

第80回大腸癌研究会
主題Ⅰ「遠隔転移のない切除可能な進行下部直腸癌の治療」
*は回答必須項目です

遠隔転移のない切除可能な進行下部直腸癌の治療についてお尋ねします。

1. 側方郭清についてお聞きします。

T3 (SS, A) 以深の下部直腸癌症例に対する側方郭清についてお答えください。

あきらかな側方リンパ節転移を認めない症例の郭清はどのようにされていますか。*【どれか一つ選択】

- 行わない
- 両側郭清
- 片側郭清
- その他（具体的に記載してください*その他を選択された場合必須）

側方リンパ節転移を認める症例の郭清はどのようにされていますか。*【どれか一つ選択】

- 行わない
- 両側郭清
- 片側郭清
- 転移リンパ節のみ切除
- その他（具体的に記載してください*その他を選択された場合必須）

2. 補助療法についてお聞きします。

遠隔転移のない切除可能な進行下部直腸癌に対し、補助療法を行っていますか。*【どれか一つ選択】

- 行っている
- 行っていない

これ以降の質問は、補助療法を「行っている」とお答え頂いた方にお聞きします。

補助療法が必要と考える理由についてお答えください。*【複数選択可】

- 局所コントロールの向上
- 予後向上（生存率、無再発生存率など）
- 肛門温存などの機能保持
- その他（具体的に記載してください*その他を選択された場合必須）

2-1 術前補助療法についてお聞きします。*【どれか一つ選択】

術前補助療法を術前補助療法を行っていますか。

- 行っている
- 行っていない

※術前補助療法を行っていると答え頂いた方は以下の質問にお答えください。

どのような術前 Stage に行われていますか。【複数選択可】*【2-1で「行っている」を選択された場合は必須】

- c-Stage I
- c-Stage II
- c-Stage III

Stage でお答えにくい場合は、T 因子 N 因子でお答えください。

| | N0 | N1 | N2 | N3 |
|-------|----|----|----|----|
| SM | | | | |
| MP | | | | |
| SS/A | | | | |
| SE | | | | |
| Si/Ai | | | | |

補助療法の種類についてお聞きします。【複数選択可】 * [2-1で「行っている」を選択された場合は必須]

化学療法 放射線療法 化学放射線療法 その他 (_____)

上記ご選択頂いた補助療法の内容（レジメン）について具体的に記載してください。 *上記を選択した場合必須

- a. 化学療法：(_____)
- b. 放射線療法：(_____)
- c. 化学放射線療法：(_____)
- d. その他：(_____)

術前補助療法の効果によって側方郭清を省略する場合がありますか。【どれか一つ選択】 * [2-1で「行っている」を選択された場合は必須]

- ある
- ない

2-2 術中補助療法についてお聞きします。

術中補助療法を行っていますか。 * [どれか一つ選択]

- 行っている
- 行っていない

※術中補助療法を行っていると答え頂いた方は以下の質問にお答えください。

どのような症例に行われていますか。 * [2-2で「行っている」を選択された場合は必須]

(_____)

補助療法の内容（レジメン）について具体的に記載してください。 * [2-2で「行っている」を選択された場合は必須]

(_____)

2-3 術後補助療法についてお聞きします。

術後補助療法を行っていますか。 * [どれか一つ選択]

- 行っている
- 行っていない

※術後補助療法を行っていると答え頂いた方は以下の質問にお答えください。

術前補助療法を行わなかった場合（p-Stage） * [2-3で「行っている」を選択された場合は必須]

どのような術後 Stage の症例に行われていますか。【複数選択可】

- p-Stage I p-Stage II p-Stage III

Stage でお答えにくい場合は、T 因子 N 因子でお答えください。

| | N0 | N1 | N2 | N3 |
|-------|----|----|----|----|
| SM | | | | |
| MP | | | | |
| SS/A | | | | |
| SE | | | | |
| Si/Ai | | | | |

術前補助療法を行った場合 (yp-Stage) * [2-3で「行っている」を選択された場合は必須]

どのような術後 Stage の症例に行われていますか。【複数選択可】

yp-Stage 0 yp-Stage I yp-Stage II yp-Stage III

Stage でお答えにくい場合は、T 因子 N 因子でお答えください。

| | N0 | N1 | N2 | N3 |
|--------|----|----|----|----|
| ypM | | | | |
| ypM N0 | | | | |
| ypM N1 | | | | |
| ypM N2 | | | | |

補助療法の種類についてお聞きします。* [2-3で「行っている」を選択された場合は必須]

化学療法 放射線療法 化学放射線療法 その他 (_____)

上記ご選択頂いた補助療法の内容 (レジメン) について具体的に記載してください。*上記選択された場合必須

- a. 化学療法 : (_____)
b. 放射線療法 : (_____)
c. 化学放射線療法 : (_____)
d. その他 : (_____)

術後補助療法の期間について具体的に記載してください。(_____) ヶ月 * [2-3で「行っている」を選択された場合は必須]

※整数でご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

このアンケートに関するお問い合わせ先 :

国立がん研究センター東病院臨床開発センター臨床腫瘍病理分野 小嶋基寛, 落合淳志

mokojima@east.ncc.go.jp

国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科 九嶋亮治

rkushima@ncc.go.jp