

2025年11月14日(金)

要望演題

2025年11月14日(金) 8:30～9:25 第4会場

[R1] 要望演題 1 痔核手術における複合的アプローチ

座長：寺田 俊明(医療法人社団俊和会寺田病院大腸肛門科), 畑 嘉高(畑肛門医院)

[R1-1]

痔核に対する結紮切除術を中心とした複合的アプローチ

竹中 雄也, 渡部 晃大, 内海 昌子, 久能 英法, 三宅 祐一朗, 小野 朋二郎, 相馬 大人, 安田 潤, 齋藤 徹, 根津 理一郎, 弓場 健義 (大阪中央病院外科)

[R1-2]

痔核に対するALTA with mucopexyの成績

角田 明良 (安房地域医療センター外科)

[R1-3]

痔核の手術における針の工夫

谷村 修, 荒木 靖三, 別府 理智子, 平瀬 りさこ (福西会病院大腸肛門科)

[R1-4]

内痔核に対する新たな治療法としてのESDの可能性

網岡 祐生¹, 田中 秀典^{1,2}, 田丸 弓弦², 朝山 直樹², 河野 友彦², 桑井 寿雄², 平賀 裕子², 永田 信二², 國弘 真己², 岡 志郎^{1,2}
(1.広島大学病院消化器内科, 2.広島消化管内視鏡リサーチグループ)

[R1-5]

産婦人科医による痔核治療の手技と治療成績

森本 翔太 (エム産婦人科外科クリニック)

[R1-6]

肛門疾患における自己撮影の有用性と課題 ～自身の経験を通じた撮影の工夫と提案～

那須 聡果 (ウィメンズクリニック浦和)

要望演題

2025年11月14日(金) 9:25 ~ 10:25 第4会場

[R2] 要望演題 2 症例報告：稀な大腸疾患

座長：小池 淳一(辻仲病院柏の葉消化器外科), 諏訪 宏和(横須賀共済病院外科)

[R2-1]

淡明細胞型腎細胞癌に腫瘍内転移をきたした上行結腸癌の1例

豊福 篤志, 櫻井 晶子, 伊波 悠吾, 本田 晋策, 村山 良太, 北原 光太郎, 黒田 宏昭, 崎田 健一, 永田 直幹 (北九州総合病院)

[R2-2]

上行結腸狭窄を呈し急速な経過を辿ったGroove腺癌の1例

塩崎 翔平^{1,3}, 小野 紘輔², 倉吉 学², 中原 雅浩² (1.JA吉田総合病院外科, 2.JA尾道総合病院外科, 3.広島大学消化器・移植外科)

[R2-3]

狭窄を伴うS状結腸転移を示した乳腺浸潤性小葉癌の1例

山本 匠^{1,2}, 福長 洋介¹, 北川 祐資¹, 三木 弥範¹, 上原 広樹², 井 翔一郎², 山田 典和², 五十嵐 優人², 萩原 千恵², 小林 壽範², 森 至弘², 渡邊 純² (1.関西医科大学総合医療センター, 2.関西医科大学附属病院)

[R2-4]

当院におけるHIV感染合併肛門扁平上皮癌7例の検討

宇野 泰朗, 服部 正嗣, 羽田 拓史, 袴田 紘史, 梅村 卓磨, 田中 健太, 富永 奈沙, 田嶋 久子, 多代 充, 末永 雅也, 小寺 泰弘 (国立病院機構名古屋医療センター)

[R2-5]

潰瘍性大腸炎根治術後の難治性回腸嚢瘻より生じた回腸嚢癌の1例

志村 匡信¹, 大北 喜基¹, 北嶋 貴仁^{1,2}, 家城 英治¹, 畠村 麻生¹, 天白 成¹, 山下 真司¹, 今岡 裕基¹, 川村 幹雄¹, 奥川 喜永^{1,2}, 浦谷 亮¹, 市川 崇^{1,3}, 安田 裕美¹, 吉山 繁幸¹, 小林 美奈子^{1,3}, 大井 正貴¹, 湯浅 博登⁴, 今井 裕⁴, 問山 裕二¹ (1.三重大学大学院医学系研究科消化管小児外科学, 2.三重大学医学部附属病院ゲノム診療科, 3.三重大学大学院医学系研究科先端的外科技術開発学, 4.三重大学医学部附属病院病理診断科)

[R2-6]

大腸狭窄と大腸穿孔で診断された2例のEpstein-Barr virus陽性mucocutaneous ulcer(EBV-MCU)の報告

嶋田 通明, 森川 充洋, 五井 孝憲 (福井大学第一外科)

[R2-7]

大腸疾患における形成外科とのコラボレーション手術、8症例の経験

吉満 政義, 澤田 紘幸, 中野 敢友, 谷口 文崇, 荒谷 滉亮, 川内 真, 井上 貴裕, 荒木 悠太郎, 濱崎 友洋, 山口 真治, 加藤 大貴, 吉本 匡志, 真島 宏聡, 桂 佑貴, 石田 道弘, 佐藤 太祐, 吉田 龍一, 丁田 泰宏, 白川 靖博, 松川 啓義 (広島市立広島市民病院外科)

要望演題

2025年11月14日(金) 10:25 ~ 11:15 第4会場

[R3] 要望演題 3 痔核術後合併症

座長：樽見 研(札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック肛門外科), 鉢呂 芳一(くにもと病院肛門外科)

[R3-1]

出血性痔核治療 1 週間後に多発性肝膿瘍を来した 1 例

高嶋 吉浩, 斎藤 健一郎, 宗本 義則 (福井県済生会病院外科)

[R3-2]

痔核術後合併症における創部感染の検討

小菅 経子, 佐井 佳世, 米本 昇平, 酒井 悠, 松島 小百合, 鈴木 佳透, 紅谷 鮎美, 大島 隆一, 松村 奈緒美, 河野 洋一, 宋 江楓, 下島 裕寛, 岡本 康介, 國場 幸均, 宮島 伸宜, 黒水 丈次, 松島 誠 (松島病院大腸肛門病センター)

[R3-3]

肛門手術後排尿障害における回復遅延因子の検討

宮原 悠三¹, 有田 宗史¹, 下地 信¹, 山田 恭子², 東 博¹ (1.宇都宮肛門・胃腸クリニック, 2.山田医院)

[R3-4]

ALTA療法後の再発痔核に対して当院で施行した結紮切除術の検討

渡部 晃大, 小野 朋二郎, 内海 昌子, 竹中 雄也, 久能 英法, 三宅 祐一朗, 安田 潤, 相馬 大人, 弓場 健義, 根津 理一郎, 齋藤 徹 (大阪中央病院外科)

[R3-5]

痔核術後合併症の検討 — 11,222例の解析 —

坪本 敦子, 指山 浩志, 堤 修, 黒崎 剛史, 城後 友望子, 鈴木 綾, 高野 竜太郎, 川西 輝貴, 中山 洋, 安田 卓, 小池 淳一, 浜畑 幸弘 (辻仲病院柏の葉大腸肛門外科)

要望演題

2025年11月14日(金) 8:30 ~ 9:20 第6会場

[R4] 要望演題 4 直腸脱の低侵襲手術

座長：國場 幸均(松島病院大腸肛門病センター), 岡本 亮(医療法人信和会明和病院)

[R4-1]

当科における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸後方メッシュ固定術の成績

藤井 敏之, 裕 彰一, 北原 正博, 木原 ひまわり (周南記念病院消化器病センター外科)

[R4-2]

直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の短期・中期成績

大島 隆一¹, 國場 幸均², 宮島 伸宜², 松島 小百合², 紅谷 鮎美², 佐井 佳世², 米本 昇平², 酒井 悠², 鈴木 佳透², 小菅 経子², 松村 奈緒美², 河野 洋一², 宋 江楓², 下島 裕寛², 岡本 康介², 黒水 丈次², 松島 誠², 四万村 司¹, 民上 真也³ (1.川崎市立多摩病院消化器・一般外科, 2.松島病院大腸肛門病センター肛門科, 3.聖マリアンナ医科大学病院消化器・一般外科)

[R4-3]

腹腔鏡下直腸前方固定術+仙骨膣固定術(LVR+LSC)の手術成績

鈴木 優之^{1,2}, 浜畑 幸弘¹, 鈴木 綾¹, 赤木 一成¹ (1.辻仲病院柏の葉大腸肛門科, 2.前田病院)

[R4-4]

直腸脱に対する腹腔鏡下直腸つり上げ固定手術の低侵襲化の工夫と治療成績

梅谷 直亨, 田村 徳康, 寺西 宣央, 代永 和秀, 箱崎 智樹, 園田 寛道 (河北総合病院消化器一般外科)

[R4-5]

骨盤臓器脱を合併する直腸脱への当院の治療戦略

松木 豪志¹, 岡本 亮¹, 一瀬 規子¹, 古出 隆大², 中島 隆善², 仲本 嘉彦², 柳 秀憲² (1.明和病院骨盤底臓器脱センター, 2.明和病院外科)

[R4-6]

Laparoscopic Ventral Rectopexy 術後の骨盤底の変化-経会陰超音波による検討

加藤 健宏, 高橋 知子, 草薙 洋, 宮崎 彰成, 本城 弘貴, 青木 沙弥佳 (亀田総合病院)

要望演題

■ 2025年11月14日(金) 9:20～10:10 ■ 第6会場

[R5] 要望演題 5 閉塞性大腸癌の治療1

座長：斉田 芳久(東邦大学医療センター大橋病院外科), 藤井 正一(湘南鎌倉総合病院外科)

[R5-1]

閉塞性大腸癌に対する周術期アプローチの変遷と治療成績改善に関する検討

日吉 雅也, 鈴木 真美, 深井 隆弘, 長谷川 由衣, 寺井 恵美, 木谷 嘉孝, 浦辺 雅之, 森園 剛樹, 渡辺 俊之, 橋口 陽二郎 (大森赤十字病院外科)

[R5-2]

当院での閉塞性結腸癌に対するSEMS留置の短期的および長期的成績

多加喜 航, 松本 辰也, 藤木 博, 小泉 範明 (明石市立市民病院外科)

[R5-3]

内視鏡通過不能右側結腸癌における術前SEMS留置の有用性と短期・中期成績に関する検討

北村 洋¹, 辻仲 眞康¹, 三浦 智也¹, 初沢 悠人¹, 山家 研一郎², 澤田 健太郎¹, 桜井 博仁², 三田村 篤¹, 日景 允¹, 高見 一弘², 近藤 典子², 山本 久仁治², 中野 徹¹, 片寄 友², 柴田 近¹ (1.東北医科薬科大学病院消化器外科, 2.東北医科薬科大学病院肝胆膵外科)

[R5-4]

閉塞性大腸癌に対する術前ステント留置（Bridge to Surgery：BTS）症例の術後合併症発生リスク因子の検討

矢那瀬 拓哉¹, 吉敷 智和¹, 麻生 喜祥¹, 飯岡 愛子¹, 若松 喬¹, 本多 五奉¹, 片岡 功², 磯部 聡史¹, 代田 利弥¹, 中山 快貴¹, 後藤 充希¹, 須並 英二¹ (1.杏林大学医学部付属病院下部消化管外科, 2.杏林大学医学部付属杉並病院消化器・一般外科)

[R5-5]

閉塞性大腸癌に対するBridge to Surgery（BTS）の長期成績と再発様式の検討

久戸瀬 洋三, 河本 知樹, 廣部 雅臣, 真鍋 裕宇, 福田 雄介, 大竹 弘泰, 實近 侑亮, 加藤 弘記, 細田 洋平, 金 浩敏, 土屋 康紀, 西 敏夫, 小川 淳宏, 森 琢児, 丹羽 英記, 小川 稔 (多根総合病院外科)

[R5-6]

大腸癌化学療法中のステント治療は安全性か？

花畑 憲洋¹, 五十嵐 昌平^{1,2}, 高 昌良^{1,2}, 前田 高人^{1,2}, 福德 友香理^{1,2}, 菊池 諒^{1,2}, 島谷 孝司^{1,2}, 沼尾 宏¹, 村田 暁彦³, 棟方正樹¹ (1.青森県立中央病院消化器内科, 2.弘前大学大学院医学研究科消化器血液内科学講座, 3.青森県立中央病院外科)

要望演題

■ 2025年11月14日(金) 10:10 ~ 11:00 ■ 第6会場

[R6] 要望演題 6 閉塞性大腸癌の治療2

座長：宮倉 安幸(栃木県立がんセンター大腸骨盤外科、がん予防・遺伝カウンセリング科), 落合 大樹(帝京大学医学部外科学講座)

[R6-1]

閉塞性大腸癌に対する治療戦略

島田 麻里, 綿貫 誠也, 吉川 琢馬, 高橋 環, 吉川 侑吾, 大江 準也, 片野 薫, 岩城 吉孝, 美並 輝也, 金本 斐子, 奥田 俊之, 前田 一也, 宮永 太門, 二宮 致, 道傳 研司 (福井県立病院外科)

[R6-2]

閉塞性大腸癌に対する当院での治療戦略と課題

腰野 蔵人, 前田 文, 谷 公孝, 番場 嘉子, 金子 由香, 二木 了, 小川 真平, 山口 茂樹 (東京女子医科大学病院消化器・一般外科)

[R6-3]

閉塞性大腸癌の予後因子の検討

古屋 一茂, 渡邊 英樹 (山梨県立中央病院消化器外科)

[R6-4]

StageⅣ閉塞性大腸癌の減圧における治療戦略

藤田 悠司, 小川 聡一郎, 栗生 宜明, 大辻 英吾 (京都第一赤十字病院消化器外科)

[R6-5]

StageⅣ閉塞性大腸癌の治療方針と成績

笠島 浩行, 下國 達志, 三國 夢人 (市立函館病院消化器外科)

[R6-6]

切除不能遠隔転移を有する閉塞性大腸癌の治療方針の検討

香中 伸太郎, 山田 岳史, 上原 圭, 進士 誠一, 松田 明久, 横山 康行, 高橋 吾郎, 岩井 拓磨, 宮坂 俊光, 林 光希, 松井 隆典, 吉田 寛 (日本医科大学付属病院消化器外科)

要望演題

■ 2025年11月14日(金) 8:30 ~ 9:20 ■ 第9会場

[R7] 要望演題 7 高齢者大腸癌の治療1

座長：中原 雅浩(JA尾道総合病院外科・内視鏡外科), 安井 昌義(関西労災病院下部消化器外科)

[R7-1]

高齢者大腸癌手術患者の治療方針と術後成績

植田 吉宣, 齊藤 修治, 宮島 綾子, 佐々木 一憲, 江間 玲, 平山 亮一, 大塚 亮, 白井 孝之 (横浜新緑総合病院)

[R7-2]

ASA-PS3以上の高齢者に対する大腸癌手術の治療成績

田中 宗伸¹, 田 鍾寛¹, 小金井 雄太¹, 紫葉 裕介², 工藤 孝迪², 大矢 浩貴¹, 鳥谷 健一郎³, 藤原 淑恵¹, 前橋 学², 森 康一², 諏訪 雄亮², 小澤 真由美², 諏訪 宏和⁴, 船津屋 拓人¹, 大坊 侑⁴, 渡邊 純⁵, 遠藤 格¹ (1.横浜市立大学消化器腫瘍外科学, 2.横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科, 3.横浜市立大学附属市民総合医療センター炎症性腸疾患センター, 4.横須賀共済病院外科, 5.関西医科大学下部消化管外科学講座)

[R7-3]

90歳以上の超高齢者に対する大腸癌切除症例の短期成績

小林 成行, 武田 正, 吉田 亮介, 葉山 牧夫, 宇野 太, 河合 央, 山下 和城, 石崎 雅浩 (岡山労災病院外科)

[R7-4]

90歳以上の超高齢者における大腸癌手術治療の検討

益永 あかり, 岡 詠吾, 野坂 未公音, 佐藤 真歩, 大倉 友博, 鳩野 みなみ, 小川 俊博, 堀 直人, 渡邊 めぐみ, 荒田 尚, 勝田 浩, 田中屋 宏爾, 青木 秀樹 (国立病院機構岩国医療センター)

[R7-5]

高齢者大腸癌患者に対するロボット支援直腸切除術の短期治療成績

加藤 伸弥, 西沢 佑次郎, 橋本 雅弘, 森本 祥悠, 畑 泰司, 横内 隆, 広田 将司, 古川 健太, 宮崎 安弘, 友國 晃, 本告 正明, 藤谷 和正 (大阪急性期・総合医療センター消化器外科)

[R7-6]

術後入院期間から見た後期高齢者に対する大腸切除術の現状

田中 慶太郎, 大住 渉, 駕田 修史, 堀口 晃平, 山川 拓也, 川口 佳奈子, 矢子 昌美 (市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科)

要望演題

■ 2025年11月14日(金) 9:20 ~ 10:10 ■ 第9会場

[R8] 要望演題 8 高齢者大腸癌の治療2

座長：野澤 慶次郎(帝京大学医学部付属病院・外科), 宮本 裕士(熊本大学病院消化器外科)

[R8-1]

当院における高齢者大腸癌手術症例の検討

佐々木 恵, 江澤 瞭, 松永 史穂, 坂野 正佳, 山下 大和, 田澤 美也子, 石井 武, 海藤 章郎, 光法 雄介, 伊東 浩次 (土浦協同病院消化器外科)

[R8-2]

当院における高齢者pStageII, III大腸癌に対する治療成績の検討

白石 謙介, 古屋 信二, 樋口 雄大, 松岡 宏一, 高橋 和徳, 出雲 渉, 齊藤 亮, 丸山 傑, 庄田 勝俊, 河口 賀彦, 雨宮 秀武, 川井 田 博允, 市川 大輔 (山梨大学医学部外科学講座第1教室)

[R8-3]

高齢者pStageIII大腸癌患者に対する術後補助化学療法 of の検討

小金井 雄太¹, 田 鍾寛¹, 山本 峻也², 柴葉 裕介³, 田中 宗伸¹, 工藤 孝迪³, 大矢 浩貴¹, 前橋 学³, 鳥谷 建一郎², 藤原 淑恵¹, 森 康一³, 諏訪 雄亮³, 小澤 真由美³, 諏訪 宏和⁴, 渡邊 純^{3,5}, 遠藤 格¹ (1.横浜市立大学消化器・腫瘍外科学, 2.横浜市立大学附属市民総合医療センター炎症性腸疾患センター, 3.横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科, 4.横須賀共済病院外科, 5.関西医科大学下部消化管外科学講座)

[R8-4]

80歳以上の大腸癌手術症例における他臓器合併切除の検討

近藤 宏佳, 大塚 英男, 宮崎 遼, 柳橋 進, 宅間 邦雄, 森田 泰弘 (東京都立多摩総合医療センター)

[R8-5]

高齢者に対する他臓器合併切除を要するcT4b結腸癌に対する腹腔鏡下手術の短期・長期成績についての検討

武田 泰裕, 小菅 誠, 後藤 圭佑, 月原 秀, 鎌田 哲平, 阿部 正, 高野 靖大, 大熊 誠尚, 衛藤 謙 (東京慈恵会医科大学外科学講座消化管外科)

[R8-6]

高齢ハイリスク大腸癌患者の当院における手術治療成績

中西 彬人, 石山 泰寛, 藤井 能嗣, 林 久志, 西 雄介, 皆川 結明, 芥田 莊平, 梶田 浩文, 平沼 知加志, 平能 康充 (埼玉医科大学国際医療センター消化器外科)

要望演題

2025年11月14日(金) 10:10 ~ 11:10 第9会場

[R9] 要望演題 9 高齢者大腸癌の治療3

座長：塩澤 学(神奈川県立がんセンター消化器外科), 肥田 侯矢(京都大学消化管外科)

[R9-1]

75歳以上の術前リンパ節転移陽性大腸癌患者におけるリンパ節郭清範囲の検討

岩瀬 友哉¹, 阪田 麻裕¹, 杉原 守¹, 高木 徹¹, 立田 協太¹, 杉山 洸裕¹, 赤井 俊也¹, 深澤 貴子², 竹内 裕也¹ (1.浜松医科大学附属病院外科学第二講座, 2.磐田市立総合病院外科)

[R9-2]

大腸癌手術において80歳以上高齢者は術後在院期間延長の危険因子になるか

小山 基, 北村 謙太, 中村 公彦, 諏訪 達志 (柏厚生総合病院消化器外科)

[R9-3]

高齢者大腸癌手術症例において”change frail”が予後に与える影響

岩本 博光, 松田 健司, 田村 耕一, 三谷 泰之, 中村 有貴, 堀 雄哉, 下村 和輝, 上田 勝也, 阪中 俊博, 田宮 雅人, 兵 貴彦, 川井 学 (和歌山県立医科大学第2外科)

[R9-4]

85歳以上大腸癌患者における低骨格筋量と術後成績の検討

阿部 真也^{1,2}, 野澤 宏彰¹, 佐々木 和人¹, 室野 浩司¹, 江本 成伸¹, 横山 雄一郎¹, 永井 雄三¹, 原田 有三¹, 品川 貴秀¹, 舘川 裕一¹, 岡田 聡¹, 白鳥 広志¹, 石原 聡一郎¹ (1.東京大学腫瘍外科, 2.同愛記念病院)

[R9-5]

大腸癌細胞におけるAngiopoietin-like protein 2発現と他疾患死の関連

堀野 大智^{1,2}, 堀口 晴紀², 門松 毅², 秋山 貴彦¹, 有馬 浩太¹, 小川 克大¹, 日吉 幸晴¹, 宮本 裕士¹, 岩槻 政晃¹, 尾池 雄一² (1.熊本大学大学院消化器外科学, 2.熊本大学大学院分子遺伝学)

[R9-6]

大腸癌診療における三浦市立病院の役割について

澤崎 翔¹, 和田 博雄¹, 大倉 拓¹, 内山 護², 渥美 陽介², 加藤 綾², 風間 慶祐², 沼田 幸司³, 沼田 正勝³, 湯川 寛夫², 齋藤 綾², 小澤 幸弘¹ (1.三浦市立病院外科, 2.横浜市立大学外科治療学, 3.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)

[R9-7]

大腸癌におけるクリニカルパスを用いた周術期管理の安全性と入院医療費の検討

塚本 史雄, 林 祐美子, 中田 豊, 岩田 乃理子, 遠藤 晴久, 荻谷 一男, 中島 康晃, 高橋 定男 (江戸川病院外科)

要望演題

2025年11月14日(金) 13:30 ~ 14:30 第4会場

[R10] 要望演題 10 LARS

座長：小山 文一(奈良県立医科大学消化器・総合外科), 清水 浩紀(京都府立医科大学消化器外科)

[R10-1]

直腸がんにおけるLow Anterior Resection Syndromeの発症予測因子と直腸肛門内圧との関連についての検討

林 理絵^{1,2}, 三吉 範克^{1,2}, 藤野 志季², 関戸 悠紀¹, 竹田 充伸¹, 波多 豪¹, 浜部 敦史¹, 荻野 崇之¹, 植村 守¹, 土岐 祐一郎¹, 江口 英利¹ (1.大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学, 2.大阪国際がんセンターがん医療創生部)

[R10-2]

当科での直腸切除術後における低位前方切除後症候群（LARS）増悪リスク因子および直腸肛門内圧の検討

松本 圭太, 大熊 祐輔, 鷹羽 律紀, 横山 亜也奈, 横井 亮磨, 水谷 千佳, 浅井 竜一, 田島 ジェシー雄, 藤林 勢世, 近石 和花, 三井 範基, 洞口 岳, 畑中 勇治, 深田 真宏, 安福 至, 佐藤 悠太, 田中 善宏, 村瀬 勝俊, 松橋 延壽 (岐阜大学医学部附属病院消化器外科)

[R10-3]

直腸癌術後の長期的排便機能障害の後方視的検討

南原 翔^{1,2}, 松井 信平¹, 野口 竜剛¹, 坂本 貴志¹, 向井 俊貴¹, 山口 智弘¹, 秋吉 高志¹ (1.がん研究会有明病院大腸外科, 2.九州大学病院消化器・総合外科)

[R10-4]

低位前方切除後症候群に対する薬物療法の効果に関する検討

本間 祐子, 味村 俊樹, 太田 学, 松本 理沙, 利府 数馬, 熊谷 祐子, 伊藤 誉, 鯉沼 広治, 山口 博紀 (自治医科大学消化器一般移植外科)

[R10-5]

当科における直腸癌経肛門吻合術後に対する経肛門洗腸（transanal irrigation：TAI）の検討

甲田 貴丸^{1,2}, 船橋 公彦^{1,3}, 牛込 充則¹, 金子 奉暁¹, 鏡 哲¹, 鈴木 孝之¹, 長嶋 康雄¹, 三浦 康之¹, 渡邊 健太郎¹, 的場 周一郎¹ (1.東邦大学医療センター大森病院消化器外科, 2.甲田医院, 3.横浜総合病院消化器外科)

[R10-6]

術前から開始するLARS診療の有用性と課題：地域連携による包括的介入の後方視的検討

秋月 恵美^{1,2}, 奥谷 浩一², 豊田 真帆², 岡本 行平², 石井 雅之², 佐藤 綾¹, 鈴木 崇史¹, 西尾 昭彦¹, 石山 勇司¹, 石山 元太郎¹ (1.札幌いしやま病院, 2.札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野)

[R10-7]

YouTubeを用いた低位前方切除後症候群（LARS）に関する情報提供の取り組み

榎本 浩也¹, 佐藤 正美², 秋月 恵美³, 仕垣 隆浩⁴, 磯上 由美⁵ (1.国際医療福祉大学病院消化器外科, 2.東京慈恵会医科大学医学部看護学科, 3.札幌医科大学消化器・総合、乳腺・内分泌外科学講座/札幌いしやま病院, 4.久留米大学医学部外科講座, 5.フリーランス皮膚・排泄ケア認定看護師)

要望演題

2025年11月14日(金) 14:30 ~ 15:20 第4会場

[R11] 要望演題 11 大腸穿孔症例の治療

座長：石塚 満(獨協医科大学下部消化管外科), 上田 和毅(近畿大学医学部外科)

[R11-1]

当院における大腸憩室穿孔に対する手術適応、術式および治療成績に関する検討

熊野 健二郎, 三谷 嘉史, 島原 実理, 延永 裕太, 赤井 正明, 杭瀬 崇, 丸山 昌伸, 松村 年久, 山野 寿久, 高木 章司, 池田 英二 (岡山赤十字病院消化器外科)

[R11-2]

大腸憩室炎に対する手術治療のベストプラティスを考える

近藤 圭策, 天上 俊之, 河合 功, 波多邊 繁, 杉 朋樹, 中田 英二 (鳳胃腸病院外科)

[R11-3]

大腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対する腹腔鏡下手術の検討

本庄 優衣, 虫明 寛行, 澤井 悠樹, 福田 桃子, 村田 光隆, 小林 圭, 朱 美和, 平井 公也, 笠原 康平, 有坂 早香, 土田 知史, 上田 倫夫, 長谷川 誠司 (済生会横浜市南部病院外科)

[R11-4]

大腸憩室に伴うS状結腸膀胱瘻に対する手術治療成績

諏訪 宏和¹, 大坊 侑¹, 田 鐘寛³, 諏訪 雄亮², 小澤 真由美², 大田 洋平¹, 野尻 和典¹, 小野 秀高¹, 吉田 謙一¹, 熊本 宜文¹ (1. 横須賀共済病院外科, 2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科, 3. 横浜市立大学消化器・腫瘍外科学)

[R11-5]

当科における膀胱瘻合併大腸憩室炎手術の変遷

原田 岳, 川村 崇文, 諫見 恵理, 小山 夏樹, 一瀬 健太, 河西 怜, 井田 進也, 大菊 正人, 田村 浩章, 稲葉 圭介, 落合 秀人 (浜松医療センター消化器外科)

[R11-6]

下部消化管穿孔性腹膜炎に対する開腹ハルトマン手術後のハルトマンリバーサル手術の検討

上嶋 徳¹, 大塚 幸喜², 隈本 力¹, 松本 航一¹, 川瀬 貴久¹, 近石 裕子¹, 辻村 和紀¹, 谷口 寛子¹, 小林 陽介¹, 稲熊 岳¹, 大村 悠介¹, 廣 純一郎¹, 升森 宏次¹ (1. 藤田医科大学医学部総合消化器外科, 2. 藤田医科大学先端ロボット・内視鏡手術学)

要望演題

■ 2025年11月14日(金) 15:20～16:15 ■ 第4会場

[R12] 要望演題 12 直腸脱の治療

座長：高橋 知子(亀田総合病院消化器外科), 相川 佳子(Aicoレディースクリニック)

[R12-1]

当院における経会陰的直腸脱手術Delorme法の手技と治療成績の検討

三宅 祐一朗, 小野 朋二郎, 齋藤 徹, 渡部 晃大, 内海 昌子, 久能 英法, 竹中 雄也, 相馬 大人, 安田 潤, 弓場 健義, 根津 理一郎 (大阪中央病院外科)

[R12-2]

直腸脱に対する腹腔鏡下Wells変法直腸固定術

和田 聡朗, 北堀 魁常, 立津 捷斗, 高木 秀和, 中右 雅之, 宇山 直樹 (岸和田市民病院外科)

[R12-3]

当院における直腸脱治療の比較

藤森 正彦¹, 中塚 博文², 先本 秀人², 小川 尚之² (1.呉市医師会病院大腸肛門病センター大腸・肛門外科, 2.呉市医師会病院大腸肛門病センター外科)

[R12-4]

手術成績からみた直腸脱術式の検討

緒方 俊二, 鮫島 隆志, 鮫島 加奈子, 江藤 忠明, 長友 俊郎, 山元 由美子, 山下 芳恵, 前田 裕之, 吉元 崇文 (潤愛会鮫島病院)

[R12-5]

骨盤臓器脱を伴う完全直腸脱に対する腹腔鏡下手術

相馬 大人, 弓場 健義, 安田 潤, 渡部 晃大, 内海 昌子, 竹中 雄也, 久能 英法, 三宅 祐一朗, 小野 朋二郎, 齋藤 徹, 根津 理一郎 (大阪中央病院)

[R12-6]

腹腔鏡下直腸固定術後に脊椎椎間板炎を発症した5例

三浦 康之¹, 栗原 聡元², 木村 駿悟¹, 渡邊 健太郎¹, 小柳 地洋¹, 吉田 公彦¹, 甲田 貴丸¹, 長嶋 康雄¹, 鈴木 孝之¹, 鏡 哲¹, 金子 奉暁¹, 牛込 充則¹, 船橋 公彦³, 的場 周一郎¹ (1.東邦大学医療センター大森病院一般・消化器外科, 2.汐田総合病院外科, 3.横浜総合病院消化器外科)

要望演題

2025年11月14日(金) 13:30 ~ 14:30 第9会場

[R13] 要望演題 13 経肛門・経会陰アプローチの幅広い応用

座長：沖田 憲司(小樽掖済会病院外科), 塚田 祐一郎(国立がん研究センター東病院大腸外科)

[R13-1]

経会陰アプローチを併用した骨盤内臓全摘術・前立腺合併切除術

石井 雅之^{1,2}, 豊田 真帆², 藤野 紘貴², 岡本 行平², 奥谷 浩一² (1.東札幌病院, 2.札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野)

[R13-2]

他臓器合併切除を要する進行・再発大腸癌に対する経肛門・経会陰的アプローチの短期成績

寺村 紘一, 大川 裕貴, 関谷 翔, 宮坂 衛, 櫛引 敏寛, 才川 大介, 鈴木 善法, 川原田 陽, 北城 秀司, 奥芝 俊一 (斗南病院外科)

[R13-3]

経会陰内視鏡アプローチを併用した腹腔鏡下骨盤内臓摘除術の手技と治療成績

神馬 真里奈, 向井 俊貴, 野口 竜剛, 坂本 貴志, 松井 信平, 山口 智弘, 秋吉 高志 (がん研究会有明病院大腸外科)

[R13-4]

直腸GISTに対する低侵襲手術の治療成績

日吉 幸晴, 山下 晃平, 有馬 浩太, 小澄 敬祐, 原田 和人, 江藤 弘二郎, 井田 智, 宮本 裕士, 岩槻 政晃 (熊本大学大学院消化器外科学)

[R13-5]

下部直腸癌に対する肛門操作先行手技の腫瘍学的成績

鏡 哲, 木村 駿吾, 小柳 地洋, 渡邊 健太郎, 三浦 康之, 甲田 貴丸, 鈴木 孝之, 金子 奉暁, 牛込 充則, 的場 周一郎, 大塚 由一郎 (東邦大学医療センター大森病院一般・消化器外科)

[R13-6]

傾向スコアマッチングを用いた当科におけるtaTME併用腹腔鏡下直腸切除術の検討

大和 美寿々, 石山 泰寛, 芥田 壮平, 皆川 結明, 中西 彬人, 林 久志, 藤井 能嗣, 岡崎 直人, 平沼 知加志, 平能 康充 (埼玉医科大学国際医療センター消化器外科)

[R13-7]

当科における傍仙骨アプローチ手術20例の検討

梅田 晋一, 中山 吾郎, 岸田 貴喜, 服部 憲史, 村田 悠記, 小倉 淳司, 清水 大, 田中 千恵, 神田 光郎 (名古屋大学医学部消化器腫瘍外科)

要望演題

2025年11月14日(金) 14:30 ~ 15:20 第9会場

[R14] 要望演題 14 予後因子

座長：小森 康司(愛知県がんセンター消化器外科部), 山田 岳史(日本医科大学)

[R14-1]

大腸癌切除例におけるDダイマーとCEAを組み合わせたスコアCDCSの予後予測因子としての有用性

中川 和也, 太田 絵美, 駿馬 悠介, 本田 祥子, 伊藤 慧, 増田 太郎, 山岸 茂 (藤沢市民病院外科)

[R14-2]

大腸癌患者における SII-CAR scoreの予後予測マーカーとしての検討

北嶋 貴仁^{1,2}, 奥川 喜永^{1,2}, 家城 英治², 嵩村 麻生², 佐藤 友紀², 山下 真司², 市川 崇³, 長野 由佳², 浦谷 亮², 今岡 裕基², 志村 匡信², 川村 幹雄², 松下 航平², 安田 裕美², 小池 勇樹², 大北 喜基², 吉山 繁幸², 大井 正貴², 小林 美奈子³, 間山 裕二² (1.三重大学医学部附属病院ゲノム医療部, 2.三重大学医学部大学院消化管・小児外科学, 3.三重大学医学部大学院先端的外科技術開発学)

[R14-3]

大腸癌患者におけるCachexia Indexの予後予測能の評価

丹田 秀樹¹, 渋谷 雅常¹, 月田 智也¹, 内藤 信裕¹, 大森 威来¹, 福井 康弘¹, 田中 章博¹, 小澤 慎太郎¹, 西山 毅¹, 米光 健¹, 関由季¹, 黒田 顕慈¹, 笠島 裕明¹, 福岡 達成², 前田 清¹ (1.大阪公立大学医学研究科消化器外科学, 2.大阪市立総合医療センター)

[R14-4]

大腸癌患者における血清腫瘍マーカーに関する発生学的左右差

安藤 陽平, 宮崎 真里奈, 堀田 千恵子, 武居 晋, 真鍋 達也, 能城 浩和 (佐賀大学医学部一般・消化器外科)

[R14-5]

リンパ節転移分布が結腸癌の予後に与える影響

八尾 健太¹, 笠井 俊輔¹, 塩見 明生¹, 眞部 祥一¹, 田中 佑典¹, 小嶋 忠浩¹, 井垣 尊弘¹, 森 千浩¹, 石黒 哲史¹, 坂井 義博¹, 高嶋 祐助¹, 谷田部 悠介¹, 辻尾 元¹, 横山 希生人¹, 小林 尚輝¹, 山本 祥馬¹, 畠山 慶一², 山口 建³ (1.静岡県立静岡がんセンター大腸外科, 2.静岡県立静岡がんセンター研究所ゲノム解析研究部, 3.静岡県立静岡がんセンター)

[R14-6]

T2以浅リンパ節転移陽性大腸癌における予後因子の検討

横山 希生人, 笠井 俊輔, 塩見 明生, 眞部 祥一, 田中 佑典, 小嶋 忠浩, 井垣 タカヒロ, 森 千浩, 高嶋 祐助, 坂井 義博, 石黒 哲史, 谷田部 悠介, 辻尾 元, 八尾 健太, 小林 尚樹, 山本 祥馬 (静岡県立静岡がんセンター)

要望演題

2025年11月14日(金) 15:20 ~ 16:20 第9会場

[R15] 要望演題 15 大腸癌の診断と治療

座長：江崎 幹宏(佐賀大学医学部内科学講座消化器内科), 小林 望(国立がん研究センター中央病院検診センター)

[R15-1]

デジタルクローン技術を活用した説明動画システムの使用経験

山本 大輔¹, 菅野 圭¹, 上野 雄平¹, 石林 健一¹, 久保 陽香¹, 齊藤 浩志¹, 道傳 研太¹, 崎村 祐介¹, 林 憲吾¹, 林 沙貴¹, 松井 亮太¹, 齊藤 裕人¹, 辻 敏克¹, 森山 秀樹¹, 木下 淳¹, 稲木 紀幸¹, 渡邊 祐介² (1.金沢大学附属病院消化管外科, 2.金沢大学附属病院, 3.北海道大学病院医療・ヘルスサイエンス研究開発機構)

[R15-2]

Texture解析を用いた大腸隆起性病変の良悪性鑑別における診断法の開発

三浦 良太, 栃木 透, 大平 学, 早野 康一, 丸山 哲郎, 平田 篤史, 藏田 能裕, 柿元 綾乃 (千葉大学大学院医学研究院・先端応用外科学)

[R15-3]

15mm以上の大腸腫瘍に対するUnder water EMRの有効性と安全性の検討—EMRとの比較から—

高雄 暁成, 飯塚 敏郎, 井関 真理, 船曳 隼大, 岡 靖紘, 森口 義亮, 野間 絵梨子, 清水口 涼子, 柴田 理美, 後藤 修 (がん・感染症センター都立駒込病院消化器内科)

[R15-4]

ハサミ型ナイフに熟知した内視鏡医による初学である先端系ナイフを用いた大腸ESDの治療成績

田丸 弓弦¹, 水本 健¹, 関本 慶太郎¹, 安居 みのり¹, 鎌田 大輝¹, 仙波 重亮¹, 中村 一樹², 寺岡 雄吏², 岡崎 彰仁², 畠山 剛¹, 高木 慎太郎², 吉田 成人¹ (1.NHO呉医療センター・中国がんセンター内視鏡内科, 2.NHO呉医療センター・中国がんセンター消化器内科)

[R15-5]

内視鏡治療後追加治療適応の早期直腸癌に対するCRTの経験と検討

杉山 雅彦^{1,2,3,4}, 横溝 玲奈¹, 寺師 宗秀¹, 大西 恵美², 古賀 直道¹, 村木 俊夫³, 冨野 高広², 栗原 健², 笠木 勇太¹, 岩永 彩子¹, 宮坂 光俊³, 木村 和恵¹, 杉町 圭史², 中島 孝彰⁴, 國武 直信⁴, 森田 勝¹ (1.国立病院機構九州がんセンター消化管外科, 2.国立病院機構九州がんセンター肝胆膵外科, 3.国立病院機構九州がんセンター消化管・内視鏡科, 4.国立病院機構九州がんセンター放射線治療科)

[R15-6]

当院での大腸癌内視鏡治療後の追加外科切除症例の検討

郡司掛 勝也, 座主 真衣佳, 一宮 佑輔, 鳥居 真行, 浅川 哲也, 南 宏典, 山口 貴久, 大畠 慶直, 寺井 志郎, 北村 祥貴, 角谷 慎一 (石川県立中央病院消化器外科)

[R15-7]

切除不能進行・再発大腸癌に対するHER2検査運用状況とPER+TRA療法導入実態に関する多施設調査

森 良太¹, 工藤 敏啓², 畑 泰司³, 中田 健⁴, 井上 彬⁵, 三宅 正和⁶, 原口 直紹⁷, 小西 健⁸, 真貝 竜史⁹, 吉岡 慎一¹⁰, 竹田 充伸¹¹, 朴 正勝¹², 池永 雅一¹³, 内藤 敦¹⁴, 荻野 崇之¹¹, 三吉 範克¹¹, 植村 守¹¹, 村田 幸平³, 土岐 祐一郎¹¹, 江口 英利¹¹ (1.大阪国際がんセンター消化器外科, 2.大阪国際がんセンター腫瘍内科, 3.関西労災病院消化器外科, 4.東大阪医療センター消化器外科, 5.大阪急性期・総合医療センター消化器外科, 6.りんくう総合医療センター消化器外科, 7.近畿大学奈良病院消化器外科, 8.川西市立総合医療センター消化器外科, 9.近畿中央病院消化器外科, 10.八尾市立病院消化器外科, 11.大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学, 12.大阪けいさつ病院消化器外科, 13.市立豊中病院消化器外科, 14.堺市立市立総合医療センター消化器外科)

要望演題

■ 2025年11月14日(金) 8:30 ~ 9:25 ■ 第4会場

[R1] 要望演題 1 痔核手術における複合的アプローチ

座長：寺田 俊明(医療法人社団俊和会寺田病院大腸肛門科), 畑 嘉高(畑肛門医院)

[R1-1]

痔核に対する結紮切除術を中心とした複合的アプローチ

竹中 雄也, 渡部 晃大, 内海 昌子, 久能 英法, 三宅 祐一朗, 小野 朋二郎, 相馬 大人, 安田 潤, 齋藤 徹, 根津 理一郎, 弓場 健義 (大阪中央病院外科)

[R1-2]

痔核に対するALTA with mucopexyの成績

角田 明良 (安房地域医療センター外科)

[R1-3]

痔核の手術における針の工夫

谷村 修, 荒木 靖三, 別府 理智子, 平瀬 りさこ (福西会病院大腸肛門科)

[R1-4]

内痔核に対する新たな治療法としてのESDの可能性

網岡 祐生¹, 田中 秀典^{1,2}, 田丸 弓弦², 朝山 直樹², 河野 友彦², 桑井 寿雄², 平賀 裕子², 永田 信二², 國弘 真己², 岡 志郎^{1,2} (1.広島大学病院消化器内科, 2.広島消化管内視鏡リサーチグループ)

[R1-5]

産婦人科医による痔核治療の手技と治療成績

森本 翔太 (エム産婦人科外科クリニック)

[R1-6]

肛門疾患における自己撮影の有用性と課題 ～自身の経験を通じた撮影の工夫と提案～

那須 聡果 (ウィメンズクリニック浦和)

要望演題

2025年11月14日(金) 8:30 ~ 9:25 第4会場

[R1] 要望演題 1 痔核手術における複合的アプローチ

座長：寺田 俊明(医療法人社団俊和会寺田病院大腸肛門科), 畑 嘉高(畑肛門医院)

[R1-1] 痔核に対する結紮切除術を中心とした複合的アプローチ

竹中 雄也, 渡部 晃大, 内海 昌子, 久能 英法, 三宅 祐一朗, 小野 朋二郎, 相馬 大人, 安田 潤, 齋藤 徹, 根津 理一郎, 弓場 健義 (大阪中央病院外科)

【緒言】痔核の術式は様々なものが報告されているが、多様な形態をとる痔核に対して柔軟に対応できる結紮切除術はその中心に据えるべき術式と考える。当科では結紮切除術を中心としながら症例に応じて分離結紮、粘膜縫縮を併用した複合的アプローチを行なっている。

【手術手技】脊椎麻酔下、Jackknife位で施行している。結紮切除術の手技は、術後狭窄の予防として切除幅を不用意に広げず上皮の温存に努めている。肛門上皮は上皮に余裕のある部位と余裕のない部位があり、これを見極めてひょうたん型の切離ラインをとっている。また切除個数が多い場合や肛門管が深い症例ではスリット式の肛門鏡を用いて肛門管の緊張を確認しつつ半閉鎖を行う工夫も行っている。術後の晩期出血は根部からの出血に加えて肛門内の縫合した創が離開することによる出血があり、これらを予防するために根部結紮を行ったのちに何度か結紮を追加している。具体的には根部を結紮したのちに根部結紮糸と粘膜切離端を縫合した糸を2回結紮して組織を根部結紮の方に集約させ、粘膜切離端の一部を根部方向に吊り上げる。その後肛門管外縁まで連続縫合して半閉鎖する際に途中で結紮を追加している。

結紮切除の短所を補う工夫として分離結紮や直腸粘膜の縫縮などの手技を併用している。痔核の固定が部分的に保たれており、痔核本体の牽引により肛門管部にnotchを形成するような病変に対しては反転して脱肛する部位のみを分離結紮する。また痔核口側の直腸粘膜に弛みがあるような病変には直腸粘膜の刺通結紮による縫縮を行うか、痔核本体から直腸粘膜の弛んだ部位までを連続的に縫縮することで弛んだ粘膜を挙上固定する。

【成績】2021年1月から2024年12月までの間に上記の手技を用いて痔核手術を行ったのは949症例であった。手術時間は平均 20.2 ± 6.9 分で結紮切除のみを施行した症例は211例、分離結紮を併用した症例は524例、直腸粘膜の縫縮手技を併用した症例は484例であった。術後疼痛の目安として鎮痛薬の追加は96例(10.1%)に必要であった。術後出血は20例(2.1%)に認めた。8例(0.8%)で再発を認め、3例で再手術を施行し、残り5例は保存的に軽快した。

要望演題

■ 2025年11月14日(金) 8:30 ~ 9:25 ■ 第4会場

[R1] 要望演題 1 痔核手術における複合的アプローチ

座長：寺田 俊明(医療法人社団俊和会寺田病院大腸肛門科), 畑 嘉高(畑肛門医院)

[R1-2] 痔核に対するALTA with mucopexyの成績

角田 明良 (安房地域医療センター外科)

背景：痔核切除術は根治性があるが術後疼痛が最大の課題であり、これを緩和する手術として transanal hemorrhoidal dearterialization (THD)が開発された。その後、THDにmucopexyを付加した術式が再発率低下に寄与するとされ、筆者も行ってきた(Tsunoda A. Tech Coloproctol 2017)。しかし、ドップラーガイドを使用する肛門鏡は€300と高価である。そこで、疼痛が軽度で再発率も低く安価と想定される術式を考案した。

目的：ALTA with mucopexyの成績を評価する。

方法：2018年から2021年までに3度痔核に対して本術式を行った。術式は初めにU字型肛門鏡を用いて、肛門縁から6 cmから歯状線上1 cmまで吸収糸による連続縫合によりmucopexyを行う。次にZ式肛門鏡によりALTA療法を行う。主要評価項目は累積成功率で、副次的評価項目は術後の疼痛スコアと鎮痛剤使用量、術後合併症、入院期間、患者満足度である。Follow-upは毎年郵送で行った。失敗の定義は「脱出または出血の再発」と「術後血栓性外痔核手術」とした。データはmedian (range)で示す。

結果：114名の患者に本術式を行った。年齢は70歳 (27-86)、男女比は86/28、であった。Mucopexyの数は2 (1-4)、ALTA therapyの数は3 (1-4)で、ALTA注射量は19 ml (7-32)であった。手術時間は22分 (6-40)、出血量は5 ml (0-40)、入院期間は2日 (2-14)であった。日常生活に戻るまでの期間は3日 (1-28)であった。術後2週間のNRS(0-10)による疼痛スコアは2以下で、鎮痛剤使用量は1 (0-25)であった。術後合併症は6例(5%)に認められた (Clavien-Dindo grade I/IIIが5/1例)。Follow-up期間は36か月 (6-63)で、失敗が14例(12%)に認められた。内訳は再脱出または再出血13例、血栓性外痔核手術1例である。1,3,5年の累積成功率はおのこの97%, 85%, 85%であった。NRS(0-10)による患者満足度は9以上であった。

結論：本術式は疼痛と術後合併症が少なく、患者満足度が高く、累積成功率も満足する結果であった (Tech Coloproctol 2023)。

要望演題

2025年11月14日(金) 8:30 ~ 9:25 第4会場

[R1] 要望演題 1 痔核手術における複合的アプローチ

座長：寺田 俊明(医療法人社団俊和会寺田病院大腸肛門科), 畑 嘉高(畑肛門医院)

[R1-3] 痔核の手術における針の工夫

谷村 修, 荒木 靖三, 別府 理智子, 平瀬 りさこ (福西会病院大腸肛門科)

肛門疾患の手術において困難さを感じる局面は多々あると思われるが、その一つに直腸-肛門管内における運針が挙げられる。運針の基本は持針器の軸と針の軸を直角となるよう把持固定し操作することが挙げられる。しかし実際の手術では持針器での操作だけでなく左手の誘導や助手の術野展開が必要になる。肛門外科手術の特徴として径25mm~30mmの肛門からの管腔内での運針操作（特に腸管長軸方向の運針や痔核の根部結紮、止血操作）が挙げられる。左手による組織の誘導や助手の術野展開も困難なことが多く、そのため持針器の針の把持は、運針しやすいように術者がその角度を調整する。そのため以下の弊害に遭遇する。①刺入した針を持針器が確実に把持できず、術者のベクトルに負け針の軌道が組織でぶれる。②肥厚した組織の場合、刺入後針先が目的の部位まで到達せず、再度針先を把持することができない、縫合糸を誘導できない。③目的の組織に意図する角度で正確に針先を刺入することができない。そのため我々は肛門疾患用の針を考案した。針は長径37mm、釣り針状で針先に従って大きく弯曲する。

（針の近位が弱弯3/8Rで遠位が強弯1/2Rのコンパウンド針）持針器でしっかり把持するため針軸は通常のものより太く、様々な術野に対応するため大小2タイプ（37mm、27mm）の針を考案した。針先に近づくにつれて弯曲が強くなり、肛門疾患の手術のように手術野が狭くて深い場合に有用である。

現在我々は操作する部位に応じて針を使い分けている。術者が持針器と針軸との角度の微調整する必要はあるが、深部操作のストレスが軽減し、正確な運針が可能になったと感じている。ただし肛門縁に近い部位や腸管短軸方向の運針操作では、従来の正円周に近い針が使いやすい。全局面に万能な針ではないが、従来困難を感じている術野およびその局面においてストレスのない運針が可能になったと感じている。特に痔核の根部結紮、ACLの操作、深部の縫合止血操作などである。我々が考案した針が、肛門外科手術に用いる有用な道具の一つとなれば幸いである。紹介した針はanorecto-needleとして制作した。

要望演題

2025年11月14日(金) 8:30 ~ 9:25 第4会場

[R1] 要望演題 1 痔核手術における複合的アプローチ

座長：寺田 俊明(医療法人社団俊和会寺田病院大腸肛門科), 畑 嘉高(畑肛門医院)

[R1-4] 内痔核に対する新たな治療法としてのESDの可能性

網岡 祐生¹, 田中 秀典^{1,2}, 田丸 弓弦², 朝山 直樹², 河野 友彦², 桑井 寿雄², 平賀 裕子², 永田 信二², 國弘 真己², 岡 志郎^{1,2} (1.広島大学病院消化器内科, 2.広島消化管内視鏡リサーチグループ)

【背景】内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）は早期大腸癌に対する内視鏡切除法として確立されている。下部直腸で歯状線に接する腫瘍に対するESD後に内痔核が改善することを経験するが、内痔核に対するESDの治療効果を検討した報告はほとんどない。今回、内痔核を合併した直腸ESDの治療成績からみた内痔核に対するESDの有用性を検討した。

【方法】2008年1月から2018年12月までに、広島消化管内視鏡リサーチグループ関連施設で大腸ESDを施行した3656症例3851病変のうち、歯状線に接し内痔核を有した34症例34病変のうちESD後サーベイランス大腸内視鏡検査で追跡可能であった23症例23病変を対象とした。既報のごとく、内痔核の程度は内視鏡的に「なし」、「軽度」、「高度」に分類し、局所改善率（ESD後の癒痕領域）と全体改善率を評価した。

【結果】切除した腫瘍の病理組織結果は腺腫10例(43%)、Tis癌9例(39%)、T1癌4例(17%)であり、平均腫瘍径は30±17mmであった。ESD前の内痔核の程度は軽度20例(87%)、高度3例(13%)であった。一括切除率およびR0切除率はいずれも100%で、平均治療時間は94分であった。後出血を1例(4%)に認めたが、内視鏡的止血術と保存的加療にて軽快した。また、術後狭窄を1例(4%)に認め、計3回の内視鏡的バルーン拡張術を要した。ESDによる内痔核の局所改善率は83% (19/23)、全体改善率は48% (11/23) であった。内痔核の程度による全体改善率は、軽度で40% (8/20)、高度で100% (3/3) であった。歯状線における周在性別の全体改善率は、1/2周性以上で75% (3/4)、1/4～1/2周性で42% (5/12)、1/4周性未満で43% (3/7) であった。ESD後に改善を認めた症例ではその後の再増悪は認めなかった（観察期間中央値35ヶ月）。

【結語】ESDは内痔核に対して有用であり、ESDのストラテジーが内痔核に対する新たな治療法となる可能性が考えられた。

要望演題

2025年11月14日(金) 8:30 ~ 9:25 第4会場

[R1] 要望演題 1 痔核手術における複合的アプローチ

座長：寺田 俊明(医療法人社団俊和会寺田病院大腸肛門科), 畑 嘉高(畑肛門医院)

[R1-5] 産婦人科医による痔核治療の手技と治療成績

森本 翔太 (エム産婦人科外科クリニック)

当院は約40年前に産婦人科クリニックとして開設し、2024年2月より名称変更し診療科目に肛門外科、女性外科を追加した。現在は分娩、婦人科手術、日帰り痔核手術を行なっている。常勤医一名、非常勤医二名で診療しており、主に分娩、手術は常勤医一名のみで行なっている。常勤医は消化器外科専門医取得後に産婦人科専門医を取得し一般外科、消化器外科の診療を経験している。内痔核単独のものはジオン注射（以下ALTA）単独療法または痔核結紮切除術（以下LE）を、外痔核単独のものはLEを、内外痔核に対してはLE+ALTAを行なっている。裂肛や痔瘻の根治術、直腸脱に対する手術は行なっていない。2024年2月から2025年4月までで36件の痔核根治術を施行した。30例がALTA+LE、4例がLE単独、2例がALTA単独であった。全例が女性、碎石位で施行し、35例は局所麻酔および静脈麻酔(ケタミン塩酸塩を使用)を併用した日帰り手術であり、1例のみが患者希望で脊椎麻酔下に2泊入院であった。ALTAは四段階注射法に基づきZ式肛門鏡を用いて碎石位で行なっている。LEは50万倍希釈ボスミンを用いてバルーンアップをした上で、炭酸ガスレーザーを用いて痔核を切除し、痔核根部の結紮及び半閉鎖法で行なっている。術後は最低でも半年間のフォローアップを行ない、現時点で術後再発はALTA+LE例の1例のみである。分娩及び婦人科手術と並行しており、女性に限定されるため症例数が少ないが、産婦人科クリニックに一般的に備わっている設備で問題なく施行できている。また女性であれば検診等で比較的慣れている内診台で診察も完結するため、羞恥心も少なく済むものと考ええる。手術台は分娩、帝王切開時に使用するものと兼用で支障なく遂行できる。当然修練を要するが、経膣手術にも熟練した婦人医であれば、肛門手術の経験が少ない外科医より抵抗なく施行できると考える。

要望演題

2025年11月14日(金) 8:30～9:25 第4会場

[R1] 要望演題 1 痔核手術における複合的アプローチ

座長：寺田 俊明(医療法人社団俊和会寺田病院大腸肛門科), 畑 嘉高(畑肛門医院)

[R1-6] 肛門疾患における自己撮影の有用性と課題 ～自身の経験を通じた撮影の工夫と提案～

那須 聡果 (ウィメンズクリニック浦和)

【背景】スマートフォンの普及により、肛門部病変の診断補助として患者自身による自己撮影が注目されている。特に直腸脱や強い腹圧時にのみ出現する痔核など、診察時に確認困難な病変では有用な情報が得られる可能性がある。一方で、撮影の困難さや画像の質に関する検討は十分でない。今回、自己撮影の診療的有用性を評価し、自験例から課題と工夫を検討した。

【方法】①2024年1月～12月に当院で確認した自己撮影画像17例について、画像の鮮明度と診療上の有用性を後方視的に評価。②筆者が肛門疾患を疑い自己撮影を試みた際の操作性・視認性を検討した。

【結果】①17例中10例は鮮明、7例はやや不鮮明であったが、全例で診断または治療方針の決定に有用だった。鮮明な画像の多くは家族の協力による撮影であった。直腸脱疑いの7例は、直腸脱2例、粘膜脱3例、小腸瘤2例（他院で確定）と診断。診察所見と訴えが一致しない2例では、自己撮影で脱出性内痔核または外痔核を確認。初診時に画像を持参した5例は、血栓性外痔核/嵌頓痔核2例、小さな肛門皮垂2例、他院術後変形1例であった。また、当院術後の患者3例が、自ら撮影した画像で経過確認を希望していた。

②筆者が肛門周囲膿瘍を疑い自己撮影を試みた際、片手で臀部を開きつつスマートフォンを操作するのは困難で、視認性も不良であった。第三者の協力がいない場合、自身での静止画撮影は困難であったが、動画で録画を開始し両手で視野を確保したうえで、後で静止画（スクリーンショット）を抽出する方法は、操作性・視認性・鮮明度ともに優れていた。

【考察】自己撮影は診断補助として有用だが、撮影方法により診断価値に差が生じ得る。患者自身が撮影を行う場合、動画で記録し、後から適切な静止画を抽出する方法は実用的であり、直腸脱など動的病変には動画そのものが有効とも考えられる。一方、整容面への過度な関心から繰り返し肛門部を撮影・提示する患者もあり、スマートフォンの普及が不要な不安や受診動機を助長する側面もある。

【結論】今後、患者指導の場で動画撮影の有効性と撮影手法の工夫を周知・啓発していくことが望まれる。

要望演題

■ 2025年11月14日(金) 9:25 ~ 10:25 ■ 第4会場

[R2] 要望演題 2 症例報告：稀な大腸疾患

座長：小池 淳一(辻仲病院柏の葉消化器外科), 諏訪 宏和(横須賀共済病院外科)

[R2-1]

淡明細胞型腎細胞癌に腫瘍内転移をきたした上行結腸癌の1例

豊福 篤志, 櫻井 晶子, 伊波 悠吾, 本田 晋策, 村山 良太, 北原 光太郎, 黒田 宏昭, 崎田 健一, 永田 直幹 (北九州総合病院)

[R2-2]

上行結腸狭窄を呈し急速な経過を辿ったGroove腺癌の1例

塩崎 翔平^{1,3}, 小野 紘輔², 倉吉 学², 中原 雅浩² (1.JA吉田総合病院外科, 2.JA尾道総合病院外科, 3.広島大学消化器・移植外科)

[R2-3]

狭窄を伴うS状結腸転移を示した乳腺浸潤性小葉癌の1例

山本 匠^{1,2}, 福長 洋介¹, 北川 祐資¹, 三木 弥範¹, 上原 広樹², 井 翔一郎², 山田 典和², 五十嵐 優人², 萩原 千恵², 小林 壽範², 森 至弘², 渡邊 純² (1.関西医科大学総合医療センター, 2.関西医科大学附属病院)

[R2-4]

当院におけるHIV感染合併肛門扁平上皮癌7例の検討

宇野 泰朗, 服部 正嗣, 羽田 拓史, 袴田 紘史, 梅村 卓磨, 田中 健太, 富永 奈沙, 田嶋 久子, 多代 充, 末永 雅也, 小寺 泰弘 (国立病院機構名古屋医療センター)

[R2-5]

潰瘍性大腸炎根治術後の難治性回腸囊瘻より生じた回腸囊癌の1例

志村 匡信¹, 大北 喜基¹, 北嶋 貴仁^{1,2}, 家城 英治¹, 畠村 麻生¹, 天白 成¹, 山下 真司¹, 今岡 裕基¹, 川村 幹雄¹, 奥川 喜永^{1,2}, 浦谷 亮¹, 市川 崇^{1,3}, 安田 裕美¹, 吉山 繁幸¹, 小林 美奈子^{1,3}, 大井 正貴¹, 湯浅 博登⁴, 今井 裕⁴, 問山 裕二¹ (1.三重大学大学院医学系研究科消化管小児外科学, 2.三重大学医学部附属病院ゲノム診療科, 3.三重大学大学院医学系研究科先端的外科技術開発学, 4.三重大学医学部附属病院病理診断科)

[R2-6]

大腸狭窄と大腸穿孔で診断された2例のEpstein-Barr virus陽性mucocutaneous ulcer(EBV-MCU)の報告

嶋田 通明, 森川 充洋, 五井 孝憲 (福井大学第一外科)

[R2-7]

大腸疾患における形成外科とのコラボレーション手術、8症例の経験

吉満 政義, 澤田 紘幸, 中野 敢友, 谷口 文崇, 荒谷 滉亮, 川内 真, 井上 貴裕, 荒木 悠太郎, 濱崎 友洋, 山口 真治, 加藤 大貴, 吉本 匡志, 真島 宏聡, 桂 佑貴, 石田 道弘, 佐藤 太祐, 吉田 龍一, 丁田 泰宏, 白川 靖博, 松川 啓義 (広島市立広島市民病院外科)

要望演題

2025年11月14日(金) 9:25 ~ 10:25 第4会場

[R2] 要望演題 2 症例報告：稀な大腸疾患

座長：小池 淳一(辻仲病院柏の葉消化器外科), 諏訪 宏和(横須賀共済病院外科)

[R2-1] 淡明細胞型腎細胞癌に腫瘍内転移をきたした上行結腸癌の1例

豊福 篤志, 櫻井 晶子, 伊波 悠吾, 本田 晋策, 村山 良太, 北原 光太郎, 黒田 宏昭, 崎田 健一, 永田 直幹 (北九州総合病院)

重複腫瘍症例において一方の腫瘍が他方の腫瘍内に転移する腫瘍内転移は稀である。腫瘍内転移において他腫瘍内へ転移する側の腫瘍をdonor tumor, 腫瘍内に転移される側の腫瘍をrecipient tumorと表現される。諏訪らによると, donor tumorとしては肺癌, 腎癌, 乳癌, 悪性黒色腫の順で多いとされ, recipient tumorとしては中枢神経系腫瘍, 甲状腺腫瘍, 腎腫瘍の順で多いと報告されている。腫瘍内転移においてdonor tumorが結腸癌もしくは直腸癌であった症例はさらに稀であり, 1972年から2023年の範囲で医学中央雑誌, PubMedにて検索したところ26症例のみであった。

症例は77歳の女性で, 202X年5月に高血圧に対する治療を開始するために近医クリニックを受診した。胸部レントゲンにて右肺結節陰影を指摘され, 6月に当院に紹介となった。精査の結果, 転移性肺癌を伴う上行結腸癌, UICC (#8) Stage IVAに加え, 右腎癌, UICC (#8) Stage Iの重複癌の診断であった。8月, 腹腔鏡下右半結腸切除術+右腎摘出術を施行した。腎癌は最大径31mmの淡明細胞型腎細胞癌の組織型であったが, 興味深いことにその腫瘍内に上行結腸癌の転移病変を認めた。転移性肺癌に対して全身化学療法を施行後, 12月に胸腔鏡下右肺下葉切除術を施行した。腫瘍内転移は転移先の腫瘍内部に転移元の腫瘍が存在する稀な現象である。今回われわれは, 腎癌に腫瘍内転移をきたした上行結腸癌の1例を経験し, 検索された26症例に本症例を加え, 考察し報告する。

要望演題

2025年11月14日(金) 9:25 ~ 10:25 第4会場

[R2] 要望演題 2 症例報告：稀な大腸疾患

座長：小池 淳一(辻仲病院柏の葉消化器外科), 諏訪 宏和(横須賀共済病院外科)

[R2-2] 上行結腸狭窄を呈し急速な経過を辿ったGroove膵癌の1例

塩崎 翔平^{1,3}, 小野 紘輔², 倉吉 学², 中原 雅浩² (1.JA吉田総合病院外科, 2.JA尾道総合病院外科, 3.広島大学消化器・移植外科)

症例は84歳の男性。202X年Y月に発熱、腹痛認めたため当院を受診した。GISでは十二指腸球部から下行脚にびらんを認めた。EUSも施行したが膵に明らかな腫瘍性病変は指摘できなかった。CSで上行結腸浮腫状狭窄認めCTでは上行結腸壁肥厚による狭窄と後腹膜脂肪濃度上昇認めた。Y+2月にイレウスの所見あり当院消化器内科入院。イレウス管挿入し経過観察したもののイレウスは改善せず当科紹介となりY+3月に上行結腸狭窄に対して手術施行した。腹腔鏡で手術施行したものの後腹膜の慢性炎症が著明で結腸間膜との剥離が困難であり開腹移行とし右側結腸切除を施行した。病理組織の結果は転移性の腺癌であった。原発巣としては肺癌が疑われたがY+4月にPET-CT撮像した所右腎門部近傍にFDGの集積を認めたものの肺含めその他腫瘍臓器に異常集積なく原発巣の特定はできなかった。そのY+6月に腸閉塞の症状認めCT施行した所右後腹膜の腫瘍の再発増大と多発肝転移、多発肺転移認め緊急入院となった。イレウス管挿入し加療したものの改善しないためY+6月+19日に腹腔鏡下小腸横行結腸バイパス術を施行した。しかしその後も全身状態は悪化の一途を辿りY+6月+27日に永眠された。原発巣特定のために病理解剖を施行した。病理解剖の結果膵頭部、十二指腸背側、総胆管に囲まれた膵Groove領域に5×5×4cmの腫瘍を認めた。pancreatic grooveの腫瘍はPoorly differentiated adenocarcinomaであり後腹膜や十二指腸に広範に直接浸潤していた。また肺や肝臓に転移性腫瘍結節多発しており肺動脈には腫瘍塞栓認め急変の原因となっていた。以上上行結腸狭窄を呈し急速な経過を辿ったGroove膵癌の1例を経験したため文献的な考察も加え報告する。

要望演題

2025年11月14日(金) 9:25 ~ 10:25 第4会場

[R2] 要望演題 2 症例報告：稀な大腸疾患

座長：小池 淳一(辻仲病院柏の葉消化器外科), 諏訪 宏和(横須賀共済病院外科)

[R2-3] 狭窄を伴うS状結腸転移を示した乳腺浸潤性小葉癌の1例

山本 匠^{1,2}, 福長 洋介¹, 北川 祐資¹, 三木 弥範¹, 上原 広樹², 井 翔一郎², 山田 典和², 五十嵐 優人², 萩原 千恵², 小林 壽範², 森 至弘², 渡邊 純² (1.関西医科大学総合医療センター, 2.関西医科大学附属病院)

【はじめに】乳癌の遠隔転移は骨・肺・肝への血行性転移が一般的であるが、消化管への転移は稀である。今回、乳癌術後5年目にS状結腸転移をきたした乳腺浸潤性小葉癌 (invasive lobular breast carcinoma: ILC)の1例を経験したため報告する。【症例】50代女性。右乳腺浸潤性小葉癌に対して皮膚温存乳房切除術・センチネルリンパ節生検を施行し、ILC (pT3N0M0 pStage II B)に対して術後補助化学療法・ホルモン療法を施行。再発所見なく経過していたが、術後5年目に右腸骨への骨転移が判明し、同時に施行されたPET-CTで偶発的にS状結腸にFDGの集積を認めた。臨床症状は認めなかったものの、下部消化管内視鏡検査でS状結腸に粘膜下腫瘍様病変および高度狭窄を認めた。術前生検では悪性所見は得られなかったが、ILCのS状結腸転移と考え腹腔鏡下S状結腸切除術を施行した。摘出標本における病理組織学検査で索状配列を形成する上皮性腫瘍を認めたが、原発性大腸癌を疑うような腺管形成や腫瘍の粘膜面への露出は認めなかった。免疫組織化学染色ではCK7陽性、CK20陰性、E-cadherin陰性であり、ILCの転移と考えられた。術後経過は良好で第9病日に退院となった。【考察】ILCは他の乳癌組織型と比較して腸管転移をきたしやすく、腸管転移率は乳管癌の1.1%に対し4.5%と高率であることが報告されている。ILCではE-cadherin異常がしばしば認められ、この接着因子の欠損が腫瘍細胞の遊走性や浸潤性に関与し、遠隔転移が高率である可能性が示唆されている。腸管転移は初期に無症状で、進行すると狭窄や出血により診断されることが多いが、原発性大腸癌と異なり、粘膜面に変化が乏しく内視鏡診断が困難な場合も多い。本症例でも粘膜面の腫瘍性変化は認められず、PET-CTの集積所見が診断の契機となった。乳癌の腸管転移に対する外科的切除が予後の延長に寄与するという報告はないが、症状緩和を目的とした外科治療は有用であると考えられる。本症例のように乳癌既往歴のある患者の消化管腫瘍では、転移性腫瘍を常に考慮し治療にあたる必要があると考えられた。

要望演題

■ 2025年11月14日(金) 9:25 ~ 10:25 ■ 第4会場

[R2] 要望演題 2 症例報告：稀な大腸疾患

座長：小池 淳一(辻仲病院 柏の葉消化器外科), 諏訪 宏和(横須賀共済病院 外科)

[R2-4] 当院におけるHIV感染合併肛門扁平上皮癌7例の検討

宇野 泰朗, 服部 正嗣, 羽田 拓史, 袴田 紘史, 梅村 卓磨, 田中 健太, 富永 奈沙, 田嶋 久子, 多代 充, 末永 雅也, 小寺 泰弘 (国立病院機構名古屋医療センター)

【はじめに】肛門扁平上皮癌は稀だが、標準治療として化学放射線療法（CRT）が確立している。高リスク型のヒトパピローマウイルス（HPV）の持続感染は肛門癌の危険因子の一つであり肛門癌の84%に高リスクHPVが検出されるともいわれている。男性同性間性的接触者においては肛門にHPVを感染することが多い。当院は地域のエイズ診療拠点病院としてHIV感染者の診療も多く、HIV感染合併の肛門扁平上皮癌について検討した。【対象と方法】2005年4月から2025年3月までの間に当院で治療した肛門扁平上皮癌のうちHIV感染を合併している7例につき、患者背景、腫瘍学的背景、予後について後方視的検討を行った。【結果】7例の患者背景は年齢中央値49歳（35-71歳）、男女比7:0であった。HIV感染判明から肛門扁平上皮癌の診断までの期間は中央値1年（0-16.5年）、尖圭コンジローマの治療歴は術7例中3例に認めた。部位は肛門管が5例（うち2例は痔瘻癌）、肛門皮膚が2例であった。6例は局所手術が行われて診断がついており、2型の腫瘍を認めた1例のみ生検で診断後にCRTとなっている。組織型は全例Squamous cell carcinomaであるが、ハイリスクHPVの存在は3例に確認されている。深達度はTis/T1/T2/T3:1/4/1/1、リンパ節転移を認めたものはなかった。局所切除後2例はCRTが追加され、1例はRTのみ追加され、1例は追加局所切除、その他の2例は経過観察となっていた。CRTの化学療法は2例が5FU+MMCで1例は5FU+CDDPであった。観察期間の中央値は3.67年（1-11年）で、局所切除のみで経過観察していた1例は、3年9ヶ月後に局所再発してCRT施行中であるが、他は再発していない。【考察】HIV感染合併の肛門扁平上皮癌のCRT治療成績は、非感染例と比べて同等という報告もあれば、成績が悪いという報告もある。HIV感染例では尖圭コンジローマの合併が多く、肛門病変のフォローがされている場合も多い。前癌病変である高度扁平上皮内病変（HSIL）の状態でも早期発見できる場合も多く、適切な肛門病変フォローが肝要である。【結語】当院のHIV感染合併肛門管扁平上皮癌につき検討した。治療成績は認容される結果であるが、今後も症例の蓄積により更なる検討が必要である。

要望演題

2025年11月14日(金) 9:25 ~ 10:25 第4会場

[R2] 要望演題 2 症例報告：稀な大腸疾患

座長：小池 淳一(辻仲病院柏の葉消化器外科), 諏訪 宏和(横須賀共済病院外科)

[R2-5] 潰瘍性大腸炎根治術後の難治性回腸囊瘻より生じた回腸囊癌の1例

志村 匡信¹, 大北 喜基¹, 北嶋 貴仁^{1,2}, 家城 英治¹, 瀧村 麻生¹, 天白 成¹, 山下 真司¹, 今岡 裕基¹, 川村 幹雄¹, 奥川 喜永^{1,2}, 浦谷 亮¹, 市川 崇^{1,3}, 安田 裕美¹, 吉山 繁幸¹, 小林 美奈子^{1,3}, 大井 正貴¹, 湯浅 博登⁴, 今井 裕⁴, 問山 裕二¹ (1.三重大学大学院医学系研究科消化管小児外科学, 2.三重大学医学部附属病院ゲノム診療科, 3.三重大学大学院医学系研究科先端的外科技術開発学, 4.三重大学医学部附属病院病理診断科)

The patient was a 39-year-old man. He performed restorative proctocolectomy (RPC) without covering ileostomy at the age of 24 because of refractory ulcerative colitis (UC). While he was suffering from anastomotic leakage, his family rejected to construct a diverting ileostomy after due consideration of his severe autism disorder. In spite of continuing in-hospital conservative treatment for 8 months, it was difficult to control pelvic infection due to anastomotic leakage. Finally, we performed diverting ileostomy construction, and he was discharged from hospital. After 11-years out-patient follow up in affiliated hospital, he was re-introduced to our hospital by left hydronephrosis and recurrent pyelonephritis due to refractory pelvic abscess. After CT-guided drainage, we performed ileal pouch resection. As a pathological finding, there were mucinous adenocarcinoma cells arising from refractory pouch fistula. In this time, we report a case who was diagnosed as ileal pouch cancer arising from refractory pouch fistula and re-consider about the follow-up management of UC patients with “non-functional pouch” after RPC.

要望演題

2025年11月14日(金) 9:25 ~ 10:25 第4会場

[R2] 要望演題 2 症例報告：稀な大腸疾患

座長：小池 淳一(辻仲病院 消化器外科), 諏訪 宏和(横須賀共済病院 外科)

[R2-6] 大腸狭窄と大腸穿孔で診断された 2 例の Epstein-Barr virus 陽性 mucocutaneous ulcer (EBV-MCU) の報告

嶋田 通明, 森川 充洋, 五井 孝憲 (福井大学 第一外科)

Epstein-Barr virus 陽性 mucocutaneous ulcer (EBV-MCU) は、2016年にWHOのリンパ系腫瘍分類で正式に定義された、免疫力低下と関連が示唆される成熟B細胞リンパ腫の新しいカテゴリーである。免疫力低下の原因としては、原発性免疫不全症候群、後天性免疫不全症候群、医原性の免疫抑制、加齢などが考えられている。大腸EBV-MCUの切除報告は本邦で3例と限られているが、我々は大腸狭窄と穿孔で手術した2例にてEBV-MCUと診断された。貴重な症例と考え報告する。

症例① 78歳女性。以前より排便障害で加療を受けており、下部消化管内視鏡で上行結腸に局所的な狭窄病変が認められた。生検の結果はGroup 1であったが、腹部造影CT検査で限局性壁肥厚と近傍リンパ節腫大が確認された。鑑別診断は憩室炎による良性結腸狭窄、結腸リンパ腫、上行結腸癌が挙げられ、確定診断を得るため腹腔鏡下結腸右半切除術・D2を施行した。病理にて狭窄部位にEBV陽性B細胞が濾胞胚中心に高率に認められ、EBV-MCUと診断された。術後1年4か月が経過した現在、CT検査および下部消化管内視鏡で再発所見は認められず、EBV-MCUの診断に矛盾しないと考えられる。

症例② 71歳女性。重症筋無力症と関節リウマチのためステロイドと免疫抑制剤を内服。2週間前からの下腹部痛が徐々に悪化し来院した。腹膜刺激徴候を伴い、CT検査でfree airと腹水を認め、消化管穿孔と診断した。緊急開腹手術にて横行結腸に穿孔部1か所を認め、前後10cmを切除した。腸管内腔には境界明瞭な潰瘍が数個みられたため、吻合は回避し人工肛門を造設した。病理診断はB-cell lymphoma/lymphoid proliferationであり、病変が横行結腸に限局するのであればEBV-MCUが考えられるとの結果であった。術後3か月での下部消化管内視鏡では粘膜潰瘍は改善しており、術後1年時点のCT検査でもリンパ節増大は認めておらずEBV-MCUに矛盾しないと考えられる。

要望演題

2025年11月14日(金) 9:25 ~ 10:25 第4会場

[R2] 要望演題 2 症例報告：稀な大腸疾患

座長：小池 淳一(辻仲病院柏の葉消化器外科), 諏訪 宏和(横須賀共済病院外科)

[R2-7] 大腸疾患における形成外科とのコラボレーション手術、8 症例の経験

吉満 政義, 澤田 紘幸, 中野 敢友, 谷口 文崇, 荒谷 滉亮, 川内 真, 井上 貴裕, 荒木 悠太郎, 濱崎 友洋, 山口 真治, 加藤 大貴, 吉本 匡志, 真島 宏聡, 桂 佑貴, 石田 道弘, 佐藤 太祐, 吉田 龍一, 丁田 泰宏, 白川 靖博, 松川 啓義 (広島市立広島市民病院外科)

[はじめに] 会陰部の悪性腫瘍切除による組織欠損を骨盤底再建に使用される皮弁の採取部位は主に腹直筋皮弁・薄筋皮弁・殿溝皮弁などがあげられる。また、皮弁形成術は会陰部の合併症に対して行われる術式としても報告されている。我々は会陰創の外科的治療として形成外科とのコラボレーション手術である皮弁形成術を 8 例に行ってきたので報告する。

[結果] 年齢中央値61歳(47-76)、性別；男性 7 例女性 1 例、原疾患；直腸癌 5 例 肛門管内分泌癌 1 例 痔瘻がん 1 例 潰瘍性大腸炎 1 例、前治療；あり 6 例（術前CRT 3 例、前方骨盤内蔵全摘 1 例、緊急大腸全摘 1 例、術前化学療法 1 例）なし 2 例、術前の状態；痔瘻＋骨盤膿瘍 2 例 難治性死腔炎 2 例 直腸がん術後局所再発 2 例 会陰部の皮膚疾患を伴う悪性腫瘍 2 例、術式；骨盤内蔵全摘術＋左大腿薄筋皮弁形成術3例(開腹 2 例、腹腔鏡 1 例) 腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術＋左大腿薄筋皮弁形成術 2 例 大腿薄筋皮弁形成術 2 例 左殿筋皮弁 1 例、手術時間中央値568分(198-775)、出血量中央値232ml(70-1750)、術後入院期間28日(21-42)、術後合併症；菌血症 Grade II 1例 深部SSI Grade II 2 例 深部SSI Grade IIIa 1例

[考察] 大腸疾患における皮弁形成術を行った術式は原疾患の手術を並施することが多く、長時間手術となり、出血量がかさむことも多く、術後リハビリの必要であるため術後入院期間の長くなるが、術後合併症は比較的すくなかった。経験した症例はいずれも難治症例であったが、形成外科とのコラボレーションで安全に施行できていた。

[結語] 形成外科とのコラボレーションで行う皮弁形成術は会陰部の難治症例における有効な術式の一つと考えられた。

要望演題

■ 2025年11月14日(金) 10:25 ~ 11:15 ■ 第4会場

[R3] 要望演題 3 痔核術後合併症

座長：樽見 研(札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック肛門外科), 鉢呂 芳一(くにもと病院肛門外科)

[R3-1]

出血性痔核治療 1 週間後に多発性肝膿瘍を来たした 1 例

高嶋 吉浩, 斎藤 健一郎, 宗本 義則 (福井県済生会病院外科)

[R3-2]

痔核術後合併症における創部感染の検討

小菅 経子, 佐井 佳世, 米本 昇平, 酒井 悠, 松島 小百合, 鈴木 佳透, 紅谷 鮎美, 大島 隆一, 松村 奈緒美, 河野 洋一, 宋 江楓, 下島 裕寛, 岡本 康介, 國場 幸均, 宮島 伸宜, 黒水 丈次, 松島 誠 (松島病院大腸肛門病センター)

[R3-3]

肛門手術後排尿障害における回復遅延因子の検討

宮原 悠三¹, 有田 宗史¹, 下地 信¹, 山田 恭子², 東 博¹ (1.宇都宮肛門・胃腸クリニック, 2.山田医院)

[R3-4]

ALTA療法後の再発痔核に対して当院で施行した結紮切除術の検討

渡部 晃大, 小野 朋二郎, 内海 昌子, 竹中 雄也, 久能 英法, 三宅 祐一朗, 安田 潤, 相馬 大人, 弓場 健義, 根津 理一郎, 齋藤 徹 (大阪中央病院外科)

[R3-5]

痔核術後合併症の検討 —11,222例の解析—

坪本 敦子, 指山 浩志, 堤 修, 黒崎 剛史, 城後 友望子, 鈴木 綾, 高野 竜太郎, 川西 輝貴, 中山 洋, 安田 卓, 小池 淳一, 浜畑 幸弘 (辻仲病院柏の葉大腸肛門外科)

要望演題

2025年11月14日(金) 10:25～11:15 第4会場

[R3] 要望演題 3 痔核術後合併症

座長：樽見 研(札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック肛門外科), 鉢呂 芳一(くにもと病院肛門外科)

[R3-1] 出血性痔核治療 1 週間後に多発性肝膿瘍を来した 1 例

高嶋 吉浩, 斎藤 健一郎, 宗本 義則 (福井県済生会病院外科)

はじめに】

出血性内痔核に対して止血剤局注療法（5% フェノール・アルモンド油）を行うも、その 1 週間後に多発性肝膿瘍を来した症例を経験した。稀なケースと思われるので報告する。

【症例】

74歳・男性。ジフルコルトロン吉草酸エステル・リドカイン軟膏を約半年塗布していたが痔核出血持続するとのことで当科紹介となる。直腸診ではⅢ度の内痔核を触知し、SFにて 0 時方向に出血性内外痔核認めフェノール・アルモンド油1.0mlx2 箇所局注を行った。しかし、局注7日目から発熱・ふらつき出現し8日目に42度の発熱あり、入院としCTにて多発性肝膿瘍と診断し抗生剤治療開始した。入院15日目の腹部エコーでは肝膿瘍縮小を認め、CRPもpeak22から0.8まで改善を認めたため入院17日目に退院とした。

【考察】

フェノールは消毒作用を持つ薬剤で強い腐食作用があり神経麻痺の作用を有する。アルモンド油も化粧品の添加剤として広く使用されており安全性も高いと評価されている。したがって、今回止血剤自体が肝膿瘍を来したとは考えにくい。文献上は痔疾患術後の肝膿瘍合併例は報告されており、肛門部手術処置時に細菌侵入を招いてしまう可能性を否定できないと思われた。

【結語】

稀とは考えられるが肛門手術処置後の注意喚起の意義あり思われたため報告する。

要望演題

■ 2025年11月14日(金) 10:25 ~ 11:15 ■ 第4会場

[R3] 要望演題 3 痔核術後合併症

座長：樽見 研(札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック肛門外科), 鉢呂 芳一(くにもと病院肛門外科)

[R3-2] 痔核術後合併症における創部感染の検討

小菅 経子, 佐井 佳世, 米本 昇平, 酒井 悠, 松島 小百合, 鈴木 佳透, 紅谷 鮎美, 大島 隆一, 松村 奈緒美, 河野 洋一, 宋 江楓, 下島 裕寛, 岡本 康介, 國場 幸均, 宮島 伸宜, 黒水 丈次, 松島 誠 (松島病院大腸肛門病センター)

当院で痔核根治術後に腰椎麻酔または局所麻酔下での再手術を必要とした創部感染の術後合併症は約0.2%であった。

痔核根治術後の創部感染の頻度は少ないながらも、時に通常の痔瘻に似た形態をとるため、切開術を行う際はドレナージのみ行うかsetonを留置するか判断に迷う場合がある。今回痔核根治術後に局所麻酔または腰椎麻酔下に処置を要した創部感染症例の検討を行った。

対象は2021年1月から2024年12月までに施行された痔核根治術後に創部感染を合併し外科的処置を要した20症例である。症例は男性16例、女性4例、年齢中央値は43歳（26 - 74歳）だった。痔核根治術施行から創部感染発症までの日数は中央値27日（10 - 298日）であった。7例は創部感染発症前に術後出血に対して腰椎麻酔下または局所麻酔下での止血術が行われており、そのうち1例は止血術の際に創部感染が明らかになり止血術と時に切開術を同時に施行した。感染発症時の経肛門エコー検査では皮下膿瘍・炎症が6例、IIL様の膿瘍・炎症が9例、IIH様の膿瘍・炎症が4例、外括約筋内への膿瘍形成が1例だった。治療経過は、8例は膿瘍に対する切開術のみで治癒に至った。6例は切開術後に瘻孔形成をしたため4例はfistulotomy, 1例はcutting seton, 1例はfistulectomy+筋縫合を施行し治癒した。4例は膿の貯留は少量だったため抗菌剤投与で経過観察を行ったが、その後瘻孔形成をしたため1例はcutting seton, 3例はfistulotomyを施行し治癒した。1例は膿瘍形成時に切開術並びにcutting setonを留置し治癒した。また1例は切開術施行後の経過観察中に来院中断となっている。治癒を確認した19例の、痔核根治術施行から治癒までの日数は中央値149日（39 - 563日）だった。

創部感染発症前に止血術を要している症例が6例、同時発症が1例と、全痔核根治手術症例における術後出血の頻度と比較すると術後出血合併率が高かった。痔核根治術後の創感染は、のちに痔瘻化すること多いが、複雑な膿瘍形成であっても必ずしも瘻孔形成するとは限らず、まずは切開術のみで経過観察を行うのがよいと考えられた。

要望演題

2025年11月14日(金) 10:25～11:15 第4会場

[R3] 要望演題 3 痔核術後合併症

座長：樽見 研(札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック肛門外科), 鉢呂 芳一(くにもと病院肛門外科)

[R3-3] 肛門手術後排尿障害における回復遅延因子の検討

宮原 悠三¹, 有田 宗史¹, 下地 信¹, 山田 恭子², 東 博¹ (1.宇都宮肛門・胃腸クリニック, 2.山田医院)

【背景】肛門手術後排尿障害（POUR）は周術期転帰を左右する重要な合併症であるが、排尿機能が持続的に回復するまでの時間を指標とした解析は限られている。本研究では「初回導尿から、再導尿を要さなくなった最初の自排尿時刻」をアウトカムとし、疼痛の代理変数である追加鎮痛薬回数との関連を検証した。

【方法】2024年1月～2025年3月に当院で肛門手術後POURと診断された60例を後方視的に解析した。追跡開始を初回導尿時とし、回復が得られない場合でも1週間(168h)で観察を打ち切った。Kaplan-Meier法で年齢四分位・性別・手術時間(>30min)・男性BPH・弱オピオイド使用・追加鎮痛薬四分位の群間差を描出し、ログランク検定を実施した。多変量Cox比例ハザードモデルには追加鎮痛薬(連続)、年齢、手術時間、性別、BPH、弱オピオイド使用を共変量として投入した。

【結果】排尿機能回復までの中央値は3.5h〔IQR 1.8–11.5〕であった。追加鎮痛薬四分位では回数が増えるほど回復が遅延し、ログランク検定は $\chi^2=9.54$ (df=3), $p=0.023$ と有意であった。Cox解析でも追加鎮痛薬回数は独立因子として残り、1回増加ごとに回復速度が22%低下した(HR 0.78, 95%CI 0.62–0.97, $p=0.024$)。年齢、性別、手術時間、BPH、弱オピオイド使用はいずれも有意でなかった。

【結論】定期鎮痛薬内服のみでは疼痛緩和が不十分であることを示唆する追加鎮痛薬回数の増加は、排尿機能回復を遅延させる独立因子として確認された。より大規模な前向き研究で本知見を再検証し、術後疼痛管理の最適化に資するエビデンスを強化する必要がある。

要望演題

2025年11月14日(金) 10:25 ~ 11:15 第4会場

[R3] 要望演題 3 痔核術後合併症

座長：樽見 研(札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック肛門外科), 鉢呂 芳一(くにもと病院肛門外科)

[R3-4] ALTA療法後の再発痔核に対して当院で施行した結紮切除術の検討

渡部 晃大, 小野 朋二郎, 内海 昌子, 竹中 雄也, 久能 英法, 三宅 祐一朗, 安田 潤, 相馬 大人, 弓場 健義, 根津 理一郎, 齋藤 徹 (大阪中央病院外科)

諸言：内痔核に対するALTA療法は、2005年に保険適応となって以降、外来で施行可能な低侵襲治療として広く普及している。その一方、再発は経時的に増加すると報告されている。再治療として痔核根治術が選択されることも多いものの、ALTA療法後の線維化などの影響で初回手術に比べて手術が困難であると予想される。しかし、それを検証した報告は少ない。今回、ALTA療法後の再発に対し、結紮切除術を中心とした痔核根治術を当科で施行した症例を検討した。対象：2021年1月から2024年12月までの4年間に当科で同一術者による1力所以上の結紮切除術を行った痔核根治術症例934例を検討した。うち、ALTA療法後の再発症例（以下ALTA群）は127例であった。その成績を同期間にALTA療法の既往がない痔核根治術症例807例（以下対照群）を対照として検討した。

結果：ALTA群の内訳は、男性85例、女性42例で年齢の平均は51.6歳、対照群の内訳は男性388例、女性419例で年齢の平均は51.7歳であった。ALTA群のうちALTA療法を施行された時期が判明している120例で最終のALTA療法から再発に対して痔核根治術を施行するまでの期間は中央値で48ヵ月（2-198ヵ月）であった。手術時間の平均はALTA群が 20.4 ± 7.7 分、対照群が 20.3 ± 6.7 分で両群間に差はなかった（ $p=0.868$ ）。術中の出血量は平均値でALTA群が 10.1 ± 45.0 ml、対照群が 5.2 ± 11.1 mlであり、両群間に差はなかった（ $p=0.223$ ）。止血処置を要した術後出血はALTA群で5例(3.9%)、対照群で14例(1.7%)であり、両群間で有意差はなかったものの、ALTA群でやや多い傾向にあった（ $p=0.175$ ）。術後の再発はALTA群で1例(0.8%)と対照群で2例(0.2%)認め、両群間で有意差はなかった（ $p=0.355$ ）。

結語：ALTA療法後再発に対する痔核根治術は、止血処置を要する術後出血数がやや多い傾向にはあったものの、手術時間や術中出血量、再発率において対照群と差は認めず、安全に施行可能であった。

要望演題

2025年11月14日(金) 10:25 ~ 11:15 第4会場

[R3] 要望演題 3 痔核術後合併症

座長：樽見 研(札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック肛門外科), 鉢呂 芳一(くにもと病院肛門外科)

[R3-5] 痔核術後合併症の検討 — 11,222例の解析 —

坪本 敦子, 指山 浩志, 堤 修, 黒崎 剛史, 城後 友望子, 鈴木 綾, 高野 竜太郎, 川西 輝貴, 中山 洋, 安田 卓, 小池 淳一, 浜畑 幸弘 (辻仲病院柏の葉大腸肛門外科)

【目的】

痔核に対する外科的治療には、結紮切除術 (LE), ALTA療法, PPHなど複数の術式があり、痔核の病態や患者の背景に応じて使い分け、あるいは併用して行われている。これらの術式はそれぞれ特徴があり、術後合併症の種類や頻度にも差がみられることがある。なかでも再手術を要する合併症は、患者の予後や満足度に大きく影響する。当院において痔核手術を施行した11,222例を対象に、術後に手術を要した合併症の頻度と内容を検討した。

【方法】

2009年6月から2025年3月までに当院で痔核手術を施行した11,222例を対象とし、術後に手術を必要とした合併症症例を解析した。主な対象合併症は後出血、肛門狭窄、創部感染に起因する痔瘻とした。

【結果】

手術を要した合併症は計411例 (3.7%) に認められた。最も多かったのは後出血で326例 (2.9%) に発生し、多くは術後5～14日目に認められ、緊急止血術や再入院が必要となった。肛門狭窄は38例 (0.3%) にみられ、肛門形成術を施行した。創部感染から痔瘻へ移行した症例は47例 (0.4%) で、開放術やseton法での根治術が行われた。いずれの合併症も保存的加療では効果が乏しく、外科的対応が不可欠であった。

【考察】

本検討により、痔核術後に手術を要する合併症は一定の頻度で発生し、特に後出血は最多でかつ急性期に生じるため注意が必要であることが示された。また、肛門狭窄や痔瘻も、術後長期にわたり患者QOLに影響を及ぼす可能性がある。術後に手術を要した合併症の多くは、術中操作の不適切さが一因となっている可能性がある。後出血や感染性痔瘻は、適切な剥離層に入らず筋層に損傷を及ぼしたことで、血管や感染経路への露出が生じた可能性が考えられた。また、狭窄に関しては、肛門上皮の切除が過剰であったり、複数の痔核の根部が同一高さで縫縮されることで、輪状狭窄を引き起こしたと考えられる。これらの所見から、合併症の予防には、正確な解剖学的知識と丁寧な剥離・切除操作が重要であることが示唆された。

要望演題

2025年11月14日(金) 8:30 ~ 9:20 第6会場

[R4] 要望演題 4 直腸脱の低侵襲手術

座長：國場 幸均(松島病院大腸肛門病センター), 岡本 亮(医療法人信和会明和病院)

[R4-1]

当科における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸後方メッシュ固定術の成績

藤井 敏之, 碓 彰一, 北原 正博, 木原 ひまわり (周南記念病院消化器病センター外科)

[R4-2]

直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の短期・中期成績

大島 隆一¹, 國場 幸均², 宮島 伸宜², 松島 小百合², 紅谷 鮎美², 佐井 佳世², 米本 昇平², 酒井 悠², 鈴木 佳透², 小菅 経子², 松村 奈緒美², 河野 洋一², 宋 江楓², 下島 裕寛², 岡本 康介², 黒水 丈次², 松島 誠², 四万村 司¹, 民上 真也³ (1.川崎市立多摩病院消化器・一般外科, 2.松島病院大腸肛門病センター肛門科, 3.聖マリアンナ医科大学病院消化器・一般外科)

[R4-3]

腹腔鏡下直腸前方固定術+仙骨膣固定術(LVR+LSC)の手術成績

鈴木 優之^{1,2}, 浜畑 幸弘¹, 鈴木 綾¹, 赤木 一成¹ (1.辻仲病院柏の葉大腸肛門科, 2.前田病院)

[R4-4]

直腸脱に対する腹腔鏡下直腸つり上げ固定手術の低侵襲化の工夫と治療成績

梅谷 直亨, 田村 徳康, 寺西 宣央, 代永 和秀, 箱崎 智樹, 園田 寛道 (河北総合病院消化器一般外科)

[R4-5]

骨盤臓器脱を合併する直腸脱への当院の治療戦略

松木 豪志¹, 岡本 亮¹, 一瀬 規子¹, 古出 隆大², 中島 隆善², 仲本 嘉彦², 柳 秀憲² (1.明和病院骨盤底臓器脱センター, 2.明和病院外科)

[R4-6]

Laparoscopic Ventral Rectopexy 術後の骨盤底の変化-経会陰超音波による検討

加藤 健宏, 高橋 知子, 草薙 洋, 宮崎 彰成, 本城 弘貴, 青木 沙弥佳 (亀田総合病院)

要望演題

2025年11月14日(金) 8:30 ~ 9:20 第6会場

[R4] 要望演題 4 直腸脱の低侵襲手術

座長：國場 幸均(松島病院大腸肛門病センター), 岡本 亮(医療法人信和会明和病院)

[R4-1] 当科における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸後方メッシュ固定術の成績

藤井 敏之, 碓 彰一, 北原 正博, 木原 ひまわり (周南記念病院消化器病センター外科)

【緒言】直腸脱は、脱出に伴う諸症状によりQOLが損なわれるが、手術により改善する。特に腹腔鏡下直腸脱手術は侵襲が軽度であり、経肛門手術に比べて症状の改善度や根治性にも優れていると考えており、当科では2016年9月より腹腔鏡下直腸後方メッシュ固定法を、腸管脱出長によらず全身麻酔が可能であれば第一選択にしている。今回、後方視的に手術成績を検討した。

【方法】2016年9月から、2025年4月までに腹腔鏡下直腸固定術を施行した85例のうち、子宮同時つり上げを行った4例を除外した81例について、年齢、性別、開腹歴の有無、手術時間、術中出血量、術後合併症、再発の有無、術前術後の緩下剤使用量の変化について調査した。

【結果】年齢中央値は82歳で、90歳以上の超高齢者が17例（21%）を占めていた。男女比は5:76で、約94%が女性であった。43例（53%）が何らかの開腹手術歴を有しており、手術時間と出血量の中央値は、それぞれ2時間39分と10mlで、開腹歴有群は2時間33分と10ml、開腹歴無群2時間39分と8.5mlであった。術後の合併症は、導入当初の1例に機械性イレウスを認め、直腸吊り上げに使用した有棘糸断端に起因しており、その後糸の断端が突出しないようにしている。また、1例に術後6か月目の再発を認め、再度腹腔鏡下手術を行ったが、吊り上げ箇所は脱落しておらず、骨盤支持組織が過度に伸展したことが再発原因と思われた。元のメッシュに新たなメッシュを縫着し、直腸前壁腹膜翻転部を吊り上げ、脱出は改善され再発を認めていない。便秘については、術後約半数の症例で緩下剤の処方が増えていたが、緩下剤の調整でコントロール可能であった。

【考察】腹腔鏡下直腸後方メッシュ固定術は、術中出血量や術後の合併症も少なく安全に施行可能であり、再発も少なかった。術後便秘に対する服薬に配慮する必要があるが、全身麻酔が可能であれば高齢者でも推奨できる手術法である。

【結語】腹腔鏡下直腸後方メッシュ固定術は、術後便秘症状に注意する必要があるが、再発率も低く有用な術式である。

要望演題

2025年11月14日(金) 8:30 ~ 9:20 第6会場

[R4] 要望演題 4 直腸脱の低侵襲手術

座長：國場 幸均(松島病院大腸肛門病センター), 岡本 亮(医療法人信和会明和病院)

[R4-2] 直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の短期・中期成績

大島 隆一¹, 國場 幸均², 宮島 伸宜², 松島 小百合², 紅谷 鮎美², 佐井 佳世², 米本 昇平², 酒井 悠², 鈴木 佳透², 小菅 経子², 松村 奈緒美², 河野 洋一², 宋 江楓², 下島 裕寛², 岡本 康介², 黒水 丈次², 松島 誠², 四万村 司¹, 民上 真也³ (1.川崎市立多摩病院消化器・一般外科, 2.松島病院大腸肛門病センター肛門科, 3.聖マリアンナ医科大学病院消化器・一般外科)

【背景】当院では2023年12月より腹腔鏡下直腸固定術を導入した。【目的】当院における腹腔鏡下直腸固定術の短期および中期成績を検討することを目的とした。特に術前後の肛門内圧機能検査から見た直腸機能の改善度に焦点を当てて検証した。【対象と方法】2023年12月から2024年12月の間に腹腔鏡下直腸固定術を施行した60例を対象とし手術成績について後方視的に検討した。肛門内圧検査は術前および術後3ヶ月に全例施行し、最大静止圧(MRP)と最大随意収縮圧(MSP)で評価を行った。【手術適応】術前に排便造影検査を行い、仙骨前面の固定が不良な直腸脱、直腸重積の症例を対象とし、全身麻酔が可能な症例を適応とした。【手術手技】腹腔鏡下に直腸の授動を全周性に肛門挙筋レベルまで行った後に直腸を吊り上げ仙骨前面に固定する。側方靱帯は基本的に温存している。直腸の固定は左右の腸間膜を仙骨前面に直接タッキングで行い、腹膜修復を行う。【結果】年齢の中央値は73.5歳(27-86)、男性8例、女性52例。直腸脱症例が43例、直腸重積例が17例。病脳期間の中央値は12ヶ月。脱出腸管長は4cm。手術時間の中央値は193.5分、出血量は9ml、術後合併症は後腹膜血腫の1例のみであり重篤な合併症は認めていない。術後の在院日数は8日。現在まで再発は1例も認めていない。直腸脱症例と重積例のMRP値はそれぞれ 26.0 ± 14.5 mmHgと 43.4 ± 25.8 mmHgであり直腸脱症例で有意に低値であった。また、直腸脱症例において術前後のMRP値は $+6.73$ mmHgであり、上昇率は1.43倍に改善を認めた。その改善具合が病脳期間や脱出腸管長によって左右されるかを検証したが、病脳期間が12ヶ月前後、脱出腸管長が5cm前後で比較検討を行ったが、いずれも差は認めなかった。【考察】術後観察期間の中央値が8ヶ月とまだ短期間ではあるものの、再発例は1例も認めておらず、重篤な合併症も認めていないことから良好な成績と考えられた。肛門内圧に関しては、直腸脱症例に関して術後に改善を認めており、術前の病脳期間や脱出腸管長に左右されることなく改善が期待できると考えられた。

要望演題

■ 2025年11月14日(金) 8:30 ~ 9:20 ■ 第6会場

[R4] 要望演題 4 直腸脱の低侵襲手術

座長：國場 幸均(松島病院大腸肛門病センター), 岡本 亮(医療法人信和会明和病院)

[R4-3] 腹腔鏡下直腸前方固定術+仙骨膣固定術(LVR+LSC)の手術成績

鈴木 優之^{1,2}, 浜畑 幸弘¹, 鈴木 綾¹, 赤木 一成¹ (1.辻仲病院柏の葉大腸肛門科, 2.前田病院)

【背景】直腸脱は高齢者に多い疾患であり，術式選択には患者因子，病態を考慮することが望まれる．直腸脱に対する経腹手術は，経肛門手術と比較し再発率が低いため，全身麻酔可能症例であれば，我々は経腹手術である腹腔鏡下直腸前方固定術(Laparoscopic Ventral Rectopexy: LVR)を第一選択としている．また直腸脱症例の約30%は他の骨盤臓器脱(POP)を合併するとされており，腹腔鏡下仙骨膣固定術(Laparoscopic Sacrocolpopexy: LSC)を同時施行することも多い．同じ術野で一期的治療が可能である点も経腹手術のメリットといえる．

【目的】LVRとLSCを一期的に施行した症例の手術成績を検討すること．

【方法】2020年1月から2024年5月の期間に，他のPOP合併直腸脱に対しLVR+LSCを施行した27例の患者背景，手術成績を検討した．また直腸脱再発例の手術経験から考察した手技の工夫についても検討した．

【結果】対象は27例(初発19例，再発9例)．年齢と脱出腸管長はそれぞれ中央値で80歳，4.8cm．子宮付属器合併切除を同時施行した症例は18例であった．手術時間の中央値は183分，Clavien-Dindo分類 Grade II以上の術後合併症はなく，メッシュ関連合併症も認めなかった．術後在院日数，術後経過観察期間はそれぞれ中央値で4日，22か月であった．直腸脱の再発は3例(11.1%)に認めたが，他のPOPの再発はなかった．再発までの期間の中央値は9か月であった．再発例の3例はいずれもメッシュ固定が不十分であり，固定方法を改良した後は再発例を経験していない．

【結論】LVR+LSCの直腸脱についての手術成績を検討した．他のPOP合併直腸脱にも安全に一期的根治術が可能であった．

要望演題

2025年11月14日(金) 8:30 ~ 9:20 第6会場

[R4] 要望演題 4 直腸脱の低侵襲手術

座長：國場 幸均(松島病院大腸肛門病センター), 岡本 亮(医療法人信和会明和病院)

[R4-4] 直腸脱に対する腹腔鏡下直腸つり上げ固定手術の低侵襲化の工夫と治療成績

梅谷 直亨, 田村 徳康, 寺西 宣央, 代永 和秀, 箱崎 智樹, 園田 寛道 (河北総合病院消化器一般外科)

直腸脱の標準治療は腹腔鏡下直腸つり上げ固定手術であるが、高齢者に多い疾患であるため、より低侵襲であることが望ましい。我々は低侵襲化のための様々な工夫を行っている。

【手術手技】

臍部のカメラポート(12mm)以外はすべて5mmの細径ポートを使用する。術者のワーキングポートも細径にすることで術後疼痛を軽減できる。さらに、気腹圧を8mmHgと低く設定し皮下気腫を抑制し呼吸状態悪化リスクを回避している。腹壁が薄い症例が多いので視野は確保可能である。呼吸状態が悪い症例で4mmHgの超低圧+腹壁つり上げの経験もある。

手術台頭低位は15度までとし、視野確保困難であればエンドラクターを使用する。

手技の定型化により手術時間を短縮する。3本の針糸にて腸管の引き上げ、メッシュ固定および腹膜閉鎖までを行っている。

側方靱帯を温存し術後便秘を回避し、S状結腸切除は併用せず縫合不全リスクを排除する。

再発再手術は大きな侵襲であると考え、全例にメッシュを使用し再発率を抑制している。メッシュは間膜背側経路で留置し、感染や露出などトラブルなし。

【術前検査の負担軽減】

高齢者では通院も負担になるので、初診日に術前検査を実施し来院回数を削減する。術式選択には単純なアルゴリズムを採用し、排便造影や肛門機能検査は施行しない。

【症例】

2014~2025/3の腹腔鏡下直腸つり上げ固定手術症例 296例(男28, 女268)。うち90歳以上は69例(男1, 女68)、ASA PS3 59例(20%)。手術断念は非代償性肝硬変と膵癌末期、腎不全急性増悪の3例のみ。

【治療成績】

術前受診回数1回、術後歩行・食事開始POD1、退院POD4、入院期間6日間、手術時間 140分(2024年以降: 116分)、出血3.5mL(すべて中央値)。一過性譫妄以外の術後合併症0.7% (IIIb 1例: 癒着性腸閉塞、IV 1例: 退院後NOMI 93歳)。再発率≈2%。

【結語】

手術手技と周術期管理の最適化により手術の低侵襲化を実現した。高齢者においても安全に施行可能である。

要望演題

📅 2025年11月14日(金) 8:30 ~ 9:20 🏢 第6会場

[R4] 要望演題 4 直腸脱の低侵襲手術

座長：國場 幸均(松島病院大腸肛門病センター), 岡本 亮(医療法人信和会明和病院)

[R4-5] 骨盤臓器脱を合併する直腸脱への当院の治療戦略

松木 豪志¹, 岡本 亮¹, 一瀬 規子¹, 古出 隆大², 中島 隆善², 仲本 嘉彦², 柳 秀憲² (1.明和病院骨盤底臓器脱センター, 2.明和病院外科)

【はじめに】骨盤底臓器脱センターへ腸管の脱出に伴う症状を主訴として来院される方の中には骨盤臓器脱（POP）の合併を一定頻度で認めtotal repairが望まれる。当院の診断・治療方針について報告する。【診断・評価】直腸脱手術症例では耐術能検査と共に、脱出の程度と直腸の固定性の診断のため排便造影検査を、他臓器脱合併の評価として動的MRIを行う。固定性不良で5cm以上と大きく脱出する症例では耐術能が問題なければ鏡視下前方固定術LVR(Laparoscopic ventral rectopexy)を主に行い、他臓器脱合併例ではLSC(Laparoscopic sacrocolpopexy)またはRASC(Robot-assisted sacrocolpopexy)も併施しtotal repairとしている。【手術治療】2018年1月から2024年11月までに外科で実施した直腸脱・瘤・重積症手術122例のうち、35例（28.7%）に他臓器脱の合併を認めた。内訳は併存も含め膀胱瘤が最も多く21例、次いで子宮脱を14例に認めた。年齢中央値76.5歳、75歳以上の95%でFrailtyが疑われた。75歳以上では全例に入院時から嚥下も含めたりハビリを行い平均6日間の在院中のADL低下予防に努めている。手術は32例でLSC+LVRまたはRASC+LVRの術式選択しtotal repairとした。手術は複数科合同を基本とし、尿管・膀胱損傷など他臓器損傷の危険性が高くなる骨盤底術後症例では術中所見で経腹から経会陰アプローチへ等の術式変更・追加も行っている。観察期間中央値35.8ヶ月の成績で再発症例は直腸脱のみを経会陰手術で治療した1例に認め、LSC+LVRにて再手術を行い以後再発は認めていない。【術後経過観察】術後及び保存的加療症例ではバイオフィードバック療法外来にて骨盤底筋群体操を継続する。3-6ヶ月のパスで運用しており、術後ルーチン化した2022年以降では再発は認めていない。骨盤底機能は骨盤底困窮度質問票スコア(300点満点)で術前/術後1/3/6/12ヶ月を評価し、術後著明に改善した。【まとめ】POPは多彩な症状をもち、個別の身体・精神状況に応じた対応が必要となる。コメディカルも含めた多様性のあるチームによる個別化治療戦略が安全性と根治性の担保の為に望ましいと考える。

要望演題

2025年11月14日(金) 8:30 ~ 9:20 第6会場

[R4] 要望演題 4 直腸脱の低侵襲手術

座長：國場 幸均(松島病院大腸肛門病センター), 岡本 亮(医療法人信和会明和病院)

[R4-6] Laparoscopic Ventral Rectopexy 術後の骨盤底の変化-経会陰超音波による検討

加藤 健宏, 高橋 知子, 草薙 洋, 宮崎 彰成, 本城 弘貴, 青木 沙弥佳 (亀田総合病院)

【背景】

経会陰超音波検査(transperineal ultrasound: TPUS)は、骨盤臓器脱および腹圧性尿失禁 (stress urinary incontinence: SUI) でその有用性が報告されているが、直腸脱症例を対象とした報告は認めない。本研究では、直腸脱および重積症に対しlaparoscopic ventral rectopexy (LVR)を施行した症例を対象とし、術前、術後のTPUS所見を検討した。

【目的】 LVRによる骨盤底変化を、TPUSで評価し報告する。

【対象と方法】

2015年4月から2018年12月にLVRを施行し、術前および術後6か月にTPUSを行った症例を対象とし、TPUSで膀胱頸部-恥骨間距離(bladder-symphysis distance: BSD)、後部膀胱尿道角(retro-vesical angle: RVA)を、安静時、努責時、およびその変化量を検討した。LVRはD'Hooreらの報告に準じて、メッシュを直腸前壁および後腔壁に固定した。

【結果】

対象症例は63例で、中央値年齢78歳、BMI 22.1kg/m²、術前SUIは73.0%の症例に認めた。安静時BSDは、術前と比較してLVR術後有意に減少し(術前 19.3±4.4 mm → 術後 18.4±4.5 mm, p=0.049)、BSDの変化量(努責時と安静時の差)も術後有意に減少した(11.4±6.5 mm → 9.2±4.5 mm, p=0.031)。RVAは術後有意な変化を認めなかった。

【結論】

腔後壁固定を併施したLVRにより、わずかではあるが安静時BSDおよびBSD変化量が有意に低下することが示された。BSD変化量の増大がSUIのリスク因子とされていることから、本術式はSUIの改善に寄与する可能性が示唆された。

要望演題

2025年11月14日(金) 9:20 ~ 10:10 第6会場

[R5] 要望演題 5 閉塞性大腸癌の治療1

座長：齊田 芳久(東邦大学医療センター大橋病院外科), 藤井 正一(湘南鎌倉総合病院外科)

[R5-1]

閉塞性大腸癌に対する周術期アプローチの変遷と治療成績改善に関する検討

日吉 雅也, 鈴木 真美, 深井 隆弘, 長谷川 由衣, 寺井 恵美, 木谷 嘉孝, 浦辺 雅之, 森園 剛樹, 渡辺 俊之, 橋口 陽二郎 (大森赤十字病院外科)

[R5-2]

当院での閉塞性結腸癌に対するSEMS留置の短期的および長期的成績

多加喜 航, 松本 辰也, 藤木 博, 小泉 範明 (明石市立市民病院外科)

[R5-3]

内視鏡通過不能右側結腸癌における術前SEMS留置の有用性と短期・中期成績に関する検討

北村 洋¹, 辻仲 眞康¹, 三浦 智也¹, 初沢 悠人¹, 山家 研一郎², 澤田 健太郎¹, 桜井 博仁², 三田村 篤¹, 日景 允¹, 高見 一弘², 近藤 典子², 山本 久仁治², 中野 徹¹, 片寄 友², 柴田 近¹ (1.東北医科薬科大学病院消化器外科, 2.東北医科薬科大学病院肝胆膵外科)

[R5-4]

閉塞性大腸癌に対する術前ステント留置 (Bridge to Surgery : BTS) 症例の術後合併症発生リスク因子の検討

矢那瀬 拓哉¹, 吉敷 智和¹, 麻生 喜祥¹, 飯岡 愛子¹, 若松 喬¹, 本多 五奉¹, 片岡 功², 磯部 聡史¹, 代田 利弥¹, 中山 快貴¹, 後藤 充希¹, 須並 英二¹ (1.杏林大学医学部付属病院下部消化管外科, 2.杏林大学医学部付属杉並病院消化器・一般外科)

[R5-5]

閉塞性大腸癌に対するBridge to Surgery (BTS) の長期成績と再発様式の検討

久戸瀬 洋三, 河本 知樹, 廣部 雅臣, 真鍋 裕宇, 福田 雄介, 大竹 弘泰, 實近 侑亮, 加藤 弘記, 細田 洋平, 金 浩敏, 土屋 康紀, 西 敏夫, 小川 淳宏, 森 琢児, 丹羽 英記, 小川 稔 (多根総合病院外科)

[R5-6]

大腸癌化学療法中のステント治療は安全性か？

花畑 憲洋¹, 五十嵐 昌平^{1,2}, 高 昌良^{1,2}, 前田 高人^{1,2}, 福德 友香理^{1,2}, 菊池 諒一^{1,2}, 島谷 孝司^{1,2}, 沼尾 宏¹, 村田 暁彦³, 棟方 正樹¹ (1.青森県立中央病院消化器内科, 2.弘前大学大学院医学研究科消化器血液内科学講座, 3.青森県立中央病院外科)

要望演題

2025年11月14日(金) 9:20 ~ 10:10 第6会場

[R5] 要望演題 5 閉塞性大腸癌の治療1

座長：齊田 芳久(東邦大学医療センター大橋病院外科), 藤井 正一(湘南鎌倉総合病院外科)

[R5-1] 閉塞性大腸癌に対する周術期アプローチの変遷と治療成績改善に関する検討

日吉 雅也, 鈴木 真美, 深井 隆弘, 長谷川 由衣, 寺井 恵美, 木谷 嘉孝, 浦辺 雅之, 森園 剛樹, 渡辺 俊之, 橋口 陽二郎 (大森赤十字病院外科)

【目的】閉塞性大腸癌治療の周術期戦略の最適化と成績向上を目指し、当院における年代別治療成績推移と術前減圧療法・術後療法の実施状況について検討した。【対象と方法】2018年1月-2025年3月に当科で外科手術を施行した閉塞性大腸癌86例を対象とした。検討1：2023年以前（前期:61例）、2024年以後（後期:25例）に分類し比較。検討2：絶食以外の術前減圧療法または緊急手術を要した62例（術前減圧群:32例、緊急手術群:30例）を比較。統計学的有意水準は $p<0.05$ とした。【結果】**検討1**：後期群で初回手術での癌切除率は52.5%から84.0%に上昇（ $p=0.007$ ）、低侵襲手術率は6.6%から68.0%に上昇（ $p<0.001$ ）、人工肛門作成率は59.0%から36.0%に減少（ $p=0.044$ ）した。手術時間は132.1分から262.3分に延長（ $p<0.001$ ）したが、出血量は198.0mlから54.5mlに減少（ $p=0.001$ ）した。術前減圧療法の施行率は前期29.5%（18/61例）、後期56.0%（14/25例）と、後期で有意に上昇した（ $p=0.028$ ）。術前減圧療法施行群におけるステント治療の実施率は前期27.8%（5/18例）、後期100%（14/14例）と、後期で有意に上昇した（ $p<0.001$ ）。術後在院日数は、前期22.8日から後期15.4日と短縮した（ $p=0.031$ ）。**検討2**：術前減圧群の内訳は、ステント19例、経肛門イレウス管4例、経鼻イレウス管9例であった。術前減圧群で初回癌切除率96.9%（緊急手術群20.0%、 $p<0.001$ ）、低侵襲手術率50.0%（0.0%、 $p<0.001$ ）、人工肛門作成率9.4%（100.0%、 $p<0.001$ ）、Clavien-Dindo分類Grade III以上の合併症率3.1%（20.0%、 $p=0.049$ ）、二期的切除も含めた最終的大腸癌原発巣切除率96.9%（80.0%、 $p=0.050$ ）と良好であった。術後在院日数は術前減圧群13.4日、緊急手術群28.2日で、術前減圧群の方が有意に短縮していた（ $p<0.001$ ）。根治度A/Bの術後補助療法実施率および根治度Cの追加治療実施率において両群間に有意差はなかった。最終的根治度も両群間に有意差はなかった。【考察】年代別後期群での成績向上は低侵襲手術増加、術前減圧による患者状態改善によると考えられる。術前減圧療法の取り組みとステント使用の増加が、治療成績の向上に寄与した可能性がある。

要望演題

2025年11月14日(金) 9:20 ~ 10:10 第6会場

[R5] 要望演題 5 閉塞性大腸癌の治療1

座長：齊田 芳久(東邦大学医療センター大橋病院外科), 藤井 正一(湘南鎌倉総合病院外科)

[R5-2] 当院での閉塞性結腸癌に対するSEMS留置の短期的および長期的成績

多加喜 航, 松本 辰也, 藤木 博, 小泉 範明 (明石市立市民病院外科)

【背景】閉塞性大腸癌に対するbridge to surgery(BTS)を行う上で自己拡張型金属ステント(self-expanding metallic stent; SEMS)留置は有効な方法ではあるが、長期予後に与える影響に関しては依然議論の余地がある。本研究では閉塞性結腸癌に対するSEMS留置による短期的な安全性の検討と長期予後に与える影響に関して検討・解析した。

【方法】2016年から2022年に明石市立市民病院で根治切除術を行ったpStage IIおよびIII結腸癌症例251例を対象に後方視的に解析した。SEMS留置症例(SEMS(+))と留置していない症例(SEMS(-))に対するその臨床病理学的因子や術後短期成績に関して検討した。また、それぞれpStage IIおよびStage III症例での長期予後に関して検討・解析した。

【結果】閉塞性結腸癌症例が68症例あり、BTSのためにSEMS留置された症例が63症例あった。手術短期成績に関してSEMS(+)63症例とSEMS(-)188症例の比較検討ではSEMS(+)群で手術時間(207min vs 183min, $p<0.01$)が有意に長く、出血量(148g vs 107g, $p<0.01$)も有意に多かったが手術アプローチ法、術後合併症率や術後在院日数に差はなく、手術は侵襲的とはなるが安全に施行できている結果となった。pStage II症例($n=130$)の予後解析ではSEMS(+)群($n=25$)で有意にRFSが不良(69.4% vs 86.4%, $p=0.02$)であったが、OSに有意差はなく、多変量解析でもSEMS (+) は独立した予後不良因子とはならなかった。臨床病理学的因子との多変量解析ではSEMS(+)群では有意に浸潤型の肉眼型($p<0.01$)であり、リンパ管浸潤陽性であった($p=0.02$)。pStage III症例($n=121$)ではSEMS(+)群($n=38$)でRFS(60.8% vs 75.8%, $p=0.07$)およびOS(62.7% vs 77.1%, $p=0.15$)がともに不良傾向であったが有意差はなかった。

【結語】閉塞性結腸癌に対してSEMS留置後症例ではやや侵襲的な手術にはなるが、短期成績は良好であり、BTSとしては安全で有効な手段である。しかし、長期予後はSEMS留置により不良となる傾向があり、術前のSEMS留置適応に関しては慎重な判断が必要となる。

要望演題

2025年11月14日(金) 9:20 ~ 10:10 第6会場

[R5] 要望演題 5 閉塞性大腸癌の治療1

座長：齊田 芳久(東邦大学医療センター大橋病院外科), 藤井 正一(湘南鎌倉総合病院外科)

[R5-3] 内視鏡通過不能右側結腸癌における術前SEMS留置の有用性と短期・中期成績に関する検討

北村 洋¹, 辻仲 眞康¹, 三浦 智也¹, 初沢 悠人¹, 山家 研一郎², 澤田 健太郎¹, 桜井 博仁², 三田村 篤¹, 日景 允¹, 高見 一弘², 近藤 典子², 山本 久仁治², 中野 徹¹, 片寄 友², 柴田 近¹ (1.東北医科薬科大学病院消化器外科, 2.東北医科薬科大学病院肝胆膵外科)

【目的】閉塞性大腸癌に対する術前減圧処置として、Self-expandable metallic stent (SEMS)留置が普及しているが、右側結腸での有用性は十分に検討されていない。そこで、内視鏡通過不能な右側結腸癌に対する術前SEMS留置の短期・中期成績を分析し、その有効性と安全性を明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】2019年4月から2023年3月に当院で原発巣切除を行った内視鏡通過不能右側結腸癌を対象とした。SEMS留置群(A群)と非SEMS群(B群)に分類し、患者背景、病理学的因子、手術関連因子、無再発生存期間、全生存期間について比較検討した。

【結果】対象症例は46例あり、A群18例、B群28例であった。患者背景では、年齢(A群/B群: 中央値80/75.5歳, $p=0.30$)、性別(男性: 61.1/60.7%, $p=1.0$)、ASA 3以上(5.6/17.9%, $p=0.38$)において有意差はなかった。病理学的因子では、T4頻度(A群/B群: 55.6/50.0%, $p=0.769$)、リンパ節転移陽性率(72.2/82.1%, $p=0.48$)に有意差はなかった。Stage別においても、A群(Stage II/III: 72.2%, Stage IV: 27.8%)とB群(Stage II/III: 57.1%, Stage IV: 42.9%)の間に有意差はなかった

($p=0.361$)。手術関連因子では、手術時間(中央値: 255/208.5分, $p=0.51$)、術中出血量(中央値: 12/60ml, $p=0.12$)、腹腔鏡手術の割合(66.7/60.7%, $p=0.18$)、CD分類Grade III以上の術後合併症率(0/7.1%, $p=0.51$)、術後在院日数(中央値: 12/13日, $p=0.35$)のいずれの項目においても両群間で有意差はなかった。予後について、3年全生存率(72.6/57.1%, $p=0.38$)、Stage II/III症例における3年無再発生存率(82.1/62.8%, $p=0.23$)ともに両群間に有意差はなかった。

【結論】内視鏡通過不能な右側結腸癌に対するSEMS留置による術前減圧は、周術期の合併症を増加させず安全性は示されたものの、治療成績に関する効果は限定的である可能性が示唆された。

要望演題

2025年11月14日(金) 9:20 ~ 10:10 第6会場

[R5] 要望演題 5 閉塞性大腸癌の治療1

座長：齊田 芳久(東邦大学医療センター大橋病院外科), 藤井 正一(湘南鎌倉総合病院外科)

[R5-4] 閉塞性大腸癌に対する術前ステント留置（Bridge to Surgery：BTS）症例の術後合併症発生リスク因子の検討

矢那瀬 拓哉¹, 吉敷 智和¹, 麻生 喜祥¹, 飯岡 愛子¹, 若松 喬¹, 本多 五奉¹, 片岡 功², 磯部 聡史¹, 代田 利弥¹, 中山 快貴¹, 後藤 充希¹, 須並 英二¹ (1. 杏林大学医学部付属病院下部消化管外科, 2. 杏林大学医学部付属杉並病院消化器・一般外科)

【背景】閉塞性大腸癌における術前大腸ステント留置術は, Bridge to Surgery (BTS) として普及しており, 緊急での人工肛門造設を回避可能な治療選択肢として注目されている. 一方で, 縫合不全などの術後合併症のリスク因子となる可能性も指摘されている. 【目的】BTS症例における術後合併症発生のリスク因子を抽出し, 対策を検討する. 【対象】2018年11月から2025年3月までに, 当院で閉塞性大腸癌に対してBTS目的に大腸ステントを留置した71例を対象とした. 【方法】評価項目として, 患者因子 (性別, 年齢), 臨床病理学的因子 (腫瘍部位, 腫瘍径, 病期), 術前生化学データ (TP, Alb, CRP, 総リンパ球数), 栄養スコア (PNI), 予後スコア (mGPS) を用いて, Clavien-Dindo分類Grade II以上の術後合併症のリスク因子を後ろ向きに検討した. 【結果】対象は71例, 年齢71歳(中央値:30~92), 男性35例 (49%) であった. 腫瘍部位は右側結腸11例, 左側結腸35例, 直腸25例であった. ステント留置期間は26日 (中央値:5~173日), 術後入院期間は14日 (中央値:8~68日) であった. ステント留置に関連する合併症は11例 (15%) に発生し, 一部に経口摂取制限を要した症例もみられた. 術後合併症 (CD分類Grade II以上) は13例 (18%) であり, 内訳は縫合不全3例, 腸閉塞2例, 腹腔内膿瘍2例, 術後出血1例, 尿路感染症3例, 腸炎2例であった. 人工肛門を造設していない61症例において, ステント留置前後のデータを用いてリスク因子を検討した結果, 多変量解析にてステント留置関連合併症の有無およびmGPS (1点以上) が術後合併症の有意なリスク因子であった ($P<0.001$). さらに, ステント留置翌日の炎症反応の上昇が, 術後合併症発生と有意に関連していた ($P<0.001$). 【結論】ステント留置による合併症および術前mGPSの改善不良は, 術後合併症のリスク因子であった. BTSにより経口摂取が可能となり, 栄養状態や閉塞性腸炎の改善が期待されるが, 一方でその効果が限定的な症例も存在した. ステント留置に関連した合併症のある症例や, mGPSが改善しない症例では, 術式選択や手術時期の選択に慎重な検討が必要であると考えられた.

要望演題

2025年11月14日(金) 9:20 ~ 10:10 第6会場

[R5] 要望演題 5 閉塞性大腸癌の治療1

座長：齊田 芳久(東邦大学医療センター大橋病院外科), 藤井 正一(湘南鎌倉総合病院外科)

[R5-5] 閉塞性大腸癌に対するBridge to Surgery (BTS) の長期成績と再発様式の検討

久戸瀬 洋三, 河本 知樹, 廣部 雅臣, 真鍋 裕宇, 福田 雄介, 大竹 弘泰, 實近 侑亮, 加藤 弘記, 細田 洋平, 金 浩敏, 土屋 康紀, 西 敏夫, 小川 淳宏, 森 琢児, 丹羽 英記, 小川 稔 (多根総合病院外科)

【背景】閉塞性大腸癌に対する自己拡張型金属ステント (SEMS) 留置後の待機手術 (Bridge to Surgery: BTS) は、周術期リスク軽減および治療成績向上を目的に広く普及している。しかし、本邦における長期成績、とりわけ再発パターンに関する報告は依然として限られている。

【目的】当院における閉塞性大腸癌患者に対するBTSの治療成績を検討する。【方法】2014年1月～2022年4月にBTSを施行した閉塞性大腸癌患者85例を対象とした。3年無再発生存率 (RFS) および3年全生存率 (OS) を算出し、病期別に比較検討し、再発パターンについても比較検討した。【結果】観察期間中央値は36.6ヶ月であった。年齢中央値は72歳、男性50例 (58.8%)、女性35例 (41.2%) であった。腫瘍占居部位は右側結腸22例 (25.9%)、左側結腸63例 (74.1%) であった。全体の3年RFSは86.5%、3年OSは73.4%であった。Stage IIでの3年RFS/OSは85.5%/76.2%、Stage IIIでは83.2%/66.5%であった。再発は31/85例 (36.5%) に認められ、Stage IIでは10/40例(25%)、Stage IIIでは24/45例(53%)であった。そのうち重複を含めて肝転移11例 (13%)、肺転移11例 (13%)、腹膜播種17例 (20%) が確認され、腹膜播種が最も多かった。【結語】閉塞性大腸癌に対するBTSの長期成績は概ね良好であり、根治的切除後の予後も一定の成果を示した一方で、再発症例では腹膜播種の頻度が高く、腹膜播種の制御を考慮した術後補助療法や集学的治療の導入が求められる。

要望演題

2025年11月14日(金) 9:20 ~ 10:10 第6会場

[R5] 要望演題 5 閉塞性大腸癌の治療1

座長：齊田 芳久(東邦大学医療センター大橋病院外科), 藤井 正一(湘南鎌倉総合病院外科)

[R5-6] 大腸癌化学療法中のステント治療は安全性か？

花畑 憲洋¹, 五十嵐 昌平^{1,2}, 高 昌良^{1,2}, 前田 高人^{1,2}, 福德 友香理^{1,2}, 菊池 諒一^{1,2}, 島谷 孝司^{1,2}, 沼尾 宏¹, 村田 暁彦³, 棟方 正樹¹ (1.青森県立中央病院消化器内科, 2.弘前大学大学院医学研究科消化器血液内科学講座, 3.青森県立中央病院外科)

【目的】大腸がん治療ガイドラインでは薬物療法の適応とならない患者における緩和目的と術前減圧目的については弱く推奨すると触れられているが化学療法中の患者に対する記載はない。一方、ESGEのガイドラインでは血管新生阻害薬使用中の大腸ステント留置は推奨しないとされている。一般臨床では化学療法施行中に発生した狭窄に対して緊急手術を行うかステント治療を行うか悩むことがある。化学療法中に施行された大腸ステントの安全性について明らかにする。【方法】2012年から2025年3月までに大腸癌化学療法施行中に発生した原発巣の閉塞に対して大腸ステントを留置した症例について患者背景、化学療法、偶発症について検討した。

【結果】対象症例は35例、男女比25:10、年齢 67.6 ± 8.1 歳、PS(0、1/2~4)は31/4、閉塞部位(左側/右側)は24/11、cStage(III/IV)は5/30だった。化学療法開始からステントまでの期間は平均363日、ステント施行時に行われていた化学療法はTriplet 7例、doublet 22例、単剤 6例、分子標的薬はBevacizumab 8例、Panitumumab 7例、Cetuximab 1例に併用され、治療効果

(PD/SD/PR)は8/22/5だった。ステントによる偶発症は穿孔3例(8.6%)、閉塞7例

(20.0%)、逸脱6例(17.1%)、敗血症性ショックを1例(3%)に認めた。穿孔例と敗血症は全例緊急手術、閉塞例は1例を除き再ステント、逸脱は経過観察となった。ステント後の治療は手術7例、化学療法継続24例、BSC4例だった。【考察】緩和目的の大腸ステント留置における全偶発症は22~33%であり穿孔は0~5%程度とされる。今回の検討では穿孔は8.6%と多く、比較的早期に見られ、治療効果は3例ともSDだった。ステント前に施行していた化学療法治療効果が影響していた可能性がある。【結語】化学療法中の大腸ステント留置は穿孔を増加させる可能性があり十分に注意する必要があると考えられた。

要望演題

■ 2025年11月14日(金) 10:10～11:00 ■ 第6会場

[R6] 要望演題 6 閉塞性大腸癌の治療2

座長：宮倉 安幸(栃木県立がんセンター大腸骨盤外科、がん予防・遺伝カウンセリング科), 落合 大樹(帝京大学医学部外科学講座)

[R6-1]

閉塞性大腸癌に対する治療戦略

島田 麻里, 綿貫 誠也, 吉川 琢馬, 高橋 環, 吉川 侑吾, 大江 準也, 片野 薫, 岩城 吉孝, 美並 輝也, 金本 斐子, 奥田 俊之, 前田 一也, 宮永 太門, 二宮 致, 道傳 研司 (福井県立病院外科)

[R6-2]

閉塞性大腸癌に対する当院での治療戦略と課題

腰野 蔵人, 前田 文, 谷 公孝, 番場 嘉子, 金子 由香, 二木 了, 小川 真平, 山口 茂樹 (東京女子医科大学病院消化器・一般外科)

[R6-3]

閉塞性大腸癌の予後因子の検討

古屋 一茂, 渡邊 英樹 (山梨県立中央病院消化器外科)

[R6-4]

StageⅣ閉塞性大腸癌の減圧における治療戦略

藤田 悠司, 小川 聡一郎, 栗生 宜明, 大辻 英吾 (京都第一赤十字病院消化器外科)

[R6-5]

StageⅣ閉塞性大腸癌の治療方針と成績

笠島 浩行, 下國 達志, 三國 夢人 (市立函館病院消化器外科)

[R6-6]

切除不能遠隔転移を有する閉塞性大腸癌の治療方針の検討

香中 伸太郎, 山田 岳史, 上原 圭, 進士 誠一, 松田 明久, 横山 康行, 高橋 吾郎, 岩井 拓磨, 宮坂 俊光, 林 光希, 松井 隆典, 吉田 寛 (日本医科大学付属病院消化器外科)

要望演題

2025年11月14日(金) 10:10～11:00 第6会場

[R6] 要望演題 6 閉塞性大腸癌の治療2

座長：宮倉 安幸(栃木県立がんセンター大腸骨盤外科、がん予防・遺伝カウンセリング科), 落合 大樹(帝京大学医学部外科学講座)

[R6-1] 閉塞性大腸癌に対する治療戦略

島田 麻里, 綿貫 誠也, 吉川 琢馬, 高橋 環, 吉川 侑吾, 大江 準也, 片野 薫, 岩城 吉孝, 美並 輝也, 金本 斐子, 奥田 俊之, 前田 一也, 宮永 太門, 二宮 致, 道傳 研司 (福井県立病院外科)

【背景】閉塞性大腸癌症例に対する減圧方法は従来のイレウス管・人工肛門造設に加え、大腸ステントが保険適応となりBridge to surgery (BTS) の症例が増えている。当院での閉塞性大腸癌症例について検討し報告する。

【対象と方法】2023年1月～2025年4月に診断された閉塞性大腸癌74例を対象とした。19例はBSCを選択し、緊急減圧処置後に治療を行った55例について臨床病理学的所見や短期成績について検討した。当院では緊急減圧処置の第一選択は大腸ステントで、ステント留置困難な腫瘍局在や前治療適応の症例ではイレウス管もしくは人工肛門造設を施行している。

【結果】男性35例、女性20例、年齢75 (31-92) 歳。減圧処置は大腸ステント35例、イレウス管4例、絶食14例、緊急人工肛門2例施行した。腫瘍局在はC/A/T/D/S/Rs/Ra/Rb=6/12/9/5/11/8/3/1例、cStage2/3/4=13/24/18例であった。初診日から手術までの日数は25 (0-101) 日で原発切除を48例、人工肛門造設を7例に施行した。ステント留置後の手術待機期間に再閉塞を認めた症例が2例、ステント留置したが局所が切除不能であった症例が1例あった。腹腔鏡手術43例、ロボット手術5例、開腹手術7例であった。手術時間243 (46-527) 分、出血量5 (0-1190) ml、Grade3以上の術後合併症は縫合不全2例、在院死は誤嚥性肺炎・心不全増悪にて2例認めた。術後在院日数は10 (7-69) 日であった。

【考察】閉塞性大腸癌に対して術前に減圧を行うことで緊急手術や人工肛門造設を回避できる症例が増えている。術前減圧後の手術は安全に施行されており、閉塞のない症例と比較し在院日数や合併症の増加は認めなかった。大腸ステントはBTSとして有用であるが、再閉塞や原発巣切除が困難であった症例もあり、今後の課題として、至適な手術待機期間や術前管理の検討、局所進行癌に対するステント留置の適応について内科・外科での連携が必要なことなどが挙げられる。

要望演題

2025年11月14日(金) 10:10～11:00 第6会場

[R6] 要望演題 6 閉塞性大腸癌の治療2

座長：宮倉 安幸(栃木県立がんセンター大腸骨盤外科、がん予防・遺伝カウンセリング科), 落合 大樹(帝京大学医学部外科学講座)

[R6-2] 閉塞性大腸癌に対する当院での治療戦略と課題

腰野 蔵人, 前田 文, 谷 公孝, 番場 嘉子, 金子 由香, 二木 了, 小川 真平, 山口 茂樹 (東京女子医科大学病院消化器・一般外科)

【緒言】閉塞性大腸癌 (Obstructive colorectal cancer: OCRC) は全大腸癌の3-15%と報告されている。大腸ステントは2012年より本邦において保険収載され、現在では留置成功率約90%と非常に高い結果となっている。これに伴い腸閉塞症状を伴う大腸癌に対して術前減圧目的 (Bridge to surgery: BTS) でのステント留置症例が増加傾向にある。

【目的・方法】今回われわれは、2013年4月～2024年4月までにcStage II/IIIと診断した閉塞性大腸癌症例(CROSS分類score 0-2)を大腸ステント群59例と非ステント群53例の2群に分け、合併症発生を含めた治療成績をretrospectiveに検討した。(術前化学療法施行症例は除外, $P < 0.05$ を持って有意差ありとした。)

【結果】大腸ステント群は年齢73歳、男：女=33:27、腫瘍局在はA/T/D/S/R:4/14/15/22/5であった。ステント挿入から手術までの期間(中央値)は32日、pStage II:40症例, pStage III: 20症例であった。緊急手術は5例(ストマ造設を含む)、Hartmann手術を含む人工肛門造設症例は7例、Clavien-Dindo分類3以上の合併症発生は4例であった。術後在院日数の中央値は10.5日、再発は14例に認めた。また、一方非ステント群は年齢70歳、男：女=29:24、腫瘍局在C/A/T/D/S/R:5/9/6/5/21/8であった。緊急手術は19例であり、Hartmann手術を含む人工肛門造設症例は16例であった、Clavien-Dindo分類3以上の合併症発生は9例、術後在院日数の中央値は13日、再発は13症に認めた。両群間の比較ではストマ造設率 ($P=0.015$)、緊急手術回避率 ($P < 0.05$) で有意な差を認めた。合併症の発生率 ($P=0.087$)、再発率 ($P=0.882$) に差はなかった。ただし、ステント群では緊急手術となった場合に一期的に原発巣を切除できない症例が大半であった。

【結語】閉塞性大腸癌に対する大腸ステント留置術によって緊急手術、ストマ造設を回避し、十分な減圧のもと手術が可能であるため、患者の術後QOLの向上が示唆された。しかしながらステント留置の技術的、臨床的成功が難しかった場合は、一期的手術による原発巣切除が難しくなるため、今後さらなる技術の向上が必要であると考えられる。

要望演題

2025年11月14日(金) 10:10～11:00 第6会場

[R6] 要望演題 6 閉塞性大腸癌の治療2

座長：宮倉 安幸(栃木県立がんセンター大腸骨盤外科、がん予防・遺伝カウンセリング科), 落合 大樹(帝京大学医学部外科学講座)

[R6-3] 閉塞性大腸癌の予後因子の検討

古屋 一茂, 渡邊 英樹 (山梨県立中央病院消化器外科)

【背景】

大腸癌のうち、狭窄による閉塞性大腸癌は約3～16%に発症し、一般に予後不良とされているが、具体的な予後因子については十分に解明されていない。

【目的】

Stagell,III閉塞性大腸癌に対する根治的切除後の予後因子を明らかにすることを目的とした。

【対象】

2005年～2022年に当院で切除術を受けた大腸癌症例のうち、粘膜内癌、多発、重複癌既往例、緊急手術例を除外し、根治的切除が行われたStagell,III症例を対象とした。

【方法】

全生存率（OS）を主要評価項目とし、閉塞性大腸癌（閉塞群）と非閉塞性大腸癌（非閉塞群）の2群に分け、臨床病理学的因子、炎症性マーカー、栄養指標等をROC曲線により算出したカットオフ値を用いて後方視的に比較検討した。さらに閉塞性群に対して多変量解析（Cox比例ハザードモデル）を行い、無再発生存率（RFS）およびOSに関する独立予後因子を検討した。生存曲線はKaplan-Meier法を用いて作成した。

【結果】

閉塞群は138例、非閉塞群は896例。閉塞群/非閉塞群の比較では、男性（55.1%/54.2%）、ASA-PS $\geq$ 3（18.1%/14.0%）、結腸（RSを含める）（90.6%/79.4%、 $p<0.01$ ）、右側結腸（44.2%/39.2%）、pStagell（58.7%/52.1%）、術後補助化学療法（28.3%/30.8%）であった。5年OSは閉塞群70.6% [95%CI: 61.1–78.0]、非閉塞群83.0% [95%CI: 79.1–85.1]、であり、統計学的に有意差を認めた（ $p<0.01$ ）。

閉塞群における多変量解析の結果、RFSに関連する因子として「年齢 $\geq$ 75歳」「術前リンパ球／単球比(LMR)低値」「BMI $\geq$ 25」「pT4」「pN2」が、OSに関連する因子として「年齢 $\geq$ 75歳」「術前LMR低値」「pN2」「ASA-PS $\geq$ 3」「術前CEA $>$ 5.0 ng/ml」「リンパ節郭清度」「術前CRP/Alb比(CAR)高値」が抽出された。

【結語】

閉塞性大腸癌において、術前リンパ球／単球比(LMR)およびCRP/Alb比（CAR）は、Stagell、III症例の予後を示唆する有用な指標となる可能性がある。

要望演題

2025年11月14日(金) 10:10～11:00 第6会場

[R6] 要望演題 6 閉塞性大腸癌の治療2

座長：宮倉 安幸(栃木県立がんセンター大腸骨盤外科、がん予防・遺伝カウンセリング科), 落合 大樹(帝京大学医学部外科学講座)

[R6-4] StageⅣ閉塞性大腸癌の減圧における治療戦略

藤田 悠司, 小川 聡一郎, 栗生 宜明, 大辻 英吾 (京都第一赤十字病院消化器外科)

【背景と目的】 StageⅣ大腸癌は腫瘍閉塞を伴うこともあり、迅速な対応と長期的な治療戦略の両立が求められる。今回、StageⅣ閉塞性大腸癌に対する減圧処置の選択および大腸ステント留置の安全性を検討した。

【対象と方法】 当院における2019年1月から2024年10月までの大腸癌手術症例を後方視的に検討した。緊急に大腸ステントを留置して手術(BTS)を行った閉塞性大腸癌72例のうち、StageⅣ症例(4-stent群)とStageⅣ以外の症例(stent群)を比較した。さらにStageⅣ閉塞性大腸癌に対してステント以外の緊急処置を行った症例群(4-other群)との比較も行った。

【結果】 4-stent群は20例、stent群は52例(StageⅢ/Ⅳ：18/34)であった。4-stent群では男性が有意に多く、BMIが低値であったが、原発巣の右側左側や手術までの待機期間には有意差を認めなかった。手術アプローチ、手術時間、出血量、ストマ造設率、リンパ節郭清個数に両群間で有意差はなく、Clavien-Dindo分類Grade2以上の合併症発生率は4-stent群10%、stent群11.5%、術後在院日数の中央値はそれぞれ8.5日、8日であり、差は認められなかった。

4-other群は12例で、人工肛門造設10例、経肛門イレウス管1例、経鼻イレウス管1例であった。Best Supportive Care(BSC)となったのは4-stent群4例、4-other群1例であった。BSC症例を除外し、減圧処置から初回癌薬物療法開始までの期間中央値は4-stent群58日、4-other群24日で有意に延長していた。一方で、Kaplan-Meier解析における初回治療介入からの全生存期間中央値は、両群ともに45か月であり、有意差は認められなかった。比例ハザード解析では、ステント留置は予後規定因子ではなく、治療の有無やStageⅣ層別が独立した予後不良因子であった。

【考察】 StageⅣ閉塞性大腸癌に対してのBTSは根治手術と同等の安全性であった。また大腸ステントの留置は生存期間において既存の減圧手段と同等であった。ただしステント留置後に病巣を切除できない場合は癌薬物療法の制限となるため注意が必要である。

【結語】 単施設での少数例による検討ではあるが、StageⅣ閉塞性大腸癌に対する大腸ステントは治療戦略として有用であると考えられた。

要望演題

2025年11月14日(金) 10:10～11:00 第6会場

[R6] 要望演題 6 閉塞性大腸癌の治療2

座長：宮倉 安幸(栃木県立がんセンター大腸骨盤外科、がん予防・遺伝カウンセリング科), 落合 大樹(帝京大学医学部外科学講座)

[R6-5] StageIV閉塞性大腸癌の治療方針と成績

笠島 浩行, 下國 達志, 三國 夢人 (市立函館病院消化器外科)

【目的】 StageIV閉塞性大腸癌の治療方針について術前減圧の有無、緊急手術例を含め短期・長期成績を検討。【対象】 2011年から2024年までに手術した大腸癌1461例を対象。ステント留置(BTS)後に原発巣切除したB群56例(72.2歳,男34:女22)、tube減圧後に原発巣切除したT群32例(71.8歳,男17:女15)、緊急で原発切除したE群16例(74.8歳,男7:女9)、絶食のみで原発巣切除したN群52例(72.0歳,男31:女21)、stoma造設かバイパスのS群21例(66.6歳,男15:女6)を比較。【結果】 Stage(IVa:IVb:IVc)はB群(31:6:19),T群(17:2:13),E群(5:4:7),N群(27:7:18),S群(9:5:7)。腹腔鏡・ロボット施行率はB群96.4%,T群93.7%,E群31.2%,N群90.4%,S群68.2%。stoma造設率はB群12.5%,T群31.2%,E群39.1%,N群26.9%,S群85.7%。短期成績(手術時間:出血量:術後在院日数)はB群(186分:38ml:12日),T群(201分:116ml:16日),E群(178分:215ml:19日),N群(205分:92ml:14日),S群(85分:11ml:11日)。化学療法導入率と導入までの日数はB群(75%:38日),T群(71.8%:37日),E群(43.8%:28日),N群(75%:32日),S群(80.9%:20日)。3年OSはB群35.2%,T群37.1%,E群12.5%,N群20.9%,S群13.2%。【まとめ】 StageIV閉塞性大腸癌の術前減圧後の原発切除は短期成績でBTSが良好。非切除は高率かつ早期に化学療法を施行可能だが長期成績は不良。減圧後の原発切除は一定の予後改善効果がある可能性。

要望演題

2025年11月14日(金) 10:10～11:00 第6会場

[R6] 要望演題 6 閉塞性大腸癌の治療2

座長：宮倉 安幸(栃木県立がんセンター大腸骨盤外科、がん予防・遺伝カウンセリング科), 落合 大樹(帝京大学医学部外科学講座)

[R6-6] 切除不能遠隔転移を有する閉塞性大腸癌の治療方針の検討

香中 伸太郎, 山田 岳史, 上原 圭, 進士 誠一, 松田 明久, 横山 康行, 高橋 吾郎, 岩井 拓磨, 宮坂 俊光, 林 光希, 松井 隆典, 吉田 寛 (日本医科大学付属病院消化器外科)

【背景と目的】 治癒切除不能な遠隔転移を有するStageⅣ大腸癌に対する治療戦略は定まっていない。現在本邦の大腸癌取り扱い規約においては無症状切除不能大腸癌に対しては原発巣切除を行わないことが推奨されているが、有症状の症例に関してはエビデンスがほとんどない。これは疾患の特性上、最終的なoutcomeとなる予後に差がつきづらく、十分なエビデンスにはいたっていない現状がある。中でも、閉塞症状を伴っている症例は、原発巣に対して治療介入が必須であり、その治療方針について検討する。【対象】 2011/01から2021/12までに当院消化器外科で手術施行し、治癒切除不能StageⅣ大腸癌症例のうち、術前にCROSS 0-2の有症状閉塞性大腸癌を対象とした。【結果】 原発巣切除を行った群(PTR群)は45例、原発巣切除を施行しなかった群(non-PTR群)は51例であった。患者背景としてPTR群でCROSS score 0の症例と右側結腸の症例が有意に多かった。CD $\geq$ 3の術後合併症の発生率はPTR群で有意に高く($P<0.01$)、手術から化学療法開始までの期間はPTR群で有意に長くなっていた($P<0.01$)。Overall survival (OS) は両群間で有意差を認めなかった($p=0.90$)。OSのrisk factorとして多変量解析をおこなうと術後化学療法の早期開始のみ有意なリスク低減因子であった($HR=0.16, p<0.01$)。【考察と結語】 治癒切除不能StageⅣ閉塞性大腸癌に対しても、原発巣切除は長期予後に影響しない可能性が示された。予後改善に最も寄与するのは化学療法を早期に開始することであり、ステントを含めた治療戦略の見直しを検討すべきである。

要望演題

2025年11月14日(金) 8:30 ~ 9:20 第9会場

[R7] 要望演題 7 高齢者大腸癌の治療1

座長：中原 雅浩(JA尾道総合病院外科・内視鏡外科), 安井 昌義(関西労災病院下部消化器外科)

[R7-1]

高齢者大腸癌手術患者の治療方針と術後成績

植田 吉宣, 齊藤 修治, 宮島 綾子, 佐々木 一憲, 江間 玲, 平山 亮一, 大塚 亮, 白井 孝之 (横浜新緑総合病院)

[R7-2]

ASA-PS3以上の高齢者に対する大腸癌手術の治療成績

田中 宗伸¹, 田 鍾寛¹, 小金井 雄太¹, 紫葉 裕介², 工藤 孝迪², 大矢 浩貴¹, 鳥谷 健一郎³, 藤原 淑恵¹, 前橋 学², 森 康一², 諏訪 雄亮², 小澤 真由美², 諏訪 宏和⁴, 船津屋 拓人¹, 大坊 侑⁴, 渡邊 純⁵, 遠藤 格¹ (1.横浜市立大学消化器腫瘍外科学, 2.横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科, 3.横浜市立大学附属市民総合医療センター炎症性腸疾患センター, 4.横須賀共済病院外科, 5.関西医科大学下部消化管外科学講座)

[R7-3]

90歳以上の超高齢者に対する大腸癌切除症例の短期成績

小林 成行, 武田 正, 吉田 亮介, 葉山 牧夫, 宇野 太, 河合 央, 山下 和城, 石崎 雅浩 (岡山労災病院外科)

[R7-4]

90歳以上の超高齢者における大腸癌手術治療の検討

益永 あかり, 岡 詠吾, 野坂 未公音, 佐藤 真歩, 大倉 友博, 鳩野 みなみ, 小川 俊博, 堀 直人, 渡邊 めぐみ, 荒田 尚, 勝田 浩, 田中屋 宏爾, 青木 秀樹 (国立病院機構岩国医療センター)

[R7-5]

高齢者大腸癌患者に対するロボット支援直腸切除術の短期治療成績

加藤 伸弥, 西沢 佑次郎, 橋本 雅弘, 森本 祥悠, 畑 泰司, 横内 隆, 広田 将司, 古川 健太, 宮崎 安弘, 友國 晃, 本告 正明, 藤谷 和正 (大阪急性期・総合医療センター消化器外科)

[R7-6]

術後入院期間から見た後期高齢者に対する大腸切除術の現状

田中 慶太郎, 大住 渉, 駕田 修史, 堀口 晃平, 山川 拓也, 川口 佳奈子, 矢子 昌美 (市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科)

要望演題

2025年11月14日(金) 8:30 ~ 9:20 第9会場

[R7] 要望演題 7 高齢者大腸癌の治療1

座長：中原 雅浩(JA尾道総合病院外科・内視鏡外科), 安井 昌義(関西労災病院下部消化器外科)

[R7-1] 高齢者大腸癌手術患者の治療方針と術後成績

植田 吉宣, 齊藤 修治, 宮島 綾子, 佐々木 一憲, 江間 玲, 平山 亮一, 大塚 亮, 白井 孝之 (横浜新緑総合病院)

【背景と目的】高齢者は併存疾患を有していることが多く、いかに術後合併症を防ぎ、かつ再発を予防し予後に寄与するかということが重要である。当院では、85歳以上の大腸癌手術患者には郭清範囲を縮小するなど侵襲を減らすような治療方針を基本としている。85歳以上の大腸癌手術患者のうちCurAに限定した患者について、術後成績及び郭清範囲を縮小することの妥当性を後方視的に検討する。

【対象】2015年4月から2024年12月までに原発切除を行った症例は735例で、85歳以上は51例(6.9%)だった。そのうちCurAに限定した44例を対象とした。

【結果】44例の年齢中央値は88歳(85-95歳)、男性19例、女性25例、右側結腸/左側結腸/直腸22/14/8例だった。38例(86%)で腹腔鏡下手術が施行されており、2018年以降は全例で鏡視下に手術を行っていた。StageはI/II/III 4/26/14例で、リンパ節郭清はD1/D2/D3 14/24/6例だった。術後在院日数は14日(8-42日)、短期合併症は26例(59%)(せん妄12件、尿路感染症7件、SSI 5件、カテーテル関連血流感染症2件、その他に蜂窩織炎、化膿性肝嚢胞、心不全、痛風、腸炎が各1件)に認め、Clavien-Dindo分類Grade IIIa以上の合併症は化膿性肝嚢胞に対する経皮的ドレナージ術の1例(2%)だった。9例(20%)に再発を認め、肝5件、肺、腹膜が各2件、遠隔リンパ節、局所が各1件だった。2025年4月時点で生存者は19例、残り26例の内18例(69%)が他病死であり、3年DFS 81%、5年DFS 63%だった。

【小括】耐術可能と判断され待機的に原発巣切除が行われた症例では、軽度の短期合併症は多いものの重症合併症は少なく腹腔鏡下手術を含め安全に手術が行われていた。85歳以上の高齢者に対して当院ではリンパ節郭清を手控えることが多いが、現在のところ所属リンパ節再発を認めておらず、CurA症例の69%を他病死で失っている。

【結語】CurAを目指すリンパ節郭清に留める方針は妥当である。

要望演題

📅 2025年11月14日(金) 8:30 ~ 9:20 🏢 第9会場

[R7] 要望演題 7 高齢者大腸癌の治療1

座長：中原 雅浩(JA尾道総合病院外科・内視鏡外科), 安井 昌義(関西労災病院下部消化器外科)

[R7-2] ASA-PS3以上の高齢者に対する大腸癌手術の治療成績

田中 宗伸¹, 田 鍾寛¹, 小金井 雄太¹, 紫葉 裕介², 工藤 孝迪², 大矢 浩貴¹, 鳥谷 健一郎³, 藤原 淑恵¹, 前橋 学², 森 康一², 諏訪 雄亮², 小澤 真由美², 諏訪 宏和⁴, 船津屋 拓人¹, 大坊 侑⁴, 渡邊 純⁵, 遠藤 格¹ (1.横浜市立大学消化器腫瘍外科学, 2.横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科, 3.横浜市立大学附属市民総合医療センター炎症性腸疾患センター, 4.横須賀共済病院外科, 5.関西医科大学下部消化管外科学講座)

【背景】近年、大腸癌罹患数の増加に伴い高齢者の大腸癌手術も増加しているが、ASA-PS3以上の高齢者に対する手術の安全性や中期成績は未だ明らかでない。

【目的】ASA-PS3以上の高齢者の大腸癌手術における短期および中期成績を明らかにする。

【方法】2012年1月～2021年12月に当院関連2施設で待機的手術を施行した80歳以上の大腸癌患者のうち、遠隔転移同時切除例、他術式併施例、姑息手術、特殊組織型を除外した524例を対象とした。ASA-PS3以上は82例(H群)で、年齢、性別、BMI、PNI、腫瘍局在、術式(開腹/腹腔鏡/ロボット)、pStageを因子とし、ASA-PS2以下のL群と傾向スコアマッチングを実施し比較した。

【結果】H群82例、L群442例で、H群の年齢中央値は83歳、男女比50:32、結腸癌60例、直腸癌22例であった。70例(85%)で吻合を行い、6例でdiverting stomaを造設した。69例(84%)が腹腔鏡・ロボット手術で、手術時間は169(142-235)分、出血量10(0-60)g、Clavien-Dindo分類≥IIの合併症24例(29%)であった。縫合不全はなく、術後在院日数中央値は8(6-13)日であった。傾向スコアマッチングで各群79例を抽出し比較すると、H群はL群と比べ心疾患(40例vs18例, $p=0.001$)、糖尿病(25例vs13例, $p=0.039$)、呼吸器疾患(16例vs4例, $p=0.022$)が有意に多かったが、高血圧・腎障害・透析・肝硬変の有無には差がなかった。術式・腫瘍学的背景も同等で、手術時間、郭清度、根治度、出血量、合併症、縫合不全、手術死亡例にも有意差はなく、術後化学療法でも差は認めなかった。3年予後においてもOS・RFS共にStage別で有意差はなかった。

【結論】ASA-PS3以上の高齢大腸癌患者に対する手術は、周術期・中期成績ともにASA-PS2以下と同等であり、安全に施行可能であった。

要望演題

2025年11月14日(金) 8:30 ~ 9:20 第9会場

[R7] 要望演題 7 高齢者大腸癌の治療1

座長：中原 雅浩(JA尾道総合病院外科・内視鏡外科), 安井 昌義(関西労災病院下部消化器外科)

[R7-3] 90歳以上の超高齢者に対する大腸癌切除症例の短期成績

小林 成行, 武田 正, 吉田 亮介, 葉山 牧夫, 宇野 太, 河合 央, 山下 和城, 石崎 雅浩(岡山労災病院外科)

【背景】高齢化社会に伴い、超高齢者の大腸癌症例は増加傾向である。【対象と方法】2020年1月から2025年3月までの間に当院で大腸癌切除術を行った、90歳以上の超高齢者症例について検討を行った。【結果】対象期間の大腸癌切除症例は235例であった。そのうち90歳以上の症例は15例(6.4%)で、いずれも2022年以降の症例であった。年齢は中央値92歳(90-101歳)、性別は男性/女性=3/12、ASA-PSは2/3=11/4、何らかの基礎疾患を有する症例は14例(93.3%)であった。認知症があったのは6例(40.0%)、抗凝固薬を内服していたのは6例(40.0%)であった。腫瘍に伴う消化器症状を認めたのは13例(86.7%)で、7例(46.7%)は救急車で当院を受診して診断に至っていた。腫瘍占拠部位は、右側結腸/左側結腸/直腸=8/5/2で、2例(16.7%)は大腸ステント挿入後に手術が施行されていた。アプローチは全例腹腔鏡手術が施行されたが、そのうち2例(13.3%)は開腹移行していた。リンパ節郭清はD1/D2/D3=1/5/9であった。14例(93.3%)で切除後一期的吻合が行われ、1例(6.7%)はハルトマン手術が行われていた。Clavien-Dindo分類2以上の術後合併症を生じたのは2例(13.3%)で、手術関連死亡は認められなかった。術後在院期間は中央値：17日(10-28日)であった。病理病期は、pStage I/II/III/IV=2/4/8/1で、術後補助化学療法を施行された症例は認められなかった。術後に大腸癌のサーベイランスが行われたのは6例(40.0%)であった。【考察】2020-2021年には90歳以上の手術症例は認められず、COVID19の影響、高齢化の進行などがその原因として考えられた。併存疾患を有する症例や進行癌症例が多数を占めていたが、安全に手術を施行できていた。この要因として、多くの症例で腹腔鏡手術が施行されたこと、症例に応じてリンパ節郭清や一期的吻合を手控えたこと、術後合併症が多い上下部直腸癌症例が無かったこと、手術適応の適切な判断などが考えられた。【結論】90歳以上の超高齢者大腸癌症例に対しては、手術適応および術式を適切に選択することにより、安全に手術施行可能であった。

要望演題

2025年11月14日(金) 8:30 ~ 9:20 第9会場

[R7] 要望演題 7 高齢者大腸癌の治療1

座長：中原 雅浩(JA尾道総合病院外科・内視鏡外科), 安井 昌義(関西労災病院下部消化器外科)

[R7-4] 90歳以上の超高齢者における大腸癌手術治療の検討

益永 あかり, 岡 詠吾, 野坂 未公音, 佐藤 真歩, 大倉 友博, 鳩野 みなみ, 小川 俊博, 堀 直人, 渡邊 めぐみ, 荒田 尚, 勝田 浩, 田中屋 宏爾, 青木 秀樹 (国立病院機構岩国医療センター)

【緒言】高齢化に伴い、90歳以上の超高齢者の大腸癌患者は増加している。高齢者では併存疾患や身体機能の低下が手術適応や術後経過に大きく影響するため、手術の適応には慎重な判断が求められるが、一方で、超高齢差であっても他の年齢層の患者と同様に良好な経過を辿る症例も散見される。今回、当院で手術を施行した90歳以上の大腸癌症例に対して、周術期成績と手術介入の意義について検討を行った。

【対象と方法】2015年1月から2024年12月までに90歳以上の大腸癌に対して大腸切除を施行した28例を対象とし、後方視的に検討した。

【結果：連続変数は中央値（範囲）】全28例の年齢は91歳（90-100），男性/女性：14/14，BMIは21.28（18.3-34.6），ASA-PS 1/2/3/4：1/11/16/0であった。腫瘍の局在は右側/左側：18/10，腹腔鏡/開腹：19/9，手術時間は225分（120-431），出血量は29.5mL（0-280），術後在院日数は15.5日（7-28）となった。術後合併症を10例（35.7%）に認めたものの、Clavien-Dindo分類Grade III以上の重症合併症は認めず、周術期死亡症例も認めなかった。病理学的病期は、Stage I/II/III/IV：1/14/10/3であった。

1年以上フォローされた20例のうち、3年生存は11例、5年生存は3例で確認できた。死亡は9例に認め、9例のOSの中央値は1122日（268-2121），原病死は1例のみであった。

【結語】90歳以上の超高齢者に対する大腸癌手術は、適切な症例選択と周術期管理により、安全に施行可能であった。術後合併症の発生率は一定程度認められたが、重篤なものはなく、原病死が少なかったことから、手術介入が長期予後やQOLの維持に寄与する可能性が示唆された。

要望演題

2025年11月14日(金) 8:30 ~ 9:20 第9会場

[R7] 要望演題 7 高齢者大腸癌の治療1

座長：中原 雅浩(JA尾道総合病院外科・内視鏡外科), 安井 昌義(関西労災病院下部消化器外科)

[R7-5] 高齢者大腸癌患者に対するロボット支援直腸切除術の短期治療成績

加藤 伸弥, 西沢 佑次郎, 橋本 雅弘, 森本 祥悠, 畑 泰司, 横内 隆, 広田 将司, 古川 健太, 宮崎 安弘, 友國 晃, 本告 正明, 藤谷 和正 (大阪急性期・総合医療センター消化器外科)

【背景】日本では高齢化の進行に伴い、高齢の大腸癌患者が増加している。高齢者は身体機能の低下、慢性疾患の罹患・進行により、術後合併症や死亡率の上昇が報告されている。【目的】当院においてロボット支援直腸切除術を実施された高齢直腸癌患者の臨床的特徴および短期治療成績を明らかにすることを目的とした。【方法】2024年4月から2025年3月までの間に当センターでロボット支援手術を施行された直腸癌患者78例を対象とし、80歳以上を高齢群、79歳以下を非高齢群として群間比較を行った。患者背景（年齢、性別、基礎疾患等）、腫瘍因子、手術関連情報および短期的な臨床アウトカムについて後方視的に検討した。【結果】対象全体の年齢中央値は75歳（範囲：41–90歳）であり、高齢群は22例、非高齢群は56例であった。性別およびBMIには有意差は認めなかった。高齢群では高血圧、脳梗塞、心疾患、腎疾患の既往が多い傾向にあった。手術術式に関しては、高齢群において腹会陰式直腸切断術およびHartmann手術が多く実施されていた。手術時間および出血量には両群間に差は見られなかった。Clavien-Dindo分類 Grade II以上の術後合併症は、高齢群で5例 (22.7%)、非高齢群で12例 (21.4%)であり、有意差は見られなかった ($p=0.999$)。術後在院期間の中央値は、高齢群で13日 (6–39日)、非高齢群で8日 (6–31日)であり、高齢群でやや延長する傾向がみられた。なお、手術関連死亡は両群ともに認められなかった。【結論】高齢者に対するロボット支援直腸切除術は、非高齢者と比較しても遜色ない成績であり、安全に施行可能であると考えられた。

要望演題

2025年11月14日(金) 8:30 ~ 9:20 第9会場

[R7] 要望演題 7 高齢者大腸癌の治療1

座長：中原 雅浩(JA尾道総合病院外科・内視鏡外科), 安井 昌義(関西労災病院下部消化器外科)

[R7-6] 術後入院期間から見た後期高齢者に対する大腸切除術の現状

田中 慶太郎, 大住 渉, 駕田 修史, 堀口 晃平, 山川 拓也, 川口 佳奈子, 矢子 昌美 (市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科)

【背景】本邦では人口減少に伴う超高齢化社会が到来し、消化器外科領域でも高齢者に対する外科手術の重要性が増加している。【目的】当院における75才以上の後期高齢者に対する大腸切除術を、術後入院期間の観点から後方視的に検討すること。【対象と方法】2022年4月から2025年3月までに当院で大腸疾患に対して大腸切除術を施行した201例。75才以上の後期高齢者(HA)群と75才未満(LA)群で臨床経過を比較検討した。【結果】全症例での年齢の中央値は74才(35-100)、男：女(115:86)であった。HA群93名(中央値81才、男52：女41)：LA群108名(中央値64.5才、男63：女45)であった。

術後入院期間の平均は、HA群：LA群、 27.4 ± 2.1 日： 15.0 ± 2.0 日 ($p < 0.0001$)で有意にHA群で長かった。術後14日以内での退院は、HA群 44/93 (47.3%)：LA群 77/108 (71.3%) ($p = 0.0005$)とHA群で有意に少なく、術後30日以降での退院は、HA群 31/93 (33.3%)：LA群 10/108 (9.3%) ($p < 0.0001$)とHA群で有意に多かった。HA群で30日以降での退院(HAL)群31名とHA群で30日以内での退院(HAS)群62名を比較検討すると、平均年齢 HAL:HAS, 85.9 ± 6.1 : 81.0 ± 4.4 ($p < 0.0001$), M/F 16/15:36/26 ($p = 0.55$), ASA1,2 3/31(14.3%):18/49(40.9%) ($p = 0.0037$), BMI 20.0 ± 0.65 : 22.2 ± 0.46 ($p = 0.0068$), 緊急手術 18/31(58.1%):14/62(22.6%) ($p = 0.0007$), 良性疾患 14/31(45.2%):5/62 (8.1%) ($p < 0.0001$), ストーマ造設 15/31 (48.4%):5/62 (8.1%) ($p < 0.0001$)であった。【結語】後期高齢者は術後入院期間が長期であるが、85才以上、緊急手術、ストーマ造設例などでは30日以上長期入院が増加するため、退院に向けた多職種での対策を術後早期より検討する必要がある。

要望演題

2025年11月14日(金) 9:20 ~ 10:10 第9会場

[R8] 要望演題 8 高齢者大腸癌の治療2

座長：野澤 慶次郎(帝京大学医学部付属病院・外科), 宮本 裕士(熊本大学病院消化器外科)

[R8-1]

当院における高齢者大腸癌手術症例の検討

佐々木 恵, 江澤 瞭, 松永 史穂, 坂野 正佳, 山下 大和, 田澤 美也子, 石井 武, 海藤 章郎, 光法 雄介, 伊東 浩次(土浦協同病院消化器外科)

[R8-2]

当院における高齢者pStageII, III大腸癌に対する治療成績の検討

白石 謙介, 古屋 信二, 樋口 雄大, 松岡 宏一, 高橋 和徳, 出雲 渉, 齊藤 亮, 丸山 傑, 庄田 勝俊, 河口 賀彦, 雨宮 秀武, 川井田 博允, 市川 大輔(山梨大学医学部外科学講座第1教室)

[R8-3]

高齢者pStageIII大腸癌患者に対する術後補助化学療法 of 検討

小金井 雄太¹, 田 鍾寛¹, 山本 峻也², 柴葉 裕介³, 田中 宗伸¹, 工藤 孝迪³, 大矢 浩貴¹, 前橋 学³, 鳥谷 建一郎², 藤原 淑恵¹, 森 康一³, 諏訪 雄亮³, 小澤 真由美³, 諏訪 宏和⁴, 渡邊 純^{3,5}, 遠藤 格¹(1.横浜市立大学消化器・腫瘍外科学, 2.横浜市立大学附属市民総合医療センター炎症性腸疾患センター, 3.横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科, 4.横須賀共済病院外科, 5.関西医科大学下部消化管外科学講座)

[R8-4]

80歳以上の大腸癌手術症例における他臓器合併切除の検討

近藤 宏佳, 大塚 英男, 宮崎 遼, 柳橋 進, 宅間 邦雄, 森田 泰弘(東京都立多摩総合医療センター)

[R8-5]

高齢者に対する他臓器合併切除を要するcT4b結腸癌に対する腹腔鏡下手術の短期・長期成績についての検討

武田 泰裕, 小菅 誠, 後藤 圭佑, 月原 秀, 鎌田 哲平, 阿部 正, 高野 靖大, 大熊 誠尚, 衛藤 謙(東京慈恵会医科大学外科学講座消化管外科)

[R8-6]

高齢ハイリスク大腸癌患者の当院における手術治療成績

中西 彬人, 石山 泰寛, 藤井 能嗣, 林 久志, 西 雄介, 皆川 結明, 芥田 莊平, 梶田 浩文, 平沼 知加志, 平能 康充(埼玉医科大学国際医療センター消化器外科)

要望演題

2025年11月14日(金) 9:20 ~ 10:10 第9会場

[R8] 要望演題 8 高齢者大腸癌の治療2

座長：野澤 慶次郎(帝京大学医学部付属病院・外科), 宮本 裕士(熊本大学病院消化器外科)

[R8-1] 当院における高齢者大腸癌手術症例の検討

佐々木 恵, 江澤 瞭, 松永 史穂, 坂野 正佳, 山下 大和, 田澤 美也子, 石井 武, 海藤 章郎, 光法 雄介, 伊東 浩次
(土浦協同病院消化器外科)

はじめに

人口の高齢化にともない高齢者大腸癌症例数も増加傾向にある。年齢は術後合併率上昇のリスクとする報告が多いが、近年では高齢者に対する大腸癌手術を安全に行える可能性が示されている。今回、我々は当院で経験した80歳以上の高齢者大腸癌手術症例の短期、長期成績について検討した。

対象と方法

2021年8月から2025年3月までに当院で大腸癌手術を施行した592例を対象とした。80歳以上の症例122例(20.6%)を高齢者群, 80歳未満の症例470例(79.4%)を非高齢者群と分類し, 両群を後方視的に比較検討した。

結果

年齢中央値は高齢者群83歳, 非高齢者群69歳であり, 両群において男女比, 糖尿病罹患率, 腫瘍占拠部位に有意差を認めなかった。ASA, 腹部手術歴の率は高齢者群で有意に高かった。また, 手術アプローチや術式については有意差を認めなかった。

手術時間中央値は高齢者群231分, 非高齢者群253分であり, 有意に高齢者群で短かった。郭清リンパ節個数, 出血量, R0手術率において有意差は認めなかった。Clavien-Dindo IIIa以上の術後合併症は, 高齢者群4例(3.2%), 非高齢者群14例(2.9%)に認めたが有意差は認めなかった。また, 術後在院日数中央値は両群で6日であり, 再発例は高齢者群10例(8.1%), 非高齢者群23例(4.8%)で有意差は認めなかった。

結語

今回の検討では, 術後合併症率や術後在院日数に両群で有意差はなく, 80歳以上の高齢者であっても大腸癌手術は安全に行うことが可能と考えられた。

要望演題

2025年11月14日(金) 9:20 ~ 10:10 第9会場

[R8] 要望演題 8 高齢者大腸癌の治療2

座長：野澤 慶次郎(帝京大学医学部付属病院・外科), 宮本 裕士(熊本大学病院消化器外科)

[R8-2] 当院における高齢者pStage II, III大腸癌に対する治療成績の検討

白石 謙介, 古屋 信二, 樋口 雄大, 松岡 宏一, 高橋 和徳, 出雲 渉, 齊藤 亮, 丸山 傑, 庄田 勝俊, 河口 賀彦, 雨宮 秀武, 川井田 博允, 市川 大輔 (山梨大学医学部外科学講座第1教室)

【はじめに】大腸癌に対する手術は広く普及しているが、高齢者(75歳以上)における手術適応や治療評価基準については、いまだ十分な検討がなされていない。全身状態を考慮した慎重な適応判断が求められる。さらに、短期的な手術成績(術後合併症や入院期間など)に加えて、栄養状態も重要な因子である。

本研究では、当院で手術を施行した大腸癌のpStage II・III症例を対象に、75歳以上的高齢者群(H群)と75歳未満の非高齢者群(L群)に分け、治療成績および予後因子の検討を行った。

【方法】当院で2007年から2018年までに大腸癌に対して根治切除を施行したpStage II・III症例281例を対象とした。

【結果】H:L/88:193例、年齢中央値80(75-97):63(24-74)歳、性別(男/女)は44/44:117/76。BMIは21.8:22.7とH群で低く($p=0.05$)、血清Alb値(g/dl)は3.8:4.1とH群で低く($p<0.001$)、サルコペニア(なし/あり)は40/48:126/67、PNIは44.95:47.25とH群で低栄養、筋力低下を認めた。術前にASA-PS3以上の合併症を認める割合(なし/あり)が67/21:177/16とH群で優位に高かった。原発巣(結腸/直腸)は61/27:102/91で、有意差($p=0.05$)あり。pStage(H:L)II/IIIは(45/43:95/98)、pT4は(60/28:152/41)、手術時間、出血量に差は認めず、Clavien-Dindo Grade II以上の術後合併症、縫合不全、在院日(13:12日)にも差を認めなかった。5年全生存率(H/L)は68.1/82.6%、pStageII:79.9/88.8%、III:76.6/55.0と有意差を認めた。多変量解析では、75歳以上、mGPS、Stage(II or III)、pT4症例、静脈侵襲陽性が独立した予後規定因子であった。

【考察】高齢者大腸癌においても、短期的な手術成績に大きな差はみられなかったが、長期予後は非高齢者と比較して有意に不良であった。75歳以上、Stage III、pT4、mGPS高値、静脈侵襲陽性は独立した予後不良因子であり、高齢者の治療方針決定において、全身状態と栄養・炎症指標を踏まえた包括的評価が重要である。

要望演題

2025年11月14日(金) 9:20 ~ 10:10 第9会場

[R8] 要望演題 8 高齢者大腸癌の治療2

座長：野澤 慶次郎(帝京大学医学部付属病院・外科), 宮本 裕士(熊本大学病院消化器外科)

[R8-3] 高齢者pStageIII大腸癌患者に対する術後補助化学療法 of 検討

小金井 雄太¹, 田 鍾寛¹, 山本 峻也², 柴葉 裕介³, 田中 宗伸¹, 工藤 孝迪³, 大矢 浩貴¹, 前橋 学³, 鳥谷 建一郎², 藤原 淑恵¹, 森 康一³, 諏訪 雄亮³, 小澤 真由美³, 諏訪 宏和⁴, 渡邊 純^{3,5}, 遠藤 格¹ (1.横浜市立大学消化器・腫瘍外科学, 2.横浜市立大学附属市民総合医療センター炎症性腸疾患センター, 3.横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科, 4.横須賀共済病院外科, 5.関西医科大学下部消化管外科学講座)

【背景】 pStageIII大腸癌では術後補助化学療法が推奨されているが, 高齢者に対する術後補助化学療法の安全性・有効性は明らかではない。

【目的】 本研究ではpStageIII大腸癌治療切除症例において術後補助化学療法が高齢患者に及ぼす影響について検討した。

【方法】 2012年1月から2021年12月までに当教室の関連施設で治療切除を施行したpStageIII大腸癌患者2196例中のうち, 術後化学療法を行った417例を, 75歳以上(A群)と75歳未満(B群)に分け, 後方視的に比較検討を行った。

【結果】 A群67例, B群350例. 年齢中央値はそれぞれ78歳[76-80]歳, 63歳[55-69], 男女比は41:26 vs. 181:169 (p=0.15), BMIは23.0[21.1-25.2] vs. 22.8[20.4-24.7] (p=0.66), PS $\geq$ 3はB群の2人のみで, 心疾患7.5% vs. 4.9% (p=0.41) と糖尿病20.9% vs. 15.1% (p=0.25) では差は認めなかったが, 腎機能障害は34.3% vs. 13.7% (p>0.01) とA群で有意に多かった。

腫瘍の局在は右側:左側20:47 vs. 83:267 (p=0.29), 手術時間は211[162-283]分 vs. 194[164-251]分 (p=0.24), 術後在院日数は8[6-13]日 vs. 8[6-13]日 (p=0.48), 術後合併症 (Clavien Dindo $\geq$ 2) は16.4% vs. 14.9% (p=0.75) でいずれも差はなかった。

観察期間中央値はA群51.5か月 vs. B群60.9か月 (p=0.02) でA群が有意に短かった。3年RFSは78.0% vs. 85.1% (p=0.19), 3年OSは89.5% vs. 95.1% (p=0.11) といずれも差を認めなかった。CTCAE $\geq$ Grade 2の有害事象発生率は9.1% vs. 8.1% (p=0.78) と差はなかったが, 化学療法の完遂率は67.2% vs. 80.1% (p=0.01) とA群で有意に低かった。Oxaliplatin(OX)を併用率は60.6% vs. 78.7% (p>0.01) とA群で有意に少なかった。全体でOX使用による完遂率 (80.8% vs. 75.0%, p=0.22), 有害事象発生率 (15.7% vs. 14.0%, p=0.69) に差はなく, OX併用群と非併用群で3年OS(93.8% vs. 95.6%, p=0.49), 3年RFS (83.4% vs. 86.8%, p=0.49) に差はなかった。

【結語】

高齢者に対するpStageIIIの大腸癌に対する術後補助化学療法はOXを併用した場合にも安全に施行されていた。しかし, OXの明確な上乗せ効果が得られておらず, 適応については慎重に検討していく必要があると考えられた。

要望演題

2025年11月14日(金) 9:20 ~ 10:10 第9会場

[R8] 要望演題 8 高齢者大腸癌の治療2

座長：野澤 慶次郎(帝京大学医学部付属病院・外科), 宮本 裕士(熊本大学病院消化器外科)

[R8-4] 80歳以上の大腸癌手術症例における他臓器合併切除の検討

近藤 宏佳, 大塚 英男, 宮崎 遼, 柳橋 進, 宅間 邦雄, 森田 泰弘 (東京都立多摩総合医療センター)

【背景】

高齢者に対する大腸癌手術は増加しており、T4b症例に対しては他臓器合併切除を要することも少なくない。一方で、高齢者は身体的予備能や合併症リスクが高く、術後転帰の予測は困難である。近年の報告では、高齢を理由に手術を控えるべきではないとの意見もある。本研究では、80歳以上の大腸癌症例において、合併切除を伴う手術の周術期成績と退院形態への影響を検討した。

【対象と方法】

2014～2019年に当院で施行された80歳以上の大腸癌定時手術329例を対象とした。合併切除の有無により2群に分け、年齢、性別、ASA、術前Hb、CEA、CA19-9、手術アプローチ方法、術後合併症、術後在院日数、退院先（自宅／転院）などを後方視的に比較検討した。

【結果】

他臓器合併切除群は37例（11.2%）、標準手術群は292例（88.8%）であった。合併切除臓器は最多が腹膜/腹壁/後腹膜（28例, 75.7%）であり、腸管（5例, 13.5%）、大網（3例, 8.1%）、膀胱（3例, 8.1%）が続いた。

他臓器合併切除群では手術時間がやや長い傾向（中央値：437分 vs 419分, $p=0.01$ ）があり、出血量（122 ml vs 50 ml, $p<0.05$ ）が有意に多く、術中侵襲が大きいたことが示唆された。一方で、CD Grade 3以上の合併症率に有意差はなく（2.7% vs 4.5%, $p=0.619$ ）、術後在院日数（中央値：10日 vs 10日, $p=0.124$ ）や自宅退院率（86.5% vs 94.5%, $p=0.183$ ）にも有意差を認めなかった。背景因子のうち、開腹率（35.1% vs 14.7%, $p<0.05$ ）と術前Hb（中央値：9.7g/dl vs 11.8g/dl, $p<0.05$ ）に差を認めた。

【考察】

80歳以上の高齢大腸癌患者における合併切除は、術中侵襲の増大にはつながるものの、術後重篤合併症や退院転帰には影響しなかった。高齢者においても、全身状態や病変に応じて適切に手術が行われれば、合併切除も安全に遂行可能であることが示唆された。

【結語】

80歳以上の大腸癌手術症例において、合併切除は術中侵襲の増大に関与するが、術後合併症や退院先には影響を与えず、安全に実施可能であった。

要望演題

2025年11月14日(金) 9:20 ~ 10:10 第9会場

[R8] 要望演題 8 高齢者大腸癌の治療2

座長：野澤 慶次郎(帝京大学医学部附属病院・外科), 宮本 裕士(熊本大学病院消化器外科)

[R8-5] 高齢者に対する他臓器合併切除を要するcT4b結腸癌に対する腹腔鏡下手術の短期・長期成績についての検討

武田 泰裕, 小菅 誠, 後藤 圭佑, 月原 秀, 鎌田 哲平, 阿部 正, 高野 靖大, 大熊 誠尚, 衛藤 謙 (東京慈恵会医科大学外科学講座消化管外科)

【緒言】日本は世界有数の高齢社会であり,大腸癌患者においても高齢者の割合が増加している.高齢者は心肺機能の低下に加え,複数の全身併存疾患を有することが多く,外科治療には根治性だけでなく安全性も強く求められる.他臓器合併切除を要するcT4b大腸癌に対する手術は侵襲が大きく,従来は開腹手術が主流であったが,近年では鏡視下手術の適応も広がりつつある.しかしながら高齢者におけるその安全性と有効性は十分に検討されていない.

【目的】高齢者における局所進行結腸癌(cT4b)に対する,他臓器浸潤合併切除を要する腹腔鏡下手術の短期・長期成績を明らかにし,その有用性を評価することを目的とした.

【対象・方法】2008年1月~2020年12月に当院でcT4b結腸癌(Stage IVを除く)に対して他臓器浸潤合併切除にて根治切除を施行した65歳以上の34例を腹腔鏡群(LG)と開腹群(OG)とし,後ろ向きに検討した.術後合併症,無再発生存率(DFS)および全生存率(OS)について検討した.

【結果】LGは14例,OGは20例で,全体の平均年齢は73歳で男性が23例(68%)を占め,両群間の患者背景にはBMI(19.7 kg/m² vs 22.8 kg/m², $P = 0.044$)以外には有意な差を認めなかった. LGで出血量は少なく(8ml vs 395ml, $P < 0.001$),術後入院期間も短い結果となった(10日 vs 21日, $P < 0.001$). 病理学的Stage(II/III: 9/5 vs 9/11, $P = 0.315$)および剥離断端陽性率(0例(0%) vs 3例(15%), $P = 0.129$)は両群間に有意な差は認めず,術後合併症に関しては,全合併症およびGrade3以上の重大合併症はOGで多い傾向があるものの両群に有意差を認めなかった(All grade:2例(14%) vs 8例(40%), $P = 0.105$, Grade ≥ 3 :0例(0%) vs 3例(15%), $P = 0.129$). 平均観察期間は64.2ヶ月で,DFSとOSは両群間で有意な差を認めなかった(5-year DFS: 61.5% vs 63.6%, $P = 0.914$, 5-year OS: 92.3% vs 85.9%, $P = 0.440$).

【結論】今回の検討ではLGで出血量が少なく,術後入院期間が短い結果であった.また術後合併症および長期成績も許容される結果であり,他臓器合併切除を要する結腸癌に対する腹腔鏡下手術は高齢者においても有用な治療選択肢の一つであると考えられた.

要望演題

2025年11月14日(金) 9:20 ~ 10:10 第9会場

[R8] 要望演題 8 高齢者大腸癌の治療2

座長：野澤 慶次郎(帝京大学医学部付属病院・外科), 宮本 裕士(熊本大学病院消化器外科)

[R8-6] 高齢ハイリスク大腸癌患者の当院における手術治療成績

中西 彬人, 石山 泰寛, 藤井 能嗣, 林 久志, 西 雄介, 皆川 結明, 芥田 荘平, 梶田 浩文, 平沼 知加志, 平能 康充
(埼玉医科大学国際医療センター消化器外科)

【はじめに】近年高齢化に伴い高齢者に対する手術が増加している。高齢者は併存疾患も多く、手術リスクは上昇する可能性が高い。

今回、大腸癌に対して根治手術を行ったASA-PS3以上かつ80歳以上の高齢患者について検討したので報告する。

【方法】2008年4月から2022年12月までに当科で大腸癌に対して根治度Aの大腸切除術を行った症例3122名のうち、ASA3以上の107例を対象として、患者背景、術後中期成績、予後規定因子を後方視的に検討した。

【結果】年齢中央値は83歳，男性67名，女性40名であった。主な背景疾患としては心疾患59例、糖尿病27例、呼吸器疾患6例、維持透析中9例であった。栄養の指標であるPNI中央値は41.3で、mGPSはG0が48例、G2が28例、G3が31例であった。病変部位は盲腸癌10例、上行結腸癌26例、横行結腸癌19例、下行結腸癌2例、S状結腸癌21例、直腸Rs癌16例、直腸Ra癌4例、直腸Rb癌7例、肛門管癌2例であった。Stage I 22例、Stage II 52例、Stage III 32例であった。術式は結腸切除78例、直腸切除・切断術29例であった。開腹18例、腹腔鏡87例、ロボット手術2例であった。手術時間中央値は161分，出血量中央値は30ml，術後在院日数中央値は8日であった。術後合併症は23例（21.4%）に認めた。再手術は3例で、術後縫合不全は1例のみであった。術死は1名のみであった。全症例の術後5年生存率は70.5%であった。観察期間中央値は878日であった。生存期間解析でlogrank検定を行ったところ、男性、虚血性心疾患の既往のある患者はそれぞれ、女性、虚血性心疾患の既往のない患者と比べて5年生存率の低下を認めた。PNI低下例やmGPS=2以上の症例、直腸癌症例についてはそれぞれ、PNI通常例、mGPS=1,2の症例、結腸癌症例と比較して生存率の低下を認めなかった。

【おわりに】高齢のASA3以上大腸癌手術症例について、男性、虚血性心疾患の既往は長期予後のリスク因子である可能性が示唆された。低栄養やその他因子は生存率の低下のリスク因子ではなかった。ただし、症例数が少ないのでさらなる検討が必要である。

要望演題

2025年11月14日(金) 10:10～11:10 第9会場

[R9] 要望演題 9 高齢者大腸癌の治療3

座長：塩澤 学(神奈川県立がんセンター消化器外科), 肥田 侯矢(京都大学消化管外科)

[R9-1]

75歳以上の術前リンパ節転移陽性大腸癌患者におけるリンパ節郭清範囲の検討

岩瀬 友哉¹, 阪田 麻裕¹, 杉原 守¹, 高木 徹¹, 立田 協太¹, 杉山 洸裕¹, 赤井 俊也¹, 深澤 貴子², 竹内 裕也¹ (1. 浜松医科大学附属病院外科学第二講座, 2. 磐田市立総合病院外科)

[R9-2]

大腸癌手術において80歳以上高齢者は術後在院期間延長の危険因子になるか

小山 基, 北村 謙太, 中村 公彦, 諏訪 達志 (柏厚生総合病院消化器外科)

[R9-3]

高齢者大腸癌手術症例において”change frail”が予後に与える影響

岩本 博光, 松田 健司, 田村 耕一, 三谷 泰之, 中村 有貴, 堀 雄哉, 下村 和輝, 上田 勝也, 阪中 俊博, 田宮 雅人, 兵 貴彦, 川井 学 (和歌山県立医科大学第2外科)

[R9-4]

85歳以上大腸癌患者における低骨格筋量と術後成績の検討

阿部 真也^{1,2}, 野澤 宏彰¹, 佐々木 和人¹, 室野 浩司¹, 江本 成伸¹, 横山 雄一郎¹, 永井 雄三¹, 原田 有三¹, 品川 貴秀¹, 舘川 裕一¹, 岡田 聡¹, 白鳥 広志¹, 石原 聡一郎¹ (1. 東京大学腫瘍外科, 2. 同愛記念病院)

[R9-5]

大腸癌細胞におけるAngiopoietin-like protein 2発現と他疾患死の関連

堀野 大智^{1,2}, 堀口 晴紀², 門松 毅², 秋山 貴彦¹, 有馬 浩太¹, 小川 克大¹, 日吉 幸晴¹, 宮本 裕士¹, 岩槻 政晃¹, 尾池 雄一² (1. 熊本大学大学院消化器外科学, 2. 熊本大学大学院分子遺伝学)

[R9-6]

大腸癌診療における三浦市立病院の役割について

澤崎 翔¹, 和田 博雄¹, 大倉 拓¹, 内山 護², 渥美 陽介², 加藤 綾², 風間 慶祐², 沼田 幸司³, 沼田 正勝³, 湯川 寛夫², 齋藤 綾², 小澤 幸弘¹ (1. 三浦市立病院外科, 2. 横浜市立大学外科治療学, 3. 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)

[R9-7]

大腸癌におけるクリニカルパスを用いた周術期管理の安全性と入院医療費の検討

塚本 史雄, 林 祐美子, 中田 豊, 岩田 乃理子, 遠藤 晴久, 荻谷 一男, 中島 康晃, 高橋 定男 (江戸川病院外科)

要望演題

2025年11月14日(金) 10:10～11:10 第9会場

[R9] 要望演題 9 高齢者大腸癌の治療3

座長：塩澤 学(神奈川県立がんセンター消化器外科), 肥田 侯矢(京都大学消化管外科)

[R9-1] 75歳以上の術前リンパ節転移陽性大腸癌患者におけるリンパ節郭清範囲の検討

岩瀬 友哉¹, 阪田 麻裕¹, 杉原 守¹, 高木 徹¹, 立田 協太¹, 杉山 洸裕¹, 赤井 俊也¹, 深澤 貴子², 竹内 裕也¹ (1. 浜松医科大学附属病院外科学第二講座, 2. 磐田市立総合病院外科)

【緒言】近年、本邦における高齢化の進行に伴い、後期高齢者の手術症例も増加している。大腸癌治療ガイドライン2024年版では術前診断でリンパ節転移を認める場合はD3郭清が推奨されているが、高齢者ではその患者背景からD3郭清を選択しない場合がある。D3郭清を選択しない高齢者の周術期成績や長期成績への影響は明らかではない。

【方法】2008年1月から2022年12月までに当院でStageⅣを除く術前診断でリンパ節転移陽性であった大腸癌に対し原発巣切除を行った75歳以上の127例を対象とし、D1/2郭清群(D1/2群)46例とD3郭清群(D3群)81例の周術期成績と長期成績を検討した。

【結果】観察期間中央値は43.6ヶ月であった。年齢中央値はD1/2群83歳、D3群80歳とD1/D2群で有意に高く($p < 0.001$)、ASA-PS 1:2:3はD1/2群0:31:15、D3群5:65:11でD1/D2群でASA-PS3の症例が有意に多かった($p = 0.013$)。原発巣は右側:左側がD1/2群20:24、D3群46:35、深達度はcT1/2/3/4がD1/2群1:1:22:22、D3群0:2:44:35で有意差は認めなかった。cN3の7症例全てにD3郭清が行われた。手術時間はD1/2群191分、D3群229分でD3群の手術時間が有意に長かった($p = 0.014$)。Clavien-Dindo分類GradeⅢ以上の周術期合併症は両群ともに6例で、術後在院日数中央値はD1/2群13日、D3群12日で有意差は認めなかった。5年癌特異的生存率(CSS)はD1/2群68.7%、D3群78.6%、5年無再発生存率(RFS)はD1/2群55.5%、D3群65.8%で両群間に有意差は認めなかった($p = 0.807/p = 0.622$)。また病理学的診断でのリンパ節転移陽性群と陰性群でD1/2群とD3群でCSSとRFSを比較したが有意差は認めなかった。

【考察】本検討は、術前にリンパ節転移陽性と診断した症例に限定して行った。CSS、RFS共に同等な結果が得られたことから、高齢者において術前診断でリンパ節転移陽性と判断した症例においてもASA-PS等、患者背景を考慮し、D3郭清の省略は許容されうる可能性が示唆された。

要望演題

2025年11月14日(金) 10:10～11:10 第9会場

[R9] 要望演題 9 高齢者大腸癌の治療3

座長：塩澤 学(神奈川県立がんセンター消化器外科), 肥田 侯矢(京都大学消化管外科)

[R9-2] 大腸癌手術において80歳以上高齢者は術後在院期間延長の危険因子になるか

小山 基, 北村 謙太, 中村 公彦, 諏訪 達志 (柏厚生総合病院消化器外科)

【目的】急性期病棟では在院期間の短縮化が図られている一方で、高齢者では術後合併症などの影響で入院が長期化する場合もある。今回、高齢者や栄養/炎症反応指標などを含めた臨床的背景因子や手術因子を検討項目として、大腸癌手術における術後在院期間延長の危険因子を検討する。【対象と方法】対象は2018年1月から2021年12月までに当院で大腸癌手術を行った172例（80歳以上高齢者は49例）。術後在院14日以上は52例(30.2%)であり、その危険因子について臨床的背景因子（性別、高齢、腫瘍局在、病期、ASA-PS、BMI：肥満・低体重、併存疾患：糖尿病・高血圧・心疾患・慢性肺疾患・腎機能障害・脳血管疾患・認知症・チャールソン併存疾患指数：CCI、手術歴の有無、貧血：Hb10g/dL未満）と栄養/炎症反応指標（Alb3.0g/dL未満、modified Glasgow prognostic score：mGPS、Prognostic nutritional index：PNI）と手術因子（手術難易度：日本消化器外科学会規定、リンパ節郭清、ストーマ手術、鏡視下/開腹、手術時間、出血量、周術期輸血、合併症Clavien-Dindo分類：CD2以上）について単変量および多変量解析にて検討した。後方視的な観察研究であり、統計学的解析ではカイ2乗検定を用いて、 $P<0.05$ を有意差ありと判定した。【結果】80歳以上高齢者の術後在院14日以上は38.8%で、若齢者の26.8%と有意差はなかった。単変量解析では直腸（局在）、TNM病期2以上、ASA-PS3以上、Alb3.0g/dL未満、mGPS2、PNI40未満、高難易度手術、ストーマ手術、開腹手術、手術時間4時間以上、出血200g以上、周術期輸血、合併症CD2以上が有意な危険因子であった。多変量解析ではPNI40未満（ $P=0.037$ ）、ストーマ手術（ $P<0.001$ ）、開腹手術（ $P=0.041$ ）、合併症CD2以上（ $P<0.001$ ）の4因子が独立した危険因子であった。【結論】在院期間が有意に延長していたのは、術後合併症などの手術因子の他に、暦年齢の高齢者ではなくPNI40未満の栄養指標の低い患者であった。術前からの栄養管理などを含めた周術期管理に留意すべきである。

要望演題

2025年11月14日(金) 10:10～11:10 第9会場

[R9] 要望演題 9 高齢者大腸癌の治療3

座長：塩澤 学(神奈川県立がんセンター消化器外科), 肥田 侯矢(京都大学消化管外科)

[R9-3] 高齢者大腸癌手術症例において”change frail”が予後に与える影響

岩本 博光, 松田 健司, 田村 耕一, 三谷 泰之, 中村 有貴, 堀 雄哉, 下村 和輝, 上田 勝也, 阪中 俊博, 田宮 雅人, 兵 貴彦, 川井 学 (和歌山県立医科大学第2外科)

《緒言》当科では高齢者に対する大腸癌手術の安全性、有効性について、厚生労働省作成基本チェックリスト（KCL）を用いたフレイル評価の視点から検討を行い（World J Surg. 2021、Surg Open Sci. 2022）、術前にフレイルでなかった患者が術後にフレイルに変化する”change frail”の独立因子は合併症の有無、ストーマ造設の有無であることを報告した。そこで今回はchange frailと長期予後の関係について検討し報告する。《対象と方法》2017年3月から2018年12月に当科で大腸癌に対し手術を施行した、65歳以上の217例を対象とし、KCL、各因子から、予後について検討した。《結果》男性/女性は127/90であり、年齢の中央値は75±6.8歳、BMIの中央値は22±3.3であり、病期は0+I/II/III/IVがそれぞれ48例/71例/69例/29例であった。手術時間の中央値は198±95.6 min、出血量の中央値は20±87.7 mlであった。217例の内、術後前にKCLでフレイルの診断がついた症例が211例であり、術前non frail群は127例、frail群は86例であった。non frail群の内、術後もnon frailであったstay non frail群は104例、術後にfrailとなったchange frail群が23例（18.1%）であった。生存曲線を用いて術前のfrail群とnon frail群の予後について比較検討したところ、RFS、OSともに有意差は認めなかった（RFS p=0.53、OS p=0.19）。一方、stay frail群とchange frail群の予後について比較検討したところ、RFS、OSともに有意にchange frail群で予後が悪かった（RFS p=0.01、OS p=0.0002）。さらに術前non frail群で検討したところ、RFSでは単変量解析ではchange frail、StageIIIであること、術中出血が20ml以上であることが、多変量解析ではStageIIIであることが予後悪化因子であった。OSでは単変量、単変量解析共にchange frail、StageIII以上であること、術前Aib値が3.5g/dl以下であることが予後悪化因子であった。《結語》高齢者の大腸癌手術においては、周術期のさまざまな要因により、change frailに陥りやすいことは容易に想像できる。リハビリテーションや栄養療法などの協力を得て集学的治療を行い、これを予防することにより予後の改善につながる可能性がある。

要望演題

2025年11月14日(金) 10:10～11:10 第9会場

[R9] 要望演題 9 高齢者大腸癌の治療3

座長：塩澤 学(神奈川県立がんセンター消化器外科), 肥田 侯矢(京都大学消化管外科)

[R9-4] 85歳以上大腸癌患者における低骨格筋量と術後成績の検討

阿部 真也^{1,2}, 野澤 宏彰¹, 佐々木 和人¹, 室野 浩司¹, 江本 成伸¹, 横山 雄一郎¹, 永井 雄三¹, 原田 有三¹, 品川 貴秀¹, 舘川 裕一¹, 岡田 聡¹, 白鳥 広志¹, 石原 聡一郎¹ (1.東京大学腫瘍外科, 2.同愛記念病院)

【背景】本邦の高齢化に伴い、高齢大腸癌患者を診療する機会が増えている。高齢者では多様な併存疾患、サルコペニア・フレイルや低栄養状態などの患者因子が術後成績へ影響することが懸念される。そこで、骨格筋量が高齢者大腸癌手術後成績に与える影響を明らかにすることを目的とした。

【方法】2007年から2022年の間に当科にて根治切除を施行した85歳以上の大腸癌112例を対象とし、低骨格筋量と術後成績を検討した。骨格筋量はCT画像から得られるL3レベルの腸腰筋面積を身長で補正したPMI(Psoas muscle mass index)で評価し、日本肝臓学会基準(男性6.36, 女性3.92)未満を低骨格筋量と定義した。栄養状態は術前の血清アルブミン値と体重から算出されるGNRI(Geriatric nutritional risk index)で評価し、98未満を低栄養とした。

【結果】男性51例、年齢中央値86.5歳、低骨格筋量は55例(50.5%)、低栄養は62例(54.5%)に認めた。右側結腸/左側結腸/直腸は52/27/33例、病期1/2/3/4は26/51/29/6例、開腹/腹腔鏡/ロボットは41/67/4例だった。CD分類GradeIII以上の重症合併症は8例(7.1%)で、1例の手術関連死(間質性肺炎)を認めた。重症合併症に関して、病期、腫瘍部位、骨格筋量、栄養状態や出血量などを含めて有意差を認める危険因子は抽出されなかった。観察期間中央値は4.1年、5年全生存率/5年癌特異的生存率は68.9/80.4%で、原病死18例、他病死16例であった。全生存に関して、低骨格筋量(HR 2.5, $p=0.02$)は病期3/4(HR 2.1, $p=0.03$)とともに独立した予後不良因子であったが、併存疾患や栄養状態は予後に関与しなかった。5年癌特異的生存率は低骨格筋量の有無(77.1% vs. 85.0%)で差を認めなかった。他病死に関する5年生存率は、低骨格筋量群で有意に低く(75.6% vs. 92.2%, $p<0.01$)、独立した予後不良因子であった(HR 7.4, $p<0.01$)。

【結語】根治切除が施行された85歳以上大腸癌患者において、低骨格筋量患者では術後他病死が多いが、術後合併症及び癌特異的生存と関連を認めなかった。

要望演題

2025年11月14日(金) 10:10 ~ 11:10 第9会場

[R9] 要望演題 9 高齢者大腸癌の治療3

座長：塩澤 学(神奈川県立がんセンター消化器外科), 肥田 侯矢(京都大学消化管外科)

[R9-5] 大腸癌細胞におけるAngiopoietin-like protein 2発現と他疾患死の関連

堀野 大智^{1,2}, 堀口 晴紀², 門松 毅², 秋山 貴彦¹, 有馬 浩太¹, 小川 克大¹, 日吉 幸晴¹, 宮本 裕士¹, 岩槻 政晃¹, 尾池 雄一² (1.熊本大学大学院消化器外科学, 2.熊本大学大学院分子遺伝学)

【背景】

癌患者における宿主消耗(低栄養、全身性炎症、体組成変化)は、不良な予後と関連する。アンジオポエチン様因子2 (Angiopoietin-like protein 2: ANGPTL2)は組織修復やリモデリングに関わる慢性炎症のメディエーターで、複数の種類の癌の促進因子であることが報告されている。

【対象と方法】

2017年1月～12月に当院で原発巣切除を施行した大腸癌全Stageの88症例を後方視的に解析した。免疫組織化学染色により切除標本の腫瘍細胞におけるANGPTL2発現のスコアリングを行い、ANGPTL2-High / Lowの二群に分類した上で、宿主消耗バイオマーカーや臨床病理学的因子、生存との関連を解析した。

【結果】

患者背景は年齢：70歳(63-78)、男性/女性：50/38例、BMI：22.5 kg/m² (19.9-24.8)、ASA-PS 1,2/3,4：71/17例であった。ANGPTL2-High/Low：46 / 42例で、ANGPTL2-Highは左側原発 (P = 0.0410)、壁深達度の進行 (P = 0.0097)、病理病期の進行 (P = 0.0394)と有意に関連していた。ANGPTL2スコアは、全身性炎症を反映するNeutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR) ($p = 0.4170$, $P < 0.0001$)、および宿主消耗を反映するAdvanced lung cancer inflammation index (ALI) (BMI × アルブミン値/NLR) ($p = -0.3119$, $P = 0.0031$)と有意な相関がみられた。生存との関連に関し、ANGPTL2-High症例では、ALI低値やNLR高値に起因する他疾患死が有意に多かった(ALI: $P = 0.0261$ およびNLR: $P = 0.0422$)。一方で、ANGPTL2-Low症例では差がみられなかった。

【結語】

大腸癌細胞ANGPTL2-High症例では、宿主消耗および全身性炎症に起因する他疾患死が多くみられる。

要望演題

2025年11月14日(金) 10:10～11:10 第9会場

[R9] 要望演題 9 高齢者大腸癌の治療3

座長：塩澤 学(神奈川県立がんセンター消化器外科), 肥田 侯矢(京都大学消化管外科)

[R9-6] 大腸癌診療における三浦市立病院の役割について

澤崎 翔¹, 和田 博雄¹, 大倉 拓¹, 内山 護², 渥美 陽介², 加藤 綾², 風間 慶祐², 沼田 幸司³, 沼田 正勝³, 湯川 寛夫², 齋藤 綾², 小澤 幸弘¹ (1.三浦市立病院外科, 2.横浜市立大学外科治療学, 3.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)

【はじめに】三浦市は深刻な人口減少問題を抱えており、神奈川県の新規可能性自治体に該当する。当院は三浦市の中核病院として限られた資源や設備の範囲で、外科はスタッフ3名で大腸癌に対する診療を行っている。低侵襲手術を希望する患者さんや高度進行症例、併存疾患の多い症例は近隣の総合病院や大学附属病院、がんセンターに紹介しているが、年齢や全身状態から治療が困難な患者さんや他院で治療後にBSCとなり逆紹介となる患者さんも多い。

【目的】高齢化の進む人口減少地域における当院での大腸癌診療における役割を明らかにする。

【対象と方法】対象は2021年4月より2025年2月に大腸癌で診療を受けた患者151名。臨床病理学的因子や社会背景をretrospectiveに調査した。

【結果】年齢中央値76歳（48-94歳）、男性93例、女性58例。結腸癌112例、直腸癌39例であった。当院で診断したのは137例であり、そのうち当院で手術、内視鏡治療や化学療法など積極的な治療を行ったのは81例（59.1%）、治療目的に他院へ紹介となったのが49例（35.8%）、BSCの方針となったのが10例（7.3%）でそのうち5例は緩和目的でステントを挿入していた。手術目的で他院へ紹介した49例のうち、患者希望が31例(63.3%)、併存疾患の管理目的およびかかりつけ病院への紹介が9例(18.4%)、医師判断（高度進行、高難度症例）が9例(18.4%)であった。他院からの紹介も含めたBSC症例23例中、死亡症例は14例みられたが訪問診療へ移行できたのは3例（21.4%）と少数であった。

【結語】当院における大腸癌診療を調査した。患者希望による他院への紹介が多くみられたが、2024年4月より腹腔鏡手術を導入しており低侵襲手術を希望する患者さんの期待に応え手術症例数を増やせる可能性がある。また高齢者が多く、併存疾患の状況や認知症により診断時にBSCとなっても、ステント挿入により自宅での生活が可能な症例もみられ訪問診療への移行も含めサポート体制を地域と協力し強化していく必要があると考えられた。

要望演題

2025年11月14日(金) 10:10 ~ 11:10 第9会場

[R9] 要望演題 9 高齢者大腸癌の治療3

座長：塩澤 学(神奈川県立がんセンター消化器外科), 肥田 侯矢(京都大学消化管外科)

[R9-7] 大腸癌におけるクリニカルパスを用いた周術期管理の安全性と入院医療費の検討

塚本 史雄, 林 祐美子, 中田 豊, 岩田 乃理子, 遠藤 晴久, 荻谷 一男, 中島 康晃, 高橋 定男 (江戸川病院外科)

【背景】大腸癌手術における在院日数短縮は医療プロセス効率化のために重要である。術前処置や術後管理における施設間の差は依然として大きく、大腸癌手術における周術期管理の標準化が必要とされている。当院では大腸癌手術において術後7日までの退院を目指すクリニカルパス(CP)を運用している。当院におけるCPの安全性と入院医療費に関する検討を目的とした。

【方法】2021年4月から2025年3月に当院でCPを適応して大腸癌手術を行った243例を対象とした。術後7日以内の退院をCP達成と定義してCPの達成率と再入院率を用いてCPの安全性を評価した。DPCに基づいた入院医療費を算出して年齢や術後合併症・再入院が入院医療費に与える影響の検討を行った。また、当院で運用しているCPを概説する。

【結果】平均年齢は73歳。結腸癌167例、直腸癌76例。臨床病期はcStage I-II 102例、cStage III-IV 141例。手術アプローチは腹腔鏡手術86例、ロボット手術157例。術後合併症はall gradeで22例(9.1%)、Grade III以上で5例(2.1%)であり、平均術後在院日数は7.4日であった。CPの達成は210例(86.4%)であった。退院後30日以内の再入院は8例(3.3%)であり、うち6例はCP逸脱後の症例であった。全症例を対象とした平均入院医療費は結腸癌で1,348,360円、直腸癌で1,536,410円であった。年齢(75歳未満/75歳以上)で分けると結腸癌では1,314,940円 / 1,373,090円($p=0.10$)、直腸癌では1,562,350円 / 1,496,630円($p=0.22$)であった。術後合併症(無/有)で分けると結腸癌では1310620円 / 1760910円($p<0.01$)、直腸癌では1,475,620円 / 2,053,060円($p<0.01$)であった。再入院(無/有)で分けると結腸癌では1,326,280円 / 2,063,850円($p<0.01$)、直腸癌では1,496,630円 / 2,504,400円($p<0.01$)であった。

【結論】当院における大腸癌症例を対象としたCPは安全に運用されていた。術後合併症や再入院の少ない安全な手術に加えて周術期管理の普及が国民医療費の低減に寄与する可能性が示唆された。

要望演題

2025年11月14日(金) 13:30 ~ 14:30 第4会場

[R10] 要望演題 10 LARS

座長：小山 文一(奈良県立医科大学消化器・総合外科), 清水 浩紀(京都府立医科大学消化器外科)

[R10-1]

直腸がんにおけるLow Anterior Resection Syndromeの発症予測因子と直腸肛門内圧との関連についての検討

林 理絵^{1,2}, 三吉 範克^{1,2}, 藤野 志季², 関戸 悠紀¹, 竹田 充伸¹, 波多 豪¹, 浜部 敦史¹, 荻野 崇之¹, 植村 守¹, 土岐 祐一郎¹, 江口 英利¹ (1.大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学, 2.大阪国際がんセンターがん医療創生部)

[R10-2]

当科での直腸切除術後における低位前方切除後症候群（LARS）増悪リスク因子および直腸肛門内圧の検討

松本 圭太, 大熊 祐輔, 鷹羽 律紀, 横山 亜也奈, 横井 亮磨, 水谷 千佳, 浅井 竜一, 田島 ジェシー雄, 藤林 勢世, 近石 和花菜, 三井 範基, 洞口 岳, 畑中 勇治, 深田 真宏, 安福 至, 佐藤 悠太, 田中 善宏, 村瀬 勝俊, 松橋 延壽 (岐阜大学医学部附属病院消化器外科)

[R10-3]

直腸癌術後の長期的排便機能障害の後方視的検討

南原 翔^{1,2}, 松井 信平¹, 野口 竜剛¹, 坂本 貴志¹, 向井 俊貴¹, 山口 智弘¹, 秋吉 高志¹ (1.がん研究会有明病院大腸外科, 2.九州大学病院消化器・総合外科)

[R10-4]

低位前方切除後症候群に対する薬物療法の効果に関する検討

本間 祐子, 味村 俊樹, 太田 学, 松本 理沙, 利府 数馬, 熊谷 祐子, 伊藤 誉, 鯉沼 広治, 山口 博紀 (自治医科大学消化器一般移植外科)

[R10-5]

当科における直腸癌経肛門吻合術後に対する経肛門洗腸（transanal irrigation：TAI）の検討

甲田 貴丸^{1,2}, 船橋 公彦^{1,3}, 牛込 充則¹, 金子 奉暁¹, 鏡 哲¹, 鈴木 孝之¹, 長嶋 康雄¹, 三浦 康之¹, 渡邊 健太郎¹, 的場 周一郎¹ (1.東邦大学医療センター大森病院消化器外科, 2.甲田医院, 3.横浜総合病院消化器外科)

[R10-6]

術前から開始するLARS診療の有用性と課題：地域連携による包括的介入の後方視的検討

秋月 恵美^{1,2}, 奥谷 浩一², 豊田 真帆², 岡本 行平², 石井 雅之², 佐藤 綾¹, 鈴木 崇史¹, 西尾 昭彦¹, 石山 勇司¹, 石山 元太郎¹ (1.札幌いしやま病院, 2.札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野)

[R10-7]

YouTubeを用いた低位前方切除後症候群（LARS）に関する情報提供の取り組み

榎本 浩也¹, 佐藤 正美², 秋月 恵美³, 仕垣 隆浩⁴, 磯上 由美⁵ (1.国際医療福祉大学病院消化器外科, 2.東京慈恵会医科大学医学部看護学科, 3.札幌医科大学消化器・総合, 乳腺・内分泌外科学講座/札幌いしやま病院, 4.久留米大学医学部外科講座, 5.フリーランス皮膚・排泄ケア認定看護師)

要望演題

2025年11月14日(金) 13:30 ~ 14:30 第4会場

[R10] 要望演題 10 LARS

座長：小山 文一(奈良県立医科大学消化器・総合外科), 清水 浩紀(京都府立医科大学消化器外科)

[R10-1] 直腸がんにおけるLow Anterior Resection Syndromeの発症予測因子と直腸肛門内圧との関連についての検討

林 理絵^{1,2}, 三吉 範克^{1,2}, 藤野 志季², 関戸 悠紀¹, 竹田 充伸¹, 波多 豪¹, 浜部 敦史¹, 荻野 崇之¹, 植村 守¹, 土岐 祐一郎¹, 江口 英利¹ (1.大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学, 2.大阪国際がんセンターがん医療創生部)

【背景】 Low Anterior Resection Syndrome (LARS)は主に排便機能に関わるQOL低下につながる機能障害の総称である。直腸がん術後の重要な合併症の一つであり、発症を予測することは重要である。

【目的】 直腸がんにおけるLARSの発症予測因子と直腸肛門内圧との関連について検討を行う。

【方法】 2011年6月から2023年10月までに当院でDSTまたは手縫い吻合を行った直腸がん手術症例のうち、術後のLARS scoreと直腸肛門内圧のデータを有する直腸がん症例(n=107)を対象とし、LARSの発症予測因子と直腸肛門内圧との関連性について検討した。本研究ではLARS scoreが21-29をMinor LARS、30以上をMajor LARSと定義した。直腸肛門内圧検査にはスターメディカル社製肛門内圧測定セット（東京）を用いた。また、検査時には最大随意収縮圧(mmHg)、最大静止圧(mmHg)のほか、機能的肛門管長(cm)を測定した。統計学的解析はJMP Pro 17.1.0を用いて行った。

【結果】 患者背景は年齢中央値：63歳(19-88歳)、男性/女性：64例/43例、BMI中央値：22.5(16.0-33.3)であった。手術時間の中央値は336分(69-1050分)、出血量の中央値は35ml(0-4910ml)であった。肛門縁から腫瘍までの距離の中央値は8cm(1-30cm)、肛門縁から吻合部までの距離の中央値は6cm(1-18cm)であった。107例のうち77例に術後のMinorまたはMajor LARSの発症を認めた(72%)。単変量解析の結果、術前治療の有無、手術時間、出血量、腫瘍までの距離、吻合部までの距離、術前静止圧が有意にLARS発症と相関した($p<0.05$)。

【結論】 LARSの発症と関連する因子について検討した。術後LARSの発症予測に有用である可能性が示唆された。

要望演題

2025年11月14日(金) 13:30 ~ 14:30 第4会場

[R10] 要望演題 10 LARS

座長：小山 文一(奈良県立医科大学消化器・総合外科), 清水 浩紀(京都府立医科大学消化器外科)

[R10-2] 当科での直腸切除術後における低位前方切除後症候群（LARS）増悪リスク因子および直腸肛門内圧の検討

松本 圭太, 大熊 祐輔, 鷹羽 律紀, 横山 亜也奈, 横井 亮磨, 水谷 千佳, 浅井 竜一, 田島 ジェシー雄, 藤林 勢世, 近石 和花菜, 三井 範基, 洞口 岳, 畑中 勇治, 深田 真宏, 安福 至, 佐藤 悠太, 田中 善宏, 村瀬 勝俊, 松橋 延壽 (岐阜大学医学部附属病院消化器外科)

【背景・目的】直腸切除術後の低位前方切除後症候群（LARS）に関して、直腸肛門内圧検査を含めたLARS増悪リスク因子の検討は少ない。本研究では、当科の直腸切除術後症例を対象に、LARSの増悪に関与するリスク因子および直腸肛門内圧との関連を検討した。LARSスコアに基づき、20点以下をNo LARS（N）、21-29点をMinor LARS（I）、30点以上をMajor LARS（A）と分類した。

【対象】2022年11月～2024年10月に当院で腹腔鏡/ロボット支援下で低位前方切除術/内肛門括約筋切除術を施行した症例のうち、術後6カ月（人工肛門造設例は閉鎖術後6カ月）時点でLARSスコアの測定が可能であった59例を対象とした。うち、術前からMajor LARSであった症例を除外した46例を解析対象とした。

【方法】術前および術後6カ月時点でLARSスコア、最大静止圧（MRP）、最大随意収縮圧（MSP）、機能的肛門管長（HPZ）を測定した。LARSが悪化した群（E群）と悪化しなかった群（U群）に分け、LARS増悪のリスク因子として、年齢、性別、術式、手術時間、出血量、腫瘍の位置、前治療（NAC/TNT）の有無、covering stomaの有無を評価した。

【結果】術前のLARSはN/I/A=37/9/0、術後は9/16/21であった。E群は33例（N→I：12例、I→A：4例、N→A：17例）、U群は13例であった。単変量解析において、E群はU群に比べ有意に年齢が若く（63.7歳 vs 72.8歳、 $p=0.0292$ ）、腫瘍の位置がRbである割合が高かった（52% vs 15%、 $p=0.0250$ ）。性別（男性：61% vs 53%）、術式（ISR：18% vs 0%）、手術時間（263分 vs 253分）、出血量（31mL vs 36mL）、前治療の有無（24% vs 15%）、covering stomaの有無（52% vs 31%）には有意差を認めなかったが、E群ではISR症例が多い傾向にあった。また、E群では術前と比較して術後6カ月のMRPの低下が有意に大きく、MSPも低下傾向を示した。HPZに有意な変化は認められなかった。

【結語】直腸切除術後におけるLARS増悪のリスク因子として、若年齢および腫瘍の位置がRbであることが挙げられた。また、LARSの増悪に伴いMRPが有意に低下し、MSPも低下傾向を示した。これらの結果から、LARSの病態にはMRPの低下が関与している可能性が示唆された。

要望演題

2025年11月14日(金) 13:30 ~ 14:30 第4会場

[R10] 要望演題 10 LARS

座長：小山 文一(奈良県立医科大学消化器・総合外科), 清水 浩紀(京都府立医科大学消化器外科)

[R10-3] 直腸癌術後の長期的排便機能障害の後方視的検討

南原 翔^{1,2}, 松井 信平¹, 野口 竜剛¹, 坂本 貴志¹, 向井 俊貴¹, 山口 智弘¹, 秋吉 高志¹ (1.がん研究会有明病院大腸外科, 2.九州大学病院消化器・総合外科)

はじめに: 直腸癌に対する低位吻合では術後に頻便・便失禁・分割便・便意切迫など排便障害としての低位前方切除後症候群(LARS)をきたす。その発生頻度は80-90%と頻度は高くQOLに強い影響を及ぼすが、認知度はあまり高くない。当院で手術を施行した直腸癌患者の排便機能について後方視的に検討しリスク因子を抽出した。

対象: 2018年6月～2022年11月までに当院で手術を施行した直腸癌患者を対象とした。質問票を用いてLARSスコア、Wexnerスコアを経時的に測定し、直腸切除もしくは人工肛門閉鎖術後1年目のスコアを算出した。LARSスコアは合計点で「LARSなし(0-20)」、「軽症LARS(21-29)」、「重症LARS(30-42)」に分類した。

結果: 326例(RS:64例, Ra:110例, Rb:152例)の直腸癌患者で術後1年目のスコアを算出できた。腫瘍の局在が低位、低位吻合、また一時的回腸人工肛門造設群では重症LARSの割合が有意に高く、Wexnerスコアも有意に高値であった($p<0.05$)。術式としてはISR、VLARで重症LARSは有意に割合が高く($p<0.005$)、ISR、VLAR、LAR、ARの順に重症LARSの割合が低下した。一時的回腸人工肛門を造設した患者は閉鎖までの期間が長期なほどLARSスコア、Wexnerスコアが高い傾向にあった($p=0.22$)。Rb直腸癌(152例)において、術前放射線治療群は施行していない群に比べて重症LARSの割合は高い傾向にあったが有意差は認めなかった($p=0.13$)。Wexnerスコアは術前放射線治療群で有意に高かった($p<0.005$)。術後縫合不全(CD分類3以上)とLARSスコア、Wexnerスコアに関連性は認められなかった。多変量解析において腫瘍の局在が低位、低位吻合は重症LARSの独立した危険因子であった($p<0.05$)。

結語: 直腸癌において腫瘍の局在、吻合レベルは術後の排便機能不良を予測する因子として考えられた。

要望演題

2025年11月14日(金) 13:30 ~ 14:30 第4会場

[R10] 要望演題 10 LARS

座長：小山 文一(奈良県立医科大学消化器・総合外科), 清水 浩紀(京都府立医科大学消化器外科)

[R10-4] 低位前方切除後症候群に対する薬物療法の効果に関する検討

本間 祐子, 味村 俊樹, 太田 学, 松本 理沙, 利府 数馬, 熊谷 祐子, 伊藤 誉, 鯉沼 広治, 山口 博紀 (自治医科大学消化器一般移植外科)

【背景】低位前方切除後症候群(low anterior resection syndrome: LARS)は頻回便や便失禁, 排便困難など様々な症状を示すため, 各症状に合わせた治療が必要となる。治療は薬物療法, バイオフィードバック(BF)療法, 経肛門的洗腸療法(transanal irrigation: TAI), 仙骨神経刺激療法(sacral neuromodulation: SNM), ストーマ造設術があり, 患者の状態に合わせて選択・組み合わせて実施している。薬物療法に関してはポリカルボフィルカルシウム(ポリカルボフィル), ロペラミド塩酸塩(ロペラミド), ラモセトロン塩酸塩(ラモセトロン)を使用する他, 坐剤や下剤も使用している。

【目的】LARSに対する薬物療法の治療効果を症状と生活の質(quality of life: QOL)の観点から検討する。

【方法】2018年5月～2024年12月に排便機能外来を受診して薬物療法を受けたLARS患者を対象とした。治療効果は, 症状はLARS特異的排便障害スコアであるLARSスコア(最善0点-最悪42点)で, QOLに関しては便失禁特異的QOL評価尺度(Japanese version of fecal incontinence quality of life scale: JFIQL)で評価した。

【結果】対象期間の受診者56例中52例に治療を行い, 治療法は重複を含めて薬物療法 48例(86%), BF療法 2例, TAI 6例, SNM 1例, 直腸脱修復術 1例, ストーマ造設術 7例であった。解析対象は, 薬物療法を受けた48例(男33例, 年齢中央値61歳)で, 肛門使用開始後から受診までの期間は中央値14ヶ月で, 初診時のLARSスコア(n=47)は中央値38点, Major LARS率87%であった。薬物療法の詳細は, 重複例を含めて, ポリカルボフィル38例(79%), ロペラミド24例(50%), ラモセトロン11例(23%), 酸化マグネシウム5例(10%), ポリエチレングリコール2例(4%), レシカルボン坐剤2例(4%), リナクロチド1例(2%), センノシド1例(2%)であった。薬剤の使用数は, 単剤使用18例(38%), 2剤併用25例(52%), 3剤併用4例(8%), 4剤併用1例(2%)であった。LARSスコア中央値(n=43)は治療前後で38点(範囲: 13-41)から36点(0-41)と改善傾向を示した($p=0.05$)。JFIQL中央値(n=43)は治療前後で2.1点(1.2-3.6)から2.7点(1.3-4.0)と有意に改善した($p=0.004$)。

【結語】LARSに対する薬物療法は症状とQOLの改善をもたらすことが示唆された。

要望演題

2025年11月14日(金) 13:30 ~ 14:30 第4会場

[R10] 要望演題 10 LARS

座長：小山 文一(奈良県立医科大学消化器・総合外科), 清水 浩紀(京都府立医科大学消化器外科)

[R10-5] 当科における直腸癌経肛門吻合術後に対する経肛門洗腸（transanal irrigation：TAI）の検討

甲田 貴丸^{1,2}, 船橋 公彦^{1,3}, 牛込 充則¹, 金子 奉暁¹, 鏡 哲¹, 鈴木 孝之¹, 長嶋 康雄¹, 三浦 康之¹, 渡邊 健太郎¹, 的場 周一郎¹ (1.東邦大学医療センター大森病院消化器外科, 2.甲田医院, 3.横浜総合病院消化器外科)

肛門近傍の直腸癌に対する肛門温存手術が増加する一方で術後排便障害患者の対応が急務と考え当科では2017年5月から消化器外科医師、皮膚・排泄ケア（WOC）認定看護師、栄養士、理学療法士、薬剤師の多職種からなる術後排便障害チームを立ち上げ術後排便障害外来を開設し診療を開始した。外来にて排便日誌や内服薬の評価、排便造影検査、内圧検査などの種々の検査を行い月1回の排便障害カンファレンスにて治療方針を決定している。

食事指導や薬物療法を中心とした保存治療で改善しない症例に対して経肛門洗腸療法（transanal irrigation,以下TAI）を治療の選択肢の一つとしている。TAIは経肛門的な洗腸で定期的に直腸から左結腸を空虚化する治療である。我々は以前より当院の医療機器適応外使用の承認を得て、直腸癌術後排便障害に対してストーマからの洗腸に使用するコーンカテーテルを使用したTAIによる排便管理法を導入してきた。

直腸癌術後では、腸管穿孔のリスクがあり腹腔内の癒着や吻合部周囲の腸管の状態によって洗腸療法が安全に施行できるか評価する必要があると考えている。そのため洗腸療法を導入する前に、透視下にコーンカテーテルを用いて造影剤を注入し腸管の形態や洗腸の状況を把握している。

2024年4月現在、直腸癌に対する経肛門吻合部術後の排便障害6例に対して経肛門洗腸療法を導入しており、安全に施行できている。

6例の内訳は男性4例/女性2例、術式は経肛門吻合（CAA）5例/Toal ISR 1例、腸管の洗浄量は透視下の造影剤注入量を参考にして300-500mlであった。

TAI導入後の評価は、評価できた6例中3例でWISは改善していた。

過去の報告では、TAIはその手技の煩雑さのため途中中断が多い事が指摘されているが当科では現時点で全ての症例でTAIが継続できている。その理由として連日の洗腸ではなくライフスタイルに合わせて2-3日ごとに洗腸を行っているためと考えている。

要望演題

2025年11月14日(金) 13:30～14:30 第4会場

[R10] 要望演題 10 LARS

座長：小山 文一(奈良県立医科大学消化器・総合外科), 清水 浩紀(京都府立医科大学消化器外科)

[R10-6] 術前から開始するLARS診療の有用性と課題：地域連携による包括的介入の後方視的検討

秋月 恵美^{1,2}, 奥谷 浩一², 豊田 真帆², 岡本 行平², 石井 雅之², 佐藤 綾¹, 鈴木 崇史¹, 西尾 昭彦¹, 石山 勇司¹, 石山 元太郎¹ (1.札幌いしやま病院, 2.札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野)

【背景】肛門温存手術後の低位前方切除後症候群（LARS）の診療はその重要性が広く認識されてきたが、診療開始のタイミングや方法に関する明確な基準は確立されていない。LARSは時間経過とともに症状が変化し、排便障害と直腸術後管理の双方にわたる知識を要する複雑な病態であり、診療には多大な労力を伴う。近年では術前からの介入や多職種連携による支援の有効性が注目されている。

札幌医科大学では2019年より重症LARS高リスク症例に対する術前からのLARS診療を開始しており、2024年からは地域の肛門専門病院と連携し術前から術後までシームレスなLARS診療を提供している。術前は生来の排便習慣の確認と肛門内圧評価、予想される術後LARS重症度の説明とLARSへの対処・治療に関する情報提供を行っている。経肛門操作を予定している症例に対しては術前から骨盤底筋訓練を開始し、この際にはバイオフィードバック療法によって指導している。

【目的】術前からLARS診療を開始することで術後の排便機能およびQOLが改善するかを明らかにし、継続的診療体制の有用性と今後の課題を検討する。

【方法】2017～2023年に下部直腸腫瘍に対し手術を受け、ストマ閉鎖後の評価が可能であった136例（uLAR34例、ISR102例）を対象に後方視的解析を行った。術前介入のない2017-2018年（C群：43例）と、2019年以降術前からLARS診療を開始した群（I群：93例）で比較を行った。肛門内圧（MRP、MSP）とLARS score、CCFIS、一部症例ではSF-36によるQOL評価を用いた。

【結果】肛門内圧はMRP・MSPともにI群で良好であった（C群/I群）（術後6M：12M）MRP 32/40：36/41、MSP 140/160：160/177）。排便スコアはLARS scoreとCCFISともに両群に差を認めなかった。SF36は社会役割的健康度（RCS）がI群で良好であった（術後1M：3M：12M）40/45：41/48：50/53。

【結語】術前からLARS診療を開始することで術後の肛門機能およびQOLが改善する可能性が示唆された。今後は対象の拡大と長期的効果の検証が求められる。

要望演題

2025年11月14日(金) 13:30 ~ 14:30 第4会場

[R10] 要望演題 10 LARS

座長：小山 文一(奈良県立医科大学消化器・総合外科), 清水 浩紀(京都府立医科大学消化器外科)

[R10-7] YouTubeを用いた低位前方切除後症候群（LARS）に関する情報提供の取り組み

榎本 浩也¹, 佐藤 正美², 秋月 恵美³, 仕垣 隆浩⁴, 磯上 由美⁵ (1.国際医療福祉大学病院消化器外科, 2.東京慈恵会医科大学医学部看護学科, 3.札幌医科大学消化器・総合、乳腺・内分泌外科学講座/札幌いしやま病院, 4.久留米大学医学部外科講座, 5.フリーランス皮膚・排泄ケア認定看護師)

【背景】

直腸癌に対する肛門温存手術の増加に伴い、術後排便障害(Low Anterior Resection Syndrome: LARS)に悩む患者が増加している。LARSは便意切迫、頻便、失禁、排便コントロール困難など多彩な症状を呈し、QOLに影響を及ぼす。この影響は身体的側面に留まらず、精神的苦痛や社会的孤立感を招くことも少なくない。しかし、患者の認知度は依然として低く、術前後に十分な情報提供を受けていない症例も少なくない。近年、インターネット、特にYouTubeなどの動画共有プラットフォームは、患者や家族にとって重要な医療情報源となっている一方で、科学的根拠に乏しい不正確な情報も多く拡散されており、誤解や不安を助長する懸念がある。

【目的】

本研究の目的は、LARSに関する信頼性の高い情報を科学的根拠に基づき整理し、非医療者に理解しやすい表現で動画として発信することである。医療者視点のみならず、患者の実体験を重視し、共感を得られる内容とすることを目指した。

【方法】

大腸外科医、看護師(WOCNを含む)、LARSを経験した直腸癌サバイバーが協働し、LARSに関する解説動画10本を制作した。内容の正確性と共に、語句の平易さ、表現のわかりやすさにも配慮した。イラスト、動画編集、音声入れは制作メンバーで行い、オンライン会議およびSlackでの意見交換を重ね、メンバーの合意を得ながら制作した。動画はYouTubeチャンネル「直腸がん大事典」にて、2024年7月から2025年4月にかけて順次公開した。

【結果】

公開した10本の動画の累計再生回数は約8500回、総再生時間は約300時間であった。視聴者の年齢層は55～64歳が63.2%を占めた。

【結論】

LARSへの正しい理解と適切な対処を促すには、科学的根拠に基づく情報を患者に寄り添う形でわかりやすく発信することが重要である。身体・精神・社会の多面的な影響を踏まえた情報提供は、患者の不安軽減や社会的孤立の予防にも寄与すると考えられる。本プロジェクトは、医療者と患者が協働することで、正確性と共感性を両立した情報提供が可能であることを示した。今後も時代に即した媒体を活用し、質の高い医療情報を継続的に発信し、患者支援を強化する必要がある。

要望演題

2025年11月14日(金) 14:30～15:20 第4会場

[R11] 要望演題 11 大腸穿孔症例の治療

座長：石塚 満(獨協医科大学下部消化管外科), 上田 和毅(近畿大学医学部外科)

[R11-1]

当院における大腸憩室穿孔に対する手術適応、術式および治療成績に関する検討

熊野 健二郎, 三谷 嘉史, 島原 実理, 延永 裕太, 赤井 正明, 杭瀬 崇, 丸山 昌伸, 松村 年久, 山野 寿久, 高木 章司, 池田 英二 (岡山赤十字病院消化器外科)

[R11-2]

大腸憩室炎に対する手術治療のベストプラティスを考える

近藤 圭策, 天上 俊之, 河合 功, 波多邊 繁, 杉 朋樹, 中田 英二 (鳳胃腸病院外科)

[R11-3]

大腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対する腹腔鏡下手術の検討

本庄 優衣, 虫明 寛行, 澤井 悠樹, 福田 桃子, 村田 光隆, 小林 圭, 朱 美和, 平井 公也, 笠原 康平, 有坂 早香, 土田 知史, 上田 倫夫, 長谷川 誠司 (済生会横浜市南部病院外科)

[R11-4]

大腸憩室に伴うS状結腸膀胱瘻に対する手術治療成績

諏訪 宏和¹, 大坊 侑¹, 田 鐘寛³, 諏訪 雄亮², 小澤 真由美², 大田 洋平¹, 野尻 和典¹, 小野 秀高¹, 吉田 謙一¹, 熊本 宜文¹ (1.横須賀共済病院外科, 2.横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科, 3.横浜市立大学消化器・腫瘍外科学)

[R11-5]

当科における膀胱瘻合併大腸憩室炎手術の変遷

原田 岳, 川村 崇文, 諫見 恵理, 小山 夏樹, 一瀬 健太, 河西 怜, 井田 進也, 大菊 正人, 田村 浩章, 稲葉 圭介, 落合 秀人 (浜松医療センター消化器外科)

[R11-6]

下部消化管穿孔性腹膜炎に対する開腹ハルトマン手術後のハルトマンリバーサル手術の検討

上嶋 徳¹, 大塚 幸喜², 隈本 力¹, 松本 航一¹, 川瀬 貴久¹, 近石 裕子¹, 辻村 和紀¹, 谷口 寛子¹, 小林 陽介¹, 稲熊 岳¹, 大村 悠介¹, 廣 純一郎¹, 升森 宏次¹ (1.藤田医科大学医学部総合消化器外科, 2.藤田医科大学先端ロボット・内視鏡手術学)

要望演題

2025年11月14日(金) 14:30 ~ 15:20 第4会場

[R11] 要望演題 11 大腸穿孔症例の治療

座長：石塚 満(獨協医科大学下部消化管外科), 上田 和毅(近畿大学医学部外科)

[R11-1] 当院における大腸憩室穿孔に対する手術適応、術式および治療成績に関する検討

熊野 健二郎, 三谷 嘉史, 島原 実理, 延永 裕太, 赤井 正明, 杭瀬 崇, 丸山 昌伸, 松村 年久, 山野 寿久, 高木 章司, 池田 英二(岡山赤十字病院消化器外科)

【目的】当院での大腸憩室穿孔症例の臨床的特徴と治療成績を明らかにし、治療方針の再評価を行う。

【方法】2014年1月から2024年12月までの10年間に、当院で経験した大腸憩室穿孔連続59症例を非手術治療群（保存的治療または経皮的ドレナージ）と手術群に分けて、後方視的に比較検討した。

【成績】男/女=36/23、穿孔部はA:T:D:S=4:2:3:50例、Hinchey I/II/III/IV=28/7/11/13。非手術治療群（30例）、手術群（29例）。両群間で年齢、性別、BMI、病歴期間に有意差を認めなかった。非手術治療群のうち、ドレナージ治療は1例だった。非手術治療群の成功率は73%（22/30）。8例（Hinchey I/II/III=4/3/1）が治療抵抗性で、全員に入院中の手術が行われた。術式は切除吻合5例、縫合閉鎖1例、Hartmann手術2例で、縫合不全を認めなかった。

手術群の術式は、開腹手術22例、腹腔鏡手術7例で、Hartmann手術20例、切除吻合9例だった。腹腔鏡手術は開腹手術と比べ、Hinchey I/II症例が多い傾向にあり、一期的吻合の割合が有意に高かったが（5例 vs 2例 $p<0.01$ ）、手術時間は有意に長かった（205分 vs 265分 $p=0.03$ ）。出血量や術後合併症の発生率に有意差を認めなかったが、術後平均在院日数は腹腔鏡手術の方が有意に短かった（13日 vs 20日 $p=0.01$ ）。

手術群でClavien-Dindo(CD) III以上の術後合併症を4例に認め、CD IIIa/IVa/V=1/2/1だった。合併症群ではBMI<18.5の低体重割合が有意に高かった。Hinchey分類や術前prognostic nutritional index (PNI) と術後合併症の間に相関を認めなかった。手術群の術後在院日数の中央値は17日（8-45）、自宅退院率は79%（23/29）、ストーマ閉鎖率は45%（9/20）だった。

【結語】Hinchey分類に基づいた治療方針の決定が重要である。緊急手術では重症例も多く、ハルトマン手術が多いが、非手術治療に抵抗性で、手術となった場合は切除吻合が選択される傾向にあった。本検討では腹腔鏡手術は開腹手術と比べ、軽症例に適応される傾向にあり、切除吻合割合が高く、術後在院日数も有意に短いことから、症例を選べば有用と考えられる。

要望演題

2025年11月14日(金) 14:30 ~ 15:20 第4会場

[R11] 要望演題 11 大腸穿孔症例の治療

座長：石塚 満(獨協医科大学下部消化管外科), 上田 和毅(近畿大学医学部外科)

[R11-2] 大腸憩室炎に対する手術治療のベストプラティスを考える

近藤 圭策, 天上 俊之, 河合 功, 波多邊 繁, 杉 朋樹, 中田 英二 (鳳胃腸病院外科)

【はじめに】憩室炎関連で手術を要する症例は少数ながら存在する。我々は、このような症例に対して積極的に腹腔鏡下手術を行ってきた。自験例を検証し、手術治療を要する症例の特徴、および術式選択のベストプラクティスは何かについて考えてみる。【対象と方法】2015年1月から2024年3月の間、に憩室炎関連疾患に対して手術を行った25例を対象とする。これら症例の特徴および術後成績の検証を行なう。また術式選択の時代変遷についても検証を行なう。【結果】性別は、男性/女性, 15/10であった。年齢中央値は、59歳(2X-7X歳)であった。緊急手術5例, 待機手術が15例であった。全例,腹腔鏡下手術が選択された。手術に至った理由は、①反復する憩室炎, 3例,②保存的治療に抵抗,6例, ③狭窄,12例,④穿孔, 1例,⑤結腸・膀胱瘻等,3例であった。選択術式は、ハルトマン手術 3例, S状結腸切除術8例,結腸左半切除術 11例,右結腸切除術1例,ドレナージ+ストーマ造設 1例,ストーマ造設 1例,であった。手術時間は中央値218分(64-530分),出血量は中央値20ml(5-800ml)であった。開腹移行例は3例(12%)であった。移行理由は、高度線維化により尿管の確実な同定および温存が困難であったためであった。CD III以上の合併症は認めなかった。2024年以降では、責任腸管の切除を行わずにストーマ造設のみ,もしくはドレナージ+ストーマ造設を選択した症例も認めた。【まとめ】大半の症例は腹腔鏡下で安全に施行することは可能であった。ただし尿管の同定が困難で、開腹移行を要する困難症例は必ず存在する。腹腔鏡下手術の最大の弱点は、触覚がないことにつく。その際は、固執することなく開腹移行することが肝要である。また保存的治療に抵抗し,膿瘍形成かつBulkyな炎症性腫瘤を形成するような急性期の症例に対して、腸管切除を行うことはかなり難易度が高い。よってそのようなケースに対しては,責任病巣の一期的切除にこだわらず、まずドレナージおよび人工肛門造設のみを行うこともオプションの一つとして考えてよいのかもしれない。

要望演題

2025年11月14日(金) 14:30 ~ 15:20 第4会場

[R11] 要望演題 11 大腸穿孔症例の治療

座長：石塚 満(獨協医科大学下部消化管外科), 上田 和毅(近畿大学医学部外科)

[R11-3] 大腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対する腹腔鏡下手術の検討

本庄 優衣, 虫明 寛行, 澤井 悠樹, 福田 桃子, 村田 光隆, 小林 圭, 朱 美和, 平井 公也, 笠原 康平, 有坂 早香, 土田 知史, 上田 倫夫, 長谷川 誠司 (済生会横浜市南部病院外科)

【背景】大腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対して、結腸切除と瘻孔切除のみで膀胱部分切除は不要とする報告も増えており、結腸切除と瘻孔切除で腹腔鏡下手術症例の報告も散見される。当院でも腹腔鏡下手術を行っている。【目的】当院での大腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対する腹腔鏡下手術の有用性を検討すること。【対象と方法】2019/1月から2025/3月までに当院で大腸憩室炎による結腸膀胱に対して腹腔鏡下手術を施行した9症例を対象とし、後方視的に検討した。

【結果】患者背景は、年齢中央値 65歳、男性：女性＝8:1例、全症例で瘻孔形成を認めた部位はS状結腸であった。主訴は6例で泌尿器症状であったが、3例は泌尿器症状を伴わない腹痛であった。全症例でCT検査にてS状結腸に多発憩室と不整な壁肥厚、憩室と膀胱壁が接しており、接した膀胱壁の肥厚と膀胱内airを認めた。下部消化管内視鏡検査と注腸造影検査では全例にS状結腸に多発憩室を認めたが、膀胱との瘻孔と膀胱内への造影剤流出を認めたのは1例のみであった。膀胱鏡検査は7例で施行され、膀胱壁の肥厚や膀胱粘膜の浮腫を認めるも明らかな瘻孔は確認できず、膀胱造影検査は4例に施行され、明らかな瘻孔は描出されなかった。手術因子は、4例で人工肛門造設術が先行され、全例で腹腔鏡下S状結腸切除術が施行されており、全例で膀胱との瘻孔部は瘻孔切除のみで、膀胱切除が付加された症例は認めなかった。手術時間は188分、術中出血量は15mlであり、尿道カテーテルは8例で入院中に抜去されており、術後抜去までの期間は4.5日。Clavien-Dindo分類II以上の術後合併症は2例に認め、術後麻痺性イレウスと深部SSIであった。術後在院期間は8日であり、摘出検体の病理組織学的所見で全例悪性所見は認めなかった。1例で術後2ヶ月目に気尿の症状を認めたが明らかな結腸膀胱瘻再発の診断には至っていない。【結語】大腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対しても腹腔鏡下手術は安全に行えると考えられた。症例によっては人工肛門造設が不要の可能性が示唆された。炎症所見を認める症例では人工肛門造設を先行した二期的手術により安全な結腸切除ができる可能性があると考えられた。

要望演題

2025年11月14日(金) 14:30～15:20 第4会場

[R11] 要望演題 11 大腸穿孔症例の治療

座長：石塚 満(獨協医科大学下部消化管外科), 上田 和毅(近畿大学医学部外科)

[R11-4] 大腸憩室に伴うS状結腸膀胱瘻に対する手術治療成績

諏訪 宏和¹, 大坊 侑¹, 田 鐘寛³, 諏訪 雄亮², 小澤 真由美², 大田 洋平¹, 野尻 和典¹, 小野 秀高¹, 吉田 謙一¹, 熊本 宜文¹ (1.横須賀共済病院外科, 2.横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科, 3.横浜市立大学消化器・腫瘍外科学)

【背景】食事の欧米化などで大腸憩室症が増加し、それに伴い、S状結腸膀胱瘻の治療機会も増加してきている。

【目的】S状結腸膀胱瘻に対する手術の治療成績について検討する。

【対象】2012年より2024年までに大腸憩室に伴うS状結腸膀胱瘻に対し、手術を施行した20例を対象とした。

【結果】年齢中央値70歳，男性19例，女性1例。初診時に高度あるいはコントロール不良な炎症を有する症例は7例で，緊急で人工肛門造設術のみが施行された。責任憩室部の腸切除術は，開腹手術1例，腹腔鏡下手術19例。初回人工肛門のみ造設例では，S状結腸切除術6例，Hartmann手術1例。直接腸切除を施行した例では，S状結腸切除術10例，S状結腸切除術（一時的人工肛門造設併施）2例，Hartmann手術1例。手術時間中央値266分，出血量中央値10ml。膀胱壁の処置は，全層での部分切除・縫合2例，筋層縫合4例，無処置14例。術後，膀胱カテーテル造影を6例で施行。留置期間中央値は7日で，術後在院日数中央値は9日であった。術後合併症は，創感染2例，尿路感染2例，イレウス2例，遺残膿瘍1例で，腸管縫合不全や膀胱からの尿漏出は認めなかった。

【結語】大腸憩室に伴うS状結腸膀胱瘻に対する腸切除術は安全に施行可能であった。一時的人工肛門造設非造設例でも縫合不全なく経過したが，憩室が広範囲に多発している症例では憩室が吻合に影響する可能性があるため，一時的人工肛門造設を考慮するべきである。

要望演題

■ 2025年11月14日(金) 14:30～15:20 ■ 第4会場

[R11] 要望演題 11 大腸穿孔症例の治療

座長：石塚 満(獨協医科大学下部消化管外科), 上田 和毅(近畿大学医学部外科)

[R11-5] 当科における膀胱瘻合併大腸憩室炎手術の変遷

原田 岳, 川村 崇文, 諫見 恵理, 小山 夏樹, 一瀬 健太, 河西 怜, 井田 進也, 大菊 正人, 田村 浩章, 稲葉 圭介, 落合 秀人(浜松医療センター消化器外科)

【はじめに】瘻孔合併大腸憩室炎は憩室症ガイドラインで大腸切除術の適応とされているが、近年腹腔鏡手術による一期的切除の有効性が報告されている。【方法】2019年1月から2025年3月までに、当科で施行された大腸憩室炎手術症例25例中、術前に膀胱瘻合併大腸憩室炎と診断された9例について、年齢、性別、術前検査、手術アプローチ（待機手術/緊急手術、開腹手術/腹腔鏡手術）、手術時間、術中出血量、術後病理について検討した。【結果】年齢は62.3歳、全例が男性であった。全例待機手術で行われており、6例で泌尿器科との合同手術が施行されていた。手術アプローチは開腹手術3例、腹腔鏡手術が6例であった。手術時間は開腹手術で382.7分、腹腔鏡手術で340.5分、術中出血は開腹手術で401ml、腹腔鏡手術で62.5mlだった。

【まとめ】膀胱瘻合併大腸憩室炎手術は膀胱への癒着の程度により剥離層の設定が難しく、開腹手術でも腹腔鏡手術でも安全な手術の施行には時間がかかる。出血量が少ないことは腹腔鏡手術の利点でもあるが、膀胱瘻合併手術でもその利点を確認できた。腹腔鏡手術の2023年以降は合同手術は減少し腹腔鏡手術が増加しており、腹腔鏡手術の習熟度やトラブルシューティングが洗練してきたことによると思われる。

要望演題

2025年11月14日(金) 14:30 ~ 15:20 第4会場

[R11] 要望演題 11 大腸穿孔症例の治療

座長：石塚 満(獨協医科大学下部消化管外科), 上田 和毅(近畿大学医学部外科)

[R11-6] 下部消化管穿孔性腹膜炎に対する開腹ハルトマン手術後のハルトマンリバーサル手術の検討

上嶋 徳¹, 大塚 幸喜², 隈本 力¹, 松本 航一¹, 川瀬 貴久¹, 近石 裕子¹, 辻村 和紀¹, 谷口 寛子¹, 小林 陽介¹, 稲熊 岳¹, 大村 悠介¹, 廣 純一郎¹, 升森 宏次¹ (1. 藤田医科大学医学部総合消化器外科, 2. 藤田医科大学先端ロボット・内視鏡手術学)

【背景】下部消化管穿孔性腹膜炎に対する開腹ハルトマン手術後の腹腔鏡下ハルトマンリバーサル手術は, 手術関連合併症が43.8%~47.3%と高率であると報告されている。腹腔内臓器への癒着や腹膜炎の影響で肥厚した直腸との吻合、脾彎曲部授動を要することもあり, その難易度は高い。

【対象・方法】2013年5月から2025年4月までの期間に、ハルトマンリバーサル手術を施行した43例を対象とし, 手術の難易度, 術中偶発症, 術後合併症等に影響を来したリスク因子（患者背景, 既往, 穿孔部位, 手術時間, 出血量, 執刀者, 穿孔原因等）を後方視的に検討した。

【結果】患者背景は男性29人, 女性14人。他の因子は中央値で, 年齢67.7歳, BMI 20.93。初回手術からハルトマンリバーサル手術までの期間314日。手術時間249分。出血量136ml。平均在院日数は24.8日であった。開腹手術例は20例, 腹腔鏡手術例は23例で内4例が開腹移行となった。開腹手術群と腹腔鏡手術群では手術時間, 出血量, 術後合併症, 在院日数に有意差を認めなかった。術者因子において, 消化器外科学会専門医資格の有無で比較すると, 資格有り群で有意に手術時間が短く

($P=0.039$), 腹腔鏡手術の開腹移行例は資格無し群が15.3%であったのに対して資格有り群は0%であった。穿孔の原因として結腸直腸癌による穿孔群10例と憩室穿孔、結腸捻転などの非悪性腫瘍による穿孔群33例の比較では非悪性腫瘍群が手術時間が長時間である傾向にあった ($P=0.018$)

【結語】高難度とされるハルトマンリバーサル手術であるが当科において, 腹腔鏡下手術群は開腹手術群と比較し同等の成績であった。術前・術中因子の解析から, 手術に影響をきたす因子を推測した。更に安全な手術を施行する上で当科において行っている術前検査および術中手技の工夫等を含め報告する。

要望演題

2025年11月14日(金) 15:20～16:15 第4会場

[R12] 要望演題 12 直腸脱の治療

座長：高橋 知子(亀田総合病院消化器外科), 相川 佳子(Aicoレディースクリニック)

[R12-1]

当院における経会陰的直腸脱手術Delorme法の手技と治療成績の検討

三宅 祐一郎, 小野 朋二郎, 齋藤 徹, 渡部 晃大, 内海 昌子, 久能 英法, 竹中 雄也, 相馬 大人, 安田 潤, 弓場 健義, 根津 理一郎 (大阪中央病院外科)

[R12-2]

直腸脱に対する腹腔鏡下Wells変法直腸固定術

和田 聡朗, 北堀 魁常, 立津 捷斗, 高木 秀和, 中右 雅之, 宇山 直樹 (岸和田市民病院外科)

[R12-3]

当院における直腸脱治療の比較

藤森 正彦¹, 中塚 博文², 先本 秀人², 小川 尚之² (1.呉市医師会病院大腸肛門病センター大腸・肛門外科, 2. 呉市医師会病院大腸肛門病センター外科)

[R12-4]

手術成績からみた直腸脱術式の検討

緒方 俊二, 鮫島 隆志, 鮫島 加奈子, 江藤 忠明, 長友 俊郎, 山元 由美子, 山下 芳恵, 前田 裕之, 吉元 崇文 (潤愛会鮫島病院)

[R12-5]

骨盤臓器脱を伴う完全直腸脱に対する腹腔鏡下手術

相馬 大人, 弓場 健義, 安田 潤, 渡部 晃大, 内海 昌子, 竹中 雄也, 久能 英法, 三宅 祐一郎, 小野 朋二郎, 齋藤 徹, 根津 理一郎 (大阪中央病院)

[R12-6]

腹腔鏡下直腸固定術後に脊椎椎間板炎を発症した5例

三浦 康之¹, 栗原 聡元², 木村 駿悟¹, 渡邊 健太郎¹, 小柳 地洋¹, 吉田 公彦¹, 甲田 貴丸¹, 長嶋 康雄¹, 鈴木 孝之¹, 鏡 哲¹, 金子 奉暁¹, 牛込 充則¹, 船橋 公彦³, 的場 周一郎¹ (1.東邦大学医療センター大森病院一般・消化器外科, 2.汐田総合病院外科, 3.横浜総合病院消化器外科)

要望演題

2025年11月14日(金) 15:20～16:15 第4会場

[R12] 要望演題 12 直腸脱の治療

座長：高橋 知子(亀田総合病院消化器外科), 相川 佳子(Aicoレディースクリニック)

[R12-1] 当院における経会陰的直腸脱手術Delorme法の手技と治療成績の検討

三宅 祐一郎, 小野 朋二郎, 齋藤 徹, 渡部 晃大, 内海 昌子, 久能 英法, 竹中 雄也, 相馬 大人, 安田 潤, 弓場 健義, 根津 理一郎 (大阪中央病院外科)

【はじめに】直腸脱の治療は経会陰的手術と経腹手術におおきく分類されるが、我々は脱出長4cm以上の症例に対しては全身麻酔が可能であれば経腹手術を適応し、脱出長4cm未満の症例に対しては経腹手術と経会陰手術も選択肢として提示してインフォームドコンセントを経て治療方針を決定している。全身麻酔非適応症例については脱出長に関わらず経会陰的手術としてDelorme法を主に行なっている。

【目的】当科で行なっているDelorme法の手術手技を動画で供覧するとともに、その治療成績について検討する。

【手術】脊椎麻酔下にジャックナイフ体位で実施する。ローンスターリトラクターを用いて肛門を展開し、アリス鉗子で直腸を牽引して脱出している状態を再現し、歯状線より1.5cm口側の直腸粘膜を全周性に切離する。同部位より口側にむけて直腸粘膜を筋層から剥離し、脱出頂部を超えて肛門縁レベルまで剥離した後、露出した直腸筋層を6方向で縫縮、剥離した余剰直腸粘膜を切除しつつ粘膜同士を縫合して再建する。

【患者背景・治療成績】2018年1月から2025年3月までに当科にて経会陰的直腸脱手術Delorme法を施行した症例は101例であり、男性10例、女性91例で、年齢の平均値80歳(29-93)であった。脱出長は平均4cm(2-10)で剥離粘膜の長さは平均12cm(3-20)であり手術時間は平均60分(35-116)であった。術後合併症として縫合部狭窄を17例で認め、2例に縫合部離開を認めた。縫合部狭窄はブジーによる保存的治療で全例軽快し、縫合部離開についても保存的治療で軽快を認めた。再発は21例(21%)に認められ、16例は経腹手術(腹腔鏡下直腸固定術)を、1例はGant-三輪-Tierschによる経会陰的手術を施行し現時点で再発を認めていない。1例は経腹手術を予定されたがスクリーニングの下部内視鏡検査でS状結腸癌と診断され大腸切除術を施行された。3例は患者の希望により経過観察となった。

【結語】経会陰的直腸脱手術Delorme法は侵襲が低く、全身状態の不良な症例でも適応できる術式であるが、一定の割合で再発するため経腹手術も適応となる症例においては術前のインフォームドコンセントが重要であると思われる。

要望演題

2025年11月14日(金) 15:20～16:15 第4会場

[R12] 要望演題 12 直腸脱の治療

座長：高橋 知子(亀田総合病院消化器外科), 相川 佳子(Aicoレディースクリニック)

[R12-2] 直腸脱に対する腹腔鏡下Wells変法直腸固定術

和田 聡朗, 北堀 魁常, 立津 捷斗, 高木 秀和, 中右 雅之, 宇山 直樹 (岸和田市民病院外科)

【背景】直腸脱は高齢者が増加するにつれて今後増加すると予想される疾患で、疾患の特性により病脳期間が長くなり、QOLの著しい低下を来することが多い。治療法としては経肛門的手術および経腹的手術があり、前者は低侵襲である一方、再発率が高い傾向にある。腹式手術の侵襲性と経肛門的手術の再発率を軽減する点から当科では全身麻酔が可能な症例に対しては、腹腔鏡下Wells変法直腸固定術を第一選択として施行している。

【症例・手術手技】

症例は77歳女性。1か月前より完全直腸脱（脱出長7cm）を認め、手術を希望された。全身麻酔下に体位は砕石位とし、気腹後に右に傾けた頭低位で行う。S状結腸を左上方向に挙上し、内側アプローチを開始し、直腸右側間膜を切開し、直腸固有筋膜の背側を剥離する。下腹神経と骨盤神経叢を温存しながら直腸の剥離を右内側から左尾側に進める。直腸左側間膜を切開し、右側からの剥離面と交通させる。直腸後壁の剥離は肛門挙筋の手前まで行っている。側方靱帯は両側とも温存し、前壁の剥離は可及的に行っている。タイレーンメッシュを縦7×横10cmに切り、正中仙骨動静脈に注意して、メッシュを仙骨にタッカーで固定する。直腸を頭側に牽引し、吸収糸を用いてメッシュと左右の直腸壁を3針結節縫合し、メッシュが直腸後壁を中心に約半周を被覆するよう固定する。メッシュが小腸と接触し、癒着することを避けるため、後腹膜を吸収糸にて連続縫合し、修復し、手術終了としている。

術後の経過は良好で半年後も再発を認めていない。

【結論】直腸脱に対する腹腔鏡下Wells変法直腸固定術は、低侵襲で高い再発防止効果を維持している点で優れた治療法であり、高齢者に対して推奨できる。今回は実際の手術ビデオを供覧し、当手技におけるポイントを提示したい。

要望演題

■ 2025年11月14日(金) 15:20～16:15 ■ 第4会場

[R12] 要望演題 12 直腸脱の治療

座長：高橋 知子(亀田総合病院消化器外科), 相川 佳子(Aicoレディースクリニック)

[R12-3] 当院における直腸脱治療の比較

藤森 正彦¹, 中塚 博文², 先本 秀人², 小川 尚之² (1. 呉市医師会病院大腸肛門病センター大腸・肛門外科, 2. 呉市医師会病院大腸肛門病センター外科)

はじめに】当院において、完全直腸脱に対する治療は経腹的治療を第一選択としている。全身評価にて全身麻酔が困難と想われる症例に対しては、経肛門的治療を行っている。経腹的治療は腹腔鏡下直腸後方固定術(LSR: Laparoscopic suture rectopexy)と腹腔鏡下直腸前方固定術(LVR: Laparoscopic ventral rectopexy)を行い、経肛門的治療はDelorme法(DEL)をメインに行っている。今回LSR、LVRおよびDELについて比較し、今後の直腸脱に対する治療について考察した。

【対象と方法】2010年6月から2025年3月までに行った経腹的手術(LSRとLVR)99例と2008年8月から2025年3月までに行ったDEL97例を対象とした。経腹的手術の内訳は、LSR68例、LVR31例である。それぞれの術式について、年齢・脱出長・手術時間・出血量・術中術後合併症・再発(直腸全層の脱出とした)などを比較した。

【結果】平均年齢は、LSR73.5歳、LVR 82.3歳、DEL82.5歳であり、LSRの対象はより低年齢であった。平均脱出長はLSR 6.3cm、LVR 5.8cm、DEL5.0cmであった。平均手術時間はLSR 208.4分、LVR 244.4分、DEL83.3分で、経腹的手術が長時間であった。平均出血量はLSR 56.4ml、LVR 52.4ml、DEL18.4mlであり、DELが少なかった。手術の進行の障害となる術中合併症はどの術式でも認めなかった。術後早期合併症はClavien-Dindo分類 Grade IIIbをLSRに2例(3.0%：小腸穿孔、腸閉閉塞)、LVRに1例(4.5%：ポート部小腸脱出)認めたが、その他はGrade I程度であり有意差は認めなかった。術後晚期合併症はLSR、LVRでは認めなかったが、DELではGrade IIIa(吻合部狭窄)を8例に認めた。再発は直腸全層の脱出とし、LSR 2例(2.9%)、LVR 0例(0.0%)、DEL24例(24.7%)とDELで高率であった。

【まとめ】直腸脱はQOLを著しく低下するため、高齢であっても放置すべきではない。今回の結果からも全身状態が許せば経腹的手術を選択すべきであるが、やはり全身麻酔を躊躇することもある。DELは安全に行えるが、再発率が高いことが問題となる。現在は再発率を下げるためにDELにThiersch(Leed-Keio mesh使用)を併用しており、今後長期成績を確認していきたい。

要望演題

2025年11月14日(金) 15:20 ~ 16:15 第4会場

[R12] 要望演題 12 直腸脱の治療

座長：高橋 知子(亀田総合病院消化器外科), 相川 佳子(Aicoレディースクリニック)

[R12-4] 手術成績からみた直腸脱術式の検討

緒方 俊二, 鮫島 隆志, 鮫島 加奈子, 江藤 忠明, 長友 俊郎, 山元 由美子, 山下 芳恵, 前田 裕之, 吉元 崇文 (潤愛会鮫島病院)

[はじめに] 直腸脱に対する当院の治療法は経肛門的手術として脱出長2-3cmの短いものはMuRAL法、長いものはGant-Miwa法、Delorme法、(+ Thiersch法)、等を行っており、経腹的手術としてはメッシュを用いた腹腔鏡下直腸後方固定術(Wells法)を行っている。各術式の手術成績を検討し、治療アプローチ法を考察した。

[対象と方法] 2018年1月より2025年4月の間に行った直腸脱手術症例376例(重複症例含む)を対象とした。経肛門的、経腹的手術それぞれの成績(手術時間、在院日数、合併症、再発率等)について検討を行った。

[Wells法手技] 直腸の剥離は全周に行う。背側は尾骨先端より2cm奥まで、側方は肛門挙筋付着部手前まで、腹側は腹膜翻転部より3-4cm肛門側まで剥離する。メッシュはT字型とし、背側はキャプチャーで仙骨に固定。直腸を約2/3周包み、非吸収糸(エチボンD)にて左右とも4-5針ずつ縫合する。

[結果] 全症例の平均年齢は80.1歳で男女比は1:6.1であった。(1)経肛門的手術症例346例においては平均年齢81.5歳(34-99歳)、男女比は1:7.1であった。手術時間は37.9分、術後在院日数は13.0日(1-44日)であった。合併症は28例(8.1%)に認めた(Thiersch関連、出血、尿路感染、穿孔等)。死亡例はなかった。再発は68例(19.7%)に認め、再手術を必要とした。再発までの時期はさまざま(1-2583日)であったが、中央値は144日後であった。68例中21例は3回以上(最多6回)の手術を必要とした。(2)経腹的手術症例30例(初発例13例、再発例17例)においては平均年齢71.6歳(36-94歳)、男女比は1:4であった。手術時間は227分、術後在院日数は12.7日(7-30日)であった。合併症は5例(16.7%)に認めた(尿路感染、排便困難、肺炎等)。死亡例はなかった。再発は1例(3.3%)に認めたが、経肛門的手術(Gant-Miwa+Thiersch法)にて治療した。

[まとめ]

直腸脱に対する経肛門的手術は手術時間が短く侵襲は少ないが、再発率は19.7%と高かった。経腹的手術は合併症が16.7%と高めであったが、重篤なものはなかった。再発率は3.3%と低かった。術後合併症のリスクが低く、再発が懸念される症例に対して経腹的手術は積極的に選択されるべき術式と思われた。

要望演題

2025年11月14日(金) 15:20～16:15 第4会場

[R12] 要望演題 12 直腸脱の治療

座長：高橋 知子(亀田総合病院消化器外科), 相川 佳子(Aicoレディースクリニック)

[R12-5] 骨盤臓器脱を伴う完全直腸脱に対する腹腔鏡下手術

相馬 大人, 弓場 健義, 安田 潤, 渡部 晃大, 内海 昌子, 竹中 雄也, 久能 英法, 三宅 祐一朗, 小野 朋二郎, 齋藤 徹, 根津 理一郎 (大阪中央病院)

骨盤臓器脱 (Pelvic organ prolapse : POP) は、直腸脱患者の約30%に合併すると報告されている。POPと直腸脱に対する手術術式は多様であり、POPを伴う直腸脱に対する標準的術式も確立していない。当科ではPOP合併の直腸脱に対しメッシュを使用した腹腔鏡下直腸固定術と仙骨腔固定術を併施しており、その術式を供覧し手術成績を報告する。【術式】5孔式腹腔鏡下手術で行う。腹膜翻転部を切開し、直腸腔隔膜の剥離を可及的に行った後、直腸間膜右側の腹膜を腹膜翻転部まで切開し直腸間膜右側を受動する。直腸腔隔膜を両側の肛門挙筋が露出するまで剥離した時点で、術中陰圧試験(剥離した直腸腹側を鉗子で頭側に牽引した状態で、経肛門的に吸角を用いた陰圧をかけ直腸の脱出を確認する)を行い、直腸の脱出が無い症例は直腸腹側固定 (ventral rectopexy : VR) を選択し、直腸が脱出する症例では、直腸全周を骨盤底まで剥離して直腸背側固定 (posterior rectopexy : PR) を行う方針としている。直腸の剥離後、仙骨岬角前面を剥離する。VRを選択した症例では、この時点で吸収性フィルムによりコーティングされたメッシュを短冊状に形成して、一端を直腸腹側に縫合固定する。ついで、子宮腔上部切断を行った後、子宮頸部断端周囲を膀胱頸部背側まで剥離し、子宮頸部断端前後壁にY字型メッシュを縫合固定する。VRの症例では、直腸側のメッシュに子宮断端のメッシュを重ね合わせて牽引した状態で、メッシュの対側を仙骨岬角にstaplerで固定する。LRを選択した症例では、仙骨岬角に直腸側のメッシュをstaplerで固定した後に、子宮断端側のメッシュを牽引し重ねて固定し、直腸を牽引して直腸固定用のメッシュに縫合固定する。腹膜を縫合しメッシュを被覆して手術を終了する。

【手術成績】H29年4月～R7年4月に35例 (平均年齢80±6歳) 施行し、平均手術時間は (312±99) 分、出血量 (51±21) mlであった。合併症はイレウス2例、せん妄2例、骨盤内膿瘍1例、その他2例であった。再発は膀胱瘤8例、子宮脱1例であったが直腸脱の再発は認めていない。

【結語】POP合併の直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術と仙骨腔固定術の併施は一期的治療が可能で有用な術式である。

要望演題

2025年11月14日(金) 15:20～16:15 第4会場

[R12] 要望演題 12 直腸脱の治療

座長：高橋 知子(亀田総合病院消化器外科), 相川 佳子(Aicoレディースクリニック)

[R12-6] 腹腔鏡下直腸固定術後に脊椎椎間板炎を発症した5例

三浦 康之¹, 栗原 聡元², 木村 駿悟¹, 渡邊 健太郎¹, 小柳 地洋¹, 吉田 公彦¹, 甲田 貴丸¹, 長嶋 康雄¹, 鈴木 孝之¹, 鏡 哲¹, 金子 奉暁¹, 牛込 充則¹, 船橋 公彦³, 的場 周一郎¹ (1.東邦大学医療センター大森病院一般・消化器外科, 2.汐田総合病院外科, 3.横浜総合病院消化器外科)

【はじめに】

直腸脱に対する手術療法である直腸固定術には、メッシュの使用や固定方法の違いにより複数の術式が存在する。当院では、メッシュを使用しないnative tissue repairとして、腹腔鏡下にて直腸を岬角へ非吸収糸3針で固定している。直腸固定術の重篤な合併症として脊椎椎間板炎は極めて稀であるが、今回われわれは5例を経験したため報告する。

【対象および方法】

2009年5月～2025年3月に当院で直腸脱に対して腹腔鏡下直腸固定術を施行した304例を対象とし、術後に脊椎椎間板炎を発症した症例を後方視的に調査、検討した。

【結果】

術後に脊椎椎間板炎を発症した症例は5例（1.64%）であった。平均年齢は82.4（75～92）歳、性別は女性4例、男性1例であった。糖尿病や免疫低下などの易感染性の既往は認めなかった。主症状は発熱のみ1例、腰痛のみ1例、発熱と腰痛を伴った症例が3例であった。血液培養からはBacteroides fragilis、MRSA、緑膿菌、E.coliがそれぞれ1例ずつ検出され、1例は陰性であった。平均入院期間は52.8（27～66）日であった。再発例はみられなかったが、E.coliが検出された92歳の症例は感染性心内膜炎を併発し、不幸な転帰をたどった。

【考察】

椎間板炎は診断が困難であり、不明熱として見過ごされやすい。直腸固定術後に腰痛や発熱を呈した場合には本疾患を念頭に置くべきである。MRI検査においても典型像が乏しく、初期では信号変化のみで判断が難しい。治療はまずは抗生剤投与であり、期間は6-8週間と長期化する傾向にある。4週間未満の治療では再発率が高くなるとの報告もある。予防には、椎体の前縦靱帯への縫合方法の工夫、術中の十分な洗浄、固定後の術中大腸内視鏡による固定糸の腸管内露出の有無の確認などが重要と考えられる。

【結語】

腹腔鏡下直腸固定術後の脊椎椎間板炎の発症は稀ではあるが、高齢患者では重篤な経過をたどる可能性があるため注意を要する。今回5例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

要望演題

2025年11月14日(金) 13:30 ~ 14:30 第9会場

[R13] 要望演題 13 経肛門・経会陰アプローチの幅広い応用

座長：沖田 憲司(小樽掖済会病院外科), 塚田 祐一郎(国立がん研究センター東病院大腸外科)

[R13-1]

経会陰アプローチを併用した骨盤内臓全摘術・前立腺合併切除術

石井 雅之^{1,2}, 豊田 真帆², 藤野 紘貴², 岡本 行平², 奥谷 浩一² (1.東札幌病院, 2.札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野)

[R13-2]

他臓器合併切除を要する進行・再発大腸癌に対する経肛門・経会陰的アプローチの短期成績

寺村 紘一, 大川 裕貴, 関谷 翔, 宮坂 衛, 櫛引 敏寛, 才川 大介, 鈴木 善法, 川原田 陽, 北城 秀司, 奥芝 俊一 (斗南病院外科)

[R13-3]

経会陰内視鏡アプローチを併用した腹腔鏡下骨盤内臓摘除術の手技と治療成績

神馬 真里奈, 向井 俊貴, 野口 竜剛, 坂本 貴志, 松井 信平, 山口 智弘, 秋吉 高志 (がん研究会有明病院大腸外科)

[R13-4]

直腸GISTに対する低侵襲手術の治療成績

日吉 幸晴, 山下 晃平, 有馬 浩太, 小澄 敬祐, 原田 和人, 江藤 弘二郎, 井田 智, 宮本 裕士, 岩槻 政晃 (熊本大学大学院消化器外科学)

[R13-5]

下部直腸癌に対する肛門操作先行手技の腫瘍学的成績

鏡 哲, 木村 駿吾, 小柳 地洋, 渡邊 健太郎, 三浦 康之, 甲田 貴丸, 鈴木 孝之, 金子 奉暁, 牛込 充則, 的場 周一郎, 大塚 由一郎 (東邦大学医療センター大森病院一般・消化器外科)

[R13-6]

傾向スコアマッチングを用いた当科におけるtaTME併用腹腔鏡下直腸切除術の検討

大和 美寿々, 石山 泰寛, 芥田 壮平, 皆川 結明, 中西 彬人, 林 久志, 藤井 能嗣, 岡崎 直人, 平沼 知加志, 平能 康充 (埼玉医科大学国際医療センター消化器外科)

[R13-7]

当科における傍仙骨アプローチ手術20例の検討

梅田 晋一, 中山 吾郎, 岸田 貴喜, 服部 憲史, 村田 悠記, 小倉 淳司, 清水 大, 田中 千恵, 神田 光郎 (名古屋大学医学部消化器腫瘍外科)

要望演題

2025年11月14日(金) 13:30～14:30 第9会場

[R13] 要望演題 13 経肛門・経会陰アプローチの幅広い応用

座長：沖田 憲司(小樽掖済会病院外科), 塚田 祐一郎(国立がん研究センター東病院大腸外科)

[R13-1] 経会陰アプローチを併用した骨盤内臓全摘術・前立腺合併切除術

石井 雅之^{1,2}, 豊田 真帆², 藤野 紘貴², 岡本 行平², 奥谷 浩一² (1.東札幌病院, 2.札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野)

【背景】骨盤内臓全摘および前立腺合併切除術は、局所進行直腸癌や骨盤内再発に対する根治的治療として施行されるが、狭小な骨盤内における複雑な操作を要するため、高度な技術が求められる。経会陰アプローチの併用により深部視野の確保や正確な切離が可能となり、さらに腹側・会陰側の2チームによる同時進行手術は、手術時間の短縮、視野展開および情報共有の面で有利とされる。

【目的】当院において施行した経会陰アプローチ併用の骨盤内臓全摘および前立腺合併切除術の短期成績を報告すること。

【対象】2016年4月から2025年3月までに、下部局所進行直腸癌および骨盤内再発に対して経会陰アプローチ併用の骨盤内臓全摘および前立腺合併切除術を施行した9例を後方視的に解析した。

【手術】全例で泌尿器科と合同で手術を行った。外科チームで、直腸後壁から側壁までの授動を行いrendezvousした。続いて泌尿器科チームにて膀胱・尿管・前立腺周囲の剥離を行い、同時に会陰から肛門挙筋を切離し、Retzius腔でrendezvousした。DVCの処理は腹部チームが行い、尿道は会陰側からステープラーで切離した。TPEでは回腸導管を作成し、前立腺合併切除では膀胱瘻を造設した。

【結果】男性8例、女性1例。原疾患は直腸癌8例、骨盤内再発1例であった。TPE5例、前立腺合併切除4例であった。年齢の中央値は66歳(50-76)、術中出血量の中央値は30mL(5-875)、手術時間の中央値は548分(441-1233)であった。全例でR0切除が得られた。術後合併症(Clavien-Dindo分類Ⅲ)は4例で、うち会陰創関連は1例であった。

【まとめ】経会陰アプローチを併用したTPEは、深部視野の確保に有用であり、2チームアプローチの導入により手術の効率化と安全性の向上が期待される術式と考えられた。

要望演題

📅 2025年11月14日(金) 13:30 ~ 14:30 🏢 第9会場

[R13] 要望演題 13 経肛門・経会陰アプローチの幅広い応用

座長：沖田 憲司(小樽掖済会病院外科), 塚田 祐一郎(国立がん研究センター東病院大腸外科)

[R13-2] 他臓器合併切除を要する進行・再発大腸癌に対する経肛門・経会陰的アプローチの短期成績

寺村 紘一, 大川 裕貴, 関谷 翔, 宮坂 衛, 櫛引 敏寛, 才川 大介, 鈴木 善法, 川原田 陽, 北城 秀司, 奥芝 俊一
(斗南病院外科)

【はじめに】直腸癌に対する経肛門的全直腸間膜切除術(taTME)は、骨盤深部への良好な視認性と操作性を提供し肛門温存やR0切除の達成に有用とされている。一方で、他臓器合併切除を要する進行大腸癌に対してtaTMEを適応した報告は限られており、その有用性や安全性は十分に確立されていない。今回我々は、他臓器合併切除を要する大腸癌に対して経肛門・経会陰的アプローチを施行した症例について、短期成績を後方視的に検討した。

【方法】当科において2020年4月から2025年4月に経肛門的・経会陰的アプローチを施行した他臓器合併切除を要する大腸癌11症例を対象とした。手術は全例において2チームでの腹腔鏡手術を併用した。術前治療の有無、浸潤臓器、手術時間、出血量、術後合併症(Clavien-Dindo分類)、在院日数、病理所見などを後方視的に評価した。

【結果】対象症例の性別は男性5例、術前治療は10例に実施し、NAC5例、CRT3例、TNT2例であった。原発巣は直腸7例、S状結腸1例、再発巣は局所、側方リンパ節、腹膜播種がそれぞれ1例ずつであった。実施術式は、LAR6例、ISR1例、APR2例、骨盤内蔵全摘1例、前方骨盤内蔵全摘1例、骨盤内蔵全摘以外の合併切除臓器(重複有)は子宮2例、精嚢2例、骨盤神経叢6例、仙骨神経・尾骨・内腸骨血管がそれぞれ1例ずつであった。手術時間中央値は380(265-678)分、出血量中央値は150(5-1063)ml。術後合併症は8例に認め、Grade1:6例(全例排尿障害)、Grade2:1例、Grade3:1例であった。術後在院日数中央値は16(11-49)日。病理学的RM陽性(<1mm)は認めなかった。

【結語】他臓器合併切除を要する大腸癌に対して、経肛門的・経会陰的アプローチを併用することで適切な切除マージンの確保や手術時間の短縮が期待される。本検討の結果からこのアプローチは安全に施行可能であり、低侵襲かつ根治性の高い手術戦略の一つとなり得る。今後さらなる症例の蓄積と長期予後を含めた検討が必要である。

要望演題

2025年11月14日(金) 13:30 ~ 14:30 第9会場

[R13] 要望演題 13 経肛門・経会陰アプローチの幅広い応用

座長：沖田 憲司(小樽掖済会病院外科), 塚田 祐一郎(国立がん研究センター東病院大腸外科)

[R13-3] 経会陰内視鏡アプローチを併用した腹腔鏡下骨盤内臓摘除術の手技と治療成績

神馬 真里奈, 向井 俊貴, 野口 竜剛, 坂本 貴志, 松井 信平, 山口 智弘, 秋吉 高志 (がん研究会有明病院大腸外科)

【背景】

局所進行/再発直腸癌では、根治のために骨盤内臓摘除術（pelvic exenteration：PE）が必要となることも珍しくない。また腫瘍が大きい場合は、切除の「受け」をつくる目的で経会陰内視鏡手術(trans anal/perineal endoscopic surgery：Ta)の併用が有用である。しかし、Taの手技は解剖や、鉗子の可動域制限にたいする理解が必要であり、手技の習得に時間を要する。当科では、Ta手技を可能な範囲で定型化することで、手技の安定化を図っている。

【手技】

PEの適応となる腫瘍が大きい場合、Taアプローチでは後壁の展開や授動が難しいことが多い。したがって、まず側壁で内閉鎖筋を露出し頭側に辿り、肛門挙筋腱弓を切開し膀胱側腔に入る。次に前壁へ回り込み膀胱前腔を広く剥離する。左右とも行くと前壁はDVCと尿道を残すのみとなる。ステイプラでこれらを一括切離すると腫瘍の可動性が良くなり、側壁から後壁に回り込めるようになる。腹腔側からは側方郭清を行いつつ前壁から側壁へと会陰側と交通させ、最後に後壁をつなげると腫瘍が摘出される。

【対象と方法】

2019年1月～2025年3月に当科でPEを施行した56例中、Taを併用した25例を対象に、患者背景および術後短期/長期成績を後方視的に検討した。

【結果】25例中、初発直腸癌が22例、局所再発直腸癌が3例であった。7例に術前C R T、9例にT N Tが施行され、術式は骨盤内臓全摘術21例、前方骨盤内臓全摘術4例で、手術時間と出血量の中央値は652分と250mL、Clavien-Dindo分類Grade 3b以上の合併症は1例（術後出血）、骨盤死腔炎は2例、イレウスは11例で、術後死亡は認めなかった。R0切除率は96%であった。観察期間中央値22か月で、局所再発が1例(右総腸骨リンパ領節)、遠隔転移が4例あり、3年無再発生存率72%、3年局所無再発生存率94%であった。

【結語】

膀胱前腔および膀胱側腔、DVC/尿道の処理を先行することで、腫瘍のサイズに関わらずTaアプローチの定型化が可能で、良好な術後合併症率とR0切除率を得ることができた。

要望演題

2025年11月14日(金) 13:30 ~ 14:30 第9会場

[R13] 要望演題 13 経肛門・経会陰アプローチの幅広い応用

座長：沖田 憲司(小樽掖済会病院外科), 塚田 祐一郎(国立がん研究センター東病院大腸外科)

[R13-4] 直腸GISTに対する低侵襲手術の治療成績

日吉 幸晴, 山下 晃平, 有馬 浩太, 小澄 敬祐, 原田 和人, 江藤 弘二郎, 井田 智, 宮本 裕士, 岩槻 政晃 (熊本大学大学院消化器外科学)

【はじめに】

大腸原発の消化管間質腫瘍（Gastrointestinal stromal tumor：GIST）は5-10%とされ、そのほとんどが直腸に発生する。GIST診療ガイドラインでは臓器機能を温存した外科的完全切除が推奨されているが、直腸GISTではしばしば肛門機能温存が問題となる。当科では、直腸巨大GISTに対する術前イマチニブ投与や、さまざまな低侵襲手術アプローチによって根治性と機能温存の両立を目指している。

【対象と方法】

2015年以降に当科で手術を行った直腸GIST 12例の治療成績をretrospectiveに解析し、術前治療や低侵襲アプローチの有用性を検討した。

【結果】

対象12例の年齢（中央値）は71（48-81）歳、性別（男/女）は7/5。初発GIST/再発GIST：11/1で、腫瘍部位は11例がRbで1例のみRSであった。初診時の腫瘍径（中央値）は35（10-100）mmで5例（42%）に術前イマチニブ投与を行った。イマチニブ投与を行った症例の腫瘍縮小率（中央値）は68（46-73）%であった。手術アプローチは、傍仙骨アプローチ：4例、ロボット経腹アプローチ：4例、経肛門アプローチ（TAMIS）：3例、腹腔鏡内視鏡合同手術（LECS）：1例で、全例で肛門温存可能であった（5例で一時的な人工肛門造設）。12例全例でR0切除が行われ、Clavien-Dindo grade 3以上の術後合併症を2例に認めた（縫合不全とポート孔ヘルニア）。観察期間（中央値）55ヶ月で、1例に術後7年目の骨盤内局所再発を認め、再発切除（APR）を行った。

【結論】

直腸GISTの外科的切除においては、腫瘍の局在や大きさによって、術前イマチニブの適応と手術アプローチを適切に選択することで、根治性と臓器機能温存が可能になる。

要望演題

2025年11月14日(金) 13:30～14:30 第9会場

[R13] 要望演題 13 経肛門・経会陰アプローチの幅広い応用

座長：沖田 憲司(小樽掖済会病院外科), 塚田 祐一郎(国立がん研究センター東病院大腸外科)

[R13-5] 下部直腸癌に対する肛門操作先行手技の腫瘍学的成績

鏡 哲, 木村 駿吾, 小柳 地洋, 渡邊 健太郎, 三浦 康之, 甲田 貴丸, 鈴木 孝之, 金子 奉暁, 牛込 充則, 的場 周一郎, 大塚 由一郎 (東邦大学医療センター大森病院一般・消化器外科)

【はじめに】肛門近傍の下部直腸癌に対しての経肛門操作の先行は、狭骨盤や前立腺肥大患者に対するTMEを行ううえで有用なアプローチである。当科では、下部直腸癌に対する括約筋温存手術 (sphincter preserving surgery :SPS) や腹会陰式直腸切断術(APR)を行ううえで、2005年より直視下で骨盤底部の剥離操作を行うTARD (Tarnsanal rectal dissection)を、2014年からは内視鏡下で剥離を行うTaTMEに移行し、現在に至っている。今回、下部直腸癌に対する肛門操作先行手技による腫瘍学的成績を検討した。

【対象】2005年1月から2024年12月までに当院で行った、肛門操作先行下部直腸癌手術症例195例について後方視的に検討を行った。

【結果】男性138例、女性57例、年齢中央値は65歳(27-86歳)、BMI中央値は22.4(16.6-41.8)であった。46例に術前治療(放射線化学療法33例、化学療法13例)が行われており、術式はULAR(経肛門吻合): 107例、ISR: 77例、APR: 11例であった。手術時間中央値は436分(221-906分)、出血量中央値は110ml(0-4442ml)であった。術中尿道損傷や血管損傷は認めなかった。C-D III以上の術後合併症を34例(17%)で認めた。病理学的にはf-stage 0/I/II/III/IV/pCR=1/80/52/54/4/4で、RM陽性を2例(1.1%)に認めた。stageIVを除いた191例のうち再発を39例で認め、再発率は20%で肺肝転移が21例(11%)で最も多かった。5年生存率は92.4%、5年無再発生存率は81.4%であった。【結語】下部直腸癌に対する肛門操作先行手技は腫瘍学的に許容される結果であると考えられ、下部直腸症例に対し有効なアプローチと考えられる。

要望演題

2025年11月14日(金) 13:30 ~ 14:30 第9会場

[R13] 要望演題 13 経肛門・経会陰アプローチの幅広い応用

座長：沖田 憲司(小樽掖済会病院外科), 塚田 祐一郎(国立がん研究センター東病院大腸外科)

[R13-6] 傾向スコアマッチングを用いた当科におけるtaTME併用腹腔鏡下直腸切除術の検討

大和 美寿々, 石山 泰寛, 芥田 壮平, 皆川 結明, 中西 彬人, 林 久志, 藤井 能嗣, 岡崎 直人, 平沼 知加志, 平能 康充 (埼玉医科大学国際医療センター消化器外科)

【背景】

下部直腸癌の手術治療は、術前治療やロボット支援手術の導入により近年大きな変革を遂げている。手術アプローチにおいては超低位症例や肥満症例、狭骨盤症例等におけるtrans anal TME (taTME)併用手術の有用性も報告されており、2024年版大腸癌治療ガイドラインにもtaTMEの記載が追加された。

当科では2021年7月より直腸Rb以下の症例でtaTME併用腹腔鏡下手術を導入している。

【目的】 当科におけるTaTME併用直腸癌手術の手技を供覧し、その短期成績を検討する。

【方法】

当科にて2018年1月から2024年12月までに直腸Rb以下の病変に対し腹腔鏡下低位前方切除もしくは括約筋間直腸切除術を行ったのは253例であった。そのうち腹腔鏡のみでの施行群 166例 (Lap群), taTME併用群87例 (ta群)に分けてスコアマッチングをし短期成績を検討した。マッチング調整因子は年齢、性別、BMI、前治療施行有無、側方郭清施行有無、術式(低位前方切除、括約筋間直腸切除術)とした。

【結果】 両群50例、全100例がマッチングされた。マッチング後の患者背景に有意差は認めなかった。

手術時間はta群で有意に短かった(ta群 223分 vs Lap群 276分)($p=0.004$)。pDMに差は認めず(ta群 2.0 cm vs Lap群 2.0cm) ($p=0.316$)、両群ともにRM陽性となった症例は0例であった。最終病理診断はp Stage I/II/III/IV/CR : ta群 26/11/10/1/3, Lap群 22/9/16/3/0であった。合併症率に差は認めなかったが、縫合不全はta群で1例(2.0%), Lap群で7例(14.0%)とta群で低い傾向であった($p=0.059$)。

【結語】

当科におけるTaTME併用腹腔鏡下直腸切除は比較的安全に施行可能であり、手術時間を短縮する可能性がある。今後長期予後を含め更なる検討が必要である。

要望演題

2025年11月14日(金) 13:30～14:30 第9会場

[R13] 要望演題 13 経肛門・経会陰アプローチの幅広い応用

座長：沖田 憲司(小樽掖済会病院外科), 塚田 祐一郎(国立がん研究センター東病院大腸外科)

[R13-7] 当科における傍仙骨アプローチ手術20例の検討

梅田 晋一, 中山 吾郎, 岸田 貴喜, 服部 憲史, 村田 悠記, 小倉 淳司, 清水 大, 田中 千恵, 神田 光郎 (名古屋大学医学部消化器腫瘍外科)

【緒言】直腸背側, 仙骨前面に局在する腫瘍性病変や前立腺癌術後の尿道直腸瘻に対する手術において, 経腹式および経会陰式アプローチのみでは視野確保が困難である. そのような症例に対し傍仙骨アプローチが有用であると考えられるが, 既報は少ない. 今回当科で行われた傍仙骨アプローチ手術について検討したので報告する.

【方法】2008年7月から2025年3月までに骨盤内腫瘍および尿道直腸瘻に対して傍仙骨アプローチを施行した20症例について後方視的に検討した.

【結果】患者背景は男性17例, 女性3例で, 年齢中央値は49歳(30-76歳)であった. 原疾患は骨盤内腫瘍および狭窄15例, 直腸尿路瘻5例であった. 骨盤内腫瘍のうち悪性腫瘍は8例で痔瘻癌4例, 直腸癌, 直腸癌局所再発, 直腸GIST, angiomyxoma再発がそれぞれ1例であった. 良性腫瘍および狭窄は7例で, 成熟奇形腫2例, 平滑筋腫, dermoid cyst, epidermoid cyst, 尾腸嚢胞, クロウン病による狭窄がそれぞれ1例であった. 手術方法として直腸尿道瘻の3例と骨盤内腫瘍の1例で傍仙骨アプローチのみを施行しており, 直腸膀胱瘻2例と骨盤内腫瘍の14例は経腹式アプローチを併用していた. 経腹式アプローチは開腹手術が4例, 腹腔鏡手術が12例であった. 骨盤内腫瘍の9例に直腸切断術が施行されており, 7例では肛門温存が可能であった. 肛門温存した6例のうち5例では直腸温存が可能であった. 骨盤内腫瘍の全症例において肉眼的および病理組織学的に腫瘍の遺残を認めず切除マージンを確保できていた. 術後在院日数の中央値は23.5日(14-40日)でClavien-Dindo分類IIIb以上の合併症は認めなかった. 肛門温存症例では全症例で術後肛門機能は良好であった. 骨盤内腫瘍の全症例で局所再発を認めておらず, また尿道直腸瘻の全症例で瘻孔の再発を認めていない.

【結語】骨盤内腫瘍および尿道直腸瘻に対する傍仙骨アプローチ併用は, 良好な視野や術野の確保が可能となるため, 根治性と機能温存の観点から有用なアプローチの一つであると考えられた.

要望演題

2025年11月14日(金) 14:30～15:20 第9会場

[R14] 要望演題 14 予後因子

座長：小森 康司(愛知県がんセンター消化器外科部), 山田 岳史(日本医科大学)

[R14-1]

大腸癌切除例におけるDダイマーとCEAを組み合わせたスコアCDCSの予後予測因子としての有用性

中川 和也, 太田 絵美, 駿馬 悠介, 本田 祥子, 伊藤 慧, 増田 太郎, 山岸 茂 (藤沢市民病院外科)

[R14-2]

大腸癌患者における SII-CAR scoreの予後予測マーカーとしての検討

北嶋 貴仁^{1,2}, 奥川 喜永^{1,2}, 家城 英治², 瀧村 麻生², 佐藤 友紀², 山下 真司², 市川 崇³, 長野 由佳², 浦谷 亮², 今岡 裕基², 志村 匡信², 川村 幹雄², 松下 航平², 安田 裕美², 小池 勇樹², 大北 喜基², 吉山 繁幸², 大井 正貴², 小林 美奈子³, 間山 裕二² (1.三重大学医学部附属病院ゲノム医療部, 2.三重大学医学部大学院消化管・小児外科学, 3.三重大学医学部大学院先端的外科技術開発学)

[R14-3]

大腸癌患者におけるCachexia Indexの予後予測能の評価

丹田 秀樹¹, 渋谷 雅常¹, 月田 智也¹, 内藤 信裕¹, 大森 威来¹, 福井 康弘¹, 田中 章博¹, 小澤 慎太郎¹, 西山 毅¹, 米光 健¹, 関 由季¹, 黒田 顕慈¹, 笠島 裕明¹, 福岡 達成², 前田 清¹ (1.大阪公立大学医学研究科消化器外科学, 2.大阪市立総合医療センター)

[R14-4]

大腸癌患者における血清腫瘍マーカーに関する発生学的左右差

安藤 陽平, 宮崎 真里奈, 堀田 千恵子, 武居 晋, 真鍋 達也, 能城 浩和 (佐賀大学医学部一般・消化器外科)

[R14-5]

リンパ節転移分布が結腸癌の予後に与える影響

八尾 健太¹, 笠井 俊輔¹, 塩見 明生¹, 眞部 祥一¹, 田中 佑典¹, 小嶋 忠浩¹, 井垣 尊弘¹, 森 千浩¹, 石黒 哲史¹, 坂井 義博¹, 高嶋 祐助¹, 谷田部 悠介¹, 辻尾 元¹, 横山 希生人¹, 小林 尚輝¹, 山本 祥馬¹, 畠山 慶一², 山口 建³ (1.静岡県立静岡がんセンター大腸外科, 2.静岡県立静岡がんセンター研究所ゲノム解析研究部, 3.静岡県立静岡がんセンター)

[R14-6]

T2以浅リンパ節転移陽性大腸癌における予後因子の検討

横山 希生人, 笠井 俊輔, 塩見 明生, 眞部 祥一, 田中 佑典, 小嶋 忠浩, 井垣 タカヒロ, 森 千浩, 高嶋 祐助, 坂井 義博, 石黒 哲史, 谷田部 悠介, 辻尾 元, 八尾 健太, 小林 尚樹, 山本 祥馬 (静岡県立静岡がんセンター)

要望演題

2025年11月14日(金) 14:30 ~ 15:20 第9会場

[R14] 要望演題 14 予後因子

座長：小森 康司(愛知県がんセンター消化器外科部), 山田 岳史(日本医科大学)

[R14-1] 大腸癌切除例におけるDダイマーとCEAを組み合わせたスコアCDCSの予後予測因子としての有用性

中川 和也, 太田 絵美, 駿馬 悠介, 本田 祥子, 伊藤 慧, 増田 太郎, 山岸 茂 (藤沢市民病院外科)

【背景】DダイマーとCEAを組み合わせたスコアCDCS (Combination of D-dimer and CEA Score) は、結腸癌根治切除例における有用な予後予測因子である報告された (Ojima et al. Surg Today 2021)。しかし、その妥当性に関する報告はほとんどないのが現状である。

【目的】結腸癌根治切除例におけるCDCSの予後予測因子としての有用性を検討する。

【対象・方法】2015年1月から2021年12月までに当科で結腸癌に対して根治切除を施行し、術前CEAとDダイマーを測定していた338例を対象とした。CEA、Dダイマーのカットオフ値はそれぞれ5.0 μ g/ml、1.0 μ g/mlとした。CEA>5.0 μ g/mlとDダイマー>1.0 μ g/mlの場合にそれぞれ1点とし、CDCSを算出した。CDCSの3群間で背景因子を比較し、再発や生存に関して検討した。

【結果】338例中、年齢中央値は74歳で、男性186例 (55%) であった。CEA>5.0 μ g/mlは99例 (29%)、Dダイマー>1.0 μ g/mlは117例 (35%) であり、CDCS 0は165例 (49%) CDCS 1は130例 (38%)、CDCS 2は43例 (13%) となった。年齢中央値はCDCS 0で72歳、CDCS 1で75歳、CDCS 2で78歳と3群間に偏りを認めた ($p<0.01$)。pStage (I/II/III) もCDCS 0で72/60/33、CDCS 1で29/64/37、CDCS 2で1/28/14と3群間で偏りを認めた ($p<0.01$)。3年無再発生存率はCDCS 0が93.2%、CDCS 1が90.9%、CDCS 2が80.2%であった。CDCS 2はCDCS 0と比較して、予後不良である傾向を認めた ($p=0.07$)。また3年全生存率もCDCS 0で96.9%と、CDCS 1の89.4%、CDCS 2の80.7%と比べて、有意に良好であった ($p<0.01$)。全生存に関する単変量解析では、男性・局在右側・CDCS (0/1/2)・pStage (I/II/III)の4因子が予後不良因子の候補であった。これら4因子で多変量解析 (変数減少法) を行うと、CDCS (ハザード比, 2.46; 95% 信頼区間, 1.68-3.61; $p<0.01$) が独立した予後不良因子であった。

【結論】結腸癌根治切除症例において、DダイマーとCEAを組み合わせたスコアCDCSは、有用な予後予測因子である可能性が示唆された。

要望演題

2025年11月14日(金) 14:30 ~ 15:20 第9会場

[R14] 要望演題 14 予後因子

座長：小森 康司(愛知県がんセンター消化器外科部), 山田 岳史(日本医科大学)

[R14-2] 大腸癌患者における SII-CAR scoreの予後予測マーカーとしての検討

北嶋 貴仁^{1,2}, 奥川 喜永^{1,2}, 家城 英治², 畠村 麻生², 佐藤 友紀², 山下 真司², 市川 崇³, 長野 由佳², 浦谷 亮², 今岡 裕基², 志村 匡信², 川村 幹雄², 松下 航平², 安田 裕美², 小池 勇樹², 大北 喜基², 吉山 繁幸², 大井 正貴², 小林 美奈子³, 問山 裕二² (1.三重大大学医学部附属病院ゲノム医療部, 2.三重大大学医学部大学院消化管・小児外科学, 3.三重大大学医学部大学院先端的外科技術開発学)

【背景】 癌患者の予後リスクを層別化する指標として様々な炎症栄養指標が報告され,近年では systemic immune inflammatory index(SII)とC-reactive protein(CRP)/albumin ratio (CAR)を用いたSII-CAR scoreが新たな予後予測の指標として報告されている.しかし,大腸癌患者におけるSII-CAR scoreの臨床的意義は未だ不明である.今回,大腸癌における術前SII-CAR scoreと腫瘍学的予後リスクおよび術後感染性合併症リスクとの関連を検討したので報告する.

【方法】 2005年から2014年までに当科にて原発切除し,評価可能であった大腸癌472例を対象とした.術前血液検査の結果からSII(好中球数x血小板数/リンパ球数), CAR(CRP/albumin)を計算し,中央値をカットオフとし,高値・低値をそれぞれ1・0とし,和をSII-CAR scoreとした.SII-CAR scoreと大腸癌の臨床病理学的因子および腫瘍学的予後・術後感染性合併症との関連について検討した.

【結果】 大腸癌472例中,SII-CAR score 0は148例,1は176例, 2は148例であり, SII-CAR score 2は低分化型,T3以深,リンパ管侵襲陽性,脈管侵襲陽性,リンパ節転移陽性,遠隔転移陽性と有意に相関を認めた(すべて $p<0.01$).予後・再発に関する検討では,Overall survival(OS), Disease Free Survival (DFS)ともに, SII-CAR score 2群はscore 0-1群に比べて有意に予後不良であった(OS,DFS: $p<0.001$). OS,DFSに対する多変量解析では, SII-CAR score 2群は独立した予後不良因子であった(OS; $p=0.003$, DFS; $p=0.016$).術後手術部位感染症発症に対する多変量解析では, SII-CAR score 2群が独立した危険予測因子であった($p=0.045$).

【結論】 大腸癌患者において,SII-CAR scoreは周術期リスクならびに腫瘍学的予後に対する有用なマーカーである可能性が示唆された.

要望演題

2025年11月14日(金) 14:30～15:20 第9会場

[R14] 要望演題 14 予後因子

座長：小森 康司(愛知県がんセンター消化器外科部), 山田 岳史(日本医科大学)

[R14-3] 大腸癌患者におけるCachexia Indexの予後予測能の評価

丹田 秀樹¹, 渋谷 雅常¹, 月田 智也¹, 内藤 信裕¹, 大森 威来¹, 福井 康弘¹, 田中 章博¹, 小澤 慎太郎¹, 西山 毅¹, 米光 健¹, 関 由季¹, 黒田 顕慈¹, 笠島 裕明¹, 福岡 達成², 前田 清¹ (1.大阪公立大学医学研究科消化器外科学, 2.大阪市立総合医療センター)

背景

悪液質は、進行性の骨格筋量減少を主徴とする多因子性症候群であり、がん患者における予後規定因子の一つとして注目されているが、その客観的評価法は依然として確立されていない。近年、新たな悪液質評価指標として「Cachexia Index (CXI)」が提唱され、予後予測マーカーとしての有用性が期待されている。本研究では、根治的切除を受けた大腸がん患者を対象に、CXIの予後予測能を検証した。

方法

2017年1月から2019年12月に大阪市立大学病院において、大腸がんに対する根治切除術を施行された299例を対象に後ろ向き解析を行った。Skeletal Muscle Index (SMI)、血清アルブミン値 (Alb)、好中球リンパ球比 (NLR) を用いて、従来のCXI (S-CXI) を算出した。加えて、SMIの代替としてPsoas Muscle Index (PMI) を用いた新たなCXI (P-CXI) を、 $PMI (cm^2/m^2) \times Alb (g/dL) / NLR$ により導出し評価した。RFSおよびOSとの関連を、単変量および多変量Cox比例ハザードモデルにより解析した。

結果

全299例中、S-CXI high群は219例、low群は80例であり、P-CXI high群は114例、low群は185例であった。いずれの指標においても、low群ではRFSおよびOSが有意に短かった (S-CXI : RFS, $p=0.011$ 、OS, $p=0.001$; P-CXI : RFS, $p=0.002$ 、OS, $p=0.005$)。多変量解析において、P-CXIが低値であることは、RFSおよびOSのいずれにおいても独立した予後不良因子であることが示された (RFS : HR = 2.629、95% CI : 1.312–5.266、 $p=0.006$; OS : HR = 2.716、95% CI : 1.064–6.933、 $p=0.036$)。

結論

P-CXIは大腸がん根治切除後の長期予後と有意に関連していた。P-CXIは日常臨床における予後予測マーカーとして、有用である可能性が示唆された。

要望演題

2025年11月14日(金) 14:30～15:20 第9会場

[R14] 要望演題 14 予後因子

座長：小森 康司(愛知県がんセンター消化器外科部), 山田 岳史(日本医科大学)

[R14-4] 大腸癌患者における血清腫瘍マーカーに関する発生学的左右差

安藤 陽平, 宮崎 真里奈, 堀田 千恵子, 武居 晋, 真鍋 達也, 能城 浩和 (佐賀大学医学部一般・消化器外科)

【背景と目的】

大腸は左右で発生学的に異なる起源を持ち、大腸癌患者においても主病巣の左右局在で癌の分子生物学的に異なる特徴を示すことが知られている。一方、血清CA19-9およびCEAは消化器癌において腫瘍マーカーとして広く用いられているが、大腸癌の局在の違いでこれら腫瘍マーカーにも違いが生じるかはこれまでに検討されたことはない。今回、大腸癌患者において左右局在別の血清CA19-9とCEA値を比較検討して臨床的意義を考察した。

【対象と方法】

2009年から2024年までに当院で手術を施行したStage I～IVの大腸癌患者978例を対象とした。腫瘍の局在により、右側大腸癌患者 384例と左側大腸癌患者 636例に分類し、術前の血清CA19-9とCEA値に関してWilcoxon順位和検定を用いて比較した。

【結果】

すべてのステージで比較すると、右側大腸癌では左側大腸癌よりもCA19-9値が有意に高かった(中央値：12 vs 11, $p=0.047$)。ステージ別に解析したところ、ステージI～IIでは左右差は見られなかったが、ステージIIIでは中央値 17 vs 13 ($p=0.051$)と右側大腸癌で高い傾向が見られ、ステージIVでは中央値 67 vs 24 ($p=0.001$)と右側大腸癌のCA19-9値が左側大腸癌よりも有意に高かった。一方、CEA値においては左右差の傾向は認められなかった。

【考察】

本研究において、左側大腸癌に比べて右側大腸癌ではCA19-9値が有意に高く、特にステージIVにおいてその傾向が顕著であった。右側大腸癌は中腸由来でMS-highやBRAF変異、粘液癌などの割合が高く左側大腸癌と異なる特徴を有している。これらの生物学的差異が、CA19-9の産生能や腫瘍微小環境の違いを通じて血中マーカー値に影響を及ぼしている可能性が考えられる。大腸癌ではCA19-9上昇に局在を考慮した解釈を加えることでその臨床的意義を高めることができる可能性があると考えられた。

【結語】

大腸癌では腫瘍の左右局在によってCA19-9の上昇に差異が認められた。

要望演題

2025年11月14日(金) 14:30～15:20 第9会場

[R14] 要望演題 14 予後因子

座長：小森 康司(愛知県がんセンター消化器外科部), 山田 岳史(日本医科大学)

[R14-5] リンパ節転移分布が結腸癌の予後に与える影響

八尾 健太¹, 笠井 俊輔¹, 塩見 明生¹, 眞部 祥一¹, 田中 佑典¹, 小嶋 忠浩¹, 井垣 尊弘¹, 森 千浩¹, 石黒 哲史¹, 坂井 義博¹, 高嶋 祐助¹, 谷田部 悠介¹, 辻尾 元¹, 横山 希生人¹, 小林 尚輝¹, 山本 祥馬¹, 畠山 慶一², 山口 建³
(1.静岡県立静岡がんセンター大腸外科, 2.静岡県立静岡がんセンター研究所ゲノム解析研究部, 3.静岡県立静岡がんセンター)

【背景】リンパ節転移は大腸癌のステージングを決定する重要な因子であるが、その分布やリンパ節構造のない壁外非連続性がん進展病巣（EX）が予後に与える影響は明らかではない。本検討の目的はEXを含めたリンパ節転移分布が結腸癌の予後に与える影響を明らかにすることとした。

【方法】2014-2018年に当院で原発性結腸癌に対して根治切除が施行され、かつ手術検体に対するマルチオミクス解析を行うHOPEプロジェクトに参加した症例を対象とした。さらに、非治療切除症例・D0/1郭清症例を除外し、予後について後ろ向きに検討した。リンパ節転移・EXの有無を検討し、リンパ節転移分布を腸管傍リンパ節、中間リンパ節（Inter）、主リンパ節（Main）に分類した。さらに腸管傍リンパ節を腫瘍からの距離を5cmごとに区切り、腫瘍から0-5cm（Para）・5-10cm（Horizontal）に分けて評価した。それぞれの症例においてKRAS変異・BRAF変異・MSI status・Consensus Molecular Subtype (CMS) を評価した。

【結果】対象症例の1030例のうち、pStage II/III/IVが518/399/113例、pT2/3/4が150/474/370例であった。リンパ節転移は全体の47%であり、pN1/2が316/173例であった。EXは全体の219例（21%）であった。部位別に検討するとリンパ節転移はPara/Horizontal/Inter/Mainにおいて全症例の59/3/12/2%に陽性であった。無再発生存期間（RFS）に対するリスク因子を同定するために多変量解析を行ったところ、CEA高値、遠隔転移あり、神経侵襲陽性と合わせて、EX陽性（HR:1.60, 95%CI:1.16-2.21, p=0.05）が独立したリスク因子として同定された。EX陽性は、陰性に比べて有意にRFS（5-year RFS, 55.6 vs 72.8%, p<0.001）、全生存期間（OS; 5-year OS, 78.4 vs 88.4%, p<0.001）が不良であった。さらにpN2症例においてもEX陽性は陰性と比べて予後不良であった。EX・リンパ節転移分布によって変異やCMSに明らかな違いはなかった。

【考察】EX陽性がRFSに対する独立したリスク因子であることを示した。大腸癌取扱い規約やTNM分類で評価されるリンパ節転移の個数とEXの有無を組み合わせることで、さらに正確な予後予測が可能かもしれない。

要望演題

2025年11月14日(金) 14:30～15:20 第9会場

[R14] 要望演題 14 予後因子

座長：小森 康司(愛知県がんセンター消化器外科部), 山田 岳史(日本医科大学)

[R14-6] T2以浅リンパ節転移陽性大腸癌における予後因子の検討

横山 希生人, 笠井 俊輔, 塩見 明生, 眞部 祥一, 田中 佑典, 小嶋 忠浩, 井垣 タカヒロ, 森 千浩, 高嶋 祐助, 坂井 義博, 石黒 哲史, 谷田部 悠介, 辻尾 元, 八尾 健太, 小林 尚樹, 山本 祥馬 (静岡県立静岡がんセンター)

【背景】大腸癌取り扱い規約およびUICCのTNM分類においては、転移リンパ節数に基づいて予後が層別化されている。近年、Lymph Node Ratio (LNR：転移リンパ節数／郭清リンパ節数)は有用な予後因子の一つとして報告されているが、T2以浅の大腸癌症例に対してLNRを検討した報告はない。【目的】T2以浅かつリンパ節転移陽性の大腸癌症例における予後因子について、LNRの有用性を含めて検討すること。【対象と方法】2002年9月から2020年3月までに原発性大腸癌に対して根治術を施行した症例のうち、病理学的にT2以浅かつリンパ節転移陽性であった症例を対象とした。生存曲線はKaplan-Meier法で作成し、全生存期間 (Overall Survival：OS) の比較はLog-rank検定を用いて行った。予後因子の検討にはCox比例ハザードモデルを用いて単変量・多変量解析を行った。【結果】対象は353例で、年齢中央値は66歳、性別は男性200例／女性153例、深達度はpT1／pT2が130例／223例、リンパ節転移はpN1／pN2が295例／58例であった。郭清リンパ節数の中央値は29個、転移リンパ節数の中央値は1個、LNRの中央値は0.05であった。術後補助化学療法は208例 (59%) に施行された。観察期間中央値は61.2か月であり、5年OSは94.1%であった。OSに関する単変量解析では、LNR > 0.1 (HR: 2.61, p = 0.01)、術後補助化学療法施行 (HR: 0.39, p = 0.01) が有意な因子であった。多変量解析においても、LNR > 0.1 (HR: 3.13, p = 0.003)、術後補助化学療法施行 (HR: 0.33, p = 0.004) はOSに関連する独立した予後因子であった。5年OSは、pN1／pN2で94.4%／92.8% (p = 0.52)、Stage IIIA／Stage IIIBで94.6%／91.1% (p = 0.25) と有意差はなかった。一方で、LNR ≤ 0.1／LNR > 0.1では95.4%／89.5% (p = 0.008) と有意差があった。さらに、LNR ≤ 0.1の群では術後補助化学療法あり／なしで有意差はなかったが、LNR > 0.1の群では92.8%／80.6% (p = 0.004) と有意差があった。【結語】T2以浅リンパ節転移陽性大腸癌において、LNRは独立した予後因子であり、術後補助化学療法の適応判断における有用な指標となる可能性がある。

要望演題

■ 2025年11月14日(金) 15:20 ~ 16:20 ■ 第9会場

[R15] 要望演題 15 大腸癌の診断と治療

座長：江崎 幹宏(佐賀大学医学部内科学講座消化器内科), 小林 望(国立がん研究センター中央病院検診センター)

[R15-1]

デジタルクローン技術を活用した説明動画システムの使用経験

山本 大輔¹, 菅野 圭¹, 上野 雄平¹, 石林 健一¹, 久保 陽香¹, 齊藤 浩志¹, 道傳 研太¹, 崎村 祐介¹, 林 憲吾¹, 林 沙貴¹, 松井 亮太¹, 齊藤 裕人¹, 辻 敏克¹, 森山 秀樹¹, 木下 淳¹, 稲木 紀幸¹, 渡邊 祐介² (1.金沢大学附属病院消化管外科, 2.金沢大学附属病院, 3.北海道大学病院医療・ヘルスサイエンス研究開発機構)

[R15-2]

Texture解析を用いた大腸隆起性病変の良悪性鑑別における診断法の開発

三浦 良太, 栃木 透, 大平 学, 早野 康一, 丸山 哲郎, 平田 篤史, 藏田 能裕, 柿元 綾乃 (千葉大学大学院医学研究院・先端応用外科学)

[R15-3]

15mm以上の大腸腫瘍に対するUnder water EMRの有効性と安全性の検討—EMRとの比較から—

高雄 暁成, 飯塚 敏郎, 井関 真理, 船曳 隼大, 岡 靖紘, 森口 義亮, 野間 絵梨子, 清水口 涼子, 柴田 理美, 後藤 修 (がん・感染症センター都立駒込病院消化器内科)

[R15-4]

ハサミ型ナイフに熟知した内視鏡医による初学である先端系ナイフを用いた大腸ESDの治療成績

田丸 弓弦¹, 水本 健¹, 関本 慶太郎¹, 安居 みのり¹, 鎌田 大輝¹, 仙波 重亮¹, 中村 一樹², 寺岡 雄史², 岡崎 彰仁², 畠山 剛¹, 高木 慎太郎², 吉田 成人¹ (1.NHO呉医療センター・中国がんセンター内視鏡内科, 2.NHO呉医療センター・中国がんセンター消化器内科)

[R15-5]

内視鏡治療後追加治療適応の早期直腸癌に対するCRTの経験と検討

杉山 雅彦^{1,2,3,4}, 横溝 玲奈¹, 寺師 宗秀¹, 大西 恵美², 古賀 直道¹, 村木 俊夫³, 冨野 高広², 栗原 健², 笠木 勇太¹, 岩永 彩子¹, 宮坂 光俊³, 木村 和恵¹, 杉町 圭史², 中島 孝彰⁴, 國武 直信⁴, 森田 勝¹ (1.国立病院機構九州がんセンター消化管外科, 2.国立病院機構九州がんセンター肝胆膵外科, 3.国立病院機構九州がんセンター消化管・内視鏡科, 4.国立病院機構九州がんセンター放射線治療科)

[R15-6]

当院での大腸癌内視鏡治療後の追加外科切除症例の検討

郡司 掛勝也, 座主 真衣佳, 一宮 佑輔, 鳥居 真行, 浅川 哲也, 南 宏典, 山口 貴久, 大畠 慶直, 寺井 志郎, 北村 祥貴, 角谷 慎一 (石川県立中央病院消化器外科)

[R15-7]

切除不能進行・再発大腸癌に対するHER2検査運用状況とPER+TRA療法導入実態に関する多施設調査

森 良太¹, 工藤 敏啓², 畑 泰司³, 中田 健⁴, 井上 彬⁵, 三宅 正和⁶, 原口 直紹⁷, 小西 健⁸, 真貝 竜史⁹, 吉岡 慎一¹⁰, 竹田 充伸¹¹, 朴 正勝¹², 池永 雅一¹³, 内藤 敦¹⁴, 荻野 崇之¹¹, 三吉 範克¹¹, 植村 守¹¹, 村田 幸平³, 土岐 祐一郎¹¹, 江口 英利¹¹ (1.大阪国際がんセンター消化器外科, 2.大阪国際がんセンター腫瘍内科, 3.関西労災病院消化器外科, 4.東大阪医療センター消化器外科, 5.大阪急性期・総合医療センター消化器外科, 6.りんくう総合医療センター消化器外科, 7.近畿大学奈良病院消化器外科, 8.川西市立総合医療センター消化器外科, 9.近畿中央病院消化器外科, 10.八尾市立病院消化器外科, 11.大阪大学大学院医学系研究科消化

器外科学, 12.大阪けいさつ病院消化器外科, 13.市立豊中病院消化器外科, 14.堺市立市立総合医療センター消化器外科)

要望演題

2025年11月14日(金) 15:20～16:20 第9会場

[R15] 要望演題 15 大腸癌の診断と治療

座長：江崎 幹宏(佐賀大学医学部内科学講座消化器内科), 小林 望(国立がん研究センター中央病院検診センター)

[R15-1] デジタルクローン技術を活用した説明動画システムの使用経験

山本 大輔¹, 菅野 圭¹, 上野 雄平¹, 石林 健一¹, 久保 陽香¹, 齊藤 浩志¹, 道傳 研太¹, 崎村 祐介¹, 林 憲吾¹, 林 沙貴¹, 松井 亮太¹, 齊藤 裕人¹, 辻 敏克¹, 森山 秀樹¹, 木下 淳¹, 稲木 紀幸¹, 渡邊 祐介² (1.金沢大学附属病院消化管外科, 2.金沢大学附属病院, 3.北海道大学病院医療・ヘルスサイエンス研究開発機構)

【はじめに】

2024年4月より医師の働き方改革が施行され、医師に求められる業務効率化と負担軽減が医療現場の大きな課題となっている。特に、患者への説明や同意取得などの業務は増加傾向にあり、これまで医師個々が口頭で対応していた業務の一部を、映像やIT技術を活用して標準化・効率化することが期待される。音声付き動画を用いた患者説明は、わかりやすさや説明の均質化のみならず、医師の説明負担軽減にも寄与すると考えられる。本研究では、デジタルクローン技術を活用した動画説明システムを手術説明に導入し、その実際の有用性を検証した。

【方法】

2025年3月より、当院で大腸がん手術予定の患者4名（直腸がん2例、S状結腸がん2例）を対象とした。医療者向け・患者向けWEBアプリであるDICTORTMシステムによる音声付き説明動画を患者に視聴してもらい、その後医師が個別に補足説明を加えて手術同意を取得した。記録から説明全体にかかった時間（手術以外の関連説明も含む）を計測し、さらに患者満足度についてはClient Satisfaction Questionnaire日本語版（CIS：最大32点）、ネットプロモータースコア（NPS：10点満点）で評価した。

【結果】

4例全例（男性3例 女性1例 年齢中央値 74.5歳）において、DICTORシステムによる説明動画の活用が可能であった。説明時間（中央値）は14分20秒で、従来の口頭説明（中央値）のみ（23分）と比較して説明時間の短縮が得られた。患者満足度はCISスコア中央値25.5点、NPSは8点と高水準を示し、これまでのデータと同様の傾向であった。動画説明資料の理解度や安心感に対して好意的な反応が認められた。

【結論】

デジタルクローン技術を活用した説明動画システムを用いた説明動画は、患者満足度を損なうことなく説明業務の効率化と医師の負担軽減を実現しうる有効な手段であると考えられた。今後は対象疾患や運用体制の拡大による更なる検討が必要であり、医療現場の働き方改革の一助となることが期待される。

要望演題

2025年11月14日(金) 15:20～16:20 第9会場

[R15] 要望演題 15 大腸癌の診断と治療

座長：江崎 幹宏(佐賀大学医学部内科学講座消化器内科), 小林 望(国立がん研究センター中央病院検診センター)

[R15-2] Texture解析を用いた大腸隆起性病変の良悪性鑑別における診断法の開発

三浦 良太, 栃木 透, 大平 学, 早野 康一, 丸山 哲郎, 平田 篤史, 藏田 能裕, 柿元 綾乃(千葉大学大学院医学研究院・先端応用外科学)

目的：CTコロノグラフィー（CTC）画像から抽出したラジオミクス特徴量を用い、機械学習により大腸の隆起性病変の良悪性を鑑別する精度を検討した。

方法：2021年4月～2024年9月にCTCを施行した613例から、82例214病変（全て30mm以下、病理診断済）を後ろ向きに解析した。Pixspace（日本）により484のラジオミクス特徴量を抽出後、LASSO回帰で悪性度との関連が最も高い特徴量を選定し、単純CT群で51個、造影CT群で32個を用いた。ロジスティック回帰（LR）およびサポートベクターマシン（SVM）により学習・検証を行い、AUC、正確度、感度、特異度を算出した。

結果：単純CT群ではLRでAUC0.913（正確度87.5%）、SVMでAUC0.879（84.4%）。造影CT群ではLRで0.942（88.0%）、SVMで0.910（92.0%）となり、特に造影SVMモデルは感度84.6%、特異度100%と最も高性能であった。

結論：CTC画像のラジオミクス解析は大腸病変の非侵襲的鑑別に有用であり、大腸がんスクリーニングへの応用が期待される。

要望演題

2025年11月14日(金) 15:20～16:20 第9会場

[R15] 要望演題 15 大腸癌の診断と治療

座長：江崎 幹宏(佐賀大学医学部内科学講座消化器内科), 小林 望(国立がん研究センター中央病院検診センター)

[R15-3] 15mm以上の大腸腫瘍に対するUnder water EMRの有効性と安全性の検討
—EMRとの比較から—

高雄 暁成, 飯塚 敏郎, 井関 真理, 船曳 隼大, 岡 靖紘, 森口 義亮, 野間 絵梨子, 清水口 涼子, 柴田 理美, 後藤 修(がん・感染症センター都立駒込病院消化器内科)

【背景・目的】大腸腫瘍に対する内視鏡的切除術として従来から広く用いられてきたEndoscopic Mucosal Resection (EMR)に加え、近年では浸水下で切除するUnderwater EMR (UEMR)が注目されているが、EMRとの安全性・有効性の比較検討は十分ではない。今回それらを比較検討することを目的とした。

【対象・方法】

当院で2023年1月～2025年3月までに内視鏡的切除を施行した大腸腫瘍のうち、特に15mm以上の病変に対して、EMR(CEMR群)もしくはUEMR(UEMR群)施行した病変を対象とした。2群間における肉眼型、大きさ等の病変情報や、一括切除率、偶発症について後方視的に比較検討を行った。

【結果】

CEMR群では115病変(SSL: 15例、腺腫23例、癌77例)が認められ、病変の平均サイズは 18 ± 2.9 mm、切除検体では 21 ± 4.6 mm、表面型は29病変(25%)、抗血栓薬使用は15例(13%)、右側結腸50例(44%)。一括切除率は83%、表面型での一括切除率は80%、R0切除率は79%、クリップ使用本数は平均 3.9 ± 2.1 本であり、合併症では後出血例3(2.6%)、穿孔例0例であった。UEMR群では68病変(SSL: 29例、腺腫16例、癌23例)が認められ、病変の平均サイズは 19 ± 3.4 mm($P=0.12$)、切除検体では 23 ± 5.0 mm($P<0.05$)、表面型は、56病変(83%)($P<0.05$)、抗血栓薬使用は14例(21%)($p=0.21$)、右側結腸の病変は56例(83%)($P<0.05$)。一括切除率は85%($P=0.70$)、R0切除率は74%($P=0.47$)、表面型での一括切除率は86%($P=0.54$)、クリップ使用本数は平均 4.0 ± 1.8 本($P=0.70$)であり、合併症では、後出血は0例($P=0.30$)、穿孔1例(1.5%)($P=0.37$)に見られた。

【結語】

UEMRは表面型および右側結腸病変に多く用いられていた。切除検体サイズはUEMR群で有意に大きかったが、一括切除率、R0切除率、偶発症においてEMRとの有意差は認められなかった。病変の形態や部位に応じて、両手技を適切に使い分けることが重要である。

要望演題

2025年11月14日(金) 15:20 ~ 16:20 第9会場

[R15] 要望演題 15 大腸癌の診断と治療

座長：江崎 幹宏(佐賀大学医学部内科学講座消化器内科), 小林 望(国立がん研究センター中央病院検診センター)

[R15-4] ハサミ型ナイフに熟知した内視鏡医による初学である先端系ナイフを用いた大腸ESDの治療成績

田丸 弓弦¹, 水本 健¹, 関本 慶太郎¹, 安居 みのり¹, 鎌田 大輝¹, 仙波 重亮¹, 中村 一樹², 寺岡 雄吏², 岡崎 彰仁², 畠山 剛¹, 高木 慎太郎², 吉田 成人¹ (1.NHO呉医療センター・中国がんセンター内視鏡内科, 2.NHO呉医療センター・中国がんセンター消化器内科)

【目的】我々の施設では一貫してハサミ型ナイフを用いて大腸ESDを行い良好な治療成績を報告してきたが、2024年4月より先端系ナイフを第一選択とした。ハサミ型ナイフに熟知した内視鏡医が先端系ナイフに切り替えた場合の治療成績を比較した検討はない。そこで今回我々は当院における大腸ESDの治療成績に関してハサミ型ナイフを用いた場合と先端系ナイフを用いた場合で比較検討し、デバイスの違いでの治療成績の違いを明らかにする。【方法】対象は2025年2月までに当院でESDを施行した740病変687症例(男性389例; 平均70.3歳)のうち、中断・デバイス併用・肛門管病変を除き、ハサミ型ナイフを使用した678病変(S群)と先端系ナイフを使用した43病変(N群)に分類した。検討項目は一括切除率、完全一括切除率、治癒切除率、切除時間、切除スピード(1分あたりの切除面積)および偶発症発生率で、これらを腫瘍径、局在、病型を共変量としたプロペンシティスコアマッチング(PSM)法を使用し背景を整えた上でS群およびN群とで比較検討した。【成績】PSM後の対象は各群43病変となり、平均腫瘍径はS群: 33.6mm、N群: 30.2mm ($p=0.18$)、平均切除径はS群: 38.3mm、N群: 38.7mm ($p=0.89$)であった。一括切除率はS群: 100% (43/43)、N群: 100% (43/43)、完全一括切除率はS群: 97.7% (42/43)、N群: 100% (43/43)、治癒切除率はS群: 88.4% (38/43)、N群: 95.3% (41/43)でありいずれも両群間で有意差は認めなかった。高度線維化はいずれの群でも7.0% (3/43)であった。牽引法併用はS群: 32.6% (14/43)、N群: 41.9% (18/43)であり両群間で有意差は認めなかった ($p=0.50$)。平均切除時間はS群: 66.7 ± 42.8 分、N群: 54.3 ± 30.7 分 ($p=0.13$)、平均切除スピードはS群: 17.0 ± 9.3 mm²/分、N群: 20.9 ± 11.2 mm²/分 ($p=0.08$)でありN群で速い傾向にあった。偶発症は後出血を各群1例(2.3%)ずつに認めたが、術中穿孔および遅発性穿孔はいずれの群でも認めなかった。【結論】ハサミ型ナイフに熟知した内視鏡医が初学である先端系ナイフを使用しても大腸ESDは安全で良好な成績であり、ハサミ型ナイフより術時間の短縮が期待できる。

要望演題

2025年11月14日(金) 15:20～16:20 第9会場

[R15] 要望演題 15 大腸癌の診断と治療

座長：江崎 幹宏(佐賀大学医学部内科学講座消化器内科), 小林 望(国立がん研究センター中央病院検診センター)

[R15-5] 内視鏡治療後追加治療適応の早期直腸癌に対するCRTの経験と検討

杉山 雅彦^{1,2,3,4}, 横溝 玲奈¹, 寺師 宗秀¹, 大西 恵美², 古賀 直道¹, 村木 俊夫³, 富野 高広², 栗原 健², 笠木 勇太¹, 岩永 彩子¹, 宮坂 光俊³, 木村 和恵¹, 杉町 圭史², 中島 孝彰⁴, 國武 直信⁴, 森田 勝¹ (1.国立病院機構九州がんセンター消化管外科, 2.国立病院機構九州がんセンター肝胆膵外科, 3.国立病院機構九州がんセンター消化管・内視鏡科, 4.国立病院機構九州がんセンター放射線治療科)

【はじめに】内視鏡的切除された大腸癌の追加治療は、次の項目に該当する場合：組織学的検索でSM浸潤度1000μm以上、脈管侵襲陽性、低分化腺癌などの存在、budding2以上、分割切除、に対して大腸癌治療ガイドラインにてリンパ節郭清を伴う追加切除術が推奨されている。一方で腫瘍が下部直腸に位置する場合、術式によって肛門温存が不能となる、あるいは温存し得ても肛門機能の低下が生じる可能性がある。また骨盤深部の侵襲を伴う手術となるため一定の耐術能が必要である。これらの問題点のため手術を拒否する患者も存在する。NCCNガイドラインでは追加治療としてCRTが手術に併記されており、当科では手術を適応しない患者に対してNCCNガイドラインに準じてCRTを施行している。

【目的】当院における内視鏡治療後追加治療適応としてのCRTの治療成績を報告する。

【対象】2018年より2024年までに内視鏡治療後追加治療適応となった直腸癌症例22例のうちCRTは6例、標準的な手術を施行した症例はであった。放射線治療は45Gy/28Fr、多分割照射、症例によってIMRTを適応し、薬物療法はカペシタビン825mg/m²/回にて施行した。

【結果】平均年齢はCRT群63.5歳(57-74)、手術群65歳(42-74)。ECOG-PSはCRT群でPS低下症例が有意に多かった(50%vs6%; p=0.045)。CRTを選択した理由は本人希望が3例、PS低下と過去の骨盤内手術歴が1例、脳性麻痺によるPS低下が1例であった。有害事象として3例にGrage1の下痢、糜爛、食思低下をそれぞれ認めた。手術群の術式は1例が直腸切断術にて永久ストマとなり、5例が一時的ストマを要する低位前方切除術または括約筋間直腸切除術、その他の症例は一時的ストマを要さない前方切除術であった。CRT群の1例(17%)に治療後1年目の肺転移を認め、手術群の4例(25%)に切除標本中の腫瘍残存またはリンパ節転移を認めた。22例における再発または癌遺残のリスク因子は追加切除適応項目数が2個以上となる場合であった(項目数1:0%、項目数2以上:36% p=0.020)。

【考察と結論】内視鏡治療後追加治療適応の早期直腸癌に対するCRTは有用である可能性が得られた。本邦においてJCOG1602試験が進行中であり結果が待たれる。

要望演題

2025年11月14日(金) 15:20～16:20 第9会場

[R15] 要望演題 15 大腸癌の診断と治療

座長：江崎 幹宏(佐賀大学医学部内科学講座消化器内科), 小林 望(国立がん研究センター中央病院検診センター)

[R15-6] 当院での大腸癌内視鏡治療後の追加外科切除症例の検討

郡司掛 勝也, 座主 真衣佳, 一宮 佑輔, 鳥居 真行, 浅川 哲也, 南 宏典, 山口 貴久, 大畠 慶直, 寺井 志郎, 北村 祥貴, 角谷 慎一 (石川県立中央病院消化器外科)

【背景】内視鏡切除されたpT1大腸癌で、垂直断端陽性、T1b $\geq$ 1000 μ m、脈管侵襲陽性、低分化腺癌・印環細胞癌・粘液癌、簇出Grade2/3のいずれかを認める場合、追加外科切除がガイドラインで推奨されている。

【方法】2019年1月～2024年12月に、大腸癌内視鏡切除後の追加外科切除を施行した91例を対象とし、病理学的因子、周術期成績、リンパ節転移率、長期成績について検討した。

【結果】年齢61 (30～84) 歳、男性47例、女性44例であった。腫瘍占拠部位はC/A/T/D/S/Rs/Ra/Rb=4/13/13/3/30/10/10/8。追加切除の適応因子は(重複あり)、垂直断端陽性もしくは不明24例、SM浸潤1000 μ m以上71例、リンパ管浸潤陽性26例、静脈浸潤陽性34例、簇出Grade2/3以上4例であった。手術は開腹/腹腔鏡=2/90であった。中枢郭清はD1/D2/D3=7/17/67であり、手術時間は202 (110～417) 分、出血量19 (2～400) ml、術後在院日数は10 (5～42) 日であった。術後合併症は9例 (9.9%) に認め、Clavien-Dindo III以上の合併症は7例であった。組織学的リンパ節転移は14例 (15.4%) に認めた。追加切除因子別のリンパ節転移率(重複あり)は、垂直断端陽性もしくは不明25.0% (6/24)、SM浸潤1000 μ m以上14.1% (10/71)、リンパ管侵襲陽性30.8% (8/26)、静脈侵襲陽性11.8% (4/34)、簇出Grade2/3以上25.0% (1/4) であった。術後11例に補助化学療法が行われており、観察期間は769 (19-2214) 日、再発を1例に認めた。

【考察】本検討において、内視鏡切除後の追加外科切除後の周術期成績および長期予後は良好であった。また、約15%にリンパ節転移を認めており、リンパ節転移の陽性率として既存の報告と同程度であり、ガイドラインに準拠した追加外科切除は妥当であると考えられる。

要望演題

■ 2025年11月14日(金) 15:20～16:20 ■ 第9会場

[R15] 要望演題 15 大腸癌の診断と治療

座長：江崎 幹宏(佐賀大学医学部内科学講座消化器内科), 小林 望(国立がん研究センター中央病院検診センター)

[R15-7] 切除不能進行・再発大腸癌に対するHER2検査運用状況とPER+TRA療法導入実態に関する多施設調査

森 良太¹, 工藤 敏啓², 畑 泰司³, 中田 健⁴, 井上 彬⁵, 三宅 正和⁶, 原口 直紹⁷, 小西 健⁸, 真貝 竜史⁹, 吉岡 慎一¹⁰, 竹田 充伸¹¹, 朴 正勝¹², 池永 雅一¹³, 内藤 敦¹⁴, 荻野 崇之¹¹, 三吉 範克¹¹, 植村 守¹¹, 村田 幸平³, 土岐 祐一郎¹¹, 江口 英利¹¹ (1.大阪国際がんセンター消化器外科, 2.大阪国際がんセンター腫瘍内科, 3.関西労災病院消化器外科, 4.東大阪医療センター消化器外科, 5.大阪急性期・総合医療センター消化器外科, 6.りんくう総合医療センター消化器外科, 7.近畿大学奈良病院消化器外科, 8.川西市立総合医療センター消化器外科, 9.近畿中央病院消化器外科, 10.八尾市立病院消化器外科, 11.大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学, 12.大阪けいさつ病院消化器外科, 13.市立豊中病院消化器外科, 14.堺市立市立総合医療センター消化器外科)

【背景・目的】

HER2陽性大腸癌は2～3%と希少であり、RAS野生型でも抗EGFR抗体薬に対し治療抵抗性を示す事が多い。TRIUMPH、MyPathway試験の結果を受け、2022年にPER+TRA療法が保険収載され、HER2検査が推奨されるに至った。2023年には乳癌の臨床試験の結果を受け、本邦で大腸癌に対し世界に先駆けてPER+TRAの皮下注製剤が承認されたが、大腸癌における臨床試験や有効性の報告は存在しない。今回HER2検査の実施頻度、抗HER2療法の導入数を把握することを目的とした。

【方法】

大阪大学の関連25施設(大腸癌手術: 約4000例/年)を対象に、2022年～2024年におけるHER2検査の実施有無、実施時期、治療対象症例数、抗HER2療法の施行数についてアンケート調査を行った。

【結果】

96%の施設でHER2検査を施行、内54%がルーチンで検査を実施していた。実施時期は「切除不能・再発と診断された時点」が最多で次いで「二次治療以降」であった。治療対象症例は25例であり、内PER+TRA点滴製剤は6例、皮下注製剤は5例に留まった。皮下注製剤は73%の施設で採用されていたが実際使用しているのは1施設のみであった。

【結論】

HER2検査をルーチンで実施している施設は全体の約半数にとどまり、施設間での運用に差を認めた。今後はHER2検査の標準化と、治療選択に結びつける実臨床での活用体制の強化が求められる。