

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 2

[P24] 一般演題（ポスター） 24 症例・進行大腸癌

座長：鯉沼 広治(自治医科大学消化器一般移植外科)

[P24-1]

全身化学療法によって5年以上の長期完全奏功を示した結腸癌の大動脈周囲リンパ節転移の一例

西川 元, 井田 智之, 井上 広海, 庭野 公聖, 出川 佳奈子, 小嶋 大也, 末永 尚浩, 堀 佑太郎, 横山 大受, 中西 保貴, 水野 礼, 中村 公治郎, 畑 啓昭 (独立行政法人京都医療センター)

[P24-2]

進行横行結腸癌に併存する多発リンパ節腫大の鑑別に苦慮した1例

坂本 恭子, 鳥崎 友紀子, 平田 雄紀, 下田 啓文, 島田 岳洋, 関本 康人, 浦上 秀次郎, 石 志紘 (国立病院機構東京医療センター一般・消化器外科)

[P24-3]

蛋白漏出性胃腸症の合併が疑われた下行結腸癌の1例

浅野 博, 金 晟徹, 鈴木 将臣, 高山 哲嘉, 高木 誠, 伏島 雄輔 (埼玉医科大学消化器・一般外科)

[P24-4]

高齢男性に発症した肛門外脱出S状結腸癌の1例

石井 健一, 檜山 基矢, 河島 秀昭 (勤医協中央病院)

[P24-5]

逆行性に腸重積をきたしたS状結腸癌の1例

加藤 宗次郎¹, 四万村 司¹, 相馬 未来¹, 泉家 匠¹, 石井 将光¹, 大島 隆一¹, 片山 真史¹, 谷口 清章¹, 朝倉 武士¹, 民上 真也² (1.川崎市立多摩病院消化器・一般外科, 2.聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科)

[P24-6]

放射線化学後に長期間化学療法を行った下部進行直腸癌の2例

石川 博文^{1,2}, 中川 正², 福岡 晃平², 檜塚 久記¹ (1.奈良県西和医療センター, 2.奈良県総合医療センター)

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 2

[P24] 一般演題（ポスター） 24 症例・進行大腸癌

座長：鯉沼 広治(自治医科大学消化器一般移植外科)

[P24-1] 全身化学療法によって5年以上の長期完全奏功を示した結腸癌の大動脈周囲リンパ節転移の一例

西川 元, 井田 智之, 井上 広海, 庭野 公聖, 出川 佳奈子, 小嶋 大也, 末永 尚浩, 堀 佑太郎, 横山 大受, 中西 保貴, 水野 礼, 中村 公治郎, 畑 啓昭 (独立行政法人京都医療センター)

背景

大動脈周囲リンパ節転移は、大腸癌の全身転移を示す転移形式でもあり、切除不能のため全身化学療法が行われる事が多い。外科的切除による局所制御で長期生存が得られる報告はあるが、全身化学療法で完全奏功した報告は極めて稀である。今回、根治切除不能の同時性大動脈周囲リンパ節転移を認めた症例に対して全身化学療法を行い、7年以上臨床的完全奏功を維持している稀な症例を経験したため報告する。

症例

症例は66歳女性。進行上行結腸癌にて受診。術前造影CTにて短径10mmを超える大動脈周囲リンパ節が4箇所、左鎖骨下領域にも短径10mmを越す種大リンパ節が1箇所指摘され、根治切除が不能大動脈周囲リンパ節転移と判断された。狭窄および出血を伴うため姑息的に原発巣切除および所属リンパ節郭清を行った。術後、全身化学療法としてmFOFLX6+ベバシズマブ（BV）療法を開始し、4コース後のCTでは、リンパ節はすべて10mm以下まで縮小し臨床的完全奏功が認められた。その後、mFOFLX6+BV療法を13コース施行、14コース目以降は神経毒性のためオキサリプラチンを中止し、BVを併用しながら72コースまで継続した。治療中止後も、5年以上の臨床的完全奏功を維持し生存している。

考察

大動脈周囲リンパ節転移は、切除不能病変として全身化学療法で治療されることが多い。一部では放射線療法も併用しながら切除することで長期生存が期待されることが報告されている。本症例のように化学療法単独で臨床的完全奏功を達成し、5年以上の無再発生存している報告は極めて少ない。化学療法奏功の背景に、予後が良い分子生物学的サブタイプで、mFOFLX6+BVへ非常に高い反応性を持っていた事や、マイクサテライト不安定性やミスマッチ修復機能欠損を背景とした免疫機序が働きやすい特性などが推察される。今後の治療戦略を検討するうえで重要な知見と考え、本症例を報告する。

一般演題 (ポスター)

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 2

[P24] 一般演題 (ポスター) 24 症例・進行大腸癌

座長：鯉沼 広治(自治医科大学消化器一般移植外科)

[P24-2] 進行横行結腸癌に併存する多発リンパ節腫大の鑑別に苦慮した1例

坂本 恭子, 鳥崎 友紀子, 平田 雄紀, 下田 啓文, 島田 岳洋, 関本 康人, 浦上 秀次郎, 石 志紘 (国立病院機構東京医療センター一般・消化器外科)

諸言:大腸癌の初診時に多発リンパ節腫大が存在した場合、大腸癌遠隔転移を疑い化学療法を行うことが一般的である。一方で、全身のリンパ節が腫大する疾患は複数存在する。今回我々は、初診時に横行結腸癌多発リンパ節転移として治療開始したが最終的に横行結腸癌と悪性リンパ腫の併発と診断された症例を経験したため診断経過の考察を含めて報告する。

症例:75歳女性。便潜血陽性を契機に大腸内視鏡を施行したところ脾湾曲部横行結腸に2型腫瘍あり、内腔高度狭窄ありスコープ通過不能。生検病理で高分化腺癌、RAS mutant(G12V)、BRAF wild、MSI high。造影CTで横行結腸壁肥厚、傍大動脈・腋窩・傍胸骨・内腸骨領域リンパ節腫大あり。PETでCTでの指摘部位の他、右臀筋内、左胸膜への集積あり。結腸癌 cT4b(小腸)N3M1b(LYM,左胸膜,右臀筋) cStageIVbの診断でストマ造設後Pembrolizumabにて化学療法の方針となった。横行結腸ストマ造設術後1ヶ月、Pembrolizumab(3週毎)開始。Pembrolizumab 4コース投与後の効果判定CTにて、原発巣および領域リンパ節は部分奏功であったがその他の遠隔病変は増大し脾結節も出現した。このため化学療法開始後4ヶ月に増大傾向の右閉鎖領域リンパ節の針生検を行った。病理では類上皮性肉芽腫の形成がありサルコイドーシスまたはサルコイド様反応が疑われた。診断的治療目的にステロイド投与を予定したが、化学療法開始9ヶ月後小腸穿孔が起り緊急で小腸部分切除を行った。病理所見で悪性リンパ腫の診断となり現在Pembrolizumab休薬しR-CHOP療法を施行している。

考察:大腸癌に伴う多発リンパ節腫大を確認した場合、腫大部位が非特異的である場合は他疾患の合併を念頭に置く必要がある。しかし悪性リンパ腫に特異的な画像所見はないため、生検と診断的治療のどちらを先行するかは侵襲度を考慮して決定する必要がある。

結語:横行結腸癌に併存する全身多発リンパ節転移を悪性リンパ腫と診断するのに苦慮した症例を経験した。

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 2

[P24] 一般演題（ポスター） 24 症例・進行大腸癌

座長：鯉沼 広治(自治医科大学消化器一般移植外科)

[P24-3] 蛋白漏出性胃腸症の合併が疑われた下行結腸癌の1例

浅野 博, 金 晟徹, 鈴木 将臣, 高山 哲嘉, 高木 誠, 伏島 雄輔 (埼玉医科大学消化器・一般外科)

症例は46歳女性。3か月前から体調不良と腹痛を自覚するようになり体動困難となったため近医に救急搬送され、左側結腸を占める巨大腫瘍を認め当科紹介となった。CTでは左側腹部に約10 cm大の腫瘍を認め、横行結腸及び下行結腸に浸潤が疑われた。下部消化管内視鏡検査では下行結腸に狭窄があり内視鏡の通過は困難であった。狭窄部の生検では炎症所見のみであった。血液生化学所見で総蛋白3.8 g/dL、アルブミン0.5 g/dLと低蛋白血症を認めた。悪性リンパ腫や大腸癌を疑手術を施行した。術中所見では腫瘍は左側横行結腸及び下行結腸と一塊となっていた。腫瘍の一部を迅速診に提出すると腺癌が検出されたため、左側結腸切除術及びD3廓清を行った。永久病理診断では下行結腸癌の横行結腸浸潤と診断、中分化腺癌でT4bN0M0 p-stage IIcであった。術後は縫合不全や創部感染などの合併症はなかったが、術前よりADLが低下していたためリハビリテーションに長期間を要した。総蛋白6.6 g/dL、アルブミン2.9g/dLまで改善し術後46日目に退院となった。

巨大腫瘍に伴う低蛋白血症は蛋白漏出性胃腸症を疑う。術後の合併症を危惧し手術のタイミングに苦慮するが、蛋白の補正に固辞せず速やかに手術に移行することが肝要である。

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC 血 Poster 2

[P24] 一般演題（ポスター） 24 症例・進行大腸癌

座長：鯉沼 広治(自治医科大学消化器一般移植外科)

[P24-4] 高齢男性に発症した肛門外脱出S状結腸癌の1例

石井 健一, 檜山 基矢, 河島 秀昭 (勤医協中央病院)

症例は67歳男性。排便時に腸管が脱出し、強い左下腹部痛を自覚したため当院へ救急搬送された。肛門から長さ約15cmの腸管が脱出していたが、この時点では明らかな腫瘍性病変は指摘できなかった。血液検査所見で白血球数は正常範囲内、CRP値は陰性だった。腹部CT検査では直腸からS状結腸に同心状構造を認めた。疼痛が強く無麻酔では還納困難だったため、腰椎麻酔下に腸管を還納し、腹痛症状は改善して同日入院した。入院2日目に大腸内視鏡検査を施行し、S状結腸に粘膜障害を認め、脱出腸管の嵌頓による血流障害と整復手技による損傷と考えた。入院3日目に食事を開始し、その後も腹痛症状の再燃がないことを確認し、入院11日目に退院した。発症1ヶ月後に大腸内視鏡検査を施行し、直腸Raに0-Is病変とS状結腸の狭窄を認め、その口側の観察はできなかった。発症2ヶ月後に施行した大腸内視鏡検査では狭窄部は通過可能になっており、その口側のS状結腸に径30mmの1型腫瘍を認め、生検で高分化型管状腺癌の診断となった。直腸Raの0-Is病変に対して内視鏡的粘膜切除術を施行し、初回還納以降に緩下剤の調整を行い、腫瘍の肛門外脱出を再発することなく、発症から4ヶ月後に腹腔鏡下S状結腸切除D3郭清を施行し、経過は良好で術後6日目に退院した。病理所見から中分化管状腺癌、T2N0M0、pStage Iと診断した。粘膜障害があったと考えられる部位には再生性の粘膜上皮であり、粘膜固有層に出血や単核球浸潤を伴い、粘膜下層に線維化を認めた。現在再発なく経過している。肛門外に脱出したS状結腸癌は比較的稀であり、さらに男性の報告例は少ない。今回高齢男性に発症した肛門外に脱出したS状結腸癌を還納後に診断し、根治切除可能だった1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

一般演題 (ポスター)

📅 Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC 📄 Poster 2

[P24] 一般演題 (ポスター) 24 症例・進行大腸癌

座長：鯉沼 広治(自治医科大学消化器一般移植外科)

[P24-5] 逆行性に腸重積をきたしたS状結腸癌の1例

加藤 宗次郎¹, 四万村 司¹, 相馬 未来¹, 泉家 匠¹, 石井 将光¹, 大島 隆一¹, 片山 真史¹, 谷口 清章¹, 朝倉 武士¹, 民上 真也² (1.川崎市立多摩病院消化器・一般外科, 2.聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科)

症例は60歳の女性. 2025年4月, 便秘傾向で近医受診. 緩下剤を処方されたが排便認めず, 腹痛の出現を認めたため当院を受診した. 受診時炎症反応の上昇と左下腹部に自発痛と腹膜刺激症状を認め、腹部造影CTでS状結腸に腫瘍性病変をみとめ、その病変を先進部として下行結腸に逆行性の腸重積を認めていた. 腹部所見が強いため同日緊急手術を施行した.

術中に腹腔内を観察すると術前診断通りにS状結腸を先進部とし, 下行結腸脾弯曲部付近まで逆行性に腸重積をきたしていた. Hutchinson手技により重積を解除し得た. 先進部に腫瘍性病変を伴っていたため, S状結腸切除を施行した. 術後経過は良好で術後8日で退院となった.

大腸の逆行性腸重積は非常にまれな疾患で, 腸管輪状筋の痙攣性収縮による一時的な腸管の口側への移動が原因と考えられている. 逆行性蠕動に加えて隆起性病変の存在が必要であるとも報告されている.

今回、逆行性に腸重積をきたしたS状結腸癌の1例を経験したので, 若干の文献学的考察を加え報告する.

一般演題 (ポスター)

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 2

[P24] 一般演題 (ポスター) 24 症例・進行大腸癌

座長：鯉沼 広治(自治医科大学消化器一般移植外科)

[P24-6] 放射線化学後に長期間化学療法を行った下部進行直腸癌の2例

石川 博文^{1,2}, 中川 正², 福岡 晃平², 檜塚 久記¹ (1.奈良県西和医療センター, 2.奈良県総合医療センター)

大腸癌治療ガイドラインでは、大腸癌治療の原則は切除であり、『局所再発・高リスク』においてのみ、術前化学放射線療法 (CRT)は弱く推奨されている。今回、CRT後、長期間化学療法を行い、経過観察している2例について報告する。

2例は70才代男性で、腸管膜内リンパ節転移を認めるRbの全周性腫瘍であり、術後の予想される状態(マイルス術か超低位前方切除)と再発の可能性等から手術を望まなかった。そのためまずXELOX療法に放射線療法 (50-60Gy)を併用したCRTを行い、その後進行・再発癌に準ずる、アバスチンを併用する外来化学療法を開始した(2例ともRAS変異陽性で、術前の腫瘍マーカーは正常域)。症例1ではCRT (50Gy) 終了後、3ヶ月の生検でG-Vが検出されたのでFOLFOX6+アバスチンを開始した。2年6ヶ月のフォローの内視鏡で腫瘍は完全に平坦化し、CTでも腫瘍は同定できなくなり、化学療法は3年まで継続し終了した。化学療法終了後7年経過するが、CTで腫瘍の縮小状態が保たれている。症例2ではCRT(60Gy) 終了後、1年3ヶ月のCTで腫瘍は同定できなくなり、1年6ヶ月の内視鏡で完全に平坦化を認めた。しかし2年3ヶ月のCTで軟部影の増大があったため、3年まで月1回のペースで XELOX+アバスチンを継続した。放射線直腸炎には輸血、焼灼と止血剤内服を行った。化学療法終了後5年経過するが、CTで腫瘍の縮小状態が保たれている。

CRT後の完全奏功まで時間がかかり、その明確な判定方法は定まっていない。またWatch&Waitの方法の確立は今後の課題である。若干の文献的考察を加えて報告する。