

一般演題（口演）

2025年11月14日(金) 15:20～16:10 第7会場

[O11] 一般演題（口演） 11 症例報告：転移再発

座長：井上 靖浩(特定医療法人同心会遠山病院外科), 神藤 英二(自衛隊中央病院外科)

[O11-1]

当院における切除不能進行再発大腸癌に対する免疫チェックポイント阻害薬の使用経験

鈴木 友里子^{1,3}, 佐久間 洋寿¹, 佐藤 智大^{1,3}, 高橋 龍平^{1,3}, 金生 直哉^{1,3}, 石野 淳¹, 牛尾 純², 大平 弘正³ (1.星総合病院消化器内科, 2.昭和医科大学江東豊洲病院消化器センター, 3.福島県立医科大学消化器内科学講座)

[O11-2]

MSI-H/dMMR結腸癌 4例に対する免疫チェックポイント阻害剤の使用経験

澤田 元太, 長江 歩, 藤野 志季, 谷澤 佑理, 文 正浩, 福永 浩紀, 森本 修邦, 森田 俊治 (市立伊丹病院外科)

[O11-3]

Nivolumab治療中の多発転移を有する悪性黒色腫に対し、治療抵抗病変である小腸転移の切除によって無増悪生存が得られた1例

邊見 和就, 玉井 皓己, 鄭 充善, 戎居 洸樹, 石丸 昂樹, 南浦 翔子, 辻村 直人, 森 総一郎, 西田 謙太郎, 吉川 幸宏, 大原 信福, 瀧内 大輔, 浜川 卓也, 辻江 正徳, 赤丸 祐介 (大阪ろうさい病院外科・消化器外科)

[O11-4]

当院におけるEncorafenibの使用経験

小笹 悠, 名西 健二, 有田 智洋, 清水 浩紀, 木内 純, 倉島 研人, 井上 博之, 高畠 和也, 西別府 敬士, 久保 秀正, 今村 泰輔, 小菅 敏幸, 山本 有祐, 小西 博貴, 森村 玲, 藤原 齊, 塩崎 敦 (京都府立医科大学消化器外科)

[O11-5]

S状結腸未分化癌術後遠隔リンパ節再発に対する6次治療後にアブスコパル効果を認めcCRとなった一例

河野 香織, 宮北 寛士, 西田 莉子, 大宜見 崇, 茅野 新, 山本 聖一郎 (東海大学医学部附属病院消化器外科)

[O11-6]

透析中の切除不能、再発大腸癌に対して抗癌剤治療を行った2症例

本郷 久美子, 田島 佑樹, 大澤 桃香, 渡部 希美, 大谷 理紗, 室井 貴子, 西村 英理香, 林 啓太, 藤崎 洋人, 高野 公徳, 中川 基人 (平塚市民病院)

[O11-7]

両側側方リンパ節転移を有する直腸癌で術後5年以上の生存が得られた2例

小林 昭広, 山崎 信義, 久保 浩一郎, 森本 喜博, 小林 亮介, 佐藤 学, 浅井 大智, 林 和貴, 富田 直宏, 長谷川 圭, 柿本 應貴, 緒方 賢司 (千葉西総合病院外科)

一般演題（口演）

2025年11月14日(金) 15:20～16:10 第7会場

[O11] 一般演題（口演） 11 症例報告：転移再発

座長：井上 靖浩(特定医療法人同心会遠山病院外科), 神藤 英二(自衛隊中央病院外科)

[O11-1] 当院における切除不能進行再発大腸癌に対する免疫チェックポイント阻害薬の使用経験

鈴木 友里子^{1,3}, 佐久間 洋寿¹, 佐藤 智大^{1,3}, 高橋 龍平^{1,3}, 金生 直哉^{1,3}, 石野 淳¹, 牛尾 純², 大平 弘正³ (1. 星総合病院消化器内科, 2. 昭和医科大学江東豊洲病院消化器センター, 3. 福島県立医科大学消化器内科学講座)

【背景】免疫チェックポイント阻害薬（ICI）であるペムブロリズマブ（PEM）は、高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-H）の切除不能進行再発大腸癌に対する一次治療として推奨されている。MSI-H大腸癌に対するPEMと標準治療を比較する第III相試験ではPEMでの生存期間の有意な延長が示されており、一次治療で使用されていない場合は二次治療以降でもICIを用いた治療が推奨される。当院では現在までに、3例のMSI-H大腸癌に対しPEMを使用した。【症例1】92歳女性。直腸癌術後再発、30 mm大の転移性リンパ節腫大あり、原発巣はMSI-H、RAS野生型、BRAFv600E野生型であった。一次治療としてPEMを開始し、最良治療効果は部分奏効（PR）で、12コース実施した現在もPRを維持している。【症例2】88歳女性。回盲部癌、脾転移あり、原発巣はMSI-H、RAS野生型、BRAFv600E野生型であった。一次治療としてPEMを開始し、最良治療効果は完全奏効（CR）で、10コース実施した現在もCRを維持している。【症例3】68歳男性。直腸癌、傍大動脈リンパ節転移あり、RAS野生型、EGFR陽性であった。SOX+パニツムマブ、FOLFIRI+ラムシルマブ、レゴラフェニブ、TAS-102、TAS-102+ベバシズマブを施行したが、いずれも進行（PD）の判定となった。傍大動脈リンパ節からのEUS-TAでMSI-Hを確認し、六次治療としてPEMを開始した。最良治療効果はPRであったが、7コース実施した時点でPDとなり、全身状態増悪がみられ化学療法は終了、約4か月後に死亡した。3症例とも高齢者ではあったが、PEMによる有害事象は認めなかった。【考察】当院では、一次治療としてのPEMの治療効果は2症例ともにPR以上の奏効を得ており、有害事象なく経過した。現在、すべての大腸癌患者に対してMSI検査が推奨されているが、MSI-H大腸癌の頻度はStage IVで4%と報告され、非常に少数である。当院でも少数の治療経験に留まっており、今後更なる症例の蓄積が望まれる。

一般演題（口演）

2025年11月14日(金) 15:20～16:10 第7会場

[O11] 一般演題（口演） 11 症例報告：転移再発

座長：井上 靖浩(特定医療法人同心会遠山病院外科), 神藤 英二(自衛隊中央病院外科)

[O11-2] MSI-H/dMMR結腸癌 4例に対する免疫チェックポイント阻害剤の使用経験

澤田 元太, 長江 歩, 藤野 志季, 谷澤 佑理, 文 正浩, 福永 浩紀, 森本 修邦, 森田 俊治 (市立伊丹病院外科)

【はじめに】

近年、MSI-H/dMMR大腸癌に対する免疫チェックポイント阻害剤(ICI)について評価した臨床試験の結果が報告されている。これまでに当院で、MSI-H/dMMR大腸癌 に対しICIを使用した4症例について報告する。

【症例提示】

症例①：83歳、女性。横行結腸癌に対し、X年11月腹腔鏡下横行結腸部分切除術施行。術後病理診断pT4aN0(0/12)M0 Stage IIbであり、補助療法を行わず経過観察となった。X+1年6月 CT検査にて左鎖骨上窩リンパ節再発(リンパ節 27×35mm)を指摘され、pembrolizumab開始。12コース終了時点のCTにて左鎖骨上窩リンパ節 8×8mmまで縮小し、25コース終了後で患者希望のため終了となった。25コース治療期間中に下痢G2を認めたが、G3以上の副作用は認めなかった。

症例②：73歳、女性。上行結腸癌、腹壁浸潤を認め(cT4bN2aM0 Stage IIlc)、切除断端陽性のリスクからneoadjuvantとしてpembrolizumab 6コース施行した。6コース治療中に副作用は認めなかった。最終投与 6週後にロボット支援下回盲部切除術を施行、術後合併症はなく術後9日目で退院となった。術後病理結果でpCRを認めており、術後9か月で再発を認めていない。

症例③：78歳、女性。上行結腸癌、左鎖骨上窩リンパ節転移、傍大動脈リンパ節転移(cT4aN3M1a Stage IVa)の診断となり、pembrolizumabを開始。3コース終了時点のCT検査にて左鎖骨上窩リンパ節転移、傍大動脈リンパ節転移の著大な縮小を認めており、治療継続中。現時点まで副作用を認めていない。

症例④：86歳、女性。横行結腸癌、腹壁浸潤を認め(cT4bN1bM0 Stage IIlc)、切除断端陽性のリスクからneoadjuvant療法としてpembrolizumabを開始。3コース終了時点で、腫瘍の著大な縮小を認めており、今後原発巣切除予定となっている。pembrolizumab治療中に副作用は認めなかった。

【まとめ】

いずれの症例においても著大な腫瘍縮小効果を認め、G3以上の有害事象を認めなかった。

一般演題（口演）

2025年11月14日(金) 15:20～16:10 第7会場

[O11] 一般演題（口演） 11 症例報告：転移再発

座長：井上 靖浩(特定医療法人同心会遠山病院外科), 神藤 英二(自衛隊中央病院外科)

[O11-3] Nivolumab治療中の多発転移を有する悪性黒色腫に対し、治療抵抗病変である小腸転移の切除によって無増悪生存が得られた1例

邊見 和就, 玉井 皓己, 鄭 充善, 戎居 洸樹, 石丸 昂樹, 南浦 翔子, 辻村 直人, 森 総一郎, 西田 謙太郎, 吉川 幸宏, 大原 信福, 瀧内 大輔, 浜川 卓也, 辻江 正徳, 赤丸 祐介 (大阪ろうさい病院外科・消化器外科)

【症例】症例は78歳男性、2021年に右足底の悪性黒色腫を切除後、Nivolumab投与となっていた。2022年5月に左鼠径部転移、2023年3月に左上腕筋内転移に対して、それぞれ切除術を施行された。その他にも全身転移を認めていたが、増大なく治療継続となっていた。2023年6月のPET-CT検査で小腸にFDG集積を認めた。ダブルバルーン内視鏡で2/3周性の2型病変を認め、生検で悪性黒色腫の診断となった。また主病変の他にも黒色の箇所を散見したが、病理診断上は悪性所見を認めなかった。治療剤をDTICに変更後は腫瘍増大や新規病変は認めなかったため、SDと判断して主病変のみ切除の方針とした。2024年1月に単孔式腹腔鏡下部分切除を施行した。術中所見では、主病変に加えて約20cm口側に黒色結節を確認したため、腫瘍から同結節を含むよう腸管切除した。病理所見では主病変に加えて、黒色結節も悪性黒色腫の小腸転移の診断となった。そのため、内視鏡で散見された黒色部は転移であり、残存している可能性が示唆された。術後経過は良好であり、術後11日目に退院となった。術後はDTICを再開したが、新規の転移や既知の転移の増大を認めず、術後5ヶ月で投与を終了した。現在、無増悪生存中である。

【まとめ】Nivolumab治療中の多発転移を有する悪性黒色腫に対し、治療抵抗病変である小腸転移の切除によって無増悪生存が得られた1例を経験した。

一般演題（口演）

2025年11月14日(金) 15:20～16:10 第7会場

[O11] 一般演題（口演） 11 症例報告：転移再発

座長：井上 靖浩(特定医療法人同心会遠山病院外科), 神藤 英二(自衛隊中央病院外科)

[O11-4] 当院におけるEncorafenibの使用経験

小笹 悠, 名西 健二, 有田 智洋, 清水 浩紀, 木内 純, 倉島 研人, 井上 博之, 高畠 和也, 西別府 敬士, 久保 秀正, 今村 泰輔, 小菅 敏幸, 山本 有祐, 小西 博貴, 森村 玲, 藤原 斉, 塩崎 敦(京都府立医科大学消化器外科)

【はじめに】 BRAFV600E変異陽性切除不能再発大腸癌に対するEncorafenibの使用経験を報告する。薬剤に関する略語は大腸癌治療ガイドラインに準ずる。

【症例1】 70歳女性, PS2

病理診断: A, tub2>por2>muc>pap, pT4aN2bM0

遺伝子変異: RAS野生型、BRAF変異陽性、pMMR

原発切除: ロボット支援腹腔鏡下回盲部切除(R-ICR) D3

補助化学療法: UFT+LV 4コース

肝・肺転移再発に対しFOLFOXIRI+BEV 4コース施行後Progressive Disease (PD) となり、二次治療としてENCO+CETを開始。14コース終了時にCEA 16.5→2.2ng/mL、CA19-9 418→34.4/mL、肝転移最大径24→5mmと最大治療効果を得た。51コース終了時に、脳転移に対する脳腫瘍摘出・ガンマナイフ療法施行後に脳梗塞を発症し原発術後23ヶ月で原病死した。

【症例2】 50歳女性, PS0

病理診断: A, tub2>>tub1, pT3N3M1a(H1, GradeC)

遺伝子変異: RAS野生型、BRAF変異陽性、pMMR

原発切除: R-ICR D3

肝切除①: 腹腔鏡下肝部分切除 [CAPOX4コース後]

残肝・腹膜播種再発に対しFOLFOXIRI+BEV 6コースを施行後PDとなり、二次治療としてENCO+BINI+CETを開始。9コース終了時点でCEA 23.5→4.8ng/mL、CA19-9 1840→751U/mL、肝転移最大径19→5mm、腹膜播種も縮小した。肝切除②追加+化学療法休薬後に残肝再発、腹膜播種増悪、リンパ節・肺転移の出現を認め、ENCO+BINI+CETを再開。現在合計23コース終了時点でCEA 15.7→5.2ng/mL、CA19-9 708→155 U/mL、画像上の縮小も維持している。

【症例3】 74歳女性, PS2

病理診断: A, tub2>por2, pT4aN3M1c2(H1, Grade C, P2)

遺伝子変異: RAS野生型、BRAF変異陽性、dMMR

原発切除: R-ICR D3

術後FOLFOXIRI+BEV 4コース、Pembro 3コース施行するも、播種再発・肝転移の増大を認め、三次治療としてENCO+CET(-10%)を開始。現在4コース終了時点でCEA 172→10.5ng/mL、CA19-9 2579→143U/mL、肝転移最大径40→19.6mm、播種結節も縮小を維持している。

【まとめ】 いずれの症例でも重篤な副作用なく良好な病勢コントロールを得ており、EncorafenibはBRAFV600E変異陽性の切除不能再発大腸癌に対して安全かつ有効であった。

一般演題（口演）

2025年11月14日(金) 15:20～16:10 第7会場

[O11] 一般演題（口演） 11 症例報告：転移再発

座長：井上 靖浩(特定医療法人同心会遠山病院外科), 神藤 英二(自衛隊中央病院外科)

[O11-5] S状結腸未分化癌術後遠隔リンパ節再発に対する6次治療後にアブスコパル効果を認めcCRとなった一例

河野 香織, 宮北 寛士, 西田 莉子, 大宜見 崇, 茅野 新, 山本 聖一郎 (東海大学医学部附属病院消化器外科)

【症例】77歳，男性．【現病歴】S状結腸癌に対し前医で2018年7月に腹腔鏡下S状結腸切除術を施行した．2019年2月に骨盤内リンパ節，大動脈周囲リンパ節への再発を認め，全身化学療法を開始した．1st lineでCAPOX+Bmab, 2nd lineでCAPEIRI+Bmab, 3rd lineでIrinotecan+Pmab, 4th lineでFTD/TPI+Bmab, 5th lineでRegorafenibを施行するもPDとなり，骨盤内リンパ節の制御が乏しくCRT(Chemoradiotherapy: 60Gy/30fr with S1)を施行した．CRT後に6th lineとしてFOLFIRI+RAMを施行したところ，骨盤内リンパ節だけでなく照射範囲外の大動脈周囲リンパ節，右頸部リンパ節の著明な縮小を認めた．6th lineを16か月継続後，cCRを維持していたため無治療経過観察とした．以後2年間，無治療経過観察でcCRを維持している．【考察】結腸癌の未分化癌は8%と比較的稀であり，5年生存率は20%程度と予後が悪い．本症例でも5th lineまで病勢制御は困難であったが，CRTを施行後，骨盤内リンパ節転移は著明に縮小し遠隔リンパ節の消失も認めた．アブスコパル効果は，放射線治療によって照射野外の病巣も縮小する極めて稀な現象であり，放射線治療から誘導された免疫系による抗腫瘍反応であると考えられている．2000年から2025年においてPubMedでキーワード colorectal cancerとthe abscopal effectで検索したところ，自験例以外認めなかった．極めて稀な現象を経験した．本症例について若干の文献的考察を加えて報告する．

一般演題（口演）

2025年11月14日(金) 15:20～16:10 第7会場

[O11] 一般演題（口演） 11 症例報告：転移再発

座長：井上 靖浩(特定医療法人同心会遠山病院外科), 神藤 英二(自衛隊中央病院外科)

[O11-6] 透析中の切除不能、再発大腸癌に対して抗癌剤治療を行った2症例

本郷 久美子, 田島 佑樹, 大澤 桃香, 渡部 希美, 大谷 理紗, 室井 貴子, 西村 英理香, 林 啓太, 藤崎 洋人, 高野 公德, 中川 基人 (平塚市民病院)

【症例1】80才女性。既往に脳梗塞、糖尿病、慢性腎障害、腹部大動脈瘤（AAA）があった。72才時に直腸癌に対して腹腔鏡下低位前方切除、回腸人工肛門造設を施行、病理組織学的にはT3N0Stage II aと診断された。75才時に右側方リンパ節に再発を認め、同部位へ放射線照射を施行。77才時に骨盤内リンパ節、肺転移再発を認めたため、透析導入後に化学療法開始となった。1コース目としてカペシタビン＋ベバシズマブを開始、22カ月継続したが、肺転移増大を認めたため2コース目UFT内服を開始した。しかし緩徐な増大を認めるとともにADL低下を認めたため10カ月で中止とし、その10カ月後、80才で亡くなった。再発からの生存期間は60カ月であった。

【症例2】83才男性。既往に末期腎不全による透析中、AAAを認めた。80才時、AAAフォロー中のCT検査で肺癌、転移性肝腫瘍を指摘された。精査の結果、肺腺癌、S状結腸癌を認め、肝腫瘍は肝生検の結果、S状結腸癌の転移、Stage IVであることがわかった。腸管の狭窄は来しておらず、肺癌に対して照射を施行後、1コース目としてカペシタビン内服を開始した。4カ月行ってもPDとなり、2コース目にイリノテカン投与を開始、5カ月継続するもPDのため。3コース目としてイリノテカン＋パニツムマブを開始。これは一時著効するも10カ月でPDとなった。4コース目はイリノテカン＋ベバシズマブを5カ月継続し縮小効果を認めていたが、副作用からレジメン変更し。5コース目パニツムマブ単独投与を2カ月行った。病変はPDとなった上、ADLが落ちてしまったことから、抗癌剤投与を中止した。治療開始より約27カ月であった。

【考察】透析中の切除不能、再発大腸癌の2症例に対して、抗癌剤治療を行った。いずれの症例とも投与量の調整、慎重な管理を必要としたが、化学療法を施行することで通常の場合とほぼ同等の腫瘍制御効果を得られた。特にベバシズマブ、パニツムマブは使用に際して減量の必要がなく、高い効果が得られたと考える。

【結語】透析中の大腸癌化学療法では使用薬剤、投与量が限定されるが、治療を検討する価値がある。

一般演題（口演）

2025年11月14日(金) 15:20～16:10 第7会場

[O11] 一般演題（口演） 11 症例報告：転移再発

座長：井上 靖浩(特定医療法人同心会遠山病院外科), 神藤 英二(自衛隊中央病院外科)

[O11-7] 両側側方リンパ節転移を有する直腸癌で術後5年以上の生存が得られた2例

小林 昭広, 山崎 信義, 久保 浩一郎, 森本 喜博, 小林 亮介, 佐藤 学, 浅井 大智, 林 和貴, 富田 直宏, 長谷川 圭, 柿本 應貴, 緒方 賢司 (千葉西総合病院外科)

【はじめに】直腸癌における両側側方側方リンパ節転移は、進行例であり局所制御だけでなく遠隔再発防止が課題である。両側側方リンパ節転移を有する直腸癌で術後5年以上生存が得られた2例を報告する。

【症例1】56歳女性。直腸癌RaP、cT4b（肛門挙筋）N3（両側263D）M0。術前CapeOX 3コース施行。ycT4bN3M0、効果判定SD。原発と両側263Dリンパ節はほぼ不変（原発最大径50mm→47mm。右263D：19x13mm→17x11mm。左263D：11x10mm→10x9mm）。ロボット支援直腸切断術（上方向D3,両側側方郭清）を施行。手術時間342分、出血量30ml。病理診断は、pT3N3（5/58）M0。両側263D転移（右263D:1個、左263D：1個）を認めた。術後CapeOX5コース行う。術後1年で両肺転移（切除不能）。抗癌剤治療を行い術後5年骨盤内再発は認めず生存中である。【症例2】46歳男性。直腸癌RbP、cT4b（前立腺）N3（両側283）M0。術前CapeOX4コース施行。ycT4b（前立腺）N3（両側283）M0、効果判定SD（20%縮小）。原発と両側283リンパ節はともに縮小（原発最大径62mm→51mm。右283：22x15mm→15x14mm。左283D：20x16mm→16x13mm）。ロボット支援骨盤内臓全摘（上方向D3,両側側方郭清）を施行。手術時間533分、出血量590ml。病理診断は、type3, tub2>tub1, ypT3N3（3/36）M0。両側283Dに1個ずつ転移を認めた。術後CapeOX4コース行う。術後5年無再発性生存中である。

【考察】直腸癌で両側側方リンパ節転移例の治療成績は不良といわれている。集学的治療の導入により一定の治療効果が得られることが報告されている。症例1, 2では術前抗癌剤治療、TME＋治療的両側側方郭清、術後化学療法が行われ5年生存が得られた。【おわりに】集学的治療により両側側方リンパ節転移例でも根治が得られる可能性がある。