

Fri. Nov 14, 2025

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 10:00 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:00 AM - 2:40 AM UTC Room 3

[PD1] Panel Discussion 1 (English Slide) Fecal Incontinence: Current Practice, Advances, and Challenges

司会：味村 俊樹(自治医科大学消化器一般移植外科), 神山 剛一(医療法人社団俊和会寺田病院外科・胃腸科・肛門科)

[PD1-1]

The Japan Society of Coloproctology Practice Guidelines for Fecal Incontinence 2024 (Revised Second Edition)

Keiji Koda¹, 味村 俊樹², 山名 哲郎³, 石塚 満⁴, 高橋 知子⁵, 高野 正太⁶, 安部 達也⁷, 西澤 祐吏⁸, 勝野 秀穂⁹, 佐藤 正美¹⁰, 西村 かおる¹¹, 吉田 雅博¹², 前田 耕太郎¹³ (1.Teikyo University Chiba Medical Center, 2.自治医科大学附属病院, 3.JCHO東京山手メディカルセンター, 4.獨協医科大学病院, 5.医療法人鉄蕉会亀田総合病院, 6.大腸肛門病センター高野病院, 7.医療法人健康会くにもと病院, 8.国立がん研究センター東病院, 9.藤田医科大学岡崎医療センター, 10.東京慈恵会医科大学医学部看護学科, 11.コンチネンスジャパン株式会社, 12.国際医療福祉大学市川病院, 13.向日葵清心会青梅今井病院)

[PD1-2]

Is a physiological investigation of the anorectum useful for predicting the severity of fecal incontinence?

Masayuki Ishii, 野明 俊裕, 石橋 英樹, 鈴木 麻未, 榊原 優香, 長田 和義, 白水 良征, 荒木 靖三 (Kurume Coloproctology Center)

[PD1-3]

Improvement effect of the business efficiency in the fecal incontinence medical treatment by the graded task shift of the anorectal functional examination

Raita Yano, 柴田 浩輔, 白川 賢司, 倉岡 憲正, 小林 弘典, 坂下 吉弘, 石田 裕, 宮本 勝也 (Department of Surgery, Hiroshima Memorial Hospital)

[PD1-4]

A prospective study of changes in anal sphincter function and anal incontinence before and after delivery in normal pregnant women

Yusuke Ohara¹, 大原 玲奈², 榎本 剛史¹, 古屋 欽司¹, 大和田 洋平¹, 小畠 真奈², 濱田 洋実², 小田 竜也¹ (1.GI & HBP surgery, University of Tsukuba, 2.筑波大学産婦人科)

[PD1-5]

Use of a Bidet Toilet to Clean the Anus may Cause Fecal Incontinence

Akira Tsunoda (Awa Regional Medical Center, Department of Surgery)

[PD1-6]

Current status and issues of fecal incontinence treatment at our hospital, especially the treatment results of sacral neuromodulation.

Ryo Okamoto^{1,2,3}, 松木 豪志^{1,2}, 一瀬 規子^{1,2}, 古出 隆大¹, 中島 善隆¹, 仲本 嘉彦¹, 柳 秀憲¹ (1.Meiwa Hospital, 2.医療法人信和会明和病院外科, 3.公益社団法人京都保健会京都民医連中央病院)

[PD1-7]

Short-term and long-term prognosis of sacral neuromodulation (SNM) for faecal incontinence

Tetsuhiro Tsuruma, 西館 敏彦, 田山 慶子, 石村 陸, 平田 公一 (Department of Surgery, JR Sapporo Hospital)

[PD1-SP]

特別発言

Kotaro Maeda (Oume Imai Hospital)

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 7

[PD2] Panel Discussion 2 The Challenges of Anal Fissure Management: Diagnosis, Treatment, and Postop Care

司会：八子 直樹(医療法人桜樹会八子医院外科, 肛門科), 錦織 直人(一路会錦織病院外科)

[PD2-1]

Outcome of manual anal dilatation for anal fissures

Gentaro Ishiyama, 秋月 恵美, 鈴木 崇史, 佐藤 紗, 西尾 昭彦, 石山 勇司 (Sapporo Ishiyama Hospital)

[PD2-2]

Treatment for anal fissure in our hospital -Outcomes of day surgery for anal fissure-Ken Tarumi¹, 吉田 幸平² (1.Tarumi Coloproctology Clinic, 2.新宿おしりのクリニック)

[PD2-3]

V-Y Graft using plastic surgical technique for anal stenosisToshiharu Mori¹, 田中 香織¹, 山田 英貴² (1.Mori Surgical Clinic, 2.山田外科内科)

[PD2-4]

Evaluation of the surgical technique and treatment outcomes of SSG for anal fissure and anal stenosisNaoto Nishigori¹, 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.Nishigori Hospital, 2.国保中央病院外科)

[PD2-5]

Comprehensive Strategies for Anal Fissure Treatment at Tokorozawa Proctology Hospital

Akase Takayoshi, 栗原 浩幸, 藤井 賴孝, 森山 穂高, 塚原 勇, 金井 忠男 (Tokorozawa Proctology Hospital)

[PD2-6]

Indication and choice of surgical treatment for chronic anal fissure and anal stricture

Daisuke Okada, 佐原 力三郎 (Proctology Center, Makita General Hospital)

[PD2-7]

Treatment for anal fissures and anal stenosis

Kosuke Okamoto, 紅谷 鮎美, 河野 洋一, 佐井 佳世, 米本 昇平, 酒井 悠, 松島 小百合, 鈴木 佳透, 小菅 純子, 松村 奈緒美, 下島 裕寛, 宋 江楓, 國場 幸均, 宮島 伸宜, 黒水 丈次, 松島 誠 (Matsushima Hospital Coloproctology Center)

[PD2-SP]

特別発言

Toru Saito (HAKUHOKAI Osaka Central Hospital)

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 6:20 AM UTC Room 7

[PD3] Panel Discussion 3 Diagnosis and Treatment of Perianal Crohn's Disease: Roles of Surgery and Medicine

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]

Best way for the anal fistula associated with Crohn's disease

Satomi Furukawa, 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 Tokyo Yamate Medical Center Coloproctology Center)

[PD3-2]

Diagnostic Process and Applied Criteria for Crohn's Disease in Patients Presenting with Perianal Lesions in Japan

Naoto Saigusa^{1,2}, 三枝 純一² (1.Masuko Memorial Hospital, 2.三枝クリニック・肛門科)

[PD3-3]

A study of early phase of Crohn's disease diagnosed with perianal lesions

Ayumi Beniya, 佐井 佳世, 米本 昇平, 酒井 悠, 松島 小百合, 鈴木 佳透, 小菅 純子, 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 (Matsushima Hospital)

[PD3-4]

Identifying Prognostic Factors in Long-term Outcomes of Loose-Seton Technique for Perianal Fistulas in Crohn's Disease

Eiichi Nakao, 辰巳 健志, 黒木 博介, 後藤 晃紀, 小原 尚, 小金井 一隆, 杉田 昭 (Department of Inflammatory Bowel Disease, Yokohama Municipal Citizen's Hospital)

[PD3-5]

Surgical treatment of Crohn's disease associated anal fistula with combined biologics

Naoto Nishigori¹, 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.Nishigori Hospital, 2.国保中央病院外科)

[PD3-6]

Outcomes of Radical Surgery for Crohn's Perianal Fistulas with Top Down Biologic Therapy: A Mid-Term Analysis

Katsuhsia Ohashi¹, 大橋 勝英¹, 佐々木 章公², 太田 和美², 北川 一智² (1.OHASHI Clinic, 2.十全総合病院)

[PD3-7]

Evaluation of Definitive Surgery Cases for Anal Fistula Associated with Crohn's Disease - Including the Effects of Biologic Agents -

Hiroyuki Kurihara, 金井 忠男, 赤瀬 崇嘉, 藤井 賴孝, 森山 穂高, 塚原 勇 (Tokorozawa Proctology Hospital)

[PD3-8]

Definitive Surgical Treatment for Low and High Anal Fistulas Associated with Crohn's Disease

Takahiro Shimoyama, 梅枝 覚, 大谷 晴, 西川 隆太郎, 堀 智英, 中山 茂樹, 岩永 孝雄, 山本 隆行 (Yokkaichi Hazu Medical Center)

[PD3-9]

Management for the Perianal Fistula with Crohn's Disease

Shota Takano (Coloproctology Center Takano Hospital)

[PD3-10]

Efficacy of darvadstrocel for anal lesion in patients with Crohn's disease

Motoi Uchino¹, 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 廉², 孫 知亨², 今田 純子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. Department of Gastroenterological Surgery, Hyogo Medical University, 2. 兵庫医科大学消化器外科学講座下部消化管外科)

[PD3-11]

An observational post-marketing registry on the safety and effectiveness of darvadstrocel for complex perianal fistulas in Japanese patients with Crohn's disease

Kinya Okamoto¹, 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. Coloproctology Center, Tokyo Yamate Medical Center, 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]

Clinical Analyses of Anorectal Neoplasms in Patients with Crohn's Disease

Arina Shigehara, 杉本 真也, 吉松 裕介, 清原 裕貴, 三上 洋平, 金井 隆典 (Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, Keio University School of Medicine)

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 8

[PD4] Panel Discussion 4 Challenges in IBD Surgery: Staged Procedures, Laparoscopy, and Pouch Reconstruction

司会：小金井 一隆(横浜市立市民病院炎症性腸疾患科), 水島 恒和(獨協医科大学外科学 (下部消化管) 講座)

[PD4-1]

Long-term prognosis after proctocolectomy and ileal pouch anal canal anastomosis for ulcerative colitis

Koki Goto¹, 辰巳 健志¹, 黒木 博介¹, 中尾 謙一¹, 小原 尚¹, 木村 英明², 斎藤 紗由美¹, 荒井 勝彦¹, 小金井 一隆¹, 杉田 昭¹
(1.Yokohama Municipal Citizen's Hospital IBD Center, 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外科)

[PD4-2]

Current status and challenges of ileal pouch-anal anastomosis in ulcerative colitis surgery

Hideaki Kimura¹, 鳥谷 建一郎¹, 山本 峻也¹, 中森 義典¹, 国崎 玲子¹, 後藤 晃紀², 黒木 博介², 辰巳 健志², 小金井 一隆², 杉田 昭², 遠藤 格³ (1.Inflammatory Bowel Disease Center, Yokohama City University Medical Center, 2.横浜市立市民病院炎症性腸疾患科, 3.横浜市立大学消化器・腫瘍外科)

[PD4-3]

Visceral Obesity as a Predictor of Ileal Pouch Reachability in Ulcerative Colitis: A Prospective Single-Center Study

Yuki Horio¹, 内野 基¹, 友尾 祐介¹, 野村 和徳¹, 木場 瑞貴², 福本 結子², 長野 健太郎¹, 伊藤 一真², 今田 紗子², 楠 蔵人¹, 宋 智亨², 桑原 隆一¹, 木村 廉², 片岡 幸三², 池田 正孝², 池内 浩基¹ (1.Inflammatory Bowel Disease Surgery, Hyogo Medical University, 2.兵庫医科大学病院下部消化管外科)

[PD4-4]

Transanal evaluation and technique for preventing anastomotic leakage in ileal pouch-anal anastomosis (IACA) for ulcerative colitis (UC) and clinicopathological evaluation

Kosuke Sugiyama¹, 高木 徹¹, 岩瀬 友哉¹, 立田 協太¹, 赤井 俊也¹, 美甘 麻裕¹, 深澤 貴子², 竹内 裕也¹ (1.Hamamatsu University School of Medicine, 2.磐田市立総合病院)

[PD4-5]

Experience and Prospects of One-Stage Laparoscopic restorative proctocolectomy with Intracorporeal Ileal J-pouch Creation for Ulcerative Colitis

Koji Okabayashi, 門野 政義, 森田 覚, 茂田 浩平, 北川 雄光 (Department of Surgery, Keio University School of Medicine)

[PD4-6]

Outcome of total proctocolectomy for refractory ulcerative colitis

Keisuke Ihara¹, 高柳 雅¹, 泉 陽光¹, 河野 貴博¹, 上野 紗¹, 根本 鉄太郎¹, 蜂谷 裕之¹, 菅谷 武史², 石塚 満¹, 中村 隆俊¹, 富永 圭一², 水島 恒和¹ (1.Department of Colorectal Surgery, Dokkyo Medical University, 2.獨協医科大学消化器内科)

[PD4-7]

The feasibility and short-term clinical outcomes of laparoscopic surgery for complicated Crohn's disease

Norifumi Hattori, 中山 吾郎, 梅田 晋一, 小倉 淳司, 村田 悠記, 岸田 貴喜, 中西 香企, 清水 大, 田中 千恵, 神田 光郎 (Department of Surgery, Nagoya University Hospital)

[PD4-8]

Short-Term Outcomes of triangulating Anastomosis for Crohn's Disease

Yoshiki Okita¹, 志村 匡信¹, 山下 真司¹, 今岡 裕基¹, 北嶋 貴仁², 川村 幹雄¹, 松下 航平¹, 小池 勇樹¹, 奥川 喜永², 安田 裕美¹, 小林 美奈子³, 吉山 繁幸¹, 大井 正貴¹, 間山 裕二¹ (1.Departments of Gastrointestinal and Pediatric Surgery, Mie University Graduate School of Medicine, 2.三重大学病院ゲノム医療部, 3.三重大学先端的外科技術開発学)

[PD4-SP]

特別発言

Kitaro Futami (Matsunaga Hospital)

Sat. Nov 15, 2025

Panel Discussion

■ Sat. Nov 15, 2025 1:30 PM - 3:00 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:30 AM - 6:00 AM UTC  Room 2

[PD5] Panel Discussion 5 Diagnosis and Management of IBD-Associated Neoplasia

司会：小林 清典(松島病院大腸肛門病センター胃腸科), 石原 聰一郎(東京大学腫瘍外科・血管外科)

[PD5-1]

Optimization of Surveillance Strategies Based on Disease Duration in Ulcerative Colitis

Shinya Sugimoto¹, 楠原 亮哉¹, 海江田 祐太¹, 清原 裕貴¹, 村上 宗一郎¹, 吉松 裕介¹, 高林 錠², 岩男 泰³, 三上 洋平¹, 金井 隆典¹ (1.Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, Keio University School of Medicine, 2.慶應義塾大学医学部内視鏡センター, 3.慶應義塾大学予防医療センター)

[PD5-2]

Investigation of Endoscopic Treatment for Neoplastic Lesions Arising from Ulcerative Colitis-Affected Mucosa (Including Prognosis)

Yoriaki Komeda, 吉田 早希, 河野 匠志, 工藤 正俊 (Kindai University, Faculty of Medicine, Department of Gastroenterology and Hepatology)

[PD5-3]

Characteristics of ulcerative colitis-associated neoplasm in surgical specimens

Takahide Shinagawa, 小松 更一, 岡田 聰, 白鳥 広志, 館川 裕一, 原田 有三, 永井 雄三, 横山 雄一郎, 江本 成伸, 室野 浩司, 佐々木 和人, 野澤 宏彰, 石原 聰一郎 (The University of Tokyo, Department of Surgical Oncology)

[PD5-4]

Prognostic impact of preoperative T stage in ulcerative colitis associated cancer patients

Yusuke Mizuuchi¹, 永吉 絹子¹, 中村 雅史¹, 野口 竜剛², 杉原 健一³, 味岡 洋一⁴, 石原 聰一郎² (1. Department of Surgery and Oncology, Kyushu University, 2. 東京大学腫瘍外科, 3. 社団光仁会第一病院, 4. 新潟大学病理診断科)

[PD5-5]

Diagnosis and treatment of Crohn's disease related colorectal neoplasms - Challenges to improving prognosis

Kenichi Takahashi^{1,3}, 羽根田 祥^{1,3}, 白木 学^{2,3}, 木 悠太郎^{2,3}, 成島 陽一⁴, 松村 直樹⁴, 野村 良平⁴, 田中 直樹⁴, 斎藤 匠⁴, 佐藤 錠⁴, 添田 敏寛⁴, 笹川 佳樹⁴, 徳村 弘実⁴ (1. Department of Colorectal Surgery, Tohoku Rosai Hospital, 2. 東北労災病院消化器内科, 3. 東北労災病院炎症性腸疾患センター, 4. 東北労災病院外科)

[PD5-6]

Clinical course of Crohn's disease with cancer (Colon, Small intestine, Fistula and Diverted intestine)

Hirosuke Kuroki¹, 辰巳 健志¹, 後藤 晃紀¹, 小原 尚¹, 中尾 詠一¹, 斎藤 紗由美¹, 荒井 勝彦¹, 木村 英明², 杉田 昭¹, 小金井 一隆¹ (1. Yokohama Municipal Citizen's Hospital, 2. 横浜市大市民総合医療センター炎症性腸疾患センター)

[PD5-7]

Current Status and Issues of Small Bowel Cancer Complicated by Crohn's Disease

Risa Nishio, 新谷 裕美子, 井上 英美, 大城 泰平, 古川 聰美, 岡本 欣也, 山名 哲郎 (JCHO Tokyo Yamate Medical Center)

[PD5-8]

Characteristics of Crohn's disease-related gastrointestinal cancers in the elderly at our hospital

Maria Yonezawa¹, 高鹿 美姫¹, 伊藤 亜由美¹, 谷 公孝², 二木 了², 小川 真平², 中村 真一¹, 山口 茂樹², 中井 陽介¹

(1. Department of Internal Medicine and Gastroenterology, Tokyo Women's Medical University, 2. 東京女子医科大学消化器・一般外科)

Panel Discussion

■ Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC  Room 3

[PD6] Panel Discussion 6 (English Slide) Lateral Lymph Node Dissection for Rectal Cancer: Including Omission

司会：川合 一茂(東京都立駒込病院大腸外科), 上原 圭(日本医科大学消化器外科)

[PD6-1]

The benefit of lateral lymph node dissection for low rectal cancer by the morphology of metastatic lymph node margin

Takeshi Suto, 中島 伸, 本庄 美奈子, 望月 秀太郎, 佐藤 圭佑, 深瀬 正彦, 飯澤 肇 (Department of Gastroenterological Surgery in Yamagata Prefectural Central Hospital)

[PD6-2]

Optimizing Indications for Lateral Lymph Node Dissection in Lower Rectal Cancer: Temporal Treatment Outcomes and Preoperative Prediction Model

Yasuyuki Takamizawa, 田藏 昂平, 永田 洋士, 森谷 弘乃介, 塚本 俊輔, 金光 幸秀 (Colorectal Surgery Division, National Cancer Center Hospital)

[PD6-3]

Omission of prophylactic lateral lymph node dissection for rectal cancer

Mayumi Ozawa¹, 諏訪 雄亮¹, 紫葉 裕介¹, 工藤 孝迪¹, 船津屋 拓人², 田中 宗伸², 酒井 淳², 大矢 浩貴², 前橋 学¹, 藤原 淑恵², 森 康一¹, 沼田 正勝¹, 諏訪 宏和³, 渡邊 純⁴, 遠藤 格¹ (1. Department of Surgery, Gastroenterological Center, Yokohama City University Medical Center, 2. 横浜市立大学消化器・腫瘍外科学, 3. 横須賀共済病院外科, 4. 関西医科大学下部消化管外科学講座)

[PD6-4]

Role of Neoadjuvant Chemotherapy for Advanced Lower Rectal Cancer

Goro Takahashi, 山田 岳史, 上原 圭, 松田 明久, 進士 誠一, 横山 康行, 岩井 拓磨, 宮坂 俊光, 香中 伸太郎, 松井 孝典, 菊池 悠太, 林 光希, 吉田 寛 (Department of Gastroenterological Surgery, Nippon Medical School)

[PD6-5]

Reassessment of Lateral Lymph Node Dissection Criteria with the Introduction of Neoadjuvant Therapy

Kazuki Otani, 塚田 祐一郎, 佐々木 将磨, 山東 雅紀, 長谷川 寛, 池田 公治, 西澤 祐吏, 伊藤 雅昭 (Colorectal Surgery, National Cancer Center Hospital East)

[PD6-6]

Lateral lymph node metastasis in rectal cancer following preoperative chemoradiotherapy: Evaluation of the diagnostic value of lymph node size and PET-CT

Kazuhito Sasaki, 横山 雄一郎, 江本 成伸, 野澤 宏彰, 室野 浩司, 永井 雄三, 原田 有三, 品川 貴秀, 館川 裕一, 岡田 聰, 白鳥 広志, 石原 聰一郎 (Department of Surgical Oncology, The University of Tokyo)

[PD6-7]

Preoperative (chemo-)radiation therapy plus selective lateral dissection for lower advanced rectal cancer

Kosuke Hiramatsu, 戸田 重夫, 柏木 慎平, 高橋 泰宏, 富田 大輔, 呉山 由花, 前田 裕介, 福井 雄大, 花岡 裕, 的場 周一郎, 上野 雅資, 黒柳 洋弥 (Toranomon Hospital)

[PD6-8]

The Criteria for Lateral Lymph Node Dissection in Patients After Total Neoadjuvant Therapy for Advanced Lower Rectal Cancer

Misato Takao, 出嶋 皓, 坂元 慧, 中守 咲子, 加藤 博樹, 中野 大輔, 川合 一茂 (Tokyo Metropolitan Cancer and Infectious Diseases Center Komagome Hospital)

[PD6-9]

Lateral pelvic lymph node dissection after total neoadjuvant therapy in lower rectal cancer with clinically positive nodes

Tatsuki Noguchi¹, 坂本 貴志¹, 松井 信平¹, 向井 俊貴¹, 山口 智弘¹, 河内 洋², 秋吉 高志¹ (1. Department of Colorectal Surgery, Cancer Institute Hospital, Japanese Foundation for Cancer Research, 2. がん研究会有明病院病理部)

Panel Discussion

■ Sat. Nov 15, 2025 10:00 AM - 11:30 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:00 AM - 2:30 AM UTC  Room 3

[PD7] Panel Discussion 7 (English Slide) Stage IV Colorectal Cancer: Strategies for Surgery, Chemotherapy, and Radiation

司会：平田 敬治(産業医科大学第1外科), 植竹 宏之(独立行政法人国立病院機構災害医療センター臨床研究部)

[PD7-1]

Treatment policy and outcomes for stage IV colorectal cancer at our hospital

Masayasu Kawasaki, 魚住 のぞみ, 前田 詠理, 山本 堪介, 奥村 哲, 福田 進太郎, 土橋 洋史, 小川 雅生, 亀山 雅男 (Bell Land General Hospital, Department of Surgery)

[PD7-2]

Prognostic impact of primary tumor resection in unresectable Stage IV colorectal cancer

Akira Dejima, 中野 大輔, 坂元 慧, 中守 咲子, 加藤 博樹, 高雄 美里, 川合 一茂 (Tokyo Metropolitan Cancer and Infectious Diseases Center Komagome Hospital)

[PD7-3]

Predictive factors for early and ultra-early recurrence after R0 resection of liver metastasis from colorectal cancer

Jun Kiuchi, 有田 智洋, 清水 浩紀, 名西 健二, 池下 千彬, 井上 博之, 高畠 和也, 西別府 敬士, 今村 泰輔, 小菅 敏幸, 山本 有祐, 小西 博貴, 森村 玲, 藤原 斎, 塩崎 敦 (Division of Digestive Surgery, Kyoto Prefectural University of Medicine)

[PD7-4]

Retrospective Analysis of Prognostic Factors in Patients Undergoing Pulmonary Metastasectomy for Colorectal Cancer

Gentaro Fukushima, 水谷 久紀, 筋野 博喜, 久保山 侑, 田子 友哉, 笠原 健大, 真崎 純一, 岩崎 謙一, 古賀 寛之, 金沢 景繁, 永川 裕一 (Tokyo Medical University, Department of Gastrointestinal and Pediatric Surgery)

[PD7-5]

Treatment for colorectal cancer patients with two metastatic sites

Hiroshi Nagata, 田藏 昇平, 加藤 岳晴, 高見澤 康之, 森谷 弘乃介, 塚本 俊輔, 金光 幸秀 (Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center Hospital)

[PD7-6]

Indications and Outcomes of Cytoreductive Surgery for Synchronous Colorectal Cancer with Peritoneal Metastasis

Akiyoshi Mizumoto, 高尾 信行, 今神 透, 大江 康光, 松永 隆志, 寒川 玲, 安 炳九, 戸川 剛 (Omi Medical Center, Department of Gastrointestinal Surgery)

[PD7-7]

Updated Overall Survival and Prognostic Factors in the C-cubed Study of Metastatic Colorectal Cancer

Takeshi Nagasaka¹, 岡脇 誠¹, 下川 元継¹², 稲田 涼⁷, 尾嶋 仁⁴, 谷岡 洋亮¹, 能浦 真吾², 進藤 吉明⁶, 濱田 円³, 宗本 義則⁹, 石橋 敬一郎¹¹, 岡島 正純¹⁰, 山口 佳之¹, 山田 岳史⁵, 島田 安博⁸ (1.Clinical Oncology, Kawasaki Medical School Hospital, 2.堺市立総合医療センター消化器外科, 3.関西医科大学附属香里病院, 4.群馬県立がんセンター, 5.日本医科大学消化器外科, 6.中通総合病院消化器外科, 7.高知医療センター外科, 8.高知医療センター腫瘍内科, 9.福井県済生会病院外科, 10.広島市民病院外科, 11.埼玉医科大学総合医療センター消化管外科・一般外科, 12.山口大学大学院医学系研究科医学統計学分野)

[PD7-8]

Dynamic Personalized Treatment Strategy for Stage IV Colorectal Cancer Using cfDNA: Real-Time Monitoring and MRD Assessment

Takuma Iwai¹, 山田 岳史¹, 上原 圭¹, 進士 誠一¹, 松田 明久¹, 横山 康行¹, 高橋 吾郎¹, 宮坂 俊光¹, 香中 伸太郎¹,
Mongkhonsupphawan Aitsariya^{1,2}, 吉田 寛¹ (1.Department of Gastroenterological Surgery, Nippon Medical School,
2.Department of Surgery, Faculty of Medicine Siriraj Hospital)

[PD7-SP]

特別発言

Mitsugu Sekimoto (Minoh City Hospital)

Panel Discussion

■ Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 4

[PD8] Panel Discussion 8 Frontline Proctology in Outpatient Clinics

司会：小村 憲一(小村肛門科医院肛門科), 羽田 丈紀(おなかクリニックおしりセンター)

[PD8-1]

Diagnosis and treatment of rectocele in a clinic with beds

Hideki Yamada¹, 森 俊治², 田中 香織² (1.Yamada Coloproctology Clinic, 2.森外科医院)

[PD8-2]

A Comprehensive Approach to Female Patient Care in a Proctology Clinic: Clinical Practice in Surgery, Colonoscopy, and Hair Removal of the Vulvar, Perineal, and Perianal Regions

Satoka Nasu (Women's Clinic Urawa)

[PD8-3]

Actual day surgery for anorectal diseases at our clinic

Makoto Ohara (OHARA MAKOTO Digestive and Proctological Surgery Clinic)

[PD8-4]

Device of anorectal examination and diagnosis that focus on informed consent

Ken Tarumi¹, 吉田 幸平² (1.Tarumi Coloproctology Clinic, 2.新宿おしりのクリニック)

[PD8-5]

A Role of Proctology Clinic for Community

Atsushi Shirahata (Shirahata Clinic)

[PD8-6]

Improving proctology treatment skills and training young doctors in regional cities

Iwao Seshimo¹, 小泉 健二², 佐々木 宏和³, 加川 隆三郎⁴, 渡邊 賢治⁵, 村山 康利⁶, 小野 朋二郎⁷, 生内 一夫⁸ (1.seshimo Gastrointestinal Proctology Clinic, 2.小泉肛門科・外科医院, 3.京都新町病院, 4.洛和会音羽病院, 5.渡邊医院, 6.むらやまクリニック, 7.大阪中央病院, 8.はえうちクリニック)

[PD8-SP]

特別発言

Tokiko Yamaguchi (Marigold Clinic)

Panel Discussion

■ Sat. Nov 15, 2025 10:00 AM - 11:30 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:00 AM - 2:30 AM UTC  Room 8

[PD9] Panel Discussion 9 Perioperative Management in Colorectal Cancer: From Bowel Prep to Postop Medications

司会：山本 聖一郎(東海大学消化器外科), 須並 英二(杏林大学消化器一般外科)

[PD9-1]

Prophylactic oral antibiotic bowel preparation for colorectal surgery in Japan: Results of a nationwide questionnaire survey

Akihisa Matsuda¹, 丸山 弘², 水内 祐介³, 渡邊 学⁴, 小林 美奈子⁵, 上村 健一郎⁶, 塩見 尚礼⁷, 菅野 仁士⁸, 平井 潤⁹, 横山 康行¹, 高木 剛¹⁰, 本間 重紀¹¹, 松橋 延壽¹², 問山 裕二⁵, 川上 雅代¹³, 宮本 裕士¹⁴, 佐々木 健¹⁵, 石塚 満¹⁶, 吉田 寛¹, 北川 雄光¹⁷ (1. Department of Surgery, Nippon Medical School, 2. 日本医科大学多摩永山病院外科, 3. 九州大学臨床・腫瘍外科, 4. 東邦大学医療センター大橋病院外科, 5. 三重大学消化管・小児外科, 6. 広島大学消化器外科, 7. 長浜赤十字病院外科, 8. 日本医科大学医療管理学, 9. 日本医科大学千葉北総病院感染制御部, 10. 西陣病院外科, 11. 札幌厚生病院外科, 12. 岐阜大学医学部附属病院消化器外科, 13. 大浜第一病院外科, 14. 熊本大学病院消化器外科学, 15. 鹿児島大学病院消化器外科学, 16. 獨協医科大学下部消化管外科, 17. 慶應義塾大学病院消化器外科)

[PD9-2]

Surgical Site Infections in Colorectal Cancer Surgery: A Multicenter Database Analysis of Risk Factors and Outcomes (HiSCO)

Toshiyuki Moriuchi¹, 矢野 琢也¹, 下村 学¹, 奥田 浩¹, 田口 和浩¹, 清水 亘², 吉満 政義³, 池田 聰⁴, 中原 雅浩⁵, 香山 茂平⁶, 小林 弘典⁷, 清水 洋祐⁸, 河内 雅年⁹, 住谷 大輔¹⁰, 向井 正一朗¹¹, 高倉 有二¹², 石崎 康代¹³, 石川 聖¹, 安達 智洋², 大段 秀樹¹ (1. Department of Gastroenterological and Transplant Surgery, Graduate School of Biomedical and Health Sciences, Hiroshima University, 2. 広島市立北部医療センター安佐市民病院, 3. 広島市立広島市民病院, 4. 県立広島病院, 5. JA尾道総合病院, 6. JA広島総合病院, 7. 広島記念病院, 8. 呉医療センター・中国がんセンター, 9. 東広島医療センター, 10. 県立二葉の里病院, 11. 中国労災病院, 12. 中電病院, 13. 広島西医療センター)

[PD9-3]

Association Between Bowel Preparation and Surgical Site Infection in Intracorporeal Anastomosis for Right-Sided Colon Cancer

Naoya Ozawa, 山口 智弘, 佐藤 健太郎, 野口 竜剛, 坂本 貴志, 松井 信平, 向井 俊貴, 秋吉 高志 (Cancer Institute Hospital of Japanese Foundation for Cancer Research)

[PD9-4]

Bowel Preparation in Colorectal Cancer: Trends and Perspectives

Yasuyuki Yokoyama, 山田 岳史, 上原 圭, 松田 明久, 進士 誠一, 高橋 吾郎, 岩井 拓磨, 宮坂 俊光, 香中 伸太郎, 松井 隆典, 林 光希, 菊池 悠太, 吉田 寛 (Department of Gastroenterological Surgery Nippon Medical School)

[PD9-5]

Assessment of Preoperative Strategies for Reducing SSI in Colon Cancer Surgery at Our Institution

Yu Kuboyama, 笠原 健大, 筋野 博喜, 水谷 久紀, 福島 元太郎, 田子 友哉, 真崎 純一, 岩崎 謙一, 古賀 寛之, 金沢 景繁, 永川 裕一 (Tokyo Medical University, Department of Gastrointestinal and Pediatric Surgery)

[PD9-6]

Preoperative stool scale is a risk factor for anastomotic leakage after minimally invasive low anterior resection for rectal cancer

Mitsuyoshi Tei, 玉井 皓己, 大原 信福, 吉川 幸宏, 辻村 直人 (Department of Surgery, Osaka Rosai Hospital)

[PD9-7]

Examinations and management for anastomotic bleeding after colorectal surgery

Hiroaki Nozawa, 江本 成伸, 佐々木 和人, 室野 浩司, 横山 雄一郎, 永井 雄三, 原田 有三, 品川 貴秀, 館川 裕一, 岡田 聰, 白鳥 広志, 石原 聰一郎 (Department of Surgical Oncology, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo)

[PD9-8]

Simple and clinically applicable method for calculating optimal perioperative fluid volume for preventing paralytic ileus in minimally-invasive colorectal resection

Gakushi Kitamura, 木内 純, 有田 智洋, 清水 浩紀, 名西 健二, 倉島 研人, 井上 博之, 高畠 和也, 西別府 敬士, 久保 秀正, 今村 泰輔, 小菅 敏幸, 山本 有祐, 小西 博貴, 森村 玲, 藤原 斎, 塩崎 敦 (Kyoto Prefectural University of Medicine, Department of Digestive Surgery)

[PD9-SP]

特別発言

Kazuhiro Sakamoto (Koshigaya Municipal Hospital)

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 10:00 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:00 AM - 2:40 AM UTC Room 3

[PD1] Panel Discussion 1 (English Slide) Fecal Incontinence: Current Practice, Advances, and Challenges

司会：味村 俊樹(自治医科大学消化器一般移植外科), 神山 剛一(医療法人社団俊和会寺田病院外科・胃腸科・肛門科)

[PD1-1]

The Japan Society of Coloproctology Practice Guidelines for Fecal Incontinence 2024 (Revised Second Edition)

Keiji Koda¹, 味村 俊樹², 山名 哲郎³, 石塚 満⁴, 高橋 知子⁵, 高野 正太⁶, 安部 達也⁷, 西澤 祐吏⁸, 勝野 秀穂⁹, 佐藤 正美¹⁰, 西村 かおる¹¹, 吉田 雅博¹², 前田 耕太郎¹³ (1.Teikyo University Chiba Medical Center, 2.自治医科大学附属病院, 3.JCHO東京山手メディカルセンター, 4.獨協医科大学病院, 5.医療法人鉄蕉会亀田総合病院, 6.大腸肛門病センター高野病院, 7.医療法人健康会くにもと病院, 8.国立がん研究センター東病院, 9.藤田医科大学岡崎医療センター, 10.東京慈恵会医科大学医学部看護学科, 11.コンチネンスジャパン株式会社, 12.国際医療福祉大学市川病院, 13.向日葵清心会青梅今井病院)

[PD1-2]

Is a physiological investigation of the anorectum useful for predicting the severity of fecal incontinence?

Masayuki Ishii, 野明 俊裕, 石橋 英樹, 鈴木 麻未, 榊原 優香, 長田 和義, 白水 良征, 荒木 靖三 (Kurume Coloproctology Center)

[PD1-3]

Improvement effect of the business efficiency in the fecal incontinence medical treatment by the graded task shift of the anorectal functional examination

Raita Yano, 柴田 浩輔, 白川 賢司, 倉岡 憲正, 小林 弘典, 坂下 吉弘, 石田 裕, 宮本 勝也 (Department of Surgery, Hiroshima Memorial Hospital)

[PD1-4]

A prospective study of changes in anal sphincter function and anal incontinence before and after delivery in normal pregnant women

Yusuke Ohara¹, 大原 玲奈², 榎本 剛史¹, 古屋 欽司¹, 大和田 洋平¹, 小畠 真奈², 濱田 洋実², 小田 竜也¹ (1.GI & HBP surgery, University of Tsukuba, 2.筑波大学産婦人科)

[PD1-5]

Use of a Bidet Toilet to Clean the Anus may Cause Fecal Incontinence

Akira Tsunoda (Awa Regional Medical Center, Department of Surgery)

[PD1-6]

Current status and issues of fecal incontinence treatment at our hospital, especially the treatment results of sacral neuromodulation.

Ryo Okamoto^{1,2,3}, 松木 豪志^{1,2}, 一瀬 規子^{1,2}, 古出 隆大¹, 中島 善隆¹, 仲本 嘉彦¹, 柳 秀憲¹ (1.Meiwa Hospital, 2.医療法人信和会明和病院外科, 3.公益社団法人京都保健会京都民医連中央病院)

[PD1-7]

Short-term and long-term prognosis of sacral neuromodulation (SNM) for faecal incontinence

Tetsuhiro Tsuruma, 西館 敏彦, 田山 慶子, 石村 陸, 平田 公一 (Department of Surgery, JR Sapporo Hospital)

[PD1-SP]

特別発言

Kotaro Maeda (Oume Imai Hospital)

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 10:00 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:00 AM - 2:40 AM UTC Room 3

[PD1] Panel Discussion 1 (English Slide) Fecal Incontinence: Current Practice, Advances, and Challenges

司会：味村 俊樹(自治医科大学消化器一般移植外科), 神山 剛一(医療法人社団俊和会寺田病院外科・胃腸科・肛門科)

[PD1-1] The Japan Society of Coloproctology Practice Guidelines for Fecal Incontinence 2024 (Revised Second Edition)

Keiji Koda¹, 味村 俊樹², 山名 哲郎³, 石塚 満⁴, 高橋 知子⁵, 高野 正太⁶, 安部 達也⁷, 西澤 祐吏⁸, 勝野 秀穂⁹, 佐藤 正美¹⁰, 西村 かおる¹¹, 吉田 雅博¹², 前田 耕太郎¹³ (1.Teikyo University Chiba Medical Center, 2.自治医科大学附属病院, 3.JCHO東京山手メディカルセンター, 4.獨協医科大学病院, 5.医療法人鉄蕉会亀田総合病院, 6.大腸肛門病センター高野病院, 7.医療法人健康会くにもと病院, 8.国立がん研究センター東病院, 9.藤田医科大学岡崎医療センター, 10.東京慈恵会医科大学医学部看護学科, 11.コンチネンスジャパン株式会社, 12.国際医療福祉大学市川病院, 13.向日葵清心会青梅今井病院)

第1版から7年ぶりに第2版が出版された。3年の年月をかけて完成した第2版の特徴について発表する。

本ガイドラインではまず診療アルゴリズムを設け、大まかな診療手順を示した。保存的治療のなかで臨床研究枠内として挿入型肛門・膀胱失禁装具が追加された。I章ではB有症率に関し、平均35歳の本邦の集団では肛門失禁が男性15.5%、女性42.7%と追記された。II章ではアセスメントとして排便日誌の有用性に初めて言及した。診察法では指診の評価方法について詳述した。失禁関連皮膚炎を新たに加え、リスクと評価法を解説した。検査法IIIでは、従来に加え超音波検査で肛門管超音波、経会陰、経膣超音波検査に分け初めて詳述した。治療IVでは初期保存的治療として食事、排便指導、便失禁のケアについて項目を立てて解説した。薬物治療についても個々に項目を立てて説明した。骨盤底筋訓練、バイオフィードバック療法、経肛門的洗腸療法は「専門的保存的治療」として項目を分けて詳述した。外科治療の中で、CQとしてはじめて出産後の専門施設への相談時期につき、括約筋損傷がある場合には早期に、ない場合には1年様子をみてからが良いことが説明された。また出産時に括約筋損傷があった場合の次の出産方法についても、その後の排便状況を評価して考察するというCQを追加した。外科治療としてのストーマ造設は、最終手段の一つとして今回はその後のQOLを含めて詳述した。さらに特殊な外科治療として、初めて肛門括約筋再生療法をとりあげ、自己筋芽細胞を培養し外肛門括約筋に移植する試験でよい長期成績があると紹介された。最終章Vでは、特殊な病態として神経・骨髄障害、認知症、フレイル、寝たきり高齢者にみられる便失禁の病態と治療が詳しく解説された。

今回の改訂では、エビデンスレベルの高い論文や報告が必ずしも多くない便失禁診療について、診療経験の深い委員の間での突っ込んだ話し合いに時間をかけたが、各分野において明らかな点やそうでない点、また検査法、治療有効性についての現時点での評価など詳しく記載がなされており、今後の便失禁診療のよい手引きとなることと確信している。

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 10:00 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:00 AM - 2:40 AM UTC Room 3

[PD1] Panel Discussion 1 (English Slide) Fecal Incontinence: Current Practice, Advances, and Challenges

司会：味村 俊樹(自治医科大学消化器一般移植外科), 神山 剛一(医療法人社団俊和会寺田病院外科・胃腸科・肛門科)

[PD1-2] Is a physiological investigation of the anorectum useful for predicting the severity of fecal incontinence?

Masayuki Ishii, 野明 俊裕, 石橋 英樹, 鈴木 麻未, 榊原 優香, 長田 和義, 白水 良征, 荒木 靖三 (Kurume Coloproctology Center)

便失禁の原因は様々であり、直腸肛門機能の様々な因子が関与して発症する病態である。直腸肛門生理機能検査はどのような因子が便失禁を起こしているかを調べるために有用であるとされている。便失禁の重症度を直腸肛門生理機能検査を用いて推測することが可能であるかを検討したので報告する。

対象は2023年3月から2024年12月の間に当院へ便失禁を主訴に来院した104例。初診時に行われたマノメトリーを中心とした直腸肛門機能検査（機能的肛門管長、最大静止圧、最大随意収縮圧、直腸肛門抑制反射、便意発現最少量、奇異性収縮の有無）を用いて、同時に行われた Cleveland Clinic Florida Fecal Incontinence スコア (CCFIS) の点数を予測できるかを重回帰分析で検討を行った。

男性は44名、女性60名。年齢（中央値）は73歳（11～89）。CCFIS（中央値）は10点（0～20）。重回帰分析を用いた解析では、直腸肛門機能検査結果がCCFISの値に影響を与える可能性は低いことがわかった（寄与率（R²値）は0.19）。直腸肛門機能検査の6つの項目の中で一番CCFISの値に影響を与える因子は直腸肛門抑制反射の有無であった。

直腸肛門機能検査の結果と実際のCCFISの値との関連は少なかった。CCFISで示される便失禁の重症度を直腸肛門機能検査から推察することは難しいと思われる。

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 10:00 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:00 AM - 2:40 AM UTC Room 3

[PD1] Panel Discussion 1 (English Slide) Fecal Incontinence: Current Practice, Advances, and Challenges

司会：味村 俊樹(自治医科大学消化器一般移植外科), 神山 剛一(医療法人社団俊和会寺田病院外科・胃腸科・肛門科)

[PD1-3] Improvement effect of the business efficiency in the fecal incontinence medical treatment by the graded task shift of the anorectal functional examination

Raita Yano, 柴田 浩輔, 白川 賢司, 倉岡 憲正, 小林 弘典, 坂下 吉弘, 石田 裕, 宮本 勝也 (Department of Surgery, Hiroshima Memorial Hospital)

【背景】便失禁診療ガイドライン改訂第2版が発刊されるなど便失禁診療は着実に進化しているが、専門的に診療できる医療機関が増えるためには課題もある。一つに、医師が情熱を注ぐほど診療の質は上がるが時間が長くなり、診療単価が下がるという課題が挙げられる。2021年10月、臨床検査技師（以下「技師」）により実施可能な検査に直腸肛門機能検査が追加された。当院では、同検査が徐々に増えてきており、2024年度にタスクシフトに取り組むことになった。

【目的】直腸肛門機能検査のタスクシフトについて、段階的に進めた過程と、業務効率の改善効果について報告する。

【方法】技師に対し、事前アンケートを行って不安や疑問の抽出を行った。臨床現場では、①医師が実施し技師が補助、②技師が実施し医師が補助、③医師不在で技師のみで実施、と三段階でタスクシフトを行なった。①の期間には、模型を用いた挿入訓練や勉強会を3回行った。業務効率の評価として、検査件数、診察患者数、検査以外の患者も含めた排便機能外来全体の患者一人当たりの診療時間（外来業務時間／患者数で算出）について、タスクシフト前後で比較した。

【結果】事前アンケートでは、カテーテル挿入手技と検査中のトラブルに関する不安が多く、特にバルーンを用いた直腸感覚検査についての不安が強かった。当面、直腸感覚検査は医師が実施する方針として、直腸肛門内圧測定については三段階でスムーズにタスクシフトできた。タスクシフト前後の各半年間における、検査数は37件vs52件、診察患者数は69人vs120人、患者一人当たりの平均診療時間は63分vs42分であった。

【考察】タスクシフトにより、期待通り業務効率は改善した。事前アンケートで抽出された不安の多くは、肛門への異物挿入の経験がないことに起因していた。段階的に経験を積める環境を整えることで、安心感を持ってタスクシフトが遂行できたと考える。

【結語】便失禁診療の普及のためには、業務効率の改善が必須であり、そのためには関係職種が安心して受容できる形でタスクシフトを推進していく必要がある。

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 10:00 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:00 AM - 2:40 AM UTC Room 3

[PD1] Panel Discussion 1 (English Slide) Fecal Incontinence: Current Practice, Advances, and Challenges

司会：味村 俊樹(自治医科大学消化器一般移植外科), 神山 剛一(医療法人社団俊和会寺田病院外科・胃腸科・肛門科)

[PD1-4] A prospective study of changes in anal sphincter function and anal incontinence before and after delivery in normal pregnant womenYusuke Ohara¹, 大原 玲奈², 榎本 剛史¹, 古屋 欽司¹, 大和田 洋平¹, 小畠 真奈², 濱田 洋実², 小田 竜也¹ (1.GI & HBP surgery, University of Tsukuba, 2.筑波大学産婦人科)

【背景】妊娠、分娩は肛門失禁の原因の1つとされている。分娩後の肛門失禁は重度の会陰裂傷や陰部神経障害等によって生じると考えられており、リスク因子として分娩回数、初回経腔分娩、鉗子分娩、胎児の大きさ等が指摘されている。しかし症状の性質上、積極的な受診行動に至ることが少ないと予想され、正確な有病率を知ることが難しい。海外では分娩後の肛門失禁に関する疫学的研究や、症状改善のための介入研究が複数なされているが、本邦では肛門失禁を呈する患者の後ろ向きの調査があるものの、大規模な前向きな疫学調査を行った報告はない。

【方法】分娩後の肛門失禁について網羅的な調査と解析を行う。分娩前（妊娠18週）、分娩1週後、分娩1か月後における肛門失禁の有無をCCFISにて評価し、肛門括約筋機能をマノメトリーにて計測した。分娩前後で肛門機能の各パラメータがどのように変化するかを評価した。

【結果】34名の妊婦が本研究に参加した。最大静止圧は、分娩前121mmHg、分娩1週後102mmHg、分娩1か月後117mmHgであった。最大随意収縮圧は分娩前261mmHg、分娩1週後198mmHg、分娩1か月後243mmHgであった。最大静止圧、最大随意収縮圧とともに、分娩前と分娩1週後において有意な低下を認めた。一方で分娩1か月後には自然に回復していることが観察された。CCFISに関しては、肛門失禁の自覚症状について分娩前後で有意な差は認めなかった。

【考察】妊婦は分娩1週後に肛門括約筋の機能が低下し、1か月後には回復することが、マノメトリーによって客観的に明らかにすることができた。一方でマノメトリーの測定値が低下しても肛門失禁を生じるとは限らないことがわかった。分娩後の一時的な括約筋機能の低下と回復の過程を明らかにすることことができ、妊産婦、褥婦の診療において有用な指針を得ることができた。

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 10:00 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:00 AM - 2:40 AM UTC Room 3

[PD1] Panel Discussion 1 (English Slide) Fecal Incontinence: Current Practice, Advances, and Challenges

司会：味村 俊樹(自治医科大学消化器一般移植外科), 神山 剛一(医療法人社団俊和会寺田病院外科・胃腸科・肛門科)

[PD1-5] Use of a Bidet Toilet to Clean the Anus may Cause Fecal Incontinence

Akira Tsunoda (Awa Regional Medical Center, Department of Surgery)

背景：温水洗浄便座（BT）の家庭における普及率は80%を超えており、BTの使用方法と肛門症状の関係を調査したところ、6%（156/2,534）の人が月に1回以上便失禁（FI）を経験していた（Tsunoda A. Environ Health Prev Med 2016）。

目的：BTによる洗浄とFIの関係をみる。

方法：FI例でBTの洗浄方法について洗浄の頻度、洗浄の強さ、吐水の太さ、洗浄時間を2-4ポイントで段階付けした。患者は再診まで洗浄の中止を指導した。FIはFI Severity Index (FISI) で評価し、follow-up の FISI score が baseline の 1/2以下で実質的改善(SI)とした。患者に排便造影、生理学的検査を勧めた。データは中央値（範囲）で示す。

結果：FIを呈した85例（M/F:28/57）の年齢は75歳（37-92）で、FISI scoreは18（8-49）であった。洗浄の頻度、洗浄の強さ、吐水の太さ、洗浄時間、FISI scoreはおのおの有意な性差は認められなかった。baselineの排便頻度は8回/週（2-35）（n=78），便性状はブリストルスケールでタイプ1, 2, 3, 4, 5, 6, 7はおのおの1, 4, 5, 17, 36, 13, 0例（n=76），下剤の使用は塩類下剤10例、刺激性下剤4例、上皮機能変容薬3例、膨脹性下剤1例、マクロゴール4例、使用なし53例（n=75）であった。生理学的検査は81例中50例（62%）に行われた。安静時肛門内圧が40cmH2O未満、随意収縮圧が100cmH2O未満の比較的低圧の症例は、おのおの15例（30%），9例（18%）であった。排便造影は46例（57%）に行われ、直腸肛門重積または直腸瘤26例、機能性便排出障害が4例認められた。再診例は81例（95%）で、洗浄中止期間は4週（2-20週）であった。FISI scoreはbaselineよりfollow-upで減少し [18 (8-49) vs. 12 (0-43) ; p<0.0001]，SIは46%（37/81）であった。follow-upでは38%（31/81）でFIが消失した。SIは随意収縮圧と、baselineのFISI scoreは洗浄の頻度と正の相関を示した。一方、SIの有無と併存疾患と既往歴の有無の間には有意な関係はなかった。排便造影所見の有無でも同様の結果であった。

結論：BTによる洗浄はFIの要因であることが示唆された。

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 10:00 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:00 AM - 2:40 AM UTC Room 3

[PD1] Panel Discussion 1 (English Slide) Fecal Incontinence: Current Practice, Advances, and Challenges

司会：味村 俊樹(自治医科大学消化器一般移植外科), 神山 剛一(医療法人社団俊和会寺田病院外科・胃腸科・肛門科)

[PD1-6] Current status and issues of fecal incontinence treatment at our hospital, especially the treatment results of sacral neuromodulation.

Ryo Okamoto^{1,2,3}, 松木 豪志^{1,2}, 一瀬 規子^{1,2}, 古出 隆大¹, 中島 善隆¹, 仲本 嘉彦¹, 柳 秀憲¹ (1. Meiya Hospital, 2. 医療法人信和会明和病院外科, 3. 公益社団法人京都保健会京都民医連中央病院)

【はじめに】本邦では500万人以上の便失禁患者がいるとされるが、一方でその4分の3が受診をしていないとされている。当院は2015年から排便機能外来を開設しており、広く排便に纏わるお困り事を受け入れるよう心がけている。便失禁については近隣開業医師への治療法についての案内や地域無料コミュニティ新聞への投稿などを通して地域住民への案内も積極的に行い治療により改善の可能性のある病態である事をアピールしている。結果当外来の40%程度が便失禁を主訴に来院されている。今回当院の便失禁診療の現状、特に仙骨神経刺激療法SNMの成績と課題について報告する。

【対象と方法】診療はまず併存疾患の確認を含めた詳細な問診に加え、直腸肛門内圧検査や排便造影検査、動的骨盤MRIなどを行い病因の精査と患者への病態の見える化に努める。治療は初期段階で薬物療法や運動療法について70%程度の改善率と共に伝え、更に仙骨神経刺激療法SNMも含めた手術治療、また再生医療の可能性についても言及している。その後ほぼ全例に薬物治療を行い、60%以上の症例で3ヶ月程度の骨盤底筋群体操をバイオフィードバック療法外来にて行っている。無効例に於いてはSNMを提案し、2015年の初例から現在まで63例を実施してきた。

【結果】年齢中央値は68歳で、男女比は1対1、1例のみ先行して肛門括約筋形成術を行っている。45%が後期高齢者であり術前に認知機能検査や介護家族の負担度の評価なども行い適応を判断している。9割以上が漏出性で原因疾患内訳では特発性が4割と最も多く、ついでLARS、直腸脱術後、脊椎疾患術後、潰瘍性大腸炎術後となっている。63例中62例に対して留置を行い、経過中感染症で7例、疼痛で1例が抜去となった。周術期に大きな合併症は認めず、半年後の評価では77.5%の症例で失禁が半分以下に改善し、21.0%で完全禁制が得られていた。

【考察と結語】便失禁に対するSNMは高齢者を含め安全に行え治療効果も良好であり、保存的治療が無効であった症例の有力な治療法となり得ると考えられた。一方病納期間中央値はまだ3年超となっており、より早期の治療に結びつける工夫が必要と考えられた。

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 10:00 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:00 AM - 2:40 AM UTC Room 3

[PD1] Panel Discussion 1 (English Slide) Fecal Incontinence: Current Practice, Advances, and Challenges

司会：味村 俊樹(自治医科大学消化器一般移植外科), 神山 剛一(医療法人社団俊和会寺田病院外科・胃腸科・肛門科)

[PD1-7] Short-term and long-term prognosis of sacral neuromodulation (SNM) for faecal incontinence

Tetsuhiro Tsuruma, 西館 敏彦, 田山 慶子, 石村 陸, 平田 公一 (Department of Surgery, JR Sapporo Hospital)

(はじめに) 便失禁に対するSNMは本邦では2014年4月に保険収載され、それ以降実臨床で施行されている。骨盤底機能障害全体では、全世界で約34.5万例(2021年4月時点)にSNMが施行されている。それに伴い、欧米での便失禁に対するSNMの短期および長期的成績の報告が増えている。 (目的) 当施設でも2014年12月から便失禁に対するSNMを開始し、2025年3月までに80例にリード植え込み術を施行。当科での短期および長期成績を検討し諸外国からの報告と比較検討する。 (方法) SNMの手術は2段階に分かれている。1回目の手術で刺激リードをS3神経近傍に留置。その後、約2週間の試験刺激期間後、2回目の手術で神経刺激装置を植込むか、あるいは、リード抜去し手術前の状態に戻す。神経刺激装置植込み後は、約3か月毎に刺激装置～リードの状況の確認と便失禁の状況をfollowする。 (結果) 80例 (男/女 : 55/25人、平均年齢66.8歳) にリード植込み術を施行し、約2週間の試験刺激後、SNM無効と判断した5例と試験刺激中に感染を生じた1例、計6例でリード抜去術を施行。残り74例に神経刺激装置を植込んだ。その後、効果無効や患者希望によりリード抜去した症例や高齢化に伴う施設入所等によるfollow-up中断例を除外し、リード留置1年後に評価した症例は62例、5年後に評価した症例は32例であった。SNM施行以前と比較し便失禁回数が50%以上減少した症例を有効例、便失禁がゼロになった症例を寛解例とすると、1年後の評価では有効例52例(83.9%)でそのうち寛解例18例(29.0%)であった。5年後の評価では有効例25例(78.1%)でそのうち寛解例8例(25%)であった。 (考察) 米国の臨床試験では、刺激装置が埋め込まれた120例のうち1年後に評価できた106例での有効例は88例(83%)で、43例(41%)では寛解が得られた(Ann Surg 2010; 251: 441-449)。当科でのSNM成績は他国からの報告同様、短期的にも長期的にも良好であった。とりわけ、1年後の有効率は欧米の臨床試験結果とほぼ同等であった。

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 7

[PD2] Panel Discussion 2 The Challenges of Anal Fissure Management: Diagnosis, Treatment, and Postop Care

司会：八子 直樹(医療法人桜樹会八子医院外科, 肛門科), 錦織 直人(一路会錦織病院外科)

[PD2-1]

Outcome of manual anal dilatation for anal fissures

Gentaro Ishiyama, 秋月 恵美, 鈴木 崇史, 佐藤 紗, 西尾 昭彦, 石山 勇司 (Sapporo Ishiyama Hospital)

[PD2-2]

Treatment for anal fissure in our hospital -Outcomes of day surgery for anal fissure-

Ken Tarumi¹, 吉田 幸平² (1.Tarumi Coloproctology Clinic, 2.新宿おしりのクリニック)

[PD2-3]

V-Y Graft using plastic surgical technique for anal stenosis

Toshiharu Mori¹, 田中 香織¹, 山田 英貴² (1.Mori Surgical Clinic, 2.山田外科内科)

[PD2-4]

Evaluation of the surgical technique and treatment outcomes of SSG for anal fissure and anal stenosis

Naoto Nishigori¹, 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.Nishigori Hospital, 2.国保中央病院外科)

[PD2-5]

Comprehensive Strategies for Anal Fissure Treatment at Tokorozawa Proctology Hospital

Akase Takayoshi, 栗原 浩幸, 藤井 順孝, 森山 穂高, 塚原 勇, 金井 忠男 (Tokorozawa Proctology Hospital)

[PD2-6]

Indication and choice of surgical treatment for chronic anal fissure and anal stricture

Daisuke Okada, 佐原 力三郎 (Proctology Center, Makita General Hospital)

[PD2-7]

Treatment for anal fissures and anal stenosis

Kosuke Okamoto, 紅谷 鮎美, 河野 洋一, 佐井 佳世, 米本 昇平, 酒井 悠, 松島 小百合, 鈴木 佳透, 小菅 紹子, 松村 奈緒美, 下島 裕寛, 宋 江楓, 國場 幸均, 宮島 伸宜, 黒水 丈次, 松島 誠 (Matsushima Hospital Coloproctology Center)

[PD2-SP]

特別発言

Toru Saito (HAKUHOKAI Osaka Central Hospital)

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 7

[PD2] Panel Discussion 2 The Challenges of Anal Fissure Management: Diagnosis, Treatment, and Postop Care

司会：八子 直樹(医療法人桜樹会八子医院外科, 肛門科), 錦織 直人(一路会錦織病院外科)

[PD2-1] Outcome of manual anal dilatation for anal fissures

Gentaro Ishiyama, 秋月 恵美, 鈴木 崇史, 佐藤 紗, 西尾 昭彦, 石山 勇司 (Sapporo Ishiyama Hospital)

【はじめに】用手肛門拡張術 (Anal Dilation : AD) は非観血的治療法であり、外来で簡単に施行可能であることから、当院では難治性裂肛治療の第一選択としている。今回、慢性裂肛に対するADの当院における治療成績について報告する。【対象と方法】2021年1月～2023年3月までの期間に当院でADを施行した慢性裂肛症例の97例を対象とした。手術適応は、保存的治療で効果を示さない肛門狭窄を伴う慢性裂肛とした。ただし、示指の挿入が困難であるような肛門上皮レベルの高度な狭窄を伴う症例は適応から外した。麻酔は全例で仙骨硬膜外麻酔を用いた。ADは左右の示指を肛門内に挿入し、線維化をおこした内括約筋の筋繊維を愛護的にストレッチするようにして拡張する方法で行った。【結果】97例の平均年齢は45.8歳 (22-80)、男女比48:49で、ほぼ男女同数であった。病歴期間中央値は24ヶ月 (1～240ヶ月) であった。裂肛部位は後方39例 (40.2%)、前方15例 (15.5%)、前後14例 (14.4%)、側方3例 (3.1%)、多発26例 (26.8%) であった。全体の約半数である49例 (50.5%) で皮垂や肛門ポリープなどの付随病変の切除を併施した。AD施行前後の肛門径の平均は、術前18.1±3.39mm、術後25.7±2.79mmと有意な改善を認めた。肛門管最大静止圧は術前72.7±18.6mmHgであったが、術後64.0±19.7と有意に改善した。術直後に施行したラジアル型肛門エコー検査では71例 (93.4%) に異常所見を認めなかった。5例 (6.6%) でわずかにlow echo部分を認めたが、肉眼的・臨床的に血種の形成や括約筋の断裂などの合併症は認めず、便失禁の症状を訴えた症例は無かった。術前の症状が軽快～消失を再発なしと定義した場合、Kaplan-Meier法を用いた累積無再発率は術後1年経過時点で83.7%であり（観察期間中央値6ヶ月）、比較的良好な結果が得られた。【結語】慢性裂肛に対するADは簡便で安全な治療法であり、治療成績も比較的良好と考えられた。

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 7

[PD2] Panel Discussion 2 The Challenges of Anal Fissure Management: Diagnosis, Treatment, and Postop Care

司会：八子 直樹(医療法人桜樹会八子医院外科, 肛門科), 錦織 直人(一路会錦織病院外科)

[PD2-2] Treatment for anal fissure in our hospital -Outcomes of day surgery for anal fissure-Ken Tarumi¹, 吉田 幸平² (1.Tarumi Coloproctology Clinic, 2.新宿おしりのクリニック)

【はじめに】裂肛の病態は肛門上皮の裂創なので、治療の基本は原因となっている便秘下痢の改善と外用薬による保存的治療である。しかし保存的治療では効果がなかつたり頻回に繰り返したりする場合は手術適応となる。裂肛に対する手術の目的は肛門の過緊張状態の改善や狭窄を解除することである。当施設は無床クリニックであるため裂肛に対する手術は侵襲の少ない用手的に行う肛門拡張術 (anal dilation: AD) を第一選択としてきた。ADは急性期の裂肛の過緊張にも非常に有効である。しかしADでは症状が改善しなかつたり再発したりする症例も多く、そのような症例には皮膚弁移動術 (sliding skin graft: SSG) を行っている。また狭窄の原因が肛門上皮の瘢痕だったり狭窄が強度な症例は最初からSSGを選択している。今回ADを行った症例とSSGを行った症例の成績を比較検討し報告する。

【対象と方法】2019年4月～2024年3月の5年間に裂肛に対する手術を施行した症例は296例だった。そのうちADを選択した症例 (AD群) は198例、SSGを選択した症例 (SSG群) は98例だった。なお、ADは術式の標準化のためヘリオサージカル社の肛門ブジーを用いて内径のサイズを2倍にするのを目処にした。

【結果】術後成績であるがAD群では完治した症例 (術後に症状が完全に消失し外用薬を使用していない症例) は121例 (有効率61.1%) だった。残りの効果のなった77例 (38.9%) のうち38例はそのまま外用薬などの保存的治療で経過をみており、22例は再度ADを施行し、残りの17例はSSGを施行した。AD群では術後の合併症はなかった。SSG群では完治した症例は97例 (有効率99.0%) であり、1例のみ排便痛が継続しており外用薬で経過観察となっている。術後の合併症であるが術当日の創辺縁からの出血が1例 (1.0%) 、soilingを3例 (3.1%) 認めたが、排便のコントロールで症状は改善した。

【結語】保存的治療で改善しない裂肛に対する外科的治療としてADは侵襲が少なく術後合併症もないため、第一選択として適している術式と思われた。ただADの有効率は低いので症例によっては効果の確実なSSGを選択すべきと思われた。

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC **Room 7**

**[PD2] Panel Discussion 2 The Challenges of Anal Fissure Management:
Diagnosis, Treatment, and Postop Care**

司会：八子 直樹(医療法人桜樹会八子医院外科, 肛門科), 錦織 直人(一路会錦織病院外科)

[PD2-3] V-Y Graft using plastic surgical technique for anal stenosis

Toshiharu Mori¹, 田中 香織¹, 山田 英貴² (1.Mori Surgical Clinic, 2.山田外科内科)

【はじめに】 裂肛は肛門上皮の裂創で慢性化して肛門上皮が瘢痕化すると高度の肛門狭窄となる場合がある。全周性肛門狭窄に対する治療には手術しかなく、Sliding Skin Graft (SSG) やV-Y Graft (VYG) といった形成外科的アプローチを有する手技が必要になる。肛門科領域で行われるSSGではgraftの皮切は真皮がわずかに残る程度が良しとされ、そのgraftもなるべく小さめにしようとする傾向が強い。本来graftは血流確保のため極力大きめにすることが基本とされる。また、graftがslidingするためには真皮を完全に切離する必要があり、さらに十分にslidingさせるには肛門括約筋の筋膜まで切離を加える必要がある。従来のSSGでは直腸粘膜皮膚縫合部が部分的なホワイトヘッド肛門の形となるため、力みなどにより将来的に縫合部が下垂して直腸粘膜脱を来す恐れがある。VYGでは縫合したYの脚部分がgraft部分を支えるような形になり、直腸粘膜皮膚縫合部が下垂せず直腸粘膜脱となるのを防ぐことができる。現在当院では全周性肛門狭窄に対する肛門拡張術にはVYGを第一選択としている。

【手術】 肛門6時の瘢痕狭窄部の肛門上皮を切開して皮下の瘢痕組織や硬化した肛門括約筋を可及的に切除し二横指まで肛門を拡張したのち直腸粘膜と肛門上皮を縫合する。同部外側の肛門周囲皮膚に可能な限り大きめのV字切開を加えてgraftを作り、肛門括約筋筋膜まで切離してY字型に縫合閉鎖しgraftを肛門管内へslidingさせる。

【手術成績】 2019年8月より2025年1月までに慢性裂肛による肛門狭窄でVYGを10例に行った。全例で狭窄は解除でき、肛門の変形や瘢痕を形成した症例はなかった。1例で皮膚縫合部の嚢胞を認めたが二次的に治癒した。

【まとめ】 形成外科的なアプローチで行うVYGは術後合併症が少なく、長期的な合併症防止にも有用な術式であると考えている。

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 7

[PD2] Panel Discussion 2 The Challenges of Anal Fissure Management: Diagnosis, Treatment, and Postop Care

司会：八子 直樹(医療法人桜樹会八子医院外科, 肛門科), 錦織 直人(一路会錦織病院外科)

[PD2-4] Evaluation of the surgical technique and treatment outcomes of SSG for anal fissure and anal stenosis

Naoto Nishigori¹, 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.Nishigori Hospital, 2.国保中央病院外科)

【はじめに】当院では難治性裂肛・肛門狭窄症例に対しSSGによる根治手術を行なっており、その手術手技と術後成績を報告する。【手術適応と手術手技】肛門狭窄は絶対適応、難治性裂肛や肛門ポリープ等の付随性病変合併例を相対適応としている。肛門内圧検査による術前の肛門括約筋機能評価を行う。腰椎麻酔下に肛門径測定ゲージによる肛門径測定をした後に手術を開始する。SSGは通常1ヶ所であるが拡張の程度により2ヶ所施行する。拡張の指標は肛門周囲径80mmとするが、過剰な括約筋切除にならないよう注意する。肛門縁皮膚と粘膜の縫合は吸収糸で5針程度行ない、縫合部より1cm弱外側の皮膚切開を行い、皮膚をslidingさせる。肛門径の測定を行ない、手術を終了する。【成績】2017年1月から2024年12月の裂肛初診患者数は3854人で、うち311例に根治術を施行し(手術率8.1%)、SSGは294例に行なった。術後出血は0%、難治創が2例、皮垂形成で切除が2例、肛門周囲膿瘍が1例、再発は5例であった。術後便失禁を12例に認め、内9例は術前より便失禁があった。術前の肛門径の中央値は52mm(10-81mm)、術後の中央値は80mm(71-89mm)であった。術前後に肛門内圧検査を行った症例は138例で、術前最大静止圧(以下MRP)の中央値は63.7mmHg(28.4-132.1 mmHg)であったが、85mmHg以上の異常高値例が32例、45mmHg以下の低下例が13例と症例間の格差が大きかった。また術後MRP中央値は51.5mmHg(16.0-91.6mmHg)であったが、40mmHg未満の症例を21例認めた。術前の肛門機能評価は術中の括約筋切除量の指標としており、MRP低値例では便失禁のリスクを考慮し、括約筋切除量を最低限に止めるように心がけている。また術前後の症状評価では「痛みなし」との回答が術後2ヵ月で79%、3ヵ月で95%、「排便が出しやすい」が術後2ヵ月で92%、3ヵ月で99%であった。【まとめ】当院におけるSSGの術後成績は客観的指標と術後患者調査からも妥当な結果であった。

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 7

[PD2] Panel Discussion 2 The Challenges of Anal Fissure Management: Diagnosis, Treatment, and Postop Care

司会：八子 直樹(医療法人桜樹会八子医院外科, 肛門科), 錦織 直人(一路会錦織病院外科)

[PD2-5] Comprehensive Strategies for Anal Fissure Treatment at Tokorozawa Proctology Hospital

Akase Takayoshi, 栗原 浩幸, 藤井 順孝, 森山 穂高, 塚原 勇, 金井 忠男 (Tokorozawa Proctology Hospital)

【はじめに】裂肛治療の原則は薬物療法による保存的治療であるが、狭窄、慢性裂肛の三徴(肛門潰瘍、肛門ポリープ、skin tag)を有するなどの保存的治療では軽快しない症例に対して侵襲的治療が行われる。当院の手術療法は従来のSSG法（縦切り横縫い十減張切開）、小さいSSG法（内括約筋切開部位を小皮弁で覆う）とPIS（後方での内括約筋切開）を行っている。内痔核の脱肛による随伴裂肛は痔核手術を行う。

【対象】2019年1月～2024年11月の間に当院で治療した裂肛症例9,208例（男性4,574例、女性4,634例）を対象とし、治療法の選択と成績を包括的に検討した。

【治療方針】当院の裂肛治療に対する保存的治療は痔疾軟膏、緩下剤、鎮痛薬の投与で、軽度狭窄例に対しては、用手拡張や肛門ブジーによる肛門拡張術を施行する。手術療法は強度の肛門狭窄や排便後痛が数時間続くなど生活に支障をきたす症例などに対して行う。手術式は小さいSSG法、SSG法、PISから症例に応じ選択する。小さいSSG法は、SSG法の横方向の縫合線が長くなることや縫合哆開が起きやすいことを避けるよう考慮した術式である。PISは側方のLISではなく、肛門変形や失禁を起こしにくい後方で切開する術式である。術式の適応は、非上皮性で狭窄が比較的軽度な場合（軽度狭窄例）にはPIS、慢性裂肛の三徴のある場合や上皮性の狭窄があり示指の挿入は可能な場合（中等度狭窄例）には小さいSSG法、小指が入らないような場合（高度狭窄例）には従来のSSG法とした。手術時の目標肛門径は直徑約3.3cmもしくは2横指とした。

【治療成績】2019年1月～2024年11月の間に保存的治療が8,892例(96.6%)、肛門拡張術が92例(1.0%)、手術療法(内痔核の脱肛に伴う随伴裂肛は除く)が224例(2.4%)であった。手術は小さいSSG法200例、PIS19例、SSG法5例であった。術後合併症は小さいSSG法で再燃1例だった。

PIS、従来のSSGでは明らかな横方向の瘢痕は残るが合併症を認めなかった。

【まとめ】裂肛治療の包括的アプローチについて述べた。裂肛治療を行う際は、裂肛の病態に応じた処置が必要と考える。

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 7

[PD2] Panel Discussion 2 The Challenges of Anal Fissure Management: Diagnosis, Treatment, and Postop Care

司会：八子 直樹(医療法人桜樹会八子医院外科, 肛門科), 錦織 直人(一路会錦織病院外科)

[PD2-6] Indication and choice of surgical treatment for chronic anal fissure and anal stricture

Daisuke Okada, 佐原 力三郎 (Proctology Center, Makita General Hospital)

【目的】裂肛の治療は排便習慣の改善や局所療法を主とした保存的治療が優先されるが状況により外科治療を要する症例がある。当院での裂肛に対する外科治療の適応と術式選択を示し、手術治療成績について検討する。

【手術適応】器質的狭窄や脱出する肛門ポリープを伴う症例、保存的治療の無効例、裂肛痔瘻合併例を手術適応としている。

【術式選択】狭窄の適切な解除、肛門管内の凹凸の平坦化を目標とする。まず狭窄の有無とその程度を正確に把握する。狭窄のない症例は裂肛切除術、内括約筋レベルの狭窄例には用手拡張術（MD）+裂肛切除術を行うが、多くの裂肛症例では内括約筋硬化を伴うため、硬化の程度に合わせなるべく用手拡張術を併施する。また肛門上皮レベルでの狭窄例、高度狭窄例では皮膚弁移動術（SSG）を行う。必要に応じて複数個所で各術式を組み合わせる。目安として2横指が楽に通る程度まで拡張を行い、過度の拡張を行わないようにする。

【対象】2020年4月から2024年9月までに当院で施行した裂肛・肛門狭窄に対する初回手術例のうち、4カ月以上経過観察した症例（4カ月未満の治癒例を含む）154例を対象とし、診療録を元に後ろ向きに検討した。なお痔核手術等の術後狭窄症例、クローン病合併例は除外した。

【結果1】手術時年齢は45.7歳、男女比は91：63、平均観察期間は107.7日であった。術式の内訳は裂肛切除術単独35例（22.7%）、MD（+裂肛切除術）100例（64.9%）、SSG19例（12.3%）であった。

【結果2】治癒期間中央値は裂肛切除術単独68日、MD（+裂肛切除術）50日、SSG54日であった。また治癒遷延（治癒日数術後120日以上）例+再発例は裂肛切除術単独8/35例（22.9%）、MD（+裂肛切除術）8/100例（8.0%）、SSG2/19例（10.5%）であり裂肛切除術単独で治癒期間が長く、治癒遷延再発例が多い傾向だった。再手術は裂肛切除術単独、MD（+裂肛切除術）に各1例ずつ認めた。incontinenceを訴える症例は裂肛切除術単独で1例あったが保存的に軽快した。

【結語】慢性裂肛・肛門狭窄に対する外科治療の成績は概ね良好であるが、裂肛切除術単独の際にも何らかの追加手技の併用が望ましいと思われる。

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 7

[PD2] Panel Discussion 2 The Challenges of Anal Fissure Management: Diagnosis, Treatment, and Postop Care

司会：八子 直樹(医療法人桜樹会八子医院外科, 肛門科), 錦織 直人(一路会錦織病院外科)

[PD2-7] Treatment for anal fissures and anal stenosis

Kosuke Okamoto, 紅谷 鮎美, 河野 洋一, 佐井 佳世, 米本 昇平, 酒井 悠, 松島 小百合, 鈴木 佳透, 小菅 経子, 松村 奈緒美, 下島 裕寛, 宋 江楓, 國場 幸均, 宮島 伸宜, 黒水 丈次, 松島 誠 (Matsushima Hospital Coloproctology Center)

裂肛・肛門狭窄の診断は、問診、視診、肛門指診、肛門鏡検査などによりに行う。急性裂肛による強い持続的な疼痛を伴う症例は、内肛門括約筋の強度な痙攣収縮を来たし、通常の診察は困難なため、局所麻酔剤入りゼリーの塗布あるいは腰椎麻酔下での診察をする。保存的治療は、食物繊維の摂取の勧め、軟便剤、緩下剤の投与と注入軟膏の投与を行う。また温水洗浄便座の使用は、裂肛の悪化や治癒を遷延させるため、使用制限を勧めている。急性裂肛では、器質的な肛門狭窄は少なく、麻酔下で緩徐なフィンガーブジーによる肛門拡張術が有効な治療手段となる。慢性裂肛で、潰瘍、肛門ポリープの形成、肛門狭窄による出血や疼痛が保存的治療で無効な症例を手術適応としている。肛門計の測定には、示指による感覚は術者間で誤差を生じるため、肛門ブジー、メジャー付きの有柄肛門鏡による測定を行なっている。裂肛は、痔核に随伴する例、痔瘻が併存する例も多い。2021年1月から2022年12月の間で、裂肛単独272例、痔核の併存799例、痔瘻併存147例、痔核と痔瘻併存228例あった。慢性裂肛では内肛門括約筋の過緊張を示す例が多く、当院では肛門内圧検査を行い、最大静止圧 (maximum resting pressure；以下 MRP) を術式選択の指標の一つとしている。主な術式は用手肛門拡張術 (以下AD)、裂肛切除、肛門括約筋切開術、側方内括約筋切開術 (lateral subcutaneous internal sphincterotomy；以下LSIS)、皮膚弁移動術 (sliding skin graft；以下SSG)、同時に肛門ポリープ切除、皮垂切除などである。MRP高値例では、AD、LSIS、SSGに括約筋切開術を加えると、MRPの正常化が図られ再発予防につながる。一方、MRP低値を示す例も存在し、その場合は内括約筋の過度な切開は機能低下を招く恐れがあるため、より慎重さが求められる。なお肛門の手術では環状の瘢痕を残さない方が良いと考えられ、裂肛切除部の縫合閉鎖は、できるだけ縫合線が体軸（長軸）方向となるように、痔核結紮切除術 (LE) に準じた縫合になるように心がけている。今回、当院の裂肛の外科治療を中心に、術後のアンケートによる患者の満足度などを含め、術式や治療成績を報告したい。

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 6:20 AM UTC Room 7

[PD3] Panel Discussion 3 Diagnosis and Treatment of Perianal Crohn's Disease: Roles of Surgery and Medicine

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]

Best way for the anal fistula associated with Crohn's disease

Satomi Furukawa, 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 Tokyo Yamate Medical Center Coloproctology Center)

[PD3-2]

Diagnostic Process and Applied Criteria for Crohn's Disease in Patients Presenting with Perianal Lesions in Japan

Naoto Saigusa^{1,2}, 三枝 純一² (1.Masuko Memorial Hospital, 2.三枝クリニック・肛門科)

[PD3-3]

A study of early phase of Crohn's disease diagnosed with perianal lesions

Ayumi Beniya, 佐井 佳世, 米本 昇平, 酒井 悠, 松島 小百合, 鈴木 佳透, 小菅 紹子, 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 (Matsushima Hospital)

[PD3-4]

Identifying Prognostic Factors in Long-term Outcomes of Loose-Seton Technique for Perianal Fistulas in Crohn's Disease

Eiichi Nakao, 辰巳 健志, 黒木 博介, 後藤 晃紀, 小原 尚, 小金井 一隆, 杉田 昭 (Department of Inflammatory Bowel Disease, Yokohama Municipal Citizen's Hospital)

[PD3-5]

Surgical treatment of Crohn's disease associated anal fistula with combined biologics

Naoto Nishigori¹, 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.Nishigori Hospital, 2.国保中央病院外科)

[PD3-6]

Outcomes of Radical Surgery for Crohn's Perianal Fistulas with Top Down Biologic Therapy: A Mid-Term Analysis

Katsuhsia Ohashi¹, 大橋 勝英¹, 佐々木 章公², 太田 和美², 北川 一智² (1.OHASHI Clinic, 2.十全総合病院)

[PD3-7]

Evaluation of Definitive Surgery Cases for Anal Fistula Associated with Crohn's Disease - Including the Effects of Biologic Agents -

Hiroyuki Kurihara, 金井 忠男, 赤瀬 崇嘉, 藤井 賴孝, 森山 穂高, 塚原 勇 (Tokorozawa Proctology Hospital)

[PD3-8]

Definitive Surgical Treatment for Low and High Anal Fistulas Associated with Crohn's Disease

Takahiro Shimoyama, 梅枝 覚, 大谷 晉, 西川 隆太郎, 堀 智英, 中山 茂樹, 岩永 孝雄, 山本 隆行 (Yokkaichi Hazu Medical Center)

[PD3-9]

Management for the Perianal Fistula with Crohn's Disease

Shota Takano (Coloproctology Center Takano Hospital)

[PD3-10]

Efficacy of darvadstrocel for anal lesion in patients with Crohn's disease

Motoi Uchino¹, 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 純子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. Department of Gastroenterological Surgery, Hyogo Medical University, 2. 兵庫医科大学消化器外科学講座下部消化管外科)

[PD3-11]

An observational post-marketing registry on the safety and effectiveness of darvadstrocel for complex perianal fistulas in Japanese patients with Crohn's disease

Kinya Okamoto¹, 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. Coloproctology Center, Tokyo Yamate Medical Center, 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]

Clinical Analyses of Anorectal Neoplasms in Patients with Crohn's Disease

Arina Shigehara, 杉本 真也, 吉松 裕介, 清原 裕貴, 三上 洋平, 金井 隆典 (Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, Keio University School of Medicine)

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 6:20 AM UTC Room 7

[PD3] Panel Discussion 3 Diagnosis and Treatment of Perianal Crohn's Disease: Roles of Surgery and Medicine

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] Best way for the anal fistula associated with Crohn's disease

Satomi Furukawa, 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 Tokyo Yamate Medical Center Coloproctology Center)

目的：クロhn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hn病に伴う痔瘻103病変に對して検討を行った。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、直腸切斷術を含めた。

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把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。

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 6:20 AM UTC Room 7

[PD3] Panel Discussion 3 Diagnosis and Treatment of Perianal Crohn's Disease: Roles of Surgery and Medicine

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] Diagnostic Process and Applied Criteria for Crohn's Disease in Patients Presenting with Perianal Lesions in JapanNaoto Saigusa^{1,2}, 三枝 純一² (1.Masuko Memorial Hospital, 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た。

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 6:20 AM UTC Room 7

[PD3] Panel Discussion 3 Diagnosis and Treatment of Perianal Crohn's Disease: Roles of Surgery and Medicine

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] A study of early phase of Crohn's disease diagnosed with perianal lesions

Ayumi Beniya, 佐井 佳世, 米本 昇平, 酒井 悠, 松島 小百合, 鈴木 佳透, 小菅 純子, 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 (Matsushima Hospital)

【はじめに】肛門科で見つかるクロhn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確定となつたのは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。確診に至つた所見が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つていたが、21例（18%）はCDを疑う所見を認めなかつた。CDの診断となつ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確定となつた症例は6例あつた。

【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が開始できるよう、さらに症例を振り返り検討を重ねたい。

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 6:20 AM UTC Room 7

[PD3] Panel Discussion 3 Diagnosis and Treatment of Perianal Crohn's Disease: Roles of Surgery and Medicine

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] Identifying Prognostic Factors in Long-term Outcomes of Loose-Seton Technique for Perianal Fistulas in Crohn's Disease

Eiichi Nakao, 辰巳 健志, 黒木 博介, 後藤 晃紀, 小原 尚, 小金井 一隆, 杉田 昭 (Department of Inflammatory Bowel Disease, Yokohama Municipal Citizen's Hospital)

【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/膿瘻のいづ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。

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 6:20 AM UTC Room 7

[PD3] Panel Discussion 3 Diagnosis and Treatment of Perianal Crohn's Disease: Roles of Surgery and Medicine

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] Surgical treatment of Crohn's disease associated anal fistula with combined biologics

Naoto Nishigori¹, 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.Nishigori Hospital, 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、外側ヘ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抗体製剤は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液や創傷治癒遷延は認めず、便失禁も認めなかつた。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。

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 6:20 AM UTC Room 7

[PD3] Panel Discussion 3 Diagnosis and Treatment of Perianal Crohn's Disease: Roles of Surgery and Medicine

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] Outcomes of Radical Surgery for Crohn's Perianal Fistulas with Top Down Biologic Therapy: A Mid-Term AnalysisKatsuhisa Ohashi¹, 大橋 勝英¹, 佐々木 章公², 太田 和美², 北川 一智² (1.OHASHI Clinic, 2.十全総合病院)

【はじめに】クロhn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. 痢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. 痢瘻先行型が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TNFa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例は不变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, 痢瘻がんのリスク)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hn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.

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 6:20 AM UTC Room 7

[PD3] Panel Discussion 3 Diagnosis and Treatment of Perianal Crohn's Disease: Roles of Surgery and Medicine

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] Evaluation of Definitive Surgery Cases for Anal Fistula Associated with Crohn's Disease -Including the Effects of Biologic Agents -

Hiroyuki Kurihara, 金井 忠男, 赤瀬 崇嘉, 藤井 賴孝, 森山 穂高, 塚原 勇 (Tokorozawa Proctology Hospital)

【はじめに】これまでクロhn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。

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 6:20 AM UTC Room 7

[PD3] Panel Discussion 3 Diagnosis and Treatment of Perianal Crohn's Disease: Roles of Surgery and Medicine

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] Definitive Surgical Treatment for Low and High Anal Fistulas Associated with Crohn's Disease

Takahiro Shimoyama, 梅枝 覚, 大谷 晉, 西川 隆太郎, 堀 智英, 中山 茂樹, 岩永 孝雄, 山本 隆行 (Yokkaichi Hazu Medical Center)

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つたか、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、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。

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 6:20 AM UTC Room 7

[PD3] Panel Discussion 3 Diagnosis and Treatment of Perianal Crohn's Disease: Roles of Surgery and Medicine

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)

[PD3-9] Management for the Perianal Fistula with Crohn's Disease

Shota Takano (Coloproctology Center Takano Hospital)

【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TNF α 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。

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 6:20 AM UTC Room 7

[PD3] Panel Discussion 3 Diagnosis and Treatment of Perianal Crohn's Disease: Roles of Surgery and Medicine

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] Efficacy of darvadstrozocel for anal lesion in patients with Crohn's disease

Motoi Uchino¹, 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 純子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. Department of Gastroenterological Surgery, Hyogo Medical University, 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hn病肛門部瘻孔に対し脂肪幹細胞（ダルバドストロセル）注入を用いた治療法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。瘻瘍の治癒は用指的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。瘻瘍は原発口1か所が13例、2か所が2例、二次口は1か所10例、2か所例5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、ウステキヌマブであり、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。副作用は認めなかつた。【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、残存の可能性が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。

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 6:20 AM UTC Room 7

[PD3] Panel Discussion 3 Diagnosis and Treatment of Perianal Crohn's Disease: Roles of Surgery and Medicine

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)

[PD3-11] An observational post-marketing registry on the safety and effectiveness of darvadstrocel for complex perianal fistulas in Japanese patients with Crohn's disease

Kinya Okamoto¹, 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.ColoProctology Center, Tokyo Yamate Medical Center, 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hn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。

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 6:20 AM UTC Room 7

[PD3] Panel Discussion 3 Diagnosis and Treatment of Perianal Crohn's Disease: Roles of Surgery and Medicine

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] Clinical Analyses of Anorectal Neoplasms in Patients with Crohn's Disease

Arina Shigehara, 杉本 真也, 吉松 裕介, 清原 裕貴, 三上 洋平, 金井 隆典 (Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, Keio University School of Medicine)

【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が多い。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。

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 8

[PD4] Panel Discussion 4 Challenges in IBD Surgery: Staged Procedures, Laparoscopy, and Pouch Reconstruction

司会：小金井 一隆(横浜市立市民病院炎症性腸疾患科), 水島 恒和(獨協医科大学外科学 (下部消化管) 講座)

[PD4-1]

Long-term prognosis after proctocolectomy and ileal pouch anal canal anastomosis for ulcerative colitis

Koki Goto¹, 辰巳 健志¹, 黒木 博介¹, 中尾 詠一¹, 小原 尚¹, 木村 英明², 斎藤 紗由美¹, 荒井 勝彦¹, 小金井 一隆¹, 杉田 昭¹ (1.Yokohama Municipal Citizen's Hospital IBD Center, 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外科)

[PD4-2]

Current status and challenges of ileal pouch-anal anastomosis in ulcerative colitis surgery

Hideaki Kimura¹, 鳥谷 建一郎¹, 山本 峻也¹, 中森 義典¹, 国崎 玲子¹, 後藤 晃紀², 黒木 博介², 辰巳 健志², 小金井 一隆², 杉田 昭², 遠藤 格³ (1.Inflammatory Bowel Disease Center, Yokohama City University Medical Center, 2.横浜市立市民病院炎症性腸疾患科, 3.横浜市立大学消化器・腫瘍外科)

[PD4-3]

Visceral Obesity as a Predictor of Ileal Pouch Reachability in Ulcerative Colitis: A Prospective Single-Center Study

Yuki Horio¹, 内野 基¹, 友尾 祐介¹, 野村 和徳¹, 木場 瑞貴², 福本 結子², 長野 健太郎¹, 伊藤 一真², 今田 紗子², 楠 蔵人¹, 宋 智亨², 桑原 隆一¹, 木村 慶², 片岡 幸三², 池田 正孝², 池内 浩基¹ (1.Inflammatory Bowel Disease Surgery, Hyogo Medical University, 2.兵庫医科大学病院下部消化管外科)

[PD4-4]

Transanal evaluation and technique for preventing anastomotic leakage in ileal pouch-anal anastomosis (IACA) for ulcerative colitis (UC) and clinicopathological evaluation

Kosuke Sugiyama¹, 高木 徹¹, 岩瀬 友哉¹, 立田 協太¹, 赤井 俊也¹, 美甘 麻裕¹, 深澤 貴子², 竹内 裕也¹ (1.Hamamatsu University School of Medicine, 2.磐田市立総合病院)

[PD4-5]

Experience and Prospects of One-Stage Laparoscopic restorative proctocolectomy with Intracorporeal Ileal J-pouch Creation for Ulcerative Colitis

Koji Okabayashi, 門野 政義, 森田 覚, 茂田 浩平, 北川 雄光 (Department of Surgery, Keio University School of Medicine)

[PD4-6]

Outcome of total proctocolectomy for refractory ulcerative colitis

Keisuke Ihara¹, 高柳 雅¹, 泉 陽光¹, 河野 貴博¹, 上野 紘¹, 根本 鉄太郎¹, 蜂谷 裕之¹, 菅谷 武史², 石塚 満¹, 中村 隆俊¹, 富永 圭一², 水島 恒和¹ (1.Department of Colorectal Surgery, Dokkyo Medical University, 2.獨協医科大学消化器内科)

[PD4-7]

The feasibility and short-term clinical outcomes of laparoscopic surgery for complicated Crohn's disease

Norifumi Hattori, 中山 吾郎, 梅田 晋一, 小倉 淳司, 村田 悠記, 岸田 貴喜, 中西 香企, 清水 大, 田中 千恵, 神田 光郎 (Department of Surgery, Nagoya University Hospital)

[PD4-8]

Short-Term Outcomes of triangulating Anastomosis for Crohn's Disease

Yoshiki Okita¹, 志村 匡信¹, 山下 真司¹, 今岡 裕基¹, 北嶋 貴仁², 川村 幹雄¹, 松下 航平¹, 小池 勇樹¹, 奥川 喜永², 安田 裕美¹, 小林 美奈子³, 吉山 繁幸¹, 大井 正貴¹, 間山 裕二¹ (1. Departments of Gastrointestinal and Pediatric Surgery, Mie University Graduate School of Medicine, 2. 三重大学病院ゲノム医療部, 3. 三重大学先端的外科技術開発学)

[PD4-SP]

特別発言

Kitaro Futami (Matsunaga Hospital)

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 8

[PD4] Panel Discussion 4 Challenges in IBD Surgery: Staged Procedures, Laparoscopy, and Pouch Reconstruction

司会：小金井 一隆(横浜市立市民病院炎症性腸疾患科), 水島 恒和(獨協医科大学外科学 (下部消化管) 講座)

[PD4-1] Long-term prognosis after proctocolectomy and ileal pouch anal canal anastomosis for ulcerative colitis

Koki Goto¹, 辰巳 健志¹, 黒木 博介¹, 中尾 詠一¹, 小原 尚¹, 木村 英明², 斎藤 紗由美¹, 荒井 勝彦¹, 小金井 一隆¹, 杉田 昭¹ (1.Yokohama Municipal Citizen's Hospital IBD Center, 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外科)

【背景】潰瘍性大腸炎(UC)に対する大腸全摘回腸囊肛門管吻合術(IACA)は,術後のQOLを保ちうる標準的術式であるが,長期的な回腸囊機能維持率や機能不全の要因に関する報告は限られている。

【目的】UCに対しIACAを施行した症例の,術後の長期予後を明らかにすることを目的とした。

【方法】1993年4月から2015年3月までに当科でIACAを施行したUC 993例のうち,術後10年以上の経過が観察可能であった696例を後方視的に解析した.術後合併症発生率,回腸囊機能率,回腸囊機能不全の原因,残存肛門管,吻合部,回腸囊内の癌またはdysplasia発生率について検討を行った.

【結果】性別は男性403例(57.9%),女性293例(42.1%),UC発症時年齢は27(20-39)歳,病変範囲は全大腸炎型が652例(93.7%),左側大腸炎型が44例(6.3%)だった.手術時年齢は35(26-48)歳で,手術適応は難治が444例(63.8%),重症が226例(32.5%),癌またはdysplasiaが26例(3.7%)で,一期的手術が482例(69.3%),分割手術が214例(30.7%)だった.IACA施行時の合併症として,術後早期縫合不全は60例(8.6%)に発生し,19例(2.7%)で再手術を要した.その他,腸閉塞が68例(9.8%),表層SSIが80例(11.5%),臓器・体腔SSIが39例(5.6%),消化管出血が16例(2.3%),腹腔内出血が6例(0.9%),肺炎が6例(0.9%)に発生した.術後観察期間は15.4(12.0-19.1)年であり,回腸囊機能率は10年で97.1%,20年で91.0%だった.回腸囊機能不全は56例(8.0%)に認め,主な原因は痔瘻19例(33.9%),晚期縫合不全14例(25%,うち吻合部膿瘻6例),回腸囊炎6例(10.7%)などであった.また,残存肛門管や吻合部,回腸囊内に発生した癌またはdysplasiaを理由に回腸囊切除を行った症例は7例(12.5%)だった.[中央値(四分位範囲)]

【結語】UCに対するIACA後の長期回腸囊機能率は良好であった.一方で,回腸囊機能不全の最多要因として痔瘻が挙げられ,術前・術後の肛門病変に対する適切な評価と対応が重要である.また,長期的には癌やdysplasiaの発生が少ないながらも認められるため,定期的なサーベイランスの必要性が示唆された.

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 8

[PD4] Panel Discussion 4 Challenges in IBD Surgery: Staged Procedures, Laparoscopy, and Pouch Reconstruction

司会：小金井 一隆(横浜市立市民病院炎症性腸疾患科), 水島 恒和(獨協医科大学外科学 (下部消化管) 講座)

[PD4-2] Current status and challenges of ileal pouch-anal anastomosis in ulcerative colitis surgery

Hideaki Kimura¹, 鳥谷 建一郎¹, 山本 峻也¹, 中森 義典¹, 国崎 玲子¹, 後藤 晃紀², 黒木 博介², 辰巳 健志², 小金井 一隆², 杉田 昭², 遠藤 格³ (1.Inflammatory Bowel Disease Center, Yokohama City University Medical Center, 2.横浜市立市民病院炎症性腸疾患科, 3.横浜市立大学消化器・腫瘍外科)

目的：潰瘍性大腸炎手術におけるpouch吻合法には、double-stapling techniqueによる回腸囊肛門管吻合術（以下、IACA）と、粘膜抜去、経肛門手縫い吻合による回腸囊肛門吻合術（以下、IAA）がおこなわれているが、各々に利点、欠点があり、明確な選択基準はない。当院におけるpouch吻合法の現状と課題について明らかにした。

方法：2007年から2023年に当科で手術をおこなった潰瘍性大腸炎446例のうち、再建術（IACAまたはIAA）をおこない回腸囊が機能した426例を対象とした。再建術式はIACAが386例、IAAが40例。手術適応、手術分割方法、術後排便機能、回腸囊機能不全、腫瘍発生について比較検討した。

結果：手術適応は、IACAは重症137例、難治236例、腫瘍13例、IAAは重症3例、難治6例、腫瘍31例で、IAAは主に腫瘍例におこなっていた。術中に回腸囊が届かず永久人工肛門とした症例はなかったが、腫瘍例の1例で回腸囊到達困難のためIAAからIACAに変更した。

手術分割方法は、IACAは1期170例、修正2期207例、2期7例、3期2例、IAAは2期34例、3期6例であった。1期的手術、修正2期手術（人工肛門を造設しない再建）はIACAのみでおこなっていた。

術後排便機能は、IACAは1年後の排便回数8.0/day、漏便10%、便屁区別不可37%、夜間排便49%、IAAは排便回数8.5/day、漏便64%、便屁区別不可41%、夜間排便62%で、漏便がIACAで有意に少なかった。

回腸囊機能後観察期間63ヶ月（0-208）で、IACAの7例、IAAの2例が回腸囊機能不全で切除または人工肛門造設を要した（有意差なし）。内訳はIACAは痔瘻3、穿孔1、回腸囊炎1、irritable pouch1、回腸囊HGD1、IAAは痔瘻1、回腸囊HGD1。両群とも肛門管、吻合部の癌発生例はなかった。腫瘍発生に両群間の差はなかった。

結語：IACAは、回腸囊到達困難のリスクが少なく、人工肛門を造設しない再建が多く、術後漏便が少なかった。一方、自験例では腫瘍発生に差はなかったがリスクはあると思われる。pouch吻合法は、その特徴を理解し、適切に使い分けることが好ましい。

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 8

[PD4] Panel Discussion 4 Challenges in IBD Surgery: Staged Procedures, Laparoscopy, and Pouch Reconstruction

司会：小金井 一隆(横浜市立市民病院炎症性腸疾患科), 水島 恒和(獨協医科大学外科学 (下部消化管) 講座)

[PD4-3] Visceral Obesity as a Predictor of Ileal Pouch Reachability in Ulcerative Colitis: A Prospective Single-Center Study

Yuki Horio¹, 内野 基¹, 友尾 祐介¹, 野村 和徳¹, 木場 瑞貴², 福本 結子², 長野 健太郎¹, 伊藤 一真², 今田 純子², 楠 蔵人¹, 宋 智亨², 桑原 隆一¹, 木村 慶², 片岡 幸三², 池田 正孝², 池内 浩基¹ (1.Inflammatory Bowel Disease Surgery, Hyogo Medical University, 2.兵庫医科大学病院下部消化管外科)

【目的】潰瘍性大腸炎（UC）手術症例において、肥満は大腸全摘術・回腸囊肛門吻合（IPAA）を行う際の技術的困難リスクを高めることが報告されている。今回、IPAAにおける内臓脂肪と回腸囊の到達可能性との関連を前向きに検討することを目的とした。

【対象】2017年4月から2024年10月までの間に当科にて2期分割のIPAAを受ける予定としたUC患者を登録した。恥骨結節下縁の指標を用いて、術中に回腸囊肛門管吻合術(IACA)へ変更が必要であった群を転換手術群と定義した。内臓脂肪面積と様々な解剖学的指標を術前CTを用いて測定し、多変量解析にて転換手術の予測因子を同定した。

【結果】計106例の患者が対象となり、12例（11.3%）がIACAへの転換手術群であった。非転換手術群の患者と比較して、転換手術群では、Body Mass Index (BMI) が有意に高く（ $p < 0.01$ ）、内臓脂肪面積が有意に高く（ $p < 0.01$ ）、回腸末端から肛門縁までの距離が有意に長かった（ $p < 0.01$ ）。年齢、重症度、病歴期間、術前内科治療、腹腔鏡手術などの臨床学的背景因子に関しては2群間で有意差を認めなかった。多変量解析では、内臓脂肪面積（10cm²増加あたり：オッズ比[OR]: 1.19、95%信頼区間[CI]: 1.02-1.39、 $p = 0.01$ ）が転換手術の独立した予測因子として同定されたが、BMIは同定されなかった（OR: 1.03、95%CI: 0.77-1.21、 $p = 0.72$ ）。

【結語】内臓脂肪は、IPAAを受けた患者における転換手術の独立した危険因子であった。CTを用いた術前の内臓脂肪測定は、BMIよりも回腸囊の到達可能性をより正確に予測できる可能性がある。

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 8

[PD4] Panel Discussion 4 Challenges in IBD Surgery: Staged Procedures, Laparoscopy, and Pouch Reconstruction

司会：小金井 一隆(横浜市立市民病院炎症性腸疾患科), 水島 恒和(獨協医科大学外科学 (下部消化管) 講座)

[PD4-4] Transanal evaluation and technique for preventing anastomotic leakage in ileal pouch-anal anastomosis (IACA) for ulcerative colitis (UC) and clinicopathological evaluation

Kosuke Sugiyama¹, 高木 徹¹, 岩瀬 友哉¹, 立田 協太¹, 赤井 俊也¹, 美甘 麻裕¹, 深澤 貴子², 竹内 裕也¹
(1.Hamamatsu University School of Medicine, 2.磐田市立総合病院)

【背景】癌を合併しない潰瘍性大腸炎(UC)では、肛門機能温存の観点から大腸全摘回腸囊肛門管吻合(IACA)の2期分割手術を第一選択とし、残存粘膜を最小にするためDST吻合部は歯状線より2cm以下を目標としている。IACAでは残存粘膜の脆弱性とStaple交点が縫合不全のリスクと考えられ、2010年より縫合不全予防策としてDST吻合部の経肛門的観察・補強を開始した。予防策前後の治療成績と予防策後の臨床病理学的評価について報告する。

【方法】2000～2024年のUCへの大腸全摘IACA67例について経肛門的補強非導入群26例、導入群41例の患者背景、手術成績を検討した。導入群は全例が腹腔鏡手術で、気腹によりDST吻合部のAir leakageの有無は経肛門的観察が容易であった。経肛門的観察時にAir leakageを認めた症例(L例)はStaple交点を含む全周を補強、Air leakageを認めなかった症例(NL例)はStaple交点のみ補強した。また、切除腸管の肛門側断端2cmの組織学的所見を比較検討した。

【結果】患者背景は平均年齢38歳、男性45例、2期分割手術：3期分割手術が非導入群21：5例、導入群28：13例であった。縫合不全は非導入群で5例(19.2%)、導入群では0例(0%)であった。導入群は手術時間が延長、出血量が減少していた。導入群においてNL例は25例、L例は16例で、平均手術年齢はNL例43歳、L例30歳とL例は若年であった。術前血液検査結果および術前内科治療、縫合不全以外の合併症率に差はなかった。組織学的評価は28例に実施でき、粘膜～固有筋層・粘膜全層・粘膜筋板の厚さの平均値(NL例：L例)は2306:1842nm・710:366nm・171:82nmと粘膜全層、粘膜筋板が薄かった。

【考察】大腸全摘における縫合不全はPervic sepsisに伴い肛門機能低下を来すため、発症時の重篤さに加え、長期的にも影響を与える重大な合併症である。当科では予防策導入に伴い、縫合不全率は低下した。一方で、L例は39%と高頻度であった。L例は粘膜も菲薄化しており、炎症や手術操作に伴う直腸残存粘膜の脆弱化を示唆していた。IACA時の吻合部の経肛門的確認と吻合組織の脆弱性に応じた補強は縫合不全の発症予防に有用と考える。

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 8

[PD4] Panel Discussion 4 Challenges in IBD Surgery: Staged Procedures, Laparoscopy, and Pouch Reconstruction

司会：小金井 一隆(横浜市立市民病院炎症性腸疾患科), 水島 恒和(獨協医科大学外科学 (下部消化管) 講座)

[PD4-5] Experience and Prospects of One-Stage Laparoscopic restorative proctocolectomy with Intracorporeal Ileal J-pouch Creation for Ulcerative Colitis

Koji Okabayashi, 門野 政義, 森田 覚, 茂田 浩平, 北川 雄光 (Department of Surgery, Keio University School of Medicine)

目的：開腹大腸全摘術では症例を選択した上で一期的手術も行われていたが、腹腔鏡下大腸全摘術は人工肛門造設した上で二期的に行われることが多い。そのため、腹腔鏡下大腸全摘術における一期的手術の報告は少ない。大腸全摘術では直腸の切離を行うため、検体を経肛門的に摘出することができ、検体摘出のために腹部に自立つ創を作る必要はない。J型回腸囊を作成することで技術的困難性を克服できれば、一期的で創を最小化した腹腔鏡下大腸全摘術を行うことができる。われわれは、2022年から症例を選択した上で、体腔内J型回腸囊作成を伴う一期的腹腔鏡下大腸全摘術を行っており、その経験と今後の展望について報告する。

方法：2022年6月から2025年4月の間に体腔内J型回腸囊作成を伴う一期的腹腔鏡下大腸全摘術を施行した患者21例を対象とし、本術式の手術成績について後方視的に検討を行った。手術手順および術後管理は以下のとおりである。①腹腔鏡下手術で結腸全摘術、腹腔鏡下手術と経肛門的鏡視下手術を併用して直腸切除術を行う。②回腸末端を体腔内で切離する。③体腔内でJ型回腸囊を作成する。④肛門（管）と回腸囊を吻合する。⑤左下腹部の人工肛門作成予定部にペニローズドレーンを用いてghost ileostomyを作成し、その口側まで経肛門的にイレウス管を挿入してバルーンに注水し、腸管減圧を行う。

結果：21例の内訳は男性13例、女性8例であり、平均年齢は47.5±11.0歳であった。本術式は緊急手術を要する場合には適応外としており、手術適応は内科治療不応例が1例、20例は潰瘍性大腸炎関連腫瘍であった。平均手術時間は502±57分、平均出血量は97±84gであった。CD分類IIIa以上の術後合併症を4例に認め、うち2例は不安定な肛門吻合に生じた縫合不全であった。

2024年から吻合に不安がある場合には人工肛門造設を行う方針とし、その後は縫合不全は認めていない。

結語：体腔内J型回腸囊作成を伴う一期的腹腔鏡下大腸全摘術は適切な症例選択を行えば、安全に施行可能な手術と考えられた。極めて高い整容性と人工肛門のストレスから解放される本術式の更なる改善と症例の集積が必要と考えられた。

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 8

[PD4] Panel Discussion 4 Challenges in IBD Surgery: Staged Procedures, Laparoscopy, and Pouch Reconstruction

司会：小金井 一隆(横浜市立市民病院炎症性腸疾患科), 水島 恒和(獨協医科大学外科学 (下部消化管) 講座)

[PD4-6] Outcome of total proctocolectomy for refractory ulcerative colitis

Keisuke Ihara¹, 高柳 雅¹, 泉 陽光¹, 河野 貴博¹, 上野 紘¹, 根本 鉄太郎¹, 蜂谷 裕之¹, 菅谷 武史², 石塚 満¹, 中村 隆俊¹, 富永 圭一², 水島 恒和¹ (1. Department of Colorectal Surgery, Dokkyo Medical University, 2. 獨協医科大学消化器内科)

【緒言】潰瘍性大腸炎 (ulcerative colitis: UC) は内科的治療が進歩した現状においても、外科治療が必要な症例は多い。重症劇症となった症例への外科的治療については緊急手術が不可避であることが多いが、慢性的な炎症を繰り返す難治例へのQOLの向上を目的とした外科治療の介入については、手術のタイミング、手術方法（分割の有無など）が問題になる。また、長期経過としての術後合併症や回腸囊炎などについても考慮しなければならない。

【目的】当院における内科治療抵抗性UCへの外科治療成績を解析し、外科治療のタイミング、手術方法、術後合併症や機能障害について明らかにする。

【対象と方法】2009年4月から2023年4月の期間に潰瘍性大腸炎の診断で外科治療を受けた症例のうち、内科治療抵抗を理由に外科的治療を受けた症例を対象とした。患者背景、治療内容（内科的、外科的）や術後合併症（短期、長期）について解析した。

【結果】対象の期間に81例がUCの診断で外科的治療を受けた。内科的治療に抵抗を示し、外科治療を必要とした症例は59例、内訳は難治例が27例、重症劇症が32例であった。難治例の年齢の中央値は40（範囲；21-71）歳、男性15例、女性12例であった。15例で高用量のステロイド（総10000mg以上）が投与されており、23例で2nd line以降の内科治療を必要とした。小野寺式栄養指標（OPNI）で合併症ハイリスクと診断される症例は10例に認めた。緊急手術が7例で行われた。手術方法は3期分割手術が12例に行われていた。術後合併症はClavien-Dindo分類IIIa以上の合併症を8例に認めた。うち最も多い合併症はストマアウトレット症候群（6例）であった。長期経過での合併症では回腸囊炎が最も多く4例に認めた。これは重症劇症例とほぼ同じ比率（5例）であるが、癌・dysplasiaを理由に手術した群と比較し、有意に多い（p=0.02）結果となっていた。

【結論・考察】内科治療抵抗性UCへの外科的治療は栄養状態が不良であることが多いため、吻合を含めた術式選択は慎重に検討する必要がある。また、術後合併症はストマアウトレットが多いことや、術後長期経過での回腸囊炎の出現に留意する必要がある。

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 8

[PD4] Panel Discussion 4 Challenges in IBD Surgery: Staged Procedures, Laparoscopy, and Pouch Reconstruction

司会：小金井 一隆(横浜市立市民病院炎症性腸疾患科), 水島 恒和(獨協医科大学外科学 (下部消化管) 講座)

[PD4-7] The feasibility and short-term clinical outcomes of laparoscopic surgery for complicated Crohn's disease

Norifumi Hattori, 中山 吾郎, 梅田 晋一, 小倉 淳司, 村田 悠記, 岸田 貴喜, 中西 香企, 清水 大, 田中 千恵, 神田 光郎 (Department of Surgery, Nagoya University Hospital)

【背景】クロhn病（CD）に対する腹腔鏡手術は、短期治療成績や整容性の点で通常の開腹術より優れている可能性があるが、瘻孔や膿瘍の合併例、再手術例、癌合併例などでは、適応を慎重に考慮するべきである。【目的】瘻孔病変を有するCDに対する腹腔鏡手術の治療成績について検討する。【対象と方法】2013年1月から2024年9月の間に当院で瘻孔病変を有するCDに対して腹腔鏡手術が施行された105例を対象として、CDに対する腸管切除歴の有無によって初回手術群(n=60)と再手術群(n=45)の2群に分け、臨床学的背景、手術術式、短期治療成績について後方視的に比較検討した。【結果】105症例中136の瘻孔病変を認め、腸管腸管瘻：60%，腸管皮膚瘻：12%，腸管後腹膜瘻：9.6%，腸管膀胱瘻：8.8%であった。複数の瘻孔病変を有する症例は、再手術群で有意に多く（47% vs 71% p = 0.01），膿瘍形成併存症例も再手術群で有意に多い傾向にあった（30% vs 49% p = 0.04）。再手術群における既往手術回数は、1回：58%，2回：22%，3回以上：20%であった。主な施行術式は初回手術群では回盲部切除(28%)、小腸切除術(21%)、再手術群においては小腸切除術(20%)、吻合部切除術(16%)であった。手術時間に有意な差はなく（255分 vs 288分 p = 0.17），出血量は再手術群で有意に多く（106g vs 160g p = 0.02），開腹移行率は再手術群で有意に高い傾向にあった（6.9% vs 29.6% p < 0.01）。術後合併症(Clavien-Dindo分類 Grade 3以上)は、初回手術群：13%，再手術群：36%に発生し(p < 0.01)，合併症発生に関連する危険因子の検討では、膿瘍形成例 (OR : 5.36, 95%CI : 1.83-17.47, p < 0.01)、出血量400ml以上 (OR : 4.92, 95%CI : 1.40-18.49, p = 0.01)が独立した危険因子であった。【結語】瘻孔病変を有するCDに対する腹腔鏡手術において、再手術例は初回手術例と比較し、有意に出血量の増加を認め、CD Grade 3以上の合併症発生率も増加する傾向にあった。膿瘍形成が併存し複雑多発瘻孔を有する再手術症例は高難度手術であり、術前の十分なドレナージと、腹腔鏡と開腹の両操作を併用し術中汚染と出血量をコントロールした手術を行うことが重要である。

Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 8

[PD4] Panel Discussion 4 Challenges in IBD Surgery: Staged Procedures, Laparoscopy, and Pouch Reconstruction

司会：小金井 一隆(横浜市立市民病院炎症性腸疾患科), 水島 恒和(獨協医科大学外科学 (下部消化管) 講座)

[PD4-8] Short-Term Outcomes of triangulating Anastomosis for Crohn's Disease

Yoshiki Okita¹, 志村 匡信¹, 山下 真司¹, 今岡 裕基¹, 北嶋 貴仁², 川村 幹雄¹, 松下 航平¹, 小池 勇樹¹, 奥川 喜永², 安田 裕美¹, 小林 美奈子³, 吉山 繁幸¹, 大井 正貴¹, 問山 裕二¹ (1. Departments of Gastrointestinal and Pediatric Surgery, Mie University Graduate School of Medicine, 2. 三重大学病院ゲノム医療部, 3. 三重大学先端的外科技術開発学)

【背景】クロhn病(CD)に対する手術では,術後の治療方針決定や再手術のリスク評価のため,術後6から12か月カ月後の吻合部に対する内視鏡評価が推奨されている.三角吻合は,linear staplerを3回用いた簡便な器械吻合であり,生理的な端端吻合であることにより術後の内視鏡挿入が容易になることが期待できる.当科では2021年3月より導入し,直腸吻合以外の吻合において三角吻合を標準吻合法としている.

【方法】対象は2021年3月から2024年12月までに当科でCDに対して吻合を行った症例54例中,三角吻合を施行した症例42例とした.これらの症例の背景および短期成績について検討した.

【結果】女性32例,男性10例,手術時年齢中央値37(14-71)歳,発症年齢中央値25(6-57)歳,病歴期間中央値11年(0-33年)であった. Montreal分類はA1: 7例, A2: 31例, A3: 4例, L1: 23例, L2: 1例, L3: 18例, L4: 5例, B1: 3例, B2: 21例, B3: 18例であった. 術前治療薬は,ステロイド2例,免疫調節薬13例,生物学的製剤32例で,開腹手術歴は26例にみられた. 腹腔鏡は24例に使用され,吻合は小腸小腸吻合15例,小腸結腸吻合25例,結腸結腸2例で,吻合個数2か所5例,1か所37例で合計47か所に三角吻合が施行された. 手術時間中央値218(133-439)分,出血量中央値153(1-1336)mlで,術後腸腰筋膿瘍の再発が認められたものの,それ以外の外科手術部位感染や縫合不全または吻合部出血といった短期の吻合部合併症は認められなかった. 術後再燃予防のための生物学的製剤は32例(免疫調節剤併用8例)に用いられ,生物学的製剤非使用例は10例であった. 術後6-18か月で吻合部評価のための内視鏡を施行した症例29のうち,吻合部観察できたのは23例で, Rutgeertsスコア2a以上の内視鏡再発は8例(34.8%)に認められた. 術後観察期間中央値19.3(4.9-47.9)月で臨床的再発,外科的再発は認められなかった.

【結論】CDに対する三角吻合において短期の吻合部合併症は認められなかった. 本邦の多施設共同研究によるCD術後内視鏡的再発を評価した研究と比較しても三角吻合の内視鏡的再発率は遜色なく、許容される吻合法と考えられた.

Panel Discussion

■ Sat. Nov 15, 2025 1:30 PM - 3:00 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:30 AM - 6:00 AM UTC  Room 2

[PD5] Panel Discussion 5 Diagnosis and Management of IBD-Associated Neoplasia

司会：小林 清典(松島病院大腸肛門病センター胃腸科), 石原 聰一郎(東京大学腫瘍外科・血管外科)

[PD5-1]

Optimization of Surveillance Strategies Based on Disease Duration in Ulcerative Colitis

Shinya Sugimoto¹, 楠原 亮哉¹, 海江田 祐太¹, 清原 裕貴¹, 村上 宗一郎¹, 吉松 裕介¹, 高林 騒², 岩男 泰³, 三上 洋平¹, 金井 隆典¹ (1. Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, Keio University School of Medicine, 2. 慶應義塾大学医学部内視鏡センター, 3. 慶應義塾大学予防医療センター)

[PD5-2]

Investigation of Endoscopic Treatment for Neoplastic Lesions Arising from Ulcerative Colitis-Affected Mucosa (Including Prognosis)

Yoriaki Komeda, 吉田 早希, 河野 匠志, 工藤 正俊 (Kindai University, Faculty of Medicine, Department of Gastroenterology and Hepatology)

[PD5-3]

Characteristics of ulcerative colitis-associated neoplasm in surgical specimens

Takahide Shinagawa, 小松 更一, 岡田 聰, 白鳥 広志, 館川 裕一, 原田 有三, 永井 雄三, 横山 雄一郎, 江本 成伸, 室野 浩司, 佐々木 和人, 野澤 宏彰, 石原 聰一郎 (The University of Tokyo, Department of Surgical Oncology)

[PD5-4]

Prognostic impact of preoperative T stage in ulcerative colitis associated cancer patients

Yusuke Mizuuchi¹, 永吉 絹子¹, 中村 雅史¹, 野口 竜剛², 杉原 健一³, 味岡 洋一⁴, 石原 聰一郎² (1. Department of Surgery and Oncology, Kyushu University, 2. 東京大学腫瘍外科, 3. 社団光仁会第一病院, 4. 新潟大学病理診断科)

[PD5-5]

Diagnosis and treatment of Crohn's disease related colorectal neoplasms - Challenges to improving prognosis

Kenichi Takahashi^{1,3}, 羽根田 祥^{1,3}, 白木 学^{2,3}, 枝 悠太郎^{2,3}, 成島 陽一⁴, 松村 直樹⁴, 野村 良平⁴, 田中 直樹⁴, 斎藤 匠⁴, 佐藤 騒⁴, 添田 敏寛⁴, 笹川 佳樹⁴, 德村 弘実⁴ (1. Department of Colorectal Surgery, Tohoku Rosai Hospital, 2. 東北労災病院消化器内科, 3. 東北労災病院炎症性腸疾患センター, 4. 東北労災病院外科)

[PD5-6]

Clinical course of Crohn's disease with cancer (Colon, Small intestine, Fistula and Diverted intestine)

Hirosuke Kuroki¹, 辰巳 健志¹, 後藤 晃紀¹, 小原 尚¹, 中尾 詠一¹, 斎藤 紗由美¹, 荒井 勝彦¹, 木村 英明², 杉田 昭¹, 小金井 一隆¹ (1. Yokohama Municipal Citizen's Hospital, 2. 横浜市大市民総合医療センター炎症性腸疾患センター)

[PD5-7]

Current Status and Issues of Small Bowel Cancer Complicated by Crohn's Disease

Risa Nishio, 新谷 裕美子, 井上 英美, 大城 泰平, 古川 聰美, 岡本 欣也, 山名 哲郎 (JCHO Tokyo Yamate Medical Center)

[PD5-8]

Characteristics of Crohn's disease-related gastrointestinal cancers in the elderly at our hospital

Maria Yonezawa¹, 高鹿 美姫¹, 伊藤 亜由美¹, 谷 公孝², 二木 了², 小川 真平², 中村 真一¹, 山口 茂樹², 中井 陽介¹ (1. Department of Internal Medicine and Gastroenterology, Tokyo Women's Medical University, 2. 東京女子医科大学消化器・一般外科)

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 1:30 PM - 3:00 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:30 AM - 6:00 AM UTC Room 2

[PD5] Panel Discussion 5 Diagnosis and Management of IBD-Associated Neoplasia

司会：小林 清典(松島病院大腸肛門病センター胃腸科), 石原 聰一郎(東京大学腫瘍外科・血管外科)

[PD5-1] Optimization of Surveillance Strategies Based on Disease Duration in Ulcerative Colitis

Shinya Sugimoto¹, 榊原 亮哉¹, 海江田 祐太¹, 清原 裕貴¹, 村上 宗一郎¹, 吉松 裕介¹, 高林 馨², 岩男 泰³, 三上 洋平¹, 金井 隆典¹ (1.Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, Keio University School of Medicine, 2.慶應義塾大学医学部内視鏡センター, 3.慶應義塾大学予防医療センター)

【目的】 潰瘍性大腸炎 (UC) では慢性炎症により上皮細胞への障害が蓄積し、炎症関連発癌のリスクが高まる。UC関連腫瘍 (UCAN) の発生率は罹病期間の延長とともに高まると認識されている一方で、多くのガイドラインにおいては、発症から8年以上経過した症例を年数にかかわらず一律に取り扱っている。本研究では、罹病期間に基づくサーベイランス間隔の短縮がUCAN検出率に与える影響を検討した。

【方法】 2010～2023年に当院で最終的にUC関連のhigh-grade dysplasiaもしくはadenocarcinomaと診断されたUCAN症例を対象とした。UCAN診断より1回前のサーベイランス内視鏡時点に遡って過去起点とし、ASGE、AGA、ECCO、BSGの各ガイドラインの基準に従ったリスク層別化を行い、推奨内視鏡検査日を算出した。さらに、罹病期間に基づくリスクの再層別化を行った。推奨検査日が実際のUCAN検出日の180日以内までであれば検出と定義し、再層別化によるUCAN検出率の差異を検証した。

【成績】 UCAN 39例が解析対象となり、罹病期間中央値は21（14–27）年、内視鏡検査間隔の中央値は1.3（1.1–2.2）年であった。UCAN検出率は、ガイドライン毎にASGE 72%、AGA 59%、ECCO 44%、BSG 56%であった。罹病期間が一定年数（15年以上、20年以上、25年以上、30年以上）を経過した場合にリスク群を1段階上げるシミュレーションを行ったところ、各条件でASGEは90%、87%、82%、72%、AGAは85%、82%、74%、64%、ECCOは82%、74%、62%、49%、BSGは82%、79%、72%、62%と上昇した。罹病期間20–25年以上の患者を対象とした再層別化でも検出率に有意差が認められた。

【結論】 長期罹患のUC患者において内視鏡検査間隔の短縮はUCANの検出率向上に寄与しうる。一方で、サーベイランス強化の対象者数を考慮すると、罹病期間20–25年以上の患者を対象とすることが、現実的なアプローチである可能性がある。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 1:30 PM - 3:00 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:30 AM - 6:00 AM UTC Room 2

[PD5] Panel Discussion 5 Diagnosis and Management of IBD-Associated Neoplasia

司会：小林 清典(松島病院大腸肛門病センター胃腸科), 石原 聰一郎(東京大学腫瘍外科・血管外科)

[PD5-2] Investigation of Endoscopic Treatment for Neoplastic Lesions Arising from Ulcerative Colitis-Affected Mucosa (Including Prognosis)

Yoriaki Komeda, 吉田 早希, 河野 匡志, 工藤 正俊 (Kindai University, Faculty of Medicine, Department of Gastroenterology and Hepatology)

【背景】潰瘍性大腸炎UCで長期罹患例において潰瘍性大腸炎関連腫瘍UCANが問題となる。当院で経験したUC罹患粘膜に発生した腫瘍に対する内視鏡内視鏡治療例について予後も含めて検討した。

【対象】2016年4月から2024年4月までの検討期間として内視鏡治療を受けた164症例を対象とした。当院で治療した症例を後向きに検討した。内視鏡治療ボーダーライン病変では、内視鏡的粘膜下層剥離術ESDを実施するが、病変境界がクリアで、EUSで深達度診断を行い粘膜内病変まで、さらに術前の病変周囲の4点生検でdysplasiaがnegativeな症例のみに実施している。

【結果】ESDは16例に実施され治療成績は一括切除率94.4%、R0切除率85.7%であった。偶発症は穿孔1例あり緊急手術を実施した。ESD以外の残りの症例はEMR、CSPを含めたポリペクトミーを実施した。最終病理結果の内訳はUCAN 0例、Sporadic neoplasia(TA 78/SSL32)、炎症性ポリープ16、過形成性ポリープ22例であった。ESDを受けた16例の病理学的診断は潰瘍性大腸炎関連腫瘍(UCAN)が5例 (high grade dysplasia(HGD) 4例、low grade dysplasia(LGD) 1例) 、Sporadic neoplasia 10例、炎症性ポリープ1例であった。

術前の生検診断・深達度診断が困難で、内視鏡治療後に確定診断される症例も多かった。治療後にUCANと診断された症例のうち3例に追加手術を行った。1例は深部断端陽性例の術前EUS深達度診断の困難症例と、もう2例はESD切除後に多部位に異時多発のdysplasiaがみられたため追加の大腸全摘術を受けた。これらの症例はその後のフォローでいずれも局所再発・遠隔転移は認めていない。

【結語】UC罹患粘膜に発生した腫瘍に対するESDを含めた内視鏡治療は腫瘍生検という意味で許容されるものと考えられた。内視鏡治療されたSporadic neoplasia群では全例が経過観察可能であり、いずれも局所再発は認めなかった。UCAN群では、深達度診断困難例があり注意を要する。また、HGD症例では術後にdysplasiaの異時多発例が多くみられ外科手術となっていた。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 1:30 PM - 3:00 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:30 AM - 6:00 AM UTC Room 2

[PD5] Panel Discussion 5 Diagnosis and Management of IBD-Associated Neoplasia

司会：小林 清典(松島病院大腸肛門病センター胃腸科), 石原 聰一郎(東京大学腫瘍外科・血管外科)

[PD5-3] Characteristics of ulcerative colitis-associated neoplasm in surgical specimens

Takahide Shinagawa, 小松 更一, 岡田 聰, 白鳥 広志, 館川 裕一, 原田 有三, 永井 雄三, 横山 雄一郎, 江本 成伸, 室野 浩司, 佐々木 和人, 野澤 宏彰, 石原 聰一郎 (The University of Tokyo, Department of Surgical Oncology)

【背景・目的】潰瘍性大腸炎関連腫瘍 (UC associated neoplasm: UCAN) はときに内視鏡的に視認困難で、多発することもあり、術前未指摘の病変が術後診断されることも少なくない。そこで今回、手術治療を行ったUCANの手術検体からその臨床病理学的特徴を明らかにすることを目的として症例の解析を行った。

【対象・方法】2010~2025年2月当科で手術したUCAN症例64例で確認された126病変について、術前診断された病変（術前病変）と術前未指摘で手術検体にて術後診断された病変（術後病変）に注目し、その臨床病理学的特徴を後ろ向きに解析した。

【結果】全64症例の内訳は男性43例 (67.2%)、手術時年齢中央値51歳 (30-83)、罹病期間中央値16.5年 (0-54)、全大腸炎型56例 (87.5%) だった。初回術式は大腸全摘術58例 (90.6%) (うちIPAA46例、TPC12例)、その他6例 (9.4%) で、58例 (90.6%) が低侵襲手術（腹腔鏡下44例、ロボット支援下14例）で行われた。手術検体にて31例 (48.4%) で2か所以上の多発病変を認め、21例 (32.8%) では術前未指摘の病変を認めた。計126病変のうち、術前病変は91病変 (72.2%)、術後病変は35病変 (27.8%) だった。術前91病変中、表在型 (0型) は70病変 (76.9%) で、そのうち11病変 (15.7%) はMP以深の進行病変であった。病変部位は術前病変で左側大腸に多く (79病変 (86.8%) 対22病変 (62.9%) : p=0.005)、術後病変は右側にも多く認めた。術後病変はdysplasiaが多く (35病変 (38.5%) 対29病変 (82.9%) : p<0.001)、その他は深達度Tis : 4病変、T2 : 1病変、T3 : 1病変だった。一方術前病変ではdysplasiaの他はTis/T1 : 24病変、T2 : 7病変、T3 : 19病変、T4a : 6病変であった。

【結語】UCANに対する初回手術は多くが大腸全摘術であり、約1/3の症例で術前未指摘含む多発病変を認めた。未指摘病変の多くはdysplasiaで右側大腸にも少なくない。また術前に表在型と診断された病変でも進行病変を認めることがあり注意を要する。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 1:30 PM - 3:00 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:30 AM - 6:00 AM UTC Room 2

[PD5] Panel Discussion 5 Diagnosis and Management of IBD-Associated Neoplasia

司会：小林 清典(松島病院大腸肛門病センター胃腸科), 石原 聰一郎(東京大学腫瘍外科・血管外科)

[PD5-4] Prognostic impact of preoperative T stage in ulcerative colitis associated cancer patientsYusuke Mizuuchi¹, 永吉 絹子¹, 中村 雅史¹, 野口 竜剛², 杉原 健一³, 味岡 洋一⁴, 石原 聰一郎²

(1. Department of Surgery and Oncology, Kyushu University, 2. 東京大学腫瘍外科, 3. 社団光仁会第一病院, 4. 新潟大学病理診断科)

背景：潰瘍性大腸炎は慢性の原因不明の炎症性腸疾患で、長期にわたる炎症により散発性結腸直腸癌と比較して予後が悪い潰瘍性大腸炎関連大腸癌(UCAC)の原因となる。画像機器の進歩により大腸癌の術前診断の正診率は上昇しているがUCACでは随伴する炎症によって潰瘍や壁肥厚、リンパ節腫大などが混在しており、散発性大腸癌と比較して正確な術前診断が困難である。癌診療において術前検査によるステージは薬物療法や放射線療法、手術療法などの治療方針の決定に必須である。UCACにおけるcT分類とリンパ節郭清度やcT分類と予後との関係に関してはまだ明らかではない。

方法：大腸癌研究会のプロジェクト研究における根治手術を施行したUCAC患者646人を対象として、癌特異的生存及び無再発生存を解析した。pTステージごとにcTステージによって過小評価($pT \geq cT$)、同等評価($pT=cT$)、過大評価($pT < cT$)の3群に分類して予後の解析を行った。

結果：pT1 186例、pT2 126例、pT3 256例、pT4a 65例、pT4b 13例であった。pT1症例では術前検査との違いはCSS、RFSにはほとんど影響がなかった($P=0.32$ 、 $P=0.42$)。pT2症例では同等評価と比較して過小評価、過大評価で予後不良であった($P=0.01$ 、 $P<0.01$)。pT3、pT4aでは過大評価で同等評価、過小評価と比較して予後が悪かった($pT3: P=0.07$ 、 $P=0.02$ 、 $pT4a: P=0.05$ 、 $P<0.01$)。pT4b症例では適正評価と過小評価では明らかな予後の違いは認めなかった($P=0.44$ 、 $P=0.72$)。

考察：本研究においては過大評価症例ではpT2, pT3, pT4aで予後不良である。その理由としては同じpTステージでも程度には差があり、cT分類で過大評価している症例では腫瘍がよりMassiveに浸潤している可能性があるのではないかと考えられた。また、リンパ節郭清範囲は術前診断で決定しT1N0や高度異形成症例などにはD2郭清など縮小郭清が許容されている。pT2症例では過小評価群が予後不良であり、結果的にリンパ節郭清度が十分でない可能性が考えられた。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 1:30 PM - 3:00 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:30 AM - 6:00 AM UTC Room 2

[PD5] Panel Discussion 5 Diagnosis and Management of IBD-Associated Neoplasia

司会：小林 清典(松島病院大腸肛門病センター胃腸科), 石原 聰一郎(東京大学腫瘍外科・血管外科)

[PD5-5] Diagnosis and treatment of Crohn's disease related colorectal neoplasms - Challenges to improving prognosis

Kenichi Takahashi^{1,3}, 羽根田 祥^{1,3}, 白木 学^{2,3}, 枝 悠太郎^{2,3}, 成島 陽一⁴, 松村 直樹⁴, 野村 良平⁴, 田中 直樹⁴, 斎藤 匠⁴, 佐藤 韶⁴, 添田 敏寛⁴, 笹川 佳樹⁴, 德村 弘実⁴ (1. Department of Colorectal Surgery, Tohoku Rosai Hospital, 2. 東北労災病院消化器内科, 3. 東北労災病院炎症性腸疾患センター, 4. 東北労災病院外科)

【目的】クローン病（CD）関連大腸腫瘍の診断と治療の現状および課題を明らかとするため、当院で経験したCD関連大腸腫瘍について検討を行った。【方法】2007年～2024年までに当院で経験したCD関連大腸腫瘍14例を対象とし、診断の経緯、進行度、治療成績について後ろ向きに検討した。【結果】男性10例、女性4例、年齢は30～60代。腫瘍診断までのCD罹病期間は1年10ヶ月から34年で、11例が10年以上であった。直腸肛門管腫瘍13例、上行結腸癌1例であった。7例で直腸肛門部のサーベイランスが行われていた。直腸肛門管腫瘍の13例に限りサーベイランスの有無別に進行度を検討した。サーベイランス未施行例ではStage I : 1例、II : 2例、III : 1例、IV : 2例であったが、サーベイランス施行例では、high grade dysplasia (HGD) 1例、Stage I : 2例、II : 3例、IV : 1例であった。サーベイランス施行例でのStage IVは、前回サーベイランスから2年後のサーベイランスが予定されるも、1年10ヶ月目に腰痛を契機に精査し、骨転移が判明した症例であった。HGD症例とStage Iの4例、Stage IIの4例ではいずれも根治切除が行われ、右半結腸切除が1例、Miles手術が8例であった（腔後壁合併切除、前立腺合併切除各1例含む）。全例が無再発生存であった（術後観察期間1～11年）。一方Miles手術を行ったStage III 1例、骨盤内臓全摘術を行ったStage IVの2例とストーマ造設+化学放射線療法を行ったStage IVの1例、および積極的治療拒否のStage II 1例の計5例はいずれも癌死した（術後生存期間0.5～3年）。【結語】CD関連大腸腫瘍の治療成績向上のためには、Stage IIまでの早い病期での診断の重要性が示唆された。直腸肛門部のサーベイランスは早い病期での診断に有用である可能性が示唆されたが、早期癌での診断は未だ困難と考えられた。また適切なサーベイランス実施間隔の設定が課題と考えられた。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 1:30 PM - 3:00 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:30 AM - 6:00 AM UTC Room 2

[PD5] Panel Discussion 5 Diagnosis and Management of IBD-Associated Neoplasia

司会：小林 清典(松島病院大腸肛門病センター胃腸科), 石原 聰一郎(東京大学腫瘍外科・血管外科)

[PD5-6] Clinical course of Crohn's disease with cancer (Colon, Small intestine, Fistula and Diverted intestine)

Hirosuke Kuroki¹, 辰巳 健志¹, 後藤 晃紀¹, 小原 尚¹, 中尾 詠一¹, 斎藤 紗由美¹, 荒井 勝彦¹, 木村 英明², 杉田 昭¹, 小金井 一隆¹ (1.Yokohama Municipal Citizen's Hospital, 2.横浜市大市民総合医療センター炎症性腸疾患センター)

【背景】クローン病(CD)関連消化管腫瘍の内、結腸、小腸、瘻孔部、空置腸管の腫瘍の報告は限られており、腸管・肛門狭窄で内視鏡検査が困難なため、進行癌で診断されることが少なくない。

【目的】CD関連で結腸、小腸、瘻孔、空置腸管に発生した腫瘍の臨床的特徴、問題点を明らかにする。

【対象と方法】対象のCD関連腫瘍は結腸14例、小腸5例、瘻孔6例、空置腸管17例であった。空置腸管腫瘍は人工肛門造設後1年以上経過した症例と定義した。結腸、小腸、瘻孔、空置腸管腫瘍の順に男女比は9:5, 3:2, 4:2, 9:8, 病歴期間は21, 17, 28, 25年であった。これらの部位、診断困難性、切除断端陽性率、組織型、予後について検討した。

【結果】①結腸腫瘍の部位は上行結腸5例、横行結腸3例、下行結腸3例、S状結腸3例で、術前診断は6例(43%)、組織型はmuc5例、sig1例、por2例、well5例、LGD1例、StageIVは6例(43%)、腹膜播種:3例、肝2例、骨1例)、切除断端陽性3例(21%)、3年生存率は47%であった。②小腸腫瘍の部位は全例回腸で、術前診断は2例(40%)、組織型はmuc1例、por2例、mod1例、well1例、StageIV症例は1例(20%)、腹膜播種)、切除断端陽性は1例(20%)、3年生存率は50%であった。③瘻孔癌の部位は内瘻1例、外瘻2例、遺残瘻孔2例、内外瘻1例で、術前診断は2例(33%)で、組織型はSCC2例、muc2例、well2例、StageIV症例は1例(17%)、傍大動脈リンパ節)、切除断端陽性は4例(67%)、3年生存率は66%であった。④空置腸管で狭窄のため内視鏡が困難であった症例は13例(76%)であった。腫瘍の部位は直腸肛門12例、痔瘻4例、横行結腸1例であり、術前診断は13例(76%)、2例は非切除)で、組織型はmuc7例、sig1例、por1例、mod3例、well4例、HGD1例、StageIVは7例(50%)、腹膜播種3例、肺転移3例、肝転移1例)、切除断端陽性は5例(29%)、3年生存率は32%であった。

【結語】クローン病に合併した結腸、小腸、瘻管、空置腸管癌症例はいずれも術前診断困難例が多く、特殊組織型、StageIV、断端陽性例が多く、予後不良である。長期経過例は癌発生のリスクを常に念頭におき、定期的な画像診断、組織診断を行うことが重要である。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 1:30 PM - 3:00 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:30 AM - 6:00 AM UTC Room 2

[PD5] Panel Discussion 5 Diagnosis and Management of IBD-Associated Neoplasia

司会：小林 清典(松島病院大腸肛門病センター胃腸科), 石原 聰一郎(東京大学腫瘍外科・血管外科)

[PD5-7] Current Status and Issues of Small Bowel Cancer Complicated by Crohn's Disease

Risa Nishio, 新谷 裕美子, 井上 英美, 大城 泰平, 古川 聰美, 岡本 欣也, 山名 哲郎 (JCHO Tokyo Yamate Medical Center)

はじめに：クロhn病(CD)は腸管の慢性炎症を背景としてまれに癌化することが知られている。本邦では直腸肛門管癌が多くを占めこれまでに多数報告されているが、小腸癌合併は比較的まれでありその診断や治療、予後はまだ確率されていない。今回CDに合併した小腸癌治療の現状と課題を明らかにすべく、当院で経験した症例について検討した。

対象と方法：2011年1月から2024年12月までに当院で手術を施行したCDに合併した小腸癌20例を対象に、患者背景、診断方法、病理組織学的特徴、治療、予後について後方視的に検討した。

結果：性別は男性15例、女性5例、小腸癌診断時の平均年齢は50.7歳、CD発症から小腸癌診断までの病歴期間は21.9年、手術要因は狭窄15例、瘻孔3例、癌2例で、病変部位は全て回腸であった。他臓器と瘻孔を形成した症例は3例で、うち1例は瘻孔部に癌を認めた。小腸癌の診断は術前2例、術中1例、術後17例で、手術は19例で病変部が切除され、1例は切除不能であった。転移については2例で手術時に腹膜播種を認め、うち1例は多発肝転移も同時に認めた。切除された19例のうち1例は3か所に病変があり、全体で22病変が診断された。術後に癌が診断された17例中14例は複数または広範囲の狭窄があり、そのうち10例では狭窄病変の中央付近に癌を認めた。肉眼型の内訳は5型10病変、0型4病変、3型3病変、4型1病変、潰瘍1病変、不明3病変、組織型はtub1:12病変、tub2:5病変、por:3病変、sig:1病変、NET:1病変、壁深達度はTis+1:7病変、T2:3病変、T3:6病変、T4:5病変、切除不能:1病変であった。術後フォローアップにおいて15例は再発・転移なく経過していた。経過中5例に大腸癌の合併（同時性2例、異時性3例）を認めた。

考察：CD合併小腸癌は複数の狭窄や長い狭窄病変の中心部に病変を認める症例が多く、術前の内視鏡検査による癌の診断は困難である。予後は比較的良好であるが、同時性・異時性に大腸癌を発症することもあり、癌の発症を念頭において慎重なサーベイランスが必要と考えられた。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 1:30 PM - 3:00 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:30 AM - 6:00 AM UTC Room 2

[PD5] Panel Discussion 5 Diagnosis and Management of IBD-Associated Neoplasia

司会：小林 清典(松島病院大腸肛門病センター胃腸科), 石原 聰一郎(東京大学腫瘍外科・血管外科)

[PD5-8] Characteristics of Crohn's disease-related gastrointestinal cancers in the elderly at our hospital

Maria Yonezawa¹, 高鹿 美姫¹, 伊藤 亜由美¹, 谷 公孝², 二木 了², 小川 真平², 中村 真一¹, 山口 茂樹², 中井 陽介¹ (1. Department of Internal Medicine and Gastroenterology, Tokyo Women's Medical University, 2. 東京女子医科大学消化器・一般外科)

【目的】高齢化社会に伴い,今後高齢者クロhn病(CD)関連消化管癌に遭遇する機会も増えてくると思われる.今回,当科で経験した高齢者CD関連消化管癌の特徴を検討した. **【方法】**当院において2007年1月から2025年4月の間にCD関連消化管癌と診断された14例を対象とした. 症例の内訳は男性9例/女性5例, 平均CD発症年齢28.8±8.9歳, 平均癌診断年齢54.9±8.2歳, 平均罹病期間26.5±11.5年. 癌部位は回腸3例/盲腸2例/横行結腸1例/直腸肛門管6例/痔瘻2例. 病理組織は高分化腺癌3例/中分化腺癌2例/粘液癌8例/扁平上皮癌1例で, 進行度はStage0 2例/StageI 2例/StageII 2例/StageIII 6例/StageIV 2例. 治療は手術11例/内視鏡治療1例/化学療法1例/化学放射線療法1例. 60歳以上の高齢者群5例と59歳以下の非高齢者群9例に群別化し, 臨床病理学的特徴や予後などを比較検討した. **【成績】**臨床像は,高齢者群は罹病期間が有意に長かった(高齢者群34.4±9.8年/非高齢者群22.2年±10.3年,p=0.0310).CD発症年齢および癌部位に有意差は認めなかつた.病理組織像は,高齢者群は粘液癌が有意に多かった(高齢者群100%/非高齢者群33.3%,p=0.0245). Surveillance colonoscopy(SC)施行率および進行度に有意差は認めなかつた.術後再発率は高齢者群60%/非高齢者群71.4%で有意差は認めなかつたが,術後再発までの期間は高齢者群が有意に短かつた(高齢者群120.7±8.0日/非高齢者群525.4±423.5日,p=0.0369). 5年生存率に有意差は認めなかつたが,高齢者群はやや低い傾向にあった(高齢者群37.5%/非高齢者群50%).癌治療に有意差は認めず,多くの症例に手術が施行されていた.併存疾患は高齢者群の80%に認めた.癌治療に伴う併発症に有意差は認めなかつた. **【結論】**当科の検討では,高齢者CD関連消化管癌は粘液癌が多く,全例が術後1年内に再発した.高齢者は併存疾患も多く,術後も厳重な経過観察が必要であると思われた.

Panel Discussion

■ Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC  Room 3

[PD6] Panel Discussion 6 (English Slide) Lateral Lymph Node Dissection for Rectal Cancer: Including Omission

司会：川合 一茂(東京都立駒込病院大腸外科), 上原 圭(日本医科大学消化器外科)

[PD6-1]

The benefit of lateral lymph node dissection for low rectal cancer by the morphology of metastatic lymph node margin

Takeshi Suto, 中島 伸, 本庄 美奈子, 望月 秀太郎, 佐藤 圭佑, 深瀬 正彦, 飯澤 肇 (Department of Gastroenterological Surgery in Yamagata Prefectural Central Hospital)

[PD6-2]

Optimizing Indications for Lateral Lymph Node Dissection in Lower Rectal Cancer: Temporal Treatment Outcomes and Preoperative Prediction Model

Yasuyuki Takamizawa, 田藏 昂平, 永田 洋士, 森谷 弘乃介, 塚本 俊輔, 金光 幸秀 (Colorectal Surgery Division, National Cancer Center Hospital)

[PD6-3]

Omission of prophylactic lateral lymph node dissection for rectal cancer

Mayumi Ozawa¹, 諏訪 雄亮¹, 紫葉 裕介¹, 工藤 孝迪¹, 船津屋 拓人², 田中 宗伸², 酒井 淳², 大矢 浩貴², 前橋 学¹, 藤原 淑恵², 森 康一¹, 沼田 正勝¹, 諏訪 宏和³, 渡邊 純⁴, 遠藤 格¹ (1. Department of Surgery, Gastroenterological Center, Yokohama City University Medical Center, 2. 横浜市立大学消化器・腫瘍外科学, 3. 横須賀共済病院外科, 4. 関西医科大学下部消化管外科学講座)

[PD6-4]

Role of Neoadjuvant Chemotherapy for Advanced Lower Rectal Cancer

Goro Takahashi, 山田 岳史, 上原 圭, 松田 明久, 進士 誠一, 横山 康行, 岩井 拓磨, 宮坂 俊光, 香中 伸太郎, 松井 孝典, 菊池 悠太, 林 光希, 吉田 寛 (Department of Gastroenterological Surgery, Nippon Medical School)

[PD6-5]

Reassessment of Lateral Lymph Node Dissection Criteria with the Introduction of Neoadjuvant Therapy

Kazuki Otani, 塚田 祐一郎, 佐々木 将磨, 山東 雅紀, 長谷川 寛, 池田 公治, 西澤 祐吏, 伊藤 雅昭 (Colorectal Surgery, National Cancer Center Hospital East)

[PD6-6]

Lateral lymph node metastasis in rectal cancer following preoperative chemoradiotherapy: Evaluation of the diagnostic value of lymph node size and PET-CT

Kazuhito Sasaki, 横山 雄一郎, 江本 成伸, 野澤 宏彰, 室野 浩司, 永井 雄三, 原田 有三, 品川 貴秀, 館川 裕一, 岡田 聰, 白鳥 広志, 石原 聰一郎 (Department of Surgical Oncology, The University of Tokyo)

[PD6-7]

Preoperative (chemo-)radiation therapy plus selective lateral dissection for lower advanced rectal cancer

Kosuke Hiramatsu, 戸田 重夫, 柏木 慎平, 高橋 泰宏, 富田 大輔, 呉山 由花, 前田 裕介, 福井 雄大, 花岡 裕, 的場 周一郎, 上野 雅資, 黒柳 洋弥 (Toranomon Hospital)

[PD6-8]

The Criteria for Lateral Lymph Node Dissection in Patients After Total Neoadjuvant Therapy for Advanced Lower Rectal Cancer

Misato Takao, 出嶋 皓, 坂元 慧, 中守 咲子, 加藤 博樹, 中野 大輔, 川合 一茂 (Tokyo Metropolitan Cancer and Infectious Diseases Center Komagome Hospital)

[PD6-9]

Lateral pelvic lymph node dissection after total neoadjuvant therapy in lower rectal cancer with clinically positive nodes

Tatsuki Noguchi¹, 坂本 貴志¹, 松井 信平¹, 向井 俊貴¹, 山口 智弘¹, 河内 洋², 秋吉 高志¹ (1. Department of Colorectal Surgery, Cancer Institute Hospital, Japanese Foundation for Cancer Research, 2. がん研究会 有明病院病理部)

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 3

[PD6] Panel Discussion 6 (English Slide) Lateral Lymph Node Dissection for Rectal Cancer: Including Omitting

司会：川合 一茂(東京都立駒込病院大腸外科), 上原 圭(日本医科大学消化器外科)

[PD6-1] The benefit of lateral lymph node dissection for low rectal cancer by the morphology of metastatic lymph node margin

Takeshi Suto, 中島 伸, 本庄 美奈子, 望月 秀太郎, 佐藤 圭佑, 深瀬 正彦, 飯澤 肇 (Department of Gastroenterological Surgery in Yamagata Prefectural Central Hospital)

目的：JCOG0212の結果より側方リンパ節郭清が標準治療とされているが、現在の治療ガイドラインでは側方リンパ節の腫大の有無で推奨度に差を認めている。転移陽性例の予後は良好とは言えず、集学的治療の必要性も考えられている。当科ではT2以深の下部直腸癌に対し、側方リンパ節郭清を試行してきた。側方郭清を施行する立場から側方郭清の郭清効果と転移形式別による局所再発率・予後、治療方針について検討。

対象：2000～2019年に側方リンパ節郭清を施行した、根治度A,B進行直腸癌手術症例381例 (Rab 126、Rb 255)

結果：側方リンパ節郭清施行例の5年生存率70.2%、転移陽性例60.2%。側方リンパ節転移陽性例は64例(16.8%)。各リンパ節の転移頻度は#263P 3.3%、#263D 8.8%、#273 1.7%、#283 10.4%、#251-T 23.9%、#252 8.1%、#253 1.6%と#263D、#283の頻度は高い。各側方リンパ側転移頻度×5生率/100=郭清効果INDEXとし、#263D 5.8、#263P 1.2、#273 0.5、#283 7.1、#251-T 19.2、#252 3.3、#253 0.3と#263Dと#283は郭清効果を認めた。#263D,283リンパ節の組織学的形態を検討しA：リンパ節辺縁の部分転移、B：AとCの間、C：節外浸潤例としA～Cの5生率#263D 93.6%、50%、12.5%、#283は100%、79.8%、24.9%と優位差有り。局所再発は#263DのA 0%、B 14.2%、C 25%、#283のA 0%、B 7.1%、C 25%。内腸骨血管合併切除例は#263DのB 8.5%、C 25%、#283のB 5%、C 21.4%と施行例では減少。遠隔再発#263DA 8.3%、B 28.5%、C 75.0%、#283A 16.7%、B 27.8%、C 80%とCはsystemic diseaseと考えられた。CT上Bは辺縁明瞭で造影効果を認め、Cはリンパ節周囲に毛羽立ち様の所見を認めた。術後補助化学療法オキサリプラチニン含む療法と経口薬の5生率は76.2%と50.2%で予後の向上あり。結語：#263D、283には郭清効果を認めることから、転移形態Aは3mm程度のリンパ節に転移を認める症例であることから側方郭清を施行するとともに術後補助化学療法が必要である。リンパ節転移形式のB症例は内腸骨血管合併とともに術前後の多剤併用化学療法、リンパ節転移形式C症例は局所再発や遠隔転移が多く多剤併用放射線化学療法(TNT)などの必要性が考えられた。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 3

[PD6] Panel Discussion 6 (English Slide) Lateral Lymph Node Dissection for Rectal Cancer: Including Omission

司会：川合 一茂(東京都立駒込病院大腸外科), 上原 圭(日本医科大学消化器外科)

[PD6-2] Optimizing Indications for Lateral Lymph Node Dissection in Lower Rectal Cancer: Temporal Treatment Outcomes and Preoperative Prediction Model

Yasuyuki Takamizawa, 田藏 昂平, 永田 洋士, 森谷 弘乃介, 塚本 俊輔, 金光 幸秀 (Colorectal Surgery Division, National Cancer Center Hospital)

【背景】直腸癌に対する有望な治療選択肢が増えた現在において、側方郭清(LLND)の適応については再考すべき時期にある。しかし、治療選択を行う上で治療前診断能の向上が課題となっている。

【目的】 LLND施行例の治療成績変遷を検討するとともに、術前側方リンパ節転移(LLNM)予測スコアの確立を目的とした。

【対象と方法】

検討1: 1975-2020年にLLNDを施行したpStage I-III下部直腸癌992例を手術年代別に比較する。

検討2: 2000-2020年に術前MRIを撮影した上でLLNDを施行したpStage I-IV下部直腸癌438例を開発群 (n=213) と検証群 (n=225) に分け、ロジスティック回帰分析を用いたLLNM予測スコアを開発・検証する。

【結果】 検討1: 対象を手術年代により1975-2000年(n=386, 39%), 2001-2010年(n=296, 30%), 2011-2020年(n=310, 31%)の3群に分類した。術前治療は全体で68例(7%)にのみ施行された。5年全生存率(5yOS)はそれぞれ、72.3%、84.0%、89.3%でありOSは手術年代が新しいほど良好であった($p<0.001$)。2000-2011年におけるpStage I, IIの5yOSはそれぞれ97.7%、94.3%と良好であった一方で、pLLNM症例の5yOSは71.1%に留まった。

検討2: 開発したLLNM予測スコア (cN2/側方リンパ節長径 $\geq 8\text{mm}$ /非分化型腺癌=2点、cN1/RbP/遠隔転移=1点) は、検証群でAUC0.79を示した。高リスク群(5点以上)におけるLLNM陽性的中率は57.1%に留まったが、低リスク群(0-1点)におけるLLNM陰性的中率は95.2%と高かった。

【結論】 集学的治療の発達により直腸癌の治療成績は向上しているが、pLLNMに対する治療成績は、LLND+補助化学療法を行っても十分とは言えず、これらの集団には術前治療を含めた更なる治療開発が望まれる。本研究ではpLLNMを術前に予測する因子として複数のリスク因子を抽出したが、pLLNMの十分な予測性能は得られなかった。しかし本スコアはLLNM移陰性症例の選別に有用であり、LLND適応の最適化に寄与する可能性がある。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 3

[PD6] Panel Discussion 6 (English Slide) Lateral Lymph Node Dissection for Rectal Cancer: Including Omission

司会：川合 一茂(東京都立駒込病院大腸外科), 上原 圭(日本医科大学消化器外科)

[PD6-3] Omission of prophylactic lateral lymph node dissection for rectal cancer

Mayumi Ozawa¹, 諏訪 雄亮¹, 紫葉 裕介¹, 工藤 孝迪¹, 船津屋 拓人², 田中 宗伸², 酒井 淳², 大矢 浩貴², 前橋 学¹, 藤原 淑恵², 森 康一¹, 沼田 正勝¹, 諏訪 宏和³, 渡邊 純⁴, 遠藤 格¹ (1. Department of Surgery, Gastroenterological Center, Yokohama City University Medical Center, 2. 横浜市立大学消化器・腫瘍外科学, 3. 横須賀共済病院外科, 4. 関西医科大学下部消化管外科学講座)

【背景】 JCOG0212では術前側方リンパ節転移陰性の進行下部直腸癌に対する側方リンパ節郭清による局所制御効果は示されたが予後延長の効果は認められなかった。当教室では側方郭清の適応を「腫瘍下縁が腹膜翻転部よりも肛門側にあり、壁深達度がT3以深である直腸癌」としてきたが、2019年より術前MRI検査にて明らかな側方リンパ節腫大を認めない症例については側方郭清を省略する治療方針に変更した。

【目的】下部直腸癌における側方郭清省略例の治療成績を側方郭清施行例と比較し、その妥当性について検討する。

【方法】2009年1月から2021年12月までに関連2病院で術前側方リンパ節転移陰性、cStage II/III直腸癌181例について側方郭清非施行群（nonLLND群）92例と側方郭清施行群（LLND群）89例について、治療成績を後方視的に比較検討した。

【結果】nonLLND, LLNDの順に、年齢中央値は69歳 vs. 65歳 ($p=0.007$) と差はなく、前治療(NAC, CRT, TNT)は27例(29.4%) vs. 45例 (50.6%) と有意差を認めた($p=0.004$)。手術時間は271分 vs. 376分とLLND群で長く($p<0.001$)、出血量は65ml vs. 110mlであった($p<0.001$)。Clavien-Dindo分類Gradell以上の術後合併症は37例 (40.2%) vs. 38例(42.7%)と有意差なく($p=0.760$)、排尿障害は7例(7.6%) vs. 13例(14.6%)で差は認めなかった($p=0.159$)。 (y)pStage 0/ I/II/ IIIの順にnonLLND群: 0/27/32/33例、LLND群: 2/20/28/ 39例($p=0.310$)であり、LLND群のうち5例

(5.6%) に側方リンパ節転移陽性を認めた。Stage II/IIIの補助化学療法施行率はnonLLND群16%、LLND群59.6%とLLND群で多かった($p<0.002$)。3年DFS、OSは70.6% vs. 76.6%($p=0.205$)、91.9% vs. 94.2%($p=0.560$)、3年局所再発率は5.1% vs. 5.4%と差を認めなかった($p=0.995$)。側方リンパ節単独再発はnonLLND群2例に認め、いずれもSalvage手術が可能であった。

【結語】側方郭清については腫大を認めなければ郭清の有無で予後に差はなく、当院の治療方針は許容されると考えられた。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 3

[PD6] Panel Discussion 6 (English Slide) Lateral Lymph Node Dissection for Rectal Cancer: Including Omitting

司会：川合 一茂(東京都立駒込病院大腸外科), 上原 圭(日本医科大学消化器外科)

[PD6-4] Role of Neoadjuvant Chemotherapy for Advanced Lower Rectal Cancer

Goro Takahashi, 山田 岳史, 上原 圭, 松田 明久, 進士 誠一, 横山 康行, 岩井 拓磨, 宮坂 俊光, 香中 伸太郎, 松井 孝典, 菊池 悠太, 林 光希, 吉田 寛 (Department of Gastroenterological Surgery, Nippon Medical School)

【背景】術前の画像検査にて側方リンパ節 (lateral lymph node; LLN) 転移陽性の場合は、側方郭清 (LLND) を行うことが強く推奨されている。一方で、リアルワールドにおいてLLN転移陰性例に対するLLNDは、各施設ばらつきがある。本研究では、進行下部直腸癌に対する(neoadjuvant chemotherapy: NAC) の治療効果と側方リンパ節再発の関連性を検討した。

【対象と方法】対象は2012年7月から2023年7月までに、当科で根治手術を施行したcStage II-III下部直腸癌症例。NACおよびupfront surgery (upfront群) のLLN再発率を後方視的に検討した。当科は、治療的LNNDのみを行う方針としている。

【結果】対象は185例 (NAC群82例, upfront群103例)。NACレジメンは、FOLFOX42例、CapeOX40例。観察期間中央値はNAC群4年1ヶ月、upfront群4年5ヶ月。患者背景はNAC群 vs. upfront群で、年齢：64歳 vs. 72歳、男性/女性：65/17 vs. 59/44であり、NAC群で有意に年齢が若く、男性が多かった ($p<0.001$, $p=0.017$)。cStage IIIの割合は63% (52/82) vs. 54% (56/103)、術後合併症 (Clavien-Dindo ≥ 3) の頻度は17% vs. 14%と、2群間で差を認めなかった ($p=0.23$, $p=0.68$)。LLNDはNAC群で15例、upfront群で15例に施行されていた。LN再発はNAC群、upfront群でそれぞれ7.3% vs 7.7%であり差を認めなかった($p=1.0$)。サブグループ解析では、NACによるdown staging (DS+) が得られた症例のLLN再発率は0%であり、DS-症例13.3%、upfront群7.7%と比較して低い傾向を示した($p=0.057$)。ycStageとypStageの一致率は57%(47/82)であり、過小評価がなされていた症例は14.6%(12/82)であった。

【考察】NACでDS+症例のLLN再発率はupfront surgeryと比較して良好であり、治療的LLNDの治療方針が妥当であること示唆された。一方で、DS-症例に対しては、予防的LLNDや放射線照射の必要性が示唆された。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 3

[PD6] Panel Discussion 6 (English Slide) Lateral Lymph Node Dissection for Rectal Cancer: Including Omission

司会：川合 一茂(東京都立駒込病院大腸外科), 上原 圭(日本医科大学消化器外科)

[PD6-5] Reassessment of Lateral Lymph Node Dissection Criteria with the Introduction of Neoadjuvant Therapy

Kazuki Otani, 塚田 祐一郎, 佐々木 将磨, 山東 雅紀, 長谷川 寛, 池田 公治, 西澤 祐吏, 伊藤 雅昭 (Colorectal Surgery, National Cancer Center Hospital East)

【背景】本邦のガイドラインでは、腫瘍下縁が腹膜反転部以下のcT3以深の直腸癌を対象とした側方リンパ節郭清（LLND）の実施が推奨されているが、この対象の中には病理学的に転移陰性である症例も多く含まれる。また、近年は進行直腸癌に対する術前治療の機会が増加しており、術前治療後の予防的側方郭清の適応を再評価する必要性が生じている。本研究では、術前治療の導入が側方郭清の適応および治療成績に与える影響を検討した。

【方法】本研究は単施設後ろ向き観察研究であり、2016年1月から2022年10月までに当院でLLNDを伴う根治目的の切除が施行された原発性直腸腺癌症例を対象とした。術前治療の有無および種類に基づき、以下の3群に分類：術前治療なし（Upfront）群、Total neoadjuvant therapy症例を含む術前放射線化学療法施行（CRT）群、術前化学療法施行（NAC）群。スライス厚5mm以下のMRIで側方リンパ節（LLN）の最大短径およびMalignant feature（MF：辺縁不整、内部信号不均一）の有無を評価し、病理学的なLLN転移（pLLN）と関連づけて分析した。最大短径の至適カットオフ値はYouden indexで算出した。

【結果】対象症例は385例であり、Upfront群175例、CRT群142例、NAC群68例であった。両側LLNDは365例（94.8%）、片側LLNDは20例（5.2%）に施行された。手術前MRI（術前治療群では治療施行後）でのLLNの最大短径5mm以上を基準とした場合、全群でYouden indexが最大となり、適応基準として妥当と考えられた。この基準を用いると、LLND適応症例はUpfront群で47%、CRT群で24%、NAC群で37%に減少し、LLNDを省略した症例のpLLN陽性例は0.8%（2/242例）であった。一方、治療後も短径5mm以上のLLNが残存する症例では、CRT群53%、NAC群56%がpLLN陽性だった。また、片側のLLNが短径5mm以上かつ対側が短径5mm未満の症例で、対側のpLLN陽性例は121例中3例（2.5%）のみであり、短径5mm未満側の郭清省略が可能と考えられた。

【結語】手術先行群・術前治療群とともに、手術前MRIでLLNの最大短径が5mm以上である症例に対して、同側のLLNDを施行することが適切である。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 3

[PD6] Panel Discussion 6 (English Slide) Lateral Lymph Node Dissection for Rectal Cancer: Including Omission

司会：川合 一茂(東京都立駒込病院大腸外科), 上原 圭(日本医科大学消化器外科)

[PD6-6] Lateral lymph node metastasis in rectal cancer following preoperative chemoradiotherapy: Evaluation of the diagnostic value of lymph node size and PET-CT

Kazuhito Sasaki, 横山 雄一郎, 江本 成伸, 野澤 宏彰, 室野 浩司, 永井 雄三, 原田 有三, 品川 貴秀, 館川 裕一, 岡田 聰, 白鳥 広志, 石原 聰一郎 (Department of Surgical Oncology, The University of Tokyo)

背景：近年、局所進行直腸癌に対する術前化学放射線療法(CRT)やtotal neoadjuvant therapyは米国では標準治療とされ本邦でも導入する施設が増えている。当科では下部進行直腸癌に対する術前CRTを2003年より導入し、治療前長径8mm以上の側方リンパ節(LLN腫大)を対象とした選択的側方郭清を行っている。側方郭清による排尿・性機能の低下に関する報告もありLLN転移診断の向上が求められている。本検討では、治療前LLN径やLLN腫大症例におけるFDG集積のLLN転移診断能を明らかにすることを目的とした。

対象・方法：2010年1月から2023年12月に術前CRT後に外科的切除を施行したcStage II-IVの下部直腸癌323例を対象とした。検討1: 後方視的にCTでの治療前後LLN最大長径を計測し、LLN転移診断能を解析した。検討2: 治療前LLN腫大を有しPET-CT検査(PET)が施行された93例を対象とし、PETのLLN転移診断能について検討した。

結果1: 323例中の71例 (22%) に側方郭清が行われLLN転移は32例 (10%) 、側方未施行症例で2例にLLN再発 (0.8%) を認めた。これら34例 (10.8%) をLLN転移群とした。CRT施行前の長径最大値とLLN転移診断における感度/特異度では、cut-off値をCRT前5mm、8mm、10mmとして各々 100%/38.7%、97.1%/77.5%、82.4%/90.0%、CRT後5mm、8mm、10mmとして各々 91.2%/68.2%、85.3%/94.8%、67.6%/96.9%であり、cut-off値CRT前8mmにおいて感度・特異度ともに良好であった。

結果2: LLN腫大のFDG集積は、CRT前 45% (42/93) 、CRT後 25% (22/88) に認めた。LLN転移診断における感度/特異度/陽性的中率/陰性的中率は、CRT前 84% / 74% / 62% / 90%、CRT後 55% / 90% / 73% / 80% であった。

結語：術前CRT後の下部直腸癌において、治療前LLN径8mm以上に対する側方郭清は適切な選択基準であった。LLN腫大の症例において治療前PETの陰性的中率は90%であり、側方郭清の省略を検討するうえで重要な因子になりうると考えられた。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 3

[PD6] Panel Discussion 6 (English Slide) Lateral Lymph Node Dissection for Rectal Cancer: Including Omitting

司会：川合 一茂(東京都立駒込病院大腸外科), 上原 圭(日本医科大学消化器外科)

[PD6-7] Preoperative (chemo-)radiation therapy plus selective lateral dissection for lower advanced rectal cancer

Kosuke Hiramatsu, 戸田 重夫, 柏木 悅平, 高橋 泰宏, 富田 大輔, 呉山 由花, 前田 裕介, 福井 雄大, 花岡 裕, 的場 周一郎, 上野 雅資, 黒柳 洋弥 (Toranomon Hospital)

【目的】当科ではcStage II, IIIの下部直腸癌に対して術前(化学)放射線療法を行っている。手術はTMEに加えて、治療前の画像評価で長径7mm以上の側方リンパ節腫大を認めた症例に対し腫大側のみ郭清する選択的側方郭清(LLND)を行っている。本研究はその妥当性について検討する。

【術前治療】現在放射線治療レジメンは化学放射線療法(CRT) [54.0/28Fr, oral 5-FU]、短期放射線療法(SRT) [25.0Gy/5Fr]を併用している。また以前よりcT4bやcN2、両側側方リンパ節転移症例に対してtotal neoadjuvant therapy(TNT)を行ってきたが、現在ではAV5cmより肛門側の病変に対してNon-operative Management(NOM)を意図した臨床試験に参加し、TNTを行っている。

【方法】当科において2010年から2023年までに術前放射線治療を行った遠隔転移を伴わないStage II, IIIの下部進行直腸癌371例を対象とし、全体の治療成績を検討した。またNOMとなった症例を除いた手術症例をLLND+群とLLND-群に分けて比較検討した。【結果】観察期間の中央値(IQR)は58(30-74)か月。LCRT 207例、SRT 90例、TNT 74例。術式は124例に側方郭清(片側93例、両側31例)を施行。肛門温存率は80%。治療成績に関して、LCRTとTNTの284例中、pCRもしくは観察時点でNOM継続している症例が40例(14%)であった。LLND+群のうち病理学的に転移陽性だったのが31%であった。全体の5年全生存率(OS)は83%、無再発率生存率(RFS)は73%、累積局所再発率(cLRR)は8%。LLND-群(235例)とLLND+群(124例)の比較ではOS 83% vs 82% (p=0.20)、RFS 72% vs 73% (p=0.72)、cLRR 7% vs 10% (p=0.16)でいずれも統計学的な有意を認めなかった。またLLND-群において側方領域に局所再発した症例は5例(2%)であった。【結語】術前治療前に長径7mm以上の腫大を郭清適応とした選択的側方郭清の治療成績では、側方郭清した症例の病理学的転移率は31%と妥当なものと考えられた。また側方郭清施行症例と非施行症例の長期成績についても統計学的有意差が認められなかった。非施行症例の側方領域への局所再発も2%と許容できる範囲内と考えられ、放射線治療後の症例において非腫大リンパ節の郭清を省略することは妥当と考えられた。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 3

[PD6] Panel Discussion 6 (English Slide) Lateral Lymph Node Dissection for Rectal Cancer: Including Omit

司会：川合 一茂(東京都立駒込病院大腸外科), 上原 圭(日本医科大学消化器外科)

[PD6-8] The Criteria for Lateral Lymph Node Dissection in Patients After Total Neoadjuvant Therapy for Advanced Lower Rectal Cancer

Misato Takao, 出嶋 皓, 坂元 慧, 中守 咲子, 加藤 博樹, 中野 大輔, 川合 一茂 (Tokyo Metropolitan Cancer and Infectious Diseases Center Komagome Hospital)

【目的】下部進行直腸癌においてCRT後であっても一定の基準で側方郭清を追加した方がよいとされ、その基準の1つとして治療前画像診断にて長径8mm、短径5mmがカットオフ値として用いられることが多い。しかしながらTNT症例における至適な側方郭清基準については未だ明確な指標がない。

【対象】2020年12月から2025年3月までに術前TNT後に根治手術を施行した下部進行直腸癌39例。TNTとしてshort course RT後にCAPOX 4-5 courseを施行し、治療前後の側方リンパ節の短径・長径を測定した。郭清により側方転移陽性であった症例又は術後に側方転移を来たした症例を側方転移陽性と判定した。

【結果】治療開始時の肛門縁から腫瘍までの距離は平均20mm (0-70)、側方郭清は郭清なしが17例、片側郭清が17例、両側が5例であった。組織学的治療効果判定はGrade 1が16例(41.0%)、Grade 2が13例(33.4%)、Grade 3が10例(25.6%)。側方郭清を施行した22例中1例に片側の側方転移を認め、また側方郭清省略症例の経過中に1例の側方再発を認めたため、TNT後の側方転移率は左右を別領域として2.6%と推定された。側方転移の2例のうち1例は治療前後の長径が5mm→5mm、短径が4mm→4mmであり、もう一例では長径が8mm→3mm、短径が7mm→3mmであった。これに対し転移陰性症例では治療前後の長径の中央値が7mm→5mm、短径の中央値が5mm→4mmであった。

【結後】TNT症例においては長径8mm、短径5mmに満たない症例でも側方リンパ節転移を認めた。さらなる症例の蓄積が必要であるが、既存のCRTと側方郭清の基準が異なる可能性がある。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 3

[PD6] Panel Discussion 6 (English Slide) Lateral Lymph Node Dissection for Rectal Cancer: Including Omission

司会：川合 一茂(東京都立駒込病院大腸外科), 上原 圭(日本医科大学消化器外科)

[PD6-9] Lateral pelvic lymph node dissection after total neoadjuvant therapy in lower rectal cancer with clinically positive nodes

Tatsuki Noguchi¹, 坂本 貴志¹, 松井 信平¹, 向井 俊貴¹, 山口 智弘¹, 河内 洋², 秋吉 高志¹ (1. Department of Colorectal Surgery, Cancer Institute Hospital, Japanese Foundation for Cancer Research, 2. がん研究会 有明病院病理部)

【背景・目的】 本邦において進行下部直腸癌に対する治療として、直腸間膜全切除(total mesorectal excision; TME)と側方郭清が標準治療とされている。近年、total neoadjuvant therapy (TNT)が術前化学放射線療法に比べ遠隔再発率を抑制することが示され、本邦でも普及してきている。一方、側方リンパ節転移が疑われる症例に対するTNTの意義は明らかではない。今回、臨床的側方転移陽性例に対するTNTの治療効果および病理学的側方転移陽性に関わる因子を明らかにすることを目的とした。

【方法】 2004年8月から2020年11月までに術前TNTを施行後に側方郭清を伴うTMEを行った症例107例を対象とし、後方視的に検討を行った。臨床的側方リンパ節転移の診断基準はMRIで治療前長径7mm以上とし、治療後の径に関わらず治療前に臨床的側方転移陽性と診断された側のみ側方郭清を行った。

【結果】 48名が側方リンパ節の短径7mm未満であり、59名が短径7mm以上であった。短径7mm以上群では7mm未満群と比べ、有意に病理学的側方転移率が高かった (44.1% vs. 2.1%, P<0.001)。短径7mm以上群において治療前CEA、mrEMVI、治療前側方リンパ節のMRI悪性所見、治療後側方リンパ節短径4mm以上を含むロジスティック回帰分析を行うと、治療後側方リンパ節短径4mm以上 (OR 15.66, P=0.0021)、治療前側方リンパ節の悪性所見 (OR 5.480, P=0.0215)が病理学的側方転移陰性となる独立した因子であった。治療後リンパ節短径4mm未満の症例では病理学的側方転移陽性率は7.1%であり、治療後リンパ節短径4mm以上の症例での病理学的側方転移陽性率は、治療前側方リンパ節悪性所見のない症例では25.0%で、悪性所見のある症例では66.7%であった。

5年生存率、5年無再発生存率、5年局所無再発生存率はいずれも、側方転移陽性症例で陰性症例に比して有意に不良であった。

【結語】 TNT後の臨床的側方転移陽性症例において、治療前短径7mm未満群では側方転移は2%のみにしか認めなかった。短径7mm以上群においては、治療前悪性所見と治療後リンパ節短径が病理学的側方転移陽性に関連しており、治療後の側方郭清の適応の判断材料となると考えられた。

Panel Discussion

■ Sat. Nov 15, 2025 10:00 AM - 11:30 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:00 AM - 2:30 AM UTC ■ Room 3

[PD7] Panel Discussion 7 (English Slide) Stage IV Colorectal Cancer: Strategies for Surgery, Chemotherapy, and Radiation

司会：平田 敬治(産業医科大学第1外科), 植竹 宏之(独立行政法人国立病院機構災害医療センター臨床研究部)

[PD7-1]

Treatment policy and outcomes for stage IV colorectal cancer at our hospital

Masayasu Kawasaki, 魚住 のぞみ, 前田 詠理, 山本 堪介, 奥村 哲, 福田 進太郎, 土橋 洋史, 小川 雅生, 亀山 雅男 (Bell Land General Hospital, Department of Surgery)

[PD7-2]

Prognostic impact of primary tumor resection in unresectable Stage IV colorectal cancer

Akira Dejima, 中野 大輔, 坂元 慧, 中守 咲子, 加藤 博樹, 高雄 美里, 川合 一茂 (Tokyo Metropolitan Cancer and Infectious Diseases Center Komagome Hospital)

[PD7-3]

Predictive factors for early and ultra-early recurrence after R0 resection of liver metastasis from colorectal cancer

Jun Kiuchi, 有田 智洋, 清水 浩紀, 名西 健二, 池下 千彬, 井上 博之, 高畠 和也, 西別府 敬士, 今村 泰輔, 小菅 敏幸, 山本 有祐, 小西 博貴, 森村 玲, 藤原 斎, 塩崎 敦 (Division of Digestive Surgery, Kyoto Prefectural University of Medicine)

[PD7-4]

Retrospective Analysis of Prognostic Factors in Patients Undergoing Pulmonary Metastasectomy for Colorectal Cancer

Gentaro Fukushima, 水谷 久紀, 筋野 博喜, 久保山 侑, 田子 友哉, 笠原 健大, 真崎 純一, 岩崎 謙一, 古賀 寛之, 金沢 景繁, 永川 裕一 (Tokyo Medical University, Department of Gastrointestinal and Pediatric Surgery)

[PD7-5]

Treatment for colorectal cancer patients with two metastatic sites

Hiroshi Nagata, 田藏 昇平, 加藤 岳晴, 高見澤 康之, 森谷 弘乃介, 塚本 俊輔, 金光 幸秀 (Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center Hospital)

[PD7-6]

Indications and Outcomes of Cytoreductive Surgery for Synchronous Colorectal Cancer with Peritoneal Metastasis

Akiyoshi Mizumoto, 高尾 信行, 今神 透, 大江 康光, 松永 隆志, 寒川 玲, 安 炎九, 戸川 剛 (Omi Medical Center, Department of Gastrointestinal Surgery)

[PD7-7]

Updated Overall Survival and Prognostic Factors in the C-cubed Study of Metastatic Colorectal Cancer

Takeshi Nagasaka¹, 岡脇 誠¹, 下川 元繼¹², 稲田 涼⁷, 尾嶋 仁⁴, 谷岡 洋亮¹, 能浦 真吾², 進藤 吉明⁶, 濱田 円³, 宗本 義則⁹, 石橋 敬一郎¹¹, 岡島 正純¹⁰, 山口 佳之¹, 山田 岳史⁵, 島田 安博⁸ (1.Clinical Oncology, Kawasaki Medical School Hospital, 2.堺市立総合医療センター消化器外科, 3.関西医科大学附属香里病院, 4.群馬県立がんセンター, 5.日本医科大学消化器外科, 6.中通総合病院消化器外科, 7.高知医療センター外科, 8.高知医療センター腫瘍内科, 9.福井県済生会病院外科, 10.広島市民病院外科, 11.埼玉医科大学総合医療センター消化管外科・一般外科, 12.山口大学大学院医学系研究科医学統計学分野)

[PD7-8]

Dynamic Personalized Treatment Strategy for Stage IV Colorectal Cancer Using cfDNA: Real-Time Monitoring and MRD Assessment

Takuma Iwai¹, 山田 岳史¹, 上原 圭¹, 進士 誠一¹, 松田 明久¹, 横山 康行¹, 高橋 吾郎¹, 宮坂 俊光¹, 香中 伸太郎¹, Mongkhonsupphawan Aitsariya^{1,2}, 吉田 寛¹ (1. Department of Gastroenterological Surgery, Nippon Medical School, 2. Department of Surgery, Faculty of Medicine Siriraj Hospital)

[PD7-SP]

特別発言

Mitsugu Sekimoto (Minoh City Hospital)

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 10:00 AM - 11:30 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:00 AM - 2:30 AM UTC Room 3

[PD7] Panel Discussion 7 (English Slide) Stage IV Colorectal Cancer: Strategies for Surgery, Chemotherapy, and Radiation

司会：平田 敬治(産業医科大学第1外科), 植竹 宏之(独立行政法人国立病院機構災害医療センター臨床研究部)

[PD7-1] Treatment policy and outcomes for stage IV colorectal cancer at our hospital

Masayasu Kawasaki, 魚住 のぞみ, 前田 詠理, 山本 堪介, 奥村 哲, 福田 進太郎, 土橋 洋史, 小川 雅生, 亀山 雅男 (Bell Land General Hospital, Department of Surgery)

背景：Stage IV大腸癌は原発巣・転移巣の状況が多様であり、画一的な治療指針設定は困難である。当科ではR0切除を目指すなか、R2であっても原則原発巣は切除する方針とし、以下の適応に則って治療に臨んでいる。①P1,肝辺縁のH1,216リンパ節: 同時性切除でR0、②PUL+,深部のH1とH2以上: 異時性切除でR0、③遠隔転移巣切除不能:原発巣切除のみR2、④原発巣切除不能:姑息手術。

目的:当科のStage IV大腸癌治療方針の妥当性を検証する。

対象と方法:2011-2020 Stage IV大腸癌281例を①同時性R0切除28例、②異時性R0切除20例、③原発巣切除（R2転移巣非切除）189例、④原発巣非切除44例に分類。1.各群の概要と予後、2.R0切除例①,②の術後再発リスク因子、3.原発巣切除例③の予後不良因子を検討した。

結果:1.5年全生存率は各群①36.1%②64.9%③17%④0% ($p=5 \times 10^{-12}$)で、4群間それぞれに有意差を認めた。

2.R0症例①vs②の生存比較では異時性切除が良好で($p=0.026$)、同時切除の予後不良因子は「腹膜播種あり」、「転移臓器数2個」であった。肝転移のみの比較では①vs②の全生存率で有意差はなかった。R0術後再発率は①68%,②50%で、①②をまとめた多変量解析では「腹膜播種あり」が再発リスク因子(Odds16.6)と示された。

3.原発巣のみ切除③の生存における各種項目の多変量解析では予後不良因子として「H3」(HR3.2)、「術後合併症CDIII以上」(HR2.2)、「薬物療法施行なし」(HR4.5)が示され、これらを有する症例の生存率は、原発巣非切除例④と差は認めなかった。

考察: R0切除の有用性が再認識され、病変Gradeや部位で適切な基準を設定すれば肝切除は同時性・異時性いずれも妥当であるが、腹膜播種病変を認めた症例は再発を念頭に術後治療や観察を強化する必要があるといえる。一方、原発巣切除には一定の予後改善効果が期待されるが、手術の際はシンプルな術式にとどめ合併症を最小限にする意識が求められる。そしてH3や薬物療法が入らない症例に原発巣切除の効果は少なく、これらには高度の狭窄や下血といった強い症状を伴う症例のみに限定して適応するべきである。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 10:00 AM - 11:30 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:00 AM - 2:30 AM UTC Room 3

[PD7] Panel Discussion 7 (English Slide) Stage IV Colorectal Cancer: Strategies for Surgery, Chemotherapy, and Radiation

司会：平田 敬治(産業医科大学第1外科), 植竹 宏之(独立行政法人国立病院機構災害医療センター臨床研究部)

[PD7-2] Prognostic impact of primary tumor resection in unresectable Stage IV colorectal cancer

Akira Dejima, 中野 大輔, 坂元 慧, 中守 咲子, 加藤 博樹, 高雄 美里, 川合一茂 (Tokyo Metropolitan Cancer and Infectious Diseases Center Komagome Hospital)

【背景】切除不能遠隔転移を有する大腸癌に対しては有症状でない限り原発巣非切除、及び化学療法先行が標準治療とされる。しかし施設によりその治療方針は異なることが多い。原発切除先行群と化学療法群のOutcomeを比較した。

【対象と方法】2012年1月から2021年12月までに当院で治療を実施した、切除不能遠隔転移を有する大腸癌414例について、原発切除先行群（以下Surgery first, SF群）と化学療法群（以下Chemotherapy first, CF群）に分類し、後方視的に検討した。

【結果】SF群が220例、CF群が194例であり、腫瘍の局在（右側結腸/左側結腸(直腸RS部含む)/直腸）は73/93/54 vs. 52/82/60 ($p=0.23$) と差を認めなかった。深達度（cT3以下/cT4/cTX）は109/102/9 vs. 84/88/22 ($p<0.01$) であり、リンパ節転移（cN1/cN2/cNX）は92/120/8 vs. 117/55/22 ($p<0.01$) であった。また遠隔転移（1臓器/2臓器/3臓器以上）は103/92/25 vs. 109/51/34 ($p<0.01$) であった。

初診時から化学療法開始までの期間の中央値は、70日 vs. 25日であった。化学療法のレジメンでオキサリプラチンもしくはイリノテカンが投与できた症例は、166例（75.5%） vs. 182例（93.8%）であった。SF群のうち、原発巣切除後に化学療法が実施できなかった症例は35例（15.9%）であり、CF群のうち経過中に穿孔や腸閉塞等で姑息的手術を要した症例は8例（4.1%）であった。Conversionとして根治的手術を行えた症例は、13例（5.9%） vs. 7例（3.6%）であった。

単変量解析において、5年全生存率（以下OS）は、15.1% vs. 7.2% ($p=0.04$) と有意にSF群が長く、多変量解析においてもSF vs. CF [HR 1.43, p 値<0.01] と有意にSF群のOSが良好であった。他のOS不良因子としては、年齢 ($p<0.01$)、右側結腸 ($p<0.01$)、2臓器以上の転移 ($p<0.01$) が独立した因子であった。

【結語】切除不能遠隔転移を有する大腸癌において、有症状／無症状すべての症例で解析すると、原発巣切除を行った方がむしろ予後良好であった。手術による化学療法の遅れは45日程度であり、将来的な閉塞や出血が危惧される症例においては原発巣切除も治療オプションとなり得ると考えられた。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 10:00 AM - 11:30 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:00 AM - 2:30 AM UTC Room 3

[PD7] Panel Discussion 7 (English Slide) Stage IV Colorectal Cancer: Strategies for Surgery, Chemotherapy, and Radiation

司会：平田 敬治(産業医科大学第1外科), 植竹 宏之(独立行政法人国立病院機構災害医療センター臨床研究部)

[PD7-3] Predictive factors for early and ultra-early recurrence after R0 resection of liver metastasis from colorectal cancer

Jun Kiuchi, 有田 智洋, 清水 浩紀, 名西 健二, 池下 千彬, 井上 博之, 高畠 和也, 西別府 敬士, 今村 泰輔, 小菅 敏幸, 山本 有祐, 小西 博貴, 森村 玲, 藤原 斎, 塩崎 敦 (Division of Digestive Surgery, Kyoto Prefectural University of Medicine)

【はじめに】切除可能な大腸癌肝転移には外科的切除が推奨されている。一方で肝切除後の再発は高頻度で、肝切除後ただちに再発する症例もしばしば経験することから、肝切除の腫瘍学的に適切なタイミングを判断するにあたって悩まされることも多い。今回我々は、肝切除の適切なタイミングを判断するために、肝切除後早期・超早期再発に関連する因子について検討した。

【対象と方法】1996年から2023年までに当院で大腸癌肝転移に対してR0切除を施行した140例を後方視的に解析した。5年、6ヶ月（早期）および4ヶ月（超早期）の無再発生存（RFS）における再発予測因子について解析した。

【結果】

- 1)初回肝切除後の残肝再発は、9.7%が肝切後4ヶ月以内、36.5%が肝切後4~6ヶ月で認められた。2年を超えて残肝再発を来たした症例も15.4%認めたが、5年以降の再発は認めなかった。
- 2)5年RFSに関連する因子は原発直腸、領域リンパ節転移4個以上、低分化および未分化癌、RAS変異型、複数の肝転移、5cm以上の肝転移、肝外転移あり、2回目以降の肝切除であり、領域リンパ節転移4個以上、5cm以上の肝転移、肝外転移あるいはそれぞれ独立した再発予測因子であった。
- 3)早期再発に関連する因子は静脈侵襲高度陽性、同時性肝転移、5cm以上の肝転移、肝外転移あり、2回目以降の肝切除であり、静脈侵襲高度陽性、5cm以上の肝転移は独立した再発予測因子であった。
- 4)超早期再発に関連する因子は5cm以上の肝転移、肝切除前CAE高値および肝切除前CA19-9高値であった。5cm以上の肝転移は独立した再発予測因子であった。
- 5)肝切除回数別にRFSを比較すると、2回目以降の肝切除後の予後は、1回目の肝切除後の予後と比較して有意に不良であった。

【結語】5cm以上の肝転移症例、高度静脈侵襲陽性症例は肝切除後早期再発の予測因子であり、特に5cm以上の肝転移症例は超早期再発の予測因子である。また2回目以降の肝切除では、肝切除後の再発率が比較的高くなる。これら因子に該当する症例では肝切除のタイミングについて慎重な検討が必要である。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 10:00 AM - 11:30 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:00 AM - 2:30 AM UTC Room 3

[PD7] Panel Discussion 7 (English Slide) Stage IV Colorectal Cancer: Strategies for Surgery, Chemotherapy, and Radiation

司会：平田 敬治(産業医科大学第1外科), 植竹 宏之(独立行政法人国立病院機構災害医療センター臨床研究部)

[PD7-4] Retrospective Analysis of Prognostic Factors in Patients Undergoing Pulmonary Metastasectomy for Colorectal Cancer

Gentaro Fukushima, 水谷 久紀, 筋野 博喜, 久保山 侑, 田子 友哉, 笠原 健大, 真崎 純一, 岩崎 謙一, 古賀 寛之, 金沢 景繁, 永川 裕一 (Tokyo Medical University, Department of Gastrointestinal and Pediatric Surgery)

【緒言】大腸癌肺転移に対するR0切除は生命予後を延長し得るもの、その適応基準はいまだ確立されていない。適切な症例選択には腫瘍制御の可能性を評価し、予後因子を把握することが重要である。今回、従来報告されている原発巣・転移巣因子に加え肺転移巣の経時的变化が予後に及ぼす影響を検討した。

【方法】2004年1月から2024年1月までに当院で大腸癌肺転移に対してR0切除を受けた90例を対象とし、臨床病理学的因子と全生存期間（OS）および無再発生存期間（RFS）について後方視的に解析した。

【結果】平均年齢は67.6歳、男性52例・女性38例であり、原発部位は結腸41例、直腸49例。同時性肺転移15例（15.9%）、異時性肺転移75例（84.1%）。両側肺転移は12例（13.3%）、病変数2以上は13例（14.4%）であった。肺転移診断時の最大腫瘍径中央値は10mm、肺切除時は15mm、診断から切除までの期間中央値は3.5か月であり、腫瘍増大率中央値は4.8%/月であった。全生存期間中央値は82.5か月（95%CI 51.2–117.7）で、肺切除後の補助化学療法施行率は40.9%であった。また、肺切除後の5年OSは57.1%であった。単変量解析では診断から切除までの腫瘍増大率が高い群でOSが有意に短縮し（ $p=0.035$ ），多変量解析でも同指標がRFSの独立予後因子であった（HR 1.70, 95%CI 1.17–2.02, $p=0.03$ ）。

【結語】大腸癌肺転移切除後の予後因子として、肺転移巣経の変化が関与していた。手術適応判断において、経時的な画像評価を取り入れることが適切な治療戦略の決定に寄与する可能性がある。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 10:00 AM - 11:30 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:00 AM - 2:30 AM UTC Room 3

[PD7] Panel Discussion 7 (English Slide) Stage IV Colorectal Cancer: Strategies for Surgery, Chemotherapy, and Radiation

司会：平田 敬治(産業医科大学第1外科), 植竹 宏之(独立行政法人国立病院機構災害医療センター臨床研究部)

[PD7-5] Treatment for colorectal cancer patients with two metastatic sites

Hiroshi Nagata, 田藏 昇平, 加藤 岳晴, 高見澤 康之, 森谷 弘乃介, 塚本 俊輔, 金光 幸秀 (Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center Hospital)

【背景】当院では、複数臓器転移を伴う大腸癌に対しても、外科切除・根治的放射線療法・アブレーション療法などを活用し、局所制御の達成に努めてきた。

【目的】2臓器転移を伴う大腸癌に対する当院での治療内容およびその成績を明らかにすること。

【方法】2017年から2021年に当院で治療された、2臓器転移を伴う大腸癌症例を後方視的に抽出し、その治療内容および成績を検討した。治療開始前に2臓器の転移が診断された症例を対象とし、Stage 1-3の術後再発例も含めた。2臓器転移とともに局所制御が達成された症例をCurB群、1臓器転移のみの局所制御にとどまった症例をCurC群、局所制御は達成できず全身化学療法で治療された症例をChemo群とした。

【結果】2臓器転移を伴う大腸癌 227例の中で、CurB群が45例(19.8%)、CurC群が18例(7.9%)、Chemo群が164例(72.2%)であった。CurB群およびCurC群の3年全生存割合はそれぞれ78.3%、69.7%でこの2群間に統計学的差はなく($p=0.930$)、Chemo群の32.7%に比べていずれも有意に予後良好であった($p<0.001$, $p=0.012$)。肝肺転移を伴う70例についてみると、CurB群が16例(22.9%)、CurC群が9例(12.9%)、Chemo群が45例(64.3%)であり、全生存割合においてChemo群に比べてCurB群(ハザード比 0.19, $p=0.001$)、CurC群(ハザード比 0.30; $p=0.037$)はそれぞれ有意に良好であった。年齢・性別・転移時期(同時性/異時性)・局所制御の達成状況(CurB/CurC/Chemo)・全身化学療法(有/無)を含む多変量解析において、CurB達成が有意な予後良好因子として認められた(ハザード比0.11, $p=0.030$)。

【結語】本研究では、2臓器転移を有する症例においても、局所制御の達成が予後の延長に寄与する可能性が改めて示された。また、1臓器の切除にとどまったとしても、化学療法のみより予後が改善する可能性も示唆され、遠隔転移/再発に対する切除可能性を積極的に検討すべきである。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 10:00 AM - 11:30 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:00 AM - 2:30 AM UTC Room 3

[PD7] Panel Discussion 7 (English Slide) Stage IV Colorectal Cancer: Strategies for Surgery, Chemotherapy, and Radiation

司会：平田 敬治(産業医科大学第1外科), 植竹 宏之(独立行政法人国立病院機構災害医療センター臨床研究部)

[PD7-6] Indications and Outcomes of Cytoreductive Surgery for Synchronous Colorectal Cancer with Peritoneal Metastasis

Akiyoshi Mizumoto, 高尾 信行, 今神 透, 大江 康光, 松永 隆志, 寒川 玲, 安 炳九, 戸川 剛 (Omi Medical Center, Department of Gastrointestinal Surgery)

(目的) 当院では、大腸癌同時性腹膜播種に対し、cytoreductive surgery(CRS)による積極的切除を行っており、肉眼的遺残腫瘍のない完全切除 (CC-0) が予後改善に極めて重要であると報告してきた。今回、P分類とperitoneal cancer index (PCI) に基づき、同時性大腸癌腹膜播種に対するCRSの適応と治療成績を検討した。

(方法) 2012年から2023年までに、同時性大腸癌腹膜播種に対してCRSを施行した128例を対象とした。CRSは、消化管、子宮付属器や脾臓などの臓器切除と壁側腹膜切除を組み合わせて実施した。P分類ならびにPCI (腹腔内を13領域に分け、病変サイズにより0–3点で評価) は、術中の開腹所見に基づいて決定した。

(結果) 対象は男性58例、女性70例、平均年齢は54歳であった。平均手術時間は282分、平均出血量は1.1Lであった。腹膜播種の診断からCRSまでの期間の中央値は280日であった。

CRSからの3年・5年生存率はそれぞれ44%、31%であり、CC-0切除が達成された症例では62%、46%であった。一方、CC-1以上の症例では5年生存は認めなかった。

P分類別にみると、P1が6例、P2が22例、P3が100例であり、CC-0達成率はP1で100%、P2で95% (21/22例) 、P3で39% (39/100例) であった。P1とP2を合わせた症例における3年・5年生存率はそれぞれ65%と48%で、P3では35%と25%であった。P3でもCC-0切除が達成された場合の3年・5年生存率はそれぞれ55%と45%であった。

PCIの値を、PCI9以下 (P-9) 、10–19 (P-19) 、20–29 (P-29) 、30–39 (P-39) の4群に分類したところ、CC-0達成率はP-9 93% (42/45) 、P-19 70% (21/30) 、P-29 8% (3/38) 、P-39 0% (0/15) であった。3年と5年生存率は、P-9がそれぞれ58%と44%、P-19が53%と25%、P-29が9%と0%、P-39が42%と0%であった。

(結語) 大腸癌腹膜播種において、CRSによる予後の改善にはCC-0の切除が重要であり、術中のP分類およびPCIの評価が有用である。P1とP2あるいはPCIが10未満の症例は腹膜切除の絶対適応で、P3であってもPCIが20未満であればCRSを積極的に検討すべきと考える。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 10:00 AM - 11:30 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:00 AM - 2:30 AM UTC Room 3

**[PD7] Panel Discussion 7 (English Slide) Stage IV Colorectal Cancer:
Strategies for Surgery, Chemotherapy, and Radiation**

司会：平田 敬治(産業医科大学第1外科), 植竹 宏之(独立行政法人国立病院機構災害医療センター臨床研究部)

[PD7-7] Updated Overall Survival and Prognostic Factors in the C-cubed Study of Metastatic Colorectal Cancer

Takeshi Nagasaka¹, 岡脇 誠¹, 下川 元継¹², 稲田 涼⁷, 尾嶋 仁⁴, 谷岡 洋亮¹, 能浦 真吾², 進藤 吉明⁶, 濱田 円³, 宗本 義則⁹, 石橋 敬一郎¹¹, 岡島 正純¹⁰, 山口 佳之¹, 山田 岳史⁵, 島田 安博⁸ (1.Clinical Oncology, Kawasaki Medical School Hospital, 2.堺市立総合医療センター消化器外科, 3.関西医科大学附属香里病院, 4.群馬県立がんセンター, 5.日本医科大学消化器外科, 6.中通総合病院消化器外科, 7.高知医療センター外科, 8.高知医療センター腫瘍内科, 9.福井県済生会病院外科, 10.広島市民病院外科, 11.埼玉医科大学総合医療センター消化管外科・一般外科, 12.山口大学大学院医学系研究科医学統計学分野)

【背景】 C-cubed試験は、未治療の切除不能進行・再発大腸癌 (mCRC) に対し、フルオロピリミジン+ベバシズマブ (FP+BEV) を先行投与し、病勢進行時にオキサリプラチン (OX) を追加する逐次治療 (Arm A) と、初回からFP+OX+BEVを併用する併用治療 (Arm B) の有効性を比較した、多施設共同の第III相ランダム化比較試験である。本研究では、長期追跡に基づく全生存期間 (OS) の更新解析とともに、治療開始前に把握可能な臨床的および分子学的因子の予後の意義を検討した。

【方法】 mCRC患者300例はArm AまたはArm Bに1:1の比率で無作為に割り付けられた。サブグループ解析は、年齢 (<70歳 vs. ≥70歳) 、腫瘍側性 (右側 vs. 左側) 、RAS/BRAF V600E変異の有無に基づいて実施した。OSはKaplan-Meier法およびCox比例ハザードモデルで解析し、多変量解析では、すべて治療開始前に把握可能な変数 (年齢、性別、パフォーマンスステータス、腫瘍側性、転移臓器数、原発巣の残存、RAS/BRAF変異、同時性／異時性、フルオロピリミジンの種類) を評価した。

【結果】 OS中央値はArm Aで27.2ヶ月、Arm Bで27.4ヶ月と両群間でほぼ同等であり、治療戦略による有意な差は認められなかった (HR=1.0、P=0.98)。一方、多変量解析の結果、BRAF V600E変異は最も強い不良予後因子であり (HR=6.16、P<0.0001) 、RAS変異 (HR=1.84、P=0.0005) 、PS 1 (HR=2.01、P=0.0009) 、転移臓器数が2つ以上 (HR=1.74、P=0.0005) 、年齢70歳以上 (HR=1.41、P=0.0336) 、および男性 (HR=1.44、P=0.0266) も有意に予後不良と関連していた。さらに、右側原発腫瘍は統計的有意には至らなかったものの、不良な生存傾向を示した (HR=1.38、P=0.0573)。

【結論】 治療戦略によるOSの差は認められなかったが、治療前に評価可能な臨床的および分子学的因子がmCRCの予後に強く関与することが示された。特にBRAFおよびRAS変異、PS、転移臓器数、年齢、性別といった情報は、初期治療方針の決定や、手術先行の可否を判断するうえでも重要である。今後は、このような治療前情報を活用し、個別化治療戦略を構築することの重要性が一層高まると考えられる。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 10:00 AM - 11:30 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:00 AM - 2:30 AM UTC Room 3

[PD7] Panel Discussion 7 (English Slide) Stage IV Colorectal Cancer: Strategies for Surgery, Chemotherapy, and Radiation

司会：平田 敬治(産業医科大学第1外科), 植竹 宏之(独立行政法人国立病院機構災害医療センター臨床研究部)

[PD7-8] Dynamic Personalized Treatment Strategy for Stage IV Colorectal Cancer Using cfDNA: Real-Time Monitoring and MRD Assessment

Takuma Iwai¹, 山田 岳史¹, 上原 圭¹, 進士 誠一¹, 松田 明久¹, 横山 康行¹, 高橋 吾郎¹, 宮坂 俊光¹, 香中 伸太郎¹, Mongkhonsupphawan Aitsariya^{1,2}, 吉田 寛¹ (1. Department of Gastroenterological Surgery, Nippon Medical School, 2. Department of Surgery, Faculty of Medicine Siriraj Hospital)

【背景・目的】 Stage IV大腸癌において、治療選択やconversion切除の適応判断は極めて複雑であり、従来の腫瘍マーカーや画像診断には限界がある。われわれは、血中cfDNA（変異allele頻度：variant allele frequency, VAF、DNA integrity index）および腹水中エクソソームcfDNAの変異検出を用いて、治療反応のリアルタイム評価および微小残存病変（MRD）検出の有用性を検討した。

【対象・方法】 2017～2024年に当科で治療を受けた進行大腸癌患者を対象とした。BRAF^{V600E}変異陽性かつMSSの症例では、初回治療前後の血中cfDNAをdroplet digital PCR (ddPCR) により評価し、VAFと全生存期間（OS）、治療反応との関連を解析した。肝転移切除症例および直腸局所進行癌に対する術前治療症例では、cLBRおよびintegrity indexの治療前後変化と早期再発や奏効との関連を検討した。さらに、腹水中エクソソームcfDNAについて、術前後のVAF変動と再発との関係を解析した。

【結果】 BRAF^{V600E}変異症例（n=14）では、治療後にVAFが低下した群でOSが有意に延長し（511 vs 189 days, p=0.03）、またVAFの変動はCEAやCA19-9よりも治療効果を迅速かつ正確に反映していた。肝転移切除症例（n=45）では、術後にcLBRが上昇した群で早期再発率が有意に高かった（60% vs 14.3%, p=0.002）。局所進行直腸癌に対する術前治療症例（n=11）では、奏効例においてintegrity indexが大きく変動したのに対し、非奏効例では前後差は乏しかった（p=0.015）。腹水エクソソーム解析では（n=32）、cT4病変、播種結節、再発腫瘍において術前VAF陽性率が高く、また術後VAFの上昇や遷延は再発リスクの上昇と関連していた。

【結語】 cfDNAは、治療モニタリングおよびMRD評価において極めて有用な非侵襲的バイオマーカーである。血中および腹水cfDNAの動態を指標とした動的個別化治療戦略は、Stage IV大腸癌の精密医療を実現する鍵となりうる。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 4

[PD8] Panel Discussion 8 Frontline Proctology in Outpatient Clinics

司会：小村 憲一(小村肛門科医院肛門科), 羽田 丈紀(おなかクリニックおしりセンター)

[PD8-1]

Diagnosis and treatment of rectocele in a clinic with beds

Hideki Yamada¹, 森 俊治², 田中 香織² (1.Yamada Coloproctology Clinic, 2.森外科医院)

[PD8-2]

A Comprehensive Approach to Female Patient Care in a Proctology Clinic: Clinical Practice in Surgery, Colonoscopy, and Hair Removal of the Vulvar, Perineal, and Perianal Regions

Satoka Nasu (Women's Clinic Urawa)

[PD8-3]

Actual day surgery for anorectal deseases at our clinic

Makoto Ohara (OHARA MAKOTO Digestive and Proctological Surgery Clinic)

[PD8-4]

Device of anorectal examination and diagnosis that focus on informed consent

Ken Tarumi¹, 吉田 幸平² (1.Tarumi Coloproctology Clinic, 2.新宿おしりのクリニック)

[PD8-5]

A Role of Proctology Clinic for Community

Atsushi Shirahata (Shirahata Clinic)

[PD8-6]

Improving proctology treatment skills and training young doctors in regional cities

Iwao Seshimo¹, 小泉 健二², 佐々木 宏和³, 加川 隆三郎⁴, 渡邊 賢治⁵, 村山 康利⁶, 小野 朋二郎⁷, 生内 一夫⁸ (1.seshimo Gastrointestinal Proctology Clinic, 2.小泉肛門科・外科医院, 3.京都新町病院, 4.洛和会音羽病院, 5.渡邊医院, 6.むらやまクリニック, 7.大阪中央病院, 8.はえうちクリニック)

[PD8-SP]

特別発言

Tokiko Yamaguchi (Marigold Clinic)

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 4

[PD8] Panel Discussion 8 Frontline Proctology in Outpatient Clinics

司会：小村 憲一(小村肛門科医院肛門科), 羽田 丈紀(おなかクリニックおしりセンター)

[PD8-1] Diagnosis and treatment of rectocele in a clinic with bedsHideki Yamada¹, 森 俊治², 田中 香織² (1.Yamada Coloproctology Clinic, 2.森外科医院)

＜はじめに＞2023年に発刊された便通異常症診療ガイドラインでは直腸瘤は直腸・肛門障害型の非狭窄性器質性便秘症に分類されている。我々は排便障害の症状があり、直腸診で直腸腔中隔の脆弱性を認める患者に対して、Cinedefecographyを施行し、怒責時に直腸前壁が2cm以上前方に突出する場合に直腸瘤と診断している。保存的治療で症状が改善しない症例に対し、経肛門的アプローチで外科治療を施行している。我々が施行している直腸瘤に対する手術方法と治療成績について報告する。

＜対象と方法＞2020年4月から2025年3月までの5年間に直腸瘤症例21例に手術を施行した。術前術後に排便造影を施行し、直腸瘤の大きさを測定。2020年から2022年までは直腸粘膜を短軸方向に運針して縫縮するSullivan手術、2023年以降は直腸粘膜を長軸方向に運針して縫縮するTransanal anterior Delorme(TAD)を施行。また、術前、術後2ヶ月、術後1年に肛門内圧、便秘・便失禁の程度を評価した。便秘および便失禁の定量化にはConstipation Scoring System(CSS)とFecal Incontinence Severity Index(FISI)を用いた。

＜Cinedefecography＞バルーンを挿肛後、疑似便を注入し、透視台に設置したポータブルトイレ上でrest,squeeze,strainの3相を撮影し、直腸瘤の大きさを測定。2cm以上で直腸瘤と診断。

＜結果＞・1例で直腸瘤の再発を認め、再手術を行ったが、Clavien-Dindo分類Grade II以上の合併症は認めなかった。

- ・直腸瘤の大きさは手術により有意に縮小していた。
- ・肛門内圧はMRPとMSP共に術前、術後2ヶ月、術後1年で変化していなかった。
- ・FISIは術前、術後2ヶ月、術後1年で有意な変化を認めなかったが、CSSは術後1年の時点で有意に改善していた<P=0.043>。

＜考察＞・直腸瘤の治療は当院の様な有床診療所でも安全に行う事ができる術式と思われた。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 4

[PD8] Panel Discussion 8 Frontline Proctology in Outpatient Clinics

司会：小村 憲一(小村肛門科医院肛門科), 羽田 丈紀(おなかクリニックおしりセンター)

[PD8-2] A Comprehensive Approach to Female Patient Care in a Proctology Clinic: Clinical Practice in Surgery, Colonoscopy, and Hair Removal of the Vulvar, Perineal, and Perianal Regions

Satoka Nasu (Women's Clinic Urawa)

【背景】当院は2022年11月に開院した女性専用の大腸肛門科クリニックである。痔疾患をはじめとする肛門部の悩みに幅広く対応しており、当院の取り組みと課題について報告する。

【取り組み】①日帰り手術：育児や仕事、介護などにより入院が難しい女性に対応するため、手術希望者の90%以上を日帰りで実施し、年間600件以上の手術を施行している。妊娠・出産後に形成される肛門皮垂に悩む患者も多く、排便後の清拭困難等を訴える症例には、整容面にも配慮の上、手術を実施している。②大腸内視鏡検査：女性の死亡原因第1位である大腸がんの早期発見を目的に、肛門疾患で受診した患者に対して内視鏡検査を積極的に勧めている。③VIO脱毛：近年、VIO脱毛の需要が高まる中で、「痔や皮垂があると照射できない」との誤解から相談目的での来院が増加しているが、実際は照射は可能である。当院では開院当初より脱毛機器を導入し、痔疾患と脱毛の両方に対応することで不安軽減と満足度向上に努めている。④他科連携：便秘による腹圧性尿失禁や過活動膀胱、過敏性腸症候群、性交痛や慢性骨盤痛など、女性泌尿器科と重複する症例に対しては専門的診療への橋渡しを行っている。また、周産期に発症しやすい肛門疾患については地域の産婦人科と連携し、円滑な診療体制を構築している。⑤SNS活用：SNSとの親和性が高い女性層に向け、情報発信を通じて認知度の向上と受診導入、女性特有の肛門疾患への啓発を図っている。

【課題と展望】「大腸内視鏡・手術・VIO脱毛」のすべてを希望される患者も多く、当院ではこれらに対応した包括的な診療を行っている。一方、外来を一人で担当しているため説明の一貫性は保ちやすいが、診療が時間通りに進まない、検査・手術と外来を同時に実施できないといった課題がある。限られた時間内で、より効率的な運営体制の構築が求められる。また、女性専用であることから、付き添いの男性やLGBT患者への対応にも配慮が必要である。今後も、女性の肛門疾患に対するニーズの変化を捉え、柔軟かつ質の高い医療の提供に努めていきたい。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 4

[PD8] Panel Discussion 8 Frontline Proctology in Outpatient Clinics

司会：小村 憲一(小村肛門科医院肛門科), 羽田 丈紀(おなかクリニックおしりセンター)

[PD8-3] Actual day surgery for anorectal deseases at our clinic

Makoto Ohara (OHARA MAKOTO Digestive and Proctological Surgery Clinic)

無床診療所である当院では2001年の開院以来、直腸肛門疾患に対し、day surgeryによる治療を行ってきた。day surgeryを行う場合、できるだけ術後疼痛を軽くすること、処置を要するような術後出血を起こさないこと、術後の創部管理が簡単なことなどが重要となってくる。しかしこれらを重視するあまり、肝心な根治性が下がるようでは、価値のある治療とは言えない。相応の根治性を担保されたday surgeryを成り立たせることで患者サイド、医療者サイド双方の福音になり得ると考える。

まず痔核に対してはALTA療法を主体にして、的確な適応基準を決め、単独療法可能な症例は、切らすに治すというメリットを最大限活かし、また最小限の外痔核切除を付加することで、根治性と汎用性を担保する。裂肛、肛門狭窄に対しては括約筋レベルでの狭窄はLSIS、肛門上皮の狭窄にはSSG-VFflapを行っている。II型痔瘻に対しては、瘻管を被覆に利用する、岩垂-小村式を主体に行っている。根治性及び汎用性が高く、術後創管が容易で、疼痛が比較的少ないというのが、その理由である。III型は、枝葉の瘻管をくり抜き、肛門後方を正中切開にてPDSを処理、原発口は直腸粘膜を剥離し被覆する宮田式や、原発口からPDSに血管テープを通すシートン法、原発口からPDSまでの括約筋を切開するlay open法などを行っている。肛門後方のくり抜いた創部は出血予防としてガーゼを埋め込み糸で縫合し、1~2週間ほど保護することで術後出血の予防を行っている。毛巣洞は感染組織を筋膜付近まで摘除したのち、Rhomboide flapにて形成を行っている。後出血なく、テンションがかからないため痛みも少ない。膿皮症に対しても、皮下の感染組織を摘除したのち、いくつかの開窓口を形成し、皮下にガーゼを留置し出血の予防や、浸出液を減らす手段としている。直腸脱に対しては、可能な限り経会陰式手術であるDelorme法にて行うようにしている。これは、腸を切断することなく短縮することができ、体外には傷がないため、痛みも少なく大きな合併症を起こしにくいのが利点である。

これらの手術を動画で供覧し、検討を加え当院におけるday surgeryの現状を報告する。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 4

[PD8] Panel Discussion 8 Frontline Proctology in Outpatient Clinics

司会：小村 憲一(小村肛門科医院肛門科), 羽田 丈紀(おなかクリニックおしりセンター)

[PD8-4] Device of anorectal examination and diagnosis that focus on informed consent

Ken Tarumi¹, 吉田 幸平² (1.Tarumi Coloproctology Clinic, 2.新宿おしりのクリニック)

肛門疾患の診療は問診の他、視診及び指診のみでも可能である。しかしそれだけでは診察結果は診察した医師の主観に依るところが大きく、診察で得た情報を患者に伝えにくいのが欠点である。患者はとりあえず自分は「ぢ」なんだろうと思って肛門科を受診する。しかし意外と患者は何の「ぢ」なのか、そもそも「ぢ」とは何なのかも知らないことが多い。そして「ぢ」だろうと思って受診したのに実は大腸がんなどの大腸疾患、悪性疾患だったということも経験する。インフォームドコンセントが重要視される昨今は肛門疾患の診療においても医療者側が得られた診察結果を客観的な情報として患者側にわかりやすく、かつ効率的に伝達することが重要である。

当院では肛門診療において電子カルテと連動した小型カメラ付き透明筒型デジタル直腸肛門鏡を使用し、下部消化管内視鏡検査や肛門超音波検査の結果も含めて診察した情報をリアルタイムで開示して、患者へのスムーズで分かりやすい説明に役立てている。このシステムの利点として以下のようなものがあげられる。

- ①痔核、裂肛、痔瘻いずれの痔疾患に対して視覚的な説明が可能である。
- ②筒形肛門鏡でも器具を出し入れすることによって、脱出病変（痔核の脱出、肛門ポリープの脱出、腫瘍性病変の脱出）の再現が可能である。
- ③出血病変の出血点の同定が容易である。
- ④直腸病変（潰瘍性大腸炎など）の拾い上げに有用である。
- ⑤視診が重要な肛門周囲皮膚疾患の鑑別に有用である。
- ⑥手術の説明（動画を含めて）、創部の経時的経過の説明に有用である。

今回、当院での小型カメラ付き透明筒型デジタル直腸肛門鏡のシステムを紹介し、インフォームドコンセントを重要視した肛門診療におけるその有用性について報告する。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 4

[PD8] Panel Discussion 8 Frontline Proctology in Outpatient Clinics

司会：小村 憲一(小村肛門科医院肛門科), 羽田 丈紀(おなかクリニックおしりセンター)

[PD8-5] A Role of Proctology Clinic for Community

Atsushi Shirahata (Shirahata Clinic)

肛門専門のクリニックは地域の肛門疾患診療の窓口としての役割が最も重要である。当院では近隣施設からの患者の受け入れ体制の構築、医師会での開業医に向けた講演、地域住人に向けた健康講演会、YouTubeなどのメディアによる肛門疾患の啓蒙活動も積極的に行っている。それ以外に『地域の肛門専門施設』として大規模病院の外科医と積極的に交流し情報提供や教育をすることも大きな役割と考えている。演者は総合病院のオープンベットシステムで診療と手術を担当することにより技術や知識を共有し、逆に希望がある外科医には当院の非常勤医師としてクリニックでの肛門診察や手術を担当して頂いている。肛門疾患はCommon diseaseであるにもかかわらず診療は専門施設に依存される傾向が強く多くの外科医は十分な経験や教育を受けていないのが現状である。日本外科学会の外科専門医取得にも肛門疾患の手術は必須手術に指定されていない。すなわち現状では肛門疾患手術の経験が無くても外科専門医になれる枠組みである。当院の非常勤外科医も肛門疾患の診療経験が少なく十分な教育を受ける機会が少なかったため苦手意識を強く持っていたため積極的に教育に取り組んでいる。当院から開院してから8年間で内痔核治療法研究会の四段階注射法講習会を11人が受講し、また日本大腸肛門病学会専門医取得のための肛門疾患の臨床研修の外科医の受け入れや地域の消化器専門クリニックの開業医への肛門診療の指導・アドバイスも積極的に行っている。地域に肛門診療を積極的に診て頂ける施設や医師が増える事により患者の紹介がスムーズになるだけでなく、肛門専門クリニックにとっても総合病院へ術後患者の緊急対応を要請した時に肛門に精通した外科医が適切に対応して頂けるため安心感が大きくメリットが大きい。地域における肛門疾患の良質な医療を効率的に提供できるようにクリニックと大規模病院と密な地域医療連携をとることが重要である。その中で肛門専門クリニックは様々な医療施設の橋渡しであり重要な役割を担う。当クリニックは肛門疾患の地域医療の窓口として最前線で支える意識で日々の診療に取り組んでいる。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 4

[PD8] Panel Discussion 8 Frontline Proctology in Outpatient Clinics

司会：小村 憲一(小村肛門科医院肛門科), 羽田 丈紀(おなかクリニックおしりセンター)

[PD8-6] Improving proctology treatment skills and training young doctors in regional cities

Iwao Seshimo¹, 小泉 健二², 佐々木 宏和³, 加川 隆三郎⁴, 渡邊 賢治⁵, 村山 康利⁶, 小野 朋二郎⁷, 生内 一夫⁸
(1.seshimo Gastrointestinal Proctology Clinic, 2.小泉肛門科・外科医院, 3.京都新町病院, 4.洛和会音羽病院, 5.渡邊医院, 6.むらやまクリニック, 7.大阪中央病院, 8.はえうちクリニック)

令和2年から4年にかけて医療施設に従事する医師数は323,700人から327,444人と3,744人増加しているが肛門外科として医療施設に従事する医師数は5,814人から5,791人と23人減少している(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師の概況」)。

医学部卒業後に初期研修を含め勤務医をしていれば肛門疾患に遭遇することはほぼ確実であると考える。しかし外科の指導医の中でも肛門疾患の詳細を学んだことがない場合もあり、その指導医に学ぶ若手医師はさらに知識が蓄積されることはなくいたずらに保存的治療で経過観察することもある。過去も現在も全国の大学病院やその関連施設で標準的な肛門疾患治療についての詳細な教育がなされることは多くない。もちろん消化器外科専門医全員が必ずしも肛門疾患の専門的治療を習得する必要はないが、標準的治療の実際と患者離れのタイミングを知識として持つことは必須であろうとの考え方から消化器外科専門医試験に出題があるものと考える。そこで現在我々は肛門疾患の懇談会が存在しなかった京都府において若手医師に向けてガイドラインに則した標準的治療の勉強会を立ち上げている。地域における診療科のレベルアップと個々の若手医師のスキルアップの手助けのために開業医が開いている会の活動についての概要を報告する。

Panel Discussion

■ Sat. Nov 15, 2025 10:00 AM - 11:30 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:00 AM - 2:30 AM UTC ■ Room 8

[PD9] Panel Discussion 9 Perioperative Management in Colorectal Cancer: From Bowel Prep to Postop Medications

司会：山本 聖一郎(東海大学消化器外科), 須並 英二(杏林大学消化器一般外科)

[PD9-1]

Prophylactic oral antibiotic bowel preparation for colorectal surgery in Japan: Results of a nationwide questionnaire survey

Akihisa Matsuda¹, 丸山 弘², 水内 祐介³, 渡邊 学⁴, 小林 美奈子⁵, 上村 健一郎⁶, 塩見 尚礼⁷, 菅野 仁士⁸, 平井 潤⁹, 横山 康行¹, 高木 剛¹⁰, 本間 重紀¹¹, 松橋 延壽¹², 問山 裕二⁵, 川上 雅代¹³, 宮本 裕士¹⁴, 佐々木 健¹⁵, 石塚 満¹⁶, 吉田 寛¹, 北川 雄光¹⁷ (1. Department of Surgery, Nippon Medical School, 2. 日本医科大学多摩永山病院外科, 3. 九州大学臨床・腫瘍外科, 4. 東邦大学医療センター大橋病院外科, 5. 三重大学消化管・小児外科, 6. 広島大学消化器外科, 7. 長浜赤十字病院外科, 8. 日本医科大学医療管理学, 9. 日本医科大学千葉北総病院感染制御部, 10. 西陣病院外科, 11. 札幌厚生病院外科, 12. 岐阜大学医学部附属病院消化器外科, 13. 大浜第一病院外科, 14. 熊本大学病院消化器外科学, 15. 鹿児島大学病院消化器外科学, 16. 獨協医科大学下部消化管外科, 17. 慶應義塾大学病院消化器外科)

[PD9-2]

Surgical Site Infections in Colorectal Cancer Surgery: A Multicenter Database Analysis of Risk Factors and Outcomes (Hiroshima Surgical study group of Clinical Oncology : HiSCO)

Toshiyuki Moriuchi¹, 矢野 琢也¹, 下村 学¹, 奥田 浩¹, 田口 和浩¹, 清水 亘², 吉満 政義³, 池田 聰⁴, 中原 雅浩⁵, 香山 茂平⁶, 小林 弘典⁷, 清水 洋祐⁸, 河内 雅年⁹, 住谷 大輔¹⁰, 向井 正一朗¹¹, 高倉 有二¹², 石崎 康代¹³, 石川 聖¹, 安達 智洋², 大段 秀樹¹ (1. Department of Gastroenterological and Transplant Surgery, Graduate School of Biomedical and Health Sciences, Hiroshima University, 2. 広島市立北部医療センター安佐市民病院, 3. 広島市立広島市民病院, 4. 県立広島病院, 5. JA尾道総合病院, 6. JA広島総合病院, 7. 広島記念病院, 8. 呉医療センター・中国がんセンター, 9. 東広島医療センター, 10. 県立二葉の里病院, 11. 中国労災病院, 12. 中電病院, 13. 広島西医療センター)

[PD9-3]

Association Between Bowel Preparation and Surgical Site Infection in Intracorporeal Anastomosis for Right-Sided Colon Cancer

Naoya Ozawa, 山口 智弘, 佐藤 健太郎, 野口 竜剛, 坂本 貴志, 松井 信平, 向井 俊貴, 秋吉 高志 (Cancer Institute Hospital of Japanese Foundation for Cancer Research)

[PD9-4]

Bowel Preparation in Colorectal Cancer: Trends and Perspectives

Yasuyuki Yokoyama, 山田 岳史, 上原 圭, 松田 明久, 進士 誠一, 高橋 吾郎, 岩井 拓磨, 宮坂 俊光, 香中 伸太郎, 松井 隆典, 林 光希, 菊池 悠太, 吉田 寛 (Department of Gastroenterological Surgery Nippon Medical School)

[PD9-5]

Assessment of Preoperative Strategies for Reducing SSI in Colon Cancer Surgery at Our Institution

Yu Kuboyama, 笠原 健大, 筋野 博喜, 水谷 久紀, 福島 元太郎, 田子 友哉, 真崎 純一, 岩崎 謙一, 古賀 寛之, 金沢 景繁, 永川 裕一 (Tokyo Medical University, Department of Gastrointestinal and Pediatric Surgery)

[PD9-6]

Preoperative stool scale is a risk factor for anastomotic leakage after minimally invasive low anterior resection for rectal cancer

Mitsuyoshi Tei, 玉井 翔己, 大原 信福, 吉川 幸宏, 辻村 直人 (Department of Surgery, Osaka Rosai Hospital)

[PD9-7]

Examinations and management for anastomotic bleeding after colorectal surgery

Hiroaki Nozawa, 江本 成伸, 佐々木 和人, 室野 浩司, 横山 雄一郎, 永井 雄三, 原田 有三, 品川 貴秀, 館川 裕一, 岡田 聰, 白鳥 広志, 石原 聰一郎 (Department of Surgical Oncology, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo)

[PD9-8]

Simple and clinically applicable method for calculating optimal perioperative fluid volume for preventing paralytic ileus in minimally-invasive colorectal resection

Gakushi Kitamura, 木内 純, 有田 智洋, 清水 浩紀, 名西 健二, 倉島 研人, 井上 博之, 高畠 和也, 西別府 敬士, 久保 秀正, 今村 泰輔, 小菅 敏幸, 山本 有祐, 小西 博貴, 森村 玲, 藤原 斎, 塩崎 敦 (Kyoto Prefectural University of Medicine, Department of Digestive Surgery)

[PD9-SP]

特別発言

Kazuhiko Sakamoto (Koshigaya Municipal Hospital)

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 10:00 AM - 11:30 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:00 AM - 2:30 AM UTC Room 8

**[PD9] Panel Discussion 9 Perioperative Management in Colorectal Cancer:
From Bowel Prep to Postop Medications**

司会：山本 聖一郎(東海大学消化器外科), 須並 英二(杏林大学消化器一般外科)

[PD9-1] Prophylactic oral antibiotic bowel preparation for colorectal surgery in Japan: Results of a nationwide questionnaire survey

Akihisa Matsuda¹, 丸山 弘², 水内 祐介³, 渡邊 学⁴, 小林 美奈子⁵, 上村 健一郎⁶, 塩見 尚礼⁷, 菅野 仁士⁸, 平井 潤⁹, 横山 康行¹, 高木 剛¹⁰, 本間 重紀¹¹, 松橋 延壽¹², 間山 裕二⁵, 川上 雅代¹³, 宮本 裕士¹⁴, 佐々木 健¹⁵, 石塚 満¹⁶, 吉田 寛¹, 北川 雄光¹⁷ (1. Department of Surgery, Nippon Medical School, 2. 日本医科大学多摩永山病院外科, 3. 九州大学臨床・腫瘍外科, 4. 東邦大学医療センター大橋病院外科, 5. 三重大学消化管・小児外科, 6. 広島大学消化器外科, 7. 長浜赤十字病院外科, 8. 日本医科大学医療管理学, 9. 日本医科大学千葉北総病院感染制御部, 10. 西陣病院外科, 11. 札幌厚生病院外科, 12. 岐阜大学医学部附属病院消化器外科, 13. 大浜第一病院外科, 14. 熊本大学病院消化器外科学, 15. 鹿児島大学病院消化器外科学, 16. 獨協医科大学下部消化管外科, 17. 慶應義塾大学病院消化器外科)

【緒言】大腸手術における腸管前処置はSSI予防において重要であり、本邦のガイドラインでは機械的前処置（MBP）と経口抗菌薬（OABP）の両者を行う全前処置（FBP）とOABP単独が推奨されている。しかし、本邦におけるOABP使用は、耐性菌懸念による激減から直近の調査

（2014年：9.7%）まで使用は限定的であった。そこで本邦の現状を把握するべくアンケート調査を行った。【方法】日本外科感染症学会臨床試験支援委員会主導にて腸管前処置に関する全国アンケート調査を行い、外科医456名（412施設）から回答を得た。【結果】前処置の方法は手術部位に関わらず、MBP単独、FBP、前処置なし、OABP単独の順に多かった。47.1%の外科医がOABPを常時使用しており、84.4%が直近10年以内に導入していた。OABPは前日のみ

（91.4%）、メトロニダゾールとカナマイシン併用（88.1%）が最も多かった。OABP不使用の理由として、低SSI率にて不要、保険適応外、耐性菌懸念の順に多かった。OABP使用は、免許取得後10年以内および31年以上の医師で少なく、年間100例以上の大腸癌手術、大腸外科専門、体腔内吻合採用で多かった。現在OABPを使用していない医師の約1/3は今後の導入予定であった。【結論】本邦においてOABPの使用頻度がここ10年で約半数まで増加していることが分かったが、米国の83.2%に比べると依然として少ない。しかし、現存のエビデンスも低侵襲手術、手術部位、体腔内吻合などのSSI発生の重要な要素を十分に加味されている訳ではなく、OABPに関する本邦独自のエビデンス創出が求められる。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 10:00 AM - 11:30 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:00 AM - 2:30 AM UTC Room 8

**[PD9] Panel Discussion 9 Perioperative Management in Colorectal Cancer:
From Bowel Prep to Postop Medications**

司会：山本 聖一郎(東海大学消化器外科), 須並 英二(杏林大学消化器一般外科)

[PD9-2] Surgical Site Infections in Colorectal Cancer Surgery: A Multicenter Database Analysis of Risk Factors and Outcomes (Hiroshima Surgical study group of Clinical Oncology : HiSCO)

Toshiyuki Moriuchi¹, 矢野 琢也¹, 下村 学¹, 奥田 浩¹, 田口 和浩¹, 清水 亘², 吉満 政義³, 池田 聰⁴, 中原 雅浩⁵, 香山 茂平⁶, 小林 弘典⁷, 清水 洋祐⁸, 河内 雅年⁹, 住谷 大輔¹⁰, 向井 正一朗¹¹, 高倉 有二¹², 石崎 康代¹³, 石川 聖¹, 安達 智洋², 大段 秀樹¹ (1. Department of Gastroenterological and Transplant Surgery, Graduate School of Biomedical and Health Sciences, Hiroshima University, 2. 広島市立北部医療センター安佐市民病院, 3. 広島市立広島市民病院, 4. 県立広島病院, 5. JA尾道総合病院, 6. JA広島総合病院, 7. 広島記念病院, 8. 呉医療センター・中国がんセンター, 9. 東広島医療センター, 10. 県立二葉の里病院, 11. 中国労災病院, 12. 中電病院, 13. 広島西医療センター)

【背景】手術部位感染症(Surgical Site Infection: SSI)は、大腸手術ではその発生率が高い。SSI発症は、入院期間の延長、医療費の増加、そして長期予後の悪化につながる。本研究では、大腸癌切除術後のSSI発生の危険因子と長期予後への影響を明らかとしSSI対策を検討することを目的とした。

【対象と方法】2017年4月から2020年3月までに広島臨床腫瘍外科研究グループの大腸癌データベースに登録された、開腹または腹腔鏡下にて施行されたStage I-III初発大腸癌切除術症例の3583例を対象に後ろ向き解析を行った。表層SSI、深部SSI、臓器/体腔SSIそれぞれの危険因子と長期予後(5年全生存期間[Overall Survival: OS]、5年無再発生存期間[Relapse Free Survival: RFS])を解析した。

【結果】SSIを発症した症例は352例(89.8%)、非SSI群は3231例であった。SSIの内訳は、表層SSI 154例(4.3%)、深部SSI 30例(0.8%)、臓器/体腔SSI 194例(5.4%)であった。表層SSIの危険因子は、75歳以上、開腹手術、抗血栓薬内服、化学的前処置の未実施、輸血歴の5項目であった。深部SSIの危険因子はストーマ造設の1項目、臓器/体腔SSIの危険因子は長時間手術、男性、直腸癌、換気障害あり、術前腸管減圧の5項目であった。SSI群では5年OSおよびRFSが有意に不良で(OS: p=0.0020, RFS: p<0.0001)、いずれのSSIにおいても、5年RFSは有意に不良であった(表層SSI:p=0.0115、深部SSI:p=0.0280、臓器/体腔SSI:p<0.0001)。

【考察】大腸癌切除術後のSSIは、発生部位によって異なる危険因子を持つことが明らかとなった。表層SSIに対して、開腹手術を避け、術前の貧血予防、化学的前処置の導入が有用となる。化学的前処置は保険適応の問題もあり標準的な術前処置として確立されていないが、複数の報告もあり保険適応を含めて導入を検討するべきと考える。臓器/体腔SSIに対しては、手術時間の短縮が必要である。また抗血栓薬内服も表層SSIの危険因子として抽出されており、十分な止血操作の重要性が示唆されるが抗血栓薬内服患者とSSI発生機序は不明であり、今後更なる検討が必要である。

【結語】本研究で示された危険因子への対策に加え、多角的なアプローチでSSI予防に取り組むことが重要である。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 10:00 AM - 11:30 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:00 AM - 2:30 AM UTC Room 8

[PD9] Panel Discussion 9 Perioperative Management in Colorectal Cancer: From Bowel Prep to Postop Medications

司会：山本 聖一郎(東海大学消化器外科), 須並 英二(杏林大学消化器一般外科)

[PD9-3] Association Between Bowel Preparation and Surgical Site Infection in Intracorporeal Anastomosis for Right-Sided Colon Cancer

Naoya Ozawa, 山口 智弘, 佐藤 健太郎, 野口 竜剛, 坂本 貴志, 松井 信平, 向井 俊貴, 秋吉 高志 (Cancer Institute Hospital of Japanese Foundation for Cancer Research)

【背景】腹腔鏡下結腸癌手術における体腔内吻合では、腹腔内で腸管を開放するため、Surgical Site Infection (SSI) に注意が必要である。腸管前処置として、機械的腸管処置 (mechanical bowel preparation : MBP) と経口抗菌薬 (oral antibiotics : OA) の併用が国内外のガイドラインで推奨されているが、本邦ではOAが保険適用外であり、実施には施設差がある。そこで、腸管前処置がSSIに与える影響を明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】2019年7月～2023年11月に右側結腸癌に対して腹腔鏡下（ロボット支援下含む）手術を行った778例のうち、体腔内吻合を施行した150例を対象とした。SSIのリスク因子について、各種臨床病理学的因子を共変量とした単変量・多変量解析を行った。

【結果】年齢中央値69歳、男性66例 (44.0%)、MBPあり134例 (89.3%)、OAあり102例 (68.0%)。術式は回盲部切除46例 (30.6%)、結腸右半切除86例 (57.3%)、横行結腸切除18例 (12.1%)。SSIは11例 (7.3%) (表層切開創8例 [5.3%]、臓器・体腔3例 [1.8%])。Clavien-Dindo分類はGrade 1 : 8例、Grade 2 : 2例、Grade 3 : 1例。MBPなし ($p=0.002$)、OAなし ($p=0.001$) でSSIが有意に多く、OAなしは多変量解析で独立したSSI発生因子であった ($p=0.023$)。SSIあり群はSSIなし群と比較し、有意に入院期間が延長していた (中央値 9 vs. 8日, $p=0.012$)。次に、OAの有無で2群に分けて術後1日目のWBC、CRP (中央値) を比較した。OAあり群はOAなし群と比較し、WBC (9,390 vs. 10,900/ μ L, $p=0.002$)、CRP (3.8 vs. 7.8 mg/dL, $p<0.001$) が有意に低値であった。

【まとめ】腹腔鏡下右側結腸癌手術における体腔内吻合では、OAを含む腸管前処置が、SSI予防に有効な前処置と考えられた。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 10:00 AM - 11:30 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:00 AM - 2:30 AM UTC Room 8

[PD9] Panel Discussion 9 Perioperative Management in Colorectal Cancer: From Bowel Prep to Postop Medications

司会：山本 聖一郎(東海大学消化器外科), 須並 英二(杏林大学消化器一般外科)

[PD9-4] Bowel Preparation in Colorectal Cancer: Trends and Perspectives

Yasuyuki Yokoyama, 山田 岳史, 上原 圭, 松田 明久, 進士 誠一, 高橋 吾郎, 岩井 拓磨, 宮坂 俊光, 香中 伸太郎, 松井 隆典, 林 光希, 菊池 悠太, 吉田 寛 (Department of Gastroenterological Surgery Nippon Medical School)

【背景】大腸癌手術における機械的腸管前処置(mechanical bowel preparation : MBP)と経口抗菌薬の必要性には未だ統一見解がない。我々は、放射線不透過マーカーによる客観的評価から、ポリエチレンゴム(PEG)によるMBPが術後の小腸蠕動回復を遅延させることを報告し、現在、結腸癌では原則PEGを用いない。また、待機的手術では表層SSI発生率が低いため、術前経口抗菌薬も使用していない。術式別クリニカルパスに基づき、我々が施行してきた術式別腸管前処置の妥当性を検討した。

【対象と方法】すべての対象で減圧管を留置した閉塞性大腸癌、人工肛門造設、2力所以上の吻合は除外した。[研究1]2010年1月から2012年6月に結腸癌に対して待機的手術を施行した症例。PEG内服群とピコスルファートナトリウム内服群 (SPH群) に分けた。[研究2]2011年から2015年に待機的腹腔鏡下手術を施行した右側結腸癌症例。SPH群と前処置なし群に分けた。[研究3]2009年から2015年に待機的腹腔鏡下手術を施行した左側結腸癌症例。PEG群とSPH群に分けた。[研究4]2009年から2016年に待機的手術を施行した直腸癌症例。

各研究で前処置と表層SSI関連を検討した。

【結果】[研究1]SSIは、MBP群(152例)では5例(3%)、SPH群では2例(2%)であった($p=0.6$)。[研究2]SSIは、SPH群(104例)では3例(3%)、前処置なし群では4例(5%)であった($p=0.47$)。[研究3]SSIは、PEG群(70例)では0例(0%)、SPH群(133例)では4例(3%)であった($p=0.14$)。[研究4]SSIは、PEG群(53例)では3例(5.7%)、SPH群では0例(0%)であった($p=0.04$)。発生した表層SSIは全例Clavien-Dindo分類のGrade Iであった。縫合不全の発生率はいずれの研究の2群間において有意差を認めなかった。

【結語】直腸癌手術ではMBPの省略に議論の余地があるが、右側結腸癌では下剤は不要、左側結腸癌ではSPHで問題ない。本結果より、MBPや術前抗菌薬は一律には不要であり、適格症例の選別が重要であると考える。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 10:00 AM - 11:30 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:00 AM - 2:30 AM UTC Room 8

**[PD9] Panel Discussion 9 Perioperative Management in Colorectal Cancer:
From Bowel Prep to Postop Medications**

司会：山本 聖一郎(東海大学消化器外科), 須並 英二(杏林大学消化器一般外科)

[PD9-5] Assessment of Preoperative Strategies for Reducing SSI in Colon Cancer Surgery at Our Institution

Yu Kuboyama, 笠原 健大, 筋野 博喜, 水谷 久紀, 福島 元太郎, 田子 友哉, 真崎 純一, 岩崎 謙一, 古賀 寛之, 金沢 景繁, 永川 裕一 (Tokyo Medical University, Department of Gastrointestinal and Pediatric Surgery)

【背景】大腸癌領域での術後の創部感染や腹腔内膿瘍は他の臓器と比べても高率であることが知られており術後SSI(Surgical Site Infection)制御の重要性は以前より協調されてきた。昨今においてもその重要性は変わらず推移しており当院でもSSI低減のための対策を検討し2014年10月から口腔ケア介入を、また2020年4月より化学的前処置の導入を行ってきた。今回我々は当院で実施してきたSSI予防策としての妥当性を検討した。

【対象と方法】東京医科大学病院における2010年1月から2023年3月までの結腸癌に対して根治的切除を施行した症例を対象に、非介入群・口腔ケア介入群・口腔ケア+化学的前処置介入群の3群に分け、2群間ずつを比較しカイ二乗検定を用いて分析を行った。

【結果】手術症例総数873例であった。非介入群が191例、口腔ケア介入群が413例、口腔ケア+化学的前処置介入群が269例であった。それぞれSSI発生例は非介入群で31例(16.2%)、口腔ケア介入群で38例(9.2%)、口腔ケア+化学的前処置介入群で13例(4.8%)であった。それぞれの2群間比較の結果は

非介入群vs口腔ケア介入群 オッズ比0.523 95%信頼区間(0.314-0.870) p=0.013

非介入群vs口腔ケア+化学的前処置介入群 オッズ比0.262 95%信頼区間(0.314-0.870)
p<0.001

口腔ケア介入群vs口腔ケア+化学的前処置介入群 オッズ比0.501 95%信頼区間(0.261-0.959)
p=0.037

であった。

【結論】いずれの比較検討も統計的有意差は認め、非介入より口腔ケアを口腔ケアより口腔ケア+化学的前処置を実施するとSSIの発生が少なくなる傾向が示唆された。当院でのSSI低減の取り組みは妥当であるものと考えられた。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 10:00 AM - 11:30 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:00 AM - 2:30 AM UTC Room 8

**[PD9] Panel Discussion 9 Perioperative Management in Colorectal Cancer:
From Bowel Prep to Postop Medications**

司会：山本 聖一郎(東海大学消化器外科), 須並 英二(杏林大学消化器一般外科)

[PD9-6] Preoperative stool scale is a risk factor for anastomotic leakage after minimally invasive low anterior resection for rectal cancer

Mitsuyoshi Tei, 玉井 翔己, 大原 信福, 吉川 幸宏, 辻村 直人 (Department of Surgery, Osaka Rosai Hospital)

【はじめに】待機的直腸癌手術における腸管前処置に関するエビデンスは不足している。また、直腸癌手術において術前便スケールと縫合不全の関連について具体的に検討した研究はない。

【目的】直腸癌に対して、腹腔鏡下またはロボット支援下に低位前方切除術を施行された患者において、術前便スケールが縫合不全に及ぼす影響を評価する。

【対象と方法】2018年1月から2024年12月までの間に、吻合を伴う腹腔鏡またはロボット支援下低位前方切除術を施行された204名において、術前便スケールと縫合不全の関係について検討した。術前便スケールは、非常に良好、良好、不良、不十分の4段階スケールで評価した。

【結果】機械的腸管前処置は94.6%の患者に実施された。術前便スケール不良の患者は、機械的前処置施行患者の7.8%、非施行患者の63.6%に認められた ($p<0.001$)。術前便スケール不良患者は、良好または非常に良好な患者と比較して、縫合不全発生率が高く (22.7% vs. 2.3%, $p<0.001$)、術後合併症率が高く (36.3% vs. 8.2%, $p<0.001$)、術後在院日数が長かった (22日 vs. 15日, $p<0.001$)。単変量解析では、腫瘍狭窄あり、術前便スケール不良、Prognostic Nutrition Index (<49.6)、腫瘍サイズ (>6cm) が縫合不全と有意に関連しており、多変量解析では、術前便スケール不良が縫合不全と有意に相關していた (オッズ比7.364、95%信頼区間1.532-35.391、 $p=0.013$)。

結論：術前便スケール不良は縫合不全の独立因子であった。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 10:00 AM - 11:30 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:00 AM - 2:30 AM UTC Room 8

**[PD9] Panel Discussion 9 Perioperative Management in Colorectal Cancer:
From Bowel Prep to Postop Medications**

司会：山本 聖一郎(東海大学消化器外科), 須並 英二(杏林大学消化器一般外科)

[PD9-7] Examinations and management for anastomotic bleeding after colorectal surgery

Hiroaki Nozawa, 江本 成伸, 佐々木 和人, 室野 浩司, 横山 雄一郎, 永井 雄三, 原田 有三, 品川 貴秀, 舘川 裕一, 岡田 聰, 白鳥 広志, 石原 聰一郎 (Department of Surgical Oncology, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo)

【背景】大腸切除術の術後合併症としての吻合部出血は既報で3-15%と決して少なくない。一方で40歳以上の悪性腫瘍に対する手術においては、術後の血栓予防のための抗血栓療法が間欠的空気圧迫法とともに推奨されている。加えて近年では抗血栓療法を術前から受けている患者も増加している。今回の大腸切除術後の吻合部出血の現状と治療について自施設症例を用いて検討した。【方法】当施設で2019年1月—2025年2月に腸管再建を伴う大腸切除術を行った症例を対象とした。複数箇所の吻合を行った症例と炎症性腸疾患は除外し、上流に人工肛門を造設した症例を含めた。吻合部出血はClavien-Dindo分類grade 2以上を後方視的にカウントした。患者の臨床病理学的因子（性別、疾患の部位、手術アプローチ、術前・術後の抗血栓療法など）や吻合法、吻合部出血に対する検査と所見、治療について解析した。【結果】対象となったのは1375例（男729,女646、平均年齢65.8歳）であり、右側結腸症例473例、左側結腸・直腸症例473例であった。grade 2以上の吻合部出血は計62例（4.5%;男40,女22）にみられた。13例は術前に抗血栓療法、34例は術後に抗血栓療法を受けていた。緊急CTは、右側結腸の出血例24例中16例に行われ、左側結腸・直腸症例(11例/38例)より高頻度であった（p=0.003）。18例（64%）で有意なCT所見があり、腸管内高吸収像9例、活動性の血管外漏出像8例、吻合部周囲の腸管外高吸収像1例という内訳であった。緊急内視鏡はCTで腸管内出血を示唆された8例、および直腸前方切除術後2例ではCTなしで実施された。内視鏡を受けた全例で吻合部が出血源と診断され、8例がクリッピング、1例でトロンビン散布を受け、1例はすでに止血されているとの判断で経過観察となった。術当日のCTで吻合部付近に造影剤の血管外漏出がみられた1例では同日緊急で再吻合術を受けた。各治療後の再出血例はなかった。【結論】当施設での吻合部出血の頻度は既報と同程度であった。出血検索としては右側結腸症例では、より積極的に造影CT検査が行われていた。またCTでの有意な所見をもって緊急内視鏡の適応とすることで、良好なマネジメントができていると考えられた。

Panel Discussion

Sat. Nov 15, 2025 10:00 AM - 11:30 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:00 AM - 2:30 AM UTC Room 8

**[PD9] Panel Discussion 9 Perioperative Management in Colorectal Cancer:
From Bowel Prep to Postop Medications**

司会：山本 聖一郎(東海大学消化器外科), 須並 英二(杏林大学消化器一般外科)

[PD9-8] Simple and clinically applicable method for calculating optimal perioperative fluid volume for preventing paralytic ileus in minimally-invasive colorectal resection

Gakushi Kitamura, 木内 純, 有田 智洋, 清水 浩紀, 名西 健二, 倉島 研人, 井上 博之, 高畠 和也, 西別府 敬士, 久保 秀正, 今村 泰輔, 小菅 敏幸, 山本 有祐, 小西 博貴, 森村 玲, 藤原 斎, 塩崎 敦 (Kyoto Prefectural University of Medicine, Department of Digestive Surgery)

【はじめに】周術期の過剰輸液と術後合併症、麻痺性イレウスとの関連性や輸液制限による細胞免疫の回復の早まりなどは以前より指摘されているものの、明確な輸液許容量の基準は示されていない。そこで臨床応用しやすい簡便な指摘輸液量算出法として「相対的輸液バランス (RIB) (mL/kg)」を定め、周術期輸液量の指標としての検討を加えた。

【目的】腹腔鏡下大腸切除術における周術期過剰輸液が術後合併症におよぼす影響について解析し、簡便な至適輸液量算出法 (RIB) について検討する。

【対象と方法】当院で結腸および直腸癌に対し腹腔鏡下あるいはロボット支援腹腔鏡下に原発巣切除を施行した404例を後方視的に解析した。術中バランスは麻酔記録から正確に得られるため指標に取り入れた。術後当日のバランスは帰室時間や主治医の微調整などで正確な解析が困難であるため、1PODのバランスを指標に取り入れ、RIB=(術中バランス + 1PODバランス)/術前体重とした。輸血症例や膠質液投与症例は解析から除外した。

【結果】1) 57例にClavien-Dindo II以上の術後合併症が発症した。合併症のうち、麻痺性イレウス (15例) がRIB高値と有意な関連 ($p<0.001$) を示した。RIBのカットオフ値はROC解析より45.4mL/Kgとした。2) 術後イレウスの発症の関連因子として、RIB高値(OR;7.51 $p=0.0032$)と300分以上の手術時間、2PODの2.75Kg以上の体重増加、1PODの乏尿、3PODのCRPが10以上、があり、3PODのCRP高値とRIB高値が術後イレウスの独立したリスク因子であった。3) RIB高値の原因としての因子は、女性($p=0.03$)、非肥満症例($P=0.003$)、300分以上の手術時間($p<0.001$)、1PODのAlb値3.0mg/dL以下($p<0.001$)、1PODの乏尿($p=0.0019$)があげられた。

【結語】腹腔鏡下大腸切除術において過剰輸液は術後イレウスのリスクで、術後1日目までに相対的輸液バランス (RIB) を45.4 mL/kg以下に抑えると、イレウス発症リスクを低下させる可能性がある。