臨床研究部、²国立病院機構九州医療センター肝臓病センター外科・臨床研究部)

【背景】大腸癌の肝転移に対する治療は原発巣と同様に外科的切除以外に根治的な治療法は無い。しかし病巣は単発のものから肝両葉に多発するものまであり、肝切除という単一の治療法のみでは対応に苦慮する事がある。当院ではマイクロ波を利用した凝固壊死療法(MCN)を肝切除とともに使い分ける治療戦略のもと外科的治療を施行している。また、MCNの効果は肝切除と同等と考えており、可能であれば一期的手術を基本としている。今回、当院における大腸癌同時性肝転移に対する一期的手術症例について、その臨床的特徴と治療成績について報告する。

【対象】1994年10月から2006年7月末までに当院で手術を施行した大腸癌1380症例のうち同時性肝転移を有し一期的手術(大腸癌手術+肝転移手術)を施行した66例。

【結果】男女比は38:28。平均年齢は62.8歳。原発巣の部位は盲腸4例、上行結腸4例、横行結腸7例、下行結腸2例、S状結腸24例、直腸25例。肝転移(H)はH1 35例、H2 28例、H3 3例。肝転移に対する治療は肝切除18例、肝切除+MCN 12例、MCN 36例であった。治療成績は肝切除単独治療例では1年生存率66.7%、3年生存率55.6%、肝切除+MCNは1年生存率91.7%、3年生存率61.1%、MCNは1年生存率79.2%、3年生存率44.4%であり、3治療間に有意差は見られなかった。

【結語】大腸癌肝転移に対する手術療法として、MCNは肝切除と同等の治療効果を有すると考えられ、肝転移巣の治療戦略として肝切除とMCNを使い分ける組み合わせる事で手術療法の適応を拡大出来ると考えられた。また、一期的手術により手術時間は延長するものの大きな合併症は見られないため、大腸癌同時性肝転移に対する集学的治療の一つとして一期的手術は有効であると考えられる。

大腸、直腸癌肝転移症例における肝切除症例の検討—47 症例—

牧野 孝俊、磯部 秀樹、平井 一郎、渡邊 利広、木村 理
(山形大学医学部器官機能統御学講座消化器・一般外科学分野)

目的：大腸、直腸癌において、20 - 30%の症例で肝転移が見られるとの報告もある。近年、肝切除術は確立され、より安全に行うことができるようになった。更に化学療法の併用により、大腸癌肝転移症例は長期予後を期待できるようになってきている。今回、我々は、大腸癌における肝転移症例に対し、肝切除を行った47例を検討し、そのリスク、有効性について検討した。対象と方法：1993年4月から2007年7月まで、当教室で結腸癌直腸癌肝転移に対し、肝切除をおこなった患者47人である。平均年齢は62.3歳。男36人、女11人であった。原発巣の部位別では、直腸癌が17人と最多であった。その他、S状結腸癌13人、上行結腸癌11人、横行結腸癌5人、下行結腸癌1人であった。検討項目は大腸癌肝転移切除例の5年生存率を以下の項目で検討した。肝転移巣は単発か多発であるか。片葉のみか両葉に及ぶ腫瘍であるか。同時性であったか異時性であったか。術前門脈塞栓術をおこなったかおこなわなかったか。術後化学療法の有無。5年生存率に関しては、Kaplan-Meier法で検定した。結果と考察：大腸癌肝転移巣に対する切除例では、5年生存率は45.4%であった。結腸癌と直腸癌で有意差は認めなかった。肝転移巣の個数であるが単発性が23例、2個以上の多発性が23例であった。単発性の肝転移は予後がよい傾向が見られたが、有意差はなかった。片葉のものが、28症例。両葉に及ぶものは18症例であった。片葉の転移と両葉の転移とで予後に差はなかった。同時性症例は22症例、異時性症例は24症例であった。一般的に同時性の肝転移症例は予後が悪いとされている。しかし、我々の検討でも、同時性肝転移症例は予後が悪い傾向が見られたが、有意差は認めなかった。そのため、当科では、肝転移を切除するまでの期間が重要と考え、積極的に同時手術を行っている。術前の門脈塞栓術は8例(17.3%)に施行していた。8例とも術死はなかった。術前に門脈塞栓術を行った症例で予後が悪いということはなく、当科では、肝切除の適応を増やし、さらに肝切除をより安全に行うという意味で、片葉の多発肝転移症例、肝門部への転移症例、下大静脈前面に位置する肝転移症例に対し門脈塞栓を積極的に行っている。術後化学療法は、33症例(71%)に行われていた。1990年代はUFT、5FUが多く、2000年よりIFL療法、2003年からFOLFOX4、FOLFIRIを行っている。今後、さらに、分子標的治療も加われば、手術適応外多発肝転移症例でも、化学療法を先行し、肝転移巣の縮小により、根治性を得られるならば手術を行うという症例が増えると考えられる。多発肝転移症例に対し、術後化学療法、門脈塞栓術、肝切除を組み合わせることにより、長期生存、根治を得られると考えられた。

肝門部胆管内腫瘍進展を伴う大腸癌肝転移症例に対する外科治療の限界

上原 圭介、柳野 正人、小田 高司、西尾 秀樹、江畑 智希、横山 幸浩、安部 哲也、伊神 剛
(名古屋大学大学院腫瘍外科)

【背景・目的】大腸癌肝転移では肉眼的胆管内腫瘍栓を形成する症例は珍しくない。その頻度は約12%とされており、比較的高分化な腫瘍が多く、根治切除ができればその予後は比較的良好とされている。しかしながら、腫瘍栓が肝門部胆管まで進展すれば、時に閉塞性黄疸を併発し、ドレナージなどの緊急処置が必要となる。進行すれば胆管炎あるいは肝不全をきたし悲惨な経過が予想されるため、早期の切除が望まれるが、根治切除達成には肝門部胆管癌に準じた胆管合併切除再建が必要不可欠となる。当科ではかかる症例に対しても詳細な術前診断に基づき、根治切除を目指した積極的な肝切除を行ってきた。今回、肝門部胆管内腫瘍進展を伴う大腸癌肝転移症例に対する胆道再建を伴う肝切除の治療成績を検討した。【対象・方法】1993年4月から2006年6月に当科で大腸癌肝転移に対し胆道再建を伴う肝切除が施行された6例を対象とし検討した。【結果】年齢の中央値は57歳、男女比は5:1であった。術前PTBD、PTPEはそれぞれ4例ずつに施行し、全例で尾葉切除を併施した。手術時間および出血量の中央値はそれぞれ652分、3696mlであった。1例が肝不全により在院死した。合併症(胆汁瘻、肝不全、術後出血、イレウス、胸水貯留など)は6例中5例(83%)で認めた。術後在院日数の中央値は44日であった。根治度はR0:R1が6:1であった。肝切除後の3年、5年の累積生存率は83.3%、62.5%であった。38歳、女性で胆管および門脈内腫瘍栓と十二指腸浸潤を認めた肝右葉巨大転移に対し、肝右3区域切除+肝外胆管切除+臍頭十二指腸切除+門脈・下大静脈合併切除再建+胆道再建を施行し、術後4年4ヶ月現在、無再発生存症例を供覧する。【結論】肝門部胆管内腫瘍進展を伴う大腸癌肝転移症例に対する胆道再建を伴う肝切除術は手術時間、出血量、合併症、術後在院期間などからみても侵襲が高く、リスクの大きい術式であるが、切除できれば長期生存の期待が持てるため、積極的な切除が望まれる。

当科における同時性肝転移の外科治療

出口 義雄、遠藤 俊吾、田中 淳一、春日井 尚、日高 英二、橋本 雅彦、齋藤 由理、辰川 貴志子、石田 文生、工藤 進英

(昭和大学横浜市北部病院消化器センター)

【目的】大腸癌肝転移に対する治療で、唯一根治が望めるのは外科的切除であるが、手術のタイミングなど controversial な点もある。また、2005年にFOLFOX療法が保険適応となつてから、切除不能として化学療法を行った後に切除可能となる例も増加してきている。そこで当科における同時性肝転移に対する治療について検討した。【対象と方法】2001年4月の開院から2006年12月までの大腸癌切除例910例のうち、肝転移を認めたものは198例(21.8%)で、このうち同時性は91例で、肺転移合併した25例を除いた66例を対象とした。肝切除の方針は、耐術可能で原発巣が根治的に切除されている場合、また肝外転移巣に関しても、制御可能ならば、肝切除の適応としている。微小転移を除外するために、肝転移巣が小さく、多発している場合は、二期的切除としている。また、術式は完全切除を目指し、系統的切除にこだわらず癌の露出がないように切除した。【結果】同時性肝転移のなかで治癒切除できたものは18例であった。原発巣は結腸癌10例、直腸癌8例。平均年齢67.4歳、男女比は11：7であった。二期的に肝切除を行ったものは10例で、転移個数平均2.4個、肝切除術までの期間は129日、待機期間中に新病変が出現した症例はなかった。一方、待機期間をおかずに原発巣と肝転移巣を同時切除した8例における、転移個数平均は1.3個であった。全体の術式は葉切除(3区域切除を含む)3例、区域切除4例、部分切除11例であった。また、多発肝転移で切除不能と診断し、FOLFOX(4～6コース)を行った症例は11例で、そのうち3例が切除可能となった。術後合併症として、胸水貯留と腹腔内膿瘍が1例に認めたが保存的に軽快し、化学療法に起因する合併症はなかった。2004年までの同時性肝転移症例の肝切除率は25.6%(11/43)に対し、2005年以降の切除率は30.4%(7/23)であった。【結語】切除不能例に対してFOLFOX療法を積極的に導入することで、肝切除率の向上を図っており、肝転移例の予後の改善が期待されると考える。

大腸癌同時性肝転移に対する外科治療の検討

森 義之、飯野 弥、三井 文彦、日向 理、岡本 廣拳、藤井 秀樹

(山梨大学医学部第一外科)

【目的】大腸癌同時性肝転移に対しては、H1、H2に対しては切除、H3は非切除の方針で治療してきた。切除群を再発形式から検討し、現在のmFOLFOX6療法と比較する。【対象】1987年から2006年までに当科で原発巣切除された同時性肝転移107例。H1が36例、H2が18例、H3が53例。【結果】H1で肝切除は27例。再発を認めたのは19例(70.4%)、無病期間(DFS)は415日、平均生存期間(OS)は657日、肝のみの再発が6例(31.6%)、DFS588日、OS788日、肝外再発が13例(68.4%)、DFS334日、OS597日。再発無しは8例(29.6%)、OS1800日。肝非切除は9例で他臓器転移を認めたためであった。肝非切除9例中、2例にmFOLFOX6を施行、OS340日で生存中、他7例のOSは282日。H2で肝切は7例。再発を認めたのは5例(71.4%)、OSは2225日。肝のみの再発が3例(60%)、OS632日、肝外再発が2例(40%)、OS2707日。再発無しは2例(28.6%)、OS4133日。肝非切除は11例でOSは298日。H3で肝切除は4例。全例再発。OSは794日。肝のみの再発1例(25%)、肝外再発が3例(75%)。肝非切除は49例。OS324日。肝転移のみは24例でOS394日。肝外転移ありは25例でOS255日。1st lineでmFOLFOX6施行したのは3例でOS457日継続中。全例中で1stか2nd lineでmFOLFOX6施行しているのは8例、OS418日。肝転移のみは3例でOS533日。肝外転移を伴うのは5例でOS348日。いずれも継続中。【考察】肝転移のみの症例には肝切除を施行した。無再発の症例の予後は良好だが、再発率は70%と高率であり、肝切除の約半数で肝外再発を認め、そのDFSは約420日であった。予後の向上には肝外を含む再発の制御が必要である。mFOLFOX6療法は現在進行中であるがその成績は良好であり、今後は、肝切除とmFOLFOX6療法の組み合わせ方法を検討することが治療成績の向上に必要であると考えた。

当科における大腸癌同時性肝転移症例の治療成績

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

【目的】大腸癌同時性肝転移症例の治療成績について検討した。【対象・方法】対象は、1996年から2005年までの10年間に同時性肝転移を認めた大腸癌切除症例で、明らかな他病死例を除いた89例である。全症例および肝切除術施行症例31例の治療成績について検討した。【結果】全症例の肝転移Grade別症例数、平均年齢および5年生存率は各H1:42例/65.6歳/28.0%、H2:18例/65.7歳/21.1%、H3:23例/58.6歳/0%で、H1・H2症例が有意に高齢であった。肝転移Gradeは原発巣の占居部位による差はなかった。肝転移に対する治療内容は無治療群8例、肝切除群(いずれも治癒切除)31例、その他(化学療法、肝動注、マイクロウェーブ)50例で、5年生存率は各0%、59.8%、6.7%であった。また、肝転移Grade別の肝切除術の有無では、各H1:有26例/57.0%、無16例/0%($p=0.0001$)、H2:4例/66.7%、20例/12.6%($p=0.0671$)、H3:1例/100%、22例/0%($p=0.2341$)で、H1症例では肝切除例の生存率が良好であった。肝切除例の術後肝再発は10例(32.3%)みられ、うち肝再切除を施行したのは5例(50%)であった。肝再切除後の5年生存率は80%(未施行例0%、 $p=0.0359$)で生存率は良好であった。肝切除術の有無と主な病理組織学的因子との関連をみると、肝転移Grade($p<0.0001$)、リンパ節転移($p<0.0001$)、リンパ管侵襲($p=0.0044$)、肝転移最大径($p=0.002$)が関連し、肝切除の可否を規定する因子と考えられた。肝切除例の予後因子は、壁深達度SS以下(5生率72.6%、 $p=0.0016$)、リンパ節転移(-)(5生率92.3%、 $p=0.0067$)、リンパ管侵襲(-)(5生率73.0%、 $p=0.0373$)で有意に予後良好であった。これら3因子のうち、リンパ節転移と相関するリンパ管侵襲を除く2因子で多変量解析すると、壁深達度SS以下($p=0.0011$)とリンパ節転移(-)($p=0.0010$)はともに独立した予後因子であった。【結語】当科における大腸癌同時性肝転移症例の治療成績を検討した。肝切除例の予後は良好で、肝切除術の可否を規定する因子は肝転移Grade、肝転移最大径および原発巣のリンパ節転移、リンパ管侵襲であった。肝切除後の予後因子は、原発巣の壁深達度とリンパ節転移であった。

大腸癌同時性・異時性肝転移症例の検討

諸原 浩二¹、保田 尚邦¹、天笠 秀俊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】当院における大腸癌同時性・異時性肝転移症例の臨床病理学的検討を行い、大腸癌肝転移の特徴ならびに治療効果を明らかにする。【対象】2003年から2005年までに当院で施行した大腸癌初回手術症例313例を対象とした。【結果】同時性肝転移症例は22例(7.0%)であり、H1は2例(9.1%)、H2は4例(18.2%)、H3は16例(72.7%)であった。GradeはAが0例、Bが1例(4.5%)、Cが20例(90.9%)、不明が1例(4.5%)であった。同時性肝転移症例のうち、肝転移巣に対し肝切除を施行した症例は1例(4.5%)、化学療法を施行した症例は11例(50%)、未治療が10例(45.5%)であり、切除症例1例のみが現在生存中である。同時性肝転移症例の1年生存率は27.3%であり、極めて予後不良であった。また、化学療法施行群の1年生存率は27.3%、非施行群の1年生存率は20%であり、両群間に有意差は認めなかった。異時性肝転移症例は22例(7.0%)であり、肝転移巣が出現する平均期間は1.15年であった。このうち、肝転移巣に対し初回治療に肝切除を施行した症例は5例(22.7%)、RFAを施行した症例は4例(18.2%)、化学療法を施行した症例は11例(50%)、未治療が2例(9.1%)であった。異時性肝転移症例22例中、現在生存しているのは11例(50%)であり、このうち4例(生存症例の44%)が初回治療として肝切除、3例(生存症例の27.3%)がRFAを施行されている。また、化学療法施行症例中1例がPRであり、2次治療としてRFAを施行されている。肝切除施行群、RFA施行群、化学療法施行群の2年生存率はそれぞれ80%、100%、54.5%であり、化学療法群と比較して肝切除施行群またはRFA施行群が予後良好な傾向にあったが、統計学的には有意差は認めなかった。肝切除またはRFA施行群、非施行群の2年生存率はそれぞれ80%、58.8%であり肝切除またはRFA施行群が有意に予後良好であった($p<0.05$)。【結語】同時性肝転移はH3症例が多いことから非切除症例が多く、極めて予後不良であった。異時性肝転移症例は可能な限り肝切除またはRFAを行うことで、予後の向上が期待できると考えられた。また、化学療法の進歩に伴い、肝切除やRFAが困難な症例が施行可能になる症例も現れるようになってきた。今後の更なる集学的治療の向上が望まれる。

腹膜転移を伴った大腸癌に対する治療

益子 博幸、近藤 征文、岡田 邦明、石津 寛之、秦 庸壮、田中 浩一、川村 秀樹、山上 英樹、横田 良一、本間 重紀、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】当科の大腸癌腹膜転移に対する治療方針はP1、P2症例では他に非治癒因子があっても腹膜転移を合併切除、P3症例では高度他臓器浸潤がないかぎり原発巣切除を行い、腹膜転移に対しては化学療法をおこなうことを基本方針としている。腹膜転移を伴う大腸癌について検討した。

【対象】1994年から2005年までに腹膜転移を伴った大腸癌67例を対象にした。

【結果】P1：11例、P2：26例、P3：30例であった。占居部位は結腸57例（RSを含む）、直腸10例である。組織型はtub1：13例、tub2：30例、por：13例、muc：11例であった。腹膜転移切除例は全体で31例（46.3%）であった。P1：11例（100%）、P2：19例（73.1%）、P3：1例（3.3%）で、P1・P2あわせて切除率は81.1%であった。腹膜転移切除個数は1から13個で、卵巣転移によるP2症例は4例であった。腹膜転移以外の遠隔転移併存例は35例（52.2%）で、P1：7例（63.6%）、P2：15例（57.7%）、P3：13例（43.3%）に他の遠隔転移を認めた。うちわけはP1が肝6例、肺2例、脳1例、リンパ節1例、P2は肝11例、肺5例、リンパ節4例、骨1例、P3は肝10例、肺5例、リンパ節1例、脾臓1例で、肝が27例で最も多かった。合併切除により根治度Bをえられた症例は16例（23.9%）と少なかった。P1：5例（45.5%）、P2：10例（38.5%）、P3：1例（3.3%）で、P1・P2あわせて40.5%である。根治度B症例のうち他の遠隔転移を認めた症例は5例で、No216リンパ節3例、肝1例、脾臓1例であった。5年生存例は卵巣転移によるP2の1例のみで、3年生存率はP1：37.5%、P2：26.9%、P3：6%である。P1・P2の3生率は30.1%で、P3と比べ有意に予後良好であった（ $p = 0.002$ ）。根治度別の3生率は、根治度B：61.7%、根治度C：7.3%で、有意に根治度Bの予後が良好であった（ $p < 0.0001$ ）。根治度Bの再発例は8例（50.0%）で、腹膜再発が5例で最も多かった。P3を除いた症例で3生率を比較すると腹膜転移切除例の3生率35.0%に対し非切除例の3年生存例はなく、有意差は認めないが腹膜転移切除例の予後が良好であった（ $p = 0.1305$ ）。

【結語】大腸癌腹膜転移のうち腹膜転移切除の対象となるP1・P2症例の切除率は81.1%であったが、他の遠隔転移を併存した症例が多く、根治度Bをえられた症例は40.5%で低かった。しかしP1・P2の腹膜転移切除例は有意差は認めないが非切除例と比べ予後良好で、可能な限り腹膜転移を合併切除することが望まれた。

大動脈周囲リンパ節転移陽性大腸癌症例に対する大動脈周囲リンパ節郭清

松澤 岳晃、飯合 恒夫、谷 達夫、丸山 聡、畠山 勝義
(新潟大学第一外科)

【背景】肝転移、肺転移、腹膜播種、遠隔リンパ節転移等を伴うStage IV大腸癌のうち肝転移および肺転移症例では原発巣切除のうえで転移巣切除、P1P2症例では原発巣とともに播種巣の完全切除を考慮するとされる。しかしその他の遠隔転移症例では、その切除に対する明確な治療効果は示されていない。【目的】大動脈周囲リンパ節転移（以下n4）陽性大腸癌症例に対する大動脈周囲リンパ節郭清（以下拡大郭清）の意義について検討する。【対象】n4に対して拡大郭清を行いR0となった11例（のべ13例）。【結果】対象症例の平均年齢は51.5才（30-74）、男：女=7:4、原発巣手術と同時拡大郭清は7例（その内1例はその後異時拡大郭清施行）。異時拡大郭清は4例（その内1例は再度拡大郭清施行）。平均手術時間490分（250-661）、平均出血量1726ml（180-5780）、平均n4郭清個数25.8個（3-96）、平均n4陽性個数7.7個（1-30）、術後平均入院期間49.8日（2-196）、無再発5年生存率27.3%（3例）、再発までの平均期間11.6ヵ月（3.6-27.6）、再発症例の術後生存期間16.4ヵ月（4.7-48.0）。重篤な合併症は腸閉塞4例、急性呼吸不全1例、乳糜腹水1例など61.5%（8/13例）。術死亡率7.7%（1/13例）。【結語】肉眼的完全切除が行えるならば、拡大郭清を施行することにより長期生存する症例がある。しかしながら、手術侵襲、術死亡率・有合併症率、長期生存症例以外は再発までの期間・術後生存期間が短いことなどを考慮すると、適応に際しては十分な検討が必要である。

大腸癌肝転移に対する外科治療

柴 浩明、小川 匡市、渡部 通章、衛藤 謙、小菅 誠、石山 哲、小田 晃弘、共田 光裕、山崎 一也、石田 祐一、柏木 秀幸、矢永 勝彦

(東京慈恵会医科大学外科学講座消化器外科)

【背景】当科における大腸癌肝転移に対する手術治療の適応基準は、2004年より積極的肝切除へと変遷した。

【目的】積極的肝切除の意義につき検討する。

【対象および方法】2004年1月1日から2006年12月31日までの大腸癌肝転移症例のうち、異時性または同時性転移に対して肝切除を施行した24例(A群)を対象とし、2003年以前の52例(B群)をコントロールとして、生存率、再発の有無を検討した。

各々の適応基準は全身状態良好で、

A群:肝切除後に肝不全が回避できる範囲内

B群:大腸癌取り扱い規約上のH1およびH2

いずれも、他臓器転移ならびに局所再発、大動脈周囲リンパ節転移症例は除外した。

【結果】1. 再発の有無：A群:18/24(75%)、B群:39/52(75%)で、両群間に有意差は認めなかった。2. MST(経過観察中のため参考値)：A群:525(0-1320)日、B群:810(60-3960)日で、両群間に有意差は認めなかった。

【結語】B群からA群への適応基準変更をしても、残肝再発率には差がないため、積極的肝切除による手術適応拡大は有効と判断されるが、残肝再発を制御する治療法の確立が必要である。

FOLFOX療法による大腸癌肝転移切除の治療戦略

藤田 秀人、西村 元一、舟木 洋、田島 秀浩、大西 一朗、木南 伸一、高村 博之、二宮 致、伏田 幸夫、谷 卓、藤村 隆、萱原 正都、太田 哲生

(金沢大学附属病院消化器・乳腺外科)

【目的】大腸癌肝転移に対しては手術療法が第一選択である。近年のFOLFOX・FOLFIRI療法といった大腸癌化学療法の進歩により、従来は切除不能と考えられた肝転移症例において化学療法後に切除可能となる症例を経験するようになった。また、術前あるいは術後化学療法による肝転移手術療法の治療成績向上が報告されている。現在当科においては、肝転移切除の周術期におけるFOLFOX療法導入を行っており、その治療成績について報告する。

【大腸癌肝転移の治療方針】残肝予備能から耐術可能と判断されれば、個数にかかわらず肝切除を第一選択とする。残肝予備能については、ICG R15・肝アシアロシンチグラフィ・肝ポリウムメトリーから評価を行っている。1. 切除不能例：FOLFOX (mFOLFOX6) 療法を1st lineの化学療法として4-6コース行い、再評価によって切除可能と判断されれば肝切除を施行。2. 切除可能例 (葉切除以上を要する多発転移症例)：術前FOLFOX療法を6コース施行した後に肝切除を行い、術後補助化学療法として6コースを追加して施行。3. 切除可能例：上記以外の症例では肝切除を行い、術後FOLFOX療法を補助化学療法として12コース施行。

【対象と方法】過去2年間に経験した遠隔転移が肝に限局した大腸癌18症例 (切除不能10例、切除可能8例) を対象とした。これらの症例における、治療内容、合併症・副作用、治療成績について検討した。

【成績】術前評価が切除不能10例においてFOLFOX療法の奏効率は60% (6/10) であり、うち2例が肝切除可能となった。切除可能8例のうち、3例には切除後に補助化学療法を施行、5例には術前化学療法が施行され奏効率は60% (3/5) であった。術前化学療法症例 (7例)：年齢は58-78歳で同時性6例、異時性1例。2例にGrade3の好中球減少を認め、3例では減量が必要だった。右葉切除予定の3例中2例には残肝予備能から術前PTPEを必要とした。全例に遺残なく肝切除が行われた。術後合併症として3例に胆汁瘻による横隔膜下膿瘍の発生をみたが、保存的に軽快した。PDであった1例に術後残肝再発を認めた。なお、術前化学療法後の背景肝には類洞拡張や脂肪変成などがみられ、2例では術前ICG R15は20%以上であった。術後補助化学療法例 (3例)：年齢は55-75歳で同時性1例、異時性2例。2例は減量なく12コースが施行可能で、1例は減量のうえ10コースが施行された。Grade3以上の副作用は認めなかった。

【結論】FOLFOX療法は大腸癌肝転移における周術期の化学療法として安全に施行可能であった。切除不能症例においては、切除による治癒の可能性をもたらす有効な治療法である一方で、切除可能症例に対する術前化学療法としての有効性については今後の症例の集積が必要であると考えられた。

術前化学療法を行い肝切除した大腸癌肝転移症例の検討

岩本 慈能、吉岡 和彦、向出 裕美、岡崎 智、中根 恭司
(関西医科大学枚方病院消化器外科)

【はじめに】大腸癌肝転移は切除により生存期間の延長のみならず治癒も期待できる。しかしながら、術式、適応症例、術前術後補助化学療法などコンセンサスの得られていないところも多い。今回、われわれは術前化学療法を施行した大腸癌肝転移症例を経験したので報告する。【患者背景】肝転移単独もしくは切除可能な原発巣を有する症例に対し全身化学療法を行い、効果判定後、9例に対し肝切除を行った。男性は7例、女性は2例で年齢の中央値は64(51-69)歳であった。肝転移GradeはC：4例、B：5例であった。術前化学療法としてJ-IFL 2例、mFOLFOX 7例が行われた。【結果】効果判定ではPR 7例、NC 2例であった。化学療法開始から切除までの期間は平均6.3ヶ月であった。抗腫瘍効果により9例中6例に肝転移Grade(大腸癌取り扱い規約)の低下を認めた。転移個数は5個(中央値1-10個)で術式は葉切除1例、区域切除2例、区域切除+部分切除6例で2例はMCTを追加した。手術時間は497分(中央値339-600分)、出血量は1800ml(中央値348-2500ml)であった。術後在院日数は13日(中央値10-18日)で今回の症例では大きな合併症は経験されなかった。術後病理組織検査によって画像上CRとなった1病変に癌細胞の存在が確認された。観察期間の中央値が約15ヶ月と短い9例中6例に残肝再発あり、無再発生存期間は4.6ヶ月(中央値)であった。【まとめ】海外では切除可能な肝転移症例に対する術前-術後補助化学療法の3相試験(EORTC40983)の結果が公表され切除可能であっても術前化学療法を行うことにより3年無再発生存率が向上することが報告されている。今回われわれは切除不能と判断された症例に対し奏効が得られたため切除を施行した。近年、大腸癌化学療法としてイリノテカン、オキザリプラチン併用化学療法が標準治療となっているがSinusoidal dilatation, steatosisなどの肝障害が生じることが知られている。また、画像上CRとなった病変の80%に癌細胞の遺残があることも知られておりCR病変の取り扱いなど今後検討すべきであると考えている。しかしながら、肝転移症例に対し術前化学療法を行い奏功すればDown Gradeが可能となり切除可能となれば治癒や生存期間の延長が期待できるが、GradeB,C症例では術前化学療法がOSの延長につながるかは不明であると考えている。

進行・再発大腸癌肝転移に対する治療戦略 —化学療法と手術のタイミング—

大垣 吉平¹、沖 英次¹、内山 秀昭²、武富 紹信¹、森田 勝¹、掛地 吉弘¹、楠本 哲也²、松浦 弘²、前原 喜彦¹
(¹九州大学消化器・総合外科、²済生会福岡総合病院外科)

【背景】我々の現在の進行・再発大腸癌肝転移に対する治療指針は肝転移巣が治癒切除可能であれば切除を第一選択とし、切除不能あるいは困難な症例はFOLFOXを中心とする全身化学療法を行い、腫瘍が縮小し切除可能となれば切除を行う方針としている。また転移巣の治癒切除後も状態が許す限り再発予防目的に全身化学療法を行っている。しかし、最近オキザリプラチンによる肝障害について少なからず報告されている。【目的】我々の現在の治療方針のもとでの、大腸癌肝転移症例の全身化学療法および肝転移切除症例の治療成績を検討した。また、前臨床試験として、肝硬度を測定するFibroscan®を用いて、肝障害の予測を試みた。

【対象】2006年4月以降の進行・再発大腸癌肝転移症例で切除不能あるいは困難と判断しFOLFOXを中心とする全身化学療法を導入した54例、大腸癌肝転移切除症例18例を対象とした。Fibroscan®による肝硬度の測定は、前臨床試験として5名に行ない、肋間操作で5回測定した平均値を肝硬度(liver stiffness measurement:LSM)とした。

【結果】全身化学療法の奏効率は約50%で、有害事象としては下痢などの消化器症状、血球減少が中心であるがGrade 3以上のものは約10%に認められた。進行・再発大腸癌肝転移症例で全身化学療法後PRが得られ肝転移巣治癒切除となった症例は7例(13%)であった。切除の内訳は葉切除2例、区域切除2例、亜区域切除3例、部分切除11例で、初回肝切除16例、2回目切除2例、3回目切除1例であった。大腸原発巣との同時切除は5例であった。肝切除後はFOLFOX療法を継続する方針としている。肝切除術後の重篤な合併症は特に認めず、2007年9月の時点で全例生存しており、1例に肺に再発を認め切除を行ったが経過良好である。Fibroscan®による肝硬度の測定を5症例に行ない、そのうち1名に化学療法後の持続的な肝硬度の上昇が認められた。この症例の手術後の病理所見では非癌部組織にsinusoidal dilatationが認められ、いわゆるオキザリプラチンによる肝障害であるblue liverの状態であった。Fibroscan®による肝硬度とICG 15分値は相関した。

【まとめ】大腸癌肝転移に対する治療の第一選択は切除であるが、切除不能あるいは困難と判断された症例に対しては全身化学療法を行い、肝転移巣が縮小し、治癒切除可能となる症例も認められる。積極的に全身化学療法を導入する必要がある、1~2ヶ月毎の丁寧な経過観察が必要である。また、FOLFOX療法による肝障害の程度をFibroscan®により予測できる可能性も示唆された。

再発大腸癌の外科治療 (FOLFOX、FOLFIRI 後)

田中 荘一、梅北 信孝、野田 和雅、那須 啓一
(都立墨東病院外科)

【目的】 転移性大腸癌に対する FOLFOX または FOLFIRI 療法には予後改善効果が示されている。これら抗癌剤治療の導入は再発大腸癌の外科治療にも変化を生み出しているかもしれない。上記抗癌剤治療後に手術を施行した大腸癌症例をレトロスペクティブに解析し、症例の特徴を調査した。【対象】 FOLFOX または FOLFIRI 治療導入後に手術を施行した 12 例。【調査項目】 抗癌剤治療開始時の腫瘍の状態、術前診断と FDG-PET の所見、抗癌剤の抗腫瘍効果、開腹所見、周術期合併症。【結果】 FOLFOX は全例に投与され、投与回数は 2～12 回 (中央値 8 回)。FOLFIRI は 3 例に投与されていた。抗癌剤治療開始時の癌の状態または治療開始の理由は、1) 再発癌術後の後療法 2 例、2) 再発部位の特定できない腫瘍マーカーの上昇 4 例、3) 新出の再発病変または前治療による腫瘍の増大 6 例で、抗腫瘍効果は PR2 例、NC3 例、PD7 例であった。術前診断は 1) 肝転移 4 例、2) 腹膜播種 6 例、3) リンパ節再発 2 例であった。FDG-PET は 7 例 (肝転移 1 例、腹膜播種 5 例、リンパ節再発 1 例) に施行され、病変が限局しているという理由で手術決定因子のひとつとなっていた。FDG の集積のうち、開腹所見でも集積部位に癌が認められた症例は 4 例 (肝転移 1 例、腹膜播種 2 例、リンパ節転移 1 例) であった。FDG 集積部位に組織学的な癌を認めなかった症例 (False positive) は 1 例 (縫合糸周囲の炎症に集積)、非集積部位に癌を認めた症例 (False negative) は 2 例 (吻合部と骨盤内腹膜) であった。1 例に症状改善目的 (下血、腸閉塞) で手術が施行された。残り 10 例には根治目的で手術が施行され、9 例で肉眼根治と判断された。術後合併症は 2 例 (胆汁瘻 1 例、神経因性膀胱 1 例) に認められた。術後在院日数は 4～68 日 (中央値 12 日) であった。術後観察期間は 3～18 ヶ月で、1 例は術後 8 ヶ月目に癌死した。【考察】 少数例で経過観察期間の短い検討ではあるが、従来手術適応となることの少なかった播種症例に対しても積極的に外科治療が選択されている印象を受けた。PET 検査で False negative または positive となった症例はいずれも腹膜播種の 3 例で、腹膜播種に限るとその正診率は 40% と低いが、非治療切除となった症例は 1 例のみであった。PET 検査で FDG の集積が限局していたことが手術決定を後押ししていたと思われ、検査により病変のおおよその拡がりや評価する意義はあると思われた。FDG の集積はなかったものの吻合部に癌を認めた症例は、FOLFOX 導入前の開腹術で広範な播種のため試験開腹に終わったが、治療後には FDG の集積が肝表の 1 ヶ所と、骨盤内の 2 ヶ所 (両側卵巣) に限局したため手術を選択し、前回の開腹所見から吻合部にも癌が遺残している可能性が高いと判断し切除した。強力な抗癌剤治療の出現とともに PET などの新しい画像診断が外科治療にも変革を生じさせる可能性が示唆された。

FOLFOX4 療法が奏功した直腸癌 肺転移、多発肝転移 (切除) の 1 例

佐藤 正幸¹、多田 寛¹、山並 秀章¹、角川 陽一郎¹、酒井 謙次¹、藤谷 恒明¹、椎葉 健一¹、立野 紘雄²

(¹宮城県立がんセンター・外科、²宮城県立がんセンター・病理)

近年の化学療法の進歩により切除不能な大腸癌でも、外科的治療ができるまで縮小する症例も増えてきております。

今回、切除不能な多発肝転移、肺転移を有する直腸癌に対して FOLFOX4 療法が著効し、肝切除が施行できた症例を経験したので報告する。

症例は 55 歳女性。2006 年 6 月頃より、血便あるも放置していた。その後血便多くなり 2006 年 11 月に近医受診。大腸内視鏡検査で直腸に腫瘍を認め、また腹部 CT 検査で肝に多発転移を指摘され当科紹介となる。原発巣は Ra 主体で約 5cm 大の亜全周性腫瘍。肝転移は最大径 48mm、転移個数は両葉あわせて 6 個以上、また胸部 CT 検査で右肺下葉に 5mm 程度の転移巣も認めた。原発巣の症状を有しており、まず 2006 年 11 月に低位前方切除術を施行した。

術後 1 ヶ月後の CT 検査で肝転移巣は急速に増大し、他の部位にも肝転移が増加した。肺転移と肝転移の急速進行を考え、根治手術は難しいと判断し、FOLFOX4 療法を開始した。治療後 4 コースで、徐々に転移巣は縮小し、8 コースで肺転移は CR、腫瘍マーカーも正常化した。7 コースで Grade3 の好中球減少で 8 コース目からは減量して継続、11 コース後、Grade2 の末梢神経症状も出現した。休業期間中は de Gramont 療法で行い、13 コースまで継続した。本人と切除について何度か説明しており、13 コース後同意が得られ、2007 年 9 月に肝転移巣に対して肝亜区域切除 (S6)、肝部分切除 (S4, S5, S7)、胆嚢摘出術を施行した。術後は肝障害も起こさず経過良好で退院した。

今後、CR になった病変は嚴重に follow up が必要で、抗癌剤治療も継続中である。

血清CEA値の推移からみた大腸癌肝転移に対するFOLFOX療法の効果予測

長井 洋平、別府 透、宮成 信友、増田 稔郎、林 洋光、小森 宏之、吉田 直矢、堀野 敬、外山 栄一郎、林 尚子、馬場 秀夫

(熊本大学大学院消化器外科)

【背景】切除不能大腸癌肝転移でもFOLFOX療法に奏功すれば切除可能になる症例が出てきている。しかし、実際の組織学的効果は症例により様々であり、切除後の再発の問題も考えると、どのような症例で組織学的治療効果が高く再発が少ないのかを選別する方法が必要と考えられる。FOLFOX療法の効果を予測する上で、分子生物学的手法を用いて抗癌剤の感受性を検討する等の報告はいくつかあるが、血清CEA値の減少パターンから治療効果と予後を検討した報告はほとんど無い。【目的】切除不能大腸癌肝転移におけるFOLFOX導入後の血清CEA値の減少パターンから同療法の効果を予測可能かどうか検討する。【対象】2005年5月以降にFOLFOXを導入した切除不能または肝外病変を伴う大腸癌肝転移42例中、血清CEA値で経過を追えた23例(平均7.1クール施行)。【方法】導入直前と2クール終了直後の血清CEA値からhalf-life time(HLT)を算出し、治療効果別にその値を比較する。また血清CEA値の推移パターンを3群(導入直前より2クール終了直後の方が高い場合は上昇群とし、減少している場合は治療効果別のROC曲線で得られるcut off値により減少群、高度減少群に分ける)に分けて組織学的治療効果や再発の有無に差があるかどうか検討する。【結果】FOLFOXの治療効果別にみるとPR群で有意にHLTが短かった。23例中12例(SD4例、PR8例)で肝切除をおこなったが、そのうち上昇群は3例、減少群は4例、高度減少群は5例であった。それぞれの群で組織学的効果をみると上昇群と減少群は全例Grade1であったが高度減少群の5例中4例がGrade2以上であった。12例中再発は4例(上昇群2例、減少群2例)に認めたが高度減少群には認めなかった。【考察】FOLFOX2クール終了時点で血清CEA値が高度に減少している群では組織学的治療効果も高く再発も少ない傾向がある。本法は導入早期に治療効果を予測でき、以後の治療方針決定の一助となる可能性がある。

進行再発大腸癌に対するmFOLFOX6療法施行例でのmtTFA発現の検討

吉田 陽一郎¹、長谷川 順一¹、根津 理一郎¹、藤川 正博¹、松並 展輝¹、三方 彰喜¹、金 よう国¹、森島 宏隆¹、廣田 昌紀¹、山本 俊介¹、山川 一馬¹、榊原 謙¹、澤田 元太¹、四條 崇之¹、吉川 澄¹、大橋 寛嗣²、川野 潔²、河野 公俊³
(¹大阪労災病院外科、²臨床病理科、³産業医科大学分子生物学)

【はじめに】近年、大腸癌に対する化学療法の進歩により奏効率・生存率は改善傾向であり、本邦においてもFOLFIRI・FOLFOXの普及により良好な治療成績が示されるようになった。しかし非奏効例もいまだ多く、化学療法の効果的な選択法については明確にされていない。ミトコンドリアはアポトーシスを決定する重要なオルガネラであり、新しい癌治療の標的として注目を集めつつある。以前、我々は5-FUや白金製剤であるシスプラチン等の抗癌剤によるアポトーシスの際に、ミトコンドリアタンパクであるMitochondrial Transcription Factor A(mtTFA)の発現が上昇することを報告した(Yoshida et al, Cancer Res. 2003)。またmtTFAはシスプラチン損傷DNAを認識するのみならず、活性酸素による損傷DNAも認識し(Yoshida et al, Biochem Biophys Res Commun. 2002)、抗癌剤投与によるDNA損傷と深く関与していると思われる。今回、我々はmFOLFOX6施行例における免疫組織学的手法によるmtTFA発現の検討を行ったので報告する。【対象と方法】当科で手術施行し病理標本を有する治療切除不能大腸癌症例で、評価可能病変を有しmFOLFOX6を施行した8例を対象とした。8例の治療効果の内訳は4例がPR、2例がSD、2例がPDであった。原発巣のホルマリン固定パラフィン包埋切片を用いて、抗mtTFA抗体にて免疫組織化学染色を行い、mtTFAの発現とmFOLFOX6による治療効果について検討した。【結果】8例中mtTFA高発現例は3例、低発現例は5例であった。mtTFA高発現例では、PD2例・SD1例でmFOLFOX6が奏効した症例は認めなかった(0/3)。mtTFA低発現例では、PR4例・SD1例で5例中4例が奏効例であった(4/5)。【まとめ】免疫組織化学染色によりmFOLFOX6施行例におけるmtTFA発現の検討を行った。症例数は少ないが、mtTFA発現の検索によりmFOLFOX6の有効性が予測可能につき更なる解析中である。

化学療法後に大動脈周囲リンパ節再発巣切除を行った右側結腸癌の1例

左雨 元樹、隈元 謙介、岩館 学、中村 泉、大木 進司、竹之下 誠一

(福島県立医科大学第2外科)

【症例】59歳 男性【主訴】なし【家族歴】祖父(父方)：直腸癌／祖父(母方)：直腸ポリープ／父：脳出血／母：子宮癌／兄：脳出血／兄：大腸ポリープ【既往歴】高血圧【現病歴】平成17年4月7日 横行結腸癌による閉塞性イレウスのため、Kings Collage Hospital(イギリス)にて右半結腸切除術を施行された。病理診断はmoderately differentiated adenocarcinoma pT3, N2であった。術後GUY'S & St. THOMAS' CANCER CENTREを受診し、化学療法をすすめられるも、second opinion目的に当科外来を受診した。腫瘍マーカーは正常範囲内であったが、CT上右腎門部レベルのIVC背側に径10mm程度の結節を認めた。また、PETにて同部にFDG集積認め、16a2リンパ節転移と診断された。平成17年6月から11月にかけてFOLFOX4を11クール施行。その間リンパ節腫大は若干の縮小傾向を示し、PETでも転移陰性となっていた。一旦休薬とし、経過観察とするも、平成18年4月のCTで増大傾向を認め、PETでも再度FDGの集積がみられ、再燃が疑われた。ご本人と相談の結果、手術施行する方針となり、平成18年5月18日大動脈周囲リンパ節郭清術を施行。腹膜播種、肝転移は認めず。腹腔洗浄細胞診も陰性であった。触診にてIVC背側のリンパ節は右腎静脈と精巣静脈分岐部の間に位置しIVCの裏面に約2cmの硬い結節として触知した。リンパ節はIVCとは分離可能であったが椎骨と硬く癒着しておりこれを周囲組織より剥離し摘出した。術中迅速病理診に供したところ、リンパ節転移と診断された。転移陽性の結果を受け、右側結腸癌において転移頻度の高い16a2および16b1の郭清も行った。病理学的診断で、16a2はリンパ節転移陽性であった。Systemic diseaseと判断し、術後に化学療法(FOLFIRI)を追加した。術後良好なQOLが維持され、初回手術から2年6ヶ月を経過し、現在も生存中である。大腸癌転移巣に対しては、完全切除できる場合には積極的に切除することで長期生存が得られる可能性があり、患者の全身状態とQOLを考慮して試みる価値があると考えた。

直腸癌局所再発に対する治療戦略

長山 聡、川村 純一郎、森 由希子、野村 明成、伊丹 淳、岡部 寛、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・目的】直腸癌術後の局所再発に対しては状況が許されれば切除することが望ましいと思われるが、骨盤内臓全摘(TPE)を余儀なくされる場合も多い。TPEは手術侵襲が高度で、かつ術後のQOLが著しく損なわれるなど患者への負担は大きく、また、TPE後に局所再発や遠隔転移を来たす場合もあり、果たして外科的切除を選択すべきかどうか悩まされることもある。一方で、高度進行再発大腸癌に対する治療成績はFOLFOX/FOLFIRIによる全身化学療法(CT)の導入により格段に改善してきた。直腸癌術後局所再発に対してもCTをまず導入し、その治療効果を判定したのち手術適応を決定するという治療戦略も今後は可能ではないかと思われる。今回はFOLFOXを用いたCTとの関連で、局所再発の治療戦略を考察することを目的とした。【結果】2005年6月から2007年9月までに当院でFOLFOX療法を施行した144症例のうち、21症例で直腸癌術後局所再発に対する治療歴(外科的切除、放射線治療(RT)、CT単独)があった。男性19名、女性2名で平均年齢は60歳であった。局所再発に対する治療の内訳は、外科的切除10(TPE6、直腸切断術2、ハルトマン術1、局所切除術1)、RT6(前または後にCTあり)、CT単独5であった。外科的切除のうち1例では浸潤性の強い再発巣に対してCTを先行し、腫瘍縮小効果が認められたためTPEを施行しえた。複合転移症例が多いため、局所コントロールについてののみ評価を行うと、局所再発なし5(24%)(TPE3、直腸切断術2)、SD5(24%)(RT4、CT単独1)、PD11(52%)(TPE3、ハルトマン術1、局所切除術1、RT2、CT単独4)であり、CT単独では局所コントロールが困難であるように思われた。局所再発発見時、他の遠隔転移のない症例は11例(52%)であり、このうち3例は外科的切除(TPE2、直腸切断術1)にて局所再発を認めていないが、後に肝・肺転移が出現したためCTを施行した。また、1例はRTにてSDであるが、7例ではPD(TPE3、ハルトマン術1、局所切除術1、RT1、CT単独1)であった。一方、局所再発発見時に他の遠隔転移を有した症例は10例(48%)で、少なくとも局所コントロールについては局所再発なし2(TPE1、直腸切断術1)、SD4(RT3、CT単独1)、PD4(RT1、CT単独3)であった。【考察】複合転移症例が多く、一律に治療方針を決定することは出来ないが、局所コントロールの目的のためにはCTのみでは困難であり、外科的切除あるいはRTにて再発が予防されている症例が多かった。たとえ遠隔転移が併存していても、局所再発が増悪すると難治性の疼痛や膿瘍形成、瘻孔形成など患者のQOLを著しく低下させ、しかも治療を中断せざるを得ないことも多いため、状況が許されれば外科的切除を考慮しても良いと思われた。ただし、切除対象になりうる局所再発単独症例でも外科的切除後に局所再発を来した症例もあるため、手術適応については慎重に判断しなければならない。

当院における直腸癌術後骨盤内再発症例の臨床病理学的検討

西尾 実、生駒 久視、木村 彰夫、菊池 正二郎、市川 大輔、藤原 斉、岡本 和真、落合 登志哉、國場 幸均、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)

【はじめに】直腸癌術後再発の多くは骨盤内再発であり、早期診断と適切な外科治療が必要となる。当院における直腸癌術後骨盤内再発症例の臨床病理学的検討を行ない、骨盤内再発予測因子を検討した。【方法】当科において1999～2006年に直腸癌初発症例及び術後骨盤内再発例で骨盤内蔵全摘術を施行した21例について臨床病理学的に解析し、骨盤内局所再発危険因子を検討した。【結果】年齢は38歳から72歳（平均58歳）、術後経過観察期間は13ヶ月から72ヶ月、手術療法としては骨盤内蔵全摘術21例、人工肛門造設術2例であった。再発までの平均期間は術後14.4カ月。直腸癌再発例では組織型は中～低分化、脈管浸潤陽性、リンパ節転移陽性群であった。予後は平均生存期間22ヶ月で、5年以上の長期生存例は、初回手術例に認められた。長期生存例は、初回手術例に多くみられた。再再発形式は肺転移8例、骨盤内再発3例であった。【考察】直腸癌中～低分化型、脈管浸潤陽性、リンパ節転移陽性群は、骨盤内局所再発の危険性が高く、慎重な経過観察と再発予防のための術後放射線化学療法が必要と考えられた。

大腸癌術後局所再発切除症例の検討

水島 恒和、水野 均、位藤 俊一、宇田津 有子、岡澤 美佳、杉村 啓二郎、友國 晃、楠本 英則、中川 朋、岸本 朋也、伊豆蔵 正明
(りんくう総合医療センター市立泉佐野病院外科)

【はじめに】大腸癌中でも直腸癌術後にはしばしば局所再発が発生し、臨床上的問題となる。最近では、化学療法法の進歩などにより、長期にわたる病変のコントロールも可能となってきており、外科的治療を考慮する症例が増加しつつある。肝転移に対する外科的治療の有用性はすでに多くの報告がなされているが、吻合部再発を除く局所再発に対する外科的治療の意義はまだまだ明らかではない。大腸癌術後局所再発切除症例につきretrospectiveに検討した。【対象と方法】2001年1月-2007年10月に大腸癌術後局所再発に対し、切除術を施行した16例を対象とした。明らかな吻合部再発は除外した。切除術の安全性、治療成績を検討した。【結果】対象症例の年齢は47-77歳（中央値63.5歳）、男性8例、女性8例であった。原発部位はS状結腸3例、直腸Rs3例、Ra4例、Rb6例であった。初回手術はS状結腸切除3例、前方切除9例、直腸切断2例、局所切除2例、初回手術から再発までの期間（中央値）は19.5ヶ月、2回目手術時点での脈管性他臓器転移合併症例は、肺転移を合併した1例のみであった。2回目手術前治療は化学療法が3例、放射線治療が1例であった。術式は再発巣のみの切除2例、腸管切除を併施したもの9例、他臓器合併切除を要したもの5例であった。手術時間（中央値）4時間45分、出血量（中央値）1613ml、術後在院日数（中央値）29日であった。16例中7例（43.8%）に術後合併症を認めた。2回目手術後治療は化学療法が10例、放射線治療が3例であった。局所再々発は16例中5例（31.3%）、遠隔転移は15例中7例（46.7%）であった。術後生存期間（中央値）は13.5ヶ月であった。【まとめ】大腸癌術後局所再発に対する外科的治療は手術侵襲、術後合併症などを考慮すると決して低侵襲ではない。しかし、良好な局所コントロールの得られる症例も多く、考慮すべき治療法であると考えられた。今後は術前化学療法に対する反応性などを加味した治療法の選択が必要であろうと思われる。

当科における局所再発直腸癌症例に対する診断と外科治療の現状と課題

三浦 康¹、小林 照忠¹、奥本 忠之²、山田 隆之²、石田 和之³、安藤 敏典¹、小山 淳¹、福島 浩平¹、小川 仁¹、鹿郷 昌之¹、木内 誠¹、高見 一弘¹、唐澤 秀明¹、金子 直征¹、岡上 能斗菴³、山村 明寛¹、椎葉 健一⁴、佐々木 巖¹

(¹東北大学大学院生体調節外科、²東北大学病院放射線診断科、³東北大学病院病理部、⁴宮城県がんセンター総合外科)

【背景と目的】 直腸癌局所再発の早期診断は容易ではなく、外科治療以外の治療法で長期生存が得られることは例外的である。骨盤外再発のない症例においては、再発巣の外科的切除により治療切除の可能性があり、症状緩和あるいは延命が得られる症例がある。一方、重粒子線治療などの新たな治療戦略が始まっている。【対象と方法】 1990年から2006年12月までに、当科における直腸癌術後局所再発に対する切除例27例について、診断と外科治療の問題点を明らかにするために、臨床病理学的事項について検討を行った。【結果】 内訳は男性18例、女性9例、再発切除時の年齢は42-87歳(平均61.4歳)であった。初回手術の術式は、直腸前方切除術が20例(同時性肝転移切除1例を含む)、直腸切断術が7例であった。初回手術後から局所再発確認までの期間は154-2619日(中央値579日)であり、術後1年から2年までに13例(48%)、3年以上経過して5例(19%)が診断された。27例中、初再発部位は骨盤内が25例、肝転移が2例であった。骨盤内再発25例のうち、吻合部再発が11例、リンパ節再発が2例、その他が12例(仙骨前、脛断端、傍前立腺など)であった。27例の局所再発時の症状は、疼痛(会陰部、肛門部など)が12例(44%)、症状なく画像診断にて診断された症例が5例(19%)、血便が5例(19%)、便通異常が3例(12%)などであった。再発切除時の術式は、骨盤内臓全摘術が4例、直腸切除(断)術が17例、直腸切除を伴わない腫瘍切除術が6例であった。治療切除例が18例(67%)、非治療切除例が9例(33%)で、非治療切除となった要因は骨盤内再発腫瘍遺残が7例、腹腔内リンパ節遺残が1例などであった。手術直接死亡症例はなく、術後在院期間は19-201日(平均66.5日)、術後合併症の主なもの骨盤内膿瘍8例、尿路感染症・排尿障害7例、創感染・シ開4例であった。再発腫瘍に対して術前放射線治療を行った9例において、術後在院期間が有意に延長した($p < 0.05$; 有:90.8 ± 51.2日, 無:51.9 ± 22.6日)。また、長期生存(1000日以上)の7例はすべて治療切除例であった。【考察と今後の課題】 直腸癌局所再発腫瘍の画像診断は困難であり、直腸癌局所再発腫瘍の非治療切除例の術後予後は非切除例と何ら変わらないとの報告がある。外科治療で予後を改善させるには、再発巣切除時に根治手術を行う必要がある。また各症例に外科治療と重粒子線など新しい治療法のどちらを選択するべきかは、今後の課題となる。MRI, FDG-PETの改良と分子マーカーへの期待など画像診断の進歩に伴い、再発病巣の早期診断とその占居範囲の正確な評価が、これらを決断していく上で重要な指標となり、本症例でも再評価したい。

直腸癌局所再発に対する骨盤内臓全摘と炭素線治療(全身化学療法併用)の境界

長田 俊一¹、市川 靖史¹、山岸 茂¹、山本 晴美¹、野尻 和典¹、大田 貢由²、藤井 正一²、大木 繁男²、山田 滋³、辻 井 博彦³、嶋田 紘¹

(¹横浜市立大学大学院消化器病態外科学、²横浜市立大学市民総合医療センター消化器病センター、³重粒子医科学センター)

【目的】 直腸癌骨盤再発の治療戦略を明確にする。【対象】 1980-2007の直腸癌局所再発にたいして行った骨盤内臓全摘(T群, 44例)と炭素線照射(C群, 8例)である。【方法】 T群を再発形式別に吻合部(Anast群, 10例)とそれ以外の再発(Other群, 34例)にわけ、さらに亜群として仙骨および骨盤側壁への固定あり(Fixed, 29例)、なし(Unfixed, 15例)、治療切除(R0, 19例)、非治療切除(R1, 25例)にわけ、術後成績を比較検討した。C群の有害事象と再再発形式別および後治療の成績を算出し、T群と比較した。【結果】 T群の術後合併症の頻度は81.8%(36/44)で、在院死亡は11.4%(5/44)に認め、術後平均在院日数は、59.3日(在院死亡例を除く)であった。全症例の5年全生存率は14.6%であった。Anast-Unfixed-R0(n=7)の5生率は53.6%と良好であったが、どの群でもMSTは26ヶ月以下であった。C群の再発部位別の内訳は、切除不能と考えられたOther-Fixed7例と肝硬変で耐術不能なOther-Fixed1例であった。初回炭素線は骨盤内のFixed再発巣にたいし、67.2GyEから73.6GyE照射した。早期および晩期有害事象は全てgrade 1以下であった。8症例の平均観察期間は30ヶ月(12-73ヶ月)でCR:3(37.5%)、PR:4(50%)、SD:1(12.5%)であった。治療後再発率は75%(6/8)でその内訳は局所再燃(のべ8回)および遠隔転移(のべ8回)を来した。局所再燃の4例に計6回、肺転移の2例に計3回の炭素線照射(+FOLFOX)を、局所再燃+肺転移の2例、局所再燃の1例にFOLFOXを行った。MSTは35ヶ月であり、3年全生存率は42.8%とT群のOther群(34例, 3生率18.4%, MST17ヶ月)に比し、有意に良好であった($p < 0.05$, Log Rank)。同時性肺転移切除後にFOLFOXを行ったところ、照射不能であった局所がPRとなり、さらに同部位に重粒子を照射しCRを得た症例や、同時性肝肺転移にたいし、人工肛門造設後NACを行い、肺転移CR後局所切除、肝切除を経て、CurBとなった症例の骨盤内再発に対し、FOLFOX+炭素線照射でPRを得た症例を経験した。【結語】 直腸癌の局所再発に対する切除例は、治療切除可能な吻合部再発に限るべきである。骨盤壁再発や腸管に接した切除不能症例、さらに遠隔転移を伴った症例は、炭素線治療と全身化学療法の併用が有効と考えられた。

当科における局所再発手術症例の検討

榎本 俊行、斉田 芳久、中村 寧、金井 亮太、高林 一浩、中村 陽一、片桐 美和、長尾 さやか、渡邊 学、草地 信也、長尾 二郎、炭山 嘉伸

(東邦大学医療センター大橋病院第三外科)

大腸癌は比較的限局性にかつ緩徐に発育するため、その治療における外科的切除の効果は高い。局所再発の治療に関しても同様であり、切除の効果をもっとも高く治癒をめざした治療ができるのが特徴である。しかし、局所再発の切除は一般に原発癌の切除に比べ困難である。その理由としては高度に進行してから発見されることが多く、既往手術のため、癒着などの存在が根治手術を困難としている。また、大腸癌再発症例にはFOLFOX療法、FOLFIRI療法などの化学療法が生存延長効果に寄与してきている。今回、われわれは、2005年以降に当科で経験した局所再発手術症例の再発様式や術後治療などを検討した。2005年1月より当科で経験した局所再発手術症例は8例であった。年齢は再発時45歳から66歳であった。原発巣は直腸Ra癌が3例、直腸S状部癌が1例、S状結腸癌が4例であった。初回手術は海外で行われた1例を除いて7例が当科施行されている。再発までの期間は2ヶ月から2年10ヶ月で平均1年9.75カ月であった。初回手術のStageはstage2が2例、stage3aが3例、stage3bが3例であった。深達度はSSが6例、SEが1例、SIが1例であった。局所再発に対する基本術式はマイルス術が3例、低位前方切除術が3例、高位前方切除術2例であり、3例に小腸・膀胱・子宮などの浸潤臓器合併切除が行われていた。手術死亡例はなかった。全例で術後化学療法が施行されている。基本的にはmFOLFOX6療法が行われているが、CPT-11単剤での投与が1例、また、mFOLFOX6療法よりも投与方法が比較的簡単なIFL療法が2例施行されていた。さらには、局所に対する放射線療法は2例に施行され、マイルス術後症例の再発には他院での治療ではあるが重粒子線治療を行っていた。重粒子治療症例は局所再々発はないが肺転移が出現しており外来化学療法が施行されている。死亡例は2005年に局所再発手術を施行した1例のみであり、他7例は外来での通院治療中である。肺転移、肝転移などの転移を認めた症例にも可能な限り治療を行なっている。大腸癌局所再発は手術が可能であれば、積極的な拡大手術と術後の化学療法などを含めた集学的治療が予後改善に期待できると考えられる。

根治度A大腸癌局所再発症例の検討

渡辺 誠、角田 明良、中尾 健太郎、成田 和広、松井 伸朗、竹中 弘二、草野 満夫

(昭和大学一般消化器外科)

【目的】組織学的根治度A大腸癌術後の局所再発症例について検討する。【対象】1981年から2004年の間に当科において施行された根治度A大腸癌症例は1148例で、そのうち局所再発をきたした38例(3.3%)を対象とした。【結果】男性28例、女性10例、平均年齢は61.4±10.5(39-87)歳であった。初回手術時の占居部位は結腸癌12例(31.5%)、直腸癌が26例(68.5%)であった。初回手術から再発までの期間は中央値で566日であった。各Stage別にみた局所再発率はStageI:2.5%(7/274)、StageII:2.8%(12/424)、StageIIIa:5.5%(14/253)、StageIIIb:5.8%(5/86)であった。局所再発に対する治療は外科的切除例が64.5%(治癒切除57.1%、非治癒切除42.9%)、非切除例が35.5%であった。治療別にみた局所再発の1年生存率は外科的切除例;82.3%、非切除例;63.6%、3年生存率は外科的切除例;44.4%、非切除例;0%で、有意に外科的切除例の生存率がよかった(logrank test:p=0.033)。局所再発に対する非切除を規定する因子を初回手術時の臨床病理学的因子(性、年齢、占居部位(C,R)、術前CEA(低、高)、術前CA19-9(低、高)、組織型(wel,mod,その他)、ly(低;0,1,高;2,3),v(低;0,1,高;2,3)、リンパ節転移(無、有)、組織学的剥離断端(陰性、陽性)、再発部位(吻合部、吻合部以外))から検討したところ、wel,mod以外の組織型(p=0.045)、リンパ節再発など吻合部以外の再発(p=0.023)が有意に高かった。この2変量を独立変数とした多変量解析を行なったところ、吻合部以外の再発(p=0.019,95%CI:0.005-0.636)が非切除を規定する独立因子であった。【結語】根治度A大腸癌局所再発症例について、吻合部再発に関しては手術適応となることが多く、外科的切除により予後延長が期待されるため積極的に手術療法を考慮すべきと考えられた。

大腸癌の局所再発の外科治療

大賀 丈史、藤 也寸志、青木 義朗、播本 憲史、増田 隆明、埜本 純哉、池田 貯、足立 英輔、坂口 善久、岡村 健
(国立病院機構九州がんセンター消化器外科)

【背景・目的】大腸癌の術後再発治療に関しては肝臓や肺臓再発では基本的に外科切除を行うことが多い。そして、予後を延長することが可能となる。今回、腹膜播種（原発巣周囲）や吻合部再発を含めた局所再発に何らかの外科治療を行った症例を検討した。【対象と方法】大腸癌に対して当院及び他院で根治手術を施行後に1998年以降に局所再発し再手術を施行した18症例（リンパ節再発は除外）を対象とした。【結果】平均年齢63.2才(54-73)、男/女は、7/11例。初回手術時の疾患は、直腸癌/肛門管癌/結腸癌が9/1/8例。病期は、pstageI/II/IIIa/IIIb/IVが0/5/4/5/4例。再発形式は、吻合部再発/腹膜播種再発/複合再発（他臓器及び局所再発）が3/9/6例。手術は、腫瘍摘出術/バイパス術/人工肛門造設術が14/2/2例。再発までの平均期間は23.3ヵ月（観察期間11-76ヵ月）。再発後の平均予後は17.6ヵ月（観察期間1-88ヵ月）（生存症例21.8ヵ月、死亡症例17.8ヵ月）。腫瘍摘出術/バイパス術または人工肛門造設術後の平均予後は、21.5/12.8ヵ月。局所再発のみで再発巣を摘出した10例の中で6例が無再発生存中である。6例の無再発生存期間は各々35ヵ月、27ヵ月、24ヵ月、21ヵ月、2ヵ月、1ヵ月であり、24ヵ月を越える症例が3例であった。また、再々発した症例の中でも53ヵ月生存した症例を認めた。複合再発/局所再発単独の平均予後は、22.75/21ヵ月であった。再発手術後の治療において化学療法単独/放射線治療単独/化学放射線治療併用/治療なしは、10/1/3/4であり全身状態不良や本人が拒否しない限り何らかの治療を行っていた。【考察】大腸癌の局所再発においては、肺臓や肝臓再発と同様に切除可能な病巣であれば切除することにより予後を延長する効果があると考えられるが、近年の大腸癌の化学療法を併用することにより更なる予後の延長が期待できると考えられる。

直腸癌局所再発に対する外科的治療の検討

日吉 幸晴、宮成 信友、林 尚子、今村 裕、長井 洋平、吉田 直矢、外山 栄一郎、馬場 秀夫
(熊本大学大学院消化器外科学)

【目的】直腸癌局所再発患者は長期にわたり出血、疼痛、腸閉塞、瘻孔形成、会陰部潰瘍などの難治性合併症を患うことが多く、QOLは著しく不良である。化学療法や放射線療法では治療効果は不十分であり、根治的切除が延命や根治を期待できる唯一の治療法であるが、多くは骨盤内臓全摘術や他臓器合併切除を伴う侵襲の大きな手術となるため、合併症の併発や術後QOLの低下を招くという側面を持っている。我々は2005年4月以降、直腸癌局所再発例に対して積極的に外科切除を行ってきた。今回、その治療成績を解析し、外科的治療の意義を検討することを目的とした。【対象と方法】2005年4月以降に当科で外科切除を行った直腸癌局所再発例6例(男性3例、女性3例、平均年齢62.5歳)を対象とし、初回手術時ならびに再発時の臨床病理学的因子、再発に対する手術成績、さらに術後再々発症例の特徴について検討した。【結果】原発巣は直腸癌5例(Ra:1例、Rb:4例)、S状結腸癌1例で、初回手術の内訳は前方切除2例、マイルズ手術4例であった。原発巣の壁深達度はSM~MP:SS~SE(A):SI(AI)=2:3:1、nodal statusはN0:N1:N2=3:2:1であった。初回手術から再発確認までの期間は、平均1098日(97~3224日)であった。6例全例に骨盤内臓全摘術を行い、そのうち1例に左坐骨、閉鎖筋合併切除を、また、2例に小腸合併切除を行った。いずれの症例もR0であった。平均手術時間は732.5分(607~900分)、平均出血量は4802g(1308~8073g)であった。6例中4例で術後合併症を認めたが(イレウス1例、創感染1例、骨盤死腔炎2例)、重篤な合併症はなかった。術後在院日数は平均43.7日(20~93日)であったが、術後に骨盤死腔炎を来した2例では59日と93日で長期になった。術後平均観察期間は622日(208~903日)で、現在までに3例が再々発をきたしている(局所再発1例、肝転移1例、肺転移1例)ものの、全員生存中である。無再発症例3例と再々発症例3例を比較すると、初回手術から局所再発を来すまでの期間は無再発群で平均1628日であったのに対し、再々発群では568日と短い傾向にあった。また、骨盤内臓全摘術前の血清CEA値は無再発群で平均3.5ng/mlであったのに対し、再々発群では平均12.2ng/mlと高い傾向にあった。【結語】直腸癌局所再発に対し、肉眼的根治手術(R0)を安全に行うことができれば、良好な予後とQOLが望める。初回手術から局所再発を来すまでの期間が短い症例や、局所再発時のCEA値が高い症例は、術後に再々発を来しやすい傾向にあり、早期に補助療法を行う必要性が示唆された。

直腸癌局所再発と鑑別が困難であった直腸間膜内粘液嚢胞の一例

小泉 範明、福井 花央、長田 寛之、梅原 誠司、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、國場 幸均、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学教室)

【はじめに】直腸癌術後の局所再発はPET-CTの登場によって診断率が向上したものの、確定診断に苦慮することが多い。今回我々は、低位前方切除術後1年6ヶ月で吻合部近傍の直腸間膜内に増大傾向のある嚢胞状腫瘤を認め、局所再発（リンパ節再発）を疑ってハルトマン術を施行したが、病理検査では悪性所見を認めなかった一例を経験した。初回手術の際に間質に脱落した正常直腸粘膜が嚢胞を形成し、内部に粘液が貯留した嚢胞が腫瘤の発生機序であり、非常に稀な病態と思われた。【症例】52歳、男性。平成18年1月に直腸癌に対して他院で低位前方切除術を施行された。病理診断は脈管浸襲のない高分化型腺癌で、深達度SS、リンパ節転移陰性のStageIIの直腸癌であった。術後補助療法なしでフォローアップをされていたが、徐々にCEAの上昇を認め、平成19年7月のCTおよびMRIにて吻合部付近に嚢胞状腫瘤を指摘された。大腸ファイバーおよび注腸検査では粘膜面は正常で、粘膜下腫瘤様の隆起により内腔の狭小化を認めた。PET-CTでは腫瘤に一致して淡い集積を認め、局所再発と診断された。経口抗癌剤の内服を行ったが増大傾向にあり、他には再発を疑う所見は認めなかったため、手術目的に当院に紹介となった。【手術所見】低位前方切除術後の局所再発の診断で、ハルトマン術を施行した。ダグラス窩にはわずかに粘液貯留を認め、細胞診の結果はClassIIIであった。リンパ節の腫大や肝転移、腹膜播種は認めなかった。吻合部周囲の腸間膜内には内部に粘液を含んだ結節が複数存在していた。吻合部よりも2cm肛門側で直腸を切離して約20cmの腸管とともに腸間膜を切除し、単孔式の人工肛門を造設した。【病理】直腸の粘膜面は正常で、結節は間質内で嚢胞状になった正常な直腸粘膜からなっており、粘膜から産生された粘液が内部に貯留していた。悪性所見は認められなかった。【考察】初回手術の際に脱落した直腸粘膜が間質内に迷入して嚢胞を形成したものと思われた。粘液産生に伴って徐々に嚢胞が増大したと推測された。【まとめ】今回我々は、直腸癌術後に生じた粘液嚢胞の一例を経験した。非常に稀な病態で局所再発との鑑別が困難であった。初回手術の際に間質に脱落した正常直腸粘膜が嚢胞を形成し、内部に粘液が貯留した嚢胞が腫瘤の発生機序であり、直腸癌局所再発の鑑別診断の際に考慮を要する病態と考えられた。

直腸S状部癌術後、肛門管、鼠径リンパ節転移に対し局所切除施行し、放射線照射および補助化学療法にて長期無再発となった1例

菅沼 泰、野口 明則、岡野 晋治、山口 正秀、中西 正芳、谷 直樹、伊藤 忠雄、中島 慎吾、山根 哲郎

(松下記念病院外科)

直腸癌から領域外に転移した病巣に対し、放射線化学療法と補助化学療法を追加することにより、最小の局所切除で長期無再発となった症例を経験したので報告する。【症例】34歳男性。Rs直腸癌に対し、高位前方切除術、D3郭清施行。組織学的診断は、well, pSS, ly1, v0, n1(251; 1/20)であった。術後補助化学療法として5'DFUR 600mg/日内服を開始した。術後441日目に肛門部に直径約1センチの腫瘤を認め、局所麻酔下に生検施行。直腸癌の転移との診断を得た。水平面、水直面がR0となるよう追加切除を行った。組織学的に水直面に癌組織露出認めため、R1と判断し、補助療法を行うこととした。直腸切断を含めた追加外科切除は本人の希望により行わないこととし、再再発の場合に外科切除となることを本人家族了解のもとに、放射線化学療法を行うこととした。X線360度回転照射2Gy + 5 - FU 500mg 25回施行した。補助療法として5'DFUR 800mg/日内服を開始した。原発巣切除後1235日目に左鼠径部腫瘤認め、鼠径リンパ行性転移の診断にて転移リンパ節1個を摘出した。大腿部脂肪織切除を含めた鼠径部リンパ節郭清は行わなかった。組織学的に直腸癌の転移の診断となったため、説明と同意のもと5-FU 500mg + LV 375mg iv /週 5週投与、1週休薬 4クルールの補助化学療法を行った。放射線化学療法と補助化学療法の有害事象としては、肛門周囲の皮膚炎、精子減少による生殖機能障害を認めた。鼠径リンパ節摘出後1330日目のCTまで局所、遠隔共に再発を認めていない。【考察】肛門管への転移は壁内進展、脈管を介した転移、implantation が考えられるが、本症例では転移経路を同定することは出来ない。また、肛門管転移の頻度も低く、定型的な治療法は無いと考えられる。本症例でも拡大追加切除を選択することも出来た一方、最小切除で長期無再発期間を得ることが出来た。転移経路にかかわらず癌組織が露出した局所切除に放射線化学療法を追加して局所再発を認めていないこと、肛門管に転移した癌組織からの転移が推測される鼠径リンパ節転移摘出後の化学療法で再発が無いことから、放射線化学療法、補助化学療法が無再発に寄与したと考えられる。

直腸癌骨盤内リンパ節再発に対するアプローチ 後腹膜 VS 傍仙骨

北園 正樹、石澤 隆、愛甲 孝

(鹿児島大学腫瘍制御学消化器外科)

我々は直腸癌の骨盤内再発症例に対して、後腹膜アプローチに加え、傍仙骨アプローチを選択する場合がある。傍仙骨アプローチは後腹膜アプローチと比較した場合、1体位変換が必要になる場合がある 2手術時間が長くなる場合がある 3経験のある術者が少ないなどの欠点が考えられる。しかしその一方で 1腫瘍に最短距離でアプローチできる 2視野が良好 3出血をコントロールし易い 4局所の腫瘍の状態を把握しやすいなどの利点がある。これらの利点・欠点をよく考慮した上で臨床に生かせば、傍仙骨アプローチは非常に有効な手術法となると考えている。具体的な体位は後腹膜アプローチでは砕石位、傍仙骨アプローチではジャックナイフポジションにて行う。傍仙骨アプローチでは皮膚切開は古典的な Krasky 或いは Mason の方法を用い、尾骨は切除している。実際の症例として直腸癌リンパ節再発症例を提示し、若干の文献的考察も加えて考察する。

治癒切除後の大腸癌吻合部再発症例の検討

近藤 圭策、奥田 準二、田中 慶太郎、加藤 哲也、茅野 新、田代 圭太郎、谷川 允彦

(大阪医科大学一般・消化器外科)

【はじめに】大腸癌治癒切除後の吻合部再発は非常に稀である。当科で治癒切除後吻合部再発と診断し、治療を行った4症例に対して検討する。【対象】2000年2月から2007年1月までの過去7年間に行った大腸癌治癒切除症例は611例であった。その内骨盤内再発を除く吻合部再発と診断して、治療を行った4例に対して検討する。【結果】初回手術の原発部位は、直腸が2例(RS1例,Rb1例)、下行結腸,S状結腸が各々1例であった。男性が3例で女性が1例であった。平均年齢は65.5歳であった。初回手術の病期はstageIIが3例でstageIIIaが1例であった。組織型は、高分化型腺癌が2例,中分化型腺癌が1例,低分化型腺癌が1例であった。初回手術後合併症を併発した症例は1例あり、縫合不全であった。吻合部再発と診断されるまでの平均期間は10.5ヶ月であった。また全症例の内1例は吻合部再発の診断時に多発性の肺転移を伴っていたため、放射線治療および化学療法を行った後10ヵ月後に死亡した。その他の3例は再発部位の完全摘除を行った。手術施行例は、現在も無再発生存中(平均観察期間14.8ヶ月)である。【結語】大腸癌治癒切除後の吻合部再発では、再発巣の完全摘除が行えた場合、長期生存が期待できると考えられた。また組織型が低分化型の症例や、初回手術後縫合不全をおこした症例は吻合部再発も念頭におき経過観察すべきであると考ええる。

P-77

異時性肝転移、吻合部再発に対し外科的治療により長期生存が得られた再発直腸癌の1症例

谷口 浩一、舩井 秀寛、高橋 正貴、佐々木 真理、大田 洋平、泉澤 祐介、鈴木 道隆、廣島 幸彦、中澤 佳穂子、杉田 光隆、浜口 洋平、黒澤 治樹、福島 忠男、茂垣 雅俊、長堀 薫
(横須賀共済病院)

直腸癌根治切除後1年4ヶ月の間に肝転移再発、吻合部再発をきたしそれぞれ切除することで術後3年の無再発期間が得られた1症例を経験したので報告する。症例は、現在78歳の男性で2003年7月便秘狭小化、排便回数の増加を主訴に当科受診。注腸造影検査、大腸内視鏡検査で直腸Rsに全周性の2型腫瘍を認め直腸癌の診断で9月前方切除術、D3郭清を施行した。病理診断は中分化腺癌、SS、N2、ly1、v1、H0、P0でstage3bであった。術後補助療法として5FU 750mg、LV 30mg 施行後、5FU 600mgを経口投与していたが、2003年12月腹部CTで肝S6に単発転移が発見され2004年2月肝S6部分切除術施行。術後補助療法としてCPT11 80mg、LV 250mg、5FU 500mgを5コース施行した。2004年12月、下血があり大腸内視鏡検査施行したところ吻合部再発を認めた。術中所見では再発巣と膀胱、前立腺、精嚢が炎症性に強固に癒着しており骨盤内臓全摘術を施行した。術後radiationを施行し、補助化学療法は御本人の希望により施行しなかったが、術後3年間無再発生存中である。大腸癌研究会による2005年版大腸癌治療ガイドラインによると、stage3直腸癌治癒切除後のサーベイランスとして6ヶ月毎の骨盤部CT、1年毎の腹部CT検査が推奨されている。当科では3ヶ月毎のCT検査による頻回なfollow upを行っており、肝転移巣の早期発見、早期切除につながったと考えている。また、ガイドラインでは再発が2臓器以上であっても切除可能であれば手術療法が推奨されており、本症例のように肝転移、吻合部再発を切除し長期の無再発期間が得られている症例が存在することはガイドラインの根拠を裏付けるものとして重要であり、再発巣であっても肉眼的癌遺残のない治癒切除が出来れば長期生存も望めることが示唆された。

P-78

大腸癌肝転移の外科治療におけるPET/CTの役割

久須美 貴哉¹、細川 正夫¹、山崎 成夫¹、澄川 宗祐¹、田口 大¹、松永 明宏¹、中野 敢友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】

大腸癌肝転移の治療は外科治療（肝切除）、化学療法（全身化学療法もしくは動注療法）に大別され、根治切除が可能であれば肝切除が推奨される。そのためには、原発巣が制御されていること、肝外病変がないこともしくは制御可能であることが必要であり、術前の診断が重要となってくる。従来の腹部超音波検査、CT、MRI、CTAP等に加え、PETの急速な普及とともに、PET検査の臨床的有用性は広く認められてきたが、当院でも2006年1月よりPET/CTを導入し大腸癌の診療特に肝転移の術前診断に有効に活用している。PET/CTではPETの空間分解能の悪さをCTとの融合画像によりその欠点を補っている。また、化学療法により、当初肺転移合併や多発肝転移のため肝切除の適応外の病変が化学療法後、切除可能となる例も見られる。

【目的】

大腸癌肝転移の外科治療におけるPET/CTの有用性と問題点をさぐる。

【対象】

1990年1月より2007年10月までに施行された大腸癌肝転移切除例は135例。そのうち2006年1月PET/CTを導入以降肝切除例は36例で34例にPET/CTが施行されている。

【ねらい】

- 1.肝転移に関しては、大腸癌術前および術後の経過観察中の存在診断、他の検査で指摘できなかった微小病変の発見。
- 2.術後症例は経過中に腫瘍マーカー（CEA）の上昇を認めるも従来の画像で再発の確定にいたらない症例。
- 3.肝切除前の肝外病変の検索。
- 4.肝転移の化学療法の評価。

【結果】

男性18名女性16名。34-86歳、平均66.9歳。肝動注単独先行の症例3例、肝動注および全身化学療法症例2例、初回肝肺同時転移で化学療法先行し肺転移消失した2例を含む。動注後の1例は偽陽性であった。術前、原発部位、肝外病変および切除範囲外の肝内病変がないことを確認したにもかかわらず、術後これらの再発が短期間に11例にみられた。

【考察】

- 1.PET/CTは非常に微小な病巣から検出可能である。
2. PET/CTは特に肝において偽陽性例もみられ、その鑑別には従来の検査、臨床経過等を参考に検討すべきである。
3. 肝転移の化学療法後の効果判定にも有効である。
- 4.術後観察期間が短期間であるにもかかわらず、再発11例と多く術前診断としても課題が残る。

【結語】

大腸癌肝転移の外科治療におけるPET/CTの有用性と問題点を検討した。

大腸癌の転移・再発に対する外科治療適応におけるPET/CT検査の有用性

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】大腸癌の転移・再発の診断および手術、治療に対するPET/CT検査の有用性を明らかにする。対象と方法：当院において2005年3月から2007年10月までに大腸癌患者218例にPET/CT検査を施行した。そのうち転移・再発を来した67例を対象とした。転移・再発巣の検索や診断、外科治療および放射線療法や化学療法の効果判定について検討を行った。結果：再発巣の検索や診断；再発診断における感度は97%、陽性的中率は85%であった。炎症巣へのFDG集積のために疑陽性となる場合があった。複数の再発巣を検出可能であった。局所再発やリンパ節再発、腹膜再発といった、MRI検査やCT検査単独では診断困難な症例で、特に有用であった。治療効果判定；外科治療、放射線療法や化学療法の前後において、腫瘍の大きさやSUV値を測定することで、効果判定を行うことが可能であった。結語：転移・再発の検索や診断、また治療の効果判定において極めて有用である。

切除不能大腸癌に対する原発非切除化学療法の効果と安全性について

松岡 正樹¹、大辻 俊雄¹、更屋 勉¹、矢持 悠一¹、吉川 周作²、稲次 直樹²
(¹ 健生会土庫病院内科、² 健生会奈良大腸肛門病センター、³ 奈良県立医科大学病理診断学)

【目的】従来から遠隔転移を有する切除不能大腸癌は、腸閉塞・出血回避のため化学療法前に原発切除が施行されてきたが、原発切除を先行しなければならないという医学的根拠は乏しい。今回私共は同時性遠隔転移を有する切除不能大腸癌に対する原発非切除化学療法の効果と安全性について検討した。【対象と方法】2005年6月から2007年10月までに化学療法が施行された切除不能・再発大腸癌70例の中で、原発非切除で化学療法を施行した9例中、PS 0-2の8例を対象とした。治療方法は全例mFOLFOX6療法を施行した。効果判定は2コースごとにCT、腫瘍マーカー測定を行い、適宜内視鏡検査にて原発巣の評価を行った。【成績】対象は年齢58.5歳(45-76)、PS 0/1/2：6/1/1であった。原発部位は右側結腸/左側結腸/直腸：1/1/6、肉眼型はtype1/2/3：0/4/4、周在性は全周性/非全周性：1/7であった。転移臓器数は1/2/3個以上：5/2/1、転移臓器は肝/遠隔リンパ節/肺/骨/腹膜(重複あり)：5/3/4/0/0、腹水の有無(有/無)：0/8であった。血液毒性はGrade3以上の好中球減少が3例、血小板減少が1例で、Grade2以上の貧血は認めなかった。非血液毒性は、1例において腸閉塞が認められたが一時的な経肛門のイレウス管挿入にて対応でき緊急手術を必要としなかった。奏効率は75%(PR 6、SD 2)であり、原発巣は、内視鏡検査で縮小6例、不変2例であり、転移巣でPRと判定された症例は全例原発巣も縮小した。観察期間中央値287日(106-562日)で、PFSは320日、MSTは未到達であった。2例において化学療法後に根治的手術が可能であり、1例が根治的手術予定である。【結語】遠隔転移を有する切除不能大腸癌に対する原発非切除化学療法の効果と安全性について検討した。治療中に大腸内視鏡検査を行うことで安全に施行可能であった。

急速に肝機能障害が進行する大腸癌多発肝転移に対してmFOLFOX6が著効した症例の検討

森 由希子、長山 聡、川村 純一郎、野村 明成、河田 健二、中右 雅之、小濱 和貴、伊丹 淳、岡部 寛、渡辺 剛、坂井 義治
(京都大学外科)

【目的】大腸癌肝転移は再発・進行大腸癌患者の予後を規定する因子のひとつである。手術・全身化学療法等様々な治療が行われているが、急速に増悪・肝不全にいたる症例も認められ、治療に難渋する症例も少なくない。今回我々は急速に肝機能障害が進行する大腸癌多発肝転移に対して、mFOLFOX6療法が著効した症例を経験したので若干の文献的考察とともに報告する。【症例】急速に肝機能低下が進行する大腸癌多発肝転移に対して、mFOLFOX6療法を施行しPRを得た3例を呈示する。(症例1) 74歳男性。S状結腸癌、多発肝転移・多発肺転移に対して2007年5月S状結腸切除術施行。術後急速な肝機能障害と肝転移の増大認めため、術後9日よりmFOLFOX6開始。化学療法開始後肝機能は改善し、5コース終了後画像評価上もPRを得、腫瘍マーカーも正常化した。しびれ対策のため6コース終了後レジメン変更したが、現在もPR継続中である。(症例2) 58歳男性。初診時より両葉にまたがる多発肝転移を伴うS状結腸癌で、肝機能障害も出現していたため、全身化学療法を選択した。2007年6月よりmFOLFOX6開始。2コース目終了後に肝機能の改善と腫瘍マーカーの正常化を認め、6コース終了後画像評価上もPRを得た。8コース終了後原発腫瘍に対して、S状結腸切除術を施行した。術後、化学療法を再開し、現在もPR継続中である。(症例3) 63歳女性。上行結腸癌、多発肝転移。初診時より両葉にまたがる多発肝転移による肝機能障害を認めため、全身化学療法を選択した。2007年5月よりmFOLFOX6開始。2コース目終了後に肝機能の改善と腫瘍マーカーの正常化認め、8コース終了後画像評価上もPRを得た。しびれ対策のため8コースでレジメンを変更したが、現在もPR継続中である。【まとめ】大腸癌肝転移は切除可能であれば手術が第1選択であるが、肝両葉に広がる切除不能多発肝転移に対しては全身化学療法が選択される。今回急速に肝機能障害が進行する大腸癌肝転移に対してmFOLFOX6による全身化学療法が著効し、肝機能の改善及び、画像上も腫瘍の縮小を認めた3例を経験した。3例とも肝転移巣はPR継続中である。全身状態の評価等、治療施行には慎重を要するが、急速な肝機能障害の増悪を伴う肝転移症例に対してmFOLFOX6による全身化学療法は効果が期待できる治療法であると考えられた。

大腸癌腹膜転移症例に対する温熱化学腹膜灌流療法

本多 桂、片山 寛次、五井 孝憲、木村 洋平、渡邊 剛史、西尾 慶子、加藤 成、大西 顕司、藤本 大裕、小練 研司、永野 秀樹、村上 真、廣野 靖夫、前田 浩幸、飯田 敦、山口 明夫
(福井大学医学部第一外科)

【目的】近年抗癌剤治療の進歩により再発、切除不能大腸癌の治療成績が向上してきている。しかし腹膜転移症例に対するFOLFOX、FOLFIRI、Bevacizumab+ FOLFOX等の治療成績はまだ報告されていない。当科では腹膜転移症例に積極的な郭清を伴う切除を行った上で、術中温熱化学腹膜灌流(CHPP)を行い、良好な成績を得たのでここに報告する。【対象】腹膜転移を有しそれ以外に非治療因子の無い大腸癌28症例。これらのうち16例にはCHPPを施行した。CHPP導入前、また年齢、併存症等の理由よりCHPP未施行とした12症例を対象とした。【方法】原病巣を切除し、切除可能腹膜転移巣を可及的切除、再建術を行った後に開腹したままで創部に開創鉤、リングリトラクターを装着し創縁を挙上する。腹腔を開大し、灌流するためのスペースを確保、生食2LにCDDP50mg、MMC10mg、Etoposide100mgを加え48℃に加温し腹腔内に攪拌しながら注入、同量の灌流液を入れたりザーバーからポンプを用いて腹腔内を温熱灌流した。灌流温度は腹腔内数カ所で測定し、43℃を維持した。術後化学療法を追加している。術後化学療法は年代により異なり90年代前半までは5FU、MTX、LV、CDDP、5' DFUR等、97年よりはLow doseFP、99年よりは5FU-LV、03年よりIFL、06年よりFOLFOX、FOLFIRIが施行されている。治療成績は生存期間で検討した。【結果】非治療群の5年生存率は1例8.3%、50%平均生存期間は8ヶ月であった。それに対して、治療群の5年生存率は25%、50%平均生存期間は25ヶ月であり、非治療群に比べて有意に長期生存し得た。治療群のうち4例は現在も再発なく50、113、146、154ヶ月健在でありこれらの内3例は腹膜転移巣を可及的切除した症例である。【結語】大腸がんの腹膜転移は、それ以外の非治療因子がなければ郭清手術を行った上、転移巣を可及的切除し温熱化学腹膜灌流療法を施行することで長期生存が期待できる。今後は温熱化学腹膜灌流療法後にFOLFOX、FOLFIRI、Bevacizumab+ FOLFOX等を導入する症例が増加し、さらなる治療効果が見込まれる。その治療効果を検討したい。

直腸癌・局所再発、肺転移および肝転移再発に対し、放射線療法および化学療法によってQOLを維持しつつCRをなし得た1例

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

【はじめに】大腸癌においては、術後再発を認めても、切除可能であれば良好な予後を望めうる場合がある。また、最近の化学療法の進歩により、切除不能再発巣に対しても予後延長を認めた報告が散見され始めている。しかしながら、再発後の予後の延長に関しては、患者QOLが維持されていることが重要と思われる。本発表では、進行直腸癌術後の局所再発、肺転移および肝転移再発に対し、放射線療法および化学療法による集学的治療によりQOLを維持しつつ、cancer freeをなし得た症例を経験したので報告する。【症例】症例は72歳、女性。下部直腸癌の診断にて1999年10月腹会陰式直腸切断術を施行(Stage3a)。2003年2月CTにて肝S4に肝転移を認めたため、肝部分切除術施行。2004年11月MRIにて骨盤内局所再発を疑う所見を認めた。その後、CTにて肺転移も確認したため、化学療法(TS-1)および放射線療法を開始した。骨盤内再発巣に対しては著効したが、肺転移に関しては増悪を認めた。そこで、化学療法をFOLFOX4に変更し開始した。高度な有害事象を認めなかったため、2週間毎の化学療法投与時のみ2泊3日で入院し、それ以外の期間は自宅にて通常の生活を送り得た。FOLFOXを14クール施行後は腫瘍マーカーの正常化、肺転移巣の消失を確認した。骨盤内再発巣に関しては、画像上炎症性変化の所見を認めたが癌の残存は完全には否定しきれなかった。その後は外来にて経過観察していた。2007年5月腸閉塞を生じ保存的に軽快したが、腹膜播種による癌性腸閉塞も否定できなかったため、second-look operationの意味合いも含め、開腹手術を施行した。開腹所見および術中迅速病理診断にて、腹膜播種および局所再発を否定し、癒着性の腸閉塞との診断に至った。現在は初回手術後8年を経過しているが、再発兆候なく経過観察している。【まとめ】大腸癌においては、切除可能再発巣に関しては根治切除を、切除不能再発巣に関してはQOLを確保しつつ化学療法および放射線療法を施行することにより良好な予後を期待できうる症例がありうることを念頭に置き、再発治療にあたるべきと考えられた。

経肛門の切除後再発直腸腫瘍に対する内視鏡的粘膜下層剥離術の有用性

桐山 真典、斎藤 豊、中島 健、松田 尚久
(国立がんセンター中央病院内視鏡部)

【背景】肛門近傍の直腸腫瘍は、従来は経肛門の切除術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、内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)が直腸病変にも施行され、当院では局所再発病変についても拡大観察にて粘膜内病変と判断した場合には積極的にESDを施行している。経肛門の切除後の再発病変に対するESDの成績を検討した。【対象と方法】1998年2月から2007年11月に当院でESDを施行した直腸腫瘍102例中、経肛門の切除後再発例は4例であった。それぞれの切除時間・合併症・経過について検討した。【症例1】46歳男性。1991年家族性大腸ポリーポシスに対し結腸全摘術を施行。その後残存直腸に0-IIa(LST)病変を認め、EMR施行されるも局所再発し、1996年経肛門的に分割切除された。6年後に同部位に腫瘍を認め、術後再発と診断し、EMR施行。さらに2年後同部位に25mm、0-IIa病変を認め、局所再々発と診断した。同病変に対しESDを施行し、切除時間は150分であった。Non-lifting sign陽性で、強い瘢痕線維化を認めた。穿孔無し。組織診断で粘膜内に高分化腺癌を認めた。3年5ヶ月無再発である。【症例2】67歳男性。当院で直腸Rbに50mm、0-IIa(LST-G)を認め、経肛門の切除施行した。病理診断は高分化腺癌、深達度Mで腺腫成分を有し切除断端陽性であった。13ヶ月後同部位に40mm、0-IIa病変を認め局所再発と診断した。局注にてNon-lifting sign陽性で病変全体に瘢痕線維化を認めたが、ESDにて穿孔なく一括切除可能であった。切除時間は200分。病理学的に中等度異型腺腫が粘膜内に増殖していた。腺腫の遺残再発と考えられ、断端は陰性であった。2年間無再発である。【症例3】67歳女性。4年前に前医で直腸Rbの10mm、0-IIaを認め、同病変に対しEMRを施行。8ヶ月後局所再発し経肛門的に切除された。2年後局所再発を認め、その後増大傾向のため当院紹介となった。同部位に28mm、0-IIa病変を認め局所再々発と診断しESDを施行した。粘膜下層に線維化を認めたがESDにて穿孔なく一括切除可能であった。切除時間は80分。病理診断は管状腺腫と診断された。8ヶ月無再発である。【症例4】61歳女性。9年前に直腸腫瘍に対し経肛門の切除施行。2年後および7年後に同部位に腫瘍を認め、術後再発と診断。ともに経肛門的に切除された。さらに2年後同部位に40mm、0-Is+IIa病変を認め、局所再々発と診断した。ESDを施行し、切除時間は60分であった。Non-lifting sign陽性で、強い瘢痕線維化を認めた。穿孔無し。病理診断で高分化腺癌の粘膜内増殖を認めた。再発は認めていない。【結論】経肛門の切除後局所再発病変は強い線維化を伴い、通常ESDに比べ手技的に難しいが、いずれの症例も穿孔の合併症は認めず、ESD後の再発も認めていない。直腸腫瘍の粘膜内病変としての再発に対するESDは安全性および根治性の観点からも有用な治療手技である。

大腸癌肝転移に対する肝切除後補助化学療法の成績

中居 卓也、上田 和毅、石丸 英三郎、吉藤 竹仁、所 忠男、肥田 仁一、安富 正幸、塩崎 均、奥野 清隆
(近畿大学医学部外科)

我々は、大腸癌肝転移に対して積極的肝切除後、肝動注を中心とした補助化学療法を行ってきたが、最近では多剤併用全身化学療法も実施している。肝切除後の補助化学療法の意義は、今だエビデンスはなく、我々の行ってきた治療を詳細に検討し治療戦略を述べる。【方法】肝外病変を持たない大腸癌肝転移に対して肝切除を行い治療予後が判明している1995年から2006年までの101例を対象とした。肝切除後(Hx)は肝動注治療を基本とするが動注が技術的困難、あるいは希望しない場合は切除のみか全身化学療法を行った。肝動注(HAD)は術後6ヶ月投与を原則に5-FU、MMCを用いたが免疫剤IL-2、OK-432を追加した場合もある。全身化学療法はフッ化ピリミジン系の単剤投与(mono therapy: 5-FU, UFT等)したもの多剤併用(combination therapy: UFT+LV, CPT11, FOLFOX)を分類した。対象を詳細に検討すべく次の6群に分類した。Hx群：肝切除後化学療法なし、Hx+M群：肝切除後単剤全身化学療法、Hx+C群：肝切除後多剤併用全身化学療法、Hx+HAI群：肝切除後肝動注のみ、Hx+HAI+M群：肝切除後肝動注と単剤全身化学療法、Hx+HAI+C群：肝切除後肝動注と多剤併用全身化学療法。各群の背景因子と予後を比較、副作用も検討した。【結果】Hx群：19例、Hx+M群：14例、Hx+C群：14例、Hx+HAI群：21例、Hx+HAI+M群：16例、Hx+HAI+C群：17例であった。背景因子においてGrade分類、術前CEA値などの差はなかった。5年生存率はHx群：25.9%、Hx+M群：31.6%、Hx+C群：66.7% (3年生存率)、Hx+HAI群：18.7%、Hx+HAI+M群：53.3%、Hx+HAI+C群：52.1%であった。肝切除後肝動注に化学療法を用いたものが予後良好であるが、肝切除後肝動注は必ず多剤併用全身化学療法の観察期間は短いもの予後は良い傾向にあった。副作用で重篤なものはHx+HAI+C群の1例で肝内胆管の障害から肝膿瘍を合併し再発はないが術後3年2ヶ月で肝不全死した。【結語】予防的肝動注は全身化学療法の併用が予後を改善するが、多剤併用全身化学療法も予後が期待される。

大腸癌肝転移の切除後の再発に対する治療戦略

松田 健司、堀田 司、内山 和久、瀧藤 克也、横山 省三、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)

【目的】大腸癌肝転移切除後の再発【対象】1993年から2006年に大腸癌肝転移に対する治療切除施行の77例。【結果】77例中53例(68.8%)に再発を認めた。53例中19例(35.8%)に再発巣切除が行われた。再発症例の予後因子は、単変量解析にて初回肝切除時の腫瘍最大径が5cm以上未満($p=0.012$)、原発巣のリンパ節転移の有無($p=0.028$)、初回肝切除前のCEA値が200以上未満($p=0.020$)と再発巣切除の有無($p < 0.001$)が有意となり、多変量解析において、腫瘍最大径(Odds ratio: 3.30, $p=0.018$)と再切除の有無(Odds ratio: 4.37, $p=0.007$)が有意となった。また、再切除が施行された症例の背景は再切除施行群にて原発巣のリンパ節転移頻度が低く($p=0.023$)、再発までの期間が有意に長かった(1年以上未満, $p=0.045$)。【結語】大腸癌肝転移治療切除後の再発症例の解析では再切除可能な症例は初回切除から1年以上経過した症例が多く、原発巣のリンパ節転移頻度も低かった。また、再切除可能な症例は生存期間が延長したことから、大腸癌肝転移治療切除後の再発に対しては積極的に転移巣切除を考慮すべきである。

大腸癌転移・再発に対する手術成績の検討

前田 好章¹、濱田 朋倫¹、近藤 啓史²、篠原 敏樹¹、柴崎 晋¹、船越 徹¹、蔵谷 大輔¹、桑原 博昭²、安達 大史²、古賀 理恵²

(¹北海道がんセンター外科、²北海道がんセンター呼吸器外科)

【緒言】大腸癌の肝転移、肺転移に対する外科的切除は確立された治療法であり、完全切除により30-40%の治療を期待できる。また、切除可能な腹膜転移に対しても切除により治療が得られる症例もある。一方、症例によっては同時性あるいは異時性に、複数の臓器に遠隔転移がみられ、それぞれに対する切除が施行されることもあるが、これらの症例についての治療成績については十分に明らかにはされていない。【対象】1998-2007年に、大腸癌転移病変に対して切除が施行された112例、161手術について検討した。検討項目は初回手術時の臨床病理学的因子、再発時の病変の個数、大きさ、術式、CEAの推移、補助化学療法、手術合併症等とした。【結果】161手術の内訳は肝切除64件、肺切除69件、腹膜転移切除（局所再発、卵巣を含む）27件、脳転移切除6件（以上、重複あり）であった。初回肝切除の5年生存率は38%、初回肺切除の5年生存率は40%、腹膜転移切除（局所再発、卵巣を含む）の5年生存率は39%であった。脳転移の切除例に5年生存例は無く、2年生存も1例のみであった。転移巣に対する複数回手術の検討では、2回目の手術は5年生存率38%(n=35)で、初回再発手術と遜色ないが、3回目以降の手術は、いまだ5年生存例は経験していないものの、2年以上無再発生存中の2症例を経過観察中である。肝切除例では1990代の症例に、手術直接死亡1例(1.8%)、在院死亡2例(3.6%)があり、2例とも術後出血等による死亡で癌死ではなかった。2000年以降の肝切除例に在院死亡例は無い。脳転移切除では1例が手術直接死亡している。肺切除、腹膜転移切除例では在院死亡例は無かった。【考察、結語】大腸癌の肝転移、肺転移、腹膜転移に対しては、完全切除可能であれば、いずれも5年生存率40%前後の良好な治療成績が得られる。同時性または異時性に複数の臓器に転移がみられる症例であっても、切除可能であれば根治を期待しうる。脳転移切除は長期生存例が無く、症状緩和を目的とした治療と考えるべきであろう。

腹腔鏡下大腸癌手術後、再発巣に対する外科的治療例の検討

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

(¹北里大学東病院外科、²北里大学外科)

【目的】当院では1993年より、大腸癌に対する腹腔鏡下大腸切除術を導入し、順次適応を拡大してきた。進行癌では再発例も認めるようになった。今回、腹腔鏡手術後の再発症例に対し外科的治療が行われた症例を検討する。【対象】2007年4月までに腹腔鏡下に根治手術が行われた大腸癌症例（重複癌を除く）540例を対象に、再発症例50例を検討した。【結果】再発症例は50例(9.3%)であった。再発形式は、肝転移32例(5.9%)、腹膜播種12例(2.2%)、肺転移10例(1.9%)、遠隔リンパ節転移5例(0.9%)、局所再発3例(0.6%)、骨転移1例(0.2%)であった。このうち、再手術により切除可能であった症例は14例(28%)であった。内訳は、肝転移12例、局所再発2例であった。原発巣の進行度は、StageIが3例、StageIIが2例、StageIIIaが6例、StageIIIbが3例であった。肝転移再発例に対し腹腔鏡下肝切除術を施行した症例を提示する。【症例】50歳台、男性。直腸癌、胆石症に対し、2006年9月に腹腔鏡下低位前方切除術および胆嚢摘出術が施行された。直腸癌はRS、type2、pSE、pN2、sH0、sP0、cM0、pStageIIIbであった。術後補助化学療法として5FU+LVによる治療が施行された。その後、肝外側区域に転移巣を認め、2007年7月に腹腔鏡下肝外側区域切除術を施行した。【考察】再発形式では腹腔鏡手術特有のものは認めなかった。腹腔内での再発巣に対し行える外科治療としては、肝転移に対する肝切除術、局所再発に対する局所切除術があげられる。当院では肝切除に対しても腹腔鏡手術を導入している。適応は、外側区域または後区域に局限しているものとしている。近年、化学療法の進歩により、切除不能症例に対する生命予後も延長された。しかしながら、外科的治療を凌駕する治療はない。腹腔鏡手術は術後の癒着も少なく、再手術時の手術操作が容易であるというメリットがある。今回提示した症例では、そのメリットを最大限に生かし、再発巣の切除でも腹腔鏡下に施行することが可能であった。

大腸癌転移症例に対する外科治療の成績

亀山 仁史、瀧井 康公、奥田 澄夫
(新潟県立がんセンター新潟病院)

【目的】当科においては転移を有する大腸癌症例に対しても積極的に切除を行ってきた。その成績を検討し、今後の治療方針の一助とすることを目的とした。【対象】1991年1月から2004年12月の14年間に当科で手術が施行された同時性重複癌を除く原発性大腸癌症例1846例を対象とした。男性1075例、女性771例、年齢は19歳－92歳で平均64.0歳。stageの内訳はstage0:129例、stageI:469例、stageII:433例、stageIIIa:340例、stageIIIb:169例、stageIV:306例。【結果】同時性の転移症例は306例で、そのうち根治切除例は108/306例(35.3%)であった。1臓器転移の場合は101/205例(49.2%)、2臓器転移は7/75例(9.3%)に根治手術が施行された。3臓器転移21例、4臓器転移5例では根治手術は施行されていなかった。これら根治手術が施行された108例の5年生存率は39.0%であった。1臓器転移101例の5年生存率は37.4%、2臓器転移7例の5年生存率は57.1%であった。肝転移のみの症例は112例中52例(46.4%)が切除され、切除例の5年生存率は35.9%、肺転移のみの症例は15例中6例(40.0%)が切除され切除例の5年生存率は75.0%であった。異時性に再発を認めた症例は216例であり、このうち95例(44.0%)に根治手術が施行された。根治手術症例の再発確認後の5年生存率は46.1%、初回手術後の5年生存率は63.5%であった。初発1臓器転移症例は168例で、このうち91例(54.2%)が、2臓器転移は40例中4例(10.0%)に根治手術が施行され、3臓器、4臓器転移の症例では根治切除の症例はなかった。1臓器転移の根治切除91例の再発確認後5年生存率は46.2%、2臓器転移の根治切除4例の再発確認後5年生存率は50.0%であった。肝転移のみ再発例は52/70例(74.3%)が切除され、切除例の再発確認後5年生存率は43.3%であった。肺転移のみ再発例は19/38例(50.0%)が切除され、切除例の再発確認後5年生存率は48.9%であった。根治切除の無い症例の再発確認後5年生存率は0%であった。【結語】転移症例に対する積極的切除は予後の期待しうる治療法であり、2臓器転移でも切除の価値があると考えられた。【考察】今後は、外科治療＋新規抗癌剤の使用により更なる成績向上が期待できると思われる。

大腸癌術後大動脈周囲リンパ節再発症例の検討

熊澤 慶吾、三宅 大、合田 良政、竹下 恵美子、齋藤 幸夫
(国立国際医療センター大腸肛門科)

1995年4月から2006年4月までに初回大腸癌手術を行ったm癌を除いた根治度A症例987例(全再発症例137例:18.2%)のうち初回再発部位に大動脈周囲リンパ節転移を含む症例は8例(全再発症例の5.8%)を対象として検討した。大動脈周囲リンパ節再発症例の初回大腸癌の部位は、上行結腸2例・横行結腸1例・下行結腸1例・S状結腸2例・直腸癌Rs1例、直腸Ra1例であり、脾彎曲部のmp癌1例を除く、全例にD3郭清が施行されていた。stageはstageIIが1例・stageIIIaが5例(うち中間リンパ節転移陽性例は1例)・stageIIIbが2例(うち中間リンパ節転移陽性例は2例)で、いずれも主リンパ節に転移を認めなかった。初回再発部位が、大動脈周囲リンパ節転移単独再発は4例であった。多臓器再発症例は腹膜播種を伴うもの3例・肝転移を伴うもの1例であった。それらの初回再発時期は61～1609日(中央値916日)であり、5例は術後2年目に再発を認めた。大動脈周囲リンパ節単独再発例4例中2例に治癒的切除が施行され、1例は無再再発生存(再発巣切除後5年以上経過)しているが、1例は再発巣切除後231日目に肺転移・縦郭リンパ節転移を認め、再発切除後597日目に原癌死した。手術非施行6例のうち1例を除き、化学療法を施行され、4例原癌死・2例担癌生存中であり、いずれも再発発見からの生存期間は2年以上であった。また上記対象症例に含まれないが、初回大腸癌手術が他院で施行された症例で、吻合部再発および大動脈周囲リンパ節転移を認め、当院で再発巣切除施行した症例を1例経験した。現在術後2年10ヶ月経過しているが、無再再発生存中である。当院の経験では、大腸癌術後の大動脈周囲リンパ節再発は再発形式の中で頻度は比較的低い再発形式であり、その予後は不良であった。しかし、根治的切除可能ならば、長期生存も望めるため、積極的な転移巣切除を考慮する必要がある。

Stage IV大腸癌および切除不能再発大腸癌に対する外科的役割

佐藤 貴弘、小澤 修太郎、山口 茂樹

(埼玉医科大学国際医療センター包括的がんセンター消化器病センター)

Stage IV大腸癌および切除不能再発大腸癌に対する外科的役割埼玉医科大学国際医療センター 包括的がんセンター 消化器病センター 消化器外科佐藤貴弘、小澤修太郎、山口茂樹【背景】FOLFOX, FOLFIRIなどの化学療法や集学的治療が奏功するようになり、従来末期といわれて治療対象にならなかったStage IV大腸癌および切除不能再発大腸癌にも外科的処置が必要となる場合が増えてきている。今回、当センターにおける外科的役割およびその効果、術後合併症について検討した。【対象】対象は当がんセンター開設平成19年4月から10月までに当科にて外科的手術および処置を施行した24例で、男女比は11/13。年齢は43—87歳(平均62.5歳)であった。Stage IV大腸癌12例、切除不能再発大腸癌12例。【結果】施行手術はCV port留置19例(単独8例、原発巣切除術併施7例、人工肛門造設術併施2例、バイパス術併施2例)、人工肛門造設術単独5例となっていた。通過障害に対する手術が行われた16例全例において経口摂取可能となりADLの改善を認めた。CV portを留置した19例のうちFOLFIRIが7例に、またFOLFOXが4例に導入された。残りの6例ではPS不良であったため、化学療法に移行できなかったものの、高カロリー輸液を含め、点滴経路として使用され、有効であった。急性期の合併症は手術関連合併症は縫合不全1例で、現疾患の増悪による合併症は肝転移による肝不全の急性増悪2例、下半身麻痺2例(骨転移増悪1例、脊髄転移増悪1例)であった。CV port留置に伴うトラブルは認められなかった。【結語】化学療法、集学的治療の進歩により高度進行大腸癌の予後は改善されてつつある。その一方でstageIV から末期癌状態までの間に外科的処置が介入する機会が増えてきており、外科的処置あるいは手術の役割はさらに重要になってきている。

4回の再切除により7年間の長期生存が得られた虫垂粘液嚢胞腺癌再発の1例

似鳥 修弘¹、出口 倫明¹、安達 実樹¹、折口 信人¹、松田 圭二²、渡邊 聡明²、真船 健一¹、北島 政樹¹

(¹国際医療福祉大学三田病院外科、²帝京大学外科)

【緒言】虫垂粘液嚢胞腺癌再発に対し、4回の再切除により7年間の長期生存を得られた1例を経験したので報告する。【症例】34歳、女性。7年前、急性虫垂炎穿孔の診断で回盲部切除術を施行されたが、病理組織検査でmucinous cystadenocarcinoma, si, n1 (4/17)と診断されたため、2ヶ月後に結腸右半切除術(D3)を追加施行したところn0 (0/48)であった。4年前、再発による腹膜偽粘液腫に対して、子宮全摘、両側付属器、ダグラス窩腹膜、回結腸吻合部、左尿管、大網切除術、mytomycinC (MMC) 10mg腹腔内投与を施行した。病理では、子宮頸部、ダグラス窩、横行結腸、左尿管周囲に再発が確認された。3年前、再々発に対し、前方切除術、膀胱部分切除、膈部分切除、回結腸吻合部、胃壁部分切除、肝S6部分切除術、胆嚢摘出術、5%糖液腹腔洗浄、cisplatin (CDDO) 50mg腹腔内投与を施行した。腫瘍がS状結腸、膀胱と一塊となっており、腫瘍浸潤が結腸筋層、膀胱内腔へと及んでおり、回結腸吻合部、胃壁、肝被膜にも再発が確認された。1年前、左下腹部腹壁腫瘍とCEA高値(8.1mg/dl)を認め、S-1 80mg/dayにより1年間加療されていたが、腫瘍が増大してきたため、精査加療目的で当科紹介受診となった。画像上、5cm大の左腹壁腫瘍のほか、左内腸骨動脈近傍に2.5cm大の腫瘍と、肝S7転移を認め、腹壁腫瘍切除、左腎・尿管、内腸骨動脈および結腸壁合併骨盤腫瘍切除、肝S7部分切除術を施行した。術後経過良好で、第15病日退院となった。病理では、腹壁腫瘍、骨盤腫瘍、肝漿膜下に再発が確認された。術後、S-1の内服を続けていたが、3ヶ月後のCEAが15.0 mg/dlに上昇したため、PET-CTを施行したところ脾門部に1.5cm大の腫瘍を認めため、脾臓摘出術、CDDP 50mg腹腔内投与を施行した。術後、経過良好で退院となり現在外来にて経過観察中である。【考察】原発性虫垂癌は大腸癌手術症例の0.6%と比較的まれな疾患であり、術前診断は困難で自験例のように急性虫垂炎として診断されることが多い。また穿孔の頻度が高く腹膜播種をきたしやすいとされ、一般に予後不良であることが多い。粘液嚢胞腺癌の腫瘍細胞自体は低悪性度であり血行性、リンパ行性転移は少ないと報告されているが、所属リンパ節転移を認めた場合は、系統的なリンパ節郭清を伴った切除が必要との報告が多い。また、腹膜偽粘液腫に対してはMMC, CDDP、糖液、デキストラン製剤の腹腔内投与の有効性が報告されている。自験例では、再発巣に対して4回の切除を行い、7年間の長期生存を得られている比較的まれな症例と考えられ、文献的考察を加えて報告する。【結語】再発に対して集学的治療により長期生存が得られた虫垂粘液嚢胞腺癌の1例を報告した。

横行結腸癌術後の多発小腸転移に対し根治切除術を行 い得た1例

高橋 賢一¹、徳村 弘実²、丹田 滋³、舟山 裕士¹、豊島 隆²、武者 宏昭²、松村 直樹²、佐々木 宏之²、安本 明浩²、千葉 隆士⁴

(¹東北労災病院大腸肛門外科、²東北労災病院外科、³東北労災病院腫瘍内科、⁴東北労災病院消化器科)

症例は75歳女性。平成17年4月に横行結腸癌の診断で腹腔鏡補助下横行結腸切除術を行った。病理組織型は中分化型腺癌であり、深達度はpSS、リンパ節転移が認められ(pN1)、ly1、v1と脈管侵襲陽性であった。術後UFTによる補助化学療法を施行中であつたが、平成19年2月より貧血が認められたため胃内視鏡検査と大腸内視鏡検査を行ったところ異常所見は認められなかった。胸腹部CT検査も行ったが、肺や肝臓、大動脈周囲リンパ節などに明らかな再発の所見は認められなかった。3月に腸閉塞症を発症し保存的治療で改善したが、小腸透視を行ったところ少なくとも2箇所の狭窄が疑われ、ダブルバルーン小腸内視鏡検査を行ったところ空腸に少なくとも2個の3型腫瘍が認められ狭窄を呈しており、生検にて腺癌の診断となった。大腸癌の小腸転移の診断で5月に開腹手術を行った。術中検索にて小腸に11個の腫瘍が認められたが、空腸60cm、回腸15cmの切除で全ての腫瘍を切除範囲に含めることができると判断されたため、近傍のリンパ節を切除範囲に含めるような扇形の腸間膜切除を伴う小腸部分切除術を行った。また、前回吻合部の近傍に径2cmの単発性の播種性病変が認められたため一緒に切除した。病理組織検査では、中分化型腺癌が小腸の粘膜下層を中心に増殖している像が認められ、脈管侵襲も認められた。一部の腫瘍では病変が漿膜に及んでいなかったことから、大腸癌の血行性またはリンパ行性転移と考えられた。また郭清リンパ節24個中10個に転移が確認された。術後経過は順調で、mFOLFOX6による補助化学療法を施行中であるが、術後約6ヶ月を経過した時点で無再発生存中である。大腸癌術後の小腸転移は稀であり、本邦ではこれまで12例が報告されている。予後について明らかな記載がある8例中、死亡例は1例のみであり、生存例の観察期間の中央値は13ヶ月、最長で6年であった。無再発生存例は5例であった。大腸癌術後の小腸転移に対しては積極的な根治切除を行うことが良好な予後に寄与する可能性が示唆された。

S状結腸癌再々発症例に対し減量手術を施行した一例

佐村 博範、野里 栄治、新垣 淳也、西巻 正
(琉球大学第一外科)

【目的】今回S状結腸癌術後再々発で、化学療法中PDとなった患者さんに対し減量手術を施行した症例を経験したので報告する【症例】55歳、女性。現病歴：平成16年2月S状結腸癌に対し前医にて腹腔鏡補助下手術が施行された(wel,type2,ss,n1,P0,H0,M(-),stage IIIa,D3,Cur A,FEEAにて再建)。術後補助化学療法としてIFLを3コース施行後、吻合部再発が確認されH17年1月開腹下に吻合部切除術が施行された(muc,ss,n0,P0,H0,M(-))。同年3月腫瘍マーカーの上昇を認めCT検査にて腹腔内多発結節が確認され、再々発しており腹膜播種の状態と診断された。TS-1+CDDPの化学療法を施行したが無効で当院に紹介された。転医後はFOLFOX4療法を7コース施行し、腫瘍マーカーは低下したが、画像検査上はPDであった。画像上は肝・肺等の臓器に遠隔転移がなく、腹膜再発が骨盤から左側腹部に限局し、これが増大している状態であった事と軽度の通過障害があり、CFではAV15cm程でfiberが通過しない状態となっていた。患者は手術療法の可能性に期待していたが、根治術になる可能性は殆ど無く、減量手術となる事を納得した上で手術を希望した。平成18年4月腹膜播種巣切除術を施行した。手術では後方骨盤内臓全摘(Hartmann Op.+TAH+BS0)、膀胱部分切除、小腸部分切除、脾臓摘出、腹膜播種巣切除を施行した。術後は順調に回復し、術後16日より補助化学療法FOLFIRIを開始した。術後30日目に退院し、以降、外来化学療法で12コース施行した。術後正常値まで低下(25→2)したCEAがこの頃より正常値を超えた。その後はFOLFOXを再度施行後、FOLFIRIに変更し化学療法を継続した。術後9ヶ月に腸閉塞症状があり4日間入院。術後14ヶ月で肝門部転移巣による閉塞性黄疸が出現し、ENBDを施行後、胆道ステントに入れ替え約1ヶ月の入院を要したが、その後外来管理が出来ている。【考察】減量手術はその成績の悪さから、現在では殆ど施行され無いと思われる。本症例は化学療法中もPDとなり、最終的に手術療法を選択された。我々の主観では、本症例は減量手術により病態が約半年前にリセットされた感があり、良好なQOLの維持に有効であったと思われる。【結語】全身状態、手術侵襲の程度など、適応症例を厳しく見分けなければならないが、腸閉塞等の症状緩和に必要な手術と合わせて減量手術が施行できれば、今後有効な化学療法と組み合わせることで、減量手術は切除不能大腸癌患者のQOLの維持に貢献できる可能性が有ると思われた。

直腸癌坐骨転移に対して外科的切除を行った1例

三井 文彦、飯野 弥、森 義之、日向 理、藤井 秀樹
(山梨大学医学部第1外科)

消化器癌における骨転移は他臓器転移を合併していることも多く、通常は切除の対象となることはまれである。今回、右下肢痛にて発症し、単発の右坐骨転移を伴った下部進行直腸癌に対して、放射線化学療法後に直腸切断術、右骨盤半裁術を行い長期生存が得られている1例を経験したので報告する。症例は59歳女性。2002年10月ごろより右下肢内側の痛みを自覚していたが放置していた。2003年1月4日近医整形外科を受診し、レントゲン写真にて右坐骨の骨破壊を指摘された。右坐骨腫瘍の疑いで当院整形外科を受診、骨盤MRIにて7cm大の腫瘍とともに下部直腸に腫瘍が認められたため2003年1月17日に当科に紹介となった。大腸内視鏡検査で直腸Rbに半周性の2型進行癌を認め、生検では中分化型腺癌であった腫瘍マーカーもCEA249ng/ml、CA19-9 9800U/mlと高値を呈していた。CT、MRIで肝、肺、遠隔リンパ節に転移はなく、骨シンチでは右坐骨病変以外には異常はなかった。直腸癌、右坐骨転移と診断した。まず、全骨盤に放射線治療40Gy(2Gy×20回)と5Fu 500mg/日とCDDP10mg/日の全身投与を照射日毎に4週間行った。直腸癌は腫瘍の平坦化が見られたが、画像上坐骨腫瘍は増大傾向を示した。放射線化学療法が終了した時点で再度CT、骨シンチグラムを再度行ったが、右坐骨転移以外には遠隔転移は見られなかった。本人、家族に十分なICを行った結果、骨転移を含めた切除を希望されたため、2003年3月29日に整形外科との協同手術で腹会陰式直腸切断術と骨盤半裁術を行った。術後の病理組織診断では直腸癌はmod, a2, ly1, v1, n2(+), ow(-), aw(-), ew(-), H0, P0, M(+)(骨), stage4で、骨病変にも中分化型腺癌の浸潤が認められた。術後1ヶ月目のCTにて肝S7に単発転移が出現したため、5Fu + CDDPの全身化学療法および5Fuの肝動注療法を行いながら経過を観察し、手術適応の時期を検討した。2005年5月24日(肝部分切除)、2006年5月29日(肝後区域切除)の2回の肝転移切除術を行った。その後は経口抗癌剤による全身化学療法を行っているが、現在まで再発は認めていない。

上行結腸癌術後約1年目に脳転移を来とし、開頭脳腫瘍摘出術を施行した1例

國末 充央¹、河本 和幸²、守本 芳典¹、大倉 充博¹、内野 隼材²、吉田 泰夫²、伊藤 雅²、小笠原 敬三²

(¹財団法人倉敷中央病院倉敷リバーサイド病院、²財団法人倉敷中央病院)

【はじめに】転移性脳腫瘍を原発巣別にみると大腸原発は、5.1%を占めている。転移性脳腫瘍に対する治療方針は、放射線照射および手術である。転移性脳腫瘍が出現した時点で、原発病巣については遠隔転移ありということになり、治療困難な状態であることを示している。したがって、患者にとって残された一定の期間をいかにQOLを保って過ごせるかということが重要である。今回我々は、上行結腸癌術後約1年目に多発性脳腫瘍を認め、開頭脳腫瘍摘出術、全脳照射および化学療法を施行した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。【症例】55歳女性。2006年6月、上行結腸癌に対し、開腹にて右半結腸切除術、D3郭清術施行。A.3型.30×45mm.SE.N3.H0.P0.M0でStageIIIb、R0で根治度Bだった。組織型は中分化腺癌だった。術後補助化学療法を1年間施行した。術後1年目のCEA、CA19-9はともに陰性で、造影CT(胸部～骨盤腔)でも再発を認めなかった。しかし、その1ヵ月後ごろから頭痛を自覚するようになり、次第に増悪した。さらに嘔吐も認められたため、8月下旬に脳MRIを行い、多発性脳腫瘍、水頭症と診断した。CEAは著明に上昇しており、CTでは腹部に多発性転移性皮下腫瘍、転移性肝腫瘍を認めた。上行結腸癌の全身転移と診断した。頭痛の症状緩和および予後改善を目的として、抗浮腫薬を投与した後、開頭脳腫瘍摘出術施行した。摘出標本は、病理組織学的検査所見で腺癌との診断された。現在、全脳照射およびFOLFIRI施行中であり、嚴重なフォローアップを行っている。

横行結腸癌異時性孤立性脾転移の一例

竹之内 信、大島 秀男
(東京警察病院外科)

症例は82歳男性。便通異常を主訴に近医を受診し、大腸内視鏡検査にて横行結腸癌と診断された。平成14年9月、横行結腸癌に対してD3リンパ節郭清を伴う右半結腸切除術を施行。組織学的にはmoderately differentiated adenocarcinoma, SE, ly3, v3, n3(+), H0, P0, M0, stage IIIb (大腸癌取り扱い規約第6版)であり、5-FU + I-LV (MAYO regimen)による術後補助化学療法を行った。退院後はテガフル・ウラシルによる経口補助化学療法を1年間継続した。その後、定期的なサーベイランスを行っていたが、手術から3年3ヶ月経過した平成17年末よりCEA値の上昇を認め、3年6ヶ月目に施行した腹部造影CT検査にて孤立性の脾転移を指摘された。腹部造影CT上は脾臓下極に造影効果の弱い40×30mm大腫瘍、またMRIではT1系画像ではほぼ等信号、T2系画像で低信号に描出され、肝転移に類似した画像上の特徴を呈した。胸腹部CTおよびSPIO造影MRIにて他に転移を疑わせる所見を認めなかったことから手術適応と判断し、初回手術から3年7ヵ月後の平成18年4月、開腹下に脾臓摘出術を施行した。開腹所見では腹膜播種やリンパ節転移を認めず、脾臓下極に孤立性の白色調腫瘍が透見された。リンパ節郭清は行わず、脾門部で脾動静脈を処理して脾臓を摘出した。切除標本断面では脾臓に長径54mmの白色調腫瘍を認めた。組織学的に原発巣と類似した組織像を呈したことから結腸癌脾転移と診断。なお、明らかな被膜浸潤は認めなかった。術後の経過は良好であり、CEA値も速やかに正常化。脾臓摘出術から1年6ヶ月経過した現在、再発を認めず外来にて経過観察中である。大腸癌の脾転移は比較的珍しいが、切除後の長期生存例も報告されている。特に他の遠隔転移を伴わない異時性孤立性転移の場合には根治が得られる可能性があることから、積極的に手術を検討すべきと考えられた。また、結腸癌脾転移ではCEA値の上昇を認めることが多く、結腸癌術後には画像・腫瘍マーカー値による丁寧なサーベイランスが重要である。

大腸癌術後に脾転移を含む多臓器転移を認め外科治療を施した6症例

松信 哲朗¹、西村 洋治¹、八岡 利昌¹、泉里 豪俊¹、尾形 英生¹、浅香 晋一¹、戸谷 裕之¹、清水 尚¹、安部 仁¹、網 倉 克己¹、川島 吉之¹、西村 ゆう²、黒住 昌史²、坂本 裕彦¹、田中 洋一¹

(¹埼玉県立がんセンター消化器外科、²同、病理科)

大腸癌の脾転移は極めて稀であり、脾転移発見時には多臓器転移を伴い手術適応外とされる場合が多い。我々は脾転移を伴う多臓器転移症例でも根治度Bを得られる症例に関しては、積極的切除の方針としてきた。2002年以降大腸癌脾臓転移を認めた6手術症例をまとめ報告する。平均年齢68.3歳。男性2例、女性4例。同時性2例、異時性4例。原発部位は上行結腸2例、下行結腸1例、S状結腸3例であり、全例に他臓器転移を有していた。転移臓器としては肝臓2例、肺2例、腹膜3例、吻合部1例、卵巣1例、大動脈周囲リンパ節1例であった。脾摘出術後観察期間4年以上3例、1年未満3例。転移経路に関しては現在検討中である。【症例1】2002年2月、上行結腸癌に対し右半結腸切除術施行。2003年6月肝転移、脾転移を認め肝部分切除および脾摘出術施行。2005年10月多発両肺転移を認め、手術適応なく化学療法施行するも2007年10月現在緩和ケアを行っている。【症例2】2002年4月上行結腸癌に対し右半結腸切除術施行。2003年2月左肺および脾臓に転移を認め左肺区域切除および脾摘出術を施行した。2005年11月肝転移を認めたため、肝部分切除術を施行し通院中である。【症例3】1981年直腸癌に対しMiles手術後、2003年11月、下行結腸癌、腹膜播種、脾転移に対し左半結腸切除術、脾摘出術、播種巣切除術、小腸部分切除術、人工肛門再造設術施行。2007年5月仙骨転移を認め放射線療法を施行している。【症例4】2002年10月S状結腸癌に対しS状結腸切除術施行。2006年11月、横隔膜、ダグラス窩等に腹膜播種を認め、播種巣切除術を施行。2007年9月、再度腹膜播種および脾転移を認め、2007年10月播種巣切除術および脾摘出術を施行した。【症例5】2000年3月、S状結腸癌に対しS状結腸切除術施行。2000年9月肝転移、2001年12月右肺転移、2006年3月吻合部再発、2006年12月左肺転移を認めた。その都度転移再発巣の摘出術を施行した。2007年9月に脾転移を認め、10月に脾摘出術を施行した。【症例6】2007年9月、S状結腸癌、脾転移、卵巣転移、大動脈周囲リンパ節転移に対しS状結腸切除、脾部分切除術、子宮および付属器合併切除術を施行した。大腸癌脾転移に対する切除例の予後は、孤立性脾転移例では長期生存例の報告もされているが、多臓器転移を合併している症例での長期生存の報告は少ない。今回、脾摘出術後4年以上の経過を追えた3例を経験し、根治度Bが得られれば生存延長の可能性もあることが示唆された。2007年に脾摘出術を施行した3症例も積極的治療の予定である。

当院において切除された大腸癌肺転移の予後について

西知彦、岡林剛史、金井歳雄、浅越辰男、中川基人、松本圭五、小柳和夫、永瀬剛司、江間玲、武田真
(平塚市民病院外科)

【目的】大腸癌術後の転移性腫瘍に対する治療としては外科的切除が原則とされている。しかしながらどのような肺転移に対して肺切除を考慮すべきであるのかは、十分な検討がなされていないのが現状である。当院における肺転移術後の治療成績を示し、どのような症例に対して肺切除を考慮すべきであるのか検討することを目的とした。【対象】1996年1月～2007年3月までに当院において大腸癌術後肺転移に手術を施行された患者18人、延べ22回の肺切除術を対象とした。【結果】患者の内訳は男性11例・女性7例であり、年齢の中央値は69(50-82)歳であった。原発部位は結腸癌6例、直腸癌12例であった。原発巣手術時のstageは0:1例、I:1例、II:2例、III:9例、IV:5例であり、同時性肺転移症例は2例・同時性肝・肺転移症例は1例であった。手術としては15例に肺部分切除、7例に葉切除を施行した。5例の両側肺転移に対して手術を行い、全経過の中で肝転移治療歴がある症例は5例であった。最大肺転移腫瘍径の中央値は2cm(1-4cm)であった。全肺切除術のうち18例に再発を認め、初回再発部位の内訳は肺14例、その他4例であった。肺切除後無再発生存期間の中央値は253(82-947)日であり、肺切除後1年無再発生存率は45.0%であった。肺切除後生存期間の中央値は710(158-1541)日であり、肺切除後3年生存率は40.8%であった。比例ハザードモデルを用いた生存解析では、肺転移個数が肺切除術後生存に寄与するリスクファクターであった(hazard ratio(95% confidence interval):2.009(1.089-3.703)、 $p=0.026$)が、肝転移治療歴はリスクファクターではなかった(hazard ratio(95% confidence interval):4.940(0.602-40.520)、 $p=0.137$)。原発巣手術後肺転移出現までの期間が3年未満の症例は有意に予後不良であった($p=0.032$)。【結語】大腸癌術後肺転移は直腸癌症例に多くみられた。肺切除後の再発形式としては肺転移が多かった。肺切除を施行する際には存在する肺転移の個数と肺転移出現までの期間を考慮に入れる必要があると考えられた。また、肝転移治療歴を有していても肺切除後の無再発生存には影響せず、肺切除後の予後が期待できれば肝転移後の症例に対しても積極的な切除が考慮されるべきであると考えられた。

大腸癌転移性肺腫瘍の手術症例の検討

浅井陽介、宗本義則、小林弘明、木村雅代、石井浩統、滝沢昌也、佐藤嘉紀、寺田卓郎、高橋充、天谷奨、堀田幸次郎、土田敬、小泉博志、藤澤克憲、笠原善郎、三井毅、浅田康行、飯田善郎
(福井県済生会病院)

【緒言】今回われわれは、結腸直腸癌の肺転移の切除症例について検討した。【対象】1991年から2007年までの過去17年間に当科で切除した大腸癌は1301例である。うち30例(2.3%)の大腸癌肺転移の手術を経験し、この肺転移切除例に対し、検討を行った。【結果】30例の内訳をみると、男性21例、女性9例であった。肺転移切除時の年齢は34歳から81歳(平均63.9歳)であった。初回の原発大腸癌の検討を行なうと、部位では直腸が22例(Rs 4例、Ra 5例、Rb 13例)、結腸が8例(A 3例、S 5例)であった。全例mp以上の深達度であった。組織型では、高分化11例、中分化18例、粘液癌1例であった。脈管侵襲をみるとly陽性が22例、v陽性が20例であった。リンパ節転移陽性は18例であった。直腸病変の術式では、低位前方切除13例、直腸切断6例、局所切除3例であった。肺転移の検討を行なうと、出現までは同時性が3例、異時性が27例であった。異時性転移では初回手術後7ヵ月から115ヵ月(平均31.1ヵ月)で発見されている。肺転移の部位は右側17例、左側7例、両側6例であった。個数は単発が20例、多発が10例で、大きさは1cmから8.5cmまでで平均2.6cmであった。手術術式は肺全摘が1例、肺葉切除が8例、肺区域切除3例、肺部分切除18例(開胸9例、胸腔鏡下9例)であった。肺手術から3年生存率68.9%、5年生存率43.8%であった。初回大腸手術から5年以上無再発経過後に肺転移を来した2例を認めている。症例1は73歳の男性で、9年前にS状結腸癌で高位前方切除術を施行した。その後嚴重に経過観察していたところ、自覚症状はなかったが、PETならびにCT検査で左肺S9・10に2cm・1.5cm・1cmの3カ所に腫瘍が発見された。手術は開胸左下葉切除、リンパ節D2廓清を施行した。腫瘍内にはリンパ管侵襲や脈管侵襲も認め、リンパ行性の転移も疑われた。術後26ヵ月無再発経過中である。症例2は57歳の男性で、7年前に直腸癌でMiles'手術を施行した。術後自覚症状はなかったが、術後5年目を超えてCTにて右肺S3末梢に1cm大の結節を認めた。経過観察したところ、CTで同部位が1.5cm大と増大し、転移と考えられ、胸腔鏡下右肺部分切除術を施行した。術後2ヶ月無再発経過観察中である。【結語】大腸癌症例の長期経過観察中に、異時性肺転移を認めた2例を経験した。大腸癌肺転移は肝について発症が多く、肺への単独転移も少なからずあり、嚴重な経過観察が重要である。肺転移切除後の5年生存率が43.8%と良好であった。肺再発の無再発期間は肝転移より長く、肺切除後の残肺無再発期間も同様であることから、長期間のフォローアップの必要があると考える。

当科における大腸癌肺転移切除症例の検討

中川 正¹、小山 文一¹、向川 智英¹、内本 和晃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・超音波部)

【目的】大腸癌の肺転移時には、すでに肝転移や局所再発をきたしていることが多いが、一方で大腸癌肺転移は、古くから外科的治療の対象とされている疾患である。当科で経験した大腸癌肺転移切除症例の治療成績について検討し報告する。【対象・方法】1988年から2000年の間に当科で大腸癌原発巣の手術を行い、その後肺転移巣を切除した17例を対象にして、術後生存に関わる因子をretrospectiveに検討した。【結果】男10例、女7例。年齢48-76歳、平均63.2歳。原発巣は結腸3例、直腸14例(Ra 3例、Rb 11例)。組織型は、高分化腺癌11例、中分化腺癌4例、粘液癌2例。深達度は、MP 1例、SS(旧a1)11例、SE(旧a2)3例、AI 2例。リンパ節転移は、N0 7例、N1(+) 6例、N2(+) 3例、N4(+) 1例。静脈侵襲は、陽性7例、陰性10例。リンパ管侵襲は、陽性10例、陰性7例。肺転移巣は、同時性転移3例、異時性転移14例で、単発13例、多発4例であった。肺転移巣最大径は1.0-8.0cm(平均2.9cm)であった。術式は、肺葉切除7例、部分切除10例(うち胸腔鏡下切除2例)。肺切除前に肝転移巣に対し肝切除が行われたものが2例、肺切除前に局所再発があったものは3例あった。また、肺切除後の肺再発に対して再切除を行ったのは4例(1回:3例、2回:1例)であった。肺切除全例の3年生存率は58.8%、5年生存率は41.2%、10年生存率28.2%であった。単変量解析では、肺転移個数、肝転移の有無、原発巣手術から肺切除術までの期間(DFI)、原発巣のリンパ管侵襲が予後と関連した。単発例の5年生存率は53.8%と良好であった。また単発例では、切除後再肺転移に対しても再切除にて比較的長期の生存が得られた(42ヶ月、58ヶ月)。【結語】大腸癌肺転移症例の、単発例とDFI 2年以上の症例は、積極的に切除を行うべきである。また肺切除後肺再発例でも初回肺切除時に単発であったものに対しては再切除により長期生存が期待できる。

肺転移切除症例の検討・・・特に複数回肺切除術施行症例について

徳永 真和、佐藤 幸雄、清水 誠一、日野 佑美、小林 美恵、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 渉
 (広島市立安佐市民病院外科)

1991年から2007年10月までに当科で大腸癌手術施行後、肺転移に対して切除を施行した症例について臨床病理学的に検討した。記載は大腸癌取扱い規約第7版に準じた。【結果】肺転移に対しての切除術は19例、26回であった。男12例、女7例、35歳から81歳、平均64歳(中央値65歳)だった。大腸癌の占居部位は、直腸癌が最も多く12例(63%)、盲腸癌3例(16%)、上行結腸癌1例(5%)、横行結腸癌1例(5%)、下行結腸癌1例(5%)、S状結腸癌1例(5%)であった。進行度はStageI 0例、StageII 6例(直腸癌4例、結腸癌2例)、StageIIIa 5例(直腸癌3例、結腸癌2例)、StageIIIb 3例(直腸癌1例、結腸癌2例)、StageIV 5例(直腸癌4例、結腸癌1例)であった。2回以上の肺切除を施行した症例は5例であった。症例1:70歳、女性。横行結腸癌(SS、N2、P0、H0、M0、StageIIIb、腹腔洗浄細胞診V)の手術後2年5ヵ月単発肺転移に対して右上葉部分切除施行。肺切除1年4ヵ月後、右上葉の転移に対して右上葉切除。初回肺切除後2年3ヵ月癌死。症例2:64歳、男性。直腸癌(A、N2、P0、H0、M0、StageIIIb)の手術後2年8ヵ月単発右肺転移に対して胸腔鏡補助下肺部分切除施行。肺切除1年後、2個の転移に対して右上葉切除。さらに6ヵ月後、左肺転移に対して胸腔鏡補助下肺部分切除施行。初回肺切除後9年無再発生存。症例3:79歳、女性。直腸癌(SE、N1、P0、H0、LM1、StageIV)の術後8ヵ月に胸腔鏡下右肺中葉切除施行。肺切除1年後、左肺の転移に対して胸腔鏡補助下肺部分切除施行。初回肺切除後2年8ヵ月無再発生存。症例4:60歳、男性。直腸癌(A、N2、P0、H0、M0、StageIIIb)の手術後1年4ヵ月単発左肺転移に対して胸腔鏡補助下肺部分切除施行。肺切除1年3ヵ月後、単発の右肺転移に対して胸腔鏡補助下右下葉切除施行。さらに4ヵ月後、右肺転移に対して胸腔鏡補助下右中葉切除施行。初回肺切除後2年6ヵ月無再発生存。症例5:69歳、女性。直腸癌(A、N0、P0、H0、M0、StageII)の手術後1年3ヵ月2個の左肺転移に対して胸腔鏡補助下肺部分切除施行。肺切除1年後、単発の右肺転移に対して胸腔鏡補助下肺部分切除施行。初回肺切除後1年5ヵ月無再発生存。【まとめ】大腸癌の肺転移に対しての手術症例は直腸癌の割合が63%と多く、複数回肺切除症例では5例中4例(80%)が直腸癌であった。観察期間が短いものの複数回肺切除した5例中4例は無再発生存している。【結語】肺転移のみの症例では、再発を繰り返しても複数回肺切除の適応となる場合、肺切除により予後の改善が期待できるものと考えられた。

当科における大腸癌肝転移および肺転移切除例の検討

大須賀文彦¹、木暮道彦¹、佐瀬善一郎¹、櫻村省吾¹、
寺島雅典¹、星野豊²、後藤満一¹

(¹福島県立医科大学第一外科、²済生会福島病院)

【背景】大腸癌肝転移の肝切除後の5年生存率は20～50%、大腸癌肺転移の肺切除後の5年生存率は30～60%とされ、それぞれの適応基準に沿って切除可能であれば、切除治療が推奨されている（大腸癌治療ガイドライン2005年版）。【目的】当科における大腸癌肝転移切除例および肺転移切除例を検討し、外科的治療戦略を図る。【対象および方法】1979年から2004年までに当科で大腸癌肝転移または肺転移にて手術施行した症例。肝切除適応は「原発巣が治癒切除」「耐術可能」「肝転移巣が切除可能」「肝外転移がないか制御可能」とし、また、肺切除適応は「原発巣が治癒切除」「耐術可能」「肺転移巣を切除可能」「肺外転移がないか制御可能」として実施してきた。これら肝切除23例、肺切除17例の成績を報告し、文献的に考察した。【結果】（肝切除23例）術死亡率0%。累積3年生存率63%、5年生存率53%。15例で再発し、そのうち肝再発は12例（52.2%）であった。再発形式は肝のみ5例（21.7%）、多臓器を含むもの7例（30.4%）であった。切除断端距離（TW1cm以上：TW1cm未満）についての検討では、再発あり（5例：7例）、再発なし（9例：1例）と両群間で有意差を認めた（ $p < 0.05$ ）。肝転移度（H1：H2,H3）についての検討では、再発あり（5例：7例）、再発なし（10例：1例）と両群間で有意差を認めた（ $p < 0.05$ ）。（肺切除17例）男10例、女7例。47～76才、平均64.1才。結腸癌6例、直腸癌11例。肝切除施行例5例。5年生存率52.5%。17例中肺再発は4例（23.5%）であり、そのうち1例に肺再切除術、1例に肺再々切除術施行した。【結語】当科での大腸癌肝転移および肺転移症例の5年生存率は他施設と同等以上の成績である。肝・肺転移症例でも切除例は比較的予後良好であり、切除適応である場合は積極的に切除治療を検討して良いと考えられた。

当院における大腸癌の遠隔転移症例の検討

大垣雅晴、戸田孝祐、石井巨、下村克己、松村博臣、
柿原直樹、宮田圭悟、飯塚亮二、井川理、藤井宏二、
下間正隆、泉浩、竹中温

(京都第二赤十字病院外科)

大腸癌は比較的限局性にかつ緩徐に進展するため、その治療における外科的切除の効果は高く、転移巣においても切除により根治や生存期間の延長が期待できる。2005年には新規抗癌剤のFOLFOXやFOLFIRI等の使用が可能となり切除不能大腸癌の生存期間は著明に延長してきたが、遠隔転移巣に対し切除不能症例の長期生存はまだ期待できるところまで達していない。ところが初回肝切除可能症例と、初回切除不能で化学療法後に切除可能となった症例の生存期間は同等といった報告もあり化学療法後に切除しえたものの長期生存は期待できる。新規抗癌剤FOLFOX、FOLFIRI等により化学療法施行前には切除不能であったものが化学療法施行後には切除可能となるものもあらわれてきた。今回我々は、2001年以降の大腸癌肝転移症例に対し、肝切除を行った症例95例と肺転移に対し肺切除を行った症例55例の検討と、2005年以降にFOLFOXやFOLFIRIを施行した症例とそれらのうちで肝切除や肺切除を施行した症例を検討し、新規抗癌剤の登場により大腸癌の遠隔転移に対するアプローチ等の変遷について検討し報告する。

大腸癌肝転移に対し3回肝切除を行った4例

山本 史歩¹、井上 雄志¹、苅部 豊彦²、小寺 由人¹、山本 雅一¹

(¹東京女子医科大学消化器外科、²東京女子医科大学消化器内科)

【はじめに】大腸癌治療ガイドラインによると大腸癌肝転移に対し肝切除が可能であれば外科的切除を推奨している。今回93年～07年までにわれわれが経験した大腸癌肝転移の中で3回肝切除を施行した4例について報告する。【症例1】93年10月S状結腸癌、肝転移に対しS状結腸切除術+右葉切除術施行。(well ss n1(251)ly0 v0) 94年肝S4,3,1転移に対しS4,3,1部分切除術施行。96年肝S3転移に対しS3切除術施行した。現在、再発所見なく外来経過観察中である。【症例2】97年6月横行結腸、下行結腸癌に対し左半結腸切除術施行。98年4月肝S8転移に対し、肝前上領域三区域切除術、術後動注化学療法施行(5-FU+ファルモルピシン)。01年11月肝S6/7転移に対し右葉切除術施行。術後UFT-E300mg/日内服開始した。03年9月肝S3/4転移に対しS3/4部分切除術施行。術後UFT-E300mg/日内服した。現在、再発所見なく外来経過観察中である。【症例3】98年横行結腸癌、肝転移に対し、横行結腸切除術+肝右葉切除術施行。(well se n1(221)ly1 v3) 99年腹部リンパ節転移に対しリンパ節摘出術。00年肝S4、S2転移に対しS4切除、S2部分切除術施行。02年S2肝転移再発に対しラジオ波焼灼術施行。肝S2再々発を認め03年8月S2部分切除術施行した。現在、再発所見なく外来経過観察中である。【症例4】00年10月S状結腸癌、肝転移に対しS状結腸切除術+右葉切除術施行。(well se n1(241)ly2 v3) 術後免疫療法施行した。01年5月肝S4転移に対し、S4部分切除術施行した。術後TS-1内服開始した。03年7月肝S1転移に対しS1部分切除術、肝外胆道切除再建、門脈合併切除術を施行した。術後UFT、UZELの内服を開始した。04年3月TS-1+CPT-11開始するも多発肝転移を指摘され、胆腸吻合部狭窄となったためステント挿入、動注ポート留置などしたが癌進行とともに全身状態悪化し04年8月死亡した。【まとめ】3回肝切除を行った4例中3例が無再発生存中であり、可能であれば肝切除を行う有用性が示唆された。

A-F.....	106
G-H.....	107
I-K.....	108
M.....	110
N.....	111
O.....	112
S.....	113
T.....	114
U.....	115
W-Y.....	116

A

Abe, Masashi (安部 仁)	O-20(35), P-98(100)
Abe, Tetsuya (安部 哲也)	P-48(75)
Adachi, Eisuke (足立 英輔)	O-14(32), P-16(59), P-71(87)
Adachi, Hirofumi (安達 大史)	P-87(95)
Adachi, Kennosuke (足立 健介)	O-2(26)
Adachi, Miki (安達 実樹)	P-92(97)
Adachi, Takehiko (安達 武彦)	P-53(78)
Agata, Toshihisa (安形 俊久)	P-18(60)
Aikou, Takashi (愛甲 孝)	P-75(89)
Ajioka, Yoichi (味岡 洋一)	O-27(39)
Akabane, Hiromitsu (赤羽 弘充)	O-7(29)
Akagi, Kiwamu (赤木 究)	O-48(49)
Akagi, Yoshito (赤木 由人)	O-12(31), O-28(39)
Akamatsu, Hiroki (赤松 大樹)	P-42(72)
Akasu, Takayuki (赤須 孝之)	O-47(49)
Akayama, Koichi (赤山 幸一)	O-9(30)
Akimoto, Etsushi (秋本 悦志)	P-27*(65)
Akiya, Yukihiko (秋谷 行宏)	P-7(55)
Akiyama, Yuuji (秋山 有史)	P-41(72)
Akiyoshi, Takashi (秋吉 高志)	O-18(34), O-38*(44)
Amagasa, Hidetoshi (天笠 秀俊)	P-52(77)
Amano, Ryosuke (天野 良亮)	P-44(73)
Amaya, Susumu (天谷 奨)	P-100(101)
Amikura, Katsumi (網倉 克己)	O-20(35), P-98(100)
Ando, Hisae (安藤 寿恵)	P-18(60)
Ando, Toshinori (安藤 敏典)	O-32(41), P-67(85)
Aoba, Taro (青葉 太郎)	P-35(69)
Aoki, Yoshirou (青木 義朗)	O-14(32), P-16(59), P-71(87)
Aoyagi, Takeshi (青柳 武史)	P-9(56)
Aoyagi, Yoshiko (青柳 賀子)	O-43(47)
Arai, Masami (新井 正巳)	P-24(63)
Arakaki, Junya (新垣 淳也)	P-94(98)
Araki, Yasumi (荒木 靖三)	P-12(57)
Arata, Takashi (荒田 尚)	P-23(63)
Aratake, Kazuki (荒武 寿樹)	P-79(91)
Ariizumi, Shunniti (有泉 俊一)	O-3(27)
Arisawa, Tomiyasu (有沢 富康)	O-44(47)
Asada, Yasuyuki (浅田 康行)	P-100(101)
Asagoe, Tatsuo (浅越 辰男)	P-99(101)
Asahara, Toshimasa (浅原 利正)	O-9(30)
Asai, Yousuke (浅井 陽介)	P-100*(101)
Asaka, Shinichi (浅香 晋一)	O-20(35), O-48(49), P-98(100)
Atomii, Yutaka (跡見 裕)	P-20(61)

B

Baba, Hideo (馬場 秀夫)	O-33(42), P-61(82), P-72(87)
Bamba, Yoshiko (番場 嘉子)	P-79*(91)
Bandou, Hiroyuki (伴登 宏行)	P-8(55)
Beppu, Takahiro (別府 孝浩)	O-46(48)
Beppu, Toru (別府 透)	P-61(82)

C

Chiba, Takashi (千葉 隆士)	P-93(98)
Chida, Takeshi (千田 剛士)	P-31(67)
Chikakiyo, Motoya (近清 素也)	P-45(74)
Cho, Akihiro (趙 明浩)	P-32(67)

D

Deguchi, Tomoaki (出口 倫明)	P-92(97)
Deguchi, Yoshio (出口 義雄)	P-49*(76)
Domeki, Yasushi (百目木 泰)	P-15*(59)

E

Ebata, Tomoki (江畑 智希)	P-48(75)
Eguchi, Keisuke (江口 圭介)	O-10(30)
Ema, Akira (江間 玲)	P-99(101)
Emi, Yasunori (江見 泰徳)	P-46(74)
Endo, Shungo (遠藤 俊吾)	O-45(48), P-49(76)
Endo, Tomomi (遠藤 智美)	P-18(60)
Endo, Yoshihiro (遠藤 善裕)	P-29(66)
Endoh, Masaaki (遠藤 正章)	P-22(62)
Enomoto, Hiromitsu (榎本 泰三)	P-38(70)
Enomoto, Masanobu (榎本 正統)	P-43*(73)
Enomoto, Toshiyuki (榎本 俊行)	P-21(62), P-69*(86)
Etou, Ken (衛藤 謙)	O-26(38), P-55(79)

F

Fujii, Hideki (藤井 秀樹)	P-50(76), P-95(99)
Fujii, Hirofumi (藤井 博文)	O-21(36)
Fujii, Hisao (藤井 久男)	P-101(102)
Fujii, Koji (藤井 宏二)	P-104(103)
Fujii, Makoto (藤井 眞)	P-30*(66)
Fujii, Masashi (藤井 雅志)	P-83(93)
Fujii, Shigehiko (藤井 茂彦)	P-40(71)
Fujii, Shoichi (藤井 正一)	O-37*(44), P-68(85)
Fujikawa, Masahiro (藤川 正博)	P-62(82)
Fujimori, Takahiro (藤盛 孝博)	P-40(71)
Fujimoto, Daisuke (藤本 大裕)	P-82(92)
Fujimoto, Takashi (藤本 崇司)	P-51(77)
Fujimoto, Yoshiya (藤本 佳也)	O-18*(34), O-38(44), P-24(63)
Fujimura, Takashi (藤村 隆)	P-56(79)
Fujisawa, Katunori (藤澤 克憲)	P-100(101)
Fujita, Hideto (藤田 秀人)	P-56*(79)
Fujita, Masahiro (藤田 昌宏)	P-78(90)
Fujita, Masanori (藤田 昌紀)	O-29(40), P-15(59)
Fujita, Shigeki (藤田 茂樹)	P-42(72)
Fujita, Shin (藤田 伸)	O-47(49)
Fujiwara, Hitoshi (藤原 斉)	P-65(84), P-73(88)
Fujiya, Tsuneaki (藤谷 恒明)	P-60(81)
Fukazawa, Atsuko (深澤 貴子)	O-11(31)
Fukazawa, Satomi (深澤 智美)	O-8(29)
Fukuda, Masayoshi (福田 真義)	P-18(60)
Fukuda, Toshikatsu (福田 敏勝)	P-27(65)

Fukuda, Yuki (福田 祐樹).....	O-10(30)	Hasegawa, Arifumi (長谷川 有史).....	P-39(71)
Fukui, Kao (福井 花央).....	P-73(88)	Hasegawa, Hiroshi (長谷川 洋).....	P-35(69)
Fukui, Yasuo (福井 康雄).....	P-33(68)	Hasegawa, Junichi (長谷川 順一).....	P-62(82)
Fukunaga, Mitsuko (福永 光子).....	O-16(33), P-4(53)	Hashiguchi, Yojiro (橋口 陽二郎).....	O-8(29)
Fukunaga, Mutsumi (福永 睦).....	P-14(58)	Hashimoto, Kazuhiko (橋本 和彦).....	P-10(56)
Fukushima, Kouhei (福島 浩平).....	O-32(41), P-67(85)	Hashimoto, Masahiko (橋本 雅彦).....	P-49(76)
Fukushima, Tadao (福島 忠男).....	P-77(90)	Hashimoto, Masakazu (橋本 昌和).....	P-27(65)
Fukushima, Takanaru (福島 敬愛).....	O-12(31), O-28(39)	Hashizume, Tadashi (橋爪 正).....	P-22*(62)
Fukushima, Yukio (福島 幸男).....	P-10(56)	Hata, Fumitake (秦 史壮).....	O-22(36)
Fumizono, Yutaka (文園 豊).....	P-24(63)	Hata, Tunetake (秦 庸壮).....	P-53(78)
Funahashi, Kimihiko (船橋 公彦).....	P-13(58)	Hatakeyama, Katsuyoshi (畠山 勝義).....	O-27(39), P-54(78)
Funahashi, Masuo (船橋 益夫).....	P-18(60)	Hatate, Kazuhiko (旗手 和彦).....	P-88(95)
Funai, Tetsuo (船井 哲雄).....	O-7(29)	Hayakawa, Yoshiroh (早川 善郎).....	P-41(72)
Funaki, Hiroshi (舟木 洋).....	P-56(79)	Hayama, Tamuro (端山 軍).....	O-43(47)
Funakoshi, Toru (船越 徹).....	P-87(95)	Hayashi, Hiromitu (林 洋光).....	P-61(82)
Funayama, Yuji (舟山 裕士).....	P-93(98)	Hayashi, Naoko (林 尚子).....	O-33(42), P-61(82), P-72(87)
Furuhata, Tomohisa (古畑 智久).....	O-22(36)	Hayashi, Shigeoki (林 成興).....	P-83(93)
Furukawa, Hiroshi (古河 洋).....	P-14(58)	Hayashi, Tadataka (林 忠毅).....	O-11(31)
Furukawa, Kiyonori (古川 清憲).....	P-3(53)	Hayashida, Yasuharu (林田 康治).....	P-43(73)
Furukawa, Yoichi (古川 洋一).....	特別講演*(24)	Hida, Jinichi (肥田 仁一).....	P-85(94)
Furukita, Yoshihito (古北 由仁).....	P-33(68)	Hidaka, Eiji (日高 英二).....	O-45(48), P-49(76)
Fushida, Sachio (伏田 幸夫).....	P-56(79)	Higashiguchi, Takashi (東口 崇).....	P-86(94)
Futami, Kitaro (二見 喜太郎).....	O-36(43)	Higashijima, Jun (東島 潤).....	P-45(74)
G		Higashiyama, Masahiko (東山 聖彦).....	O-13(32)
Gega, Makoto (外賀 真).....	O-24(37)	Hino, Yumi (日野 佑美).....	P-102(102)
Giga, Masatoshi (儀賀 理暁).....	O-10(30)	Hinoi, Takao (檜井 孝夫).....	O-9(30)
Goi, Takanori (五井 孝憲).....	P-82(92)	Hirabayashi, Naoki (平林 直樹).....	P-102(102)
Goto, Masakazu (後藤 正和).....	P-33(68)	Hirahara, Yoshitaka (平原 美孝).....	P-25(64)
Goto, Michitoshi (五藤 倫敏).....	P-34(68)	Hirai, Fumihito (平井 郁仁).....	O-46(48)
Gotoh, Kunihito (後藤 邦仁).....	O-13(32)	Hirai, Ichiro (平井 一郎).....	P-47(75)
Gotoh, Mitsukazu (後藤 満一).....	P-103(103)	Hirai, Takashi (平井 孝).....	O-17(34)
Gotou, Tomohiko (後藤 友彦).....	P-13(58)	Hirakawa, Kosei (平川 弘聖).....	P-36(69), P-44(73)
Gouda, Yosimasa (合田 良政).....	P-17*(60), P-90(96)	Hirata, Ichirou (平田 一郎).....	O-44(47)
Gunnji, Hisashi (郡司 久).....	P-32(67)	Hirata, Koichi (平田 公一).....	O-22(36)
H		Hirayama, Isao (平山 功).....	P-1(52)
Hachiya, Osamu (蜂谷 修).....	O-42(46)	Hiro, Junichiro (廣 純一郎).....	O-25(38)
Hagiwara, Akeo (萩原 明於).....	P-65(84), P-73(88)	Hirono, Yasuo (廣野 靖夫).....	P-82(92)
Hagiwara, Ken (萩原 謙).....	P-83(93)	Hirosawa, Tomoichiro (廣澤 知一郎).....	P-79(91)
Hagiwara, Masahiro (萩原 正弘).....	O-7(29)	Hiroshima, Yukihiko (廣島 幸彦).....	P-77(90)
Hagiwara, Satoshi (萩原 優).....	P-53(78)	Hirota, Masanori (廣田 昌紀).....	P-62(82)
Haku, Kyokun (白 京訓).....	O-43(47)	Hirota, Masashi (広田 将司).....	P-30(66)
Hamada, Madoka (濱田 円).....	P-33(68)	Hisabe, Takashi (久部 高司).....	O-46*(48)
Hamada, Tomonori (濱田 朋倫).....	P-87(95)	Hisada, Masayuki (久田 将之).....	P-43(73)
Hamada, Toru (濱田 徹).....	O-21(36), P-37(70)	Hisamatsu, Kazufumi (久松 和史).....	P-102(102)
Hamaguchi, Yohei (浜口 洋平).....	P-77(90)	Hisano, Saburo (久野 三朗).....	O-16(33), P-4(53)
Hamatani, Shigeharu (浜谷 茂治).....	O-45(48)	Hiyoshi, Yukiharu (日吉 幸晴).....	P-72*(87)
Hanai, Tsunekazu (花井 恒一).....	P-18(60)	Hokari, Kaku (穂刈 格).....	P-78(90)
Hara, Tomonori (原 智徳).....	P-43(73)	Honda, Hiroshi (本田 浩).....	P-26(64)
Hara, Yutaka (原 豊).....	P-9(56)	Honda, Junko (本田 純子).....	P-45(74)
Harada, Masakazu (原田 昌和).....	P-12(57)	Honda, Katsuyuki (本多 克行).....	P-18(60)
Harimoto, Norifumi (播本 憲史).....	O-14*(32), P-16(59), P-71(87)	Honda, Kei (本多 桂).....	P-82*(92)
Hasebe, Tatuya (長谷部 達也).....	P-22(62)	Honjo, Yumiko (本城 裕美子).....	P-31(67)
		Honma, Shigenori (本間 重紀).....	P-53(78)
		Horiba, Koji (堀場 光二).....	P-3(53)
		Horie, Hisanaga (堀江 久永).....	O-21(36), P-37(70)
		Horimi, Tadashi (堀見 忠司).....	P-33(68)

Horino, Kei (堀野 敬)	P-61(82)
Horita, Koujirou (堀田 幸次郎)	P-100(101)
Hoshino, Nobuaki (星野 伸晃)	P-35(69)
Hoshino, Yutaka (星野 豊)	P-103(103)
Hosokawa, Masao (細川 正夫)	P-78(90)
Hotta, Tsukasa (堀田 司)	P-86(94)
Houchi, Satoka (法地 聡果)	P-2(52)
Hyuga, Tadashi (日向 理)	P-50(76), P-95(99)

I

Ichiba, Hiroshi (市場 洋)	P-40(71)
Ichihara, Atsushi (市原 敦史)	O-33*(42)
Ichikawa, Daisuke (市川 大輔)	P-65(84), P-73(88)
Ichikawa, Yasushi (市川 靖史)	O-37(44), P-68(85)
Ichinose, Yukito (一瀬 幸人)	O-14(32)
Ide, Yoshihito (井出 義人)	P-28*(65)
Igami, Tsuyoshi (伊神 剛)	P-48(75)
Igarashi, Masahiro (五十嵐 正広)	O-18(34), P-24(63)
Igarashi, Masahito (五十嵐 雅仁)	P-83(93)
Ihara, Atushi (井原 厚)	P-88(95)
Iiai, Tsuneo (飯合 恒夫)	O-27(39), P-54(78)
Iida, Atsushi (飯田 敦)	P-82(92)
Iida, Yoshirou (飯田 善郎)	P-100(101)
Iino, Hiroshi (飯野 弥)	P-50(76), P-95(99)
Iizuka, Bunei (飯塚 文瑛)	P-40(71)
Iizuka, Ryoji (飯塚 亮二)	P-104(103)
Iikawa, Osamu (井川 理)	P-104(103)
Ikedo, Atsushi (池田 篤)	P-32(67)
Ikedo, Noriko (池田 宣子)	P-28(65)
Ikedo, Osamu (池田 貯)	O-14(32), P-16(59), P-71(87)
Ikedo, Satoshi (池田 聡)	O-9(30)
Ikehara, Nobunao (池原 伸直)	O-45(48)
Ikejiri, Koji (池尻 公二)	P-46(74)
Ikenaga, Masakazu (池永 雅一)	O-34(42)
Ikeuchi, Hiroki (池内 浩基)	O-24(37)
Ikeuchi, Shunji (池内 駿之)	O-4(27)
Ikoma, Hisashi (生駒 久視)	P-65(84), P-73(88)
Imai, Kouji (今井 浩二)	O-7(29)
Imamura, Yu (今村 裕)	P-72(87)
Imaoka, Shingi (今岡 真義)	O-13(32), O-41(46)
Inagaki, Mizumi (稲垣 水美)	P-38(70)
Inatsugi, Naoki (稲次 直樹)	P-38(70), P-80(91)
Ino, Akihiro (井野 彰浩)	P-16(59)
Inoue, Hiroshi (井上 弘)	P-2(52)
Inoue, Toru (井上 透)	P-36(69), P-44*(73)
Inoue, Yasuhiro (井上 靖浩)	O-25(38)
Inoue, Yuji (井上 雄志)	O-3(27), P-40(71), P-105(104)
Irie, Hiroyuki (入江 裕之)	P-26(64)
Irikawa, Chie (入川 千恵)	P-42(72)
Irinoda, Takashi (入野田 崇)	P-41(72)
Ishibashi, Keichirou (石橋 敬一郎)	O-10(30)
Ishibashi, Nobuya (石橋 生哉)	O-12(31), O-28(39)
Ishibashi, Tatsuyuki (石橋 龍之)	P-26*(64)
Ishida, Fumio (石田 文生)	O-45(48), P-49(76)

Ishida, Hideyuki (石田 秀行(埼玉医科大学総合医療センター))	O-10(30)
Ishida, Hideyuki (石田 秀之(臨床外科共同研究会))	O-34(42)
Ishida, Kazuyuki (石田 和之)	P-67(85)
Ishida, Yuuichi (石田 祐一)	P-55(79)
Ishiguro, Kaname (石黒 要)	P-8(55)
Ishiguro, Megumi (石黒 めぐみ)	O-35*(43)
Ishiguro, Toru (石畝 亨)	O-10(30)
Ishii, Hiromoto (石井 浩統)	P-100(101)
Ishii, Wataru (石井 亘)	P-104(103)
Ishikawa, Kenji (石川 健二)	O-40(45)
Ishikawa, Noriyuki (石川 紀行)	P-3(53)
Ishikawa, Osamu (石川 治)	O-13(32), O-41(46)
Ishikawa, Tutomu (石川 勉)	P-25(64)
Ishikubo, Tsutomu (石窪 力)	O-48(49)
Ishiyama, Akiyoshi (石山 晃世志)	P-24(63)
Ishiyama, Gentaro (石山 元太郎)	O-22(36)
Ishiyama, Satoshi (石山 哲)	O-26(38), P-55(79)
Ishiyama, Shun (石山 隼)	P-34(68)
Ishizaki, Yasuyo (石崎 康代)	P-27(65)
Ishizawa, Takashi (石澤 隆)	P-75(89)
Ishizuka, Mitsuru (石塚 満)	O-1*(26)
Isidu, Hiroyuki (石津 寛之)	P-53(78)
Isamaru, Eizaburou (石丸 英三郎)	P-85(94)
Isobe, Hideki (磯部 秀樹)	O-42*(46), P-47(75)
Isobe, You (磯部 陽)	O-4(27)
Itabashi, Michio (板橋 道朗)	P-79(91)
Itagaki, Hiroko (板垣 裕子)	P-51(77)
Itami, Atsushi (伊丹 淳)	O-30(40), P-64(83), P-81(92)
Ito, Masaaki (伊藤 雅昭)	O-6(28), O-23(37)
Ito, Tadashi (伊藤 雅)	P-96(99)
Ito, Toshikazu (伊藤 俊一)	P-66(84)
Ito, Yoshio (伊藤 美夫)	O-15(33)
Ito, Yuichi (伊藤 友一)	O-29(40), P-15(59)
Itoh, Mituya (伊藤 充矢)	P-23(63)
Itoh, Tadao (伊藤 忠雄)	P-74(88)
Iwabuchi, Toshihisa (岩淵 敏久)	P-2(52)
Iwadata, Manabu (岩館 学)	P-39*(71), P-63(83)
Iwamoto, Shigeyoshi (岩本 慈能)	P-57*(80)
Iwaoka, Yasushi (岩岡 泰志)	P-31(67)
Iwase, Kazuhiro (岩瀬 和裕)	P-30(66)
Iwashita, Akinori (岩下 明德)	O-46(48)
Iwata, Takashi (岩田 貴)	P-45(74)
Iwatani, Yasue (岩谷 泰江)	P-12(57)
Iwaya, Akira (岩谷 昭)	O-27(39)
Izokura, Masaaki (伊豆蔵 正明)	P-66(84)
Izumi, Hiroshi (泉 浩)	P-104(103)
Izumisato, Tsuyotoshi (泉里 豪俊)	P-98(100)
Izumisawa, Yusuke (泉澤 祐介)	P-77(90)

K

Kagami, Takuma (鏡 卓馬)	P-31(67)
Kageyama, Fujito (影山 富士人)	P-31(67)
Kainuma, Osamu (貝沼 修)	P-32(67)
Kajiwara, Yoshiki (梶原 由規)	O-8(29)

Takeji, Yoshihiro (掛地 吉弘).....	P-58(80)	Kimura, Jun (木村 純).....	P-9(56)
Kakahara, Naoki (柿原 直樹).....	P-104(103)	Kimura, Masayo (木村 雅代).....	P-100(101)
Kakisaka, Tatuhiro (柿坂 達彦).....	O-15(33)	Kimura, Norihisa (木村 憲央).....	P-22(62)
Kakugawa, Youichirou (角川 陽一郎).....	P-60(81)	Kimura, Toru (木村 亨).....	P-30(66)
Kakyo, Masayuki (鹿郷 昌之).....	P-67(85)	Kimura, Wataru (木村 理).....	O-42(46), P-47(75)
Kameoka, Shingo (亀岡 信悟).....	P-79(91)	Kimura, Youhei (木村 洋平).....	P-82(92)
Kameyama, Hitoshi (亀山 仁史).....	P-89*(96)	Kin, Youkoku (金 よう国).....	P-62(82)
Kamio, Yukinori (神尾 幸則).....	O-42(46)	Kinami, Shin-ichi (木南 伸一).....	P-56(79)
Kamiya, Yoshio (神谷 芳雄).....	O-44*(47)	Kinouchi, Makoto (木内 誠).....	O-32(41), P-67(85)
Kamiyama, Hidenori (神山 英範).....	O-49*(50)	Kinuta, Masakatsu (衣田 誠克).....	P-28(65)
Kan, Hayato (菅 隼人).....	P-7(55)	Kiryama, Shinsuke (桐山 真典).....	P-84*(93)
Kanai, Ryota (金井 亮太).....	P-21(62), P-69(86)	Kishihara, Teruhito (岸原 輝仁).....	P-24*(63)
Kanai, Toshio (金井 歳雄).....	P-99(101)	Kishimoto, Tomoya (岸本 朋也).....	P-66(84)
Kanazawa, Takashi (金澤 卓).....	P-23(63)	Kita, Kengo (北 健吾).....	O-7(29)
Kanazawa, Yoshikazu (金沢 義一).....	P-3(53)	Kitajima, Masaki (北島 政樹).....	P-92(97)
Kaneko, Naoyuki (金子 直征).....	O-32(41), P-67(85)	Kitamura, Tousuke (北村 東介).....	O-39(45)
Kanemitsu, Yukihide (金光 幸秀).....	O-17*(34)	Kitazono, Masaki (北園 正樹).....	P-75*(89)
Kanoh, Toshiyuki (加納 寿之).....	O-34(42)	Kobayashi, Akihiro (小林 昭広).....	O-6(28), O-23(37)
Karasawa, Hideaki (唐澤 秀明).....	O-32*(41), P-67(85)	Kobayashi, Hiroaki (小林 弘明).....	P-100(101)
Karibe, Toyohiko (刈部 豊彦).....	P-40*(71), P-105(104)	Kobayashi, Makoto (小林 慎).....	P-41(72)
Kasahara, Yoshio (笠原 善郎).....	P-100(101)	Kobayashi, Minako (小林 美奈子).....	O-25(38)
Kasajima, Hiroyuki (笠島 浩行).....	P-9*(56)	Kobayashi, Nozomu (小林 望).....	P-25(64)
Kashida, Hiroshi (榎田 博史).....	O-45(48)	Kobayashi, Terutada (小林 照忠).....	O-32(41), P-67(85)
Kashimura, Syougo (榎村 省吾).....	P-103(103)	Kobayashi, Yasuo (小林 康雄).....	O-27(39)
Kashiwagi, Hideyuki (柏木 秀幸).....	O-26(38), P-55(79)	Kobayashi, Yasutoshi (小林 泰俊).....	O-45(48)
Kasugai, Hisashi (春日井 尚).....	P-49(76)	Kobayashi, Yoshie (小林 美恵).....	P-102(102)
Katagiri, Miwa (片桐 美和).....	P-21(62), P-69(86)	Kobayashi, Yutaka (小林 豊).....	O-47(49)
Katagiri, Satoshi (片桐 聡).....	O-3(27)	Kobori, Hiroyasu (小堀 宏康).....	P-22(62)
Katayama, Kanji (片山 寛次).....	P-82(92)	Koda, Takamaru (甲田 貴丸).....	O-6(28), O-23*(37)
Katayama, Tomonari (片山 知也).....	O-15(33)	Kodama, Ken (児玉 憲).....	O-13(32)
Kato, Shigeru (加藤 成).....	P-82(92)	Kodera, Yoshihito (小寺 由人).....	O-3*(27), P-105(104)
Kato, Tetsuya (加藤 哲也).....	P-76(89)	Koga, Rie (古賀 理恵).....	P-87(95)
Kato, Tomoyuki (加藤 知行).....	O-17(34)	Kogure, Michihiko (木暮 道彦).....	P-103(103)
Katou, Kiyomi (加藤 清美).....	P-27(65)	Kohno, Kimitoshi (河野 公俊).....	P-62(82)
Katsumata, Kenji (勝又 健次).....	P-43(73)	Koide, Yoshikazu (小出 欣和).....	P-18(60)
Katsuno, Hidetishi (勝野 秀稔).....	P-18(60)	Koike, Junichi (小池 淳一).....	P-13(58)
Kawaguchi, Yoshiki (川口 義樹).....	O-4(27)	Koinuma, Koji (鯉沼 広治).....	O-21*(36), P-37(70)
Kawahara, Kazumasa (河原 一雅).....	O-36*(43)	Koizumi, Hiroshi (小泉 博志).....	P-100(101)
Kawai, Minoru (河合 稔).....	O-34(42)	Koizumi, Michihiko (小泉 岐博).....	P-3(53)
Kawakita, Hideaki (河北 英明).....	P-43(73)	Koizumi, Noriaki (小泉 範明).....	P-73*(88)
Kawamoto, Kazuyuki (河本 和幸).....	P-96(99)	Koketsu, Shinichiro (額 真一郎).....	P-1*(52)
Kawamura, Hideki (川村 秀樹).....	P-53(78)	Kokuba, Yukihiro (國場 幸均).....	P-65(84), P-73(88)
Kawamura, Junichiro (川村 純一郎).....	O-30*(40), P-64(83), P-81(92)	Komatsu, Shunichirou (小松 俊一郎).....	P-35(69)
Kawamura, Takuji (河村 拓史).....	P-42(72)	Komori, Hiroyuki (小森 宏之).....	P-61(82)
Kawamura, Yutaka (河村 裕).....	O-49(50)	Komori, Kouji (小森 康司).....	O-17(34)
Kawano, Kiyoshi (川野 潔).....	P-62(82)	Kondo, Keisaku (近藤 圭策).....	P-76*(89)
Kawasaki, Takatoshi (川崎 高俊).....	O-34(42)	Kondo, Keishi (近藤 啓史).....	P-87(95)
Kawashima, Hiroaki (川嶋 啓明).....	P-22(62)	Kondo, Yukifumi (近藤 征文).....	P-53(78)
Kawashima, Yoshiyuki (川島 吉之).....	O-20(35), P-98(100)	Koneri, Kenji (小練 研司).....	P-82(92)
Kawata, Kenji (河田 健二).....	O-30(40), P-81(92)	Konishi, Fumio (小西 文雄).....	O-5(28), O-49(50)
Kayahara, Masato (萱原 正都).....	P-56(79)	Konishi, Hiroyuki (小西 洋之).....	P-40(71)
Kayano, Hajime (茅野 新).....	P-76(89)	Konno, Hiroyuki (今野 弘之).....	O-11(31)
Kikuchi, Shoujirou (菊池 正二郎).....	P-65(84), P-73(88)	Kosaka, Takeo (小坂 健夫).....	P-19(61)
Kikuchi, Takeshi (菊池 健).....	O-15(33)	Kosuge, Makoto (小菅 誠).....	O-26(38), P-55(79)
Kim, Shiee (金 史英).....	O-4(27)	Kotake, Kenjirou (固武 健二郎).....	O-39(45)
Kimura, Akio (木村 彰夫).....	P-65(84)	Kotake, Masanori (小竹 優範).....	P-8*(55)

Koyama, Fumikazu (小山 文一)	P-101(102)
Koyanagi, Kazuo (小柳 和夫)	P-99(101)
Kubo, Toru (久保 徹)	O-8*(29)
Kubochi, Kiyoshi (窪地 淳)	O-4(27)
Kubota, Keiichi (窪田 敬一)	O-1(26)
Kudo, Daisuke (工藤 大輔)	P-9(56)
Kudo, Shin-ei (工藤 進英)	O-45(48), P-49(76)
Kudo, Yui (工藤 由比)	O-45(48)
Kumamoto, Hiroshi (熊本 浩志)	P-88*(95)
Kumamoto, Kensuke (隈元 謙介)	P-39(71), P-63(83)
Kumano, Hidetoshi (熊野 秀俊)	O-21(36), P-37(70)
Kumazawa, Keigo (熊澤 慶吾)	P-17(60), P-90*(96)
Kunisaki, Chikara (国崎 主税)	O-37(44)
Kunisue, Mitsuhisa (國末 充央)	P-96*(99)
Kuno, Takasi (久野 隆史)	O-24(37)
Kurachi, Kiyotaka (倉地 清隆)	O-11*(31)
Kuranishi, Fumihito (倉西 文仁)	P-27(65)
Kurauchi, Nobuaki (倉内 宣明)	P-9(56)
Kuraya, Daisuke (蔵谷 大輔)	P-87(95)
Kurihara, Akiomi (栗原 總元)	P-13(58)
Kurihara, Hiroyoshi (栗原 弘義)	P-25*(64)
Kurita, Makiko (栗田 真紀子)	O-21(36)
Kurita, Nobuhiro (栗田 信浩)	P-45(74)
Kuroda, Masatoshi (黒田 雅利)	P-19*(61)
Kuroda, Yoshinori (黒田 義則)	P-27(65)
Kuroki, Yoshinori (黒木 嘉典)	P-25(64)
Kurosawa, Haruki (黒澤 治樹)	P-77(90)
Kuroyanagi, Hiroya (黒柳 洋弥)	O-18(34), O-38(44), P-24(63)
Kurozumi, Masashi (黒住 昌史)	P-98(100)
Kurumiya, Yasuhiro (久留宮 康浩)	P-35(69)
Kusachi, Shinya (草地 信也)	P-69(86)
Kusano, Mitsuo (草野 満夫)	P-52(77), P-70(86)
Kusumi, Takaya (久須美 貴哉)	P-78*(90)
Kusumoto, Hidenori (楠本 英則)	P-66(84)
Kusumoto, Tetsuya (楠本 哲也)	P-58(80)
Kusunoki, Masato (楠 正人)	O-25(38)
Kuwahara, Hiroaki (桑原 博昭)	P-87(95)
Kuwahara, Kouki (桑原 公龜)	O-10(30)

M

Maeda, Hiroyuki (前田 浩幸)	P-82(92)
Maeda, Jyun (前田 純)	O-13(32)
Maeda, Kiyoshi (前田 清)	P-36(69), P-44(73)
Maeda, Koutarou (前田 耕太郎)	O-44(47), P-18(60)
Maeda, Yoshiaki (前田 好章)	P-87*(95)
Maeda, Yuuji (前田 裕次)	O-40(45)
Maehara, Yoshihiko (前原 喜彦)	P-58(80)
Maekawa, Takafumi (前川 隆文)	O-36(43)
Mafune, Ken-ichi (真船 健一)	P-92(97)
Makino, Takatoshi (牧野 孝俊)	O-42(46), P-47*(75)
Makuuchi, Hiroyasu (幕内 博康)	O-40(45)
Maruyama, Kentaro (丸山 憲太郎)	P-28(65)
Maruyama, Masateru (丸山 将輝)	P-9(56)
Maruyama, Satoshi (丸山 聡)	O-27(39), P-54(78)
Masaki, Tadahiko (正木 忠彦)	P-20*(61)
Masuda, Takaaki (増田 隆明)	O-14(32), P-16*(59), P-71(87)
Masuda, Toshiro (増田 稔郎)	P-61(82)
Masuda, Tsutomu (増田 勉)	P-38(70)
Masui, Hidenobu (舛井 秀宣)	P-77(90)
Masuko, Hiroyuki (益子 博幸)	P-53*(78)
Masumori, Kouji (森森 宏次)	P-18(60)
Mathuki, Moriyuki (松木 盛行)	O-10(30)
Matshumoto, Jun (松本 潤)	O-2(26)
Matsuda, Akihisa (松田 明久)	P-7(55)
Matsuda, Chu (松田 宙)	P-30(66)
Matsuda, Keiji (松田 圭二)	O-43(47), P-92(97)
Matsuda, Kenji (松田 健司)	P-86*(94)
Matsuda, Minoru (松田 年)	P-83(93)
Matsuda, Takahisa (松田 尚久)	O-50(50), P-84(93)
Matsui, Takashi (松井 孝至)	O-39*(45)
Matsui, Tetsu (松井 哲)	O-4(27)
Matsui, Toshiyuki (松井 敏幸)	O-46(48)
Matsumoto, Atsuo (松本 敦夫)	P-51(77)
Matsumoto, Ikuko (松本 育子)	P-32(67)
Matsumoto, Keigo (松本 圭五)	P-99(101)
Matsumoto, Naoki (松本 直基)	P-35*(69)
Matsumoto, Satoshi (松本 智司)	P-7(55)
Matsumoto, Sumio (松本 純夫)	O-4(27)
Matsumura, Hiroomi (松村 博臣)	P-104(103)
Matsumura, Naoki (松村 直樹)	P-93(98)
Matsunaga, Akihiro (松永 明宏)	P-78(90)
Matsunaga, Hiroki (松永 寛紀)	P-28(65)
Matsunami, Nobuteru (松並 展輝)	P-62(82)
Matsunobu, Tetsuro (松信 哲朗)	O-20(35), O-48(49), P-98*(100)
Matsuoka, Hiroshi (松岡 宏)	P-18(60)
Matsuoka, Masaki (松岡 正樹)	P-80*(91)
Matsuura, Hiroshi (松浦 弘)	P-58(80)
Matsuura, Shuji (松浦 秀司)	P-26(64)
Matsuyama, Jin (松山 仁)	P-10(56)
Matsuzawa, Takeaki (松澤 岳晃)	P-54*(78)
Matuda, Akio (松田 彰郎)	P-5(54)
Matui, Noburou (松井 伸朗)	P-70(86)
Meguro, Eiji (目黒 英二)	P-41*(72)
Meguro, Makoto (目黒 誠)	O-22(36)
Mekata, Eiji (目片 英治)	P-29*(66)
Mikata, Shouki (三方 彰喜)	P-62(82)
Miki, Chikao (三木 誓雄)	O-25(38)
Minagawa, Nozomi (皆川 のぞみ)	O-6(28)
Mitomo, Shingo (御供 真吾)	P-41(72)
Mitsui, Fumihiko (三井 文彦)	P-50(76), P-95*(99)
Mitsuyama, Shinnichi (光山 晋一)	P-2(52)
Mituhashi, Toshitake (三橋 敏武)	O-10(30)
Mitui, Takeshi (三井 毅)	P-100(101)
Miura, Koh (三浦 康)	O-32(41), P-67*(85)
Miyake, Hiromu (三宅 啓)	P-23(63)
Miyake, Ooki (三宅 大)	P-17(60), P-90(96)
Miyakura, Yasuyuki (宮倉 安幸)	O-21(36), P-37*(70)
Miyanari, Nobutomo (宮成 信友)	O-33(42), P-61(82), P-72(87)
Miyata, Keigo (宮田 圭悟)	P-104(103)
Miyata, Yoshihiro (宮田 義浩)	O-9(30)
Miyatani, Tomohiko (宮谷 知彦)	P-45(74)

Miyazaki, Akinari (宮崎 彰成).....	P-32(67)	Nakagawa, Motohito (中川 基人).....	P-99(101)
Miyazaki, Tatsuya (宮崎 達也).....	O-10(30)	Nakagawa, Motonori (中川 元典).....	P-12(57)
Miyoshi, Tetsutarou (三好 哲太郎).....	P-32(67)	Nakagawa, Tadashi (中川 正).....	P-101*(102)
Mizuno, Hitoshi (水野 均).....	P-66(84)	Nakagawa, Tomo (中川 朋).....	P-66(84)
Mizushima, Tsunekazu (水島 恒和).....	P-66*(84)	Nakahara, Masaaki (仲原 正明).....	P-42(72)
Mizutani, Masaomi (水谷 雅臣).....	O-42(46)	Nakahara, Masahiro (中原 雅浩).....	P-27(65)
Mizutani, Shin (水谷 伸).....	P-42(72)	Nakai, Takuya (中居 卓也).....	P-85*(94)
Mochizuki, Hidetaka (望月 英隆).....	O-8(29), O-35(43)	Nakajima, Akihito (中島 昭人).....	O-11(31)
Mogaki, Masatoshi (茂垣 雅俊).....	P-77(90)	Nakajima, Ken-ichiro (中嶋 研一朗).....	P-40(71)
Monden, Morito (門田 守人).....	O-34(42)	Nakajima, Kentaro (中嶋 健太郎).....	O-6(28)
Mori, Shinjiro (森 眞二郎).....	O-12(31), O-28(39)	Nakajima, Takeshi (中島 健).....	O-50(50), P-84(93)
Mori, Yasuharu (森 康治).....	P-43(73)	Nakajima, Yoshiyuki (中島 祥介).....	P-101(102)
Mori, Yoshiyuki (森 義之).....	P-50*(76), P-95(99)	Nakamura, Ichirou (中村 一郎).....	P-29(66)
Mori, Yukiko (森 由希子).....	O-30(40), P-64(83), P-81*(92)	Nakamura, Izumi (中村 泉).....	P-39(71), P-63(83)
Morimoto, Takashi (森本 卓).....	P-10(56)	Nakamura, Keisuke (中村 圭介).....	O-43*(47)
Morimoto, Yoshinori (守本 芳典).....	P-96(99)	Nakamura, Kouichi (中村 光一).....	O-11(31)
Morimoto, Yuki (森本 雄貴).....	O-25(38)	Nakamura, Mituhiro (中村 光宏).....	O-24(37)
Morishima, Hirotaka (森島 宏隆).....	P-62(82)	Nakamura, Shinji (中村 信治).....	P-101(102)
Morita, Masaru (森田 勝).....	P-58(80)	Nakamura, Takatosi (中村 隆俊).....	P-88(95)
Morita, Shunji (森田 俊治).....	P-10*(56)	Nakamura, Toshio (中村 敏夫 (高知医療セ)).....	P-33(68)
Morita, Yasuhiro (森田 泰弘).....	O-2(26)	Nakamura, Toshio (中村 利夫 (浜松医大)).....	O-11(31)
Moriya, Yoshihiro (森谷 亘皓).....	特別講演(24), O-47(49), O-50(50)	Nakamura, Yasushi (中村 肇).....	P-21*(62), P-69(86)
Morohara, Koji (諸原 浩二).....	P-52*(77)	Nakamura, Yoichi (中村 陽一).....	P-69(86)
Mukai, Nobutaka (向井 信貴).....	P-9(56)	Nakamura, Yusuke (中村 祐輔).....	特別講演(24)
Mukaida, Hidenori (向田 秀則).....	P-102(102)	Nakane, Yasuji (中根 恭司).....	P-57(80)
Mukaide, Hiromi (向出 裕美).....	P-57(80)	Nakanishi, Masayoshi (中西 正芳).....	P-74(88)
Mukogawa, Tomohide (向川 智英).....	P-101(102)	Nakano, Hiroki (中埜 広樹).....	O-24(37)
Munemoto, Yoshinori (宗本 義則).....	P-100(101)	Nakano, Kannyu (中野 敢友).....	P-78(90)
Murakami, Hidetsugu (村上 英嗣).....	O-12*(31), O-28(39)	Nakano, Shirou (中野 詩朗).....	O-7(29)
Murakami, Koji (村上 康二).....	P-15(59)	Nakao, Kenntaro (中尾 健太郎).....	P-70(86)
Murakami, Makoto (村上 真).....	P-82(92)	Nakashima, Shingo (中島 慎吾).....	P-74(88)
Murata, Hiroshi (村田 宏).....	P-23(63)	Nakau, Masayuki (中右 雅之).....	O-30(40), P-81(92)
Murata, Kohei (村田 幸平).....	P-28(65)	Nakayama, Mitsuo (中山 光男).....	O-10(30)
Musha, Hiroaki (武者 宏昭).....	P-93(98)	Nakazato, Tomohiko (中里 友彦).....	P-78(90)
Muto, Tetsuichiro (武藤 徹一郎).....	O-18(34), O-38(44), P-24(63)	Nakazawa, Kahoko (中澤 佳穂子).....	P-77(90)
N			
Nagae, Takaaki (永江 隆明).....	P-12(57)	Nanba, Mitsuo (難波 美津雄).....	P-11*(57)
Nagahama, Takashi (長浜 孝).....	O-46(48)	Narita, Kazuhiro (成田 和広).....	P-70(86)
Nagahori, Kaoru (長堀 薫).....	P-77(90)	Nasu, Keiichi (那須 啓一).....	P-59(81)
Nagai, Seikun (永井 成勲).....	O-21(36)	Nasu, Satoka (那須 賢花).....	P-30(66)
Nagai, Youhei (長井 洋平).....	O-33(42), P-61*(82), P-72(87)	Nasu, Toru (那須 亨).....	P-86(94)
Nagano, Hideki (永野 秀樹).....	P-82(92)	Natsume, Seiji (夏目 誠治).....	P-35(69)
Nagao, Jiro (長尾 二郎).....	P-21(62), P-69(86)	Nezu, Riichiro (根津 理一郎).....	P-62(82)
Nagao, Sayaka (長尾 さやか).....	P-21(62), P-69(86)	Niihara, Tooru (新原 亨).....	P-5*(54)
Nagase, Michitaka (長瀬 通隆).....	O-21(36)	Nimura, Yoshinori (二村 好憲).....	P-32(67)
Nagase, Takeshi (永瀬 剛司).....	P-99(101)	Ninomiya, Itasu (二宮 致).....	P-56(79)
Nagasue, Yasutomo (永末 裕友).....	P-46(74)	Niou, Tatuyuki (仁王 辰幸).....	P-5(54)
Nagata, Hitoshi (永田 仁).....	O-1(26)	Nishi, Tomohiko (西 知彦).....	P-99*(101)
Nagata, Matsuo (永田 松夫).....	P-32(67)	Nishida, Yasunori (西田 靖仙).....	P-78(90)
Nagata, Tomoyuki (長田 寛之).....	P-73(88)	Nishidate, Toshihiko (西館 敏彦).....	O-22*(36)
Nagawa, Hirokazu (名川 弘一).....	O-19(35), O-31(41)	Nishiguchi, Yukio (西口 幸雄).....	P-36(69), P-44(73)
Nagayama, Satoshi (長山 聡).....	O-30(40), P-64*(83), P-81(92)	Nishikawa, Takeshi (西川 武司).....	O-19*(35)
Nagino, Masato (榎野 正人).....	P-48(75)	Nishimaki, Tadashi (西巻 正).....	P-94(98)
Nakagawa, Hitoshi (中川 仁志).....	P-23(63)	Nishimata, Hiroto (西俣 寛人).....	P-5(54)
		Nishimata, Yoshito (西俣 嘉人).....	P-5(54)
		Nishimura, Gen-ichi (西村 元一).....	P-56(79)
		Nishimura, Kimio (西村 公男).....	P-33*(68)

Nishimura, Yoji (西村 洋治)	O-20*(35), O-48(49), P-98(100)
Nishimura, Yuu (西村 ゆう).....	P-98(100)
Nishio, Keiko (西尾 慶子)	P-82(92)
Nishio, Minoru (西尾 実).....	P-65*(84)
Nishioka, Masanori (西岡 将規).....	P-45*(74)
Nishioka, Yutaka (西岡 豊).....	P-33(68)
Nishisho, Isamu (西庄 勇).....	P-10(56)
Nishiwaki, Hidetoshi (西脇 英敏).....	P-38(70)
Nishiyama, Kenichi (西山 憲一).....	P-16(59)
Nishizawa, Yusuke (西澤 雄介).....	O-6(28), O-23(37)
Nisikawa, Kazuhiro (西川 和宏).....	P-30(66)
Nisio, Hideki (西尾 秀樹).....	P-48(75)
Nisizawa, Yuji (西澤 祐吏).....	O-6(28)
Nitori, Nobuhiro (似鳥 修弘).....	P-92*(97)
Noake, Toshihiro (野明 俊裕).....	P-12(57)
Noda, Eiji (野田 英児).....	P-36*(69), P-44(73)
Noda, Hiroshi (野田 弘志).....	O-5*(28), O-49(50)
Noda, Kazumasa (野田 和雅).....	P-59(81)
Noda, Masafumi (野田 雅史).....	O-24*(37)
Noguchi, Akinori (野口 明則).....	P-74(88)
Nojiri, Kazunori (野尻 和典).....	P-68(85)
Nomura, Akinari (野村 明成).....	O-30(40), P-64(83), P-81(92)
Nomura, Shinya (埜村 真也).....	P-36(69)
Nomura, Yasuhiro (野村 泰宏).....	P-11(57)
Norimizu, Shinji (法水 信治).....	P-35(69)
Noriyuki, Toshio (則行 敏生).....	P-27(65)
Noro, Tomohito (野呂 智仁).....	P-18(60)
Noura, Shingo (能浦 真吾).....	O-13(32), O-41*(46)
Nozaki, Ryoichi (野崎 良一).....	P-4(53)
Nozato, Eiji (野里 栄治).....	P-94(98)
Nozawa, Keijiro (野澤 慶次郎).....	O-43(47)
O	
Oaki, Yoshiharu (大秋 美治).....	P-3(53)
Obama, Kazuki (小濱 和貴).....	O-30(40), P-81(92)
Ochiai, Toshiya (落合 登志哉).....	P-65(84), P-73(88)
Oda, Akihiro (小田 晃弘).....	O-26(38), P-55(79)
Oda, Kazuyuki (尾田 一之).....	O-13(32)
Oda, Koji (小田 高司).....	P-48(75)
Ogasahara, Keizo (小笠原 敬三).....	P-96(99)
Ogata, Hideo (尾形 英生).....	O-20(35), P-98(100)
Ogata, Shunji (緒方 俊二).....	O-16(33), P-4*(53)
Ogata, Yutaka (緒方 裕).....	O-12(31), O-28(39)
Ogawa, Hitoshi (小川 仁).....	O-32(41), P-67(85)
Ogawa, Kenji (小川 健治).....	P-51(77)
Ogawa, Masaichi (小川 匡市).....	O-26(38), P-55(79)
Ogawa, Shimpei (小川 真平).....	P-79(91)
Ogawa, Taishi (小川 大志).....	O-18(34), P-24(63)
Ogawa, Tatsuya (小川 達哉).....	P-11(57)
Ohashi, Hirotsugu (大橋 寛嗣).....	P-62(82)
Ohga, Takefumi (大賀 丈史).....	O-14(32), P-16(59), P-71*(87)
Ohgaki, Kippeï (大垣 吉平).....	P-58*(80)
Ohgaki, Masaharu (大垣 雅晴).....	P-104*(103)
Ohigashi, Seiji (大東 誠司).....	P-2(52)
Ohira, Masaichi (大平 雅一).....	P-36(69), P-44(73)
Ohishi, Takashi (大石 崇).....	O-4*(27)
Ohki, Shigeo (大木 繁男).....	O-37(44), P-68(85)
Ohki, Shinji (大木 進司).....	P-39(71), P-63(83)
Ohmi, Takuma (大見 琢磨).....	O-43(47)
Ohmori, Takeshi (大森 健).....	P-42(72)
Ohno, Takashi (大野 隆).....	P-38(70)
Ohsumi, Kouji (大住 幸司).....	O-4(27)
Ohta, Hideo (太田 英夫).....	P-28(65)
Ohta, Shigemori (太田 盛道).....	O-22(36)
Ohta, Tetsuo (太田 哲生).....	P-56(79)
Ohtsuka, Kazuo (大塚 和朗).....	O-45(48)
Ohue, Masayuki (大植 雅之).....	O-13(32), O-41(46)
Ohwan, Tomohisa (大湾 朝尚).....	P-4(53)
Ohyama, Tsukasa (大山 司).....	P-42(72)
Ojima, Eiki (尾嶋 英紀).....	O-25(38)
Okabayashi, Koji (岡林 剛史).....	P-99(101)
Okabayashi, Takahiro (岡林 孝弘).....	P-33(68)
Okabe, Hiroshi (岡部 寛).....	O-30(40), P-64(83), P-81(92)
Okada, Kazutake (岡田 和丈).....	O-39(45)
Okada, Kazuyuki (岡田 一幸).....	P-28(65)
Okada, Kuniaki (岡田 邦明).....	P-53(78)
Okada, Norimichi (岡田 典倫).....	O-10(30)
Okada, Shinichiro (岡田 晋一郎).....	O-49(50)
Okada, Toshiyuki (岡田 寿之).....	P-1(52)
Okajima, Masazumi (岡島 正純).....	O-9(30)
Okami, Jirou (岡見 次郎).....	O-13(32)
Okamoto, Hirotaka (岡本 廣拳).....	P-50(76)
Okamoto, Kazuma (岡本 和真).....	P-65(84), P-73(88)
Okamoto, Koichi (岡本 耕一).....	O-8(29)
Okamura, Jun (岡村 淳).....	P-2*(52)
Okamura, Shu (岡村 修).....	O-34*(42)
Okamura, Takeshi (岡村 健).....	O-14(32), P-16(59), P-71(87)
Okano, Shinji (岡野 晋治).....	P-74(88)
Okaue, Adoru (岡上 能斗竜).....	P-67(85)
Okayasu, Takeshi (岡安 健至).....	P-78(90)
Okazaki, Satoshi (岡崎 智).....	P-57(80)
Okazawa, Mika (岡澤 美佳).....	P-66(84)
Oki, Eiji (沖 英次).....	P-58(80)
Okita, Takeshi (沖田 剛之).....	O-10(30)
Oku, Yoshimasa (奥 喜全).....	P-86(94)
Okuda, Hiroshi (奥田 浩).....	P-27(65)
Okuda, Junji (奥田 準二).....	P-76(89)
Okuda, Sumio (奥田 澄夫).....	P-89(96)
Okumoto, Tadayuki (奥本 忠之).....	P-67(85)
Okuno, Kiyotaka (奥野 清隆).....	P-85(94)
Okuno, Masataka (奥野 正隆).....	P-35(69)
Okura, Mitsuhiro (大倉 充博).....	P-96(99)
Omata, Jiro (小俣 二郎).....	O-8(29)
Onishi, Ichiro (大西 一郎).....	P-56(79)
Onishi, Kenji (大西 顕司).....	P-82(92)
Onodera, Hisashi (小野寺 久).....	P-2(52)
Onozato, Wataru (小野里 航).....	P-88(95)
Oohashi, Ichirou (大橋 一郎).....	O-34(42)
Oonishi, Tadashi (大西 直).....	O-34(42)
Origuchi, Nobuto (折口 信人).....	P-92(97)
Osada, Shunichi (長田 俊一).....	O-37(44), P-68*(85)

Osawa, Gakuji (大澤 岳史).....	P-51(77)	Sasaki, Hiroyuki (佐々木 宏之).....	P-93(98)
Osawa, Tomonori (大澤 智徳).....	O-10(30)	Sasaki, Iwao (佐々木 巖).....	O-32(41), P-67(85)
Oshima, Hideo (大島 秀男).....	P-97(100)	Sasaki, Jun-ichi (佐々木 純一).....	O-49(50)
Oshima, Tutomu (大嶋 勉).....	O-24(37)	Sasaki, Junpei (佐々木 順平).....	P-7*(55)
Oshiro, Ryota (大城 良太).....	P-14(58)	Sasaki, Kazuaki (佐々木 一晃).....	O-22(36)
Osuka, Fumihiko (大須賀 文彦).....	P-103*(103)	Sasaki, Mari (佐々木 真理).....	P-77(90)
Ota, Katsuya (太田 勝也).....	P-14*(58)	Sasatomi, Teruo (笹富 輝男).....	O-28*(39)
Ota, Mitsuyoshi (太田 貢由).....	O-37(44), P-68(85)	Sassa, Motoki (左雨 元樹).....	P-39(71), P-63*(83)
Ota, Yohei (太田 洋平).....	P-77(90)	Sato, Harunobu (佐藤 美信).....	O-44(47), P-18*(60)
Otani, Taisuke (大谷 泰介).....	P-51*(77)	Sato, Hirotake (佐藤 寛丈).....	O-21(36), P-37(70)
Otsuji, Eigo (大辻 英吾).....	P-65(84), P-73(88)	Sato, Kazunori (佐藤 和典).....	P-20(61)
Otsuji, Toshio (大辻 俊雄).....	P-80(91)	Sato, Masayuki (佐藤 正幸).....	P-60*(81)
Otsuki, Kenichi (大槻 憲一).....	P-101(102)	Sato, Takahiro (佐藤 貴弘).....	P-91*(97)
Oya, Masatoshi (大矢 雅敏).....	O-18(34), O-38(44), P-24(63)	Satou, Takeo (佐藤 武郎).....	P-88(95)
Oyama, Atsushi (小山 淳).....	O-32(41), P-67(85)	Satou, Toshihiro (佐藤 利宏).....	P-78(90)
Oyama, Katsunobu (尾山 勝信).....	P-19(61)	Satou, Yoshiki (佐藤 嘉紀).....	P-100(101)
Ozaki, Kazuhide (尾崎 和秀).....	P-33(68)	Satou, Yukio (佐藤 幸雄).....	P-102(102)
Ozasa, Hiroyuki (小篠 洋之).....	P-12(57)	Sawada, Genta (澤田 元太).....	P-62(82)
Ozawa, Heita (小澤 平太).....	P-88(95)	Sawada, Toshio (澤田 俊夫).....	P-1(52)
Ozawa, Syutarou (小澤 修太郎).....	P-91(97)	Sawayanagi, Tomoki (澤柳 智樹).....	O-11(31)
Ozeki, Yuichi (尾関 雄一).....	O-8(29)	Saze, Zenichirou (佐瀬 善一郎).....	P-103(103)
		Seki, Shikou (石 志紘).....	O-4(27)
		Seki, Yousuke (関 洋介).....	O-13(32), O-41(46)
S		Sekiguchi, Ryuzo (関口 隆三).....	P-25(64)
Sadahiro, Sotaro (貞廣 荘太郎).....	O-40(45)	Sekimoto, Mitsugu (関本 貢嗣).....	O-34(42)
Saeki, Syuji (佐伯 修二).....	P-102(102)	Sengoku, Hironobu (仙石 博信).....	P-34(68)
Saida, Yoshihisa (斉田 芳久).....	P-21(62), P-69(86)	Seshimo, Akiyoshi (瀬下 明良).....	P-79(91)
Saiki, Yasumitsu (佐伯 泰慎).....	O-16*(33), P-4(53)	Seya, Tomoko (瀬谷 知子).....	P-3(53)
Saisaka, Yuichi (斉坂 雄一).....	P-33(68)	Shiba, Hiroaki (柴 浩明).....	P-55*(79)
Saito, Hitoshi (齋藤 人志).....	P-19(61)	Shibasaki, Itaru (柴崎 至).....	P-22(62)
Saito, Norio (齋藤 典男).....	O-6(28), O-23(37)	Shibasaki, Susumu (柴崎 晋).....	P-87(95)
Saito, Yuri (齋藤 由理).....	P-49(76)	Shibata, Kenichi (柴田 健一).....	O-42(46)
Saito, Yutaka (齋藤 豊).....	O-50(50), P-84(93)	Shibata, Naoya (柴田 直哉).....	O-16(33)
Saitou, Naoyasu (斉藤 直康).....	P-13*(58)	Shibata, Tomoyuki (柴田 知行).....	O-44(47)
Saitou, Yukio (齋藤 幸夫).....	P-17(60), P-90(96)	Shibuya, Hajime (渋谷 肇).....	O-43(47)
Saitsu, Hideki (才津 秀樹).....	P-46(74)	Shibuya, Yuichi (渋谷 祐一).....	P-33(68)
Sakabe, Ryutarou (坂部 龍太郎).....	P-102(102)	Shida, Seiichiro (志田 誠一郎).....	O-16(33), P-4(53)
Sakaguchi, Yoshihisa (坂口 善久).....	O-14(32), P-16(59), P-71(87)	Shigeyasu, Kunitoshi (重安 邦俊).....	P-23(63)
Sakai, Kenji (酒井 謙次).....	P-60(81)	Shiiba, Ken-ichi (椎葉 健一).....	P-60(81), P-67(85)
Sakai, Yoshiharu (坂井 義治).....	O-30(40), P-64(83), P-81(92)	Shijou, Takayuki (四條 崇之).....	P-62(82)
Sakakibara, Ken (榎原 謙).....	P-62(82)	Shima, Yasuo (志摩 泰生).....	P-33(68)
Sakakura, Chohei (阪倉 長平).....	P-73(88)	Shimada, Atsushi (島田 敦).....	O-4(27)
Sakamoto, Eiji (坂本 英至).....	P-35(69)	Shimada, Gen (嶋田 元).....	P-2(52)
Sakamoto, Hirohiko (坂本 裕彦).....	O-48(49), P-98(100)	Shimada, Hiroshi (嶋田 紘).....	O-37(44), P-68(85)
Sakamoto, Hiroyuki (坂本 裕之).....	O-20(35)	Shimada, Kazunori (島田 和典).....	P-30(66)
Sakamoto, Kazuhiro (坂本 一博).....	P-34(68)	Shimada, Mitsuo (島田 光生).....	P-45(74)
Sakamoto, Taku (坂本 琢).....	O-50*(50)	Shimada, Shingo (島田 慎吾).....	O-7(29)
Sakamoto, Yoshiyuki (坂本 義之).....	P-22(62)	Shimada, Yoshifumi (島田 能史).....	O-27*(39)
Sakata, Gentarou (坂田 玄太郎).....	O-16(33), P-4(53)	Shimaoka, Shunji (島岡 俊治).....	P-5(54)
Sakimoto, Takehiko (崎元 雄彦).....	O-10(30)	Shimizu, Hiroki (清水 浩紀).....	P-14(58)
Sakogawa, Kenji (迫川 賢士).....	P-46(74)	Shimizu, Hisashi (清水 尚).....	O-20(35), P-98(100)
Sakurai, Shintaro (柵瀬 信太郎).....	P-2(52)	Shimizu, Seiichi (清水 誠一).....	P-102(102)
Sameshima, Shinichi (鮫島 伸一).....	P-1(52)	Shimizu, Tomoharu (清水 智治).....	P-29(66)
Samura, Hironori (佐村 博範).....	P-94*(98)	Shimomura, Katsumi (下村 克己).....	P-104(103)
Saraya, Tsutomu (更屋 勉).....	P-80(91)	Shimotsuma, Masataka (下間 正隆).....	P-104(103)
Sasaki, Hiroshi (佐々木 洋).....	P-10(56)	Shinji, Seiichi (進士 誠一).....	P-3*(53), P-7(55)

Shinohara, Toshiki (篠原 敏樹).....	P-87(95)	Takahama, Kazuya (高濱 和也).....	O-44(47)
Shiomi, Akio (塩見 明生).....	O-6(28)	Takahashi, Hidekazu (高橋 秀和).....	P-42(72)
Shiozaki, Hitoshi (塩崎 均).....	P-85(94)	Takahashi, Hiroyuki (高橋 裕之).....	O-7(29)
Shirasaka, Kenntarou (白坂 健太郎).....	P-13(58)	Takahashi, Kenichi (高橋 賢一).....	P-93*(98)
Shiratori, Keiko (白鳥 敬子).....	P-40(71)	Takahashi, Masahiro (高橋 昌宏).....	O-7(29)
Shiroko, Takashi (白子 隆志).....	P-35(69)	Takahashi, Masataka (高橋 正貴).....	P-77(90)
Shirouzu, Kazuo (白水 和雄).....	O-12(31), O-28(39)	Takahashi, Mituru (高橋 充).....	P-100(101)
Shomura, Hiroki (正村 裕紀).....	O-7*(29)	Takahashi, Satoshi (高橋 聡).....	O-27(39)
Sibuya, Kazutoshi (渋谷 和俊).....	P-13(58)	Takahashi, Shinnichiro (高橋 進一郎).....	O-23(37)
Sobajima, Jun (傍島 潤).....	O-10(30)	Takahashi, Tadateru (高橋 忠照).....	P-6(54)
Soda, Hiroaki (早田 浩明).....	P-32*(67)	Takahashi, Yutaka (高橋 豊).....	O-3(27)
Sonoyama, Teruhisa (園山 輝久).....	P-65(84), P-73(88)	Takai, Tetsunari (高井 哲成).....	P-31(67)
Sou, Keio (宋 圭男).....	P-83(93)	Takaki, Yasuhiro (高木 靖寛).....	O-46(48)
Study Group Of Surveillance After Colorectal Cancer Surgery (大腸癌術後フォローアップ研究会).....	O-35(43)	Takakura, Yuji (高倉 有二).....	O-9*(30)
Suda, Kazutaka (須田 和敬).....	O-27(39)	Takami, Kazuhiro (高見 一弘).....	O-32(41), P-67(85)
Suehiro, Tomoyuki (末廣 智之).....	P-31(67)	Takami, Yuko (高見 裕子).....	P-46(74)
Suenaga, Toyokuni (末永 豊邦).....	P-5(54)	Takamura, Hiroyuki (高村 博之).....	P-56(79)
Sugano, Koukichi (菅野 康吉).....	O-50(50)	Takamura, Hisao (高村 寿雄).....	P-38(70)
Suganuma, Yasushi (菅沼 泰).....	P-74*(88)	Takanishi, Kijuro (高西 喜重郎).....	O-2*(26)
Sugawara, Shuichiro (菅原 秀一郎).....	O-42(46)	Takano, Masahiro (高野 正博).....	O-16(33), P-4(53), P-12(57)
Sugihara, Kenichi (杉原 健一).....	O-35(43)	Takano, Shota (高野 正太).....	O-16(33), P-4(53)
Sugimoto, Kiichi (杉本 起一).....	P-34*(68)	Takashima, Shigeki (高島 茂樹).....	P-19(61)
Sugimura, Keijiro (杉村 啓二郎).....	P-66(84)	Takata, Osamu (高田 理).....	O-49(50)
Sugita, Mitsutaka (杉田 光隆).....	P-77(90)	Takayama, Tadatoshi (高山 忠利).....	P-83(93)
Sugito, Masanori (杉藤 正典).....	O-6(28), O-23(37)	Takeda, Haruka (竹田 春華).....	O-9(30)
Sugiyama, Masanori (杉山 政則).....	P-20(61)	Takeda, Makoto (武田 真).....	P-99(101)
Sumikawa, Sousuke (澄川 宗祐).....	P-78(90)	Takeda, Ryohei (武田 良平).....	P-34(68)
Sumitani, Daisuke (住谷 大輔).....	O-9(30)	Takehara, Kiyoto (竹原 清人).....	P-23(63)
Sumiyama, Yoshinobu (炭山 嘉伸).....	P-21(62), P-69(86)	Takehira, Yasunori (竹平 安則).....	P-31(67)
Sumiyoshi, Tatsuaiki (住吉 辰朗).....	P-2(52)	Takei, Kouichi (武井 宏一).....	P-20(61)
Sumiyoshi, Yasushi (住吉 康史).....	P-46(74)	Takemoto, Hiroyoshi (武元 浩新).....	O-34(42), P-14(58)
Sunagawa, Masakatsu (砂川 正勝).....	O-29(40), P-15(59)	Takemura, Ori (竹村 織江).....	O-45*(48)
Sunami, Eiji (須並 英二).....	O-19(35)	Takenaka, Atsushi (竹中 温).....	P-104(103)
Suwa, Hirokazu (諏訪 宏和).....	O-37(44)	Takenaka, Koji (竹中 弘二).....	P-70(86)
Suzuki, Akihiro (鈴木 研裕).....	P-2(52)	Takenoshita, Seiichi (竹之下 誠一).....	P-39(71), P-63(83)
Suzuki, Hideyuki (鈴木 英之).....	P-7(55)	Takenouchi, Makoto (竹之内 信).....	P-97*(100)
Suzuki, Koichi (鈴木 浩一).....	O-49(50)	Takesita, Emiko (竹下 恵美子).....	P-17(60), P-90(96)
Suzuki, Kouyu (鈴木 高祐).....	P-2(52)	Taketa, Takashi (武田 崇志).....	P-2(52)
Suzuki, Michitaka (鈴木 道隆).....	P-77(90)	Taketomi, Akinobu (武冢 紹信).....	P-58(80)
Suzuki, Shinsaku (鈴木 伸作).....	P-9(56)	Takeuchi, Hitoshi (竹内 仁司).....	P-23(63)
Suzuki, Shohachi (鈴木 昌八).....	O-11(31)	Takeyama, Hiroshi (竹山 廣志).....	P-42(72)
Suzuki, Syouji (鈴木 障二).....	P-43(73)	Takifuji, Katsunari (瀧藤 克也).....	P-86(94)
Suzuki, Toshiyuki (鈴木 俊之).....	O-40(45)	Takiguchi, Nobuhiro (滝口 伸浩).....	P-32(67)
Suzuki, Yasuhiro (鈴木 康弘).....	P-78(90)	Takii, Yasumasa (瀧井 康公).....	P-89(96)
T			
Tabata, Tomotake (田畑 智丈).....	P-35(69)	Takiyama, Wataru (多幾山 渉).....	P-102(102)
Tada, Hiroshi (多田 寛).....	P-60(81)	Takizawa, Masaya (滝沢 昌也).....	P-100(101)
Taguchi, Dai (田口 大).....	P-78(90)	Takuma, Kunio (宅間 邦雄).....	O-2(26)
Tajima, Hidehiro (田島 秀浩).....	P-56(79)	Tamura, Koichi (田村 耕一).....	P-86(94)
Tajiri, Takashi (田尻 孝).....	P-3(53), P-7(55)	Tanaka, Hiroyuki (田中 宏幸).....	O-21(36), P-37(70)
Takabayashi, Kazuhiro (高林 一浩).....	P-21(62), P-69(86)	Tanaka, Jun-ichi (田中 淳一).....	P-49(76)
Takagane, Akinori (高金 明典).....	P-41(72)	Tanaka, Junichiro (田中 潤一郎).....	O-31*(41)
Takagi, Kazutoshi (高木 和俊).....	O-1(26)	Tanaka, Keita (田中 慶太).....	O-24(37)
		Tanaka, Keitaro (田中 慶太郎).....	P-76(89)
		Tanaka, Kimiaki (田中 公章).....	P-33(68)
		Tanaka, Koji (田中 晃司).....	O-13*(32)
		Tanaka, Kouiti (田中 浩一).....	P-53(78)

Tanaka, Masafumi (田中 正文)	O-16(33)	Tsuda, Sumio (津田 純郎)	O-46(48)
Tanaka, Masanobu (田中 真伸)	P-34(68)	Tsuji, Yoriyuki (辻 順行)	O-16(33), P-4(53)
Tanaka, Noritake (田中 宣威)	P-3(53)	Tsuji, Hirohiko (辻井 博彦)	P-68(85)
Tanaka, Sadao (田中 貞夫)	P-5(54)	Tsujimoto, Masahiko (辻本 正彦)	P-42(72)
Tanaka, Soichi (田中 荘一)	P-59*(81)	Tsukagoshi, Hiroyuki (塚越 洋元)	P-78(90)
Tanaka, Yasuhiro (田中 康博)	P-30(66)	Tsunashima, Ryo (綱島 亮)	P-42*(72)
Tanaka, Yoichi (田中 洋一)	O-20(35), O-40*(45), O-48(49), P-98(100)	Tsunoda, Akira (角田 明良)	P-70(86)
Tanaka, Yumiko (田中 弓子)	P-19(61)	Tsurita, Giichiro (釣田 義一郎)	O-19(35), O-31(41)
Tanakaya, Kohji (田中屋 宏爾)	P-23*(63)	Tsuruma, Tetsuhiro (鶴間 哲弘)	P-83*(93)
Tanda, Shigeru (丹田 滋)	P-93(98)	Tsurumaru, Daisuke (鶴丸 大介)	P-26(64)
Tani, Naoki (谷 直樹)	P-74(88)	Tsuruoka, Yuko (鶴岡 優子)	P-34(68)
Tani, Takashi (谷 卓)	P-56(79)	Tsuruta, Hiroyuki (鶴田 宏之)	P-7(55)
Tani, Tatsuo (谷 達夫)	O-27(39), P-54(78)	Tsutsumi, Norifumi (堤 敬文)	P-46*(74)
Tani, Toru (谷 徹)	P-29(66)	Tukamoto, Kiyosi (塚本 潔)	O-24(37)
Tanigawa, Nobuhiko (谷川 允彦)	P-76(89)	Tukasa, Kohitiro (政 幸一郎)	P-5(54)
Taniguchi, Koichi (谷口 浩一)	P-77*(90)	Tunoda, Yoshiyuki (角田 祥之)	O-6(28)
Taniki, Toshikatu (谷木 利勝)	P-33(68)	Tutida, Kei (土田 敬)	P-100(101)
Taomoto, Junya (埴本 純哉)	O-14(32), P-16(59), P-71(87)		
Tashiro, Keitaro (田代 圭太郎)	P-76(89)		
Tashiro, Kohtaro (田代 光太郎)	P-5(54)		
Tateno, Hiroo (立野 紘雄)	P-60(81)		
Tatsukawa, Kishiko (辰川 貴志子)	P-49(76)		
Tatsuta, Ken (龍田 健)	P-29(66)		
Tatsuta, Masayuki (龍田 眞行)	P-14(58)		
Terada, Takurou (寺田 卓郎)	P-100(101)		
Terai, Tomohiro (寺井 智宏)	P-31(67)		
Teramoto, Tatuo (寺本 龍生)	P-13(58)		
Teranishi, Nobuhisa (寺西 宣央)	P-7(55)		
Terashima, Masanori (寺島 雅典)	P-103(103)		
Toda, Kohsuke (戸田 孝祐)	P-104(103)		
Togashi, Kazutomo (冨樫 一智)	O-21(36), P-37(70)		
Toh, Yasushi (藤 也寸志)	O-14(32), P-16(59), P-71(87)		
Tohyama, Shigeru (遠山 茂)	P-9(56)		
Toiyama, Yuji (問山 裕二)	O-25(38)		
Tokoro, Tadao (所 忠男)	P-85(94)		
Tokumoto, Noriaki (徳本 憲昭)	P-6*(54)		
Tokumura, Hiromi (徳村 弘実)	P-93(98)		
Tokunaga, Masakazu (徳永 真和)	P-102*(102)		
Tokuyama, Jo (徳山 丞)	O-4(27)		
Tomiki, Yuichi (冨木 裕一)	P-34(68)		
Tominaga, Toshiji (冨永 敏治)	P-86(94)		
Tomita, Naohiro (冨田 尚裕)	O-24(37)		
Tomoda, Mitsuhiro (共田 光裕)	O-26(38), P-55(79)		
Tomokuni, Akira (友國 晃)	P-66(84)		
Tomozawa, Shigeru (友澤 滋)	P-1(52)		
Tori, Masayuki (鳥 正幸)	P-42(72)		
Torimaru, Hiromitu (鳥丸 博光)	P-5(54)		
Toshima, Takashi (豊島 隆)	P-93(98)		
Tou, Yuji (藤 勇二)	P-12*(57)		
Toya, Hiroyuki (戸谷 裕之)	O-20(35), P-98(100)		
Toyama, Eiichiro (外山 栄一郎)	O-33(42), P-61(82), P-72(87)		
Toyama, Nobuyuki (遠山 信幸)	O-5(28)		
Toyota, Kazuhiro (豊田 和広)	P-6(54)		
Tsubaki, Masahiro (椿 昌裕)	O-29*(40), P-15(59)		
Tsuchiya, Tomonori (土屋 智敬)	P-35(69)		
U			
Uchida, Hideki (内田 秀樹)	P-38(70)		
Uchimoto, Kazuaki (内本 和晃)	P-101(102)		
Uchino, Hayaki (内野 隼材)	P-96(99)		
Uchiyama, Hideaki (内山 秀昭)	P-58(80)		
Uchiyama, Kazuhisa (内山 和久)	P-86(94)		
Udatsu, Yuko (宇田津 有子)	P-66(84)		
Ueda, Daisuke (上田 大輔)	P-23(63)		
Ueda, Kazuki (上田 和毅)	P-85(94)		
Uehara, Keisuke (上原 圭介)	P-48*(75)		
Ueki, Hisayo (植木 ひさよ)	P-20(61)		
Uemura, Kazuhito (植村 一仁)	O-15(33)		
Uemura, Yoshio (上村 佳央)	O-34(42)		
Ueno, Hideki (上野 秀樹)	O-8(29)		
Ueno, Masashi (上野 雅資)	O-18(34), O-38(44), P-24(63)		
Ueshima, Shigeyuki (上島 成幸)	P-42(72)		
Ujii, Hideki (氏家 秀樹)	P-2(52)		
Ukegawa, Jyun-ichi (請川 淳一)	O-45(48)		
Umehara, Arihiro (梅原 有弘)	P-51(77)		
Umehara, Seiji (梅原 誠司)	P-73(88)		
Umekita, Nobutaka (梅北 信孝)	P-59(81)		
Une, Yoshie (宇根 良衛)	O-15(33)		
Uno, Tomoko (宇野 智子)	O-22(36)		
Uotani, Takahiro (魚谷 貴洋)	P-31*(67)		
Uragami, Naoyuki (浦上 尚之)	O-18(34), P-24(63)		
Urakami, Hidejirou (浦上 秀次郎)	O-4(27)		
Ushijima, Masataka (牛島 正貴)	O-12(31), O-28(39)		
Ushio, Kyosuke (牛尾 恭輔)	P-16(59)		
Utino, Motoi (内野 基)	O-24(37)		
Utsunomiya, Takashi (宇都宮 尚)	P-26(64)		

W

Wada, Daiki (和田 大樹).....	P-30(66)
Wada, Tatehiko (和田 建彦).....	P-43(73)
Wada, Yukinori (和田 幸之).....	P-46(74)
Watanabe, Go (渡辺 剛).....	O-30(40), P-64(83), P-81(92)
Watanabe, Hideki (渡部 秀樹).....	O-25(38)
Watanabe, Kazuhiro (渡辺 和宏).....	O-6*(28)
Watanabe, Makoto (渡辺 誠).....	P-70*(86)
Watanabe, Makoto (渡邊 真).....	O-44(47)
Watanabe, Manabu (渡邊 学).....	P-69(86)
Watanabe, Masahiko (渡邊 昌彦).....	P-88(95)
Watanabe, Michiaki (渡部 通章).....	O-26(38), P-55(79)
Watanabe, Shinya (渡邊 晋也).....	P-31(67)
Watanabe, Takeshi (渡邊 剛史).....	P-82(92)
Watanabe, Toshiaki (渡邊 聡明).....	O-19(35), O-31(41), O-43(47), P-92(97)
Watanabe, Toshihiro (渡邊 利広).....	P-47(75)
Watarai, Hiroshi (渡会 博志).....	P-53(78)

Y

Yaginuma, Yukihiro (柳沼 行宏).....	P-34(68)
Yamabe, Yuuichirou (山邊 裕一郎).....	P-25(64)
Yamada, Hideki (山田 英樹).....	O-43(47)
Yamada, Hiroshi (山田 裕).....	P-42(72)
Yamada, Kazutaka (山田 一隆).....	O-16(33), P-4(53)
Yamada, Masaki (山田 正樹).....	P-34(68)
Yamada, Masami (山田 正美).....	P-31(67)
Yamada, Nobuya (山田 靖哉).....	P-36(69), P-44(73)
Yamada, Shigeru (山田 滋).....	P-68(85)
Yamada, Takayuki (山田 隆之).....	P-67(85)
Yamada, Takeshi (山田 岳史).....	P-3(53)
Yamada, Terumasa (山田 晃正).....	O-13(32)
Yamada, Tetuji (山田 哲司).....	P-8(55)
Yamada, Yutaka (山田 豊).....	P-11(57)
Yamagami, Hideki (山上 英樹).....	P-53(78)
Yamagata, Motoo (山形 基夫).....	P-83(93)
Yamagishi, Shigeru (山岸 茂).....	O-37(44), P-68(85)
Yamagishi, Takehito (山岸 岳人).....	O-42(46)
Yamaguchi, Akio (山口 明夫).....	P-82(92)
Yamaguchi, Masahide (山口 正秀).....	P-74(88)
Yamaguchi, Shigeki (山口 茂樹).....	P-91(97)
Yamaguchi, Takaya (山口 貴也).....	P-38*(70)
Yamaguchi, Tomohiro (山口 智弘).....	O-47*(49)
Yamaguchi, Toshiharu (山口 俊晴).....	O-18(34), O-38(44)
Yamahata, Takeshi (山畑 健).....	O-10(30)
Yamakawa, Kazuma (山川 一馬).....	P-62(82)
Yamamoto, Harumi (山本 晴美).....	P-68(85)
Yamamoto, Hirofumi (山本 浩文).....	O-34(42)
Yamamoto, Hiroshi (山本 宏).....	P-32(67)
Yamamoto, Masakazu (山本 雅一).....	O-3(27), P-40(71), P-105(104)
Yamamoto, Seiichiro (山本 聖一郎).....	O-47(49)
Yamamoto, Shiho (山本 史歩).....	P-40(71), P-105*(104)
Yamamoto, Shunsuke (山本 俊介).....	P-62(82)
Yamamoto, Takanobu (山本 孝信).....	P-25(64)

Yamamura, Akihiro (山村 明寛).....	O-32(41), P-67(85)
Yamamura, Fuyuhiko (山村 冬彦).....	O-45(48)
Yamanami, Hideaki (山並 秀章).....	P-60(81)
Yamane, Tetsuro (山根 哲郎).....	P-74(88)
Yamaoka, Kentaro (山岡 健太郎).....	P-38(70)
Yamashita, Yoshinori (山下 芳典).....	P-102(102)
Yamaue, Hiroki (山上 裕機).....	P-86(94)
Yamazaki, Kazuya (山崎 一也).....	O-26*(38), P-55(79)
Yamazaki, Shigeo (山崎 成夫).....	P-78(90)
Yamoti, Yuiti (矢持 悠一).....	P-80(91)
Yanaga, Katsuhiko (矢永 勝彦).....	O-26(38), P-55(79)
Yanagida, Naoyuki (柳田 尚之).....	O-7(29)
Yano, Masaaki (矢野 匡亮).....	O-6(28)
Yano, Masahiko (矢野 雅彦).....	O-13(32), O-41(46)
Yashiro, Masakazu (八代 正和).....	P-36(69), P-44(73)
Yasuda, Naokuni (保田 尚邦).....	P-52(77)
Yasuda, Yoshikazu (安田 是和).....	O-21(36), P-37(70)
Yasumoto, Akihiro (安本 明浩).....	P-93(98)
Yasutomi, Masayuki (安富 正幸).....	P-85(94)
Yatsuoka, Toshimasa (八岡 利昌).....	O-20(35), O-48*(49), P-98(100)
Yokoe, Takeshi (横江 毅).....	O-25*(38)
Yokoi, Kimiyoshi (横井 公良).....	P-3(53)
Yokoi, Miki (横井 美樹).....	P-19(61)
Yokomizo, Hajime (横溝 肇).....	P-51(77)
Yokota, Kentarou (横田 健太郎).....	P-53(78)
Yokota, Ryouiti (横田 良一).....	P-53(78)
Yokouchi, Hideoki (横内 秀起).....	P-28(65)
Yokoyama, Masaru (横山 勝).....	O-10*(30)
Yokoyama, Shozo (横山 省三).....	P-86(94)
Yokoyama, Yukihiro (横山 幸浩).....	P-48(75)
Yoneyama, Shigehito (米山 重人).....	O-15*(33)
Yoneyama, Yasuo (米山 泰生).....	O-6(28)
Yoshida, Atsushi (吉田 淳).....	P-9(56)
Yoshida, Kimihiko (吉田 公彦).....	P-13(58)
Yoshida, Makoto (吉田 誠).....	O-9(30)
Yoshida, Naoya (吉田 直矢).....	O-33(42), P-61(82), P-72(87)
Yoshida, Teruhiko (吉田 輝彦).....	特別講演(24), O-50(50)
Yoshida, Yasuo (吉田 泰夫).....	P-96(99)
Yoshida, Yoichiro (吉田 陽一郎).....	P-62*(82)
Yoshida, Yoshiyuki (吉田 慶之).....	P-25(64)
Yoshidome, Katsuhide (吉留 克英).....	P-42(72)
Yoshifuji, Takehito (吉藤 竹仁).....	P-85(94)
Yoshii, Shigeto (吉井 重人).....	P-31(67)
Yoshikawa, Kiyoshi (吉川 澄).....	P-62(82)
Yoshikawa, Kozo (吉川 幸造).....	P-45(74)
Yoshikawa, Syusaku (吉川 周作).....	P-38(70), P-80(91)
Yoshimatsu, Kazuhiko (吉松 和彦).....	P-51(77)
Yoshimitsu, Masanori (吉満 政義).....	O-9(30)
Yoshino, Keisuke (芳野 圭介).....	P-35(69)
Yoshioka, Kazuhiko (吉岡 和彦).....	P-57(80)
Yoshitani, Shinichiro (吉谷 新一郎).....	P-19(61)
Yoshiyama, Tomoyuki (吉山 知幸).....	P-102(102)

味の素ファルマ株式会社	武田薬品工業株式会社
アステラス製薬株式会社	田辺三菱製薬株式会社
アストラゼネカ株式会社	中外製薬株式会社
エーザイ株式会社	東芝メディカルシステムズ株式会社
株式会社エーゼット	日本イーライリリー株式会社
エム・シー・メディカル株式会社	日本化薬株式会社
小野薬品工業株式会社	日本シャーウッド株式会社
財団法人化学及血清療法研究所	ノバルティスファーマ株式会社
株式会社キシヤ	株式会社日立メディコ
協和発酵工業株式会社	富士フィルムメディカル株式会社
キリンファーマ株式会社	ブリストル・マイヤーズ株式会社
グラクソ・スミスクライン株式会社	明治製菓株式会社
コニカミノルタヘルスケア株式会社	株式会社メディカルリーダーズ
シーメンス旭メディテック株式会社	株式会社メディコン
塩野義製薬株式会社	持田製薬株式会社
ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社	株式会社ヤクルト本社
タイコヘルスケア ジャパン株式会社	山下医科器械株式会社
大日本住友製薬株式会社	ヤンセン ファーマ株式会社
大鵬薬品工業株式会社	ワイス株式会社

50音順 平成19年12月13日現在

第68回大腸癌研究会開催にあたり、上記の企業・団体をはじめとして皆様の多大なるご協力ならびにご厚情を賜りました。この場をお借りして厚く御礼申し上げます。

第68回大腸癌研究会 当番世話人 牛尾 恭輔