

一般演題（ポスター）

2025年11月15日(土) 14:30～15:15 Ⅱ ポスター1

[P23] 一般演題（ポスター） 23 進行大腸癌

座長：榎本 俊行(東邦大学医療センター大橋病院外科)

[P23-1]

第9版大腸癌取り扱い規約におけるstageⅢ,Ⅳ大腸癌の予後と術後補助化学療法を検討

松中 喬之¹, 森川 充洋¹, 前川 展廣¹, 嶋田 通明¹, 田海 統之¹, 澤井 利次¹, 小練 研司¹, 玉木 雅人¹, 廣野 靖夫², 五井 孝憲¹ (1.福井大学第一外科, 2.福井大学がん診療推進センター)

[P23-2]

T1-3N1およびT4N0結腸癌に対する術後補助化学療法の期間短縮におけるリスク因子

清水 浩紀¹, 井上 博之¹, 有田 智洋¹, 名西 健二¹, 木内 純¹, 栗生 宣明², 塩崎 敦¹ (1.京都府立医科大学消化器外科, 2.京都第一赤十字病院消化器外科)

[P23-3]

当科における進行・再発大腸癌に対する一次治療としてのパニツムマブ単独療法の検討

吉川 幸宏, 鄭 充善, 辻村 直人, 大原 信福, 玉井 皓己, 赤丸 祐介 (大阪ろうさい病院外科・消化器外科)

[P23-4]

当施設のStageⅣ大腸癌の治療戦略

佐村 博範, 新垣 淳也, 堀 義城, 山城 直嗣, 藤井 克成, 宮城 由衣, 原田 哲嗣, 本成 永, 金城 直, 伊禮 俊充, 亀山 眞一郎, 古波倉 史子, 長嶺 義哲, 伊志嶺 朝成 (浦添総合病院)

[P23-5]

高齢者のStageⅣ大腸癌に対する治療成績の検討

小森 孝通¹, 市原 もも子¹, 笹生 和宏², 加藤 雅也¹, 麻本 翔子¹, 大久保 聡¹, 早瀬 志門¹, 吉野 力丸¹, 住本 知子¹, 遠矢 圭介¹, 橋本 和彦¹, 岸 健太郎¹, 福永 睦¹ (1.兵庫県立西宮病院消化器外科, 2.笹生病院外科)

[P23-6]

当院の切除不能大腸癌に対する抗EGFR抗体の使用状況と皮膚障害の検討

武田 幸樹¹, 太田 竜¹, 関口 久美子¹, 清水 貴夫¹, 谷合 信彦¹, 小野田 恵子², 山田 岳史³, 吉田 寛³ (1.日本医科大学武蔵小杉病院消化器外科, 2.日本医科大学武蔵小杉病院看護部, 3.日本医科大学付属病院消化器外科)

一般演題 (ポスター)

2025年11月15日(土) 14:30 ~ 15:15 〇〇 ポスター1

[P23] 一般演題 (ポスター) 23 進行大腸癌

座長：榎本 俊行(東邦大学医療センター大橋病院外科)

[P23-1] 第9版大腸癌取り扱い規約におけるstagell, III大腸癌の予後と術後補助化学療法の検討

松中 喬之¹, 森川 充洋¹, 前川 展廣¹, 嶋田 通明¹, 田海 統之¹, 澤井 利次¹, 小練 研司¹, 玉木 雅人¹, 廣野 靖夫², 五井 孝憲¹ (1.福井大学第一外科, 2.福井大学がん診療推進センター)

【背景】第9版大腸癌取り扱い規約ではstagell, IIIはTNM分類に準じ深達度・リンパ節転移の個数にて細分化された。当科におけるstagell, III症例の第9版における予後の比較および術後補助化学療法の関連について検討する。

【方法】当科のII, III大腸癌切除症例498例(2007 - 2019年)の第9版における予後の比較, 術後補助化学療法の関連について検討した。Stageの内訳は第8版分類でII/IIIa/IIIb: 233/177/88例, 第9版分類でIIa/IIb/IIc/IIIa/IIIb/IIIc: 130/83/20/48/141/76例であった。各ステージにおける疾患特異的生存率(Desiase-specific survival rate:DSS), 無再発生存期間(Disease-free survival: DFS)についてKaplan-Meier法を用いて検討を行った。

【結果】第8版II/IIIa/IIIbにおいて5年生存期間(5yDSS)は95/86/68%($p<0.001$), 5年無再発生存率(5yDFS)は88/78/52%($p<0.001$)であった。第9版IIa/IIb/IIcの5yDSSは98/98/82%($p=0.158$), 5yDFSは92/85/76%($p=0.148$)でありIIcの予後が不良であった。第9版IIIa/IIIb/IIIcの5yDSSは96/87/61%($p<0.001$), 5yDFSは83/76/44%($p<0.001$)でありIIIcの予後は有意に不良であった。また、術後補助化学療法は、IIa/IIb/IIc/IIIa/IIIb/IIIcにおいて15/36/45/71/60/72%に施行されており、各stageで術後補助化学療法の有無にて予後を比較した。StageIIIでは術後補助化学療法施行群において、いずれの群でもDSSが良好であった(5yDSS,IIIa:100%vs85%, $p=0.003$, IIIb:93%vs75%, $p=0.004$, IIIc:71%vs31%, $p=0.003$)。一方で、DFSはStageIIIaで補助化学療法施行群において有意に良好であり、他のStageでも良好な傾向がみられたが、有意差は認めなかった(5yDFS,IIIa:91%vs64%, $p=0.017$, IIIb:81%vs68%, $p=0.791$, IIIc:52%vs22%, $p=0.814$)。StageIIcは症例数が少なく有意差は認められなかったものの、補助化学療法施行群においてDSS, DFSがともに良好な傾向がみられた(5yDSS:100%vs67%, $p=0.821$, 5yDFS:98%vs67%, $p=0.259$)。

【まとめ】第9版におけるStage細分化により、再発リスクの層別化が可能となった。各Stageにおける至適化学療法レジメンや期間については症例蓄積の上、更なる検討を要すると考えられる。

一般演題（ポスター）

2025年11月15日(土) 14:30～15:15 Poster 1

[P23] 一般演題（ポスター） 23 進行大腸癌

座長：榎本 俊行(東邦大学医療センター大橋病院外科)

[P23-2] T1-3N1およびT4N0結腸癌に対する術後補助化学療法の期間短縮におけるリスク因子

清水 浩紀¹, 井上 博之¹, 有田 智洋¹, 名西 健二¹, 木内 純¹, 栗生 宣明², 塩崎 敦¹ (1.京都府立医科大学消化器外科, 2.京都第一赤十字病院消化器外科)

【背景】近年、low risk StageIII (T1-3N1) ならびにT4N0を主とするhigh risk StageIIの結腸癌患者に対してオキサリプラチンを含む術後補助化学療法の期間短縮が選択肢の一つとなっている。一方、この集団における個別のリスク因子の検討を行わないまま一様に期間短縮することは議論の余地がある。今回、我々はこの集団における再発リスク因子から術後補助化学療法の期間短縮適応例について層別化を行った。

【方法】対象は当院で2008年から2020年に、京都第一赤十字病院で2013年から2020年にT1-3N1またはT4N0の結腸癌に対して根治的結腸切除術を施行し、その後術後補助化学療法を受けた234例。対象患者234例を再発低リスク群とし、T1-3N1を除くステージIIIの患者162例（高リスク群）と比較、また低リスク群の中に予後の悪い集団がないか後方視的に検討した。

【結果】3年無再発生存率（RFS）は、低リスク群の方が高リスク群より有意に良好であった（低リスク群80.8% vs. 高リスク群67.8%、 $p=0.001$ ）。低リスク群患者において多変量解析を行ったところ、術前の血清CEA高値（ハザード比[HR]、2.120；95%信頼区間[CI]、1.171-3.858； $p=0.013$ ）とオキサリプラチンによる6ヵ月間の術後補助化学療法の未完遂（HR、2.737；95%CI、1.103-9.118； $p=0.028$ ）が独立予後不良因子として同定された。CEA高値かつ6ヶ月間のオキサリプラチンによる術後補助療法を完遂していない低リスク群の患者の予後は、高リスク群の全患者の予後と同程度であった（3年RFS率：66.7% vs 67.8%、 $p=0.914$ ）。一方、低リスク群の患者では、オキサリプラチンによる6ヵ月間の補助療法を完遂した場合、CEA高値であってもその予後は、術前CEA低値の患者の予後と同程度であり（ $p=0.402$ ）、予後改善を認めた。

【結論】本研究の結果、低リスク群であっても、術前CEA高値の患者に対してはオキサリプラチンによる術後補助化学療法を短縮すべきではない可能性が示唆された。

一般演題 (ポスター)

■ 2025年11月15日(土) 14:30～15:15 ■ ポスター1

[P23] 一般演題 (ポスター) 23 進行大腸癌

座長：榎本 俊行(東邦大学医療センター大橋病院外科)

[P23-3] 当科における進行・再発大腸癌に対する一次治療としてのパニツムマブ単独療法の検討

吉川 幸宏, 鄭 充善, 辻村 直人, 大原 信福, 玉井 皓己, 赤丸 祐介 (大阪ろうさい病院外科・消化器外科)

【背景】切除不能進行・再発大腸癌であっても、全身状態や併存疾患のため強力な化学療法の適応とならない症例は多く存在する。薬物療法の適応に問題がある (vulnerable) 症例では、パニツムマブ単独療法は一次治療の一つとして推奨されているが、その報告例は限局されている。

【対象と結果】2017年8月から2024年12月までに進行・再発大腸癌に対して一次治療としてパニツムマブ単独療法を施行した20例を対象とした。年齢中央値歳82歳 (67-91歳)、男性8例、女性12例で、PS 0-1が15例、2-3が5例で、19例がvulnerableと判断された。腫瘍部位は右側大腸が6例、左側大腸が14例で、RAS遺伝子は全例野生型で、BRAF遺伝子変異型を1例認め、MSI-H症例は認めなかった。進行例が7例 (切除不能局所進行例1例含む)、再発例が13例で、18例で原発巣切除が施行され、パニツムマブ単独療法前に2例、パニツムマブ単独療法後に2例で遠隔巣切除が施行された。原発巣の組織型は高分化型が12例、中分化型が6例、低分化型が2例であった。投与期間中央値は8.5サイクル (2-23サイクル) で、2例が継続中である。Grade 3以上の有害事象は低マグネシウム血症が3例であった。最良総合効果はPRが9例、SDが7例、PDが3例、NEが1例で、病勢コントロール率は80%であった。無増悪生存期間は6.4カ月 (1.5-25.0カ月)、全生存期間は17.0カ月 (3.7-60.1カ月) であった。パニツムマブ単独療法中止理由は、有害事象5例、患者希望3例、PD 9例、手術1例であった。【結語】vulnerable症例に対するパニツムマブ単独療法は、Grade 2以下の有害事象や患者希望で中止する症例が散見されたが、安全に施行可能であり、予後についても既報と遜色ない結果であった。今後症例を蓄積し検討していきたい。

一般演題 (ポスター)

2025年11月15日(土) 14:30 ~ 15:15 Ⅱ ポスター1

[P23] 一般演題 (ポスター) 23 進行大腸癌

座長：榎本 俊行(東邦大学医療センター大橋病院外科)

[P23-4] 当施設のStageⅣ大腸癌の治療戦略

佐村 博範, 新垣 淳也, 堀 義城, 山城 直嗣, 藤井 克成, 宮城 由衣, 原田 哲嗣, 本成 永, 金城 直, 伊禮 俊充, 亀山 眞一郎, 古波倉 史子, 長嶺 義哲, 伊志嶺 朝成 (浦添総合病院)

【はじめに】 StageⅣ大腸癌には初診時に治癒切除可能な症例から治癒切除不能な症例まで幅広い範囲の症例が含まれる。【対象・方法】 A) 治癒切除可能症例：遠隔転移の個数にもよるが基本的にNACを施行している。Regimenは主にTriplet+分子標的薬を用い、8-12コース施行後手術を計画している。B) 治癒切除不能症例：主にTriplet+分子標的薬の化学療法を施行。基本12コースまでに治癒切除の可能性がなければ維持療法に移行。画像評価毎に切除不能病変が放射線療法の対象となるか検討を重ね、対象となる場合は化学療法と並行して放射線療法を施行する。また、治癒切除不能でも原発所他を切除することでoligo-metaの状態となるか検討しoligo-metaの状況が作れるようであれば手術を施行後、放射線療法を計画する。B) 症例では高率に再発をきたすためclosed follow-upを行い適宜加療することで再度R0を目指している。【結果】 2018年から2022年に治療を開始したB) 12症例にconversion Surgery(CS)目的で治療施行し、6例でCSができた。年齢は51歳 (43-76) で全例女性であった。非治癒因子は1例が膨大動脈リンパ節転移(PALNM)で5例は肝転移H3であった。Regimenは分子標的薬+Triplet5例、Doublet1例であった。H3の1例は放射線療法を併用し、PALNMにはTNTを施行し原発巣切除術を施行した。観察期間の中央値は44か月で、4例で術後3か月で再発を認めた。残肝再発が2例で1例は再切除+放射線療法でcCRの状態である。1例は化学療法、重粒子線治療+放射線治療を繰り返したがR0から36ヶ月で死亡した。肺転移の1例は治癒切除出来、1例は化学療法を施行したが無効不耐となりR0から22ヶ月で死亡した。現在4例は非担癌状態で加療なしで経過している。【結語】 StageⅣ大腸癌は治癒切除可能な状態であっても微小転移の根絶を図ることが肝要で治癒切除不能例には強力な化学療法と放射線療法を駆使しCSを目指し、術後再発には都度適切な加療を選択することで長期予後が得られる可能性がある。

一般演題 (ポスター)

2025年11月15日(土) 14:30～15:15 Ⅲ ポスター1

[P23] 一般演題 (ポスター) 23 進行大腸癌

座長：榎本 俊行(東邦大学医療センター大橋病院外科)

[P23-5] 高齢者のStage IV大腸癌に対する治療成績の検討

小森 孝通¹, 市原 もも子¹, 笹生 和宏², 加藤 雅也¹, 麻本 翔子¹, 大久保 聡¹, 早瀬 志門¹, 吉野 力丸¹, 住本 知子¹, 遠矢 圭介¹, 橋本 和彦¹, 岸 健太郎¹, 福永 睦¹ (1.兵庫県立西宮病院消化器外科, 2.笹生病院外科)

【背景】高齢者はPSや主要臓器機能が低下しており、特にStage IV大腸癌においては、全身状態や社会的背景なども考慮して治療目標や適応を慎重に判断する必要がある。

【目的】高齢者のStage IV大腸癌の治療成績の特徴を明らかにする。

【方法】2016年1月から2023年12月に、当科で手術を施行したStage IV大腸癌141例について、75歳以上の高齢者62例（A群）と75歳未満の非高齢者79例（B群）の治療成績を後方視的に比較検討した。観察期間の中央値は561日。

【結果】性別（男/女）はA群：30/32，B群：38/41。ASA-PS（1-2/3-4）はA群：23/39，B群：52/26と高齢者で不良であった（ $p=0.00063$ ）。腫瘍局在・組織型に差はなかった。遠隔転移（M1a/M1b/M1c）はA群：27/10/25，B群：31/16/32。原発巣切除（あり/なし）はA群：52/10，B群：70/9。根治度（Cur B/C）はA群：10/52，B群：14/65と差はなかった。術後合併症（Clavien-Dindo>2）はA群：35%，B群：16%と高齢者に多かった（ $p=0.011$ ）。術後在院期間の中央値はA群：16日，B群：12日と高齢者で長かった（ $p=0.0065$ ）。術後の化学療法（あり/なし）はA群：32/30，B群64/15と高齢者で非施行例が多かった（ $p=0.00026$ ）。化療までの期間の中央値はA群：43日，B群：37日と差はなかった。全生存期間の中央値は，A群：17.3カ月，B群：31.0カ月であった（ $p=0.059$ ）。

75歳以上の高齢者（A群）の根治切除不能例（CurC）における全生存期間に対する単変量解析では，男性・CA19-9高値・化学療法なしが有意な予後不良因子（ $p<0.05$ ）であり，多変量解析では，CA19-9高値が独立した予後不良因子であった（ $p<0.05$ ）。

【結論】高齢者Stage IV大腸癌では，化療施行率が低く，全生存期間が短い傾向がみられた。術後合併症が多く，在院期間が長かったが，術後経過が治療選択に影響しないように注意が必要であると考えられた。

一般演題 (ポスター)

2025年11月15日(土) 14:30 ~ 15:15 Poster 1

[P23] 一般演題 (ポスター) 23 進行大腸癌

座長：榎本 俊行(東邦大学医療センター大橋病院外科)

[P23-6] 当院の切除不能大腸癌に対する抗EGFR抗体の使用状況と皮膚障害の検討

武田 幸樹¹, 太田 竜¹, 関口 久美子¹, 清水 貴夫¹, 谷合 信彦¹, 小野田 恵子², 山田 岳史³, 吉田 寛³ (1.日本医科大学武蔵小杉病院消化器外科, 2.日本医科大学武蔵小杉病院看護部, 3.日本医科大学付属病院消化器外科)

【背景】

抗上皮成長因子受容体 (epidermal growth factor receptor: EGFR) 抗体は、切除不能大腸癌治療におけるkey drugの一つである。EGFRは皮膚の表皮、基底層、脂腺細胞などに発現しており、その作用が阻害されると高頻度で皮膚障害が発生する。皮膚障害はQOLを大きく損ねるため、その管理は重要である。

【方法】

対象は2021年4月から2025年3月まで当院で抗EGFR抗体(Cetuximab: CetまたはPanitumumab: Pani)を使用した切除不能大腸癌症例。その使用状況や皮膚障害の出現頻度・対策について検討した。

【結果】

対象は38例。Cet 8例、Pani 30例であった。1st lineでの使用が27例(71.1%)、2nd line以降が11例。併用regimenはFOLFOXが27例(71.1%)で最多であった。1st lineで使用した27例におけるPFS、OSは中央値でそれぞれ、15.0ヶ月、37.6ヶ月であった。全38例中、CTCAE grade 1以上の何らかの皮膚障害(手足症候群、ざ瘡様皮疹、皮膚乾燥、皮膚掻痒感)を34例(89.5%)に認めた。皮膚障害の発生頻度はCet 7例(7/8= 87.5%)とPani 27例(27/30= 90.0%)で差を認めなかった。Grade 1の時点で皮膚科が介入した症例は15例、そのうちgrade 2以上に発展したものは5例(33.3%)であった。一方、grade 1で皮膚科が介入しなかった19例中、13例(68.4%)でgrade 2以上への発展を認めた(P=0.039)。

【考察】

抗EGFR抗体による皮膚障害の重症化をおさえるには皮膚科の早期介入が望ましい。そのためには薬剤師や看護師も含めた多職種での連携、観察が重要であると考ええる。