

一般演題 (ポスター)

2025年11月15日(土) 14:30 ~ 15:15 Ⅲ ポスター3

[P27] 一般演題 (ポスター) 27 症例・転移・再発1

座長：衣笠 哲史(福岡みらい病院外科)

[P27-1]

横行結腸癌術後の腹膜播種再発を含めた遠隔転移の複数回の切除と化学療法により、長期生存を得られている1例

西田 莉子, 永井 香織, 大宜見 崇, 宮北 寛, 茅野 新, 山本 聖一郎 (東海大学医学府附属病院消化器外科)

[P27-2]

卵巣癌骨盤内遺残再発に対しS状結腸ストーマ造設後、化学放射線療法により根治が得られ5年後にストーマ閉鎖が可能となった一例

三浦 智也¹, 辻仲 眞康¹, 初沢 悠人¹, 北村 洋¹, 山家 研一郎², 澤田 健太郎¹, 桜井 博仁², 日景 允¹, 三田村 篤¹, 高見 一弘², 近藤 典子², 山本 久仁治², 中野 徹¹, 片寄 友², 柴田 近¹ (1.東北医科薬科大学外科学第一消化器外科, 2.東北医科薬科大学外科学第一肝胆膵外科)

[P27-3]

上行結腸mixed adenoneuroendocrine carcinoma (MANEC) の異時性肝転移再発に対して肝外側区域切除を施行し、再発手術後から18ヵ月間無再発生存の1例

渡邊 夕樹, 谷口 安里, 高橋 遼, 明石 久美子, 木村 賢哉, 金澤 英俊 (碧南市民病院外科)

[P27-4]

FOLFOXIRI+cetuximab療法によるNACを行いR0切除し得た高度進行大腸癌3例

松村 篤¹, 小笹 悠², 高尾 幸司³, 有吉 要輔³, 當麻 敦史³ (1.京都済生会病院, 2.京都府立医科大学附属病院, 3.市立福知山市民病院)

[P27-5]

S状結腸癌異時性腹直筋再発、膀胱浸潤に対して集学的治療にて治癒切除、腹壁再建を行なった1例

美濃地 貴之¹, 池永 雅一¹, 藤原 敏宏², 東郷 容和³, 澤崎 純哉¹, 村西 耕太郎¹, 西垣 貴彦¹, 太田 英夫¹, 新井 勲¹, 松下一行¹, 杉本 圭司¹ (1.川西市立総合医療センター外科, 2.川西市立総合医療センター形成外科, 3.川西市立総合医療センター泌尿器科)

[P27-6]

高齢者の盲腸癌腹壁再発・腸管浸潤に対して前医で標準化学療法終了後に腹壁合併再発腫瘍切除術、大腿筋膜腹壁再建を施行した一例

田村 瞳, 西田 莉子, 間室 奈々, 大宜見 崇, 宮北 寛士, 茅野 新, 森 正樹, 小柳 和夫, 山本 聖一郎 (東海大学医学部消化器外科)

一般演題 (ポスター)

2025年11月15日(土) 14:30 ~ 15:15 Poster 3

[P27] 一般演題 (ポスター) 27 症例・転移・再発1

座長：衣笠 哲史(福岡みらい病院外科)

[P27-1] 横行結腸癌術後の腹膜播種再発を含めた遠隔転移の複数回の切除と化学療法により、長期生存を得られている1例

西田 莉子, 永井 香織, 大宜見 崇, 宮北 寛, 茅野 新, 山本 聖一郎 (東海大学医学府附属病院消化器外科)

【初めに】大腸癌術後の腹膜播種再発は予後不良であり、外科的切除の適応外とされることが多く、化学療法や緩和医療を中心とした治療が選択されることが多い。しかし近年は、大腸癌化学療法の進歩を背景に、集学的治療により長期生存を得られている症例も報告されている。今回、横行結腸癌術後の局所・播種再発に対して複数回の切除と化学療法を行い、長期生存を得られている1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。【症例】60歳、女性。2009年、横行結腸癌に対して、横行結腸切除・胆嚢摘出術・子宮全摘術・両側付属器切除・膀胱部分切除施行した。組織学的には粘液癌 SI(膀胱)N0 Stage IIであった。術後化学療法としてUFT/UZEL療法を行なった。2016年吻合部に局所再発を認めFOLFIRI+Bevacizumab(Bmab)療法を12Kr行い、その他の遠隔転移を認めず、吻合部再発(結腸小腸瘻孔)に対して、横行結腸切除・小腸部分切除を2016年に施行した。再発高リスクと考え、補助化学療法として、CAPOX+Bmab療法を76Kr行なった。2021年にPET-CTで腹壁直下に局所再発を認め、小腸部分切除・横行結腸切除・播種結節切除(胃・小腸間膜・小腸・腹壁・ダグラス窩)を施行した。その後化学療法を行わず経過観察していたが、2023年に腫瘍マーカーの上昇を認め、IRIS+Bmab療法を16Kr行なった。2025年PET-CTで小腸播種再発を認め、小腸部分切除を施行した。【考察】大腸癌の異時性腹膜播種に対する治療に関して、2024年大腸癌治療ガイドラインでは、原発巣治癒切除後の腹膜再発は全身性疾患の一環として出現しているとみなすのが妥当であり、全身薬物療法を実施することが推奨されている。また、限局した腹膜再発で病勢が制御できている場合に限り切除を行う場合があるが、有効性は明らかではないため、耐術能など考慮し、慎重に適応を決定すべきであるとされている。本症例は、初回の横行結腸癌の手術より16年の経過で、経過中に3回の吻合部・局所再発、腹膜播種再発を認め、いずれも肉眼的な完全切除を行ない、化学療法も含めた集学的治療により長期生存を得られている。耐術能と病勢次第ではあるが、腹膜播種再発を繰り返す患者でも手術と化学療法により長期予後が得られる場合もあると考えられる。

一般演題 (ポスター)

2025年11月15日(土) 14:30～15:15 Ⅲ ポスター3

[P27] 一般演題 (ポスター) 27 症例・転移・再発1

座長：衣笠 哲史(福岡みらい病院外科)

[P27-2] 卵巣癌骨盤内遺残再発に対しS状結腸ストーマ造設後、化学放射線療法により根治が得られ5年後にストーマ閉鎖が可能となった一例

三浦 智也¹, 辻仲 眞康¹, 初沢 悠人¹, 北村 洋¹, 山家 研一郎², 澤田 健太郎¹, 桜井 博仁², 日景 允¹, 三田村 篤¹, 高見 一弘², 近藤 典子², 山本 久仁治², 中野 徹¹, 片寄 友², 柴田 近¹ (1.東北医科薬科大学外科学第一消化器外科, 2.東北医科薬科大学外科学第一肝胆膵外科)

【症例】48歳女性。卵巣癌T2N0M0と診断し開腹で子宮付属器・大網切除を行ったが、骨盤壁浸潤部で癌遺残となった。術後、化学療法を行ったが病変が徐々に拡大し、初回手術から3ヶ月後に切除を試みた。しかし、腫瘍は総腸骨動静脈やS状結腸に浸潤しており切除困難と判断、双孔式S状結腸ストーマを造設し、化学放射線療法（CRT）を行った。半年後のCT検査で腫瘍は消失し、その後5年間、腫瘍再増大や遠隔転移を認めずストーマ閉鎖の方針となった。術前内視鏡検査で、ストーマの肛門側は狭小化し可動性不良であった。腹腔鏡下で観察、腹膜播種を認めず、骨盤壁や総腸骨動静脈からS状結腸を剥離することができた。ストーマを腹壁から剥離し、腹腔鏡下でS状結腸浸潤部より肛門側を離断しDST吻合を行った。予防的ストーマは造設しなかった。手術時間は278分で出血は50mlであった。縫合不全等の合併症はなく、食事開始後に頻回の排便を認めたが便失禁はなく術後2週間後に症状は消失した。

【考察】一般に骨盤内手術術後に放射線治療を追加した場合、強い癒着、解剖学的構造の変異や組織可動性の消失により再手術は極めて困難とされる。本症例では、CRTにより遺残腫瘍が消失し、長期間を経て癒着や瘢痕化が軽減した可能性が示唆された。しかし、5年という長期間の便通遮断により排便障害の懸念がある。本症例は術後早期から排便機能回復を認めた。ストーマ形成状態でも、骨盤神経や陰部神経が温存されていれば反射的収縮や求心性刺激の保持により便通再開後に排便機能低下が生じにくい可能性がある。

【結語】本症例では卵巣癌術後の遺残再発に対してS状結腸ストーマが造設され、根治的CRTを行い、5年間の無再発期間を経て病変部切除及びストーマ閉鎖術が可能となったうえに排便機能も速やかに回復した。骨盤手術及び放射線治療後の再手術や長期間ストーマ保有時の排便機能について文献的考察を含め報告する。

一般演題（ポスター）

2025年11月15日(土) 14:30～15:15 Ⅲ ポスター3

[P27] 一般演題（ポスター） 27 症例・転移・再発1

座長：衣笠 哲史(福岡みらい病院外科)

[P27-3] 上行結腸mixed adenoneuroendocrine carcinoma (MANEC) の異時性肝転移再発に対して肝外側区域切除を施行し、再発手術後から18ヵ月間無再発生存の1例

渡邊 夕樹, 谷口 安里, 高橋 遼, 明石 久美子, 木村 賢哉, 金澤 英俊 (碧南市民病院外科)

症例は75歳、男性。検診で便潜血陽性のため当院に紹介となった。既往に高血圧、2型糖尿病、脂質異常症、虫垂炎手術がある。下部消化管内視鏡検査では上行結腸に半周性の1型腫瘤を認め、生検は中分化腺癌であった。造影CT検査では、明らかな遠隔転移はなく、上行結腸に腫瘤を認め、近傍のリンパ節は腫大しており、リンパ節転移を疑った。進行上行結腸癌と診断し、腹腔鏡下回盲部切除、D3郭清術を施行した。病理組織学的には、低分化腺癌成分とCD56陽性、synaptophysin陽性の神経内分泌細胞癌成分が混在し、上行結腸mixed adenoneuroendocrine carcinoma (MANEC)、A, Type1, INF b, Ly0, V1b, Pn1a, pT3(SS), pN1b(2/18), pStage IIIbと診断した。術後補助療法として術後1ヵ月目よりCapeOXを開始したが、食思不振のため2クール目からはCapecitabine単剤に変更し、計8クール施行した。

術後1年時のCT検査で肝S2に25×20mmの腫瘤性病変を認め、EOB-MRIで肝転移再発と診断した。単発病変であることから切除方針とし、肝外側区域切除術を施行した。病理組織学的にも中分化程度の腺癌と神経内分泌癌が混在するMANECであり、切除断端は陰性でR0切除であった。術後補助療法としてSOX療法を減量して開始したが、副作用のため継続できず、1クールで終了し以後経過観察方針とした。現在、初回手術から30ヵ月、肝転移再発切除後18ヵ月経過し無再発生存中である。

大腸MANECは全大腸癌の0.2%程度と稀な疾患であり、早期にリンパ節転移や遠隔転移を認める予後不良な疾患とされる。1年生存率で10～15%、平均生存期間は約6ヵ月という報告もある。本症例では、大腸MANECの肝転移再発に対しての肝切除を行い、その後再発せず経過しており、肝転移に対しても積極的な手術加療が良好な予後に繋がる可能性が示唆される。また、大腸MANECの肝転移に対する切除の報告例は検索する限り認めず、文献学的考察を加えて報告する。

一般演題（ポスター）

📅 2025年11月15日(土) 14:30～15:15 📍 ポスター3

[P27] 一般演題（ポスター） 27 症例・転移・再発1

座長：衣笠 哲史(福岡みらい病院外科)

[P27-4] FOLFOXIRI+cetuximab療法によるNACを行いR0切除し得た高度進行大腸癌3例

松村 篤¹, 小笹 悠², 高尾 幸司³, 有吉 要輔³, 當麻 敦史³ (1.京都済生会病院, 2.京都府立医科大学附属病院, 3.市立福知山市民病院)

【はじめに】unresectableもしくはborderline resectableと判定された高度進行大腸癌に対するconversion therapyでは、局所進行と転移性に分けるべきである。局所進行直腸癌に対してCRTやTNTの有効性が報告されているが、「それ以外」はエビデンスに乏しい。近年、DEEPER試験で、RAS/BRAF野生型かつ左側転移性大腸癌に対するFOLFOXIRI+cetuximab療法の良好なDpRが示された。今回、左側高度進行大腸癌3例に対し、NACとしてFOLFOXIRI+cetuximab療法を行い、安全にR0切除し得たので報告する。【治療適応とストラテジー】cT4b、bulky tumor、転移などでR0切除が困難と判定された、RAS/BRAF野生型かつ左側大腸癌。全例loop colostomy後、FOLFOXIRI+cetuximab療法6コースと術後にFOLFOX療法6コースを行った。【症例1】64歳女性。S, T4b (左大腰筋・卵巣血管・尿管), N2a, M0, cStage IIIC。相対用量強度88%、RESIST PR、DpR 47%。S状結腸切除、左尿管・腸腰筋部分切除、左卵巣合併切除を行った。合併症なし、術後在院日数8日。組織学的効果判定Grade 2。術後1年6ヶ月後腹膜再発。【症例2】64歳男性。RS, T4b (膀胱), N2a, M0, cStage IIIC。RDI 100%、PR→PD、DpR 54%。高位前方切除、膀胱部分切除を行った。合併症CD分類Ⅰ（創離開）、術後在院日数14日。Grade 1b。術後8ヶ月肝転移。【症例3】54歳男性。Ra, T4b (左精管), N2a, M1a (肺), cStage IVa。RDI 100%、PR（肺転移はCR）、DpR 52%。ロボット支援下低位前方切除、左精管合併切除を行った。合併症なし、術後在院日数9日。Grade 2。術後1年6ヶ月無再発。【結語】NACとしてintensiveな治療であるが安全にR0切除し得た。今後、良好なDpRによる抗腫瘍効果はNACとして期待できる。

一般演題（ポスター）

2025年11月15日(土) 14:30～15:15 血 ポスター3

[P27] 一般演題（ポスター） 27 症例・転移・再発1

座長：衣笠 哲史(福岡みらい病院外科)

[P27-5] S状結腸癌異時性腹直筋再発、膀胱浸潤に対して集学的治療にて治癒切除、腹壁再建を行なった1例

美濃地 貴之¹, 池永 雅一¹, 藤原 敏宏², 東郷 容和³, 澤崎 純哉¹, 村西 耕太郎¹, 西垣 貴彦¹, 太田 英夫¹, 新井 勲¹, 松下一行¹, 杉本 圭司¹ (1.川西市立総合医療センター外科, 2.川西市立総合医療センター形成外科, 3.川西市立総合医療センター泌尿器科)

[背景]

大腸癌の腹直筋への転移は稀であり、その予後は一般に不良とされる。本症例では、異時性に発症したS状結腸癌の腹直筋転移および膀胱浸潤に対して、化学療法後に治癒切除を行った1例を報告する。

[症例]

60歳代女性。血尿、膀胱タンポナーデ、下腹部痛を主訴に近医から紹介された。12年前に腹腔鏡下S状結腸切除術（D3郭清）、10年前に右卵巢転移に対して付属器切除、7年前には右肺上葉および中葉切除を受け、その後再発なく経過していた。精査のCT検査で右腹直筋に10cm大の腫瘤を認め、膀胱壁への浸潤も疑われた。CTガイド下生検で、免疫染色CK7-, CK20+, CDX-2+の所見からS状結腸癌の腹直筋転移および膀胱浸潤と診断された。腫瘍はBulkyであり、膀胱への浸潤も広範囲であったため、術前化学療法としてFOLFIRI+Bevを6コース施行した。効果判定は部分奏効（PR）であり、切除可能と判断した。右腹直筋切除、膀胱部分切除、そして腹壁再建にVentric Hernia Patch（11×15cm）を用いた手術を施行した。手術時間は5時間6分、出血量は50mlであった。術後は特記すべき合併症なく、術後14日目に退院した。

術後の病理検査では、S状結腸癌の腹直筋転移であり、断端は陰性であった。

[結語]

異時性のS状結腸癌の腹直筋転移および膀胱浸潤に対して、集学的治療を施行し治癒切除を達成した1例を報告した。大腸癌の腹直筋転移は予後が不良なことが多いため、治療方針を慎重に決定する必要がある。また、腹壁欠損に対する再建術の適応についても慎重な判断が求められる。

一般演題（ポスター）

2025年11月15日(土) 14:30～15:15 ⑤ ポスター3

[P27] 一般演題（ポスター） 27 症例・転移・再発1

座長：衣笠 哲史(福岡みらい病院外科)

[P27-6] 高齢者の盲腸癌腹壁再発・腸管浸潤に対して前医で標準化学療法終了後に腹壁合併再発腫瘍切除術, 大腿筋膜腹壁再建を施行した一例

田村 瞳, 西田 莉子, 間室 奈々, 大宜見 崇, 宮北 寛士, 茅野 新, 森 正樹, 小柳 和夫, 山本 聖一郎 (東海大学医学部消化器外科)

高齢者の盲腸癌術後の腹壁再発・腸管浸潤に対して前医で標準化学療法終了後にBSCとなっていたが、当院受診後に腹壁合併再発腫瘍切除術, 大腿筋膜腹壁再建を施行した一例を経験したので報告する。症例は82歳女性。前医で盲腸癌に対し開腹回盲部切除(D3郭清), 腹壁合併切除施行後, 術後補助化学療法は行わずに経過観察中であったが, 術後8ヶ月目のCTで上腹壁直下に腫瘤影を認め, PETでも腹壁腫瘤に集積を認めた。腹壁再発の診断で化学療法・放射線療法を施行したが腫瘍は増大し, 腫瘍の小腸浸潤を認めた。高齢であること, 更なる化学療法に伴う全身状態悪化の懸念からBSCの方針となり疼痛コントロールによる緩和治療施行中であったが, 当院でのセカンドオピニオンを希望し紹介受診となった。肺に転移の可能性がある小結節を1箇所認めたが、浸潤部で小腸皮膚瘻のリスクあり, 腹壁の再発腫瘍だけなら切除+腹壁再建術で対応可能と判断し, 手術の方針となった。手術は全層腹壁合併再発腫瘍切除術, 小腸大腸切除術, 大腿筋膜での腹壁再建を施行した。術後経過は良好で再発術後23ヶ月経過し, 肺転移の可能性がある結節1箇所に緩徐に増大傾向を認め再発術後27ヶ月現在, 放射線治療をおこない経過観察中ではあるものの, QOLの低下なく経過している。大腸癌の再発病変の外科治療に関しては, 高齢であっても耐術可能と判断するのであれば, 拡大手術も治療のオプションとなる。また, 切除再建可能かどうかの判断は一般病院と専門病院では異なる場合もあり, 判断に迷う様な症例は早い段階で専門病院での治療方針の検討を考慮すべきである。