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