

I-133 早期直腸癌手術症例からみた外科治療方針

宮城県立がんセンター外科

神山泰彦、大内清昭、菅原 暢、小野日出磨、藤谷恒明、角川陽一郎、三国潤一、遠藤公人

早期直腸癌手術施行16例(Ra・Rs7例、Rb9例)を対象に臨床病理学的な検討を行った。【成績】sm癌15例、m癌1例でリンパ節転移を認めたのは1例(6%)のみであった。術式はRa,Rsでは全例で前方切除術が施行され、Rbでは前方切除術が6例でDLより3cmのIs型ポリープでEMR施行例はly₂で先進部が粘液癌のため側方郭清を伴う低位前方切除術を施行した。直腸切断術が歯状線(DL)よりそれぞれ1.5cmと2cmの1型腫瘍で術後病理診断がsm₃,no,ly₂,v₀とsm₃,no,ly₀,v₀の中分化腺癌2例で施行され、結果的には過大な術式であった。また、DLより4cmの1型腫瘍で経肛門的切除術にて高分化腺癌、sm₃,ly₁,v₁と判明した症例で経仙骨的直腸切除術を施行した。病理検査でリンパ節転移を認めず経過観察中である。【結語】下部直腸早期癌ではリンパ節転移率は低いもののリンパ節転移の予想される症例では徹底した郭清を伴う低位前方切除術を選択すべきである。一方、経仙骨的直腸管状切除術などQOLを損なわない術式も考慮すべきであり、適応につき厳密な検討が必要である。

I-134 直腸早期癌に対する縮小手術の可能性—局所切除術の適応と限界—

三重大学第2外科

山本隆行、松本好市、山本純二、鈴木宏志

【目的】直腸早期癌における局所切除術の適応と限界について検討した。【対象】局所切除術26例(経肛門的切除24例、経仙骨的切除2例)【結果】病変部位はRa;3例、Rb;21例、P;2例、肉眼型はIs;4例、Isp;11例、IIa;7例、IIa+IIc;4例、最大径は0.6~5cm、深達度はm;9例、sm1;9例、sm2;1例、sm3;7例、脈管侵襲陽性はly(+);5例、v(+);1例で、組織型は高分化腺癌21例、中分化腺癌2例、カルチノイド3例であった。ewが不十分であった4例に根治的切除が追加された。経肛門的切除2例と経仙骨的切除1例に局所再発が見られ根治的切除が追加された。術後、排便機能や性機能に障害は見られず、QOLは良好であった。【結論と考察】局所切除術の基本姿勢はあくまで"完全切除生検"であり、陥凹性病変は最大径2cmまで、隆起性病変は技術的に完全切除可能と考えられるものを適応として、ewが不十分だった症例にのみ根治的切除を追加した。しかし、教室の直腸sm癌でn1(+)²であった3例はいずれもsm3であったことから、局所切除後ew(-)でも、sm3症例にはD2を伴う根治的切除を追加する必要があると考えられた。

I-135 直腸のm癌・sm癌に対する治療方針とその根拠

東海大学第2外科

貞廣荘太郎、向井正哉、徳永信弘、石田秀樹、木村富彦、鈴木俊之、石川健二、岩瀬弘忠、安田聖栄、田島知郎、三富利夫

直腸のm癌に対しては腫瘍の完全切除、sm癌に対しては腸管切除を基本方針としている。経験したm癌26例、sm癌37例では、sm癌の頻度はIs56%、Isp62%、IIa36%、IIa+IIc100%であり、これらの腫瘍径はm癌22mm、sm癌19mmで差はなかった。一方偏平な絨毛腫瘍あるいは1型とされた6例は平均56mmと大きく、5例がm癌、1例がsm癌であった。先端キャップを装着した内視鏡的吸引粘膜切除を10例の大腸癌切除標本で行った。穿通しないために粘膜下への生食注入は12ml以上必要で、注入後粘膜は元の1.4倍伸展した。切除された粘膜の元の大きさは10-20mmであった。従って腫瘍径15-20mm程度のIs、Isp、IIa病変は、EUSで深達度mの場合は、キャップを装着した内視鏡的吸引粘膜切除を行う。IIa+IIcおよびEUSでsmの場合は腸管切除を行う。腫瘍径が20mmより大きい病変は、絨毛腫瘍、m癌であることがあるのでEUSを行う。m病変ならば経肛門的切除、経仙骨式切除あるいは経肛門的直腸粘膜筒切除術を行う。EUSでsm癌ならば腸管切除を行う。

I-136 下部直腸早期癌の治療方針に関する検討

東京女子医科大学消化器外科⁽¹⁾吉田勝俊⁽¹⁾、鈴木 衛、井上雄志、高崎 健

下部直腸早期癌の術式決定因子について検討。【対象】86年から95年迄のRa、Rbの直腸早期癌切除51例(m癌15例、sm癌36例)。【結果】m癌:Is,Isp8例、IIa2例、結節集簇型5例。全例n(-),ly₀,v₀。経肛門的切除は肛門縁から50mm以下、腫瘍径10-30mmの6例に、経仙骨的切除はともに肛門縁から100mmのIIa、18mmと46mmの結節集簇型の2例に選択。前方切除7例中4例は22~75mmのIs型の絨毛状腫瘍、2例は22mmと54mmの結節集簇型であった。sm癌:Is,Isp12例、IIa11例、IIa+IIc12例、IIc1例。深達度別ではsm-1:8例、sm-2:9例、sm-3:19例。深達度別ly陽性率はsm-1:38%、sm-2:44%、sm-3:58%で、肉眼型別のsm-3の比率は、陥凹型で85%(11/13例)、Is,Isp,IIaで39%(9/23例)。リンパ節転移はn1(+)²の2例であった。治療は経肛門的切除がsm-1の3例、経仙骨的切除が肛門縁から60~110mmで、腫瘍径が15~20mmの4例に、前方切除が陥凹型の13例中12例に選択された。【まとめ】①I型、IIa型の内視鏡的切除困難例は局所切除の適応。②腫瘍径20mm以上の絨毛状腫瘍や結節集簇型はm癌でも腸管切除が考慮される。③局所切除後のly陽性、sm-2以上症例や陥凹型では根治的腸管切除が必要。