は坐骨直腸窩に穿破浸潤した，強い高信号域を呈する大小様々な多数の顆粒が集合した陰影が示された．痔瘻癌の病理組織型は粘液癌が多く，肉眼的には粘液湖（癌細胞の円柱上皮がムチン様分泌物を囲む嚢胞状組織）の形成を特徴とする．この粘液湖の集合すなわち痔瘻癌部が高信号域の顆粒集合様陰影として示されたと考えられた．また肛門の軸に垂直および平行なスライスで観察するジャックナイフ位 MRI 法では，痔瘻癌の肛門括約筋層内の進展の確認や，坐骨，骨盤直腸窩への浸潤の有無の確認が容易であった．

7 MRI 画像で診断した後，生検で確定診断した痔瘻癌の 1 例

松澤 岳晃・小林 孝・畠山 悟
加川隆三郎*・野村 英明*・橋立 英樹**
新潟臨港病院外科
洛和会音羽病院大腸肛門科*
新潟市民病院病理科**

患者は 66 歳，男性．約 20 年前に痔瘻手術の既往があり．2006 年 1 月，血便，排便困難，腹部膨満感を主訴に当院を受診．体温 37.8 度，直腸診で 3 ～ 9 時方向の直腸壁の硬化および壁外性直腸圧迫所見を認めた．白血球 9,300/μl，CRP 10.0mg/dl．CT で肛門右側の坐骨直腸窩膿瘍およびその口側 3 ～ 9 時方向直腸背側の高位筋間膿瘍と診断し緊急入院．切開排膿，ドレナージ術を施行した．退院時 MRI 検査で骨盤直腸窩膿瘍と診断したため根治手術を勧めたが，拒否していた．2008 年 3 月肛門痛，排便困難を主訴に受診し，10 月の MRI で挙筋上 4 時から 12 時方向に T2 強調画像で高信号の分葉状領域を認めた．分葉状領域を痔瘻癌と診断した．CA19 - 9 は 84.0U/ml と上昇を認めた．12 月，確定診断のため生検術を施行したが結果的に坐骨直腸窩のみの生検となり，再度挙筋上腔の生検を行った．挙筋上腔を開放した際粘液の流出をみとめ，同部の壁の生検で痔瘻癌と診断された．2009 年 1 月腹会陰式直腸切断術を施行した．病理組織学的に腫瘍は RbPRa の直腸固有間膜内に存在し，大きさは 4.0 × 2.0cm．組織型は高分化型腺癌であった．脈管侵襲，リンパ節転移は認めなかった．免疫染色で腫瘍細胞，痔瘻上皮とも CK7（＋）/CK20（－），直腸上皮は CK7（－）/CK20（＋）であり痔瘻由来の癌と診断した．創感染を認めたが術後 45 病日に退院した．

Ⅱ．主　　題

1 転移性大腸癌におけるベバシズマブ併用化学療法の長期継続（20 ヶ月以上）症例

船越 和博・佐々木俊哉・佐藤 俊大
本山 展隆・加藤 俊幸
県立がんセンター新潟病院内科

2007 年 6 月からの本邦でのベバシズマブ（BEV）の使用開始から 2 年が経過し，早期の重篤有害事象が明らかになり，治療継続断念例が散見される．重篤有害事象がなく，23 ヶ月治療継続中の BEV 併用化学療法施行例を報告する．

〔症例 1〕61 歳，男性．S 状結腸癌術後多発肺転移にて BEV ＋ FOLFOX4 - 6 を 15，BEV ＋ FOLFIRI 20，計 35 コース施行．

〔症例 2〕64 歳，男性．直腸癌術後肺肝転移にて BEV ＋ FOLFOX4 - 6 を 33，BEV ＋ FOLFIRI 1，計 34 コース施行し，有害事象は 2 例とも軽症高血圧症のみである．

当科での BEV 併用化学療法の重篤有害事象は消化管穿孔 1 例（10.0 %），静脈血栓塞栓症 1 例（10.0 %）である．重篤有害事象は BEV 使用開始から比較的早期の 12 ヶ月以内が多いと報告されているが，今後も有害事象の発現に注意し，症状発現後は緊急かつ適切な対応が必要である．

2 当院でのセツキシマブ（アービタックス®）使用経験

須田 和敬・須田 武保・大橋 拓
日本歯科大学新潟生命歯学部外科学講座

【はじめに】分子標的薬剤の登場により，大腸癌化学療法は目覚ましい発展を遂げている．当院でも抗 EGFR 抗体薬セツキシマブを再発大腸癌 3