

**69th
JSCCR**

第69回 大腸癌研究会

プログラム・抄録集

2008年7月4日(金)
パン パシフィックホテル
横浜ベイホテル東急

主題Ⅰ llcの実態

主題Ⅱ sm・mp癌の転移・再発

当番世話人 **工藤進英**

昭和大学横浜市北部病院 消化器センター

	口演会場 クイーンズグランドボールルームB・C	示説会場 クイーンズグランドボールルームA
	開会の辞 8:55-9:00	ポスター掲示 8:00~9:00
9	主題Ⅰ IIcの実態 9:00-9:32 O-1~O-4 主題Ⅰ-1:IIcの実態 山野 泰穂 (秋田赤十字病院)	主題Ⅱ sm・mp癌の転移・再発 9:00-9:49 P-1~P-7 主題Ⅱ-P1:sm・mp癌の転移・再発 斉田 芳久 (東邦大)
	9:32-10:12 O-5~O-9 主題Ⅰ-2:IIcの実態 田中 信治 (広島大)	9:00-9:49 P-23~P-29 主題Ⅱ-P4:sm・mp癌の転移・再発 富田 尚裕 (兵庫医大)
	10:12-10:52 O-10~O-14 主題Ⅰ-3:IIcの実態 鶴田 修 (久留米大)	9:49-10:38 P-8~P-14 主題Ⅱ-P2:sm・mp癌の転移・再発 渡邊 聡明 (帝京大)
10	10:52-11:32 O-15~O-19 主題Ⅰ-4:IIcの実態 今村 哲理 (札幌厚生病院)	9:49-10:38 P-30~P-36 主題Ⅱ-P5:sm・mp癌の転移・再発 高橋 慶一 (都立駒込病院)
		10:38-11:34 P-15~P-22 主題Ⅱ-P3:sm・mp癌の転移・再発 竹政 伊知朗 (大阪大)
11		10:38-11:27 P-37~P-43 主題Ⅱ-P6:sm・mp癌の転移・再発 前田 耕太郎 (藤田保健衛生大)
		12:00-13:00 ランチョンセミナー [1] 日本人大腸癌の分子遺伝学的特性 [2] ESD vs ラパロ [3] 進行大腸癌への新しい治療戦略 ~局所療法と全身療法を組み合わせた集学的治療~ 詳細はP5 ▶
12	12:00-13:00 施設代表者会議	
13	主題Ⅱ sm・mp癌の転移・再発 13:10-13:45 O-20~O-24 主題Ⅱ-1:sm・mp癌の転移・再発 齋藤 典男 (国立がんセンター)	主題Ⅰ IIcの実態 13:10-14:45 P-44~P-48 主題Ⅰ-P1:IIcの実態 藤井 隆広 (藤井隆広クリニック)
	13:45-14:20 O-25~O-29 主題Ⅱ-2:sm・mp癌の転移・再発 白水 和雄 (久留米大)	13:10-13:59 P-73~P-79 主題Ⅱ-P9:sm・mp癌の転移・再発 大矢 雅敏 (癌研有明)
14	14:20-14:55 O-30~O-34 主題Ⅱ-3:sm・mp癌の転移・再発 森谷 真皓 (国立がんセンター)	13:45-14:20 P-49~P-53 主題Ⅰ-P2:IIcの実態 津田 純郎 (福岡大筑紫)
	14:55-15:30 O-35~O-39 主題Ⅱ-4:sm・mp癌の転移・再発 澤田 俊夫 (群馬がんセンター)	14:20-14:55 P-54~P-58 主題Ⅰ-P3:IIcの実態 松田 尚久 (国立がんセンター)
15	15:30-16:05 O-40~O-44 主題Ⅱ-5:sm・mp癌の転移・再発 亀岡 信悟 (東京女子医大)	14:48-15:37 P-87~P-93 主題Ⅱ-P11:sm・mp癌の転移・再発 西村 元一 (金沢大)
	16:05-16:33 O-45~O-48 主題Ⅱ-6:sm・mp癌の転移・再発 大木 繁男 (横浜市大)	14:55-15:44 P-59~P-65 主題Ⅱ-P7:sm・mp癌の転移・再発 正木 忠彦 (杏林大)
16	16:40-17:00 アンケート結果報告	15:44-16:26 P-66~P-72 主題Ⅱ-P8:sm・mp癌の転移・再発 森田 隆幸 (青森中央病院)
		15:37-16:33 P-94~P-101 主題Ⅱ-P12:sm・mp癌の転移・再発 須田 武保 (日本歯大)
17	主題Ⅰ 17:00-17:30 司会:平田 一郎 (藤田保健衛生大) 味岡 洋一 (新潟大)	
	主題Ⅱ 17:30-18:00 司会:小西 文雄 (自治医大さいたま) 岩下 明徳 (福岡大筑紫)	
	閉会の辞 18:00	

陥凹型大腸癌の内視鏡的検討

池原 久朝、山口 裕一郎、大竹 陽介、角嶋 直美、
田中 雅樹、滝沢 耕平、蓮池 典明、松林 宏行、小野 裕之
静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科

【背景】 adenoma-carcinoma sequence が大腸癌発生・発育進展において主たるルートと考えられてきた。一方で工藤らが陥凹型病変を報告してから腺腫を介さずに発生する de novo 癌の存在が注目されるようになった。しかし、陥凹型腫瘍は発見が困難であり、正確な発生頻度および病臨床病理学的特徴は明らかでない。

【目的と方法】 今回、大腸における陥凹型病変の臨床病理学的特徴を明らかにするため以下の検討を行った。2002年9月から2007年10月までの期間に当院において内視鏡もしくは外科的に切除された早期大腸癌683症例785病変を対象として、陥凹型病変(IIc, IIa+IIc, Is+IIc)の発生頻度と局在の検討を行い、更に肉眼型別、腫瘍径別のsm浸潤率を検討した。なお、Is+IIcはIIc由来と考えられる陥凹内隆起を呈するものとした。

【成績】 対象病変の肉眼型の内訳はIp/Isp, Is/Is+IIc/IIa/IIa+IIc/IIc/LST-G/LST-NG=142/313/10/49/60/10/118/83で陥凹型病変が10%を占めていた。陥凹型症例の平均年齢67歳、男女比は2:1と男性に多く、局在の検討では近位大腸/遠位大腸/直腸=38(48%)/27(34%)/15(19%)と近位大腸に多い傾向を認めた。sm浸潤率を陥凹型とその他肉眼型に分別して検討したところ陥凹型/陥凹型以外=84/23(%), (p<0.0001)で陥凹型においてsm浸潤率は有意に高かった。肉眼型腫瘍径別(9/10/19/20/29/30 (mm))のsm浸潤率はIp=7/22/29/33(%), Isp, Is=7/28/26/25(%), IIa=15/16/50/-(%), IIa+IIc=80/83/89/100(%), IIc=57/100/0/-(%), LST-G=7/18/27(%), LST-NG=7/10/33/44%で、IIa+IIc, IIc型病変は腫瘍径10mm未満の段階から高率にsm浸潤を認めた。また、Is+IIc病変は全例sm癌であった。

【結論】 陥凹型病変は腫瘍径10mm未満の段階からsm浸潤を高率に認め、他の肉眼型と比べ悪性度が高いと考えられる。また、陥凹型病変は近位結腸に多く認め、内視鏡検査施行に際しては注意深い観察が必要と考えられた。

60代男
歩行困難
陥凹型
全腫瘍にみられる陥凹型
0.9~10%
大腸がん 6-20% (10%前後)
Mがん 7% (2-5%)
SMがん (3-40% (25%前後))

当院における大腸陥凹型腫瘍の頻度とその考察

藤井 隆広
藤井隆広クリニック

【背景】 大腸陥凹型腫瘍(IIc)はde-novo型癌として、大腸癌の発育進展を考える上で長年にわたり注目されてきた。しかし、最近ではIIcの発見頻度は稀な病変であるとされ、その議論は少なくなりつつある。今こそIIcの発見頻度が低い理由や発見するための工夫を真摯に検討すべき時期に来ている。

【対象・目的】 2003年7月から2008年5月までの期間で、当院にて大腸内視鏡検査を行った3437症例のうち陥凹型または陥凹由来と思われる腫瘍(IIc, IIa+IIc, Is+IIc;以下、これらを陥凹型腫瘍とする)は65症例86病変である。これらを対象に、陥凹型腫瘍の実態を明らかにすることを目的として、各肉眼形態別の発見頻度、臨床病理学的検討を行った。ただし、Is+IIcはNPG型の病変に限定した。また、他院で発見された陥凹型腫瘍は除くものとした。

【結果】 各肉眼形態における発見頻度は、IIcは14症例17病変で0.4%(14/3437)、IIa+IIcは49症例67病変で1.4%(49/3437)、Is+IIcは2症例2病変で0.06%(2/3437)であった。陥凹型腫瘍は全体で86病変であり、その平均腫瘍径は6.9mm(3-25mm)であり、占居部位は右半結腸(盲腸・上行結腸・横行結腸)が43病変(50.6%)、左半結腸(下行結腸・S状結腸)が35病変(41.2%)、直腸7病変(8.2%)であった。また、組織診断では低異型腺腫が68病変(80%)、M癌11病変(12.9%)、SM癌6病変(7.1%)ですべて深部浸潤癌であった。各肉眼形態別では、IIcの17病変で平均腫瘍径4.9mm(3-8mm)で、占居部位では右半結腸8病変(47.1%)、左半結腸8病変(47.1%)、直腸(Ra)1病変(6.8%)であり、組織診断では低異型度腺腫16病変(94.1%)、M癌1病変(5.9%)であった。IIa+IIc66病変では平均腫瘍径7.4mm(3-25mm)、占居部位で右半結腸34病変(51.5%)、左半結腸26病変(39.4%)、直腸6病変(9.1%)。組織診断では低異型度腺腫51病変(77.3%)、M癌10病変(15.2%)、SM癌5病変(7.5%)であった。Is+IIcの2病変はともに5mmで横行結腸とS状結腸に認め、低異型度腺腫とSM軽度浸潤癌であった。

【考案】 IIcの発見頻度は0.4%と稀な病変であり、低異型度腺腫がほとんどでSM癌は認めなかった。それに対し、IIa+IIcでは22.7%に癌を認め、そのうちのSM癌5病変はすべてSM深部浸潤癌であった。IIcからIIa+IIcに発育・形態変化する途中過程を内視鏡的に捉えることが今後の課題と考える。

陥凹型は悪性度
M
SM (7% → 30%)