2026年11月20日(金)

症例検討によるレクチャー | 外科

12:50 ~ 13:50 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

症例検討によるレクチャー１　直腸癌TNT　症例から考える

司会：塩見 明生（静岡県立静岡がんセンター大腸外科）、塚本 俊輔（国立がん研究センター中央病院大腸外科）

[CBL1-1] 東大病院における進行下部直腸癌に対する術前治療の選択、TNTの適応と治療例

*野澤 宏彰[1]、江本 成伸[1]、阿部 真也[1,2]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学医学部腫瘍外科、2. 国立国際医療研究センター病院外科)

[CBL1-2] TNT後の再評価の高精度化に向けた取り組み ― ENSEMBLE試験 NOM委員会より ―

*賀川 義規[1]、安藤 幸滋[2]、諏訪 雄亮[3]、平澤 欣吾[4]、今井 健一郎[5]、池原 久朝[6]、高橋 佑典[7]、井上 明星[8]、坪山 尚寛[9]、渡邉 純[3] (1. 大阪国際がんセンター　消化器外科、2. 九州大学大学院消化器・総合外科、3. 関西医科大学下部消化管外科学講座、4. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター、5. 静岡県立静岡がんセンター内視鏡科、6. 北里大学医学部消化器内科学、7. 国立病院機構大阪医療センター外科、8. 滋賀医科大学放射線医学講座、9. 近畿大学医学部放射線医学教室放射線診断学部門)

[CBL1-3] 直腸癌TNT後のNOM適応判定：症例から考える

*山口 智弘[1]、神馬 真里奈[1]、市川 英孝[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[1]、松井 信平[1]、向井 俊貴[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研究会有明病院大腸外科)

症例検討によるレクチャー | 内科

12:50 ~ 13:50 | 第7会場（1F 会議室107）

症例検討によるレクチャー２　大腸がん予防のup to date～化学予防からスクリーニングまで～

司会：三上 達也（弘前大学大学院医学研究科先制医療学講座）、中村 真一（東京女子医科大学消化器内科学分野）

[CBL2-1] 二次予防としての大腸がん検診―現状と課題、そして今後の展望―

*井上 詠[1] (1. 東海大学医学部総合診療学系健康管理学)

[CBL2-2] 大腸がんの二次予防―大腸内視鏡による確実な診断と適切な治療法の選択

*小林 清典[1]、西野 晴夫[1]、松島 誠[1]、草野 央[2] (1. 松島病院大腸肛門病センター、2. 北里大学医学部消化器内科学)

[CBL2-3] 大腸内視鏡による大腸癌の予防のエビデンス　～実際の症例を交えて～

*吉田 直久[1]、小林 玲央[1]、冨田 侑里[2]、丸尾 和也[1]、井上 健[1]、有田 智洋[3]、塩崎 敦[3]、森永 友紀子[4]、小嶋 基寛[4]、髙木 智久[1] (1. 京都府立医科大学大学院　消化器内科学、2. 京都博愛会病院　消化器内科、3. 京都府立医科大学大学院　消化器外科学、4. 京都府立医科大学大学院　臨床病理学)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 外科

📅2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 🏛第4会場（2F コンベンションホール4）

症例検討によるレクチャー１　直腸癌TNT　症例から考える

司会：塩見 明生（静岡県立静岡がんセンター大腸外科)、塚本 俊輔（国立がん研究センター中央病院大腸外科）

[CBL1-1] 東大病院における進行下部直腸癌に対する術前治療の選択、TNTの適応と治療例

*野澤 宏彰[1]、江本 成伸[1]、阿部 真也[1,2]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学医学部腫瘍外科、2. 国立国際医療研究センター病院外科)

[CBL1-2] TNT後の再評価の高精度化に向けた取り組み ― ENSEMBLE試験 NOM委員会より ―

*賀川 義規[1]、安藤 幸滋[2]、諏訪 雄亮[3]、平澤 欣吾[4]、今井 健一郎[5]、池原 久朝[6]、高橋 佑典[7]、井上 明星[8]、坪山 尚寛[9]、渡邉 純[3] (1. 大阪国際がんセンター　消化器外科、2. 九州大学大学院消化器・総合外科、3. 関西医科大学下部消化管外科学講座、4. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター、5. 静岡県立静岡がんセンター内視鏡科、6. 北里大学医学部消化器内科学、7. 国立病院機構大阪医療センター外科、8. 滋賀医科大学放射線医学講座、9. 近畿大学医学部放射線医学教室放射線診断学部門)

[CBL1-3] 直腸癌TNT後のNOM適応判定：症例から考える

*山口 智弘[1]、神馬 真里奈[1]、市川 英孝[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[1]、松井 信平[1]、向井 俊貴[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研究会有明病院大腸外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
症例検討によるレクチャー１　直腸癌TNT　症例から考える
司会：塩見 明生（静岡県立静岡がんセンター大腸外科）、塚本 俊輔（国立がん研究センター中央病院大腸外科）

[CBL1-1] 東大病院における進行下部直腸癌に対する術前治療の選択、TNTの適応と治療例

*野澤 宏彰[1]、江本 成伸[1]、阿部 真也[1,2]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学医学部腫瘍外科、2. 国立国際医療研究センター病院外科)

我が国でも治療ガイドラインの改定をうけて、近年では進行下部直腸癌に対して術前化学放射線療法(CRT)および全腸間膜切除(TME)による根治手術が行う施設が増えているが、欧米では先行してtotal neoadjuvant therapy（TNT）の治療開発が進んでいる。TNTの目標としては局所制御の更なる向上、肛門温存率上昇があげられるが、当初期待されていた全生存率の向上が証明されたランダム化比較試験はごく限られている。最近ではTNT後の手術後に局所再発が増えたとするRAPIDO試験の結果も報告された。
腫瘍学的な側面よりも大きな視点として、術前治療による肉体的、精神的、経済的な側面を無視できない。われわれは術前CRTによって生体インピーダンス分析による体組成測定で骨格筋やPhase angleが減少すること、特に女性患者での減少が著明であり、非利き腕の握力低下が有意であることを見出した。炎症による直腸間膜の浮腫と浸出液の増加や線維化の影響で術前治療後の手術が困難になることは周知のとおりである。これらがCRTよりもTNTで増える可能性を考える必要がある。
現在、当科では下端が腹膜反転部以下、cT3以深またはリンパ節転移陽性の直腸癌に対してtegafur-uracil とイリノテカンを併用したCRT（RT 50.4Gy/28fr）を行い8週以降を目安にTMEベースの手術を行うことを標準としている。cT4b、高度リンパ節転移、EMVI陽性症例に対してはTNTを特定臨床研究として行う一方で、高齢やUGT1A1のpolymorphismでイリノテカンの毒性出現が懸念される場合にはCRTでの抗癌剤併用はtegafur-uracilにとどめている。画像撮影に関してはCTおよびMRIで直腸癌protocol（基本はT2強調、造影なし、直腸に対して水平または垂直となるスライスでの撮像）を運用し、さらに昨年からは放射線科の協力のもと、術前治療前後での画像について直腸癌の深達度、リンパ節転移、EMVIやCR (またはtumor regression grade)判定を行うワークフローも整備した。
当院でのTNTは症例蓄積中であるが、本集会では上述の適応に則り、TEGAFIRIレジメンによるCRTののちconsolidationとしてCAPOX 2コースを付加したTNTによって治療した進行下部直腸癌症例を紹介する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
症例検討によるレクチャー１　直腸癌TNT　症例から考える
司会：塩見 明生（静岡県立静岡がんセンター大腸外科）、塚本 俊輔（国立がん研究センター中央病院大腸外科）

[CBL1-2] TNT後の再評価の高精度化に向けた取り組み ― ENSEMBLE試験 NOM委員会より ―

*賀川 義規[1]、安藤 幸滋[2]、諏訪 雄亮[3]、平澤 欣吾[4]、今井 健一郎[5]、池原 久朝[6]、高橋 佑典[7]、井上 明星[8]、坪山 尚寛[9]、渡邉 純[3] (1. 大阪国際がんセンター　消化器外科、2. 九州大学大学院消化器・総合外科、3. 関西医科大学下部消化管外科学講座、4. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター、5. 静岡県立静岡がんセンター内視鏡科、6. 北里大学医学部消化器内科学、7. 国立病院機構大阪医療センター外科、8. 滋賀医科大学放射線医学講座、9. 近畿大学医学部放射線医学教室放射線診断学部門)

【背景】
Total Neoadjuvant Therapy（TNT）後の臨床的完全奏効（cCR）症例に対するNon-Operative Management（NOM）は、直腸温存を可能とする治療戦略として注目されている。一方で、TNT後の再評価では、内視鏡、MRI、直腸診察などの所見が必ずしも一致せず、真のcCRと残存腫瘍の鑑別に苦慮する症例も少なくない。NOMの安全な普及には、再評価の標準化と精度向上が重要な課題である。 ENSEMBLE-1試験では、局所進行直腸癌を対象にSCRT後CAPOXを6コース施行し、cCR率43.3%、NOM施行率24.1%（7/29例）を報告している。このような高い臓器温存率を安全に実現するため、国内多施設共同ランダム化第3相試験であるENSEMBLE試験（NCT05646511, jRCTs031220342）では、外科医、腫瘍内科医、放射線診断医、内視鏡医から構成されるNOM委員会を設置し、全症例の再評価をWEBカンファレンスで実施している。
さらに本委員会では、アメリカをはじめ、ドイツおよびブラジルの直腸癌専門家との継続的なWebカンファレンスを通じて国際的な知見を共有し、評価基準の標準化と質の向上を図っている。

【目的】
ENSEMBLE試験NOM委員会の活動を通じて、TNT後再評価における課題と、高精度化に向けた取り組みについて症例ベースで報告する。

【内容】
委員会では、cCR症例、near-cCR症例、画像所見と内視鏡所見が乖離した症例、最終的に手術を選択した症例などを多角的に検討してきた。特にnear-cCR症例では、単時点での評価では手術適応と判断される一方、一定期間の経過観察後にcCRへ移行する症例も経験しており、再評価時期の重要性が認識された。また、MRI上の線維化と残存腫瘍の鑑別や、内視鏡所見の解釈について評価者間で見解が分かれる症例も存在した。

【結語】
TNT後の再評価では、単一モダリティによる判定には限界があり、多職種による統合的評価と経時的観察が重要である。本発表では実際の症例を提示しながら、NOM適応判断におけるピットフォールと、ENSEMBLE試験NOM委員会が取り組む再評価精度向上の実際について紹介する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
症例検討によるレクチャー１　直腸癌TNT　症例から考える
司会：塩見 明生（静岡県立静岡がんセンター大腸外科）、塚本 俊輔（国立がん研究センター中央病院大腸外科）

[CBL1-3] 直腸癌TNT後のNOM適応判定：症例から考える

*山口 智弘[1]、神馬 真里奈[1]、市川 英孝[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[1]、松井 信平[1]、向井 俊貴[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研究会有明病院大腸外科)

直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapy（TNT）は、局所制御や遠隔転移の抑制を期待して導入されてきた治療戦略であるが、近年ではNonoperative Management（NOM）による臓器温存の機会を高めることも重要な目標の一つとなっている。特に、直腸切断術が必要となり永久人工肛門を要する患者や、吻合が可能であっても高度な排便機能障害が予測される患者においては、NOMが達成された場合の利益は大きい。
一方で、NOMを視野に入れた治療戦略には、手術が必要となった場合の治療期間の延長、結果的に過剰治療となる可能性、放射線治療に伴う機能障害などの不利益もあり、その適応と判定には慎重な判断が求められる。本邦の大腸癌治療ガイドラインにおいても、NOMは「行わないことを弱く推奨する」とされており、その背景には、本邦におけるTNTおよびNOMに関するエビデンスが限られていることがある。
当院では2004年より直腸癌に対する術前治療を導入し、2023年までに1000例を超える治療経験を有している。また、NOMについても2024年までに100例を超える経験を重ねてきた。NOMの適応判定には、直腸診、内視鏡、MRIの3つの評価が重要である。しかし、国際的に標準化された判定基準は十分に確立しておらず、実臨床では判断に迷う症例も少なくない。
本セッションでは、当院で経験した術前治療後の症例を提示し、直腸診、内視鏡、MRI所見を踏まえたNOM適応判定の実際について検討する。症例を通じて、TNT後の臨床的奏効例に対する評価と、NOM適応の判断の一助となることを目的とする。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 内科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第7会場（1F 会議室107）

症例検討によるレクチャー２　大腸がん予防のup to date～化学予防からスクリーニングまで～

司会：三上 達也（弘前大学大学院医学研究科先制医療学講座）、中村 真一（東京女子医科大学消化器内科学分野）

[CBL2-1] 二次予防としての大腸がん検診―現状と課題、そして今後の展望―

*井上 詠[1] (1. 東海大学医学部総合診療学系健康管理学)

[CBL2-2] 大腸がんの二次予防―大腸内視鏡による確実な診断と適切な治療法の選択

*小林 清典[1]、西野 晴夫[1]、松島 誠[1]、草野 央[2] (1. 松島病院大腸肛門病センター、2. 北里大学医学部消化器内科学)

[CBL2-3] 大腸内視鏡による大腸癌の予防のエビデンス　～実際の症例を交えて～

*吉田 直久[1]、小林 玲央[1]、冨田 侑里[2]、丸尾 和也[1]、井上 健[1]、有田 智洋[3]、塩崎 敦[3]、森永 友紀子[4]、小嶋 基寛[4]、髙木 智久[1] (1. 京都府立医科大学大学院　消化器内科学、2. 京都博愛会病院　消化器内科、3. 京都府立医科大学大学院　消化器外科学、4. 京都府立医科大学大学院　臨床病理学)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 内科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第7会場（1F 会議室107）

症例検討によるレクチャー２　大腸がん予防のup to date～化学予防からスクリーニングまで～

司会：三上 達也（弘前大学大学院医学研究科先制医療学講座）、中村 真一（東京女子医科大学消化器内科学分野）

[CBL2-1] 二次予防としての大腸がん検診―現状と課題、そして今後の展望―

*井上 詠[1] (1. 東海大学医学部総合診療学系健康管理学)

大腸がんは日本における主要ながん死亡原因であり、その死亡数は依然として増加傾向にある。多くの先進諸国で大腸がん年齢調整死亡率が着実に低下しているのに対し、日本では十分な改善がみられず、国際的にも高い水準にある。この事実は、現行の大腸がん検診システムが本来期待される死亡率減少効果を十分に発揮できていないことを示唆している。

現在、日本の対策型検診では便潜血免疫法（FIT）が実施されている。FITは簡便かつ安全であり、死亡率減少効果に関する科学的根拠も確立されており、大腸がん検診ガイドラインにおいて「推奨」されている。しかし、二次予防の強力な武器である大腸がん検診がなぜ機能していないのであろうか。

死亡率減少効果の根拠となった臨床試験と日本の現状を比較すると、検診受診率、精検受診率とも臨床試験で報告されている数値よりかなり低い。現在の日本で採用されているFITは臨床試験で採用された化学法より感度が高いため、受診率と精検受診率の低さがFITの死亡率減少効果を打ち消す方向に働いており、日本の大腸がん死亡率低下を阻む重要な要因と考えられる。

一方、全大腸内視鏡検査（TCS）は大腸がんおよび前がん病変の検出・切除を同時に行うことができる検査法であり、米国などでは内視鏡スクリーニングが大腸がん死亡率低下に大きく寄与してきたと考えられる。現在、日本を含む複数の国でFITを対照としたTCSのランダム化比較試験（RCT）が進行中であるが、中間報告ではFITに対する優位性を示せていない。その背景には、TCS群における受診率の低さが影響している可能性が指摘されている。RCTの最終結果次第では、わが国においてもTCSの対策型検診への導入が議論される可能性があるが、偶発症、受容性、費用対効果、さらには検査処理能力という大きな課題が存在する。対象者や検査間隔を慎重に検討するとともに、高リスク集団を優先的に抽出するリスク層別化戦略が不可欠である。

今後の大腸がん検診には、FITを基盤として受診率や精検受診率向上に取り組むとともに、TCSや新規バイオマーカーを適切に組み合わせた個別化スクリーニングの構築を目指すことが求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 内科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第7会場（1F 会議室107）
症例検討によるレクチャー２　大腸がん予防のup to date～化学予防からスクリーニングまで～
司会：三上 達也（弘前大学大学院医学研究科先制医療学講座）、中村 真一（東京女子医科大学消化器内科学分野）

[CBL2-2] 大腸がんの二次予防―大腸内視鏡による確実な診断と適切な治療法の選択

*小林 清典[1]、西野 晴夫[1]、松島 誠[1]、草野 央[2] (1. 松島病院大腸肛門病センター、2. 北里大学医学部消化器内科学)

大腸癌の予防には一次予防と二次予防があるが、後者は便潜血陽性者や血便などの有症状例、大腸癌のハイリスク症例に大腸内視鏡検査を行い、大腸癌を早期発見し適切な治療を行うことで患者の救命をはかることにある。大腸癌の二次予防に大腸内視鏡検査が果たす役割は大きい。
大腸癌の内視鏡による早期発見には、非腫瘍性病変や腺腫との鑑別および見逃しの防止が重要である。前者には色素撒布も併用した通常内視鏡観察が基本となるが、鑑別に迷う病変には画像強調観察によるJNET分類の評価や、色素拡大内視鏡観察によるpit patternの評価を加えることが有用である。見逃し防止のためには、良好な腸管前処置が前提となるが、鎮痙薬により腸管蠕動を抑制する。観察法にも工夫が必要で、粘膜の色調変化や凹凸、血管網の途絶などに着目し、適宜色素内視鏡観察や画像強調観察を併用する。見逃しが起こりやすい大腸部位は、肝彎曲や脾彎曲、横行結腸中部、SD junctionなどの強い屈曲部であり、スコープをゆっくり抜去しながら観察を行う。ひだ裏の病変や肛門近傍の病変も見逃し易いため、先端フードの装着や上行結腸と直腸下部では反転観察も併用する。
大腸癌を発見した際には適切な治療法を選択する必要があり、深達度の正確な評価が重要になる。内視鏡的切除が可能なpTis癌～pT1a癌と、外科手術が必要なpT1b以深への浸潤癌を正確に鑑別する必要がある。通常内視鏡観察では、腫瘍自体の変化として大きさや肉眼型、緊満感、空気変形、陥凹を有する病変では陥凹の深さや凹凸などに着目する。とくに表面陥凹型癌にはpT1b以深への浸潤癌が多い。腫瘍周囲の変化としては、弧の硬化や台状挙上、皺壁集中、有茎性病変では茎の太りなどに着目する。通常内視鏡観察で深達度診断に迷う病変、pT1癌が疑われる病変では、精密内視鏡診断（JNET分類やpit patternの評価、超音波内視鏡など）を併用する。
発表では大腸癌の二次予防に重要なツールである大腸内視鏡検査をテーマとして、確実な診断と適切な治療法を選択するために重要な事項を、症例を提示しながら解説する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 内科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第7会場（1F 会議室107）
症例検討によるレクチャー２　大腸がん予防のup to date～化学予防からスクリーニングまで～
司会：三上 達也（弘前大学大学院医学研究科先制医療学講座）、中村 真一（東京女子医科大学消化器内科学分野）

[CBL2-3] 大腸内視鏡による大腸癌の予防のエビデンス　～実際の症例を交えて～

*吉田 直久[1]、小林 玲央[1]、冨田 侑里[2]、丸尾 和也[1]、井上 健[1]、有田 智洋[3]、塩崎 敦[3]、森永 友紀子[4]、小嶋 基寛[4]、髙木 智久[1] (1. 京都府立医科大学大学院　消化器内科学、2. 京都博愛会病院　消化器内科、3. 京都府立医科大学大学院　消化器外科学、4. 京都府立医科大学大学院　臨床病理学)

本邦では，便潜血検査による大腸癌検診が20年以上にわたり対策型検診として実施されてきたが，現在の受診率は約40%にとどまり，大腸癌は罹患数第1位，死亡数第2位を占める．
大腸内視鏡検査は大腸癌死亡に対する有意な抑制効果（multivariate hazard ratio, 0.32; 95% confidence interval [CI], 0.24–0.45）を示し (Nishihara R, et al. N Engl J Med. 2013)，米国では，2010年より50歳以上を対象とした内視鏡検診が導入され(2021年からは45歳以上)，検診受診率は70%を超え，大腸癌の罹患率/死亡率は大きく減少している．一方，近年報告された国際大規模無作為化比較試験であるNordICC Studyでは，内視鏡受検率が42%と低く，大腸癌罹患率は18%有意に低下したものの（95% CI, 0.70–0.90），死亡率低下は示されなかった (Bretthauer M, et al. N Engl J Med. 2022)．現在，本邦ではガイドラインにおいても，大腸内視鏡検査の検診の有効性が期待される一方で，受検率や医療資源などの課題が指摘されている (Saito Y, et al. Dig Endosc. 2021)．
米国のNational Polyp Studyでは，大腸内視鏡による腺腫性ポリープ切除後に，大腸癌死亡が53%減少したことが報告されている (Zauber AG, et al. N Engl J Med. 2012)．またポリープ切除後は，病変のサイズや個数に応じてサーベイランス内視鏡が推奨されるが，経過観察中のpost-colonoscopy colorectal cancer（PCCRC）が課題とされる．昨今のsystematic reviewでは，内視鏡後3年以内に発見されるPCCRCは7.5%と報告される (Kader R, et al. Clin Gastroenterol Hepatol. 2025)．リスクファクターは，炎症性腸疾患，大腸癌治療歴，深部結腸病変，憩室，女性などが挙げられている．当院におけるPCCRC進行癌症例を提示する．症例は71歳女性．7年前に上行結腸粘膜内癌に対して大腸ESDを施行し，以後1～2年ごとに内視鏡サーベイランスを継続していた．前回2年前の内視鏡検査では，小ポリープのCSPのみであったが，今回の内視鏡にて横行結腸左側に進行大腸癌を認めた．外科切除を施行し，病理学的所見はpT3 (SS), N0, M0, Stage IIaであり根治切除が得られた．
本講演では大腸内視鏡による大腸癌の予防効果についてその現況と課題について提示する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会