

2) 大腸癌切除後における内視鏡的摘除症例の検討

山崎 俊幸・酒井 靖夫  
 須田 武保・神田 達夫  
 島村 公年・斎藤 英智  
 岡田 貴幸・山本 英智  
 島山 勝義 (新潟大学第一外科)

II. 主 題「内視鏡的摘除後の follow up ないし radical surgery の適応について」

1) sm 癌内視鏡的切除後のフォローアップ CF で発見した IIc 型早期大腸癌の1例

鹿嶋 雄治・佐藤 鎌一郎  
 瀧井 康公・林 達彦 (秋田組合総合病院)  
 湯口 卓 (外科)

症例は76歳の女性で、'92年9月、便潜血反応陽性のためCFを施行、横行結腸に粘膜下腫瘍様のIs型の隆起性病変を認めた。病理組織学的にはsm3の中分化腺癌であったが追加切除の同意が得られず経過観察とした。'94年7月のフォローアップCFでS状結腸に5mmのIIc病変を認め、ストリップバイオプシーを行った。病理組織学的には深達度mの高分化腺癌であった。

この症例は短期間に de novo 発生と考えられる2つの早期大腸癌を内視鏡的に切除したものでフォローアップCFの重要性を示すものと考えられた。

2) 当科における大腸早期癌・腺腫に対する内視鏡的摘除後の follow up の現状

吉田 英毅・本間 照  
 鈴木 裕・鈴木 恒治  
 成澤林太郎・朝倉 均 (新潟大学第三内科)

当科にて内視鏡的摘除(ER)を行い、その後経過観察し得た大腸腺腫または癌166例167病変を対象に、遺残と再発の問題について検討した。その際、遺残・再発は以下のように定義した。遺残:ER直後から肉眼的または生検にて腫瘍の残存が認められた場合。再発:ER後、肉眼的にも生検にて腫瘍が消失したと判断された後、再び同部位に腫瘍が出現した場合。

その結果、①遺残8病変、再発1病変。②肉眼的には認識困難な遺残再発像がみられ、経過観察の際には色素散布を用いた注意深い観察と生検が必要であると考えられた。③遺残を残す病変は初診断時大きさ15mm以

上の病変でみられるものがあり、結節集簇型腫瘍が多かった(4/5病変)。④粘膜内遺残、再発病変に対してはLASER照射を含めた内視鏡的治療で消失したが、粘膜下層へ浸潤したものは外科切除が必要であった。⑤遺残病変では最短2ヶ月で病変の増大が認められたことから、2ヶ月以内に経過観察を行い追加治療を行う必要があると思われた。

3) 大腸内視鏡的摘除後の経過観察

斎藤 征史・加藤 俊幸  
 松村 修志・船越 和博 (県立がんセンター)  
 秋山 修宏・小越 和栄 (新潟病院内科)

4) 内視鏡摘除後の追加切除の適応と方法

田村 智・工藤 進英  
 中嶋 孝司・日下 尚志  
 廣田 茂・福岡 岳美  
 浅野 道雄・山野 泰穂  
 三岡 博・伊藤 治  
 佐野 寧・二瓶 英人 (秋田赤十字病院)  
 松森 昌門・小林 匡 (胃腸センター)

5) 大腸 sm 癌の radical surgery の適応について

—特に簇出發育について—

下田 聡・小山 真  
 北条 俊也・坂下 滉 (県立新発田病院)  
 武田 信夫・伊藤 寛晃 (外科)

内視鏡的摘除大腸 sm 癌の追加腸切除適応は、①脈管内癌浸潤、②組織型、③癌浸潤量により決定される。しかし、脈管内浸潤の有無は通常の検索ではしばしば困難であり、低分化腺癌、未分化癌の頻度はきわめて低く実際の有用性はほとんど無い。従って sm 領域の癌浸潤量が重要な指標となる。癌浸潤量の表現方法として深部浸潤面積、深部浸潤面積比は生物学的悪性所見との関連性から有効な手段と考える。浸潤量の測定が困難な症例に対しては簇出發育の有無が良い指標となる。浸潤が断端まで及んでいなければ簇出發育の無いことを条件に相当量(sm2程度)の浸潤がみられてもそのまま経過観察でも安全性はかなり高いと考えられる。

6) 内視鏡的摘除後、根治手術を施行した大腸癌症例の検討

山本 睦生・片柳 憲雄  
 斎藤 英樹・桑山 哲治  
 藍沢 修・丸田 有吉 (新潟市民病院外科)