

一般演題（ポスター）

■ 2025年11月14日(金) 13:30～14:15 ■ ポスター10

[P19] 一般演題（ポスター） 19 症例・直腸1

座長：鈴木 紳祐(藤沢湘南台病院外科)

[P19-1]

狭窄性大腸癌を伴い前処置不能であった早期直腸癌に対するTAMISの有用性：2症例の検討
内藤 敦, 能浦 真吾, 吉原 輝一, 武田 和 (堺市立総合医療センター大腸肛門外科)

[P19-2]

集学的治療が奏功し、切除可能となった巨大直腸癌の1例

植嶋 千尋, 蘆田 啓吾, 牧田 大瑚, 津田 亜由美, 尾崎 知博, 遠藤 財範, 建部 茂 (鳥取県立中央病院)

[P19-3]

術前に子宮・膀胱浸潤が疑われたS状結腸癌に対して、蛍光尿道カテーテルと子宮トランスイルミネーターを用いてTa-TME併用下に腹腔鏡下骨盤内臓全摘を行った一例

川窪 陽向¹, 柳 舜仁¹, 中嶋 俊介¹, 河合 裕成¹, 小林 毅大¹, 今泉 佑太¹, 伊藤 隆介¹, 衛藤 謙² (1.川口市立医療センター, 2.東京慈恵会医科大学外科学講座)

[P19-4]

右側臥位で肛門部と膈後壁を直視下で切離することで安全に切除できた子宮浸潤を伴う高度進行下部直腸癌の1例

内山 周一郎, 高屋 剛 (串間市民病院外科)

[P19-5]

Double stapling techniqueの際の用手的肛門拡張により生じた肛門裂傷部へimplantさせたと考えられるS状結腸癌肛門管再発の一例

吉村 直生, 花田 圭太, 神崎 友敦, 伊藤 孝, 松下 貴和, 武田 亮二, 加川 隆三郎 (洛和会音羽病院外科)

[P19-6]

ESD施行部位へのImplantationが疑われた直腸癌術後再発の1例

長谷川 勇太, 帖地 健, 李 俊容, 大橋 真記, 前田 徹, 吉田 卓義, 永井 秀雄, 小西 文雄 (練馬光が丘病院外科)

一般演題（ポスター）

2025年11月14日(金) 13:30～14:15 10 ポスター10

[P19] 一般演題（ポスター） 19 症例・直腸1

座長：鈴木 紳祐(藤沢湘南台病院外科)

[P19-1] 狭窄性大腸癌を伴い前処置不能であった早期直腸癌に対するTAMISの有用性：2症例の検討

内藤 敦, 能浦 真吾, 吉原 輝一, 武田 和 (堺市立総合医療センター大腸肛門外科)

【背景】

近年、早期直腸癌に対する局所切除としてTAMIS（transanal minimally invasive surgery）の有用性が報告されている。今回、口側に狭窄性大腸癌を有し下剤による前処置が困難で、内視鏡的切除が不可能であった2例に対しTAMISを施行した症例を報告する。

【症例1】

84歳、男性。膀胱浸潤を伴う狭窄性S状結腸癌と上部直腸に早期癌を認めた。消化器内科との協議で前処置不良での内視鏡的切除(EMR/ESD)は困難との結論となった。横行結腸ストマ造設後に、直腸病変に対してTAMISを施行した。

手術所見：AV7cm、4-8時方向に50mm大のLSTを認めた。生食ガーゼで口側腸管を閉鎖、エアシール15mmHgで直腸内を気腹し、全層切除で病変を摘出した。粘液の流出を認めたが適宜吸引を行うことで良好な視野確保が可能であった。病理診断はpT1b, Ly0, V0, 断端陰性であった。S状結腸癌に対する術前化学療法としてCAPOX Bev療法を4コース行い、S状結腸・膀胱前立腺合併切除、結腸直腸吻合を行った。

【症例2】

75歳、男性。狭窄性直腸S状部癌と下部直腸に早期癌を認めた。横行結腸ストマ造設と同時にTAMISを施行した。

手術所見：AV4cm、11時方向に30mm大のLSTを認めた。生食ガーゼで口側腸管を閉鎖、エアシール10mmHgで直腸内を気腹し、ムコアップ併用で粘膜下層切除を施行した。病理診断はpTis, Ly0, V0, 断端陰性であった。

直腸S状部癌に対する術前化学療法としてmFOLFOX Bev療法を7コース行い、切除術を行った。術中腸骨動静脈との剥離断端の陽性の可能性がありハルトマン氏術とした。術後病理では切離断端陰性であり、ストマ閉鎖を予定している。

【まとめ】

口側の狭窄病変のため下剤処置ができずにEMR/ESDが不可能であった2症例に対してTAMISを行った。ガーゼ、吸引デバイスで良好な視野確保可能、口側にストマがあるため安全に全層切除が可能、直腸を残すことで肛門機能の温存にメリットがあると考えられ、有用な治療選択肢となり得る。

一般演題（ポスター）

2025年11月14日(金) 13:30～14:15 ポスター10

[P19] 一般演題（ポスター） 19 症例・直腸1

座長：鈴木 紳祐(藤沢湘南台病院外科)

[P19-2] 集学的治療が奏功し、切除可能となった巨大直腸癌の1例

植嶋 千尋, 蘆田 啓吾, 牧田 大瑚, 津田 亜由美, 尾崎 知博, 遠藤 財範, 建部 茂 (鳥取県立中央病院)

【はじめに】局所進行直腸癌に対しては集学的治療の有用性が報告されている。今回、左鼠径リンパ節転移、会陰浸潤を伴った巨大直腸癌に対して集学的治療を行い、根治的切除が可能となった1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】63歳女性。体動困難にて救急搬送となり、精査で膣・会陰浸潤、左鼠径リンパ節転移を伴う直腸癌を認めた。会陰部の疼痛が強く内服オピオイドを開始しつつ、放射線化学療法(Capecitabine 1800mg/day、放射線照射45Gy)を施行した。局所の縮小および全身状態の改善が得られたため、切除を念頭にCAPOX(カペシタビン 1800mg/day、オキサリプラチン160mg)を3コース追加で施行した。切除可能と判断し、ロボット支援下直腸切断術＋膣合併切除＋会陰再建＋左鼠径リンパ節摘出を施行、根治的切除が得られた。術後骨盤死腔炎、皮弁壊死を来したが保存的に軽快し術後94日目に退院となった。病理結果はadenocarcinoma(muc>tub2)、ypT4a、ypN1c(左鼠径リンパ節転移)、R0、CurA、M0、ypStageIIIC、薬物・放射線治療の効果判定はGrade2であった。遺伝子検査はRAS変異型、BRAF野生型、MSI陰性であった。術後補助化学療法は施行せず、外来で経過観察を行っていたが、術後11ヶ月目の検査で骨盤内に局所再発を認めた。全身状態も良好であったため、FOLFIRI+Ramucirumab療法を開始し、その後IRIS+Bevacizumab療法に変更し、治療を継続している。現在術後2年6ヶ月経過しているが、腫瘍は縮小を維持しており、QOLも良好に保たれている。

【考察】当初切除不能と考えられた局所進行直腸癌症例であったが、集学的治療と疼痛コントロールなどの全身管理が奏功し、R0切除が可能となった。残念ながら局所再発を来したが、全身状態は良好であり、その後も化学療法を行うことが可能で、再発巣も縮小維持が得られており、患者満足度も高かった。

【おわりに】集学的治療が奏功し、切除可能となった局所進行直腸癌を経験した。当初、切除不能と判断されても、全身状態が許容すれば、切除を含めた積極的な治療が有効であると考えられた。

一般演題 (ポスター)

2025年11月14日(金) 13:30～14:15 10 ポスター10

[P19] 一般演題 (ポスター) 19 症例・直腸1

座長：鈴木 紳祐(藤沢湘南台病院外科)

[P19-3] 術前に子宮・膀胱浸潤が疑われたS状結腸癌に対して、蛍光尿道カテーテルと子宮トランスイルミネーターを用いてTa-TME併用下に腹腔鏡下骨盤内臓全摘を行った一例

川窪 陽向¹, 柳 舜仁¹, 中嶋 俊介¹, 河合 裕成¹, 小林 毅大¹, 今泉 佑太¹, 伊藤 隆介¹, 衛藤 謙² (1.川口市立医療センター, 2.東京慈恵会医科大学外科学講座)

【症例】70歳代, 女性.

【現病歴】腹痛にて救急搬送, 緊急入院となった.

【検査所見】

CT: S状結腸に不整壁肥厚像と周囲リンパ節腫大を認め, 子宮体部との境界が不明瞭であった. S状結腸-膀胱間に膿瘍と瘻孔形成を認めた.

下部消化管内視鏡: S状結腸に半周性2型病変(病理: tub1)を認めた, 穿通・膀胱瘻を形成していた為, 口側観察は行わなかった.

MRI: T2強調像においてS状結腸と膀胱および子宮間に連続する低信号領域を認めた.

【診断】S状結腸癌 cT4b(uterus, bladder)N2aM0 StageIIIc

【手術】

低栄養かつ膿瘍と尿路感染のため, まず横行結腸人工肛門を造設し, 感染と栄養状態の改善後に根治手術を行った. 骨盤内膿瘍や膀胱瘻の状況から, R0切除のためには子宮・膀胱の一括切除が必要となる可能性が高いと判断しTa-TME併用下に腹腔鏡下骨盤内臓全摘術を施行した.

また骨盤内の臓器解剖のメルクマールとする為,

NIRCTM蛍光尿管カテーテル・蛍光尿道カテーテル(Cardinal Health社), 子宮トランスイルミネーター(メディカルリーダーズ社)を併用した.

手術は11時間44分, 出血5gで終了, 経過良好につき術後9日目に退院. R0切除が得られた.

【考察】本症例は直腸と子宮, 膀胱が一塊となり, 定型的手術手順は取れず, 手術のメルクマールとなる尿管・尿道や膣門蓋部の情報を通常光観察で得る事は困難であった. しかし, 複数の蛍光デバイスを使用する事で, 尿管・尿道・膣門蓋を同時に認識した安全な手術が実現できた. 尿道と膣門蓋は解剖学的に近接するため, 近赤外蛍光観察で同時に蛍光すると解剖学的境界の区別が得難い瞬間があった. 子宮トランスイルミネーターは光源装置との接続で自発光により膣門蓋部の透過照明を得るデバイスで, 通常光観察でも白色光を発し, 近赤外蛍光観察でその効果を増幅できる. 蛍光尿道カテーテルは近赤外蛍光により蛍光を発するが, 通常光観察では自発光を発さない. 本症例では通常光観察と近赤外蛍光観察を切り替える事で, 尿道と膣門蓋部の境界を鮮明に区別する手法を得る事ができた. 本法は複雑な骨盤内病変における低侵襲手術に貢献する可能性がある.

一般演題 (ポスター)

2025年11月14日(金) 13:30～14:15 血 ポスター10

[P19] 一般演題 (ポスター) 19 症例・直腸1

座長：鈴木 紳祐(藤沢湘南台病院外科)

[P19-4] 右側臥位で肛門部と膣後壁を直視下で切離することで安全に切除できた子宮浸潤を伴う高度進行下部直腸癌の1例

内山 周一郎, 高屋 剛 (串間市民病院外科)

症例は53歳女性で下痢と便秘、血便を主訴に近医消化器内科を受診。大腸内視鏡検査で下部直腸に2型腫瘍を認め閉塞しかかっていた。当科を紹介されまず横行結腸右側に人工肛門を造設した。CTおよびMRIでRaからRbにかけて75X72X95mm大の腫瘍があり左前方で子宮頸部に浸潤していた。直腸間膜内に2個腫大リンパ節を認めたが、遠隔転移や側方リンパ節転移の所見は認めなかった。大腸内視鏡検査でRbに下端を有する腫瘍があり口側へ鏡体が通過しなかった。生検でGroup5, tub1の診断であった。切除可能病変と考え子宮合併切除を伴う腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術を予定した。全身麻酔下で手術に先立って両側尿管ステントを挿入したが、腫瘍によって尿管口が圧排されていた。切除不能の可能性を考慮して横行結腸人工肛門はそのままとして手術を開始した。腹膜播種はなく子宮以外の周囲臓器への浸潤を認めないため切除可能と判断した。子宮の靱帯及び血管をクリッピングしながら切離していき、バジパイプをガイドに膣前壁側を切離した。後壁側はブラインドとなるため最後に切離することとした。直腸はIMA根部処理を行い、TMEの層で腹腔側から可及的に肛門側へ剥離した。横行結腸人工肛門を閉鎖したのちS状結腸を切離して腹膜外ルートで断端を引き出した。人工肛門を造設して腹部操作を終了した。次に体位を右側臥位とし、肛門を縫合閉鎖したのち会陰操作を開始した。尾骨を付ける形で肛門部の剥離をすすめ、直腸後腔に入り肛門挙筋を切離していった。口側腸管を創外に引き出して膣後壁のみでつながった状態とし、腫瘍より離して直視下で切離して病変を切除した。膣断端も直視下で縫合閉鎖した。術後一過性に排尿障害を認めたが、保存的に軽快し術後32日目に退院した。最終組織診断はType2, 10X8cm, tub2>tub1, pT4b (SIAI, Uterus) N1b M0で膣の切除断端は陰性であった。現在術後補助化学療法を行っている。子宮浸潤直腸癌症例において本術式は十分な切除距離を確保するうえで有用と考えた。

一般演題（ポスター）

■ 2025年11月14日(金) 13:30～14:15 ■ ポスター10

[P19] 一般演題（ポスター） 19 症例・直腸1

座長：鈴木 紳祐(藤沢湘南台病院外科)

[P19-5] Double stapling techniqueの際の用手的肛門拡張により生じた肛門裂傷部へimplantさせたと考えられるS状結腸癌肛門管再発の一例

吉村 直生, 花田 圭太, 神崎 友敦, 伊藤 孝, 松下 貴和, 武田 亮二, 加川 隆三郎 (洛和会音羽病院外科)

はじめに、直腸癌及びS状結腸癌術後の器械吻合部再発を予防する目的で腸管切離前に腸管をクランプし直腸洗浄を行うことは一般的である。Double stapling techniqueによる吻合の際に肛門炎症などで肛門狭窄がある場合は、用手的肛門拡張後に吻合器を挿入せざるを得ないのだが、今回用手的肛門拡張の際に生じた裂傷部のraw areaに局所再発をきたしたと考えられる症例を経験したので報告する。

症例は77歳の男性、便潜血を主訴に大腸内視鏡検査を施行され、S状結腸癌と診断された。腹部造影CT検査及び骨盤MRI検査を施行すると腫瘍は膀胱浸潤をきたしており、泌尿器科にコンサルトし膀胱鏡検査を行った。腫瘍は膀胱三角に浸潤しており膀胱全摘が必要と判断された。

腫瘍も大きく鏡視下での操作が困難と判断し、開腹下にS状結腸切除、膀胱全摘、回腸導管造設術を泌尿器科と合同で施行した。吻合前の直腸洗浄の際、肛門狭窄があり用手的肛門拡張後ネラトンカテーテルを挿入し洗浄した。その後Double stapling techniqueにて吻合した。術後1年で血便を主訴に救急受診され、大腸内視鏡検査を施行したところ、肛門管内にBorrmann II 型腫瘍を指摘された。他に遠隔転移はなく、腹会陰式直腸切断術を施行した。切除した標本を確認すると、肛門管に2カ所のBorrmann II 型腫瘍を認め、これは明らかに前回手術時の用手的肛門拡張の際にimplantさせ肛門管再発を来したと考えた。DST吻合の際に用手的肛門拡張を行うことは実臨床においてよく遭遇するが、直腸内の遊離がん細胞をすこしでも減少させた直腸洗浄後に行うべきと考える。

一般演題 (ポスター)

2025年11月14日(金) 13:30～14:15 10 ポスター10

[P19] 一般演題 (ポスター) 19 症例・直腸1

座長：鈴木 紳祐(藤沢湘南台病院外科)

[P19-6] ESD施行部位へのImplantationが疑われた直腸癌術後再発の1例

長谷川 勇太, 帖地 健, 李 俊容, 大橋 真記, 前田 徹, 吉田 卓義, 永井 秀雄, 小西 文雄 (練馬光が丘病院外科)

大腸進行癌に随伴するポリープに対して進行癌の手術前にESDが施行され、そのESD部位に進行癌からのimplantationによると思われる術後再発を来した症例が少数ではあるが報告されている。

今回我々は、直腸S状部進行癌の肛門側のESD施行部位にimplantationによると推測される術後再発を認めた症例を経験したので報告する。

症例は75歳女性。直腸S状部進行癌の肛門側に存在した直腸早期癌に対して手術前にESDが施行された。この際クリップによる粘膜欠損部の閉鎖は行われなかった。病理所見は、Tis, 断端陰性であった。ESD施行1か月後に、直腸S状部癌に対してロボット支援下直腸高位前方切除術が施行された(手術時間：290分、出血：10ml)。術後経過良好にて経過観察中、術後8カ月時に血便が出現したため、下部消化管内視鏡を施行した。内視鏡では直腸吻合部肛門側のESD瘢痕と合致する部位に約3cmの2型進行癌を認めた。内視鏡所見からESD施行部位へのimplantationによる再発を疑い、初回手術後9か月に腹腔鏡下直腸低位前方切除術、回腸瘻造設術を施行した(手術時間：379分、出血：20ml)。術後経過は良好であり、術後8か月現在無再発で経過している。切除標本の病理所見では、粘膜下層を主体として増殖する腺癌が認められ、組織像は初回手術で切除された直腸S状部癌に類似するものであった。また、吻合部との連続性は認められなかった。以上の所見は、ESD施行部位へのimplantationによる再発として矛盾しないものと考えられた。当院では大腸癌術前に、早期大腸癌の可能性が否定できない大腸ポリープの随伴が認められた場合には、切除可能な状況であれば内視鏡的切除を先行して行い、病理診断結果を確認してから主病変の手術を行うという戦略を基本としている。しかし、本症例においてはESDから初回手術までの期間にimplantationを来したことが再発の機序であろうと推測され、本症例の治療戦略が適切であったかは議論の余地があると思われる。本症例および文献上の報告例の分析を行い、大腸進行癌術前の随伴ポリープ内視鏡的切除の適応について検討する。