

症例報告

pT1 直腸癌の内視鏡的摘除 2 年後に  
直腸傍リンパ節に局所再発を来した 1 例

竹之内 晶<sup>1)</sup>, 小澤 真由美<sup>1)</sup>, 石部 敦士<sup>1)</sup>, 諏訪 雄亮<sup>2)</sup>,  
中川 和也<sup>1)</sup>, 渡邊 純<sup>2)</sup>, 日比谷 孝志<sup>3)</sup>, 遠藤 格<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> 横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科

<sup>2)</sup> 横浜市立大学市民総合医療センター 消化器病センター外科

<sup>3)</sup> 横浜市立大学医学部 病理診断科・病理部

**要 旨:** 症例は66歳, 男性. 前医で便潜血陽性を主訴に, 下部消化管内視鏡検査を施行された. 直腸に0-I sポリープを認め, 内視鏡的粘膜切除術が施行された. 病理組織検査の結果, 粘膜下層(submucosa; 以下SM) 深部浸潤, 垂直断端不明, 静脈浸潤を認め, 追加切除目的に当科へ紹介された. しかし患者が追加切除を希望しなかったため半年毎に経過観察の方針とした. 経過観察開始2年後の造影CT検査で直腸傍リンパ節の腫大を認めた. 精査の結果, リンパ節転移再発と診断し, 腹腔鏡下超低位前方切除術+一時的回腸人工肛門造設術を施行した. 病理組織学的検査では直腸腸間膜内に高~中分化型管状腺癌を認め, 直腸傍リンパ節1個に転移を認めた. 術後補助化学療法としてXELOX療法を8コース施行した後に人工肛門閉鎖術を施行し, 現在術後4年無再発生存中である. 追加治療を考慮すべき因子を有するpT1大腸癌に対しては注意深く経過観察する必要がある. また予想される経過について患者に示し慎重に判断を行うことが重要である.

**Key words:** pT1直腸癌 (pT1 colorectal cancer), 内視鏡的摘除後 (after endoscopic resection), 根治切除 (radical resection)

はじめに

内視鏡的摘除されたpT1大腸癌患者の再発率は比較的低いものの, 再発した場合は予後不良とも言われている<sup>1)</sup>. このことから追加切除を施行しない症例においては, 予想される経過について患者に示し慎重に判断を行った上で, CTなどの画像診断や腫瘍マーカーなどを用いた経過観察を行う必要がある. 今回我々は患者と相談の上で, 内視鏡的摘除後の追加治療を考慮すべき因子を有するpT1直腸癌を経過観察し, 内視鏡的摘除2年後に直腸傍リンパ節に局所再発を発見し得た1例を経験したので, 若干の文献を交えて報告する.

症 例

患者: 66歳, 男性.  
主訴: 便潜血陽性.  
既往歴: 高血圧.  
家族歴: 特記事項なし.  
現病歴: 2013年9月に前医で検診の便潜血検査で陽性を指摘され, 下部消化管内視鏡検査が施行された. 肛門縁から50mmの下部直腸に10mm大の0-I sポリープを認め内視鏡的粘膜切除術(endoscopic mucosal resection: 以下, EMRと略記)を施行された. EMRの結果, SM深部浸潤, 垂直断端不明, 静脈浸潤あり, 2013年11月に追加切除目的で当科に紹介となった.  
来院時現症: 身長: 167cm, 体重: 63kg, BMI: 22.59,

竹之内 晶, 神奈川県横須賀市米が浜通1-16 (〒238-8558) 横須賀共済病院 外科  
(原稿受付 2020年11月13日/改訂原稿受付 2020年12月9日/受理 2020年12月22日)

写真 1 a

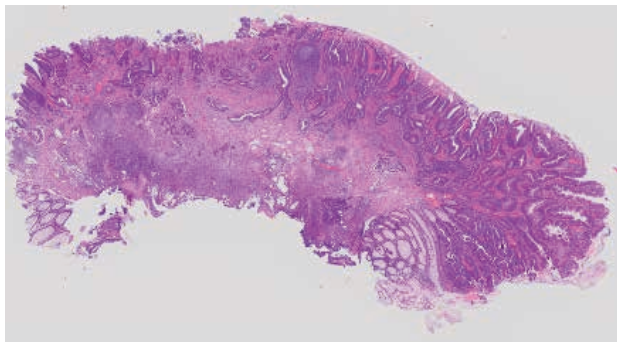


写真 1 b

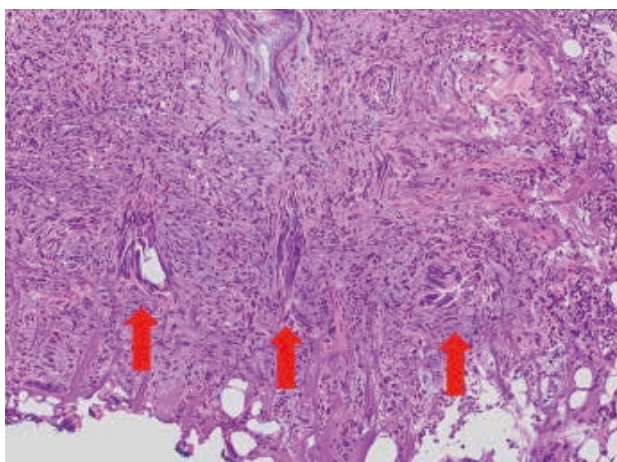


写真 1 c

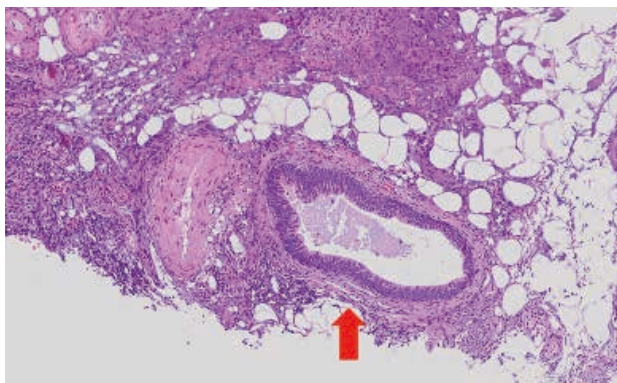


図 1 EMRによる切除検体の病理学的所見

- a) 高分化～中分化型管状腺癌を認めた。(HE染色: 25倍率)
- b) 腫瘍細胞の熱変性を切除検体の垂直断端に認めた。(HE染色: 400倍率)
- c) 静脈内への腫瘍細胞の浸潤を認めた。(HE染色: 200倍率)

腹部: 平坦, 軟, 自発痛・圧痛なし, 直腸診: 明らかな腫瘍なし。

来院時血液検査: 血算・生化学検査に異常所見は認めなかった。腫瘍マーカーはCEA 1.8ng/ml, CA19-9 9 U/ml, 抗p53抗体 ≤0.40U/mlといずれも正常範囲内であった。

病理組織学的検査 (EMR 標本): 弱拡大では高円柱状異

写真 2

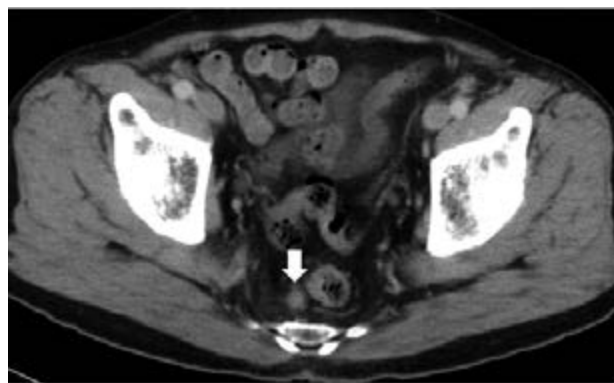


図 2 腹部造影CT検査 (横断面)  
直腸腸間膜内に 1 cm 大の結節影を認めた。

写真 3

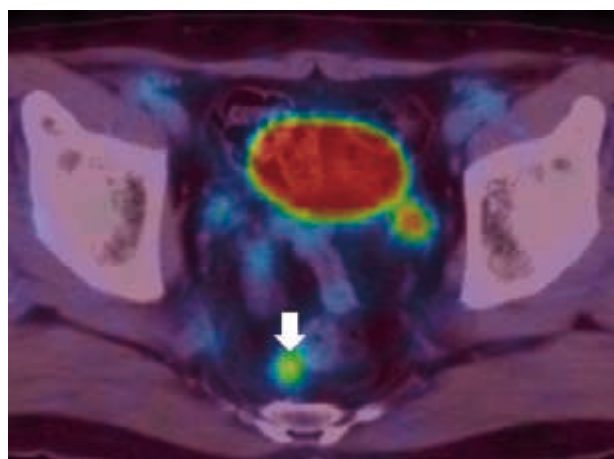


図 3 FDG-PET 検査  
直腸腸間膜内に SUVmax 3.9 の有意な集積を認めた。

型上皮が不規則な管状構造を形成して浸潤性に増殖する像を認め, 組織型は高～中分化型管状腺癌と診断した (写真 1 a)。深達度は1300 μm と評価したが, 強拡大像では垂直断端近傍には熱変性を伴う腫瘍細胞認め断端陽性の可能性が示唆された (写真 1 b, 矢印)。

Podoplanin (D2-40) 染色ではリンパ管浸潤は認めなかった。Elastica Van Gieson (EVG) 染色は前医からのプレパラートに含まれておらず Hematoxylin Eosin (HE) 染色で評価する限り, 静脈内に腫瘍細胞を認め静脈浸潤は陽性と判断した (写真 1 c, 矢印)。

来院後経過: 静脈浸潤の場合, 統計学的には10.5%がリンパ節転移陽性であることを患者に説明したが患者は追加切除を希望しなかったため, 経過観察の方針となった。初診時に造影CT検査とMRI検査で再発を認めていないことを確認し, その後は6ヶ月毎に腫瘍マーカーを含む血液検査とCT検査での経過観察となった。経過

写真 4 a



写真 4 b

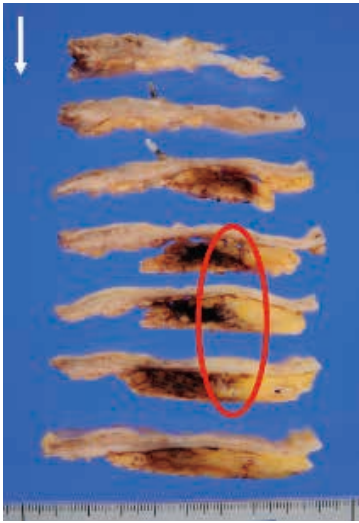


図 4 術後検体の所見

- a) EMR 後癒痕を術後検体肛門側より30mmの距離に認めた.
- b) EMR 後癒痕の外側に位置する腸間膜内に12mm 大の白色結節を認めた.

観察中、腫瘍マーカーの有意な上昇は認めなかった。経過観察開始22ヶ月後の造影CT検査で直腸右側壁に結節影が指摘され、再発の可能性が示唆された。

造影CT所見：直腸腫瘍は明らかではなかったが、直腸右側近傍に1cm大の結節影を認め、リンパ節転移が疑われた(写真2, 矢印)。遠隔転移や腹水、腹膜播種は認めなかった。

FDG-PETCT所見：直腸右側近傍の結節影に Standardized uptake value (SUV) max=3.9のFDG集積を認めた(写真3, 矢印)。

内視鏡的超音波検査所見：肛門縁から22mmの直腸壁外に短径8mm大のリンパ節を認めた。超音波ガイド下に穿刺吸引細胞診を施行した。病理所見では軽度核異型をみる腺細胞を認めた。

以上から、大腸癌のリンパ節転移再発と診断し、2015年11月に腹腔鏡下超低位前方切除術+両側側方リンパ節郭清術+一時的回腸人工肛門造設術を施行した。側

写真 5 a

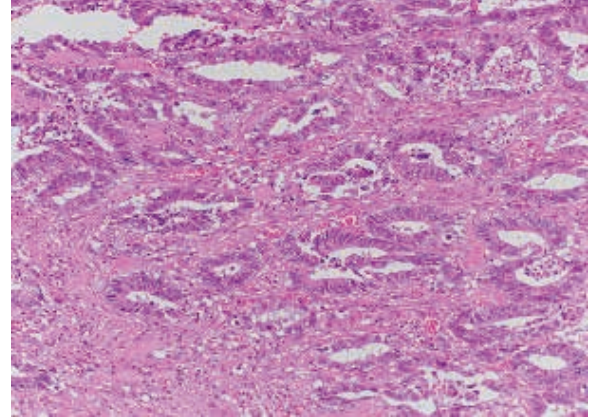


写真 5 b

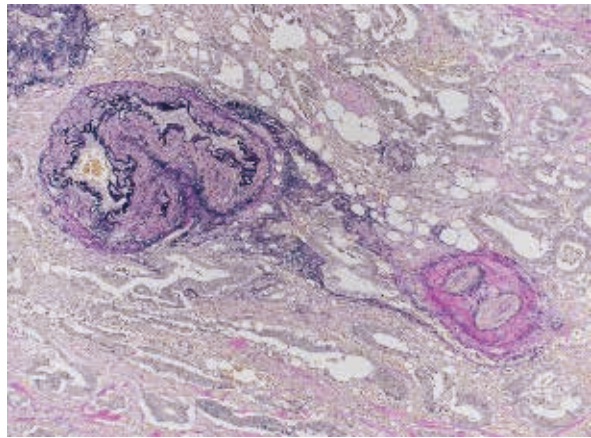


図 5 術後検体の病理学的所見

- a) 高分化～中分化型管状腺癌を認めた。(HE 染色：400倍率)
- b) 腫瘍細胞の静脈への浸潤を認めた。(EVG 染色：200倍率)

方郭清については直腸傍リンパ節転移陽性、局所再発症例であったことから今後の局所再発制御を目的として予防的両側側方郭清を行う方針とした。

手術所見：明らかな肝転移や腹膜播種、腹水は認めなかった。直腸には癒着はなく、肛門縁から70mmにマーキングクリップを触れるのみであった。両側側方リンパ節の腫大は認めなかった。手術時間は7時間26分、出血量は35mlであった。切除標本では、肛門側切除断端から30mmにEMR後癒痕を認めた(写真4a, 丸印内)。EMR後癒痕の外側に一致して腸間膜内に12mm大の白色結節を認め、同部位が術前の画像検査で認めていた直腸右側近傍の結節影に相当するものだと判断した(写真4b, 丸印内)。

病理組織学的検査：切除標本の白色結節に高～中分化型管状腺癌を認めた(Fig. 5a)。EVG染色では周囲の間質内に静脈侵襲を認めた(写真5b)。同部位には一部リンパ節構造の残存が存在していた。白色結節以外に

表 1 : Previously reported 19 case series; recurrence rate, prognosis and surveillance schedule in patients with colorectal pT1 carcinomas.

No.	Author	Year	Recurrence rate (in patients who underwent endoscopic resection alone)	Interval to recurrence (months)	Rate of distant metastasis	Prognosis: rate of disease death <sup>a</sup>	Follow-up period (months) <sup>b</sup>	Surveillance schedule after endoscopic resection
1	Masaki <sup>8)</sup>	1999	5.6% (1/18)	NA	0% (0/1)	NA	NA	NA
2	Nakazato <sup>9)</sup>	2004	3.9% (4/103)	28 (4-48)	25% (1/4)	75% (3/4)	57.2 (0-152)	NA
3	Toyonaga <sup>10)</sup>	2009	7.0% (45/640)	NA	62.2% (28/45)	NA	63 (12-120)	Only total CS 2 to 10 times (4.6 times on average), not determined follow-up interval.
4	Oka <sup>11)</sup>	2011	2.3% (18/792)	21 (0-89)	72.2% (13/18)	33.3% (6/18)	39.5 (3-174)	NA
5	Ikematsu <sup>12)</sup>	2013	3.5% (8/226)	NA	37.5% (3/8)	NA	55.2	PE, TM, CXR and CT every 6 months for the first 3 years and thereafter every 12 months. Total CS every year.
6	Yoda <sup>13)</sup>	2013	3.5% (8/226)	35.9 (8-68)	37.5% (3/8)	37.5% (3/8)	60.5 (12-75)	PE, TM, CXR and CT every 6 months for the first 3 years, and thereafter every 12 months. Total CS every year.
7	Suh <sup>14)</sup>	2013	1.3% (1/75)	21	0% (0/1)	0% (0/1)	35.3 (5-63)	CT and TM every year, CS every 3-6 months.
8	Yoshii <sup>15)</sup>	2014	7.6% (14/184)	24.9 (2-66)	7.1% (1/14)	35.7% (5/14)	NA	NA
9	Takatsu <sup>16)</sup>	2016	NA	36 (8-84)	37.5% (3/8)	25% (2/8)	65.1 (21-116)	NA
10	Kim <sup>17)</sup>	2016	2.2% (5/224)	36.4 (13-64)	40% (2/5)	NA	42.3	PE, TM, CXR and CT every 6 months for the first 2 years, and thereafter every year until 5 years. CS within the first year.
11	Belderbos <sup>18)</sup>	2017	6.2% (23/370)	NA	34.8% (8/23)	21.7% (5/23)	75.9	NA
12	Tamaru <sup>19)</sup>	2017	5.0% (6/121)	30 (3-84)	66.7% (4/6)	50% (3/6)	86.6 ± 46.7	PE, TM, CXR and CT every 6 months for the first 3 years, and thereafter every 12 months.
13	Backes <sup>20)</sup>	2017	4.6% (24/519)	30.7 (2.5-67.4)	20.8% (5/24)	41.7% (10/24)	NA	CS with or without biopsy, not determined follow-up interval.
14	Shin <sup>21)</sup>	2018	7.7% (4/52)	32 (11-53)	25% (1/4)	NA	22 (1-110)	NA
15	Kouyama <sup>22)</sup>	2018	1.3% (4/298)	28.7 (7.2-54.0)	100% (4/4)	NA	41.5	PE, TM, CT and total CS every year for 5 years.
16	Antoneli <sup>23)</sup>	2018	0% (0/29)	No recurrence	No recurrence	No recurrence	30 (2-130)	CS at 1 year, and then after 3 and 5 years.
17	Minamide <sup>24)</sup>	2018	6.9% (7/102)	37.5 (13.5-99.3)	42.9% (3/7)	NA	NA	TM, AXR and CT every 6 months for the first 3 years and thereafter every 12 months. Total CS every year.
18	Nishikawa <sup>25)</sup>	2019	5.6% (1/18)	72	100% (1/1)	0% (0/1)	39.5 (23-126)	TM every 3 months, CT every 6 months, CS every year.
19	Iguchi <sup>26)</sup>	2019	6.7% (1/15)	12	100% (1/1)	100% (1/1)	35 (22-88)	TM every 3 to 6 months, CT every 6 to 12 months, CS every year.
Total			4.3% (174/4012)		44.5% (81/182)	35.2% (38/108)		

リンパ節転移の病理組織学的危険因子を持つ pT1 大腸癌に対して内視鏡的摘除後に経過観察を選択した症例を含む19の後ろ向きコホート研究

NA : データなし, PE : 問診, TM : 腫瘍マーカー検査, AXR : 腹部レントゲン検査, CXR : 胸部レントゲン検査, CS : 大腸内視鏡検査

a : 再発後のフォローアップでの原病による死亡率

b : 内視鏡的摘除後のフォローアップの平均期間

さらに直腸傍リンパ節1個にも転移を認めた。EMR後癒痕には再発は認めなかった。

術後経過：以上より直腸傍リンパ節の局所再発と診断し、今回はEMRから長期間経過してからの切除症例で特殊ではあったが、通常の追加切除症例と同等と考えStage III aと取り扱うこととした。術後合併症なく経過良好で、術後9日目に退院となった。2016年1月から術後補助化学療法としてカペシタビン+オキサリプラチン療法を8コース施行した後に、2016年8月に人工肛門閉鎖術を施行した。3ヶ月毎の身体診察と腫瘍マーカーを含む血液検査、6ヶ月毎の造影CT検査で経過観察しており、現在術後4年無再発生存中である。

## 考 察

大腸癌は世界的に罹患率第3位、死亡数第2位である(発生数：1,849,518人(11.6%)、死亡数：880,792人(9.2%))<sup>2)</sup>。米国National Polyp Study (NPS) Workgroupは、腫瘍性ポリープの内視鏡的摘除により76~90%の大腸癌罹患抑制効果と53%の大腸癌死亡減少効果を認めたと報告している<sup>3-4)</sup>。これにより大腸内視鏡検査と大腸内視鏡検査中に認めた腺腫の内視鏡的摘除が推奨されている。そして近年では内視鏡機器や技術の向上により、早期大腸癌の内視鏡的摘除も増加している<sup>5)</sup>。大腸癌治療ガイドラインでもcT1大腸癌は、大きさや肉眼型は問わず、粘膜下層への軽度浸潤に留まると判断されれば、内視鏡的摘除が適応とされている<sup>6)</sup>。小林らの本邦における多施設共同研究の報告によるとT1大腸癌の10.5%(84例/798例)がリンパ節転移を有するとされており<sup>7)</sup>、大腸癌研究会は内視鏡的摘除後のリンパ節転移の病理組織学的危険因子を評価している<sup>2)</sup>。それによると垂直断端陽性、T1b(粘膜下層浸潤度1,000 $\mu$ m以上)、脈管侵襲陽性、低分化腺癌・印環細胞癌・粘液癌、浸潤先進部の簇出(budding)BD2/3のいずれかを示す症例は、追加切除を推奨している<sup>2, 7)</sup>。しかし実臨床では自験例のように再発のリスクが高いことを説明しても患者の希望で経過観察の方針となることもある。そのような場合、実際にはどのような経過をたどるのか、十分に明らかにされてはいない。

1991年1月~2020年5月の期間において医学中央雑誌で「リスク」、「再発」、「大腸癌」、「内視鏡的摘除」、「追加切除」をキーワードとして検索した結果と1991年1月~2020年5月の期間においてPubmedで「risk」、「recurrence」、「colorectal cancer」、「endoscopic resection」、「additional resection」をキーワードとして検索した結果から、リンパ節転移の病理組織学的危険因子を持つpT1大腸癌に対して内視鏡的摘除後に経過観察を選択した症例を含む後ろ向きコホート研究を19論文認めた<sup>8-26)</sup>。これ

らの後ろ向きコホート研究から抽出されたデータを表1に示した。pT1大腸癌の内視鏡的摘除後に追加切除なしの症例の再発までの平均期間は12~72ヶ月(最大：99ヶ月)であり、再発の発生率は4.3%(174例/4012例)であった。再発例のなかで44.5%は遠隔転移を認め、予後のデータが得られた再発例に限ると108例中38例(35.2%)が癌死していた。Saitohらの報告<sup>1)</sup>で言及されているように、内視鏡的摘除後のpT1大腸癌の再発率は低いが、再発した場合の予後は不良であった。また、内視鏡的切除後の経過観察の平均期間は22~86.6ヶ月(最大：174ヶ月)と幅広く、決められた期間がなく、10年程度観察を続けていることが多い。本症例においても根治的切除を施行して4年経過したもののこれからも観察が必要である。経過観察の方法は表1に示したように研究により様々であったが、CT検査は6~12ヶ月毎で大腸内視鏡検査は12ヶ月毎に施行する報告が多かった。

pT1大腸癌の病理組織学的因子およびそれらの組み合わせによるリンパ節転移陽性率を解析した病理学的研究によると、粘膜下層浸潤度1,000 $\mu$ m以上を認めるが、他のリンパ節転移の病理組織学的危険因子(未分化型成分あり、リンパ管侵襲陽性、静脈侵襲陽性、簇出Grade2/3)は認めない場合のリンパ節転移陽性率は0.8%(2例/246例)に過ぎず、内視鏡的摘除のみで根治が期待できると推定される。それに対してリンパ節転移の病理組織学的危険因子が1つ追加された場合のリンパ節転移陽性率は8.3-14.0%(全体で11.4%)であり、追加切除の考慮が妥当と考えられる<sup>27)</sup>。自験例も垂直断端不明に加えて粘膜下層浸潤度1,000 $\mu$ m以上と静脈浸潤の2つのリンパ節転移の病理組織学的危険因子を認めた上で再発を生じているため、再発は十分予想される事象であった。

内視鏡的摘除のみまたは外科的切除により治療されたpT1大腸癌の再発の危険因子を評価した研究では、直腸病変はpT1大腸癌の予後因子であることが示唆された<sup>10)</sup>。また、局所再発のpT1大腸癌に対して内視鏡的摘除をした場合と外科的切除をした場合の長期予後をリンパ節転移の病理組織学的危険因子の有無で区別して評価した研究では、内視鏡的摘除のみで治療した場合、リンパ節転移の病理組織学的危険因子を持つ結腸癌(1.4%(1例/69例))よりも直腸癌(16.2%(6例/37例))で再発率が有意に高いことを示した<sup>11)</sup>。自験例も直腸病変であり、この点からも再発は予想されたが患者には受け入れられなかった。

ただし自験例のように根治切除を希望されない患者や根治切除の施行を迷う患者はいる。とくに直腸病変については肛門温存の可否や一時的人工肛門造設の必要性の有無もあり患者自身迷うことが多い。この場合リンパ節転移の割合を示すだけではなく、予想される臨床経過の1例として具体的に示すことで医師側の判断だけではな

く患者の治療選択において今後の診療の一助となり得る可能性があり報告した。

## 結 語

今回我々は追加治療考慮因子を有する直腸癌に対して再発を早期に発見し、追加治療を施行し得た症例を経験した。このような症例については再発後の予後は悪く、これを念頭に経過観察する必要がある。

追記事項：本症例報告の内容は第52回神奈川県消化器病医学会総会で発表した。

利益相反：なし

## 文 献

- 1) Saitoh Y, Inaba Y, Sasaki T, Sugiyama R, Sukegawa R, Fujiya M: Management of colorectal T1 carcinoma treated by endoscopic resection. *Digestive Endoscopy*, **28** (3) : 324–329, 2016.
- 2) Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A: Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA CANCER J CLIN*, **68** (6) : 394–424, 2018.
- 3) Winawer SJ, Zauber AG, Ho MN, et al: Prevention of Colorectal Cancer by Colonoscopic Polypectomy. *N Engl J Med*, **329** (27) : 1977–1981, 1993.
- 4) Winawer SJ, Zauber AG, O'Brien MJ, et al: Randomized Comparison of Surveillance Intervals after Colonoscopic Removal of Newly Diagnosed Adenomatous Polyps. *N Engl J Med*, **328** (13) : 901–906, 1993.
- 5) Tanaka S, Asayama N, Shigita K, Hayashi N, Oka S, Chayama K: Towards safer and appropriate application of endoscopic submucosal dissection for T1 colorectal carcinoma as total excisional biopsy: Future perspectives. *Dig Endosc*, **27** (2) : 216–222, 2015.
- 6) 大腸癌研究会編. 大腸癌治療ガイドライン 医師用 2019年版, 金原出版, 東京, 2018.
- 7) Kobayashi H, Mochizuki H, Morita T, et al: Characteristics of recurrence after curative resection for T1 colorectal cancer: Japanese multicenter study. *J Gastroenterol*, **46** (2) : 203–211, 2011.
- 8) 正木忠彦, 渡辺聡明, 武藤徹一郎: 大腸sm癌に対する内視鏡的治療の適応と限界: 主にリスクファクターの面からの検討. *胃と腸*, **34** (6) : 752–756, 1999.
- 9) 中里友彦, 塚越洋元, 高丸博之, 他: 大腸sm癌の内視鏡治療後の再発様式および再発時期について. *胃と腸*, **39** (13) : 1714–1718, 2004.
- 10) 豊永敬之, 西野晴夫, 完山裕基, 他: 早期大腸癌の内視鏡切除後のサーベイランス法-目標と危険因子-. *日本大腸肛門病学会誌*, **62** (6) : 389–395, 2009.
- 11) Oka S, Tanaka S, Kanao H, et al: Mid-term prognosis after endoscopic resection for submucosal colorectal carcinoma: summary of a multicenter questionnaire survey conducted by the colorectal endoscopic resection standardization implementation working group in Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum. *Dig Endosc*, **23** (2) : 190–194, 2011.
- 12) Ikematsu H, Yoda Y, Matsuda T, et al: Long-term Outcomes After Resection for Submucosal Invasive Colorectal Cancers. *Gastroenterology*, **144** (3) : 551–559, 2013.
- 13) Yoda Y, Ikematsu H, Matsuda T, et al: A large-scale multicenter study of long-term outcomes after endoscopic resection for submucosal invasive colorectal cancer. *Endoscopy*, **45** (9) : 718–724, 2013.
- 14) Suh JP, Youk EG, Lee EJ, et al: Endoscopic submucosal dissection for nonpedunculated submucosal invasive colorectal cancer: is it feasible? *Eur J Gastroenterol Hepatol*, **25** (9) : 1051–1059, 2013.
- 15) Yoshii S, Nojima M, Noshio K, et al: Factors Associated With Risk for Colorectal Cancer Recurrence After Endoscopic Resection of T1 Tumors. *Clin. Gastroenterol. Hepatol*, **12**: 292–302, 2014.
- 16) Takatsu Y, Fukunaga Y, Hamasaki S, et al: Recurrent colorectal cancer after endoscopic resection when additional surgery was recommended. *World J Gastroenterol*, **22** (7) : 2336–2341, 2016.
- 17) Kim B, Kim EH, Park SJ, et al: The risk of lymph node metastasis makes it unsafe to expand the conventional indications for endoscopic treatment of T1 colorectal cancer: A retrospective study of 428 patients. *Medicine (Baltimore)*, **95** (37) : e4373, 2016.
- 18) Belderbos TD, van Erming FN, de Hingh IH, van Oijen MG, Lemmens VE, Siersema PD: Long-term Recurrence-free Survival After Standard Endoscopic Resection Versus Surgical Resection of Submucosal Invasive Colorectal Cancer: A Population-based Study. *Clin Gastroenterol Hepatol*, **15** (3) : 403–411, 2017.
- 19) Tamaru Y, Oka S, Tanaka S, et al: Long-term outcomes after treatment for T1 colorectal carcinoma: a multicenter retrospective cohort study of Hiroshima GI Endoscopy Research Group. *J Gastroenterol*, **52** (11) : 1169–1179, 2017.
- 20) Backes Y, de Vos Tot Nederveen Cappel WH, van Bergeijk J, et al: Risk for Incomplete Resection after Macroscopic

- Radical Endoscopic Resection of T1 Colorectal Cancer: A Multicenter Cohort Study. *Am J Gastroenterol*, **112** (5) : 785–796, 2017.
- 21) Shin JW, Han KS, Hyun JH, et al: Risk of recurrence after endoscopic resection of early colorectal cancer with positive margins. *Endoscopy*, **50** (3) : 241–247, 2018.
- 22) Kouyama Y, Kudo S, Miyachi H, et al: Risk factors of recurrence in T1 colorectal cancers treated by endoscopic resection alone or surgical resection with lymph node dissection. *Int J Colorectal Dis*, **33** (8) : 1029–1038, 2018.
- 23) Antonelli G, Berardi G, Rampioni Vinciguerra GL, et al: Clinical management of endoscopically resected pT1 colorectal cancer. *Endosc Int Open*, **6** (12) : E1462–1469, 2018.
- 24) 南出竜典, 池松弘朗, 新村健介, 大野康寛, 矢野友規: 早期大腸癌内視鏡摘除後のサーベイランス. *臨牀消化器内科*, **33** (8) : 995–1000, 2018.
- 25) Nishikawa Y, Horimatsu T, Nishizaki D, et al: Qualitative and Quantitative Analysis of Posttreatment Strategy After Endoscopic Resection for Patients with T1 Colorectal Cancer at High Risk of Lymph Node Metastasis. *Journal of Gastrointestinal Cancer*, **51** (1) : 242–249, 2020.
- 26) Iguchi K, Mushiake H, Aoyama T, et al: Additional Surgical Resection After Endoscopic Resection for Patients With High-risk T1 Colorectal Cancer. *In Vivo*, **33** (4) : 1243–1248, 2019.
- 27) 佐藤裕美, 寺井崇二: 内視鏡的摘除大腸pSM癌の治療方針に関する病理学的研究. *新潟医学会雑誌*, **130** (3) : 163–175, 2016.
- 28) Primrose JN, Perera R, Gray A, et al: Effect of 3 to 5 Years of Scheduled CEA and CT Follow-up to Detect Recurrence of Colorectal Cancer: The FACS Randomized Clinical Trial. *JAMA*, **311** (3) : 263–270, 2014.

#### Abstract

#### A CASE OF LOCAL RECURRENCE IN THE PARARECTAL LYMPH NODES 2 YEARS AFTER ENDOSCOPIC RESECTION OF PT1 RECTAL CANCER

Akira TAKENOUCHI<sup>1)</sup>, Mayumi OZAWA<sup>1)</sup>, Atsushi ISHIBE<sup>1)</sup>, Yusuke SUWA<sup>2)</sup>, Kazuya NAKAGAWA<sup>1)</sup>, Jun WATANABE<sup>2)</sup>, Takashi HIBIYA<sup>3)</sup>, Itaru ENDO<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> *Department of Gastroenterological Surgery, Yokohama City University Graduate School of Medicine*

<sup>2)</sup> *Department of Surgery, Yokohama City University Medical Center, Gastroenterological Center*

<sup>3)</sup> *Department of Pathology, Yokohama City University Graduate School of Medicine*

A 66-year-old male underwent colonoscopy, which identified an 0-Is polyp in the rectum. Endoscopic resection was then performed, and the histopathological examination showed SM massive, unknown vertical margin, and venous invasion. He was thus referred to our department for the purpose of additional resection. However, follow-up every 6 months was performed because of his wish to avoid additional resection. He underwent contrast-enhanced CT 2 years after the start of follow-up, and a swollen pararectal lymph node was found. Based on this examination, he was diagnosed with recurrent lymph node metastasis and underwent laparoscopic ultra-low anterior resection and diverting ileostomy. Histopathological examination showed well to moderately differentiated tubular adenocarcinoma in the mesorectum and metastasis in a pararectal lymph node. After 8 courses of XELOX therapy as postoperative adjuvant chemotherapy, he underwent stoma closure. He is alive without recurrence 4 years after surgery. Patients should be informed of the expected course of pT1 colorectal cancer along with factors that should be considered for additional resection, and they should be followed carefully.