

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:05 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:05 AM UTC Poster 9

[P39] 一般演題（ポスター） 39 回腸囊炎に対する外科・内科からのアプローチ

座長：辰巳 健志(横浜市立市民病院炎症性腸疾患科)

[P39-1]

大腸切除後炎症性腸疾患患者の下部内視鏡検査におけるサルプレップ前処置の評価

深田 雅之, 岡山 和代, 山崎 大, 西口 貴則, 大久保 亮 (東京山手メディカルセンター炎症性腸疾患センター)

[P39-2]

潰瘍性大腸炎術後の慢性回腸囊炎に対する生物学的製剤の治療成績

小原 尚, 辰巳 健志, 黒木 博介, 後藤 晃紀, 中尾 詠一, 小金井 一隆, 杉田 昭 (横浜市立市民病院炎症性腸疾患科)

[P39-3]

潰瘍性大腸炎術後患者における回腸囊腸間膜リンパ節腫大についての検討

深田 晃生, 荻野 崇之, 辻 嘉斗, 関戸 悠紀, 竹田 充伸, 波多 豪, 浜部 敦史, 三吉 範克, 植村 守, 土岐 祐一郎, 江口 英利 (大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学)

[P39-4]

潰瘍性大腸炎術後における回腸囊関連合併症の問題点-手術しても潰瘍性大腸炎は終わりではない-

白水 良征, 野明 俊裕, 石橋 英樹, 榊原 優香, 鈴木 麻未, 長田 和義, 入江 朋子, 石井 正之, 荒木 靖三 (社会医療法人社団高野会くるめ病院)

[P39-5]

潰瘍性大腸炎術後36年目に診断した回腸囊炎の1例

福 昭人 (福外科病院)

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:05 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:05 AM UTC Poster 9

[P39] 一般演題（ポスター） 39 回腸囊炎に対する外科・内科からのアプローチ

座長：辰巳 健志(横浜市立市民病院炎症性腸疾患科)

[P39-1] 大腸切除後炎症性腸疾患患者の下部内視鏡検査におけるサルプレップ前処置の評価

深田 雅之, 岡山 和代, 山崎 大, 西口 貴則, 大久保 亮 (東京山手メディカルセンター炎症性腸疾患センター)

[背景]

クローン病(CD)と潰瘍性大腸炎(UC)を含む炎症性腸疾患(IBD)では一定の割合で結腸全摘もしくは亜全摘が行われ、その後も定期的な内視鏡が必要だが、結腸切除後IBD患者の下部内視鏡(CS)前処置について決まりはない。今回我々は、結腸全摘か亜全摘後のIBD患者のCS前処置として、サルプレップの安全性と有用性を評価した。

[方法]

2024年7月から2025年4月までに、当院でCSを行った結腸全摘もしくは亜全摘後のIBD患者を対象とした。ストーマ造設者は除外し、(サルプレップ120ml+水か茶240ml服用)を最大4回まで繰り返す前処置を行い、腸管洗浄効果を1セグメントのOttawa法(0-4、残水0-2スケール:0=最良)とBoston Bowel Preparation Scale(BBPS、0-3スケール:3=最良)で評価し、過去の前処置法と比較した。

[結果]

対象は20例(平均46.9歳、男性80%)で、UC13例(回腸囊肛門吻合3例、回腸囊肛門管吻合10例)、CD7例(全例が回腸-S状結腸吻合)であった。サルプレップ服用繰り返し平均はUC 2.1 ± 0.3 回、CD 3.3 ± 0.8 回だった。BBPSの平均はUC 2.5 ± 0.5 、CD 2.4 ± 0.7 で、前回(ニフレック3例、モビプレップ7例、マグコロール2例、グリセリン浣腸3例、前処置なし5例)と比し、UC(1.8 ± 0.8)では有意に高スコア($p=0.03$)も、CD(2.3 ± 0.8)では有意差はなかった。Ottawaの平均もUC(1.2 ± 1.0)、CD(1.1 ± 1.0)で、前回と比してUC(2.2 ± 1.3)では有意に低スコア($p=0.04$)も、CD(1.8 ± 1.3)では有意差はなかった。観察時間はUC、CDとも前回と有意差はなかった。「前回より楽」と答えた者がUC61.5%、CD71.4%、「変わらない」がUC38.5%、CD42.9%であった。サルプレップの副作用の出現は認めず、検査後に腸炎の悪化はなかった。

[結論]

結腸全摘もしくは亜全摘後のIBD患者では、サルプレップによるCS前処置は受容性が高く、他の前処置法と比して、特にUCにおける回腸囊の観察を容易にする可能性が示唆された。

一般演題 (ポスター)

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:05 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:05 AM UTC Poster 9

[P39] 一般演題 (ポスター) 39 回腸囊炎に対する外科・内科からのアプローチ

座長：辰巳 健志(横浜市立市民病院炎症性腸疾患科)

[P39-2] 潰瘍性大腸炎術後の慢性回腸囊炎に対する生物学的製剤の治療成績

小原 尚, 辰巳 健志, 黒木 博介, 後藤 晃紀, 中尾 詠一, 小金井 一隆, 杉田 昭 (横浜市立市民病院炎症性腸疾患科)

【目的】 UC術後に発症したCPに対するBioの治療成績を後方視的に検討し,その有効性と安全性を明らかにする.

【方法】 UCに対してIPAA施行後にCPを発症し,Bioで加療した26症例を対象に検討を行った.CPの診断は6週間以上持続する症状と内視鏡所見に基づき行った.主要評価項目は,Bio導入前後のModified pouchitis activity index(mPDAI)スコアの変化とし,治療後14週時点でmPDAI4点以下かつ2点以上低下を認めた症例を「有効」と定義した.

【結果】 男性16例,女性10例,使用されたBioはVedolizumab(VED)21例,Infliximab(IFX)8例,Adalimumab(ADA)2例であった(重複あり).IPAAから回腸囊炎発症までの期間の中央値は3.0年(IQR:1.4-8.5)で,回腸囊炎発症からBio開始までの期間の中央値は4.3年(IQR:2.2-8.1)であった.慢性抗菌薬依存性回腸囊炎は14例,慢性抗菌薬抵抗性回腸囊炎は12例であった.全例にBio導入前にシプロフロキサシンまたはメトロニダゾールの内服治療が行われていた.治療有効例はVED群で16例(76%),IFX群で4例(50%),ADA群で0例(0%)であった.平均観察期間はVED群で2.3年,IFX群で8.3年,ADA群で5.2年,観察期間終了時における治療継続率はそれぞれ76%,13%,0%であった.薬剤中止や変更例は,VED群で5例,IFX群で7例,ADA群で2例であった.有害事象は,VEDで膣炎1例,IFXでInfusion reaction2例,関節炎1例を認め,ADAでは認めなかった.最終的にBioが無効で外科的治療に至った症例は5例(VED1例、IFX3例、ADA→IFX治療変更例1例)で,回腸囊切除3例,回腸人工肛門造設2例が施行された.術後合併症として癒着性イレウス1例,会陰創感染1例を認めたが,いずれの症例も術後のQOLは改善し,自立した日常生活が可能となった.

【結論】 UC術後の慢性回腸囊炎に対するVedolizumabは有効かつ安全であり,治療継続率も良好であった.一方,生物学的製剤無効例においては外科的治療がQOL改善に寄与しており,内科治療抵抗例において有用な選択肢となりうる.

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:05 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:05 AM UTC Poster 9

[P39] 一般演題（ポスター） 39 回腸囊炎に対する外科・内科からのアプローチ

座長：辰巳 健志(横浜市立市民病院炎症性腸疾患科)

[P39-3] 潰瘍性大腸炎術後患者における回腸囊腸間膜リンパ節腫大についての検討

深田 晃生, 荻野 崇之, 辻 嘉斗, 関戸 悠紀, 竹田 充伸, 波多 豪, 浜部 敦史, 三吉 範克, 植村 守, 土岐 祐一郎, 江口 英利 (大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学)

【背景】

潰瘍性大腸炎（UC）に対する薬物療法は近年著しく進歩し、手術を回避できる症例が増加しているが、依然として一部の症例では外科的介入が必要となる。UCに対する標準手術は大腸全摘術、回腸囊肛門（肛門管）吻合であり、術後の画像検査で回腸囊腸間膜のリンパ節腫大をしばしば認めるが、その臨床的意義は明らかではない。本研究では、UC術後患者における回腸囊腸間膜リンパ節腫大の臨床的意義について検討を行った。

【方法】

2011-2022年の期間、当院でUCに対して大腸全摘術、回腸囊肛門（肛門管）吻合術を施行され、術後にCT検査を施行された症例を対象とした。回腸囊の栄養血管近傍に存在する長径10 mm以上のリンパ節を腫大リンパ節（mesenteric lymphadenopathy：MLA）と定義した。MLAの有無と患者背景、手術関連因子、ならびに回腸囊炎の発症との関連性について後方視的に検討した。値は中央値。

【結果】

CT検査を施行された症例は24例あり、検査時期は術後50.5ヶ月[1-74]、観察期間は100ヶ月[24-157]であった。男性18例（72.0%）、UC診断年齢は33.5歳[7-61]、UC罹患期間は15.0年[0-59]、初回手術時年齢は48.0歳[16-89]であった。手術適応は重症2例/ 難治 7 例/ 癌・High grade dysplasia 14例/ 穿孔 1 例であり、2期分割手術22例(91.7%)/ 3期分割手術2例(8.3%)であった。MLA所見は14例(58.3%)に認め、経過中に回腸囊炎を発症した症例は5例（20.8%）であった。MLA有無の2群間比較において、患者背景、手術関連因子に有意差はなかったが、MLAと回腸囊炎発症との関連性が示唆された(MLA有群:35.7% vs無群0%, $p=0.053$)。

【結語】

UC術後における回腸囊腸間膜リンパ節腫大は回腸囊炎発症と関連する可能性が示唆された。

一般演題 (ポスター)

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:05 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:05 AM UTC Poster 9

[P39] 一般演題 (ポスター) 39 回腸囊炎に対する外科・内科からのアプローチ

座長：辰巳 健志(横浜市立市民病院炎症性腸疾患科)

[P39-4] 潰瘍性大腸炎術後における回腸囊関連合併症の問題点-手術しても潰瘍性大腸炎は終わりではない-

白水 良征, 野明 俊裕, 石橋 英樹, 榊原 優香, 鈴木 麻未, 長田 和義, 入江 朋子, 石井 正之, 荒木 靖三 (社会医療法人社団高野会くるめ病院)

【背景】

潰瘍性大腸炎(Ulcerative Colitis:UC)に対する標準術式は大腸全摘 (total proctocolectomy: TPC) に加え, 回腸囊肛門 (管) 吻合術 (ileal pouch anal (canal) anastomosis:IPAA) である. TPC, IPAA後には様々な回腸囊関連合併症が起こる. 回腸囊関連合併症には大きく分けてSurgical and mechanical, Inflammatory and infectious, Functional, Dysplastic and neoplasticがある.

【目的】

本邦において報告例がない回腸囊関連合併症を経験したため報告する.

【症例】

症例1. 回腸囊脱を伴うafferent limb syndrome:ALS (Surgical and mechanical)

57歳女性、47歳時に内科的治療抵抗性のUCのためTPC, IPAAが施行された. 54歳時から腸閉塞と回腸囊脱出を繰り返すため当院紹介となった. ALSの症状を繰り返しており, 回腸囊脱出も伴っていたことから腹腔鏡手術の方針となった. 治療は回腸囊脱を伴うALSに対して腹腔鏡下回腸囊固定術を施行した.ALSの発症機序を術前検査, 術中所見にて明確に把握した上での回腸囊固定術を選択しなければならないことが重要と考えられた.

症例2. 散発性回腸囊腺腫(Dysplastic and neoplastic)

74歳, 男性. 56歳時に他院で重症UCに対して大腸全摘, J型パウチによるIPAAが施行され, 58歳時に当院紹介となった. 74歳時に下部消化管内視鏡検査でIPAAから5 cmのステープルライン直上の回腸囊後壁に50mmの発赤調の0-II a+ I s型の結節集簇様病変を認め, 生検での病理診断は管状腺腫であった. 内視鏡的切除が困難であり, 回腸囊切除と永久人工肛門造設を行った. 病理診断は低異形度腺腫であり, 回腸囊の背景粘膜には異形上皮は認めず, 散発性の回腸囊腺腫と診断した. UCにおけるIPAA後の回腸囊腺腫は本邦では報告例がなく, 非常に稀な疾患と考えられた.

【結語】

TPC, IPAA後には様々な回腸囊関連合併症が起こることを認識する必要がある, 炎症性腸疾患手術の問題点として報告する.

一般演題 (ポスター)

📅 Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:05 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:05 AM UTC 📄 Poster 9

[P39] 一般演題 (ポスター) 39 回腸囊炎に対する外科・内科からのアプローチ

座長：辰巳 健志(横浜市立市民病院炎症性腸疾患科)

[P39-5] 潰瘍性大腸炎術後36年目に診断した回腸囊炎の1例

福 昭人 (福外科病院)

症例：61歳、男性。主訴：発熱、下痢。既往歴：36年前 潰瘍性大腸炎で大腸全摘術。家族歴：炎症性腸疾患はなし。現病歴：脂質異常症などで定期的に通院されていた。2021年11月に肛門痛で再診し、肛門指診で中等度の肛門狭窄を認めた。大腸内視鏡検査を施行して裂肛と回腸囊に発赤を認めた。痔核坐剤など保存的治療で改善した。

2023年12月22日37.4度の発熱と1日7回の下痢となった。25日から38度に増悪したが下痢は4回ほどに軽快した。しかし倦怠感が強く摂食障害で入院となった。肛門痛は軽度で血便はなかった。入院時現症：身長165cm, 69kg 肥満。体温38度、血圧124/75、胸部および腹部には理学的所見はなかった。WBC8200 μ /l, CRP12.9mg/dlと中等度の炎症を認め、Hb12.7g/dlと軽度の貧血を認めた。腹部単純CTで小腸に腸液の貯留と鏡面像を認めた。腹部エコーでは小腸の拡張を認めた。27日の大腸内視鏡検査で回腸囊30cmまでに深く地図上の潰瘍と発赤が多発していた。病理検査では高度の炎症を認めた。急性回腸囊炎と診断してフラジールの内服を開始すると劇的に症状は改善した。加療9日目の下部消化器内視鏡検査でも潰瘍は残存していたがほぼ改善していた。フラジールは14日間の内服で終了した。その後、本人の希望もあり5ASA製剤を継続しているが経過は良好である。大腸全摘術後36年目に回腸囊炎を診断し加療するのはまれで文献的考察を加えて報告する。