Fri. Nov 14, 2025

Society President Lecture

Fri. Nov 14, 2025 12:45 PM - 1:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 3:45 AM - 4:15 AM UTC Room 1

[CL] Society President Lecture

司会：宮島 伸宜(松島病院大腸肛門病センター)

[CL]

Current Status and Future Prospects of the Japan Society of Coloproctology (JSCP)

Michio Itabashi (Saiseikai Kazo Hospital)

Special Lecture

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 6:20 AM UTC Room 2

[SV] Special Lecture 肛門科診療　先達に学ぶ

司会：田中 良明(寺田病院大腸肛門病センター肛門科)

[SV-1]

Traditional Ligation Technique of Hemorrhoids and Seton Treatment of Anal Fistula in Japan

Akio Kurokawa (KUROKAWA UMEDA CLINIC)

[SV-2]

My Anal Surgery: Transition from Inpatient to Day Surgery

Junichi Iwadare (Iwadare Junichi Clinic)

Special Program

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

[SP1] Special Program 1 (English Slide)

司会：秋吉 高志(がん研有明病院大腸外科), 的場 周一郎(東邦大学医療センター大森病院一般・消化器外科)

[SP1]

No cut video: Surgical Technique for Automatic Nerve-Guided Total Mesorectal Excision for Rectal Cancer

Jun Watanabe (Department of Colorectal Surgery, Kansai Medical University)

Special Program

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

[SP2] Special Program 2 (English Slide)

司会：吉田 直久(京都府立医科大学大学院消化器内科学)

[SP2]

No cut video: Endoscopic Submucosal Dissection (ESD)

Kouichi Nonaka (Department of Digestive Endoscopy, Tokyo Women's Medical University Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Special Program

Fri. Nov 14, 2025 2:05 PM - 3:35 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:05 AM - 6:35 AM UTC Room 1

[SP3] Special Program 3 (English Slide)

司会：黒柳 洋弥(虎の門病院), 大植 雅之(大阪国際がんセンター消化器外科)

[SP3]

No cut video: Lateral Lymph Node Dissection for Advanced Lower Rectal Cancer

Shunsuke Tsukamoto, 田藏 昂平, 加藤 岳晴, 永田 洋士, 高見澤 康之, 森谷 弘乃介, 金光 幸秀 (Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center Hospital)

Invited Lecture

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 2:00 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 5:00 AM UTC Room 1

[IL1] Invited Lecture 1

司会：山口 茂樹(東京女子医科大学消化器・一般外科)

[IL1]

Transforming the Future of Gastrointestinal (GI) Surgery through Novel Image Guidance

Jeffrey Milsom (Surgery, NewYork-Presbyterian/Weill Cornell Medical Center)

JSCP-KSCP Symposium Session

Fri. Nov 14, 2025 3:30 PM - 4:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:30 AM - 7:30 AM UTC Room 10

[JKS1] JSCP-KSCP Symposium Session 1 Front Line of Rectal Cancer Treatment

Moderator:Takashi Akiyoshi(Gastroenterological Surgery, The Cancer Institute Hospital of JFCR), Seok-Hwan Lee(Kyung Hee University Hospital at Gangdong)

[JKS1-1]

The Role of MRI in the Preoperative Diagnosis for Rectal Cancer

Kazusige Kawai, Daisuke Nakano, Misato Takao, Hiroki Kato (Tokyo Metropolitan Cancer and Infectious Diseases Center, Komagome Hospital)

[JKS1-2]

The Latest Preoperative Treatment for Locally Advanced Rectal Cancer and its Pros and Cons

Seung-Bum Ryoo (Seoul National University Hospital)

[JKS1-3]

The Benefits of Upfront Surgery for Locally Advanced Rectal Cancer

Akio Shiomi (Division of Colon and Rectal Surgery, Shizuoka Cancer Center)

[JKS1-4]

Robotic Surgery and Laparoscopic Surgery for Rectal Cancer: Advancing the Front Line of Treatment

Songsoo Yang (Ulsan University hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

学会賞受賞記念講演

Fri. Nov 14, 2025 3:45 PM - 4:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:45 AM - 7:15 AM UTC Room 1

[AL] 学会賞受賞記念講演

司会：山本 聖一郎(東海大学消化器外科)

[AL-1]

Clinical study of colorectal surgery

Koya Hida[1], 岡村 亮輔[1], 西崎 大輔[1], 住井 敦彦[1], 藤井 佑介[1], 梅本 芳寿[1], 藤田 覇留久[1], 吉田 真也[2], 藤田 悠介[3], 川口 清貴[1], 尾地 伸悟[1], 甲津 卓実[1], 金城 洋介[4], 錦織 達人[5], 星野 伸晃[1], 板谷 喜朗[1], 坂井 義治[6], 小濵 和貴[1], 渡邊 昌彦[7], 内藤 剛[8]
(1.Department of Surgery, Kyoto University, 2.天理よろづ相談所病院消化器外科, 3.関西医科大学下部消化管外科, 4.姫路医療センター消化器外科, 5.京都市立病院総合外科, 6.大阪赤十字病院, 7.西麻布メディカルクリニック, 8.北里大学一般・消化器外科)

[AL-2]

Cancer Stem Cells Persist Despite Cellular Damage, Emergence of the Refractory Cell Population

Ayumi Nagae (Itami City Hospital, Gastroenterological Surgery)

[AL-3]

Analysis of treatment-resistant lineages in POU5F1-expressing colorectal cancer cells as a therapeutic target

Shiki Fujino[1], 三吉 範克[2,3], 林 理絵[2,3], 大植 雅之[4], 長江 歩[1], 澤田 元太[1], 森田 俊治[1], 植村 守[3], 土岐 祐一郎[3], 江口 英利[3]
(1.Gastroenterological Surgery, Itami City Hospital, 2.大阪国際がんセンターがん医療創生部, 3.大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学, 4.大阪国際がんセンター消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Symposium

Fri. Nov 14, 2025 10:20 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:20 AM - 2:40 AM UTC Room 10

[ESY1] English Symposium 1 Strategy for Advanced Rectal Cancer from Each Country

Moderator:Simon Ng(Department of Surgery, The Chinese University of Hong Kong), Shigeki Yamaguchi(Department of Surgery, Tokyo Women's Medical University)

[ESY1-1]

Total Neoadjuvant Therapy and Non-operative Management for Rectal Cancer in the U.S.

Tsuyoshi Konishi (The University of Texas MD Anderson Cancer Center)

[ESY1-2]

Strategy for Treating Advanced Rectal Cancer in Taiwan: Current Practice and Future Directions

William Tzu-Liang Chen (China Medical University Hsin-Chu Hospital)

[ESY1-3]

Strategy for Advanced Rectal Cancer Management in Thailand

Woramin Riansuwan (Colorectal Surgery Unit, Department of Surgery, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University)

[ESY1-4]

Korean Strategy for advanced Rectal cancer

Jin Kim (Korea University College of Medicine)

[ESY1-5]

Treatment of rectal cancer in Japanese guidelines

Yusuke Kinugasa (Institute of Science Tokyo)

[ESY1-6]

Development and Implementation of Standardized NOSES for Colorectal Surgery

Xishan Wang (Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center/ National Clinical Research Center for Cancer/ Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences and Peking Union Medical College)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Symposium

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 2:40 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 5:40 AM UTC Room 10

[ESY2] English Symposium 2 New Era of Robotic Surgery

Moderator:Micheal Powar(Cambridge University Hospitals), Junichiro Kawamura(Kindai University)

[ESY2-1]

The New Era of Robotic Colorectal Surgery with the da Vinci Xi

Mina Ming-Yin Shen (China Medical University Hsinchu Hospital, Taiwan)

[ESY2-2]

da Vinci SP and 5 in Colorectal Surgery: Early Experience and Future Perspectives

Yasumitsu Hirano (Saitama Medical University International Medical Center)

[ESY2-3]

Flexible Endoscopic Robotic System

Simon Ng (Department of Surgery, The Chinese University of Hong Kong)

[ESY2-4]

Carina surgical robot -assisted radical resection of colorectal cancer single center experience

Zhu Yuping (Zhejiang Cancer Hospital)

[ESY2-5]

Surgical stress response in Kangduo versus Da Vinci robot-assisted for colorectal cancer

Liu Yunxiao, Yuliuming Wang, Guiyu Wang (Department of colorectal cancer surgery, the Second Affiliated Hospital of Harbin Medical University)

[ESY2-6]

Clinical deployment of ANSUR, a surgical robot based on a new concept

Masaaki Ito (National Cancer Center Hospital East)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Symposium

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 2

[SY1] Symposium 1 (English Slide) Strategies for Advanced Rectal Cancer: With a Focus on TNT

司会：問山 裕二(三重大学大学院消化管・小児外科), 金光 幸秀(国立がん研究センター中央病院大腸外科)

[SY1-1]

Oncological outcomes of robot-assisted surgery for locally advanced rectal cancer

Shoichi Manabe, 塩見 明生, 笠井 俊輔, 田中 佑典, 小嶋 忠浩, 井垣 尊弘, 森 千浩, 石黒 哲史, 髙嶋 祐助, 坂井 義博, 矢田部 悠介, 辻尾 元, 八尾 健太, 横山 希生人, 小林 尚樹, 山本 祥馬 (Division of Colon and Rectal Surgery, Shizuoka Cancer Center Hospital)

[SY1-2]

Treatment outcomes of total neoadjuvant therapy for locally advanced rectal cancer

Shoma Sasaki, 塚田 祐一郎, 山東 雅紀, 長谷川 寛, 池田 公治, 西澤 祐吏, 伊藤 雅昭 (National Cancer Center Hospital East, Department of Colorectal Surgery)

[SY1-3]

Treatment Outcomes of Locally Advanced Lower Rectal Cancer Treated with Preoperative Chemoradiotherapy: Toward Optimal Therapeutic Strategies Based on Recurrence Risk

Shigenobu Emoto, 野澤 宏彰, 佐々木 和人, 室野 浩司, 横山 雄一郎, 永井 雄三, 原田 有三, 品川 貴秀, 舘川 裕一, 岡田 聡, 白鳥 広志, 石原 聡一郎 (Department of Surgical Oncology, The University of Tokyo)

[SY1-4]

Prognostic utility of serial PET-CT in patients with locally advanced rectal cancer who underwent total neoadjuvant therapy

Mikio Kawamura[1], 家城 英治[1], 嶌村 麻生[1], 山下 真司[1], 今岡 裕基[1], 志村 匡信[1], 北嶋 貴仁[2], 奥川 喜永[2], 大北 喜基[1], 吉山 繁幸[1], 小林 美奈子[3], 大井 正貴[1], 問山 裕二[1] (1.Department of Gastrointestinal and Pediatric Surgery, Mie University, 2.三重大学ゲノム医療部, 3.三重大学先端的外科技術開発学)

[SY1-5]

Introduction to Total Neoadjuvant Therapy for Locally Advanced Rectal Cancer Based on Neoadjuvant Chemotherapy

Atsushi Ogura, 村田 悠記, 奥田 賢司, 前田 真吾, 尾入 保彰, 岸田 貴喜, 梅田 晋一, 服部 憲史, 水野 隆史, 中山 吾郎, 神田 光朗, 江畑 智希 (Division of Gatroenterological Surgery and Surgical OncologySurgery, Nagoya University Hospital)

[SY1-6]

Multicenter Prospective Phase II Trial of TNT Therapy for Locally Advanced Rectal Cancer: Long-Term Results of the ENSEMBLE-2 Trial

Tatsuya Kinjo[1], 賀川 義規[2,7], 渡邉 純[3,8], 安藤 幸滋[4], 植村 守[5], 奥谷 浩一[6], 西沢 佑次郎[7], 諏訪 雄亮[8], 藤本 禎明[9], 松橋 延壽[10], 伊澤 直樹[11], 武藤 理[12], 三代 雅明[2,6], 坂東 英明[13], 大庭 幸治[14], 吉野 孝之[13], 沖 英次[4] (1.University of the Ryukyus, Department of Digestive and General Surgery, 2.大阪国際がんセンター消化器外科, 3.関西医科大学下部消化管外科, 4.九州大学大学院消化器・総合外科, 5.大阪大学大学院消化器外科, 6.札幌医科大学消化器・総合，乳腺・内分泌外科, 7.大阪急性期・総合医療センター消化器外科, 8.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, 9.済生会福岡総合病院外科, 10.岐阜大学大学院消化器外科・小児外科, 11.聖マリアンナ医科大学腫瘍内科, 12.秋田赤十字病院, 13.国立がん研究センター東病院消化管内科, 14.東京大学大学院情報学環・学際情報学府)

[SY1-7]

Long-term outcomes and prediction of treatment response with ctDNA in multicenter prospective phase II trial of TNT therapy for locally advanced rectal cancer: ENSEMBLE-1

Masaaki Miyo[1], 賀川 義規[1], 渡邉 純[2], 安藤 幸滋[3], 植村 守[4], 諏訪 雄亮[5], 井上 彬[6], 西沢 佑次郎[7], 浜部 敦史[4], 波多 豪[4], 奥谷 浩一[8], 坂東 英明[9], 大庭 幸治[10], 吉野 孝之[9], 沖 英次[3] (1.Department of Gastroenterological Surgery, Osaka International

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Cancer Institute, 2.関西医科大学下部消化管外科学講座, 3.九州大学大学院消化器・総合外科, 4.大阪大学大学院消化器外科学, 5.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, 6.市立池田病院消化器外科, 7.大阪急性期・総合医療センター消化器外科, 8.札幌医科大学消化器・総合，乳腺・内分泌外科学講座, 9.国立がん研究センター東病院消化管内科, 10.東京大学大学院情報学環・学際情報学府)

[SY1-8]

Treatment Outcomes of Preoperative Chemoradiotherapy, Total Neoadjuvant Therapy, and Non-Operative Management

Toshiki Mukai, 野口 竜剛, 坂本 貴志, 松井 信平, 山口 智弘, 秋吉 高志 (Department of Gastroenterological surgery, Cancer Institute Hospital)

[SY1-SP]

特別発言

Masazumi Okajima (Kawahori Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Symposium

Fri. Nov 14, 2025 2:50 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:50 AM - 7:20 AM UTC Room 3

[VSY1] Video Symposium 1 (English Slide) ESD for Early Colorectal Cancer: Current Practice and Future Perspectives

司会：斎藤 豊(国立がん研究センター中央病院内視鏡科), 竹内 洋司(群馬大学医学部附属病院光学医療診療部)

[VSY1-1]

Current situation and the landscape of colorectal ESD with CT colonography

Hiroyuki Takamaru[1], 斎藤 豊[1], 水口 康彦[1], 豊嶋 直也[1], 山田 真善[1], 三宅 基隆[2] (1.National Cancer Center Hospital, 2.国立がん研究センター中央病院放射線診断科)

[VSY1-2]

Colorectal ESD for Challenging Cases Utilizing Traction Techniques - Striving for Zero Perforations -

Kouichi Nonaka (Department of Digestive Endoscopy, Tokyo Women's Medical University Hospital)

[VSY1-3]

Underwater colorectal endoscopic submucosal dissection without bleeding -Flushing Forced Method-

Hiromitsu Ban[1], 豊永 高史[2] (1.Department of Gastroenterology, Omi Medical Center, 2.神戸大学病院 消化器内科)

[VSY1-4]

Therapeutic results of colonic endoscopic submucosal dissection in elderly patients

Yuri Tomita[1], 吉田 直久[2], 小林 玲央[2], 井上 健[2], 稲田 裕[3], 稲垣 恭和[4] (1.Gastroenterology Kyotohakuaikai Hospital, 2.京都府立医科大学消化器内科, 3.京都第一赤十字病院消化器内科, 4.西陣病院消化器内科)

[VSY1-5]

Long-term outcomes after endoscopic submucosal dissection for T1 colorectal cancer: a real-world multicenter prospective study by the Hiroshima GI endoscopy research group

Takuro Hamada[1], 桑井 寿雄[2], 上垣内 由季[1], 実綿 倫宏[3], 永井 健太[4], 田中 友隆[5], 小野川 靖二[6], 岡信 秀治[7], 永田 信二[8], 吉田 成人[9], 國弘 真己[10], 平賀 裕子[11], 岡本 志郎[12], 岡 志郎[1] (1.Department of Gastroenterology, Hiroshima University Hospital, 2.広島大学病院消化器内視鏡医学講座, 3.中国労災病院消化器内科, 4.市立三次病院消化器内科, 5.JA広島総合病院消化器内科, 6.JA尾道総合病院消化器内科, 7.広島赤十字・原爆病院消化器内科, 8.広島市立北部医療センター安佐市民病院消化器内科, 9.呉医療センター・中国がんセンター内視鏡内科, 10.広島市民病院内科, 11.県立広島病院内視鏡内科, 12.呉共済病院消化器内科)

[VSY1-6]

Efficacy and safety of peranal endoscopic myectomy for lower rectal Lesions

Takashi Kanesaka, 安藤 徳晃, 東野 克温, 海陸 吉貴, 塙 悠佑, 平野 佑一, 伊藤 典明, 松山 和輝, 佃 頌敏, 森田 宗新, 田中 佳実, 加藤 穣, 吉井 俊輔, 山本 幸子, 東野 晃治, 上堂 文也, 道田 知樹, 石原 立 (Department of Gastrointestinal Oncology, Osaka International Cancer Institute)

[VSY1-7]

Effects of prophylactic clip closure versus non-closure following colorectal endoscopic submucosal dissection on delayed bleeding: A phase III multicenter randomized controlled trial (EPOC Trial)

Akihiro Miyakawa[1], 田丸 弓弦[2], 水本 健[2], 金沢 憲由[3], 内山 詩織[3], 前原 浩亮[4], 隅田 頼信[4], 中村 朗[1], 糸林 詠[1], 紫村 治久[1], 志村 謙次[1], 桑井 寿雄[2,5] (1.Department of Gastroenterology, Asahi General Hospital, 2.国立病院機構呉医療センター中国がんセンター 内視鏡内科, 3.労働者健康安全機構横浜労災病院 消化器内科, 4.北九州市立医療センター 消化器内科, 5.広島大学病院 消化器内視鏡医学講座)

[VSY1-8]

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Feasibility of aggressive endoscopic intervention for delayed perforation after colonic endoscopic resection

Yu Maruyama[1], 竹内 洋司[1], 都丸 翔太[2], 古市 望[1], 大島 啓一[1], 糸井 祐貴[1], 佐藤 圭吾[1], 田中 寛人[1], 保坂 浩子[1], 栗林 志行[1], 浦岡 俊夫[1] (1.Department of Gastroenterology and Hepatology, Gunma University Graduate School of Medicine, 2.前橋赤十字病院消化器内科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Symposium

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 6:20 AM UTC Room 8

[VSY2] Video Symposium 2 Robotic Colorectal Surgery: Current Status and Future

司会：絹笠 祐介(東京科学大学消化管外科学分野), 大塚 幸喜(藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学)

[VSY2-1]

Surgical outcomes of robotic surgery for colorectal cancer

Akio Shiomi, 眞部 祥一, 小嶋 忠浩, 笠井 俊輔, 田中 佑典, 井垣 尊弘, 森 千浩, 高嶋 祐助, 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 (Division of Colon and Rectal Surgery, Shizuoka Cancer Center)

[VSY2-2]

Current Status and Challenges of Robotic Colorectal Surgery

Hiroyasu Kagawa, 池田 晋太郎, 伊藤 望, 勝谷 俊介, 國本 真由, 後藤 佳名子, 中田 美佳, 西山 優, 三浦 竣助, 鳴海 絢, 原田 紡, 杉下 哲夫, 青柳 康子, 山本 雄大, 山内 慎一, 花岡 まりえ, 絹笠 祐介 (Department of Gastrointestinal Surgery, Institute of Science Tokyo)

[VSY2-3]

Robotic colorectal surgery evolves in response to changes in the surgical environment

Takashi Nonaka, 富永 哲郎, 井上 悠介, 髙村 祐磨, 山口 峻, 片山 宏己, 橋本 慎太郎, 山下 真理子 (Nagasaki University Graduate School, Department of Surgery, Colorectal Surgery)

[VSY2-4]

Current Status and Challenges of Colorectal Cancer Surgery Using the Domestic Surgical Robot hinotori^{TM} : Experience of 138 Cases and Short-term Outcomes Compared with Conventional Systems

Hidetoshi Katsuno[1,2], 諸原 浩二[1], 遠藤 智美[1], 中村 謙一[1], 松尾 一勲[1], 小出 哲也[1], 今中 孝[1], 久保 智裕[1], 榊原 直樹[1], 花井 恒一[2], 守瀬 善一[1] (1.Fujita Health University, Okazaki Medical Center, Department of Surgery, 2.藤田医科大学ばんたね病院)

[VSY2-5]

Cost and Clinical Outcomes of Robotic-Assisted Colectomy for Colon Cancer: A Cross-Platform Analysis of Four Systems

Tsutomu Kumamoto[1], 大塚 幸喜[2], 松本 航一[1], 近石 裕子[1], 辻村 和紀[1], 谷口 寛子[1], 上嶋 徳[1], 小林 陽介[1], 稲熊 岳[1], 大村 悠介[1], 廣 純一郎[1], 松岡 宏[1], 升森 宏次[1], 宇山 一朗[2], 須田 康一[1] (1.Fujita Health University, 2.藤田医科大学先端ロボット・内視鏡手術学講座)

[VSY2-6]

A New Surgical Technique for Rectal Cancer: Integration of the da Vinci SP System and taTME

Yasuhiro Ishiyama, 平能 康充, 芥田 荘平, 中西 彬人, 皆川 結明, 林 久志, 西 雄大, 藤井 能嗣, 椙田 浩文, 平沼 知加志 (Saitama Medical University International Medical Center)

[VSY2-7]

Robotic-Assisted Colorectal Surgery Using da Vinci SP and Xi: Current Status and Future Outlook

Yasutake Uchima, 鹿川 大二郎, 田中 裕人 (Department of Gastrointestinal Surgery, Chubu Tokushukai Hospital)

[VSY2-8]

Robot-assisted colorectal resection with consideration for appropriate operation time

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Ryo Inada, 中尾 真綾, 坂本 真也, 八木 朝彦, 井上 弘章, 三村 直毅, 吉岡 貴裕, 田渕 幹康, 高田 暢夫, 田村 周太, 上村 直, 徳丸 哲平, 岡林 雄大, 尾崎 和秀, 渋谷 祐一 (Department of Gastroenterological Surgery, Kochi Health Sciences Center)

[VSY2-SP]

特別発言

Tsunekazu Hanai (Advanced Robotic and Endoscopic Surgery, Fujita Health University Bantane Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD1-1]

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

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

[PD1-2]

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

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

[PD1-3]

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

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

[PD1-4]

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

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

[PD1-5]

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

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

[PD1-6]

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

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

[PD1-7]

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

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

[PD1-SP]

特別発言

Kotaro Maeda (Oume Imai Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD2-1]

Outcome of manual anal dilatation for anal fissures

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

[PD2-2]

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

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

[PD2-3]

V-Y Graft using plastic surgical technique for anal stenosis

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

[PD2-4]

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

Naoto Nishigori[1], 佐々木 義之[1], 錦織 ルミ子[1], 錦織 麻衣子[1], 尾原 伸作[2], 錦織 方人[1] (1.Nishigori Hospital, 2.国保中央病院外科)

[PD2-5]

Comprehensive Strategies for Anal Fissure Treatment at Tokorozawa Proctology Hospital

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

[PD2-6]

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

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

[PD2-7]

Treatment for anal fissures and anal stenosis

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

[PD2-SP]

特別発言

Toru Saito (HAKUHOKAI Osaka Central Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD3-1]

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

Satomi Furukawa, 新谷 裕美子, 井上 英美, 大城 泰平, 西尾 梨沙, 岡本 欣也, 山名 哲郎 (JCHO Tokyo Yamate Medical Center Coloproctology Center)

[PD3-2]

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

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

[PD3-3]

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

Ayumi Beniya, 佐井 佳世, 米本 昇平, 酒井 悠, 松島 小百合, 鈴木 佳透, 小菅 経子, 大島 隆一, 松村 奈緒美, 河野 洋一, 宋 江楓, 下島 裕寛, 岡本 康介, 國場 幸均, 宮島 伸宜, 黒水 丈次, 松島 誠 (Matsushima Hospital)

[PD3-4]

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

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

[PD3-5]

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

Naoto Nishigori[1], 佐々木 義之[1], 錦織 ルミ子[1], 錦織 麻衣子[1], 尾原 伸作[2], 錦織 方人[1] (1.Nishigori Hospital, 2.国保中央病院外科)

[PD3-6]

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

Katsuhisa Ohashi[1], 大橋 勝英[1], 佐々木 章公[2], 太田 和美[2], 北川 一智[2] (1.OHASHI Clinic, 2.十全総合病院)

[PD3-7]

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

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

[PD3-8]

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

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

[PD3-9]

Management for the Perianal Fistula with Crohn's Disease

Shota Takano (Coloproctology Center Takano Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

[PD3-10]

Efficacy of darvadstorocel for anal lesion in patuents with Crohn’s disease

Motoi Uchino[1], 堀尾 勇規[1], 桑原 隆一[1], 楠 蔵人[1], 長野 健太郎[1], 友尾 祐介[1], 野村 和徳[1], 木村 慶[2], 孫 知亨[2], 今田 絢子[2], 伊藤 一真[2], 福本 結子[2], 木場 瑞貴[2], 片岡 幸三[2], 池田 正孝[2], 池内 浩基[1] (1.Department of Gastroenterological Surgery, Hyogo Medical University, 2.兵庫医科大学消化器外科学講座下部消化管外科)

[PD3-11]

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

Kinya Okamoto[1], 水島 恒和[2], 池内 浩基[3], 梅澤 明弘[4], 田中 圭佑[5], 中野 晋[5] (1.Coloproctology Center, Tokyo Yamate Medical Center, 2.獨協医科大学外科学（下部消化管）講座, 3.兵庫医科大学消化器外科学炎症性腸疾患外科, 4.国立成育医療研究センター研究所, 5.武田薬品工業株式会社ジャパンメディカルオフィス)

[PD3-12]

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD4-1]

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

Koki Goto[1], 辰巳 健志[1], 黒木 博介[1], 中尾 詠一[1], 小原 尚[1], 木村 英明[2], 齋藤 紗由美[1], 荒井 勝彦[1], 小金井 一隆[1], 杉田 昭[1] (1.Yokohama Municipal Citizen's Hospital IBD Center, 2.横浜市立大学附属市民総合医療センター炎症性腸疾患センター外科)

[PD4-2]

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

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

[PD4-3]

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

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

[PD4-4]

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

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

[PD4-5]

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

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

[PD4-6]

Outcome of total proctocolectomy for refractory ulcerative colitis

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

[PD4-7]

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

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

[PD4-8]

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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

[PD4-SP]

特別発言

Kitaro Futami (Matsunaga Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Panel Discussion

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

[VPD1] Video Panel Discussion 1 (English Slide) Intracorporeal Anastomosis in Colon Cancer Surgery: Short- and Long-Term Outcomes

司会：松橋 延壽(岐阜大学外科学講座消化器外科・小児外科学分野), 塩見 明生(静岡がんセンター大腸外科)

[VPD1-1]

Short- and long-term outcomes of intracorporeal anastomosis for laparoscopic/robot-assisted colectomy for colon cancer

Yoshiro Itatani, 肥田 侯矢, 岡村 亮輔, 星野 伸晃, 小濵 和貴 (Department of Surgery, Kyoto University)

[VPD1-2]

Short- and Long-term Outcomes of Intracorporeal versus Extracorporeal Anastomosis in Laparoscopic/Robot-assisted Colectomy for Colon Cancer

Soichiro Natsume[1], 川崎 一生[1], 吉岡 佑一郎[1], 大井 悠[1], 大野 吏輝[1], 川合 一茂[2], 長嵜 寿矢[1], 福田 俊[1] (1.Saitama Cancer Center department of Gastroenterological Surgery, 2.がん・感染症センター都立駒込病院大腸外科)

[VPD1-3]

Comparison of Short- and Long-Term Outcomes Between Robotic-Assisted Extracorporeal and Intracorporeal Anastomosis for Colon Cancer: A Single-Center Study

Marie Hanaoka, 杉下 哲夫, 石原 慶, 鳴海 絢, 原田 紡, 伊藤 望, 勝谷 俊介, 西山 優, 池田 晋太郎, 國本 真由, 後藤 佳名子, 三浦 竣助, 青柳 康子, 山本 雄大, 山内 慎一, 賀川 弘康, 絹笠 祐介 (Department of Gastrointestinal Surgery Institute of Science Tokyo)

[VPD1-4]

Short- and mid-term outcomese of intracorporeal anastomosis by robot-assisted surgery for colon cancer

Yusuke Tanaka, 塩見 明生, 眞部 祥一, 笠井 俊輔, 小嶋 忠浩, 井垣 尊弘, 森 千浩, 髙嶋 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 (Division of Colon and Rectal Surgery, Shizuoka Cancer Center Hospital)

[VPD1-5]

Surgical Outcomes of Intracorporeal Anastomosis in Colon Cancer Surgery and the Advantages of Robotic Surgery at Our Institution

Hiroaki Kasashima[1], 福岡 達成[1,2], 小澤 慎太郎[1], 石館 武三[1], 米光 健[1], 西山 毅[1], 関 由季[1], 黒田 顕慈[1], 三木 友一朗[1], 吉井 真美[1], 田村 達郎[1], 渋谷 雅常[1], 豊川 貴弘[1], 前田 清[1] (1.Department of Gastroenterological Surgery, Osaka Metropolitan University Graduate School of Medicine, 2.大阪市立総合医療センター)

[VPD1-6]

Comparison of short- and mid-term outcomes between intracorporeal delta-shaped anastomosis and extracorporeal FEEA in colon cancer: a propensity score-matched snalysis

Tomoaki Okada[1], 上畑 恭平[2], 稲本 将[1], 野村 明成[1] (1.Osaka Red Cross Hospital, 2.京都大学消化管外科)

[VPD1-7]

Clinical Outcomes of Intracorporeal Functional End-to-End Anastomosis in Colon Cancer Surgery

Junichiro Hiro[1], 大塚 幸喜[2], 稲熊 岳[1], 隈本 力[1], 大村 悠介[1], 小林 陽介[1], 上嶋 徳[1], 谷口 寛子[1], 辻村 和紀[1], 近石 裕子[1], 升森 宏次[1], 宇山 一朗[2], 須田 康一[1] (1.Fujita Health University Department of Surgery, 2.藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学)

[VPD1-8]

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Short-term and long-term results of intracorporeal anastomosis for colon cancer

Gen Tomizawa, 塚本 俊輔, 田藏 昂平, 加藤 岳晴, 永田 洋士, 高見澤 康之, 森谷 弘乃介, 金光 幸秀 (National Cancer Center Hospital Colorectal surgery)

[VPD1-9]

Optimization of intracorporeal anastomosis in robotic surgery for right-sided colon cancer: clinical outcomes and advantages of fusion surgery

Yoshihiro Morimoto, 西沢 佑次郎, 橋本 雅弘, 加藤 伸弥, 畑 泰司, 明石 大輝, 進藤 美希, 横内 隆, 広田 将司, 古川 健太, 井上 彬, 宮崎 安弘, 友國 晃, 本居 正明, 藤谷 和正 (Osaka General Medical Center)

[VPD1-10]

Short-term Outcomes of Extracorporeal versus Intracorporeal Anastomosis in Robotic and Laparoscopic Surgery for Colon Cancer: A Secondary Analysis of the Randomized Controlled CONNECT Study

Junichi Mazaki[1], 諏訪 雄亮[2], 沼田 正勝[2], 太田 絵美[3], 諏訪 宏和[3], 有働 竜太郎[1], 石崎 哲央[1], Nakagawa Kazuya[4], 小澤 真由美[2], 浜部 敦士[5], 波多 豪[5], 植村 守[5], 渡邊 純[2,6] (1.Tokyo Medical University Department of Gastrointestinal and Pediatric surgery, 2.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, 3.横須賀共済病院外科, 4.横浜市立大学消化器・腫瘍外科, 5.大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学, 6.関西医科大学下部消化管外科学講座)

[VPD1-SP]

特別発言

Hirotoshi Hasegawa (Tokyo Dental College Ichikawa General Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:40 AM UTC Room 7

[VPD2] Video Panel Discussion 2 Limitations of Anal Fistula-Preserving Procedures: Recurrence, Delayed Healing, and Management

司会：岡本 欣也(東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター), 松田 聡(松田病院大腸肛門病センター肛門科)

[VPD2-1]

Sphincter sparing procedure with the avoid of refistulization from the primary opening - Subtotal fistulectomy and sliding anoderm flap -

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

[VPD2-2]

Surgical concept for preventing recurrence based on the tissue of recurrent anal fistula and recurrent perianal abscess

Takayoshi Utsunomiya[1], 八尾 隆史[2], 兼清 信介[1], 竹尾 幸子[3] (1.kanekiyo Surgical Clinic, 2.順天堂大学医学部人体病理病態学, 3.（一財）防府消化器病センター防府胃腸病院)

[VPD2-3]

Prolonged healing and recurrence post SIFT-IS for low transsphincteric anal fistula

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

[VPD2-4]

Changes in functional preservative surgery for anal fistula in our hospital

Yoshiyuki Suzuki, 宮島 伸宜, 黒水 丈次, 岡本 康介, 下島 裕寛, 國場 幸均, 松村 奈緒美, 宋 江楓, 河野 洋一, 紅谷 鮎美, 松島 小百合, 酒井 悠, 米本 昇平, 佐井 佳世, 松島 誠 (Matsushima Hospital)

[VPD2-5]

Issues and Solutions in Sphincter-Preserving Surgery Using Fistula Wall for Anterolateral Low Transsphincteric Anal Fistulas

Kenichi Komura (Komura Ano-proctology Clinic)

[VPD2-6]

Relapse cases of post anal deep fistulas

Tomojiro Ono, 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 (Osaka Central Hospital)

[VPD2-SP]

特別発言

Yoriyuki Tsuji (Coloproctology Center Takano Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 3

[WS1] Workshop 1 Use of AI in Clinical Practice for Colorectal Diseases

司会：岡 志郎(広島大学大学院医系科学研究科消化器内科学), 伊藤 雅昭(国立がん研究センター東病院大腸外科)

[WS1-1]

Development and validation of computer-aided detection for colorectal neoplasms using deep learning incorporated with computed tomography colonography

Shungo Endo[1], 永田 浩一[2], 歌野 健一[3], 野津 聡[4], 安田 貴明[5], 高林 健[6], 平山 眞章[7], 冨樫 一智[1], 大平 弘正[2] (1.Aizu Medical Center, Fukushima Medical University, 2.福島県立医科大学消化器内科, 3.福島県立医科大学会津医療センター放射線科, 4.埼玉県立がんセンター放射線科, 5.長崎県上五島病院放射線科, 6.斗南病院放射線科, 7.斗南病院消化器内科)

[WS1-2]

Analysis of colon polyp detection and diagnostic abilities of endoscopic AI in the new endoscopic system, EP-8000

Reo Kobayashi[1], 吉田 直久[1], 井上 健[1], 稲田 裕[2], 森永 友紀子[3], 稲垣 恭和[4] (1.Department of Molecular Gastroenterology and Hepatology, Kyoto Prefectural University of Medicine, Graduate School of Medical Science, 2.京都第一赤十字病院消化器内科, 3.京都府立医科大学附属病院病理診断科, 4.西陣病院消化器内科)

[WS1-3]

Development of computer-aided diagnostic systems focused on the JNET classifications for colorectal lesions

Shin Morimoto[1], 吉田 成人[2], 呉 泳飛[3], 小出 哲士[3], 玉木 徹[4], 網岡 祐生[1], 山根 大寛[1], 才野 正新[1], 濱田 拓郎[1], 上垣内 由季[1], 田中 秀典[1], 山下 賢[1], 岸田 圭弘[1], 桑井 寿雄[5], 岡 志郎[1] (1.Department of Gastroenterology, Hiroshima University Hospital, 2.呉医療センター・中国がんセンター内視鏡内科, 3.広島大学半導体産業技術研究所, 4.名古屋工業大学工学研究科情報工学専攻, 5.広島大学病院消化器内視鏡医学講座)

[WS1-4]

Development of a Predictive Model for Lateral Lymph Node Metastasis in Rectal Cancer Using Fast and Lightweight Automated Machine Learning (FLAML)

Hiroki Ohya[1], 小澤 真由美[1], 舩津屋 拓人[1], 田中 宗伸[1], 大坊 侑[1], 酒井 淳[1], 福岡 宏倫[1], 田 鍾寛[1], 諏訪 雄亮[2], 諏訪 宏和[3], 渡邉 純[4], 遠藤 格[1] (1.Department of Gastroenterological Surgery, Yokohama City University Graduate School of Medicine, 2.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, 3.横須賀共済病院外科, 4.関西医科大学下部消化管外科学講座)

[WS1-5]

Automatic lower abdominal nerve detection based on AI

Mikiko Ohashi, 岡林 剛史, 富田 祐輔, 門野 政義, 竹内 優志, 森田 覚, 茂田 浩平, 北川 雄光 (Keio University Hospital, Department of Surgery)

[WS1-6]

Development of AI Navigation Surgery for Laparoscopic Left-Sided Colorectal Cancer Surgery

Hidefumi Shiroshita[1], 藤田 隼輔[2], 長谷川 巧[2], 青山 佳正[2], 一万田 充洋[2], 蔀 由貴[2], 平塚 孝宏[3], 河野 洋平[2], 赤木 智徳[2], 二宮 繁生[2], 柴田 智隆[4], 上田 貴威[3], 衛藤 剛[5], 徳安 達士[6], 猪股 雅史[2] (1.Department of Advanced Medical Personnel Nurturing, Faculty of Medicine, Oita University, 2.大分大学医学部消化器・小児外科学講座, 3.大分大学医学部総合外科・地域連携学講座, 4.大分大学救命救急センター, 5.大分大学グローカル感染症研究センター, 6.福岡工業大・情報工学部情報システム工学科)

[WS1-7]

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Utilization of AI and DX in lower GI healthcare and challenges to be overcome

Norikatsu Miyoshi[1,2], 藤野 志季[1,2,3], 竹田 充伸[1], 関戸 悠紀[1], 波多 豪[1], 浜部 敦史[1], 荻野 崇之[1], 植村 守[1], 土岐 祐一郎[1], 江口 英利[1] (1.Gastroenterological Surgery, The University of Osaka, 2.大阪国際がんセンター, 3.市立伊丹病院)

[WS1-8]

Visualizing the emotions of patients after lower gastrointestinal surgery using facial expression analysis AI

Naoko Inanobe[1], 小川 久貴子[1], 谷 公孝[2], 前田 文[2], 腰野 蔵人[2], 二木 了[2], 金子 由香[2], 番場 嘉子[2], 小川 真平[2], 山口 茂樹[2] (1.Tokyo Women's Medical University, 2.東京女子医科大学消化器,一般外科, 3.マクセル株式会社, 4.早稲田大学理工学術院, 5.東京ネクスト南砂内科・透析クリニック, 6.立正大学)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Workshop

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:40 AM UTC Room 8

[VWS1] Video Workshop 1 Achieving Mastery in Robotic Surgery: The Path to Certification

司会：竹政 伊知朗(大阪国際メディカル&サイエンスセンター消化器外科), 長谷川 傑(福岡大学消化器外科)

[VWS1-1]

Robot-Assisted Colorectal Cancer Surgery Education: A Comparative Study of Short-Term Outcomes in Robot-Assisted Colorectal Cancer Surgery by Proctors and Junior Surgeons

Yushi Yamakawa, 加藤 潤紀, 浅井 宏之, 加藤 瑛, 鈴木 卓弥, 牛込 創, 高橋 広城, 瀧口 修司 (Gastroenterological Surgery, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences)

[VWS1-2]

Robotic colorectal cancer surgery education for the endoscopic surgical skill qualification system

Shunsuke Kasai, 塩見 明生, 眞部 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, 髙嶋 祐助, 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 (Shizuoka Cancer Center)

[VWS1-3]

Solo Robotic-Assisted Sigmoid Colectomy for Endoscopic Surgical Skill Qualification

Sohei Akuta, 石山 泰寛, 皆川 結明, 中西 彬人, 林 久志, 西 雄介, 藤井 能嗣, 石井 利昌, 椙田 浩文, 平沼 知加志, 平能 康充 (Department of Gastroenterological Surgery, Saitama Medical University International Medical Center)

[VWS1-4]

Obtaining laparoscopic technical certification by using the Hugo Ras System

Daisuke Tomita[1], 的場 周一郎[1,2], 前田 裕介[1], 平松 康輔[1], 岡崎 直人[1], 福井 雄大[1], 花岡 裕[1], 戸田 重夫[1], 上野 雅資[1], 黒柳 洋弥[1] (1.Toranomon Hospital, 2.東邦大学医療センター大森病院消化器センター外科)

[VWS1-5]

Efforts toward technical certification for robot-assisted surgery at our hospital

Manabu Maebashi[1], 小澤 真由美[1], 田中 宗伸[2], 工藤 孝迪[1], 大矢 浩貴[2], 藤原 淑恵[2], 森 康一[1], 田 鍾寛[2], 諏訪 雄亮[1], 沼田 正勝[1], 諏訪 宏和[3], 佐藤 勉[1], 渡邉 純[2,4], 遠藤 格[2] (1.Department of Surgery, Gastroenterological Center, Yokohama City University Medical Center, 2.横浜市立大学医学部消化器・腫瘍外科学, 3.横須賀共済病院外科, 4.関西医科大学下部消化管外科)

[VWS1-6]

Efforts to pass the endoscopic surgical skill qualification system for robot-assisted surgery at our center

Masahiro Hashimoto, 西沢 佑次郎, 加藤 伸弥, 森本 祥悠, 畑 泰司, 明石 大輝, 進藤 美希, 横内 隆, 広田 将司, 古川 健太, 宮﨑 安弘, 友國 晃, 本告 正明, 藤谷 和正 (Osaka General Medical Center, Department of Gastroenterological Surgery)

[VWS1-7]

A Multi-Institutional Initiative Aimed at Efficient Education and Certification in Robot-Assisted Colorectal Cancer Surgery

Mamoru Uemura, 竹田 充伸, 関戸 悠紀, 波多 豪, 浜部 敦史, 荻野 崇之, 三吉 範克, 土岐 祐一郎, 江口 英利 (Department of Gastroenterological Surgery, The University of Osaka)

[VWS1-8]

Efforts Towards Obtaining Technical Certification in Robotic-Assisted Colorectal Surgery

Yudai Yamamoto, 池田 晋太郎, 勝谷 俊介, 中田 美佳, 西山 優, 鳴海 絢, 原田 紡, 杉下 哲夫, 青柳 康子, 花岡 マリエ, 山内 慎一, 賀川 弘康, 絹笠 祐介 (Institute of Science Tokyo, Department of Gastroenterology)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

[VWS1-SP]

特別発言

Junji Okuda (MI & Robot Surgery Center, Toyonaka Keijinkai Hospital)

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:25 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:25 AM UTC Room 4

[R1] 要望演題 1 痔核手術における複合的アプローチ

座長：寺田 俊明(医療法人社団俊和会寺田病院大腸肛門科), 畑 嘉高(畑肛門医院)

[R1-1]

痔核に対する結紮切除術を中心とした複合的アプローチ

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

[R1-2]

痔核に対するALTA with mucopexyの成績

角田 明良 (安房地域医療センター外科)

[R1-3]

痔核の手術における針の工夫

谷村 修, 荒木 靖三, 別府 理智子, 平瀬 りさこ (福西会病院大腸肛門科)

[R1-4]

内痔核に対する新たな治療法としてのESDの可能性

網岡 祐生[1], 田中 秀典[1,2], 田丸 弓弦[2], 朝山 直樹[2], 河野 友彦[2], 桑井 寿雄[2], 平賀 裕子[2], 永田 信ニ[2], 國弘 真己[2], 岡 志郎[1,2] (1.広島大学病院消化器内科, 2.広島消化管内視鏡リサーチグループ)

[R1-5]

産婦人科医による痔核治療の手技と治療成績

森本 翔太 (エム産婦人科外科クリニック)

[R1-6]

肛門疾患における自己撮影の有用性と課題 〜自身の経験を通した撮影の工夫と提案〜

那須 聡果 (ウィメンズクリニック浦和)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 9:25 AM - 10:25 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 12:25 AM - 1:25 AM UTC Room 4

[R2] 要望演題２症例報告：稀な大腸疾患

座長：小池 淳一(辻仲病院柏の葉消化器外科), 諏訪 宏和(横須賀共済病院外科)

[R2-1]

淡明細胞型腎細胞癌に腫瘍内転移をきたした上行結腸癌の1例

豊福 篤志, 櫻井 晶子, 伊波 悠吾, 本田 晋策, 村山 良太, 北原 光太郎, 黒田 宏昭, 崎田 健一, 永田 直幹 (北九州総合病院)

[R2-2]

上行結腸狭窄を呈し急速な経過を辿ったGroove膵癌の1例

塩崎 翔平[1,3], 小野 紘輔[2], 倉吉 学[2], 中原 雅浩[2] (1.JA吉田総合病院外科, 2.JA尾道総合病院外科, 3.広島大学消化器・移植外科)

[R2-3]

狭窄を伴うS状結腸転移を示した乳腺浸潤性小葉癌の１例

山本 匠[1,2], 福長 洋介[1], 北川 祐資[1], 三木 弥範[1], 上原 広樹[2], 井 翔一郎[2], 山田 典和[2], 五十嵐 優人[2], 萩原 千恵[2], 小林 壽範[2], 森 至弘[2], 渡邉 純[2] (1.関西医科大学総合医療センター, 2.関西医科大学附属病院)

[R2-4]

当院におけるHIV感染合併肛門扁平上皮癌7例の検討

宇野 泰朗, 服部 正嗣, 羽田 拓史, 袴田 紘史, 梅村 卓磨, 田中 健太, 冨永 奈沙, 田嶋 久子, 多代 充, 末永 雅也, 小寺 泰弘 (国立病院機構名古屋医療センター)

[R2-5]

潰瘍性大腸炎根治術後の難治性回腸嚢瘻より生じた回腸嚢癌の1例

志村 匡信[1], 大北 喜基[1], 北嶋 貴仁[1,2], 家城 英治[1], 嶌村 麻生[1], 天白 成[1], 山下 真司[1], 今岡 裕基[1], 川村 幹雄[1], 奥川 喜永[1,2], 浦谷 亮[1], 市川 崇[1,3], 安田 裕美[1], 吉山 繁幸[1], 小林 美奈子[1,3], 大井 正貴[1], 湯淺 博登[4], 今井 裕[4], 問山 裕二[1] (1.三重大学大学院医学系研究科消化管小児外科学, 2.三重大学医学部附属病院ゲノム診療科, 3.三重大学大学院医学系研究科先端的外科技術開発学, 4.三重大学医学部附属病院病理診断科)

[R2-6]

大腸狭窄と大腸穿孔で診断された２例のEpstein–Barr virus陽性mucocutaneous ulcer(EBV-MCU)の報告

嶋田 通明, 森川 充洋, 五井 孝憲 (福井大学第一外科)

[R2-7]

大腸疾患における形成外科とのコラボレーション手術、８症例の経験

吉満 政義, 澤田 紘幸, 中野 敢友, 谷口 文崇, 荒谷 滉亮, 川内 真, 井上 貴裕, 荒木 悠太郎, 濱崎 友洋, 山口 真治, 加藤 大貴, 吉本 匡志, 真島 宏聡, 桂 佑貴, 石田 道拡, 佐藤 太祐, 吉田 龍一, 丁田 泰宏, 白川 靖博, 松川 啓義 (広島市立広島市民病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 10:25 AM - 11:15 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:25 AM - 2:15 AM UTC Room 4

[R3] 要望演題３痔核術後合併症

座長：樽見 研(札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック肛門外科), 鉢呂 芳一(くにもと病院肛門外科)

[R3-1]

出血性痔核治療１週間後に多発性肝膿瘍を来たした１例

高嶋 吉浩, 斎藤 健一郎, 宗本 義則 (福井県済生会病院外科)

[R3-2]

痔核術後合併症における創部感染の検討

小菅 経子, 佐井 佳世, 米本 昇平, 酒井 悠, 松島 小百合, 鈴木 佳透, 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 (松島病院大腸肛門病センター)

[R3-3]

肛門手術後排尿障害における回復遅延因子の検討

宮原 悠三[1], 有田 宗史[1], 下地 信[1], 山田 恭子[2], 東 博[1] (1.宇都宮肛門・胃腸クリニック, 2.山田医院)

[R3-4]

ALTA療法後の再発痔核に対して当院で施行した結紮切除術の検討

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

[R3-5]

痔核術後合併症の検討 ―11,222例の解析―

坪本 敦子, 指山 浩志, 堤 修, 黒崎 剛史, 城後 友望子, 鈴木 綾, 高野 竜太朗, 川西 輝貴, 中山 洋, 安田 卓, 小池 淳一, 浜畑 幸弘 (辻仲病院柏の葉大腸肛門外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 6

[R4] 要望演題 4 直腸脱の低侵襲手術

座長：國場 幸均(松島病院大腸肛門病センター), 岡本 亮(医療法人信和会明和病院)

[R4-1]

当科における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸後方メッシュ固定術の成績

藤井 敏之, 硲 彰一, 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)

[R4-2]

直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の短期・中期成績

大島 隆一[1], 國場 幸均[2], 宮島 伸宜[2], 松島 小百合[2], 紅谷 鮎美[2], 佐井 佳世[2], 米本 昇平[2], 酒井 悠[2], 鈴木 佳透[2], 小菅 経子[2], 松村 奈緒美[2], 河野 洋一[2], 宋 江楓[2], 下島 裕寛[2], 岡本 康介[2], 黒水 丈次[2], 松島 誠[2], 四万村 司[1], 民上 真也[3] (1.川崎市立多摩病院消化器・一般外科, 2.松島病院大腸肛門病センター肛門科, 3.聖マリアンナ医科大学病院消化器・一般外科)

[R4-3]

腹腔鏡下直腸前方固定術+仙骨膣固定術(LVR＋LSC)の手術成績

鈴木 優之[1,2], 浜畑 幸弘[1], 鈴木 綾[1], 赤木 一成[1] (1.辻仲病院柏の葉大腸肛門科, 2.前田病院)

[R4-4]

直腸脱に対する腹腔鏡下直腸つり上げ固定手術の低侵襲化の工夫と治療成績

梅谷 直亨, 田村 徳康, 寺西 宣央, 代永 和秀, 箱﨑 智樹, 園田 寛道 (河北総合病院消化器一般外科)

[R4-5]

骨盤臓器脱を合併する直腸脱への当院の治療戦略

松木 豪志[1], 岡本 亮[1], 一瀬 規子[1], 古出 隆大[2], 中島 隆善[2], 仲本 嘉彦[2], 柳 秀憲[2] (1.明和病院骨盤底臓器脱センター, 2.明和病院外科)

[R4-6]

Laparoscopic Ventral Rectopexy 術後の骨盤底の変化-経会陰超音波による検討

加藤 健宏, 高橋 知子, 草薙 洋, 宮崎 彰成, 本城 弘貴, 青木 沙弥佳 (亀田総合病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 6

[R5] 要望演題 5 閉塞性大腸癌の治療1

座長：斉田 芳久(東邦大学医療センター大橋病院外科), 藤井 正一(湘南鎌倉総合病院外科)

[R5-1]

閉塞性大腸癌に対する周術期アプローチの変遷と治療成績改善に関する検討

日吉 雅也, 鈴木 真美, 深井 隆弘, 長谷川 由衣, 寺井 恵美, 木谷 嘉孝, 浦辺 雅之, 森園 剛樹, 渡辺 俊之, 橋口 陽二郎 (大森赤十字病院外科)

[R5-2]

当院での閉塞性結腸癌に対するＳＥＭＳ留置の短期的および長期的成績

多加喜 航, 松本 辰也, 藤木 博, 小泉 範明 (明石市立市民病院外科)

[R5-3]

内視鏡通過不能右側結腸癌における術前SEMS留置の有用性と短期・中期成績に関する検討

北村 洋[1], 辻仲 眞康[1], 三浦 智也[1], 初沢 悠人[1], 山家 研一郎[2], 澤田 健太郎[1], 桜井 博仁[2], 三田村 篤[1], 日景 允[1], 高見 一弘[2], 近藤 典子[2], 山本 久仁治[2], 中野 徹[1], 片寄 友[2], 柴田 近[1] (1.東北医科薬科大学病院消化器外科, 2.東北医科薬科大学病院肝胆膵外科)

[R5-4]

閉塞性大腸癌に対する術前ステント留置（Bridge to Surgery：BTS）症例の術後合併症発生リスク因子の検討

矢那瀬 拓哉[1], 吉敷 智和[1], 麻生 喜祥[1], 飯岡 愛子[1], 若松 喬[1], 本多 五奉[1], 片岡 功[2], 礒部 聡史[1], 代田 利弥[1], 中山 快貴[1], 後藤 充希[1], 須並 英二[1] (1.杏林大学医学部付属病院下部消化管外科, 2.杏林大学医学部付属杉並病院消化器・一般外科)

[R5-5]

閉塞性大腸癌に対するBridge to Surgery（BTS）の長期成績と再発様式の検討

久戸瀬 洋三, 河本 知樹, 廣部 雅臣, 真鍋 裕宇, 福田 雄介, 大竹 弘泰, 實近 侑亮, 加藤 弘記, 細田 洋平, 金 浩敏, 土屋 康紀, 西 敏夫, 小川 淳宏, 森 琢児, 丹羽 英記, 小川 稔 (多根総合病院外科)

[R5-6]

大腸癌化学療法中のステント治療は安全性か？

花畑 憲洋[1], 五十嵐 昌平[1,2], 高 昌良[1,2], 前田 高人[1,2], 福徳 友香理[1,2], 菊池 諒一[1,2], 島谷 孝司[1,2], 沼尾 宏[1], 村田 暁彦[3], 棟方 正樹[1] (1.青森県立中央病院消化器内科, 2.弘前大学大学院医学研究科消化器血液内科学講座, 3.青森県立中央病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 6

[R6] 要望演題 6 閉塞性大腸癌の治療2

座長：宮倉 安幸(栃木県立がんセンター大腸骨盤外科、がん予防・遺伝カウンセリング科), 落合 大樹(帝京大学医学部外科学講座)

[R6-1]

閉塞性大腸癌に対する治療戦略

島田 麻里, 綿貫 誠也, 吉川 琢馬, 高橋 環, 吉川 侑吾, 大江 準也, 片野 薫, 岩城 吉孝, 美並 輝也, 金本 斐子, 奥田 俊之, 前田 一也, 宮永 太門, 二宮 致, 道傳 研司 (福井県立病院外科)

[R6-2]

閉塞性大腸癌に対する当院での治療戦略と課題

腰野 蔵人, 前田 文, 谷 公孝, 番場 嘉子, 金子 由香, 二木 了, 小川 真平, 山口 茂樹 (東京女子医科大学病院消化器・一般外科)

[R6-3]

閉塞性大腸癌の予後因子の検討

古屋 一茂, 渡邊 英樹 (山梨県立中央病院消化器外科)

[R6-4]

StageIV閉塞性大腸癌の減圧における治療戦略

藤田 悠司, 小川 聡一朗, 栗生 宜明, 大辻 英吾 (京都第一赤十字病院消化器外科)

[R6-5]

StageIV閉塞性大腸癌の治療方針と成績

笠島 浩行, 下國 達志, 三國 夢人 (市立函館病院消化器外科)

[R6-6]

切除不能遠隔転移を有する閉塞性大腸癌の治療方針の検討

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 9

[R7] 要望演題 7 高齢者大腸癌の治療1

座長：中原 雅浩(JA尾道総合病院外科・内視鏡外科), 安井 昌義(関西労災病院下部消化器外科)

[R7-1]

高齢者大腸癌手術患者の治療方針と術後成績

植田 吉宣, 齊藤 修治, 宮島 綾子, 佐々木 一憲, 江間 玲, 平山 亮一, 大塚 亮, 白井 孝之 (横浜新緑総合病院)

[R7-2]

ASA-PS3以上の高齢者に対する大腸癌手術の治療成績

田中 宗伸[1], 田 鍾寛[1], 小金井 雄太[1], 紫葉 裕介[2], 工藤 孝迪[2], 大矢 浩貴[1], 鳥谷 健一郎[3], 藤原 淑恵[1], 前橋 学[2], 森 康一[2], 諏訪 雄亮[2], 小澤 真由美[2], 諏訪 宏和[4], 舩津屋 拓人[1], 大坊 侑[4], 渡邉 純[5], 遠藤 格[1] (1.横浜市立大学消化器腫瘍外科学, 2.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, 3.横浜市立大学附属市民総合医療センター炎症性腸疾患センター, 4.横須賀共済病院外科, 5.関西医科大学下部消化管外科学講座)

[R7-3]

90歳以上の超高齢者に対する大腸癌切除症例の短期成績

小林 成行, 武田 正, 吉田 亮介, 葉山 牧夫, 宇野 太, 河合 央, 山下 和城, 石崎 雅浩 (岡山労災病院外科)

[R7-4]

90歳以上の超高齢者における大腸癌手術治療の検討

益永 あかり, 岡 詠吾, 野坂 未公音, 佐藤 真歩, 大倉 友博, 鳩野 みなみ, 小川 俊博, 堀 直人, 渡邉 めぐみ, 荒田 尚, 勝田 浩, 田中屋 宏爾, 青木 秀樹 (国立病院機構岩国医療センター)

[R7-5]

高齢者大腸癌患者に対するロボット支援直腸切除術の短期治療成績

加藤 伸弥, 西沢 佑次郎, 橋本 雅弘, 森本 祥悠, 畑 泰司, 横内 隆, 広田 将司, 古川 健太, 宮崎 安弘, 友國 晃, 本告 正明, 藤谷 和正 (大阪急性期・総合医療センター消化器外科)

[R7-6]

術後入院期間から見た後期高齢者に対する大腸切除術の現状

田中 慶太朗, 大住 渉, 駕田 修史, 堀口 晃平, 山川 拓也, 川口 佳奈子, 矢子 昌美 (市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

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

[R8] 要望演題 8 高齢者大腸癌の治療2

座長：野澤 慶次郎(帝京大学医学部付属病院・外科), 宮本 裕士(熊本大学病院消化器外科)

[R8-1]

当院における高齢者大腸癌手術症例の検討

佐々木 恵, 江澤 瞭, 松永 史穂, 坂野 正佳, 山下 大和, 田澤 美也子, 石井 武, 海藤 章郎, 光法 雄介, 伊東 浩次 (土浦協同病院消化器外科)

[R8-2]

当院における高齢者pStageII, III大腸癌に対する治療成績の検討

白石 謙介, 古屋 信二, 樋口 雄大, 松岡 宏一, 高橋 和徳, 出雲 渉, 齊藤 亮, 丸山 傑, 庄田 勝俊, 河口 賀彦, 雨宮 秀武, 川井田 博允, 市川 大輔 (山梨大学医学部外科学講座第１教室)

[R8-3]

高齢者pStageIII大腸癌患者に対する術後補助化学療法の検討

小金井 雄太[1], 田 鍾寛[1], 山本 峻也[2], 柴葉 裕介[3], 田中 宗伸[1], 工藤 孝迪[3], 大矢 浩貴[1], 前橋 学[3], 鳥谷 建一郎[2], 藤原 淑恵[1], 森 康一[3], 諏訪 雄亮[3], 小澤 真由美[3], 諏訪 宏和[4], 渡邉 純[3,5], 遠藤 格[1] (1.横浜市立大学消化器・腫瘍外科学, 2.横浜市立大学附属市民総合医療センター炎症性腸疾患センター, 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外科, 4.横須賀共済病院外科, 5.関西医科大学下部消化管外科学講座)

[R8-4]

80歳以上の大腸癌手術症例における他臓器合併切除の検討

近藤 宏佳, 大塚 英男, 宮崎 遼, 柳橋 進, 宅間 邦雄, 森田 泰弘 (東京都立多摩総合医療センター)

[R8-5]

高齢者に対する他臓器合併切除を要するcT4b結腸癌に対する腹腔鏡下手術の短期・長期成績についての検討

武田 泰裕, 小菅 誠, 後藤 圭佑, 月原 秀, 鎌田 哲平, 阿部 正, 高野 靖大, 大熊 誠尚, 衛藤 謙 (東京慈恵会医科大学外科学講座消化管外科)

[R8-6]

高齢ハイリスク大腸癌患者の当院における手術治療成績

中西 彬人, 石山 泰寛, 藤井 能嗣, 林 久志, 西 雄介, 皆川 結明, 芥田 荘平, 椙田 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消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:10 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:10 AM UTC Room 9

[R9] 要望演題 9 高齢者大腸癌の治療3

座長：塩澤 学(神奈川県立がんセンター消化器外科), 肥田 侯矢(京都大学消化管外科)

[R9-1]

75歳以上の術前リンパ節転移陽性大腸癌患者におけるリンパ節郭清範囲の検討

岩瀬 友哉[1], 阪田 麻裕[1], 杉原 守[1], 高木 徹[1], 立田 協太[1], 杉山 洸裕[1], 赤井 俊也[1], 深澤 貴子[2], 竹内 裕也[1] (1.浜松医科大学附属病院外科学第二講座, 2.磐田市立総合病院外科)

[R9-2]

大腸癌手術において80歳以上高齢者は術後在院期間延長の危険因子になるか

小山 基, 北村 謙太, 中村 公彦, 諏訪 達志 (柏厚生総合病院消化器外科)

[R9-3]

高齢者大腸癌手術症例において”change frail”が予後に与える影響

岩本 博光, 松田 健司, 田村 耕一, 三谷 泰之, 中村 有貴, 堀 雄哉, 下村 和輝, 上田 勝也, 阪中 俊博, 田宮 雅人, 兵 貴彦, 川井 学 (和歌山県立医科大学第２外科)

[R9-4]

85歳以上大腸癌患者における低骨格筋量と術後成績の検討

阿部 真也[1,2], 野澤 宏彰[1], 佐々木 和人[1], 室野 浩司[1], 江本 成伸[1], 横山 雄一郎[1], 永井 雄三[1], 原田 有三[1], 品川 貴秀[1], 舘川 裕一[1], 岡田 聡[1], 白鳥 広志[1], 石原 聡一郎[1] (1.東京大学腫瘍外科, 2.同愛記念病院)

[R9-5]

大腸癌細胞におけるAngiopoietin-like protein 2発現と他疾患死の関連

堀野 大智[1,2], 堀口 晴紀[2], 門松 毅[2], 秋山 貴彦[1], 有馬 浩太[1], 小川 克大[1], 日吉 幸晴[1], 宮本 裕士[1], 岩槻 政晃[1], 尾池 雄一[2] (1.熊本大学大学院消化器外科学, 2.熊本大学大学院分子遺伝学)

[R9-6]

大腸癌診療における三浦市立病院の役割について

澤﨑 翔[1], 和田 博雄[1], 大倉 拓[1], 内山 護[2], 渥美 陽介[2], 加藤 綾[2], 風間 慶祐[2], 沼田 幸司[3], 沼田 正勝[3], 湯川 寛夫[2], 齋藤 綾[2], 小澤 幸弘[1] (1.三浦市立病院外科, 2.横浜市立大学外科治療学, 3.横浜市立大学市民総合医療センター消化器病センター外科)

[R9-7]

大腸癌におけるクリニカルパスを用いた周術期管理の安全性と入院医療費の検討

塚本 史雄, 林 祐美子, 中田 豊, 岩田 乃理子, 遠藤 晴久, 荻谷 一男, 中島 康晃, 高橋 定男 (江戸川病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

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

[R10] 要望演題 10 LARS

座長：小山 文一(奈良県立医科大学消化器・総合外科), 清水 浩紀(京都府立医科大学消化器外科)

[R10-1]

直腸がんにおけるLow Anterior Resection Syndromeの発症予測因子と直腸肛門内圧との関連についての検討

林 理絵[1,2], 三吉 範克[1,2], 藤野 志季[2], 関戸 悠紀[1], 竹田 充伸[1], 波多 豪[1], 浜部 敦史[1], 荻野 崇之[1], 植村 守[1], 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学, 2.大阪国際がんセンターがん医療創生部)

[R10-2]

当科での直腸切除術後における低位前方切除後症候群（LARS）増悪リスク因子および直腸肛門内圧の検討

松本 圭太, 大熊 祐輔, 鷹羽 律紀, 横山 亜也奈, 横井 亮磨, 水谷 千佳, 浅井 竜一, 田島 ジェシー雄, 藤林 勢世, 近石 和花菜, 三井 範基, 洞口 岳, 畑中 勇治, 深田 真宏, 安福 至, 佐藤 悠太, 田中 善宏, 村瀬 勝俊, 松橋 延壽 (岐阜大学医学部附属病院消化器外科)

[R10-3]

直腸癌術後の長期的排便機能障害の後方視的検討

南原 翔[1,2], 松井 信平[1], 野口 竜剛[1], 坂本 貴志[1], 向井 俊貴[1], 山口 智弘[1], 秋吉 高志[1] (1.がん研究会有明病院大腸外科, 2.九州大学病院消化器・総合外科)

[R10-4]

低位前方切除後症候群に対する薬物療法の効果に関する検討

本間 祐子, 味村 俊樹, 太田 学, 松本 理沙, 利府 数馬, 熊谷 祐子, 伊藤 誉, 鯉沼 広治, 山口 博紀 (自治医科大学消化器一般移植外科)

[R10-5]

当科における直腸癌経肛門吻合術後に対する経肛門洗腸（transanal irrigation：TAI）の検討

甲田 貴丸[1,2], 船橋 公彦[1,3], 牛込 充則[1], 金子 奉暁[1], 鏡 哲[1], 鈴木 孝之[1], 長嶋 康雄[1], 三浦 康之[1], 渡邉 健太郎[1], 的場 周一郎[1] (1.東邦大学医療センター大森病院消化器外科, 2.甲田医院, 3.横浜総合病院消化器外科)

[R10-6]

術前から開始するLARS診療の有用性と課題：地域連携による包括的介入の後方視的検討

秋月 恵美[1,2], 奥谷 浩一[2], 豊田 真帆[2], 岡本 行平[2], 石井 雅之[2], 佐藤 綾[1], 鈴木 崇史[1], 西尾 昭彦[1], 石山 勇司[1], 石山 元太郎[1] (1.札幌いしやま病院, 2.札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野)

[R10-7]

YouTubeを用いた低位前方切除後症候群（LARS）に関する情報提供の取り組み

榎本 浩也[1], 佐藤 正美[2], 秋月 恵美[3], 仕垣 隆浩[4], 磯上 由美[5] (1.国際医療福祉大学病院消化器外科, 2.東京慈恵会医科大学医学部看護学科, 3.札幌医科大学消化器・総合，乳腺・内分泌外科学講座/札幌いしやま病院, 4.久留米大学医学部外科講座, 5.フリーランス皮膚・排泄ケア認定看護師)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC Room 4

[R11] 要望演題 11 大腸穿孔症例の治療

座長：石塚 満(獨協医科大学下部消化管外科), 上田 和毅(近畿大学医学部外科)

[R11-1]

当院における大腸憩室穿孔に対する手術適応、術式および治療成績に関する検討

熊野 健二郎, 三谷 嘉史, 島原 実理, 延永 裕太, 赤井 正明, 杭瀬 崇, 丸山 昌伸, 松村 年久, 山野 寿久, 高木 章司, 池田 英二 (岡山赤十字病院消化器外科)

[R11-2]

大腸憩室炎に対する手術治療のベストプラティスを考える

近藤 圭策, 天上 俊之, 河合 功, 波多邊 繁, 杉 朋樹, 中田 英二 (鳳胃腸病院外科)

[R11-3]

大腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対する腹腔鏡下手術の検討

本庄 優衣, 虫明 寛行, 澤井 悠樹, 福田 桃子, 村田 光隆, 小林 圭, 朱 美和, 平井 公也, 笠原 康平, 有坂 早香, 土田 知史, 上田 倫夫, 長谷川 誠司 (済生会横浜市南部病院外科)

[R11-4]

大腸憩室に伴うS状結腸膀胱瘻に対する手術治療成績

諏訪 宏和[1], 大坊 侑[1], 田 鐘寛[3], 諏訪 雄亮[2], 小澤 真由美[2], 大田 洋平[1], 野尻 和典[1], 小野 秀高[1], 吉田 謙一[1], 熊本 宜文[1] (1.横須賀共済病院外科, 2.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, 3.横浜市立大学消化器・腫瘍外科学)

[R11-5]

当科における膀胱瘻合併大腸憩室炎手術の変遷

原田 岳, 川村 崇文, 諫見 恵理, 小山 夏樹, 一瀬 健太, 河西 怜, 井田 進也, 大菊 正人, 田村 浩章, 稲葉 圭介, 落合 秀人 (浜松医療センター消化器外科)

[R11-6]

下部消化管穿孔性腹膜炎に対する開腹ハルトマン手術後のハルトマンリバーサル手術の検討

上嶋 徳[1], 大塚 幸喜[2], 隈本 力[1], 松本 航一[1], 川瀬 貴久[1], 近石 裕子[1], 辻村 和紀[1], 谷口 寛子[1], 小林 陽介[1], 稲熊 岳[1], 大村 悠介[1], 廣 純一郎[1], 升森 宏次[1] (1.藤田医科大学医学部総合消化器外科, 2.藤田医科大学先端ロボット・内視鏡手術学)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:15 AM UTC Room 4

[R12] 要望演題 12 直腸脱の治療

座長：高橋 知子(亀田総合病院消化器外科), 相川 佳子(Aicoレディースクリニック)

[R12-1]

当院における経会陰的直腸脱手術Delorme法の手技と治療成績の検討

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

[R12-2]

直腸脱に対する腹腔鏡下Wells変法直腸固定術

和田 聡朗, 北堀 魁常, 立津 捷斗, 高木 秀和, 中右 雅之, 宇山 直樹 (岸和田市民病院外科)

[R12-3]

当院における直腸脱治療の比較

藤森 正彦[1], 中塚 博文[2], 先本 秀人[2], 小川 尚之[2] (1.呉市医師会病院大腸肛門病センター大腸・肛門外科, 2.呉市医師会病院大腸肛門病センター外科)

[R12-4]

手術成績からみた直腸脱術式の検討

緒方 俊二, 鮫島 隆志, 鮫島 加奈子, 江藤 忠明, 長友 俊郎, 山元 由芙子, 山下 芳恵, 前田 裕之, 吉元 崇文 (潤愛会鮫島病院)

[R12-5]

骨盤臓器脱を伴う完全直腸脱に対する腹腔鏡下手術

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

[R12-6]

腹腔鏡下直腸固定術後に脊椎椎間板炎を発症した5例

三浦 康之[1], 栗原 聰元[2], 木村 駿悟[1], 渡邉 健太郎[1], 小棚 地洋[1], 吉田 公彦[1], 甲田 貴丸[1], 長嶋 康雄[1], 鈴木 孝之[1], 鏡 哲[1], 金子 奉暁[1], 牛込 充則[1], 船橋 公彦[3], 的場 周一郎[1] (1.東邦大学医療センター大森病院一般・消化器外科, 2.汐田総合病院外科, 3.横浜総合病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:30 AM UTC Room 9

[R13] 要望演題 13 経肛門・経会陰アプローチの幅広い応用

座長：沖田 憲司(小樽掖済会病院外科), 塚田 祐一郎(国立がん研究センター東病院大腸外科)

[R13-1]

経会陰アプローチを併用した骨盤内臓全摘術・前立腺合併切除術

石井 雅之[1,2], 豊田 真帆[2], 藤野 紘貴[2], 岡本 行平[2], 奥谷 浩一[2] (1.東札幌病院, 2.札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野)

[R13-2]

他臓器合併切除を要する進行・再発大腸癌に対する経肛門・経会陰的アプローチの短期成績

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

[R13-3]

経会陰内視鏡アプローチを併用した腹腔鏡下骨盤内臓摘除術の手技と治療成績

神馬 真里奈, 向井 俊貴, 野口 竜剛, 坂本 貴志, 松井 信平, 山口 智弘, 秋吉 高志 (がん研究会有明病院大腸外科)

[R13-4]

直腸GISTに対する低侵襲手術の治療成績

日吉 幸晴, 山下 晃平, 有馬 浩太, 小澄 敬祐, 原田 和人, 江藤 弘二郎, 井田 智, 宮本 裕士, 岩槻 政晃 (熊本大学大学院消化器外科学)

[R13-5]

下部直腸癌に対する肛門操作先行手技の腫瘍学的成績

鏡 哲, 木村 駿吾, 小棚 地洋, 渡邊 健太郎, 三浦 康之, 甲田 貴丸, 鈴木 孝之, 金子 奉暁, 牛込 充則, 的場 周一郎, 大塚 由一郎 (東邦大学医療センター大森病院一般・消化器外科)

[R13-6]

傾向スコアマッチングを用いた当科におけるtaTME併用腹腔鏡下直腸切除術の検討

大和 美寿々, 石山 泰寛, 芥田 壮平, 皆川 結明, 中西 彬人, 林 久志, 藤井 能嗣, 岡崎 直人, 平沼 知加志, 平能 康充 (埼玉医科大学国際医療センター消化器外科)

[R13-7]

当科における傍仙骨アプローチ手術20例の検討

梅田 晋一, 中山 吾郎, 岸田 貴喜, 服部 憲史, 村田 悠記, 小倉 淳司, 清水 大, 田中 千恵, 神田 光郎 (名古屋大学医学部消化器腫瘍外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC Room 9

[R14] 要望演題 14 予後因子

座長：小森 康司(愛知県がんセンター消化器外科部), 山田 岳史(日本医科大学)

[R14-1]

大腸癌切除例におけるDダイマーとCEAを組み合わせたスコアCDCSの予後予測因子としての有用性

中川 和也, 太田 絵美, 駿馬 悠介, 本田 祥子, 伊藤 慧, 増田 太郎, 山岸 茂 (藤沢市民病院外科)

[R14-2]

大腸癌患者における SII-CAR scoreの予後予測マーカーとしての検討

北嶋 貴仁[1,2], 奥川 喜永[1,2], 家城 英治[2], 嶌村 麻生[2], 佐藤 友紀[2], 山下 真司[2], 市川 崇[3], 長野 由佳[2], 浦谷 亮[2], 今岡 裕基[2], 志村 匡信[2], 川村 幹雄[2], 松下 航平[2], 安田 裕美[2], 小池 勇樹[2], 大北 喜基[2], 吉山 繁幸[2], 大井 正貴[2], 小林 美奈子[3], 問山 裕二[2] (1.三重大学医学部附属病院ゲノム医療部, 2.三重大学医学部大学院消化管・小児外科学, 3.三重大学医学部大学院先端的外科技術開発学)

[R14-3]

大腸癌患者におけるCachexia Indexの予後予測能の評価

丹田 秀樹[1], 渋谷 雅常[1], 月田 智也[1], 内藤 信裕[1], 大森 威来[1], 福井 康弘[1], 田中 章博[1], 小澤 慎太郎[1], 西山 毅[1], 米光 健[1], 関 由季[1], 黒田 顕慈[1], 笠島 裕明[1], 福岡 達成[2], 前田 清[1] (1.大阪公立大学医学研究科消化器外科学, 2.大阪市立総合医療センター)

[R14-4]

大腸癌患者における血清腫瘍マーカーに関する発生学的左右差

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

[R14-5]

リンパ節転移分布が結腸癌の予後に与える影響

八尾 健太[1], 笠井 俊輔[1], 塩見 明生[1], 眞部 祥一[1], 田中 佑典[1], 小嶋 忠浩[1], 井垣 尊弘[1], 森 千浩[1], 石黒 哲史[1], 坂井 義博[1], 髙嶋 祐助[1], 谷田部 悠介[1], 辻尾 元[1], 横山 希生人[1], 小林 尚輝[1], 山本 祥馬[1], 畠山 慶一[2], 山口 建[3] (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研究所ゲノム解析研究部, 3.静岡県立静岡がんセンター)

[R14-6]

T2以浅リンパ節転移陽性大腸癌における予後因子の検討

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:20 AM UTC Room 9

[R15] 要望演題 15 大腸癌の診断と治療

座長：江崎 幹宏(佐賀大学医学部内科学講座消化器内科), 小林 望(国立がん研究センター中央病院検診センター)

[R15-1]

デジタルクローン技術を活用した説明動画システムの使用経験

山本 大輔[1], 菅野 圭[1], 上野 雄平[1], 石林 健一[1], 久保 陽香[1], 齊藤 浩志[1], 道傳 研太[1], 﨑村 祐介[1], 林 憲吾[1], 林 沙貴[1], 松井 亮太[1], 齊藤 裕人[1], 辻 敏克[1], 森山 秀樹[1], 木下 淳[1], 稲木 紀幸[1], 渡邊 祐介[2] (1.金沢大学附属病院消化管外科, 2.金沢大学附属病院, 3.北海道大学病院医療・ヘルスサイエンス研究開発機構)

[R15-2]

Texture解析を用いた大腸隆起性病変の良悪性鑑別における診断法の開発

三浦 良太, 栃木 透, 大平 学, 早野 康一, 丸山 哲郎, 平田 篤史, 藏田 能裕, 柿元 綾乃 (千葉大学大学院医学研究院・先端応用外科学)

[R15-3]

15mm以上の大腸腫瘍に対するUnder water EMRの有効性と安全性の検討―EMRとの比較から―

高雄 暁成, 飯塚 敏郎, 井関 真理, 船曳 隼大, 岡 靖紘, 森口 義亮, 野間 絵梨子, 清水口 涼子, 柴田 理美, 後藤 修 (がん・感染症センター都立駒込病院消化器内科)

[R15-4]

ハサミ型ナイフに熟知した内視鏡医による初学である先端系ナイフを用いた大腸ESDの治療成績

田丸 弓弦[1], 水本 健[1], 関本 慶太朗[1], 安居 みのり[1], 鎌田 大輝[1], 仙波 重亮[1], 中村 一樹[2], 寺岡 雄吏[2], 岡崎 彰仁[2], 畠山 剛[1], 髙木 慎太郎[2], 吉田 成人[1] (1.NHO呉医療センター・中国がんセンター内視鏡内科, 2.NHO呉医療センター・中国がんセンター消化器内科)

[R15-5]

内視鏡治療後追加治療適応の早期直腸癌に対するCRTの経験と検討

杉山 雅彦[1,2,3,4], 横溝 玲奈[1], 寺師 宗秀[1], 大西 恵美[2], 古賀 直道[1], 村木 俊夫[3], 冨野 高広[2], 栗原 健[2], 笠木 勇太[1], 岩永 彩子[1], 宮坂 光俊[3], 木村 和恵[1], 杉町 圭史[2], 中島 孝彰[4], 國武 直信[4], 森田 勝[1] (1.国立病院機構九州がんセンター消化管外科, 2.国立病院機構九州がんセンター肝胆膵外科, 3.国立病院機構九州がんセンター消化管・内視鏡科, 4.国立病院機構九州がんセンター放射線治療科)

[R15-6]

当院での大腸癌内視鏡治療後の追加外科切除症例の検討

郡司掛 勝也, 座主 真衣佳, 一宮 佑輔, 鳥居 真行, 淺川 哲也, 南 宏典, 山口 貴久, 大畠 慶直, 寺井 志郎, 北村 祥貴, 角谷 慎一 (石川県立中央病院消化器外科)

[R15-7]

切除不能進行・再発大腸癌に対するHER2検査運用状況とPER+TRA療法導入実態に関する多施設調査

森 良太[1], 工藤 敏啓[2], 畑 泰司[3], 中田 健[4], 井上 彬[5], 三宅 正和[6], 原口 直紹[7], 小西 健[8], 真貝 竜史[9], 吉岡 慎一[10], 竹田 充伸[11], 朴 正勝[12], 池永 雅一[13], 内藤 敦[14], 荻野 崇之[11], 三吉 範克[11], 植村 守[11], 村田 幸平[3], 土岐 祐一郎[11], 江口 英利[11] (1.大阪国際がんセンター消化器外科, 2.大阪国際がんセンター腫瘍内科, 3.関西労災病院消化器外科, 4.東大阪医療センター消化器外科, 5.大阪急性期・総合医療センター消化器外科, 6.りんくう総合医療センター消化器外科, 7.近畿大学奈良病院消化器外科, 8.川西市立総合医療センター消化器外科, 9.近畿中央病院消化器外科, 10.八尾市立病院消化器外科, 11.大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学, 12.大阪けいさつ病院消化器外科, 13.市立豊中病院消化器外科, 14.堺市立市立総合医療センター消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 ロボット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, 髙市 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, 銕尾 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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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膣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 綸, 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 聡美, 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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 ロボット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

髙嶋 祐助, 笠井 俊輔, 塩見 明生, 眞部 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, 尾﨑 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 惇平[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―

小嶌 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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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], 眞部 祥一[1], 笠井 俊輔[1], 小嶋 忠浩[1], 井垣 尊弘[1], 森 千浩[1], 髙嶋 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)

[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], 冨田 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)

[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))

[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)

[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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 睦人, 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], 尾﨑 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 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)

[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, 山﨑 翔斗, 藤瀬 悠太, 銕尾 智幸, 町野 隆介, 國﨑 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 聡[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.ＱＳＴ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, 栃木 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], 渡邉 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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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, 髙木 健太, 髙松 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 聡 (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], 渡邉 純[2] (1.関西医科大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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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)

[O7-1]

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)

[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, 淺井 哲, 大舘 秀太 (多根総合病院)

[O7-3]

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], 宮﨑 道彦[2,3], 山田 真美[2], 高橋 佑典[3], 河合 賢二[3], 德山 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)

[O7-4]

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, 齋藤 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)

[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 柾秀, 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)

[O7-6]

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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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, 袴田 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 聡[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, 袴田 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], 小嶌 慶太[1], 横田 和子[1], 横井 圭悟[1], 田中 俊道[1], 佐藤 武郎[2], 隈元 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, 大曽根 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, 荻野 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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 眞吾(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 (帝京大学ちば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, 眞部 祥一, 小嶋 忠浩, 笠井 俊輔, 井垣 尊弘, 森 千浩, 髙島 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 聡 (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 絢子[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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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　ー多施設共同後ろ向き研究ー

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, 髙嶋 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 彬人, 西 雄介, 林 久志, 藤井 能嗣, 石山 泰寛, 椙田 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, 渡邉 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 眞哉[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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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], 髙橋 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

邉見 和就, 玉井 皓己, 鄭 充善, 戎居 洸樹, 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 斉, 塩﨑 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パル効果を認め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)

[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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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, 腰野 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 (大阪医科薬科大学一般・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 聡美, 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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:00 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:00 AM UTC Poster 1

[P1] 一般演題（ポスター） 1 稀な大腸疾患の診断・治療1

座長：永田 信二(広島市立北部医療センター安佐市民病院消化器内科)

[P1-1]

診断に難渋した結腸憩室由来のS状結腸癌の一例

岡野 美穂[1,2], 長岡 慧[1], 中塚 梨絵[1], 間狩 洋一[1], 真貝 竜史[1], 大島 聡[1], 長谷川 順一[2] (1.近畿中央病院外科, 2.市立貝塚病院外科)

[P1-2]

潰瘍性大腸炎に併発した難治性サイトメガロウィルス腸炎に対して外科的切除標本にてびまん性B細胞悪性リンパ腫と診断された一例

多代 尚広[1], 花井 恒一[1], 廣 純一郎[2], 伊東 昌広[1], 加藤 悠太郎[1], 加藤 宏之[1], 荒川 敏[1], 志村 正博[1], 小池 大助[1], 東口 貴彦[1], 国村 祥樹[1], 谷 大輝[1], 堀口 和真[1], 堀口 明彦[1] (1.藤田医科大学ばんたね病院, 2.藤田医科大学病院総合消化器外科)

[P1-3]

HIV感染に合併した肛門上皮内腫瘍に対し内視鏡及び経肛門的アプローチで治療した一例

平田 智也[1,2], 柴田 直哉[1], 吉田 直樹[1], 前川 和也[4], 丸塚 浩助[4], 山路 卓巳[2], 日髙 秀樹[3] (1.いきめ大腸肛門外科内科, 2.宮崎県立宮崎病院消化器内科, 3.宮崎県立宮崎病院外科, 4.宮崎県立宮崎病院病理診断科)

[P1-4]

肛門部Bowen病の1例

小關 優歌, 宇多川 大輔, 橋本 健夫, 鈴木 慶一, 尾曲 健司 (国立病院機構栃木医療センター)

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 2:50 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 5:50 AM UTC Poster 1

[P2] 一般演題（ポスター） 2 稀な大腸疾患の診断・治療2

座長：佐野村 誠(北摂総合病院消化器内科)

[P2-1]

水痘・帯状疱疹ウイルス腸炎による回腸末端部狭窄にたいして腹腔鏡下回盲部切除術を施行した一例

深田 唯史, 團野 克樹, 武田 和, 野村 雅俊, 東口 公哉, 浦川 真哉, 野口 幸藏, 平尾 隆文, 関本 貢嗣, 岡 義雄 (箕面市立病院外科)

[P2-2]

当院におけるLAMN切除11症例に関する検討

梅野 紘希[1,2], 中津 宏基[1] (1.市立八幡浜総合病院外科, 2.徳山中央病院外科)

[P2-3]

Edwardsiella tarda腸炎の下部消化管内視鏡検査の検討

黒河 聖[1], 秦 史壯[2] (1.札幌道都病院内科, 2.札幌道都病院外科)

[P2-4]

Persistent Descending Mesocolonの術前診断について

吉田 貢一, 高長 紘平, 山崎 裕人, 丸銭 祥吾, 牧田 直樹, 浅海 吉傑, 野崎 善成, 田畑 敏, 家接 健一 (市立砺波総合病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:20 AM UTC Poster 2

[P3] 一般演題（ポスター） 3 周術期管理

座長：長田 俊一(横浜総合病院消化器外科)

[P3-1]

手術前処置としての桃核承気湯およびクエン酸マグネシウムの後方視的検討

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

[P3-2]

現代の直腸癌手術において、術後に予防抗菌薬投与は必要か？

古屋 信二, 白石 謙介, 樋口 雄大, 松岡 宏一, 高橋 和徳, 丸山 傑, 庄田 勝俊, 河口 賀彦, 出雲 渉, 齊藤 亮, 雨宮 秀武, 川井田 博充, 市川 大輔 (山梨大学医学部外科学講座第1教室)

[P3-3]

鏡視下直腸切除術における周術期管理（抗生剤を中心に）

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

[P3-4]

大腸癌手術におけるSSI予防戦略としての周術期抗菌薬投与の検討

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

[P3-5]

当院における腹腔鏡下大腸癌手術の周術期管理と治療成績

佐藤 雄, 北原 夏美, 森山 雄貴, 鍋倉 大樹, 門屋 健吾, 佐藤 礼実, 土屋 勝 (東邦大学医療センター佐倉病院外科)

[P3-6]

抗血栓薬投与患者における待機的大腸癌切除術の検討

松村 卓樹, 國友 愛奈, 余語 孝乃助, 戸田 瑶子, 安井 講平, 内野 大倫, 上田 翔, 篠原 健太郎, 大澤 高陽, 安藤 公隆, 深見 保之, 金子 健一朗, 佐野 力 (愛知医科大学消化器外科)

[P3-7]

抗血栓薬内服者に対する腹腔鏡下結腸切除術時の管理と結果

美並 輝也, 高橋 環, 島田 麻里, 金本 斐子, 道傳 研司 (福井県立病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:10 AM UTC Poster 2

[P4] 一般演題（ポスター） 4 虫垂

座長：小林 美奈子(三重大学大学院医学系研究科先端的外科技術開発学)

[P4-1]

当院での虫垂炎に対するマネージメント

植田 隆太, 澤村 成美, 竹山 廣志, 岡村 修 (市立吹田市民病院外科)

[P4-2]

当科における妊娠合併虫垂炎の治療成績

田地野 将太, 小菅 誠, 後藤 圭佑, 鎌田 哲平, 阿部 正, 高野 靖大, 武田 泰裕, 大熊 誠尚, 衛藤 謙 (東京慈恵会医科大学外科学講座下部消化管外科)

[P4-3]

当院における妊娠中の急性虫垂炎症例の経験

大島 令子, 石原 加葉, 藤田 孝尚, 伊藤 その, 冨井 知春 (東京都立大塚病院消化器外科)

[P4-4]

当院における虫垂腫瘍の年齢別検討

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

[P4-5]

当院における虫垂癌の手術症例

桐山 俊弥, 竹内 啓将, 河原 樹, 大野 慎也, 多和田 翔, 末次 智成, 岩田 至紀, 渡邉 卓, 小森 充嗣, 田中 千弘, 長尾 成敏, 河合 雅彦, 國枝 克行 (岐阜県総合医療センター外科)

[P4-6]

虫垂憩室を伴う虫垂炎に対するinterval appendectomy待機中に膿瘍形成を伴う虫垂憩室炎を発症した１例

安部 紘生, 市沢 展真, 一尾 幸輝, 鈴木 崇文, 森 庄平, 小岩井 智美, 阿尾 理一, 西川 誠, 西山 潔, 小川 均, 神藤 英二 (自衛隊中央病院外科)

[P4-7]

虫垂炎を契機に診断された虫垂NETの1例

青松 直撥, 櫛谷 友佳子, 青松 敬補 (青松記念病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:20 AM UTC Poster 3

[P5] 一般演題（ポスター） 5 臨床研究

座長：山口 悟(獨協医科大学日光医療センター外科)

[P5-1]

内視鏡切除後に当科で外科的追加切除施行したpT1結腸直腸癌症例におけるリンパ節転移陽性例の検討

黒島 直樹, 馬場 研二, 和田 真澄, 大川 政士, 加美 翔平, 大塚 隆生, 有上 貴明, 佐々木 健, 又木 雄弘, 川﨑 洋太 (鹿児島大学病院消化器外科)

[P5-2]

当院における若年性大腸癌について

大山 康博, 久保 顕博, 櫻井 翼, 永井 俊太郎, 中野 徹 (北九州市立医療センター外科)

[P5-3]

大腸癌に対する回盲部切除術の解析　～特に副右結腸静脈の処理について～

住谷 大輔, 徳永 真和, 松原 啓壮, 井出 隆太 (県立二葉の里病院)

[P5-4]

脾彎曲部癌における副中結腸動脈領域リンパ節の検討

山岸 茂, 中川 和也, 太田 絵美, 伊藤 慧, 本田 祥子, 増田 太郎, 験馬 悠介 (藤沢市民病院外科)

[P5-5]

ICGを用いた、中、下直腸動脈による左側結腸、直腸の血流支配に関する検討

別府 直仁[1], 柳 秀憲[3], 今田 絢子[3], 池田 正孝[3] (1.宝塚市立病院外科, 2.明和病院外科, 3.兵庫医科大学下部消化管外科)

[P5-6]

直腸S状部癌,上部直腸癌における肛門側切除腸管長についての検討

吉川 千尋, 小山 文一, 岩佐 陽介, 高木 忠隆 (奈良県立医科大学附属病院消化器・総合外科学教室)

[P5-7]

大腸癌患者の医療AI受容性に関する倫理的・法的・社会的影響（ELSI）の構造分析

須田 竜一郎[1], 和田 佐保[3,4], 笠原 啓介[2], 渡邉 大輔[2], 飯川 雄[2], 下田 辰也[2], 大野 幸恵[1], 青木 沙弥佳[1,5], 片岡 雅章[1], 柳澤 真司[1], 海保 隆[1] (1.国保直営総合病院君津中央病院外科, 2.国保直営総合病院君津中央病院リハビリテーション科, 3.国立がん研究センターがん対策研究所がん医療支援部, 4.国立がん研究センター中央病院精神腫瘍科, 5.亀田総合病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 3

[P6] 一般演題（ポスター） 6 症例・虚血性腸炎・血管

座長：山岸 茂(藤沢市民病院外科)

[P6-1]

進行する広範囲の内腔狭窄を来した狭窄型虚血性大腸炎の1例

田澤 賢一[1], 山野 格寿[1], 深澤 美奈[1], 森 康介[1], 神山 公希[1], 高坂 佳宏[1], 渡邉 奈月[2], 安齋 明雅[2], 加藤 優子[3], 山下 巌[2], 藤井 努[4] (1.東名厚木病院消化器外科, 2.東名厚木病院救急科, 3.東名厚木病院病理診断科, 4.富山大学附属病院消化器・腫瘍・総合外科)

[P6-2]

盲腸に限局した動脈性腸管虚血の２例

小林 豊, 梅谷 有希, 加藤 真司 (医療法人医仁会さくら総合病院消化器外科)

[P6-3]

人工血管置換術後の狭窄型虚血性大腸炎に対し術中ICG蛍光法を用いて人工肛門造設を回避し得た一例

田島 麻姫, 阿部 正, 後藤 圭佑, 月原 秀, 鎌田 哲平, 高野 靖大, 武田 泰裕, 大熊 誠尚, 小菅 誠, 衛藤 謙 (東京慈恵会医科大学消化管外科)

[P6-4]

骨盤内動静脈奇形を合併したS状結腸膀胱瘻の一例

中山 瑶子, 谷川 航平, 川嶋 太郎, 門馬 浩行, 中川 暁雄, 小林 巌 (兵庫県立加古川医療センター)

[P6-5]

横行結腸癌術後に発症した回腸動静脈奇形に対して血管内治療が奏効した1例

吉田 泰樹[1], 秋山 泰樹[1], 山内 潤身[1], 永田 淳[1], 村上 優[2], 平田 敬治[1] (1.産業医科大学医学部第1外科学教室, 2.産業医科大学放射線科学講座)

[P6-6]

横行結腸癌術後の吻合部近傍静脈瘤に対し，血管内治療にて止血を得た一例

若松 雅人, 黒柳 洋弥, 上野 雅資, 花岡 裕, 福井 雄大, 平松 康輔, 冨田 大輔 (虎の門病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:05 AM UTC Poster 4

[P7] 一般演題（ポスター） 7 症例・良性疾患

座長：加藤 健太郎(手稲渓仁会病院)

[P7-1]

診断に難渋した穿孔性虫垂炎を契機とした鼠径部膿瘍の1例

岡本 暢之, 古川 高意, 平野 利典, 長嶺 一郎, 大田垣 純 (広島共立病院外科)

[P7-2]

急性虫垂炎を契機に判明した虫垂起始異常の1例

藤田 敏忠, 太田 里菜, 折田 沙穂, 寺井 祥雄, 岸 淳彦, 藤田 恒憲 (兵庫県立丹波医療センター外科)

[P7-3]

S状結腸憩室炎に起因する結腸膣断端瘻の1例

穂坂 美樹 (相模原協同病院消化器外科)

[P7-4]

腹腔鏡下手術で治療した結腸憩室炎によるS状結腸膀胱瘻子宮穿破の1例

鈴木 克徳, 深澤 貴子, 宇野 彰晋 (磐田市立総合病院)

[P7-5]

保存的治療が奏効した腸管気腫症の臨床的特徴

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:10 AM UTC Poster 4

[P8] 一般演題（ポスター） 8 症例・稀な疾患

座長：山口 達郎(がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科)

[P8-1]

MLH1発現低下盲腸癌の近傍にLST病変を合併した1症例

上野 綸[1], 吉松 和彦[1], 矢野 修也[1], 北川 集士[1], 神原 啓伸[1], 堀 昌明[1], 東田 正陽[1], 岡田 敏正[1], 遠藤 俊治[1], 藤原 由規[1], 上野 富雄[1], 塩見 達志[2] (1.川崎医科大学消化器外科学, 2.川崎医科大学病院病理部)

[P8-2]

憩室内発生が示唆された横行結腸癌の1例

福島 正之, 森田 高行, 藤田 美芳, 岡村 圭祐, 佐藤 大介, 井上 綾乃, 渡邊 一永, 西脇 智圭子 (北海道消化器科病院)

[P8-3]

同時性5多発大腸癌の1例

内田 史武[1], 深野 颯[1], 鄭 暁剛[1], 大野田 貴[1], 丸山 圭三郎[1], 原 亮介[1], 大坪 智恵子[2], 田場 充[2], 黨 和夫[1] (1.NHO嬉野医療センター消化器外科, 2.NHO嬉野医療センター病理診断科)

[P8-4]

当科における根治手術を施行し得た原発性小腸癌8例の検討

南浦 翔子, 吉川 幸宏, 辻村 直人, 大原 信福, 玉井 皓己, 鄭 充善 (大阪ろうさい病院外科)

[P8-5]

当科における家族性大腸ポリポーシスの現況と治療

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

[P8-6]

ロボット支援下結腸切除術導入期における周術期高CK血症の検討

真貝 竜史, 長岡 慧, 中塚 梨絵, 岡野 美穂, 間狩 洋一, 松本 崇, 大島 聡 (公立学校共済組合近畿中央病院外科)

[P8-7]

フッ化ピリミジン系抗腫瘍薬で誘発された狭心症発作の 1例

堀 義城, 宮城 由衣, 藤井 克成, 原田 哲嗣, 山城 直嗣, 本成 永, 金城 直, 伊禮 俊充, 新垣 淳也, 佐村 博範, 亀山 眞一郎, 長嶺 義哲, 古波倉 史子, 伊志嶺 朝成 (浦添総合病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 5

[P9] 一般演題（ポスター） 9 症例・稀な大腸疾患

座長：栗生 宜明(京都第一赤十字病院消化器外科)

[P9-1]

子宮癌術後の放射線治療の晩期障害によって, 食餌性イレウスとなり, その後小腸膀胱瘻, 結腸膀胱瘻を来した一例

安藤 有里恵, 松本 貴恵, 薮田 佳帆, 三瓶 康喜, 山本 森太郎, 黒木 直美, 上原 拓明, 菅瀬 隆信, 田中 智章, 後藤 崇, 指宿 一彦, 谷口 正次, 古賀 倫太郎 (古賀総合病院外科)

[P9-2]

S状結腸癌肝転移切除術後、術後補助化学療法のUFT+LV療法にて重症肝障害を発症した一例

冨井 知春, 石原 加葉, 藤田 孝尚, 伊藤 その, 大島 令子 (東京都立大塚病院消化器外科)

[P9-3]

ストマ造設術後に劇症型のクロストリジウム・ディフィシル腸炎で死亡した１例

池田 純, 川島 市郎, 北角 泰人, 谷岡 ヤスヒコ (京都民医連中央病院)

[P9-4]

ストーマ造設後に発症した劇症型偽膜性腸炎の１例

川島 市郎, 池田 純 (京都民医連中央病院外科)

[P9-5]

高齢UCで術後カンジダ敗血症の合併のため診断に苦慮した重症ニューモシスチス肺炎の一例

鳥谷 建一郎[1], 木村 英明[1], 今西 康太[1], 本間 実[1], 前橋 学[1], 栗村 一輝[1], 春山 芹奈[1], 中森 義典[1], 国崎 玲子[1], 諏訪 雄亮[2], 小澤 真由美[2], 遠藤 格[3] (1.横浜市立大学付属市民総合医療センターIBDセンター, 2.横浜市立大学付属市民総合医療センター消化器病センター, 3.横浜市立大学附属病院消化器・腫瘍外科学)

[P9-6]

アメーバ性大腸炎を合併した直腸S状部癌の1例

沖村 駿平, 光藤 傑, 三上 城太, 梶原 淳, 木村 聡宏, 谷川 隆彦 (川崎病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:10 AM UTC Poster 5

[P10] 一般演題（ポスター） 10 術後合併症

座長：赤本 伸太郎(住友別子病院外科)

[P10-1]

腹腔鏡下右側結腸切除術後の合併症と疼痛のリスク因子

鳥居 翔, 小林 靖幸, 佐藤 純人, 浜野 孝 (聖隷浜松病院大腸肛門科)

[P10-2]

DST吻合におけるデバイスの選択と縫合不全の発症における検討

西嶋 亜未, 鶴田 雅士, 石田 隆, 田村 卓也, 島田 理子, 皆川 卓也, 平野 佑樹, 大山 隆史, 篠田 昌宏, 板野 理 (国際医療福祉大学医学部消化器外科)

[P10-3]

直腸癌術後縫合不全に対する治療法の検討

清家 和裕, 粕川 宗太郎 (小田原市立病院外科)

[P10-4]

当院における結腸癌術後麻痺性イレウスの予測因子に関する検討

筋野 博喜, 笠原 健大, 水谷 久紀, 福島 元太郎, 久保山 侑, 田子 友哉, 真崎 純一, 岩崎 謙一, 古賀 寛之, 金沢 景繁, 永川 裕一 (東京医科大学消化器・小児外科学分野)

[P10-5]

腹腔鏡手術とロボット手術での術後乳び腹水発症頻度についての比較

市原 もも子[1,2], 小森 孝通[1], 笹生 和宏[2], 岸 健太郎[1], 橋本 和彦[1], 住本 知子[1], 遠矢 圭介[1], 大久保 聡[1], 麻本 翔子[1], 加藤 雅也[1], 吉野 力丸[1], 早瀬 志門[1], 福永 睦[1] (1.兵庫県立西宮病院, 2.笹生病院)

[P10-6]

腹会陰式直腸切断術後の骨盤内感染性合併症に対するVACシステムの有用性に関する検討

家城 英治[1], 志村 匡信[1], 川村 幹雄[1], 山下 真司[1], 今岡 裕基[1], 北嶋 貴仁[2], 奥川 喜永[2], 大北 喜基[1], 小林 美奈子[3], 問山 裕二[1] (1.三重大学医学部消化管・小児外科学, 2.三重大学医学部附属病院ゲノム医療部, 3.三重大学医学部先端的外科技術開発学)

[P10-7]

AIによる言語解析を用いた術後合併症予測の検討

春名 健伍[1,2], 三吉 範克[1,2], 藤野 志季[1,2], 関戸 悠紀[1], 竹田 充伸[1], 波多 豪[1], 浜部 敦史[1], 荻野 崇之[1], 植村 守[1], 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外科系臨床医学専攻外科学講座消化器外科学, 2.地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪国際がんセンターがん医療創生部)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:05 AM UTC Poster 6

[P11] 一般演題（ポスター） 11 症例・穿孔・合併症

座長：佐々木 慎(日本赤十字社医療センター大腸肛門外科)

[P11-1]

バリウム造影によるS状結腸穿孔の2例

竹原 裕子, 佐々木 崇夫, 工藤 泰崇, 赤在 義浩, 大谷 剛 (岡山済生会総合病院)

[P11-2]

人工肛門閉鎖術が可能であった直腸癌術後Chronic anastomotic leakageの2例

松田 直樹, 國末 浩範, 宮内 俊策, 吉浦 雄飛, 園部 奏生, 谷口 もこ, 高橋 達也, 伊達 慶一, 久保 孝文, 野﨑 功雄, 太田 徹哉 (岡山医療センター外科)

[P11-3]

誤飲したPress through packageが横行結腸癌部で穿通し腸間膜膿瘍を形成した一例

菅野 優貴, 渡辺 剛久, 小菅 起史, 永井 健, 吉田 淳, 岩﨑 喜実, 上田 和光 (筑波記念病院消化器外科)

[P11-4]

他院より搬送され緊急手術を施行した医原性大腸穿孔の２症例

小倉 道一, 姫川 昊, 内藤 夏海, 原 聖佳, 杉山 順子, 大原 守貴 (春日部市立医療センター外科)

[P11-5]

直腸癌術後１か月後に、尿管損傷の診断となった１例

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 6

[P12] 一般演題（ポスター） 12 大腸憩室・穿孔

座長：戸田 重夫(虎の門病院消化器外科)

[P12-1]

当院における大腸穿孔の短期成績の検討

西成 悠[1], 大塚 歓喜[2], 佐々木 智子[1], 加藤 久仁之[3] (1.盛岡赤十字病院外科, 2.岩手県立千厩病院外科, 3.ふるだて加藤肛門外科クリニック)

[P12-2]

大腸憩室穿孔に対する緊急手術における術式の検討

伊藤 慧, 中川 和也, 験馬 悠介, 本田 祥子, 増田 太郎, 太田 絵美, 山岸 茂 (藤沢市民病院救急外科)

[P12-3]

大腸憩室炎穿孔に対する保存療法：エレンタールの有用性に関する検討

黒崎 剛史, 小池 淳一, 浜畑 幸弘, 堤 修, 指山 浩志, 安田 卓, 中山 洋, 川村 敦子, 鈴木 綾, 高野 竜太郎, 城後 友子 (辻仲病院柏の葉)

[P12-4]

大腸憩室穿孔に対する腸管切除の是非について

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

[P12-5]

当院における結腸膀胱瘻に対する外科的治療

渡邊 英樹, 千野 俊春, 宮崎 葵, 池亀 昂, 大森 隼人, 古屋 一茂, 羽田 真朗 (山梨県立中央病院消化器外科)

[P12-6]

当院における結腸憩室炎を原因とする結腸膀胱瘻に対する手術治療

田澤 美也子, 佐々木 恵, 江澤 瞭, 林 一真, 柳澤 拓, 松永 史穂, 西岡 龍太郎, 坂野 正佳, 山下 大和, 石井 武, 海藤 章郎, 光法 雄介, 伊東 浩次 (土浦協同病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 7

[P13] 一般演題（ポスター） 13 直腸脱・LARS

座長：秦 史壯(札幌道都病院外科)

[P13-1]

直腸脱に対する当院での治療方針

小林 康雄[1], 岡本 欣也[2], 笹口 政利[1], 谷川 文[1] (1.誠心会吉田病院外科大腸肛門外科, 2.東京山手メディカルセンター大腸肛門外科)

[P13-2]

当院における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸後方固定術の治療成績

戸嶋 俊明, 矢野 雄大, 戸嶋 圭, 村上 友将, 藤田 脩斗, 宇根 悠太, 大谷 朋子, 小西 大輔, 徳毛 誠樹, 吉川 武志, 小林 正彦, 村岡 篤, 國土 泰孝 (香川労災病院外科・消化器外科)

[P13-3]

直腸脱に対する腹腔鏡下直腸縫合固定術の経験

堤 伸二, 坂本 義之, 菊池 日菜子, 山﨑 慶介, 赤坂 治枝, 柴田 滋 (弘前総合医療センター消化器外科)

[P13-4]

低位前方切除後症候群(LARS)の症状の推移とその評価についての検討～術後アンケートをもとに～

國友 愛奈, 松村 卓樹, 上田 翔, 余語 孝乃助, 倉橋 岳宏, 白井 信太郎, 松下 希美, 福山 貴大, 戸田 瑤子, 安井 講平, 篠原 健太郎, 大澤 高陽, 安藤 公隆, 深見 保之, 金子 健一朗, 佐野 力 (愛知医科大学病院消化器外科)

[P13-5]

LARSに対する外科的アプローチの検討

大谷 剛, 竹原 裕子, 工藤 泰崇, 赤在 義浩 (岡山済生会総合病院外科)

[P13-6]

直腸脱合併骨盤臓器脱に対して腹腔鏡下直腸固定術と腹腔鏡下仙骨膣固定術を施行し化膿性脊椎炎を合併した1例

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 7

[P14] 一般演題（ポスター） 14 高齢者1

座長：佐藤 貴弘(本庄福島病院)

[P14-1]

75歳以上大腸癌原発巣切除症例の治療成績の検討

下國 達志, 成田 亜沙美, 森越 健之介, 三國 夢人, 加藤 拓也, 小田切 理, 山名 大輔, 敦賀 陽介, 久留島 徹大, 笠島 浩行, 中西 一彰 (市立函館病院消化器外科)

[P14-2]

当院における超高齢大腸癌患者の短期中期予後に関する検討

伊藤 その, 藤田 孝尚, 冨井 知春, 大島 令子 (東京都立大塚病院消化器外科)

[P14-3]

高齢者大腸癌の腹腔鏡下手術の検討

増田 太郎, 中川 和也, 験馬 悠介, 本田 祥子, 伊藤 慧, 太田 絵美, 山岸 茂 (藤沢市民病院外科)

[P14-4]

80歳以上の高齢者大腸癌患者に対するロボット支援下手術の検討

齋藤 裕人, 山本 大輔, 石田 貴大, 菅野 圭, 上野 雄平, 石林 健一, 久保 陽香, 齊藤 浩志, 道傳 研太, 崎村 祐介, 林 沙貴, 林 憲吾, 松井 亮太, 辻 敏克, 森山 秀樹, 木下 淳, 稲木 紀幸 (金沢大学附属病院消化管外科)

[P14-5]

高齢者直腸癌におけるロボット支援手術の短期・長期成績

小川 聡一朗, 栗生 宜明, 藤田 悠司, 永守 遼, 伊藤 駿, 松本 順久, 小西 智規, 松尾 久敬, 小松 周平, 生駒 久視, 岡本 和真, 大辻 英吾 (京都第一赤十字病院消化器外科)

[P14-6]

高齢大腸癌患者における腹腔鏡下大腸切除術の安全性の検討

林 伸泰, 三次 悠哉, 大亀 正義, 橋田 真輔, 山本 澄治, 池田 宏国, 佃 和憲 (岡山市立市民病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 8

[P15] 一般演題（ポスター） 15 高齢者2

座長：壁島 康郎(伊勢原協同病院)

[P15-1]

85歳以上の高齢者における大腸癌術後合併症に関するリスクファクターの検討

所 忠男[1], 川村 純一郎[1], 上田 和毅[2], 大東 弘治[2], 岩本 哲好[1], 吉岡 康多[1], 村上 克宏[1], 家根 由典[2], 波江野 真大[2], 梅田 一生[1] (1.近畿大学病院外科下部消化管部門, 2.近畿大学病院外科内視鏡外科部門)

[P15-2]

高齢大腸癌患者に対する術前Geriatric Assessmentは有用か？

関口 久美子[1], 松田 明久[2], 清水 貴夫[1], 武田 幸樹[1], 横山 康行[2], 太田 竜[1], 山田 岳史[2], 谷合 信彦[1], 吉田 寛[2] (1.日本医科大学武蔵小杉病院消化器外科, 2.日本医科大学付属病院消化器外科)

[P15-3]

高齢者大腸癌に対する術前栄養・炎症指標を用いた予後予測の検討

佐野 修平, 目谷 勇貴, 白川 智沙斗, 沢田 尭史, 藤好 真人, 折茂 達也, 田原 宗徳, 秦 庸壮, 本間 重紀 (札幌厚生病院外科)

[P15-4]

術前オーラルフレイルが高齢者大腸癌の術後短期成績に及ぼす影響

中山 快貴[1], 吉敷 智和[1], 小嶋 幸一郎[1], 若松 喬[1], 麻生 喜祥[1], 飯岡 愛子[1], 本多 五奉[1], 片岡 功[2], 磯部 聡[1], 代田 利弥[1], 後藤 充希[1], 須並 英二[1] (1.杏林大学医学部付属病院下部消化管外科, 2.杏林大学医学付属病院杉並病院消化器・一般外科)

[P15-5]

80歳以上の高齢者大腸癌手術におけるGNRIを用いた術前栄養リスク評価の検討

水元 理絵[1,2], 三吉 範克[1,2], 関戸 悠紀[1], 竹田 充伸[1], 波多 豪[1], 浜部 敦史[1], 荻野 崇之[1], 植村 守[1], 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外科学講座消化器外科学, 2.大阪国際がんセンター研究所がん医療創生部)

[P15-6]

高齢者に対してクリニカルパスは安全に運用できるか

清住 雄希, 大村 リョウタ, 松石 梢, 堀之内 誠, 遊佐 俊彦, 八木 泰佑, 甲斐田 剛圭, 清水 健次, 山村 謙介, 今井 克憲 (済生会熊本病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 8

[P16] 一般演題（ポスター） 16 高齢者3

座長：山本 浩文(大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻分子病理学)

[P16-1]

85歳以上超高齢者大腸がん患者の手術成績と75歳以上高齢者との比較

外山 平, 天野 正弘, 淺田 恵美, 佐藤 美咲紀, 村上 加奈, 桑原 明菜, 木村 都旭, 宇宿 真一郎, 細井 則人, 首藤 介伸, 堀尾 裕俊, 宮崎 国久 (東京北医療センター外科)

[P16-2]

高齢者pStageIII大腸癌患者の予後の検討

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

[P16-3]

75歳以上高齢者におけるpStageIII大腸癌に対する術後補助化学療法の検討

筒井 敦子, 萩原 千恵, 大友 直樹, 松村 光, 長谷 泰聖, 原島 諒, 八木 雄介, 里見 龍太郎, 勅使河原 優, 中尾 篤志, 贄 裕亮, 若林 大雅, 岡本 信彦, 大村 健二, 若林 剛 (上尾中央総合病院外科)

[P16-4]

75歳以上pStage III大腸癌に対する術後補助化学療法の実態

大澤 ヒデキ, 池嶋 遼, 吉岡 慎一 (八尾市立病院消化器外科)

[P16-5]

80歳以上の高齢者に対する大腸癌術後補助化学療法の有用性について

辻村 直人, 鄭 充善, 吉川 幸宏, 大原 信福, 玉井 皓己, 森 総一郎, 西田 謙太郎, 浜川 卓也, 瀧内 大輔, 辻江 正徳, 赤丸 祐介 (大阪ろうさい病院外科)

[P16-6]

75歳以上の後期高齢者大腸癌に対するLynch症候群ユニバーサルスクリーニングの意義と課題

吉岡 貴裕, 中尾 真綾, 森田 哲司, 坂本 真也, 八木 朝彦, 井上 弘章, 三村 直毅, 高田 暢夫, 田渕 幹康, 田村 周大, 上村 直, 大石 一行, 稲田 涼, 徳丸 哲平, 中村 敏夫, 岡林 雄大 (高知医療センター消化器外科・一般外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 9

[P17] 一般演題（ポスター） 17 ロボット1

座長：柳 舜仁(川口市立医療センター)

[P17-1]

ロボット支援回盲部切除術において内側アプローチ変法は許容されるか

美甘 麻裕[1], 杉原 守[1], 岩瀬 友哉[1], 高木 徹[1], 立田 協太[1], 杉山 洸裕[1], 赤井 俊也[1], 深澤 貴子[2], 竹内 裕也[1] (1.浜松医科大学外科学第二講座, 2.磐田市立総合病院消化器外科)

[P17-2]

当科におけるロボット支援腹結腸切除術の短期成績

柴田 賢吾, 市川 伸樹, 吉田 雅, 大野 陽介, 今泉 健, 佐野 峻司, 武冨 紹信 (国立大学法人北海道大学北海道大学病院消化器外科Ⅰ)

[P17-3]

専攻医でもできる手技を目指したロボット支援下体腔内吻合の導入と短期成績

赤本 伸太郎, 宮地 太一 (住友別子病院外科)

[P17-4]

当科におけるロボット支援右側結腸癌切除時の体腔内吻合の定型化に向けて

八幡 和憲, 山田 遼, 河合 純兵, 村瀬 佑介, 田中 秀治, 丹羽 真佐夫, 今井 健晴, 棚僑 利行, 佐々木 義之, 奥村 直樹, 山田 誠 (岐阜市民病院外科)

[P17-5]

結腸腫瘍におけるロボット支援下手術の短期成績―propensity score matchingを用いた腹腔鏡下手術との比較―

荒川 敏[1,2], 花井 恒一[2], 加藤 宏之[2], 永田 英俊[2], 近藤 ゆか[2], 志村 正博[2], 小池 大助[2], 多代 尚広[2], 東口 貴彦[2], 国村 祥樹[2], 谷 大輝[2], 堀口 和真[2], 佐藤 美信[2], 加藤 悠太郎[2], 石原 慎[1,2], 伊東 昌広[2], 堀口 明彦[2] (1.藤田医科大学医学部医学教育開発学, 2.藤田医科大学ばんたね病院消化器外科)

[P17-6]

傾向スコアマッチングを用いたda Vinci SPとXiによる右側結腸癌手術の短期成績の比較

林 久志, 石山 泰寛, 芥田 壮平, 皆川 結明, 中西 彬人, 西 雄介, 藤井 能嗣, 石井 利昌, 椙田 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消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 9

[P18] 一般演題（ポスター） 18 ロボット2

座長：真鍋 達也(佐賀大学医学部一般・消化器外科)

[P18-1]

左側結腸癌に対するロボット支援下手術のポート配置および再ドッキングの工夫

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

[P18-2]

当院におけるロボット支援直腸癌手術の短期・中期成績に関する検討

松永 史穂, 柳澤 拓, 田澤 美也子, 佐々木 恵, 江澤 暸, 林 一真, 西岡 龍太郎, 坂野 正佳, 山下 大和, 石井 武, 海藤 章郎, 光法 雄介, 伊東 浩次 (土浦協同病院消化器外科)

[P18-3]

当科におけるロボット支援直腸手術の術式と手術成績の変遷

馬場 研二[1], 黒島 直樹[1], 和田 真澄[1], 盛 真一郎[2], 喜多 芳昭[3], 田辺 寛[4], 有上 貴明[1], 大塚 隆生[1] (1.鹿児島大学消化器外科, 2.県立大島病院, 3.鹿児島市立病院, 4.今村総合病院)

[P18-4]

ロボット支援下直腸切除術における直腸クランプ法: the simple clamping technique (SCT)

竹山 廣志, 植田 隆太, 堺 聡美, 橋爪 咲奈, 谷口 嘉毅, 林 覚史, 原 暁生, 浦野 尚美, 桂 宜輝, 田中 夏美, 吉岡 節子, 横内 秀起, 西川 和宏, 岡村 修 (市立吹田市民病院外科)

[P18-5]

市中病院におけるロボット支援下直腸切除術の導入と短期成績

原 聖佳, 姫川 昊, 内藤 夏海, 小倉 道一, 杉山 順子, 大原 守貴, 三宅 洋 (春日部市立医療センター外科)

[P18-6]

手術既往を認める大腸癌症例における腹腔鏡下手術とロボット支援手術の比較検討

在田 麻美, 平木 将之, 柳澤 公紀, 安井 昌義, 湯川 芳郎, 新毛 豪, 木下 満, 勝山 晋亮, 岩上 佳史, 杉村 啓二郎, 武田 裕, 村田 幸平 (独立行政法人労働者健康安全機構関西労災病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 10

[P19] 一般演題（ポスター） 19 症例・直腸1

座長：鈴木 紳祐(藤沢湘南台病院外科)

[P19-1]

狭窄性大腸癌を伴い前処置不能であった早期直腸癌に対するTAMISの有用性：2症例の検討

内藤 敦, 能浦 真吾, 吉原 輝一, 武田 和 (堺市立総合医療センター大腸肛門外科)

[P19-2]

集学的治療が奏功し、切除可能となった巨大直腸癌の1例

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

[P19-3]

術前に子宮・膀胱浸潤が疑われたS状結腸癌に対して, 蛍光尿道カテーテルと子宮トランスイルミネーターを用いてTa-TME併用下に腹腔鏡下骨盤内臓全摘を行った一例

川窪 陽向[1], 柳 舜仁[1], 中嶋 俊介[1], 河合 裕成[1], 小林 毅大[1], 今泉 佑太[1], 伊藤 隆介[1], 衛藤 謙[2] (1.川口市立医療センター, 2.東京慈恵会医科大学外科学講座)

[P19-4]

右側臥位で肛門部と膣後壁を直視下で切離することで安全に切除できた子宮浸潤を伴う高度進行下部直腸癌の１例

内山 周一郎, 高屋 剛 (串間市民病院外科)

[P19-5]

Double stapling techniqueの際の用手的肛門拡張により生じた肛門裂傷部へimplantさせたと考えられるS状結腸癌肛門管再発の一例

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

[P19-6]

ESD施行部位へのImplantationが疑われた直腸癌術後再発の1例

長谷川 勇太, 帖地 健, 李 俊容, 大橋 真記, 前田 徹, 吉田 卓義, 永井 秀雄, 小西 文雄 (練馬光が丘病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 2:55 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 5:55 AM UTC Poster 10

[P20] 一般演題（ポスター） 20 症例・直腸2

座長：能浦 真吾(堺市立総合医療センター・消化器外科)

[P20-1]

直腸間膜内に卵巣癌由来リンパ節転移をきたした卵巣癌と直腸S状部癌の重複癌の１例

岩崎 崇文, 佐々木 教之, 琴畑 洋介, 瀬川 武紀, 八重樫 瑞典 (岩手医科大学医学部外科学講座)

[P20-2]

妊娠中期に診断され妊娠中に術前化学療法を行った直腸癌の1例

久保 陽香, 山本 大輔, 齊藤 浩志, 道傳 研太, 崎村 祐介, 齋藤 裕人, 辻 敏克, 森山 秀樹, 木下 淳, 稲木 紀幸 (金沢大学附属病院消化管外科)

[P20-3]

経肛門・経会陰アプローチによる直腸GIST・直腸膀胱瘻手術

佐村 博範, 新垣 淳也, 堀 義城, 山城 直嗣, 藤井 克成, 宮城 由依, 原田 哲嗣, 本成 永, 金城 直, 伊禮 俊充, 亀山 眞一郎, 伊志嶺 朝成, 長嶺 義哲, 古波倉 史子 (浦添総合病院)

[P20-4]

膣ヒアルロン酸注入療法により発生した直腸肛門部合併症の3例

新谷 裕美子, 大城 泰平, 井上 英美, 西尾 梨沙, 古川 聡美, 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)

[P20-5]

超音波内視鏡下経直腸的ドレナージによる骨盤内膿瘍の治療が奏功した2例

北浦 良樹, 王 佳雄, 長尾 晋次郎, 持留 直希, 豊田 秀一, 石川 奈美, 土居 布加志 (大阪回生病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 11

[P21] 一般演題（ポスター） 21 症例・直腸・肛門

座長：岩本 一亜(済生会加須病院)

[P21-1]

急激な転帰をたどった直腸扁平上皮癌の1切除例

宮宗 秀明, 斧田 尚樹, 大元 航暉, 高橋 立成, 岡林 弘樹, 内海 方嗣, 北田 浩二, 濱野 亮輔, 徳永 尚之, 寺石 文則, 常光 洋輔, 大塚 眞哉, 稲垣 優 (独立行政法人国立病院機構福山医療センター外科)

[P21-2]

複数病変を認めた直腸悪性黒色腫の1例

萩原 清貴[1], 鈴木 陽三[1], 大里 祐樹[1], 池永 雅一[2], 清水 潤三[1], 冨田 尚裕[1] (1.市立豊中病院消化器外科, 2.川西市立総合医療センター外科)

[P21-3]

腹会陰式直腸切断術を施行した直腸肛門部悪性黒色腫の1例

守 正浩[1], 鈴木 英之[1], 塩田 美桜[1], 塩田 吉宣[2] (1.塩田記念病院外科, 2.塩田病院外科)

[P21-4]

局所切除のみで2年間無再発経過中の痔瘻癌の1例

工代 哲也[1], 岡本 欣也[2] (1.吉祥寺北口駅前こにし胃腸内視鏡・肛門クリニック武蔵野院, 2.東京山手メディカルセンター大腸・肛門外科)

[P21-5]

肛門周囲紅斑を契機に診断され、傍大動脈リンパ節転移を伴っていた肛門管癌のPagetoid spreadの一例

小橋 創, 黒柳 洋弥, 戸田 重夫, 上野 雅資, 花岡 裕, 福井 雄大, 平松 康輔, 前田 裕介, 呉山 由花, 富田 大輔, 高橋 泰宏 (虎の門病院消化器外科(下部消化管))

[P21-6]

歯状線をこえて粘膜浸潤がみられた会陰部乳房外Paget病に対し腹会陰式直腸切断術を回避して肛門機能温存を得た一例

水流 慎一郎[1], 梅木 諒二[1], 澤村 直輝[1], 種村 宏之[1], 中崎 晴弘[1], 百木 菜摘[1,2], 高力 俊作[1] (1.湘南藤沢徳洲会病院外科, 2.山内病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 10

[E1] English Abstract Session 1 Surgical outcome

Moderator:Kazuhiko Yoshimatsu(Department of Digestive Surgery, Kawasaki Medical School), James Ngu(Department of Surgery, Changi General Hospital, Singapore)

[E1-1]

The impact of tumor-associated inflammatory adhesions on survival in patients with colon cancer

Jinzhu Zhang[1], Yaru Niu[1], Xishan Wang[1] (1.Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center/National Clinical Research Center for Cancer/Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences & Peking Union Medical College, 2.Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center/National Clinical Research Center for Cancer/Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences & Peking Union Medical College)

[E1-2]

Laparoscopic Anterior Resection in Elderly Patients: Short-term Outcomes in a District Hospital

Likana Pattanapongsa (Miss)

[E1-3]

A Predictive Nomogram for Retrieving 12 Lymph Nodes in Rectal Cancer Patients

Jian Ma[1], Xuan Guan[1], Jinzhu Zhang[1], Yaru Niu[1], Yihang Shi[1], Baohong Yang[2], Haiyi Liu[2], Xishan Wang[1] (1.Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center/National Clinical Research Center for Cancer/Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences and Peking Union Medical College, 2.Department of Colorectal Surgery, Shanxi Province Cancer Hospital/Shanxi Hospital Affiliated to Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences/Cancer Hospital Affiliated to Shanxi Medical University)

[E1-4]

Robotic NOSES Combined with En Bloc Resection for Bilateral Lateral Lymph Node in Rectal Cancer

Yihang Shi, Zhixun Zhao, Xu Guan, Jinzhu Zhang, Jian Ma, Zheng Xu, Haipeng Chen, Xishan Wang (Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center/National Clinical Research Center for Cancer/Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences & Peking Union Medical College)

[E1-5]

Single stapler anastomosis in minimal invasive rectal surgery-outcome in single institution

Chu Cheng Chang[1], Ming Yin Shen[1,2], Tzu Liang Chen[1,2] (1.Department of Surgery, China Medical University HsinChu Hospital, 2.China Medical University)

[E1-6]

Preservation of most nerves in the Denonvilliers' fascia during laparoscopic total mesorectal excision for middle rectal cancer-A video vignette.

Yao Zengwu, Yifei Zhang, Jinchen Hu (Yantai Yuhuangding hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

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

[E2] English Abstract Session 2 Colorectal Surgery 1

Moderator:Atsushi Hamabe(Department of Gastroenterological Surgery Graduate School of Medicine, The University of Osaka), Mina Ming-yin Shen(Department of Surgery, China Medical University Hsinchu Hospital, Taiwan)

[E2-1]

Outcomes of NOSES vs TLRH for Right-Sided Colon Cancer: A Propensity Score-Matched Study

Zheng Xu, Yueyang Zhang, Xu Guan, Yihang Shi, Haipeng Chen, Zhixun Zhao, Zhaoxu Zheng, Haitao Zhou, Xishan Wang (Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center/National Clinical Research Center for Cancer/Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences and Peking Union Medical College)

[E2-2]

Short-term Outcomes of NOSES vs Conventional Laparoscopic Surgery in CRC

Xu Guan (Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center/NationalClinical Research Center for Cancer/Cancer Hospital, Chinese Academy ofMedical Sciences and Peking Union Medical College)

[E2-3]

ICG Fluorescence Imaging allows Navigation of Critical Vessels during Laparoscopic and Robotic Colorectal Surgery

Trevor M Yeung, Wing Wa Leung, Prudence Tam, Ruby Lau, Julie Ng, Nicole Cheng, Vienna Ng, Cherry Wong, Simon Chu, Sophie S Hon, Kaori Futaba, Simon S Ng (The Chinese University of Hong Kong)

[E2-4]

Ergonomic Advantages of the Open Console System in Robotic Colorectal Resection

Chunlin Wang, Yulingming Wang, Guiyu Wang (Department of colorectal cancer surgery, the Second Affiliated Hospital of Harbin Medical University)

[E2-5]

CUSUM-Based Learning Curve Analysis of RiSSA in Robotic Left-Sided Colorectal Cancer Surgery

Shih-Feng Huang[1], Chih-Chien Wu[1,2] (1.Division of Colorectal Surgery, Kaohsiung Veterans General Hospital, 2.School of Medicine, National Yang Ming Chiao Tung University)

[E2-6]

Short term outcomes of intracorporeal anastomosis in robotic and laparoscopic left colectomy.

Yenchen Shao[1,2], Mina Mingyin Shen[1,2], William Tzuliang Chen[1,2] (1.China Medical University Hsinchu Hospital, 2.China Medical University)

[E2-7]

The long-term effects of anastomotic leakage after colorectal cancer surgery on Quality of Life – A systematic review

Gielen AHC, Heuvelings DJI, Sylla P, van Loon YT, Melenhorst J, Bouvy ND, Kimman ML, Breukink SO (CoReAL collaborative)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Fri. Nov 14, 2025 2:40 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:40 AM - 6:30 AM UTC Room 10

[E3] English Abstract Session 3 Colorectal Surgery 2

Moderator:Akihiro Kondo(Department of Gastroenterological Surgery, Faculty of Medicine, Kagawa University), Woramin Riansuwan(Colorectal Surgery Unit, Department of Surgery, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand)

[E3-1]

Intraoperative Peritumoral Indocyanine Green Injection During Laparoscopic Left Hemicolectomy

Alongkot Kaewkim[1], Kamales Prasitvarakul[2] (1.Hatyai hospital, 2.Haiyai hospital)

[E3-2]

D3 LND improves the survival outcome in patients with cT2 colorectal cancer

Liming Wang[1], Yinggang Chen[1], Yasumitsu Hirano[2] (1.National Cancer Center/National Clinical Research Center for Cancer/Cancer Hospital & Shenzhen Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences and Peking Union Medical College, Shenzhen, 2.Division of Gastroenterological Surgery, Saitama Medical University International Medical Center, Hidaka, Saitama, Japan.)

[E3-3]

Tailored Minimum Examined Lymph Nodes Threshold in Colon Cancer

Baohong Yang[1], Xu Guan[1,2], Jian Ma[2], Shuai Jiao[1], Qingxia Xu[1], Yanfeng Xi[3], Xishan Wang[1,2] (1.Department of Colorectal Surgery, Shanxi Province Cancer Hospital/Shanxi Hospital Affiliated to Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences/Cancer Hospital Affiliated to Shanxi Medical University, 2.Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center/National Clinical Research Center for Cancer/Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences and Peking Union Medical College, 3.Department of Pathology, Shanxi Province Cancer Hospital/Shanxi Hospital Affiliated to Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences/Cancer Hospital Affiliated to Shanxi Medical University)

[E3-4]

laparoscopic right hemicolectomy in obstructed hepatic flexure colon cancer, a technical challenge

Sumet Saeli (Hatyai hospital)

[E3-5]

Cranial-caudal-medial approach, counterclockwise complete mesocolic excision in laparoscopic right hemicolectomy- A video vignette.

Yao Zengwu, Jinchen Hu, Yifei Zhang (Yantai Yuhuangding hospital)

[E3-6]

Treitz ligament-guided medial approach for complete mesocolic excision in laparoscopic left hemicolectomy-A video vignette.

Yao Zengwu, Yifei Zhang, Jinchen Hu (Yantai Yuhuangding hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

Fri. Nov 14, 2025 11:50 AM - 12:40 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 2:50 AM - 3:40 AM UTC Room 1

[LS1] ランチョンセミナー 1 潰瘍性大腸炎の未来を切り拓く - 新たなStandard Of Careの可能性 -

司会：穂苅 量太(防衛医科大学校内科学講座)

[LS1]

完全粘膜治癒を目指した新たなるアプローチ　～グセルクマブの可能性を紐解く～

竹内 健 (医療法人社団康喜会辻仲病院柏の葉)

ランチョンセミナー

Fri. Nov 14, 2025 11:50 AM - 12:40 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 2:50 AM - 3:40 AM UTC Room 2

[LS2] ランチョンセミナー 2

司会：池内 浩基(兵庫医科大学消化器外科学講座炎症性腸疾患外科)

[LS2-1]

スキリージによるクローン病治療　～肛門病変を含めた実臨床での経験～

横尾 貴史 (社会医療法人健生会土庫病院消化器・肛門病センター)

[LS2-2]

クローン病治療におけるリンヴォックの実力は？-自験例でみるリンヴォックの腸管粘膜と肛門病変への効果-

伊藤 貴博 (札幌東徳洲会病院IBDセンター)

ランチョンセミナー

Fri. Nov 14, 2025 11:50 AM - 12:40 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 2:50 AM - 3:40 AM UTC Room 3

[LS3] ランチョンセミナー 3 便失禁診療を再生する　～第2版ガイドラインから見えてくる便失禁診療の未来とは～

司会：味村 俊樹(自治医科大学医学部外科学講座消化器一般移植外科学部門)

[LS3]

便失禁診療を再生する　～第2版ガイドラインから見えてくる便失禁診療の未来とは～

本間 祐子 (自治医科大学医学部外科学講座消化器一般移植外科学部門)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

Fri. Nov 14, 2025 11:50 AM - 12:40 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 2:50 AM - 3:40 AM UTC Room 4

[LS4] ランチョンセミナー 4 Next Surgeons, New Strategy - 次世代が描くロボット手術戦略 -

司会：絹笠 祐介(東京科学大学消化管外科学分野)

[LS4-1]

当科におけるロボット手術の教育ー技術認定から高難度手術まで

松本 芳子 (福岡大学病院消化器外科)

[LS4-2]

温故知新ロボット支援大腸癌手術

板谷 喜朗 (京都大学医学部附属病院消化管外科)

ランチョンセミナー

Fri. Nov 14, 2025 11:50 AM - 12:40 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 2:50 AM - 3:40 AM UTC Room 5

[LS5] ランチョンセミナー 5 慢性便秘症の二次治療を考える-新規エビデンスを踏まえてリナクロチドを使いこなす-

司会：安部 達也(医療法人健康会くにもと病院)

[LS5]

慢性便秘症の二次治療を考える-新規エビデンスを踏まえてリナクロチドを使いこなす-

吉原 努 (横須賀市立総合医療センター消化器内科)

ランチョンセミナー

Fri. Nov 14, 2025 11:50 AM - 12:40 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 2:50 AM - 3:40 AM UTC Room 7

[LS6] ランチョンセミナー 6 IBD診療におけるAdvanced therapyの位置づけを再考する

司会：長沼 誠(関西医科大学内科学第三講座)

[LS6]

IBD診療におけるAdvanced therapyの位置づけを再考する

小林 拓 (北里大学北里研究所病院炎症性腸疾患先進治療センター)

ランチョンセミナー

Fri. Nov 14, 2025 11:50 AM - 12:40 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 2:50 AM - 3:40 AM UTC Room 8

[LS7] ランチョンセミナー 7 MRIを用いたクローン病に伴う痔瘻の診断

司会：高野 正太(大腸肛門病センター高野病院)

[LS7]

MRIを用いたクローン病に伴う痔瘻の診断

桐生 茂 (国際医療福祉大学医学部放射線医学)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

Fri. Nov 14, 2025 11:50 AM - 12:40 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 2:50 AM - 3:40 AM UTC Room 9

[LS8] ランチョンセミナー 8 大腸癌治療の最前線：直腸癌手術とIV期個別化治療の新展開

司会：加藤 健志(大阪医療センター下部消化管外科)

[LS8-1]

直腸癌治療のストラテジー：何を考え、どう実践するか

小倉 淳司 (名古屋大学医学部附属病院消化器・腫瘍外科)

[LS8-2]

急速に進化する大腸癌IV期薬物療法：個別化治療の新たな地平

佐竹 悠良 (高知大学医学部腫瘍内科学講座)

ランチョンセミナー

Fri. Nov 14, 2025 11:50 AM - 12:40 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 2:50 AM - 3:40 AM UTC Room 10

[LS9] ランチョンセミナー 9 変わりゆく大腸がんロボット手術：現場が求める”新しい解”

司会：石原 聡一郎(東京大学医学部腫瘍外科・血管外科)

[LS9-1]

変わりゆく大腸がんロボット手術：現場が求める”新しい解”

沼田 正勝 (横浜市立大学附属市民総合医療センター下部消化管グループ)

[LS9-2]

変わりゆく大腸がんロボット手術：現場が求める”新しい解”

真崎 純一 (東京医科大学消化器・小児外科学分野)

イブニングセミナー

Fri. Nov 14, 2025 4:30 PM - 5:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 7:30 AM - 8:20 AM UTC Room 4

[ES1] イブニングセミナー 1 外科の立場から考えるクローン病診療

司会：二見 喜太郎(医療法人松寿会松永病院外科)

[ES1]

外科の立場から考えるクローン病診療

内野 基 (兵庫医科大学消化器外科学講座炎症性腸疾患外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

イブニングセミナー

Fri. Nov 14, 2025 4:30 PM - 5:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 7:30 AM - 8:20 AM UTC Room 5

[ES2] イブニングセミナー 2 技術認定取得・ロボット支援手術プロクター認定取得のためのストラテジー

司会：塩見 明生(静岡県立静岡がんセンター)

[ES2-1]

腹腔鏡からロボットへ　～技術認定取得のためのStrategy & Tactics～

三代 雅明 (大阪国際がんセンター)

[ES2-2]

ロボット技術認定の先へ　～更なる技術の向上と指導法の確立～

塚本 俊輔 (国立がん研究センター中央病院)

イブニングセミナー

Fri. Nov 14, 2025 4:30 PM - 5:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 7:30 AM - 8:20 AM UTC Room 6

[ES3] イブニングセミナー 3 機能温存を目指した直腸癌治療の最適解を探る

司会：的場 周一郎(東邦大学医療センター大森病院一般・消化器外科)

[ES3-1]

機能温存を目指した直腸癌治療の最適解を探る

真崎 純一 (東京医科大学消化器・小児外科学分野)

[ES3-2]

機能温存を目指した直腸癌治療の最適解を探る

向井 俊貴 (がん研究会有明病院大腸外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

スポンサードシンポジウム

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 2:50 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 5:50 AM UTC Room 3

[SS1] スポンサードシンポジウム１次世代大腸外科医によるMIS拡大手術

司会：池田 正孝(兵庫医科大学下部消化管外科), 秋吉 高志(がん研究会有明病院大腸外科直腸がん集学的治療センター)

[SS1-1]

次世代大腸外科医によるMIS拡大手術

稲田 涼 (高知医療センター消化器外科)

[SS1-2]

次世代大腸外科医によるMIS拡大手術

小倉 淳司 (名古屋大学消化器・腫瘍外科)

[SS1-3]

次世代大腸外科医によるMIS拡大手術

木村 慶 (兵庫医科大学下部消化管外科)

[SS1-4]

次世代大腸外科医によるMIS拡大手術

向井 俊貴 (がん研究会有明病院大腸外科直腸がん集学的治療センター)

ポスター掲示

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

[POSK1] ポスター掲示

[POSK1-1]

ポスター掲示

ポスター閲覧

Fri. Nov 14, 2025 10:30 AM - 1:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:30 AM - 4:30 AM UTC Poster

[POSE1] ポスター閲覧

[POSE1-1]

ポスター閲覧

ポスター発表

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:20 AM UTC Poster

[POSH1-1] 一般演題（ポスター）1、3、5、7、9、11、13、15、17、19、21

[POSH1-1-odd]

一般演題（ポスター）1、3、5、7、9、11、13、15、17、19、21

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ポスター発表

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:10 AM UTC Poster

[POSH1-2] 一般演題（ポスター）2、4、6、8、10、12、14、16、18、20

[POSH1-2-even]

一般演題（ポスター）2、4、6、8、10、12、14、16、18、20

ポスター撤去

Fri. Nov 14, 2025 3:10 PM - 3:40 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:10 AM - 6:40 AM UTC Poster

[POST1] ポスター撤去

[POST1-1]

ポスター撤去

機器展示

Fri. Nov 14, 2025 7:45 AM - 5:00 PM JST | Thu. Nov 13, 2025 10:45 PM - 8:00 AM UTC 展示会場

[KK1] 機器展示

[KK1-1]

機器展示

社員総会・振興会評議員会

Fri. Nov 14, 2025 4:30 PM - 6:00 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 7:30 AM - 9:00 AM UTC Room 1

[SOKAI] 社員総会・振興会評議員会

[TimeTable01]

社員総会・振興会評議員会

開会式

Fri. Nov 14, 2025 8:20 AM - 8:30 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:20 PM - 11:30 PM UTC Room 1

[KKS] 開会式

[TimeTable03]

開会式

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Society President Lecture

Fri. Nov 14, 2025 12:45 PM - 1:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 3:45 AM - 4:15 AM UTC Room 1

[CL] Society President Lecture

司会：宮島 伸宜(松島病院大腸肛門病センター)

[CL]

Current Status and Future Prospects of the Japan Society of Coloproctology (JSCP)

Michio Itabashi (Saiseikai Kazo Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Society President Lecture

Fri. Nov 14, 2025 12:45 PM - 1:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 3:45 AM - 4:15 AM UTC Room 1

[CL] Society President Lecture

司会：宮島 伸宜(松島病院大腸肛門病センター)

[CL] Current Status and Future Prospects of the Japan Society of Coloproctology (JSCP)

Michio Itabashi (Saiseikai Kazo Hospital)

本学会は大腸肛門病学における研究，教育及び診療の向上を図るとともに，国民の健康と福祉に寄与することを目的にしています。この目的達成のため、1940年に「日本直腸肛門病学会」が創立され、1966年には「日本大腸肛門病学会」に改称され会員が領域横断的に活動する学会として発展してきました。
学術集会では先端的な研究から領域横断的なセッションまで工夫を凝らした内容が盛りだくさんです。教育セミナーは会員の利便性と教育効果を鑑みe-learningを取り入れてきました。機関誌は多くの貴重な論文が掲載され、英文誌は2024年JIF値が発表され、1.5に向上、Scopus収載が決定して国際的な認知向上が期待されます。また、本学会が刊行の肛門疾患（痔核・痔瘻・裂肛）・直腸脱診療ガイドラインは改訂作業に入りました。
学術の発展にとって国際交流は重要です。欧州、米国、韓国、中国などの学会との連携を深めて、さらなる発展を目指して行きたいと考えています。ESCP fellowshipに加えてASCRSとの間でも同様の交流に具体的検討に入りました。また、若手医師トラベルグラント制度の導入を検討しています。また、若手医師の入会を促進、様々な魅力のある運営を行うことで本学会会員数が増加するよう努めます。さらに、女性会員の育成を促進し、評議員や役員への登用を推進してまいります。
喫緊の課題は専門医制度の日本専門医機構の認定であります。大腸肛門病学会専門医は未だ認定に至っておりません。機構認定の認定基準が未だ明確でない現状ですが、状況によっては、現在のまま学会独自の専門医制度を維持する選択肢もあります。この課題解決に向けてWGを作成、今後も必要性を熟慮し専門医制度の修正や制度の変更を検討していきます。
また、関連する新たな課題として、専門医の診療の質を疑問視する意見があるため専門医の診療の質を証明する必要が出てきました。専門医は、非専門医を比べて治療成績が優れているなど、本学会専門医の診療は質が高く治療成績が良いことをデータで示す必要があります。このような経緯から新たに専門医の質を示すWGを設置して検討に入っています。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Special Lecture

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 6:20 AM UTC Room 2

[SV] Special Lecture 肛門科診療　先達に学ぶ

司会：田中 良明(寺田病院大腸肛門病センター肛門科)

[SV-1]

Traditional Ligation Technique of Hemorrhoids and Seton Treatment of Anal Fistula in Japan

Akio Kurokawa (KUROKAWA UMEDA CLINIC)

[SV-2]

My Anal Surgery: Transition from Inpatient to Day Surgery

Junichi Iwadare (Iwadare Junichi Clinic)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Special Lecture

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 6:20 AM UTC Room 2

[SV] Special Lecture 肛門科診療　先達に学ぶ

司会：田中 良明(寺田病院大腸肛門病センター肛門科)

[SV-1] Traditional Ligation Technique of Hemorrhoids and Seton Treatment of Anal Fistula in Japan

Akio Kurokawa (KUROKAWA UMEDA CLINIC)

先達と呼ぶにふさわしく、長らく肛門科そして我々肛門科医を各学会・研究会のみならず様々な場で強く導いていただき、今なお我々以上の現役でもある肛門科医お二人です。黒川先生には古典的治療法として痔瘻“真のシートン法”と痔核“分離結札法”の奥義を、岩垂先生には名著『肛門基本術式の実際』を更にボリュームアップ、常にBETTER＆BESTを目指す新なる術式手技の変遷・工夫をご講演いただきます。とくに肛門科を目指す若い先生方や他科の先生方にも今後の目指すべき指標ともなりましょう。記念の第80回、敬意をはらってお二人の最初で最後の肛門科愛の競演？をご拝聴していただけましたら幸いです。

【はじめに】わが国の痔疾患に対する治療法は、西洋医学が導入された前後で大きく変容してきた。最初は、1700年代にオランダ医学が取り入れられ、日本独自の方法と蘭学とを組み合わせた医療が実施されるようになった。その後、華岡青洲が西洋の外科学を参考にして、日本古来の医術を区別せずに独特の理論を編み出し実践した。つまり、それが痔核の「分離結紮術」、痔瘻の「シートン法」と呼ばれている古典的な結紮療法である。
【分離結紮術】この方法は、1998年に増田らが報告した古典的な痔核結紮療法であり、基本原理は、痔核の根部を持続的に緊縛することによって、局所の阻血性壊死を起こさせ、痔核を脱落させ、正常に近い肛門の状態に再生させようとした術式である。この考えは、痔核の発生原因が静脈瘤説であろうと支持組織減弱説であろうと十分対応でき、根治的であり侵襲も必要最小限に実施することができる。この術式の要は痔核根部に二重の絹糸を刺入、２本にして左右に振り分けて強く結紮することである。その結果、痔核が脱落した創面は良好な肉芽に覆われ、脱落後３週間程度で上皮化し、伸展性に富んだ柔らかい状態で治癒するのである。
【シートン法】痔瘻に対する古典的結紮療法は、シートン法と呼称され紆余曲折はあったが、今日では痔瘻根治術の有用な一方法として認知されるようになった。1995年に我々が「古典的な痔瘻根治術」を報告して以来、古典的な痔瘻結紮療法の原法と諸家が一般的に実施しているシートン法には、考えや手技にかなりの乖離がみられるようになってきた。古典的手技の原則は、特殊な糸やゴム紐で痔瘻を可能な限り緩徐に切開解放する方法で、肛門括約筋の損傷を最小限に防ごうとする考えである。
【まとめ】痔核は分離結紮術、痔瘻はシートン法という名のもとに、肛門科の専門医の間で汎用され、最近では普遍性のある痔核や痔瘻の根治術の一つとして認識されるようになった。しかし、最近は原則とは異なった手技も散見されることを憂慮する。今回、古典的痔疾治療法の歴史的背景と手技の原則について、経験則的考察も加えて述べたいと考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Special Lecture

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 6:20 AM UTC Room 2

[SV] Special Lecture 肛門科診療　先達に学ぶ

司会：田中 良明(寺田病院大腸肛門病センター肛門科)

[SV-2] My Anal Surgery: Transition from Inpatient to Day Surgery

Junichi Iwadare (Iwadare Junichi Clinic)

先達と呼ぶにふさわしく、長らく肛門科そして我々肛門科医を各学会・研究会のみならず様々な場で強く導いていただき、今なお我々以上の現役でもある肛門科医お二人です。黒川先生には古典的治療法として痔瘻“真のシートン法”と痔核“分離結札法”の奥義を、岩垂先生には名著『肛門基本術式の実際』を更にボリュームアップ、常にBETTER＆BESTを目指す新なる術式手技の変遷・工夫をご講演いただきます。とくに肛門科を目指す若い先生方や他科の先生方にも今後の目指すべき指標ともなりましょう。記念の第80回、敬意をはらってお二人の最初で最後の肛門科愛の競演？をご拝聴していただけましたら幸いです。

28年間にわたり入院にての肛門手術を行ってきたが、2006年に自身の診療所を開設して以降は日帰りにての肛門手術を行うようになり19年間が経過した。 目的とした日帰り手術は症例の重症度に関わらず、入院手術と同等に一度の侵襲で根治させ、かつ術後の通院回数を少なくして早期の社会生活への復帰を可能にするものである。 そのために以下のような工夫を重ねてきた。
● 手術・術後日程の最適化: 週末を利用して術直後の安静期間を確保し、週明けの月曜日には職場復帰が可能となるスケジュールを組むことで、社会生活への早期復帰を促す。
● 麻酔方法の工夫: 麻酔専門医の管理下で静脈麻酔と局所麻酔を併用し、手術中のみならず帰宅後の鎮痛効果も高める。
● 創管理の工夫: アルギン酸塩被覆材や適切な軟膏の使用により、創部を湿潤環境に保ち、乾燥による痛みを軽減させ治癒を促進する。
● 手術術式の工夫:
○ 根治性を最優先しつつ、各疾患に対し最適な術式を選択する。
○ 痔瘻では創閉鎖を原則とし、開放創とする場合も創縮小によって治癒を早める。
○ 痔核では結紮切除術半閉鎖術式を、裂肛では侵襲の少ないLSISを第一選択とする。

肛門は微妙な感覚を司る場所であるため、肛門手術は単に病変を切除するだけでなく、術後の機能温存や整容面への配慮が不可欠となる。手術創は排便時に汚染されやすく、安静や清潔を保つのが困難で患者への負担も大きい。術後経過が不順な場合は再発はもとより難治創、肛門狭窄などを引き起こし術前より状態を悪化させるリスクも伴う。そして術後の状態は痛みや出血、腫脹として患者自身が日々実感するため、技量が直接反映される厳しい手術といえる。 一方で、この難しさこそが肛門手術の大きな魅力と、やりがいを生み出している。問題が生じた原因を追求し、工夫と試行錯誤を重ねることで、手術は確かな結果として実を結ぶ。そのため、肛門手術は「これで完全」という終着点がなく、常に改良が求められる、やりがいのある分野と言える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Special Program

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

[SP1] Special Program 1 (English Slide)

司会：秋吉 高志(がん研有明病院大腸外科), 的場 周一郎(東邦大学医療センター大森病院一般・消化器外科)

[SP1]

No cut video: Surgical Technique for Automatic Nerve-Guided Total Mesorectal Excision for Rectal Cancer

Jun Watanabe (Department of Colorectal Surgery, Kansai Medical University)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Special Program

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

[SP1] Special Program 1 (English Slide)

司会：秋吉 高志(がん研有明病院大腸外科), 的場 周一郎(東邦大学医療センター大森病院一般・消化器外科)

[SP1] No cut video: Surgical Technique for Automatic Nerve-Guided Total Mesorectal Excision for Rectal Cancer

Jun Watanabe (Department of Colorectal Surgery, Kansai Medical University)

本邦において直腸癌に対するロボット支援手術は2018年4月に直腸切除・切断術において保険収載され，手術件数は大幅に増加している． また、臨床使用できるロボット支援手術機器も増加し、複数機種が消化器外科領域で臨床使用が可能となっている。直腸癌手術において従来の腹腔鏡手術では，狭い骨盤内で鉗子の自由度が制限される中、自律神経を確実に温存し適切な剥離層に沿って直腸を剥離・授動することは難易度が高い手技であった。一方、多関節、モーションスケール、手ブレ防止などの機能を有しているロボット支援手術は、腹腔鏡手術の動作制限を克服し、より繊細な全直腸間膜切除（total mesorectal excision: TME)や側方郭清が施行できるもとして、臨床的，腫瘍学的，機能温存に対しての有用性が期待されている。

ロボットTMEにおける手術手技の工夫は、1．腹膜反転部までの腹膜切離先行TME、2．自律神経ガイドTME、3．前回りのTMEである。１．腹膜反転部までの腹膜切離先行TMEでは、後壁の剥離に先行して腹膜切離を行う。左右前側壁において男性では直腸膀胱ひだ（膀胱仙骨靭帯）、女性では直腸子宮ひだ（子宮仙骨靭帯）をメルクマールとすることによって、腹膜反転部以深において神経血管束と直腸間膜の間に大きくずれることなく、剥離ラインを設定することが可能である。2．自律神経ガイドTMEでは、確実な自律神経の温存と、直腸間膜に切り込まない質の高いTMEが可能となる。3．前回りのTMEは、ロボット手術の利点を最大限に生かした剥離の手順である。中直腸動脈深枝と下腹神経下群を切離することが肝要である。術野展開が最小限となることによって手術時間の短縮に寄与する。また、放射線化学療法やTotal Neoadjuvant Therapy (TNT)などの浸出液の非常に多い術前治療症例に特に有効である。

今回、上記ポイントを解説しながら、直腸癌に対する自律神経ガイドTMEの手術手技をノーカットビデオで供覧する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Special Program

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

[SP2] Special Program 2 (English Slide)

司会：吉田 直久(京都府立医科大学大学院消化器内科学)

[SP2]

No cut video: Endoscopic Submucosal Dissection (ESD)

Kouichi Nonaka (Department of Digestive Endoscopy, Tokyo Women's Medical University Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Special Program

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

[SP2] Special Program 2 (English Slide)

司会：吉田 直久(京都府立医科大学大学院消化器内科学)

[SP2] No cut video: Endoscopic Submucosal Dissection (ESD)

Kouichi Nonaka (Department of Digestive Endoscopy, Tokyo Women's Medical University Hospital)

本企画では、近年進歩が著しい大腸ESDにおける実際の手技を、編集のないノーカット映像で提示し、術者の戦略的判断や細やかな工夫を解説する。90分間で3症例を取り上げ、部位や病変の特性、線維化の程度に応じたアプローチを紹介する。各症例では、牽引法やアタッチメントの使い方、mucosal flapの迅速な作成、剥離操作の安定化に注目し、安全性と確実性を両立させる技術を共有する。また、想定外の事態への対応や、穿孔リスクを最小限に抑える工夫についても映像を通して実感できる内容とした。これから大腸ESDを習得する医師、あるいは更なる技術向上を目指す術者にとって、実践的かつ学びの多いセッションとなることを期待する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Special Program

Fri. Nov 14, 2025 2:05 PM - 3:35 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:05 AM - 6:35 AM UTC Room 1

[SP3] Special Program 3 (English Slide)

司会：黒柳 洋弥(虎の門病院), 大植 雅之(大阪国際がんセンター消化器外科)

[SP3]

No cut video: Lateral Lymph Node Dissection for Advanced Lower Rectal Cancer

Shunsuke Tsukamoto, 田藏 昂平, 加藤 岳晴, 永田 洋士, 高見澤 康之, 森谷 弘乃介, 金光 幸秀 (Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Special Program

Fri. Nov 14, 2025 2:05 PM - 3:35 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:05 AM - 6:35 AM UTC Room 1

[SP3] Special Program 3 (English Slide)

司会：黒柳 洋弥(虎の門病院), 大植 雅之(大阪国際がんセンター消化器外科)

[SP3] No cut video: Lateral Lymph Node Dissection for Advanced Lower Rectal Cancer

Shunsuke Tsukamoto, 田藏 昂平, 加藤 岳晴, 永田 洋士, 高見澤 康之, 森谷 弘乃介, 金光 幸秀 (Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center Hospital)

Background: The aim of lateral lymph node dissection for advanced lower rectal cancer is to reduce local recurrence after surgery. However, the anatomy of the lateral pelvic space is complex, and it is crucial to properly expose the tissue during surgery in order to identify the target structures.
Surgical Procedure: Our department follows these steps: 1.Preservation of the ureter and autonomic nerves. 2. Identification and dissection of the internal iliac arteries and veins. 3. Dissection of medial to the inferior vesical arteries and veins. 4. Dissection along the medial edge of the obturator cavity. 5. Dissection on the distal side of the obturator cavity. 6. Determination of the resection line along the lateral and proximal sides of the obturator cavity. 7. Preservation of the obturator nerve. 8. Dissection of the floor of the obturator space. To make it easier to understand, these procedures can be divided into two parts: steps 1 to 3 are considered the dissection of the medial side of the internal iliac vessels, while steps 4 to 7 pertain to dissection of the obturator cavity.
Surgical Key Points: To avoid vascular injury, dissection should be performed along the vessels, and the lymphatic tissue should be removed as en bloc by dissecting along the surgical plane. Since each type of forceps has different characteristics, the retraction forceps should be used to strongly retract the tissue to expand the surgical field, while the left-hand forceps should gently grasp the tissue to avoid fat tissue compression.
Conclusion: In order to safely and reliably perform the difficult lateral lymph node dissection under robot-assisted surgery, it is essential to master the basic robotic surgical techniques and ensure proper exposure of the surgical field.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Invited Lecture

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 2:00 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 5:00 AM UTC Room 1

[IL1] Invited Lecture 1

司会：山口 茂樹(東京女子医科大学消化器・一般外科)

[IL1]

Transforming the Future of Gastrointestinal (GI) Surgery through Novel Image Guidance

Jeffrey Milsom (Surgery, NewYork-Presbyterian/Weill Cornell Medical Center)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Invited Lecture

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 2:00 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 5:00 AM UTC Room 1

[IL1] Invited Lecture 1

司会：山口 茂樹(東京女子医科大学消化器・一般外科)

[IL1] Transforming the Future of Gastrointestinal (GI) Surgery through Novel Image Guidance

Jeffrey Milsom (Surgery, NewYork-Presbyterian/Weill Cornell Medical Center)

Despite numerous medical and surgical advances over the past several decades, the incidence of serious GI diseases has continued to increase throughout the world. The need for "disruptive innovation" to improve outcomes, safety, and LOWER healthcare costs in treating GI diseases has never been greater.
Taking a lesson from cardiac and vascular interventions over the past two decades, this talk will outline a strategy to the diagnosis and treatment of major GI diseases using "image guidance", using new forms of data gathering and processing (artificial intelligence "AI"), that promises to completely revolutionize our approach to GI diseases.
These approaches will include 3D imaging methods (based on CT, MRI, US, and endoscopy, and AI) that are superimposed on the patient in real time [augmented reality (AR)], permitting safer, simpler, and more precise treatments, including percutaneous approaches, for such diseases as small bowel obstructions, appendectomy, and localized tumor excisions and ablations. Clinical examples, outcomes, and case series will be used to illustrate the concepts and potential.
Practical short-term approaches using an "operating room of the future" will be highlighted, including more use of routine fluoroscopy (and new portable 3D fluoroscopy), combined endoscopic and laparoscopic methods, use of AR, and image fusion methods combining preop CT scanning with intraoperative US and endoscopy.
Like cardiac and vascular interventions, image guidance methods in treating GI diseases and the use of AI have the potential to make all forms of current GI surgery safer, are leading to dramatic new approaches, and promise to define a bright new chapter in minimally invasive therapies in the near future.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

JSCP-KSCP Symposium Session

Fri. Nov 14, 2025 3:30 PM - 4:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:30 AM - 7:30 AM UTC Room 10

[JKS1] JSCP-KSCP Symposium Session 1 Front Line of Rectal Cancer Treatment

Moderator:Takashi Akiyoshi(Gastroenterological Surgery, The Cancer Institute Hospital of JFCR), Seok-Hwan Lee(Kyung Hee University Hospital at Gangdong)

[JKS1-1]

The Role of MRI in the Preoperative Diagnosis for Rectal Cancer

Kazusige Kawai, Daisuke Nakano, Misato Takao, Hiroki Kato (Tokyo Metropolitan Cancer and Infectious Diseases Center, Komagome Hospital)

[JKS1-2]

The Latest Preoperative Treatment for Locally Advanced Rectal Cancer and its Pros and Cons

Seung-Bum Ryoo (Seoul National University Hospital)

[JKS1-3]

The Benefits of Upfront Surgery for Locally Advanced Rectal Cancer

Akio Shiomi (Division of Colon and Rectal Surgery, Shizuoka Cancer Center)

[JKS1-4]

Robotic Surgery and Laparoscopic Surgery for Rectal Cancer: Advancing the Front Line of Treatment

Songsoo Yang (Ulsan University hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

JSCP-KSCP Symposium Session

Fri. Nov 14, 2025 3:30 PM - 4:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:30 AM - 7:30 AM UTC Room 10

[JKS1] JSCP-KSCP Symposium Session 1 Front Line of Rectal Cancer Treatment

Moderator:Takashi Akiyoshi(Gastroenterological Surgery, The Cancer Institute Hospital of JFCR), Seok-Hwan Lee(Kyung Hee University Hospital at Gangdong)

[JKS1-1] The Role of MRI in the Preoperative Diagnosis for Rectal Cancer

Kazusige Kawai, Daisuke Nakano, Misato Takao, Hiroki Kato (Tokyo Metropolitan Cancer and Infectious Diseases Center, Komagome Hospital)

Local recurrence after rectal cancer surgery can occur in two distinct forms: central pelvic recurrence and lateral pelvic recurrence, and even after chemoradiotherapy (CRT), residual metastatic lateral lymph nodes may result in lateral pelvic recurrence.
We conducted a nationwide prospective study to determine the optimal indication for the lateral lymph node dissection (LLND) by preoperative MRI, which included 337 rectal cancer patients who underwent TME plus LLND. We developed the criteria using the initial 212 patients, and validated them using the remaining 125 patients. Through this study, we could establish criteria for LLND which could be applied to all patients without preoperative treatment, with neoaduvant chemotherapy (NAC), and with CRT, as follows;
1. Small nodes; <3.5 mm in long axis
2. Rod-shaped nodes; short/long ratio <0.5
3. Oval nodes of intermediate size; <7 mm in long axis and short/long ratio <0.7
I'll also show the result of other sub-analyses of the study, including the development of two AIs for the determination of lateral lymph node metastasis.
In addition, I'll overview of the published studies investigating the diagnostic accuracy of MRI for lateral lymph node metastasis.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

JSCP-KSCP Symposium Session

Fri. Nov 14, 2025 3:30 PM - 4:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:30 AM - 7:30 AM UTC Room 10

[JKS1] JSCP-KSCP Symposium Session 1 Front Line of Rectal Cancer Treatment

Moderator:Takashi Akiyoshi(Gastroenterological Surgery, The Cancer Institute Hospital of JFCR), Seok-Hwan Lee(Kyung Hee University Hospital at Gangdong)

[JKS1-2] The Latest Preoperative Treatment for Locally Advanced Rectal Cancer and its Pros and Cons

Seung-Bum Ryoo (Seoul National University Hospital)

Neoadjuvant long-course chemoradiotherapy (CRT) followed by total mesorectal excision (TME) and adjuvant chemotherapy has been the standard treatment for locally advanced rectal cancer (LARC). This multimodal approach, established through landmark European and German trials, significantly reduced local recurrence and improved survival outcomes. However, despite local recurrence rates as low as 5-8% in modern practice, distant metastasis remains a major cause of treatment failure, with 10-year cumulative incidence approaching 30%. Adjuvant fluoropyrimidine-based chemotherapy failed to adequately prevent distant relapse, partly due to poor compliance and delayed initiation after CRT. To overcome these limitations, the concept of total neoadjuvant therapy (TNT) has emerged, aiming to deliver systemic chemotherapy earlier to eradicate micrometastases and increase pathologic complete response (pCR) rates. Recent randomized trials have demonstrated the benefits of TNT. The STELLAR and RAPIDO trials showed that short-course radiotherapy followed by CAPOX improved pCR and disease-related treatment failure compared with conventional CRT. The PRODIGE 23 trial using FOLFIRINOX followed by CRT significantly improved 3-year disease-free survival and doubled the pCR rate. These advances highlight TNT as a promising strategy for both oncological control and organ preservation. Nevertheless, the optimal regimen for standard-risk LARC remains unsettled. Key questions include the choice between short- and long-course radiotherapy, induction versus consolidation chemotherapy sequencing, and appropriate chemotherapy intensity. Ongoing randomized trials are expected to clarify these issues and establish a new standard of care.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

JSCP-KSCP Symposium Session

Fri. Nov 14, 2025 3:30 PM - 4:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:30 AM - 7:30 AM UTC Room 10

[JKS1] JSCP-KSCP Symposium Session 1 Front Line of Rectal Cancer Treatment

Moderator:Takashi Akiyoshi(Gastroenterological Surgery, The Cancer Institute Hospital of JFCR), Seok-Hwan Lee(Kyung Hee University Hospital at Gangdong)

[JKS1-3] The Benefits of Upfront Surgery for Locally Advanced Rectal Cancer

Akio Shiomi (Division of Colon and Rectal Surgery, Shizuoka Cancer Center)

Robot-assisted surgery is a promising modality with high degrees of freedom and tremor suppression capabilities, making it a potentially more precise approach than conventional laparoscopic surgery.
In Japan, the number of robot-assisted procedures for rectal cancer has rapidly increased since national insurance coverage was introduced in 2018. Studies using large-scale domestic databases have demonstrated a reduction in the conversion rate to open surgery compared to laparoscopic surgery. Additionally, randomized controlled trials from overseas have shown that robot-assisted surgery facilitates more reliable achievement of a negative circumferential resection margin (CRM).
In 2022, insurance coverage was extended to colon cancer. Evidence from domestic multicenter prospective studies has confirmed the usefulness of robot-assisted surgery, particularly in terms of reducing conversion rates and postoperative complications.
Since 2023, new surgical robotic systems have been launched by various manufacturers, increasing the range of available options.
Reflecting these developments, the 2024 edition of the Japanese Guidelines for the Treatment of Colorectal Cancer strongly recommends robot-assisted surgery as a treatment option for rectal cancer, and weakly recommends it for colon cancer.
At our department, we have performed over 1,800 robot-assisted surgeries for colorectal cancer since 2011. In this presentation, we will highlight our outcomes-particularly under the principle of upfront surgery - and discuss the current status and future perspectives of robot-assisted surgery.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

JSCP-KSCP Symposium Session

Fri. Nov 14, 2025 3:30 PM - 4:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:30 AM - 7:30 AM UTC Room 10

[JKS1] JSCP-KSCP Symposium Session 1 Front Line of Rectal Cancer Treatment

Moderator:Takashi Akiyoshi(Gastroenterological Surgery, The Cancer Institute Hospital of JFCR), Seok-Hwan Lee(Kyung Hee University Hospital at Gangdong)

[JKS1-4] Robotic Surgery and Laparoscopic Surgery for Rectal Cancer: Advancing the Front Line of Treatment

Songsoo Yang (Ulsan University hospital)

Background: Rectal cancer surgery has evolved significantly over the past two decades, with minimally invasive techniques such as laparoscopic and robotic surgery becoming standard approaches in many centers. While laparoscopic surgery has demonstrated oncologic safety and functional benefits compared to open surgery, robotic platforms have offered enhanced dexterity, stable 3D vision, and improved ergonomics - particularly advantageous in the narrow pelvic cavity.
Content: We will compare laparoscopic and robotic approaches for rectal cancer, reviewing the current evidence on short- and long-term outcomes, including oncologic safety, postoperative recovery, and functional preservation. Although high-quality randomized controlled trials (RCTs) directly comparing these modalities remain limited, multiple observational studies suggest that robotic surgery may reduce conversion rates, facilitate total mesorectal excision quality, and improve postoperative urinary and sexual function.
In addition, recent advances in Single-Port (SP) robotic surgery have introduced new possibilities for rectal cancer treatment. Early clinical experiences indicate that SP robotic platforms may further minimize surgical trauma, improve cosmesis, and maintain oncologic principles, while potentially enhancing recovery. Although robust evidence from RCTs is not yet available, initial results are promising and suggest that SP robotic surgery could play a significant role in the next phase of minimally invasive rectal cancer surgery.
Conclusion: As technology advances, the role of robotic surgery - including SP platforms - continues to expand in rectal cancer treatment. Careful evaluation of ongoing and future studies will be essential to define their position at the frontline of surgical management.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

学会賞受賞記念講演

Fri. Nov 14, 2025 3:45 PM - 4:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:45 AM - 7:15 AM UTC Room 1

[AL] 学会賞受賞記念講演

司会：山本 聖一郎(東海大学消化器外科)

[AL-1]

Clinical study of colorectal surgery

Koya Hida[1], 岡村 亮輔[1], 西崎 大輔[1], 住井 敦彦[1], 藤井 佑介[1], 梅本 芳寿[1], 藤田 覇留久[1], 吉田 真也[2], 藤田 悠介[3], 川口 清貴[1], 尾地 伸悟[1], 甲津 卓実[1], 金城 洋介[4], 錦織 達人[5], 星野 伸晃[1], 板谷 喜朗[1], 坂井 義治[6], 小濵 和貴[1], 渡邊 昌彦[7], 内藤 剛[8] (1.Department of Surgery, Kyoto University, 2.天理よろづ相談所病院消化器外科, 3.関西医科大学下部消化管外科, 4.姫路医療センター消化器外科, 5.京都市立病院総合外科, 6.大阪赤十字病院, 7.西麻布メディカルクリニック, 8.北里大学一般・消化器外科)

[AL-2]

Cancer Stem Cells Persist Despite Cellular Damage, Emergence of the Refractory Cell Population

Ayumi Nagae (Itami City Hospital, Gastroenterological Surgery)

[AL-3]

Analysis of treatment-resistant lineages in POU5F1-expressing colorectal cancer cells as a therapeutic target

Shiki Fujino[1], 三吉 範克[2,3], 林 理絵[2,3], 大植 雅之[4], 長江 歩[1], 澤田 元太[1], 森田 俊治[1], 植村 守[3], 土岐 祐一郎[3], 江口 英利[3] (1.Gastroenterological Surgery, Itami City Hospital, 2.大阪国際がんセンターがん医療創生部, 3.大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学, 4.大阪国際がんセンター消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

学会賞受賞記念講演

Fri. Nov 14, 2025 3:45 PM - 4:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:45 AM - 7:15 AM UTC Room 1

[AL] 学会賞受賞記念講演

司会：山本 聖一郎(東海大学消化器外科)

[AL-1] Clinical study of colorectal surgery

Koya Hida[1], 岡村 亮輔[1], 西崎 大輔[1], 住井 敦彦[1], 藤井 佑介[1], 梅本 芳寿[1], 藤田 覇留久[1], 吉田 真也[2], 藤田 悠介[3], 川口 清貴[1], 尾地 伸悟[1], 甲津 卓実[1], 金城 洋介[4], 錦織 達人[5], 星野 伸晃[1], 板谷 喜朗[1], 坂井 義治[6], 小濵 和貴[1], 渡邊 昌彦[7], 内藤 剛[8] (1.Department of Surgery, Kyoto University, 2.天理よろづ相談所病院消化器外科, 3.関西医科大学下部消化管外科, 4.姫路医療センター消化器外科, 5.京都市立病院総合外科, 6.大阪赤十字病院, 7.西麻布メディカルクリニック, 8.北里大学一般・消化器外科)

このたびは、日本大腸肛門病学会学術賞という栄誉ある賞にご選出いただき、誠にありがとうございます。私は20年にわたり大腸癌の臨床研究に携わってまいりました。本講演では、多機関共同観察研究の成果と、それを支える事務局運営、さらに次世代教育についてご報告いたします。

多機関共同研究の推進には参加施設の先生方の協力が不可欠であり、これまで大腸癌研究会や腹腔鏡下大腸切除研究会を通じて全国の多くの施設にご参加いただきましたこと、深く感謝しています。事務局運営では「最小限のエフォートで最大限のエビデンスを得る」を信条とし、臨床に直結するテーマ設定、調査項目の妥当性と実行可能性の吟味を徹底してまいりました。項目採用の基準は「論文の1行になるかどうか」であり、紙ベース時代にはA4用紙1枚に収まる50項目を目安とし、EDC時代の現在も“項目へのこだわり”を大切にしています。さらに大学院生へ事務局業務を継承することで、研究の持続性と次世代育成を両立してきました。
これまでの代表的成果として、
①Stage IV大腸癌に対する腹腔鏡下手術（2009年研究開始、事務局：肥田・金城）。41施設904例を集積し、2012年Ann Surgに主論文を発表、副論文4本を出版。
②下部進行直腸癌に対する腹腔鏡手術（2013年研究開始、事務局：肥田・岡村）。69施設1500例を集積し、2018年Ann Surgに主論文を発表、副論文3本を出版。
③下部進行直腸癌に対する側方リンパ節郭清（2017年研究開始、事務局：岡村・西﨑・住井）。術前MRI中央判定と予後調査を行い、2021年に主論文を発表、副論文6本を出版。
④潰瘍性大腸炎に対する手術（2021年研究開始、事務局：吉田・藤井・川口・尾地）。48施設より1500例を集積し、2025年5月にSurg Endosc採択、副次解析を継続中。
自施設以外に他機関主導研究で、アドバイザーとして直腸癌術後機能障害を扱うLANDMARC study、技術認定医の有用性を検証するEnSSURE studyなどに参加してきました。
本賞を励みとして、今後も大腸外科臨床研究の推進と次世代の育成に尽力してまいりたいと考えます。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

学会賞受賞記念講演

Fri. Nov 14, 2025 3:45 PM - 4:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:45 AM - 7:15 AM UTC Room 1

[AL] 学会賞受賞記念講演

司会：山本 聖一郎(東海大学消化器外科)

[AL-2] Cancer Stem Cells Persist Despite Cellular Damage, Emergence of the Refractory Cell Population

Ayumi Nagae (Itami City Hospital, Gastroenterological Surgery)

〔目　的〕 化学療法は様々な癌に対して効果的だが完全に腫瘍細胞を排除することは難しく、治療抵抗性を示す細胞の出現が問題視されている。この治療抵抗性には腫瘍内の多様性、腫瘍不均一性が関与し、癌幹細胞(（Cancer stem cells: CSCs）が関連していると報告されている。本研究では化学療法後に出現する、腫瘍の再発、再燃に関与するCSCsについて検討した。
〔方 法〕 大腸癌細胞株とヒトオルガノイドに対して、抗がん剤感受性及び、薬剤投与後の経時的な細胞表面マーカーの変化、増殖能の変化、異種移植モデルを用いた増殖能について検討した。細胞集団の詳細な解析を行うため、DsRedをトランスフェクションしたオルガノイドを作製し、Single cell RNA-seq (scRNA-seq) 解析、qRT-PCR解析、マウスモデルでの検討を行った。
〔結　果〕 薬剤投与後、CD44陰性（-ve）集団の割合が一過性に増え、時間経過とともに減り、元の集団に近似する集団を再形成していルことが示された。CD44-ve細胞はCD44陽性（+ve）細胞より増殖能が高く、in vivoモデルでの腫瘍サイズも有意に増大していた。DsRed導入実験の結果から、CD44-ve細胞は5-FU投与前のCD44+ve集団に由来しており、scRNA-seqによるtrajectory解析、velocity解析でCD44-ve集団におけるPOU5F1遺伝子の高発現と誘導を認めた。qRT-PCRでCD44-ve細胞においてPOU5F1以外の幹細胞関連マーカーの発現上昇も確認された。そこでPOU5F1-EGFP-Casp9ベクターとdimerizerによるPOU5F1選択的な細胞死を誘導したところ、POU5F1に依存する増殖能の誘導と細胞生存機構が確認された。
〔総　括〕 抗がん剤投与後にCD44-ve細胞は化学療法抵抗性に関係しており、その原因遺伝子の一つにPOU5F1が関与していることが示された。POU5F1を抑制することで、治療薬剤投与後の再発・再燃の予防につながることが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

学会賞受賞記念講演

Fri. Nov 14, 2025 3:45 PM - 4:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:45 AM - 7:15 AM UTC Room 1

[AL] 学会賞受賞記念講演

司会：山本 聖一郎(東海大学消化器外科)

[AL-3] Analysis of treatment-resistant lineages in POU5F1-expressing colorectal cancer cells as a therapeutic target

Shiki Fujino[1], 三吉 範克[2,3], 林 理絵[2,3], 大植 雅之[4], 長江 歩[1], 澤田 元太[1], 森田 俊治[1], 植村 守[3], 土岐 祐一郎[3], 江口 英利[3] (1.Gastroenterological Surgery, Itami City Hospital, 2.大阪国際がんセンターがん医療創生部, 3.大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学, 4.大阪国際がんセンター消化器外科)

Recurrence and metastasis after curative treatment remain major challenges in colorectal cancer (CRC). Distant metastasis via the bloodstream is a major barrier to cure, and current management relies on chemotherapy or radiotherapy, either prophylactically for high-risk patients or after progression. Delivering “optimal therapy” only to patients who will relapse could minimize overtreatment and improve outcomes. We established patient-derived cancer cells (iCCs) that preserve tumor heterogeneity and microenvironmental interactions. Unlike conventional lines, iCCs show gene expression similar to clinical samples and reflect patient drug responses, serving as a potential avatar model. Among mechanisms of aggressiveness, POU5F1 emerged as a key regulator of chemoresistance. POU5F1-positive cells generated heterogeneous progeny, resisted therapy, and mimicked circulating tumor cells (CTCs) driving metastasis. They displayed strong potential to form liver metastases and were enriched in recurrent tumors, correlating with poor prognosis. Using a POU5F1-EGFP reporter, we isolated POU5F1-positive/negative cells, enabling live tracking. scRNA-seq revealed Wnt signaling enrichment in POU5F1-positive cells, which also showed high CTLA4 expression, confirmed by immunocytochemistry. Epigenetic analysis identified CpG demethylation at POU5F1 and CTLA4 promoters, suggesting coordinated regulation. Importantly, the Wnt/β-catenin inhibitor XAV939 suppressed adhesion and survival of POU5F1-positive cells in vitro, and early treatment prevented liver metastasis in vivo. These findings highlight POU5F1-positive CTCs as critical drivers of recurrence and support therapeutic targeting of this subpopulation to block metastasis in CRC and potentially other cancers.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Symposium

Fri. Nov 14, 2025 10:20 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:20 AM - 2:40 AM UTC Room 10

[ESY1] English Symposium 1 Strategy for Advanced Rectal Cancer from Each Country

Moderator:Simon Ng(Department of Surgery, The Chinese University of Hong Kong), Shigeki Yamaguchi(Department of Surgery, Tokyo Women's Medical University)

[ESY1-1]

Total Neoadjuvant Therapy and Non-operative Management for Rectal Cancer in the U.S.

Tsuyoshi Konishi (The University of Texas MD Anderson Cancer Center)

[ESY1-2]

Strategy for Treating Advanced Rectal Cancer in Taiwan: Current Practice and Future Directions

William Tzu-Liang Chen (China Medical University Hsin-Chu Hospital)

[ESY1-3]

Strategy for Advanced Rectal Cancer Management in Thailand

Woramin Riansuwan (Colorectal Surgery Unit, Department of Surgery, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University)

[ESY1-4]

Korean Strategy for advanced Rectal cancer

Jin Kim (Korea University College of Medicine)

[ESY1-5]

Treatment of rectal cancer in Japanese guidelines

Yusuke Kinugasa (Institute of Science Tokyo)

[ESY1-6]

Development and Implementation of Standardized NOSES for Colorectal Surgery

Xishan Wang (Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center/ National Clinical Research Center for Cancer/ Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences and Peking Union Medical College)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Symposium

Fri. Nov 14, 2025 10:20 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:20 AM - 2:40 AM UTC Room 10

[ESY1] English Symposium 1 Strategy for Advanced Rectal Cancer from Each Country

Moderator:Simon Ng(Department of Surgery, The Chinese University of Hong Kong), Shigeki Yamaguchi(Department of Surgery, Tokyo Women's Medical University)

[ESY1-1] Total Neoadjuvant Therapy and Non-operative Management for Rectal Cancer in the U.S.

Tsuyoshi Konishi (The University of Texas MD Anderson Cancer Center)

Total neoadjuvant therapy (TNT) is a novel strategy for rectal cancer that administers both (chemo)radiotherapy and systemic chemotherapy before surgery. TNT is expected to improve treatment compliance, tumor regression, and oncologic outcomes. Most importantly, TNT significantly improves a rate of clinical complete response and subsequent non-operative management. In the U.S., multiple TNT regimens are currently available with various combinations of the treatments including induction or consolidation chemotherapy, triplet or doublet chemotherapy, and long-course chemoradiotherapy or short-course radiotherapy. Evidence on TNT is rapidly evolving on clinical trials, and no definitive consensus has been established on which regimens to use. Multidisciplinary decision making needs consideration of the advantages and limitations in each TNE regimen. This lecture reviews currently available evidence on TNT for rectal cancer and provided a guide for tailor-made use of TNT regimens, particularly focusing on non-operative management.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Symposium

Fri. Nov 14, 2025 10:20 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:20 AM - 2:40 AM UTC Room 10

[ESY1] English Symposium 1 Strategy for Advanced Rectal Cancer from Each Country

Moderator:Simon Ng(Department of Surgery, The Chinese University of Hong Kong), Shigeki Yamaguchi(Department of Surgery, Tokyo Women's Medical University)

[ESY1-2] Strategy for Treating Advanced Rectal Cancer in Taiwan: Current Practice and Future Directions

William Tzu-Liang Chen (China Medical University Hsin-Chu Hospital)

Rectal cancer is a significant cancer burden in Taiwan, yet a unified national guideline for locally advanced rectal cancer (LARC) has not been established. Most institutions follow international standards, such as those established by the NCCN and ESMO, with adjustments made based on local practices. Magnetic resonance imaging (MRI) is the cornerstone for staging and risk assessment, guiding multidisciplinary team (MDT) decisions that are now routine in leading hospitals.

For mid and low rectal tumors, long-course chemoradiotherapy (45 to 50.4 Gy with concurrent fluoropyrimidines) remains standard. At the same time, short-course radiotherapy with consolidation chemotherapy is increasingly used as part of total neoadjuvant therapy (TNT). Recent registry analyses indicate that neoadjuvant radiotherapy benefits mid and low rectal cancers but may not improve survival for upper rectal lesions, while raising permanent stoma risk. Organ-preservation strategies, particularly the "Watch and Wait" approach after achieving clinical complete response, have demonstrated safety in Taiwanese centers.

Total mesorectal excision remains the cornerstone of surgery, with robotic and laparoscopic approaches achieving comparable outcomes, and lateral pelvic lymph node dissection used selectively. Future priorities include reaching consensus on neoadjuvant therapy, TNT sequencing, and adjuvant treatment after a good response. Developing Taiwan-specific guidelines will be essential for optimizing outcomes.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Symposium

Fri. Nov 14, 2025 10:20 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:20 AM - 2:40 AM UTC Room 10

[ESY1] English Symposium 1 Strategy for Advanced Rectal Cancer from Each Country

Moderator:Simon Ng(Department of Surgery, The Chinese University of Hong Kong), Shigeki Yamaguchi(Department of Surgery, Tokyo Women's Medical University)

[ESY1-3] Strategy for Advanced Rectal Cancer Management in Thailand

Woramin Riansuwan (Colorectal Surgery Unit, Department of Surgery, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University)

Approximately 4,000 new rectal cancers are diagnosed annually. Despite the high prevalence of locally advanced rectal cancer (LARC), Thailand currently lacks national management guidelines, leading most surgeons to follow NCCN or ESMO recommendations. This abstract summarizes current trends in LARC management in Thailand.
LARC, defined as clinical stage T3 and T4 tumors or node-positive disease, is routinely evaluated using CT scans of the chest and abdomen, while mid-to-lower rectal lesions require additional high-resolution pelvic MRI for locoregional staging. The standard treatment for decades has been total mesorectal excision (TME) performed 8-12 weeks after neoadjuvant chemoradiotherapy (CRT). More recently, total neoadjuvant therapy (TNT) combining CRT with either induction or consolidation chemotherapy has emerged as an alternative, particularly for high-risk cases featuring EMVI-positive tumors, threatened circumferential margins, N2 disease, or lateral lymph node involvement. Although the RAPIDO trial regimen (5 x 5 short-course radiotherapy with consolidation chemotherapy) was adopted during the COVID-19 pandemic, its implementation remains limited.
Surgical approaches have evolved, with laparoscopic TME gradually replacing open procedures. However, widespread adoption faces challenges, including a shortage of skilled surgeons and reimbursement limitations. Robotic TME remains uncommon due to the excessive costs and limited availability of robotic platforms.
To enhance advanced rectal cancer care, the Thai surgical society should prioritize two key initiatives, including the development of national consensus guidelines for LARC management and the establishment of structured training or mentoring programs for laparoscopic and robotic surgical techniques.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Symposium

Fri. Nov 14, 2025 10:20 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:20 AM - 2:40 AM UTC Room 10

[ESY1] English Symposium 1 Strategy for Advanced Rectal Cancer from Each Country

Moderator:Simon Ng(Department of Surgery, The Chinese University of Hong Kong), Shigeki Yamaguchi(Department of Surgery, Tokyo Women's Medical University)

[ESY1-4] Korean Strategy for advanced Rectal cancer

Jin Kim (Korea University College of Medicine)

Treatment for advanced rectal cancer in Korea has shown high survival rates despite the increasing incidence of the disease. National statistical data shows that the 5-year relative survival rate for all cancer patients diagnosed from 2018 to 2022 was 72.9%, a significant increase from 54.2% for patients diagnosed between 2001 and 2005. For colorectal cancer specifically, the 5-year survival rate was 71.8% from 2010 to 2014, with some hospital-specific data showing even higher rates up to 83.8%. This outcome is attributed to a systematic, multidisciplinary treatment strategy rather than a single approach.
The cornerstone of the Korean strategy is the use of neoadjuvant therapy, which involves combining chemotherapy and radiotherapy before surgery. The rationale behind this approach is to address the high local recurrence rate, which can be between 20% and 60% for locally advanced rectal cancer when treated with surgery alone. Neoadjuvant therapy aims to reduce this recurrence rate, improve the chances of complete tumor removal, and enhance survival. This approach is particularly crucial for low-lying tumors near the anus, as it can shrink the tumor and enable sphincter-preserving surgery, thereby preserving the patient's quality of life. A meta-analysis of neoadjuvant versus adjuvant chemotherapy showed a statistically significant improvement in overall survival and disease-free survival for the neoadjuvant group. Additionally, the rate of positive resection margins was found to be marginally lower in the neoadjuvant therapy group compared to the upfront surgery group.
In the surgical field, advanced technologies are applied. Laparoscopic surgery has offered various benefits, and robotic surgery is mainly used for rectal cancer, particularly for mid-to-low rectal cancer and in patients with a narrow pelvis. The robotic system offers enhanced dexterity and precision within the narrow pelvic cavity, which facilitates the safe and effective performance of complex procedures, such as lateral pelvic lymph node dissection. A recent study concluded that robot-assisted dissection was able to harvest more lymph nodes than laparoscopic surgery, with no difference in complication rates or survival. This technology helps pursue the dual goals of complete tumor removal and functional preservation.
The survival outcomes demonstrate the effectiveness of this comprehensive strategy. Studies have shown that when adjuvant chemotherapy is combined with surgery, the 5-year survival rate for high-risk stage 2 rectal cancer patients improves by 7.7% in terms of disease-free survival, while for stage 3 patients, certain combination therapies have been shown to reduce the mortality rate by 33%. Furthermore, research is ongoing into future treatment options. The increasing use of precision medicine, guided by next-generation sequencing(NGS), and the introduction of new drugs like immunotherapies are also contributing to more personalized treatment plans.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Symposium

Fri. Nov 14, 2025 10:20 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:20 AM - 2:40 AM UTC Room 10

[ESY1] English Symposium 1 Strategy for Advanced Rectal Cancer from Each Country

Moderator:Simon Ng(Department of Surgery, The Chinese University of Hong Kong), Shigeki Yamaguchi(Department of Surgery, Tokyo Women's Medical University)

[ESY1-5] Treatment of rectal cancer in Japanese guidelines

Yusuke Kinugasa (Institute of Science Tokyo)

The treatment of rectal cancer in Japan differs significantly from practices in Europe and the United States, particularly regarding the use of preoperative therapies. The following summarizes the key points from the Japanese guidelines on rectal cancer treatment.
In Japan, total mesorectal excision (TME) or total mesorectal excision with autonomic nerve-preserving lateral lymph node dissection (TME + LLND) is the standard surgical approach for advanced lower rectal cancer. This approach has shown favorable outcomes in terms of both survival and local recurrence rates. Preoperative radiotherapy, which is standard in Europe and the United States, is not actively performed in Japan due to the lack of evidence supporting its added benefit in reducing local recurrence or its effectiveness as an alternative to LLND.
Preoperative CRT is weakly recommended for patients with a high risk of local recurrence. For patients with a high risk of local recurrence, preoperative chemotherapy (without irradiation) is weakly recommended against.
Total Neoadjuvant Therapy (TNT), which incorporates systemic therapy into preoperative treatment, is weakly recommended against for rectal cancer. TNT aims to address the limitations of preoperative CRT by improving distant metastasis control and survival rates. However, its routine use is not recommended in Japan.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Symposium

Fri. Nov 14, 2025 10:20 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:20 AM - 2:40 AM UTC Room 10

[ESY1] English Symposium 1 Strategy for Advanced Rectal Cancer from Each Country

Moderator:Simon Ng(Department of Surgery, The Chinese University of Hong Kong), Shigeki Yamaguchi(Department of Surgery, Tokyo Women's Medical University)

[ESY1-6] Development and Implementation of Standardized NOSES for Colorectal Surgery

Xishan Wang (Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center/ National Clinical Research Center for Cancer/ Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences and Peking Union Medical College)

Natural Orifice Specimen Extraction Surgery (NOSES) eliminates abdominal incisions by retrieving specimens through natural orifices (rectum/vagina). Chinese experts established a comprehensive NOSES system, including anatomical classifications and 10 standardized procedures. By 2024, over 41,000 NOSES cases (35,000+ for colorectal cancer) were performed in China (transanal: 82.9%, transvaginal: 17.1%). Large-scale data confirms reduced complications, faster recovery, and improved patient satisfaction without compromising oncologic outcomes. The China NOSES Alliance (2017) trained 10,000+ surgeons through workshops and live demonstrations, while the International NOSES Alliance (2018) expanded global adoption with consensus guidelines. This structured approach demonstrates successful transition from innovation to international standardization.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Symposium

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 2:40 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 5:40 AM UTC Room 10

[ESY2] English Symposium 2 New Era of Robotic Surgery

Moderator:Micheal Powar(Cambridge University Hospitals), Junichiro Kawamura(Kindai University)

[ESY2-1]

The New Era of Robotic Colorectal Surgery with the da Vinci Xi

Mina Ming-Yin Shen (China Medical University Hsinchu Hospital, Taiwan)

[ESY2-2]

da Vinci SP and 5 in Colorectal Surgery: Early Experience and Future Perspectives

Yasumitsu Hirano (Saitama Medical University International Medical Center)

[ESY2-3]

Flexible Endoscopic Robotic System

Simon Ng (Department of Surgery, The Chinese University of Hong Kong)

[ESY2-4]

Carina surgical robot -assisted radical resection of colorectal cancer single center experience

Zhu Yuping (Zhejiang Cancer Hospital)

[ESY2-5]

Surgical stress response in Kangduo versus Da Vinci robot-assisted for colorectal cancer

Liu Yunxiao, Yuliuming Wang, Guiyu Wang (Department of colorectal cancer surgery, the Second Affiliated Hospital of Harbin Medical University)

[ESY2-6]

Clinical deployment of ANSUR, a surgical robot based on a new concept

Masaaki Ito (National Cancer Center Hospital East)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Symposium

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 2:40 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 5:40 AM UTC Room 10

[ESY2] English Symposium 2 New Era of Robotic Surgery

Moderator:Micheal Powar(Cambridge University Hospitals), Junichiro Kawamura(Kindai University)

[ESY2-1] The New Era of Robotic Colorectal Surgery with the da Vinci Xi

Mina Ming-Yin Shen (China Medical University Hsinchu Hospital, Taiwan)

Background: Escalating demands for oncologic precision, reconstructive quality, and operating-room (OR) efficiency are redefining colorectal surgery. The da Vinci Xi platform enables a shift toward reproducible oncologic dissection and suture-centric reconstruction while easing manpower pressures.
Objective: To outline a practice model that leverages Xi capabilities for (1) hand-sewn end-to-end and single-stapling anastomoses, (2) standardized CME or TME oncological resection, (3) OR workforce optimization, and (4) near-term innovation.
Approach: Multi-quadrant Xi port mapping, stable optics, and wristed instrumentation support precise intracorporeal suturing, tension control, and mucosa-to-mucosa apposition with facile revision. For colorectal cancer operation, the platform delivers steady counter-traction and high-fidelity views along embryologic planes to achieve specimen integrity, central vascular ligation, and nodal clearance. A surgeon-controlled camera, programmable arm choreography, and standardized docking/checklists reduce bedside dependency and streamline turnover; dual-console coaching and instrument economy further enhance scalability.
Key Advantages:
Reconstruction: Sutured EEA and single-stapling anastomosis minimize device constraints, improve orientation in the narrow pelvis, and integrate perfusion assessment.
Oncology: Consistent CME/TME through stable exposure and precise energy/sealing.
Operations: Fewer assistants required per case, clearer role definition, and repeatable workflows.
Future Directions: Quantified perfusion analytics, automation-assisted camera control, augmented-reality anatomy overlays, telementoring, and data-driven coaching will extend safety, efficiency, and indications.
Conclusion: The Xi system operationalizes a workforce-aware, high-quality paradigm for robotic colorectal surgery - advancing sutured anastomosis, standardizing CME/TME, and laying a credible path to the next wave of innovation.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Symposium

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 2:40 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 5:40 AM UTC Room 10

[ESY2] English Symposium 2 New Era of Robotic Surgery

Moderator:Micheal Powar(Cambridge University Hospitals), Junichiro Kawamura(Kindai University)

[ESY2-2] da Vinci SP and 5 in Colorectal Surgery: Early Experience and Future Perspectives

Yasumitsu Hirano (Saitama Medical University International Medical Center)

The advent of next-generation robotic systems has significantly advanced colorectal surgery, enabling procedures that are more precise, less invasive, and ergonomically favorable for surgeons. At our institution, we have performed over 100 cases using the da Vinci SP system in gastrointestinal surgery, exploring the full potential of single-port robotic approaches. The SP system offers excellent maneuverability in confined pelvic spaces, reduces the number of incisions, and improves cosmetic outcomes. Furthermore, its compatibility with the concept of "solo surgery" minimizes reliance on experienced surgical assistants, allowing the primary surgeon to perform procedures independently. This system has shown particular advantages in anatomically complex cases, such as patients with previous pelvic surgery, ileal conduit reconstruction, or kyphosis. In contrast, the newly introduced da Vinci 5 system represents a state-of-the-art robotic platform, offering enhanced console ergonomics, real-time force feedback, and advanced system analytics. Features such as energy usage monitoring and intraoperative motion tracking support the integration of surgical data into clinical practice. From our initial experience, the da Vinci 5 has enabled safe and efficient procedures and shows great promise for broader application in colorectal surgery. In this presentation, we will compare the technical refinements, clinical performance, and initial implementation challenges of both systems. Through these insights, we aim to provide a forward-looking perspective on the future of robotic colorectal surgery, integrating the philosophy of single-port access with the innovations of next-generation robotic technology.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Symposium

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 2:40 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 5:40 AM UTC Room 10

[ESY2] English Symposium 2 New Era of Robotic Surgery

Moderator:Micheal Powar(Cambridge University Hospitals), Junichiro Kawamura(Kindai University)

[ESY2-3] Flexible Endoscopic Robotic System

Simon Ng (Department of Surgery, The Chinese University of Hong Kong)

The recent progress in endoscopic technologies and interest in colorectal cancer screening have enabled the diagnosis of a larger number of early colorectal neoplasms. Most of these lesions are treated with laparoscopic resection. An alternative minimally invasive therapeutic option for these early lesions is endoscopic submucosal dissection (ESD). However, ESD is technically very challenging and carries a relatively high risk of complications. Furthermore, ESD has a very long learning curve.
To overcome these technical problems, people thought about the application of robotic technology. In order to perform endoluminal surgery such as colorectal ESD, the development of a flexible endoscopic robot that can travel along the colon is essential. A prototype endoscopic robot known as the Master And Slave Transluminal Endoscopic Robot (MASTER) was designed and built in 2006. In a preclinical study using ex vivo porcine stomach model, even non-clinician novices were able to successfully perform ESD using the prototype MASTER system, without any perforation. Endoscopy experts and non-experts could perform ESD much faster with the MASTER system.
The original prototype MASTER system was quite crude and bulky, with wires or exoskeleton mounted on a standard double-channel endoscope. With further technologic upgrades, a second-generation endoscopic robot, the EndoMaster EASE (Endoluminal Access Surgical Efficacy) System, was developed. The new system consists of an independently designed, flexible platform with a built-in endoscopic imaging system and three working channels, two for the passage of robotic arms and one for accessories. Recently, our research group at CUHK has completed the world's first clinical trial on robotic colorectal ESD (n = 43) using the EndoMaster EASE System. Our study has confirmed the safety and efficacy of this novel endoscopic robotic system. Further evaluation is needed before this system can be routinely used in clinical practice.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Symposium

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 2:40 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 5:40 AM UTC Room 10

[ESY2] English Symposium 2 New Era of Robotic Surgery

Moderator:Micheal Powar(Cambridge University Hospitals), Junichiro Kawamura(Kindai University)

[ESY2-4] Carina surgical robot -assisted radical resection of colorectal cancer single center experience

Zhu Yuping (Zhejiang Cancer Hospital)

The Carina surgical robot system is a recently introduced robot-assisted endoscopic surgical device originally designed in China. The modular architecture of the Carina platform is easily configurable to address clinical needs of urological, thoracic, gynecological, and general surgeons. Unlike Da Vinci integrated system, Carina surgical robot is composed by independent mobile, modular patient carts with separate operation arm, easily adjusts to any operating room setup The purpose of this study was to ascertain whether the Carina system was substantially equivalent to a comparable robotic device in terms of safety, efficacy and treatment costs during colorectal cancer resection, and evaluate the learning curve of Carina platform robotic surgery. Preliminary result: Successfully completed the procedure without any conversion to open or laparoscopic surgery. Time to first flatus and incidence of perioperative adverse events were comparable to da Vinci surgical robot. Additionally, no disparities were observed in pathological outcomes.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Symposium

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 2:40 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 5:40 AM UTC Room 10

[ESY2] English Symposium 2 New Era of Robotic Surgery

Moderator:Micheal Powar(Cambridge University Hospitals), Junichiro Kawamura(Kindai University)

[ESY2-5] Surgical stress response in Kangduo versus Da Vinci robot-assisted for colorectal cancer

Liu Yunxiao, Yuliuming Wang, Guiyu Wang (Department of colorectal cancer surgery, the Second Affiliated Hospital of Harbin Medical University)

Background: The efficacy and safety of Kangduo robotic technology in colorectal cancer (CRC) surgery have been fully verified. However, no studies have yet reported its short-term impact on surgical stress response.
Methods: This study conducted a post-hoc analysis using the data from a previous non-inferiority randomized controlled trial (ChiCTR2200063172). Patients with stage I-III CRC who underwent robotic-assisted radical colorectal cancer surgery between June 2022 and May 2023 were included. Participants were randomized 1:1 to receive either Kangduo or Da Vinci robotic-assisted surgery. The primary outcomes were changes in systemic stress response markers, including alanine aminotransferase (ALT), aspartate aminotransferase (AST), white blood cell count (WBC), hemoglobin (HB), neutrophil count (NEU), albumin (ALB), creatinine (CR), blood urea nitrogen (BUN), and lymphocyte count (LY).
Results: A total of 100 CRC patients were enrolled: 50 in the Kangduo robotic-assisted group and 50 in the Da Vinci robotic-assisted group. No significant differences were observed between the two groups in any of the measured stress response markers. Similar findings were noted in the subgroup analysis of patients without postoperative complications.
Conclusion: Kangduo robotic-assisted CRC surgery induces systemic stress response changes comparable to those observed with the Da Vinci robotic system.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Symposium

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 2:40 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 5:40 AM UTC Room 10

[ESY2] English Symposium 2 New Era of Robotic Surgery

Moderator:Micheal Powar(Cambridge University Hospitals), Junichiro Kawamura(Kindai University)

[ESY2-6] Clinical deployment of ANSUR, a surgical robot based on a new concept

Masaaki Ito (National Cancer Center Hospital East)

The entry of new technologies has significantly transformed the field of surgical treatment. One of the most significant revolutions in the surgical realm over the past 30 years has been the rise of laparoscopic surgery. In Japan, laparoscopic surgery has become widespread for many diseases, with reports indicating comparable survival rates to standard treatments and good short-term outcomes.
In recent years, the introduction of surgical assistance robots has gained traction, and many surgical procedures for various disease areas have received insurance coverage in Japan. The number of cases using robotic-assisted surgery has been increasing. While the advantages of robots in terms of overwhelming operability are undeniable, studies comparing robotic-assisted surgery and laparoscopic surgery have shown that the superiority of robotic surgery is limited in terms of clinical outcomes, and no studies have proven an increase in survival rates. Considering this point, discussions from multiple perspectives regarding the future direction of robotic-assisted procedures and the development of robotic devices are awaited.
We established A-traction Co., Ltd., a venture company focused on "surgical support robot development," and have promoted the creation of Japan's first innovative medical devices with different features and concepts from existing surgical robots, obtaining medical device sales approval in 2023 as a National Cancer Center-certified venture company. The concept of our developed robot involves the surgeon performing dissection operations at the bedside, using the right hand and foot interface to control three robotic arms. In other words, the surgeon can intuitively mange two instruments - in conjunction with an endoscope - single-handedly.
We conducted the First-in-Human (FIH) procedure in November 2023, and it has been implemented in several medical facilities across the country. So far, our hospital has performed over 70 colorectal cancer surgeries, realizing one of our goals, which is the reduction of workload for healthcare.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Symposium

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 2

[SY1] Symposium 1 (English Slide) Strategies for Advanced Rectal Cancer: With a Focus on TNT

司会：問山 裕二(三重大学大学院消化管・小児外科), 金光 幸秀(国立がん研究センター中央病院大腸外科)

[SY1-1]

Oncological outcomes of robot-assisted surgery for locally advanced rectal cancer

Shoichi Manabe, 塩見 明生, 笠井 俊輔, 田中 佑典, 小嶋 忠浩, 井垣 尊弘, 森 千浩, 石黒 哲史, 髙嶋 祐助, 坂井 義博, 矢田部 悠介, 辻尾 元, 八尾 健太, 横山 希生人, 小林 尚樹, 山本 祥馬 (Division of Colon and Rectal Surgery, Shizuoka Cancer Center Hospital)

[SY1-2]

Treatment outcomes of total neoadjuvant therapy for locally advanced rectal cancer

Shoma Sasaki, 塚田 祐一郎, 山東 雅紀, 長谷川 寛, 池田 公治, 西澤 祐吏, 伊藤 雅昭 (National Cancer Center Hospital East, Department of Colorectal Surgery)

[SY1-3]

Treatment Outcomes of Locally Advanced Lower Rectal Cancer Treated with Preoperative Chemoradiotherapy: Toward Optimal Therapeutic Strategies Based on Recurrence Risk

Shigenobu Emoto, 野澤 宏彰, 佐々木 和人, 室野 浩司, 横山 雄一郎, 永井 雄三, 原田 有三, 品川 貴秀, 舘川 裕一, 岡田 聡, 白鳥 広志, 石原 聡一郎 (Department of Surgical Oncology, The University of Tokyo)

[SY1-4]

Prognostic utility of serial PET-CT in patients with locally advanced rectal cancer who underwent total neoadjuvant therapy

Mikio Kawamura[1], 家城 英治[1], 嶌村 麻生[1], 山下 真司[1], 今岡 裕基[1], 志村 匡信[1], 北嶋 貴仁[2], 奥川 喜永[2], 大北 喜基[1], 吉山 繁幸[1], 小林 美奈子[3], 大井 正貴[1], 問山 裕二[1] (1.Department of Gastrointestinal and Pediatric Surgery, Mie University, 2.三重大学ゲノム医療部, 3.三重大学先端的外科技術開発学)

[SY1-5]

Introduction to Total Neoadjuvant Therapy for Locally Advanced Rectal Cancer Based on Neoadjuvant Chemotherapy

Atsushi Ogura, 村田 悠記, 奥田 賢司, 前田 真吾, 尾入 保彰, 岸田 貴喜, 梅田 晋一, 服部 憲史, 水野 隆史, 中山 吾郎, 神田 光朗, 江畑 智希 (Division of Gatroenterological Surgery and Surgical OncologySurgery, Nagoya University Hospital)

[SY1-6]

Multicenter Prospective Phase II Trial of TNT Therapy for Locally Advanced Rectal Cancer: Long-Term Results of the ENSEMBLE-2 Trial

Tatsuya Kinjo[1], 賀川 義規[2,7], 渡邉 純[3,8], 安藤 幸滋[4], 植村 守[5], 奥谷 浩一[6], 西沢 佑次郎[7], 諏訪 雄亮[8], 藤本 禎明[9], 松橋 延壽[10], 伊澤 直樹[11], 武藤 理[12], 三代 雅明[2,6], 坂東 英明[13], 大庭 幸治[14], 吉野 孝之[13], 沖 英次[4] (1.University of the Ryukyus, Department of Digestive and General Surgery, 2.大阪国際がんセンター消化器外科, 3.関西医科大学下部消化管外科, 4.九州大学大学院消化器・総合外科, 5.大阪大学大学院消化器外科, 6.札幌医科大学消化器・総合，乳腺・内分泌外科, 7.大阪急性期・総合医療センター消化器外科, 8.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, 9.済生会福岡総合病院外科, 10.岐阜大学大学院消化器外科・小児外科, 11.聖マリアンナ医科大学腫瘍内科, 12.秋田赤十字病院, 13.国立がん研究センター東病院消化管内科, 14.東京大学大学院情報学環・学際情報学府)

[SY1-7]

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Long-term outcomes and prediction of treatment response with ctDNA in multicenter prospective phase II trial of TNT therapy for locally advanced rectal cancer: ENSEMBLE-1

Masaaki Miyo[1], 賀川 義規[1], 渡邉 純[2], 安藤 幸滋[3], 植村 守[4], 諏訪 雄亮[5], 井上 彬[6], 西沢 佑次郎[7], 浜部 敦史[4], 波多 豪[4], 奥谷 浩一[8], 坂東 英明[9], 大庭 幸治[10], 吉野 孝之[9], 沖 英次[3] (1.Department of Gastroenterological Surgery, Osaka International Cancer Institute, 2.関西医科大学下部消化管外科学講座, 3.九州大学大学院消化器・総合外科, 4.大阪大学大学院消化器外科学, 5.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, 6.市立池田病院消化器外科, 7.大阪急性期・総合医療センター消化器外科, 8.札幌医科大学消化器・総合，乳腺・内分泌外科学講座, 9.国立がん研究センター東病院消化管内科, 10.東京大学大学院情報学環・学際情報学府)

[SY1-8]

Treatment Outcomes of Preoperative Chemoradiotherapy, Total Neoadjuvant Therapy, and Non-Operative Management

Toshiki Mukai, 野口 竜剛, 坂本 貴志, 松井 信平, 山口 智弘, 秋吉 高志 (Department of Gastroenterological surgery, Cancer Institute Hospital)

[SY1-SP]

特別発言

Masazumi Okajima (Kawahori Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Symposium

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 2

[SY1] Symposium 1 (English Slide) Strategies for Advanced Rectal Cancer: With a Focus on TNT

司会：問山 裕二(三重大学大学院消化管・小児外科), 金光 幸秀(国立がん研究センター中央病院大腸外科)

[SY1-1] Oncological outcomes of robot-assisted surgery for locally advanced rectal cancer

Shoichi Manabe, 塩見 明生, 笠井 俊輔, 田中 佑典, 小嶋 忠浩, 井垣 尊弘, 森 千浩, 石黒 哲史, 髙嶋 祐助, 坂井 義博, 矢田部 悠介, 辻尾 元, 八尾 健太, 横山 希生人, 小林 尚樹, 山本 祥馬 (Division of Colon and Rectal Surgery, Shizuoka Cancer Center Hospital)

【背景】直腸癌に対するロボット支援手術は、再現性の高い安定した鉗子操作により、腫瘍の進展に応じた適切な剥離層の選択を可能とし、根治性と機能温存の両立を実現しうる有用なモダリティである。局所進行直腸癌に対して手術先行での治療戦略を標準とする本邦であるが、欧米からの積極的な術前治療の良好な成績が多く報告される中で、治療戦略を見直すべく様々な臨床試験が行われている。
【目的】当院における局所進行直腸癌に対する治療成績を明らかにする。
【当院の治療戦略】ロボット支援での手術先行治療を基本とする。側方郭清は、ガイドラインに準じて実施し、いわゆる予防的郭清においては、併存症等によりリスクの高い症例および75歳以上は省略する。手術単独では外科的剥離面確保が困難と想定される症例に対してのみ術前化学放射線治療(CRT)を施行している。
【対象と方法】対象は2011年から2024年12月までに、cStage II/IIIの原発性直腸癌に対してロボット支援手術を施行した1009例。多発癌、重複癌は除外した。短期成績および長期成績(長期成績は2020年12月までの症例)を後ろ向きに検討した。
【結果】年齢中央値66歳、男性652例/女性357例、BMI中央値22.8kg/m^2、腫瘍局在RS/Ra/Rb,P：206/194/609例、cStage II/III：275/734例。術前CRT施行例は67例(6.6%)であった。術式は前方切除763例/直腸切断術143例/括約筋間切除93例/ハルトマン手術10例。側方郭清431例(42.7%)、隣接臓器合併切除113例(11.2%)に実施。手術時間中央値277分、出血量中央値6ml、開腹移行は1例(0.1%)。術後合併症(Clavien-Dindo分類)：Grade≥II 152例(15.1%)、Grade≥III 53例(5.3%)、うち縫合不全37例(3.7%)。p(yp)Stageは CR,0/I/II/III/IV：6/180/316/495/10例、癌遺残R0/R1/R2：999/9/1例。観察期間中央値5.1年で、5年全生存率95.7%、5年無再発生存率77.2%、5年累積局所再発率3.0%。術前CRT施行例においては、5年全生存率92.8%、5年無再発生存率64.1%、5年累積局所再発率7.2%であった。
【結論】局所進行直腸癌に対する治療成績は良好であった。今後は手技のさらなる精緻化に加え、治療目的を明確にした戦略の構築が望まれる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Symposium

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 2

[SY1] Symposium 1 (English Slide) Strategies for Advanced Rectal Cancer: With a Focus on TNT

司会：問山 裕二(三重大学大学院消化管・小児外科), 金光 幸秀(国立がん研究センター中央病院大腸外科)

[SY1-2] Treatment outcomes of total neoadjuvant therapy for locally advanced rectal cancer

Shoma Sasaki, 塚田 祐一郎, 山東 雅紀, 長谷川 寛, 池田 公治, 西澤 祐吏, 伊藤 雅昭 (National Cancer Center Hospital East, Department of Colorectal Surgery)

【背景】局所進行直腸癌に対する術前治療として、局所制御を目的とした化学放射線療法(CRT)に遠隔転移制御を目的とした化学療法を追加するtotal neoadjuvant therapy(TNT)の有用性が、欧米を中心に報告されている。しかし本邦からの報告は少なくコンセンサスは得られていない。当院では2020年よりextramural vascular invasion(EMVI)や側方リンパ節転移を有する再発高リスク症例に対して積極的にTNTを導入している。【目的】局所進行直腸癌におけるupfront surgery、CRT、TNT後の治療成績を比較検討する。【方法】単施設後ろ向きコホート研究である。対象は2010-2024年に根治手術が施行されたcStageII-IIIの直腸癌症例のうち、初診時MRIでcircumferential margin(CRM)2mm未満、EMVI、短径7mm以上の側方リンパ節のいずれかを認めた症例とした。Upfront群、CRT群、TNT群に群別し術後治療成績を比較した。【結果】解析対象はupfront群111例、CRT群67例、TNT群83例の計261例であった。手術時間やClavien Dindo grade IIIa以上の術後合併症の頻度は各群で有意差を認めなかった。切除標本でのCRM(pCRM)が1mm以下の症例割合は、upfront群20.7%、CRT群13.4%、TNT群7.2%でTNTが最も低かった(P=0.030)。病理学的完全奏効(pCR)はCRT群6.0%、TNT群18.1%でありTNT群で有意に高かった(P=0.029)。観察期間中央値はupfront群60か月、CRT群か52月、TNT群18か月。全再発の割合はupfront群44.1%、CRT群28.4%、TNT群16.9%、局所再発は順に12.6%、7.5%、2.4%、遠隔転移再発は順に33.3%、20.9%、14.5%であり、すべての再発形式においてTNT群で最も少なかった(それぞれP<0.001、P=0.035、P=0.008)。3年OS/RFSはupfront群87.0/60.1%、CRT群95.2/72.6%、TNT群96.2/74.7%であり、統計学的有意差は認めなかった(それぞれP=0.26、P=0.085)。【結論】局所進行直腸癌に対するTNTは術後短期成績を悪化させることはなく、pCRM陽性割合を低下させた。TNT群の術後観察期間が短く長期成績は断定できないが、すべての再発形式に関してTNT群が最も少ない可能性が示唆された。またTNTはCRTと比較してpCR割合が高く、watch and waitを見据えた治療としての有用性も期待される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Symposium

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 2

[SY1] Symposium 1 (English Slide) Strategies for Advanced Rectal Cancer: With a Focus on TNT

司会：問山 裕二(三重大学大学院消化管・小児外科), 金光 幸秀(国立がん研究センター中央病院大腸外科)

[SY1-3] Treatment Outcomes of Locally Advanced Lower Rectal Cancer Treated with Preoperative Chemoradiotherapy: Toward Optimal Therapeutic Strategies Based on Recurrence Risk

Shigenobu Emoto, 野澤 宏彰, 佐々木 和人, 室野 浩司, 横山 雄一郎, 永井 雄三, 原田 有三, 品川 貴秀, 舘川 裕一, 岡田 聡, 白鳥 広志, 石原 聡一郎 (Department of Surgical Oncology, The University of Tokyo)

【背景・目的】直腸癌に対する術前化学放射線療法（CRT）は、本邦でも広く導入されつつあるが、その効果やCRT後の治療経過は多様である。CRT後の治療経過を検討し、最適な治療戦略の確立を目的とした。
【方法】2003年9月～2025年2月に当院でCRTを施行した直腸癌症例を対象に、臨床病理学的因子および予後を後方視的に検討した。CRTの適応は、原則としてRbにかかるcT3以深またはcN+かつcM0症例とし、照射野に含まれるリンパ節(鼠径、傍大動脈)に転移が疑われる場合に限りcM1を対象とした。
【結果】症例は441例で、年齢中央値は64歳(32-88歳)、レジメンはRTのみ/フッ化ピリミジン/オキサリプラチン併用/イリノテカン併用が3/316/6/116例であった。cStageは1/2/3/4が5/203/216/15例で、CRT後の治療経過は、(A) 根治手術(Cur A/B)を施行できた419例(うち縮小手術3例、ycStage 4が21例)、(B) 遠隔転移の出現により根治切除不能となった6例、(C)PS低下による手術不能が2例(76歳、78歳)、 (D)患者希望による非手術経過観察14例（cCR/near CRは6/4例）の4群に分類された。A群におけるpCR率は12.3%で、5年OS, RFSはそれぞれ84%, 73%であった。Cox比例ハザードモデルによる再発の独立したリスク因子は、pT4, pN+, pM1であった。B, C群は、あわせて全体の1.8%にとどまったが、C群はいずれも高齢者であった。D群では、9例(64%)で局所再増大を認め、7例でサルベージ手術を施行した。Local regrowth-free survivalの中央値は16.5ヶ月、5年OS, RFSはそれぞれ88%, 64%であった。
【結論】T4およびリンパ節転移陽性例は再発リスクが高く、TNTの適応を検討すべきと考えられた。また、高齢者への前治療は慎重な判断が求められる。当科では現在、cT4, cN2-3症例を対象にTNTの臨床試験を開始している。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Symposium

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 2

[SY1] Symposium 1 (English Slide) Strategies for Advanced Rectal Cancer: With a Focus on TNT

司会：問山 裕二(三重大学大学院消化管・小児外科), 金光 幸秀(国立がん研究センター中央病院大腸外科)

[SY1-4] Prognostic utility of serial PET-CT in patients with locally advanced rectal cancer who underwent total neoadjuvant therapy

Mikio Kawamura[1], 家城 英治[1], 嶌村 麻生[1], 山下 真司[1], 今岡 裕基[1], 志村 匡信[1], 北嶋 貴仁[2], 奥川 喜永[2], 大北 喜基[1], 吉山 繁幸[1], 小林 美奈子[3], 大井 正貴[1], 問山 裕二[1] (1.Department of Gastrointestinal and Pediatric Surgery, Mie University, 2.三重大学ゲノム医療部, 3.三重大学先端的外科技術開発学)

【背景】近年，欧米では下部進行直腸癌に対する術前治療としてtotal neoadjuvant therapy(TNT)が標準治療となりつつあり，有意な予後改善効果が報告されている．しかし強力な術前治療であるTNTを施行してもなお予後不良な症例が存在し，予後因子の同定が急務である，当科ではTNT前後に治療効果判定としてPET-CTをMRI，内視鏡と同様に施行している．PET-CTは実臨床では転移診断のために用いられる場合が多いがPET-CTとTNT後の直腸癌との関連は十分に検討されておらず，各種画像所見と予後との関連を含め検討し報告する．【対象と方法】2018年から2024年6月までのTNT症例のうちTNT後の判定を終了しかつ治療前後で内視鏡，MRI，PET-CTでの評価を行った計42症例を対象とした．EMVI, MRF involvementなどの画像所見とともに，PET-CTにおけるSUV-max値を計測し予後予測の可能性を検討した．【結果】治療前後の腫瘍のSUV-maxのRecurrence free survival(RFS)に対するcut-off値をROC解析により算出しそれぞれ12.4(AUC:0.58, 感度:0.41, 特異度:1.0)，7.3(AUC:0.67, 感度:0.83, 特異度:0.67)とした．SUV-max値は治療前後ともにその他の臨床病理学的因子と有意な関連はみられなかった．生存分析では治療前後のSUV-max高値群は低値群に比しどちらも有意に予後不良であった(p=0.046, p=0.002). さらに治療前後ともに高値であった症例は他の群に比して有意に予後不良であった(p=0.0013). RFSに対する多変量解析では治療後のSUV-max高値のみが独立規定因子であった(p=0.018).【結語】PET-CTのSUV-max値は定量化が容易で, 客観的かつ非侵襲的なTNT治療後の直腸癌予後予測因子として有用であることが示唆された．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Symposium

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 2

[SY1] Symposium 1 (English Slide) Strategies for Advanced Rectal Cancer: With a Focus on TNT

司会：問山 裕二(三重大学大学院消化管・小児外科), 金光 幸秀(国立がん研究センター中央病院大腸外科)

[SY1-5] Introduction to Total Neoadjuvant Therapy for Locally Advanced Rectal Cancer Based on Neoadjuvant Chemotherapy

Atsushi Ogura, 村田 悠記, 奥田 賢司, 前田 真吾, 尾入 保彰, 岸田 貴喜, 梅田 晋一, 服部 憲史, 水野 隆史, 中山 吾郎, 神田 光朗, 江畑 智希 (Division of Gatroenterological Surgery and Surgical OncologySurgery, Nagoya University Hospital)

はじめに
直腸癌治療は手術単独を長年基本としてきた日本においても再発リスクに合わせて術前治療を選択する時代に突入した。しかし、欧米とは文化も異なり、最適な治療戦略を模索しているといえる。放射線は局所制御効果が優れているものの、組織の繊維化による手術の質の低下や晩期障害など様々な負の遺産も多く、標準的な手術で根治可能な直腸癌に対する必要性は熟慮すべきである。当科では2008年より進行直腸癌に対する術前化学療法を行なってきた。2020年以降はnonoperative management (NOM)目的またはcircumferential resection margin確保のために限定してtotal neoadjuvant therapy (TNT)を行なっている。
対象と方法
2008年8月から2024年10月までに当院で術前化学療法開始し、根治手術またはNOMを行った腫瘍下縁が肛門縁から10cm以内の進行直腸癌例135例を対象とした。TNT導入前群(n=100、観察期間中央値98ヶ月)とTNT導入後群(n=35、観察期間中央値20ヶ月)で、短期・中期成績を比較検討した。
結果
TNT導入後群において19例(54%)でTNTが施行された(induction 11例、consolidation 8例)。TNT導入前群では、tripletレジメンは施行されていなかったが、TNT導入後群では21例(60%)で施行された。術前治療完遂率は両群で差は認めなかった(86% vs. 83%, p=0.652）。
完全消失(CR)率はTNT導入前群でpCR 9例(9.0%)であったのに対し、TNT導入後群は11例(pCR4例+ycCR例7例, 31%)であった(p<0.01）。術後重症合併症(Clavien-Dindo 3以上)は、TNT導入前群で22例(22%)に対してTNT導入後群で6例(21%)と両群で有意差を認めなかった(p=0.54)。2年局所再発率はTNT導入前群で4.0%であったのに対し、TNT導入後群は0%であった(p=0.27)。2年のRFS(79% vs. 78%, p= 0.64), OS (96% vs. 96%, p=0.46)に関しても有意差は認めなかった。TNT導入後群で7例(20%)がNOMを選択し、全例TME-freeで経過観察中である。
結論
TNT導入後群の観察期間は短いが、当院の放射線治療の選択的利用をコンセプトとしたTNTの導入は短期成績を担保可能かつ、NOMの可能性も損なわない新たな治療戦略となり得る。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Symposium

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 2

[SY1] Symposium 1 (English Slide) Strategies for Advanced Rectal Cancer: With a Focus on TNT

司会：問山 裕二(三重大学大学院消化管・小児外科), 金光 幸秀(国立がん研究センター中央病院大腸外科)

[SY1-6] Multicenter Prospective Phase II Trial of TNT Therapy for Locally Advanced Rectal Cancer: Long-Term Results of the ENSEMBLE-2 Trial

Tatsuya Kinjo[1], 賀川 義規[2,7], 渡邉 純[3,8], 安藤 幸滋[4], 植村 守[5], 奥谷 浩一[6], 西沢 佑次郎[7], 諏訪 雄亮[8], 藤本 禎明[9], 松橋 延壽[10], 伊澤 直樹[11], 武藤 理[12], 三代 雅明[2,6], 坂東 英明[13], 大庭 幸治[14], 吉野 孝之[13], 沖 英次[4]
(1.University of the Ryukyus, Department of Digestive and General Surgery, 2.大阪国際がんセンター消化器外科, 3.関西医科大学下部消化管外科, 4.九州大学大学院消化器・総合外科, 5.大阪大学大学院消化器外科, 6.札幌医科大学消化器・総合，乳腺・内分泌外科, 7.大阪急性期・総合医療センター消化器外科, 8.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, 9.済生会福岡総合病院外科, 10.岐阜大学大学院消化器外科・小児外科, 11.聖マリアンナ医科大学腫瘍内科, 12.秋田赤十字病院, 13.国立がん研究センター東病院消化管内科, 14.東京大学大学院情報学環・学際情報学府)

【目的】これまで我々は、局所進行直腸癌に対するTNTの有効性、安全性を検討する多施設共同臨床第II相試験：ENSEMBLE-2試験(特定臨床研究, jRCTs071210143)を実施してきた。今回、ENSEMBLE-2試験の長期成績を報告する。
【方法】主な適格基準は20歳以上、肛門縁から12cm以内、診断時cT3-4N0M0またはTanyN+M0で根治切除が可能な局所進行直腸癌を対象とした。術前化学放射線療法（LCCRT）50.4Gy+capecitabineと全身化学療法としてCAPOX（4コース）後、直腸間膜全切除（TME）を治療プロトコールとした。TNT後に臨床的完全奏効（cCR）が得られた場合は、非手術的治療（NOM）を許容した。主要評価項目は病理学的完全奏効（pCR）率とした。
【結果】合計28例（男性19例、女性9例、年齢中央値69.5歳）が登録された。臨床病期分類は、cT3（24例）、cT4（4例）、cN0（15例）、cN1（8例）、cN2（5例）であった。治療完遂率はLCCRTで100%、CAPOXで96%であった。TMEとNOMはそれぞれ21例と6例に実施され、5/21例でpCRが観察された（23.8%[90%CI 11.8%-41.8%]）。治療関連死はなかった。主なグレード3以上の有害事象は下痢（7.1%）および好中球減少（7.1%）であった。治療開始後の追跡期間中央値は28.8（19.2-32.2）ヵ月であった。 2年の無再発生存率は80.2%、全生存率は96.2%であった。 再発は5例（肺3例、腹膜播種1例、局所再発1例）であった。 NOM群では4例に再増大がみられ、いずれも根治切除術が行われた。2例はNOM継続中である。本試験ではctDNAについても解析した。TNT期間中(LCCRT後、TNT後)のctDNA有無はTNT治療効果とよく相関したが、再発とは相関しなかった。治療後4週目のctDNAが再発と相関した(p=.03)。
【結論】局所進行直腸癌に対するLCCRT+CAPOX4コースのTNTは長期成績においても海外の既報通りの有効性を示した。現在、本邦における第III相試験ENSEMBLE（NCT05646511/jRCTs031220342）が進行中である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Symposium

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 2

[SY1] Symposium 1 (English Slide) Strategies for Advanced Rectal Cancer: With a Focus on TNT

司会：問山 裕二(三重大学大学院消化管・小児外科), 金光 幸秀(国立がん研究センター中央病院大腸外科)

[SY1-7] Long-term outcomes and prediction of treatment response with ctDNA in multicenter prospective phase II trial of TNT therapy for locally advanced rectal cancer: ENSEMBLE-1

Masaaki Miyo[1], 賀川 義規[1], 渡邉 純[2], 安藤 幸滋[3], 植村 守[4], 諏訪 雄亮[5], 井上 彬[6], 西沢 佑次郎[7], 浜部 敦史[4], 波多 豪[4], 奥谷 浩一[8], 坂東 英明[9], 大庭 幸治[10], 吉野 孝之[9], 沖 英次[3] (1.Department of Gastroenterological Surgery, Osaka International Cancer Institute, 2.関西医科大学下部消化管外科学講座, 3.九州大学大学院消化器・総合外科, 4.大阪大学大学院消化器外科学, 5.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, 6.市立池田病院消化器外科, 7.大阪急性期・総合医療センター消化器外科, 8.札幌医科大学消化器・総合，乳腺・内分泌外科学講座, 9.国立がん研究センター東病院消化管内科, 10.東京大学大学院情報学環・学際情報学府)

【はじめに】我々は、局所進行直腸癌に対するTNTの有効性、安全性を検討する多施設共同臨床第II相試験:ENSEMBLE-1試験(jRCTs051200113)を実施してきた。今回、本試験の登録から3年の長期成績ならびにctDNAによる治療効果予測能を報告する。
【方法】適格基準は20歳以上、肛門縁から12cm以内、cT3-4N0M0またはTanyN+M0で根治切除可能な局所進行直腸癌とした。短期放射線療法(SCRT) 5Gy×5日(計25Gy)+CAPOX(6コース)後、直腸間膜全切除を治療プロトコールとし、臨床的完全奏効(cCR)が得られた場合は、非手術的治療（NOM）を許容した。主要評価項目は病理学的完全奏効(pCR)率とした。ctDNAはSignateraを用いて測定した。
【結果】
合計30例が登録され、cT2/T3/T4:1/25/4例であり、cN0/N1/N2:13/14/3例であった。TMEとNOMはそれぞれ20例と7例に実施され、6/20例でpCRが観察され(30%[95%CI 14.0%-50.8%])、主要エンドポイントは達成された。観察期間中央値は38.6ヶ月(5.3-48.5)であり、3年の無再発生存率・全生存率は75.9%・93.1%で、再発は4例(肺3例、肺+肝臓1例)に認められた。NOM群では2例に再増大がみられ、1例は他病死、4例はNOM継続中である。pCRまたはNOM継続したtrueCRは10例 (33%)であった。SCRT後、CAPOX4コース後、TNT後のctDNA statusはTNTの治療効果と有意差をもって相関し、特にtrueCRは全例でTNT後のctDNAは陰転化し、non-trueCRは69%でctDNA positive(P<0.001)であった。
【結語】
局所進行直腸癌に対するSCRT＋CAPOX6コースのTNTは長期成績においても海外の既報通りの有効性を示し、ctDNAのTNTの効果予測因子としての有効性が示唆された。現在、本邦における第III相試験ENSEMBLE(NCT05646511/jRCTs031220342)が進行中である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Symposium

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 2

[SY1] Symposium 1 (English Slide) Strategies for Advanced Rectal Cancer: With a Focus on TNT

司会：問山 裕二(三重大学大学院消化管・小児外科), 金光 幸秀(国立がん研究センター中央病院大腸外科)

[SY1-8] Treatment Outcomes of Preoperative Chemoradiotherapy, Total Neoadjuvant Therapy, and Non-Operative Management

Toshiki Mukai, 野口 竜剛, 坂本 貴志, 松井 信平, 山口 智弘, 秋吉 高志 (Department of Gastroenterological surgery, Cancer Institute Hospital)

【背景】
当科では2005年より腫瘍下縁がRbにかかる進行下部直腸癌に対し術前(C)RT＋TMEを標準治療として行ってきた。2012年からは再発高リスク症例に対してTotal Neoadjuvant Therapy(TNT)を、さらに2017年には前治療で臨床的完全奏功が得られた症例に対するNon Operative Management (NOM)を導入した。一方で、TNTの安全性、NOMの評価、Regrowthに対するSalvage手術に関する検討は少ない。当科における進行下部直腸癌に対する治療戦略、短期・長期成績について報告する。
【方法】
2004年7月から2022年12月に術前治療後に手術もしくはNOMを選択した腫瘍肛門縁距離50mm以下のcStageII/III進行下部直腸癌662+61=723例を後方視的に検討した。
【結果】
患者背景は、男性68%、年齢中央値60歳、腫瘍肛門縁距離35mmで、cStage II/III=267/456、(C)RT/TNT=448/275で、前治療後にTMEを662例に施行し、NOMは61例であった。
TMEを施行した662例に対しては、側方リンパ節郭清を243例(36.7%)に施行し、他臓器合併切除は109例(16.5%)であった。手術時間と出血量の中央値は341分と60gであった。CDGrade3以上の術後合併症率は9.3%で術後死亡は認めず、剥離断端陽性は7例（1.1%）に認めた。pStageはCR/0/1/2/3=101/10/186/165/199で、CRT群のCR率は11.6%、TNT群は17.8%で、CRT群のpStageIIIに対する補助化学療法導入率は45%であった。観察期間内に再発を164例認め、局所再発は28例、遠隔転移は136例であった。5年無再発生存率は74%、局所無再発生存率は94.6%で、CRT群とTNT群で術後短期および長期成績に差を認めなかった。
NOMは2017年から2022年にCRTを施行した133例中16例(12%)、またTNTを施行した200例中45例(23%)に対して導入した。局所再増大は10例認め、全例Salvage手術が可能であった。2年局所無増大生存率は81.8%、2年遠隔無再発生存率は92.9%であった。
【結語】
TNT群は主に再発ハイリスク症例に対して施行したが、CRT群よりもpCR率、NOM導入率が高く、術後合併症率および長期成績は両群に差を認めなかった。またNOM中のRegrowthに対しては高いSalvage率であった。進行下部直腸癌に対するTNTは安全に施行することが可能であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Symposium

Fri. Nov 14, 2025 2:50 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:50 AM - 7:20 AM UTC Room 3

[VSY1] Video Symposium 1 (English Slide) ESD for Early Colorectal Cancer: Current Practice and Future Perspectives

司会：斎藤 豊(国立がん研究センター中央病院内視鏡科), 竹内 洋司(群馬大学医学部附属病院光学医療診療部)

[VSY1-1]

Current situation and the landscape of colorectal ESD with CT colonography

Hiroyuki Takamaru[1], 斎藤 豊[1], 水口 康彦[1], 豊嶋 直也[1], 山田 真善[1], 三宅 基隆[2] (1.National Cancer Center Hospital, 2.国立がん研究センター中央病院放射線診断科)

[VSY1-2]

Colorectal ESD for Challenging Cases Utilizing Traction Techniques - Striving for Zero Perforations -

Kouichi Nonaka (Department of Digestive Endoscopy, Tokyo Women's Medical University Hospital)

[VSY1-3]

Underwater colorectal endoscopic submucosal dissection without bleeding -Flushing Forced Method-

Hiromitsu Ban[1], 豊永 高史[2] (1.Department of Gastroenterology, Omi Medical Center, 2.神戸大学病院 消化器内科)

[VSY1-4]

Therapeutic results of colonic endoscopic submucosal dissection in elderly patients

Yuri Tomita[1], 吉田 直久[2], 小林 玲央[2], 井上 健[2], 稲田 裕[3], 稲垣 恭和[4] (1.Gastroenterology Kyotohakuaikai Hospital, 2.京都府立医科大学消化器内科, 3.京都第一赤十字病院消化器内科, 4.西陣病院消化器内科)

[VSY1-5]

Long-term outcomes after endoscopic submucosal dissection for T1 colorectal cancer: a real-world multicenter prospective study by the Hiroshima GI endoscopy research group

Takuro Hamada[1], 桑井 寿雄[2], 上垣内 由季[1], 実綿 倫宏[3], 永井 健太[4], 田中 友隆[5], 小野川 靖二[6], 岡信 秀治[7], 永田 信二[8], 吉田 成人[9], 國弘 真己[10], 平賀 裕子[11], 岡本 志郎[12], 岡 志郎[1] (1.Department of Gastroenterology, Hiroshima University Hospital, 2.広島大学病院消化器内視鏡医学講座, 3.中国労災病院消化器内科, 4.市立三次病院消化器内科, 5.JA広島総合病院消化器内科, 6.JA尾道総合病院消化器内科, 7.広島赤十字・原爆病院消化器内科, 8.広島市立北部医療センター安佐市民病院消化器内科, 9.呉医療センター・中国がんセンター内視鏡内科, 10.広島市民病院内科, 11.県立広島病院内視鏡内科, 12.呉共済病院消化器内科)

[VSY1-6]

Efficacy and safety of peranal endoscopic myectomy for lower rectal Lesions

Takashi Kanesaka, 安藤 徳晃, 東野 克温, 海陸 吉貴, 塙 悠佑, 平野 佑一, 伊藤 典明, 松山 和輝, 佃 頌敏, 森田 宗新, 田中 佳実, 加藤 穣, 吉井 俊輔, 山本 幸子, 東野 晃治, 上堂 文也, 道田 知樹, 石原 立 (Department of Gastrointestinal Oncology, Osaka International Cancer Institute)

[VSY1-7]

Effects of prophylactic clip closure versus non-closure following colorectal endoscopic submucosal dissection on delayed bleeding: A phase III multicenter randomized controlled trial (EPOC Trial)

Akihiro Miyakawa[1], 田丸 弓弦[2], 水本 健[2], 金沢 憲由[3], 内山 詩織[3], 前原 浩亮[4], 隅田 頼信[4], 中村 朗[1], 糸林 詠[1], 紫村 治久[1], 志村 謙次[1], 桑井 寿雄[2,5] (1.Department of Gastroenterology, Asahi General Hospital, 2.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

国立病院機構呉医療センター中国がんセンター 内視鏡内科, 3.労働者健康安全機構横浜労災病院 消化器内科, 4.北九州市立医療センター 消化器内科, 5.広島大学病院 消化器内視鏡医学講座)

[VSY1-8]

Feasibility of aggressive endoscopic intervention for delayed perforation after colonic endoscopic resection

Yu Maruyama[1], 竹内 洋司[1], 都丸 翔太[2], 古市 望[1], 大島 啓一[1], 糸井 祐貴[1], 佐藤 圭吾[1], 田中 寛人[1], 保坂 浩子[1], 栗林 志行[1], 浦岡 俊夫[1] (1.Department of Gastroenterology and Hepatology, Gunma University Graduate School of Medicine, 2.前橋赤十字病院消化器内科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Symposium

Fri. Nov 14, 2025 2:50 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:50 AM - 7:20 AM UTC Room 3

[VSY1] Video Symposium 1 (English Slide) ESD for Early Colorectal Cancer: Current Practice and Future Perspectives

司会：斎藤 豊(国立がん研究センター中央病院内視鏡科), 竹内 洋司(群馬大学医学部附属病院光学医療診療部)

[VSY1-1] Current situation and the landscape of colorectal ESD with CT colonography

Hiroyuki Takamaru[1], 斎藤 豊[1], 水口 康彦[1], 豊嶋 直也[1], 山田 真善[1], 三宅 基隆[2] (1.National Cancer Center Hospital, 2.国立がん研究センター中央病院放射線診断科)

【背景】大腸ESDの普及に伴い、粘膜下層浸潤が疑われる病変（cT1a/b）に対して診断的ESDが試みられる事もあるが、適応には慎重な判断が求められる。CTコロノグラフィー（CTC）は、腹部CT画像を三次元的に再構築する検査法で、スクリーニングや外科的切除前に用いられるが、ESD術前にCTCを併用する報告はまだ少ない。近年、当院ではESD前にCTCを施行する機会が増加している。
【目的】当院における大腸ESDにおけるCTC併用の現状について予備的に検討する。
【方法】当院にて2024年の期間にCTCと内視鏡検査を施行された57例のうち、当院で治療を施行した51例を対象とした。これら症例の臨床病理学的背景を後方視的に検討し、CTC併用の意義を考察した。
【結果】51例のうち、31例に対しEMR/ESDを、20例に対し外科的切除を施行した。ESD症例のうち3例は直腸NETであった。CTC併用により治療方針を変更した症例は2例認め、1例はCTCにてT1N1M0と診断、もう1例はCTCにて筋層浸潤が疑われ、いずれも外科的切除を行った。病理結果は前者がpTisN0M0、後者がpT2N0M0であった。直腸NETに対するESDはいずれもR0切除であり、G1が2例、G2が1例であった。CTC併用症例の特徴として0-Is病変やひだ上のLST-NG病変、再発症例など内視鏡評価が困難な可能性がある症例も含まれていた。また症例の1割程度で筋層のつり上がりや線維化、大きな血管の存在などの追加所見が認められていた。
【結論】大腸ESDにおけるCTC併用は、限られた症例において治療方針決定に影響を与える可能性がある。しかしながら、より多くの症例を対象とした検討により、CTCの意義や適応の明確化が必要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Symposium

Fri. Nov 14, 2025 2:50 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:50 AM - 7:20 AM UTC Room 3

[VSY1] Video Symposium 1 (English Slide) ESD for Early Colorectal Cancer: Current Practice and Future Perspectives

司会：斎藤 豊(国立がん研究センター中央病院内視鏡科), 竹内 洋司(群馬大学医学部附属病院光学医療診療部)

[VSY1-2] Colorectal ESD for Challenging Cases Utilizing Traction Techniques - Striving for Zero Perforations -

Kouichi Nonaka (Department of Digestive Endoscopy, Tokyo Women's Medical University Hospital)

大腸ESDは、トラクション法やデバイスの進化により普及が加速している。一方で、虫垂や憩室内への伸展症例、巨大結節を伴う高度線維化病変など、従来の手技では完遂が困難な症例も依然として存在する。
当院では、ほぼ全例で牽引法を手技の早期段階から導入しており、mucosal flapの迅速な形成と安定した剥離操作を可能とすることで、合併症の少ない安全な大腸ESDを目指している。
また、術前の深達度診断と適応判断は当然ながら、ESD開始後も適応を再評価しつつ、中断や他治療への切り替えを常に念頭に置く柔軟な対応が重要である。
本講演では、牽引法を駆使した困難症例への対応に加え、牽引法を用いても治療継続が困難であった症例や、中断・治療変更を行った実例を提示し、今後の展望を考察する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Symposium

Fri. Nov 14, 2025 2:50 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:50 AM - 7:20 AM UTC Room 3

[VSY1] Video Symposium 1 (English Slide) ESD for Early Colorectal Cancer: Current Practice and Future Perspectives

司会：斎藤 豊(国立がん研究センター中央病院内視鏡科), 竹内 洋司(群馬大学医学部附属病院光学医療診療部)

[VSY1-3] Underwater colorectal endoscopic submucosal dissection without bleeding -Flushing Forced Method-

Hiromitsu Ban[1], 豊永 高史[2] (1.Department of Gastroenterology, Omi Medical Center, 2.神戸大学病院 消化器内科)

浸水下大腸ESDでは視野の拡大効果、浮力によるトラクション効果、低圧状態でのスコープ操作性の向上、脂肪組織などによるレンズの汚れ防止効果などが期待できる一方で、剥離時に生じるバブルや出血が視野の妨げとなることが問題であった。EIP2(ERBE社)とフラッシュナイフ(FUJIFILM社)を用いて、剥離時にナイフからの送水を同期させることでこれらの問題を解決し、flushing Forced Methodとして報告した(Endoscopy 2024)。Flushing Forced Methodでは浸水下ESDにおいて十分な止血能力を持ち、また剥離時にも粘膜下層へ生理食塩水が局注されることで確実に剥離層が認識できる。本発表では浸水下大腸ESDにおけるFlushing Forced Methodの実際について設定なども含めて提示をしたい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Symposium

Fri. Nov 14, 2025 2:50 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:50 AM - 7:20 AM UTC Room 3

[VSY1] Video Symposium 1 (English Slide) ESD for Early Colorectal Cancer: Current Practice and Future Perspectives

司会：斎藤 豊(国立がん研究センター中央病院内視鏡科), 竹内 洋司(群馬大学医学部附属病院光学医療診療部)

[VSY1-4] Therapeutic results of colonic endoscopic submucosal dissection in elderly patients

Yuri Tomita[1], 吉田 直久[2], 小林 玲央[2], 井上 健[2], 稲田 裕[3], 稲垣 恭和[4] (1.Gastroenterology Kyotohakuaikai Hospital, 2.京都府立医科大学消化器内科, 3.京都第一赤十字病院消化器内科, 4.西陣病院消化器内科)

【目的】大腸ESDは長径20mm以上の早期大腸癌を確実に一括切除し得る治療法であり，外科切除に比べて低侵襲である反面，endoscopic membrum resectionに比べて施行時間や入院期間が長く，多様な併存疾患を有する高齢者では慎重な配慮が求められる．当院では施行時間の短縮化および偶発症予防のため，ハサミ型ナイフを用いて牽引クリップとPocket-creation methodを併用し，深部大腸ではgel immersion下での施行および治療後の創部縫縮を原則としている．本研究では高齢者における大腸endoscopic submucosal dissection (ESD)の治療成績や偶発症などを解析した．
【方法】本研究は単施設後方視的検討である．対象は2010年1月から2025年3月に当院で大腸ESDを施行した1911例中で長径20mm未満を除いた1671例とした．抗血栓薬内服などを含む患者背景，治療成績などについて解析を行った．
【結果】全1671例中，80歳以上の高齢者255例と65歳未満の非高齢者509例を抽出し検討した．患者背景は平均年齢 83.3±3.0 vs. 55.5±7.9 (p<0.001)，性別(男性比) 52.9% vs. 53.8% (p=0.816)，抗血小板薬内服 25.9% vs. 3.3% (p<0.001)，抗凝固薬内服 9.8% vs. 1.4% (p<0.001)であった．病変部位(右側, 左側, 直腸)および腫瘍径(mm) 34.3 ± 18.6 vs. 32.5 ± 15.1 (p=0.096)であり, 腫瘍形態(隆起型) 12.9% vs. 20.4% (p=0.010) は有意差を認めた．治療成績はESD施行時間(分) 72.9±50.8 vs. 71.9±52.4 (p=0.393), 一括切除率 96.9% vs. 98.4% (p=0.154)，術中穿孔率 2.4% vs. 3.3% (p=0.451)，後出血率 1.6% vs. 2.0% (p=0.921)，遅発穿孔率 0.4% vs. 0.8% (p=0.872)と両群間での有意差は認めなかった．T1癌の頻度は13.7% vs. 13.0% (p=0.770) と有意差はなく，追加外科手術施行率は0.8% vs. 6.9% (p<0.001) と有意差を認めた．なお80歳以上の非手術例において検索範囲内で局所再発/現病死は1例も認めていない．
【結論】高齢者の大腸ESDは種々の手技の工夫により非高齢者と比較し，結腸病変例および抗血栓薬内服例が有意に高かったが偶発症を含む治療成績に差異は認めなかった．現在治療工夫の変遷による時期別検討を施行中である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Symposium

Fri. Nov 14, 2025 2:50 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:50 AM - 7:20 AM UTC Room 3

[VSY1] Video Symposium 1 (English Slide) ESD for Early Colorectal Cancer: Current Practice and Future Perspectives

司会：斎藤 豊(国立がん研究センター中央病院内視鏡科), 竹内 洋司(群馬大学医学部附属病院光学医療診療部)

[VSY1-5] Long-term outcomes after endoscopic submucosal dissection for T1 colorectal cancer: a real-world multicenter prospective study by the Hiroshima GI endoscopy research group

Takuro Hamada[1], 桑井 寿雄[2], 上垣内 由季[1], 実綿 倫宏[3], 永井 健太[4], 田中 友隆[5], 小野川 靖二[6], 岡信 秀治[7], 永田 信二[8], 吉田 成人[9], 國弘 真己[10], 平賀 裕子[11], 岡本 志郎[12], 岡 志郎[1] (1.Department of Gastroenterology, Hiroshima University Hospital, 2.広島大学病院消化器内視鏡医学講座, 3.中国労災病院消化器内科, 4.市立三次病院消化器内科, 5.JA広島総合病院消化器内科, 6.JA尾道総合病院消化器内科, 7.広島赤十字・原爆病院消化器内科, 8.広島市立北部医療センター安佐市民病院消化器内科, 9.呉医療センター・中国がんセンター内視鏡内科, 10.広島市民病院内科, 11.県立広島病院内視鏡内科, 12.呉共済病院消化器内科)

【背景と目的】大腸cT1癌に対する切除生検目的のESDは臨床研究として施行されつつあるが，リアルワールドにおける長期的な前向きのエビデンスは十分でない。今回，大腸pT1癌に対するESD後の長期予後について、全例登録の多施設前向き研究を実施した。【方法】2014年1月から2018年1月に広島GI内視鏡リサーチグループにてESDを施行した大腸腫瘍2358症例2478病変のうち，大腸pT1癌であり，大腸癌治療ガイドライン記載の内視鏡切除後T1癌における病理学的リンパ節転移危険因子を1つ以上持ち，かつ5年以上経過を追えたHigh risk大腸T1癌281症例281病変(平均観察期間66ヶ月) を対象とした。ESD後に追加外科切除なしで経過観察した74症例 (ER群) と，追加外科切除を施行した207症例 (SR群) の2群別に，臨床病理学的特徴，治療成績および長期予後を比較検討した。【結果】ER群はSR群と比較して平均年齢が有意に高かった (75.3歳 vs. 66.6歳; P＜0.001)。R0切除率はER群がSR群と比較して有意に高く (95.1% vs. 73.7%; P＜0.001)，偶発症はER群9例 (後出血5例，術中穿孔4例)，SR群8例 (後出血4例，術中穿孔3例，遅発性穿孔1例) に認めた。SR群はER群と比較してリンパ管侵襲陽性の割合 (40.1% vs. 19.0%; P＝0.001)，静脈侵襲陽性の割合 (35.8% vs. 20.3%, P＝0.014) が有意に高かった。SR群における追加外科切除時の局所遺残腫瘍は12例 (5.8%) に認め，リンパ節転移陽性は25例 (12.1%) であった。再発はER群6例 (局所5例，肝臓2例，肺１例)，SR群4例 (リンパ節3例，肺1例，肝臓1例) で、SR群に局所再発は認めなかった (重複あり)。原癌死はER群2例，SR群3例に認めた。ER群はSR群と比較して5年全生存率が有意に低く (79.7% vs 95.2%; P＜0.001)，5年累積再発率と５年累積局所再発率が有意に高かった (8.1% vs 1.9%; P＝0.015，6.8% vs 0%; P＜0.001)。一方，５年累積遠隔転移再発率と５年疾患特異的生存率に有意差を認めなかった。【結語】High risk大腸T1癌におけるESD後の追加外科切除は局所再発の予防に有効であったが，遠隔転移再発に関しては更なる検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Symposium

Fri. Nov 14, 2025 2:50 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:50 AM - 7:20 AM UTC Room 3

[VSY1] Video Symposium 1 (English Slide) ESD for Early Colorectal Cancer: Current Practice and Future Perspectives

司会：斎藤 豊(国立がん研究センター中央病院内視鏡科), 竹内 洋司(群馬大学医学部附属病院光学医療診療部)

[VSY1-6] Efficacy and safety of peranal endoscopic myectomy for lower rectal Lesions

Takashi Kanesaka, 安藤 徳晃, 東野 克温, 海陸 吉貴, 塙 悠佑, 平野 佑一, 伊藤 典明, 松山 和輝, 佃 頌敏, 森田 宗新, 田中 佳実, 加藤 穣, 吉井 俊輔, 山本 幸子, 東野 晃治, 上堂 文也, 道田 知樹, 石原 立 (Department of Gastrointestinal Oncology, Osaka International Cancer Institute)

【背景】粘膜下層の高度線維化は内視鏡的粘膜下層剥離術における技術的困難因子の一つである。ただし、下部直腸病変は内視鏡的に内輪筋ごと切除すること (peranal endoscopic myectomy [PAEM]) が技術的には可能である。当院で施行したPAEMの有効性と安全性を評価した。【方法】2019年1月から2024年12月までの期間に当院で直腸Rb病変に対して内視鏡的粘膜下層剥離術を施行した症例のうち、内輪筋の深部で剥離した結果として切除後の潰瘍底に外縦筋が露出した症例をPAEM症例と判断して、解析対象とした。年齢、性別、抗血栓薬の内服状況、内視鏡所見、内視鏡治療成績（一括切除率、治療時間、縫縮の有無）、組織学的診断結果、治療後在院日数、治療後28日以内の有害事象を後ろ向きに評価した。【結果】25症例に対してPAEMが行われた。年齢の中央値は66歳（38–89歳）、女性が13例（58%）、初回治療として行われたものが21例、内視鏡治療後遺残疑いに対してサルベージ治療として行ったものが4例であった。一括切除率は100%（25/25）、治療時間の中央値は72分（32–372分）、縫縮は13例（52%）で行われた。組織学的診断結果は、腺癌が19例（Tis 3例、T1 11例、T2 5例）、その他6例であった。垂直断端陰性割合は、pT1癌で64%（7/11）、pT2癌で0%（0/5）であった。治療後在院日数の中央値は4日（4–7日）で、止血術を要した後出血および遅発性穿孔はともに認めなかった。【結論】PAEMは深部断端の評価においては課題が残るが、重篤な有害事象なく施行可能であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Symposium

Fri. Nov 14, 2025 2:50 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:50 AM - 7:20 AM UTC Room 3

[VSY1] Video Symposium 1 (English Slide) ESD for Early Colorectal Cancer: Current Practice and Future Perspectives

司会：斎藤 豊(国立がん研究センター中央病院内視鏡科), 竹内 洋司(群馬大学医学部附属病院光学医療診療部)

[VSY1-7] Effects of prophylactic clip closure versus non-closure following colorectal endoscopic submucosal dissection on delayed bleeding: A phase III multicenter randomized controlled trial (EPOC Trial)

Akihiro Miyakawa[1], 田丸 弓弦[2], 水本 健[2], 金沢 憲由[3], 内山 詩織[3], 前原 浩亮[4], 隅田 頼信[4], 中村 朗[1], 糸林 詠[1], 紫村 治久[1], 志村 謙次[1], 桑井 寿雄[2,5] (1.Department of Gastroenterology, Asahi General Hospital, 2.国立病院機構呉医療センター中国がんセンター 内視鏡内科, 3.労働者健康安全機構横浜労災病院 消化器内科, 4.北九州市立医療センター 消化器内科, 5.広島大学病院 消化器内視鏡医学講座)

【背景】大腸EMR後の創部縫縮は特に近位結腸の大病変で後出血率低下に寄与するとされるが、ESDについては十分なエビデンスがない。そこで我々は大腸ESD後の創部縫縮の有用性を国内４施設の多施設共同ランダム化比較試験で検討した。【方法】20-50mm径病変のESD施行患者を縫縮群と非縫縮群に無作為割付した。主要評価項目は後出血率で、止血処置や輸血を要するものを重度、残血等それ以外の出血を軽度と定義した。【結果】ITT 解析は縫縮群：150例、非縫縮群：149例、PP解析は縫縮群：142例、非縫縮群：141例が対象となった。患者・病変背景に有意差は認めなかった。ITT解析では総後出血率（重度・軽度）は縫縮群：6.7%、非縫縮群：20.1%（OR: 0.28, 95%CI 0.13-0.60, p<0.001）、重度後出血率は縫縮群：1.3%、非縫縮群：8.7%（OR: 0.14, 95%CI 0.03-0.64, p＝0.003）、PP解析では総後出血率は縫縮群：5.6%、非縫縮群：19.9%（OR: 0.24, 95%CI 0.11-0.55, p<0.001）、重度後出血率は縫縮群：0.7%、非縫縮群：8.5%（OR: 0.08, 95%CI 0.01-0.59, p＝0.001）であり、縫縮群で有意に低下した。両群ともに遅発性穿孔例はなく、ESD後凝固症候群発生率に有意差は認めなかった。多変量ロジスティック回帰分析では、予防的創部縫縮は総後出血率（OR: 0.22, 95%CI 0.08-0.50, p<0.001）と重度後出血率（OR: 0.22, 95%CI 0.05-0.76, p＝0.015）を低下させる独立因子であった。一方で870mm^{2}を超過する病変（OR: 2.38, 95%CI 1.08-5.52, p＝0.032）と直腸病変（OR: 7.48, 95%CI 3.35-17.19, p<0.001）は総後出血率、脂質異常症（OR: 3.88, 95%CI 1.08-18.46, p＝0.037）は重度後出血率を上昇させる独立因子であった。重度後出血率に関する局在と大きさによるサブグループ解析では、遠位側病変では縫縮群：1.5%（1/66）、非縫縮群：14.5%（9/62）、長径37.5mm以上病変では縫縮群：1.5%（1/67）、非縫縮群：10.1%（8/79）であり、縫縮群で有意に低下した（遠位側病変：p＝0.007、長径37.5mm以上病変：p＝0.039）。【結論】大腸ESD後の創部縫縮は後出血率を有意に低下させるため強く推奨される。特に遠位側で径の大きい病変には有用である可能性が高い。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Symposium

Fri. Nov 14, 2025 2:50 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:50 AM - 7:20 AM UTC Room 3

[VSY1] Video Symposium 1 (English Slide) ESD for Early Colorectal Cancer: Current Practice and Future Perspectives

司会：斎藤 豊(国立がん研究センター中央病院内視鏡科), 竹内 洋司(群馬大学医学部附属病院光学医療診療部)

[VSY1-8] Feasibility of aggressive endoscopic intervention for delayed perforation after colonic endoscopic resection

Yu Maruyama[1], 竹内 洋司[1], 都丸 翔太[2], 古市 望[1], 大島 啓一[1], 糸井 祐貴[1], 佐藤 圭吾[1], 田中 寛人[1], 保坂 浩子[1], 栗林 志行[1], 浦岡 俊夫[1] (1.Department of Gastroenterology and Hepatology, Gunma University Graduate School of Medicine, 2.前橋赤十字病院消化器内科)

【背景】大腸内視鏡切除術後の遅発性穿孔は、外科手術が必要なことが多く、重篤な有害事象と考えられてきた。しかし内視鏡手技の進歩により、内視鏡処置によって緊急手術を回避できる可能性が示唆されている。
【方法】本研究は、2023年4月から2024年3月までに経験した遅発性穿孔の3症例を対象とした内視鏡治療の実施可能性についてのケースシリーズである。患者背景、手技に関連する因子、および転帰を診療録から抽出し、治療成績を評価した。
【結果】患者の年齢中央値は34歳(15?49歳)であり、うち2例が男性であった。手技は内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)が2例、浸水下内視鏡的粘膜切除術(UEMR)が1例であった。腫瘍径の中央値は27 mm(20?33 mm)であった。病変部位はS状結腸が2例、横行結腸が1例であった。内視鏡切除術後の遅発性穿孔までの時間の中央値は57時間(20?69時間)であった。全症例で内視鏡切除術中に明らかな穿孔はなく、遅発性穿孔に伴う激しい腹痛と腹部CT検査での遊離ガス像を認め、限局性の腹膜炎と判断した。全症例に対し、ミダゾラムとオピオイド鎮痛薬を用いた鎮静下での緊急大腸内視鏡検査を実施した。内視鏡で穿孔部位を確認できたのは2例であった。1例はクリップで穿孔部を閉鎖し、残りの2例はポリグリコール酸シートで穿孔部を被覆した。積極的な内視鏡治療後の食事再開までの中央値は9日(4?13日)であった。
【結論】大腸内視鏡切除術後の遅発性穿孔に対する積極的な内視鏡治療は、適切な患者選択ができれば実施可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Symposium

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 6:20 AM UTC Room 8

[VSY2] Video Symposium 2 Robotic Colorectal Surgery: Current Status and Future

司会：絹笠 祐介(東京科学大学消化管外科学分野), 大塚 幸喜(藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学)

[VSY2-1]

Surgical outcomes of robotic surgery for colorectal cancer

Akio Shiomi, 眞部 祥一, 小嶋 忠浩, 笠井 俊輔, 田中 佑典, 井垣 尊弘, 森 千浩, 高嶋 祐助, 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 (Division of Colon and Rectal Surgery, Shizuoka Cancer Center)

[VSY2-2]

Current Status and Challenges of Robotic Colorectal Surgery

Hiroyasu Kagawa, 池田 晋太郎, 伊藤 望, 勝谷 俊介, 國本 真由, 後藤 佳名子, 中田 美佳, 西山 優, 三浦 竣助, 鳴海 絢, 原田 紡, 杉下 哲夫, 青柳 康子, 山本 雄大, 山内 慎一, 花岡 まりえ, 絹笠 祐介 (Department of Gastrointestinal Surgery, Institute of Science Tokyo)

[VSY2-3]

Robotic colorectal surgery evolves in response to changes in the surgical environment

Takashi Nonaka, 富永 哲郎, 井上 悠介, 髙村 祐磨, 山口 峻, 片山 宏己, 橋本 慎太郎, 山下 真理子 (Nagasaki University Graduate School, Department of Surgery, Colorectal Surgery)

[VSY2-4]

Current Status and Challenges of Colorectal Cancer Surgery Using the Domestic Surgical Robot hinotori^{TM} : Experience of 138 Cases and Short-term Outcomes Compared with Conventional Systems

Hidetoshi Katsuno[1,2], 諸原 浩二[1], 遠藤 智美[1], 中村 謙一[1], 松尾 一勲[1], 小出 哲也[1], 今中 孝[1], 久保 智裕[1], 榊原 直樹[1], 花井 恒一[2], 守瀬 善一[1] (1.Fujita Health University, Okazaki Medical Center, Department of Surgery, 2.藤田医科大学ばんたね病院)

[VSY2-5]

Cost and Clinical Outcomes of Robotic-Assisted Colectomy for Colon Cancer: A Cross-Platform Analysis of Four Systems

Tsutomu Kumamoto[1], 大塚 幸喜[2], 松本 航一[1], 近石 裕子[1], 辻村 和紀[1], 谷口 寛子[1], 上嶋 徳[1], 小林 陽介[1], 稲熊 岳[1], 大村 悠介[1], 廣 純一郎[1], 松岡 宏[1], 升森 宏次[1], 宇山 一朗[2], 須田 康一[1] (1.Fujita Health University, 2.藤田医科大学先端ロボット・内視鏡手術学講座)

[VSY2-6]

A New Surgical Technique for Rectal Cancer: Integration of the da Vinci SP System and taTME

Yasuhiro Ishiyama, 平能 康充, 芥田 荘平, 中西 彬人, 皆川 結明, 林 久志, 西 雄大, 藤井 能嗣, 椙田 浩文, 平沼 知加志 (Saitama Medical University International Medical Center)

[VSY2-7]

Robotic-Assisted Colorectal Surgery Using da Vinci SP and Xi: Current Status and Future Outlook

Yasutake Uchima, 鹿川 大二郎, 田中 裕人 (Department of Gastrointestinal Surgery, Chubu Tokushukai Hospital)

[VSY2-8]

Robot-assisted colorectal resection with consideration for appropriate operation time

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Ryo Inada, 中尾 真綾, 坂本 真也, 八木 朝彦, 井上 弘章, 三村 直毅, 吉岡 貴裕, 田渕 幹康, 高田 暢夫, 田村 周太, 上村 直, 徳丸 哲平, 岡林 雄大, 尾崎 和秀, 渋谷 祐一 (Department of Gastroenterological Surgery, Kochi Health Sciences Center)

[VSY2-SP]
特別発言

Tsunekazu Hanai (Advanced Robotic and Endoscopic Surgery, Fujita Health University Bantane Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Symposium

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 6:20 AM UTC Room 8

[VSY2] Video Symposium 2 Robotic Colorectal Surgery: Current Status and Future

司会：絹笠 祐介(東京科学大学消化管外科学分野), 大塚 幸喜(藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学)

[VSY2-1] Surgical outcomes of robotic surgery for colorectal cancer

Akio Shiomi, 眞部 祥一, 小嶋 忠浩, 笠井 俊輔, 田中 佑典, 井垣 尊弘, 森 千浩, 高嶋 祐助, 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 (Division of Colon and Rectal Surgery, Shizuoka Cancer Center)

【背景】当科では直腸癌に対して2011年12月から、結腸癌に対して2019年11月からロボット支援手術を導入し、現在は全大腸癌に対しロボット支援手術を第一選択としている。
【目的】当科で施行したロボット支援大腸手術の治療成績を明らかにし、術式の工夫や今後の展望について報告する。
【検討１：直腸癌】2011年12月から2024年12月まで原発性直腸癌に対してロボット支援手術を施行した症例を対象とし短期成績を検討。長期成績は2020年12月までの症例が対象。
【結果１：直腸癌】対象症例は1871例。術式は前方切除術/括約筋間直腸切除術/腹会陰式直腸切断術/ハルトマン手術=1468/162/218/23例。側方郭清施行は520例であった。手術時間中央値255分、出血量中央値5ml、開腹移行率0.1%。術後合併症Clavien-Dindo Grade II/III/IV=7.7/4.5/0%、縫合不全発生率3.8%、残尿50ml以上の排尿障害発生率4.1%、R1切除例15例（0.9%）。5年全生存率pStage I/II/III/IV=99.5/97.1/94.9/74.7%、5年無再発生存率pStage I/II/III=95.2/76.5/74.0%、5年局所再発率1.7%（観察期間中央値：60.6ヶ月）であった。
【検討2：結腸癌】2019年12月から2024年12月までに結腸癌に対してロボット手術を施行した症例を対象。
【結果２：結腸癌】対象症例は562例。術式は回盲部切除術/結腸右半切除術/横行結腸切除術/結腸左半切除術・左結腸切除術/S状結腸切除/結腸亜全摘=116/203/50/67/125/1例。手術時間中央値は195分、出血量中央値は0ml、開腹移行率は0.5%、術後合併症発生率はClavien-Dindo分類Grade II/III/IV =4.5/0.6/0%、全例でR0切除が達成された。
【当科の特徴・工夫】操作精度向上のため、ポート配置やロボットアーム配置を最適化し、使用デバイスまで含めてグループ内で定型化している。術者育成を重要課題と捉え、日本内視鏡外科学会技術認定医・プロクター資格取得を積極的に支援している。
【コスト面と課題】ロボット支援手術に伴うコストの増加は依然として課題であり、デバイスの選択や手術時間の短縮を通じた医療資源の最適化に努めている。
【結語】当科における治療成績および工夫を提示し、今後の課題と展望について論じる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Symposium

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 6:20 AM UTC Room 8

[VSY2] Video Symposium 2 Robotic Colorectal Surgery: Current Status and Future

司会：絹笠 祐介(東京科学大学消化管外科学分野), 大塚 幸喜(藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学)

[VSY2-2] Current Status and Challenges of Robotic Colorectal Surgery

Hiroyasu Kagawa, 池田 晋太郎, 伊藤 望, 勝谷 俊介, 國本 真由, 後藤 佳名子, 中田 美佳, 西山 優, 三浦 竣助, 鳴海 絢, 原田 紡, 杉下 哲夫, 青柳 康子, 山本 雄大, 山内 慎一, 花岡 まりえ, 絹笠 祐介 (Department of Gastrointestinal Surgery, Institute of Science Tokyo)

【背景】
ロボット支援大腸切除術は2018年に直腸切除術2022年に結腸癌手術が保険収載され急速に普及している。ロボット支援手術の普及により安全性や長期成績が報告されてきており、今後は安全な普及と持続可能なロボット支援手術が課題である。
【目的】
ロボット支援大腸切除術の治療成績を明らかにしコスト削減に向けた取り組みと若手外科医への術者教育を紹介する。
【対象と方法】
2017年10月より2025年3月までに施行したロボット支援大腸切除術953例中、炎症性腸疾患38例、再発癌28例、他9例を除外した879例の周術期成績を明らかにする。コスト削減に向けた取り組みは共通した3本の鉗子（Monopolar curved scissors, Bipolar forceps, Tip-up grasp）を用い、Clip鉗子は腹腔鏡鉗子を積極的に用いている。大腸切除術はロボット支援手術を第一選択とし、若手外科医に対する手術教育もロボット支援手術にて行っている。
【結果】
直腸癌に対するロボット支援手術を603例に施行。年齢66歳、男性/女性：407/196例、BMI23.0、腫瘍占居部位：RS/Ra/Rb/P:172/132/284/11例、c(yc)Stage 0/I/II/III/IV: 5/168/99/282/33例、術前治療55例（9.1%）に行った。HAR/低LAR/ISR/APR/Hartmann/TPE：121/340/33/74/26/8例。側方リンパ節郭清124例、隣接臓器合併切除68例に施行。手術時間中央値243分、出血量5 mL、開腹移行1例、術後在院日数7日。術後合併症Clavien-Dindo≧ Grade III：22例(3.6%)、RM1は8例（1.3%）。
結腸癌に対するロボット支援手術は275例に施行。年齢72歳、男性/女性：163/112例、BMI23.1。腫瘍占居部位：C/A/T/D/S:42/75/59/29/70例、cStage 0/I/II/III/IV: 5/82/52/112/20例。手術時間中央値206分、出血量0 mL、開腹移行1例、術後在院日数7日。術後合併症：Clavien-Dindo≧ Grade III：9例(3.3%)。
　若手外科医に対して手術教育の機会について、2023年29例（16.6%）、2024年80例（44.0%）、2025年46例（45.6%）であった。
【結語】
　ロボット支援大腸切除術の周術期治療成績は良好であった。コスト削減に向けた取り組みとロボット支援手術を通した若手外科医への術者教育の現状を供覧する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Symposium

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 6:20 AM UTC Room 8

[VSY2] Video Symposium 2 Robotic Colorectal Surgery: Current Status and Future

司会：絹笠 祐介(東京科学大学消化管外科学分野), 大塚 幸喜(藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学)

[VSY2-3] Robotic colorectal surgery evolves in response to changes in the surgical environment

Takashi Nonaka, 富永 哲郎, 井上 悠介, 髙村 祐磨, 山口 峻, 片山 宏己, 橋本 慎太郎, 山下 真理子 (Nagasaki University Graduate School, Department of Surgery, Colorectal Surgery)

【はじめに】
2018年に直腸切除への保険適用が開始されて以来、本邦における手術支援ロボットの導入は飛躍的に増加し、多くの病院で日常診療として行われるようになった。当院でも2018年に直腸切除、2022年に結腸切除へと適応を拡大した。この間、ロボット手術機器はダビンチSiからXiへと移行し、手技の定型化が進んだ。
【手術手技】
ロボット手術の利点を最大限に生かすことをコンセプトとし、手技を構築した。左手（1番鉗子）にエナジーデバイス（シンクロシール）、右手（3番鉗子）には直腸・左側結腸ではモノポーラーシザース、結腸ではメリーランドバイポーラーを用いて剥離を行う。結腸では体腔内吻合（Delta吻合）を第一選択としている。
【ロボット支援大腸切除術の現状】
2018年～2024年9月に当科で施行したロボット手術（Ro）と腹腔鏡手術（Lap）を傾向スコアマッチング解析（PSM）により比較検討した。下部直腸癌手術279例（Lap 121例, Ro 158例）では、Ro群で合併症の軽減と術後在院日数の短縮を認め、長期予後はLap群と遜色なかった。結腸癌手術592例（Lap 491例, Ro 101例）では、出血量の減少、郭清リンパ節個数の増加、在院日数の短縮が認められ、長期予後も同様に遜色なかった。
【今後の展望】
2024年以降、働き方改革の順守、病院経営の悪化、外科医不足といった課題が常態化し、ロボット手術のさらなる効率化とコスト削減が求められている。また、卒後10年以内のロボット外科医の増加に伴い、ベッドサイドでの指導の重要性が増している。さらに、新規ロボット（Hugo）の導入により、腹腔鏡手術デバイスを併用する新たな手術スタイルが必要となった。そこで、助手がエナジーデバイスやステープラーを操作し、術野形成・剥離に積極的に関与するFusion/Hybrid Robotic Surgeryを導入し、これらの課題に対応している
【まとめ】
ロボット手術の発展に伴い、外科を取り巻く環境も変化しており、ロボット手術のスタイルも柔軟に進化させることが重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Symposium

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 6:20 AM UTC Room 8

[VSY2] Video Symposium 2 Robotic Colorectal Surgery: Current Status and Future

司会：絹笠 祐介(東京科学大学消化管外科学分野), 大塚 幸喜(藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学)

[VSY2-4] Current Status and Challenges of Colorectal Cancer Surgery Using the Domestic Surgical Robot hinotori™ : Experience of 138 Cases and Short-term Outcomes Compared with Conventional Systems

Hidetoshi Katsuno[1,2], 諸原 浩二[1], 遠藤 智美[1], 中村 謙一[1], 松尾 一勲[1], 小出 哲也[1], 今中 孝[1], 久保 智裕[1], 榊原 直樹[1], 花井 恒一[2], 守瀬 善一[1] (1.Fujita Health University, Okazaki Medical Center, Department of Surgery, 2.藤田医科大学ばんたね病院)

【緒言】保険収載以降、大腸癌に対するロボット支援手術は本邦において広く普及し、国産手術支援ロボットhinotori™の臨床導入も進んでいる。教室では2023年1月より同機を導入し、結腸・直腸癌に対して適応を拡げてきた。本演題では、これまでの138例(直腸73例、結腸65例)の導入経験を通じた工夫や課題を共有し、従来機種との短期成績の比較について報告する。
【方法】hinotoriにはSealing deviceが装備されていないため、両手でバイポーラ鉗子を使用するダブルバイポーラ法を以下の場面で実施している。１）リンパ節郭清などの血管周囲の操作、２）直腸間膜の処理、３）側方リンパ節郭清。直腸癌に対するda Vinci手術209例と2024年12月末までに経験したhinotori58例を対象として、短期成績を比較検討した。2:1の傾向スコアマッチングを実施（da Vinci群108例、hinotori群54例）し、手術時間、出血量、術後合併症、在院日数、病理学的因子などの短期成績について比較検討した。
【結果】hinotori群はda Vinci群と比べ、手術時間（266分 vs 227分, P=0.014）、コンソール時間（156分 vs 110分, P=0.001）が有意に延長したが、出血量や合併症率、病理学的所見に差を認めなかった。在院日数はhinotori群で短縮傾向を示した（11日 vs 14日, P=0.002）。術者と助手のlearning curveにより、手術時間は短縮傾向にある。
【考察・結語】138例の経験を通じ、ソフトウェアの改良、ハンドクラッチ追加、フットペダル更新により操作性と効率性は向上し、安全な手術が可能となった。また、2023年9月のコンセンサスミーティングでは術式ごとのポート配置や術野展開が共有され、プロクター間での指導方針が整理された。しかしながら、Dual Console非搭載に伴う手術指導には課題が残る。今回、hinotori手術の動画を供覧し、その特長と課題を提示して、今後の普及に向けた方向性を考察する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Symposium

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 6:20 AM UTC Room 8

[VSY2] Video Symposium 2 Robotic Colorectal Surgery: Current Status and Future

司会：絹笠 祐介(東京科学大学消化管外科学分野), 大塚 幸喜(藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学)

[VSY2-5] Cost and Clinical Outcomes of Robotic-Assisted Colectomy for Colon Cancer: A Cross-Platform Analysis of Four Systems

Tsutomu Kumamoto[1], 大塚 幸喜[2], 松本 航一[1], 近石 裕子[1], 辻村 和紀[1], 谷口 寛子[1], 上嶋 徳[1], 小林 陽介[1], 稲熊 岳[1], 大村 悠介[1], 廣 純一郎[1], 松岡 宏[1], 升森 宏次[1], 宇山 一朗[2], 須田 康一[1] (1.Fujita Health University, 2.藤田医科大学先端ロボット・内視鏡手術学講座)

背景：ロボット支援大腸切除術は直腸癌だけでなく結腸癌にも適応が拡大しているが、現状では直腸癌にはロボット加算が認められている一方で、結腸癌ではロボット加算がなく、病院収益の課題が顕在化している。 ロボットシステムには購入、リース、レンタルなど様々な契約形態があり、納入価も施設により異なるため、本研究では定価ベースでの材料費と短期成績を比較検討した。
方法と結果：2022年11月～2024年6月に当院で施行したFEEA吻合を伴う結腸癌手術120例であった。da Vinci Xi、SP、Hinotori、Hugoの4機種の1症例あたり基本材料費（吻合器除く、定価ベース）はXi205,570円、Hinotori190,068円、SP249,033円、Hugo196,280円であった。SPは他機種と比較して高額であるが、その独特なシステムは多様な術式への応用可能性を有していると考えられた。4機種ともエネルギーデバイスは使用ず、バイポーラとモノポーラのみで手術を施行したが、短期成績（手術時間、出血量、合併症率、術後在院日数）に有意差は認められなかった。一方、結腸癌手術では自動合器加算が可能であるため単純なコスト比較は困難であるが, FEEA吻合では体腔内が体腔外に比べ定価ベースで高額であった（体腔内195,000円、体腔外96,000円）。体腔内群92例、体腔外群28例の吻合部関連Clavien-Dindo Grade II以上合併症率および術後在院日数を比較したところ、合併症率に有意差は認められなかった（P=0.434）。一方で、体腔内群では術後在院日数が有意に短縮 していた（P=0.041）。多変量線形回帰分析においても、体腔内吻合は在院日数短縮の独立因子であることが示された（B=-3.442, P=0.049）。
結語：4機種ともコスト意識を持ち、同様の手術を安全に施行できた。吻合法はコストと長期成績を踏まえた適応選択が、今後の運用において重要であると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Symposium

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 6:20 AM UTC Room 8

[VSY2] Video Symposium 2 Robotic Colorectal Surgery: Current Status and Future

司会：絹笠 祐介(東京科学大学消化管外科学分野), 大塚 幸喜(藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学)

[VSY2-6] A New Surgical Technique for Rectal Cancer: Integration of the da Vinci SP System and taTME

Yasuhiro Ishiyama, 平能 康充, 芥田 荘平, 中西 彬人, 皆川 結明, 林 久志, 西 雄大, 藤井 能嗣, 椙田 浩文, 平沼 知加志 (Saitama Medical University International Medical Center)

背景；近年,消化器外科領域において様々なロボット手術による報告が散見されている．当院では2025年1月よりダヴィンチ SPを導入している. ダビンチSPは、軟性鏡のカメラと鉗子が並行して1本のポートから挿入される構造となっており、直腸の背側など狭小な空間にも、直腸の展開を必要とせず、掘り進むように深部へ到達することが可能である．当院では,超低位直腸癌に対してダビンチSPと経肛門操作を併用し,創部を最小限に抑えた術式を採用している.本発表では,その手術手技を供覧する.
手術手技
臍切開3㎝にてリトラクターを装着する．型どおりＴＭＥを行う．骨盤操作は後壁から剥離しendopelvic fasciaまで到達する．経肛門チームとは腹膜反転部で直腸前壁は交通する．後壁はS3レベルで交通し全周性に剥離し標本を摘出する．
結果
2025年1月から4月までにダヴィンチ SPにtaTMEを併用しておこなった直腸癌は5例あった．年齢の中央値は56 (29-58)歳で男性2例，女性3例であった．ＢＭＩは23 (17.8-27.2)であった． 術式はＩＳＲが4例，超低位前方切除術が1例であった．手術時間は237 (206-271)分であった．出血量は5 (5-50)mlで術後入院期間は10(10-14)日であった．ＣＤ≧2の術後合併症はなかった．一時的人工肛門は３例に造設した．
結語
当院での直腸癌に対するダヴィンチＳＰの経験を報告した．ダヴィンチSPとtaTMEを併用することで創部を最小限に抑えた低侵襲手術が可能であった．今後も症例を蓄積し検討を行う必要がある．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Symposium

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 6:20 AM UTC Room 8

[VSY2] Video Symposium 2 Robotic Colorectal Surgery: Current Status and Future

司会：絹笠 祐介(東京科学大学消化管外科学分野), 大塚 幸喜(藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学)

[VSY2-7] Robotic-Assisted Colorectal Surgery Using da Vinci SP and Xi: Current Status and Future Outlook

Yasutake Uchima, 鹿川 大二郎, 田中 裕人 (Department of Gastrointestinal Surgery, Chubu Tokushukai Hospital)

当院では2022年12月よりda Vinci Xiを用いたロボット支援大腸癌手術を導入し、2023年に89例、2024年には102例と症例数を順調に伸ばしている。さらに2025年1月にはda Vinci SPを導入し、2台体制での運用を開始。2025年は4か月間で39例を施行し、順調に症例を積み重ねている。
現在、結腸癌および直腸癌の両方を適応とし、結腸癌に対する体腔内吻合や、直腸癌に対する側方郭清、骨盤内臓全摘などのアドバンス症例にもロボット支援手術を積極的に導入している。直腸Rb癌に対しては、経肛門的全直腸間膜切除（TaTME）を併用する症例も多い。
da Vinci Xiは5名のコンソールサージャン体制で、若手（外科専攻医）に対してはデュアルコンソールによる指導を行い、積極的に執刀機会を提供している。一方、da Vinci SPは現時点ではソロサージャリーの要素が強いため、日本内視鏡外科学会認定のロボットプロクターをオペレーターの基準としている。
SPによる大腸癌手術では、アクセスポートに12mmポートを1本追加し、助手による展開や、アーティキュレーション可能なエネルギーデバイスを用いたシーリング、クリップの操作、着脱腸鉗子、縫合器などの補助などを行っている。手術時間についてもXiと大きな差はなく、ターゲット部位の再設定が不要なため、盲腸癌・S状結腸癌・直腸癌の重複癌例にもストレスなく対応できている。
今後は、da Vinci SP手術データの解析、ロボット手術教育体制の整備、外科医のリクルート活動、症例増加に向けた広報戦略など、多角的な観点からの取り組みを展望している。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Symposium

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 6:20 AM UTC Room 8

[VSY2] Video Symposium 2 Robotic Colorectal Surgery: Current Status and Future

司会：絹笠 祐介(東京科学大学消化管外科学分野), 大塚 幸喜(藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学)

[VSY2-8] Robot-assisted colorectal resection with consideration for appropriate operation time

Ryo Inada, 中尾 真綾, 坂本 真也, 八木 朝彦, 井上 弘章, 三村 直毅, 吉岡 貴裕, 田渕 幹康, 高田 暢夫, 田村 周太, 上村 直, 徳丸 哲平, 岡林 雄大, 尾崎 和秀, 渋谷 祐一 (Department of Gastroenterological Surgery, Kochi Health Sciences Center)

【緒言】ロボット支援手術は大腸癌に対するアプローチ法として急速に広まっている．腫瘍学的根治性や手術の安全性が何よりも重要であるが，適切な時間で手術を終えることにも留意しなくてはならない．限られた手術室・スタッフで良性疾患も含めた予定・緊急手術に対応しなくてはならない地域の基幹病院では，同一手術室でロボット支援手術を縦2件行うことが求められる．
【対象と方法】2024年に当院で大腸癌に対する切除術を行った334例のうち，ロボット支援手術を行った189例を対象とし，治療成績を後方視的に検討した．
【結果：連続変数は中央値】ロボット支援手術189例の年齢71歳，pStage 0 /Ⅰ/ Ⅱ/ Ⅲ/ Ⅳ：5 / 51 / 63/ 51/ 17，結腸 / 直腸：57 / 132であった．24例に側方郭清を併施し，手術時間は直腸138分（側方郭清なし / あり：126分 / 221分），結腸135分，コンソール時間は直腸63分（側方郭清なし / あり：59分 / 143分），結腸70分，出血量5mL，腹腔鏡・開腹へのConversionはなく，1例（0.6%）剥離断端陽性となった．全合併症15%，重症合併症2.6%，入院期間9日となった．189例に対して129日手術を行い，縦1件は11日，縦2件は112日（大腸2件：48日，他疾患+大腸：64日），縦3件は6日であった．ロボット手術縦2件を行った112日における2件目の退室時間は，定時（9：00〜17：15）：46%，18時まで：77%，19時まで：98%となった．
【結語】安全に無理なくロボット支援手術を縦2件行うためには，できるだけシンプルな手技の定型化、適度な助手の協力による手術時間の短縮と他職種の協力による手術間intervalの短縮を行うことが肝要である．手術ビデオとともに当院の具体的な取り組みも合わせて発表する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD1-1]

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

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

[PD1-2]

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

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

[PD1-3]

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

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

[PD1-4]

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

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

[PD1-5]

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

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

[PD1-6]

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

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

[PD1-7]

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

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

[PD1-SP]

特別発言

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Kotaro Maeda (Oume Imai Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

第１版から7年ぶりに第２版が出版された。3年の年月をかけて完成した第2版の特徴について発表する。
本ガイドラインではまず診療アルゴリズムを設け、大まかな診療手順を示した。保存的治療のなかで臨床研究枠内として挿入型肛門・膣失禁装具が追加された。I章ではB有症率に関し、平均35歳の本邦の集団では肛門失禁が男性15.5%、女性42.7%と追記された。II章ではアセスメントとして排便日誌の有用性に初めて言及した。診察法では指診の評価方法につい詳述した。失禁関連皮膚炎を新たに加え、リスクと評価法を解説した。検査法IIIでは、従来に加え超音波検査で肛門管超音波、経会陰、経膣超音波検査に分け初めて詳述した。治療IVでは初期保存的治療として食事、排便指導、便失禁のケアについて項目を立てて解説した。薬物治療についても個々に項目を立てて説明した。骨盤底筋訓練、バイオフィードバック療法、経肛門的洗腸療法は「専門的保存的治療」として項目を分けて詳述した。外科治療の中で、CQとしてはじめて出産後の専門施設への相談時期につき、括約筋損傷がある場合には早期に、ない場合には1年様子をみてからが良いことが説明された。また出産時に括約筋損傷があった場合の次の出産方法についても、その後の排便状況を評価して考察するというCQを追加した。外科治療としてのストーマ造設は、最終手段の一つとして今回はその後のQOLを含めて詳述した。さらに特殊な外科治療として、初めて肛門括約筋再生療法をとりあげ、自己筋芽細胞を培養し外肛門括約筋に移植する試験でよい長期成績があると紹介された。最終章Vでは、特殊な病態として神経・骨髄障害、認知症、フレイル、寝たきり高齢者にみられる便失禁の病態と治療が詳しく解説された。
今回の改訂では、エビデンスレベルの高い論文や報告が必ずしも多くない便失禁診療について、診療経験の深い委員の間での突っ込んだ話し合いに時間をかけたが、各分野において明らかな点やそうでない点、また検査法、治療有効性についての現時点での評価など詳しく記載がなされており、今後の便失禁診療のよい手引きとなることと確信している。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

便失禁の原因は様々であり、直腸肛門機能の様々な因子が関与して発症する病態である。直腸肛門生理機能検査はどのような因子が便失禁を起こしているかを調べるために有用であるとされている。便失禁の重症度を直腸肛門生理機能検査を用いて推測することが可能であるかを検討したので報告する。
対象は2023年3月から2024年12月の間に当院へ便失禁を主訴に来院した104例。初診時に行われたマノメトリーを中心とした直腸肛門機能検査（機能的肛門管長、最大静止圧、最大随意収縮圧、直腸肛門抑制反射、便意発現最少量、奇異性収縮の有無）を用いて、同時に行われたCleveland Clinic Florida Fecal Incontinence スコア(CCFIS) の点数を予測できるかを多重回帰分析で検討を行った。
男性は44名、女性60名。年齢（中央値）は73歳（11〜89）。CCFIS（中央値）は10点（0〜20）。多重回帰分析を用いた解析では、直腸肛門機能検査結果がCCFISの値に影響を与えている可能性は低いことがわかった（寄与率（R2値）は0.19)。直腸肛門機能検査の６つの項目の中で一番CCFISの値に影響を与えている因子は直腸肛門抑制反射の有無であった。
直腸肛門機能検査の結果と実際のCCFISの値との関連は少なかった。CCFISで示される便失禁の重症度を直腸肛門機能検査から推察することは難しいと思われる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

【背景】便失禁診療ガイドライン改訂第２版が発刊されるなど便失禁診療は着実に進化しているが、専門的に診療できる医療機関が増えるためには課題もある。一つに、医師が情熱を注ぐほど診療の質は上がるが時間が長くなり、診療単価が下がるという課題が挙げられる。2021年10月、臨床検査技師（以下「技師」）により実施可能な検査に直腸肛門機能検査が追加された。当院では、同検査が徐々に増えてきており、2024年度にタスクシフトに取り組むこととなった。
【目的】直腸肛門機能検査のタスクシフトについて、段階的に進めた過程と、業務効率の改善効果について報告する。
【方法】技師に対し、事前アンケートを行って不安や疑問の抽出を行った。臨床現場では、①医師が実施し技師が補助、②技師が実施し医師が補助、③医師不在で技師のみで実施、と三段階でタスクシフトを行なった。①の期間には、模型を用いた挿入訓練や勉強会を3回行った。業務効率の評価として、検査件数、診察患者数、検査以外の患者も含めた排便機能外来全体の患者一人当たりの診療時間（外来業務時間／患者数で算出）について、タスクシフト前後で比較した。
【結果】事前アンケートでは、カテーテル挿入手技と検査中のトラブルに関する不安が多く、特にバルーンを用いた直腸感覚検査についての不安が強かった。当面、直腸感覚検査は医師が実施する方針として、直腸肛門内圧測定については三段階でスムーズにタスクシフトできた。タスクシフト前後の各半年間における、検査数は37件vs52件、診察患者数は69人vs120人、患者一人当たりの平均診療時間は63分vs42分であった。
【考察】タスクシフトにより、期待通り業務効率は改善した。事前アンケートで抽出された不安の多くは、肛門への異物挿入の経験がないことに起因していた。段階的に経験を積める環境を整えることで、安心感を持ってタスクシフトが遂行できたと考える。
【結語】便失禁診療の普及のためには、業務効率の改善が必須であり、そのためには関係職種が安心して受容できる形でタスクシフトを推進していく必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD1-4] A prospective study of changes in anal sphincter function and anal incontinence before and after delivery in normal pregnant women

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

【背景】妊娠、分娩は肛門失禁の原因の1つとされている。分娩後の肛門失禁は重度の会陰裂傷や陰部神経障害等によって生じると考えられており、リスク因子として分娩回数、初回経腟分娩、鉗子分娩、胎児の大きさ等が指摘されている。しかし症状の性質上、積極的な受診行動に至ることが少ないと予想され、正確な有病率を知ることが難しい。海外では分娩後の肛門失禁に関する疫学的研究や、症状改善のための介入研究が複数なされているが、本邦では肛門失禁を呈する患者の後ろ向きの調査があるものの、大規模な前向きな疫学調査を行った報告はない。
【方法】分娩後の肛門失禁について網羅的な調査と解析を行う。分娩前（妊娠18週）、分娩１週後、分娩１か月後における肛門失禁の有無をCCFISにて評価し、肛門括約筋機能をマノメトリーにて計測した。分娩前後で肛門機能の各パラメータがどのように変化するかを評価した。
【結果】34名の妊婦が本研究に参加した。最大静止圧は、分娩前121mmHg、分娩1週後102mmHg、分娩1か月後117mmHgであった。最大随意収縮圧は分娩前261mmHg、分娩1週後198mmHg、分娩1か月後243mmHgであった。最大静止圧、最大随意収縮圧ともに、分娩前と分娩1週後において有意な低下を認めた。一方で分娩1か月後には自然に回復していることが観察された。CCFISに関しては、肛門失禁の自覚症状について分娩前後で有意な差は認めなかった。
【考察】妊婦は分娩1週後に肛門括約筋の機能が低下し、1か月後には回復することが、マノメトリーによって客観的に明らかにすることができた。一方でマノメトリーの測定値が低下しても肛門失禁を生じるとは限らないことがわかった。分娩後の一時的な括約筋機能の低下と回復の過程を明らかにすることができ、妊産婦、褥婦の診療において有用な指針を得ることができた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

背景：温水洗浄便座（BT）の家庭における普及率は80%を超えている。BTの使用方法と肛門症状の関係を調査したところ，6%（156/2,534）の人が月に1回以上便失禁（FI）を経験していた(Tsunoda A. Environ Health Prev Med 2016）。
目的：BTによる洗浄とFIの関係をみる。
方法：FI例でBTの洗浄方法について洗浄の頻度，洗浄の強さ，吐水の太さ，洗浄時間を2-4ポイントで段階付けした。患者は再診まで洗浄の中止を指導した。FI はFI Severity Index（FISI）で評価し，follow-up の FISI score が baseline の 1/2以下で実質的改善(SI)とした。患者に排便造影，生理学的検査を勧めた。データは中央値（範囲）で示す。
結果：FIを呈した85例（M/F:28/57）の年齢は75歳（37-92）で，FISI scoreは18（8-49）であった。洗浄の頻度，洗浄の強さ，吐水の太さ，洗浄時間，FISI scoreはおのおの有意な性差は認められなかった。baselineの排便頻度は8回/週（2-35）（n＝78），便性状はブリストルスケールでタイプ1, 2, 3, 4, 5, 6, 7はおのおの1, 4, 5, 17, 36, 13, 0例（n＝76），下剤の使用は塩類下剤10例，刺激性下剤4例，上皮機能変容薬3例，膨脹性下剤1 例，マクロゴール4例，使用なし53例（n＝75）であった。生理学的検査は81例中50例（62%）に行われた。安静時肛門内圧が40cmH2O未満，随意収縮圧が100cmH2O未満の比較的低圧の症例は，おのおの15例（30%），9例（18%）であっ た。排便造影は46例（57%）に行われ，直腸肛門重積または直腸瘤26例，機能性便排出障害が4例認められた。再診例は81例（95%）で，洗浄中止期間は4週（2-20週）であった。FISI scoreはbaselineよりfollow-upで減少し［18（8-49）vs. 12（0-43）；p＜0.0001］，SIは46%（37/81）であった。follow-upでは38%（31/81）でFIが消失した。SIは随意収縮圧と，baselineのFISI scoreは洗浄の頻度と正の相関を示した。一方、SIの有無と併存疾患と既往歴の有無の間には有意な関係はなかった。排便造影所見の有無でも同様の結果であった。
結論：BTによる洗浄はFIの要因であることが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

【はじめに】本邦では500万人以上の便失禁患者がいるとされるが、一方でその4分の3が受診をしていないとされている。当院は2015年から排便機能外来を開設しており、広く排便に纏わるお困り事を受け入れるよう心がけている。便失禁については近隣開業医師への治療法についての案内や地域無料コミュニティー新聞への投稿などを通して地域住民への案内も積極的に行い治療により改善の可能性のある病態である事をアピールしている。結果当外来の40%程度が便失禁を主訴に来院されている。今回当院の便失禁診療の現状、特に仙骨神経刺激療法SNMの成績と課題について報告する。
【対象と方法】診療はまず併存疾患の確認を含めた詳細な問診に加え、直腸肛門内圧検査や排便造影検査、動的骨盤MRIなどを行い病因の精査と患者への病態の見える化に努める。治療は初期段階で薬物療法や運動療法について70%程度の改善率と共に伝え、更に仙骨神経刺激療法SNMも含めた手術治療、また再生医療の可能性についても言及している。その後ほぼ全例に薬物治療行い、60%以上の症例で3ヶ月程度の骨盤底筋群体操をバイオフィードバック療法外来にて行っている。無効例に於いてはSNMを提案し、2015年の初例から現在まで63例を実施してきた。
【結果】年齢中央値は68歳で、男女比は1対1、1例のみ先行して肛門括約筋形成術を行っている。45%が後期高齢者であり術前に認知機能検査や介護家族の負担度の評価なども行い適応を判断している。9割以上が漏出性で原因疾患内訳では特発性が4割と最も多く、ついでLARS、直腸脱術後、脊椎疾患術後、潰瘍性大腸炎術後となっている。63例中62例に対して留置を行い、経過中感染症で7例、疼痛で1例が抜去となった。周術期に大きな合併症は認めず、半年後の評価では77.5%の症例で失禁が半分以下に改善し、21.0%で完全禁制が得られていた。
【考察と結語】便失禁に対するSNMは高齢者を含め安全に行え治療効果も良好であり、保存的治療が無効であった症例の有力な治療法となり得ると考えられた。一方病納期間中央値はまだ3年超となっており、より早期の治療に結びつける工夫が必要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD2-1]

Outcome of manual anal dilatation for anal fissures

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

[PD2-2]

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

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

[PD2-3]

V-Y Graft using plastic surgical technique for anal stenosis

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

[PD2-4]

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

Naoto Nishigori[1], 佐々木 義之[1], 錦織 ルミ子[1], 錦織 麻衣子[1], 尾原 伸作[2], 錦織 方人[1] (1.Nishigori Hospital, 2.国保中央病院外科)

[PD2-5]

Comprehensive Strategies for Anal Fissure Treatment at Tokorozawa Proctology Hospital

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

[PD2-6]

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

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

[PD2-7]

Treatment for anal fissures and anal stenosis

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

[PD2-SP]

特別発言

Toru Saito (HAKUHOKAI Osaka Central Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD2-2] Treatment for anal fissure in our hospital -Outcomes of day surgery for anal fissure-

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

【はじめに】裂肛の病態は肛門上皮の裂創なので、治療の基本は原因となっている便秘下痢の改善と外用薬による保存的治療である。しかし保存的治療では効果がなかったり頻回に繰り返したりする場合は手術適応となる。裂肛に対する手術の目的は肛門の過緊張状態の改善や狭窄を解除することである。当施設は無床クリニックであるため裂肛に対する手術は侵襲の少ない用手的に行う肛門拡張術（anal dilation: AD）を第一選択としてきた。ADは急性期の裂肛の過緊張にも非常に有効である。しかしADでは症状が改善しなかったり再発したりする症例も多く、そのような症例には皮膚弁移動術（sliding skin graft: SSG）を行っている。また狭窄の原因が肛門上皮の瘢痕だったり狭窄が強度な症例は最初からSSGを選択している。今回ADを行った症例とSSGを行った症例の成績を比較検討し報告する。
【対象と方法】2019年4月～2024年3月の5年間に裂肛に対する手術を施行した症例は296例だった。そのうちADを選択した症例（AD群）は198例、SSGを選択した症例（SSG群）は98例だった。なお、ADは術式の標準化のためヘリオサージカル社の肛門ブジーを用いて内径のサイズを2倍にするのを目処にした。
【結果】術後成績であるがAD群では完治した症例（術後に症状が完全に消失し外用薬を使用していない症例）は121例（有効率61.1%）だった。残りの効果のなかった77例（38.9%）のうち38例はそのまま外用薬などの保存的治療で経過をみており、22例は再度ADを施行し、残りの17例はSSGを施行した。AD群では術後の合併症はなかった。SSG群では完治した症例は97例（有効率99.0%）であり、1例のみ排便痛が継続しており外用薬で経過観察となっている。術後の合併症であるが術当日の創辺縁からの出血が1例（1.0%）、soilingを3例（3.1%）認めたが、排便のコントロールで症状は改善した。
【結語】保存的治療で改善しない裂肛に対する外科的治療としてADは侵襲が少なく術後合併症もないため、第一選択として適している術式と思われた。ただADの有効率は低いので症例によっては効果の確実なSSGを選択すべきと思われた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

【はじめに】裂肛は肛門上皮の裂創で慢性化して肛門上皮が瘢痕化すると高度の肛門狭窄となる場合がある．全周性肛門狭窄に対する治療には手術しかなく，Sliding Skin Graft（SSG）やV-Y Graft（VYG）といった形成外科的アプローチを有する手技が必要になる．肛門科領域で行われるSSGではgraftの皮切は真皮がわずかに残る程度が良しとされ，そのgraftもなるべく小さめにしようとする傾向が強い．本来graftは血流確保のため極力大きめにすることが基本とされる．また，graftがslidingするためには真皮を完全に切離する必要があり，さらに十分にslidingさせるには肛門括約筋の筋膜まで切離を加える必要がある．従来のSSGでは直腸粘膜皮膚縫合部が部分的なホワイトヘッド肛門の形となるため，力みなどにより将来的に縫合部が下垂して直腸粘膜脱を来す恐れがある．VYGでは縫合したYの脚部分がgraft部分を支えるような形になり，直腸粘膜皮膚縫合部が下垂せず直腸粘膜脱となるのを防ぐことができる．現在当院では全周性肛門狭窄に対する肛門拡張術にはVYGを第一選択としている．【手術】肛門6時の瘢痕狭窄部の肛門上皮を切開して皮下の瘢痕組織や硬化した肛門括約筋を可及的に切除し二横指まで肛門を拡張したのち直腸粘膜と肛門上皮を縫合する．同部外側の肛門周囲皮膚に可能な限り大きめのV字切開を加えてgraftを作り，肛門括約筋筋膜まで切離してY字型に縫合閉鎖しgraftを肛門管内へslidingさせる．【手術成績】2019年8月より2025年1月までに慢性裂肛による肛門狭窄でVYGを10例に行った．全例で狭窄は解除でき，肛門の変形や瘢痕を形成した症例はなかった．1例で皮膚縫合部の哆開を認めたが二次的に治癒した．【まとめ】形成外科的なアプローチで行うVYGは術後合併症が少なく，長期的な合併症防止にも有用な術式であると考えている．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

Naoto Nishigori[1], 佐々木 義之[1], 錦織 ルミ子[1], 錦織 麻衣子[1], 尾原 伸作[2], 錦織 方人[1] (1.Nishigori Hospital, 2.国保中央病院外科)

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

【はじめに】裂肛治療の原則は薬物療法による保存的治療であるが、狭窄、慢性裂肛の三徴(肛門潰瘍、肛門ポリープ、skin tag)を有するなどの保存的治療では軽快しない症例に対して侵襲的治療が行われる。当院の手術療法は従来のSSG法（縦切り横縫い＋減張切開）、小さいSSG法（内括約筋切開部位を小皮弁で覆う）とPIS（後方での内括約筋切開）を行っている。内痔核の脱肛による随伴裂肛は痔核手術を行う。
【対象】2019年1月～2024年11月の間に当院で治療した裂肛症例9,208例（男性4,574例、女性4,634例）を対象とし、治療法の選択と成績を包括的に検討した。
【治療方針】当院の裂肛治療に対する保存的治療は痔疾軟膏、緩下剤、鎮痛薬の投与で、軽度狭窄例に対しては、用手拡張や肛門ブジーによる肛門拡張術を施行する。手術療法は強度の肛門狭窄や排便後痛が数時間続くなど生活に支障をきたす症例などに対して行う。手術術式は小さいSSG法、SSG法、PISから症例に応じ選択する。小さいSSG法は、SSG法の横方向の縫合線が長くなることや縫合哆開が起きやすいことを避けるよう考慮した術式である。PISは側方のLISでなく、肛門変形や失禁を起こしにくい後方で切開する術式である。術式の適応は、非上皮性で狭窄が比較的軽度な場合（軽度狭窄例）にはPIS、慢性裂肛の三徴のある場合や上皮性の狭窄があり示指の挿入は可能な場合（中等度狭窄例）には小さいSSG法、小指が入らないような場合（高度狭窄例）には従来のSSG法とした。手術時の目標肛門径は直径約3.3cmもしくは2横指とした。
【治療成績】2019年1月～2024年11月の間に保存的治療が8,892例(96.6%)、肛門拡張術が92例(1.0%)、手術療法(内痔核の脱肛に伴う随伴裂肛は除く)が224例(2.4%)であった。手術は小さいSSG法200例、PIS19例、SSG法5例であった。術後合併症は小さいSSG法で再燃1例だった。
PIS、従来のSSGでは明らかな横方向の瘢痕は残るが合併症を認めなかった。
【まとめ】裂肛治療の包括的アプローチについて述べた。裂肛治療を行う際は、裂肛の病態に応じた処置が必要と考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

【目的】裂肛の治療は排便習慣の改善や局所療法を主とした保存的治療が優先されるが状況により外科治療を要する症例がある。当院での裂肛に対する外科治療の適応と術式選択を示し、手術治療成績について検討する。
【手術適応】器質的狭窄や脱出する肛門ポリープを伴う症例、保存的治療の無効例、裂肛痔瘻合併例を手術適応としている。
【術式選択】狭窄の適切な解除、肛門管内の凹凸の平坦化を目標とする。まず狭窄の有無とその程度を正確に把握する。狭窄のない症例は裂肛切除術、内括約筋レベルの狭窄例には用手拡張術（MD）＋裂肛切除術を行うが、多くの裂肛症例では内括約筋硬化を伴うため、硬化の程度に合わせなるべく用手拡張術を併施する。また肛門上皮レベルでの狭窄例、高度狭窄例では皮膚弁移動術（SSG）を行う。必要に応じて複数個所で各術式を組み合わせる。目安として2横指が楽に通る程度まで拡張を行い、過度の拡張を行わないようにする。
【対象】2020年4月から2024年9月までに当院で施行した裂肛・肛門狭窄に対する初回手術例のうち、4ヵ月以上経過観察しえた症例（4ヵ月未満の治癒例を含む）154例を対象とし、診療録を元に後ろ向きに検討した。なお痔核手術等の術後狭窄症例、クローン病合併例は除外した。
【結果1】手術時年齢は45.7歳、男女比は91：63、平均観察期間は107.7日であった。術式の内訳は裂肛切除術単独35例（22.7%）、MD（±裂肛切除術）100例（64.9%）、SSG19例（12.3%）であった。
【結果2】治癒期間中央値は裂肛切除術単独68日、MD（±裂肛切除術）50日、SSG54日であった。また治癒遷延（治癒日数術後120日以上）例＋再発例は裂肛切除術単独8/35例（22.9%）、MD（±裂肛切除術）8/100例（8.0%）、SSG2/19例（10.5%）であり裂肛切除術単独で治癒期間が長く、治癒遷延再発例が多い傾向だった。再手術は裂肛切除術単独、MD（±裂肛切除術）に各1例ずつ認めた。incontinenceを訴える症例は裂肛切除術単独で1例あったが保存的に軽快した。
【結語】慢性裂肛・肛門狭窄に対する外科治療の成績は概ね良好であるが、裂肛切除術単独の際にも何らかの追加手技の併用が望ましいと思われる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD3-1]

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

Satomi Furukawa, 新谷 裕美子, 井上 英美, 大城 泰平, 西尾 梨沙, 岡本 欣也, 山名 哲郎 (JCHO Tokyo Yamate Medical Center Coloproctology Center)

[PD3-2]

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

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

[PD3-3]

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

Ayumi Beniya, 佐井 佳世, 米本 昇平, 酒井 悠, 松島 小百合, 鈴木 佳透, 小菅 経子, 大島 隆一, 松村 奈緒美, 河野 洋一, 宋 江楓, 下島 裕寛, 岡本 康介, 國場 幸均, 宮島 伸宜, 黒水 丈次, 松島 誠 (Matsushima Hospital)

[PD3-4]

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

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

[PD3-5]

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

Naoto Nishigori[1], 佐々木 義之[1], 錦織 ルミ子[1], 錦織 麻衣子[1], 尾原 伸作[2], 錦織 方人[1] (1.Nishigori Hospital, 2.国保中央病院外科)

[PD3-6]

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

Katsuhisa Ohashi[1], 大橋 勝英[1], 佐々木 章公[2], 太田 和美[2], 北川 一智[2] (1.OHASHI Clinic, 2.十全総合病院)

[PD3-7]

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

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

[PD3-8]

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

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

[PD3-9]

Management for the Perianal Fistula with Crohn's Disease

Shota Takano (Coloproctology Center Takano Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

[PD3-10]

Efficacy of darvadstorocel for anal lesion in patuents with Crohn's disease

Motoi Uchino[1], 堀尾 勇規[1], 桑原 隆一[1], 楠 蔵人[1], 長野 健太郎[1], 友尾 祐介[1], 野村 和徳[1], 木村 慶[2], 孫 知亨[2], 今田 絢子[2], 伊藤 一真[2], 福本 結子[2], 木場 瑞貴[2], 片岡 幸三[2], 池田 正孝[2], 池内 浩基[1] (1.Department of Gastroenterological Surgery, Hyogo Medical University, 2.兵庫医科大学消化器外科学講座下部消化管外科)

[PD3-11]

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

Kinya Okamoto[1], 水島 恒和[2], 池内 浩基[3], 梅澤 明弘[4], 田中 圭佑[5], 中野 晋[5] (1.Coloproctology Center, Tokyo Yamate Medical Center, 2.獨協医科大学外科学（下部消化管）講座, 3.兵庫医科大学消化器外科学炎症性腸疾患外科, 4.国立成育医療研究センター研究所, 5.武田薬品工業株式会社ジャパンメディカルオフィス)

[PD3-12]

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD3-1] Best way for the anal fistula associated with Crohn's disease

Satomi Furukawa, 新谷 裕美子, 井上 英美, 大城 泰平, 西尾 梨沙, 岡本 欣也, 山名 哲郎 (JCHO Tokyo Yamate Medical Center Coloproctology Center)

目的：クローン病に伴う痔瘻においては、手術を行った際の難治創や肛門の変形、それに伴う便失禁などの問題のためドレナージを基本としたものが多かった。しかし近年、痔瘻癌を含む直腸肛門部の癌の発生が目立つようになってきているため、痔瘻は可能であれば治癒の状態にすることが望ましいと考えている。手術手技を含め、治癒を目指すための方法を検討した。
方法　2019年1月から2025年4月までに同一術者が手術を行ったクローン病に伴う痔瘻103病変に対して検討を行った。痔瘻の原発口一か所を1病変とした。手術はドレナージ手術19病変、シートン法（肛門内にシートンを入れるloose seton）53病変、根治手術（開放術、tight seton法、LIFT : Ligation of intersphincteric fistula tract）19病変、ダルバドストロセル（DVS）投与12病変の4種類に分類。手術の結果は「治癒」、「改善」、「改善なし」に分類し、「改善なし」には再燃、再手術、人工肛門造設、直腸切断術を含めた。
結果：手術方法別の成績は「治癒」、「改善」、「改善なし」の順にドレナージ術では15.7%/21.1%/63.2%、シートン法で18.9%/30.2%/50.9%、根治手術で57.8%/10.6%/31.6%、DVSでは41.7%/41.7%/16.7%であった。手術方法に加え内科治療別や手術回数別での検討も行ったが、差は認めなかった。
考察；手術別で検討した場合、根治術・DVSが治療成績は良い傾向と思われる。根治術では、CDが寛解している場合にtjght setonを行ったり、複雑な痔瘻を前の手術により単純化した後にLIFTを行っている。ドレナージ術では原発口を縫合し不良肉芽を掻把する方法をとったものがあるが、成績が悪かった。シートン法では以前にシートン法を施行した後の再手術症例が含まれており、このような症例はシートンの抜去は困難である。ドレナージおよびシートン法において、深部痔瘻であっても瘻管をすべて切除すると、治癒は可能であった。
まとめ：痔瘻を治癒させるための条件を更に検討したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD3-2] Diagnostic Process and Applied Criteria for Crohn's Disease in Patients Presenting with Perianal Lesions in Japan

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD3-3] A study of early phase of Crohn's disease diagnosed with perianal lesions

Ayumi Beniya, 佐井 佳世, 米本 昇平, 酒井 悠, 松島 小百合, 鈴木 佳透, 小菅 経子, 大島 隆一, 松村 奈緒美, 河野 洋一, 宋 江楓, 下島 裕寛, 岡本 康介, 國場 幸均, 宮島 伸宜, 黒水 丈次, 松島 誠 (Matsushima Hospital)

【はじめに】肛門科で見つかるクローン病（以下CD）は肛門病変が契機になるため、CD特有の症状を伴わない初期段階と思われる場合も多い。2010年2月から2025年2月までに当院で精査を行いCD関連の診断がついた215例について検討した。
【結果】CD確診となったのは127例（60%）、疑診が46例（21%）、CDの診断に至らない非確定例は42例（19%）であった。CD確診127例の性別は男性101例（80%）、女性26例（20%）で、年齢の中央値は22歳（10－70）であった。確診に至った所見がCD診断基準の主要所見A（縦走潰瘍）・B（敷石像）であったのは42例（33%）、C（非乾酪性類上皮細胞肉芽腫、以下EG）と副所見a(消化管の潰瘍・アフタ)またはb(肛門病変）が82例（65%）、副所見a＋b＋c（胃十二指腸病変）が3例（2%）だった。大腸内視鏡検査に加えて小腸カプセルや上部消化管内視鏡検査を行い診断がついた症例は82例（64%）であった。CD確診例の肛門病変は痔瘻120例（95%）、うち88例（73%）はaggressive ulcerationやskin tagなどCDに特徴的な病変を伴っていたが、21例（18%）はCDを疑う所見を認めなかった。CDの診断となった症例はほぼすべて5‐ASAなどの治療から開始され、アフタの消失や肛門症状の軽快を認めるものも多数みられたが、治療開始後に腸管病変の著明な増悪を認めたものは14例あり、4例は腸管狭窄が出現したため腸切除を要した。また、CD疑診や非確定で痔瘻手術を行い治癒した症例は7例、治癒遷延しCD確診となった症例は6例あった。
【結語】痔瘻症例では明らかなCD所見がなくても大腸内視鏡検査が必須であり、CDが否定しきれない場合は上部消化管の検索も行うべきである。また現在の診断基準においてはEGの検出が重要であり、積極的に生検を行うのがよい。初期段階のCDを見極めることで早期に適切な治療が開始できるよう、さらに症例を振り返り検討を重ねたい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD3-4] Identifying Prognostic Factors in Long-term Outcomes of Loose-Seton Technique for Perianal Fistulas in Crohn's Disease

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD3-5] Surgical treatment of Crohn's disease associated anal fistula with combined biologics

Naoto Nishigori[1], 佐々木 義之[1], 錦織 ルミ子[1], 錦織 麻衣子[1], 尾原 伸作[2], 錦織 方人[1] (1.Nishigori Hospital, 2.国保中央病院外科)

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD3-6] Outcomes of Radical Surgery for Crohn's Perianal Fistulas with Top Down Biologic Therapy: A Mid-Term Analysis

Katsuhisa Ohashi[1], 大橋 勝英[1], 佐々木 章公[2], 太田 和美[2], 北川 一智[2] (1.OHASHI Clinic, 2.十全総合病院)

【はじめに】クローン病(以下、CD)の痔瘻病変はQOLを著しく損なうが, 根治術は難治創化し再発しやすく, ドレナージを主体としたSeton法が推奨される. 一方で近年は反対の積極的根治の意見もある. 当院では生物学的製剤を併用し積極的に根治術を行っており, その結果について検討する.
【対象と方法】H23.3月からR6.12月まで行ったCD痔瘻20例の経過を検討した. 痔瘻の評価は圧迫で排膿がない状態を「閉鎖」, すべての瘻管が閉鎖した状態を「寛解」と定義した.
【結果】初発時からの平均観察期間は117か月. 痔瘻先行型が16例(80%)で, cutting setonを含む切開開放術(重複病変で括約筋温存併用2例)が16例, loose seton2例, 非手術2例. CD未診断例は, 上下部内視鏡及び腹部造影CT検査と, 必要に応じ小腸カプセル内視鏡検査もしくはMRI enterographyを行い, 積極的に確定診断した. 他院でInfliximab投与中が4例. CD未治療15例は, 消化管や痔瘻病変の疾患活動性が高い場合にTNFα抗体（Infliximab 2例、Adalimumab11例）を, いずれの活動性も低い場合にVedolizumabを2例に導入した. 4例に薬剤変更を要したが, 2次無効は1例のみであった(皮疹増悪1例, 肺癌発症1例, 一次無効1例）. 開放術症例は全例寛解し, loose seton2例は1例閉鎖したが1例は不変で開放術を追加し寛解した. 非手術2例は閉鎖状態を維持した. loose seton抜去後の一過性蜂窩織炎を1例認めたが, 非手術1例を除く19例全例が寛解か閉鎖した. 自覚症状としての便失禁は認めなかった.
【考察】本邦のガイドラインではSeton法を中心としたドレナージ術が推奨されるが, 長期Seton留置の問題点（慢性疼痛や不快感, 痔瘻がんのリスク）も無視できない. CD痔瘻でも, 根治可能なタイミングで通常型痔瘻と同様に原発巣を処理し, 生物学的製剤を活用することで, 当院では約10年間にわたり全例seton freeを達成し, その後の再発や新たな肛門手術もゼロであった. クローン痔瘻に対して, 内科的診断と治療を含めたtotal managementが有効だと考える.
【まとめ】CD痔瘻に対する生物学的製剤を併用した根治術は, 肛門外科専門医が適切に介入することで, 中期的に許容されると考える.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD3-7] Evaluation of Definitive Surgery Cases for Anal Fistula Associated with Crohn's Disease -Including the Effects of Biologic Agents -

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD3-8] Definitive Surgical Treatment for Low and High Anal Fistulas Associated with Crohn's Disease

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

Shota Takano (Coloproctology Center Takano Hospital)

【はじめに】クローン病に合併した痔瘻は根治手術の適応ではなく、ドレナージを行った後の各種薬物療法が行われるが、難渋する症例を多く経験する。今回は当院における生物学的製剤、分子標的薬、再生医療の治療成績を検討した。
【方法】2022年1月から2025年2月までに当院で上記治療を行った症例162例のうち痔瘻または肛門周囲膿瘍を認めた患者117例を対象とした。二次口が全て一旦閉鎖した症例を寛解、排液などの症状が軽減した症例を有効（寛解を含める）、一旦寛解したのちに排液や炎症を認めた症例を二次無効とした。
【結果】有効率、寛解率、寛解症例中の二次無効率はそれぞれインフリキシマブ（IFX）37例で72.4、34.4、10.3%、アダリムマブ（ADA）59例で、64.9、45.6、5.2%、ウステキヌマブ（UST）21例で42.1、26.3、5.8%、ベドリズマブ（VED）9例で83.3、66.4、14.2%、リサンキズマブ（RKZ）7例で42.8、28.5、0%、ウパダシチニブ（UPA）4例で75.0、25.0、0%であった。再生医療であるヒト脂肪組織由来幹細胞製剤のダルバドストロセル（INN）11例ではそれぞれ90.9、72.7、37.5%であった。
【まとめ】クローン病の肛門病変に対しては抗TNFα抗体以外のエビデンスが乏しかったため、今回の症例ではIFXとADAの使用が多く認められ、後半でUSTやVEDの症例が徐々に増加した。今回の検討ではVEDの寛解率とIFXの有効性が高い結果となった。ダルバドストロセルはほとんどの症例で有効であったが再発も多く認めた。またクローン病合併痔瘻の生活の質を表すCAFQOLは55.7から28.3へ有意差をもって改善している。
難治であるクローン病合併痔瘻に対して生物学的製剤、再生医療は高い寛解率および改善率を示し有効と考えられる。生物学的製剤の選択は内科的な作業となるが、肛門疾患に対する診断や処置に精通している肛門科医や外科医が積極的に介入し、内科医と協力すべきである。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD3-10] Efficacy of darvadstorocel for anal lesion in patuents with Crohn's disease

Motoi Uchino[1], 堀尾 勇規[1], 桑原 隆一[1], 楠 蔵人[1], 長野 健太郎[1], 友尾 祐介[1], 野村 和徳[1], 木村 慶[2], 孫 知亨[2], 今田 絢子[2], 伊藤 一真[2], 福本 結子[2], 木場 瑞貴[2], 片岡 幸三[2], 池田 正孝[2], 池内 浩基[1] (1.Department of Gastroenterological Surgery, Hyogo Medical University, 2.兵庫医科大学消化器外科学講座下部消化管外科)

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

Kinya Okamoto[1], 水島 恒和[2], 池内 浩基[3], 梅澤 明弘[4], 田中 圭佑[5], 中野 晋[5] (1.Coloproctology Center, Tokyo Yamate Medical Center, 2.獨協医科大学外科学（下部消化管）講座, 3.兵庫医科大学消化器外科学炎症性腸疾患外科, 4.国立成育医療研究センター研究所, 5.武田薬品工業株式会社ジャパンメディカルオフィス)

【背景と目的】ヒト（同種）脂肪組織由来間葉系幹細胞の懸濁液であるダルバドストロセル（DVS）は、クローン病（CD）に伴う複雑痔瘻の治療に使用する再生医療等製品であり、本邦では2021年に承認された。市販後の製造販売後調査として全例調査を実施中であり、その中間解析としてDVS投与後の安全性と有効性を評価したため報告する。
【対象と方法】対象は、国内でDVSが投与された複雑痔瘻を有するCD患者のうち、2021年11月から2025年2月の間で市販後観察レジストリに登録された患者とした。DVS初回投与時、投与6ヵ月後、12ヵ月後に、患者背景、有害事象、有効性に関する項目を収集した。有効性の指標として、臨床寛解（DVSを投与したすべての二次口が軽い指押しを行っても排膿がみられず閉鎖したと臨床的に確認された場合）、PDAIスコアなどを評価した。
【結果】50施設から156例が登録され、107例の調査票を収集した。そのうち、評価対象は安全性：76例、有効性：70例であった。76例の患者背景（年齢や期間はいずれも中央値）は、年齢：34.0歳（16-73歳）、男性：57例（75.0%）、CDの罹病期間：8.8年（0.5-41.1年）、複雑痔瘻の罹病期間：5.6年（0.5-30.9年）、シートン法を含む肛門周囲疾患に関する平均手術既往回数：2.8回、DVSを投与した原発口が1つの患者：55例（72.4%）、投与後の観察期間：361日（140-797日）であった。併用薬を使用していたのは67例（88.2%）で、メサラジン：32例（42.1%）、インフリキシマブ：22例（28.9%）、アザチオプリン：17例（22.4%）の順で併用される頻度が高かった。有害事象は11/76例（14.5%）にみられ、主なものは肛門膿瘍が3例（4.0%）、痔瘻が2例（2.6%）であった。投与6ヵ月後、12ヵ月後に臨床寛解と判定された症例数はそれぞれ、39/54例（72.2%）、25/37例（67.6%）であった。PDAIスコアの平均値は、初回投与時（30例）、投与6ヵ月後（33例）、12ヵ月後（25例）でそれぞれ、7.3、2.7、2.0であった。
【結論】DVSに関する製造販売後調査の中間解析結果は、安全性と有効性において過去に報告された国内第3相試験結果と類似していた。また、安全性に関する新たな懸念は認められなかった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD3-12] Clinical Analyses of Anorectal Neoplasms in Patients with Crohn's Disease

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

【背景】クローン病(Crohn's Disease；以下、CD)は一般人口に比べて大腸癌合併リスクが高い。日本人CDでは肛門病変の頻度が高く、大腸の左側、特に直腸および肛門管に腫瘍が発生することが多い。炎症性腸疾患に関連する大腸癌患者は予後が悪いとされており、適切なサーベイランスによる早期診断が望ましいが、CDではサーベイランス法の確立が不十分なのが現状である。今回、直腸肛門管腫瘍を合併したCD患者を評価し、その臨床的特徴を明らかにすることを目的とした。
【方法】2014年5月～2025年4月までに当院通院歴のあるCD患者のうち、CD関連腫瘍を合併した24例を対象とし、その中で直腸肛門管領域に癌またはdysplasiaを認めた症例を詳細に解析した。対象症例の背景因子、診断契機、診断時の腫瘍マーカー、画像所見について後方視的に検討した。
【結果】直腸肛門管移行部に腫瘍を認めたのは20例であった。CD発症年齢中央値は23(17-26.3)歳で、男性が13例、病型はL1 0例、L2 3例、L3 17例で、全例で肛門病変を認めた。腫瘍診断時の年齢中央値は45.5(41-53.5)歳であり、発症から腫瘍診断までの罹病期間中央値は258(180-405)月(21.5年)であった。診断契機は13例が血便や肛門痛等の自覚症状であり、サーベイランスでの発見は7例にとどまったが、サーベイランス例はいずれもStage II以下で診断された。診断時、CEAは7例、CA19-9は5例で陽性であった。診断前後3ヶ月以内にMRおよびCTで評価された各19例のうち、MRで9例、CTで8例は原発巣を同定できなかった。
【結論】サーベイランス診断群は比較的早期に診断できている一方で、MRIやCTでは原発巣を検出できないことも多い。内視鏡的サーベイランスの重要性は高く、特に肛門病変を有するCD患者においては、直腸肛門管癌の早期発見を目的とした積極的な実施が望まれる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD4-1]

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

Koki Goto[1], 辰巳 健志[1], 黒木 博介[1], 中尾 詠一[1], 小原 尚[1], 木村 英明[2], 齋藤 紗由美[1], 荒井 勝彦[1], 小金井 一隆[1], 杉田 昭[1] (1.Yokohama Municipal Citizen's Hospital IBD Center, 2.横浜市立大学附属市民総合医療センター炎症性腸疾患センター外科)

[PD4-2]

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

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

[PD4-3]

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

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

[PD4-4]

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

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

[PD4-5]

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

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

[PD4-6]

Outcome of total proctocolectomy for refractory ulcerative colitis

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

[PD4-7]

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

[PD4-8]

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

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

[PD4-SP]

特別発言

Kitaro Futami (Matsunaga Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

Koki Goto[1], 辰巳 健志[1], 黒木 博介[1], 中尾 詠一[1], 小原 尚[1], 木村 英明[2], 齋藤 紗由美[1], 荒井 勝彦[1], 小金井 一隆[1], 杉田 昭[1] (1.Yokohama Municipal Citizen's Hospital IBD Center, 2.横浜市立大学附属市民総合医療センター炎症性腸疾患センター外科)

【背景】潰瘍性大腸炎(UC)に対する大腸全摘回腸嚢肛門管吻合術(IACA)は,術後のQOLを保ちうる標準的術式であるが,長期的な回腸嚢機能維持率や機能不全の要因に関する報告は限られている.
【目的】UCに対しIACAを施行した症例の,術後の長期予後を明らかにすることを目的とした.
【方法】1993年4月から2015年3月までに当科でIACAを施行したUC 993例のうち,術後10年以上の経過が観察可能であった696例を後方視的に解析した.術後合併症発生率,回腸嚢機能率,回腸嚢機能不全の原因,残存肛門管,吻合部,回腸嚢内の癌またはdysplasia発生率について検討を行った.
【結果】性別は男性403例(57.9%),女性293例(42.1%),UC発症時年齢は27(20-39)歳,病変範囲は全大腸炎型が652例(93.7%),左側大腸炎型が44例(6.3%)だった.手術時年齢は35(26-48)歳で,手術適応は難治が444例(63.8%),重症が226例(32.5%),癌またはdysplasiaが26例(3.7%)で,一期的手術が482例(69.3%),分割手術が214例(30.7%)だった.IACA施行時の合併症として,術後早期縫合不全は60例(8.6%)に発生し,19例(2.7%)で再手術を要した.その他,腸閉塞が68例(9.8%),表層SSIが 80例(11.5%),臓器・体腔SSI が39例(5.6%),消化管出血が16例(2.3%),腹腔内出血が6例(0.9%),肺炎が6例(0.9%)に発生した.術後観察期間は15.4(12.0-19.1)年であり,回腸嚢機能率は10年で97.1%,20年で91.0%だった.回腸嚢機能不全は56例(8.0%) に認め,主な原因は痔瘻19例(33.9%),晩期縫合不全14例(25%,うち吻合部膣瘻6例),回腸嚢炎 6例(10.7%)などであった.また,残存肛門管や吻合部,回腸嚢内に発生した癌またはdysplasiaを理由に回腸嚢切除を行った症例は7例(12.5%)だった. [中央値(四分位範囲)]
【結語】UCに対するIACA後の長期回腸嚢機能率は良好であった.一方で，回腸嚢機能不全の最多要因として痔瘻が挙げられ，術前・術後の肛門病変に対する適切な評価と対応が重要である.また,長期的には癌やdysplasiaの発生が少ないながらも認められるため,定期的なサーベイランスの必要性が示唆された.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

目的：潰瘍性大腸炎手術におけるpouch吻合法には、double-stapling techniqueによる回腸嚢肛門管吻合術（以下、IACA）と、粘膜抜去、経肛門手縫い吻合による回腸嚢肛門吻合術（以下、IAA）がおこなわれているが、各々に利点、欠点があり、明確な選択基準はない。当院におけるpouch吻合法の現状と課題について明らかにした。
方法：2007年から2023年に当科で手術をおこなった潰瘍性大腸炎446例のうち、再建術（IACAまたはIAA）をおこない回腸嚢が機能した426例を対象とした。再建術式はIACAが386例、IAAが40例。手術適応、手術分割方法、術後排便機能、回腸嚢機能不全、腫瘍発生について比較検討した。
結果：手術適応は、IACAは重症137例、難治236例、腫瘍13例、IAAは重症3例、難治6例、腫瘍31例で、IAAは主に腫瘍例におこなっていた。術中に回腸嚢が届かずに永久人工肛門とした症例はなかったが、腫瘍例の1例で回腸嚢到達困難のためIAAからIACAに変更した。
手術分割方法は、IACAは1期170例、修正2期207例、2期7例、3期2例、IAAは2期34例、3期6例であった。1期的手術、修正2期手術（人工肛門を造設しない再建）はIACAのみでおこなっていた。
術後排便機能は、IACAは1年後の排便回数8.0/day、漏便10%、便屁区別不可37%、夜間排便49%、IAAは排便回数8.5/day、漏便64%、便屁区別不可41%、夜間排便62%で、漏便がIACAで有意に少なかった。
回腸嚢機能後観察期間63ヶ月（0-208）で、IACAの7例、IAAの2例が回腸嚢機能不全で切除または人工肛門造設を要した（有意差なし）。内訳はIACAは痔瘻3、穿孔1、回腸嚢炎1、irritable pouch1、回腸嚢HGD1、IAAは痔瘻1、回腸嚢HGD1。両群とも肛門管、吻合部の癌発生例はなかった。腫瘍発生に両群間の差はなかった。
結語：IACAは、回腸嚢到達困難のリスクが少なく、人工肛門を造設しない再建が多く、術後漏便が少なかった。一方、自験例では腫瘍発生に差はなかったがリスクはあると思われる。pouch吻合法は、その特徴を理解し、適切に使い分けることが好ましい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

【目的】潰瘍性大腸炎（UC）手術症例において、肥満は大腸全摘術・回腸嚢肛門吻合（IPAA）を行う際の技術的困難リスクを高めることが報告されている。今回、IPAAにおける内臓脂肪と回腸嚢の到達可能性との関連を前向きに検討することを目的とした。
【対象】2017年4月から2024年10月までの間に当科にて2期分割のIPAAを受ける予定としたUC患者を登録した。恥骨結節下縁の指標を用いて、術中に回腸嚢肛門管吻合術(IACA)へ変更が必要であった群を転換手術群と定義した。内臓脂肪面積と様々な解剖学的指標を術前CTを用いて測定し、多変量解析にて転換手術の予測因子を同定した。
【結果】計106例の患者が対象となり、12例（11.3%）がIACAへの転換手術群であった。非転換手術群の患者と比較して、転換手術群では、Body Mass Index（BMI）が有意に高く（$p < 0.01$）、内臓脂肪面積が有意に高く（$p < 0.01$）、回腸末端から肛門縁までの距離が有意に長かった（$p < 0.01$）。年齢、重症度、病悩期間、術前内科治療、腹腔鏡手術などの臨床学的背景因子に関しては２群間で有意差を認めなかった。多変量解析では、内臓脂肪面積（10cm2増加あたり：オッズ比[OR]: 1.19、95%信頼区間[CI]: 1.02-1.39、$p = 0.01$）が転換手術の独立した予測因子として同定されたが、BMIは同定されなかった（OR: 1.03、95%CI: 0.77-1.21、$p = 0.72$）。
【結語】内臓脂肪は、IPAAを受けた患者における転換手術の独立した危険因子であった。CTを用いた術前の内臓脂肪測定は、BMIよりも回腸嚢の到達可能性をより正確に予測できる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

【背景】癌を合併しない潰瘍性大腸炎(UC)では、肛門機能温存の観点から大腸全摘回腸嚢肛門管吻合(IACA)の2期分割手術を第一選択とし、残存粘膜を最小にするためDST吻合部は歯状線より2cm以下を目標としている。IACAでは残存粘膜の脆弱性とStaple交点が縫合不全のリスクと考えられ、2010年より縫合不全予防策としてDST吻合部の経肛門的観察・補強を開始した。予防策前後の治療成績と予防策後の臨床病理学的評価について報告する。
【方法】2000～2024年のUCへの大腸全摘IACA67例について経肛門的補強非導入群26例、導入群41例の患者背景、手術成績を検討した。導入群は全例が腹腔鏡手術で、気腹によりDST吻合部のAir leakageの有無は経肛門的観察が容易であった。経肛門的観察時にAir leakageを認めた症例(L例)はStaple交点を含む全周を補強、Air leakageを認めなかった症例(NL例)はStaple交点のみ補強した。また、切除腸管の肛門側断端2cmの組織学的所見を比較検討した。
【結果】患者背景は平均年齢38歳、男性45例、2期分割手術：3期分割手術が非導入群21：5例、導入群28：13例であった。縫合不全は非導入群で5例(19.2%)、導入群では0例(0%)であった。導入群は手術時間が延長、出血量が減少していた。導入群においてNL例は25例、L例は16例で、平均手術年齢はNL例43歳、L例30歳とL例は若年であった。術前血液検査結果および術前内科治療、縫合不全以外の合併症率に差はなかった。組織学的評価は28例に実施でき、粘膜～固有筋層・粘膜全層・粘膜筋板の厚さの平均値(NL例：L例)は2306:1842nm・710:366nm・171:82nmと粘膜全層、粘膜筋板が薄かった。
【考察】大腸全摘における縫合不全はPervic sepsisに伴い肛門機能低下を来すため、発症時の重篤さに加え、長期的にも影響を与える重大な合併症である。当科では予防策導入に伴い、縫合不全率は低下した。一方で、L例は39%と高頻度であった。L例は粘膜も菲薄化しており、炎症や手術操作に伴う直腸残存粘膜の脆弱化を示唆していた。IACA時の吻合部の経肛門的確認と吻合組織の脆弱性に応じた補強は縫合不全の発症予防に有用と考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

目的：開腹大腸全摘術では症例を選択した上で一期的手術も行われていたが、腹腔鏡下大腸全摘術は人工肛門造設した上で二期的に行われることが多い。そのため、腹腔鏡下大腸全摘術における一期的手術の報告は少ない。大腸全摘術では直腸の切離を行うため、検体を経肛門的に摘出することができ、検体摘出のために腹部に目立つ創を作る必要はない。J型回腸嚢を体腔内で作成することの技術的困難性を克服できれば、一期的で創を最小化した腹腔鏡下大腸全摘術を行うことができる。われわれは、2022年から症例を選択した上で、体腔内J型回腸嚢作成を伴う一期的腹腔鏡下大腸全摘術を行っており、その経験と今後の展望について報告する。
方法：2022年6月から2025年4月の間に体腔内J型回腸嚢作成を伴う一期的腹腔鏡下大腸全摘術を施行した患者21例を対象とし、本術式の手術成績について後方視的に検討を行った。手術手順および術後管理は以下のとおりである。①腹腔鏡下手術で結腸全摘術、腹腔鏡下手術と経肛門的鏡視下手術を併用して直腸切除術を行う。②回腸末端を体腔内で切離する。③体腔内で J 型回腸嚢を作成する。④肛門（管）と回腸嚢を吻合する。⑤左下腹部の人工肛門作成予定部にペンローズドレーンを用いてghost ileostomyを作成し、その口側まで経肛門的にイレウス管を挿入してバルーンに注水し、腸管減圧を行う。
結果：21例の内訳は男性13例、女性8例であり、平均年齢は47.5±11.0歳であった。本術式は緊急手術を要する場合には適応外としており、手術適応は内科治療不応例が1例、20例は潰瘍性大腸炎関連腫瘍であった。平均手術時間は502±57分、平均出血量は97±84gであった。CD分類IIIa以上の術後合併症を4例に認め、うち2例は不安定な肛門吻合に生じた縫合不全であった。2024年から吻合に不安がある場合には人工肛門造設を行う方針とし、その後は縫合不全は認めていない。
結語：体腔内J型回腸嚢作成を伴う一期的腹腔鏡下大腸全摘術は適切な症例選択を行えば、安全に施行可能な手術と考えられた。極めて高い整容性と人工肛門のストレスから解放される本術式の更なる改善と症例の集積が必要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

【緒言】潰瘍性大腸炎（ulcerative colitis: UC）は内科的治療が進歩した現状においても，外科治療が必要な症例は多い．重症劇症となった症例への外科的治療については緊急手術が不可避であることが多いが，慢性的な炎症を繰り返す難治例へのQOLの向上を目的とした外科治療の介入については，手術のタイミング，手術方法（分割の有無など）が問題になる．また，長期経過としての術後合併症や回腸嚢炎などについても考慮しなければならない．
【目的】当院における内科治療抵抗性UCへの外科治療成績を解析し，外科治療のタイミング，手術方法，術後合併症や機能障害について明らかにする．
【対象と方法】2009年4月から2023年4月の期間に潰瘍性大腸炎の診断で外科治療を受けた症例のうち，内科治療抵抗を理由に外科的治療を受けた症例を対象とした．患者背景，治療内容（内科的，外科的）や術後合併症（短期，長期）について解析した．
【結果】対象の期間に81例がUCの診断で外科的治療を受けた．内科的治療に抵抗を示し，外科治療を必要とした症例は59例，内訳は難治例が27例，重症劇症が32例であった．難治例の年齢の中央値は40（範囲；21-71）歳，男性15例，女性12例であった．15例で高用量のステロイド（総10000mg以上）が投与されており，23例で2nd line以降の内科治療を必要とした．小野寺式栄養指標（OPNI）で合併症ハイリスクと診断される症例は10例に認めた．緊急手術が7例で行われた．手術方法は3期分割手術が12例に行われていた．術後合併症はClavien-Dindo分類IIIa以上の合併症を8例に認めた．うち最も多い合併症はストマアウトレット症候群（6例）であった．長期経過での合併症では回腸嚢炎が最も多く4例に認めた．これは重症劇症例とほぼ同じ比率（5例）であるが，癌・dysplasiaを理由に手術した群と比較し，有意に多い (p=0.02)結果となっていた．
【結論・考察】内科治療抵抗性UCへの外科的治療は栄養状態が不良であることが多いため，吻合を含めた術式選択は慎重に検討する必要がある．また，術後合併症はストマアウトレットが多いことや，術後長期経過での回腸嚢炎の出現に留意する必要がある．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

【背景】クローン病(CD)に対する手術では, 術後の治療方針決定や再手術のリスク評価のため, 術後6から12か月ヵ月後の吻合部に対する内視鏡評価が推奨されている.三角吻合は,linear staplerを3回用いた簡便な器械吻合であり,生理的な端端吻合であることにより術後の内視鏡挿入が容易になることが期待できる.当科では2021年3月より導入し,直腸吻合以外の吻合において三角吻合を標準吻合法としている.
【方法】対象は2021年3月から2024年12月までに当科でCDに対して吻合を行った症例54例中,三角吻合を施行した症例42例とした.これらの症例の背景および短期成績について検討した.
【結果】女性32例,男性10例,手術時年齢中央値37 (14-71) 歳,発症年齢中央値25(6-57) 歳,病悩期間中央値11年（0-33年）であった.Montreal分類はA1: 7例, A2; 31例, A3; 4例, L1: 23例, L2: 1例 L3: 18例, L4: 5例 ,B1:3例, B2: 21例, B3:18例であった.術直前治療薬は,ステロイド2例 ,免疫調節薬13例, 生物学的製剤32例で,開腹手術歴は26例にみられた.腹腔鏡は24例に使用され,吻合は小腸小腸吻合15例,小腸結腸吻合25例, 結腸結腸2例で,吻合個数2か所5例,1か所37例で合計47か所に三角吻合が施行された.手術時間中央値218(133-439)分,出血量中央値153 (1-1336)mlで,術後腸腰筋膿瘍の再発が認められたものの,それ以外の外科手術部位感染や縫合不全または吻合部出血といった短期の吻合部合併症は認められなかった.術後再燃予防のための生物学的製剤は32例（免疫調節剤併用8例）に用いられ,生物学的製剤非使用例は10例であった.術後6-18か月で吻合部評価のための内視鏡を施行した症例29のうち,吻合部観察できたのは23例で, Rutgeertsスコア2a以上の内視鏡再発は8例（34.8%）に認められた.術後観察期間中央値19.3（4.9-47.9）月で臨床的再発,外科的再発は認められなかった.
【結論】CDに対する三角吻合において短期の吻合部合併症は認められなかった。本邦の多施設共同研究によるCD術後内視鏡的再発を評価した研究と比較しても三角吻合の内視鏡的再発率は遜色なく、許容される吻合法と考えられた.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Panel Discussion

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

[VPD1] Video Panel Discussion 1 (English Slide) Intracorporeal Anastomosis in Colon Cancer Surgery: Short- and Long-Term Outcomes

司会：松橋 延壽(岐阜大学外科学講座消化器外科・小児外科学分野), 塩見 明生(静岡がんセンター大腸外科)

[VPD1-1]

Short- and long-term outcomes of intracorporeal anastomosis for laparoscopic/robot-assisted colectomy for colon cancer

Yoshiro Itatani, 肥田 侯矢, 岡村 亮輔, 星野 伸晃, 小濵 和貴 (Department of Surgery, Kyoto University)

[VPD1-2]

Short- and Long-term Outcomes of Intracorporeal versus Extracorporeal Anastomosis in Laparoscopic/Robot-assisted Colectomy for Colon Cancer

Soichiro Natsume[1], 川崎 一生[1], 吉岡 佑一郎[1], 大井 悠[1], 大野 吏輝[1], 川合 一茂[2], 長嵜 寿矢[1], 福田 俊[1] (1.Saitama Cancer Center department of Gastroenterological Surgery, 2.がん・感染症センター都立駒込病院大腸外科)

[VPD1-3]

Comparison of Short- and Long-Term Outcomes Between Robotic-Assisted Extracorporeal and Intracorporeal Anastomosis for Colon Cancer: A Single-Center Study

Marie Hanaoka, 杉下 哲夫, 石原 慶, 鳴海 絢, 原田 紡, 伊藤 望, 勝谷 俊介, 西山 優, 池田 晋太郎, 國本 真由, 後藤 佳名子, 三浦 竣助, 青柳 康子, 山本 雄大, 山内 慎一, 賀川 弘康, 絹笠 祐介 (Department of Gastrointestinal Surgery Institute of Science Tokyo)

[VPD1-4]

Short- and mid-term outcomese of intracorporeal anastomosis by robot-assisted surgery for colon cancer

Yusuke Tanaka, 塩見 明生, 眞部 祥一, 笠井 俊輔, 小嶋 忠浩, 井垣 尊弘, 森 千浩, 髙嶋 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 (Division of Colon and Rectal Surgery, Shizuoka Cancer Center Hospital)

[VPD1-5]

Surgical Outcomes of Intracorporeal Anastomosis in Colon Cancer Surgery and the Advantages of Robotic Surgery at Our Institution

Hiroaki Kasashima[1], 福岡 達成[1,2], 小澤 慎太郎[1], 石館 武三[1], 米光 健[1], 西山 毅[1], 関 由季[1], 黒田 顕慈[1], 三木 友一朗[1], 吉井 真美[1], 田村 達郎[1], 渋谷 雅常[1], 豊川 貴弘[1], 前田 清[1] (1.Department of Gastroenterological Surgery, Osaka Metropolitan University Graduate School of Medicine, 2.大阪市立総合医療センター)

[VPD1-6]

Comparison of short- and mid-term outcomes between intracorporeal delta-shaped anastomosis and extracorporeal FEEA in colon cancer: a propensity score-matched snalysis

Tomoaki Okada[1], 上畑 恭平[2], 稲本 将[1], 野村 明成[1] (1.Osaka Red Cross Hospital, 2.京都大学消化管外科)

[VPD1-7]

Clinical Outcomes of Intracorporeal Functional End-to-End Anastomosis in Colon Cancer Surgery

Junichiro Hiro[1], 大塚 幸喜[2], 稲熊 岳[1], 隈本 力[1], 大村 悠介[1], 小林 陽介[1], 上嶋 徳[1], 谷口 寛子[1], 辻村 和紀[1], 近石 裕子[1], 升森 宏次[1], 宇山 一朗[2], 須田 康一[1] (1.Fujita Health University Department of Surgery, 2.藤田

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

医科大学先端ロボット内視鏡手術学)

[VPD1-8]

Short-term and long-term results of intracorporeal anastomosis for colon cancer

Gen Tomizawa, 塚本 俊輔, 田藏 昂平, 加藤 岳晴, 永田 洋士, 高見澤 康之, 森谷 弘乃介, 金光 幸秀 (National Cancer Center Hospital Colorectal surgery)

[VPD1-9]

Optimization of intracorporeal anastomosis in robotic surgery for right-sided colon cancer: clinical outcomes and advantages of fusion surgery

Yoshihiro Morimoto, 西沢 佑次郎, 橋本 雅弘, 加藤 伸弥, 畑 泰司, 明石 大輝, 進藤 美希, 横内 隆, 広田 将司, 古川 健太, 井上 彬, 宮崎 安弘, 友國 晃, 本居 正明, 藤谷 和正 (Osaka General Medical Center)

[VPD1-10]

Short-term Outcomes of Extracorporeal versus Intracorporeal Anastomosis in Robotic and Laparoscopic Surgery for Colon Cancer: A Secondary Analysis of the Randomized Controlled CONNECT Study

Junichi Mazaki[1], 諏訪 雄亮[2], 沼田 正勝[2], 太田 絵美[3], 諏訪 宏和[3], 有働 竜太郎[1], 石崎 哲央[1], Nakagawa Kazuya[4], 小澤 真由美[2], 浜部 敦士[5], 波多 豪[5], 植村 守[5], 渡邊 純[2,6] (1.Tokyo Medical University Department of Gastrointestinal and Pediatric surgery, 2.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, 3.横須賀共済病院外科, 4.横浜市立大学消化器・腫瘍外科, 5.大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学, 6.関西医科大学下部消化管外科学講座)

[VPD1-SP]

特別発言

Hirotoshi Hasegawa (Tokyo Dental College Ichikawa General Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Panel Discussion

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

[VPD1] Video Panel Discussion 1 (English Slide) Intracorporeal Anastomosis in Colon Cancer Surgery: Short- and Long-Term Outcomes

司会：松橋 延壽(岐阜大学外科学講座消化器外科・小児外科学分野), 塩見 明生(静岡がんセンター大腸外科)

[VPD1-1] Short- and long-term outcomes of intracorporeal anastomosis for laparoscopic/robot-assisted colectomy for colon cancer

Yoshiro Itatani, 肥田 侯矢, 岡村 亮輔, 星野 伸晃, 小濵 和貴 (Department of Surgery, Kyoto University)

[背景]結腸癌手術におけるロボット支援手術の保険収載も相まって、体腔内吻合(inctracorporeal anastomosis, ICA)による完全腹腔鏡下手術が広まっている。ICAは腸管授動範囲を必要最低限にでき、術後腸管蠕動回復が早いとされる一方、前処置を含む周術期管理のピットフォールや、高難易度の手技、癌としての予後など課題も多い。当科では縫合結紮せず共通孔をステイプラーで閉鎖する”四発法”で良好な短期成績を報告してきた。本発表では長期成績を含めて報告する。
[手技の工夫]術野汚染を避けるため全例で機械的+化学的前処置を行っている。術前腸閉塞を認める症例には、ステントによる閉塞解除後に手術を行うことを原則としている。機械的前処置では浸透圧性下剤は使用せず、刺激性下剤のみを用いて、液状便が吻合時に漏出しない様注意している。共通孔は鉗子で速やかに閉鎖し、縫合は行わずステイプラーで共通孔を閉鎖し、切り飛ばした組織はプラスティックバックで回収し術野汚染を防ぐ工夫をしている。吻合方法はステイプラーの挿入軸を基準にして、端側(overlap)/端々(delta)吻合を使い分けている。
[方法]2017年1月から2023年12月の間、519例の結腸癌手術を行った。DST吻合、Hartmann手術、他癌合併手術、緊急手術を除く323例(ICA112例、体外吻合[extracorporeal anastomosis, ECA]211例)の短期成績、長期成績を解析した。
[結果]ICAとECAで年齢、性別、術式(右/左)には差が無かったが、ICAでは進行度の低い症例が多く、ロボット支援手術の割合も高かった。ICAでは手術時間が短く(208分対234分)、Clavien-Dindo 2以上の合併症は少なかった(12%対22%)。観察期間中央値42ヶ月時点では、ステージごとののrelapse-free survivalをKaplan-Meier法によるlog rankテストでは、ステージ2,3はそれぞれ0.58,0.63と有意差を認めなかった。
[結語]当科で行っている四発法によるICAは、最低限の剥離範囲とステープリングによる速やかな吻合手技により手術時間の短縮に寄与する。また術前の機械的+化学的全処置により術後合併症の軽減に寄与する。さらに癌の長期予後はECAと遜色ない。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Panel Discussion

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

[VPD1] Video Panel Discussion 1 (English Slide) Intracorporeal Anastomosis in Colon Cancer Surgery: Short- and Long-Term Outcomes

司会：松橋 延壽(岐阜大学外科学講座消化器外科・小児外科学分野), 塩見 明生(静岡がんセンター大腸外科)

[VPD1-2] Short- and Long-term Outcomes of Intracorporeal versus Extracorporeal Anastomosis in Laparoscopic/Robot-assisted Colectomy for Colon Cancer

Soichiro Natsume[1], 川崎 一生[1], 吉岡 佑一郎[1], 大井 悠[1], 大野 吏輝[1], 川合 一茂[2], 長嵜 寿矢[1], 福田 俊[1]
(1.Saitama Cancer Center department of Gastroenterological Surgery, 2.がん・感染症センター都立駒込病院大腸外科)

【背景】体腔内吻合は腸管蠕動早期回復などのメリットがある一方で、腹腔内汚染や播種のリスクが懸念されるが、腫瘍学的安全性を示す長期成績の報告は未だ少ない. 2施設の体腔内・体腔外吻合の短期・長期成績をPropensity score matching(PSM)を用い比較検討した.
【対象・方法】施設A(2022-2024年)及び施設B(2019-2023年)においてcStage I-III初発結腸癌に対し鏡視下結腸切除術を施行した症例のうち, 多発癌・DST吻合症例を除外した485例(A:140例, B:345例)を対象とした. 体腔内吻合群(IA群)と体腔外吻合群(EA群)をPSMにてマッチングし後方視的に比較した. 共変量は,年齢,性別,BMI,ASA-PS,腫瘍局在,cStageとした.
【結果】IA群が117例, EA群が368例であった. マッチング後はそれぞれ101例であった. 手術成績は, 手術時間中央値(分)が224/163 (p<0.001) とIA群で有意に長かった. 出血量中央値(ml)が0/10(p<0.001)とIA郡で有意に少なく, 術後初回排ガス日, 術後初回排便日, 術後在院日数のいずれもIA群で有意に短かった(すべてp<0.001). 術後合併症はCD分類Grade2以上が13 (12.9%) / 10 (9.9%) (p=0.66)で両群に差を認めず, 腹腔内感染は両群ともに1例であった. 病理学的にはDM(cm)は12.0/10.5(p=0.0014), PM(cm)は12.0/12.0(p=0.33), 郭清リンパ節個数は25/25(p=0.75)でDMはIA群で長かった. IA群のうちPfannenstiel切開を行なった症例(N=86)を正中切開症例と比較すると腹壁瘢痕ヘルニアの発生率が有意に少なかった(2.3%vs13.8%,p=0.005). 予後はDFS (3年DFS: 93.6% vs 95.3%, p=0.56), OS (3年OS: 94.4% vs 98.6%, p=0.61)ともに差を認めなかった. 腹膜播種再発はIA群では1例も認めなかった.
【結語】体腔内吻合は腸管蠕動早期回復や在院日数の短縮に寄与し, Pfannenstiel切開を行うことで腹壁瘢痕ヘルニアが減少していた. 一方、腹腔内感染や播種再発の頻度は体腔外吻合と同等である.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Panel Discussion

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

[VPD1] Video Panel Discussion 1 (English Slide) Intracorporeal Anastomosis in Colon Cancer Surgery: Short- and Long-Term Outcomes

司会：松橋 延壽(岐阜大学外科学講座消化器外科・小児外科学分野), 塩見 明生(静岡がんセンター大腸外科)

[VPD1-3] Comparison of Short- and Long-Term Outcomes Between Robotic-Assisted Extracorporeal and Intracorporeal Anastomosis for Colon Cancer: A Single-Center Study

Marie Hanaoka, 杉下 哲夫, 石原 慶, 鳴海 絢, 原田 紡, 伊藤 望, 勝谷 俊介, 西山 優, 池田 晋太郎, 國本 真由, 後藤 佳名子, 三浦 竣助, 青柳 康子, 山本 雄大, 山内 慎一, 賀川 弘康, 絹笠 祐介 (Department of Gastrointestinal Surgery Institute of Science Tokyo)

【背景】ロボット支援結腸切除術における再建方法は体腔外吻合（EA法）が標準であるが、近年、体腔内吻合（IA法）が低侵襲性の観点から注目され増加傾向にある。IA法のメリットとして術後創痛の軽減、創感染・腸閉塞リスクの低下が報告されている一方で、腹膜播種の危険性や腹腔内汚染などのデメリットも指摘されている。当科では、臨床試験以外の実臨床レベルでは高BMI症例や横行結腸中央部腫瘍に対してIA法も適応とし、2024年12月からは当科主導の吻合法の長期予後を比較するRCTを開始し適応症例を組み入れている。
【方法】2019年1月～2025年3月に結腸癌に対して施行したロボット支援結腸切除術207例のうち、DST吻合を除く200例を対象にIA群とEA群に分け短期成績を後方視的に検討し、術後3年以上経過した73例で長期成績を検討した。
【結果】年齢中央値71歳（31-91）、男/女90/110、BMI23.0（16.7-39.6）、術前Stage I 65例、II 45例、III 81例、IV 9例。EA169例、IA31例。Overlap/FEEAはEA 0/IA 54例、EA 138/IA 8例。術式は回盲部切除33例、右半切除83例、左半切除29例、S状結腸切除6例、亜全摘1例、部分切除48例、他臓器合併切除5例。手術時間はEA204分、IA187分（p=0.263）、出血量はEA12.5ml、IA0ml（p＜0.01）であった。開腹移行例、輸血例はなかった。Clavien-Dindo II以上の合併症に有意差はなく、術後在院日数はEA7日、IA6日。長期成績ではOS、RFSに有意差を認めなかったが、腹膜播種再発はIAで3例、EAで0例であった（観察期間中央値49ヶ月）。
【考察】短期成績ではIAで手術時間の短縮および出血量減少を認めた。長期成績については、IA導入初期に腹膜播種再発3例を認めたが、3例ともpT4aであり、症例数が限られるため、本結果に基づいて明確な結論を導くことは困難である。
【結語】両群とも短期成績は良好で安全に施行されていた。長期予後は今後さらに症例を集積して検証する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Panel Discussion

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

[VPD1] Video Panel Discussion 1 (English Slide) Intracorporeal Anastomosis in Colon Cancer Surgery: Short- and Long-Term Outcomes

司会：松橋 延壽(岐阜大学外科学講座消化器外科・小児外科学分野), 塩見 明生(静岡がんセンター大腸外科)

[VPD1-4] Short- and mid-term outcomese of intracorporeal anastomosis by robot-assisted surgery for colon cancer

Yusuke Tanaka, 塩見 明生, 眞部 祥一, 笠井 俊輔, 小嶋 忠浩, 井垣 尊弘, 森 千浩, 髙嶋 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 (Division of Colon and Rectal Surgery, Shizuoka Cancer Center Hospital)

【背景】ロボット支援手術のみを対象とした結腸癌に対する体腔内吻合の治療成績の報告は少ない。【目的】ロボット支援結腸癌手術における体腔内吻合の短期、中期成績を評価すること。【対象と方法】2019年11月から2024年3月まで、Stage I-III結腸癌(盲腸～下行結腸)に対して、ロボット支援手術で根治目的に切除を行った症例を対象とし、DST吻合、多発癌、重複癌、術前化学療法施行症例は除外した。体腔外吻合を行った症例をEA群、体腔内吻合を行なった症例をIA群とし、両群の患者背景、短期成績を比較した。また、再発に関連する単変量、多変量解析を行った。【当科の体腔内吻合手技】前処置困難症例は体腔内吻合の適応外としている。切除標本が体腔内に遺残する時間が短くなるよう、小開腹(正中切開)先行とし、腸管切離後速やかに標本摘出を行う。切除標本内の残便状況を確認後、再ドッキングし吻合操作を行う。残便が多い場合は体腔外吻合を選択することもある。助手が自動縫合機を操作し、術者は3本の鉗子を用いて、自動縫合機の向きに再建腸管を合わせるように調整する。自動縫合機と再建腸管の長軸が平行である場合には主にOverlap法を、垂直である場合には主にDelta法を選択している。【結果】対象は252例、EA/IA群=143/109例。IA群は有意に若年で、BMIが高かった。cT、cN、cStageに有意差はなかった。短期成績において、手術時間はEA/IA群=184/197分で、IA群で有意に手術時間が長かったが、出血量はEA/IA群=0/0mL、術後合併症発生率(CD grade II以上)はEA/IA群=9.1/7.3%で、いずれも有意差はなかった。pT、pN、pStage、PM、DMにおいても有意差はなかった。単変量および多変量解析の結果、体腔内吻合は腹膜播種を含む再発、ならびに腹膜播種再発のいずれにおいてもリスク因子として同定されなかった(観察期間中央値22ヶ月)。【結語】ロボット支援結腸癌手術における体腔内吻合は、短期、中期成績において安全に施行可能であり、症例に応じて選択肢可能である。当科のロボット支援結腸癌手術における体腔内吻合の手技をビデオで共覧する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Panel Discussion

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

[VPD1] Video Panel Discussion 1 (English Slide) Intracorporeal Anastomosis in Colon Cancer Surgery: Short- and Long-Term Outcomes

司会：松橋 延壽(岐阜大学外科学講座消化器外科・小児外科学分野), 塩見 明生(静岡がんセンター大腸外科)

[VPD1-5] Surgical Outcomes of Intracorporeal Anastomosis in Colon Cancer Surgery and the Advantages of Robotic Surgery at Our Institution

Hiroaki Kasashima[1], 福岡 達成[1,2], 小澤 慎太郎[1], 石館 武三[1], 米光 健[1], 西山 毅[1], 関 由季[1], 黒田 顕慈[1], 三木 友一朗[1], 吉井 真美[1], 田村 達郎[1], 渋谷 雅常[1], 豊川 貴弘[1], 前田 清[1] (1.Department of Gastroenterological Surgery, Osaka Metropolitan University Graduate School of Medicine, 2.大阪市立総合医療センター)

今回我々は結腸癌手術における体腔内吻合の有用性を検討するため、短期・長期成績について体腔外吻合との比較検討を行った．
手術方法；吻合方法はOverlap法もしくは機能的端々法で行い、挿入孔は手縫い縫合で閉鎖．
対象；大腸癌に対して鏡視下結腸切除術を施行した症例144例を対象にして，体腔内吻合症例（IA群）57例（腹腔鏡群（LIA）32例，ロボット群（RIA）25例）と体腔外吻合症例（EA群）84例の短期・長期成績についてpropensity　score　matching（以下PSM）を用いて比較検討を行った．
結果；症例は男性105例・女性39例，体腔内吻合時間はRIA群でLIA群に比し有意に短かった．RIA群はLIA群，EA群に比べ出血量が有意に少なかった．術後合併症はRIA群が創部感染について有意に少なかった．RIA群はLIA群に比較し,術後初回排便，術後在院日数が有意に短かった．さらにPSMを行い，IA群50例，EA群50例を抽出した．IA群は手術時間が有意に長いが，肛門側断端までの距離は有意に長く,術後初回排便までの期間が有意に短かった．IA群，EA群について,長期予後に有意な差は認めなかった．
考察；体腔内吻合は体腔外吻合に比べ，手術時間が長くなるが，長期予後に差はなく，術後の消化管蠕動の回復が有意に早く，術後在院日数が短かった．体腔内吻合においてロボット手術は腹腔鏡手術に比べ手術時間を短縮し，有用であると考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Panel Discussion

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

[VPD1] Video Panel Discussion 1 (English Slide) Intracorporeal Anastomosis in Colon Cancer Surgery: Short- and Long-Term Outcomes

司会：松橋 延壽(岐阜大学外科学講座消化器外科・小児外科学分野), 塩見 明生(静岡がんセンター大腸外科)

[VPD1-6] Comparison of short- and mid-term outcomes between intracorporeal delta-shaped anastomosis and extracorporeal FEEA in colon cancer: a propensity score-matched snalysis

Tomoaki Okada[1], 上畑 恭平[2], 稲本 将[1], 野村 明成[1] (1.Osaka Red Cross Hospital, 2.京都大学消化管外科)

【はじめに】体腔内吻合は近年普及が進み、体腔外吻合と比して腸管切除マージンの確保が容易で、腸蠕動の早期改善や創長の短縮といった利点が報告されている。しかし、中長期成績に関する報告はまだ少ない。今回、当院で行った体腔内デルタ吻合（ID）と体腔外機能的端々吻合（EF）の短期・中期成績を比較検討したので報告する。
【方法】2020年1月から2023年9月に結腸癌手術を受けた患者から、傾向スコアマッチングによりID群とEF群をそれぞれ100例抽出し、短期・中期成績を後ろ向きに比較した。
【結果】手術時間はID群で有意に長かった(289 vs. 234 min, p<0.01)が、出血量はID群で有意に少なかった (0 vs. 0g, p=0.03)。腸管切除マージンはID群で肛門側が有意に長く(120 vs. 100 mm, p < 0.01)、口側は同等であった(120 vs. 110 mm, p = 0.12)。周術期合併症（Clavien–Dindo ≥2）は2群間で差はなかった（8 vs. 9%, p＝1.00）。回盲部切除術において、ID群で肝湾曲部の授動率が少なく(52% vs. 97%, p < 0.01)、副右結腸静脈の切離率も少なかった(11% vs. 44%, p < 0.01)。左側結腸癌手術では、ID群では脾湾曲とSD junctionの双方の授動を要する症例が少なかった(24 vs 75%, p<0.01)。播種再発はID群で3例、EF群4例で認め、うち6例がT4症例であった。3年 RFS（80 vs. 84%, p=0.97）と3年OS(81 vs. 91%, p=0.10)は両群に有意差はなかった。
【結果】体腔内デルタ吻合は体腔外機能的端々吻合と比較して短期・中期成績に遜色なく、腸管の授動範囲や出血量を低減に寄与し得る有用な術式である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Panel Discussion

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

[VPD1] Video Panel Discussion 1 (English Slide) Intracorporeal Anastomosis in Colon Cancer Surgery: Short- and Long-Term Outcomes

司会：松橋 延壽(岐阜大学外科学講座消化器外科・小児外科学分野), 塩見 明生(静岡がんセンター大腸外科)

[VPD1-7] Clinical Outcomes of Intracorporeal Functional End-to-End Anastomosis in Colon Cancer Surgery

Junichiro Hiro[1], 大塚 幸喜[2], 稲熊 岳[1], 隈本 力[1], 大村 悠介[1], 小林 陽介[1], 上嶋 徳[1], 谷口 寛子[1], 辻村 和紀[1], 近石 裕子[1], 升森 宏次[1], 宇山 一朗[2], 須田 康一[1] (1.Fujita Health University Department of Surgery, 2.藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学)

はじめに 結腸癌に対する体腔内吻合は技術的難易度が高いものの，小開腹創の縮小や腸管の牽引軽減などの利点がある．われわれは結腸癌に対する再建を機能的端々吻合(FEEA)で実施してきた．今回，体腔内機能的端々吻合と従来の体腔外吻合の治療成績をプロペンシティスコアマッチング(PSM)にて比較検討し、その安全性と有用性を検討した。対象と方法 2019年1月から2024年12月までに当院で低侵襲手術を施行した大腸癌患者992例中，結腸癌患者359例を対象とした．低侵襲手術は腹腔鏡，ロボット支援(４機種 da Vinci Xi，hinotori，da Vinci SP，Hugo RAS)で実施し，再建は，全例FEEAにて実施し，体腔内では自動縫合器を4本，体腔外では2本使用した．年齢，性別，BMI，ASA，病期，腫瘍部位，術者をマッチング因子としたPSMを行い，体腔内吻合群（Intracorporeal: IC群）101例と体腔外吻合群（Extracorporeal: EC群）101例を抽出した．両群間で周術期データ，短期および中長期成績について比較検討した．結果両群間でPSMにより抽出された背景因子（年齢，性別，BMI，ASA，腫瘍部位，病期，腫瘍部位，術者）に有意差は認めなかったアプローチ法ではIC群でロボット手術が有意に多かった(IC群36:65 vs EC群67:34, p<0.001)．手術時間に差を認めず，出血量にはIC群で優位に少なかった(IC群8ml vs EC群17ml, p<0.001）．開腹移行率，腸管切離長(PM，DM)に有意差は認めなかった．術後合併症発生率はIC群4.0%、EC群2.0%（p=0.683），縫合不全率(CD3以上)はIC群3.0%，EC群1.0%（p=0.621）と同等で，術後在院日数，術後排ガスまでの期間，腹膜播種を含む再発・遠隔転移率も有意差は認めなかった．結語 結腸癌に対する体腔内機能的端々吻合は，従来の体腔外吻合と比較し出血量が少なく，手術時間や術後合併症，縫合不全率，再発率に差を認めなかった．体腔内機能的端々吻合は技術的難易度が高いものの適切な技術習得により安全に施行可能であり，低侵襲手術のさらなる発展に寄与する標準再建法の選択肢の一つと考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Panel Discussion

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

[VPD1] Video Panel Discussion 1 (English Slide) Intracorporeal Anastomosis in Colon Cancer Surgery: Short- and Long-Term Outcomes

司会：松橋 延壽(岐阜大学外科学講座消化器外科・小児外科学分野), 塩見 明生(静岡がんセンター大腸外科)

[VPD1-8] Short-term and long-term results of intracorporeal anastomosis for colon cancer

Gen Tomizawa, 塚本 俊輔, 田藏 昂平, 加藤 岳晴, 永田 洋士, 高見澤 康之, 森谷 弘乃介, 金光 幸秀
(National Cancer Center Hospital Colorectal surgery)

【背景】結腸癌手術における体腔内吻合は、短期成績に関する報告が散見されるが、長期成績に関するエビデンスは確立されていない。
【目的】長期予後が追跡できた結腸癌患者において、体腔内吻合の短期・長期成績を検討し、安全性と有用性を明らかにする。
【対象と方法】2020年3月から2023年2月までに当院で原発性結腸癌に対して腹腔鏡またはロボット支援下結腸切除術を施行した症例を対象とした。Propensity score matching(PSM)を用いて背景因子を調整し、短期・長期成績を比較検討した。
【結果】体腔外吻合群(EA群)177例と体腔内吻合群(IA群)52例を対象にPSMを行い、各群48例(観察期間中央値:EA群36ヶ月,IA群25ヶ月)が選択された。両群間の背景因子に有意差を認めなかった。手術のアプローチ法は、EA群においてロボット支援下手術の割合が低かった(3例[6.2%]vs22例[45.8%],p<0.001)。小開腹創において、Pfannenstiel切開はIA群のみに認めた(0%[0例]vs16.7%[8例],p=0.006)。吻合方法はEA群では全例で機能的端々吻合が施行され、IA群では全例でデルタ吻合が施行された。短期成績については、出血量(15ml vs 4ml,p<0.001)、手術時間(184分vs177分,p=0.369)、Clavien-Dindo分類II以上の合併症(3例[6.2%]vs3例[6.2%],p＝1)、吻合部出血(0例[0%]vs1例[2.1%],p＝1)、縫合不全(0例[0%]vs0例[0%],p=1)であり、出血量においてIA群が良好な成績を示した。長期成績については、3年無再発生存率(89.1%vs87.0%,p=0.62)と3年累積腹膜播種再発割合(4.2%vs6.4%,p=0.64)に統計学的な有意差を認めなかった。腹壁瘢痕ヘルニアの発生率は、EA群が4例(8.3%)、IA群が 6例(12.5%)であり(p=0.74)、多変量解析では、BMIが有意なヘルニア発症リスク因子であった(OR 1.34, 95% CI 1.08–1.80, p = 0.006)。Pfannenstiel切開例でのヘルニア発症を認めなかった。
【結論】体腔内吻合は体腔外吻合と比較して、出血量が少なかった。高BMI症例では体腔内吻合とPfannenstiel切開を組み合わせることで、腹壁瘢痕ヘルニアを予防できる可能性がある。長期成績で差を認めなかったが、体腔内吻合群の症例数が限られており、更なる症例の蓄積が必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Panel Discussion

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

[VPD1] Video Panel Discussion 1 (English Slide) Intracorporeal Anastomosis in Colon Cancer Surgery: Short- and Long-Term Outcomes

司会：松橋 延壽(岐阜大学外科学講座消化器外科・小児外科学分野), 塩見 明生(静岡がんセンター大腸外科)

[VPD1-9] Optimization of intracorporeal anastomosis in robotic surgery for right-sided colon cancer: clinical outcomes and advantages of fusion surgery

Yoshihiro Morimoto, 西沢 佑次郎, 橋本 雅弘, 加藤 伸弥, 畑 泰司, 明石 大輝, 進藤 美希, 横内 隆, 広田 将司, 古川 健太, 井上 彬, 宮崎 安弘, 友國 晃, 本居 正明, 藤谷 和正 (Osaka General Medical Center)

【背景】結腸癌手術における体腔内吻合の導入が全国的に進みつつある。当センターでは2022年の保険収載以降、全例にロボット支援手術を導入し、原則として体腔内吻合を施行している。吻合法の選択や定型化した助手との協調による吻合操作（Fusion surgery）の工夫とコツをビデオを供覧しながら紹介し、短期・長期成績を報告する。
【対象と方法】2023年1月～2025年3月に当センターでロボット支援下に右側結腸癌に対する手術を施行した142例を対象とした。術式は回盲部切除85例、結腸右半切除34例、拡大結腸右半切除20例、横行結腸部分切除3例であった。吻合法によりFEEA群（93例）とOther群（Delta 33例、Overlap 16例）に分け、短期成績を比較した。また、助手が自動縫合器を操作するFusion surgery (Fusion群)と術者が自動縫合器を操作する吻合 (Conventional群)における共通孔閉鎖時の自動縫合器使用数を比較した。さらに、2023年1月～2024年3月におけるStage III以下の66症例について再発の有無を検討した。
【結果】年齢中央値77歳、男性61例（43.0%）、BMI中央値 22.1kg/m^2であった。pT、pN、cM、手術時間、出血量、術後在院日数、Clavien-Dindo分類Grade 3以上の合併症（FEEA群1例：消化管出血、Delta吻合群1例：創し開）に有意差はなかった。共通孔閉鎖が1回で完了した割合はFusion群で69.2%、Conventional群で34.4%と有意にFusion群で高かった（$p<0.001$）。再発の検討では、観察期間の中央値は578日で、66例中7例に再発を認めた。腹膜播種再発は1例のみ(術後病理診断はpT3N1bM0 pStageIIIb)であった。
【結語】限られた期間の検討ではあるが、ロボット支援右側結腸癌手術における体腔内吻合は安全かつ再発率も低く施行可能であった。定型化されたFusion surgeryにより縫合器使用数の削減が実現でき、安全性とコスト面において有用であったと考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Panel Discussion

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

[VPD1] Video Panel Discussion 1 (English Slide) Intracorporeal Anastomosis in Colon Cancer Surgery: Short- and Long-Term Outcomes

司会：松橋 延壽(岐阜大学外科学講座消化器外科・小児外科学分野), 塩見 明生(静岡がんセンター大腸外科)

[VPD1-10] Short-term Outcomes of Extracorporeal versus Intracorporeal Anastomosis in Robotic and Laparoscopic Surgery for Colon Cancer: A Secondary Analysis of the Randomized Controlled CONNECT Study

Junichi Mazaki[1], 諏訪 雄亮[2], 沼田 正勝[2], 太田 絵美[3], 諏訪 宏和[3], 有働 竜太郎[1], 石崎 哲央[1], Nakagawa Kazuya[4], 小澤 真由美[2], 浜部 敦士[5], 波多 豪[5], 植村 守[5], 渡邊 純[2,6] (1.Tokyo Medical University Department of Gastrointestinal and Pediatric surgery, 2.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, 3.横須賀共済病院外科, 4.横浜市立大学消化器・腫瘍外科, 5.大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学, 6.関西医科大学下部消化管外科学講座)

背景: CONNECT studyでIAはEAよりも腸管機能回復が早く、術後在院日数短縮に寄与することが示された
目的: 本試験でのロボット/腹腔鏡手術におけるEA/IAの短期成績を比較検討する
方法: cStageI～III、腹腔鏡/ロボット結腸切除予定患者をEA/IAに1:1割付を行った。EA群は腹腔鏡(EA-L)、ロボット(EA-R)、IA群は腹腔鏡(IA-L)、ロボット(IA-R)の4群に分けて短期成績を検討した
結果: 2020年11月～2023年10月に302例が登録され中止例が6例で296例がFAS解析対象となった。EAはEA-L106例、EA-R39例、IAはIA-L107例、IA-R44例であった。4群間で背景因子に差なし。EA-L/EA-R/IA-L/IA-Rで、手術時間（177/182/216/206分）、吻合時間(10/8/22/20分)はIAで長かった(p<0.001)。創長（4.5/4.0/4.0/4.0cm）はEA-Lで長かった(p=0.023)、Pfannenstiel切開(2/3/72/93%)はIAで多かった(p<0.001)。初回排便までの日数（3/2/2/2日）、食事摂取開始（3/2/2/2日）はEA-Lで長かった（p=0.001，p<0.001）、proximal margin（98/100/110/95mm）に差はなく、distal margin（81/90/110/100㎜）はIAで長かった（p<0.001）。術後合併症発生率（12.3/15.4/10.3/6.8%）、腸閉塞(3.8/2.6/0.9/0%)、再手術率（3.8/7.7/0.9/2.3）と有意差はないが、EAで多い傾向にあった。術後在院日数はIA-Rが最も短く（5日）、IA-L/EA-R（6日）、EA-L（7日）と有意差を認めた(p=0.007)。ロボット手術ではR-IA/R-EAで、創長（p=0.012）が短く、distal margin（p=0.034）が長かった
結語：IAはロボットか腹腔鏡にかかわらず、結腸癌手術の短期成績改善に寄与することが示唆された

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:40 AM UTC Room 7

[VPD2] Video Panel Discussion 2 Limitations of Anal Fistula-Preserving Procedures: Recurrence, Delayed Healing, and Management

司会：岡本 欣也(東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター), 松田 聡(松田病院大腸肛門病センター肛門科)

[VPD2-1]

Sphincter sparing procedure with the avoid of refistulization from the primary opening - Subtotal fistulectomy and sliding anoderm flap -

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

[VPD2-2]

Surgical concept for preventing recurrence based on the tissue of recurrent anal fistula and recurrent perianal abscess

Takayoshi Utsunomiya[1], 八尾 隆史[2], 兼清 信介[1], 竹尾 幸子[3] (1.kanekiyo Surgical Clinic, 2.順天堂大学医学部人体病理病態学, 3.（一財）防府消化器病センター防府胃腸病院)

[VPD2-3]

Prolonged healing and recurrence post SIFT-IS for low transsphincteric anal fistula

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

[VPD2-4]

Changes in functional preservative surgery for anal fistula in our hospital

Yoshiyuki Suzuki, 宮島 伸宜, 黒水 丈次, 岡本 康介, 下島 裕寛, 國場 幸均, 松村 奈緒美, 宋 江楓, 河野 洋一, 紅谷 鮎美, 松島 小百合, 酒井 悠, 米本 昇平, 佐井 佳世, 松島 誠 (Matsushima Hospital)

[VPD2-5]

Issues and Solutions in Sphincter-Preserving Surgery Using Fistula Wall for Anterolateral Low Transsphincteric Anal Fistulas

Kenichi Komura (Komura Ano-proctology Clinic)

[VPD2-6]

Relapse cases of post anal deep fistulas

Tomojiro Ono, 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 (Osaka Central Hospital)

[VPD2-SP]

特別発言

Yoriyuki Tsuji (Coloproctology Center Takano Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:40 AM UTC Room 7

[VPD2] Video Panel Discussion 2 Limitations of Anal Fistula-Preserving Procedures: Recurrence, Delayed Healing, and Management

司会：岡本 欣也(東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター), 松田 聡(松田病院大腸肛門病センター肛門科)

[VPD2-1] Sphincter sparing procedure with the avoid of refistulization from the primary opening - Subtotal fistulectomy and sliding anoderm flap -

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

背景:　痔瘻に対する括約筋温存術の一つとしてLigation of the Intersphincteric Fistula Tract (LIFT)が提唱されて以降、LIFT（変）法についての知見が集積されている。レビューによれば奏功率は 70%で術式の改良が望まれる。演者は低位筋間痔瘻に対して行ったLIFT変法の非治癒率を8% (6/74)、再発率を11% (6/74)と報告しているが、その原因として一次口からの再開通が考えられる。
目的:　１）再開通を防ぐために、一次口～上皮下瘻管の処置が異なるLIFT関連術式を行ったのでその成績を明らかにする。２）最も成績が良かった術式の経験を集積する。
方法:　１）2017年12月から2023年1月までの間に痔瘻と診断された153例を対象として、一次口～上皮下瘻管の処置が異なる5通りのLIFT関連術式を順に行った。内訳は、A法: transanal advancement flap repair＋LIFT変法、B法: 上皮下瘻管切離＋LIFT変法、C法: 上皮下瘻管の内括約筋側結紮･上皮側切離＋LIFT変法、D法: 上皮下瘻管両側結紮･切離＋LIFT変法、E法: 上皮下瘻管の内括約筋側結紮＋一次口側の上皮下瘻管切除＋上皮弁移動術 (Subtotal fistulectomy and sliding anoderm flap)。２）5つの術式で最良の術式の集積結果を示す。結果はmean (SD)で示す。
成績:　１）A、 B、 C、 D、 E法の一次治癒率は64% (7/11)、70% (28/40)、88% (36/46)、73% (19/26)、100% (30/30)とE法は他群より有意に高率であった。一次治癒例から再発例を除いた手術の奏効率はA、 B、 C、 D、 E法でおのおの70、68、70、62、100%であった（Colorectal Dis 2024）。２）この成績を踏まえて、2024年12月までにE法の手術経験が計80例集積された。痔瘻のtypeはintersphincteric / transsphincthericが23/57例で、後者には坐骨直腸窩痔瘻4例が含まれていた。年齢は51(16)歳、男女比は73:7、手術時間は50(19)分、出血量は8(9)ml、多発痔瘻は7例あり同じ術式を行った。一次治癒率は98% (78/80)で、治癒までの期間は12(5)週であった。術後経過観察期間は20(12)か月で、この間に再発例はなかった。
結論:　sliding anoderm flapを使用した括約筋温存術式で一次口からの再開通が抑制され手術成績は向上した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:40 AM UTC Room 7

[VPD2] Video Panel Discussion 2 Limitations of Anal Fistula-Preserving Procedures: Recurrence, Delayed Healing, and Management

司会：岡本 欣也(東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター), 松田 聡(松田病院大腸肛門病センター肛門科)

[VPD2-2] Surgical concept for preventing recurrence based on the tissue of recurrent anal fistula and recurrent perianal abscess

Takayoshi Utsunomiya[1], 八尾 隆史[2], 兼清 信介[1], 竹尾 幸子[3] (1.kanekiyo Surgical Clinic, 2.順天堂大学医学部人体病理病態学, 3.（一財）防府消化器病センター防府胃腸病院)

痔瘻根治手術は、一定程度の再発を認める。また、肛門周囲膿瘍を切開排膿するだけで30-40%が、痔瘻化しないと言われているが、再発を繰り返す症例も多い。今回痔瘻根治手術症例89例と術後再発し組織検索可能22例と肛門周囲膿瘍切開を繰り返した9例についてその特徴と違いから再発を予防するための理論について考察した。①痔瘻術後例の特徴：en blocで採取した組織内に肛門腺を認める例は60%、肛門腺は円柱上皮、移行上皮、化生扁平上皮より構成されており膿瘍腔が、縮小するに従って化生扁平上皮の割合が多くなり、管腔も閉鎖してくる。膿瘍部は、バイオフィルム形成とともに被膜様線維化組織に覆われる。②痔瘻術後再発例の特徴：手術回数は、1-3回、初回手術より今回手術までの期間は平均2.4年。肛門腺を認めた症例は、14%で構成細胞は、円柱上皮、移行上皮、化生扁平上皮であった。その外径は、1005μm、内径は469μm。瘻管膿瘍部組織は、周囲を被膜様線維化組織に取り囲まれ、好中球を含む炎症細胞と異物型巨細胞があり、慢性炎症の結果としてのリンパ濾胞、類上皮肉芽腫を認めた。③繰り返す肛門周囲膿瘍切開後の組織の特徴：摘出組織内の肛門腺を認める割合は56%あり、外径は455μm、内径は、227μm。膿瘍は、好中球、リンパ球、形質細胞を含む細胞で構成されており、周囲は線維増生組織で被われていた。再発予防理論：①痔瘻発生は、肛門腺由来は60%あり、それ以外による発生は40%。切開排膿のみで治癒しない例は膿瘍がすでにバイオフィルムに覆われているために、抗菌剤、免疫回避が起こり治癒しないものと思われる。従って、手術は、できる限り、肛門腺を切除することと、膿瘍被膜を含めた組織を一括切除するか、バイオフィルムを排除できるようにドレナージすることが重要と結論できた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:40 AM UTC Room 7

[VPD2] Video Panel Discussion 2 Limitations of Anal Fistula-Preserving Procedures: Recurrence, Delayed Healing, and Management

司会：岡本 欣也(東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター), 松田 聡(松田病院大腸肛門病センター肛門科)

[VPD2-3] Prolonged healing and recurrence post SIFT-IS for low transsphincteric anal fistula

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

【背景】当院では低位筋間痔瘻に対し、根治性と機能温存を両立させる術式として皮下瘻管切離・内括約筋切開法（SIFT・IS法）を行い、良好な成績を収めている。しかし中には術後治癒遷延や再発を生じる症例が存在する。
【目的】SIFT・IS法術後の治癒遷延および再発例について検討し、手術成績向上への改善点を明らかにする。
【対象と方法】2020年4月から2024年3月までに当院で単発低位筋間痔瘻に対しSIFT・IS法を施行された207例について診療録を元に後ろ向きに検討し、原発口がクリプト以外の症例、IBD合併例は除外した。患者の症状消失と視診、指診、肛門鏡診による確認をもって治癒判定した。術後4ヵ月以上要したが治癒した症例を治癒遷延、経過中未治癒の症例を非治癒、治癒判定後に再度症状が出現した例を再発と定義した。
【結果】治癒遷延14例（6.8%）、非治癒17例（8.2%）、再発4例（1.9%）であった。主な要因として二次口創部上皮化遷延、肛門管内裂創遺残、原発口とSIFT・IS創との間の皮下痔瘻形成、原発口と瘻管の再開通を認めた。治癒遷延例は二次口上皮化遷延5例、肛門管内裂創6例、皮下痔瘻形成1例、その他2例であり、軟膏による局所治療で治癒した。非治癒例は瘻管再開通9例、皮下痔瘻6例、二次口上皮化遷延2例であり、再発例は瘻管再開通3例、皮下痔瘻1例であった。非治癒、再発例のうち現在治療中、中断を除く14例（6.8%）に再手術を要し、要因は瘻管再開通8例、皮下痔瘻6例であった。瘻管再開通は全例腰麻下手術で再SIFT・IS3例、tight seton2例、切開開放術2例、肛門保護術1例を施行し、再SIFT・IS1例を除く全例が治癒した。皮下痔瘻例は全例局所麻酔下切開開放術を施行し治癒した。
【治癒遷延・再発予防策】SIFT・ISの創と肛門縁の距離を確保すること、手術操作時の肛門上皮損傷回避、硬化した内括約筋の部分切除による肛門管内減圧が重要であり、一次瘻管が太い際には筋層側断端の縫合閉鎖追加を考慮する。
【結語】SIFT・IS法の治癒遷延・再発例では瘻管再開通、皮下痔瘻形成、肛門管内裂創に留意する。肛門管内裂創は局所療法で治癒可能だが、瘻管再開通と皮下痔瘻については再手術を要する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:40 AM UTC Room 7

[VPD2] Video Panel Discussion 2 Limitations of Anal Fistula-Preserving Procedures: Recurrence, Delayed Healing, and Management

司会：岡本 欣也(東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター), 松田 聡(松田病院大腸肛門病センター肛門科)

[VPD2-4] Changes in functional preservative surgery for anal fistula in our hospital

Yoshiyuki Suzuki, 宮島 伸宜, 黒水 丈次, 岡本 康介, 下島 裕寛, 國場 幸均, 松村 奈緒美, 宋 江楓, 河野 洋一, 紅谷 鮎美, 松島 小百合, 酒井 悠, 米本 昇平, 佐井 佳世, 松島 誠 (Matsushima Hospital)

背景：痔瘻手術においては、肛門機能を維持しつつ再発を減少させることが求められる。当院では2014年よりligation of intersphincteric fistula tract (LIFT)法とsubcutaneous incision of fistula tract (SIFT)法を組み合わせたfunctional preservative operative technique (FPOT)を導入し、現在まで施行している。当初その適応をⅡLS型痔瘻に限定し、徐々に適応を拡大した。初期（2014年～2017年）には痔瘻手術全体の24.7%でFPOTを施行していたが、近年（2022～）は痔瘻全体の35.2%で、適応拡大とともに施行例が増加している。それに伴いその成績も変化している可能性があり、今回の報告ではFPOTの手術成績の経時的な変化を解析し報告する。
方法：対象は2014年1月～2024年12月までに当院で痔瘻に対してFPOTを施行した症例とし、再発症例、Crohn病症例を除外した。前期(2014~2017)年、中期（2018~2021年）、後期（2022～2024年）に分け、その適応症例の背景と、術後成績を解析した。
結果：FPOT症例は全部で3689例、前期1191例、中期1228例、後期1270例であった。その適応は、中期以降の症例で前方側方の痔瘻が増加しており（前期 vs 中期 vs 後期: 53.7% vs 65.3% vs 67.8%, p<0.001）、単発のⅡL型痔瘻は減少し(68.9% vs 55.0% vs 55.4%, p<0.001)、多発痔瘻への適応が増加していた(23.3% vs 36.1% vs 37.7% p<0.001)。手術成績としては、出血量が中期以降に増加する傾向にあり(21.3ml vs 23.6ml vs 25.0ml, p<0.001)、再手術を要した症例は後期に多くなっていた(7.0% vs 11.2% vs 11.6%, p<0.001)。
結語：FPOT手術は経時的に適応が拡大され、比較的複雑な形式の痔瘻にも行われるようになっているが、それに伴い手術成績は悪化する傾向にあった。FPOT手術は括約筋温存手術として有用であるが、他の術式と比較した上でその最適な適応を検索する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:40 AM UTC Room 7

[VPD2] Video Panel Discussion 2 Limitations of Anal Fistula-Preserving Procedures: Recurrence, Delayed Healing, and Management

司会：岡本 欣也(東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター), 松田 聡(松田病院大腸肛門病センター肛門科)

[VPD2-5] Issues and Solutions in Sphincter-Preserving Surgery Using Fistula Wall for Anterolateral Low Transsphincteric Anal Fistulas

Kenichi Komura (Komura Ano-proctology Clinic)

瘻管壁利用括約筋温存術とは[二次口から瘻管をくり抜き、内外括約筋間から引き出して、切開開放する。 開放された瘻管壁を剥離し、切断された括約筋を縫合。縫合部の上に遊離した瘻管壁を被せ、瘻管壁と粘膜、肛門上皮両側断端を縫合し括約筋縫合部を被覆して保護する。さらに、二次口からの瘻管くりぬき部は縫合閉鎖する]という術式である。本術式は、原発口および原発巣を直視下で確実に処理でき、括約筋切開部は縫合再建されるため、根治性と肛門機能温存を両立することが可能である。
2020～2024年に本術式を23例に施行。平均年齢41歳、平均手術時間63.8分、平均治癒期間85日。再発例はなかったが、2例で術後１０日前後に二次口側に炎症が波及。保存的に改善せず、局所麻酔下で肛門縁外側にドレナージを追加し、二次治癒を得た。いずれも肛門の変形は軽微で、便漏等の機能障害は認めなかった。課題は２点挙げられる。第一に、原発口レベルの縫合部は癒合していたが、内外括約筋間から瘻管を抜き出した部位が哆開し、二次口側に炎症が波及した点である。対策：(1) 筋縫合を行っても筋肉同士は直接癒合せず、結合織を介して癒合するため、単に括約筋のみを縫合するのではなく、周囲の結合組織も含めて一括して大きく縫合し、癒合を促進すること。(2)すべての瘻管処理を行った後に括約筋縫合をしていたが、内外括約筋間から瘻管を抜き出した後、その欠損部を瘻管切開する前に先行して縫合すること。切開前に縫合することで、生理的な位置関係を保ち、緊張少なく縫合できる。(3)肛門縁外側の皮膚ドレナージを大きめに作成し、必要に応じて外括約筋表面の切開を追加すること。第二に、瘻管が細く脆弱な場合には、瘻管壁による筋縫合部の被覆が困難となる。対策：瘻管切除範囲を最小限に留め、括約筋縫合部は粘膜縫合で被覆する。本術式は、瘻管形状への対応や縫合不全対策といった改良の余地を残しているが、再発はなく、合併症が生じた場合でも局所麻酔下での簡便な処置で対応可能であった。本術式は、瘻管すべてを直視下で処理できる根治性と肛門機能温存を両立し得る有用な術式である。対策により更なる成績の向上に期待したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Panel Discussion

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:40 AM UTC Room 7

[VPD2] Video Panel Discussion 2 Limitations of Anal Fistula-Preserving Procedures: Recurrence, Delayed Healing, and Management

司会：岡本 欣也(東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター), 松田 聡(松田病院大腸肛門病センター肛門科)

[VPD2-6] Relapse cases of post anal deep fistulas

Tomojiro Ono, 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 (Osaka Central Hospital)

緒言：痔瘻を根治するためには原発口から原発巣までの一連の構造を処理することが不可欠である．我々は括約筋温存術式として括約筋の外側に術野を確保して側方から最短の距離でapproachすることで，括約筋の切除をminimizeする工夫をしている．すなわち原発巣は外側から開放してドレナージし，1次瘻管を肛門管側から切除して瘻管切除部の括約筋を縫合閉鎖している．本術式においては1次瘻管を切除した部位の括約筋を縫合閉鎖するが，術後経過中に同部が離開して再開通するリスクがあり，術後経過中の再発として再手術を施行している．
症例：2021年1月から2024年12月までに痔瘻根治術を施行した後方深部痔瘻症例は261例であった．このうち196例に括約筋温存術式での痔瘻根治術を施行した．196例の内訳は男性172例，女性24例で年齢の平均は44.8歳であり，手術時間の平均は34分であった．術後に止血を要する出血を6例に認め，遺残膿瘍のためにドレナージ術を要した症例は10例あった．治癒が得られた153例では治癒までの期間の中央値は3.7（0.8-30.6）ヵ月であった．治癒後の再発症例はないが，上記の通り術後経過中に再手術を施行して再発と診断したものが33例（16.7%）あった．再手術の術式はsetonが31例，Hanley変法が2例であった．再手術後の転帰であるが，治癒した症例は16例で，初回手術から中央値20.1（9.5-33.5）ヵ月で治癒した．setonで再根治術を施行した症例のうち4例ではseton後の治癒不良に対してさらにHanley変法で再再根治術を施行した．再手術を施行した症例を含め，初回手術後2年以上経過している症例は13例あった．
考察：括約筋の温存は痔瘻根治術において根治性とともに重視すべき点であるが，上述のような再手術を要する症例や術後経過が長期化する症例などもあり，これらの症例を回避することも重要である．現在は原発口周囲の括約筋の硬化が強い症例や，原発口が大きく開大している症例，原発巣が内外括約筋間に広く進展している症例などは括約筋温存ではなく，seton法やHanley変法など別の術式を適応するようにして再発症例，治癒遷延症例の回避に努めている．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 3

[WS1] Workshop 1 Use of AI in Clinical Practice for Colorectal Diseases

司会：岡 志郎(広島大学大学院医系科学研究科消化器内科学), 伊藤 雅昭(国立がん研究センター東病院大腸外科)

[WS1-1]

Development and validation of computer-aided detection for colorectal neoplasms using deep learning incorporated with computed tomography colonography

Shungo Endo[1], 永田 浩一[2], 歌野 健一[3], 野津 聡[4], 安田 貴明[5], 高林 健[6], 平山 眞章[7], 冨樫 一智[1], 大平 弘正[2] (1.Aizu Medical Center, Fukushima Medical University, 2.福島県立医科大学消化器内科, 3.福島県立医科大学会津医療センター放射線科, 4.埼玉県立がんセンター放射線科, 5.長崎県上五島病院放射線科, 6.斗南病院放射線科, 7.斗南病院消化器内科)

[WS1-2]

Analysis of colon polyp detection and diagnostic abilities of endoscopic AI in the new endoscopic system, EP-8000

Reo Kobayashi[1], 吉田 直久[1], 井上 健[1], 稲田 裕[2], 森永 友紀子[3], 稲垣 恭和[4] (1.Department of Molecular Gastroenterology and Hepatology, Kyoto Prefectural University of Medicine, Graduate School of Medical Science, 2.京都第一赤十字病院消化器内科, 3.京都府立医科大学附属病院病理診断科, 4.西陣病院消化器内科)

[WS1-3]

Development of computer-aided diagnostic systems focused on the JNET classifications for colorectal lesions

Shin Morimoto[1], 吉田 成人[2], 呉 泳飛[3], 小出 哲士[3], 玉木 徹[4], 網岡 祐生[1], 山根 大寛[1], 才野 正新[1], 濱田 拓郎[1], 上垣内 由季[1], 田中 秀典[1], 山下 賢[1], 岸田 圭弘[1], 桑井 寿雄[5], 岡 志郎[1] (1.Department of Gastroenterology, Hiroshima University Hospital, 2.呉医療センター・中国がんセンター内視鏡内科, 3.広島大学半導体産業技術研究所, 4.名古屋工業大学工学研究科情報工学専攻, 5.広島大学病院消化器内視鏡医学講座)

[WS1-4]

Development of a Predictive Model for Lateral Lymph Node Metastasis in Rectal Cancer Using Fast and Lightweight Automated Machine Learning (FLAML)

Hiroki Ohya[1], 小澤 真由美[1], 舩津屋 拓人[1], 田中 宗伸[1], 大坊 侑[1], 酒井 淳[1], 福岡 宏倫[1], 田 鍾寛[1], 諏訪 雄亮[2], 諏訪 宏和[3], 渡邉 純[4], 遠藤 格[1] (1.Department of Gastroenterological Surgery, Yokohama City University Graduate School of Medicine, 2.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, 3.横須賀共済病院外科, 4.関西医科大学下部消化管外科学講座)

[WS1-5]

Automatic lower abdominal nerve detection based on AI

Mikiko Ohashi, 岡林 剛史, 富田 祐輔, 門野 政義, 竹内 優志, 森田 覚, 茂田 浩平, 北川 雄光 (Keio University Hospital, Department of Surgery)

[WS1-6]

Development of AI Navigation Surgery for Laparoscopic Left-Sided Colorectal Cancer Surgery

Hidefumi Shiroshita[1], 藤田 隼輔[2], 長谷川 巧[2], 青山 佳正[2], 一万田 充洋[2], 蔀 由貴[2], 平塚 孝宏[3], 河野 洋平[2], 赤木 智徳[2], 二宮 繁生[2], 柴田 智隆[4], 上田 貴威[3], 衛藤 剛[5], 徳安 達士[6], 猪股 雅史[2] (1.Department of Advanced Medical Personnel Nurturing, Faculty of Medicine, Oita University, 2.大分大学医学部消化器・小児外科学講座, 3.大分大学医学部総合外科・地域連携学講座, 4.大分大学救命救急センター, 5.大分大学グローカル感染症研究センター, 6.福岡工業大・情報工学部情報システム工学科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

[WS1-7]

Utilization of AI and DX in lower GI healthcare and challenges to be overcome

Norikatsu Miyoshi[1,2], 藤野 志季[1,2,3], 竹田 充伸[1], 関戸 悠紀[1], 波多 豪[1], 浜部 敦史[1], 荻野 崇之[1], 植村 守[1], 土岐 祐一郎[1], 江口 英利[1] (1.Gastroenterological Surgery, The University of Osaka, 2.大阪国際がんセンター, 3.市立伊丹病院)

[WS1-8]

Visualizing the emotions of patients after lower gastrointestinal surgery using facial expression analysis AI

Naoko Inanobe[1], 小川 久貴子[1], 谷 公孝[2], 前田 文[2], 腰野 蔵人[2], 二木 了[2], 金子 由香[2], 番場 嘉子[2], 小川 真平[2], 山口 茂樹[2] (1.Tokyo Women's Medical University, 2.東京女子医科大学消化器,一般外科, 3.マクセル株式会社, 4.早稲田大学理工学術院, 5.東京ネクスト南砂内科・透析クリニック, 6.立正大学)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 3

[WS1] Workshop 1 Use of AI in Clinical Practice for Colorectal Diseases

司会：岡 志郎(広島大学大学院医系科学研究科消化器内科学), 伊藤 雅昭(国立がん研究センター東病院大腸外科)

[WS1-1] Development and validation of computer-aided detection for colorectal neoplasms using deep learning incorporated with computed tomography colonography

Shungo Endo[1], 永田 浩一[2], 歌野 健一[3], 野津 聡[4], 安田 貴明[5], 高林 健[6], 平山 眞章[7], 冨樫 一智[1], 大平 弘正[2]
(1.Aizu Medical Center, Fukushima Medical University, 2.福島県立医科大学消化器内科, 3.福島県立医科大学会津医療センター放射線科, 4.埼玉県立がんセンター放射線科, 5.長崎県上五島病院放射線科, 6.斗南病院放射線科, 7.斗南病院消化器内科)

【目的】近年の画像診断にdeep learningを用いた人工知能（AI）アルゴリズムが広まりつつある。CT Colonography（大腸CT検査）は、大腸病変の診断に有用な手段として認識されているが、その診断に関して医師の負担は少なくない。本研究では大腸CT検査画像におけるAIアルゴリズムによる腫瘍性病変の検出感度を検討した。
【方法】過去の大腸CT検査の精度検証の2つの研究と、4つの施設から集積した同時期に大腸CT検査と大腸内視鏡検査を行った患者を対象とした。内視鏡所見の病変の位置と大きさを参照して、大腸CTでの検出感度を算出した。病変はすべて癌、または腺腫であった。CT検査の画像は1体位を1シリーズとして、仰臥位と腹臥位で得られた画像は2シリーズとして集計した。集積した画像と病変データは、AIの学習用・内部検証用453名（843シリーズ）と外部検証用137名（274シリーズ）のデータセットを含む大規模データベースを作成した。本研究では、高速なR-CNNsをベースに設計したニューラルネットワークを用いた。病変は6mm以上、6～10mm、10mm以上に分けて、FROC（free-response receiver operating characteristic）解析を用いて感度を求め、感度比較はMcNemar検定を用いた。
【結果】感度に関する記載は1画像当たりの偽陽性3個の場合の感度を記載した。内部検証では、1体位での病変の感度はそれぞれ6mm以上：0.815、6～10mm：0.738、10mm以上：0.883であった。2施設から得られた外部検証データでは、1体位毎の各病変カテゴリーにおいて、それぞれ0.704、0.575、0.760と0.705、0.571、0.777という結果であった。外部検証データを用いて2つの体位を組み合わせて感度を算出すると、背臥位、あるいは腹臥位での感度と比較して、有意に高値であった。
【結論】大腸CT検査のAIを用いた画像診断において、2つの体位を統合・解析することで、感度は向上した。本研究で用いたdeep learningを用いたAIアルゴリズムは、トレーニング用データを増やすことで、より高い検出感度を実現できる可能性がある。今後は放射線科医の読影とAIによる補助診断を組み合わせた精度検証を行うことで、大腸CT検査読影の負担軽減が可能になると考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 3

[WS1] Workshop 1 Use of AI in Clinical Practice for Colorectal Diseases

司会：岡 志郎(広島大学大学院医系科学研究科消化器内科学), 伊藤 雅昭(国立がん研究センター東病院大腸外科)

[WS1-2] Analysis of colon polyp detection and diagnostic abilities of endoscopic AI in the new endoscopic system, EP-8000

Reo Kobayashi[1], 吉田 直久[1], 井上 健[1], 稲田 裕[2], 森永 友紀子[3], 稲垣 恭和[4] (1.Department of Molecular Gastroenterology and Hepatology, Kyoto Prefectural University of Medicine, Graduate School of Medical Science, 2.京都第一赤十字病院消化器内科, 3.京都府立医科大学附属病院病理診断科, 4.西陣病院消化器内科)

[目的] AIによる内視鏡画像診断支援システムとしてCAD EYE (EX-1, Fujifilm)が2020年に上市されており診療報酬加算もあり一般的に使用されている．2024年に新型内視鏡システムEP-8000 (Fujifilm)が上市され，より鮮明な画像を得ることが可能になった．本研究では新システムによるCAD EYEのポリープ検出/鑑別能を評価し，旧システムとの対比も行った．[方法] 単施設の観察研究であり，対象は2025年3-5月にEP-8000システムを使用して内視鏡医が連続的に発見した長径2-10 mmの大腸腫瘍とした．発見後にCAD EYEをonにし，腫瘍の前後3cm程度の正常腸管をCAD EYE併用の白色光 (WLI)およびlinked color imaging (LCI)にて通常観察と1.5倍の観察スピードの観察 (high-speed WLI/LCI)を行いCAD EYEが検出可能かを評価した．なお検出陽性はAnnotation boxの出現とした．その後CAD EYE併用のBLI拡大観察で全腫瘍を確認し診断能 を検討した．また先行研究で得られた旧システムVP-7000 (Fujifilm) を使用した100病変のCAD EYEの検出/診断能を比較した．[結果] 全体で27症例100病変を解析し，平均年齢66.7±10.9歳，男性比66.7%であった．平均腫瘍径4.3±3.0 mmであった．なお病理診断は鋸歯状病変43病変, low grade adenoma57病変であった．検出能はWLI vs. high-speed WLIで94.0% vs. 68.0% (p<0.001)，LCI vs. high-speed LCIで94.0% vs. 75.0% (p<0.001)，WLI vs. LCIで94.0% vs. 94.0% (p=1.000)，high-speed WLI vs. high-speed LCIで68.0% vs. 75% (p=0.273)であった．CAD EYEの鑑別能は正診率95.0%であり，BLI拡大におけるExpert内視鏡医の100.0%との有意差を認めなかった (p=0.07)．また新旧システムの比較　(ELUXEO 8000 vs. ELUXEO 7000)では，WLI: 94.0% vs. 85.0% (p=0.038)と有意差を認めたが，high-speed WLI: 68.0% vs. 67.0% (p=0.880)，LCI: 94.0% vs. 89.0% (p=0.205)，high-speed LCI: 75.0% vs. 75.0% (p=1.000)は有意差を認めなかった．またCAD EYEの正診率: 95.0% vs. 87.8% (p=0.080)であった．
[結語] EP-8000では特にWLIの視認性の向上を認めたことから，観察モードを問わず腫瘍検出が容易になる可能性が示唆された．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 3

[WS1] Workshop 1 Use of AI in Clinical Practice for Colorectal Diseases

司会：岡 志郎(広島大学大学院医系科学研究科消化器内科学), 伊藤 雅昭(国立がん研究センター東病院大腸外科)

[WS1-3] Development of computer-aided diagnostic systems focused on the JNET classifications for colorectal lesions

Shin Morimoto[1], 吉田 成人[2], 呉 泳飛[3], 小出 哲士[3], 玉木 徹[4], 網岡 祐生[1], 山根 大寛[1], 才野 正新[1], 濱田 拓郎[1], 上垣内 由季[1], 田中 秀典[1], 山下 賢[1], 岸田 圭弘[1], 桑井 寿雄[5], 岡 志郎[1] (1.Department of Gastroenterology, Hiroshima University Hospital, 2.呉医療センター・中国がんセンター内視鏡内科, 3.広島大学半導体産業技術研究所, 4.名古屋工業大学工学研究科情報工学専攻, 5.広島大学病院消化器内視鏡医学講座)

【背景と目的】大腸NBI拡大診断のためのJNET(The Japan NBI Expert Team)分類の臨床的有用性が報告されているが，術者間での診断の相違など，その標準化が課題である。我々はNBI拡大診断の均てん化を目的にJNET分類診断支援リアルタイムAI装置の開発中であり，実臨床で撮影した動画を用いてその診断能を評価した。また，径10mm未満の病変について，advanced neoplasia（絨毛構造を有する腺腫，high-grade dysplasia，粘膜下層浸潤癌）以外の病変を“Resect and Discard”可能病変と定義し，その診断能についてリアルタイムAI装置と内視鏡医それぞれで検討した。
【対象と方法】2022年9月～2025年3月に当院でリアルタイムAI装置を使用した連続症例104症例186病変（JNET Type 1 37病変，Type 2A 113病変，Type 2B 29病変，Type 3 7病変）を対象とした。検討1では，消化管内視鏡専門医の診断をゴールドスタンダードとし，リアルタイムAI装置のJNET分類診断一致率を検証した。検討2では，病理組織学的所見をゴールドスタンダードとし，径10mm未満の58病変（鋸歯状病変 7病変，腺腫 49病変，Tis～T1a癌 1病変，T1b癌 1病変）についてJNET Type 2B，Type 3病変をadvanced neoplasia病変とした場合の診断能を，リアルタイムAI装置と専門医それぞれで検討した。
【結果】検討1では，実臨床における消化管内視鏡専門医とリアルタイムAI装置の診断一致率は，Type 1 100%，Type 2A 85%，Type 2B 73%，Type 3 71%，全体86%で，Kappa値0.75であった。検討2では，リアルタイムAI装置のadvanced neoplasiaとそれ以外の病変を区別する感度，特異度，精度，陽性的中率，陰性的中率は100%，96%，97%，50%，100%であった。これは専門医の50%，88%，86%，13%，98%と比べて高い値であった。
【結論】我々が開発中のリアルタイムAI装置は実臨床で撮影した動画でも消化管内視鏡専門医と良好な一致率が得られた。また，径10mm未満の病変についてadvanced neoplasiaの陰性的中率は100%であり，本リアルタイムAI装置の臨床的有用性が示された。今後前向き研究を含め，さらなる症例の蓄積，検証を行なっていく予定である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 3

[WS1] Workshop 1 Use of AI in Clinical Practice for Colorectal Diseases

司会：岡 志郎(広島大学大学院医系科学研究科消化器内科学), 伊藤 雅昭(国立がん研究センター東病院大腸外科)

[WS1-4] Development of a Predictive Model for Lateral Lymph Node Metastasis in Rectal Cancer Using Fast and Lightweight Automated Machine Learning (FLAML)

Hiroki Ohya[1], 小澤 真由美[1], 舩津屋 拓人[1], 田中 宗伸[1], 大坊 侑[1], 酒井 淳[1], 福岡 宏倫[1], 田 鍾寛[1], 諏訪 雄亮[2], 諏訪 宏和[3], 渡邉 純[4], 遠藤 格[1] (1.Department of Gastroenterological Surgery, Yokohama City University Graduate School of Medicine, 2.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, 3.横須賀共済病院外科, 4.関西医科大学下部消化管外科学講座)

【背景】 側方郭清はcT3以深の下部直腸癌に推奨されているが, 術前の側方リンパ節転移(LLNM)診断基準は確立されていない. 本研究では自動機械学習FLAMLを用いて予測モデルを構築し, 説明可能AI (XAI)技術を併用して解釈性を高めることを目的とした.
【方法】 2008年から2022年に当教室関連3施設で側方郭清を施行された517例を対象とし, 3:1:1でTrain/Validation/Testに層化分割した(Hold out). 特徴量は, 性別, CEA, CA19_9, 腫瘍歯状線間距離, 腫瘍径, 組織型, cT, cN(paracolic)5mm以上個数, cLLN5mm以上個数, cLLN7mm以上の有無, cM, 術前治療の有無を使用し, XGBoost、LightGBM、Random Forest、CatBoostをFLAMLに投入した. SHapley Additive exPlanations (SHAP)で選択した特徴量に基づき最良モデルを構築した. 連続変数は部分依存プロット(PDP)/個別条件付き期待プロット(ICE plot)を用いて解析した.
【結果】 pLLNM陽性は114例(22%)であった. SHAPにより特徴量重要度を算出し, Validationにおけ るROC-AUCと投入特徴量数でプロットした性能曲線から, 7特徴量以上でモデル性能が高く安定していることが示されたため, 上位7特徴量（cLLN≧7mmの有無, CA19-9, cLLN≧5mm個数, cM1, CEA, 腫瘍径, cT）を選択し, XGBoostが最良と判定された. TestにおけるAUC 0.79, 精度0.81, 感度0.65, 特異度0.85を示し, PDP/ICE plotでは閾値と飽和点が示唆された.
【結論】 FLAMLとXAIを併用したLLNM予測モデルは術前因子からの高精度予測が可能であり, 特異度の高さから郭清省略の判断支援に寄与する.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 3

[WS1] Workshop 1 Use of AI in Clinical Practice for Colorectal Diseases

司会：岡 志郎(広島大学大学院医系科学研究科消化器内科学), 伊藤 雅昭(国立がん研究センター東病院大腸外科)

[WS1-5] Automatic lower abdominal nerve detection based on AI

Mikiko Ohashi, 岡林 剛史, 富田 祐輔, 門野 政義, 竹内 優志, 森田 覚, 茂田 浩平, 北川 雄光 (Keio University Hospital, Department of Surgery)

【目的】S状結腸切除や直腸前方切除における内側アプローチでは、下腹神経の正確な同定が極めて重要である。下腹神経は骨盤内臓神経叢の一部を構成し、その温存は排尿機能や性機能の維持に密接に関与する。また、直腸間膜全切除（TME）を安全かつ的確に達成するためにも、神経の走行を理解した解剖学的な剥離操作が求められている。しかし、これらの神経構造は白色のために視認性に乏しく、不慣れな術者にとっては術中に早期かつ正確に同定することは困難である。近年では人工知能（AI）の進歩により、画像認識技術を活用した術中支援の試みが各分野で進んでおり、下腹神経の同定への応用も試みられている。われわれは新しいアルゴリズムを利用した手術支援AIの開発を行っている。今回開発の現状を報告し、手術支援AIによる下腹神経の自動認識の精度を評価することを目的とした。
【方法】腹腔鏡下あるいはロボット支援下に内側アプローチを行っている手術動画から2151枚の静止画像を抽出し、下腹神経の走行を対象にアノテーションを実施した。アノテーションは、2名の外科医（うち1名は内視鏡外科技術認定医・大腸肛門病外科専門医）が神経の走行を確認し、剥離のメルクマールとならない結腸枝は除外した。構築したAIモデルの精度評価には、Intersection over Union（IoU）およびF値（Dice係数）を使用した。
【結果】構築されたAIモデルのIoUは0.180、F値は0.317と算出された。オーバーレイした画像を肉眼的に観察した範囲では、下腹神経は概ね認識できていた。
【考察】本モデルは、限定的な症例数で構築されたにもかかわらず、下腹神経の自動認識が一定程度可能であることを示した。今後は、症例数の増加やアノテーション精度の向上を行い、性能改善を行う予定である。更に、本モデルを術中のリアルタイム支援や術者教育のツールとして応用し、大腸外科手術の安全性の向上および標準化への一助となると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 3

[WS1] Workshop 1 Use of AI in Clinical Practice for Colorectal Diseases

司会：岡 志郎(広島大学大学院医系科学研究科消化器内科学), 伊藤 雅昭(国立がん研究センター東病院大腸外科)

[WS1-6] Development of AI Navigation Surgery for Laparoscopic Left-Sided Colorectal Cancer Surgery

Hidefumi Shiroshita[1], 藤田 隼輔[2], 長谷川 巧[2], 青山 佳正[2], 一万田 充洋[2], 蔀 由貴[2], 平塚 孝宏[3], 河野 洋平[2], 赤木 智徳[2], 二宮 繁生[2], 柴田 智隆[4], 上田 貴威[3], 衛藤 剛[5], 徳安 達士[6], 猪股 雅史[2] (1.Department of Advanced Medical Personnel Nurturing, Faculty of Medicine, Oita University, 2.大分大学医学部消化器・小児外科学講座, 3.大分大学医学部総合外科・地域連携学講座, 4.大分大学救命救急センター, 5.大分大学グローカル感染症研究センター, 6.福岡工業大・情報工学部情報システム工学科)

【はじめに】大腸癌手術では、適切な剥離層で手術を進めていくことで、安全かつ根治的な手術が可能となる。適切な剥離層の見極めは解剖学的ランドマークに基づいて外科医が判断していると考えられる。解剖学的ランドマークは血管などの構造物だけでなく、間膜や組織の間隙なども、含まれ、その認知・判断には経験や能力による個人差があり、これを教示するＡＩシステムを開発することで、手術成績の向上や術中合併症の減少が期待できる。
【目的】左側大腸癌手術に必要な解剖学的ランドマークのAIによる教示システムを開発すること。
【対象・方法】福岡工業大学との共同開発にて行った。
当院にて施行された腹腔鏡下Ｓ状結腸癌手術の動画40例分を用いて、内側アプローチにおける腹膜切開～中枢血管処理前までの工程を対象とした。
１.手術シーンを①術野展開～腹膜切開の開始、②腹膜切開開始後～中枢血管処理前　の２つにシーン分けた。
2.有用となる解剖学的ランドマークを検討するため、アノテーション対象物を定義（FPR：直腸固有筋膜、FAP；直腸固有筋膜前腹膜、RTP：後腹膜、RPF：後腹膜下筋膜、LCT：疎性結合組織、FAF: 直腸固有筋膜前脂肪）した。
3.手術動画から静止画を抽出し、外科医によるアノテーションを行い、教師データを作成した。
4.教師データをAIに学習させ、動画に表示させることで有用な解剖学的ランドマークを検討した。
5　4決定した解剖学的ランドマークを表示するAIシステムを作成した。
【結果】シーン①において有用となる解剖学的ランドマークはFAP/RTP境界（Dimpling line）であった。シーン②ではFPR、FAFおよびFPR/LCT、FPR/RPFの境界の教示が有用であった。
【結語】直腸癌手術における解剖学的ランドマーク教示は有用と思われた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 3

[WS1] Workshop 1 Use of AI in Clinical Practice for Colorectal Diseases

司会：岡 志郎(広島大学大学院医系科学研究科消化器内科学), 伊藤 雅昭(国立がん研究センター東病院大腸外科)

[WS1-7] Utilization of AI and DX in lower GI healthcare and challenges to be overcome

Norikatsu Miyoshi[1,2], 藤野 志季[1,2,3], 竹田 充伸[1], 関戸 悠紀[1], 波多 豪[1], 浜部 敦史[1], 荻野 崇之[1], 植村 守[1], 土岐 祐一郎[1], 江口 英利[1] (1.Gastroenterological Surgery, The University of Osaka, 2.大阪国際がんセンター, 3.市立伊丹病院)

近年、音声認識や画像認識、翻訳アプリなどの分野で人工知能（AI）の進歩が著しく、日常生活は大きく変化している。医療分野でもAIの導入が進み、基礎研究では遺伝子発現解析、臨床では病気の診断支援などへの応用が広がっている。
当グループでは、下部消化管手術におけるAI技術の活用として、術前の画像検査データから疾病の診断や進行度の予測、手術動画から機器や遺物を検出するシステムの開発、至適な切離領域の可視化など、AIの実臨床応用に向けた取り組みを進めている。術中には、ウェアラブルデバイスを用いた3D画像シミュレーションにより、断層モデルをホログラム化する技術を開発し、拡大手術や2チームアプローチなど複雑な手技への応用に向け、プログラミングや解析チームと連携してデバイス開発を行っている。
また、診療全体へのAI導入として、Society 5.0の実現を目指す内閣府プロジェクト「AIホスピタル」や「BRIDGE」にも参画してきた。画像診断・予測技術の応用、解析データの術中描出、AR・MRによる3Dデータ活用、術中ナビゲーション、手術動画における物体検出など、手術支援技術の開発と実装を推進している。加えて、VRやMRを活用した臨床実習の導入も始めている。
医工連携では、電子カルテを基盤とした医療情報の統合によりDXを推進し、患者・家族・医療従事者すべてに有益なプラットフォーム構築を目指している。たとえば、手術説明や外来での栄養評価へのAI活用など、コメディカルとの連携を含めた包括的な医療DXを展開中である。
さらに基礎研究では、臨床情報に基づく疾患や合併症の発生予測AIモデルの構築を行い、多施設データベースの運用へと拡張している。
今後は、ロボット手術に象徴される技術革新とAIを融合し、膨大な医療情報をいかに活用するかが問われる。本発表では、AI・DXの強みを活かした取り組みを紹介し、大腸診療の未来像を展望する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 3

[WS1] Workshop 1 Use of AI in Clinical Practice for Colorectal Diseases

司会：岡 志郎(広島大学大学院医系科学研究科消化器内科学), 伊藤 雅昭(国立がん研究センター東病院大腸外科)

[WS1-8] Visualizing the emotions of patients after lower gastrointestinal surgery using facial expression analysis AI

Naoko Inanobe[1], 小川 久貴子[1], 谷 公孝[2], 前田 文[2], 腰野 蔵人[2], 二木 了[2], 金子 由香[2], 番場 嘉子[2], 小川 真平[2], 山口 茂樹[2] (1.Tokyo Women's Medical University, 2.東京女子医科大学消化器,一般外科, 3.マクセル株式会社, 4.早稲田大学理工学術院, 5.東京ネクスト南砂内科・透析クリニック, 6.立正大学)

目的:患者の感情の把握は患者満足度やQOL向上に寄与する。感情は非言語的に表出されることが多く医療者はリアルタイムでの把握に限界がある。ストーマ造設者は身体的変化や将来への不安を感じやすくQOL低下に繋がる。そこで表情解析AIを用いて下部消化管術後患者の感情を可視化しストーマ造設による感情の違いを検出できるかを検討した。
方法：術後2日以内に看護師の検温、ストーマ指導場面等をビデオ録画し静止画に変換後、表情解析AIを用いて解析した。解析コードは対象者のランドマーク特徴点から、顔、ポーズを検出した。特徴量抽出はEkmanらが提唱したFacial Action Coding System理論に基づくAction Unit解析を用いた。さらにConvolutional Neural Networkを活用し7つの基本感情(anger,disgust,fear,happiness,sadness,surprise,neutral)の定量的評価を行った。東京女子医科大学倫理委員会の承認を得た。
対象と結果:患者50例(男性29例,女性21例)であり、うちストーマ造設は10例、非造設は40例であった。表情解析AIを使用し静止画を1秒間隔で7感情要素の比率に分析し、観察時間中の平均比率を求め分類し最も高い割合を示した感情を、その代表的感情とした。7感情は性質に応じ、次の4群に分類した。Happinessは造設群5%,非造設群13%、Neutral(surprise,neutral)は造設群36%,非造設群22%、Negative(anger,disgust,fear)は造設群13%,非造設群22%、Sadnessは共に29%であった。2群間の感情表出の差異を比較した結果、非造設群でHappiness(p=0.032),Negative(p=0.042)で、造設群Neutral(p=0.01)で有意に高く、Sadnessは有意差が検出されなかった。
考察と今後の課題:ストーマ造設の有無による感情の差を検出する程度には，AIにより表情解析ができた。ストーマ造設群は相対的にNeutral,Sadnessが多く、Sadnessは気分の落ち込みを反映するとされ精神的ケアの重要性が示唆された。また、表情解析AIは時間分解能に優れ会話中の感情変動をリアルタイムに捉える手段として有用な可能性がある。ただ本研究で捉えた感情は患者の主観的感情ではなく、今後はAIによる可視化と主観的感情の一致性を検証し、解析精度を向上する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Workshop

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:40 AM UTC Room 8

[VWS1] Video Workshop 1 Achieving Mastery in Robotic Surgery: The Path to Certification

司会：竹政 伊知朗(大阪国際メディカル&サイエンスセンター消化器外科), 長谷川 傑(福岡大学消化器外科)

[VWS1-1]

Robot-Assisted Colorectal Cancer Surgery Education: A Comparative Study of Short-Term Outcomes in Robot-Assisted Colorectal Cancer Surgery by Proctors and Junior Surgeons

Yushi Yamakawa, 加藤 潤紀, 浅井 宏之, 加藤 瑛, 鈴木 卓弥, 牛込 創, 高橋 広城, 瀧口 修司 (Gastroenterological Surgery, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences)

[VWS1-2]

Robotic colorectal cancer surgery education for the endoscopic surgical skill qualification system

Shunsuke Kasai, 塩見 明生, 眞部 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, 髙嶋 祐助, 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 (Shizuoka Cancer Center)

[VWS1-3]

Solo Robotic-Assisted Sigmoid Colectomy for Endoscopic Surgical Skill Qualification

Sohei Akuta, 石山 泰寛, 皆川 結明, 中西 彬人, 林 久志, 西 雄介, 藤井 能嗣, 石井 利昌, 椙田 浩文, 平沼 知加志, 平能 康充 (Department of Gastroenterological Surgery, Saitama Medical University International Medical Center)

[VWS1-4]

Obtaining laparoscopic technical certification by using the Hugo Ras System

Daisuke Tomita[1], 的場 周一郎[1,2], 前田 裕介[1], 平松 康輔[1], 岡崎 直人[1], 福井 雄大[1], 花岡 裕[1], 戸田 重夫[1], 上野 雅資[1], 黒柳 洋弥[1] (1.Toranomon Hospital, 2.東邦大学医療センター大森病院消化器センター外科)

[VWS1-5]

Efforts toward technical certification for robot-assisted surgery at our hospital

Manabu Maebashi[1], 小澤 真由美[1], 田中 宗伸[2], 工藤 孝迪[1], 大矢 浩貴[2], 藤原 淑恵[2], 森 康一[1], 田 鍾寛[2], 諏訪 雄亮[1], 沼田 正勝[1], 諏訪 宏和[3], 佐藤 勉[1], 渡邉 純[2,4], 遠藤 格[2] (1.Department of Surgery, Gastroenterological Center, Yokohama City University Medical Center, 2.横浜市立大学医学部消化器・腫瘍外科学, 3.横須賀共済病院外科, 4.関西医科大学下部消化管外科)

[VWS1-6]

Efforts to pass the endoscopic surgical skill qualification system for robot-assisted surgery at our center

Masahiro Hashimoto, 西沢 佑次郎, 加藤 伸弥, 森本 祥悠, 畑 泰司, 明石 大輝, 進藤 美希, 横内 隆, 広田 将司, 古川 健太, 宮﨑 安弘, 友國 晃, 本告 正明, 藤谷 和正 (Osaka General Medical Center, Department of Gastroenterological Surgery)

[VWS1-7]

A Multi-Institutional Initiative Aimed at Efficient Education and Certification in Robot-Assisted Colorectal Cancer Surgery

Mamoru Uemura, 竹田 充伸, 関戸 悠紀, 波多 豪, 浜部 敦史, 荻野 崇之, 三吉 範克, 土岐 祐一郎, 江口 英利 (Department of Gastroenterological Surgery, The University of Osaka)

[VWS1-8]

Efforts Towards Obtaining Technical Certification in Robotic-Assisted Colorectal Surgery

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Yudai Yamamoto, 池田 晋太郎, 勝谷 俊介, 中田 美佳, 西山 優, 鳴海 絢, 原田 紡, 杉下 哲夫, 青柳 康子, 花岡 マリエ, 山内 慎一, 賀川 弘康, 絹笠 祐介 (Institute of Science Tokyo, Department of Gastroenterology)

[VWS1-SP]
特別発言

Junji Okuda (MI & Robot Surgery Center, Toyonaka Keijinkai Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Workshop

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:40 AM UTC Room 8

[VWS1] Video Workshop 1 Achieving Mastery in Robotic Surgery: The Path to Certification

司会：竹政 伊知朗(大阪国際メディカル&サイエンスセンター消化器外科), 長谷川 傑(福岡大学消化器外科)

[VWS1-1] Robot-Assisted Colorectal Cancer Surgery Education: A Comparative Study of Short-Term Outcomes in Robot-Assisted Colorectal Cancer Surgery by Proctors and Junior Surgeons

Yushi Yamakawa, 加藤 潤紀, 浅井 宏之, 加藤 瑛, 鈴木 卓弥, 牛込 創, 高橋 広城, 瀧口 修司
(Gastroenterological Surgery, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences)

【背景】若手外科医がいかに術者としてのトレーニングを積むかは重要な課題である。【若手外科医のロボット教育】当科では各手術ごとに設けたパートごとに時間を設けて執刀をする「ロールシェアリング手術」により若手外科医はロボット手術の操作技術を習得する。当グループではさらに、左側結腸癌と直腸癌手術であれば腹膜切開から下腸間膜動脈の切離までは必ず執刀をさせ、同パートの手術時間や、技術を点数化し評価をし一定の基準を満たせば、他パートを執刀させる。【対象】2019年5月～2025年3月までに行ったロボット大腸癌手術472例を対象とし、単一のプロクター1人の執刀（P群）297例と若手外科医8人がロールシェアリング手術（R群）で行った175例を、Propensity Score Matching（PSM）を行い、P群とR群の短期成績を検討した。またR群における左側結腸癌と直腸癌手術における腹膜切開から下腸間膜動脈の切離までを行った89例を対象に手術時間の検討を行った。【結果】PSM後の患者背景は両群で差を認めなかった。手術時間はP群174(101-306)分、R群225(151-285)分で有意にP群で短かった（p＜0.001）。出血量、術後在院日数は両群で有意差を認めなかった。Clavien-Dindo Grade I以上の合併症はP群6.6%、R群5.5%と有意差を認めなかった。両群、開腹移行は認めなかった。R群における腹膜切開～下腸間膜動脈の切離までの時間は1-10例までは30(13-45)分、11例目以降19(12-28)分と有意に11例目以降で手術時間は短縮した（p＜0.01）。【結論】ロボット大腸癌手術におけるPSM後のプロクターと若手外科医による短期成績は手術時間はプロクターの方が早いが、出血量、術後合併症に有意差なく、許容される結果であった。腹膜切開から下腸間膜動脈の切離はロボット手術における若手教育の有効な指標となりうる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Workshop

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:40 AM UTC Room 8

[VWS1] Video Workshop 1 Achieving Mastery in Robotic Surgery: The Path to Certification

司会：竹政 伊知朗(大阪国際メディカル&サイエンスセンター消化器外科), 長谷川 傑(福岡大学消化器外科)

[VWS1-2] Robotic colorectal cancer surgery education for the endoscopic surgical skill qualification system

Shunsuke Kasai, 塩見 明生, 眞部 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, 髙嶋 祐助, 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 (Shizuoka Cancer Center)

【背景】当院ではS状結腸癌に対して腹腔鏡手術（Lap-S）でレジデントが技術認定取得を目指してきたが、2023年7月よりda Vinci Xiを用いたロボット支援手術（Ro-S）で取得を目指している。執刀経験が少ない若手外科医がRo-Sを完遂するために定型化を行い、プロクターによるデュアルコンソールでの指導下に、部分執刀から修練を開始する。シミュレーターを用いて日々トレーニングを行い、ビデオカンファレンスで学びを共有し、模擬臓器を用いたトレーニングも定期的に行うことで、執刀時以外でも修練を重ね、Ro-Sを完遂する。
【目的】当院のRo-Sの定型化された手技と指導を提示し、Lap-Sと比較したRo-Sの技術認定取得を目指した大腸癌手術教育の現状について評価すること。
【方法】Ro-Sは直腸切除術に準じる形で施行可能と考えられたが、以下の工夫を追加して定型化し、各パートで目標時間を設定した。①ポート配置：Ro-Sでは右下腹部を12mmポートとし、腸管切離の際には助手が腹腔鏡用リニアステープラーを使用する。また、上腹部操作での操作性向上のために左上腹部ポートは頭側内側に配置する。②間膜処理：直腸切除より厚い間膜を円滑に処理するために、Ro-SではVessel Sealer Extendを用いて左側、右側の順で間膜処理を行う。大腸癌手術教育の現状として、S状結腸癌に対するレジデント執刀症例について、Lap-S（2018年4月～2023年6月）とRo-S（2023年7月～2024年9月）で治療成績を比較し、技術認定取得状況について評価した。
【結果】対象期間に15人のレジデントがLap-S 445例、7人のレジデントがRo-S 103例を執刀した。Lap-S、Ro-Sで手術時間（171min vs. 176min）、術後合併症Clavien-Dindo Grade≥II（3.8% vs. 4.9%）に有意差はなかった。Ro-Sを完遂に至るまでの全ロボット支援手術部分執刀経験数中央値は25 [13-43]例であった。技術認定取得状況はLap-Sで100%（13/13、初回申請9名）、Ro-Sで100%（5/5、初回申請5名）であり、2024年度は4名がRo-Sで取得した。
【結語】Ro-Sは若手外科医が習得すべき基本的な術式であり、技術認定取得を目指した修練がすべての大腸癌手術の基礎となる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Workshop

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:40 AM UTC Room 8

[VWS1] Video Workshop 1 Achieving Mastery in Robotic Surgery: The Path to Certification

司会：竹政 伊知朗(大阪国際メディカル&サイエンスセンター消化器外科), 長谷川 傑(福岡大学消化器外科)

[VWS1-3] Solo Robotic-Assisted Sigmoid Colectomy for Endoscopic Surgical Skill Qualification

Sohei Akuta, 石山 泰寛, 皆川 結明, 中西 彬人, 林 久志, 西 雄介, 藤井 能嗣, 石井 利昌, 椙田 浩文, 平沼 知加志, 平能 康充 (Department of Gastroenterological Surgery, Saitama Medical University International Medical Center)

ロボット支援大腸癌手術は普及しつつあり，内視鏡外科技術認定医でもロボット支援手術を申請できるようになった．ロボット支援手術では，腹腔鏡下手術における術野展開を行う助手やスコピストを術者がすべて担うこととなった．そのため，最低2名の医師による鏡視下手術が可能となり，手術人員の削減としての恩恵があると考える．当科では，単孔式腹腔鏡下回盲部切除を最初に行う術式としている．単孔式手術では，術野展開を含めて術者がSolo surgeryで行うため，展開力と主体性が身に着くことが期待される．さらには，Reduced port surgeryの概念も大切にしており，腹腔鏡下S状結腸切除は助手の鉗子を1ポートに減らして4ポートで行うので，TIP-UPのみで展開するロボット支援下手術を意識して行うことができるため，腹腔鏡下手術からロボット支援下手術へ順応が早いと思われる．技術認定医の評価項目に「助手との連携」があるが，Solo surgeryとしての特徴があるロボット支援手術における「助手」は必要最小限であるべきではないかと考える．当科はロボット支援手術においても，助手の使用はデバイスの交換や，ガーゼによる直腸牽引のみに限定し，手術はSolo surgeryで完遂することを目標としている．今回，非技術認定医である医師8年目のロボット支援下S状結腸切除術の動画を供覧し，助手を使用しないロボット支援手術が技術認定に足りえるか，また，助手が必要となるのかを主に議論する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Workshop

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:40 AM UTC Room 8

[VWS1] Video Workshop 1 Achieving Mastery in Robotic Surgery: The Path to Certification

司会：竹政 伊知朗(大阪国際メディカル&サイエンスセンター消化器外科), 長谷川 傑(福岡大学消化器外科)

[VWS1-4] Obtaining laparoscopic technical certification by using the Hugo Ras System

Daisuke Tomita[1], 的場 周一郎[1,2], 前田 裕介[1], 平松 康輔[1], 岡崎 直人[1], 福井 雄大[1], 花岡 裕[1], 戸田 重夫[1], 上野 雅資[1], 黒柳 洋弥[1] (1.Toranomon Hospital, 2.東邦大学医療センター大森病院消化器センター外科)

当院では結腸癌手術において腹腔鏡下手術を主に行っているが、2022年4月よりDa Vinci Xi、2024年2月よりHugo Ras Systemを用いたロボット支援下手術を導入している。
現在Da Vinciは様々な診療科にて適応が広がっており、それゆえに新規術者資格の早期取得は困難であり、資格取得後も当院ではDa Vinciを用いた手術機会の十分な確保が難しい状況である。一方新機種であるHugoに携わる機会は多く、ロボット手術執刀経験のないレジデントに対するロボット支援下手術の導入に用いられている。
Hugoの特徴としては４つの独立したロボットアームとオープンコンソールが挙げられる。オープンコンソールは術者以外にも容易に３D術野を共有することができ、指導面で有用である。独立したアームは症例・術式による細かな調整が可能であるが、S状結腸切除においてはDa Vinci使用時と同様のポート配置を採用している。臍部に2番カメラポート、右上前腸骨棘から頭内側に2cm離れて4番ポート、2番と4番の中間に3番ポート、３つのポートの延長線上に1番ポートを挿入している。助手ポートは3、4番中点の頭外側に1本挿入している。
現在Hugoには血管クリップ、Vessel Sealing System、自動縫合機のデバイスが存在しておらず、これらを用いた操作は助手が行っている。このことがロボット手術経験の少ない術者によるロボット手術の安全な導入、手術遂行には寄与していると考えられるが、技術認定取得を目指した際の術者の主体性は評価しづらい可能性がある。
今回卒後8年目でロボット手術経験症例数は15例（Da Vinci執刀経験なし）のレジデントによるロボット支援下S状結腸切除のビデオを供覧いただく。ロボット支援下手術に関する一般的な技術面のポイントから、Hugo特有の点(特にVessel Sealing Systemが存在しないこと)に起因するポイントまで幅広くご教示いただければと考えている。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Workshop

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:40 AM UTC Room 8

[VWS1] Video Workshop 1 Achieving Mastery in Robotic Surgery: The Path to Certification

司会：竹政 伊知朗(大阪国際メディカル&サイエンスセンター消化器外科), 長谷川 傑(福岡大学消化器外科)

[VWS1-5] Efforts toward technical certification for robot-assisted surgery at our hospital

Manabu Maebashi[1], 小澤 真由美[1], 田中 宗伸[2], 工藤 孝迪[1], 大矢 浩貴[2], 藤原 淑恵[2], 森 康一[1], 田 鍾寛[2], 諏訪 雄亮[1], 沼田 正勝[1], 諏訪 宏和[3], 佐藤 勉[1], 渡邉 純[2,4], 遠藤 格[2] (1.Department of Surgery, Gastroenterological Center, Yokohama City University Medical Center, 2.横浜市立大学医学部消化器・腫瘍外科学, 3.横須賀共済病院外科, 4.関西医科大学下部消化管外科)

【背景】大腸癌におけるロボット手術は，2018年に直腸手術が保険収載されてから多くの施設で増加傾向にある．2023年からは日本内視鏡外科学会における消化器・一般外科領域（食道・胃・大腸）での技術認定申請においてロボット支援手術が可能となった．ロボット手術は，カメラや鉗子を自身で操作するソロサージェリーが基本となるが，若手執刀医では手術時間がかかることもあり課題も多い．当院では手術時間の短縮と教育効果を期待してロボット支援下S状結腸・高位切除術における助手鉗子との連携も含めた手技を定型化し，技術認定医取得を目標にした取り組みを行っている．【術式】Da Vinci Xi Surgical systemを用いて手術を行い，R1-R4は標準的な左斜め配置とし助手用portは心窩部右側に挿入する．R4（Tip up鉗子）での適切な間膜展開とR1(bipolar鉗子)による適度な組織牽引を基本として術野展開していくが、特にTip up鉗子１本での間膜展開が十分でないことが多いため助手鉗子によりマタドール展開になるように補助していく．ロボット鉗子と助手鉗子の干渉については場面ごとに予め確認し安全を心がけつつ，適切な術野により剥離層の見極めが容易となり結果的に時間短縮ができることを目標としている．実際の手技を供覧する．【対象と方法】当院でロボット手術を導入した2021年から2024年の技術認定取得前の若手外科医5人(卒後6-10年目)におけるロボット手術44例の短期成績について解析した．【結果】患者背景は，年齢中央値68歳(43-80歳)，性別は男：女 = 22：22，S状結腸切除：高位前方切除術 = 31：13例であった．手術時間(中央値) 224分(107-407分)，コンソール時間(中央値) 126分(62-274分)，出血量(中央値) 0ml(0-174ml)，術後在院日数(中央値) 6日(4-24日)，Clavien-Dindo GradeIII以上の術後合併症は認めず、術後30日以内の死亡や再手術症例も認めなかった．【結語】当院における若手外科医のロボット支援手術は安全に導入されており，定型化することで技術認定医取得を効率的に目標とできる取り組みとなっている．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Workshop

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:40 AM UTC Room 8

[VWS1] Video Workshop 1 Achieving Mastery in Robotic Surgery: The Path to Certification

司会：竹政 伊知朗(大阪国際メディカル&サイエンスセンター消化器外科), 長谷川 傑(福岡大学消化器外科)

[VWS1-6] Efforts to pass the endoscopic surgical skill qualification system for robot-assisted surgery at our center

Masahiro Hashimoto, 西沢 佑次郎, 加藤 伸弥, 森本 祥悠, 畑 泰司, 明石 大輝, 進藤 美希, 横内 隆, 広田 将司, 古川 健太, 宮﨑 安弘, 友國 晃, 本告 正明, 藤谷 和正 (Osaka General Medical Center, Department of Gastroenterological Surgery)

【背景】内視鏡技術認定制度は、消化器外科専門医取得後の若手医師にとって目指すべき目標であるとともに、消化器・一般外科領域の合格率は30%程度であり、大きな関門である。2023年度からはロボット支援下手術も審査対象となった。演者は、2024年6月中旬に術者certificateを取得し、下記の取り組みを行い、2024年度試験においてロボット支援手術（大腸）で合格した。
【取り組み】　当センターでは全症例ロボット支援下手術を第一選択としており、大腸癌に対して年間200例以上のロボット支援大腸切除術を施行している。5人のスタッフと2人のレジデント（ローテーション）による診療体制で手術を行っており、スタッフは、2人がプロクター、3人が内視鏡技術認定未習得であった。そこで、2024年度より、①シミュレーターを用いたトレーニングの徹底、②定型化の流れをチームで共有、③プロクター指導の下、ビデオカンファレンスで当日または翌日に振り返り、以上の3点に重点を置き、ロボット支援手術での技術認定取得を目指して取り組んできた。
【方法】ビデオ撮り期間として2024年6月～9月末にロボット支援S状結腸切除・高位前方切除術を執刀した10例(提出ビデオ 6例目)の手術時間、IMA処理時間(腹膜切開開始からIMA切離まで)、腸間膜処理(腹膜切開開始から腸管クリップまで)について評価した。
【結果】手術時間中央値159分(138-184)、IMA根部処理中央値20分(14-32)、腸間膜処理中央値10分(7-20)であった。5例ずつで前半・後半の2群間で比較したところ、IMA根部処理時間は有意に短縮し、手術時間も短縮する傾向を認めた(p=0.018, 0.093)。
【結語】当センターにおける定型化とその取り組みは、手術時間短縮に寄与していた。約3ヶ月と限られたビデオ撮り期間・症例の中で合格へと繋がった当センターの取り組みについて実際の手術動画を供覧しながら説明する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Workshop

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:40 AM UTC Room 8

[VWS1] Video Workshop 1 Achieving Mastery in Robotic Surgery: The Path to Certification

司会：竹政 伊知朗(大阪国際メディカル&サイエンスセンター消化器外科), 長谷川 傑(福岡大学消化器外科)

[VWS1-7] A Multi-Institutional Initiative Aimed at Efficient Education and Certification in Robot-Assisted Colorectal Cancer Surgery

Mamoru Uemura, 竹田 充伸, 関戸 悠紀, 波多 豪, 浜部 敦史, 荻野 崇之, 三吉 範克, 土岐 祐一郎, 江口 英利
(Department of Gastroenterological Surgery, The University of Osaka)

【背景・目的】我々は効率的な技術認定取得のため多施設間で共通の取組みを推進してきた.ロボット手術の急速な普及を背景に,ロボット手術での効率的な技術認定取得を目指して,多施設間で手技定型化/統一化を開始した.我々の取り組みと手技の実際を紹介する.
【これまでの技術認定取得への取組みと実績】技術認定取得のために複数関連施設間で,以下の如く手技定型化と統一化に取り組んできた.
1: 定期的なビデオクリニックによる手術手技の学習,
2: 若手医師が勤務施設を異動しても,効率よく手技を習得できるように関連施設間での手技統一化(2019~),
3: コンセプトの共通認識と指導法の統一化のための指導者講習(2022~),
この結果,技術認定取得者は年平均2.8人から2019年以降は平均8.3人へ増加した.
【ロボット支援手術での技術認定取得を目指して】現在,主要38関連施設中30施設でロボットが導入されており,関連施設間でロボット支援大腸癌手術症例数は急速に増加しつつある(2023年度ロボット支援大腸癌手術:年間約1500例,全大腸癌手術の約35%）.腹腔鏡下手術と上記と全く同様の取り組みを始めている.ロボット支援手術においても,助手によるサポートを有効に生かしたマタドール展開を基本としており,腹腔鏡下手術で培ったノウハウをそのまま投影できるように定型化し,手技の統一化を図っている.
【手技概要】技術認定取得を目指した手技の流れは,腹腔鏡下手術と同様で以下のとおりである.
1:尾側マタドール展開による直腸固有筋膜露出,2:頭側マタドール展開による操作（内側剥離切開,IMA処理）,3: 内側剥離層の露出とIMV/LCA切離,4: 頭尾側をつなげるマタドール展開による切開剥離,5:下行結腸外側切離,6:直腸左側マタドール展開による固有筋膜露出,7:腸間膜処理.となっており,適切なトラクション下のsharp dissectionによる直線的切開を操作の基本としている.
【結語】効率的なロボット支援手術での技術認定取得を目指した取組みを示した.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Workshop

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:40 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:40 AM UTC Room 8

[VWS1] Video Workshop 1 Achieving Mastery in Robotic Surgery: The Path to Certification

司会：竹政 伊知朗(大阪国際メディカル&サイエンスセンター消化器外科), 長谷川 傑(福岡大学消化器外科)

[VWS1-8] Efforts Towards Obtaining Technical Certification in Robotic-Assisted Colorectal Surgery

Yudai Yamamoto, 池田 晋太郎, 勝谷 俊介, 中田 美佳, 西山 優, 鳴海 絢, 原田 紡, 杉下 哲夫, 青柳 康子, 花岡 マリエ, 山内 慎一, 賀川 弘康, 絹笠 祐介 (Institute of Science Tokyo, Department of Gastroenterology)

【背景】2022年5月の日本内視鏡外科学会の指針改訂により、術者Certification取得後はプロクターの指導下でロボット支援手術の執刀が可能となり、さらに2023年度からはロボット手術での技術認定申請も可能となった。これに伴い、ロボット手術教育の重要性は一層高まっている。
【目的】演者は2022年度に腹腔鏡下S状結腸切除術で技術認定を申請したが不合格となり、翌2023年度にロボット支援S状結腸切除術にて技術認定を取得した。本発表では、認定取得までの経験を踏まえ、ロボット支援手術における定型化された手技、ならびにラーニングカーブを供覧し、今後の展望を考察する。
【方法】2022年6月よりプロクターの指導下にロボット手術を導入し、部分執刀から開始。2023年9月の技術認定取得までに35例のロボット手術を執刀した。うち16例（S状結腸切除および高位前方切除）を対象に、短期成績およびラーニングカーブを評価した。ラーニングカーブの指標としてCUSUM法を用いた。
【結果】対象症例の年齢は79歳、BMIは22.2であり、手術成績は手術時間179分、出血量5ml、術後在院日数7日であり、Clavien-Dindo分類II以上の術後合併症は認めなかった。CUSUMグラフでは手術時間における習熟は約10例目で得られていた。腹腔鏡手術においてはより長い症例数が必要であった。
【結語】ロボット支援手術による技術認定取得は今後さらに増加すると考えられるが、現時点ではまだ少数である。本検討では、腹腔鏡手術の経験を有する術者においてロボット支援手術のラーニングカーブは短く、約10例で習熟が得られていた。今後はロボット手術から執刀を開始する若手外科医が増加すると予想され、ロボット手術教育の体系化と、技術認定取得に向けた具体的な教育プログラムの整備が課題となる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:25 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:25 AM UTC Room 4

[R1] 要望演題 1 痔核手術における複合的アプローチ

座長：寺田 俊明(医療法人社団俊和会寺田病院大腸肛門科), 畑 嘉高(畑肛門医院)

[R1-1]

痔核に対する結紮切除術を中心とした複合的アプローチ

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

[R1-2]

痔核に対するALTA with mucopexyの成績

角田 明良 (安房地域医療センター外科)

[R1-3]

痔核の手術における針の工夫

谷村 修, 荒木 靖三, 別府 理智子, 平瀬 りさこ (福西会病院大腸肛門科)

[R1-4]

内痔核に対する新たな治療法としてのESDの可能性

網岡 祐生[1], 田中 秀典[1,2], 田丸 弓弦[2], 朝山 直樹[2], 河野 友彦[2], 桑井 寿雄[2], 平賀 裕子[2], 永田 信二[2], 國弘 真己[2], 岡 志郎[1,2] (1.広島大学病院消化器内科, 2.広島消化管内視鏡リサーチグループ)

[R1-5]

産婦人科医による痔核治療の手技と治療成績

森本 翔太 (エム産婦人科外科クリニック)

[R1-6]

肛門疾患における自己撮影の有用性と課題 〜自身の経験を通した撮影の工夫と提案〜

那須 聡果 (ウィメンズクリニック浦和)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:25 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:25 AM UTC Room 4

[R1] 要望演題 1 痔核手術における複合的アプローチ

座長：寺田 俊明(医療法人社団俊和会寺田病院大腸肛門科), 畑 嘉高(畑肛門医院)

[R1-1] 痔核に対する結紮切除術を中心とした複合的アプローチ

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

【緒言】痔核の術式は様々なものが報告されているが，多様な形態をとる痔核に対して柔軟に対応できる結紮切除術はその中心に据えるべき術式と考える．当科では結紮切除術を中心としながら症例に応じて分離結紮，粘膜縫縮を併用した複合的アプローチを行なっている．
【手術手技】脊椎麻酔下，Jackknife位で施行している．結紮切除術の手技は，術後狭窄の予防として切除幅を不用意に拡げず上皮の温存に努めている．肛門上皮は上皮に余裕のある部位と余裕のない部位があり，これを見極めてひょうたん型の切離ラインをとっている．また切除個数が多い場合や肛門管が深い症例ではスリット式の肛門鏡を用いて肛門管の緊張を確認しつつ半閉鎖を行う工夫も行っている．術後の晩期出血は根部からの出血に加えて肛門内の縫合した創が離開することによる出血があり，これらを予防するために根部結紮を行ったのちに何度か結紮を追加している．具体的には根部を結紮したのちに根部結紮糸と粘膜切離端を縫合した糸を2回結紮して組織を根部結紮の方に集約させ，粘膜切離端の一部を根部方向に吊り上げる．その後肛門管外縁まで連続縫合して半閉鎖する際に途中で結紮を追加している．
結紮切除の短所を補う工夫として分離結紮や直腸粘膜の縫縮などの手技を併用している．痔核の固定が部分的に保たれており，痔核本体の牽引により肛門管部にnotchを形成するような病変に対しては反転して脱肛する部位のみを分離結紮する．また痔核口側の直腸粘膜に弛みがあるような病変には直腸粘膜の刺通結紮による縫縮を行うか，痔核本体から直腸粘膜の弛んだ部位までを連続的に縫縮することで弛んだ粘膜を挙上固定する．
【成績】2021年1月から2024年12月までの間に上記の手技を用いて痔核手術を行ったのは949症例であった．手術時間は平均20.2±6.9分で結紮切除のみを施行した症例は211例，分離結紮を併用した症例は524例，直腸粘膜の縫縮手技を併用した症例は484例であった．術後疼痛の目安として鎮痛薬の追加は96例（10.1%）に必要であった．術後出血は20例（2.1%）に認めた．8例（0.8%）で再発を認め，3例で再手術を施行し，残り5例は保存的に軽快した．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:25 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:25 AM UTC Room 4

[R1] 要望演題 1 痔核手術における複合的アプローチ

座長：寺田 俊明(医療法人社団俊和会寺田病院大腸肛門科), 畑 嘉高(畑肛門医院)

[R1-2] 痔核に対するALTA with mucopexyの成績

角田 明良 (安房地域医療センター外科)

背景：痔核切除術は根治性があるが術後疼痛が最大の課題であり、これを緩和する手術としてtransanal hemorrhoidal dearterialization (THD)が開発された。その後、THDにmucopexyを付加した術式が再発率低下に寄与するとされ、筆者も行ってきた(Tsunoda A. Tech Coloproctol 2017)。しかし、ドップラーガイドを使用する肛門鏡は€300と高価である。そこで、疼痛が軽度で再発率も低く安価と想定される術式を考案した。
目的：ALTA with mucopexyの成績を評価する。
方法：2018年から2021年までに3度痔核に対して本術式を行った。術式は初めにU字型肛門鏡を用いて、肛門縁から6 cmから歯状線上1 cmまで吸収糸による連続縫合によりmucopexyを行う。次にZ式肛門鏡によりALTA療法を行う。主要評価項目は累積成功率で、副次的評価項目は術後の疼痛スコアと鎮痛剤使用量、術後合併症、入院期間、患者満足度である。Follow-upは毎年郵送で行った。失敗の定義は「脱出または出血の再発」と「術後血栓性外痔核手術」とした。データはmedian (range)で示す。
結果：114名の患者に本術式を行った。年齢は70歳 (27-86)、男女比は86/28、であった。Mucopexyの数は2 (1-4)、ALTA therapyの数は3 (1-4)で、ALTA注射量は19 ml (7-32)であった。手術時間は22分 (6-40)、出血量は5 ml (0-40)、入院期間は2日 (2-14)であった。日常生活に戻るまでの期間は3日 (1-28)であった。術後2週間のNRS(0-10)による疼痛スコアは2以下で、鎮痛剤使用量は1 (0-25)であった。術後合併症は6例(5%)に認められた（Clavien-Dindo grade I/IIIが5/1例）。Follow-up期間は36か月 (6-63)で、失敗が14例(12%)に認められた。内訳は再脱出または再出血13例、血栓性外痔核手術1例である。1,3,5年の累積成功率はおのおの97%, 85%, 85%であった。NRS(0-10)による患者満足度は9以上であった。
結論：本術式は疼痛と術後合併症が少なく、患者満足度が高く、累積成功率も満足する結果であった (Tech Coloproctol 2023)。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:25 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:25 AM UTC Room 4

[R1] 要望演題 1 痔核手術における複合的アプローチ

座長：寺田 俊明(医療法人社団俊和会寺田病院大腸肛門科), 畑 嘉高(畑肛門医院)

[R1-3] 痔核の手術における針の工夫

谷村 修, 荒木 靖三, 別府 理智子, 平瀬 りさこ (福西会病院大腸肛門科)

肛門疾患の手術において困難さを感じる局面は多々あると思われるが、その一つに直腸－肛門管内における運針が挙げられる。運針の基本は持針器の軸と針の軸を直角となるよう把持固定し操作することが挙げられる。しかし実際の手術では持針器での操作だけでなく左手の誘導や助手の術野展開が必要になる。肛門外科手術の特徴として径25mm～30mmの肛門からの管腔内での運針操作（特に腸管長軸方向の運針や痔核の根部結紮、止血操作）が挙げられる。左手による組織の誘導や助手の術野展開も困難なことが多く、そのため持針器の針の把持は、運針しやすいように術者がその角度を調整する。そのため以下の弊害に遭遇する。①刺入した針を持針器が確実に把持できず、術者のベクトルに負け針の軌道が組織でぶれる。②肥厚した組織の場合、刺入後針先が目的の部位まで到達せず、再度針先を把持することができない、縫合糸を誘導できない。③目的の組織に意図する角度で正確に針先を刺入することができない。そのため
我々は肛門疾患用の針を考案した。針は長径37㎜、釣り針状で針先に従って大きく弯曲する。（針の近位が弱弯3/8Rで遠位が強弯1/2Rのコンパウンド針）持針器でしっかり把持するため針軸は通常のものより太く、様々な術野に対応するため大小2タイプ（37㎜、27mm）の針を考案した。針先に近づくにつれて弯曲が強くなり、肛門疾患の手術のように手術野が狭くて深い場合に有用である。
現在我々は操作する部位に応じて針を使い分けている。術者が持針器と針軸との角度の微調整する必要はあるが、深部操作のストレスが軽減し、正確な運針が可能になったと感じている。ただし肛門縁に近い部位や腸管短軸方向の運針操作では、従来の正円周に近い針が使いやすい。全局面に万能な針ではないが、従来困難を感じている術野およびその局面においてストレスのない運針が可能になったと感じている。特に痔核の根部結紮、ACLの操作、深部の縫合止血操作などである。我々が考案した針が、肛門外科手術に用いる有用な道具の一つとなれば幸いである。紹介した針はanorecto-needleとして制作した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:25 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:25 AM UTC Room 4

[R1] 要望演題 1 痔核手術における複合的アプローチ

座長：寺田 俊明(医療法人社団俊和会寺田病院大腸肛門科), 畑 嘉高(畑肛門医院)

[R1-4] 内痔核に対する新たな治療法としてのESDの可能性

網岡 祐生[1], 田中 秀典[1,2], 田丸 弓弦[2], 朝山 直樹[2], 河野 友彦[2], 桑井 寿雄[2], 平賀 裕子[2], 永田 信二[2], 國弘 真己[2], 岡 志郎[1,2] (1.広島大学病院消化器内科, 2.広島消化管内視鏡リサーチグループ)

【背景】内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）は早期大腸癌に対する内視鏡切除法として確立されている。下部直腸で歯状線に接する腫瘍に対するESD後に内痔核が改善することを経験するが，内痔核に対するESDの治療効果を検討した報告はほとんどない。今回，内痔核を合併した直腸ESDの治療成績からみた内痔核に対するESDの有用性を検討した。
【方法】2008年1月から2018年12月までに，広島消化管内視鏡リサーチグループ関連施設で大腸ESDを施行した3656症例3851病変のうち，歯状線に接し内痔核を有した34症例34病変のうちESD後サーベイランス大腸内視鏡検査で追跡可能であった23症例23病変を対象とした。既報のごとく,内痔核の程度は内視鏡的に「なし」，「軽度」，「高度」に分類し，局所改善率（ESD後の瘢痕領域）と全体改善率を評価した。
【結果】切除した腫瘍の病理組織結果は腺腫10例 (43%)，Tis癌9例 (39%)，T1癌4例 (17%)であり，平均腫瘍径は30±17mmであった。 ESD前の内痔核の程度は軽度20例 (87%)，高度3例 (13%)であった。一括切除率およびR0切除率はいずれも100%で，平均治療時間は94分であった。後出血を1例 (4%)に認めたが，内視鏡的止血術と保存的加療にて軽快した。また，術後狭窄を1例 (4%)に認め，計3回の内視鏡的バルーン拡張術を要した。ESDによる内痔核の局所改善率は83% (19/23)，全体改善率は48% (11/23）であった。内痔核の程度による全体改善率は、軽度で40%（8/20）、高度で100%（3/3）であった。歯状線における周在性別の全体改善率は，1/2周性以上で75% (3/4)，1/4〜1/2周性で42% (5/12)，1/4周性未満で43% (3/7)であった。ESD後に改善を認めた症例ではその後の再増悪は認めなかった（観察期間中央値35ヶ月）。
【結語】ESDは内痔核に対して有用であり，ESDのストラテジーが内痔核に対する新たな治療法となる可能性が考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:25 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:25 AM UTC Room 4

[R1] 要望演題 1 痔核手術における複合的アプローチ

座長：寺田 俊明(医療法人社団俊和会寺田病院大腸肛門科), 畑 嘉高(畑肛門医院)

[R1-5] 産婦人科医による痔核治療の手技と治療成績

森本 翔太 (エム産婦人科外科クリニック)

当院は約40年前に産婦人科クリニックとして開設し、2024年2月より名称変更し診療科目に肛門外科、女性外科を追加した。現在は分娩、婦人科手術、日帰り痔核手術を行なっている。常勤医一名、非常勤医二名で診療しており、主に分娩、手術は常勤医一名のみで行なっている。常勤医は消化器外科専門医取得後に産婦人科専門医を取得し一般外科、消化器外科の診療を経験している。内痔核単独のものはジオン注射（以下ALTA）単独療法または痔核結紮切除術（以下LE）を、外痔核単独のものはLEを、内外痔核に対してはLE+ALTAを行なっている。裂肛や痔瘻の根治術、直腸脱に対する手術は行なっていない。2024年2月から2025年4月までで36件の痔核根治術を施行した。30例がALTA+LE、4例がLE単独、2例がALTA単独であった。全例が女性、砕石位で施行し、35例は局所麻酔および静脈麻酔(ケタミン塩酸塩を使用)を併用した日帰り手術であり、1例のみが患者希望で脊椎麻酔下に２泊入院であった。ALTAは四段階注射法に基づきZ式肛門鏡を用いて砕石位で行なっている。LEは50万倍希釈ボスミンを用いてバルーンアップをした上で、炭酸ガスレーザーを用いて痔核を切除し、痔核根部の結紮及び半閉鎖法で行なっている。術後は最低でも半年間のフォローアップを行ない、現時点で術後再発はALTA+LE例の1例のみである。分娩及び婦人科手術と並行しており、女性に限定されるため症例数が少ないが、産婦人科クリニックに一般的に備わっている設備で問題なく施行できている。また女性であれば検診等で比較的慣れている内診台で診察も完結するため、羞恥心も少なくて済むものと考える。手術台は分娩、帝王切開時に使用するものと兼用で支障なく遂行できる。当然修練を要するが、経膣手術にも熟練した婦人医であれば、肛門手術の経験が少ない外科医より抵抗なく施行できると考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:25 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:25 AM UTC Room 4

[R1] 要望演題 1 痔核手術における複合的アプローチ

座長：寺田 俊明(医療法人社団俊和会寺田病院大腸肛門科), 畑 嘉高(畑肛門医院)

[R1-6] 肛門疾患における自己撮影の有用性と課題 〜自身の経験を通した撮影の工夫と提案〜

那須 聡果 (ウィメンズクリニック浦和)

【背景】スマートフォンの普及により、肛門部病変の診断補助として患者自身による自己撮影が注目されている。特に直腸脱や強い腹圧時にのみ出現する痔核など、診察時に確認困難な病変では有用な情報が得られる可能性がある。一方で、撮影の困難さや画像の質に関する検討は十分でない。今回、自己撮影の診療的有用性を評価し、自験例から課題と工夫を検討した。
【方法】①2024年1月〜12月に当院で確認した自己撮影画像17例について、画像の鮮明度と診療上の有用性を後方視的に評価。②筆者が肛門疾患を疑い自己撮影を試みた際の操作性・視認性を検討した。
【結果】①17例中10例は鮮明、7例はやや不鮮明であったが、全例で診断または治療方針の決定に有用だった。鮮明な画像の多くは家族の協力による撮影であった。直腸脱疑いの7例は、直腸脱2例、粘膜脱3例、小腸瘤2例（他院で確定）と診断。診察所見と訴えが一致しない2例では、自己撮影で脱出性内痔核または外痔核を確認。初診時に画像を持参した5例は、血栓性外痔核/嵌頓痔核2例、小さな肛門皮垂2例、他院術後変形1例であった。また、当院術後の患者3例が、自ら撮影した画像で経過確認を希望していた。
②筆者が肛門周囲膿瘍を疑い自己撮影を試みた際、片手で臀部を開きつつスマートフォンを操作するのは困難で、視認性も不良であった。第三者の協力がない場合、自身での静止画撮影は困難であったが、動画で録画を開始し両手で視野を確保したうえで、後で静止画（スクリーンショット）を抽出する方法は、操作性・視認性・鮮明度ともに優れていた。
【考察】自己撮影は診断補助として有用だが、撮影方法により診断価値に差が生じ得る。患者自身が撮影を行う場合、動画で記録し、後から適切な静止画を抽出する方法は実用的であり、直腸脱など動的病変には動画そのものが有効とも考えられる。一方、整容面への過度な関心から繰り返し肛門部を撮影・提示する患者もおり、スマートフォンの普及が不要な不安や受診動機を助長する側面もある。
【結論】今後、患者指導の場で動画撮影の有効性と撮影手法の工夫を周知・啓発していくことが望まれる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 9:25 AM - 10:25 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 12:25 AM - 1:25 AM UTC Room 4

[R2] 要望演題２症例報告：稀な大腸疾患

座長：小池 淳一(辻仲病院柏の葉消化器外科), 諏訪 宏和(横須賀共済病院外科)

[R2-1]

淡明細胞型腎細胞癌に腫瘍内転移をきたした上行結腸癌の1例

豊福 篤志, 櫻井 晶子, 伊波 悠吾, 本田 晋策, 村山 良太, 北原 光太郎, 黒田 宏昭, 崎田 健一, 永田 直幹 (北九州総合病院)

[R2-2]

上行結腸狭窄を呈し急速な経過を辿ったGroove膵癌の1例

塩崎 翔平[1,3], 小野 紘輔[2], 倉吉 学[2], 中原 雅浩[2] (1.JA吉田総合病院外科, 2.JA尾道総合病院外科, 3.広島大学消化器・移植外科)

[R2-3]

狭窄を伴うS状結腸転移を示した乳腺浸潤性小葉癌の１例

山本 匠[1,2], 福長 洋介[1], 北川 祐資[1], 三木 弥範[1], 上原 広樹[2], 井 翔一郎[2], 山田 典和[2], 五十嵐 優人[2], 萩原 千恵[2], 小林 壽範[2], 森 至弘[2], 渡邉 純[2] (1.関西医科大学総合医療センター, 2.関西医科大学附属病院)

[R2-4]

当院におけるHIV感染合併肛門扁平上皮癌7例の検討

宇野 泰朗, 服部 正嗣, 羽田 拓史, 袴田 紘史, 梅村 卓磨, 田中 健太, 冨永 奈沙, 田嶋 久子, 多代 充, 末永 雅也, 小寺 泰弘 (国立病院機構名古屋医療センター)

[R2-5]

潰瘍性大腸炎根治術後の難治性回腸嚢瘻より生じた回腸嚢癌の1例

志村 匡信[1], 大北 喜基[1], 北嶋 貴仁[1,2], 家城 英治[1], 嶌村 麻生[1], 天白 成[1], 山下 真司[1], 今岡 裕基[1], 川村 幹雄[1], 奥川 喜永[1,2], 浦谷 亮[1], 市川 崇[1,3], 安田 裕美[1], 吉山 繁幸[1], 小林 美奈子[1,3], 大井 正貴[1], 湯淺 博登[4], 今井 裕[4], 問山 裕二[1] (1.三重大学大学院医学系研究科消化管小児外科学, 2.三重大学医学部附属病院ゲノム診療科, 3.三重大学大学院医学系研究科先端的外科技術開発学, 4.三重大学医学部附属病院病理診断科)

[R2-6]

大腸狭窄と大腸穿孔で診断された２例のEpstein–Barr virus陽性mucocutaneous ulcer(EBV-MCU)の報告

嶋田 通明, 森川 充洋, 五井 孝憲 (福井大学第一外科)

[R2-7]

大腸疾患における形成外科とのコラボレーション手術、８症例の経験

吉満 政義, 澤田 紘幸, 中野 敢友, 谷口 文崇, 荒谷 滉亮, 川内 真, 井上 貴裕, 荒木 悠太郎, 濱崎 友洋, 山口 真治, 加藤 大貴, 吉本 匡志, 真島 宏聡, 桂 佑貴, 石田 道拡, 佐藤 太祐, 吉田 龍一, 丁田 泰宏, 白川 靖博, 松川 啓義 (広島市立広島市民病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 9:25 AM - 10:25 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 12:25 AM - 1:25 AM UTC Room 4

[R2] 要望演題 2 症例報告：稀な大腸疾患

座長：小池 淳一(辻仲病院柏の葉消化器外科), 諏訪 宏和(横須賀共済病院外科)

[R2-1] 淡明細胞型腎細胞癌に腫瘍内転移をきたした上行結腸癌の1 例

豊福 篤志, 櫻井 晶子, 伊波 悠吾, 本田 晋策, 村山 良太, 北原 光太郎, 黒田 宏昭, 崎田 健一, 永田 直幹 (北九州総合病院)

重複腫瘍症例において一方の腫瘍が他方の腫瘍内に転移する腫瘍内転移は稀である．腫瘍内転移において他腫瘍内へ転移する側の腫瘍をdonor tumor，腫瘍内に転移される側の腫瘍をrecipient tumor と表現される．諏訪らによると，donor tumor としては肺癌，腎癌，乳癌，悪性黒色腫の順で多いとされ，recipient tumor としては中枢神経系腫瘍，甲状腺腫瘍，腎腫瘍の順で多いと報告されている．腫瘍内転移においてdonor tumor が結腸癌もしくは直腸癌であった症例はさらに稀であり，1972 年から2023年の範囲で医学中央雑誌，PubMed にて検索したところ26 症例のみであった．

症例は77 歳の女性で，202X年5 月に高血圧に対する治療を開始するために近医クリニックを受診した．胸部レントゲンにて右肺結節陰影を指摘され，6 月に当院に紹介となった．精査の結果，転移性肺癌を伴う上行結腸癌，UICC（# 8）Stage IVA に加え，右腎癌，UICC（# 8）Stage Ⅰ の重複癌の診断であった．8 月，腹腔鏡下右半結腸切除術＋右腎摘出術を施行した．腎癌は最大径31mm の淡明細胞型腎細胞癌の組織型であったが，興味深いことにその腫瘍内に上行結腸癌の転移病変を認めた．転移性肺癌に対して全身化学療法を施行後，12 月に胸腔鏡下右肺下葉切除術を施行した．腫瘍内転移は転移先の腫瘍内部に転移元の腫瘍が存在する稀な現象である．今回われわれは，腎癌に腫瘍内転移をきたした上行結腸癌の1 例を経験し，検索された26症例に本症例を加え，考察し報告する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 9:25 AM - 10:25 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 12:25 AM - 1:25 AM UTC Room 4

[R2] 要望演題 2 症例報告：稀な大腸疾患

座長：小池 淳一(辻仲病院柏の葉消化器外科), 諏訪 宏和(横須賀共済病院外科)

[R2-2] 上行結腸狭窄を呈し急速な経過を辿ったGroove膵癌の1例

塩崎 翔平[1,3], 小野 紘輔[2], 倉吉 学[2], 中原 雅浩[2] (1.JA吉田総合病院外科, 2.JA尾道総合病院外科, 3.広島大学消化器・移植外科)

症例は84歳の男性。202X年Y月に発熱、腹痛認めたため当院を受診した。GISでは十二指腸球部から下行脚にびらんを認めた。EUSも施行したが膵に明らかな腫瘍性病変は指摘できなかった。CSで上行結腸浮腫状狭窄認めCTでは上行結腸壁肥厚による狭窄と後腹膜脂肪濃度上昇認めた。Y+2月にイレウスの所見あり当院消化器内科入院。イレウス管挿入し経過観察したもののイレウスは改善せず当科紹介となりY+3月に上行結腸狭窄に対して手術施行した。腹腔鏡で手術施行したものの後腹膜の慢性炎症が著明で結腸間膜との剥離が困難であり開腹移行とし右側結腸切除を施行した。病理組織の結果は転移性の腺癌であった。原発巣としては肺癌が疑われたがY+4月にPET-CT撮像した所右腎門部近傍にFDGの集積を認めたものの肺含めその他腫瘍臓器に異常集積なく原発巣の特定はできなかった。そのＹ＋６月に腸閉塞の症状認めCT施行した所右後腹膜の腫瘍の再発増大と多発肝転移、多発肺転移認め緊急入院となった。イレウス管挿入し加療したものの改善しないためＹ＋6月+19日に腹腔鏡下小腸横行結腸バイパス術を施行した。しかしその後も全身状態は悪化の一途を辿りＹ＋6月+27日に永眠された。原発巣特定のために病理解剖を施行した。病理解剖の結果膵頭部、十二指腸背側、総胆管に囲まれた膵Groove領域に5×5×4cmの腫瘍を認めた。pancreatic grooveの腫瘍はPoorly differentiated adenocarcinomaであり後腹膜や十二指腸に広範に直接浸潤していた。また肺や肝臓に転移性腫瘍結節多発しており肺動脈には腫瘍塞栓認め急変の原因となっていた。以上上行結腸狭窄を呈し急速な経過を辿ったGroove膵癌の1例を経験したため文献的な考察も加え報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 9:25 AM - 10:25 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 12:25 AM - 1:25 AM UTC Room 4

[R2] 要望演題２症例報告：稀な大腸疾患

座長：小池 淳一(辻仲病院柏の葉消化器外科), 諏訪 宏和(横須賀共済病院外科)

[R2-3] 狭窄を伴うS状結腸転移を示した乳腺浸潤性小葉癌の１例

山本 匠[1,2], 福長 洋介[1], 北川 祐資[1], 三木 弥範[1], 上原 広樹[2], 井 翔一郎[2], 山田 典和[2], 五十嵐 優人[2], 萩原 千恵[2], 小林 壽範[2], 森 至弘[2], 渡邉 純[2] (1.関西医科大学総合医療センター, 2.関西医科大学附属病院)

【はじめに】乳癌の遠隔転移は骨・肺・肝への血行性転移が一般的であるが, 消化管への転移は稀である. 今回, 乳癌術後5年目にS状結腸転移をきたした乳腺浸潤性小葉癌 (invasive lobular breast carcinoma: ILC)の1例を経験したため報告する. 【症例】50代女性. 右乳腺浸潤性小葉癌に対して皮膚温存乳房切除術・センチネルリンパ節生検を施行し, ILC (pT3N0M0 pStage II B)に対して術後補助化学療法・ホルモン療法を施行. 再発所見なく経過していたが, 術後5年目に右腸骨への骨転移が判明し, 同時に施行されたPET-CTで偶発的にS状結腸にFDGの集積を認めた. 臨床症状は認めなかったものの, 下部消化管内視鏡検査でS状結腸に粘膜下腫瘍様病変および高度狭窄を認めた。術前生検では悪性所見は得られなかったが、, ILCのS状結腸転移と考え腹腔鏡下S状結腸切除術を施行した. 摘出標本における病理組織学検査で索状配列を形成する上皮性腫瘍を認めたが, 原発性大腸癌を疑うような腺管形成や腫瘍の粘膜面への露出は認めなかった. 免疫組織化学染色ではCK7陽性, CK20 陰性, E-cadherin陰性であり, ILCの転移と考えられた. 術後経過は良好で第9病日に退院となった. 【考察】ILCは他の乳癌組織型と比較して腸管転移をきたしやすく, 腸管転移率は乳管癌の1.1%に対し4.5%と高率であることが報告されている. ILCではE-cadherin異常がしばしば認められ, この接着因子の欠損が腫瘍細胞の遊走性や浸潤性に関与し, 遠隔転移が高率である可能性が示唆されている. 腸管転移は初期に無症状で, 進行すると狭窄や出血により診断されることが多いが, 原発性大腸癌と異なり, 粘膜面に変化が乏しく内視鏡診断が困難な場合も多い. 本症例でも粘膜面の腫瘍性変化は認められず, PET-CTの集積所見が診断の契機となった. 乳癌の腸管転移に対する外科的切除が予後の延長に寄与するという報告はないが, 症状緩和を目的とした外科治療は有用であると考えられる. 本症例のように乳癌既往歴のある患者の消化管腫瘍では, 転移性腫瘍を常に考慮し治療にあたる必要があると考えられた.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 9:25 AM - 10:25 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 12:25 AM - 1:25 AM UTC Room 4

[R2] 要望演題 2 症例報告：稀な大腸疾患

座長：小池 淳一(辻仲病院柏の葉消化器外科), 諏訪 宏和(横須賀共済病院外科)

[R2-4] 当院におけるHIV感染合併肛門扁平上皮癌7例の検討

宇野 泰朗, 服部 正嗣, 羽田 拓史, 袴田 紘史, 梅村 卓磨, 田中 健太, 冨永 奈沙, 田嶋 久子, 多代 充, 末永 雅也, 小寺 泰弘 (国立病院機構名古屋医療センター)

【はじめに】肛門扁平上皮癌は稀だが、標準治療として化学放射線療法（CRT）が確立している。高リスク型のヒトパピローマウイルス（HPV）の持続感染は肛門癌の危険因子の一つであり肛門癌の84%に高リスクHPVが検出されるともいわれている。男性同性間性的接触者においては肛門にHPVを感染することが多い。当院は地域のエイズ診療拠点病院としてHIV感染者の診療も多く、HIV感染合併の肛門扁平上皮癌について検討した。【対象と方法】2005年4月から2025年3月までの間に当院で治療した肛門扁平上皮癌のうちHIV感染を合併している7例につき、患者背景、腫瘍学的背景、予後について後方視的検討を行った。【結果】7例の患者背景は年齢中央値49歳（35-71歳）、男女比7:0であった。HIV感染判明から肛門扁平上皮癌の診断までの期間は中央値1年（0-16.5年）、尖圭コンジローマの治療歴は術7例中3例に認めた。部位は肛門管が5例（うち2例は痔瘻癌）、肛門皮膚が2例であった。6例は局所手術が行われて診断がついており、2型の腫瘍を認めた1例のみ生検で診断後にCRTとなっている。組織型は全例Squamous cell carcinomaであるが、ハイリスクHPVの存在は3例に確認されている。深達度はTis/T1/T2/T3:1/4/1/1、リンパ節転移を認めたものはなかった。局所切除後2例はCRTが追加され、1例はRTのみ追加され、1例は追加局所切除、その他の2例は経過観察となっていた。CRTの化学療法は2例が5FU＋MMCで1例は5FU+CDDPであった。観察期間の中央値は3.67年（1-11年）で、局所切除のみで経過観察していた1例は、3年9ヶ月後に局所再発してCRT施行中であるが、他は再発していない。【考察】HIV感染合併の肛門扁平上皮癌のCRT治療成績は、非感染例と比べて同等という報告もあれば、成績が悪いという報告もある。HIV感染例では尖圭コンジローマの合併が多く、肛門病変のフォローがされている場合も多い。前癌病変である高度扁平上皮内病変（HSIL）の状態で早期発見できる場合も多く、適切な肛門病変フォローが肝要である。【結語】当院のHIV感染合併肛門管扁平上皮癌につき検討した。治療成績は認容される結果であるが、今後も症例の蓄積により更なる検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 9:25 AM - 10:25 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 12:25 AM - 1:25 AM UTC Room 4

[R2] 要望演題 2 症例報告：稀な大腸疾患

座長：小池 淳一(辻仲病院柏の葉消化器外科), 諏訪 宏和(横須賀共済病院外科)

[R2-5] 潰瘍性大腸炎根治術後の難治性回腸嚢瘻より生じた回腸嚢癌の1例

志村 匡信[1], 大北 喜基[1], 北嶋 貴仁[1,2], 家城 英治[1], 嶌村 麻生[1], 天白 成[1], 山下 真司[1], 今岡 裕基[1], 川村 幹雄[1], 奥川 喜永[1,2], 浦谷 亮[1], 市川 崇[1,3], 安田 裕美[1], 吉山 繁幸[1], 小林 美奈子[1,3], 大井 正貴[1], 湯淺 博登[4], 今井 裕[4], 問山 裕二[1] (1.三重大学大学院医学系研究科消化管小児外科学, 2.三重大学医学部附属病院ゲノム診療科, 3.三重大学大学院医学系研究科先端的外科技術開発学, 4.三重大学医学部附属病院病理診断科)

The patient was a 39-year-old man. He performed restorative proctocolectomy (RPC) without covering ileostomy at the age of 24 because of refractory ulcerative colitis (UC). While he was suffering from anastomotic leakage, his family rejected to construct a diverting ileostomy after due consideration of his severe autism disorder. In spite of continuing in-hospital conservative treatment for 8 months, it was difficult to control pelvic infection due to anastomotic leakage. Finally, we performed diverting ileostomy construction, and he was discharged from hospital. After 11-years out-patient follow up in affiliated hospital, he was re-introduced to our hospital by left hydronephrosis and recurrent pyelonephritis due to refractory pelvic abscess. After CT-guided drainage, we performed ileal pouch resection. As a pathological finding, there were mucinous adenocarcinoma cells arising from refractory pouch fistula. In this time, we report a case who was diagnosed as ileal pouch cancer arising from refractory pouch fistula and re-consider about the follow-up management of UC patients with “non-functional pouch” after RPC.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 9:25 AM - 10:25 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 12:25 AM - 1:25 AM UTC Room 4

[R2] 要望演題２症例報告：稀な大腸疾患

座長：小池 淳一(辻仲病院柏の葉消化器外科), 諏訪 宏和(横須賀共済病院外科)

[R2-6] 大腸狭窄と大腸穿孔で診断された２例のEpstein–Barr virus陽性mucocutaneous ulcer(EBV-MCU)の報告

嶋田 通明, 森川 充洋, 五井 孝憲 (福井大学第一外科)

Epstein–Barr virus陽性mucocutaneous ulcer(EBV-MCU)は,2016年にWHOのリンパ系腫瘍分類で正式に定義された,免疫力低下と関連が示唆される成熟B細胞リンパ腫の新しいカテゴリーである.免疫力低下の原因としては,原発性免疫不全症候群,後天性免疫不全症候群,医原性の免疫抑制,加齢などが考えられている.大腸EBV-MCUの切除報告は本邦で３例と限られているが,我々は大腸狭窄と穿孔で手術した２例にてEBV-MCUと診断された.貴重な症例と考え報告する.
症例①７８歳女性.以前より排便障害で加療を受けており,下部消化管内視鏡で上行結腸に局所的な狭窄病変が認められた.生検の結果はGroup 1であったが,腹部造影CT検査で限局性壁肥厚と近傍リンパ節腫大が確認された.鑑別診断は憩室炎による良性結腸狭窄,結腸リンパ腫,上行結腸癌が挙げられ,確定診断を得るため腹腔鏡下結腸右半切除術・D2を施行した.病理にて狭窄部位にEBV陽性B細胞が濾胞胚中心に高率に認められ,EBV-MCUと診断された.術後1年4か月が経過した現在,CT検査および下部消化管内視鏡で再発所見は認められず,EBV-MCUの診断に矛盾しないと考えられる.
症例②７１歳女性.重症筋無力症と関節リウマチのためステロイドと免疫抑制剤を内服.２週間前からの下腹部痛が徐々に悪化し来院した.腹膜刺激徴候を伴い,CT検査でfree airと腹水を認め,消化管穿孔と診断した.緊急開腹手術にて横行結腸に穿孔部１か所を認め,前後10cmを切除した.腸管内腔には境界明瞭な潰瘍が数個みられたため,吻合は回避し人工肛門を造設した.病理診断はB-cell lymphoma/lymphoid proliferationであり,病変が横行結腸に限局するのであればEBV-MCUが考えられるとの結果であった.術後３カ月での下部消化管内視鏡では粘膜潰瘍は改善しており,術後１年時点のCT検査でもリンパ節増大は認めておらずEBV-MCUに矛盾しないと考えられる.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 9:25 AM - 10:25 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 12:25 AM - 1:25 AM UTC Room 4

[R2] 要望演題２症例報告：稀な大腸疾患

座長：小池 淳一(辻仲病院柏の葉消化器外科), 諏訪 宏和(横須賀共済病院外科)

[R2-7] 大腸疾患における形成外科とのコラボレーション手術、８症例の経験

吉満 政義, 澤田 紘幸, 中野 敢友, 谷口 文崇, 荒谷 滉亮, 川内 真, 井上 貴裕, 荒木 悠太郎, 濱崎 友洋, 山口 真治, 加藤 大貴, 吉本 匡志, 真島 宏聡, 桂 佑貴, 石田 道拡, 佐藤 太祐, 吉田 龍一, 丁田 泰宏, 白川 靖博, 松川 啓義 (広島市立広島市民病院外科)

[はじめに] 会陰部の悪性腫瘍切除による組織欠損を骨盤底再建に使用される皮弁の採取部位は主に腹直筋皮弁・薄筋皮弁・殿溝皮弁などがあげられる。また、皮弁形成術は会陰部の合併症に対して行われる術式としても報告されている。我々は会陰創の外科的治療として形成外科とのコラボレーション手術である皮弁形成術を８例に行ってきたので報告する。
[結果] 年齢中央値61歳(47-76)、性別；男性７例女性１例、原疾患；直腸癌５例 肛門管内分泌癌１例 痔瘻がん１例 潰瘍性大腸炎１例、前治療；あり６例（術前CRT３例、前方骨盤内蔵全摘１例、緊急大腸全摘１例、術前化学療法１例）なし２例、術前の状態；痔瘻＋骨盤膿瘍２例 難治性死腔炎２例 直腸がん術後局所再発２例 会陰部の皮膚疾患を伴う悪性腫瘍２例、術式；骨盤内蔵全摘術＋左大腿薄筋皮弁形成術3例(開腹２例、腹腔鏡１例) 腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術＋左大腿薄筋皮弁形成術２例　大腿薄筋皮弁形成術２例 左殿筋皮弁１例、手術時間中央値568分(198-775）、出血量中央値232ml(70-1750)、術後入院期間28日(21-42)、術後合併症；菌血症 Grade II 1例 深部SSI Grade II２例 深部SSI Grade IIIa 1例
[考察] 大腸疾患における皮弁形成術を行った術式は原疾患の手術を並施することが多く、長時間手術となり、出血量がかさむことも多く、術後リハビリの必要であるため術後入院期間の長くなるが、術後合併症は比較的すくなかった。経験した症例はいずれも難治症例であったが、形成外科とのコラボレーションで安全に施行できていた。
[結語] 形成外科とのコラボレーションで行う皮弁形成術は会陰部の難治症例における有効な術式の一つと考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 10:25 AM - 11:15 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:25 AM - 2:15 AM UTC Room 4

[R3] 要望演題 3 痔核術後合併症

座長：樽見 研(札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック肛門外科), 鉢呂 芳一(くにもと病院肛門外科)

[R3-1]

出血性痔核治療１週間後に多発性肝膿瘍を来たした１例

高嶋 吉浩, 斎藤 健一郎, 宗本 義則 (福井県済生会病院外科)

[R3-2]

痔核術後合併症における創部感染の検討

小菅 経子, 佐井 佳世, 米本 昇平, 酒井 悠, 松島 小百合, 鈴木 佳透, 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 (松島病院大腸肛門病センター)

[R3-3]

肛門手術後排尿障害における回復遅延因子の検討

宮原 悠三[1], 有田 宗史[1], 下地 信[1], 山田 恭子[2], 東 博[1] (1.宇都宮肛門・胃腸クリニック, 2.山田医院)

[R3-4]

ALTA療法後の再発痔核に対して当院で施行した結紮切除術の検討

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

[R3-5]

痔核術後合併症の検討 ―11,222例の解析―

坪本 敦子, 指山 浩志, 堤 修, 黒崎 剛史, 城後 友望子, 鈴木 綾, 高野 竜太朗, 川西 輝貴, 中山 洋, 安田 卓, 小池 淳一, 浜畑 幸弘 (辻仲病院柏の葉大腸肛門外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 10:25 AM - 11:15 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:25 AM - 2:15 AM UTC Room 4

[R3] 要望演題 3 痔核術後合併症

座長：樽見 研(札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック肛門外科), 鉢呂 芳一(くにもと病院肛門外科)

[R3-1] 出血性痔核治療１週間後に多発性肝膿瘍を来たした１例

高嶋 吉浩, 斎藤 健一郎, 宗本 義則 (福井県済生会病院外科)

はじめに】
出血性内痔核に対して止血剤局注療法（5% フェノール・アルモンド油）を行うも、その１週間後に多発性肝膿瘍を来した症例を経験した。稀なケースと思われるので報告する。
【症例】
74歳・男性。ジフルコルトロン吉草酸エステル・リドカイン軟膏を約半年塗布していたが痔核出血持続するとのことで当科紹介となる。直腸診ではIII度の内痔核を触知し、SFにて０時方向に出血性内外痔核認めフェノール・アルモンド油1.0mlx２箇所局注を行った。しかし、局注7日目から発熱・ふらつき出現し8日目に42度の発熱あり、入院としCTにて多発性肝膿瘍と診断し抗生剤治療開始した。入院15日目の腹部エコーでは肝膿瘍縮小を認め、CRPもpeak22から0.8まで改善を認めたため入院17日目に退院とした。
【考察】
　フェノールは消毒作用を持つ薬剤で強い腐食作用があり神経麻痺の作用を有する。アルモンド油も化粧品の添加剤として広く使用されており安全性も高いと評価されている。したがって、今回止血剤自体が肝膿瘍を来したとは考えにくい。文献上は痔疾患術後の肝膿瘍合併例は報告されており、肛門部手術処置時に細菌侵入を招いてしまう可能性を否定できないと思われた。
【結語】
稀とは考えられるが肛門手術処置後の注意喚起の意義あり思われたため報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 10:25 AM - 11:15 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:25 AM - 2:15 AM UTC Room 4

[R3] 要望演題 3 痔核術後合併症

座長：樽見 研(札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック肛門外科), 鉢呂 芳一(くにもと病院肛門外科)

[R3-2] 痔核術後合併症における創部感染の検討

小菅 経子, 佐井 佳世, 米本 昇平, 酒井 悠, 松島 小百合, 鈴木 佳透, 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 (松島病院大腸肛門病センター)

当院で痔核根治術後に腰椎麻酔または局所麻酔下での再手術を必要とした創部感染の術後合併症は約0.2%であった.

痔核根治術後の創部感染の頻度は少ないながらも，時に通常の痔瘻に似た形態をとるため，切開術を行う際はドレナージのみ行うかsetonを留置するか判断に迷う場合がある．今回痔核根治術後に局所麻酔または腰椎麻酔下に処置を要した創部感染症例の検討を行った．

対象は2021年1月から2024年12月までに施行された痔核根治術後に創部感染を合併し外科的処置を要した20症例である．症例は男性16例，女性4例，年齢中央値は43歳（26‐74歳）だった．痔核根治術施行から創部感染発症までの日数は中央値27日（10‐298日）であった．7例は創部感染発症前に術後出血に対して腰椎麻酔下または局所麻酔下での止血術が行われており，そのうち1例は止血術の際に創部感染が明らかになり止血術と時に切開術を同時に施行した．感染発症時の経肛門エコー検査では皮下膿瘍・炎症が6例，ⅡL様の膿瘍・炎症が9例，ⅡH様の膿瘍・炎症が4例，外括約筋内への膿瘍形成が１例だった．治療経過は，8例は膿瘍に対する切開術のみで治癒に至った．6例は切開術後に瘻孔形成をしたため4例はfistulotomy，1例はcutting seton，1例はfistulectomy＋筋縫合を施行し治癒した．4例は膿の貯留は少量だったため抗菌剤投与で経過観察を行ったが，その後瘻孔形成をしたため1例はcutting seton，3例はfistulotomyを施行し治癒した．1例は膿瘍形成時に切開術並びにcutting setonを留置し治癒した．また１例は切開術施行後の経過観察中に来院中断となっている．治癒を確認した19例の，痔核根治術施行から治癒までの日数は中央値149日（39‐563日）だった．

創部感染発症前に止血術を要している症例が6例，同時発症が１例と，全痔核根治手術症例における術後出血の頻度と比較すると術後出血合併率が高かった．痔核根治術後の創感染は，のちに痔瘻化することも多いが、複雑な膿瘍形成であっても必ずしも瘻孔形成するとは限らず，まずは切開術のみで経過観察を行うのがよいと考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 10:25 AM - 11:15 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:25 AM - 2:15 AM UTC Room 4

[R3] 要望演題 3 痔核術後合併症

座長：樽見 研(札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック肛門外科), 鉢呂 芳一(くにもと病院肛門外科)

[R3-3] 肛門手術後排尿障害における回復遅延因子の検討

宮原 悠三[1], 有田 宗史[1], 下地 信[1], 山田 恭子[2], 東 博[1] (1.宇都宮肛門・胃腸クリニック, 2.山田医院)

【背景】肛門手術後排尿障害（POUR）は周術期転帰を左右する重要な合併症であるが，排尿機能が持続的に回復するまでの時間を指標とした解析は限られている。本研究では「初回導尿から，再導尿を要さなくなった最初の自排尿時刻」をアウトカムとし，疼痛の代理変数である追加鎮痛薬回数との関連を検証した。
【方法】2024年1月～2025年3月に当院で肛門手術後POURと診断された60例を後方視的に解析した。追跡開始を初回導尿時とし，回復が得られない場合でも1週間(168 h)で観察を打ち切った。Kaplan–Meier法で年齢四分位・性別・手術時間（＞30 min）・男性BPH・弱オピオイド使用・追加鎮痛薬四分位の群間差を描出し，ログランク検定を実施した。多変量Cox比例ハザードモデルには追加鎮痛薬（連続），年齢，手術時間，性別，BPH，弱オピオイド使用を共変量として投入した。
【結果】排尿機能回復までの中央値は3.5 h〔IQR 1.8–11.5〕であった。追加鎮痛薬四分位では回数が増えるほど回復が遅延し，ログランク検定はχ^2＝9.54（df＝3），p＝0.023と有意であった。Cox解析でも追加鎮痛薬回数は独立因子として残り，１回増加ごとに回復速度が22％低下した（HR 0.78，95％CI 0.62–0.97，p＝0.024）。年齢，性別，手術時間，BPH，弱オピオイド使用はいずれも有意でなかった。
【結論】定期鎮痛薬内服のみでは疼痛緩和が不十分であることを示唆する追加鎮痛薬回数の増加は，排尿機能回復を遅延させる独立因子として確認された。より大規模な前向き研究で本知見を再検証し，術後疼痛管理の最適化に資するエビデンスを強化する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 10:25 AM - 11:15 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:25 AM - 2:15 AM UTC Room 4

[R3] 要望演題 3 痔核術後合併症

座長：樽見 研(札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック肛門外科), 鉢呂 芳一(くにもと病院肛門外科)

[R3-4] ALTA療法後の再発痔核に対して当院で施行した結紮切除術の検討

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

諸言：内痔核に対するALTA療法は、2005年に保険適応となって以降、外来で施行可能な低侵襲治療として広く普及している。その一方、再発は経時的に増加すると報告されている。再治療として痔核根治術が選択されることも多いものの、ALTA療法後の線維化などの影響で初回手術に比べて手術が困難であると予想される。しかし、それを検証した報告は少ない。今回、ALTA療法後の再発に対し，結紮切除術を中心とした痔核根治術を当科で施行した症例を検討した。
対象：2021年1月から2024年12月までの4年間に当科で同一術者による1カ所以上の結紮切除術を行った痔核根治術症例934例を検討した。うち、ALTA療法後の再発症例（以下ALTA群）は127例であった。その成績を同期間にALTA療法の既往がない痔核根治術症例807例（以下対照群）を対照として検討した。
結果：ALTA群の内訳は、男性85例、女性42例で年齢の平均は51.6歳、対照群の内訳は男性388例、女性419例で年齢の平均は51.7歳であった。ALTA群のうちALTA療法を施行された時期が判明している120例で最終のALTA療法から再発に対して痔核根治術を施行するまでの期間は中央値で48ヵ月（2-198ヵ月）であった。手術時間の平均はALTA群が20.4±7.7分、対照群が20.3±6.7分で両群間に差はなかった（p=0.868）。術中の出血量は平均値でALTA群が10.1±45.0 ml，対照群が5.2±11.1mlであり、両群間に差はなかった（p=0.223）。止血処置を要した術後出血はALTA群で5例(3.9%)、対照群で14例(1.7%)であり、両群間で有意差はなかったものの、ALTA群でやや多い傾向にあった（p=0.175）。術後の再発はALTA群で1例(0.8%)と対照群で2例(0.2%)認め、両群間で有意差はなかった（p=0.355）。
結語：ALTA療法後再発に対する痔核根治術は、止血処置を要する術後出血数がやや多い傾向にはあったものの、手術時間や術中出血量、再発率において対照群と差は認めず、安全に施行可能であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 10:25 AM - 11:15 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:25 AM - 2:15 AM UTC Room 4

[R3] 要望演題 3 痔核術後合併症

座長：樽見 研(札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック肛門外科), 鉢呂 芳一(くにもと病院肛門外科)

[R3-5] 痔核術後合併症の検討 ―11,222例の解析―

坪本 敦子, 指山 浩志, 堤 修, 黒崎 剛史, 城後 友望子, 鈴木 綾, 高野 竜太朗, 川西 輝貴, 中山 洋, 安田 卓, 小池 淳一, 浜畑 幸弘 (辻仲病院柏の葉大腸肛門外科)

【目的】
痔核に対する外科的治療には, 結紮切除術（LE）, ALTA療法, PPHなど複数の術式があり, 痔核の病態や患者の背景に応じて使い分け, あるいは併用して行われている. これらの術式はそれぞれ特徴があり, 術後合併症の種類や頻度にも差がみられることがある. なかでも再手術を要する合併症は, 患者の予後や満足度に大きく影響する. 当院において痔核手術を施行した11,222例を対象に, 術後に手術を要した合併症の頻度と内容を検討した.
【方法】
2009年6月から2025年3月までに当院で痔核手術を施行した11,222例を対象とし, 術後に手術を必要とした合併症症例を解析した. 主な対象合併症は後出血, 肛門狭窄, 創部感染に起因する痔瘻とした.
【結果】
手術を要した合併症は計411例（3.7%）に認められた. 最も多かったのは後出血で326例（2.9%）に発生し, 多くは術後5～14日目に認められ, 緊急止血術や再入院が必要となった. 肛門狭窄は38例（0.3%）にみられ, 肛門形成術を施行した. 創部感染から痔瘻へ移行した症例は47例（0.4%）で, 開放術やseton法での根治術が行われた. いずれの合併症も保存的加療では効果が乏しく, 外科的対応が不可欠であった.
【考察】
本検討により, 痔核術後に手術を要する合併症は一定の頻度で発生し, 特に後出血は最多でかつ急性期に生じるため注意が必要であることが示された. また, 肛門狭窄や痔瘻も, 術後長期にわたり患者QOLに影響を及ぼす可能性がある. 術後に手術を要した合併症の多くは, 術中操作の不適切さが一因となっている可能性がある.後出血や感染性痔瘻は, 適切な剥離層に入らず筋層に損傷を及ぼしたことで,血管や感染経路への露出が生じた可能性が考えられた. また, 狭窄に関しては, 肛門上皮の切除が過剰であったり, 複数の痔核の根部が同一高さで縫縮されることで, 輪状狭窄を引き起こしたと考えられる. これらの所見から, 合併症の予防には, 正確な解剖学的知識と丁寧な剥離・切除操作が重要であることが示唆された.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 6

[R4] 要望演題 4 直腸脱の低侵襲手術

座長：國場 幸均(松島病院大腸肛門病センター), 岡本 亮(医療法人信和会明和病院)

[R4-1]

当科における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸後方メッシュ固定術の成績

藤井 敏之, 硲 彰一, 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)

[R4-2]

直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の短期・中期成績

大島 隆一[1], 國場 幸均[2], 宮島 伸宜[2], 松島 小百合[2], 紅谷 鮎美[2], 佐井 佳世[2], 米本 昇平[2], 酒井 悠[2], 鈴木 佳透[2], 小菅 経子[2], 松村 奈緒美[2], 河野 洋一[2], 宋 江楓[2], 下島 裕寛[2], 岡本 康介[2], 黒水 丈次[2], 松島 誠[2], 四万村 司[1], 民上 真也[3] (1.川崎市立多摩病院消化器・一般外科, 2.松島病院大腸肛門病センター肛門科, 3.聖マリアンナ医科大学病院消化器・一般外科)

[R4-3]

腹腔鏡下直腸前方固定術+仙骨膣固定術(LVR＋LSC)の手術成績

鈴木 優之[1,2], 浜畑 幸弘[1], 鈴木 綾[1], 赤木 一成[1] (1.辻仲病院柏の葉大腸肛門科, 2.前田病院)

[R4-4]

直腸脱に対する腹腔鏡下直腸つり上げ固定手術の低侵襲化の工夫と治療成績

梅谷 直亨, 田村 徳康, 寺西 宣央, 代永 和秀, 箱﨑 智樹, 園田 寛道 (河北総合病院消化器一般外科)

[R4-5]

骨盤臓器脱を合併する直腸脱への当院の治療戦略

松木 豪志[1], 岡本 亮[1], 一瀬 規子[1], 古出 隆大[2], 中島 隆善[2], 仲本 嘉彦[2], 柳 秀憲[2] (1.明和病院骨盤底臓器脱センター, 2.明和病院外科)

[R4-6]

Laparoscopic Ventral Rectopexy 術後の骨盤底の変化-経会陰超音波による検討

加藤 健宏, 高橋 知子, 草薙 洋, 宮崎 彰成, 本城 弘貴, 青木 沙弥佳 (亀田総合病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 6

[R4] 要望演題 4 直腸脱の低侵襲手術

座長：國場 幸均(松島病院大腸肛門病センター), 岡本 亮(医療法人信和会明和病院)

[R4-1] 当科における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸後方メッシュ固定術の成績

藤井 敏之, 硲 彰一, 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)

【緒言】直腸脱は、脱出に伴う諸症状によりQOLが損なわれるが、手術により改善する。特に腹腔鏡下直腸脱手術は侵襲が軽度であり、経肛門手術に比べて症状の改善度や根治性にも優れていると考えており、当科では2016年9月より腹腔鏡下直腸後方メッシュ固定法を、腸管脱出長によらず全身麻酔が可能であれば第一選択にしている。今回、後方視的に手術成績を検討した。
【方法】2016年9月から、2025年4月までに腹腔鏡下直腸固定術を施行した85例のうち、子宮同時つり上げを行った4例を除外した81例について、年齢、性別、開腹歴の有無、手術時間、術中出血量、術後合併症、再発の有無、術前術後の緩下剤使用量の変化について調査した。
【結果】年齢中央値は82歳で、90歳以上の超高齢者が17例（21%）を占めていた。男女比は5|76で、約94%が女性であった。43例（53%）が何らかの開腹手術歴を有しており、手術時間と出血量の中央値は、それぞれ2時間39分と10mlで、開腹歴有群は2時間33分と10ml、開腹歴無群2時間39分と8.5mlであった。術後の合併症は、導入当初の1例に機械性イレウスを認め、直腸吊り上げに使用した有棘糸断端に起因しており、その後糸の断端が突出しないようにしている。また、1例に術後6か月目の再発を認め、再度腹腔鏡下手術を行ったが、吊り上げ箇所は脱落しておらず、骨盤支持組織が過度に伸展したことが再発原因と思われた。元のメッシュに新たなメッシュを縫着し、直腸前壁腹膜翻転部を吊り上げ、脱出は改善され再発を認めていない。便秘については、術後約半数の症例で緩下剤の処方が増えていたが、緩下剤の調整でコントロール可能であった。
【考察】腹腔鏡下直腸後方メッシュ固定術は、術中出血量や術後の合併症も少なく安全に施行可能であり、再発も少なかった。術後便秘に対する服薬に配慮する必要はあるが、全身麻酔が可能であれば高齢者でも推奨できる手術法である。
【結語】腹腔鏡下直腸後方メッシュ固定術は、術後便秘症状に注意する必要はあるが、再発率も低く有用な術式である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 6

[R4] 要望演題 4 直腸脱の低侵襲手術

座長：國場 幸均(松島病院大腸肛門病センター), 岡本 亮(医療法人信和会明和病院)

[R4-2] 直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の短期・中期成績

大島 隆一[1], 國場 幸均[2], 宮島 伸宜[2], 松島 小百合[2], 紅谷 鮎美[2], 佐井 佳世[2], 米本 昇平[2], 酒井 悠[2], 鈴木 佳透[2], 小菅 経子[2], 松村 奈緒美[2], 河野 洋一[2], 宋 江楓[2], 下島 裕寛[2], 岡本 康介[2], 黒水 丈次[2], 松島 誠[2], 四万村 司[1], 民上 真也[3] (1.川崎市立多摩病院消化器・一般外科, 2.松島病院大腸肛門病センター肛門科, 3.聖マリアンナ医科大学病院消化器・一般外科)

【背景】当院では2023年12月より腹腔鏡下直腸固定術を導入した。【目的】当院における腹腔鏡下直腸固定術の短期および中期成績を検討することを目的とした。特に術前後の肛門内圧機能検査から見た直腸機能の改善度に焦点を当てて検証した。【対象と方法】2023年12月から2024年12月の間に腹腔鏡下直腸固定術を施行した60例を対象とし手術成績について後方視的に検討した。肛門内圧検査は術前および術後3ヶ月に全例施行し、最大静止圧（MRP）と最大随意収縮圧（MSP）で評価を行った。【手術適応】術前に排便造影検査を行い、仙骨前面の固定が不良な直腸脱、直腸重積の症例を対象とし、全身麻酔が可能な症例を適応とした。【手術手技】腹腔鏡下に直腸の授動を全周性に肛門挙筋レベルまで行った後に直腸を吊り上げ仙骨前面に固定する。側方靭帯は基本的に温存している。直腸の固定は左右の腸間膜を仙骨前面に直接タッキングで行い、腹膜修復を行う。【結果】年齢の中央値は73.5歳（27-86）、男性8例、女性52例。直腸脱症例が43例、直腸重積例が17例。病脳期間の中央値は12ヶ月。脱出腸管長は4cm。手術時間の中央値は193.5分、出血量は9ml、術後合併症は後腹膜血腫の1例のみであり重篤な合併症は認めていない。術後の在院日数は８日。現在まで再発は１例も認めていない。直腸脱症例と重積例のMRP値はそれぞれ26.0±14.5mmHgと43.4±25.8mmHgであり直腸脱症例で有意に低値であった。また、直腸脱症例において術前後のMRP値は＋6.73mmHgであり、上昇率は1.43倍に改善を認めた。その改善具合が病脳期間や脱出腸管長によって左右されるかを検証したが、病脳期間が12ヶ月前後、脱出腸管長が5cm前後で比較検討を行ったが、いずれも差は認めなかった。【考察】術後観察期間の中央値が8ヶ月とまだ短期間ではあるものの、再発例は1例も認めておらず、重篤な合併症も認めていないことから良好な成績と考えられた。肛門内圧に関しては、直腸脱症例に関して術後に改善を認めており、術前の病脳期間や脱出腸管長に左右されることなく改善が期待できると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 6

[R4] 要望演題 4 直腸脱の低侵襲手術

座長：國場 幸均(松島病院大腸肛門病センター), 岡本 亮(医療法人信和会明和病院)

[R4-3] 腹腔鏡下直腸前方固定術+仙骨膣固定術(LVR＋LSC)の手術成績

鈴木 優之[1,2], 浜畑 幸弘[1], 鈴木 綾[1], 赤木 一成[1] (1.辻仲病院柏の葉大腸肛門科, 2.前田病院)

【背景】直腸脱は高齢者に多い疾患であり，術式選択には患者因子，病態を考慮することが望まれる．直腸脱に対する経腹手術は，経肛門手術と比較し再発率が低いため，全身麻酔可能症例であれば，我々は経腹手術である腹腔鏡下直腸前方固定術(Laparoscopic Ventral Rectopexy: LVR)を第一選択としている．また直腸脱症例の約30%は他の骨盤臓器脱(POP)を合併するとされており，腹腔鏡下仙骨膣固定術(Laparoscopic Sacrocolpopexy: LSC)を同時施行することも多い．同じ術野で一期的治療が可能である点も経腹手術のメリットといえる．
【目的】LVRとLSCを一期的に施行した症例の手術成績を検討すること．
【方法】2020年1月から2024年5月の期間に，他のPOP合併直腸脱に対しLVR＋LSCを施行した27例の患者背景，手術成績を検討した．また直腸脱再発例の手術経験から考察した手技の工夫についても検討した．
【結果】対象は27例(初発19例，再発9例)．年齢と脱出腸管長はそれぞれ中央値で80歳，4.8cm．子宮付属器合併切除を同時施行した症例は18例であった．手術時間の中央値は183分，Clavien-Dindo分類 Grade II以上の術後合併症はなく，メッシュ関連合併症も認めなかった．術後在院日数，術後経過観察期間はそれぞれ中央値で4日，22か月であった．直腸脱の再発は3例(11.1%)に認めたが，他のPOPの再発はなかった．再発までの期間の中央値は9か月であった．再発例の3例はいずれもメッシュ固定が不十分であり，固定方法を改良した後は再発例を経験していない．
【結論】LVR+LSCの直腸脱についての手術成績を検討した．他のPOP合併直腸脱にも安全に一期的根治術が可能であった．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 6

[R4] 要望演題 4 直腸脱の低侵襲手術

座長：國場 幸均(松島病院大腸肛門病センター), 岡本 亮(医療法人信和会明和病院)

[R4-4] 直腸脱に対する腹腔鏡下直腸つり上げ固定手術の低侵襲化の工夫と治療成績

梅谷 直亨, 田村 徳康, 寺西 宣央, 代永 和秀, 箱﨑 智樹, 園田 寛道 (河北総合病院消化器一般外科)

直腸脱の標準治療は腹腔鏡下直腸つり上げ固定手術であるが、高齢者に多い疾患であるため、より低侵襲であることが望ましい。我々は低侵襲化のための様々な工夫を行っている。
【手術手技】
　臍部のカメラポート (12mm) 以外はすべて5mmの細径ポートを使用する。術者のワーキングポートも細径にすることで術後疼痛を軽減できる。さらに、気腹圧を8mmHgと低く設定し皮下気腫を抑制し呼吸状態悪化リスクを回避している。腹壁が薄い症例が多いので視野は確保可能である。呼吸状態が悪い症例で4mmHgの超低圧+腹壁つり上げの経験もある。
　手術台頭低位は15度までとし、視野確保困難であればエンドラクターを使用する。
　手技の定型化により手術時間を短縮する。3本の針糸にて腸管の引き上げ、メッシュ固定および腹膜閉鎖までを行っている。
　側方靱帯を温存し術後便秘を回避し、S状結腸切除は併用せず縫合不全リスクを排除する。
　再発再手術は大きな侵襲であると考え、全例にメッシュを使用し再発率を抑制している。メッシュは間膜背側経由で留置し、感染や露出などトラブルなし。
【術前検査の負担軽減】
　高齢者では通院も負担になるので、初診日に術前検査を実施し来院回数を削減する。術式選択には単純なアルゴリズムを採用し、排便造影や肛門機能検査は施行しない。
【症例】
　2014～2025/3 の腹腔鏡下直腸つり上げ固定手術症例 296例 (男28, 女268)。うち90歳以上は69例 (男1, 女68)、ASA PS3 59例 (20%)。手術断念は非代償性肝硬変と膵癌末期、腎不全急性増悪の3例のみ。
【治療成績】
　術前受診回数1回、術後歩行・食事開始POD1、退院POD4、入院期間6日間、手術時間 140分 (2024年以降: 116分)、出血3.5mL (すべて中央値)。一過性譫妄以外の術後合併症0.7% (IIIb 1例: 癒着性腸閉塞、Ⅳ 1例: 退院後NOMI 93歳)。再発率≈2%。
【結語】
　手術手技と周術期管理の最適化により手術の低侵襲化を実現した。高齢者においても安全に施行可能である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 6

[R4] 要望演題 4 直腸脱の低侵襲手術

座長：國場 幸均(松島病院大腸肛門病センター), 岡本 亮(医療法人信和会明和病院)

[R4-5] 骨盤臓器脱を合併する直腸脱への当院の治療戦略

松木 豪志[1], 岡本 亮[1], 一瀬 規子[1], 古出 隆大[2], 中島 隆善[2], 仲本 嘉彦[2], 柳 秀憲[2] (1.明和病院骨盤底臓器脱センター, 2.明和病院外科)

【はじめに】骨盤底臓器脱センターへ腸管の脱出に伴う症状を主訴として来院される方の中には骨盤臓器脱（POP）の合併を一定頻度で認めtotal repairが望まれる．当院の診断・治療方針について報告する.【診断・評価】直腸脱手術症例では耐術能検査と共に,脱出の程度と直腸の固定性の診断のため排便造影検査を,他臓器脱合併の評価として動的 MRIを行う.固定性不良で5cm以上と大きく脱出する症例では耐術能が問題なければ鏡視下前方固定術LVR(Laparoscopic ventral rectopexy)を主に行い,他臓器脱合併例ではLSC(Laparoscopic sacrocolpopexy)またはRASC(Robot-assisted sacrocolpopexy)も併施しtotal repairとしている.【手術治療】2018年1月から2024年11月までに外科で実施した直腸脱・瘤・重積症手術122例のうち,35例（28.7%）に他臓器脱の合併を認めた.内訳は併存も含め膀胱瘤が最も多く21例,次いで子宮脱を14例に認めた.年齢中央値76.5歳、75歳以上の95%でFrailtyが疑われた．75歳以上では全例に入院時から嚥下も含めたリハビリを行い平均6日間の在院中のADL低下予防に努めている.手術は32例でLSC＋LVRまたはRASC＋LVRの術式選択しtotal repairとした.手術は複数科合同を基本とし,尿管・膀胱損傷など他臓器損傷の危険性が高くなる骨盤底術後症例では術中所見で経腹から経会陰アプローチへ等の術式変更・追加も行っている.観察期間中央値35.8ヶ月の成績で再発症例は直腸脱のみを経会陰手術で治療した1例に認め,LSC+LVRにて再手術を行い以後再発は認めていない.【術後経過観察】術後及び保存的加療症例ではバイオフィードバック療法外来にて骨盤底筋群体操を継続する.3-6か月のパスで運用しており,術後ルーチン化した2022年以降では再発は認めていない.骨盤底機能は骨盤底困窮度質問票スコア(300点満点)で術前/術後1/3/6/12ヶ月を評価し,術後著明に改善した.【まとめ】POP は多彩な症状をもち,個別の身体・精神状況に応じた対応が必要となる.コメディカルも含めた多様性のあるチームによる個別化治療戦略が安全性と根治性の担保の為にも望ましいと考える.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 6

[R4] 要望演題 4 直腸脱の低侵襲手術

座長：國場 幸均(松島病院大腸肛門病センター), 岡本 亮(医療法人信和会明和病院)

[R4-6] Laparoscopic Ventral Rectopexy 術後の骨盤底の変化-経会陰超音波による検討

加藤 健宏, 高橋 知子, 草薙 洋, 宮崎 彰成, 本城 弘貴, 青木 沙弥佳 (亀田総合病院)

【背景】
経会陰超音波検査(transperineal ultrasound: TPUS)は、骨盤臓器脱および腹圧性尿失禁 (stress urinary incontinence: SUI) でその有用性が報告されているが、直腸脱症例を対象とした報告は認めない。本研究では、直腸脱および重積症に対しlaparoscopic ventral rectopexy (LVR)を施行した症例を対象とし、術前、術後のTPUS所見を検討した。
【目的】LVRによる骨盤底変化を、TPUSで評価し報告する。
【対象と方法】
2015年4月から2018年12月にLVRを施行し、術前および術後6か月にTPUSを行った症例を対象とし、TPUSで膀胱頸部-恥骨間距離(bladder-symphysis distance: BSD)、後部膀胱尿道角(retro-vesical angle: RVA)を、安静時、努責時、およびその変化量を検討した。LVRはD'Hooreらの報告に準じて、メッシュを直腸前壁および後腟壁に固定した。
【結果】
対象症例は63例で、中央値年齢78歳、BMI 22.1kg/m2、術前SUIは73.0%の症例に認めた。安静時BSDは、術前と比較してLVR術後有意に減少し(術前 19.3±4.4 mm → 術後 18.4±4.5 mm, p=0.049）、BSDの変化量(努責時と安静時の差)も術後有意に減少した(11.4±6.5 mm → 9.2±4.5 mm, p=0.031)。RVAは術後有意な変化を認めなかった。
【結論】
腟後壁固定を併施したLVRにより、わずかではあるが安静時BSDおよびBSD変化量が有意に低下することが示された。BSD変化量の増大が SUI のリスク因子とされていることから、本術式は SUI の改善に寄与する可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 6

[R5] 要望演題 5 閉塞性大腸癌の治療1

座長：斉田 芳久(東邦大学医療センター大橋病院外科), 藤井 正一(湘南鎌倉総合病院外科)

[R5-1]

閉塞性大腸癌に対する周術期アプローチの変遷と治療成績改善に関する検討

日吉 雅也, 鈴木 真美, 深井 隆弘, 長谷川 由衣, 寺井 恵美, 木谷 嘉孝, 浦辺 雅之, 森園 剛樹, 渡辺 俊之, 橋口 陽二郎 (大森赤十字病院外科)

[R5-2]

当院での閉塞性結腸癌に対するＳＥＭＳ留置の短期的および長期的成績

多加喜 航, 松本 辰也, 藤木 博, 小泉 範明 (明石市立市民病院外科)

[R5-3]

内視鏡通過不能右側結腸癌における術前SEMS留置の有用性と短期・中期成績に関する検討

北村 洋[1], 辻仲 眞康[1], 三浦 智也[1], 初沢 悠人[1], 山家 研一郎[2], 澤田 健太郎[1], 桜井 博仁[2], 三田村 篤[1], 日景 允[1], 高見 一弘[2], 近藤 典子[2], 山本 久仁治[2], 中野 徹[1], 片寄 友[2], 柴田 近[1] (1.東北医科薬科大学病院消化器外科, 2.東北医科薬科大学病院肝胆膵外科)

[R5-4]

閉塞性大腸癌に対する術前ステント留置（Bridge to Surgery：BTS）症例の術後合併症発生リスク因子の検討

矢那瀬 拓哉[1], 吉敷 智和[1], 麻生 喜祥[1], 飯岡 愛子[1], 若松 喬[1], 本多 五奉[1], 片岡 功[2], 礒部 聡史[1], 代田 利弥[1], 中山 快貴[1], 後藤 充希[1], 須並 英二[1] (1.杏林大学医学部付属病院下部消化管外科, 2.杏林大学医学部付属杉並病院消化器・一般外科)

[R5-5]

閉塞性大腸癌に対するBridge to Surgery（BTS）の長期成績と再発様式の検討

久戸瀬 洋三, 河本 知樹, 廣部 雅臣, 真鍋 裕宇, 福田 雄介, 大竹 弘泰, 實近 侑亮, 加藤 弘記, 細田 洋平, 金 浩敏, 土屋 康紀, 西 敏夫, 小川 淳宏, 森 琢児, 丹羽 英記, 小川 稔 (多根総合病院外科)

[R5-6]

大腸癌化学療法中のステント治療は安全性か？

花畑 憲洋[1], 五十嵐 昌平[1,2], 高 昌良[1,2], 前田 高人[1,2], 福徳 友香理[1,2], 菊池 諒一[1,2], 島谷 孝司[1,2], 沼尾 宏[1], 村田 暁彦[3], 棟方 正樹[1] (1.青森県立中央病院消化器内科, 2.弘前大学大学院医学研究科消化器血液内科学講座, 3.青森県立中央病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 6

[R5] 要望演題 5 閉塞性大腸癌の治療1

座長：斉田 芳久(東邦大学医療センター大橋病院外科), 藤井 正一(湘南鎌倉総合病院外科)

[R5-1] 閉塞性大腸癌に対する周術期アプローチの変遷と治療成績改善に関する検討

日吉 雅也, 鈴木 真美, 深井 隆弘, 長谷川 由衣, 寺井 恵美, 木谷 嘉孝, 浦辺 雅之, 森園 剛樹, 渡辺 俊之, 橋口 陽二郎 (大森赤十字病院外科)

【目的】閉塞性大腸癌治療の周術期戦略の最適化と成績向上を目指し、当院における年代別治療成績推移と術前減圧療法・術後療法の実施状況について検討した。【対象と方法】2018年1月-2025年3月に当科で外科手術を施行した閉塞性大腸癌86例を対象とした。検討1：2023年以前（前期:61例）、2024年以後（後期:25例）に分類し比較。検討2：絶食以外の術前減圧療法または緊急手術を要した62例（術前減圧群:32例、緊急手術群:30例）を比較。統計学的有意水準はp<0.05とした。【結果】**検討1**：後期群で初回手術での癌切除率は52.5%から84.0%に上昇（p=0.007）、低侵襲手術率は6.6%から68.0%に上昇（p<0.001）、人工肛門作成率は59.0%から36.0%に減少（p=0.044）した。手術時間は132.1分から262.3分に延長（p<0.001）したが、出血量は198.0mlから54.5mlに減少（p=0.001）した。術前減圧療法の施行率は前期29.5%（18/61例）、後期56.0%（14/25例）と、後期で有意に上昇した（p=0.028）。術前減圧療法施行群におけるステント治療の実施率は前期27.8%（5/18例）、後期100%（14/14例）と、後期で有意に上昇した（p<0.001）。術後在院日数は、前期22.8日から後期15.4日と短縮した（p=0.031）。**検討2**：術前減圧群の内訳は、ステント19例、経肛門イレウス管4例、経鼻イレウス管9例であった。術前減圧群で初回癌切除率96.9%（緊急手術群20.0%、p<0.001）、低侵襲手術率50.0%（0.0%、p<0.001）、人工肛門作成率9.4%（100.0%、p<0.001）、Clavien-Dindo分類Grade III以上の合併症率3.1%（20.0%、p=0.049）、二期的切除も含めた最終的大腸癌原発巣切除率96.9%（80.0%、p=0.050）と良好であった。術後在院日数は術前減圧群13.4日、緊急手術群28.2日で、術前減圧群の方が有意に短縮していた（p<0.001）。根治度A/Bの術後補助療法実施率および根治度Cの追加治療実施率において両群間に有意差はなかった。最終的根治度も両群間に有意差はなかった。【考察】年代別後期群での成績向上は低侵襲手術増加、術前減圧による患者状態改善によると考えられる。術前減圧療法の取り組みとステント使用の増加が、治療成績の向上に寄与した可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 6

[R5] 要望演題 5 閉塞性大腸癌の治療1

座長：斉田 芳久(東邦大学医療センター大橋病院外科), 藤井 正一(湘南鎌倉総合病院外科)

[R5-2] 当院での閉塞性結腸癌に対するＳＥＭＳ留置の短期的および長期的成績

多加喜 航, 松本 辰也, 藤木 博, 小泉 範明 (明石市立市民病院外科)

【背景】閉塞性大腸癌に対するbridge to surgery(BTS)を行う上で自己拡張型金属ステント(self-expanding metallic stent; SEMS)留置は有効な方法ではあるが，長期予後に与える影響に関しては依然議論の余地がある．本研究では閉塞性結腸癌に対するSEMS留置による短期的な安全性の検討と長期予後に与える影響に関して検討・解析した．
【方法】2016年から2022年に明石市立市民病院で根治切除術を行ったpStage IIおよびIII結腸癌症例251例を対象に後方視的に解析した．SEMS留置症例(SEMS(+))と留置していない症例(SEMS(-))に対するその臨床病理学的因子や術後短期成績に関して検討した．また，それぞれpStage IIおよびStage III症例での長期予後に関して検討・解析した．
【結果】閉塞性結腸癌症例が68症例あり，BTSのためにSEMS留置された症例が63症例あった．手術短期成績に関してSEMS(+)63症例とSEMS(-)188症例の比較検討ではSEMS(+)群で手術時間(207min vs 183min, p<0.01)が有意に長く，出血量(148g vs 107g, p<0.01)も有意に多かったが手術アプローチ法，術後合併症率や術後在院日数に差はなく、手術は侵襲的とはなるが安全に施行できている結果となった．pStage II症例(n=130)の予後解析ではSEMS(+)群(n=25)で有意にRFSが不良(69.4% vs 86.4%, p=0.02)であったが，OSに有意差はなく，多変量解析でもSEMS（+）は独立した予後不良因子とはならなかった．臨床病理学的因子との多変量解析ではSEMS(+)群では有意に浸潤型の肉眼型(p<0.01)であり，リンパ管浸潤陽性であった(p=0.02)．pStage III症例(n=121)ではSEMS(+)群(n=38)でRFS(60.8% vs 75.8%, p=0.07)およびOS(62.7% vs 77.1%, p=0.15)がともに不良傾向であったが有意差はなかった．
【結語】閉塞性結腸癌に対してSEMS留置後症例ではやや侵襲的な手術にはなるが，短期成績は良好であり，BTSとしては安全で有効な手段である．しかし，長期予後はSEMS留置により不良となる傾向があり，術前のSEMS留置適応に関しては慎重な判断が必要となる．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 6

[R5] 要望演題 5 閉塞性大腸癌の治療1

座長：斉田 芳久(東邦大学医療センター大橋病院外科), 藤井 正一(湘南鎌倉総合病院外科)

[R5-3] 内視鏡通過不能右側結腸癌における術前SEMS留置の有用性と短期・中期成績に関する検討

北村 洋[1], 辻仲 眞康[1], 三浦 智也[1], 初沢 悠人[1], 山家 研一郎[2], 澤田 健太郎[1], 桜井 博仁[2], 三田村 篤[1], 日景 允[1], 高見 一弘[2], 近藤 典子[2], 山本 久仁治[2], 中野 徹[1], 片寄 友[2], 柴田 近[1] (1.東北医科薬科大学病院消化器外科, 2.東北医科薬科大学病院肝胆膵外科)

【目的】閉塞性大腸癌に対する術前減圧処置として、Self-expandable metallic stent (SEMS)留置が普及しているが、右側結腸での有用性は十分に検討されていない。そこで、内視鏡通過不能な右側結腸癌に対する術前SEMS留置の短期・中期成績を分析し、その有効性と安全性を明らかにすることを目的とした。
【対象と方法】2019年4月から2023年3月に当院で原発巣切除を行った内視鏡通過不能右側結腸癌を対象とした。SEMS留置群(A群)と非SEMS群(B群)に分類し、患者背景、病理学的因子、手術関連因子、無再発生存期間、全生存期間について比較検討した。
【結果】対象症例は46例あり、A群18例、B群28例であった。患者背景では、年齢 (A群/B群: 中央値80/75.5歳, p=0.30)、性別(男性: 61.1/60.7%, p=1.0)、ASA３以上(5.6/17.9%, p=0.38)において有意差はなかった。病理学的因子では、T4頻度(A群/B群:55.6/50.0%, p=0.769)、リンパ節転移陽性率(72.2/82.1%, p=0.48)に有意差はなかった。Stage別においても、A群（StageⅡ/Ⅲ: 72.2%, StageⅣ: 27.8%）とB群（StageⅡ/Ⅲ: 57.1%, StageⅣ: 42.9%）の間に有意差はなかった（p=0.361）。手術関連因子では、手術時間(中央値:255/208.5分, p=0.51)、術中出血量(中央値:12/60ml, p=0.12)、腹腔鏡手術の割合(66.7/60.7%, p=0.18)、CD分類GradeⅢ以上の術後合併症率(0/7.1%, p=0.51)、術後在院日数(中央値:12/13日, p=0.35)のいずれの項目においても両群間で有意差はなかった。予後について、3年全生存率(72.6/57.1%, p=0.38)、StageⅡ/Ⅲ症例における3年無再発生存率(82.1/62.8%, p=0.23)ともに両群間に有意差はなかった。
【結論】内視鏡通過不能な右側結腸癌に対するSEMS留置による術前減圧は、周術期の合併症を増加させず安全性は示されたものの、治療成績に関する効果は限定的である可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 6

[R5] 要望演題 5 閉塞性大腸癌の治療1

座長：斉田 芳久(東邦大学医療センター大橋病院外科), 藤井 正一(湘南鎌倉総合病院外科)

[R5-4] 閉塞性大腸癌に対する術前ステント留置（Bridge to Surgery：BTS）症例の術後合併症発生リスク因子の検討

矢那瀬 拓哉[1], 吉敷 智和[1], 麻生 喜祥[1], 飯岡 愛子[1], 若松 喬[1], 本多 五奉[1], 片岡 功[2], 礒部 聡史[1], 代田 利弥[1], 中山 快貴[1], 後藤 充希[1], 須並 英二[1] (1.杏林大学医学部付属病院下部消化管外科, 2.杏林大学医学部付属杉並病院消化器・一般外科)

【背景】閉塞性大腸癌における術前大腸ステント留置術は, Bridge to Surgery（BTS）として普及しており, 緊急での人工肛門造設を回避可能な治療選択肢として注目されている. 一方で, 縫合不全などの術後合併症のリスク因子となる可能性も指摘されている. 【目的】BTS症例における術後合併症発生のリスク因子を抽出し, 対策を検討する. 【対象】2018年11月から2025年3月までに, 当院で閉塞性大腸癌に対してBTS目的に大腸ステントを留置した71例を対象とした. 【方法】評価項目として, 患者因子（性別, 年齢）, 臨床病理学的因子（腫瘍部位, 腫瘍径, 病期）, 術前生化学データ（TP, Alb, CRP, 総リンパ球数）, 栄養スコア（PNI）, 予後スコア（mGPS）を用いて, Clavien-Dindo分類Grade II以上の術後合併症のリスク因子を後ろ向きに検討した. 【結果】対象は71例, 年齢71歳(中央値:30～92）, 男性35例（49%）であった. 腫瘍部位は右側結腸11例, 左側結腸35例, 直腸25例であった. ステント留置期間は26日（中央値:5～173日）, 術後入院期間は14日（中央値:8～68日）であった.ステント留置に関連する合併症は11例（15%）に発生し, 一部に経口摂取制限を要した症例もみられた. 術後合併症（CD分類Grade II以上）は13例（18%）であり, 内訳は縫合不全3例, 腸閉塞2例, 腹腔内膿瘍2例, 術後出血1例, 尿路感染症3例, 腸炎2例であった. 人工肛門を造設していない61症例において, ステント留置前後のデータを用いてリスク因子を検討した結果, 多変量解析にてステント留置関連合併症の有無およびmGPS（1点以上）が術後合併症の有意なリスク因子であった（P＜0.001）. さらに, ステント留置翌日の炎症反応の上昇が, 術後合併症発生と有意に関連していた（P＜0.001）. 【結論】ステント留置による合併症および術前mGPSの改善不良は, 術後合併症のリスク因子であった. BTSにより経口摂取が可能となり, 栄養状態や閉塞性腸炎の改善が期待されるが, 一方でその効果が限定的な症例も存在した. ステント留置に関連した合併症のある症例や, mGPSが改善しない症例では, 術式選択や手術時期の選択に慎重な検討が必要であると考えられた.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 6

[R5] 要望演題 5 閉塞性大腸癌の治療1

座長：斉田 芳久(東邦大学医療センター大橋病院外科), 藤井 正一(湘南鎌倉総合病院外科)

[R5-5] 閉塞性大腸癌に対するBridge to Surgery（BTS）の長期成績と再発様式の検討

久戸瀬 洋三, 河本 知樹, 廣部 雅臣, 真鍋 裕宇, 福田 雄介, 大竹 弘泰, 實近 侑亮, 加藤 弘記, 細田 洋平, 金 浩敏, 土屋 康紀, 西 敏夫, 小川 淳宏, 森 琢児, 丹羽 英記, 小川 稔 (多根総合病院外科)

【背景】閉塞性大腸癌に対する自己拡張型金属ステント（SEMS）留置後の待機手術（Bridge to Surgery：BTS）は、周術期リスク軽減および治療成績向上を目的に広く普及している。しかし、本邦における長期成績、とりわけ再発パターンに関する報告は依然として限られている。【目的】当院における閉塞性大腸癌患者に対するBTSの治療成績を検討する。【方法】2014年1月～2022年4月にBTSを施行した閉塞性大腸癌患者85例を対象とした。3年無再発生存率（RFS）および3年全生存率（OS）を算出し、病期別に比較検討し、再発パターンについても比較検討した。【結果】観察期間中央値は36.6ヶ月であった。年齢中央値は72歳、男性50例（58.8%）、女性35例（41.2%）であった。腫瘍占居部位は右側結腸22例（25.9%）、左側結腸63例（74.1%）であった。全体の3年RFSは86.5%、3年OSは73.4%であった。Stage IIでの3年RFS/OSは85.5%/76.2%、Stage IIIでは83.2%/66.5%であった。再発は31/85例（36.5%）に認められ、Stage IIでは10/40例(25%)、Stage IIIでは24/45例(53%)であった。そのうち重複を含めて肝転移11例（13%）、肺転移11例（13%）、腹膜播種17例（20%）が確認され、腹膜播種が最も多かった。【結語】閉塞性大腸癌に対するBTSの長期成績は概ね良好であり、根治的切除後の予後も一定の成果を示した一方で、再発症例では腹膜播種の頻度が高く、腹膜播種の制御を考慮した術後補助療法や集学的治療の導入が求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 6

[R5] 要望演題 5 閉塞性大腸癌の治療1

座長：斉田 芳久(東邦大学医療センター大橋病院外科), 藤井 正一(湘南鎌倉総合病院外科)

[R5-6] 大腸癌化学療法中のステント治療は安全性か？

花畑 憲洋[1], 五十嵐 昌平[1,2], 高 昌良[1,2], 前田 高人[1,2], 福徳 友香理[1,2], 菊池 諒一[1,2], 島谷 孝司[1,2], 沼尾 宏[1], 村田 暁彦[3], 棟方 正樹[1] (1.青森県立中央病院消化器内科, 2.弘前大学大学院医学研究科消化器血液内科学講座, 3.青森県立中央病院外科)

【目的】大腸がん治療ガイドラインでは薬物療法の適応とならない患者における緩和目的と術前減圧目的については弱く推奨すると触れられているが化学療法中の患者に対する記載はない。一方、ESGEのガイドラインでは血管新生阻害薬使用中の大腸ステント留置は推奨しないとされている。一般臨床では化学療法施行中に発生した狭窄に対して緊急手術を行うかステント治療を行うか悩むことがある。化学療法中に施行された大腸ステントの安全性について明らかにする。【方法】2012年から2025年3月までに大腸癌化学療法施行中に発生した原発巣の閉塞に対して大腸ステントを留置した症例について患者背景、化学療法、偶発症について検討した。【結果】対象症例は35例、男女比25:10、年齢67.6±8.1歳、PS(0、1/2～4)は31/4、閉塞部位(左側/右側)は24/11、cStage(III/IV)は5/30だった。化学療法開始からステントまでの期間は平均363日、ステント施行時に行われていた化学療法はTriplet 7例、doublet 22例、単剤 6例、分子標的薬はBevacizumab 8例、Panitumumab 7例、Cetuximab1例に併用され、治療効果（PD/SD/PR）は8/22/5だった。ステントによる偶発症は穿孔3例（8.6%）、閉塞7例（20.0%）、逸脱6例（17.1%）、敗血症性ショックを1例(3%)に認めた。穿孔例と敗血症は全例緊急手術、閉塞例は１例を除き再ステント、逸脱は経過観察となった。ステント後の治療は手術7例、化学療法継続24例、BSC4例だった。【考察】緩和目的の大腸ステント留置における全偶発症は22～33%であり穿孔は０～5%程度とされる。今回の検討では穿孔は8.6%と多く、比較的早期に見られ、治療効果は3例ともSDだった。ステント前に施行していた化学療法治療効果が影響していた可能性がある。【結語】化学療法中の大腸ステント留置は穿孔を増加させる可能性があり十分に注意する必要があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 6

[R6] 要望演題 6 閉塞性大腸癌の治療2

座長：宮倉 安幸(栃木県立がんセンター大腸骨盤外科、がん予防・遺伝カウンセリング科), 落合 大樹(帝京大学医学部外科学講座)

[R6-1]

閉塞性大腸癌に対する治療戦略

島田 麻里, 綿貫 誠也, 吉川 琢馬, 高橋 環, 吉川 侑吾, 大江 準也, 片野 薫, 岩城 吉孝, 美並 輝也, 金本 斐子, 奥田 俊之, 前田 一也, 宮永 太門, 二宮 致, 道傳 研司 (福井県立病院外科)

[R6-2]

閉塞性大腸癌に対する当院での治療戦略と課題

腰野 蔵人, 前田 文, 谷 公孝, 番場 嘉子, 金子 由香, 二木 了, 小川 真平, 山口 茂樹 (東京女子医科大学病院消化器・一般外科)

[R6-3]

閉塞性大腸癌の予後因子の検討

古屋 一茂, 渡邊 英樹 (山梨県立中央病院消化器外科)

[R6-4]

StageIV閉塞性大腸癌の減圧における治療戦略

藤田 悠司, 小川 聡一朗, 栗生 宜明, 大辻 英吾 (京都第一赤十字病院消化器外科)

[R6-5]

StageIV閉塞性大腸癌の治療方針と成績

笠島 浩行, 下國 達志, 三國 夢人 (市立函館病院消化器外科)

[R6-6]

切除不能遠隔転移を有する閉塞性大腸癌の治療方針の検討

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 6

[R6] 要望演題 6 閉塞性大腸癌の治療2

座長：宮倉 安幸(栃木県立がんセンター大腸骨盤外科、がん予防・遺伝カウンセリング科), 落合 大樹(帝京大学医学部外科学講座)

[R6-1] 閉塞性大腸癌に対する治療戦略

島田 麻里, 綿貫 誠也, 吉川 琢馬, 高橋 環, 吉川 侑吾, 大江 準也, 片野 薫, 岩城 吉孝, 美並 輝也, 金本 斐子, 奥田 俊之, 前田 一也, 宮永 太門, 二宮 致, 道傳 研司 (福井県立病院外科)

【背景】閉塞性大腸癌症例に対する減圧方法は従来のイレウス管・人工肛門造設に加え，大腸ステントが保険適応となりBridge to surgery（BTS）の症例が増えている．当院での閉塞性大腸癌症例について検討し報告する．
【対象と方法】2023年1月～2025年4月に診断された閉塞性大腸癌74例を対象とした．19例はBSCを選択し，緊急減圧処置後に治療を行った55例について臨床病理学的所見や短期成績について検討した．当院では緊急減圧処置の第一選択は大腸ステントで，ステント留置困難な腫瘍局在や前治療適応の症例ではイレウス管もしくは人工肛門造設を施行している．
【結果】男性35例，女性20例，年齢75（31-92）歳．減圧処置は大腸ステント35例，イレウス管4例，絶食14例，緊急人工肛門2例施行した．腫瘍局在はC/A/T/D/S/Rs/Ra/Rb＝6/12/9/5/11/8/3/1例，cStage2/3/4=13/24/18例であった．初診日から手術までの日数は25（0-101）日で原発切除を48例，人工肛門造設を7例に施行した．ステント留置後の手術待機期間に再閉塞を認めた症例が2例，ステント留置したが局所が切除不能であった症例が1例あった．腹腔鏡手術43例，ロボット手術5例，開腹手術7例であった．手術時間243（46-527）分，出血量5（0-1190）ml，Grade3以上の術後合併症は縫合不全2例，在院死は誤嚥性肺炎・心不全増悪にて2例認めた．術後在院日数は10（7-69）日であった．
【考察】閉塞性大腸癌に対して術前に減圧を行うことで緊急手術や人工肛門造設を回避できる症例が増えている．術前減圧後の手術は安全に施行されており，閉塞のない症例と比較し在院日数や合併症の増加は認めなかった．大腸ステントはBTSとして有用であるが，再閉塞や原発巣切除が困難であった症例もあり，今後の課題として，至適な手術待機期間や術前管理の検討，局所進行癌に対するステント留置の適応について内科・外科での連携が必要なことなどが挙げられる．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 6

[R6] 要望演題 6 閉塞性大腸癌の治療2

座長：宮倉 安幸(栃木県立がんセンター大腸骨盤外科、がん予防・遺伝カウンセリング科), 落合 大樹(帝京大学医学部外科学講座)

[R6-2] 閉塞性大腸癌に対する当院での治療戦略と課題

腰野 蔵人, 前田 文, 谷 公孝, 番場 嘉子, 金子 由香, 二木 了, 小川 真平, 山口 茂樹 (東京女子医科大学病院消化器・一般外科)

【緒言】閉塞性大腸癌（Obstructive colorectal cancer: OCRC）は全大腸癌の3-15%と報告されている．大腸ステントは2012年より本邦において保険収載され、現在では留置成功率約90%と非常に高い結果となっている。これに伴い腸閉塞症状を伴う大腸癌に対して術前減圧目的（Bridge to surgery: BTS）でのステント留置症例が増加傾向にある。
【目的・方法】今回われわれは，2013年4月～2024年4月までにcStage II/IIIと診断した閉塞性大腸癌症例(CROSS分類score 0-2)を大腸ステント群59例と非ステント群53例の2群に分け、合併症発生を含めた治療成績をretrospectiveに検討した．（術前化学療法施行症例は除外，P＜0.05を持って有意差ありとした．）
【結果】大腸ステント群は年齢73歳、男：女＝33:27、腫瘍局在はA/T/D/S/R :4/14/15/22/5であった。ステント挿入から手術までの期間（中央値）は32日、pStage II:40症例，pStage III: 20症例であった．緊急手術は5例(ストマ造設を含む)、Hartmann手術を含む人工肛門造設症例は７例、Clavien-Dindo分類3以上の合併症発生は4例であった。術後在院日数の中央値は10.5日、再発は14例に認めた。また、一方非ステント群は年齢70歳、男：女＝29：24、腫瘍局在C/A/T/D/S/R: 5/9/6/5/21/8であった。緊急手術は19例であり、Hartmann手術を含む人工肛門造設症例は16例であった、Clavien-Dindo分類3以上の合併症発生は9例、術後在院日数の中央値は13日，再発は13症に認めた。両群間の比較ではストマ造設率（P=0.015）、緊急手術回避率(P＜0.05)で有意な差を認めた。合併症の発生率(P=0.087)、再発率（P=0.882）に差はなかった。ただし、ステント群では緊急手術となった場合に一期的に原発巣を切除できない症例が大半であった。
【結語】閉塞性大腸癌に対する大腸ステント留置術によって緊急手術、ストマ造設を回避し、十分な減圧のもと手術が可能であるため、患者の術後QOLの向上が示唆された。しかしながらステント留置の技術的、臨床的成功が難しかった場合は、一期的手術による原発巣切除が難しくなるため、今後さらなる技術の向上が必要であると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 6

[R6] 要望演題 6 閉塞性大腸癌の治療2

座長：宮倉 安幸(栃木県立がんセンター大腸骨盤外科、がん予防・遺伝カウンセリング科), 落合 大樹(帝京大学医学部外科学講座)

[R6-3] 閉塞性大腸癌の予後因子の検討

古屋 一茂, 渡邊 英樹 (山梨県立中央病院消化器外科)

【背景】
大腸癌のうち、狭窄による閉塞性大腸癌は約3〜16%に発症し、一般に予後不良とされているが、具体的な予後因子については十分に解明されていない。
【目的】
StageII,III閉塞性大腸癌に対する根治的切除後の予後因子を明らかにすることを目的とした。
【対象】
2005年〜2022年に当院で切除術を受けた大腸癌症例のうち、粘膜内癌、多発、重複癌既往例、緊急手術例を除外し、根治的切除が行われたStageII,III症例を対象とした。
【方法】
全生存率（OS）を主要評価項目とし、閉塞性大腸癌（閉塞群）と非閉塞性大腸癌（非閉塞群）の2群に分け、臨床病理学的因子、炎症性マーカー、栄養指標等をROC曲線により算出したカットオフ値を用いて後方視的に比較検討した。さらに閉塞性群に対して多変量解析（Cox比例ハザードモデル）を行い、無再発生存率（RFS）およびOSに関する独立予後因子を検討した。生存曲線はKaplan-Meier法を用いて作成した。
【結果】
閉塞群は138例、非閉塞群は896例。閉塞群/非閉塞群の比較では、男性（55.1%/54.2%）、ASA-PS≧3（18.1%/14.0）、結腸（RSを含める）（90.6%/79.4%、p<0.01）、右側結腸（44.2%/39.2%）、pStageII（58.7%/52.1%）、術後補助化学療法（28.3%/30.8%）であった。
5年OSは閉塞群70.6% [95%CI: 61.1–78.0]、非閉塞群83.0% [95%CI: 79.1–85.1]、であり、統計学的に有意差を認めた（p<0.01）。
閉塞群における多変量解析の結果、RFSに関連する因子として「年齢≥75歳」「術前リンパ球／単球比(LMR)低値」「BMI≥25」「pT4」「pN2」が、OSに関連する因子として「年齢≥75歳」「術前LMR低値」「pN2」「ASA-PS≥3」「術前CEA>5.0 ng/ml」「リンパ節郭清度」「術前CRP/Alb比(CAR)高値」が抽出された。
【結語】
閉塞性大腸癌において、術前リンパ球／単球比(LMR)およびCRP/Alb比（CAR）は、StageII、III症例の予後を示唆する有用な指標となる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 6

[R6] 要望演題 6 閉塞性大腸癌の治療2

座長：宮倉 安幸(栃木県立がんセンター大腸骨盤外科、がん予防・遺伝カウンセリング科), 落合 大樹(帝京大学医学部外科学講座)

[R6-4] StageIV閉塞性大腸癌の減圧における治療戦略

藤田 悠司, 小川 聡一朗, 栗生 宜明, 大辻 英吾 (京都第一赤十字病院消化器外科)

【背景と目的】StageIV大腸癌は腫瘍閉塞を伴うこともあり、迅速な対応と長期的な治療戦略の両立が求められる。今回、StageIV閉塞性大腸癌に対する減圧処置の選択および大腸ステント留置の安全性を検討した。
【対象と方法】当院における2019年1月から2024年10月までの大腸癌手術症例を後方視的に検討した。緊急に大腸ステントを留置して手術(BTS)を行った閉塞性大腸癌72例のうち、StageIV症例(4-stent群)とStageIV以外の症例(stent群)を比較した。さらにStageIV閉塞性大腸癌に対してステント以外の緊急処置を行った症例群(4-other群)との比較も行った。
【結果】4-stent群は20例、stent群は52例(StageII/III：18/34)であった。4-stent群では男性が有意に多く、BMIが低値であったが、原発巣の右側左側や手術までの待機期間には有意差を認めなかった。手術アプローチ、手術時間、出血量、ストマ造設率、リンパ節郭清個数に両群間で有意差はなく、Clavien-Dindo分類Grade2以上の合併症発生率は4-stent群10%、stent群11.5%、術後在院日数の中央値はそれぞれ8.5日、8日であり、差は認められなかった。
4-other群は12例で、人工肛門造設10例、経肛門イレウス管1例、経鼻イレウス管1例であった。Best Supportive Care(BSC)となったのは4-stent群4例、4-other群1例であった。BSC症例を除外し、減圧処置から初回癌薬物療法開始までの期間中央値は4-stent群58日、4-other群24日で有意に延長していた。一方で、Kaplan-Meier解析における初回治療介入からの全生存期間中央値は、両群ともに45か月であり、有意差は認められなかった。比例ハザード解析では、ステント留置は予後規定因子ではなく、治療の有無やStageIV層別が独立した予後不良因子であった。
【考察】StageIV閉塞性大腸癌に対してのBTSは根治手術と同等の安全性であった。また大腸ステントの留置は生存期間において既存の減圧手段と同等であった。ただしステント留置後に病巣を切除できない場合は癌薬物療法の制限となるため注意が必要である。
【結語】単施設での少数例による検討ではあるが、StageIV閉塞性大腸癌に対する大腸ステントは治療戦略として有用であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 6

[R6] 要望演題 6 閉塞性大腸癌の治療2

座長：宮倉 安幸(栃木県立がんセンター大腸骨盤外科、がん予防・遺伝カウンセリング科), 落合 大樹(帝京大学医学部外科学講座)

[R6-5] StageIV閉塞性大腸癌の治療方針と成績

笠島 浩行, 下國 達志, 三國 夢人 (市立函館病院消化器外科)

【目的】StageIV閉塞性大腸癌の治療方針について術前減圧の有無、緊急手術例を含め短期・長期成績を検討。【対象】2011年から2024年までに手術した大腸癌1461例を対象。ステント留置（BTS）後に原発巣切除した　B群56例（72.2歳,男34：女22）、tube減圧後に原発巣切除したT群32例（71.8歳,男17:女15）、緊急で原発切除したE群16例(74.8歳,男7:女9)、絶食のみで原発巣切除したN群52例（72.0歳,男31:女21）、stoma造設かバイパスのS群21例(66.6歳,男15:女6)を比較。【結果】Stage(IVa:IVb:IVc)はB群(31:6:19),T群(17:2:13),E群(5:4:7),N群(27:7:18),S群(9:5:7)。腹腔鏡・ロボット施行率はB群96.4%,T群93.7%,E群31.2%,N群90.4%,S群68.2%。stoma造設率はB群12.5%,T群31.2%,E群39.1%,N群26.9%,S群85.7%。短期成績(手術時間:出血量:術後在院日数)はB群(186分:38ml:12日),T群(201分:116ml:16日),E群(178分:215ml:19日),N群(205分:92ml:14日),S群(85分:11ml:11日)。化学療法導入率と導入までの日数はB群(75%:38日),T群(71.8%:37日),E群(43.8%:28日),N群(75%:32日),S群(80.9%:20日)。3年OSはB群35.2%,T群37.1%,E群12.5%,N群20.9%,S群13.2%。【まとめ】StageIV閉塞性大腸癌の術前減圧後の原発切除は短期成績でBTSが良好。非切除は高率かつ早期に化学療法を施行可能だが長期成績は不良。減圧後の原発切除は一定の予後改善効果がある可能性。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 6

[R6] 要望演題 6 閉塞性大腸癌の治療2

座長：宮倉 安幸(栃木県立がんセンター大腸骨盤外科、がん予防・遺伝カウンセリング科), 落合 大樹(帝京大学医学部外科学講座)

[R6-6] 切除不能遠隔転移を有する閉塞性大腸癌の治療方針の検討

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

【背景と目的】治癒切除不能な遠隔転移を有するStageIV大腸癌に対する治療戦略は定まっていない。現在本邦の大腸癌取り扱い規約においては無症状切除不能大腸癌に対しては原発巣切除を行わないことが推奨されているが、有症状の症例に関してはエビデンスがほとんどない。これは疾患の特性上、最終的なoutcomeとなる予後に差がつきづらく、十分なエビデンスにはいたっていない現状がある。中でも、閉塞症状を伴っている症例は、原発巣に対して治療介入が必須であり、その治療方針について検討する。【対象】2011/01から2021/12までに当院消化器外科で手術施行し、治癒切除不能StageIV大腸癌症例のうち、術前にCROSS 0-2の有症状閉塞性大腸癌を対象とした。【結果】原発巣切除を行った群(PTR群)は45例、原発巣切除を施行しなかった群(non-PTR群)は51例であった。患者背景としてPTR群でCROSS score 0の症例と右側結腸の症例が有意に多かった。CD≧３の術後合併症の発生率はPTR群で有意に高く(P<0.01)、手術から化学療法開始までの期間はPTR群で有意に長くなっていた(P<0.01)。Overall survival（OS）は両群間で有意差を認めなかった（p=0.90）。OSのrisk factorとして多変量解析をおこなうと術後化学療法の早期開始のみ有意なリスク低減因子であった（HR=0.16, p<0.01）【考察と結語】治癒切除不能Stage IV閉塞性大腸癌に対しても、原発巣切除は長期予後に影響しない可能性が示された。予後改善に最も寄与するのは化学療法を早期に開始することであり、ステントを含めた治療戦略の見直しを検討すべきである。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 9

[R7] 要望演題 7 高齢者大腸癌の治療1

座長：中原 雅浩(JA尾道総合病院外科・内視鏡外科), 安井 昌義(関西労災病院下部消化器外科)

[R7-1]

高齢者大腸癌手術患者の治療方針と術後成績

植田 吉宣, 齊藤 修治, 宮島 綾子, 佐々木 一憲, 江間 玲, 平山 亮一, 大塚 亮, 白井 孝之 (横浜新緑総合病院)

[R7-2]

ASA-PS3以上の高齢者に対する大腸癌手術の治療成績

田中 宗伸[1], 田 鍾寛[1], 小金井 雄太[1], 紫葉 裕介[2], 工藤 孝迪[2], 大矢 浩貴[1], 鳥谷 健一郎[3], 藤原 淑恵[1], 前橋 学[2], 森 康一[2], 諏訪 雄亮[2], 小澤 真由美[2], 諏訪 宏和[4], 舩津屋 拓人[1], 大坊 侑[4], 渡邉 純[5], 遠藤 格[1] (1.横浜市立大学消化器腫瘍外科学, 2.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, 3.横浜市立大学附属市民総合医療センター炎症性腸疾患センター, 4.横須賀共済病院外科, 5.関西医科大学下部消化管外科学講座)

[R7-3]

90歳以上の超高齢者に対する大腸癌切除症例の短期成績

小林 成行, 武田 正, 吉田 亮介, 葉山 牧夫, 宇野 太, 河合 央, 山下 和城, 石崎 雅浩 (岡山労災病院外科)

[R7-4]

90歳以上の超高齢者における大腸癌手術治療の検討

益永 あかり, 岡 詠吾, 野坂 未公音, 佐藤 真歩, 大倉 友博, 鳩野 みなみ, 小川 俊博, 堀 直人, 渡邉 めぐみ, 荒田 尚, 勝田 浩, 田中屋 宏爾, 青木 秀樹 (国立病院機構岩国医療センター)

[R7-5]

高齢者大腸癌患者に対するロボット支援直腸切除術の短期治療成績

加藤 伸弥, 西沢 佑次郎, 橋本 雅弘, 森本 祥悠, 畑 泰司, 横内 隆, 広田 将司, 古川 健太, 宮崎 安弘, 友國 晃, 本告 正明, 藤谷 和正 (大阪急性期・総合医療センター消化器外科)

[R7-6]

術後入院期間から見た後期高齢者に対する大腸切除術の現状

田中 慶太朗, 大住 渉, 駕田 修史, 堀口 晃平, 山川 拓也, 川口 佳奈子, 矢子 昌美 (市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 9

[R7] 要望演題 7 高齢者大腸癌の治療1

座長：中原 雅浩(JA尾道総合病院外科・内視鏡外科), 安井 昌義(関西労災病院下部消化器外科)

[R7-1] 高齢者大腸癌手術患者の治療方針と術後成績

植田 吉宣, 齊藤 修治, 宮島 綾子, 佐々木 一憲, 江間 玲, 平山 亮一, 大塚 亮, 白井 孝之 (横浜新緑総合病院)

【背景と目的】高齢者は併存疾患を有しているこが多く、いかに術後合併症を防ぎ、かつ再発を予防し予後に寄与するかということが重要である。当院では、85歳以上の大腸癌手術患者には郭清範囲を縮小するなど侵襲を減らすような治療方針を基本としている。85歳以上の大腸癌手術患者のうちCurAに限定した患者について、術後成績及び郭清範囲を縮小することの妥当性を後方視的に検討する。
【対象】2015年4月から2024年12月までに原発切除を行った症例は735例で、85歳以上は51例(6.9%)だった。そのうちCur Aに限定した44例を対象とした。
【結果】44例の年齢中央値は88歳(85-95歳)、男性19例、女性25例、右側結腸/左側結腸/直腸22/14/8例だった。38例(86%)で腹腔鏡下手術が施行されており、2018年以降は全例で鏡視下に手術を行っていた。StageはI/II/III 4/26/14例で，リンパ節郭清はD1/D2/D3 14/24/6 例だった。術後在院日数は14日(8-42日)、短期合併症は26例(59%)(せん妄12件、尿路感染症7件、SSI 5件、カテーテル関連血流感染症2件、その他に蜂窩織炎、化膿性肝嚢胞、心不全、痛風、腸炎が各1件)に認め、Clavien-Dindo分類Grade IIIa以上の合併症は化膿性肝嚢胞に対する経皮的ドレナージ術の1例(2%)だった。9例(20%)に再発を認め、肝5件、肺、腹膜が各2件、遠隔リンパ節、局所が各1件だった。2025年4月時点で生存者は19例、残り26例の内18例(69%)が他病死であり、3年DFS 81%、5年DFS 63%だった。
【小括】耐術可能と判断され待機的に原発巣切除が行われた症例では、軽度の短期合併症は多いものの重症合併症は少なく腹腔鏡下手術を含め安全に手術が行われていた。85歳以上の高齢者に対して当院ではリンパ節郭清を手控えることが多いが、現在のところ所属リンパ節再発を認めておらず、Cur A症例の69%を他病死で失っている。
【結語】Cur Aを目指すリンパ節郭清に留める方針は妥当である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 9

[R7] 要望演題 7 高齢者大腸癌の治療1

座長：中原 雅浩(JA尾道総合病院外科・内視鏡外科), 安井 昌義(関西労災病院下部消化器外科)

[R7-2] ASA-PS3以上の高齢者に対する大腸癌手術の治療成績

田中 宗伸[1], 田 鍾寛[1], 小金井 雄太[1], 紫葉 裕介[2], 工藤 孝迪[2], 大矢 浩貴[1], 鳥谷 健一郎[3], 藤原 淑恵[1], 前橋 学[2], 森 康一[2], 諏訪 雄亮[2], 小澤 真由美[2], 諏訪 宏和[4], 舩津屋 拓人[1], 大坊 侑[4], 渡邉 純[5], 遠藤 格[1] (1.横浜市立大学消化器腫瘍外科学, 2.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, 3.横浜市立大学附属市民総合医療センター炎症性腸疾患センター, 4.横須賀共済病院外科, 5.関西医科大学下部消化管外科学講座)

【背景】近年、大腸癌罹患数の増加に伴い高齢者の大腸癌手術も増加しているが、ASA-PS3以上の高齢者に対する手術の安全性や中期成績は未だ明らかでない。
【目的】ASA-PS3以上の高齢者の大腸癌手術における短期および中期成績を明らかにする。
【方法】2012年1月～2021年12月に当院関連2施設で待機的手術を施行した80歳以上の大腸癌患者のうち、遠隔転移同時切除例、他術式併施例、姑息手術、特殊組織型を除外した524例を対象とした。ASA-PS3以上は82例（H群）で、年齢、性別、BMI、PNI、腫瘍局在、術式（開腹/腹腔鏡/ロボット）、pStageを因子とし、ASA-PS2以下のL群と傾向スコアマッチングを実施し比較した。
【結果】H群82例、L群442例で、H群の年齢中央値は83歳、男女比50:32、結腸癌60例、直腸癌22例であった。70例(85%)で吻合を行い、6例でdiverting stomaを造設した。69例(84%)が腹腔鏡・ロボット手術で、手術時間は169(142–235)分、出血量10(0–60)g、Clavien-Dindo分類≥IIの合併症24例(29%)であった。縫合不全はなく、術後在院日数中央値は8(6-13)日であった。傾向スコアマッチングで各群79例を抽出し比較すると、H群はL群と比べ心疾患(40例vs18例,p=0.001)、糖尿病(25例vs13例,p=0.039)、呼吸器疾患(16例vs4例,p=0.022)が有意に多かったが、高血圧・腎障害・透析・肝硬変の有無には差がなかった。術式・腫瘍学的背景も同等で、手術時間、郭清度、根治度、出血量、合併症、縫合不全、手術死亡例にも有意差はなく、術後化学療法でも差は認めなかった。3年予後においてもOS・RFS共にStage別で有意差はなかった。
【結論】ASA-PS3以上の高齢大腸癌患者に対する手術は、周術期・中期成績ともにASA-PS2以下と同等であり、安全に施行可能であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 9

[R7] 要望演題 7 高齢者大腸癌の治療1

座長：中原 雅浩(JA尾道総合病院外科・内視鏡外科), 安井 昌義(関西労災病院下部消化器外科)

[R7-3] 90歳以上の超高齢者に対する大腸癌切除症例の短期成績

小林 成行, 武田 正, 吉田 亮介, 葉山 牧夫, 宇野 太, 河合 央, 山下 和城, 石崎 雅浩 (岡山労災病院外科)

【背景】高齢化社会に伴い、超高齢者の大腸癌症例は増加傾向である。【対象と方法】2020年１月から2025年３月までの間に当院で大腸癌切除術を行った、90歳以上の超高齢者症例について検討を行った。【結果】対象期間の大腸癌切除症例は235例であった。そのうち90歳以上の症例は15例(6.4%)で、いずれも2022年以降の症例であった。年齢は中央値92歳（90-101歳）、性別は男性/女性=3/12、ASA-PSは2/3=11/4、何らかの基礎疾患を有する症例は14例(93.3%)であった。認知症があったのは6例(40.0%)、抗凝固薬を内服していたのは6例(40.0%)であった。腫瘍に伴う消化器症状を認めたのは13例(86.7%)で、7例(46.7%)は救急車で当院を受診して診断に至っていた。腫瘍占拠部位は、右側結腸/左側結腸/直腸=8/5/2で、2例(16.7%)は大腸ステント挿入後に手術が施行されていた。アプローチは全例腹腔鏡手術が施行されたが、そのうち2例(13.3%)は開腹移行していた。リンパ節郭清はD1/D2/D3=1/5/9であった。14例(93.3%)で切除後一期的吻合が行われ、1例(6.7%)はハルトマン手術が行われていた。Clavien-Dindo分類2以上の術後合併症を生じたのは2例(13.3%)で、手術関連死亡は認められなかった。術後在院期間は中央値：17日(10-28日)であった。病理病期は、pStage I/II/III/IV=2/4/8/1で、術後補助化学療法を施行された症例は認められなかった。術後に大腸癌のサーベイランスが行われたのは6例(40.0%)であった。【考察】2020-2021年には90歳以上の手術症例は認められず、COVID19の影響、高齢化の進行などがその原因として考えられた。併存疾患を有する症例や進行癌症例が多数を占めていたが、安全に手術を施行できていた。この要因として、多くの症例で腹腔鏡手術が施行されたこと、症例に応じてリンパ節郭清や一期的吻合を手控えたこと、術後合併症が多い上下部直腸癌症例が無かったこと、手術適応の適切な判断などが考えられた。【結論】90歳以上の超高齢者大腸癌症例に対しては、手術適応および術式を適切に選択することにより、安全に手術施行可能であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 9

[R7] 要望演題 7 高齢者大腸癌の治療1

座長：中原 雅浩(JA尾道総合病院外科・内視鏡外科), 安井 昌義(関西労災病院下部消化器外科)

[R7-4] 90歳以上の超高齢者における大腸癌手術治療の検討

益永 あかり, 岡 詠吾, 野坂 未公音, 佐藤 真歩, 大倉 友博, 鳩野 みなみ, 小川 俊博, 堀 直人, 渡邉 めぐみ, 荒田 尚, 勝田 浩, 田中屋 宏爾, 青木 秀樹 (国立病院機構岩国医療センター)

【緒言】高齢化に伴い，90歳以上の超高齢者の大腸癌患者は増加している．高齢者では併存疾患や身体機能の低下が手術適応や術後経過に大きく影響するため，手術の適応には慎重な判断が求められるが，一方で，超高齢差であっても他の年齢層の患者と同様に良好な経過を辿る症例も散見される．今回，当院で手術を施行した90歳以上の大腸癌症例に対して，周術期成績と手術介入の意義について検討を行った．
【対象と方法】2015年1月から2024年12月までに90歳以上の大腸癌に対して大腸切除を施行した28例を対象とし，後方視的に検討した．
【結果：連続変数は中央値（範囲）】全28例の年齢は91歳（90-100），男性/女性：14/14，BMIは21.28 (18.3-34.6)，ASA-PS 1/2/3/4：1/11/16/0であった．腫瘍の局在は右側/左側：18/10，腹腔鏡/開腹：19/9，手術時間は225分（120-431），出血量は29.5mL(0-280)，術後在院日数は15.5日(7-28)となった．術後合併症を10例（35.7%）に認めたものの，Clavien-Dindo分類Grade III以上の重症合併症は認めず，周術期死亡症例も認めなかった．病理学的病期は，Stage I/II/III/IV：1/14/10/3であった．
1年以上フォローされた20例のうち，3年生存は11例，5年生存は3例で確認できた．死亡は9例に認め，9例のOSの中央値は1122日（268-2121），原病死は1例のみであった．
【結語】90歳以上の超高齢者に対する大腸癌手術は，適切な症例選択と周術期管理により，安全に施行可能であった．術後合併症の発生率は一定程度認められたが，重篤なものはなく，原病死が少なかったことからも，手術介入が長期予後やQOLの維持に寄与する可能性が示唆された．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 9

[R7] 要望演題 7 高齢者大腸癌の治療1

座長：中原 雅浩(JA尾道総合病院外科・内視鏡外科), 安井 昌義(関西労災病院下部消化器外科)

[R7-5] 高齢者大腸癌患者に対するロボット支援直腸切除術の短期治療成績

加藤 伸弥, 西沢 佑次郎, 橋本 雅弘, 森本 祥悠, 畑 泰司, 横内 隆, 広田 将司, 古川 健太, 宮崎 安弘, 友國 晃, 本告 正明, 藤谷 和正 (大阪急性期・総合医療センター消化器外科)

【背景】日本では高齢化の進行に伴い、高齢の大腸癌患者が増加している。高齢者は身体機能の低下、慢性疾患の罹患・進行により、術後合併症や死亡率の上昇が報告されている。【目的】当院においてロボット支援直腸切除術を実施された高齢直腸癌患者の臨床的特徴および短期治療成績を明らかにすることを目的とした。【方法】2024年4月から2025年3月までの間に当センターでロボット支援手術を施行された直腸癌患者78例を対象とし、80歳以上を高齢群、79歳以下を非高齢群として群間比較を行った。患者背景（年齢、性別、基礎疾患等）、腫瘍因子、手術関連情報および短期的な臨床アウトカムについて後方視的に検討した。【結果】対象全体の年齢中央値は75歳（範囲：41 – 90歳）であり、高齢群は22例、非高齢群は56例であった。性別およびBMIには有意差は認めなかった。高齢群では高血圧、脳梗塞、心疾患、腎疾患の既往が多い傾向にあった。手術術式に関しては、高齢群において腹会陰式直腸切断術およびHartmann手術が多く実施されていた。手術時間および出血量には両群間に差は見られなかった。Clavien-Dindo分類 Grade II以上の術後合併症は、高齢群で5例 (22.7%)、非高齢群で12例 (21.4%)であり、有意差は見られなかった（p = 0.999）。術後在院期間の中央値は、高齢群で13日（6 – 39日）、非高齢群で8日 (6 – 31日)であり、高齢群でやや延長する傾向がみられた。なお、手術関連死亡は両群ともに認められなかった。【結論】高齢者に対するに対するロボット支援直腸切除術は、非高齢者と比較しても遜色ない成績であり、安全に施行可能であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 9

[R7] 要望演題 7 高齢者大腸癌の治療1

座長：中原 雅浩(JA尾道総合病院外科・内視鏡外科), 安井 昌義(関西労災病院下部消化器外科)

[R7-6] 術後入院期間から見た後期高齢者に対する大腸切除術の現状

田中 慶太朗, 大住 渉, 駕田 修史, 堀口 晃平, 山川 拓也, 川口 佳奈子, 矢子 昌美 (市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科)

【背景】本邦では人口減少に伴う超高齢化社会が到来し、消化器外科領域でも高齢者に対する外科手術の重要性が増加している。【目的】当院における75才以上の後期高齢患者に対する大腸切除術を、術後入院期間の観点から後方視的に検討すること。【対象と方法】2022年4月から2025年3月までに当院で大腸疾患に対して大腸切除術を施行した201例。75才以上の後期高齢者（HA）群と75才未満(LA)群で臨床経過を比較検討した。【結果】全症例での年齢の中央値は74才(35-100)、男：女（115:86）であった。HA群93名（中央値 81才、男52：女41）：LA群108名（中央値64.5才、男63：女45）であった。
術後入院期間の平均は、HA群：LA群、27.4±2.1日：15.0±2.0日 (p＜0.0001)で有意にHA群で長かった。術後14日以内での退院は、HA群 44/93 (47.3%) : LA群 77/108 (71.3%) (p=0.0005)とHA群で有意に少なく、術後30日以降での退院は、HA群 31/93 (33.3%) : LA群 10/108 (9.3%) (p<0.0001)とHA群で有意に多かった。HA群で30日以降での退院(HAL)群31名とHA群で30日以内での退院(HAS)群62名を比較検討すると、平均年齢 HAL:HAS, 85.9±6.1:81.0±4.4 (p<0.0001), M/F 16/15:36/26 (p=0.55), ASA1,2 3/31(14.3%):18/49(40.9%) (p=0.0037), BMI 20.0±0.65 : 22.2±0.46 (p=0.0068), 緊急手術 18/31(58.1%):14/62(22.6%) (p=0.0007), 良性疾患 14/31(45.2%):5/62 (8.1%) (p<0.0001), ストーマ造設 15/31 (48.4%):5/62 (8.1%) (p<0.0001)であった。【結語】後期高齢者は術後入院期間が長期であるが、85才以上、緊急手術、ストーマ造設例などでは30日以上の長期入院が増加するため、退院に向けた多職種での対策を術後早期より検討する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

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

[R8] 要望演題 8 高齢者大腸癌の治療2

座長：野澤 慶次郎(帝京大学医学部付属病院・外科), 宮本 裕士(熊本大学病院消化器外科)

[R8-1]

当院における高齢者大腸癌手術症例の検討

佐々木 恵, 江澤 瞭, 松永 史穂, 坂野 正佳, 山下 大和, 田澤 美也子, 石井 武, 海藤 章郎, 光法 雄介, 伊東 浩次 (土浦協同病院消化器外科)

[R8-2]

当院における高齢者pStageII, III大腸癌に対する治療成績の検討

白石 謙介, 古屋 信二, 樋口 雄大, 松岡 宏一, 高橋 和徳, 出雲 渉, 齊藤 亮, 丸山 傑, 庄田 勝俊, 河口 賀彦, 雨宮 秀武, 川井田 博允, 市川 大輔 (山梨大学医学部外科学講座第１教室)

[R8-3]

高齢者pStageIII大腸癌患者に対する術後補助化学療法の検討

小金井 雄太[1], 田 鍾寛[1], 山本 峻也[2], 柴葉 裕介[3], 田中 宗伸[1], 工藤 孝迪[3], 大矢 浩貴[1], 前橋 学[3], 鳥谷 建一郎[2], 藤原 淑恵[1], 森 康一[3], 諏訪 雄亮[3], 小澤 真由美[3], 諏訪 宏和[4], 渡邉 純[3,5], 遠藤 格[1] (1.横浜市立大学消化器・腫瘍外科学, 2.横浜市立大学附属市民総合医療センター炎症性腸疾患センター, 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外科, 4.横須賀共済病院外科, 5.関西医科大学下部消化管外科学講座)

[R8-4]

80歳以上の大腸癌手術症例における他臓器合併切除の検討

近藤 宏佳, 大塚 英男, 宮崎 遼, 柳橋 進, 宅間 邦雄, 森田 泰弘 (東京都立多摩総合医療センター)

[R8-5]

高齢者に対する他臓器合併切除を要するcT4b結腸癌に対する腹腔鏡下手術の短期・長期成績についての検討

武田 泰裕, 小菅 誠, 後藤 圭佑, 月原 秀, 鎌田 哲平, 阿部 正, 高野 靖大, 大熊 誠尚, 衛藤 謙 (東京慈恵会医科大学外科学講座消化管外科)

[R8-6]

高齢ハイリスク大腸癌患者の当院における手術治療成績

中西 彬人, 石山 泰寛, 藤井 能嗣, 林 久志, 西 雄介, 皆川 結明, 芥田 荘平, 椙田 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消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

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

[R8] 要望演題 8 高齢者大腸癌の治療2

座長：野澤 慶次郎(帝京大学医学部付属病院・外科), 宮本 裕士(熊本大学病院消化器外科)

[R8-1] 当院における高齢者大腸癌手術症例の検討

佐々木 恵, 江澤 瞭, 松永 史穂, 坂野 正佳, 山下 大和, 田澤 美也子, 石井 武, 海藤 章郎, 光法 雄介, 伊東 浩次(土浦協同病院消化器外科)

はじめに
人口の高齢化にともない高齢者大腸癌症例数も増加傾向にある．年齢は術後合併率上昇のリスクとする報告が多いが，近年では高齢者に対する大腸癌手術を安全に行える可能性が示されている．今回，我々は当院で経験した80歳以上の高齢者大腸癌手術症例の短期, 長期成績について検討した．
対象と方法
2021年8月から2025年3月までに当院で大腸癌手術を施行した592例を対象とした. 80歳以上の症例122例(20.6%)を高齢者群, 80歳未満の症例470例(79.4%)を非高齢者群と分類し, 両群を後方視的に比較検討した．
結果
年齢中央値は高齢者群83歳, 非高齢者群69歳であり, 両群において男女比, 糖尿病罹患率, 腫瘍占拠部位に有意差を認めなかった．ASA, 腹部手術歴の率は高齢者群で有意に高かった．また, 手術アプローチや術式については有意差を認めなかった．
手術時間中央値は高齢者群231分, 非高齢者群253分であり, 有意に高齢者群で短かった.郭清リンパ節個数，出血量, R0手術率において有意差は認めなかった. Clavien-Dindo IIIa以上の術後合併症は, 高齢者群4例(3.2%)，非高齢者群14例(2.9%)に認めたが有意差は認めなかった. また, 術後在院日数中央値は両群で6日であり, 再発例は高齢者群10例(8.1%), 非高齢者群23例(4.8%)で有意差は認めなかった．
結語
今回の検討では，術後合併症率や術後在院日数に両群で有意差はなく, 80歳以上の高齢者であっても大腸癌手術は安全に行うことが可能と考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

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

[R8] 要望演題 8 高齢者大腸癌の治療2

座長：野澤 慶次郎(帝京大学医学部付属病院・外科), 宮本 裕士(熊本大学病院消化器外科)

[R8-2] 当院における高齢者pStageII, III大腸癌に対する治療成績の検討

白石 謙介, 古屋 信二, 樋口 雄大, 松岡 宏一, 高橋 和徳, 出雲 渉, 齊藤 亮, 丸山 傑, 庄田 勝俊, 河口 賀彦, 雨宮 秀武, 川井田 博允, 市川 大輔 (山梨大学医学部外科学講座第１教室)

【はじめに】大腸癌に対する手術は広く普及しているが、高齢者(75歳以上)における手術適応や治療評価基準については、いまだ十分な検討がなされていない。全身状態を考慮した慎重な適応判断が求められる。さらに、短期的な手術成績（術後合併症や入院期間など）に加えて、栄養状態も重要な因子である。
本研究では、当院で手術を施行した大腸癌のpStage II・III症例を対象に、75歳以上の高齢者群(H群)と75歳未満の非高齢者群(L群)に分け、治療成績および予後因子の検討を行った。
【方法】当院で2007年から2018年までに大腸癌に対して根治切除を施行したpStageII・III症例281例を対象とした。
【結果】H:L/88:193例、年齢中央値80(75-97):63(24-74)歳、性別(男/女)は44/44:117/76。BMIは21.8:22.7とH群で低く(p=0.05)、血清Alb値(g/dl)は3.8:4.1とH群で低く(p <0.001)、サルコペニア(なし/あり)は40/48：126/67、PNIは 44.95:47.25とH群で低栄養、筋力低下を認めた。術前にASA-PS3以上の合併症を認める割合(なし/あり)が67/21:177/16とH群で優位に高かった。原発巣(結腸/直腸)は61/27:102/91で、有意差(p=0.05)あり。pStage(H:L)II/IIIは（45/43:95/98）、pT4は(60/28:152/41)、手術時間、出血量に差は認めず、Clavien-Dindo Grade II以上の術後合併症、縫合不全、在院日(13：12日)にも差を認めなかった。5年全生存率(H/L)は68.1/82.6%、pStageII:79.9/88.8%、III:76.6/55.0と有意差を認めた。多変量解析では、75歳以上、mGPS、Stage(II or III)、 pT4症例、静脈侵襲陽性が独立した予後規定因子であった。
【考察】高齢者大腸癌においても、短期的な手術成績に大きな差はみられなかったが、長期予後は非高齢者と比較して有意に不良であった。75歳以上、Stage III、pT4、mGPS高値、静脈侵襲陽性は独立した予後不良因子であり、高齢者の治療方針決定において、全身状態と栄養・炎症指標を踏まえた包括的評価が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

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

[R8] 要望演題 8 高齢者大腸癌の治療2

座長：野澤 慶次郎(帝京大学医学部付属病院・外科), 宮本 裕士(熊本大学病院消化器外科)

[R8-3] 高齢者pStageIII大腸癌患者に対する術後補助化学療法の検討

小金井 雄太[1], 田 鍾寛[1], 山本 峻也[2], 柴葉 裕介[3], 田中 宗伸[1], 工藤 孝迪[3], 大矢 浩貴[1], 前橋 学[3], 鳥谷 建一郎[2], 藤原 淑恵[1], 森 康一[3], 諏訪 雄亮[3], 小澤 真由美[3], 諏訪 宏和[4], 渡邉 純[3,5], 遠藤 格[1] (1.横浜市立大学消化器・腫瘍外科学, 2.横浜市立大学附属市民総合医療センター炎症性腸疾患センター, 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外科, 4.横須賀共済病院外科, 5.関西医科大学下部消化管外科学講座)

【背景】pStageIII大腸癌では術後補助化学療法が推奨されているが,高齢者に対する術後補助化学療法の安全性・有効性は明らかではない.
【目的】本研究ではpStageIII大腸癌治癒切除症例において術後補助化学療法が高齢患者に及ぼす影響について検討した.
【方法】2012年1月から2021年12月までに当教室の関連施設で治癒切除を施行したpStageIII大腸癌患者2196例中のうち,術後化学療法を行った417例を,75歳以上(A群)と75歳未満(B群)に分け,後方視的に比較検討を行った.
【結果】A群67例,B群350例.年齢中央値はそれぞれ78歳[76-80]歳, 63歳[55-69],男女比は41:26 vs. 181:169（p=0.15）,BMIは23.0[21.1-25.2] vs. 22.8[20.4-24.7]（p=0.66）,PS≥3はB群の2人のみで,心疾患7.5% vs. 4.9%（p=0.41）と糖尿病20.9% vs15.1%（p=0.25）では差は認めなかったが,腎機能障害は34.3% vs. 13.7%（p>0.01）とA群で有意に多かった.
腫瘍の局在は右側:左側20:47 vs. 83:267（p=0.29）,手術時間は211[162-283]分 vs. 194[164-251]分（p=0.24）,術後在院日数は8[6-13]日 vs. 8[6-13]日（p=0.48）,術後合併症（Clavien Dindo≥2）は16.4% vs. 14.9%（p=0.75）でいずれも差はなかった.
観察期間中央値はA群51.5か月 vs. B群60.9か月（p=0.02）でA群が有意に短かった. 3年RFSは78.0% vs. 85.1%（p=0.19）,3年OSは89.5% vs. 95.1%（p=0.11）といずれも差を認めなかった.
CTCAE≥Grade 2の有害事象発生率は9.1% vs. 8.1%（p=0.78）と差はなかったが,化学療法の完遂率は67.2% vs. 80.1%（p=0.01）とA群で有意に低かった.Oxaliplatin(OX)を併用率は60.6% vs. 78.7%（p>0.01）とA群で有意に少なかった.全体でOX使用による完遂率（80.8% vs. 75.0%, p=0.22）,有害事象発生率（15.7% vs. 14.0%, p=0.69）に差はなく,OX併用群と非併用群で3年OS(93.8% vs. 95.6%, p=0.49), 3 年RFS（83.4% vs. 86.8%, p=0.49）に差はなかった.
【結語】
高齢者に対するpStageIIIの大腸癌に対する術後補助化学療法はOXを併用した場合にも安全に施行されていた.しかし,OXの明確な上乗せ効果が得られておらず,適応については慎重に検討していく必要があると考えられた.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

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

[R8] 要望演題 8 高齢者大腸癌の治療2

座長：野澤 慶次郎(帝京大学医学部付属病院・外科), 宮本 裕士(熊本大学病院消化器外科)

[R8-4] 80歳以上の大腸癌手術症例における他臓器合併切除の検討

近藤 宏佳, 大塚 英男, 宮崎 遼, 柳橋 進, 宅間 邦雄, 森田 泰弘 (東京都立多摩総合医療センター)

【背景】
高齢者に対する大腸癌手術は増加しており、T4b症例に対しては他臓器合併切除を要することも少なくない。一方で、高齢者は身体的予備能や合併症リスクが高く、術後転帰の予測は困難である。近年の報告では、高齢を理由に手術を控えるべきではないとの意見もある。本研究では、80歳以上の大腸癌症例において、合併切除を伴う手術の周術期成績と退院形態への影響を検討した。
【対象と方法】
2014～2019年に当院で施行された80歳以上の大腸癌定時手術329例を対象とした。合併切除の有無により2群に分け、年齢、性別、ASA、術前Hb、CEA、CA19-9、手術アプローチ方法、術後合併症、術後在院日数、退院先（自宅／転院）などを後方視的に比較検討した。
【結果】
他臓器合併切除群は37例（11.2%）、標準手術群は292例（88.8%）であった。合併切除臓器は最多が腹膜/腹壁/後腹膜（28例, 75.7%）であり、腸管（5例, 13.5%）、大網（3例, 8.1%）、膀胱（3例,8.1%）が続いた。
他臓器合併切除群では手術時間がやや長い傾向（中央値：437分 vs 419分, p=0.01）があり、出血量（122 ml vs 50 ml, p<0.05）が有意に多く、術中侵襲が大きいことが示唆された。一方で、CD Grade 3以上の合併症率に有意差はなく（2.7% vs 4.5%, p=0.619）、術後在院日数（中央値：10日 vs 10日, p=0.124）や自宅退院率（86.5% vs 94.5%, p=0.183）にも有意差を認めなかった。背景因子のうち、開腹率（35.1% vs 14.7%, p<0.05）と術前Hb（中央値：9.7g/dl vs 11.8g/dl, p<0.05）に差を認めた。
【考察】
80歳以上の高齢大腸癌患者における合併切除は、術中侵襲の増大にはつながるものの、術後重篤合併症や退院転帰には影響しなかった。高齢者においても、全身状態や病変に応じて適切に手術が行われれば、合併切除も安全に遂行可能であることが示唆された。
【結語】
80歳以上の大腸癌手術症例において、合併切除は術中侵襲の増大に関与するが、術後合併症や退院先には影響を与えず、安全に実施可能であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

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

[R8] 要望演題 8 高齢者大腸癌の治療2

座長：野澤 慶次郎(帝京大学医学部付属病院・外科), 宮本 裕士(熊本大学病院消化器外科)

[R8-5] 高齢者に対する他臓器合併切除を要するcT4b結腸癌に対する腹腔鏡下手術の短期・長期成績についての検討

武田 泰裕, 小菅 誠, 後藤 圭佑, 月原 秀, 鎌田 哲平, 阿部 正, 高野 靖大, 大熊 誠尚, 衛藤 謙 (東京慈恵会医科大学外科学講座消化管外科)

【緒言】日本は世界有数の高齢社会であり,大腸癌患者においても高齢者の割合が増加している.高齢者は心肺機能の低下に加え,複数の全身併存疾患を有することが多く,外科治療には根治性だけでなく安全性も強く求められる. 他臓器合併切除を要するcT4b大腸癌に対する手術は侵襲が大きく,従来は開腹手術が主流であったが,近年では鏡視下手術の適応も広がりつつある. しかしながら高齢者におけるその安全性と有効性は十分に検討されていない.
【目的】高齢者における局所進行結腸癌(cT4b)に対する,他臓器浸潤合併切除を要する腹腔鏡下手術の短期・長期成績を明らかにし,その有用性を評価することを目的とした.
【対象・方法】2008年1月～2020年12月に当院でcT4b結腸癌(Stage IVを除く)に対して他臓器浸潤合併切除にて根治切除を施行した65歳以上の34例を腹腔鏡群(LG)と開腹群(OG)とし,後ろ向きに検討した. 術後合併症,無再発生存率(DFS)および全生存率(OS)について検討した.
【結果】LGは14例,OGは20例で,全体の平均年齢は73歳で男性が23例(68%)を占め,両群間の患者背景にはBMI(19.7 kg/m2 vs 22.8 kg/m2, P = 0.044)以外には有意な差を認めなかった. LGで出血量は少なく(8ml vs 395ml, P < 0.001),術後入院期間も短かい結果となった(10日 vs 21日, P < 0.001). 病理学的Stage(II/III: 9/5 vs 9/11, P = 0.315)および剥離断端陽性率(0例(0%) vs 3例(15%), P = 0.129)は両群間に有意な差は認めず,術後合併症に関しては,全合併症およびGrade3以上の重大合併症はOGで多い傾向があるものの両群に有意差を認めなかった(All grade:2例(14%) vs 8例(40%), P = 0.105, Grade ≧3a:0例(0%) vs 3例(15%), P = 0.129). 平均観察期間は64.2ヶ月で,DFSとOSは両群間で有意な差を認めなかった(5-year DFS: 61.5% vs 63.6%, P = 0.914, 5-year OS: 92.3% vs 85.9%, P = 0.440).
【結論】今回の検討ではLGで出血量が少なく,術後入院期間が短い結果であった.また術後合併症および長期成績も許容される結果であり,他臓器合併切除を要する結腸癌に対する腹腔鏡下手術は高齢者においても有用な治療選択肢の一つであると考えられた.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

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

[R8] 要望演題 8 高齢者大腸癌の治療2

座長：野澤 慶次郎(帝京大学医学部付属病院・外科), 宮本 裕士(熊本大学病院消化器外科)

[R8-6] 高齢ハイリスク大腸癌患者の当院における手術治療成績

中西 彬人, 石山 泰寛, 藤井 能嗣, 林 久志, 西 雄介, 皆川 結明, 芥田 荘平, 椙田 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消化器外科)

【はじめに】近年高齢化に伴い高齢者に対する手術が増加している。高齢者は併存疾患も多く、手術リスクは上昇する可能性が高い。
今回、大腸癌に対して根治手術を行ったASA-PS3以上かつ80歳以上の高齢患者について検討したので報告する。
【方法】2008年4月から2022年12月までに当科で大腸癌に対して根治度Aの大腸切除術を行った症例3122名のうち、ASA3以上の107例を対象として、患者背景、術後中期成績、予後規定因子を後方視的に検討した。
【結果】年齢中央値は83歳，男性67名，女性40名であった。主な背景疾患としては心疾患59例、糖尿病27例、呼吸器疾患6例、維持透析中9例であった。栄養の指標であるPNI中央値は41.3で、mGPSはG0が48例、G2が28例、G3が31例であった。病変部位は盲腸癌10例、上行結腸癌26例、横行結腸癌19例、下行結腸癌2例、S状結腸癌21例、直腸Rs癌16例、直腸Ra癌4例、直腸Rb癌7例、肛門管癌2例であった。StageⅠ22例、StageⅡ52例、StageIII32例であった。術式は結腸切除78例、直腸切除・切断術29例であった。開腹18例、腹腔鏡87例、ロボット手術2例であった。手術時間中央値は161分，出血量中央値は30ml，術後在院日数中央値は8日であった. 術後合併症は23例（21.4%）に認めた。再手術は3例で、術後縫合不全は1例のみであった。術死は1名のみであった。全症例の術後5年生存率は70.5%であった。観察期間中央値は878日であった。生存期間解析でlogrank検定を行ったところ、男性、虚血性心疾患の既往のある患者はそれぞれ、女性、虚血性心疾患の既往のない患者と比べて5年生存率の低下を認めた。PNI低下例やmGPS=2以上の症例、直腸癌症例についてはそれぞれ、PNI通常例、mGPS=1,2 の症例、結腸癌症例と比較して生存率の低下を認めなかった。
【おわりに】高齢のASA3以上大腸癌手術症例について、男性、虚血性心疾患の既往は長期予後のリスク因子である可能性が示唆された。低栄養やその他因子は生存率の低下のリスク因子ではなかった．ただし，症例数が少ないのでさらなる検討が必要である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:10 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:10 AM UTC Room 9

[R9] 要望演題 9 高齢者大腸癌の治療3

座長：塩澤 学(神奈川県立がんセンター消化器外科), 肥田 侯矢(京都大学消化管外科)

[R9-1]

75歳以上の術前リンパ節転移陽性大腸癌患者におけるリンパ節郭清範囲の検討

岩瀬 友哉[1], 阪田 麻裕[1], 杉原 守[1], 高木 徹[1], 立田 協太[1], 杉山 洸裕[1], 赤井 俊也[1], 深澤 貴子[2], 竹内 裕也[1] (1.浜松医科大学附属病院外科学第二講座, 2.磐田市立総合病院外科)

[R9-2]

大腸癌手術において80歳以上高齢者は術後在院期間延長の危険因子になるか

小山 基, 北村 謙太, 中村 公彦, 諏訪 達志 (柏厚生総合病院消化器外科)

[R9-3]

高齢者大腸癌手術症例において”change frail”が予後に与える影響

岩本 博光, 松田 健司, 田村 耕一, 三谷 泰之, 中村 有貴, 堀 雄哉, 下村 和輝, 上田 勝也, 阪中 俊博, 田宮 雅人, 兵 貴彦, 川井 学 (和歌山県立医科大学第２外科)

[R9-4]

85歳以上大腸癌患者における低骨格筋量と術後成績の検討

阿部 真也[1,2], 野澤 宏彰[1], 佐々木 和人[1], 室野 浩司[1], 江本 成伸[1], 横山 雄一郎[1], 永井 雄三[1], 原田 有三[1], 品川 貴秀[1], 舘川 裕一[1], 岡田 聡[1], 白鳥 広志[1], 石原 聡一郎[1] (1.東京大学腫瘍外科, 2.同愛記念病院)

[R9-5]

大腸癌細胞におけるAngiopoietin-like protein 2発現と他疾患死の関連

堀野 大智[1,2], 堀口 晴紀[2], 門松 毅[2], 秋山 貴彦[1], 有馬 浩太[1], 小川 克大[1], 日吉 幸晴[1], 宮本 裕士[1], 岩槻 政晃[1], 尾池 雄一[2] (1.熊本大学大学院消化器外科学, 2.熊本大学大学院分子遺伝学)

[R9-6]

大腸癌診療における三浦市立病院の役割について

澤﨑 翔[1], 和田 博雄[1], 大倉 拓[1], 内山 護[2], 渥美 陽介[2], 加藤 綾[2], 風間 慶祐[2], 沼田 幸司[3], 沼田 正勝[3], 湯川 寛夫[2], 齋藤 綾[2], 小澤 幸弘[1] (1.三浦市立病院外科, 2.横浜市立大学外科治療学, 3.横浜市立大学市民総合医療センター消化器病センター外科)

[R9-7]

大腸癌におけるクリニカルパスを用いた周術期管理の安全性と入院医療費の検討

塚本 史雄, 林 祐美子, 中田 豊, 岩田 乃理子, 遠藤 晴久, 荻谷 一男, 中島 康晃, 高橋 定男 (江戸川病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:10 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:10 AM UTC Room 9

[R9] 要望演題 9 高齢者大腸癌の治療3

座長：塩澤 学(神奈川県立がんセンター消化器外科), 肥田 侯矢(京都大学消化管外科)

[R9-1] 75歳以上の術前リンパ節転移陽性大腸癌患者におけるリンパ節郭清範囲の検討

岩瀬 友哉[1], 阪田 麻裕[1], 杉原 守[1], 高木 徹[1], 立田 協太[1], 杉山 洸裕[1], 赤井 俊也[1], 深澤 貴子[2], 竹内 裕也[1] (1.浜松医科大学附属病院外科学第二講座, 2.磐田市立総合病院外科)

【緒言】近年、本邦における高齢化の進行に伴い、後期高齢者の手術症例も増加している。大腸癌治療ガイドライン2024年版では術前診断でリンパ節転移を認める場合はD3郭清が推奨されているが、高齢者ではその患者背景からD3郭清を選択しない場合がある。D3郭清を選択しない高齢者の周術期成績や長期成績への影響は明らかではない。
【方法】2008年1月から2022年12月までに当院でStageIVを除く術前診断でリンパ節転移陽性であった大腸癌に対し原発巣切除を行った75歳以上の127例を対象とし、D1/2郭清群(D1/2群)46例とD3郭清群(D3群)81例の周術期成績と長期成績を検討した。
【結果】観察期間中央値は43.6ヶ月であった。年齢中央値はD1/2群83歳、D3群80歳とD1/D2群で有意に高く(p <0.001)、ASA-PS 1:2:3はD1/2群0:31:15、D3群5:65:11でD1/D2群でASA-PS3の症例が有意に多かった(p=0.013)。原発巣は右側:左側がD1/2群20:24、D3群46:35、深達度はcT1/2/3/4がD1/2群1:1:22:22、D3群0:2:44:35で有意差は認めなかった。cN3の7症例全てにD3郭清が行われた。手術時間はD1/2群191分、D3群229分でD3群の手術時間が有意に長かった(p=0.014)。Clavien-Dindo分類GradeIII以上の周術期合併症は両群ともに6例で、術後在院日数中央値はD1/2群13日、D3群12日で有意差は認めなかった。5年癌特異的生存率(CSS)はD1/2群68.7%、D3群78.6%、5年無再発生存率(RFS)はD1/2群55.5%、D3群65.8%で両群間に有意差は認めなかった(p=0.807/p=0.622)。また病理学的診断でのリンパ節転移陽性群と陰性群でD1/2群とD3群でCSSとRFSを比較したが有意差は認めなかった。
【考察】本検討は、術前にリンパ節転移陽性と診断した症例に限定して行った。CSS、RFS共に同等な結果が得られたことから、高齢者において術前診断でリンパ節転移陽性と判断した症例においてもASA-PS等、患者背景を考慮し、D3郭清の省略は許容されうる可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:10 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:10 AM UTC Room 9

[R9] 要望演題 9 高齢者大腸癌の治療3

座長：塩澤 学(神奈川県立がんセンター消化器外科), 肥田 侯矢(京都大学消化管外科)

[R9-2] 大腸癌手術において80歳以上高齢者は術後在院期間延長の危険因子になるか

小山 基, 北村 謙太, 中村 公彦, 諏訪 達志 (柏厚生総合病院消化器外科)

【目的】急性期病棟では在院期間の短縮化が図られている一方で、高齢者では術後合併症などの影響で入院が長期化する場合もある。今回、高齢者や栄養/炎症反応指標などを含めた臨床的背景因子や手術因子を検討項目として、大腸癌手術における術後在院期間延長の危険因子を検討する。【対象と方法】対象は2018年1月から2021年12月までに当院で大腸癌手術を行った172例（80歳以上高齢者は49例）。術後在院14日以上は52例(30.2%)であり、その危険因子について臨床的背景因子（性別、高齢、腫瘍局在、病期、ASA-PS、BMI：肥満・低体重、併存疾患：糖尿病・高血圧・心疾患・慢性肺疾患・腎機能障害・脳血管疾患・認知症・チャールソン併存疾患指数：CCI、手術歴の有無、貧血：Hb10g/dL未満）と栄養/炎症反応指標（Alb3.0g/dl未満、modified Glasgow prognostic score：mGPS、Prognostic nutritional index：PNI）と手術因子（手術難易度：日本消化器外科学会規定、リンパ節郭清、ストーマ手術、鏡視下/開腹、手術時間、出血量、周術期輸血、合併症Clavien-Dindo分類： CD2以上）ついて単変量および多変量解析にて検討した。後方視的な観察研究であり、統計学的解析ではカイ2乗検定を用いて、P＜0.05を有意差ありと判定した。【結果】80歳以上高齢者の術後在院14日以上は38.8％で、若齢者の26.8％と有意差はなかった。単変量解析では直腸（局在）、TNM病期2以上、ASA-PS3以上、Alb3.0g/dL未満、mGPS2、PNI40未満、高難易度手術、ストーマ手術、開腹手術、手術時間4時間以上、出血200ｇ以上、周術期輸血、合併症CD2以上が有意な危険因子であった。多変量解析ではPNI40未満（P=0.037）、ストーマ手術（P<0.001）、開腹手術（P=0.041）、合併症CD2以上（P<0.001）の4因子が独立した危険因子であった。【結論】在院期間が有意に延長していたのは、術後合併症などの手術因子の他に、暦年齢の高齢者ではなくPNI40未満の栄養指標の低い患者であった。術前からの栄養管理などを含めた周術期管理に留意すべきである。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:10 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:10 AM UTC Room 9

[R9] 要望演題 9 高齢者大腸癌の治療3

座長：塩澤 学(神奈川県立がんセンター消化器外科), 肥田 侯矢(京都大学消化管外科)

[R9-3] 高齢者大腸癌手術症例において”change frail”が予後に与える影響

岩本 博光, 松田 健司, 田村 耕一, 三谷 泰之, 中村 有貴, 堀 雄哉, 下村 和輝, 上田 勝也, 阪中 俊博, 田宮 雅人, 兵 貴彦, 川井 学 (和歌山県立医科大学第２外科)

《緒言》当科では高齢者に対する大腸癌手術の安全性、有効性について、厚生労働省作成基本チェックリスト（KCL）を用いたフレイル評価の視点から検討を行い（World J Surg. 2021、Surg Open Sci. 2022）、術前にフレイルでなかった患者が術後にフレイルに変化する”change frail”の独立因子は合併症の有無、ストーマ造設の有無であることを報告した。そこで今回はchange frailと長期予後の関係について検討し報告する。《対象と方法》2017年3月から2018年12月に当科で大腸癌に対し手術を施行した、65歳以上の217例を対象とし、KCL、各因子から、予後について検討した。《結果》男性/女性は127/90であり、年齢の中央値は75±6.8歳、BMIの中央値は22±3.3であり、病期は0+I/II/III/IVがそれぞれ48例/71例/69例/29例であった。手術時間の中央値は198±95.6 min、出血量の中央値は20±87.7 mlであった。217例の内、術後前にKCLでフレイルの診断がついた症例が211例であり、術前non frail群は127例、frail群は86例であった。non frail群の内、術後もnon frailであったstay non frail群は104例、術後にfrailとなったchange frail群が23例（18.1%）であった。生存曲線を用いて術前のfrail群とnon frail群の予後について比較検討したところ、RFS、OSともに有意差は認めなかった（RFS p=0.53、OS p=0.19）。一方、stay frail群とchange frail群の予後について比較検討したところ、RFS、OSともに有意にchange frail群で予後が悪かった（RFS p=0.01、OS p=0.0002）。さらに術前non frail群で検討したところ、RFSでは単変量解析ではchange frail、StageIIIであること、術中出血が20ml以上であることが、多変量解析ではStageIIIであることが予後悪化因子であった。OSでは単変量、単変量解析共にchange frail、StageIII以上であること、術前Aib値が3.5g/dl以下であることが予後悪化因子であった。《結語》高齢者の大腸癌手術においては、周術期のさまざまな要因により、change failに陥りやすいことは容易に想像できる。リハビリテーションや栄養療法などの協力を得て集学的治療を行い、これを予防することにより予後の改善につながる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:10 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:10 AM UTC Room 9

[R9] 要望演題 9 高齢者大腸癌の治療3

座長：塩澤 学(神奈川県立がんセンター消化器外科), 肥田 侯矢(京都大学消化管外科)

[R9-4] 85歳以上大腸癌患者における低骨格筋量と術後成績の検討

阿部 真也[1,2], 野澤 宏彰[1], 佐々木 和人[1], 室野 浩司[1], 江本 成伸[1], 横山 雄一郎[1], 永井 雄三[1], 原田 有三[1], 品川 貴秀[1], 舘川 裕一[1], 岡田 聡[1], 白鳥 広志[1], 石原 聡一郎[1] (1.東京大学腫瘍外科, 2.同愛記念病院)

【背景】本邦の高齢化に伴い，高齢大腸癌患者を診療する機会が増えている．高齢者では多様な併存疾患，サルコペニア・フレイルや低栄養状態などの患者因子が術後成績へ影響することが懸念される．そこで，骨格筋量が高齢者大腸癌手術後成績に与える影響を明らかにすることを目的とした．
【方法】2007年から2022年の間に当科にて根治切除を施行した85歳以上の大腸癌112例を対象とし，低骨格筋量と術後成績を検討した．骨格筋量はCT画像から得られるL3レベルの腸腰筋面積を身長で補正したPMI(Psoas muscle mass index)で評価し，日本肝臓学会基準(男性6.36，女性3.92)未満を低骨格筋量と定義した．栄養状態は術前の血清アルブミン値と体重から算出されるGNRI(Geriatric nutritional risk index)で評価し，98未満を低栄養とした．
【結果】男性51例，年齢中央値86.5歳，低骨格筋量は55例(50.5%)，低栄養は62例(54.5%)に認めた．右側結腸/左側結腸/直腸は52/27/33例，病期1/2/3/4は26/51/29/6例，開腹/腹腔鏡/ロボットは41/67/4例だった．CD分類GradeIII以上の重症合併症は8例(7.1%)で，1例の手術関連死（間質性肺炎）を認めた．重症合併症に関して，病期，腫瘍部位，骨格筋量，栄養状態や出血量などを含めて有意差を認める危険因子は抽出されなかった．観察期間中央値は4.1年，5年全生存率/5年癌特異的生存率は68.9/80.4%で，原病死18例，他病死16例であった．全生存に関して，低骨格筋量(HR 2.5，p = 0.02)は病期3/4(HR 2.1，p = 0.03)とともに独立した予後不良因子であったが，併存疾患や栄養状態は予後に関与しなかった．5年癌特異的生存率は低骨格筋量の有無(77.1% vs. 85.0%)で差を認めなかった．他病死に関する5年生存率は，低骨格筋量群で有意に低く(75.6% vs. 92.2%，p<0.01)，独立した予後不良因子であった(HR 7.4，p < 0.01)．
【結語】根治切除が施行された85歳以上大腸癌患者において，低骨格筋量患者では術後他病死が多いが，術後合併症及び癌特異的生存と関連を認めなかった．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:10 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:10 AM UTC Room 9

[R9] 要望演題 9 高齢者大腸癌の治療3

座長：塩澤 学(神奈川県立がんセンター消化器外科), 肥田 侯矢(京都大学消化管外科)

[R9-5] 大腸癌細胞におけるAngiopoietin-like protein 2発現と他疾患死の関連

堀野 大智[1,2], 堀口 晴紀[2], 門松 毅[2], 秋山 貴彦[1], 有馬 浩太[1], 小川 克大[1], 日吉 幸晴[1], 宮本 裕士[1], 岩槻 政晃[1], 尾池 雄一[2] (1.熊本大学大学院消化器外科学, 2.熊本大学大学院分子遺伝学)

【背景】
癌患者における宿主消耗(低栄養、全身性炎症、体組成変化)は、不良な予後と関連する。アンジオポエチン様因子2 (Angiopoietin-like protein 2: ANGPTL2)は組織修復やリモデリングに関わる慢性炎症のメディエーターで、複数の種類の癌の促進因子であることが報告されている。
【対象と方法】
2017年1月～12月に当院で原発巣切除を施行した大腸癌全Stageの88 症例を後方視的に解析した。免疫組織化学染色により切除標本の腫瘍細胞におけるANGPTL2発現のスコアリングを行い、ANGPTL2-High / Lowの二群に分類した上で、宿主消耗バイオマーカーや臨床病理学的因子、生存との関連を解析した。
【結果】
患者背景は年齢：70 歳 (63-78) 、男性/女性 : 50/38例、BMI ：22.5 kg/m2 (19.9-24.8)、ASA-PS 1,2/3,4：71/17 例であった。ANGPTL2-High/Low：46 / 42 例で、ANGPTL2-Highは左側原発 (P = 0.0410)、壁深達度の進行 (P = 0.0097)、病理病期の進行 (P = 0.0394)と有意に関連していた。ANGPTL2スコアは、全身性炎症を反映するNeutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR) (ρ= 0.4170, P < 0.0001)、および宿主消耗を反映するAdvanced lung cancer inflammation index (ALI) (BMI × アルブミン値/NLR) (ρ= -0.3119, P = 0.0031)と有意な相関がみられた。生存との関連に関し、ANGPTL2-High症例では、ALI低値やNLR高値に起因する他疾患死が有意に多かった(ALI: P = 0.0261およびNLR: P = 0.0422)。一方で、ANGPTL2-Low症例では差がみられなかった。
【結語】
大腸癌細胞ANGPTL2-High症例では、宿主消耗および全身性炎症に起因する他疾患死が多くみられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:10 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:10 AM UTC Room 9

[R9] 要望演題 9 高齢者大腸癌の治療3

座長：塩澤 学(神奈川県立がんセンター消化器外科), 肥田 侯矢(京都大学消化管外科)

[R9-6] 大腸癌診療における三浦市立病院の役割について

澤﨑 翔[1], 和田 博雄[1], 大倉 拓[1], 内山 護[2], 渥美 陽介[2], 加藤 綾[2], 風間 慶祐[2], 沼田 幸司[3], 沼田 正勝[3], 湯川 寛夫[2], 齋藤 綾[2], 小澤 幸弘[1] (1.三浦市立病院外科, 2.横浜市立大学外科治療学, 3.横浜市立大学市民総合医療センター消化器病センター外科)

【はじめに】三浦市は深刻な人口減少問題を抱えており，神奈川県の消滅可能性自治体に該当する。当院は三浦市の中核病院として限られた資源や設備の範囲で，外科はスタッフ3名で大腸癌に対する診療を行っている。低侵襲手術を希望する患者さんや高度進行症例，併存疾患の多い症例は近隣の総合病院や大学附属病院，がんセンターに紹介しているが，年齢や全身状態から治療が困難な患者さんや他院で治療後にBSCとなり逆紹介となる患者さんも多い。
【目的】高齢化の進む人口減少地域における当院での大腸癌診療における役割を明らかにする。
【対象と方法】対象は2021年4月より2025年2月に大腸癌で診療を受けた患者151名。臨床病理学的因子や社会背景をretrospectiveに調査した。
【結果】年齢中央値76歳（48-94歳），男性93例，女性58例。結腸癌112例，直腸癌39例）であった。当院で診断したのは137例であり，そのうち当院で手術、内視鏡治療や化学療法など積極的な治療を行ったのは81例（59.1%），治療目的に他院へ紹介となったのが49例（35.8%），BSCの方針となったのが10例（7.3%）でそのうち5例は緩和目的でステントを挿入していた。手術目的で他院へ紹介した49例のうち，患者希望が31例(63.3%)，併存疾患の管理目的およびかかりつけ病院への紹介が9例(18.4%)，医師判断（高度進行，高難度症例）が9例(18.4%)であった。他院からの紹介も含めたBSC症例23例中，死亡症例は14例みられたが訪問診療へ移行できたのは3例（21.4%）と少数であった。
【結語】当院における大腸癌診療を調査した。患者希望による他院への紹介が多くみられたが，2024年4月より腹腔鏡手術を導入しており低侵襲手術を希望する患者さんの期待に応え手術症例数を増やせる可能性がある。また高齢者が多く，併存疾患の状況や認知症により診断時にBSCとなっても，ステント挿入により自宅での生活が可能な症例もみられ訪問診療への移行も含めサポート体制を地域と協力し強化していく必要があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 10:10 AM - 11:10 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:10 AM - 2:10 AM UTC Room 9

[R9] 要望演題 9 高齢者大腸癌の治療3

座長：塩澤 学(神奈川県立がんセンター消化器外科), 肥田 侯矢(京都大学消化管外科)

[R9-7] 大腸癌におけるクリニカルパスを用いた周術期管理の安全性と入院医療費の検討

塚本 史雄, 林 祐美子, 中田 豊, 岩田 乃理子, 遠藤 晴久, 荻谷 一男, 中島 康晃, 高橋 定男 (江戸川病院外科)

【背景】大腸癌手術における在院日数短縮は医療プロセス効率化のために重要である。術前処置や術後管理における施設間の差は依然として大きく、大腸癌手術における周術期管理の標準化が必要とされている。当院では大腸癌手術において術後7日までの退院を目指すクリニカルパス(CP)を運用している。当院におけるCPの安全性と入院医療費に関する検討を目的とした。
【方法】2021年4月から2025年3月に当院でCPを適応して大腸癌手術を行った243例を対象とした。術後7日以内の退院をCP達成と定義してCPの達成率と再入院率を用いてCPの安全性を評価した。DPCに基づいた入院医療費を算出して年齢や術後合併症・再入院が入院医療費に与える影響の検討を行った。また、当院で運用しているCPを概説する。
【結果】平均年齢は73歳。結腸癌167例、直腸癌76例。臨床病期はcStage I-II 102例、cStage III-IV 141例。手術アプローチは腹腔鏡手術86例、ロボット手術157例。術後合併症はall gradeで22例(9.1%)、Grade III以上で5例(2.1%)であり、平均術後在院日数は7.4日であった。CPの達成は210例（86.4%）であった。退院後30日以内の再入院は8例(3.3%)であり、うち6例はCP逸脱後の症例であった。全症例を対象とした平均入院医療費は結腸癌で1,348,360円、直腸癌で1,536,410円であった。年齢（75歳未満/75歳以上）で分けると結腸癌では1,314,940円 / 1,373,090円(p=0.10)、直腸癌では1,562,350円 / 1,496,630円(p=0.22)であった。術後合併症(無/有)で分けると結腸癌では1310620円 / 1760910円(p<0.01)、直腸癌では1,475,620円 / 2,053,060円(p<0.01)であった。再入院(無/有)で分けると結腸癌では1,326,280円 / 2,063,850円(p<001)、直腸癌では1,496,630円 / 2,504,400円(p<0.01)であった。
【結論】当院における大腸癌症例を対象としたCPは安全に運用されていた。術後合併症や再入院の少ない安全な手術に加えて周術期管理の普及が国民医療費の低減に寄与する可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

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

[R10] 要望演題 10 LARS

座長：小山 文一(奈良県立医科大学消化器・総合外科), 清水 浩紀(京都府立医科大学消化器外科)

[R10-1]

直腸がんにおけるLow Anterior Resection Syndromeの発症予測因子と直腸肛門内圧との関連についての検討

林 理絵[1,2], 三吉 範克[1,2], 藤野 志季[2], 関戸 悠紀[1], 竹田 充伸[1], 波多 豪[1], 浜部 敦史[1], 荻野 崇之[1], 植村 守[1], 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学, 2.大阪国際がんセンターがん医療創生部)

[R10-2]

当科での直腸切除術後における低位前方切除後症候群（LARS）増悪リスク因子および直腸肛門内圧の検討

松本 圭太, 大熊 祐輔, 鷹羽 律紀, 横山 亜也奈, 横井 亮磨, 水谷 千佳, 浅井 竜一, 田島 ジェシー雄, 藤林 勢世, 近石 和花菜, 三井 範基, 洞口 岳, 畑中 勇治, 深田 真宏, 安福 至, 佐藤 悠太, 田中 善宏, 村瀬 勝俊, 松橋 延壽 (岐阜大学医学部附属病院消化器外科)

[R10-3]

直腸癌術後の長期的排便機能障害の後方視的検討

南原 翔[1,2], 松井 信平[1], 野口 竜剛[1], 坂本 貴志[1], 向井 俊貴[1], 山口 智弘[1], 秋吉 高志[1] (1.がん研究会有明病院大腸外科, 2.九州大学病院消化器・総合外科)

[R10-4]

低位前方切除後症候群に対する薬物療法の効果に関する検討

本間 祐子, 味村 俊樹, 太田 学, 松本 理沙, 利府 数馬, 熊谷 祐子, 伊藤 誉, 鯉沼 広治, 山口 博紀 (自治医科大学消化器一般移植外科)

[R10-5]

当科における直腸癌経肛門吻合術後に対する経肛門洗腸（transanal irrigation：TAI）の検討

甲田 貴丸[1,2], 船橋 公彦[1,3], 牛込 充則[1], 金子 奉暁[1], 鏡 哲[1], 鈴木 孝之[1], 長嶋 康雄[1], 三浦 康之[1], 渡邉 健太郎[1], 的場 周一郎[1] (1.東邦大学医療センター大森病院消化器外科, 2.甲田医院, 3.横浜総合病院消化器外科)

[R10-6]

術前から開始するLARS診療の有用性と課題：地域連携による包括的介入の後方視的検討

秋月 恵美[1,2], 奥谷 浩一[2], 豊田 真帆[2], 岡本 行平[2], 石井 雅之[2], 佐藤 綾[1], 鈴木 崇史[1], 西尾 昭彦[1], 石山 勇司[1], 石山 元太郎[1] (1.札幌いしやま病院, 2.札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野)

[R10-7]

YouTubeを用いた低位前方切除後症候群（LARS）に関する情報提供の取り組み

榎本 浩也[1], 佐藤 正美[2], 秋月 恵美[3], 仕垣 隆浩[4], 磯上 由美[5] (1.国際医療福祉大学病院消化器外科, 2.東京慈恵会医科大学医学部看護学科, 3.札幌医科大学消化器・総合，乳腺・内分泌外科学講座/札幌いしやま病院, 4.久留米大学医学部外科講座, 5.フリーランス皮膚・排泄ケア認定看護師)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

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

[R10] 要望演題 10 LARS

座長：小山 文一(奈良県立医科大学消化器・総合外科), 清水 浩紀(京都府立医科大学消化器外科)

[R10-1] 直腸がんにおけるLow Anterior Resection Syndromeの発症予測因子と直腸肛門内圧との関連についての検討

林 理絵[1,2], 三吉 範克[1,2], 藤野 志季[2], 関戸 悠紀[1], 竹田 充伸[1], 波多 豪[1], 浜部 敦史[1], 荻野 崇之[1], 植村 守[1], 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学, 2.大阪国際がんセンターがん医療創生部)

【背景】Low Anterior Resection Syndrome (LARS)は主に排便機能に関わるQOL低下につながる機能障害の総称である。直腸がん術後の重要な合併症の一つであり、発症を予測することは重要である。
【目的】直腸がんにおけるLARSの発症予測因子と直腸肛門内圧との関連について検討を行う。
【方法】2011年6月から2023年10月までに当院でDSTまたは手縫い吻合を行った直腸がん手術症例のうち、術後のLARS scoreと直腸肛門内圧のデータを有する直腸がん症例(n=107)を対象とし、LARSの発症予測因子と直腸肛門内圧との関連性について検討した。本研究ではLARS scoreが21-29をMinor LARS、30以上をMajor LARSと定義した。直腸肛門内圧検査にはスターメディカル社製肛門内圧測定セット（東京）を用いた。また、検査時には最大随意収縮圧(mmHg)、最大静止圧(mmHg)のほか、機能的肛門管長(cm)を測定した。統計学的解析はJMP Pro 17.1.0を用いて行った。
【結果】患者背景は年齢中央値：63歳 (19-88歳)、男性/女性：64例/43例、BMI中央値：22.5 (16.0-33.3)であった。手術時間の中央値は336分 (69-1050分)、出血量の中央値は35ml (0-4910ml)であった。肛門縁から腫瘍までの距離の中央値は8cm (1-30cm)、肛門縁から吻合部までの距離の中央値は6cm (1-18cm)であった。107例のうち77例に術後のMinorまたはMajor LARSの発症を認めた(72%)。単変量解析の結果、術前治療の有無、手術時間、出血量、腫瘍までの距離、吻合部までの距離、術前静止圧が有意にLARS発症と相関した(p＜0.05)。
【結論】LARSの発症と関連する因子について検討した。術後LARSの発症予測に有用である可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

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

[R10] 要望演題 10 LARS

座長：小山 文一(奈良県立医科大学消化器・総合外科), 清水 浩紀(京都府立医科大学消化器外科)

[R10-2] 当科での直腸切除術後における低位前方切除後症候群（LARS）増悪リスク因子および直腸肛門内圧の検討

松本 圭太, 大熊 祐輔, 鷹羽 律紀, 横山 亜也奈, 横井 亮磨, 水谷 千佳, 浅井 竜一, 田島 ジェシー雄, 藤林 勢世, 近石 和花菜, 三井 範基, 洞口 岳, 畑中 勇治, 深田 真宏, 安福 至, 佐藤 悠太, 田中 善宏, 村瀬 勝俊, 松橋 延壽 (岐阜大学医学部附属病院消化器外科)

【背景・目的】直腸切除術後の低位前方切除後症候群（LARS）に関して、直腸肛門内圧検査を含めたLARS増悪リスク因子の検討は少ない。本研究では、当科の直腸切除術後症例を対象に、LARSの増悪に関与するリスク因子および直腸肛門内圧との関連を検討した。LARSスコアに基づき、20点以下をNo LARS（N）、21–29点をMinor LARS（I）、30点以上をMajor LARS（A）と分類した。
【対象】2022年11月～2024年10月に当院で腹腔鏡/ロボット支援下で低位前方切除術/内肛門括約筋切除術を施行した症例のうち、術後6カ月（人工肛門造設例は閉鎖術後6カ月）時点でLARSスコアの測定が可能であった59例を対象とした。うち、術前からMajor LARSであった症例を除外した46例を解析対象とした。
【方法】術前および術後6カ月時点でLARSスコア、最大静止圧（MRP）、最大随意収縮圧（MSP）、機能的肛門管長（HPZ）を測定した。LARSが悪化した群（E群）と悪化しなかった群（U群）に分け、LARS増悪のリスク因子として、年齢、性別、術式、手術時間、出血量、腫瘍の位置、前治療（NAC/TNT）の有無、covering stomaの有無を評価した。
【結果】術前のLARSはN/I/A＝37/9/0、術後は9/16/21であった。E群は33例（N→I：12例、I→A：4例、N→A：17例）、U群は13例であった。単変量解析において、E群はU群に比べ有意に年齢が若く（63.7歳 vs 72.8歳、p=0.0292）、腫瘍の位置がRbである割合が高かった（52% vs 15%、p=0.0250）。性別（男性：61% vs 53%）、術式（ISR：18% vs 0%）、手術時間（263分 vs 253分）、出血量（31mL vs 36mL）、前治療の有無（24% vs 15%）、covering stomaの有無（52% vs 31%）には有意差を認めなかったが、E群ではISR症例が多い傾向にあった。また、E群では術前と比較して術後6カ月のMRPの低下が有意に大きく、MSPも低下傾向を示した。HPZに有意な変化は認められなかった。
【結語】直腸切除術後におけるLARS増悪のリスク因子として、若年齢および腫瘍の位置がRbであることが挙げられた。また、LARSの増悪に伴いMRPが有意に低下し、MSPも低下傾向を示した。これらの結果から、LARSの病態にはMRPの低下が関与している可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

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

[R10] 要望演題 10 LARS

座長：小山 文一(奈良県立医科大学消化器・総合外科), 清水 浩紀(京都府立医科大学消化器外科)

[R10-3] 直腸癌術後の長期的排便機能障害の後方視的検討

南原 翔[1,2], 松井 信平[1], 野口 竜剛[1], 坂本 貴志[1], 向井 俊貴[1], 山口 智弘[1], 秋吉 高志[1] (1.がん研究会有明病院大腸外科, 2.九州大学病院消化器・総合外科)

はじめに: 直腸癌に対する低位吻合では術後に頻便・便失禁・分割便・便意切迫など排便障害としての低位前方切除後症候群(LARS)をきたす。その発生頻度は80-90%と頻度は高くQOLに強い影響を及ぼすが、認知度はあまり高くない。当院で手術を施行した直腸癌患者の排便機能について後方視的に検討しリスク因子を抽出した。
対象: 2018年6月～2022年11月までに当院で手術を施行した直腸癌患者を対象とした。質問票を用いてLARSスコア、Wexnerスコアを経時的に測定し、直腸切除もしくは人工肛門閉鎖術後１年目のスコアを算出した。LARSスコアは合計点で「LARSなし(0-20)」、「軽症LARS(21-29)」、「重症LARS(30-42)」に分類した。
結果:326例(RS:64例,Ra:110例,Rb:152例)の直腸癌患者で術後1年目のスコアを算出できた。腫瘍の局在が低位、低位吻合、また一時的回腸人工肛門造設群では重症LARSの割合が有意に高く、Wexnerスコアも有意に高値であった(p<0.05)。術式としてはISR、VLARで重症LARSは有意に割合が高く(p<0.005)、ISR、VLAR、LAR、ARの順に重症LARSの割合が低下した。一時的回腸人工肛門を造設した患者は閉鎖までの期間が長期なほどLARSスコア、Wexnerスコアが高い傾向にあった(p=0.22)。Rb直腸癌(152例)において、術前放射線治療群は施行していない群に比べて重症LARSの割合は高い傾向にあったが有意差は認めなかった(p=0.13)。Wexnerスコアは術前放射線治療群で有意に高かった(p<0.005)。術後縫合不全(CD分類3以上)とLARSスコア、Wexnerスコアに関連性は認められなかった。多変量解析において腫瘍の局在が低位、低位吻合は重症LARSの独立した危険因子であった(p<0.05)。
結語: 直腸癌において腫瘍の局在、吻合レベルは術後の排便機能不良を予測する因子として考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

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

[R10] 要望演題 10 LARS

座長：小山 文一(奈良県立医科大学消化器・総合外科), 清水 浩紀(京都府立医科大学消化器外科)

[R10-4] 低位前方切除後症候群に対する薬物療法の効果に関する検討

本間 祐子, 味村 俊樹, 太田 学, 松本 理沙, 利府 数馬, 熊谷 祐子, 伊藤 誉, 鯉沼 広治, 山口 博紀 (自治医科大学消化器一般移植外科)

【背景】低位前方切除後症候群(low anterior resection syndrome: LARS)は頻回便や便失禁,排便困難など様々な症状を示すため,各症状に合わせた治療が必要となる.治療は薬物療法,バイオフィードバック(BF)療法,経肛門的洗腸療法(transanal irrigation:TAI),仙骨神経刺激療法(sacral neuromodulation: SNM),ストーマ造設術があり,患者の状態に合わせて選択・組み合わせて実施している.薬物療法に関してはポリカルボフィルカルシウム(ポリカルボフィル),ロペラミド塩酸塩(ロペラミド),ラモセトロン塩酸塩(ラモセトロン)を使用する他,坐剤や下剤も使用している.
【目的】LARSに対する薬物療法の治療効果を症状と生活の質(quality of life:QOL)の観点から検討する.
【方法】2018年5月～2024年12月に排便機能外来を受診して薬物療法を受けたLARS患者を対象とした.治療効果は,症状はLARS特異的排便障害スコアであるLARSスコア(最善0点-最悪42点)で,QOLに関しては便失禁特異的QOL評価尺度(Japanese version of fecal incontinence quality of life scale:JFIQL)で評価した.
【結果】対象期間の受診者56例中52例に治療を行い,治療法は重複を含めて薬物療法 48例(86%),BF療法 2例,TAI 6例,SNM 1例,直腸脱修復術 1例,ストーマ造設術 7例であった.解析対象は,薬物療法を受けた48例(男33例,年齢中央値61歳)で,肛門使用開始後から受診までの期間は中央値14ヶ月で,初診時のLARSスコア(n=47)は中央値38点,Major LARS率87%であった.薬物療法の詳細は,重複例を含めて,ポリカルボフィル38例(79%),ロペラミド24例(50%),ラモセトロン11例(23%),酸化マグネシウム5例(10%),ポリエチレングリコール2例(4%),レシカルボン坐剤2例(4%),リナクロチド1例(2%),センノシド1例(2%)であった.薬剤の使用数は,単剤使用18例(38%),2剤併用25例(52%),3剤併用4例(8%),4剤併用1例(2%)であった.LARSスコア中央値（n=43）は治療前後で38点（範囲：13-41）から36点（0-41）と改善傾向を示した(p=0.05).JFIQL中央値(n=43)は治療前後で2.1点(1.2-3.6)から2.7点(1.3-4.0)と有意に改善した(p=0.004).
【結語】LARSに対する薬物療法は症状とQOLの改善をもたらすことが示唆された.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

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

[R10] 要望演題 10 LARS

座長：小山 文一(奈良県立医科大学消化器・総合外科), 清水 浩紀(京都府立医科大学消化器外科)

[R10-5] 当科における直腸癌経肛門吻合術後に対する経肛門洗腸（transanal irrigation：TAI）の検討

甲田 貴丸[1,2], 船橋 公彦[1,3], 牛込 充則[1], 金子 奉暁[1], 鏡 哲[1], 鈴木 孝之[1], 長嶋 康雄[1], 三浦 康之[1], 渡邉 健太郎[1], 的場 周一郎[1] (1.東邦大学医療センター大森病院消化器外科, 2.甲田医院, 3.横浜総合病院消化器外科)

肛門近傍の直腸癌に対する肛門温存手術が増加する一方で術後排便障害患者の対応が急務と考え当科では2017年5月から消化器外科医師、皮膚・排泄ケア（WOC）認定看護師、栄養士、理学療法士、薬剤師の多職種からなる術後排便障害チームを立ち上げ術後排便障害外来を開設し診療を開始した。外来にて排便日誌や内服薬の評価、排便造影検査、内圧検査などの種々の検査を行い月1回の排便障害カンファレンスにて治療方針を決定している。
食事指導や薬物療法を中心とした保存治療で改善しない症例に対して経肛門洗腸療法（transanal irrigation,以下TAI）を治療の選択肢の一つとしている。TAIは経肛門的な洗腸で定期的に直腸から左結腸を空虚化する治療である。我々は以前より当院の医療機器適応外使用の承認を得て、直腸癌術後排便障害に対してストーマからの洗腸に使用するコーンカテーテルを使用したTAIによる排便管理法を導入してきた。
直腸癌術後では、腸管穿孔のリスクがあり腹腔内の癒着や吻合部周囲の腸管の状態によって洗腸療法が安全に施行できるか評価する必要があると考えている。そのため洗腸療法を導入する前に、透視下にコーンカテーテルを用いて造影剤を注入し腸管の形態や洗腸の状況を把握している。
2024年4月現在、直腸癌に対する経肛門吻合部術後の排便障害6例に対して経肛門洗腸療法を導入しており、安全に施行できている。
６例の内訳は男性４例/女性２例、術式は経肛門吻合（CAA）５例/Toal ISR１例、腸管の洗浄量は透視下の造影剤注入量を参考にして300-500mlであった。
TAI導入後の評価は、評価できた６例中３例でWISは改善していた。
過去の報告では、TAIはその手技の煩雑さのため途中中断が多い事が指摘されているが当科では現時点で全ての症例でTAIが継続できている。その理由として連日の洗腸ではなくライフスタイルに合わせて2-3日ごとに洗腸を行っているためと考えている。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

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

[R10] 要望演題 10 LARS

座長：小山 文一(奈良県立医科大学消化器・総合外科), 清水 浩紀(京都府立医科大学消化器外科)

[R10-6] 術前から開始するLARS診療の有用性と課題：地域連携による包括的介入の後方視的検討

秋月 恵美[1,2], 奥谷 浩一[2], 豊田 真帆[2], 岡本 行平[2], 石井 雅之[2], 佐藤 綾[1], 鈴木 崇史[1], 西尾 昭彦[1], 石山 勇司[1], 石山 元太郎[1] (1.札幌いしやま病院, 2.札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野)

【背景】肛門温存手術後の低位前方切除後症候群（LARS）の診療はその重要性が広く認識されてきたが、診療開始のタイミングや方法に関する明確な基準は確立されていない。LARSは時間経過とともに症状が変化し、排便障害と直腸術後管理の双方にわたる知識を要する複雑な病態であり、診療には多大な労力を伴う。近年では術前からの介入や多職種連携による支援の有効性が注目されている。
札幌医科大学では2019年より重症LARS高リスク症例に対する術前からのLARS診療を開始しており、2024年からは地域の肛門専門病院と連携し術前から術後までシームレスなLARS診療を提供している。術前は生来の排便習慣の確認と肛門内圧評価、予想される術後LARS重症度の説明とLARSへの対処・治療に関する情報提供を行っている。経肛門操作を予定している症例に対しては術前から骨盤底筋訓練を開始し、この際にはバイオフィードバック療法によって指導している。
【目的】術前からLARS診療を開始することで術後の排便機能およびQOLが改善するかを明らかにし、継続的診療体制の有用性と今後の課題を検討する。
【方法】2017〜2023年に下部直腸腫瘍に対し手術を受け、ストマ閉鎖後の評価が可能であった136例（uLAR34例、ISR102例）を対象に後方視的解析を行った。術前介入のない2017–2018年（C群：43例）と、2019年以降術前からLARS診療を開始した群（I群：93例）で比較を行った。肛門内圧（MRP、MSP）とLARS score、CCFIS、一部症例ではSF-36によるQOL評価を用いた。
【結果】肛門内圧はMRP・MSPともにI群で良好であった（C群/I群）（術後6M：12M）MRP 32/40：36/41、MSP 140/160：160/177）。排便スコアはLARS scoreとCCFISともに両群に差を認めなかった。SF36は社会役割的健康度（RCS）がI群で良好であった（術後1M：3M：12M）40/45：41/48：50/53。
【結語】術前からLARS診療を開始することで術後の肛門機能およびQOLが改善する可能性が示唆された。今後は対象の拡大と長期的効果の検証が求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

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

[R10] 要望演題 10 LARS

座長：小山 文一(奈良県立医科大学消化器・総合外科), 清水 浩紀(京都府立医科大学消化器外科)

[R10-7] YouTubeを用いた低位前方切除後症候群（LARS）に関する情報提供の取り組み

榎本 浩也[1], 佐藤 正美[2], 秋月 恵美[3], 仕垣 隆浩[4], 磯上 由美[5] (1.国際医療福祉大学病院消化器外科, 2.東京慈恵会医科大学医学部看護学科, 3.札幌医科大学消化器・総合，乳腺・内分泌外科学講座/札幌いしやま病院, 4.久留米大学医学部外科講座, 5.フリーランス皮膚・排泄ケア認定看護師)

【背景】
直腸癌に対する肛門温存手術の増加に伴い、術後排便障害(Low Anterior Resection Syndrome: LARS)に悩む患者が増加している。LARSは便意切迫、頻便、失禁、排便コントロール困難など多彩な症状を呈し、QOLに影響を及ぼす。この影響は身体的側面に留まらず、精神的苦痛や社会的孤立感を招くことも少なくない。しかし、患者の認知度は依然として低く、術前後に十分な情報提供を受けていない症例も少なくない。近年、インターネット、特にYouTubeなどの動画共有プラットフォームは、患者や家族にとって重要な医療情報源となっている一方で、科学的根拠に乏しい不正確な情報も多く拡散されており、誤解や不安を助長する懸念がある。
【目的】
本研究の目的は、LARSに関する信頼性の高い情報を科学的根拠に基づき整理し、非医療者に理解しやすい表現で動画として発信することである。医療者視点のみならず、患者の実体験を重視し、共感を得られる内容とすることを目指した。
【方法】
大腸外科医、看護師(WOCNを含む)、LARSを経験した直腸癌サバイバーが協働し、LARSに関する解説動画10本を制作した。内容の正確性と共に、語句の平易さ、表現のわかりやすさにも配慮した。イラスト、動画編集、音声入れは制作メンバーで行い、オンライン会議およびSlackでの意見交換を重ね、メンバーの合意を得ながら制作した。動画はYouTubeチャンネル「直腸がん大事典」にて、2024年7月から2025年4月にかけて順次公開した。
【結果】
公開した10本の動画の累計再生回数は約8500回、総再生時間は約300時間であった。視聴者の年齢層は55～64歳が63.2%を占めた。
【結論】
LARSへの正しい理解と適切な対処を促すには、科学的根拠に基づく情報を患者に寄り添う形でわかりやすく発信することが重要である。身体・精神・社会の多面的な影響を踏まえた情報提供は、患者の不安軽減や社会的孤立の予防にも寄与すると考えられる。本プロジェクトは、医療者と患者が協働することで、正確性と共感性を両立した情報提供が可能であることを示した。今後も時代に即した媒体を活用し、質の高い医療情報を継続的に発信し、患者支援を強化する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC Room 4

[R11] 要望演題 11 大腸穿孔症例の治療

座長：石塚 満(獨協医科大学下部消化管外科), 上田 和毅(近畿大学医学部外科)

[R11-1]

当院における大腸憩室穿孔に対する手術適応、術式および治療成績に関する検討

熊野 健二郎, 三谷 嘉史, 島原 実理, 延永 裕太, 赤井 正明, 杭瀬 崇, 丸山 昌伸, 松村 年久, 山野 寿久, 高木 章司, 池田 英二 (岡山赤十字病院消化器外科)

[R11-2]

大腸憩室炎に対する手術治療のベストプラティスを考える

近藤 圭策, 天上 俊之, 河合 功, 波多邊 繁, 杉 朋樹, 中田 英二 (鳳胃腸病院外科)

[R11-3]

大腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対する腹腔鏡下手術の検討

本庄 優衣, 虫明 寛行, 澤井 悠樹, 福田 桃子, 村田 光隆, 小林 圭, 朱 美和, 平井 公也, 笠原 康平, 有坂 早香, 土田 知史, 上田 倫夫, 長谷川 誠司 (済生会横浜市南部病院外科)

[R11-4]

大腸憩室に伴うS状結腸膀胱瘻に対する手術治療成績

諏訪 宏和[1], 大坊 侑[1], 田 鐘寛[3], 諏訪 雄亮[2], 小澤 真由美[2], 大田 洋平[1], 野尻 和典[1], 小野 秀高[1], 吉田 謙一[1], 熊本 宜文[1] (1.横須賀共済病院外科, 2.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, 3.横浜市立大学消化器・腫瘍外科学)

[R11-5]

当科における膀胱瘻合併大腸憩室炎手術の変遷

原田 岳, 川村 崇文, 諫見 恵理, 小山 夏樹, 一瀬 健太, 河西 怜, 井田 進也, 大菊 正人, 田村 浩章, 稲葉 圭介, 落合 秀人 (浜松医療センター消化器外科)

[R11-6]

下部消化管穿孔性腹膜炎に対する開腹ハルトマン手術後のハルトマンリバーサル手術の検討

上嶋 徳[1], 大塚 幸喜[2], 隈本 力[1], 松本 航一[1], 川瀬 貴久[1], 近石 裕子[1], 辻村 和紀[1], 谷口 寛子[1], 小林 陽介[1], 稲熊 岳[1], 大村 悠介[1], 廣 純一郎[1], 升森 宏次[1] (1.藤田医科大学医学部総合消化器外科, 2.藤田医科大学先端ロボット・内視鏡手術学)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC Room 4

[R11] 要望演題 11 大腸穿孔症例の治療

座長：石塚 満(獨協医科大学下部消化管外科), 上田 和毅(近畿大学医学部外科)

[R11-1] 当院における大腸憩室穿孔に対する手術適応、術式および治療成績に関する検討

熊野 健二郎, 三谷 嘉史, 島原 実理, 延永 裕太, 赤井 正明, 杭瀬 崇, 丸山 昌伸, 松村 年久, 山野 寿久, 高木 章司, 池田 英二 (岡山赤十字病院消化器外科)

【目的】当院での大腸憩室穿孔症例の臨床的特徴と治療成績を明らかにし，治療方針の再評価を行う。
【方法】2014 年1月から2024年12月までの10年間に、当院で経験した大腸憩室穿孔連続59症例を非手術治療群（保存的治療または経皮的ドレナージ）と手術群に分けて、後方視的に比較検討した．
【成績】男/女＝36/23、穿孔部はＡ：Ｔ：Ｄ：Ｓ＝4：2：3：50例、Hinchey Ⅰ/Ⅱ/Ⅲ/Ⅳ＝28/7/11/13。非手術治療群（30例）、手術群（29 例）。両群間で年齢、性別、ＢＭＩ、病悩期間に有意差を認めなかった。非手術治療群のうち、ドレナージ治療は1例だった。
非手術治療群の成功率は73%（22/30）。8例（Hinchey Ⅰ/Ⅱ/Ⅲ＝4/3/1）が治療抵抗性で、全員に入院中の手術が行われた。術式は切除吻合5例、縫合閉鎖1例、Hartmann手術2例で、縫合不全を認めなかった。
手術群の術式は、開腹手術22例、腹腔鏡手術7例で、Hartmann 手術20例、切除吻合9例だった。腹腔鏡手術は開腹手術と比べ、Hinchey Ⅰ/Ⅱ症例が多い傾向にあり、一期的吻合の割合が有意に高かったが（5例 vs 2例　p<0.01）、手術時間は有意に長かった（205分 vs 265分　p=0.03）。出血量や術後合併症の発生率に有意差を認めなかったが、術後平均在院日数は腹腔鏡手術の方が有意に短かった（13日 vs 20日　p=0.01）。
手術群でClavien-Dindo(CD) III以上の術後合併症を４例に認め、CDIIIa/IVa/Ⅴ＝1/2/1だった。合併症群ではBMI＜18.5の低体重割合が有意に高かった。Hinchey分類や術前prognostic nutritional index（PNI）と術後合併症の間に相関を認めなかった。手術群の術後在院日数の中央値は17日（8-45）、自宅退院率は79%（23/29）、ストーマ閉鎖率は45%（9/20）だった。
【結語】Hinchey 分類に基づいた治療方針の決定が重要である。緊急手術では重症例も多く、ハルトマン手術が多いが、非手術治療に抵抗性で、手術となった場合は切除吻合が選択される傾向にあった。本検討では腹腔鏡手術は開腹手術と比べ、軽症例に適応される傾向にあり、切除吻合割合が高く、術後在院日数も有意に短い事から、症例を選べば有用と考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC Room 4

[R11] 要望演題 11 大腸穿孔症例の治療

座長：石塚 満(獨協医科大学下部消化管外科), 上田 和毅(近畿大学医学部外科)

[R11-2] 大腸憩室炎に対する手術治療のベストプラティスを考える

近藤 圭策, 天上 俊之, 河合 功, 波多邊 繁, 杉 朋樹, 中田 英二 (鳳胃腸病院外科)

【はじめに】憩室炎関連で手術を要する症例は少数ながら存在する。我々は、このような症例に対して積極的に腹腔鏡下手術を行ってきた。自験例を検証し、手術治療を要する症例の特徴,および術式選択のベストプラクティスは何かについて考えてみる。【対象と方法】2015年1月から2024年3月の間、に憩室炎関連疾患に対して手術を行った25例を対象とする。これら症例の特徴および術後成績の検証を行なう。 また術式選択の時代変遷についても検証を行なう。【結果】性別は、男性/女性, 15/10であった。年齢中央値は、59歳(2X-7X歳)であった。緊急手術5例,待機手術が15例であった。全例,腹腔鏡下手術が選択された。手術に至った理由は、①反復する憩室炎, 3 例,②保存的治療に抵抗,6例, ③狭窄,12例,④穿孔, 1例,⑤結腸・膀胱瘻等,3例であった。選択術式は、ハルトマン手術 3例, S状結腸切除術8例,結腸左半切除術 11例,右結腸切除術1例,ドレナージ＋ストーマ造設 1例,ストーマ造設 1例,であった。手術時間は中央値218分(64-530分),出血量は中央値20ml(5-800ml)であった。開腹移行例は3例(12%)であった。移行理由は、高度線維化により尿管の確実な同定および温存が困難であったためであった。CD III以上の合併症は認めなかった。2024年以降では、責任腸管の切除を行わずにストーマ造設のみ,もしくはドレナージ＋ストーマ造設を選択した症例も認めた。【まとめ】大半の症例は腹腔鏡下で安全に施行することは可能であった。ただし尿管の同定が困難で、開腹移行を要する困難症例は必ず存在する。腹腔鏡下手術の最大の弱点は、触覚がないことにつきる。その際は、固執することなく開腹移行することが肝要である。また保存的治療に抵抗し,膿瘍形成かつBulkyな炎症性腫瘤を形成するような急性期の症例に対して、腸管切除を行うことはかなり難易度が高い。よってそのようなケースに対しては,責任病巣の一期的切除にこだわらず、まずドレナージおよび人工肛門造設のみを行うこともオプションの一つとして考えてよいのかもしれない。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC Room 4

[R11] 要望演題 11 大腸穿孔症例の治療

座長：石塚 満(獨協医科大学下部消化管外科), 上田 和毅(近畿大学医学部外科)

[R11-3] 大腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対する腹腔鏡下手術の検討

本庄 優衣, 虫明 寛行, 澤井 悠樹, 福田 桃子, 村田 光隆, 小林 圭, 朱 美和, 平井 公也, 笠原 康平, 有坂 早香, 土田 知史, 上田 倫夫, 長谷川 誠司 (済生会横浜市南部病院外科)

【背景】大腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対して，結腸切除と瘻孔切除のみで膀胱部分切除は不要とする報告も増えており，結腸切除と瘻孔切除で腹腔鏡下手術症例の報告も散見される．当院でも腹腔鏡下手術を行っている．【目的】当院での大腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対する腹腔鏡下手術の有用性を検討すること．【対象と方法】2019/1月から2025/3月までに当院で大腸憩室炎による結腸膀胱に対して腹腔鏡下手術を施行した9症例を対象とし，後方視的に検討した．【結果】患者背景は，年齢中央値 65歳，男性：女性＝8:1例，全症例で瘻孔形成を認めた部位はS状結腸であった．主訴は6例で泌尿器症状であったが，3例は泌尿器症状を伴わない腹痛であった．全症例でCT検査にてS状結腸に多発憩室と不整な壁肥厚，憩室と膀胱壁が接しており，接した膀胱壁の肥厚と膀胱内airを認めた．下部消化管内視鏡検査と注腸造影検査では全例にS状結腸に多発憩室を認めたが，膀胱との瘻孔と膀胱内への造影剤流出を認めたのは1例のみであった．膀胱鏡検査は7例で施行され，膀胱壁の肥厚や膀胱粘膜の浮腫を認めるも明らかな瘻孔は確認できず，膀胱造影検査は4例に施行され，明らかな瘻孔は描出されなかった． 手術因子は，4例で人工肛門造設術が先行され、全例で腹腔鏡下S状結腸切除術が施行されており，全例で膀胱との瘻孔部は瘻孔切除のみで，膀胱切除が付加された症例は認めなかった．手術時間は188分，術中出血量は15mlであり，尿道カテーテルは8例で入院中に抜去されており，術後抜去までの期間は4.5日．Clavien-Dindo分類II以上の術後合併症は2例に認め，術後麻痺性イレウスと深部SSIであった．術後在院期間は8日であり，摘出検体の病理組織学的所見で全例悪性所見は認めなかった．1例で術後2ヶ月目に気尿の症状を認めたが明らかな結腸膀胱瘻再発の診断には至っていない．【結語】大腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対しても腹腔鏡下手術は安全に行えると考えられた．症例によっては人工肛門造設が不要の可能性が示唆された。炎症所見を認める症例では人工肛門造設を先行した二期的手術により安全な結腸切除ができる可能性があると考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC Room 4

[R11] 要望演題 11 大腸穿孔症例の治療

座長：石塚 満(獨協医科大学下部消化管外科), 上田 和毅(近畿大学医学部外科)

[R11-4] 大腸憩室に伴うS状結腸膀胱瘻に対する手術治療成績

諏訪 宏和[1], 大坊 侑[1], 田 鐘寛[3], 諏訪 雄亮[2], 小澤 真由美[2], 大田 洋平[1], 野尻 和典[1], 小野 秀高[1], 吉田 謙一[1], 熊本 宜文[1] (1.横須賀共済病院外科, 2.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, 3.横浜市立大学消化器・腫瘍外科学)

【背景】食事の欧米化などで大腸憩室症が増加し，それに伴い，S状結腸膀胱瘻の治療機会も増加してきている。
【目的】S状結腸膀胱瘻に対する手術の治療成績について検討する。
【対象】2012年より2024年までに大腸憩室に伴うS状結腸膀胱瘻に対し，手術を施行した20例を対象とした。
【結果】年齢中央値70歳，男性19例，女性1 例。初診時に高度あるいはコントロール不良な炎症を有する症例は7例で，緊急で人工肛門造設術のみが施行された。責任憩室部の腸切除術は，開腹手術1例，腹腔鏡下手術19例。初回人工肛門のみ造設例では，S状結腸切除術6例，Hartmann手術1例。直接腸切除を施行した例では，S状結腸切除術10例，S状結腸切除術（一時的人工肛門造設併施）2例，Hartmann手術1例。手術時間中央値266分，出血量中央値10ml。膀胱壁の処置は，全層での部分切除・縫合2例，筋層縫合4例，無処置14例。術後，膀胱カテーテル造影を6例で施行。留置期間中央値は7日で，術後在院日数中央値は9日であった。術後合併症は，創感染2例，尿路感染2例，イレウス2例，遺残膿瘍1例で，腸管縫合不全や膀胱からの尿漏出は認めなかった。
【結語】大腸憩室に伴うS状結腸膀胱瘻に対する腸切除術は安全に施行可能であった。一時的人工肛門造設非造設例でも縫合不全なく経過したが，憩室が広範囲に多発している症例では憩室が吻合に影響する可能性があるため，一時的人工肛門造設を考慮するべきである。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC Room 4

[R11] 要望演題 11 大腸穿孔症例の治療

座長：石塚 満(獨協医科大学下部消化管外科), 上田 和毅(近畿大学医学部外科)

[R11-5] 当科における膀胱瘻合併大腸憩室炎手術の変遷

原田 岳, 川村 崇文, 諫見 恵理, 小山 夏樹, 一瀬 健太, 河西 怜, 井田 進也, 大菊 正人, 田村 浩章, 稲葉 圭介, 落合 秀人 (浜松医療センター消化器外科)

【はじめに】瘻孔合併大腸憩室炎は憩室症ガイドラインで大腸切除術の適応とされているが、近年腹腔鏡手術による一期的切除の有効性が報告されている。【方法】2019年1月から2025年3月までに、当科で施行された大腸憩室炎手術症例25例中、術前に膀胱瘻合併大腸憩室炎と診断された9例について、年齢、性別、術前検査、手術アプローチ（待機手術/緊急手術、開腹手術/腹腔鏡手術）、手術時間、術中出血量、術後病理について検討した。【結果】年齢は62.３歳、全例が男性であった。全例待機手術で行われており、6例で泌尿器科との合同手術が施行されていた。手術アプローチは開腹手術３例、腹腔鏡手術が６例であった。手術時間は開腹手術で382.7分、腹腔鏡手術で340.５分、術中出血は開腹手術で401ml、腹腔鏡手術で62.５mlだった。【まとめ】膀胱瘻合併大腸憩室炎手術は膀胱への癒着の程度により剥離層の設定が難しく、開腹手術でも腹腔鏡手術でも安全な手術の施行には時間がかかる。出血量が少ないことは腹腔鏡手術の利点でもあるが、膀胱瘻合併手術でもその利点が確認できた。腹腔鏡手術の2023年以降は合同手術は減少し腹腔鏡手術が増加しており、腹腔鏡手術の習熟度やトラブルシューティングが洗練してきたことによると思われる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC Room 4

[R11] 要望演題 11 大腸穿孔症例の治療

座長：石塚 満(獨協医科大学下部消化管外科), 上田 和毅(近畿大学医学部外科)

[R11-6] 下部消化管穿孔性腹膜炎に対する開腹ハルトマン手術後のハルトマンリバーサル手術の検討

上嶋 徳[1], 大塚 幸喜[2], 隈本 力[1], 松本 航一[1], 川瀬 貴久[1], 近石 裕子[1], 辻村 和紀[1], 谷口 寛子[1], 小林 陽介[1], 稲熊 岳[1], 大村 悠介[1], 廣 純一郎[1], 升森 宏次[1] (1.藤田医科大学医学部総合消化器外科, 2.藤田医科大学先端ロボット・内視鏡手術学)

【背景】下部消化管穿孔性腹膜炎に対する開腹ハルトマン手術後の腹腔鏡下ハルトマンリバーサル手術は, 手術関連合併症が43.8%～47.3%と高率であると報告されている。腹腔内臓器への癒着や腹膜炎の影響で肥厚した直腸との吻合、脾彎曲部授動を要することもあり, その難易度は高い.
【対象・方法】2013年5月から2025年4月までの期間に、ハルトマンリバーサル手術を施行した43例を対象とし,手術の難易度,術中偶発症,術後合併症等に影響を来たしたリスク因子（患者背景,既往,穿孔部位,手術時間,出血量,執刀者,穿孔原因等）を後方視的に検討した。
【結果】患者背景は男性29人,女性14人.他の因子は中央値で, 年齢67.7歳,BMI　20.93. 初回手術からハルトマンリバーサル手術までの期間314日.手術時間249分.出血量136ml.平均在院日数は24.8日であった.開腹手術例は20例,腹腔鏡手術例は23例で内4例が開腹移行となった.開腹手術群と腹腔鏡手術群では手術時間,出血量,術後合併症,在院日数に有意差を認めなかった.術者因子において,消化器外科学会専門医資格の有無で比較すると,資格有り群で有意に手術時間が短く（P=0.039）,腹腔鏡手術の開腹移行例は資格無し群が15.3%であったのに対して資格有り群は0%であった.穿孔の原因として結腸直腸癌による穿孔群10例と憩室穿孔、結腸捻転などの非悪性腫瘍による穿孔群３３例の比較では非悪性腫瘍群が手術時間が長時間である傾向にあった（P＝0.018）
【結語】高難度とされるハルトマンリバーサル手術であるが当科において,腹腔鏡下手術群は開腹手術群と比較し同等の成績であった.術前・術中因子の解析から,手術に影響をきたす因子を推測した.更に安全な手術を施行する上で当科において行っている術前検査および術中手技の工夫等を含め報告する.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:15 AM UTC Room 4

[R12] 要望演題 12 直腸脱の治療

座長：高橋 知子(亀田総合病院消化器外科), 相川 佳子(Aicoレディースクリニック)

[R12-1]

当院における経会陰的直腸脱手術Delorme法の手技と治療成績の検討

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

[R12-2]

直腸脱に対する腹腔鏡下Wells変法直腸固定術

和田 聡朗, 北堀 魁常, 立津 捷斗, 高木 秀和, 中右 雅之, 宇山 直樹 (岸和田市民病院外科)

[R12-3]

当院における直腸脱治療の比較

藤森 正彦[1], 中塚 博文[2], 先本 秀人[2], 小川 尚之[2] (1.呉市医師会病院大腸肛門病センター大腸・肛門外科, 2.呉市医師会病院大腸肛門病センター外科)

[R12-4]

手術成績からみた直腸脱術式の検討

緒方 俊二, 鮫島 隆志, 鮫島 加奈子, 江藤 忠明, 長友 俊郎, 山元 由芙子, 山下 芳恵, 前田 裕之, 吉元 崇文 (潤愛会鮫島病院)

[R12-5]

骨盤臓器脱を伴う完全直腸脱に対する腹腔鏡下手術

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

[R12-6]

腹腔鏡下直腸固定術後に脊椎椎間板炎を発症した5例

三浦 康之[1], 栗原 聰元[2], 木村 駿悟[1], 渡邉 健太郎[1], 小棚 地洋[1], 吉田 公彦[1], 甲田 貴丸[1], 長嶋 康雄[1], 鈴木 孝之[1], 鏡 哲[1], 金子 奉暁[1], 牛込 充則[1], 船橋 公彦[3], 的場 周一郎[1] (1.東邦大学医療センター大森病院一般・消化器外科, 2.汐田総合病院外科, 3.横浜総合病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:15 AM UTC Room 4

[R12] 要望演題 12 直腸脱の治療

座長：高橋 知子(亀田総合病院消化器外科), 相川 佳子(Aicoレディースクリニック)

[R12-1] 当院における経会陰的直腸脱手術Delorme法の手技と治療成績の検討

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

【はじめに】直腸脱の治療は経会陰的手術と経腹手術におおきく分類されるが、我々は脱出長4cm以上の症例に対しては全身麻酔が可能であれば経腹手術を適応し、脱出長4cm未満の症例に対しては経腹手術と経会陰手術も選択肢として提示してインフォームドコンセントを経て治療方針を決定している。全身麻酔非適応症例については脱出長に関わらず経会陰的手術としてDelorme法を主に行なっている。
【目的】当科で行なっているDelorme法の手術手技を動画で供覧するとともに、その治療成績について検討する。
【手術】脊椎麻酔下にジャックナイフ体位で実施する。ローンスターリトラクターを用いて肛門を展開し、アリス鉗子で直腸を牽引して脱出している状態を再現し、歯状線より1.5cm口側の直腸粘膜を全周性に切離する。同部位より口側にむけて直腸粘膜を筋層から剥離し、脱出頂部を超えて肛門縁レベルまで剥離した後、露出した直腸筋層を6方向で縫縮、剥離した余剰直腸粘膜を切除しつつ粘膜同士を縫合して再建する。
【患者背景・治療成績】2018年1月から2025年3月までに当科にて経会陰的直腸脱手術Delorme法を施行した症例は101例であり、男性10例、女性91例で、年齢の平均値80歳（29-93）であった。脱出長は平均4cm（2-10）で剥離粘膜の長さは平均12cm（3-20）であり手術時間は平均60分（35-116）であった。術後合併症として縫合部狭窄を17例で認め、2例に縫合部離開を認めた。縫合部狭窄はブジーによる保存的治療で全例軽快し、縫合部離開についても保存的治療で軽快を認めた。再発は21例（21%）に認められ、16例は経腹手術（腹腔鏡下直腸固定術）を、１例はGant-三輪-Tierschによる経会陰的手術を施行し現時点で再発を認めていない。1例は経腹手術を予定されたがスクリーニングの下部内視鏡検査でS状結腸癌と診断され大腸切除術を施行された。3例は患者の希望により経過観察となった。
【結語】経会陰的直腸脱手術Delorme法は侵襲が低く、全身状態の不良な症例でも適応できる術式であるが、一定の割合で再発するため経腹手術も適応となる症例においては術前のインフォームドコンセントが重要であると思われる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:15 AM UTC Room 4

[R12] 要望演題 12 直腸脱の治療

座長：高橋 知子(亀田総合病院消化器外科), 相川 佳子(Aicoレディースクリニック)

[R12-2] 直腸脱に対する腹腔鏡下Wells変法直腸固定術

和田 聡朗, 北堀 魁常, 立津 捷斗, 高木 秀和, 中右 雅之, 宇山 直樹 (岸和田市民病院外科)

【背景】直腸脱は高齢者が増加するにつれて今後増加すると予想される疾患で、疾患の特性により病脳期間が長くなり、QOLの著しい低下を来すことが多い。治療法としては経肛門的手術および経腹的手術があり、前者は低侵襲である一方、再発率が高い傾向にある。腹式手術の侵襲性と経肛門的手術の再発率を軽減する点から当科では全身麻酔が可能な症例に対しては、腹腔鏡下Wells変法直腸固定術を第一選択として施行している。
【症例・手術手技】
症例は７７歳女性。1か月前より完全直腸脱（脱出長７ｃｍ）を認め、手術を希望された。全身麻酔下に体位は砕石位とし、気腹後に右に傾けた頭低位で行う。Ｓ状結腸を左上方向に挙上し、内側アプローチを開始し、直腸右側間膜を切開し、直腸固有筋膜の背側を剥離する。下腹神経と骨盤神経叢を温存しながら直腸の剥離を右内側から左尾側に進める。直腸左側間膜を切開し、右側からの剥離面と交通させる。直腸後壁の剥離は肛門挙筋の手前まで行っている。側方靭帯は両側とも温存し、前壁の剥離は可及的に行っている。タイレーンメッシュを縦７×横１０ｃｍに切り、正中仙骨動静脈に注意して、メッシュを仙骨にタッカーで固定する。直腸を頭側に牽引し、吸収糸を用いてメッシュと左右の直腸壁を3針結節縫合し、メッシュが直腸後壁を中心に約半周を被覆するよう固定する。メッシュが小腸と接触し、癒着することを避けるため、後腹膜を吸収糸にて連続縫合し、修復し、手術終了としている。
術後の経過は良好で半年後も再発を認めていない。
【結論】直腸脱に対する腹腔鏡下Wells変法直腸固定術は、低侵襲で高い再発防止効果を維持している点で優れた治療法であり、高齢者に対して推奨できる。今回は実際の手術ビデオを供覧し、当手技におけるポイントを提示したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:15 AM UTC Room 4

[R12] 要望演題 12 直腸脱の治療

座長：高橋 知子(亀田総合病院消化器外科), 相川 佳子(Aicoレディースクリニック)

[R12-3] 当院における直腸脱治療の比較

藤森 正彦[1], 中塚 博文[2], 先本 秀人[2], 小川 尚之[2] (1.呉市医師会病院大腸肛門病センター大腸・肛門外科, 2.呉市医師会病院大腸肛門病センター外科)

はじめに】当院において、完全直腸脱に対する治療は経腹的治療を第一選択としている。全身評価にて全身麻酔が困難と想われる症例に対しては、経肛門的治療を行っている。経腹的治療は腹腔鏡下直腸後方固定術(LSR: Laparoscopic suture rectopexy)と腹腔鏡下直腸前方固定術(LVR: Laparoscopic ventral rectopexy)を行い、経肛門的治療はDelorme法(DEL）をメインに行っている。今回LSR、LVRおよびDELについて比較し、今後の直腸脱に対する治療について考察した。
【対象と方法】2010年6月から2025年3月までに行った経腹的手術（LSRとLVR）99例と2008年8月から2025年3月までに行ったDEL97例を対象とした。経腹的手術の内訳は、LSR68例、LVR31例である。それぞれの術式について、年齢・脱出長・手術時間・出血量・術中術後合併症・再発（直腸全層の脱出とした）などを比較した。
【結果】平均年齢は、LSR73.5歳、LVR 82.3歳、DEL82.5歳であり、LSRの対象はより低年齢であった。平均脱出長はLSR 6.3cm、LVR 5.8cm、DEL5.0cmであった。平均手術時間はLSR 208.4分、LVR 244.4分、DEL83.3分で、経腹的手術が長時間であった。平均出血量はLSR 56.4ml、LVR 52.4ml、DEL18.4mlであり、DELが少なかった。手術の進行の障害となる術中合併症はどの術式でも認めなかった。術後早期合併症はClavien-Dindo分類 Grade IIIbをLSRに2例（3.0%：小腸穿孔、腸閉閉塞）、LVRに1例(4.5%：ポート部小腸脱出)認めたが、その他はGrade I程度であり有意差は認めなかった。術後晩期合併症はLSR、LVRでは認めなかったが、DELではGrade IIIa(吻合部狭窄)を8例に認めた。再発は直腸全層の脱出とし、LSR 2例（2.9%）、LVR 0例（0.0%）、DEL24例(24.7%)とDELで高率であった。
【まとめ】直腸脱はQOLを著しく低下するため、高齢であっても放置すべきではない。今回の結果からも全身状態が許せば経腹的手術を選択すべきであるが、やはり全身麻酔を躊躇することもある。DELは安全に行えるが、再発率が高いことが問題となる。現在は再発率を下げるためにDELにThiersch（Leed-Keio mesh使用）を併用しており、今後長期成績を確認していきたい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:15 AM UTC Room 4

[R12] 要望演題 12 直腸脱の治療

座長：高橋 知子(亀田総合病院消化器外科), 相川 佳子(Aicoレディースクリニック)

[R12-4] 手術成績からみた直腸脱術式の検討

緒方 俊二, 鮫島 隆志, 鮫島 加奈子, 江藤 忠明, 長友 俊郎, 山元 由芙子, 山下 芳恵, 前田 裕之, 吉元 崇文 (潤愛会鮫島病院)

[はじめに] 直腸脱に対する当院の治療法は経肛門的手術として脱出長2-3cmの短いものはMuRAL法、長いものはGant-Miwa法、Delorme法、(+ Thiersch法)、等を行っており、経腹的手術としてはメッシュを用いた腹腔鏡下直腸後方固定術(Wells法)を行っている。各術式の手術成績を検討し、治療アプローチ法を考察した。
[対象と方法] 2018年1月より2025年4月の間に行った直腸脱手術症例376例(重複症例含む)を対象とした。経肛門的、経腹的手術それぞれの成績(手術時間、在院日数、合併症、再発率等)について検討を行った。
[Wells法手技]直腸の剥離は全周に行う。背側は尾骨先端より2cm奥まで、側方は肛門挙筋付着部手前まで、腹側は腹膜翻転部より3-4cm肛門側まで剥離する。メッシュはT字型とし、背側はキャプシャーで仙骨に固定。直腸を約2/3周包み、非吸収糸(エチボンド)にて左右とも4-5針ずつ縫合する。
[結果]全症例の平均年齢は80.1歳で男女比は1:6.1であった。 (1)経肛門的手術症例346例においては平均年齢81.5歳(34-99歳)、男女比は1:7.1であった。手術時間は37.9分、術後在院日数は13.0日(1-44日)であった。合併症は28例(8.1%)に認めた（Thiersch関連、出血、尿路感染、穿孔等）。死亡例はなかった。再発は68例(19.7%)に認め、再手術を必要とした。再発までの時期はさまざま(1-2583日)であったが、中央値は144日後であった。68例中21例は3回以上(最多6回)の手術を必要とした。(2)経腹的手術症例30例(初発例13例、再発例17例)においては平均年齢71.6歳(36-94歳)、男女比は1:4であった。手術時間は227分、術後在院日数は12.7日(7-30日)であった。合併症は5例(16.7%)に認めた（尿路感染、排便困難、肺炎等）。死亡例はなかった。再発は1例(3.3%)に認めたが、経肛門的手術（Gant-Miwa +Thiersch法）にて治癒した。
[まとめ]
直腸脱に対する経肛門的手術は手術時間が短く侵襲は少ないが、再発率は19.7%と高かった。経腹的手術は合併症が16.7%と高めであったが、重篤なものはなかった。再発率は3.3%と低かった。術後合併症のリスクが低く、再発が懸念される症例に対して経腹的手術は積極的に選択されるべき術式と思われた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:15 AM UTC Room 4

[R12] 要望演題 12 直腸脱の治療

座長：高橋 知子(亀田総合病院消化器外科), 相川 佳子(Aicoレディースクリニック)

[R12-5] 骨盤臓器脱を伴う完全直腸脱に対する腹腔鏡下手術

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

骨盤臓器脱（Pelvic organ prolapse：POP）は，直腸脱患者の約30%に合併すると報告されている．POPと直腸脱に対する手術術式は多様であり，POPを伴う直腸脱に対する標準的術式も確立していない．当科ではPOP合併の直腸脱に対しメッシュを使用した腹腔鏡下直腸固定術と仙骨膣固定術を併施しており，その術式を供覧し手術成績を報告する．【術式】5孔式腹腔鏡下手術で行う．腹膜翻転部を切開し、直腸膣隔膜の剥離を可及的に行った後、直腸間膜右側の腹膜を腹膜翻転部まで切開し直腸間膜右側を受動する.直腸膣隔膜を両側の肛門挙筋が露出するまで剥離した時点で，術中陰圧試験(剥離した直腸腹側を鉗子で頭側に牽引した状態で，経肛門的に吸角を用いた陰圧をかけ直腸の脱出を確認する）を行い，直腸の脱出が無い症例は直腸腹側固定（ventral rectopexy：VR）を選択し，直腸が脱出する症例では，直腸全周を骨盤底まで剥離して直腸背側固定（posterior rectopexy：PR）を行う方針としている．直腸の剥離後、仙骨岬角前面を剥離する.VRを選択した症例では,この時点で吸収性フィルムによりコーティングされたメッシュを短冊状に形成して,一端を直腸腹側に縫合固定する.ついで,子宮膣上部切断を行った後,子宮頸部断端周囲を膀胱頸部背側まで剥離し，子宮頸部断端前後壁にY字型メッシュを縫合固定する.VRの症例では，直腸側のメッシュに子宮断端のメッシュを重ね合わせて牽引した状態で，メッシュの対側を仙骨岬角にstaplerで固定する．LRを選択した症例では,仙骨岬角に直腸側のメッシュをstaplerで固定した後に,子宮断端側のメッシュを牽引し重ねて固定し,直腸を牽引して直腸固定用のメッシュに縫合固定する．腹膜を縫合しメッシュを被覆して手術を終了する．【手術成績】H29年4月～R7年4月に35例（平均年齢80±6歳）施行し，平均手術時間は（312±99）分，出血量（51±21）ml であった．合併症はイレウス2例，せん妄2例,骨盤内膿瘍1例,その他 2例であった.再発は膀胱瘤8例,子宮脱1例であったが直腸脱の再発は認めていない．【結語】POP合併の直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術と仙骨膣固定術の併施は一期的治療が可能で有用な術式である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:15 AM UTC Room 4

[R12] 要望演題 12 直腸脱の治療

座長：高橋 知子(亀田総合病院消化器外科), 相川 佳子(Aicoレディースクリニック)

[R12-6] 腹腔鏡下直腸固定術後に脊椎椎間板炎を発症した5例

三浦 康之[1], 栗原 聰元[2], 木村 駿悟[1], 渡邉 健太郎[1], 小棚 地洋[1], 吉田 公彦[1], 甲田 貴丸[1], 長嶋 康雄[1], 鈴木 孝之[1], 鏡 哲[1], 金子 奉暁[1], 牛込 充則[1], 船橋 公彦[3], 的場 周一郎[1] (1.東邦大学医療センター大森病院一般・消化器外科, 2.汐田総合病院外科, 3.横浜総合病院消化器外科)

【はじめに】
直腸脱に対する手術療法である直腸固定術には、メッシュの使用や固定方法の違いにより複数の術式が存在する。当院では、メッシュを使用しないnative tissue repairとして、腹腔鏡下にて直腸を岬角へ非吸収糸3針で固定している。直腸固定術の重篤な合併症として脊椎椎間板炎は極めて稀であるが、今回われわれは5例を経験したため報告する。
【対象および方法】
2009年5月～2025年3月に当院で直腸脱に対して腹腔鏡下直腸固定術を施行した304例を対象とし、術後に脊椎椎間板炎を発症した症例を後方視的に調査、検討した。
【結果】
術後に脊椎椎間板炎を発症した症例は5例（1.64%）であった。平均年齢は82.4（75～92）歳、性別は女性4例、男性1例であった。糖尿病や免疫低下などの易感染性の既往は認めなかった。主症状は発熱のみ1例、腰痛のみ1例、発熱と腰痛を伴った症例が3例であった。
血液培養からはBacteroides fragilis、MRSA、緑膿菌、E.coliがそれぞれ1例ずつ検出され、1例は陰性であった。平均入院期間は52.8（27～66）日であった。再発例はみられなかったが、E.coliが検出された92歳の症例は感染性心内膜炎を併発し、不幸な転帰をたどった。
【考察】
椎間板炎は診断が困難であり、不明熱として見過ごされやすい。直腸固定術後に腰痛や発熱を呈した場合には本疾患を念頭に置くべきである。MRI検査においても典型像が乏しく、初期では信号変化のみで判断が難しい。治療はまずは抗生剤投与であり、期間は6-8週間と長期化する傾向にある。4週間未満の治療では再発率が高くなるとの報告もある。予防には、椎体の前縦靭帯への縫合方法の工夫、術中の十分な洗浄、固定後の術中大腸内視鏡による固定糸の腸管内露出の有無の確認などが重要と考えられる。
【結語】
腹腔鏡下直腸固定術後の脊椎椎間板炎の発症は稀ではあるが、高齢患者では重篤な経過をたどる可能性があるため注意を要する。今回5例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:30 AM UTC Room 9

[R13] 要望演題 13 経肛門・経会陰アプローチの幅広い応用

座長：沖田 憲司(小樽掖済会病院外科), 塚田 祐一郎(国立がん研究センター東病院大腸外科)

[R13-1]

経会陰アプローチを併用した骨盤内臓全摘術・前立腺合併切除術

石井 雅之[1,2], 豊田 真帆[2], 藤野 紘貴[2], 岡本 行平[2], 奥谷 浩一[2] (1.東札幌病院, 2.札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野)

[R13-2]

他臓器合併切除を要する進行・再発大腸癌に対する経肛門・経会陰的アプローチの短期成績

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

[R13-3]

経会陰内視鏡アプローチを併用した腹腔鏡下骨盤内臓摘除術の手技と治療成績

神馬 真里奈, 向井 俊貴, 野口 竜剛, 坂本 貴志, 松井 信平, 山口 智弘, 秋吉 高志 (がん研究会有明病院大腸外科)

[R13-4]

直腸GISTに対する低侵襲手術の治療成績

日吉 幸晴, 山下 晃平, 有馬 浩太, 小澄 敬祐, 原田 和人, 江藤 弘二郎, 井田 智, 宮本 裕士, 岩槻 政晃 (熊本大学大学院消化器外科学)

[R13-5]

下部直腸癌に対する肛門操作先行手技の腫瘍学的成績

鏡 哲, 木村 駿吾, 小棚 地洋, 渡邊 健太郎, 三浦 康之, 甲田 貴丸, 鈴木 孝之, 金子 奉暁, 牛込 充則, 的場 周一郎, 大塚 由一郎 (東邦大学医療センター大森病院一般・消化器外科)

[R13-6]

傾向スコアマッチングを用いた当科におけるtaTME併用腹腔鏡下直腸切除術の検討

大和 美寿々, 石山 泰寛, 芥田 壮平, 皆川 結明, 中西 彬人, 林 久志, 藤井 能嗣, 岡崎 直人, 平沼 知加志, 平能 康充 (埼玉医科大学国際医療センター消化器外科)

[R13-7]

当科における傍仙骨アプローチ手術20例の検討

梅田 晋一, 中山 吾郎, 岸田 貴喜, 服部 憲史, 村田 悠記, 小倉 淳司, 清水 大, 田中 千恵, 神田 光郎 (名古屋大学医学部消化器腫瘍外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:30 AM UTC Room 9

[R13] 要望演題 13 経肛門・経会陰アプローチの幅広い応用

座長：沖田 憲司(小樽掖済会病院外科), 塚田 祐一郎(国立がん研究センター東病院大腸外科)

[R13-1] 経会陰アプローチを併用した骨盤内臓全摘術・前立腺合併切除術

石井 雅之[1,2], 豊田 真帆[2], 藤野 紘貴[2], 岡本 行平[2], 奥谷 浩一[2] (1.東札幌病院, 2.札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野)

【背景】骨盤内臓全摘および前立腺合併切除術は、局所進行直腸癌や骨盤内再発に対する根治的治療として施行されるが、狭小な骨盤内における複雑な操作を要するため、高度な技術が求められる。経会陰アプローチの併用により深部視野の確保や正確な切離が可能となり、さらに腹側・会陰側の2チームによる同時進行手術は、手術時間の短縮、視野展開および情報共有の面で有利とされる。
【目的】当院において施行した経会陰アプローチ併用の骨盤内臓全摘および前立腺合併切除術の短期成績を報告すること。
【対象】2016年4月から2025年3月までに、下部局所進行直腸癌および骨盤内再発に対して経会陰アプローチ併用の骨盤内臓全摘および前立腺合併切除術を施行した9例を後方視的に解析した。
【手術】全例で泌尿器科と合同で手術を行った。外科チームで、直腸後壁から側壁までの授動を行いrendezvousした。続いて泌尿器科チームにて膀胱・尿管・前立腺周囲の剥離を行い、同時に会陰から肛門挙筋を切離し、Retzius腔でrendezvousした。DVCの処理は腹部チームが行い、尿道は会陰側からステープラーで切離した。TPEでは回腸導管を作成し、前立腺合併切除では膀胱瘻を造設した。
【結果】男性8例、女性1例。原疾患は直腸癌8例、骨盤内再発1例であった。TPE5例、前立腺合併切除4例であった。年齢の中央値は66歳（50-76）、術中出血量の中央値は30mL(5-875)、手術時間の中央値は548分（441-1233）であった。全例でR0切除が得られた。術後合併症（Clavien-Dindo分類≧III）は4例で、うち会陰創関連は1例であった。
【まとめ】経会陰アプローチを併用したTPEは、深部視野の確保に有用であり、2チームアプローチの導入により手術の効率化と安全性の向上が期待される術式と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:30 AM UTC Room 9

[R13] 要望演題 13 経肛門・経会陰アプローチの幅広い応用

座長：沖田 憲司(小樽掖済会病院外科), 塚田 祐一郎(国立がん研究センター東病院大腸外科)

[R13-2] 他臓器合併切除を要する進行・再発大腸癌に対する経肛門・経会陰的アプローチの短期成績

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

【はじめに】直腸癌に対する経肛門的全直腸間膜切除術（taTME）は、骨盤深部への良好な視認性と操作性を提供し肛門温存やR0切除の達成に有用とされている。一方で、他臓器合併切除を要する進行大腸癌に対してtaTMEを適応した報告は限られており、その有用性や安全性は十分に確立されていない。今回我々は、他臓器合併切除を要する大腸癌に対して経肛門・経会陰的アプローチを施行した症例について、短期成績を後方視的に検討した。
【方法】当科において2020年4月から2025年4月に経肛門的・経会陰的アプローチを施行した他臓器合併切除を要する大腸癌11症例を対象とした。手術は全例において2チームでの腹腔鏡手術を併用した。術前治療の有無、浸潤臓器、手術時間、出血量、術後合併症（Clavien-Dindo分類）、在院日数、病理所見などを後方視的に評価した。
【結果】対象症例の性別は男性5例、術前治療は10例に実施し、NAC5例、CRT3例、TNT2例であった。原発巣は直腸7例、S状結腸1例、再発巣は局所、側方リンパ節、腹膜播種がそれぞれ1例ずつであった。実施術式は、LAR6例、ISR1例、APR2例、骨盤内蔵全摘1例、前方骨盤内蔵全摘1例、骨盤内蔵全摘以外の合併切除臓器（重複有）は子宮2例、精嚢2例、骨盤神経叢6例、仙骨神経・尾骨・内腸骨血管がそれぞれ1例ずつであった。手術時間中央値は380(265-678)分、出血量中央値は150(5-1063)ml。術後合併症は8例に認め、Grade1:6例(全例排尿障害)、Grade2:1例、Grade3:1例であった。術後在院日数中央値は16(11-49)日。病理学的RM陽性(<1mm)は認めなかった。
【結語】他臓器合併切除を要する大腸癌に対して、経肛門的・経会陰的アプローチを併用することで適切な切除マージンの確保や手術時間の短縮が期待される。本検討の結果からこのアプローチは安全に施行可能であり、低侵襲かつ根治性の高い手術戦略の一つとなり得る。今後さらなる症例の蓄積と長期予後を含めた検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:30 AM UTC Room 9

[R13] 要望演題 13 経肛門・経会陰アプローチの幅広い応用

座長：沖田 憲司(小樽掖済会病院外科), 塚田 祐一郎(国立がん研究センター東病院大腸外科)

[R13-3] 経会陰内視鏡アプローチを併用した腹腔鏡下骨盤内臓摘除術の手技と治療成績

神馬 真里奈, 向井 俊貴, 野口 竜剛, 坂本 貴志, 松井 信平, 山口 智弘, 秋吉 高志 (がん研究会有明病院大腸外科)

【背景】
局所進行/再発直腸癌では、根治のために骨盤内臓摘除術（pelvic exenteration：PE）が必要となることも珍しくない。また腫瘍が大きい場合は、切除の「受け」をつくる目的で経会陰内視鏡手術(trans anal/perineal endoscopic surgery：Ta)の併用が有用である。しかし、Taの手技は解剖や、鉗子の可動域制限にたいする理解が必要であり、手技の習得に時間を要する。当科では、Ta手技を可能な範囲で定型化することで、手技の安定化を図っている。
【手技】
PEの適応となる腫瘍が大きい場合、Taアプローチでは後壁の展開や授動が難しいことが多い。したがって、まず側壁で内閉鎖筋を露出し頭側に辿り、肛門挙筋腱弓を切開し膀胱側腔に入る。次に前壁へ回り込み膀胱前腔を広く剥離する。左右とも行うと前壁はDVCと尿道を残すのみとなる。ステイプラでこれらを一括切離すると腫瘍の可動性が良くなり、側壁から後壁に回り込めるようになる。腹腔側からは側方郭清を行いつつ前壁から側壁へと会陰側と交通させ、最後に後壁をつなげると腫瘍が摘出される。
【対象と方法】
2019年1月～2025年3月に当科でPEを施行した56例中、Taを併用した25例を対象に、患者背景および術後短期/長期成績を後方視的に検討した。
【結果】25例中、初発直腸癌が22例、局所再発直腸癌が3例であった。7例に術前ＣＲＴ、9例にＴＮＴが施行され、術式は骨盤内臓全摘術21例、前方骨盤内臓全摘術4例で、手術時間と出血量の中央値は652分と250mL、Clavien-Dindo分類Grade 3b以上の合併症は1例（術後出血）、骨盤死腔炎は2例、イレウスは11例で、術後死亡は認めなかった。R0切除率は96%であった。観察期間中央値22か月で、局所再発が1例(右総腸骨リンパ領節)、遠隔転移が4例あり、3年無再発生存率72%、3年局所無再発生存率94%であった。
【結語】
膀胱前腔および膀胱側腔、DVC/尿道の処理を先行することで、腫瘍のサイズに関わらずTaアプローチの定型化が可能で、良好な術後合併症率とＲ０切除率を得ることができた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:30 AM UTC Room 9

[R13] 要望演題 13 経肛門・経会陰アプローチの幅広い応用

座長：沖田 憲司(小樽掖済会病院外科), 塚田 祐一郎(国立がん研究センター東病院大腸外科)

[R13-4] 直腸GISTに対する低侵襲手術の治療成績

日吉 幸晴, 山下 晃平, 有馬 浩太, 小澄 敬祐, 原田 和人, 江藤 弘二郎, 井田 智, 宮本 裕士, 岩槻 政晃 (熊本大学大学院消化器外科学)

【はじめに】
大腸原発の消化管間質腫瘍（Gastrointestinal stromal tumor：GIST）は5-10%とされ、そのほとんどが直腸に発生する。GIST診療ガイドラインでは臓器機能を温存した外科的完全切除が推奨されているが、直腸GISTではしばしば肛門機能温存が問題となる。当科では、直腸巨大GISTに対する術前イマチニブ投与や、さまざまな低侵襲手術アプローチによって根治性と機能温存の両立を目指している。
【対象と方法】
2015年以降に当科で手術を行った直腸GIST　12例の治療成績をretrospectiveに解析し、術前治療や低侵襲アプローチの有用性を検討した。
【結果】
対象12例の年齢（中央値）は71（48-81）歳、性別（男/女）は7/5。初発GIST/再発GIST：11/1で、腫瘍部位は11例がRbで１例のみRSであった。初診時の腫瘍径（中央値）は35（10-100）mmで5例（42%）に術前イマチニブ投与を行った。イマチニブ投与を行った症例の腫瘍縮小率（中央値）は68（46-73）%であった。手術アプローチは、傍仙骨アプローチ：4例、ロボット経腹アプローチ：4例、経肛門アプローチ（TAMIS）：3例、腹腔鏡内視鏡合同手術（LECS）：1例で、全例で肛門温存可能であった（5例で一時的人工肛門造設）。12例全例でR0切除が行われ、Clavien-Dindo grade 3以上の術後合併症を2例に認めた（縫合不全とポート孔ヘルニア）。観察期間（中央値）55ヶ月で、１例に術後７年目の骨盤内局所再発を認め、再発切除（APR）を行った。
【結論】
直腸GISTの外科的切除においては、腫瘍の局在や大きさによって、術前イマチニブの適応と手術アプローチを適切に選択することで、根治性と臓器機能温存が可能になる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:30 AM UTC Room 9

[R13] 要望演題 13 経肛門・経会陰アプローチの幅広い応用

座長：沖田 憲司(小樽掖済会病院外科), 塚田 祐一郎(国立がん研究センター東病院大腸外科)

[R13-5] 下部直腸癌に対する肛門操作先行手技の腫瘍学的成績

鏡 哲, 木村 駿吾, 小棚 地洋, 渡邊 健太郎, 三浦 康之, 甲田 貴丸, 鈴木 孝之, 金子 奉暁, 牛込 充則, 的場 周一郎, 大塚 由一郎 (東邦大学医療センター大森病院一般・消化器外科)

【はじめに】肛門近傍の下部直腸癌に対しての経肛門操作の先行は、狭骨盤や前立腺肥大患者に対するTMEを行ううえで有用なアプローチである。当科では、下部直腸癌に対する括約筋温存手術（sphincter preserving surgery :SPS）や腹会陰式直腸切断術(APR)を行ううえで、2005年より直視下で骨盤底部の剥離操作を行うTARD (Tarnsanal rectal dissection)を、2014年からは内視鏡下で剥離を行うTaTMEに移行し、現在に至っている。今回、下部直腸癌に対する肛門操作先行手技による腫瘍学的成績を検討した。
【対象】2005年１月から2024年12月までに当院で行った、肛門操作先行下部直腸癌手術症例195例について後方視的に検討を行った。
【結果】男性138例、女性57例、年齢中央値は65歳(27-86歳)、BMI中央値は22.4(16.6-41.8)であった。46例に術前治療(放射線化学療法33例、化学療法13例)が行われており、術式は ULAR (経肛門吻合): 107例、ISR: 77例、APR:11例であった。手術時間中央値は436分（221-906分）、出血量中央値は110ml(0-4442ml)であった。術中尿道損傷や血管損傷は認めなかった。C-D III以上の術後合併症を34例(17%)で認めた。病理学的にはf-stage 0/I/II/III/IV/pCR=1/80/52/54/4/4で、RM陽性を2例(1.1%)に認めた。stageIVを除いた191例のうち再発を39例で認め、再発率は20%で肺肝転移が21例（11%）で最も多かった。5年生存率は92.4%、5年無再発生存率は81.4%であった。【結語】下部直腸癌に対する肛門操作先行手技は腫瘍学的に許容される結果であると考えられ、下部直腸症例に対し有効なアプローチと考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:30 AM UTC Room 9

[R13] 要望演題 13 経肛門・経会陰アプローチの幅広い応用

座長：沖田 憲司(小樽掖済会病院外科), 塚田 祐一郎(国立がん研究センター東病院大腸外科)

[R13-6] 傾向スコアマッチングを用いた当科におけるtaTME併用腹腔鏡下直腸切除術の検討

大和 美寿々, 石山 泰寛, 芥田 壮平, 皆川 結明, 中西 彬人, 林 久志, 藤井 能嗣, 岡崎 直人, 平沼 知加志, 平能 康充 (埼玉医科大学国際医療センター消化器外科)

【背景】
下部直腸癌の手術治療は, 術前治療やロボット支援手術の導入により近年大きな変革を遂げている. 手術アプローチにおいては超低位症例や肥満症例、狭骨盤症例等におけるtrans anal TME (taTME)併用手術の有用性も報告されており, 2024年版大腸癌治療ガイドラインにもtaTMEの記載が追加された.
当科では2021年７月より直腸Rb以下の症例でtaTME併用腹腔鏡下手術を導入している.
【目的】当科におけるTaTME併用直腸癌手術の手技を供覧し, その短期成績を検討する.
【方法】
当科にて2018年1月から2024年12月までに直腸Rb以下の病変に対し腹腔鏡下低位前方切除もしくは括約筋間直腸切除術を行ったのは253例であった. そのうち腹腔鏡のみでの施行群 166例 (Lap群) , taTME併用群87例 (ta群)に分けてスコアマッチングをし短期成績を検討した. マッチング調整因子は年齢, 性別, BMI, 前治療施行有無, 側方郭清施行有無, 術式(低位前方切除, 括約筋間直腸切除術）とした.
【結果】両群50例, 全100例がマッチングされた.マッチング後の患者背景に有意差は認めなかった.
手術時間 はta群で有意に短かった(ta 群 223分 vs Lap群 276分)(p=0.004). pDMに差は認めず(ta群 2.０ cm vs Lap群 2.0cm) (p=0.316), 両群ともにRM陽性となった症例は0例であった. 最終病理診断はp Stage I/II/III/VI/CR : ta群 26/11/10/1/3, Lap群 22/9/16/3/0であった. 合併症率に差は認めなかったが, 縫合不全はta群で1例(2.0％), Lap群で7例(14.0％)とta群で低い傾向であった (p=0.059).
【結語】
当科におけるTaTME併用腹腔鏡下直腸切除は比較的安全に施行可能であり, 手術時間を短縮する可能性がある. 今後長期予後を含め更なる検討が必要である.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:30 AM UTC Room 9

[R13] 要望演題 13 経肛門・経会陰アプローチの幅広い応用

座長：沖田 憲司(小樽掖済会病院外科), 塚田 祐一郎(国立がん研究センター東病院大腸外科)

[R13-7] 当科における傍仙骨アプローチ手術20例の検討

梅田 晋一, 中山 吾郎, 岸田 貴喜, 服部 憲史, 村田 悠記, 小倉 淳司, 清水 大, 田中 千恵, 神田 光郎 (名古屋大学医学部消化器腫瘍外科)

【緒言】直腸背側，仙骨前面に局在する腫瘍性病変や前立腺癌術後の尿道直腸瘻に対する手術において，経腹式および経会陰式アプローチのみでは視野確保が困難である．そのような症例に対し傍仙骨アプローチが有用であると考えられるが，既報は少ない．今回当科で行われた傍仙骨アプローチ手術について検討したので報告する．
【方法】2008年7月から2025年3月までに骨盤内腫瘍および尿道直腸瘻に対して傍仙骨アプローチを施行した20症例について後方視的に検討した．
【結果】患者背景は男性17例，女性3例で，年齢中央値は49歳(30-76歳)であった．原疾患は骨盤内腫瘍および狭窄15例，直腸尿路瘻5例であった．骨盤内腫瘍のうち悪性腫瘍は8例で痔瘻癌4例，直腸癌，直腸癌局所再発，直腸GIST，angiomyxoma再発がそれぞれ1例であった．良性腫瘍および狭窄は7例で，成熟奇形腫2例，平滑筋腫，dermoid cyst，epidermoid cyst，尾腸嚢胞，クローン病による狭窄がそれぞれ1例であった．手術方法として直腸尿道瘻の3例と骨盤内腫瘍の1例で傍仙骨アプローチのみを施行しており，直腸膀胱瘻2例と骨盤内腫瘍の14例は経腹式アプローチを併用していた．経腹式アプローチは開腹手術が4例，腹腔鏡手術が12例であった．骨盤内腫瘍の9例に直腸切断術が施行されており，7例では肛門温存が可能であった．肛門温存した6例のうち5例では直腸温存が可能であった．骨盤内腫瘍の全症例において肉眼的および病理組織学的に腫瘍の遺残を認めず切除マージンを確保できていた．術後在院日数の中央値は23.5日(14-40日)でClavien-Dindo分類IIIb以上の合併症は認めなかった．肛門温存症例では全症例で術後肛門機能は良好であった．骨盤内腫瘍の全症例で局所再発を認めておらず，また尿道直腸瘻の全症例で瘻孔の再発を認めていない．
【結語】骨盤内腫瘍および尿道直腸瘻に対する傍仙骨アプローチ併用は，良好な視野や術野の確保が可能となるため，根治性と機能温存の観点から有用なアプローチの一つであると考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC Room 9

[R14] 要望演題 14 予後因子

座長：小森 康司(愛知県がんセンター消化器外科部), 山田 岳史(日本医科大学)

[R14-1]

大腸癌切除例におけるDダイマーとCEAを組み合わせたスコアCDCSの予後予測因子としての有用性

中川 和也, 太田 絵美, 験馬 悠介, 本田 祥子, 伊藤 慧, 増田 太郎, 山岸 茂 (藤沢市民病院外科)

[R14-2]

大腸癌患者における SII-CAR scoreの予後予測マーカーとしての検討

北嶋 貴仁[1,2], 奥川 喜永[1,2], 家城 英治[2], 嶌村 麻生[2], 佐藤 友紀[2], 山下 真司[2], 市川 崇[3], 長野 由佳[2], 浦谷 亮[2], 今岡 裕基[2], 志村 匡信[2], 川村 幹雄[2], 松下 航平[2], 安田 裕美[2], 小池 勇樹[2], 大北 喜基[2], 吉山 繁幸[2], 大井 正貴[2], 小林 美奈子[3], 問山 裕二[2] (1.三重大学医学部附属病院ゲノム医療部, 2.三重大学医学部大学院消化管・小児外科学, 3.三重大学医学部大学院先端的外科技術開発学)

[R14-3]

大腸癌患者におけるCachexia Indexの予後予測能の評価

丹田 秀樹[1], 渋谷 雅常[1], 月田 智也[1], 内藤 信裕[1], 大森 威来[1], 福井 康弘[1], 田中 章博[1], 小澤 慎太郎[1], 西山 毅[1], 米光 健[1], 関 由季[1], 黒田 顕慈[1], 笠島 裕明[1], 福岡 達成[2], 前田 清[1] (1.大阪公立大学医学研究科消化器外科学, 2.大阪市立総合医療センター)

[R14-4]

大腸癌患者における血清腫瘍マーカーに関する発生学的左右差

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

[R14-5]

リンパ節転移分布が結腸癌の予後に与える影響

八尾 健太[1], 笠井 俊輔[1], 塩見 明生[1], 眞部 祥一[1], 田中 佑典[1], 小嶋 忠浩[1], 井垣 尊弘[1], 森 千浩[1], 石黒 哲史[1], 坂井 義博[1], 髙嶋 祐助[1], 谷田部 悠介[1], 辻尾 元[1], 横山 希生人[1], 小林 尚輝[1], 山本 祥馬[1], 畠山 慶一[2], 山口 建[3] (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研究所ゲノム解析研究部, 3.静岡県立静岡がんセンター)

[R14-6]

T2以浅リンパ節転移陽性大腸癌における予後因子の検討

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC Room 9

[R14] 要望演題 14 予後因子

座長：小森 康司(愛知県がんセンター消化器外科部), 山田 岳史(日本医科大学)

[R14-1] 大腸癌切除例におけるDダイマーとCEAを組み合わせたスコアCDCSの予後予測因子としての有用性

中川 和也, 太田 絵美, 験馬 悠介, 本田 祥子, 伊藤 慧, 増田 太郎, 山岸 茂 (藤沢市民病院外科)

【背景】DダイマーとCEAを組み合わせたスコアCDCS（Combination of D-dimer and CEA Score）は、結腸癌根治切除例における有用な予後予測因子である報告された（Ojima et al. Surg Today 2021）。しかし、その妥当性に関する報告はほとんどないのが現状である。
【目的】結腸癌根治切除例におけるCDCSの予後予測因子としての有用性を検討する。
【対象・方法】2015年1月から2021年12月までに当科で結腸癌に対して根治切除を施行し、術前CEAとDダイマーを測定していた338例を対象とした。CEA、Dダイマーのカットオフ値はそれぞれ5.0μg/ml、1.0μg/mlとした。CEA >5.0μg/mlとDダイマー>1.0μg/mlの場合にそれぞれ1点とし、CDCSを算出した。CDCSの3群間で背景因子を比較し、再発や生存に関して検討した。
【結果】338例中、年齢中央値は74歳で、男性186例（55%）であった。CEA >5.0μg/mlは99例（29%）、Dダイマー>1.0μg/mlは117例（35%）であり、CDCS 0は165例（49%）CDCS 1は130例（38%）、CDCS 2は43例（13%）となった。年齢中央値はCDCS 0で72歳、CDCS 1で75歳、CDCS 2で78歳と3群間に偏りを認めた（p<0.01）。pStage（Ⅰ/Ⅱ/Ⅲ）もCDCS 0で72 / 60 / 33、CDCS 1で29 / 64 / 37、CDCS 2で1 / 28 / 14と3群間で偏りを認めた（p<0.01）。3年無再発生存率はCDCS 0が93.2%、CDCS 1が90.9%、CDCS 2が80.2%であった。CDCS2はCDCS0と比較して、予後不良である傾向を認めた（p=0.07）。また3年全生存率もCDCS 0で96.9%と、CDCS 1の89.4%、CDCS 2の80.7%と比べて、有意に良好であった（p<0.01）。全生存に関する単変量解析では、男性・局在右側・CDCS（0 / 1 / 2）・pStage(Ⅰ/Ⅱ/Ⅲ)の4因子が予後不良因子の候補であった。これら4因子で多変量解析（変数減少法）を行うと、CDCS(ハザード比，2.46；95% 信頼区間，1.68-3.61; p<0.01)が独立した予後不良因子であった。
【結論】結腸癌根治切除症例において、DダイマーとCEAを組み合わせたスコアCDCSは、有用な予後予測因子である可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC Room 9

[R14] 要望演題 14 予後因子

座長：小森 康司(愛知県がんセンター消化器外科部), 山田 岳史(日本医科大学)

[R14-2] 大腸癌患者における SII-CAR scoreの予後予測マーカーとしての検討

北嶋 貴仁[1,2], 奥川 喜永[1,2], 家城 英治[2], 嶌村 麻生[2], 佐藤 友紀[2], 山下 真司[2], 市川 崇[3], 長野 由佳[2], 浦谷 亮[2], 今岡 裕基[2], 志村 匡信[2], 川村 幹雄[2], 松下 航平[2], 安田 裕美[2], 小池 勇樹[2], 大北 喜基[2], 吉山 繁幸[2], 大井 正貴[2], 小林 美奈子[3], 問山 裕二[2] (1.三重大学医学部附属病院ゲノム医療部, 2.三重大学医学部大学院消化管・小児外科学, 3.三重大学医学部大学院先端的外科技術開発学)

【背景】癌患者の予後リスクを層別化する指標として様々な炎症栄養指標が報告され,近年ではsystemic immune inflammatory index(SII)とC-reactive protein(CRP)/albumin ratio (CAR)を用いたSII-CAR scoreが新たな予後予測の指標として報告されている.しかし,大腸癌患者におけるSII-CAR scoreの臨床的意義は未だ不明である. 今回,大腸癌における術前SII-CAR scoreと腫瘍学的予後リスクおよび術後感染性合併症リスクとの関連を検討したので報告する.
【方法】2005年から2014年までに当科にて原発切除し,評価可能であった大腸癌472例を対象とした.術前血液検査の結果からSII(好中球数x血小板数/リンパ球数), CAR(CRP/albumin)を計算し,中央値をカットオフとし,高値・低値をそれぞれ1・0とし, 和をSII-CAR scoreとした.SII-CAR scoreと大腸癌の臨床病理学的因子および腫瘍学的予後・術後感染性合併症との関連について検討した.
【結果】大腸癌472例中,SII-CAR score 0は148例,1は176例, 2は148例であり, SII-CAR score 2は低分化型,T3以深,リンパ管侵襲陽性,脈管侵襲陽性,リンパ節転移陽性,遠隔転移陽性と有意に相関を認めた(すべてp<0.01).予後・再発に関する検討では,Overall survival(OS), Disease Free Survival (DFS)ともに, SII-CAR score 2群はscore0-1群に比べて有意に予後不良であった(OS,DFS: p<0.001). OS,DFSに対する多変量解析では, SII-CAR score 2群は独立した予後不良因子であった(OS;p=0.003, DFS; p=0.016).術後手術部位感染症発症に対する多変量解析では, SII-CAR score 2群が独立した危険予測因子であった(p=0.045).
【結論】大腸癌患者において,SII-CAR scoreは周術期リスクならびに腫瘍学的予後に対する有用なマーカーである可能性が示唆された.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC Room 9

[R14] 要望演題 14 予後因子

座長：小森 康司(愛知県がんセンター消化器外科部), 山田 岳史(日本医科大学)

[R14-3] 大腸癌患者におけるCachexia Indexの予後予測能の評価

丹田 秀樹[1], 渋谷 雅常[1], 月田 智也[1], 内藤 信裕[1], 大森 威来[1], 福井 康弘[1], 田中 章博[1], 小澤 慎太郎[1], 西山 毅[1], 米光 健[1], 関 由季[1], 黒田 顕慈[1], 笠島 裕明[1], 福岡 達成[2], 前田 清[1] (1.大阪公立大学医学研究科消化器外科学, 2.大阪市立総合医療センター)

背景
悪液質は、進行性の骨格筋量減少を主徴とする多因子性症候群であり、がん患者における予後規定因子の一つとして注目されているが、その客観的評価法は依然として確立されていない。近年、新たな悪液質評価指標として「Cachexia Index（CXI）」が提唱され、予後予測マーカーとしての有用性が期待されている。本研究では、根治的切除を受けた大腸がん患者を対象に、CXIの予後予測能を検証した。
方法
2017年1月から2019年12月に大阪市立大学病院において、大腸がんに対する根治切除術を施行された299例を対象に後ろ向き解析を行った。Skeletal Muscle Index（SMI）、血清アルブミン値（Alb）、好中球リンパ球比（NLR）を用いて、従来のCXI（S-CXI）を算出した。加えて、SMIの代替としてPsoas Muscle Index（PMI）を用いた新たなCXI（P-CXI）を、PMI（cm^2/m^2）× Alb（g/dL）/ NLR により導出し評価した。RFSおよびOSとの関連を、単変量および多変量Cox比例ハザードモデルにより解析した。
結果
全299例中、S-CXI high群は219例、low群は80例であり、P-CXI high群は114例、low群は185例であった。いずれの指標においても、low群ではRFSおよびOSが有意に短かった（S-CXI：RFS, p = 0.011、OS, p = 0.001；P-CXI：RFS, p = 0.002、OS, p = 0.005）。多変量解析において、P-CXIが低値であることは、RFSおよびOSのいずれにおいても独立した予後不良因子であることが示された（RFS：HR = 2.629、95% CI：1.312–5.266、p = 0.006；OS：HR = 2.716、95% CI：1.064–6.933、p = 0.036）。
結論
P-CXIは大腸がん根治切除後の長期予後と有意に関連していた。P-CXIは日常臨床における予後予測マーカーとして、有用である可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC Room 9

[R14] 要望演題 14 予後因子

座長：小森 康司(愛知県がんセンター消化器外科部), 山田 岳史(日本医科大学)

[R14-4] 大腸癌患者における血清腫瘍マーカーに関する発生学的左右差

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

【背景と目的】
大腸は左右で発生学的に異なる起源を持ち、大腸癌患者においても主病巣の左右局在で癌の分子生物学的に異なる特徴を示すことが知られている。一方、血清CA19-9およびCEAは消化器癌において腫瘍マーカーとして広く用いられているが、大腸癌の局在の違いでこれら腫瘍マーカーにも違いが生じるかはこれまでに検討されたことはない。今回、大腸癌患者において左右局在別の血清CA19-9とCEA値を比較検討して臨床的意義を考察した。

【対象と方法】
2009年から2024年までに当院で手術を施行したStage I～IVの大腸癌患者978例を対象とした。腫瘍の局在により、右側大腸癌患者 384例と左側大腸癌患者 636例に分類し、術前の血清CA19-9とCEA値に関してWilcoxon順位和検定を用いて比較した。

【結果】
すべてのステージで比較すると、右側大腸癌では左側大腸癌よりもCA19-9値が有意に高かった（中央値：12 vs 11, p=0.047)。ステージ別に解析したところ、ステージI～IIでは左右差は見られなかったが、ステージIIIでは中央値 17 vs 13 (p=0.051)と右側大腸癌で高い傾向が見られ、ステージIVでは中央値 67 vs 24 (p=0.001)と右側大腸癌のCA19-9値が左側大腸癌よりも有意に高かった。一方、CEA値においては左右差の傾向は認められなかった。

【考察】
本研究において、左側大腸癌に比べて右側大腸癌ではCA19-9値が有意に高く、特にステージIVにおいてその傾向が顕著であった。右側大腸癌は中腸由来でMS-highやBRAF変異、粘液癌などの割合が高く左側大腸癌と異なる特徴を有している。これらの生物学的差異が、CA19-9の産生能や腫瘍微小環境の違いを通じて血中マーカー値に影響を及ぼしている可能性が考えられる。大腸癌ではCA19-9上昇に局在を考慮した解釈を加えることでその臨床的意義を高めることができる可能性があると考えられた。

【結語】
大腸癌では腫瘍の左右局在によってCA19-9の上昇に差異が認められた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC Room 9

[R14] 要望演題 14 予後因子

座長：小森 康司(愛知県がんセンター消化器外科部), 山田 岳史(日本医科大学)

[R14-5] リンパ節転移分布が結腸癌の予後に与える影響

八尾 健太[1], 笠井 俊輔[1], 塩見 明生[1], 眞部 祥一[1], 田中 佑典[1], 小嶋 忠浩[1], 井垣 尊弘[1], 森 千浩[1], 石黒 哲史[1], 坂井 義博[1], 髙嶋 祐助[1], 谷田部 悠介[1], 辻尾 元[1], 横山 希生人[1], 小林 尚輝[1], 山本 祥馬[1], 畠山 慶一[2], 山口 建[3]
(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研究所ゲノム解析研究部, 3.静岡県立静岡がんセンター)

【背景】リンパ節転移は大腸癌のステージングを決定する重要な因子であるが、その分布やリンパ節構造のない壁外非連続性がん進展病巣（EX）が予後に与える影響は明らかではない。本検討の目的はEXを含めたリンパ節転移分布が結腸癌の予後に与える影響を明らかにすることとした。
【方法】2014-2018年に当院で原発性結腸癌に対して根治切除が施行され、かつ手術検体に対するマルチオミクス解析を行うHOPEプロジェクトに参加した症例を対象とした。さらに、非治癒切除症例・D0/1郭清症例を除外し、予後について後ろ向きに検討した。リンパ節転移・EXの有無を検討し、リンパ節転移分布を腸管傍リンパ節、中間リンパ節（Inter）、主リンパ節（Main）に分類した。さらに腸管傍リンパ節を腫瘍からの距離を5cmごとに区切り、腫瘍から0-5cm（Para）・5-10cm（Horizontal）に分けて評価した。それぞれの症例においてKRAS変異・BRAF変異・MSI status・Consensus Molecular Subtype (CMS) を評価した。
【結果】対象症例の1030例のうち、pStage II/III/IVが518/399/113例、pT2/3/4が150/474/370例であった。リンパ節転移は全体の47%であり、pN1/2が316/173例であった。EXは全体の219例（21%）であった。部位別に検討するとリンパ節転移はPara/Horizontal/Inter/Mainにおいて全症例の59/3/12/2%に陽性であった。無再発生存期間（RFS）に対するリスク因子を同定するために多変量解析を行ったところ、CEA高値、遠隔転移あり、神経侵襲陽性と合わせて、EX陽性（HR:1.60, 95%CI:1.16–2.21, p=0.05）が独立したリスク因子として同定された。EX陽性は、陰性に比べて有意にRFS（5-year RFS, 55.6 vs 72.8%, p<0.001）、全生存期間（OS; 5-year OS, 78.4 vs 88.4%, p<0.001）が不良であった。さらにpN2症例においてもEX陽性は陰性と比べて予後不良であった。EX・リンパ節転移分布によって変異やCMS に明らかな違いはなかった。
【考察】EX陽性がRFSに対する独立したリスク因子であることを示した。大腸癌取扱い規約やTNM分類で評価されるリンパ節転移の個数とEXの有無を組み合わせることで、さらに正確な予後予測が可能かもしれない。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC Room 9

[R14] 要望演題 14 予後因子

座長：小森 康司(愛知県がんセンター消化器外科部), 山田 岳史(日本医科大学)

[R14-6] T2以浅リンパ節転移陽性大腸癌における予後因子の検討

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

【背景】大腸癌取り扱い規約およびUICCのTNM分類においては、転移リンパ節数に基づいて予後が層別化されている。近年、Lymph Node Ratio（LNR：転移リンパ節数／郭清リンパ節数）は有用な予後因子の一つとして報告されているが、T2以浅の大腸癌症例に対してLNRを検討した報告はない。【目的】T2以浅かつリンパ節転移陽性の大腸癌症例における予後因子について、LNRの有用性を含めて検討すること。【対象と方法】2002年9月から2020年3月までに原発性大腸癌に対して根治術を施行した症例のうち、病理学的にT2以浅かつリンパ節転移陽性であった症例を対象とした。生存曲線はKaplan-Meier法で作成し、全生存期間（Overall Survival：OS）の比較はLog-rank検定を用いて行った。予後因子の検討にはCox比例ハザードモデルを用いて単変量・多変量解析を行った。【結果】対象は353例で、年齢中央値は66歳、性別は男性200例／女性153例、深達度はpT1／pT2が130例／223例、リンパ節転移はpN1／pN2が295例／58例であった。郭清リンパ節数の中央値は29個、転移リンパ節数の中央値は1個、LNRの中央値は0.05であった。術後補助化学療法は208例（59％）に施行された。観察期間中央値は61.2か月であり、5年OSは94.1％であった。OSに関する単変量解析では、LNR > 0.1（HR: 2.61, p = 0.01）、術後補助化学療法施行（HR: 0.39, p = 0.01）が有意な因子であった。多変量解析においても、LNR > 0.1（HR: 3.13, p = 0.003）、術後補助化学療法施行（HR: 0.33, p = 0.004）はOSに関連する独立した予後因子であった。5年OSは、pN1／pN2で94.4％／92.8％（p = 0.52）、Stage IIIA／Stage IIIBで94.6％／91.1％（p = 0.25）と有意差はなかった。一方で、LNR ≤ 0.1／LNR > 0.1では95.4％／89.5％（p = 0.008）と有意差があった。さらに、LNR ≤ 0.1の群では術後補助化学療法あり／なしで有意差はなかったが、LNR > 0.1の群では92.8％／80.6％（p = 0.004）と有意差があった。【結語】T2以浅リンパ節転移陽性大腸癌において、LNRは独立した予後因子であり、術後補助化学療法の適応判断における有用な指標となる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:20 AM UTC Room 9

[R15] 要望演題 15 大腸癌の診断と治療

座長：江崎 幹宏(佐賀大学医学部内科学講座消化器内科), 小林 望(国立がん研究センター中央病院検診センター)

[R15-1]

デジタルクローン技術を活用した説明動画システムの使用経験

山本 大輔[1], 菅野 圭[1], 上野 雄平[1], 石林 健一[1], 久保 陽香[1], 齊藤 浩志[1], 道傳 研太[1], 﨑村 祐介[1], 林 憲吾[1], 林 沙貴[1], 松井 亮太[1], 齊藤 裕人[1], 辻 敏克[1], 森山 秀樹[1], 木下 淳[1], 稲木 紀幸[1], 渡邊 祐介[2] (1.金沢大学附属病院消化管外科, 2.金沢大学附属病院, 3.北海道大学病院医療・ヘルスサイエンス研究開発機構)

[R15-2]

Texture解析を用いた大腸隆起性病変の良悪性鑑別における診断法の開発

三浦 良太, 栃木 透, 大平 学, 早野 康一, 丸山 哲郎, 平田 篤史, 藏田 能裕, 柿元 綾乃 (千葉大学大学院医学研究院・先端応用外科学)

[R15-3]

15mm以上の大腸腫瘍に対するUnder water EMRの有効性と安全性の検討―EMRとの比較から―

高雄 暁成, 飯塚 敏郎, 井関 真理, 船曳 隼大, 岡 靖紘, 森口 義亮, 野間 絵梨子, 清水口 涼子, 柴田 理美, 後藤 修 (がん・感染症センター都立駒込病院消化器内科)

[R15-4]

ハサミ型ナイフに熟知した内視鏡医による初学である先端系ナイフを用いた大腸ESDの治療成績

田丸 弓弦[1], 水本 健[1], 関本 慶太朗[1], 安居 みのり[1], 鎌田 大輝[1], 仙波 重亮[1], 中村 一樹[2], 寺岡 雄吏[2], 岡崎 彰仁[2], 畠山 剛[1], 髙木 慎太郎[2], 吉田 成人[1] (1.NHO呉医療センター・中国がんセンター内視鏡内科, 2.NHO呉医療センター・中国がんセンター消化器内科)

[R15-5]

内視鏡治療後追加治療適応の早期直腸癌に対するCRTの経験と検討

杉山 雅彦[1,2,3,4], 横溝 玲奈[1], 寺師 宗秀[1], 大西 恵美[2], 古賀 直道[1], 村木 俊夫[3], 冨野 高広[2], 栗原 健[2], 笠木 勇太[1], 岩永 彩子[1], 宮坂 光俊[3], 木村 和恵[1], 杉町 圭史[2], 中島 孝彰[4], 國武 直信[4], 森田 勝[1] (1.国立病院機構九州がんセンター消化管外科, 2.国立病院機構九州がんセンター肝胆膵外科, 3.国立病院機構九州がんセンター消化管・内視鏡科, 4.国立病院機構九州がんセンター放射線治療科)

[R15-6]

当院での大腸癌内視鏡治療後の追加外科切除症例の検討

郡司掛 勝也, 座主 真衣佳, 一宮 佑輔, 鳥居 真行, 淺川 哲也, 南 宏典, 山口 貴久, 大畠 慶直, 寺井 志郎, 北村 祥貴, 角谷 慎一 (石川県立中央病院消化器外科)

[R15-7]

切除不能進行・再発大腸癌に対するHER2検査運用状況とPER+TRA療法導入実態に関する多施設調査

森 良太[1], 工藤 敏啓[2], 畑 泰司[3], 中田 健[4], 井上 彬[5], 三宅 正和[6], 原口 直紹[7], 小西 健[8], 真貝 竜史[9], 吉岡 慎一[10], 竹田 充伸[11], 朴 正勝[12], 池永 雅一[13], 内藤 敦[14], 荻野 崇之[11], 三吉 範克[11], 植村 守[11], 村田 幸平[3], 土岐 祐一郎[11], 江口 英利[11] (1.大阪国際がんセンター消化器外科, 2.大阪国際がんセンター腫瘍内科, 3.関西労災病院消化器外科, 4.東大阪医療センター消化器外科, 5.大阪急性期・総合医療センター消化器外科, 6.りんくう総合医療センター消化器外科, 7.近畿大学奈良病院消化器外科, 8.川西市立総合医療センター消化器外科, 9.近畿中央病院消化器外科, 10.八尾市立病院消化器外科, 11.大阪大学大学院医学系研究科消化

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

器外科学, 12.大阪けいさつ病院消化器外科, 13.市立豊中病院消化器外科, 14.堺市立市立総合医療センター消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:20 AM UTC Room 9

[R15] 要望演題 15 大腸癌の診断と治療

座長：江崎 幹宏(佐賀大学医学部内科学講座消化器内科), 小林 望(国立がん研究センター中央病院検診センター)

[R15-1] デジタルクローン技術を活用した説明動画システムの使用経験

山本 大輔[1], 菅野 圭[1], 上野 雄平[1], 石林 健一[1], 久保 陽香[1], 齊藤 浩志[1], 道傳 研太[1], 﨑村 祐介[1], 林 憲吾[1], 林 沙貴[1], 松井 亮太[1], 齊藤 裕人[1], 辻 敏克[1], 森山 秀樹[1], 木下 淳[1], 稲木 紀幸[1], 渡邊 祐介[2] (1.金沢大学附属病院消化管外科, 2.金沢大学附属病院, 3.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】
2024年4月より医師の働き方改革が施行され、医師に求められる業務効率化と負担軽減が医療現場の大きな課題となっている。特に、患者への説明や同意取得などの業務は増加傾向にあり、これまで医師個々が口頭で対応していた業務の一部を、映像やIT技術を活用して標準化・効率化することが期待される。音声付き動画を用いた患者説明は、わかりやすさや説明の均質化のみならず、医師の説明負担軽減にも寄与すると考えられる。本研究では、デジタルクローン技術を活用した動画説明システムを手術説明に導入し、その実際の有用性を検証した。
【方法】
2025年3月より、当院で大腸がん手術予定の患者4名（直腸がん2例、S状結腸がん2例）を対象とした。医療者向け・患者向けWEBアプリであるDICTORTMシステムによる音声付き説明動画を患者に視聴してもらい、その後医師が個別に補足説明を加えて手術同意を取得した。記録から説明全体にかかった時間（手術以外の関連説明も含む）を計測し、さらに患者満足度についてはClient Satisfaction Questionnaire日本語版（CIS：最大32点）、ネットプロモータースコア（NPS：10点満点）で評価した。
【結果】
4例全例（男性３例　女性１例　年齢中央値　74.5歳）において、DICTORシステムによる説明動画の活用が可能であった。説明時間（中央値）は14分20秒で、従来の口頭説明（中央値）のみ（23分）と比較して説明時間の短縮が得られた。患者満足度はCISスコア中央値25.5点、NPSは8点と高水準を示し、これまでのデータと同様の傾向であった。動画説明資材の理解度や安心感に対して好意的な反応が認められた。
【結論】
デジタルクローン技術を活用した説明動画システムを用いた説明動画は、患者満足度を損なうことなく説明業務の効率化と医師の負担軽減を実現しうる有効な手段であると考えられた。今後は対象疾患や運用体制の拡大による更なる検討が必要であり、医療現場の働き方改革の一助となることが期待される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:20 AM UTC Room 9

[R15] 要望演題 15 大腸癌の診断と治療

座長：江崎 幹宏(佐賀大学医学部内科学講座消化器内科), 小林 望(国立がん研究センター中央病院検診センター)

[R15-2] Texture解析を用いた大腸隆起性病変の良悪性鑑別における診断法の開発

三浦 良太, 栃木 透, 大平 学, 早野 康一, 丸山 哲郎, 平田 篤史, 藏田 能裕, 柿元 綾乃 (千葉大学大学院医学研究院・先端応用外科学)

目的：CTコロノグラフィー（CTC）画像から抽出したラジオミクス特徴量を用い、機械学習により大腸の隆起性病変の良悪性を鑑別する精度を検討した。
方法：2021年4月～2024年9月にCTCを施行した613例から、82例214病変（全て30mm以下、病理診断済）を後ろ向きに解析した。Pixspace（日本）により484のラジオミクス特徴量を抽出後、LASSO回帰で悪性度との関連が最も高い特徴量を選定し、単純CT群で51個、造影CT群で32個を用いた。ロジスティック回帰（LR）およびサポートベクターマシン（SVM）により学習・検証を行い、AUC、正確度、感度、特異度を算出した。
結果：単純CT群ではLRでAUC0.913（正確度87.5%）、SVMでAUC0.879（84.4%）。造影CT群ではLRで0.942（88.0%）、SVMで0.910（92.0%）となり、特に造影SVMモデルは感度84.6%、特異度100%と最も高性能であった。
結論：CTC画像のラジオミクス解析は大腸病変の非侵襲的鑑別に有用であり、大腸がんスクリーニングへの応用が期待される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:20 AM UTC Room 9

[R15] 要望演題 15 大腸癌の診断と治療

座長：江崎 幹宏(佐賀大学医学部内科学講座消化器内科), 小林 望(国立がん研究センター中央病院検診センター)

[R15-3] 15mm以上の大腸腫瘍に対するUnder water EMRの有効性と安全性の検討 ―EMRとの比較から―

高雄 暁成, 飯塚 敏郎, 井関 真理, 船曳 隼大, 岡 靖紘, 森口 義亮, 野間 絵梨子, 清水口 涼子, 柴田 理美, 後藤 修 (がん・感染症センター都立駒込病院消化器内科)

【背景・目的】大腸腫瘍に対する内視鏡的切除術として従来から広く用いられてきたEndoscopic Mucosal Resection（EMR）に加え、近年では浸水下で切除するUnderwater EMR（UEMR）が注目されているが、EMRとの安全性・有効性の比較検討は十分ではない。今回それらを比較検討することを目的とした。
【対象・方法】
当院で2023年1月～2025年3月までに内視鏡的切除を施行した大腸腫瘍のうち、特に15mm以上の病変に対して、EMR(CEMR群)もしくはUEMR(UEMR群)施行した病変を対象とした。2群間における肉眼型、大きさ等の病変情報や、一括切除率、偶発症について後方視的に比較検討を行った。
【結果】
CEMR群では115病変(SSL：15例、腺腫23例、癌77例)が認められ、病変の平均サイズは18±2.9mm、切除検体では21±4.6mm、表面型は29病変(25%)、抗血栓薬使用は15例(13%)、右側結腸50例(44%)。一括切除率は83%、表面型での一括切除率は80%、R0切除率は79%、クリップ使用本数は平均3.9±2.1本であり、合併症では後出血例3(2.6%)、穿孔例0例であった。
UEMR群では68病変(SSL：29例、腺腫16例、癌23例)が認められ、病変の平均サイズは19±3.4mm(P=0.12)、切除検体では23±5.0mm(P<0.05)、表面型は、56病変(83%)(P<0.05)、抗血栓薬使用は14例(21%)(p=0.21)、右側結腸の病変は56例(83%)(P<0.05)。一括切除率は85%(P=0.70)、R0切除率は74%(P=0.47)、表面型での一括切除率は86%(P=0.54)、クリップ使用本数は平均4.0±1.8本(P=0.70) であり、合併症では、後出血は0例(P＝0.30)、穿孔1例(1.5%)(P=0.37)に見られた。
【結語】
UEMRは表面型および右側結腸病変に多く用いられていた。切除検体サイズはUEMR群で有意に大きかったが、一括切除率、R0切除率、偶発症においてEMRとの有意差は認められなかった。病変の形態や部位に応じて、両手技を適切に使い分けることが重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:20 AM UTC Room 9

[R15] 要望演題 15 大腸癌の診断と治療

座長：江崎 幹宏(佐賀大学医学部内科学講座消化器内科), 小林 望(国立がん研究センター中央病院検診センター)

[R15-4] ハサミ型ナイフに熟知した内視鏡医による初学である先端系ナイフを用いた大腸ESDの治療成績

田丸 弓弦[1], 水本 健[1], 関本 慶太朗[1], 安居 みのり[1], 鎌田 大輝[1], 仙波 重亮[1], 中村 一樹[2], 寺岡 雄吏[2], 岡崎 彰仁[2], 畠山 剛[1], 髙木 慎太郎[2], 吉田 成人[1] (1.NHO呉医療センター・中国がんセンター内視鏡内科, 2.NHO呉医療センター・中国がんセンター消化器内科)

【目的】我々の施設では一貫してハサミ型ナイフを用いて大腸ESDを行い良好な治療成績を報告してきたが、2024年4月より先端系ナイフを第一選択とした。ハサミ型ナイフに熟知した内視鏡医が先端系ナイフに切り替えた場合の治療成績を比較した検討はない。そこで今回我々は当院における大腸ESDの治療成績に関してハサミ型ナイフを用いた場合と先端系ナイフを用いた場合で比較検討し、デバイスの違いでの治療成績の違いを明らかにする。【方法】対象は2025年2月までに当院でESDを施行した740病変687症例 (男性389例; 平均70.3歳)のうち、中断・デバイス併用・肛門管病変を除き、ハサミ型ナイフを使用した678病変 (S群)と先端系ナイフを使用した43病変 (N群)に分類した。検討項目は一括切除率、完全一括切除率、治癒切除率、切除時間、切除スピード (1分あたりの切除面積)および偶発症発生率で、これらを腫瘍径、局在、病型を共変量としたプロペンシティスコアマッチング (PSM)法を使用し背景を整えた上でS群およびN群とで比較検討した。【成績】PSM後の対象は各群43病変となり、平均腫瘍径はS群: 33.6mm、N群: 30.2mm (p=0.18)、平均切除径はS群: 38.3mm、N群: 38.7mm (p=0.89)であった。一括切除率はS群: 100% (43/43)、N群: 100% (43/43)、完全一括切除率はS群: 97.7% (42/43)、N群: 100% (43/43)、治癒切除率はS群: 88.4% (38/43)、N群: 95.3% (41/43)でありいずれも両群間で有意差は認めなかった。高度線維化はいずれの群でも7.0% (3/43)であった。牽引法併用はS群: 32.6% (14/43)、N群: 41.9% (18/43)であり両群間で有意差は認めなかった (p=0.50)。平均切除時間はS群: 66.7±42.8分、N群: 54.3±30.7分 (p=0.13)、平均切除スピードはS群: 17.0±9.3 mm^2/分、N群: 20.9±11.2 mm^2/分 (p=0.08)でありN群で速い傾向にあった。偶発症は後出血を各群1例 (2.3%)ずつに認めたが、術中穿孔および遅発性穿孔はいずれの群でも認めなかった。【結論】ハサミ型ナイフに熟知した内視鏡医が初学である先端系ナイフを使用しても大腸ESDは安全で良好な成績であり、ハサミ型ナイフより術時間の短縮が期待できる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:20 AM UTC Room 9

[R15] 要望演題 15 大腸癌の診断と治療

座長：江崎 幹宏(佐賀大学医学部内科学講座消化器内科), 小林 望(国立がん研究センター中央病院検診センター)

[R15-5] 内視鏡治療後追加治療適応の早期直腸癌に対するCRTの経験と検討

杉山 雅彦[1,2,3,4], 横溝 玲奈[1], 寺師 宗秀[1], 大西 恵美[2], 古賀 直道[1], 村木 俊夫[3], 冨野 高広[2], 栗原 健[2], 笠木 勇太[1], 岩永 彩子[1], 宮坂 光俊[3], 木村 和恵[1], 杉町 圭史[2], 中島 孝彰[4], 國武 直信[4], 森田 勝[1] (1.国立病院機構九州がんセンター消化管外科, 2.国立病院機構九州がんセンター肝胆膵外科, 3.国立病院機構九州がんセンター消化管・内視鏡科, 4.国立病院機構九州がんセンター放射線治療科)

【はじめに】内視鏡的切除された大腸癌の追加治療は、次の項目に該当する場合：組織学的検索でSM浸潤度1000μm以上、脈管侵襲陽性、低分化腺癌などの存在、budding2以上、分割切除、に対して大腸癌治療ガイドラインにてリンパ節郭清を伴う追加切除術が推奨されている。一方で腫瘍が下部直腸に位置する場合、術式によって肛門温存が不能となる、あるいは温存し得ても肛門機能の低下が生じる可能性がある。また骨盤深部の侵襲を伴う手術となるため一定の耐術能が必要である。これらの問題点のため手術を拒否する患者も存在する。NCCNガイドラインでは追加治療としてCRTが手術に併記されており、当科では手術を適応しない患者に対してNCCNガイドラインに準じてCRTを施行している。
【目的】当院における内視鏡治療後追加治療適応としてのCRTの治療成績を報告する。
【対象】2018年より2024年までに内視鏡治療後追加治療適応となった直腸癌症例22例のうちCRTは6例、標準的な手術を施行した症例はであった。放射線治療は45Gy/28Fr、多分割照射、症例によってIMRTを適応し、薬物療法はカペシタビン825㎎/m2/回にて施行した。
【結果】平均年齢はCRT群63.5歳(57-74)、手術群65歳(42-74)。ECOG-PSはCRT群でPS低下症例が有意に多かった(50%vs6%; p=0.045)。CRTを選択した理由は本人希望が3例、PS低下と過去の骨盤内手術歴が1例、脳性麻痺によるPS低下が1例であった。有害事象として3例にGrage1の下痢、糜爛、食思低下をそれぞれ認めた。手術群の術式は1例が直腸切断術にて永久ストマとなり、5例が一時的ストマを要する低位前方切除術または括約筋間直腸切除術、その他の症例は一時的ストマを要さない前方切除術であった。CRT群の1例(17%)に治療後１年目の肺転移を認め、手術群の4例(25%)に切除標本中の腫瘍残存またはリンパ節転移を認めた。22例における再発または癌遺残のリスク因子は追加切除適応項目数が2個以上となる場合であった(項目数1:0%、項目数2以上:36% p=0.020)。
【考察と結論】内視鏡治療後追加治療適応の早期直腸癌に対するCRTは有用である可能性が得られた。本邦においてJCOG1602試験が進行中であり結果が待たれる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:20 AM UTC Room 9

[R15] 要望演題 15 大腸癌の診断と治療

座長：江崎 幹宏(佐賀大学医学部内科学講座消化器内科), 小林 望(国立がん研究センター中央病院検診センター)

[R15-6] 当院での大腸癌内視鏡治療後の追加外科切除症例の検討

郡司掛 勝也, 座主 真衣佳, 一宮 佑輔, 鳥居 真行, 淺川 哲也, 南 宏典, 山口 貴久, 大畠 慶直, 寺井 志郎, 北村 祥貴, 角谷 慎一 (石川県立中央病院消化器外科)

【背景】内視鏡切除されたpT1大腸癌で，垂直断端陽性，T1b≧1000μm，脈管侵襲陽性，低分化腺癌・印環細胞癌・粘液癌，蔟出Grade2/3のいずれかを認める場合，追加外科切除がガイドラインで推奨されている．
【方法】2019年1月～2024年12月に，大腸癌内視鏡切除後の追加外科切除を施行した91例を対象とし，病理学的因子，周術期成績，リンパ節転移率，長期成績について検討した．
【結果】年齢61（30～84）歳，男性47例，女性44例であった．腫瘍占拠部位はC/A/T/D/S/Rs/Ra/Rb=4/13/13/3/30/10/10/8．追加切除の適応因子は（重複あり），垂直断端陽性もしくは不明24例，SM浸潤1000μm以上71例，リンパ管浸潤陽性26例，静脈浸潤陽性34例，蔟出Grade2/3以上4例であった．手術は開腹/腹腔鏡=2/90であった．中枢郭清はD1/D2/D3=7/17/67であり，手術時間は202（110～417）分，出血量19（2～400）ml，術後在院日数は10（5～42）日であった．術後合併症は9例（9.9%）に認め，Clavien-DindoIII以上の合併症は7例であった．組織学的リンパ節転移は14例（15.4%）に認めた．追加切除因子別のリンパ節転移率（重複あり）は，垂直断端陽性もしくは不明25.0%（6/24），SM浸潤1000μm以上14.1%（10/71），リンパ管侵襲陽性30.8%（8/26），静脈侵襲陽性11.8%（4/34），蔟出Grade2/3以上25.0%（1/4）であった．術後11例に補助化学療法が行われており，観察期間は769（19-2214）日，再発を1例に認めた．
【考察】本検討において，内視鏡切除後の追加外科切除後の周術期成績および長期予後は良好であった．また，約15%にリンパ節転移を認めており，リンパ節転移の陽性率として既存の報告と同程度であり，ガイドラインに準拠した追加外科切除は妥当であると考えられる．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Fri. Nov 14, 2025 3:20 PM - 4:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:20 AM - 7:20 AM UTC Room 9

[R15] 要望演題 15 大腸癌の診断と治療

座長：江崎 幹宏(佐賀大学医学部内科学講座消化器内科), 小林 望(国立がん研究センター中央病院検診センター)

[R15-7] 切除不能進行・再発大腸癌に対するHER2検査運用状況とPER+TRA療法導入実態に関する多施設調査

森 良太[1], 工藤 敏啓[2], 畑 泰司[3], 中田 健[4], 井上 彬[5], 三宅 正和[6], 原口 直紹[7], 小西 健[8], 真貝 竜史[9], 吉岡 慎一[10], 竹田 充伸[11], 朴 正勝[12], 池永 雅一[13], 内藤 敦[14], 荻野 崇之[11], 三吉 範克[11], 植村 守[11], 村田 幸平[3], 土岐 祐一郎[11], 江口 英利[11] (1.大阪国際がんセンター消化器外科, 2.大阪国際がんセンター腫瘍内科, 3.関西労災病院消化器外科, 4.東大阪医療センター消化器外科, 5.大阪急性期・総合医療センター消化器外科, 6.りんくう総合医療センター消化器外科, 7.近畿大学奈良病院消化器外科, 8.川西市立総合医療センター消化器外科, 9.近畿中央病院消化器外科, 10.八尾市立病院消化器外科, 11.大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学, 12.大阪けいさつ病院消化器外科, 13.市立豊中病院消化器外科, 14.堺市立市立総合医療センター消化器外科)

【背景・目的】
HER2陽性大腸癌は2〜3%と希少であり、RAS野生型でも抗EGFR抗体薬に対し治療抵抗性を示す事が多い。TRIUMPH、MyPathway試験の結果を受け、2022年にPER+TRA療法が保険収載され、HER2検査が推奨されるに至った。2023年には乳癌の臨床試験の結果を受け、本邦で大腸癌に対し世界に先駆けてPER+TRAの皮下注製剤が承認されたが、大腸癌における臨床試験や有効性の報告は存在しない。今回HER2検査の実施頻度、抗HER2療法の導入数を把握することを目的とした。

【方法】
大阪大学の関連25施設(大腸癌手術: 約4000例/年)を対象に、2022年〜2024年におけるHER2検査の実施有無、実施時期、治療対象症例数、抗HER2療法の施行数についてアンケート調査を行った。

【結果】
96%の施設でHER2検査を施行、内54%がルーチンで検査を実施していた。実施時期は「切除不能・再発と診断された時点」が最多で次いで「二次治療以降」であった。治療対象症例は25例であり、内PER+TRA点滴製剤は6例、皮下注製剤は5例に留まった。皮下注製剤は73%の施設で採用されていたが実際使用しているのは1施設のみであった。

【結論】
HER2検査をルーチンで実施している施設は全体の約半数にとどまり、施設間での運用に差を認めた。今後はHER2検査の標準化と、治療選択に結びつける実臨床での活用体制の強化が求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 ロボット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, 髙市 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, 銕尾 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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 ロボット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, 髙市 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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 ロボット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、StageIIa 1例、StageIIIa 1例、StageIIIb 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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 ロボット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）は近赤外光を利用することで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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 ロボット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] 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)

2022年にロ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、現在はロ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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 ロボット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, 銕尾 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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 ロボット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] 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)

【背景】
ロ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、肝胆膵領域のロ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】
ロ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。ロ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、GradeIII以上の合併症は認めなかった。
【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、ロ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。今後のロ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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 ロボット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、膵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、ダブルバイポーラー法（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,ダブルバイポーラー法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≧2422.7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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 ロボット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癒着を剥離し、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、膵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癒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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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膣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 綸, 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 聡美, 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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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-kinife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．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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膣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 綸, 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膣固定術(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、膣後壁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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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] 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)

【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瘤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】砕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瘤、後壁側に4cmに及ぶ腫瘤を認め、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、抗生剤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日目に抗生剤終了し、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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 聡美, 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瘤を自覚していた．近医にて感染性腫瘤と診断され抗生剤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大の皮下腫瘤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瘤状の所見を認めた．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瘤摘出術を施行した．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瘤を切除した．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瘤が典型的であるが，無症状の場合もある．女性の肛門や会陰部に腫瘤を認めた場合は，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な位置関係を把握することが重要である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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（肛門挙筋症候群）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等もあり、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ったが、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、膣、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っ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＋肛門挙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と強かったため仙骨硬膜外ブロックを行なっ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った症例を経験したので報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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、直腸膣瘻合併であった。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伴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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 ロボット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

髙嶋 祐助, 笠井 俊輔, 塩見 明生, 眞部 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, 尾﨑 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 惇平[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―

小嶌 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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 ロボット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，膵臓から剥離する．さらに外側授動も行いこの時点で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膵下縁まで行う．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，膵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，膵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-150 ml)，CD GradeII以上の合併症は3例(20%)，GradeIII 以上の合併症はイレウスの1例（6.7%）のみで，縫合不全・膵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．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 ロボット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群で有意に少なかった（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（/μl）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.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 ロボット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ったが、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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 ロボット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ロボット支援手術の短期成績の比較・検討

髙嶋 祐助, 笠井 俊輔, 塩見 明生, 眞部 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ロ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)とロボット支援手術(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)100cm^{2}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ったが、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、ロ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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 ロボット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, 尾﨑 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、当院でのロ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。吻合もロ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クテストを行う。必要に応じてロ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、リークテスト陽性例、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追加切除となった。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。術後在院期間は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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 ロボット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)

【はじめに】
ロ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、基本的にはロ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、開腹とロ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膣が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。開腹手術とロ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）、ロボットは782（560-963）分で、ロ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）、ロボットで380ml（150-925）と、有意にロボット手術で少ない結果であった（p=0.003）。術後Grade３以上の合併症は開腹で4例認めたが、ロ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）、ロボット25日（18-45）でロボット手術で有意に短縮していた（p=0.033）。
【まとめ】
ロ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ロボットによる低侵襲手術のメリットは大いにあるものと考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 ロボット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 惇平[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)

【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。特に剥離断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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 ロボット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―

小嶌 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 SCCRT）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 SCCRT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ったが，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った．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った．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．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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], 眞部 祥一[1], 笠井 俊輔[1], 小嶋 忠浩[1], 井垣 尊弘[1], 森 千浩[1], 髙嶋 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)

[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], 冨田 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)

[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))

[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)

[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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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], 眞部 祥一[1], 笠井 俊輔[1], 小嶋 忠浩[1], 井垣 尊弘[1], 森 千浩[1], 髙嶋 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%程度ときわめてまれである。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ったが、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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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], 冨田 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%)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．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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、十二指腸癌やデスモ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。デスモイド腫瘍は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。特にデスモ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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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. 当院では改訂ベセス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. 改訂ベセスダ基準該当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.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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. 本研究を通した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.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 睦人, 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], 尾﨑 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 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)

[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, 山﨑 翔斗, 藤瀬 悠太, 銕尾 智幸, 町野 隆介, 國﨑 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 聡[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.ＱＳＴ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, 栃木 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], 渡邉 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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 睦人, 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にする．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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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], 尾﨑 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,癒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) 、術後在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に関しても差はなかった(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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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, 山﨑 翔斗, 藤瀬 悠太, 銕尾 智幸, 町野 隆介, 國﨑 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/m2(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、手術時間や術後在院日数、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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 聡[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.ＱＳＴ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 ㎎/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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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, 栃木 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3㎝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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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], 渡邉 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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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, 髙木 健太, 髙松 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 聡 (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], 渡邉 純[2] (1.関西医科大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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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)

【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，術後在院日数，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:に1例，La-IA群に 3例認め，創感染はRo-IA群に 1例，La-IA群に 3例(p=0.47)認めた．術後の腸閉塞/麻痺性イレウスは，Ro-IA群では認めなかったのに対し，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．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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, 髙木 健太, 髙松 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例に行ったが、Pfannenstiel切開を行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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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] 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)

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≧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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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)。術後在院日数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CDⅡ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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 聡 (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嚢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(Incisonal hernia:IC)は認めていない.臍切開では高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でないが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.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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、胃や胆膵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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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するとともに、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：定型化後の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可能であると考えられた。
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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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] 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], 渡邉 純[2] (1.関西医科大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)

背景: 右側結腸癌に対するロ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，肝弯曲部のテイクダウンから，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例のロ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通でありその後のロ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．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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)

[O7-1]

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)

[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, 淺井 哲, 大舘 秀太 (多根総合病院)

[O7-3]

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], 宮﨑 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)

[O7-4]

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, 齋藤 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)

[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 柾秀, 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)

[O7-6]

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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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)

[O7-1] 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。③AZA 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。④AZA投与期間は平均１４１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CFにて指摘された大腸癌はUC２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。⑦NUDT15遺伝子多型検査は全18例CCメジャーであった。⑧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。膵炎、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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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, 淺井 哲, 大舘 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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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)

[O7-3] 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], 宮﨑 道彦[2,3], 山田 真美[2], 高橋 佑典[3], 河合 賢二[3], 德山 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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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)

[O7-4] 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, 齋藤 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TNFα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カ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カ月、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で行った。
【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%、腸管皮膚廔および内瘻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TNFα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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 柾秀, 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断術が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，StageIII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，術前化学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．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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)

[O7-6] 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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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, 袴田 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 聡[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, 袴田 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], 小嶌 慶太[1], 横田 和子[1], 横井 圭悟[1], 田中 俊道[1], 佐藤 武郎[2], 隈元 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, 大曽根 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, 荻野 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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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の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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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, 袴田 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Neoadjubant 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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 聡[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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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, 袴田 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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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], 小嶌 慶太[1], 横田 和子[1], 横井 圭悟[1], 田中 俊道[1], 佐藤 武郎[2], 隈元 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.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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, 大曽根 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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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, 荻野 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塊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った(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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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, 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)

【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カ月後に左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カ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．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 眞吾(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 (帝京大学ちば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, 眞部 祥一, 小嶋 忠浩, 笠井 俊輔, 井垣 尊弘, 森 千浩, 髙島 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 聡 (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 絢子[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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 眞吾(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30㎝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3㎝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すことにで徐々に軽快した。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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 眞吾(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）、閉鎖術後在院期間（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の工夫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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 眞吾(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, 眞部 祥一, 小嶋 忠浩, 笠井 俊輔, 井垣 尊弘, 森 千浩, 髙島 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、術後在院日数、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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 眞吾(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ったが，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），出血量が少なかった（P＜ 0.01） が，郭清度，手術時間は変わらなかった．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った（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った（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った．【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，今後も症例を集積し検討していきたい．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 眞吾(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%、膵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、ストマなしが22日となっており、復職率はストマありが81%、ストマなしが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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 眞吾(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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 眞吾(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 聡 (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状結腸をヘルニア嚢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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 眞吾(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 絢子[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。保存的に加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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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, 髙嶋 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 彬人, 西 雄介, 林 久志, 藤井 能嗣, 石山 泰寛, 椙田 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, 渡邉 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 眞哉[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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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≧30を肥満群とし(N=60、うちBMI≧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った(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った(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った。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≧2の術後合併症の頻度も差はなかった(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った(p-StageIII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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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, 眞部 祥一, 塩見 明生, 田中 佑典, 笠井 俊輔, 小嶋 忠浩, 森 千浩, 髙嶋 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ーゼの活用、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―チを先行させるなど手術手順の工夫も行っている。
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≧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≧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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 彬人, 西 雄介, 林 久志, 藤井 能嗣, 石山 泰寛, 椙田 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（高度なトレンデレンブルグ位）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可能となる．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．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 100㎠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ったが、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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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, 渡邉 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．病理学的因子では，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．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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,少しずつ術野を進める.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.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 眞哉[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 ≥25 kg/m²を肥満群（27例）、<25 kg/m²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）。術前治療施行率、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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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], 髙橋 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

邉見 和就, 玉井 皓己, 鄭 充善, 戎居 洸樹, 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 斉, 塩﨑 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パル効果を認め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)

[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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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], 髙橋 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，膵転移あり，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．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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名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、腫瘍の著名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名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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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

邉見 和就, 玉井 皓己, 鄭 充善, 戎居 洸樹, 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)

【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ったため、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20㎝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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 斉, 塩﨑 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ケ月で原病死した。
【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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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パル効果を認め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, 右頚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小し遠隔リンパ節の消失も認めた．アブスコパル効果は, 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．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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T3N0StageⅡa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った。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、StageIV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となった。4コース目はイリノテカン＋ベバシズマブを5カ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となった上、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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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（肛門挙筋）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リンパ節はほぼ不変（原発最大径50㎜→47㎜。右263D：19x13㎜→17x11㎜。左263D：11x10㎜→10x9㎜）。ロボット支援直腸切断術（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62㎜→51㎜。右283：22x15㎜→15x14㎜。左283D：20x16㎜→16x13㎜）。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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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, 腰野 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 (大阪医科薬科大学一般・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 聡美, 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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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/IIIb/IIIc : 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/ロボット：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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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, 腰野 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≦1㎜,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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 (大阪医科薬科大学一般・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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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stageII, III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.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 聡美, 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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 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FOLFOXIRI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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:00 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:00 AM UTC Poster 1

[P1] 一般演題（ポスター） 1 稀な大腸疾患の診断・治療1

座長：永田 信二(広島市立北部医療センター安佐市民病院消化器内科)

[P1-1]

診断に難渋した結腸憩室由来のS状結腸癌の一例

岡野 美穂[1,2], 長岡 慧[1], 中塚 梨絵[1], 間狩 洋一[1], 真貝 竜史[1], 大島 聡[1], 長谷川 順一[2] (1.近畿中央病院外科, 2.市立貝塚病院外科)

[P1-2]

潰瘍性大腸炎に併発した難治性サイトメガロウィルス腸炎に対して外科的切除標本にてびまん性B細胞悪性リンパ腫と診断された一例

多代 尚広[1], 花井 恒一[1], 廣 純一郎[2], 伊東 昌広[1], 加藤 悠太郎[1], 加藤 宏之[1], 荒川 敏[1], 志村 正博[1], 小池 大助[1], 東口 貴彦[1], 国村 祥樹[1], 谷 大輝[1], 堀口 和真[1], 堀口 明彦[1] (1.藤田医科大学ばんたね病院, 2.藤田医科大学病院総合消化器外科)

[P1-3]

HIV感染に合併した肛門上皮内腫瘍に対し内視鏡及び経肛門的アプローチで治療した一例

平田 智也[1,2], 柴田 直哉[1], 吉田 直樹[1], 前川 和也[4], 丸塚 浩助[4], 山路 卓巳[2], 日髙 秀樹[3] (1.いきめ大腸肛門外科内科, 2.宮崎県立宮崎病院消化器内科, 3.宮崎県立宮崎病院外科, 4.宮崎県立宮崎病院病理診断科)

[P1-4]

肛門部Bowen病の1例

小關 優歌, 宇多川 大輔, 橋本 健夫, 鈴木 慶一, 尾曲 健司 (国立病院機構栃木医療センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:00 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:00 AM UTC Poster 1

[P1] 一般演題（ポスター） 1 稀な大腸疾患の診断・治療1

座長：永田 信二(広島市立北部医療センター安佐市民病院消化器内科)

[P1-1] 診断に難渋した結腸憩室由来のS状結腸癌の一例

岡野 美穂[1,2], 長岡 慧[1], 中塚 梨絵[1], 間狩 洋一[1], 真貝 竜史[1], 大島 聡[1], 長谷川 順一[2] (1.近畿中央病院外科, 2.市立貝塚病院外科)

はじめに：大腸憩室症が大腸癌に合併することは時々経験するが、大腸憩室からの発生が示唆される大腸癌は極めてまれである。今回我々は憩室由来を示唆されたS状結腸癌を経験したので、報告する。症例は、80代女性。頻尿を主訴に近医泌尿器科を受診し、触診にて下腹部に腫瘤を指摘され当院婦人科受診となった。CTおよびMRIにて子宮の腹側に、S状結腸に広く接しており膀胱後壁に浸潤している8cm大の骨盤腫瘍を認めた。S状結腸癌を疑い外科紹介となったが、S状結腸に壁肥厚像はあきらかでなく、大腸内視鏡を行ったが、腫瘍の圧排で、S状結腸まで観察できなかった。CEA35.1ng/ml、CA19-9 59U/mlであった。遠隔転移を認めず、膀胱合併切除をおこなえば切除可能と判断し、手術となった。開腹すると、S状結腸に強く接して巨大腫瘤がありその背側で膀胱浸潤を認めたため、S状結腸切除および膀胱部分切除、回腸導管、両側附属器および子宮合併切除をおこない、根治術となった。手術時間437分、出血量1600gであった。術中迅速病理結果では膀胱由来の腺癌との診断となったが、最終病理結果で、憩室由来のS状結腸癌との診断に至った。
術後合併症なく、手術から1年3か月経過したが、無再発生存中である。きわめてまれな憩室由来のS状結腸癌を経験した。文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:00 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:00 AM UTC Poster 1

[P1] 一般演題（ポスター） 1 稀な大腸疾患の診断・治療1

座長：永田 信二(広島市立北部医療センター安佐市民病院消化器内科)

[P1-2] 潰瘍性大腸炎に併発した難治性サイトメガロウィルス腸炎に対して外科的切除標本にてびまん性B細胞悪性リンパ腫と診断された一例

多代 尚広[1], 花井 恒一[1], 廣 純一郎[2], 伊東 昌広[1], 加藤 悠太郎[1], 加藤 宏之[1], 荒川 敏[1], 志村 正博[1], 小池 大助[1], 東口 貴彦[1], 国村 祥樹[1], 谷 大輝[1], 堀口 和真[1], 堀口 明彦[1] (1.藤田医科大学ばんたね病院, 2.藤田医科大学病院総合消化器外科)

患者は70歳代男性。7年前に下痢、血便、腹痛を主訴に当院消化器内科を受診し、全大腸炎型潰瘍性大腸炎（UC）およびサイトメガロウイルス（CMV）腸炎と診断された。治療により軽快し外来で経過観察を継続していたが、寛解と増悪を繰り返し、ステロイド、アザチオプリン、ベドリズマブによる内科的治療が行われていた。3ヶ月前に定期的なフォローアップとして施行されたCTにてS状結腸の壁肥厚および周囲脂肪織濃度の上昇を認めた。下部内視鏡検査では、S状結腸に全周性の多発潰瘍を認めたが、それ以外の部位では縦走潰瘍の瘢痕は見られるものの、活動性の炎症所見は乏しかった。悪性腫瘍の可能性も考慮し複数回生検を行ったがいずれも悪性所見はなかった。血液検査や免疫染色にてCMV陽性であであったためCMV腸炎と診断しガンシクロビルにて加療した。UCとしても加療を行ったが、血液検査で炎症は遷延し経口摂取により発熱をきたすため難治性ＣＭＶ腸炎として当科に紹介となった。発熱の増悪を認めたため再度CTを施行するとS状結腸穿通と膿瘍形成、さらに麻痺性イレウスを認めた。腹腔鏡下全結腸切除・回腸人工肛門造設術を施行した。病理検査ではS状結腸の潰瘍性病変に全層性の高度の上皮びらん、壊死、壁構造の破壊を認め、内部には多彩な炎症細胞浸潤とともに核形が不整な異型細胞のびまん性増殖を認めた。免疫染色でCD20(＋)、CD3（−)、CD4（−)、CD7（−)、CD56（−)、EBER-ISH(＋)でありびまん性大細胞型B細胞リンパ腫（DLBCL）と診断された。UCとCMV腸炎と合併した悪性リンパ腫の報告は少ない。潰瘍性大腸炎に対するチオプリン製剤や免疫抑制剤の投与はDLBCLなどのEBウィルス感染に関連した悪性リンパ腫のリスクを高めると報告されている。今回の症例はEBウィルスに関連したDLBCLと診断されたが、術前の生検では悪性所見が得られずＣＭＶ腸炎との鑑別が困難であった。文献的考察を含め報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:00 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:00 AM UTC Poster 1

[P1] 一般演題（ポスター） 1 稀な大腸疾患の診断・治療1

座長：永田 信二(広島市立北部医療センター安佐市民病院消化器内科)

[P1-3] HIV感染に合併した肛門上皮内腫瘍に対し内視鏡及び経肛門的アプローチで治療した一例

平田 智也[1,2], 柴田 直哉[1], 吉田 直樹[1], 前川 和也[4], 丸塚 浩助[4], 山路 卓巳[2], 日髙 秀樹[3] (1.いきめ大腸肛門外科内科, 2.宮崎県立宮崎病院消化器内科, 3.宮崎県立宮崎病院外科, 4.宮崎県立宮崎病院病理診断科)

症例は45歳男性、2016年よりHIV感染症に対し治療が開始された。また、2022年にHIV関連悪性リンパ腫（DLBCL）を合併し、PET-CTを撮像したところ肛門部に異常集積を認めた。同年8月に大腸内視鏡検査(CS)を施行し、肛門管内に平坦病変を認め、生検にて扁平上皮内腫瘍が検出された。悪性リンパ腫の治療を優先する方針とし、DLBCLがCRを得られたため2024年6月14日にCSを再検した。その結果、歯状線から下部直腸にかけて10mm程の平坦病変を認め、増大傾向であった。NBI拡大観察では食道学会分類type B1血管相当であり、AVA-smallも伴っていた。生検では肛門上皮内病変（Anal intraepithelial neoplasia; 以下AIN）が検出された。
経肛門的直腸ポリープ切除術が検討されたが、病変の範囲診断が困難であるため大腸内視鏡でマーキングと全周切開を行ったのちに経肛門的直腸ポリープ切除術を行う方針とした。同年7月18日に治療を行い、病変を一括切除した。最終病理診断はSquamous intraepithelial neoplasia, high gradeであり、上皮剥離により肛門側断端は不明瞭であった。水平断端のみ不明瞭であったため、経過観察とし現在無再発で経過している。
AINを有する患者のほとんどはHIV感染者であり、肛門扁平上皮癌の前駆病変として重要である。非常に稀であり、文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:00 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:00 AM UTC Poster 1

[P1] 一般演題（ポスター） 1 稀な大腸疾患の診断・治療1

座長：永田 信二(広島市立北部医療センター安佐市民病院消化器内科)

[P1-4] 肛門部Bowen病の1例

小關 優歌, 宇多川 大輔, 橋本 健夫, 鈴木 慶一, 尾曲 健司 (国立病院機構栃木医療センター)

症例は89歳女性。1年程前からアルツハイマー型認知症のため他院で療養入院されていた。入院時より肛門に隆起性病変を認めており、痔核疑いとして経過観察されていた。しかし、徐々に病変部の拡大を来し、1ヵ月程前から疼痛や出血を来すようになり注入軟膏を使用するも改善がないため紹介となった。肛門部には全周性に境界明瞭な赤褐色な湿疹様の皮疹を認め、肛門縁にも及ぶ大きな病変であった。生検でBowen’s disease(SCC in situ)の診断となった。病変は水平および垂直に約6mmのマージンをとり切除し、ADLを考慮し人工肛門造設の手術とした。病理診断では陰性を確認したが、一部は表皮のほぼ全層に及んでおり初期の浸潤を否定できない所見であった。
肛門部Bowen病は肛門部に発生する悪性腫瘍のうち2～10%とされ、非常に稀な疾患である。Bowen 病は有棘細胞由来の表皮内癌であり、表皮基底層を超え深在性となる場合Bowen 癌と呼ばれる。今回われわれは肛門部Bowen病の1例を経験したので、文献的考察を交えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 2:50 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 5:50 AM UTC Poster 1

[P2] 一般演題（ポスター） 2 稀な大腸疾患の診断・治療2

座長：佐野村 誠(北摂総合病院消化器内科)

[P2-1]

水痘・帯状疱疹ウイルス腸炎による回腸末端部狭窄にたいして腹腔鏡下回盲部切除術を施行した一例

深田 唯史, 團野 克樹, 武田 和, 野村 雅俊, 東口 公哉, 浦川 真哉, 野口 幸藏, 平尾 隆文, 関本 貢嗣, 岡 義雄 (箕面市立病院外科)

[P2-2]

当院におけるLAMN切除11症例に関する検討

梅野 紘希[1,2], 中津 宏基[1] (1.市立八幡浜総合病院外科, 2.徳山中央病院外科)

[P2-3]

Edwardsiella tarda腸炎の下部消化管内視鏡検査の検討

黒河 聖[1], 秦 史壯[2] (1.札幌道都病院内科, 2.札幌道都病院外科)

[P2-4]

Persistent Descending Mesocolonの術前診断について

吉田 貢一, 高長 紘平, 山崎 裕人, 丸銭 祥吾, 牧田 直樹, 浅海 吉傑, 野崎 善成, 田畑 敏, 家接 健一 (市立砺波総合病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 2:50 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 5:50 AM UTC Poster 1

[P2] 一般演題（ポスター） 2 稀な大腸疾患の診断・治療2

座長：佐野村 誠(北摂総合病院消化器内科)

[P2-1] 水痘・帯状疱疹ウイルス腸炎による回腸末端部狭窄にたいして腹腔鏡下回盲部切除術を施行した一例

深田 唯史, 團野 克樹, 武田 和, 野村 雅俊, 東口 公哉, 浦川 真哉, 野口 幸藏, 平尾 隆文, 関本 貢嗣, 岡 義雄
(箕面市立病院外科)

【症例】70歳代男性。既往にシェーグレン症候群、尿細管性アシドーシス、ファンコニー症候群、腎MALTリンパ腫があり、プレドニゾロン4mgを継続内服中であった。腹痛を主訴に当院救急外来を受診。身体所見では右下腹部に圧痛を認めるも反跳痛や腹膜刺激症状は認めなかった。腹部造影CT検査にて、回腸末端から盲腸にかけての腸管壁肥厚と周囲脂肪織の濃度上昇を認め、同部位を起点とした腸閉塞所見を伴っていた。絶食と補液にて保存的治療を開始した。
入院後に施行した大腸内視鏡検査では、バウヒン弁周囲に粘膜の脱落と広範なびらんを認め、感染性腸炎を疑い粘液ぬぐい液のPCR検査を施行したところ、VZV DNA陽性だった。以上より、VZV腸炎による回腸末端部の高度狭窄と診断された。保存的治療後も腸閉塞症状の改善に乏しく、外科的治療を目的に当科紹介となり、腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。手術所見では回腸末端が骨盤壁と癒着しており、癒着を剥離のうえ回盲部を切除した。
病理組織では、回腸末端に著明な線維化、血管壁のフィブリノイド変性、泡沫細胞の沈着、浮腫性変化、好酸性変化を伴う結合組織の変性などを認めた。特徴的なウイルス封入体は検出されなかったが、臨床経過とPCR所見よりVZV腸炎に伴う病変と判断された。
【考察】VZV腸炎は主に免疫抑制状態にある患者に発症しやすく、血行性感染や神経節からの再活性化を介して腸管粘膜にウイルスが波及するとされる。消化器症状が先行し、皮疹を伴わない場合には診断が遅れることもある。内視鏡や画像所見、PCRによる病原診断が重要であり、重症例では外科的介入を要することがある。
【結語】VZV腸炎による回腸狭窄に対して外科的治療を要した稀な一例を経験したためここに報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 2:50 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 5:50 AM UTC Poster 1

[P2] 一般演題（ポスター） 2 稀な大腸疾患の診断・治療2

座長：佐野村 誠(北摂総合病院消化器内科)

[P2-2] 当院におけるLAMN切除11症例に関する検討

梅野 紘希[1,2], 中津 宏基[1] (1.市立八幡浜総合病院外科, 2.徳山中央病院外科)

【背景】
低異型度虫垂粘液性腫瘍（Low-grade appendiceal mucinous neoplasm: LAMN）は、大腸癌取扱い規約第8版に新たに記載された比較的新しい疾患概念であり、標準化された診療ガイドラインが確立されていない。そのため、治療方針の確立には、症例の蓄積と検討が求められる。
【対象・方法】
当科にて2019年4月から2024年11月までに外科的切除された11症例を集積検討した。
【結果】
11症例の内訳は54～87歳（中央値78歳）で、男女比は男性7例、女性4例であった。主訴は腹痛が8例、無症状が3例であった。術前CTによる虫垂の最大径は10～54mm（平均25mm）であった。手術の内訳は、予定手術が8例、緊急手術が3例であった。予定手術のうち、1例は患者の同意を得られず、残りの7例で術前に下部消化管内視鏡検査によるスクリーニングを実施した。術前診断では、11例中7例が虫垂粘液腫と診断され、残りの4例は虫垂炎（穿孔性を含む）と診断されていた。術式は、虫垂切除が4例、盲腸部分切除が4例、回盲部切除が3例であり、回盲部切除の郭清範囲はD0が1例、D2が1例、D3が1例であった。術後の入院期間は3～26日（中央値11日）であり、虫垂腫瘍の切除に関連する術後合併症は認められなかった。現在までに、患者の同意が得られた8例に対し、大腸癌術後に準じたフォローアップを実施しているが、再発は認められていない。
【考察】
LAMNは低悪性度腫瘍であるが、腫瘍破裂により粘液が漏出し腹膜偽粘液腫を引き起こす可能性がある。そのため、再発を防ぐには (1)術前および術中診断の精度向上 (2)粘液漏出を防ぐ適切な術式の選択 (3)術後病理診断に基づく追加治療の適否判断 を行う必要がある。LAMNは再発リスクを有する疾患であるため、術前評価の段階から再発予防を念頭に置いた治療計画を策定することが重要である。また、術後は大腸癌のフォローアップに準じた定期的な検査を実施することで、再発リスクの適切な管理が可能であると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 2:50 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 5:50 AM UTC Poster 1

[P2] 一般演題（ポスター） 2 稀な大腸疾患の診断・治療2

座長：佐野村 誠(北摂総合病院消化器内科)

[P2-3] Edwardsiella tarda腸炎の下部消化管内視鏡検査の検討

黒河 聖[1], 秦 史壯[2] (1.札幌道都病院内科, 2.札幌道都病院外科)

Edwardsiella tarda(E.tarda)は嫌気性グラム陰性桿菌で自然界に広く分布し，爬虫類，両生類，魚類の常在菌であるが，ヒトへの感染は稀である．しかし免疫不全患者では重症化することも知られていて，敗血症では致死率が高いと報告されている．
症例報告：50歳代女性．腹痛，下血を認め近医を受診．虚血性腸炎を疑い加療目的に当院紹介入院となる．入院時身体所見では左下腹部に圧痛を認め，腹部CT検査では下行結腸の腸管壁肥厚所見と体外式腹部エコー検査でも同様の所見を認めた．血液生化学的検査でCRP0.84mg/dLと軽度上昇を認めた以外は正常値であった．点滴と整腸剤による保存的治療を開始し，症状軽減時に下部消化管内視鏡検査を施行し．下行結腸に限局した粘膜の発赤，浮腫，アフタ所見を認めたが，縦走する潰瘍所見は認めなかった．入院時の便培養検査では，E.tardaが2+と検出されたため，非常に稀なE.tarda腸炎と診断した．
考察：E.tarda腸炎の下部消化管内視鏡検査の報告例は少なく，今回の症例のように大腸粘膜の発赤，浮腫を認めた例や，粘膜下腫瘍様の炎症形態を呈していたという報告もある．また，炎症部位も我々の症例では下行結腸のみであったが，上行結腸のみ，上行結腸からS状結腸までと様々であった．
今後E.tarda腸炎症例の蓄積にて内視鏡所見の特徴を解明し，診断治療に役立てることを期待したい．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 2:50 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 5:50 AM UTC Poster 1

[P2] 一般演題（ポスター） 2 稀な大腸疾患の診断・治療2

座長：佐野村 誠(北摂総合病院消化器内科)

[P2-4] Persistent Descending Mesocolonの術前診断について

吉田 貢一, 高長 紘平, 山崎 裕人, 丸銭 祥吾, 牧田 直樹, 浅海 吉傑, 野崎 善成, 田畑 敏, 家接 健一 (市立砺波総合病院外科)

【はじめに】Persistent Descending Mesocolon(PDM)は胎生期における左側結腸の固定異常である。左側結腸が右側へ偏位して広汎な癒着を呈し、下行結腸間膜の短縮も伴うため下腸間膜動脈(IMA)と辺縁動脈(MA)が異常に近接し、時にMAを欠くこともある。このためPDMの左側大腸癌の郭清には細心の注意が必要であり、術前のPDM診断は安全な大腸癌手術において重要である。【目的】当院で経験したPDMの検討により、より簡便で確実なPDM術前診断について考察する。【対象と方法】2019年2月から2025年2月までの期間に当科で経験したPDM症例を対象とした。CT画像における診断の契機となる所見として、これまで報告されている、①下行結腸の顕著な内側偏移、②IMA～MA間の近接、③IMAの右側偏移の3つ、そして自験例で特徴的所見と考えた、④大動脈腹側中央からのIMA分枝の所見を加え、4つの所見について検討した。【結果】対象期間に経験したPDMは6例で男/女比は5/1、S状結腸癌3例、下部直腸癌2例、検診CTコロノグラフィ1例であった。所見①と④は全例、所見②は5例で確認されたが、所見③は3例の確認にとどまった。【考察】所見④は造影CTでなくても容易に確認でき、PDMの気付きの所見として有用と考えた。一方、所見③の確認は低率であった。まず所見④でPDMを疑い、所見①から所見②へと確認することが、PDMの簡便で確実な診断になると思われた。【結語】PDMは強い生理的癒着を伴うnormal variantと誤認されて手術される症例も少なくないと推測され、実際の発生頻度は諸家の報告を上回る印象がある。PDMに合併するMAの破格を認識せずに郭清を実施すると再建graftの広汎な壊死を招く危険があるため、PDMを認識した術前診断が肝要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:20 AM UTC Poster 2

[P3] 一般演題（ポスター） 3 周術期管理

座長：長田 俊一(横浜総合病院消化器外科)

[P3-1]

手術前処置としての桃核承気湯およびクエン酸マグネシウムの後方視的検討

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

[P3-2]

現代の直腸癌手術において、術後に予防抗菌薬投与は必要か？

古屋 信二, 白石 謙介, 樋口 雄大, 松岡 宏一, 高橋 和徳, 丸山 傑, 庄田 勝俊, 河口 賀彦, 出雲 渉, 齊藤 亮, 雨宮 秀武, 川井田 博充, 市川 大輔 (山梨大学医学部外科学講座第1教室)

[P3-3]

鏡視下直腸切除術における周術期管理（抗生剤を中心に）

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

[P3-4]

大腸癌手術におけるSSI予防戦略としての周術期抗菌薬投与の検討

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

[P3-5]

当院における腹腔鏡下大腸癌手術の周術期管理と治療成績

佐藤 雄, 北原 夏美, 森山 雄貴, 鍋倉 大樹, 門屋 健吾, 佐藤 礼実, 土屋 勝 (東邦大学医療センター佐倉病院外科)

[P3-6]

抗血栓薬投与患者における待機的大腸癌切除術の検討

松村 卓樹, 國友 愛奈, 余語 孝乃助, 戸田 瑶子, 安井 講平, 内野 大倫, 上田 翔, 篠原 健太郎, 大澤 高陽, 安藤 公隆, 深見 保之, 金子 健一朗, 佐野 力 (愛知医科大学消化器外科)

[P3-7]

抗血栓薬内服者に対する腹腔鏡下結腸切除術時の管理と結果

美並 輝也, 高橋 環, 島田 麻里, 金本 斐子, 道傳 研司 (福井県立病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:20 AM UTC Poster 2

[P3] 一般演題（ポスター） 3 周術期管理

座長：長田 俊一(横浜総合病院消化器外科)

[P3-1] 手術前処置としての桃核承気湯およびクエン酸マグネシウムの後方視的検討

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

【背景】腸管前処置は縫合不全や腸管拡張など手術に大きく影響するが、その内容や方法は施設の方針や経験により一定しない。
目的：前処置の内容および方法と、腸管洗浄度や拡張など手術への影響に関して後方視的に検討する。【対象と方法】対象は2024年10月から2025年4月で、手術を行った左側結腸癌および直腸癌症例。当院では、手術前々日に入院し、絶食で桃核承気湯内服を開始、排便状況によりクエン酸マグネシウムを追加するか検討しているため、桃核承気湯群と桃核承気湯＋クエン酸マグネシウム群に関して比較・検討を行った。【結果】桃核承気湯群vs桃核承気湯＋クエン酸マグネシウム群で比較すると、年齢中央値 65歳vs 63.5歳、性別（男：女）18/14例 vs 6/8例、術式（SR/HAR/LAR/sLAR）11/5/10/6例 vs 5/6/1/2例であった。手術前々日の排便回数中央値は0回(0-4) vs 1回(0-6) (p=0.061)、手術前日の排便回数中央値は5回(2-10) vs 5.5回(1-10) (p=0.498)で桃核承気湯のみの場合、前々日の排便が少なく前日から排便回数が増えていた。術中所見は、小腸拡張（小腸全体の1/3未満：1/3以上2/3未満：2/3以上）20：8：4 vs 7：3：4であった。横行結腸拡張(有/無)3/29例 vs 5/9例 (p=0.044)で、横行結腸拡張は桃核承気湯＋クエン酸マグネシウム群で有意に多く、この群の横行結腸拡張5例中4例は手術前日にクエン酸マグネシウムを内服していた。術中内視鏡で吻合部を観察できたのは桃核承気湯群27例、桃核承気湯＋クエン酸マグネシウム群4例であった。洗浄度をBoston Bowel Preparation Scale (BBPS；1=粘膜の一部のみ見えるが残便で粘膜の大部分は見えない、2=少量の残便があるが、粘膜が見える、3=残便がなく粘膜全体が見える)で評価すると、BBPS(1/2/3) 5/15/7 例 vs 1/0/3例で桃核承気湯＋クエン酸マグネシウム群の方が洗浄度は高かった。縫合不全は桃核承気湯群1例、桃核承気湯＋クエン酸マグネシウム群2例であった。【結語】桃核承気湯へのクエン酸マグネシウムの上乗せは、腸管洗浄度は上がるが、横行結腸拡張の可能性がある。特に手術前日のクエン酸マグネシウム投与は横行結腸拡張のリスクがあることを留意すべきである。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:20 AM UTC Poster 2

[P3] 一般演題（ポスター） 3 周術期管理

座長：長田 俊一(横浜総合病院消化器外科)

[P3-2] 現代の直腸癌手術において、術後に予防抗菌薬投与は必要か？

古屋 信二, 白石 謙介, 樋口 雄大, 松岡 宏一, 高橋 和徳, 丸山 傑, 庄田 勝俊, 河口 賀彦, 出雲 渉, 齊藤 亮, 雨宮 秀武, 川井田 博充, 市川 大輔 (山梨大学医学部外科学講座第1教室)

【はじめに】消化器外科領域手術の予防的抗菌薬投与の有用性はこれまでに種々の報告がなされている。執刀1時間以内の術前抗菌薬投与はガイドラインでも明確に推奨されている。薬理学的な観点から術中の再投与も望ましいと考えられる。しかし、術後の抗菌薬投与継続の有用性に関してはエビデンスが不足しているのが現状である。当院で直腸癌手術の術後抗菌薬投与の有無とSSI発生率について検討した。
【対象と方法】2015年から2023年に当院で腹腔鏡下またはロボット支援直腸癌手術（マイルズ手術除外）を施行した164例に抽出した。術後抗菌薬投与の有無で2群に分け(抗菌薬あり:40例 vs 抗菌薬なし:124例)、切開部と臓器/体腔SSIの発生率について後方視的に検討した。傾向スコアマッチングを用い追加検討も行った。
【結果】年齢、性別、ASA-PS、併存疾患、腹部手術歴、手術時間について両群で有意差は認めなかった。BMIは抗菌薬あり群で有意に高く(22.9 vs. 21.18, $p < 0.05$)、出血量は抗菌薬あり群で有意に多く(40mL vs. 31.5mL, $p < 0.05$)、手術アプローチは抗菌薬あり群で腹腔鏡率が有意に高かった(54.0% vs. 7.5%, $p < 0.05$)。切開部SSI (7.5% vs. 6.5%, $p = 0.473$) 、臓器/体腔SSI (15% vs. 6.5%, $p = 0.108$)は、両群で有意差は認めなかった。次に、年齢、性別、手術時間、出血量、BMI、ASA-PS、術前治療、ストーマ造設、手術アプローチ、喫煙、Albの11項目で傾向スコアを作成し、35組で解析を行ったが、切開部と臓器/体腔SSI発生率に有意差は認めなかった。
【結語】腹腔鏡下直腸手術において、術後抗菌薬投与の有無でSSI発生に差はなく、術後抗菌薬投与は省略できる可能性が示唆された。本研究は単施設で実施した後方視的検討であり、解析対象にバイアスが含まれる可能性がある。また、対象期間中において治療の進歩などの時代的な治療環境の変化もあり、これらが結果に影響を与えている可能性も考慮する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:20 AM UTC Poster 2

[P3] 一般演題（ポスター） 3 周術期管理

座長：長田 俊一(横浜総合病院消化器外科)

[P3-3] 鏡視下直腸切除術における周術期管理（抗生剤を中心に）

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

【背景】直腸癌の周術期管理において術後合併症発生率の低減は、患者QOL、医療経済、腫瘍学的予後の観点から重要である。その中でもSSI発生予防の戦略は特に肝要である。当科では、術前機械的腸管洗浄(MBP)と術後2日目までの静脈的抗生剤投与(IVA)を長期間施行してきた。今回、SSI発生率低減を目的として、術前化学的腸管洗浄(CBP)の追加、及び術後IVAの段階的短縮に取り組んでおり、その結果を報告する。
【対象と方法】2008年から2024年まで、当科で施行した原発性直腸癌に対する鏡視下直腸切除術の内、他臓器合併切除例、術前高度狭窄例を除いた312例を対象とし、周術期成績を後方視的に検討した。A群(n=233)：2008/6-2021/9 MBP+IVA (手術当日-POD2)、B群(n=30)：2021/9-2023/2 MBP+CBP+IVA (手術当日-POD2)、C群(n=49)：2023/2以降 MBP+CBP+IVA (手術当日のみ)
【結果】患者背景は、年齢（A/B/C群: 65/63/66歳, p=0.35）（値は平均値）、男性（151/26/30例, p=0.03）、BMI (23.2/ 22.7/ 22/7, p=0.56)であった。2018年からダヴィンチを本格導入した為、ロボット手術施行率はB, C群で高率であった（62/ 27/ 40例, p<0.0001）。術式、ストマ造設率は同等であった。D3郭清はA群で少なかったが(198/ 29/ 48, P=0.003)、郭清リンパ節数は同等であった(16.6/163./16.3個, p=0.96)。手術時間はA群で短く(234/ 328/ 330分, p<0.0001)、出血量は同等であった(19/ 14/ 21gram, p=0.91)。術後在院日数(16.5/ 18.5/ 16.9日, p=0.47)、Clavien-Dindo分類grade 2以上の術後合併症発生率は同等(53/ 8/ 6例, p=0.17)で、縫合不全も低率であった(9/ 1/ 0例, p=0.17)。全SSI発生率は同等であったが(24/ 3/ 1例, p=0.10)、表層SSIに限定するとC群で少ない傾向にあった(13/ 1/ 0例, p=0.07)。
【考察】直腸癌の周術期管理において、CBP追加、IVA投与期間短縮はSSI低減に一定の効果があったと考えられる。しかしながら、腹腔鏡手術からロボット支援下手術への移行期とも重なっており、当科のSSI低減への取り組みの効果判定には、更なる症例の蓄積が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:20 AM UTC Poster 2

[P3] 一般演題（ポスター） 3 周術期管理

座長：長田 俊一(横浜総合病院消化器外科)

[P3-4] 大腸癌手術におけるSSI予防戦略としての周術期抗菌薬投与の検討

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

【はじめに】大腸癌術後のSSI予防として術前経口抗菌薬(Oral antibiotics : OA)単独やOA＋機械的腸管処置(Mechanical bowel preparation : MBP)が効果的であるとされる．OAを行った場合には術後抗菌薬投与は短期間で良いとする報告がある．
【目的】大腸癌手術症例における，OAの有用性および術後抗菌薬の至適投与期間を明らかにすることを目的とした．
【対象と方法】2019年1月から2024年12月までに当科で待機的に手術を行った大腸癌症例235例を対象とした．2020年9月よりOAを全例に行っており，投与開始前後のSSI発生率を後方視的に比較検討した. 経口抗菌薬は術前日にKanamycin 1500mg/日とMetronidazole 1500mg/日をそれぞれ3回に分けて投与した．術後予防的抗菌薬は原則としてCefmetazole 3g/日を48時間投与していたが，2023年2月以降は24時間投与に変更している．OA施行症例に限定し，抗菌薬投与期間（24時間 vs 48時間）によるSSI発生率を比較検討した．
【結果】235例中，OA群175例，非OA群60例であった. 両群間で年齢, 性別, ASA-PS，腫瘍占拠部位，手術時間，出血量，入院期間に有意差は認められなかった．一方，OA群でMBPが多く(86% vs 72%, p=0.017)，開腹手術症例が少なかった(14% vs 37%, p<0.001)．SSI全体の発生率はOA群9.7%，非OA群20%で有意にOA群が低率であった（p=0.043）．SSIの内訳を見ると，表層SSI（3.4% vs 1.6%、p=0.68）および深部SSI（1.1% vs 0%, p=1）に有意差は認められなかったが、臓器・体腔SSI（5.1% vs 18%, p<0.05）および縫合不全（1.1% vs 15%、p<0.05）はOA群で有意に低率であった．
さらに術後抗菌薬投与期間について24時間群79例と48時間群79例を比較検討したところ，SSI全体は24時間群11%，48時間群6.3%で有意差を認めなかった(p=0.4)．また内訳を見ても表層SSI（5% vs 0%, p=0.12），深部SSI（各1.2%, p=1），臓器・体腔SSI（各5%， p=1），縫合不全（各1.2%, p=1）といずれも有意差を認めなかった．
【結語】術前経口抗菌薬投与は，大腸癌手術においてSSI発生率低下に有効であった．また，術後抗菌薬は24時間変更後も合併症の増加は認めず，短期間投与で十分と考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:20 AM UTC Poster 2

[P3] 一般演題（ポスター） 3 周術期管理

座長：長田 俊一(横浜総合病院消化器外科)

[P3-5] 当院における腹腔鏡下大腸癌手術の周術期管理と治療成績

佐藤 雄, 北原 夏美, 森山 雄貴, 鍋倉 大樹, 門屋 健吾, 佐藤 礼実, 土屋 勝 (東邦大学医療センター佐倉病院外科)

【目的】当院における腹腔鏡下大腸癌手術の周術期管理の標準化とその短期治療成績を明らかにすること。【方法】2022年4月から2025年3月までに当院で施行した、結腸癌（直腸S状部を含む）に対する腹腔鏡下大腸切除手術の159例を対象とした。当院の周術期管理は、術前日の朝から絶食とし、経口腸管洗浄剤による機械的前処置に加えて、化学的前処置としてカナマイシン＋メトロニダゾールを経口投与する。執刀直前と術後は手術当日のみFMOXを投与する。術後、食事は術後2病日に全粥から開始し、術後6病日に退院とするクリニカルパスを用いる。このパスに基づいた手術および術後成績を後ろ向きに評価し、術後在院日数が6日以内と7日以上の2群に分けて比較検討した。【結果】年齢中央値76歳[42-95歳]、男性：女性=88：71。腹腔鏡/ロボット/開腹移行=135：20：4。腫瘍占拠部位は右側が69例（43%）。術後合併症は50例（31%）で認め、うちClavien-Dindo分類でGrade II以上は38例（24%）であった。全SSI発生率は5%であった。術後在院日数は8日[2-55日]で、クリニカルパス遵守率は42%であった。術後在院日数が7日以上の群では、6日以内の群と比較し、平均年齢は高く（71 vs 76歳、p=0.004）、手術時間が長く（238 vs 260分、p=0.014）、また術中出血量が多かった（12 vs 20mL、p<0.001）。【結論】当院の腹腔鏡下大腸癌手術において標準化した周術期管理は約4割で遵守でき、SSI発生率は5%であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:20 AM UTC Poster 2

[P3] 一般演題（ポスター） 3 周術期管理

座長：長田 俊一(横浜総合病院消化器外科)

[P3-6] 抗血栓薬投与患者における待機的大腸癌切除術の検討

松村 卓樹, 國友 愛奈, 余語 孝乃助, 戸田 瑶子, 安井 講平, 内野 大倫, 上田 翔, 篠原 健太郎, 大澤 高陽, 安藤 公隆, 深見 保之, 金子 健一朗, 佐野 力 (愛知医科大学消化器外科)

【緒言】
併存疾患を有し抗血栓薬を服用している患者に対する手術機会は年々増加している。術前抗血栓薬の休薬期間に関する基準は存在するものの、ヘパリンブリッジの必要性、ならびに術後の再開タイミングや投与方法については統一見解がなく、症例ごとの判断に委ねられているのが現状である。本研究では、当院における抗血栓薬服用中の大腸癌切除症例の周術期管理と成績を検討した。
【対象】
2016年1月～2024年3月に大腸癌で待機的切除を受けた1216例のうち、術前抗血栓薬服用中であった154例（12.7%）を対象とした。
【結果】
男性110例、女性44例、年齢中央値75.5歳（48～93歳）。抗凝固薬投与が49例、抗血小板薬が97例、両剤併用が8例で、抗血小板薬2剤以上服用は22例であった。基礎疾患は脳血管疾患58例、虚血性心疾患49例、不整脈42例、脂質異常症8例、その他26例（重複あり）。ヘパリンブリッジは43例に施行し、その内訳は抗凝固薬19例、抗血小板薬20例、併用4例であった。術式は開腹6例、腹腔鏡134例、ロボット支援13例、経肛門1例。手術時間中央値235.5分（15～623分）、出血量中央値12g（0～574g）であり、術中の止血困難例はなかった。術後抗血栓療法は症例ごとに異なり、手術から再開までの中央値は1日（1～15日）であった。術後出血性合併症は7例（4.5%）に認め、1例で開腹止血術を要した。Clavien-Dindo分類Grade 3以上の合併症は11例（7.1%）、うち1例が肺炎による呼吸不全で死亡した。血栓塞栓症の発症はなかった。
【結語】
抗血栓薬服用患者に対する大腸癌切除は概ね安全に施行可能であり、血栓塞栓症の発症も認めなかった。しかし、出血性合併症への対応に苦慮した症例も散見され、特に術後の抗血栓薬再開のタイミングや方法に関して、さらなる検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:20 AM UTC Poster 2

[P3] 一般演題（ポスター） 3 周術期管理

座長：長田 俊一(横浜総合病院消化器外科)

[P3-7] 抗血栓薬内服者に対する腹腔鏡下結腸切除術時の管理と結果

美並 輝也, 高橋 環, 島田 麻里, 金本 斐子, 道傳 研司 (福井県立病院)

【背景】近年高齢化社会に伴い，消化器外科手術における抗血栓薬服用症例は増加傾向である．抗血栓薬服用者のうち, 周術期の血栓低リスク群は術前休薬を推奨されるが、中リスク以上は抗血栓薬を一部継続して手術を行うことがある. 消化器悪性腫瘍に対する手術時は血栓塞栓症の抑制と出血へのバランスをとることが極めて重要で, 鏡視下手術を含めた周術期抗血栓薬管理に関わる臨床指針は示されていないため，依然として施設間でのばらつきが大きいのが現状である．そのため, 当院大腸癌手術患者における周術期抗血栓薬使用の現状と出血・合併症などについて, 今回後方視的に検討した．【対象】2024年4月から2025年4月の間に行った腹腔鏡下結腸切除86例で, そのうち抗血栓薬服用者は20例（Th群），非服用者は66例（No群）であった. 抗血栓薬の内訳は抗血小板薬13例と直接経口凝固薬DOAC７例で，17例は術前休薬（抗血小板薬10例とDOAC７例）し, 3例はアスピリン継続した．No群は一般的な術後深部静脈血栓症予防として術後1病日から低分子ヘパリン皮下注を併用し，Th群は術後1病日から低分子ヘパリン，2病日から各々の抗血栓薬を再開した．【結果】患者背景はTh群の年齢（中央値 76歳/73歳; P=0.04）が有意に高かったが，その他の性別，BMI, ASA-PS，腫瘍の局在, c-Stageは両群に有意差を認めなかった．手術時間（213分/215分; P=0.599），出血量（5ml /5ml; P=0.181），術後1週目のHGB変化量（-1.3g/dL　/ -1.25g/dL; P=0.838）術後在院日数（8日/8日; P=0.592），術後輸血の有無やClavien Dindo分類IIIa以上の合併症やSSIの発症率は両群間で有意差を認めなかった．少数の抗血小板薬継続例も同等の結果であった．【結論】周術期における抗血栓薬休薬や抗血小板薬継続は周術期への影響は少なく，止血を丹念に行えば抗血栓薬非服用者と遜色ない結果と考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:10 AM UTC Poster 2

[P4] 一般演題（ポスター） 4 虫垂

座長：小林 美奈子(三重大学大学院医学系研究科先端的外科技術開発学)

[P4-1]

当院での虫垂炎に対するマネージメント

植田 隆太, 澤村 成美, 竹山 廣志, 岡村 修 (市立吹田市民病院外科)

[P4-2]

当科における妊娠合併虫垂炎の治療成績

田地野 将太, 小菅 誠, 後藤 圭佑, 鎌田 哲平, 阿部 正, 高野 靖大, 武田 泰裕, 大熊 誠尚, 衛藤 謙 (東京慈恵会医科大学外科学講座下部消化管外科)

[P4-3]

当院における妊娠中の急性虫垂炎症例の経験

大島 令子, 石原 加葉, 藤田 孝尚, 伊藤 その, 冨井 知春 (東京都立大塚病院消化器外科)

[P4-4]

当院における虫垂腫瘍の年齢別検討

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

[P4-5]

当院における虫垂癌の手術症例

桐山 俊弥, 竹内 啓将, 河原 樹, 大野 慎也, 多和田 翔, 末次 智成, 岩田 至紀, 渡邉 卓, 小森 充嗣, 田中 千弘, 長尾 成敏, 河合 雅彦, 國枝 克行 (岐阜県総合医療センター外科)

[P4-6]

虫垂憩室を伴う虫垂炎に対するinterval appendectomy待機中に膿瘍形成を伴う虫垂憩室炎を発症した１例

安部 紘生, 市沢 展真, 一尾 幸輝, 鈴木 崇文, 森 庄平, 小岩井 智美, 阿尾 理一, 西川 誠, 西山 潔, 小川 均, 神藤 英二 (自衛隊中央病院外科)

[P4-7]

虫垂炎を契機に診断された虫垂NETの1例

青松 直撥, 櫛谷 友佳子, 青松 敬補 (青松記念病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:10 AM UTC Poster 2

[P4] 一般演題（ポスター） 4 虫垂

座長：小林 美奈子(三重大学大学院医学系研究科先端的外科技術開発学)

[P4-1] 当院での虫垂炎に対するマネージメント

植田 隆太, 澤村 成美, 竹山 廣志, 岡村 修 (市立吹田市民病院外科)

【背景と目的】
虫垂炎の治療は抗生剤による保存的療法と手術に分けられるが，施設間でも治療方針に差があり，汎発性腹膜炎による緊急手術を除いて，ガイドラインで明確に治療が規定されている訳ではない。昨今，外科医不足が深刻な状況にあるのは周知の通りであるが，当院でも例外なく，一般的に虫垂炎などの手術を担当するケースが多い，レジデント等の若手外科医が不在で，緊急手術に対応する体制が揺らぎつつある。そこで，当院での虫垂炎治療の現状を把握し，今後の診療について再考することにした。
【方法と結果】
当院で2024年１月から12月の1年間に虫垂炎で外来または入院加療された患者125例を対象として検討した。外来では20例が治療されていたが，外来となった理由は炎症軽微13例，入院拒否7例であった。すべて外来で治療は完結しており，その後入院となった患者はいなかった。入院患者は104例で，保存的加療は37例，手術加療となったのは67例であった。手術が選択された理由としては糞石，患者からの手術希望が多かった。入院期間は保存的加療，手術加療で差がなかった。また，汎発性腹膜炎のため緊急手術となった症例は2例であった。
【考察と結語】
　一般的に手術適応とされる，糞石を有する虫垂炎は，当院でも患者が拒否した場合を除いてほとんど全ての症例に手術を施行していた。また，複数回罹患の患者も同様に，手術を施行している患者が多く，患者背景・病態に合った適切な治療選択が行われているものと考えられた。糞石などがなく，保存的加療，手術加療どちらでも治療可能と判断される場合に，患者の手術希望を理由として，初回罹患でも手術している症例が多くあった。これらに関しては保存的加療の高い成功率，また入院期間にも差がなかったことから，治療決定は患者との相談にはなるが，積極的に保存的加療を提案することも許容されるものと考える。これにより，緊急手術に対する体制が十分でない施設において，手術による負担が減らせる可能性がある。しかし，その際には虫垂炎再発の可能性に関して配慮しなければならない。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:10 AM UTC Poster 2

[P4] 一般演題（ポスター） 4 虫垂

座長：小林 美奈子(三重大学大学院医学系研究科先端的外科技術開発学)

[P4-2] 当科における妊娠合併虫垂炎の治療成績

田地野 将太, 小菅 誠, 後藤 圭佑, 鎌田 哲平, 阿部 正, 高野 靖大, 武田 泰裕, 大熊 誠尚, 衛藤 謙 (東京慈恵会医科大学外科学講座下部消化管外科)

【目的】妊娠中の虫垂炎は、非典型的な症状や解剖学的変化などにより診断に難渋することも多く、また、重症化しやすい。そのため適切なタイミングで治療がなされないと母体への影響のみならず、流早産などのリスクが上昇するので、早期診断と手術も含めた治療介入が重要である。近年腹腔鏡手術による治療報告が散見されているが、その安全性・有効性については確立されていない。今回、我々は当院で経験した妊娠合併虫垂炎症例について検討した。【方法】2012年から2024年に当院にて治療を行った妊娠合併虫垂炎13例を対象に、治療成績などについて後方視的に比較検討した。【結果】年齢中央値32歳(29-38)歳、発症時妊娠時期は中期7例、後期6例であった。診断的画像検査は腹部超音波6例、MRIが5例、CT検査は2例において施行されていた。また手術法は開腹8例(このうち2例は帝王切開と同時切除)、腹腔鏡5例であった。手術は全て入院日もしくはその翌日に行われていた。術後合併症は開腹手術で2例(創感染および腹腔内膿瘍)に認めたが、いずれも保存的加療で軽快した。手術法間で合併症の発生率は有意差を認めなかった（p=0.48）。また、術後妊娠経過については、手術との関連は不明であるが、開腹の3例で異常分娩(不全子宮破裂、常位胎盤早期剥離、回旋異常による緊急帝王切開)を認めた。【考察】本検討においては、症例数が限られるものの、腹腔鏡下虫垂切除術は安全に施行可能であり、母児への影響が小さいことが示唆された。妊娠中期及び後期においても、ポート配置等を工夫すれば侵襲の少ない腹腔鏡にて安全に手術を行うことが可能と考えられた。【まとめ】妊娠合併虫垂炎の患者に対して手術加療を施行した症例について検討した。妊娠合併虫垂炎に対する腹腔鏡手術は安全に施行可能な手術方法であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:10 AM UTC Poster 2

[P4] 一般演題（ポスター） 4 虫垂

座長：小林 美奈子(三重大学大学院医学系研究科先端的外科技術開発学)

[P4-3] 当院における妊娠中の急性虫垂炎症例の経験

大島 令子, 石原 加葉, 藤田 孝尚, 伊藤 その, 冨井 知春 (東京都立大塚病院消化器外科)

【はじめに】妊娠中の急性腹症は一般病院ではしばしば経験するが妊娠週数や急性腹症の重症度により治療方針を迷うことがある。当院は総合周産期母子医療センターに指定されており妊娠中の腹痛症例の搬送もあり産科と協力して診療に当たっている。今回当院での妊娠中の急性虫垂炎についてこれまでの手術症例から診断法、手術のアプローチや周術期管理、安全性について検討した。
【対象と方法】2014年4月から2025年3月まで当院で手術を施行した妊娠中の急性虫垂炎症例13例について患者背景と診断方法、術式、手術成績、術後管理と在院日数などについて検討した．【結果】年齢、妊娠週数の中央値は30〔25-33〕歳、15〔9-24〕週であった。診断方法はMRIが５例、他は全てCTであった。手術は１例を除き腹腔鏡下虫垂切除術であった。妊娠30週の症例のみ第１ポート挿入位置が右上腹部であったがそれ以外は臍からのアプローチであった。周術期合併症は認めなかった。１週間以上の入院を要した症例は4例でありいずれも子宮収縮抑制剤が投与されていた。膿瘍形成や穿孔を伴う症例は３例ありいずれも術後在院期間が長い傾向にあった。当院での出産症例はいずれも分娩経過に異常を認めなかった。【考察】診断方法は外科医師が読影に慣れているCTが適当と思われる。腹腔鏡下虫垂切除では視野が良好であり妊娠子宮を損傷することなく安全に手術をすすめることができていた。【結語】妊娠中の急性虫垂炎に対し診断後早急に手術を選択することにより良好な成績を得られており安全に施行できると考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:10 AM UTC Poster 2

[P4] 一般演題（ポスター） 4 虫垂

座長：小林 美奈子(三重大学大学院医学系研究科先端的外科技術開発学)

[P4-4] 当院における虫垂腫瘍の年齢別検討

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

【はじめに】当院で2014年から2024年の間に手術を施行した虫垂腫瘍62例について、年齢との関係を後方視的に検討した。
【結果】症例の平均年齢は66.2歳（37～88歳、中央値67歳）、男性32例、女性30例であった。発覚契機は健診や他疾患のスクリーニング検査などによる偶発的発見が33例、急性虫垂炎の発症による発見が16例であった。
年齢別の症例数は、30代以下0例、30代3例、40代2例、50代13例、60代20例、70代14例、80代10例、90代以上0例で、60代に発症のピークが見られた。
組織形は、30代はadenocarcinoma2例、goblet cell carcinoma1例。40代はadenoma1例、LAMN1例。50代はadenocarcinoma1例、LAMN7例、その他5例。60代はadenocarcinoma7例、LAMN10例、その他3例。70代はadenocarcinoma7例、LAMN3例、goblet cell carcinoma1例、その他3例。80代はadenocarcinoma1例、LAMN7例、goblet cell carcinoma2例であった。
adenocarcinomaはstage0 3例、stageII8例、stageIII1例、stageIV5例であった。予後はstage IVは全て癌死となっているがstageIII以下では現在のところ再発が認められていない。
【考察】急性腹症診療ガイドライン2025によると、急性腹症のうち虫垂炎が占める割合は7～17歳で87.7%、18～64歳で47.1%、65歳以上で13.9%となっている。本解析では年齢が上がるごとに急性虫垂炎の発症確率は減少する一方で、虫垂腫瘍の発生頻度は年齢が上昇する毎に上昇することがわかった。以上より、特に50代以上の急性虫垂炎症例を診療する際は、虫垂腫瘍による虫垂炎発症の可能性を念頭に診療にあたることが重要であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:10 AM UTC Poster 2

[P4] 一般演題（ポスター） 4 虫垂

座長：小林 美奈子(三重大学大学院医学系研究科先端的外科技術開発学)

[P4-5] 当院における虫垂癌の手術症例

桐山 俊弥, 竹内 啓将, 河原 樹, 大野 慎也, 多和田 翔, 末次 智成, 岩田 至紀, 渡邉 卓, 小森 充嗣, 田中 千弘, 長尾 成敏, 河合 雅彦, 國枝 克行 (岐阜県総合医療センター外科)

【はじめに】
虫垂癌は消化管腫瘍の中でも比較的稀な疾患であり、臨床的特徴や治療戦略は症例ごとの個別対応が求められる。当院では2023年1月から2025年3月までの間に虫垂癌の外科的治療例を9例経験したため、臨床像と治療経過を後方視的に検討した。
【方法】
対象は2023年1月から2025年3月の間に、当院で病理学的に虫垂癌（低異形度虫垂粘液性腫瘍を除く）と診断された症例9例である。大腸癌データベースからこれら症例を抽出し、年齢、性別、発見契機、術式、病理組織型、病期、術後治療、再発の有無などを後方視的に検討した。
【結果】
症例の内訳は、男性4例、女性5例、年齢中央値は74歳（範囲：55〜88歳）であった。発見契機は虫垂炎を契機とするものが4例であり、そのうち2例は虫垂切除後の病理診断で明らかとなり、のちに追加切除が施行された。他疾患でフォロー中の偶発的発見が2例であり、いずれも無症状であった。残る3例は腹痛などの精査で診断されたがが、画像上卵巣腫瘍との鑑別に迷うものが2例含まれていた。術式は回盲部切除が6例、右半結腸切除が1例で盲腸切除が2例であった。これらのうち、腹腔鏡手術のみで完遂できたものが2例であった。病理組織型は高分化腺癌2例、中分化腺癌2例、低分化腺癌1例、粘液癌1例、胚細胞型腺癌が2例であった。病期は半数の5例がIV期であり、内4例に腹膜播種を伴った。第III期の症例2例は術後補助化学療法を施行とし、内1例は術後5ヶ月で肝転移・腹膜播種再発を来した。
【考察】
当院における虫垂癌は、その多くが虫垂炎の治療過程で発見されることが多く、粘液癌や胚細胞型腺癌など多様な組織型を含んでいた。手術は開腹手術を選択する症例が多かったが、炎症や播種の影響によるものと考えられた。診断時すでに播種を有している症例が多く、早期の段階でいかに診断するかが今後の課題である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:10 AM UTC Poster 2

[P4] 一般演題（ポスター） 4 虫垂

座長：小林 美奈子(三重大学大学院医学系研究科先端的外科技術開発学)

[P4-6] 虫垂憩室を伴う虫垂炎に対するinterval appendectomy待機中に膿瘍形成を伴う虫垂憩室炎を発症した１例

安部 紘生, 市沢 展真, 一尾 幸輝, 鈴木 崇文, 森 庄平, 小岩井 智美, 阿尾 理一, 西川 誠, 西山 潔, 小川 均, 神藤 英二 (自衛隊中央病院外科)

【背景】虫垂憩室は比較的稀な疾患であり、虫垂炎の診断で手術を施行して診断されることが多い。術前診断は困難とされていものの、虫垂憩室を有する虫垂炎は穿孔のリスクが高く、近年interval appendectomyの有用性が報告されているものの虫垂憩室を伴った症例に対する適否は明らかでない。
【症例】39歳男性
【主訴】右下腹部痛
【現病歴】約１年前に急性虫垂炎の保存的治療の既往があり、右下腹部痛の症状が再度出現したが、炎症所見・身体所見とも軽度であり再度保存的治療が行われた。一度炎症所見は軽快、interval appendectomyの方針とされたが、その待機期間中に腹部所見と炎症所見が再燃したため、当院へ紹介受診となった。
【身体所見・血液検査】腹部診察にてMcBurney点外側に圧痛があり、その周囲で筋性防御と反跳痛も認めた。WBC 9660 /ul、CRP 10.88 mg/dlと炎症反応は高値であった。
【画像所見】虫垂は11mmに腫大しており、盲腸と境界不明瞭な膿瘍形成を認め、膿瘍内に虫垂憩室が確認できた。炎症は周囲臓器まで波及しており、膀胱直腸窩に腹水を認めた。
【術中所見】2 working portで腹腔鏡下虫垂切除術を施行した。骨盤内に漿液性腹水を認めたが、膿瘍は虫垂先端～体部と腹壁の間に限局していた。
【病理診断】虫垂は全層性の構造が保たれているものの、膿瘍腔と考えられる漿膜組織内の間隙があり、固有筋層が菲薄な部分を認め、3ヶ所以上の憩室を認めた。
【考察】虫垂憩室症は比較的稀な疾患であるが、穿孔率は急性虫垂炎と比較して高いとされており、穿孔率は33～70.8%との報告もある。その穿孔率の高さから欧米では診断され次第手術する方針が主流となっている。本症例では穿孔以前のCTにて憩室が認められているが、症状や血液検査所見が軽微であり、interval appendectomyを選択したが手術待機中に膿瘍形成を伴う虫垂憩室炎穿孔を来した１例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:10 AM UTC Poster 2

[P4] 一般演題（ポスター） 4 虫垂

座長：小林 美奈子(三重大学大学院医学系研究科先端的外科技術開発学)

[P4-7] 虫垂炎を契機に診断された虫垂NETの1例

青松 直撥, 櫛谷 友佳子, 青松 敬補 (青松記念病院)

【症例】49歳，女性．6日前ごろから腹痛あり改善乏しく8月中旬来院された．体温は微熱であったが来院時右下腹部に圧痛と腹膜刺激兆候を認めた．CTで虫垂に糞石及び虫垂腫大を認め急性虫垂炎と診断し，抗生剤治療を開始した．腹痛が持続し3日後のCTで回盲部まで炎症が波及していたため入院3日目に手術を施行した．虫垂根部には炎症波及は及んでおらず腹腔鏡下虫垂切除術を施行した．術後経過良好で9日目に退院となった．術後病理検査でChromogranin A 陽性，synaptophysin陽性でNeuroendocrine tumor (NET)pT3(SS) INFb Ly0 V0 pN0 断端陰性と診断された．Ki67は1%であった．術後追加切除や補助化学療法なく経過観察している．【考察】虫垂NETは全NETの7.4%と頻度は低く，多くはNETG1,G2である．約70%が虫垂先端部に発生するが，虫垂根部に発生するものや，腫瘍径1-2cmのもの，虫垂間膜に浸潤しているものは再発リスクが高い．2cmを超えるものはリンパ節転移陽性リスクとされており，腫瘍径と腫瘍の存在部によって推奨されている術式が異なっている．今回我々は，虫垂炎を契機に診断された虫垂NETの1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:20 AM UTC Poster 3

[P5] 一般演題（ポスター） 5 臨床研究

座長：山口 悟(獨協医科大学日光医療センター外科)

[P5-1]

内視鏡切除後に当科で外科的追加切除施行したpT1結腸直腸癌症例におけるリンパ節転移陽性例の検討

黒島 直樹, 馬場 研二, 和田 真澄, 大川 政士, 加美 翔平, 大塚 隆生, 有上 貴明, 佐々木 健, 又木 雄弘, 川﨑 洋太 (鹿児島大学病院消化器外科)

[P5-2]

当院における若年性大腸癌について

大山 康博, 久保 顕博, 櫻井 翼, 永井 俊太郎, 中野 徹 (北九州市立医療センター外科)

[P5-3]

大腸癌に対する回盲部切除術の解析　～特に副右結腸静脈の処理について～

住谷 大輔, 徳永 真和, 松原 啓壮, 井出 隆太 (県立二葉の里病院)

[P5-4]

脾彎曲部癌における副中結腸動脈領域リンパ節の検討

山岸 茂, 中川 和也, 太田 絵美, 伊藤 慧, 本田 祥子, 増田 太郎, 験馬 悠介 (藤沢市民病院外科)

[P5-5]

ICGを用いた、中、下直腸動脈による左側結腸、直腸の血流支配に関する検討

別府 直仁[1], 柳 秀憲[3], 今田 絢子[3], 池田 正孝[3] (1.宝塚市立病院外科, 2.明和病院外科, 3.兵庫医科大学下部消化管外科)

[P5-6]

直腸S状部癌,上部直腸癌における肛門側切除腸管長についての検討

吉川 千尋, 小山 文一, 岩佐 陽介, 高木 忠隆 (奈良県立医科大学附属病院消化器・総合外科学教室)

[P5-7]

大腸癌患者の医療AI受容性に関する倫理的・法的・社会的影響（ELSI）の構造分析

須田 竜一郎[1], 和田 佐保[3,4], 笠原 啓介[2], 渡邉 大輔[2], 飯川 雄[2], 下田 辰也[2], 大野 幸恵[1], 青木 沙弥佳[1,5], 片岡 雅章[1], 柳澤 真司[1], 海保 隆[1] (1.国保直営総合病院君津中央病院外科, 2.国保直営総合病院君津中央病院リハビリテーション科, 3.国立がん研究センターがん対策研究所がん医療支援部, 4.国立がん研究センター中央病院精神腫瘍科, 5.亀田総合病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:20 AM UTC Poster 3

[P5] 一般演題（ポスター） 5 臨床研究

座長：山口 悟(獨協医科大学日光医療センター外科)

[P5-1] 内視鏡切除後に当科で外科的追加切除施行したpT1結腸直腸癌症例におけるリンパ節転移陽性例の検討

黒島 直樹, 馬場 研二, 和田 真澄, 大川 政士, 加美 翔平, 大塚 隆生, 有上 貴明, 佐々木 健, 又木 雄弘, 川﨑 洋太 (鹿児島大学病院消化器外科)

消化器内科による内視鏡切除されたpT1大腸癌の所属リンパ節転移リスク因子として、粘膜下層の浸潤距離（SM浸潤度）、脈管侵襲、組織型、浸潤先進部のbuddingがある。当科で過去５年間に施行した内視鏡切除後の外科的追加切除症例を対象に、その病変部位、術式、病理学的特徴を検討した。
対象期間は2020年4月から2025年3月までの5年間。消化器内科で内視鏡切除され、外科的追加切除目的に当科紹介となり手術施行したpT1結腸癌・直腸癌は合計38例であった。男女比は27：11。紹介前に施行された内視鏡切除の内容は、EMRが21例、ESDが16例、ポリペクトミーが1例だった。施行した術式は、回盲部切除術が3例、横行結腸切除術は5例、結腸左半切除術は2例、高位前方切除術は10例、低位前方切除術は16例、直腸切断術は2例だった。術後の病理組織診でリンパ節転移陽性となったのは３例（7.8%）で、すべて横行結腸癌症例だった。転移陽性例の3症例の詳細は、EMR後でpT1b(SM:2000μm),Ly0,V0,BD2の症例で221番に1個転移陽性、EMR後でpT1b(SM:4000μm),Ly0,V1,BD1の症例で221番に1個、222番に1個転移陽性、ESD（横行結腸に2病変）後でpT1b(SM:1060μm),Ly0,V1a,BD1、pT1b(SM:2500μm),Ly0,V0,BD1の症例で221番に2個転移陽性であった。リンパ節転移陽性を認めた3例は術後補助化学療法施行し、再発なく経過している。
当科の検討では、横行結腸癌の外科的追加切除症例の60%にリンパ節転移陽性を認め、とくに注意が必要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:20 AM UTC Poster 3

[P5] 一般演題（ポスター） 5 臨床研究

座長：山口 悟(獨協医科大学日光医療センター外科)

[P5-2] 当院における若年性大腸癌について

大山 康博, 久保 顕博, 櫻井 翼, 永井 俊太郎, 中野 徹 (北九州市立医療センター外科)

近年、大腸癌罹患数は増加傾向にあり、それに伴い若年での大腸癌発生も認めているが、若年者大腸癌の特徴、治療成績などは明らかにされていない。2015年から2024年に当院で大腸癌切除を行った40歳未満の大腸癌症例について検討を行った。同期間における若年性大腸癌は28例あり、右側結腸：左側結腸：直腸はそれぞれ5例、8例、15例だった。組織型はtub1/2が23例、その他5例であった。3例で初診時遠隔転移を認め、3例で術後再発を認めた。リンチ症候群を2例で認めた。若年者の大腸癌は初診時に遠隔転移を伴うものや、遺伝性要因を持つものがあり、治療方針の決定に注意を要するものがあることが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:20 AM UTC Poster 3

[P5] 一般演題（ポスター） 5 臨床研究

座長：山口 悟(獨協医科大学日光医療センター外科)

[P5-3] 大腸癌に対する回盲部切除術の解析　～特に副右結腸静脈の処理について～

住谷 大輔, 徳永 真和, 松原 啓壮, 井出 隆太 (県立二葉の里病院)

はじめに：当科での回盲部切除術の周術期成績について解析を行った。対象：2019年4月から2024年3月に回盲部切除施行した大腸癌58例。方法：①開腹手術群（OPEN）、腹腔鏡下手術群（LAC）に分類し周術期の臨床病理学的因子を解析した。②さらにLAC群を副右結腸静脈温存群（pARCV-LAC）と副右結腸静脈切離群（cARCV-LAC）に分類し解析した。結果：①OPEN 16例 : LAC 42例。背景因子はcT（P=0.01）、cStage（P=0.04）で有意差を認めOPENでは進行癌が目立った。手術時間（158 : 174min (P=0.07)）、郭清度、郭清リンパ節個数、術後合併症（いずれもCD分類: Grade 1-2）、術後在院日数に差は認めず。pT（P=0.045）、pN（P=0.014）、pStage（P=0.015）で有意差を認めOPENで進行癌が多かった。出血量（91.5 : 39.5cc P=0.01）はOPENで多く、出血要因はT4以深、穿通膿瘍形成など腫瘍因子、上腸間膜静脈（SMV）系の出血（OPEN：1例、LAC：2例）、癒着などであった。またLACで副右結腸静脈（ARCV）を切離する症例が多かった（ARCV温存：ARCV切離 7/9 : 5/37例 P=0.020）。②pARCV-LAC 5例：cARCV-LAC 37例。背景因子は性別（M/F 6/0 : 12/24）のみ有意差を認めた（P<0.001）。手術時間（157.5 : 177.7 min）、出血量（42 : 38 cc）、開腹移行率（0 :3例）、郭清度、Distal Margin、郭清リンパ節個数、術後合併症、術後在院日数に有意差は認めず。pT（P<0.001）、pN（P=0.048）、pStage（P<0.001）で有意差を認めcARCV-LACで進行癌が目立った。まとめ：当院での回盲部切除術は背景の腫瘍学的な差異を認めたが、開腹、腹腔鏡下手術問わず安全に施行できていた。LACではARCVを切離する症例が多く、さらに進行癌ではその傾向が強く認められた。SMV系からの出血に留意しているものと考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:20 AM UTC Poster 3

[P5] 一般演題（ポスター） 5 臨床研究

座長：山口 悟(獨協医科大学日光医療センター外科)

[P5-4] 脾彎曲部癌における副中結腸動脈領域リンパ節の検討

山岸 茂, 中川 和也, 太田 絵美, 伊藤 慧, 本田 祥子, 増田 太郎, 験馬 悠介 (藤沢市民病院外科)

【背景】脾彎曲部癌において副中結腸動脈(AcMCA)が存在すれば支配動脈となるが、大腸癌取り扱い規約には領域リンパ節として記載はなく、その取扱いは明確ではない。
【目的】脾彎曲部癌におけるAcMCA領域リンパ節を臨床病理学的に解析し、AcMCA切離部位を検討する。
【対象と方法】2012年2月から2025年3月までに脾彎曲部癌に対し腹腔鏡下切除術を施行した80例のうち、AcMCA郭清を行った36例 (45.0%)を対象とした。AcMCA切離部位は、進行癌では根部、早期癌では膵下縁を原則とした。AcMCAリンパ節は主、中間リンパ節として一括して取り扱った。これらを対象として、リンパ節郭清個数、転移率を後方視的に検討した。
【結果】性別は男24例、女12例、年齢中央値は69歳(44-89)、BMI中央値22.9(17.0-36.2)、手術時間中央値277分(169-500)、出血量中央値20g(5-895)、開腹移行1例(2.7%)で、術後合併症5例(13.9%)に認め、術後在院日数中央値7日(7-36)であった。臨床病期はpStage I/II/III/IV：11/14/8/3だった。リンパ節郭清範囲と術式は、腹腔鏡下結腸部分切除が33例(91.7%)で、郭清範囲はlt-MCA領域+AcMCA領域：9例、左結腸動脈(LCA)領域+AcMCA領域：10例、AcMCA領域：14例であった。一方、lt-MCAからLCA領域まで郭清する結腸左半切除術は3例(9.1%)だった。リンパ節郭清個数中央値は17個(4-42)で、リンパ節転移率陽性症例は10例(27.8%)であり、傍腸管リンパ節：＃221=7/35 (20.0%)、＃231=2/13 (15.4%)、＃AcMCA=1/36(2.8%)だった。Ac MCA領域リンパ節に限る検討では、術前画像診断で転移陽性例はなしと診断したが、病理組織診断ではリンパ節郭清個数中央値は6個(0-26)で、転移陽性を1例(2.8%)認めた。
【結語】今回の検討では、脾彎曲部癌における主、中間リンパ節としてのAcMCAリンパ節転移陽性頻度は低く、術前画像診断でリンパ節転移陰性の場合は、Ac MCA切離部位は膵下縁で切離することは妥当であると思われた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:20 AM UTC Poster 3

[P5] 一般演題（ポスター） 5 臨床研究

座長：山口 悟(獨協医科大学日光医療センター外科)

[P5-5] ICGを用いた、中、下直腸動脈による左側結腸、直腸の血流支配に関する検討

別府 直仁[1], 柳 秀憲[3], 今田 絢子[3], 池田 正孝[3] (1.宝塚市立病院外科, 2.明和病院外科, 3.兵庫医科大学下部消化管外科)

はじめに；下腸間膜動脈根部処理を伴う左側結腸、直腸切除術では、中、下直腸動脈が吻合部肛門側の直腸、結腸の血流支配であるが、その血流支配領域については十分な検討がなされていない。
目的；中、下直腸動脈の血流支配領域を評価すること。
方法；40名の下腸間膜動脈根部処理を伴う左側結腸、直腸切除症例の術中操作で、下腸間膜動脈根部処理をした後、先に口側腸間膜断端を決定し、下腸間膜動脈からその口側腸間膜断端まで辺縁血管を含めて腸間膜処理をおこなった。この操作により口側腸間膜断端から肛門までの血流は中、下直腸動脈で栄養されることとなる。この時点でICGを注入し血流評価をおこなった。
結果；40例全例で口側腸間膜まで血流が確認できた。この口側腸間膜断端は腹膜反転部から中央値33cm(15-93)cmであり、ICGが染まるまで32（10-50）秒であった。26例に肛門温存手術を施行しており、腹膜反転部から吻合部の距離は11(1-30)cmであった。1例に縫合不全を認めたが、本症例の腹膜反転部から吻合部の距離は7cmであった。
結語；既報では中、下直腸動脈の血流は腹膜反転部から10cm程度とされていたが、ICGを用いた本検討では少なくとも腹膜反転部から33(15-93)cmに渡り血流が確認でき、本血流が豊富であることが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:20 AM UTC Poster 3

[P5] 一般演題（ポスター） 5 臨床研究

座長：山口 悟(獨協医科大学日光医療センター外科)

[P5-6] 直腸S状部癌,上部直腸癌における肛門側切除腸管長についての検討

吉川 千尋, 小山 文一, 岩佐 陽介, 高木 忠隆 (奈良県立医科大学附属病院消化器・総合外科学教室)

【目的】大腸癌の切除腸管長は領域リンパ節の定義に深く関連する.大腸癌治療ガイドラインでは遠位切離端（DM）は直腸S状部癌で30mm以上,上部直腸癌で20mm以上をを確保するように推奨されているが,DMと局所再発との関連は明らかではない.当科では現在でも腸管傍リンパ節領域を細分化して検索している.今回,直腸S状部癌の切除腸管長,郭清リンパ節と局所再発との関連性について検討した.
【方法】2008年1月から2022年12月の間に当院で吻合を伴う根治切除術を施行した直腸癌のうち腫瘍下縁がRs-RaでpT2/T3/T4aの患者76例を対象とした.　当科では腸管傍リンパ節を更にN1T,N1O,N2O,N1A,N2Aの5群に細分類して評価を行っている.今回,切除腸管長(PM,DM),腸管傍リンパ節陽性例と,局所再発について検討した.
【結果】年齢中央値は63(36-82)歳，男/女：44/32例であった. cT2/T3/T4aは7/36/32/1でcN0/N1a/N1b/N2a/N2bは32/15/22/6/2で術式は前方切除術が51例,低位前方切除術が25例であった. pT2/T3/T4aは9/58/9例であり,Ly1≦は63例,v1≦は60例であった.リンパ節郭清施行割合はNo253,No252,No251,N1O,N1T,N1Aは100%でNo251,N2O:94.7%,N2A:14.4%であった.リンパ節陽性割合は
No253:0%,No252:6.5%,No251,N2O:1.3%,N1O:10.5%,N1T:35.5%,N1A:5.2%,N2A:9.1%であった.局所再発は4例に認めた.局所再発４例の詳細はcT3/T4a:3/1例,cN0/N1b:3/1例であり全例に高位前方切除術を施行し,DMは30/25/20/20(mm)でpT3/T4a:2/2
例,pN0/N1a(No252+)/N1b(N0251N1T+,N1A+):2/1/1例であった.切離腸管長の中央値は局所再発群/非局所再発群でPM:75/100(mm),DM:22.5/42.5(mm)であった.肛門縁から吻合部までの距離は局所再発群105mm, 非局所再発群で100mmと有意差は認めなかった. 統計学的に局所再発のリスク因子としてDM30(mm)以内のみが抽出された.
【結語】Rs Ra直腸癌症例において不十分なDM長は局所再発のリスクとなるため十分なDMを確保することが重要である.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:20 AM UTC Poster 3

[P5] 一般演題（ポスター） 5 臨床研究

座長：山口 悟(獨協医科大学日光医療センター外科)

[P5-7] 大腸癌患者の医療AI受容性に関する倫理的・法的・社会的影響（ELSI）の構造分析

須田 竜一郎[1], 和田 佐保[3,4], 笠原 啓介[2], 渡邉 大輔[2], 飯川 雄[2], 下田 辰也[2], 大野 幸恵[1], 青木 沙弥佳[1,5], 片岡 雅章[1], 柳澤 真司[1], 海保 隆[1] (1.国保直営総合病院君津中央病院外科, 2.国保直営総合病院君津中央病院リハビリテーション科, 3.国立がん研究センターがん対策研究所がん医療支援部, 4.国立がん研究センター中央病院精神腫瘍科, 5.亀田総合病院消化器外科)

【背景】近年、医療分野における人工知能（AI）の活用が注目されているが、大腸癌治療のような精神的負担の大きい状況下において、患者がAI利用に抱く具体的期待や不安は十分に解明されておらず、データプライバシーやAIの信頼性、社会的受容性などの倫理的・法的・社会的影響（ELSI: Ethical, Legal, Social Implications）を包括的に評価する必要がある。【目的】大腸癌手術を経験した患者を対象に、医療AIに対する意識、期待、不安を調査し、患者中心AI支援システム開発への示唆を得る。【方法】大腸癌手術後患者92名に対し、AI利用に関する9項目の質問（5段階評価：理解度向上、信頼性、治療理解、相談しやすさ、治療選択不安、リハビリ提案、対話不安軽減、利用不安軽減、ストレス軽減）と自由記述を含むアンケート調査を実施した。スピアマン相関（$p<0.05$）と年齢・性別差、自由記述内容を分析。【結果】質問項目間の相関分析では、「AI対話による不安軽減」「AI利用による不安軽減」「AI利用によるストレス軽減」の間に強い正の相関（$r=0.75〜0.82$, $p<0.001$）が認められた。また、「AI説明による理解度向上」「AI医療情報の信頼性」「AI説明による治療理解度向上」の間にも強い正の相関（$r=0.60〜0.65$, $p<0.001$）が見られた。「AI治療選択への不安感」は、「AI利用による不安軽減」と有意な負の相関（$r=-0.33$, $p<0.01$）を示した。年齢別では50-59歳がAIによる精神的サポートに最も期待し、高齢者はAIによる理解度向上に期待する一方、相談のしやすさには不安を感じる傾向があった。性別では男性が全体的にAI利用に肯定的で、女性はリハビリ提案に期待する傾向が見られた。自由記述からは、術前後の説明や不安軽減への期待、AIの信頼性や責任所在といった法的課題、人間的触れ合いの欠如への懸念が示された。【考察】大腸癌患者は、情報提供や心理サポートに期待する一方、信頼性や人間的触れ合いの欠如への懸念も示された。特に、AIによる不安軽減効果は多面的であり、導入にあたっては患者特性に応じた個別化対応に加えELSI に基づく設計が不可欠と考えられ、患者中心の視点に立ったAI医療システムの開発と実装が求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 3

[P6] 一般演題（ポスター） 6 症例・虚血性腸炎・血管

座長：山岸 茂(藤沢市民病院外科)

[P6-1]

進行する広範囲の内腔狭窄を来した狭窄型虚血性大腸炎の1例

田澤 賢一[1], 山野 格寿[1], 深澤 美奈[1], 森 康介[1], 神山 公希[1], 高坂 佳宏[1], 渡邉 奈月[2], 安齋 明雅[2], 加藤 優子[3], 山下 巌[2], 藤井 努[4] (1.東名厚木病院消化器外科, 2.東名厚木病院救急科, 3.東名厚木病院病理診断科, 4.富山大学附属病院消化器・腫瘍・総合外科)

[P6-2]

盲腸に限局した動脈性腸管虚血の２例

小林 豊, 梅谷 有希, 加藤 真司 (医療法人医仁会さくら総合病院消化器外科)

[P6-3]

人工血管置換術後の狭窄型虚血性大腸炎に対し術中ICG蛍光法を用いて人工肛門造設を回避し得た一例

田島 麻姫, 阿部 正, 後藤 圭佑, 月原 秀, 鎌田 哲平, 高野 靖大, 武田 泰裕, 大熊 誠尚, 小菅 誠, 衛藤 謙 (東京慈恵会医科大学消化管外科)

[P6-4]

骨盤内動静脈奇形を合併したS状結腸膀胱瘻の一例

中山 瑶子, 谷川 航平, 川嶋 太郎, 門馬 浩行, 中川 暁雄, 小林 巌 (兵庫県立加古川医療センター)

[P6-5]

横行結腸癌術後に発症した回腸動静脈奇形に対して血管内治療が奏効した1例

吉田 泰樹[1], 秋山 泰樹[1], 山内 潤身[1], 永田 淳[1], 村上 優[2], 平田 敬治[1] (1.産業医科大学医学部第1外科学教室, 2.産業医科大学放射線科学講座)

[P6-6]

横行結腸癌術後の吻合部近傍静脈瘤に対し，血管内治療にて止血を得た一例

若松 雅人, 黒柳 洋弥, 上野 雅資, 花岡 裕, 福井 雄大, 平松 康輔, 冨田 大輔 (虎の門病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 3

[P6] 一般演題（ポスター） 6 症例・虚血性腸炎・血管

座長：山岸 茂(藤沢市民病院外科)

[P6-1] 進行する広範囲の内腔狭窄を来した狭窄型虚血性大腸炎の1例

田澤 賢一[1], 山野 格寿[1], 深澤 美奈[1], 森 康介[1], 神山 公希[1], 高坂 佳宏[1], 渡邉 奈月[2], 安齋 明雅[2], 加藤 優子[3], 山下 巌[2], 藤井 努[4] (1.東名厚木病院消化器外科, 2.東名厚木病院救急科, 3.東名厚木病院病理診断科, 4.富山大学附属病院消化器・腫瘍・総合外科)

症例は80代女性。腹痛、嘔気、嘔吐を主訴に当院ER受診、受診時の腹部CT検査で直腸に多量の便塊を認め、宿便に伴う閉塞性大腸炎（大腸壁の肥厚は不明瞭）と診断、救急科で保存的入院加療の方針となった。絶飲食、補液、抗生剤投与を行うも症状改善せず、第7病日、大腸カメラ検査施行、ほぼ全結腸にわたる大腸炎を認め、上行結腸とS状結腸の狭窄像を認めた。第17病日に再度CT検査施行、全結腸にわたる壁肥厚増を認め、狭窄型虚血性大腸炎と診断、手術適応となり、第22病日に当科転科となった。可能な限り保存加療を行い切除範囲の縮小を狙う方針で、TPN、整腸剤を継続、第27病日には流動食開始も排便不良（下痢）、第35病日にCF施行も上行結腸、S状結腸の狭窄には改善なく、検査後頻回の下痢と発熱を来し、CD toxin(-)、カテーテル感染症も疑いCVカテーテルを抜去した。第53病日にガストロ注腸施行も全結腸に内腔拡張不良を認め、経口摂取継続も頻回の下痢を来した。第59病日にCF施行もＳ状結腸狭窄の改善を認めず、口側結腸の観察は困難となった。進行する広範囲の内腔狭窄を来した狭窄型虚血性大腸炎の診断で、第79病日に全身麻酔下に開腹下結腸亜全摘出術、上行結腸人工肛門造設術（単孔式）を施行した。術後経過は良好で、早期の経口摂取開始も、排便管理良好、POD29に退院の運びとなった。病理組織学的に結腸全層に虚血性変化を認めるも、悪性像、特異的な炎症像はなかった。進行する広範囲の内腔狭窄を来した狭窄型虚血性大腸炎の1例を経験した。保存加療にて治療効果を認めず、内腔狭窄が進行、手術介入により良好なQOLを得た。文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 3

[P6] 一般演題（ポスター） 6 症例・虚血性腸炎・血管

座長：山岸 茂(藤沢市民病院外科)

[P6-2] 盲腸に限局した動脈性腸管虚血の２例

小林 豊, 梅谷 有希, 加藤 真司 (医療法人医仁会さくら総合病院消化器外科)

【はじめに】腸間膜の動脈閉塞は上腸間膜動脈血栓症を代表的に、広範囲な腸管虚血を来たす腹部救急疾患としてしばしば遭遇する。上腸間膜動脈血栓症はその本幹の閉塞による広範囲な小腸の壊死を来たすことが多いが、盲腸に限局した稀な動脈閉塞を２例経験したので報告する。【症例１】78歳、女性。突然発症の腹痛を主訴に救急搬送され、CTで盲腸から上行結腸に異常拡張があり、CT所見と増悪傾向の腹部所見から緊急手術を施行した。境界明瞭に壊死した盲腸を確認して、緊急回盲部切除術を施行し、術後は軽度の創部感染を来した以外は経過良好であった。【症例２】73歳、男性。突然発症の腹痛を主訴に近医を受診し、上行結腸がんによる腸閉塞を疑われて当院紹介受診となった。 当院の造影CTにても盲腸の著明な拡張を認め、上行結腸がんによる腸閉塞を疑った。腹痛は増悪傾向で発熱も伴ってきたため、緊急手術を施行した。境界明瞭に盲腸は壊死しており、上行結腸がんを疑っていたことから、右半結腸切除術を行った。術後は合併症を認めることなく経過した。【考察】腸管虚血は静脈性・動脈性・非閉塞性に分類されるが、それぞれ臨床所見や画像所見や術中所見で区別される。自験例では虚血の範囲は盲腸に限局した稀な症例であり、境界が明瞭であったことから非閉塞性腸管虚血ではなく、動脈閉塞による腸管壊死である、と断定した。2例とも盲腸の全層壊死を伴っており、腹部症状も重いことから、開腹手術を行なっているが、回腸の拡張も伴っていたため、良好な視野での短時間手術にするためには開腹がやむを得ないと考えた。文献的に検索し得た報告例に自験例２例を加えた考察を加える。【結語】盲腸に限局した腸間膜虚血の稀な２例を経験した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 3

[P6] 一般演題（ポスター） 6 症例・虚血性腸炎・血管

座長：山岸 茂(藤沢市民病院外科)

[P6-3] 人工血管置換術後の狭窄型虚血性大腸炎に対し術中ICG蛍光法を用いて人工肛門造設を回避し得た一例

田島 麻姫, 阿部 正, 後藤 圭佑, 月原 秀, 鎌田 哲平, 高野 靖大, 武田 泰裕, 大熊 誠尚, 小菅 誠, 衛藤 謙 (東京慈恵会医科大学消化管外科)

【症例】70歳代男性。【現病歴】9年前に腹部大動脈瘤に対して開腹人工血管置換術施行。3年前にグラフト感染に対して人工血管切除および再置換術、2年前に人工血管抜去および右腋窩-両側大腿動脈バイパス術施行。その後、虚血性大腸炎に対して保存的加療を繰り返していた。1週間前からの左側腹部痛を主訴に前医受診。下部消化管内視鏡検査にて直腸に狭窄を認め手術目的に当院紹介となった。【下部消化管内視鏡検査】直腸(RS AV-20cm)に瘢痕化を伴うpin hole状のfiber通過不可能な狭窄を認めた。肛門側には明らかな虚血所見を認めなかった。【腹部造影CT検査】大動脈は両側腎動脈分岐部より末梢で途絶していた。両側内腸骨動脈に造影効果を認めなかった。右腋窩-両側大腿動脈バイパスにより両側総大腿動脈から末梢には造影効果を認めた。【手術所見】全体に高度の腸管癒着を認めた。術前に狭窄部の肛門側に施行した点墨を直腸(RS)に認めた。狭窄部を含んだ腸管約15cmを切除した。インドシアニングリーン(ICG)蛍光法を行い、口側肛門側それぞれの腸管切離断端の血流が保たれていることを確認しDouble stapling techniqueで腸管吻合を行ない、人工肛門造設を回避した。【術後経過】術後に麻痺性イレウスを認めたが保存的加療にて改善し第24病日に退院となった。【考察】本症例では、腹部大動脈とその後のグラフト感染に対する手術の影響により下腸間膜動脈および両側内腸骨動脈の血流が途絶していた。術前検査では、狭窄部より肛門側の直腸に虚血所見を認めなかったが、腸管切離操作により血行動態が変化し肛門側断端の血流が低下する可能性が否定できなかった。近年、臓器血流評価法として術中ICG蛍光法の有用性が報告されている。本症例においても、ICG蛍光法により肛門側の直腸の血流が十分に保たれていることを確認し、腸管吻合を行うことで人工肛門を回避することが可能であった。今回のように血流異常を伴う症例において腸管吻合を検討する際には、術中のICG蛍光法が有用であると考えられたため、若干の文献的考察を加え報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 3

[P6] 一般演題（ポスター） 6 症例・虚血性腸炎・血管

座長：山岸 茂(藤沢市民病院外科)

[P6-4] 骨盤内動静脈奇形を合併したS状結腸膀胱瘻の一例

中山 瑶子, 谷川 航平, 川嶋 太郎, 門馬 浩行, 中川 暁雄, 小林 巌 (兵庫県立加古川医療センター)

【はじめに】動静脈奇形（AVM）は、四肢や脳、肺、頸部、腎臓などに多く報告されているが、あらゆる部位で発生しうる。その中で骨盤内に発生する頻度は約3%と報告されている。今回骨盤内AVMを合併したS状結腸憩室炎による結腸膀胱瘻の手術症例を経験したので報告する。
【症例】63歳男性。急性尿閉による精査にて膀胱腫瘍が疑われ当院泌尿器科紹介。結腸膀胱瘻が疑われたために当科紹介となった。MRI検査で結腸膀胱瘻を認めるとともに、術前の造影CT検査にて右内腸骨動脈-両側内腸骨静脈のAVMが認められた。AVMに対しては心不全症状などもなく、S状結腸膀胱瘻に対して腹腔鏡下S状結腸切除術ならびに回腸人工肛門造設術を行った。術後経過良好にて、2か月後に人工肛門閉鎖を行い、現在、骨盤内AVMの増悪やS状結腸憩室炎の症状の再発なく経過している。
【考察】結腸膀胱瘻の原因は、憩室炎が約2/3を占めるといわれている。結腸膀胱瘻自体も、近年は憩室炎の増加とともに散見されるようになったものの、結腸膀胱瘻は大腸憩室症の2%とされる比較的まれな疾患である。本症例もＳ状結腸憩室炎が原因で結腸膀胱瘻を発症したが、骨盤内AVMを合併した結腸膀胱瘻の症例は、本邦では報告されていない。本症例では、AVMは画像上偶発的に発見され、心不全などの臨床症状も認めなかった。術前の血管構築画像による評価において、今回の結腸膀胱瘻に対する瘻孔切除を伴うS状結腸切除は、直接AVMに操作が及ぶ可能性は低いと判断し、腹腔鏡下S状結腸部分切除を行った。本症例のように、術前にAVMの病変血管と手術操作の及ぶ血管との血流把握を行うことが、AVM合併症例に対しても安全な手術につながると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 3

[P6] 一般演題（ポスター） 6 症例・虚血性腸炎・血管

座長：山岸 茂(藤沢市民病院外科)

[P6-5] 横行結腸癌術後に発症した回腸動静脈奇形に対して血管内治療が奏効した1例

吉田 泰樹[1], 秋山 泰樹[1], 山内 潤身[1], 永田 淳[1], 村上 優[2], 平田 敬治[1] (1.産業医科大学医学部第1外科学教室, 2.産業医科大学放射線科学講座)

【はじめに】動静脈奇形（arterio-venous malformation;以下,AVM）とは先天性の脈管形成異常であり、毛細血管を介さない動脈と静脈の異常な吻合の集簇が特徴である。成因は先天性と考えられホルモン変化や外傷により増悪するといわれているが医原性AVMの報告は少ない。今回、横行結腸癌術後にAVMを発症し血管内治療(interventional radiology；以下、IVR)を施行した症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。
【症例】75歳女性、他院で横行結腸癌に対して腹腔鏡下結腸右半切除術を施行され、術後フォローの腹部造影CT検査で吻合部近傍の上腸間膜動脈末梢枝に3.8mm大の動脈瘤が疑われた。経過観察されていたが術後2年で6.7mmと増大傾向であり治療目的に当科紹介受診した。当院放射線科と協議し、患者への十分な説明のうえでIVRを施行した。血管造影で回結腸動脈終末部より3本の異常血管があり、回結腸静脈へ早期還流を認めた。また、同部位に静脈瘤を認めたことから、回結腸動静脈奇形に併発した静脈瘤と診断し、塞栓術を施行した。術後良好に経過し、3日目に退院となった。現在術後2か月で無再発経過中である。
【考察】医原性AVMの成因として、術中動静脈の直接損傷、刺通結紮や集簇結紮、仮性動脈瘤を伴う血管壁の感染が報告されている。本症例では術前CTでは明らかなAVMを指摘できず術後に感染徴候も認めなかった。結腸切除術の腸間膜処理の際に超音波凝固切開装置を使用しており温存血管壁の熱損傷が成因と考えられる。手術やIVRでの治療例が多いが内視鏡的止血術、無症状の場合は経過観察された報告もある。本症例は当初動脈瘤の可能性が高いと考えており、無症状であることやサイズが小さいことからも経過観察も選択肢であったが、増大傾向であったことや仮性動脈瘤の可能性も考慮しIVR治療適応と判断した。結果、AVMに起因した静脈瘤の診断であったが、IVR後の腸管虚血により腸管切除に至った報告もあり施術後は慎重な経過観察が必要である。本症例では速やかに診断、治療したことが奏効し術後経過も良好であったが、術中の適切な血管処理が発症予防に重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 3

[P6] 一般演題（ポスター） 6 症例・虚血性腸炎・血管

座長：山岸 茂(藤沢市民病院外科)

[P6-6] 横行結腸癌術後の吻合部近傍静脈瘤に対し，血管内治療にて止血を得た一例

若松 雅人, 黒柳 洋弥, 上野 雅資, 花岡 裕, 福井 雄大, 平松 康輔, 冨田 大輔 (虎の門病院消化器外科)

症例は65歳男性．下血精査のためX-4年12月に他院で大腸内視鏡検査を施行したところ，横行結腸左側に1/3周性の2型病変を認めたため手術目的に当院紹介となった．同月，腹腔鏡下横行結腸切除術を施行し，術後病理はpT2N0M0，pStage Ⅰ であった．術後は再発なく外来で経過観察されていた．
X-1年8月，下血を主訴に受診し大腸内視鏡検査を施行したところ，吻合部付近に拡張した静脈を認め，一部から噴出性の出血をきたしておりクリップ止血術を施行した．X年1月，X年2月にも同様の症状で受診し，前回クリップを置いた近傍の拡張静脈に対しクリップ止血術を施行した．X年２月の入院時には，３回目の症状出現のため異なる治療法が必要と考えられ，外科的吻合部切除を試みる前に血管内治療による止血術が提案された．
大腿動脈から穿刺し，SMA，IMAからそれぞれ門脈造影を行い観察したところ，横行結腸吻合部において静脈血が左右から合流しうっ滞・静脈瘤を形成していた．静脈瘤に対して経門脈的にアプローチし，責任病変を栄養する血管の起始部からオルダミンを使用した硬化療法を行った．静脈瘤の消退を確認し，手技を終了した．
処置後４日目に肝胆道系酵素・直接型優位のビリルビン上昇を認め，血管内治療に伴う胆道損傷を疑われたが保存的加療で軽快し，症状再燃なく処置後16日目に退院した．処置から2か月，症状の再燃を認めていない．
門脈圧亢進症患者において，消化管癌術後に吻合部近傍で異所性静脈瘤を認める場合はあるが，本症例では肝疾患の背景などがなかったため，下血症状の原因解明と対処法に苦慮した．大腸癌術後の繰り返す下血に対する治療に関し，吻合部近傍に拡張静脈瘤をきたした症例，またそれに対し血管内治療によって血管閉塞を行った症例は報告が少なく，若干の文献的考察を加えて報告する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:05 AM UTC Poster 4

[P7] 一般演題（ポスター） 7 症例・良性疾患

座長：加藤 健太郎(手稲渓仁会病院)

[P7-1]

診断に難渋した穿孔性虫垂炎を契機とした鼠径部膿瘍の1例

岡本 暢之, 古川 高意, 平野 利典, 長嶺 一郎, 大田垣 純 (広島共立病院外科)

[P7-2]

急性虫垂炎を契機に判明した虫垂起始異常の1例

藤田 敏忠, 太田 里菜, 折田 沙穂, 寺井 祥雄, 岸 淳彦, 藤田 恒憲 (兵庫県立丹波医療センター外科)

[P7-3]

S状結腸憩室炎に起因する結腸膣断端瘻の1例

穂坂 美樹 (相模原協同病院消化器外科)

[P7-4]

腹腔鏡下手術で治療した結腸憩室炎によるS状結腸膀胱瘻子宮穿破の1例

鈴木 克徳, 深澤 貴子, 宇野 彰晋 (磐田市立総合病院)

[P7-5]

保存的治療が奏効した腸管気腫症の臨床的特徴

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:05 AM UTC Poster 4

[P7] 一般演題（ポスター） 7 症例・良性疾患

座長：加藤 健太郎(手稲渓仁会病院)

[P7-1] 診断に難渋した穿孔性虫垂炎を契機とした鼠径部膿瘍の1例

岡本 暢之, 古川 高意, 平野 利典, 長嶺 一郎, 大田垣 純 (広島共立病院外科)

【はじめに】診断に難渋した穿孔性虫垂炎を契機に鼠径部膿瘍を形成した症例を経験したため報告する．【症例】84歳女性．認知症，脳梗塞，多発腰椎圧迫骨折，大腿骨頸部骨折，未治療の右鼠径ヘルニアが既往症にあり，ADLが高度に低下した高齢患者．進行乳癌に対して，センチネルリンパ節生検を伴う乳房切除術を施行した．術後4日目より右鼠径部に増大する腫瘤を認めた．CT検査で右鼠径ヘルニアのヘルニア嚢内に低吸収域を認め，穿刺すると膿性排液を認めた．CT画像や造影検査では，膿瘍と腸管の明らかな交通は認めず，ドレーンを留置し，抗菌薬投与による保存的治療を開始した．以降軽快し，CT画像上での膿瘍の消失を確認し，膿瘍治療19日目に退院となった．膿瘍治療50日目，食事摂取量低下などから精査目的で撮影されたCT検査で盲腸背側を中心とした後腹膜腔内の低吸収域を認めた．穿刺し膿性排液を認めたため，再び同様の保存的治療を開始した．入院時の造影検査では腸管への造影剤流入像は認めなかったものの，膿瘍治療52日目より腸液様のドレーン排液を認めた．引き続き保存的治療を継続したが，改善せず手術を施行した．手術では虫垂に穿孔部を認め，穿孔部からヘルニア嚢内膿瘍・後腹膜膿瘍を形成したと思われた．虫垂を切除し，後腹膜腔にドレーンを留置した．以降，保存的治療を継続し，膿瘍治療81日目（術後17日目）に退院となった．虫垂術後約3ヶ月の経過で膿瘍の再発や鼠径ヘルニアによる症状は認めていない．【結語】臨床所見が非典型的であったことに加え，患者は高齢かつADLが低下しており，症状認知の鈍化や自己報告能力の低下が診断の遅れの一因となったと思われた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:05 AM UTC Poster 4

[P7] 一般演題（ポスター） 7 症例・良性疾患

座長：加藤 健太郎(手稲渓仁会病院)

[P7-2] 急性虫垂炎を契機に判明した虫垂起始異常の1例

藤田 敏忠, 太田 里菜, 折田 沙穂, 寺井 祥雄, 岸 淳彦, 藤田 恒憲 (兵庫県立丹波医療センター外科)

急性虫垂炎は日常診療でよく遭遇する疾患の１つである。腸回転異常などに起因する虫垂の位置異常に関する報告は多いが、今回我々は虫垂炎の手術時に判明した上行結腸から発生した虫垂起始異常の1例を経験した。同様の報告は、本邦では過去に1例しかなく非常に稀であり文献的考察を加え報告する。症例は6歳　男性。入院3日前より下腹部痛、発熱あり近医を受診。胃腸炎の診断で内服処方されるも症状持続し当院受診した。腹部CTを施行したところ、糞石を伴う虫垂の腫大あり、周囲に膿瘍の可能性を否定できない少量の液体貯留も認め急性虫垂炎、腹腔内膿瘍の診断で当院入院となった。腹部は平坦　軟で右下腹部に圧痛を認めた。採血ではWBC4920/μL、CRP16.85mg/dlと炎症反応を認めた。腹部症状は右下腹部に限局しており、抗生剤による点滴加療を開始した。腹痛が続き入院7日目の採血でWBC13690/μL、CRP11.58mg/dlと炎症反応上昇とCTで骨盤腔内に径7cm大の膿瘍を認めた。膿瘍の周囲は腸管に囲まれ穿刺ルートが確保できないため手術の方針となった。下腹部正中で開腹し、腸管の癒着を剥離し膿瘍のドレナージをおこなったのち盲腸を確認したが虫垂は認めず、回盲部の授動をおこなったところ回盲弁の肛門側縁近傍の上行結腸から起始する虫垂を認めた。虫垂の末梢側は炎症により融解壊死しており、残存虫垂を根部で結紮切離して切除した。術後経過は良好で8日目に退院となった。切除した虫垂の病理組織診断は急性壊疽性虫垂炎であった。虫垂炎の手術は時間外に経験の浅い医師が執刀することも多いと思われる。虫垂が通常の盲腸から起始しないことで手術時に混乱を招く可能性あり、術前画像の注意深い読影とともに今回のような虫垂起始部の異常も知識として持つ必要があると思われた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:05 AM UTC Poster 4

[P7] 一般演題（ポスター） 7 症例・良性疾患

座長：加藤 健太郎(手稲渓仁会病院)

[P7-3] S状結腸憩室炎に起因する結腸膣断端瘻の1例

穂坂 美樹 (相模原協同病院消化器外科)

16年前に子宮筋腫に対して開腹子宮全摘術の既往がある62歳, 女性. 腹痛を主訴として前医に救急搬送された. 血液検査ではWBC 16200/μl, CRP 16.33mg/dlと炎症の上昇を認め, 腹部造影CT検査でＳ状結腸の多発憩室および限局性骨盤内膿瘍を認めた. 憩室穿孔による限局性腹腔内膿瘍の診断で抗生剤の投与とCTガイド下穿刺ドレナージを行った. ドレナージの際, 膿瘍腔とＳ状結腸が造影された. 29日目にカテーテル造影を行ったところ, 膿瘍は縮小したが, 新たに膣との交通を認めた. 42日目に消化管との瘻孔は閉鎖し, 膣との瘻孔のみが残存した. 瘻孔が閉鎖しないため, 61日目にリピオドールによる塞栓術を行い, 66日目に退院となった. 退院後に再発のリスクもあるため, 手術目的で当院に紹介受診となった. 腹部CT検査では瘻孔とリピオドールの残存は認めたが, 膿瘍はなく, 注腸造影で膣との交通は認めなかった.
膿瘍ドレナージから3カ月後に腹腔鏡下Ｓ状結腸切除術を行った. 手術時間は254分, 出血量は100mlであった. 術前に左尿管ステントを留置し, 膣との瘻孔部分は切除したが, 瘻孔部分の開存が不明瞭であったため, 同部位に大網パッチを行った. 経過は良好で, 術後6日目に退院となった. 結腸憩室炎の合併症として穿孔や瘻孔形成があるが, 瘻孔形成は1%程度と稀である. 大半は結腸膀胱瘻であり, 結腸膣瘻はその中の1.2%程度と報告されており, 極めてまれであった. 今回, 我々はS状結腸憩室炎に起因する結腸膣断端瘻を経験したので若干の考察を加えて報告する.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:05 AM UTC Poster 4

[P7] 一般演題（ポスター） 7 症例・良性疾患

座長：加藤 健太郎(手稲渓仁会病院)

[P7-4] 腹腔鏡下手術で治療した結腸憩室炎によるS状結腸膀胱瘻子宮穿破の1例

鈴木 克徳, 深澤 貴子, 宇野 彰晋 (磐田市立総合病院)

症例は73歳、女性。肝細胞癌術後外来通院中。術後１年９ヶ月の画像評価でS状結腸膀胱穿通が疑われたが、症状なく経過観察されていた。術後2年７ヶ月の画像評価で穿通部位近傍の膿瘍および子宮穿破、気尿及び排尿時痛を認め手術を希望された。術後２年９ヶ月で腹腔鏡下S状結腸切除術、膿瘍ドレナージ術を施行した。術中膀胱洗浄で軽度漏出を認めたが、泌尿器科産婦人科コンサルトし閉鎖は困難と判断し、バルーン留置の上経過観察の方針とした。術後９日目に膀胱造影施行し、明らかな腹腔内の漏出ないことを確認し、術後10日目に退院となった。退院後の経過は良好であり現在外来通院中である。
結腸憩室症は出血、穿孔、狭窄、瘻孔形成など様々な病態を引き起こす疾患である。特に結腸膀胱瘻は気尿や排尿時痛といった症状を引き起こし患者の生活の質を低下させるだけではなく、時に複雑性尿路感染により敗血症を引き起こし生命を脅かす病態である。女性では結腸と膀胱の間に子宮が存在するため結腸膀胱瘻の頻度は低いとされている。保存的加療では改善に乏しく、手術が唯一の治療法であるが、炎症の影響で剥離などが困難である。今回我々はS状結腸憩室膀胱瘻子宮穿破に対して腹腔鏡下手術を施行し、良好な経過をたどった症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:05 AM UTC Poster 4

[P7] 一般演題（ポスター） 7 症例・良性疾患

座長：加藤 健太郎(手稲渓仁会病院)

[P7-5] 保存的治療が奏効した腸管気腫症の臨床的特徴

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

【はじめに】腸管気腫症は腸管壁の粘膜下層や漿膜下層に多房性あるいは直線状に気腫性嚢胞を形成する比較的稀な疾患であり、腸管壊死を含めた腸管損傷との関連が報告されている。さらに、門脈ガス血症を伴う場合は腸管壊死で認められる重篤かつ予後不良の徴候とされ、緊急手術適応の一つの指標とされてきた。しかし、画像所見に基づく診断概念であり、その原因となる病因本態には様々なものがあると考えられ、保存的治療が可能になる症例も多い。当院で経験した腸管気腫の臨床的特徴と治療成績に関して報告する。
【対象・方法】2020年1月から2023年4月までの間に当院で経験した腸管気腫症52例を対象とした。診断は腹部CT検査で腸管壁に沿って線状・嚢胞状の気腫像を認め腸管気腫症と診断された症例とし、症状、治療、患者背景などについて検討した。
【結果】年齢中央値は65歳（IQR 47.3-75）、男性50例（57.7％）であった。症状は発熱11例、腹痛9例、下痢3例、嘔吐3例、腹部膨満3例、その他3例で、無症状が20例あった。併存疾患として消化器疾患14例、糖尿病11例、呼吸器疾患7例、心血管疾患8例、血液疾患5例、自己免疫疾患2例（重複含む）を認めた。並存疾患管理のために18例でステロイドが投与され、10例で免疫抑制剤が使用されていた。CT検査では、腹腔内遊離ガスを13例に認め、門脈ガス血症を8例に認めたが、腸管内容の漏出を伴う腸管穿孔は認めなかった。手術を施行したのは1例で、初回CTで門脈ガスを認めたが腸管虚血はなく保存的治療を行ったものの、翌日に腹水の増加を認めたため試験開腹を行い、腸管虚血を認めたため小腸部分切除を行った。残る51例には保存的治療が選択され、そのうち49例は軽快を示した。死亡例は２例であり、いずれも並存疾患の増悪が原因であった。
【結語】腸管虚血を認めない腸管気腫症に対しては保存的治療で改善が見込める可能性があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:10 AM UTC Poster 4

[P8] 一般演題（ポスター） 8 症例・稀な疾患

座長：山口 達郎(がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科)

[P8-1]

MLH1発現低下盲腸癌の近傍にLST病変を合併した1症例

上野 綸[1], 吉松 和彦[1], 矢野 修也[1], 北川 集士[1], 神原 啓伸[1], 堀 昌明[1], 東田 正陽[1], 岡田 敏正[1], 遠藤 俊治[1], 藤原 由規[1], 上野 富雄[1], 塩見 達志[2] (1.川崎医科大学消化器外科学, 2.川崎医科大学病院病理部)

[P8-2]

憩室内発生が示唆された横行結腸癌の1例

福島 正之, 森田 高行, 藤田 美芳, 岡村 圭祐, 佐藤 大介, 井上 綾乃, 渡邊 一永, 西脇 智圭子 (北海道消化器科病院)

[P8-3]

同時性5多発大腸癌の1例

内田 史武[1], 深野 颯[1], 鄭 暁剛[1], 大野田 貴[1], 丸山 圭三郎[1], 原 亮介[1], 大坪 智恵子[2], 田場 充[2], 黨 和夫[1] (1.NHO嬉野医療センター消化器外科, 2.NHO嬉野医療センター病理診断科)

[P8-4]

当科における根治手術を施行し得た原発性小腸癌8例の検討

南浦 翔子, 吉川 幸宏, 辻村 直人, 大原 信福, 玉井 皓己, 鄭 充善 (大阪ろうさい病院外科)

[P8-5]

当科における家族性大腸ポリポーシスの現況と治療

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

[P8-6]

ロボット支援下結腸切除術導入期における周術期高CK血症の検討

真貝 竜史, 長岡 慧, 中塚 梨絵, 岡野 美穂, 間狩 洋一, 松本 崇, 大島 聡 (公立学校共済組合近畿中央病院外科)

[P8-7]

フッ化ピリミジン系抗腫瘍薬で誘発された狭心症発作の 1例

堀 義城, 宮城 由衣, 藤井 克成, 原田 哲嗣, 山城 直嗣, 本成 永, 金城 直, 伊禮 俊充, 新垣 淳也, 佐村 博範, 亀山 眞一郎, 長嶺 義哲, 古波倉 史子, 伊志嶺 朝成 (浦添総合病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:10 AM UTC Poster 4

[P8] 一般演題（ポスター） 8 症例・稀な疾患

座長：山口 達郎(がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科)

[P8-1] MLH1発現低下盲腸癌の近傍にLST病変を合併した1症例

上野 綸[1], 吉松 和彦[1], 矢野 修也[1], 北川 集士[1], 神原 啓伸[1], 堀 昌明[1], 東田 正陽[1], 岡田 敏正[1], 遠藤 俊治[1], 藤原 由規[1], 上野 富雄[1], 塩見 達志[2] (1.川崎医科大学消化器外科学, 2.川崎医科大学病院病理部)

【はじめに】SSA/PはSSLとほぼ同義語で用いられている。MLH1のメチル化にってMSI型大腸癌へ進展する病変として知られている。今回、盲腸癌近傍にMLH1の発現が低下した腺腫を伴うLST病変を合併した症例を経験したため、報告する。【症例】71歳、男性。多発性骨髄腫加療後の定期血液検査で貧血を認めた。精査の下部内視鏡検査で盲腸に隆起性病変とLST病変を認めた。生検でtub1を検出した。盲腸癌cT1bN0M0 cStageIに対して腹腔鏡下回盲部切除術をD2リンパ節郭清を施行した。病理結果は盲腸癌はpT3N0M0 cStageIIaであり、MLH1とPMS2の発現が低下していた。術後第9病日に退院した。一部低異型度の管状腺腫を合併していた。SSL部位ではMSS発現の異常はなかったが、腺腫成分ではMLH1とPMS2の発現が低下していた。術後2ヶ月間、無再発生存中である。【考察】SSLのうちadenoma様の異型をともなうものはSSL with dysplasia（SSLD）としてWHO分類に記載されている。合併症例は散発性MSI-H大腸癌との強い関連性を指摘されている。病理学的にSSLDとSSLと通常型腺腫の併存と鑑別はBRAF変異抗体との評価が有用であり、陽性であればSSLと診断できる。本症例は、BRAF評価はしていないが、MLH1のは発現が低下しており、MSI-H大腸癌と推定された。今後、同部位も癌化する可能性を考慮すると切除することが望ましいと考えられた。【内視鏡検査でSSLを認めた場合は、がんの併存も考慮した観察が必要であり、切除することが必要である可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:10 AM UTC Poster 4

[P8] 一般演題（ポスター） 8 症例・稀な疾患

座長：山口 達郎(がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科)

[P8-2] 憩室内発生が示唆された横行結腸癌の1例

福島 正之, 森田 高行, 藤田 美芳, 岡村 圭祐, 佐藤 大介, 井上 綾乃, 渡邊 一永, 西脇 智圭子 (北海道消化器科病院)

【はじめに】大腸憩室からの大腸癌の発生が示唆されることは非常にまれである。今回、われわれは大腸憩室からの発生が示唆された横行結腸癌の1例を経験したので報告する。
【症例】症例は62歳の男性。腹痛・嘔吐を認め、前医を受診し腸閉塞の診断にて紹介となる。単純CT検査で右上腹部に小腸の拡張・閉塞機転あり、腸閉塞の診断、また、横行結腸に隣接する腫瘤を認めた。腸閉塞は、絶食にて改善した。造影CT検査で横行結腸に隣接する腫瘤は造影効果ある不整形の腫瘤で、中心内部にガスを認め、腸管との連続が示唆された。PET検査で横行結腸に隣接する腫瘤に集積を認めた。大腸内視鏡検査では、横行結腸に狭窄なく粘膜下腫瘍様の隆起を認め、中心に瘻孔が疑われた。生検では悪性所見を認めなかった。術前診断：横行結腸粘膜下腫瘍（GIST疑い）で腹腔鏡下横行結腸切除を施行した。病理の結果、腸管外に発育する腫瘤で固有筋層内に憩室の粘膜組織が存在し、腫瘍はその深部を中心に増殖浸潤し、憩室内からの発癌が推察された。リンパ節転移を認め、術後補助化学療法中である。
【結語】憩室内からの発生が示唆された横行結腸癌を経験した。粘膜下腫瘍として増大し、腸管内腔に露出しないため術前診断は困難であった。近傍に憩室を伴う粘膜下腫瘍は、憩室内発生の大腸癌の可能性も念頭に置き、診療にあたるべきである。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:10 AM UTC Poster 4

[P8] 一般演題（ポスター） 8 症例・稀な疾患

座長：山口 達郎(がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科)

[P8-3] 同時性5多発大腸癌の1例

内田 史武[1], 深野 颯[1], 鄭 暁剛[1], 大野田 貴[1], 丸山 圭三郎[1], 原 亮介[1], 大坪 智恵子[2], 田場 充[2], 黨 和夫[1]
(1.NHO嬉野医療センター消化器外科, 2.NHO嬉野医療センター病理診断科)

症例は75歳の男性で，腹部手術歴はなく，高血圧症，2型糖尿病，陳旧性脳梗塞のため近医通院中であった．定期の血液検査で貧血を指摘され，精査加療目的に当院消化器内科を紹介受診した．下部消化管内視鏡を行ったところ，上行結腸の1型腫瘍と下行結腸の2型腫瘍を認め，いずれも腺癌の診断が得られた．また横行結腸肝彎曲部と，横行結腸肝彎曲部寄りの2ヶ所に腺腫内癌を疑うポリープを認めた．手術目的に当科を紹介受診した．腫瘍の局在から，一括してすべての腫瘍を含めて切除するか，2ヶ所切除とするかは術前に決定することが難しく，十分なインフォームドコンセントを行った上で術中に決定する方針とした．腹腔鏡で観察し，上行結腸癌は容易に視認確認できた．横行結腸の2ヶ所のポリープと下行結腸癌の対側には術前点墨を行っており，位置を確認したところ，横行結腸肝彎曲部寄りのポリープが想定していたよりも肛門側（横行結腸中央寄り）であったため，結腸右半切除と結腸左半切除を行うとなった場合，残存する横行結腸は20cmに満たず，非常に短くなると考えられた．以上から結腸亜全摘（小腸S状結腸吻合）を行う方針とした．回結腸動脈根部，左結腸動脈根部で血管処理を行ってD3郭清とし，横行結腸間膜を中間位で処理し，右側結腸からS状結腸の授動を完遂した．小開腹創から直視下に標本を摘出し，再検は機能的端々吻合で行った．術後麻痺性イレウスを認めたが保存的に軽快し，術後17日目に退院した．病理組織診の結果，上行結腸癌はtub2, T2(MP), N1a, Stage IIIa，Ly0, V0，下行結腸癌はtub2, T2(MP), N0, Stage I，Ly0, V1a，横行結腸の2ヶ所のポリープはtub1相当の粘膜内癌であった．また偶発的に虫垂にもtub1相当の粘膜内癌が検出され，計5ヶ所の同時性5多発大腸癌であった．上行結腸癌のマイクロサテライト不安定性は陰性であった．外来で術後補助療法（ホリナート・テガフール・ウラシル）を行っている．同時多発大腸癌のうち4個以上多発する頻度は0.07%とまれであり，文献的考察を加えて報告する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:10 AM UTC Poster 4

[P8] 一般演題（ポスター） 8 症例・稀な疾患

座長：山口 達郎(がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科)

[P8-4] 当科における根治手術を施行し得た原発性小腸癌8例の検討

南浦 翔子, 吉川 幸宏, 辻村 直人, 大原 信福, 玉井 皓己, 鄭 充善 (大阪ろうさい病院外科)

【目的】原発性小腸癌は比較的稀な消化管悪性腫瘍で、発生頻度は全消化管悪性腫瘍の3%未満と報告されている。また特異的な臨床症状にも乏しく、早期発見が困難であり予後不良な疾患である。その頻度の低さから診断方法や治療は未だ確立されていない。今回我々は当科における根治手術を施行し得た原発性小腸癌のうち、空腸癌と回腸癌についてその臨床的特徴を後方視的に検討した。【方法】当院で2011年4月から2025年4月までに手術加療を施行したStageIII以下の小腸癌８例を対象とした。【結果】年齢中央値は76歳（39-78歳）、男性5例、女性3例で、７例は有症状で悪心・嘔吐５例、腹痛3例、腹部膨隆2例、食思不振２例、黒色便1例であった。症状出現から手術までの期間は中央値1カ月であった。全症例で内視鏡検査（小腸内視鏡検査6例、上部内視鏡検査1例、下部内視鏡検査1例）で確定診断が得られている。原発部位は空腸5例、回腸3例であった。全例で根治手術を施行しており、術式は腹腔鏡下小腸部分切除術3例、開腹小腸部分切除術3例、腹腔鏡下回盲部切除術2例で、1例で術後補助化学療法を施行している。手術時間は151分（80-300分）、出血量は157ml（5-830ml）で、術後合併症は認めなかった。腫瘍径は49mm（20-95mm）で、組織型は高分化型4例、中分化型3例、低分化型1例、病期はⅡ期4例、III期4例であった。観察期間中央値は3年6ヶ月（3ヶ月-5年）であり、1例で術後6カ月目に肝転移、腹膜播種転移を認めたが、全身化学療法にて病勢制御を得られており、全例生存している。【考察】原発性小腸癌は特異的な症状がなく、早期発見の難しい腫瘍であり、その多くが有症状とともに発覚し全例進行例であった。今回の検討において予後は比較的良好であった。再発例においても積極的な化学療法により予後改善につながる可能性が示唆された。今後症例を蓄積し、さらに検討していきたい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:10 AM UTC Poster 4

[P8] 一般演題（ポスター） 8 症例・稀な疾患

座長：山口 達郎(がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科)

[P8-5] 当科における家族性大腸ポリポーシスの現況と治療

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

当院では2008年2月に遺伝子診療部が発足し、連携して遺伝性疾患の診療にあたることができるようになった。近年では遺伝子パネル検査の普及により二次的所見として遺伝性疾患が見つかることもあり、その対応も注目されている。これまで当科で診療に携わった家族性大腸ポリポーシス(FAP)の現況と治療について報告する。
2004年1月から2025年4月までの期間において当科が診療に関わったFAP症例は32例であった。診断時年齢は31.5歳（0-68歳）。密生型1例、非密生型18例、AFAP8例であり、大腸癌の合併は20例で認められた。遺伝子診療部にて遺伝カウンセリングを受け確定診断をなされたものは13例であり、以前は臨床的診断のみが多く見られていたのに対し、近年ではその割合が増加傾向にある。治療としては、最終的に大腸全摘・結腸全摘例は24例であったが、部分切除や内視鏡的切除のみで経過観察している症例も6例あった。予後については観察期間中央値73.2か月で、22例69%では随伴病変を含め癌やデスモイドなどの病変がなく生存していた。死亡例はすべて癌死であり、大腸癌を伴う状態での当科初診時からの生存期間は中央値で約30か月であった。生存例の中には通院を自己中断して連絡の取れないものも9例32%に認められた。
下部消化管領域においては2020年より遺伝子パネル検査を開始してきたが、既知の遺伝性疾患を除き二次的所見のあったもので遺伝カウンセリング、遺伝子診断をおこない新たに見つかった遺伝性疾患はない。
FAPに対しては長期にわたるサーベイランスも必要であるが、院内および地域での診療体制の整備が重要であると考えており、その取り組みについても報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:10 AM UTC Poster 4

[P8] 一般演題（ポスター） 8 症例・稀な疾患

座長：山口 達郎(がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科)

[P8-6] ロボット支援下結腸切除術導入期における周術期高CK血症の検討

真貝 竜史, 長岡 慧, 中塚 梨絵, 岡野 美穂, 間狩 洋一, 松本 崇, 大島 聡 (公立学校共済組合近畿中央病院外科)

CK（CPK，クレアチンキナーゼ）は骨格筋や心筋，平滑筋などの筋肉や脳に多量に存在する酵素で，筋肉細胞のエネルギー代謝に重要な役割を果たす．筋組織の障害によりCK値は上昇し，中でも急性心筋梗塞や肺梗塞，コンパートメント症候群などの筋虚血または機械的外傷，低体温や悪性高熱症，低カリウム血症などの電解質障害，高血糖などの内分泌疾患など，術中を含む周術期合併症として留意する疾患が含まれる．

ロボット支援下手術導入にあたり，腹腔鏡手術よりもやや太いカニューラの挿入は回避できないが，手術時間の延長，リモートセンターのずれ，急角度頭低位，ロボットアームと下腿との干渉をいかに最小限に抑えるかに留意しつつ実施している．今回周術期のCK値（正常範囲20-180U/L）の推移について，2023年６月からのロボット支援下結腸切除術40症例（右側23例，左側17例）について検討した．AirSeal®システムを用いて術中気腹圧10mmHgとした．

平均年齢72.4歳（49-89），男女比23：17，BMI平均値22.4（16.2-34.7）．手術時間およびコンソール時間中央値376分/217分．CK平均値（U/L）は術前95.7，術後１-2日364.9，術後3-4日179.2，術後７日前後67.8であった．総コレステロール、AST、LDHの異常上昇を同時に認めた症例，呼吸困難や下腿腫脹を認めた例はなかった．術前CK値基準内の39例において，術後1-2日で23例が異常値（うち3例が1000U/L超）となった．12例が術後3-4日で高値のままだったが，術後１週間で１例を除き正常化した．経験数が限られる一般地域病院でも安全にロボット支援下手術が継続できるよう，周術期に注意深いチェックを追加実施していくことが肝要と考える．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:10 AM UTC Poster 4

[P8] 一般演題（ポスター） 8 症例・稀な疾患

座長：山口 達郎(がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科)

[P8-7] フッ化ピリミジン系抗腫瘍薬で誘発された狭心症発作の 1例

堀 義城, 宮城 由衣, 藤井 克成, 原田 哲嗣, 山城 直嗣, 本成 永, 金城 直, 伊禮 俊充, 新垣 淳也, 佐村 博範, 亀山 眞一郎, 長嶺 義哲, 古波倉 史子, 伊志嶺 朝成 (浦添総合病院外科)

症例は　57歳男性．Ra直腸癌 肝転移・肺転移に対しCAPOXIRI + Bevacizumab療法 2コース後，FOLFOXIRI + Bevacizumab療法 10コースを施行された．経過中，時折前胸部痛を自覚することがあった．新規病変なく，転移巣の縮小も得られたため腹腔鏡下肝部分切除術・低位前方切除術 D3を施行した．術後よりFOLFOXIRI療法を再開したが，3日目の持続5-Fu終了直後に胸痛が出現し当院救急外来を受診された．胸痛発作時の心電図にてI,II,aVL, V1～6にST上昇を認めたため，緊急で冠動脈造影を施行したが有意狭窄なく，ニトログリセリン投与で速やかに症状改善されたため冠攣縮性狭心症と診断し，Ca -blockerを開始した．その後次コースにても 3日目に同様の胸痛発作が出現し，ニトログリセリン投与にて症状改善を認めた．改めて冠動脈造影を施行し冠攣縮誘発も行ったが胸痛・冠攣縮とも誘発されず，化学療法関連の心筋障害の可能性が疑われた．文献的にはピリミジン系抗腫瘍薬による心血管毒性が報告されていたため，以後は同剤を用いたレジメンを中止し，Irinotecan + Bevacizumabへと変更した．変更後，total 14コース施行しているが特に目立った有害事象なく，現在も外来で治療継続中である．Capecitabine, 5-Fuは大腸癌治療にあたって広く選択されており、有効性も証明されているが，心毒性による重篤な転機をきたした報告もあり注意が必要である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 5

[P9] 一般演題（ポスター） 9 症例・稀な大腸疾患

座長：栗生 宜明(京都第一赤十字病院消化器外科)

[P9-1]

子宮癌術後の放射線治療の晩期障害によって, 食餌性イレウスとなり, その後小腸膀胱瘻, 結腸膀胱瘻を来した一例

安藤 有里恵, 松本 貴恵, 薮田 佳帆, 三瓶 康喜, 山本 森太郎, 黒木 直美, 上原 拓明, 菅瀬 隆信, 田中 智章, 後藤 崇, 指宿 一彦, 谷口 正次, 古賀 倫太郎 (古賀総合病院外科)

[P9-2]

S状結腸癌肝転移切除術後、術後補助化学療法のUFT+LV療法にて重症肝障害を発症した一例

冨井 知春, 石原 加葉, 藤田 孝尚, 伊藤 その, 大島 令子 (東京都立大塚病院消化器外科)

[P9-3]

ストマ造設術後に劇症型のクロストリジウム・ディフィシル腸炎で死亡した１例

池田 純, 川島 市郎, 北角 泰人, 谷岡 ヤスヒコ (京都民医連中央病院)

[P9-4]

ストーマ造設後に発症した劇症型偽膜性腸炎の１例

川島 市郎, 池田 純 (京都民医連中央病院外科)

[P9-5]

高齢UCで術後カンジダ敗血症の合併のため診断に苦慮した重症ニューモシスチス肺炎の一例

鳥谷 建一郎[1], 木村 英明[1], 今西 康太[1], 本間 実[1], 前橋 学[1], 栗村 一輝[1], 春山 芹奈[1], 中森 義典[1], 国崎 玲子[1], 諏訪 雄亮[2], 小澤 真由美[2], 遠藤 格[3] (1.横浜市立大学付属市民総合医療センターIBDセンター, 2.横浜市立大学付属市民総合医療センター消化器病センター, 3.横浜市立大学附属病院消化器・腫瘍外科学)

[P9-6]

アメーバ性大腸炎を合併した直腸S状部癌の1例

沖村 駿平, 光藤 傑, 三上 城太, 梶原 淳, 木村 聡宏, 谷川 隆彦 (川崎病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 5

[P9] 一般演題（ポスター） 9 症例・稀な大腸疾患

座長：栗生 宜明(京都第一赤十字病院消化器外科)

[P9-1] 子宮癌術後の放射線治療の晩期障害によって, 食餌性イレウスとなり, その後小腸膀胱瘻, 結腸膀胱瘻を来した一例

安藤 有里恵, 松本 貴恵, 薮田 佳帆, 三瓶 康喜, 山本 森太郎, 黒木 直美, 上原 拓明, 菅瀬 隆信, 田中 智章, 後藤 崇, 指宿 一彦, 谷口 正次, 古賀 倫太郎 (古賀総合病院外科)

【はじめに】放射線治療によって, 局所再発率や根治率があがり悪性腫瘍の生存率に貢献している重要な治療法の一つであるが, 放射線照射によって引き起こされる有害事象には, 治療困難な場合が多い. 放射線による障害には, 照射後半年以内に起こる早期障害と, 数年かけてもたらされる晩期障害に分けられ, 晩期障害では, 特に消化管壁内に微小な循環障害を起こし, 不可逆性に狭窄や穿孔, 瘻孔を形成する重要な有害事象であり, 患者のQOLやperformance statesに大きく関わるため慎重に治療法を計画する必要がある. これらは進行性の病態であるため外科的切除が行われるが, Frozen Pelvisとなり癒着剥離に難渋したり, 腸管大量切除による吸収障害をきたす可能性や, 縫合不全のリスクも高い. 今回我々は, 子宮癌術後の放射線治療の晩期障害によって, 複雑な経過をたどった症例を経験したので文献的考察を含めて報告する.
【症例】79歳女性. 子宮癌術後, 放射線照射の既往あり. 食餌性イレウスに対して他院で経鼻イレウス管で治療され寛解と増悪を繰り返していた. 初回治療から3ヶ月後に手術目的に紹介となり, 小腸部分切除の方針としたが, イレウスを引き起こした小腸は骨盤に硬く癒着し, かつ放射線治療の影響で粘膜は白色に退化していたため小腸横行結腸バイパス術を施行した. 術後13病日でリハビリ転院するも, 術後1ヶ月で糞尿を認め, 精査で小腸膀胱瘻, 直腸膀胱瘻と2箇所の膀胱瘻を認めた. 小開腹にて肛門側の小腸離断と, 双口式横行結腸人工肛門を造設した. 術後合併症なく退院した.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 5

[P9] 一般演題（ポスター） 9 症例・稀な大腸疾患

座長：栗生 宜明(京都第一赤十字病院消化器外科)

[P9-2] S状結腸癌肝転移切除術後、術後補助化学療法のUFT+LV療法にて重症肝障害を発症した一例

冨井 知春, 石原 加葉, 藤田 孝尚, 伊藤 その, 大島 令子 (東京都立大塚病院消化器外科)

【はじめに】
大腸癌肝転移治癒切除後の術後補助化学療法については、手術単独と比較し術後補助化学療法としてUFT+LV療法を行うことで３年RFSが有意に良好であったという報告がある。大腸癌治療ガイドラインにおいても術後補助化学療法を行うことが弱く推奨されている。S状結腸癌肝転移切除術後、術後補助化学療法のUFT+LV療法にて重症肝障害を発症した症例を経験したので報告する。
【症例】
64歳、女性。主訴は体動困難、発熱、上腹部痛。S状結腸癌pT4a, pN1b, cM0, pStage IIIb に対して根治切除後、術後補助化学療法CAPOXを3コース施行、術後補助化学療法終了3ヶ月後に肝臓S4とS7の２箇所に15mm大の転移が出現した。２箇所の肝部分切除術を施行し、経過良好で術後８日目に退院した。術後18日目より補助療法として　UFT+LV療法を開始した。1コース目のday14に外来受診した際はお元気であったが、day15より体調不良を自覚、day18に体動困難となり、day20に救急外来を受診した。採血でAST452U/L, ALT818U/Lと上昇、CTでは腹水、肝内門脈周囲の浮腫を認め、急性肝炎の診断で緊急入院となった。各種血液検査ではウイルスの関与も否定的であり、UFT+LVによる薬剤性肝障害が疑われ内服を中止した。入院1週間後に解熱し、全身状態や肝機能の改善がみられ、入院21日目に退院となった。術後補助化学療法は再開せず、半年経過するが再発は認めていない。
【考察】
UFT+LV療法による肝障害は、その６割が投与後2ヶ月以内に発症し、特に劇症例はほとんどがこの時期に発症したと報告されている。UFT+LV療法は以前より広く行われているレジメンであるが、稀に重症肝障害を発症することがある。特に開始後2ヶ月以内は自覚症状の出現の有無や血液検査の確認が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 5

[P9] 一般演題（ポスター） ９症例・稀な大腸疾患

座長：栗生 宜明(京都第一赤十字病院消化器外科)

[P9-3] ストマ造設術後に劇症型のクロストリジウム・ディフィシル腸炎で死亡した１例

池田 純, 川島 市郎, 北角 泰人, 谷岡 ヤスヒコ (京都民医連中央病院)

症例は５８歳男性。思春期より精神科通院歴があり、統合失調感情障害と、約１１年前の右被殻出血のため左上下肢麻痺を有し、１０年前より精神科病院入院中であった。約７ヶ月前に高度便秘症と急性腎盂腎炎で当院内科入院し各種便秘薬と抗生剤加療で退院されたが、４ヶ月前にも再び高度便秘症で当院で入院加療され、ほぼ毎日の浣腸と摘便が必要な状態であった。ストマ造設によりQOL改善が見込めると判断し、シッツマークテストでS状結腸での滞留を確認後、腹腔鏡下横行結腸ストマ造設術を施行した。術後やや疼痛の訴えが強かったが食事摂取は良好であった。６日目に急な食欲低下、７日目より高熱・血圧低下があり、炎症反応高値を認めた。8日目のCT検査にて肺炎による敗血症性ショックを疑った。抗生剤投与と輸液で安定化したが、11日目よりストマ肛門側の腸管脱出がみられるようになり適宜用手還納を要した。炎症反応高値は持続し１４日目に呼吸苦が出現し胸水貯留によるものが疑われた。尿量低下、浮腫もみられるようになり、環器内科対診するも心不全は否定的であった。15日目にCDトキシンを検査したところ陽性であった。劇症型のクロストリジウム・ディフィシル（CD）腸炎と診断しバンコマイシン・アネメトロ投与を行ったが奏功せず、多臓器不全が進行し術後18日目に死亡した。後方視的にみると、8日目のCTではストマ口側の右側結腸の拡張と壁肥厚があり、この時点でCD腸炎を発症していた可能性があるが、担当医は疑うことができなかった。またCD腸炎の診断後も、ストマ肛門側の腸管に内服バンコマイシンが届かず治療が奏効しなかった可能性もある。文献的検索を加え報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 5

[P9] 一般演題（ポスター） 9 症例・稀な大腸疾患

座長：栗生 宜明(京都第一赤十字病院消化器外科)

[P9-4] ストーマ造設後に発症した劇症型偽膜性腸炎の１例

川島 市郎, 池田 純 (京都民医連中央病院外科)

はじめに
難治性便秘の治療手段として外科的治療がある。当院では、高齢で要介護者の便秘は結腸通過遅延型便秘＋排出障害型の混合型の場合が多く、術式はストーマ造設になる。
ストーマ造設は、排泄に伴う苦痛や介護者の負担も軽減され、しかも安全な術式として選択してきた。今回、ストーマ造設後に劇症型偽膜性腸炎を発症し死亡した症例を経験したので報告する。
症例
５０代男性、既往歴に脳出血左半身麻痺がある。統合失調症で長期間入院生活中。便秘に対して内服治療を試みるも効果が期待できず、毎日浣腸し、排泄ケアを要するも年に２～３回イレウス症状で入院となる。本人も介護者もストーマ造設を希望する。
術前検査（SITZ　MARKs study）S状結腸まで通過良好であることを確認。
手術：腹腔鏡下横行結腸双孔式人工肛門造設術施行
術後経過：術後１週間でHOS（High Output Stoma）出現。輸液にて調整するも肺炎、腎不全を発症する。
術後１０日目ストーマ脱出するも虚血性変化なし可及的還納の方針となる。下痢粘血便が続くため便培養施行。CD陽性で偽膜性腸炎と診断し、バンコマイシン内服治療を開始する。
徐々に意識レベル低下する。酸素飽和度は維持されるも呼吸数は減少する。　CTにて胸水腹水が貯留。血液検査にて白血球140000と異常高値となり劇症型偽膜性腸炎と診断。メトロニダゾールの点滴治療が開始されるも術後１８日目に死亡退院される。
考察
高齢者の難治性便秘はイレウス症状を来すこともあり相対的な手術適応があると考えている。術式は患者のQOL,介護者の負担を配慮し、周術期の安全性を考慮しストーマ造設を選択してきた。本症例では術後肺炎から抗生物質の長期使用を余儀なくされたこと、双孔式ストーマとしたためストーマ肛門側の腸炎に対し、治療が無効であったことが病状悪化に影響したと考える。
結語
難治性便秘の治療法として人工肛門造設がある。対象患者は高齢で脆弱な方が多く
適応、術式、合併症対策には細心の注意を払う必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 5

[P9] 一般演題（ポスター） 9 症例・稀な大腸疾患

座長：栗生 宜明(京都第一赤十字病院消化器外科)

[P9-5] 高齢UCで術後カンジダ敗血症の合併のため診断に苦慮した重症ニューモシスチス肺炎の一例

鳥谷 建一郎[1], 木村 英明[1], 今西 康太[1], 本間 実[1], 前橋 学[1], 栗村 一輝[1], 春山 芹奈[1], 中森 義典[1], 国崎 玲子[1], 諏訪 雄亮[2], 小澤 真由美[2], 遠藤 格[3] (1.横浜市立大学付属市民総合医療センターIBDセンター, 2.横浜市立大学付属市民総合医療センター消化器病センター, 3.横浜市立大学附属病院消化器・腫瘍外科学)

背景：高齢者の潰瘍性大腸炎（UC）で肺炎は主な術後死因であり、特に急性重症潰瘍性大腸炎（ASUC）で免疫抑制中はニューモシスチス肺炎（PJP）などの日和見感染に注意が必要である。ASUCを発症した高齢患者が術後にカンジダ敗血症を合併し、PJPの診断が困難となった症例を経験したため報告する。
症例：症例は70歳の男性。血便、下痢、腹痛を主訴に近医入院し、感染性腸炎が疑われ抗菌薬治療を受けたが改善せず、第 14 病日に当院へ転院した。転院 2 日目に S 状結腸内視鏡検査を施行しASUC と診断、ステロイド療法と顆粒球除去療法を施行した。転院 22 日目に内科治療抵抗性 UC と判断し、腹腔鏡下結腸亜全摘術、回腸人工肛門造設術を施行した。術後9日目に発熱を認め、カテーテル関連血流感染（CRBSI）を疑い，カテーテルを抜去しCefazolinを開始。術後12日目、CRBSIによるCandida parapsilosis敗血症と診断しfluconazoleを投与した。CTで両肺の結節影を認め，敗血症性肺塞栓症を疑った。一時的に軽快したが、術後18日目に発熱と低酸素血症を認め、酸素療法を開始。血清B-D-glucan値の上昇がみられ，fluconazole耐性真菌を考慮し、amphotericin Bに変更した。術後19日目のCTで両肺に網状影とすりガラス状陰影を認め、敗血症性肺塞栓症ではなく、PJPを疑いtrimethoprim-sulfamethoxazoleを開始。気管支洗浄検査を施行した。術後 21日目に低酸素血症が悪化し、人工呼吸器を開始。術後25日目に気管支肺胞洗浄の結果からPJPと確定診断し、大量プレドニゾロン療法を開始した。術後 27日目に人工呼吸器から離脱し、術後 54日目に自宅退院。術後10ヵ月で残存直腸切除術、回腸嚢肛門管吻合術を施行し、術後1年6ヵ月時点で生存中である。
結語：ASUCを発症した高齢者のB-D-glucan値の上昇を伴う呼吸器系の異常は、カンジダ敗血症の治療中であっても敗血症性肺塞栓症やカンジダ肺炎だけでなくPJPの合併を考慮する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 5

[P9] 一般演題（ポスター） 9 症例・稀な大腸疾患

座長：栗生 宜明(京都第一赤十字病院消化器外科)

[P9-6] アメーバ性大腸炎を合併した直腸S状部癌の1例

沖村 駿平, 光藤 傑, 三上 城太, 梶原 淳, 木村 聡宏, 谷川 隆彦 (川崎病院)

【背景】アメーバ性大腸炎は比較的まれな疾患であるが、近年は性生活の多様化に伴い増加傾向にある。一方で、大腸癌にアメーバ性大腸炎を合併した症例の報告は少なく、診断や治療に難渋することが多い。本症例は、アメーバ性大腸炎を合併した進行直腸癌に対し腹腔鏡下前方切除術を施行した稀有な1例である。【症例】52歳、男性【主訴】便潜血陽性、腹痛【現症】男性との性交渉歴はないが性風俗店の利用歴があり、便潜血陽性及び腹痛を主訴に当院消化器内科を受診した。下部消化管内視鏡検査にて、直腸S状部に全周性狭窄を伴う2型病変を認め、生検により直腸癌と診断された。腫瘍の肛門側には浮腫状で白苔を伴うタコイボ様隆起と多発する糜爛を認め、内視鏡検体から細菌塗抹検査でアメーバが検出され、アメーバ性大腸炎の合併と診断された。【家族歴】特記すべきことなし【既往歴】うつ病、糖尿病、高脂血症【経過】腹部造影CTでは直腸壁の造影効果を伴う肥厚と腸間膜リンパ節の腫大を認めた。術前に10日間の抗菌薬治療後に点墨およびアメーバ腸炎の経過観察のため再度下部内視鏡検査施行した。腫瘍はさらに増大しスコープ通過が困難であった。腸炎に関しては前回認めていた肛門側の糜爛は消失していた。アメーバ性大腸炎の改善を確認し、腹腔鏡下前方切除術を施行した。病理診断はpT4bN0M0、Stage IIcであった。術後経過は良好で、第8病日に退院した。【結語】アメーバ性大腸炎を合併する直腸癌を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:10 AM UTC Poster 5

[P10] 一般演題（ポスター） 10 術後合併症

座長：赤本 伸太郎(住友別子病院外科)

[P10-1]

腹腔鏡下右側結腸切除術後の合併症と疼痛のリスク因子

鳥居 翔, 小林 靖幸, 佐藤 純人, 浜野 孝 (聖隷浜松病院大腸肛門科)

[P10-2]

DST吻合におけるデバイスの選択と縫合不全の発症における検討

西嶋 亜未, 鶴田 雅士, 石田 隆, 田村 卓也, 島田 理子, 皆川 卓也, 平野 佑樹, 大山 隆史, 篠田 昌宏, 板野 理 (国際医療福祉大学医学部消化器外科)

[P10-3]

直腸癌術後縫合不全に対する治療法の検討

清家 和裕, 粕川 宗太郎 (小田原市立病院外科)

[P10-4]

当院における結腸癌術後麻痺性イレウスの予測因子に関する検討

筋野 博喜, 笠原 健大, 水谷 久紀, 福島 元太郎, 久保山 侑, 田子 友哉, 真崎 純一, 岩崎 謙一, 古賀 寛之, 金沢 景繁, 永川 裕一 (東京医科大学消化器・小児外科学分野)

[P10-5]

腹腔鏡手術とロボット手術での術後乳び腹水発症頻度についての比較

市原 もも子[1,2], 小森 孝通[1], 笹生 和宏[2], 岸 健太郎[1], 橋本 和彦[1], 住本 知子[1], 遠矢 圭介[1], 大久保 聡[1], 麻本 翔子[1], 加藤 雅也[1], 吉野 力丸[1], 早瀬 志門[1], 福永 睦[1] (1.兵庫県立西宮病院, 2.笹生病院)

[P10-6]

腹会陰式直腸切断術後の骨盤内感染性合併症に対するVACシステムの有用性に関する検討

家城 英治[1], 志村 匡信[1], 川村 幹雄[1], 山下 真司[1], 今岡 裕基[1], 北嶋 貴仁[2], 奥川 喜永[2], 大北 喜基[1], 小林 美奈子[3], 問山 裕二[1] (1.三重大学医学部消化管・小児外科学, 2.三重大学医学部附属病院ゲノム医療部, 3.三重大学医学部先端的外科技術開発学)

[P10-7]

AIによる言語解析を用いた術後合併症予測の検討

春名 健伍[1,2], 三吉 範克[1,2], 藤野 志季[1,2], 関戸 悠紀[1], 竹田 充伸[1], 波多 豪[1], 浜部 敦史[1], 荻野 崇之[1], 植村 守[1], 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外科系臨床医学専攻外科学講座消化器外科学, 2.地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪国際がんセンターがん医療創生部)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:10 AM UTC Poster 5

[P10] 一般演題（ポスター） 10 術後合併症

座長：赤本 伸太郎(住友別子病院外科)

[P10-1] 腹腔鏡下右側結腸切除術後の合併症と疼痛のリスク因子

鳥居 翔, 小林 靖幸, 佐藤 純人, 浜野 孝 (聖隷浜松病院大腸肛門科)

【はじめに】ロボット支援腹腔鏡下結腸切除術の普及により、体腔内吻合を取り入れることで短期合併症が減少し、創長が縮小し、疼痛が減少することが期待されている。当科の腹腔鏡下右側結腸切除術の再建法は、体腔外で主に器械吻合している。今回、短期合併症と疼痛のリスク因子を明らかにすることを目的とした。【対象と方法】2023年5月～2025年4月の腹腔鏡下右側結腸切除術131例を対象に、短期成績と術後疼痛のNRS (Numerical Rating Scale)を評価した。【結果】年齢中央値75歳。男女比62:69。BMI中央値22.2。既往歴は心疾患37例(28.2%)、糖尿病27例(20.6%)、呼吸器疾患21例(16.0%)。ASAリスクは1/ 2/ 3/ 4が1/ 74/ 53/ 3例。原発巣はV/ C/ A/ Tが4/ 24/ 76/ 27例で、癌127例(96.9%)、その他4例(3.1%)。癌の術前診断は、T1/ T2/ T3/ T4が22/ 17/ 56/ 32、N0/ N1/ N2/ N3が68/ 45/ 10/ 4、Stage I/ II/ III/ IVは35/ 29/ 54/ 9。術式は回盲部または部分切除63例(48.1%)、結腸半側切除68例(51.9%)。アプローチ法は腹腔鏡71例(54.2%)、ロボット60例(45.8%)。小開腹の切開長が明らかな症例で7cm未満/ 7cm以上が50.6%/ 49.4%。硬膜外麻酔は77例(58.8%)に行われ、手術時間中央値239分、術中出血量中央値10ml。短期合併症(Clavien-Dindo分類≧grade II)は28例(21.4%) で、内訳(重複あり)はSSI 15例、縫合不全8例、イレウス5例、肺炎4例、心疾患3例、出血3例、その他5例。在院死亡1例、術後在院期間中央値8日。NRS中央値は安静時/ 最大値で術後1～3日目は1.0/ 2.0、術後4、5日目は1.0/ 1.0。単変量解析では男性、ASA≧3で有意に短期合併症が多かった。NRS最大値に影響する因子は、術後1日目は男性、3日目は若年、5日目は短期合併症であった。【考察】腹腔鏡下右側結腸切除術後の短期合併症のリスク因子は、男性と併存症であった。また短期合併症は疼痛を増悪させた。本検討ではロボット、創長、硬膜外麻酔はNRSに影響しなかった。高リスク患者の短期合併症を減らすための技術を導入することが、疼痛改善に寄与すると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:10 AM UTC Poster 5

[P10] 一般演題（ポスター） 10 術後合併症

座長：赤本 伸太郎(住友別子病院外科)

[P10-2] DST吻合におけるデバイスの選択と縫合不全の発症における検討

西嶋 亜未, 鶴田 雅士, 石田 隆, 田村 卓也, 島田 理子, 皆川 卓也, 平野 佑樹, 大山 隆史, 篠田 昌宏, 板野 理
(国際医療福祉大学医学部消化器外科)

【背景】大腸癌に対する手術において、縫合不全は非常に重篤な合併症の1つであり、本邦における発生率は10%程度であると報告されている。直腸癌やS状結腸癌における腸切除後の吻合法としては、ダブルステープリング法(DST法)が一般的である。この際、自動縫合器と自動吻合器を用いるが、様々な種類のうちその選択、組み合わせが縫合不全に与える影響については定まった見解はない。特にロボット支援手術では、腹腔鏡手術用のデバイスを組み合わせる必要があるため、製造元の異なるデバイスを組み合わせることが多い。今回我々は、製造元の異なるデバイスの組み合わせが縫合不全に与える影響について検証した。
【方法】2020年6月から2024年5月までに当科で大腸癌に対してロボット支援手術を施行した症例のうちDST吻合を行った120例を対象とした。主評価項目を術後の縫合不全の発症率として評価を行った。対象を同じ製造元のデバイスを組み合わせたDST吻合を施行したSame Products (SP)群と異なるDifferent Products (DP)群の2群にわけて、患者背景、縫合不全の発生率について後方視的に比較検討した。
【結果】SP群は80例、DP群は40例であった。年齢、BMIを含めそのほかの背景因子に両群間に有意差は認めなかった。術後縫合不全を認めた症例は全体で17例(14%)であり、SP群が13例（16.3%）であったのに対し、DP群は4例（10％）であり、有意差は認めなかった(P=0.4679）。
【結論】ロボット支援手術では、製造元の異なるデバイスを組み合わせたDST吻合を行うケースが多い。縫合不全を防ぐために製造元によってさまざまな工夫が施されており、時として、その選択に迷うこともあり、その組み合わせが治療成績に影響を及ぼす可能性も懸念されたが、本検討では、製造元の異なるデバイス選択による縫合不全の発症率への関与は示されなかった。大腸癌術後の縫合不全は、患者のQOLを著しく低下させる合併症であるため、今後も予防策の検討が望まれる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:10 AM UTC Poster 5

[P10] 一般演題（ポスター） 10 術後合併症

座長：赤本 伸太郎(住友別子病院外科)

[P10-3] 直腸癌術後縫合不全に対する治療法の検討

清家 和裕, 粕川 宗太郎 (小田原市立病院外科)

はじめに：当科では人工肛門の精神的、肉体的負担を考慮し、直腸癌の前方切除の際は一時的人工肛門を造設せず、また縫合不全併発時も可能な範囲で人工肛門造設を回避してきた。今回我々は縫合不全併発例の検討を目的とした。対象：2012～2025年3月までに筆頭演者が術者もしくは指導的第一助手で腹腔鏡下前方切除を施行した直腸癌116例の中で縫合不全を併発した15例を対象とした。男性13例、女性2例。
結果：縫合不全は術後第2~12病日、平均第6病日目に確認された。第7病日以降に確認されたのが6例で、2例はドレーン抜去後だった。5例が再手術にて人工肛門造設術を施行し、10例は保存的に治療した。再手術を要した理由は汎発性腹膜炎2例、腹痛による患者希望が3例だった。術後在院期間は再手術を要した症例は平均51.4(31~65)日、保存的に治療した症例は平均41.6(22~72)日だった。死亡例はいなかった。
考察：縫合不全例の40%が術後7日目以降に確認されており、ドレーン抜去の時期の再考が必要と考えられた。再手術で人工肛門を造設しても在院期間は短縮されなかった。
まとめ：縫合不全例の退院期間の短縮が課題である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:10 AM UTC Poster 5

[P10] 一般演題（ポスター） 10 術後合併症

座長：赤本 伸太郎(住友別子病院外科)

[P10-4] 当院における結腸癌術後麻痺性イレウスの予測因子に関する検討

筋野 博喜, 笠原 健大, 水谷 久紀, 福島 元太郎, 久保山 侑, 田子 友哉, 真崎 純一, 岩崎 謙一, 古賀 寛之, 金沢 景繁, 永川 裕一 (東京医科大学消化器・小児外科学分野)

[背景]
術後麻痺性イレウスは腹部手術の合併症の一つであり、術後経過に大きな影響を与えるため、適切な対応が求められる。予測因子については様々な報告がされているものの、未だ確立したものはない。本研究は、大腸癌に対する結腸切除術後の術後麻痺性イレウスのリスク因子について検討した。

[対象・方法]2021年1月から2023年5月に東京医科大学病院にて結腸癌pStage Ⅰ～Ⅲに対し根治手術を施行した192例を対象とし、後方視的に解析を施行した。本研究では術後イレウス管・胃管を挿入した症例、術後7日以内に症状（嘔吐）を呈したものの絶食管理で改善した症例を麻痺性イレウスと定義した。解析にはχ2検定・多変量ロジスティック解析を用い、カットオフ値はROC曲線で決定した。術中輸液量としてINDEX=術中IN-OUT(ml)/体重(kg)/時間(hr)を使用し解析した。

[結果] 麻痺性イレウス群19例・非麻痺性イレウス群173例であった。患者背景は男性/女性：84/108、INDEX＜9.68 / ≥9.68：133/59、手術時間＜222 / ≥222：95/97、出血量＜55 / ≥55：124/68、CAR＜0.073 / ≥0.073：97/95、であった。単変量解析では、出血量(≥55・0.042)、手術時間（≥222・p=0.013）、INDEX（≥9.68・p=0.037）、手術翌日CRP（≥6・p=0.004）、CAR（＜0.073・p= 0.031）、PLR（＜200・p= 0.024）、PNI（＜49・p= 0.011）に有意差を認めた。多変量解析において、INDEX (HR: 6.59 ; 95%CI : 1.760 - 24.70; p= 0.005）、手術時間 (HR: 9.6; 95%CI: 2.070 - 44.50、p= 0.003)、手術翌日CRP (HR: 3.76; 95%CI: 1.210 - 11.70、p= 0.022)が独立した予後因子であった。

[結論] 術中INDEXが高い症例・長時間手術・術後炎症反応上昇は術後麻痺性イレウスの予測因子となる可能性が示唆された。手術因子に加えて、術中輸液管理に注意すべきことが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:10 AM UTC Poster 5

[P10] 一般演題（ポスター） 10 術後合併症

座長：赤本 伸太郎(住友別子病院外科)

[P10-5] 腹腔鏡手術とロボット手術での術後乳び腹水発症頻度についての比較

市原 もも子[1,2], 小森 孝通[1], 笹生 和宏[2], 岸 健太郎[1], 橋本 和彦[1], 住本 知子[1], 遠矢 圭介[1], 大久保 聡[1], 麻本 翔子[1], 加藤 雅也[1], 吉野 力丸[1], 早瀬 志門[1], 福永 睦[1] (1.兵庫県立西宮病院, 2.笹生病院)

【背景/目的】ロボット支援手術は、2018年に直腸切除・切断術に対して保健適応となって以降、症例数は飛躍的に増加している。また短期成績のみならず長期成績においてもロボット手術の方が良好であるという報告がなされてきている。当院においてもロボット手術症例が増加してきているが、ロボット手術はモノポーラーで手術を完遂することが多いためか、術後乳び腹水を認めることがあるため腹腔鏡手術とロボット手術での乳び腹水の発症頻度を比較することとした。また、ロボット手術における乳び腹水を起こさないための工夫点について考察することとした。【対象・方法】2020年1月から2024年12月までに当院において、非緊急・R0・D2もしくはD3郭清を伴うS状結腸切除術・ハルトマン手術・高位前方切除術・低位前方切除術・超低位前方切除術・腹会陰式直腸切断術を腹腔鏡もしくはロボット手術で行った症例において、術後乳び漏の発症有無について検討した。【結果】腹腔鏡手術は126症例（S切；64例/ハルトマン；5例/AR；31例/LAR；15例/sLAR；5例/APR；6例）、男性；63/女性：63例、年齢中央値は74歳、BMI中央値は22.8、pStage0;1/I;34/II;52/III;39例であった。ロボット手術は68例（S切；4例/ハルトマン；5例/AR；13例/LAR；24例/sLAR；14例/APR；8例）、男性；41/女性；27例、年齢中央値は73歳、BMI中央値は21.6、pStage0;4/I;20/II;22/III;22例であった。術後乳び腹水は、腹腔鏡手術で2例(1.59%)、ロボット手術で6例(8.82%)であり有意にロボット手術における発生頻度が高かった（$p<0.05$）。【考察】術後乳び腹水は、食事再開の遅れや低脂肪食などといった食事内容の変更に繋がる可能性がある。ロボット手術で腹腔鏡手術と比較して発症率が高い原因としては、モノポーラー手術により手術完遂することが多くリンパ管のシーリングが足りていない可能性がある。術中にIMA根部周囲などリンパ管と考えられる脈管を認める場合には、しっかりと認識しバイポーラーで凝固後に切離することが乳び漏予防に繋がる可能性があると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:10 AM UTC Poster 5

[P10] 一般演題（ポスター） 10 術後合併症

座長：赤本 伸太郎(住友別子病院外科)

[P10-6] 腹会陰式直腸切断術後の骨盤内感染性合併症に対するVACシステムの有用性に関する検討

家城 英治[1], 志村 匡信[1], 川村 幹雄[1], 山下 真司[1], 今岡 裕基[1], 北嶋 貴仁[2], 奥川 喜永[2], 大北 喜基[1], 小林 美奈子[3], 問山 裕二[1] (1.三重大学医学部消化管・小児外科学, 2.三重大学医学部附属病院ゲノム医療部, 3.三重大学医学部先端的外科技術開発学)

【Introduction】Pelvic surgical site infection (pSSI) still remains a major postoperative complication to overcome in patients who underwent abdominoperineal resection(APR). In this study, we investigated the effectiveness of negative pressure wound therapy (NPWT) including vacuum assisted closure (VAC) system to minimize pSSI after APR for ano-rectal diseases.【Method】This study includes patients who were performed APR from March 2015 to January 2025(n=68). The candidate patients are divided into two groups; Group1 (n=35): lower rectal cancer patients who underwent neoadjuvant chemoradiotherapy or total neoadjuvant therapy, and Group2 (n=33): patients with ano-rectal tumor or Crohn disease.
【Results】In the total cohort consisting of 38 males and 30 females, we used VAC system for 48 patients, and other NPWT or none for 20 patients. While there was no statistical significance (P=0.12), the frequency of Grade3 (G3) pSSI was higher in Group1 (8cases, 22.9%) than in Group2 (3cases, 9.1%). Regarding the association between G3 pSSI and wound management, VAC patients showed significantly lower G3 pSSI (p=0.036). Furthermore, logistic regression univariate analysis in Group1 showed that non VAC patients were identified as significant risk factor for G3 pSSI (Odds ratio; 5.83, 95%C.I.; 1.12-36.07, p=0.036).
【Conclusion】Our study indicates that VAC system might be useful to reduce severe pSSI in lower rectal cancer patients after multidisciplinary treatment.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:10 AM UTC Poster 5

[P10] 一般演題（ポスター） 10 術後合併症

座長：赤本 伸太郎(住友別子病院外科)

[P10-7] AIによる言語解析を用いた術後合併症予測の検討

春名 健伍[1,2], 三吉 範克[1,2], 藤野 志季[1,2], 関戸 悠紀[1], 竹田 充伸[1], 波多 豪[1], 浜部 敦史[1], 荻野 崇之[1], 植村 守[1], 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外科系臨床医学専攻外科学講座消化器外科学, 2.地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪国際がんセンターがん医療創生部)

【はじめに】本邦において大腸癌は年間約15万人が新たに診断され、男女ともに癌死亡原因の上位を占め、外科的切除は進行大腸癌の根治的治療の中心であり、患者の予後を大きく左右する。術後合併症のリスク評価には、P-POSSUM、Colorectal POSSUM、E-PASSなどのスコアリングシステムが用いられているが、これらのスコアは主に手術関連因子や患者の生理学的指標を基に算出され、患者の術前術後の主観的訴えを考慮できていない。近年、人工知能（Artificial Intelligence: AI）の進歩は著しく、当グループでもこの分野の研究を行なっている。今回我々は、患者の術前術後の訴えから、AIを用いた自然言語解析をよる術後合併症の予測について検討した。
【方法】2010年1月から2011年の12月までに当科で実施された大腸癌根治切除が実施された症例のうち、患者の発言内容を引用したカルテ記載がある274例を対象とした。自然言語解析には、入院日から術後2日目までのカルテ記載を用い、患者の発言内容を抽出した。抽出した患者の発言内容について自然言語解析を行い、全術後合併症、Clavien -Dindo分類でGrade3以上の合併症、創部感染の発生に関する、予測モデルの構築を行なった。
【結果】対象症例274例のうち全術後合併症は87例、Grade3以上の合併症は29例、創部感染は20例に認めた。AIによる言語解析では、全術後合併症では、感度82.8%・特異度77.0%の精度、Grade３以上の術後合併症では、感度72.4%・特異度76.7%の精度、創部感染では、感度75.0%・特異度92.1%の精度でそれぞれ術後合併症を予測することができた。
【考察】AIによる自然言語解析を用いて、入院日から術後2日目までの患者発言に関するカルテ記述から術後合併症を予測するモデルの構築は可能であった。今後、それぞれの術後合併症に特徴的な患者背景因子や周術期因子を加えて解析し、予測モデルのさらなる精度向上について検討する必要がある。術後合併症リスクが患者の発言から、予測可能となれば、術後管理において早期介入が可能であると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:05 AM UTC Poster 6

[P11] 一般演題（ポスター） 11 症例・穿孔・合併症

座長：佐々木 慎(日本赤十字社医療センター大腸肛門外科)

[P11-1]

バリウム造影によるS状結腸穿孔の2例

竹原 裕子, 佐々木 崇夫, 工藤 泰崇, 赤在 義浩, 大谷 剛 (岡山済生会総合病院)

[P11-2]

人工肛門閉鎖術が可能であった直腸癌術後Chronic anastomotic leakageの2例

松田 直樹, 國末 浩範, 宮内 俊策, 吉浦 雄飛, 園部 奏生, 谷口 もこ, 高橋 達也, 伊達 慶一, 久保 孝文, 野﨑 功雄, 太田 徹哉 (岡山医療センター外科)

[P11-3]

誤飲したPress through packageが横行結腸癌部で穿通し腸間膜膿瘍を形成した一例

菅野 優貴, 渡辺 剛久, 小菅 起史, 永井 健, 吉田 淳, 岩﨑 喜実, 上田 和光 (筑波記念病院消化器外科)

[P11-4]

他院より搬送され緊急手術を施行した医原性大腸穿孔の２症例

小倉 道一, 姫川 昊, 内藤 夏海, 原 聖佳, 杉山 順子, 大原 守貴 (春日部市立医療センター外科)

[P11-5]

直腸癌術後１か月後に、尿管損傷の診断となった１例

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:05 AM UTC Poster 6

[P11] 一般演題（ポスター） 11 症例・穿孔・合併症

座長：佐々木 慎(日本赤十字社医療センター大腸肛門外科)

[P11-1] バリウム造影によるS状結腸穿孔の2例

竹原 裕子, 佐々木 崇夫, 工藤 泰崇, 赤在 義浩, 大谷 剛 (岡山済生会総合病院)

上部消化管造影検査後の大腸穿孔は，極めて稀な合併症といわれているが，死亡例の報告もあり，発見が遅れると重症化するリスクが高い．
【症例1】
87歳，男性．前医にて胸やけに対し，上部消化管内視鏡検査を施行したところ，重視に腸腺腫を指摘され，精査目的にバリウムによる胃透視を施行された．2日後，排便後に左下腹部痛を発症し，当院救急搬送される．CTにて直腸S状部に穿孔を認め，腹腔内にバリウムの漏出を認めた．緊急でS状結腸切除，吻合および回腸人工肛門造設術を施行した．バリウム塊が腸管に嵌頓しており，その口側で穿孔を認めた．術後経過では腹腔内膿瘍による炎症の遷延を認めたたが，改善し，退院．2か月後に人工肛門閉鎖術を行った．その後，紋扼性腸閉塞，癒着性腸閉塞でそれぞれ手術を行っている．
【症例2】
73歳，男性．他院にて検診のため，バリウム造影を行うも白色便は認めず．7日後に左下腹部痛を発症し，当院救急外来を受診した．CTにてfree airおよびS状結腸にバリウムと考えられる高吸収域を認めたため，バリウムによるS状結腸穿孔と診断し，ハルトマン手術を施行した．術後創部および腹腔内に膿瘍を認めるも，保存的加療で改善し，退院となった．
　いずれの症例も，腸穿孔はバリウム検査後数日経過してから発症しており，排便の確認が重要であることが示唆された．貯留したバリウムを排泄する際には強力な下剤や浣腸よりも50%ラクツロースなど緩徐な排便を促す下剤を使用した方が良いという報告もある，
また，本症例では術後炎症が遷延する傾向を認めたが，バリウムによる腹膜炎では，バリウムに対する異物反応により強い炎症が起きることは報告されており，炎症の遷延もそれに伴うものであると考えられた．なお，バリウムよる消化管穿孔は，通常の消化管穿孔よりも死亡率が高く29%と報告されている．
　バリウムによる腸穿孔は60歳以上の高齢者に多いとされており，高齢化が進むともない，症例が増えていくことが予測される．以前より，指摘されているが検査前のリスクの確認および，検査後のバリウムの排泄の確認を行うことが，今後はより一層重要である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:05 AM UTC Poster 6

[P11] 一般演題（ポスター） 11 症例・穿孔・合併症

座長：佐々木 慎(日本赤十字社医療センター大腸肛門外科)

[P11-2] 人工肛門閉鎖術が可能であった直腸癌術後Chronic anastomotic leakageの2例

松田 直樹, 國末 浩範, 宮内 俊策, 吉浦 雄飛, 園部 奏生, 谷口 もこ, 高橋 達也, 伊達 慶一, 久保 孝文, 野﨑 功雄, 太田 徹哉 (岡山医療センター外科)

直腸癌術後の縫合不全は外科医が遭遇しうる最も回避したい合併症のひとつである。回腸人工肛門造設術を施行し、大半は縫合不全部の治癒が得られ人工肛門閉鎖術の施行が可能となるが、縫合不全の治療に難渋し人工肛門閉鎖術の施行を断念せざるをえない例も稀にある。直腸癌術後の縫合不全に対して回腸人工肛門造設術を施行後、縫合不全の治癒が得られなかったものの人工肛門閉鎖術を施行し良好な経過を辿った2症例を経験したため報告する。
症例1は71歳男性。直腸癌に対して腹腔鏡下低位前方切除術を施行した。術後5日目、縫合不全と診断し腹腔鏡下回腸人工肛門造設術を施行した。術後5か月後の注腸造影では吻合部背側に造影剤の漏出を認め、以後経過観察していたが術後1年後の注腸造影でも縫合不全が残存していた。術後1年1か月後内視鏡下に瘻孔閉鎖を試み、瘻孔を確認できたものの周囲組織が脆弱なため困難であった。術後1年5か月後TAMISを施行し瘻孔閉鎖を試みたが瘻孔を確認することができず手術終了となった。その後の注腸造影でも縫合不全は残存していたが、術後の腹腔内膿瘍等のリスクを十分にICしたうえで術後1年10か月後に人工肛門閉鎖術を施行した。人工肛門閉鎖術後7年1か月経過した現在有害事象なく経過している。
症例2は76歳男性。直腸癌に対してロボット支援腹腔鏡下低位前方切除術を施行した。術後5日目に縫合不全と診断し保存的加療を試みたが炎症反応上昇、腹部所見の増悪を認め術後7日目に回腸人工肛門造設術を施行した。術後3か月後の注腸造影では吻合部背側に造影剤の漏出を認め、以後経過観察していたが術後8か月の注腸造影でも縫合不全が残存していた。術後のリスクを十分にICしたうえで術後10か月後に人工肛門閉鎖術を施行した。人工肛門閉鎖術後1か月経過した現在有害事象なく経過している。
遷延する直腸癌術後の縫合不全に対してリスクを十分に説明したうえでの人工肛門閉鎖術は選択肢のひとつとなり得る。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:05 AM UTC Poster 6

[P11] 一般演題（ポスター） 11 症例・穿孔・合併症

座長：佐々木 慎(日本赤十字社医療センター大腸肛門外科)

[P11-3] 誤飲したPress through packageが横行結腸癌部で穿通し腸間膜膿瘍を形成した一例

菅野 優貴, 渡辺 剛久, 小菅 起史, 永井 健, 吉田 淳, 岩﨑 喜実, 上田 和光 (筑波記念病院消化器外科)

Press through package（PTP）は1963年に登場した薬物包装形態で、その簡便性、経済性、清潔性により現在も広く普及している。一方でPTPの誤飲報告も増加している。その大部分は上部消化管であり、大腸で穿通した報告は比較的稀である。今回われわれはPTPが横行結腸癌部で穿通し腸間膜膿瘍を形成した一例を経験した。
症例は72歳、女性。貧血の精査目的に当院紹介となった。腹痛はなかったがCT検査で横行結腸中央部の壁肥厚と腸間膜側の炎症所見を認め、当初は横行結腸憩室炎が疑われた。下部消化管内視鏡検査を施行したところ横行結腸に全周性の腫瘍があり、同部位にPTPが挟まっていた。鰐口鉗子で把持してPTPは摘出した。再度内視鏡で確認したが明らかな穿孔部は認めなかった。内腔は狭窄しておりスコープの通過は困難であったが残渣や口側腸管の拡張はなく腸閉塞には至っていなかった。生検結果から横行結腸癌と診断した。胆嚢ポリープの合併もあったため横行結腸部分切除術と胆嚢摘出術を施行した。術中所見で腫瘍近傍の腸間膜に膿瘍が形成されており、膿瘍部も可能な限り除去した。術後の病理結果から横行結腸癌T3N0M0 pStage II Aであったが、PTPによる穿通部の断端は癌陽性であった。同時に提出した膿瘍壁には癌は認めなかった。術後補助化学療法を施行し、術後1年経過したが無再発生存中である。文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:05 AM UTC Poster 6

[P11] 一般演題（ポスター） 11 症例・穿孔・合併症

座長：佐々木 慎(日本赤十字社医療センター大腸肛門外科)

[P11-4] 他院より搬送され緊急手術を施行した医原性大腸穿孔の２症例

小倉 道一, 姫川 昊, 内藤 夏海, 原 聖佳, 杉山 順子, 大原 守貴 (春日部市立医療センター外科)

【はじめに】日本消化器内視鏡学会による2019～2021年までの全国調査によると，大腸内視鏡による偶発症は28例（0.046%）で，穿孔が5例あり，4例に手術が施行されていた．医原性大腸穿孔において重篤化を避けるため緊急手術が選択されることが多い．今回われわれは穿孔当日の緊急手術により良好な経過が得られた医原性大腸穿孔の2症例を経験した．
【症例①②】ともに75歳男性，大腸癌検診の便潜血検査陽性のため前医で下部消化管内視鏡検査を施行．
①問題なく前処置を行い，内視鏡検査を施行すると直腸RS部に2cm大の開口部を認め，内視鏡検査を中止した．CTで直腸近傍の後腹膜にガスを認め，転院搬送され手術を施行した．直腸RSの漿膜が発赤し膨張していたが，腹水はなかった．色調が変化した直腸を切除し吻合した．切除検体から内視鏡挿入時の穿孔が疑われた．
②盲腸のIs ポリープに対してEMR を施行した．検査後より下腹部痛を認め，穿孔を疑い転院搬送となった．CTで腹腔内に遊離ガスを認め，盲腸穿孔の診断で手術を施行．骨盤内に少量の混濁腹水があり，盲腸に周囲が白色に変色した穿孔部を認め，クリップが露出していた．盲腸を授動して臍の小開腹創に引き出し，穿孔部を含む変色した盲腸を部分切除して縫合した．
ともに穿孔当日の腹腔鏡手術であり，前処置により腹腔内の汚染は軽度であった．合併症なく術後7日目，8日目に自宅退院した．
【考察】大腸ESD/EMRガイドライン（第2版）では穿孔を来した際は部位に関わらずクリップ閉鎖が推奨されている．完全縫縮が可能であれば手術を回避できる可能性が高いが，不完全縫縮では汎発性腹膜炎を呈する場合が多く，速やかに手術を選択する必要がある，とされる．過去の内視鏡による大腸穿孔の報告では前処置により腸管内が清浄化されて汚染が高度とならず，保存治療で治癒に至った例が散見される．
【結語】穿孔当日の緊急手術が良好な転帰をもたらした医原性大腸穿孔の2症例について文献的考察を加えて報告する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:05 AM UTC Poster 6

[P11] 一般演題（ポスター） 11 症例・穿孔・合併症

座長：佐々木 慎(日本赤十字社医療センター大腸肛門外科)

[P11-5] 直腸癌術後１か月後に、尿管損傷の診断となった１例

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

症例は６４歳男性。３か月以上下痢が継続し健診で便潜血陽性を指摘され、直腸癌（ｃStageIII）の診断となった。腹腔鏡下低位前方切除および減圧目的回腸人工肛門造設術施行した。術中原発巣の周囲への浸潤のため小腸部分切除および左精管合併切除となった。術後４週間目に退院となるも、退院後１週間にて倦怠感や食思不振にて受診、回腸ストマからの排液量多く高度脱水にて緊急入院となった。輸液治療進め、その後CT検査にて骨盤膿瘍が疑われたためCTガイド下ドレナージ施行した。経過中ドレーン排液の減少なく、排液クレアチニン高値であった。術後約1か月の経過で左尿管損傷の診断となった。１か月後に、転院となり泌尿器科にて左腎瘻造設術施行、さらに１か月後に膀胱尿管新吻合術施行され良好な結果を得た。回腸ストマ閉鎖後、現時点で再発なく外来follow up中です。
直腸癌において、我々が最も注意を払う合併症の１つである尿管損傷は単なる術中損傷だけでなく、感染、炎症、血行障害や尿管通過障害によって形成されるものであるため、術後３週間以内に疑われることが多い。本症例は術後１か月以上経過して遅発性尿管損傷の診断となったが、診断に至るまでに時間を要した。進行病変ではあったが、術中および術後経過に慎重さを要する１例を経験したので報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 6

[P12] 一般演題（ポスター） 12 大腸憩室・穿孔

座長：戸田 重夫(虎の門病院消化器外科)

[P12-1]

当院における大腸穿孔の短期成績の検討

西成 悠[1], 大塚 歓喜[2], 佐々木 智子[1], 加藤 久仁之[3] (1.盛岡赤十字病院外科, 2.岩手県立千厩病院外科, 3.ふるだて加藤肛門外科クリニック)

[P12-2]

大腸憩室穿孔に対する緊急手術における術式の検討

伊藤 慧, 中川 和也, 験馬 悠介, 本田 祥子, 増田 太郎, 太田 絵美, 山岸 茂 (藤沢市民病院救急外科)

[P12-3]

大腸憩室炎穿孔に対する保存療法：エレンタールの有用性に関する検討

黒崎 剛史, 小池 淳一, 浜畑 幸弘, 堤 修, 指山 浩志, 安田 卓, 中山 洋, 川村 敦子, 鈴木 綾, 高野 竜太郎, 城後 友子 (辻仲病院柏の葉)

[P12-4]

大腸憩室穿孔に対する腸管切除の是非について

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

[P12-5]

当院における結腸膀胱瘻に対する外科的治療

渡邊 英樹, 千野 俊春, 宮崎 葵, 池亀 昂, 大森 隼人, 古屋 一茂, 羽田 真朗 (山梨県立中央病院消化器外科)

[P12-6]

当院における結腸憩室炎を原因とする結腸膀胱瘻に対する手術治療

田澤 美也子, 佐々木 恵, 江澤 瞭, 林 一真, 柳澤 拓, 松永 史穂, 西岡 龍太郎, 坂野 正佳, 山下 大和, 石井 武, 海藤 章郎, 光法 雄介, 伊東 浩次 (土浦協同病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 6

[P12] 一般演題（ポスター） 12 大腸憩室・穿孔

座長：戸田 重夫(虎の門病院消化器外科)

[P12-1] 当院における大腸穿孔の短期成績の検討

西成 悠[1], 大塚 歓喜[2], 佐々木 智子[1], 加藤 久仁之[3] (1.盛岡赤十字病院外科, 2.岩手県立千厩病院外科, 3.ふるだて加藤肛門外科クリニック)

【背景】結腸穿孔の原因は癌，結腸憩室，炎症性腸疾患，感染性腸炎，医原性などがあり，特に結腸憩室による穿孔症例の報告は本邦ではS状結腸が多い．当院では結腸穿孔に対し，高度循環不全や活動性出血など緊急開腹手術が必要な症例以外は，審査腹腔鏡として腹腔鏡手術をFirst choiceとしている．結腸穿孔は糞便の流出が多い場合もあり，重篤な腹膜炎から敗血症性ショックへ至るリスクも有り，術後管理も非常に重要になる．今回当院における結腸穿孔手術の検討を行った．
【対象と方法】外傷・血流障害・医原性・非手術選択を除外した2020年1月から2024年12月までの結腸穿孔症例18例で，短期成績の検討を行った.
【結果】年齢は69歳，性別は男：女 8：10，BMIは22.5であった．術前SOFA scoreは中央値1点，qSOFA scoreは中央値1で，術後人工呼吸器装着日数は6日，術後日数は27日であった．死亡退院は2例で終末期による癌死，敗血症性ショックによる死亡であった．穿孔部位は回腸末端・盲腸：上行結腸：S状結腸：直腸Rsで 1：1：15：1でS状結腸に多く，腹膜炎の程度は限局13例，汎発5例，手術時間は146分，出血量は25mlであった．術式は開腹手術5例，開腹移行1例，腹腔鏡下手術12例で，右側結腸の2例を除き人工肛門造設を要した．
【考察】腹腔鏡下手術は腹腔内の観察の詳細ができることと創の縮小化から侵襲性の軽減に至ることが利点である．またHartmann reversalにおいても腹腔内の癒着の軽減を行える利点はあるものの，蠕動麻痺による視野確保困難や技術的難易度の上昇等があり，全症例に施行できるわけではない．当院の症例も視野確保困難の1例で開腹移行をしているため，適応症例と執刀医の厳選は必要と考える．
【結語】結腸穿孔に対し腹腔鏡下手術は，患者状態が許せば緊急手術でも許容可能な手術手技の一つとして検討可能と思われる．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 6

[P12] 一般演題（ポスター） 12 大腸憩室・穿孔

座長：戸田 重夫(虎の門病院消化器外科)

[P12-2] 大腸憩室穿孔に対する緊急手術における術式の検討

伊藤 慧, 中川 和也, 験馬 悠介, 本田 祥子, 増田 太郎, 太田 絵美, 山岸 茂 (藤沢市民病院救急外科)

【背景】
大腸憩室穿孔はHinchey分類StageIIIで死亡率が6%、StageIVで35%とされている。術式に関してはハルトマン手術が一般的であるものの、確立された術式がないのが現状である。当院の術式の適応は腸管浮腫の状態や全身状態を考慮して可能な範囲で腸管吻合を試み、吻合時の状況に応じて回腸双孔式人工肛門造設を付加することとしている。
【目的】
当院の大腸憩室穿孔に対する緊急手術症例に関して術式別に比較検討を行い、患者背景や周術期成績に関する特徴を明らかにする。
【方法】
2012年4月から2025年3月までに大腸憩室穿孔に対して緊急で手術を施行した34例を対象とした。術式に関してハルトマン手術群（H群）、腸管切除および吻合＋回腸双孔式人工肛門造設群（R＋I群）、腸管切除および吻合群（R群）の3群に分けて患者背景や周術期成績に関して、後方視的に比較検討を行った。
【結果】
H群15例（44%）、R＋I群12例（35%）、R群7例（21%）であった。
年齢中央値はH群83歳、R＋I群73歳、R群53歳と差を認めた（p=0.025）。局在は左側結腸憩室穿孔でH群15例（100%）、R＋I群12例（100%）、R群4例（57%）と差を認めた（p=0.006）。糖尿病の有病率はH群5例（30%）、R＋I群1例（8.3%）、R群0例（0%）と差を認めた（p=0.031）。血液検査所見に関しては差を認めなかった。手術因子は、手術時間においてH群193分、R＋I群264分、R群202分と差を認めた（p=0.008）。出血量、腹腔鏡手術の割合は有意差を認めかった。術後因子は術後在院日数中央値がH群23、R＋I群18日、R群11日と差を認めた（p=0.002）。Clavien-Dindo分類Grade3以上の合併症発生率には差を認めなかった。
【結語】
憩室穿孔の緊急手術症例であっても腸管吻合は適応を選べば選択肢の一つとなりうる。左側結腸症例でも若年で糖尿病を有していない症例で腸管吻合が行われており、個々の症例に応じた術式選択が重要と思われた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 6

[P12] 一般演題（ポスター） 12 大腸憩室・穿孔

座長：戸田 重夫(虎の門病院消化器外科)

[P12-3] 大腸憩室炎穿孔に対する保存療法：エレンタールの有用性に関する検討

黒崎 剛史, 小池 淳一, 浜畑 幸弘, 堤 修, 指山 浩志, 安田 卓, 中山 洋, 川村 敦子, 鈴木 綾, 高野 竜太郎, 城後 友子 (辻仲病院柏の葉)

【背景】大腸憩室炎は従来、Hinchey分類Stage3以上では手術適応とされてきた。しかし昨今、画像上軽度の穿孔や限局性腹膜炎を呈する症例では保存的治療が選択されることが増えている。保存療法中の栄養管理は重要であり、消化管への負担が少ない経腸栄養製剤の有用性が示唆されているが、エレンタールの有効性に関する報告は限られている。
【目的】当院で入院加療を行ったS状結腸憩室炎Hinchey分類Stage3に対し、経腸栄養製剤エレンタールの導入が治療経過に及ぼす影響を検討する。
【方法】当院で2024年４月１日～2025年４月１日の期間で入院加療を行ったS状結腸憩室炎Hinchey分類Stage3の症例5例を対象とした。男女比は男性3名、女性2名であった。うち、絶食後の栄養管理としてエレンタール経口投与を行った群（E群, n=2）と、投与を行わなかった群（非E群, n=3）に分け、平均在院日数、CRP半減期、緊急手術の有無を後方視的に比較検討した。
【結果】CRPの半減日数はE群では非E群に比較し短く（平均5.5日 vs 7.6日）、在院日数も短縮傾向を示した（平均13.5日 vs 25日）。E群では全例で手術回避が可能であった一方、非E群のうち２例は緊急で人工肛門造設術を要した。
【考察】S状結腸憩室炎Hinchey分類Stage3の保存療法において、エレンタールによる早期の経腸栄養導入は炎症の早期収束と入院期間短縮に寄与する可能性がある。エレンタールは低残渣で消化吸収性に優れ、腸管への負荷が少ないことがその一因と考えられる。
【結語】穿孔や限局性腹膜炎を伴う結腸憩室の保存的治療において、エレンタールの併用は新たな治療選択肢としての可能性を示すものである。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 6

[P12] 一般演題（ポスター） 12 大腸憩室・穿孔

座長：戸田 重夫(虎の門病院消化器外科)

[P12-4] 大腸憩室穿孔に対する腸管切除の是非について

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

【目的】
大腸憩室穿孔においては憩室腸管を切除するか否かの判断が求められる．治療成績から最適な治療戦略を明らかにすることを目的とした.
【対象と方法】
2011年1月から2024年12月までに大腸憩室穿孔に対して手術を施行した24例中，緊急もしくは準緊急で手術を行なった17例を対象とした．憩室腸管非切除例をA群（人工肛門造設と腹腔洗浄ドレナージのみ）4例, 切除例をB群（穿孔部切除+人工肛門造設）13例に分類し，患者背景，術後の短期および長期合併症, ストーマ閉鎖率等を後方視的に検討した.
【結果】両群間で，年齢・性別・BMIなどの患者背景に差を認めなかった．全身状態はASA class3以上がA群1例, B群9例と有意差はないもののB群に多い傾向にあった(p=0.25). Modified Hinchey分類のGrade II 以上の11例はすべてB群で, Grade Ⅰbの６例はA群4例, B群2例だった. ステロイド使用はA群の25%に対しB群61.5%とB群に多い傾向にあった(p=0.2941)．術後合併症は，CD分類Grade3以上がA群0例，B群3例(p=0.5412)と差を認めず，SSI発生率も有意差を認めなかった（A群1例，B群5例；p=0.8074)．手術死亡はB群の1例のみであった．入院期間中央値は両群間で有意差を認めなかった（A群17.5日，B群16日；p=0.3946)．ストーマ閉鎖はA群で１例(25%), B群で５例(38.5%)といずれも低率であった．またA群では4例中3例で，経過中に憩室炎の再燃をきたした.
【結語】大腸憩室穿孔で腸管切除を行わない場合，経過中の憩室炎再燃が問題である．一方，穿孔部腸管を切除した群では重症例が多かったにも関わらず，術後合併症の発生率は低く，在院日数の延長も認めなかった. 再燃リスクも回避できることから可能な限り切除を目指すべきと考える．ただし両群ともストーマ閉鎖率が低い点が課題であった.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 6

[P12] 一般演題（ポスター） 12 大腸憩室・穿孔

座長：戸田 重夫(虎の門病院消化器外科)

[P12-5] 当院における結腸膀胱瘻に対する外科的治療

渡邊 英樹, 千野 俊春, 宮崎 葵, 池亀 昂, 大森 隼人, 古屋 一茂, 羽田 真朗 (山梨県立中央病院消化器外科)

【背景】結腸膀胱瘻は膀胱と結腸の間に瘻孔が形成される病態で増加傾向にある。自然閉鎖の可能性は低いとされており手術を要するが、炎症や膿瘍形成により癌手術よりも難易度が高く、時に膀胱側の修復も要する。
【目的】当科で施行した2015年から2025年までの19例について、臨床所見、手術所見および膀胱修復の有無、腹腔鏡手術の利点について検討した.
【結果】男性13例、女性が6例、年齢の中央値は68歳であった。穿通部位は全例でS状結腸または直腸RS部であった。開腹16例、腹腔鏡3例であった。手術時間の中央値は267分、出血量は470ml、術中合併症は0例であった。原因としては大腸憩室炎が13例、癌の穿通など腫瘍関連は6例であった。膀胱部分切除を伴ったのは13例、膀胱筋層または腹膜の縫合のみを行ったのは4例、膀胱側修復無しは2例であった。腫瘍関連では全例開腹手術で膀胱部分切除が施行された。腹腔鏡からの開腹移行は1例で膀胱部分切除が必要となった為であった。
【考察】膀胱部分切除を伴う手術では手術時間が長い傾向があった。憩室穿通症例での膀胱切除には一定の基準が無く、当院では術野と膀胱鏡で明らかな瘻孔形成が認められた場合に施行している。腹腔鏡の拡大視効果は結腸膀胱瘻の正確な把握が可能で、膀胱切除の必要性評価にも有用な可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 6

[P12] 一般演題（ポスター） 12 大腸憩室・穿孔

座長：戸田 重夫(虎の門病院消化器外科)

[P12-6] 当院における結腸憩室炎を原因とする結腸膀胱瘻に対する手術治療

田澤 美也子, 佐々木 恵, 江澤 瞭, 林 一真, 柳澤 拓, 松永 史穂, 西岡 龍太郎, 坂野 正佳, 山下 大和, 石井 武, 海藤 章郎, 光法 雄介, 伊東 浩次 (土浦協同病院消化器外科)

【目的】結腸憩室炎を原因とする結腸膀胱瘻に対しては手術治療が原則とされているが、炎症の影響などにより難易度の高い手術となることも多い。また、合併症発生率が高い、人工肛門造設が必要になる可能性が高いという報告もあり、日常診療の中でも治療方針の決定にしばしば難渋する。当院における結腸憩室炎を原因とする結腸膀胱瘻の手術成績について、調査し報告することとした。
【方法】2020年1月から2024年12月に、当院で結腸憩室炎を原因とする結腸膀胱瘻に対して手術を施行した症例を、後方視的に検討した。
【結果】上記期間に結腸憩室炎を原因とする結腸膀胱瘻に対する手術は5例施行した。年齢中央値は68歳（51-79歳）。性別は全例男性。発見契機は、尿路感染症症状が4例、腹痛が1例であった。術式は、S状結腸切除術および瘻孔切除術が4例（開腹1例、腹腔鏡3例）、人工肛門造設術が1例で、2例は準緊急的に、3例は待機的に施行された。術後在院日数中央値は9日間(6-10日間)。術後30日以内のClavien-Dindo分類Grade III以上の合併症は、創し開（Grade IIIb）を1例認めたが、術後30日以内に死亡した症例は認めなかった。
【考察・結語】難易度の高い結腸膀胱瘻に対する手術も、症例によっては腹腔鏡で手術を完遂することができていた。また、人工肛門を造設することなく治療できている症例も多かった。結腸膀胱瘻は治療方針の決定が難しいが、慎重に治療方針を検討することで良好な経過となる可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 7

[P13] 一般演題（ポスター） 13 直腸脱・LARS

座長：秦 史壯(札幌道都病院外科)

[P13-1]

直腸脱に対する当院での治療方針

小林 康雄[1], 岡本 欣也[2], 笹口 政利[1], 谷川 文[1] (1.誠心会吉田病院外科大腸肛門外科, 2.東京山手メディカルセンター大腸肛門外科)

[P13-2]

当院における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸後方固定術の治療成績

戸嶋 俊明, 矢野 雄大, 戸嶋 圭, 村上 友将, 藤田 脩斗, 宇根 悠太, 大谷 朋子, 小西 大輔, 徳毛 誠樹, 吉川 武志, 小林 正彦, 村岡 篤, 國土 泰孝 (香川労災病院外科・消化器外科)

[P13-3]

直腸脱に対する腹腔鏡下直腸縫合固定術の経験

堤 伸二, 坂本 義之, 菊池 日菜子, 山﨑 慶介, 赤坂 治枝, 柴田 滋 (弘前総合医療センター消化器外科)

[P13-4]

低位前方切除後症候群(LARS)の症状の推移とその評価についての検討～術後アンケートをもとに～

國友 愛奈, 松村 卓樹, 上田 翔, 余語 孝乃助, 倉橋 岳宏, 白井 信太郎, 松下 希美, 福山 貴大, 戸田 瑤子, 安井 講平, 篠原 健太郎, 大澤 高陽, 安藤 公隆, 深見 保之, 金子 健一朗, 佐野 力 (愛知医科大学病院消化器外科)

[P13-5]

LARSに対する外科的アプローチの検討

大谷 剛, 竹原 裕子, 工藤 泰崇, 赤在 義浩 (岡山済生会総合病院外科)

[P13-6]

直腸脱合併骨盤臓器脱に対して腹腔鏡下直腸固定術と腹腔鏡下仙骨膣固定術を施行し化膿性脊椎炎を合併した1例

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 7

[P13] 一般演題（ポスター） 13 直腸脱・LARS

座長：秦 史壯(札幌道都病院外科)

[P13-1] 直腸脱に対する当院での治療方針

小林 康雄[1], 岡本 欣也[2], 笹口 政利[1], 谷川 文[1] (1.誠心会吉田病院外科大腸肛門外科, 2.東京山手メディカルセンター大腸肛門外科)

【背景】当院では諸事情から全身麻酔ができず直腸固定術が不能なため、直腸脱に対しては経肛門的手術のみを施行している。以前はGant三輪法やDelorme法そしてその各々にThiersch法を併施する方法を行ってきたが、再発率が高いことを鑑み現在は直腸固定術が可能な施設へ紹介することを基本方針としている。
しかしながら直腸脱は高齢女性に多く合併症を抱えていることも少なくないため、すぐに直腸固定術を行えるとは限らない。そのため直腸固定の前段階処置として経肛門的手術を先行して行うことには一定の意義がある。
【当院での治療】Thiersch法（単独）は、粘膜縫縮（切除）術を併施する場合と比較すると、再発率がやや高いものの出血等の有害事象の懸念がない。また非常に簡便であることから、当院では現在経肛門的手術としてはThiersch法（単独）を主に採用している。素材として、伸縮性ポリエステルテープ[Leeds-Keio mesh]を使用。
（※）基本的には上記を行っているが例外的に、脱出が軽微な症例では（僅かながら根治を期待して）ゴム輪結紮を追加併施する場合が稀にある。
【現状、まとめ】経肛門的手術の再発率は、20~60%とやはり非常に高い。ただし僅かながら永続的に再脱出せずに保たれている症例も一定数いることも事実ではある。
粘膜縫縮（除去）術に比較して再発率が極端に劣ることがなければ許容される可能性があるが、さらに症例を重ねながら検討したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 7

[P13] 一般演題（ポスター） 13 直腸脱・LARS

座長：秦 史壯(札幌道都病院外科)

[P13-2] 当院における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸後方固定術の治療成績

戸嶋 俊明, 矢野 雄大, 戸嶋 圭, 村上 友将, 藤田 脩斗, 宇根 悠太, 大谷 朋子, 小西 大輔, 徳毛 誠樹, 吉川 武志, 小林 正彦, 村岡 篤, 國土 泰孝 (香川労災病院外科・消化器外科)

【背景】直腸脱は高齢女性に多く、高齢化が進む現代では症例数は増加傾向である。近年、直腸脱に対する腹腔鏡下手術の有用性が報告されている。当院では2022年から直腸脱に対する腹腔鏡下直腸後方固定術を開始し、全身麻酔が可能な症例を適応としている。【術式】直腸の授動は岬角から開始し肛門管上縁まで行う。直腸脱を有する患者は一般的に直腸間膜の結合織が疎で進展性が高く、TMEの剥離面を誤認しやすい。そのため神経や直腸、腸管損傷を起こしやすいと思われる。当院では外側は下腹神経から骨盤神経叢を、内側は直腸固有筋膜をメルクマールにし剥離層を一定にするように心がけている。再発を来さないためには肛門挙筋付着部まで十分に直腸を授動することが肝要である。メッシュはポリプロピレン製のものを使用し、直腸に対して縦径は6cm、横径は直腸径の2/3の長さにトリミングし、後方固定後に腹腔内にメッシュが露出せず、また適度な直腸の締め付けによる術後の便失禁の予防を行っている。メッシュは十分に直腸を頭側に挙上した状態で固定することが再発予防に寄与する。仙骨前面にらせん型ステープラーで6か所固定し、直腸壁との固定は1-0の非吸収性マルチフィラメントを用いメッシュの両側を4か所ずつ固定している。【成績】2022年からこれまでに6例の手術を行った。患者は6例とも女性で1例は子宮脱も認め同時に修復した。年齢は中央値86歳(67-98歳)。手術時間は153分(121-165分)、出血量は7(0-40ml)で開腹移行はなかった。術後在院日数は7日(3-16日)で、術後術後合併症や再発は認めていない。また緩下剤を要する便秘症も認めていない。【結語】症例数は少ないが、腹腔鏡下直腸後方固定術は安全に施行でき、再発リスクも低いと思われる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 7

[P13] 一般演題（ポスター） 13 直腸脱・LARS

座長：秦 史壯(札幌道都病院外科)

[P13-3] 直腸脱に対する腹腔鏡下直腸縫合固定術の経験

堤 伸二, 坂本 義之, 菊池 日菜子, 山﨑 慶介, 赤坂 治枝, 柴田 滋 (弘前総合医療センター消化器外科)

直腸脱は高齢者に好発し，脱出による不快感や疼痛，出血等の症状によりQOLを著しく低下させる．その治療は原則手術であるが，アプローチの方法としては経会陰的と経腹的に大別される．近年では経腹的手術として腹腔鏡下直腸固定術の有用性が報告されている．当院ではこれまで全身麻酔の手術枠の問題や患者背景から経会陰的手術を選択することが多かったが，昨年より再発例や脱出腸管長の長い症例を中心に腹腔鏡下直腸縫合固定術（laparoscopic suture rectopexy; LSR）を導入している．LSRを選択している理由としては，異物を残さずnative tissueのみでの修復が可能あること，固定方法が比較的簡便であることなどが挙げられる．少数ではあるがLSR施行例では，再発は認めておらず術後の排便機能も良好であった．更なる症例の蓄積と長期成績の検討が必要ではあるが，LSRは直腸脱に対する有用な治療選択肢であると考えられた．当院がカバーしている医療圏の人口高齢化や地方中核病院としての役割から今後は直腸脱の症例が増えることが予想される．安全な手術を提供するためにも，技術向上と手術手技の定型化に努めていきたい．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 7

[P13] 一般演題（ポスター） 13 直腸脱・LARS

座長：秦 史壯(札幌道都病院外科)

[P13-4] 低位前方切除後症候群(LARS)の症状の推移とその評価についての検討～術後アンケートをもとに～

國友 愛奈, 松村 卓樹, 上田 翔, 余語 孝乃助, 倉橋 岳宏, 白井 信太郎, 松下 希美, 福山 貴大, 戸田 瑤子, 安井 講平, 篠原 健太郎, 大澤 高陽, 安藤 公隆, 深見 保之, 金子 健一朗, 佐野 力 (愛知医科大学病院消化器外科)

背景：低位前方切除後症候群(LARS)は直腸切除後の患者QOLにおいて大きな問題となるが、症状の詳細や経時的変化は明らかでない。
目的：LARSの経時的変化やLARSの中でも特に臨床的に問題となる症状を調査する。
対象：当院で直腸癌(RS~Rb：AV=15cm以下)に対して肛門を温存する術式を施行した患者で、2023.7-2024.6に当科外来を受診し、アンケート採取を行った82名。一時的ストーマ造設をした患者は、ストーマ閉鎖日を基点として対象患者に含める。
方法：後方視的カルテレビューとアンケート(LARSスコア、Wexnerスコア、独自の質問事項)から患者背景やLARS症状の詳細を調査した。
結果：手術日は2015.11-2024.4の期間が含まれ、年齢中央値61歳、男性:女性＝51:31、NAC施行2例、腫瘍占居部位RS/Ra/Rb=32/35/15、アプローチは開腹:腹腔鏡下:ロボット支援下1:49:32、術式HAR:LAR＝21:61、郭清D2:D3=8:74、ストーマあり32例、TMEあり23例、、術後合併症23例、うち縫合不全2例(grade3b：1例)、術後補助療法あり25例、再発4例(肺3、肝臓1)、アンケートまでの期間中央値29.0ヶ月 (四分位範囲：13.5-50.7)、アンケート採取時化学療法中は3例。アンケート結果では、最も苦痛な症状：繰り返す排便n=47＞頻便n=18＞切迫した便意n=11>便・ガス失禁n=6、残存している症状：繰り返す排便n=46＞頻便n=15＞便・ガス失禁n=11>切迫した便意 n=10であった。①術後2年以内の患者(n=28)と②それ以降の患者(n=54)で比較すると、LARSスコア中央値は①33点(範囲12-39)、②29.5点(範囲0-36)であったのに対し(p=0.13)、Wexnerスコア中央値は①6点(範囲0-18)、②3.5点(範囲0-17)で有意に術後2年以降の患者で低値だった(p=0.045)。現在のLARS症状の程度を点数化(0～10点)すると①中央値4点(範囲0-9②中央値3点(範囲0-10)で有意差はなかった(p=0.56)。
結論：経時的にWexnerスコアの低下が見られたのは、特にガス・便失禁症状の改善を反映した結果と考えられ、繰り返す排便・切迫した排便は術後数年経過しても持続することが多い。今後はその機序やリスクの解明・治療の発展が望まれる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 7

[P13] 一般演題（ポスター） 13 直腸脱・LARS

座長：秦 史壯(札幌道都病院外科)

[P13-5] LARSに対する外科的アプローチの検討

大谷 剛, 竹原 裕子, 工藤 泰崇, 赤在 義浩 (岡山済生会総合病院外科)

［背景］ロボット手術の増加に伴い、肛門温存手術（SPO）も増加傾向にある。LARSは術後QOLを低下させる合併症であり、SPOの増加に伴い対象患者も増加していると考えられるがLARSの治療法は確立していない。当院では２０２２年３月より超低位前方切除術（uLAR）後のLARS対策の手技の工夫としてIMA low ligation、DS造設例では早期閉鎖に加え、肛門括約筋間剥離後、剥離によって開大し短縮した機能的肛門括約筋間長の再建を目的に外肛門括約筋の縫縮する手技Anterior Anal Repair（AAR）を付加している。また同時期より直腸癌手術患者に対して骨盤底筋訓練（PFMT）や食事指導を開始した。当院におけるLARS対策の有用性を検証する。
［対象・方法］2020年1月から2025年3月までにロボット支援下直腸切除術を施行した144例のうち術前放射線治療症例を除くuLAR症例でかつLARS score, CCFIS, FIQLのアンケート調査に協力が得られた症例を対象とし、アンケートを術前、術後6か月、術後1年時に施行した。手術加療のみのsurgery alone群（S群4例）とAAR＋PFMT＋栄養指導のLARS対策群（L群8例）で後方視的に検討した。
［結果］患者背景はS群/L群 年齢中央値（歳）70/62.5 性別 M：F 2：2/7：1吻合高（㎝）2.25/2.75、DS造設（+/-）3/1：5/3、LLND（+/-）2/2：1/7であり両群間に有意差は認めなかった。S群/L群のアンケート調査の結果は,LARS score;術36/28.5,術後6か月34/35,術後1年36.5/34,CCFIS;術前4.5/0.5,術後6か月14/9,術後1年14.5/8,FIQL総スコア;術前3.7/3.85,術後6か月2.1/3.4,術後1年2.15/3.5, lifestyle術前4/4,術後6か月2.3/3.65,術後1年2.05/3.7,coping術前3.5/3.85,術後6か月1.6/2.85,術後1年2.05/3.15,depression術前3.6/3.65,術後6か月3.0/3.85,術後1年2.9/3.8, embarrassment術前3.85/3.85,術後6か月2.7/3.5,術後1年2.9/3.5であった。
［考察］LARS scoreでは効果を反映する結果は得られなかったが、CCFIS術後６か月、FIQLembarrassment術後６か月で有意にL群が良好であり、その他の術後各項目のいずれにおいてもL群において良好な結果が得られていた。今後さらなる症例の蓄積を行い、検討を行っていく必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 7

[P13] 一般演題（ポスター） 13 直腸脱・LARS

座長：秦 史壯(札幌道都病院外科)

[P13-6] 直腸脱合併骨盤臓器脱に対して腹腔鏡下直腸固定術と腹腔鏡下仙骨膣固定術を施行し化膿性脊椎炎を合併した1例

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

【緒言】直腸脱,子宮脱などの骨盤臓器脱に対する腹腔鏡下腹側直腸固定術（LVR）や腹腔鏡下仙骨膣固定術（LSC）などの術式は再発率が低く普及が進んでいる.しかし,一方で術後腹腔内膿瘍やメッシュ関連の合併症も報告されている.今回,骨盤臓器脱に対してLVRとLSCを同時に施行し術後に化膿性脊椎炎を合併した1例を経験したので報告する.【症例】症例は80歳女性,直腸脱の診断で他院にて経肛門的直腸脱手術を施行される.直腸脱再燃を認め手術加療目的で当院に紹介受診となる.直腸脱と膀胱瘤も認めたため,当院泌尿器科と合同でLVRとLSCを同時に施行した.術後第4病日に発熱,炎症所見高値,腹部ＣＴ検査で仙骨前面に骨盤内膿瘍を認めたため抗生剤投与にて保存的加療を行い軽快し術後第11病日に退院した.退院約2週間後に腰痛が出現し他院に緊急入院となる.腹部ＣＴ検査で骨盤内膿瘍の再燃を認め,当院に転院し抗生剤加療を継続するも腰痛が悪化しＭＲＩ検査で化膿性脊椎炎と診断,抗生剤投与を継続し仙骨前面の膿瘍は縮小し化膿性脊椎炎も改善するも第5腰椎の骨融解を認めたため,他院整形外科にて腰椎後方固定術を施行した.術後は症状も改善し膿瘍の再燃、脊椎炎の増悪認めず現在外来にて通院加療中である.【考察】LSCやLVRなどの腹腔鏡下手術は再発率や合併症も少なく多くの施設で現在行われている手術ではあるが,非常にまれな合併症として脊椎炎も報告されている.感染経路としては術中膣壁損傷や骨盤内膿瘍によるメッシュ感染.さらに逆行性にメッシュ固定部での前縦靭帯から椎間板,椎体に感染が進展したと考えられる.一般的な化膿性脊椎炎は血行性であるが,骨盤臓器脱手術によって引き起こされる本症例はメッシュ留置を介しての脊椎領域への直接感染が原因と考えられる.また仙骨へのメッシュ固定も当院ではタッカーで仙骨骨膜へ固定しているが,骨膜を貫通する場合は仙骨の痛みや脊椎炎の発生の危険がある.治療に関しては培養結果に応じて約6週間の抗生剤投与が基本であり,改善しない場合は感染病巣や異物除去などの外科的治療が必要である.【結語】骨盤臓器脱術後の腰痛や神経痛には化膿性脊椎炎の可能性があることも念頭に置く必要がある.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 7

[P14] 一般演題（ポスター） 14 高齢者1

座長：佐藤 貴弘(本庄福島病院)

[P14-1]

75歳以上大腸癌原発巣切除症例の治療成績の検討

下國 達志, 成田 亜沙美, 森越 健之介, 三國 夢人, 加藤 拓也, 小田切 理, 山名 大輔, 敦賀 陽介, 久留島 徹大, 笠島 浩行, 中西 一彰 (市立函館病院消化器外科)

[P14-2]

当院における超高齢大腸癌患者の短期中期予後に関する検討

伊藤 その, 藤田 孝尚, 冨井 知春, 大島 令子 (東京都立大塚病院消化器外科)

[P14-3]

高齢者大腸癌の腹腔鏡下手術の検討

増田 太郎, 中川 和也, 験馬 悠介, 本田 祥子, 伊藤 慧, 太田 絵美, 山岸 茂 (藤沢市民病院外科)

[P14-4]

80歳以上の高齢者大腸癌患者に対するロボット支援下手術の検討

齋藤 裕人, 山本 大輔, 石田 貴大, 菅野 圭, 上野 雄平, 石林 健一, 久保 陽香, 齊藤 浩志, 道傳 研太, 崎村 祐介, 林 沙貴, 林 憲吾, 松井 亮太, 辻 敏克, 森山 秀樹, 木下 淳, 稲木 紀幸 (金沢大学附属病院消化管外科)

[P14-5]

高齢者直腸癌におけるロボット支援手術の短期・長期成績

小川 聡一朗, 栗生 宜明, 藤田 悠司, 永守 遼, 伊藤 駿, 松本 順久, 小西 智規, 松尾 久敬, 小松 周平, 生駒 久視, 岡本 和真, 大辻 英吾 (京都第一赤十字病院消化器外科)

[P14-6]

高齢大腸癌患者における腹腔鏡下大腸切除術の安全性の検討

林 伸泰, 三次 悠哉, 大亀 正義, 橋田 真輔, 山本 澄治, 池田 宏国, 佃 和憲 (岡山市立市民病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 7

[P14] 一般演題（ポスター） 14 高齢者1

座長：佐藤 貴弘(本庄福島病院)

[P14-1] 75歳以上大腸癌原発巣切除症例の治療成績の検討

下國 達志, 成田 亜沙美, 森越 健之介, 三國 夢人, 加藤 拓也, 小田切 理, 山名 大輔, 敦賀 陽介, 久留島 徹大, 笠島 浩行, 中西 一彰 (市立函館病院消化器外科)

【目的】75歳以上大腸癌原発巣切除症例における当科治療成績を検討．
【対象】上記442症例(2016年1月-2025年3月)．
【方法】①臨床病理因子(年齢、性別、BMI、ASA-PS、併存疾患有無、原発巣部位、腸閉塞有無、Alb、組織型、深達度、脈管侵襲、リンパ節転移、pStage)、②手術成績(待機/緊急、アプローチ法、リンパ節郭清度、合併切除、腸管吻合、手術時間、出血量)、③短期成績(術後合併症、輸血、術後在院日数)、④合併症発症関連因子、⑤5年長期成績(全生存、癌特異的生存)、⑥多変量解析での長期成績規定因子、を調査．
【結果(※中央値、※※ROC曲線カットオフ値)】①年齢81歳※、男/女:211/231、BMI21.5※、ASA-PS1/2/3/4:7/171/255/9、併存疾患:有420/無22、結腸/直腸:333/109、腸閉塞:有105/無337、Alb3.6g/dL※、分化型/未分化型・その他:408/34、Tis/T1/T2/T3/T4:12/41/41/288/60、 ly陽性/陰性:285/157、v陽性/陰性:288/154、n陽性/陰性:169/273、pStage 0/I/II/III/IV:12/71/173/128/58．②待機/緊急:427/15、腹腔鏡/ロボット/開腹:373/35/34、D0/D1/D2/D3:1/8/42/391、合併切除:有32/無410、腸管吻合:有382/無60、手術時間172分※、出血量10ml※．③C-D分類 GradeII以下/IIIa/IIIb/IVa/V:385/34/15/6/2、輸血:有58/無384、術後在院日数9日※．④C-D GradeII以下/IIIa以上の2群と上記①②因子の解析で、IIIa群で男性割合、Alb低値、手術時間延長が有意．⑤5年生存率(%)はpStage 0/I/II/III/IV：100.0/65.0/48.3/44.2/4.2、5年癌特異的生存率はpStage 0/I/II/III/IV：100.0/84.9/73.1/61.5/4.5．⑥全生存期間：82歳※※以上、男性、BMI20.0※※未満、ASA-PS(3以上)、Alb3.3※※未満、ly陽性、pStage(III以上)、輸血有、が抽出．癌特異的生存期間：82歳※※以上、男性、BMI20.5※※未満、Alb3.3※※未満、ly陽性、pStage(III以上)、開腹手術、が抽出．
【考察・結語】C-D GradeIIIa以上発症率が12.9%と高く手術関連死亡も2例認めた．本検討では、特に高齢、男性、低栄養状態の症例において術後合併症重症化、長期成績悪化の可能性が示唆され、これらの背景因子をもつ症例を中心により個別的な周術期管理の必要性がある．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 7

[P14] 一般演題（ポスター） 14 高齢者1

座長：佐藤 貴弘(本庄福島病院)

[P14-2] 当院における超高齢大腸癌患者の短期中期予後に関する検討

伊藤 その, 藤田 孝尚, 冨井 知春, 大島 令子 (東京都立大塚病院消化器外科)

【背景】
日本全体で高齢化率が上昇している。当院の所在する豊島区は独居高齢者の割合が30%以上と全国平均よりも高い。
【目的】
当院における超高齢大腸癌患者に対する外科的治療の短期中期成績を検討する。
【方法】
2022年4月から2025年3月までに、当院でStage I-III大腸癌に対して根治手術を行った症例を対象とした。年齢80歳以上をO群、80歳未満をC群に分類し、臨床的特徴及び短期中期成績について後方視的に検討した。
【結果】
対象は76例、うちO群は29例（38%）であった。年齢中央値はO群84歳、C群69歳。O群は性別が男性/女性：15/14例、BMI中央値20.7kg/m2で、ASA-PS1/2/3：0/23/6例、原発部位C/A/T/D/S/RS：3/6/6/3/10/1例、深達度T1-3/T4：20/9例、リンパ節転移度N0/N+：21/8例であった。BMIはO群がC群より低かった（p=0.02）。
O群の手術成績は、施行術式が回盲部切除/結腸右半切除/結腸左半切除/ S状結腸切除/結腸部分切除/前方切除/Hartmann：7/7/1/9/2/1/2例、アプローチは腹腔鏡/開腹：22/7例、手術時間中央値352分、出血量中央値3ml、Clavien-Dindo grade3以上の合併症を5例（17.2%）に認め、いずれもC群と差はなかった。術後在院日数中央値は9日で、O群がC群の7日より有意に長かった(p=0.013)。術後補助化学療法が行われた症例は0例と、O群はC群より有意に少なかった(p<0.001)。
中期成績については、観察期間中央値がO群、C群ともに12か月、3年無再発生存率がO群67.9%、C群78.4%（p=0.81）、3年全生存率がO群90.2%、C群75.6%（p=0.24）で、両群に差はなかった。
【結語】
超高齢者で術後在院日数が長かった。リハビリや退院支援のより積極的な早期介入を考慮する必要がある。今後長期予後についても検討していく。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 7

[P14] 一般演題（ポスター） 14 高齢者1

座長：佐藤 貴弘(本庄福島病院)

[P14-3] 高齢者大腸癌の腹腔鏡下手術の検討

増田 太郎, 中川 和也, 験馬 悠介, 本田 祥子, 伊藤 慧, 太田 絵美, 山岸 茂 (藤沢市民病院外科)

背景:
総人口の減少と高齢者の増加に伴い、2035年には3人に1人の高齢化率となることが予想されており、それに伴って高齢者の大腸癌手術も増加することが予想される。高齢者は臓器予備能や免疫能が低下し、術後合併症が重篤化する場合があるが、大腸癌手術に関して一定の見解は得られていない。
目的:
当院の高齢者における大腸癌の腹腔鏡下手術を検討する。
対象と方法:
2010年4月から2024年3月までに大腸癌に対して、耐術可能と判断し、腹腔鏡下手術を施行した1298例について、90歳以上の超高齢者の症例(A群) 13例、75歳以上89歳以下の後期高齢者の症例(B群) 485例、74歳以下の症例(C群) 800例における、患者背景因子、手術因子、術後成績を後方視的に検討した。
結果:
3群の比較で、患者背景因子では、年齢中央値はA群91歳、B群79歳、C群66歳であり、性別、糖尿病の有無に差はなく、BMI(20.7 vs 21.9 vs 22.4、p=0.01)、高血圧(69.2% vs 50.9% vs 34.8%、p＜0.01)、心疾患(30.8% vs 16.5% vs 9.8%、p<0.01)、ASA-PS 3以上(15.4% vs 9.5% vs 4.1%、p<0.01)に差を認めた。手術因子では、出血量、リンパ節郭清度、進行度に差はなく、手術時間(180分 vs 215分 vs 229分、p=0.01)に差を認めた。術式に関して、A群では腸閉塞と出血予防のため腫瘍摘出術を行った症例や、吻合のリスクが高くハルトマン手術を選択した症例があった。術後成績では、Clavien Dindo分類 Grade 3以上の術後合併症、術後最高体温、術後最高CRP、術後在院日数に差はなかった。術後補助化学療法(0% vs 19.4% vs 36.6%、p<0.01)に差を認めた。術後3年無再発生存期間に差はなかった(100% vs 85.8% vs 87.1%、p=0.44)。
結語:
耐術可能な高齢者の大腸癌に対する腹腔鏡下手術は、症例に応じた術式を選択すれば、術後合併症の増加はなく手術が施行可能と考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 7

[P14] 一般演題（ポスター） 14 高齢者1

座長：佐藤 貴弘(本庄福島病院)

[P14-4] 80歳以上の高齢者大腸癌患者に対するロボット支援下手術の検討

齋藤 裕人, 山本 大輔, 石田 貴大, 菅野 圭, 上野 雄平, 石林 健一, 久保 陽香, 齊藤 浩志, 道傳 研太, 崎村 祐介, 林 沙貴, 林 憲吾, 松井 亮太, 辻 敏克, 森山 秀樹, 木下 淳, 稲木 紀幸 (金沢大学附属病院消化管外科)

はじめに：日本は世界で最も高齢化が進んでいる国であり、全国的に見ても高齢者大腸癌患者の手術症例は増加している。ロボット支援下大腸手術は保険収載されたことにより急速に広まっており、高齢者大腸癌患者に対しても行われるようになってきている。これまで高齢者に対する腹腔鏡手術の安全性に関する報告は散見されるが、高齢者に対するロボット手術の安全性に関する報告は少ない。今回我々は，当教室での高齢者大腸癌患者に対するロボット手術症例の治療成績、安全性について検討した。
方法：2022年1月から2025年3月に当院で行った80歳以上の高齢者大腸癌のうち、腹腔鏡手術症例：67例、ロボット手術症例：20例を対象とした。 腹腔鏡手術症例をLaparoscop群（L群），ロボット手術症例をRobot群（R群）に分け，患者背景因子（性別，BMI, ASA-PS score, Stage）、手術関連因子（術式，郭清度，手術時間，出血量）、術後短期成績（術後合併症, 入院期間）に関して比較検討を行った。
結果：患者背景因子において、性別、BMI、癌の局在、ASA-PSに関して有意差はなかった。手術関連因子に関しては，手術時間、出血量に有意差はなく、術式に関しては直腸切断術がR群で多く、回盲部切除術と右半結腸切除術がL群で有意に多かった(P= 0.02)。D2以上の郭清に関しては有意にR群で多かった（P＜0.01）。術後短期成績に関して，術後合併症（Clavien-Dindo分類 Grade II以上）と術後入院期間は 2群間で有意差は認めなかった。
結語：R群はL群と比較し、郭清の省略が有意に少なく(p＜0.01)、CD grade2以上の術後合併症と術後入院期間に有意な差は認めなかったことから、腹腔鏡手術と同様にロボット手術は80歳以上の高齢者でも安全に施行可能である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 7

[P14] 一般演題（ポスター） 14 高齢者1

座長：佐藤 貴弘(本庄福島病院)

[P14-5] 高齢者直腸癌におけるロボット支援手術の短期・長期成績

小川 聡一朗, 栗生 宜明, 藤田 悠司, 永守 遼, 伊藤 駿, 松本 順久, 小西 智規, 松尾 久敬, 小松 周平, 生駒 久視, 岡本 和真, 大辻 英吾 (京都第一赤十字病院消化器外科)

【背景と目的】
2018年より直腸癌に対するロボット支援手術（Robot-assisted surgery: RS）が保険適応となった。当院では、80歳以上の高齢患者が多く、高齢者に対しても積極的にRSを施行しているが、高齢者におけるRSの有用性についてはまだ明らかではない。高齢者におけるRSの短期成績および長期成績について腹腔鏡下手術 (Laparoscopic surgery: LS)と比較し、安全性および有用性を明らかにする。
【対象と方法】
2019年から2023年に当院で手術を施行した大腸癌症例（n=681）のうち、80歳以上の直腸癌手術症例（n=43）に対して、開腹術、人工肛門造設術のみを除外した症例を、RS群（n=19）とLS群（n=18）に分け、短期成績について後方視的に検討した。また、長期成績について、高齢者直腸癌（pStageII, III）症例を、RS群（n=14）とLS群（n=11）に分け、後方視的に検討した。
【結果】
RS群とLS群で性別、年齢、BMI、ASA、術前Alb値、術前治療の有無に差はなかった。手術時間、出血量はRS/LS＝365分 （219-736）/321分 （184-507）、RS/LS＝5g（1-320）/1g（1-250）とRS群で手術時間が長い傾向にあったが、有意差はなかった。術式はRS群でHartmann/HAR/LAR/vLAR/APR=0/5/7/5/2, LS群でHartmann/HAR/LAR/vLAR/APR=2/3/10/2/1で、両群で開腹移行はなかった。Clavien-Dindo GradeII以上の術後合併症は、RS/LS＝5/2で有意差はなかった。尿閉、腸閉塞、縫合不全は、RS/LS＝1/0, 3/3, 1/1で差はなかった。術後在院日数は、RS/LS＝10日（6-21）/15.5日（7-62）（p=0.04）と有意にRS群で短かった。長期成績は、3年OS: RS/LS＝84.4%/76.2%, 3年RFS: RS/LS＝77.9%/60%で差はなかった。再発形式は、血行性転移：RS/LS＝3/3であり、差はなかった。
【結語】ロボット支援手術は80歳以上の高齢者においても、腹腔鏡下手術と比較して同等に安全に施行されており、長期成績でも腹腔鏡下手術と差はみられなかった。ロボット支援手術は術後在院日数を短縮させる可能性があるが、有用性については今後も症例を蓄積して検討していく必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 7

[P14] 一般演題（ポスター） 14 高齢者1

座長：佐藤 貴弘(本庄福島病院)

[P14-6] 高齢大腸癌患者における腹腔鏡下大腸切除術の安全性の検討

林 伸泰, 三次 悠哉, 大亀 正義, 橋田 真輔, 山本 澄治, 池田 宏国, 佃 和憲 (岡山市立市民病院外科)

背景:高齢化が進み,高齢大腸癌患者の治療を行うことも多くなった.高齢者は様々な基礎疾患を有することが多く,また臓器予備能も低いことから一旦合併症を併発すると重症化することもあるため,慎重に治療法を検討する必要がある.
目的: 大腸癌患者に対する腹腔鏡下大腸切除術の短期成績を，高齢者群と非高齢者群で比較検討することにより高齢者大腸癌患者における腹腔鏡下大腸切除術の安全性を検討した.
対象と方法:2015年4月～2025年4月に当院と他施設で原発巣切除目的の腹腔鏡下大腸切除術を完遂した計546例を対象とした．80歳以下症例（以下Y群）429例と80歳以上（以下E群）117例の治療成績を後方視的に比較検討した.
結果:E群で有意にASAが高値で女性が多く,BMI値は低く,併存疾患有が多かった.血液検査所見ではE群で有意にAlb値,PNI値が低かった.腫瘍占居部位は両群とも左側が多く占めたが差はなかった. 手術時間,出血量に両群で差はなかった．郭清度,術後経口摂取開始日には差は認めなかった術後せん妄は有意に高齢者群で高かった．Stageは両群間で差はなかったが,術後在院日数中央値はE群19日で,Y群12日と有意にE群で長かった．術後合併症はE群31例(26.4%)で,Y群91例(21.2%)と有意にE群で高かった．両群においてSSIが最多であった．SSIを除く，合併症は有意差を認めなかった．Clavien-Dindo分類Grade 3以上の合併症E群5例(4.3%),Y群16例(3.7%)で差はなかった．再手術（ドレナージ,人工肛門造設）を必要とした縫合不全の発症率はE群で3例(2.7%),Y群7例(1.6%)，在院死亡はE群2例(1.7%),Y群3例(0.7%)で差はなかった.
結語：80歳以上の高齢大腸癌患者における腹腔鏡下大腸切除術の術前に高齢群は非高齢群に比べて術前併存疾患を有することが多く，低栄養の傾向であるものの, 術後短期成績の比較から，SSI以外の重篤な合併症に差はなく,非高齢群と同等に安全に施行できることが示唆された.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 8

[P15] 一般演題（ポスター） 15 高齢者2

座長：壁島 康郎(伊勢原協同病院)

[P15-1]

85歳以上の高齢者における大腸癌術後合併症に関するリスクファクターの検討

所 忠男[1], 川村 純一郎[1], 上田 和毅[2], 大東 弘治[2], 岩本 哲好[1], 吉岡 康多[1], 村上 克宏[1], 家根 由典[2], 波江野 真大[2], 梅田 一生[1] (1.近畿大学病院外科下部消化管部門, 2.近畿大学病院外科内視鏡外科部門)

[P15-2]

高齢大腸癌患者に対する術前Geriatric Assessmentは有用か？

関口 久美子[1], 松田 明久[2], 清水 貴夫[1], 武田 幸樹[1], 横山 康行[2], 太田 竜[1], 山田 岳史[2], 谷合 信彦[1], 吉田 寛[2] (1.日本医科大学武蔵小杉病院消化器外科, 2.日本医科大学付属病院消化器外科)

[P15-3]

高齢者大腸癌に対する術前栄養・炎症指標を用いた予後予測の検討

佐野 修平, 目谷 勇貴, 白川 智沙斗, 沢田 尭史, 藤好 真人, 折茂 達也, 田原 宗徳, 秦 庸壮, 本間 重紀 (札幌厚生病院外科)

[P15-4]

術前オーラルフレイルが高齢者大腸癌の術後短期成績に及ぼす影響

中山 快貴[1], 吉敷 智和[1], 小嶋 幸一郎[1], 若松 喬[1], 麻生 喜祥[1], 飯岡 愛子[1], 本多 五奉[1], 片岡 功[2], 磯部 聡[1], 代田 利弥[1], 後藤 充希[1], 須並 英二[1] (1.杏林大学医学部付属病院下部消化管外科, 2.杏林大学医学付属病院杉並病院消化器・一般外科)

[P15-5]

80歳以上の高齢者大腸癌手術におけるGNRIを用いた術前栄養リスク評価の検討

水元 理絵[1,2], 三吉 範克[1,2], 関戸 悠紀[1], 竹田 充伸[1], 波多 豪[1], 浜部 敦史[1], 荻野 崇之[1], 植村 守[1], 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外科学講座消化器外科学, 2.大阪国際がんセンター研究所がん医療創生部)

[P15-6]

高齢者に対してクリニカルパスは安全に運用できるか

清住 雄希, 大村 リョウタ, 松石 梢, 堀之内 誠, 遊佐 俊彦, 八木 泰佑, 甲斐田 剛圭, 清水 健次, 山村 謙介, 今井 克憲 (済生会熊本病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 8

[P15] 一般演題（ポスター） 15 高齢者2

座長：壁島 康郎(伊勢原協同病院)

[P15-1] 85歳以上の高齢者における大腸癌術後合併症に関するリスクファクターの検討

所 忠男[1], 川村 純一郎[1], 上田 和毅[2], 大東 弘治[2], 岩本 哲好[1], 吉岡 康多[1], 村上 克宏[1], 家根 由典[2], 波江野 真大[2], 梅田 一生[1] (1.近畿大学病院外科下部消化管部門, 2.近畿大学病院外科内視鏡外科部門)

緒言：高齢者に対する大腸癌手術は増加しており, これらの患者では生理機能の低下や高い併存疾患の保有率から術後合併症リスクが高まることが予想される. 本研究では周術期合併症の軽減の観点から85歳以上の大腸癌手術の術後合併症に関するリスク因子を明らかにする.
方法：2016～2022年に当科で85歳以上の大腸癌に対する根治術を施行した84例. 臨床データ（術前併存疾患, 血液検査, 術中記録, 術後合併症, 術後在院日数; POD）を収集し術後合併症の有無とそのリスク因子について検討した. 術後合併症の評価はClavien–Dindo分類を用い, 合併症のリスク因子として性別, pStage, 術前NLR（neutrophil–lymphocyte rate）, SASA (surgical Apgar Score combined ASA–PS), E–PASS (PRS, SSS, CRS)についてロジスティック回帰分析にて評価した.
結果：観察期間は30.6M（IQR;21.5–48.5M）, 男性44例, 女性40例で結腸癌（RSを含む）; 71例, 直腸癌; 13例. 術前併存疾患は高血圧症・糖尿病・脳梗塞など66例（78.6%）に認められた. 手術アプローチは鏡視下手術が74例（88.1%）に施行され, GradeI以上の術後合併症は26例（30.9%）, 内訳はGradeI; 8例, GradeII; 14例, GradeIII; 2例, GradeV; 2例. 全症例のPODは11日（IQR;9–14日）で, 術後合併症あり群（N=26）がなし群（N=58）に比し有意に長かった（17.4 ±7.6日vs. 10.5 ±2.7日, P <0.0001）.
術後合併症に対するリスク因子について単変量解析にて有意差を認めたNLR, SASA, CRSについて多変量解析したところ独立したリスク因子はNLR（OR; 2.769, P=0.025）とSASA（OR; 3.845, P=0.039）であった.
考察：超高齢者大腸癌の術後合併症に対するリスク因子は術前NLRとSASAであった. 合併症予防には術前の併存疾患の評価やその管理はもとより, 術中の出血量のコントロールおよび血圧/脈拍の麻酔科管理が重要であることが示唆された.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 8

[P15] 一般演題（ポスター） 15 高齢者2

座長：壁島 康郎(伊勢原協同病院)

[P15-2] 高齢大腸癌患者に対する術前Geriatric Assessmentは有用か？

関口 久美子[1], 松田 明久[2], 清水 貴夫[1], 武田 幸樹[1], 横山 康行[2], 太田 竜[1], 山田 岳史[2], 谷合 信彦[1], 吉田 寛[2]
(1.日本医科大学武蔵小杉病院消化器外科, 2.日本医科大学付属病院消化器外科)

【緒言】世界中で高齢化が進み，加齢とともに癌患者が増加しているため，高齢癌患者の手術治療は重要な問題となっている．しかし，その具体的な治療指針は明示されていない．高齢者機能評価（geriatric assessment; GA）は，高齢者個人の全体像を把握するための多元的で包括的な評価方法である．Geriatric 8（G8）は，栄養状態の評価，薬剤数，年齢など8項目からなる比較的簡便な方法である．そこで，高齢癌患者を対象とし，G8を用いた機能評価による術後成績を比較検討した．【方法】2021年9月から2023年3月までに日本医科大学武蔵小杉病院で行った大腸癌手術のうち，他臓器同時手術，経肛門手術を除いた159例を対象とした．【結果】65歳以上は105例で，全体の65.2%だった．G8の中央値は12.5 (範囲3.0-16.5)点であり，12.5点以上を高値群(H群)，12点以下を低値群(L群)として2群に分け，比較検討した．年齢はH群73.0 (65-86)歳，L群80.0 (65-101)歳で，L群が有意に高く(p<0.05)，BMIはH群23.1±0.3，L群19.7±0.4でL群が有意に低値だった(p<0.05)．大腸癌閉塞はH群23.3%で，L群44.4%とL群で有意に多かった(p=0.034)．穿孔はH群で0%，L群で8.9%にみられ，L群が有意に多かった(p=0.031)．手術時間はH群295.0±17.9分，L群226.0±18.0分(p=0.013)とL群が有意に短く，術中出血量はH群50.0±86.8ml，L群30.0±55.5ml(p=0.725)と有意差を認めなかった．全ての術後合併症はH群28.3%，L群42.2%(p=0,152)と有意差はないもののL群で多く，Clavien-Dindo≧3の重症合併症はH群6.7%，L群26.7%(p=0.006)と有意にL群で多かった．術後入院期間はH群12.0±1.5日，L群13.0±2.9日(p=0.144)と有意差を認めなかった．多変量解析によるClavien-Dindo≧3の重症術後合併症のリスク因子として，高血圧，左側病変，G8≦11.5が独立した予測因子として抽出された．【結論】G8による術前評価が周術期合併症のリスク評価となることが示された．高齢癌患者に対してGAによる層別化に応じた周術期の介入を行い，手術の縮小化など治療方針の変更を行うことや，外科的治療前の介入を行うことにより治療成績が改善するかについても，今後の検討課題である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 8

[P15] 一般演題（ポスター） 15 高齢者2

座長：壁島 康郎(伊勢原協同病院)

[P15-3] 高齢者大腸癌に対する術前栄養・炎症指標を用いた予後予測の検討

佐野 修平, 目谷 勇貴, 白川 智沙斗, 沢田 尭史, 藤好 真人, 折茂 達也, 田原 宗徳, 秦 庸壮, 本間 重紀 (札幌厚生病院外科)

【背景・目的】
高齢者大腸癌患者では、術前の栄養状態や全身炎症反応が術後予後や合併症に影響を与える可能性が高く、術前の評価が重要である。一方で、高齢者に特化した予後予測や合併症リスク評価において、明確な指標は十分に確立されていない。本研究では、80歳以上のStage III以下大腸癌患者を対象に、術前の栄養・炎症関連指標であるGNRI（Geriatric Nutritional Risk Index）、PNI（Prognostic Nutritional Index）、NLR（Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio）、BMIに着目し、再発生存（RFS）、全生存（OS）、および術後合併症との関連性を検討した。
【方法】
2018年～2021年に当院で手術を施行した80歳以上の大腸癌患者のうち、Stage 0-IIIで根治切除を受けた78例を対象とした。術前の血液検査および身体計測値よりGNRI、PNI、NLR、BMIを算出し、各指標に基づいて2群に分類した。主要評価項目をRFSおよびOS、副次評価項目としてClavien–Dindo分類Grade II以上の術後合併症発生率とし、Kaplan–Meier法およびCox比例ハザードモデルで解析を行った。
【結果】
性別は男性29例（37.2%）、女性49例（62.8%）、pStageは 0-I 20例（25.6%）、II 32例（41.0%）、III 26例（33.3%）であった。NLR高値群は低値群と比較して3年RFSが有意に低く（63.9% vs 83.6%、p=0.036）、多変量解析でも独立した予後因子であった（HR 0.35, 95%CI: 0.13–0.96, p=0.042）。一方、OSではNLR高値群の3年生存率は83.1%、低値群は97.6%であったが、有意差は認められなかった（p=0.102）。BMI低値群でもRFSおよびOSの不良傾向を示したが、有意差には至らなかった。GNRIおよびPNIについても、低値群で再発・死亡率の上昇傾向はみられたが、統計学的有意性はなかった。なお、いずれの指標においても術後Clavien–Dindo分類Grade III以上の合併症との有意な関連は認められなかった。
【結論】
80歳以上のステージI–III大腸癌患者において、術前NLRは再発の独立した予後因子であり、BMIや他の栄養指標も予後不良の傾向を示した。NLRはOSには有意な影響を及ぼさなかったが、RFSの層別化において有用であり、術前評価の一助となる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 8

[P15] 一般演題（ポスター） 15 高齢者2

座長：壁島 康郎(伊勢原協同病院)

[P15-4] 術前オーラルフレイルが高齢者大腸癌の術後短期成績に及ぼす影響

中山 快貴[1], 吉敷 智和[1], 小嶋 幸一郎[1], 若松 喬[1], 麻生 喜祥[1], 飯岡 愛子[1], 本多 五奉[1], 片岡 功[2], 磯部 聡[1], 代田 利弥[1], 後藤 充希[1], 須並 英二[1] (1.杏林大学医学部付属病院下部消化管外科, 2.杏林大学医学付属病院杉並病院消化器・一般外科)

【始めに】高齢者の術前オーラルフレイルが術後呼吸器感染症のリスク因子との報告がある。今回、我々はオーラルフレイルが大腸癌手術の周術期に及ぼす影響について注目した。
【目的】高齢者大腸癌患者の術前オーラルフレイル（OF）症例の特徴と手術の短期成績に与える影響を抽出し、その対策を検討する。
【方法】当院で2021年10月～2023年12月に大腸癌手術を施行した70歳以上の患者を対象とした。術前にオーラルフレイル問診票（OFI-8）で評価を行った。また、歯科医師もしくは歯科衛生士による口腔内環境の評価も行った。OFI-8の評価は８項目を各1点（合計8点）とし、OF低リスク群（≦3点）、OF高リスク群（≧4点）、に分類した。OF症例の特徴を分析し、周術期の短期成績に及ぼす影響を解析した。
【結果】症例数は90例（男性43人、女性47人）で、年齢78.5歳(中央値；70-92)、腫瘍部位は結腸65例、直腸25例であった。OFI-8の内訳は高リスク群50例、低リスク群40例であった。OFと臨床病理学的因子で相関を認めたものは、口腔内環境悪化の有無（相関係数0.193、p=0.031）、日本版フレイル尺度：JCHS（相関係数0.276、p=0.001）、糖尿病（相関係数0.263、p=0.013）であった。術後合併症（CD分類Grade2以上）は17例（18%）であった。合併症の内訳は腸管麻痺7例（7.8%）、尿路感染症2例（2.2%）、腹腔内膿瘍5例（5.6%）、その他3例（3.3%）であった。術後入院期間に関しては、高リスク群は低リスク群と比較して有意に延長していた（13.7日vs17.8日p=0.043）。また、高リスク群は、初回排便までの期間が有意に長かった（3.6日vs 4.4日p=0.017）。
【考察】OFI-8高リスク症例は大腸癌手術において術後合併症が多く発生し、在院日数が有意に延長した。この結果は、OF高リスク症例は口腔内環境の悪化や身体的フレイル、糖尿病に関しても相関を認めており、術後ADL低下や経口摂取への影響を反映している可能性がある。術前オーラルフレイル評価は手術短期成績を予測する上で重要な指標となり得ると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 8

[P15] 一般演題（ポスター） 15 高齢者2

座長：壁島 康郎(伊勢原協同病院)

[P15-5] 80歳以上の高齢者大腸癌手術におけるGNRIを用いた術前栄養リスク評価の検討

水元 理絵[1,2], 三吉 範克[1,2], 関戸 悠紀[1], 竹田 充伸[1], 波多 豪[1], 浜部 敦史[1], 荻野 崇之[1], 植村 守[1], 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外科学講座消化器外科学, 2.大阪国際がんセンター研究所がん医療創生部)

担癌患者において、術前の低栄養状態は術後合併症や予後に影響を与えることが報告されている。これまでも、PNI(prognostic nutritional index）やGNRI(Geriatric Nutritional Risk Index)といった簡便な栄養指標を用いて高齢者大腸癌患者の手術リスクが考察されてきている。また、大腸癌は依然全国がん罹患率1位を示し、超高齢化社会に伴い、今後も高齢者が外科的治療を受ける機会が更に増加していくことが予測される。本研究では、今後症例数の増加が見込まれる80歳以上の高齢大腸癌症例に対象を絞り、術前の栄養状態をGNRIを用いて評価し、高齢者大腸癌手術予後との関連性を検討した。
対象を2004年～2019年に当院にて根治切除が施行された80歳以上の大腸癌(直腸癌を含む)症例とし、後ろ向きに検討を行った。GNRI=1.487×血清Alb値＋41.7×術前体重/理想体重で算出し、術後生存期間、再発との関連性を検証した。GNRIのカットオフ値は、2004～2013年手術施行症例群からReceiver Operating Characteristic(ROC)曲線により算出した。GNRI=97.5をカットオフ値とし、高GNRI群と低GNRI群に分類した。2004～2019年手術施行症例を対象症例とし、カプラン・マイヤー曲線にて生存時間分析を行い、低GNRI群は高GNRI群と比較し、術後生存期間が有意に短くなる傾向を認めた。また、術後生存期間について、Cox比例ハザードモデルを用いて解析を行い、低GNRIによる有意なリスクの上昇を認めた。以上から、80歳以上の高齢大腸癌手術症例においても、GNRIは術前栄養リスク評価として簡便に用いることができる有用な指標になると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 8

[P15] 一般演題（ポスター） 15 高齢者2

座長：壁島 康郎(伊勢原協同病院)

[P15-6] 高齢者に対してクリニカルパスは安全に運用できるか

清住 雄希, 大村 リョウタ, 松石 梢, 堀之内 誠, 遊佐 俊彦, 八木 泰佑, 甲斐田 剛圭, 清水 健次, 山村 謙介, 今井 克憲 (済生会熊本病院外科)

【背景】
我が国は高齢化率29.3%、75歳以上の人口16.8%と超高齢社会であり、その中で大腸癌は罹患率1位、死亡率2位と高頻度のがん種である。高齢者に対して大腸癌手術を行う機会が増加している一方で、入院期間の短縮に向けた政策が推進されている。当科では、DPC（Diagnosis Procedure Combination (DPC制度；DPC/PDPS)に沿い、最短でI期の退院を目指したクリニカルパスを策定しており、2021年1月から2023年3月迄の期間は8日、2023年4月から2024年8月迄の期間は7日を目標に設定している。
一方、患者の多くは高齢者であり、周術期管理の安全性については慎重に検証する必要がある。そこで、今回、クリニカルパスで運用した症例の短期成績を解析し、高齢者に対する周術期管理の安全性について評価を行った。
【方法】2021年1月から2024年8月の期間に結腸癌に対する根治手術を実施した75歳以上の患者171名を対象とし、短期成績を検討した。
【結果】
75歳以上の患者は171名。男性86名、女性85名。平均年齢は82.2歳。
入院期間別の退院数では、DPC I期が52名（30.4%）、II期が88名（51.5%）であった。Clavien-Dindo分類III以上の合併症は6名（縫合不全3名:1.8%、吻合部出血１名；0.6%、腹腔内膿瘍１名;0.6%、排尿障害１名;0.6%）に認めた。また、退院後の再入院率は4名（2.4%）で、イレウスを2例、縫合不全を1例、正常血糖ケトアシドーシスを１例に認めた。75歳未満の患者と比較し、合併症発生率や再入院率に有意差は認めなかった。75歳以上の高齢者において、クリニカルパス改定前後の術後入院日数を比較すると、9.5±5.9 vs 8.3±5.9, $p<0.01$と有意に短縮していた。
【まとめ】
結腸癌の周術期管理におけるクリニカルパスは高齢者に対して安全に運用できており、更に入院期間短縮に寄与していると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 8

[P16] 一般演題（ポスター） 16 高齢者3

座長：山本 浩文(大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻分子病理学)

[P16-1]

85歳以上超高齢者大腸がん患者の手術成績と75歳以上高齢者との比較

外山 平, 天野 正弘, 淺田 恵美, 佐藤 美咲紀, 村上 加奈, 桑原 明菜, 木村 都旭, 宇宿 真一郎, 細井 則人, 首藤 介伸, 堀尾 裕俊, 宮崎 国久 (東京北医療センター外科)

[P16-2]

高齢者pStageIII大腸癌患者の予後の検討

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

[P16-3]

75歳以上高齢者におけるpStageIII大腸癌に対する術後補助化学療法の検討

筒井 敦子, 萩原 千恵, 大友 直樹, 松村 光, 長谷 泰聖, 原島 諒, 八木 雄介, 里見 龍太郎, 勅使河原 優, 中尾 篤志, 贄 裕亮, 若林 大雅, 岡本 信彦, 大村 健二, 若林 剛 (上尾中央総合病院外科)

[P16-4]

75歳以上pStage III大腸癌に対する術後補助化学療法の実態

大澤 ヒデキ, 池嶋 遼, 吉岡 慎一 (八尾市立病院消化器外科)

[P16-5]

80歳以上の高齢者に対する大腸癌術後補助化学療法の有用性について

辻村 直人, 鄭 充善, 吉川 幸宏, 大原 信福, 玉井 皓己, 森 総一郎, 西田 謙太郎, 浜川 卓也, 瀧内 大輔, 辻江 正徳, 赤丸 祐介 (大阪ろうさい病院外科)

[P16-6]

75歳以上の後期高齢者大腸癌に対するLynch症候群ユニバーサルスクリーニングの意義と課題

吉岡 貴裕, 中尾 真綾, 森田 哲司, 坂本 真也, 八木 朝彦, 井上 弘章, 三村 直毅, 高田 暢夫, 田渕 幹康, 田村 周大, 上村 直, 大石 一行, 稲田 涼, 徳丸 哲平, 中村 敏夫, 岡林 雄大 (高知医療センター消化器外科・一般外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 8

[P16] 一般演題（ポスター） 16 高齢者3

座長：山本 浩文(大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻分子病理学)

[P16-1] 85歳以上超高齢者大腸がん患者の手術成績と75歳以上高齢者との比較

外山 平, 天野 正弘, 淺田 恵美, 佐藤 美咲紀, 村上 加奈, 桑原 明菜, 木村 都旭, 宇宿 真一郎, 細井 則人, 首藤 介伸, 堀尾 裕俊, 宮崎 国久 (東京北医療センター外科)

【背景】本邦では高齢化が進んでおり、2024年9月の段階で65歳以上の割合が29.3%、80歳以上の割会が10.4%といずれも過去最高を記録している。大腸がんの罹患数も依然増加傾向であり、今後高齢者に対する大腸がん手術症例は増加していくことが予想される。そこで今回、当院における85歳以上の超高齢者大腸がん患者の手術症例を集積し、75歳以上の高齢者と比較検討を行ったので報告する。【対象と方法】対象は2022年4月～2025年3月の間に当院で大腸がんに対して予定手術を行なった75歳以上の患者（大腸ステント留置例、緊急入院例を除く）。75歳～84歳の高齢者群と85歳以上の超高齢者群に分け、それぞれの短期成績を集積、比較検討を行なった。統計解析はt検定とカイ2乗検定を用い、$p<0.05$をもって統計学的有意差ありとした。【結果】75歳～84歳の高齢者群は76例、85歳以上の超高齢者群は26例集積された。超高齢者群の平均値は年齢が87.7歳、手術時間が190分、術後食事再開期間は3.65日、術後在院日数は16.3日だった。Clavien-Dindo分類Grade3以上の合併症は3例（11.5%）あったが、周術期死亡はなかった。高齢者群と比較すると、心疾患等の併存疾患や術前の血液検査の値に差はなかったが、有意に運動耐容能（METs）は低く、ASA-PS分類は高かった。また術後食事再開期間や合併症発生率に差はなかったが、術後在院日数は超高齢者群16.3日、高齢者群11.2日と超高齢者群は有意に延長する結果となった。【考察】過去に75歳未満の若年者と75歳以上の高齢者を比較した報告は複数あり、その多くは高齢者群の方が有意にASA-PS分類が高く術後在院日数は延長するものの、手術時間や術後合併症発生率に差はないという結果となっていた。本検討でも概ね同様の結果であったが、食事再開期間や合併症発生率に差がないにも関わらず、術後在院日数が延長する理由としては、退院先や転院先の受け入れ準備といった社会的要因が関与していることが推察された。【結語】85歳以上超高齢者大腸がん患者は75歳以上高齢者と比較して、術後在院日数は延長するものの術後短期成績は同等であり、安全に手術を行うことが可能である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 8

[P16] 一般演題（ポスター） 16 高齢者3

座長：山本 浩文(大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻分子病理学)

[P16-2] 高齢者pStageIII大腸癌患者の予後の検討

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

背景
高齢者の大腸癌の予後はやや不良であるとされる.
目的：高齢者大腸癌患者の予後因子について検討する.
対象と方法：2010年～2021年のpStageIIIの大腸癌患者のうち、50歳以上の395人(IIIa/IIIb/IIIc; 38/289/68 人)を対象. 男性212人、女性183人. 予後の良いIIIa群を除いたIIIb+IIIc群を年齢でA群（50～64歳）、B群（65～74歳）、C群（75歳以上）に分類. 各群の症例数は其々81,150,126人であった. 臨床病理学的因子について無再発生存率(RFS)を解析し、多変量解析はCox比例ハザードモデルを使用（有意水準p＜0.05).
結果：IIIa/IIIb/IIIcの各群間で生存曲線は明瞭に分離. 予後良好なIIIaを除いたIIIb+IIIc患者は357人でA vs B+C群の予後はB+C群が不良でp値0.10. A+B vs C群はC群が不良でｐ値は0.03. A+B群におけるリスク因子は低ＢＭＩ（18.5未満), CA19-9陽性, N2およびpStageIIIc, 補助療法無しが予後が不良(p＜0.05). C群では右側病巣, GPS2以上, CA19-9陽性, 開腹手術, 低分化型組織が有意に予後が不良. pT4, Ｎ２, pStageIIIcのｐ値は0.09、0.08、0.06. 多変量解析; A+B群ではCA19-9陽性(HR: 1.9), pStageIIIc(HR: 2.2), 補助療法無し(HR: 2.2)が抽出. C群ではCA19-9陽性(HR; 3.2), 右側病巣(HR: 1.9), GPS2以上(HR:1.9)が抽出. C群で補助療法の有無と各リスク因子による層別解析では、有意差は無いが、補助療法で予後曲線は概ね上回る傾向があったが、GPS2以上では補助療法の施行により予後曲線が下回った.
考察：75歳以上の群と75歳未満の群ではCA19-9陽性, pT4, N2は共通で予後不良因子となったが、それ以外は相違があった. 75歳未満の群で補助療法が有用である一方で75歳以上では効果が乏しい傾向がみられた. 特にGPS2以上で化学療法は予後が悪化する可能性が考えられた.
結語：75歳以上ではリスク因子の違いがあり、高齢者への補助療法の適応については、患者背景を踏まえた慎重な検討と十分なICが必要である.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 8

[P16] 一般演題（ポスター） 16 高齢者3

座長：山本 浩文(大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻分子病理学)

[P16-3] 75歳以上高齢者におけるpStageIII大腸癌に対する術後補助化学療法の検討

筒井 敦子, 萩原 千恵, 大友 直樹, 松村 光, 長谷 泰聖, 原島 諒, 八木 雄介, 里見 龍太郎, 勅使河原 優, 中尾 篤志, 贊 裕亮, 若林 大雅, 岡本 信彦, 大村 健二, 若林 剛 (上尾中央総合病院外科)

【はじめに】本邦の大腸癌診療ガイドラインにおいて、70歳以上のpStageIII大腸癌に対しても、術後補助化学療法が推奨されているが、未だ十分なエビデンスがあると言えず、各施設や担当医師の判断で、適応が決定されている。
【目的】75歳以上高齢者におけるpStageIII大腸癌に対する術後補助化学療法について、その妥当性を検討する。
【対象・方法】2017年1月から2022年４月までに手術を施行した75歳以上大腸癌症例のうちpStageIII98例について検討を行った。
【結果】年齢は75-79歳50例、80-84歳26例、85-89歳16例、90歳以上6例であった。pStageはIIIa 11例、IIIb 62例、IIIc 25例であった。術後補助化学療法を施行したのは32例(32.6%)であった。施行しない理由としては、高齢、PS低下、認知症、併存疾患、また本人の希望も多く認められた。完遂が26例、副作用により途中中止は6例であった。レジメンはOX併用療法が16例で、FP単独療法が16例であった。OX投与途中で末梢神経障害によりFP単独療法としたものは4例であった。中止の理由としては3例はGrade２,3の副作用、また3例は投与初期に体調不良となり本人希望によるものであった。観察期間の中央値は41.５(1-95)カ月で、3年無再発生存率は補助化学療法完遂群(Adj群)84.6％vs手術単独/補助化学療法途中中止群(S群)68.1%でAdj群で有意な傾向があった(p=0.0587)．3年生存率はAdj群92.3％vs S群77.3%でAdj群で有意な傾向があった(p=0.0057)．OX併用群とFP単独群ではRFS,OS共に有意差は認められなかった(p=0.87,P=0.96)。
【結語】75歳以上高齢者において、術後補助化学療法は有意差は認められなったものの、長期予後を改善する可能性が示唆された。OX併用は上乗せ効果を認めなかった。
高齢者に対する補助化学療法は、基礎疾患を含めた全身状態と治療効果を十分に検討した上で、適応を判断する必要があると考えらえた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 8

[P16] 一般演題（ポスター） 16 高齢者3

座長：山本 浩文(大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻分子病理学)

[P16-4] 75歳以上pStage III大腸癌に対する術後補助化学療法の実態

大澤 ヒデキ, 池嶋 遼, 吉岡 慎一 (八尾市立病院消化器外科)

【背景】pStage III大腸癌に対する術後補助化学療法（adjuvant chemotherapy：ACT）は、生存率の向上に寄与することが現在の標準治療として広く認識されている。一方で、75歳以上の高齢者における導入実態や治療完遂率、中止理由と予後との関連に関する報告は国内では限られている。
【対象と方法】2018～2023年に当院で根治切除を行った75歳以上のpStage III大腸癌症例55例を対象に、ACT施行の有無に基づき、患者背景・治療内容・転帰を後方視的に検討した。
【結果】ACTは22例（40.0%）に施行され、18例（81.8%）が完遂、4例（18.2%）が中止となった。非施行群は施行群に比し年齢中央値が有意に高く（81歳 vs 77歳、p=0.0013）、脳血管障害（30% vs 10%）の合併が多かった。認知症の有無は群間で差を認めなかったが、非施行群で多い傾向を示した（p=0.071）。初回減量は11例（50.0%）、途中減量は4例（18.2%）に行われ、減量があっても多くが完遂されていた。3年RFSは施行群で86.4%、非施行群で81.8%、3年OSは施行群で95.5%、非施行群で78.8%であったが、有意差は認めなかった。中止理由はHFS（2例）、倦怠感（2例）、下痢（1例）であった。
【結論】本検討では、75歳以上のpStage III大腸癌症例においてACTは40%に施行され、年齢や脳血管障害、認知症の有無が導入判断に影響していた。減量を伴っても多くの症例で治療が完遂されていた。ACT施行群の3年RFSおよびOSは非施行群より高い数値を示したが、有意差は認められず、施行可否に関わる患者背景が予後に影響を与えた可能性がある。高齢者に対するACTの導入は、全身状態や併存疾患を踏まえた個別の判断が重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 8

[P16] 一般演題（ポスター） 16 高齢者3

座長：山本 浩文(大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻分子病理学)

[P16-5] 80歳以上の高齢者に対する大腸癌術後補助化学療法の有用性について

辻村 直人, 鄭 充善, 吉川 幸宏, 大原 信福, 玉井 皓己, 森 総一郎, 西田 謙太郎, 浜川 卓也, 瀧内 大輔, 辻江 正徳, 赤丸 祐介 (大阪ろうさい病院外科)

【背景】
大腸癌治療ガイドライン2024では、80歳以上の高齢者への術後補助化学療法(AC)は、PSが良好で化学療法に関してリスクとなる基礎疾患、併存症がなく主要臓器機能が保たれていれば術後補助化学療法を弱く推奨され、オキサリプラチン(OX)併用療法に関しては、フッ化ピリミジンに対するOXの上乗せ効果は明確ではないため、行わないことを弱く推奨するとある。
【目的】
80歳以上の高齢者に対するACの有用性について検討した。
【方法】
2010年１月から2021年12月までpStageIII大腸癌と診断された80歳以上の症例は127例であった。ACを施行した症例は17例(AC群)で、ACを施行しなかった症例は110例(非AC群)で、5年無再発生存率(5y-RFS)、5年癌特異的生存率(5y-CSS)、5年全生存率(5y-OS)を比較検討した。
【結果】
AC完遂率は64.7%であった。内訳はCAPOX4コースが4例中3例、CAPOX8コースが1例中1例、Capecitabine8コースが8例中6例、S-1 4コースが1例中0例、UFT/LV 5コースが3例中2例であった。
AC中止理由は、嘔気、薬疹、手足症候群、腎障害、肝転移であった。
5y-RFSはAC群で64.7%、非AC群で55.3%であり、有意差を認めなかった(Log-rank: p=0.37)。5y-OS はAC群で70.6%、非AC群で57.8%であり、有意差を認めなかった(Log-rank: p=0.28)。5y-CSS はAC群で70.6%、非AC群で63.6%であり、有意差を認めなかった(Log-rank: p=0.44)。
【考察】
80歳以上のACは再発や予後改善に有意な結果を得られなかった。有意差を認めなかったのはAC群の症例数が少ないこと、ACの完遂率が64.7%であり十分な効果を得られなかった可能性があること、OX併用療法が少ないことが考えられる。
【結語】
今回の解析では非血液毒性が原因でACが中止となっているため、非血液毒性を予防し完遂率を上げ、再度検討する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 8

[P16] 一般演題（ポスター） 16 高齢者3

座長：山本 浩文(大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻分子病理学)

[P16-6] 75歳以上の後期高齢者大腸癌に対するLynch症候群ユニバーサルスクリーニングの意義と課題

吉岡 貴裕, 中尾 真綾, 森田 哲司, 坂本 真也, 八木 朝彦, 井上 弘章, 三村 直毅, 高田 暢夫, 田渕 幹康, 田村 周大, 上村 直, 大石 一行, 稲田 涼, 徳丸 哲平, 中村 敏夫, 岡林 雄大 (高知医療センター消化器外科・一般外科)

【背景】
最も頻度の高い遺伝性大腸癌であるLynch症候群(LS)に対し，本邦でも大腸癌全例を対象としたユニバーサルスクリーニング（US）が推奨されている．一方で高齢者を対象と含めるかは未だcontroversialであり，高齢化の進む本邦においては臨床的な課題となる．本検討では75歳以上の後期高齢者に対するUSの意義を検討した．

【方法】
2022年4月以降に当院で切除した大腸腺癌のうちUSの同意が得られた症例を対象とした．MSI検査またはミスマッチ修復タンパク免疫染色(MMR-IHC)を行い，MSI-HまたはMLH1(-)ではBRAF検査を追加した．遺伝性腫瘍外来推奨症例では遺伝カウンセリング(GC)を提供の上，希望者に遺伝学的検査（GT）実施した．75歳以上をA群，75歳未満をB群とした．

【結果/考察】
A群333例，B群409例，合計742例にUSを実施した．A群/B群でそれぞれ年齢81.6/63.6歳，女性169例(50.8%)/153例(37.4%)，右側結腸癌142例(42.6%)/97例(37.4%)であった．MSI-HもしくはdMMRは12.6%/6.1%とA群に多かったが，必要症例でBRAF検査追加後の遺伝性腫瘍外来受診推奨例は15例(4.5%)/20例(4.8%)と両群がほぼ同等であった．GC提供例は11例(3.3%)/19例(4.6%)で，それぞれ全例がGTを希望．GT終了例は抄録提出時点で9例(2.7%)/14例(3.4%)であった．LS確定は2例(0.6%)/4例(1.0%)で，原因遺伝子はA群でMSH2とMSH6が1例ずつ，B群でMLH1とMSH6が2例ずつであった．LS確定者の最高齢は90歳であった．メチレーション検査は市中病院では実施困難だが，BRAF検査を追加することで特にA群ではGC対象を絞り込む事ができた．高齢者症例では認知症や併存疾患により古典的スクリーニングの正確な実施は困難な症例も多く含まれる一方，一定頻度でLSが実際に存在していた．

【結語】
後期高齢者に対するLSのユニバーサルスクリーニングはfeasibleと考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 9

[P17] 一般演題（ポスター） 17 ロボット1

座長：柳 舜仁(川口市立医療センター)

[P17-1]

ロボット支援回盲部切除術において内側アプローチ変法は許容されるか

美甘 麻裕[1], 杉原 守[1], 岩瀬 友哉[1], 高木 徹[1], 立田 協太[1], 杉山 洸裕[1], 赤井 俊也[1], 深澤 貴子[2], 竹内 裕也[1] (1.浜松医科大学外科学第二講座, 2.磐田市立総合病院消化器外科)

[P17-2]

当科におけるロボット支援腹結腸切除術の短期成績

柴田 賢吾, 市川 伸樹, 吉田 雅, 大野 陽介, 今泉 健, 佐野 峻司, 武冨 紹信 (国立大学法人北海道大学北海道大学病院消化器外科Ⅰ)

[P17-3]

専攻医でもできる手技を目指したロボット支援下体腔内吻合の導入と短期成績

赤本 伸太郎, 宮地 太一 (住友別子病院外科)

[P17-4]

当科におけるロボット支援右側結腸癌切除時の体腔内吻合の定型化に向けて

八幡 和憲, 山田 遼, 河合 純兵, 村瀬 佑介, 田中 秀治, 丹羽 真佐夫, 今井 健晴, 棚橋 利行, 佐々木 義之, 奥村 直樹, 山田 誠 (岐阜市民病院外科)

[P17-5]

結腸腫瘍におけるロボット支援下手術の短期成績―propensity score matchingを用いた腹腔鏡下手術との比較―

荒川 敏[1,2], 花井 恒一[2], 加藤 宏之[2], 永田 英俊[2], 近藤 ゆか[2], 志村 正博[2], 小池 大助[2], 多代 尚広[2], 東口 貴彦[2], 国村 祥樹[2], 谷 大輝[2], 堀口 和真[2], 佐藤 美信[2], 加藤 悠太郎[2], 石原 慎[1,2], 伊東 昌広[2], 堀口 明彦[2] (1.藤田医科大学医学部医学教育開発学, 2.藤田医科大学ばんたね病院消化器外科)

[P17-6]

傾向スコアマッチングを用いたda Vinci SPとXiによる右側結腸癌手術の短期成績の比較

林 久志, 石山 泰寛, 芥田 壮平, 皆川 結明, 中西 彬人, 西 雄介, 藤井 能嗣, 石井 利昌, 椙田 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消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 9

[P17] 一般演題（ポスター） 17 ロボット1

座長：柳 舜仁(川口市立医療センター)

[P17-1] ロボット支援回盲部切除術において内側アプローチ変法は許容されるか

美甘 麻裕[1], 杉原 守[1], 岩瀬 友哉[1], 高木 徹[1], 立田 協太[1], 杉山 洸裕[1], 赤井 俊也[1], 深澤 貴子[2], 竹内 裕也[1] (1.浜松医科大学外科学第二講座, 2.磐田市立総合病院消化器外科)

【背景】当院では腹腔鏡下回盲部切除術において、十二指腸下行脚外側の間膜を切開し、十二指腸を損傷せずに確実に同定することを目的とした内側アプローチ変法を採用してきた。
【目的】腹腔鏡手術で実施してきた内側アプローチ変法が、ロボット支援回盲部切除術においても安全かつ有効な手技として許容されるかを検討した。
【方法】2023年4月よりロボット支援回盲部切除術を導入し、内側アプローチ変法、従来の内側アプローチ、後腹膜アプローチの3手技を適宜選択して施行した。各アプローチの操作性、安全性、習得の容易さを比較検討した。
【結果】内側アプローチ変法は、十二指腸を確実に同定できるため損傷リスクの回避に有効であった。一方、ロボットをドッキングした状態では術中の体位変換が困難であり、小腸排除に苦慮する症例があった。後腹膜アプローチは、ロボット導入前に小腸を完全に左側へ排除できるため、回盲部の授動は比較的容易であったが、十二指腸がどのタイミングで露出するかを慎重に見極める必要があり、特に初学者には注意を要した。従来の内側アプローチでは、再度回盲部を授動する必要がある点や、十二指腸の同定に苦慮する場面があった。
【考察】ロボット支援手術は視野や操作性に優れ、学習曲線が比較的短いことから若手外科医の導入が進んでいるが、高難度新規医療技術として安全な導入と実施が強く求められる。非ハイボリュームセンターにおいては、回盲部切除やS状結腸切除術などの標準的な症例を通じて基礎技術を確実に習得し、複数のアプローチ法を経験することで、将来的に腫瘍の浸潤や癒着を伴う困難症例にも柔軟に対応できるようになると考える。
【結語】ロボット支援回盲部切除術において、内側アプローチ変法は若手外科医にとっても安全かつ実用的な選択肢であり、十分に許容される手技である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 9

[P17] 一般演題（ポスター） 17 ロボット1

座長：柳 舜仁(川口市立医療センター)

[P17-2] 当科におけるロボット支援腹結腸切除術の短期成績

柴田 賢吾, 市川 伸樹, 吉田 雅, 大野 陽介, 今泉 健, 佐野 峻司, 武冨 紹信 (国立大学法人北海道大学北海道大学病院消化器外科Ⅰ)

【諸言】ロボット支援下手術は本邦では2022年4月より診療報酬改定により、直腸に次いで結腸も保険適応となった。ロボット手術は従来の腹腔鏡手術よりも精密な操作が可能あることが特徴であるが、結腸の手術においてはその有用性はまだ未知である。当科でも保険収載に伴い結腸へ適応を拡大した。当科で行ったロボット支援下結腸手術の短期成績を報告する。
【方法】当科で2022年4月から2025年3月までに行なったロボット支援下結腸切除を後方視的に検討した。
【結果】対象症例は44例であった。患者背景は、年齢72.5歳(49-90歳）、 男性16例、女性28例、 BMIは 21.8(14-27)。腫瘍の位はV１例、C１6例、A10例、T5例、D2例、S10例。 cStage０が4例、 Ⅰ13例、 Ⅱ10例、 Ⅲ13例、 Ⅳ1 例、その他3例であった。他臓器合併切除症例は2例で、両側付属器合併症例と胆摘症例であった。手術時間は222分 (150-415分)、コンソール時間119.5分 (54-306分) 出血量0ml (0-510ml)であった。24例中、開腹移行を1例認めた。術後合併症は3例で Clavien-Dindo分類Ⅱの創感染１例、腸炎1例、３aの吻合部出血であった。術後入院日数は10.0日(7-22日)で、術後30日以内の再手術はなかった。病理学的にはPM65cm(26-305mm)、DM60.0cm(26-200mm)、 StageⅣの1例以外R０切除であった。
【考察】当科で行なったロボット支援下結腸切除症例において、Clavien-Dindo分類Ⅲb以上の合併症症例はなく、在院日数も長期化した症例はなかったため、結腸手術に対するロボット導入は比較的安全であった。開始から20例は大腸プロクター保有者による執刀であったが、現在は非プロクターおよび専攻医による部分執刀を交えて施行しており、その部分で時間や出血が増えた。今後、若手が執刀する機会を増やすためにも、手術時間の短縮や術式の定型化を確立することが必要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 9

[P17] 一般演題（ポスター） 17 ロボット1

座長：柳 舜仁(川口市立医療センター)

[P17-3] 専攻医でもできる手技を目指したロボット支援下体腔内吻合の導入と短期成績

赤本 伸太郎, 宮地 太一 (住友別子病院外科)

【背景】当院ではロボット結腸癌手術の導入とともに体腔内吻合を導入した．外科専攻医4名を含む新規術者5人も参加し，延べ6人の術者がロボットによる体腔内吻合を経験した．同時期のconventionalな腹腔鏡での体腔内吻合症例は無い．
【目的】当院での結腸癌体腔内吻合の短期成績を検討する．
【対象】2022年7月～2025年3月までに施行した，ロボット支援下結腸側側吻合症例86例のうち，体腔内吻合を施行した69例を対称とした．
【方法】overlapを基本とし，新規術者でもstapler挿入や腸管の誘導を容易にするため，挿入口に牽引用の全層縫合糸をかけ，ロボットstaplerで吻合した．挿入口は縫合閉鎖した．標本摘出後に3Lの温生食で腹腔内とトロッカーと鉗子を洗浄した．
【結果】7例に他領域の手術を同時に施行した．中央値で年齢：75歳(47-94)，BMI：22.9(16.9-41.3)，新規術者症例は48例(69.6%)であり，25例(36.2%)は外科専攻医の手術であった．吻合法に関しては，デルタ吻合1例，FEEA1例，overlap吻合67例であった．手術時間：346m(225-740)，出血量：10g(0-200)であった．fStageは0/1/2/3/4=3/21/20/17/7，脂肪肉腫1例．回-結腸吻合/結腸-結腸吻合=51/18例，臍小切開/Pfannenstiel=10/59例であった．G2以上の術後合併症は17例(24.6%)に認めた．G2は麻痺性イレウスを10例，吻合部出血，不明熱，誤嚥性肺炎，前立腺肥大による尿閉，トライツの通過障害，癒着性腸閉塞を1例ずつ認めた．G3aは肝硬変の吻合部出血を1例認め，G3bは高用量ステロイド投与中の縫合不全症例と，5mmのポートサイトヘルニアによる再手術症例を1例ずつ認めた．創部SSIは臍とPfannenstielに1例ずつ認めた．観察期間中央値408日(34-1014)で，瘢痕ヘルニアの症例はなかった．再発に関してはStage4の症例で3例の腹膜播種再発を認めた（2例は初回に播種切除）．肝転移再発を2例に認めた．
【考察・結語】ロボット支援下体腔内吻合は手技の工夫で新規術者でも安全に施行できる．短期成績では，SSIやヘルニア，腫瘍学的にも問題ないと判断している．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 9

[P17] 一般演題（ポスター） 17 ロボット1

座長：柳 舜仁(川口市立医療センター)

[P17-4] 当科におけるロボット支援右側結腸癌切除時の体腔内吻合の定型化に向けて

八幡 和憲, 山田 遼, 河合 純兵, 村瀬 佑介, 田中 秀治, 丹羽 真佐夫, 今井 健晴, 棚僑 利行, 佐々木 義之, 奥村 直樹, 山田 誠 (岐阜市民病院外科)

【目的】結腸癌に対するロボット手術は2022年4月に保険適応となり、当科でも2024年6月より結腸癌に対するロボット手術を導入した。また結腸癌手術時における体腔内吻合は腸管授動範囲を必要最小限にでき、術後腸管蠕動回復が早いなどメリットがある一方、高難度の手技であり手技の定型化が重要である。当科でも2025年1月からロボット手術における体腔内吻合を開始したのでその定型化に向けての導入初期の成績を報告する。
【方法】
2025年4月までに当院にて右側結腸癌に対してロボット支援下に切除を行った計16例において、体腔内吻合を行った６例につき検討を行った。
【結果】年齢中央値81歳、男女比3：3で、体腔内吻合は全てDelta吻合にて施行しており自動縫合器は左下腹部の助手用ポートより挿入しており、全てSigniaを用いて助手がステイプリングを行っていた。自動縫合器のカートリッジ使用本数は1例のみ5本を要したがそれ以外は4本で施行できていた。初期の3例は体腔外吻合も可能となるよう臍に小開腹を置き標本を摘出していたが、その後の3例はPfannenstiel切開にて小開腹を置き、同部より標本摘出していた。手術時間（以下全て中央値）は280分、コンソール時間は202分、吻合に要した時間は20分であり、出血量は3.45mlと比較的少なかった。排ガスまでに要した日数は1.5日で、術後在院日数は9日であり、また術後合併症はClavian-Dindo分類III以上のものは認めなかった。
【結語】当科の右側結腸癌に対するロボット手術における体腔内吻合の導入初期におけ短期成績を検討した。手術時間はやや要したものの術後経過は良好であり比較的安全に施行できていた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 9

[P17] 一般演題（ポスター） 17 ロボット1

座長：柳 舜仁(川口市立医療センター)

[P17-5] 結腸腫瘍におけるロボット支援下手術の短期成績―propensity score matchingを用いた腹腔鏡下手術との比較―

荒川 敏[1,2], 花井 恒一[2], 加藤 宏之[2], 永田 英俊[2], 近藤 ゆか[2], 志村 正博[2], 小池 大助[2], 多代 尚広[2], 東口 貴彦[2], 国村 祥樹[2], 谷 大輝[2], 堀口 和真[2], 佐藤 美信[2], 加藤 悠太郎[2], 石原 慎[1,2], 伊東 昌広[2], 堀口 明彦[2] (1.藤田医科大学医学部医学教育開発学, 2.藤田医科大学ばんたね病院消化器外科)

【背景】2022年4月にロボット支援下結腸悪性腫瘍切除術が保険収載された。当院では2023年9月からda Vinci Xiシステムを用いたロボット支援下手術を導入している。【目的】結腸腫瘍に対するロボット支援下手術の短期成績を明らかにする。【対象と方法】2023年9月から2024年12月までに結腸切除術を施行され、データが抽出可能であった62例を対象とした。傾向スコアを算出後にマッチングを行い、腹腔鏡下（L）群20例、ロボット（R）群20例で手術時間、出血量、術後合併症発生の有無等の短期成績について比較検討した。マッチング因子として年齢、性別、BMI、循環器併存疾患、呼吸器併存疾患、糖尿病、占居部位、cT、cN、cMを用いた。【結果】年齢中央値69歳、男性37例、女性25例。BMI中央値22.63、占居部位はC：3例、A：22例、T：7例、D：7例、S：23例。深達度Tisまたは良性：2例、T1：7例、T2：8例、T3：37例、T4以深：8例。マッチング前はL群40例、R群22例。手術時間中央値はL群241分、R群310分（p<0.001）。出血量中央値はL群20ml、R群20ml。郭清リンパ節個数中央値はL群15個、R群14個、術後在院日数中央値はL群12日、R群10日であり、手術時間以外で差は認めなかった。propensity score-matchingを行い、CD分類Grade2以上の術後合併症発生はL群6例（30%）、R群3例（15%）で差は認めなかった。手術時間中央値はL群236分、R群317.5分で差を認めた（p=0.001）。出血量中央値はL群17.5ml、R群20ml、郭清リンパ節個数中央値はL群18個、R群14個、術後在院日数中央値はL群12日、R群10.5日であり差は認めなかった。またその他の因子で差は認めなかった。【結論】当院におけるロボット支援下手術の短期成績は腹腔鏡下と比較して手術時間は長くなるも、術後合併症発生等は同等であり、安全に導入することができた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 9

[P17] 一般演題（ポスター） 17 ロボット1

座長：柳 舜仁(川口市立医療センター)

[P17-6] 傾向スコアマッチングを用いたda Vinci SPとXiによる右側結腸癌手術の短期成績の比較

林 久志, 石山 泰寛, 芥田 壮平, 皆川 結明, 中西 彬人, 西 雄介, 藤井 能嗣, 石井 利昌, 椙田 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消化器外科)

【背景】
近年，ロボット支援手術の進歩によりda Vinci SPシステムが導入され，より少ないポートでの大腸癌手術が可能となった．当院ではロボット支援下手術として単孔で行うDa Vinci SPサージカルシステム（以下SP）を2025年1月から導入している．今回右側結腸癌に対してSPとXiに分けて比較検討したので報告する．
【方法】
2021年3月から2025年3月までにSPおよびXiで右側結腸癌手術を施行した81例を対象とした．対象をSP群17例とXi群64例に分け，Propensity score matching（PSM）（年齢・性別・BMI・ASA・cT・cN）を用いて背景因子を調整した上で，短期成績について後方視的に検討した．また，術前および術後1日目，3日目のCRP/アルブミン比（以下CAR）の変化を経時的に評価し，変化率を比較検討した．
【結果】
PSM後の両群13例ずつで検討し，患者背景には両群間で有意差はなかった．手術時間の中央値はSP群で185分，Xi群で179分となり，両群間で有意差を認めなかった（p=0.72）．出血量の中央値はSP群で3ml，Xi群で21mlであり，SP群で少なく有意差を認めた（p=0.04）．術後在院日数(6日vs 7日、p=0.74)，CD＞2の術後合併症は両群間で有意差はなかった(0.1% vs 0%、p=0.33)．CARの経時的変化では術後1日目，3日目ともにCAR変化率はSP群とセンハンス群で有意差を認めなかった（p=0.59、p=0.12）．
【結語】
右側結腸癌に対するSPを用いた手術は、Xiを用いた手術と比較すると手術時間に有意差を認めなかったが，出血量ではSP群が少ないという結果であった．術後合併症や在院日数，CAR値やCAR変化率も両群間に有意差を認めなかった．右側結腸癌に対する手術はSPでもXiと同等の成績であり，SP導入に適している可能性が示唆された．まだ症例数が少ないため今後も検討する必要がある．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 9

[P18] 一般演題（ポスター） 18 ロボット2

座長：真鍋 達也(佐賀大学医学部一般・消化器外科)

[P18-1]

左側結腸癌に対するロボット支援下手術のポート配置および再ドッキングの工夫

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

[P18-2]

当院におけるロボット支援直腸癌手術の短期・中期成績に関する検討

松永 史穂, 柳澤 拓, 田澤 美也子, 佐々木 恵, 江澤 暸, 林 一真, 西岡 龍太郎, 坂野 正佳, 山下 大和, 石井 武, 海藤 章郎, 光法 雄介, 伊東 浩次 (土浦協同病院消化器外科)

[P18-3]

当科におけるロボット支援直腸手術の術式と手術成績の変遷

馬場 研二[1], 黒島 直樹[1], 和田 真澄[1], 盛 真一郎[2], 喜多 芳昭[3], 田辺 寛[4], 有上 貴明[1], 大塚 隆生[1] (1.鹿児島大学消化器外科, 2.県立大島病院, 3.鹿児島市立病院, 4.今村総合病院)

[P18-4]

ロボット支援下直腸切除術における直腸クランプ法: the simple clamping technique (SCT)

竹山 廣志, 植田 隆太, 堺 聡美, 橋爪 咲奈, 谷口 嘉毅, 林 覚史, 原 暁生, 浦野 尚美, 桂 宜輝, 田中 夏美, 吉岡 節子, 横内 秀起, 西川 和宏, 岡村 修 (市立吹田市民病院外科)

[P18-5]

市中病院におけるロボット支援下直腸切除術の導入と短期成績

原 聖佳, 姫川 昊, 内藤 夏海, 小倉 道一, 杉山 順子, 大原 守貴, 三宅 洋 (春日部市立医療センター外科)

[P18-6]

手術既往を認める大腸癌症例における腹腔鏡下手術とロボット支援手術の比較検討

在田 麻美, 平木 将之, 柳澤 公紀, 安井 昌義, 湯川 芳郎, 新毛 豪, 木下 満, 勝山 晋亮, 岩上 佳史, 杉村 啓二郎, 武田 裕, 村田 幸平 (独立行政法人労働者健康安全機構関西労災病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 9

[P18] 一般演題（ポスター） 18 ロボット2

座長：真鍋 達也(佐賀大学医学部一般・消化器外科)

[P18-1] 左側結腸癌に対するロボット支援下手術のポート配置および再ドッキングの工夫

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

【背景】左側結腸癌に対するロボット支援下手術の操作範囲は脾弯曲部から直腸まで広範囲に及ぶため，ポート配置やドッキングの回数は施設間でばらつきがあり標準化には至っていない．当科では，広範囲な授動域やアームの可動性を確保するために再ドッキング（redock）を活用しており，その工夫を紹介する.【対象】左側横行結腸，脾彎曲部，下行結腸，S状結腸癌(下腸間膜動脈温存)【使用機器】da Vinci® X, Xi【ポート配置】 ①st:右上腹部，②nd:臍小切開にretractor+scope，③rd:臍と右上前腸骨棘の中間点，④th:恥骨上やや右側，Assistant:①③間，のW字配置で頭低位15°右下5°でターゲッティングは下行結腸中央で開始し，IMA周囲の郭清と血管処理を行う．脾彎曲授動が必要な際は左中腹部にポートを加え④thとし，①st ②ndは変更せず，前述の④thを③rdへ配置転換し，頭高位7°右下5°でターゲッティングを脾彎曲部とした．②ndのscopeポートはretractorの中心を外して挿入し，ポート間の距離を確保し干渉を回避した．吻合は最終の体位で体腔内吻合を多用し，吻合腸管の可動性に応じ三角吻合もしくはoverlap法を行い，腸管血流はICG法にて評価した．【結果】対象は26例（左側横行結腸2例，脾彎曲部2例，下行結腸18例，S状結腸4例）．手術時間中央値は340.5分（224–642分），出血量中央値は5.0 ml（0–226 ml）．9例（34.6%, 全例下行結腸癌）にredockを実施．吻合方法はoverlap法2例，FEEA 4例，三角吻合20例．術後合併症（CD分類2以上）は縫合不全1例，SSI 1例で術後在院期間は10.0日であった．redockあり／なしの手術時間はそれぞれ429.0分／331.0分であり，redockに要した時間は中央値10.5分で，術後短期成績に差は認められなかった.【結語】本手法によるポート配置および再ドッキングは，時間を要さず広範囲な授動操作や器具干渉の軽減に有用であり，術式の標準化や手術の効率化に貢献し得ると考えられる.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 9

[P18] 一般演題（ポスター） 18 ロボット2

座長：真鍋 達也(佐賀大学医学部一般・消化器外科)

[P18-2] 当院におけるロボット支援直腸癌手術の短期・中期成績に関する検討

松永 史穂, 柳澤 拓, 田澤 美也子, 佐々木 恵, 江澤 暸, 林 一真, 西岡 龍太郎, 坂野 正佳, 山下 大和, 石井 武, 海藤 章郎, 光法 雄介, 伊東 浩次 (土浦協同病院消化器外科)

【背景と目的】当院では2021年11月からロボット支援手術を導入し、現在まで131例の直腸癌に対してロボット支援手術を施行した。ロボット支援直腸癌手術は良好な短期成績が報告されている一方で、中・長期成績に関する有用性は明らかにされていない。今回当院でのロボット支援直腸癌手術の短期周術期成績、および中期成績を明らかにすることを目的として検討を行った。【対象と方法】2021年11月から2025年3月までの当院においてロボット支援直腸切除術を施行したpStage I-IIIの原発性直腸癌117例を対象として、後方視的検討を行った。【結果】患者背景は、男女比79：38、年齢中央値は68(41-90)歳、BMI中央値は22.7(15.4-35)であった。術前治療については21例（17.9%）に施行した。腫瘍局在はRS/Ra/Rbがそれぞれ48/31/38例で、術式は低位前方切除術が最も多く、73例(62.4%)に施行した。側方リンパ節郭清は7例(5.9%)に施行し、両側が1例、片側が6例であった。手術時間、出血量、在院期間の中央値は、それぞれ309(179-578)分、5(0-260)ml、6(5-30)日であり、開腹移行した症例はなかった。またClavien-Dindo分類Grade3以上の術後合併症は3例(2.6%)で、縫合不全の2例と脊髄梗塞の1例であった。観察期間の中央値は20.6か月で、3年無再発生存率は71.9%、3年全生存率は90.0%であった。再発は13例（11.1%）に認めており、初回遠隔転移臓器は、肺が7例(5.9%)、肝臓が3例(2.5%)、傍大動脈リンパ節が1例(0.8%)、腹膜播種が4例(3.4%)であった。【結語】当院における直腸癌に対するロボット支援手術は、安全に施行可能であり、良好な中期成績を示した。長期成績については報告がまだ少なく、今後さらに症例を蓄積して検討していく必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 9

[P18] 一般演題（ポスター） 18 ロボット2

座長：真鍋 達也(佐賀大学医学部一般・消化器外科)

[P18-3] 当科におけるロボット支援直腸手術の術式と手術成績の変遷

馬場 研二[1], 黒島 直樹[1], 和田 真澄[1], 盛 真一郎[2], 喜多 芳昭[3], 田辺 寛[4], 有上 貴明[1], 大塚 隆生[1] (1.鹿児島大学消化器外科, 2.県立大島病院, 3.鹿児島市立病院, 4.今村総合病院)

【緒言】当科では2018年12月にDaVinci Xiシステムを用いてロボット支援直腸手術を導入した。2025年2月にはhinotoriを導入し、ロボット手術は増加の一途をたどる。
【目的】ロボット支援直腸手術の時代別の術式の変化や手術成績を検討する。
【対象・方法】2018年12月から2025年3月までの当科で施行したロボット手術症例161例中、結腸癌並びに他臓器合併切除症例を除く137例を対象に、2021年まで（前期群68例）と2022年以降（後期群69例）の2群に分け、手術成績を比較検討する。
【結果】前期群と後期群で年齢、性別、BMI、腫瘍径、pStageに差はなかったが、腫瘍局在はRS/Ra/Rb/Pが前期群1/11/53/3例、後期群11/14/42/2例と有意に前期にRbが多いという結果であった(P<0.05)。前期群・後期群の順に手術成績は中央値で手術時間は431分・351分、出血量は50ml・20ml、術後在院期間は7日・6日と有意差をもって後期群が良好であった。術者は前期１人であったのに対し、後期は4人であった。術式は前方切除が12例・27例、超低位前方切除が16例・27例、ISRが24例・8例、APRが16例・7例(p<0.01）やTaTMEが43例・16例(p<0.01)と前期群では経肛門的切除・吻合が有意に多かった。術後合併症Grade3以上は7例・6例と差はなかったが、Grade2以上は31例・16例(p<0.01)と有意に後半で減少した。
【まとめ】ロボット支援直腸手術は安全に導入できた。時間経過で術者の数が増える一方で、術式が変化し、ロボットのメリットを生かした超低位切除も可能となり、手術成績は向上した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 9

[P18] 一般演題（ポスター） 18 ロボット2

座長：真鍋 達也(佐賀大学医学部一般・消化器外科)

[P18-4] ロボット支援下直腸切除術における直腸クランプ法: the simple clamping technique (SCT)

竹山 廣志, 植田 隆太, 堺 聡美, 橋爪 咲奈, 谷口 嘉毅, 林 覚史, 原 暁生, 浦野 尚美, 桂 宜輝, 田中 夏美, 吉岡 節子, 横内 秀起, 西川 和宏, 岡村 修 (市立吹田市民病院外科)

【背景】鉗子の操作性が通常の腹腔鏡手術よりも良いとされるロボット支援腹腔鏡下直腸切除術においても、狭い骨盤内では鉗子の制限を受ける。特に、助手による鉗子操作は、体腔内外でロボット鉗子と干渉し、通常の腹腔鏡手術よりも操作に制限がかかる場面も多い。直腸のクランプは助手により行うことが多いが、狭く深い骨盤内では操作に難渋することも時折認める。我々は、直腸クランプ方法 simple clamping technique (SCT)を考案し日常臨床で使用している。SCTについて動画を供覧して報告する。
【手技】テンポラリー腸管クリップ(B Braun)のヒンジを吸収糸で結紮し、クリップを予め広げておく。直腸クランプまでの骨盤内操作では1st armにFenestrated Bipolar Forceps (FB)、3rd armにCurved Scissors (CS)、4th armにTIP-UP fenestrated grasper forceps (TIP-UP)を配置して操作を行う。SCTでは、1st armのFBと4th armのTIP-UPを入れ替える。TIP-UPを用いて直腸を把持・圧排して腸管を扁平にし、腸管クリップを把持力のあるFBを用いて挿入する。術者がCSを用いてもしくは助手が腹腔鏡鋏鉗子を用いて結紮糸を切離することで腸管クリップは腸管をクランプする。SCTの利点は、①全ての操作をロボットアームのみで行うことができ、狭い骨盤内で制限を受けにくい②追加の鉗子を必要とせずeco-friendlyおよびeconomical、である。
【結語】ロボット支援下直腸切除術においてSCTによる直腸クランプは円滑に行うことが可能であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 9

[P18] 一般演題（ポスター） 18 ロボット2

座長：真鍋 達也(佐賀大学医学部一般・消化器外科)

[P18-5] 市中病院におけるロボット支援下直腸切除術の導入と短期成績

原 聖佳, 姫川 昊, 内藤 夏海, 小倉 道一, 杉山 順子, 大原 守貴, 三宅 洋 (春日部市立医療センター外科)

市中病院である当科では2023年6月よりロボット支援下直腸切除術（以下RARS）を開始した. RARS経験のない当科でのRARSの導入と, 短期成績について報告する.
【導入にあたり】
当院では2017年後半から泌尿器科でロボット支援下手術が導入されていたため, 施設としてはRARSの導入はスムーズであった. しかしながら症例数が限られる中小規模の市中病院では, 保険適応となる施設基準の条件を満たすことが厳しい現状にあり、当科での過去3年間の直腸癌手術件数は2021/2022/2023年：20 / 27 / 31例と増加傾向にあったため, 導入可能となった.
【方法と対象】
日本内視鏡外科学会により提言されたロボット支援内視鏡手術導入に関する指針に基づき導入準備を行い, 2023年6月から2025年4月までに当院において施行したロボット支援下直腸手術が23例を対象とした. 2024年6月まではda Vinci Si（14例）で、それ以降はda Vinci Xi（9例）を用いて施行した。
【結果(中央値)】
年齢65歳（43-86）, 男女比は男性/女性：11 /12 例, BMI 22.0 （18.0 – 32.8）, 局在部位はRS /Ra /Rb ： 9/ 4 / 10 例, 肛門縁から距離は10.5cm （0 -17）, 術式はHAR/ LAR / APR/ISR/ﾊﾙﾄﾏﾝ： 11/7 /3/1 /1 例, pStage Ⅰ / Ⅱ /Ⅲ/Ⅳ： 9 /5 /8 /2 例であった. 短期成績は手術時間 286分（199 -462）, コンソール時間172分（105 -323）, 出血量24 g （3 -265）, 術後在院日数9日(6 -31)であった. 術中合併症は1例でポートによる膀胱損傷を認め縫合閉鎖を行った. 開腹や腹腔鏡手術への移行は認めなかった。術後合併症はClavien-Dindo Grade III以上の合併症は2例 outlet obstructionによるイレウスを認めた.
【結語】
市中病院においても周到な準備を行い, ロボット支援手術プロクター制度を用いることで導入可能であった. 初期成績としては重篤な合併症は認めず, 安全導入が可能であったと考えらえた.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:05 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:05 AM UTC Poster 9

[P18] 一般演題（ポスター） 18 ロボット2

座長：真鍋 達也(佐賀大学医学部一般・消化器外科)

[P18-6] 手術既往を認める大腸癌症例における腹腔鏡下手術とロボット支援手術の比較検討

在田 麻美, 平木 将之, 柳澤 公紀, 安井 昌義, 湯川 芳郎, 新毛 豪, 木下 満, 勝山 晋亮, 岩上 佳史, 杉村 啓二郎, 武田 裕, 村田 幸平 (独立行政法人労働者健康安全機構関西労災病院外科)

【緒言】ロボット支援手術が直腸癌だけでなく結腸癌にも保険収載され、大腸癌におけるロボット支援手術は全国で急速に普及してきている。また高齢化に伴い、手術歴のある患者数が増えてきている。これらによりロボット支援手術を行う症例は多岐に渡るようになり、手術既往のある症例についてもロボット支援手術を選択する機会も増えてきている。今回当院で施行した手術歴のある大腸癌症例189例において腹腔鏡下手術とロボット支援手術で比較検討し報告する。【方法】当院で2021年1月～2024年9月に施行した大腸癌手術のうち術前に手術既往のある189例について腹腔鏡下手術(Lap)を施行した124例とロボット支援手術(Robot)を施行した65例で手術時間や出血量、術後入院日数、合併症等の成績を比較検討した。【結果】手術時間と出血量の中央値はLap:264.5分/0ml、Robot:356分/0mlであり、Robot群において手術時間が有意に長かった(p<0.0001)。出血量は2群で有意差を認めなかった(p=0.3532)。開腹移行はLap群で有意に多かった(p=0.0384)。術後入院日数や術後絶食日数については両群間で有意差を認めなかった（p=0.3558/0.4182）。術後合併症も2群間で有意差を認めなかった(p=0.3245)。手術時間に有意差を認めた要因としてはロボット支援手術が特に直腸症例で好まれ、側方郭清やカバーリングストーマ造設等の追加術式が増えるために所要時間の差が生まれたと考えた。【結語】手術歴のある大腸癌症例において腹腔鏡下手術/ロボット支援手術を比較したところ、手術時間はロボット支援手術で有意に長かったが、その他出血量や術後合併症は2群間で有意差を認めず、開腹移行は腹腔鏡下手術で有意に多かった。また術後入院/絶食日数は有意差を認めなかった。このことから手術既往のある大腸癌症例についてもロボット支援手術は十分に適応があると考えられた。今後は腫瘍局在や術式や既往手術歴等の交絡因子を調整した上で改めて検討することが必要であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 10

[P19] 一般演題（ポスター） 19 症例・直腸1

座長：鈴木 紳祐(藤沢湘南台病院外科)

[P19-1]

狭窄性大腸癌を伴い前処置不能であった早期直腸癌に対するTAMISの有用性：2症例の検討

内藤 敦, 能浦 真吾, 吉原 輝一, 武田 和 (堺市立総合医療センター大腸肛門外科)

[P19-2]

集学的治療が奏功し、切除可能となった巨大直腸癌の1例

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

[P19-3]

術前に子宮・膀胱浸潤が疑われたS状結腸癌に対して, 蛍光尿道カテーテルと子宮トランスイルミネーターを用いてTa-TME併用下に腹腔鏡下骨盤内臓全摘を行った一例

川窪 陽向[1], 柳 舜仁[1], 中嶋 俊介[1], 河合 裕成[1], 小林 毅大[1], 今泉 佑太[1], 伊藤 隆介[1], 衛藤 謙[2] (1.川口市立医療センター, 2.東京慈恵会医科大学外科学講座)

[P19-4]

右側臥位で肛門部と膣後壁を直視下で切離することで安全に切除できた子宮浸潤を伴う高度進行下部直腸癌の１例

内山 周一郎, 高屋 剛 (串間市民病院外科)

[P19-5]

Double stapling techniqueの際の用手的肛門拡張により生じた肛門裂傷部へimplantさせたと考えられるS状結腸癌肛門管再発の一例

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

[P19-6]

ESD施行部位へのImplantationが疑われた直腸癌術後再発の1例

長谷川 勇太, 帖地 健, 李 俊容, 大橋 真記, 前田 徹, 吉田 卓義, 永井 秀雄, 小西 文雄 (練馬光が丘病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 10

[P19] 一般演題（ポスター） 19 症例・直腸1

座長：鈴木 紳祐(藤沢湘南台病院外科)

[P19-1] 狭窄性大腸癌を伴い前処置不能であった早期直腸癌に対するTAMISの有用性：2症例の検討

内藤 敦, 能浦 真吾, 吉原 輝一, 武田 和 (堺市立総合医療センター大腸肛門外科)

【背景】
近年、早期直腸癌に対する局所切除としてTAMIS（transanal minimally invasive surgery）の有用性が報告されている。今回、口側に狭窄性大腸癌を有し下剤による前処置が困難で、内視鏡的切除が不可能であった2例に対しTAMISを施行した症例を報告する。
【症例1】
84歳、男性。膀胱浸潤を伴う狭窄性S状結腸癌と上部直腸に早期癌を認めた。消化器内科との協議で前処置不良での内視鏡的切除(EMR/ESD)は困難との結論となった。横行結腸ストマ造設後に、直腸病変に対してTAMISを施行した。
手術所見：AV7cm、4-8時方向に50mm大のLSTを認めた。生食ガーゼで口側腸管を閉鎖、エアシール15mmHgで直腸内を気腹し、全層切除で病変を摘出した。粘液の流出を認めたが適宜吸引を行うことで良好な視野確保が可能であった。病理診断はpT1b, Ly0, V0, 断端陰性であった。S状結腸癌に対する術前化学療法としてCAPOX Bev療法を4コース行い、S状結腸・膀胱前立腺合併切除、結腸直腸吻合を行った。
【症例2】
　75歳、男性。狭窄性直腸S状部癌と下部直腸に早期癌を認めた。横行結腸ストマ造設と同時にTAMISを施行した。
　手術所見：AV4cm、11時方向に30mm大のLSTを認めた。生食ガーゼで口側腸管を閉鎖、エアシール10mmHgで直腸内を気腹し、ムコアップ併用で粘膜下層切除を施行した。病理診断はpTis, Ly0, V0, 断端陰性であった。
　直腸S状部癌に対する術前化学療法としてmFOLFOX Bev療法を7コース行い、切除術を行った。術中腸骨動静脈との剥離断端の陽性の可能性がありハルトマン氏術とした。術後病理では切離断端陰性であり、ストマ閉鎖を予定している。
【まとめ】
　口側の狭窄病変のため下剤処置ができずにEMR/ESDが不可能であった2症例に対してTAMISを行った。ガーゼ、吸引デバイスで良好な視野確保可能、口側にストマがあるため安全に全層切除が可能、直腸を残すことで肛門機能の温存にメリットがあると考えられ、有用な治療選択肢となり得る。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 10

[P19] 一般演題（ポスター） 19 症例・直腸1

座長：鈴木 紳祐(藤沢湘南台病院外科)

[P19-2] 集学的治療が奏功し、切除可能となった巨大直腸癌の1例

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

【はじめに】局所進行直腸癌に対しては集学的治療の有用性が報告されている．今回、左鼠径リンパ節転移、会陰浸潤を伴った巨大直腸癌に対して集学的治療を行い、根治的切除が可能となった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】63歳女性．体動困難にて救急搬送となり、精査で膣・会陰浸潤、左鼠径リンパ節転移を伴う直腸癌を認めた．会陰部の疼痛が強く内服オピオイドを開始しつつ、放射線化学療法(Capecitabine 1800mg/day、放射線照射45Gy)を施行した．局所の縮小および全身状態の改善が得られたため、切除を念頭にCAPOX(カペシタビン 1800mg/day、オキサリプラチン160mg)を3コース追加で施行した．切除可能と判断し、ロボット支援下直腸切断術＋膣合併切除＋会陰再建＋左鼠径リンパ節摘出を施行、根治的切除が得られた．術後骨盤死腔炎、皮弁壊死を来したが保存的に軽快し術後94日目に退院となった．病理結果はadenocarcinoma(muc>tub2)、ypT4a、ypN1c(左鼠径リンパ節転移)、R0、CurA、M0, ypStageIIIC、薬物・放射線治療の効果判定はGrade2であった．遺伝子検査はRAS変異型、BRAF野生型、MSI陰性であった．術後補助化学療法は施行せず、外来で経過観察を行なっていたが、術後11ヶ月目の検査で骨盤内に局所再発を認めた．全身状態も良好であったため、FOLFIRI+Ramucirumab療法を開始し、その後IRIS＋Bevacizumab療法に変更し、治療を継続している。現在術後2年6ヶ月経過しているが、腫瘍は縮小を維持しており、QOLも良好に保たれている．
【考察】当初切除不能と考えられた局所進行直腸癌症例であったが、集学的治療と疼痛コントロールなどの全身管理が奏功し、R0切除が可能となった。残念ながら局所再発を来たしたが、全身状態は良好であり、その後も化学療法を行うことが可能で、再発巣も縮小維持が得られており、患者満足度も高かった。
【おわりに】集学的治療が奏功し、切除可能となった局所進行直腸癌を経験した。当初、切除不能と判断されても、全身状態が許容すれば、切除を含めた積極的な治療が有効であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 10

[P19] 一般演題（ポスター） 19 症例・直腸1

座長：鈴木 紳祐(藤沢湘南台病院外科)

[P19-3] 術前に子宮・膀胱浸潤が疑われたS状結腸癌に対して, 蛍光尿道カテーテルと子宮トランスイルミネーターを用いてTa-TME併用下に腹腔鏡下骨盤内臓全摘を行った一例

川窪 陽向[1], 柳 舜仁[1], 中嶋 俊介[1], 河合 裕成[1], 小林 毅大[1], 今泉 佑太[1], 伊藤 隆介[1], 衛藤 謙[2] (1.川口市立医療センター, 2.東京慈恵会医科大学外科学講座)

【症例】70歳代, 女性.
【現病歴】腹痛にて救急搬送, 緊急入院となった.
【検査所見】
CT: S状結腸に不整壁肥厚像と周囲リンパ節腫大を認め, 子宮体部との境界が不明瞭であった. S状結腸-膀胱間に膿瘍と瘻孔形成を認めた.
下部消化管内視鏡: S状結腸に半周性２型病変(病理: tub1)を認めた, 穿通・膀胱瘻を形成していた為, 口側観察は行わなかった.
MRI:T２強調像においてS状結腸と膀胱および子宮間に連続する低信号領域を認めた.
【診断】S状結腸癌 cT4b(uterus, bladder)N2aM0 StageIIIc
【手術】
低栄養かつ膿瘍と尿路感染のため, まず横行結腸人工肛門を造設し, 感染と栄養状態の改善後に根治手術を行った. 骨盤内膿瘍や膀胱瘻の状況から, Ｒ０切除のためには子宮・膀胱の一括切除が必要となる可能性が高いと判断しTa-TME併用下に腹腔鏡下骨盤内臓全摘術を施行した.
また骨盤内の臓器解剖のメルクマールとする為,
NIRCTM蛍光尿管カテーテル・蛍光尿道カテーテル(Cardinal Health社), 子宮トランスイルミネーター(メディカルリーダース社)を併用した.
手術は11時間44分, 出血5gで終了, 経過良好につき術後9日目に退院. R0切除が得られた.
【考察】本症例は直腸と子宮, 膀胱が一塊となり, 定型的手術手順は取れず, 手術のメルクマールとなる尿管・尿道や膣円蓋部の情報を通常光観察で得る事は困難であった。しかし、複数の蛍光デバイスを使用する事で、尿管・尿道・膣円蓋を同時に認識した安全な手術が実現できた.
尿道と膣円蓋は解剖学的に近接するため、近赤外蛍光観察で同時に蛍光すると解剖学的境界の区別が得難い瞬間があった。子宮トランスイルミネーターは光源装置との接続で自発光により膣円蓋部の透過照明を得るデバイスで、通常光観察でも白色光を発し、近赤外蛍光観察でその効果を増幅できる。蛍光尿道カテーテルは近赤外蛍光により蛍光を発するが、通常光観察では自発光を発さない。本症例では通常光観察と近赤外蛍光観察を切り替える事で、尿道と膣円蓋部の境界を鮮明に区別する手法を得る事ができた。本法は複雑な骨盤内病変における低侵襲手術に貢献する可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 10

[P19] 一般演題（ポスター） 19 症例・直腸1

座長：鈴木 紳祐(藤沢湘南台病院外科)

[P19-4] 右側臥位で肛門部と膣後壁を直視下で切離することで安全に切除できた子宮浸潤を伴う高度進行下部直腸癌の１例

内山 周一郎, 高屋 剛 (串間市民病院外科)

症例は53歳女性で下痢と便秘、血便を主訴に近医消化器内科を受診。大腸内視鏡検査で下部直腸に２型腫瘍を認め閉塞しかかっていた。当科を紹介されまず横行結腸右側に人工肛門を造設した。CTおよびMRIでRaからRbにかけて75X72X95mm大の腫瘍があり左前方で子宮頸部に浸潤していた。直腸間膜内に２個腫大リンパ節を認めたが、遠隔転移や側方リンパ節転移の所見は認めなかった。大腸内視鏡検査でRbに下端を有する腫瘍があり口側へ鏡体が通過しなかった。生検でGroup5, tub1の診断であった。切除可能病変と考え子宮合併切除を伴う腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術を予定した。全身麻酔下で手術に先立って両側尿管ステントを挿入したが、腫瘍によって尿管口が圧排されていた。切除不能の可能性を考慮して横行結腸人工肛門はそのままとして手術を開始した。腹膜播種はなく子宮以外の周囲臓器への浸潤を認めないため切除可能と判断した。子宮の靭帯及び血管をクリッピングしながら切離していき、バジパイプをガイドに膣前壁側を切離した。後壁側はブラインドとなるため最後に切離することとした。直腸はIMA根部処理を行い、TMEの層で腹腔側から可及的に肛門側へ剥離した。横行結腸人工肛門を閉鎖したのちS状結腸を切離して腹膜外ルートで断端を引き出した。人工肛門を造設して腹部操作を終了した。次に体位を右側臥位とし、肛門を縫合閉鎖したのち会陰操作を開始した。尾骨を付ける形で肛門部の剥離をすすめ、直腸後腔に入り肛門挙筋を切離していった。口側腸管を創外に引き出して膣後壁のみでつながった状態とし、腫瘍より離して直視下で切離して病変を切除した。膣断端も直視下で縫合閉鎖した。術後一過性に排尿障害を認めたが、保存的に軽快し術後32日目に退院した。最終組織診断はType2, 10X8cm, tub2>tub1, pT4b （SIAI、Uterus) N1b　M0で膣の切除断端は陰性であった。現在術後補助化学療法を行っている。子宮浸潤直腸癌症例において本術式は十分な切除距離を確保するうえで有用と考えた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 10

[P19] 一般演題（ポスター） 19 症例・直腸1

座長：鈴木 紳祐(藤沢湘南台病院外科)

[P19-5] Double stapling techniqueの際の用手的肛門拡張により生じた肛門裂傷部へimplantさせたと考えられるS状結腸癌肛門管再発の一例

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

はじめに、直腸癌及びS状結腸癌術後の器械吻合部再発を予防する目的で腸管切離前に腸管をクランプし直腸洗浄を行うことは一般的である。Double stapling techniqueによる吻合の際に肛門炎症などで肛門狭窄がある場合は、用手的肛門拡張後に吻合器を挿入せざるを得ないのだが、今回用手的肛門拡張の際に生じた裂傷部のraw areaに局所再発をきたしたと考えられる症例を経験したので報告する。
症例は77歳の男性、便潜血を主訴に大腸内視鏡検査を施行され、S状結腸癌と診断された。腹部造影CT検査及び骨盤MRI検査を施行すると腫瘍は膀胱浸潤をきたしており、泌尿器科にコンサルトし膀胱鏡検査を行った。腫瘍は膀胱三角に浸潤しており膀胱全摘が必要と判断された。
腫瘍も大きく鏡視下での操作が困難と判断し、開腹下にS状結腸切除、膀胱全摘、回腸導管造設術を泌尿器科と合同で施行した。吻合前の直腸洗浄の際、肛門狭窄があり用手的肛門拡張後ネラトンカテーテルを挿入し洗浄した。その後Double stapling techniqueにて吻合した。術後1年で血便を主訴に救急受診され、大腸内視鏡検査を施行したところ、肛門管内にBorrmann II 型腫瘍を指摘された。他に遠隔転移はなく、腹会陰式直腸切断術を施行した。切除した標本を確認すると、肛門管に2カ所のBorrmann II 型腫瘍を認め、これは明らかに前回手術時の用手的肛門拡張の際にimplantさせ肛門管再発を来したと考えた。DST吻合の際に用手的肛門拡張を行うことは実臨床においてよく遭遇するが、直腸内の遊離がん細胞をすこしでも減少させた直腸洗浄後に行うべきと考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 10

[P19] 一般演題（ポスター） 19 症例・直腸1

座長：鈴木 紳祐(藤沢湘南台病院外科)

[P19-6] ESD施行部位へのImplantationが疑われた直腸癌術後再発の1例

長谷川 勇太, 帖地 健, 李 俊容, 大橋 真記, 前田 徹, 吉田 卓義, 永井 秀雄, 小西 文雄 (練馬光が丘病院外科)

大腸進行癌に随伴するポリープに対して進行癌の手術前にESDが施行され、そのESD部位に進行癌からのimplantationによると思われる術後再発を来した症例が少数ではあるが報告されている。
今回我々は、直腸S状部進行癌の肛門側のESD施行部位にimplantationによると推測される術後再発を認めた症例を経験したので報告する。
症例は75歳女性。直腸S状部進行癌の肛門側に存在した直腸早期癌に対して手術前にESDが施行された。この際クリップによる粘膜欠損部の閉鎖は行われなかった。病理所見は、Tis, 断端陰性であった。ESD施行1か月後に、直腸S状部癌に対してロボット支援下直腸高位前方切除術が施行された(手術時間：290分、出血：10ml)。術後経過良好にて経過観察中、術後8カ月時に血便が出現したため、下部消化管内視鏡を施行した。内視鏡では直腸吻合部肛門側のESD瘢痕と合致する部位に約３㎝の2型進行癌を認めた。内視鏡所見からESD施行部位へのimplantationによる再発を疑い、初回手術後9か月に腹腔鏡下直腸低位前方切除術、回腸瘻造設術を施行した(手術時間：379分、出血：20ml)。術後経過は良好であり、術後8か月現在無再発で経過している。切除標本の病理所見では、粘膜下層を主体として増殖する腺癌が認められ、組織像は初回手術で切除された直腸S状部癌に類似するものであった。また、吻合部との連続性は認められなかった。以上の所見は、ESD施行部位へのimplantationによる再発として矛盾しないものと考えられた。
当院では大腸癌術前に、早期大腸癌の可能性が否定できない大腸ポリープの随伴が認められた場合には、切除可能な状況であれば内視鏡的切除を先行して行い、病理診断結果を確認してから主病変の手術を行うという戦略を基本としている。しかし、本症例においてはESDから初回手術までの期間にimplantationを来したことが再発の機序であろうと推測され、本症例の治療戦略が適切であったかは議論の余地があると思われる。本症例および文献上の報告例の分析を行い、大腸進行癌術前の随伴ポリープ内視鏡的切除の適応について検討する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 2:55 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 5:55 AM UTC Poster 10

[P20] 一般演題（ポスター） 20 症例・直腸2

座長：能浦 真吾(堺市立総合医療センター・消化器外科)

[P20-1]

直腸間膜内に卵巣癌由来リンパ節転移をきたした卵巣癌と直腸S状部癌の重複癌の１例

岩崎 崇文, 佐々木 教之, 琴畑 洋介, 瀬川 武紀, 八重樫 瑞典 (岩手医科大学医学部外科学講座)

[P20-2]

妊娠中期に診断され妊娠中に術前化学療法を行った直腸癌の1例

久保 陽香, 山本 大輔, 齊藤 浩志, 道傳 研太, 﨑村 祐介, 齋藤 裕人, 辻 敏克, 森山 秀樹, 木下 淳, 稲木 紀幸 (金沢大学附属病院消化管外科)

[P20-3]

経肛門・経会陰アプローチによる直腸GIST・直腸膀胱瘻手術

佐村 博範, 新垣 淳也, 堀 義城, 山城 直嗣, 藤井 克成, 宮城 由依, 原田 哲嗣, 本成 永, 金城 直, 伊禮 俊充, 亀山 眞一郎, 伊志嶺 朝成, 長嶺 義哲, 古波倉 史子 (浦添総合病院)

[P20-4]

膣ヒアルロン酸注入療法により発生した直腸肛門部合併症の3例

新谷 裕美子, 大城 泰平, 井上 英美, 西尾 梨沙, 古川 聡美, 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)

[P20-5]

超音波内視鏡下経直腸的ドレナージによる骨盤内膿瘍の治療が奏功した2例

北浦 良樹, 王 佳雄, 長尾 晋次郎, 持留 直希, 豊田 秀一, 石川 奈美, 土居 布加志 (大阪回生病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 2:55 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 5:55 AM UTC Poster 10

[P20] 一般演題（ポスター） 20 症例・直腸2

座長：能浦 真吾(堺市立総合医療センター・消化器外科)

[P20-1] 直腸間膜内に卵巣癌由来リンパ節転移をきたした卵巣癌と直腸S状部癌の重複癌の１例

岩崎 崇文, 佐々木 教之, 琴畑 洋介, 瀬川 武紀, 八重樫 瑞典 (岩手医科大学医学部外科学講座)

【はじめに】婦人科領域では卵巣癌の直腸浸潤もしくは腹膜播種による浸潤のため、腸管の合併切除が必要となることがある。今回、卵巣癌の腹膜播種による直腸浸潤と直腸S状部癌の重複癌に対して手術を行い、術後の病理検査で卵巣癌の直腸間膜リンパ節転移が明らかになった症例を経験したので報告する。
【症例】65歳、女性。X-1年3月に下腹部痛を主訴に前医を受診し経膣超音波検査で卵巣腫瘍を認めたため、精査目的に当院産婦人科へ紹介となった。MRI検査でダグラス窩に16mm大の造影効果のある充実成分を伴う腫瘤を認めた。一時通院を自己中断したのちに同年11月に再来し、CTガイド下生検より卵巣癌の診断となりX年1月より術前化学療法(パクリタキセル/カルボプラチン療法)が開始となった。治療経過中に行われた下部消化管内視鏡査で直腸S状部に半周性の2型腫瘍と直腸S状部から直腸Raにかけて卵巣癌による圧排所見を認めた。以上より卵巣癌(IVB期)と直腸S状部癌(cT3N1aM0 cStageIIIa)の重複癌の診断となり、産婦人科で術前化学療法を４コース行い、同時切除目的に当科へ紹介となった。同年6月に開腹下で卵巣癌に対して子宮単純全摘術と両側卵管卵巣摘出術と回盲部切除、直腸S状部癌に対してHartmann手術を行なった。術後経過は良好で術後16病日に自宅退院となった。病理結果では直腸間膜内のリンパ節転移を認めるも卵巣癌の転移であり、卵巣癌・直腸間膜リンパ節転移(IVB期)と直腸S状部癌(pT3N0M0 pStage II a)の診断となった。以降は当院婦人科で化学療法を継続している。
【まとめ】卵巣癌による直腸への直接浸潤や播種浸潤による腸間膜リンパ節転移は、卵巣癌の予後不良因子や肝転移のリスクとして報告されている。腸間膜リンパ節転移の機序としては、腫瘍の浸潤により腸管壁へのリンパ管侵襲を起こし腸間膜のリンパ行性に広がると考察されている。直腸癌と卵巣癌の重複癌の診断がついている場合でも、術前に腸間膜リンパ節の腫大が卵巣癌によるものと推測することは難しい。卵巣癌による腸間膜リンパ節転移の可能性もあり、術後のStagingや治療方針にも大きな影響を与えるため、その診断は重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 2:55 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 5:55 AM UTC Poster 10

[P20] 一般演題（ポスター） 20 症例・直腸2

座長：能浦 真吾(堺市立総合医療センター・消化器外科)

[P20-2] 妊娠中期に診断され妊娠中に術前化学療法を行った直腸癌の1例

久保 陽香, 山本 大輔, 齊藤 浩志, 道傳 研太, 﨑村 祐介, 齋藤 裕人, 辻 敏克, 森山 秀樹, 木下 淳, 稲木 紀幸
(金沢大学附属病院消化管外科)

【背景】妊娠合併の大腸癌は10万例の妊娠に対し1-2例と稀であり、標準治療が確立されていないのが現状である。今回我々は、妊娠中期に診断した直腸癌 Stage IIに対して術前化学療法を施行し、胎児発育後に分娩を行い、その後手術を施行した1例を経験したので報告する。
【症例】36歳女性、妊娠22週。血便を主訴にS状結腸内視鏡検査を施行したところ、上部直腸に半周性の2型腫瘍を認め、生検でadenocarcinomaと診断した。全身精査では、明らかなリンパ節転移・遠隔転移は認めなかった。本人・家族、小児科医、産婦人科医とリスクベネフィットについて協議したうえで、術前化学療法を施行し、胎児発育後に分娩を行い、出産後に直腸癌根治術を行う方針とした。院内の承認を経て、術前化学療法はFOLFOXを施行し、特に有害事象なく4コース行った。最終投与から23日後の妊娠35週5日に経膣分娩し、新生児（2386 gの女児）には明らかな異常は認めなかった。分娩後27日目に、直腸癌に対してロボット支援下直腸低位前方切除術を施行した。病理学的所見は、上部直腸癌 ypT2N0M0 ypStage Iであった。術後経過は良好で術後12日目に退院した。現在母児ともに問題なく、術後6ヶ月の検査も問題なく再発所見は認めていない。
【結論】妊娠合併の大腸癌では、腫瘍の部位や病期、妊娠週数、胎児と母体の状態を考慮し、治療方針を決定することが肝要である。妊娠中期に診断されたStage IIの大腸癌で、外科切除がすぐにできない症例に関しても、術前化学療法を行うことは治療選択肢のひとつになると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 2:55 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 5:55 AM UTC Poster 10

[P20] 一般演題（ポスター） 20 症例・直腸2

座長：能浦 真吾(堺市立総合医療センター・消化器外科)

[P20-3] 経肛門・経会陰アプローチによる直腸GIST・直腸膀胱瘻手術

佐村 博範, 新垣 淳也, 堀 義城, 山城 直嗣, 藤井 克成, 宮城 由依, 原田 哲嗣, 本成 永, 金城 直, 伊禮 俊充, 亀山 眞一郎, 伊志嶺 朝成, 長嶺 義哲, 古波倉 史子 (浦添総合病院)

【はじめに】GISTや直腸瘻孔に対しては一般的に経腹的アプローチが施行されているが、我々は経肛門的経会陰的に必要に応じて鏡視下に施術しているので報告する。【対象】女性直腸GISTのべ4例（再発1例）、前立腺術後の直腸膀胱瘻2例に対し経会陰的手術を施行した。また、男性直腸GIST1例に腹腔鏡手術と経肛門的鏡視下手術を施行した。【方法】経会陰的アプローチ：女性GIST）肛門膣口間に約5cmの横切開を置き、膣背側で切開を進め会陰横筋前で骨盤腔に入りGISTのみ（再発例は一部直腸壁）を切除した2例は（鏡視下で施行）。直腸膀胱瘻2例は同じく約5cmの会陰横切開をおき、会陰横筋の背側で骨盤底に入り膀胱直腸間を剥離し瘻孔をそれぞれ閉鎖し臀溝皮弁を間置した。男性直腸GIST例は腹腔鏡下に可能な限りGISTを授動した後、経肛門鏡視下で直腸壁を切開し一部直腸壁を付けて切除し、経肛門的に摘除した。【結果】GIST例は58ヶ月以上経過しており再発は認めていない。直腸膀胱瘻に2例は前医にてフォロー中であるが再発していない。合併症は3例にあり、再発GIST症例で縫合不全を発症したが再縫合とドレナージで治癒した。直腸膀胱瘻の一例は再発したが再度閉鎖を施行し治癒した。男性GIST症例は4年後に直腸膀胱瘻を発症し、現在治療計画中である。【結語】経肛門会陰アプローチはGISTや直腸膀胱瘻に有用なアプローチと思われる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 2:55 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 5:55 AM UTC Poster 10

[P20] 一般演題（ポスター） 20 症例・直腸2

座長：能浦 真吾(堺市立総合医療センター・消化器外科)

[P20-4] 膣ヒアルロン酸注入療法により発生した直腸肛門部合併症の3例

新谷 裕美子, 大城 泰平, 井上 英美, 西尾 梨沙, 古川 聡美, 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】
　膣ヒアルロン酸注入療法は、更年期障害、膣乾燥、性交時の不快感や性感低下などの改善を目的として、一部の美容外科や婦人科クリニックにおいて自由診療で実施されている。しかし、国内における施術件数や実施施設に関する統計は存在せず、全国的な普及状況は不明である。また、日本産婦人科学会や美容外科学会などの主要学会から本療法に関する公的なガイドラインや推奨は発表されておらず、安全性や有効性に関するエビデンスも限定的である。今回我々は、膣ヒアルロン酸注入後に直腸肛門領域に重篤な合併症をきたした3症例を経験したため報告する。
【症例提示】
症例1：30代女性。美容外科にて膣ヒアルロン酸注入を施行。翌日に発熱、肛門周囲の疼痛と腫脹を自覚したが、施術医より合併症との指摘はなく、近医で抗菌薬治療を受けた。症状は改善せず、施術17日後に当科受診。MRIにて両側坐骨直腸窩に膿瘍形成を認めた。腰椎麻酔下にドレナージ術を施行し、術後6日目に退院した。
症例2：30代女性。施術直後より肛門痛を自覚。近医で抗菌薬治療を受けるも軽快せず、10日目に当科受診。MRIで膣壁と直腸間隙に膿瘍を認め、全身麻酔下に経直腸的骨盤内膿瘍ドレナージ術を施行。術中、膿瘍が直腸へ穿破していることを確認。直腸膣瘻に対してTPN管理を行い、術後16日目に退院した。
症例3：50代女性。施術後、10日間にわたり発熱が持続したが自然軽快。2ヶ月後に大腸内視鏡検査で直腸粘膜下に膿瘍形成を指摘され、当科紹介受診。MRIで直腸粘膜下膿瘍と診断された。
【まとめ】
　膣ヒアルロン酸注入療法は美容目的の情報発信でその有用性が強調される一方、重篤な合併症については知られていない。当治療を施行する医療提供者は本報告のような直腸肛門部に深刻な合併症を生じる可能性があることを患者に情報提供する必要があり、また大腸肛門病専門医も膣ヒアルロン酸注入療法の合併症を認識する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 2:55 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 5:55 AM UTC Poster 10

[P20] 一般演題（ポスター） 20 症例・直腸2

座長：能浦 真吾(堺市立総合医療センター・消化器外科)

[P20-5] 超音波内視鏡下経直腸的ドレナージによる骨盤内膿瘍の治療が奏功した2例

北浦 良樹, 王 佳雄, 長尾 晋次郎, 持留 直希, 豊田 秀一, 石川 奈美, 土居 布加志 (大阪回生病院)

【背景】憩室穿孔などを原因とした骨盤内膿瘍に対し、安全な穿刺ラインが確保できないことで経皮的アプローチが選択できない症例を多く経験する。このような症例に対し、超音波内視鏡を用いて経腸ドレナージを行って治療効果が得られたという報告もある。しかし未だ報告例は少なく、一般的な手技とは言い難い。今回、我々は経皮的アプローチが困難な骨盤内膿瘍を有する2症例に対して超音波内視鏡下経腸ドレナージを行って良好な結果を得ることができたため、文献的考察を加えて報告する。【方法】抗生剤抵抗性の骨盤内膿瘍形成症例に対して経腸的ドレナージを行い、炎症反応・発熱・画像での縮小程度・再発有無を評価した。【結果】1例目は腹痛を主訴に近医を受診。CTでfree airを指摘され当院を紹介となった69歳女性。free airは微量であり、膿瘍も限局していたことから保存加療を選択。抗生剤投与で腹痛および炎症反応は改善したが、膿瘍縮小得られず。経腸的にENBDチューブ、ERBDチューブを膿瘍内に留置し、洗浄することで早期に膿瘍は消失した。2例目は高位筋間痔瘻に起因する直腸周囲膿瘍を有する76歳男性。経皮的ドレナージが困難であり、経腸的にdouble pig tailを留置。ドレナージ良好で膿瘍は速やかに消失した。【考察】超音波内視鏡を用いた経腸ドレナージは低侵襲で有効な治療法であり、従来の外科的介入に比べて患者の回復が早いことが利点である。また、骨盤内膿瘍の位置や大きさに関わらず施行可能であり、予備能の低い患者にも良い適応となると考えられた。【結語】本法は日本における症例報告がまだ限られているため、今後さらなる研究と臨床データの蓄積が求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 11

[P21] 一般演題（ポスター） 21 症例・直腸・肛門

座長：岩本 一亜(済生会加須病院)

[P21-1]

急激な転帰をたどった直腸扁平上皮癌の1切除例

宮宗 秀明, 斧田 尚樹, 大元 航暉, 高橋 立成, 岡林 弘樹, 内海 方嗣, 北田 浩二, 濱野 亮輔, 徳永 尚之, 寺石 文則, 常光 洋輔, 大塚 眞哉, 稲垣 優 (独立行政法人国立病院機構福山医療センター外科)

[P21-2]

複数病変を認めた直腸悪性黒色腫の1例

萩原 清貴[1], 鈴木 陽三[1], 大里 祐樹[1], 池永 雅一[2], 清水 潤三[1], 冨田 尚裕[1] (1.市立豊中病院消化器外科, 2.川西市立総合医療センター外科)

[P21-3]

腹会陰式直腸切断術を施行した直腸肛門部悪性黒色腫の1例

守 正浩[1], 鈴木 英之[1], 塩田 美桜[1], 塩田 吉宣[2] (1.塩田記念病院外科, 2.塩田病院外科)

[P21-4]

局所切除のみで2年間無再発経過中の痔瘻癌の1例

工代 哲也[1], 岡本 欣也[2] (1.吉祥寺北口駅前こにし胃腸内視鏡・肛門クリニック武蔵野院, 2.東京山手メディカルセンター大腸・肛門外科)

[P21-5]

肛門周囲紅斑を契機に診断され、傍大動脈リンパ節転移を伴っていた肛門管癌のPagetoid spreadの一例

小橋 創, 黒柳 洋弥, 戸田 重夫, 上野 雅資, 花岡 裕, 福井 雄大, 平松 康輔, 前田 裕介, 呉山 由花, 富田 大輔, 高橋 泰宏 (虎の門病院消化器外科(下部消化管))

[P21-6]

歯状線をこえて粘膜浸潤がみられた会陰部乳房外Paget病に対し腹会陰式直腸切断術を回避して肛門機能温存を得た一例

水流 慎一郎[1], 梅木 諒二[1], 澤村 直輝[1], 種村 宏之[1], 中崎 晴弘[1], 百木 菜摘[1,2], 高力 俊作[1] (1.湘南藤沢徳洲会病院外科, 2.山内病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 11

[P21] 一般演題（ポスター） 21 症例・直腸・肛門

座長：岩本 一亜(済生会加須病院)

[P21-1] 急激な転帰をたどった直腸扁平上皮癌の1切除例

宮宗 秀明, 斧田 尚樹, 大元 航暉, 高橋 立成, 岡林 弘樹, 内海 方嗣, 北田 浩二, 濱野 亮輔, 徳永 尚之, 寺石 文則, 常光 洋輔, 大塚 眞哉, 稲垣 優 (独立行政法人国立病院機構福山医療センター外科)

直腸原発の扁平上皮癌はまれであり、原発性直腸癌に占める割合は0.25〜1%といわれている。今回、我々は、急激な転帰をたどった直腸扁平上皮癌の1切除例を経験したので報告する。症例は、64歳、男性。検診にて便潜血陽性となり下部消化管内視鏡検査を施行したところ、直腸S状部に半周性の2型病変を認め生検にて低分化腺癌と診断された。腹腔鏡下直腸高位前方切除術を施行したが、術後病理検査では、扁平上皮癌との診断であった。pT3N0M0-pStage II aにて、術後補助化学療法は施行しなかった。術後6カ月後に施行したCT検査にて多発肝転移を認め、FOLFOX+Bevacizumabを開始した。PDであったため、FOLFIRI+Panitumumabに変更したが、病状の進行により、術後12カ月目に亡くなられた。上記症例を含め、本邦にて報告された直腸扁平上皮癌の14例を検討した。男性9例、女性5例、平均64歳であった。10例において術前に扁平上皮癌の診断がなされていた。CEAは3例にて、CA19-9は1例にて高値であった。6例にて術前にSCCが測定されており、4例において高値であった。T3が7例、T4bが7例と進行症例が多かった。7例にリンパ節転移を認めた。遠隔転移は2例に認めていた。再発形式は、骨盤内再発が3例、肝転移が3例、リンパ節転移が3例、肺転移が2例、骨転移が2例、腹膜播種再発が2例であった。大腸扁平上皮癌は腺癌に比べ予後不良であるといわれるが、当院での症例も同様であった。しかし、近年においては、術前放射線化学療法が行われている症例が多く、以前に比し予後良好な傾向にあった。術前治療による予後の改善が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 11

[P21] 一般演題（ポスター） 21 症例・直腸・肛門

座長：岩本 一亜(済生会加須病院)

[P21-2] 複数病変を認めた直腸悪性黒色腫の1例

萩原 清貴[1], 鈴木 陽三[1], 大里 祐樹[1], 池永 雅一[2], 清水 潤三[1], 冨田 尚裕[1] (1.市立豊中病院消化器外科, 2.川西市立総合医療センター外科)

【緒言】直腸肛門部悪性黒色腫は直腸肛門部悪性腫瘍の中では0.38%と比較的稀な疾患である。【症例】80歳, 女性。健診で便潜血陽性を指摘され、近医の下部内視鏡検査で直腸Rbに12mmのIsp病変を認めた。他院消化器内科でEMRを指摘され、悪性黒色腫、ly1と診断され、当院消化器内科に紹介された。当院での下部内視鏡検査でEMR瘢痕周囲以外にも黒色病変を認め、手術目的に当科に紹介された。胸腹部CT、FDG-PETで明らかな遠隔転移を認めなかった。直腸Rb悪性黒色腫に対し腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術、D3郭清を施行した。術後に肺動脈塞栓症を認め、抗凝固療法を開始した。術後23日目に退院された。術後補助化学療法は行わず、術後6カ月経過した現在、無再発生存中である。【考察】直腸肛門部悪性黒色腫は早期から高率に血行性、リンパ行制に転移を認めるため予後不良な悪性腫瘍である。5年生存率は4.6〜25%と報告されている。確定診断は生検により腫瘍のメラニン顆粒を証明することであるが、色素に乏しい無(低)色素性悪性黒色腫も存在し、DOPA反応やMelan-Aなどの免疫染色の結果を踏まえて診断される。治療は外科切除が基本で、本邦では腹会陰式直腸切断術が多く行われている。化学療法に関しては症例数が少なく標準的なレジメンが確立していないのが現状である。【結語】複数病変を認めた直腸悪性黒色腫に対し腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術を施行した高齢女性の1例を経験したので報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 11

[P21] 一般演題（ポスター） 21 症例・直腸・肛門

座長：岩本 一亜(済生会加須病院)

[P21-3] 腹会陰式直腸切断術を施行した直腸肛門部悪性黒色腫の1例

守 正浩[1], 鈴木 英之[1], 塩田 美桜[1], 塩田 吉宣[2] (1.塩田記念病院外科, 2.塩田病院外科)

【緒言】直腸肛門部悪性黒色腫は消化管原発悪性黒色腫の中でも稀な疾患で、進行が早く局所再発や遠隔転移の頻度が高い。今回、我々は局所切除後に腹会陰式直腸切断術を施行した1例を経験したので文献的な考察を踏まえて報告する。【症例】75歳、男性。持続する下血および肛門部脱出感を主訴に当院を受診した。肛門診にて、肛門管より脱出する鶏卵大、弾性軟で易出血性の黒色腫瘍を認めた。持続出血のため日常的におむつを要していた。悪性黒色腫を疑い、まずは出血コントロール目的で局所切除を行った。病理組織学的には、陰窩上皮と扁平上皮からなる粘膜にメラニン色素を含む腫瘍細胞の増殖を認め、免疫染色にてHMB-45、SOX-10陽性であり、悪性黒色腫と確定診断された。造影CT検査にて遠隔転移は認めなかったが、上直腸動脈領域リンパ節の腫大を認め、転移の可能性が示唆された。局所切除より2週間後、根治的手術として腹会陰式直腸切断術および3群リンパ節郭清を施行した。摘出されたリンパ節は肉眼的に黒色であり、病理組織学的にも転移陽性であった。現在、免疫チェックポイント阻害薬を用いた術後補助化学療法を行いながら経過観察中である。【考察】本症例では局所切除により一時的な止血が得られ、確定診断に至ったうえで根治的切除に移行し得た。一方で、初診時に全身の転移検索を行っていれば一期的な切除の可能性があったことが反省点である。直腸肛門部悪性黒色腫は稀なため、リンパ節郭清を伴う根治的切除および補助化学療法についての報告は少ない。今後も症例の蓄積と検討が必要と思われる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 11

[P21] 一般演題（ポスター） 21 症例・直腸・肛門

座長：岩本 一亜(済生会加須病院)

[P21-4] 局所切除のみで2年間無再発経過中の痔瘻癌の1例

工代 哲也[1], 岡本 欣也[2] (1.吉祥寺北口駅前こにし胃腸内視鏡・肛門クリニック武蔵野院, 2.東京山手メディカルセンター大腸・肛門外科)

痔瘻癌に対する標準治療は直腸切断術や骨盤内臓全摘術であるが、局所切除で制御し得た症例を経験したため報告する。
症例は59歳男性。約20年前より肛門部の腫脹と排膿を繰り返し、十数年前に痔瘻と診断された。以降は通院せず、市販の抗菌薬で軽快と再燃を繰り返していた。その後、慢性腎不全と診断されステロイド治療が予定されたが、治療前に痔瘻根治術を勧められ、手術目的で当科を紹介受診した。
肛門診察では肛門周囲から臀部にかけて広範に硬結と排膿を認めた。またMRIでは両側の坐骨直腸窩および大殿筋下方を通過し後方へ進展する経路と、骨盤直腸窩に進展する痔瘻を認めた。また、後方深部の不良肉芽腔内に複数の嚢胞状構造を認め、ムチン産生の可能性が示唆され、痔瘻癌が疑われた。
骨盤直腸窩痔瘻に対する痔瘻根治術（seton法）を行い、ムチンを含めた瘻管を病理に提出した。その後の病理組織結果は粘液産生性の癌細胞と間質への粘液漏出を認め、痔瘻癌と診断された。腹会陰式直腸切断術を勧めたが、肛門温存を強く希望され手術の同意が得られなかった。また実際の手術時に肉眼的には癌巣を切除しえた印象もあり、追加手術は施行せず経過観察とした。
術後6か月のMRIではSeton経路に不良肉芽腔は認められたが、術前にみられた嚢胞状構造やムチン形成性病変は消失しており、痔瘻癌を疑う所見を認めなかった。約1年後に、second lookとして不良肉芽掻爬、生検、Seton挿入部の開放術を施行したが、病理診断では癌の遺残を認めなかった。現在も外来にて経過観察中であり、術後2年の時点で再発を認めていない。
局所切除のみで2年間無再発経過中の痔瘻癌の1例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 11

[P21] 一般演題（ポスター） 21 症例・直腸・肛門

座長：岩本 一亜(済生会加須病院)

[P21-5] 肛門周囲紅斑を契機に診断され、傍大動脈リンパ節転移を伴っていた肛門管癌のPagetoid spreadの一例

小橋 創, 黒柳 洋弥, 戸田 重夫, 上野 雅資, 花岡 裕, 福井 雄大, 平松 康輔, 前田 裕介, 呉山 由花, 富田 大輔, 高橋 泰宏 (虎の門病院消化器外科(下部消化管))

【背景】
乳房外Paget病様の皮膚病変を呈する大腸癌のPagetoid spreadは稀であり、皮膚病変を契機に消化管癌が診断される症例は少ない。また、内視鏡所見上は早期癌様に見える病変であっても、すでに進行癌の様相を呈していることがある。
【症例】
症例は84歳男性。肛門周囲の違和感を主訴に近医を受診。鏡検でカンジダ陽性と診断され外用療法で経過観察されていたが、浸軟や白苔の改善後も境界明瞭な紅斑が残存していたため、乳房外Paget病の除外目的に当院皮膚科に紹介となった。生検病理で腺癌を認め、免疫染色でCK7＋<CK20＋、GCDFP15−、p63−、CK5/6−、CDX2＋と、大腸癌のPagetoid spreadを示唆する所見であった。下部消化管内視鏡検査では歯状線に連続する扁平隆起性病変を認め、内視鏡的には早期癌を疑う所見であったため、内視鏡合同で経肛門的腫瘍切除を施行された。病理は高分化型腺癌、sm（0.7mm）、ly2＋、v1＋、断端陰性で追加切除適応と判断され当科紹介となった。ロボット支援下直腸切断術が予定されたが、術前精査を行なったところ、CA19-9および抗p53抗体は正常範囲であったが、CEAが1716.8と著明に上昇していた。また、CT・MRIでは両側鼠径リンパ節から傍大動脈リンパ節にかけての連続性の腫大があり、PETでも同部位に異常集積を認めたため、手術中止の上、化学療法施行の方針となった。本症例は腫瘍切除後12ヶ月で死亡した。
【結語】
肛門周囲紅斑という皮膚病変を契機に発見され、内視鏡的には早期癌様にみえた肛門管癌が、すでに傍大動脈リンパ節転移を伴う進行癌であった稀な一例である。Pagetoid spreadを呈する病変では、皮膚病変の鑑別診断に加え、全身精査による病期診断が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:15 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:15 AM UTC Poster 11

[P21] 一般演題（ポスター） 21 症例・直腸・肛門

座長：岩本 一亜(済生会加須病院)

[P21-6] 歯状線をこえて粘膜浸潤がみられた会陰部乳房外Paget病に対し腹会陰式直腸切断術を回避して肛門機能温存を得た一例

水流 慎一郎[1], 梅木 諒二[1], 澤村 直輝[1], 種村 宏之[1], 中崎 晴弘[1], 百木 菜摘[1,2], 高力 俊作[1] (1.湘南藤沢徳洲会病院外科, 2.山内病院)

乳房外Paget病は一般にアポクリン腺の密度が高い腋窩や会陰部に好発する。人口10万人あたり0.82人/年の発症であり希少がんに属す。
症例は７７歳女性。一年間皮膚科にて肛門周囲紅斑としてステロイド軟膏処置されていた。治癒得られず皮膚生検を行ったところ会陰部乳房外Paget病診断となり当科紹介となった。
肛門を中心に８の字状にそう痒を伴う皮膚紅斑をみとめた。CFの結果粘膜側に腫瘍進展はみられずまたPaget　spreadを呈すような肛門管/直腸癌もなかった。
　今回、鼠径リンパなどへの転移をみとめずcT2N0M0　cStage Ⅰとして外科/形成外科合同で皮膚病変切除+粘膜一部切除の方針とした。皮膚側は境界明瞭であるためマッピング生検はおこなわず2cmのmarginを確保して粘膜側は歯状線を目安に切離方針とした。
皮膚病粘膜側や深部マージンに関しては参考となる論文は存在しない。現実的には，粘膜側では排尿・排便機能の温存を考慮して切除マージンが決定されることが多い。深部マージンについては，パジェット細胞が皮膚付属器上皮に沿って増殖することがあるため，それらを完全に含めるレベルでの切除が推奨される。（乳房外パジェット病ガイドライン2025）今回は粘膜病変はみられないが、浸潤が否定できないため歯状線までの切除の方針とした。
　歯状線で切除した粘膜迅速断端はPaget細胞陽性であったがHerrman線から5mmほど口側まで追加切除して癌陰性を確認して終了とした。
　術後すぐは便失禁を認めていたが、6か月時点で完全に便失禁はなくなった。術後1年再発なく経過している。
歯状線をこえて粘膜浸潤がみられた会陰部乳房外Paget病であったが粘膜切除範囲を伸ばすことで腹会陰式直腸切断術を回避でき肛門機能温存を得た一例を経験したため報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 10

[E1] English Abstract Session 1 Surgical outcome

Moderator:Kazuhiko Yoshimatsu(Department of Digestive Surgery, Kawasaki Medical School), James Ngu(Department of Surgery, Changi General Hospital, Singapore)

[E1-1]

The impact of tumor-associated inflammatory adhesions on survival in patients with colon cancer

Jinzhu Zhang[1], Yaru Niu[1], Xishan Wang[1] (1.Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center/National Clinical Research Center for Cancer/Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences & Peking Union Medical College, 2.Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center/National Clinical Research Center for Cancer/Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences & Peking Union Medical College)

[E1-2]

Laparoscopic Anterior Resection in Elderly Patients: Short-term Outcomes in a District Hospital

Likana Pattanapongsa (Miss)

[E1-3]

A Predictive Nomogram for Retrieving 12 Lymph Nodes in Rectal Cancer Patients

Jian Ma[1], Xuan Guan[1], Jinzhu Zhang[1], Yaru Niu[1], Yihang Shi[1], Baohong Yang[2], Haiyi Liu[2], Xishan Wang[1] (1.Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center/National Clinical Research Center for Cancer/Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences and Peking Union Medical College, 2.Department of Colorectal Surgery, Shanxi Province Cancer Hospital/Shanxi Hospital Affiliated to Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences/Cancer Hospital Affiliated to Shanxi Medical University)

[E1-4]

Robotic NOSES Combined with En Bloc Resection for Bilateral Lateral Lymph Node in Rectal Cancer

Yihang Shi, Zhixun Zhao, Xu Guan, Jinzhu Zhang, Jian Ma, Zheng Xu, Haipeng Chen, Xishan Wang (Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center/National Clinical Research Center for Cancer/Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences & Peking Union Medical College)

[E1-5]

Single stapler anastomosis in minimal invasive rectal surgery-outcome in single institution

Chu Cheng Chang[1], Ming Yin Shen[1,2], Tzu Liang Chen[1,2] (1.Department of Surgery, China Medical University HsinChu Hospital, 2.China Medical University)

[E1-6]

Preservation of most nerves in the Denonvilliers' fascia during laparoscopic total mesorectal excision for middle rectal cancer-A video vignette.

Yao Zengwu, Yifei Zhang, Jinchen Hu (Yantai Yuhuangding hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 10

[E1] English Abstract Session 1 Surgical outcome

Moderator:Kazuhiko Yoshimatsu(Department of Digestive Surgery, Kawasaki Medical School), James Ngu(Department of Surgery, Changi General Hospital, Singapore)

[E1-1] The impact of tumor-associated inflammatory adhesions on survival in patients with colon cancer

Jinzhu Zhang[1], Yaru Niu[1], Xishan Wang[1] (1.Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center/National Clinical Research Center for Cancer/Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences & Peking Union Medical College, 2.Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center/National Clinical Research Center for Cancer/Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences & Peking Union Medical College)

Purpose: In colon cancer patients with tumor-associated inflammatory adhesions (TAIA), the preoperative clinical staging is cT4b, but postoperative pathology reveals that the tumor has not invaded surrounding organs (non-pT4b). We aimed to investigate the impact of TAIA on prognosis and treatment strategies for colon cancer patients.
Methods: Colon cancer patients from the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) database (2010 to 2019) and Chinese multicenter cohort were included to compare survival differences between the TAIA and non-TAIA groups. A Cox proportional hazards model was used to evaluate independent risk factors for survival in colon cancer patients. Additionally, we analyzed the impact of adjuvant chemotherapy on survival in TAIA patients.
Results: A total of 112,659 colon cancer patients from the SEER database and 881 colon cancer patients from the Chinese database were included in this study. After propensity score matching (PSM), both cohorts found that patients in the TAIA group exhibited worse overall survival (P<0.05) and cancer-specific survival (P<0.05). Additionally, the Cox multivariate proportional hazards model identified TAIA as an independent risk factor for cancer-specific survival in colon cancer patients (SEER: HR 1.45, 95% CI: 1.40 to 1.50, P<0.001; China: HR 1.54, 95% CI: 1.130 to 2.102, P 0.006). Subsequently, 36,496 TAIA patients from the SEER database and 229 TAIA patients from a Chinese multicenter database were independently divided into adjuvant chemotherapy and control groups. After PSM, both databases indicated better survival in the adjuvant chemotherapy group.
Conclusion: Colon cancer patients with TAIA have a poorer prognosis. Adjuvant chemotherapy can improve the prognosis of TAIA patients.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 10

[E1] English Abstract Session 1 Surgical outcome

Moderator:Kazuhiko Yoshimatsu(Department of Digestive Surgery, Kawasaki Medical School), James Ngu(Department of Surgery, Changi General Hospital, Singapore)

[E1-2] Laparoscopic Anterior Resection in Elderly Patients: Short-term Outcomes in a District Hospital

Likana Pattanapongsa (Miss)

Background:
Laparoscopic anterior resection (LAR) is widely accepted as a standard treatment for colorectal cancer. However, data on its short-term outcomes in elderly patients treated at district hospitals remain limited. This study aims to evaluate the short-term surgical outcomes of LAR in elderly patients at a 200-bed district hospital.
Methods:
A retrospective review was conducted of patients aged 65 years and older who underwent LAR at Takua Pa Hospital, Phang Nga, Thailand. Data collected included patient demographics, length of hospital stay, postoperative complications, conversion to open surgery, and 30-day readmission rates.
Results:
A total of 41 elderly patients were included. The mean length of hospital stay was 12.1 days. The postoperative complication rate was 22%, while the conversion rate to open surgery was 12.2%. The 30-day readmission rate was 7.3%. Most complications were minor and managed conservatively.
Conclusions:
Laparoscopic anterior resection in elderly patients can be performed safely in a medium-sized district hospital, with acceptable rates of complications and readmissions. These findings support the feasibility and safety of minimally invasive colorectal surgery for elderly patients in community hospital settings.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 10

[E1] English Abstract Session 1 Surgical outcome

Moderator:Kazuhiko Yoshimatsu(Department of Digestive Surgery, Kawasaki Medical School), James Ngu(Department of Surgery, Changi General Hospital, Singapore)

[E1-3] A Predictive Nomogram for Retrieving 12 Lymph Nodes in Rectal Cancer Patients

Jian Ma[1], Xuan Guan[1], Jinzhu Zhang[1], Yaru Niu[1], Yihang Shi[1], Baohong Yang[2], Haiyi Liu[2], Xishan Wang[1]
(1.Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center/National Clinical Research Center for Cancer/Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences and Peking Union Medical College, 2.Department of Colorectal Surgery, Shanxi Province Cancer Hospital/Shanxi Hospital Affiliated to Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences/Cancer Hospital Affiliated to Shanxi Medical University)

Objective
This study aims to develop a nomogram model to predict the probability of retrieving 12 LNs postoperatively in rectal cancer (RC) patients.
Methods
Patients collected from Shanxi Cancer Hospital between 2015 and 2020 were retrospectively analyzed. Continuous variables were converted into categorical variables. Chi-square tests were used to identify key factors influencing 12 LNs detected. Significant variables were incorporated into a nomogram model. The model's discrimination ability was evaluated based on the receiver operating characteristic (ROC) curve, while model calibration was assessed using calibration plots. The clinical utility of the model was determined using decision curve analysis (DCA).
Results
A total of 2,724 RC patients were included, 1,906 cases were assigned to the training dataset, while 818 were assigned to the in-validation dataset. Chi-square analysis identified age, T stage, N stage, tumor size, CEA, CA19-9, hemoglobin, and PLT as significant factors associated with 12 LN retrieval. The nomogram indicated that T stage, N stage, and tumor size contributed most significantly. The AUCs of the model were 0.669 for the training and 0.689 for the in-validation dataset. The calibration plots showed good agreement between the predicted probabilities and actual outcomes. The DCA curves demonstrated a favorable net benefit across a wide range of threshold probabilities.
Conclusion
The nomogram model can effectively predict 12 LNs retrieving in RC patients. It also provides a valuable tool for preoperative risk stratification and personalized clinical decision-making.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 10

[E1] English Abstract Session 1 Surgical outcome

Moderator:Kazuhiko Yoshimatsu(Department of Digestive Surgery, Kawasaki Medical School), James Ngu(Department of Surgery, Changi General Hospital, Singapore)

[E1-4] Robotic NOSES Combined with En Bloc Resection for Bilateral Lateral Lymph Node in Rectal Cancer

Yihang Shi, Zhixun Zhao, Xu Guan, Jinzhu Zhang, Jian Ma, Zheng Xu, Haipeng Chen, Xishan Wang (Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center/National Clinical Research Center for Cancer/Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences & Peking Union Medical College)

Abstract
Background: Rectal cancer often metastasizes to bilateral lateral pelvic lymph nodes (LPLNs). While radical resection with lateral lymph node dissection (LLND) is standard for suspected metastasis, traditional piecemeal resection risks tumor dissemination. Natural orifice specimen extraction surgery (NOSES) enhances recovery by avoiding abdominal incisions. This first report combines robotic-assisted NOSES with en bloc resection for rectal cancer and bilateral LLND.
Methods: A 31-year-old male with mid-rectal adenocarcinoma and bilateral LPLN enlargement (8mm) underwent robotic en bloc tumor resection with bilateral LLND. Using a modified lithotomy position, retroperitoneal access was established at the left iliac bifurcation. Bilateral LLND and total mesorectal excision preserved specimen integrity. Transanal extraction followed intersphincteric resection, enabling direct anastomosis.
Results: Successful 391-minute procedure with 100mL blood loss. Bilateral internal/external iliac and obturator nodes were dissected without abdominal incisions/stomas. Discharge occurred on postoperative day 10. Pathology confirmed pT3N0M0 adenocarcinoma. Four-year follow-up showed no recurrence/metastasis, with preserved urinary/defecatory function.
Conclusion: Robotic NOSES with en bloc resection demonstrates safety and feasibility for locally advanced rectal cancer with bilateral LPLN metastasis. This technique combines oncologic radicality (minimizing tumor spread risk) and functional preservation, while transanal extraction optimizes recovery. The 4-year recurrence-free survival supports its dual benefits, offering a minimally invasive paradigm for complex cases. Multicenter validation and protocol standardization are warranted.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 10

[E1] English Abstract Session 1 Surgical outcome

Moderator:Kazuhiko Yoshimatsu(Department of Digestive Surgery, Kawasaki Medical School), James Ngu(Department of Surgery, Changi General Hospital, Singapore)

[E1-5] Single stapler anastomosis in minimal invasive rectal surgery-outcome in single institution

Chu Cheng Chang[1], Ming Yin Shen[1,2], Tzu Liang Chen[1,2] (1.Department of Surgery, China Medical University HsinChu Hospital, 2.China Medical University)

Background Anastomotic leakage in rectal surgery can lead to increased morbidity, mortality, and a higher rate of local tumor recurrence. Many risk factors, such as blood supply, tension, and patient comorbidities, have been identified as contributing to the risk of leakage. Several studies have noted that the numbers of staplers used during rectal transection is an independent risk factor for anastomotic leakage. Here, we present our experience with single stapler anastomosis in minimal invasive rectal surgery.
Method After completing the dissection of rectum, the transection point was selected. One purse-string suture was made proximal to transection point to close the rectum. The transection was done with scissors. We made another hand-sewn purse-string suture at rectum stump in laparoscopic or robotic platform. The anastomosis was completed with single staple circular stapler.
Result From November 2022 to April 2025, we've performed 28 single stapler anastomosis. 18(64.3%) male and 10(35.7%) female patients. The mean age was 59.3(38-80) years old. 4 patients had received pre-operative radiotherapy. 3(10.7%) patients received laparoscopic surgery and 25(89.3%) had robotic surgery. 7(25%) patients received natural orifice specimen extraction surgery. 3 patients had protective stoma diversion. The mean anastomosis height was 5.25(2-8) cm from anal verge. There were 4(14.3%) patients experienced post-operative complications. One post-operative ileus, one acute urinary retention, one intraabdominal infection, and one patient had anastomosis leakage. The overall leakage rate was 3.6%. The mean length of stay was 6(3-20) days.
Conclusion Our result showed single stapler anastomosis in rectal surgery is a feasible and promising method in minimal invasive surgery.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Fri. Nov 14, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 10

[E1] English Abstract Session 1 Surgical outcome

Moderator:Kazuhiko Yoshimatsu(Department of Digestive Surgery, Kawasaki Medical School), James Ngu(Department of Surgery, Changi General Hospital, Singapore)

[E1-6] Preservation of most nerves in the Denonvilliers' fascia during laparoscopic total mesorectal excision for middle rectal cancer-A video vignette.

Yao Zengwu, Yifei Zhang, Jinchen Hu (Yantai Yuhuangding hospital)

Rectal cancer is a global disease, and surgical resection is the most effective method for its treatment. Total mesorectal excision as the gold standard surgery for rectal cancer was first proposed by professor Heald in 1982, and it significantly reduced the probability of tumour recurrence after surgery . However, some studies have shown that sexual and urinary functions, which are considered closely related to the pelvic autonomic nerves, deteriorate to varying degrees after surgery . Division of the Denonvilliers’ fascia can damage the inferior hypogastric plexus and efferent pathways. However, the method of protecting the Denonvilliers’ fascia and ensuring the integrity of total mesorectal excision is a difficult point. Especially in some patients receiving neoadjuvant radiotherapy and chemotherapy, the anatomical layer is not very clear. Laparoscopic surgery allows for better visualization of autonomic nerves, and therefore, more precise dissection and preservation .
There are different surgical approaches to protect the Denonvilliers’ fascia. This video demonstrates in a 56-year old man with low rectal cancer, laparoscopic radical rectal resection after preoperative neoadjuvant chemoradiotherapy. We incise the peritoneum 1 cm above the peritoneal reflection, and then cut it about 0.5 cm from the cranial side after complete exposure of the Denonvilliers’ fascia. This approach ensures the integrity of anterior proper fascia of rectum and protects most of the nerves in the Denonvilliers’ fascia. The patient was followed-up for 2 years. Sexual and urinary function did not decrease significantly, and the tumour did not recur.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

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

[E2] English Abstract Session 2 Colorectal Surgery 1

Moderator:Atsushi Hamabe(Department of Gastroenterological Surgery Graduate School of Medicine, The University of Osaka), Mina Ming-yin Shen(Department of Surgery, China Medical University Hsinchu Hospital, Taiwan)

[E2-1]

Outcomes of NOSES vs TLRH for Right-Sided Colon Cancer: A Propensity Score-Matched Study

Zheng Xu, Yueyang Zhang, Xu Guan, Yihang Shi, Haipeng Chen, Zhixun Zhao, Zhaoxu Zheng, Haitao Zhou, Xishan Wang (Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center/National Clinical Research Center for Cancer/Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences and Peking Union Medical College)

[E2-2]

Short-term Outcomes of NOSES vs Conventional Laparoscopic Surgery in CRC

Xu Guan (Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center/NationalClinical Research Center for Cancer/Cancer Hospital, Chinese Academy ofMedical Sciences and Peking Union Medical College)

[E2-3]

ICG Fluorescence Imaging allows Navigation of Critical Vessels during Laparoscopic and Robotic Colorectal Surgery

Trevor M Yeung, Wing Wa Leung, Prudence Tam, Ruby Lau, Julie Ng, Nicole Cheng, Vienna Ng, Cherry Wong, Simon Chu, Sophie S Hon, Kaori Futaba, Simon S Ng (The Chinese University of Hong Kong)

[E2-4]

Ergonomic Advantages of the Open Console System in Robotic Colorectal Resection

Chunlin Wang, Yulingming Wang, Guiyu Wang (Department of colorectal cancer surgery, the Second Affiliated Hospital of Harbin Medical University)

[E2-5]

CUSUM-Based Learning Curve Analysis of RiSSA in Robotic Left-Sided Colorectal Cancer Surgery

Shih-Feng Huang[1], Chih-Chien Wu[1,2] (1.Division of Colorectal Surgery, Kaohsiung Veterans General Hospital, 2.School of Medicine, National Yang Ming Chiao Tung University)

[E2-6]

Short term outcomes of intracorporeal anastomosis in robotic and laparoscopic left colectomy.

Yenchen Shao[1,2], Mina Mingyin Shen[1,2], William Tzuliang Chen[1,2] (1.China Medical University Hsinchu Hospital, 2.China Medical University)

[E2-7]

The long-term effects of anastomotic leakage after colorectal cancer surgery on Quality of Life – A systematic review

Gielen AHC, Heuvelings DJI, Sylla P, van Loon YT, Melenhorst J, Bouvy ND, Kimman ML, Breukink SO (CoReAL collaborative)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

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

[E2] English Abstract Session 2 Colorectal Surgery 1

Moderator:Atsushi Hamabe(Department of Gastroenterological Surgery Graduate School of Medicine, The University of Osaka), Mina Ming-yin Shen(Department of Surgery, China Medical University Hsinchu Hospital, Taiwan)

[E2-1] Outcomes of NOSES vs TLRH for Right-Sided Colon Cancer: A Propensity Score-Matched Study

Zheng Xu, Yueyang Zhang, Xu Guan, Yihang Shi, Haipeng Chen, Zhixun Zhao, Zhaoxu Zheng, Haitao Zhou, Xishan Wang (Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center/National Clinical Research Center for Cancer/Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences and Peking Union Medical College)

Background: Small-incision assisted laparoscopic right hemicolectomy with intracorperal anastomosis, commonly referred to as totally laparoscopic right hemicolectomy (TLRH), represents an advanved minimally invasive technique for the treatment of right-sided colon cancer. Recently, natural orifice specimen extraction surgery(NOSES), using trasvaginal or transrectal routes, has emerged as an advanvcement that potentially minimizes abdominal wall trauma. This study compares the perioperative and long-term outcomes of NOSES and TLRH.
Methouds: A retrospective cohort of 349 patients with stage I-III right sided colon cancer who underwent curative laparoscopic resection from January 2018 to January 2023 was analyzed. Using propensity score matching(1:1), 115 NOSES cases were matched with 115 TLRH cases based on age, BMI, tumor size, neoadjuvant therapy, and T stage. Outcomes included perioperative recovery, fatigue, complications, pelvic floor function, and oncologic results.
Results: Post-matching, baseline characteristics were balanced. Operative time and blood loss were comparable. NOSES patients reported significantly less pain from postoperative days 1-3($p<0.001$), reduced analgesic use($p<0.001$) and lower fatigue levels($p<0.001$). Learning curves for transvaginal and transrectal NOSES stablilized after 57 and 41 cases, respectively. Incision-related complications were more frequent in TLRH($p<0.005$). Functional outcomes were comparable, and no differences were observed in disease-free or overall survival.
Conclusions: NOSES is a safe, effective option for selected patients with right-sided colon cancer. It provides better postoperative pain control, reduced fatigue and fewer incision-relateed complications with promising oncological outcomes.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

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

[E2] English Abstract Session 2 Colorectal Surgery 1

Moderator:Atsushi Hamabe(Department of Gastroenterological Surgery Graduate School of Medicine, The University of Osaka), Mina Ming-yin Shen(Department of Surgery, China Medical University Hsinchu Hospital, Taiwan)

[E2-2] Short-term Outcomes of NOSES vs Conventional Laparoscopic Surgery in CRC

Xu Guan (Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center/NationalClinical Research Center for Cancer/Cancer Hospital, Chinese Academy ofMedical Sciences and Peking Union Medical College)

Abstract: This multicenter RCT compared NOSES (n=234) with conventional laparoscopic surgery (CLS, n=235) in patients with stage cT1-3N0-2M0 sigmoid/upper rectal cancer. NOSES demonstrated superior recovery outcomes: significantly shorter time to first flatus (48 vs 50h, P<0.001), lower pain scores at 24/48/72h (all P<0.001), and reduced opioid analgesic requirement (17.5% vs 37.4%, P<0.001). While overall complication rates trended lower (12.0% vs 18.3%, P=0.056), major complications (Clavien-Dindo &geIII) were comparable (4.3% vs 5.1%, P=0.682). No differences were observed in oncologic safety measures including lymph node harvest (median 22 vs 21, P=0.312) or resection margins. Quality of life assessments using EQ-5D-5L showed consistent superiority for NOSES at 1/3/6 months postoperatively (all P<0.05), particularly in pain/discomfort and anxiety/depression domains. These robust findings confirm NOSES as a safe, minimally invasive alternative offering meaningful clinical benefits for appropriately selected colorectal cancer patients.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

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

[E2] English Abstract Session 2 Colorectal Surgery 1

Moderator:Atsushi Hamabe(Department of Gastroenterological Surgery Graduate School of Medicine, The University of Osaka), Mina Ming-yin Shen(Department of Surgery, China Medical University Hsinchu Hospital, Taiwan)

[E2-3] ICG Fluorescence Imaging allows Navigation of Critical Vessels during Laparoscopic and Robotic Colorectal Surgery

Trevor M Yeung, Wing Wa Leung, Prudence Tam, Ruby Lau, Julie Ng, Nicole Cheng, Vienna Ng, Cherry Wong, Simon Chu, Sophie S Hon, Kaori Futaba, Simon S Ng (The Chinese University of Hong Kong)

Introduction
This study assesses the role of Indocyanine Green (ICG) in identifying critical vessels in both laparoscopic and robotic colorectal surgery and surgeon satisfaction in the use of this technology.
Methods
This was a prospective single-center study that included patients undergoing laparoscopic and robotic surgery for colorectal cancer. A low dose of ICG was injected intravenously intraoperatively to visualize critical vascular structures, using the Visera Elite III laparoscopic system and Da Vinci Xi Firefly robotic system. Primary outcome was the identification of critical vascular structures under fluorescence imaging. Secondary outcomes included time to visualise vessels under fluorescence, any change in surgical plan, and surgeon ratings on strength of signal, ease of use, helpfulness and overall satisfaction assessed using a Likert scale.
Results
Eight patients (four right sided resections, four left sided resections) were included. ICG successfully identified critical vascular structures in all cases, with visualization occurring 22-35 seconds after injection. The optimal dose was 2.5mg. In four patients, ICG identified critical vessels which altered surgical plan, including an aberrant ascending branch of the left colic artery, an accessory vessel in close proximity to the IMV and, in two cases, the marginal artery in the mesocolon of the colonic conduit. Surgeons reported high satisfaction with the use of ICG in vessel navigation.
Conclusion
ICG fluorescence imaging is a valuable tool for identifying critical vascular structures during minimally invasive colorectal surgery, improving surgical precision and decision-making, with high surgeon satisfaction. Further studies are needed to assess its impact on patient outcomes.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

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

[E2] English Abstract Session 2 Colorectal Surgery 1

Moderator:Atsushi Hamabe(Department of Gastroenterological Surgery Graduate School of Medicine, The University of Osaka), Mina Ming-yin Shen(Department of Surgery, China Medical University Hsinchu Hospital, Taiwan)

[E2-4] Ergonomic Advantages of the Open Console System in Robotic Colorectal Resection

Chunlin Wang, Yulingming Wang, Guiyu Wang (Department of colorectal cancer surgery, the Second Affiliated Hospital of Harbin Medical University)

Background: This study evaluates whether the Kangduo SR-01 (KD) open console system reduces intraoperative ergonomic strain while preserving technical performance during robotic colorectal resection.
Methods: A tripartite assessment framework was implemented: ergonomic strain quantification (Borg CR-10 Scale), team coordination evaluation (Oxford NOTECHS II), and blinded video-based technical performance analysis (OSATS).
Results: Posture during DV was significantly more challenging for Neck and back. There was a significant greater increase in discomfort over time (up to 3 h) for the neck and back in DV group compared with KD group. Notably, both systems achieved equivalent technical proficiency (OSATS, P=0.259) and maintained comparable team coordination metrics (NOTECHS II, P=0.120) with similar short-term outcomes.
Conclusions: The open console system significantly reduces musculoskeletal strain, especially for neck and back, during robotic colorectal surgery while maintaining critical technical performance.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

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

[E2] English Abstract Session 2 Colorectal Surgery 1

Moderator:Atsushi Hamabe(Department of Gastroenterological Surgery Graduate School of Medicine, The University of Osaka), Mina Ming-yin Shen(Department of Surgery, China Medical University Hsinchu Hospital, Taiwan)

[E2-5] CUSUM-Based Learning Curve Analysis of RiSSA in Robotic Left-Sided Colorectal Cancer Surgery

Shih-Feng Huang[1], Chih-Chien Wu[1,2] (1.Division of Colorectal Surgery, Kaohsiung Veterans General Hospital, 2.School of Medicine, National Yang Ming Chiao Tung University)

Background
The robotic intracorporeal single-stapling anastomosis (RiSSA) technique offers a promising alternative to traditional double-stapling methods in minimally invasive colorectal surgery. However, data on its procedural learning curve remain limited.

Methods
This retrospective study assessed the first 28 consecutive robotic low anterior resections using the RiSSA technique by a single surgeon for left-sided colorectal cancer. Operative time was analyzed using cumulative sum (CUSUM) methodology to identify the learning inflection point. Patients were stratified into early (cases 1-14) and late (cases 15-28) phases. Secondary outcomes included console time, intraoperative blood loss, complication rate, and length of stay.

Results
CUSUM analysis demonstrated a learning curve inflection at case 16. Compared to the early phase, the late phase showed significant reductions in operative time (285.0 vs. 269.0 minutes, p = 0.014) and console time (194.0 vs. 146.5 minutes, p = 0.001). No major complications (Clavien-Dindo >= III) occurred in either phase.

Conclusions
RiSSA can be safely implemented with a manageable learning curve on a fully robotic platform. The technique demonstrated improved efficiency without compromising patient safety, supporting its feasibility for broader clinical adoption and training programs.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

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

[E2] English Abstract Session 2 Colorectal Surgery 1

Moderator:Atsushi Hamabe(Department of Gastroenterological Surgery Graduate School of Medicine, The University of Osaka), Mina Ming-yin Shen(Department of Surgery, China Medical University Hsinchu Hospital, Taiwan)

[E2-6] Short term outcomes of intracorporeal anastomosis in robotic and laparoscopic left colectomy.

Yenchen Shao[1,2], Mina Mingyin Shen[1,2], William Tzuliang Chen[1,2] (1.China Medical University Hsinchu Hospital, 2.China Medical University)

Background
Colo-colonic intracorporeal anastomosis (ICA) during left hemicolectomy (LH) has become a feasible option. However, its safety and efficacy remain uncertain. Therefore, this study aims to compare the short-term outcomes of ICA in laparoscopic and robotic LH.
Method
This single-center retrospective cohort study analyzed patients diagnosed with colon cancer located between the left-sided transverse colon and the descending-sigmoid junction. Eligible patients underwent ICA in laparoscopic (L-LH) or robotic left colectomy (R-LH) between January 2019 and December 2024 and met no exclusion criteria. Patients were categorized into the laparoscopic (L-ICA) and robotic (R-ICA) groups.The primary outcome measure was length of hospital stay (LOH), while the secondary outcome focused on comparing LOH among the various subgroups.
Results
A total of 93 patients were included in the final analysis (L-ICA n=66 vs R-ICA n=27). The R-ICA group was associated with significantly shorter LOH than L-ICA (5.1 days vs 7.2 days, p=0.02). Comparing to alternative anastomosis methods (Anti-peristaltic n=6 and Iso-peristaltic n=5), end-to-end subgroup (n=81) demonstrated significantly shorter LOH (5.6 days vs 13.2 days, p=0.045). Within the end-to-end subgroup, using the technique of staple plus suture (n=30) had significant shorter LOH than other techniques (n=51): 4.8 days vs 6.1 days, p=0.002.
Conclusion
ICA has proven to be a safe and feasible surgical option. Robotic ICA is associated with enhanced postoperative recovery, shorten length of hospital stay. End-to-end anastomosis using staple plus suture technique is associated with the shortest hospital stay, suggesting a potential benefit in optimizing patient outcomes.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

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

[E2] English Abstract Session 2 Colorectal Surgery 1

Moderator:Atsushi Hamabe(Department of Gastroenterological Surgery Graduate School of Medicine, The University of Osaka), Mina Ming-yin Shen(Department of Surgery, China Medical University Hsinchu Hospital, Taiwan)

[E2-7] The long-term effects of anastomotic leakage after colorectal cancer surgery on Quality of Life – A systematic review

Gielen AHC, Heuvelings DJI, Sylla P, van Loon YT, Melenhorst J, Bouvy ND, Kimman ML, Breukink SO (CoReAL collaborative)

Background Colorectal anastomotic leakage remains one of the most frequent and dreaded post- operative complications following colorectal resection. However, limited research has been conducted on the impact of this complication on quality of life of patients undergoing colorectal cancer surgery. The aim of this systematic review was to identify, appraise and synthesize the available evidence regarding quality of life in patients with anastomotic leakage following oncological colorectal resections in order to inform clinical decision-making.
Methods Pubmed, Embase and the Cochrane library were searched for studies reporting on quality of life using validated questionnaires in patients with anastomotic leakage after oncological colorectal resections. The literature search was performed systematically and according to PRISMA guidelines. Outcomes of quality of life questionnaire scores of patients with and without anastomotic leakage were analysed.
Results Thirteen articles reporting on 4618 individual patients were included, among which 527 patients developed AL. Quality of life was evaluated utilizing ten distinct questionnaires administered at various postoperative time points, ranging from 1 month to 14 years. Quality of life outcomes differed across studies and time points, but overall scores were most negatively affected by AL up to twelve months postoperatively. Limitation of this study is the high heterogeneity between the included studies based on used questionnaires and time of assessment.
Conclusion The published evidence suggests that anastomotic leakage following oncologic colorectal resection is associated with impaired quality of life, especially within the first postoperative year. The impact of anastomotic leakage on quality of life warrants further evaluation and discussion with patients.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Fri. Nov 14, 2025 2:40 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:40 AM - 6:30 AM UTC Room 10

[E3] English Abstract Session 3 Colorectal Surgery 2

Moderator:Akihiro Kondo(Department of Gastroenterological Surgery, Faculty of Medicine, Kagawa University), Woramin Riansuwan(Colorectal Surgery Unit, Department of Surgery, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand)

[E3-1]

Intraoperative Peritumoral Indocyanine Green Injection During Laparoscopic Left Hemicolectomy

Alongkot Kaewkim[1], Kamales Prasitvarakul[2] (1.Hatyai hospital, 2.Haiyai hospital)

[E3-2]

D3 LND improves the survival outcome in patients with cT2 colorectal cancer

Liming Wang[1], Yinggang Chen[1], Yasumitsu Hirano[2] (1.National Cancer Center/National Clinical Research Center for Cancer/Cancer Hospital & Shenzhen Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences and Peking Union Medical College, Shenzhen, 2.Division of Gastroenterological Surgery, Saitama Medical University International Medical Center, Hidaka, Saitama, Japan.)

[E3-3]

Tailored Minimum Examined Lymph Nodes Threshold in Colon Cancer

Baohong Yang[1], Xu Guan[1,2], Jian Ma[2], Shuai Jiao[1], Qingxia Xu[1], Yanfeng Xi[3], Xishan Wang[1,2] (1.Department of Colorectal Surgery, Shanxi Province Cancer Hospital/Shanxi Hospital Affiliated to Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences/Cancer Hospital Affiliated to Shanxi Medical University, 2.Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center/National Clinical Research Center for Cancer/Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences and Peking Union Medical College, 3.Department of Pathology, Shanxi Province Cancer Hospital/Shanxi Hospital Affiliated to Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences/Cancer Hospital Affiliated to Shanxi Medical University)

[E3-4]

laparoscopic right hemicolectomy in obstructed hepatic flexure colon cancer, a technical challenge

Sumet Saeli (Hatyai hospital)

[E3-5]

Cranial-caudal-medial approach, counterclockwise complete mesocolic excision in laparoscopic right hemicolectomy- A video vignette.

Yao Zengwu, Jinchen Hu, Yifei Zhang (Yantai Yuhuangding hospital)

[E3-6]

Treitz ligament-guided medial approach for complete mesocolic excision in laparoscopic left hemicolectomy-A video vignette.

Yao Zengwu, Yifei Zhang, Jinchen Hu (Yantai Yuhuangding hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Fri. Nov 14, 2025 2:40 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:40 AM - 6:30 AM UTC Room 10

[E3] English Abstract Session 3 Colorectal Surgery 2

Moderator:Akihiro Kondo(Department of Gastroenterological Surgery, Faculty of Medicine, Kagawa University), Woramin Riansuwan(Colorectal Surgery Unit, Department of Surgery, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand)

[E3-1] Intraoperative Peritumoral Indocyanine Green Injection During Laparoscopic Left Hemicolectomy

Alongkot Kaewkim[1], Kamales Prasitvarakul[2] (1.Hatyai hospital, 2.Haiyai hospital)

Introduction
Accurate lymph node assessment is critical in colon cancer surgery, influencing staging and treatment. Traditional lymphadenectomy relies on anatomical landmarks. Indocyanine green (ICG) fluorescence imaging allows real-time lymphatic visualization and may enhance surgical precision. We present a case using intraoperative peritumoral ICG injection during laparoscopic left hemicolectomy for descending colon adenocarcinoma.

Case Presentation
A 66 year old male presented with anemic symptoms. Colonoscopy demonstrated a mass at descending colon. Biopsies confirmed moderately differentiated adenocarcinoma. Preoperative computed tomography (CT) showed no distant metastases.
He underwent laparoscopic left hemicolectomy. At the beginning of the procedure, after pneumoperitoneum establishment and laparoscopic exploration, 2 mL of diluted ICG solution was injected subserosally around the tumor using a 25 gauge needle under laparoscopic vision. Following mobilization of the colon, near-infrared (NIR) fluorescence imaging was employed. The lymphatic channels draining from the tumor site were clearly visualized, and fluorescence-guided lymphadenectomy was performed along the inferior mesenteric vessels and corresponding mesocolon.
The operative time was 210 minutes with 150 mL blood loss. No intraoperative complications occurred. Postoperative recovery was uneventful, and the patient was discharged on postoperative day 4. Final pathology revealed pT3N0M0 cancer with 22 negative lymph nodes.

Conclusion
Intraoperative peritumoral ICG injection is a feasible, safe technique to enhance lymphatic mapping in colorectal surgery. It may improve lymph node harvest and surgical precision without significantly prolonging operative time.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Fri. Nov 14, 2025 2:40 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:40 AM - 6:30 AM UTC Room 10

[E3] English Abstract Session 3 Colorectal Surgery 2

Moderator:Akihiro Kondo(Department of Gastroenterological Surgery, Faculty of Medicine, Kagawa University), Woramin Riansuwan(Colorectal Surgery Unit, Department of Surgery, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand)

[E3-2] D3 LND improves the survival outcome in patients with cT2 colorectal cancer

Liming Wang[1], Yinggang Chen[1], Yasumitsu Hirano[2] (1.National Cancer Center/National Clinical Research Center for Cancer/Cancer Hospital & Shenzhen Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences and Peking Union Medical College, Shenzhen, 2.Division of Gastroenterological Surgery, Saitama Medical University International Medical Center, Hidaka, Saitama, Japan.)

Background: The extent of lymphadenectomy in patients with cT2 colorectal cancer (CRC) remains controversial.
Methods: A total of 590 patients diagnosed with cT2 CRC underwent radical colorectal resection. According to the pathological type, patients were divided into the well-differentiated adenocarcinoma (WDA) group and the non-well-differentiated adenocarcinoma (nWDA) group. Each group was further divided into D3LND and D2LND groups according to the extent of lymph node dissection. The main outcomes were overall survival (OS), cancer-specific survival (CSS) and relapse free survival rate (RFS).
Results: Before PSM, there was a statistically significant difference across the cohort in OS and CSS (p=0.001 and 0.021) between D3 LND and D2 LND groups in the nWDA patients. The estimated hazard ratio (HR) was 3 (95% confidence interval (CI), 1.3-6.8, p=0.0084) for OS and 3.2 (95% CI, 1-10, p=0.047) for CSS in the D3 LND group. There was also a significant difference in OS (p=0.007) and in CSS (0.012) after matched, with an estimated HR for OS of 4 (95% CI, 1.2 -14, p=0.028) and an estimated HR for CSS of 16 (95% CI, 1.2 -220, p=0.034). For cT2 WDA, D2 LND had the same favorable prognosis as D3 LND before and after matching. Postoperative complications were independent risk factor for the prognosis of cT2 WDA CRC.
Conclusions:
D3 LND improves survival outcomes in cT2 colorectal cancer patients with non-well differentiated adenocarcinoma. For patients with well differentiated adenocarcinoma, D3 LND should be preferentially recommended in terms of reducing perioperative complications.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Fri. Nov 14, 2025 2:40 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:40 AM - 6:30 AM UTC Room 10

[E3] English Abstract Session 3 Colorectal Surgery 2

Moderator:Akihiro Kondo(Department of Gastroenterological Surgery, Faculty of Medicine, Kagawa University), Woramin Riansuwan(Colorectal Surgery Unit, Department of Surgery, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand)

[E3-3] Tailored Minimum Examined Lymph Nodes Threshold in Colon Cancer

Baohong Yang[1], Xu Guan[1,2], Jian Ma[2], Shuai Jiao[1], Qingxia Xu[1], Yanfeng Xi[3], Xishan Wang[1,2]
(1.Department of Colorectal Surgery, Shanxi Province Cancer Hospital/Shanxi Hospital Affiliated to Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences/Cancer Hospital Affiliated to Shanxi Medical University, 2.Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center/National Clinical Research Center for Cancer/Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences and Peking Union Medical College, 3.Department of Pathology, Shanxi Province Cancer Hospital/Shanxi Hospital Affiliated to Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences/Cancer Hospital Affiliated to Shanxi Medical University)

Background: This study aims to identify patient-specific factors associated with the number of ELNs retrieved in CC patients undergoing hemicolectomy and to explore the potential for establishing a minimum ELNs threshold based on patient characteristics.
Methods: We retrospectively analyzed data on patients with stage I-III CC from two sources: the Chinese Multi-Institutional Registry (N=10,367; 2010-2018) and the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) database (N=121,216; 2010-2018). We employed logistic regression modelling on the data to identify patient-specific factors associated with the number of ELNs. Subsequently, eight distinct patient cohorts were constructed within the Chinese and SEER datasets. The relationship between ELNs and overall survival (OS) was assessed continuously using restricted cubic spline (RCS) curves. Additionally, Kaplan-Meier curves were generated to estimate 5-year OS within each patient cohort.
Results: A median ELNs count of 16 (IQR: 12 - 22) and 15 (IQR: 12 - 20) was reported in the SEER and Chinese cohorts, respectively; age, tumour size, and location emerged as the specific factors influencing ELN numbers. Notably, across all eight cohorts established within the SEER database, the minimum number of ELNs required for optimal survival exceeded the current recommendation of 12, ranging from 14 - 17. Furthermore, exceeding the minimum ELNs threshold in each cohort was associated with significantly improved OS in both databases.
Conclusion: The present study reported heterogeneity in the minimum number of ELNs required across different patient cohorts undergoing hemicolectomy for CC. Further research is warranted to validate these observations and establish tailored recommendations.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Fri. Nov 14, 2025 2:40 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:40 AM - 6:30 AM UTC Room 10

[E3] English Abstract Session 3 Colorectal Surgery 2

Moderator:Akihiro Kondo(Department of Gastroenterological Surgery, Faculty of Medicine, Kagawa University), Woramin Riansuwan(Colorectal Surgery Unit, Department of Surgery, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand)

[E3-4] laparoscopic right hemicolectomy in obstructed hepatic flexure colon cancer, a technical challenge

Sumet Saeli (Hatyai hospital)

Background: Laparoscopic right hemicolectomy is a minimally invasive surgical technique used to treat right-sided colon cancers. This abstract details a case involving a patient with an obstructed hepatic flexure due to colon cancer.

Case Presentation: A 46-year-old female presented with symptoms of bowel obstruction,abdominal pain,anemia. Imaging studies revealed an obstructed hepatic flexure mass consistent with colon cancer. A multidisciplinary team evaluated the patient and determined that laparoscopic extended right hemicolectomy was the most appropriate intervention.

Surgical Technique: The procedure was performed under general anesthesia using standard laparoscopic techniques. Access was gained through insert one 12 mm trocar at umbilicus and four 5 mm trocar at RUQ,RLQ,LUQ,LLQ. The right side colon was mobilized from inferior and medial mesocolon was open ,the ileocolic vessels , middle colic vessel were ligated. An side to side anastomosis was performed extracorporeal between the ileum and the remaining colon. The operation was completed without conversion to open surgery.

Outcomes: The patient experienced an uneventful postoperative course, with a return to normal bowel function within 3 day.

Conclusion: Laparoscopic right hemicolectomy is a safe and effective approach for managing obstructed hepatic flexure colon cancer. This case highlights the benefits of minimally invasive surgery in reducing recovery time and improving patient outcomes.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Fri. Nov 14, 2025 2:40 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:40 AM - 6:30 AM UTC Room 10

[E3] English Abstract Session 3 Colorectal Surgery 2

Moderator:Akihiro Kondo(Department of Gastroenterological Surgery, Faculty of Medicine, Kagawa University), Woramin Riansuwan(Colorectal Surgery Unit, Department of Surgery, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand)

[E3-5] Cranial-caudal-medial approach, counterclockwise complete mesocolic excision in laparoscopic right hemicolectomy- A video vignette.

Yao Zengwu, Jinchen Hu, Yifei Zhang (Yantai Yuhuangding hospital)

Hohenberger proposed complete mesocolic excision (CME) to optimize oncological outcomes via central vascular ligation. Laparoscopic right hemicolectomy has shifted from lateral (open era) to medial/caudal approaches. However, medial approaches face challenges in identifying the superior mesenteric vein (SMV) in obese patients, while anatomical variations of the gastrocolonic trunk (GCT) increase bleeding risks during dissection.
We propose a cranial-caudal-medial counterclockwise CME approach:
Cranial-first: Early separation of GCT branches reduces bleeding risks.
Caudal: Safely accesses the retrocolonic space, minimizing ureteral/duodenal injury.
Medial: Facilitates SMV branch dissection with better bleeding control.
Guided gauzes are placed after cranial/caudal dissection to merge surgical planes, simplifying subsequent steps. This sequential approach enhances safety, minimizes complications, and ensures oncological efficacy in laparoscopic CME.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Fri. Nov 14, 2025 2:40 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:40 AM - 6:30 AM UTC Room 10

[E3] English Abstract Session 3 Colorectal Surgery 2

Moderator:Akihiro Kondo(Department of Gastroenterological Surgery, Faculty of Medicine, Kagawa University), Woramin Riansuwan(Colorectal Surgery Unit, Department of Surgery, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand)

[E3-6] Treitz ligament-guided medial approach for complete mesocolic excision in laparoscopic left hemicolectomy-A video vignette.

Yao Zengwu, Yifei Zhang, Jinchen Hu (Yantai Yuhuangding hospital)

Complete mesocolic excision (CME), proposed by Hohenberger, improves oncological outcomes in colorectal surgery. Left-sided CME remains challenging due to splenic flexure anatomy and Toldt’s space access. We describe a Treitz ligament-guided medial approach:
Toldt’s space entry: Dissected between IMV and Riolan’s arch, expanding retroperitoneally.
Splenic flexure mobilization: Combined three-directional (medial, cranial, lateral) dissection. Medially, the gastrocolic ligament and transverse mesocolon were divided along the pancreatic edge. Laterally, the paracolic sulcus’s yellow-white junction was incised.
Final steps: Sigmoid artery ligation and mesocolon excision.
This method prioritizes anatomical landmarks (Treitz ligament, pancreatic edge) to simplify splenic flexure dissection, particularly in obese patients. Prior methods accessed Toldt’s space near the IMA, but our approach may reduce operative difficulty. Further studies are needed to validate efficacy and safety.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

Fri. Nov 14, 2025 11:50 AM - 12:40 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 2:50 AM - 3:40 AM UTC Room 1

[LS1] ランチョンセミナー 1 潰瘍性大腸炎の未来を切り拓く - 新たなStandard Of Careの可能性 -

司会：穂苅 量太(防衛医科大学校内科学講座)

共催：ヤンセンファーマ株式会社

[LS1]

完全粘膜治癒を目指した新たなるアプローチ　～グセルクマブの可能性を紐解く～

竹内 健 (医療法人社団康喜会辻仲病院柏の葉)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

Fri. Nov 14, 2025 11:50 AM - 12:40 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 2:50 AM - 3:40 AM UTC Room 2

[LS2] ランチョンセミナー 2

司会：池内 浩基(兵庫医科大学消化器外科学講座炎症性腸疾患外科)

共催：アッヴィ合同会社

[LS2-1]

スキリージによるクローン病治療　～肛門病変を含めた実臨床での経験～

横尾 貴史 (社会医療法人健生会土庫病院消化器・肛門病センター)

[LS2-2]

クローン病治療におけるリンヴォックの実力は？-自験例でみるリンヴォックの腸管粘膜と肛門病変への効果-

伊藤 貴博 (札幌東徳洲会病院IBDセンター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

Fri. Nov 14, 2025 11:50 AM - 12:40 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 2:50 AM - 3:40 AM UTC Room 3

[LS3] ランチョンセミナー３便失禁診療を再生する　～第2版ガイドラインから見えてくる便失禁診療の未来とは～

司会：味村 俊樹(自治医科大学医学部外科学講座消化器一般移植外科学部門)

共催：イノバセル株式会社

[LS3]

便失禁診療を再生する　～第2版ガイドラインから見えてくる便失禁診療の未来とは～

本間 祐子 (自治医科大学医学部外科学講座消化器一般移植外科学部門)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

Fri. Nov 14, 2025 11:50 AM - 12:40 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 2:50 AM - 3:40 AM UTC Room 4

[LS4] ランチョンセミナー 4 Next Surgeons, New Strategy - 次世代が描くロボット手術戦略 -

司会：絹笠 祐介(東京科学大学消化管外科学分野)

共催：グンゼメディカル株式会社

[LS4-1]

当科におけるロボット手術の教育ー技術認定から高難度手術まで

松本 芳子 (福岡大学病院消化器外科)

[LS4-2]

温故知新ロボット支援大腸癌手術

板谷 喜朗 (京都大学医学部附属病院消化管外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

Fri. Nov 14, 2025 11:50 AM - 12:40 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 2:50 AM - 3:40 AM UTC Room 5

[LS5] ランチョンセミナー 5 慢性便秘症の二次治療を考える-新規エビデンスを踏まえてリナクロチドを使いこなす-

司会：安部 達也(医療法人健康会くにもと病院)

共催：アステラス製薬株式会社

[LS5]
慢性便秘症の二次治療を考える-新規エビデンスを踏まえてリナクロチドを使いこなす-
吉原 努 (横須賀市立総合医療センター消化器内科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

Fri. Nov 14, 2025 11:50 AM - 12:40 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 2:50 AM - 3:40 AM UTC Room 7

[LS6] ランチョンセミナー 6 IBD診療におけるAdvanced therapyの位置づけを再考する

司会：長沼 誠(関西医科大学内科学第三講座)

共催：日本化薬株式会社/セルトリオン・ヘルスケア・ジャパン株式会社

[LS6]

IBD診療におけるAdvanced therapyの位置づけを再考する

小林 拓 (北里大学北里研究所病院炎症性腸疾患先進治療センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

Fri. Nov 14, 2025 11:50 AM - 12:40 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 2:50 AM - 3:40 AM UTC Room 8

[LS7] ランチョンセミナー７MRIを用いたクローン病に伴う痔瘻の診断

司会：高野 正太(大腸肛門病センター高野病院)

共催：武田薬品工業株式会社

[LS7]

MRIを用いたクローン病に伴う痔瘻の診断

桐生 茂 (国際医療福祉大学医学部放射線医学)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

Fri. Nov 14, 2025 11:50 AM - 12:40 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 2:50 AM - 3:40 AM UTC Room 9

[LS8] ランチョンセミナー 8 大腸癌治療の最前線：直腸癌手術とIV期個別化治療の新展開

司会：加藤 健志(大阪医療センター下部消化管外科)

共催：小野薬品工業株式会社

[LS8-1]

直腸癌治療のストラテジー：何を考え、どう実践するか

小倉 淳司 (名古屋大学医学部附属病院消化器・腫瘍外科)

[LS8-2]

急速に進化する大腸癌IV期薬物療法：個別化治療の新たな地平

佐竹 悠良 (高知大学医学部腫瘍内科学講座)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

Fri. Nov 14, 2025 11:50 AM - 12:40 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 2:50 AM - 3:40 AM UTC Room 10

[LS9] ランチョンセミナー９変わりゆく大腸がんロボット手術：現場が求める”新しい解”

司会：石原 聡一郎(東京大学医学部腫瘍外科・血管外科)

共催：コヴィディエンジャパン株式会社

[LS9-1]

変わりゆく大腸がんロボット手術：現場が求める”新しい解”

沼田 正勝 (横浜市立大学附属市民総合医療センター下部消化管グループ)

[LS9-2]

変わりゆく大腸がんロボット手術：現場が求める”新しい解”

真崎 純一 (東京医科大学消化器・小児外科学分野)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

イブニングセミナー

Fri. Nov 14, 2025 4:30 PM - 5:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 7:30 AM - 8:20 AM UTC Room 4

[ES1] イブニングセミナー 1 外科の立場から考えるクローン病診療

司会：二見 喜太郎(医療法人松寿会松永病院外科)

共催：田辺三菱製薬株式会社

[ES1]

外科の立場から考えるクローン病診療

内野 基 (兵庫医科大学消化器外科学講座炎症性腸疾患外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

イブニングセミナー

Fri. Nov 14, 2025 4:30 PM - 5:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 7:30 AM - 8:20 AM UTC Room 5

[ES2] イブニングセミナー 2 技術認定取得・ロボット支援手術プロクター認定取得のためのストラテジー

司会：塩見 明生(静岡県立静岡がんセンター)

共催：科研製薬株式会社

[ES2-1]

腹腔鏡からロボットへ　～技術認定取得のためのStrategy & Tactics～

三代 雅明 (大阪国際がんセンター)

[ES2-2]

ロボット技術認定の先へ　～更なる技術の向上と指導法の確立～

塚本 俊輔 (国立がん研究センター中央病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

イブニングセミナー

Fri. Nov 14, 2025 4:30 PM - 5:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 7:30 AM - 8:20 AM UTC Room 6

[ES3] イブニングセミナー 3 機能温存を目指した直腸癌治療の最適解を探る

司会：的場 周一郎(東邦大学医療センター大森病院一般・消化器外科)

共催：オリンパスマーケティング株式会社

[ES3-1]

機能温存を目指した直腸癌治療の最適解を探る

真崎 純一 (東京医科大学消化器・小児外科学分野)

[ES3-2]

機能温存を目指した直腸癌治療の最適解を探る

向井 俊貴 (がん研究会有明病院大腸外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

スポンサードシンポジウム

Fri. Nov 14, 2025 1:20 PM - 2:50 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:20 AM - 5:50 AM UTC Room 3

[SS1] スポンサードシンポジウム１次世代大腸外科医によるMIS拡大手術

司会：池田 正孝(兵庫医科大学下部消化管外科), 秋吉 高志(がん研究会有明病院大腸外科直腸がん集学的治療センター)

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社 メディカル カンパニー(Johnson & Johnson MedTech)

[SS1-1]
次世代大腸外科医によるMIS拡大手術
稲田 涼 (高知医療センター消化器外科)

[SS1-2]
次世代大腸外科医によるMIS拡大手術
小倉 淳司 (名古屋大学消化器・腫瘍外科)

[SS1-3]
次世代大腸外科医によるMIS拡大手術
木村 慶 (兵庫医科大学下部消化管外科)

[SS1-4]
次世代大腸外科医によるMIS拡大手術
向井 俊貴 (がん研究会有明病院大腸外科直腸がん集学的治療センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ポスター掲示

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

[POSK1] ポスター掲示

[POSK1-1]
ポスター掲示

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ポスター閲覧

Fri. Nov 14, 2025 10:30 AM - 1:30 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 1:30 AM - 4:30 AM UTC Poster

[POSE1] ポスター閲覧

[POSE1-1]
ポスター閲覧

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ポスター発表

Fri. Nov 14, 2025 1:30 PM - 2:20 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 4:30 AM - 5:20 AM UTC Poster

[POSH1-1] 一般演題（ポスター）1、3、5、7、9、11、13、15、17、19、21

[POSH1-1-odd]
一般演題（ポスター）1、3、5、7、9、11、13、15、17、19、21

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ポスター発表

Fri. Nov 14, 2025 2:20 PM - 3:10 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 5:20 AM - 6:10 AM UTC Poster

[POSH1-2] 一般演題（ポスター）2、4、6、8、10、12、14、16、18、20

[POSH1-2-even]
一般演題（ポスター）2、4、6、8、10、12、14、16、18、20

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ポスター撤去

Fri. Nov 14, 2025 3:10 PM - 3:40 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 6:10 AM - 6:40 AM UTC Poster

[POST1] ポスター撤去

[POST1-1]
ポスター撤去

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

機器展示

Fri. Nov 14, 2025 7:45 AM - 5:00 PM JST | Thu. Nov 13, 2025 10:45 PM - 8:00 AM UTC 展示会場

[KK1] 機器展示

[KK1-1]
機器展示

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

社員総会・振興会評議員会

Fri. Nov 14, 2025 4:30 PM - 6:00 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 7:30 AM - 9:00 AM UTC Room 1

[SOKAI] 社員総会・振興会評議員会

[TimeTable01]
社員総会・振興会評議員会

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

開会式

Fri. Nov 14, 2025 8:20 AM - 8:30 AM JST | Thu. Nov 13, 2025 11:20 PM - 11:30 PM UTC Room 1

[KKS] 開会式

[TimeTable03]
開会式

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会