

パネルディスカッション

■ 2025年11月14日(金) 13:20 ~ 15:20 ■ 第7会場

[PD3] パネルディスカッション3 クローン病の肛門病変に対する診断と治療～外科、肛門科、内科の役割を含めて

司会：穂苅 量太(防衛医科大学校消化器内科), 梅枝 覚(JCHO四日市羽津医療センター外科大腸肛門病・IBDセンター)

[PD3-1]

クローン病に伴う痔瘻の治癒を目指して

古川 聡美, 新谷 裕美子, 井上 英美, 大城 泰平, 西尾 梨沙, 岡本 欣也, 山名 哲郎 (JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター)

[PD3-2]

肛門病変で初発した症例におけるクローン病診断

三枝 直人^{1,2}, 三枝 純一² (1.増子記念病院, 2.三枝クリニック・肛門科)

[PD3-3]

肛門病変を契機に診断される初期のクローン病についての検討

紅谷 鮎美, 佐井 佳世, 米本 昇平, 酒井 悠, 松島 小百合, 鈴木 佳透, 小菅 経子, 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)

[PD3-4]

クローン病肛門合併した痔瘻に対するseton法の長期成績に影響を与える予後因子の検討

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

[PD3-5]

Crohn病合併痔瘻に対する生物学的製剤併用による外科手術

錦織 直人¹, 佐々木 義之¹, 錦織 ルミ子¹, 錦織 麻衣子¹, 尾原 伸作², 錦織 方人¹ (1.一路会錦織病院外科, 2.国保中央病院外科)

[PD3-6]

クローン痔瘻に対する生物学的製剤を積極的に用いた根治術の中期成績

大橋 勝久¹, 大橋 勝英¹, 佐々木 章公², 太田 和美², 北川 一智² (1.大橋胃腸肛門科外科医院, 2.十全総合病院)

[PD3-7]

クローン病に合併する痔瘻に対する根治手術例の検討ー生物学的製剤の効果も含めてー

栗原 浩幸, 金井 忠男, 赤瀬 崇嘉, 藤井 頼孝, 森山 穂高, 塚原 勇 (所沢肛門病院)

[PD3-8]

クローン病に合併した低位及び高位痔瘻に対する根治術

下山 貴寛, 梅枝 覚, 大谷 暉, 西川 隆太郎, 堀 智英, 中山 茂樹, 岩永 孝雄, 山本 隆行 (四日市羽津医療センター)

[PD3-9]

クローン病合併痔瘻に対する生物学的製剤、分子標的薬、再生医療の当院における成績と肛門科医としての役割

高野 正太 (大腸肛門病センター高野病院)

[PD3-10]

クローン病、肛門病変に対するダルバドストロセルの効果

内野 基¹, 堀尾 勇規¹, 桑原 隆一¹, 楠 蔵人¹, 長野 健太郎¹, 友尾 祐介¹, 野村 和徳¹, 木村 慶², 孫 知亨², 今田 絢子², 伊藤 一真², 福本 結子², 木場 瑞貴², 片岡 幸三², 池田 正孝², 池内 浩基¹ (1.兵庫医科大学消化器外科炎症性腸疾患外科, 2.兵庫医科大学消化器外科学講座下部消化管外科)

[PD3-11]

クローン病に伴う複雑痔瘻に対するダルバドストロセルの安全性と有効性の検討：国内製造販売後調査の中間解析結果

岡本 欣也¹, 水島 恒和², 池内 浩基³, 梅澤 明弘⁴, 田中 圭佑⁵, 中野 晋⁵ (1.東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター, 2.獨協医科大学外科学（下部消化管）講座, 3.兵庫医科大学消化器外科学炎症性腸疾患外科, 4.国立成育医療研究センター研究所, 5.武田薬品工業株式会社ジャパンメディカルオフィス)

[PD3-12]

クローン病患者における直腸肛門管腫瘍の臨床的特徴の解析

重原 光那, 杉本 真也, 吉松 裕介, 清原 裕貴, 三上 洋平, 金井 隆典 (慶應義塾大学医学部内科学（消化器）)

パネルディスカッション

■ 2025年11月14日(金) 13:20 ~ 15:20 ■ 第7会場

[PD3] パネルディスカッション3 クローン病の肛門病変に対する診断と治療～外科、肛門科、内科の役割を含めて

司会：穂苅 量太(防衛医科大学校消化器内科), 梅枝 覚(JCHO四日市羽津医療センター外科大腸肛門病・IBDセンター)

[PD3-1] クローン病に伴う痔瘻の治癒を目指して

古川 聡美, 新谷 裕美子, 井上 英美, 大城 泰平, 西尾 梨沙, 岡本 欣也, 山名 哲郎 (JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター)

目的：クローン病に伴う痔瘻においては、手術を行った際の難治創や肛門の変形、それに伴う便失禁などの問題のためドレナージを基本としたものが多かった。しかし近年、痔瘻癌を含む直腸肛門部の癌の発生が目立つようになってきているため、痔瘻は可能であれば治癒の状態にすることが望ましいと考えている。手術手技を含め、治癒を目指すための方法を検討した。

方法 2019年1月から2025年4月までに同一術者が手術を行ったクローン病に伴う痔瘻103病変に対して検討を行った。痔瘻の原発口一か所を1病変とした。手術はドレナージ手術19病変、シートン法（肛門内にシートンを入れるloose seton）53病変、根治手術（開放術、tight seton法、LIFT: Ligation of intersphincteric fistula tract）19病変、ダルバドストロセル（DVS）投与12病変の4種類に分類。手術の結果は「治癒」、「改善」、「改善なし」に分類し、「改善なし」には再燃、再手術、人工肛門造設、直腸切断術を含めた。

結果：手術方法別の成績は「治癒」、「改善」、「改善なし」の順にドレナージ術では15.7%/21.1%/63.2%、シートン法で18.9%/30.2%/50.9%、根治手術で57.8%/10.6%/31.6%、DVSでは41.7%/41.7%/16.7%であった。手術方法に加え内科治療別や手術回数別での検討も行ったが、差は認めなかった。

考察；手術別で検討した場合、根治術・DVSが治療成績は良い傾向と思われる。根治術では、CDが寛解している場合にtight setonを行ったり、複雑な痔瘻を前の手術により単純化した後にLIFTを行っている。ドレナージ術では原発口を縫合し不良肉芽を搔爬する方法をとったものがあるが、成績が悪かった。シートン法では以前にシートン法を施行した後の再手術症例が含まれており、このような症例はシートンの抜去は困難である。ドレナージおよびシートン法において、深部痔瘻であっても瘻管をすべて切除すると、治癒は可能であった。

まとめ：痔瘻を治癒させるための条件を更に検討したい。

パネルディスカッション

■ 2025年11月14日(金) 13:20～15:20 ■ 第7会場

[PD3] パネルディスカッション3 クローン病の肛門病変に対する診断と治療～外科、肛門科、内科の役割を含めて

司会：穂苅 量太(防衛医科大学校消化器内科), 梅枝 覚(JCHO四日市羽津医療センター外科大腸肛門病・IBDセンター)

[PD3-2] 肛門病変で初発した症例におけるクローン病診断

三枝 直人^{1,2}, 三枝 純一² (1.増子記念病院, 2.三枝クリニック・肛門科)

[背景・目的] 肛門科では初発PLからCDを疑うことは稀でないが、以前に我々が報告したように特に腹部症状が未発現の場合は腸管病変が早期段階であることが多く、本邦の診断基準における主要所見A（縦走潰瘍；LU）や主要所見B（敷石所見；CSA）が発見されることは比較的少ないため、CDの確定診断に至らしむのは必ずしも容易でない。このため、主要所見C（非乾酪性類上皮細胞肉芽腫；NCEG）の発見が確定診断に重要である。[方法] 我々が経験したPL発症CD確定診断100名の診断パターンとNCEG検出について検討した。[結果] 患者の男女比は81：19，PL発症時の年齢中央値は20.5歳，年齢層別では15-19歳が全体の35%を占めた。86名はCD診断前に麻酔下肛門検索（EUA）を受けており，PLとしては痔瘻が96.3%と最頻であった。PLからCDを疑った具体的な理由は，外科処置後の経過不良（難治性痔瘻）が38%，CD様の裂肛/潰瘍が20%，複雑性痔瘻が17%，腸管症状の出現（下痢や腹痛）が15%であった。PL発症からCD確定診断までの平均期間は9.6（0.2-511.6）ヶ月であった。診断基準で見ると，主要所見A/Bで確定診断されたのは71名にとどまった一方で，35名の患者が主要所見Cと副所見a（消化管の広範な不整型～円形潰瘍またはアフタ）またはb（特徴的な肛門直腸病変）により診断された（11名は主要所見A/Bと重複）。また，4名は消化管にまったく病変がなく，NCEGとPLのみに基づいてCD診断されていた。主要所見C+副所見a/Bの35名におけるNCEGの検出は，消化管内視鏡下生検が22名（62.9%）、痔瘻かedematous/ulcerated pileの切除標本が14名（40.0%）であった。NCEGの検出率は，消化管の内視鏡下生検は計74名で行われていたので22/74=29.7%，一方PLの外科的切除は26例にて14/26=53.8%であり，両者を比較すると，後者で有意にNCEGの検出率が高かった（ $p=0.0342$ ）。[結論] PL初発例では全消化管の検索に加え，PLの一部を外科的切除し大きな検体を得ることでNCEGの検出率が向上し，CD確定診断に直接的に寄与すると思われる。

パネルディスカッション

📅 2025年11月14日(金) 13:20～15:20 🏢 第7会場

[PD3] パネルディスカッション3 クローン病の肛門病変に対する診断と治療～外科、肛門科、内科の役割を含めて

司会：穂苅 量太(防衛医科大学校消化器内科), 梅枝 覚(JCHO四日市羽津医療センター外科大腸肛門病・IBDセンター)

[PD3-3] 肛門病変を契機に診断される初期のクローン病についての検討

紅谷 鮎美, 佐井 佳世, 米本 昇平, 酒井 悠, 松島 小百合, 鈴木 佳透, 小菅 経子, 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)

【はじめに】肛門科で見つかるクローン病（以下CD）は肛門病変が契機になるため、CD特有の症状を伴わない初期段階と思われる場合も多い。2010年2月から2025年2月までに当院で精査を行いCD関連の診断がついた215例について検討した。

【結果】CD確定となったのは127例（60%）、疑診が46例（21%）、CDの診断に至らない非確定例は42例（19%）であった。CD確定127例の性別は男性101例（80%）、女性26例（20%）で、年齢の中央値は22歳（10－70）であった。確定に至った所見がCD診断基準の主要所見A（縦走潰瘍）・B（敷石像）であったのは42例（33%）、C（非乾酪性類上皮細胞肉芽腫、以下EG）と副所見a(消化管の潰瘍・アフタ)またはb(肛門病変)が82例（65%）、副所見a+b+c（胃十二指腸病変）が3例（2%）だった。大腸内視鏡検査に加えて小腸カプセルや上部消化管内視鏡検査を行い診断がついた症例は82例（64%）であった。CD確定例の肛門病変は痔瘻120例（95%）、うち88例（73%）はaggressive ulcerationやskin tagなどCDに特徴的な病変を伴っていたが、21例（18%）はCDを疑う所見を認めなかった。CDの診断となった症例はほぼすべて5-ASAなどの治療から開始され、アフタの消失や肛門症状の軽快を認めるものも多数みられたが、治療開始後に腸管病変の著明な増悪を認めたものは14例あり、4例は腸管狭窄が出現したため腸切除を要した。また、CD疑診や非確定で痔瘻手術を行い治癒した症例は7例、治癒遷延しCD確定となった症例は6例あった。

【結語】痔瘻症例では明らかなCD所見がなくても大腸内視鏡検査が必須であり、CDが否定しきれない場合は上部消化管の検索も行うべきである。また現在の診断基準においてはEGの検出が重要であり、積極的に生検を行うのがよい。初期段階のCDを見極めることで早期に適切な治療を開始できるよう、さらに症例を振り返り検討を重ねたい。

パネルディスカッション

■ 2025年11月14日(金) 13:20 ~ 15:20 ■ 第7会場

[PD3] パネルディスカッション3 クローン病の肛門病変に対する診断と治療～外科、肛門科、内科の役割を含めて

司会：穂苅 量太(防衛医科大学校消化器内科), 梅枝 覚(JCHO四日市羽津医療センター外科大腸肛門病・IBDセンター)

[PD3-4] クローン病肛門合併した痔瘻に対するseton法の長期成績に影響を与える予後因子の検討

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

【背景】クローン病(CD)に合併する複雑痔瘻に対してはseton法と生物学的製剤の併用が推奨されているが、依然として人工肛門造設に至る症例が存在する。これまでの研究は主に瘻孔閉鎖率など短期成績に焦点を当てており、肛門機能温存という観点からの長期的予後因子の検討は限定的である。【目的】seton法を施行したCD合併痔瘻症例の人工肛門造設のリスク因子を明らかにする。【方法】1999年1月から2021年12月までに当院で初回seton法を施行したCD合併痔瘻患者136例を対象とし後方視的観察研究を行った。追跡期間3年以上の症例を対象とし、患者背景、初回手術時の肛門所見、術前後の薬物療法使用状況などを検討項目とした。人工肛門造設の有無で2群に分け、単変量解析はMann-Whitney U検定およびFisherの正確確率検定を、多変量解析にはロジスティック回帰解析を用いた。さらに、重度潰瘍性病変(cavitating ulcer/aggressive ulceration)を認めた症例、および直腸肛門狭窄/尿道瘻/膿瘻のいずれか認める症例に絞り、術後分子標的薬使用有無別の累積人工肛門造設率をKaplan-Meier法で算出し、logrank検定で比較を行った。【結果】対象136例中、42例が観察期間中に人工肛門造設を要した。単変量解析では、人工肛門造設群で小腸大腸型CDが有意に多く($p=0.004$)、重度潰瘍性病変を認めた症例($p=0.026$)、肛門狭窄を伴う有する症例($p=0.016$)、術後分子標的薬未使用例($p=0.037$)が有意に多かった。多変量解析では、重度潰瘍性病変の存在(OR 2.37, 95%CI 1.04-5.38)、直腸肛門狭窄伴う症例(OR 2.84, 95%CI 1.09-7.37)、術後分子標的薬未使用(OR 0.36, 95%CI 0.15-0.84)が、独立したリスク因子として特定された。さらにサブ解析の結果、重度潰瘍性病変またはS直腸肛門狭窄、尿道瘻、膿瘻を有する群において、術後に分子標的薬を使用した症例では累積人工肛門造設率が有意に低下した($p<0.05$)。【結論】CD合併痔瘻に対するseton法施行後の人工肛門造設リスク因子に、重度潰瘍性病変、直腸肛門狭窄合併、並びに術後薬物療法未使用が特定された。さらに、術後分子標的薬の使用はリスク症例において人工肛門造設率を低下させる可能性が示唆された。

パネルディスカッション

■ 2025年11月14日(金) 13:20 ~ 15:20 ■ 第7会場

[PD3] パネルディスカッション3 クローン病の肛門病変に対する診断と治療～外科、肛門科、内科の役割を含めて

司会：穂苅 量太(防衛医科大学校消化器内科), 梅枝 覚(JCHO四日市羽津医療センター外科大腸肛門病・IBDセンター)

[PD3-5] Crohn病合併痔瘻に対する生物学的製剤併用による外科手術

錦織 直人¹, 佐々木 義之¹, 錦織 ルミ子¹, 錦織 麻衣子¹, 尾原 伸作², 錦織 方人¹ (1.一路会錦織病院外科, 2. 国保中央病院外科)

【はじめに】Crohn病合併痔瘻の外科治療は、生物学的製剤によるprimary lesionに対する病勢制御が可能な症例が増加し、術式選択や術後成績も変化してきた。当院での生物学的製剤併用によるCrohn病合併痔瘻に対する手術手技と治療成績を発表する。【手術手技】全ての原発病巣の確実な同定が最も重要と考える。術式選択は基本的にseton法を行うが、原発病巣が歯状線付近で、瘻管の走行が浅く術前最大肛門静止圧(MRP)値の低下を認めない症例ではlay open法を選択する症例もある。seton法にはゴム紐を用い、原発口と2次口間にsetonを単に留置するのではなく、2次口周囲の皮膚を大きく切開し、外側へドレナージを効かせることが重要である。2次口-2次口間のseton留置は極力行なわず、2次口周囲で膿皮症を形成している場合は可及的に全切除を行なう。当院での手術手技をビデオにて供覧する。【術後の生物学的製剤投与】上記外科手術を行なった後に、可及的速やかに投与を考慮する。一方で痔瘻手術時にはCrohn病の診断が得られておらず、創傷治癒遷延を契機に診断に至る症例も有り、それらの症例では確定診断後に速やかに投与する。抗TNF-α製剤投与例は13例では全例が肛門病変の根治・完全寛解が得られた。1例が2次無効となり、リサンキズマブに変更し再寛解導入・維持が得られた。抗IL-12/23抗体制剤は3例に投与し、2例が肛門病変の根治・完全寛解が得られたが、1例は4年後に2次無効となり抗TNF-α製剤に変更し再寛解導入が得られた。1例は1次無効で肛門病変が増悪し緊急ドレナージを施行、その後抗TNF-α製剤投与しその後に肛門病変の根治・完全寛解が得られた。【肛門機能評価】全例で、慢性疼痛や持続性の排便や創傷治癒遷延は認めず、便失禁も認めなかった。肛門内圧検査では術前後のMRP変化率の中央値は73%、最大随意収縮圧MSP変化率の中央値は97%であった。【まとめ】生物学的製剤併用によるCrohn病病勢制御下での根治手術により、Crohn病合併痔瘻の予後は改善しうると考える。

パネルディスカッション

2025年11月14日(金) 13:20～15:20 第7会場

[PD3] パネルディスカッション3 クローン病の肛門病変に対する診断と治療～外科、肛門科、内科の役割を含めて

司会：穂苅 量太(防衛医科大学校消化器内科), 梅枝 覚(JCHO四日市羽津医療センター外科大腸肛門病・IBDセンター)

[PD3-6] クローン痔瘻に対する生物学的製剤を積極的に用いた根治術の中期成績

大橋 勝久¹, 大橋 勝英¹, 佐々木 章公², 太田 和美², 北川 一智² (1.大橋胃腸肛門科外科医院, 2.十全総合病院)

【はじめに】クローン病(以下、CD)の痔瘻病変はQOLを著しく損なうが、根治術は難治創化し再発しやすく、ドレナージを主体としたSeton法が推奨される。一方で近年は反対の積極的根治の意見もある。当院では生物学的製剤を併用し積極的に根治術を行っており、その結果について検討する。

【対象と方法】H23.3月からR6.12月まで行ったCD痔瘻20例の経過を検討した。痔瘻の評価は圧迫で排膿がない状態を「閉鎖」、すべての瘻管が閉鎖した状態を「寛解」と定義した。

【結果】初発時からの平均観察期間は117か月。痔瘻先行型が16例(80%)で、cutting setonを含む切開開放術(重複病変で括約筋温存併用2例)が16例、loose seton2例、非手術2例。CD未診断例は、上下部内視鏡及び腹部造影CT検査と、必要に応じ小腸カプセル内視鏡検査もしくはMRI enterographyを行い、積極的に確定診断した。他院でInfliximab投与中が4例。CD未治療15例は、消化管や痔瘻病変の疾患活動性が高い場合にTNFα抗体(Infliximab 2例、Adalimumab11例)を、いずれの活動性も低い場合にVedolizumabを2例に導入した。4例に薬剤変更を要したが、2次無効は1例のみであった(皮疹増悪1例、肺癌発症1例、一次無効1例)。開放術症例は全例寛解し、loose seton2例は1例閉鎖したが1例は不変で開放術を追加し寛解した。非手術2例は閉鎖状態を維持した。loose seton抜去後の一過性蜂窩織炎を1例認めたが、非手術1例を除く19例全例が寛解か閉鎖した。自覚症状としての便失禁は認めなかった。

【考察】本邦のガイドラインではSeton法を中心としたドレナージ術が推奨されるが、長期Seton留置の問題点(慢性疼痛や不快感、痔瘻がんのリスク)も無視できない。CD痔瘻でも、根治可能なタイミングで通常型痔瘻と同様に原発巣を処理し、生物学的製剤を活用することで、当院では約10年間にわたり全例seton freeを達成し、その後の再発や新たな肛門手術もゼロであった。クローン痔瘻に対して、内科的診断と治療を含めたtotal managementが有効だと考える。

【まとめ】CD痔瘻に対する生物学的製剤を併用した根治術は、肛門外科専門医が適切に介入することで、中期的に許容されると考える。

パネルディスカッション

■ 2025年11月14日(金) 13:20～15:20 ■ 第7会場

[PD3] パネルディスカッション3 クローン病の肛門病変に対する診断と治療～外科、肛門科、内科の役割を含めて

司会：穂苅 量太(防衛医科大学校消化器内科), 梅枝 覚(JCHO四日市羽津医療センター外科大腸肛門病・IBDセンター)

[PD3-7] クローン病に合併する痔瘻に対する根治手術例の検討－生物学的製剤の効果も含めて－

栗原 浩幸, 金井 忠男, 赤瀬 崇嘉, 藤井 頼孝, 森山 穂高, 塚原 勇 (所沢肛門病院)

【はじめに】これまでクローン病（以下，CD）に合併する痔瘻については，手術を行うと再発，治癒遷延，手術創の拡大などの危惧から，根治手術ではなくseton法にとどめるという考えが主体であった．2023年われわれはCD痔瘻であっても手術適応を厳格に守り適切な手術を行えば根治手術が可能であることを発表した（日本大腸肛門病会誌 76：136-145, 2023）．今回，症例を追加し再検討を行ったので報告する．【対象・方法】2010～2023年に痔瘻根治手術を行い治癒または非治癒まで経過を追えた症例でCDの確定診断がついた症例61例（CD手術例）と2014～2015年までにCDでない痔瘻に対し根治手術を行い治癒まで経過を追えた119例（非CD手術例）を対象とした．それぞれの性別，年齢，痔瘻の数，治癒率，平均治癒期間について検討した．またCD手術例について生物学的製剤（以下，bio）使用の有無について治癒期間を検討した．【結果】非CD手術例とCD手術例の性別はそれぞれ，男性100例（84%），55例（90%）で有意差を認めなかった．年齢は43.9(mean)±13.1(SD)歳，25.8±9.5歳（ $p<0.001$ ）でありCD手術例が有意に若年であった．痔瘻の数 1.1 ± 0.2 ， 1.6 ± 0.7 （ $p<0.001$ ）で，CD手術例では多発例が28/61例（45.9%）と有意に多かった．治癒率は非CD手術例119/119例(100%)，60/61(98.3%)であり，CD手術例でも100%近く治癒していた．ただし平均治癒期間は 64.9 ± 35.4 日， 129.3 ± 78.5 日（ $p<0.001$ ）であり，CD手術例が非CD手術例の2倍くらいの時間を要した．CD手術例のうち，痔瘻治癒までbioを使用しなかった症例は48例，術前あるいは術後早期からbioを使用した症例は11例であった．bio非使用例48例と使用例11例の治癒率はいずれも100%であった．平均治癒期間は 138.3 ± 82.1 日， 81.4 ± 29.0 日（ $p<0.001$ ）でありbio使用例が有意に治癒期間が短かった．非CD手術例とCD手術例でbio使用群との治癒期間の比較では，bio使用群でやや長かったものの有意差を認めなかった．【結論】CD痔瘻でも手術適応を厳格に守り適切な手術を行えば根治手術可能である．またbioを使用することにより，根治手術後の治癒期間の短縮が図られることが示された．

パネルディスカッション

■ 2025年11月14日(金) 13:20～15:20 ■ 第7会場

[PD3] パネルディスカッション3 クローン病の肛門病変に対する診断と治療～外科、肛門科、内科の役割を含めて

司会：穂苅 量太(防衛医科大学校消化器内科), 梅枝 覚(JCHO四日市羽津医療センター外科大腸肛門病・IBDセンター)

[PD3-8] クローン病に合併した低位及び高位痔瘻に対する根治術

下山 貴寛, 梅枝 覚, 大谷 暉, 西川 隆太郎, 堀 智英, 中山 茂樹, 岩永 孝雄, 山本 隆行 (四日市羽津医療センター)

痔瘻の診断は多くの症例ではcryptoglandular infectionsに伴い発生することから、肛門診察にておおよその診断が可能である。しかしながら、高位の痔瘻の場合は超音波検査、CT検査、MRI検査が必要となることがある。痔瘻治療の基本は原発口、原発巣、痔瘻管の全切除であるが、より低侵襲を目指して、さまざまな術式が行われている。しかしながら、III型IV型痔瘻などの高位痔瘻においては、肛門機能を温存しながら、根治術を目指す治療は簡単ではない。1992年から2015年までに当院で行われた痔瘻根治術は2235例でI型が18例0.8%、II L型が1595例71.4%、II H型が132例5.9%、III型が436例19.5%、IV型が54例2.3%である。各々の再発率はI型0例0%、II L型20例1.57%、II H型が3例2.27%、III型9例2.06%、IV型3例5.56%であった。再発症例を検討したところ、再発例は、原発口を切除できなかったか、温存閉鎖した症例が多く見られ、瘻管の残存が疑われた。この頃からMRI検査により痔瘻の詳細な立体的走行の把握が可能となったことから、2019年からは可能な限り全瘻管を切除した上で機能温存の手術を行うこととした。2019年から2024年までに行われた痔瘻根治術は790例でI型10例1.3%、II L型が603例76.3%、II H型が56例7.1%、III型が106例13.4%、IV型が15例1.9%でした。各々の再発率はI型が0例0%、II L型が7例1.11%、II H型が1例1.79%、III型が2例1.89%、IV型が1例6.67%であった。2015年までの痔瘻根治術と比較して、2019年以降の再発率はII L型、II H型、III型において再発の減少を認めた。当院ではクローン病に合併した低位及び高位痔瘻に対しても、内科的治療やシートン法を用いて、できる限り痔瘻を単純化した後に、MRI検査にて詳細な瘻管の走行を把握した上で、活動性の無いクローン病においては、原発口から原発巣、痔瘻管の一括全瘻管切除を行っているので実際を報告する。

パネルディスカッション

■ 2025年11月14日(金) 13:20～15:20 ■ 第7会場

[PD3] パネルディスカッション3 クローン病の肛門病変に対する診断と治療～外科、肛門科、内科の役割を含めて

司会：穂苅 量太(防衛医科大学校消化器内科), 梅枝 寛(JCHO四日市羽津医療センター外科大腸肛門病・IBDセンター)

[PD3-9] クローン病合併痔瘻に対する生物学的製剤、分子標的薬、再生医療の当院における成績と肛門科医としての役割

高野 正太(大腸肛門病センター高野病院)

【はじめに】クローン病に合併した痔瘻は根治手術の適応ではなく、ドレナージを行った後の各種薬物療法が行われるが、難渋する症例を多く経験する。今回は当院における生物学的製剤、分子標的薬、再生医療の治療成績を検討した。

【方法】2022年1月から2025年2月までに当院で上記治療を行った症例162例のうち痔瘻または肛門周囲膿瘍を認めた患者117例を対象とした。二次口が全て一旦閉鎖した症例を寛解、排液などの症状が軽減した症例を有効（寛解を含める）、一旦寛解したのちに排液や炎症を認めた症例を二次無効とした。

【結果】有効率、寛解率、寛解症例中の二次無効率はそれぞれインフリキシマブ（IFX）37例で72.4、34.4、10.3%、アダリムマブ（ADA）59例で、64.9、45.6、5.2%、ウステキヌマブ（UST）21例で42.1、26.3、5.8%、ベドリズマブ（VED）9例で83.3、66.4、14.2%、リサンキズマブ（RKZ）7例で42.8、28.5、0%、ウパダシチニブ（UPA）4例で75.0、25.0、0%であった。再生医療であるヒト脂肪組織由来幹細胞製剤のダルバドストロセル（INN）11例ではそれぞれ90.9、72.7、37.5%であった。

【まとめ】クローン病の肛門病変に対しては抗TNFα抗体以外のエビデンスが乏しかったため、今回の症例ではIFXとADAの使用が多く認められ、後半でUSTやVEDの症例が徐々に増加した。今回の検討ではVEDの寛解率とIFXの有効性が高い結果となった。ダルバドストロセルはほとんどの症例で有効であったが再発も多く認めた。またクローン病合併痔瘻の生活の質を表すCAFQOLは55.7から28.3へ有意差をもって改善している。

難治であるクローン病合併痔瘻に対して生物学的製剤、再生医療は高い寛解率および改善率を示し有効と考えられる。生物学的製剤の選択は内科的な作業となるが、肛門疾患に対する診断や処置に精通している肛門科医や外科医が積極的に介入し、内科医と協力すべきである。

パネルディスカッション

■ 2025年11月14日(金) 13:20 ~ 15:20 ■ 第7会場

[PD3] パネルディスカッション3 クローン病の肛門病変に対する診断と治療～外科、肛門科、内科の役割を含めて

司会：穂苅 量太(防衛医科大学校消化器内科), 梅枝 覚(JCHO四日市羽津医療センター外科大腸肛門病・IBDセンター)

[PD3-10] クローン病、肛門病変に対するダルバドストロセルの効果

内野 基¹, 堀尾 勇規¹, 桑原 隆一¹, 楠 蔵人¹, 長野 健太郎¹, 友尾 祐介¹, 野村 和徳¹, 木村 慶², 孫 知亨², 今田 絢子², 伊藤 一真², 福本 結子², 木場 瑞貴², 片岡 幸三², 池田 正孝², 池内 浩基¹ (1.兵庫医科大学消化器外科炎症性腸疾患外科, 2.兵庫医科大学消化器外科学講座下部消化管外科)

【はじめに】クローン病肛門部瘻孔に対し脂肪幹細胞（ダルバドストロセル）注入を用いた治療が行われるようになった。欧米の介入試験では有効性が検証できずに使用が中止となっているが本邦での使用は継続となっている。今回、自験例での状況、経過を報告し、今後の展望、問題点について考察する。【方法】当院で2025年4月までにダルバドストロセルの投与を行った症例の背景、併存治療内容、術後経過について後方視的に検討した。痔瘻の治癒は用指の圧迫でも排液が消失したもの、再燃は排液を伴う瘻管の開放とした。複合寛解は臨床的寛解に加えてMRIでの膿瘍消失とした。【結果】15例にダルバドストロセル投与を行っていた。男女比＝8：7、年齢33±8.6歳。痔瘻は原発口1か所が13例、2か所が2例、二次口は1か所10例、2か所5例であった。全例肛門管の狭窄はなしまたは軽度で原発口の縫合閉鎖が可能である症例でありⅡL型または単純なⅢ型であった。併存治療はアダリムマブ、インフリキシマブ、ウスティヌマブであり、アダリムマブ治療中止し併存治療なく1年後に再燃した1例が含まれていた。手術からの経過観察期間は15.8±17.1か月であった。術後3-4週では11例で排液の消失を認めたが4例で硬結の残存があった。残る4例では排液の持続を認めた。24週経過観察可能な13例では7例が排液消失、6例が排液を認めた。54週以上経過観察可能であった症例は9例で4例が排液消失維持、5例が排液持続している。早期に硬結を有するまたは排液を有する症例でもメトロニダゾールの併用により排液消失となる例も見られたが、長期的には6/8例が再燃した。しかし再燃症例の多くは、排液が時にあるものの、QOL低下することなく経過している。副作用は認めなかった。【結語】狭窄がなく低位の単純な肛門病変に対してダルバドストロセルの治療が行われていた。多くは術後早期に症状消失するようだが、残存の可能性のある症例でもその後の経過とともに軽快する症例もみられた。しかし早期に軽快しない場合には長期維持が困難である可能性も示唆された。今後も更なる長期経過での効果を評価する必要がある。

パネルディスカッション

📅 2025年11月14日(金) 13:20～15:20 🏢 第7会場

[PD3] パネルディスカッション3 クローン病の肛門病変に対する診断と治療～外科、肛門科、内科の役割を含めて

司会：穂苅 量太(防衛医科大学校消化器内科), 梅枝 寛(JCHO四日市羽津医療センター外科大腸肛門病・IBDセンター)

[PD3-11] クローン病に伴う複雑痔瘻に対するダルバドストロセルの安全性と有効性の検討：国内製造販売後調査の中間解析結果

岡本 欣也¹, 水島 恒和², 池内 浩基³, 梅澤 明弘⁴, 田中 圭佑⁵, 中野 晋⁵ (1.東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター, 2.獨協医科大学外科学(下部消化管)講座, 3.兵庫医科大学消化器外科学炎症性腸疾患外科, 4.国立成育医療研究センター研究所, 5.武田薬品工業株式会社ジャパンメディカルオフィス)

【背景と目的】ヒト(同種)脂肪組織由来間葉系幹細胞の懸濁液であるダルバドストロセル(DVS)は、クローン病(CD)に伴う複雑痔瘻の治療に使用する再生医療等製品であり、本邦では2021年に承認された。市販後の製造販売後調査として全例調査を実施中であり、その中間解析としてDVS投与後の安全性と有効性を評価したため報告する。

【対象と方法】対象は、国内でDVSが投与された複雑痔瘻を有するCD患者のうち、2021年11月から2025年2月の間で市販後観察レジストリに登録された患者とした。DVS初回投与時、投与6ヵ月後、12ヵ月後に、患者背景、有害事象、有効性に関する項目を収集した。有効性の指標として、臨床寛解(DVSを投与したすべての二次口が軽い指押しを行っても排膿がみられず閉鎖したと臨床的に確認された場合)、PDAIスコアなどを評価した。

【結果】50施設から156例が登録され、107例の調査票を収集した。そのうち、評価対象は安全性：76例、有効性：70例であった。76例の患者背景(年齢や期間はいずれも中央値)は、年齢：34.0歳(16-73歳)、男性：57例(75.0%)、CDの罹病期間：8.8年(0.5-41.1年)、複雑痔瘻の罹病期間：5.6年(0.5-30.9年)、シートン法を含む肛門周囲疾患に関する平均手術既往回数：2.8回、DVSを投与した原発口が1つの患者：55例(72.4%)、投与後の観察期間：361日(140-797日)であった。併用薬を使用していたのは67例(88.2%)で、メサラジン：32例(42.1%)、インフリキシマブ：22例(28.9%)、アザチオプリン：17例(22.4%)の順で併用される頻度が高かった。有害事象は11/76例(14.5%)にみられ、主なものは肛門膿瘍が3例(4.0%)、痔瘻が2例(2.6%)であった。投与6ヵ月後、12ヵ月後に臨床寛解と判定された症例数はそれぞれ、39/54例(72.2%)、25/37例(67.6%)であった。PDAIスコアの平均値は、初回投与時(30例)、投与6ヵ月後(33例)、12ヵ月後(25例)でそれぞれ、7.3、2.7、2.0であった。

【結論】DVSに関する製造販売後調査の中間解析結果は、安全性と有効性において過去に報告された国内第3相試験結果と類似していた。また、安全性に関する新たな懸念は認められなかった。

パネルディスカッション

■ 2025年11月14日(金) 13:20～15:20 ■ 第7会場

[PD3] パネルディスカッション3 クローン病の肛門病変に対する診断と治療～外科、肛門科、内科の役割を含めて

司会：穂苅 量太(防衛医科大学校消化器内科), 梅枝 覚(JCHO四日市羽津医療センター外科大腸肛門病・IBDセンター)

[PD3-12] クローン病患者における直腸肛門管腫瘍の臨床的特徴の解析

重原 光那, 杉本 真也, 吉松 裕介, 清原 裕貴, 三上 洋平, 金井 隆典(慶應義塾大学医学部内科学(消化器))

【背景】クローン病(Crohn's Disease; 以下、CD)は一般人口に比べて大腸癌合併リスクが高い。日本人CDでは肛門病変の頻度が高く、大腸の左側、特に直腸および肛門管に腫瘍が発生することが多い。炎症性腸疾患に関連する大腸癌患者は予後が悪いとされており、適切なサーベイランスによる早期診断が望ましいが、CDではサーベイランス法の確立が不十分なのが現状である。今回、直腸肛門管腫瘍を合併したCD患者を評価し、その臨床的特徴を明らかにすることを目的とした。

【方法】2014年5月～2025年4月までに当院通院歴のあるCD患者のうち、CD関連腫瘍を合併した24例を対象とし、その中で直腸肛門管領域に癌またはdysplasiaを認めた症例を詳細に解析した。対象症例の背景因子、診断契機、診断時の腫瘍マーカー、画像所見について後方視的に検討した。

【結果】直腸肛門管移行部に腫瘍を認めたのは20例であった。CD発症年齢中央値は23(17-26.3)歳で、男性が13例、病型はL1 0例、L2 3例、L3 17例で、全例で肛門病変を認めた。腫瘍診断時の年齢中央値は45.5(41-53.5)歳であり、発症から腫瘍診断までの罹病期間中央値は258(180-405)月(21.5年)であった。診断契機は13例が血便や肛門痛等の自覚症状であり、サーベイランスでの発見は7例にとどまったが、サーベイランス例はいずれもStage II以下で診断された。診断時、CEAは7例、CA19-9は5例で陽性であった。診断前後3ヶ月以内にMRおよびCTで評価された各19例のうち、MRで9例、CTで8例は原発巣を同定できなかった。

【結論】サーベイランス診断群は比較的早期に診断できている一方で、MRIやCTでは原発巣を検出できないことも多い。内視鏡的サーベイランスの重要性は高く、特に肛門病変を有するCD患者においては、直腸肛門管癌の早期発見を目的とした積極的な実施が望まれる。