

Fri. Nov 14, 2025

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:30 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:30 AM UTC Room 5

[O1] 一般演題（口演） 1 口ボット1

座長：大木 岳志(東京都立多摩北部医療センター消化器外科), 茂田 浩平(慶應義塾大学外科学(一般・消化器))

[O1-1]

当院におけるDa Vinci SPの導入と対象症例の最適化

高橋 秀和, 石川 慧, 朴 正勝, 岩本 和哉, 高市 翔平, 大橋 朋史, 中原 裕次郎, 村上 剛平, 浅岡 忠史, 竹政 伊知朗, 大森 健
(大阪けいさつ病院消化器外科)

[O1-2]

DaVinci SP導入初期の短期成績及びfusion surgeryの導入

井関 康仁, 西村 潤也, 福岡 達成, 西居 孝文, 西口 幸雄 (大阪市立総合医療センター)

[O1-3]

10例の経験から見えてきた、ロボット支援大腸癌手術における蛍光尿管ステントIRISの有用性

加藤 潤紀, 牛込 創, 奥山 晃世, 福田 真里, 秋山 真之, 浅井 宏之, 上原 崇平, 加藤 瑛, 鈴木 卓弥, 山川 雄士, 佐川 弘之, 佐藤 崇文, 瀧口 修司 (名古屋市立大学病院消化器外科)

[O1-4]

ロボット支援下大腸癌手術におけるダブルバイポーラー法の利点

本坊 拓也, 藤本 サダアキ, 定永 優明 (済生会福岡総合病院外科)

[O1-5]

Double bipolar法によるロボット支援下大腸悪性腫瘍手術における手技と工夫

國崎 真己, 鎌尾 智幸, 丸山 圭三郎, 藤瀬 雄太, 山崎 翔斗, 草場 隆史, 町野 隆介, 碇 秀樹 (佐世保中央病院外科)

[O1-6]

ロボット結腸切除におけるCMEへの新たなアプローチ – double bipolar methodの有用性

藤井 善章, 島田 雄太, 加藤 龍太郎, 庭本 涼佑, 中澤 充樹, 上野 修平, 青山 佳永, 今藤 裕之, 廣川 高久, 宮井 博隆, 木村 昌弘 (刈谷豊田総合病院消化器外科)

[O1-7]

ポート変換を利用した直腸固有間膜処理の工夫

南村 圭亮¹, 松本 智司¹, 山岸 杏彌¹, 上田 康二¹, 中村 慶春¹, 吉田 寛² (1.日本医科大学千葉北総病院, 2.日本医大付属病院)

[O1-8]

横行結腸癌術後局所再発に対しロボット支援下手術を施行した一例

鈴木 淳平, 吉村 雪野, 白 京訓, 鈴木 淳一 (板橋中央総合病院消化器病センター外科)

一般演題（口演）**[Fri. Nov 14, 2025 9:30 AM - 10:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 12:30 AM - 1:20 AM UTC Room 5]****[O2] 一般演題（口演） 2 直腸肛門疾患の診療**

座長：野明 俊裕(高野会くるめ病院外科), 豊永 敬之(医療法人福豊会豊永医院胃腸科・肛門科)

[O2-1]**直腸粘膜脱に対するMuRAL変法手術の手技と成績**

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

[O2-2]**骨盤臓器脱合併直腸脱に対するロボット支援下仙骨腔固定術併用腹側直腸固定術の実施に向けて**

石塚 満, 蜂谷 裕之, 泉 陽光, 上野 紗, 河野 貴博, 高柳 雅, 根本 鉄太郎, 井原 啓佑, 中村 隆俊, 水島 恒和 (獨協医科大学下部消化管外科)

[O2-3]**47歳男性の完全直腸脱嵌頓に対し腰椎麻酔下に整復し得た1例**

治田 賢 (姫路聖マリア病院)

[O2-4]**鎖肛術後、中年期に発症した悪性腫瘍との鑑別を要した直腸粘膜脱症候群の1例**藤木 健太郎¹, 増井 友恵¹, 柴田 亮輔¹, 豊永 敬之², 壬生 隆一³ (1.福岡山王病院消化器外科, 2.豊永医院, 3.みぶ博多駅前クリニック)**[O2-5]****肛門部子宮内膜症の1例**

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

[O2-6]**機能性直腸肛門痛に対する複合的治療**

河野 由紀子, 河野 大 (西新駅前こうの整形外科・おしりとおなかクリニック)

[O2-7]**クローン病患者の肛門病変に対する総合的治療**柴田 直哉¹, 平田 智也¹, 吉田 直樹¹, 柴田 みつみ¹, 前村 幸輔^{1,3}, 春山 幸洋^{1,2}, 山本 章二朗^{1,4} (1.いきめ大腸肛門外科・内科, 2.はるやま医院, 3.加納さくら消化器・内視鏡クリニック, 4.宮崎大学)

一般演題（口演）**[Fri. Nov 14, 2025 10:20 AM - 11:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:20 AM - 2:20 AM UTC Room 5]****[O3] 一般演題（口演） 3 口ボット2**

座長：中村 隆俊(獨協医科大学下部消化管外科), 南村 圭亮(日本医科大学千葉北総病院)

[O3-1]**右側結腸癌に対するロボット支援下手術の定型化と成績**

木下 敬史, 小森 康司, 佐藤 雄介, 大内 晶, 安岡 宏展, 北原 拓哉, 安部 哲也 (愛知県がんセンター消化器外科)

[O3-2]**当院における右側結腸癌に対するロボット支援手術と腹腔鏡下手術の比較**

加藤 龍太郎, 廣川 高久, 島田 雄太, 庭本 涼佑, 中澤 充樹, 藤井 善章, 上野 修平, 今藤 裕之, 宮井 博隆, 小林 建司, 田中 守嗣, 木村 昌弘 (刈谷豊田総合病院)

[O3-3]**右側結腸癌に対する腹腔鏡下手術とロボット支援手術の短期成績の検討-傾向スコア解析-**

水谷 久紀, 真崎 純一, 筋野 博喜, 福島 元太郎, 久保山 侑, 有働 竜太朗, 田子 友哉, 笠原 健大, 永川 裕一 (東京医科大学消化器外科・小児外科)

[O3-4]**内臓脂肪型肥満結腸癌患者に対する結腸右半切除術の従来型腹腔鏡手術とロボット支援手術の短期成績の比較・検討**

高嶋 祐助, 笠井 俊輔, 塩見 明生, 真部 祥一, 田中 佑典, 小嶋 忠浩, 井垣 尊弘, 森 千浩, 石黒 哲史, 坂井 義博, 谷田部 悠介, 辻尾 元, 横山 希生人, 八尾 健太, 小林 尚輝, 山本 祥馬 (静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

[O3-5]**当院でのロボット支援下直腸手術における縫合不全対策と治療成績**

蘆田 啓吾, 牧田 大瑚, 津田 亜由美, 和田 大和, 植嶋 千尋, 尾崎 知博, 遠藤 財範, 建部 茂 (鳥取県立中央病院外科)

[O3-6]**当科におけるロボット支援下骨盤内臓全摘術症例の検討**

山本 学, 浦上 啓, 尾崎 晃太郎, 安井 千晴, 柳生 拓輝, 河野 友輔, 木原 恭一, 藤原 義之 (鳥取大学医学部附属病院消化器外科)

[O3-7]**術前放射線治療後のロボット支援下直腸癌手術の成績**戸田 重夫¹, 黒柳 洋弥¹, 柏木 慎平¹, 高橋 泰宏¹, 吳山 由花¹, 前田 裕介¹, 岡崎 直人¹, 平松 康輔¹, 福井 雄大¹, 花岡 裕¹, 上野 雅資¹, 的場 周一郎² (1.虎の門病院消化器外科, 2.東邦大学医療センター大森病院消化器センター外科)**[O3-8]****局所進行直腸癌に対する術前化学放射線治療後のロボット支援下手術の治療成績—TNT (短期放射線治療) vs 長期放射線治療—**小島 慶太^{1,2}, 柴木 俊平¹, 池村 京之介¹, 渡部 晃子¹, 横田 和子¹, 田中 俊道¹, 横井 圭悟¹, 古城 憲¹, 三浦 啓壽¹, 山梨 高広¹, 佐藤 武郎², 内藤 剛¹ (1.北里大学医学部下部消化管外科学, 2.北里大学医学部附属医学教育研究開発センター医療技術教育研究部門)

一般演題（口演）**[Fri. Nov 14, 2025 11:00 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 2:00 AM - 2:40 AM UTC Room 6]****[04] 一般演題（口演） 4 稀な大腸疾患の診断・治療**

座長：菅井 有(総合南東北病院病理診断科), 永田 淳(産業医科大学)

[04-1]**大腸印環細胞癌における臨床病理学的背景および予後不良因子の検討**

辻尾 元¹, 田中 佑典¹, 塩見 明生¹, 真部 祥一¹, 笠井 俊輔¹, 小嶋 忠浩¹, 井垣 尊弘¹, 森 千浩¹, 高嶋 祐助¹, 石黒 哲史¹, 坂井 義博¹, 谷田部 悠介¹, 八尾 健太¹, 小林 尚樹¹, 山本 祥馬¹, 大石 琢磨² (1.静岡県立静岡がんセンター大腸外科, 2.静岡県立静岡がんセンター病理診断科)

[04-2]**当院におけるmismatch repair 遺伝子検査の実施と遺伝性大腸がん検索の連携の実状**

鈴木 陽三¹, 大里 祐樹¹, 萩原 清貴¹, 野間 俊樹¹, 松下 克則¹, 新野 直樹¹, 中島 慎介¹, 楠本 英則², 豊田 泰弘³, 池永 雅一⁴, 清水 潤三¹, 川瀬 朋乃^{1,5}, 赤木 謙三³, 富田 尚裕^{1,5}, 今村 博司^{1,5} (1.市立豊中病院消化器外科, 2.市立豊中病院呼吸器外科, 3.市立豊中病院乳腺外科, 4.川西市立総合医療センター消化器外科, 5.市立豊中病院がん診療部)

[04-3]**当院における家族性大腸腺腫症術後患者に対する多臓器サーベイランスと治療の検討**

中山 史崇, 森田 覚, 岡田 純一, 原田 優香, 門野 政義, 茂田 浩平, 岡林 剛史, 北川 雄光 (慶應義塾大学医学部外科学(一般・消化器))

[04-4]**当院におけるリンチ症候群スクリーニング体制に関する実績と課題分析**

青木 沙弥佳^{1,2}, 須田 竜一郎¹, 石見 和嗣¹, 近藤 尚¹, 飯澤 勇太¹, 瀧口 翔太¹, 進藤 博俊¹, 大野 幸恵¹, 中臺 英里¹, 岡庭 輝¹, 小林 壮一¹, 西村 真樹¹, 片岡 雅章¹, 柳澤 真司¹, 海保 隆¹ (1.君津中央病院, 2.亀田総合病院)

[04-5]**ユニバーサルスクリーニングを介したLynch症候群の診断と遺伝学的検査実施率の検討**

藤吉 健司, 主藤 朝也, 古賀 史記, 仕垣 隆浩, 吉田 直裕, 大地 貴史, 吉田 武史, 藤田 文彦 (久留米大学)

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:30 AM UTC Room 5

[05] 一般演題（口演） 5 体腔内吻合1

座長：市川 伸樹(北海道大学消化器外科Ⅰ), 諏訪 雄亮(横浜市立大学附属市民総合医療センター)

[05-1]

腹腔鏡下結腸切除術に対する体腔内吻合の手術成績

南 壮一郎, 原口 直紹, 山平 陽亮, 三上 希実, 土橋 果実, 藤井 渉, 額原 敦, 古賀 瞳人, 肥田 仁一, 木村 豊 (近畿大学奈良病院消化器外科)

[05-2]

当院における腹腔鏡下結腸体腔内吻合の短期成績と吻合方法の比較

高城 伸平^{1,2}, 今川 りさ¹, 鈴木 達徳¹, 遠藤 洋己¹, 斎藤 萌¹, 末永 勝士¹, 田中 雄也¹, 相馬 泰平¹, 尾崎 貴洋¹, 松下 恒久^{1,2}, 角 泰廣¹, 古畑 智久³ (1.独立行政法人国立病院機構静岡医療センター外科, 2.聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科, 3.社会医療法人禎心会札幌禎心会病院消化器外科)

[05-3]

腹腔鏡下結腸癌手術における体腔内吻合の短期・中期成績

吉田 大輔, 石松 謙, 石田 俊介, 折本 大樹, 矢田 一宏, 松本 敏文, 川中 博文 (国立病院機構別府医療センター外科)

[05-4]

腹腔鏡下右側結腸切除に対する体腔内吻合の取り組みと成績の検討

丸山 圭三郎, 山崎 翔斗, 藤瀬 悠太, 鎌尾 智幸, 町野 隆介, 國崎 真己, 草場 隆史, 碇 秀樹 (佐世保中央病院)

[05-5]

当院結腸癌における体腔内吻合時の工夫と短期・長期成績

平澤 壮一朗¹, 外岡 亨¹, 早田 浩明¹, 成島 一夫¹, 天海 博之¹, 千葉 聰¹, 磯崎 哲朗², 桑山 直樹¹, 加野 将之¹, 鍋谷 圭広¹ (1.千葉県がんセンター食道胃腸外科, 2.Q S T 病院治療診断部)

[05-6]

当科における結腸体腔内吻合の短期成績と吻合法ごとの比較

丸山 哲郎, 平田 篤史, 岡田 晃一郎, 栄木 透, 大平 学, 丸山 通広 (千葉大学大学院医学研究院先端応用外科学)

[05-7]

結腸癌に対する体腔内吻合の短期・長期成績の検討

森 康一¹, 小澤 真由美¹, 田中 宗伸², 工藤 孝迪¹, 大矢 浩貴², 前橋 学¹, 田 鐘寛², 諏訪 雄亮¹, 諏訪 宏和³, 沼田 正勝¹, 佐藤 勉¹, 渡邊 純^{2,4}, 遠藤 格² (1.横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科, 2.横浜市立大学消化器腫瘍外科, 3.横須賀共済病院外科, 4.関西医科大学下部消化管外科)

[05-8]

結腸癌手術における体腔内吻合の手術手技と短期・中期成績

田中 征洋, 鈴村 潔, 土屋 智敬, 西前 香寿, 山本 泰資, 福井 史弥, 野々村 篤杜, 加藤 智香子, 張 丹, 寺崎 正起, 岡本 好史 (静岡済生会総合病院外科)

一般演題（口演）**[Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 5]****[O6] 一般演題（口演） 6 体腔内吻合2**

座長：横溝 肇(東京女子医科大学附属足立医療センター外科), 山岡 雄祐(兵庫県立がんセンター消化器外科)

[O6-1]**ロボット支援下手術と腹腔鏡下手術における体腔内吻合の短期成績の比較**

富田 祐輔, 茂田 浩平, 大橋 弥貴子, 百瀬 ゆずこ, 門野 政義, 森田 覚, 岡林 剛史, 北川 雄光 (慶應義塾大学一般・消化器外科)

[O6-2]**腹腔鏡・ロボット支援下結腸癌手術における体腔内吻合の治療成績**

吉田 直裕, 高木 健太, 高松 正行, 久田 かほり, 古賀 史記, 仕垣 隆浩, 藤吉 健司, 大地 貴史, 吉田 武史, 主藤 朝也, 藤田 文彦 (久留米大学外科学講座)

[O6-3]**ロボット支援下結腸癌手術における体腔内吻合と体腔外吻合の比較検討**

松本 日洋 (イムス富士見総合病院)

[O6-4]**結腸癌に対する腹腔鏡下結腸切除術における体腔内吻合導入後の短期手術成績**

浜辺 太郎, 牧角 良二, 柴田 真知, 佐々木 大祐, 福岡 麻子, 民上 真也 (聖マリアンナ医科大学病院消化器・一般外科)

[O6-5]**中規模施設で行う腹腔鏡下結腸切除術における体内吻合の短期成績**

浅井 慶子, 久万田 優佳, 安達 雄輝, 唐崎 秀則, 稲葉 聰 (JA北海道厚生連遠軽厚生病院)

[O6-6]**結腸癌手術における体腔内吻合を習得する意義について考える**堀 直人^{1,2}, 松本 真実¹, 宮本 耕吉¹, 水野 憲治¹, 小寺 正人¹, 大石 正博¹ (1.鳥取市立病院外科, 2.岩国医療センター外科)**[O6-7]****短時間で共通孔を手縫い閉鎖するオーバーラップ法による体腔内吻合の短期・長期成績**渋谷 雅常¹, 丹田 秀樹¹, 大森 威来¹, 福井 康裕¹, 西山 毅¹, 小澤 慎太郎¹, 米光 健¹, 関 由季¹, 笠島 裕明¹, 西村 潤也², 井関 康仁², 福岡 達成², 西居 孝文², 前田 清¹ (1.大阪公立大学消化器外科, 2.大阪市立総合医療センター外科)**[O6-8]****ロボット支援右側結腸癌における臍部ポートを用いた助手主導の体腔内吻合の工夫**北川 祐資¹, 福長 洋介¹, 三城 弥範¹, 山本 匠¹, 上原 広樹², 井 翔一郎², 山田 典和², 五十嵐 優人², 森 至弘², 渡邊 純² (1.関西医科大学総合医療センター下部消化管外科, 2.関西医科大学附属病院下部消化管外科学講座)

一般演題（口演）**[Fri. Nov 14, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 5]****[07] 一般演題（口演） 7 炎症性腸疾患の治療**

座長：松本 主之(岩手医科大学消化器内科), 渡辺 憲治(富山大学炎症性腸疾患内科)

[07-1]**アザチオプリンによる炎症性腸疾患の長期寛解維持効果の検討**

野口 光徳 (野口胃腸内科医院)

[07-2]**潰瘍性大腸炎に対するリサンキズマブの使用経験**

橋本 沙優里, 浅井 哲, 大館 秀太 (多根総合病院)

[07-3]**肛門外科初診後クローン病（CD）の診断がついた症例の検討**田中 玲子¹, 宮崎 道彦^{2,3}, 山田 真美², 高橋 佑典³, 河合 賢二³, 徳山 信嗣³, 加藤 健志³, 平尾 素宏³ (1.医療法人どうじん会道仁病院大腸肛門病センターIBD外来, 2.医療法人どうじん会道仁病院大腸肛門病センター外科, 3.国立病院機構大阪医療センター消化管外科)**[07-4]****Crohn病に対する生物学製剤の各種臨床病変に対する効果と副作用からみた治療方針の検討**

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

[07-5]**クローン病関連直腸肛門管癌に対する診療上の課題**

上神 慎之介, 中島 一記, 亀田 靖子, 新原 健介, 伊藤 林太郎, 土井 寛文, 久原 佑太, 宮田 桢秀, 大毛 宏喜, 高橋 信也 (広島大学大学院医系科学研究科外科学)

[07-6]**クローン病関連直腸肛門部癌の治療成績と課題**荻野 崇之¹, 関戸 悠紀¹, 深田 晃生¹, 辻 嘉斗¹, 竹田 充伸¹, 波多 豪¹, 浜部 敦史¹, 三吉 範克¹, 植村 守¹, 水島 恒和², 土岐 祐一郎¹, 江口 英利¹ (1.大阪大学大学院医学系研究科消化器外科, 2.獨協医科大学下部消化管外科)

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:30 AM UTC Room 6

[O8] 一般演題（口演） 8 直腸癌に対する側方郭清1

座長：安野 正道(日産厚生会), 牧角 良二(聖マリアンナ医科大学消化器一般外科)

[O8-1]

当科における臨床的側方リンパ節転移陽性の下部進行直腸癌に対する治療成績

平田 篤史, 大平 学, 丸山 哲郎, 栃木 透, 岡田 晃一郎, 丸山 通広 (千葉大学先端応用外科)

[O8-2]

進行直腸癌に対する両側側方郭清と選択的側方郭清の治療成績

諸橋 一, 三浦 卓也, 須藤 亜希子, 褐田 健一 (弘前大学医学部消化器外科)

[O8-3]

側方リンパ節転移診断および予防的側方郭清と術前治療との関係性

成島 一夫¹, 外岡 亨¹, 早田 浩明¹, 天海 博之¹, 平澤 壮一朗¹, 千葉 聰¹, 磯崎 哲朗², 桑山 直樹¹, 加野 将之¹, 鍋谷 圭宏¹ (1. 千葉県がんセンター食道・胃腸外科, 2.量子科学技術研究開発機構QST病院治療診断部)

[O8-4]

進行下部直腸癌に対する術前放射線治療後の側方リンパ節転移の後方視的検討

須藤 亜希子, 石澤 歩実, 小林 佳奈, 藤田 博陽, 三浦 卓也, 諸橋 一, 褐田 健一 (弘前大学大学院医学研究科消化器外科学講座)

[O8-5]

側方郭清は省略可能か、選択的郭清か：NCRT後直腸癌に対する側方郭清-至適戦略の検討

坂本 純一¹, 三浦 啓壽¹, 山梨 高広¹, 小島 廉太¹, 横田 和子¹, 横井 圭悟¹, 田中 俊道¹, 佐藤 武郎², 隅元 雄介³, 比企 直樹⁴, 内藤 剛¹ (1.北里大学医学部下部消化管外科, 2.北里大学医学部付属医学教育研究開発センター医療技術教育研究部門, 3.北里大学医学部一般・小児・肝胆脾外科学, 4.北里大学医学部上部消化管外科学)

[O8-6]

化学放射線療法後の直腸癌に対する選択的側方郭清と治療成績

白石 卓也, 清水 祐太朗, 遠藤 瑞貴, 細井 信宏, 塩井 生馬, 片山 千佳, 柴崎 雄太, 小峯 知佳, 岡田 拓久, 大曾根 勝也, 木村 明春, 佐野 彰彦, 酒井 真, 調 憲, 佐伯 浩司 (群馬大学大学院医学系研究科総合外科学講座)

[O8-7]

直腸癌局所再発症例に対する側方郭清の意義について

楠 誓子, 植村 守, 草深 弘志, 大崎 真央, 関戸 悠紀, 竹田 充伸, 波多 豪, 浜部 敦史, 萩野 崇之, 三吉 範克, 江口 英利, 土岐 祐一郎 (大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学)

[O8-8]

直腸癌術後側方リンパ節再発に対し腹腔鏡下側方リンパ節郭清を施行した4例

前田 文, 伊藤 俊一, 前田 新介, 谷 公孝, 腰野 藏人, 近藤 侑鈴, 二木 了, 金子 由香, 番場 嘉子, 小川 真平, 山口 茂樹 (東京女子医科大学消化器・一般外科)

一般演題（口演）**[Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 6]****[09] 一般演題（口演） 9 ストーマ**

座長：渡部 通章(厚木市立病院外科), 河野 真吾(順天堂練馬病院総合外科)

[09-1]**一時的人工肛門造設時の合併症とその対策**

碓井 彰大, 小杉 千弘, 首藤 潔彦, 森 幹人, 佐塙 哲太郎, 高柳 良介, 佐藤 駿介, 高木 大地, 清水 宏明 (帝京大学ちば総合医療センター外科)

[09-2]**一時的人工肛門造設および閉鎖術における当院での手技の工夫と合併症の検討**

須藤 有, 旗手 和彦, 鶴丸 裕司, 桑野 純治, 大越 悠史, 大泉 陽介, 坂本 友見子, 森谷 宏光, 二渡 信江, 金澤 秀紀 (国立病院機構相模原病院外科)

[09-3]**直腸癌手術における一時的人工肛門閉鎖の待機期間と短期成績の関連について**

石黒 哲史, 田中 佑典, 塩見 明生, 真部 祥一, 小嶋 忠浩, 笠井 俊輔, 井垣 尊弘, 森 千浩, 高島 祐助, 坂井 義博, 谷田部 悠介, 辻尾 元, 横山 希生人, 八尾 健太, 小林 尚輝, 山本 祥馬 (静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

[09-4]**左側大腸癌手術における予防的横行結腸ストーマ造設術**

神 寛之, 守屋 拓実, 山田 貴大, 三橋 佑人, 内田 知顕, 木村 憲央, 加藤 雅志, 川嶋 啓明, 豊木 嘉一 (青森市民病院外科)

[09-5]**全国の労災病院における大腸癌患者に対する治療と仕事の両立支援の取り組み**

神山 博彦 (労働者健康安全機構東京労災病院外科)

[09-6]**オキサリプラチンを含む大腸癌化学療法が原因と思われる人工肛門静脈瘤出血の1例**

和田 英雄, 入江 久世, 赤崎 卓之, 上床 崇吾, 小島 大望, 宮坂 義浩, 渡部 雅人 (福岡大学筑紫病院外科)

[09-7]**腹腔鏡下Sugarbaker法を施行した傍ストーマヘルニア2例**

松永 篤志, 山下 真幸, 新井 賢一郎, 野中 雅彦, 木村 浩三, 川上 和彦, 中井 勝彦, 松田 聰 (松田病院)

[09-8]**ストマ関連合併症で緊急手術を要した当科での経験**大谷 雅樹¹, 木村 廉¹, 福本 結子¹, 伊藤 一真¹, 今田 紗子¹, 宋 智亨¹, 片岡 幸三¹, 別府 直仁¹, 堀尾 勇規², 内野 基², 池内 浩基², 池田 正孝¹ (1.兵庫医科大学下部消化管外科, 2.兵庫医科大学炎症性腸疾患外科)

一般演題（口演）**Fri. Nov 14, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 6****[O10] 一般演題（口演） 10 肥満症例における大腸手術の対策と成績**

座長：澤井 照光(長崎大学生命医科学域), 齊藤 修治(横浜新緑総合病院消化器センター外科)

[O10-1]**BMI30以上の高度肥満大腸癌症例に対する手術の工夫と周術期成績の解析－多施設共同後ろ向き研究－**

中西 良太¹, 安藤 幸滋², 沖 英次², 杉山 雅彦³, 上原 英雄⁴, 藤中 良彦⁵, 吉田 大輔⁶, 枝廣 圭太郎⁷, 川副 徹郎², 永井 太一朗¹, 蓮田 博文¹, 田尻 裕匡¹, 楠元 英次¹, 太田 光彦¹, 坂口 善久¹ (1.九州医療センター, 2.九州大学消化器・総合外科, 3.九州がんセンター消化管外科, 4.九州中央病院総合外科, 5.飯塚病院外科, 6.別府医療センター消化器外科, 7.錦病院)

[O10-2]**当科における肥満症例に対するロボット支援大腸手術の対策**

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

[O10-3]**肥満患者に対する大腸癌ロボット手術**

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

[O10-4]**右側結腸癌手術に対するロボット支援下手術、VFAを用いた周術期因子の検討**

石井 正嗣, 新田 敏勝, 佐田 昭匡, 久保 隆太郎, 小宮 敦宏, 石橋 孝嗣 (春秋会城山病院消化器センター・外科)

[O10-5]**肥満症例に対するロボット支援腹腔鏡下結腸手術～ロボット手術の有用性と臨床的意義～**

田子 友哉, 渡邊 賢之, 水谷 久紀, 筋野 博喜, 福島 元太郎, 久保山 侑, 笠原 健大, 真崎 純一, 永川 裕一 (東京医科大学消化器・小児外科学分野)

[O10-6]**BMI>30以上の肥満患者におけるロボット支援直腸切除術の工夫と現状**

田中 裕人, 内間 恭武, 鹿川 大二郎 (中部徳洲会病院消化器外科)

[O10-7]**肥満直腸癌患者に対するロボット支援下低位前方切除術の短期治療成績の検討**

寺石 文則^{1,2}, 高橋 立成¹, 岡林 弘樹¹, 宮宗 秀明¹, 大塚 真哉¹, 藤原 俊義², 稲垣 優¹ (1.NHO福山医療センター外科, 2.岡山大学消化器外科)

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:10 AM UTC Room 7

[O11] 一般演題（口演） 11 症例報告：転移再発

座長：井上 靖浩(特定医療法人同心会遠山病院外科), 神藤 英二(自衛隊中央病院外科)

[O11-1]

当院における切除不能進行再発大腸癌に対する免疫チェックポイント阻害薬の使用経験

鈴木 友里子^{1,3}, 佐久間 洋寿¹, 佐藤 智大^{1,3}, 高橋 龍平^{1,3}, 金生 直哉^{1,3}, 石野 淳¹, 牛尾 純², 大平 弘正³ (1.星総合病院消化器内科, 2.昭和医科大学江東豊洲病院消化器センター, 3.福島県立医科大学消化器内科学講座)

[O11-2]

MSI-H/dMMR結腸癌 4例に対する免疫チェックポイント阻害剤の使用経験

澤田 元太, 長江 歩, 藤野 志季, 谷澤 佑理, 文 正浩, 福永 浩紀, 森本 修邦, 森田 俊治 (市立伊丹病院外科)

[O11-3]

Nivolumab治療中の多発転移を有する悪性黒色腫に対し、治療抵抗病変である小腸転移の切除によって無増悪生存が得られた1例

邊見 和就, 玉井 皓己, 鄭 充善, 戎居 洋樹, 石丸 昂樹, 南浦 翔子, 辻村 直人, 森 総一郎, 西田 謙太郎, 吉川 幸宏, 大原 信福, 瀧内 大輔, 浜川 卓也, 辻江 正徳, 赤丸 祐介 (大阪ろうさい病院外科・消化器外科)

[O11-4]

当院におけるEncorafenibの使用経験

小笹 悠, 名西 健二, 有田 智洋, 清水 浩紀, 木内 純, 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 (京都府立医科大学消化器外科)

[O11-5]

S状結腸未分化癌術後遠隔リンパ節再発に対する6次治療後にアブスコバル効果を認めCCRとなつた一例

河野 香織, 宮北 寛士, 西田 莉子, 大宜見 崇, 茅野 新, 山本 聖一郎 (東海大学医学部付属病院消化器外科)

[O11-6]

透析中の切除不能、再発大腸癌に対して抗癌剤治療を行った2症例

本郷 久美子, 田島 佑樹, 大澤 桃香, 渡部 希美, 大谷 理紗, 室井 貴子, 西村 英理香, 林 啓太, 藤崎 洋人, 高野 公徳, 中川 基人 (平塚市民病院)

[O11-7]

両側側方リンパ節転移を有する直腸癌で術後5年以上の生存が得られた2例

小林 昭広, 山崎 信義, 久保 浩一郎, 森本 喜博, 小林 亮介, 佐藤 学, 浅井 大智, 林 和貴, 富田 直宏, 長谷川 圭, 柿本 懿貴, 緒方 賢司 (千葉西総合病院外科)

一般演題（口演）**[Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:10 AM UTC Room 8]****[O12] 一般演題（口演） 12 進行直腸癌の治療戦略1**

座長：谷 達夫(長岡赤十字病院外科), 金子 由香(東京女子医科大学)

[O12-1]**当科で局所進行直腸癌に対し施行したTNTの短期・中期成績**

岩谷 昭, 山崎 俊幸, 鶴山 仁史, 窪田 晃, 延廣 征典, 佐藤 幸平 (新潟市民病院消化器外科)

[O12-2]**当科における局所進行直腸癌に対する治療成績**

金子 由香, 谷 公孝, 前田 文, 腹野 蔵人, 二木 了, 畠場 嘉子, 小川 真平, 山口 茂樹 (東京女子医科大学消化器・一般外科)

[O12-3]**当院におけるTNT治療成績と放射線増感剤を用いたNOMの効果**

濱元 宏喜, 島 卓史, 庫本 達, 有馬 純, 朝隈 光弘, 李 相雄 (大阪医科大学一般・消化器外科)

[O12-4]**当院における局所進行直腸癌に対する術前化学療法の治療成績**

深瀬 正彦, 須藤 剛, 望月 秀太郎, 佐藤 圭佑, 飯澤 肇 (山形県立中央病院外科)

[O12-5]**放射線治療を併用しない術前化学療法による高度進行直腸癌の治療経験**

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

[O12-6]**cT4b結腸癌に対するNACの治療成績の検討**

西村 潤也, 井関 康仁, 福岡 達成, 西居 孝文, 坂元 寿美礼, 金城 あやか, 丸尾 晃司, 谷 直樹, 瀬良 知央, 江口 真平, 田嶋 哲三, 濱野 玄弥, 長谷川 毅, 村田 哲洋, 櫻井 克宣, 高台 真太郎, 久保 尚士, 清水 貞利, 西口 幸雄 (大阪市立総合医療センター消化器外科)

Sat. Nov 15, 2025

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 5

[O13] 一般演題（口演） 13 痔瘻の診療

座長：宮本 英典(宮本病院外科・肛門外科), 大橋 勝久(大橋胃腸肛門科外科医院)

[O13-1]

IV型クローン痔瘻を単純化し、ダルバドストロセルの投与ができた2例

渡部 晃大, 加川 隆三郎, 吉村 直生, 伊藤 孝, 花田 圭太, 武田 亮二, 松下 貴和 (洛和会音羽病院外科)

[O13-2]

Parks分類で括約筋貫通型に分類される II L型痔瘻症例の検討

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

[O13-3]

複雑痔瘻における経肛門超音波検査の有用性の検討 - MRI検査と比較して -

森本 幸治¹, 小泉 岐博², 田村 周三¹, 久保田 和¹, 菅又 奈々¹, 金澤 周⁴, 左雨 元樹³, 大塚 新一¹, 久保田 至¹ (1.西新井大腸肛門科, 2.北千住大腸肛門クリニック, 3.新越谷肛門胃腸クリニック, 4.草加西口大腸肛門クリニック)

[O13-4]

Parks分類における痔瘻の進展経路は解剖学的構造のどこを指すのか

室生 曜¹, 中島 康雄², 秋田 恵一¹ (1.東京科学大学臨床解剖学分野, 2.森山記念病院大腸肛門外科)

[O13-5]

クローン病の肛門病変に対する診断と治療～外科の役割

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

[O13-6]

肛門周囲膿瘍、痔瘻症例におけるIBD合併症例の検討

植田 剛¹, 中本 貴透¹, 佐井 壮謙¹, 定光 ともみ² (1.佐井胃腸科肛門科, 2.南奈良総合医療センター外科)

一般演題（口演）**[■ Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC ▲ Room 5****[O14] 一般演題（口演） 14 転移・再発1**

座長：川原 聖佳子(長岡中央総合病院消化器病センター外科), 原 聖佳(春日部市立医療センター外科)

[O14-1]**Stage IV大腸癌に対するR0戦略と手術成績および術後再発における治療成績**鈴木 卓弥¹, 山川 雄士¹, 加藤 潤紀¹, 浅井 宏之¹, 上原 崇平¹, 加藤 瑛¹, 牛込 創¹, 高橋 広城², 瀧口 修司¹ (1.名古屋市立大学消化器外科, 2.名古屋市立大学付属西部医療センター)**[O14-2]****切除可能遠隔転移を伴う直腸癌に対する集学的治療 ~治癒を目指して~**

福井 雄大, 戸田 重夫, 岡崎 直人, 前田 裕介, 平松 康輔, 花岡 裕, 上野 雅資, 黒柳 洋弥 (虎の門病院消化器外科)

[O14-3]**大腸癌大動脈周囲リンパ節転移の切除適応の最適化を目指して**

北原 拓哉, 大内 晶, 小森 康司, 木下 敬史, 佐藤 雄介, 安岡 宏展, 安藤 秀一郎 (愛知県がんセンター消化器外科部)

[O14-4]**DNAメチル化を標的としたリキッドバイオプシーによるStage IV大腸癌予後予測層別化の有用性**

百瀬 裕隆, 杉本 起一, 幸地 彩貴, 入江 宇大, 仲川 裕喜, 濱田 篤彦, 藤崎 隆, 安藤 祐二, 十朱 美幸, 村井 勇太, 高橋 宏光, 土谷 祐樹, 塚本 亮一, 本庄 薫平, 盧 尚志, 石山 隼, 高橋 玄, 富木 裕一, 坂本 一博 (順天堂大学医学部下部消化管外科)

[O14-5]**大腸癌遠隔転移症例における原発巣の腫瘍先進部病理学的因子の抗がん剤治療効果予測に関する検討**

田中 正文, 山田 一隆, 佐伯 泰慎, 福永 光子, 米村 圭介, 水上 亮佑, 辻 順行, 高野 正太 (大腸肛門病センター高野病院)

[O14-6]**切除不能進行再発大腸癌におけるCGPの有用性と限界**奥川 喜永^{1,2}, 北嶋 貴仁^{1,2}, 山下 真司², 志村 匠信², 今岡 裕基², 川村 幹雄², 安田 裕美², 大北 喜基², 吉山 繁幸², 小林 美奈子², 大井 正貴², 間山 裕二² (1.三重大学病院ゲノム医療部, 2.三重大学大学院医学系研究科消化管・小児外科学講座)**[O14-7]****結腸癌pStage II, IIIにおける病理組織学的観点からの再発時期の検討**

岡田 純一, 茂田 浩平, 原田 優香, 中山 史崇, 門野 政義, 森田 覚, 岡林 剛史, 北川 雄光 (慶應義塾大学医学部外科学教室 (一般・消化器))

一般演題（口演）**[■ Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC ▶ Room 5****[O15] 一般演題（口演） 15 転移・再発2**

座長：捨田利 外茂夫(水戸赤十字病院下部消化管外科), 石川 文彦(深谷赤十字病院)

[O15-1]**当院における大腸癌肝転移手術症例の検討**

佐藤 圭佑, 須藤 剛, 本荘 美菜子, 望月 秀太郎, 深瀬 正彦, 飯澤 肇 (山形県立中央病院外科)

[O15-2]**当科における大腸癌肝転移に対する手術成績について**

秋山 泰樹, 三ノ宮 寛人, 新田 挙助, 古賀 敦大, 山内 潤身, 森 泰寿, 永田 淳, 田村 利尚, 平田 敬治 (産業医科大学第1外科)

[O15-3]**大腸癌肝転移切除後の肝外転移再発リスク因子の検討**野村 雅俊¹, 鄭 充善², 東口 公哉¹, 浦川 真哉¹, 深田 唯史¹, 野口 幸藏¹, 團野 克樹¹, 平尾 隆文¹, 関本 貢嗣¹, 岡 義雄¹ (1.箕面市立病院, 2.大阪ろうさい病院)**[O15-4]****大腸癌肝転移切除後の残肝再発切除症例の検討**

長谷川 昂, 三吉 範克, 竹田 充伸, 関戸 悠紀, 波多 豪, 浜部 敦史, 萩野 崇之, 植村 守, 江口 英利, 土岐 祐一郎 (大阪大学消化器外科学)

[O15-5]**同時性肝転移を有する大腸癌に対するR0切除およびその後の再発に対する再R0切除の意義について**

川副 徹郎, 安藤 幸滋, 播磨 朋哉, 南原 翔, 津田 康雄, 中ノ子 智徳, 沖 英次, 吉住 朋晴 (九州大学大学院消化器・総合外科)

[O15-6]**大腸癌術後合併症が長期予後に及ぼす影響と介入の可能性について**

中村 友哉, 西村 公男, 金光 瑛彰, 長田 博光, 小森 淳二, 高田 泰次 (JCHO大和郡山病院外科)

[O15-7]**大腸癌術後5年以上無再発経過後の初回再発例の特徴**

早田 浩明, 外岡 亨, 成島 一夫, 天海 博之, 平澤 壮一朗 (千葉県がんセンター食道胃腸外科)

一般演題（口演）**[■ Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:40 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:40 AM UTC ▲ Room 5****[O16] 一般演題（口演） 16 排便障害の診療**

座長：角田 明良(安房地域医療センター), 小原 誠(OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック)

[O16-1]**分娩後の便・ガス失禁発生頻度についての調査検討**高橋 知子¹, 末光 徳匡², 加藤 健宏¹, 青木 沙弥佳¹, 本城 弘貴¹, 宮崎 彰成¹, 草薙 洋¹ (1.亀田総合病院消化器外科, 2.東京慈恵会医科大学産婦人科講座)**[O16-2]****神経障害による排便障害の診断と治療**神山 剛一¹, 寺田 俊明¹, 田中 良明¹, 武田 崇志¹, 吉岡 将史¹, 増田 有香¹, 中村 浩¹, 山田 麻子², 佐藤 兼俊³ (1.寺田病院, 2.アイビー胃腸肛門クリニック, 3.浅草胃腸肛門クリニック)**[O16-3]****バイオフィードバック療法用医療機器開発を通じて見えてきた肛門機能検査の課題**荒 桃子¹, 渡邊 祐介², 坂村 鳩真¹, 高橋 遼¹, 奥村 一慶¹, 河北 一誠¹, 河原 仁守¹, 本多 昌平¹, 武富 紹信¹ (1.北海道大学大学院医学研究院消化器外科学教室Ⅰ, 2.北海道大学病院医療・ヘルスサイエンス研究開発機構)**[O16-4]****直腸脱・直腸重積患者における腹腔鏡下直腸固定術前後の肛門機能および便失禁症状の変化**

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

[O16-5]**一般診療所における便失禁診療**

甲田 貴丸 (医療法人社団甲藍会甲田医院)

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 6

[O17] 一般演題（口演） 17 炎症性腸疾患1

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

[O17-1]

当院における回腸囊肛門吻合術での回腸囊作成手技の妥当性に関する検討

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

[O17-2]

潰瘍性大腸炎に対する回腸囊肛門吻合における吻合困難を予測するリスク因子

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

[O17-3]

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

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

[O17-4]

当科における潰瘍性大腸炎に対する2期分割手術の治療成績の検討

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

[O17-5]

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

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

[O17-6]

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

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

[O17-7]

潰瘍性大腸炎関連直腸癌に対する側方リンパ節郭清の治療成績

岡田 聰¹, 品川 貴秀¹, 小松 更一¹, 内野 基², 池内 浩基², 茂田 浩平³, 岡 志郎⁴, 二見 喜太郎⁵, 板橋 道朗⁶, 渡辺 和宏⁷, 渋谷 雅常⁸, 大北 喜基⁹, 若井 俊文¹⁰, 水内 祐介¹¹, 岡本 欣也¹², 山田 一隆¹³, 野口 竜剛¹, 杉原 健一¹⁴, 味岡 洋一¹⁵, 石原 聰一郎¹ (1.東京大学腫瘍外科, 2.兵庫医科大学病院炎症性腸疾患センター, 3.慶應義塾大学病院一般・消化器外科, 4.広島大学大学院感染症科内視鏡医学, 5.福岡大学筑紫病院外科, 6.東京女子医科大学病院消化器外科, 7.東北大学病院総合外科, 8.大阪公立大学大学院医学研究科消化器外科, 9.三重大学医学部附属病院消化管外科, 10.新潟大学消化器外科, 11.九州大学大学院臨床・腫瘍外科, 12.JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター, 13.高野病院消化器外科, 14.東京科学大学, 15.新潟大学大学院医歯学総合研究科分子・診断病理学分野)

一般演題（口演）**[■ Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC ▲ Room 6****[O18] 一般演題（口演） 18 炎症性腸疾患2**

座長：大沼 忍(東北大学消化器外科), 清松 知充(国立国際医療センタ一大腸肛門外科)

[O18-1]**潰瘍性大腸炎・結腸亜全摘症例における粘液瘻とハルトマン式の比較**

鈴木 秀幸, 渡辺 和宏, 唐澤 秀明, 佐藤 好宏, 村上 恵, 小野 智之, 佐藤 将大, 亀井 尚, 大沼 忍, 海野 倫明 (東北大学消化器外科学)

[O18-2]**潰瘍性大腸炎に対する大腸全摘術後の腎機能低下に関連する術前因子の検討**

二木 了, 小川 真平, 谷 公孝, 伊藤 俊一, 前田 新介, 前田 文, 腰野 蔵人, 近藤 侑鈴, 金子 由香, 番場 嘉子, 山口 茂樹 (東京女子医科大学消化器・一般外科)

[O18-3]**当院でのクローン病に対する腸管手術症例の検討**皆川 知洋^{1,2}, 渡辺 憲治^{2,3}, 魚谷 倫史¹, 祐川 健太¹, 渡辺 徹¹, 三輪 武史¹, 橋本 伊佐也¹, 渋谷 和人¹, 吉岡 伊作¹, 奥村 知之¹, 藤井 努¹ (1.富山大学学術研究部医学系消化器・腫瘍・総合外科, 2.富山大学附属病院IBDセンター, 3.富山大学炎症性腸疾患内科)**[O18-4]****穿孔・膿瘍形成を伴うクローン病に対する術式選択と短期成績**浅井 竜一¹, 田島 ジェシー雄², 横井 亮磨², Okuma Yusuke², 鷹羽 律紀², 横山 亜也奈², 水谷 千佳², 松本 圭太², 久野 真史², 田中 善宏², 村瀬 勝俊³, 松橋 延壽² (1.岐阜大学大学院医学系研究科先端ゲノム医療開発学講座、消化器外科・小児外科, 2.岐阜大学大学院医学系研究科消化器外科・小児外科, 3.岐阜大学大学院医学系研究科高度先進外科学)**[O18-5]****クローン病初回手術症例584例に対する吻合部狭窄に対する再手術リスク因子の検討**楠 蔵人¹, 友尾 祐介¹, 野村 和徳¹, 長野 健太郎¹, 宋 智亨², 桑原 隆一¹, 堀尾 勇規¹, 木村 廉², 片岡 幸三², 内野 基¹, 池内 浩基¹ (1.兵庫医科大学炎症性腸疾患外科, 2.兵庫医科大学下部消化管外科)**[O18-6]****クローン病に合併した結腸癌に対する腹腔鏡手術**

井上 英美, 新谷 裕美子, 西尾 梨沙, 大城 泰平, 古川 聰美, 岡本 欣也, 山名 哲郎 (JCHO東京山手メディカルセンター)

[O18-7]**クローン病関連消化管癌の臨床像の変化**

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

一般演題（口演）

[■ Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC □ Room 6

[O19] 一般演題（口演） 19 進行直腸癌の治療戦略2

座長：裕 彰一(周南記念病院消化器病センター外科), 高雄 美里(都立駒込病院大腸外科)

[O19-1]

当院における局所進行下部直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapyの治療成績

河野 貴博¹, 井原 啓佑¹, 中村 隆俊¹, 泉 陽光¹, 上野 紘¹, 高柳 雅¹, 根本 鉄太郎¹, 蜂谷 裕之¹, 石塚 満¹, 江島 泰正², 水島 恒和¹ (1.獨協医科大学下部消化管外科, 2.獨協医科大学放射線治療センター)

[O19-2]

局所進行下部直腸癌に対する当科におけるTNTの成績

皆川 結明, 石山 泰寛, 芥田 壮平, 中西 彰人, 西 雄介, 林 久志, 藤井 能嗣, 石井 利昌, 梶田 浩文, 平沼 知加志, 平能 康充 (埼玉医科大学国際医療センターアンダーネットワーク下部消化管外科)

[O19-3]

当院における進行直腸癌の治療戦略とTNTの治療成績

前田 裕介¹, 戸田 重夫¹, 柏木 慎平¹, 高橋 泰弘¹, 富田 大輔¹, 吳山 由花¹, 岡崎 直人¹, 平松 康輔¹, 福井 雄大¹, 花岡 裕¹, 的場 周一郎², 上野 雅資¹, 黒柳 洋弥¹ (1.虎の門病院消化器外科, 2.東邦大学医療センター大森病院消化器センター外科)

[O19-4]

直腸癌Total Neoadjuvant Therapyの予後に対する影響

中守 咲子, 出嶋 皓, 坂元 舞, 加藤 博樹, 高雄 美里, 中野 大輔, 川合 一茂 (がん・感染症センター都立駒込病院)

[O19-5]

局所進行直腸癌に対するTotal neoadjuvant therapy後とupfront surgeryの手術短期成績の比較

諏訪 雄亮¹, 小澤 真由美¹, 森 康一¹, 田 鐘寛², 諏訪 宏和³, 佐藤 渉¹, 薮下 泰宏¹, 沼田 正勝¹, 佐藤 勉¹, 渡邊 純^{2,4}, 遠藤 格² (1.横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科, 2.横浜市立大学医学部消化器・腫瘍外科, 3.横須賀共済病院外科, 4.関西医科大学下部消化管外科)

[O19-6]

局所進行下部直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapyにおける化学放射線療法と短期放射線療法の完全奏効率の比較

佐藤 健太郎¹, 野口 竜剛¹, 坂本 貴志¹, 松井 信平¹, 向井 俊貴¹, 山口 智弘¹, 田口 千藏², 千野 晶子³, 河内 洋⁴, 篠崎 英司⁵, 秋吉 高志¹ (1.がん研有明病院大腸外科, 2.がん研有明病院放射線治療部, 3.がん研有明病院下部消化管内科, 4.がん研有明病院病理部, 5.がん研有明病院消化器化学療法科)

[O19-7]

局所進行直腸癌に対する化学放射線療法（CRT）と化学放射線療法化学療法逐次施行(TNT)の比較

市川 伸樹, 吉田 雅, 大野 陽介, 柴田 賢吾, 今泉 健, 佐野 峻司, 武富 紹信 (北海道大学消化器外科Ⅰ)

一般演題（口演）**[■ Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC ▲ Room 6****[O20] 一般演題（口演） 20 直腸癌に対する側方郭清2**

座長：柳 秀憲(医療法人信和会明和病院), 筒井 敦子(上尾中央総合病院外科)

[O20-1]**術前MRI画像から下部直腸癌における側方郭清適応基準**

佐伯 泰慎, 田中 正文, 福永 光子, 米村 圭介, 大原 真由子, 水上 亮介, 山田 一隆 (大腸肛門病センター高野病院外科)

[O20-2]**進行下部直腸癌におけるMRI所見を用いた側方リンパ節転移の診断能の検討**末田 聖倫¹, 賀川 義規¹, 安井 昌義², 西村 潤一¹, 三代 雅明¹, 北風 雅敏¹, 森 良太¹, 深井 智司¹, 河口 恵¹, 長谷川 健太¹, 菅生 貴仁¹, 丸牛 裕貴¹, 小松 久晃¹, 柳本 喜智¹, 金村 剛志¹, 山本 和義¹, 後藤 邦仁¹, 小林 省吾¹, 宮田 博志¹, 大植 雅之¹ (1. 大阪国際がんセンター消化器外科, 2. 関西労災病院消化器外科)**[O20-3]****術前MRIにおけるリンパ節のmrCRMと側方リンパ節転移の関連の検討**岩佐 陽介^{1,2}, 小山 文一^{1,2}, 高木 忠隆¹, 藤本 浩輔¹, 田村 昂¹, 江尻 剛気¹, 吉川 千尋¹, 庄 雅之¹ (1. 奈良県立医科大学消化器・総合外科, 2. 奈良県立医科大学附属病院中央内視鏡部)**[O20-4]****術前のMRI評価によって側方郭清を省略した直腸癌の長期治療成績**梶原 由規¹, 望月 早月¹, 岡本 耕一¹, 山寺 勝人¹, 守矢 恒司¹, 曽田 悠葵¹, 田代 恵太¹, 菊家 健太¹, 川内 隆幸¹, 相原 一紀¹, 田代 真優¹, 廣瀬 裕一¹, 大塚 泰弘¹, 及川 功¹, 倉澤 秀紀¹, 神藤 英二², 岸 庸二¹, 上野 秀樹¹ (1. 防衛医科大学校外科学講座, 2. 自衛隊中央病院外科)**[O20-5]****下部進行直腸癌に対する側方リンパ節郭清の治療成績および側方リンパ節郭清省略例に関する後方視的検討**

岡本 行平, 藤野 紘貴, 豊田 真帆, 秋山 有史, 伊東 竜哉, 小川 宰司, 奥谷 浩一, 今村 将史 (札幌医科大学外科学講座消化器外科分野)

[O20-6]**進行下部直腸癌における側方郭清省略症例の検討**

岩田 至紀, 田中 千弘, 桐山 俊弥, 長尾 成敏, 河合 雅彦 (岐阜県総合医療センター外科)

[O20-7]**進行直腸癌に対する至適な側方郭清と術前治療についての検討～側方リンパ節郭清省略の可能性～**

竹下 浩明, 大石 海道, 堀川 修一, 久保 飛翔, 福井 彩恵子, 釘山 統太, 原 貴信, 森田 道, 藤井 美緒, 米田 晃, 南恵 恵樹, 黒木 保 (国立病院機構長崎医療センター外科)

一般演題（口演）**[# Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC # Room 5]****[O21] 一般演題（口演） 21 痔核の診療**

座長：浅野 道雄(あさのクリニック肛門外科・消化器内科), 岡崎 啓介(岡崎外科消化器肛門クリニック肛門外科)

[O21-1]**当院における後期高齢者に対する結紮切除術（LE）の現状**

松田 聰, 新井 賢一郎, 松永 篤志, 相澤 万里枝, 山下 真幸, 木村 浩三, 野中 雅彦, 中井 勝彦, 川上 和彦 (松田病院大腸肛門病センター)

[O21-2]**80歳以上の高齢者における痔核結紮切除術の成績**

武田 崇志, 田中 良明, 寺田 俊明, 神山 剛一, 吉岡 将史, 増田 有香, 前田 文, 山田 麻子, 佐藤 兼敏, 下里 あゆ子, 原 聖佳 (寺田病院大腸肛門病センター)

[O21-3]**全周性痔核に対する分離結紮術施行時の狭窄予防と術後対応**野村 英明¹, 小島 修司², 加川 隆三郎³ (1. フラワーロードのむら肛門クリニック, 2. こじま肛門外科, 3. 洛和会音羽病院)**[O21-4]****パラシュート型PPH90例の検討-狭窄への対応について---**須原 貴志¹, 国枝 克之², 河合 雅彦² (1. 下呂市立金山病院外科, 2. 岐阜県総合医療センター)**[O21-5]****創部の面積とテンションを最小化したEA法の治療成績と手技の実際**

太田 盛道, 安部 達也, 渡邊 賢二, 小原 啓, 鉢呂 芳一, 國本 正雄 (くにもと病院)

[O21-6]**痔核切除標本で診断された肛門悪性腫瘍の3例**

植田 圭祐 (宇治徳洲会病院)

[O21-7]**当施設における痔核治療後の再治療症例についての検討**渡辺 伸和¹, 早川 一博², 森田 隆幸¹ (1. 青森厚生病院外科, 2. 早川内科肛門科)

一般演題（口演）**[■ Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC ▶ Room 5]****[O22] 一般演題（口演） 22 症例報告：稀な大腸疾患1**

座長：松本 朝子(日本鋼管福山病院外科), 武田 崇志(俊和会寺田病院)

[O22-1]

膿瘍形成性虫垂炎の膿瘍腔と上行結腸とに交通を生じた症例に対して、回腸人工肛門造設後に腹腔鏡下でinterval appendectomyを施行し得た1例

森本 雄貴, 尾嶋 英紀, 高木 里英子, 山本 真優, 渡辺 修洋, 山本 晃, 横江 毅, 毛利 靖彦 (三重県立総合医療センター消化器・一般外科)

[O22-2]

膿瘍形成性虫垂炎として保存加療後に待機的手術にて虫垂粘液癌と診断し得た1例

鍵渡 宝, 高橋 慶太, 森島 真子, 古謝 学, 川村 雅彦, 堤 謙二 (川村病院外科)

[O22-3]

上行結腸癌による腸重積の1例

多木 雅貴, 豊田 昌夫, 濱口 拓哉 (社会医療法人仙養会北摂総合病院一般消化器外科)

[O22-4]

成人腸回転異常に合併した結腸憩室間膜内穿通の症例

中島 隆善, 松木 豪志, 藤川 正隆, 長野 心太, 古出 隆大, 一瀬 規子, 岩崎 寿光, 岡本 亮, 生田 真一, 仲本 嘉彦, 相原 司, 柳秀憲, 山中 若樹 (医療法人信和会明和病院外科)

[O22-5]

S状結腸吻合部と左尿管に瘻孔を形成した1例

延廣 征典, 亀山 仁史, 窪田 晃, 岩谷 昭, 山崎 俊幸 (新潟市民病院消化器外科)

[O22-6]

S状結腸機能的端々吻合部に生じたblind loop syndromeの1例

上野 啓輔, 高島 順平, 大野 裕文, 三井 愛, 浅見 桃子, 小泉 彩香, 南角 哲俊, 峰崎 俊亮, 山崎 健司, 杉本 斎, 藤本 大裕, 黒田 浩章, 三浦 文彦, 小林 宏寿 (帝京大学医学部附属溝口病院外科)

[O22-7]

大腸癌術後膀胱損傷の1例

中山 洋, 小池 淳一, 浜畑 幸弘, 指山 浩志, 赤木 一成, 安田 韶, 川村 敦子, 赤井 崇, 鈴木 綾, 高野 竜太郎, 城後 友望子, 黒崎 剛史, 堤 修 (辻伸病院柏の葉大腸肛門外科)

[O22-8]

治療に難渋した大腸癌術後の虚血性腸炎の1例

真智 涼介^{1,2}, 山本 大輔¹, 久保 陽香¹, 竹中 俊介¹, 田中 宏幸¹, 三田 和芳¹, 齋藤 浩志¹, 道傳 研太¹, 崎村 祐介¹, 林 憲吾¹, 林 沙貴¹, 松井 亮太¹, 齋藤 裕人¹, 辻 敏克¹, 森山 秀樹¹, 木下 淳¹, 稲木 紀幸¹ (1.金沢大学附属病院消化管外科, 2.医療法人社団浅ノ川浅ノ川総合病院)

一般演題（口演）**[Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:30 AM UTC Room 5]****[O23] 一般演題（口演） 23 症例報告：稀な大腸疾患2**

座長：松田 圭二(同愛記念病院外科), 五代 天偉(藤沢湘南台病院外科)

[O23-1]**術前診断が困難であったS状結腸神経鞘腫に対し腹腔鏡下S状結腸切除術を施行した1例**

武田 和^{1,2}, 團野 克樹¹, 深田 唯史¹, 中道 伊津子³, 吉原 輝一², 内藤 敦², 能浦 真吾², 山本 慧¹, 東口 公哉¹, 野口 幸蔵¹, 吉村 弥緒¹, 平尾 隆文¹, 関本 貢嗣¹, 岡 義雄¹ (1.箕面市立病院外科, 2.堺市立総合医療センター外科, 3.箕面市立病院病理診断科)

[O23-2]**肝膿瘍を伴う直腸癌に対し、抗生素加療後にロボット支援下手術を施行した一例**

久野 晃路, 福長 航, 川相 雄暉, 大下 恵樹, 仲野 健三, 河合 隆之, 前川 久継, 奥知 慶久, 井口 公太, 田中 英治, 福田 明輝, 寺嶋 宏明, 田浦 康二朗 (公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院消化器外科)

[O23-3]**原発性乳房外Paget病との鑑別を要したPagetoid spreadを伴う直腸癌の4例**

琴畠 洋介, 八重樫 瑞典, 佐々木 教之, 瀬川 武紀, 岩崎 崇文 (岩手医科大学外科学講座)

[O23-4]**ストーマ造設術を要した放射線性直腸炎の2例**

木村 駿悟, 長嶋 康雄, 渡邊 健太郎, 小棚 地洋, 三浦 康之, 甲田 貴丸, 鏡 哲, 鈴木 孝之, 金子 奉暁, 牛込 充則, 的場 周一郎 (東邦大学医療センター大森病院消化器センター外科)

[O23-5]**内視鏡的瘻孔閉鎖術にて治癒した原因の不明な直腸壁瘻の1例**

丹羽 浩一郎, 関 英一郎, 松澤 宏和, 斎田 将之 (太田総合病院外科)

[O23-6]**腹腔鏡下に切除し得た異なる組織型の傍直腸囊胞の2症例**

大沢 桃香, 本郷 久美子, 中川 基人, 高野 公徳, 米山 公康, 藤崎 洋人, 田島 佑樹, 林 啓太, 原 明日香, 西村 英理香, 渡部 希美, 室井 貴子, 大谷 理紗, 林 智大, 小原 雅也 (平塚市民病院外科)

[O23-7]**自己摘便が原因と思われるISR後の直腸穿通の一例**

前本 遼, 佐藤 総太, 伊藤 拓馬, 三原 開人, 服部 晋明, 宮本 匠, 岩崎 純治, 金澤 旭宣 (島根県立中央病院外科)

[O23-8]**当院で経験した痔瘻癌の3例**

市原 明子, 岩本 和樹, 原 大介, 濱田 朗子, 山田 和之介, 武野 慎祐, 七島 篤志 (宮崎大学医学部附属病院消化器外科)

一般演題（口演）**[Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Room 6]****[O24] 一般演題（口演） 24 臨床研究1**

座長：盛 真一郎(鹿児島県立大島病院), 長谷川 芙美(JAとりで医療センター外科)

[O24-1]

腹腔鏡下大腸癌手術における切開創SSIリスク因子の検討

駿馬 悠介, 中川 和也, 本田 祥子, 伊藤 慧, 増田 太郎, 太田 紘美, 山岸 茂 (藤沢市民病院消化器外科)

[O24-2]

大腸がんにおける術後感染症は再発後の生存期間に影響を与えるか

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

[O24-3]

大腸癌手術における栄養評価指標を用いた周術期管理の有用性

成廣 哲史, 高田 直樹, 羽田 丈紀, 渡部 通章, 平野 純 (厚木市立病院外科)

[O24-4]

消化器癌患者におけるCVポート造設術中の没入型バーチャルリアリティの有用性: Pilot randomized controlled trial鎌田 哲平^{1,2}, 西江 亮祐³, 山岸 大祐¹, 會田 貴志¹, 高橋 潤次¹, 畑 太悟¹, 瀧澤 玲央⁴, 大平 寛典¹, 墨 誠³, 衛藤 謙², 鈴木 裕¹
(1.国際医療福祉大学病院外科, 2.東京慈恵会医科大学外科学講座, 3.国際医療福祉大学病院血管外科, 4.東京慈恵会医科大学宇宙航空医学研究室)

[O24-5]

根治切除術結腸癌における病期分類を考察する—多施設共同研究の結果から—安藤 幸滋¹, 大垣 吉平², 杉山 雅彦³, 蓮田 博文⁴, 田尻 裕匡⁴, 野中 謙太朗², 上原 英雄², 川副 徹郎¹, 沖 英次¹, 吉住 朋晴¹
(1.九州大学大学院消化器・総合外科, 2.公立学校共済組合九州中央病院総合外科, 3.国立病院機構九州がんセンター消化管外科, 4.国立病院機構九州医療センター消化管外科)

[O24-6]

ロボット支援下左側大腸癌手術によって得られるIMA根部周囲から左側後腹膜の臨床解剖

佐々木 邦明, 澄川 宗祐, 久須美 貴哉 (恵佑会札幌病院消化器外科)

[O24-7]

肛門管の円柱上皮と移行帯上皮の境界線をCT junctionと命名する提案

松尾 恵五 (東葛辻伸病院)

一般演題（口演）**[■ Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC ■ Room 6]****[O25] 一般演題（口演） 25 臨床研究2**

座長：深澤 貴子(磐田市立総合病院消化器外科), 坂本 義之(独立行政法人国立病院機構弘前総合医療センター消化器外科)

[O25-1]**大腸癌手術における切除部位の違いが術後腸内細菌叢に与える影響の検討**

松本 航¹, 大塚 幸喜², 服部 豊¹, 頤本 力¹, 近石 裕子¹, 辻村 和紀¹, 谷口 寛子¹, 上嶋 徳¹, 稲熊 岳¹, 小林 陽介¹, 大村 悠介¹, 廣純一郎¹, 松岡 宏¹, 升森 宏次¹, 藤井 匠³, 栄尾 巧³, 廣岡 芳樹³, 宇山 一朗², 須田 康一¹ (1.藤田医科大学総合消化器外科, 2.藤田医科大学病院先端口ボット内視鏡手術学, 3.藤田医科大学病院消化器内科)

[O25-2]**手術治療を要した腸閉塞の発生原因と癒着部位に関する検討**

太田 竜¹, 山田 岳史², 上原 圭², 松田 明久², 進士 誠一², 横山 康行², 高橋 吾郎², 岩井 拓磨², 武田 幸樹¹, 関口 久美子¹, 清水 貴夫¹, 宮坂 俊光², 香中 伸太郎², 松井 隆典², 林 光希², 金沢 義一¹, 谷合 信彦², 吉田 寛² (1.日本医科大学武蔵小杉病院, 2.日本医科大学付属病院)

[O25-3]**サーベイランスにおける初回腺腫数と異時性大腸腫瘍の関係**

木村 聖路¹, 西谷 大輔¹, 佐藤 和則¹, 橋口 博之^{1,2}, 藤原 沙映^{1,2} (1.青森労災病院消化器内科内視鏡科, 2.弘前大学消化器血液内科)

[O25-4]**当院におけるLow-grade Appendiceal Mucinous Neoplasmの臨床病理学的検討**

勝又 健太¹, 内藤 正規¹, 根岸 宏行¹, 白井 創大¹, 天野 優希¹, 西澤 一¹, 小川 敦博¹, 有泉 泰², 大坪 毅人³, 民上 真也³ (1.聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科, 2.聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院病理診断科, 3.聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科)

[O25-5]**40歳未満の若年性大腸癌の臨床病理学的特徴の検討**

紫葉 裕介¹, 謙訪 雄亮¹, 田中 宗伸², 工藤 孝迪¹, 大矢 博貴², 前橋 学¹, 森 康一¹, 田 鐘寛², 沼田 正勝¹, 謙訪 宏和³, 小澤 真由美¹, 渡邊 純^{2,4}, 佐藤 勉¹, 遠藤 格² (1.横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科, 2.横浜市立大学医学部消化器・腫瘍外科, 3.横須賀共済病院外科, 4.関西医科大学下部消化管外科)

[O25-6]**他臓器合併切除を行った大腸癌の臨床病理学的検討**

山本 陸, 村山 倫太郎, 川端 実, 石塚 ジュスタン正也, 尾立 路輝, 石岡 直留, 花川 翔太, 遠山 茉莉, 秋間 龍之介, 仁平 高朔, 加藤 永記, 上田 倏平, 宮下 真美子, 櫻庭 駿介, 田中 顕一郎, 櫛田 知志, 伊藤 智彰, 佐藤 浩一 (順天堂大学医学部附属静岡病院外科)

[O25-7]**大腸癌術後補助化学療法としてのカペシタビン5日投薬2日休薬投与法の検討**

中村 有貴¹, 横山 省三², 松田 健司¹, 岩本 博光¹, 三谷 泰之¹, 水本 有紀¹, 堀 雄哉¹, 玉置 佑麻¹, 阪中 俊博¹, 竹本 典生¹, 田宮 雅人¹, 兵 貴彦¹, 上田 勝也¹, 下村 和輝¹, 岩橋 誠³, 瀧藤 克也⁴, 中森 幹人⁵, 下川 敏雄⁶, 川井 学¹ (1.和歌山県立医科大学第2外科, 2.南和歌山医療センター外科, 3.和歌山労災病院外科, 4.済生会有田病院外科, 5.大阪南医療センター外科, 6.和歌山県立医科大学臨床研究センター)

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:20 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:20 AM - 7:20 AM UTC Room 6

[O26] 一般演題（口演） 26 手術手技・直腸脱

座長：石井 良幸(北里大学北里研究所病院), 中西 正芳(松下記念病院)

[O26-1]

Superior mesenteric artery rotationを伴う右側結腸癌の臨床的特徴と低侵襲手術の治療成績

坂井 義博, 笠井 俊輔, 塩見 明生, 真部 祥一, 田中 佑典, 小嶋 忠浩, 井垣 尊弘, 森 千浩, 高島 裕助, 石黒 哲史, 谷田部 悠介, 辻尾 元, 横山 希生人, 八尾 健太, 小林 尚輝, 山本 祥馬 (静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

[O26-2]

Modified pincer approachによる中結腸動脈根部温存D3郭清の戦略

原口 直紹, 南 壮一郎, 土橋 果実, 古賀 瞳人, 藤井 渉, 三上 希実, 山平 陽亮, 額原 敦, 肥田 仁一, 木村 豊 (近畿大学奈良病院外科)

[O26-3]

骨盤内臓器全摘術後開腹手術のための回腸導管の温存方法

小森 康司, 木下 敬史, 佐藤 雄介, 大内 晶, 北原 拓哉, 安岡 宏展, 伊藤 誠二, 三澤 一成, 伊藤 友一, 夏目 誠治, 檜垣 栄治, 浅野 智成, 奥野 正隆, 稲田 亘佑, 尾崎 航太郎, 安藤 秀一郎, 安部 哲也 (愛知県がんセンター消化器外科部)

[O26-4]

TaTMEにて肛門温存を行った巨大直腸神経鞘腫の1例

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

[O26-5]

直腸癌手術の手技をベースとした腹腔鏡下直腸固定術の経験

伊藤 信一郎, 小野 稔晃, 又野 護, 進 誠也, 岸川 博紀, 岡田 和也 (光晴会病院)

[O26-6]

直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術 (D'Hoore法) の成績

谷田 孝, 金平 永二, 尾花 優一, 金平 文 (メディカルトピア草加病院)

[O26-7]

当科における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術症例の検討

里見 大介, 榊原 舞, 小倉 皓一郎, 土岐 朋子 (国立病院機構千葉医療センター外科)

[O26-8]

直腸脱に対するLaparoscopic suture rectopexyの治療成績

井出 義人^{1,2}, 野中 亮児¹, 山川 拓真¹, 岡 啓史¹, 村上 剛平¹, 山中 千尋¹, 出村 公一¹, 森本 修邦¹, 西田 俊朗¹ (1.JCHO大阪病院外科, 2.国家公務員共済組合連合会大手前病院)

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:40 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:40 AM UTC Room 7

[O27] 一般演題（口演） 27 口ボット3

座長：肥田 仁一(近畿大学奈良病院消化器外科), 奥山 隆(獨協医科大学埼玉医療センター外科)

[O27-1]

縦2件口ボット支援下結腸癌手術の現状と工夫

萩原 千恵¹, 上原 広樹¹, 井 翔一郎¹, 山田 典和¹, 五十嵐 優人¹, 藤田 悠介¹, 北川 祐資², 小林 壽範¹, 森 至弘¹, 諏訪 雄亮³, 小澤 真由美³, 三城 弥範², 渡邊 純¹ (1.関西医科大学下部消化管外科学講座, 2.関西医科大学総合医療センターアンダーナー下部消化管外科, 3.横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター)

[O27-2]

体腔内吻合導入後の口ボット支援結腸癌手術の短期成績とコストパフォーマンス

小野澤 寿志¹, 渡邊 匠¹, 星野 啓太¹, 森 友輔², 米澤 博貴¹, 菅家 康之¹, 佐藤 雄哉¹, 本山 一夫¹, 伊藤 泰輔¹, 石井 芳正¹, 河野 浩二² (1.太田西ノ内病院外科, 2.福島県立医科大学消化管外科)

[O27-3]

ロボット支援大腸切除術の現状～コストに配慮した手技の標準化～

近藤 彰宏, 馮 東萍, 竹谷 洋, 松川 浩之, 西浦 文平, 安藤 恒久, 須藤 広誠, 岸野 貴賢, 大島 稔, 岡野 圭一 (香川大学医学部消化器外科)

[O27-4]

市中病院におけるロボット支援下右側結腸切除術の体腔内吻合の導入と検討

魚住 のぞみ¹, 片岡 直己², 徳原 克治², 内間 恒武³ (1.ベルランド総合病院外科, 2.岸和田徳洲会病院, 3.中部徳洲会)

[O27-5]

地方市中病院におけるロボット支援下大腸癌手術の導入と現状

倉吉 学, 中原 雅浩, 小野 紘輔, 松森 亮祐, 日野 咲季子, 北村 芳仁, 大塚 裕之, 熊田 高志, 柳川 泉一郎, 坂井 寛, 山木 実, 橋詰 淳司, 徳本 憲昭, 大下 彰彦, 則行 敏生 (厚生連尾道総合病院外科)

[O27-6]

人手不足の市中病院におけるロボット支援下直腸癌手術の工夫と術後短期成績の検討

川上 雅代, 上里 安範, 仕垣 幸太郎, 澤嶼 安勝, 高江洲 亨, 萩池 昌信, 稲嶺 進 (おもと会大浜第一病院外科)

[O27-7]

市中病院におけるロボット支援大腸癌手術教育

岩田 乃理子, 塚本 史雄, 林 祐美子, 中田 豊, 遠藤 晴久, 中島 康晃, 佐伯 伊知郎, 高橋 定雄, 萩谷 一男 (江戸川病院外科)

[O27-8]

ロボット手術症例での技術認定医取得へ向けた当院の取り組み

今里 亮介, 久米 徹, 川口 真智子, 山田 卓司, 山下 信吾, 大木 岳志, 高西 喜重郎 (東京都立多摩北部医療センター消化器外科)

一般演題（口演）**[■ Sat. Nov 15, 2025 2:40 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:40 AM - 6:30 AM UTC ■ Room 7]****[O28] 一般演題（口演） 28 口ボット4**

座長：松山 貴俊(埼玉医科大学総合医療センター消化管外科・一般外科), 永吉 絹子(九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科)

[O28-1]

Hugo RAS systemによる口ボット支援下大腸手術の定型化から若手外科医の育成にむけて
長山 聰, 橋本 恭一, 中山 雄介, 我如古 理規, 岡本 三智夫, 野村 勇貴, 武内 悠馬, 竹内 豪, 藤岡 祥恵, 植田 圭祐, 島田 明,
角田 海斗, 久保田 良浩 (宇治徳洲会病院外科)

[O28-2]

若手医師と行う口ボット支援腹腔鏡下回盲部切除術の工夫と短期成績

河合 賢二, 徳山 信嗣, 高橋 佑典, 俊山 礼志, 山本 昌明, 酒井 健司, 竹野 淳, 濱 直樹, 宮崎 道彦, 平尾 素宏, 加藤 健志 (国立病院機構大阪医療センター外科)

[O28-3]

レジデントによる口ボット支援手術での最年少技術認定取得を目指して

河口 恵, 賀川 義規, 長谷川 健太, 深井 智司, 森 良太, 北風 雅敏, 三代 雅明, 末田 聖倫, 西村 潤一, 安井 昌義, 菅生 貴仁,
牛丸 裕貴, 小松 久晃, 柳本 喜智, 金村 剛志, 山本 和義, 後藤 邦仁, 小林 省吾, 宮田 博志, 大植 雅之 (大阪国際がんセンター)

[O28-4]

市中病院における若手外科医による口ボット支援下直腸癌手術の短期成績

筒山 将之, 木村 優梨香, 大重 英昭, 岩崎 真由子, 安井 知樹, 桑野 誠也, 平野 豪, 北條 由実子, 岩田 尚樹, 間下 直樹, 小林
大介, 杉本 博行, 望月 能成 (小牧市民病院消化器外科)

[O28-5]

多発大腸癌に対する口ボット支援手術

藤森 大輔, 北林 大暉, 加藤 一希, 林 雅人, 吉村 隆宏, 澤田 幸一郎, 林 泰寛, 尾山 佳永子, 小竹 優範, 原 拓央 (厚生連高岡
病院外科)

[O28-6]

腹腔鏡下手術を併用し、口ボット支援下手術を施行したPersistent Descending Mesocolonを
伴う直腸癌の1例

園野 克樹, 深田 唯史, 武田 和, 山本 慧, 東口 公哉, 野口 幸藏, 平尾 隆文, 関本 貢嗣, 岡 義雄 (箕面市立病院外科)

[O28-7]

局所進行直腸癌に対して術前化学放射線療法後にTpTME併用口ボット支援下腹会陰式直腸切
断術、両側側方郭清、仙骨合併切除を施行した1例

豊田 尚潔, 中西 亮, 宮倉 安幸 (栃木県立がんセンター大腸骨盤外科)

一般演題（口演）**[■ Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 7]****[O29] 一般演題（口演） 29 口ボット5**

座長：發知 将規(愛媛県立中央病院消化器外科), 近藤 宏佳(多摩総合医療センター)

[O29-1]

口ボット1日縦2件とFusion Surgeryが教育・コストを意識した今後の口ボット時代には重要なとなる

西沢 佑次郎, 畠 泰司, 奥村 元紀, 麦谷 聰, 明石 大輝, 竹内 一将, 中森 健人, 進藤 実希, 林 信貴, 横内 隆, 橋本 雅弘, 加藤 信弥, 森本 祥悠, 古川 健太, 広田 将司, 友國 晃, 宮崎 安弘, 本告 正明, 岩瀬 和裕, 藤谷 和正 (大阪急性期・総合医療センター消化器外科)

[O29-2]

当院での口ボット支援大腸切除術の現状とこれから

仲本 嘉彦, 松木 豪志, 長野 心太, 古出 隆大, 一瀬 規子, 藤川 正隆, 岩崎 寿光, 中島 隆善, 岡本 亮, 生田 真一, 相原 司, 柳 秀憲, 山中 若樹 (明和病院外科)

[O29-3]

技術認定取得への挑戦—口ボット支援S状結腸切除術の定型化—

櫻庭 駿介¹, 村山 優太郎¹, 尾立 路輝¹, 石塚 ジュスタン正也¹, 石岡 直留¹, 花川 翔太¹, 秋間 龍之介¹, 仁平 高朔¹, 山本 陸¹, 加藤 永記¹, 上田 優平¹, 宮下 真美子¹, 中村 和正², 小井土 耕平², 大島 健志², 間 浩之², 大端 考², 櫛田 知志¹, 伊藤 智彰¹, 佐藤 浩一¹ (1.順天堂大学医学部附属静岡病院外科, 2.静岡県立総合病院)

[O29-4]

当院における若手医師の直腸癌に対する口ボット手術と腹腔鏡手術の治療成績の検討

大重 英昭, 筒山 将之, 望月 能成, 杉本 博行, 小林 大介, 間下 直樹, 北條 由実子, 桑野 誠也, 安井 知樹 (小牧市民病院外科)

[O29-5]

口ボット大腸癌手術におけるSecond surgeon以降の術者育成と短期成績

外岡 亨, 早田 浩明, 千葉 聰, 成島 一夫, 磯崎 哲朗, 天海 博之, 平澤 壮一朗, 桑山 直樹, 加野 将之, 鍋谷 圭宏 (千葉県がんセンター食道・胃腸外科)

[O29-6]

口ボット支援手術での大腸外科技術認定取得を目指した指導体制と研修の実際

加藤 博樹, 出嶋 皓, 坂元 慧, 中守 咲子, 高雄 美里, 中野 大輔, 川合 一茂 (東京都立駒込病院)

[O29-7]

SureForm™ Staplerのログデータから解析した縫合機器使用に関する検討

番場 嘉子, 小川 真平, 二木 了, 金子 由香, 近藤 侑鈴, 腰野 藏人, 谷 公孝, 前田 文, 前田 新介, 伊藤 俊一, 山口 茂樹 (東京女子医科大学消化器・一般外科)

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:30 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:30 AM UTC Room 5

[O1] 一般演題（口演） 1 口ボット1

座長：大木 岳志(東京都立多摩北部医療センター消化器外科), 茂田 浩平(慶應義塾大学外科学(一般・消化器))

[O1-1]

当院におけるDa Vinci SPの導入と対象症例の最適化

高橋秀和, 石川慧, 朴正勝, 岩本和哉, 高市翔平, 大橋朋史, 中原裕次郎, 村上剛平, 浅岡忠史, 竹政伊知朗, 大森健(大阪けいさつ病院消化器外科)

[O1-2]

DaVinci SP導入初期の短期成績及びfusion surgeryの導入

井関康仁, 西村潤也, 福岡達成, 西居孝文, 西口幸雄(大阪市立総合医療センター)

[O1-3]

10例の経験から見えてきた、ロボット支援大腸癌手術における蛍光尿管ステントIRISの有用性

加藤潤紀, 牛込創, 奥山晃世, 福田真里, 秋山真之, 浅井宏之, 上原崇平, 加藤瑛, 鈴木卓弥, 山川雄士, 佐川弘之, 佐藤崇文, 瀧口修司(名古屋市立大学病院消化器外科)

[O1-4]

ロボット支援下大腸癌手術におけるダブルバイポーラー法の利点

本坊拓也, 藤本サダアキ, 定永倫明(済生会福岡総合病院外科)

[O1-5]

Double bipolar法によるロボット支援下大腸悪性腫瘍手術における手技と工夫

國崎真己, 鎌尾智幸, 丸山圭三郎, 藤瀬雄太, 山崎翔斗, 草場隆史, 町野隆介, 碇秀樹(佐世保中央病院外科)

[O1-6]

ロボット結腸切除におけるCMEへの新たなアプローチ—double bipolar methodの有用性

藤井善章, 島田雄太, 加藤龍太郎, 庭本涼佑, 中澤充樹, 上野修平, 青山佳永, 今藤裕之, 廣川高久, 宮井博隆, 木村昌弘(刈谷豊田総合病院消化器外科)

[O1-7]

ポート変換を利用した直腸固有間膜処理の工夫

南村圭亮¹, 松本智司¹, 山岸杏彌¹, 上田康二¹, 中村慶春¹, 吉田寛²(1.日本医科大学千葉北総病院, 2.日本医大付属病院)

[O1-8]

横行結腸癌術後局所再発に対しロボット支援下手術を施行した一例

鈴木淳平, 吉村雪野, 白京訓, 鈴木淳一(板橋中央総合病院消化器病センター外科)

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:30 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:30 AM UTC Room 5

[O1] 一般演題（口演） 1 口ポット1

座長：大木 岳志(東京都立多摩北部医療センター消化器外科), 茂田 浩平(慶應義塾大学外科学(一般・消化器))

[O1-1] 当院におけるDa Vinci SPの導入と対象症例の最適化

高橋 秀和, 石川 慧, 朴 正勝, 岩本 和哉, 高市 翔平, 大橋 朋史, 中原 裕次郎, 村上 剛平, 浅岡 忠史, 竹政 伊知朗, 大森 健 (大阪けいさつ病院消化器外科)

[はじめに] 当院ではDa Vinci Xiに加え、2025年1月からSPを導入した。導入後の10例は術者Aがconsole surgeonを担当、術者Bが助手を担当し、その後は術者Bがconsole surgeonを担当した。[方法] Da Vinci SPを用いた手術では、臍部に3cmの小開腹をおき、SPアクセスポートキット Largeを留置、エアシールにて気腹した。ポートの追加は行わずに、腸間膜処理は左手のバイポーラーにて、腸管のTransectionは腹腔鏡用のStaplerを用いて行った。11例目からは、郭清操作、腸間膜処理において、ダブルバイポーラー法を導入した。12例目まではチームの成熟度を考慮して、定形的手術のみを対象としていたが、12例以降は複数回手術の既往症例など適応を拡大し、定形化が可能な症例はできるだけXiを用いた教育に回す様にした。BMIが30を超える高度肥満症例、十二指腸穿孔に対する大網充填の既往、小腸浸潤を伴うS状結腸癌、膀胱癌に対する骨盤郭清・回腸導管造設状態の直腸RS癌なども適応とした。なお、腸管のTransectionにポート追加が必要と考えられるRa, Rb直腸癌は適応としていない。Da Vinci SP導入後の24例について後方視的検討を行った。[結果] 24例の男性11例、女性13例、年齢の中央値は75.5歳(50-80歳)で、腫瘍の主座は盲腸3例、上行結腸6例、横行結腸4例、下行結腸1例、S状結腸8例、直腸S状部2例であった。コンソール時間の中央値は180分(90-392)で、手術時間の中央値240分(187-475)出血量は少量であった。術後在院日数の中央値は8日(4-19日)で合併症は初期に1例血腫感染がありドレナージを必要とした以外に認めなかった。[考察・結語] 新たな術者育成にはXiが適していると考えられるため、Da Vinci SPの導入に際して、適応の適正化を行った。特に高度癒着症例などは、開腹直後からコンソール操作が可能であり、癒着剥離に優位性が高い。またコストカットや安定した手術操作にはダブルバイポーラー法の修得が必要と考えられる。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:30 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:30 AM UTC Room 5

[O1] 一般演題（口演） 1 口ボット1

座長：大木 岳志(東京都立多摩北部医療センター消化器外科), 茂田 浩平(慶應義塾大学外科学(一般・消化器))

[O1-2] DaVinci SP導入初期の短期成績及びfusion surgeryの導入

井関 康仁, 西村 潤也, 福岡 達成, 西居 孝文, 西口 幸雄 (大阪市立総合医療センター)

大腸領域においてロボット手術は、2018年4月に直腸癌が、2022年4月には結腸癌が保険収載され、広く普及しつつある。当院では、これまでDaVinci Xi (以下Xi)2台体制でロボット支援下手術を行っていたが、2025年1月よりDaVinci SP(以下SP)を導入し、手術支援ロボットが3台体制となった。2025年4月までに11例の大腸癌手術を経験したために短期成績について報告する。

性別は男性6例、女性5例の11例、12病変であった。年齢の中央値は76歳(53-89歳)。BMI中央値は23.15(16.3-27.6)であった。腫瘍局在は、上行結腸3例、横行結腸1例、S状結腸・直腸Rs部が8例であった。術式は回盲部切除術が2例、右半結腸切除術が2例、S状結腸切除術・高位前方切除術が8例であった。開腹移行例は1例であり、上行結腸癌及びS状結腸癌の重複癌症例であった。横行結腸間膜及びS状結腸間膜いずれも小腸間膜に広く癒着しており剥離に難渋したために開腹移行とした。手術時間中央値は268分(170-468分)であり、出血量中央値は15ml(0-810ml)であった。Clavian DIndo分類2度以上の術後合併症は、尿路感染1例のみであった。進行度は、Stage0 2例、StageI 5例、StageII 1例、StageIIa 1例、StageIIb 2例であった。特に、大きな問題なくDaVinci SPによる大腸癌手術は導入することができた。

DaVinci SPは同じ創から鉗子が体内に挿入されているためにXiと比べ助手の自由度が高い。当院では、近年、ロボット手術症例が増えているが、まだ全例をロボット支援下での手術で行うには至っておらず、腹腔鏡下手術も行っているのが現状である。また、エネルギーデバイスがまだ導入されていないが、その短所を補うために超音波凝固切開装置を用いて積極的に助手が介入するfusion surgeryを行っており、この操作をレジデントに行ってもらうことで腹腔鏡下手術のトレーニングも併せて行っている。この取り組みについても動画を示し、報告する。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:30 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:30 AM UTC Room 5

[O1] 一般演題（口演） 1 口ボット1

座長：大木 岳志(東京都立多摩北部医療センター消化器外科), 茂田 浩平(慶應義塾大学外科学(一般・消化器))

[O1-3] 10例の経験から見えてきた、ロボット支援大腸癌手術における蛍光尿管ステントIRISの有用性

加藤 潤紀, 牛込 創, 奥山 晃世, 福田 真里, 秋山 真之, 浅井 宏之, 上原 崇平, 加藤 瑛, 鈴木 卓弥, 山川 雄士, 佐川 弘之, 佐藤 崇文, 瀧口 修司 (名古屋市立大学病院消化器外科)

【背景】

医原性尿管損傷は大腸癌手術においては重大な合併症の一つであるが、術中のみならず術後に判明し、対応に難渋する場合もある。当科で用いている蛍光尿管ステント（IRIS）は近赤外光を利用して術中に尿管を可視化する機器であり、触覚のないロボット支援下手術に大きな役割を果たすと考えている。今回、IRISを用いることで安全に手術を実施することが出来た症例が10例に達したため、報告する。

【症例と方法】

2022年3月から2025年3月までに当院で実施したロボット大腸癌手術のうち、IRISを使用した10例を対象とした。腫瘍局在は結腸癌4例、直腸癌6例であった。全身麻酔後に、IRISを透視下に留置しda Vinci Xi Surgical Systemを用いて手術を行った。

【結果】

10例のうち、8例は尿管浸潤の疑い、1例は尿管周囲の炎症のため、1例は解剖学的偏位を認めたため、IRISを使用した。特に1例は腎移植後の重複尿管症例であった。IRISはda Vinciスコープの近赤外光モードでは緑色に発光し全例直ちに視認できた。興味深い事に、通常のカメラモードであってもIRISは全例白色に発光し、全例直ちに同定可能であったためモード変更をすることなく尿管を認識しながら手術可能であった。

10例のうち8例は尿管を温存可能であった。1例は腫瘍浸潤のため、1例は腫瘍剥離後に尿管の血流障害が疑われたため、尿管を合併切除した。IRIS挿入に伴う合併症は認めなかった。腎機能への影響も評価したが、術前と術後1日目の血中クレアチニン値はほとんど変化しなかった($p=0.91$)。※腎移植後で透析中の1症例を除く

【結論】

IRISを用いることで全例尿管の同定が可能であるだけでなく、通常モードでも確認出来、快適に手術を行えることがわかった。IRIS留置に伴う明らかな合併症も認めておらず、IRISの有効性と安全性が示唆された。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:30 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:30 AM UTC Room 5

[O1] 一般演題（口演） 1 口ボット1

座長：大木 岳志(東京都立多摩北部医療センター消化器外科), 茂田 浩平(慶應義塾大学外科学(一般・消化器))

[O1-4] 口ボット支援下大腸癌手術におけるダブルバイポーラ法の利点

本坊 拓也, 藤本 サダアキ, 定永 倫明 (済生会福岡総合病院外科)

2022年に口ボット支援下結腸悪性腫瘍手術が保険適用となり、全ての大腸癌に対して保険適用となり症例数も増加している。

導入当初はモノポーラシザースを用いて手術を行っていたが、現在は口ボット支援下大腸癌手術に対しダブルバイポーラ法 ((Double Bipolar Method: DBM)を用いて手術を行っている。

Double Bipolar法による利点として①使用するインストゥルメントが少なくコスト削減につながる、②右手を用いて把持できるため持ち替える操作がやりやすい、③バイポーラであるため周囲組織への熱損傷が少ないなどのメリットが挙げられる。実際の手術動画を閲覧しながらDBMの利点について説明する。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:30 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:30 AM UTC **Room 5**

[O1] 一般演題（口演） 1 口ボット1

座長：大木 岳志(東京都立多摩北部医療センター消化器外科), 茂田 浩平(慶應義塾大学外科学(一般・消化器))

[O1-5] Double bipolar法によるロボット支援下大腸悪性腫瘍手術における手技と工夫

國崎 真己, 鎌尾 智幸, 丸山 圭三郎, 藤瀬 雄太, 山崎 翔斗, 草場 隆史, 町野 隆介, 碇 秀樹 (佐世保中央病院外科)

【はじめに】当院では2024年9月よりロボット支援下手術を導入し、胃癌、直腸癌、結腸癌に対して術者と助手を固定して全ての術式に対応してきた。その中で上部と下部の領域における手技や展開法の違いに注目して手術の安全性と最適化を目的に、ポート配置や手順、使用機器の選択を最適化して定型化を図ってきた。

【手技】郭清操作の効率化と安全性の向上を目指して上部消化管領域や結腸癌領域で用いられるソフト凝固モードによるDouble bipolar法を大腸癌症例においても全例で選択し、郭清操作の効率化と安全性の向上を目指している。手術時間の短縮のため、右手はやや電圧設定を高めのソフト凝固モード (Da Vinci E-200 Generator ; Low mode 60W) とし、左手は脂肪組織などからの止血を優先し、30wと低めに設定している。コスト面では胃癌と異なり保険点数が一律であることからベッセルシーラーなどは使用せず、クリップも最小限としコスト削減に取り組んでいる。結腸癌においてはこれまで腹腔鏡下手術で行ってきたmodified Overlap吻合を採用し、原則体腔内再建としている。

【結語】ソフト凝固モードによるDoubleBipolar法は手術の安全性と効率性の向上、教育やコスト削減に有用であると考えられる。現在我々が取り組んでいる手技に関して供覧する。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:30 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:30 AM UTC Room 5

[O1] 一般演題（口演） 1 口ボット1

座長：大木 岳志(東京都立多摩北部医療センター消化器外科), 茂田 浩平(慶應義塾大学外科学(一般・消化器))

[O1-6] 口ボット結腸切除におけるCMEへの新たなアプローチ—double bipolar methodの有用性

藤井 善章, 島田 雄太, 加藤 龍太郎, 庭本 涼佑, 中澤 充樹, 上野 修平, 青山 佳永, 今藤 裕之, 廣川 高久, 宮井 博隆, 木村 昌弘 (刈谷豊田総合病院消化器外科)

【背景】

口ボット支援大腸切除におけるエネルギーデバイスは、monopolarが一般的であるが、上部消化管領域、肝胆膵領域の口ボット手術においては主にdouble bipolar法が使用される傾向にある。double bipolar法は周囲臓器への熱損傷リスクを抑えることができるため、血管周囲の剥離操作においてその効力を発揮する。一方、その使用法を工夫することで膜構造を一層ずつ選択的に切離する操作にも応用可能である。

【目的】

口ボット支援結腸切除におけるdouble bipolar法による手術手技を供覧するとともに、その使用上の工夫と有用性について報告する。

【手術手技と対象】

double bipolar法では、FT10を使用し、設定はマクロモードの70Wとしている。腸間膜授動時には、monopolar使用時と同様に組織にテンションを十分にかけ、bipolarを腸間膜に沿うように接地させ、先端を完全に閉じ切らない程度で連続的に出力することで超音波凝固切開装置と同様の使用感でembryological planeに沿った剥離が可能となる。また、郭清操作においても、多関節機能を駆使し、十分なテンションを加え続けながらSMV前面やSMAのoutermost layerに沿った、連続的な剥離操作が可能となる。さらに、double bipolar法では右手で組織把持が可能となる点や、術野の水分コントロールが困難な症例においても有用である。

我々はこれまでに191例の結腸癌手術（S状結腸切除は除く）を経験し、その短期成績は許容できるものであった。口ボット支援右側結腸癌手術50例の内、double bipolar法を使用した20例（B群）と従来のmonopolar法30例（M群）と比較検討した。後腹膜授動時間中央値はB群で44.5分、M群で42.5分(p 値=0.63)、郭清時間（ICAV切離まで）中央値はB群で25.3分、M群で24.5分(p 値=0.73)であり有意差は検出できなかった。B群では、GradeII以上の合併症は認めなかつた。

【結論】

double bipolar法は、広範囲の腸間膜授動と緻密なリンパ節郭清を必要とする下部消化管領域においても、口ボット手術のメリットを最大限に引き出すことができる。今後の口ボット支援大腸切除において、double bipolar法は重要なオプションの1つとなりえる。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:30 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:30 AM UTC Room 5

[O1] 一般演題（口演） 1 口ボット1

座長：大木 岳志(東京都立多摩北部医療センター消化器外科), 茂田 浩平(慶應義塾大学外科学(一般・消化器))

[O1-7] ポート変換を利用した直腸固有間膜処理の工夫

南村 圭亮¹, 松本 智司¹, 山岸 杏彌¹, 上田 康二¹, 中村 慶春¹, 吉田 寛² (1.日本医科大学千葉北総病院, 2.日本医大付属病院)

ロボット食道、脾臓領域では術中ポート配置を変換し効率の良い操作を行っている。直腸切除時の固有間膜処理の手技の工夫を供覧する。

(方法) 直腸切除時のポート配置は通常の右肩上がりの5ポートで助手のアシストポートは右上腹部に配置した。直腸授動までは1stアーム、フェネステレイティッドバイポーラ（フェネバイ）, 2nd カメラ, 3rdモノポーラーシザーズ（MCS）, 4th、TIP-UPグラスパを使用している。通常ポート配置では直腸牽引は助手のみの牽引で間膜処理の際、バイポーラ鉗子と直腸牽引の軸が平行に近く、鉗子が死角となり焼灼時に腸管熱傷の危険性があること、過度の回外操作での術者手首の負担および操作性の低下を認めること、アームシャフト接触による視野の不安定性を認めることから、①st、TIP-UP ②nd フェネバイ③rd カメラ④th MCSにポート配置を交換する

(ポートスイッチ法、PS法)。バイポーラ鉗子の可動領域の拡大やカメラ刺入位置の変換により固有間膜を直角に直視、処理でき、更にTIP-UP用いて固有間膜の牽引軸を適宜変換し、視野を固定し、切離ラインを正確に設定できる手技を行っている。高度肥満症例等、直腸固有間膜が肥厚している症例はベッセルシーラーを使用し、ダブルバイポーラ法（Forcetriad Macrocut60および内装のerbe power limit 80, Effect6~8）を使い分けている。

(結果) 直腸切除72例 HAR23,LAR49例。通常法15例、PS法57例。間膜処理時間は通常法 26.0 ± 10.1 , PS法 20.0 ± 8.0 (p=0.017)で有意に短かった。通常法は全例MCSで行われており、PS法のMCSが短かった。26vs22分。PS法HAR13,LAR44例ではLAR(20分)がHAR(18分)と処理時間は変わらなかった。PS法ではMCS 25, ベッセルシーラー24,ダブルバイポーラ法8例であったが、処理時間は21.9, 16.8 23.7分でありベッセルシーラーが有意に短かった。BMI<24 18分、
BMI≥24 22.7分と肥満症例で長かった (p=0.03)。また、プロクター取得前MCS10例と取得後15例では取得後の方が短かった。(25vs18分)p=0.046

(結語)ポート配置を変換することで再現性の高いロボット大腸手術が可能となり、安全性、根治性、機能性を向上する手術が期待される。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:30 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:30 AM UTC Room 5

[O1] 一般演題（口演） 1 口ボット1

座長：大木 岳志(東京都立多摩北部医療センター消化器外科), 茂田 浩平(慶應義塾大学外科学(一般・消化器))

[O1-8] 横行結腸癌術後局所再発に対しロボット支援下手術を施行した一例

鈴木 淳平, 吉村 雪野, 白 京訓, 鈴木 淳一 (板橋中央総合病院消化器病センター外科)

【症例】

75歳男性。7年前にS状結腸癌と横行結腸癌の同時手術を施行した患者。ともにStage Iの病理結果であった。術後5年再発なくフォロー終了としていたが、他科で施行したCT検査にて左上腹部に存在する横行結腸切除吻合部近傍に3cm大の結節性病変を認めた。全身精査の結果、他の遠隔転移病変は認めなかったため、術後局所再発の診断で手術方針としロボット支援下手術を施行した。

【手術所見】

ポート配置は、脾弯曲部をターゲットとする左側横行結腸癌に対するL字型の配置とした。まず尾側からのアプローチで結腸間膜と後腹膜との瘻着を剥離し、吻合部背側の結腸間膜内に再発病変を同定。次に頭側からもアプローチを行い、脾体部下縁に同病変部を同定した。再発病変と前回吻合部との境界が不明瞭であったため、吻合部とともに切除する方針とした。再度、尾側からアプローチし、病変部を後腹膜側から剥離した。再発病変は中結腸動脈からの分枝を巻き込んでいたため、これを中枢側で処理した。肛門側結腸を体腔内で離断した後、病変部を体外に導出し吻合部とともに切除した。吻合は腹腔鏡下に体腔内でOverlap吻合とした。手術時間393分。出血量5cc。術後経過良好で術後7日目に退院した。

【考察と結論】

局所再発の手術では、前回手術による非生理的な瘻着や再発病変による周囲組織の変化を伴う。手術は腫瘍の露出なく完全切除することが肝要であるが、病変部の奥にも手が届いて様々な方向からアプローチできる点や、脈管への浸潤部で繊細な操作が可能な点において、ロボット支援下手術が非常に有用であった。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 9:30 AM - 10:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 12:30 AM - 1:20 AM UTC Room 5

[O2] 一般演題（口演） 2 直腸肛門疾患の診療

座長：野明 俊裕(高野会くるめ病院外科), 豊永 敬之(医療法人福豊会豊永医院胃腸科・肛門科)

[O2-1]

直腸粘膜脱に対するMuRAL変法手術の手技と成績

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

[O2-2]

骨盤臓器脱合併直腸脱に対するロボット支援下仙骨腔固定術併用腹側直腸固定術の実施に向けて

石塚 満, 蜂谷 裕之, 泉 陽光, 上野 紘, 河野 貴博, 高柳 雅, 根本 鉄太郎, 井原 啓佑, 中村 隆俊, 水島 恒和 (獨協医科大学下部消化管外科)

[O2-3]

47歳男性の完全直腸脱嵌頓に対し腰椎麻酔下に整復し得た1例

治田 賢 (姫路聖マリア病院)

[O2-4]

鎖肛術後、中年期に発症した悪性腫瘍との鑑別を要した直腸粘膜脱症候群の1例

藤木 健太郎¹, 増井 友恵¹, 柴田 亮輔¹, 豊永 敬之², 壬生 隆一³ (1.福岡山王病院消化器外科, 2.豊永医院, 3.みぶ博多駅前クリニック)

[O2-5]

肛門部子宮内膜症の1例

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

[O2-6]

機能性直腸肛門痛に対する複合的治療

河野 由紀子, 河野 大 (西新駅前こうの整形外科・おしりとおなかクリニック)

[O2-7]

クローン病患者の肛門病変に対する総合的治療

柴田 直哉¹, 平田 智也¹, 吉田 直樹¹, 柴田 みつみ¹, 前村 幸輔^{1,3}, 春山 幸洋^{1,2}, 山本 章二朗^{1,4} (1.いきめ大腸肛門外科・内科, 2.はるやま医院, 3.加納さくら消化器・内視鏡クリニック, 4.宮崎大学)

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 9:30 AM - 10:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 12:30 AM - 1:20 AM UTC Room 5

[O2] 一般演題（口演） 2 直腸肛門疾患の診療

座長：野明 俊裕(高野会くるめ病院外科), 豊永 敬之(医療法人福豊会豊永医院胃腸科・肛門科)

[O2-1] 直腸粘膜脱に対するMuRAL変法手術の手技と成績

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

直腸粘膜脱とは直腸の最内層である粘膜のみが肛門から脱出する状態を指し、直腸壁全層が脱出する完全直腸脱（full-thickness prolapse）とは別の病態である。多くの場合排便時の過度な怒責による慢性的なストレスにより直腸粘膜を支持する結合組織がゆるみ、粘膜が滑脱することで生じる。滑脱する粘膜が脱肛して違和感や出血、粘液漏出といった症状を生じることに加えて肛門管に粘膜が嵌入することで排便困難や残便感といった排便困難症状を生じることがあり、保存的加療で改善が得られない症例に対して手術療法として余剰な直腸粘膜の切除（Delorme手術, PPHなど）や経腹的な直腸固定術などが報告されている。一方MuRAL（Mucopexy Recto-Anal Lifting）手術はPaganoらが痔核に対する低侵襲手術として2018年に報告した手技であり、痔核上極から口側の直腸粘膜を6~7方向で縦に縫縮する。我々は直腸粘膜脱の症例に対してこのMuRAL手術に準じた手技（MuRAL変法と呼称している）を適応しており、今回その手技と成績について報告する。

Paganoらが報告したMuRAL手術はHemor-Pex System（以下HPS）という専用の筒形肛門鏡を用いるが、これは現在本邦での入手が困難であり、我々はスリットの入った鳥越式の処置用肛門鏡（以下スリット式肛門鏡）を用いている。手術は脊椎麻酔下、Jack-knife体位で施行する。肛門鏡をまっすぐ挿入して余剰の粘膜を確認し、まず肛門上皮にZ縫合をかけ、そこから口側に向けて5mm程度の間隔で螺旋状に運針していく。滑脱する余剰粘膜を越えると肛門管の方に粘膜が牽引できなくなり、ここで運針を終了し、最初のZ縫合の糸と結紮して粘膜の挙上固定を行う。全周で余剰粘膜を確認して概ね4方向から6方向程度で同様に粘膜を縫縮して全体を挙上固定する。最後にドレナージと減張を兼ねて各々の運針の外側皮膚を切除して手術を終了する。2021年1月から2024年12月までに直腸粘膜脱に対して上記の手技を適応した67症例を対象として周術期の成績について報告する。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 9:30 AM - 10:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 12:30 AM - 1:20 AM UTC Room 5

[O2] 一般演題（口演） 2 直腸肛門疾患の診療

座長：野明 俊裕(高野会くるめ病院外科), 豊永 敬之(医療法人福豊会豊永医院胃腸科・肛門科)

[O2-2] 骨盤臓器脱合併直腸脱に対するロボット支援下仙骨腔固定術併用腹側直腸固定術の実施に向けて

石塚 満, 蜂谷 裕之, 泉 陽光, 上野 紘, 河野 貴博, 高柳 雅, 根本 鉄太郎, 井原 啓佑, 中村 隆俊, 水島 恒和 (獨協医科大学下部消化管外科)

骨盤臓器脱(pelvic organ prolapse; POP)に対するロボット支援下仙骨腔固定術(Robotic sacrocolpopexy; RSC)は、本邦でも普及してきている。

一方で、直腸脱(rectal prolapse; RP)に対しては腹腔鏡下腹側直腸固定術(Laparoscopic ventral rectopexy; LVR)が施行されているが、ロボットによる同手術(Robotic ventral rectopexy; RVR)は、本邦では保険収載されていない。

POPにRPが合併することはしばしば経験する。しかしながらRSCは保険収載されているのにも関わらず、RVRは保険収載されていないことから、POPに合併したRPに対して現状ではRSC施行後にロボットを外し、腹腔鏡下にLVRを行うという、不可解な手術を行う必要があり、患者と医療者の両サイドに不利益が生じている。RSCをダブルメッシュ法で行っている施設であれば、壁後固定メッシュを直腸前壁メッシュに置き換えるのみであるためRVRの導入は容易であると考えられる。

以上のことから、我々は高度新規医療技術申請を行いPOPに合併したRPに対する当施設におけるRSC+RVR実施の認可を得た。今後RSC併用RVRの経験を重ねることで、近い将来RPに対するRVRが保険収載された際には直ちに対応できるようにRVRの経験を積み、準備を進めていきたい。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 9:30 AM - 10:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 12:30 AM - 1:20 AM UTC Room 5

[O2] 一般演題（口演） 2 直腸肛門疾患の診療

座長：野明 俊裕(高野会くるめ病院外科), 豊永 敬之(医療法人福豊会豊永医院胃腸科・肛門科)

[O2-3] 47歳男性の完全直腸脱嵌頓に対し腰椎麻酔下に整復し得た1例

治田 賢 (姫路聖マリア病院)

直腸脱の発生頻度は直腸肛門疾患総数の0.2～0.5%とされ、成人では高齢多産婦の女性に多いと報告されている。完全直腸脱嵌頓は稀で、その頻度は直腸脱の2.4%とされる。

今回我々は、比較的若年男性の完全直腸脱嵌頓に対し腰椎麻酔下にジャックナイフ体位で整復し得た1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

症例は47歳、男性。10数年前から直腸脱を自覚していたが、脱出時に用手還納していた。今回受診1日前から直腸が脱出し用手還納を試みたが整復できず、さらに疼痛も出現してきたため当院に救急搬送された。来院時、新生児頭大の完全直腸脱を認め、粘膜は発赤調で高度の浮腫を呈していた。高度の浮腫により無麻酔での還納が困難であったため、腰椎麻酔下ジャックナイフ体位で、用手圧迫やいわゆる高野のガーゼ法による整復をこころみたが、粘膜出血をきたすのみで整復できなかった。最終的に外科医3人の両手で嵌頓腸管を全周性に内反し整復できた。安静加療にしていたものの、翌日再度嵌頓し、やはり無麻酔で整復できなかったため、腰椎麻酔下ジャックナイフ体位で前日同様の手技を用い5分で整復することができた。入院11日目に腹腔鏡下直腸固定術を施行し、術後8日目に退院となった。2年経過し、排便機能障害もなく直腸脱も無再発で経過している。

比較的若年男性の直腸脱嵌頓で高齢女性患者のように肛門括約筋が弛緩しておらず、整復に難渋することがある。また、本症例のように脱出腸管の浮腫が強い場合、高野のガーゼを脱出直腸内に挿入する方法が奏効しない場合もある。脱出腸管の浮腫が強い直腸脱嵌頓の整復鉗子、テーブルシュガーを脱出腸管にかけて浮腫を改善する方法や、弾性包帯の圧迫により浮腫を改善する方法等が報告されているが、本症例では、腰椎麻酔下ジャックナイフ体位で浮腫のある脱出腸管を用手的に還納することで、浮腫が強い状況でも整復することができた。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 9:30 AM - 10:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 12:30 AM - 1:20 AM UTC Room 5

[O2] 一般演題（口演） 2 直腸肛門疾患の診療

座長：野明 俊裕(高野会くるめ病院外科), 豊永 敬之(医療法人福豊会豊永医院胃腸科・肛門科)

[O2-4] 鎮肛術後、中年期に発症した悪性腫瘍との鑑別を要した直腸粘膜脱症候群の1例

藤木 健太郎¹, 増井 友恵¹, 柴田 亮輔¹, 豊永 敬之², 壬生 隆一³ (1.福岡山王病院消化器外科, 2.豊永医院, 3.みぶ博多駅前クリニック)

【症例】55歳、男性。前医で鼠径ヘルニア手術を施行された際に直腸脱の所見を認めたため、精査加療目的に当科紹介となった。患者は4-5年前より下着への血液付着や便失禁症状あり。診察時、肛門より怒責なしの状態で腸管脱出を認め、脱出部は表面不整の腫瘍性病変を伴っていた。病変部に対して悪性腫瘍との鑑別目的に下部消化管内視鏡検査を施行したところ、生検にて直腸粘膜脱症候群の診断となった。患者は幼年期に鎖肛の手術歴あり、以降も複数回の腹部手術歴があるため腹腔内は高度の癒着が予想された。また、脱出粘膜の変性も強く、脱出部を先進部として再発が引き起こされる可能性が危惧されたため、手術は経会陰的直腸切除術を施行する方針とした。【手術】碎石位にて手術を施行した。直腸観察時、前壁に8cmの粘膜脱症候群による腫瘍、後壁側に4cmに及ぶ腫瘍を認め、病変部は脱出していた。鎖肛手術による直腸と肛門側皮膚の吻合部に沿って切開を施行し、直腸壁の漿膜側を露出した。直腸前壁は10cm、後壁は5cm全層切除した。直腸切除後、直腸断端と皮膚を3-0バイクリル[®]にて縫合し、手術を終了した。【術後経過】術後3日目の血液検査で炎症所見の上昇あり。術後創部は明らかな感染兆候なく、抗生素加療継続の方針として同日食事を再開した。食事再開後も腹部症状の増悪はなく、術後5日目の血液検査では炎症所見の改善を認めた。その後も経過良好で術後7日目に抗生素終了し、術後8日目に退院となった。【結語】今回、鎖肛術後の中年期に発症した直腸粘膜脱症候群の症例を経験した。本症例は鎖肛術後、中年期に発症した極めて稀な症例であり、慢性経過例では悪性腫瘍と類似した所見を呈することからも症例の希少性も含めて今後の類似症例の蓄積が診療の質の向上に寄与すると考えられる。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 9:30 AM - 10:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 12:30 AM - 1:20 AM UTC Room 5

[O2] 一般演題（口演） 2 直腸肛門疾患の診療

座長：野明 俊裕(高野会くるめ病院外科), 豊永 敬之(医療法人福豊会豊永医院胃腸科・肛門科)

[O2-5] 肛門部子宮内膜症の1例

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

【はじめに】皮膚子宮内膜症は子宮内膜症の1.9～2.6%と報告され腹壁瘢痕部に多いが、肛門会陰部は比較的まれである。治療はホルモン療法と外科的切除があるが、ホルモン療法は長期的服用による副作用が問題となり、外科的治療は肛門部の場合は術後括約筋不全のリスクが問題となる。今回我々は、術前に画像評価をし、肛門括約筋を温存して肛門部子宮内膜症を治療した1例を経験したので報告する。

【症例】39歳女性、2経妊2経産、30歳の初回分娩時に会陰切開が行われた。数年前より月経中から月経後にかけ疼痛を伴う肛門左側の腫瘍を自覚していた。近医にて感染性腫瘍と診断され抗生素治療が行われたが改善せず、痔瘻の疑いで当院へ紹介された。肛門診察で肛門左側の会陰切開創に一致した2cm大の皮下腫瘍を触知したが瘻管は不明瞭であった。肛門超音波検査では、肛門左側皮下外括約筋の外側に26×12mm大の境界明瞭な内部均一の低エコーを認め、骨盤造影MRI検査では、T2強調画像で肛門左側に2cm大の高信号、脂肪抑制T1強調画像で内部出血を示唆する腫瘍状の所見を認めた。以上の所見より肛門部子宮内膜症の疑いで腰椎麻酔下に腫瘍摘出術を施行した。肛門括約筋との境界は明瞭で、括約筋に侵襲を加えることなく腫瘍を切除した。病理組織診断は子宮内膜症であった。術後経過は良好で生理周期に一致した肛門痛は消失し、ホルモン療法は施行せず術後1年無再発で経過中である。

【考察】肛門会陰部子宮内膜症は分娩時に剥脱した子宮内膜片が会陰切開創や会陰裂傷部に生着し発症する移植説が有力で、切開縫合部に発症することが多い。臨床的には月経周期に一致した痛みや腫脹を伴う腫瘍が典型的であるが、無症状の場合もある。女性の肛門や会陰部に腫瘍を認めた場合は、子宮内膜症の可能性を考慮し、妊娠分娩歴や会陰切開の有無、月経周期と症状の関連など十分な問診を行うことが大切である。治療方針の決定に際してはホルモン療法と外科的切除それぞれのリスクと効果を説明することが重要であり、外科的切除を選択した場合は術前に超音波検査やMRI検査などの画像評価を行い解剖学的位置関係を把握することが重要である。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 9:30 AM - 10:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 12:30 AM - 1:20 AM UTC Room 5

[O2] 一般演題（口演） 2 直腸肛門疾患の診療

座長：野明 俊裕(高野会くるめ病院外科), 豊永 敬之(医療法人福豊会豊永医院胃腸科・肛門科)

[O2-6] 機能性直腸肛門痛に対する複合的治療

河野 由紀子, 河野 大 (西新駅前こうの整形外科・おしりとおなかクリニック)

各種検査において鑑別することの困難な直腸または肛門の痛みは機能性直腸肛門痛 (Functional Anorectal Pain) と呼ばれ、Rome IVではLevator Ani Syndrome (肛門拳筋症候群) と Proctalgia Fugax (消散性肛門痛) に分類される。その病態は骨盤底筋の攣縮、神経の炎症や血行不良等とされてきたが未だ明らかではない。患者は肛門科以外にも、整形外科、婦人科などを受診するが器質的異常が検出されないことから心因性と判断されることもあり、慢性疼痛による日常生活への障害・心理的負担が多い傾向にある。また治療者にとっても診断及び管理が困難なため頭を悩ませる疾患群である。今回当院において機能性直腸肛門痛と診断し、複合的治療により症状の軽快を見た症例を経験したので報告する。【症例1】60代男性。排便時及び短時間の座位にて肛門痛が出現するため前医にて肛門注入軟膏を使用したが改善なく当院受診。軽度の皮膚炎と粘膜脱、及び左右恥骨直腸筋に圧痛をみとめた。外用薬と注入軟膏の使用にて皮膚炎及び排便時痛は軽快傾向となつたが、座位時の痛みが改善せずミロガバリン、デュロキセチンの内服を開始。理学療法士による理学療法を開始して、6ヶ月後にはVAS 8/10→5/10となり、その後6時間連続での乗用車運転でも痛みの出現がなくなった。【症例2】70代女性。会陰、腰、肛門の熱傷様の持続痛あり、肛門皮垂を切除したが痛みの改善が得られず当院受診。下肢の痺れもあった。肛門には病変は認められなかつたが恥骨直腸筋の右と背側に圧痛を認め、腰部脊柱管狭窄症+肛門拳筋症候群と診断した。外用薬、挿肛坐剤開始、その後ミロガバリン内服開始と同時に理学療法を開始。痛みがVAS10/10と強かつたため仙骨硬膜外ブロックを行なつたところ著明な改善あり。変動はあるが現在痛みはVAS 1/10となることもあり内服及び理学療法継続中である。【結語】機能性直腸肛門痛と診断し、複合的治療にて症状が軽快傾向となつた症例を経験したので報告する。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 9:30 AM - 10:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 12:30 AM - 1:20 AM UTC Room 5

[O2] 一般演題（口演） 2 直腸肛門疾患の診療

座長：野明 俊裕(高野会くるめ病院外科), 豊永 敬之(医療法人福豊会豊永医院胃腸科・肛門科)

[O2-7] クローン病患者の肛門病変に対する総合的治療

柴田 直哉¹, 平田 智也¹, 吉田 直樹¹, 柴田 みつみ¹, 前村 幸輔^{1,3}, 春山 幸洋^{1,2}, 山本 章二朗^{1,4} (1.いきめ大腸肛門外科・内科, 2.はるやま医院, 3.加納さくら消化器・内視鏡クリニック, 4.宮崎大学)

宮崎県のクローン病患者は約400人である。2009年1月から2025年1月までに当院でクローン病の痔瘻手術を84人（男性69人、女性15人、平均年齢23.5±9歳）行っている。観察期間は3ヶ月～15年である。手術不能例は6人で4人（男性4人、平均年齢51.3歳）が痔瘻癌、2人（女性2人、平均年齢28.7歳）が直腸狭窄、直腸壁瘻合併であった。痔瘻癌は他施設で単純痔瘻に対してシートンを長期間留置されていた症例、シートンの長期間留置と併に陰嚢部の膿皮症を切開排膿のみ複数回行われていた症例、深部痔瘻を経過観察のみ行われていた症例であった。シートンの長期間留置、繰り返す感染巣の残存は痔瘻癌のリスクが上げると思われ、当院では感染瘻管、感染巣は深部でも、また、陰嚢部や背部まで広がる膿皮症合併部位も可能な限り切除している。一次口の処理は単純痔瘻であれば複数個でもLay open、複雑痔瘻の場合は括約筋温存（部分的切除）手術を行い、シートンを内外括約筋間と1次口に留置し、基本的に1ヵ月で抜去している。直腸粘膜下に膿瘍が広がる場合は1次口から粘膜下に留置し、自然抜去している。手術回数は平均1.8±1.5回である。現在までに術後肛門機能で問題となった症例は経験していない。生物製剤の使用は73人で、内服薬、生物製剤の使用、変更は消化器内科が担っている。腸管狭窄が合併する場合は大腸外科が手術を行っており、総合的に専門施設同士で連携して治療を行っている。現在は以前であれば全体像の把握が困難であった複雑痔瘻でもMRIで深達度、進展形式を確認可能である。また、再手術が必要な場合でもエコーでは特定困難な遺残した感染巣の特定も可能で、必要な部位だけの切除が可能となっている。ダルバトストロセルの適応除外例でも使用可能な状態とし、治癒となった症例もいる。今回はクローン病痔瘻について、複雑痔瘻であっても、二次瘻管、深部感染巣、膿皮症合併部まで切除すれば治癒可能ではないかとの観点から発表したい。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 10:20 AM - 11:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:20 AM - 2:20 AM UTC Room 5

[O3] 一般演題（口演） 3 口ボット2

座長：中村 隆俊(獨協医科大学下部消化管外科), 南村 圭亮(日本医科大学千葉北総病院)

[O3-1]

右側結腸癌に対するロボット支援下手術の定型化と成績

木下 敬史, 小森 康司, 佐藤 雄介, 大内 晶, 安岡 宏展, 北原 拓哉, 安部 哲也 (愛知県がんセンター消化器外科)

[O3-2]

当院における右側結腸癌に対するロボット支援手術と腹腔鏡下手術の比較

加藤 龍太郎, 廣川 高久, 島田 雄太, 庭本 涼佑, 中澤 充樹, 藤井 善章, 上野 修平, 今藤 裕之, 宮井 博隆, 小林 建司, 田中 守嗣, 木村 昌弘 (刈谷豊田総合病院)

[O3-3]

右側結腸癌に対する腹腔鏡下手術とロボット支援手術の短期成績の検討-傾向スコア解析-

水谷 久紀, 真崎 純一, 筋野 博喜, 福島 元太郎, 久保山 侑, 有働 竜太朗, 田子 友哉, 笠原 健大, 永川 裕一 (東京医科大学消化器外科・小児外科)

[O3-4]

内臓脂肪型肥満結腸癌患者に対する結腸右半切除術の従来型腹腔鏡手術とロボット支援手術の短期成績の比較・検討

高嶋 祐助, 笠井 俊輔, 塩見 明生, 真部 祥一, 田中 佑典, 小嶋 忠浩, 井垣 尊弘, 森 千浩, 石黒 哲史, 坂井 義博, 谷田部 悠介, 辻尾 元, 横山 希生人, 八尾 健太, 小林 尚輝, 山本 祥馬 (静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

[O3-5]

当院でのロボット支援下直腸手術における縫合不全対策と治療成績

蘆田 啓吾, 牧田 大瑚, 津田 亜由美, 和田 大和, 植嶋 千尋, 尾崎 知博, 遠藤 財範, 建部 茂 (鳥取県立中央病院外科)

[O3-6]

当科におけるロボット支援下骨盤内臓全摘術症例の検討

山本 学, 浦上 啓, 尾崎 晃太郎, 安井 千晴, 柳生 拓輝, 河野 友輔, 木原 恭一, 藤原 義之 (鳥取大学医学部附属病院消化器外科)

[O3-7]

術前放射線治療後のロボット支援下直腸癌手術の成績

戸田 重夫¹, 黒柳 洋弥¹, 柏木 慎平¹, 高橋 泰宏¹, 呉山 由花¹, 前田 裕介¹, 岡崎 直人¹, 平松 康輔¹, 福井 雄大¹, 花岡 裕¹, 上野 雅資¹, 的場 周一郎² (1.虎の門病院消化器外科, 2.東邦大学医療センター大森病院消化器センター外科)

[O3-8]

局所進行直腸癌に対する術前化学放射線治療後のロボット支援下手術の治療成績—TNT (短期放射線治療) vs 長期放射線治療—

小島 慶太^{1,2}, 柴木 俊平¹, 池村 京之介¹, 渡部 晃子¹, 横田 和子¹, 田中 俊道¹, 横井 圭悟¹, 古城 憲¹, 三浦 啓壽¹, 山梨 高広¹, 佐藤 武郎², 内藤 剛¹ (1.北里大学医学部下部消化管外科学, 2.北里大学医学部附属医学教育研究開発センター医療技術教育研究部門)

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 10:20 AM - 11:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:20 AM - 2:20 AM UTC Room 5

[O3] 一般演題（口演） 3 口ボット2

座長：中村 隆俊(獨協医科大学下部消化管外科), 南村 圭亮(日本医科大学千葉北総病院)

[O3-1] 右側結腸癌に対するロボット支援下手術の定型化と成績

木下 敬史, 小森 康司, 佐藤 雄介, 大内 晶, 安岡 宏展, 北原 拓哉, 安部 哲也 (愛知県がんセンター消化器外科)

【はじめに】右側結腸癌に対する低侵襲手術によるD3郭清は難易度も高く、各施設間でその手技・適応は異なり、定型化が遅れている。これまで開腹手術・腹腔鏡手術による右側結腸癌に対するD3郭清の方法を報告してきた。2023年4月よりロボット手術を開始し、これまでのアプローチと郭清範囲・精度がかわることのないよう留意した。

【手術手技】ポート配置はいわゆる逆L字配置で、左側3番と4番の間に5mmの助手用ポートを挿入している。頭低位左下の体位で、後腹膜アプローチを行う。小腸間膜を十二指腸、脾臓から剥離する。さらに外側授動も行いこの時点ではほぼ肝曲の授動まで行える。次に内側アプローチでリンパ節郭清を行う。左側はSMAの左縁、神経叢前面を露出し脾下縁まで行う。ICA, RCAを処理し、MCA根部まで行う。その左側へ横行結腸間膜を十分に切開する。SMA神経叢前面は剥離が容易で、安全に郭清できる。またSMA本幹を露出することで分岐する動脈の起始部が容易に同定できる。SMV前面はGCtrunkを確認し、MCV, ARCVを同定したらこの段階で切離しておく。次に頭側から大網を切開し網嚢を開放すし、十二指腸前面で尾側からの剥離層と連続させる。頭側からGCtrunkを確認した後、脾下縁に沿って横行結腸間膜を切離しSMV前面を露出し、ここに流入する静脈がさらにあればこれを切離し、SMA・SMV前面、脾下縁までの脂肪織を切離することでD3郭清としている。

【成績】2023年～2024年4月に右側結腸癌33例にロボット手術D3郭清を施行した。男性9例・女性24例、年齢は71歳（46-86歳）。手術時間は194分(114-281分)、出血は少量(少量-150ml)、CD Gradell以上合併症は3例(20%)、GradellII以上合併症はイレウスの1例(6.7%)のみで、縫合不全・脾液漏はいずれも認めなかった。郭清リンパ節総数は38個(16-66個)であった。

【まとめ】

右側結腸癌に対するロボット支援下D3郭清の手術手技を供覧し、その成績を報告した。ロボット手術においても安全で確実なD3が可能であると考える。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 10:20 AM - 11:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:20 AM - 2:20 AM UTC Room 5

[O3] 一般演題（口演） 3 口ボット2

座長：中村 隆俊(獨協医科大学下部消化管外科), 南村 圭亮(日本医科大学千葉北総病院)

[O3-2] 当院における右側結腸癌に対するロボット支援手術と腹腔鏡下手術の比較

加藤 龍太郎, 廣川 高久, 島田 雄太, 庭本 涼佑, 中澤 充樹, 藤井 善章, 上野 修平, 今藤 裕之, 宮井 博隆, 小林 建司, 田中 守嗣, 木村 昌弘 (刈谷豊田総合病院)

【背景】右側結腸癌に対するロボット支援手術は2022年に保険収載されてから急速に増加しているが、腹腔鏡下手術（Lap）とロボット支援手術（Ro）を比較した検討は少なく、その有用性は明らかではない。実臨床においてRoの術後経過はLapに対して低侵襲な印象を持つが、その詳細は不明である。今回、当院における右側結腸癌手術症例を対象に、LapとRoを比較し、その有用性について検討した。

【方法】2021年から2024年までに当院で右側結腸癌に対しLapまたはRo手術を施行された212例を対象とし後向きに研究した。患者背景、手術成績、術後経過、合併症及び術後血液検査結果を各群間で比較検討した。

【結果】Lap群76例、Ro群136例であった。年齢、性別、その他の患者背景において両群間で有意差はなかった。手術時間の中央値はLap:Ro=251分:198分であり、Ro群で有意に短縮していた（ $p<0.01$ ）。出血量（ml）は、Lap群が2 - 620ml、Ro群が1 - 630mlであり、Ro群で有意に少なかつた（ $p=0.033$ ）。Clavien-Dindo分類Grade ≥ 3 の術後合併症発生率はLap:Ro=10.5%（8/76）:6.3%（8/126）と有意差は認めなかった（ $p=0.279$ ）。術後の血液検査結果の比較では、POD1,3,6の白血球数（/ μ l）の中央値はLap群とRo群で有意差は認めなかったが、POD1,3のCRP値（mg/dL）においてLap5.15:Ro3.65, Lap6.73:Ro4.93とRo群において有意に低いことが分かった（ $p<0.01$, $=0.036$ ）。また術後のAlb値では両群間に有意差を認めなかったものの、CRP/Alb ratio（CAR）を比較すると、POD1, POD3のCARはLap1.64:Ro1.18, Lap2.52:Ro1.64とRo群で有意に低かった（ $p<0.01$, $p=0.03$ ）。

【考察】今回の検討結果は、Ro手術はLap手術に比べ、手術時間短縮と出血量減少という良好な成績であった。さらに術後早期の炎症も抑えられる結果であり、重症術後合併症の発症の低減にもつながる可能性が示唆された。以上より、Ro手術は右側結腸癌に対して、Lap手術よりさらに低侵襲な治療を提供できるアプローチであると考えている。これらはRo手術の特徴である精緻な手術により、さらにembryological planeに沿った手術がもたらす結果と考えている。今後は観察期間をさらに伸ばし、長期的な予後への影響を検討する必要があると考える。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 10:20 AM - 11:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:20 AM - 2:20 AM UTC Room 5

[O3] 一般演題（口演） 3 口ボット2

座長：中村 隆俊(獨協医科大学下部消化管外科), 南村 圭亮(日本医科大学千葉北総病院)

[O3-3] 右側結腸癌に対する腹腔鏡下手術とロボット支援手術の短期成績の検討-傾向スコア解析-

水谷 久紀, 真崎 純一, 筋野 博喜, 福島 元太郎, 久保山 侑, 有働 竜太朗, 田子 友哉, 笠原 健大, 永川 裕一 (東京医科大学消化器外科・小児外科)

[はじめに]2022年9月ロボット支援結腸悪性腫瘍切除術(RALS-C)を導入し、現在では9割の結腸がんに対して施行している。特に右側結腸癌に対しては、体腔内吻合等との親和性の高さからRALS-Cが有用とされる報告が散見されるが、腹腔鏡手術(LAP)と比した有用性は未だ明らかではない。右側結腸がんに対するLAP群とRALS-C群の短期成績を比較検討した。[方法]2021年2月から2024年12月までに施行した結腸癌(虫垂-横行結腸)に対するMIS施行群143例を対象として、その短期成績をLAP群(60例)とRALS-C群(81例)で後方視的に検討した。[結果]LAP群/RALS-C群において、年齢中央値=79/75才、男:女=23:38/38:43、術式別(ICR:PCR:RHC)=32:12:16/56:15:10、出血量平均値=28g/22g、pStage(0:1:2:3:4)=2:22:22:13:7/7:27:23:18:6, PM=88/75, DM=80/71.5、合併症率(C-D>3)=0%/1.2%で両群にて有意差を認めなかつたが、吻合法(体外:体内)=80.8%:15.2%/53.1%:46.9%(p<0.001)、手術時間=208min/192min(p=0.02)、在院日数中央値=13日/10日(p<0.0007)、採取リンパ節数=17個/18個(p=0.031)で有意差を認めた。また年齢・性別・BMIを共変量とした傾向スコアマッチングでは両群で(66)例がマッチし、術後在院日数のみ有意差を認めた。(p=0.008)[結語]RALS-C群はLAP群と比較して、安全性は同等であり、許容可能であった。また在院日数が短かったことから、より術後回復が早いことが示唆された。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 10:20 AM - 11:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:20 AM - 2:20 AM UTC Room 5

[O3] 一般演題（口演） 3 口ボット2

座長：中村 隆俊(獨協医科大学下部消化管外科), 南村 圭亮(日本医科大学千葉北総病院)

[O3-4] 内臓脂肪型肥満結腸癌患者に対する結腸右半切除術の従来型腹腔鏡手術と口ボット支援手術の短期成績の比較・検討

高嶋 祐助, 笠井 俊輔, 塩見 明生, 真部 祥一, 田中 佑典, 小嶋 忠浩, 井垣 尊弘, 森 千浩, 石黒 哲史, 坂井 義博, 谷田部 悠介, 辻尾 元, 横山 希生人, 八尾 健太, 小林 尚輝, 山本 祥馬 (静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

【背景】肥満、特に内臓脂肪型肥満は大腸癌手術の難易度を高める事が報告されている。近年では保険収載に伴い口ボット支援結腸切除術が増加傾向にあるが、肥満など困難な条件下における安全性・有用性に関する報告は未だ少数である。

【目的】内臓脂肪型肥満結腸癌患者に対する結腸右半切除術において従来型腹腔鏡手術(CLS)と口ボット支援手術(RALS)の短期治療成績を比較・検討すること。

【対象と方法】CT冠状断での臍高位の内臓脂肪面積(VFA)100cm²以上を内臓脂肪型肥満と定義した。内臓脂肪型肥満患者に対して2014年4月から2025年2月に当院で鏡視下結腸右半切除術を施行した原発性結腸癌症例のうち、他術式併施・姑息切除・術前化学療法・検討項目情報不足・他臓器合併切除・StageIV・右側結腸切除既往症例を除く206例を対象に後方視的に解析した。

【結果】CLS/RALS群=132/74例であった。CLS群と比較してRALS群では有意に腹部手術既往が多かったが($p=0.009$)、その他の臨床病理学的因子に有意差は認めなかった。CLS群と比較してRALS群は手術時間(中央値; 199分 vs. 191分, $p=0.313$)、開腹移行率(2% vs. 0%, $p=0.537$)、術後在院日数延長(>14日; 2% vs. 0%, $p=0.537$)に有意差は認めなかつたが、出血量(中央値; 12g vs. 0g, $p<0.001$)・Clavien-Dindo grade I以上の術後合併症発生率(24% vs. 12%, $p=0.037$)が有意に少ない結果であった。多変量解析の結果、合併症発生に寄与する独立因子として喫煙歴あり(vs.なし, オッズ比2.71, $p=0.034$)、RALS(vs. CLS、オッズ比0.45, $p=0.049$)が同定された。

【結語】内臓脂肪型肥満結腸癌患者に対する鏡視下結腸右半切除術において、口ボット支援手術は手術時間を延長することなく良好な周術期短期成績に寄与する可能性が示唆された。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 10:20 AM - 11:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:20 AM - 2:20 AM UTC Room 5

[O3] 一般演題（口演） 3 口ボット2

座長：中村 隆俊(獨協医科大学下部消化管外科), 南村 圭亮(日本医科大学千葉北総病院)

[O3-5] 当院での口ボット支援下直腸手術における縫合不全対策と治療成績

蘆田 啓吾, 牧田 大瑚, 津田 亜由美, 和田 大和, 植嶋 千尋, 尾崎 知博, 遠藤 財範, 建部 茂 (鳥取県立中央病院
外科)

【はじめに】直腸癌手術の縫合不全に対する対策は在院期間の短縮や再発防止の点からも重要であると考えられている。今回、当院での口ボット支援下直腸手術での縫合不全対策とその治療成績について報告する。【手術手技】IMAは原則根部で切離し、間膜処理後にICG蛍光法で血流確認を行う。腫瘍肛門側まで十分に剥離を行った後に、ガットクランパーを用いて直腸をクランプし、直腸洗浄後、SureFormを用いて直腸を切離する。吻合も口ボット支援下に行い、吻合後に内視鏡で吻合部確認とリーケテスツを行なう。必要に応じて口ボット支援下あるいは経肛門的に吻合部の縫合を追加する。吻合部が肛門縁より5cm以下を目安に肛門ドレーンを留置する。術前放射線化学療法症例、ISR例、リーケテスツ陽性例、全身状態不良例などに一時的人工肛門造設を行う。【治療成績】2021年5月～2025年3月までに当科で行われた吻合を伴う直腸手術92例について検討を行なった。平均年齢は67.5歳（30-87）、男／女 60／32例であった。主占拠部位RS/Ra/Rb 20/35/37例、術式はAR/LAR/ISR 19/70/3例、手術時間は273分(180-598)（側方郭清8例を含む）、コンソール時間は175分(108-434)であった。出血量は10ml(5-150)であった。ICG血流評価での切離線変更は1例のみで、3cm追加切除となつた。吻合位置は平均AV 5.38(2-10) cmであった。予防的人工肛門造設は24例（横行結腸3例、回腸21例）に行なわれていた。縫合不全は3例(3%)に認められ、1例は再手術を要した。1例は保存的治療で改善し、もう1例はISR症例で、回腸一時的人工肛門造設がされていたため無症候性で、人工肛門閉鎖は予定通り行われた。術後入院期間は11日(7-48)であった。【結論】当院での縫合不全対策は妥当なものと考えられた。現対策を今後も継続していく方針である。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 10:20 AM - 11:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:20 AM - 2:20 AM UTC Room 5

[O3] 一般演題（口演） 3 口ボット2

座長：中村 隆俊(獨協医科大学下部消化管外科), 南村 圭亮(日本医科大学千葉北総病院)

[O3-6] 当科における口ボット支援下骨盤内臓全摘術症例の検討

山本 学, 浦上 啓, 尾崎 晃太郎, 安井 千晴, 柳生 拓輝, 河野 友輔, 木原 恒一, 藤原 義之 (鳥取大学医学部附属病院消化器外科)

【はじめに】

口ボット支援下手術の普及は進み、大腸領域では直腸、結腸とも手術件数は大幅に増えてきている。手術の定型化も進みつつあり、現在は進行した症例にも導入している施設が増えていると思われる。当科では膀胱や前立腺に浸潤する大腸癌に対して以前は開腹による骨盤内臓全摘術を行っていたが、2020年以降、基本的には口ボット支援下に手術を実施している。今回、当科において骨盤内臓全摘を施行した症例（直腸温存症例も含む）の治療成績を、開腹と口ボットで比較検討した。

【結果】

2008年から2025年4月の期間に18例の骨盤内臓全摘術を施行した。年齢中央値69歳（31-81）、男性14例、女性4例、主占拠部位はS/RSが10例、Raが1例、Rbが7例であった。浸潤臓器は膀胱のみが9例、前立腺が5例、膀胱および子宮あるいは腫瘍が4例であった。術前治療（化学療法もしくは放射線化学療法）は11例で実施していた。7例で肛門温存手術が施行されていた。尿路の再建は尿管皮膚ろうが8例、回腸導管が10例であった。開腹手術と口ボット手術の成績を比較すると、手術時間中央値は開腹は606分（413-900）、口ボットは782（560-963）分で、口ボット手術で長い傾向であった（ $p=0.068$ ）が、出血量は開腹で1977ml（590-7100）、口ボットで380ml（150-925）と、有意に口ボット手術で少ない結果であった（ $p=0.003$ ）。術後Grade 3以上の合併症は開腹で4例認めたが、口ボットでは認めなかった（ $p=0.092$ ）。術後在院日数中央値は開腹45日（19-59）、口ボット25日（18-45）で口ボット手術で有意に短縮していた（ $p=0.033$ ）。

【まとめ】

口ボット支援下骨盤内臓全摘術は、従来の開腹手術と比べて手術時間は延長するものの、出血量は少なく、術後合併症も少なく、術後在院日数も有意に短い結果であった。拡大手術においても口ボットによる低侵襲手術のメリットは大きいにあるものと考えられた。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 10:20 AM - 11:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:20 AM - 2:20 AM UTC Room 5

[O3] 一般演題（口演） 3 口ボット2

座長：中村 隆俊(獨協医科大学下部消化管外科), 南村 圭亮(日本医科大学千葉北総病院)

[O3-7] 術前放射線治療後のロボット支援下直腸癌手術の成績

戸田 重夫¹, 黒柳 洋弥¹, 柏木 慎平¹, 高橋 泰宏¹, 吳山 由花¹, 前田 裕介¹, 岡崎 直人¹, 平松 康輔¹, 福井 雄大¹, 花岡 裕¹, 上野 雅資¹, 的場 周一郎² (1.虎の門病院消化器外科, 2.東邦大学医療センター大森病院消化器センター外科)

【背景】本邦でも下部進行直腸癌に対して術前放射線治療を行う施設が増加している。しかしながら術前放射線治療例では、組織の硬化や滲出液の増加などで剥離が困難となり、手術難易度が上昇する。当院では2010年より術前放射線治療を導入し、全例腹腔鏡下手術を標準としており、2020年3月よりロボット手術も導入し、現在は両者で手術を行っている。

【方法】当院ではcT3/4またはcN+下部直腸癌に対し術前放射線治療を適応としている。特に剥離端陽性を危惧する場合は全身化学療法を放射線治療の前後に追加するいわゆるTotal Neoadjuvant Therapy(TNT)を行う。ロボット機種は初期はdaVinci Xiのみで、2024年4月よりHugoも導入した。2020年3月から2025年4月に当院で術前放射線治療後に鏡視下根治手術を行った下部進行直腸癌160例中、ロボット手術を行った症例を対象として成績を検討した。

【結果】ロボット手術は41例に施行し、機種はdaVinciを31例、Hugoを10例に用いた。性別は男性25例女性16例、年齢中央値は66歳、BMI中央値は21.9。治療前診断はcT3 31例T4 10例、cN+18例。TNTは11例に施行した。術式は低位前方切除22例、ISR 5例、直腸切断術12例、骨盤内臓全摘2例であり、肛門温存率は66%であった。側方郭清は13例(32%)に施行した。手術時間と出血量の中央値はそれぞれ416分、100ml。C-D Grade2以上の合併症は9例(22%)に認めた(縫合不全1例)。病期はStage 0(CR)/I/II/IIIがそれぞれ2/9/12/18例で、CRM陽性は5例(12%)。同時期の腹腔鏡手術症例と比較し、患者背景(年齢・性別・BMI・術前診断)、治療(TNT率・術式)、手術成績(手術時間・出血量・合併症率)、病理結果(病期・CR率・CRM陽性率)すべてに有意差を認めなかった。

【結語】ロボット支援下手術は術前放射線治療後の直腸癌症例に対して腹腔鏡手術と同等に安全に施行可能である。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 10:20 AM - 11:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:20 AM - 2:20 AM UTC Room 5

[O3] 一般演題（口演） 3 口ボット2

座長：中村 隆俊(獨協医科大学下部消化管外科), 南村 圭亮(日本医科大学千葉北総病院)

[O3-8] 局所進行直腸癌に対する術前化学放射線治療後のロボット支援下手術の治療成績—TNT（短期放射線治療） vs 長期放射線治療—

小島 慶太^{1,2}, 柴木 俊平¹, 池村 京之介¹, 渡部 晃子¹, 横田 和子¹, 田中 俊道¹, 横井 圭悟¹, 古城 憲¹, 三浦 啓壽¹, 山梨 高広¹, 佐藤 武郎², 内藤 剛¹ (1.北里大学医学部下部消化管外科学, 2.北里大学医学部附属医学教育研究開発センター医療技術教育研究部門)

【背景】局所進行直腸癌(LARC)に対する術前長期化学放射線療法(LCCRT)は、その安全性・有用性が示され徐々に普及している。近年ではさらなる生存率向上を目指したTNT (total neoadjuvant therapy) や、通院回数軽減を目的とした短期放射線療法(SCCRT)も選択肢の1つとなってきたが、治療成績の報告はまだ少ないのが現状である。

【目的】LARCに対するSCCRTを併施したTNT (TNT with SCCR) 後のロボット支援下手術(RAS) の安全性を明らかにする。

【対象と方法】2018年6月から2025年2月の期間に術前化学放射線治療(CRT)後にRASを施行したLARC61例を対象に、後方視的にTNT with SCRTとLCCRTの短期成績を比較検討した。CRTではS-1/CPT-11を用い、放射線照射はLCCRTで1.8Gy×25回、SCCRTで5Gy×5回行った。TNTではCAPOXを施行した。

【結果】LCCRT51例、SCCRT10例であった。各因子はLCCRT vs SCCRで示す。背景因子において、性別(男性64.7 % vs 70.0 %, p=0.74), 年齢(62.0歳 vs 60.9歳, p=0.78), BMI(23.6 kg/m² vs 21.2 kg/m², p=0.08) に両群間で有意差を認めなかつたが、放射線照射終了から手術までの期間(16.3週 vs 22.1週, p=0.04)には有意差を認めた。術式(低位前方切除術/ハルトマン手術/Miles手術: 41.2%/0%/58.8% vs 70%/10%/20%, p=0.01)に差を認めたが、側方郭清(27.5% vs 10%, p=0.24)には有意差は見られなかつた。手術時間(452.5分 vs 340.1分, p=0.04)はSCCRTで有意に短く、出血量(174.9g vs 133.0g, p=0.55), 術後入院日数(11.5日 vs 9.3日, p=0.34), Clavien-Dindo(CD)分類III以上の合併症発生率(7.8% vs 0%, p=0.35) に有意差を認めなかつた。CD分類III以上の内訳は腸閉塞2例、創哆開1例、乳糜漏1例であった。排尿障害はLCCRTで1例認めたがCD分類Iであった。

【結語】LARCに対するSCCRTを併置したTNT後のRASの短期成績は良好であり、安全性が確認された。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 11:00 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 2:00 AM - 2:40 AM UTC Room 6

[O4] 一般演題（口演） 4 稀な大腸疾患の診断・治療

座長：菅井 有(総合南東北病院病理診断科), 永田 淳(産業医科大学)

[04-1]

大腸印環細胞癌における臨床病理学的背景および予後不良因子の検討

辻尾 元¹, 田中 佑典¹, 塩見 明生¹, 真部 祥一¹, 笠井 俊輔¹, 小嶋 忠浩¹, 井垣 尊弘¹, 森 千浩¹, 高嶋 祐助¹, 石黒 哲史¹, 坂井 義博¹, 谷田部 悠介¹, 八尾 健太¹, 小林 尚樹¹, 山本 祥馬¹, 大石 琢磨² (1.静岡県立静岡がんセンター大腸外科, 2.静岡県立静岡がんセンター病理診断科)

[04-2]

当院におけるmismatch repair 遺伝子検査の実施と遺伝性大腸がん検索の連携の実状

鈴木 陽三¹, 大里 祐樹¹, 萩原 清貴¹, 野間 俊樹¹, 松下 克則¹, 新野 直樹¹, 中島 慎介¹, 楠本 英則², 豊田 泰弘³, 池永 雅一⁴, 清水 潤三¹, 川瀬 朋乃^{1,5}, 赤木 謙三³, 富田 尚裕^{1,5}, 今村 博司^{1,5} (1.市立豊中病院消化器外科, 2.市立豊中病院呼吸器外科, 3.市立豊中病院乳腺外科, 4.川西市立総合医療センター消化器外科, 5.市立豊中病院がん診療部)

[04-3]

当院における家族性大腸腺腫症術後患者に対する多臓器サーベイランスと治療の検討

中山 史崇, 森田 覚, 岡田 純一, 原田 優香, 門野 政義, 茂田 浩平, 岡林 剛史, 北川 雄光 (慶應義塾大学医学部外科学(一般・消化器))

[04-4]

当院におけるリンチ症候群スクリーニング体制に関する実績と課題分析

青木 沙弥佳^{1,2}, 須田 竜一郎¹, 石見 和嗣¹, 近藤 尚¹, 飯澤 勇太¹, 瀧口 翔太¹, 進藤 博俊¹, 大野 幸恵¹, 中臺 英里¹, 岡庭 輝¹, 小林 壮一¹, 西村 真樹¹, 片岡 雅章¹, 柳澤 真司¹, 海保 隆¹ (1.君津中央病院, 2.亀田総合病院)

[04-5]

ユニバーサルスクリーニングを介したLynch症候群の診断と遺伝学的検査実施率の検討

藤吉 健司, 主藤 朝也, 古賀 史記, 仕垣 隆浩, 吉田 直裕, 大地 貴史, 吉田 武史, 藤田 文彦 (久留米大学)

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 11:00 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 2:00 AM - 2:40 AM UTC Room 6

[O4] 一般演題（口演） 4 稀な大腸疾患の診断・治療

座長：菅井 有(総合南東北病院病理診断科), 永田 淳(産業医科大学)

[O4-1] 大腸印環細胞癌における臨床病理学的背景および予後不良因子の検討

辻尾 元¹, 田中 佑典¹, 塩見 明生¹, 真部 祥一¹, 笠井 俊輔¹, 小嶋 忠浩¹, 井垣 尊弘¹, 森 千浩¹, 高嶋 祐助¹, 石黒 哲史¹, 坂井 義博¹, 谷田部 悠介¹, 八尾 健太¹, 小林 尚樹¹, 山本 祥馬¹, 大石 琢磨² (1.静岡県立静岡がんセンター大腸外科, 2.静岡県立静岡がんセンター病理診断科)

【背景】大腸癌の大部分は高分化・中分化環状線癌であり、他の組織型、特に印環細胞癌は大腸癌全体の0.2-0.69%程度とさわめてまれである。まれな組織型のためまとまった報告は少なく、臨床病理学的特徴や予後についても不明な点が多い。

【目的】大腸印環細胞癌の臨床病理学的特徴や予後不良因子を解明する。

【対象と方法】2002年9月から2024年12月までに当院で原発性大腸癌に対して原発巣切除を施行した症例のうち、組織に印環細胞癌を含む37例を対象とした。臨床病理学的背景および主な組織型や腫瘍最浸潤部および転移リンパ節における印環細胞の有無、MSI / MMRの状態と予後との関連を検討した。

【結果】腫瘍局在は右側結腸17(46.0%)例、左側結腸4(10.8%)例、直腸16(43.2%)例。最も優勢な組織型として印環細胞癌が腫瘍の1/2以上を占める症例は9(24.3%)例だった。深達度T4bの症例は21(56.8%)例、腫瘍最浸潤部に印環細胞癌を認める症例は27(73.0%)例だった。リンパ節転移を有する症例は28(75.7%)例であり、うち17(60.7%)例で転移リンパ節に印環細胞癌を認めた。リンパ管侵襲は31(83.8%)例に認めた。遠隔転移は4(10.8%)に認め、うち3例は腹膜播種だった。検査を施行した症例のうちMSI-H / dMMRは6(42.9%)例だった。3年全生存率(3Y-OS)は67.2%、3年無再発生存率(3Y-RFS)は52.2%、主な組織型や腫瘍最浸潤部における印環細胞癌の有無と予後の関連は認めなかった（観察機関中央値36か月）。転移リンパ節に印環細胞癌を認める症例では3Y-OS : 37.9%、3Y-RFS : 23.3%、印環細胞癌を認めない症例では3Y-OS : 88.9%、3Y-RFS : 66.7%といずれも印環細胞癌を認める症例で有意に予後不良だった。3Y-OSおよび3Y-RFSとMSI / MMRの状態との関連は認めなかつたが、3年癌特異的生存率はMSS / pMMRの症例で25.0%、MSI-H / dMMRの症例で100%とMSI-H / dMMRの症例で有意に予後良好だった。

【考察】大腸印環細胞癌ではリンパ節転移を伴う進行した症例が多く、構成成分として含むだけでも予後は不良である。転移リンパ節に印環細胞癌を含む場合は特に予後が悪い。MSI-H / dMMRは右側結腸原発の症例に認め予後は比較的保たれる可能性がある。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 11:00 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 2:00 AM - 2:40 AM UTC Room 6

[O4] 一般演題（口演） 4 稀な大腸疾患の診断・治療

座長：菅井 有(総合南東北病院病理診断科), 永田 淳(産業医科大学)

[O4-2] 当院におけるmismatch repair 遺伝子検査の実施と遺伝性大腸がん検索の連携の実状

鈴木 陽三¹, 大里 祐樹¹, 萩原 清貴¹, 野間 俊樹¹, 松下 克則¹, 新野 直樹¹, 中島 慎介¹, 楠本 英則², 豊田 泰弘³, 池永 雅一⁴, 清水 潤三¹, 川瀬 朋乃^{1,5}, 赤木 謙三³, 富田 尚裕^{1,5}, 今村 博司^{1,5} (1.市立豊中病院消化器外科, 2.市立豊中病院呼吸器外科, 3.市立豊中病院乳腺外科, 4.川西市立総合医療センター消化器外科, 5.市立豊中病院がん診療部)

【背景】 Mismatch repair (MMR) 遺伝子検査は切除不能進行大腸癌における治療薬選択の補助および切除標本等を用いて新規Lynch syndrome(LS)を見つけるためのuniversal screening目的で実施されるが、実臨床でどれくらいの割合でLSの診断に繋がっているのかについてはあまり報告されていない。 **【目的】** 地域がん診療拠点病院である当院におけるMMR実施状況及びLS診断件数について調べること。 **【方法】** 当院で2023年2月から2025年3月までに大腸癌標本を用いてMMR検査を施行された症例についてその年齢、性別、主病変の占拠部位、臨床病理病期、MMRの結果、RAS・BRAF遺伝子変異の有無、遺伝カウンセリング(genetic counseling; GC)実施の有無、LS二次検査結果について解析した。 **【結果】** 137症例が同定された。女性が47%，年齢中央値74歳，左側病変が83%，StageIVが27例(19.7%)であった。手術標本を用いた検査が54例(39.4%)であった。MMR deficient (dMMR)は15例(10.9%)に認め、BRAF V600E変異は10例(7.3%)に認めた。dMMRのうち9例(60.0%)はBRAF V600E陽性であった。BRAF V600E変異陰性dMMRであった6例のうち、遺伝カウンセリングが行われたのは3例(50.0%)で、二次検査の結果LSと診断されたものは0例(0.0%)であった。 **【結語】** dMMRおよびBRAF V600E陽性率は概ね既報と同水準であったが、GC実施率は50%と海外の既報よりやや低くLSと同定されたものは無かったことから、啓蒙活動や説明方法の修正が必要と考えられた。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 11:00 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 2:00 AM - 2:40 AM UTC Room 6

[O4] 一般演題（口演） 4 稀な大腸疾患の診断・治療

座長：菅井 有(総合南東北病院病理診断科), 永田 淳(産業医科大学)

[O4-3] 当院における家族性大腸腺腫症術後患者に対する多臓器サーベイランスと治療の検討

中山 史崇, 森田 覚, 岡田 純一, 原田 優香, 門野 政義, 茂田 浩平, 岡林 剛史, 北川 雄光 (慶應義塾大学医学部外科学(一般・消化器))

【目的】 家族性大腸腺腫症(familial adenomatous polyposis: FAP)は大腸のみならず、十二指腸癌やデスマトイド腫瘍など多臓器に随伴病変を来す遺伝性疾患であり、これらの大腸外病変が主要な死因となりうる。そのため、残存大腸および大腸外随伴病変に対しての包括的なサーベイランスの重要性が認識されているが、検査状況や治療成績に関する詳細なデータは限られている。本研究では、FAP手術症例を対象に、多臓器サーベイランスの状況と関連治療についての実態を後方視的に検討した。

【方法】 外科治療後に当科フォロー中であるFAP患者27名を対象にした。大腸癌未発症、外科手術未施行の症例を除外した。その多臓器サーベイランスの状況および治療につき検証した。

【結果】 計27例のうち、診断時の年齢中央値は34(19-57)歳、男性14例(52%)、女性13例(48%)であった。表現型は不明を除き密生型7例(26%)、非密生型7例(26%)、減衰型2例(7%)であった。術式は大腸全摘18例(67%)、大腸亜全摘9例(33%)であり、亜全摘症例のうち4例(44%)に遺残直腸癌を認め、外科的切除を施行した。随伴病変として、十二指腸腺腫21例(78%)、胃腺腫25例(93%)、小腸腺腫4例(15%)を認めた。悪性腫瘍は十二指腸癌2例(8%)、胃癌5例(19%)に認め、全例でESDによる治癒切除が可能であった。デスマトイド腫瘍は9例(35%)に認め、大腸手術から発症まで中央値19(3-34)ヶ月であり、経過観察4例(44%)、手術2例(22%)、タモキシフェン内服1例(11%)、その他2例(22%)であった。遺伝カウンセリングは12例(46%)で実施され、遺伝子検査を実施した症例は10例(38%)、血縁者のフォローに至った症例は5例(20%)であった。遺伝子検査未施行の理由として心理的・経済的な理由、ライフプランによるタイミング、治療法が変わらないなどが挙げられた。

【考察】 FAP術後における大腸外随伴病変は高頻度で認められ、適切なサーベイランスの実施により早期発見・治療が可能であることが示唆された。特にデスマトイド腫瘍の頻度は高く、治療法も限られており今後の課題と考えられた。複数科の連携によるサーベイランスの精度向上と遺伝カウンセリングの普及がさらに重要であると考えられた。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 11:00 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 2:00 AM - 2:40 AM UTC Room 6

[O4] 一般演題（口演） 4 稀な大腸疾患の診断・治療

座長：菅井 有(総合南東北病院病理診断科), 永田 淳(産業医科大学)

[O4-4] 当院におけるリンチ症候群スクリーニング体制に関する実績と課題分析

青木 沙弥佳^{1,2}, 須田 竜一郎¹, 石見 和嗣¹, 近藤 尚¹, 飯澤 勇太¹, 瀧口 翔太¹, 進藤 博俊¹, 大野 幸恵¹, 中臺 英里¹, 岡庭 輝¹, 小林 壮一¹, 西村 真樹¹, 片岡 雅章¹, 柳澤 真司¹, 海保 隆¹ (1.君津中央病院, 2.亀田総合病院)

【背景】 リンチ症候群(LS)は大腸癌の約2~3%を占め、生殖細胞系列MMR遺伝子変異に起因する。発端者と家族の二次予防には、大腸癌全例に対するMSI/MMRスクリーニングが国際標準だが、国内実臨床での運用状況は施設間格差が大きい。当院では改訂ベセダ基準に基づく選択的スクリーニングを採用し、本研究では2022年1月～2024年12月に診断された連続761例(779病変)を対象に、有効性と課題を後方視的に検証した。**【方法】** 書面同意取得後、家族歴問診票で、第一・第二親等の血族および関連腫瘍歴を聴取し一次スクリーニングを実施。一次該当例には担当医がMLH1/MSH2/MSH6/PMS2免疫組織化学染色またはMSI解析を行う二次スクリーニングを施行。MMR欠損またはMSI-H例には遺伝性腫瘍専門医と認定遺伝カウンセラーが家系図作成・非指示的カウンセリング後、MMR関連遺伝学的検査でLS確定診断を施行。解析指標は①Stage別・治療別のMMR/MSI検査実施率とdMMR検出率、②基準該当例の検査漏れ率、③各医師の依頼件数と陽性率で χ^2 検定にて検討。**【結果】** 二次スクリーニング実施率は38.8%, Stage0は4.4%, Stage1は29.5%と低迷。Stage2では40.4%の実施率ながら、dMMR検出率6.7%と最高値であった。Stage4は60.0%実施するも陽性率1.8%にとどまった。改訂ベセダ基準該当192例の50.5%が未検査で、dMMR陽性13例中38%は基準非該当例から発見された。検査依頼は上位2医師に38%が集中し、外科手術群50.0%, 内視鏡群3.1%と主治療法間で大きな差を認めた。dMMR/MSI-H例23例中(内BRAF変異4例), 9例に遺伝カウンセリングが施行され、6例に遺伝子検査を実施。最終的に2例に病的バリアントを同定。**【考察・結果】** 選択的スクリーニングは早期癌や救命手術群の検査抜けが顕著で、家族発症予防の機会損失が生じていた。観察期間が短いため化学療法中の症例も多く、今後2次検査・カウンセリング実施者が増える可能性は残るが、検査依頼が特定医師に偏り治療法間で実施率に乖離がある現状は、組織的・網羅的なLSスクリーニング体制が確立していない事を示唆する。今後は部門横断的連携、継続的な教育啓発活動を含む多角的アプローチによる体制強化が求められる。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 11:00 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 2:00 AM - 2:40 AM UTC Room 6

[O4] 一般演題（口演） 4 稀な大腸疾患の診断・治療

座長：菅井 有(総合南東北病院病理診断科), 永田 淳(産業医科大学)

[O4-5] ユニバーサルスクリーニングを介したLynch症候群の診断と遺伝学的検査実施率の検討

藤吉 健司, 主藤 朝也, 古賀 史記, 仕垣 隆浩, 吉田 直裕, 大地 貴史, 吉田 武史, 藤田 文彦 (久留米大学)

【背景】Lynch症候群(LS)は大腸癌で最頻の遺伝性腫瘍である。LSの確定診断は遺伝学的検査(GT)による生殖細胞系列バリアントの同定が必須である。LSのGTは保険未収載で全額自己負担である。さらに遺伝性情報の普遍性や共有性による心理社会的影響がありGTを希望しない方もいる。

【方法】がん拠点病院において2017年から前向き研究としてミスマッチ修復(MMR)タンパク免疫組織化学検査(MMR-IHC)によるユニバーサルスクリーニング(UTS)を実施している。MMR機能欠失(dMMR)大腸癌の全例に対して遺伝カウンセリングを実施し、希望者に対して研究費で遺伝学的検査を実施した。本研究を通じたGTの実施率、GT非希望者の理由などを通して、GTの心理社会的影響について後方視的に検討した。

【結果】2017年1月-2023年12月の原発性大腸癌手術症例1106例のうち、878例にMMR-IHCを施した。878例のうちdMMR:83例(9.5%)であった。dMMR大腸癌のうち、散発性大腸癌と想定されるMLH1発現欠損かつBRAF変異型(18例)を除外したGT候補例は64例(77%)であった。GT候補例の全例に対して遺伝カウンセリングを実施し、31例(48%)がGTを承諾した。LS:13例(全大腸癌の1.4%, dMMRの15.6%, MLH1/MSH2/MSH6=3/7/3例,VUS;2例)が診断された。GT実施群(29例)は、GT非希望群(33例)と比較して、年齢が若く(60.5歳vs75歳), MSH2-MSH6欠損例(44%vs19%)が多かった。GT非希望者(33例)の内訳は、①高齢かつ家族歴がなくLSの可能性が低いためGTを積極的に推奨していない症例(13例,39%), ②GTに関心がない(8例,24%), ③GTが不安で検査しない(2例,6%), ④ケモ中・別疾患で治療中/周術期死亡(6例,18%), ⑤未説明と理由不明(4例,12%)であった。

【結語】UTSを通して、LSのGT検査の経済的負担を除外しても、不安などの心理社会的影響によりGTを希望しなかった症例は6%程度であり、GTに対する関心が低く希望しなかった症例は少なくとも24%であった。保険未収載であるLSのGTの実施率向上にはゲノム医療に対する関心度の向上と患者側のニーズ把握が重要である。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:30 AM UTC Room 5

[O5] 一般演題（口演） 5 体腔内吻合1

座長：市川 伸樹(北海道大学消化器外科Ⅰ), 諏訪 雄亮(横浜市立大学附属市民総合医療センター)

[O5-1]

腹腔鏡下結腸切除術に対する体腔内吻合の手術成績

南 壮一郎, 原口 直紹, 山平 陽亮, 三上 希実, 土橋 果実, 藤井 渉, 額原 敦, 古賀 瞳人, 肥田 仁一, 木村 豊 (近畿大学奈良病院消化器外科)

[O5-2]

当院における腹腔鏡下結腸体腔内吻合の短期成績と吻合方法の比較

高城 伸平^{1,2}, 今川 りさ¹, 鈴木 達徳¹, 遠藤 洋己¹, 斎藤 萌¹, 末永 勝士¹, 田中 雄也¹, 相馬 泰平¹, 尾崎 貴洋¹, 松下 恒久^{1,2}, 角 泰廣¹, 古畑 智久³ (1.独立行政法人国立病院機構静岡医療センター外科, 2.聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科, 3.社会医療法人禎心会札幌禎心会病院消化器外科)

[O5-3]

腹腔鏡下結腸癌手術における体腔内吻合の短期・中期成績

吉田 大輔, 石松 謙, 石田 俊介, 折本 大樹, 矢田 一宏, 松本 敏文, 川中 博文 (国立病院機構別府医療センター外科)

[O5-4]

腹腔鏡下右側結腸切除に対する体腔内吻合の取り組みと成績の検討

丸山 圭三郎, 山崎 翔斗, 藤瀬 悠太, 鎌尾 智幸, 町野 隆介, 國崎 真己, 草場 隆史, 碇 秀樹 (佐世保中央病院)

[O5-5]

当院結腸癌における体腔内吻合時の工夫と短期・長期成績

平澤 壮一朗¹, 外岡 亨¹, 早田 浩明¹, 成島 一夫¹, 天海 博之¹, 千葉 聰¹, 磯崎 哲朗², 桑山 直樹¹, 加野 将之¹, 鍋谷 圭広¹ (1.千葉県がんセンター食道胃腸外科, 2.Q S T 病院治療診断部)

[O5-6]

当科における結腸体腔内吻合の短期成績と吻合法ごとの比較

丸山 哲郎, 平田 篤史, 岡田 晃一郎, 栄木 透, 大平 学, 丸山 通広 (千葉大学大学院医学研究院先端応用外科学)

[O5-7]

結腸癌に対する体腔内吻合の短期・長期成績の検討

森 康一¹, 小澤 真由美¹, 田中 宗伸², 工藤 孝迪¹, 大矢 浩貴², 前橋 学¹, 田 鐘寛², 諏訪 雄亮¹, 諏訪 宏和³, 沼 田 正勝¹, 佐藤 勉¹, 渡邊 純^{2,4}, 遠藤 格² (1.横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科, 2.横浜市立大学消化器腫瘍外科, 3.横須賀共済病院外科, 4.関西医科大学下部消化管外科)

[O5-8]

結腸癌手術における体腔内吻合の手術手技と短期・中期成績

田中 征洋, 鈴村 潔, 土屋 智敬, 西前 香寿, 山本 泰資, 福井 史弥, 野々村 篤杜, 加藤 智香子, 張 丹, 寺崎 正起, 岡本 好史 (静岡済生会総合病院外科)

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:30 AM UTC Room 5

[O5] 一般演題（口演） 5 体腔内吻合1

座長：市川 伸樹(北海道大学消化器外科Ⅰ), 諏訪 雄亮(横浜市立大学附属市民総合医療センター)

[O5-1] 腹腔鏡下結腸切除術に対する体腔内吻合の手術成績

南 壮一郎, 原口 直紹, 山平 陽亮, 三上 希実, 土橋 果実, 藤井 渉, 額原 敦, 古賀 瞳人, 肥田 仁一, 木村 豊 (近畿大学奈良病院消化器外科)

腹腔鏡下結腸切除術において体腔内吻合は広く普及しつつあり、体腔外吻合と比較して授動範囲の縮小や牽引による副損傷リスク軽減、創の縮小による術後創部痛の緩和、腸管運動の回復が早く、経口摂取の早期開始が可能となる。その一方で吻合の際の腸管内容流出による腹腔内汚染や癌細胞の腹腔内漏出による播種再発のリスクが問題と考えられているため、我々は体腔内吻合を行う症例を選択して体腔内overlap吻合を行っている。体腔内吻合を行う症例は全例、術前に機械的・化学的前処置を行っている。

腹腔鏡下でリンパ節郭清、血管処理と腸管授動を行い、腸間膜を処理し、ICG蛍光法にて血流評価を行った後に自動縫合器で腸管を切離する。口側・肛門側腸管とも腸間膜側から腸間膜対側へ切離するようとする。順蠕動となるように腸管軸を合わせ、側々吻合のエントリーホールをあけ、体腔内で自動吻合器を挿入し、腸間膜対側同士で側々吻合を行う。この際、便の漏出に十分注意する必要がある。エントリーホールは糸で仮閉鎖した後に自動縫合器で閉鎖する。

2022年4月から2025年3月までに我々が施行した腹腔鏡下結腸切除術で、体腔内overlap吻合を施行した腹腔鏡下手術症例における短期手術成績を検討した。

腹腔鏡下結腸切除術における体腔内overlap吻合は安全に施行可能であった。

今後も症例を蓄積するとともに、適切な症例選択や長期予後に関しても検討をすすめていきたい。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:30 AM UTC Room 5

[O5] 一般演題（口演） 5 体腔内吻合1

座長：市川 伸樹(北海道大学消化器外科Ⅰ), 諏訪 雄亮(横浜市立大学附属市民総合医療センター)

[O5-2] 当院における腹腔鏡下結腸体腔内吻合の短期成績と吻合方法の比較

高城 伸平^{1,2}, 今川 りさ¹, 鈴木 達徳¹, 遠藤 洋己¹, 斎藤 萌¹, 末永 勝士¹, 田中 雄也¹, 相馬 泰平¹, 尾崎 貴洋¹, 松下 恒久^{1,2}, 角 泰廣¹, 古畑 智久³ (1.独立行政法人国立病院機構静岡医療センター外科, 2.聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科, 3.社会医療法人禎心会札幌禎心会病院消化器外科)

腹腔鏡下結腸切除術における消化管再建は従来、体腔外で行われることが一般的であった。その場合、腸管を体外へ誘導するために広範囲の剥離、授動が要求される。高度肥満症例や腸管短縮,瘻着症例では体外へ十分な腸管挙上が困難で、また、腸管切除・吻合の際に腸管牽引による出血も経験する。これらの問題を解決するために体腔内吻合が行われているが、腹腔内への便汚染や腫瘍細胞の散布、手術時間の延長が問題点として挙げられる。2022年8月から2024年11月にかけて当院で行った腹腔鏡下結腸切除術における体腔外吻合症例28例と体腔内吻合症例33例の治療成績を比較した。出血量に差はなく(40vs24g,p=0.17)、術後住院日数に関しても差がなかった(11vs12日,P=1.103)。術後合併症は、両群とも縫合不全や吻合部狭窄はなく、SSIに関しては差はなかった(10.7vs7.4%,p=1.0)。一方で、体腔内吻合群で手術時間の延長を認めた(290vs330分,p=0.17)。体腔内吻合のうち、overlap吻合が25例,delta吻合が8例であった。エントリーホールの閉鎖に関しては、overlap吻合のうち17例が縫合閉鎖しており、8例が自動縫合器で閉鎖している。delta吻合は全例で自動縫合器で閉鎖している。overlap吻合とdelta吻合の吻合時間に関する比較では、有意にdelta吻合での時間短縮を認めた(41vs20分,p=0.02)。エントリーホールの閉鎖方法別で吻合時間を比較すると、自動縫合器でエントリーホールを閉鎖したoverlap吻合とdelta吻合を比較しても差はなかったが(22vs20分,p=0.494)、縫合でエントリーホールを閉鎖したoverlap吻合とdelta吻合を比較すると有意にdelta吻合での吻合時間の短縮を認めた(46vs20分,p<0.001)。自動縫合器によるエントリーホールの閉鎖は吻合部狭窄の懸念があるが、現状は認めていない。吻合方法、特にエントリーホールの閉鎖方法により手術時間が短縮できる可能性があり、治療成績と手術手技の工夫を交えて報告する。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:30 AM UTC Room 5

[O5] 一般演題（口演） 5 体腔内吻合1

座長：市川 伸樹(北海道大学消化器外科Ⅰ), 諏訪 雄亮(横浜市立大学附属市民総合医療センター)

[O5-3] 腹腔鏡下結腸癌手術における体腔内吻合の短期・中期成績

吉田 大輔, 石松 諒, 石田 俊介, 折本 大樹, 矢田 一宏, 松本 敏文, 川中 博文 (国立病院機構別府医療センター外科)

近年、腹腔鏡下結腸癌切除における体腔内吻合の腫瘍学的予後が散見され、普及する結腸癌に対するロボット支援手術との相性のよさも報告される。的確なCMEや切離腸管長の確保など、結腸癌の腫瘍学的予後に関連する利点が少なくないと考える。

当院における結腸癌に対する腹腔鏡下体腔内吻合の短期・中期成績について検討。2021年4月～2024年8月に当院にて施行した腹腔鏡下結腸癌手術症例を対象とした(9月以降はロボット支援手術にて体腔内吻合を実施)。体腔内吻合(ICA)群と体腔外吻合(ECA)群の短期・中期成績について後方視的に比較検討した。

腹腔鏡下結腸癌手術を施行した67例のうち、ICA群は44症例であり、ECA群は23症例。平均年齢はICA群:77.7歳, ECA群:73.4歳、性別(男/女)はICA群:14/30人, ECA群:8/15人、平均BMIはICA群:23.1, ECA群:21.0、平均手術時間はICA群:226分, ECA群:252分、平均出血量はICA群:23.3g, ECA群:40.4g、郭清リンパ節平均個数はICA群:17.8個, ECA群:17.0個、いずれも有意差は認められなかった。術後排ガスはICA群:1.7日, ECA群:2.1日($p=0.020$)、排便はICA群:2.0日, ECA群:2.8日($p=0.003$)であり、ICA群で有意な腸管蠕動早期回復が認められた。2年全生存率(OS)はICA群:91.0, ECA群:82.2($p=0.429$)、2年無再発生存率(RFS)はICA群:83.6%, ECA群:93.3%($p=0.353$)であった。

結腸癌に対する腹腔鏡下体腔内吻合は安全に施行可能であり、中期成績においても有意な差は認められなかった。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:30 AM UTC Room 5

[O5] 一般演題（口演） 5 体腔内吻合1

座長：市川 伸樹(北海道大学消化器外科Ⅰ), 諏訪 雄亮(横浜市立大学附属市民総合医療センター)

[O5-4] 腹腔鏡下右側結腸切除に対する体腔内吻合の取り組みと成績の検討

丸山 圭三郎, 山崎 翔斗, 藤瀬 悠太, 鎌尾 智幸, 町野 隆介, 國崎 真己, 草場 隆史, 碇 秀樹 (佐世保中央病院)

【緒言】腹腔鏡下右側結腸切除における体腔内吻合は近年多くの施設で導入されている。体腔内吻合は手術時間の延長や細菌・腫瘍細胞の播種などの懸念はあるが、小開腹創の短縮、腸管授動範囲の最小化、無理な腸管牽引による損傷や出血の回避などメリットは大きいと考える。当院では2020年4月に腹腔鏡下右側結腸切除に対して、overlap吻合による体腔内再建法を導入している。【適応】導入当初の適応は、1/2周以下の原発部位が盲腸～横行結腸肝彎曲部で進行度はcStage II aまでとしていたが慎重に適応を拡大しているところである。【手技】標本摘出後、回腸および横行結腸に小孔をあけた後に、60mm自動縫合器を用い、挿入口は切除断端より口側20mm、肛門側80mmに作製し、腸間膜対側で側々吻合を行う。共通孔は吸収性バーブ付き縫合糸を2本用い、1本目で全層連続縫合にて閉鎖し、2本目で1本目と逆方向から漿膜筋層を連続縫合し補強する。【方法】2020年4月から2025年3月までに原発性結腸癌に対して腹腔鏡下右側結腸切除を行った80例の患者を体腔内吻合群(I群)、体腔外吻合(E群)に分け、手術時間や術後合併症、術後在院日数などについて検討した。【結果】I群は30例、E群は50例であった。患者背景は、男女比はI群で17:13、E群で20:30($p=0.070$)、年齢・BMIの平均値はそれぞれ73歳、74歳($p=0.503$)、 22.1kg/m^2 ($p=0.238$)であった。また、E群で有意にcT4、cN(+)の症例が多かった。結果は、E群で有意に出血量が多く($p=0.009$)、pT4症例が多かった($p<0.05$)。また、2群間で、手術時間や術後合併症発生率に有意な差は認めなかった。【考察】体腔内吻合は早期症例が多いが、体腔外吻合と遜色ない結果と考える。播種再発を含めた長期成績への懸念があるが、体腔外吻合と差がないとする報告もありさらなる症例の蓄積・検討が望まれる。

【結語】当院での体腔内吻合に関する検討を行った。体腔内吻合は得られるメリットも大きく長期成績などを検討しつつ適応を拡大していく予定である。当院での実際の手技も供覧し、若干の文献的考察も踏まえて報告する。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:30 AM UTC Room 5

[O5] 一般演題（口演） 5 体腔内吻合1

座長：市川 伸樹(北海道大学消化器外科Ⅰ), 諏訪 雄亮(横浜市立大学附属市民総合医療センター)

[O5-5] 当院結腸癌における体腔内吻合時の工夫と短期・長期成績

平澤 壮一朗¹, 外岡 亨¹, 早田 浩明¹, 成島 一夫¹, 天海 博之¹, 千葉 聰¹, 磯崎 哲朗², 桑山 直樹¹, 加野 将之¹, 鍋谷 圭広¹ (1.千葉県がんセンター食道胃腸外科, 2.Q S T 病院治療診断部)

【背景】腹腔鏡・ロボット手術の普及により結腸癌手術の腸管再建において体腔内吻合の施行比率が増加している。【目的】当院結腸癌における体腔内吻合時の工夫と短期・長期成績を報告する。【対象と方法】対象は2019年7月から2024年12月まで当院で体腔内吻合を行った結腸癌の77例。体腔内吻合の第一選択はOverlap法としているが、再建腸管の位置によりFEEAを選択する場合もある。体腔内吻合時の工夫として以下を行っている。①腸管前処置は2日前からの禁食と漢方薬(桃核承気湯)内服。液性の下剤を使用しないことで、術中の腸管拡張や体腔内吻合時の腸液の漏出を回避。②ICGによる再建腸管の血流評価、③自動縫合器抜去時のポート内の清拭、④挿入孔の手縫い縫合の背側からの縫合。【結果】年齢72歳（32-90）、性別（男性/女性）41/36例、占居部位（C/A/T/D/S）1/17/15/18/26例、術式（回盲部切除術/結腸右半切除術/結腸部分切除術/S状結腸切除術）6/16/29/26例、手術アプローチ（腹腔鏡/ロボット）60/17例、吻合法（Overlap/FEEA）50/27例。手術時間249分（176-456）、出血量10 g(1-70)、開腹移行なし。S状結腸癌26例はすべてSD junctionに近かったが、脾弯曲脱転を要したのは2例のみ（7.7%）であった。第3病日の炎症反応は、白血球7300/mm³(4300-13600)、CRP 12.95 mg/dl(0.96-34.78)とCRPが高値であったが、Clavien Dindo III以上の合併症は4例（5.2%）、腸閉塞2例と乳び腹水2例であり、重度のSSIや縫合不全を認めなかった。術後在院期間は8日（7-39）であった。進行度は（pStage 0/I/II/III/IV）4/29/20/16/8例であり、pStage0-IIIの再発は3例（3.9%）であった。再発形式は肝・肺・リンパ節転移で、腹膜播種再発は認めず、3年無再発生存率は93.6%であった。【結語】当院結腸癌の体腔内吻合は、種々の工夫により重度なSSIや縫合不全はなく、短期成績は良好であった。また、腹膜播種再発は認めず、長期成績も良好であった。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:30 AM UTC Room 5

[O5] 一般演題（口演） 5 体腔内吻合1

座長：市川 伸樹(北海道大学消化器外科Ⅰ), 諏訪 雄亮(横浜市立大学附属市民総合医療センター)

[O5-6] 当科における結腸体腔内吻合の短期成績と吻合法ごとの比較

丸山 哲郎, 平田 篤史, 岡田 晃一郎, 栄木 透, 大平 学, 丸山 通広 (千葉大学大学院医学研究院先端応用外科学)

結腸癌に対する低侵襲手術の増加とともに近年では体腔内吻合が増加している。剥離範囲の縮小や出血リスクの低減、小開腹創の縮小などのメリットが報告されているが、感染や播種などが懸念事項とされている。当科では適応を上腹部手術後や高度肥満症例に限定し、2020年12月から導入した。長期成績でも安全性が同等との報告も散見されるようになったことから2024年からは基本的にすべての鏡視下結腸手術で体腔内吻合を行う方針とし、2025年4月までに48例に対して体腔内吻合を実施した。吻合法については術式で固定せず、アプローチ法や腸管の状態に応じて機能的単々吻合(FEEA)、Overlap吻合、デルタ吻合を自由に選択することとしている。後方視的に短期成績および、各吻合法の比較検討を行った。FEEA:17例、Overlap:19例、デルタ:12例であり、患者背景に差を認めなかった。アプローチ法は術式の変遷により、Overlapおよびデルタでロボット手術が多かったが、術後経過、合併症に差は認めず、吻合部に関する合併症は皆無であった。一方、吻合部の作成時間についてはエントリーホールをステープルで閉鎖しているFEEAとデルタでは27分と17分、手縫いで閉鎖しているOverlapについては32分と差を認めた。しかしFEEAとデルタについては約半数でエントリーホールの閉鎖に2発のステープルを使用しており、コストが課題である。Pfannenstiel切開を開始するようになり、小開腹創は中央値3cmであり、整容性、低侵襲の点で有用である。当科では術者を限定せず、若手でも体腔内吻合を術者として行っていることから術者経験はFEEA:9人、Overlap:6人、デルタ:6人と1人当たりの経験数は2例程度であるが、安全に導入・実施ができていると考える。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:30 AM UTC Room 5

[O5] 一般演題（口演） 5 体腔内吻合1

座長：市川 伸樹(北海道大学消化器外科Ⅰ), 諏訪 雄亮(横浜市立大学附属市民総合医療センター)

[O5-7] 結腸癌に対する体腔内吻合の短期・長期成績の検討

森 康一¹, 小澤 真由美¹, 田中 宗伸², 工藤 孝迪¹, 大矢 浩貴², 前橋 学¹, 田 鐘寛², 諏訪 雄亮¹, 諏訪 宏和³, 沼 田 正勝¹, 佐藤 勉¹, 渡邊 純^{2,4}, 遠藤 格² (1.横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科, 2.横浜市立大学消化器腫瘍外科, 3.横須賀共済病院外科, 4.関西医科大学下部消化管外科)

【背景】結腸癌に対する体腔内吻合の長期成績についての報告は少ない。当院では2017年より体腔内吻合を導入し、デルタ吻合を基本としている。発表中では実際の手技を供覧する。

【方法】2017年1月から2021年4月に腹腔鏡手術を施行したcStage1-3の結腸癌（盲腸癌 - S状結腸癌）589症例を対象とし、患者背景を調節因子としPropensity Score Matchingを行い体腔内吻合群(I群)と体腔外吻合群(E群)の2群を比較した。

【結果】39例ずつが抽出された。吻合方法はI群はすべてデルタ吻合、E群は三角吻合が2例、FEEAが37例であった。患者背景はI群/E群で年齢(中央値 [IQR])は75歳 [64-89歳] /74歳 [59-90歳] (p=0.783)、性別(男/女) 22:17 / 19:20(p=0.650)、BMIは23.4 [21.8-26.0] /23.0 [20.9-25.1] (p=0.376)、主占居部位(C/A/T/D/S)は7:19:9:3:1/8:23:3:4:1 (p=0.433)、cStage (I:II:III)は13:13:13 / 14:12:13 (p=0.981)と差はなかった。術式(ICR/PC(A)/RHC/PC(T)/PC(D)/S)は7:13:11:2:5:1/8:9:14:3:4:1(P=0.919)で、小開腹創長は35mm [30-45mm] /45mm [40-50mm] (p<0.01)でI群で短かった。手術時間は181分 [138-220分] /185分 [135-212分] (p=0.964)、術中出血量は0ml [0-13ml] /5ml [0-26ml] (p<0.01)でI群で少なかった。

術後合併症はClavien-Dindo分類(Grade II以上)4例(10.2%)/3例(7.7%)(p=1.00)で、瘢痕ヘルニアは1例(2.5%)/2例(5.0%) (p=1.00)に認めた。術後初回排ガスは1日 [1-2日] /1日 [1-2日] (p=0.475)、術後初回排便は2日 [2-3日] /2日 [2-3日] (p=0.207)、食事開始日数は2日 [2-3日] /3日 [2-3日] (p=0.203)で差を認めず、術後在院日数は6日 [5-7日] /7日 [6-8日] (p=0.023)でI群で短かった。長期成績に関しては4年DFSは82.1%/79.6%(P=0.673)、4年OSは90.3%/83.1%(P=0.21)で差を認めなかった。腹膜播種再発は2例(5.0%)/1例(2.5%)(p=1.00)で局所再発はいずれの群でも認めなかった。

【結語】結腸癌に対する体腔内吻合は手術時間を延長することなく安全に施行され、術後経過も良好であった。長期成績についても遜色なく、有用な術式と考えられたが今後さらなる症例の集積が必要である。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:30 AM UTC Room 5

[O5] 一般演題（口演） 5 体腔内吻合1

座長：市川 伸樹(北海道大学消化器外科Ⅰ), 諏訪 雄亮(横浜市立大学附属市民総合医療センター)

[O5-8] 結腸癌手術における体腔内吻合の手術手技と短期・中期成績

田中 征洋, 鈴村 潔, 土屋 智敬, 西前 香寿, 山本 泰資, 福井 史弥, 野々村 篤杜, 加藤 智香子, 張 丹, 寺崎 正起, 岡本 好史 (静岡済生会総合病院外科)

【はじめに】結腸癌手術において体腔外吻合に対する体腔内吻合の短期成績のメリットが報告されているが、体腔内吻合の長期成績に関しては不明な点が多い。【目的】当院の体腔内吻合の手術手技を供覧し、短期・中期成績を検討する。【手術手技】体腔内吻合はデルタ吻合を第一選択としている。腸間膜付着部側の腸管に小孔を作成し、リニアステイプラーで共通孔を作成する。4発目のステイプラーで挟み込む腸管周囲の余剰な脂肪組織をしっかりと除去しておくことが肝要で、こうすることで確実に1発のリニアステイプラーで小孔を閉鎖でき、かつfire後に形成されたステイプルラインからの出血を予防できると考えている。【対象と方法】2021/7月-2024/10月に結腸癌に対して体腔内吻合を施行した28症例を対象として後方視的に検討した。連続変数は中央値（範囲）で示した。【結果】年齢は76歳、男性18例で、ASA-PSは1-2が22例、3が6例、ECOG-PSは0-2が27例、3が1例だった。腫瘍占居部位は盲腸7例、上行結腸15例、横行結腸4例、下行結腸2例で、ロボット支援手術が26例、腹腔鏡手術が2例、術式は回盲部切除術が8例、結腸右半切除術が14例、結腸部分切除術が6例だった。体腔内吻合後は体腔内を生理食塩水4L(3-6)で洗浄した。手術時間は323分、出血量は15gだった。ロボット支援手術での体腔内吻合に要する時間は20例前後から安定し、20分前後だった。病理学的にはStage IVの2例を除いて全例でR0切除を達成した。術後合併症はCD分類でGrade Iを1例、IVa(覚醒遅延による再挿管)を1例認めた。術後在院日数は7日(5-14)だった。観察期間は325日で、再発を5例に認め、このうち腹膜播種再発を2例に認めた。この2例は術前腫瘍マーカーが高値で、病理組織学的に粘液癌成分を含んでおり、pT4aで、それぞれStage IIIb, IVaで、肝再発もきたしていた。また、観察期間中に腹壁瘢痕ヘルニアは発生しなかった。【結語】体腔内吻合の短期成績はおむね良好だった。一方で、腫瘍学的な成績に関しては観察期間が短いため今後更なる検討が必要であると思われた。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 5

[O6] 一般演題（口演） 6 体腔内吻合2

座長：横溝 肇(東京女子医科大学附属足立医療センター外科), 山岡 雄祐(兵庫県立がんセンター消化器外科)

[O6-1]

ロボット支援下手術と腹腔鏡下手術における体腔内吻合の短期成績の比較

富田 祐輔, 茂田 浩平, 大橋 弥貴子, 百瀬 ゆずこ, 門野 政義, 森田 覚, 岡林 剛史, 北川 雄光 (慶應義塾大学一般・消化器外科)

[O6-2]

腹腔鏡・ロボット支援下結腸癌手術における体腔内吻合の治療成績

吉田 直裕, 高木 健太, 高松 正行, 久田 かほり, 古賀 史記, 仕垣 隆浩, 藤吉 健司, 大地 貴史, 吉田 武史, 主藤 朝也, 藤田 文彦 (久留米大学外科学講座)

[O6-3]

ロボット支援下結腸癌手術における体腔内吻合と体腔外吻合の比較検討

松本 日洋 (イムス富士見総合病院)

[O6-4]

結腸癌に対する腹腔鏡下結腸切除術における体腔内吻合導入後の短期手術成績

浜辺 太郎, 牧角 良二, 柴田 真知, 佐々木 大祐, 福岡 麻子, 民上 真也 (聖マリアンナ医科大学病院消化器・一般外科)

[O6-5]

中規模施設で行う腹腔鏡下結腸切除術における体内吻合の短期成績

浅井 慶子, 久万田 優佳, 安達 雄輝, 唐崎 秀則, 稲葉 聰 (JA北海道厚生連遠軽厚生病院)

[O6-6]

結腸癌手術における体腔内吻合を習得する意義について考える

堀直人^{1,2}, 松本 真実¹, 宮本 耕吉¹, 水野 憲治¹, 小寺 正人¹, 大石 正博¹ (1.鳥取市立病院外科, 2.岩国医療センター外科)

[O6-7]

短時間で共通孔を手縫い閉鎖するオーバーラップ法による体腔内吻合の短期・長期成績

渋谷 雅常¹, 丹田 秀樹¹, 大森 威来¹, 福井 康裕¹, 西山 毅¹, 小澤 慎太郎¹, 米光 健¹, 関 由季¹, 笠島 裕明¹, 西村 潤也², 井関 康仁², 福岡 達成², 西居 孝文², 前田 清¹ (1.大阪公立大学消化器外科, 2.大阪市立総合医療センター外科)

[O6-8]

ロボット支援右側結腸癌における臍部ポートを用いた助手主導の体腔内吻合の工夫

北川 祐資¹, 福長 洋介¹, 三城 弥範¹, 山本 匠¹, 上原 広樹², 井 翔一郎², 山田 典和², 五十嵐 優人², 森 至弘², 渡邊 純² (1.関西医科大学総合医療センター下部消化管外科, 2.関西医科大学附属病院下部消化管外科学講座)

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 5

[O6] 一般演題（口演） 6 体腔内吻合2

座長：横溝 肇(東京女子医科大学附属足立医療センター外科), 山岡 雄祐(兵庫県立がんセンター消化器外科)

[O6-1] 口ボット支援下手術と腹腔鏡下手術における体腔内吻合の短期成績の比較

富田 祐輔, 茂田 浩平, 大橋 弥貴子, 百瀬 ゆずこ, 門野 政義, 森田 覚, 岡林 剛史, 北川 雄光 (慶應義塾大学一般・消化器外科)

【背景】近年腹腔鏡下およびロボット支援下結腸切除術の普及に伴い、さらなる低侵襲手術の追求のために体腔内吻合（IA）が行われている。IAは、体腔外吻合（EA）と比較して腸管内容物の暴露に伴う感染のリスクを指摘される一方で、腸管牽引に伴う出血や腸閉塞などのリスク低減に寄与する可能性が報告されている。しかし、IAにおける腹腔鏡下とロボット支援下の短期成績を比較した報告は少ない。本研究では、当院における鏡視下結腸切除術におけるIAの短期成績について検討することを目的とした。

【方法】2015年～2024年までの期間において、当科で手術を施行した結腸癌を対象とした。ロボット支援下体腔内吻合（Ro-IA）と腹腔鏡下体腔内吻合（La-IA）の2群で比較した。Primary outcomeを術後合併症、術後入院日数、出血量、手術時間とし、統計学的解析を行った。

【結果】対象例は、Ro-IA群が26例、La-IA群が49例であった。患者背景因子について、性別は、男性/女性はRo-IA群: 11/15, La-IA群: 30/19($p=0.12$)、年齢はRo-IA群: 75(四分位: 61-80), La-IA群: 69(四分位: 58-78) ($p=0.47$)であった。腫瘍局在は、右側/左側がRo-IA群: 19/7, La-IA群: 48/1($p=0.001$)であった。術後観察期間の中央値は、Ro-IA群: 9.2ヶ月(四分位: 3.47-12.63), La-IA群: 47.6ヶ月(四分位: 25.67-71.03) ($p=0.001$)であった。手術時間は、Ro-IA群: 262±56.8分, La-IA群: 265±42.2分と有意差を認めなかったが($p=0.86$)、出血量ではRo-IA群: 6±3.9ml, La-IA群: 37±75.3分と有意差を認めた($p=0.001$)。術後合併症はRo-IA群: 2例, La-IA群: 12例であり($p=0.08$)、縫合不全/腹腔内膿瘍はRo-IA群: 1例, La-IA群: 3例認め、創感染はRo-IA群: 1例, La-IA群: 3例($p=0.47$)認めた。術後の腸閉塞/麻痺性イレウスは、Ro-IA群では認めなかつたのに對し、La-IA群では4例であった($p=0.33$)。Ro-IA群では、ロボット鉗子の固定に伴う操作性の向上が寄与している可能性がある。

【結語】Ro-IA群はLa-IA群に比して、術中出血量が有意に少なく、術後合併症も少ない傾向を認めた。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 5

[O6] 一般演題（口演） 6 体腔内吻合2

座長：横溝 肇(東京女子医科大学附属足立医療センター外科), 山岡 雄祐(兵庫県立がんセンター消化器外科)

[O6-2] 腹腔鏡・ロボット支援下結腸癌手術における体腔内吻合の治療成績

吉田 直裕, 高木 健太, 高松 正行, 久田 かほり, 古賀 史記, 仕垣 隆浩, 藤吉 健司, 大地 貴史, 吉田 武史, 主藤 朝也, 藤田 文彦 (久留米大学外科学講座)

背景：大腸癌手術では腹腔内汚染や腫瘍散布を回避するため体腔外吻合が基本であるが、腫瘍の部位・癒着・体格により体外へ腸管を誘導するために広範囲な授動が必要となる症例もある。体腔内吻合は腸管の剥離授動範囲が少なくてすむため体腔外での吻合が困難な症例に対して有効な吻合法であるが、手術成績や長期予後についてはまだ十分な報告はない。そこで今回、当院の体腔内吻合の短期・長期成績について検討した。

方法：当科で2017-2024年に腹腔鏡もしくはロボット支援下手術により根治手術を行ったStage I -IIIの結腸癌38例の臨床的特徴を明らかにし、体腔外吻合366例とpropensity score matching(PSM)を行い短期・長期成績について比較検討した。

結果：体腔内吻合の症例は右側結腸癌:26例・左側結腸癌:12例であった。術前深達度診断はcT1:21例・cT2:13例・cT3:4例、BMI:25以上の肥満症例は10例であった。ロボット支援下手術が7例で腹腔鏡下手術が31例であった。術式は、回盲部切除19例・結腸右半切除4例、結腸部分切除10例・S状結腸切除5例であった。体腔内吻合の吻合法は、overlap法:33例、機能的端々吻合:5例であった。PSM前では体腔内吻合群は右側結腸に多く($p=0.004$)、pT3以上($p<0.001$)やリンパ節転移陽性($p=0.003$)の症例が少なかった。PSMを行いマッチした両群38例ずつを比較したところ、手術時間は体腔内吻合群で長かった($p=0.012$)。体腔内吻合でPfannenstiel切開は12例に行なったが、Pfannenstiel切開を行なった症例では腹壁瘢痕ヘルニアの発生はなく、全例正中小切開を行なった体腔外吻合群と比較し有意に少なかった($p<0.0001$)。出血量($p=0.129$)・術後在院日数($p=0.235$)について有意差はなく、Cox比例ハザードモデルによる長期成績についても体腔内吻合は再発・生存ともに予後不良因子とならなかった($p=0.147, p=0.196$)。

結語：体腔内吻合は手技の時間短縮が課題であるが、治療成績については体腔外吻合と遜色はなかった。体腔内吻合はPfannenstiel切開を行うことで術後疼痛や腹壁瘢痕ヘルニアの発生を減らせる利点もあり選択肢の一つとなりうる。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 5

[O6] 一般演題（口演） 6 体腔内吻合2

座長：横溝 肇(東京女子医科大学附属足立医療センター外科), 山岡 雄祐(兵庫県立がんセンター消化器外科)

[O6-3] 口ボット支援下結腸癌手術における体腔内吻合と体腔外吻合の比較検討

松本 日洋 (イムス富士見総合病院)

対象と方法：

原発性結腸癌 (Ce-S) に対してロボット支援下結腸癌手術を施行した53例を対象とした。観察期間は34か月 (2022/6/1-2025/3/31) で短期成績と体腔内吻合 (IA) 、体腔外吻合 (EA) の手術的優越性を検討した。

結果：

IA群18例、EA群35例。性別：男性/女性IA群vs EA群8/10 vs 19/16例 ($p=0.569$)、年齢：68 vs 73歳 ($p=0.196$)、BMI：21.4 vs 21.5 Kg/m² ($p=0.309$)、ASA classification (I / II / III)：4/8/6 vs 13/20/2例 ($p=0.042$)、腫瘍局在(C/A/T/D/S)：4/8/1/3/2 vs 3/17/3/3/9例 ($p=0.461$)、術式(右側結腸切除/横行結腸切除/左側結腸切除)：12/0/6 vs 21/1/13例 ($p<0.01$)、吻合法：IA (over-lap) 18例、EA (FEEA / DST/Gambee) 16/2/17例、手術時間：340 vs 273 min ($p=0.012$)、コンソール時間：250 vs 135 min ($p<0.01$)、再建時間：46 vs 33 min ($p=0.042$)、出血量：0 vs 0ml ($p=0.23$)、郭清範囲(D1/D2/D3)：0/0/18 vs 0/5/30 ($p=0.206$)、腫瘍径：45 vs 33mm ($p=0.102$)、リンパ節郭清個数：17 vs 14個 ($p=0.428$)、pT (T0/T1/T2/T3/T4)：0/3/2/12/1 vs 2/7/4/20/2例 ($p=0.876$)、pN (N0/N+)：10/8 vs 24/11例 ($p=0.0792$)、p Stage (0 / I / II / III / IV)：0/5/5/5/3 vs 2/11/11/10/1 ($p=0.653$)、根治度 (R0/R1/R2)：15/3/0 vs 34/1/0 ($p=0.108$)、PM：80 vs 100mm ($p=0.32$)、DM：88 vs 60mm ($p=0.872$)、術後合併症C-D分類：Grade<III 2 vs 0 (麻痺性) 例 ($p=0.543$)、Grade \geq III 1 vs 0例 (腹壁出血) ($p=1.00$)、術後排ガス日：2 vs 2日 ($p=0.557$)、食事開始日：3 vs 3日 ($p=0.0561$)、術後在院日数5 vs 6日 ($p=0.125$)、WBC (1POD)：11720 vs 8600u/L ($p=0.0287$)、CRP (3POD)：6.01 vs 6.88/dL ($p=0.0526$)、Alb (術前値)：3.7 vs 3.8g/dL ($p=0.625$)。炎症と栄養の指標の評価 (術前値)：NLR、PNI、CAR、mGPS： ($p=0.267-1.0$)。多変量解析ではコンソール時間のみが有意差 ($p<0.01$) を示した。腹壁ヘルニア、腹膜播種は認めない。

結論：

体腔内吻合は短期間では良好で腹膜播種は認めてはいない。コンソール時間延長がみられ術者の負担が大きい。炎症栄養の因子の評価で術前に化学的前処置をすれば影響は少ない。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 5

[O6] 一般演題（口演） 6 体腔内吻合2

座長：横溝 肇(東京女子医科大学附属足立医療センター外科), 山岡 雄祐(兵庫県立がんセンター消化器外科)

[O6-4] 結腸癌に対する腹腔鏡下結腸切除術における体腔内吻合導入後の短期手術成績

浜辺 太郎, 牧角 良二, 柴田 真知, 佐々木 大祐, 福岡 麻子, 民上 真也 (聖マリアンナ医科大学病院消化器・一般外科)

結腸癌手術における体腔内吻合は広く普及してきている。当院では、2024年4月から体腔内吻合を導入した。導入以前は、前処置なしの前日入院で、体外での機能的端々吻合再建を基本としてきた。今回、体腔内吻合を導入し1年が経過するので、その短期手術成績を後方視的に検証し報告する。

対象は、2024年4月～2025年3月の1年間に、結腸癌の診断で腹腔鏡下結腸切除術、体腔内吻合を施行した42例。適応は前処置不能な症例を除く全例としている。

年齢71歳(42～95歳)。男性25例、女性17例。プレアルブミン23(10～39)。小野寺PNI46.7(28.5～58.3)。BMI21.8(13.9～35)。腫瘍局在は盲腸7例、上行結腸23例、横行結腸10例、下行結腸1例、S状結腸1例。術式は回盲部切除24例、結腸右半切除11例、結腸部分切除6例、S状結腸切除1例。再建はoverlap41例、FEEA1例。手術時間265分(177～410分)。出血量44ml(5～411ml)。術後住院日数12日(8～61日)。縫合不全は認めず、CDIIIa以上の合併症も認めなかった。合併症はCD IIのみで、イレウス6例、腹腔内膿瘍1例、腹腔内出血1例、SMV血栓1例、DVT1例、肺炎1例(重複あり)。

当院での腹腔鏡下結腸切除術における体腔内吻合は概ね安全に導入できていた。手術手技と共に報告する。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 5

[O6] 一般演題（口演） 6 体腔内吻合2

座長：横溝 肇(東京女子医科大学附属足立医療センター外科), 山岡 雄祐(兵庫県立がんセンター消化器外科)

[O6-5] 中規模施設で行う腹腔鏡下結腸切除術における体内吻合の短期成績

浅井 慶子, 久万田 優佳, 安達 雄輝, 唐崎 秀則, 稲葉 聰 (JA北海道厚生連遠軽厚生病院)

【はじめに】当院では年間約250-300例の全身麻酔管理手術,大腸癌原発切除手術は30-50例程度, 体腔内吻合 (IA) が適応となる症例は年間10例前後の中規模施設である. 2021年6月IAを導入し 2025年3月まで36例経験した. 【目的】術者のラーニングカーブ,合併症,予後等検討し当院のような中規模施設で今後どのように取り組んでいけば良いかを模索する 【対象】2021年6月から2025年3月までOA法3例導入したのちデルタ吻合へ変更して33例の計36例. 症例の体型・性別・部位は問わず,明らかなイレウス以外は対象とした. 【結果】腫瘍の位置(C/A/T/D)は(11/17/5/3). 術式は回盲部切除17例,結腸 (拡大) 右半切除15例,結腸左半切除4例. 手術時間中央値292(126-477)分,出血量中央値0(0-460)mlで吻合時間中央値23(10-62)分.grade3bの合併症は7・17例目で縫合不全であった. 術後再発はステージIVを除き,透析患者で術後補助化学療法を施行できなかった粘液癌症例とPS3で高次機能障害を伴う壊疽性胆囊炎併発症例に対して姑息的に切除し腹膜播種再発を認めた2例. 右側症例にはPfannenstiel切開を導入し6例経験したが腹壁瘢痕ヘルニア(Incisional hernia:IC)は認めていない. 膻切開では高BMI症例2例にICを認めた. 同時期に体外吻合FEEA施行した20例中1例にICを認めた 【考察】多くない症例数だが,過去の症例選択,手技で予後に悪影響は与えていないと思われる. 縫合不全2例の原因を検討後は吻合トラブルは起きていない. 縫合不全1例目はデルタではなくOL法であれば縫合不全は回避できたと考えている. ICは症例数が少なく差はないがPfannenstiel切開の方が筋膜閉鎖時見やすく運針もしやすい印象はあった. 前年度まで主な執刀医となるLAC経験のある中堅医師1-2人,専攻医,指導医で行い,手技は安定してきた. 今年度LAC経験のない中堅医師,専攻医,指導医というメンバーとなった. 人員に制限のある状況でも安全に指導しながら施行できる術式を選択していかなくてはいけないと思われる.

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 5

[O6] 一般演題（口演） 6 体腔内吻合2

座長：横溝 肇(東京女子医科大学附属足立医療センター外科), 山岡 雄祐(兵庫県立がんセンター消化器外科)

[O6-6] 結腸癌手術における体腔内吻合を習得する意義について考える

堀 直人^{1,2}, 松本 真実¹, 宮本 耕吉¹, 水野 憲治¹, 小寺 正人¹, 大石 正博¹ (1.鳥取市立病院外科, 2.岩国医療センター外科)

【はじめに】結腸癌手術における体腔内吻合はロボット手術の普及も相まって広まりつつある。当院では2023年10月に体腔内吻合を導入した。

【対象と方法】2023年10月から2025年1月までに当院で施行された予定手術のうち腹腔鏡もしくはロボット支援下に結腸切除を行った35例を対象とした。体腔内吻合群（以下IA群）15例の短期成績を検討し、体腔外吻合群（以下EA群）20例と比較検討する。

【結果】IA群の疾患内訳は原発性大腸癌12例、転移性大腸癌1例、LAMN追加切除1例、良性疾患1例。1例重複癌あり、吻合方法はデルタ吻合13か所、Overlap吻合3か所。吻合時間中央値は17分/67分でデルタ吻合が早かった（p=0.01）。上行結腸癌と下行結腸癌の重複癌を経験した。肥満かつ間膜が短縮しており体腔外吻合をすればかなり大きな皮膚切開が必要だったが、体腔内吻合を行いPfannenstiel切開から取り出すことで比較的小さな創にできた。同症例では今のところ腹壁瘢痕ヘルニアは起こっていない。EA群の疾患の内訳は原発性大腸癌19例、良性疾患1例。EA群と比べてIA群でロボットが多い傾向にあり（33% vs 15%, p=0.25）、Pfannenstiel切開が多かった（53.3% vs 0%, p<0.01）。他領域の同時手術はIA群3例（先述の重複大腸癌、胃切、胆摘）、EA群0例だった。手術時間に差はなく（259分 vs 251分, p=0.96）、出血量も差がなかった。皮膚切開長はIA群でやや短い傾向にあった（4.5cm vs 5cm, p=0.10）。初回排ガス/排便/歩行開始に差はなく、術後在院日数はIA群でやや短い傾向にあった（9日 vs 11日, p=0.38）。CD3以上の合併症に差はなかった（6.7% vs 10%）。

【考察】体腔内吻合のメリットの一つに結腸の授動範囲を体腔外吻合に比べて少なくできることが挙げられる。肥満症例、間膜の短い症例、胃や胆脾の術後で標本を体外に引き出すのが困難な症例では特に意味がある。SSIや腹膜播種が増加する懸念があるが、幸い今のところ経験はない。早期腸管蠕動回復、在院日数の短縮などのメリットは示せなかった。

【結語】授動範囲を少なくしたい症例や間膜が短縮している症例では体腔内吻合のメリットがあり、習得すべき手技であると考える。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 5

[O6] 一般演題（口演） 6 体腔内吻合2

座長：横溝 肇(東京女子医科大学附属足立医療センター外科), 山岡 雄祐(兵庫県立がんセンター消化器外科)

[O6-7] 短時間で共通孔を手縫い閉鎖するオーバーラップ法による体腔内吻合の短期・長期成績

渋谷 雅常¹, 丹田 秀樹¹, 大森 威来¹, 福井 康裕¹, 西山 毅¹, 小澤 慎太郎¹, 米光 健¹, 関 由季¹, 笠島 裕明¹, 西村 潤也², 井関 康仁², 福岡 達成², 西居 孝文², 前田 清¹ (1.大阪公立大学消化器外科, 2.大阪市立総合医療センター外科)

背景：結腸癌手術における体腔内吻合は授動範囲が最小限で済むことなどメリットも多いが、一方で手術時間の延長や腹腔内で消化管を開放することに伴う感染や播種のリスクも懸念される。我々は以前より両端針有棘縫合糸を用いた短時間での共通孔閉鎖手技を報告してきたが、現在では体腔内吻合の手技全体を定型化することで、外科専攻医が助手であったとしてもスピーディーな再建が可能となっている。今回、当科での定型化された手技を動画で供覧とともに、その短期・長期成績を報告する。

対象：ロボット支援下結腸癌手術を施行した52例のうち共通孔を両端針有棘縫合糸で手縫い閉鎖するオーバーラップ法で体腔内吻合を行った39例を対象とした。全ての症例に機械的・化学的前処置を施行した。リニアステイプラーに関して導入初期は術者が操作していたが、現在では助手が操作する手技で定型化している。標本の摘出は臍部の創から行っている。

結果：定型化後的小孔作成から吻合までの時間の中央値は4分41秒(4分36秒-5分1秒)、共通孔閉鎖に要する時間の中央値は11分56秒(7分19秒-17分32秒)であった。短期成績に関して、縫合不全は1例も認めず、腹腔内の炎症遷延が2例に、ポート創感染が1例に認められるのみであった。観察期間はそれほど長くないものの長期成績に関して、吻合部狭窄、正中創の腹壁瘢痕ヘルニア、腹膜播種を含む再発は1例も認めていない。

考察：共通孔を手縫い閉鎖する手技はステイプラーで閉鎖する手技と比較して、確実な全層縫合が可能なため体腔内吻合導入早期でも縫合不全のリスクが低く、また全層縫合を意識するあまり狭窄をきたすという不安も少ない。また、共通孔の閉鎖前に共通孔の遠位端に支持糸をかけ吊り上げることを定型化しているが、これにより消化液の漏出を防ぐことが可能となる。さらに消化管の開放時間を最小限にするため手技や使用する物品を工夫し定型化することにより、術後の感染性合併症を最小限にとどめることができると考えられた。

結語：当科で定型化している共通孔を手縫い閉鎖するオーバーラップ法による体腔内吻合は合併症も少なく有用な手技であると考えられた。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 5

[O6] 一般演題（口演） 6 体腔内吻合2

座長：横溝 肇(東京女子医科大学附属足立医療センター外科), 山岡 雄祐(兵庫県立がんセンター消化器外科)

[O6-8] 口ボット支援右側結腸癌における臍部ポートを用いた助手主導の体腔内吻合の工夫

北川 祐資¹, 福長 洋介¹, 三城 弥範¹, 山本 匠¹, 上原 広樹², 井 翔一郎², 山田 典和², 五十嵐 優人², 森 至弘², 渡邊 純² (1.関西医大総合医療センターアンダーライブ消化管外科, 2.関西医科大学附属病院下部消化管外科学講座)

背景: 右側結腸癌に対する口ボット支援下手術における消化管再建法は施設により様々であるが、当科では臍部の助手ポートを用いた助手主導の体腔内吻合と下腹部横切開からの標本摘出を行っているので、その手技と短期成績について報告する。方法: 第一ポートは臍切開下に開腹法で12mm腹腔鏡トロッカーパーを挿入する。Da Vinci Xi™ポートは左右下腹部、正中下腹部（後の検体摘出を兼ねる）と左上腹部に8mmを留置し、助手用5mmポートを左下腹部に設定する。手術は内側アプローチによるD3リンパ節郭清につづき、肝弯曲部のティクダウンから、外側、回盲部の順に体位変換なしで授動を行う。間膜処理後、ICGで血流温存を確認して臍部助手ポートからSignia™を用いて、また助手用5mポートから腹腔鏡用鉗子を使用して体腔内吻合を助手主導で行う。吻合法は解剖学的位置関係からoverlap吻合を行う。結果: 2025年3月までに上記術式で6例の口ボット支援右側結腸切除および助手主導体腔内吻合を実施した。内訳は盲腸癌4例、上行結腸癌2例であり、手術術式は回盲部切除5例、右半結腸切除1例であった。手術時間の中央値は186分、出血量の中央値は10gであった。経口摂取再開までの中央値は2.5日、入院期間の中央値は7.5日であり、1例で術後麻痺性イレウスを認めた。まとめ: 臍部に第一ポートを開腹法で挿入する方法は、定型的腹腔鏡手術手技と共にその後の口ボットポート設定も容易である。最終的に助手主導でこれを体腔内吻合に利用することは、時間短縮と助手の手術参加への意識が高まることに繋がり、また下腹部横切開からの標本摘出を行うことで、創感染リスクや術後ヘルニアの発生を低減できると考える。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 5

[07] 一般演題（口演） 7 炎症性腸疾患の治療

座長：松本 主之(岩手医科大学消化器内科), 渡辺 憲治(富山大学炎症性腸疾患内科)

[07-1]

アザチオプリンによる炎症性腸疾患の長期寛解維持効果の検討

野口 光徳 (野口胃腸内科医院)

[07-2]

潰瘍性大腸炎に対するリサンキズマブの使用経験

橋本 沙優里, 浅井 哲, 大館 秀太 (多根総合病院)

[07-3]

肛門外科初診後クローン病（CD）の診断がついた症例の検討

田中 玲子¹, 宮崎 道彦^{2,3}, 山田 真美², 高橋 佑典³, 河合 賢二³, 徳山 信嗣³, 加藤 健志³, 平尾 素宏³ (1.医療法人どうじん会道仁病院大腸肛門病センターIBD外来, 2.医療法人どうじん会道仁病院大腸肛門病センター外科, 3.国立病院機構大阪医療センター消化管外科)

[07-4]

Crohn病に対する生物学製剤の各種臨床病変に対する効果と副作用からみた治療方針の検討

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

[07-5]

クローン病関連直腸肛門管癌に対する診療上の課題

上神 慎之介, 中島 一記, 亀田 靖子, 新原 健介, 伊藤 林太郎, 土井 寛文, 久原 佑太, 宮田 桢秀, 大毛 宏喜, 高橋 信也 (広島大学大学院医系科学研究科外科学)

[07-6]

クローン病関連直腸肛門部癌の治療成績と課題

荻野 崇之¹, 関戸 悠紀¹, 深田 晃生¹, 辻 嘉斗¹, 竹田 充伸¹, 波多 豪¹, 浜部 敦史¹, 三吉 範克¹, 植村 守¹, 水島 恒和², 土岐 祐一郎¹, 江口 英利¹ (1.大阪大学大学院医学系研究科消化器外科, 2.獨協医科大学下部消化管外科)

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 5

[07] 一般演題（口演） 7 炎症性腸疾患の治療

座長：松本 主之(岩手医科大学消化器内科), 渡辺 憲治(富山大学炎症性腸疾患内科)

[07-1] アザチオプリンによる炎症性腸疾患の長期寛解維持効果の検討

野口 光徳 (野口胃腸内科医院)

背景：難治性潰瘍性大腸炎(UC)やクローン病(CD)患者にたいしてアザチオプリン(AZA)の寛解維持療法が保険適応となり19年が経過した。目的：当院でAZAの長期投薬を要した炎症性腸疾患(IBD)患者56名の寛解維持効果、投薬量、NUDT15遺伝子多型、モニタリングの評価を検討する。方法：2012年1月から2017年12月までにAZAによる治療を受けたIBD患者56名（UC：48名、CD8名）を対象とした。対象：平均41.7歳（30-65）罹病期間20.9年（7-29）AZA投与期間11.7年(5-20)。使用適応は、ステロイド依存性および抵抗性IBD患者、CD、UC患者に対するインフリキシマブ(IFX)との併用療法であった。結果：① 寛解導入療法は（タクロリムス5名、ステロイド56名、LCAP 12名、IFX 10名、アダリムバブ2名）であり、導入～維持療法移行期から、AZA25mg/dayで開始した。全例ステロイドを離脱した。② 葉酸代謝拮抗作用を目指し、末梢血MCVは平均94.1(85-99.8)に増加、白血球数4308(2500-7300)に抑制された。③ AZA投薬量は、48.4mg/day(12.5-125)(0.9mg/kg)、既報に比べ、低用量であった。④ AZA投与期間は平均14ヶ月(60-240)、妊娠や長期寛解で離脱した8例（60ヶ月）のうち、再燃した2例は再投与で改善した。⑤ サーベランスCFIにて指摘された大腸癌はUC 2例（UCAN/IFX併用9年、6年）で外科手術を施行した。⑥ AZAとの併用療法は（メサラジン 46名、IFX 10名、アダリムバブ 2名）⑦ AZA併用IFX治療例は、2次無効なく長期治療が可能であった。⑧ NUDT15遺伝子多型検査は全18例CCメジャーであった。⑨ 寛解維持効果：5例が再燃し、3例が抗体療法、2例がJAK阻害剤の治療に移行した。脾炎、脱毛などは認めなかった。結語：AZA維持療法は、併用療法のため低用量で効果があった。NUDT15多型を投与前に確認し、白血球数やMCV測定で、服薬の確認や効果判定が可能であった。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 5

[O7] 一般演題（口演） 7 炎症性腸疾患の治療

座長：松本 主之(岩手医科大学消化器内科), 渡辺 憲治(富山大学炎症性腸疾患内科)

[O7-2] 潰瘍性大腸炎に対するリサンキズマブの使用経験

橋本 沙優里, 浅井 哲, 大館 秀太 (多根総合病院)

【諸言】ヒト化抗ヒトIL-23p19モノクローナル抗体であるリサンキズマブは、既存治療で効果不十分な中等症から重症の潰瘍性大腸炎(UC)に対する寛解導入および維持療法として2024年6月に適応追加承認された。今回、当院でリサンキズマブによるUCの治療を2例経験したため報告する。

【症例1】37歳男性。2019年9月、下血を契機に施行した下部消化管内視鏡検査(CS)で左側大腸炎型UCと診断された。5-アミノサリチル酸(5-ASA)経口薬4,800mg/日および坐剤1g/日で治療を開始したが、寛解と再燃を繰り返し、2022年11月には全大腸炎型に進展した。その後も5-ASA製剤による治療抵抗性のため、2024年4月に当院へ紹介された。プレドニゾロン(PSL)40mg/日で寛解導入を試み、アザチオプリン50mg/日で寛解維持を試みたが、ステロイド減量時の再燃とアザチオプリンによる肝障害が生じた。この時点でのpartial Mayo scoreは6点、CSではMatts Grade 3の炎症所見を認めた。アザチオプリン使用困難なステロイド依存例と判断し、リサンキズマブを導入したところ、12週後のpartial Mayo scoreは2点で寛解を達成し、32週経過後も寛解を維持している。

【症例2】33歳男性。2022年11月より血便があり、2023年1月のCSで全大腸炎型UCと診断された。5-ASA経口薬3,600mg/日で治療を開始したが効果不十分であり、PSL 30mg/日で寛解導入を行ったが改善せず、5-ASA中止後に症状改善がみられたため5-ASA不耐症と判断した。その後、PSLを漸減しつつアザチオプリン50mg/日で寛解維持を行い、一旦は良好な経過であったが、2024年8月に腹痛・下血が再燃した。partial Mayo scoreは4点、CSではMatts Grade 3と増悪を認めたため、リサンキズマブを導入した。12週後のpartial Mayo scoreは0点で寛解を達成し、32週経過後も寛解維持されている。

【結語】新規薬剤の使用経験を2例経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 5

[07] 一般演題（口演） 7 炎症性腸疾患の治療

座長：松本 主之(岩手医科大学消化器内科), 渡辺 憲治(富山大学炎症性腸疾患内科)

[07-3] 肛門外科初診後クロール病（CD）の診断がついた症例の検討

田中 玲子¹, 宮崎 道彦^{2,3}, 山田 真美², 高橋 佑典³, 河合 賢二³, 徳山 信嗣³, 加藤 健志³, 平尾 素宏³ (1.医療法人どうじん会道仁病院大腸肛門病センターIBD外来, 2.医療法人どうじん会道仁病院大腸肛門病センター外科, 3.国立病院機構大阪医療センター消化管外科)

【はじめに】当院は年間約500件の肛門の手術を行っている。その中で肛門症状を主訴に受診され、後にCDと診断される患者が一定数いることから、2016年3月よりIBD外来を設立した。以後2025年3月までで22例のCD患者をIBD外来、肛門外科で連携し診療を行っている。それらを後方視的に臨床検討した。【患者】初診時年齢12歳から45歳、中央値20歳、男性20例女性2例。【初診時の症状】疼痛19例、腫脹13例、出血12例、分泌物11例（重複あり）。肛門狭窄のため便意頻回の訴えが1例あった。下痢を11例に認めた。体重減少を主訴に挙げる症例はなかったが、問診で8例に認めた。【肛門手術歴】IBD外来へ紹介される前に肛門手術を行ったものは19件（14例）、手術なしは8例(36%)であった。肛門手術は全例ドレナージ術（ドレーン有り8件）で裂肛、痔瘻根治術はなかった。【CDの診断経緯】下部消化管内視鏡検査(TCS)での診断は18例(82%)、それ以外は上部消化管内視鏡検査、小腸内視鏡検査（カプセルまたはダブルバルーン）、痔瘻部の非乾酪性類上皮細胞肉芽腫の検出で診断した。【IBD外来での経過】全例全消化管の検査を施行、疾患活動性(CDAI)を評価し、150未満が13例、軽症5例、中等症4例であった。CDAIが低くても診断時すでに小腸狭窄を有する症例が3例あった。ほとんどの症例で生物学的製剤(bio)を導入した（18例（82%））。年齢、多発あるいは深部痔瘻、腸管病変の範囲、CDAI、狭窄病変の有無に加えて患者本人の性格、通院頻度などを考慮しいずれのbioを選択するかを決定した。経過中痔瘻の二次口閉鎖や裂肛の瘢痕化を12例(約55%)に認めた。bioの一次あるいは二次無効で肛門病変の増悪を見た際には肛門外科へ再度紹介し、必要に応じて再ドレナージ術を施行した後治療強化、bioスイッチを行った（2例（9%））。【結語】CDの肛門病変は内科外科の連携診療が欠かせない。若年の肛門病変はCDの病変の可能性があるため、慎重な経過観察が必要で、ドレナージ術を行っても根治術は施行せず、速やかにTCSを初めとする精査が必要である。また、治療経過中肛門病変の悪化を見た際には早めにドレナージ、可能なら治療強化やbioスイッチを行う。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 5

[07] 一般演題（口演） 7 炎症性腸疾患の治療

座長：松本 主之(岩手医科大学消化器内科), 渡辺 憲治(富山大学炎症性腸疾患内科)

[07-4] Crohn病に対する生物学製剤の各種臨床病変に対する効果と副作用からみた治療方針の検討

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

【目的】 Crohn病治療には現在、分子標的薬が多く使用される。治療はtreat to targetの概念に基づいて各種の臨床病変に対する改善を目的として行われることが必要であり、今回はその治療効果を検討した。

【対象】 抗TNF α 抗体製剤を主とする生物学的製剤による治療を当科で開始し、6ヶ月以上経過した症例のうち、今回集計した239例を対象とした。初回投与からの観察期間は平均59ヶ月、投与継続期間（手術症例は手術時まで）は平均36か月であった。使用前の手術歴は83%、免疫調節薬併用は30%で、開始時の製剤はIFX49%、IFX BS14%、ADA36%、UST1%であった。治療対象とした臨床病変（重複を含む）は難治性病変（著しい狭窄、瘻孔を伴わない活動性病変）が113例、内瘻2例、腸管皮膚瘻44例、腸管出血後10例、難治性痔瘻を主とする難治性肛門病変15例、seton術後再発痔瘻7例、腸管切除後再発予防44例であった。

【方法】 治療効果の判定は経過中の手術施行の有無、画像検査所見、外瘻では閉鎖の確認を行った。

【結果】 1) 投与法：投与量増量、期間短縮、製剤変更などの使用法の変更が36%の症例で行われた（最終：IFX24%、IFX BS11%、ADA57%、UST7%、VED1%）。2) 治療効果：効果がなく手術施行例は44%で、主な手術適応は狭窄が36%、腸管皮膚瘻および内瘻33%、難治性病変20%であった。最終的な各種臨床病変に対する有効率は、難治性病変が41%、内瘻33%、腸管皮膚瘻32%、腸管出血後75%、難治性肛門病変27%、seton術後再発痔瘻33%であった、腸管切除後再発予防投与例の累積再手術率は38か月で30%であった。3) 副作用：15%で、主な副作用はinfusion reactionが18例、肺炎6例、肺結核4例、腸閉塞2例であった。

【結語】 Crohn病に対する抗TNF α 抗体製剤を主とする生物学的製剤の臨床病変に対する有効率は治療対象病変として多くを占めた難治性病変（著しい狭窄、瘻孔を伴わない活動性病変）、腸管瘻でそれぞれ約40%、30%と低かった。本剤の効果判定は臨床症状だけでなく各種病変の改善を画像検査で客観的に行う必要があり、改善の見られない病変に対しては手術を含めた他の治療法に早期に移行する必要がある。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 5

[O7] 一般演題（口演） 7 炎症性腸疾患の治療

座長：松本 主之(岩手医科大学消化器内科), 渡辺 憲治(富山大学炎症性腸疾患内科)

[O7-5] クローン病関連直腸肛門管癌に対する診療上の課題

上神 慎之介, 中島一記, 亀田 靖子, 新原 健介, 伊藤 林太郎, 土井 寛文, 久原 佑太, 宮田 杠秀, 大毛 宏喜, 高橋 信也 (広島大学大学院医系科学研究科外科学)

【目的】

クローン病(CD)関連直腸肛門管癌手術症例の治療成績を検討し, 診療上の課題を明らかにする。

【対象と方法】

2010年1月から2023年9月までの期間に, CDに対して腸管切除術を施行した429例のうち, CD関連直腸肛門管癌と診断された9例 (2.1%) を対象とし, その臨床病理学的特徴について後方視的に検討した。

【結果】

男性5例, 女性4例で, 癌診断時の平均年齢は49歳 (37-68歳) だった。癌診断までの平均罹病期間は22年 (1-47年), 肛門病変の手術既往は5例, 腹部手術既往は6例に認めた。診断契機は, 肛門痛が6例, 血便が3例 (重複あり) と, 約8割が自覚症状によるもので, サーベイランス内視鏡検査で発見された症例は2例にとどまっていた。9例中4例に対して術前化学放射線療法 (CRT) が実施され, 術式は腹会陰式直腸切斷術が7例, 肛門非温存大腸全摘術が2例に選択されていた。病理組織型は粘液癌が7例, 中分化型腺癌が1例, 高分化型腺癌が1例だったが, 分化型腺癌においても低分化成分や粘液癌成分の混在が認められた。最終病理診断は, (y)pStageI/II/IIIがそれぞれ2例/3例/4例であり, R0が6例, R1 (RMX 1例を含む) が3例だった。R1の3例は全て剥離断端 (CRM) 陽性であり, CDによる慢性炎症がその要因として示唆された。術後補助化学療法は, StageI/IIではR1の3例に, StageIIでは1例を除く全例に施行されたが, 8例 (77.8%) に再発を認めた。再発形式は, 局所再発が2例, 局所と遠隔転移再発が1例, 遠隔転移再発のみが5例で, 遠隔転移再発の頻度が高かった。術前CRTを施行した4例ではCRMは陰性だったが, 2例に局所再発を認めた。術後1年および2年の無再発生存率はそれぞれ88.9%, 25.4%であり, 中央値は23ヶ月で, 2年以内に半数以上が再発していた。また, 術後3年および5年の全生存率はそれぞれ87.5%, 29.2%と不良だった。

【結語】

CD関連直腸肛門管癌は粘液癌の頻度が高く, 術前CRTによる局所制御は十分ではなく, 術前化療法を併用した治療法も検討が必要である。また, サーベイランス内視鏡で診断された症例も進行癌であり, 治療成績向上のためには, 早期発見のためのサーベイランス法の確立が課題である。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 5

[07] 一般演題（口演） 7 炎症性腸疾患の治療

座長：松本 主之(岩手医科大学消化器内科), 渡辺 憲治(富山大学炎症性腸疾患内科)

[07-6] クローン病関連直腸肛門部癌の治療成績と課題

荻野 崇之¹, 関戸 悠紀¹, 深田 晃生¹, 辻 嘉斗¹, 竹田 充伸¹, 波多 豪¹, 浜部 敦史¹, 三吉 範克¹, 植村 守¹, 水島 恒和², 土岐 祐一郎¹, 江口 英利¹ (1.大阪大学大学院医学系研究科消化器外科, 2.獨協医科大学下部消化管外科)

【はじめに】 クローン病（Crohn's disease : CD）の患者数増加に伴い、慢性炎症を背景とするCD関連大腸癌の発症が増加している。本邦においては、CD関連癌の約8割が直腸肛門部に発生する。治療の基本は外科的切除であるが、肛門周囲の高度な線維化や複雑痔瘻の合併により、腫瘍と炎症性瘢痕の境界同定が困難となることが多く、断端陽性率が30%に達するとの報告もある。今回、当院におけるCD関連直腸肛門部癌に対する手術治療の成績とその課題について検討を行った。

【対象と方法】 2012年から2024年の間に、当院で手術を施行したCD関連直腸肛門部癌19例を対象とし、臨床病理学的背景、治療内容、術後経過について後方視的に検討した。各値は中央値（範囲）で示した。

【結果】 対象は男性16例、女性3例、手術時年齢は48.5歳（37～71）、CD罹病期間は23年（18～34）であった。腸管切除の既往は14例に認めた。診断契機は、肛門部症状が12例、サーベイランスによる発見が6例、偶発的発見が1例であった。術前に化学放射線療法（CRT）を施行した症例は7例であった。施行術式は直腸切断術10例、骨盤内臓全摘術6例、大腸全摘術2例、局所切除1例であった。併施術式としては、側方郭清10例、筋皮弁再建を伴う広範会陰切除6例、仙骨・尾骨合併切除3例が含まれた。手術時間は698分（45～1141）、出血量は550mL（0～8050）であった。術後合併症としては会陰部SSIが最多で6例に認められ、Grade 3以上の合併症は3例であった。病理組織型は粘液癌（mucinous carcinoma）が13例、腺癌（tub1）が3例、扁平上皮癌（SCC）が1例、異形成（dysplasia）が1例であった。切除断端評価は、R0が17例、R1が2例であり、CRT施行例は全例でR0切除が達成されていた。術後補助化学療法を施行した症例は4例であった。術後フォロー中にCDの病勢増悪を認め、生物学的製剤を再開した症例は3例であった。再発は6例に認められ、再発部位は局所3例、骨3例、肺1例、腹膜1例（重複あり）であった。

【まとめ】 CD関連直腸肛門部癌に対しては、診断精度の向上、拡大手術における適切な切除範囲および再建術式の選択、周術期治療が重要な課題であると考えられた。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:30 AM UTC Room 6

[O8] 一般演題（口演） 8 直腸癌に対する側方郭清1

座長：安野 正道(日産厚生会), 牧角 良二(聖マリアンナ医科大学消化器一般外科)

[O8-1]

当科における臨床的側方リンパ節転移陽性の下部進行直腸癌に対する治療成績

平田 篤史, 大平 学, 丸山 哲郎, 栃木 透, 岡田 晃一郎, 丸山 通広 (千葉大学先端応用外科)

[O8-2]

進行直腸癌に対する両側側方郭清と選択的側方郭清の治療成績

諸橋 一, 三浦 卓也, 須藤 亜希子, 脇田 健一 (弘前大学医学部消化器外科)

[O8-3]

側方リンパ節転移診断および予防的側方郭清と術前治療との関係性

成島 一夫¹, 外岡 亨¹, 早田 浩明¹, 天海 博之¹, 平澤 壮一朗¹, 千葉 聰¹, 磯崎 哲朗², 桑山 直樹¹, 加野 将之¹, 鍋谷 圭宏¹ (1.千葉県がんセンター食道・胃腸外科, 2.量子科学技術研究開発機構QST病院治療診断部)

[O8-4]

進行下部直腸癌に対する術前放射線治療後の側方リンパ節転移の後方視的検討

須藤 亜希子, 石澤 歩実, 小林 佳奈, 藤田 博陽, 三浦 卓也, 諸橋 一, 脇田 健一 (弘前大学大学院医学研究科消化器外科学講座)

[O8-5]

側方郭清は省略可能か、選択的郭清か：NCRT後直腸癌に対する側方郭清-至適戦略の検討

坂本 純一¹, 三浦 啓壽¹, 山梨 高広¹, 小島 慶太¹, 横田 和子¹, 横井 圭悟¹, 田中 俊道¹, 佐藤 武郎², 隅元 雄介³, 比企 直樹⁴, 内藤 剛¹ (1.北里大学医学部下部消化管外科, 2.北里大学医学部付属医学教育研究開発センター医療技術教育研究部門, 3.北里大学医学部一般・小児・肝胆膵外科学, 4.北里大学医学部上部消化管外科学)

[O8-6]

化学放射線療法後の直腸癌に対する選択的側方郭清と治療成績

白石 卓也, 清水 祐太朗, 遠藤 瑞貴, 細井 信宏, 塩井 生馬, 片山 千佳, 柴崎 雄太, 小峯 知佳, 岡田 拓久, 大曾根 勝也, 木村 明春, 佐野 彰彦, 酒井 真, 調 憲, 佐伯 浩司 (群馬大学大学院医学系研究科総合外科学講座)

[O8-7]

直腸癌局所再発症例に対する側方郭清の意義について

楠 誓子, 植村 守, 草深 弘志, 大崎 真央, 関戸 悠紀, 竹田 充伸, 波多 豪, 浜部 敦史, 萩野 崇之, 三吉 範克, 江口 英利, 土岐 祐一郎 (大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学)

[O8-8]

直腸癌術後側方リンパ節再発に対し腹腔鏡下側方リンパ節郭清を施行した4例

前田 文, 伊藤 俊一, 前田 新介, 谷 公孝, 腰野 蔵人, 近藤 侑鈴, 二木 了, 金子 由香, 番場 嘉子, 小川 真平, 山口 茂樹 (東京女子医科大学消化器・一般外科)

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:30 AM UTC Room 6

[O8] 一般演題（口演） 8 直腸癌に対する側方郭清1

座長：安野 正道(日産厚生会), 牧角 良二(聖マリアンナ医科大学消化器一般外科)

[O8-1] 当科における臨床的側方リンパ節転移陽性の下部進行直腸癌に対する治療成績

平田 篤史, 大平 学, 丸山 哲郎, 栃木 透, 岡田 晃一郎, 丸山 通広 (千葉大学先端応用外科)

【はじめに】

本邦では直腸癌の側方リンパ節転移陽性症例(LLN+)に対しては、TME+側方リンパ節郭清(LLND)が標準治療であるが、術後再発リスクは依然として高い。LLN+を含めた局所進行直腸癌(LARC)に対して、術前化学放射線療法(CRT)の局所制御効果が多く報告で示されている。当科では、cLLN+ (CT/MRIで短径5mm以上、PET-CTで異常高集積あり)に対して、原則として術前CRTを施行している。LLNDについては、術前CRT施行例では腫大側のみ郭清する選択的側方郭清を行っている。今回、当科における治療前にcLLN+と診断されたLARCの治療成績を検討した。

【対象と方法】

2005年7月より2024年12月までに当科で手術を施行した、cT3以深またはcN陽性のLARC 228例のうち、治療前にcLLN+と診断され、遠隔転移を認めず根治切除が可能であった47例を対象とした。これらの症例の全生存期間率(OS)、無再発生存率(RFS)、累積局所再発率(LRR)について検討を行った。

【結果】

年齢中央値 64(30-86)歳、男女比 31:16。術前治療なし 11例、術前CRT 31例、TNT 5例であり、pLLN+は17例(36.2%)であった。

pLLN+の予後は、5yOS 66.7%、5yRFS 29.3%、5yLRR 24.0%であり、pLLN-の5yOS 92.4%、5yRFS 76.7%、5yLRR 6.7%と比較して、極めて予後不良であった。

術前治療別に予後を検討したところ、術前治療なし群(11例)では、5yOS 81.8%、5yRFS 68.2%、5y LRR 24.2%であり、術前CRTまたはTNT群(36例)では、5yOS 83.2%、5yRFS 57.7%、5y LRR 8.9%と、術前CRTを施行した方が局所制御良好であった。

【まとめ】

cLLN+のLARCにおいて、術前CRTを施行することで局所再発リスクを減少させる可能性を認めたが、遠隔制御も含めた予後改善には限界がある。また、pLLN+は極めて予後不良であり、化学療法を組み合わせた集学的治療が必要であると考える。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:30 AM UTC Room 6

[O8] 一般演題（口演） 8 直腸癌に対する側方郭清1

座長：安野 正道(日産厚生会), 牧角 良二(聖マリアンナ医科大学消化器一般外科)

[O8-2] 進行直腸癌に対する両側側方郭清と選択的側方郭清の治療成績

諸橋 一, 三浦 卓也, 須藤 亜希子, 梶田 健一 (弘前大学医学部消化器外科)

【はじめに】

進行直腸癌に対する側方郭清の適応は腹膜翻転部以下のT3以深の症例に対してNeoadjuvant chemotherapy (NAC)後に両側の側方リンパ節郭清 (LLND) を行ってきた。近年、術前に Chemoradiotherapy (CRT) や Total neoadjuvant therapy (TNT) 後に選択的LLNDを行い、転移が疑われない側は放射線治療後に郭清を省略する方針を導入した。術前治療後のLLNDの治療成績を検討し、選択的LLNDと予防的側方郭清の意義について検討する。

【対象と方法】

対象は2014年1月から2025年5月までにLLNDを行った127例のうち、術前治療後にLLNDを行った106例とした。放射線治療を行わずにNACのみを行った非放射線NAC群 (A群) 86例と放射線治療群 (B群) 20例 (CRT12例、TNTが8例) の治療成績を後ろ向きに比較検討した。

【結果】

A/B群で年齢、性別、BMIに有意差は認められなかった。術式に有意差は認められなかったが、A群は両側、B群は片側の側方郭清が行われていた。平均手術時間は440/551分でB群が有意に長かった。平均出血量は50/50gで有意差はなかった。R0切除率は95/100%で有意差は認められなかった。全体の合併症発生率は両群に差はなかった。CD分類Grade3以上の術後合併症は8/15%でB群が有意に多かった。。3y-DFSは82/74% (p=0.509)、3y-OSは89/100% (p=0.727) であった。局所再発は13/0例でA群に局所再発が多かった。術前に側方リンパ節転移が疑われず、NAC+予防的郭清をした症例の側方リンパ節転移症例は2例 (4%) であり、何も側方領域に再発した。一方、選択的側方郭清を行った症例の側方リンパ節再発は0%であった。

【結語】

放射線治療後のロボット支援下LLNDは術後合併症が多い傾向にあった。長期治療成績は良好であった。放射線治療により予防的側方郭清を省略できる可能性があると考えられた。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:30 AM UTC Room 6

[O8] 一般演題（口演） 8 直腸癌に対する側方郭清1

座長：安野 正道(日産厚生会), 牧角 良二(聖マリアンナ医科大学消化器一般外科)

[O8-3] 側方リンパ節転移診断および予防的側方郭清と術前治療との関係性

成島一夫¹, 外岡亨¹, 早田浩明¹, 天海博之¹, 平澤壮一朗¹, 千葉聰¹, 磯崎哲朗², 桑山直樹¹, 加野将之¹, 鍋谷圭宏¹ (1.千葉県がんセンター食道・胃腸外科, 2.量子科学技術研究開発機構QST病院治療診断部)

【背景と目的】側方リンパ節(LLN)転移の診断基準は確率されておらず、予防的側方郭清(pLLND)は弱い推奨に止まる。またpLLNDと術前治療(NA)との関係も明らかでない。LLN転移診断およびpLLNDとNAとの関係を検討する。

【対象と方法】2013年から2024年まで進行下部直腸癌手術cStage II-III 135例。側方郭清(LLND)71例(うちpLLND 49例)。術前側方リンパ節転移陽性例(cLLN+)の診断基準はMRIで短径>7mm。当院のLLNDの適応は、cLLN+は全例LLNDを施行し、cLLN-でもLLNの腫大が目立つ症例にはpLLNDを施行している。NAは術前化学放射線療法(NACRT) 30例。

【結果】LLND 71例におけるcLLN+の病理学的側方転移陽性(pLLN+)診断精度はsensitivity 35.7%, specificity 70.2%, accuracy 63.4%であった。pLLND+ (n=49) vs pLLND- (n=64)を比較すると、患者背景は年齢67歳 (40-85) vs 71歳 (35-89) (p=0.053)、性別 (男性/女性) 38/11例 vs 39/25例 (p=0.07)、腫瘍径 48mm (21-92) vs 45mm (20-83) (p=0.11)、組織型 (分化/低分化) 47/2例 vs 61/3例 (p=1.0)、深達度 (cT1/2/3/4) 0/2/42/5 vs 2/3/56/2例 (p=0.33)、リンパ節転移 (cN0/1/2) 32/16/1例 vs 41/23/0例 (p=0.61)、進行度 (cStage II/III) 32/17例 vs 41/23例 (p=1.0)、NA(+/-) 4/45例 vs 14/50例 (p=0.07)。手術成績は、手術時間432分 (196-690) vs 339分 (220-631) (p<0.05)、出血量270 g (5-1840) vs 36 g (2-1350) (p<0.05)、全合併症(CD>III) 15例 (30.6%) vs 19例 (29.7%) (p=1.0)、術後在院期間13日 (8-45) vs 11日 (9-64) (p=0.37)。予後は、無再発生存率 (RFS) 5y-RFS 82.3% vs 73.0% (p=0.39)、疾患特異的生存率 (DSS) 5y-DSS 93.4% vs 87.3% (p=0.18)。

NA別に見たpLLND施行率はNA+ (n=16) vs NA- (n=95) 2例 (12.5%) vs 45例 (47.4%) (p<0.05) とNA+で有意に少なく、NA+/pLLND-(n=14) vs NA-/pLLND+(n=45) vs NA-/pLLND-(n=50)の予後は、5y-RFS 84.4% vs 83.6% vs 71.5% (p=0.32)、5y-DSS 100.0 vs 96.6% vs 85.8% (p=0.09) とNA+/pLLND-とNA-/pLLND+の予後がほぼ同等であり、NA-/pLLND-の予後が不良であった。

【結語】進行下部直腸癌cStage II-IIIにおけるNACRTは、予防的郭清と同等の効果と側方郭清の省略が期待できる。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:30 AM UTC Room 6

[O8] 一般演題（口演） 8 直腸癌に対する側方郭清1

座長：安野 正道(日産厚生会), 牧角 良二(聖マリアンナ医科大学消化器一般外科)

[O8-4] 進行下部直腸癌に対する術前放射線治療後の側方リンパ節転移の後方視的検討

須藤 亜希子, 石澤 歩実, 小林 佳奈, 藤田 博陽, 三浦 卓也, 諸橋 一, 桃田 健一 (弘前大学大学院医学研究科消化器外科学講座)

【背景・目的】進行下部直腸癌に対する側方リンパ節(LLN)転移は、診断や郭清を省略できる症例の基準は明らかでない。当科では進行下部直腸癌に対し術前治療を行っており、本治療によるLLN転移の抑制が期待される。当科における治療成績を明らかにすべく、後方視的検討を行ったので報告する。

【方法】2020年1月～2025年3月に、当科で術前後高解像度MRIにて評価し、術前放射線治療後に原発巣手術を受けたcStage II、III下部直腸癌58症例を対象とした。LLN転移の術前診断基準は、MRIにて短径5mm以上を陽性とした。MRI陽性症例で陽性側の側方郭清を併施した。

【結果】放射線単独群(RT)は15例、化学放射線療法群(CRT)は20例、化学療法と放射線療法を施行した群(NACRT)は23例であった。RTは有意に高齢で、線量は全例で25Gyが選択されていた。LLNについては、前治療前MRI陽性例(cLLN+)はRT5例(33.3%)、CRT10例(50.0%)、NACRT5例(21.7%)であった。cLLN-、前治療後陰性(ycLLN-)の症例は、RT10例(66.7%)、CRT10例(50.0%)、NACRT18例(78.3%)例で、観察期間中LLN転移再発は認めなかった。cLLN-、ycLLN+となった症例は観察期間中認めなかった。cLLN+、ycLLN-となった症例は、CRT5例(50.0%)、NACRT3例(60.0%)、RT1例(20.0%)であった。cLLN+、ycLLN+であった症例はCRT5例(50.0%)、NACRT2例(40.0%)、RT4例(80.0%)であった。cLLN+、ycLLN-となった症例の、病理学的陽性率はCRT0例(0%)、NACRT1例(33.3%)、RT0例(0%)であった。cLLN+、ycLLN+であった症例の、病理学的陽性率はCRT4例(80.0%)、NACRT2例(100%)、RT2例(50.0%)であった。2年生存率、無再発生存率に有意差はなかった。

【結語】cLLN+では、ycLLN-となっても、陽性側の側方郭清を要すると考えられる。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:30 AM UTC Room 6

[O8] 一般演題（口演） 8 直腸癌に対する側方郭清1

座長：安野 正道(日産厚生会), 牧角 良二(聖マリアンナ医科大学消化器一般外科)

[O8-5] 側方郭清は省略可能か、選択的郭清か：NCRT後直腸癌に対する側方郭清-至適戦略の検討

坂本 純一¹, 三浦 啓壽¹, 山梨 高広¹, 小島 慶太¹, 横田 和子¹, 横井 圭悟¹, 田中 俊道¹, 佐藤 武郎², 喰元 雄介³, 比企 直樹⁴, 内藤 剛¹ (1.北里大学医学部下部消化管外科, 2.北里大学医学部付属医学教育研究開発センター医療技術教育研究部門, 3.北里大学医学部一般・小児・肝胆膵外科学, 4.北里大学医学部上部消化管外科学)

【背景】本邦の大腸癌治療ガイドラインでは進行下部直腸癌に対して側方リンパ節郭清(LLND)が推奨されているが、術前化学放射線療法(NCRT)やtotal neoadjuvant therapyの普及によってLLNDの省略や選択的郭清が広がりつつあり、ガイドラインと実臨床との乖離が課題となっている。当院では治療前画像で短径7mm以上の側方リンパ節(LLN)腫大を転移陽性と判断し、NCRT施行後にLLNDを施行している。

【目的】NCRT後の下部進行直腸癌に対するLLNDの要否および郭清範囲の違いが予後に与える影響を検討し、その適応と至適郭清を明らかにする。

【対象と方法】2014年1月から2022年12月までに根治切除術を施行したNCRT後の下部進行直腸癌114例を対象とした。NCRTは、総線量45Gyの分割照射に、S-1及びCPT-11の併用投与を行った。LLN転移陰性例では側方リンパ節を含む小骨盤腔を照射範囲とした。LLN転移陽性例では原発巣及び直腸間膜リンパ節を照射範囲とし、治療後の縮小に関わらずLLNDを施行した。A群：腫大LLNなしでLLND省略(87例), B群：腫大側のみにLLND施行(15例), C群：両側にLLND施行(12例)の3群に分類し、治療成績を後方視的に比較検討した。

【結果】観察期間中央値は46.3(14.7-124.7)か月であった。LLND施行例(27例)中、病理組織学的LLN転移陽性は6例(22.2%)で、5例がB群に含まれていた。骨盤内再発は14例(12.3%)に認め、側方領域が最も多く6例(5.3%)、次いで後方領域5例、吻合部2例、前方領域1例の順であった。周術期合併症率に群間で差を認めなかった。3年全生存率はA群97.6%, B群93.3%, C群90.9%, 3年無再発生存率はA群71.1%, B群66.0%, C群50.0%で、有意差は認めなかった(それぞれp=0.91, p=0.383)。一方、A群ではB及びC群と比較して累積骨盤内再発率及び累積側方再発率はいずれも低率であった。B群ではLLND省略側の側方再発を3例(20%)に認め、いずれも全身転移を伴って局所制御困難であった。

【結語】NCRT後のLLN陰性症例に対するLLND省略は、局所制御の観点からも妥当な選択肢と考えられた。一方、LLN陽性症例においてはLLND省略側での再発を高率に認め、片側/両側郭清の選択において慎重な判断が求められる。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:30 AM UTC Room 6

[O8] 一般演題（口演） 8 直腸癌に対する側方郭清1

座長：安野 正道(日産厚生会), 牧角 良二(聖マリアンナ医科大学消化器一般外科)

[O8-6] 化学放射線療法後の直腸癌に対する選択的側方郭清と治療成績

白石 卓也, 清水 祐太朗, 遠藤 瑞貴, 細井 信宏, 塩井 生馬, 片山 千佳, 柴崎 雄太, 小峯 知佳, 岡田 拓久, 大曾根 勝也, 木村 明春, 佐野 彰彦, 酒井 真, 調 憲, 佐伯 浩司 (群馬大学大学院医学系研究科総合外科学講座)

背景：当院では直腸癌に対して術前化学放射線療法(CRT)を行うことで予防的側方郭清を省略してきた。一方、治療前に側方リンパ節(LLN)腫大を認めた症例に対しては腫大側の治療的側方郭清を行っている。

目的：直腸癌に対する術前CRT後の側方郭清の有無とその治療成績を明らかにする。

方法：2013年6月から2024年8月に腫瘍下縁が腹膜反転部より肛門側にあるcT3以深の直腸癌でCRTによる術前治療後に根治切除を予定した61例を対象に、側方郭清あり群(郭清群)と側方郭清なし群(省略群)の短期および長期治療成績を後方視的に比較検討した。

結果：年齢中央値(範囲)は62歳(23-79歳)で、男性49例(80.3%)、女性12例(19.7%)だった。郭清群は19例(31.1%)で、省略群は42例(68.9%)だった。郭清群は省略群と比べて手術時間は長かったが($p=0.031$)、出血量($p=0.913$)やCavien-Dindo分類gradeIII以上の合併症(0.146)、術後在院日数($p=0.743$)に有意差を認めなかった。郭清群のうち、LLN転移を認めた症例は8例(42.1%)で、片側郭清は13例(68.4%)に施行していた。また、治療的側方郭清として、LLNとともに内腸骨血管系や骨盤内神経を13例(68.4%)に合併切除していた。郭清群の局所再発は3例で、仙骨前面に2例、郭清後のLLN領域に1例の再発を認めた。省略群の局所再発は2例で、前立腺背側に1例、吻合部に1例と、省略したLLN領域に再発を認めなかった。観察期間の中央値(範囲)は29ヶ月(2-113ヶ月)で、郭清群と省略群の3年無再発生存割合(68.0% vs 69.0%, $p=0.921$)と3年全生存割合(87.5% vs 92.8%, $p=0.696$)に有意差を認めなかった。

結語：直腸癌に対して術前CRTを行うことで、治療前にLLN腫大を認めないLLN領域に対して側方郭清を省略することができ、その一方で治療前にLLN腫大を認めたLLN領域に対しては症例に応じて内腸骨血管系や骨盤内神経の合併切除を伴う治療的側方郭清による確実な側方郭清が重要である。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:30 AM UTC Room 6

[O8] 一般演題（口演） 8 直腸癌に対する側方郭清1

座長：安野 正道(日産厚生会), 牧角 良二(聖マリアンナ医科大学消化器一般外科)

[O8-7] 直腸癌局所再発症例に対する側方郭清の意義について

楠 誓子, 植村 守, 草深 弘志, 大崎 真央, 関戸 悠紀, 竹田 充伸, 波多 豪, 浜部 敦史, 萩野 崇之, 三吉 範克, 江口 英利, 土岐 祐一郎 (大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学)

背景

直腸癌局所再発(LRRC)症例では拡大手術を要することが多いが、当施設では郭清だけでなく血管走行を確認し安全に手術を行うために、初回手術時側方郭清非施行症例に対して原則として側方郭清(LLND)を追加している。骨盤内LRRC手術時の側方リンパ節の転移陽性率に関する報告は認めないため、本発表ではLRRC症例に対するLLNDの意義についてretrospectiveに検討する。

対象

2010年1月から2022年2月までに、182例のLRRC症例に対して手術を施行した。術前診断が側方リンパ節転移再発の33例を除いた149例のうち、病理標本の提出の際に原発巣と一緒にして提出しているため病理学的な検索が不十分な症例を除いた70症例について検討を行った。70症例の背景は、男性/女性がそれぞれ52/18例、再発手術時の年齢の中央値は61.5(31-85)歳、BMIは21.7(15.9-31.6)、ASA-PS ≥ 3 は5例であった。術前治療施行例は58例、初回手術時の原発巣は上部直腸/下部直腸/不明が30/35/5例、初回手術時のpStageは0-II/III-IV/不明が38/30/2例であった。術式に関しては腹腔鏡/開腹がそれぞれ52/18例であり、他臓器合併切除を伴うものが62例、仙骨合併切除を行ったものが36例であった。手術時間の中央値は723.5(348-1300)分で、出血量の中央値は765(0-17930)mlであった。また、Clavien Dindo分類Grade3以上の術後合併症は31例で認め、術後在院期間の中央値は41(15-253)日であった。70例のうち、側方リンパ節転移陽性となったものは7例、10%であった。側方リンパ節転移陽性/陰性群で、R0切除率($p=0.7043$)、術後治療の有無($p=0.6903$)に有意差は認めなかった。側方リンパ節転移陽性/陰性群で3年生存率は57.1/70.4%($p=0.2389$)、3年局所無再発生存率は51.4/62.1%($p=0.3294$)と有意差を認めなかつた(観察期間の中央値：35ヶ月)。

まとめ

LRRC症例において、一定の頻度で側方リンパ節転移陽性例が存在しており、LRRC症例の術式検討の際には留意すべきであると考えられた。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:30 AM UTC Room 6

[O8] 一般演題（口演） 8 直腸癌に対する側方郭清1

座長：安野 正道(日産厚生会), 牧角 良二(聖マリアンナ医科大学消化器一般外科)

[O8-8] 直腸癌術後側方リンパ節再発に対し腹腔鏡下側方リンパ節郭清を施行した4例

前田 文, 伊藤 俊一, 前田 新介, 谷 公孝, 腹野 蔵人, 近藤 侑鈴, 二木 了, 金子 由香, 番場 嘉子, 小川 真平, 山口 茂樹 (東京女子医科大学消化器・一般外科)

【背景】 下部直腸癌患者の16~23%に側方リンパ節(LLN)転移がみられる。日本のガイドラインではcT3/T4下部直腸癌に対して側方リンパ節郭清(LLND)を推奨しているが予防的LLNDの推奨は弱い。当院では短径7mm以上のLLNを有する症例にLLNDを行っている。最近2年間に術後LLN再発症例3例に根治的LLNDを施行したので報告する。

【症例1：43歳男性】 下部直腸癌に対して腹腔鏡下APRを施行した。pT3N2M0, pRM1で術後補助化学療法としてCAPOXを施行した。43ヵ月後に右LLN指摘され腹腔鏡下右LLNDを施行した。その19ヵ月後に左LLN転移を認め腹腔鏡下左LLNDを施行(手術時間OT247分, 出血量BL11g)した。組織学的に閉鎖リンパ節に転移を認めた。術後40ヵ月再発なく経過している。

【症例2：63歳女性】 中下部直腸癌に対し腹腔鏡下LARを施行した。pT3N2M0だが術後補助療法は施行しなかった。60ヵ月後にLLN再発を認め腹腔鏡下左LLND施行(OT214分, BL5g)した。組織学的に閉鎖リンパ節に転移を認めた。術後補助療法としてCAPOXを4コース施行、術後27ヵ月再発なく経過している。

【症例3：58歳男性】 下部直腸癌に対し腹腔鏡下ISRを施行した。pT3N1bM0で術後補助療法としてCAPOXを施行した。11ヵ月後に右LLN再発を認め、腹腔鏡下右LLND内腸骨動脈・静脈合併切除術を施行した(OT302分、BL15g)。組織学的に内腸骨リンパ節に転移を認めた。術後33ヵ月再発なく経過している。

【症例4：41歳男性】 下部直腸癌に対しロボット支援下括約筋間切除を施行した。pT2N0M0。24ヵ月後に左LLN転移を認め腹腔鏡下LLNDを施行した(OT176分, BL3g)。組織学的に閉鎖リンパ節転移を認めた。術後補助療法としてCAPOXを4コース施行、術後15ヵ月再発なく経過している。

【結論】 直腸癌手術におけるLLNDは、局所制御や生存率改善というベネフィットと手術侵襲や術後機能障害とのバランスを考慮し、個々に適応を決定すべきである。直腸癌LLN再発4例に対し腹腔鏡下サルベージ手術を施行したが安全に施行可能だった。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 6

[O9] 一般演題（口演） 9 ストーマ

座長：渡部 通章(厚木市立病院外科), 河野 真吾(順天堂練馬病院総合外科)

[O9-1]

一時的人工肛門造設時の合併症とその対策

碓井 彰大, 小杉 千弘, 首藤 潔彦, 森 幹人, 佐塚 哲太郎, 高柳 良介, 佐藤 駿介, 高木 大地, 清水 宏明 (帝京大学ちは総合医療センター外科)

[O9-2]

一時的人工肛門造設および閉鎖術における当院での手技の工夫と合併症の検討

須藤 有, 旗手 和彦, 鶴丸 裕司, 桑野 紘治, 大越 悠史, 大泉 陽介, 坂本 友見子, 森谷 宏光, 二渡 信江, 金澤 秀紀 (国立病院機構相模原病院外科)

[O9-3]

直腸癌手術における一時的人工肛門閉鎖の待機期間と短期成績の関連について

石黒 哲史, 田中 佑典, 塩見 明生, 真部 祥一, 小嶋 忠浩, 笠井 俊輔, 井垣 尊弘, 森 千浩, 高島 祐助, 坂井 義博, 谷田部 悠介, 辻尾 元, 横山 希生人, 八尾 健太, 小林 尚輝, 山本 祥馬 (静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

[O9-4]

左側大腸癌手術における予防的横行結腸ストーマ造設術

神 寛之, 守屋 拓実, 山田 貴大, 三橋 佑人, 内田 知顕, 木村 憲央, 加藤 雅志, 川嶋 啓明, 豊木 嘉一 (青森市民病院外科)

[O9-5]

全国の労災病院における大腸癌患者に対する治療と仕事の両立支援の取り組み

神山 博彦 (労働者健康安全機構東京労災病院外科)

[O9-6]

オキサリプラチンを含む大腸癌化学療法が原因と思われる人工肛門静脈瘤出血の1例

和田 英雄, 入江 久世, 赤崎 卓之, 上床 崇吾, 小島 大望, 宮坂 義浩, 渡部 雅人 (福岡大学筑紫病院外科)

[O9-7]

腹腔鏡下Sugarbaker法を施行した傍ストーマヘルニア2例

松永 篤志, 山下 真幸, 新井 賢一郎, 野中 雅彦, 木村 浩三, 川上 和彦, 中井 勝彦, 松田 聰 (松田病院)

[O9-8]

ストマ関連合併症で緊急手術を要した当科での経験

大谷 雅樹¹, 木村 慶¹, 福本 結子¹, 伊藤 一真¹, 今田 紗子¹, 宋 智亨¹, 片岡 幸三¹, 別府 直仁¹, 堀尾 勇規², 内野 基², 池内 浩基², 池田 正孝¹ (1.兵庫医科大学下部消化管外科, 2.兵庫医科大学炎症性腸疾患外科)

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 6

[O9] 一般演題（口演） 9 ストーマ

座長：渡部 通章(厚木市立病院外科), 河野 真吾(順天堂練馬病院総合外科)

[O9-1] 一時的人工肛門造設時の合併症とその対策

碓井 彰大, 小杉 千弘, 首藤 潔彦, 森 幹人, 佐塙 哲太郎, 高柳 良介, 佐藤 駿介, 高木 大地, 清水 宏明 (帝京大学ちば総合医療センター外科)

はじめに：

下部進行直腸癌の根治術の際、Bauhin弁から30cm口側の回腸で一時的人工肛門造設術を行っている。

目的：

一時的人工肛門造設術を行った症例におけるストーマ関連合併症を来たした症例の原因と対策、工夫を検討すること。

対象：

2023年1月から2025年5月までの期間で、直腸癌または大腸癌の手術の際、Diverting stomaを行った18例。

手技：

術前に左右上下腹部にマーキングをする。皮膚切開は約3cmで縦切開し、Skin bridge法で行っている。腹直筋の前鞘を十字に切開し、後で腸管が脱落しないようにするため、前鞘の頂点に針糸をかけておく。腹腔内に到達すると、口側腸管が尾側になるように、前鞘の針糸を腸管の側部にかけて固定する。次に口側が広くなるように7：3で腸管長軸と垂直に腸管を切開し、口側の腸管の高さが高くなるように針糸をかけ、反転固定を行う。

結果：

症例は直腸癌が16例（うち再発直腸癌が3例）、横行結腸癌、S状結腸癌（UCあり）がそれぞれ1例であった。男性9例、女性9例であった。年齢は中央値で66歳（48-86）。術式は超低位前方切除術が10例、低位前方切除術が4例、ISRが1例、大腸全摘が1例、人工肛門造設術が2例であった。4例（22.2%）に狭窄あり、1例（5.6%）に肛門側の腸管の脱落があった。狭窄症例のうち、3例は徐々に狭窄所見が増悪したため、3例のうち2例は、吻合部の縫合不全がないことを確認した後、人工肛門閉鎖術を行った。1例は原発巣の手術を行う際にストーマ閉鎖術を施行した。1例は腸管が一時的に浮腫んでいることが原因で、口側腸管にネラトンを通して徐々に軽快した。人工肛門脱落した症例について、再手術でストーマの位置を移動する手術を行った。

考察：

狭窄の原因は腸管の浮腫や捻じれの可能性はあるが、単純に腹直筋の前鞘の切開の長さが不十分であることが原因と考えられる。狭窄症状の症例を経験し、指3本でブジーするようにしてから狭窄を認めていない。脱落予防として、腹直筋前鞘と固定し、肛門側の腸管の高さを出していくことが重要と考える。

結語：

一時的ストーマ造設の合併症とその対策について検討した。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 6

[O9] 一般演題（口演） 9 ストーマ

座長：渡部 通章(厚木市立病院外科), 河野 真吾(順天堂練馬病院総合外科)

[O9-2] 一時的人工肛門造設および閉鎖術における当院での手技の工夫と合併症の検討

須藤 有, 旗手 和彦, 鶴丸 裕司, 桑野 紘治, 大越 悠史, 大泉 陽介, 坂本 友見子, 森谷 宏光, 二渡 信江, 金澤 秀紀 (国立病院機構相模原病院外科)

<諸言>直腸癌や憩室穿孔等に対し一時的人工肛門造設が行われるが、管理面の課題、ストマ関連合併症、人工肛門閉鎖術後の創部感染が問題となる。<目的>人工肛門造設と人工肛門閉鎖術の手術手技や合併症について検討し、当科の治療方針の妥当性を明らかにする。<方法>2020年4月～2025年4月に一時的人工肛門造設を施行した後に人工肛門閉鎖術を受けた39例を対象とした。<結果>一時的人工肛門は、全例双孔式回腸人工肛門であった。男：女 11:28、年齢中央値69歳（40-84）であった。原疾患は直腸癌27例、S状結腸憩室症5例、S状結腸癌2例、S状結腸穿孔2例、右側結腸癌3例であった。人工肛門造設から閉鎖術までの期間（中央値）は105日（35-322）、閉鎖術後入院期間（中央値）は9日（8-22）であった。人工肛門造設術はストマサイトマーキングを施行し、皮膚-腹膜経路が垂直になるよう留意している。口側と肛門側の比率は4：1とし、口側腸管は原則足側としている。腹直筋前鞘に固定は行わず真皮のみに固定し、肛門側腸管はスキンレベルで固定する。人工肛門閉鎖術は、まずストマ周囲の皮膚をポピドンヨードで消毒しストマを腹腔内に押し戻し皮膚を縫合閉鎖する。その後同部位周囲をイソジンスクラブにて消毒したのちに拭浄し、再度ポピドンヨードで消毒を行う。腸管吻合後創部を生理食塩水で加圧洗浄を行い、皮下に持続的陰圧ドレーンを留置し3層で創閉鎖を行なう。人工肛門造設後合併症は排便障害1例、排便過多1例、閉鎖術後合併症は腸管蠕動障害6例、下血1例、抗菌剤起因性腸炎1例）を認めた。創感染は認めなかった。<考察>ストマ造設時は単孔式ストマに近い形になりストマ装具はプレカット面板の使用することで患者のセルフケアが簡便化した。一方で視認性の低下による誤装着が散見された。一時的人工肛門造設および人工肛門閉鎖術の手術手技により術後合併症の低減や患者のQOL維持が可能であった。<結語>当科の人工肛門造設および閉鎖術の治療方針は妥当であった。今後は安全で確実なストマ管理体制の構築のため視認性改善と術後指導の工夫が求められる。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 6

[O9] 一般演題（口演） 9 ストーマ

座長：渡部 通章(厚木市立病院外科), 河野 真吾(順天堂練馬病院総合外科)

[O9-3] 直腸癌手術における一時的人工肛門閉鎖の待機期間と短期成績の関連について

石黒 哲史, 田中 佑典, 塩見 明生, 真部 祥一, 小嶋 忠浩, 笠井 俊輔, 井垣 尊弘, 森 千浩, 高島 祐助, 坂井 義博, 谷田部 悠介, 辻尾 元, 横山 希生人, 八尾 健太, 小林 尚輝, 山本 祥馬 (静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

【はじめに】

直腸癌手術において、一時的人工肛門閉鎖までの待機期間中に腸管粘膜の萎縮が進行し、術後の短期成績に影響を及ぼす可能性が指摘されている。

【目的】

直腸癌手術における一時的人工肛門閉鎖後の待機期間が、術後の短期成績に与える影響を検討する。

【対象と方法】

2021年1月から2024年12月までに当院で一時的回腸人工肛門造設後に人工肛門閉鎖術を施行した症例78例を対象とした。括約筋間直腸切除術は除外した。待機日数の中央値（4か月）を基準に、4か月未満に閉鎖した群をEarly Closure群（EC群）、4か月以上に閉鎖した群をLate Closure群（LC群）とし、両群間で短期成績を比較した。評価項目は、出血量、手術時間、術後住院日数、術後合併症、入院時止痢剤導入率、術後最高排便回数とした。

【結果】

対象はEC群28例、LC群50例であった。年齢、性別、BMI、ASA-PS、初回術式、吻合部の高さ、術前治療に両群間で有意差はなかった。一方、pStage III症例はEC群7例（25.0%）に対しLC群28例（56.0%）と有意に多く（ $p=0.02$ ）、術後補助化学療法の施行率もEC群1例（3.6%）に対しLC群21例（42.0%）と有意差を認めた（ $p<0.01$ ）。短期成績では、手術時間、出血量、在院日数、合併症、止痢剤導入率に有意差はなかったが、術後最高排便回数中央値はEC群7.5回に対しLC群12.5回と有意にLC群で多かった（ $p<0.01$ ）。LARS scoreの項目を参考に、術後最高排便回数が8回以上を頻回排便と定義し、術前治療、術後補助化学療法、吻合部の高さ、ストマ機能不全、待機日数を説明変数として単変量・多変量解析を実施した結果、LC群が頻回排便の独立したリスク因子として選択された（OR 3.50, 95%CI: 1.08–11.34, $p=0.04$ ）。

【結語】

一時的人工肛門閉鎖術における待機期間の延長は、術後の排便機能、とくに頻回排便に関連する可能性が示唆された。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 6

[O9] 一般演題（口演） 9 ストーマ

座長：渡部 通章(厚木市立病院外科), 河野 真吾(順天堂練馬病院総合外科)

[O9-4] 左側大腸癌手術における予防的横行結腸ストーマ造設術

神 寛之, 守屋 拓実, 山田 貴大, 三橋 佑人, 内田 知顕, 木村 憲央, 加藤 雅志, 川嶋 啓明, 豊木 嘉一 (青森市民病院外科)

【はじめに】左側大腸癌手術において予防的ストーマ造設では回腸ストーマを選択することが多いが、術後にhigh output stoma (HOS)、脱水、腎機能障害をきたす懸念があり、当院では2021年から横行結腸ストーマを第一選択としている。【方法と対象】2017年～2024年の期間に定時の左側大腸癌手術時に予防的ストーマ造設術を併施した症例について、回腸ストーマと横行結腸ストーマの手術成績を後方視的に比較検討した。【結果】回腸ストーマ造設 (I群) 38例、横行結腸ストーマ造設 (T群) 22例、年齢、性別では差を認めなかつたが、I群でASA 3以上の割合が多く ($P=0.04$)、BMI が高かった ($P=0.03$)。T群で腹腔鏡手術の割合が多く ($P < 0.01$)、出血量が少なかつた ($P < 0.01$) が、郭清度、手術時間は変わらなかつた。Clavien-Dindo Grade II 以上の合併症はI群で多く ($P=0.02$)、ストーマ出口症候群を含む腸閉塞が多かつた ($P=0.04$)。HOSはすべてI群でみられ (I群: 7例, T群: 0例, $P=0.04$)、一時的なeGFR低下が認められ (I群: 13%低下, T群: 1%低下, $P < 0.01$)、うち1例が慢性腎臓病へ移行した。T群では食事開始が早く (I群: 5日, T群: 3日, $P < 0.01$)、術後に要する補液が少なく (I群: 14日, T群: 6日, $P < 0.01$)、術後在院日数も短かつた (I群: 28日, T群: 19.5日, $P=0.03$)。手術後1年の時点でストーマ閉鎖していないのはI群2例、T群: 0例、ストーマ閉鎖術時の術後合併症は両群で有意差を認めなかつた。【結論】予防的横行結腸ストーマ造設術は現時点で大きな問題がなく、回腸ストーマ特有の合併症を回避するための選択肢になると思われた。手術時期、患者背景、手術アプローチなどに偏りがある後方視的な検討であるため、今後も症例を集め検討していきたい。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 6

[O9] 一般演題（口演） 9 ストーマ

座長：渡部 通章(厚木市立病院外科), 河野 真吾(順天堂練馬病院総合外科)

[O9-5] 全国の労災病院における大腸癌患者に対する治療と仕事の両立支援の取り組み

神山 博彦 (労働者健康安全機構東京労災病院外科)

【背景】 「治療と仕事の両立支援」は社会が取り組むべき課題として働き方改革実行計画に掲げられたほか、がん対策基本法にも盛り込まれている。全国の労災病院では「治療と仕事の両立支援」の医療機関における実践に取り組んできた。癌患者はいまだに離職率が高いうえ、大腸癌には人工肛門や集学的治療などがあり就労継続に際して支援が必要になることが多い。本検討では大腸癌患者に対する労災病院での両立支援について現状を報告する。

【対象】 2013年3月から2024年9月までの間に全国の労災病院で治療と仕事の両立支援を受けた患者のうちデータベース登録に同意が得られている症例を対象とした。

【結果】 癌患者に対する両立支援介入878例のうち、消化器癌は39%と最も多く、以下、乳癌30%、肺癌11%、婦人科癌6%、泌尿器癌4%などであった。復職率は癌全体で72%、消化器癌は68%、乳癌85%、肺癌60%、婦人科癌69%、泌尿器癌68%であった。消化器癌の内訳は直腸31%、胃24%、結腸23%、脾11%、肝5%、食道3%などとなっていた。手術率・化学療法率は直腸癌81%・61%、結腸癌78%・59%であった。直腸癌の放射線治療率は7%であった。人工肛門造設率は直腸癌40%、結腸癌12%であった。復職率は直腸癌76%、結腸癌78%であった。復職までの日数（中央値）はストマありが49.5日、ストマなし22日となっており、復職率はストマありが81%、ストマなし75%となっていた。

【考察】 直腸・結腸癌は消化器癌の両立支援介入例で最も多い。集学的治療や人工肛門造設といった侵襲の大きな治療があるが、人工肛門造設は離職率には影響していなかった。

【結語】 大腸癌に限らないが、治療と仕事の両立支援が医療機関で受けられるようになることが望まれる。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 6

[O9] 一般演題（口演） 9 ストーマ

座長：渡部 通章(厚木市立病院外科), 河野 真吾(順天堂練馬病院総合外科)

[O9-6] オキサリプラチンを含む大腸癌化学療法が原因と思われる人工肛門静脈瘤出血の1例

和田 英雄, 入江 久世, 赤崎 卓之, 上床 崇吾, 小島 大望, 宮坂 義浩, 渡部 雅人 (福岡大学筑紫病院外科)

人工肛門静脈瘤は人工肛門造設術後に、門脈圧亢進状態の症例に出現するまれな疾患で、人工肛門からの大量出血があって初めて診断されることが多い。

人工肛門静脈瘤は人工肛門造設術後に、門脈圧亢進状態の症例に出現するまれな疾患で、人工肛門からの大量出血があって初めて診断されることが多い。

今回、我々はオキサリプラチン（L-OHP）を含む化学療法を契機に門脈圧亢進症になったことが原因と思われる人工肛門静脈瘤出血の1例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

症例は67歳、男性。アルコール多飲や慢性肝疾患の既往なし。下部直腸癌に対して腹腔鏡下括約筋間直腸切除術を施行された。1年後に骨盤内再発と肝転移再発を認めたため、化学療法が施行された。SOX/bevacizumab (BEV) 療法を9コース施行され病勢は制御されていたが、骨盤内再発巣の感染による肛門痛が増強したため、化学療法を中断し人工肛門造設術を施行した。術後に炎症と疼痛の改善があり化学療法を再開したが、3コースが終了した後にストーマから大量出血があり、救急外来に搬送された。腹部造影CT検査にて人工肛門静脈瘤の出血と診断された。化学療法の開始前と比べて血小板低下、脾臓の腫大、および門脈系血管の腫大が認められており、L-OHP投与に関連した門脈圧亢進症が原因と考えられた。入院後は出血を繰り返したため、輸血と圧迫や縫合による局所的な止血を試みたが効果は一時的であった。静脈瘤塞栓術の適応と判断し経皮経肝静脈塞栓術（PTO：Per-cutaneous transhepatic obliteration）を選択した。PTOは腸間膜静脈造影を施行し、ストーマ静脈瘤につながる側副血行路を確認し塞栓術を行った。その後は造影CT検査にて静脈瘤の改善を認め、再出血は認められなくなった。退院後に化学療法をIRIS療法に変更してからも再発病巣の病勢制御はできており、止血処置から6か月が経過した現在まで再出血は認められていない。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 6

[O9] 一般演題（口演） 9 ストーマ

座長：渡部 通章(厚木市立病院外科), 河野 真吾(順天堂練馬病院総合外科)

[O9-7] 腹腔鏡下Sugarbaker法を施行した傍ストーマヘルニア2例

松永 篤志, 山下 真幸, 新井 賢一郎, 野中 雅彦, 木村 浩三, 川上 和彦, 中井 勝彦, 松田 聰 (松田病院)

【背景】

傍ストーマヘルニアはストーマ造設後にしばしば認められる合併症である。その外科治療は未だ確立されていないが、近年は腹腔鏡下手術の有用性が報告されている。今回われわれは腹腔鏡下Sugarbaker法を施行した傍ストーマヘルニアを2例経験したため報告する。

【症例1】51歳、男性。直腸癌に対して腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術後、傍ストーマヘルニアに対して1年後に手術を施行した。6cm径のヘルニア門に対して癒着防止付きメッシュを用いて17cm円形でSugarbakerメッシュを作成して留置固定した。

【症例2】

68歳、女性。直腸癌に対して腹腔鏡下ハルトマン術後、傍ストーマヘルニアに対して1年半後に手術を施行した。7.5cm径のヘルニア門に対して癒着防止付きメッシュを用いて16cm円形でSugarbakerメッシュを作成して留置固定した。2症例とも術後症状は改善しており、現在まで再発なく経過している。

【考察】

症例1からの工夫点として、症例2ではS状結腸をヘルニア囊内から可及的に剥離して牽引し、術後のsliding予防としてヘルニア門外側とS状結腸漿膜を連続縫合にて縫着を行った。また、腸管損傷、狭窄を注意しつつヘルニア門頭側の筋膜縫縮を行ったことでメッシュサイズは症例1より小さいサイズを留置固定することができた。

【結語】

傍ストーマヘルニアに対する腹腔鏡下Sugarbaker法は有用な術式であると考えられた。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 6

[O9] 一般演題（口演） 9 ストーマ

座長：渡部 通章(厚木市立病院外科), 河野 真吾(順天堂練馬病院総合外科)

[O9-8] ストマ関連合併症で緊急手術を要した当科での経験

大谷 雅樹¹, 木村 慶¹, 福本 結子¹, 伊藤 一真¹, 今田 紗子¹, 宋 智亨¹, 片岡 幸三¹, 別府 直仁¹, 堀尾 勇規², 内野 基², 池内 浩基², 池田 正孝¹ (1.兵庫医科大学下部消化管外科, 2.兵庫医科大学炎症性腸疾患外科)

はじめに：ストマ造設術は手技的に比較的易しい傾向にあり、専攻医や若手外科医が執刀する機会が多い術式である。しかしながら、体型や腸管の状態等による患者因子やストマ造設に至る術式や術者の手術手技等の手術因子の影響で、様々なストマ関連合併症が存在する。保存的に治療できる場合が多いが時に緊急手術を要するストマ関連合併症がある。我々はストマ関連合併症で緊急手術を行った症例をいくつか経験したので報告する。

症例1:

60歳男性。直腸癌に対して腹会陰式直腸切断術後に骨盤底ドレーンから便汁様排液を認め、精査でストマ穿孔が判明しストマ再造設術を施行した。

症例2:

78歳男性。前立腺癌術後再発で放射性治療後に放射線直腸炎を併発。S状結腸ストマ造設術施行し、術後3か月でストマ離開による大網脱出・壊死で来院され、壊死大網切除・ストマ修復術施行した。

症例3:

71歳男性。直腸癌膀胱浸潤に対して骨盤内臓全摘術を施行。初回手術から4年後に傍ストマヘルニア嵌頓を発症し、小腸部分切除術を施行した。

症例4:

69歳男性。絞扼性イレウスの診断で緊急手術施行したところ、原発不明癌・腹膜播種多数認め、小腸部分切除・双孔式回腸人工肛門造設術施行。術後1年で肛門側ストマ脱・肛門側ストマ粘膜の虚血あり、肛門側ストマの虚血部を切除・吻合するストマ形成術を施行した。

結語：ストマ関連合併症で緊急手術を行った症例を経験した。多少の文献的考察を交えて報告する。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 6

[O10] 一般演題（口演） 10 肥満症例における大腸手術の対策と成績

座長：澤井 照光(長崎大学生命医科学域), 齊藤 修治(横浜新緑総合病院消化器センター外科)

[O10-1]

BMI30以上の高度肥満大腸癌症例に対する手術の工夫と周術期成績の解析－多施設共同後ろ向き研究－

中西 良太¹, 安藤 幸滋², 沖 英次², 杉山 雅彦³, 上原 英雄⁴, 藤中 良彦⁵, 吉田 大輔⁶, 枝廣 圭太郎⁷, 川副 徹郎², 永井 太一朗¹, 蓮田 博文¹, 田尻 裕匡¹, 楠元 英次¹, 太田 光彦¹, 坂口 善久¹ (1.九州医療センター, 2.九州大学消化器・総合外科, 3.九州がんセンター消化管外科, 4.九州中央病院総合外科, 5.飯塚病院外科, 6.別府医療センター消化器外科, 7.錦病院)

[O10-2]

当科における肥満症例に対するロボット支援大腸手術の対策

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

[O10-3]

肥満患者に対する大腸癌ロボット手術

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

[O10-4]

右側結腸癌手術に対するロボット支援下手術、VFAを用いた周術期因子の検討

石井 正嗣, 新田 敏勝, 佐田 昭匡, 久保 隆太郎, 小宮 敦宏, 石橋 孝嗣 (春秋会城山病院消化器センター・外科)

[O10-5]

肥満症例に対するロボット支援腹腔鏡下結腸手術～ロボット手術の有用性と臨床的意義～

田子 友哉, 渡邊 賢之, 水谷 久紀, 筋野 博喜, 福島 元太郎, 久保山 侑, 笠原 健大, 真崎 純一, 永川 裕一 (東京医科大学消化器・小児外科学分野)

[O10-6]

BMI>30以上の肥満患者におけるロボット支援直腸切除術の工夫と現状

田中 裕人, 内間 恭武, 鹿川 大二郎 (中部徳洲会病院消化器外科)

[O10-7]

肥満直腸癌患者に対するロボット支援下低位前方切除術の短期治療成績の検討

寺石 文則^{1,2}, 高橋 立成¹, 岡林 弘樹¹, 宮宗 秀明¹, 大塚 真哉¹, 藤原 俊義², 稲垣 優¹ (1.NHO福山医療センター外科, 2.岡山大学消化器外科)

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 6

[O10] 一般演題（口演） 10 肥満症例における大腸手術の対策と成績

座長：澤井 照光(長崎大学生命医科学域), 齊藤 修治(横浜新緑総合病院消化器センター外科)

**[O10-1] BMI30以上の高度肥満大腸癌症例に対する手術の工夫と周術期成績の解析
—多施設共同後ろ向き研究—**

中西 良太¹, 安藤 幸滋², 沖 英次², 杉山 雅彦³, 上原 英雄⁴, 藤中 良彦⁵, 吉田 大輔⁶, 枝廣 圭太郎⁷, 川副 徹郎², 永井 太一朗¹, 蓮田 博文¹, 田尻 裕匡¹, 楠元 英次¹, 太田 光彦¹, 坂口 善久¹(1.九州医療センター, 2.九州大学消化器・総合外科, 3.九州がんセンター消化管外科, 4.九州中央病院総合外科, 5.飯塚病院外科, 6.別府医療センター消化器外科, 7.錦病院)

【背景】大腸癌手術症例においても高度肥満症例は手術難易度が高い。**【目的】**肥満症例に対する大腸癌術後短期成績を解析し、手術時の工夫について考察する。**【対象・方法】**多施設共同後ろ向き研究(関連7施設)。2021~2023年に大腸癌手術症例2503例のうち、術前治療症例、再発症例、緊急手術症例を除いた2186例。BMI \geq 30を肥満群とし(N=60、うちBMI \geq 35は17例)、非肥満群(N=2126)と比較した。**【結果】**背景因子：肥満群は非肥満群と比較して年齢が低かった(中央値：64歳 vs 73歳;P<0.0001)。糖尿病の頻度、結腸/直腸の割合、p-Stage、ASAは両群間で差がなかった。手術因子：肥満群は非肥満群と比較して手術時間が有意に長く(中央値 275分 vs 233分;P=0.003)、出血量も多かった(中央値 50g vs 17g;P=0.003)。術式別の解析では、結腸手術において差が大きく(右側結腸:手術時間中央値 285分 vs 213分;P=0.01、出血量中央値 60g vs 20g;P=0.003、左側結腸:263分 vs 228分;P=0.04、36g vs 14g;P=0.04)、直腸手術では両群間で差を認めなかつた(233分 vs 216分;P=0.29、18g vs 19g;P=0.33)。腹腔鏡手術率は同等で(両群88%;P=0.92)、開腹移行率も差がなかつた(両群1.6%;P=0.66)。肥満群の開腹移行理由は視野確保困難、手術時間超過であった(直腸癌、手術時間682分、N=1)。肥満群に剥離断端陽性症例は認めなかつた。術後短期成績：術後在院日数に差はなく(中央値12日 vs 12日、P=0.81)、Clavien-Dindo Grade \geq 2の術後合併症の頻度も差はなかつた(27% vs 20% ; P=0.29)。術後合併症のうち、創部感染(SSI)の頻度は肥満群で有意に高かった(12% vs 4%;P=0.02)。術後補助化学療法の施行頻度も両群間で差がなかつた(p-StageIIのうち62% vs 56%;P=0.86)。**【手術の工夫】**肥満症例は不十分な視野の中でメルクマルとなる構造物を正確に把握し、適切な剥離層を選択する必要がある。術前画像で腫瘍の局在や血管走行などについて十分に把握することはもちろん、視野の安定化のために微小出血を細かく止血する、間膜は小さく愛護的に把持し牽引による間膜の損傷を避ける、ガーゼを用いて組織を圧排し視野を確保するなどの工夫が必要である。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 6

[O10] 一般演題（口演） 10 肥満症例における大腸手術の対策と成績

座長：澤井 照光(長崎大学生命医科学域), 齊藤 修治(横浜新緑総合病院消化器センター外科)

[O10-2] 当科における肥満症例に対するロボット支援大腸手術の対策

井垣 尊弘, 真部 祥一, 塩見 明生, 田中 佑典, 笠井 俊輔, 小嶋 忠浩, 森 千浩, 高嶋 祐助, 石黒 哲史, 坂井 義博, 谷田部 悠介, 辻尾 元, 八尾 健太, 横山 希生人, 小林 尚輝, 山本 祥馬 (静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

【背景】肥満症例における大腸癌手術では、視野の確保や組織操作の難しさ、癒着や出血リスクの増加などにより手術難易度が高く、慎重な手技が求められる。当科においてはロボット支援手術を中心とした多角的な工夫により、肥満症例に対しても安全な手術を追求してきた。
【目的】当科における肥満症例に対する大腸癌手術の短期成績を提示し、ロボット支援手術の手術動画を供覧する。

【対象、方法】肥満症例に対し、術中工夫として十分な頭低位、入念な小腸排除や開腹用ガゼの活用、脂肪組織への愛護的な操作などの対策を実施してきた。また左側結腸授動では内側授動での層の同定が困難な場合に、下腸間膜動脈より頭側の下腸間膜静脈背側で内側授動を開始し正しい層を認識する、場合によっては外側アプローチを先行させるなど手術手順の工夫を行っている。

2018年4月～2025年3月に当科にて腹腔鏡手術（Lap）またはロボット支援手術（Ro）でS状結腸切除術もしくは高位前方切除術を施行した症例を対象とした。BMI \geq 25をObese群、BMI<25をnon-Obese群とし、Lap群、Ro群それぞれにおける短期成績（手術時間、出血量、術後在院日数など）を比較検討した。また、BMI群におけるLap群とRo群の短期成績を別途比較検討した。

【結果】non-Obese群はObese群と比較して手術時間（non-Obese群vs Obese群：Lap群166分vs 191.5分、p<0.001、Ro群：177分 vs 185.5分、p<0.001）、および出血量（Lap群：0ml (0–459) vs 0ml (0–991)、p<0.001、Ro群：0ml (0–243) vs 0ml (0–320)、p<0.001）において有意に良好であった。Obese群におけるアプローチ別（Lap群 vs Ro群）の比較では、手術時間は同等であったが、Ro群において有意に出血量が少なく、CD \geq 1以上の術後合併症がRo群において有意に少なかった。

【結語】肥満症例であっても術中操作の工夫により安全な手術が可能であった。特にロボット手術は安定した術野確保と精緻な操作性により、肥満による手術時間や出血量への影響を軽減し得る有効な手段であると考えられた。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 6

[O10] 一般演題（口演） 10 肥満症例における大腸手術の対策と成績

座長：澤井 照光(長崎大学生命医科学域), 齊藤 修治(横浜新緑総合病院消化器センター外科)

[O10-3] 肥満患者に対する大腸癌ロボット手術

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

肥満患者に対する大腸癌ロボット支援手術は多くの利点を有し、特に視野の確保や操作性の面で高い有用性が認められている。手術時間の延長や合併症リスク増加、腹部の脂肪により術野の視認性が低下しやすく、厚い腹壁による鉗子操作の制限など手術の難度は総じて高い。ロボット手術では、高解像度の拡大視野と手振れ補正機能、多関節の鉗子による精密な操作が可能であり合併症リスクを低減できる可能性がある。

また、出血点の視認性が向上し正確な止血操作が可能であること、体位の工夫（高度なトレーニングブルグ位）や気腹圧の調整、ロボットアームによる牽引で術野の確保がしやすい点も利点である。一方で、ポートサイトヘルニアやリモートセンサーのずれといった特有の問題もあり、術中の対処や工夫が求められる。

BMI高値例では、脂肪組織の多さから血管周囲や結腸間膜の操作に難渋することもあるが、ロボット手術では組織の緊張を画像で確認しつつ、把持・剥離操作を安全に進めることができるとなる。術中合併症予防のためには、体位に伴う圧迫部位の除圧や神経障害・褥瘡の回避にも注意が必要であり、麻酔科との連携、ロングポートの準備なども含めた多職種によるチーム対応が不可欠である。

当科で大腸癌に対してロボット手術を施行したBMI30以上の症例は18例だった。男性13例、女性5例、平均年齢59.3歳。腫瘍部位はC/A/T/S/Ra/Rbがそれぞれ1/2/2/2/3/8例だった。手術時間は中央値293分（210–701分），出血量は40.5g（0–580g）で側方リンパ節郭清例や切断術例で手術時間や出血量が多くなっていたが術後合併症は特に認めなかった。

以上のように、肥満患者におけるロボット支援下大腸癌手術は、従来法の課題を克服する手段として非常に有効であり、今後の普及とともにさらなる安全性と手術成績の向上が期待される。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 6

[O10] 一般演題（口演） 10 肥満症例における大腸手術の対策と成績

座長：澤井 照光(長崎大学生命医科学域), 齊藤 修治(横浜新緑総合病院消化器センター・外科)

[O10-4] 右側結腸癌手術に対するロボット支援下手術、VFAを用いた周術期因子の検討

石井 正嗣, 新田 敏勝, 佐田 昭匡, 久保 隆太郎, 小宮 敦宏, 石橋 孝嗣 (春秋会城山病院消化器センター・外科)

【緒言】大腸癌手術に対する肥満の影響を検討した報告では、一般的にBMIが指標として用いられるが、手術操作の難易度に影響を及ぼすのは内臓脂肪面積 Visceral Fat Area (VFA) であるとの報告がある。肥満症例は鏡視下手術の難易度を高め、周術期の治療成績に影響を及ぼすとされ、ロボット手術に対するVFAを用いた検討は少ない。

【目的】今回右側結腸癌に対するロボット支援化手術において、VFAを用いた肥満の影響を検討し、手術操作に影響を及ぼすかについて検討を行った。

【対象と方法】2023年1月から2025年12月まで、当科で右側結腸癌に対し、ロボット支援化根治術を行った53例を対象とした。術前腹部CTにて臍レベル (L3) の内臓脂肪面積Visceral Fat Area(VFA)を測定し、それぞれの指標からみた肥満の有無 (cut-off 100cm²以上を肥満群、日本肥満学会より) と手術時間、出血量および術後合併症について検討した。

【結果】VFA-肥満群は27例(VFA平均値134.3±38.2cm²)、VFA-非肥満群は27例(VFA平均値43±28.1cm²)であった。VFA-肥満群と非肥満群の比較検討では、VFA-非肥満群にて郭清個数の増加を認めた (20:29, P=0.005)、出血量や手術時間、術後合併症に有意差は認めなかった。

【考察】ロボット支援化右側結腸癌手術において、合併症発生に肥満の影響は認めなかつたが、VFA肥満群においては、VFA非肥満群と比較して郭清個数が少なく、郭清操作はより慎重に行う必要があると考えられた。

【結語】VFA肥満症例に対するロボット支援化右側結腸癌手術は、合併症発生リスクを上昇させず安全に施行可能であることが示唆された。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 6

[O10] 一般演題（口演） 10 肥満症例における大腸手術の対策と成績

座長：澤井 照光(長崎大学生命医科学域), 齊藤 修治(横浜新緑総合病院消化器センター外科)

[O10-5] 肥満症例に対するロボット支援腹腔鏡下結腸手術～ロボット手術の有用性と臨床的意義～

田子 友哉, 渡邊 賢之, 水谷 久紀, 筋野 博喜, 福島 元太郎, 久保山 侑, 笠原 健大, 真崎 純一, 永川 裕一 (東京医科大学消化器・小児外科学分野)

【背景】肥満症例は、視野確保や器械操作の制限、脆弱な脂肪組織への対応、術中出血リスクの増加など、腹腔鏡手術での技術的困難さや合併症の増加と関連する。こうした課題に対しロボット手術では、肥満症例で有用な内側アプローチにおけるロボット鉗子の優れた安定性は親和性が高く、また、術野展開鉗子の他に2本の助手鉗子も使用可能といった利点がある。さらに当院では、体腔内吻合や、把持・切離・止血と多用途に使用可能なDouble bipolar法を大腸領域でも症例に応じて導入している。今回、肥満症例におけるロボット手術の安全性および有用性を明らかにすることを目的とした。

【方法】2022年8月から2025年3月までに当院で施行されたロボット支援下結腸切除症例を対象とした。傾向スコアマッチングにより背景を揃え、正常体型(BMI<25)の患者(N群)と肥満(BMI≥25)の患者(O群)に分けて手術短期成績を比較した。

【結果】対象は209例で正常患者166例と肥満患者43例であった。術式の内訳は、ICR/PCR(A)/RHC/PCR(T)/LHC/PCR(D)/SCR/Hartmann/結腸全摘=64/15/33/7/13/7/58/9/3例であった。年齢、性別、術式の左右、手術難易度の高低(横行結腸が切除に含まれる術式を高難易度)を共変量として傾向スコアマッチングによりN群およびO群それぞれ39例が抽出された。手術成績は、手術時間(207 vs. 239 min, p=0.055), コンソール時間(137 vs. 164 min, p=0.146), 出血量(18 vs. 29 ml, p=0.180), D3郭清(23 vs. 27例, p=0.479), 体腔内吻合(11 vs. 14例, p=0.628), conversion(0 vs. 4例, p=0.115)といずれも有意差は認めなかった。病理学的因素では、採取リンパ節数(19 vs. 18個, p=0.332), PM(75 vs. 76 mm, p=0.375), DM(70 vs. 60 mm, p=0.057)にも有意差はなかった。術後成績についても、SSI(0 vs. 3例, p=0.240), 縫合不全(0 vs. 0例), Clavien-Dindo分類2以上合併症(5 vs. 5例, p=1.000), 全合併症(8 vs. 9例, p=1.000)と有意差はなかった。

【結論】肥満症例におけるロボット支援下結腸切除は、短期成績において正常症例と遜色なく安全に施行されていた。当院の工夫や成績とともに、その有用性および臨床的意義について報告する。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 6

[O10] 一般演題（口演） 10 肥満症例における大腸手術の対策と成績

座長：澤井 照光(長崎大学生命医科学域), 齊藤 修治(横浜新緑総合病院消化器センター外科)

[O10-6] BMI>30以上の肥満患者におけるロボット支援直腸切除術の工夫と現状

田中 裕人, 内間 恭武, 鹿川 大二郎 (中部徳洲会病院消化器外科)

【背景】直腸に対する手術アプローチは精緻な手術が可能となるためメリットは大きい。しかし肥満患者での骨盤内操作の難しさはロボット技術のみでは解決できない問題である。特に沖縄県は食生活の欧米化や車社会といった背景から肥満が社会問題となっており日々の診療の中でもBMI30を超える肥満患者に遭遇することも珍しくない。

【手技と工夫】

手術手技と工夫については以下のことを術者及び助手と協力し行っている。

体位固定確実に行い、体位変換を躊躇なく実施し小腸排除はガーゼを用い妥協せずに行っている。肥満患者では容易に解剖を誤認しうるため逐一解剖学的構造物を確認、チームで共有する。安全性の観点から視野外で鉗子先端が動かないように細かいカメラ操作を通常より意識する。内側アプローチは小腸排除が主に問題となるが切開した腹膜や鉗子シャフトを利用し小腸を排除することで同一の展開で可能な限り広く剥離を行う。それでも展開に難渋する場合はsmall triangulationを意識し、少しづつ術野を進める。展開に助手が必要な場合は助手用portの追加を行う。骨盤内操作では助手による牽引や吸引を最大限に活用する必要があり、助手からもロボットアームの操作について術者にフィードバックを行うように指導している。特に男性の肥満症例では直腸後腔は狭くカメラやアームの挿入に難渋しやすくカメラ汚染による手術の中断が起こりやすい。そのため温存すべき構造物を確実に確認した上で前方、左右を優先的に剥離する。また経肛門アプローチを使用する場合もある。

【検討】

当院で2022年11月から2025年3月までにロボット支援直腸切除術を施行したBMI 30以上の症例について後方視的に解析を行った。

【結果】 BMI 30以上のロボット支援直腸癌手術は、11例認めた。男性10例、女性1例であった。BMI の中央値は33であった。腫瘍の局在 (RS/Ra/Rb) は6/3/2例、手術時間中央値は323分、出血量中央値は50mLであった。術後合併症は7例で認めたがClavien-Dindo Grade3以上は1例であった。pStage(I/II/III/IV)は4/3/3/1例であった。

【結語】 肥満患者におけるロボット支援直腸癌手術の文献的考察を行い、当院の手技に関する工夫を供覧する。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 6

[O10] 一般演題（口演） 10 肥満症例における大腸手術の対策と成績

座長：澤井 照光(長崎大学生命医科学域), 齊藤 修治(横浜新緑総合病院消化器センター外科)

[O10-7] 肥満直腸癌患者に対するロボット支援下低位前方切除術の短期治療成績の検討

寺石 文則^{1,2}, 高橋 立成¹, 岡林 弘樹¹, 宮宗 秀明¹, 大塚 真哉¹, 藤原 俊義², 稲垣 優¹ (1.NHO福山医療センター外科, 2.岡山大学消化器外科)

【目的】 ロボット支援下低位前方切除術 (robot-assisted laparoscopic low anterior resection: RALAR) は、骨盤内の制限された空間でも安定した視野と精緻な操作性を提供し、特に肥満患者における技術的困難の克服に寄与すると考えられる。本研究では、肥満直腸癌患者に対する RALAR の手術手技を供覧し、短期成績を非肥満患者と比較検討し、その有用性と安全性を評価した。

【対象・方法】 2020年9月から2025年1月までに直腸癌に対して RALAR を施行した76例を対象とし、 $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ を肥満群 (27例) 、 $<25 \text{ kg/m}^2$ を非肥満群 (49例) として後方視的に解析した。両群間で患者背景、手術関連指標、術後合併症、在院日数、予後を比較した。

【結果】 年齢・性別に有意差はなかったが、ASA分類Class 2以上の割合は肥満群で有意に高かった (81.5% vs. 57.1%、 $p=0.03$)。術前治療実行率、手術時間、コンソール時間、出血量に両群間で有意差は認められなかった。Stapler使用回数が3回以上であった症例は肥満群で多い傾向があった (29.6% vs. 12.2%、 $p=0.06$)。術後合併症の発生率 (25.9% vs. 12.2%、 $p=0.13$)、Clavien-Dindo分類grade III以上の合併症 (11.1% vs. 8.2%) および縫合不全 (11.1% vs. 6.1%) に有意差はなく、術後在院日数も両群とも中央値9日であった。観察期間中央値21か月における3年全生存率は肥満群100%、非肥満群93.4%、3年無再発生存率はそれぞれ89.4%、91.6%で、いずれも有意差を認めなかった。

【結論】 肥満直腸癌患者に対する RALAR は、非肥満患者と比較しても手術安全性および短期～中期成績に差がなく、安全かつ有効な低侵襲手術手技として施行可能であることが示唆された。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:10 AM UTC Room 7

[O11] 一般演題（口演） 11 症例報告：転移再発

座長：井上 靖浩(特定医療法人同心会遠山病院外科), 神藤 英二(自衛隊中央病院外科)

[O11-1]

当院における切除不能進行再発大腸癌に対する免疫チェックポイント阻害薬の使用経験

鈴木 友里子^{1,3}, 佐久間 洋寿¹, 佐藤 智大^{1,3}, 高橋 龍平^{1,3}, 金生 直哉^{1,3}, 石野 淳¹, 牛尾 純², 大平 弘正³ (1.星総合病院消化器内科, 2.昭和医科大学江東豊洲病院消化器センター, 3.福島県立医科大学消化器内科学講座)

[O11-2]

MSI-H/dMMR結腸癌 4例に対する免疫チェックポイント阻害剤の使用経験

澤田 元太, 長江 歩, 藤野 志季, 谷澤 佑理, 文 正浩, 福永 浩紀, 森本 修邦, 森田 俊治 (市立伊丹病院外科)

[O11-3]

Nivolumab治療中の多発転移を有する悪性黒色腫に対し、治療抵抗病変である小腸転移の切除によって無増悪生存が得られた1例

邊見 和就, 玉井 皓己, 鄭 充善, 戎居 洋樹, 石丸 昂樹, 南浦 翔子, 辻村 直人, 森 総一郎, 西田 謙太郎, 吉川 幸宏, 大原 信福, 瀧内 大輔, 浜川 卓也, 辻江 正徳, 赤丸 祐介 (大阪ろうさい病院外科・消化器外科)

[O11-4]

当院におけるEncorafenibの使用経験

小笠 悠, 名西 健二, 有田 智洋, 清水 浩紀, 木内 純, 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 (京都府立医科大学消化器外科)

[O11-5]

S状結腸未分化癌術後遠隔リンパ節再発に対する6次治療後にアブスコバル効果を認めcCRとなつた一例

河野 香織, 宮北 寛士, 西田 莉子, 大宜見 崇, 茅野 新, 山本 聖一郎 (東海大学医学部付属病院消化器外科)

[O11-6]

透析中の切除不能、再発大腸癌に対して抗癌剤治療を行った2症例

本郷 久美子, 田島 佑樹, 大澤 桃香, 渡部 希美, 大谷 理紗, 室井 貴子, 西村 英理香, 林 啓太, 藤崎 洋人, 高野 公徳, 中川 基人 (平塚市民病院)

[O11-7]

両側側方リンパ節転移を有する直腸癌で術後5年以上の生存が得られた2例

小林 昭広, 山崎 信義, 久保 浩一郎, 森本 喜博, 小林 亮介, 佐藤 学, 浅井 大智, 林 和貴, 富田 直宏, 長谷川 圭, 柿本 應貴, 緒方 賢司 (千葉西総合病院外科)

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:10 AM UTC Room 7

[O11] 一般演題（口演） 11 症例報告：転移再発

座長：井上 靖浩(特定医療法人同心会遠山病院外科), 神藤 英二(自衛隊中央病院外科)

[O11-1] 当院における切除不能進行再発大腸癌に対する免疫チェックポイント阻害薬の使用経験

鈴木 友里子^{1,3}, 佐久間 洋寿¹, 佐藤 智大^{1,3}, 高橋 龍平^{1,3}, 金生 直哉^{1,3}, 石野 淳¹, 牛尾 純², 大平 弘正³ (1.星総合病院消化器内科, 2.昭和医科大学江東豊洲病院消化器センター, 3.福島県立医科大学消化器内科学講座)

【背景】免疫チェックポイント阻害薬（ICI）であるペムブロリズマブ（PEM）は、高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-H）の切除不能進行再発大腸癌に対する一次治療として推奨されている。MSI-H大腸癌に対するPEMと標準治療を比較する第III相試験ではPEMでの生存期間の有意な延長が示されており、一次治療で使用されていない場合は二次治療以降でもICIを用いた治療が推奨される。当院では現在までに、3例のMSI-H大腸癌に対しPEMを使用した。【症例1】92歳女性。直腸癌術後再発、30 mm大の転移性リンパ節腫大あり、原発巣はMSI-H、RAS野生型、BRAFv600E野生型であった。一次治療としてPEMを開始し、最良治療効果は部分奏効（PR）で、12コース実施した現在もPRを維持している。【症例2】88歳女性。回盲部癌、脾転移あり、原発巣はMSI-H、RAS野生型、BRAFv600E野生型であった。一次治療としてPEMを開始し、最良治療効果は完全奏功（CR）で、10コース実施した現在もCRを維持している。【症例3】68歳男性。直腸癌、傍大動脈リンパ節転移あり、RAS野生型、EGFR陽性であった。SOX+パニツムマブ、FOLFIRI+ラムシルマブ、レゴラフェニブ、TAS-102、TAS-102+ベバシズマブを施行したが、いずれも進行（PD）の判定となった。傍大動脈リンパ節からのEUS-TAでMSI-Hを確認し、六次治療としてPEMを開始した。最良治療効果はPRであったが、7コース実施した時点でPDとなり、全身状態増悪がみられ化学療法は終了、約4か月後に死亡した。3症例とも高齢者ではあったが、PEMによる有害事象は認めなかった。【考察】当院では、一次治療としてのPEMの治療効果は2症例とともにPR以上の奏効を得ており、有害事象なく経過した。現在、すべての大腸癌患者に対してMSI検査が推奨されているが、MSI-H大腸癌の頻度はStage IVで4%と報告され、非常に少数である。当院でも少数の治療経験に留まっており、今後更なる症例の蓄積が望まれる。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:10 AM UTC Room 7

[O11] 一般演題（口演） 11 症例報告：転移再発

座長：井上 靖浩(特定医療法人同心会遠山病院外科), 神藤 英二(自衛隊中央病院外科)

[O11-2] MSI-H/dMMR結腸癌 4例に対する免疫チェックポイント阻害剤の使用経験

澤田 元太, 長江 歩, 藤野 志季, 谷澤 佑理, 文 正浩, 福永 浩紀, 森本 修邦, 森田 俊治 (市立伊丹病院外科)

【はじめに】

近年、MSI-H/dMMR大腸癌に対する免疫チェックポイント阻害剤(ICI)について評価した臨床試験の結果が報告されている。これまでに当院で、MSI-H/dMMR大腸癌に対しICIを使用した4症例について報告する。

【症例提示】

症例①：83歳、女性。横行結腸癌に対し、X年11月腹腔鏡下横行結腸部分切除術施行。術後病理診断pT4aN0(0/12)M0 Stage IIbであり、補助療法を行わず経過観察となった。X+1年6月 CT検査にて左鎖骨上窩リンパ節再発(リンパ節 27×35mm)を指摘され、pembrolizumab開始。12コース終了時点のCTにて左鎖骨上窩リンパ節 8×8mmまで縮小し、25コース終了後で患者希望のため終了となった。25コース治療期間中に下痢G2を認めたが、G3以上の副作用は認めなかった。

症例②：73歳、女性。上行結腸癌、腹壁浸潤を認め(cT4bN2aM0 Stage IIIc)、切除断端陽性のリスクからneoadjuvantとしてpembrolizumab 6コース施行した。6コース治療中に副作用は認めなかった。最終投与6週後にロボット支援下回盲部切除術を施行、術後合併症はなく術後9日目で退院となった。術後病理結果でpCRを認めており、術後9か月で再発を認めていない。

症例③：78歳、女性。上行結腸癌、左鎖骨上窩リンパ節転移、傍大動脈リンパ節転移(cT4aN3M1a Stage IVa)の診断となり、pembrolizumabを開始。3コース終了時点のCT検査にて左鎖骨上窩リンパ節転移、傍大動脈リンパ節転移の著明な縮小を認めており、治療継続中。現時点まで副作用を認めていない。

症例④：86歳、女性。横行結腸癌、腹壁浸潤を認め(cT4bN1bM0 Stage IIIc)、切除断端陽性のリスクからneoadjuvant療法としてpembrolizumabを開始。3コース終了時点で、腫瘍の著明な縮小を認めており、今後原発巣切除予定となっている。pembrolizumab治療中に副作用は認めなかった。

【まとめ】

いずれの症例においても著明な腫瘍縮小効果を認め、G3以上の有害事象を認めなかった。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:10 AM UTC Room 7

[O11] 一般演題（口演） 11 症例報告：転移再発

座長：井上 靖浩(特定医療法人同心会遠山病院外科), 神藤 英二(自衛隊中央病院外科)

[O11-3] Nivolumab治療中の多発転移を有する悪性黒色腫に対し、治療抵抗病変である小腸転移の切除によって無増悪生存が得られた1例

邊見 和就, 玉井 翔己, 鄭 充善, 戎居 洋樹, 石丸 昂樹, 南浦 翔子, 辻村 直人, 森 総一郎, 西田 謙太郎, 吉川 幸宏, 大原 信福, 潤内 大輔, 浜川 卓也, 辻江 正徳, 赤丸 祐介 (大阪ろうさい病院外科・消化器外科)

【症例】 症例は78歳男性、2021年に右足底の悪性黒色腫を切除後、Nivolumab投与となっていた。2022年5月に左鼠径部転移、2023年3月に左上腕筋内転移に対して、それぞれ切除術を施行された。その他にも全身転移を認めていたが、増大なく治療継続となっていた。2023年6月のPET-CT検査で小腸にFDG集積を認めた。ダブルバルーン内視鏡で2/3周性の2型病変を認め、生検で悪性黒色腫の診断となった。また主病変の他にも黒色の箇所を散見したが、病理診断上は悪性所見を認めなかった。治療剤をDTICに変更後は腫瘍増大や新規病変は認めなかつたため、SDと判断して主病変のみ切除の方針とした。2024年1月に単孔式腹腔鏡下部分切除を施行した。術中所見では、主病変に加えて約20cm口側に黒色結節を確認したため、腫瘍から同結節を含むよう腸管切除した。病理所見では主病変に加えて、黒色結節も悪性黒色腫の小腸転移の診断となった。そのため、内視鏡で散見された黒色部は転移であり、残存している可能性が示唆された。術後経過は良好であり、術後11日目に退院となった。術後はDTICを再開したが、新規の転移や既知の転移の増大を認めず、術後5ヶ月で投与を終了した。現在、無増悪生存中である。

【まとめ】 Nivolumab治療中の多発転移を有する悪性黒色腫に対し、治療抵抗病変である小腸転移の切除によって無増悪生存が得られた1例を経験した。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:10 AM UTC Room 7

[O11] 一般演題（口演） 11 症例報告：転移再発

座長：井上 靖浩(特定医療法人同心会遠山病院外科), 神藤 英二(自衛隊中央病院外科)

[O11-4] 当院におけるEncorafenibの使用経験

小笠 悠, 名西 健二, 有田 智洋, 清水 浩紀, 木内 純, 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 (京都府立医科大学消化器外科)

【はじめに】 BRAFV600E変異陽性切除不能再発大腸癌に対するEncorafenibの使用経験を報告する。薬剤に関する略語は大腸癌治療ガイドラインに準ずる。

【症例1】 70歳女性, PS2

病理診断: A, tub2>por2>muc>pap, pT4aN2bM0

遺伝子変異: RAS野生型、BRAF変異陽性、pMMR

原発切除：ロボット支援腹腔鏡下回盲部切除(R-ICR) D3

補助化学療法：UFT+LV 4コース

肝・肺転移再発に対しFOLFOXIRI+BEV 4コース施行後Progressive Disease (PD)となり、二次治療としてENCO+CETを開始。14コース終了時にCEA 16.5→2.2ng/mL、CA19-9 418→34.4/mL、肝転移最大径24→5mmと最大治療効果を得た。51コース終了時に、脳転移に対する脳腫瘍摘出・ガンマナイフ療法施行後に脳梗塞を発症し原発術後23ヶ月で原病死した。

【症例2】 50歳女性, PS0

病理診断: A, tub2>>tub1, pT3N3M1a(H1, GradeC)

遺伝子変異: RAS野生型、BRAF変異陽性、pMMR

原発切除: R-ICR D3

肝切除①：腹腔鏡下肝部分切除 [CAPOX4コース後]

残肝・腹膜播種再発に対しFOLFOXIRI+BEV 6コースを施行後PDとなり、二次治療としてENCO+BINI+CETを開始。9コース終了時点でCEA 23.5→4.8ng/mL、CA19-9 1840→751U/mL、肝転移最大径19→5mm、腹膜播種も縮小した。肝切除②追加+化学療法休薬後に残肝再発、腹膜播種増悪、リンパ節・肺転移の出現を認め、ENCO+BINI+CETを再開。現在合計23コース終了時点でCEA 15.7→5.2ng/mL、CA19-9 708→155 U/mL、画像上の縮小も維持している。

【症例3】 74歳女性, PS2

病理診断: A, tub2>por2, pT4aN3M1c2(H1, Grade C, P2)

遺伝子変異: RAS野生型、BRAF変異陽性、dMMR

原発切除：R-ICR D3

術後FOLFOXIRI+BEV 4コース、Pembro 3コース施行するも、播種再発・肝転移の増大を認め、三次治療としてENCO+CET(-10%)を開始。現在4コース終了時点でCEA 172→10.5ng/mL、CA19-9 2579→143U/mL、肝転移最大径40→19.6mm、播種結節も縮小を維持している。

【まとめ】 いずれの症例でも重篤な副作用なく良好な病勢コントロールを得ており、

EncorafenibはBRAFV600E変異陽性の切除不能再発大腸癌に対して安全かつ有効であった。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:10 AM UTC Room 7

[O11] 一般演題（口演） 11 症例報告：転移再発

座長：井上 靖浩(特定医療法人同心会遠山病院外科), 神藤 英二(自衛隊中央病院外科)

[O11-5] S状結腸未分化癌術後遠隔リンパ節再発に対する6次治療後にアブスコバル効果を認めcCRとなった一例

河野 香織, 宮北 寛士, 西田 莉子, 大宜見 崇, 茅野 新, 山本 聖一郎 (東海大学医学部付属病院消化器外科)

【症例】 77歳、男性。 **【現病歴】** S状結腸癌に対し前医で2018年7月に腹腔鏡下S状結腸切除術を施行した。2019年2月に骨盤内リンパ節、大動脈周囲リンパ節への再発を認め、全身化学療法を開始した。1st lineでCAPOX+Bmab, 2nd lineでCAPEIRI+Bmab, 3rd lineで Irinotecan+Pmab, 4th lineで FTD/TPI+Bmab, 5th lineでRegorafenibを施行するもPDとなり、骨盤内リンパ節の制御が乏しくCRT(Chemoradiotherapy : 60Gy/30fr with S1)を施行した。CRT後に6th lineとしてFOLFIRI+RAMを施行したところ、骨盤内リンパ節だけでなく照射範囲外の大動脈周囲リンパ節、右頸部リンパ節の著明な縮小を認めた。6th lineを16か月継続後、cCRを維持していたため無治療経過観察とした。以後2年間、無治療経過観察でcCRを維持している。 **【考察】** 結腸癌の未分化癌は8%と比較的稀であり、5年生存率は20%程度と予後が悪い。本症例でも5th lineまで病勢制御は困難であったが、CRTを施行後、骨盤内リンパ節転移は著明に縮少し遠隔リンパ節の消失も認めた。アブスコバル効果は、放射線治療によって照射野外の病巣も縮小する極めて稀な現象であり、放射線治療から誘導された免疫系による抗腫瘍反応であると考えられている。2000年から2025年においてPubMedでキーワード colorectal cancerとthe abscopal effectで検索したところ、自験例以外認めなかった。極めて稀な現象を経験した。本症例について若干の文献的考察を加えて報告する。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:10 AM UTC Room 7

[O11] 一般演題（口演） 11 症例報告：転移再発

座長：井上 靖浩(特定医療法人同心会遠山病院外科), 神藤 英二(自衛隊中央病院外科)

[O11-6] 透析中の切除不能、再発大腸癌に対して抗癌剤治療を行った2症例

本郷 久美子, 田島 佑樹, 大澤 桃香, 渡部 希美, 大谷 理紗, 室井 貴子, 西村 英理香, 林 啓太, 藤崎 洋人, 高野 公徳, 中川 基人 (平塚市民病院)

【症例1】 80才女性。既往に脳梗塞、糖尿病、慢性腎障害、腹部大動脈瘤（AAA）があった。72才時に直腸癌に対して腹腔鏡下低位前方切除、回腸人工肛門造設を施行、病理組織学的にはT3N0Stage IIaと診断された。75才時に右側方リンパ節に再発を認め、同部位へ放射線照射を施行。77才時に骨盤内リンパ節、肺転移再発を認めたため、透析導入後に化学療法開始となつた。1コース目としてカペシタビン+ベバシズマブを開始、22カ月継続したが、肺転移増大を認めたため2コース目UFT内服を開始した。しかし緩徐な増大を認めるとともにADL低下を認めたため10カ月で中止とし、その10カ月後、80才で亡くなった。再発からの生存期間は60カ月であった。

【症例2】 83才男性。既往に末期腎不全による透析中、AAAを認めた。80才時、AAAフォロー中のCT検査で肺癌、転移性肝腫瘍を指摘された。精査の結果、肺腺癌、S状結腸癌を認め、肝腫瘍は肝生検の結果、S状結腸癌の転移、Stage IVであることがわかった。腸管の狭窄は来しておらず、肺癌に対して照射を施行後、1コース目としてカペシタビン内服を開始した。4カ月行うもPDとなり、2コース目にイリノテカン投与を開始、5カ月継続するもPDのため。3コース目としてイリノテカン+パニツムマブを開始。これは一時著効するも10カ月でPDとなつた。4コース目はイリノテカン+ベバシズマブを5カ月継続し縮小効果を認めていたが、副作用からレジメン変更し。5コース目パニツムマブ単独投与を2カ月行った。病変はPDとなつた上、ADLが落ちてしまったことから、抗癌剤投与を中止した。治療開始より約27カ月であった。

【考察】 透析中の切除不能、再発大腸癌の2症例に対して、抗癌剤治療を行った。いずれの症例とも投与量の調整、慎重な管理を必要としたが、化学療法を施行することで通常の症例とほぼ同等の腫瘍制御効果を得られた。特にベバシズマブ、パニツムマブは使用に際して減量の必要がなく、高い効果が得られたと考える。

【結語】 透析中の大腸癌化学療法では使用薬剤、投与量が限定されるが、治療を検討する価値がある。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:10 AM UTC Room 7

[O11] 一般演題（口演） 11 症例報告：転移再発

座長：井上 靖浩(特定医療法人同心会遠山病院外科), 神藤 英二(自衛隊中央病院外科)

[O11-7] 両側側方リンパ節転移を有する直腸癌で術後5年以上の生存が得られた2例

小林 昭広, 山崎 信義, 久保 浩一郎, 森本 喜博, 小林 亮介, 佐藤 学, 浅井 大智, 林 和貴, 富田 直宏, 長谷川 圭, 柿本 應貴, 緒方 賢司 (千葉西総合病院外科)

【はじめに】直腸癌における両側側方側方リンパ節転移は、進行例であり局所制御だけでなく遠隔再発防止が課題である。両側側方リンパ節転移を有する直腸癌で術後5年以上生存が得られた2例を報告する。

【症例1】56歳女性。直腸癌RaP、cT4b（肛門拳筋）N3（両側263D）M0。術前CapeOX 3コース施行。ycT4bN3M0、効果判定SD。原発と両側263Dリンパ節はほぼ不变（原発最大径50mm→47mm。右263D：19x13mm→17x11mm。左263D：11x10mm→10x9mm）。ロボット支援直腸切斷術（上方向D3,両側側方郭清）を施行。手術時間342分、出血量30ml。病理診断は、pT3N3 (5/58) M0。両側263D転移（右263D:1個、左263D：1個）を認めた。術後CapeOX5コースを行う。術後1年で両肺転移（切除不能）。抗癌剤治療を行い術後5年骨盤内再発は認めず生存中である。【症例2】46歳男性。直腸癌RbP、cT4b（前立腺）N3（両側283）M0。術前CapeOX4 コース施行。ycT4b（前立腺）N3（両側283）M0、効果判定SD（20%縮小）。原発と両側283リンパ節はともに縮小（原発最大径62mm→51mm。右283：22x15mm→15x14mm。左283D：20x16mm→16x13mm）。ロボット支援骨盤内臓全摘（上方向D3,両側側方郭清）を施行。手術時間533分、出血量590ml。病理診断は、type3, tub2>tub1, ypT3N3 (3/36) M0。両側283Dに1個ずつ転移を認めた。術後CapeOX4コースを行う。術後5年無再発性生存中である。

【考察】直腸癌で両側側方リンパ節転移例の治療成績は不良といわれている。集学的治療の導入により一定の治療効果が得られることが報告されている。症例1, 2では術前抗癌剤治療、TME+治療的両側側方郭清、術後化学療法が行われ5年生存が得られた。【おわりに】集学的治療により両側側方リンパ節転移例でも根治が得られる可能性がある。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:10 AM UTC Room 8

[O12] 一般演題（口演） 12 進行直腸癌の治療戦略1

座長：谷 達夫(長岡赤十字病院外科), 金子 由香(東京女子医科大学)

[O12-1]

当科で局所進行直腸癌に対し施行したTNTの短期・中期成績

岩谷 昭, 山崎 俊幸, 亀山 仁史, 窪田 晃, 延廣 征典, 佐藤 幸平 (新潟市民病院消化器外科)

[O12-2]

当科における局所進行直腸癌に対する治療成績

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

[O12-3]

当院におけるTNT治療成績と放射線増感剤を用いたNOMの効果

濱元 宏喜, 島 卓史, 庫本 達, 有馬 純, 朝隈 光弘, 李 相雄 (大阪医科大学一般・消化器外科)

[O12-4]

当院における局所進行直腸癌に対する術前化学療法の治療成績

深瀬 正彦, 須藤 剛, 望月 秀太郎, 佐藤 圭佑, 飯澤 肇 (山形県立中央病院外科)

[O12-5]

放射線治療を併用しない術前化学療法による高度進行直腸癌の治療経験

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

[O12-6]

cT4b結腸癌に対するNACの治療成績の検討

西村 潤也, 井関 康仁, 福岡 達成, 西居 孝文, 坂元 寿美礼, 金城 あやか, 丸尾 晃司, 谷 直樹, 濑良 知央, 江口 真平, 田嶋 哲三, 濱野 玄弥, 長谷川 肇, 村田 哲洋, 櫻井 克宣, 高台 真太郎, 久保 尚士, 清水 貞利, 西口 幸雄 (大阪市立総合医療センター消化器外科)

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:10 AM UTC Room 8

[O12] 一般演題（口演） 12 進行直腸癌の治療戦略1

座長：谷 達夫(長岡赤十字病院外科), 金子 由香(東京女子医科大学)

[O12-1] 当科で局所進行直腸癌に対し施行したTNTの短期・中期成績

岩谷 昭, 山崎 俊幸, 亀山 仁史, 窪田 晃, 延廣 征典, 佐藤 幸平 (新潟市民病院消化器外科)

【背景】近年、局所進行直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapy(TNT)が欧米では標準治療の1つとなっている。当科でもTNTを2021年3月より導入したが、2024年度版ガイドラインで日常臨床として行わないことが弱く推奨され、現在は原則行っていない。【目的】局所進行直腸癌に対し施行したTNTの短期・中期成績を検討する。【方法】対象は2021年3月から、2024年4月にTNTを開始した下部直腸癌21例。全例で長期放射線化学療法後に全身化学療法(CAPOX)を追加する、Consolidation Chemotherapyを行った。【結果】症例は男性14例、女性7例、年齢中央値62歳。cStageはIIa/IIb/IIc : 1/4/16例であった。全例で放射線化学療法は完遂でき、その後の全身化学療法は中央値で4コース行った。手術は16例に施行、アプローチは開腹/腹腔鏡/口ボット : 1/1/14例。術式はLAR/sLAR/pISR/APR : 2/5/2/7例。術後入院期間は中央値で12.5日、Clavien-Dindo分類Grade3以上の合併症は3例に認めた。手術症例でpathological complete response(pCR)は1例あり、clinical complete response またはnear complete responseと判断しNon operative management(NOM)を選択した症例は5例だった。NOM症例は今のところ再増大を認めず、pCRとNOMの合計は6例(28.6%)だった。観察期間は中央値で35ヶ月、局所再発は2例、遠隔転移は5例に認めた（重複あり）。【結語】TNTの多くは安全に施行できたが、術後出血で再手術を要した症例を経験した。再発症例も認め、今後も長期成績の検討が必要となる。TNTにより、手術及び永久人工肛門を回避できる症例も経験した。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:10 AM UTC Room 8

[O12] 一般演題（口演） 12 進行直腸癌の治療戦略1

座長：谷 達夫(長岡赤十字病院外科), 金子 由香(東京女子医科大学)

[O12-2] 当科における局所進行直腸癌に対する治療成績

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

【背景】局所進行直腸癌は手術の難易度が高く、再発率も高い。近年局所再発や遠隔転移再発の制御を目的とし集学的治療としてTotal neoadjuvant therapy(TNT)の有用性が報告されつつある。また術前治療後に臨床的完全奏功 (Clinical complete response: cCR) が得られた症例に対するnon-operating management (NOM) により臓器温存が期待されている。

【目的】今回当院における局所進行直腸癌の治療成績について報告する。

【対象と方法】当科では局所進行直腸癌に対し2007年までは術前加療は行っておらず、2008年から臨床試験として術前CRTを導入していたが、CRT施行症例で遠隔転移再発率が高いことから2021年から再発ハイリスク症例 (cT4,CRM≤1mm,cN2,EMVI+) 、または歯状線から近く肛門の温存が不可能で術前加療を希望する症例を中心にTNTを導入した。今回TNT導入後の2021年から2023年3月までのcStage II・IIIのRSを除く局所進行直腸癌を対象として治療成績を検討した。

【結果】術前治療なしの手術単独群（以下S群）が52例、TNTを施行した群（以下TNT群）は17例であった。腫瘍部位はS群Ra : Rb=31 : 21、TNT群でRa : Rb=4 : 13、cT因子はS群T1 : T2 : T3 : T4=5:5:32:10、TNT群T2 : T3 : T4=1:9:7、cN因子はS群N0:N1:N2:N3=33:15:4:0、TNT群N0:N1:N2:N3=2:5:6:4であった。Grade3 (CD分類) 以上の手術合併症はS群3.8%TNT群28.6%でTNT群に多かった。再発率はS群26.9%、TNT群11.8%であった。S群は1例の側方リンパ節再発を除き全例遠隔転移再発であり、TNT群は1例は局所再発、1例は局所+遠隔転移再発であった。また、TNT群では治療後にCRを得られた症例が5例（29.4%）あり、そのうち2例はNOMを選択し臓器温存が可能であった。

【結論】TNTはより進行した症例で行っており患者背景は異なるが、TNT群はS群と比較し再発率が低かった。S群は再発率が26.9%と高く、ほぼ全例が遠隔転移再発であったことから、術前後の集学的治療の個別化において検討が必要と考えられた。また、TNT群ではCR率が29.4%と良好であり、臓器温存が期待された。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:10 AM UTC Room 8

[O12] 一般演題（口演） 12 進行直腸癌の治療戦略1

座長：谷 達夫(長岡赤十字病院外科), 金子 由香(東京女子医科大学)

[O12-3] 当院におけるTNT治療成績と放射線増感剤を用いたNOMの効果

濱元 宏喜, 島 卓史, 庫本 達, 有馬 純, 朝隈 光弘, 李 相雄 (大阪医科大学一般・消化器外科)

【背景】局所進行直腸癌に対して、Total Neoadjuvant Therapy(TNT)の有用性が欧米を中心に報告されている。

【当院の治療方針】AV5cm以下の症例と高リスク因子を有する症例でTNTを施行し、CRT(50.4Gy+カペシタビン)と地固め化学療法 (CAPOX 4C) を標準治療としている。また、肛門温存を強く希望される場合、放射線増感剤(KORTUC)を用いて、cCR率の向上を目指している。TNT終了後、cCRであればNon-Operative Management(NOM)を行う。

【目的】当院における放射線増感剤であるKORTUCを用いたTNTの有効性と治療成績を明らかにする。また、KORTUC併用療法の安全性と局所制御に与える影響について検討した。

【方法】2023年7月から2024年5月までに当院でTNTを施行した進行直腸癌17例のうち、治療終了した13例を対象とし、TNT終了時点での治療効果をMSKCC criteriaに従い、効果判定した。KORTUC症例は、CRT開始後、RT20Gy経過後より週1回、大腸内視鏡下に12mlを腫瘍内に局注した。

【結果】TNT終了時点でのcCRは13例中7例 (54%) であり、7例全例でNOMとした。7例中2例でlocal regrowthを認めた（治療後3か月および6か月時点）が、2例ともR0切除が可能であった。Incomplete responseであった6例は全例、ロボット支援下手術を施行し (LAR: 3例、ISR: 2例、APR: 1例) 、全例CRM陰性であった。KORTUC併用療法は6例に施行し、4例 (67%) が治療終了後cCRであった。6例全例で重篤な有害事象は認めなかった。

【考察】TNTはハイリスク症例であっても、CRM陰性を達成することができ、局所制御に有望な治療選択肢である可能性がある。

【結語】進行直腸癌に対するTNTは、有効性と安全性の両面で一定の効果を確認できた。今後は症例の蓄積、長期成績の評価が必要である。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:10 AM UTC Room 8

[O12] 一般演題（口演） 12 進行直腸癌の治療戦略1

座長：谷 達夫(長岡赤十字病院外科), 金子 由香(東京女子医科大学)

[O12-4] 当院における局所進行直腸癌に対する術前化学療法の治療成績

深瀬 正彦, 須藤 剛, 望月 秀太郎, 佐藤 圭佑, 飯澤 肇 (山形県立中央病院外科)

【背景】直腸癌の治療成績向上のため術前CRTやTNTが行われつつあるが、放射線治療による合併症や肛門機能低下も懸念されている。当院では放射線治療を併用しない術前化学療法(NAC)を行っており、その有効性と安全性を検討した。

【対象】2012年から2023年にかけて当院でNAC後に根治切除を行ったstage I, IIの直腸癌20症例を対象とし後方視的に検討した。

【結果】年齢中央値は初回手術時68歳、男性16例、女性4例で腫瘍の占拠部位はRs/Ra/Rb/P : 2/5/8/5で、術前診断はT2/3/4 : 1/4/15、N0/1/2/3 : 1/7/5/7であった。術前治療としてFOLFOX/CapeOX/SOXが16例、FOLFOXorCapeOX+Cmabが3例、FOLFIRIが1例に行われ、術前画像評価ではPR13例、SD5例であったが、PDも2症例認めた。術式は全例開腹で行われ、HAR/LAR/ISR/APR/TPE : 1/7/5/5/2であった。7例に他臓器合併切除を要し、側方郭清は13例(65%)に行われ、手術時間は299分、出血量は36.5mlであった。術後合併症(≥IIIa)は3例(縫合不全、小腸穿孔、尿路感染)、術後在院日数は15日であった。病理学的にはypT0/1/2/3/4 : 1/1/2/10/11、ypN0/1/2/3 : 10/4/4/2であり、T因子、N因子とも13例(65%)にdownstageが得られていた。治療効果判定はGrade0/1a/1b/2/3 : 1/12/2/1で全例が剥離面陰性、進行度はstage 0/I/II/III/I : 1/1/8/10であった。補助化学療法は14例(70%)に行われていた。長期成績として5年無再発生存率は52.6%であり、再発部位は局所5例、肝1例、肺1例、腹膜1例、骨1例で、5年生存率は94.4%であった。

【考察】NACによりダウンステージが得られた症例が多く、短期成績は良好であった。一方で局所再発を認めた症例もあり、より強力な局所コントロールとしての集学的治療が求められる。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:10 AM UTC Room 8

[O12] 一般演題（口演） 12 進行直腸癌の治療戦略1

座長：谷 達夫(長岡赤十字病院外科), 金子 由香(東京女子医科大学)

[O12-5] 放射線治療を併用しない術前化学療法による高度進行直腸癌の治療経験

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

【はじめに】

局所および遠隔再発リスクの高い高度進行直腸癌に対し、当科では術前化学療法（NAC）を導入している。今回、膿瘍形成を含む高度進行例に対するNACの安全性と治療成績を後方視的に検討した。

【対象および方法】

2022年4月～2025年3月に当科で治療を行ったcT4b、cN2-3、膿瘍形成を伴う高度進行直腸癌14例を対象とした。遠隔転移を有する3例を含む。原則としてXELOX+ベバシズマブを4～6コース投与後、切除可能と判断した場合に手術を行い、照射は原則省略した。

【結果】

対象は男性11例、女性3例、年齢中央値62歳（36～77）。cT4b：10例、cN2-3：8例、膿瘍形成：5例（重複あり）。NAC後の治療効果はCR：1例、PR：12例、NC：1例であった。手術術式はLAR：4例、APR：6例、TPE：4例で、下部直腸癌に対してはLLNDを併施。Grade 2以上の術後合併症は3例（尿路感染2例、腎瘻造設1例）に発生。病理学的効果はGrade 0：1例、Grade 1a：8例、1b：2例、Grade 3：2例であった。ypStageは0：2例、II：2例、IIIc：7例、IV：3例。局所R0切除率は12/14例（86%）。術後補助化学療法は7例に実施。遠隔再発は5例（肺3、肝1、大動脈周囲リンパ節1）、骨盤内再発2例（#280リンパ節、会陰）であった。骨盤内再発は切除を実施した。

【考察】

膿瘍形成を含む高度進行例に対してもNACは感染の悪化を来すことなく安全に施行可能であり、R0切除率や局所制御は良好であった。一方で、5例に早期に遠隔転移再発を認め、化学療法強化の必要性が示唆された。

【結語】

高度進行直腸癌に対する術前化学療法は安全に施行可能であり、良好な局所制御を得たが、術後早期の遠隔再発例を認め、より強力な全身療法の検討が課題と考えられた。

一般演題（口演）

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:10 AM UTC Room 8

[O12] 一般演題（口演） 12 進行直腸癌の治療戦略1

座長：谷 達夫(長岡赤十字病院外科), 金子 由香(東京女子医科大学)

[O12-6] cT4b結腸癌に対するNACの治療成績の検討

西村 潤也, 井関 康仁, 福岡 達成, 西居 孝文, 坂元 寿美礼, 金城 あやか, 丸尾 晃司, 谷 直樹, 瀬良 知央, 江口 真平, 田嶋 哲三, 濱野 玄弥, 長谷川 賢毅, 村田 哲洋, 櫻井 克宣, 高台 真太郎, 久保 尚士, 清水 貞利, 西口 幸雄
(大阪市立総合医療センター消化器外科)

【はじめに】切除可能結腸癌に対する術前化学療法（以下NACと略）のエビデンスはまだ少なく、治療法および有効性が確立されていない。現在本邦では、JCOG2006試験「切除可能な局所進行結腸癌に対する術前mFOLFOX6療法と術前FOLFOXIR療法のランダム化第II相試験」が行われている。当院での進行結腸癌に対するNACの治療成績に関して検討した。【対象と方法】2014年から2021年にかけて当院で結腸癌手術を行った症例のうち、JCOG2006の対象症例（①cT4bかつcN+②cT3-T4aかつcN2/3）に該当する103例を対象とした。NAC施行群（以下、NAC群）8例と手術先行群（以下、OP群）95例の2群を後方視的に比較検討した。【結果】術前臨床診断に関して、NAC群は全例がcT4b症例であったのに対して、OP群はcT4b症例が43例（45%）、cT3-T4a症例が52例（55%）であった。NACレジメンに関してはXELOX療法が4例、mFOLFOX6+Panitumumab療法が3例、mFOLFOX6療法が1例に施行されていた。NAC施行回数の中央値は5(4-9)コースで、NAC終了時から手術までの期間の中央値は27(18-39)日間であった。NACの病理学的治療効果はGrade 1a:1b:2=2:2:4例であった。手術成績に関して、R0達成率はNAC群で88%、OP群で91%と有意差は認めなかった($p=0.57$)。合併症発生率はNAC群で13%、OP群で45%とNAC群で少ない傾向が見られ($p=0.13$)、術後在院日数中央値はNAC群が8.5日、OP群が12日であった($p=0.36$)。術後補助化学療法施行率はNAC群で75%、OP群で58%と差は見られず($p=0.47$)、3年無再発生存率はNAC群で88%、OP群で71%とNAC群でやや良い傾向が見られた($p=0.36$)。【結語】短期成績に関しては、NACを行うことにより術後合併症が減少し、在院日数が短縮化される傾向が見られた。長期成績に関しては、NACを行っても術後補助化学療法の施行率が低下することもなく、予後が改善する可能性が示唆された。今後さらなる症例の蓄積が期待される。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC  Room 5

[O13] 一般演題（口演） 13 痔瘻の診療

座長：宮本 英典(宮本病院外科・肛門外科), 大橋 勝久(大橋胃腸肛門科外科医院)

[O13-1]

IV型クローン痔瘻を単純化し、ダルバドストロセルの投与ができた2例

渡部 晃大, 加川 隆三郎, 吉村 直生, 伊藤 孝, 花田 圭太, 武田 亮二, 松下 貴和 (洛和会音羽病院外科)

[O13-2]

Parks分類で括約筋貫通型に分類される II L型痔瘻症例の検討

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

[O13-3]

複雑痔瘻における経肛門超音波検査の有用性の検討 - MRI検査と比較して -

森本 幸治¹, 小泉 岐博², 田村 周三¹, 久保田 和¹, 菅又 奈々¹, 金澤 周⁴, 左雨 元樹³, 大塚 新一¹, 久保田 至¹
(1.西新井大腸肛門科, 2.北千住大腸肛門クリニック, 3.新越谷肛門胃腸クリニック, 4.草加西口大腸肛門クリニック)

[O13-4]

Parks分類における痔瘻の進展経路は解剖学的構造のどこを指すのか

室生 晓¹, 中島 康雄², 秋田 恵一¹ (1.東京科学大学臨床解剖学分野, 2.森山記念病院大腸肛門外科)

[O13-5]

クローン病の肛門病変に対する診断と治療～外科の役割

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

[O13-6]

肛門周囲膿瘍、痔瘻症例におけるIBD合併症例の検討

植田 剛¹, 中本 貴透¹, 佐井 壮謙¹, 定光 ともみ² (1.佐井胃腸科肛門科, 2.南奈良総合医療センター外科)

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC □ Room 5

[O13] 一般演題（口演） 13 痔瘻の診療

座長：宮本 英典(宮本病院外科・肛門外科), 大橋 勝久(大橋胃腸肛門科外科医院)

[O13-1] IV型クローン痔瘻を単純化し、ダルバドストロセルの投与ができた2例

渡部 晃大, 加川 隆三郎, 吉村 直生, 伊藤 孝, 花田 圭太, 武田 亮二, 松下 貴和 (洛和会音羽病院外科)

緒言：ダルバドストロセル(Darvadstrocel, 以下DVS)は、成人の皮下脂肪組織から作成された非活動期または軽症の活動期クローン病患者の複雑痔瘻を治療する薬剤である。

今回、骨盤直腸窩膿瘍を形成したIV型クローン痔瘻に対してsetonゴムの留置を行うことで浅外肛門括約筋レベルの痔瘻に変換した症例に対してDVSの投与を行い、肛門病変の寛解を得られた2症例を経験したため、報告する。

症例1：18歳男性。17歳時にクローン病と診断された。内科的治療を開始するも、肛門病変のコントロールが不良であり、当科紹介となった。骨盤直腸窩膿瘍を形成する6時原発のIV型痔瘻の診断で、病勢コントロール目的のseton手術を行った。術7ヶ月後に骨盤直腸窩膿瘍は完全に消失し、浅外肛門括約筋レベル単純な痔瘻となった。腸管病変のコントロールが良好であり、setonゴムの抜去希望が強かったため、DVSを投与した。DVS投与後1ヶ月後に肛門部の腫脹があり、切開で漿液性の排液を認めたが、その後は再燃なく、DVS投与後4ヶ月で肛門症状は消失した。DVS投与後1年、痔瘻の再発は認めていない。

症例2：37歳男性。26歳時にクローン病と診断された。内科的治療で腸管病変のコントロールは良好となったが肛門病変のコントロールが不良であり、当科紹介となった。骨盤直腸窩膿瘍を形成する5時原発のIV型痔瘻の診断で、病勢コントロール目的のseton手術を行った。術5ヶ月後に骨盤直腸窩膿瘍は完全に消失し、浅外肛門括約筋レベル単純な痔瘻となった。setonゴム留置に強い嫌悪感があり、抜去希望が強かったため、DVSを投与した。DVS投与直後に振戦を認めたがすぐに消失し、術翌日に退院した。その後はすみやかに肛門部からの排膿は減少し、DVS投与後2ヶ月で排膿や疼痛といった症状は消失した。DVS投与後6ヶ月、痔瘻の再発は認めていない。

結語：今回、初診時にはIV型痔瘻であったが、seton手術で浅外肛門括約筋レベルの痔瘻に変換し、DVS投与に適した症例を2例経験した。setonゴムの長期的留置に強い抵抗感を示す患者もあり、DVSは難治性クローン痔瘻の寛解を目指す良い選択肢であると考えられた。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC □ Room 5

[O13] 一般演題（口演） 13 痔瘻の診療

座長：宮本 英典(宮本病院外科・肛門外科), 大橋 勝久(大橋胃腸肛門科外科医院)

[O13-2] Parks分類で括約筋貫通型に分類される II L型痔瘻症例の検討

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

本邦で広く用いられる隅越分類は原発巣の位置に基づいた分類であり瘻管の存在部位については曖昧であることから、内外括約筋間に原発巣を有する II L型痔瘻には多くのバリエーションが存在する。一方で、欧米で用いられるParks分類では内外括約筋間に原発巣を有する痔瘻を瘻管の走行に応じてIntersphincteric fistulaとTranssphincteric fistula（括約筋貫通型）とに分類している。

一般に II L型痔瘻は内外括約筋間に生じた原発巣から瘻管が筋間を下降し、皮下外括約筋を貫いて肛門周囲の皮下に至るものと考えるが、実地臨床においては原発巣から通常の低位筋間痔瘻より深い部位で外括約筋貫いて瘻管が走行する痔瘻が存在する。このようなParks分類で括約筋貫通型に分類される痔瘻を深いII L型痔瘻と定義した。

当院では痔瘻根治術の際、seton法、Lay open法、括約筋温存法を症例に応じてそれぞれの術者が選択している。今回、2021年1月から2024年12月の間に当院で単一の術者が痔瘻根治術を施行し深いII L痔瘻と診断した41症例について臨床的所見及び手術所見について診療録を参照して後方視的に検討した。

41症例のうち男性29例で女性12例、年齢は40歳（中央値:15-77）であった。原発口は前側12例、後側15例、左側8例、右側6例に認めた。30例に括約筋温存法、6例にseton法、2例にLay open法を施行した。括約筋温存法を行なった症例のうち2例で原発口閉鎖部が再開通したため外来診療中にseton法に移行したが再手術が必要となった症例はなかった。治癒までの日数は、括約筋温存法で78日（中央値:61-164）、seton法で286日（中央値:129-700）、Lay open法で152日（中央値:79-224）であった。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC ▶ Room 5

[O13] 一般演題（口演） 13 痔瘻の診療

座長：宮本 英典(宮本病院外科・肛門外科), 大橋 勝久(大橋胃腸肛門科外科医院)

[O13-3] 複雑痔瘻における経肛門超音波検査の有用性の検討 - MRI検査と比較して -

森本 幸治¹, 小泉 岐博², 田村 周三¹, 久保田 和¹, 菅又 奈々¹, 金澤 周⁴, 左雨 元樹³, 大塚 新一¹, 久保田 至¹
(1.西新井大腸肛門科, 2.北千住大腸肛門クリニック, 3.新越谷肛門胃腸クリニック, 4.草加西口大腸肛門クリニック)

【目的】当院では、外来診療において肛門周囲膿瘍形成および痔瘻を疑う患者に対し、ほぼ全例経肛門超音波検査（以下肛門超音波）を施行している。また複雑痔瘻および複雑な瘻管の進展を伴う痔瘻に対しては、骨盤造影MRI検査（以下MRI）を追加で実施している。今回、複雑痔瘻に対する肛門超音波検査が、病変の描出に有効か、MRIの所見と比較して検討行った。

【方法と対象】ラジアル式肛門超音波で、前立腺および尿道を12時方向に描出する方向を保ったまま、徐々にプローブを抜いて内括約筋および肛門両側方から後方にV字型に描出される恥骨直腸筋を確認し、さらに内括約筋と浅外括約筋、皮下外括約筋の描出を意識して、ゆっくりとプローブを抜き肛門管下端まで観察を行う。深部からほぼ一定間隔（3-5mm程度）で連続した静止像を保存する。MRIは肛門管の軸に垂直な軸位断による撮影を行う。

2023年1月から2024年12月に坐骨直腸窩痔瘻の診断で、根治手術を施行した症例で、術前に肛門超音波およびMRIを施行した9例を対象とし、retrospectiveに検討した。

【結果】男性9名、年齢は46.6歳（平均値：36 - 73歳）。IIIB5例、IIIU4例（隅越分類）であった。指診のみで診断が困難であった2例で、肛門超音波により坐骨直腸窩痔瘻の診断を得た。9例全例で、恥骨直腸筋が描出される深さで原発巣形成を示唆する低エコー領域を描出した。9例中7例でMRIと同様の診断を得た。一方、手術での診断と一致した症例は5例で、一致しなかった4例のうち3例は肛門超音波でIIIUと診断したが、手術ではIIIBと診断された。

【結語】痔瘻の診断において、指診は重要であるが、肛門超音波は外来で、簡便かつ低侵襲に施行できる検査として、診断の補助として非常に有用である。しかし肛門管周囲の解剖学的な理解がなければ正確な描出およびその認識は困難である。今回、解剖を意識した一定の方法で、肛門超音波を行うことで、坐骨直腸窩痔瘻の原発巣を良好に描出でき、診断に有効であった。肛門超音波の診断が、実際の手術診断とやや乖離があったことは、原発巣に比べ肛門管から離れた部位へ進展する瘻管の描出は難しいことが考えられる。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC □ Room 5

[O13] 一般演題（口演） 13 痔瘻の診療

座長：宮本 英典(宮本病院外科・肛門外科), 大橋 勝久(大橋胃腸肛門科外科医院)

[O13-4] Parks分類における痔瘻の進展経路は解剖学的構造のどこを指すのか

室生 晓¹, 中島 康雄², 秋田 恵一¹ (1.東京科学大学臨床解剖学分野, 2.森山記念病院大腸肛門外科)

【背景】痔瘻の分類として広く用いられているParks分類は、瘻管の走行を肛門括約筋との関係により4型に分類しており、臨床における診断や術式選択において重要な指標となっている。そのうち「括約筋間 (intersphincteric)」は、内肛門括約筋と外肛門括約筋の間を意味するが、具体的にどの解剖学的構造に該当するのかについては、明確な共通認識が得られていない。我々はこれまでの肛門管に関する解剖学的研究において、括約筋間を走行する縦走筋やその周囲の構造を組織学的に明らかにしてきた。本研究では、Parksの原典の記述を参照しつつ、最新の研究結果を用いて、Parks分類で示される各型が現代の解剖構造のどこを通っているのかを再検討した。

【方法】解剖実習体から肛門管の組織標本を作成し、筋層構造を観察した。

【観察所見】肛門管の組織像では、内肛門括約筋も外肛門括約筋も肛門軸に対して輪走する明らかな筋束を形成し、筋束と筋束の間には疎性結合組織で埋められた間隙が観察された。そして、内肛門括約筋と外肛門括約筋の間に縦走筋が走行していた。従来均一な組織と考えられていた肛門管の縦走筋は、平滑筋組織の密性領域と疎性領域を含んでいた。密性領域は縦走する束状構造を形成し、その周囲や筋束間を疎性の平滑筋が取り囲んでいた。密性の束状縦走筋は下方で漸減し、疎性縦走筋は細い線維に枝分かれしながら外肛門括約筋の筋束間を貫き皮下および坐骨直腸窩へ抜けていた。それに伴い、縦走筋の下方において、内肛門括約筋と外肛門括約筋の間に、まばらな平滑筋と疎性結合組織および脂肪で埋められた疎なスペースが観察された。

【Parks分類との比較検討】Parksは括約筋間に膿瘍の溜まりを描いており、この膿瘍が溜まる場所というのが、縦走筋の下方の疎なスペースではないかと考えられた。Parksの1型～4型までの痔瘻の各進展経路は、（原典では詳細は触れられてはいないが）筋束の間の間隙および縦走筋の疎性領域を通った進展として説明できるのではないかと考えられる。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 5

[O13] 一般演題（口演） 13 痔瘻の診療

座長：宮本 英典(宮本病院外科・肛門外科), 大橋 勝久(大橋胃腸肛門科外科医院)

[O13-5] クローン病の肛門病変に対する診断と治療～外科の役割

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

【初めに】 クローン病には肛門病変が高頻度に合併し、再発をくり返し難治化することから、QOLを著しく低下させる。我々は難治性痔瘻に対する治療として、生物学的製剤による全身治療をベースとし、局所療法としてSeton法を用いて一次口と二次口を一本化した後に再生医療薬（ダルバドストロセル：アロフィセル）を併用して原発口の根治を目指している。

【方法と結果】 瘢孔の診断は、造影CTと単純MRIを用いて行っているが、仙骨硬膜外麻酔を用いてドレナージ手術を行う際に、二次口の開口部からオキシドールを注入することにより、瘻孔内の圧を上げ、分かりにくい二次口や原発口から泡の噴出を確認することで活動性の瘻孔を検出できる。クローン病に合併する痔瘻は、通常の肛門腺の感染に加えて、Ulcerated Pileと呼ばれる肛門管・直腸のクローン病変が原発口となることが多く、生物学的製剤による全身治療をベースとして、肛門病変の改善並びに腸管病変を初めとする全身のクローン病変の沈静化を図ることが必須である。これと平行して複雑痔瘻を単純するため、二次口間に6ミリのペンローズドレンを使用して複数のSetonドレナージを置く。また、原発口と近接する二次口のあいだには細めのゴムドレンを留置しておく。これによって症例により期間に幅はあるが、1箇所の原発口に対して二次口を一つに集約化することが可能である。このような前処置により瘻孔や膿瘍が沈静化させた後に、根治的手術療法を行う。すなわち、瘻孔の搔爬と原発口の縫合閉鎖を行った後、アロフィセルを原発口と瘻管周囲に注入する。これにより局所の炎症反応は沈静化され、術後早期から瘻孔の治癒が促進される。

【結語】 我々は生物学的製剤を用いた全身療法、局所のSeton法を用いた瘻孔の一本化、アロフィセルを用いた原発口と瘻管の治癒促進効果により良好な結果を得ている。手術手技のビデオや文献的報告を含めて、クローン病に対する外科的介入を紹介する。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC □ Room 5

[O13] 一般演題（口演） 13 痔瘻の診療

座長：宮本 英典(宮本病院外科・肛門外科), 大橋 勝久(大橋胃腸肛門科外科医院)

[O13-6] 肛門周囲膿瘍、痔瘻症例におけるIBD合併症例の検討植田 剛¹, 中本 貴透¹, 佐井 壮謙¹, 定光 ともみ² (1.佐井胃腸科肛門科, 2.南奈良総合医療センター外科)

はじめに：肛門病変先行例ではIBD診断困難例や治療方針に難渋することもある。今回、肛門周囲膿瘍、痔瘻症例を集積、IBD合併の実態や治療方針を検討した。

対象と方法：対象は2023年1月～2024年12月の間に当該施設で診療した341例（肛門周囲膿瘍216例、痔瘻手術198例）。内視鏡施行率、年齢別IBD合併率、診断経緯、治療内容など検討した。膿瘍では、IBD合併を問わず、触診とUSで膿瘍範囲の同定と十分な開放を行った。CD潰瘍性病変が一次口の際は同部にシートンを留置、膿瘍は十分に開放した。痔瘻症例は、IBD合併を問わず前側方は括約筋温存を、後方は開放術式を行った。内視鏡検査は、膿瘍には適宜施行し、痔瘻術前に全例でS状結腸以深の観察を施行した。

結果：年齢中央値は41歳（0-92）、男：女 287：54。IBD合併は、CD新規診断7例、CD既診断3例、UC既診断2例。IBD合併は0代0/3、10代6/16(CD新規6)、20代4/56(CD新規1、CD既2、UC既1)、30代2/80(CD既1、UC既1)、40代1/75(CD既1)、50代0/55、60代0/32、70代0/15、80代0/8、90代0/1。内視鏡施行率は228/341(66.9%)で、0代0/3、10代11/16、20代34/56、30代61/80、40代52/75、50代38/55、60代19/32、70代10/15、80代3/8、90代0/1。CD新規のうち6例は特徴的肛門病変からCSを行い確定診断となった。潰瘍による肛門痛でBio導入1例、3例で腸管病変もありBio導入、肛門も寛解した。1例は術前にCD診断はなく、通常再発痔瘻の判断でcoringを行い創傷治癒遅延なし、術後1.5年のCSでCD診断となった。UC既診断は切開排膿1例、lay open 1例を行い、UC治療変更なし。根治術症例はCD、UCとも創傷治癒遅延なし。

結語：肛門周囲膿瘍、痔瘻では特に10代でIBD合併を多く認めた。特徴的な肛門病変を合併しない症例では全例に精査を行っておらず、通常通りの根治術・処置を施行していた。肛門の特徴的所見、難治創、再燃などでは精査を通じてIBD診断につながる可能性があり、早期診断と治療介入がIBDの経過に寄与する可能性が示唆された。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 5

[O14] 一般演題（口演） 14 転移・再発1

座長：川原 聖佳子(長岡中央総合病院消化器病センター外科), 原 聖佳(春日部市立医療センター外科)

[O14-1]

Stage IV大腸癌に対するR0戦略と手術成績および術後再発における治療成績

鈴木 卓弥¹, 山川 雄士¹, 加藤 潤紀¹, 浅井 宏之¹, 上原 崇平¹, 加藤 瑛¹, 牛込 創¹, 高橋 広城², 瀧口 修司¹ (1.名古屋市立大学消化器外科, 2.名古屋市立大学付属西部医療センター)

[O14-2]

切除可能遠隔転移を伴う直腸癌に対する集学的治療～治癒を目指して～

福井 雄大, 戸田 重夫, 岡崎 直人, 前田 裕介, 平松 康輔, 花岡 裕, 上野 雅資, 黒柳 洋弥 (虎の門病院消化器外科)

[O14-3]

大腸癌大動脈周囲リンパ節転移の切除適応の最適化を目指して

北原 拓哉, 大内 晶, 小森 康司, 木下 敬史, 佐藤 雄介, 安岡 宏展, 安藤 秀一郎 (愛知県がんセンター消化器外科部)

[O14-4]

DNAメチル化を標的としたリキッドバイオプシーによるStage IV大腸癌予後予測層別化の有用性

百瀬 裕隆, 杉本 起一, 幸地 彩貴, 入江 宇大, 仲川 裕喜, 濱田 篤彦, 藤崎 隆, 安藤 祐二, 十朱 美幸, 村井 勇太, 高橋 宏光, 土谷 祐樹, 塚本 亮一, 本庄 薫平, 盧 尚志, 石山 隼, 高橋 玄, 富木 裕一, 坂本 一博 (順天堂大学医学部下部消化管外科)

[O14-5]

大腸癌遠隔転移症例における原発巣の腫瘍先進部病理学的因子の抗がん剤治療効果予測に関する検討

田中 正文, 山田 一隆, 佐伯 泰慎, 福永 光子, 米村 圭介, 水上 亮佑, 辻 順行, 高野 正太 (大腸肛門病センター高野病院)

[O14-6]

切除不能進行再発大腸癌におけるCGPの有用性と限界

奥川 喜永^{1,2}, 北嶋 貴仁^{1,2}, 山下 真司², 志村 匡信², 今岡 裕基², 川村 幹雄², 安田 裕美², 大北 喜基², 吉山 繁幸², 小林 美奈子², 大井 正貴², 問山 裕二² (1.三重大学病院ゲノム医療部, 2.三重大学大学院医学系研究科消化管・小児外科学講座)

[O14-7]

結腸癌pStage II, IIIにおける病理組織学的観点からの再発時期の検討

岡田 純一, 茂田 浩平, 原田 優香, 中山 史崇, 門野 政義, 森田 覚, 岡林 剛史, 北川 雄光 (慶應義塾大学医学部外科学教室 (一般・消化器))

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC □ Room 5

[O14] 一般演題（口演） 14 転移・再発1

座長：川原 聖佳子(長岡中央総合病院消化器病センター外科), 原 聖佳(春日部市立医療センター外科)

[O14-1] Stage IV大腸癌に対するR0戦略と手術成績および術後再発における治療成績

鈴木 卓弥¹, 山川 雄士¹, 加藤 潤紀¹, 浅井 宏之¹, 上原 崇平¹, 加藤 瑛¹, 牛込 創¹, 高橋 広城², 瀧口 修司¹ (1. 名古屋市立大学消化器外科, 2.名古屋市立大学付属西部医療センター)

【背景】Stage IV大腸癌においては、最終的なR0切除の可否が予後に大きく影響するが、標準的な治療戦略は確立されていない。当院では、遠隔転移が切除可能と判断される症例に対しては、原則として切除を優先する方針であるが、多臓器転移や高度なリンパ節転移を有する症例には術前化学療法を行い、R0切除を目指している。切除の順序については原発巣を優先するが、増大により切除困難となるリスクが高いと判断された場合には、転移巣を先行して切除している。一方で、R0切除後も再発の頻度は高く、再度の外科的介入が必要となるケースも少なくない。

【目的】術前にR0切除が可能と判断されたStage IV大腸癌症例の治療成績を明らかにするとともに、R0切除後の再発状況および再治療の実態を検討する。

【対象と方法】2020年1月～2024年12月にStage IV大腸癌に対し原発巣切除を行った109例のうち、術前にR0切除可能と判断された55例を対象とし、短期・中期成績について後方視的に解析した。

【結果】対象症例の年齢中央値72歳（38-89）、男性/女性=35/20例、原発部位は結腸右側/結腸左側/直腸=13/18/24例、術前通過障害を13例、穿孔を3例に認めた。術前化学療法あり/なし=11/44例、開腹/腹腔鏡/ロボット=5/19/31例、pT1/2/3/4a/4b=2/24/15/14、pN0/1/2/3=17/24/10/4、術後合併症（Clavien-Dindo II以上）は8例に認めた。転移巣切除を優先して実施した症例は2例（いずれも肝切除）認めた。原発巣切除後に新規病変の出現や転移巣増大によりR0切除できなかった症例は9例（16%）認めた。生存期間中央値はR0切除できた症例で34ヶ月、R0切除できなかった症例で9ヶ月だった。（観察期間中央値30.5ヶ月）。R0切除できた症例の3年無再発生存率39.5%であった。再発を認めた症例の内9例（36%）は追加R0切除可能であり、同症例の生存期間中央値は46ヶ月であった。再発のリスク因子を多変量解析すると、術前穿孔（p=0.038）、術前肝転移H2以上が(p=0.049)独立した因子であった。

【結語】Stage IV大腸癌ではR0切除することにより予後の改善を見込み、R0切除後の再発でも再度R0切除することでさらなる生存期間の延長が期待できる。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC ■ Room 5

[O14] 一般演題（口演） 14 転移・再発1

座長：川原 聖佳子(長岡中央総合病院消化器病センター外科), 原 聖佳(春日部市立医療センター外科)

[O14-2] 切除可能遠隔転移を伴う直腸癌に対する集学的治療～治癒を目指して～

福井 雄大, 戸田 重夫, 岡崎 直人, 前田 裕介, 平松 康輔, 花岡 裕, 上野 雅資, 黒柳 洋弥 (虎の門病院消化器外科)

【背景と目的】

大腸癌は進行癌や切除不能癌として発見される患者も多く、診断時点で遠隔転移を伴うStage IV大腸癌は依然として20~30%を占めている。その中でも直腸癌は放射線照射も含め治療選択肢が多岐に渡り、適切な集学的治療の在り方が検討されている。当院では切除可能な遠隔転移を伴う直腸癌に対して局所再発を抑制するために術前放射線治療を行い、遠隔転移巣に対しても積極的に切除を行い治癒を目指している。今回我々は切除可能遠隔転移を伴う直腸癌患者における長期予後予測因子について検討した。

【方法】

2002年4月から2024年3月に治療を開始した切除可能遠隔転移を伴う直腸癌患者121例を対象とした。治療開始から死亡までの期間をoverall survival(OS)、治療開始から切除不能もしくは死亡までの期間をtime to surgical failure (TSF)と定義し、Cox比例ハザードモデルを用いてOSおよびTSFに対する予後予測因子を抽出した。

【結果】

男性81例、女性40例、年齢中央値は63歳(30-89歳) 原発部位はRs/Ra/Rbがそれぞれ29/44/49例。遠隔転移臓器は肝61例、肺22例、リンパ節13例、腹膜12例、卵巣1例、肝・肺6例、肝・腹膜3例、肝・リンパ節2例、肝・副腎1例であった。転移個数は単発が40例 多発が81例であった。術前化学療法、術前放射線療法はそれぞれ58例、39例、術後化学療法は65例に施行した。深達度はT1/2/3/4がそれぞれ2/9/71/39例、リンパ節転移は87例に認めた。遠隔転移切除回数は1回が62例、複数回が59例(2-7回) であった。観察期間の中央値は49ヶ月で、3年OS、3年TSFはそれぞれ87.4%、64.5%であった。多変量解析ではRb、T4、多発転移がOS、TSFいずれに対しても独立した予後不良因子であった。

【結語】

切除可能遠隔転移を伴う直腸癌においても治癒を目指して積極的に切除を行うことで比較的良好な予後が期待できる。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC □ Room 5

[O14] 一般演題（口演） 14 転移・再発1

座長：川原 聖佳子(長岡中央総合病院消化器病センター外科), 原 聖佳(春日部市立医療センター外科)

[O14-3] 大腸癌大動脈周囲リンパ節転移の切除適応の最適化を目指して

北原 拓哉, 大内 晶, 小森 康司, 木下 敬史, 佐藤 雄介, 安岡 宏展, 安藤 秀一郎 (愛知県がんセンター消化器外科部)

【背景】 大腸癌大動脈周囲リンパ節転移 (PALNM) に対する外科切除は一定の治療効果をもたらす一方、切除後の転帰が不良な患者も少なくない。

【目的】 大腸癌PALNMに対する外科切除後の予後因子を検討する。

【対象および方法】 2006年から2024年に当院で大腸癌孤立性（他遠隔転移を有さない）PALNMに対して外科切除を施行した患者を対象とし、OS・RFS・リンパ節再発の予後因子を検討した。

【結果】 対象患者は36例で、年齢中央値は63歳、男性が18例(50.0%)。時制は同時性/異時性が18/18例、深達度はcT1-3/cT4が20/16例。臨床的(c)PALNM個数は1個/2個/3個以上が11/7/17例。cPALNM径は10mm未満/10-15mm/15mm以上が5/20/10例であった。術前化学療法を15例(41.7%)、術後化学療法を29例(80.1%)に施行した。対象の5年OSは57.9%，5年RFSは39.4%，5年リンパ節再発率は47.1%であった。OSの単変量解析では3個以上 (HR (95%CI) 4.27 (1.16-15.82), P=0.03)、同時性転移 (HR (95%CI) 3.32(1.01-10.88), P=0.047) が有意に予後不良であった。RFSでは15mm未満 (HR (95%CI) 4.02(1.16-13.89), P=0.029) が有意に予後不良で、リンパ節再発ではcT1-3 (HR (95%CI) 3.70(1.02-13.33), P=0.046) が有意に予後不良であった。

【考察】 PALNM切除の治療成績は未だ不良である。特に小リンパ節が多発する症例において、集学的治療による治療成績の向上が望まれる。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC □ Room 5

[O14] 一般演題（口演） 14 転移・再発1

座長：川原 聖佳子(長岡中央総合病院消化器病センター外科), 原 聖佳(春日部市立医療センター外科)

[O14-4] DNAメチル化を標的としたリキッドバイオプシーによるStage IV大腸癌予後予測層別化の有用性

百瀬 裕隆, 杉本 起一, 幸地 彩貴, 入江 宇大, 仲川 裕喜, 濱田 篤彦, 藤崎 隆, 安藤 祐二, 十朱 美幸, 村井 勇太, 高橋 宏光, 土谷 祐樹, 塚本 亮一, 本庄 薫平, 盧 尚志, 石山 隼, 高橋 玄, 富木 裕一, 坂本 一博 (順天堂大学医学部下部消化管外科)

【背景】 Stage IV大腸癌における長期予後において、遠隔転移巣切除が真に有効な症例を予測する因子の解明は十分ではない。近年、リキッドバイオプシーは低侵襲性や治療経過の経時的変化のモニタリングが可能という利点から、多くの研究が行なわれている。一方、DNAメチル化は癌の発生や進展に重要な役割を果たしていることが報告されている。

【目的】 Stage IV大腸癌におけるDNAメチル化を標的としたリキッドバイオプシーの意義について報告する。

【方法】 当科で手術を施行したStage IV大腸癌95例を対象とした。3つの遺伝子(CHFR, SOX11およびCDO1)を対象とし、血漿中のDNAを抽出後に定量的メチル化特異的PCR(qMSP)で測定した。各症例における相対的DNAメチル化レベル(RMV)を算出した。1)観察期間内における再発をエンドポイントとして各遺伝子におけるカットオフ値を求め、各RMVを高値群、低値群の2群に分け、他の臨床病理学的因子と共に長期予後(RFS)との関連性について根治度別に検討した。2)原発巣組織におけるRAS遺伝子変異の有無別に各遺伝子におけるRMVを比較した。

【結果】 1) 根治度BにおけるRFSの比較で有意差を認めた因子は、原発巣腫瘍径($p=0.03$)およびCHFR-RMV($p=0.001$)であった。多変量解析では、原発巣腫瘍径(HR=2.19, $p=0.046$)およびCHFR-RMV(HR=2.63, $p=0.008$)が独立した予後因子として選択された。また、3遺伝子全てにおいてRMVが低値群である症例ではRFSが良好である傾向がみられた($p=0.08$, 5年RFS: 50.5%)。2)原発巣組織におけるRAS遺伝子変異の有無別に比較すると、変異を有する根治度B症例においてCHFR-RMVが有意に高値であった($p=0.048$)。

【結論】 DNAメチル化をターゲットとしたリキッドバイオプシーはStage IV大腸癌における長期予後の層別化に有用であった。また、その背景としてStage IV大腸癌におけるゲノム不安定性がDNAメチル化を惹起している可能性が示唆された。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC ■ Room 5

[O14] 一般演題（口演） 14 転移・再発1

座長：川原 聖佳子(長岡中央総合病院消化器病センター外科), 原 聖佳(春日部市立医療センター外科)

[O14-5] 大腸癌遠隔転移症例における原発巣の腫瘍先進部病理学的因子の抗がん剤治療効果予測に関する検討

田中 正文, 山田 一隆, 佐伯 泰慎, 福永 光子, 米村 圭介, 水上 亮佑, 辻 順行, 高野 正太 (大腸肛門病センター高野病院)

【目的】 遠隔転移を有する大腸癌症例の腫瘍先進部の腫瘍分化度(budding、低分化胞巣：PDC)と線維性間質反応 (DR) 、神経浸潤 (ni) に着目し、遠隔転移巣に対する抗がん剤治療における治療効果予測が可能か検討する。

【対象】 2004-2021年に切除不能な遠隔転移を伴う転移再発大腸癌と診断され、原発巣のKRAS遺伝子検査を行った119例。

【方法】 各種臨床病理学的因子に加え、腫瘍先進部PDC (G1-3) 、budding (G1-3) 、ni、DR (mature,intermediate,immature) を検索し、遺伝子変異と癌の形態学的特徴との関連や治療効果との関連について検討した。

【結果】 1. 野生型34例 (53%) に抗EGFR抗体薬が投与され、PR16例、PD18例であった。PDC、ni、DRではそれぞれの割合に差を認めなかつたが、buddingではG1 (6例) で全例PR、G2ではPR10例・PD5例、G3(13例)は全例PDと有意差を認めた ($p=0.001$) 。全体の奏効率は41%で、budding3 を除いたbudding1-2群では奏効率が67%と上昇した。2. KRASを測定した転移再発大腸癌 119例のうち46例 (39%) にBevacizumabが投与され、PR16例、PD30例であった。ni、buddingではそれぞれの割合に差を認めなかつたが、DRではMature (8例) でPR5例・PD3例、IntermediateではPR11例・PD18例、Immature(9例)は全例PDと有意差を認めた ($p=0.001$) 。また、PDCではPDC G1 (7例) でPR5例・PD2例、PDC G2 (16例) ではPR4例・PD12例、PDC G3 (23例)はPR4例・PD19例と有意差を認めた ($p=0.02$) 。

【結語】 1. 大腸癌同時性肝転移における予後規定因子は、化学療法なし、根治度C、肝転移Grade C、level分類3で、予後を反映しており、CurBを達成してもlevel3症例の予後は不良で、強力な補助化学療法（分子標的薬など）が必要と考えられた。

2. 野生型で腫瘍先進部がbuddingG3症例では、遠隔転移巣に対する抗EGFR抗体薬治療が奏効しない可能性が示唆された。

3. 腫瘍先進部の線維性癌間質反応がImmature・低分化胞巣 G3の症例には、遠隔転移巣に対するBevacizumab治療が奏効しない可能性が示唆された。

病理学的因子による細分類が薬剤選択の一助となり、奏効率を上げる可能性があると考えられた。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC ■ Room 5

[O14] 一般演題（口演） 14 転移・再発1

座長：川原 聖佳子(長岡中央総合病院消化器病センター外科), 原 聖佳(春日部市立医療センター外科)

[O14-6] 切除不能進行再発大腸癌におけるCGPの有用性と限界

奥川 喜永^{1,2}, 北嶋 貴仁^{1,2}, 山下 真司², 志村 匠信², 今岡 裕基², 川村 幹雄², 安田 裕美², 大北 喜基², 吉山 繁幸², 小林 美奈子², 大井 正貴², 間山 裕二² (1.三重大学病院ゲノム医療部, 2.三重大学大学院医学系研究科消化管・小児外科学講座)

【目的】 包括的がんゲノムプロファイル検査(CGP)が保険適応となり5年が経過したが、その有用性は不透明な点が多く、特に切除不能進行再発大腸癌ではMolecular profileのコンパニオン診断薬(CDx)での評価が普及し、その有用性は限定的な可能性が考慮される。本発表では、当院でCGPを提供した症例の結果をもとに、特に大腸癌におけるその有用性を検討し、今後の展望を議論する。

【方法】 当院で2019年12月より2024年6月までに当院で保険診療としてがん遺伝子パネル検査を提供した1311例を対象にその解析結果と予後調査の結果からCGPの有用性を検討した。

【結果】 小児38例、成人1273例に提供し、NCCオンコパネル:219例、FoundationOneCDx:764例、GenMineTOP:12例、FoundationOneLiquidCDx:283例、Gardant360:33例を施行し、対象癌腫は大腸癌が最多で249例(結腸癌157例/直腸癌92例)だった。全体の解析成功率は94.6%で、血液CGPの97.8%に比し、組織CGPは93.6%と有意に低かった($P=0.004$)。薬剤選択率は全体では10.6%で、組織CGPが11.5%である一方、血液CGPでは7.9%と低い傾向を認めた($P=0.08$)。CGPの結果に基づく薬剤選択の予後改善効果を検討したところ、薬剤選択に寄与した症例は有意に予後良好であった($P<0.0001$, Log-rank test)。また大腸癌における解析においても薬剤選択率は13.6%であり、同様に薬剤選択に寄与した症例は有意に予後良好であった($P=0.02$, Log-rank test)。特にCDxでRAS/RAF変異型の症例と比較し、RAS/RAF野生型のほうが有意に薬剤選択率は高かった。実際に大腸癌で薬剤選択に寄与した症例の詳細を検討すると、保険診療薬が84.4%(27例)、治験9.4%(3例)、自由診療6.3%(2例)と大半が保険診療内での薬剤選択であり、保険診療薬症例では、組織CGPでCDxと相違しMSIなどがあらたに検出される症例も認めたもの、Liquid CGPでKRAS変異があらたに検出された症例やCDx不十分な症例など、既存CDxを駆使することで検出可能であった症例が17例(63%)と大半だった。

【結論】 CGPによる薬剤選択は大腸癌において予後改善に寄与するものの、CDxなどで補完可能なものも多く、CDxとCGPを有効に活用することが重要と考えられた。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 5

[O14] 一般演題（口演） 14 転移・再発1

座長：川原 聖佳子(長岡中央総合病院消化器病センター外科), 原 聖佳(春日部市立医療センター外科)

[O14-7] 結腸癌pStage II, IIIにおける病理組織学的観点からの再発時期の検討

岡田 純一, 茂田 浩平, 原田 優香, 中山 史崇, 門野 政義, 森田 覚, 岡林 剛史, 北川 雄光 (慶應義塾大学医学部外科学教室 (一般・消化器))

【背景】術後再発の抑制を目的とした補助化学療法は、R0切除を達成した再発リスクが高いpStage II結腸癌とpStage III結腸癌が適応となる。再発リスクが高いpStage II結腸癌の病理組織学的因素として、T4、低分化癌、脈管リンパ管侵襲、傍神経浸潤、簇出(Tumor Budding: BD)などがあげられる。BDは近年注目されている病理組織学的予後因子であるが、BDと再発時期の明確な関連は十分に解明されていない。本研究では、BDとリンパ節転移陽性例を比較し、再発時期との関連性について検討することを目的とした。

【方法】2019年から2024年までの期間に、当科で根治手術を施行したpStage II, III結腸癌を対象とし、BD1-2群とBD3群の2群に分けて比較を行った。Primary outcomeをTTRとしてLog-rank検定、Wilcoxon検定およびCox回帰分析を用いて統計学的解析を行った。

【結果】対象症例は248例であり、BD1-2群は201例(80%)、BD3群は47例(20%)であった。リンパ節転移陰性例は120例(48%)、陽性例は128例(52%)であった。男性が138例、女性が110例、平均年齢は69.5±14.0歳、観察期間は32.7±18.2ヶ月であった。観察期間中の再発例はBD1-2群で26例(13%)、BD3群で14例(30%)；リンパ節転移陰性例では11例(9%)、陽性例では29例(23%)であった。TTRについて臨床病理組織学的背景因子との関連性をCox回帰分析で多変量解析を行うと、所属リンパ節転移 [HR 2.383, 95%CI 1.149-4.944, p=0.020] と pT4 [HR 2.561, 95%CI 1.250-3.590, p=0.010] が有意に関連していた。また、BD3 [Hazard Ratio (HR) 1.761, 95% Confidence Interval (CI) 0.866-3.590, p=0.120] についてもTTRと関連する傾向にあった。Kaplan Meier曲線での解析では、BD3群およびリンパ節転移陽性例はTTRが有意に短縮することが分かった(BD3 p=0.003、リンパ節転移陽性 p=0.008)。さらに、1年無再発率はBD1-2群は94.0%に対しBD3群は77.3%、リンパ節転移陰性例は92.5%に対しリンパ節転移陽性例は89.4%と、早期再発例はBD3症例で多いことが分かった。

【結語】pStage II, III結腸癌においてBD 3はTTRと関連する傾向が示唆された。また、BDは早期再発例の抽出に優れている可能性が示唆された。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 5

[O15] 一般演題（口演） 15 転移・再発2

座長：捨田利 外茂夫(水戸赤十字病院下部消化管外科), 石川 文彦(深谷赤十字病院)

[O15-1]

当院における大腸癌肝転移手術症例の検討

佐藤 圭佑, 須藤 剛, 本荘 美菜子, 望月 秀太郎, 深瀬 正彦, 飯澤 肇 (山形県立中央病院外科)

[O15-2]

当科における大腸癌肝転移に対する手術成績について

秋山 泰樹, 三ノ宮 寛人, 新田 挙助, 古賀 敦大, 山内 潤身, 森 泰寿, 永田 淳, 田村 利尚, 平田 敬治 (産業医科大学第1外科)

[O15-3]

大腸癌肝転移切除後の肝外転移再発リスク因子の検討

野村 雅俊¹, 鄭 充善², 東口 公哉¹, 浦川 真哉¹, 深田 唯史¹, 野口 幸藏¹, 團野 克樹¹, 平尾 隆文¹, 関本 貢嗣¹, 岡 義雄¹ (1.箕面市立病院, 2.大阪ろうさい病院)

[O15-4]

大腸癌肝転移切除後の残肝再発切除症例の検討

長谷川 昂, 三吉 範克, 竹田 充伸, 関戸 悠紀, 波多 豪, 浜部 敦史, 萩野 崇之, 植村 守, 江口 英利, 土岐 祐一郎 (大阪大学消化器外科学)

[O15-5]

同時性肝転移を有する大腸癌に対するR0切除およびその後の再発に対する再R0切除の意義について

川副 徹郎, 安藤 幸滋, 播磨 朋哉, 南原 翔, 津田 康雄, 中ノ子 智徳, 沖 英次, 吉住 朋晴 (九州大学大学院消化器・総合外科)

[O15-6]

大腸癌術後合併症が長期予後に及ぼす影響と介入の可能性について

中村 友哉, 西村 公男, 金光 瑛彰, 長田 博光, 小森 淳二, 高田 泰次 (JCHO大和郡山病院外科)

[O15-7]

大腸癌術後5年以上無再発経過後の初回再発例の特徴

早田 浩明, 外岡 亨, 成島 一夫, 天海 博之, 平澤 壮一朗 (千葉県がんセンター食道胃腸外科)

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC □ Room 5

[O15] 一般演題（口演） 15 転移・再発2

座長：捨田利 外茂夫(水戸赤十字病院下部消化管外科), 石川 文彦(深谷赤十字病院)

[O15-1] 当院における大腸癌肝転移手術症例の検討

佐藤 圭佑, 須藤 剛, 本荘 美菜子, 望月 秀太郎, 深瀬 正彦, 飯澤 肇 (山形県立中央病院外科)

【背景】大腸癌肝転移に対する肝切除は予後改善に有効とされるが、依然として再発率も高く、長期予後の改善が課題である。【対象】当院にて2020年1月から2024年12月までに大腸癌肝転移に対して手術を施行した57例を対象とした。【結果】男性37例、女性20例、年齢中央値は69歳（39-85歳）であった。原発巣の内訳は盲腸/上行結腸/横行結腸/下行結腸/直腸=3/3/10/1/10/32、初回手術時のpStageはそれぞれI/Ila/Ilb/Ilc/IIla/IIlb/IIlc/IVa/IVb/IVc=3/3/1/1/2/15/5/24/2/1例であった。原発巣切除後から肝転移出現までの期間の中央値はStage Iで21ヶ月（7-24ヶ月）、Stage IIで9ヶ月（6-30ヶ月）、Stage IIIで12ヶ月（6-64ヶ月）であった。同時性肝転移を認めた26例のうち原発巣と同時に肝切除を施行したのは5例（19%）であり、残る21例は原発巣の切除を先行した。肝臓同時切除例の5例のうち2例では術前化学療法を施行し、原発巣の切除を先行した21例では19例に術前化学療法が施行されていた。Clavien-Dindo分類Grade III以上の合併症は5例(8.8%)に認め、胆汁漏2例（3.5%）、ARDS 1例（1.8%）、横行結腸捻転1例（1.8%）、創し開1例（1.8%）であった。肝切除によりR0切除となった症例は57例中51例であり、そのうち33例に再発を認め（再発率64.7%）、再発形式は肝転移/肺転移/肺転移および肝転移/播種/リンパ節転移=18/7/5/2/1例であった。肝切除後の肝転移再発についても17例で再度肝切除が施行されていた。初回肝切除後の全生存期間は30.5ヶ月（3-55ヶ月）であった。【考察】当院における大腸癌肝転移切除症例の治療成績は概ね既報と同等であった。さらなる長期予後の改善のために、化学療法を組み合わせた治療計画の検討が必要になると考える。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 5

[O15] 一般演題（口演） 15 転移・再発2

座長：捨田利 外茂夫(水戸赤十字病院下部消化管外科), 石川 文彦(深谷赤十字病院)

[O15-2] 当科における大腸癌肝転移に対する手術成績について

秋山 泰樹, 三ノ宮 寛人, 新田 拳助, 古賀 敦大, 山内 潤身, 森 泰寿, 永田 淳, 田村 利尚, 平田 敬治 (産業医科大学第1外科)

【はじめに】大腸癌の他臓器転移については、患者の全身状態、同時性か異時性か、転移個数、転移臓器数、大きさなどにより治療方針の決定に苦慮する。今回、当科における大腸癌の転移性肝腫瘍切除症例の成績について報告する。

【対象と方法】2015年1月から2024年12月までに初回肝切除術を施行した大腸癌の転移性肝腫瘍27例を対象とし、術後再発や予後について検討を行った。

【結果】男性17例、女性10例であり、平均年齢は67.6歳であった。原発部位はS状結腸と直腸がそれぞれ11例と多く、転移巣は単発が20例、多発が7例であった。また、同時性が15例、異時性が12例であり、異時性において、原発切除からの再発までの平均日数は437日であった。肝切除前の化学療法については同時性で12例に、異時性で4例に行われていた。手術については、部分切除が16例と最も多く、腹腔鏡手術が20例であった。術後再発は14例（51.9%）に認めた（肝臓：7例、骨盤内：3例、リンパ節：3例、肺：3例、腎：1例、脳：1例）。腫瘍マーカーや腫瘍サイズ、化学療法の有無などによる再発率の差は認めなかった。異時性転移に限定して解析したところ、単発と多発で1年後の無再発生存率に差を認めた（P=0.0002）。

【考察】今回、大腸癌肝転移に対する初回肝切除の治療成績について報告した。術後の再発率についてはこれまでの報告と遜色ないが、やはり再発を予測、抑制する検査、治療方法の確立が急がれると考える。現在、様々な臨床試験が行われており、その結果に期待したい。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC ■ Room 5

[O15] 一般演題（口演） 15 転移・再発2

座長：捨田利 外茂夫(水戸赤十字病院下部消化管外科), 石川 文彦(深谷赤十字病院)

[O15-3] 大腸癌肝転移切除後の肝外転移再発リスク因子の検討

野村 雅俊¹, 鄭 充善², 東口 公哉¹, 浦川 真哉¹, 深田 唯史¹, 野口 幸藏¹, 團野 克樹¹, 平尾 隆文¹, 関本 貢嗣¹, 岡 義雄¹ (1.箕面市立病院, 2.大阪ろうさい病院)

【緒言】

大腸癌肝転移切除後の再発率は高く、その中でも外科的切除が困難である肝外転移を来たすと予後不良であることが知られている。

【目的】

大腸癌肝転移初回切除症例において肝外再発を来たすリスク因子を検討する。

【対象・方法】

2014年1月～2023年12月の間に原発巣切除を行った大腸癌症例の中で切除に至った肝転移症例146例のうち、術前治療を行わなかった107例を対象とした。肝外転移無再発生存期間(EHRFS)に関連する因子につき検討を行った。

【結果】

年齢 69.5歳(30-89), 男/女 69/38, 原発巣については組織型 tub1/tub2/others 36/66/5例, 局在 right/left 32/75例, T1/2/3/4 3/6/61/37例, リンパ節転移 -/+ 41/66例, ly 0/1/2/3 4/62/40/1例, v 0/1/2 10/81/16例, 肝転移巣については肝転移個数 1/2/3/4/5/6-9個 68/16/14/4/2/3例, 最大径中央値 23 (10-93)mm, 同時性/異時性転移 40/67例, RM0/RM1 86/21例, 後治療 あり/なし 20/87例。再発は61例(57%)に認め、25例(41%)に手術を行った。残肝再発のみに対しては8/11例(73%), 肝外再発のみに対しては5/14例(36%), 残肝・肝外両方の再発に対しては12/36例(33%)に手術を行った。なお臓器別だと肝に対して20例, 肺に対して8例, リンパ節に対して1例手術を行っていた。肝外転移再発におけるリスク因子につき検討を行った。EHRFSに対する単変量解析を行ったところ、局在($p=0.046$), リンパ管侵襲($p=0.002$), リンパ節転移の有無($p=0.03$), 転移時期($p=0.006$), 転移個数($p=0.0004$), 最大径($p=0.003$)で有意差を認めた。多変量解析ではリンパ管侵襲, 転移個数で関連を認めた。

【まとめ】

大腸癌肝転移切除後の肝外転移リスク因子について検討を行った。このような因子を認めない症例についてはupfront surgeryを選択して良いかもしれない。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC □ Room 5

[O15] 一般演題（口演） 15 転移・再発2

座長：捨田利 外茂夫(水戸赤十字病院下部消化管外科), 石川 文彦(深谷赤十字病院)

[O15-4] 大腸癌肝転移切除後の残肝再発切除症例の検討

長谷川 昂, 三吉 範克, 竹田 充伸, 関戸 悠紀, 波多 豪, 浜部 敦史, 荻野 崇之, 植村 守, 江口 英利, 土岐 祐一郎
(大阪大学消化器外科学)

【目的】大腸癌肝転移に対する肝切除は長期生存が期待され、根治切除可能な肝転移は切除が推奨されるが残肝再発も多く見られる。その際の再肝切除に関しても状況に応じて切除が考慮されるが一定の見解は得られていない。今回我々は、当院において大腸癌初回肝転移に対して肝切除施行後の残肝再発に対して再肝切除を施行した症例について治療成績を検討し、その意義を明らかにすることを目的とした。

【方法】2012年から2019年に当院で大腸癌初回肝転移に対して肝切除を施行した77例のうち、残肝再発に対して再肝切除を施行した23例を対象とした。患者背景に関しては原発巣手術時の因子と初回肝転移巣手術時の因子を含め、再肝切除時の術後成績を後方視的に検討した。

【結果】再肝切除を施行した症例は男性10例、女性13例、再肝切除施行時の年齢中央値は66.5歳であった。原発巣は結腸癌17例、直腸癌6例、同時性肝転移15例、異時性肝転移8例であった。肝転移初回手術での切除腫瘍数は1個が12例、2個以上が11例であった。初回肝転移切除から残肝再発までの期間中央値は388日であった。再肝切除時の切除腫瘍数は1個が13例、2個以上が10例で、13例で肝部分切除術が施行された。再肝切除術後30日以内の死亡症例は認めなかった。再肝切除後の生存率は術後1年82.6%、術後3年72.8%、術後5年60.1%であった。残肝切除後からの無再発生存率は術後1年88.9%、術後3年49.4%、術後5年24.7%であった。

【結論】大腸癌肝転移切除後再発例における再肝切除の治療成績を検討した。予後因子に関してさらなる症例の集積が必要である。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 5

[O15] 一般演題（口演） 15 転移・再発2

座長：捨田利 外茂夫(水戸赤十字病院下部消化管外科), 石川 文彦(深谷赤十字病院)

[O15-5] 同時性肝転移を有する大腸癌に対するR0切除およびその後の再発に対する再R0切除の意義について

川副 徹郎, 安藤 幸滋, 播磨 朋哉, 南原 翔, 津田 康雄, 中ノ子 智徳, 沖 英次, 吉住 朋晴 (九州大学大学院消化器・総合外科)

【背景】大腸癌ガイドラインでは、切除可能な肝転移を有する大腸癌に対する治療方針として原発巣切除+転移巣切除が推奨されている。当科では、初診時に切除できない症例でも化学療法を行い腫瘍が縮小すれば、可能な限りR0を目指してconversion手術を行っている。さらに、R0切除後に再発を認めた場合には、再R0切除を目指して治療を行なっている。

【目的】当科における同時性肝転移を有する大腸癌の治療成績を後方視的に検討し、R0切除およびその後の再発に対する再R0切除の有効性を明らかにする。

【対象】2013年1月から2023年3月までに当科で診療を開始した同時性肝転移を伴う大腸癌135例。

【結果】年齢中央値65歳、男性76例(56%)、右側/左側24%/76%。治療開始時に転移が肝臓に限局しており、かつ肝転移がH1である症例が33例(25%)でこれらの症例をR0可能と判断した。そのうち31例(94%)で実際にR0切除が施行された。初診時R0切除可能と判断されなかった102例中、31例(30%)で化学療法後にR0手術が実施されていた。全生存期間に対する単変量、多変量解析においてR0切除は独立した予後良好因子であった(HR=0.14[0.070-0.27], p<0.01)。R0が得られた62例のうち、50例(81%)で術後に再発が認められ、そのうち28例(56%)で2回目のR0切除が達成された。2回目のR0切除が達成された症例は、再発後にR0切除が実施できなかった症例と比較して、全生存期間の延長が得られていた(HR: 0.32 (0.13-0.83), p = 0.02)。2回目のR0切除が達成できた症例は、初診時に肝限局転移の症例が多かった(p=0.04)。

【結論】同時性肝転移を有する大腸癌に対して、外科的切除ができた症例では良好な予後が得られることを確認した。術後再発に対する2回目のR0切除は肝限局転移の症例で多く行われており、2回目のR0切除が達成できた場合には再発後にR0が達成できなかった症例と比較して良好な予後が得られていた。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 5

[O15] 一般演題（口演） 15 転移・再発2

座長：捨田利 外茂夫(水戸赤十字病院下部消化管外科), 石川 文彦(深谷赤十字病院)

[O15-6] 大腸癌術後合併症が長期予後に及ぼす影響と介入の可能性について

中村 友哉, 西村 公男, 金光 瑛彰, 長田 博光, 小森 淳二, 高田 泰次 (JCHO大和郡山病院外科)

【背景と目的】 大腸癌治療において術後合併症は患者のQOLを低下させるのみならず長期予後を悪化させる因子としても知られているが、合併症が起こった後どうすればその予後に対するインパクトを軽減できるかは不明である。そこで大腸癌術後合併症が長期予後に及ぼす影響について検討し、さらに合併症後の介入の余地について検討する。

【対象と方法】 2015年1月～2022年12月に当院で根治手術を行ったStage I-III大腸癌患者267例を対象にClavien-Dindo分類grade2以上(CD2以上)の術後合併症発生の危険因子を多重ロジスティック回帰分析で同定し、さらに術後合併症と長期予後との関連を単変量解析(log-rank検定)および多変量解析(Cox比例ハザードモデル)で検討した。さらに合併症症例のうちでの予後因子について検討した。

【結果】 CD2以上の術後合併症は267例中97例(36%)に認めた。CD2以上の術後合併症の危険因子について既知の危険因子を用いて多変量解析を行ったところ手術時間293分以上(オッズ比3.16, p<0.001)、開腹手術(オッズ比2.18, p=0.030)、lymphocyte-C-reactive protein ratio(LCR) 6190以下(オッズ比1.90, p=0.039)が同定された。術後合併症と全生存期間(OS)との関係について全コホートで検討すると、合併症症例は合併症がなかった症例に比べ有意に予後不良であったが(p<0.001)、Stageごとに検討するとStage IIおよびIIIで有意に予後不良であった(p=0.005, p=0.012)。既知の予後因子を用いて多変量解析をするとCD2は独立した予後因子であった(ハザード比2.19, p=0.020)。合併症の有無で術後補助化学療法の施行率には差はなかった(p=0.684)。合併症症例のみで検討を進めたところ術後最高CRP値(CRP max)が12.1mg/dl以上群が独立した予後不良因子であった(ハザード比2.95, p=0.038)。

【結論】 大腸癌術後合併症は長期予後を悪化させる。合併症の予防と合併症後の早期介入が重要である。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 5

[O15] 一般演題（口演） 15 転移・再発2

座長：捨田利 外茂夫(水戸赤十字病院下部消化管外科), 石川 文彦(深谷赤十字病院)

[O15-7] 大腸癌術後5年以上無再発経過後の初回再発例の特徴

早田 浩明, 外岡 亨, 成島 一夫, 天海 博之, 平澤 壮一朗 (千葉県がんセンター食道胃腸外科)

緒言：大腸癌術後サーベイランスは大腸癌治療GLによると根治度Aは術後5年を目安とし、再発リスクのあるものはそれ以上のサーベイランスをとあるが、具体的には記載がない。

目的：初回再発が術後5年以上の大腸癌症例のリスク要因を明らかにする。

対象：1988年から2017年末までに当科にて手術した大腸腺癌症例3549例。

方法：再発までの期間を5年以上（A群）と未満（B群）に分けて原発巣主座、病理因子、補助療法、再発形式などを解析した。

結果：術後追跡期間は最長8976日、中央値2118日（5年9ヶ月）、平均2030日。全再発例は612例で5年以上経過してからの再発例A群は15例で全体の0.4%、再発例の2.5%。男女比はA群10:5で5年未満再発のB群は385:212と有意差なし。原発巣局在は右:左:直腸でB群141:156:300に対しA群2:1:12と5年以上経過した初回再発例は直腸が明らかに多かった。再発形式ではB群では全体の34%が肝再発、肺26%、局所11%に対しA群は局所が40%；6例、肺も27%；4例が多く、肝は20%の3例と少なかった。初回再発の時期はA群最短1902日、最長3226日で中央値2238日であった。病期ではB群ではStage IIIb-c、IVaが多く見られるがA群ではStage I:2例、IIa:4例、IIb:3例、IIIb:5例と比較的進んでいない病期での再発例があった。補助療法の有無では術前術後を含め補助療法なしがA群に7例（46%）とB群の35%より多かったが有意差はなかった。組織型には両群間に特徴的な違いはなかった。

考察：5年以上経過してからの初回再発例は直腸癌に多く、5年未満の再発例とは大きく異なる結果であった。直腸癌再発例が多いため局所再発や肺転移再発が多い特徴があり、また病期がそれほど進んでいない直腸癌で長期間経過してからの再発があり、補助療法の有無にあまり左右されないデータであった。

結語：5年以上経過しての再発例を検討した結果、直腸癌に多く、直腸癌術後のサーベイランスは5年間での終了は危険性があることが示唆された。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:40 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:40 AM UTC Room 5

[O16] 一般演題（口演） 16 排便障害の診療

座長：角田 明良(安房地域医療センター), 小原 誠(OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック)

[O16-1]

分娩後の便・ガス失禁発生頻度についての調査検討

高橋 知子¹, 末光 徳匡², 加藤 健宏¹, 青木 沙弥佳¹, 本城 弘貴¹, 宮崎 彰成¹, 草薙 洋¹ (1.亀田総合病院消化器外科, 2.東京慈恵会医科大学産婦人科講座)

[O16-2]

神経障害による排便障害の診断と治療

神山 剛一¹, 寺田 俊明¹, 田中 良明¹, 武田 崇志¹, 吉岡 将史¹, 増田 有香¹, 中村 浩¹, 山田 麻子², 佐藤 兼俊³ (1.寺田病院, 2.アイビー胃腸肛門クリニック, 3.浅草胃腸肛門クリニック)

[O16-3]

バイオフィードバック療法用医療機器開発を通じて見えてきた肛門機能検査の課題

荒 桃子¹, 渡邊 祐介², 坂村 颯真¹, 高橋 遼¹, 奥村 一慶¹, 河北 一誠¹, 河原 仁守¹, 本多 昌平¹, 武富 紹信¹ (1.北海道大学大学院医学研究院消化器外科学教室Ⅰ, 2.北海道大学病院医療・ヘルスサイエンス研究開発機構)

[O16-4]

直腸脱・直腸重積患者における腹腔鏡下直腸固定術前後の肛門機能および便失禁症状の変化

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

[O16-5]

一般診療所における便失禁診療

甲田 貴丸 (医療法人社団甲藍会甲田医院)

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:40 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:40 AM UTC □ Room 5

[O16] 一般演題（口演） 16 排便障害の診療

座長：角田 明良(安房地域医療センター), 小原 誠(OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック)

[O16-1] 分娩後の便・ガス失禁発生頻度についての調査検討

高橋 知子¹, 末光 徳匡², 加藤 健宏¹, 青木 沙弥佳¹, 本城 弘貴¹, 宮崎 彰成¹, 草薙 洋¹ (1.亀田総合病院消化器外科, 2.東京慈恵会医科大学産婦人科講座)

はじめに：便失禁は女性の生活の質を大きく低下させる骨盤底障害の一つである。分娩は女性における便失禁の原因として非常に重要な要因である。分娩後の便失禁発生頻度についてはいくつかの論文は存在しているが、本邦における調査はほとんどない。また昨今日本において増加傾向の無痛分娩について、排便への影響についての知見も少ないので現状である。

目的：分娩後に発生する便失禁の発生頻度を明らかにする。無痛分娩が便失禁へ影響しているかどうか検討する。

方法：2018年6月から2019年5月までに当院で出産された女性に対してアンケート用紙を用いた後ろ向きコホート研究を行った。日本語版the Pelvic Floor Distress Inventory-20 (PFDI-20) 質問票を使用し、研究参加同意を得られた、妊娠37週以降の分娩、単胎妊娠女性に対し分娩から6-15ヶ月の時点での症状を調査した。分娩様式（経腔または帝王切開）は問わなかった。回答が得られた症例に対してガス失禁、便失禁のグループ分け検討を行った。

結果：対象期間間に336例の分娩件数があり、研究の対象者は313例、そのうち十分な回答が得られた212例において検討を行った。年齢は中央値で33歳(19-41)、109名が初産であった。分娩様式では133例(16.5%)が自然分娩、吸引または鉗子分娩が35例(16.5%)、帝王切開が44例(20.8%)であった。会陰裂傷ではなしが99例(46.7%)、1度が11例(5.2%)、2度が98例(46.2%)、肛門括約筋損傷である3度が4例(1.9%)であった。分娩後38例(17.9%)でガス失禁、9例(4.2%)で便失禁が見られた。ガス失禁群では、器械分娩が4例、帝王切開が8例、無痛分娩は5例見られた。便失禁群は全て無痛を使用しない経腔分娩であった。両群ともに肛門括約筋損傷は診断されなかった。

結論：分娩後のガス失禁は17.9%、便失禁は4.2%であった。無痛分娩は分娩後の便失禁への影響は大きくなことが示唆された。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:40 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:40 AM UTC □ Room 5

[O16] 一般演題（口演） 16 排便障害の診療

座長：角田 明良(安房地域医療センター), 小原 誠(OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック)

[O16-2] 神経障害による排便障害の診断と治療

神山 剛一¹, 寺田 俊明¹, 田中 良明¹, 武田 崇志¹, 吉岡 将史¹, 増田 有香¹, 中村 浩¹, 山田 麻子², 佐藤 兼俊³
 (1.寺田病院, 2.アイビー胃腸肛門クリニック, 3.浅草胃腸肛門クリニック)

脊髄神経障害や脳血管障害による中枢神経障害は、排便に関わる直腸肛門機能を制御する神経に影響し、神経障害による排便障害の病態となる。脊髄障害の場合は、膀胱直腸障害として一般的に認知されているが、馬尾症候群や陰部神経障害などの末梢神経障害が原因の排便障害は、患者が神経障害と排便障害との関連に気づかなかったり、医療者においても診断に至らなかつたりするのが現状である。当院の専門外来では直腸肛門機能検査による機能障害の評価を行い、その結果に基づいて排便管理の調整を行なっている。直腸肛門内圧測定または排便造影によって、直腸肛門機能障害による排便障害と診断された338名中、神経障害による排便障害と診断された48名を対象に、神経障害の病態や排便管理についての解析を行なった。48名のうち20名が脊髄損傷などの脊髄神経障害で、原因不明の神経障害による排便障害も18名おり、診断に至っていない脊柱管狭窄症や馬尾症候群が原因と考えられた。治療としては、当院の排便診療フローチャートに則り、直腸感覚検査の結果に応じて、適切な便意の有無を評価した上で、排便管理を提唱している。すなわち直腸に一定量の便貯留を識別できるかどうかで、自身の便意を指標に排便行動の適否を判断する。直腸感覚が過敏だった場合は、バイオフィードバック療法に直腸における便貯留能の改善を図る。逆に、直腸感覚が低下している場合は、便意が不明瞭となっている可能性を踏まえ、直腸における一定量の便貯留を予測した上で、坐薬や浣腸を用いた排便促進を行う計画排便によって安定した排便周期を確立できた。神経障害による排便障害は、神経障害のタイプによって排便障害の顕性パターンが異なり、それぞれに応じた排便管理が必要となる。ただし、神経障害が原因と認識されていないことも少なくなく、本病態に対する一般医家の理解も必要であると考えられた。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:40 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:40 AM UTC □ Room 5

[O16] 一般演題（口演） 16 排便障害の診療

座長：角田 明良(安房地域医療センター), 小原 誠(OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック)

[O16-3] バイオフィードバック療法用医療機器開発を通じて見えてきた肛門機能検査の課題

荒 桃子¹, 渡邊 祐介², 坂村 鳩真¹, 高橋 遼¹, 奥村 一慶¹, 河北 一誠¹, 河原 仁守¹, 本多 昌平¹, 武富 紹信¹ (1. 北海道大学大学院医学研究院消化器外科学教室 I, 2. 北海道大学病院医療・ヘルスサイエンス研究開発機構)

【はじめに】鎖肛は約5000出生に1例で発生する代表的な小児外科疾患であり、術後の17~77%に排便機能障害を認め、成人期に至っても便禁制を得られない症例が存在する。学童期における骨盤底筋訓練の有効性は報告されているが、訓練手技等の標準化や継続性に加え、小児向け医療機器の整備が課題である。そこで我々は、ゲーミフィケーション要素を導入した小児用バイオフィードバック(BF)療法支援医療機器の開発に着手している。今回、鎖肛術後患児を対象に肛門内圧および肛門筋電位を測定し、肛門機能検査における諸課題について検討した。

【方法】小児外科専門医1名が、鎖肛術後患児10名を対象に、意識下左側臥位にて安静時および随意収縮時の肛門内圧および肛門内筋電位を3回ずつ測定した。測定には、高解像度直腸肛門内圧用12ch圧力センサーと、新規開発した小児用肛門内挿入型筋電プローブを用いた。筋電信号は50 msec間隔の二乗平均平方根で算出した。検査値は平均±標準偏差で記載し、肛門内圧と筋電位の関係はピアソンの相関係数で解析した。

【結果】随意収縮が測定困難であった1名を除く9名（男児8名・女児1名、年齢7~13歳）を解析対象とした。肛門内圧は安静時39.0±16.8 mmHg、随意収縮時107.1±63.9mmHg、筋電位は安静時79.4±29.1 μV、随意収縮時850.6±665.9 μVであった。相関係数は安静時r=0.30 (p=0.42)、随意収縮時r=0.69 (p=0.04)であり、随意収縮時に中程度から強い相関を示した。

一方、随意収縮時内圧が同程度(49, 52mmHg)であった患児において、筋電位は488μVと1838μVと大きな差を示す症例を確認した。

【結語】肛門括約筋の随意収縮時における肛門内圧と筋電位に有意な相関が認められ、BF療法における筋電位指標の妥当性が示唆された。しかし、肛門内圧と比較して筋電位の解釈や訓練時の閾値設定に課題があることが明らかとなった。今後の医療機器開発においては、個別キャリブレーションの導入や測定手技の標準化を含め、さらなる妥当性評価が必要と考えられた。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:40 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:40 AM UTC Room 5

[O16] 一般演題（口演） 16 排便障害の診療

座長：角田 明良(安房地域医療センター), 小原 誠(OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック)

[O16-4] 直腸脱・直腸重積患者における腹腔鏡下直腸固定術前後の肛門機能および便失禁症状の変化

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

【はじめに】便失禁は肛門内圧の低下により説明されることが多いが、同程度の内圧低下でも便失禁の有無には個人差がみられる。便性異常、直腸肛門感覚障害、便排出障害、直腸機能障害、認知・運動機能障害など多様な因子が関与している。今回は、直腸脱・直腸重積患者に対する腹腔鏡下直腸固定術前後における肛門機能および便失禁症状の変化を検討し、便失禁の病態理解を深めることを目的とした。

【方法】2022～2023年の2年間当院排便機能外来を受診し、腹腔鏡下直腸固定術を施行された患者のうち、術前後で肛門内圧・感覚検査および便失禁スコアが得られた94例を対象とした。検討項目は、肛門静止圧（MRP）、肛門随意収縮圧（MSP）、初期感覚閾値（FS）、便意発現容量（DD）、最大耐容量（MTV）、Cleveland Clinic Florida Fecal Incontinence Score (CCFIS)、Fecal Incontinence Severity Index (FISI)とした。

【結果】患者背景は男性12例、女性82例、平均年齢73.6歳（15～94歳）、直腸脱72例、直腸重積22例であった。MRPは術前平均 $25.4 \pm 15.5 \text{ cmH}_2\text{O}$ から術後平均 $30.2 \pm 16.2 \text{ cmH}_2\text{O}$ へ（ $p<0.001$ ）、MSPは術前平均 $118.5 \pm 60.6 \text{ cmH}_2\text{O}$ から術後平均 $135.5 \pm 63.6 \text{ cmH}_2\text{O}$ へ（ $p<0.001$ ）と有意に上昇した。FS、DD、MTVは13例のみ測定され、有意差はなかったが術後増加傾向を認めた。FISIは術前 23.5 ± 16.5 から術後 12.3 ± 11.5 （ $p<0.001$ ）、CCFISは術前 11.5 ± 4.4 から術後 8.5 ± 3.9 （ $p<0.001$ ）と有意に改善した。MRPとFISIの改善又は改善なしに基づき4群に分けると、両方改善：32例、MRPのみ改善：13例、FISIのみ改善：12例、両方改善なし：6例であった。

【結語】腹腔鏡下直腸固定術は肛門内圧および便失禁症状の改善に有効であった。肛門内圧の改善と便失禁の改善は必ずしも一致せず、多角的な要因解析と個別対応が重要であると考えられた。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:40 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:40 AM UTC Room 5

[O16] 一般演題（口演） 16 排便障害の診療

座長：角田 明良(安房地域医療センター), 小原 誠(OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック)

[O16-5] 一般診療所における便失禁診療

甲田 貴丸 (医療法人社団甲藍会甲田医院)

便失禁診療ガイドライン2024年版では本邦における65歳以上の便失禁の有病率は男性8.7%、女性6.6%とされている。便失禁診療ガイドラインの2017年版の発行以降、一般内科小児科の当診療所においてもその内容に沿った診療を行ってきた。

臨床的初期評価として内服薬の聴取、肛門診察を含む身体診察を行い必要であれば大腸内視鏡検査による器質的疾患の除外をしている。

肛門診察では糞便塞栓に伴う溢流性の漏出性便失禁をまず除外しDigital Rectal Examination Scoring System (DRESS) による評価、ブリストル便性状スケールによる普段の便性の評価を行う。便失禁に伴う肛門周囲の皮膚炎は、疼痛も強く患者のQOLをさらに低下させるために初診時からスキンケアの対応を行うようにしている。

軟便を伴う便失禁に対しては、便の性状を軟化させるカフェインやアルコールを控え食物繊維の摂取するように当院で作成した食事生活指導のパンフレットを用いて説明している。

また患者に食事排便日誌の記載を行ってもらい、食事やアルコールによる排便の変化を共有するようにしている。薬物療法については、ロペラミド塩酸塩の投薬を中心としている。

2023年1月から2025年4月までに便失禁を主訴として9名の患者が当院を受診していた。

その内、2名のみが継続して受診されているが食事指導、ロペラミド塩酸塩の内服にて2名とも6ヶ月以上便失禁がない状態が続いている。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 6

[O17] 一般演題（口演） 17 炎症性腸疾患1

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

[O17-1]

当院における回腸囊肛門吻合術での回腸囊作成手技の妥当性に関する検討

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

[O17-2]

潰瘍性大腸炎に対する回腸囊肛門吻合における吻合困難を予測するリスク因子

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

[O17-3]

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

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

[O17-4]

当科における潰瘍性大腸炎に対する2期分割手術の治療成績の検討

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

[O17-5]

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

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

[O17-6]

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

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

[O17-7]

潰瘍性大腸炎関連直腸癌に対する側方リンパ節郭清の治療成績

岡田 聰¹, 品川 貴秀¹, 小松 更一¹, 内野 基², 池内 浩基², 茂田 浩平³, 岡 志郎⁴, 二見 喜太郎⁵, 板橋 道朗⁶, 渡辺 和宏⁷, 渋谷 雅常⁸, 大北 喜基⁹, 若井 俊文¹⁰, 水内 祐介¹¹, 岡本 欣也¹², 山田 一隆¹³, 野口 竜剛¹, 杉原 健一¹⁴, 味岡 洋一¹⁵, 石原 聰一郎¹ (1.東京大学腫瘍外科, 2.兵庫医科大学病院炎症性腸疾患センター, 3.慶應義塾大学病院一般・消化器外科, 4.広島大学大学院感染症科内視鏡医学, 5.福岡大学筑紫病院外科, 6.東京女子医科大学病院消化器外科, 7.東北大学病院総合外科, 8.大阪公立大学大学院医学研究科消化器外科, 9.三重大学医学部附属病院消化管外科, 10.新潟大学消化器外科, 11.九州大学大学院臨床・腫瘍外科, 12.JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター, 13.高野病院消化器外科, 14.東京科学大学, 15.新潟大学大学院医歯学総合研究科分子・診断病理学分野)

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC □ Room 6

[O17] 一般演題（口演） 17 炎症性腸疾患1

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

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

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

・はじめに

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

・目的

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

・対象と方法

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

・結果

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

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

・考察、まとめ

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

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC **Room 6**

[O17] 一般演題（口演） 17 炎症性腸疾患1

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

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

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

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

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

【結果】 年齢中央値は48歳(14-82)、男:女が39:20、BMI中央値は22.4kg/m²(13-36.6)だった。3期分割:2期分割が24:35、OP:LAPは21:38だった。AD群:N群は37:22で、縫合不全はAD群で2例、N群で1例だった。SMAの走行は右:左が16:43だった。腸間膜長中央値は20.8cm(13.0-27.2)で、腸間膜可動長中央値は9.2cm(3.6-19.9)、産科的真結合線距離中央値は12.3cm(9.6-15.3)、骨盤傾斜角中央値は62.8度(48.9-74.7)、仙骨角度中央値は34.3度(18.6-54.3)だった。単变量解析では、左側SMA(p=0.032)とBMI:22以上(p=0.001)に有意差を認めた。小腸間膜や骨盤に関する測定値には有意差がなかった。単变量解析で有意差を認めた因子で多变量解析を行い、左側SMA(p=0.002, OR:10.1, 95%CI: 2.18-75)、BMI:22以上(p=0.0001, OR: 13.8, 95%CI: 3.33-96)が独立したリスク因子だった。

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

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC □ Room 6

[O17] 一般演題（口演） 17 炎症性腸疾患1

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

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

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

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

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

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

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

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC □ Room 6

[O17] 一般演題（口演） 17 炎症性腸疾患1

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

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

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

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

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

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

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

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

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC □ Room 6

[O17] 一般演題（口演） 17 炎症性腸疾患1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC □ Room 6

[O17] 一般演題（口演） 17 炎症性腸疾患1

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

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

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

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

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 6

[O17] 一般演題（口演） 17 炎症性腸疾患1

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

[O17-7] 潰瘍性大腸炎関連直腸癌に対する側方リンパ節郭清の治療成績

岡田 聰¹, 品川 貴秀¹, 小松 更一¹, 内野 基², 池内 浩基², 茂田 浩平³, 岡 志郎⁴, 二見 喜太郎⁵, 板橋 道朗⁶, 渡辺 和宏⁷, 渋谷 雅常⁸, 大北 喜基⁹, 若井 俊文¹⁰, 水内 祐介¹¹, 岡本 欣也¹², 山田 一隆¹³, 野口 竜剛¹, 杉原 健一¹⁴, 味岡 洋一¹⁵, 石原 聰一郎¹ (1.東京大学腫瘍外科, 2.兵庫医科大学病院炎症性腸疾患センター, 3.慶應義塾大学病院一般・消化器外科, 4.広島大学大学院感染症科内視鏡医学, 5.福岡大学筑紫病院外科, 6.東京女子医科大学病院消化器外科, 7.東北大学病院総合外科, 8.大阪公立大学大学院医学研究科消化器外科, 9.三重大学医学部附属病院消化管外科, 10.新潟大学消化器外科, 11.九州大学大学院臨床・腫瘍外科, 12.JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター, 13.高野病院消化器外科, 14.東京科学大学, 15.新潟大学大学院医歯学総合研究科分子・診断病理学分野)

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

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

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

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

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 6

[O18] 一般演題（口演） 18 炎症性腸疾患2

座長：大沼 忍(東北大学消化器外科), 清松 知充(国立国際医療センタ一大腸肛門外科)

[O18-1]

潰瘍性大腸炎・結腸亜全摘症例における粘液瘻とハルトマン式の比較

鈴木 秀幸, 渡辺 和宏, 唐澤 秀明, 佐藤 好宏, 村上 恵, 小野 智之, 佐藤 将大, 亀井 尚, 大沼 忍, 海野 倫明 (東北大学消化器外科学)

[O18-2]

潰瘍性大腸炎に対する大腸全摘術後の腎機能低下に関連する術前因子の検討

二木 了, 小川 真平, 谷 公孝, 伊藤 俊一, 前田 新介, 前田 文, 腹野 蔵人, 近藤 侑鈴, 金子 由香, 番場 嘉子, 山口 茂樹 (東京女子医科大学消化器・一般外科)

[O18-3]

当院でのクローン病に対する腸管手術症例の検討

皆川 知洋^{1,2}, 渡辺 憲治^{2,3}, 魚谷 倫史¹, 祐川 健太¹, 渡辺 徹¹, 三輪 武史¹, 橋本 伊佐也¹, 渋谷 和人¹, 吉岡 伊作¹, 奥村 知之¹, 藤井 努¹ (1.富山大学学術研究部医学系消化器・腫瘍・総合外科, 2.富山大学附属病院IBDセンター, 3.富山大学炎症性腸疾患内科)

[O18-4]

穿孔・膿瘍形成を伴うクローン病に対する術式選択と短期成績

浅井 竜一¹, 田島 ジェシー雄², 横井 亮磨², Okuma Yusuke², 鷹羽 律紀², 横山 亜也奈², 水谷 千佳², 松本 圭太², 久野 真史², 田中 善宏², 村瀬 勝俊³, 松橋 延壽² (1.岐阜大学大学院医学系研究科先端ゲノム医療開発学講座、消化器外科・小児外科, 2.岐阜大学大学院医学系研究科消化器外科・小児外科, 3.岐阜大学大学院医学系研究科高度先進外科学)

[O18-5]

クローン病初回手術症例584例に対する吻合部狭窄に対する再手術リスク因子の検討

楠 蔵人¹, 友尾 祐介¹, 野村 和徳¹, 長野 健太郎¹, 宋 智亨², 桑原 隆一¹, 堀尾 勇規¹, 木村 慶², 片岡 幸三², 内野 基¹, 池内 浩基¹ (1.兵庫医科大学炎症性腸疾患外科, 2.兵庫医科大学下部消化管外科)

[O18-6]

クローン病に合併した結腸癌に対する腹腔鏡手術

井上 英美, 新谷 裕美子, 西尾 梨沙, 大城 泰平, 古川 聰美, 岡本 欣也, 山名 哲郎 (JCHO東京山手メディカルセンター)

[O18-7]

クローン病関連消化管癌の臨床像の変化

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

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC □ Room 6

[O18] 一般演題（口演） 18 炎症性腸疾患2

座長：大沼 忍(東北大学消化器外科), 清松 知充(国立国際医療センター大腸肛門外科)

[O18-1] 潰瘍性大腸炎・結腸亜全摘症例における粘液瘻とハルトマン式の比較

鈴木 秀幸, 渡辺 和宏, 唐澤 秀明, 佐藤 好宏, 村上 恵, 小野 智之, 佐藤 将大, 亀井 尚, 大沼 忍, 海野 倫明 (東北大学消化器外科学)

【背景】 潰瘍性大腸炎に対する緊急手術では、結腸亜全摘・回腸ストーマ造設術（STC）が選択される場合が多いが、残存直腸の断端の処理方法には、粘液瘻とする方法と、閉鎖してハルトマン式とする方法がある。当科では従来、ほとんどの症例でチューブ粘液瘻とする方法を採用していたが、2021年から、主に術者の術中判断で、症例によってはハルトマン式を選択しており、その割合は徐々に増加している。今回我々は、近年の当科におけるSTC症例をもとに、ハルトマン式を選択する症例の特徴を検討し、粘液瘻とハルトマン式の安全性の比較を行った。

【方法】 当科で2021年1月～2025年3月に緊急・準緊急でSTCを施行したUC症例36例につき、診療録に基づいて後方視的に調査した。粘液瘻とした症例（MF群）とハルトマン式とした症例（H群）との間で、患者背景や術後経過などを比較した。

【結果】 MF群は23例（全例でチューブ粘液瘻）、H群は13例であった。H群では、年齢およびBMIが有意に高かった（年齢中央値 MF：54歳, H：73歳, p=0.014。BMI中央値 MF：19.0, H：21.3, p=0.024）。また、手術時間がH群で有意に長かった（中央値 MF：213分, H：271分, p=0.023）。Clavien-Dindo Grade 3以上の合併症は、MF群に5例、H群に3例みられ、このうちMF群で粘液瘻として固定した断端近傍の穿孔・腹膜炎で再手術となった症例が1例あった一方、H群では断端に関連した合併症の症例はみられなかった。手術から退院までの日数にも有意な違いはみられなかった（中央値 MF：26日, H：24日, p=0.56）。

【考察】 ハルトマン式は、年齢・BMIが高いなどリスクの高い症例や、手術操作が難しく手術時間のかかる症例に選択される場合多かった。それにもかかわらず、術後経過は粘液瘻の場合と遜色なく、粘液瘻のトラブルを回避するため、症例によってはハルトマン式が望ましい場合があることが示唆された。ただし、どのような症例でハルトマン式を選択すべきかについては、さらなる症例の蓄積・検討が必要である。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC □ Room 6

[O18] 一般演題（口演） 18 炎症性腸疾患2

座長：大沼 忍(東北大学消化器外科), 清松 知充(国立国際医療センタ一大腸肛門外科)

[O18-2] 潰瘍性大腸炎に対する大腸全摘術後の腎機能低下に関する術前因子の検討

二木 了, 小川 真平, 谷 公孝, 伊藤 俊一, 前田 新介, 前田 文, 腹野 蔵人, 近藤 侑鈴, 金子 由香, 番場 嘉子, 山口 茂樹 (東京女子医科大学消化器・一般外科)

【背景】

潰瘍性大腸炎(Ulcerative Colitis:UC)の標準術式である大腸全摘回腸囊肛門(管)吻合術(Ileal pouch anastomosis:IPAA)では一時的回腸人工肛門が造設されることが多い。人工肛門閉鎖後も水様便による腎機能低下が問題となる。UCに対するIPAA後の腎機能低下の関連因子を検討した。

【対象/方法】

腎機能は推算糸球体濾過量(estimated Glomerular Filtration Rate:eGFR)を用いて評価した。対象は2014年5月から2024年1月に当院でUCに対し2期的にIPAAを施行し、初回手術時のeGFRが60mL/min/1.73m²以上で、人工肛門閉鎖後に1年以上フォロー可能であった41例(男性25例/女性16例)とした。初回手術時eGFR中央値は87.9mL/min/1.73m²、人工肛門閉鎖1年後は76.2mL/min/1.73m²であった。初回手術時年齢は44歳(12-71)、手術適応は難治22例、重症4例、癌/dysplasia15例、人工肛門閉鎖までの期間は125日(35-255日)であった。人工肛門閉鎖1年後のeGFRが60未満の6例を「低下群」、60以上の35例を「非低下群」とし比較検討を行った。

【結果】

低下群・非低下群における初回手術時eGFRは70.2(65.7-109.9)・90.9(63.6-188.4)mL/min/1.73m²、人工肛門閉鎖1年後eGFRは51.6(46.3-57.1)・81.5(60.3-132.6)mL/min/1.73m²、初回手術時年齢は67歳(45-71)・38歳(12-64)、手術適応(難治/重症/癌・dysplasia)は2/0/4例(33.3/0/66.7%)・20/4/11例(57.1/11.4/31.4%)、前治療(ステロイド/生物学的製剤/タクロリムス)は3/1/1例(50.0/16.7/16.7%)・32/22/17例(91.4/62.9/48.6%)、緊急手術は1例(16.7%)・8例(22.9%)、手術時間は414分(303-504)・387分(237-811)、術中出血量は72g(5-350)・45g(3-664)、周術期輸血は0例・2例(5.7%)、人工肛門閉鎖までの期間は120日(79-207)・121日(35-25)であった。初回手術時年齢のみ統計学的に有意差を認めた(P=0.002)。

【結論】

潰瘍性大腸炎に対するIPAA後にeGFR<60mL/min/1.73m²を呈した群では、初回手術時年齢が有意に高かった。高齢者では加齢に伴うeGFRの生理的低下に加え、水様便による脱水や電解質異常が腎機能悪化に関与する可能性がある。高齢UC患者に対しては、術後の腎機能モニタリングおよび脱水予防が重要である。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC □ Room 6

[O18] 一般演題（口演） 18 炎症性腸疾患2

座長：大沼 忍(東北大学消化器外科), 清松 知充(国立国際医療センタ一大腸肛門外科)

[O18-3] 当院でのクローン病に対する腸管手術症例の検討

皆川 知洋^{1,2}, 渡辺 憲治^{2,3}, 魚谷 倫史¹, 祐川 健太¹, 渡辺 徹¹, 三輪 武史¹, 橋本 伊佐也¹, 渋谷 和人¹, 吉岡 伊作¹, 奥村 知之¹, 藤井 努¹ (1.富山大学学術研究部医学系消化器・腫瘍・総合外科, 2.富山大学附属病院IBDセンター, 3.富山大学炎症性腸疾患内科)

【はじめに】 クローン病(以下CD)患者は増加傾向にあり、現在では7万人以上と言われている。手術症例数も増加し、より専門的な手術が求められるようになっている。当院では、2023年5月から炎症性腸疾患(以下IBD)センターを設立し、専門的な治療および手術手技の定型化を行っている。当院でのCDに対する手術手技と定型化前後の成績について報告する。

【対象と手術方法】 2007年12月から2025年3月までに、当科でCDに対し腸管切除を施行した46例を対象とした。定型化前を前期群、定型化後を後期群とし、前期群は27例、後期群は19例であった。後期群は、病変部の確認や授動は単孔式の腹腔鏡下で、腸管切離と間膜処理は体外で行い、吻合は手縫いの端々吻合とした。

【結果】 臨床的背景は1)性別は前期群:男女比(20:7), 後期群:(17:2), p=0.19で有意差を認めなかった。2)手術時年齢は前期群33(15-54)歳, 後期群44(19-66)歳, p=0.005と有意に前期群で若かった。3)罹病期間は前期群60.9(0-392)ヶ月, 後期群112.6(3.2-338)ヶ月, p=0.35で有意差を認めなかった。4)手術方法は開腹:腹腔鏡で、前期群(22:5), 後期群(0:19), p<0.0001と有意に後期群で腹腔鏡が多くなった。手術成績は1)手術時間は前期群203(105-704)分, 後期群226(128-376)分, p=0.36, 2)出血量は前期群200(5-1895) g, 後期群70(1-950) g, p=0.14で1), 2)ともに有意差を認めなかった。3)術後合併症(Clavien-Dindo分類 Grade3以上)は、前期群5/27例, 後期群0/19例, p=0.047で有意差を認めた。4)再発(吻合部の狭小化, 潰瘍)は、前期群11/27例, 後期群0/19例, p=0.001と有意に後期群が少なかった。【結語】 定型化後はCD grade3以上の合併症を認めなかった。後期群は観察期間が短く、症例数も少なく、今後症例を蓄積して検討する必要がある。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC ■ Room 6

[O18] 一般演題（口演） 18 炎症性腸疾患2

座長：大沼 忍(東北大学消化器外科), 清松 知充(国立国際医療センター大腸肛門外科)

[O18-4] 穿孔・膿瘍形成を伴うクローン病に対する術式選択と短期成績

浅井 竜一¹, 田島 ジェシー雄², 横井 亮磨², Okuma Yusuke², 鷹羽 律紀², 横山 亜也奈², 水谷 千佳², 松本 圭太², 久野 真史², 田中 善宏², 村瀬 勝俊³, 松橋 延壽² (1.岐阜大学大学院医学系研究科先端ゲノム医療開発学講座、消化器外科・小児外科, 2.岐阜大学大学院医学系研究科消化器外科・小児外科, 3.岐阜大学大学院医学系研究科高度先進外科学)

【背景】 膿瘍形成を伴うクローン病（CD）に対する腹腔鏡手術は難易度が高く、治療指針においても適応は施設や術者の経験を考慮して決定することが望ましいとされている。当院はIBDセンターとしての歴史は浅いものの、膿瘍形成例に対しても以前より腹腔鏡手術を施行してきた。今回、穿孔症例を含めて、術式選択や臨床経過、短期成績を検討し報告する。

【対象】 2015年1月から2024年12月までに当院にて施行したクローン病に対する手術68例中、穿孔例6例、膿瘍形成例9例。腹腔鏡手術：10cm以下の小切開と定義。観察期間中央値：20ヶ月。

【結果】 腹腔鏡手術は穿孔例：1/6例、膿瘍形成例：6/13例にて施行。以下、中央値（範囲）にて示す。 [穿孔例 6例] 全例が2018年までの症例。腹腔鏡手術はバルーン拡張後の穿孔に選択。年齢48歳(21-56)、性別：男性2例、女性3例。CD罹患：3年(0-22)、未診断3例。小腸型が3例で最多。穿孔部：回腸5例で最多。全例診断日に手術。手術時間167.5分(99-278)、出血量82.5g(30-600)、Clavien-Dindo分類II以上の合併症：3例。術後在院日数：20.5日(11-36)。 [膿瘍形成例 9例] 7例が2023年以降。腹腔鏡は7/9例、計画的開腹移行が1例。年齢34歳(17-62)、性別：全例男性。CD罹患：8年(0-39)、未診断2例。小腸大腸型7例、穿通腸管は回腸5例で最多。膿瘍形成部：腹腔内4例、腹腔外6例（重複あり）。診断から手術：45日(0-167)。手術時間368分(77-513)、出血量100g(0-513)、Clavien-Dindo分類 II以上の合併症：3例。術後在院日数：18日(10-36)。

【結語】 穿孔性腹膜炎を伴うCDに対する腹腔鏡手術は、全身状態が安定していることに加え、穿孔直後、腸管病変がスクリーニングされている症例など適応は限られる。一方、膿瘍形成例に対する腹腔鏡手術は保存的治療中に十分な精査が可能で、膿瘍の縮小が得られることも多く安全に施行しうる。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC □ Room 6

[O18] 一般演題（口演） 18 炎症性腸疾患2

座長：大沼 忍(東北大学消化器外科), 清松 知充(国立国際医療センタ一大腸肛門外科)

[O18-5] クローン病初回手術症例584例に対する吻合部狭窄に対する再手術リスク因子の検討

楠 蔵人¹, 友尾 祐介¹, 野村 和徳¹, 長野 健太郎¹, 宋 智亨², 桑原 隆一¹, 堀尾 勇規¹, 木村 慶², 片岡 幸三², 内野 基¹, 池内 浩基¹ (1.兵庫医科大学炎症性腸疾患外科, 2.兵庫医科大学下部消化管外科)

【目的】 クローン病（以下CD）は発症後十年で70%以上が何らかの手術を受け、初回手術後も再発病変に対する手術が高率で必要となるという報告がある。初回手術時の吻合部に再発することも多く再手術の術式が前回吻合部切除となる場合も多い。CD初回手術後の再手術が必要な吻合部再発のリスク因子を明らかにすることを目的とした。

【方法】 2014年1月から2024年7月までに当院でCDに対して初回腸管切除手術を施行した583症例に対して検討を行った。

【結果】 患者の手術時平均年齢は36.2歳で、男性433人、女性151人であった。前回吻合部の再発症例は30例であった。そのうち狭窄症例が28例、瘻孔形成が2例であった。

臨床学的因子との検討においてはモントリオール分類や喫煙や手術成績（手術時間、出血量、周術期合併症）では有意差は認めなかったが、手術時年齢高値群($p<0.01$)、術前BMI低値群($p<0.01$)、肛門病変+群($p<0.01$)や開腹手術群($p<0.01$)が有意に吻合部再発が多いという結果であった。またた多変量解析においては手術時年齢高値群(HR=3.47, 95%CI 1.54-7.84, $p<0.01$)、術前BMI低値群(HR=2.98, 95%CI 1.34-6.34, $p<0.01$)、肛門病変+群(HR=2.56, 95%CI 1.17-5.6, $p=0.02$)が独立した予後規定因子として抽出された。

【結語】 CD初回腸管切除手術において手術時年齢高値群(>34歳)、術前BMI低値群(<18.23)、肛門病変+群は術後の吻合部狭窄のリスクが高く術後の内科的加療の強化が重要であることが示唆された。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC ■ Room 6

[O18] 一般演題（口演） 18 炎症性腸疾患2

座長：大沼 忍(東北大学消化器外科), 清松 知充(国立国際医療センター大腸肛門外科)

[O18-6] クローン病に合併した結腸癌に対する腹腔鏡手術

井上 英美, 新谷 裕美子, 西尾 梨沙, 大城 泰平, 古川 聰美, 岡本 欣也, 山名 哲郎 (JCHO東京山手メディカルセンター)

【はじめに】 クローン病（CD）に対する腹腔鏡手術は大腸癌に対する腹腔鏡手術と共に現在では普及しつつあるが、CDに合併した結腸癌の腹腔鏡手術は比較的まれである。今回、CDに合併した結腸癌の腹腔鏡手術の成績を明らかにするため検討を行った。

【対象・方法】 2011年1月から2024年12月 CDに合併した結腸癌17例を対象に、術式、臨床的背景、手術因子、病理組織学的特徴、予後を後方視的に検討した。

【結果】 男性12例、女性5例、平均年齢53（歳），手術時のBMI19.1 (16.7-20.5),罹患期間（年）21 (16.8-23.8). 病変部位は結腸複数部位3例、盲腸4例、虫垂3例、上行結腸2例、横行結腸2例、S状結腸1例、下行結腸2例で、手術理由は癌8例、癌疑い1例、狭窄6例、瘻孔/狭窄1例、膿瘍1例であった。術式は開腹手術が10例（開腹群），腹腔鏡手術が7例（腹腔鏡群）であった、腹腔鏡群では回盲部切除が4例と最も多く、深達度T2までが5例(71.4%)とより早期の症例が多いのに対し、開腹群では結腸半側切除や大腸全摘出術など広範囲の術式が多く、深達度もT3以深が8例(80%)と進行癌が多く選択されていた。手術時間、術中出血量、術後住院日数に両群間の差はなかった。Clavien-Dindo III以上の合併症は開腹群の1例のみであった。病理組織学的には腹腔鏡群で腺癌5例、虫垂粘液腫1例、粘液癌1例（開腹術に移行）に対し、開腹群では粘液癌/印環細胞癌2例、腺癌と粘液癌/印環細胞癌の混在4例と悪性度の高い組織型の割合が多かった。断端陽性は6例認め全例T3以深で腹腔鏡手術群で少ない傾向（1/6,16.7%）にあった。術後観察期間は2.6年（1.2-5.9年）で癌による死亡は6例あり、腹腔鏡群1例（開腹に移行），開腹群5例であった。断端陽性例は6例中5例が死亡しており、有意に予後不良であった（83.3%，P = 0.035）。

【結語】 CDに合併した結腸癌のうち深達度T2までの腺癌で断端陰性が確保できる症例は比較的予後良好であるため腹腔鏡の適応になると考えられた。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC ■ Room 6

[O18] 一般演題（口演） 18 炎症性腸疾患2

座長：大沼 忍(東北大学消化器外科), 清松 知充(国立国際医療センター大腸肛門外科)

[O18-7] クローン病関連消化管癌の臨床像の変化

小金井一隆, 辰巳 健志, 黒木 博介, 後藤 晃紀, 小原 尚, 中尾 詠一, 斎藤 紗由美, 杉田 昭 (横浜市立市民病院
炎症性腸疾患科)

クローン病（CD）関連消化管癌の診断と治療はCD症例の診療上大きな課題であるが近年その臨床像に変化がある。【目的】クローン病関連消化管癌合併例の臨床経過の変化から予後改善の課題を明らかにする。【対象】CD関連消化管癌を合併した自験90例（男64, 女26）。【方法】背景、臨床経過の推移を2016年以前診断例（前期群）と2017年以降診断例（後期群）に分けて比較した。【結果】全例のCD発症年齢は平均26歳（13～54歳）で、癌占拠部位は直腸肛門管が62例（67%）であった。前期群は40例、後期群は50例で、それぞれ、男女比は28:12と36:14で差はなく、病型別の例数は小腸型、小腸大腸型、大腸型が2,33,6と0,35,15であった。CD発症年齢は25.6歳と25.7歳で差がなく、癌診断時年齢は45歳と52歳、CD発症から癌診断まで22年と25年とそれぞれ有意差を認めた（P<0.05）。直腸肛門管癌は83%（33例）と58%（29例）で、後期で結腸小腸や瘻管内など他部位の癌症例が有意に増加した。癌の診断が手術前であった症例は62.5%（25例）と68.0%（34例）と差がなかったものの、早期癌の症例は7.5%（3例）と30.0%（15例）と後期群で有意に増加した。Stageが0,1であった症例は12.5%（5例）から42.0%（21例）に有意に増加した。Stage 0,1の26例の診断契機は術前内視鏡検査が18例、既往手術時の肛門部生検が3例、MRI検査が1例、術中、術後病理組織検査が4例であった。癌の遺残がないR0手術例は42.5%（17例）と56.0%（28例）と増加したものの有意差がなく、遠隔転移や腹膜播種などで切除術ができなかつた症例は10%（4例）から22.0%（11例）に増加した。

【結語】クローン病関連消化管癌は直腸肛門管に最も多いものの、それ以外の部位の症例が増加していた。早期癌やstage 0,1の症例は増加し、内視鏡検査時などに行われる組織採取が寄与していた。一方でR0手術が可能な段階で発見できていない症例が多くあり、クローン病関連消化管癌の予後改善には発症後長期経過例に対し癌合併の可能性を念頭におき、より積極的な検査を考慮することが必要と考えられた。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 6

[O19] 一般演題（口演） 19 進行直腸癌の治療戦略2

座長：畠 彰一(周南記念病院消化器病センター外科), 高雄 美里(都立駒込病院大腸外科)

[O19-1]

当院における局所進行下部直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapyの治療成績

河野 貴博¹, 井原 啓佑¹, 中村 隆俊¹, 泉 陽光¹, 上野 紘¹, 高柳 雅¹, 根本 鉄太郎¹, 蜂谷 裕之¹, 石塚 満¹, 江島 泰正², 水島 恒和¹ (1.獨協医科大学下部消化管外科, 2.獨協医科大学放射線治療センター)

[O19-2]

局所進行下部直腸癌に対する当科におけるTNTの成績

皆川 結明, 石山 泰寛, 芥田 壮平, 中西 彰人, 西 雄介, 林 久志, 藤井 能嗣, 石井 利昌, 梶田 浩文, 平沼 知加志, 平能 康充 (埼玉医科大学国際医療センターアンダーニー下部消化管外科)

[O19-3]

当院における進行直腸癌の治療戦略とTNTの治療成績

前田 裕介¹, 戸田 重夫¹, 柏木 慎平¹, 高橋 泰弘¹, 富田 大輔¹, 呉山 由花¹, 岡崎 直人¹, 平松 康輔¹, 福井 雄大¹, 花岡 裕¹, 的場 周一郎², 上野 雅資¹, 黒柳 洋弥¹ (1.虎の門病院消化器外科, 2.東邦大学医療センター大森病院消化器センター外科)

[O19-4]

直腸癌Total Neoadjuvant Therapyの予後に対する影響

中守 咲子, 出嶋 皓, 坂元 舞, 加藤 博樹, 高雄 美里, 中野 大輔, 川合 一茂 (がん・感染症センター都立駒込病院)

[O19-5]

局所進行直腸癌に対するTotal neoadjuvant therapy後とupfront surgeryの手術短期成績の比較

諏訪 雄亮¹, 小澤 真由美¹, 森 康一¹, 田 鐘寛², 諏訪 宏和³, 佐藤 渉¹, 葛下 泰宏¹, 沼田 正勝¹, 佐藤 勉¹, 渡邊 純^{2,4}, 遠藤 格² (1.横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科, 2.横浜市立大学医学部消化器・腫瘍外科, 3.横須賀共済病院外科, 4.関西医科大学下部消化管外科)

[O19-6]

局所進行下部直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapyにおける化学放射線療法と短期放射線療法の完全奏効率の比較

佐藤 健太郎¹, 野口 竜剛¹, 坂本 貴志¹, 松井 信平¹, 向井 俊貴¹, 山口 智弘¹, 田口 千藏², 千野 晶子³, 河内 洋⁴, 篠崎 英司⁵, 秋吉 高志¹ (1.がん研有明病院大腸外科, 2.がん研有明病院放射線治療部, 3.がん研有明病院下部消化管内科, 4.がん研有明病院病理部, 5.がん研有明病院消化器化学療法科)

[O19-7]

局所進行直腸癌に対する化学放射線療法 (CRT) と化学放射線療法化学療法逐次施行(TNT)の比較

市川 伸樹, 吉田 雅, 大野 陽介, 柴田 賢吾, 今泉 健, 佐野 峻司, 武富 紹信 (北海道大学消化器外科 I)

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC □ Room 6

[O19] 一般演題（口演） 19 進行直腸癌の治療戦略2

座長：畠 彰一(周南記念病院消化器病センター外科), 高雄 美里(都立駒込病院大腸外科)

[O19-1] 当院における局所進行下部直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapyの治療成績

河野 貴博¹, 井原 啓佑¹, 中村 隆俊¹, 泉 陽光¹, 上野 紘¹, 高柳 雅¹, 根本 鉄太郎¹, 蜂谷 裕之¹, 石塚 満¹, 江島 泰正², 水島 恒和¹ (1.獨協医科大学下部消化管外科, 2.獨協医科大学放射線治療センター)

【緒言】局所進行下部直腸癌治療は、局所再発率の低下と遠隔転移の抑制が重要な課題である。従来の術前化学放射線療法では、局所制御の改善を認めるものの、遠隔転移の抑制や予後改善効果が示されていない。Total Neoadjuvant Therapy (TNT)は、化学放射線療法に加え、全身化学療法を術前治療に組み込んだ治療戦略である。

【目的】局所進行下部直腸癌に対し、当院で施行しているTNTの安全性及び短期治療成績を明らかにする。

【対象と方法】2021年4月から2025年4月までにTNTを施行した37例を対象とした。対象症例は、下部直腸癌cStageII/IIIの症例。放射線化学療法としてS-1 80mg/日 (day1-5, day7-11) + RT30Gy (3Gy × 10Fr)を施行後、Consolidation ChemotherapyとしてSOX (S-1:80mg/body, LOHP130mg/body)療法を2コース投与した。本治療の安全性および短期治療成績を、有害事象、合併症の有無、治療効果によって評価した。

【結果】年齢の中央値は70 (32-87)歳。男性30例、女性7例であった。照射終了日から手術までの日数の中央値は10.0 (4.3-13.7)週であった。CTCAE Grade3以上の有害事象は、下痢が3例のみであった。Clavien-Dindo分類でGrade IIIa以上の術後合併症は1例 (2.7%)腹腔内膿瘍を認めた。9例 (24.3%)で病理学的完全奏効 (pathological complete response: pCR) が得られた。

【考察】従来の放射線化学療法のpCRは15-20%とされており、本法の症例数は未だ少ないものの、遜色ない結果であった。Grade3以上の有害事象は下痢3例のみであり、短期治療成績としては比較的低侵襲と考えられた。

【結語】当院で施行されたTNTは、安全に施行可能であり、下部進行直腸癌に対する有効な治療戦略となりうる可能性が示唆された。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC □ Room 6

[O19] 一般演題（口演） 19 進行直腸癌の治療戦略2

座長：畠 彰一(周南記念病院消化器病センター外科), 高雄 美里(都立駒込病院大腸外科)

[O19-2] 局所進行下部直腸癌に対する当科におけるTNTの成績

皆川 結明, 石山 泰寛, 芥田 壮平, 中西 彬人, 西 雄介, 林 久志, 藤井 能嗣, 石井 利昌, 梶田 浩文, 平沼 知加志, 平能 康充(埼玉医科大学国際医療センター下部消化管外科)

【背景】直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapy (TNT) は、局所制御率の向上および遠隔転移抑制を目的として導入され、病理学的完全奏効 (pCR) 率の上昇が報告されている。しかし、その長期成績や手術先行治療と比較した術後合併症率が明確でないため、本邦のガイドラインではTNTを日常臨床として行わないことを弱く推奨している。当科では2022年4月より局所進行下部直腸癌に対してTNTを導入しており、その短期成績を報告する。

【方法】2022年4月から2025年4月までに当科で局所進行下部直腸癌に対してTNT施行後に根治手術を施行した44例を対象とし、治療成績について後方視的に検討した。TNT適応症例は80歳以下、ECOG PS 0-1の下部進行直腸癌(cT3N+M0 or cT4NanyM0)とした、TNTのスケジュールはShort course RT (25 Gy / 5 Fr) 後、CAPOX6コースを施行することとした。再度、造影CT検査、MRI検査、下部消化管内視鏡検査を術前に施行して評価し、手術を施行した。

【結果】性別（男/女）は27/17、年齢は64歳(38-80)、cStage IIIb/IIIcは20/24であった。TNTの完遂率は68.2%(30/44例)、4コース以上施行したのは88.6%(39/44例)であった。術式

(LAR/ISR/APR/Hartman) は21/2/15/6で、前例で経肛門・会陰操作を併用した。側方リンパ節郭清は19例に施行され、転移陽性を3例(15.8%)に認めた。術時間は297分(135-701)、出血量は20ml(2-551ml)であった。Clavien-Dindo分類Grade III以上の合併症はリンパ漏2例、癒着性腸閉塞1例であった。病理学的診断では、pCR/pStage I / II / IIIa/IIIb/IIIcは14/9/5/2/10/4であり、pCRは31.8%(14/44例)であった。組織学的治療効果判定Grade 1a/1b/2/3は11/7/11/15、RM陽性例は認めなかった。観察期間中央値は444日（30-1150）であり、7例に再発を認めた。再発形式は肝転移4例、腹膜播種2例、傍大動脈リンパ節・Virchow転移1例であった。再発7例のうち4例は治療効果がGrade 1aの症例であり、pCRを得た症例では現時点で再発を認めていない。

【結語】局所進行直腸癌に対する当科のTNTの短期成績は既報と遜色がなかった。今後長期成績の検討に向けてさらなる症例の蓄積が望まれる。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC □ Room 6

[O19] 一般演題（口演） 19 進行直腸癌の治療戦略2

座長：畠 彰一(周南記念病院消化器病センター外科), 高雄 美里(都立駒込病院大腸外科)

[O19-3] 当院における進行直腸癌の治療戦略とTNTの治療成績

前田 裕介¹, 戸田 重夫¹, 柏木 悅平¹, 高橋 泰弘¹, 富田 大輔¹, 呉山 由花¹, 岡崎 直人¹, 平松 康輔¹, 福井 雄大¹, 花岡 裕¹, 的場 周一郎², 上野 雅資¹, 黒柳 洋弥¹ (1.虎の門病院消化器外科, 2.東邦大学医療センター大森病院消化器センター外科)

【諸言】 2014年に Non-Operative Management(NOM)が提唱され、2020年頃からTotal Neoadjuvant Therapy(TNT)が世界的にも認識された。全身化学療法は通常oxaliplatinを含むRegimenであり、効果判定では内視鏡・直腸診・MRI・CTを総合的に評価し、nonCR症例は手術、CR症例はNOMを行い、regrowth症例は原則TME手術を行う。

【目的】 当院の下部進行直腸癌に対するTNTの治療成績を示し、妥当性を検証する。

【方法・対象】 cT3/4 or cN+の下部進行直腸癌に対して術前放射線治療を行っている。50.4Gy/28frの長期照射を基本とするが、臓器温存手術のために腫瘍縮小が不要な症例では25Gy/5frの短期照射も行った。近年は臨床試験への参加を契機に放射線治療先行のConsolidationや化学療法をRTの前後に分けるSandwichも施行している。周囲剥離断端(CRM)陽性が危惧される症例や両側側方リンパ節転移陽性症例等に対し、化学療法を先行のInduction Chemotherapy後RTのTNTを2010年から行い、TNT後cCR症例は手術を行ってきたが、2021年からはNOMを導入している。2021年4月～2025年4月にTNT後最終効果判定を行った下部進行直腸癌50例を対象とし、治療成績を検討した。

【結果】 男34・女16例、年齢60歳(39-80歳)、ASA1/2/3:16/32/2、腫瘍部位はRb 48例・P 2例。初診時Stage I/II/III : 2/14/34で、TNT後のycStageは0/I/II/III/IV : 13/15/10/11/1。ycStage 0の13症例(26%)は全例NOMを行った。TNTの内容はInduction11例、Consolidation18例、Sandwich21例であった。併用放射線は長期照射41例、短期照射9例。NOM中4例(30%)でregrowthを認め、Salvage手術では3例切除し、1例は手術予定。Regrowthは、3例は内視鏡で、1例はMRI・PETで診断確定した。手術症例40例の手術時間435分(266-691分)、出血100ml(0-498ml)、合併症CD III以上は4例。根治度A 35例、B 3例、C 2例。再発は10例、大腸癌死1例・他病死1例以外は全例生存している。Regrowth 4例のNOM開始からRegrowth診断までの期間の中央値は99.5日。

【結語】 当院のTNTの短期成績、NOM施行率、Regrowth率は妥当で、安全に施行可能であった

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC □ Room 6

[O19] 一般演題（口演） 19 進行直腸癌の治療戦略2

座長：畠 彰一(周南記念病院消化器病センター外科), 高雄 美里(都立駒込病院大腸外科)

[O19-4] 直腸癌Total Neoadjuvant Therapyの予後に対する影響

中守 咲子, 出嶋 皓, 坂元 舜, 加藤 博樹, 高雄 美里, 中野 大輔, 川合 一茂 (がん・感染症センター都立駒込病院)

【背景】進行下部直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapy (TNT)の普及に伴い、合併症やpCR率などの短期成績についてはEvidenceが集積されつつあるが、Up front surgeryと比べたTNTの真の予後改善効果については検討が不十分である。当院では進行下部直腸癌のうち、T4, N2以上のリンパ節転移、CRM \leq 1mm, EMVI陽性の症例に対し、選択的にTNTを導入している。

【目的】当院で施行したTNTと従来の直腸癌治療の予後を比較する。

【対象】下部直腸癌に対しTNT後手術を施行したT群:40例(2020-2025年)と、Up front surgeryを施行したU群：309例(2015-2025年)を対象に傾向スコアマッチングを行い、T群26例とU群78例(計104例)を最終解析対象として、治療開始日を解析の起点とした中期成績の比較検討を行った。調整因子は年齢、性別、cT, cNを用いた。TNTはShort-course RT 25Gy/5frとconsolidation CAPOXを基本とした。

【結果】マッチング前の患者背景はT群で若年、高度進行癌症例を多く認めたが、マッチング後の患者背景には有意差を認めなかった。3年全生存率はT群90.0%, U群89.7% ($p=0.66$)、3年RFSはT群62.7%, U群69.2% ($P=0.719$)、3年累積局所再発率はT群 20.4%, U群11.4% ($p=0.94$)といずれも有意差を認めなかった。TNT群において4例の遠隔再発(肝、肺)と、2例の局所再発(側方郭清省略後の側方リンパ節、膣合併切除後の膣再発)を認めた。

【結語】現時点の観察期間の範囲では、TNT群は従来の手術群と比較し中期成績において予後改善効果を認めなかった。症例の集積と長期成績の検討が必要である。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC □ Room 6

[O19] 一般演題（口演） 19 進行直腸癌の治療戦略2

座長：畠 彰一(周南記念病院消化器病センター外科), 高雄 美里(都立駒込病院大腸外科)

[O19-5] 局所進行直腸癌に対するTotal neoadjuvant therapy後とupfront surgeryの手術短期成績の比較

諏訪 雄亮¹, 小澤 真由美¹, 森 康一¹, 田 鐘寛², 諏訪 宏和³, 佐藤 渉¹, 薮下 泰宏¹, 沼田 正勝¹, 佐藤 勉¹, 渡邊 純^{2,4}, 遠藤 格² (1.横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科, 2.横浜市立大学医学部消化器・腫瘍外科, 3.横須賀共済病院外科, 4.関西医科大学下部消化管外科)

【背景】局所進行直腸癌に対するTotal neoadjuvant therapy (TNT)は本邦でも特定の施設では広まっているが、手術時の組織の線維化や浸出液の多さから、upfront surgeryより手術難易度が高く、短期成績の悪化も危惧されているが比較したデータは不足している。【目的】局所進行直腸癌のうちTNT治療群とupfront surgery群に分けて手術の短期成績を比較した。

【方法】2020年1月から2024年12月にT3以深の局所進行直腸癌に対して術前MRIでCRM≥1mm確保困難と判断しTNT後に手術を行った30例とupfront surgeryを行った173例を対象に性別、BMI、腫瘍局在(上部/下部)、cStage、側方リンパ節転移有無を調節因子としpropensity score matchingを行いマッチングした各群27例を比較検討した。

【結果】TNT群 vs Upfront surgery群は、男性/女性 23/4 vs 24/3($p=0.695$)、年齢中央値 59 vs 74歳 ($p<0.001$)、BMI 25.7 vs 22.3 ($p=0.842$)、ASA-PS I/II/III 5/19/3 vs 1/23/3 ($p=0.345$) であった。腫瘍の局在はRa/Rb 3/24 vs 5/22 ($p=0.444$)、cT3/cT4 24/3 vs 24/3 ($p=1.0$)、cStage(II/III): 6/21 vs 6/21 ($p=1.0$)。TNTの種類はInduction chemotherapy (INCT)+Long-course chemo-radiation therapy (LCCRT) 5例、Consolidation chemotherapy (CNCT) + LCCRT 4例、Short-course radiation therapy (SRT) + CNCT 18例であった。術式は開腹/腹腔鏡/taTME/Robot 0/1/7/19 vs 1/10/7/9 ($p=0.008$)、括約筋温存/非温存 25/2 vs 21/6 ($p=0.125$)、側方郭清を10/9例 (37.0% vs 33.3%, $p=0.776$)で施行していた。手術時間中央値は368 vs 349分($p=0.729$)、出血量 68ml vs 112ml ($p=0.253$)とそれぞれ有意差は認めなかった。Clavien-Dindo分類≥Grade3の術後合併症は0 vs 3例(腸閉塞2例、縫合不全1例) ($p=0.235$)、術後在院日数中央値 12 vs 15日 ($p=0.012$)であった。リンパ節郭清個数中央値は13 vs 24個 ($p<0.001$)、pCRM≤1mmは2 vs 4例 (7.4% vs 14.8%, $p=0.669$) であった。

【結語】局所進行直腸癌に対するTNTはupfront surgeryと比較して手術時間の延長や術後合併症の増加はなく安全に施行可能であった。今後は長期予後を集積する必要がある。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 6

[O19] 一般演題（口演） 19 進行直腸癌の治療戦略2

座長：畠 彰一(周南記念病院消化器病センター外科), 高雄 美里(都立駒込病院大腸外科)

[O19-6] 局所進行下部直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapyにおける化学放射線療法と短期放射線療法の完全奏効率の比較

佐藤 健太郎¹, 野口 竜剛¹, 坂本 貴志¹, 松井 信平¹, 向井 俊貴¹, 山口 智弘¹, 田口 千藏², 千野 晶子³, 河内 洋⁴, 篠崎 英司⁵, 秋吉 高志¹ (1.がん研有明病院大腸外科, 2.がん研有明病院放射線治療部, 3.がん研有明病院下部消化管内科, 4.がん研有明病院病理部, 5.がん研有明病院消化器化学療法科)

【目的】局所進行下部直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapy (TNT)において、完全奏効 (Complete response, CR) 率を向上させるために放射線療法として化学放射線療法 (LCCRT) と短期放射線療法 (SCRT) いずれを選択するべきかに関しては議論が分かれている。今回我々は、導入化学療法後に化学放射線療法を施行したInduction chemotherapy and long-course chemoradiotherapy (INCT-LCCRT)群と、短期放射線療法後に化学療法を施行したShort-course radiotherapy and consolidation chemotherapy (SCRT-CNCT) 群のCR率を比較した。

【方法】2011年から2022年にTNTを受けたcT3-4NanyM0の下部直腸癌患者234例を対象とし、根治手術としてTotal mesorectal excision (TME) を施行した症例およびclinical CRと判断しNon-operative management (NOM)を施行した症例を後ろ向きに解析した。CRは、手術例では pathological CR、NOM例ではlocal regrowthを来さず clinical CRを維持した症例と定義した。傾向スコアマッチングを行い患者背景を調整した。CR率、3年relapse-free survival (RFS)、3年 local recurrence-free survival (LRFS)に関し検討した。

【結果】対象症例はINCT-LCCRT群194例、SCRT-CNCT群40例で、INCT-LCCRT群は治療前画像評価においてT4 (29.9% vs. 2.5%)や側方リンパ節転移陽性 (62.4% vs. 10%) と評価された、より進行した症例が多かった。CR率は、Overall cohortで30.9% vs. 30.0% ($p=1$)、matching cohort (INCT-LCCRT群、SCRT-CNCT群とも38例) で34.2% vs. 28.9% ($p=0.81$) と、両群間に有意差を認めなかった。3年RFS (overall cohort: 81.9% vs 81.9%, $p=0.98$, matching cohort: 89.5% vs. 80.9%, $p=0.30$)、3年LRFS (overall cohort: 95.2% vs 100%, $p=0.18$, matching cohort: 100% vs. 100%, $p=1$)は両群間で有意差を認めなかった。

【考察】INCT-LCCRTはより進行した症例に適用されていたにもかかわらず、SCRT-CNCTと同等のCR率および長期予後を示した。進行度やリスクに応じて最適なTNTのレジメンを選択することが重要であり、今後はNOM導入率を向上させる最適なレジメンに関し、さらなる検討が必要である。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC □ Room 6

[O19] 一般演題（口演） 19 進行直腸癌の治療戦略2

座長：畠 彰一(周南記念病院消化器病センター外科), 高雄 美里(都立駒込病院大腸外科)

[O19-7] 局所進行直腸癌に対する化学放射線療法（CRT）と化学放射線療法化学療法逐次施行(TNT)の比較

市川 伸樹, 吉田 雅, 大野 陽介, 柴田 賢吾, 今泉 健, 佐野 峻司, 武富 紹信 (北海道大学消化器外科Ⅰ)

背景：局所進行直腸癌の局所再発を低減させる治療戦略として術前化学放射線療法が選択される。当科では2023年以降、化学放射線療法化学療法逐次施行(TNT)を取り入れた。

目的：局所進行直腸癌に対して術前療法を行った症例における、化学放射線療法(CRT)と TNT の短期成績を比較する。

方法：2017年から2025年4月に腹腔鏡手術を行ったステージII、IIIの下部直腸癌51例において、術前CRT施行28例とTNT施行23例の治療成績を比較した。TNTはCapeOXによるconsolidationを基本とした。

結果：CRT群、TNT群で年齢中央値はともに64歳で、それぞれ男性24女性4例 vs 男性16女性7例)。BMIは23.2 vs 23.6で、ASA3度以上の症例は両群とも認めなかった。Ra/Rb(10/18 vs 4/19例)、肛門縁からの距離6.5cm vs 4.0cm(p=0.03)、初診時ステージ(II/IIIが13/15 vs 10/12)であった。TNTではcCRを2例(9%)に認めた。手術アプローチはTNTでロボット支援下手術が多かったが(39% vs 95%, p<0.01)、術式(前方切除/ハルトマン/APR/ISR/TP/大腸全摘がそれぞれ13/1/10/1/2/1例 vs 12/1/7/1/0/0例)に差を認めなかった。D3郭清、diverting stoma造設は全例で、側方郭清(21% vs 29%)、その他臓器合併切除(18% vs 10%)の割合に差を認めなかった。手術成績では手術時間(323vs377min)、出血量(64vs32ml)に差を認めず、開腹移行率(ともに0例)、Clavien-Dindo分類III以上の術後合併症(ともに1例ずつ、3.6% vs 4.8%)、術後在院日数(17.5 vs 17日)に差を認めなかった。病理DM0(ともに100%)、RM1(1vs1例)であった。腫瘍径(29.5vs21mm)、ypStageの分布に差を認めず(pCR/0/I/II/III/IVが5/3/7/8/3/2例 vs 4/1/4/6/5/1例)でcCR+pCRは18% vs 26%(p=0.57)であった。

結語：TNTとCRTと同等の周術期短期成績が得られた。今後、TNTのCR率増加における有用性に期待したい。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 6

[O20] 一般演題（口演） 20 直腸癌に対する側方郭清2

座長：柳 秀憲(医療法人信和会明和病院), 筒井 敦子(上尾中央総合病院外科)

[O20-1]

術前MRI画像から下部直腸癌における側方郭清適応基準

佐伯 泰慎, 田中 正文, 福永 光子, 米村 圭介, 大原 真由子, 水上 亮介, 山田 一隆 (大腸肛門病センター高野病院外科)

[O20-2]

進行下部直腸癌におけるMRI所見を用いた側方リンパ節転移の診断能の検討

末田 聖倫¹, 賀川 義規¹, 安井 昌義², 西村 潤一¹, 三代 雅明¹, 北風 雅敏¹, 森 良太¹, 深井 智司¹, 河口 恵¹, 長谷川 健太¹, 菅生 貴仁¹, 牛丸 裕貴¹, 小松 久晃¹, 柳本 喜智¹, 金村 剛志¹, 山本 和義¹, 後藤 邦仁¹, 小林 省吾¹, 宮田 博志¹, 大植 雅之¹ (1.大阪国際がんセンター消化器外科, 2.関西労災病院消化器外科)

[O20-3]

術前MRIにおけるリンパ節のmrCRMと側方リンパ節転移の関連の検討

岩佐 陽介^{1,2}, 小山 文一^{1,2}, 高木 忠隆¹, 藤本 浩輔¹, 田村 昂¹, 江尻 剛気¹, 吉川 千尋¹, 庄 雅之¹ (1.奈良県立医科大学消化器・総合外科, 2.奈良県立医科大学附属病院中央内視鏡部)

[O20-4]

術前のMRI評価によって側方郭清を省略した直腸癌の長期治療成績

梶原 由規¹, 望月 早月¹, 岡本 耕一¹, 山寺 勝人¹, 守矢 恒司¹, 曽田 悠葵¹, 田代 恵太¹, 菊家 健太¹, 川内 隆幸¹, 相原 一紀¹, 田代 真優¹, 廣瀬 裕一¹, 大塚 泰弘¹, 及川 功¹, 倉澤 秀紀¹, 神藤 英二², 岸 庸二¹, 上野 秀樹¹ (1.防衛医科大学校外科学講座, 2.自衛隊中央病院外科)

[O20-5]

下部進行直腸癌に対する側方リンパ節郭清の治療成績および側方リンパ節郭清省略例に関する後方視的検討

岡本 行平, 藤野 紘貴, 豊田 真帆, 秋山 有史, 伊東 竜哉, 小川 宰司, 奥谷 浩一, 今村 将史 (札幌医科大学外科学講座消化器外科分野)

[O20-6]

進行下部直腸癌における側方郭清省略症例の検討

岩田 至紀, 田中 千弘, 桐山 俊弥, 長尾 成敏, 河合 雅彦 (岐阜県総合医療センター外科)

[O20-7]

進行直腸癌に対する至適な側方郭清と術前治療についての検討～側方リンパ節郭清省略の可能性～

竹下 浩明, 大石 海道, 堀川 修一, 久保 飛翔, 福井 彩恵子, 釘山 統太, 原 貴信, 森田 道, 藤井 美緒, 米田 晃, 南恵 樹, 黒木 保 (国立病院機構長崎医療センター外科)

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC □ Room 6

[O20] 一般演題（口演） 20 直腸癌に対する側方郭清2

座長：柳 秀憲(医療法人信和会明和病院), 筒井 敦子(上尾中央総合病院外科)

[O20-1] 術前MRI画像から下部直腸癌における側方郭清適応基準

佐伯 泰慎, 田中 正文, 福永 光子, 米村 圭介, 大原 真由子, 水上 亮介, 山田 一隆 (大腸肛門病センター高野病院外科)

【背景・目的】 下部直腸癌におけるリンパ節(LN)転移は、上方向リンパ節転移のみではなく側方リンパ節(LLN)転移が15-20%存在する。LLN転移を有する症例の予後は一般的に不良とされており、そのため本邦においてはLLN郭清(LLND)が推奨されているが、そのLLN転移の術前診断基準の定義は確立していない。今回当院でLLNDを施行した下部直腸癌症例で、術前MRIによるLLN転移診断能と転移予測因子を同定することを目的とした。

【対象・方法】 2011-23年に術前MRIを施行した術前未治療のpStage I-III下部直腸癌110例を対象とし、LN(腸間膜・側方)転移診断能、LLN(263,283)転移予測因子を検討した。LNは短径サイズ、malignant features(MF)因子(内部不均一、辺縁不整、円形)を評価し、4mm以下かつMF3因子、5-9mmかつMF2因子以上、10mm以上を転移陽性と定義した。

【結果】 (1)患者背景:男女比 79:31、平均年齢63.5歳、組織型 tub1:tub2:por/sig/muc=51:39:20、pStage I:II:III=28:33:49、LLN転移19例(17%)。 (2)腸間膜LN(251)転移診断能:ROC曲線にて5mmがカットオフ値。短径サイズ5mmのみでの感度、特異度は0.76, 0.57、サイズ&MF因子での感度、特異度は0.69, 0.82であり、特異度はサイズ&MF因子が優れていた。

(3)LLN(263,283)転移診断能:ROC曲線にて5mmがカットオフ値。短径サイズ5mmのみでの感度、特異度は0.67, 0.86、サイズ&MF因子での感度、特異度は0.67, 0.95であり、特異度はサイズ&MF因子が優れていた。(4)LLN転移予測能の比較:MRIによるcT、MRIによるLLN転移(サイズ&MF因子)予測、主治医総合判断によるcT、主治医総合判断によるLLN転移予測の感度は各々0.73, 0.74, 0.68, 0.79、特異度は各々0.25, 0.90, 0.14, 0.77で特異度はMRIによるLLN転移(サイズ&MF因子)予測が優れていた。

(5)LLN転移因子:多変量解析にて組織型(tub1以外)・LLN転移予測が因子として抽出された。LLN転移頻度は、tub1&LLN(-)予測、tub1以外 & LLN(-)予測、tub1& LLN(+)予測、tub1以外 & LLN(+)予測で各々1, 6, 33, 79(%)であった。

【結語】 LLN転移診断は、術前MRIにてサイズとMF因子の組み合わせで評価することで可能である。また組織型との組み合わせでLLNDの適応を考慮することができる。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC □ Room 6

[O20] 一般演題（口演） 20 直腸癌に対する側方郭清2

座長：柳 秀憲(医療法人信和会明和病院), 筒井 敦子(上尾中央総合病院外科)

[O20-2] 進行下部直腸癌におけるMRI所見を用いた側方リンパ節転移の診断能の検討

末田 聖倫¹, 賀川 義規¹, 安井 昌義², 西村 潤一¹, 三代 雅明¹, 北風 雅敏¹, 森 良太¹, 深井 智司¹, 河口 恵¹, 長谷川 健太¹, 菅生 貴仁¹, 牛丸 裕貴¹, 小松 久晃¹, 柳本 喜智¹, 金村 剛志¹, 山本 和義¹, 後藤 邦仁¹, 小林 省吾¹, 宮田 博志¹, 大植 雅之¹ (1.大阪国際がんセンター消化器外科, 2.関西労災病院消化器外科)

【緒言と目的】

進行下部直腸癌に対しては本邦において側方リンパ節郭清が推奨されているが、機能温存と予後の両立を図るには、画像診断精度を高めることで、郭清の利益が得られる症例を適切に選択することが重要である。当院ではcT3以深かつanyN、またはcAnyTかつN陽性例に対して側方リンパ節郭清を実施しており、側方リンパ節の短径7mmを陽性のcut-off値としている。近年、MRI所見である壁外静脈浸潤（mrEMVI）陽性や、直腸間膜筋膜（MRF）までの距離が1mm未満であることが、側方リンパ節転移と関連するとの報告がある。本研究では、MRI所見に基づく側方リンパ節転移の検出能を評価することを目的とした。

【対象と方法】

2017年1月から2025年4月に当院で術前MRIを施行し、術前治療を行わずに側方リンパ節郭清を実施した直腸癌129例を対象とした。側方リンパ節短径、mrEMVI、MRF浸潤に着目し、それぞれの感度、特異度、陽性および陰性的中率を算出し、側方リンパ節転移との関連を後方視的に検討した。さらに、単変量および多変量解析を用いてリスク因子を抽出した。

【結果】

129例中、側方リンパ節転移陽性は27例に認められた。術前MRI所見として、側方リンパ節短径 $\geq 7\text{mm}$ は18例、mrEMVI陽性は26例、MRF陽性は23例であった。短径 $\geq 7\text{mm}$ の感度、特異度、陽性的中率、陰性的中率はそれぞれ44.4%、94.1%、66.7%、86.4%、mrEMVI陽性では51.9%、88.2%、53.8%、87.3%、MRF陽性では44.4%、89.2%、52.2%、85.8%であった。単変量・多変量解析では、短径 $\geq 7\text{mm}$ およびmrEMVI陽性が独立したリスク因子として抽出された。さらに、短径とmrEMVIを併用した解析では感度35.0%、特異度100%、陽性的中率100%、陰性的中率83.6%と高い特異度と陽性的中率を示した。

【結語】

MRIによる側方リンパ節転移検出は有用であるが、短径評価単独では限界があり、mrEMVIを併用することで、郭清による利益が得られる症例をより的確に選択できる可能性が示唆された。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC □ Room 6

[O20] 一般演題（口演） 20 直腸癌に対する側方郭清2

座長：柳 秀憲(医療法人信和会明和病院), 筒井 敦子(上尾中央総合病院外科)

[O20-3] 術前MRIにおけるリンパ節のmrCRMと側方リンパ節転移の関連の検討

岩佐 陽介^{1,2}, 小山 文一^{1,2}, 高木 忠隆¹, 藤本 浩輔¹, 田村 昂¹, 江尻 剛気¹, 吉川 千尋¹, 庄 雅之¹ (1.奈良県立医科大学消化器・総合外科, 2.奈良県立医科大学附属病院中央内視鏡部)

【目的】 側方リンパ節転移は予後不良因子である。当科では局所制御のため、術前CT, MRI検査でcT3以深、間膜内リンパ節(cN)腫大、5mm以上の側方リンパ節(cLLN)腫大を認める症例に対して両側側方郭清を行っている。近年、MRI検査でCRMやEMVIなど予後に関わる因子が報告されており、今回これらの画像所見を含めた側方リンパ節転移の予測因子に関する検討を行った。

【対象と方法】 2008年～2020年5月に術前にMRIを施行したStage I I, I I I直腸癌切除例のうち、術前化学療法でpCR症例と、予後解析不能な症例を除いた側方郭清症例94例を対象とした。側方転移例は、術後病理検査の転移陽性例と、術後側方領域再発を認めた症例のいずれかと定義した。**【結果】** 年齢は64(30-78)歳、男/女は51/43例、腫瘍下縁はRb/Pは69/25例、術前CEA/CA19-9高値は36/13例、初診時MRI所見において、術前T4は26(27.7%)例、術前cN/cLLN腫大は82 (87.2%) /33(35.1%)、mrEMVI grade3以上は37 (39.4%) 例、原発巣/リンパ節のCRM <1mmは49(52.1%)/35(37.2%)例であり、術前化学療法は38(36.2%)例に施行した。病理組織検査で側方転移陽性は11例 (11.7%) であった。5年のOS/RFS/Local RFSは94.7%/76.6%/87.2%であり、術後5年の側方再発症例は6例 (6.4%) であった。計17例の側方リンパ節転移症例に関して側方転移との関連を検討すると、X₂乗検定では術前MRIにおけるcLLN腫大、EMVI grade高値、原発巣のCRM<1mm、リンパ節のCRM<1mmが関連する因子として抽出され、多変量解析ではcLLN腫大、リンパ節のCRM<1mmが独立したリスク因子として抽出された。次に抽出された2因子の組み合わせによる側方リンパ節転移リスクを算出すると、共に陽性の場合は陽性的中率が61.5%であり、どちらか一方が陽性の場合は21.4%，共に陰性の場合は2.6%であった。

【結語】 術前CRMが1mm以上であり、側方リンパ節腫大を認めない場合は側方郭清を省略できる可能性がある。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC □ Room 6

[O20] 一般演題（口演） 20 直腸癌に対する側方郭清2

座長：柳 秀憲(医療法人信和会明和病院), 筒井 敦子(上尾中央総合病院外科)

[O20-4] 術前のMRI評価によって側方郭清を省略した直腸癌の長期治療成績

梶原 由規¹, 望月 早月¹, 岡本 耕一¹, 山寺 勝人¹, 守矢 恒司¹, 曽田 悠葵¹, 田代 恵太¹, 菊家 健太¹, 川内 隆幸¹, 相原 一紀¹, 田代 真優¹, 廣瀬 裕一¹, 大塚 泰弘¹, 及川 功¹, 倉澤 秀紀¹, 神藤 英二², 岸 康二¹, 上野 秀樹¹
(1.防衛医科大学校外科学講座, 2.自衛隊中央病院外科)

背景：大腸癌治療ガイドライン(GL)では、術前・術中に側方リンパ節(LN)転移陰性と診断された直腸癌に対しても側方郭清を行うことが弱く推奨されているが、側方郭清の生存改善効果は限定的であり、いわゆる”予防的”側方郭清を行うべき症例の選択基準はいまだ明らかではない。当科では2016年以降、術前骨盤MRIで評価した側方LNの最大短径に基づき側方郭清の適応を決定しており、第96回大腸癌研究会でその治療成績を報告した。今回、対象症例全例が術後3年以上経過したため、予後情報を更新して術前MRI所見で判断した側方郭清省略の妥当性を検証した。

方法：根治的切除した腫瘍占居部位にRbが含まれるT3以深の直腸癌164例(2016~2022年)を対象とした(観察期間中央値：55カ月)。術前に3mmスライス厚の骨盤MRIをT2強調画像で2方向以上撮像し、放射線科医の読影に加えて複数の大腸領域専門の外科医にて詳細に読影した。側方LNは短径7mm以上を転移陽性と診断した。骨盤の左右別にMRIの側方領域を評価し、偽陰性の安全域を考慮して短径5mm以上のLNが皆無の場合に当該領域の側方郭清を省略した。GLを遵守して術後経過観察を行った。

結果：側方郭清は31例で両側に、34例で片側に施行し、99例で省略した。5mm以上の側方LNが存在する85領域全てに側方郭清を施行し、31領域(36.5%)に側方転移を認めた。側方郭清施行の96領域中2領域(2.1%)、郭清省略の232領域中9領域(3.9%)に側方領域再発が生じたが、両者の頻度に有意差はなかった。非郭清の側方領域に再発を認めた8例のうち、3例は側方再発時に多発遠隔転移を伴っており、2例は骨盤内再発巣に附随した側方LN転移であり、これらの症例では”予防的”側方郭清は再発抑制に寄与しなかったと考えられた。残り3例は側方単独再発であった。1例はLN腫大で再発し、再発巣切除後5年以上無再発である。2例は不整結節として側方領域に再発したため、化学療法と重粒子線治療を行い、うち1例は多発遠隔転移を来し原癌死した。以上より、側方郭清省略で純粋な側方LN再発を来たしたのは1例のみであり、追加手術で治療可能であった。

結語：精緻なMRI診断に基づく側方郭清の適応判断は妥当であると考えられた。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC □ Room 6

[O20] 一般演題（口演） 20 直腸癌に対する側方郭清2

座長：柳 秀憲(医療法人信和会明和病院), 筒井 敦子(上尾中央総合病院外科)

[O20-5] 下部進行直腸癌に対する側方リンパ節郭清の治療成績および側方リンパ節郭清省略例に関する後方視的検討

岡本 行平, 藤野 紘貴, 豊田 真帆, 秋山 有史, 伊東 竜哉, 小川 宰司, 奥谷 浩一, 今村 将史 (札幌医科大学外科学講座消化器外科分野)

【背景】

下部直腸癌に対する側方リンパ節郭清（LLND）は、日本においては局所制御を目的とした標準治療の一つとされている。一方、手術侵襲や機能障害の懸念から、近年では術前画像所見に基づく選択的LLNDの有用性が注目されている。

【目的】

当院における下部進行直腸癌に対するLLND施行例と非施行例の治療成績を後方視的に検討し、画像所見に基づく選択的LLNDの妥当性を検討する。

【方法】

2020年1月から2024年12月にcT3以深の下部直腸癌に対して根治術を施行した97例を対象とし、LLND施行群（58例）と非施行群（39例）に分け、手術時間、出血量、術後合併症、側方リンパ節（LLN）転移、局所再発率を比較した。LLND省略基準は治療開始前の術前画像でLLN短径が5mm未満かつ血管外腫瘍進展（EMVI）が陰性とした。

【結果】

術前治療は85例（NAC：61、CRT：19、TNT：5）、治療なしは12例で、全てLLND非施行群であった。LLND施行群の手術時間中央値は640分（412–1012分）、出血量30 mL（5–640ml）、Grade III以上の術後合併症は9例（15.5%）に認めた。術前にLLN転移陽性と診断されたのは12例、病理学的転移陽性は6例（10.3%）で、うち2例は画像で陰性だったがEMVI陽性によりLLNDを施行していた。観察期間中央値は37ヶ月（4–60ヶ月）、局所再発は5例（8.6%）であった。非施行群では手術時間中央値313分（214–673分）、出血量15 mL（5–335ml）、Grade III以上の合併症は2例（5.1%）、局所再発2例（5.1%）で、側方再発は1例であった。

【考察】

LLNDは一定の手術侵襲を伴うが、LLN転移陽性例が存在し、局所制御に寄与すると可能性が示唆された。また、LLN転移陽性例の中には、リンパ節短径5mm未満であってもEMVI陽性の症例が含まれおり、EMVIがLLND適応を判断する上の予測因子となり得ると考えられた。一方、短径5mm未満かつEMVI陰性でLLNDを省略した症例では側方再発は少なく、画像に基づく選択的LLNDの妥当性が示唆された。

【結語】

術前画像所見に基づいたLLND省略は、局所制御を維持しつつ低侵襲化を図る治療戦略として有效である可能性が示唆された。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC □ Room 6

[O20] 一般演題（口演） 20 直腸癌に対する側方郭清2

座長：柳 秀憲(医療法人信和会明和病院), 筒井 敦子(上尾中央総合病院外科)

[O20-6] 進行下部直腸癌における側方郭清省略症例の検討

岩田 至紀, 田中 千弘, 桐山 俊弥, 長尾 成敏, 河合 雅彦 (岐阜県総合医療センター外科)

【はじめに】大腸癌治療ガイドライン2024年版において腫瘍下縁が腹膜反転部より肛門側にあり、壁深達度がcT3以深の直腸癌には側方郭清を推奨されているが、側方リンパ節転移の診断基準や側方郭清を省略できる症例の基準は明らかではない。実臨床においては、年齢や基礎疾患を考慮して側方郭清を省略することは多々ある。【目的】側方郭清省略症例における特徴を検証すること。【対象と方法】2011年1月から2019年12月に当院で原発巣切除術を施行した進行下部直腸癌(RaRbを含む)106例のうち、cStageII-IIIの86例を後ろ向きに検討した。LD2-3群とLD0-1群にわけ、臨床病理学的所見と長期成績を比較した。【結果】LD2-3は51例に施行されていた。LD1が7例、LD0が28例であり、側方郭清を省略したLD0-1症例は35例であった。省略した理由は、高齢が9例、Rb進展わずかが9例、同時多発癌・重複癌が5例、基礎疾患が5例、前治療による省略が3例、排尿障害が2例、肥満が1例、不明が2例であった。cN3症例は17例で、省略した4例は全例片側郭清であった。臨床病理学的には、年齢に有意差を認め、LD2-3群63.5歳(平均値)に対してLD0-1群73.1歳であった。5年累積再発率と骨盤内再発率は有意差を認めなかった(P=0.25、P=0.62)。7年全生存率は有意差をもってLD2-3群が良好であったが、がん特異的生存率は有意差を認めなかった(P=0.0006、P=0.31)。【考察】実臨床において年齢や、占拠部位、基礎疾患を十分に考慮することで一定の割合で予後に影響を及ぼすことなく側方郭清を省略することが可能と思われた。限られた症例での検討であり、症例数の蓄積が必要である。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC □ Room 6

[O20] 一般演題（口演） 20 直腸癌に対する側方郭清2

座長：柳 秀憲(医療法人信和会明和病院), 筒井 敦子(上尾中央総合病院外科)

[O20-7] 進行直腸癌に対する至適な側方郭清と術前治療についての検討～側方リンパ節郭清省略の可能性～

竹下 浩明, 大石 海道, 堀川 修一, 久保 飛翔, 福井 彩恵子, 釘山 統太, 原 貴信, 森田 道, 藤井 美緒, 米田 晃, 南惠 恵樹, 黒木 保 (国立病院機構長崎医療センター外科)

【はじめに】腹膜翻転部にかかるT3以深の進行直腸癌に対して、大腸がん治療ガイドラインでは側方郭清を推奨している。しかし、画像による側方リンパ節転移陽性の基準は定まっておらず、局所進行直腸癌に対しては術前治療を行うことが多く、側方郭清の要否については結論が出ていない。我々は、側方領域にリンパ節構造がみられた場合は陽性（CT/MRIで同定できる径5mm以上）とし、陰性の場合、術前治療を行っている場合は側方郭清を省略する場合もある。

【目的】側方リンパ節の術前診断、術前治療とリンパ節転移有無、骨盤側方領域再発有無について自験例で検討し、至適な側方郭清の適応について検討する。

【対象】2016年4月～2025年4月の直腸癌症例272例。

【方法】側方郭清適応症例について、術前の側方リンパ節陽性／陰性、術前治療有無と治療内容、側方リンパ節郭清有無、病理学的リンパ節転移有無、術後の骨盤側方領域再発有無について検討。

【結果】腹膜翻転部にかかるT3以深の進行直腸癌症例は76例。術前診断で側方リンパ節転移陽性(cLLN+)は22例、陰性(cLLN-)は54例。1) cLLN+33例のうち術前治療は20例に行われていた(NAC11例、TNT9例)。cLLN+22例のうち術前治療でリンパ節が消失した4例以外の18例に側方郭清を行い、病理学的転移陽性(pLLN+)は3例だった。骨盤内再発は5例にみられ、3例は側方領域の再発(pLLN+3例中2例)だった。cLLN+で郭清非施行例は再発なし。2) cLLN-54例のうち、術前治療は42例に行われていた(CRT1例、NAC32例、TNT9例)。側方郭清施行は21例、非施行は33例。施行例中pLLN+は0例だった。cLLN-54例中の骨盤内再発は2例にみられたが、いずれも側方郭清非施行例であったが、側方領域の再発ではなかった。

【まとめ】側方郭清適応症例にはほとんどの症例で術前治療を行っていた。術前診断で側方リンパ節陰性症例は郭清症例でリンパ節転移がなく、非郭清症例で側方領域再発がなく、適切な術前治療を行えば側方リンパ節郭清を省略できる可能性がある。また、術前診断で側方領域リンパ節転移陽性症例でも術前治療で画像的に消失した場合は、側方郭清が省略できる場合があると考えられた。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Room 5

[O21] 一般演題（口演） 21 痔核の診療

座長：浅野 道雄(あさのクリニック肛門外科・消化器内科), 岡崎 啓介(岡崎外科消化器肛門クリニック肛門外科)

[O21-1]

当院における後期高齢者に対する結紮切除術（LE）の現状

松田 聰, 新井 賢一郎, 松永 篤志, 相澤 万里枝, 山下 真幸, 木村 浩三, 野中 雅彦, 中井 勝彦, 川上 和彦 (松田病院大腸肛門病センター)

[O21-2]

80歳以上の高齢者における痔核結紮切除術の成績

武田 崇志, 田中 良明, 寺田 俊明, 神山 剛一, 吉岡 将史, 増田 有香, 前田 文, 山田 麻子, 佐藤 兼敏, 下里 あゆ子, 原 聖佳 (寺田病院大腸肛門病センター)

[O21-3]

全周性痔核に対する分離結紮術施行時の狭窄予防と術後対応

野村 英明¹, 小島 修司², 加川 隆三郎³ (1. フラワーロードのむら肛門クリニック, 2. こじま肛門外科, 3. 洛和会音羽病院)

[O21-4]

パラシュート型PPH90例の検討-狭窄への対応について---

須原 貴志¹, 国枝 克之², 河合 雅彦² (1. 下呂市立金山病院外科, 2. 岐阜県総合医療センター)

[O21-5]

創部の面積とテンションを最小化したEA法の治療成績と手技の実際

太田 盛道, 安部 達也, 渡邊 賢二, 小原 啓, 鉢呂 芳一, 國本 正雄 (くにもと病院)

[O21-6]

痔核切除標本で診断された肛門悪性腫瘍の3例

植田 圭祐 (宇治徳洲会病院)

[O21-7]

当施設における痔核治療後の再治療症例についての検討

渡辺 伸和¹, 早川 一博², 森田 隆幸¹ (1. 青森厚生病院外科, 2. 早川内科肛門科)

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC ▶ Room 5

[O21] 一般演題（口演） 21 痔核の診療

座長：浅野 道雄(あさのクリニック肛門外科・消化器内科), 岡崎 啓介(岡崎外科消化器肛門クリニック肛門外科)

[O21-1] 当院における後期高齢者に対する結紮切除術（LE）の現状

松田 聰, 新井 賢一郎, 松永 篤志, 相澤 万里枝, 山下 真幸, 木村 浩三, 野中 雅彦, 中井 勝彦, 川上 和彦 (松田病院大腸肛門病センター)

<はじめに>

高齢者に対する痔核手術はALTA療法を中心とした低侵襲療法が選択されやすいが、ADLの良い患者では根治性も重視され結紮切除術（LE）を必要とする患者も少なくない。当院における後期高齢者に対するLEの現状を報告する。

<対象と方法>

2015年1月から2024年12月までの10年間にLEを施行した2679例のうち、後期高齢者（75歳以上）である292例を対象とし、74歳以下の2387例と手術成績を比較した。

<結果>

手術は腰椎麻酔下、ジャックナイフ体位で行い、LE3カ所を基本とした。

平均年齢79.3歳（75-93歳）、男女比117：175、LEの平均施行数2.3箇所、平均手術時間29.2分（3-64分）、平均出血量2.3ml（1-30ml）、平均入院期間9.7日（2-32日）、術後創痛（face scale）は1/3/5病日で1.0/0.8/0.8、Clavien Dindo分類（CD分類）IIIa以上の術後合併症として出血を13例（4.5%）に認めた。

<考察>

後期高齢者例は、74歳以下と比較し女性の手術が多かった（74歳以下は男女比1289：1098）。LEの数、手術時間、出血量、入院期間等に有意差はなく、術後疼痛が少ない傾向を認めた。一方、術後出血は4.5%と有意に多いことが分かった（74歳以下は2.1%）。また、女性の術後出血率は5.7%と男性2.5%と比べて高く、これは74歳以下の、男性3.2%女性1.0%と逆転した現象であった。原因として病脳期間、加齢による組織脆弱性、抗血栓薬の内服、排便状況などの関与が挙げられるが、これらと明らかな因果関係を認めなかった。

<結語>

当院における後期高齢者に対するLEの現状を報告した。比較的安全に手術が行われていたが、女性患者の術後出血に十分留意する必要があると考えられた。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Room 5

[O21] 一般演題（口演） 21 痔核の診療

座長：浅野 道雄(あさのクリニック肛門外科・消化器内科), 岡崎 啓介(岡崎外科消化器肛門クリニック肛門外科)

[O21-2] 80歳以上の高齢者における痔核結紮切除術の成績

武田 崇志, 田中 良明, 寺田 俊明, 神山 剛一, 吉岡 将史, 増田 有香, 前田 文, 山田 麻子, 佐藤 兼敏, 下里 あゆ子, 原 聖佳 (寺田病院大腸肛門病センター)

【目的】当院で結紮切除術（LE）を施行した80歳以上の痔核患者における背景および手術成績と安全性を検討し、高齢者の痔核手術の意義を明らかにする。

【方法】2013年から2021年に当院で痔核に対してLEを施行した80歳以上の高齢者110例を対象とし、患者背景や手術成績について後方視的検討を行った。緊急手術症例、痔瘻合併症例、硬化療法単独症例、procedure for prolapse and hemorrhoids (PPH)手術症例は除外した。

【結果】平均年齢82.9歳（80-93）、男性33例（30%）。抗血栓薬使用患者は19例（17.3%）であり全例術前に休薬されていた。認知症患者は3例（2.7%）だった。術式はLE単独19例（17.3%）、3か所以上のLEを施行した症例は41例（37.3%）だった。術後住院日数中央値は6日（1-45）。再手術を要した後出血は3例（2.7%）であり、薬物療法を要した術後せん妄は3例（2.7%）であった。術後排尿障害による療養施設への退院を1例認めたが、その他は自宅退院であった。

【結語】80歳以上の高齢者における痔核結紮切除術は慎重に術式選択を行えば比較的安全に施行できると考えられた。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC ▶ Room 5

[O21] 一般演題（口演） 21 痔核の診療

座長：浅野 道雄(あさのクリニック肛門外科・消化器内科), 岡崎 啓介(岡崎外科消化器肛門クリニック肛門外科)

[O21-3] 全周性痔核に対する分離結紮術施行時の狭窄予防と術後対応

野村 英明¹, 小島 修司², 加川 隆三郎³ (1. フラワーロードのむら肛門クリニック, 2. こじま肛門外科, 3. 洛和会音羽病院)

【はじめに】

1837年に本間棗軒が「瘍科秘録」において腸痔（痔核）に対する結紮術として「一条の絹糸を二条にして痔核の根部口側より刺入、その絹糸で痔核を左右にそれぞれ分離して結紮する」と著述している。

1998年に増田芳夫らが痔核結紮術に若干の工夫を加え、外来治療にも応用できる分離結紮術として発表した。

2014年に発行された肛門疾患診療ガイドラインでも、分離結紮術はIII、IV度の内外痔核に有効な術式、とされている。

当院では2ヶ所以上の痔核を処理した症例の9割近くに分離結紮術を用いている。

全周性痔核に対しても分離結紮術を主体とした手術をおこなっているが、主痔核間の膜様に伸展した皮膚部分は切除しすぎると術後狭窄の可能性が高くなり、残しすぎると腫脹や疼痛、皮垂の遺残の原因となるためその追加減が悩ましい。

【術式・および術後管理】

手術は仙骨硬膜外麻酔下の碎石位でおこない、全例を日帰り手術でおこなっている。

基本的には前後方向を分離結紮術、左右をALTA併用療法のL+E3・Aでおこなうことが多いが、脱出の大きな全周性痔核に対しては前後・左右すべてを分離結紮術で処理している。

その際主痔核間の膜様に伸展した皮膚部分に切開を入れて剥離をおこなうが、膜様部の肛門側は切開せずにテント状にして残しておき、分離結紮施行時に余剰皮膚のみを結紮することにより術後早期の腫脹や疼痛・及び晚期の狭窄や皮垂を予防している。

また術後4週前後の診察時に狭窄が予見された症例には患者自身による肛門のストレッチングで対応している。

【考察】

古典的結紮療法は簡便、かつ術後の創がやわらかいのが利点である。その利点を最大限に利用して、全周性の痔核の手術時にも肛門管内に一次創を設けない様にすることにより術後狭窄等の合併症の可能性を低減することが本術式の要旨である。

また術後晚期の狭窄が予見された場合の対応についても述べさせていただく。

当演題は非識別加工情報を用いた研究である

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC ▶ Room 5

[O21] 一般演題（口演） 21 痔核の診療

座長：浅野 道雄(あさのクリニック肛門外科・消化器内科), 岡崎 啓介(岡崎外科消化器肛門クリニック肛門外科)

[O21-4] パラショート型PPH90例の検討- -狭窄への対応について---須原 貴志¹, 国枝 克之², 河合 雅彦² (1.下呂市立金山病院外科, 2.岐阜県総合医療センター)

【はじめに】 stapled hemorrhoidopexy(PPH)は2014年の肛門疾患診療ガイドラインでは推奨度Cとされ、2020年のガイドライン第2版に至っては言及されていない。これは再発率の施設間格差が大きい点が原因と推察される。我々は透視下の実験から、巾着縫合を緩まないように閉めてかつシャフト自盛りが肛門縁で4cmにするなど高位でファイヤーした場合、巾着縫合部がシャフトの軸受けにひっかかりハウジングの中に取り込めずシャフトの半径分の粘膜しか切除できないため効果不十分例が発生することを見出した。巾着縫合を締めずに巾着縫合起始部の反対側に縫合糸をくぐらせるように置く糸(辻糸)を併用すれば、巾着縫合部は軸受けを突破してハウジングの中に取り込まれて幅広い粘膜が切除できる。また巾着縫合を緩めないように締めても、低位での切除を意識すればヘッドと付属の肛門拡張器の外筒(外筒)の口側縁の間に粘膜が二重に挟み込まれ粘膜が固定されるため粘膜がハウジングの中に押し込まれ、これも幅広く粘膜が切除される。我々は巾着縫合を閉めずかつ低位で粘膜を固定、さらに巾着縫合部は外筒内の粘膜の折り返し点が合理的であることから同部をパラショート型に牽引しつつ巾着縫合するPPH(P-PPH)を考案した。

【目的】 P-PPHの効果の検討 **【対象】** 当院および協力施設でP-PPHが施行された90例 **【方法】** 患者背景、手術時間、合併症、術後疼痛程度、再発の有無を評価 **【結果】** 男女比49:41 年齢65.8±17全周性66例 偏側性24例 Goligher I 6例 II 5例 III 67例 IV 12例 手術時間 42.8±9.23分 狹窄4例(4.4%) 内2例は指ブジーにて軽快。2例はリングの切断によって容易に治癒。1例ヘンタゾシンを使用した他はNSAIDかアセトアミノフェンで術後疼痛に対応可能。4例で痛み訴えなし 再発1例(1.1%)。 **【考察】** PPHの術後に発生する狭窄はリング状であり、容易に対処可能。 **【結語】** P-PPHは再発率が低く術後の痛みが少ない術式である可能性があり、狭窄にも容易に対応しうる。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC ▶ Room 5

[O21] 一般演題（口演） 21 痔核の診療

座長：浅野 道雄(あさのクリニック肛門外科・消化器内科), 岡崎 啓介(岡崎外科消化器肛門クリニック肛門外科)

[O21-5] 創部の面積とテンションを最小化したEA法の治療成績と手技の実際

太田 盛道, 安部 達也, 渡邊 賢二, 小原 啓, 鉢呂 芳一, 國本 正雄 (くにもと病院)

【目的】 一般に大きい痔核や全周性の痔核に対して結紮切除術を施行すると、出血や疼痛などの術後合併症のリスクが高くなる。当院では術後合併症の発生率を減らすために、LE法と比較して痔核の切除範囲を小さくできるEA法を積極的に適用している。さらに術後の出血や疼痛は排便時や排便後に認められることが多いため、創部に掛かるテンションが最小化するような手術を目指している。今回、我々が行っているEA法の手技の実際と治療成績について報告する。

【手術手技】 手術は仙骨硬膜外麻酔下のジャックナイフ体位で行う。当院のEA法はE3・AまたはA・E3法である。創面を最小化して創部をテンションフリーにするポイントは、①肛門上皮を極力残す、②内外痔核の背面を上下左右に十分剥離する、③内痔核と外痔核の間も十分に剥離する、の3点である。これらの工夫によって創面は肛門縁のドレナージ創のみとなるため、術後出血のリスクを軽減できる。さらに根部結紮部やセミクローズ部分は平坦で柔らかくなるため、排便の際にも余裕をもって肛門管が拡張できる。また内痔核の剥離を十分に行うと、内痔核が口側に引き込まれて縮小・平坦化するので、少量のALTA投与で十分な効果が得られる場合が多い。その結果としてALTA療法特有の合併症リスクも軽減できると考えられる。

【成績】 当院で2011年から2020年に行った内外痔核手術6601例のうち、3,403例（51.6%）にEA法が施行された。E・A法の術後合併症は30日以内（早期）では、止血術を要する出血が29例（0.9%）に認められた。31日以降（晚期）では、肛門周囲膿瘍/痔瘻が15例（0.4%）、肛門狭窄が5例（0.2%）、直腸潰瘍3例（0.1%）が認められた。術後5年、10年累積無再発率（95%信頼区間）はそれぞれ92.5%（90.5-94.1%）、67.2%（59.6-73.7%）であった。

【結語】 創部の面積とテンションを最小化したEA法はLE法と同等の根治性を確保しつつ、LE法に比べて術後合併症を軽減できる術式であると考えられる。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Room 5

[O21] 一般演題（口演） 21 痔核の診療

座長：浅野 道雄(あさのクリニック肛門外科・消化器内科), 岡崎 啓介(岡崎外科消化器肛門クリニック肛門外科)

[O21-6] 痢核切除標本で診断された肛門悪性腫瘍の3例

植田 圭祐 (宇治徳洲会病院)

現在、痔核に対する病理組織標本作製は、保険算定が認められていない。これは「痔核は悪性化しない」という見解に起因している。しかし実際には、臨床的に悪性が疑われなかつた痔核切除標本から悪性腫瘍が発見されるケースも存在する。肛門悪性腫瘍は全大腸癌の1%に過ぎない稀な疾患であり、その初期病変はさらに稀有である。当院では、痔核の切除標本は原則として病理検査に提出してきた。2017～2022年の間、術前に悪性所見がないと評価していた406例のうち、3例で悪性リンパ腫および扁平上皮癌の前癌病変が診断された。これらの3症例を提示し、今後の対応について再考したい。症例は①40代女性②30代男性③30代女性。例のいずれも術前診断は痔核であったが、①②は扁平上皮癌の前癌病変、③は悪性リンパ腫であった。術前の視診や内視鏡では異常は認められず、病理検査によって初めて診断された。患者は比較的若年層であり、早期診断により再発もなく治癒している。現状の制度では、痔核に合併する、あるいは誤診された悪性腫瘍が見逃される可能性がある。少数例であっても、予期せぬ悪性病変を早期に発見する意義は大きく、スクリーニング目的での病理検査提出も許容されるべきと考える。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC ▶ Room 5

[O21] 一般演題（口演） 21 痢核の診療

座長：浅野 道雄(あさのクリニック肛門外科・消化器内科), 岡崎 啓介(岡崎外科消化器肛門クリニック肛門外科)

[O21-7] 当施設における痔核治療後の再治療症例についての検討渡辺 伸和¹, 早川 一博², 森田 隆幸¹ (1.青森厚生病院外科, 2.早川内科肛門科)

【はじめに】当院は痔核に対して主に結紮手術やALTAをおこなう有床診療所である。今回、痔核に対して治療（手術やALTA療法）を行った後に、再度の痔核治療を行った症例に関して検討した。【対象】2003年1月から2024年12月の22年間に施行した痔核治療（手術やALTA療法）は3526例だった。そのうち、再度の痔核治療をした症例は67例（1.9%）だった。それらの症例について、年齢、性別、年ごとの症例数、初回治療内容、再発治療内容、初回手術から再発治療までの期間、各治療の再発率について検討した。【結果】男性43例、女性24例。平均年齢52.3歳（22から90歳）。初回治療から再治療までの期間は平均76.3ヶ月（6から236ヶ月）だった。初回治療に結紮切除法（LE）は23例、LEとALTA併用（LE+ALTA）は29例、ALTA療法（ALTA）は15例だった。それぞれの再治療率はLEが23/2671例（0.9%）、LE+ALTAは29/600例（4.8%）、ALTAは15/242例（6.2%）だった。これらの群の再治療法と初回治療から再治療までの期間を検討した。以下、「初回治療（再治療法、その症例数と平均期間）」とする。LE（LE、13例、92.3ヶ月）、LE（LE+ALTA、7例、99.8ヶ月）、LE（ESG、2例、62ヶ月）、LE+ALTA（LE+ALTA、17例、82.5ヶ月）、LE+ALTA（LE、12例、53.8ヶ月）、ALTA（LE、5例、46.8ヶ月）、ALTA（LE+ALTA、10例、57.1ヶ月）だった。2003年から2013年までの再治療数は5例、2014年から2024年までは62例であり、後半11年で症例数が増えた。また、初回治療でALTAやLE+ALTAよりも、LEでは再治療の割合が低く、再度の治療までの間隔が長かった。【考察】LEの症例では再治療の割合が低く、再治療までの期間も長かった。当院では2006年からALTAを導入している。ALTAのみの治療では他の治療群に比べて、再治療の割合が高く、再治療までの期間も短かった。LE+ALTAでも再治療率の割合がALTAと同じ程度だった。これはLEを行うべきかどうか迷う痔核に対して、ALTAを選択したことが理由と考えられた。今回、痔核治療後の再治療症例についての検討し、文献的考察を加えて報告する。

一般演題（口演）

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

[O22] 一般演題（口演） 22 症例報告：稀な大腸疾患1

座長：松本 朝子(日本鋼管福山病院外科), 武田 崇志(俊和会寺田病院)

[O22-1]

膿瘍形成性虫垂炎の膿瘍腔と上行結腸とに交通を生じた症例に対して、回腸人工肛門造設後に腹腔鏡下でinterval appendectomyを施行し得た1例

森本 雄貴, 尾嶋 英紀, 高木 里英子, 山本 真優, 渡辺 修洋, 山本 晃, 横江 毅, 毛利 靖彦 (三重県立総合医療センター消化器・一般外科)

[O22-2]

膿瘍形成性虫垂炎として保存加療後に待機的手術にて虫垂粘液癌と診断し得た1例

鍵渡 宝, 高橋 慶太, 森島 真子, 古謝 学, 川村 雅彦, 堤 謙二 (川村病院外科)

[O22-3]

上行結腸癌による腸重積の1例

多木 雅貴, 豊田 昌夫, 濱口 拓哉 (社会医療法人仙養会北摂総合病院一般消化器外科)

[O22-4]

成人腸回転異常に合併した結腸憩室間膜内穿通の症例

中島 隆善, 松木 豪志, 藤川 正隆, 長野 心太, 古出 隆大, 一瀬 規子, 岩崎 寿光, 岡本 亮, 生田 真一, 仲本 嘉彦, 相原 司, 柳 秀憲, 山中 若樹 (医療法人信和会明和病院外科)

[O22-5]

S状結腸吻合部と左尿管に瘻孔を形成した1例

延廣 征典, 亀山 仁史, 窪田 晃, 岩谷 昭, 山崎 俊幸 (新潟市民病院消化器外科)

[O22-6]

S状結腸機能的端々吻合部に生じたblind loop syndromeの1例

上野 啓輔, 高島 順平, 大野 裕文, 三井 愛, 浅見 桃子, 小泉 彩香, 南角 哲俊, 峯崎 俊亮, 山崎 健司, 杉本 斎, 藤本 大裕, 黒田 浩章, 三浦 文彦, 小林 宏寿 (帝京大学医学部附属溝口病院外科)

[O22-7]

大腸癌術後膀胱損傷の1例

中山 洋, 小池 淳一, 浜畑 幸弘, 指山 浩志, 赤木 一成, 安田 卓, 川村 敦子, 赤井 崇, 鈴木 綾, 高野 竜太郎, 城後 友望子, 黒崎 剛史, 堤 修 (辻伸病院柏の葉大腸肛門外科)

[O22-8]

治療に難渋した大腸癌術後の虚血性腸炎の1例

真智 涼介^{1,2}, 山本 大輔¹, 久保 陽香¹, 竹中 俊介¹, 田中 宏幸¹, 三田 和芳¹, 齊藤 浩志¹, 道傳 研太¹, 崎村 祐介¹, 林 憲吾¹, 林 沙貴¹, 松井 亮太¹, 斎藤 裕人¹, 辻 敏克¹, 森山 秀樹¹, 木下 淳¹, 稲木 紀幸¹ (1.金沢大学附属病院消化管外科, 2.医療法人社団浅ノ川浅ノ川総合病院)

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC □ Room 5

[O22] 一般演題（口演） 22 症例報告：稀な大腸疾患1

座長：松本 朝子(日本鋼管福山病院外科), 武田 崇志(俊和会寺田病院)

[O22-1] 腫瘍形成性虫垂炎の膿瘍腔と上行結腸とに交通を生じた症例に対して、回腸人工肛門造設後に腹腔鏡下でinterval appendectomyを施行し得た1例

森本 雄貴, 尾嶋 英紀, 高木 里英子, 山本 真優, 渡辺 修洋, 山本 晃, 横江 毅, 毛利 靖彦 (三重県立総合医療センター消化器・一般外科)

【はじめに】

腫瘍形成性虫垂炎のために、膿瘍腔と消化管に交通を生じることは比較的稀な病態である。今回、腫瘍形成性虫垂炎による膿瘍腔と上行結腸とに交通を生じた症例に対して、経皮的膿瘍ドレナージ術と腹腔鏡下回腸人工肛門造設術を施行して炎症反応を低下させた後、腹腔鏡下虫垂切除術と回腸人工肛門造設術を施行し得た1例を経験したため報告する。

【症例】

20歳男性。来院の7日前より腹痛と発熱を来し、市販の胃腸薬内服で改善しないため、近医を受診し急性腹症と診断され、当院へ紹介された。

来院時体温は39度。白血球 $112 \times 10^9/\mu\text{L}$ 、CRP 14.8mg/dl。CTでは上行結腸の著明な壁肥厚と結腸周囲の膿瘍形成を認めたが、明らかな虫垂の腫大を認めなかった。

入院治療開始後、超音波ガイド下に経皮的膿瘍穿刺を行い、ドレーンを留置した。ドレーン造影では膿瘍腔から盲腸は造影されず、上行結腸から造影されたため、膿瘍腔と上行結腸が交通していると診断した。入院後14日目、感染制御目的に腹腔鏡下に回腸末端から30cm口側に双口式の人工肛門を造設した。腹腔鏡下の所見では、上行結腸周囲に強固な瘻着を認めた。

人工肛門造設後3か月後のCT検査では、膿瘍は消失し、注腸検査では上行結腸に憩室や腹腔内との交通はなく、上行結腸背側に虫垂を描出した。下部消化管検査では上行結腸、虫垂孔に特異な所見がないことを確認し、腫瘍形成性虫垂炎による膿瘍と上行結腸の交通後と診断した。審査腹腔鏡を施行し、上行結腸背側の虫垂の瘻着は上行結腸から剥離可能であることを確認して、腹腔鏡下虫垂切除術を施行し、回腸人工肛門閉鎖術も併施した。術後経過は順調で術後8日目に軽快退院した。

【結論】

腫瘍形成性虫垂炎の膿瘍腔と上行結腸が交通する症例に対して、回腸人工肛門造設後に、一期的に腹腔鏡下虫垂切除術と回腸人工肛門閉鎖術を施行し得た症例を経験した。

膿瘍と大腸が交通しても、回腸人工肛門造設術を施行し、感染制御することで、大腸や回腸末端を温存して虫垂を切除し得た。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC □ Room 5

[O22] 一般演題（口演） 22 症例報告：稀な大腸疾患1

座長：松本 朝子(日本鋼管福山病院外科), 武田 崇志(俊和会寺田病院)

[O22-2] 膿瘍形成性虫垂炎として保存加療後に待機的手術にて虫垂粘液癌と診断し得た1例

鍵渡 宝, 高橋 慶太, 森島 真子, 古謝 学, 川村 雅彦, 堤 謙二 (川村病院外科)

原発性虫垂癌の発生頻度は、虫垂切除例の0.03%～0.19%と比較的稀ではあるが、悪性度の高いものも含まれており、画像診断上、膿瘍形成性虫垂炎との鑑別が重要である。今回我々は初診時膿瘍形成性虫垂炎として加療し、待機的手術にて虫垂粘液癌と診断し得た1例を経験したため報告する。

症例は78歳女性。1週間続く右下腹部痛を主訴に受診。血液検査にて炎症高値、造影CTにて膿瘍形成性虫垂炎と診断し、抗菌薬加療にて炎症は軽快した。しかしながら、血液検査にてCEA 7.5ng/ml、CA19-9 38.7U/mlと上昇、また経過中の造影CTでは膿瘍内にLow density areaを認め、また膿瘍所見と炎症値に乖離が見られた。下部消化管内視鏡検査では虫垂開口部に異常を認めず、同部生検を施行もGroup1であった。虫垂粘液産生腫瘍を念頭に置きを行う待機的虫垂切除の方針とした。腹腔鏡下にて虫垂を観察するも腹壁に強く癒着し回盲部が一塊になっていたため、開腹移行し回盲部切除を施行した。術後3日目で食事開始し、9日目で軽快退院。切除後、腫瘍マーカーは速やかに陰転化した。術後病理組織検査にて虫垂粘液癌、pT4bN0M0であった。虫垂腫瘍は粘液産生を伴い、漿膜面に露出し回腸粘膜に直接浸潤していた。術後補助化学療法は大腸癌治療に準じてCAPOX療法を8コース行う方針とした。

虫垂粘液腫瘍の診断において、初診時では膿瘍形成性虫垂炎との鑑別が難しい例が認められる。医中誌における本邦132例の報告によると虫垂粘液腫瘍症例は平均年齢64.9歳で、年齢範囲は48歳から85歳であったことを考慮すると、40歳以上で虫垂周囲膿瘍が画像上疑われた場合、虫垂粘液腫瘍を鑑別におき、経時的に複数の画像診断モダリティーにて経過フォローを行うことが望ましいと考えられる。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC □ Room 5

[O22] 一般演題（口演） 22 症例報告：稀な大腸疾患1

座長：松本 朝子(日本鋼管福山病院外科), 武田 崇志(俊和会寺田病院)

[O22-3] 上行結腸癌による腸重積の1例

多木 雅貴, 豊田 昌夫, 濱口 拓哉 (社会医療法人仙養会北摂総合病院一般消化器外科)

成人腸重積症は比較的珍しく、その内大腸の腸重積は悪性腫瘍に起因することが多いと報告されている。今回、我々は上行結腸癌に起因した腸重積症の1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。症例は61歳男性で、基礎疾患に亜急性連合性脊髄変性症および加齢黄斑変性症がある。1年前からのふらつきを主訴に2024年10月に前医を受診された。その際にHb 5.0 g/dLと高度の貧血を認めたため鉄欠乏性貧血の診断で内服加療行われ、Hb 11.2 g/dLまで改善したため経過観察されていた。2025年5月の定期受診の際にHb 8.4 g/dLと貧血の増悪と経口摂取不良を認めたため全身CT検査を施行したところ、上行結腸の壁肥厚や周囲脂肪織濃度上昇および微小遊離ガスを認めたため憩室穿孔の疑いで当科を紹介受診された。受診時、高炎症反応を認めるものの腹膜刺激症状は認めず、入院日より貧血補正をした上で、翌日に精査を行う方針とした。まずガストロ注腸検査を施行したところ腸重積の所見を認め、続いて大腸内視鏡検査を施行したところ、上行結腸の内腔を満たす1型腫瘍を先進部とした腸重積症と診断した。閉塞性大腸炎には至っておらず、微小穿孔の疑いもあったため整復はせず早期手術の方針とし、入院6日目に腹腔鏡下右半結腸切除術+D3郭清を施行した。術後経過は概ね良好であった。医学中央雑誌で「上行結腸腫瘍」「腸重積症」をキーワードに全期間で検索したところ、上行結腸の悪性腫瘍を先進部とした腸重積症は自験例を含め22症例(会議録は除く)を認めた。男性8例(36%)、女性14例(64%)と女性に多く、平均年齢は76.9歳(80.5 ± 11.4)であった。腫瘍の内訳は、結腸癌が20例(91%)、転移性腫瘍が1例(4.5%)、結腸GISTが1例(4.5%)であった。多くの症例で術前もしくは術中に整復を試みている事が多いが、本症例では閉塞に至っておらず整復は施行しなかった。現時点での悪性腫瘍による腸重積症に対して術前もしくは術中に整復することによる術後の再発や予後との関係については明確な方針は定まっておらず、文献的報告を含めて考察する。

一般演題（口演）

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

[O22] 一般演題（口演） 22 症例報告：稀な大腸疾患1

座長：松本 朝子(日本鋼管福山病院外科), 武田 崇志(俊和会寺田病院)

[O22-4] 成人腸回転異常に合併した結腸憩室間膜内穿通の症例

中島 隆善, 松木 豪志, 藤川 正隆, 長野 心太, 古出 隆大, 一瀬 規子, 岩崎 寿光, 岡本 亮, 生田 真一, 仲本 嘉彦, 相原 司, 柳 秀憲, 山中 若樹 (医療法人信和会明和病院外科)

【はじめに】腸回転異常症は胎生期腸管の発生異常で、腸管が正常な回転を成さずに異常停止したものと定義されているが成人例はまれであり、他の手術の際に偶然に発見される場合が多い。一方、結腸間膜内の憩室形成は大腸憩室の全体の数%で発生するが、間膜内へ穿通をきたす場合は少ない。保存的治療が奏功する場合もあるが腹膜炎所見を有する症例の多くは手術が要求される。成人腸回転異常に合併した結腸憩室間膜内穿通の1例を経験したので報告する。

【症例】症例は40歳代、男性。腹痛および発熱を主訴に当院を紹介受診した。血液検査で炎症反応の上昇を認め、CTでは小腸が右腹腔内に、結腸が左腹腔内に存在し、腸回転異常が疑われた。上行結腸と思しき結腸に壁肥厚および周囲脂肪織濃度の上昇を認め、憩室炎の診断で保存的治療を行うも所見の改善が乏しく、CTで憩室炎の部位で膿瘍形成が疑われたため、外科転科のうえ緊急手術を施行した。腹腔鏡下結腸右半切除術を施行、術中所見でTreitz靭帯の形成は認められず、盲腸から上行結腸は腹壁に固定されていなかった。上行結腸とその間膜に強い炎症性変化を認め、同部位を含めて切除した。摘出標本にて上行結腸に憩室炎および結腸間膜内に連続する膿瘍形成を認め、結腸憩室間膜内穿通と診断した。

【結語】腸回転異常に合併した結腸憩室間膜内穿通は極めてまれな病態であり、臨床解剖学的に示唆に富む症例と考えられたため文献的考察を加えて報告する。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC □ Room 5

[O22] 一般演題（口演） 22 症例報告：稀な大腸疾患1

座長：松本 朝子(日本鋼管福山病院外科), 武田 崇志(俊和会寺田病院)

[O22-5] S状結腸吻合部と左尿管に瘻孔を形成した1例

延廣 征典, 龜山 仁史, 窪田 晃, 岩谷 昭, 山崎 俊幸 (新潟市民病院消化器外科)

【症例】61歳、男性。以前よりS状結腸憩室炎を繰り返しており、保存加療が行われていた。腹痛で前医を受診、CTでS状結腸憩室炎とfree airを認め、当院紹介受診した。来院時はvital signs 安定しており、全身状態は保たれていたが、腹膜刺激徵候と炎症反応高値を認めたため、S状結腸憩室穿孔に対して緊急手術を施行した。[初回手術]S状結腸憩室を無数に認め、一部は膀胱壁や小腸と強固に癒着していた。S状結腸部分切除術と、癒着していた膀胱壁は一部筋層レベルまで切除、修復した。[経過]術後9日目に退院した。約1か月後に発熱あり、CTで骨盤底に膿瘍と、吻合部近傍より頭側の左尿管拡張および左水腎症を認めた。炎症反応の上昇あり、minor leakageと判断した。入院加療の上で禁食、抗菌薬投与を行い症状の改善が得られたが、退院後もしばしば微熱を認めており抗菌薬を処方していた。初回手術から約3か月後に高熱と全身倦怠感あり、CTで骨盤底膿瘍は縮小していたが、左水腎症と左腎周囲の脂肪織濃度上昇あり、左腎孟と尿管内にairを認めた。S状結腸吻合部と左尿管に瘻孔が形成され、複雑性尿路感染症に至っていると判断した。経尿道的尿管ステント留置を試みたが、中部尿管より狭窄が著明であり不能であった。今後も尿路感染症を繰り返すことが予想されたため、手術を施行した。[2回目手術]S状結腸中間位のレベルで左尿管をテーピング、膀胱側に向けて露出していった。骨盤底でS状結腸吻合部と小腸の癒着を剥離して吻合部と左尿管の瘻孔部を同定した。瘻孔部を含む腸管切除および左尿管切除を試みたが、尿管吻合は困難と判断した。瘻孔部より膀胱側の左尿管を結紮処理して切離、左腎摘除を行い、腹膜反転部レベルから横行結腸中間位程度までの結腸切除、吻合を行った。[術後経過]良好であり、9日目に退院した。以降は尿路感染症の再燃なく経過している。

【考察】S状結腸憩室が左尿管と瘻孔を形成し、尿路感染症を発症したとする報告は散見されるが、本例のように腸管吻合部と尿管で瘻孔を形成したとする報告は極めて少ない。minor leakageによる持続する炎症が原因となった可能性がある。文献的考察を加えて報告する。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC □ Room 5

[O22] 一般演題（口演） 22 症例報告：稀な大腸疾患1

座長：松本 朝子(日本鋼管福山病院外科), 武田 崇志(俊和会寺田病院)

[O22-6] S状結腸機能的端々吻合部に生じたblind loop syndromeの1例

上野 啓輔, 高島 順平, 大野 裕文, 三井 愛, 浅見 桃子, 小泉 彩香, 南角 哲俊, 峯崎 俊亮, 山崎 健司, 杉本 斎, 藤本 大裕, 黒田 浩章, 三浦 文彦, 小林 宏寿 (帝京大学医学部附属溝口病院外科)

Blind loop syndrome(BLS)は手術により生じた解剖学的blind loopに細菌の異常増殖をきたし、腹痛や便秘、消化吸收不良を呈する病態である。一般的には側々吻合や側端吻合を行った際の短絡部や盲端部に生じることがほとんどであり、機能的端々吻合部にBLSを発症することは稀である。今回われわれはS状結腸機能的端々吻合部に発症したBLSを経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。症例は58歳、女性。前医でS状結腸過長症に対してS状結腸切除術を施行され、再建は機能的端々吻合が行われた。術後に腹痛、便秘症状を認め、術後3ヶ月に腹腔鏡補助下横行結腸双孔式人工肛門造設術を施行されたが、腹部症状の改善を得られず、当科紹介となった。腹部造影CTにて機能的端々吻合部の軽度拡張および便塊貯留を認め、BLSおよび腸管運動機能不全疑いと診断した。人工肛門肛門側腸管への便の流入を認めたが、排便困難であり摘便が常に必要な状態が続いていた。患者の希望もあり、機能的端々吻合部を含めた人工肛門肛門側腸管の切除を腹腔鏡下に施行した。術後経過は良好で、合併症なく術後7日目に退院となった。その後2年間症状再燃なく経過している。機能的端々吻合部にBLSを発症した症例は少なく、「機能的端々吻合」「blind loop」のキーワードを用いた医学中央雑誌での検索では、これまでに3例のみ報告を認めた。本症例も含めた4例のうち、3例が左側結腸の手術で生じており、水分吸収により腸管内容物が固形となることによる吻合部への停滞がBLSの誘因となる可能性がある。機能的端々吻合部に生じたBLSに対する治療法は確立していないが、本症例も含めた全症例で吻合部の切除が施行され症状の改善を得られており、吻合部切除が有効な治療法と考えられる。機能的端々吻合法は消化管手術において広く行われている吻合法であり、今後は本症例に類似した合併症が増加する可能性がある。報告例が少なく、予防法や治療法も確立しておらず、今後症例の蓄積と更なる検討が必要である。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC □ Room 5

[O22] 一般演題（口演） 22 症例報告：稀な大腸疾患1

座長：松本 朝子(日本鋼管福山病院外科), 武田 崇志(俊和会寺田病院)

[O22-7] 大腸癌術後膀胱損傷の1例

中山 洋, 小池 淳一, 浜畠 幸弘, 指山 浩志, 赤木 一成, 安田 順, 川村 敦子, 赤井 崇, 鈴木 綾, 高野 竜太郎, 城後 友望子, 黒崎 剛史, 堤 修(辻伸病院柏の葉大腸肛門外科)

【症例】 70歳代女性。併存症として自己免疫性肝炎があり、帝王切開の手術歴があった。便潜血陽性にて施行した大腸内視鏡にて盲腸、S状結腸に大腸癌を認め、腹腔鏡下回盲部切除術、S状結腸切除術を施行した。術後8日目に腹部膨満、炎症所見の著明な上昇、腎機能低下を認め、CTにて腹水貯留を認めた。縫合不全の可能性を考え、抗生素投与、絶飲食にて経過をみたが、術後14日目には腹水はさらに増加した。腹水試験穿刺し生化学と培養に提出したが、縫合不全は否定的であった。肝不全の可能性も考え、FFPと利尿剤を投与したが改善はなかった。原因不明の術後腹水貯留について文献検索したところ、膀胱損傷による腹水貯留と偽性腎不全の報告を認めた。再度腹水を採取し、腹水中クレアチニンを測定し、膀胱損傷を強く疑った。同日泌尿器科にコンサルトし、膀胱鏡にて診断が確定した。尿道カテーテルを挿入したところ、腹水貯留、腎機能低下は著明に改善した。手術動画を確認したところ、下腹部に癒着があり、これを剥離しており、これが膀胱損傷の原因であった可能性が考えられた。術後27日目に開腹にて膀胱修復術を施行し、その後は経過良好にて退院となった。

【考察】 医原性の膀胱損傷は泌尿器科領域や婦人科領域の手術でみられることがあるものの、一般的にその頻度は低い。251例の医原性膀胱損傷症例のうち、39%が泌尿器科の手術、52%が婦人科の手術、9%が一般外科の手術で認められたとされる文献がある。婦人科手術において、尿路損傷は最も注意すべき合併症の1つであると明記された報告もあるが、消化器外科領域では比較的稀な合併症と考えられる。それだけに今回の症例では腹水貯留の鑑別診断として上がりにくく、診断困難であった。逆に鑑別診断の一つとして挙げることができれば腹水の生化学検査にて容易に診断できるため、常に念頭に置いておくべき合併症と思われた。文献的考察を加え報告する。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC □ Room 5

[O22] 一般演題（口演） 22 症例報告：稀な大腸疾患1

座長：松本 朝子(日本鋼管福山病院外科), 武田 崇志(俊和会寺田病院)

[O22-8] 治療に難渋した大腸癌術後の虚血性腸炎の1例

真智 涼介^{1,2}, 山本 大輔¹, 久保 陽香¹, 竹中 俊介¹, 田中 宏幸¹, 三田 和芳¹, 齊藤 浩志¹, 道傳 研太¹, 崎村 祐介¹, 林 憲吾¹, 林 沙貴¹, 松井 亮太¹, 斎藤 裕人¹, 辻 敏克¹, 森山 秀樹¹, 木下 淳¹, 稲木 紀幸¹ (1.金沢大学附属病院消化管外科, 2.医療法人社団浅ノ川浅ノ川総合病院)

症例は60歳、男性。200X年6月に上腹部痛で紹介医を受診した。腹部緊満ありCTで脾窪部結腸に壁肥厚と狭窄を認め、閉塞性結腸癌が疑われた。緊急内視鏡で大腸ステントを留置し、生検で腺癌と診断された。拡張型心筋症による慢性心不全でEF 20%と著明な低心機能状態であり、周術期管理困難のため同年8月に当科紹介となった。精査で脾窪部横行結腸癌cT4aN1bM0 cStageIIbと診断し、腹腔鏡下結腸部分切除術（D3郭清、FEEA）を行った。腫瘍の栄養血管は副中結腸動脈であり、伴走する静脈含め脾下縁で切離し、中結腸動脈左枝とIMVも切離した。病理学的にはpT4aN2a pStageIIcであった。経過は良好で術後8日目に退院し、同年10月からCAPOX療法8コースを行った。

翌年12月に下腹部痛と下血、発熱で受診した。CTで左側結腸に壁肥厚あり、内視鏡検査でS状結腸から下行結腸まで全周性の虚血所見を認め、虚血性腸炎と診断した。絶食、補液による入院加療を開始し、血便は入院10日で消失し、腹痛も軽減傾向であったが、発熱とCRP高値は持続し、CTや内視鏡検査でも明確な改善はなく、保存治療を継続した。25日目に脳梗塞、30日目に心不全増悪を発症し、治療を行った。40日目の内視鏡検査でも改善なく、42日目に腹膜刺激症状を伴う腹痛が出現した。CTで遊離ガスを認め、消化管穿孔による急性汎発性腹膜炎と診断した。著しい低心機能のため手術リスクは非常に高かったが、緊急手術を行った。手術では、腹腔内に便汁の漏出あり、直腸から下行結腸脾窪部まで漿膜が紫～黒色に変化していた。S状結腸の炎症が最も強く、穿孔部も認めた。左側結腸から上部直腸まで切除し、横行結腸ストーマを造設した。病理では特異的変化や悪性像はなく、循環障害に関連した病態と考えられた。術後はICUを経て心不全治療のために循環器内科に転科し、術後44日目（入院86日目）に退院した。

虚血性腸炎は通常、保存的治療で軽快するが、手術を要する症例も存在する。今回、横行結腸癌術後1年3か月で虚血性腸炎を発症し、保存治療が奏功せず、入院後6週経過して穿孔に至った1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:30 AM UTC Room 5

[O23] 一般演題（口演） 23 症例報告：稀な大腸疾患2

座長：松田 圭二(同愛記念病院外科), 五代 天偉(藤沢湘南台病院外科)

[O23-1]

術前診断が困難であったS状結腸神経鞘腫に対し腹腔鏡下S状結腸切除術を施行した1例

武田 和^{1,2}, 團野 克樹¹, 深田 唯史¹, 中道 伊津子³, 吉原 輝一², 内藤 敦², 能浦 真吾², 山本 慧¹, 東口 公哉¹, 野口 幸蔵¹, 吉村 弥緒¹, 平尾 隆文¹, 関本 貢嗣¹, 岡 義雄¹ (1.箕面市立病院外科, 2.堺市立総合医療センター外科, 3.箕面市立病院病理診断科)

[O23-2]

肝膿瘍を伴う直腸癌に対し、抗生素加療後にロボット支援下手術を施行した一例

久野 晃路, 福長 航, 川相 雄暉, 大下 恵樹, 仲野 健三, 河合 隆之, 前川 久繼, 奥知 慶久, 井口 公太, 田中 英治, 福田 明輝, 寺嶋 宏明, 田浦 康二朗 (公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院消化器外科)

[O23-3]

原発性乳房外Paget病との鑑別を要したPagetoid spreadを伴う直腸癌の4例

琴畠 洋介, 八重樫 瑞典, 佐々木 教之, 瀬川 武紀, 岩崎 崇文 (岩手医科大学外科学講座)

[O23-4]

ストーマ造設術を要した放射線性直腸炎の2例

木村 駿悟, 長嶋 康雄, 渡邊 健太郎, 小棚 地洋, 三浦 康之, 甲田 貴丸, 鏡 哲, 鈴木 孝之, 金子 奉暁, 牛込 充則, 的場 周一郎 (東邦大学医療センター大森病院消化器センター外科)

[O23-5]

内視鏡的瘻孔閉鎖術にて治癒した原因の不明な直腸壁瘻の1例

丹羽 浩一郎, 関 英一郎, 松澤 宏和, 斎田 将之 (太田総合病院外科)

[O23-6]

腹腔鏡下に切除し得た異なる組織型の傍直腸囊胞の2症例

大沢 桃香, 本郷 久美子, 中川 基人, 高野 公徳, 米山 公康, 藤崎 洋人, 田島 佑樹, 林 啓太, 原 明日香, 西村 英理香, 渡部 希美, 室井 貴子, 大谷 理紗, 林 智大, 小原 雅也 (平塚市民病院外科)

[O23-7]

自己摘便が原因と思われるISR後の直腸穿通の一例

前本 遼, 佐藤 総太, 伊藤 拓馬, 三原 開人, 服部 晋明, 宮本 匠, 岩崎 純治, 金澤 旭宣 (島根県立中央病院外科)

[O23-8]

当院で経験した痔瘻癌の3例

市原 明子, 岩本 和樹, 原 大介, 濱田 朗子, 山田 和之介, 武野 慎祐, 七島 篤志 (宮崎大学医学部附属病院消化器外科)

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:30 AM UTC □ Room 5

[O23] 一般演題（口演） 23 症例報告：稀な大腸疾患2

座長：松田 圭二(同愛記念病院外科), 五代 天偉(藤沢湘南台病院外科)

[O23-1] 術前診断が困難であったS状結腸神経鞘腫に対し腹腔鏡下S状結腸切除術を施行した1例

武田 和^{1,2}, 團野 克樹¹, 深田 唯史¹, 中道 伊津子³, 吉原 輝一², 内藤 敦², 能浦 真吾², 山本 慧¹, 東口 公哉¹, 野口 幸蔵¹, 吉村 弥緒¹, 平尾 隆文¹, 関本 貢嗣¹, 岡 義雄¹ (1.箕面市立病院外科, 2.堺市立総合医療センター外科, 3.箕面市立病院病理診断科)

神経鞘腫はSchwann細胞から発生する神経原性腫瘍であり、主に脊髄、脳、頭頸部、四肢などに好発する。消化管に発生する神経鞘腫は稀であり、その発生頻度は全体の10%未満とされる。その中でも、大腸原発は消化管神経鞘腫の5%未満と極めて稀であり、大腸原発の間葉系腫瘍に占める割合も約3%に過ぎない。今回、術前診断が得られなかつたS状結腸神経鞘腫に対して腹腔鏡下に切除を施行した1例を経験したため報告する。

症例は80歳代女性。便潜血陽性に対する精査目的で大腸内視鏡検査を施行したところ、肛門縁より26cmのS状結腸に20mm大の表面平滑な粘膜隆起性病変を認めた。内視鏡下ポーリング生検を施行したが、採取組織に腫瘍細胞を認めず確定診断には至らなかつた。胸腹部造影CTでは、早期相より濃染される境界明瞭な20mm大の腫瘍を認めたが、明らかなリンパ節腫大や遠隔転移は認められなかつた。消化管間葉系腫瘍（GIST）、神経内分泌腫瘍（NEN）などの可能性を否定できず、診断的治療として腹腔鏡下S状結腸切除術およびD3郭清を施行した。病理組織学所見では、紡錘形細胞の束状増生が認められた。免疫組織学染色では、S-100(+)・c-kit(-)・CD34(-)・αSMA(-)であり、Ki-67陽性率は1%未満であったことから、神経鞘腫と診断された。合併症なく経過し、術後9日目に退院となつた。

大腸神経鞘腫は術前に確定診断を得ることが困難であり、多くが粘膜下腫瘍として手術に至る。本症例においても術前診断が得られなかつたため、GISTやNENなど他の粘膜下腫瘍を念頭に置きつつ、悪性の可能性を考慮して根治性を損なわないよう手術を施行した。本疾患の確定診断には免疫組織学的検査が必須であり、術前の画像診断や生検の工夫による診断精度向上が課題である。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:30 AM UTC □ Room 5

[O23] 一般演題（口演） 23 症例報告：稀な大腸疾患2

座長：松田 圭二(同愛記念病院外科), 五代 天偉(藤沢湘南台病院外科)

[O23-2] 肝膿瘍を伴う直腸癌に対し、抗生素加療後にロボット支援下手術を施行した一例

久野 晃路, 福長 航, 川相 雄暉, 大下 恵樹, 仲野 健三, 河合 隆之, 前川 久継, 奥知 慶久, 井口 公太, 田中 英治, 福田 明輝, 寺嶋 宏明, 田浦 康二朗 (公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院消化器外科)

【背景】

手術適応となる大腸癌患者の約10%に同時性の肝転移があると報告されており、日常診療においてもたびたび経験する。一方で大腸癌が原因の肝膿瘍は肝膿瘍の中の5%以下と報告されている。肝膿瘍を合併した大腸癌の報告も散見されるが、肝膿瘍と肝転移の鑑別に難渋することがある。

【症例】

80代、男性

【現病歴】

Ra直腸癌に対するロボット支援下手術が計画されていた。手術までの待機経過中、発熱を主訴に当院救急外来を受診。CTで複数の肝膿瘍あるいは肝転移を示唆する腫瘍性病変を認めた。同日入院のうえ、抗生素加療を開始した。

抗生素加療により熱型や炎症反応は改善傾向を認めた。画像上、肝膿瘍と肝転移の鑑別は容易でなかったが、過去のCTと比較し腫瘍の増大スピードが急速であったこと等から臨床的には肝膿瘍を疑った。経皮経肝穿刺による細胞診でさらに精査したところ明らかな悪性所見はみられなかった。

肝膿瘍をより強く疑い抗生素加療を継続した。治療より約3週間の経過で肝膿瘍はいずれも縮小傾向を認めたため、Ra直腸癌に対するロボット支援下低位前方切除術を施行した。術後経過は良好でPOD10に退院となった。

【考察】

細菌性肝膿瘍は経胆道性、血行性、直接性に肝臓に細菌が感染することが原因と考えられている。腹腔内臓器の炎症病巣から細菌が経門脈的に肝臓に運ばれ、膿瘍形成に至る報告も散見される。

造影CT検査における肝膿瘍と転移性腫瘍の鑑別については、膿瘍では中央部の低濃度域を除く周辺に造影効果があるとされているが、中心部で壊死を起こした転移性腫瘍との鑑別は困難なこともある。大腸癌の精査中もしくは同時に肝膿瘍と診断されるケースでは肝病変を穿刺することで、病巣が肝転移巣であった場合の播種について懸念される。

自験例では、経過から肝膿瘍を疑い転移の可能性は少ないと想えていたため、播種リスクを強くは懸念せず穿刺を行った。細胞診で悪性所見がみられなかっことで膿瘍の可能性をより強く考え、抗生素を継続しつつ直腸癌に対する根治術が可能であった。

【結語】

肝膿瘍を伴う直腸癌に対し、肝膿瘍軽快後にロボット支援下手術を施行した一例を経験した。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:30 AM UTC □ Room 5

[O23] 一般演題（口演） 23 症例報告：稀な大腸疾患2

座長：松田 圭二(同愛記念病院外科), 五代 天偉(藤沢湘南台病院外科)

[O23-3] 原発性乳房外Paget病との鑑別を要したPagetoid spreadを伴う直腸癌の4例

琴畠 洋介, 八重樫 瑞典, 佐々木 教之,瀬川 武紀, 岩崎 崇文 (岩手医科大学外科学講座)

【はじめに】悪性腫瘍に伴うPagetoid spread(PS)は原発性乳房外paget病と区別される病態であり、PSを伴う直腸癌は再発のリスクが高く予後は不良であると報告されている。今回、当院で経験した原発性乳房外Paget病との鑑別を要したPSを伴う直腸癌の4例について、文献的考察を加えて報告する。

【症例】当院では2011年から2024年までに、PSを伴った直腸癌と診断された症例は4例で、平均年齢は72歳であった。術前の免疫染色結果は4例全てPSに矛盾しない結果となった。術式は全例で腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術+D3郭清を施行している。4例中3例では皮膚欠損部の修復のため植皮術を併施した。術後の免疫染色はCK20、CDX2は全例で陽性、GCDFP-15は全例で陰性とPSに典型的な結果ではあったが、CK7は4例中3例で陽性だった。術後の転機については1例でリンパ節転移を認め化学療法を継続中であるが、3例は再発なく経過している。

【考察】PSを伴う直腸癌においては5年生存率が54%との報告もあり、手術においてはリンパ節郭清も含めての根治切除が必要となる。今回我々が経験した症例については1例で術後の再発を認めたが、化学療法継続により長期生存を得られている。Paget細胞とPagetoid spread細胞の鑑別には免疫染色が有用と報告されている。アポクリン汗腺・エクリン汗腺に存在するGCDFP-15、および消化管上皮や膀胱上皮のマーカーであるCK20を用いて鑑別を行うことが多い。直腸肛門管腺癌には直腸型腺癌と肛門腺由来癌があり、直腸型腺癌ではCK20+/CK7-、肛門腺および肛門腺由来癌はCK20-/CK7+になりやすいとも報告されている。免疫染色からPSが疑われるが内視鏡的に悪性所見を認めない症例も報告されており、術前診断に苦慮するケースも存在する。

【結語】直腸癌に伴うPSと原発性乳房外Paget病ではその治療法は大きく異なるため、診断は非常に重要であると思われる。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:30 AM UTC □ Room 5

[O23] 一般演題（口演） 23 症例報告：稀な大腸疾患2

座長：松田 圭二(同愛記念病院外科), 五代 天偉(藤沢湘南台病院外科)

[O23-4] ストーマ造設術を要した放射線性直腸炎の2例

木村 駿悟, 長嶋 康雄, 渡邊 健太郎, 小棚 地洋, 三浦 康之, 甲田 貴丸, 鏡 哲, 鈴木 孝之, 金子 奉暁, 牛込 充則, 的場 周一郎 (東邦大学医療センター大森病院消化器センター外科)

放射線性直腸炎は、放射線治療後に出現する合併症の1つで、晚期障害では不可逆的な粘膜障害に陥っている場合がある。晚期有害事象には、出血や狭窄や瘻孔形成があり、保存的治療にて改善が得られない場合、それらの有害事象が患者のQOLやPSを大きく低下させてしまう。今回、2025年4月までに当科で経験した放射線性直腸炎2例について、文献的考察を加えて報告する。症例1は、70歳代男性。精囊浸潤を伴う前立腺癌に対して、6か月前から70Gy/35回の放射線療法が施行された。放射線療法が開始されてから排便困難が出現し、徐々に増悪傾向となっていた出血性脱出性内痔核に対して痔核根治術が予定されていた。しかし、腹部身体所見で右下腹部に腫瘍性病変が触知され、腹部CTでS状結腸から直腸S状部にかけて腸管壁の著明な肥厚が認められた。大腸内視鏡検査所見では下行結腸から直腸S状部にかけて著明な全周性浮腫とびらん潰瘍が認められたが、経過とともに潰瘍性病変へと進行し、放射線性腸炎と診断した。増悪する頻便と排便困難に対して横行結腸双孔式ストーマ造設術が施行された。

症例2は、70歳代男性。14年6か月前に精囊浸潤を伴う前立腺癌に対して73.8Gy/41回の放射線療法が施行された。11ヶ月前から出現した血便に対して大腸内視鏡検査が施行され、直腸に浅い潰瘍と粘膜発赤が認められたために放射線性直腸炎と診断されAPC療法で治療が行われた。2か月前に血便が増悪し、全周性粘膜発赤に対して再度APC療法が行われたが血便は持続、更に2回APC療法が行われたが出血が続くためにS状結腸双孔式ストーマ造設術が行われた。

2症例ともストーマ造設により症状の改善を得ることができた。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:30 AM UTC □ Room 5

[O23] 一般演題（口演） 23 症例報告：稀な大腸疾患2

座長：松田 圭二(同愛記念病院外科), 五代 天偉(藤沢湘南台病院外科)

[O23-5] 内視鏡的瘻孔閉鎖術にて治癒した原因の不明な直腸壁瘻の1例

丹羽 浩一郎, 関 英一郎, 松澤 宏和, 斎田 将之 (太田総合病院外科)

【はじめに】原因の不明な直腸壁瘻孔は比較的まれな疾患である。今回、我々は内視鏡的瘻孔閉鎖術にて治癒した原因の不明な直腸壁瘻の1例を経験したので報告する。【症例】30歳代、女性。2週間前より会陰部と肛門の痛みを認めていたが経過観察していた。症状が増悪し座位が困難となつたため当院婦人科受診した。婦人科診察で直腸に腫瘍を触知するため、精査・加療目的に当科紹介となった。身体所見では肛門周囲と下腹部に圧痛を認め、血液検査所見でCRP 2.63mg/dLと炎症反応の上昇を認めた。CT検査にて、直腸壁の著明な肥厚と周囲脂肪織濃度の上昇を認めた。また仙骨前面のリンパ節腫脹と液体貯留も認めた。精査目的に施行した下部消化管内視鏡検査では直腸Rbに中心部に陥凹を伴う立ち上がりが緩やかな隆起を認めた。陥凹部の生検を施行したが悪性所見は認めなかった。翌日透視下に下部消化管内視鏡検査を再度施行した。陥凹部に散布チューブを挿入して造影剤を散布すると壁が造影されたため、本態性直腸壁瘻と診断した。骨盤MRI検査、婦人科診察を施行して婦人科疾患を否定した。腔鏡を用いた婦人科医師による診察で腔後壁に瘻孔を認めた。本態性直腸壁瘻の瘻孔閉鎖目的に下部消化管内視鏡下に瘻孔をクリップ6個使用して閉鎖した。瘻孔閉鎖の翌日症状は軽快した。その後症状の再燃は無く、半年後に経過観察目的で施行したCT検査では直腸壁の肥厚と周囲脂肪織濃度の上昇は消失していた。1年後に施行した下部消化管内視鏡検査では直腸Rbにあった中心部に陥凹を伴う隆起は消失し、瘢痕を認めた。【結語】内視鏡的瘻孔閉鎖術にて治癒した原因の不明な直腸壁瘻の1例を経験した。悪性疾患、婦人科疾患、炎症性腸疾患を否定した症例では、治療として下部消化管内視鏡による瘻孔閉鎖は有用であると考えられた。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:30 AM UTC □ Room 5

[O23] 一般演題（口演） 23 症例報告：稀な大腸疾患2

座長：松田 圭二(同愛記念病院外科), 五代 天偉(藤沢湘南台病院外科)

[O23-6] 腹腔鏡下に切除し得た異なる組織型の傍直腸囊胞の2症例

大沢 桃香, 本郷 久美子, 中川 基人, 高野 公徳, 米山 公康, 藤崎 洋人, 田島 佑樹, 林 啓太, 原 明日香, 西村 英理香, 渡部 希美, 室井 貴子, 大谷 理紗, 林 智大, 小原 雅也 (平塚市民病院外科)

【背景】

傍直腸囊胞は稀な疾患であり、多くは良性であるが、感染や悪性化のリスクを伴う。画像診断のみで確定診断を得ることは難しく、腫瘍径や構造によっては悪性疾患や他の腫瘍性病変との鑑別を要する。今回、腹腔鏡下切除を行った異なる組織型の2症例を経験したため、報告する。

【症例1】 42歳女性。健康診断目的のCTで直腸背側に9cm大の囊胞性病変を指摘され、当院を紹介受診した。MRIでは多房性囊胞性病変を認め、傍直腸囊胞が疑われた。鑑別には類上皮囊胞および尾腸囊胞を挙げたが、腫瘍径が大きく内部構造に複雑性を認めたため、悪性疾患の除外と診断確定を目的に腹腔鏡下切除を施行した。直腸後面の間膜内に位置する囊胞を認め、周囲との癒着は軽度で明瞭な被膜を有していた。大きさが大きいため剥離操作はやや難渋したが腸管損傷はなく切除を行った。病理診断はEpidermal cystであり、悪性所見は認めなかった。

【症例2】 52歳女性。2月に肛門部腫脹を自覚し、5月に再発した。前医では痔瘻と診断されたが、直腸背側に新たな多房性囊胞性病変を認め、傍直腸囊胞が疑われた。痔瘻癌を含む肛門由来の粘液癌も鑑別に挙げたが、痔瘻の罹病期間が短く、臨床経過および画像所見からは悪性を強く示唆する所見に乏しかった。確定診断および他の腫瘍性疾患の除外を目的に腹腔鏡下切除を施行した。骨盤底筋群の中に埋まりこむ様に存在し、周囲組織との癒着が比較的強く慎重な剥離操作を要した。病理診断は尾腸囊胞であり、悪性所見は認めなかった。

【考察】

傍直腸囊胞は多様な臨床像を呈し、診断には画像評価が重要である。特にMRIは、囊胞性病変の形態や局在を詳細に評価するうえで有用であり、治療方針決定に寄与した。腹腔鏡下切除は、低侵襲で良好な視野が確保できる上、それぞれの囊胞の形態や局在の進展を確認することができ、診断と治療の双方を安全に実施できる有効な手段であると考えた。

【結語】 異なる組織型を示す傍直腸囊胞2例を経験した。文献的考察を加えてこれらを報告する。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:30 AM UTC Room 5

[O23] 一般演題（口演） 23 症例報告：稀な大腸疾患2

座長：松田 圭二(同愛記念病院外科), 五代 天偉(藤沢湘南台病院外科)

[O23-7] 自己摘便が原因と思われるISR後の直腸穿通の一例

前本 遼, 佐藤 総太, 伊藤 拓馬, 三原 開人, 服部 晋明, 宮本 匠, 岩崎 純治, 金澤 旭宣 (島根県立中央病院外科)

症例は50歳代の男性。4日前からの発熱と肛門痛で近医を受診し、肛門周囲膿瘍の疑いで当院へ紹介となった。既往歴に直腸癌（pT2N1aM0）に対するISR（intersphincteric resection: 括約筋間直腸切除術）と糖尿病があった。肛門外観に異常所見はなく、直腸診では膿性排液の付着を認めた。血液検査では炎症反応の上昇を認め、腹部CT検査では直腸背側に内部airを含む液体貯留を認めた。注腸検査では吻合部口側背側に造影剤の漏出を認めた。示指が届く距離であったため、透視下にネラトンを穿通部に挿入したところ、膿性排液を得た。直腸穿通と診断したが、ISRからは4年以上が経過していた。詳細な問診を追加したところ、ISR後から時々自己摘便を行なっているとの情報を得たため、摘便による直腸穿通が最も考えられた。入院後は抗菌薬投与、ネラトンからの洗浄を行い、症状や炎症反応は改善した。入院から10日目に体動を契機にネラトンが脱落したが、その後も症状や炎症反応の再燃はなく、入院16日目に退院となった。外来で再度注腸検査を行なったところ、瘻孔は残存していたが、cavityから回収される排液は漿液性であった。瘻孔を閉鎖しても問題ないと考え、内視鏡下にクリップで瘻孔を閉鎖した。その後は症状の再燃もなく経過している。摘便による直腸穿孔の報告は稀であり、特に直腸切除後の報告はないため、文献的考察とともに報告する。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:30 AM UTC Room 5

[O23] 一般演題（口演） 23 症例報告：稀な大腸疾患2

座長：松田 圭二(同愛記念病院外科), 五代 天偉(藤沢湘南台病院外科)

[O23-8] 当院で経験した痔瘻癌の3例

市原 明子, 岩本 和樹, 原 大介, 濱田 朗子, 山田 和之介, 武野 慎祐, 七島 篤志 (宮崎大学医学部附属病院消化器外科)

【はじめに】痔瘻癌は肛門管癌に分類される比較的稀な疾患であり、長期にわたって慢性炎症を繰り返す痔瘻が発生母地と考えられている。2015年から2025年1月まで当院で経験した痔瘻癌3例（転移性痔瘻癌1例を除く）について報告する。【症例】症例1は68歳女性で30年以上のクローン病罹患歴があり、10年前から難治性痔瘻をフォローアップ中であった。症例2は65歳男性、症例3は70歳男性で、数年前の痔瘻発症で数ヶ月前からの硬結、排液量の増加が主訴であった。隅越らの診断基準を満たす症例は1例のみで、いずれも腰椎麻酔下瘻孔搔把による生検で最終的に痔瘻癌(粘液癌)の診断に到った。側方、鼠経リンパ節転移、遠隔転移は認めなかった。クローン病で複数開腹歴のある1例で開腹APRを選択し、2例は腹腔鏡下APRを施行した。症例2は膿皮症所見を伴い2次口が臀部から陰茎根部付近まで広範囲に広がっており、マージンを十分確保した切離ラインをとって薄筋皮弁再建を施行した。症例3は骨盤内に膿瘍形成を伴う粗大な腫瘍を認め、R0切除が困難と判断し術前CRT(Capecitabine+50.4Gy)を施行した。CRT後8週目のMRI評価で腫瘍の一部縮小を認めるもSDでAPRを施行した。背側剥離の際、仙骨前面で膿瘍壁から膿汁の漏出を認めた。炎症で腹膜の高度の肥厚と硬化により前方が塞がっており、腹膜翻転部への到達が不可となったところで会陰操作に移った。CRTの影響で骨盤底から坐骨直腸窩にかけて石様の硬い瘢痕組織を呈していた。病理組織診断結果はpT2 : pT3 2 : 1、いずれもpN0で切除断端陰性であった。CRTによる治療効果判定はGrade1b相当であった。術後麻痺性イレウスを認めた1例の他、概ね良好な経過であった。術後3か月、8か月、34か月現在再発転移を認めていない。

【結語】痔瘻癌は複雑化した瘻孔の広がりにより切除断端陽性率が高く、いかに安全な切離マージンを取って局所再発を制御するかが重要とされる。CRTの有効性を示す報告も散見されるが、希少性から標準治療が確立していない疾患であり、バリエーション豊富な症例毎に術前評価、集学的治療を含めた治療戦略、切除ラインの検討を十分に行う必要がある。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Room 6

[O24] 一般演題（口演） 24 臨床研究1

座長：盛 真一郎(鹿児島県立大島病院), 長谷川 芙美(JAとりで医療センター外科)

[O24-1]

腹腔鏡下大腸癌手術における切開創SSIリスク因子の検討

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

[O24-2]

大腸がんにおける術後感染症は再発後の生存期間に影響を与えるか

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

[O24-3]

大腸癌手術における栄養評価指標を用いた周術期管理の有用性

成廣 哲史, 高田 直樹, 羽田 丈紀, 渡部 通章, 平野 純 (厚木市立病院外科)

[O24-4]

消化器癌患者におけるCVポート造設術中の没入型バーチャルリアリティの有用性: Pilot randomized controlled trial

鎌田 哲平^{1,2}, 西江 亮祐³, 山岸 大祐¹, 會田 貴志¹, 高橋 潤次¹, 畑 太悟¹, 瀧澤 玲央⁴, 大平 寛典¹, 墨 誠³, 衛藤 謙², 鈴木 裕¹ (1.国際医療福祉大学病院外科, 2.東京慈恵会医科大学外科学講座, 3.国際医療福祉大学病院血管外科, 4.東京慈恵会医科大学宇宙航空医学研究室)

[O24-5]

根治切除術結腸癌における病期分類を考察する—多施設共同研究の結果から—

安藤 幸滋¹, 大垣 吉平², 杉山 雅彦³, 蓮田 博文⁴, 田尻 裕匡⁴, 野中 謙太朗², 上原 英雄², 川副 徹郎¹, 沖 英次¹, 吉住 朋晴¹ (1.九州大学大学院消化器・総合外科, 2.公立学校共済組合九州中央病院総合外科, 3.国立病院機構九州がんセンター消化管外科, 4.国立病院機構九州医療センター消化管外科)

[O24-6]

ロボット支援下左側大腸癌手術によって得られるIMA根部周囲から左側後腹膜の臨床解剖

佐々木 邦明, 澄川 宗祐, 久須美 貴哉 (恵佑会札幌病院消化器外科)

[O24-7]

肛門管の円柱上皮と移行帯上皮の境界線をCT junctionと命名する提案

松尾 恵五 (東葛辻仲病院)

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC ▶ Room 6

[O24] 一般演題（口演） 24 臨床研究1

座長：盛 真一郎(鹿児島県立大島病院), 長谷川 芙美(JAとりで医療センター外科)

[O24-1] 腹腔鏡下大腸癌手術における切開創SSIリスク因子の検討

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

【背景】厚生労働省のJANIS (Japan Nosocomial Infections Surveillance) における2024年1月から6月のSSI (Surgical Site Infection) サーベイランスデータでは、腹腔鏡下大腸癌手術における切開創SSI発生率は5.13%と報告されている。当院では、CDC (Centers for Disease Control and Prevention) のガイドラインに準拠したSSI予防バンドルの遵守を中心とした感染対策を行っている。

【目的】腹腔鏡下大腸癌手術における切開創SSIの発生率と関連するリスク因子を明らかにし、当院における感染予防対策の妥当性および有効性を検証することを目的とした。

【対象と方法】2010年4月から2023年12月の間に当院で待機的に施行された腹腔鏡下大腸癌手術1,416例を対象とし、切開創SSIの発生率と標準化感染比 (SIR) を算出した。SSI合併群と非合併群に分け、リスク因子について後方視的に検討を行った。SSIはCDCの定義に基づき、術後30日以内に発症したものを対象とし、外来での診察結果も含め、主治医および感染管理認定看護師による協議により診断された。

評価項目として、年齢、性別、BMI、喫煙歴、糖尿病罹患歴、術前のPNI値、ASA-PS、人工肛門造設の有無、手術時間、出血量を抽出した。解析は単変量解析およびロジスティック回帰を用いた多変量解析を実施した。

【結果】当院における切開創SSI発生率は4.45%であり、SIRは0.86と、全国平均よりも低い結果であった。単変量解析では性別、喫煙歴、人工肛門造設の有無、出血量において $P < 0.1$ であった。さらに多変量解析の結果、喫煙 (OR 2.11, 95%CI : 1.15–3.92, $p=0.016$) および人工肛門造設 (OR 2.13, 95%CI : 1.06–4.05, $p=0.025$) が有意な独立リスク因子として抽出された。

【結語】当院における腹腔鏡下大腸癌手術後の切開創SSI発生率は全国平均SSI発生率を下回っていた。喫煙歴、人工肛門造設はSSIのリスク因子であり、今後の対策強化において考慮すべき重要な要素と考えられた。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC ▶ Room 6

[O24] 一般演題（口演） 24 臨床研究1

座長：盛 真一郎(鹿児島県立大島病院), 長谷川 芙美(JAとりで医療センター外科)

[O24-2] 大腸がんにおける術後感染症は再発後の生存期間に影響を与えるか

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

【緒言】

大腸癌をはじめとする多くの癌種において術後感染症（Postoperative infection: PI）は予後不良因子と報告されている。しかし、PIが再発後の予後に与える影響は不明である。本研究では、大腸癌の再発症例を対象に初回手術時のPIおよび縫合不全（Anastomotic leakage : AL）、さらにClavien-Dindo Grade ≥ 3 （CD ≥ 3 ）の重症合併症が再発後の予後に与える影響を検討した。

【方法】

2011年1月から2017年3月に当院および日本医科大学付属武蔵小杉病院で根治切除を受けたStage II/III大腸癌580例のうち、再発を認めた125例を対象とした。PI、ALおよびCD ≥ 3 の有無で群分けし、再発後の予後を比較検討した。

【結果】

再発例の年齢（中央値）は71歳、男女比は64：61、再発までの期間（中央値）は13.1ヶ月、再発後のMST（Median Survival Time : MST）は16.8ヶ月であった。PI、AL、CD ≥ 3 の発生率は、それぞれ24.0%， 9.6%， 13.6%であった。MSTはPI無群17.3ヶ月、PI有群12.3ヶ月（P=0.661）、AL無群16.8ヶ月、AL有群28.0ヶ月（P=0.245）、CD ≥ 3 無群17.3ヶ月、CD ≥ 3 有群11.0ヶ月（P=0.191）で、いずれの比較においても有意差を認めなかった。

【考察と結語】

本検討では、PI、AL、CD ≥ 3 は、再発後の生存に有意な影響を与えなかった。我々が行った食道癌、胃癌の解析でこれらは再発後の予後に影響しており、その要因として、食道癌、胃癌の方がPIの影響が遷延しやすい点、また、背景としての全身状態の差がある点が考えられた。本検討のLimitationとして、再発後治療内容を検討されていない点が挙げられる。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Room 6

[O24] 一般演題（口演） 24 臨床研究1

座長：盛 真一郎(鹿児島県立大島病院), 長谷川 芙美(JAとりで医療センター外科)

[O24-3] 大腸癌手術における栄養評価指標を用いた周術期管理の有用性

成廣 哲史, 高田 直樹, 羽田 丈紀, 渡部 通章, 平野 純 (厚木市立病院外科)

【背景】消化器癌手術における術前栄養状態評価は、周術期リスク予測を可能にし、術後合併症発生率低減化に有用であると。栄養評価方法として栄養状態、炎症反応、血球細胞成分評価に基づいた評価法が多く用いられている。【目的】術前栄養評価法として prognostic nutritional index (PNI)、栄養障害の指標である controlling nutritional status (CONUT) score に着目し術前リスク評価と周術期合併症の解析を行った。【対象・方法】2022年1月から2024年12月までに施行した大腸癌手術185例を対象とし後方視学的に検討した。【結果】PNI 40 以下 (Low 群) は38例、40を超えたPNI (High群)は147例で、CONUT score 中等度未満 (Low群) が151例、中等度以上 (High群) が34例であった。患者背景は、PNI Low群がHigh群と比較し、年齢で76.5歳 (54-92)、72歳 (38-94) ($P=0.02$) と高齢者が多く、BMIが21.3 (13.9-29.6)、22.5 (15.7-47.8) ($P=0.006$) と低値であった。またASA-PS>2が6例 (15.8%)、5例 (3.4%) ($P=0.004$)、腸閉塞、穿孔症例が10例 (26.3%)、11例 (7.5%) ($P=0.001$)、機械的前処置症例が27例 (71.1%)、133例 (90.5%) ($P=0.002$)、腫瘍サイズが43.5mm (11-100)、35mm (7-114) ($P=0.03$) と有意差を認め、進行度もPNI Low群で有意に進行していた。CONUT score High群とLow群の比較でも同様結果であった。周術期関連因子の検討では、PNI Low群はHigh群と比較し、出血量が15ml (0-2230)、5ml (0-970) ($P=0.02$)、ハルトマン手術症例数が2例 (5.3%)、1例 (0.7%) ($P=0.02$)、開腹症例数が5例 (13.2%)、4例 (2.72%) ($P=0.008$)、術後住院日数が11.5日 (6-101)、9日 (6-77) ($P=0.004$) と有意差を認めた。術後合併症全体には有意な差は認めなかった。CONUT score High群とLow群の比較でも同様の結果であった。【結論】PNI、CONUT score は、周術期リスク因子として、年齢、BMI、ASA-PS、腸閉塞、穿孔、腫瘍サイズ、進行度、機械的前処置を抽出した。術後合併症全体に有意な差は認めなかったが、術前低栄養患者はハルトマン手術や開腹手術が選択され、それにより術中出血量増加や術後住院日数延長に寄与していると考えられた。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Room 6

[O24] 一般演題（口演） 24 臨床研究1

座長：盛 真一郎(鹿児島県立大島病院), 長谷川 芙美(JAとりで医療センター外科)

[O24-4] 消化器癌患者におけるCVポート造設術中の没入型バーチャルリアリティの有用性: Pilot randomized controlled trial

鎌田 哲平^{1,2}, 西江 亮祐³, 山岸 大祐¹, 會田 貴志¹, 高橋 潤次¹, 畠 太悟¹, 澤瀬 玲央⁴, 大平 寛典¹, 墓 誠³, 衛藤 謙², 鈴木 裕¹ (1.国際医療福祉大学病院外科, 2.東京慈恵会医科大学外科学講座, 3.国際医療福祉大学病院血管外科, 4.東京慈恵会医科大学宇宙航空医学研究室)

【背景】現在、大腸癌において広く使用されている化学療法では、長時間投与や複数の薬剤を併用するレジメンが一般的になっており、さらに、経末梢静脈での化学療法で生じうる合併症を予防できる観点からも中心静脈(CV)ポート造設が一般的な治療選択肢となっている。CVポート造設における合併症や造設後の管理などに関しては多く報告されているが、CVポート造設時の疼痛や不安を軽減する対策に関しては報告がないのが現状である。近年、歯科治療や消化器内視鏡検査中の没入型バーチャルリアリティ(VR)の臨床応用により疼痛や不安の軽減効果がある可能性が報告されている。

本研究では、消化器癌患者に対するCVポート留置術中のバーチャルリアリティ(VR)療法が、疼痛、不安、その他の術中・術後アウトカムに与える影響を検討した。

【対象と方法】 CVポート造設術を受ける消化器癌の成人患者10名を対象に、単施設無作為化比較試験を実施した。原疾患は大腸癌7例、胃癌1例、食道癌1例、膵癌1例であった。術後補助化学療法目的のCVポート造設は3例、切除不能悪性腫瘍に対する化学療法目的のCVポート造設は7例であった。参加者は術中にTherapeia VR (xCura) を用いたVR療法を受けるVR群 (n=5) と、従来の処置を受ける対照群 (n=5) に無作為に割り付けた。主要および副次アウトカムには、術中疼痛、不安（術中・術後）、出血量、手術時間、閉塞感、患者および術者満足度を含めた。

【結果】 手術時間、出血量、術前不安、閉塞感、術者満足度においては両群間に有意差は認められなかった。一方、VR群は対照群と比較して、術中疼痛 ($p=0.03$)、術中および術後不安 ($p=0.04$) が有意に低く、患者満足度 ($p=0.03$) は有意に高かった。

【結論】 CVポート造設術中の没入型VR療法は、術中の疼痛や不安を軽減し、患者満足度を向上させる有効な非薬物的介入となる可能性が示唆された。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC ▶ Room 6

[O24] 一般演題（口演） 24 臨床研究1

座長：盛 真一郎(鹿児島県立大島病院), 長谷川 芙美(JAとりで医療センター外科)

[O24-5] 根治切除術結腸癌における病期分類を考察する—多施設共同研究の結果から—

安藤 幸滋¹, 大垣 吉平², 杉山 雅彦³, 蓮田 博文⁴, 田尻 裕匡⁴, 野中 謙太朗², 上原 英雄², 川副 徹郎¹, 沖 英次¹, 吉住 朋晴¹ (1.九州大学大学院消化器・総合外科, 2.公立学校共済組合九州中央病院総合外科, 3.国立病院機構九州がんセンター消化管外科, 4.国立病院機構九州医療センター消化管外科)

【はじめに】大腸癌の病期分類は深達度、リンパ節転移有無、遠隔転移有無の三つで構成され、治療方針決定や予後予測に寄与している。しかしながら、これらの三つの因子だけでは正確な予後予測が難しい場合がある。Tumor deposit (TD)は原発巣や転移リンパ節との連続性を持たずに存在する微小癌細胞巣であり、TDの存在は予後不良因子であることが報告されている。今回、TDに着目し、TDの臨床的意義について検討し結腸癌の新たな病期分類について考察した。

【対象と方法】九州大学病院消化器・総合外科の関連施設4施設において2015年1月から2019年12月までに根治切除術が行われたStage0-IIIの結腸癌患者1,497名を対象とした。TDはリンパ節構造のない結節性の壁外非連続性癌進展病巣とした。

【結果】TD陽性例は125例(9.2%)であった。TD陽性例は深達度が深い症例、リンパ節転移陽性症例、病期が進んだ症例と相關した(それぞれP<0.0001)。TD陽性症例の5年無再発生存率は55.9%、5年全生存率は68.8%とTD陰性症例より有意に低かった(P<0.0001)。また、多変量解析にTD陽性は独立した予後不良因子であった。TD陽性例を別Stageとして扱った場合、Stage0-IIIの症例と比べて有意に予後不良であった。

【結語】根治切除後の結腸癌においてTDの予後因子としての重要性が示唆された。今後さらなる検討を行い、大腸癌病期分類に加える必要性があると考えられた。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC □ Room 6

[O24] 一般演題（口演） 24 臨床研究1

座長：盛 真一郎(鹿児島県立大島病院), 長谷川 芙美(JAとりで医療センター外科)

[O24-6] ロボット支援下左側大腸癌手術によって得られるIMA根部周囲から左側後腹膜の臨床解剖

佐々木 邦明, 澄川 宗祐, 久須美 貴哉 (恵佑会札幌病院消化器外科)

開腹手術から腹腔鏡下手術となり手技が熟成する中で、腹腔鏡による拡大視効果により詳細な臨床解剖認識が得られ、郭清組織の過不足ない摘除、神経や後腹膜臓器など温存すべき臓器の確実な温存、いわゆる手術の精度が向上した。さらに膜構造や脂肪境界、結合組織など微細解剖認識が発展してきた。しかしそれらを確実に獲得するためには、手術の標準化による術者、助手、スコピスト全ての高度な技量が要求された。術者優位鉗子先端の安定性、非優位鉗子の手技、組織切離、剥離のための助手の適切な展開など様々な努力によって大腸癌手術は進展してきた。保険収載を期に腹腔鏡手術はロボット支援下手術への変化、が著しい現状である。当院でもロボット支援下手術を導入以後、その特徴を理解していく中でロボット支援下での手技による微細解剖の更なる認識、より正確な剥離の実現が得られつつあると考える。

今回、ロボット支援下左側大腸手術におけるIMA根部周囲、253番郭清の理解、また直腸間膜、S状結腸間膜、下行結腸間膜背側に存在する後腹膜解剖について考察する。腰内臓神経、周囲脂肪間隙のより精細な認識により、253番郭清範囲の設定が安定すると考えられた。また後腹膜、腎筋膜は既報の通り腎、尿管、性腺血管、動脈周囲の構造、交差により3葉に分葉しており、これらはロボット支援による安定した術野の確保、特に内側からの安定した展開、精細な3D画像と術者優位鉗子の手振れ防止による繊細な操作により明らかにすることが出来ると考える。手術手技の精度の意味は最終的には短期成績、長期成績で検討されるべきではあるが、左側結腸手術症例を提示し、ロボット支援下手術にて得られる253番リンパ節領域から左側後腹膜解剖について考察し報告する。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Room 6

[O24] 一般演題（口演） 24 臨床研究1

座長：盛 真一郎(鹿児島県立大島病院), 長谷川 芙美(JAとりで医療センター外科)

[O24-7] 肛門管の円柱上皮と移行帯上皮の境界線をCT junctionと命名する提案

松尾 恵五 (東葛辻伸病院)

肛門管は腸管の終末部分であり、肛門直腸接合部(anorectal junction、恥骨直腸筋付着部上縁、Herrmann線、外科的肛門管の上縁)から肛門縁までの約4cmの部位である。

内胚葉と外胚葉の接合部であり4種の粘膜上皮で被覆される。口側から直腸円柱上皮(columnar epithelium)、移行帯上皮(transitional zone epithelium)、肛門上皮(anoderm)、肛門周囲皮膚である。これら4種の粘膜上皮には境界線が3ヶ所あり、円柱上皮と移行帯上皮の境界をHerrmann線、移行帯上皮と肛門上皮の境界を歯状線(内胚葉と外胚葉の境界線、解剖学的肛門管の上縁)、肛門上皮と皮膚の境界を肛門縁と呼称してきた。

しかし、円柱上皮と移行帯上皮の境界をHerrmann線と呼称するのは文献的検索を行っても(Hermann, Herrmanとスペルを変えても)その根拠となる論文、成書は見当たらず誤用であると判断した。Herrmann線は肛門管の外側では恥骨直腸筋付着部上縁をさし肛門管の内側では肛門乳頭から口側へ連続する肛門柱(Morgagni柱)が消失する口側縁に一致する部位の名称である。移行帯上皮は歯状線より上の6～12mmの距離の部分で円柱上皮、移行上皮、非角化扁平上皮で構成されておりATZ(Anal Transitional Zone)あるいはCloacogenic zoneとも呼ばれ多様な組織が混在している。

円柱上皮と移行帯上皮の境界線は粘膜の色調変化が明瞭に認識できるので肛門手術においては歯状線とともに明確な指標となるため、正しい名称が必要であるが海外の成書、論文ではこの境界線に対する呼称は見当たらない。そこで、一般性を失わない名称としてColumnar Transitional junction, CT junctionと命名することを提案する。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC Room 6

[O25] 一般演題（口演） 25 臨床研究2

座長：深澤 貴子(磐田市立総合病院消化器外科), 坂本 義之(独立行政法人国立病院機構弘前総合医療センター消化器外科)

[O25-1]

大腸癌手術における切除部位の違いが術後腸内細菌叢に与える影響の検討

松本 航¹, 大塚 幸喜², 服部 豊¹, 隅本 力¹, 近石 裕子¹, 辻村 和紀¹, 谷口 寛子¹, 上嶋 徳¹, 稲熊 岳¹, 小林 陽介¹, 大村 悠介¹, 廣純一郎¹, 松岡 宏¹, 升森 宏次¹, 藤井 匠³, 栄尾 巧³, 廣岡 芳樹³, 宇山 一朗², 須田 康一¹
(1.藤田医科大学総合消化器外科, 2.藤田医科大学病院先端口ボット内視鏡手術学, 3.藤田医科大学病院消化器内科)

[O25-2]

手術治療を要した腸閉塞の発生原因と癒着部位に関する検討

太田 竜¹, 山田 岳史², 上原 圭², 松田 明久², 進士 誠一², 横山 康行², 高橋 吾郎², 岩井 拓磨², 武田 幸樹¹, 関口 久美子¹, 清水 貴夫¹, 宮坂 俊光², 香中 伸太郎², 松井 隆典², 林 光希², 金沢 義一¹, 谷合 信彦², 吉田 寛²
(1.日本医科大学武蔵小杉病院, 2.日本医科大学付属病院)

[O25-3]

サーベイランスにおける初回腺腫数と異時性大腸腫瘍の関係

木村 聖路¹, 西谷 大輔¹, 佐藤 和則¹, 樋口 博之^{1,2}, 藤原 沙映^{1,2} (1.青森労災病院消化器内科内視鏡科, 2.弘前大学消化器血液内科)

[O25-4]

当院におけるLow-grade Appendiceal Mucinous Neoplasmの臨床病理学的検討

勝又 健太¹, 内藤 正規¹, 根岸 宏行¹, 白井 創大¹, 天野 優希¹, 西澤 一¹, 小川 敦博¹, 有泉 泰², 大坪 賀人³, 民上 真也³ (1.聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科, 2.聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院病理診断科, 3.聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科)

[O25-5]

40歳未満の若年性大腸癌の臨床病理学的特徴の検討

紫葉 裕介¹, 謙訪 雄亮¹, 田中 宗伸², 工藤 孝迪¹, 大矢 博貴², 前橋 学¹, 森 康一¹, 田 鐘寛², 沼田 正勝¹, 謙訪 宏和³, 小澤 真由美¹, 渡邊 純^{2,4}, 佐藤 勉¹, 遠藤 格² (1.横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科, 2.横浜市立大学医学部消化器・腫瘍外科, 3.横須賀共済病院外科, 4.関西医科大学下部消化管外科)

[O25-6]

他臓器合併切除を行った大腸癌の臨床病理学的検討

山本 陸, 村山 倫太郎, 川端 実, 石塚 ジュスタン正也, 尾立 路輝, 石岡 直留, 花川 翔太, 遠山 茉莉, 秋間 龍之介, 仁平 高朔, 加藤 永記, 上田 健平, 宮下 真美子, 櫻庭 駿介, 田中 頸一郎, 櫛田 知志, 伊藤 智彰, 佐藤 浩一 (順天堂大学医学部附属静岡病院外科)

[O25-7]

大腸癌術後補助化学療法としてのカペシタビン5日投薬2日休薬投与法の検討

中村 有貴¹, 横山 省三², 松田 健司¹, 岩本 博光¹, 三谷 泰之¹, 水本 有紀¹, 堀 雄哉¹, 玉置 佑麻¹, 阪中 俊博¹, 竹本 典生¹, 田宮 雅人¹, 兵 貴彦¹, 上田 勝也¹, 下村 和輝¹, 岩橋 誠³, 瀧藤 克也⁴, 中森 幹人⁵, 下川 敏雄⁶, 川井 学¹ (1.和歌山県立医科大学第2外科, 2.南和歌山医療センター外科, 3.和歌山労災病院外科, 4.済生会 有田病院外科, 5.大阪南医療センター外科, 6.和歌山県立医科大学臨床研究センター)

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC □ Room 6

[O25] 一般演題（口演） 25 臨床研究2

座長：深澤 貴子(磐田市立総合病院消化器外科), 坂本 義之(独立行政法人国立病院機構弘前総合医療センター消化器外科)

[O25-1] 大腸癌手術における切除部位の違いが術後腸内細菌叢に与える影響の検討

松本 航一¹, 大塚 幸喜², 服部 豊¹, 隅本 力¹, 近石 裕子¹, 辻村 和紀¹, 谷口 寛子¹, 上嶋 徳¹, 稲熊 岳¹, 小林 陽介¹, 大村 悠介¹, 廣 純一郎¹, 松岡 宏¹, 升森 宏次¹, 藤井 匠³, 栃尾 巧³, 廣岡 芳樹³, 宇山 一朗², 須田 康一¹
(1.藤田医科大学総合消化器外科, 2.藤田医科大学病院先端ロボット内視鏡手術学, 3.藤田医科大学病院消化器内科)

【目的】腸内細菌叢は大腸癌の発症や進展、術後の炎症や化学療法の抗腫瘍効果に至るまで多面的に関与することが明らかになっている。近年、腸内細菌叢を標的とした治療介入も注目されつつあるが、外科的切除が腸内環境に及ぼす影響について十分に検討されていない。本研究では術式別の腸内細菌叢の変化を検討し、外科的切除による腸内環境の変化を明らかにすることで術後管理や再発予防に向けた知見を得ることを目的とした。【方法】2022年4月～2023年12月に当院で大腸癌に対し根治的切除を受けた術後3か月以上経過した34例（右側結腸切除RSC:9例、左側結腸切除LSC:15例、低位前方切除LAR:10例）の糞便を16S rRNAアンプリコンシークエンスで解析を行った。比較対象として健常成人85名の糞便データを用いた。腸内細菌叢の多様性評価としてα多様性（Shannon index）およびβ多様性（Bray-Curtis距離）を算出し、群間の統計学的差異をKruskal-Wallis検定およびPERMANOVAで検討した。さらにLEfSe解析により各群に特徴的な細菌種を抽出した。【結果】RSC群ではFaecalibacterium prausnitzii、Bifidobacterium属など短鎖脂肪酸産生菌の減少やEscherichia coliの増加がみられ、α多様性の低下を認めた。LSCおよびLAR群ではAkkermansia muciniphilaやParabacteroides distasonis等の腸管バリア機能や免疫調整に関わる菌の増加がみられた。RSC群では他群に比べβ多様性の変化も大きく、切除部位による腸内環境の変化が明らかであった。【結語】大腸癌に対する外科的切除は術後腸内細菌叢に特異的な変化を引き起こし、特にRSCでは回盲弁喪失に伴う有益菌の減少およびEscherichia coliの増加を含む菌叢の乱れが観察された。これにより短鎖脂肪酸産生菌の枯渇や炎症性環境の亢進が示唆され、術後の免疫調節や腫瘍微小環境にも影響を及ぼす可能性がある。一方、LSCおよびLARではAkkermansia muciniphilaなどの増加がみられ、粘膜バリア機能の維持や免疫賦活が期待される菌叢の再構築が示唆された。術式ごとの細菌叢の変化は、術後合併症や化学療法に影響を与える可能性があり、将来的には腸内環境に着目した術後管理や治療戦略への応用が期待される。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC ▶ Room 6

[O25] 一般演題（口演） 25 臨床研究2

座長：深澤 貴子(磐田市立総合病院消化器外科), 坂本 義之(独立行政法人国立病院機構弘前総合医療センター消化器外科)

[O25-2] 手術治療を要した腸閉塞の発生原因と癒着部位に関する検討

太田 竜¹, 山田 岳史², 上原 圭², 松田 明久², 進士 誠一², 横山 康行², 高橋 吾郎², 岩井 拓磨², 武田 幸樹¹, 関口 久美子¹, 清水 貴夫¹, 宮坂 俊光², 香中 伸太郎², 松井 隆典², 林 光希², 金沢 義一¹, 谷合 信彦², 吉田 寛²
(1.日本医科大学武蔵小杉病院, 2.日本医科大学付属病院)

【緒言】日本腹部救急医学会プロジェクト研究の腸閉塞全国集計にて、腹腔鏡手術により腸閉塞の発症は減少したが、癒着防止材は腸閉塞発症の低減に寄与しなかったことが示された。我々は、切開創直下に頻用される癒着防止材により腹壁癒着に伴う腸閉塞は減少するもの、臓側癒着に伴う腸閉塞を予防できなかったことがその原因と推察した。そこで、癒着性腸閉塞のうち、腹壁との癒着が原因となる腸閉塞がどの程度あるのかを検証した。

【対象と方法】本後方視的研究の対象は、2019年1月から2024年12月の期間に、本学関連施設において腸閉塞に対して手術を要した症例のうち手術既往があるもの。

【結果】期間内に腸閉塞手術は207例行われ、手術既往がない47例を除外した160例が対象となった。腹壁癒着が原因であった腸閉塞は35例（22%）と低率で、腸管や後腹膜といった臓側癒着が主因だった。先行術式は腹腔鏡手術35例、開腹術122例で、そのうち腹腔鏡手術では腹壁癒着が9例（24%）に対し、開腹術では26例（21%）といずれにおいても臓側癒着が多かった。絞扼の有無に関わらず腸管切除を必要としたのは腹壁癒着13例(37%)、臓壁癒着63例（50%）であり、臓側癒着にて腸管切除率が高かった。絞扼性腸閉塞は腹壁癒着13例(37%)、臓側癒着66例(50%)、うち腸管切除が必要であった症例は、腹壁癒着10例(29%)、臓側癒着45例(36%)であった。

【考察】既往手術における癒着防止材使用の有無、および使用部位が不明であるが、腹壁直下の癒着が原因となる腸閉塞は少なく、腸管切除回避の観点からも臓側の癒着防止が重要であると考えられた。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC □ Room 6

[O25] 一般演題（口演） 25 臨床研究2

座長：深澤 貴子(磐田市立総合病院消化器外科), 坂本 義之(独立行政法人国立病院機構弘前総合医療センター消化器外科)

[O25-3] サーベイランスにおける初回腺腫数と異時性大腸腫瘍の関係

木村 聖路¹, 西谷 大輔¹, 佐藤 和則¹, 樋口 博之^{1,2}, 藤原 沙映^{1,2} (1.青森労災病院消化器内科内視鏡科, 2.弘前大学消化器血液内科)

【目的】初回腺腫数はガイドライン上本邦版で3個以上、US版,ESGE版で5個以上あれば3年間隔が推奨される。今回初回腺腫数による異時性腫瘍の発生率を比較した。

【方法】サーベイランスがなされた合計2133例（年齢65.9歳、性別2.10:1、期間81.3月、回数4.14回）の大腸腺腫患者を初回1-2個のA群1527例と3個以上のB群606例に分類した。微小腺腫放置患者952例をA1群730例、B1群222例、低リスク腺腫（10mm未満かつ低異型）切除患者656例をA2群464例、B2群192例、高リスク腺腫（10mm以上または高異型）切除患者525例をA3群333例、B3群192例、全腺腫切除患者1181例をA4群797例、B4群384例に分類した。異時性腫瘍をNon-advanced lesion（低異型腺腫）、Advanced lesion（高異型腺腫、癌）に分けて発生率を比較した。

【結果】Non-advanced lesionの最終頻度はA1群16.9%、B1群30.6%（p<0.001）、A2群26.5%、B2群32.3%（N.S.）、A3群25.8%、B3群35.4%（p<0.05）、A4群26.2%、B4群33.9%（p<0.01）であった。Advanced lesionの最終頻度はA1群6.8%、B1群10.4%（p=0.08）、A2群5.2%、B2群13.0%（p<0.001）、A3群10.8%、B3群15.6%（N.S.）、A4群7.5%、B4群14.3%（p<0.001）であった。異時発生した異時性腫瘍における男女比率はA1群 1.79:1、B1群 4.06:1（p<0.01）、A2群 2.34:1、B2群 4.44:1（p<0.05）、A3群 1.84:1、B3群 5.53:1（p<0.001）、A4群 2.09:1、B4群 4.97:1（p<0.001）であった。異時性浸潤癌はA群14例（0.9%）、B群16例（2.6%）でB群に多かった（p<0.01）。男女比率はA群6:8、B群14:2、局在は右側:左側でA群10:4、B群6:10、形態は2型：2型以外でA群9:5、B群5:11、深達度はT1:T2-T4でA群4:10、B群9:7であった。A群は6割が女性、7割が右側、7割が進行癌、B群は9割が男性、6割が左側、6割が早期癌であった。

【結論】3個以上腺腫患者は1-2個腺腫患者よりNon-advanced lesion、Advanced lesion共に最終頻度が高率で、その場合男性に異時性腫瘍が発生しやすく、女性に発生しにくい。異時性浸潤癌も3個以上腺腫患者に多く、その場合3個以上腺腫患者は男性、左側癌、T1癌、1-2個腺腫患者は女性、右側癌、T2以深癌が発生しやすい。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC ▶ Room 6

[O25] 一般演題（口演） 25 臨床研究2

座長：深澤 貴子(磐田市立総合病院消化器外科), 坂本 義之(独立行政法人国立病院機構弘前総合医療センター消化器外科)

[O25-4] 当院におけるLow-grade Appendiceal Mucinous Neoplasmの臨床病理学的検討

勝又 健太¹, 内藤 正規¹, 根岸 宏行¹, 白井 創大¹, 天野 優希¹, 西澤 一¹, 小川 敦博¹, 有泉 泰², 大坪 毅人³, 民上 真也³ (1.聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科, 2.聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院病理診断科, 3.聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科)

はじめに：Low-grade Appendiceal Mucinous Neoplasm (LAMN) は2010年のWHO分類において分類されることとなった虫垂粘液腫瘍の1つである。LAMNは術前診断が困難なことも多く、術後に病理検査で偶発的に指摘されることが多い。そして適切な術式、フォローアップ方法なども定まったものはまだない。

目的および期間：当院で2013年1月から2024年3月までの間に、虫垂炎を含む虫垂腫大に対する手術加療を270例施行し、そのうち12例がLAMNと診断された。そのうち、断端距離、深達度について再検討を行うことができた10例について臨床病理学的検討を行い、適切な術式やフォローアップについて検討する。

結果（数値は中央値）：年齢は69歳（27-86歳）、性別は男性7例で女性が5例であった。虫垂炎として手術加療を受けたのが8例、虫垂粘液腫の疑いとして手術を受けたのが4例であった。虫垂粘液腫の術前診断の4例には、3例で盲腸部分切除、1例で回盲部切除が施行された。虫垂炎の既往があったのは2例であった。術前の虫垂径は13（9-28）mm、術後住院日数は5（2-15）日だった。フォローアップに関しては、4例が終診、6例がフォローアップ中であり、期間は32（12-84）ヶ月であった。全症例で断端陰性、断端距離は15(3-40)mmであり、全症例で再発は認めなかった。

考察：当院では大腸癌治療ガイドラインに従ってフォローアップを行うことが多く、5-10年を目標として経過観察を行っている。また、全症例で断端陰性、観察期間内に再発を認めなかつたことから、少なくとも断端陰性を確保できる術式を選択すべきと考えられた。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC ▶ Room 6

[O25] 一般演題（口演） 25 臨床研究2

座長：深澤 貴子(磐田市立総合病院消化器外科), 坂本 義之(独立行政法人国立病院機構弘前総合医療センター消化器外科)

[O25-5] 40歳未満の若年性大腸癌の臨床病理学的特徴の検討

紫葉 裕介¹, 諏訪 雄亮¹, 田中 宗伸², 工藤 孝迪¹, 大矢 博貴², 前橋 学¹, 森 康一¹, 田 鐘寛², 沼田 正勝¹, 諏訪 宏和³, 小澤 真由美¹, 渡邊 純^{2,4}, 佐藤 勉¹, 遠藤 格² (1.横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科, 2.横浜市立大学医学部消化器・腫瘍外科, 3.横須賀共済病院外科, 4.関西医科大学下部消化管外科)

【目的】近年若年性大腸癌が増加傾向にあることが報告されている。当院および関連施設における40歳未満の若年者における大腸癌の臨床病理学的特徴について検討する。**【方法】**2008年から2024年の間に外科切除を施行した6008例の大腸癌症例を若年者群(40歳未満)と非若年者群(40歳以上)に分け、臨床病理学的因子、長期成績について検討した。**【結果】**若年者99例と非若年者5909例で比較した。年齢中央値35 vs 70歳、性別(男:女) 54:45 vs 3448:2461 (54.5:45.5% vs 58.4:41.5%, p =0.44), 発見契機は(有症状:検診契機) 84:15 vs 4173:1736 (84.8:15.2% vs 70.6:29.4%, p=0.002), 腫瘍局在は(右側結腸:左側結腸:直腸) 17:40:42 vs 1725:2452:1731 (17.2:40.4:42.4% vs 29.2:41.5:29.3%, p= 0.005), 組織型は(tub:por:muc) 83:4:3 vs 4787:130:193 (83.8:4.0:3.0% vs 81.0:2.2:3.3 %)(p =0.52), pStage I:II:III:IV) 23:17:39:18 vs 1511:1426:1494:550 (23.2:17.2:39.4:18.2% vs 25.6:24.1:25.3:9.3 %, p =0.02)であった。RAS(wild:mutant) 31:30 vs 1295:992 (50.1:49.9% vs 56.6:43.4%, p = 0.36), BRAF(wild:mutant) 39:1 vs 1181:66 (97.5:2.5% vs 94.7:5.3%)(p = 0.433), MSI(MSS:MSI-H) 28:9 vs 905:74 (75.7:24.3 % vs 92.4:7.6%, p = 0.001)であった。2019年までの症例で、stage I, II, IIIの5年生存率はそれぞれ100% vs 93.6% (p=0.312), 87.5% vs 86.2%(p=0.916), 72.7% vs 79.2% (p=0.456)であり、再発は15例 (19.0%) vs 602例 (13.6%, p = 0.166)と有意差は認めなかった。若年性大腸癌の年次推移は2008～2015年の8年間で38例 (1.58 %), 2016～2023年の8年間で57例 (1.79 %, p = 0.602)であり有意差は認めなかった。

【結語】若年性大腸癌は有症状かつ左側が多く、進行度も進んでいるものが多いが、長期生存は劣らなかった。本コホートでは近年増加傾向とは言えず長期成績には差を認めなかった。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC Room 6

[O25] 一般演題（口演） 25 臨床研究2

座長：深澤 貴子(磐田市立総合病院消化器外科), 坂本 義之(独立行政法人国立病院機構弘前総合医療センター消化器外科)

[O25-6] 他臓器合併切除を行った大腸癌の臨床病理学的検討

山本 陸, 村山 倫太郎, 川端 実, 石塚 ジュスタン正也, 尾立 路輝, 石岡 直留, 花川 翔太, 遠山 茉莉, 秋間 龍之介, 仁平 高朔, 加藤 永記, 上田 優平, 宮下 真美子, 櫻庭 駿介, 田中 順一郎, 櫛田 知志, 伊藤 智彰, 佐藤 浩一(順天堂大学医学部附属静岡病院外科)

【はじめに】

他臓器浸潤を認める大腸癌は、その合併切除によりR0切除が達成され、良好な局所コントロールおよび予後が期待できる。今回、当科でc/sT4b大腸癌(虫垂を含む)に対して他臓器合併切除を行った原発巣切除症例における、周術期成績および病理学的因素についてretrospectiveに検討した。

【対象】

2020年1月から2024年12月までにc/sT4bと診断され、他臓器合併切除を施行した56例。

【結果】

年齢中央値は73歳(48-88歳)、男性30例、女性26例。術前治療として人工肛門が12例に造設され、減圧目的にステントが8例、経鼻または経肛門イレウス管が8例留置されていた。化学療法は15例に施行されていた。腫瘍の局在は虫垂2例、盲腸8例、上行結腸12例、横行結腸1例、下行結腸2例、S状結腸17例、直腸14例であった。合併切除臓器としては、骨盤内臓全摘8例、消化器系21例、泌尿生殖器系18例、腹壁・後腹膜17例、血管・筋15例、婦人科系13例であった(重複を含む)。手術時間中央値は287.5分(103-785分)であり開腹43例、腹腔鏡13例であったが、開腹移行を6例(42%)に認めた。Clavien-Dindo分類GradeII以上の中後合併症は7例(12.5%)に認めた。pStage II / III / IV 25/21/10例であった。全症例のうち41例(73.2%)で病理学的に他臓器浸潤を認めた。

Stage II / III症例45例のうちR0切除は43例(95.6%)に達成されたが、うち2例(4.7%)に局所再発を認めた。R1/2切除となった2例は両者とも局所再発を認めた。局所再発の有無で比較すると、R0切除($p<0.05$)有意差を認めた。

【考察】

他臓器浸潤大腸癌は開腹移行になる可能性が高かった。術中に他臓器浸潤の診断となつてもR0切除を目指すべきであるが、安全な手術遂行のためには浸潤範囲の正確な診断が必要不可欠であり、アプローチに拘る必要はない。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC ▶ Room 6

[O25] 一般演題（口演） 25 臨床研究2

座長：深澤 貴子(磐田市立総合病院消化器外科), 坂本 義之(独立行政法人国立病院機構弘前総合医療センター消化器外科)

[O25-7] 大腸癌術後補助化学療法としてのカペシタビン5日投薬2日休薬投与法の検討

中村 有貴¹, 横山 省三², 松田 健司¹, 岩本 博光¹, 三谷 泰之¹, 水本 有紀¹, 堀 雄哉¹, 玉置 佑麻¹, 阪中 俊博¹, 竹本 典生¹, 田宮 雅人¹, 兵 貴彦¹, 上田 勝也¹, 下村 和輝¹, 岩橋 誠³, 瀧藤 克也⁴, 中森 幹人⁵, 下川 敏雄⁶, 川井 学¹ (1.和歌山県立医科大学第2外科, 2.南和歌山医療センター外科, 3.和歌山労災病院外科, 4.済生会 有田病院外科, 5.大阪南医療センター外科, 6.和歌山県立医科大学臨床研究センター)

【緒言】

大腸癌根治切除術後にHigh risk Stage II またはStage IIIと診断された症例に対して、術後補助化学療法としてカペシタビン単剤療法を実施する場合には、通常2週投与1週休薬（2投1休）の3週を1コースとした24週の継続投与が必要であるが、副作用のため完遂できない症例にしばしば遭遇する。しかし、カペシタビンの投与方法を変更することで、副作用を軽減し、完遂率の向上を図れるのではないかと考え、今回我々は大腸癌術後補助化学療法としてのカペシタビンの5日投与2日休薬投与法（5投2休法）が従来の2投1休法に比べて治療完遂率を改善するか検討を行うこととした。

【対象】

High risk Stage II またはStage IIIの大腸癌根治切除術後にカペシタビン単剤による術後補助化学療法を行う20歳以上80歳以下の症例を対象として、試験治療群（5投2休法8コース）と、通常投与群（2投1休法8コース）に無作為に割り付け、主要評価項目として、治療完遂率、副次的評価項目として、相対用量強度、投与前・投与中における患者QOLの変化率、有害事象発現割合、無再発生存期間、全生存期間について比較検討した。

【結果】

38例が登録され、33例の研究対象者のうち、15例が試験治療群、18例が通常投与群に割り付けられた。試験治療群の年齢中央値は71歳（49-80歳）、PS0が14人、結腸13例、直腸2例であり、通常投与群の年齢中央値は65歳（39-78歳）、PS0が17人、結腸12例、直腸6例であった。治療完遂率は試験治療群73.3%（11/15例）、通常投与群55.6%（10/18例）と試験治療群で高かったが、有意差は認めなかった（p=0.469）。また、副次的評価項目である相対用量強度は、試験治療群平均82.20、通常投与群平均79.38であり、有意差は認めなかった（p=0.733）。有害事象発現割合、QOL変化率・変化量に関しても、両群で有意差は認めなかった。無再発生存期間、全生存期間は再発が全体で1例のみで、死亡亡例は無かったため、ともに統計解析が出来なかつた。

【結語】

治療完遂率は試験治療群で高かったが、有意差は認めなかった。相対用量強度やQOLについても、両群間で有意差は認めなかった。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:20 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:20 AM - 7:20 AM UTC Room 6

[O26] 一般演題（口演） 26 手術手技・直腸脱

座長：石井 良幸(北里大学北里研究所病院), 中西 正芳(松下記念病院)

[O26-1]

Superior mesenteric artery rotationを伴う右側結腸癌の臨床的特徴と低侵襲手術の治療成績

坂井 義博, 笠井 俊輔, 塩見 明生, 真部 祥一, 田中 佑典, 小嶋 忠浩, 井垣 尊弘, 森 千浩, 高島 裕助, 石黒 哲史, 谷田部 悠介, 辻尾 元, 横山 希生人, 八尾 健太, 小林 尚輝, 山本 祥馬(静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

[O26-2]

Modified pincer approachによる中結腸動脈根部温存D3郭清の戦略

原口 直紹, 南 壮一郎, 土橋 果実, 古賀 瞳人, 藤井 渉, 三上 希実, 山平 陽亮, 額原 敦, 肥田 仁一, 木村 豊(近畿大学奈良病院外科)

[O26-3]

骨盤内臓器全摘術後開腹手術のための回腸導管の温存方法

小森 康司, 木下 敬史, 佐藤 雄介, 大内 晶, 北原 拓哉, 安岡 宏展, 伊藤 誠二, 三澤 一成, 伊藤 友一, 夏目 誠治, 檜垣 栄治, 浅野 智成, 奥野 正隆, 稲田 亘佑, 尾崎 航太郎, 安藤 秀一郎, 安部 哲也(愛知県がんセンター消化器外科部)

[O26-4]

TaTMEにて肛門温存を行った巨大直腸神経鞘腫の1例

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

[O26-5]

直腸癌手術の手技をベースとした腹腔鏡下直腸固定術の経験

伊藤 信一郎, 小野 稔晃, 又野 護, 進 誠也, 岸川 博紀, 岡田 和也(光晴会病院)

[O26-6]

直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術 (D'Hoore法) の成績

谷田 孝, 金平 永二, 尾花 優一, 金平 文(メディカルトピア草加病院)

[O26-7]

当科における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術症例の検討

里見 大介, 榊原 舞, 小倉 皓一郎, 土岐 朋子(国立病院機構千葉医療センター外科)

[O26-8]

直腸脱に対するLaparoscopic suture rectopexyの治療成績

井出 義人^{1,2}, 野中 亮児¹, 山川 拓真¹, 岡 啓史¹, 村上 剛平¹, 山中 千尋¹, 出村 公一¹, 森本 修邦¹, 西田 俊朗¹(1.JCHO大阪病院外科, 2.国家公務員共済組合連合会大手前病院)

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 3:20 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:20 AM - 7:20 AM UTC □ Room 6

[O26] 一般演題（口演） 26 手術手技・直腸脱

座長：石井 良幸(北里大学北里研究所病院), 中西 正芳(松下記念病院)

[O26-1] Superior mesenteric artery rotationを伴う右側結腸癌の臨床的特徴と低侵襲手術の治療成績

坂井 義博, 笠井 俊輔, 塩見 明生, 真部 祥一, 田中 佑典, 小嶋 忠浩, 井垣 尊弘, 森 千浩, 高島 裕助, 石黒 哲史, 谷田部 悠介, 辻尾 元, 横山 希生人, 八尾 健太, 小林 尚輝, 山本 祥馬 (静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

【背景】右側結腸癌（虫垂、盲腸、上行結腸）手術におけるD3郭清では、回結腸根リンパ節の郭清が重要である。回結腸根リンパ節領域においてSuperior mesenteric artery (SMA) が Superior mesenteric vein (SMV) 腹側を走行するSMA rotation (SMAR) 症例が存在し、SMAR症例ではリンパ節郭清操作に伴い予期せぬ血管損傷をきたす可能性があり注意が必要である。

【目的】SMARを伴う右側結腸癌の頻度、臨床所見、低侵襲手術の治療成績および手術手技について検討すること。

【方法】2018年1月から2024年12月までにD3郭清を伴う低侵襲手術を施行した右側結腸癌532例から開腹移行症例9例を除いた523例を対象とした。手術所見で回結腸根リンパ節領域において SMAがSMV腹側を走行する症例をSMARと定義した。SMARの有無による患者背景、手術短期成績を後ろ向きに比較検討し、SMAR症例の臨床所見について検討した。

【結果】対象症例523例の内、SMAR症例は10例（1.9%）であった。患者背景では、SMAR有群はSMAR無群と比較し、腫瘍占居部位が有意に盲腸に多かった（ $p=0.049$ ）。性別、BMI、腫瘍径、cT/N/M因子は両群間で有意差を認めなかった。手術短期成績では、SMAR有群で手術時間が有意に長く（183分 vs. 231分、 $p=0.004$ ）、出血量が有意に多かった（0ml vs. 27ml、 $p=0.012$ ）。術後合併症は両群間で有意差を認めなかった。SMAR症例の臨床所見では、6例が盲腸癌であり、その腫瘍径の中央値は6.5cm（6.0 – 10.0cm）であった。また、8例は術前CTにおいて診断可能であった。術前CTで診断不能であった2例は肥満症例であり、整腸不足の可能性が示唆された。

【手術手技】当科では右側結腸癌におけるD3郭清はSMV左縁をリンパ節郭清の左縁をしている。SMARを伴う右側結腸癌に対するD3郭清では、SMV前面に至る前にSMAが走行することを念頭に置き、慎重な剥離操作でSMA周囲の神経を認識することが重要となる。SMAR症例の手術動画を供覧する。

【結語】SMARを伴う右側結腸癌の臨床的特徴および低侵襲手術の治療成績について検討した。術前・術中のSMARの認識は安全に手術を施行する上で重要である。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 3:20 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:20 AM - 7:20 AM UTC □ Room 6

[O26] 一般演題（口演） 26 手術手技・直腸脱

座長：石井 良幸(北里大学北里研究所病院), 中西 正芳(松下記念病院)

[O26-2] Modified pincer approachによる中結腸動脈根部温存D3郭清の戦略

原口 直紹, 南 壮一郎, 土橋 果実, 古賀 瞳人, 藤井 渉, 三上 希実, 山平 陽亮, 額原 敦, 肥田 仁一, 木村 豊 (近畿大学奈良病院外科)

右側横行結腸癌の腹腔鏡手術においては、ICAおよびMCAの根部処理を行うと、残存腸管血流はIMA依存することになり腸管虚血のリスクが高まる。一方で、残存腸管血流を考慮し、MCAを温存すると、特に、MCAの頭側から脾下縁の横行結腸管膜根の領域が郭清不良となるリスクがある。そこで、ここでは、CME (complete mesocolic excision) を目指したmodified pincer approachによるMCA温存D3郭清の手技を紹介する。術者は脚間に立ち、右手ポートは下腹部正中とすることで、血管軸に水平な操作が可能で、脾被膜腹側・GCT側背側の郭清に特化させている。まず、頭側からRGEV末梢からGCTから分岐ARCV腹側を同定し、十二指腸前面から肝湾曲の授動を行う。後腹膜剥離の後にICV・ICAの根部郭清を行う。SMV腹側剥離を進め、GCTを同定し、脾被膜を温存しながら、GCTの背側郭清をARCV分岐まで行う。SMA前側面をトライツに向けての郭清し、MCA根部を同定し、末梢に向けて全周性にMCAを剥き、MCA右枝を切離する。その後、右側結腸の外側授動を盲腸側から行い、右側結腸を内側に翻転させ、SMVの腹側を開きとさせる。GCT pedicleを内腹側へ挙上し、ARCVを根部で切離する。脾下縁を脾体部に向けて解放し、広い視野の下でMCV根部を切離する。尾側からSMA腹側郭清を脾下縁へとすすめ、MCA根部から脾下縁の郭清領域を血管軸から切除領域へと回す。肛門側腸管切除部位に向けて切開を進め、郭清は終了する。一般的にMCVはMCAの頭側から分岐し、頭尾側に並走した後に水平走行する。よって、MCA根部温存D3郭清を不足なく行う上では、MCV温存は不可能であると考えている。加えて、同手技を用いることで、静脈系解剖を明確化させ、広い視野で安全に静脈処理が可能となると考えている。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 3:20 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:20 AM - 7:20 AM UTC □ Room 6

[O26] 一般演題（口演） 26 手術手技・直腸脱

座長：石井 良幸(北里大学北里研究所病院), 中西 正芳(松下記念病院)

[O26-3] 骨盤内臓器全摘術後開腹手術のための回腸導管の温存方法

小森 康司, 木下 敬史, 佐藤 雄介, 大内 晶, 北原 拓哉, 安岡 宏展, 伊藤 誠二, 三澤 一成, 伊藤 友一, 夏目 誠治, 檜垣 栄治, 浅野 智成, 奥野 正隆, 稲田 亘佑, 尾崎 航太郎, 安藤 秀一郎, 安部 哲也 (愛知県がんセンター消化器外科部)

【背景】

骨盤内臓器全摘術(TPE)後の開腹手術は、癒着が高度であり、回腸導管の損傷が危惧され一般的には行われていないが、当科では、回腸導管の温存を工夫し、積極的に手術してきた。

【目的】

TPE後の開腹手術の現状と回腸導管の温存方法について検討。

【対象】

2010から2024年でTPE後、開腹手術施行した15例。TPE後手術回数:1回目手術15例(57.7%)、2回目手術8例(30.8%)、3回目手術3例(11.5%)。

【回腸導管の温存方法】

A経回腸導管的逆行性尿管ステント挿入：内視鏡で回腸導管内を観察し、尿管吻合部を視認し、ガイドワイヤーを挿入し、透視下に回腸導管から尿管ステントを挿入する。

B腎瘻造設後内瘻化：腎外瘻から内瘻化し、尿管ステントの先端を回腸導管から体外に出す。

C初回TPE手術時から挿入されている尿管ステントをそのまま使用。

D無処置。

【方法】

術式、手術内容、手術時間、出血量、回腸導管の温存の状況と術式の関係について検討。

【結果】

(1)第1回目の術式は再発手術5例(33.3%)、早期合併症に対する手術4例(26.7%)、晚期合併症に対する手術4例(26.7%)、再発緩和手術1例(6.7%)、試験開腹手術1例(6.7%)。第2回目は早期合併症手術1例(12.5%)、晚期合併症手術2例(25.0%)、再発緩和手術5例(62.5%)。第3回目は再発手術1例(33.3%)、早期合併症手術1例(33.3%)、晚期合併症手術1例(33.3%)。

(2)手術の詳細は再発手術(腫瘻摘出2例、腫瘻摘出+骨切除4例)、再発緩和手術(バイパス5例、小腸部分切除1例)、早期合併症手術(腹膜炎ドレナージ1例、腹膜炎人工肛門2例、創し開2例、バイパス1例、回腸導管再造設1例)、晚期合併症手術(腸閉塞手術2例、回腸導管再造設3例、バイパス1例)、試験開腹1例。

(3)回腸導管の温存の状況はA/B/C/Dにおいて、再発手術(2/1/0/3)、早期合併症手術(0/0/6/0)、晚期合併症手術(2/3/0/6)、再発緩和手術(0/1/1/4)、試験開腹(0/0/0/1)、 $p < 0.0001$ 。

(4)第1回目手術/第2回目/第3回目で手術時間(分)(249±179/189±101/217±137)、出血量(ml)(1248±1588/315±360/342±340)。

【結語】

回腸導管温存を工夫すれば、TPE後の開腹手術は比較的安全であると考えられた。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 3:20 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:20 AM - 7:20 AM UTC □ Room 6

[O26] 一般演題（口演） 26 手術手技・直腸脱

座長：石井 良幸(北里大学北里研究所病院), 中西 正芳(松下記念病院)

[O26-4] TaTMEにて肛門温存を行った巨大直腸神経鞘腫の1例

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

【はじめに】神経鞘腫が直腸に発生することは稀であり、腫瘍の部位や大きさによっては手術難易度が高く、肛門温存が困難なこともある。今回、10cm大の巨大直腸神経鞘腫に対し、TaTMEによる切除および肛門温存を行った1例を経験したため報告する。

【症例】30歳女性。妊娠26週の超音波検査で子宮後壁に腫瘍を指摘され、MRIで10cm大の直腸腫瘍を認めた。下部消化管内視鏡では直腸後壁、肛門管上縁に粘膜下腫瘍を認め、生検で神経鞘腫と診断された。帝王切開による出産後に手術予定となり、前医ではAPRの方針であったが、患者が肛門温存を希望し当院を受診した。MRIでは肛門管より足側に直腸背側の腫瘍下端を認めたが、境界明瞭で浸潤性ではなく、最小限の切離マージンで肛門温存をし得る可能性が考えられた。術中にAPRへ変更する可能性も考慮しつつ、TaTME併用Lap-ISRを計画した。

【手術】経肛門操作で腫瘍から数mmのマージンを取り粘膜を切開し、腫瘍と筋層の間を剥離した。腫瘍は直腸断端よりさらに背側に及んでいたが、断端を翻転し腫瘍に沿って切除を行い肛門拳筋から剥離し得た。最終的にTaTME併用Lap-ISRを施行した。再建はCircular staplerでSST吻合を行い、経肛門的に16針補強縫合を行った。吻合部は肛門縁から3cmで、ストマは造設しなかった。手術時間は5時間17分、出血量は35mL。術後7日目に食事を開始し、術後12日目に退院となった。排尿障害は認めず、排便は1日10回以下で失禁はなく、患者が許容できる範囲であった。摘出標本の病理診断は130×90×50mmの神経鞘腫で、悪性所見は認めなかった。

【考察】巨大直腸腫瘍の手術は、骨盤内での視野展開が困難で難易度が高く、肛門温存が難しい場合もある。自験例も腹腔操作のみでは肛門側の切除断端の視認が困難と考えられたが、TaTMEにより経肛門的に腫瘍を直視しながら確実な切除が可能となり、肛門温存を達成し得た。また、腹腔操作との2チームによる双方向アプローチは、合併症回避や機能温存に寄与したと考えられる。

【結語】巨大直腸神経鞘腫に対して、TaTMEは肛門温存に対して有用な術式であった。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 3:20 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:20 AM - 7:20 AM UTC □ Room 6

[O26] 一般演題（口演） 26 手術手技・直腸脱

座長：石井 良幸(北里大学北里研究所病院), 中西 正芳(松下記念病院)

[O26-5] 直腸癌手術の手技をベースとした腹腔鏡下直腸固定術の経験

伊藤 信一郎, 小野 稔晃, 又野 護, 進 誠也, 岸川 博紀, 岡田 和也 (光晴会病院)

【はじめに】近年、直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術は広く普及しているが、肛門疾患専門医療機関でなければ、豊富な手術経験を持つ外科医はそれほど多くはない。私自身はこれまで大学病院やその関連施設で下部消化管手術の手術経験を積んできたが、直腸脱手術については十分な経験はなかった。2022年10月より大腸肛門病センターを有する施設での勤務となり、2年半の間に約30例の腹腔鏡下直腸固定術を執刀した。直腸癌手術とは異なる難しさもあり、手術成績および経験した問題点と工夫について報告する。

【手術手技】5ポートで手術を施行。岬角で腹膜を切開して直腸固有筋膜を確認し、直腸背側を左右から連続させる。直腸を牽引しながら肛門側に向けて直腸授動進める。神経温存しながら、中直腸動脈は切離し、肛門拳筋のレベルまで授動を進める。8×5cmのメッシュを仙骨に固定し、メッシュは直腸の左右を非吸収糸で3針ずつ固定する。腹膜は連続縫合し、メッシュが露出しないように骨盤底形成を行う。

【手術成績】対象は2022年12月から2025年4月に当院で腹腔鏡下直腸固定術を施行した27例。男女比2:25、年齢中央値80。手術時間245分、出血量少量。CD II以上の合併症として、術翌日に骨盤内血種により輸血を要した。

【問題点と工夫】①腹膜切離：腹膜が進展するため切離ラインを外側に誤認しやすいため、尿管・神経の確認を丁寧に行う。②剥離層：通常は疎な結合組織となる層が長期脱出と組織のズレにより認識しにくい。③メッシュの固定：タッカーによる仙骨への固定で出血を来しやすいため、骨膜を露出して非吸収糸による縫合固定を行う。④メッシュと直腸の固定：直腸を時計周りにローテーションし、メッシュの右側を直腸壁に、左側を直腸固有筋膜に縫合固定することで、直腸の変形を防ぐ。

【まとめ】腹腔鏡下直腸固定術は良性疾患に対する手術であり、手術の安全性について留意しながら手術の工夫を行った。今後は、機能性も考慮しながら手術および術後管理を改善していくことが必要と考えている。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 3:20 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:20 AM - 7:20 AM UTC □ Room 6

[O26] 一般演題（口演） 26 手術手技・直腸脱

座長：石井 良幸(北里大学北里研究所病院), 中西 正芳(松下記念病院)

[O26-6] 直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術（D'Hoore法）の成績

谷田 孝, 金平 永二, 尾花 優一, 金平 文 (メディカルトピア草加病院)

背景：直腸脱は高齢の女性に多く発症し、肛門痛や肛門出血、便失禁等の症状を伴い、QOLを著しく低下させる。高齢女性のため、羞恥心によって申告が遅れ、長期間にわたり症状が見逃されることがあり、また、入所施設からの報告により初めて認知される症例が存在する。当院では、直腸脱に対する低侵襲治療である腹腔鏡下手術の必要性を考慮し、2022年2月より直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術（D'Hoore法）を導入し、積極的に施行してきたので、その成績を報告する。

手術手技：当院での腹腔鏡下直腸癌手術に準じた5ポートにて手術を開始する。最初に仙骨にタッカーによるメッシュ固定部を確保する。同部位から骨盤内までの直腸を右側より剥離授動する、特に膣後壁と直腸前壁の剥離は十分に行い、直腸前壁にメッシュを縫合固定する。メッシュの反対側は仙骨にタッカーにて固定する。最後にメッシュを覆うように腹膜を連続縫合閉鎖し、手術を終了する。

結果：2022年2月より直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術を導入し、2025年4月までに20例に施行した。年齢の平均値は81歳、女性18例、男性2例であった。平均手術時間は155分（104-212分）、出血量は2.7ml、術中術後に合併症を認めず、術後平均在院日数は6.4日、術後に再発を1例に認めた。2025年1月からはクリニカルパスを導入することができ、パス通りに経過している。

結語：直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術（D'Hoore法）は安全に施行可能であった。高齢患者が多く、ほぼ全症例において基礎疾患を合併しているが、全身麻酔が可能であれば、腹腔鏡下直腸固定は術後の合併症を減少させ、QOLの改善に寄与すると考える。今後も積極的に症例を重ね、中長期成績を検討したい。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 3:20 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:20 AM - 7:20 AM UTC □ Room 6

[O26] 一般演題（口演） 26 手術手技・直腸脱

座長：石井 良幸(北里大学北里研究所病院), 中西 正芳(松下記念病院)

[O26-7] 当科における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術症例の検討

里見 大介, 榊原 舞, 小倉 翔一郎, 土岐 朋子 (国立病院機構千葉医療センター外科)

直腸脱に対する術式は様々だが、高齢者が多いため、侵襲や再発率などを勘案しつつ術式を選択せざるを得ない。合併症や経過中の負担を回避するため当科では、全身麻酔を要さず比較的侵襲の少ないとされる経会陰的手術を選択しがちであったが、再発に関しては十分な結果は得られていなかった。2021年11月から腹腔鏡下直腸固定術（以下LSR）を開始し、現在まで18例経験。今回、短期成績を検討したので文献的考察を加えて報告する。2021年11月から2025年4月までにLSRを行った症例は18例である。男性女性1：17、平均年齢82歳。直腸脱術後再発症例は3例、いずれも子宮脱手術およびGant-Miwa+Thiersch後であった。子宮全摘後5例、子宮脱併存3例、認知症4例。手術は全身麻酔下、碎石位、臍部カメラポートの5ポート。直腸剥離受動は拳筋レベルまで行い側方牽帶は極力温存。直腸固定はメッシュを用いず、非吸収糸で岬角レベルと直腸右前壁漿膜・筋層を水平マットレス縫合にて固定。短期成績は、手術時間中央値153（110-281）分。手術時出血量平均値0.25g。術後合併症はClavien-Dindo Gradell以上はポートサイトヘルニア1例、Gradell以下は誤嚥性肺炎1例、せん妄1例、便秘2例、なし15例。術後在院期間中央値は7日。腹腔鏡下直腸固定術は全身麻酔を要するものの、術後経過から見れば低侵襲であり、術後再発も今のところ認めていない。当科の術式を供覧する。観察期間が短く、長期予後などはさらなる検討が必要である。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 3:20 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:20 AM - 7:20 AM UTC ▶ Room 6

[O26] 一般演題（口演） 26 手術手技・直腸脱

座長：石井 良幸(北里大学北里研究所病院), 中西 正芳(松下記念病院)

[O26-8] 直腸脱に対するLaparoscopic suture rectopexyの治療成績

井出 義人^{1,2}, 野中 亮児¹, 山川 拓真¹, 岡 啓史¹, 村上 剛平¹, 山中 千尋¹, 出村 公一¹, 森本 修邦¹, 西田 俊朗¹
(1.JCHO大阪病院外科, 2.国家公務員共済組合連合会大手前病院)

【背景】直腸脱は高齢者に多くみられ、QOLを著しく損なう疾患である。手術による治療が標準であるが、高齢者では低侵襲かつ安全な術式が求められる。当院では、脱出長5cm以上で全身麻酔が可能な症例に対し、メッシュを使用しないLaparoscopic suture rectopexy (LSR) を第一選択としている。本研究では、当院におけるLSRの治療成績を後方視的に検討した。【方法】2019年4月から2025年3月までに当院でLSRを施行した全例を対象とし、年齢、性別、術前全身状態、脱出長、手術時間、出血量、術後合併症、術後入院期間、再発率について検討した。【結果】対象は18例（男性1例、女性17例）で、年齢中央値は83歳（73–95歳）であった。PSは0/1/2が1/11/6例、全例に何らかの併存疾患を認めた。脱出長の中央値は5 cm (5.0–10.0 cm) であった。術式は全例LSRを施行し、手術時間の中央値は118分（93–160分）、出血量は全例少量であった。術中の合併症は認めず、術後1例で化膿性椎間板炎を発症した。術後入院期間の中央値は6日（1–73日）であった。観察期間の中央値は38.9か月（1.0–69.2か月）であり、全例で再発を認めなかった。【結論】直腸脱に対するLaparoscopic suture rectopexy は、高齢者にも安全に施行可能であり、再発率が低く、非常に有用な術式の一つであると考える。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:40 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:40 AM UTC Room 7

[O27] 一般演題（口演） 27 口ボット3

座長：肥田 仁一(近畿大学奈良病院消化器外科), 奥山 隆(獨協医科大学埼玉医療センター外科)

[O27-1]

縦2件口ボット支援下結腸癌手術の現状と工夫

萩原 千恵¹, 上原 広樹¹, 井 翔一郎¹, 山田 典和¹, 五十嵐 優人¹, 藤田 悠介¹, 北川 祐資², 小林 壽範¹, 森 至弘¹, 諏訪 雄亮³, 小澤 真由美³, 三城 弥範², 渡邊 純¹ (1.関西医科大学下部消化管外科学講座, 2.関西医科大学総合医療センター下部消化管外科, 3.横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター)

[O27-2]

体腔内吻合導入後の口ボット支援結腸癌手術の短期成績とコストパフォーマンス

小野澤 寿志¹, 渡邊 匠¹, 星野 啓太¹, 森 友輔², 米澤 博貴¹, 菅家 康之¹, 佐藤 雄哉¹, 本山 一夫¹, 伊藤 泰輔¹, 石井 芳正¹, 河野 浩二² (1.太田西ノ内病院外科, 2.福島県立医科大学消化管外科)

[O27-3]

口ボット支援大腸切除術の現状～コストに配慮した手技の標準化～

近藤 彰宏, 馴 東萍, 竹谷 洋, 松川 浩之, 西浦 文平, 安藤 恭久, 須藤 広誠, 岸野 貴賢, 大島 稔, 岡野 圭一 (香川大学医学部消化器外科)

[O27-4]

市中病院における口ボット支援下右側結腸切除術の体腔内吻合の導入と検討

魚住 のぞみ¹, 片岡 直己², 徳原 克治², 内間 恒武³ (1.ベルランド総合病院外科, 2.岸和田徳洲会病院, 3.中部徳洲会)

[O27-5]

地方市中病院における口ボット支援下大腸癌手術の導入と現状

倉吉 学, 中原 雅浩, 小野 紘輔, 松森 亮祐, 日野 咲季子, 北村 芳仁, 大塚 裕之, 熊田 高志, 柳川 泉一郎, 坂井 寛, 山木 実, 橋詰 淳司, 徳本 憲昭, 大下 彰彦, 則行 敏生 (厚生連尾道総合病院外科)

[O27-6]

人手不足の市中病院における口ボット支援下直腸癌手術の工夫と術後短期成績の検討

川上 雅代, 上里 安範, 仕垣 幸太郎, 澤嶺 安勝, 高江洲 亨, 萩池 昌信, 稲嶺 進 (おもと会大浜第一病院外科)

[O27-7]

市中病院における口ボット支援大腸癌手術教育

岩田 乃理子, 塚本 史雄, 林 祐美子, 中田 豊, 遠藤 晴久, 中島 康晃, 佐伯 伊知郎, 高橋 定雄, 萩谷 一男 (江戸川病院外科)

[O27-8]

口ボット手術症例での技術認定医取得へ向けた当院の取り組み

今里 亮介, 久米 徹, 川口 真智子, 山田 卓司, 山下 信吾, 大木 岳志, 高西 喜重郎 (東京都立多摩北部医療センター消化器外科)

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:40 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:40 AM UTC Room 7

[O27] 一般演題（口演） 27 口ボット3

座長：肥田 仁一(近畿大学奈良病院消化器外科), 奥山 隆(獨協医科大学埼玉医療センター外科)

[O27-1] 縦2件口ボット支援下結腸癌手術の現状と工夫

萩原 千恵¹, 上原 広樹¹, 井 翔一郎¹, 山田 典和¹, 五十嵐 優人¹, 藤田 悠介¹, 北川 祐資², 小林 壽範¹, 森 至弘¹, 諏訪 雄亮³, 小澤 真由美³, 三城 弥範², 渡邊 純¹ (1.関西医科学大学下部消化管外科学講座, 2.関西医科学大学総合医療センター下部消化管外科, 3.横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター)

【背景・目的】 2022年4月からは直腸癌に加えて結腸癌に対してもロボット手術が保険適応となった。ロボット手術は腹腔鏡手術と比較して手術時間が長くコストがかかることが報告されているが、ロボットの効率的な稼働のためには縦2件での手術が有用と考える。縦2件のロボット大腸癌の手術手技を供覧し短期成績を検討する。【対象と方法】 2022年4月から2025年2月までに縦2件（結腸+結腸もしくは結腸+直腸）でロボット手術を行った結腸癌103例を検討した。若手術者は技術認定未取得者とした。【手術手技】 コンソール開始までの時間を極力短縮するように努め、手術手技は術式に応じて定型化している。右側結腸癌は後腹膜剥離を先行し尾側アプローチで郭清を行う。脾臍部結腸を授動する際にはIMV背側から内側授動を行い網囊内へ入る。腸管切離前にICGで血流確認を行う。若手術者が執刀する際は、第一助手に入る指導医が適宜手術をコントロールすることにより、安全な手術・時間短縮に努める。また、エネルギーデバイスや自動縫合器に関しては、腹腔鏡用デバイスを使用するhybrid手術によりコスト削減を行っている。【結果】 年齢中央値73(29-90)歳。術式は回盲部切除術21例、結腸部分切除術（盲腸、上行結腸）5例、右半結腸切除術30例、横行結腸部分切除術4例、結腸部分切除術（下行結腸）9例、S状結腸切除術34例。DaVinci 89例、hinotori 14例。若手術者の執刀例20例。手術時間185(95-365)分。出血量5(5-370)ml。術後入院期間6(4-52)日。縦2件の合計手術時間は結腸+結腸409(249-550)分、結腸+直腸415(272-666)分。開腹移行症例はなく。CD分類III以上の術後合併症は縫合不全1例のみであった。【結語】 手技を定型化し時間短縮を意識することにより、縦2件でのロボット支援下結腸癌手術は安全に実施可能であり、ロボットの効率的な運用に寄与する。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:40 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:40 AM UTC ▶ Room 7

[O27] 一般演題（口演） 27 口ボット3

座長：肥田 仁一(近畿大学奈良病院消化器外科), 奥山 隆(獨協医科大学埼玉医療センター外科)

[O27-2] 体腔内吻合導入後の口ボット支援結腸癌手術の短期成績とコストパフォーマンス

小野澤 寿志¹, 渡邊 匠¹, 星野 啓太¹, 森 友輔², 米澤 博貴¹, 菅家 康之¹, 佐藤 雄哉¹, 本山 一夫¹, 伊藤 泰輔¹, 石井 芳正¹, 河野 浩二² (1.太田西ノ内病院外科, 2.福島県立医科大学消化管外科)

【はじめに】2022年の保険収載以降、ロボット支援結腸癌手術の拡大は顕著である。一方腹腔鏡手術と比較しロボット支援手術には高額な費用がかかると言われている。腹腔鏡下結腸悪性腫瘍手術は診療報酬上59510点と決して高くなく、さらにロボット手術加算や腫瘍の局在による加算もないのが現状である。当科では2023年1月より結腸癌に対しロボット支援手術を導入、2024年1月よりOverlap法による体腔内吻合を導入した。【目的】Overlap法による体腔内吻合導入後のロボット支援結腸癌手術の短期成績および手術のコストについて検討。【対象・方法】2024年1月から2025年4月までに結腸癌に対しロボット支援手術を施行した14例を対象とし、短期成績について後方視的に検討。またロボット支援結腸癌手術のコストについて、吻合法および腹腔鏡下手術毎に算出し比較検討。体腔内吻合はoverlap法もしくはDST法を基本とし、自動縫合器の使用は全例助手ポートから行い、またDST法(ロボット手術時)ではエネルギーデバイスの使用を控えるなど工夫を行っている。当科のOverlap法について動画を供覧する。コストについては使用器材をほぼ定型化しており、手術関連保険点数合計から当院の器材納入価の合計額を減算し算出。ロボットランニングコスト、麻酔のコスト、人件費などは計算から除外。【結果】男性8例、女性6例、年齢69.5(46-87)歳。再建はOverlap法8例、DST法6例。手術時間278(166-520)分、出血0(0-50)ml、Clavien Dindo分類Grade2の術後合併症を2例に認めたが、Grade3は認めなかった。コストに関しては、1件あたりoverlap+356224円、DST+384728円、同時期の腹腔鏡下手術ではそれぞれ+465983円、+444987円であり、ロボットoverlap法の収益が最も少なかった。【考察】本検討の中ではOverlap法によるロボット支援結腸癌手術が最もコストパフォーマンスが悪い術式だった。高額なエネルギーデバイスの使用や加算を上回る自動縫合器、吻合器の使用を工夫するなどコストダウンできる可能性もあるが、手術時間延長や合併症増加につながる可能性もあり、議論の余地があると考える。【結語】ロボット支援結腸癌手術におけるコスト意識は重要である。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:40 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:40 AM UTC ▶ Room 7

[O27] 一般演題（口演） 27 口ボット3

座長：肥田 仁一(近畿大学奈良病院消化器外科), 奥山 隆(獨協医科大学埼玉医療センター外科)

[O27-3] 口ボット支援大腸切除術の現状～コストに配慮した手技の標準化～

近藤 彰宏, 馮 東萍, 竹谷 洋, 松川 浩之, 西浦 文平, 安藤 恭久, 須藤 広誠, 岸野 貴賢, 大島 稔, 岡野 圭一 (香川大学医学部消化器外科)

【背景】保険適応以後、大腸癌に対するロボット支援手術(RALS)は急速に普及している。当院では2021年11月から直腸癌に、2022年6月から結腸癌に対するda Vinciを用いたRALSを導入した。一方でRALSのコスト面は大きな課題であり、安全性を担保した上のコスト対策は重要である。当院でのコストに配慮したロボット支援大腸切除術の手技の取り組みをこれまでの治療成績とともに提示する。

【手術手技】直腸癌手術において、側方郭清含む高難度手術以外はda Vinciベッセルシーラーを使用せず手術を行う。結腸癌においても内臓脂肪の少ない症例ではベッセルシーラーを使用せず手術を行う。結腸癌、直腸癌ともに腹腔側からの腸管切離の際はda Vinci Sure Formを使用せず全例で腹腔鏡用自動縫合器を使用している。

【対象】2021年11月から2025年3月までに大腸癌に対しRALSを施行した146例を対象に、直腸癌(R群)と結腸癌(C群)に分けて短期治療成績について検討した。またコストに配慮した手技の選択が当院での材料費に与える影響を調査した。

【結果】R群/C群=108/38例。年齢(Y、中央値)はR群/C群=67/76、性別(男)はR群/C群=73(68%)/19(50%)、BMI(中央値)はR群/C群=22.2/23.3。手術時間(min、中央値)はR群/C群=383/333、出血量(mL、中央値)はR群/C群=5/0、開腹移行はR群/C群=1(0.9%)/1(2.6%)。Clavien-Dindo gradeII以上の術後合併症はR群/C群=8(7.4%)/0、術後在院日数(日、中央値)はR群/C群=12/10、術後在院死亡は認めていない。病理学的進行度(pStage0/I/II/III/IV)はR群=3(3%)/48(44%)/26(24%)/21(19%)/10(9%)、C群=1(3%)/13(34%)/11(29%)/11(29%)/2(5%)。da Vinci Sure Formに代わり腹腔鏡用自動縫合器を使用した場合はR群：24,256円/例、C群：27,060円/例、R群においてベッセルシーラー不使用であればさらに83,895円/例の材料費削減が可能であった。

【結語】当院におけるRALSの取り組みは安全性を担保しつつコスト削減に寄与し病院経営の観点からもメリットがあるとともに、今後の症例数増加に伴う新規ロボットの導入観点からも効果的であると考えられた。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:40 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:40 AM UTC ▶ Room 7

[O27] 一般演題（口演） 27 口ボット3

座長：肥田 仁一(近畿大学奈良病院消化器外科), 奥山 隆(獨協医科大学埼玉医療センター外科)

[O27-4] 市中病院における口ボット支援下右側結腸切除術の体腔内吻合の導入と検討

魚住 のぞみ¹, 片岡 直己², 徳原 克治², 内間 恭武³ (1.ベルランド総合病院外科, 2.岸和田徳洲会病院, 3.中部徳洲会)

【はじめに】2022年より口ボット支援下結腸手術が保険適応となり、当院でも導入している。右側結腸手術において腹腔鏡では基本体腔外でFEEAを行ってきたが、口ボット手術導入後は授動範囲の縮小や早期腸管機能回復、副損傷の軽減などのメリットを考慮し体腔内吻合を導入し始めた。【方法】前処置は機械的および化学的前処置を併用している。吻合はoverlap吻合とデルタ吻合を症例に合わせて検討している。吻合予定部にガーゼを敷き、便の漏れによる汚染を防いでいる。主な当院での方法としては、Overlap吻合・デルタ吻合双方で助手と強調しながら補強材付きの自動吻合器で吻合し、挿入孔閉鎖時は補強材の両端を持ち、間を仮閉鎖、その後自動縫合器で縫合閉鎖している。助手が自動吻合器を使用することで、場の展開を3本のロボットアームで施行でき、よりスムーズな体腔内吻合ができると考えている。【対象】2022年4月～2025年1月までの右側結腸切除術26例のうち、体腔内吻合を行った症例15例を対象として検討する（開腹移行例や2病変症例は除外している）。【結果】年齢中央値76歳（54-87歳）、男女比6:9、腫瘍占拠部位は盲腸が3例、上行結腸が6例、横行結腸癌6例で、cStage I / II a/ II b/ IIIa/IIIb/IIIcが4/2/0/2/7/0であった。手術時間326分（193-409分）、コンソール時間249分（128-322）出血量15ml（3-153ml）、Overlap吻合10例、デルタ吻合を5例で施行した。食事開始時期3日目（3-7日目）初回排便4日目（3-8日目）、術後在院日数9日（7-28日）であった。腫瘍学的には全症例でD3郭清、R0手術ができており、リンパ節郭清個数21個（7-39個）、pStage I / II a/ II b/ IIIa/IIIb/IIIcが5/4/1/0/4/1で、組織型tub1/tub2/porが9/4/1であった。術後合併症は、微小穿孔、脳梗塞が各々1例（Clavien Dindo(CD) Grade II）であった。【結論】まだ症例も少ないが、今回の検討でCD Grade III以上の重症合併症は認めておらず、比較的安全に導入できたと考える。今後定型化を目指し、症例も集積・検討する予定である。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:40 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:40 AM UTC ▶ Room 7

[O27] 一般演題（口演） 27 口ボット3

座長：肥田 仁一(近畿大学奈良病院消化器外科), 奥山 隆(獨協医科大学埼玉医療センター外科)

[O27-5] 地方市中病院におけるロボット支援下大腸癌手術の導入と現状

倉吉 学, 中原 雅浩, 小野 紘輔, 松森 亮祐, 日野 咲季子, 北村 芳仁, 大塚 裕之, 熊田 高志, 柳川 泉一郎, 坂井 寛, 山木 実, 橋詰 淳司, 徳本 憲昭, 大下 彰彦, 則行 敏生 (厚生連尾道総合病院外科)

【はじめに】当院は広島県尾道市を中心に約24万人の医療圏を担う地方市中病院であり、年間約150例の大腸癌手術を実施している。ロボット支援下大腸癌手術は2024年によく開始となり、現在までに約1年が経過した。現在は2名の術者が執刀し、徐々に症例を重ねている段階である。【対象】2024年6月から2025年5月にロボット支援下大腸癌手術を施行した79例。【結果】年齢中央値：74歳（47～90），性別：男44/女35，原発占拠部位：C：10，A：8，T：5，D：6，S・RS：24，Ra：14，Rb：12（術前CRT6）であり、ステージはI：28, II：16, III：30, IV：5であった。術式は回盲部切除：10，右半結腸切除：9，横行結腸切除：1，脾巣曲部切除：6，下行結腸切除：3，S状結腸切除：12，高位前方切除：14，低位前方切除：10，超低位前方切除：9，ISR:1，ハルトマン手術：3，腹会陰式直腸切斷術：1であった。手術時間は中央値295分（169～533）と長いが、前半40例：309分/後半39例：278分と徐々に短縮傾向にある。出血量は平均42ml（10～300）であった。Clavien-Dindo Grade 2以上の合併症は8例（10%）に認めた（縫合不全：3（再手術：2），吻合部出血：1，直腸壁瘻：1，神経因性膀胱：1，小腸腹壁瘻：1、肺炎：1）。【現在の取り組み】手術枠の制限および若手外科医の腹腔鏡手術症例確保の理由から現在では直腸癌手術を優先的にロボット支援下手術の適応としている。肝・脾巣曲部の授動を要する場合はコンソール操作前に腹腔鏡操作を取り入れることや、クリップやエネルギーデバイス、ステープラーなどの操作を助手が積極的におこなうことにより手術時間の短縮やコスト削減、助手のモチベーション維持に取り組んでいる。今後もロボットをデバイスの一部と考えて、ロボット単独手術にこだわらずに腹腔鏡手術の利点を生かしながら症例を重ねていく予定である。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:40 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:40 AM UTC □ Room 7

[O27] 一般演題（口演） 27 口ボット3

座長：肥田 仁一(近畿大学奈良病院消化器外科), 奥山 隆(獨協医科大学埼玉医療センター外科)

[O27-6] 人手不足の市中病院における口ボット支援下直腸癌手術の工夫と術後短期成績の検討

川上 雅代, 上里 安範, 仕垣 幸太郎, 澤嶽 安勝, 高江洲 亨, 萩池 昌信, 稲嶺 進 (おもと会大浜第一病院外科)

<はじめに>口ボット支援下大腸癌手術は一般市中病院においても広く普及してきているが、限られた経営資源の中で医療を提供するにあたり、消耗品および維持管理費が高額であることが問題となる。しかし、術者、助手とスコピストを必要とする腹腔鏡下手術に対し、術者と助手の2人で完遂できる口ボット支援下手術は、外科医不足に苦しむ地方市中病院においてはコスト問題を凌駕する大きなメリットとなり得る。当院では直腸切除時の会陰操作も含め、全ての手術を術者と助手の2人だけで安全に完遂できるよう定型化に取り組んでおり、その方法と成績について検討した。

<対象と方法>当院では2024年3月より直腸癌に対する口ボット支援下手術(Da Vinci. Xi)を開始、以後2025年4月までに経肛門的器械吻合を施行した直腸癌36例を対象とした。吻合操作方法としては、口側結腸にアンビルヘッドを固定後、腹腔鏡観察下でICGによる血流評価を行い、吻合に必要な視野を確保したのち、Da Vinci.をロールインする。術者はコンソールに移動、視野を再確認したのち、助手が会陰側に移動し自動吻合器の操作を行う。リングを確認し、全周全層でないことを疑う場合には補強縫合を行う。この後、術者が内視鏡を行い、吻合部の観察およびリークテスト陰性を確認し、経肛門ドレーンを留置することとしている。

<結果>36例の内訳は男性17例、女性19例。腫瘍局在はRS22例、Ra9例、Rb5例。術式は前方切除術21例、低位前方切除術13例、超低位前方切除術2例。Diverting stomaは3例に造設されていた。前方切除術の2例でファイアリング時にトラブルがあり、再吻合した。リークテスト陽性は1例、全周に補強縫合を行った。経肛門ドレーンは32例に留置されていた。手術時間は中央値340分(Range 202-580分)、コンソール時間は同269分(97-455分)であった。CD分類Grade II以上の術後合併症はDiverting ileostomyでのoutlet obstructionを1例に認めた。縫合不全の発生はなかった。

<結語>導入早期の症例も含めており手術時間は長いものの、術後短期成績には問題を認めなかった。今後も症例を積み重ねて手技を安定させ、時間的効率にも意識をむけていきたい。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:40 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:40 AM UTC Room 7

[O27] 一般演題（口演） 27 口ボット3

座長：肥田 仁一(近畿大学奈良病院消化器外科), 奥山 隆(獨協医科大学埼玉医療センター外科)

[O27-7] 市中病院におけるロボット支援大腸癌手術教育

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

【背景・目的】

保険収載を契機に大腸癌領域に対するロボット支援手術が普及しつつある昨今、技術認定未取得の外科医がどのようにトレーニングを積み、技術を習得するかについては課題が多い。当院は2020年4月に直腸癌、2022年6月に結腸癌に対しロボット支援手術を導入し2025年4月までに265例を施行した。そのうち、36.2% 96例は技術認定未取得の若手外科医が術者として執刀した。2023年度に1名、ロボット支援手術にて技術認定を取得した。当院の取り組みと短期成績を示す。

【対象・方法】

2020年4月から2025年4月に技術認定未取得外科医が施行したロボット支援大腸癌手術96例の短期成績を検討した。

【結果】

患者背景は年齢中央値76(38-93)歳、BMI中央値22.5(13.9-39.1)kg/m²、男女比：54:42、術式は、回盲部切除術20例、結腸右半切除術9例、結腸左半切除術6例、下行結腸切除術3例、S状結腸切除術20例、高位前方切除術19例、低位前方切除術10例、直腸切断術1例、ハルトマン手術8例であった。直腸癌手術時間中央値271 (144-417) 分、出血量中央値4(0-160)mL、結腸癌手術時間中央値196 (137-370) 分、出血量中央値0(0-40)mLであった。術後合併症はClavien-Dindo分類GradeIII以上は5例(骨盤死腔炎、縫合不全、腸閉塞) であった。術後住院日数中央値は6(6-44)日であった。開腹移行はなかった。当院のような市中病院において教育的視点から考えるロボット支援手術の利点は、①少人数での手術が可能であること、②術野を変えず術者交代がスムーズにできるため部分執刀がしやすいこと、③アノテーション機能の活用、④術中音声録音により術者だけでなく指導的助手も振り返り学習が可能であることが挙げられる。ポート配置および手術手順を定型化し、S状結腸切除・高位前方切除の部分執刀から導入し、授動、血管処理の順に手技取得を目指して指導を行っている。

【結論】 技術認定未取得の若手外科医によるロボット支援大腸癌手術の短期成績は良好であり安全に行うことができた。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:40 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:40 AM UTC Room 7

[O27] 一般演題（口演） 27 ロボット3

座長：肥田 仁一(近畿大学奈良病院消化器外科), 奥山 隆(獨協医科大学埼玉医療センター外科)

[O27-8] ロボット手術症例での技術認定医取得へ向けた当院の取り組み

今里 亮介, 久米 徹, 川口 真智子, 山田 卓司, 山下 信吾, 大木 岳志, 高西 喜重郎 (東京都立多摩北部医療センター消化器外科)

2023年度より日本内視鏡外科学会技術認定制度において食道・胃・大腸領域のロボット支援手術の症例が審査対象となった。近年、ロボット導入の施設は年々増加しており、今後ロボット支援手術症例での技術認定医取得を目指す外科医は増加すると予想される。現在、当院では結腸癌・直腸癌の症例を原則として全例(気腹困難症例や高度癒着症例除く)ロボット支援下で行なっており、若手外科医もロボット支援症例での技術認定医取得へ向けて修練を積んでいる。これまでロボット支援手術での大腸領域の技術認定医取得者は2023年度が4名、2024年度が12名と少なく、狭き門であるのが現状である。腹腔鏡手術との違いやロボット手術の特徴を踏まえ、S状結腸癌・RS直腸癌5例の症例の経験を通して、当院でのロボット支援手術における技術認定医取得へ向けた取り組みについて発表する。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:40 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:40 AM - 6:30 AM UTC Room 7

[O28] 一般演題（口演） 28 口ボット4

座長：松山 貴俊(埼玉医科大学総合医療センター消化管外科・一般外科), 永吉 絹子(九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科)

[O28-1]

Hugo RAS systemによるロボット支援下大腸手術の定型化から若手外科医の育成にむけて
長山 聰, 橋本 恭一, 中山 雄介, 我如古 理規, 岡本 三智夫, 野村 勇貴, 武内 悠馬, 竹内 豪, 藤岡 祥恵, 植田 圭祐, 島田 明, 角田 海斗, 久保田 良浩 (宇治徳洲会病院外科)

[O28-2]

若手医師と行うロボット支援腹腔鏡下回盲部切除術の工夫と短期成績

河合 賢二, 徳山 信嗣, 高橋 佑典, 俊山 礼志, 山本 昌明, 酒井 健司, 竹野 淳, 濱 直樹, 宮崎 道彦, 平尾 素宏, 加藤 健志 (国立病院機構大阪医療センター外科)

[O28-3]

レジデントによるロボット支援手術での最年少技術認定取得を目指して

河口 恵, 賀川 義規, 長谷川 健太, 深井 智司, 森 良太, 北風 雅敏, 三代 雅明, 末田 聖倫, 西村 潤一, 安井 昌義, 菅生 貴仁, 牛丸 裕貴, 小松 久晃, 柳本 喜智, 金村 剛志, 山本 和義, 後藤 邦仁, 小林 省吾, 宮田 博志, 大植 雅之 (大阪国際がんセンター)

[O28-4]

市中病院における若手外科医によるロボット支援下直腸癌手術の短期成績

筒山 将之, 木村 優梨香, 大重 英昭, 岩崎 真由子, 安井 知樹, 桑野 誠也, 平野 豪, 北條 由実子, 岩田 尚樹, 間下 直樹, 小林 大介, 杉本 博行, 望月 能成 (小牧市民病院消化器外科)

[O28-5]

多発大腸癌に対するロボット支援手術

藤森 大輔, 北林 大暉, 加藤 一希, 林 雅人, 吉村 隆宏, 澤田 幸一郎, 林 泰寛, 尾山 佳永子, 小竹 優範, 原 拓央 (厚生連高岡病院外科)

[O28-6]

腹腔鏡下手術を併用し、ロボット支援下手術を施行したPersistent Descending Mesocolonを伴う直腸癌の1例

團野 克樹, 深田 唯史, 武田 和, 山本 豊, 東口 公哉, 野口 幸藏, 平尾 隆文, 関本 貢嗣, 岡 義雄 (箕面市立病院外科)

[O28-7]

局所進行直腸癌に対して術前化学放射線療法後にTpTME併用ロボット支援下腹会陰式直腸切斷術、両側側方郭清、仙骨合併切除を施行した1例

豊田 尚潔, 中西 亮, 宮倉 安幸 (栃木県立がんセンター大腸骨盤外科)

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:40 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:40 AM - 6:30 AM UTC Room 7

[O28] 一般演題（口演） 28 口ボット4

座長：松山 貴俊(埼玉医科大学総合医療センター消化管外科・一般外科), 永吉 絹子(九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科)

[O28-1] Hugo RAS systemによる口ボット支援下大腸手術の定型化から若手外科医の育成にむけて

長山 聰, 橋本 恭一, 中山 雄介, 我如古 理規, 岡本 三智夫, 野村 勇貴, 武内 悠馬, 竹内 豪, 藤岡 祥恵, 植田 圭祐, 島田 明, 角田 海斗, 久保田 良浩 (宇治徳洲会病院外科)

当院では2021年12月よりda Vinci Xi dual consoleを用いた口ボット支援下手術(RAS)を開始し、2023年12月にHugo RAS systemを導入した。現在では、若手外科医のRAS執刀機会を増やすために、大腸手術は全例Hugoで行っている。これまでにRAS直腸手術は104症例(da Vinci 67、Hugo 37)、RAS結腸手術は78症例(da Vinci 26、Hugo 52)を経験した。Hugo直腸37症例に関しては、ステント留置症例3、前治療症例3を含み、高位前方切除12、低位前方切除8、超低位前方切除8(吻合レベルAV3cm(2)、AV2cm(4)、AV1cm(1)、AV0.5cm(1))、ハルトマン手術3、直腸切断術6で、側方郭清も2例で施行した。Hugo結腸52症例に関しては、ステント留置症例8を含み、回盲部切除12、結腸右半切除11、結腸拡大右半切除4、横行結腸切除6、結腸左半切除2、下行結腸切除4、S状結腸切除12、結腸全摘1であった。結腸再建は体腔内デルタ吻合を基本としている(体腔内デルタ吻合33、体腔外FEEA 6、DST 13)。Hugoの特徴は口ボットアームが独立していること、アームの可動域が非常に広いことである。これらの特徴を最大限に生かしつつ、腹腔鏡下手術の手技やデバイスを用いて助手と協調して作業するHybrid RAS様式と融合させて、助手がアームの干渉を受けずにストレスなく作業出来るようにポート配置を定型化している。直腸手術では水平一直線のポート配置で左手2本のスタイルとし、患者右側に助手用ポートを2本配置する。結腸手術では病変部位を標的にした一直線のポート配置に加えて、恥骨上にPfannenstiel切開を開き、助手が2本の鉗子を使って積極的に手術に参加する。腹腔鏡下手術のデバイスを用いて、腸間膜処理や血管のclipping、体腔内吻合のstaplingを助手が行うようになる。助手参加型の手術スタイルであるHybrid RASは、助手に術者の役割を与えることで手術に対する意欲を湧かせ、助手の積極的な手術への参加を促すとともに、コスト削減の観点からも有益である。今後口ボット手術が主流となることを想定し、若手外科医の育成のためにも、卒後早期から口ボット手術に参加(執刀および助手)できるように、すでに定型化されたHybrid RAS様式のHugoによる大腸手術を継続していく。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 2:40 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:40 AM - 6:30 AM UTC ▶ Room 7

[O28] 一般演題（口演） 28 口ボット4

座長：松山 貴俊(埼玉医科大学総合医療センター消化管外科・一般外科), 永吉 絹子(九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科)

[O28-2] 若手医師と行うロボット支援腹腔鏡下回盲部切除術の工夫と短期成績

河合 賢二, 德山 信嗣, 高橋 佑典, 俊山 礼志, 山本 昌明, 酒井 健司, 竹野 淳, 濱 直樹, 宮崎 道彦, 平尾 素宏, 加藤 健志 (国立病院機構大阪医療センター外科)

【背景】 2022年4月より結腸癌に対するロボット支援手術が保険適応となったことを受け、当院でも結腸癌に対するロボット支援手術を開始した。回盲部切除術においても手術手技の定型化を進めてきた。現在では若手医師の指導を行なながら手術を実施している。**【対象と方法】** 2022年12月から2023年11月までに当院でロボット支援腹腔鏡下回盲部切除術を施行した15例を後方視的に検討した。**【手術手技】** 手術は時間内に安全に過不足のない手術が行えるなら、できるところまで若手医師が執刀し、その後プロクターが交代することにしている。臍部の小開腹を先行させてラッププロテクター・EZアクセスを用いて気腹を開始、8mm da Vinci用ポートを右下腹部(1st arm)・下腹部正中(2nd arm)・左下腹部(3rd arm)・左上腹部(4th arm)に計4本挿入する。2nd armから斜視鏡、鉗子は1st arm: Fenestrated Bipolar Forceps、3rd arm: Monopolar Curved Scissors、4th arm: Tip-Up Fenestrated Grasperを用いる。5度程度の頭低位・左側低位とし、小腸を左上腹部に排除したのち回腸末端近傍から後腹膜アプローチを開始する。回腸末端近傍から、あえて尿管・性腺動脈をメルクマールとして意識しながら結腸授動を開始し、上行結腸をめくるように十二指腸を露出させるとこままで右側結腸の授動をおこなう。当院でのセッティングでは頭側からの横行結腸授動はやや難しいためできるだけ外側からの授動を進めておく。続いて上腸間膜静脈左縁まで回結腸動脈領域の廓清を行い、体外で腸管切離・機能的端々吻合を行う。尿管・性腺動脈・十二指腸を意識して視認することで、安全に温存することができる。**【結果】** 性別の内訳は男性5例・女性10例で、年齢は中央値75.5歳(60-91)であった。原発部位は盲腸6例、上行結腸9例であった。手術時間中央値は225分(155-635)、コンソール時間中央値は99分(56-203)、出血量中央値は0ml(0-60)、Clavien-Dindo分類II以上の合併症は認めなかった。**【まとめ】** ロボット支援腹腔鏡下回盲部切除術の定型化を進め、若手医師も安全に手術を実施可能であった。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:40 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:40 AM - 6:30 AM UTC  Room 7

[O28] 一般演題（口演） 28 口ボット4

座長：松山 貴俊(埼玉医科大学総合医療センター消化管外科・一般外科), 永吉 絹子(九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科)

[O28-3] レジデントによるロボット支援手術での最年少技術認定取得を目指して

河口 恵, 賀川 義規, 長谷川 健太, 深井 智司, 森 良太, 北風 雅敏, 三代 雅明, 末田 聖倫, 西村 潤一, 安井 昌義, 菅生 貴仁, 牛丸 裕貴, 小松 久晃, 柳本 喜智, 金村 剛志, 山本 和義, 後藤 邦仁, 小林 省吾, 宮田 博志, 大植 雅之(大阪国際がんセンター)

【はじめに】

2022年の指針改訂により、若手外科医である私たちレジデントも、ロボット支援内視鏡手術（以下、ロボット手術）の術者として早期から経験を積むことが可能となった。さらに2023年度には、大腸領域のロボット手術が技術認定審査の対象に加わった。ロボット手術は高精度な3Dビューにより解剖を立体的に把握でき、多関節鉗子による精緻な操作が可能で、若手術者にも優れた学習環境を提供する。当院では2024年より、レジデントが執刀医として技術認定取得を目指す教育体制が整備された。私自身も腹腔鏡ではなくロボット手術での認定取得に挑戦している。

【術者資格】

開腹・腹腔鏡手術の基礎習得に加え、シミュレーターによる視覚一手指協調トレーニングやロボット手術助手経験を課し、段階的かつ安全性を重視した教育を行っている。

【教育体制】

術野展開では、ロボット手術のメリットを活かし、3本の鉗子と生体付着部位を利用して“面”を形成し、そこに垂直方向の牽引を加えることで正確な切離ラインを明確化する。多関節鉗子でそのラインをトレースし、左右の手の協調運動で連続的に描出することで、安全かつ効率的な切離が可能となる。こうした手技の定型化と簡素化により、若年術者であっても手術時間の延長なく完遂が可能である。また、手術動画を用いた術後カンファレンスを通じて、反復的な学習と技術の定着を図っている。

【結果】

レジデントによる大腸癌に対するロボット支援手術37例の検討では、手術時間中央値(IQR)：208分（150 - 262）、コンソール時間：155分（115 - 188）、出血量：0mL（0 - 80）であり、Clavien-Dindo分類3以上の術後合併症は認めなかった。

【結語】

技術認定医は優れた技術だけでなく、後進の教育にも携わる責務があり、若手の段階からその役割を意識することが重要である。本取り組みは、私たち若手外科医が最年少での認定取得を目指し、将来の指導医としての基盤を築く有意義な機会となっている。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:40 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:40 AM - 6:30 AM UTC **Room 7**

[O28] 一般演題（口演） 28 口ボット4

座長：松山 貴俊(埼玉医科大学総合医療センター消化管外科・一般外科), 永吉 絹子(九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科)

[O28-4] 市中病院における若手外科医による口ボット支援下直腸癌手術の短期成績

筒山 将之, 木村 優梨香, 大重 英昭, 岩崎 真由子, 安井 知樹, 桑野 誠也, 平野 豪, 北條 由実子, 岩田 尚樹, 間下 直樹, 小林 大介, 杉本 博行, 望月 能成 (小牧市民病院消化器外科)

【緒言】

術者条件の改定やCertification取得費用の無償化により、技術認定医をもたない若手外科医によるロボット支援下直腸がん手術 (Robotic-assisted Rectal Surgery: RRS) の普及が進んでいる。当科では2020年2月よりRRSを導入し、2023年5月より若手医師が執刀を開始した。

【目的・方法】

若手医師によるRRSの短期成績とその安全性を評価することを目的とした。2020年2月から2024年12月までにRRSを施行した原発性直腸がん149例を、若手医師が執刀した症例（A群）と技術認定医を有する症例（B群）に分け、患者背景や手術成績、術後合併症などを後ろ向きに比較検討した。

【結果】

対象患者はA群35例、B群114例で、年齢中央値（範囲）はA群73歳（41-82歳）vs B群70歳（21-84歳）であった。性別（男性）はA群24例（68.6%）vs B群70例（61.4%）、BMI中央値はA群21.9（18.4-27.1）vs B群23.2（19.1-31.6）、主占居部位（RS/Ra/RbP）はA群14/11/10例 vs B群45/28/41例であり、これらには統計学的有意差は認められなかった。

手術時間中央値はA群300分（203-523分）vs B群271分（146-624分）、TMEまでのコンソール時間中央値はA群198分（122-310分）vs B群133分（90-210分）で、いずれもB群が有意に短かった（ $p<0.05$ ）。出血量はA群25ml（1-355ml）vs B群13ml（1-2216ml）で有意差は認められなかった。いずれの群においても腹腔鏡や開腹手術への移行はなかった。

中枢側リンパ節郭清個数中央値はA群18個（4-42個）vs B群17個（3-44個）で有意差は認められなかった。Grade 3b以上の術後合併症はA群2例（5.7%）vs B群6例（5.2%）であり、術後在院日数はA群9日（6-168日）vs B群9日（6-45日）で有意差は認められなかった。

【結語】

若手医師によるRRSは技術認定医を持つ上級医と比較して手術時間やコンソール時間は長くなるものの、術後合併症等の成績は同等であった。症例経験を積むことによってさらに短期成績の改善が期待される。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 2:40 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:40 AM - 6:30 AM UTC ▶ Room 7

[O28] 一般演題（口演） 28 口ボット4

座長：松山 貴俊(埼玉医科大学総合医療センター消化管外科・一般外科), 永吉 絹子(九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科)

[O28-5] 多発大腸癌に対する口ボット支援手術

藤森 大輔, 北林 大暉, 加藤 一希, 林 雅人, 吉村 隆宏, 澤田 幸一郎, 林 泰寛, 尾山 佳永子, 小竹 優範, 原 拓央
(厚生連高岡病院外科)

【緒言】 口ボット手術の普及や適応拡大に伴い、多臓器にわたる重複癌症例や多発大腸癌症例における同時切除も増加傾向にある。単孔式口ボットの出現は大きなインパクトを与えており、その導入施設は少なく、多くは従来の腹腔鏡手術や多孔式口ボットでの手術となっている。当院ではda Vinci Xiを用いて2019年より直腸切除を、2022年より結腸癌手術を行っており、重複癌症例や多発大腸癌症例に対しても口ボット手術を施行している。

【方法】 当科で口ボット手術を施行した多発大腸癌症例を対象に後方視的な検討を行った。

【結果】 2022年4月～2025年4月の期間に、術前に多発大腸癌と診断し口ボット手術を施行した症例は9例であった。内訳としては、①右側結腸切除（上行～右側横行結腸癌）と前方切除（S状結腸～直腸癌）を併施した症例が6例、②下行結腸部分切除と括約筋間切除が1例、③右側結腸切除と下行結腸部分切除が1例、④結腸亜全摘が1例（上行結腸癌と下行結腸癌）であった。多発大腸癌に対する口ボット手術において最も苦慮したのがポートプレイスメントであった。術式ごとの創の数（小開腹創含む）はそれぞれ①で6-8つ、②で6つ、③で5つ、④で7つであった。①では再建方法やアシストポートの有無、カメラポートの位置などによって創の数に差異が見られていた。

【考察】 腹腔鏡手術においては臍を中心としたスクエアのポートプレイスメントを取ることで5つの創でほぼ全大腸の病変へのアプローチが可能である。口ボット手術においては病変の局在によってポートプレイスメントの調整が不可欠であり、多くの場合で創の追加が必要となる。多発大腸癌に対する口ボット手術は腹腔鏡手術と比較して腹壁への影響という観点では侵襲増大となるが、それを差し引いても口ボット手術の精緻性、骨盤内での操作性、術野の安定性など得られる恩恵は大きいと考えられる。

【結語】 多発大腸癌に対する口ボット手術は有用であると考えられるが、ポート創への配慮が必要である。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:40 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:40 AM - 6:30 AM UTC Room 7

[O28] 一般演題（口演） 28 口ボット4

座長：松山 貴俊(埼玉医科大学総合医療センター消化管外科・一般外科), 永吉 絹子(九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科)

[O28-6] 腹腔鏡下手術を併用し、ロボット支援下手術を施行したPersistent Descending Mesocolonを伴う直腸癌の1例

團野 克樹, 深田 唯史, 武田 和, 山本 豊, 東口 公哉, 野口 幸藏, 平尾 隆文, 関本 貢嗣, 岡 義雄 (箕面市立病院 外科)

【はじめに】 Persistent Descending Mesocolon (PDM) は、発生過程で左側結腸が壁側腹膜と癒合せず、下行結腸が内側に変位する比較的稀な固定異常である。PDM患者では下行結腸だけでなくS状結腸も内側から右側に変位し、小腸間膜や右骨盤壁に癒着する。そのため腹腔鏡下手術では解剖認識や癒着剥離手順など手術手技に工夫を要し、非PDM症例と比較して、手術時間の延長が報告されており、縫合不全の独立した危険因子とも報告されている。

ロボット支援下手術は一般的に「精密な小さな動き」を得意とする一方で、「大きな動き」や「広範囲の操作」は苦手とされる傾向がある。今回我々は、腹腔鏡下手術を併用し癒着剥離を行い、ロボット支援下手術を施行したので報告する。

【症例】 症例は80代、男性。貧血、便潜血陽性にて下部消化管内視鏡検査を行い、上部直腸に2型進行癌を認めた。腹部造影CT検査では下行結腸が内側に変位しており、PDMを伴う直腸癌と診断したが、血管分岐はIMAからLCA、S状結腸動脈(SA)がそれぞれ独立分岐した独立分岐型であった。

術中所見では下行結腸は内側に変位し、S状結腸は骨盤内右側腹膜および小腸間膜と広く癒着していた。まずは腹腔鏡下に癒着剥離を行い、S状結腸間膜右側を露出させ、続いてロボット支援下に内側から下腹神経前筋膜の層で剥離を行い左側結腸を授動。その後はロボット支援下の安定した視野で、通常の直腸低位前方切除術を行なった。血管走行異常を考慮し、ICG蛍光法により吻合腸管の良好な血流を確認し安全に吻合を行った。術後合併症は認めなかった。

【まとめ】 PDMの解剖学的特徴を理解し、注意深く手術操作を行うことでPDM症例においてもロボット支援下手術を安全に行うことができる。今回、癒着剥離を腹腔鏡下に行なうことで、ロボット支援下手術の弱点を補うことが可能であった。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:40 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:40 AM - 6:30 AM UTC Room 7

[O28] 一般演題（口演） 28 口ボット4

座長：松山 貴俊(埼玉医科大学総合医療センター消化管外科・一般外科), 永吉 絹子(九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科)

[O28-7] 局所進行直腸癌に対して術前化学放射線療法後にTpTME併用ロボット支援下腹会陰式直腸切断術、両側側方郭清、仙骨合併切除を施行した1例

豊田 尚潔, 中西 亮, 宮倉 安幸 (栃木県立がんセンター大腸骨盤外科)

症例は70代男性。下血を主訴に近医を受診され、精査の結果、直腸Rbに全周性の腫瘍性病変を認め、かつ腹部造影CT検査、造影MRI検査にて多発リンパ節腫大と仙骨S4以下に浸潤を疑う所見を認めたため、治療目的にて当センターへ紹介となった。検討の結果、術前化学放射線療法後に手術の方針とし、Long course chemoradiotherapy (Capecitabine+50.4Gy)を施行した。治療効果判定はPRであったが、仙骨S4に接する軟部影には変化が見られなかった。化学放射線療法後から12週間後にTpTME併用ロボット支援下マイルズ手術、仙骨S3/4合併切除を施行した。手術操作は2チームで開始し、ロボット手術による腹腔内操作と会陰操作を同時に進行した。腹腔内操作では仙骨S3まで背側の剥離を行なった後、両側側方郭清に移行し、S3より尾側で尿管を温存しつつ尿管下腹神経筋膜合併切除とした。仙骨切離の際の出血予防のため、両側上臀動脈分岐を確認後に内腸骨動脈本幹を結紮した。腹腔内からロボット支援下の視野で確認を行いながらTpTMEの剥離層と腹腔内の剥離層を前立腺背側・直腸腹側で交通させた。その後、8時～4時方向までを完全に剥離した後に、体位を腹臥位として仙骨切除を行い、検体を仙骨部の創部より摘出した。骨盤内の死腔予防のため、形成外科により左前外側大腿筋皮弁の充填を行なった。術後は仙骨部の創傷治癒遅延、創離開を認めたが、デブリドマン・再縫合により軽快され、第39病日に退院となった。現在まで無再発生存中である。仙骨浸潤を疑う局所進行直腸癌に対してTpTME併用ロボット支援下マイルズ手術を施行した症例は稀であり、かつ後方浸潤のため通常のTMEが困難な症例に対して、ロボット支援下手術とTpTMEの併用は極めて有用であったため、若干の文献学的考察を交えて報告する。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 7

[O29] 一般演題（口演） 29 口ボット5

座長：發知 将規(愛媛県立中央病院消化器外科), 近藤 宏佳(多摩総合医療センター)

[O29-1]

口ボット1日縦2件とFusion Surgeryが教育・コストを意識した今後の口ボット時代には重要な
なる

西沢 佑次郎, 畠 泰司, 奥村 元紀, 麦谷 聰, 明石 大輝, 竹内 一将, 中森 健人, 進藤 実希, 林 信貴, 橋内 隆, 橋本 雅弘, 加藤 信弥, 森本 祥悠, 古川 健太, 広田 将司, 友國 晃, 宮崎 安弘, 本告 正明, 岩瀬 和裕, 藤谷 和正
(大阪急性期・総合医療センター消化器外科)

[O29-2]

当院での口ボット支援大腸切除術の現状とこれから

仲本 嘉彦, 松木 豪志, 長野 心太, 古出 隆大, 一瀬 規子, 藤川 正隆, 岩崎 寿光, 中島 隆善, 岡本 亮, 生田 真一, 相原 司, 柳 秀憲, 山中 若樹 (明和病院外科)

[O29-3]

技術認定取得への挑戦—口ボット支援S状結腸切除術の定型化—

櫻庭 駿介¹, 村山 倫太郎¹, 尾立 路輝¹, 石塚 ジュスタン正也¹, 石岡 直留¹, 花川 翔太¹, 秋間 龍之介¹, 仁平 高朔¹, 山本 陸¹, 加藤 永記¹, 上田 優平¹, 宮下 真美子¹, 中村 和正², 小井土 耕平², 大島 健志², 間 浩之², 大端 考², 櫛田 知志¹, 伊藤 智彰¹, 佐藤 浩一¹ (1.順天堂大学医学部附属静岡病院外科, 2.静岡県立総合病院)

[O29-4]

当院における若手医師の直腸癌に対する口ボット手術と腹腔鏡手術の治療成績の検討

大重 英昭, 筒山 将之, 望月 能成, 杉本 博行, 小林 大介, 間下 直樹, 北條 由実子, 桑野 誠也, 安井 知樹 (小牧市民病院外科)

[O29-5]

口ボット大腸癌手術におけるSecond surgeon以降の術者育成と短期成績

外岡 亨, 早田 浩明, 千葉 聰, 成島 一夫, 磯崎 哲朗, 天海 博之, 平澤 壮一朗, 桑山 直樹, 加野 将之, 鍋谷 圭宏
(千葉県がんセンター食道・胃腸外科)

[O29-6]

口ボット支援手術での大腸外科技術認定取得を目指した指導体制と研修の実際

加藤 博樹, 出嶋 皓, 坂元 慧, 中守 咲子, 高雄 美里, 中野 大輔, 川合 一茂 (東京都立駒込病院)

[O29-7]

SureForm™ Staplerのログデータから解析した縫合機器使用に関する検討

番場 嘉子, 小川 真平, 二木 了, 金子 由香, 近藤 侑鈴, 腰野 藏人, 谷 公孝, 前田 文, 前田 新介, 伊藤 俊一, 山口 茂樹 (東京女子医科大学消化器・一般外科)

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 7

[O29] 一般演題（口演） 29 口ボット5

座長：發知 将規(愛媛県立中央病院消化器外科), 近藤 宏佳(多摩総合医療センター)

[O29-1] 口ボット1日縦2件とFusion Surgeryが教育・コストを意識した今後の口ボット時代には重要となる

西沢 佑次郎, 畠 泰司, 奥村 元紀, 麦谷 聰, 明石 大輝, 竹内 一将, 中森 健人, 進藤 実希, 林 信貴, 横内 隆, 橋本 雅弘, 加藤 信弥, 森本 祥悠, 古川 健太, 広田 将司, 友國 晃, 宮崎 安弘, 本告 正明, 岩瀬 和裕, 藤谷 和正(大阪急性期・総合医療センター消化器外科)

【背景】ロボット支援大腸手術が普及している現在、その課題はロボット枠の制限、手術時間、教育、コストなどが挙げられる。当センターでは2021年12月より1日縦2件のロボット手術を開始し様々なノウハウを得てきた。教育面でも医師3-5年目が執刀する「レジロボ」やロボットでの内視鏡技術認定医試験に取り組んできた。

【1日縦2件】ロボット枠の有効利用には1日縦2件が必要であり、チーム全体で手術時間以外ができる限り短縮する意識が重要となる。その中で教育面も考慮すると手術時間は遅くとも1件3時間以内が必要となる。2024年12月までに合計165回（330症例）の縦2件を施行し、1件目入室～2件目退室までが、8時間以内（目標50%）が38.8%、9時間以内（目標85%）が78.8%であった。

【Fusion Surgery、教育】ロボット普及に伴い、若手外科医の腹腔鏡の修練機会が減少している。当センターでは大腸癌は全例ロボット手術を選択している。緊急手術での腹腔鏡・開腹の経験はもちろんだが、普段のロボット手術の中にも助手として腹腔鏡操作の機会を作る必要があると考え、我々は「助手を使ったロボット手術（Fusion Surgery）」を採用している。助手の経験がロボット術者をする際に役立ち、チームとしての成熟に繋がると考えている。また、2024年度より技術認定医もロボットのみでの申請とした。ロボット術者は術者・助手・カメラマンの一人三役をするため腹腔鏡よりロボットの方が技術認定医の評価に適していると考える。2024年度は1名合格し、2025年度も1名提出予定である。

【コスト】1日縦2件やFusion Surgeryによるデバイス選択がコスト削減に繋がると考える。

【結語】コストや教育を意識したロボット手術は今後必須であり、ロボット1日縦2件とFusion Surgeryは有効な手段と考える。ビデオを呈示し当院の取り組みを報告する。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 7

[O29] 一般演題（口演） 29 口ボット5

座長：發知 将規(愛媛県立中央病院消化器外科), 近藤 宏佳(多摩総合医療センター)

[O29-2] 当院での口ボット支援大腸切除術の現状とこれから

仲本 嘉彦, 松木 豪志, 長野 心太, 古出 隆大, 一瀬 規子, 藤川 正隆, 岩崎 寿光, 中島 隆善, 岡本 亮, 生田 真一, 相原 司, 柳 秀憲, 山中 若樹 (明和病院外科)

当院では手術支援ロボットhinotoriを2023年10月に導入し、12月より直腸癌手術を開始し、2024年1月より結腸癌手術を開始した。他社製経験もなく、泌尿器でもなく、消化器外科より始めた稀な施設である。現在まで107例（直腸癌68例、結腸癌39例）のhinotoriによる大腸手術を経験した。右手にはモノポーラハサミを用い、神経周囲で過敏に反応する際は左手のバイポーラで焼灼後にコールドカットを行う。エネルギーデバイスは側方郭清が必要な直腸切除と間膜処理や大網切除が必要な結腸切除でのみ使用、クリップも助手側から行いコスト削減に努めている。結腸右半切除術では内側アプローチで開始し、回腸切離を先行して後腹膜・外側剥離を行い、肝湾曲も内側より切離するが、hinotoriでは体位変換ができないための工夫である。体腔内吻合を行い、恥骨上小切開を置くことで腹壁ヘルニアを防止している。当院ではT3以深およびN1以上の切除可能局所進行下部直腸癌には基本的にSCRT (25Gy/10fraction) を行い、腫瘍縮小が得られる約1か月の術前待機期間後に根治手術を、T4以深およびT3N2以上の局所進行下部直腸癌に対してはTNT(Total Neoadjuvant Therapy)としてSCRTの前に全身化学療induction chemotherapy (ICT) を行っており、CRTは13例、うちTNTは5例に施行した。SCRTの1か月後の手術では、線維化も著明ではなく、ロボット手術との相性が良いと感じている。前方から左右拳筋まで剥離し、後面操作を後で行うことで浸出液での視野不良を回避している。SCRTの影響で浸出液やスマーカーが多いためネラトンや助手の吸引が適宜必要である。ロボット支援下では十分な肛門管剥離によりDST吻合ができることが多い。術後合併症は腸閉塞2例（イレウス管1例、バイパス手術1例）、ポートサイトヘルニア1例で、ロボット手術に起因するものは認めていない。今後は若手外科医育成が必要であり、教育面ではアノテーションを用いた指導は有効であると感じている。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC □ Room 7

[O29] 一般演題（口演） 29 口ボット5

座長：發知 将規(愛媛県立中央病院消化器外科), 近藤 宏佳(多摩総合医療センター)

[O29-3] 技術認定取得への挑戦—ロボット支援S状結腸切除術の定型化—

櫻庭 駿介¹, 村山 優太郎¹, 尾立 路輝¹, 石塚 ジュスタン正也¹, 石岡 直留¹, 花川 翔太¹, 秋間 龍之介¹, 仁平 高朔¹, 山本 陸¹, 加藤 永記¹, 上田 僕平¹, 宮下 真美子¹, 中村 和正², 小井土 耕平², 大島 健志², 間 浩之², 大端 考², 櫛田 知志¹, 伊藤 智彰¹, 佐藤 浩一¹ (1.順天堂大学医学部附属静岡病院外科, 2.静岡県立総合病院)

<緒言>

2023年度より大腸領域の技術認定申請にロボット支援手術が認められた。筆者は2022年度より技術認定取得に挑戦し、腹腔鏡手術で2度の不合格を経験したが、2024年度にロボット支援手術により合格に至った。ロボット支援手術は、術者がカメラ・鉗子を操作するソロサージェリーの要素が強く、手術全体の統率力がより求められる。一方で、症例毎の術者へのフィードバックが豊富であり、技術認定取得に有用なツールであると実感している。今回は技術認定合格に至った手術手技の定型化について、ビデオを供覧しながら報告する。

<手術手技>

支援機器はDa Vinci Xi。臍部に5cmの小開腹をおき、創縫保護器具を装填し気腹を行う。ポート配置（括弧内はアーム番号）は以下。右下腹部に12mm（R4）、臍部小切開に8mm（R2）、R4とR2の中点で右下腹部に8mm（R3）、左上腹部に8mm（R4）、これら4ポートを左上がり一直線に挿入。右季肋下に12mmの助手ポートを挿入。内側アプローチで開始し、IMAは術者がロボットクリップで処理し、IMV/LCAは助手がクリップ処理を行う。結腸間膜の挙上はR4と助手鉗子が共同で行い、術野を展開する。外側授動では、術者と助手で下行結腸を内側へ牽引し、大きな視野展開でスムーズな切離操作を心がける。骨盤操作では自律神経温存と間膜損傷に留意し直腸を授動する。腸間膜処理は、術者がバイポーラまたはシーリングデバイスを用いて行う。腸管切離は、助手がR4から自動縫合器を挿入して行う。ロールアウト後に腹腔鏡下で吻合操作を行う。

<結語>

技術認定取得を目指した手術の定型化においては、①従来の腹腔鏡手術の継承、②ロボット支援手術の利点の活用、③助手との役割分担が重要であった。ロボット支援手術では、術者の主体性が求められ、それは技術認定制度の理念にも合致するものである。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC □ Room 7

[O29] 一般演題（口演） 29 口ボット5

座長：發知 将規(愛媛県立中央病院消化器外科), 近藤 宏佳(多摩総合医療センター)

[O29-4] 当院における若手医師の直腸癌に対するロボット手術と腹腔鏡手術の治療成績の検討

大重 英昭, 筒山 将之, 望月 能成, 杉本 博行, 小林 大介, 間下 直樹, 北條 由実子, 桑野 誠也, 安井 知樹 (小牧市民病院外科)

【背景】

近年、直腸癌に対してロボット支援手術が急速に普及しており、外科医が早期からロボット支援手術に携わる機会が増加している。熟練した外科医によるロボット支援手術と腹腔鏡手術の成績比較に関する報告は蓄積されつつあるが、若手外科医による手術に関する検討は依然として限られている。

【対象と方法】

2018年から2024年に当院で施行された直腸癌に対する内視鏡手術のうち、若手医師（卒後10年以内）が執刀しR0切除が達成された86例を対象とし、それらをロボット支援手術群と腹腔鏡手術群に分けてレトロスペクティブに検討した。

【結果】

ロボット支援手術群は29例、腹腔鏡手術群は57例であった。術式の選択に大きな偏りはみられなかった。年齢の中央値（範囲）はロボット群73歳（41-82歳）、腹腔鏡群72歳（30-95歳）であった。手術時間はそれぞれ295分（203-523分）と276分（142-525分）、出血量は25mL（0-268mL）と24mL（1-1039mL）であった。術後住院日数はロボット群11日（6-168日）、腹腔鏡群10日（6-46日）であり、いずれの項目においても有意差は認められなかった。Clavien-Dindo分類Grade III以上の術後合併症は、ロボット群で3例（縫合不全2例、肺炎1例）、腹腔鏡群で4例（縫合不全3例、直腸膿瘍1例）発生し、その頻度にも有意な差はみられなかった。

【結語】

若手医師によるロボット支援手術は、腹腔鏡手術と比較して手術成績や安全性に大きな差を認めず、十分に許容される術式と考えられた。

一般演題（口演）

■ Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC □ Room 7

[O29] 一般演題（口演） 29 口ボット5

座長：發知 将規(愛媛県立中央病院消化器外科), 近藤 宏佳(多摩総合医療センター)

[O29-5] 口ボット大腸癌手術におけるSecond surgeon以降の術者育成と短期成績

外岡 亨, 早田 浩明, 千葉 聰, 成島 一夫, 磯崎 哲朗, 天海 博之, 平澤 壮一朗, 桑山 直樹, 加野 将之, 鍋谷 圭宏
(千葉県がんセンター食道・胃腸外科)

【背景】本邦における口ボット大腸癌手術は症例数の増加に伴い、各施設にてSecond surgeon以降の術者育成が進んでいる。**【目的】**当科での口ボット大腸癌手術におけるSecond surgeon以降の術者育成状況、および短期成績について検証する。**【方法】**当科口ボット大腸癌手術は2019年6月よりFirst surgeonが立ち上げ、2024年8月よりSecond surgeonが執刀開始し、並行して2024年11月よりThird surgeonが執刀開始した。新旧術者の短期成績について比較検討を行う。**【対象】**2019年6月～2025年4月の期間における超低位吻合症例等の困難症例を省いた、First Surgeon症例（A群）92例、Second surgeon（B群）16例、Third surgeon（C群）13例を対象とした。**【結果】**各群における術式(ICR/RHC/結腸部切/SR/HAR/LAR)は、A群（4/5/1/14/10/58）、B群（5/1/0/2/3/5）、C群（4/0/0/4/4/1）であった。手術時間（分）、コンソール時間（分）、出血量（g）は、各群(A:B:C)で手術時間(293 (204-524): 356 (303-408): 330 (273-450))、コンソール時間(182 (72-385): 200 (153-273): 167 (149-319))、出血量(10.5 (1-280): 29.5 (2-85): 15 (3-120))であった。術中術後合併症CD (0/I/II/IIIa/IIIb) は、58/10/15/9/0: 10/2/2/0: 7/1/3/2/1であった。術後入院期間（日）は、9 (8-120): 9 (9-18): 10 (8-19)）であった。**【考察】**新旧術者間で明らかな短期成績の差を認めなかった。その要因として、先駆術者の適切なタイミングでの介入（指導および間欠的術者switching、等）が奏功していると考えられた。**【結語】**当科での口ボット大腸癌手術におけるSecond surgeon以降の術者による短期成績は、First Surgeon症例のそれと遜色なく、安全に後継者育成が進んでいると考えられた。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 7

[O29] 一般演題（口演） 29 口ボット5

座長：發知 将規(愛媛県立中央病院消化器外科), 近藤 宏佳(多摩総合医療センター)

[O29-6] ロボット支援手術での大腸外科技術認定取得を目指した指導体制と研修の実際

加藤 博樹, 出嶋 皓, 坂元 慧, 中守 咲子, 高雄 美里, 中野 大輔, 川合一茂 (東京都立駒込病院)

【背景】

大腸外科技術認定医申請は従来腹腔鏡下手術のみであったが（旧体制）、2023年度よりロボット支援手術での申請が可能となった（新体制）。ロボット支援手術の特徴として、術者自身が術野展開を担う点が挙げられ、より高次の術野管理能力が求められる。当科では現在腹腔鏡手術およびロボット手術を段階的に導入したハイブリッド型のトレーニング体制を構築し、ロボット手術での技術認定取得をめざした教育を行っている。

【指導体制】

まず腹腔鏡手術によるトレーニングから開始する。術野展開は助手が担い、術者は定型化された把持部位や切離手順の習得に注力する。同時に上級医のロボット手術に助手として参加し、ロボット特有の術野展開や3Dでの解剖理解を深める。腹腔鏡下S状結腸切除術が3時間前後で行えるようになった時点でロボット手術のCertificateを取得し、術者としてロボット手術を行うことで自立した術野展開能力の習得を目指す。

【結果】

当科は指導者2名およびスタッフ3-4名の体制で指導を行っている。旧体制下では、2020年から2023年にかけて7名が大腸領域の技術認定医を取得した。現在は新体制のもとで2名が研修を受けており、そのうち1名の医師Aの研修実績を以下に示す。

Aは2023年4月より本格的な腹腔鏡手術トレーニングを開始し、2024年8月にはロボット手術の部分執刀、同年9月より術者執刀を開始した。これまでにS状結腸切除術または高位前方切除術を腹腔鏡手術49例、ロボット手術6例、術者として経験している。手術時間の中央値は腹腔鏡手術188分、ロボット手術261分であった。

【結語】

腹腔鏡手術からロボット支援手術へと段階的に研修内容を移行させることで、技術認定取得に必要な知識と技能の効果的な習得が可能となった。今後も制度の変化に対応した実践的な指導体制を整備し、質の高いを継続する。

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 7

[O29] 一般演題（口演） 29 口ボット5

座長：發知 将規(愛媛県立中央病院消化器外科), 近藤 宏佳(多摩総合医療センター)

[O29-7] SureForm™ Staplerのログデータから解析した縫合機器使用に関する検討

番場 嘉子, 小川 真平, 二木 了, 金子 由香, 近藤 侑鈴, 腰野 蔵人, 谷 公孝, 前田 文, 前田 新介, 伊藤 俊一, 山口 茂樹 (東京女子医科大学消化器・一般外科)

目的：口ボット支援下手術による恩恵はカメラや機器の安定性、微細な手術操作ばかりでなく、口ボットプラットフォームからの情報を解析することで、最適で安全な手技の確立に寄与するという点で重要である。今回、SureformTMStaplerのログデータを解析し、直腸癌において直腸を切離する際の、縫合機器の使用方法に関する検討を行った。

方法：2022年から2024年までに当院で直腸癌の診断で前方切除（超低位を含む）においてda Vinci SureformTMStaplerを使用した32例を対象とした。14例に人工肛門造設を行った。術後合併症においてはC/D分類Grade IIIaのイレウス2例であった。Firingは計56回行われた。Firing時間、Stapler角度情報（PitchとYaw）、実際の手術動画とともに検討を行った。

結果：StaplerのPitchであるハサミを手前に向けるか奥に向けるかの角度は、中央値46.4度(1.2-59.9)で、全体として40-55度の範囲であった。患者の左側がアクティブジョーである縫合は、32回（57%）であった。StaplerのYawであるハサミをこちらに向けて左右に向ける角度は、中央値15.8度(0-59.9)で、全体として0-20度の範囲であった。Yawが40度以上は4回（4例）であったが、PitchやBMI、Firing時間との関連は無かった。Firing時間は中央値9.45秒(7.37-48.6)であった。25秒以上であったFiringは2回あり、切離2回目以降の複数回切離の症例であった。

結語：直腸切離の際は、Staplerは40-55度手前に倒し、左右は0-20度の範囲であった。今までの腹腔鏡手術では得られなかった、口ボット支援下手術から得られる情報を活用することで、腹腔鏡手術にも活用できる安全かつ最適な手術手技の確立に貢献し得る可能性が示された。