

## 一般演題（口演）

2025年11月15日(土) 8:30 ~ 9:20 第6会場

## [O17] 一般演題（口演） 17 炎症性腸疾患1

座長：橋口 陽二郎(大森赤十字病院・外科), 池内 浩基(兵庫医科大学炎症性腸疾患外科)

## [O17-1]

当院における回腸囊肛門吻合術での回腸囊作成手技の妥当性に関する検討

磯部 聡史, 吉敷 智和, 小嶋 幸一郎, 麻生 喜祥, 飯岡 愛子, 若松 喬, 本多 五奉, 片岡 功, 代田 利弥, 中山 快貴, 後藤 充希, 須並 英二 (杏林大学医学部付属病院下部消化管外科)

## [O17-2]

潰瘍性大腸炎に対する回腸囊肛門吻合における吻合困難を予測するリスク因子

中島 一記<sup>1,2</sup>, 上神 慎之介<sup>1</sup>, 新原 健介<sup>1</sup>, 伊藤 林太郎<sup>1</sup>, 土井 寛文<sup>1</sup>, 久原 佑太<sup>1</sup>, 宮田 証秀<sup>1</sup>, 大段 秀樹<sup>2</sup>, 大毛 宏喜<sup>1</sup>, 高橋 信也<sup>1</sup> (1.広島大学大学院医系科学研究科外科学, 2.広島大学大学院医系科学研究科消化器・移植外科学)

## [O17-3]

潰瘍性大腸炎に対する腹腔鏡下大腸全摘術における安全な吻合を目指した犠牲腸管を伴う回腸囊腸間膜伸長法

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

## [O17-4]

当科における潰瘍性大腸炎に対する2期分割手術の治療成績の検討

山内 慎一, 池田 晋太郎, 國本 真由, 後藤 佳名子, 中田 美佳, 三浦 竣助, 伊藤 望, 勝谷 俊介, 西山 優, 鳴海 絢, 原田 紡, 杉下 哲夫, 青柳 康子, 山本 雄大, 花岡 まりえ, 谷岡 利朗, 賀川 弘康, 絹笠 祐介 (東京科学大学消化管外科学分野)

## [O17-5]

当科での経肛門アプローチ併用手術を活用した潰瘍性大腸炎に対する3期的大腸全摘の工夫

岡田 拓久, 白石 卓也, 小峯 知佳, 柴崎 雄太, 片山 千佳, 河原 凜太郎, 鈴木 一設, 遠藤 瑞貴, 細井 信宏, 清水 祐太郎, 塩井 生馬, 小野 りさ子, 栗山 健吾, 熊倉 裕二, 木村 明春, 佐野 彰彦, 酒井 真, 小川 博臣, 調 憲, 佐伯 浩司 (群馬大学大学院総合外科学講座)

## [O17-6]

潰瘍性大腸炎（UC）に合併したcolitis associated cancer（CAC）にたいする腹腔鏡下/ロボット支援下大腸全摘術（TPC）

小島 大望, 和田 英雄, 上床 崇吾, 赤崎 卓之, 濱畑 圭佑, 林 貴臣, 後藤 佳登, 宮坂 義浩, 渡部 雅人 (福岡大学筑紫病院外科)

## [O17-7]

潰瘍性大腸炎関連直腸癌に対する側方リンパ節郭清の治療成績

岡田 聡<sup>1</sup>, 品川 貴秀<sup>1</sup>, 小松 更一<sup>1</sup>, 内野 基<sup>2</sup>, 池内 浩基<sup>2</sup>, 茂田 浩平<sup>3</sup>, 岡 志郎<sup>4</sup>, 二見 喜太郎<sup>5</sup>, 板橋 道朗<sup>6</sup>, 渡辺 和宏<sup>7</sup>, 渋谷 雅常<sup>8</sup>, 大北 喜基<sup>9</sup>, 若井 俊文<sup>10</sup>, 水内 祐介<sup>11</sup>, 岡本 欣也<sup>12</sup>, 山田 一隆<sup>13</sup>, 野口 竜剛<sup>1</sup>, 杉原 健一<sup>14</sup>, 味岡 洋一<sup>15</sup>, 石原 聡一郎<sup>1</sup> (1.東京大学腫瘍外科, 2.兵庫医科大学病院炎症性腸疾患センター, 3.慶應義塾大学病院一般・消化器外科, 4.広島大学大学院感染症科内視鏡医学, 5.福岡大学筑紫病院外科, 6.東京女子医科大学病院消化器外科, 7.東北大学病院総合外科, 8.大阪公立大学大学院医学研究科消化器外科, 9.三重大学医学部附属病院消化管外科, 10.新潟大学消化器外科, 11.九州大学大学院臨床・腫瘍外科, 12.JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター, 13.高野病院消化器外科, 14.東京科学大学, 15.新潟大学大学院医歯学総合研究科分子・診断病理学分野)

## 一般演題（口演）

2025年11月15日(土) 8:30～9:20 第6会場

## [O17] 一般演題（口演） 17 炎症性腸疾患1

座長：橋口 陽二郎(大森赤十字病院・外科), 池内 浩基(兵庫医科大学炎症性腸疾患外科)

## [O17-1] 当院における回腸囊肛門吻合術での回腸囊作成手技の妥当性に関する検討

磯部 聡史, 吉敷 智和, 小嶋 幸一郎, 麻生 喜祥, 飯岡 愛子, 若松 喬, 本多 五奉, 片岡 功, 代田 利弥, 中山 快貴, 後藤 充希, 須並 英二 (杏林大学医学部付属病院下部消化管外科)

## ・はじめに

潰瘍性大腸炎関連腫瘍（UCAN）に対して2期的な大腸全摘、回腸囊肛門吻合術（IAA）が報告されている。IAAでは回腸囊が肛門まで到達するかが問題となるが、回腸腸間膜の切開や血管切離を行い、回腸囊吻合予定部分を肛門側に伸ばす工夫が報告されている。その際、回腸囊先端が恥骨下縁2cm尾側に到達することを目安にしている。

## ・目的

IAAにおいて、恥骨下縁2cm尾側を目標とした回腸囊作成方法の妥当性について術前CT画像の評価から検証する。

## ・対象と方法

2020年1月から2024年12月までに当院でUCANに対してIAAを施行した14例を対象とした。術前CTから①SMA根部から臍部、②臍部から恥骨下縁の距離、③SMA根部から岬角、④岬角から肛門縁を測定し、A：SMA根部から恥骨下縁+2cmまでの距離（①+②+20mm）、B：吻合に必要な肛門縁までの距離（③+④）とした。A-Bを吻合に不足する距離として解析した。

## ・結果

対象14例中、全例で回腸囊の間膜・血管処理を行っていた。男性9例、女性5例であり、年齢、BMIの中央値はそれぞれ45.5歳（25～76）、24.7（17～28.7）であった。全例に一時的人工肛門を造設し、縫合不全など回腸囊の合併症は認めなかった。

A-Bは24.5mm（中央値；-9～55）であった。詳細は、0～20mmが3例、20～40mmが9例、40mm～が1例であった。また1例のみが-9mmであった。14例中13例でAがBを上回り、吻合に必要な長さが確保されていた。

## ・考察、まとめ

回腸囊の間膜・血管処理を行い、恥骨下縁2cm尾側を目標に回腸囊先端を延長することで、ほぼ全例において吻合に必要な回腸囊の距離が得られ、現行の術式は妥当と考えられた。今後も画像評価による到達性の予測方法について検証する必要がある。

## 一般演題（口演）

2025年11月15日(土) 8:30 ~ 9:20 第6会場

[O17] 一般演題（口演） 17 炎症性腸疾患1

座長：橋口 陽二郎(大森赤十字病院・外科), 池内 浩基(兵庫医科大学炎症性腸疾患外科)

[O17-2] 潰瘍性大腸炎に対する回腸囊肛門吻合における吻合困難を予測するリスク因子

中島 一記<sup>1,2</sup>, 上神 慎之介<sup>1</sup>, 新原 健介<sup>1</sup>, 伊藤 林太郎<sup>1</sup>, 土井 寛文<sup>1</sup>, 久原 佑太<sup>1</sup>, 宮田 柁秀<sup>1</sup>, 大段 秀樹<sup>2</sup>, 大毛 宏喜<sup>1</sup>, 高橋 信也<sup>1</sup> (1.広島大学大学院医系科学研究科外科学, 2.広島大学大学院医系科学研究科消化器・移植外科学)

【目的】潰瘍性大腸炎(以下UC)に対する回腸囊肛門吻合(以下IPAA)において吻合困難となるリスク因子を明らかにする。

【対象と方法】2018年1月から2025年3月までにUCに対してIPAAを行った59例を対象とした。当科のIPAAは肛門管内での手縫い吻合であり、これまで吻合できず術式変更を行った症例はない。吻合時に小腸間膜に減張切開や開窓、血管処理を必要とした症例を吻合困難 (Anastomotic difficulty: AD)と定義し、吻合困難のリスク因子についてAD群と処置を施さなかった通常群 (normal group: N群) で患者背景、腹部骨盤CTで測定可能な指標を後方視的に比較検討した。上腸間膜動脈 (SMA)の走行を腹部大動脈に対する位置関係 (右側・左側) で分類した。小腸間膜の評価指標は、SMA根部から末梢枝までの距離を「腸間膜長」、SMA末梢から肛門管上端までの距離を「腸間膜可動長」と定義し、測定した。骨盤の評価指標は、産科的真結合線距離、骨盤傾斜角、仙骨角度を測定した。それぞれのcut off 値はROC曲線で求めた。

【結果】年齢中央値は48歳 (14-82), 男:女が39 : 20, BMI中央値は22.4kg/m<sup>2</sup> (13-36.6)だった。3期分割: 2期分割が24 : 35, OP : LAPは21 : 38 だった。AD群 : N群は37 : 22で、縫合不全はAD群で2例, N群で1例だった。SMAの走行は右 : 左が16 : 43だった。腸間膜長中央値は20.8cm (13.0-27.2) で、腸間膜可動長中央値は9.2cm (3.6-19.9) , 産科的真結合線距離中央値は12.3cm (9.6 - 15.3) , 骨盤傾斜角中央値は62.8度 (48.9 - 74.7) , 仙骨角度中央値は34.3度 (18.6-54.3) だった。単変量解析では、左側SMA (p=0.032)とBMI:22以上(p=0.001)に有意差を認めた。小腸間膜や骨盤に関する測定値には有意差がなかった。単変量解析で有意差を認めた因子で多変量解析を行い、左側SMA (p=0.002, OR:10.1, 95%CI: 2.18-75) , BMI:22以上 (p=0.0001, OR: 13.8, 95%CI: 3.33-96)が独立したリスク因子だった。

【結語】SMAが腹部大動脈の左側を走行する症例、術前BMIが高い症例では腸間膜の減張切開や血管処理を必要とする可能性が高い。予めリスクを考慮して手術計画を立てることで安全に回腸囊肛門吻合を行うことができる。

## 一般演題（口演）

2025年11月15日(土) 8:30 ~ 9:20 第6会場

## [O17] 一般演題（口演） 17 炎症性腸疾患1

座長：橋口 陽二郎(大森赤十字病院・外科), 池内 浩基(兵庫医科大学炎症性腸疾患外科)

## [O17-3] 潰瘍性大腸炎に対する腹腔鏡下大腸全摘術における安全な吻合を目指した犠牲腸管を伴う回腸囊腸間膜伸長法

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

【背景と目的】回腸囊肛門吻合（IPAA）の合併症である縫合不全や狭窄・瘻孔・出血などは、吻合部の緊張と血流が大きく影響するとされる。我々は腹腔鏡下大腸全摘（TPC）・IPAAにおいて、犠牲腸管（5cm前後）をおくことにより吻合部位の設定と回結腸血管（ICP）の自由度が高くなり、血流良好で緊張のない吻合に有利である可能性について報告した(Tech Coloproctol 2025)。今回潰瘍性大腸炎症例を対象として、その有用性を検討した。

【方法】2009年から2024年までに潰瘍性大腸炎に対する腹腔鏡下TPC・IPAAは52例であった。犠牲腸管を伴う回腸囊作成を行った20例（A群）、回腸末端で切除して回腸囊を作成した32例（B群）と短期成績について比較した。

【結果】背景因子を比較すると、年齢は有意にA群で高かったが（中央値52.5歳/38歳； $p=0.023$ ）、性別・BMI・PNI・術前ステロイド使用・ASA-PSに差を認めなかった。手術因子では、吻合法（IAA/IACA）・分割手術(1期/2期)・血管切離の追加割合・手術時間・出血量に有意差を認めなかった。ICP切離を要したのは、B群では3例、A群では見られなかった。術後合併症についてはClavien-Dindo分類Grade2・3の頻度に差を認めなかった。吻合部合併症はB群で4例（術中未到達1例、離開1例、狭窄1例、出血1例）に認めたが、A群では見られなかった（ $p=0.043$ ）。術後在院期間に差を認めなかった。

【考察と結語】潰瘍性大腸炎に対するIPAAにおいて犠牲腸管を作成することで回結腸血管茎の伸長と適切な吻合部位が設定可能となり、血流良好で緊張のない吻合に有利である可能性がある。

## 一般演題（口演）

2025年11月15日(土) 8:30 ~ 9:20 第6会場

## [O17] 一般演題（口演） 17 炎症性腸疾患1

座長：橋口 陽二郎(大森赤十字病院・外科), 池内 浩基(兵庫医科大学炎症性腸疾患外科)

## [O17-4] 当科における潰瘍性大腸炎に対する2期分割手術の治療成績の検討

山内 慎一, 池田 晋太郎, 國本 真由, 後藤 佳名子, 中田 美佳, 三浦 竣助, 伊藤 望, 勝谷 俊介, 西山 優, 鳴海 絢, 原田 紡, 杉下 哲夫, 青柳 康子, 山本 雄大, 花岡 まりえ, 谷岡 利朗, 賀川 弘康, 絹笠 祐介 (東京科学大学消化管外科学分野)

【背景】手術適応と判断される潰瘍性大腸炎（UC）患者は、長い薬物投与歴や全身状態の影響により周術期合併症リスクが高く、管理に難渋することもしばしばみられるため、緊急性及び患者のPerformance statusに応じた適切な分割手術の選択や、低侵襲手術（MIS）の導入、適正な周術期管理が求められる。当院における2期分割手術は、以前は緊急手術症例をはじめとした全身状態の比較的不良な症例に対しても適用していたが、近年では、周術期合併症を減らして安全に治療を進めるため、原則として緊急手術は3期分割手術、予定手術は2期分割手術を選択している。

【目的】当院におけるUC患者に対する2期分割手術の手術成績を解析、評価することを目的とした。

【対象と方法】2014年1月から2025年3月までに、手術を施行したUC患者のうち、2期分割手術を行った対象とし、対象期間を前後期に分けて、その特徴と手術成績、術後合併症について後方視的に検討した。

【結果】対象期間に手術を施行した全UC患者は161名であり、計206件の手術（人工肛門閉鎖術除く）が行われた。その中で2期分割を計画して施行した手術は、77名／77件であり、年齢中央値は44歳、男48/女29例、手術適応は、内科的治療抵抗性/重症/癌合併：31/18/28例であり、再建は、IACA/IPAA/再建不可：27/49/1例であった。前期/後期別の緊急手術は19(50%)/7(18%)件、ロボット支援手術を含むMISは31(82%)/39(100%)件であり、手術時間中央値354/360分(N.S.)、出血量210/80ml( $p<0.01$ )、術後在院日数中央値16/8日( $p<0.01$ )、MISでの開腹移行は見られず、Clavien-Dindo分類2以上の術後合併症は16(42%)/11(28%)例(N.S.)であった。

【結語】当科におけるUCに対する2期分割手術は、時代の変遷とともに、緊急手術への適応を回避しながら、比較的良好な手術成績が得られていた。また、MISにより合併症を軽減できる可能性が示唆された。

## 一般演題（口演）

2025年11月15日(土) 8:30 ~ 9:20 第6会場

[O17] 一般演題（口演） 17 炎症性腸疾患1

座長：橋口 陽二郎(大森赤十字病院・外科), 池内 浩基(兵庫医科大学炎症性腸疾患外科)

[O17-5] 当科での経肛門アプローチ併用手術を活用した潰瘍性大腸炎に対する3期的大腸全摘の工夫

岡田 拓久, 白石 卓也, 小峯 知佳, 柴崎 雄太, 片山 千佳, 河原 凜太郎, 鈴木 一設, 遠藤 瑞貴, 細井 信宏, 清水 祐太郎, 塩井 生馬, 小野 りさ子, 栗山 健吾, 熊倉 裕二, 木村 明春, 佐野 彰彦, 酒井 真, 小川 博臣, 調 憲, 佐伯 浩司 (群馬大学大学院総合外科学講座)

【緒言】当科での潰瘍性大腸炎の標準術式は腹腔鏡下大腸全摘・回腸囊肛門吻合(IAA)としている。治療成績向上のため、直腸癌手術に導入していたtransanal total mesorectal excision (TaTME)手技を2021年から活用した。今回、当科で行っている重症潰瘍性大腸炎に対する分割手術の第2期目の残存直腸切除時の手技の工夫と、残存直腸切除症例の治療成績を報告する。

【分割手術手技】第1期目手術時に、腹腔鏡下結腸亜全摘・S状結腸粘液瘻・回腸人工肛門造設を行い、第2期目手術でTaTME併用腹腔鏡下残存直腸切除・IAA・回腸人工肛門再造設し、第3期目手術で人工肛門閉鎖を行う。TaTMEは通常2チームで行う。肛門管内や腹膜翻転部以下の直腸剥離は経肛門的に行うため、初回剥離層で癒着がなく手術を進められる。また直腸周囲が癒着していても双方向から周辺臓器を確認しながら剥離できる利点がある。

【対象と方法】2015年から2025年3月の期間で、残存直腸切除を行った7例を対象とし、開腹手術（O群）とTaTME併用腹腔鏡下手術(T群)に分け、有効性について検討した。

【結果】O群は2例、T群は5例だった。術式はO群でIAA 1例、直腸切断術1例、T群でIAA 2例、直腸切断術 3例だった。T群に第2期目の残存直腸切除を2例認めた。平均手術時間はO群 660分、T群 293分 ( $p<0.05$ )、平均出血量はO群 2887ml、T群57ml( $p=0.27$ )、平均術後在院日数はO群 23.5日、T群12.4日 ( $p<0.05$ ) であった。術中合併症はO群で1例(膀胱損傷)を認めた。術後合併症はO群でCD- II の麻痺性腸閉塞を2例、T群でCD- II のoutlet症候群を1例認めた( $p=0.05$ )。

【考察】残存直腸切除は腹腔内の癒着と直腸周囲受動に難渋することが多いが、T群はO群に比べ、手術時間は有意に短縮し、出血量も減少する傾向にあった。またTaTME手技では2チームで双方向から確認して行うため、術中臓器損傷を回避できる可能性がある。T群では腹腔鏡手術も併用しているため、術中出血や術後麻痺性腸閉塞の発生を抑えられる傾向があり、TaTME手技の有効性が示唆されたと考える。

【結語】重症潰瘍性大腸炎の分割手術の第2期目手術に対して、TaTME手技は低侵襲な治療選択肢である可能性が示唆された。

## 一般演題（口演）

2025年11月15日(土) 8:30 ~ 9:20 第6会場

[O17] 一般演題（口演） 17 炎症性腸疾患1

座長：橋口 陽二郎(大森赤十字病院・外科), 池内 浩基(兵庫医科大学炎症性腸疾患外科)

[O17-6] 潰瘍性大腸炎（UC）に合併したcolitis associated cancer（CAC）にたいする腹腔鏡下/ロボット支援下大腸全摘術（TPC）

小島 大望, 和田 英雄, 上床 崇吾, 赤崎 卓之, 濱畑 圭佑, 林 貴臣, 後藤 佳登, 宮坂 義浩, 渡部 雅人 (福岡大学筑紫病院外科)

【背景】UC長期罹患例の増加にともない、手術症例に占めるCACの割合が増加している。サーベイランス内視鏡検査によりdysplasiaの術前診断を得て、TPCを施行するが、切除標本の組織病理学的検索の結果、進行癌と診断される症例も珍しくない。その理由としてはCACが①多様な肉眼像を呈するため存在診断や範囲診断が難しい、②典型的な癌性潰瘍を形成しにくい、③粘膜内癌巣は低異型度の高分化腺癌であっても癌発育先端部では低分化腺癌、印環細胞癌、粘液癌の像を呈することなどがあげられる。【目的】当院ではUCのTPCにより得られた切除標本は全割されFFPEで保存される。その検討によりCACに対する外科治療は、①癌病巣は多発傾向があるためTPC、②Stapled ileal pouch anal anastomosis ③Rb病変は肛門温存術にこだわらない、④全例術前肛門管生検を行うことを基本方針とし、手術アプローチは2018年より腹腔鏡下、2025年1月よりロボット支援下手術を導入した。2018年～現在までに17例の大腸癌合併症例にたいし腹腔鏡下/ロボット支援下TPCを経験したので手術手技の実際をビデオでしめす。【手技の要点】TPCは直腸超低位前方切除(vLAR)、左右結腸半側切除から構成されるが、当科の腹腔鏡下手術手技は同一5トロカールで施行可能である。肛門管周囲剥離は腹腔鏡下とくにロボット支援下手術の恩恵が大きい。炎症により剥離層を同定しづらい場合は骨盤内臓神経と骨盤底筋膜をガイドにすすめ、直腸右側後壁より肛門括約筋間にアプローチする。横紋筋側で小血管を凝固し肛門括約筋間を剥離する。直腸切離は横紋筋をかみこまないよう注意する。回結腸動静脈を温存し、回腸切離は腹腔内操作で行う。J型回腸嚢が再建後に仙骨に沿って座するよう回腸同士を漿膜筋層縫合する。回腸嚢先端より60mmリニアステイプラーを挿入し3回のファイアで15cmの回腸嚢を作成し、挿入孔にアンビルヘッドを装着する。肛門縁より1.5cmの肛門管内DST吻合となる。術後の画像診断所見、組織別の治療成績あわせてしめす。

## 一般演題（口演）

2025年11月15日(土) 8:30 ~ 9:20 第6会場

[O17] 一般演題（口演） 17 炎症性腸疾患1

座長：橋口 陽二郎(大森赤十字病院・外科), 池内 浩基(兵庫医科大学炎症性腸疾患外科)

[O17-7] 潰瘍性大腸炎関連直腸癌に対する側方リンパ節郭清の治療成績

岡田 聡<sup>1</sup>, 品川 貴秀<sup>1</sup>, 小松 更一<sup>1</sup>, 内野 基<sup>2</sup>, 池内 浩基<sup>2</sup>, 茂田 浩平<sup>3</sup>, 岡 志郎<sup>4</sup>, 二見 喜太郎<sup>5</sup>, 板橋 道朗<sup>6</sup>, 渡辺 和宏<sup>7</sup>, 渋谷 雅常<sup>8</sup>, 大北 喜基<sup>9</sup>, 若井 俊文<sup>10</sup>, 水内 祐介<sup>11</sup>, 岡本 欣也<sup>12</sup>, 山田 一隆<sup>13</sup>, 野口 竜剛<sup>1</sup>, 杉原 健一<sup>14</sup>, 味岡 洋一<sup>15</sup>, 石原 聡一郎<sup>1</sup> (1.東京大学腫瘍外科, 2.兵庫医科大学病院炎症性腸疾患センター, 3.慶應義塾大学病院一般・消化器外科, 4.広島大学大学院感染症科内視鏡医学, 5.福岡大学筑紫病院外科, 6.東京女子医科大学病院消化器外科, 7.東北大学病院総合外科, 8.大阪公立大学大学院医学研究科消化器外科, 9.三重大学医学部附属病院消化管外科, 10.新潟大学消化器外科, 11.九州大学大学院臨床・腫瘍外科, 12.JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター, 13.高野病院消化器外科, 14.東京科学大学, 15.新潟大学大学院医歯学総合研究科分子・診断病理学分野)

【背景・目的】進行下部直腸癌では、一定頻度で側方リンパ節転移が生じ、転移リスクのある直腸癌に対しては側方郭清（LLND）が推奨されている。一方、潰瘍性大腸炎（UC）関連癌に対する標準術式は大腸全摘であり、UC関連直腸癌に対するLLNDの意義は明らかではない。そこで今回、全国規模のデータベースを用いて本邦におけるUC関連直腸癌に対するLLNDの治療成績を明らかにすることを目的とした。

【対象・方法】大腸癌研究会プロジェクト「炎症性腸疾患合併消化管癌のデータベース作成と臨床病理学的研究」に参加した全国43施設において、1983年から2020年にUC関連大腸腫瘍と診断された1249例の中の直腸癌415例を対象とした。まずUC関連直腸癌に対するLLND施行率と側方リンパ節転移陽性率を検討した。次にLLND施行群を側方リンパ節転移陽性群と転移陰性群に分け、臨床病理学的特徴、長期予後を比較検討した。

【結果】UC関連直腸癌415例中LLNDは45例(10.8%)に施行されていた。pT3-4症例に対するLLND施行率は139例中33例（23.7%）であった。一方でpTis-T2症例276例中12例（4.3%）に対してもLLNDが施行されていた。LLND施行群45例中、側方リンパ節転移は11例（24.4%）に認め、全例がpT3-4症例であった。LLND施行群のうち、側方リンパ節転移陽性11例と転移陰性34例を比較すると、臨床病理学的に転移陽性群はpT3以上が有意に多く（100% vs 64.7%,  $P<0.0046$ ）、組織型は転移陽性群においてpor/sig/mucが有意に多かった（70% vs 17.7%,  $P=0.002$ ）。癌遺残については、R0達成率はLLND群と非施行群において有意差はなかった（81.8% vs 91.2%,  $P=0.41$ ）。予後に関しては、5年生存率 [30.8% vs 82.8%, ( $P=0.0005$ )], 5年無病生存率 [0% vs 72.4%, ( $P<0.001$ )] とともに転移陽性群が転移陰性群より有意に不良だった。術後化学療法の施行は両群間で有意差はなかった [54.6% vs 40.6%, ( $P=0.42$ ) ]。

【結語】UC関連直腸癌に対するLLND施行率は、側方郭清が推奨されるT3-4症例において23%だった。LLND転移陽性群は進行症例が多く、組織型はpor/sig/mucが多く、予後は極めて不良だった。