ワークショップ | 内科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ワークショップ１　大腸Neuroendocrine neoplasm 治療の最適解

司会：塩谷 昭子（川崎医科大学　消化器内科）、関口 正宇（国立がん研究センター がん対策研究所 検診開発研究部）

[WS1-6] 直腸神経内分泌腫瘍に対する内視鏡治療後の垂直断端陽性・判定不能例における追加内視鏡治療：初回治療内容と遺残腫瘍の検討

*楠原 光謹[1,5]、関口 正宇[1,2,3]、豊嶋 直也[1]、高丸 博之[1]、山田 真善[1]、小林 望[3]、橋本 大輝[4]、久松 理一[5]、斎藤 豊[1] (1. 国立がん研究センター中央病院内視鏡科、2. 国立がん研究センターがん対策研究所検診開発研究部、3. 国立がん研究センター中央病院検診センター、4. 国立がん研究センター病理診断科、5. 杏林大学医学部消化器内科学)

【背景】
直腸神経内分泌腫瘍（rectal neuroendocrine tumor: NET）は、その存在深度や内視鏡診断の困難性により、内視鏡治療後に垂直断端陽性または判定不能（VM1/VMX）となる症例が存在する。VM1/VMX症例に対する至適対応法が確立されていない中で、当院では追加内視鏡切除を積極的に施行している。
【目的】
直腸NET内視鏡治療後VM1/VMXに対して追加内視鏡切除を行った症例における遺残腫瘍の有無を初回内視鏡治療内容に注目して検討する。
【方法】
2007年9月から2023年5月までに、初回内視鏡切除後（他院施行例を含む）にVM1/VMXと診断され当院で追加内視鏡切除を施行した直腸NET 51例54病変を対象に、後方視的検討を行った。初回治療法、病変径、VM所見、遺残腫瘍の有無、ならびに追加内視鏡切除の成績、安全性および再発の有無を検討した。
【結果】
内視鏡的に明らかな遺残は認めなかったが、病理学的に54病変中11病変（20.4%）で遺残腫瘍を認めた。初回治療別の遺残割合は、cold forceps polypectomy/cold snare polypectomy 30.8%（4/13）、hot forceps polypectomy/hot snare polypectomy 25.0%（2/8）、内視鏡的粘膜切除術（EMR）26.3%（5/19）であった。一方、EMR with cap-fitted panendoscope (EMRC)（n=3）、endoscopic submucosal resection with a ligation device (ESMR-L)（n=4）、ESD (n=7)では遺残を認めなかった。VM別ではVM1で22.7%（10/44）、VMXで10.0%（1/10）であった。5 mm未満の病変でも17.9%（5/28）に遺残を認めた。追加内視鏡切除（ESMR-L 21、EMRC 7、ESD 24、EMR 2）は全例一括切除可能で、偶発症は認めなかった。遺残11病変中10病変でR0切除が得られた。1年以上追跡可能であった28例30病変（中央値40か月）では再発を認めなかった。
【結論】
直腸NET内視鏡治療後VM1/VMX症例では追加内視鏡切除により2割強に遺残腫瘍を認めた。特に初回治療がポリペクトミーや通常EMR症例、VM1症例で遺残が見られ、これらの症例では追加内視鏡切除を考慮する意義があると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会