

よって、陥凹所見が顕著となった。陥凹部は辺縁が不整でわずかな発赤を認めた。また、薄層色素法による観察では、無名溝消失所見が陽性であった。大腸の陥凹型腫瘍性病変の内視鏡的診断にあたっては、工藤らのいう空気変形所見と無名溝消失所見が重要と考えられる。

II. 特別講演

平坦陥凹型を呈する大腸の腫瘍性病変

秋田赤十字病院外科

工藤進英先生

第30回新潟大腸肛門病研究会

日時 平成4年12月12日(土)

午後3時～5時

会場 ホテルダイヤモンド新潟

主題「大腸腺腫(腺腫内癌を含む)の治療方針」

1) 大腸早期癌と腺腫の診断と治療方針

斎藤 征史・石黒 淳
加藤 俊幸・丹羽 正之 (県立がんセンター)
小越 和栄 (新潟病院内科)

大腸早期癌と大腸腺腫の治療方針について検討したので報告する。対象症例は当院で大腸内視鏡検査を開始した昭和46年から平成3年までの大腸早期癌:294例,361病変と大腸内視鏡的切除例:3,085病変である。その結果、次のような所見が早期癌を疑せる所見であった。

1. 大きさ:10mm以上, 2. 表面性状:a. 隆起性病変:凹凸・びらん・発赤,中心陥凹(smの所見),緊満感,b. 陥凹性病変:陥凹部の不規則性・無名溝の消失・淡い不均一な発赤,空気変形,陥凹部のびらん・凹凸(sm₁以上), 3. 型:表面型腫瘍, 4. 病変周囲の白斑の存在。

しかし、大腸早期癌の内視鏡診断確診率は18.3%と低く、5mm以上の病変は全例内視鏡的切除しているのが現状である。

経過観察の方法はm・sm₁癌は5年間は毎年、腺腫病変が存在すれば1年後、病変がなければ2～5年後の

内視鏡による経過観察を指導している。

2) 早期大腸癌ポリペクトミー後の経過観察

篠原 敏弘・堀 聡彦 (新潟県立新発田)
原 秀範・関根 輝夫 (病院内科)

1981年1月から1991年12月までの11年間に、内視鏡的に診断した早期大腸癌140例175病変について検討し、以下の結果を得た。1) ポリペクトミーだけで治療したm癌単独例85例中、6か月以上経過観察されたのは46例(54%)であった。この経過観察中に腺腫を21例(46%)、癌を4例(8.7%)に認めた。癌4例の内訳はm癌3例,pm癌1例であった。2) 当院で手術したsm癌22例に於ては全例でリンパ節転移を認めなかった。3) 手術を施行しなかったsm癌3例中1例に、12か月後に進達度ssの進行癌を認めた。4) 2例の進行癌を認めたことより、早期癌ポリペクトミー後の内視鏡は、少なくとも6か月から1年以内には行なう必要があると考えられた。

3) 大腸ポリープ切除例の検討

—最近5年間の大腸早期癌症例を含めて—

月岡 恵・飯利 孝雄
小柳 佳成・畑 耕治郎 (新潟市民病院)
何 汝朝・市井吉三郎 (消化器科)
山本 睦生・藍沢 修 (同 第一外科)

1991年の1年間に切除した大腸腺腫と大腸早期癌222例416病変および1987年から1991年の5年間の大腸早期癌155例169病変について検討し、以下の結論を得た。

① 5mm未満で1.3%,5mm以上10mm未満で6.8%に早期癌が認められたことから、経過観察を厳重に行わない限り、小病変でも積極的に切除すべきと考えられた。② 早期癌比率は平坦病変(41.4%)が隆起病変(8.9%)より高く、平坦病変の発見がより重要と考えられた。③ 隆起型の癌では腺腫内癌の比率が高かったが、平坦型では腺腫成分を含まないことが多く、sm癌の比率が高かった。④ 5mm以上10mm未満の癌のうち14.3%にsm浸潤を認めた。