

一般演題 (ポスター)

2025年11月15日(土) 14:30 ~ 15:15 Ⅱ ポスター4

[P29] 一般演題 (ポスター) 29 症例・転移・再発3

座長：外館 幸敏(総合南東北病院)

[P29-1]

S状結腸がん術後9年目に甲状腺再発をきたした症例

木村 文彦¹, 瀬戸 寛人¹, 植野 吾郎¹, 畠野 尚則¹, 谷口 仁章¹, 杉原 綾子², 小野田 尚佳³, 廣川 満良⁴ (1.JCHO 大阪みなと中央病院, 2.明和病院病理診断科, 3.隈病院外科, 4.隈病院病理診断科)

[P29-2]

偶発的に根治切除し、病理組織診断にて診断されたS状結腸癌左卵巣転移の1例

小桐 雅世¹, 池端 昭慶¹, 亀苔 昌平¹, 松本 幹大¹, 江頭 有美¹, 雨宮 隆介¹, 津和野 伸一¹, 辻川 華子², 三上 修治², 早津 成夫¹ (1.独立行政法人国立病院機構埼玉病院外科, 2.独立行政法人国立病院機構埼玉病院病理診断科)

[P29-3]

原発性大腸癌と同時に膵臓癌の大腸転移を認めた極めて稀な1例

上村 真里奈, 高嶋 吉浩, 長谷川 航大, 小堀 蓮太, 勝山 結慧, 坂口 俊樹, 河野 達彦, 山田 翔, 島田 雅也, 斎藤 健一郎, 寺田 卓郎, 天谷 奨 (福井県済生会病院外科)

[P29-4]

胆嚢癌手術と直腸S状部癌内視鏡的切除の術後5年目に骨盤内腫瘍を認めた1例

岩本 隼輔¹, 横溝 肇¹, 岡山 幸代¹, 川畑 花¹, 河野 鉄平¹, 加藤 博之², 塩澤 俊一¹ (1.東京女子医科大学附属足立医療センター外科, 2.東京女子医科大学附属足立医療センター検査科)

[P29-5]

直腸癌との鑑別が困難であった前立腺癌直腸転移の1例

河野 真吾¹, 細山田 融祐¹, 白川 峻佑¹, 伊藤 謙¹, 山本 剛史¹, 川満 健太郎¹, 行田 悠¹, 野呂 拓史¹, 渡野邊 郁雄¹, 町田 理夫¹, 三好 悠斗², 武藤 智², 高橋 奈苗³, 岡野 奈緒子³, 小倉 加奈子⁴, 須郷 広之¹ (1.順天堂練馬病院総合外科, 2.順天堂練馬病院泌尿器科, 3.順天堂練馬病院放射線科, 4.順天堂練馬病院病理診断科)

[P29-6]

呼吸器外科と連携し結腸癌術後肺転移に対して区域切除を選択した一例

尾崎 邦博¹, 加倉 明日香¹, 中根 浩幸¹, 橋口 俊洋¹, 林田 良三¹, 藤田 文彦² (1.大分県済生会日田病院外科, 2.久留米大学外科)

一般演題 (ポスター)

2025年11月15日(土) 14:30 ~ 15:15 Poster 4

[P29] 一般演題 (ポスター) 29 症例・転移・再発3

座長：外館 幸敏(総合南東北病院)

[P29-1] S状結腸がん術後9年目に甲状腺再発をきたした症例

木村 文彦¹, 瀬戸 寛人¹, 植野 吾郎¹, 畠野 尚則¹, 谷口 仁章¹, 杉原 綾子², 小野田 尚佳³, 廣川 満良⁴ (1.JCHO 大阪みなと中央病院, 2.明和病院病理診断科, 3.隈病院外科, 4.隈病院病理診断科)

症例は62歳女性。9年前にS状結腸がんに対して、腹腔鏡下前方切除術を施行した。最終病期はStage2 (ss, n0) であり、術後補助化学療法は施行しなかった。術後4年目に右肺S6の転移を来し、胸腔鏡下肺部分切除を施行した。術後7年半目に右肺S3, 右肺S8+9の転移を認め、胸腔鏡下肺部分切除を施行した。術後8年目に左肺S3に転移を認め、CTガイド下ラジオ波焼灼治療を行った。CDX2とCD20が陽性、CX7が陰性であり、大腸癌の肺転移と診断された。半年前に頸部のしこりを訴え、他院を受診した。甲状腺のエコーガイド下生検にて転移性甲状腺腫瘍と頸部リンパ節転移と診断された。PET検査では既知の甲状腺と頸部リンパ節以外に再発を疑う所見はなかった。MRIにて、反回神経浸潤が疑われ、準緊急的に甲状腺右葉切除、右頸部リンパ節郭清を施行した。腫瘍は反回神経から鋭的に剥離でき、嚥声は術後一時的であった。免疫組織染色でPAX-8陰性、TTF-I陰性、CEA陽性、CDX2陽性、CD20陽性、CX7陰性であり、頸部リンパ節転移を伴う大腸癌の甲状腺転移と診断された。甲状腺腫瘍はKi-67 labeling indexは、3+ (約30%) であり、脈管浸潤、甲状腺周囲、横紋筋内に浸潤を認めた。腫瘍が反回神経、気管に接し、再発リスクが極めて高い症例であるため、術後早期の放射線化学療法をすすめたが、患者の同意が得られず、経過観察となった。甲状腺術後5ヶ月目で、甲状腺左葉と甲状腺右葉切除部の局所再発と肺転移微少転移が出現し、全身化学療法を開始した。化学療法治療歴がない症例であり、化学療法が著効することを期待したい。

大腸癌の甲状腺転移は本邦報告約40例と少ない。原発は直腸癌であることが多く、肺転移を有する症例が多い。甲状腺転移判明後、予後は不良な症例が多い。化学療法の効果について記載している文献はほとんど無かった。

まとめ) われわれはS状結腸癌術後9年目に甲状腺転移を合併した症例を経験した。甲状腺転移はまれな転移であるが、気道狭窄などQOLを著しく低下させ、生命予後に直結する再発形式であるので、転移を有する大腸癌を診療する際には、甲状腺転移も念頭において診療にあたるべきである。

一般演題（ポスター）

2025年11月15日(土) 14:30～15:15 Ⅲ ポスター4

[P29] 一般演題（ポスター） 29 症例・転移・再発3

座長：外館 幸敏(総合南東北病院)

[P29-2] 偶発的に根治切除し、病理組織診断にて診断されたS状結腸癌左卵巢転移の1例

小桐 雅世¹, 池端 昭慶¹, 亀苔 昌平¹, 松本 幹大¹, 江頭 有美¹, 雨宮 隆介¹, 津和野 伸一¹, 辻川 華子², 三上 修治², 早津 成夫¹ (1.独立行政法人国立病院機構埼玉病院外科, 2.独立行政法人国立病院機構埼玉病院病理診断科)

【緒言】我々は、S状結腸癌手術にて左卵巢同時切除を行い、病理組織診断にて偶発的に左卵巢転移と診断された症例を経験したため報告する。

【症例】61歳女性。血便を主訴に前医を受診された。下部消化管内視鏡検査にてS状結腸に全周性2型腫瘤を指摘され、手術加療目的に当院当科へ紹介受診された。術前のCT検査でSDJ近傍からS状結腸口側に全周性の壁肥厚を指摘されたが、明らかな他臓器浸潤や遠隔転移は認めなかった。また左卵巢に73mm×50mmの単胞性嚢胞性腫瘤が指摘されており、良性腫瘤が疑われていた。術前診断はcT3N1M0 cStage IIIbとして、待機的に腹腔鏡下S状結腸切除術を施行する方針とした。術中所見でも原発巣と左卵巢に直接浸潤は認めなかったものの、左卵巢の可動性が不良であり手術操作に難渋したため、単純子宮全摘術、両側付属器切除術を追加で施行することとなった。術後病理組織診断では、左卵巢は漿液性嚢胞腺腫が示唆されたものの、一部に濃染・腫大核、粘液を有する異型細胞が浸潤性に増殖しており、腺癌の所見であった。また特殊染色にて、CK7陽性、CK20陽性、CDX2陽性、PAX陰性、ER陰性と、S状結腸原発巣と類似した染色結果を示し、S状結腸癌の左卵巢転移として矛盾しない所見であった。右卵巢及び子宮には悪性所見は認めなかった。術後病理診断はpT3N1bM1a pStage IVaであり、根治切除し得た症例として、術後補助化学療法としてCAPOX療法を施行した。

【考察】大腸癌において卵巢転移は、切除可能であれば予後の延長が期待できるため、根治切除を行うことが推奨されるが、術前診断に難渋する場合がある。術前画像診断で卵巢に腫瘤を認めた場合には、切除の適応があるかを慎重に検討すべきと考えられる。

一般演題 (ポスター)

2025年11月15日(土) 14:30～15:15 Ⅱ ポスター4

[P29] 一般演題 (ポスター) 29 症例・転移・再発3

座長：外館 幸敏(総合南東北病院)

[P29-3] 原発性大腸癌と同時に膵臓癌の大腸転移を認めた極めて稀な1例

上村 真里奈, 高嶋 吉浩, 長谷川 航大, 小堀 蓮太, 勝山 結慧, 坂口 俊樹, 河野 達彦, 山田 翔, 島田 雅也, 斎藤 健一郎, 寺田 卓郎, 天谷 奨 (福井県済生会病院外科)

【症例】

症例は80代の男性である.X-1ヶ月から右下腹部痛や便秘,体重減少を認めていた.便潜血陽性の精査で紹介元を受診され注腸透視検査にて大腸癌疑いとなりX日に当院紹介となった.下部消化管内視鏡検査にてS状結腸に高度狭窄を認め,PET検査では膵尾部癌,上行結腸癌,S状結腸癌,腹膜播種,大動脈周囲リンパ節転移の状態であった.通過障害解除目的に結腸右半切除術,S状結腸切除術,腹膜播種切除術を施行した.病理検査からは上行結腸の2型腫瘍はCK20陽性であり原発性大腸癌と診断された.また上行結腸のSMT様の腫瘍,S状結腸,腹膜播種結節はCK7,CK19の発現が主であり,CK20は陰性であることから膵癌の転移と診断された.体力低下が著明であり,抗癌剤は行わず緩和治療の方針となった.診断,手術から約6ヶ月後に死亡した.

【考察】

膵癌転移は肝臓や肺,リンパ節,腹膜が多いとされており,直接浸潤は胃や大腸に多いとされる.しかしながら膵癌の大腸転移は非常に稀であり報告例は少ない.また膵臓癌の結腸転移患者は一般的に予後が悪く,平均生存期間も平均7か月程度と報告されている.膵癌大腸転移と原発性大腸癌の鑑別にはCK7,CK20の免疫染色検査が用いられる.CKとは上皮組織にみられるケラチン含有中間径フィラメントのたんぱく質であり,上皮細胞におけるCKのサブタイプの発現は特定の上皮の種類に依存する.CK7は一般的に胃上皮や胆膵管上皮由来の癌で発現しており,大腸癌では,ほとんどすべてにCK20が発現している.今回の症例でもCKサブタイプの違いにより大腸癌と膵癌転移の鑑別が可能であった.

【結語】

非常に稀な膵癌大腸転移に加え原発性大腸癌を同時に認めた1例を経験した.診断には免疫染色が有用であった.

一般演題（ポスター）

2025年11月15日(土) 14:30～15:15 Poster 4

[P29] 一般演題（ポスター） 29 症例・転移・再発3

座長：外館 幸敏(総合南東北病院)

[P29-4] 胆嚢癌手術と直腸S状部癌内視鏡的切除の術後5年目に骨盤内腫瘍を認めた1例

岩本 隼輔¹, 横溝 肇¹, 岡山 幸代¹, 川畑 花¹, 河野 鉄平¹, 加藤 博之², 塩澤 俊一¹ (1.東京女子医科大学附属足立医療センター外科, 2.東京女子医科大学附属足立医療センター検査科)

内視鏡的に切除された大腸癌において、SM浸潤距離以外のリンパ節転移リスク因子が全て陰性の症例のリンパ節転移率は1.3%とされる。今回、胆嚢癌と直腸S状部癌に対して、同年に施行した拡大胆嚢摘出術とESD施行から5年後に骨盤内腫瘍が出現した1例を経験したので報告する。症例は85歳女性。2019年に胆嚢癌に対して拡大胆嚢摘出術（胆嚢床切除＋リンパ節サンプリング）を施行し、病理組織診断はpap, pat Gnb, intermediate, INFβ, Ly0, V0, Pn0, pT2(SS), pPV0, pA0, pCM0, pEM0で、リンパ節サンプリングは全て（#12b1, 12b2, 12c, 12p, 12h）転移陰性であった。同年、直腸S状部癌に対してESDを施行し、病理組織診断はpap>tub2, pT1b(SM9000μm), BD1, Ly0, V0, HM0, VH0, R0であった。直腸S状部癌については患者が追加切除を希望せず、経過観察としていた。2024年にCEA 2.3ng/mL、CA19-9 37.1U/mL、抗p53抗体 385.7U/mLと一部腫瘍マーカーの上昇がみられ、CT検査で直腸S状部の腸管壁に近接する骨盤内腫瘍を疑う結節病変が出現した。下部消化管内視鏡検査では再発所見はなく、PET-CT検査では同部に異常集積がみられたことより癌の転移が疑われ、切除の方針とした。術中所見で直腸間膜内に腫瘍を触知したため、高位前方切除術を施行した。病理組織診断では直腸壁に付着する直腸S状部癌のリンパ節転移（adenocarcinoma）との結果であった。

SM浸潤距離以外のリンパ節転移リスク因子が陰性であったものの、切除後5年目にリンパ節転移が顕在化した1例を経験した。このような症例では、少なくとも5年以上のサーベイランスを行う必要性が示唆された。また、SM浸潤度が2000μm以深の場合にはリンパ節転移率が11%とされており、追加腸切除を行うか否かについてはより慎重に判断すべきであったと考えられた。

一般演題（ポスター）

2025年11月15日(土) 14:30～15:15 Ⅲ ポスター4

[P29] 一般演題（ポスター） 29 症例・転移・再発3

座長：外館 幸敏(総合南東北病院)

[P29-5] 直腸癌との鑑別が困難であった前立腺癌直腸転移の1例

河野 眞吾¹, 細山田 融祐¹, 白川 峻佑¹, 伊藤 謙¹, 山本 剛史¹, 川満 健太郎¹, 行田 悠¹, 野呂 拓史¹, 渡野邊 郁雄¹, 町田 理夫¹, 三好 悠斗², 武藤 智², 高橋 奈苗³, 岡野 奈緒子³, 小倉 加奈子⁴, 須郷 広之¹ (1.順天堂練馬病院総合外科, 2.順天堂練馬病院泌尿器科, 3.順天堂練馬病院放射線科, 4.順天堂練馬病院病理診断科)

【背景】転移性直腸癌は比較的まれな疾患であり、その原発巣として最も多いのは胃癌であり、それについて子宮癌、卵巣癌が多く、前立腺癌からの転移はまれである。また、前立腺癌の転移部位としても頻度が高いのは、リンパ節、骨、肝臓、肺などであり、直腸への浸潤、転移はまれである。今回われわれは、直腸に全周性狭窄をきたした直腸癌との鑑別が困難であった前立腺癌直腸転移の症例を経験したので報告する。【症例】80歳代の男性。半年前からの便通異常を認め、前医の下部消化管内視鏡検査でAV 4cmから全周性の狭窄を認め、生検の結果、adenocarcinoma (por2, tub2)を認め、進行直腸癌の診断で当院へ紹介となった。また同時期に頻尿を認めたため、近医で精査の結果、前立腺は40mlと肥大を認め、PSAも72.1ng/mlと高値であった。直腸全周性狭窄による閉塞症状認めたため、人工肛門造設術施行した。その後、前立腺生検を施行し、前立腺癌の診断に至った。CTでは大動脈リンパ節腫大や左骨盤リンパ節腫大を認め、PET-CTでも同部位にFDGの集積を認めた。重複癌の可能性もあったが、同じ癌の可能性も否定できなく、直腸の生検検体に免疫染色を追加し、再診断することとした。直腸生検材料からもPASとAMACRが強陽性を示し、CK20、CDX-2は陰性であった。そのため、直腸の全周性狭窄は前立腺癌からの転移の診断となった。年齢も考慮し、ホルモン療法が施行されることとなった。現在、ホルモン療法開始から3か月経過したが、PSA 5.42ng/mlと改善を認めている。【結語】今回われわれは、直腸に全周性狭窄をきたした直腸癌との鑑別が困難であった前立腺癌直腸転移の症例を経験したので、文献的な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4

[P29] 一般演題（ポスター） 29 症例・転移・再発3

座長：外館 幸敏(総合南東北病院)

[P29-6] 呼吸器外科と連携し結腸癌術後肺転移に対して区域切除を選択した一例

尾崎 邦博¹, 加倉 明日香¹, 中根 浩幸¹, 橋口 俊洋¹, 林田 良三¹, 藤田 文彦² (1.大分県済生会日田病院外科, 2.久留米大学外科)

結腸癌術後初発再発部位別臓器としては、肺転移は肝転移の次に頻度が高く、条件を満たせば手術を行うことが多い。術式は肺部分切除が選択されることが多いが、状況によっては肺区域切除、肺葉切除が選択される。今回、結腸癌術後肺転移の症例を呼吸器外科医と方針と術式を検討するとともに、当院の大腸癌肺転移疑いに対する方針を決めたため報告する。

症例は75歳男性。2023年9月に上行結腸癌の診断で腹腔鏡下右結腸切除術、D3郭清を施行。術後診断はT4aN1aM0 Stage3b。術後ユーゼル、UFTを半年間投与した。2024年12月胸部単純CTで右肺S3に2cmの結節を認めた。PETで集積認めず。呼吸器外科と連携し方針と術式を検討後、2025年3月胸腔鏡下右肺S3区域切除を施行した。術後経過は良好であった。病理診断では上行結腸癌の肺転移であった。

肺転移が疑われても部分切除が困難な症例は存在する。また、術後に原発性肺癌の診断となれば追加の手術が必要となることを避けたい症例も多い。近年、原発性肺癌に対しては年齢や性別の条件を満たせば区域切除も適応となっている。区域切除は葉切除と比べ術後の呼吸機能温存につながり、これは大腸癌の肺転移疑いの肺腫瘍に対する術式決定にも影響する。

他方で区域切除に慣れてない場合は術中合併症リスクや手術時間延長が予想される。そのため術式は、それぞれの施設で大腸外科と呼吸器外科が十分検討して決めるべきと思われた。本症例を通して当院での大腸癌術後肺転移疑いに対する術式決定に関わったため併せて報告する。