一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:30 ~ 10:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 8　直腸癌の治療戦略 1
座長：小山 文一（奈良県立医科大学消化器・総合外科学教室）

[O8-3] 術前治療後の直腸癌側方リンパ節郭清症例における治療成績および側方リンパ節郭清省略の可能性

*石井 光寿[1]、小野 李香[1]、山﨑 翔斗[1]、丸田 浩志[1]、片山 宏己[1]、山口 峻[1]、足立 利幸[1]、高村 祐磨[1]、井上 悠介[1]、白石 斗士雄[2]、富永 哲郎[2]、橋本 慎太郎[3]、久永 真[3]、大石 海道[4]、竹下 浩明[4]、江口 晋[1]、松本 桂太郎[1]、野中 隆[1] (1. 長崎大学外科学講座、2. JCHO諫早総合病院外科、3. 佐世保市総合医療センター外科、4. 長崎医療センター外科)

【背景】本邦の大腸癌治療ガイドラインでは，腫瘍下縁が腹膜反転部以下かつcT3以深の直腸癌に対して側方リンパ節郭清（LLND）が推奨されている．しかし，実際には側方リンパ節転移陰性例も多く含まれており，また，近年普及している術前治療後症例におけるLLND省略基準は確立されていない．
【方法】関連4施設にて，2016年4月から2025年12月までに術前治療後にLLNDを伴う根治手術を施行した局所進行直腸腺癌90例を対象とした．術前治療前後のMRIでの側方リンパ節最大短径と病理学的側方リンパ節転移(pLLN)との関連を後方視的に解析した．側方リンパ節転移の診断基準は治療前短径5 mm以上とし，放射線照射例では治療前腫大側のみ，非照射例では両側LLNDを施行した．
【結果】対象はTNT群19例，CRT群18例，NAC群53例であった．pLLN陽性率はそれぞれ21.1%(4/19)，11.1%(2/18)，15.1%(8/53)であった．術前治療後MRIでの側方リンパ節最大短径の至適カットオフ値をYouden indexを用いて算出したところ，TNT群では7 mm，CRT群では5 mm，NAC群では4 mmであった．この基準を用いると，カットオフ値以上の症例におけるpLLN陽性率はTNT群80.0%（4/5），CRT群40.0%（2/5），NAC群31.8%（7/22）で，カットオフ値未満でpLLN陽性となったのはNAC群の1例のみであった(感度92.9%，特異度75.0%，陰性的中率98.3%)．多変量解析では，術前治療後MRIの側方リンパ節最大短径がpLLN陽性の独立した予測因子であった(オッズ比54.78，95%信頼区間6.3-473.9，p＜0.001)．
追跡期間中央値は36か月(1–95か月）で，3年全生存率/無再発生存率/局所無再発率はTNT群91.7%/87.4%/100%，CRT群88.9%/75.5%/100%，NAC群94.6%/77.5%/86.4%であった．
【結語】術前治療後MRIでの側方リンパ節最大短径は，pLLN陽性の有用な予測因子と考えられた．TNTでは7mm，CRTでは5mm，NACでは4mmを上回る場合，LLNDを施行すべきであると考えられた．一方，基準値未満の症例はLLNDを省略できる可能性が示唆された．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会