

大腸早期癌の臨床病理学的特徴と治療方針について

金沢大学医学部第2外科

高島 茂樹 上村 卓良 片山 外一
山口 明夫 喜多 一郎 磯部 芳彰
小森 和俊 米村 豊 藤田 秀春
宮崎 逸夫

THE CLINICOPATHOLOGICAL FEATURES AND SURGICAL TREATMENT OF EARLY COLORECTAL CARCINOMA

Shigeki TAKASHIMA, Takuro UEMURA, Hokaichi KATAYAMA,
Akio YAMAGUCHI, Ichirou KITA, Yoshiaki, ISOBE, Kazutoshi KOMORI,
Yutaka YONEMURA, Hideharu FUJITA and Itsuo MIYAZAKI
The Second Department Surgery, School of Medicine, Kanazawa University

大腸早期癌72例(m癌48例, sm癌24例)を対象に臨床病理, 遠隔成績に検討を加えた。肉眼型はIp 47.2%, Is 36.1%, Ila 6.9%, Ila+Iic 9.7%に大別され, 肉眼型に伴うsm癌頻度はおのおの8.8%, 50.0%, 60.0%, 71.4%とIpで最も低く, Ila+Iicで最も高率を示した。腫瘍径はm癌に比べsm癌でやや増大傾向をみたが, 腫瘍径から両者の鑑別は困難であった。組織所見はm癌の全例INF α , ly(-), v(-), n(-), 高分化腺癌に対しsm癌ではINF β 以上41.7%, ly(+) 29.2%, v(+) 8.3%, n(+) 4.8%, 高分化腺癌87.5%を示した。5生率はm癌4/14(100%), sm癌9/10(90%)で, 再発はIp, Is型sm癌2例に認め再発要因としてly因子の重要性が示唆された。以上よりly(+)例では肉眼型にとらわれず根治手術を選択すべきことを提議した。

索引用語: 大腸早期癌, 脈管侵襲, リンパ節転移, sm癌局所再発

はじめに

大腸癌は生物学的性状より他の消化器癌に比べ外科的根治性の高い癌とはいえ治療成績の向上には早期発見, 早期治療が重要であることは論を待たない。

大腸早期癌の定義は大腸癌取扱い規約でO型表在型の記載のみで, 早期癌の言葉が使用されていない。よりにまだ統一された見解には至っていないが, 現在のところ, 早期胃癌の定義に準じ“リンパ節転移の有無に関係なく癌の深達度が粘膜下層にとどまるもの”とする見解が支配的である。

近年, 食生活の欧米化に伴い本邦の大腸癌発生率は漸次増加する傾向にあり, 診断技術の向上と相まってこのような大腸早期癌に遭遇する機会は増大しつつある。

しかしながら, 各施設ともいまだ経験症例数は少な

く, 観察期間も短いことから大腸早期癌の臨床病理学的特性の解明は十分とはいえず, 同時に治療方針についても論議が多い現状にある。とくに粘膜下層に浸潤したsm癌では局所切除術を優先させる立場と, 根治切除術を優先させる立場に分かれ, 大腸早期癌の臨床病理学的特徴ならびに各種術式の遠隔成績に立脚した術式の選定基準の確立が待たれるところである。かかる観点から私どもは大腸早期癌について臨床病理学的検索ならびに遠隔成績に検討を加え, 治療上の問題点とともに治療方針について言及する。

I. 対象および概要

1970年1月から1981年9月までの約12年間に一部関連施設症例を含め私どもの教室で経験した単発大腸早期癌はm癌48例, sm 24例の計72例で, これらを対象に検討を加えた。

表1 年齢及び性別頻度

金大2外 1970.1-1981.9

	男		女		計(頻度)
	m癌	sm癌	m癌	sm癌	
-19才	0	0	0	0	0
20-29	0	0	0	0	0
30-39	1	0	2	1	4 (5.6%)
40-49	6	5	3	1	15 (20.8%)
50-59	9	3	6	4	22 (30.6%)
60-69	10	3	4	4	21 (29.2%)
70-	4	1	3	2	10 (13.9%)
計	30	12	18	12	72

平均年齢 57.8才 (m癌 58.0才:sm癌 57.3才)

年齢別頻度は50歳台30.6%，60歳台29.2%と5～60歳台に好発する傾向を示し，その分布は32歳から78歳にわたり平均年齢は57.8歳であった。深達度別にはm癌の平均年齢58.0歳に対しsm癌では57.3歳と両者の間に差異は認められなかった。

性別頻度は男性42例に対し女性30例とやや男性に多い傾向がみられた(図1)。

II. 結 果

1. 占居部位

早期癌72例の占居部位は図2のごとく全例下行結腸以下の下部大腸にみられ，とくに結腸20例(27.8%)に対し直腸52例(72.2%)と大半が直腸に認められた。また，部位別頻度はRb, S, Raの順で高率を示し，mおよびsm癌の深達度別分布も同様の傾向にあった(図2)。

表2 占居部位

金大2外 1970.1-1981.9

	結腸		直腸			
	D	S	Rs	Ra	Rb	P
m癌 48例	2 4.2%	12 25.0%	6 12.5%	12 25.0%	14 29.1%	2 4.2%
sm癌 24例		6 25.0%	3 12.5%	3 12.5%	9 37.5%	3 12.5%
計 72例	2 2.8%	18 25.0%	9 12.5%	15 20.9%	23 31.9%	5 6.9%

表3 腫瘍の肉眼形態と深達度

	例数	m癌	sm癌		
			α	β	γ
I	 	34 31 (91.2%)	3 (8.8%)		
			3 (8.8%)		
IIa	 	26 13 (50.0%)	6 5 2		
			13 (50.0%)		
IIa+IIc	 	5 2 (40.0%)	1 2		
			3 (60.0%)		
IIa+IIc	 	7 2 (28.6%)	1 4		
			5 (71.4%)		
計	72	48	24		

金大2外 1970.1-1981.9

このように下部大腸，とくに直腸に多い理由としては出血などの自覚症状が出現しやすいことに起因するものと推察される。

2. 肉眼形態と深達度

大腸癌取扱い規約によるO型表在型の亜分類に準じ肉眼形態を分類すると，有茎性(Ip) 34例(47.2%)，無茎性(Is) 26例(36.1%)，扁平隆起性(IIa) 5例(6.9%)，中心陥凹辺縁隆起性(IIa+IIc) 7例(9.7%)に大別され，早期癌の約83%がIpないしIs型のポリプ状隆起を呈した。

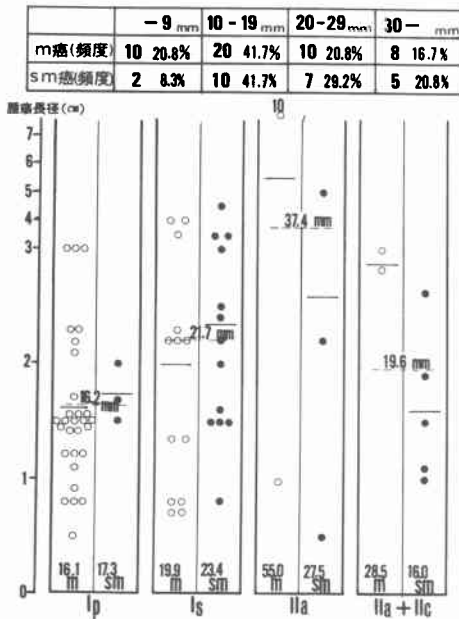
肉眼型別のsm癌頻度を検討すると，Ip 8.8%，Is 50.0%，IIa 60.0%，IIa+IIc 71.4%とIpで最も低く，Is, IIa に向って増大しIIa+IIcで最も高率を示した。また，粘膜下層を三等分し表層よりα, β, γに分けsm癌での深達度程度をみると，Ipでは3例すべてが表層1/3に留まるαを示したのに対しIsではβが多く，IIa, IIa+IIcでは固有筋層直上に及ぶγの多い傾向が認められた(表3)。

3. 腫瘍長径と深達度

腫瘍長径と深達度の関係はm癌，sm癌ともに10～19mmが41.7%と最も高い分布を示したが，10mm以下の症例はm癌の10例(20.8%)に対しsm癌では2例(8.3%)にすぎなかった。一方，20mm以上の症例はm癌の18例(37.5%)に対しsm癌では12例(50%)と半数を占めm癌に比べsm癌で腫瘍長径の大なる傾向がみられた。なお，絨毛腺腫を基盤にしたm癌では30mmを越す場合が多く，30mm以上ではm癌とsm癌の頻度に差異は認められなかった。

腫瘍長径と深達度について肉眼型別に対比検討すると，m癌の平均長径がIp 16.1mm, Is 19.9mm, IIa 55.0mm, IIa+IIc 28.5mmを示したのに対しsm癌ではおのおの17.3mm, 23.4mm, 27.5mm, 16.0mmと

図1 腫瘍長径と深達度



Ip, Is sm癌でm癌に比べやや長径の大きい傾向をみたが, Ila, Ila+Ilcでは逆にm癌の方が大きい傾向を示した。また, 両者の分布状況をみてもIp, Issm癌で15mm以上, Ila+Ilc sm癌で10mm以上に分布する傾向を認めた以外はm癌とsm癌に差異はなく腫瘍径から深達度を予測することの困難性が示唆された(図1)。

4. 病理組織学的所見

1) 浸潤度 (INF)

m癌48例全例がINF α を示したのに対しsm癌ではINF α 14例(58.3%), β 9例(37.5%), γ 1例(4.2%), と約半数に β, γ の存在が認められた。肉眼型別にはIpの3例すべてが α であったのに対しIs, Ilaでは約1/3に β 以上の浸潤度を示し, Ila+Ilcでは5例中4例までが β とIla+Ilcで最も浸潤度が著明な傾向がうかがわれた(表4)。

2) リンパ節転移

郭清を伴った根治切除によってリンパ節転移の検索されたm癌17例, sm癌21例を対象に検討した。m癌ではリンパ節転移は1例にも証明されず, sm癌ではIsの1例に認められ, 陽性率は4.8%であった(表4)。

3) 脈管侵襲

m癌では全例がリンパ管侵襲(ly), 静脈侵襲(v)ともに陰性を示したのに対し, sm癌ではly(+)は7例(29.2%), v(+)が2例(8.3%)にみられた。肉

表4 大腸早期癌病理学的所見

浸潤度 (INF)				脈管侵襲			
	α	β	γ	ly		v	
				-	+	-	+
m癌	48			48		48	
SM癌	14	9	1	17	7	22	2
Ip	3			2	1	3	
Is	8	4	1	10	3	12	1
Ila	2	1		2	1	3	
Ila + Ilc	1	4		3	2	4	1

リンパ節転移				組織型		
	検索例数	n(-)	n(+)			
m癌	17	17		高分化	中分化	低分化
SM癌	21	20	1	48		
Ip	1	1		21	3	
Is	12	11	1	3		
Ila	3	3		11	2	
Ila + Ilc	5	5		3		
				4	1	

眼型別にはly(+)はすべての型で証明され一定の傾向はなく, v(+)はIs, Ila+Ilcの各1例であった(表4)。

4) 組織型

組織型についてはm癌すべてが高分化腺癌を示したが, sm癌では24例中Is 2例, Ila+Ilc 1例の計3例(12.5%)に中分化腺癌が認められた。なお, 低分化腺癌の存在はみられなかった(表4)。

5. 治療術式

大腸早期癌72例に対し施行された治療術式の内分けは内視鏡的ポリペクトミー20例(27.8%), 経肛門的あるいは経腹的局所切除術14例(19.4%), 根治手術として結腸直腸切除術17例(23.6%), 直腸切断術21例(29.2%)である。肉眼型別にはIpでは内視鏡的ポリペクトミーおよび局所切除術が主な術式で34例中26例(76.5%)に施行されたのに対し, 他の3型では根治切除術が主体で, Isでは26例中19例(73.1%), Ila 5例中4例(80%), Ila+Ilc 7例全例(100%)に施行されている。

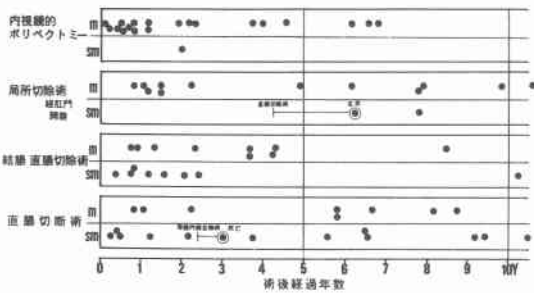
sm癌に対する治療術式はIpの1例で内視鏡的ポリペクトミーが, Ip, Isの各1例で局所切除術が行なわれ

表5 大腸早期癌に対する治療術式

	Ip	Is	Ila	Ila+Ilc	計
内視鏡的ポリペクトミー	18(1)	2			20(1)
局所切除術 経肛門開腹	8(1)	5(1)	1		14(2)
結腸直腸切除術	6(1)	8(5)		3(2)	17(8)
直腸切断術	2	11(7)	4(3)	4(3)	21(13)

() sm癌

図2 大腸早期癌の予後



た以外はすべて根治切除術が施行されている (表5)。

6. 遠隔成績

m癌48例では全例再発徴候なく健在で、5年経過14例での5生率は100%を示した。一方sm癌24例では2例に再発をみ、5年経過10例の5生率は90%であった。

上記治療術式に基づく予後は、内視鏡ポリペクトミー20例では3例のm癌に5年生存を得ているが、他は観察期間が短かく今後のfollow-upが重要と思われる。局所切除術ではm癌の5例に5年生存を得、sm癌でも2例ともに5生を示すも内、1例が4年3カ月で局所再発をきたし再切除を受けている。結腸直腸切除術および直腸切断術では5年経過例はm癌6例、sm癌8例であるが、m癌は全例生存中であり、sm癌では1例が局所のため3年で死亡している (図2)。

以上の如くsm癌の2例で局所再発を認めたことはsm癌に対する治療の重要性を示唆するもので、その再発例の詳細の検討は極めて重要である。

ここで、これら2例の再発例を供覧する。

症例1, 42歳, 女性。

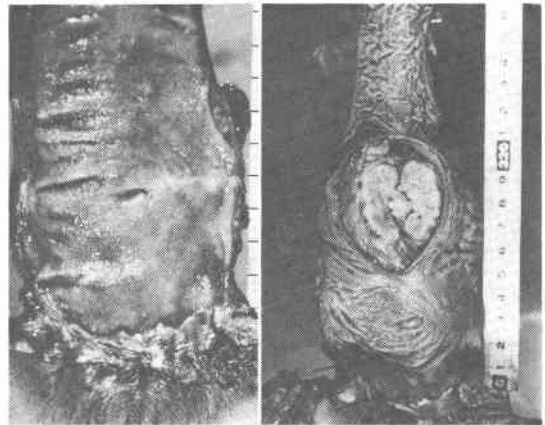
歯状線から約5cm, 5時の位置に径約20mm大の有茎性腫瘍を認めたため、昭和50年7月20日内視鏡的ポリペクトミーを施行した。腫瘍は大きさ2.0×2.0×1.5cmのsm, ly₀, V₀, 高分化腺癌であったが、stalk invasionによる切離断端上皮での癌遺残の疑いが指摘された。そこで、7月31日経肛門的に局所の広汎な再切除術を追加施行した。

病理組織所見：連続切片を作製し polypectomy 後の潰瘍辺縁を検索するに辺縁の一部に異型細胞の遺残がみられ、しかも肉芽組織のごとく一部にly (+) 所見が確認された。

しかしながら病変部と切離断端との距離が約1.5cm保たれていたため経過観察とした。

術後経過：外来通院にて定期的に follow-up を続け

図3 再発時摘出標本：粘膜面には前回手術痕を認めるも異常なく、剖面で直腸筋層下脂肪組織内に充実性、灰白色、大きさ3.5×3×2cmの腫瘍が認められた。



るも4年3カ月後頃より肛門部痛が出現し、直腸指診にて肛門輪から約8cm, 後壁粘膜下に表面平滑、弾性硬、移動性のないクルミ大の腫瘍が触知されCEAも17.5ng/ml (Roche法)と上昇したため入院した。needle biopsyにてリンパ節再発と診断されたため昭和54年11月8日拡大直腸切断術を施行した。

摘出標本および病理組織所見：粘膜面は歯状線から4cm後壁に横走する前回手術痕を認めるだけで異常なく、剖面では瘢痕部より約3cm口側の直腸固有筋層下脂肪組織内に大きさ3.5×3.0×2.0cmの充実性、灰白色、ほぼ球形の腫瘍が認められた。組織学的には充実性癌巣からなる低分化腺癌像を呈し、リンパ節転移と判明した。なお、摘出リンパ節87個中同腫瘍を含めNo. 251の5個に転移が証明されただけで組織学的にも根治切除と判定された (図3)。

本例は初回手術から6年3カ月、再手術から2年経過の現在、再発徴候なく健在である。

症例2, 64歳, 女性。

肛門輪より約5cmの前壁に2.5×2.5cm大の広基性腫瘍を認め、生検で腺癌の診断を得たため昭和51年4月15日経肛門局所切除術を施行した。術中病理にてsm, ly (+), v (-)と判定され、直ちに根治的直腸切断術に切り換えR₁の郭清を行った。

病理組織所見：腫瘍は2.5×2.0×0.8cm大のIs型で、固有筋層直上まで浸潤する中分化腺癌でINF γ, ly₁, v₀であった。摘出リンパ節11個中3個に転移が証明され(n₁)、組織学的には相対治療切除と判定された

図4 摘出標本ルーペ像：腫瘍はIs型, sm, ly₁, v₀, n₁, 中分化腺癌であった。

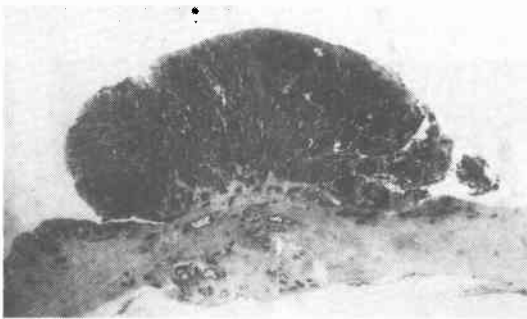
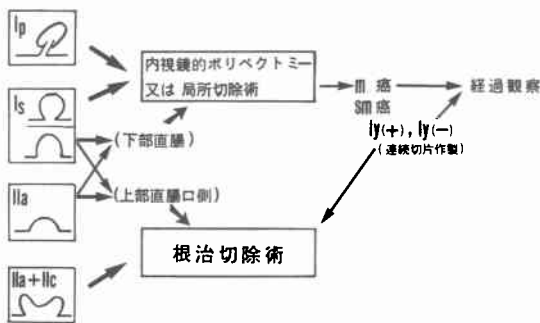


図5 治療方針（金大2外）



(図4)。

術後経過：外来通院にて経過観察するも昭和53年9月頃から腰背部痛および不正性器出血を認めるようになり、CEAも220ng/mlと上昇したため再入院した。精査の結果、直腸骨盤内再発と診断し、10月31日左腎門部から末梢側の腹部大動脈周囲リンパ節郭清を伴った骨盤内臓全摘術および左腎摘出術を施行した。

本例は再手術後4カ月目頃から右上腕骨々転移を来たし、次第に肺、肝、脳転移を併発し初回手術より3年目の昭和54年5月4日死亡した。

考 察

大腸早期癌の治療方針を論ずる場合、その臨床病理学的特徴の把握および再発例の分析を含めた遠隔成績の検討は極めて重要である。

大腸早期癌はそのほとんどが腺腫を母地に発生し、大腸粘膜から直接発生するde novo癌がまれなことから胃癌と形態的特性を異にする。すなわち、大腸早期癌の肉眼形態はIp, Is, Ila, Ila+Ilcの4型に分類され、その頻度は陣内ら²⁾の199例の集計ではIp 115例(57.8%), Is 40例(20.1%), Ila 39例(19.6%), Ila+Ilc 5例(2.5%)を示し、自験例でも47.2%, 36.1%、

6.9%, 9.7%と約8割までがIpないしIs型のポリープ状隆起として認められ、早期胃癌で最も頻度の高いIlc, Ilc+IIIなど潰瘍型は皆無に近いものと考えられる。

また肉眼形態によってsm癌の出現頻度に差異がみられ、Ipでは梶谷³⁾の42例中7例(16.7%), 土屋ら⁴⁾の88例17例(19.3%), 自験の8.8%など20%以下とされているのに対しIsでは約半数、Ila, Ila+Ilcでは大半がsm癌であることが指摘されている。さらに、私どもは肉眼型別にsm癌における深達度を検討したが、Ipでは粘膜下層の表層1/3の浸潤にとどまったのに比べ、他の3型では中層から固有筋層直上に及ぶ高度の浸潤を示した。

このような肉眼型別頻度および肉眼型に伴うsm癌頻度の相違に加えIla, Ila+Ilc型での進行癌と肉眼所見による鑑別の困難性を考慮すると、大腸早期癌の治療上、Ip, Isに対する対処が最も重要といえる。

腫瘍径については、梶谷³⁾は大腸癌1006個中径2cm以下の癌73個では3個にpmを認めた以外はすべて早期癌であったが、径2.1~3.0cmでは83個中69個までが進行癌で、2.0cm以下で早期癌の多いことを指摘している。また、佐々木ら⁵⁾は早期癌98病変の腫瘍径分布から~9mm 14.3%, 10~19mm 59.2%, 20~29mm 19.4%, 30mm以上7.1%と自験例と同様に10~19mmの間ピークを認め、陣内ら²⁾は深達度と腫瘍径の比較から2cm以内ではm癌が78.6%と約3/4を占めたのに対し、sm癌では49.5%と半数でsm癌がm癌より大きい傾向にあると述べている。しかしながら肉眼型別にsm癌の腫瘍長径を検討するとIp, Isでは1.5cm以上、Ila+Ilcで1.0cm以上に多い傾向だけで、分布状況からは腫瘍長径のみでm癌とsm癌の鑑別は不可能と推察された。

m癌およびsm癌における病理組織学的所見に関してはm癌では自験48例全例がINFα、脈管侵襲陰性、高分化腺癌を示したごとく加藤ら⁶⁾も21例のm癌で全く同様の結果を得ている。

また、リンパ節転移についてはFenoglioら⁷⁾の粘膜固有層にはリンパ管は存在せず、粘膜筋板近傍から深層のみに認められるとの指摘と一致して、いまだ臨床的にm癌での転移陽性例は報告されていない。

一方、sm癌ではm癌に比べ浸潤度の高度な症例が多く、組織像も中分化腺癌の出現が増大することが報告されている。脈管侵襲についてはly(+)は加藤ら⁶⁾の45例中6例(13.3%), 工藤ら⁸⁾の21例中4例

(19.4%), 自験例の24例中7例(29.2%)などみられ、v(+)は工藤ら⁸⁾の21例中1例(4.8%), 自験の8.3%など少数ながら証明されている。すなわちsm癌ではリンパ節転移、血行性転移が惹起される可能性が示唆されるところである。

sm癌のリンパ節転移頻度はMorsonら⁹⁾の45例中5例(10.9%), 土屋ら¹⁰⁾の集計105例中7例(6.7%), 陣内ら²⁾の集計230例中17例(7.4%), 北条ら¹¹⁾の54例中5例(9.4%)などの10%前後の報告がみられるが、sm癌であってもpedunculated typeでのリンパ節転移は非常にまれで欧米ではいまだ21例を数えるにすぎず¹²⁾、本邦でも第20回日本消化器内視鏡学会のラウンドテーブルディスカッション¹³⁾で転移陽性10例中9例までがIIa, IIa+IIcと肉眼形態によってその頻度を異にすることが報じられている。

以上の組織学的所見からm癌では腫瘍の摘出術で完治し得ることは推定に難くないが、sm癌ではリンパ節転移頻度のみからすればIIa, IIa+IIcでは根治切除術が優先され、Ip, Isでは局所切除術が優先されることになる。

しかしながら私どもの経験した局所再発例のごとくstalk invasionを伴ったIp型の症例1では初回手術時既にリンパ節転移が存在したか否か不明であるが、再発時粘膜面には異常なく、しかも局所切除痕から約3cm離れた傍直腸リンパ節再発を来したことから、ly因子が再発の重要な要因をなしたことは推察される。また、Is型を呈した症例2ではly(+)の術中病理結果から、R₁の直腸切断術に切り換え施行したが、摘出リンパ節11個中3個に転移を証明している。

大腸癌取扱規約では転移の起り易いrisk factorとして①脈管侵襲陽性例、②低分化または未分化癌、③断端近傍までのmassiveな癌浸潤の3項目を挙げているが、切除断端での癌遺残は別として大腸早期癌で低分化あるいは未分化癌が極めてまれなことからするとly-factorが術式決定上極めて重要な因子と考えられる。

すなわち、肉眼形態にとらわれることなくリンパ管侵襲陽性例では根治手術を選択すべきと思われる。また、lyの判定には症例1のごとく連続の切片作製による検索で初めてly(+)を証明し得たごとく安易な判定による縮小手術は厳に慎むべきである。

大腸早期癌の遠隔成績に関しては、いまだまとまった報告はみられないが、陣内ら²⁾は集計からm癌では100%、sm癌では92.5%の5生率を報告し、術式別に

はポリペクトミー95.7%、楔状切除100%、腸管切除96.9%としている。自験例ではm癌の100%に対しsm癌では90%を示したが、術式別にはいまだ観察期間は短かく今後の追跡に待たねばならない。

ところで、再発までの期間については高橋ら¹⁴⁾は7年後の局所再発例を、自験例では4年3ヵ月後に根治切除可能な再発例を経験しており、大腸早期癌の予後を論ずるには5生率では十分とは言えず、かなり長期のfollow-upが必要と思われる。

以上の結果から私どもは大腸早期癌の治療方針として図10のごとくIpでは内視鏡的ポリペクトミーまたは局所切除術をfirst choiceとし、病理所見よりm癌あるいはsm癌ly(-)では経過観察とし、sm癌ly(+)では根治切除術の適応と考えている。Isでは下部直腸占居例はまず局所切除を施行し、病理組織結果によってIpと同様の方針を採用している。一方、上部直腸より口側例では内視鏡的ポリペクトミーが可能な微小例以外はすべて根治切除の対象と考えている。また、IIa, IIa+IIcに対しては進行癌に準じ対処すべきである。

根治切除に際しての郭清範囲については、症例2の反省ならびに友田ら¹⁵⁾の2群リンパ節転移例の報告から少なくともR₂の郭清を原則と考え、また、下部直腸占居例の根治切除術式としては極力、肛門機能温存術式に努めるべきである(図5)。

以上、大腸早期癌の臨床病理学的検索ならびに遠隔成績の検討から大腸早期癌に対する治療方針に関する私見を述べたが、今後、一層の症例の集積とともに、さらに長期の観察による遠隔成績の詳細な分析によって、より明確な術式の選定基準が設定されるものと推察される。

結 語

1970年1月から1981年9月までの約12年間に経験した大腸早期癌72例(m癌48例、sm癌24例)を対象に臨床病理学的特性ならびに遠隔成績について検討を加えた。

①肉眼型別頻度はIp47.2%、Is36.1%、IIa6.9%、IIa+IIc9.7%で、約83%がIpないしIsのポリープ状隆起を示した。肉眼型別sm癌頻度はIp8.8%、Is50.0%、IIa60.0%、IIa+IIc71.4%でIpで最も低くIIa+IIcで最も高率を示した。

②腫瘍径はm、sm癌ともに10~19mmに最も多くみられ、10mm以下ではm癌が、20mm以上ではsm癌が多い傾向を示したが、腫瘍径のみから両者を鑑別することは困難であった。

③ 組織学的検索ではm癌48例全例がINF α , ly (-), v (-), 高分化腺癌を示し, リンパ節転移も検索された17例すべてが陰性であった。一方, sm癌ではINF β 9例(37.5%), γ 1例(4.2%), ly (+) 7例(29.2%), v (+) 2例(8.3%), 中分化腺癌3例(12.5%)を示した。リンパ節転移は21例中1例(4.8%)に証明された。

④ 予後についてはm癌では術式を問わず全例生存中で5生率は14/14(100%)で, sm癌ではIs型の直腸切断術例, Ip型の局所切除術例の計2例に局所再発を認め5生率は9/10(90%)であった。なお, 再発要因としてly因子の重要性が示唆された。

以上の結果から, 大腸早期癌の治療は肉眼形態にとらわれることなく, sm癌ly(+)では進行癌に準じた根治手術が肝要である。

文 献

- 1) 大腸癌研究会編：臨症・病理。大腸癌取扱い規約。改訂第2版, 金原出版, 東京, 1980
- 2) 陣内伝之助, 福原 毅：早期大腸癌の特徴と治療方針。消化器外科 3：1803—1808, 1980
- 3) 梶谷 環：大腸の早期癌の基準に関する私見。日本大腸肛門病会誌 28：327—330, 1975
- 4) 土屋周二, 松田好雄, 犬尾武彦ほか：早期大腸癌の診断と治療。手術 29：1051—1062, 1977
- 5) 佐々木喬敏, 丸山雅一：大腸早期癌の診断—ポリ

ペクトミー症例を中心に。日本大腸肛門病会誌 34：350, 1981

- 6) 加藤知行, 加藤王千, 山田栄吉：大腸早期癌の治療方針。日本大腸肛門病会誌 35：353, 1981
- 7) Fenoglio, C.M., Kaye, G.I. and Lane, N.: Distribution of human colonic lymphatics in normal, hyperplastic, and adenomatous tissue. Gastroenterology 64：51—66, 1973
- 8) 工藤進英, 曾我 淳, 島山勝義ほか：大腸早期癌の治療方針—sm癌浸潤度の分析。日本大腸肛門病会誌 34：354, 1981
- 9) Morson, B.C.: Factors influencing the prognosis of early cancer of the rectum. Proc Roy Soc Med 59：607—608, 1966
- 10) 土屋周二, 松田好雄：消化器がん早期診断。大腸癌内科セミナー—GE 5, 永井書店, 東京, 1978, p179
- 11) 北條慶一, 小山靖夫, 森谷宣皓ほか：私どもの病院における大腸早期癌の診断と治療の現況。日本大腸肛門病会誌 34：353, 1981
- 12) Shatney, G.H., Lober, P.H. and Sosin, H.: Metastasis from a pedunculated adenomatous colonic polyp with focally invasive carcinoma. Dis Col & Rect 18：67—71, 1975
- 13) 大木繁男：ラウンドテーブルディスカッション II, 大腸のinvasive carcinomaとポリペクトミー。Gastroenterol Endosc, 20：1184, 1974
- 15) 友田博次, 古澤元之助, 大町彰二郎ほか：大腸sm癌について。第13回大腸癌研究会抄録, 東京, p37