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

Sat. Nov 15, 2025

Congress President Lecture

Sat. Nov 15, 2025 11:20 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:20 AM - 2:50 AM UTC Room 1

[PL] Congress President Lecture

司会：板橋 道朗(埼玉県済生会加須病院)

[PL]

The Road Traveled with the Japan Society of Coloproctology

Shigeki Yamaguchi (Department of Surgery, Tokyo Women's Medical University)

Educational Lecture

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

[EL] Educational Lecture

司会：八子 直樹(医療法人桜樹会八子医院外科，肛門科)

[EL]

Plastic surgery techniques useful for coloproctologists

Masami Saito (Department of Plastic and Reconstructive Surgery Fukushima Medical University)

Special Program

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

[SP4] Special Program 4

司会：岡本 康介(松島病院大腸肛門病センター), 東 光邦(東肛門科胃腸科クリニック肛門科胃腸科)

[SP4]

No cut video: Fundamental Proctologic Procedures :Ligation and Excision for Hemorrhoids, and Fistulotomy for Anal Fistula

Kinya Okamoto (Department of Coloproctology, Tokyo Yamate Medical Center)

Special Program

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

[SP5] Special Program 5 (English Slide)

司会：惠木 浩之(北里大学メディカルセンター外科), 藤田 文彦(久留米大学外科)

[SP5]

No cut video: Right hemicolectomy, surgical trunk dissection (+ intracorporeal anastomosis)

Hiroyasu Kagawa, 杉下 哲夫, 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, 中田 美佳, 三浦 竣助, 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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Invited Lecture

Sat. Nov 15, 2025 10:35 AM - 11:15 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:35 AM - 2:15 AM UTC Room 1

[IL2] Invited Lecture 2

司会：杉田 昭(横浜市立病院炎症性腸疾患科)

[IL2]

Advanced restorative and management options to balance health and quality of life in colorectal disease and inflammatory bowel disease

Ravi Pokala Kiran (Global Center for Colorectal Surgery and Inflammatory Bowel Disease, Columbia University Medical Center / New York Presbyterian Hospitalesbyterian Hospital)

JSCP-KSCP Symposium Session

Sat. Nov 15, 2025 8:50 AM - 9:50 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:50 PM - 12:50 AM UTC Room 10

[JKS2] JSCP-KSCP Symposium Session 2 Endoscopic Diagnosis and Treatment for Colorectal Diseases

Moderator:Shiro Oka(Department of General Internal Medicine, Hiroshima University Hospital), Soon Sup Chung(Ewha Womans University)

[JKS2-1]

Indications and Outcomes of Treatment for Abdominal Abscesses

Hidenori Tanaka, Shiro Oka (Hiroshima University Hospital)

[JKS2-2]

Diagnosis for Benign Diseases

Jun Woo Bong (Korea University Guro Hospital)

[JKS2-3]

Indications and Limitations of Treatment for Malignant Diseases

Naohisa Yoshida, Reo Kobayashi, Ken Inoue (Department of Endoscopy and Ultrasound, University Hospital, Kyoto Prefectural University of Medicine)

[JKS2-4]

Endoscopic diagnosis of malignant disease

Nina Yoo (Division of Colorectal Surgery, Department of Surgery, The Catholic University of Korea, St. Vincent's Hospital)

ESCP Fellowship

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 8:50 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 11:50 PM UTC Room 10

[ESCP] ESCP Fellowship

Moderator:Ichiro Takemasa(Osaka International Medical & Science Center)

[ESCP]

Female Representation and Position Based on Facts and Members Views in the European Society of Coloproctology

Yu-Ting Van Loon (Zuyderland Medical Center)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Symposium

Sat. Nov 15, 2025 9:50 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:50 AM - 2:00 AM UTC Room 10

[ESY3] English Symposium 3 Challenges and training in Colorectal surgery

Moderator:William Tzu-Liang Chen(China Medical University Hsin-Chu Hospital), Masafumi Inomata(Oita University)

[ESY3-1]

AI Surgical Navigation and Research Infrastructur

Tomonori Akagi, Masafumi Inomata (Department of Gastroenterological and Pediatric Surgery, Oita University Faculty of Medicine)

[ESY3-2]

Experience with the Senhance Digital Laparoscopy System (SDLS) in Colorectal Cancer Surgery -Outcomes and Future- Perspectives

Hirofumi Sugita (Saitama Medical University International Medical Center)

[ESY3-3]

Challenges and training in Colorectal surgery

Kamales Prasitvarakul (Minimally Invasive Surgery Center Hatyai, Department of Surgery, Hatyai Hospital)

[ESY3-4]

Training the next generation of robotic colorectal surgeons

James Ngu (Department of Surgery, Changi General Hospital)

[ESY3-5]

Challenges and Training in Colorectal Surgery in Thailand

Siripong Sirikurnpiboon (Colorectal Division, General Surgery, Department Rajvithi Hospital)

[ESY3-6]

Colorectal Cancer in Young Adults: Navigating the Clinical and Surgical Challenges

Michael Powar (Cambridge University Hospitals)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ICS-Czech Joint Symposium

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:40 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:40 AM UTC Room 10

[ICS] ICS-Czech Joint Symposium Various Approaches in Colorectal Surgery

Moderator:Kotaro Maeda(Oumeimai Hospital), Karel Novák(Czech section of ICS / 1st World Vice President of ICS)

[ICS-1]

Tumor budding in colorectal cancer: an overview of the issue and institutional experience with a focus on histopatholocical methods of assessment

Miroslav Kavka[1], Jiri Lenz[2] (1.Department of Surgery, 2.Department of Pathology)

[ICS-2]

Treatment Strategy for Colorectal Cancer with Deficient Mismatch Repair

Kenji Fujiyoshi, Takahiro Shigaki, Naohiro Yoshida, Takafumi Ohchi, Takefumi Yoshida, Fumihiko Fujita (Depertment of Surgery, Kurume University)

[ICS-3]

TaTME and it is use in the treatment of low - lying rectal tumors

Jan Tihon, Michal Skacel, Petr Vlcek, Dominik Kuchar (Department of Surgery, University Hospital St. Anna Brno)

[ICS-4]

Current Status and Future Prospects of Robotic Colorectal Surgery

Koichi Okuya, Maho Toyota, Hiroki Toyota, Kohei Okamoto (Department of Surgery, Division of Gastroenterological Surgery, Sapporo Medical University)

[ICS-5]

Surgical Strategies for Bowel Management in Deep Infiltrating Endometriosis

Radek Chvatal[1], Miroslav Kavka[1] (1.District Hospital Znojmo, 2.District Hospital Znojmo)

[ICS-6]

Robotic surgery for colorectal cancer including hinotori^{TM} system: Clinical advantages and system-specific challenges

Tsutomu Kumamoto, Koki Otsuka, Ichiro Uyama, Koichi Suda (Fujita Health University)

[ICS-7]

Present Aproaches in the Treatment of Hemoroids

Jindřich Šebor (Centre of One-Day Surgery and Orthopeaedics, City Hospital Privamed, Plzen, Czech Republic)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Symposium

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 2

[SY2] Symposium 2 IBD Treatment Strategies: With Emphasis on Surgery Timing

司会：金井 隆典(慶應義塾大学医学部内科学（消化器）), 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)

[SY2-1]

Safety and feasibility of intraoperative complete enteroscopy for mucosal assessment in Crohn's disease

Yohei Mikami[1], 水島 一郎[1], 角田 潤哉[2], 吉松 裕介[1], 杉本 真也[1], 清原 裕貴[1], 筋野 智久[1], 髙林 馨[1], 門野 政義[2], 清島 亮[2], 茂田 浩平[2], 岡林 剛史[2], 金井 隆典[1] (1.Division of Gastroenterology and Hepatology Department of Internal Medicine, Keio University School of Medicine, 2.慶應義塾大学医学部一般・消化器外科)

[SY2-2]

Usefulness of PR3-ANCA as biomarker in inflammatory bowel disease

Natsuki Ishida[1], 髙橋 賢一[1], 淺井 雄介[1], 杉浦 喜一[1], 松浦 友春[2], 山出 美穂子[1], 岩泉 守哉[2], 濱屋 寧[1], 山田 貴教[3], 大澤 恵[3], 杉本 健[1] (1.First Department of Medicine, Hamamatsu University School of Medicine, 2.浜松医科大学検査部, 3.浜松医科大学医学部附属病院光学医療診療部)

[SY2-3]

Evaluation of the Efficacy of Oral Budesonide MMX in Patients with Ulcerative Colitis

Satoshi Asai, 橋本 沙優里 (Tane General Hospital, Department of Gastroenterology)

[SY2-4]

Peripheral blood leukocyte differentials are a useful predictor of response to anti-TNF α therapy in ulcerative colitis

Mao Matsubayashi[1], 佐上 晋太郎[1], 阿曽沼 邦央[1], 井上 楠奈子[1,2], 鈴木 啓太[1,2], 渋井 俊佑[1,2], 中村 健太[1,2], 梅田 智子[1,2], 中野 雅[1,2], 小林 拓[1,2] (1.Center for Advanced IBD Research and Treatment, Kitasato University Kitasato Institute Hospital, 2.北里大学北里研究所病院消化器内科)

[SY2-5]

Short-term outcomes of Upadacitinib in hospitalized patients with ulcerative colitis

Yukako Komori, 横山 薫, 金澤 潤 (Department of Gastroenterology, Kitasato University School of Medicine)

[SY2-6]

Efficacy and safety of intraclass switching of JAK inhibitors for the patients with ulcerative colitis

Toshiyuki Sakurai, 秋田 義博, 菊地 伊都香, 古守 萌, 川村 愛子, 豊永 貴彦, 加藤 智弘, 猿田 雅之 (Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, The Jikei University School of Medicine)

[SY2-7]

Advancements in Medical Treatment for Ulcerative Colitis and Surgical Implications

Yuji Miyamoto, 日吉 幸晴, 有馬 浩太, 秋山 貴彦, 河田 彩音, 中村 尋, 堀野 太一, 岩槻 政晃 (Department of Gastroenterol Surgery, Kumamoto University)

[SY2-8]

Clinical characteristics and surgical outcomes of refractory ulcerative colitis with bowel urgency

Kenji Tatsumi[1], 黒木 博介[1], 後藤 晃紀[1], 中尾 詠一[1], 小原 尚[1], 齋藤 紗由美[1], 木村 英明[2], 荒井 勝彦[1], 杉田 昭[1], 小金井 一隆[1] (1.Yokohama Municipal Citizen's Hospital Inflammatory Bowel Disease 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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

[SY2-9]

Association Between Preoperative Advanced Therapy Exposure Count and Postoperative Infectious Complications in Ulcerative Colitis Surgery

Ryuichi Kuwahara[1], 池内 浩基[1], 野村 和徳[1], 友尾 祐介[1], 長野 健太郎[1], 楠 蔵人[1], 堀尾 勇規[1], 木村 慶[2], 片岡 幸三[2], 池田 正孝[2], 内野 基[1] (1.Division of Inflammatory Bowel Disease Surgery, 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)

[SY2-10]

Preoperative CRP-Albumin ratio as a predictor of safe surgical indications in Crohn's disease

Kinuko Nagayoshi, 吉村 晴香, 久野 恭子, 藤本 崇聡, 田村 公二, 水内 祐介, 堀岡 宏平, 池永 直樹, 仲田 興平, 大内田 研宙, 中村 雅史 (Department of Surgery and Oncology Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University)

[SY2-11]

Efficacy and safety of JAK inhibitors in ulcerative colitis

Miki Koroku, 米澤 麻利亜, 伊藤 亜由美, 中村 真一, 中井 陽介 (Tokyo Women's Medical University Hospital Gastroenterology)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Symposium

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

[SY3] Symposium 3 Proctology: Past, Present, and Future

司会：鮫島 隆志(潤愛会鮫島病院外科), 山口 トキコ(マリーゴールドクリニック)

[SY3-1]

History of management and surgery for anal diseases at our hospital

Shota Takano (Coloproctology Center Takano Hospital)

[SY3-2]

Matsushima Hospital: Yesterday's Wisdom, Tomorrow's Vision

Sayuri Matsushima, 佐井 佳世, 米本 昇平, 酒井 悠, 鈴木 佳透, 紅谷 鮎美, 松村 奈緒美, 下島 裕寛, 岡本 康介, 國場 幸均, 黒水 丈次, 大島 隆一, 小菅 経子, 宮島 伸宜, 松島 誠 (Matsushima Hospital)

[SY3-3]

History of anal treatment at our hospital and changes in hemorrhoid surgery

Norihiro Kato, 加藤 久仁之 (Furudate Kato Proctolgy & Surgery Clinic)

[SY3-4]

The Future of Diagnosis and Treatment of Internal Hemorrhoids - The Role of ALTA and the Improvement of Diagnostic Techniques in Ultrasonography

Hidenori Miyamoto (Miyamoto Hospital)

[SY3-5]

Long-Term Outcome of Divided Ligation for Chronic Anal Fissure

Yoshitaka Hata (Hata Proctologic Clinic)

[SY3-6]

Practicing Proctology with a Research Mindset: Pursuing Clinical Questions Through Daily Practice.

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)

[SY3-7]

Training and Current Challenges of Anorectal Surgeons in the Tohoku Region

Naoki Yago[1], 八子 博貴[2] (1.Yago Clinic, 2.福島県立医科大学消化管外科学講座)

[SY3-8特別発言]

Yesterday, Today, and Tomorrow of Proctology Treatment

Takao Takiue, 嶋村 ヒロシ, 根津 真司, 鈴木 健夫, 谷浦 允厚, 神尾 翼, 桑田 起雄, 垂水 研一, 竹馬 彰 (Chikuba Hospital for Proctological and Gastrointestinal Diseases)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Symposium

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

[VSY3] Video Symposium 3 Mastering Hemorrhoidectomy: Prevention and Management of Complications

司会：下島 裕寛(医療法人恵仁会松島病院肛門外科), 小野 朋二郎(大阪中央病院外科)

[VSY3-1]

Simplified Hemorrhoidectomy using Ultrasonic Scalpel (LPH)

Akiharu Kurihara[1,2], 三浦 康之[2], 竹山 照明[1], 長谷部 行健[1], 的場 周一郎[2] (1.Department of Surgery, Ushioda General Hospital, 2.東邦大学医療センター大森病院消化器外科)

[VSY3-2]

No Post-hemorrhoidectomy Bleeding Over One Year: A Retrospective Analysis and Surgical Innovations in Hemorrhoidectomy.

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)

[VSY3-3]

Evaluation of hemorrhoidectomy combining surgical procedure selection based on prolapse type

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)

[VSY3-4]

Open Hemorrhoidectomy at Our Hospital: Surgical Technique and Postoperative Outcomes

Hodaka Moriyama, 栗原 浩幸, 赤瀬 崇嘉, 藤井 頼孝, 塚原 勇, 金井 忠男 (Tokorozawa Proctology Hospital)

[VSY3-5]

A retrospective study of postoperative complications after ligation and excision method

Kaori Tanaka[1], 森 俊治[1], 山田 英貴[2] (1.Mori Surgical Clinic, 2.山田外科内科)

[VSY3-6]

ligation and excision procedure for hemorrhoids in our hospital

Yoichi Kono, 宮島 伸宜, 岡本 康介, 下島 裕寛, 松村 奈緒美, 紅谷 鮎美, 酒井 悠, 松島 小百合, 小菅 経子, 鈴木 佳透, 米本 昇平, 佐井 佳世, 宋 江楓, 國場 幸均, 黒水 丈次, 松島 誠 (Colo-proctology Center Matsushima Hospital)

[VSY3-7]

Toward a Safer Hemorrhoidectomy by Ligation and Excision with Fewer Complication

Kinya Okamoto[1] (1.Department of Coloproctology, Tokyo Yamate medical Center, 2.ウィメンズクリニック浦和)

[VSY3-8]

Recommendations for the Combination of Various Procedures for Postoperative Complications of Hemorrhoids.

Takashi Sameshima, 江藤 忠明, 緒方 俊二, 山元 由芙子, 長友 俊郎, 前田 裕之, 吉元 崇文, 今村 芳郎, 鮫島 加奈子, 西俣 伸亮, 濱元 ひとみ, 家守 雅大, 山下 芳恵, 平川 あさみ, 鮫島 由規則 (Junaikai Sameshima Hospital)

[VSY3-SP]

特別発言

Makoto Matsushima (Matsushima Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

司会：小林 清典(松島病院大腸肛門病センター胃腸科), 石原 聡一郎(東京大学腫瘍外科・血管外科)

[PD5-1]

Optimization of Surveillance Strategies Based on Disease Duration in Ulcerative Colitis

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

[PD5-2]

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

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

[PD5-3]

Characteristics of ulcerative colitis-associated neoplasm in surgical specimens

Takahide Shinagawa, 小松 更一, 岡田 聡, 白鳥 広志, 舘川 裕一, 原田 有三, 永井 雄三, 横山 雄一郎, 江本 成伸, 室野 浩司, 佐々木 和人, 野澤 宏彰, 石原 聡一郎 (The University of Tokyo, Department of Surgical Oncology)

[PD5-4]

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

Yusuke Mizuuchi[1], 永吉 絹子[1], 中村 雅史[1], 野口 竜剛[2], 杉原 健一[3], 味岡 洋一[4], 石原 聡一郎[2] (1.Department of Surgery and Oncology, Kyushu University, 2.東京大学腫瘍外科, 3.社団光仁会第一病院, 4.新潟大学病理診断科)

[PD5-5]

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

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

[PD5-6]

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

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

[PD5-7]

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

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

[PD5-8]

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD6-1]

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

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

[PD6-2]

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

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

[PD6-3]

Omission of prophylactic lateral lymph node dissection for rectal cancer

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

[PD6-4]

Role of Neoadjuvant Chemotherapy for Advanced Lower Rectal Cancer

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

[PD6-5]

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

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

[PD6-6]

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

Kazuhito Sasaki, 横山 雄一郎, 江本 成伸, 野澤 宏彰, 室野 浩司, 永井 雄三, 原田 有三, 品川 貴秀, 舘川 裕一, 岡田 聡, 白鳥 広志, 石原 聡一郎 (Department of Surgical Oncology, The University of Tokyo)

[PD6-7]

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

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

[PD6-8]

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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

[PD6-9]

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD7-1]

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

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

[PD7-2]

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

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

[PD7-3]

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

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

[PD7-4]

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

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

[PD7-5]

Treatment for colorectal cancer patients with two metastatic sites

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

[PD7-6]

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

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

[PD7-7]

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

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

[PD7-8]

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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

[PD7-SP]

特別発言

Mitsugu Sekimoto (Minoh City Hospital)

Panel Discussion

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

[PD8] Panel Discussion 8 Frontline Proctology in Outpatient Clinics

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

[PD8-1]

Diagnosis and treatment of rectocele in a clinic with beds

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

[PD8-2]

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

Satoka Nasu (Women's Clinic Urawa)

[PD8-3]

Actual day surgery for anorectal deseases at our clinic

Makoto Ohara (OHARA MAKOTO Digestive and Proctological Surgery Clinic)

[PD8-4]

Device of anorectal examination and diagnosis that focus on informed consent

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

[PD8-5]

A Role of Proctology Clinic for Community

Atsushi Shirahata (Shirahata Clinic)

[PD8-6]

Improving proctology treatment skills and training young doctors in regional cities

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

[PD8-SP]

特別発言

Tokiko Yamaguchi (Marigold Clinic)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD9-1]

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

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

[PD9-2]

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

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

[PD9-3]

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

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

[PD9-4]

Bowel Preparation in Colorectal Cancer: Trends and Perspectives

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

[PD9-5]

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

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

[PD9-6]

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

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

[PD9-7]

Examinations and management for anastomotic bleeding after colorectal surgery

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Hiroaki Nozawa, 江本 成伸, 佐々木 和人, 室野 浩司, 横山 雄一郎, 永井 雄三, 原田 有三, 品川 貴秀, 舘川 裕一, 岡田 聡, 白鳥 広志, 石原 聡一郎 (Department of Surgical Oncology, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo)

[PD9-8]

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

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

[PD9-SP]

特別発言

Kazuhiro Sakamoto (Koshigaya Municipal Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 2

[WS2] Workshop 2 Difficult and Uncertain Cases in Proctology (Part 1)

司会：栗原 浩幸(所沢肛門病院診療科), 吉川 周作(社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター)

[WS2-1]

Diagnosis and Treatment of external hemorrhoid due to varix

Mizumi Inagaki, 吉川 周作, 増田 勉, 寺内 誠司, 内田 秀樹, 中尾 武, 横尾 貴史, 谷 孝文, 岡本 光平, 芝田 祐輔, 稲次 直樹 (Kenseikai Dongo Digestive & Anal Disease Center)

[WS2-2]

Separating ligation for strangulated internal hemorrhoids

Yoshitaka Hata (Hata Proctologic Clinic)

[WS2-3]

Anal malignant disease, which is a rare disease and can be difficult to diagnose

Naomi Matsumura, 佐井 佳世, 米本 昇平, 酒井 悠, 松島 小百合, 鈴木 佳透, 小菅 経子, 紅谷 鮎美, 河野 洋一, 宋 楓風, 岡本 康介, 下島 裕寛, 國場 幸均, 宮島 伸宜, 黒水 丈次, 松島 誠 (Matsushima Hospital)

[WS2-4]

A case of common warts (verruca vulgaris)

Akiko Yajima (Sapporo Female Clinic)

[WS2-5]

The Complexities of Interdisciplinary Collaboration with Hematology, Dialysis, and Gastroenterology Departments and the Dilemmas in Managing Anorectal Disorders

Kazuhiko Onodera, 高橋 宏明, 堀江 卓, 山内 暉眞, 宮下 秀隆 (Sapporo Hokuyu Hospital Anal Surgery)

[WS2-6]

A study on the safety of anorectal surgery performed under spinal subarachnoid anaesthesia in the presence of oral anti-thrombotic medication.

Hidenori Kuno[1], 小野 朋二郎[1], 渡邉 晃大[1], 内海 昌子[1], 竹中 雄也[1], 三宅 祐一朗[1], 安田 潤[2], 相馬 大人[2], 根津 理一郎[2], 弓場 健義[2], 齋藤 徹[1] (1.Osaka Central Hospital, 2.大阪中央病院消化器外科)

[WS2-7]

Please listen to my concerns ~Our hospital's review and ideas for postoperative complications~

Haruka Takeda, 岡島 正純, 川堀 勝史 (Sankei-Foundation Kawahori Hospital)

[WS2-8]

Surgical strategy for 11cm giant rectocele

Yushi Suzuki[1,2], 浜畑 幸弘[1], 鈴木 綾[1], 赤木 一成[1] (1.Tsujinaka Hospital Kashiwanoha, Department of Colorectal Surgery, 2.前田病院)

[WS2-SP]

特別発言

Rikisaburo Sahara (Makita General Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

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

[WS3] Workshop 3 Techniques for Temporary Stoma Creation: Prevention and Management of Complications

司会：衛藤 謙(東京慈恵会医科大学消化管外科), 辻仲 眞康(東北医科薬科大学消化器外科)

[WS3-1]

Devising of construction and closure of covering ileostomy

Hiroki Fujino, 岡本 行平, 豊田 真帆, 秋山 有史, 伊東 竜哉, 小川 宰司, 今村 将史, 奥谷 浩一 (Sapporo Medical University, Department of Surgery)

[WS3-2]

A novel technique for the construction of an end ileostomy to prevent stoma outlet obstruction after rectal resection and total colectomy

Hiroki Takahashi[1], 藤井 善章[3], 山本 誠也[1], 山本 真也[1], 齋藤 正樹[1], 植松 宏[1], 牛込 創[2], 鈴木 卓弥[2], 安藤 菜奈子[1], 大久保 友貴[1], 前田 祐三[1], 山川 雄士[2], 三井 章[1], 瀧口 修司[2] (1.Nagoya City University West Medical Center, Gastroenterological Surgery, 2.名古屋市立大学病院消化器一般外科, 3.刈谷豊田総合病院消化器外科)

[WS3-3]

Analysis of Risk Factors for Stomal Outlet Obstruction Following Anterior Rectal Cancer Resection with Diverting Ileostomy for Rectal Cancer

Shigemasa Sasaki[1], 諏訪 勝仁[1], 力石 健太郎[1], 北川 隆洋[1], 牛込 琢朗[1], 岡本 友好[1], 衛藤 謙[2] (1.Department of Surgery, The Jikei University Daisan Hospital, 2.東京慈恵会医科大学外科学講座)

[WS3-4]

Strategy for outlet obstruction after ileostomy in laparoscopic rectal cancer surgery

Mizunori Yeagashi, 佐々木 教之, 瀬川 武紀, 岩崎 崇文, 琴畑 洋介 (Department of Surgery, Iwate Medical University School of Medicine)

[WS3-5]

The Utility of Reduced Port Surgery in Balancing Minimally Invasive Approach and Laparoscopic Training for Junior Surgeons in Laparoscopic Ileostomy

Kyonosuke Ikemura[1], 小嶌 慶太[1], 柴木 俊平[1], 渡部 晃子[1], 坂本 純一[1], 横田 和子[1], 横井 圭悟[1], 田中 俊道[1], 古城 憲[1], 三浦 啓寿[1], 山梨 高広[1], 佐藤 武郎[2], 内藤 剛[1] (1.Department of Lower Gastrointestinal Surgery, Kitasato University, 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)

[WS3-6]

Outlet obstruction after rectal cancer surgery with ileolostomy

Hiroyuki Negishi[1], 内藤 正規[1], 勝又 健太[1], 小川 敦博[1], 西澤 一[1], 天野 優希[1], 臼井 創大[1], 中野 浩[1], 大坪 毅人[2], 民上 真也[2] (1.St. Marianna University Yokohama Seibu Hospital, 2.聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科)

[WS3-7]

Indication and Technical Refinements for Umbilical Ileostomy

Masatoshi Kitakaze, 三代 雅明, 賀川 義規, 河口 恵, 長谷川 健太, 深井 智司, 森 良太, 末田 聖倫, 西村 潤一, 安井 昌義, 菅生 貴仁, 牛丸 裕貴, 小松 久晃, 柳本 喜智, 金村 剛志, 山本 和義, 後藤 邦仁, 小林 省吾, 宮田 博志, 大植 雅之 (Osaka International Cancer Institute, Gastroenterological Surgery)

[WS3-SP]

特別発言

Yoshito Akagi (Takagi Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

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

[WS4] Workshop 4 Management of Perianal Abscess and Fistula in Young Patients: Considering Underlying IBD

司会：宮田 美智也(医療法人愛知会家田病院胃腸科・肛門科), 石山 元太郎(札幌いしやま病院肛門科)

[WS4-1]

Adolescent Cases of Anal Fistula Treated Surgically at Our Institution

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 (Department of Surgery, Osaka Central Hospital)

[WS4-2]

Characteristics of Crohn’s anal lesion -The role of proctologist for early detection and treatment of Crohn’s disease

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

[WS4-3]

Diagnosis and treatment of teenage patients with Crohn’s disease

Mizumi Inagaki, 吉川 周作, 増田 勉, 寺内 誠司, 内田 秀樹, 中尾 武, 横尾 貴史, 谷 孝文, 岡本 光平, 芝田 祐輔, 稲次 直樹 (Kenseikai Dongo Digestive & Anal Disease Center)

[WS4-4]

Clinical Characteristics and Management Challenges of Perianal Fistulas in Young Patients: A Comparative Study Based on the Presence or Absence of Inflammatory Bowel Disease

Hiroshi Sashiyama, 浜畑 幸弘, 小池 淳一, 安田 卓, 中山 洋, 坪本 敦子, 川西 輝貴, 高野 竜太朗, 鈴木 綾, 城後 友望子, 黒崎 剛史, 堤 修 (Department of Coloproctology, Tsujinaka Hospital Kashiwanoha)

[WS4-5]

Clinical Course and Diagnostic Yield of Crohn’s Disease in Adolescents with Perianal Abscesses

Shohei Yonemoto, 岡本 康介, 紅谷 鮎美, 宮島 伸宜, 黒水 丈次, 國場 幸均, 下島 裕寛, 宋 江楓, 河野 洋一, 松村 奈緒美, 小菅 経子, 鈴木 佳透, 松島 小百合, 酒井 悠, 佐井 佳世, 松島 誠 (Matsushima Hospital Proctology Center)

[WS4-6]

Examination for youth patients with anal fistula to diagnose Crohn’s disease

Shota Takano (Coloproctology Center Takano Hospital)

[WS4-7]

Assessment of anal fistula in youth

Satoru Kondo[1], 太田 章比古[1], 家田 純郎[1], 福原 政作[2], 青野 景也[1], 長谷川 信吾[1], 宮田 美智也[1] (1.Ieda Hospital, 2.ふくはら大腸肛門外科・消化器内科)

[WS4-SP]

特別発言

Keigo Matsuo (Tokatsu-Tsujinaka Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Sat. Nov 15, 2025 1:30 PM - 3:00 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:30 AM - 6:00 AM UTC Room 8

[WS5] Workshop 5 Research on Colorectal Diseases Using Large-Scale Databases

司会：上野 秀樹(防衛医科大学校外科学講座), 小林 宏寿(帝京大学医学部附属溝口病院外科)

[WS5-1]

Surveillance strategy following complete resection of synchronous and metachronous distant metastasis from colorectal cancer

Ryosuke Okamura[1,8], 藤田 覇留久[1,8], 佐々木 勉[2,8], 大嶋 野歩[3,8], 水野 礼[4,8], 山本 高正[5,8], 本間 周作[6,8], 長山 聡[7,8], 山本 健人[1,8], 板谷 喜朗[1,8], 肥田 侯矢[1,8], 小濵 和貴[1,8] (1.Department of Surgery, Kyoto University Hospital, 2.滋賀県立総合病院外科, 3.神戸市立医療センター中央市民病院外科, 4.国立京都医療センター外科, 5.神戸市立西神戸医療センター外科・消化器外科, 6.神戸市立医療センター西市民病院消化器外科, 7.宇治徳洲会病院外科, 8.京都大腸外科研究グループ(KCRG, Kyoto ColoRectal surgery study Group))

[WS5-2]

Operation and Practice of Colorectal Cancer Database in Hiroshima Surgical study group of Clinical Oncology

Sho Ishikawa[1], 下村 学[1], 矢野 琢也[1], 奥田 浩[1], 田口 和浩[1], 清水 亘[2], 吉満 政義[3], 池田 聡[4], 中原 雅浩[5], 香山 茂平[6], 小林 弘典[7], 清水 洋祐[8], 河内 雅年[9], 住谷 大輔[10], 向井 正一朗[11], 高倉 有二[12], 石﨑 康代[13], 児玉 真也[14], 安達 智洋[2], 大段 秀樹[1] (1.Department of Gastroenterological and Transplant Surgery, Hiroshima University, 2.地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立北部医療センター安佐市民病院, 3.地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立広島市民病院, 4.県立広島病院, 5.全国厚生農業協同組合連合会尾道総合病院, 6.全国厚生農業協同組合連合会広島総合病院, 7.国家公務員共済組合連合会広島記念病院, 8.独立行政法人国立病院機構呉医療センター中国がんセンター, 9.独立行政法人国立病院機構東広島医療センター, 10.地方独立行政法人広島県立病院機構県立二葉の里病院, 11.独立行政法人労働者健康安全機構中国労災病院, 12.中国電力株式会社中電病院, 13.独立行政法人国立病院機構広島西医療センター, 14.全国厚生農業協同組合連合会吉田総合病院, 15.一般社団法人呉市医師会呉市医師会病院)

[WS5-3]

Investigation of the effect of adjuvant chemotherapy for pStage II colon cancer on the prevention of recurrence by using clinicopathological factors from an international multi-institutional database

Shodai Mizuno[1,2], 茂田 浩平[2], Kunitake Hiroko[3], Berger David[3], Al-Masri Mahmoud[4], Gögenur[1], Ismail[5], 菊池 弘人[6], 岡林 剛史[2], 北川 雄光[2] (1.Department of Surgery, Ogikubo Hospital, 2.慶應義塾大学医学部外科学（一般・消化器）, 3.Department of Surgery, Massachusetts General Hospital, 4.Department of Surgery, King Hussein Cancer Center, 5.Department of Surgery, Zealand University Hospital, 6.川崎市立川崎病院外科)

[WS5-4]

Has the inclusion of robotic rectal surgery in national health insurance coverage contributed to anal preservation rates in rectal surgery? -An analysis using NDB database-

Kenji Nanishi, 有田 智洋, 清水 浩紀, 木内 純, 塩﨑 敦 (Division of Digestive Surgery, Department of Surgery Kyoto Prefectural University of Medicine)

[WS5-5]

Geographic Disparities in Appendectomy Practices in Japan: Insights from a Nationwide NDB Open Data Analysis

Shingo Ito, 藤井 正一 (Shonan Kamakura General Hospital, Department of Surgery)

[WS5-6]

Development of nomogram for OS prediction of colon cancer using a large-scale U.S. database and validation with a domestic cohort

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Yukihiro Mori[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], 髙嶋 祐助[1], 石黒 哲史[1], 坂井 義博[1], 谷田部 悠介[1], 辻尾 元[1], 横山 希生人[1], 八尾 健太[1], 小林 尚輝[1], 山本 祥馬[1], 野津 昭文[2] (1.Division of Colon and Rectal Surgery, Shizuoka Cancer Center, 2.静岡県立静岡がんセンター統計解析室)

[WS5-7]

Colitis-associated colorectal neoplasia in ulcerative colitis with primary sclerosing cholangitis: a nationwide study

Koichi Komatsu[1], 品川 貴秀[1], 斉藤 綾乃[1], 船越 薫子[1], 岡田 聡[1], 野口 竜剛[1], 杉原 健一[2], 味岡 洋一[3], 石原 聡一郎[1] (1.Department of Surgical Oncology, The University of Tokyo, 2.東京科学大学, 3.新潟大学医学部臨床病理学分野)

[WS5-8]

Investigation of postoperative outcomes of colorectal cancer surgery using NCD data: A two-directional analysis of technique evaluation and surgical risk among the elderly

Tomonori Akagi[1], 上田 貴威[2], 長谷川 巧[1], 小山 旅人[1], 岳藤 良真[1], 藤田 隼輔[1], 青山 佳正[1], 皆尺寺 悠史[1], 一万田 充洋[1], 蔀 由貴[1], 平塚 孝宏[2], 河野 洋平[1], 二宮 繁生[1], 柴田 智隆[1], 白下 英史[3], 衛藤 剛[4], 猪股 雅史[1] (1.Department of Gastroenterological and Pediatric Surgery, Oita University Faculty of Medicine, 2.大分大学総合外科・地域連携学講座, 3.大分大学高度医療人育成講座, 4.大分大学グローカル感染症研究センター)

[WS5-SP]

特別発言

Hideyuki Ishida (Saitama Medical Center)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 8

[WS6] Workshop 6 Conservative and Surgical Treatment for Colonic Diverticulitis

司会：幸田 圭史(大腸肛門病センター高野病院外科), 小川 真平(東京女子医科大学消化器・一般外科)

[WS6-1]

Investigation of Treatment Outcome and Operative Indication for Diverticulitis of the Large Intestine in Our Institution

Kazuo To, 深野 颯, 大野田 貴, 原 亮介, 内田 史武 (NHO Ureshino Medical Center, Department of Digestive Surgery)

[WS6-2]

The analysis of the surgical strategy for diverticulitis of sigmoid colon

Keigo Yokoi[1], 柴木 俊平[1], 池村 京之介[1], 渡部 晃子[1], 坂本 純一[1], 横田 和子[1], 小嶌 慶太[1], 田中 俊道[1], 古城 憲[1], 三浦 啓寿[1], 山梨 高広[1], 佐藤 武郎[2], 内藤 剛[1] (1.Dept of lower gastrointestinal surgery, Kitasato University School of Medicine, 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)

[WS6-3]

Elective surgery for left-sided colonic diverticulitis

Yusuke Inoue, 肥田 泰慈, 山下 真理子, 橋本 慎太郎, 片山 宏己, 山口 峻, 高村 祐磨, 足立 利幸, 富永 哲郎, 野中 隆 (Department of Colorectal Surgery, Nagasaki university)

[WS6-4]

Retrospective analysis of risk factors for postoperative complications in emergency surgery for perforated colonic diverticulitis

Takahiro Kitagawa[1], 諏訪 勝仁[1], 力石 健太郎[1], 佐々木 茂真[1], 牛込 琢郎[1], 岡本 友好[1], 衛藤 謙[2] (1.Department of Surgery, The Jikei University Daisan Hospital, 2.東京慈恵会医科大学外科学講座)

[WS6-5]

Surgical Strategy for Sigmoid Diverticulitis: A Retrospective Analysis of Perforated, Penetrated, and Colovesical Fistula Cases

Yuzo Nagai, 白鳥 広志, 岡田 聡, 舘川 裕一, 品川 貴秀, 原田 有三, 横山 雄一郎, 江本 成伸, 室野 浩司, 佐々木 和人, 野澤 宏彰, 石原 聡一郎 (Department of Surgical Oncology, the University of Tokyo)

[WS6-6]

Treatment Strategies for Colonic Diverticulitis Complicated by Localized Peritonitis

Shinji Tokuyama, 河合 賢二, 高橋 佑典, 俊山 礼志, 山本 昌明, 酒井 健司, 竹野 淳, 濱 直樹, 宮﨑 道彦, 平尾 素宏, 加藤 健志 (NHO Osaka National Hospital, Department of Surgery)

[WS6-7]

Efficacy of endoscopic drainage therapy for Hinchey Stage Ib/II colonic diverticulitis

Chihiro Kosugi, 清水 宏明, 首藤 潔彦, 森 幹人, 碓井 彰大 (Department of Surgery, Teikyo University Chiba Medical Center)

[WS6-8]

Surgical treatment for sigmoid colovesical fistula caused by diverticulum

Tomoaki Kaneko, 的場 周一郎, 牛込 充則, 鏡 哲, 鈴木 孝之, 三浦 康之, Yoshida Kimihiko, 甲田 貴丸, 小棚 地洋, 渡邊 健太郎, 船橋 公彦 (Department of Gastroenterological Surgery Toho University Omori Medical Center)

[WS6-9]

Surgical Treatment and Management of Diverticulitis Complicated by Fistula in Our Hospital

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Yuika Kureyama, 柏木 惇平, 高橋 泰宏, 冨田 大輔, 前田 裕介, 平松 康輔, 岡崎 直人, 福井 雄大, 花岡 裕, 戸田 重夫, 上野 雅資, 黒柳 洋弥 (Toranomon Hospital)

[WS6-SP]

特別発言

Kimihiko Funahashi (Yokohama General Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Workshop

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 1

[VWS2] Video Workshop 2 Colorectal Surgery in Obese Patients: Strategies and Outcomes

司会：福長 洋介(関西医科大学総合医療センター下部消化管外科), 五井 孝憲(福井大学第一外科)

[VWS2-1]

Technical Strategies and Surgical Outcomes of Laparoscopic Colorectal Surgery in Obese Patients

Takashi Sakamoto, 野口 竜剛, 松井 信平, 向井 俊貴, 山口 智弘, 秋吉 高志 (Division of Colorectal Surgery, Cancer Institute Hospital of JFCR)

[VWS2-2]

Strategic Approaches to Colorectal Cancer Surgery in Obese Patients: Laparoscopy, Robotic Surgery, and TaTME

Takaaki Fujimoto, 田村 公二, 永吉 絹子, 水内 祐介, 吉村 晴香, 堀岡 宏平, 池永 直樹, 仲田 興平, 大内田 研宙, 中村 雅史 (Department of Surgery and Oncology Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University)

[VWS2-3]

A Multicenter Database Analysis of Perioperative Outcomes in Colorectal Surgery for Obese Patients and Introduction of Institutional Strategies for Operative Managing Obese Cases

Kazuhiro Taguchi, 下村 学, 奥田 浩, 矢野 琢也, 別木 智昭, 石川 聖, 渡邊 淳弘, 佐藤 沙希, 森内 俊行, 塩崎 翔平, 松原 一樹, 山口 瑞生, 大段 秀樹 (Department of Gastroenterological and Transplant Surgery, Graduate School of Biomedical and Health Sciences, Hiroshima University)

[VWS2-4]

Robot-assisted rectal cancer surgery for obesity patients

Yusuke Omura[1,2], 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 恵[1], 稲熊 岳[1], 小林 陽介[1], 隈本 力[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.Department of Surgery, Fujita Health University, 2.藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学)

[VWS2-5]

The usefulness of robot surgery and the development of surgical fields in cases of obesity

Hiroki Katayama, 富永 哲郎, 野中 隆, 高村 祐磨, 大石 海道, 白石 斗士雄, 橋本 慎太郎, 山下 真理子 (Department of Surgical Oncology, Nagasaki University Graduate School of Biomedical Science)

[VWS2-6]

Outcome of robotic-assisted surgery for obese male patients with rectal cancer

Kanechika Den[1], 大矢 浩貴[1], 小金井 雄太[1], 紫葉 裕介[2], 田中 宗伸[1], 船津屋 拓人[1], 大坊 侑[4], 酒井 淳[1], 工藤 孝迪[2], 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], 渡邉 純[2,5], 遠藤 格[1] (1.Yokohama City University, Department of Gastrointestinal 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)

[VWS2-7]

Short- and Long-Term Outcomes of Robotic-Assisted Rectal Resection for Rectal Cancer Patients with Obesity

Yasuko Aoyagi, 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, 原田 紡, 鳴海 絢, 杉下 哲夫, 山本 雄大, 花岡 まりえ, 山内 慎一, 藤原 尚志, 賀川 弘康, 徳永 正則, 絹笠 祐介 (Department of Gastrointestinal Surgery, Institute of Science Tokyo)

[VWS2-8]

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Postoperative outcome of obese patients with locally-advanced rectal cancer

Takehito Yamamoto, 肥田 侯矢, 岡村 亮輔, 板谷 喜朗, 星野 伸晃, 小濵 和貴 (Department of Surgery, Kyoto University Hospital)

[VWS2-SP]

特別発言

Tomohisa Furuhata (Teishinkai Hospital)

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:30 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:30 AM UTC Room 4

[R16] 要望演題 16 是非知っておきたい直腸肛門部の感染症

座長：矢野 孝明(ヤノ肛門外科クリニック肛門外科), 日高 仁(医療法人祥久会日高大腸肛門クリニック)

[R16-1]

ウエルッケ脳症治療中に発症したと思われる高度肛門周囲膿瘍をリハビリ中は褥瘡として対処され難治性痔瘻となった症例

柴田 佳久 (総合青山病院)

[R16-2]

血栓性外痔核の外観を呈した肛門部乳頭状汗腺腫の1例

蓮田 慶太郎 (社会医療法人愛育会福田病院肛門外科)

[R16-3]

*Fusobacterium nucleatum*に対するブラッククミンの抗菌力

石川 正夫[1], 山田 浩平[1,2], 村田 貴俊[3], 花田 信弘[4], 渋谷 耕司[1] (1.OHS研究所, 2.フェアウェル合同会社, 3.鶴見大学歯学部口腔衛生学講座, 4.上海理工大学光化学与光材料研究院)

[R16-4]

梅毒性直腸炎の１例

森 俊治[1], 田中 香織[1], 山田 英貴[2] (1.森外科医院, 2.山田外科内科)

[R16-5]

早期梅毒性肝炎を合併した早期梅毒に対してベンジルペニシリンベンザチン水和物が有用であった1例

田中 香織[1], 森 俊治[1], 山田 英貴[2] (1.森外科医院, 2.山田外科内科)

[R16-6]

肛門科クリニックを受診した肛門クラミジア感染症例の検討

吉田 幸平[1], 樽見 研[2] (1.新宿おしりのクリニック, 2.樽見おしりとおなかのクリニック)

[R16-7]

都心部肛門科クリニックにおける梅毒診療の現状

福原 政作[1,2] (1.名古屋栄駅前ふくはら大腸肛門外科・消化器内科, 2.医療法人愛知会家田病院)

[R16-8]

肛門小窩炎に伴う肛門痛に対する２薬剤の比較検討

矢野 孝明 (ヤノ肛門外科クリニック)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 9:30 AM - 10:20 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:30 AM - 1:20 AM UTC Room 4

[R17] 要望演題 17 大腸手術の教育1

座長：山口 智弘(がん研究会有明病院大腸外科), 美甘（阪田） 麻裕(浜松医科大学外科学第二講座)

[R17-1]

ロボット直腸手術での技術認定取得を目指した当院での取り組み

山田 典和[1], 上原 広樹[1], 井 翔一郎[1], 五十嵐 優人[1], 萩原 千恵[1], 北川 祐資[4], 小林 壽範[1], 森 至弘[1], 諏訪 雄亮[2], 小澤 真由美[3], 三城 弥範[4], 渡邉 純[1] (1.関西医科大学下部消化管外科学講座, 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.横浜市立大学消化器・腫瘍外科, 4.関西医科大学総合医療センター下部消化管外科)

[R17-2]

ロボット支援手術での技術認定取得への道

齊藤 浩志[1], 小竹 優範[2], 石林 健一[1], 上野 雄平[1], 菅野 圭[1], 久保 陽香[1], 道傳 研太[1], 崎村 祐介[1], 林 憲吾[1], 林 沙貴[1], 松井 亮太[1], 齋藤 裕人[1], 辻 敏克[1], 山本 大輔[1], 森山 秀樹[1], 木下 淳[1], 稲木 紀幸[1] (1.金沢大学消化管外科, 2.厚生連高岡病院外科)

[R17-3]

ロボット支援手術による技術認定取得の指導法

陳 開, 河村 七彩, 白水 翔, 茂木 はるか, 栗原 由騎, 佐々木 勇人, 新保 知規, 菊地 功, 若林 俊樹, 佐藤 勤 (市立秋田総合病院消化器外科)

[R17-4]

基本手技を意識した若手外科教育　技術認定取得をめざして

廣川 高久, 島田 雄太, 中澤 充樹, 加藤 龍太郎, 庭本 涼佑, 藤井 善章, 上野 修平, 青山 佳永, 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)

[R17-5]

ロボット支援手術における技術認定医取得するための当科における工夫-若手外科医の立場から-

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

[R17-6]

腹腔鏡下直腸切除術における技術認定制度の有用性

小野 李香[1], 富永 哲朗[2], 石井 光寿[1], 久永 真[1], 野田 恵佑[2], 白石 斗士雄[2], 山下 真理子[2], 橋本 慎太郎[2], 片山 宏己[2], 髙村 祐磨[2], 荒木 政人[1], 角田 順久[1], 野中 隆[2] (1.佐世保市総合医療センター外科, 2.長崎大学病院大腸肛門外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 10:20 AM - 11:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:20 AM - 2:10 AM UTC Room 4

[R18] 要望演題 18 大腸手術の教育2

座長：佐村 博範(浦添総合病院), 小竹 優範(厚生連高岡病院・消化器外科)

[R18-1]

当科におけるロボット支援下直腸癌手術の術者育成と短期成績の推移

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

[R18-2]

当院でのロボット大腸手術における若手教育の工夫

福岡 達成[1], 谷 直樹[1], 丸尾 晃司[1], 江口 真平[1], 瀬良 知央[1], 田島 哲三[1], 濱野 玄弥[1], 西村 潤也[1], 笠島 裕明[2], 井関 康仁[1], 長谷川 毅[1], 村田 哲洋[1], 澁谷 雅常[2], 西居 孝文[1], 櫻井 克宣[1], 高台 真太郎[1], 久保 尚士[1], 清水 貞利[1], 前田 清[2], 西口 幸雄[1] (1.大阪市立総合医療センター, 2.大阪公立大学消化器外科学)

[R18-3]

ロボット大腸切除術の教育において複数種の機器を用いるメリットはあるか

肥田 侯矢, 板谷 喜朗, 岡村 亮輔, 星野 伸晃, 山本 健人, 吉田 祐, 前田 将宏, 青山 龍平, 笠原 桂子, 坂本 享史, 奥村 慎太郎, 坂口 正純, 上野 剛平, 北野 翔一, 久森 重夫, 角田 茂, 小濵 和貴 (京都大学消化管外科)

[R18-4]

安全性・教育・コストを意識したHybrid robot-assisted surgery

富永 哲郎, 野中 隆, 髙村 祐磨, 大石 海道, 片山 宏己, 橋本 慎太郎, 白石 斗士雄, 山下 真理子, 野田 恵佑, 鄭 暁剛, 松本 桂太郎 (長崎大学大学院腫瘍外科)

[R18-5]

手術コスト、若手教育、手術時間を考慮した当院におけるロボット支援S状結腸切除術

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

[R18-6]

腹腔鏡下大腸がん手術の効果的な教育方法

増田 大機, 青柳 康子, 新井 聡大, 大和 美寿々, 西山 優, 三浦 竣助, 今井 光, 鈴木 碧, 朝田 泰地, 鵜梶 真衣, 金田 亮, 山口 和哉, 吉野 潤, 長野 裕人, 井ノ口 幹人 (武蔵野赤十字病院外科・消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 7

[R19] 要望演題 19 stage4

座長：佐藤 武郎(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), 賀川 義規(大阪国際がんセンター)

[R19-1]

Stage4結腸癌に対する原発切除の安全性（多施設共同データベースK-SEERの解析から）

浅田 祐介[1,2], 水野 翔大[2], 亀山 哲章[2], 菊池 弘人[3], 岡林 剛史[4], 北川 雄光[4], 池畑 泰行[1], 宮田 敏弥[1], 浅古 謙太郎[1], 福島 慶久[1], 端山 軍[1], 野澤 慶次郎[1], 深川 剛生[1], 落合 大樹[1] (1.帝京大学医学部外科学講座, 2.荻窪病院外科・消化器外科, 3.川崎市立川崎病院一般・消化器外科, 4.慶應義塾大学医学部外科学教室（一般・消化器外科）)

[R19-2]

当院における肝転移単独の切除可能病変を有するStage IV直腸癌に対する治療戦略とその治療成績

松井 信平, 野口 竜剛, 坂本 貴志, 向井 俊貴, 山口 智弘, 秋吉 高志 (がん研究会有明病院)

[R19-3]

腹膜播種を有する大腸癌に対する包括的治療の成績

米村 豊, 重里 親太朗, 左古 昌蔵, 劉 洋 (岸和田徳洲会病院腹膜播種科)

[R19-4]

肺転移切除症例から考える大腸癌肺転移オリゴメタの臨床病理学的特徴

髙山 裕司, 清水 友哉, 松澤 夏未, 福井 太郎, 柿澤 奈緒, 力山 敏樹 (自治医科大学附属さいたま医療センター)

[R19-5]

当科におけるstage IV直腸癌oligometastasis症例の手術成績と予後の検討

舘川 裕一, 野澤 宏彰, 佐々木 和人, 室野 浩司, 江本 成伸, 横山 雄一郎, 永井 雄三, 原田 有三, 品川 貴秀, 岡田 聡, 白鳥 広志, 石原 聡一郎 (東京大学腫瘍外科)

[R19-6]

当院におけるBECON治療を行った大腸癌患者の検討

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 7

[R20] 要望演題 20 症例報告：大腸手術の工夫

座長：小林 建司(国立病院機構函館医療センター), 八岡 利昌(東京女子医科大学総合診療科)

[R20-1]

馬蹄腎を併存した子宮体癌上行結腸転移に対し蛍光尿管カテーテル併用腹腔鏡下結腸右半切除術を施行した1例

四元 拓宏, 近藤 彰宏, 馮 東萍, 竹谷 洋, 松川 浩之, 西浦 文平, 安藤 恭久, 須藤 広誠, 岸野 貴賢, 大島 稔, 隈元 謙介, 岡野 圭一 (香川大学医学部附属病院消化器外科)

[R20-2]

進行横行結腸癌とESD非適応の直腸Schwannomaに対してロボット支援下拡大結腸右半切除術+Transanal minimally invasive surgeryで切除し得た1例

越智 優, 平木 将之, 在田 麻美, 柳澤 公紀, 安井 昌義, 武田 裕, 村田 幸平 (関西労災病院消化器外科)

[R20-3]

骨盤方向へ浸潤を伴う右側結腸癌に対するロボット支援手術の工夫と課題

奥山 晃世[1], 鈴木 卓弥[1], 福田 真里[1], 加藤 潤紀[1], 浅井 宏之[1], 上原 崇平[1], 加藤 瑛[1], 牛込 創[1], 山川 雄士[1], 髙橋 広城[2], 瀧口 修司[1] (1.名古屋市立大学病院消化器・一般外科, 2.名古屋市立大学医学部附属西部医療センター)

[R20-4]

ロボット支援腹腔鏡下手術で行った稀で複雑な回結腸静脈の変異上行結腸癌の一例：右側結腸癌切除における最適な外科的アプローチの選択

北川 和男[1], 般若 祥人[1], 栗田 紗裕美[1], 下山 雄也[1], 隈本 智卓[1], 衛藤 謙[2] (1.東京慈恵会医科大学附属柏病院外科, 2.東京慈恵会医科大学外科学講座)

[R20-5]

完全内蔵逆位を伴う直腸癌に対してロボット支援下直腸切除術を施行した1例

服部 正嗣, 宇野 泰朗, 松本 格, 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)

[R20-6]

切除不能進行S状結腸癌直腸・膀胱浸潤に対して術前化学療法施行後にロボットにて前方切除+膀胱全摘施行した症例

野澤 慶次郎, 宮田 敏弥, 浅古 謙太郎, 福島 慶久, 浅田 祐介, 落合 大樹 (帝京大学医学部付属病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 7

[R21] 要望演題 21 ストーマ造設術の工夫

座長：西舘 敏彦(JR札幌病院外科), 秋月 恵美(札幌いしやま病院)

[R21-1]

回腸双孔式人工肛門に対する人工肛門閉鎖における合併症とそのリスク因子

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

[R21-2]

一時的回腸人工肛門の閉鎖術における創部感染の予防策

高 理奈, 松末 亮, 有宗 敬祐, 澤田 晋, 石田 薫平, 中西 望, 吉田 真也, 森野 甲子郎, 後藤 俊彦, 山本 道宏, 待本 貴文 (天理よろづ相談所病院)

[R21-3]

術前CT画像を用いた回腸人工肛門造設後の排液量の予測

足立 陽子, 鈴村 博史, 松本 健司, 笹倉 勇一, 寺内 寿彰, 吉川 貴久, 篠崎 浩治 (済生会宇都宮病院外科)

[R21-4]

ストーマ閉鎖部の腹壁瘢痕ヘルニアリスク因子の検討とヘルニア発症予防を目的とした閉腹法

柿澤 奈緒, 水澤 由樹, 松澤 夏未, 福井 太郎, 高山 裕司 (自治医大さいたま医療センター一般・消化器外科)

[R21-5]

腹壁構造に注目した傍ストーマヘルニア発生の術前リスク因子の検討

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

[R21-6]

当院における一時的回腸人工肛門造設後 Outlet obstruction の発症状況及び造設手技の工夫

安岡 宏展, 木下 敬史, 小森 康司, 佐藤 雄介, 大内 晶, 北原 拓哉 (愛知県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

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 7

[R22] 要望演題 22 縫合不全の治療

座長：髙橋 孝夫(西濃厚生病院・外科), 堀江 久永(JCHOうつのみや病院外科)

[R22-1]

ロボット支援下直腸癌手術における縫合不全発症例の検討

横溝 肇, 岡山 幸代, 岩本 隼輔, 川畑 花, 河野 鉄平, 塩澤 俊一 (東京女子医科大学附属足立医療センター外科)

[R22-2]

インドシアニングリーン造影検査による縫合不全低減効果の検証

福井 太郎, 清水 友哉, 松澤 夏未, 高山 裕司, 柿澤 奈緒, 力山 敏樹 (自治医科大学附属さいたま医療センター一般・消化器外科)

[R22-3]

大腸吻合予定部のICG到達時間に影響する因子と臨床的意義

河内 雅年, 寿美 裕介, 徳本 雄己, 日浦 雄太, 吉川 雄大, 篠原 充, 山口 恵美, 濱岡 道則, 堀田 龍一, 豊田 和広 (東広島医療センター消化器外科)

[R22-4]

横行結腸癌に対する術式選択における腸管長の意義とZone分類による縫合不全リスク評価

佐伯 崇史[1,3], 安井 昌義[2,3], 森 良太[3], 北風 雅俊[3], 三代 雅明[3], 末田 聖倫[3], 賀川 義規[3], 西村 潤一[3] (1.大阪大学医学部附属病院消化器外科, 2.関西労災病院消化器外科, 3.大阪国際がんセンター消化器外科)

[R22-5]

直腸癌手術に対するtriple-rows circular staplerの有用性の検討

内藤 正規[1], 根岸 宏行[1], 勝又 健太[1], 臼井 創大[1], 天野 優希[1], 西澤 一[1], 小川 淳博[1], 中野 浩[1], 大坪 毅人[2], 民上 真也[2] (1.聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科, 2.聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科)

[R22-6]

縫合不全手術時における術中内視鏡併用ドレナージ術の有用性

高木 忠隆[1], 小山 文一[1,2], 岩佐 陽介[1,2], 藤本 浩輔[1], 田村 昂[1], 江尻 剛気[1], 吉川 千尋[1], 庄 雅之[1] (1.奈良県立医科大学付属病院消化器・総合外科, 2.奈良県立医科大学付属病院中央内視鏡部)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

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

[R23] 要望演題 23 腹膜播種を伴う大腸癌・直腸癌局所再発の治療

座長：村田 幸平(関西労災病院外科), 池田 正孝(兵庫医科大学下部消化管外科)

[R23-1]

当科における大腸癌腹膜播種症例の集学的治療成績に基づく予後規定因子の解析

佐々木 勉, 谷 明恵, 参島 祐介, 大嶺 孝仁, 栗本 信, 持田 郁己, 谷 昌樹, 戸田 孝祐, 矢澤 武史, 大江 秀典, 山田 理大, 山中 健也 (滋賀県立総合病院外科)

[R23-2]

腹膜播種を伴う有症状の切除不能大腸癌に対する外科的治療戦略の検討

谷田部 悠介, 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, 髙嶋 祐助, 石黒 哲史, 坂井 義博, 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)

[R23-3]

原発巣切除を施行したStage Ⅳ大腸癌における治療成績および予後に遠隔転移巣が及ぼす影響についての検討

杉浦 清昭[1], 加藤 達樹[1], 青山 純也[1], 大島 剛[1], 菊池 弘人[2], 岡林 剛史[3], 愛甲 聡[1], 北川 雄光[3] (1.永寿総合病院, 2.川崎市立川崎病院一般・消化器外科, 3.慶應義塾大学医学部一般・消化器外科)

[R23-4]

大腸癌腹膜転移に対する完全減量切除と術中腹腔内温熱化学療法

武内 寛, 合田 良政, 北山 丈二, 佐藤 一仁, 大谷 研介, 清松 知充 (国立国際医療センター病院)

[R23-5]

直腸癌術後局所再発に対する術前化学放射線治療から手術までの至適期間についての検討

樋口 智[1], 植村 守[1], 草深 弘志[1], 大﨑 真央[1], 楠 誓子[1], 瀧口 暢生[2], 朴 正勝[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], 三吉 範克[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.りんくう総合医療センター消化器外科, 3.大阪けいさつ病院消化器外科)

[R23-6]

直腸癌局所再発に対する陽子線治療において部分奏功が与えるインパクト

山本 誠也[1,2], 髙橋 広城[1,2], 山本 真也[1,2], 植松 宏[1,2], 齋藤 正樹[1,2], 安藤 菜奈子[1,2], 前田 祐三[1,2], 大久保 友貴[1,2], 三井 章[1,2], 山川 雄士[1], 瀧口 修司[1] (1.名古屋市立大学大学院医学研究科消化器外科学, 2.名古屋市立大学医学部附属西部医療センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 9

[R24] 要望演題 24 ロボット1

座長：髙橋 広城(名古屋市立大学医学部附属西部医療センター消化器外科), 進士 誠一(日本医科大学消化器外科)

[R24-1]

当院におけるロボット支援下右側結腸癌手術の短期・長期成績の検討

浅井 宏之[1], 山川 雄士[1], 加藤 潤紀[1], 上原 崇平[1], 加藤 瑛[1], 鈴木 卓弥[1], 牛込 創[1], 高橋 広城[2], 瀧口 修司[1] (1.名古屋市立大学病院, 2.名古屋市立大学西部医療センター)

[R24-2]

微細膜構造を意識したロボット支援下結腸右半切除

松本 芳子, 塩川 桂一, 竹下 一生, 下河邉 久陽, 佐原 くるみ, 棟近 太郎, 長野 秀紀, 永田 健, 高橋 宏幸, 吉松 軍平, 長谷川 傑 (福岡大学消化器外科)

[R24-3]

ロボット結腸体腔内吻合において吻合手技が術後経過に与える影響の検討

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

[R24-4]

ロボット支援下結腸切除術における体腔内吻合の手術手技と短期成績

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

[R24-5]

ロボット支援下右側結腸癌手術における体腔内Overlap吻合の手技と短期治療成績

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

[R24-6]

横行結腸左側～左結腸癌に対する血管構造から考える低侵襲手術：ロボット支援下手術と腹腔鏡手術の比較

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 9

[R25] 要望演題 25 ロボット2

座長：松田 宙(JCHO大阪病院外科), 花岡 まりえ(東京科学大学消化管外科学分野)

[R25-1]

Hinotori右側結腸切除における効果的な使用方法～da Vinci症例とのプロペンシティスコアマッチ解析から見えた対策法～

牛込 創, 山川 雄士, 加藤 潤紀, 浅井 宏之, 上原 崇平, 加藤 瑛, 鈴木 卓弥, 高橋 広城, 瀧口 修司 (名古屋市立大学消化器外科)

[R25-2]

da VinciおよびHinotoriを用いたロボット支援下結腸右半切除術の手技の最適化と短期成績

岩本 哲好, 波江野 真大, 梅田 一生, 家根 由典, 村上 克宏, 吉岡 康多, 大東 弘治, 所 忠男, 上田 和毅, 川村 純一郎 (近畿大学医学部外科)

[R25-3]

hinotori™とDVSS®における短期成績の比較検討とhinotori™の手術教育における有用性

田中 宏幸, 山本 大輔, 石林 健一, 上野 雄平, 菅野 圭, 久保 陽香, 齊藤 浩志, 道傳 研太, 崎村 祐介, 林 憲吾, 林 沙貴, 松井 亮太, 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)

[R25-4]

Da Vinci XiおよびSPを用いたロボット支援大腸切除術の短期成績の比較とSPによる経ストーマ孔アプローチの試み

田藏 昂平, 塚本 俊輔, 加藤 岳晴, 永田 洋士, 髙見澤 康之, 森谷 弘乃介, 金光 幸秀 (国立がん研究センター中央病院大腸外科)

[R25-5]

Hugo-RASから始めるロボット支援下大腸癌手術教育

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

[R25-6]

リモート手術に向けたロボット支援下直腸切除術における新規detachable-PSI鉗子を用いた完全体腔内吻合の短期成績:Propensity score-matched analysis

平木 将之, 在田 麻美, 柳澤 公紀, 安井 昌義, 武田 裕, 村田 幸平 (関西労災病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 9

[R26] 要望演題 26 ロボット3

座長：田中 慶太朗(市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科), 平能 康充(埼玉医科大学国際医療センター消化器外科)

[R26-1]

AIによる神経・剥離可能層同定とICG蛍光ガーゼを用いた最新のナビゲーション手術

渡邊 良平[1], 青木 武士[1], 田代 良彦[1], 井関 貞仁[1], 長石 将大[1], 冨岡 幸大[1], 北島 徹也[1], 野垣 航二[1], 山下 剛史[1], 有吉 朋丈[1], 伊達 博三[1], 松田 和広[1], 草野 智一[1], 藤森 聰[1], 五藤 哲[1], 山崎 公靖[1], 渡辺 誠[1], 山上 裕機[1], 安永 秀計[2], 安藤 慎治[3] (1.昭和医科大学医学部外科学講座消化器一般外科学部門, 2.京都工芸繊維大学繊維学系, 3.東京科学大学物質理工学院応用化学系)

[R26-2]

AI活用による大腸診療の臨床・教育革新と次世代技術融合の展望

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

[R26-3]

ロボット支援手術の現状と展望ー地域医療を支える関連施設へのアンケート調査結果ー

有田 智洋, 清水 浩紀, 名西 健二, 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)

[R26-4]

若手にも女性外科医にも利益をもたらすロボット支援大腸切除術

長谷川 芙美, 布施 匡啓, 佐藤 拓, 円城寺 恩 (JAとりで総合医療センター外科)

[R26-5]

修練段階の術者が行うロボット支援下直腸手術の有用性の検討

横山 雄一郎, 野澤 宏彰, 佐々木 和人, 室野 浩司, 江本 成伸, 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 (東京大学腫瘍外科)

[R26-6]

技術認定取得にむけたロボット支援S状結腸切除の術野展開の工夫

横田 満, 松岡 弘也, Yamaguchi Kenji, 武藤 純, 長久 吉雄, 稲村 幸雄, 河田 健二, 岡部 道雄, 増井 俊彦 (公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Room 9

[R27] 要望演題 27 会陰損傷・直腸膣瘻の治療

座長：栗原 聰元(汐田総合病院・外科), 香取 玲美(畠山クリニック肛門科)

[R27-1]

直腸膣瘻・肛門括約筋機能不全の術後長期経過のアンケート調査報告

村上 耕一郎, 水黒 知行, 橋本 京三 (総心会長岡京病院外科)

[R27-2]

分娩時会陰裂傷を契機に発症した直腸膣瘻に対して外科的修復術を施行した3例

吉村 晴香, 永吉 絹子, 久野 恭子, 藤本 崇聡, 田村 公二, 水内 祐介, 中村 雅史 (九州大学医学研究院臨床腫瘍外科)

[R27-3]

直腸手術後の直腸膣瘻に対するエストリオール膣錠の有用性

田村 昂[1], 小山 文一[1,2], 岩佐 陽介[1,2], 高木 忠隆[1], 藤本 浩輔[1], 江尻 剛気[1], 吉川 千尋[1], 庄 雅之[1] (1.奈良県立医科大学消化器．総合外科, 2.奈良県立医科大学附属病院中央内視鏡部)

[R27-4]

陳旧性会陰裂傷に発症した骨盤臓器脱に対し、薄筋皮弁による会陰再建および肛門形成術を施行した1例

松尾 智暁[1], 木村 泰生[1], 髙柳 奈央[2], 辻本 賢樹[2], 橋渡 七奈子[1], 坂根 舜哉[1], 内藤 健[1], 石原 伸朗[1], 田原 俊哉[1], 丸山 翔子[1], 秋山 真吾[1], 山川 純一[1], 藤田 博文[1] (1.聖隷三方原病院外科, 2.聖隷三方原病院形成外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 9

[R28] 要望演題 28 大腸手術の術前処置

座長：椿 昌裕(友愛記念病院外科), 内藤 正規(聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科)

[R28-1]

当院における大腸癌手術の化学的前処置であるカナマイシンおよびフラジール併用投与の有用性

瀧口 暢生, 三宅 正和, 吉村 大士, 東 重慶, 古川 陽菜, 小川 久貴, 大村 仁昭, 種村 匡弘 (りんくう総合医療センター)

[R28-2]

左側大腸癌DST吻合症例に対する術前化学的腸管処置の臨床的意義の検討

高島 順平, 上野 啓輔, 大野 裕文, 南角 哲俊, 小泉 彩香, 峯崎 俊亮, 山崎 健司, 藤本 大裕, 三浦 文彦, 小林 宏寿 (帝京大学溝口病院外科)

[R28-3]

直腸癌手術における化学的前処置の有用性の検討

工藤 孝迪[1], 小澤 真由美[1], 大矢 浩貴[2], 前橋 学[1], 田 鐘寛[2], 森 康一[1], 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.横浜市立大学附属市民総合医療センター, 2.横浜市立大学附属病院消化器・腫瘍外科学, 3.横須賀共済病院, 4.関西医科大学下部消化管外科学)

[R28-4]

体腔内吻合におけるoral antibiotic bowel preparation併用の有効性の検討

足立 利幸, 肥田 泰慈, 山下 真理子, 橋本 慎太郎, 片山 宏己, 山口 峻, 高村 祐磨, 富永 哲郎, 井上 悠介, 野中 隆 (長崎大学外科学講座大腸肛門外科)

[R28-5]

ロボット支援下直腸手術における腸管前処置と周術期経口摂取

新井 聡大, 増田 大機, 大和 美寿々, 今井 光, 金城 宏武, 朝田 泰地, 鈴木 碧, 金田 亮, 山口 和哉, 吉野 潤, 長野 裕人, 入江 工, 井ノ口 幹人 (武蔵野赤十字病院外科・消化器外科)

[R28-6]

Minimum Umbilicus–Vertebra Diameter(MUVD)は大腸癌低侵襲手術における術後腹腔内感染症の簡便で精度の高い指標となりうる

関 由季[1], 渋谷 雅常[1], 丹田 秀樹[1], 西山 毅[1], 月田 智也[1], 田中 章博[1], 小澤 慎太郎[1], 大森 威来[1], 石舘 武三[1], 米光 健[1], 福井 康裕[1], 笠島 裕明[1], 福岡 達成[2], 久保 尚士[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消化器外科)

[R28-7]

大腸癌手術症例における手術部位感染予防ケアバンドルの効果と課題

毛利 靖彦[1], 山本 晃[1], 尾嶋 英紀[1], 髙木 里英子[1], 山本 真優[1], 渡辺 修洋[1], 森本 雄貴[1], 横江 毅[1], 内田 恵一[2] (1.三重県立総合医療センター消化器・一般外科, 2.三重県立総合医療センター小児外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 9

[R29] 要望演題 29 クローン病肛門病変の診断と治療

座長：中村 志郎(互恵会大阪回生病院消化器内科IBDセンター), 古川 聡美(東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター)

[R29-1]

肛門初発クローン病の診断における内視鏡所見の意義

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

[R29-2]

痔瘻、肛囲膿瘍からみたクローン病（CD）とCDからみた肛門病変

野明 俊裕, 石井 正之, 石橋 英樹, 鈴木 麻未, 榊原 優香, 白水 良征, 長田 和義, 荒木 靖三 (社会医療法人社団高野会くるめ病院)

[R29-3]

クローン病肛門病変の検討と新しい分類の提言

松尾 恵五, 鵜瀞 条, 新井 健広, 岡田 滋, 坪本 貴司, 吉本 恵理, 児島 和孝, 佐々木 駿 (東葛辻仲病院)

[R29-4]

クローン病肛門病変に対する経口ステロイドでの寛解導入と免疫調節薬での維持の成績

中島 光一, 福島 恒男, 西野 晴夫, 野澤 博, 小林 清典, 岩佐 亮太, 針金 幸平, 中村 裕佳, 林 佑穂, 鈴木 康元, 杉田 昭, 宮島 伸宜, 松島 誠 (松島病院胃腸科)

[R29-5]

肛門管内原発病変に着目したクローン病肛門病変の治療戦略

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

[R29-6]

当院のクローン病に合併した肛門病変に対する治療について

新垣 淳也[1], 古波倉 史子[1], 佐村 博範[1], 堀 義城[1], 山城 直嗣[1], 長嶺 義哲[1], 原田 哲嗣[1], 本成 永[1], 金城 直[1], 伊禮 俊充[1], 亀山 眞一郎[1], 伊志嶺 朝成[1], 金城 健[2], 金城 福則[2] (1.浦添総合病院消化器病センター外科, 2.浦添総合病院消化器病センター内科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

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

[O13] 一般演題（口演） 13 痔瘻の診療

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

[O13-1]

IV型クローン痔瘻を単純化し、ダルバドストロセルの投与ができた2例

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

[O13-2]

Parks分類で括約筋貫通型に分類されるII L型痔瘻症例の検討

竹中 雄也, 渡部 晃大, 内海 昌子, 久能 英法, 三宅 祐一朗, 小野 朋ニ郎, 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)

[O13-3]

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

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

[O13-4]

Parks分類における痔瘻の進展経路は解剖学的構造のどこを指すのか

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

[O13-5]

クローン病の肛門病変に対する診断と治療～外科の役割

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

[O13-6]

肛門周囲膿瘍、痔瘻症例におけるIBD合併症例の検討

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 5

[O14] 一般演題（口演） 14 転移・再発1

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

[O14-1]

Stage IV大腸癌に対するR0戦略と手術成績および術後再発における治療成績

鈴木 卓弥[1], 山川 雄士[1], 加藤 潤紀[1], 浅井 宏之[1], 上原 崇平[1], 加藤 瑛[1], 牛込 創[1], 髙橋 広城[2], 瀧口 修司[1] (1.名古屋市立大学消化器外科, 2.名古屋市立大学付属西部医療センター)

[O14-2]

切除可能遠隔転移を伴う直腸癌に対する集学的治療　～治癒を目指して～

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

[O14-3]

大腸癌大動脈周囲リンパ節転移の切除適応の最適化を目指して

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

[O14-4]

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

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

[O14-5]

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

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

[O14-6]

切除不能進行再発大腸癌におけるCGPの有用性と限界

奥川 喜永[1,2], 北嶋 貴仁[1,2], 山下 真司[2], 志村 匡信[2], 今岡 裕基[2], 川村 幹雄[2], 安田 裕美[2], 大北 喜基[2], 吉山 繁幸[2], 小林 美奈子[2], 大井 正貴[2], 問山 裕二[2] (1.三重大学病院ゲノム医療部, 2.三重大学大学院医学系研究科消化管・小児外科学講座)

[O14-7]

結腸癌pStage II ,IIIにおける病理組織学的観点からの再発時期の検討

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 5

[O15] 一般演題（口演） 15 転移・再発2

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

[O15-1]

当院における大腸癌肝転移手術症例の検討

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

[O15-2]

当科における大腸癌肝転移に対する手術成績について

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

[O15-3]

大腸癌肝転移切除後の肝外転移再発リスク因子の検討

野村 雅俊[1], 鄭 充善[2], 東口 公哉[1], 浦川 真哉[1], 深田 唯史[1], 野口 幸藏[1], 團野 克樹[1], 平尾 隆文[1], 関本 貢嗣[1], 岡 義雄[1] (1.箕面市立病院, 2.大阪ろうさい病院)

[O15-4]

大腸癌肝転移切除後の残肝再発切除症例の検討

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

[O15-5]

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

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

[O15-6]

大腸癌術後合併症が長期予後に及ぼす影響と介入の可能性について

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

[O15-7]

大腸癌術後5年以上無再発経過後の初回再発例の特徴

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:40 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:40 AM UTC Room 5

[O16] 一般演題（口演） 16 排便障害の診療

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

[O16-1]

分娩後の便・ガス失禁発生頻度についての調査検討

高橋 知子[1], 末光 徳匡[2], 加藤 健宏[1], 青木 沙弥佳[1], 本城 弘貴[1], 宮崎 彰成[1], 草薙 洋[1] (1.亀田総合病院消化器外科, 2.東京慈恵会医科大学産婦人科講座)

[O16-2]

神経障害による排便障害の診断と治療

神山 剛一[1], 寺田 俊明[1], 田中 良明[1], 武田 崇志[1], 吉岡 将史[1], 増田 有香[1], 中村 浩[1], 山田 麻子[2], 佐藤 兼俊[3] (1.寺田病院, 2.アイビー胃腸肛門クリニック, 3.浅草胃腸肛門クリニック)

[O16-3]

バイオフィードバック療法用医療機器開発を通じて見えてきた肛門機能検査の課題

荒 桃子[1], 渡邊 祐介[2], 坂村 颯真[1], 髙橋 遼[1], 奥村 一慶[1], 河北 一誠[1], 河原 仁守[1], 本多 昌平[1], 武冨 紹信[1] (1.北海道大学大学院医学研究院消化器外科学教室Ⅰ, 2.北海道大学病院医療・ヘルスサイエンス研究開発機構)

[O16-4]

直腸脱・直腸重積患者における腹腔鏡下直腸固定術前後の肛門機能および便失禁症状の変化

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

[O16-5]

一般診療所における便失禁診療

甲田 貴丸 (医療法人社団甲藍会甲田医院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

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

[O17] 一般演題（口演） 17 炎症性腸疾患1

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

[O17-1]

当院における回腸嚢肛門吻合術での回腸嚢作成手技の妥当性に関する検討

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

[O17-2]

潰瘍性大腸炎に対する回腸嚢肛門吻合における吻合困難を予測するリスク因子

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

[O17-3]

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

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

[O17-4]

当科における潰瘍性大腸炎に対する2期分割手術の治療成績の検討

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

[O17-5]

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

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

[O17-6]

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

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

[O17-7]

潰瘍性大腸炎関連直腸癌に対する側方リンパ節郭清の治療成績

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 6

[O18] 一般演題（口演） 18 炎症性腸疾患2

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

[O18-1]

潰瘍性大腸炎・結腸亜全摘症例における粘液瘻とハルトマン式の比較

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

[O18-2]

潰瘍性大腸炎に対する大腸全摘術後の腎機能低下に関連する術前因子の検討

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

[O18-3]

当院でのクローン病に対する腸管手術症例の検討

皆川 知洋[1,2], 渡辺 憲治[2,3], 魚谷 倫史[1], 祐川 健太[1], 渡辺 徹[1], 三輪 武史[1], 橋本 伊佐也[1], 渋谷 和人[1], 吉岡 伊作[1], 奥村 知之[1], 藤井 努[1] (1.富山大学学術研究部医学系消化器・腫瘍・総合外科, 2.富山大学附属病院IBDセンター, 3.富山大学炎症性腸疾患内科)

[O18-4]

穿孔・膿瘍形成を伴うクローン病に対する術式選択と短期成績

浅井 竜一[1], 田島 ジェシー雄[2], 横井 亮磨[2], Okuma Yusuke[2], 鷹羽 律紀[2], 横山 亜也奈[2], 水谷 千佳[2], 松本 圭太[2], 久野 真史[2], 田中 善宏[2], 村瀬 勝俊[3], 松橋 延壽[2] (1.岐阜大学大学院医学系研究科先端ゲノム医療開発学講座、消化器外科・小児外科, 2.岐阜大学大学院医学系研究科消化器外科・小児外科, 3.岐阜大学大学院医学系研究科高度先進外科学)

[O18-5]

クローン病初回手術症例584例に対する吻合部狭窄に対する再手術リスク因子の検討

楠 蔵人[1], 友尾 祐介[1], 野村 和徳[1], 長野 健太郎[1], 宋 智亨[2], 桑原 隆一[1], 堀尾 勇規[1], 木村 慶[2], 片岡 幸三[2], 内野 基[1], 池内 浩基[1] (1.兵庫医科大学炎症性腸疾患外科, 2.兵庫医科大学下部消化管外科)

[O18-6]

クローン病に合併した結腸癌に対する腹腔鏡手術

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

[O18-7]

クローン病関連消化管癌の臨床像の変化

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

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

[O19] 一般演題（口演） 19 進行直腸癌の治療戦略2

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

[O19-1]

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

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

[O19-2]

局所進行下部直腸癌に対する当科におけるTNTの成績

皆川 結明, 石山 泰寛, 芥田 壮平, 中西 彬人, 西 雄介, 林 久志, 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下部消化管外科)

[O19-3]

当院における進行直腸癌の治療戦略とTNTの治療成績

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

[O19-4]

直腸癌Total Neoadjuvant Therapyの予後に対する影響

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

[O19-5]

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

諏訪 雄亮[1], 小澤 真由美[1], 森 康一[1], 田 鐘寛[2], 諏訪 宏和[3], 佐藤 渉[1], 薮下 泰宏[1], 沼田 正勝[1], 佐藤 勉[1], 渡邉 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.横浜市立大学医学部消化器・腫瘍外科, 3.横須賀共済病院外科, 4.関西医科大学下部消化管外科)

[O19-6]

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

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

[O19-7]

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 6

[O20] 一般演題（口演） 20 直腸癌に対する側方郭清2

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

[O20-1]

術前MRI画像から下部直腸癌における側方郭清適応基準

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

[O20-2]

進行下部直腸癌におけるMRI所見を用いた側方リンパ節転移の診断能の検討

末田 聖倫[1], 賀川 義規[1], 安井 昌義[2], 西村 潤一[1], 三代 雅明[1], 北風 雅敏[1], 森 良太[1], 深井 智司[1], 河口 恵[1], 長谷川 健太[1], 菅生 貴仁[1], 牛丸 裕貴[1], 小松 久晃[1], 柳本 喜智[1], 金村 剛志[1], 山本 和義[1], 後藤 邦仁[1], 小林 省吾[1], 宮田 博志[1], 大植 雅之[1] (1.大阪国際がんセンター消化器外科, 2.関西労災病院消化器外科)

[O20-3]

術前MRIにおけるリンパ節のmrCRMと側方リンパ節転移の関連の検討

岩佐 陽介[1,2], 小山 文一[1,2], 高木 忠隆[1], 藤本 浩輔[1], 田村 昂[1], 江尻 剛気[1], 吉川 千尋[1], 庄 雅之[1] (1.奈良県立医科大学消化器・総合外科, 2.奈良県立医科大学附属病院中央内視鏡部)

[O20-4]

術前のMRI評価によって側方郭清を省略した直腸癌の長期治療成績

梶原 由規[1], 望月 早月[1], 岡本 耕一[1], 山寺 勝人[1], 守矢 恒司[1], 曽田 悠葵[1], 田代 恵太[1], 菊家 健太[1], 川内 隆幸[1], 相原 一紀[1], 田代 真優[1], 廣瀬 裕一[1], 大塚 泰弘[1], 及川 功[1], 倉澤 秀紀[1], 神藤 英二[2], 岸 庸二[1], 上野 秀樹[1] (1.防衛医科大学校外科学講座, 2.自衛隊中央病院外科)

[O20-5]

下部進行直腸癌に対する側方リンパ節郭清の治療成績および側方リンパ節郭清省略例に関する後方視的検討

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

[O20-6]

進行下部直腸癌における側方郭清省略症例の検討

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

[O20-7]

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Room 5

[O21] 一般演題（口演） 21 痔核の診療

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

[O21-1]

当院における後期高齢者に対する結紮切除術（LE）の現状

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

[O21-2]

80歳以上の高齢者における痔核結紮切除術の成績

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

[O21-3]

全周性痔核に対する分離結紮術施行時の狭窄予防と術後対応

野村 英明[1], 小島 修司[2], 加川 隆三郎[3] (1.フラワーロードのむら肛門クリニック, 2.こじま肛門外科, 3.洛和会音羽病院)

[O21-4]

パラシュート型PPH90例の検討- -狭窄への対応について- - -

須原 貴志[1], 国枝 克之[2], 河合 雅彦[2] (1.下呂市立金山病院外科, 2.岐阜県総合医療センター)

[O21-5]

創部の面積とテンションを最小化したEA法の治療成績と手技の実際

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

[O21-6]

痔核切除標本で診断された肛門悪性腫瘍の3例

植田 圭祐 (宇治徳洲会病院)

[O21-7]

当施設における痔核治療後の再治療症例についての検討

渡辺 伸和[1], 早川 一博[2], 森田 隆幸[1] (1.青森厚生病院外科, 2.早川内科肛門科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 5

[O22] 一般演題（口演） 22 症例報告：稀な大腸疾患1

座長：松本 朝子(日本鋼管福山病院外科), 武田 崇志(俊和会寺田病院)

[O22-1]

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

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

[O22-2]

膿瘍形成性虫垂炎として保存加療後に待機的手術にて虫垂粘液癌と診断し得た1例

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

[O22-3]

上行結腸癌による腸重積の1例

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

[O22-4]

成人腸回転異常に合併した結腸憩室間膜内穿通の症例

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

[O22-5]

S状結腸吻合部と左尿管に瘻孔を形成した1例

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

[O22-6]

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

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

[O22-7]

大腸癌術後膀胱損傷の1例

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

[O22-8]

治療に難渋した大腸癌術後の虚血性腸炎の1例

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:30 AM UTC Room 5

[O23] 一般演題（口演） 23 症例報告：稀な大腸疾患2

座長：松田 圭二(同愛記念病院外科), 五代 天偉(藤沢湘南台病院外科)

[O23-1]

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

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

[O23-2]

肝膿瘍を伴う直腸癌に対し、抗生剤加療後にロボット支援下手術を施行した一例

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

[O23-3]

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

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

[O23-4]

ストーマ造設術を要した放射線性直腸炎の2例

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

[O23-5]

内視鏡的瘻孔閉鎖術にて治癒した原因の不明な直腸膣瘻の１例

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

[O23-6]

腹腔鏡下に切除し得た異なる組織型の傍直腸嚢胞の2症例

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

[O23-7]

自己摘便が原因と思われるISR後の直腸穿通の一例

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

[O23-8]

当院で経験した痔瘻癌の3例

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Room 6

[O24] 一般演題（口演） 24 臨床研究1

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

[O24-1]

腹腔鏡下大腸癌手術における切開創SSIリスク因子の検討

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

[O24-2]

大腸がんにおける術後感染症は再発後の生存期間に影響を与えるか

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

[O24-3]

大腸癌手術における栄養評価指標を用いた周術期管理の有用性

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

[O24-4]

消化器癌患者におけるCVポート造設術中の没入型バーチャルリアリティの有用性: Pilot randomized controlled trial

鎌田 哲平[1,2], 西江 亮祐[3], 山岸 大祐[1], 會田 貴志[1], 高橋 潤次[1], 畑 太悟[1], 瀧澤 玲央[4], 大平 寛典[1], 墨 誠[3], 衛藤 謙[2], 鈴木 裕[1] (1.国際医療福祉大学病院外科, 2.東京慈恵会医科大学外科学講座, 3.国際医療福祉大学病院血管外科, 4.東京慈恵会医科大学宇宙航空医学研究室)

[O24-5]

根治切除術結腸癌における病期分類を考察する―多施設共同研究の結果から―

安藤 幸滋[1], 大垣 吉平[2], 杉山 雅彦[3], 蓮田 博文[4], 田尻 裕匡[4], 野中 謙太朗[2], 上原 英雄[2], 川副 徹郎[1], 沖 英次[1], 吉住 朋晴[1] (1.九州大学大学院消化器・総合外科, 2.公立学校共済組合九州中央病院総合外科, 3.国立病院機構九州がんセンター消化管外科, 4.国立病院機構九州医療センター消化管外科)

[O24-6]

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

佐々木 邦明, 澄川 宗祐, 久須美 貴哉 (恵佑会札幌病院消化器外科)

[O24-7]

肛門管の円柱上皮と移行帯上皮の境界線をCT junctionと命名する提案

松尾 恵五 (東葛辻仲病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC Room 6

[O25] 一般演題（口演） 25 臨床研究2

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

[O25-1]

大腸癌手術における切除部位の違いが術後腸内細菌叢に与える影響の検討

松本 航一[1], 大塚 幸喜[2], 服部 豊[1], 隈本 力[1], 近石 裕子[1], 辻村 和紀[1], 谷口 寛子[1], 上嶋 徳[1], 稲熊 岳[1], 小林 陽介[1], 大村 悠介[1], 廣 純一郎[1], 松岡 宏[1], 升森 宏次[1], 藤井 匡[3], 栃尾 巧[3], 廣岡 芳樹[3], 宇山 一朗[2], 須田 康一[1] (1.藤田医科大学総合消化器外科, 2.藤田医科大学病院先端ロボット内視鏡手術学, 3.藤田医科大学病院消化器内科)

[O25-2]

手術治療を要した腸閉塞の発生原因と癒着部位に関する検討

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

[O25-3]

サーベイランスにおける初回腺腫数と異時性大腸腫瘍の関係

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

[O25-4]

当院におけるLow-grade Appendiceal Mucinous Neoplasmの臨床病理学的検討

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

[O25-5]

40歳未満の若年性大腸癌の臨床病理学的特徴の検討

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

[O25-6]

他臓器合併切除を行った大腸癌の臨床病理学的検討

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

[O25-7]

大腸癌術後補助化学療法としてのカペシタビン5日投薬2日休薬投与法の検討

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

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

[O26] 一般演題（口演） 26 手術手技・直腸脱

座長：石井 良幸(北里大学北里研究所病院), 中西 正芳(松下記念病院)

[O26-1]

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

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

[O26-2]

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

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

[O26-3]

骨盤内臓器全摘術後開腹手術のための回腸導管の温存方法

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

[O26-4]

TaTMEにて肛門温存を行った巨大直腸神経鞘腫の1例

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

[O26-5]

直腸癌手術の手技をベースとした腹腔鏡下直腸固定術の経験

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

[O26-6]

直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術（D’Hoore法）の成績

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

[O26-7]

当科における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術症例の検討

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

[O26-8]

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

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

[O27] 一般演題（口演） 27 ロボット3

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

[O27-1]

縦2件ロボット支援下結腸癌手術の現状と工夫

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

[O27-2]

体腔内吻合導入後のロボット支援結腸癌手術の短期成績とコストパフォーマンス

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

[O27-3]

ロボット支援大腸切除術の現状　～コストに配慮した手技の標準化～

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

[O27-4]

市中病院におけるロボット支援下右側結腸切除術の体腔内吻合の導入と検討

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

[O27-5]

地方市中病院におけるロボット支援下大腸癌手術の導入と現状

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

[O27-6]

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

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

[O27-7]

市中病院におけるロボット支援大腸癌手術教育

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

[O27-8]

ロボット手術症例での技術認定医取得へ向けた当院の取り組み

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:40 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:40 AM - 6:30 AM UTC Room 7

[O28] 一般演題（口演） 28 ロボット4

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

[O28-1]

Hugo RAS systemによるロボット支援下大腸手術の定型化から若手外科医の育成にむけて

長山 聡, 橋本 恭一, 中山 雄介, 我如古 理規, 岡本 三智夫, 野村 勇貴, 武内 悠馬, 竹内 豪, 藤岡 祥恵, 植田 圭祐, 島田 明, 角田 海斗, 久保田 良浩 (宇治徳洲会病院外科)

[O28-2]

若手医師と行うロボット支援腹腔鏡下回盲部切除術の工夫と短期成績

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

[O28-3]

レジデントによるロボット支援手術での最年少技術認定取得を目指して

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

[O28-4]

市中病院における若手外科医によるロボット支援下直腸癌手術の短期成績

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

[O28-5]

多発大腸癌に対するロボット支援手術

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

[O28-6]

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

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

[O28-7]

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

豊田 尚潔, 中西 亮, 宮倉 安幸 (栃木県立がんセンター大腸骨盤外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 7

[O29] 一般演題（口演） 29 ロボット5

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

[O29-1]

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

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

[O29-2]

当院でのロボット支援大腸切除術の現状とこれから

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

[O29-3]

技術認定取得への挑戦―ロボット支援S状結腸切除術の定型化―

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

[O29-4]

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

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

[O29-5]

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

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

[O29-6]

ロボット支援手術での大腸外科技術認定取得を目指した指導体制と研修の実際

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

[O29-7]

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 1

[P22] 一般演題（ポスター） 22 進行直腸癌

座長：小澤 平太(宇都宮記念病院)

[P22-1]

進行直腸癌に対する術前補助療法の治療効果

藤井 正一, 山本 寛大, 伊藤 慎吾, 赤羽 祥太, 数納 祐馬, 田中 茉里子, 藤原 典子, 下山 ライ, 川原 敏靖, 細田 桂 (湘南鎌倉総合病院外科)

[P22-2]

進行下部直腸癌に対するneoadjuvant chemoradiotherapyとtotal neoadjuvant therapyの治療成績の比較

坂本 裕生[1], 松中 喬之[1], 前川 展廣[1], 嶋田 通明[1], 田海 統之[1], 澤井 利次[1], 森川 充洋[1], 小練 研司[1], 玉木 雅人[1], 廣野 靖夫[2], 五井 孝憲[1] (1.福井大学第一外科, 2.福井大学医学部附属病院がん診療推進センター)

[P22-3]

閉塞症状を有する下部直腸癌に対するTotal neoadjuvant therapyの短期治療成績

山下 真司[1], 川村 幹雄[1], 家城 英治[1], 嶌村 麻生[1], 天白 成[1], 市川 崇[1], 浦谷 亮[1], 今岡 裕基[1], 志村 匡信[1], 北嶋 貴仁[1,2], 安田 裕美[1], 大北 喜基[1], 吉山 繁幸[1], 奥川 喜永[1,2], 小林 美奈子[1], 大井 正貴[1], 問山 裕二[1] (1.三重大学大学院消化管・小児外科学講座, 2.三重大学病院ゲノム診療科)

[P22-4]

局所進行直腸癌(LARC)に対するS-1/CPT-11と短期放射線治療(SCRT)を用いた短期化学放射線療法(SCCRT)にCAPOXを加えたTNT

横田 和子[1], 柴木 俊平[1], 池村 京之介[1], 渡部 晃子[1], 坂本 純一[1], 小嶌 慶太[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)

[P22-5]

局所進行直腸癌に対する術前化学療法と術後補助化学療法の治療成績

斎藤 健一郎, 河野 達彦, 上村 真里奈, 天谷 奨, 高嶋 吉浩, 宗本 義則 (福井県済生会病院外科)

[P22-6]

大腸癌骨盤内再発病変に対する術前短期放射線照射および続く外科的切除の治療関連成績

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 1

[P23] 一般演題（ポスター） 23 進行大腸癌

座長：榎本 俊行(東邦大学医療センター大橋病院外科)

[P23-1]

第9版大腸癌取り扱い規約におけるstageII，III大腸癌の予後と術後補助化学療法の検討

松中 喬之[1], 森川 充洋[1], 前川 展廣[1], 嶋田 通明[1], 田海 統之[1], 澤井 利次[1], 小練 研司[1], 玉木 雅人[1], 廣野 靖夫[2], 五井 孝憲[1] (1.福井大学第一外科, 2.福井大学がん診療推進センター)

[P23-2]

T1-3N1およびT4N0結腸癌に対する術後補助化学療法の期間短縮におけるリスク因子

清水 浩紀[1], 井上 博之[1], 有田 智洋[1], 名西 健二[1], 木内 純[1], 栗生 宣明[2], 塩﨑 敦[1] (1.京都府立医科大学消化器外科, 2.京都第一赤十字病院消化器外科)

[P23-3]

当科における進行・再発大腸癌に対する一次治療としてのパニツムマブ単独療法の検討

吉川 幸宏, 鄭 充善, 辻村 直人, 大原 信福, 玉井 皓己, 赤丸 祐介 (大阪ろうさい病院外科・消化器外科)

[P23-4]

当施設のStageIV大腸癌の治療戦略

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

[P23-5]

高齢者のStage IV大腸癌に対する治療成績の検討

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

[P23-6]

当院の切除不能大腸癌に対する抗EGFR抗体の使用状況と皮膚障害の検討

武田 幸樹[1], 太田 竜[1], 関口 久美子[1], 清水 貴夫[1], 谷合 信彦[1], 小野田 恵子[2], 山田 岳史[3], 吉田 寛[3] (1.日本医科大学武蔵小杉病院消化器外科, 2.日本医科大学武蔵小杉病院看護部, 3.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

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 2

[P24] 一般演題（ポスター） 24 症例・進行大腸癌

座長：鯉沼 広治(自治医科大学消化器一般移植外科)

[P24-1]

全身化学療法によって５年以上の長期完全奏功を示した結腸癌の大動脈周囲リンパ節転移の一例

西川 元, 井田 智之, 井上 広海, 庭野 公聖, 出川 佳奈子, 小嶋 大也, 末永 尚浩, 堀 佑太郎, 横山 大受, 中西 保貴, 水野 礼, 中村 公治郎, 畑 啓昭 (独立行政法人京都医療センター)

[P24-2]

進行横行結腸癌に併存する多発リンパ節腫大の鑑別に苦慮した１例

坂本 恭子, 鳥崎 友紀子, 平田 雄紀, 下田 啓文, 島田 岳洋, 関本 康人, 浦上 秀次郎, 石 志紘 (国立病院機構東京医療センター一般・消化器外科)

[P24-3]

蛋白漏出性胃腸症の合併が疑われた下行結腸癌の1例

淺野 博, 金 晟徹, 鈴木 将臣, 髙山 哲嘉, 高木 誠, 伏島 雄輔 (埼玉医科大学消化器・一般外科)

[P24-4]

高齢男性に発症した肛門外脱出S状結腸癌の1例

石井 健一, 樫山 基矢, 河島 秀昭 (勤医協中央病院)

[P24-5]

逆行性に腸重積をきたしたS状結腸癌の1例

加藤 宗次郎[1], 四万村 司[1], 相馬 未来[1], 泉家 匠[1], 石井 将光[1], 大島 隆一[1], 片山 真史[1], 谷口 清章[1], 朝倉 武士[1], 民上 真也[2] (1.川崎市立多摩病院消化器・一般外科, 2.聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科)

[P24-6]

放射線化学後に長期間化学療法を行った下部進行直腸癌の2例

石川 博文[1,2], 中川 正[2], 福岡 晃平[2], 樫塚 久記[1] (1.奈良県西和医療センター, 2.奈良県総合医療センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 2

[P25] 一般演題（ポスター） 25 手術・直腸

座長：山梨 高広(北里大学医学部下部消化管外科学)

[P25-1]

骨盤内腫瘍に対する外科的切除について

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

[P25-2]

肥満患者におけるTaTME併用腹腔鏡下直腸切除術の有用性の検討

力石 健太郎[1], 諏訪 勝仁[1], 北川 隆洋[1], 佐々木 茂真[1], 岡本 友好[1], 衛藤 謙[2] (1.東京慈恵会医科大学附属第三病院外科, 2.東京慈恵会医科大学附属病院外科)

[P25-3]

直腸悪性腫瘍に対する括約筋間直腸切除術（ISR）の治療成績

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

[P25-4]

骨盤内拡大手術における骨盤内大網充填後の経時的変化の検討

草深 弘志, 植村 守, 樋口 智, 大崎 真央, 楠 誓子, 瀧口 暢生, 朴 正勝, 竹田 充伸, 関戸 悠紀, 波多 豪, 浜部 敦史, 荻野 崇之, 三吉 範克, 江口 英利, 土岐 祐一郎 (大阪大学医学部消化器外科)

[P25-5]

肛門扁平上皮癌化学放射線療法後再増大に対する手術症例の検討

川原 聖佳子, 西村 淳, 長谷川 潤 (長岡中央綜合病院消化器病センター外科)

[P25-6]

大腸癌術後局所再発に対しR0切除を行った18例の検討

石井 光寿[1], 富永 哲郎[2], 野中 隆[2], 髙村 祐磨[2], 片山 宏己[2], 橋本 慎太郎[2], 山下 真理子[2], 大石 海道[3], 内田 史武[4], 寺道 和彦[1], 横山 岳矩[1], 小野 李香[1], 池田 貴裕[1], 田上 幸憲[1], 久永 真[1], 北里 周[1], 荒木 政人[1], 角田 順久[1], 松本 桂太郎[2] (1.佐世保市総合医療センター外科, 2.長崎大学大学院腫瘍外科, 3.長崎医療センター外科, 4.嬉野医療センター外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 3

[P26] 一般演題（ポスター） 26 症例・腫瘍

座長：馬場 研二(鹿児島大学消化器外科)

[P26-1]

多発小腸GISTの一例

碓井 麻美, 宮内 英聡, 水町 遼矢, 斎藤 洋茂, 藤田 和恵, 鈴木 一史, 田中 元, 貝沼 修, 鈴木 孝雄 (最成病院外科)

[P26-2]

S状結腸腸間膜に連続する腹腔内腫瘍に対して腹腔鏡下切除を施行し，孤立性線維性腫瘍(Solitary Fibrous Tumor : SFT)と診断された1例

佐藤 二郎[1], 榎本 俊行[1], 長尾 さやか[1], 柿崎 奈々子[1], 秋元 佑介[1], 石井 賢二郎[1], 斉田 芳久[1], 横内 幸[2] (1.東邦大学医療センター大橋病院外科, 2.東邦大学医療センター大橋病院病理診断科)

[P26-3]

初回手術から12年後に直腸転移をきたした左下肢原発平滑筋肉腫の1例

堀 雄哉, 中村 有貴, 松田 健司, 岩本 博光, 三谷 泰之, 竹本 典生, 田宮 雅人, 兵 貴彦, 上田 勝也, 下村 和輝, 玉置 佑麻, 川井 学 (和歌山県立医科大学附属病院外科学第2講座)

[P26-4]

術前イマチニブ投与後に根治切除を施行した直腸GISTの2例

宮内 俊策, 國末 浩範, 松田 直樹, 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)

[P26-5]

男性の肛門部乳頭状汗腺腫の一例

瀧山 亜希, 齋藤 晋祐, 磯部 陽 (山王病院消化器センター消化器外科)

[P26-6]

大腸および肛門管原発MiNENの3例

濱崎 友洋, 澤田 紘幸, 吉本 匡志, 真島 宏聡, 桂 祐貴, 谷口 文崇, 佐藤 太祐, 吉田 龍一, 丁田 泰宏, 吉満 政義, 中野 敢友, 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

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 3

[P27] 一般演題（ポスター） 27 症例・転移・再発1

座長：衣笠 哲史(福岡みらい病院外科)

[P27-1]

横行結腸癌術後の腹膜播種再発を含めた遠隔転移の複数回の切除と化学療法により、長期生存を得られている１例

西田 莉子, 永井 香織, 大宜見 崇, 宮北 寛, 茅野 新, 山本 聖一郎 (東海大学医学府附属病院消化器外科)

[P27-2]

卵巣癌骨盤内遺残再発に対しS状結腸ストーマ造設後、化学放射線療法により根治が得られ５年後にストーマ閉鎖が可能となった一例

三浦 智也[1], 辻仲 眞康[1], 初沢 悠人[1], 北村 洋[1], 山家 研一郎[2], 澤田 健太郎[1], 桜井 博仁[2], 日景 允[1], 三田村 篤[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.東北医科薬科大学外科学第一消化器外科, 2.東北医科薬科大学外科学第一肝胆膵外科)

[P27-3]

上行結腸mixed adenoneuroendocrine carcinoma（MANEC）の異時性肝転移再発に対して肝外側区域切除を施行し、再発手術後から18ヵ月間無再発生存の1例

渡邉 夕樹, 谷口 安里, 高橋 遼, 明石 久美子, 木村 賢哉, 金澤 英俊 (碧南市民病院外科)

[P27-4]

FOLFOXIRI+cetuximab療法によるNACを行いR0切除し得た高度進行大腸癌3例

松村 篤[1], 小笹 悠[2], 高尾 幸司[3], 有吉 要輔[3], 當麻 敦史[3] (1.京都済生会病院, 2.京都府立医科大学附属病院, 3.市立福知山市民病院)

[P27-5]

S状結腸癌異時性腹直筋再発、膀胱浸潤に対して集学的治療にて治癒切除、腹壁再建を行なった1例

美濃地 貴之[1], 池永 雅一[1], 藤原 敏宏[2], 東郷 容和[3], 澤崎 純哉[1], 村西 耕太郎[1], 西垣 貴彦[1], 太田 英夫[1], 新井 勲[1], 松下 一行[1], 杉本 圭司[1] (1.川西市立総合医療センター外科, 2.川西市立総合医療センター形成外科, 3.川西市立総合医療センター泌尿器科)

[P27-6]

高齢者の盲腸癌腹壁再発・腸管浸潤に対して前医で標準化学療法終了後に腹壁合併再発腫瘍切除術, 大腿筋膜腹壁再建を施行した一例

田村 瞳, 西田 莉子, 間室 奈々, 大宜見 崇, 宮北 寛士, 茅野 新, 森 正樹, 小柳 和夫, 山本 聖一郎 (東海大学医学部消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 4

[P28] 一般演題（ポスター） 28 症例・転移・再発2

座長：真貝 竜史(近畿中央病院外科)

[P28-1]

BRAF変異・MSI-Hを有し多発転移を認めた進行虫垂癌に対するNivolumabの奏効例

岡本 和也, 前田 裕介, 小橋 創, 髙橋 泰宏, 冨田 大輔, 呉山 由花, 岡崎 直人, 平松 康輔, 福井 雄大, 花岡 裕, 上野 雅資, 戸田 重夫, 黒柳 洋弥 (虎の門病院消化器外科)

[P28-2]

Pembrolizumab投与後にpseudoprogressionを呈した切除不能進行横行結腸癌の１例

阿部 馨, 野上 仁, 青木 亮太, 田代 愛, 荒引 みちる, 丸山 聡, 瀧井 康公 (新潟県立がんセンター新潟病院消化器外科)

[P28-3]

薬物療法でCRを得たステージIV直腸癌術後多発肺転移の1例

深澤 貴子, 宇野 彰晋, 鈴木 克徳 (磐田市立総合病院)

[P28-4]

直腸癌術後に出現した下大静脈背側のリンパ節転移に対して化学療法後に切除し得た1 例

田島 佑樹[1,2], 山本 聖一郎[1,2], 大谷 理紗[1], 室井 貴子[1], 西村 英理香[1], 原 明日香[1], 林 啓太[1], 金子 靖[1], 藤崎 洋人[1], 本郷 久美子[1], 葉 季久雄[1], 米山 公康[1], 中川 基人[1], 高野 公徳[1] (1.平塚市民病院, 2.東海大学医学部付属病院消化器外科)

[P28-5]

鼠径リンパ節転移を伴う肛門管扁平上皮癌に対して化学放射線治療後の残存病変に対し根治術を行った結果pCRであった1例

池庄司 浩臣, 高橋 孝夫, 中島 翔太, 坂本 倫太郎, 水野 万知, 佐野 仁哉, 櫻谷 卓司, 小島 則昭, 西尾 公利, 飯田 辰美 (西濃厚生病院)

[P28-6]

内視鏡的粘膜切除後のリンパ節再発に対し経仙骨的リンパ節切除と化学療法を行い無再発で経過した直腸癌の1例

久留宮 康浩, 世古口 英, 井上 昌也, 加藤 健宏, 山口 真和 (豊田厚生病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 4

[P29] 一般演題（ポスター） 29 症例・転移・再発3

座長：外舘 幸敏(総合南東北病院)

[P29-1]

S状結腸がん術後9年目に甲状腺再発をきたした症例

木村 文彦[1], 瀬戸 寛人[1], 植野 吾郎[1], 畠野 尚則[1], 谷口 仁章[1], 杉原 綾子[2], 小野田 尚佳[3], 廣川 満良[4] (1.JCHO大阪みなと中央病院, 2.明和病院病理診断科, 3.隈病院外科, 4.隈病院病理診断科)

[P29-2]

偶発的に根治切除し、病理組織診断にて診断されたS状結腸癌左卵巣転移の1例

小桐 雅世[1], 池端 昭慶[1], 亀苔 昌平[1], 松本 幹大[1], 江頭 有美[1], 雨宮 隆介[1], 津和野 伸一[1], 辻川 華子[2], 三上 修治[2], 早津 成夫[1] (1.独立行政法人国立病院機構埼玉病院外科, 2.独立行政法人国立病院機構埼玉病院病理診断科)

[P29-3]

原発性大腸癌と同時に膵臓癌の大腸転移を認めた極めて稀な1例

上村 真里奈, 髙嶋 吉浩, 長谷川 航大, 小堀 蓮太, 勝山 結慧, 坂口 俊樹, 河野 達彦, 山田 翔, 島田 雅也, 斎藤 健一郎, 寺田 卓郎, 天谷 奨 (福井県済生会病院外科)

[P29-4]

胆嚢癌手術と直腸S状部癌内視鏡的切除の術後5年目に骨盤内腫瘍を認めた1例

岩本 隼輔[1], 横溝 肇[1], 岡山 幸代[1], 川畑 花[1], 河野 鉄平[1], 加藤 博之[2], 塩澤 俊一[1] (1.東京女子医科大学附属足立医療センター外科, 2.東京女子医科大学附属足立医療センター検査科)

[P29-5]

直腸癌との鑑別が困難であった前立腺癌直腸転移の1例

河野 眞吾[1], 細山田 融祐[1], 白川 峻佑[1], 伊藤 謙[1], 山本 剛史[1], 川満 健太郎[1], 行田 悠[1], 野呂 拓史[1], 渡野邉 郁雄[1], 町田 理夫[1], 三好 悠斗[2], 武藤 智[2], 高橋 奈苗[3], 岡野 奈緒子[3], 小倉 加奈子[4], 須郷 広之[1] (1.順天堂練馬病院総合外科, 2.順天堂練馬病院泌尿器科, 3.順天堂練馬病院放射線科, 4.順天堂練馬病院病理診断科)

[P29-6]

呼吸器外科と連携し結腸癌術後肺転移に対して区域切除を選択した一例

尾崎 邦博[1], 加倉 明日香[1], 中根 浩幸[1], 橋口 俊洋[1], 林田 良三[1], 藤田 文彦[2] (1.大分県済生会日田病院外科, 2.久留米大学外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Poster 5

[P30] 一般演題（ポスター） 30 予後因子

座長：齋藤 登(獨協医科大学埼玉医療センター総合診療科)

[P30-1]

大腸癌患者における予後予測因子としての栄養・炎症マーカーの検討

余語 孝乃助, 松村 卓樹, 白井 信太郎, 戸田 瑶子, 國友 愛奈, 上田 翔, 齋藤 美和, 大岩 立学, 倉橋 岳宏, 松下 希美, 福山 貴大, 加藤 翔子, 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 (愛知医科大学消化器外科)

[P30-2]

やせ型大腸癌手術症例の術後合併症リスクとしての術前アルブミン値の意義について

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

[P30-3]

アスピリン内服はStageI-III大腸癌根治術後の再発を抑制する可能性がある

別木 智昭[1], 下村 学[1], 矢野 琢也[1], 清水 亘[2], 三口 真司[3], 池田 聡[3], 吉満 政義[4], 香山 茂平[5], 中原 雅浩[6], 小林 弘典[7], 河内 雅年[8], 清水 洋祐[9], 住谷 大輔[10], 向井 正一朗[11], 高倉 有二[12], 石﨑 康代[13], 児玉 真也[14], 安達 智洋[2], 石川 聖[1], 大段 秀樹[1] (1.広島大学大学院医系科学研究科消化器・移植外科, 2.広島市立北部医療センター安佐市民病院外科, 3.県立広島病院外科, 4.広島市立広島市民病院外科, 5.JA広島総合病院外科, 6.JA尾道総合病院外科・内視鏡外科, 7.広島記念病院外科, 8.東広島医療センター消化器外科, 9.呉医療センター・中国がんセンター外科, 10.JR広島病院外科, 11.中国労災病院外科, 12.中電病院外科, 13.広島西医療センター外科, 14.JA吉田総合病院外科)

[P30-4]

大腸癌肝転移切除症例の予後予測におけるCancer inflammation prognostic index（CIPI）の有用性の検討

後藤 圭佑, 鎌田 哲平, 月原 秀, 阿部 正, 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外科学講座消化管外科)

[P30-5]

多施設共同データベースを用いたEarly Onset Colorectal Cancer の臨床病理学的と予後の検証

森田 覚[1], 門野 政義[1], 菊池 弘人[2], 茂田 浩平[1], 岡林 剛史[1], 北川 雄光[1] (1.慶應義塾大学医学部外科, 2.川崎市立川崎病院外科)

[P30-6]

直腸NETのリンパ節転移のリスク因子の検討

岡崎 直人, 冨田 大輔, 柏木 惇平, 高橋 泰宏, 前田 裕介, 呉山 由花, 平松 康輔, 福井 雄大, 花岡 裕, 戸田 重夫, 上野 雅資, 黒柳 洋弥 (虎の門病院消化器外科)

[P30-7]

結腸癌手術におけるERAS導入後の治療成績

江尻 剛気[1], 岩佐 陽介[1,2], 小山 文一[1,2], 高木 忠隆[1], 藤本 浩輔[1], 田村 昂[1], 吉川 千尋[1], 庄 雅之[1] (1.奈良県立医科大学消化器・総合外科, 2.奈良県立医科大学附属病院中央内視鏡部)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 5

[P31] 一般演題（ポスター） 31 側方リンパ節

座長：井上 雄志(東京女子医科大学消化器・一般外科)

[P31-1]

当教室における側方リンパ節腫大を伴う進行直腸癌の治療成績

庫本 達, 濱元 宏喜, 有馬 純, 北田 和也, 島 卓史, 高野 義章, 朝隈 光弘, 富山 英紀, 李 相雄 (大阪医科薬科大学一般消化器外科)

[P31-2]

当院における進行下部直腸癌に対する側方郭清の短期・長期成績の検討

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

[P31-3]

術前化学放射線治療後の下部直腸癌症例に対する側方リンパ節郭清の評価

天野 正弘, 淺田 恵美, 佐藤 美咲紀, 村上 加奈, 外山 平, 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)

[P31-4]

当院における側方リンパ節転移を伴う局所進行下部直腸癌に対する術前化学放射線療法（CRT)ならびに治療成績

古出 隆大, 一瀬 規子, 松木 豪志, 中島 隆善, 岡本 亮, 仲本 嘉彦, 柳 秀憲 (明和病院外科)

[P31-5]

当院における側方リンパ節転移陽性に対する術前化学療法の治療成績

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

[P31-6]

直腸癌側方リンパ節郭清術後リンパ漏に対してリンパ管造影が奏効した1例

米光 健, 笠島 裕明, 田中 章博, 小澤 慎太郎, 関 由季, 渋谷 雅常, 前田 清 (大阪公立大学大学院医学研究科消化器外科学)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 6

[P32] 一般演題（ポスター） 32 ストーマ1

座長：竹下 惠美子(獨協医科大学埼玉医療センター外科)

[P32-1]

当院における一時的人工肛門閉鎖術における工夫と短期成績の検討

加藤 瑛, 山川 雄士, 加藤 潤紀, 浅井 宏之, 上原 崇平, 鈴木 卓弥, 牛込 創, 佐藤 崇文, 佐川 弘之, 髙橋 広城, 瀧口 修司 (名古屋市立大学消化器外科)

[P32-2]

直腸手術における一時的小腸人工肛門造設によるhigh output syndromeのリスク因子

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

[P32-3]

一時的人工肛門の閉鎖までの期間に関する検討

高橋 玄[1], 山本 陸[2], 仲川 裕喜[1], 濱田 篤彦[1], 藤﨑 隆[1], 安藤 裕二[1], 村井 勇太[1,2], 幸地 彩貴[1], 十朱 美幸[1], 高橋 宏光[1], 百瀬 裕隆[1], 土谷 祐樹[1], 塚本 亮一[1], 盧 尚志[1], 本庄 薫平[1], 石山 隼[1], 杉本 起一[1], 冨木 裕一[1], 坂本 一博[1,3] (1.順天堂大学下部消化管外科, 2.順天堂大学医学部附属静岡病院, 3.越谷市立病院)

[P32-4]

結腸直腸腫瘍手術に対する一時的回腸人工肛門造設における急性腎障害のリスク因子の検討

大坊 侑[1], 諏訪 宏和[1], 太田 絵美[2], 田 鐘寛[3], 諏訪 雄亮[4], 小澤 真由美[4], 渡邉 純[5], 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, 2.藤沢市民病院, 3.横浜市立大学附属病院消化器・腫瘍外科学, 4.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, 5.関西医科大学下部消化管外科学講座)

[P32-5]

専攻医が執刀した人工肛門閉鎖術の治療成績の検討

中尾 真綾, 稲田 涼, 益永 あかり, 八木 朝彦, 井上 弘章, 吉岡 貴裕, 尾崎 和秀, 岡林 雄大, 澁谷 祐一 (高知医療センター)

[P32-6]

一時的ループストーマ閉鎖術における単純縫合閉鎖法の安全性・有用性に関する検討

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

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:05 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:05 AM UTC Poster 6

[P33] 一般演題（ポスター） 33 ストーマ2

座長：佐藤 美信(六輪病院外科)

[P33-1]

当院における臍部一時的人工肛門造設術の検討

藤井 能嗣, 芥田 壮平, 林 久志, 西 雄介, 中西 彬人, 皆川 結明, 石山 泰寛, 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)

[P33-2]

StageIVおよび転移・再発大腸癌患者における悪性消化管閉塞に対する緩和的人工肛門造設後の予後規定因子の解析

後藤 麻佑[1], 長嶋 康雄[1], 三浦 康之[1], 鏡 哲[1], 鈴木 孝之[1], 金子 奉暁[1], 牛込 充則[1], 栗原 聰元[1], 的場 周一郎[1], 船橋 公彦[1,2] (1.東邦大学医療センター大森病院消化器外科, 2.医療法人社団緑成会横浜総合病院消化器センター外科)

[P33-3]

当院における下部消化管穿孔後のハルトマンリバーサル手術の現状

竹本 健一, 有村 勇哉, 小城 正大, 長田 寛之, 門谷 弥生, 内藤 慶, 中野 且敬 (近江八幡市立総合医療センター外科)

[P33-4]

回腸人工肛門閉鎖術後に生じた初回手術時の吻合部離開による縫合不全症例の検討

小野 紘輔, 中原 雅浩, 倉吉 学, 徳本 憲昭, 坂井 寛, 柳川 泉一郎, 大塚 裕之, 北村 芳仁, 松森 亮介, 大下 彰彦 (JA尾道総合病院)

[P33-5]

人工肛門閉鎖部に対する局所陰圧洗浄療法(NPWTi-d)と遅延一次縫合を組み合わせた創閉鎖手技と短期成績

波江野 真大, 梅田 一生, 家根 由典, 村上 克弘, 吉岡 康多, 大東 弘治, 所 忠男, 上田 和毅, 川村 純一郎 (近畿大学医学部外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 7

[P34] 一般演題（ポスター） 34 症例・ストーマ

座長：東 大二郎(福岡大学筑紫病院炎症性腸疾患（IBD）センター)

[P34-1]

潰瘍性大腸炎術後の回腸嚢炎に対し回腸ストーマ造設後にストーマ脱出を来した1例

橋本 拓造, 大津 亘留, 相場 崇行, 地原 想太郎, 安田 一弘, 釘宮 睦弘, 白鳥 敏夫 (大分市医師会立アルメイダ病院)

[P34-2]

双孔式横行結腸人工肛門脱出に対して自動縫合器を用いて修復した１例

川北 康貴[1,2], 矢吹 慶[1], 秋山 正樹[1], 平田 敬冶[2] (1.産業医科大学若松病院, 2.産業医科大学第一外科学)

[P34-3]

人工肛門脱出に対する自動縫合器を用いた修復術

尾嶋 英紀, 森本 雄貴, 高木 里英子, 渡辺 修洋, 山本 晃, 横江 毅, 内田 恵一, 毛利 靖彦 (三重県立総合医療センター消化器・一般外科)

[P34-4]

人工肛門からの内視鏡検査で遅発性に結腸穿通をきたした1例

芦立 嘉智 (浦河赤十字病院)

[P34-5]

局所麻酔下でのseton法にて改善したストーマ瘻孔・皮下膿瘍の１例

山崎 裕人, 吉田 貢一, 田畑 敏 (砺波総合病院大腸・肛門外科)

[P34-6]

塞栓術と硬化療法が有用であった結腸ストーマ静脈瘤の1例

瀬戸 寛人, 木村 文彦, 植野 吾郎, 畠野 尚典, 谷口 仁章 (独立行政法人地域医療機能推進機構(JCHO)大阪みなと中央病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 7

[P35] 一般演題（ポスター） 35 炎症性腸疾患

座長：桑原 隆一(兵庫医科大学消化器外科学講座炎症性腸疾患外科)

[P35-1]

クローン病に対する内視鏡的バルーン拡張後の外科的治療介入に関する検討

辻 嘉斗, 荻野 崇之, 深田 晃生, 関戸 悠紀, 竹田 充伸, 波多 豪, 浜部 敦史, 三吉 範克, 植村 守, 土岐 祐一郎, 江口 英利 (大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学)

[P35-2]

クローン病癌併発例の診断と予後に関する検討

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

[P35-3]

クローン病合併痔瘻に対するダルバドストロセルの短期治療成績

宮田 柾秀, 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, 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)

[P35-4]

腸閉塞を契機に診断されたクローン病合併小腸癌の一例

谷 公孝, 伊藤 俊一, 前田 新介, 前田 文, 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)

[P35-5]

潰瘍性大腸炎関連colitis-associated colon cancerにおける免疫抑制性Bリンパ球サブセットの解析

小佐井 孝彰, 岩本 千佳, 吉村 晴香, 藤本 崇聡, 田村 公二, 永吉 絹子, 水内 祐介, 仲田 興平, 大内田 研宙, 中村 雅史 (九州大学大学院医学研究院臨床腫瘍外科)

[P35-6]

病脳期間2年の17歳男性に生じた潰瘍性大腸炎関連大腸癌の１例

井上 透[1,2], 葛城 圭[1], 張 翔[1], 植木 智之[1], 西村 潤也[2], 井関 康仁[2], 福岡 達成[2], 西居 孝文[2], 渋谷 雅常[3], 西口 幸雄[2], 前田 清[3] (1.守口生野記念病院外科, 2.大阪市立総合医療センター消化器外科, 3.大阪公立大学附属病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 8

[P36] 一般演題（ポスター） 36 閉塞性大腸癌

座長：中山 吾郎(名古屋記念病院消化器外科)

[P36-1]

当院における閉塞性大腸癌の治療成績の検討

岩田 浩義, 浅井 慶子, 久万田 優佳, 唐崎 秀則, 橋本 道紀, 稲葉 聡 (JA北海道厚生連遠軽厚生病院)

[P36-2]

当院における閉塞性大腸癌治療の検討

米村 圭介[1], 佐伯 泰愼[1], 田中 正文[1], 福永 光子[1], 水上 亮佑[1], 大原 真由子[1], 中村 寧[2], 山田 一隆[1] (1.大腸肛門病センター高野病院消化器外科, 2.大腸肛門病センター高野病院内視鏡センター)

[P36-3]

当院における閉塞性大腸癌に対する減圧処置の検討

日月 亜紀子, 仁田原 彩, 斎藤 健, 南原 幹男, 亀谷 直樹, 平川 俊基, 山田 靖哉, 西村 重彦, 妙中 直之 (住友病院消化器外科)

[P36-4]

閉塞性大腸癌に対する大腸ステントによるBridge to Surgery症例の短期・中期成績

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

[P36-5]

当科における閉塞性大腸癌に対する術前ステント留置後の腹腔鏡下手術の安全性の検討

田島 ジェシー雄, 鷹羽 律紀, 横井 亮磨, 水谷 千佳, 松本 圭太, 浅井 竜一, 松橋 延壽 (岐阜大学医学部医学系研究科消化器外科・小児外科)

[P36-6]

ステントによる腸管減圧後に根治手術をうけた閉塞性大腸直腸癌症例におけるグロブリン／アルブミン比の検討

佐藤 龍一郎[1], 及川 昌也[2], 柿田 徹也[2], 阿部 友哉[2], 赤澤 直也[2], 土屋 誉[2] (1.宮城県立がんセンター外科, 2.仙台オープン病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 8

[P37] 一般演題（ポスター） 37 症例・腸閉塞

座長：有田 智洋(京都府立医科大学消化器外科)

[P37-1]

術前診断が困難であった狭窄症状を呈した回腸憩室炎の１例

山下 晋也, 中村 賢, 江口 聡, 星野 宏光, 川田 純司, 水野 均 (日本生命病院消化器外科)

[P37-2]

閉塞性腸閉塞を伴うメッケル憩室茎捻転に対する単孔式腹腔鏡手術の1例

倉岡 憲正, 矢野 雷太, 小林 弘典, 石田 裕 (広島記念病院)

[P37-3]

CTにて術前診断しえた盲腸軸捻転症の2例

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

[P37-4]

術前に診断し得た腸回転異常症による結腸軸捻転症の一例

松尾 夏来[1], 松下 典正[1], 日比 康太[1], 窪田 猛[1], 須藤 泰裕[1], 井上 達夫[1], 山口 茂樹[2] (1.上福岡総合病院外科, 2.東京女子医科大学消化管外科)

[P37-5]

宿便による大腸イレウスを経肛門イレウス管にて軽快できた2症例

宮永 克也, 古元 克好 (林病院外科)

[P37-6]

慢性裂肛による肛門狭窄で腸閉塞を来した1例

定光 ともみ[1], 植田 剛[1,2], 竹井 健[1], 切畑屋 友希[1], 西和田 敏[1], 田仲 徹行[1], 吉村 淳[1] (1.南奈良総合医療センター外科, 2.佐井胃腸科肛門科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 9

[P38] 一般演題（ポスター） 38 症例・腸閉塞・異物

座長：高橋 秀和(大阪国際メディカル&サイエンスセンター大阪けいさつ病院消化器外科)

[P38-1]

上行結腸癌術後早期に生じた腸間膜脂肪織炎による腸閉塞の１例

黒田 昂宏, 岡本 和哉, 姜 建宇, 中村 利夫 (藤枝市立総合病院外科)

[P38-2]

治療に難渋した、Segmental Hypoganhlionosisの一例

井上 弘章, 八木 朝彦, 吉岡 貴裕, 稲田 涼 (高知医療センター消化器外科)

[P38-3]

ロボット支援大腸癌手術後に右下腹部の8mmロボットポートにて発症したポートサイトヘルニアの2例

福田 真里, 山川 雄士, 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 (名古屋市立大学消化器外科)

[P38-4]

鎖肛術後の巨大直腸結腸症に対する治療により排便コントロールし得た１例

仕垣 幸太郎[1], 平良 さやか[2] (1.大浜第一病院大腸肛門外科, 2.大浜第一病院看護部)

[P38-5]

審査腹腔鏡とコーラ溶解療法を併用してS状結腸の腸結石を摘出し得た1例

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

[P38-6]

開腹操作を要した経肛門直腸異物の1例

長谷川 琢哉, 渡邉 真哉, 古田 美保, 會津 恵司, 小林 真一郎, 佐藤 文哉, 林 友樹, 清水 大輔, 川島 賢人, 伊藤 博崇, 川島 綾菜, 近松 雅文, 田中 智裕, 石田 直哉, 永田 萌々 (春日井市民病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:05 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:05 AM UTC Poster 9

[P39] 一般演題（ポスター） 39 回腸嚢炎に対する外科・内科からのアプローチ

座長：辰巳 健志(横浜市立市民病院炎症性腸疾患科)

[P39-1]

大腸切除後炎症性腸疾患患者の下部内視鏡検査におけるサルプレップ前処置の評価

深田 雅之, 岡山 和代, 山崎 大, 西口 貴則, 大久保 亮 (東京山手メディカルセンター炎症性腸疾患センター)

[P39-2]

潰瘍性大腸炎術後の慢性回腸嚢炎に対する生物学的製剤の治療成績

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

[P39-3]

潰瘍性大腸炎術後患者における回腸嚢腸間膜リンパ節腫大についての検討

深田 晃生, 荻野 崇之, 辻 嘉斗, 関戸 悠紀, 竹田 充伸, 波多 豪, 浜部 敦史, 三吉 範克, 植村 守, 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)

[P39-4]

潰瘍性大腸炎術後における回腸嚢関連合併症の問題点-手術しても潰瘍性大腸炎は終わりではない-

白水 良征, 野明 俊裕, 石橋 英樹, 榊原 優香, 鈴木 麻未, 長田 和義, 入江 朋子, 石井 正之, 荒木 靖三 (社会医療法人社団高野会くるめ病院)

[P39-5]

潰瘍性大腸炎術後36年目に診断した回腸嚢炎の1例

福 昭人 (福外科病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:15 AM UTC Poster 10

[P40] 一般演題（ポスター） 40 大腸肛門疾患の診察と検査

座長：酒匂 美奈子(JCHO東京山手メディカルセンター炎症性陽疾患内科)

[P40-1]

肛門疾患における視診と指診の重要性

田畑 敏, 山崎 裕人 (市立砺波総合病院大腸・肛門外科)

[P40-2]

Sagittal view CT imageによる直腸排便機能評価の試み

山澤 海人, 河原 秀次郎, 藤井 聖矢, 塚崎 雄平, 松本 倫, 平林 剛, 小村 伸朗 (東京慈恵会医科大学外科学講座)

[P40-3]

直接作用型経口抗凝固薬が免疫学的便潜血検査の診断能に与える影響

濱田 康彦, 重福 亜紀奈, 中川 勇人 (三重大学医学部附属病院)

[P40-4]

肛門科外来におけるS状結腸内視鏡検査の有用性

佐井 佳世, 鈴木 康元, 岡本 康介, 米本 昇平, 酒井 悠, 松島 小百合, 鈴木 佳透, 紅谷 鮎美, 小菅 経子, 松村 奈緒美, 河野 洋一, 宋 江楓, 下島 裕寛, 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)

[P40-5]

肛門疾患術前内視鏡検査で新たに診断された大腸癌の臨床的検討

城後 友望子, 指山 浩志, 黒崎 剛史, 鈴木 綾, 高野 竜太朗, 川村 敦子, 川西 輝貴, 中山 洋, 安田 卓, 小池 淳一, 浜畑 幸弘, 堤 修 (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

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:05 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:05 AM UTC Poster 10

[P41] 一般演題（ポスター） 41 術式の工夫・その他

座長：亀山 仁史(新潟市民病院消化器外科)

[P41-1]

蛍光マーキングクリップ（FMC）を用いた術前マーキングの有用性と安全性の検討 ― 点墨法との比較による後方視的解析 ―

仕垣 隆浩, 髙松 正行, 高木 健太, 菊池 麻亜子, 古賀 史記, 藤吉 健司, 吉田 直裕, 大地 貴史, 吉田 武史, 主藤 朝也, 藤田 文彦 (久留米大学医学部外科)

[P41-2]

進行中央部横行結腸癌に対する結腸部分切除術vs拡大右半結腸切除術

太田 絵美[1], 諏訪 宏和[1], 大坊 侑[1], 大田 洋平[1], 小野 秀高[1], 吉田 謙一[1], 諏訪 雄亮[2], 中川 和也[3], 小澤 真由美[3], 野尻 和典[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.横浜市立大学附属病院消化器・腫瘍外科学)

[P41-3]

S状結腸吻合部狭窄に対しRIC(radial incision and cutting)による内視鏡的拡張およびステロイド局所注射での再狭窄予防が奏功した1例

楠戸 夏城[1], 柴田 直史[1], 田中 匡介[2], 小森 徹也[1] (1.三重県厚生農業協同組合連合会三重北医療センターいなべ総合病院外科, 2.三重県厚生農業協同組合連合会三重北医療センターいなべ総合病院内科)

[P41-4]

当院における高度肥満を伴う大腸癌に対しロボット支援下手術でアプローチした2例の検討

中島 啓, 馬場 裕信, 奥村 祐輝, 柴野 潤, 小山 照央, 山崎 嘉美, 梅林 佑弥, 赤須 雅文 (草加市立病院)

[P41-5]

当院における腹腔鏡下ハルトマンリバーサル（Hartmann’s reversal）の経験

澤田 紘幸, 吉満 政義, 谷口 文崇, 中野 敢友, 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

English Abstract Session

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 10

[E4] English Abstract Session 4 Diagnosis & Drug Therapy

Moderator:Tetsuo Ishizaki(Department of Digestive and Transplantation Surgery, Tokyo Medical University Hachioji Medical Center), JIN KIM(Korea University College of Medicine)

[E4-1]

Clinical value of CT 3D construction of pelvis and mesorectum in middle-low rectal carcinoma

Xiao-Cong Zhou[1], Fei-Yue Ke[2], Hao Chen[2], Qiang Wang[2], Gaurav Dhamija[3], Ruchi Dharamshibhai Viroja[4], Gui-Ping Chen[1] (1.The First Affiliated Hospital of Zhejiang Chinese Medical University (Zhejiang Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine), 2.The Dingli Clinical Institute of Wenzhou Medical University (Wenzhou Central Hospital), 3.Ram Krishna Medical College Hospital and Research Centre, 4.Bhavsinhji General Hospital)

[E4-2]

Pre-Operative Endoscopic Assessment and MRI as Predictors of Pathological Complete Response and Long-Term Survival in Locally Advanced Rectal Cancer after Neoadjuvant Therapy

Trevor M Yeung[1], Wing Wa Leung[1], Justin Lam[1], Prudence Tam[1], Julie Ng[1], Kaori Futaba[1], Sophie S Hon[1], Simon Chu[1], Esther Hung[2], Carmen Cho[2], Simon S Ng[1] (1.The Chinese University of Hong Kong, 2.Department of Imaging and Interventional Radiology, The Chinese University of Hong Kong, Prince of Wales Hospital)

[E4-3]

CRCFound: A Colorectal Cancer CT Image Foundation Model Based on Self-Supervised Learning

Du Cai[1], Jing Yang[2], Junwei Liu[3], Zhenfeng Zhuang[4], Yibing Zhao[5], Feng-Ao Wang[6], Chenghang Li[7], Chuling Hu[1], Baowen Gai[1], Yiping Chen[8], Yixue Li[9], Liansheng Wang[4], Feng Gao[1], Xiaojian Wu[1] (1.Department of General Surgery (Colorectal Surgery), The Sixth Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University, 2.National Institute for Data Science in Health and Medicine, Xiamen University, 3.Guangzhou National Laboratory, 4.Department of Computer Science at the School of Informatics, Xiamen University, 5.Department of Colorectal Surgery, Ningbo Medical Center Lihuili Hospital (Affiliated Lihuili Hospital of Ningbo University), 6.Key Laboratory of Systems Health Science of Zhejiang Province, School of Life Science, Hangzhou Institute for Advanced Study, University of Chinese Academy of Sciences, 7.Artificial Intelligence Thrust, The Hong Kong University of Science and Technology, 8.School of Geospatial Engineering and Science, Sun Yat-Sen University, 9.Shanghai Institute of Nutrition and Health, Chinese Academy of Sciences)

[E4-4]

Deep learning in radiogenomics for enhanced risk prediction only from CT images in colorectal cancer

Feng Gao[1,2,3], Fengao Wang[4,5], Chuling Hu[1,2,3], Du Cai[1,2,3], Yibin Zhao[6], Daisuke Izumi[7], Haoning Qi[1,2,3], Baowen Gai[1,2,3], Junxiang Ding[4,5], Ruikun He[8], Junwei Liu[5], Yixue Li[4,5,9,10,11,12,13], Xiaojian Wu[1,2,3] (1.Department of General Surgery (Department of Colorectal Surgery), The Sixth Affiliated Hospital, Sun Yat–sen University, 2.Guangdong Provincial Key Laboratory of Colorectal and Pelvic Floor Diseases, The Sixth Affiliated Hospital, Sun Yat–sen University, 3.Biomedical Innovation Center, The Sixth Affiliated Hospital, Sun Yat–sen University, 4.Institute for Advanced Study, University of Chinese Academy of Sciences, 5.Guangzhou National Laboratory, 6.Department of Colorectal Surgery, Ningbo Medical Center Lihuili Hospital (Affiliated Lihuili Hospital of Ningbo University), 7.Izumi Gastroenterology & Surgery Clinic, 8.BYHEALTH Institute of Nutrition & Health, 9.GZMU–GIBH Joint School of Life Sciences, The Guangdong–Hong Kong–Macau Joint Laboratory for Cell Fate Regulation and Diseases, Guangzhou Medical University, 10.School of Life Sciences and Biotechnology, Shanghai Jiao Tong University, 11.Shanghai Institute of Nutrition and Health, Chinese Academy of Sciences, 12.Collaborative Innovation Center for Genetics and Development, Fudan University, 13.Shanghai Institute for Biomedical and Pharmaceutical Technologies)

[E4-5]

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Vancomycin boosts immunotherapy in MSS CRC via gut microbiota modulation

Bo Shi, Songbing He (The First Affiliated Hospital of Soochow University)

[E4-6]

Clinical Impact of 1L Therapeutic Strategies in BRAF V600E-Mutant Metastatic Colorectal Cancer

Shihwei Chiang[1,2], Chia-Chang Yeh[1], Feng-Fan Chiang[1,3] (1.Taichung Veterans General Hospital, 2.Department of Nutrition, Chung Shan Medical University, 3.College of Humanities and Social Sciences, Providence University)

English Abstract Session

Sat. Nov 15, 2025 1:30 PM - 2:12 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:30 AM - 5:12 AM UTC Room 10

[E5] English Abstract Session 5 Benign Disease & Early Cancer

Moderator:Fumio Ishida(Digestive disease center, Showa Medical University Northern Yokohama Hospital), Ravi Kiran(Global Center for Colorectal Surgery/IBD, Columbia University Medical Center)

[E5-1]

Neutrophil Biomarkers and EDCs for IBD Prediction via Bioinformatics & ML

Shihui Chen, Jianbao Zheng, Junhui Yu, Xuejun Sun (The First Affiliated Hospital of Xi'an Jiao Tong University)

[E5-2]

Factor related to mortality in colovesical fistula patients

Pohnpatchara Debsane, Siripong Sirikurnpiboon, Paiboon Jivapaisarnpong (Rajavithi hospital)

[E5-3]

The beneficial effect of plasma jet on hemorrhoids in mice by anti-inflammatory response

Zeshaan Yahaya Haji Mahmood[1], Xuejun Sun[8], Jianbao Zheng[7] (1.Zeshaan Yahaya Haji Mahmood, 2.Shibo Hu, 3.Zepeng Dong, 4.Junhui Yu, 5.Dehui Xu, 6.Dingxin liu, 7.Jianbao Zheng, 8.Xuejun Sun)

[E5-4]

Effectiveness of Flavonoids in Postoperative Pain and Wet Anus After Hemorrhoidectomy

Waranthorn Somjinda, Siripong Sirikurnpiboon (Department of Surgery, Rajavithi Hospital)

[E5-5]

Ligation of the Intersphincteric Fistula Tract (LIFT): Technical Refinements

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Sat. Nov 15, 2025 2:12 PM - 2:54 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:12 AM - 5:54 AM UTC Room 10

[E6] English Abstract Session 6 Miscellaneous

Moderator:Kensuke Kumamoto(Department of Genome Medical Science and Medical Genetics, Faculty of Medicine, Kagawa University), Kamales Prasitvarakul(Hatyai Hospital)

[E6-1]

"Newly Diagnosed Familial Adenomatous Polyposis Without Family History: A Case Report"

Tolkhiinjan Dostikh (Mungunguur hospital)

[E6-2]

Endoscopic Intermuscular Dissection (EID) for Deep Submucosal Invasive Carcinoma in Rectum

Xutao Lin[1], Dejun Fan[1], Jingwen Qi[2], Tao Yang[1], Lishuo Shi[3], Fangqian Li[4], Qiuning Wu[1], Lingyu Huang[1], Jiancong Hu[1] (1.Department of Gastrointestinal Endoscopy, The Sixth Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, 2.Department of Pathology, The Sixth Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University, 3.Center for Clinical Research, The Sixth Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University, 4.Department of Radiology, The Sixth Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University)

[E6-3]

Organ-Sparing Surgery for Rectal GISTs: A Video Demonstration of The Trans-Sacrococcygeal Technique

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

[E6-4]

Efficacy and Safety of Oral Iohexol in the Management of Postoperative Chylous Ascites

Zhixun Zhao[1], Yihang Shi[1], Haipeng Chen[1], Xu Guan[1], Zheng Jiang[1], Ming Yang[1], Henchang Liu[1], Jianwei Liang[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 and 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 and Peking Union Medical College)

[E6-5]

Clinicopathological and Genomic Characterization of Intestinal Adenosquamous Carcinoma

Baohong Yang[1], Xu Guan[1,2], Yanfeng Xi[3], Podda Mauro[4], 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, 4.Department of Surgical Science, Cagliari State University.)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

Sat. Nov 15, 2025 12:00 PM - 12:50 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 3:00 AM - 3:50 AM UTC Room 1

[LS10] ランチョンセミナー 10 当院における慢性裂肛、肛門狭窄に対する治療 ～国際標準治療としての皮弁形成術～

司会：高野 正太(大腸肛門病センター高野病院)

[LS10]

当院における慢性裂肛・肛門狭窄の治療

八子 直樹 (医療法人桜樹会八子医院)

ランチョンセミナー

Sat. Nov 15, 2025 12:00 PM - 12:50 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 3:00 AM - 3:50 AM UTC Room 2

[LS11] ランチョンセミナー 11 潰瘍性大腸炎治療の“今”を知る

司会：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)

[LS11-1]

潰瘍性大腸炎の治療戦略 ～薬物治療進化の時代に求められる外科治療～

辰巳 健志 (横浜市立市民病院炎症性腸疾患（IBD）科)

[LS11-2]

潰瘍性大腸炎治療の最前線～ベルスピティ（エトラシモド）を中心に～

米田 頼晃 (近畿大学医学部消化器内科)

ランチョンセミナー

Sat. Nov 15, 2025 12:00 PM - 12:50 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 3:00 AM - 3:50 AM UTC Room 3

[LS12] ランチョンセミナー 12 クローン病治療の新たな展開　～オンボーへの期待～

司会：渡辺 憲治(富山大学附属病院炎症性腸疾患内科)

[LS12]

クローン病治療の新たな展開　～オンボーへの期待～

酒匂 美奈子 (東京山手メディカルセンター炎症性腸疾患内科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

Sat. Nov 15, 2025 12:00 PM - 12:50 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 3:00 AM - 3:50 AM UTC Room 4

[LS13] ランチョンセミナー 13 hinotori™で臨む大腸癌手術の state of the art ～私の考えるスタンダード～

司会：石原 聡一郎(東京大学腫瘍外科・血管外科)

[LS13-1]

hinotori™で臨む大腸癌手術の state of the art ～私の考えるスタンダード～

山川 雄士 (名古屋市立大学下部消化管外科)

[LS13-2]

hinotori™で臨む大腸癌手術の state of the art ～私の考えるスタンダード～

塚本 俊輔 (国立がん研究センター中央病院大腸外科)

ランチョンセミナー

Sat. Nov 15, 2025 12:00 PM - 12:50 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 3:00 AM - 3:50 AM UTC Room 5

[LS14] ランチョンセミナー 14 直腸がん治療と便失禁診療を体系的に行うためにーバイオフィードバック療法を導入する意義ー

司会：味村 俊樹(自治医科大学)

[LS14]

直腸がん治療と便失禁診療を体系的に行うためにーバイオフィードバック療法を導入する意義ー

西澤 祐吏 (国立がん研究センター東病院)

ランチョンセミナー

Sat. Nov 15, 2025 12:00 PM - 12:50 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 3:00 AM - 3:50 AM UTC Room 7

[LS15] ランチョンセミナー 15 クローン病の未来を切り拓く - 新たなStandard Of Careの可能性 –

司会：池内 浩基(兵庫医科大学)

[LS15]

GALAXI/GRAVITI試験から考えるクローン病診療におけるグセルクマブの可能性～完全寛解を目指す新たなる治療戦略～

藤井 俊光 (東京科学大学病院消化器連携医療学)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

Sat. Nov 15, 2025 12:00 PM - 12:50 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 3:00 AM - 3:50 AM UTC Room 8

[LS16] ランチョンセミナー 16 直腸癌治療の最前線：局所再発を防ぐ外科戦略

司会：伊藤 雅昭(国立がん研究センター東病院大腸外科)

[LS16-1]

局所再発を防ぐ最適な手術手技と治療選択

植村 守 (大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学)

[LS16-2]

直腸切除術における新戦略：TTSS（Transanal Transection and Single-stapled Anastomosis）の併用による臨床的意義

白石 卓也 (群馬大学大学院医学系研究科総合外科学講座消化管外科学分野)

ランチョンセミナー

Sat. Nov 15, 2025 12:00 PM - 12:50 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 3:00 AM - 3:50 AM UTC Room 9

[LS17] ランチョンセミナー 17 UC Evolve ～患者さんに合った最良の治療を考える～

司会：新﨑 信一郎(兵庫医科大学医学部消化器内科学講座)

[LS17-1]

低分子化合物の立場から

良原 丈夫 (大阪大学大学院医学系研究科内科系臨床医学専攻消化器内科学)

[LS17-2]

生物学的製剤の立場から

馬場 重樹 (滋賀医科大学医学部基礎看護学講座（内科学・栄養学）)

ランチョンセミナー

Sat. Nov 15, 2025 12:00 PM - 12:50 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 3:00 AM - 3:50 AM UTC Room 10

[LS18] ランチョンセミナー 18 IBD診療における外科・内科的視点からのアプローチ

司会：太田 章比古(医療法人愛知会家田病院肛門科)

[LS18-1]

IBDの外科的治療 -サステナビリティの観点も踏まえて-

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)

[LS18-2]

UC診療におけるアフェレーシス治療について ～回腸嚢炎に対する考察～

伊藤 亜由美 (東京女子医科大学消化器内科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

モーニングセミナー

Sat. Nov 15, 2025 7:30 AM - 8:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 10:30 PM - 11:20 PM UTC Room 4

[MS1] モーニングセミナー 1 大腸外科医が導く新時代の大腸癌治療のストラテジー〜手術と薬物療法のベストプラクティス〜

司会：落合 大樹(帝京大学医学部外科学講座)

[MS1]

大腸外科医が導く新時代の大腸癌治療のストラテジー〜手術と薬物療法のベストプラクティス〜

諏訪 雄亮 (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)

モーニングセミナー

Sat. Nov 15, 2025 7:30 AM - 8:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 10:30 PM - 11:20 PM UTC Room 5

[MS2] モーニングセミナー 2 消化器外科医のIBD研究　〜炎症制御と発癌リスクへのアプローチ〜

司会：小金井 一隆(横浜市立市民病院炎症性腸疾患科)

[MS2]

消化器外科医のIBD研究　〜炎症制御と発癌リスクへのアプローチ〜

問山 裕二 (三重大学大学院医学系研究科消化管・小児外科学)

モーニングセミナー

Sat. Nov 15, 2025 7:30 AM - 8:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 10:30 PM - 11:20 PM UTC Room 6

[MS3] モーニングセミナー 3 不易流行　〜安心・安全な大腸外科手術への挑戦〜

司会：的場 周一郎(東邦大学医療センター大森病院消化器病センター)

[MS3-1]

癒着防止材 x DaVinciをもちいた大腸外科手術の現状と取り組みー若手外科医の立場からー

藤井 学人 (社会福祉法人三井記念病院大腸外科)

[MS3-2]

低侵襲直腸癌手術の新展開　Hugo™ RASとアドスプレーによる癒着防止戦略

平松 康輔 (国家公務員共済連合会虎の門病院消化器外科)

[MS3-3]

Smart Surgery　ーAIナビゲーションと癒着防止の未来戦略ー

番場 嘉子 (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

スポンサードシンポジウム

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

[SS2] スポンサードシンポジウム２肛門機能を温存するための直腸がん手術と術後排便障害の治療オプションについて

司会：勝野 秀稔(藤田医科大学岡崎医療センター外科)

[SS2-1]

肛門機能を温存するための超低位直腸がん手術

渡邉 純 (関西医科大学下部消化管外科学講座)

[SS2-2]

直腸がん切除後の低位前方切除後症候群（LARS）とその治療オプション

岡本 亮 (明和病院消化器外科/骨盤底センター)

[SS2-3]

仙骨神経刺激療法導入の実際 -地域連携と病院経営に与える影響-

鈴木 紳祐 (藤沢湘南台病院外科)

ポスター掲示

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

[POSK2] ポスター掲示

[POSK2-1]

ポスター掲示

ポスター閲覧

Sat. Nov 15, 2025 10:30 AM - 1:40 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:30 AM - 4:40 AM UTC Poster

[POSE2] ポスター閲覧

[POSE2-1]

ポスター閲覧

ポスター発表

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Poster

[POSH2-1] 一般演題（ポスター）22、24、26、28、30、32、34、36、38、40

[POSH2-1-even]

一般演題（ポスター）22、24、26、28、30、32、34、36、38、40

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ポスター発表

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster

[POSH2-2] 一般演題（ポスター）23、25、27、29、31、33、35、37、39、41

[POSH2-2-odd]

一般演題（ポスター）23、25、27、29、31、33、35、37、39、41

ポスター撤去

Sat. Nov 15, 2025 3:15 PM - 3:45 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:15 AM - 6:45 AM UTC Poster

[POST2] ポスター撤去

[POST2-1]

ポスター撤去

機器展示

Sat. Nov 15, 2025 7:30 AM - 4:00 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 10:30 PM - 7:00 AM UTC 展示会場

[KK2] 機器展示

[KK2-1]

機器展示

会員集会・振興会総会

Sat. Nov 15, 2025 12:55 PM - 1:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 3:55 AM - 4:25 AM UTC Room 1

[SYUKAI] 会員集会・振興会総会

[TimeTable02]

会員集会・振興会総会

閉会式

Sat. Nov 15, 2025 4:30 PM - 4:40 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 7:30 AM - 7:40 AM UTC Room 1

[HKS] 閉会式

[TimeTable04]

閉会式

©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

Congress President Lecture

Sat. Nov 15, 2025 11:20 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:20 AM - 2:50 AM UTC Room 1

[PL] Congress President Lecture

司会：板橋 道朗(埼玉県済生会加須病院)

[PL]

The Road Traveled with the Japan Society of Coloproctology

Shigeki Yamaguchi (Department of Surgery, Tokyo Women's Medical University)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Congress President Lecture

Sat. Nov 15, 2025 11:20 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:20 AM - 2:50 AM UTC Room 1

[PL] Congress President Lecture

司会：板橋 道朗(埼玉県済生会加須病院)

[PL] The Road Traveled with the Japan Society of Coloproctology

Shigeki Yamaguchi (Department of Surgery, Tokyo Women's Medical University)

1986年に横浜市立大学を卒業後、同大学で研修を経て第2外科に入局いたしました。当時、本学会理事長の土屋周二教授のもとで大腸グループの一員となり、自然と大腸肛門病学会との縁が始まりました。以来、学会に参加することは私の臨床・研究の歩みと常に重なっています。
大学院では病理学を副科目とし、大腸癌における脈管侵襲や、乳癌で注目されていたerbB2について検討しました。また直腸癌の拡大郭清に関する学位論文を大腸肛門病学会誌に発表し、学会賞をいただいたことは大きな励みとなりました。
そして自ら手術を執刀する立場となると、その魅力と同時に難しさにも直面しました。大木繁男先生、池秀之先生ら恩師のご指導を受けて大腸手術の「いろは」を学び、学会では神経温存や側方郭清のビデオセッションに挑んできました。1990年代後半になり腹腔鏡手術が大腸外科にも本格的に導入されると、嶋田紘教授のご厚意により米国Mount Sinai病院Milsom教授のもとへ留学の機会をいただきました。そこで得られた手術手技のみならず、臨床・研究・国際感覚にわたる多くの学びは、その後の自分を方向づける原点となりました。Gastrocolic trunkの解剖に関する研究はDCR誌に掲載され、『Gray’s Anatomy』にも引用されるなど、忘れがたい成果となりました。
帰国後は静岡がんセンター、埼玉医大国際医療センターと新設病院での腹腔鏡手術の普及に尽力し、JCOG臨床試験への参加、周術期管理の革新、症例数の飛躍的増加など、多くの経験を積み重ねてまいりました。その経験を共有し議論する場が本学会であり、私はここに育てていただいたと強く感じています。
手術は常に発見と疑問の連続です。私は幸い多くの症例を通じて考察を重ね、自らの「大腸手術のかたち」を追い求めてきました。外科手術により患者が救われることは、患者にとっての希望であると同時に、外科医にとっての無上の喜びであり、その喜びこそが私の原動力でした。本講演では、大腸外科医としての私の歩み、そして大腸肛門病学会への感謝の思いを込めてお話しさせていただきます。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Educational Lecture

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

[EL] Educational Lecture

司会：八子 直樹(医療法人桜樹会八子医院外科，肛門科)

[EL]

Plastic surgery techniques useful for coloproctologists

Masami Saito (Department of Plastic and Reconstructive Surgery Fukushima Medical University)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Educational Lecture

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

[EL] Educational Lecture

司会：八子 直樹(医療法人桜樹会八子医院外科，肛門科)

[EL] Plastic surgery techniques useful for coloproctologists

Masami Saito (Department of Plastic and Reconstructive Surgery Fukushima Medical University)

肛門狭窄の治療を中心に、形成外科的なアプローチが有用と考えられる肛門部、会陰部、骨盤腔の再建について、実際の症例を提示しながら手術方法について報告したい。
肛門狭窄は、自由縁である肛門に生じた瘢痕拘縮である。瘢痕拘縮は皮膚や粘膜などの欠損が2次治癒することによって生じる。よって肛門狭窄の原因は組織欠損であり、根本的に治療するには、組織を補填する必要がある。演者は八子医院にて2021年12月から2025年8月までの3年9カ月間に、43名の肛門狭窄に対して前述の病態を踏まえた手術治療を行ってきた。原因は痔核術後（Whitehead肛門含）が28例、習慣性裂肛が15例であった。年齢は41〜97歳。、腰椎麻酔33例、局所麻酔10例。術式は全例とも、V-Y皮弁に準じた皮下茎皮弁移植を行った。肛門狭窄部を切開すると六角形に近い皮膚粘膜欠損が生じる。それを四角に見立てて殿部に同じ大きさの皮弁をデザインする。皮弁採取部を被覆しやすくするために末梢に三角形を追加すると、皮弁は五角形となる。この五角形皮弁を皮下茎として欠損部へ移行させる。狭窄が高度な1例で2つの皮弁移植を要した。術後、全例とも狭窄は改善して、肛門を通過可能なブジーサイズは術前3〜5号から術後は9〜10号となった。術後合併症としては8例に皮弁採取部の創離開を生じたが、全例とも保存的に治癒した。肛門の再狭窄を生じた症例は認めない。
また前述した局所皮弁の血行動態を理解する上で有用となる殿溝皮弁についても報告する。肛門部、坐骨結節、会陰部に囲まれた皮膚は内陰部動脈から分岐する複数の皮膚穿通枝血管によって栄養される。この部位を皮下茎として殿溝に沿うように殿部〜大腿後面へ大きな皮弁を作成することが可能である。茎を適宜深部へ剥離することにより、皮弁は骨盤腔へ容易に到達する。肛門狭窄の治療に利用する皮下茎皮弁の血行動態も殿溝皮弁に準じたものとなっているため、V-Y皮弁は肛門管の深部まで到達させることが可能である。
前記2つの皮弁を中心に、皮弁形成の基本や、皮弁法と皮膚弁移動術（SSG法）との相違やスキンタグの処理などについても提示したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Special Program

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

[SP4] Special Program 4

司会：岡本 康介(松島病院大腸肛門病センター), 東 光邦(東肛門科胃腸科クリニック肛門科胃腸科)

[SP4]

No cut video: Fundamental Proctologic Procedures :Ligation and Excision for Hemorrhoids, and Fistulotomy for Anal Fistula

Kinya Okamoto (Department of Coloproctology, Tokyo Yamate Medical Center)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Special Program

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

[SP4] Special Program 4

司会：岡本 康介(松島病院大腸肛門病センター), 東 光邦(東肛門科胃腸科クリニック肛門科胃腸科)

[SP4] No cut video: Fundamental Proctologic Procedures :Ligation and Excision for Hemorrhoids, and Fistulotomy for Anal Fistula

Kinya Okamoto (Department of Coloproctology, Tokyo Yamate Medical Center)

No-cut surgical videos allow clear demonstration of fundamental procedures in proctology. This presentation features two standard operations: hemorrhoidectomy by ligation and excision for hemorrhoids, and fistulotomy for anal fistula. Both remain essential treatments for common anorectal disorders, despite new minimally invasive options. Step-by-step footage highlights patient positioning, anatomical landmarks, dissection, and hemostasis. Technical refinements for the prevention of postoperative bleeding, reduction of pain, and minimization of recurrence are emphasized. In the fistulotomy video, principles of tract identification, secure opening, and creation of an appropriate drainage wound are demonstrated. By presenting unedited surgical videos, this session provides trainees and surgeons with practical insights into reliable operative strategies for daily proctologic practice.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Special Program

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

[SP5] Special Program 5 (English Slide)

司会：惠木 浩之(北里大学メディカルセンター外科), 藤田 文彦(久留米大学外科)

[SP5]

No cut video: Right hemicolectomy, surgical trunk dissection (+ intracorporeal anastomosis)

Hiroyasu Kagawa, 杉下 哲夫, 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, 中田 美佳, 三浦 竣助, 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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Special Program

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

[SP5] Special Program 5 (English Slide)

司会：惠木 浩之(北里大学メディカルセンター外科), 藤田 文彦(久留米大学外科)

[SP5] No cut video: Right hemicolectomy, surgical trunk dissection (+ intracorporeal anastomosis)

Hiroyasu Kagawa, 杉下 哲夫, 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, 中田 美佳, 三浦 竣助, 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)

Radical surgery for right colon cancer entails Complete Mesocolic Excision (CME) with D3 lymph node dissection, defined by the left border of the superior mesenteric vein (SMV). A medial approach is usually performed, with the inferior approach reserved for select cases.
The procedure begins by tensioning the mesentery and aligning the SMV. Using TIP-UP forceps, the mesentery near the ileocolic artery is grasped, the mesentery is incised, and the retroperitoneal plane is identified. Dissection proceeds cranially while safeguarding the duodenum. Lymph nodes are dissected with coordinated traction: the assistant retracts laterally while the surgeon applies countertraction. Lymphatic tissue over the anterior SMV is divided with monopolar curved scissors at low energy.
Once the SMV plane is defined, cranial dissection continues. The ileocolic artery and vein is divided at its root. Dissection proceeds along the SMV. Further continuing the medial approach toward the duodenum and pancreas, with the right limit marked by the pancreatic branch and the right colic vein from the gastrocolic trunk.
Lymph node dissection of the middle mesenteric artery is performed, and the artery (root or right branch) and middle mesenteric vein are divided. The gastrocolic trunk is addressed last, completing mesocolon mobilization. Hepatic flexure and lateral attachments are divided to finalize mobilization and lymph node dissection.
Intracorporeal anastomosis is usually performed using the overlap method, ensuring a ≥10 cm tumor margin. The mesentery is divided with advanced bipolar energy, bowel ends resected with a stapler, and the entry hole closed with stapler or running suture. A surgical video will be presented.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Invited Lecture

Sat. Nov 15, 2025 10:35 AM - 11:15 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:35 AM - 2:15 AM UTC Room 1

[IL2] Invited Lecture 2

司会：杉田 昭(横浜市立病院炎症性腸疾患科)

[IL2]

Advanced restorative and management options to balance health and quality of life in colorectal disease and inflammatory bowel disease

Ravi Pokala Kiran (Global Center for Colorectal Surgery and Inflammatory Bowel Disease, Columbia University Medical Center / New York Presbyterian Hospitalesbyterian Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Invited Lecture

Sat. Nov 15, 2025 10:35 AM - 11:15 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:35 AM - 2:15 AM UTC Room 1

[IL2] Invited Lecture 2

司会：杉田 昭(横浜市立病院炎症性腸疾患科)

[IL2] Advanced restorative and management options to balance health and quality of life in colorectal disease and inflammatory bowel disease

Ravi Pokala Kiran (Global Center for Colorectal Surgery and Inflammatory Bowel Disease, Columbia University Medical Center / New York Presbyterian Hospitalesbyterian Hospital)

Colorectal disease conditions and disorders can be simple, complex and complicated and significantly affect health and quality of life. Choosing the right solutions in these conditions can significantly improve patients' lives. Even when the condition is advanced, restorative resection and reconstructive options are available for disease control, ostomy avoidance and maintenance of quality of life. The aim of this lecture is to discuss management of complex colorectal benign, malignant and IBD conditions, and present advanced surgical and restorative options for ostomy avoidance at a quaternary center.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

JSCP-KSCP Symposium Session

Sat. Nov 15, 2025 8:50 AM - 9:50 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:50 PM - 12:50 AM UTC Room 10

[JKS2] JSCP-KSCP Symposium Session 2 Endoscopic Diagnosis and Treatment for Colorectal Diseases

Moderator:Shiro Oka(Department of General Internal Medicine, Hiroshima University Hospital), Soon Sup Chung(Ewha Womans University)

[JKS2-1]

Indications and Outcomes of Treatment for Abdominal Abscesses

Hidenori Tanaka, Shiro Oka (Hiroshima University Hospital)

[JKS2-2]

Diagnosis for Benign Diseases

Jun Woo Bong (Korea University Guro Hospital)

[JKS2-3]

Indications and Limitations of Treatment for Malignant Diseases

Naohisa Yoshida, Reo Kobayashi, Ken Inoue (Department of Endoscopy and Ultrasound, University Hospital, Kyoto Prefectural University of Medicine)

[JKS2-4]

Endoscopic diagnosis of malignant disease

Nina Yoo (Division of Colorectal Surgery, Department of Surgery, The Catholic University of Korea, St. Vincent’s Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

JSCP-KSCP Symposium Session

Sat. Nov 15, 2025 8:50 AM - 9:50 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:50 PM - 12:50 AM UTC Room 10

[JKS2] JSCP-KSCP Symposium Session 2 Endoscopic Diagnosis and Treatment for Colorectal Diseases

Moderator:Shiro Oka(Department of General Internal Medicine, Hiroshima University Hospital), Soon Sup Chung(Ewha Womans University)

[JKS2-1] Indications and Outcomes of Treatment for Abdominal Abscesses

Hidenori Tanaka, Shiro Oka (Hiroshima University Hospital)

Background: Abdominal abscesses are commonly managed by antibiotics, percutaneous drainage, or surgery. However, recent advances in therapeutic endoscopy have enabled internal drainage approaches. We present two cases in which endoscopic interventions were applied, highlighting the key indications and technical considerations.
Case 1: A 74-year-old man developed a localized abscess in the descending colon wall. Endoscopic ultrasonography (EUS) confirmed an intramural abscess. A direct mucosal incision was made using a needle-type knife, allowing spontaneous drainage of the purulent contents. The procedure was completed without complications, and the abscess resolved completely. This case demonstrates that direct endoscopic incision is a feasible option for intramural abscesses when the cavity is well-demarcated, protrudes into the lumen, and EUS confirms intramural location and vascular safety.
Case 2: A 23-year-old man with ulcerative colitis underwent ileal pouch-anal anastomosis, after which he developed a presacral sinus. Despite multiple interventions including CT-guided drainage, endoscopic clip closure and transanal surgery, the sinus persisted. Endoscopic sinusotomy was performed using an insulated-tip knife to open the sinus into the ileal pouch, allowing unification of them. This case demonstrates that endoscopic sinusotomy can be a first-line option in suitable cases, especially when a visible fistula is present and the sinus tract is short and accessible.
Conclusion: Endoscopic treatment offers a minimally invasive option for abdominal abscesses. When lesion location and characteristics are properly assessed, especially using EUS, these procedures can be performed safely and effectively in selected benign cases.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

JSCP-KSCP Symposium Session

Sat. Nov 15, 2025 8:50 AM - 9:50 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:50 PM - 12:50 AM UTC Room 10

[JKS2] JSCP-KSCP Symposium Session 2 Endoscopic Diagnosis and Treatment for Colorectal Diseases

Moderator:Shiro Oka(Department of General Internal Medicine, Hiroshima University Hospital), Soon Sup Chung(Ewha Womans University)

[JKS2-2] Diagnosis for Benign Diseases

Jun Woo Bong (Korea University Guro Hospital)

A wide spectrum of benign colorectal lesions may be identified during colonoscopy, many with clinical importance for symptoms, surveillance, and differentiation from malignancy. The most common are colorectal polyps: adenomas (tubular, villous, tubulovillous) that are precancerous; hyperplastic polyps, small and pale in the distal colon; and sessile serrated lesions, subtle and mucus-covered in the proximal colon. Juvenile and hamartomatous polyps appear lobulated or pedunculated and may occur in syndromic contexts. Complete removal and histology-based surveillance are essential.
Inflammatory diseases include ulcerative colitis (continuous from rectum), Crohn’s disease (skip lesions, cobblestoning), microscopic colitis (normal endoscopy, histology-based), eosinophilic colitis, ischemic colitis (segmental erythema/ulceration in watershed zones), radiation colitis (telangiectasia, strictures), and SCAD (localized sigmoid inflammation near diverticula).
Structural and other benign conditions include diverticulosis/diverticulitis, solitary rectal ulcer syndrome, melanosis coli, and pneumatosis coli. Vascular lesions encompass angiodysplasia, hemorrhoids, and rectal prolapse. Subepithelial lesions include lipomas, leiomyomas, duplication cysts, and rare endometriosis affecting the rectosigmoid.
Advanced imaging (high-definition, NBI, chromoendoscopy) enhances detection, enabling targeted biopsy, removal, and surveillance. Recognizing these diverse benign lesions ensures accurate diagnosis, tailored management, and improved outcomes.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

JSCP-KSCP Symposium Session

Sat. Nov 15, 2025 8:50 AM - 9:50 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:50 PM - 12:50 AM UTC Room 10

[JKS2] JSCP-KSCP Symposium Session 2 Endoscopic Diagnosis and Treatment for Colorectal Diseases

Moderator:Shiro Oka(Department of General Internal Medicine, Hiroshima University Hospital), Soon Sup Chung(Ewha Womans University)

[JKS2-3] Indications and Limitations of Treatment for Malignant Diseases

Naohisa Yoshida, Reo Kobayashi, Ken Inoue (Department of Endoscopy and Ultrasound, University Hospital, Kyoto Prefectural University of Medicine)

With the widespread implementation of endoscopic screening, the early detection rate of colorectal cancer has significantly improved, and the role of endoscopic treatment is becoming increasingly important. For intramucosal cancers and superficially submucosal invaded cancer, endoscopic mucosal resection (EMR) and endoscopic submucosal dissection (ESD) have become widely adopted as minimally invasive alternatives to surgical resection. EMR is globally recognized as a standard technique; however, piecemeal resection has traditionally been a limitation for large or recurrent lesions. Recent advances such as underwater EMR and precutting EMR have improved the precision and outcomes of the procedure (Yoshida N, et al. Endoscopy 2019;51:871-6). On the other hand, ESD allows en bloc resection regardless of tumor size and provides an accurate pathological diagnosis, although it requires advanced skills and carries a risk of complications such as perforation and delayed bleeding. Nevertheless, the development of the pocket-creation method and traction devices has contributed to reducing the technical difficulty and procedure time, and the introduction of various endoscopic closure techniques has further decreased the risk of adverse events (Yoshida N, et al. Endoscopy 2025;57:354-60). Recently, even delayed perforation can be treated with endoscopic closure (Yoshida N, et al. Dig Dis Sci 2025;70:2404-13). In this presentation, we will provide an overview of current endoscopic techniques for colorectal cancer, their limitations, and future perspectives.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

JSCP-KSCP Symposium Session

Sat. Nov 15, 2025 8:50 AM - 9:50 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:50 PM - 12:50 AM UTC Room 10

[JKS2] JSCP-KSCP Symposium Session 2 Endoscopic Diagnosis and Treatment for Colorectal Diseases

Moderator:Shiro Oka(Department of General Internal Medicine, Hiroshima University Hospital), Soon Sup Chung(Ewha Womans University)

[JKS2-4] Endoscopic diagnosis of malignant disease

Nina Yoo (Division of Colorectal Surgery, Department of Surgery, The Catholic University of Korea, St. Vincent's Hospital)

Endoscopic techniques are central to the diagnosis and management of colorectal cancer, the third most common malignancy worldwide. Colonoscopy remains the gold standard, allowing for direct visualization of the colonic mucosa, detection of early neoplastic lesions, and precise biopsy of suspicious areas. Recent advances such as high-definition colonoscopy, chromoendoscopy, and narrow-band imaging have enhanced the detection of subtle or flat lesions, improving early diagnosis rates. Endoscopic ultrasound further aids in local staging by assessing tumor invasion depth and regional lymph node involvement. These minimally invasive methods have significantly contributed to the reduction of colorectal cancer morbidity and mortality through early detection and intervention. Ongoing innovations in endoscopic imaging and artificial intelligence promise to further refine diagnostic accuracy and patient outcomes in colorectal cancer care.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ESCP Fellowship

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 8:50 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 11:50 PM UTC Room 10

[ESCP] ESCP Fellowship

Moderator:Ichiro Takemasa(Osaka International Medical & Science Center)

[ESCP]

Female Representation and Position Based on Facts and Members Views in the European Society of Coloproctology

Yu-Ting Van Loon (Zuyderland Medical Center)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ESCP Fellowship

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 8:50 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 11:50 PM UTC Room 10

[ESCP] ESCP Fellowship

Moderator:Ichiro Takemasa(Osaka International Medical & Science Center)

[ESCP] Female Representation and Position Based on Facts and Members Views in the European Society of Coloproctology

Yu-Ting Van Loon (Zuyderland Medical Center)

BACKGROUND: There is wide variation in gender distribution in colorectal surgery across different European countries.
OBJECTIVE: This study aimed to evaluate female representation, implicit bias, and members' perception on female participation and representation at the European Society of Coloproctology 2017 annual scientific meeting.
DESIGN: This was a retrospective mixed-methods cross-sectional observational study.
SETTINGS: The study was conducted using data from the 2017 European Society of Coloproctology annual scientific meeting program and attendees.
MAIN OUTCOME MEASURES: The primary outcome measure was the percentage of female speakers in the formal program and assessment for implicit bias. Secondary outcomes were the percentage of women attending the conference, the percentage of women serving on committees, and the results of the online survey.
METHODS: Female representation was retrospectively quantified by role, session type, and topic. Implicit bias was measured classifying the introductions of speakers by moderators as formal (using a professional title) or informal (using name only), then further stratified by gender. An online survey was disseminated and analyzed to investigate the members' perception as a benchmark analysis.
RESULTS: Disparities were found between sexes, with fewer women attending the conference (25%), serving as session chairs (8%), speakers (21%), and on committees (10%) compared with men. There were no differences across sexes regarding the formal or informal introduction. The survey among our members showed that significantly fewer women felt equally endorsed within the society compared with men (33% versus 63%; $p < 0.001$).
LIMITATIONS: The retrospective design with data available to be analyzed was limited by the sessions recorded (27/49) and survey respondents (28%).
CONCLUSIONS: Female representation within European Society of Coloproctology as chair, speaker, attendee, and committee member was much lower than male representation, both in absolute numbers and relative to membership. Greater awareness of this disparity and inclusiveness are aims of our society. The impact of these initiatives will be determined by reevaluating these metrics at the 2020 annual meeting.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Symposium

Sat. Nov 15, 2025 9:50 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:50 AM - 2:00 AM UTC Room 10

[ESY3] English Symposium 3 Challenges and training in Colorectal surgery

Moderator:William Tzu-Liang Chen(China Medical University Hsin-Chu Hospital), Masafumi Inomata(Oita University)

[ESY3-1]

AI Surgical Navigation and Research Infrastructur

Tomonori Akagi, Masafumi Inomata (Department of Gastroenterological and Pediatric Surgery, Oita University Faculty of Medicine)

[ESY3-2]

Experience with the Senhance Digital Laparoscopy System (SDLS) in Colorectal Cancer Surgery -Outcomes and Future- Perspectives

Hirofumi Sugita (Saitama Medical University International Medical Center)

[ESY3-3]

Challenges and training in Colorectal surgery

Kamales Prasitvarakul (Minimally Invasive Surgery Center Hatyai, Department of Surgery, Hatyai Hospital)

[ESY3-4]

Training the next generation of robotic colorectal surgeons

James Ngu (Department of Surgery, Changi General Hospital)

[ESY3-5]

Challenges and Training in Colorectal Surgery in Thailand

Siripong Sirikurnpiboon (Colorectal Division, General Surgery, Department Rajvithi Hospital)

[ESY3-6]

Colorectal Cancer in Young Adults: Navigating the Clinical and Surgical Challenges

Michael Powar (Cambridge University Hospitals)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Symposium

Sat. Nov 15, 2025 9:50 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:50 AM - 2:00 AM UTC Room 10

[ESY3] English Symposium 3 Challenges and training in Colorectal surgery

Moderator:William Tzu-Liang Chen(China Medical University Hsin-Chu Hospital), Masafumi Inomata(Oita University)

[ESY3-1] AI Surgical Navigation and Research Infrastructur

Tomonori Akagi, Masafumi Inomata (Department of Gastroenterological and Pediatric Surgery, Oita University Faculty of Medicine)

The Department of Gastroenterological and Pediatric Surgery at Oita University School of Medicine is actively promoting the use of AI to support minimally invasive surgery and develop next-generation medical professionals. Through industry-academia collaboration with the Fukuoka Institute of Technology and a private company, we jointly developed an AI navigation system that applies deep learning to laparoscopic surgery footage to automatically identify and display important anatomical landmarks. Clinical validation was successfully completed in 2018. With support from the Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology (MEXT), we also built a database integrating surgical footage and clinical data. We provide a comprehensive research and education system that combines AI and data science, and have published a variety of research results, including automatic detection of bleeding sites and recognition of inflammation sites in cholecystitis. We are also expanding this system to gastric and colorectal cancer surgery. The department actively encourages young physicians to present and publish their research, with the hope of applying their findings to practical applications. This initiative is positioned as a model case for improving surgical safety and promoting digital transformation (DX) in medicine. At this cession, I will report on the department's AI-related efforts.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Symposium

Sat. Nov 15, 2025 9:50 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:50 AM - 2:00 AM UTC Room 10

[ESY3] English Symposium 3 Challenges and training in Colorectal surgery

Moderator:William Tzu-Liang Chen(China Medical University Hsin-Chu Hospital), Masafumi Inomata(Oita University)

[ESY3-2] Experience with the Senhance Digital Laparoscopy System (SDLS) in Colorectal Cancer Surgery -Outcomes and Future- Perspectives

Hirofumi Sugita (Saitama Medical University International Medical Center)

The Senhance Digital Laparoscopy System (SDLS) is a surgical support system with haptic feedback that has received approval for 98 types of laparoscopic procedures under the national insurance system. The console is characterized by its openness, and it is equipped with a camera control system that utilizes eye-tracking technology. Additionally, the instruments utilized in this system are reusable and have a thickness of 3 mm, thereby ensuring precision and ergonomics in minimally invasive colorectal surgery. The operational similarity of the latter to conventional laparoscopy allows for a seamless transition from laparoscopic to robotic surgery.
From May 2018 to July 2025, 203 surgical procedures for colorectal cancer were performed with the assistance of the SDLS at our institution. Comparative studies of ileocecal resection and sigmoidectomy have demonstrated equivalent short- and mid-to-long-term outcomes when compared to laparoscopic surgery, confirming the safety of the former. However, operative time tended to be longer with SDLS. To address this, a hybrid strategy was introduced, combining the use of SDLS for precise lymphadenectomy and laparoscopy for mobilization. This approach resulted in enhanced efficiency and reduced operative time.
The Intelligent Surgical Unit (ISU) integrated into SDLS encompasses a range of functions, including "Follow Me," "Go To," "Point to Point 3D Measurement," and "Defect Identification & Sizing." These functions have the potential to support surgeons in a variety of ways. Moreover, the integration of artificial intelligence and machine learning algorithms is expected to reduce disparities in surgical skills. The integration of robotic precision with real-time AI analysis has the potential to enhance both the quality and safety of surgical procedures.
The future challenge lies in advancing these technologies into routine clinical application, thereby promoting the digitalization of surgery with SDLS for the next generation of minimally invasive colorectal surgery.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Symposium

Sat. Nov 15, 2025 9:50 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:50 AM - 2:00 AM UTC Room 10

[ESY3] English Symposium 3 Challenges and training in Colorectal surgery

Moderator:William Tzu-Liang Chen(China Medical University Hsin-Chu Hospital), Masafumi Inomata(Oita University)

[ESY3-3] Challenges and training in Colorectal surgery

Kamales Prasitvarakul (Minimally Invasive Surgery Center Hatyai, Department of Surgery, Hatyai Hospital)

Background: Laparoscopic and robotic colorectal (CRC) surgery remain technically demanding due to limited instrument mobility, loss of depth perception, and reduced tactile feedback. These challenges highlight the importance of structured training and careful management of intra-operative complications.

Methods/Experience: This presentation reviews the learning curve and key training elements in laparoscopic CRC surgery, with illustrative videos of intraoperative complications and their management strategies will be demonstrated. Clinical outcomes demonstrate gradual improvement with experience: operative time decreases significantly after ~90 cases, anastomotic leakage rates decline after ~30 cases, and local recurrence rates fall below 10% after ~60 cases. Notably, the learning curve for oncological outcomes is longer than that for achieving safe surgical outcomes.

Discussion: Risk factors for complications arise from both patient and surgeon-related factors. Difficult cases include T4 or bulky tumors, prior midline laparotomy, obesity (BMI > 30), history of pelvic radiation, and low rectal cancer. Early complications and conversion rates depend heavily on surgical experience. To minimize risks, surgeons should: (1) understand pelvic planes and anatomy, (2) follow correct procedural steps, and (3) master stapling techniques for tissue division and anastomosis. Principles such as traction-counter traction, careful retraction, and direct visualization are critical to avoiding incorrect planes. Technical limitations remain in narrow pelvises and in cases of recurrent or previously irradiated disease, where fibrosis complicates venous dissection.

Conclusion: Training programs should acknowledge that complications encountered by fellows often reflect mentors' shortcomings. In colorectal cancer surgery, intraoperative bleeding is not only life-threatening but also associated with anastomotic leakage, infection, and higher local recurrence. Careful preoperative planning, anatomical mastery, and precise surgical technique are essential to reduce complications and improve patient outcomes.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Symposium

Sat. Nov 15, 2025 9:50 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:50 AM - 2:00 AM UTC Room 10

[ESY3] English Symposium 3 Challenges and training in Colorectal surgery

Moderator:William Tzu-Liang Chen(China Medical University Hsin-Chu Hospital), Masafumi Inomata(Oita University)

[ESY3-4] Training the next generation of robotic colorectal surgeons

James Ngu (Department of Surgery, Changi General Hospital)

Surgical training has evolved from the open era to minimally-invasive surgery, with advancements in technique and technology. The needs and attitudes of surgical trainees have also changed over the years. This talk aims to explore the way we provide education and training for our next generation of robotic colorectal surgeons.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Symposium

Sat. Nov 15, 2025 9:50 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:50 AM - 2:00 AM UTC Room 10

[ESY3] English Symposium 3 Challenges and training in Colorectal surgery

Moderator:William Tzu-Liang Chen(China Medical University Hsin-Chu Hospital), Masafumi Inomata(Oita University)

[ESY3-5] Challenges and Training in Colorectal Surgery in Thailand

Siripong Sirikurnpiboon (Colorectal Division, General Surgery, Department Rajvithi Hospital)

The field of colorectal surgery in Thailand has advanced significantly over the past decade, aligning more closely with international standards. However, it continues to face a unique set of challenges in both training and clinical practice, shaped by the country's healthcare infrastructure and resource distribution.

1. Training Pathway: A Structured Approach

・ Foundation: After medical school (MD), surgeons complete a 4-year residency in General Surgery.

・ Specialization: Subsequent competitive 2 years Fellowship in Colorectal Surgery, primarily offered by major tertiary hospitals in Bangkok

・ Curriculum: Covers colorectal cancer, anorectal disease, benign colorectal disease, IBD and functional anorectal. And also in techniques in laparotomy , laparoscopic, endoscopy and increasingly, robotic-assisted surgery.

Certification: Regulated and examined by the Royal College of Surgeons of Thailand.

2. Key Strengths & Advancements

・ High-Volume Exposure: Trainees gain significant hands-on experience in large public hospitals.

・ International Standards: Leading programs align with global benchmarks and participate in international societies.

・ Adoption of MIS: Laparoscopic surgery is now a standard and essential skill for all trainees.

・ Multidisciplinary Care: Growing emphasis on MDT meetings and ERAS protocols to improve patient outcomes.

3. Major Challenges

・ Centralization of Resources: Advanced training, technology, and expertise are concentrated in Bangkok, creating a significant gap in care and training access for rural and regional areas.

・ Technological & Budgetary Constraints: High-cost technology (e.g., robotic systems) is available only in a few elite institutions due to budget limitations of the Universal Coverage Scheme (UCS).

・ Workforce "Brain Drain": Highly skilled surgeons are often attracted to better-compensated positions in the private sector or abroad, depleting the public health system.

・ High-Pressure Environment: Extremely high patient volumes in training hospitals can strain educational time, prioritizing service over dedicated learning in some instances.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Symposium

Sat. Nov 15, 2025 9:50 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:50 AM - 2:00 AM UTC Room 10

[ESY3] English Symposium 3 Challenges and training in Colorectal surgery

Moderator:William Tzu-Liang Chen(China Medical University Hsin-Chu Hospital), Masafumi Inomata(Oita University)

[ESY3-6] Colorectal Cancer in Young Adults: Navigating the Clinical and Surgical Challenges

Michael Powar (Cambridge University Hospitals)

The presentation will outline the challenges faced by the rising tide of early onset colorectal cancer in young adults.
Data will be presented on epidemiological trends and the scale of the problem in the West and East.
The presentation will cover the following challenges.
Diagnostic Delay
Agressive tumour biology
Treatment goals
Surgical & technical considerations
Patients's goals / Survivorship

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ICS-Czech Joint Symposium

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:40 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:40 AM UTC Room 10

[ICS] ICS-Czech Joint Symposium Various Approaches in Colorectal Surgery

Moderator:Kotaro Maeda(Oumeimai Hospital), Karel Novák(Czech section of ICS / 1st World Vice President of ICS)

[ICS-1]

Tumor budding in colorectal cancer: an overview of the issue and institutional experience with a focus on histopatholocical methods of assessment

Miroslav Kavka[1], Jiri Lenz[2] (1.Department of Surgery, 2.Department of Pathology)

[ICS-2]

Treatment Strategy for Colorectal Cancer with Deficient Mismatch Repair

Kenji Fujiyoshi, Takahiro Shigaki, Naohiro Yoshida, Takafumi Ohchi, Takefumi Yoshida, Fumihiko Fujita (Depertment of Surgery, Kurume University)

[ICS-3]

TaTME and it is use in the treatment of low - lying rectal tumors

Jan Tihon, Michal Skacel, Petr Vlcek, Dominik Kuchar (Department of Surgery, University Hospital St. Anna Brno)

[ICS-4]

Current Status and Future Prospects of Robotic Colorectal Surgery

Koichi Okuya, Maho Toyota, Hiroki Toyota, Kohei Okamoto (Department of Surgery, Division of Gastroenterological Surgery, Sapporo Medical University)

[ICS-5]

Surgical Strategies for Bowel Management in Deep Infiltrating Endometriosis

Radek Chvatal[1], Miroslav Kavka[1] (1.District Hospital Znojmo, 2.District Hospital Znojmo)

[ICS-6]

Robotic surgery for colorectal cancer including hinotori^{TM} system: Clinical advantages and system-specific challenges

Tsutomu Kumamoto, Koki Otsuka, Ichiro Uyama, Koichi Suda (Fujita Health University)

[ICS-7]

Present Aproaches in the Treatment of Hemoroids

Jindřich Šebor (Centre of One-Day Surgery and Orthopeaedics, City Hospital Privamed, Plzen, Czech Republic)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ICS-Czech Joint Symposium

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:40 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:40 AM UTC Room 10

[ICS] ICS-Czech Joint Symposium Various Approaches in Colorectal Surgery

Moderator:Kotaro Maeda(Oumeimai Hospital), Karel Novák(Czech section of ICS / 1st World Vice President of ICS)

[ICS-1] Tumor budding in colorectal cancer: an overview of the issue and institutional experience with a focus on histopatholocical methods of assessment

Miroslav Kavka[1], Jiri Lenz[2] (1.Department of Surgery, 2.Department of Pathology)

Background: Tumor budding is a well-established independent adverse prognostic marker of colorectal cancer, but methods for its assessment have varied considerably in the past. There is currently controversy regarding the role of immunohistochemistry in the scoring of tumor budding.
Objectives: The aim of the study was to compare the hematoxylin-eosin staining with pankeratin AE1/AE3 immunostaining in the assessment of tumor budding in colorectal cancer.
Methods: The study included 50 patients who underwent bowel resection for colorectal cancer in stages pT1 to pT4 between 2020 and 2023 in one institution. Two serial sections from each tumor sample were stained with hematoxylin-eosin and pankeratin, and tumor budding score was assessed according to recommendations based on the 2016 International Tumor Budding Consensus Conference. Subsequently, a correlation between the tumor budding score and the tumor grade was performed.
Results: In hematoxylin-eosin stained slides, Bud1, Bud2, and Bud3 categories were detected in 23/50 (46%), 23/50 (46%), and 2/50 (4%) cases, respectively. AE1/AE3 immunostaining revealed the Bud1 category in 17/50 (34%) cases, the Bud2 category in 28/50 cases (56%), and the Bud3 category in 3/50 cases (6%). Hematoxylin-eosin staining detected an overall degree of correlation of 0.7 between tumor budding category and corresponding tumor grade (specifically 0.78 for the Bud1/G1 category, 0.82 for the Bud2/G2 category and 0.5 for the Bud3/G3 category).
Conclusion: Our study did not demonstrate markedly improved reproducibility in the assessment of tumor budding with immunohistochemistry compared to hematoxylin-eosin. Immunohistochemistry can be helpful in challenging cases such as glandular fragmentation or strong peritumoral inflammation.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ICS-Czech Joint Symposium

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:40 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:40 AM UTC Room 10

[ICS] ICS-Czech Joint Symposium Various Approaches in Colorectal Surgery

Moderator:Kotaro Maeda(Oumeimai Hospital), Karel Novák(Czech section of ICS / 1st World Vice President of ICS)

[ICS-2] Treatment Strategy for Colorectal Cancer with Deficient Mismatch Repair

Kenji Fujiyoshi, Takahiro Shigaki, Naohiro Yoshida, Takafumi Ohchi, Takefumi Yoshida, Fumihiko Fujita
(Depertment of Surgery, Kurume University)

The carcinogenesis of colorectal cancer (CRC) is classified into microsatellite instability (MSI) and chromosomal instability pathways. Deficient mismatch repair (dMMR)/MSI-high (MSI-H) status, identified by MSI or immunohistochemistry (IHC) testing, is a key biomarker, as these tumors show high response rates to immune checkpoint inhibitors (ICIs). Consequently, treatment strategies for dMMR/MSI-H CRC differ significantly from those for pMMR/MSS tumors.
Current standards of care include pembrolizumab for advanced disease and CAPOX/FOLFOX as adjuvant therapy for Stage III tumors, given their resistance to 5-FU. Recently, neoadjuvant therapy with ipilimumab plus nivolumab has demonstrated remarkably high pathological response rates in resectable dMMR colon cancer, heralding a paradigm shift.
Reflecting these advances, our institution now performs routine upfront MMR-IHC testing to guide treatment. We present the case of a 29-year-old male with dMMR rectal cancer who was enrolled in a clinical trial. He achieved a clinical complete response (cCR) with immunotherapy, successfully avoided surgery, and returned to work.
The evolution of treatment for dMMR CRC has made non-operative management (NOM) following neoadjuvant ICI a viable option. This progress underscores the critical need for upfront molecular evaluation, positioning MMR status assessment as a top priority to facilitate personalized, organ-sparing strategies.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ICS-Czech Joint Symposium

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:40 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:40 AM UTC Room 10

[ICS] ICS-Czech Joint Symposium Various Approaches in Colorectal Surgery

Moderator:Kotaro Maeda(Oumeimai Hospital), Karel Novák(Czech section of ICS / 1st World Vice President of ICS)

[ICS-3] TaTME and it is use in the treatment of low - lying rectal tumors

Jan Tihon, Michal Skacel, Petr Vlcek, Dominik Kuchar (Department of Surgery, University Hospital St. Anna Brno)

Our experience and presentation of results with Transanal total mesorectal excision in the treatment of selected low - lying rectal tumors.
Methods : We analyzed the results for the period 2019 - 2024 using the Gel point platform, laparoscopic technic with stapler or coloanal anastomosis. We focused on complications, histological results and oncological radicality of this procedure.
Results : The TaTME technique was used in 17 cases. 14 men and 3 woman. The average age was 67 years. Stapler anastomosis was used in 6 cases, coloanal anastomosis in 11 cases. The average distance from the anocutaneous line was 4 cm. The final histology contained only adenocarcinoma. There was one positive margine found at one of the cases. The average number of lymph nodes found was 18. Three cases had positive nodes. There was 41 % of postoperative morbidity and 0% of mortality. Two patients have terminal colostomy and two patients ileostomy as definitive solution.
Conclusion : Transanal total mesorectal excision TaTME is a modern technique for managing rectal tumors. It is technically demanding and requires a longer learning curve. However, in the hands of an experienced colorectal surgeon, it offers in selected patients the hope of precise treatment of rectal cancer and significantly reduces the rate of permanent stoma, while also improving oncological outcomes.
Key words : transanal - mesorectal excision - laparoscopic technic - stapler or coloanal anastomosis

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ICS-Czech Joint Symposium

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:40 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:40 AM UTC Room 10

[ICS] ICS-Czech Joint Symposium Various Approaches in Colorectal Surgery

Moderator:Kotaro Maeda(Oumeimai Hospital), Karel Novák(Czech section of ICS / 1st World Vice President of ICS)

[ICS-4] Current Status and Future Prospects of Robotic Colorectal Surgery

Koichi Okuya, Maho Toyota, Hiroki Toyota, Kohei Okamoto (Department of Surgery, Division of Gastroenterological Surgery, Sapporo Medical University)

Background: At our institution, all rectal cancer surgeries are performed using a minimally invasive robotic-assisted approach. For tumors located distal to the first Houston valve, a two-team procedure incorporating transanal total mesorectal excision (TaTME) is employed.
Objective: To evaluate the surgical and oncological outcomes of robotic-assisted rectal resection combined with TaTME.
Methods: A retrospective analysis was conducted on 176 patients who underwent this combined approach between January 2018 and December 2024, selected from a total of 664 patients who received curative rectal cancer surgery during the same period.
Results: The cohort included 125 men and 51 women, with a median age of 64 years and a median BMI of 22.5. Clinical staging was 0/I/II/III/IV in 1/59/53/50/13 patients, respectively. Neoadjuvant therapy was administered to 99 patients, and lateral lymph node dissection was performed in 73 cases. Robotic systems used included da Vinci Xi (152), hinotori (5), da Vinci SP (5), and Hugo (14). The median console time for rectal resection was 131 minutes (IQR: 99-166), median operative time was 446 minutes (IQR: 307-631), and median estimated blood loss was 20 mL (IQR: 5-50). Grade ≥ 3 complications (Clavien-Dindo classification) occurred in 20 cases (11.3%), with no anastomotic leakage observed. The median postoperative hospital stay was 18 days. All cases had negative distal margins, and the circumferential resection margin (CRM) positivity rate was 5.1%.
Conclusion: Robotic-assisted rectal resection combined with TaTME is a feasible and safe approach for distal rectal cancer, with acceptable short-term surgical and oncological outcomes.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ICS-Czech Joint Symposium

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:40 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:40 AM UTC Room 10

[ICS] ICS-Czech Joint Symposium Various Approaches in Colorectal Surgery

Moderator:Kotaro Maeda(Oumeimai Hospital), Karel Novák(Czech section of ICS / 1st World Vice President of ICS)

[ICS-5] Surgical Strategies for Bowel Management in Deep Infiltrating Endometriosis

Radek Chvatal[1], Miroslav Kavka[1] (1.District Hospital Znojmo, 2.District Hospital Znojmo)

Study Objective
The prevalence of endometriosis in highly developed countries is alarming. An estimated 40% of women of childbearing age are affected by endometriosis to some degree. The primary contributing factor is delayed first pregnancy, among others. Endometriosis has become not only a medical issue but also a socioeconomic concern. When considering deep infiltrating endometriosis (DIE) of the pelvis, infiltration of the rectovaginal septum is of particular importance. In such cases, close cooperation between gynecologists and surgeons is essential. As we are treating young patients, it is crucial to preserve hypogastric innervation, the ureters, and the vagina. Rectovaginal nodules typically infiltrate both of these structures. For preoperative diagnosis, we rely on ultrasound, MRI, rectoscopy, and combined vaginal and rectal examinations.
Setting
Our hospital operates a dedicated center for the treatment of endometriosis. Over the past 11 years, we have performed more than 100 laparoscopic procedures for rectovaginal septum endometriosis. The gynecologist is responsible for dissecting the rectosigmoid, performing ureterolysis and neurolysis, and, if necessary, resecting the posterior vaginal vault. The surgeon determines the most appropriate surgical method based on the extent of infiltration. There are three main approaches: (A) shaving, (B) discoid resection, and (C) rectosigmoid resection with end-to-end anastomosis. We have not encountered any major complications. Anastomotic leakage occurred in 8% of cases, and minor bladder denervation was observed rarely. It is important to note that these patients are often infertile and seeking pregnancy. In cases of pregnancy, cesarean section is inevitable.
Conclusion
Rectovaginal DIE is a serious condition, and surgical treatment invariably leaves some sequelae. The expertise, cooperation, and mutual understanding of the surgical team play a crucial role in achieving optimal outcomes.
Keywords:
deep infiltrating endometriosis (DIE), rectosigmoid, innervation

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ICS-Czech Joint Symposium

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:40 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:40 AM UTC Room 10

[ICS] ICS-Czech Joint Symposium Various Approaches in Colorectal Surgery

Moderator:Kotaro Maeda(Oumeimai Hospital), Karel Novák(Czech section of ICS / 1st World Vice President of ICS)

[ICS-6] Robotic surgery for colorectal cancer including hinotori™ system: Clinical advantages and system-specific challenges

Tsutomu Kumamoto, Koki Otsuka, Ichiro Uyama, Koichi Suda (Fujita Health University)

At our institution, four robotic platforms - da Vinci Xi, da Vinci SP, hinotori ™, and Hugo RAS - are used for robotic colorectal cancer surgery. Each platform has unique structural characteristics and clinical advantages. In this presentation, we focus on da Vinci Xi and hinotori™, using intraoperative videos to illustrate key differences in operability and perioperative outcomes, especially subcutaneous emphysema (SE). The da Vinci Xi system provides stable visualization and precise instrument control through its robust docking structure. It is also equipped with advanced technologies such as robotic staplers and integrated energy devices, making it highly suitable for complex and high-precision colorectal procedures. In contrast, the hinotori™ platform features a pivot-based free-docking system that offers greater flexibility during setup. Although robotic staplers and energy devices are not currently integrated into this system, its docking architecture may help reduce abdominal wall pressure, potentially contributing to a lower risk of subcutaneous emphysema, as previously discussed in our publication (*Surg Endosc*, 2024). By presenting comparative surgical videos, we aim to highlight the specific features and advantages of each platform and provide practical insights for improving outcomes in robotic colorectal surgery, such as reducing the risk of subcutaneous emphysema.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ICS-Czech Joint Symposium

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:40 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:40 AM UTC Room 10

[ICS] ICS-Czech Joint Symposium Various Approaches in Colorectal Surgery

Moderator:Kotaro Maeda(Oumeimai Hospital), Karel Novák(Czech section of ICS / 1st World Vice President of ICS)

[ICS-7] Present Aproaches in the Treatment of Hemoroids

Jindřich Šebor (Centre of One-Day Surgery and Orthopeaedics, City Hospital Privamed, Plzen, Czech Republic)

Foreword: The second half of 20th century was characterized of gradual progress in surgery. The surgeons were forced to specialized and that enabled them to carry out more erudite treatments, and also all the technics became more and more progressive. The new methods enable to shorten the time of the procedures and mainly the time of recovery. The development of so called one day treatment had even more advantage - minimalisation of the risk of an infection, shortening the time of recovery and earlier comeback to the normal life, less expensive treatment.
Material: The author describes his fifteen year experience in one day surgery. How the selection of patients is made, which treatment can be performed, how the recovery is managed in means of postoperative follow-up and analgesia. Except of miniinvasive surgery the author speaks about the treatment of the hemoroids.
Results: In fifteen year time was performed over 25,000 procedures according to more than 800 procedures on hemoroids. 99% of patients were discharged according to one day surgery standards (within 1-3 days). The author describes the history of hemoroids, all possibilities of conservativ treatment (way of life, diet, local treatment, medicine, etc.) and surgical treatment (older and new method). He suggests the Longo method in the treatment of hemoroids gr. II.-III., describes advantage of this method for surgeons and mainly patients. All this procedures are possible to perform in regime of one day surgery.
Conclusion: The one day surgery has become a part of a care of surgical patients. It also applies for the treatment of hemoroids. The advantage of this kind of care is indisputable.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Symposium

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 2

[SY2] Symposium 2 IBD Treatment Strategies: With Emphasis on Surgery Timing

司会：金井 隆典(慶應義塾大学医学部内科学（消化器）), 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)

[SY2-1]

Safety and feasibility of intraoperative complete enteroscopy for mucosal assessment in Crohn's disease

Yohei Mikami[1], 水島 一郎[1], 角田 潤哉[2], 吉松 裕介[1], 杉本 真也[1], 清原 裕貴[1], 筋野 智久[1], 髙林 馨[1], 門野 政義[2], 清島 亮[2], 茂田 浩平[2], 岡林 剛史[2], 金井 隆典[1] (1.Division of Gastroenterology and Hepatology Department of Internal Medicine, Keio University School of Medicine, 2.慶應義塾大学医学部一般・消化器外科)

[SY2-2]

Usefulness of PR3-ANCA as biomarker in inflammatory bowel disease

Natsuki Ishida[1], 髙橋 賢一[1], 淺井 雄介[1], 杉浦 喜一[1], 松浦 友春[2], 山出 美穂子[1], 岩泉 守哉[2], 濱屋 寧[1], 山田 貴教[3], 大澤 恵[3], 杉本 健[1] (1.First Department of Medicine, Hamamatsu University School of Medicine, 2.浜松医科大学検査部, 3.浜松医科大学医学部附属病院光学医療診療部)

[SY2-3]

Evaluation of the Efficacy of Oral Budesonide MMX in Patients with Ulcerative Colitis

Satoshi Asai, 橋本 沙優里 (Tane General Hospital, Department of Gastroenterology)

[SY2-4]

Peripheral blood leukocyte differentials are a useful predictor of response to anti-TNF α therapy in ulcerative colitis

Mao Matsubayashi[1], 佐上 晋太郎[1], 阿曽沼 邦央[1], 井上 楠奈子[1,2], 鈴木 啓太[1,2], 渋井 俊佑[1,2], 中村 健太[1,2], 梅田 智子[1,2], 中野 雅[1,2], 小林 拓[1,2] (1.Center for Advanced IBD Research and Treatment, Kitasato University Kitasato Institute Hospital, 2.北里大学北里研究所病院消化器内科)

[SY2-5]

Short-term outcomes of Upadacitinib in hospitalized patients with ulcerative colitis

Yukako Komori, 横山 薫, 金澤 潤 (Department of Gastroenterology, Kitasato University School of Medicine)

[SY2-6]

Efficacy and safety of intraclass switching of JAK inhibitors for the patients with ulcerative colitis

Toshiyuki Sakurai, 秋田 義博, 菊地 伊都香, 古守 萌, 川村 愛子, 豊永 貴彦, 加藤 智弘, 猿田 雅之 (Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, The Jikei University School of Medicine)

[SY2-7]

Advancements in Medical Treatment for Ulcerative Colitis and Surgical Implications

Yuji Miyamoto, 日吉 幸晴, 有馬 浩太, 秋山 貴彦, 河田 彩音, 中村 尋, 堀野 太一, 岩槻 政晃 (Department of Gastroenterol Surgery, Kumamoto University)

[SY2-8]

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Clinical characteristics and surgical outcomes of refractory ulcerative colitis with bowel urgency

Kenji Tatsumi[1], 黒木 博介[1], 後藤 晃紀[1], 中尾 詠一[1], 小原 尚[1], 齋藤 紗由美[1], 木村 英明[2], 荒井 勝彦[1], 杉田 昭[1], 小金井 一隆[1] (1.Yokohama Municipal Citizen's Hospital Inflammatory Bowel Disease 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)

[SY2-9]

Association Between Preoperative Advanced Therapy Exposure Count and Postoperative Infectious Complications in Ulcerative Colitis Surgery

Ryuichi Kuwahara[1], 池内 浩基[1], 野村 和徳[1], 友尾 祐介[1], 長野 健太郎[1], 楠 蔵人[1], 堀尾 勇規[1], 木村 慶[2], 片岡 幸三[2], 池田 正孝[2], 内野 基[1] (1.Division of Inflammatory Bowel Disease Surgery, 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)

[SY2-10]

Preoperative CRP-Albumin ratio as a predictor of safe surgical indications in Crohn's disease

Kinuko Nagayoshi, 吉村 晴香, 久野 恭子, 藤本 崇聡, 田村 公二, 水内 祐介, 堀岡 宏平, 池永 直樹, 仲田 興平, 大内田 研宙, 中村 雅史 (Department of Surgery and Oncology Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University)

[SY2-11]

Efficacy and safety of JAK inhibitors in ulcerative colitis

Miki Koroku, 米澤 麻利亜, 伊藤 亜由美, 中村 真一, 中井 陽介 (Tokyo Women's Medical University Hospital Gastroenterology)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Symposium

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 2

[SY2] Symposium 2 IBD Treatment Strategies: With Emphasis on Surgery Timing

司会：金井 隆典(慶應義塾大学医学部内科学（消化器）), 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)

[SY2-1] Safety and feasibility of intraoperative complete enteroscopy for mucosal assessment in Crohn’s disease

Yohei Mikami[1], 水島 一郎[1], 角田 潤哉[2], 吉松 裕介[1], 杉本 真也[1], 清原 裕貴[1], 筋野 智久[1], 髙林 馨[1], 門野 政義[2], 清島 亮[2], 茂田 浩平[2], 岡林 剛史[2], 金井 隆典[1] (1.Division of Gastroenterology and Hepatology Department of Internal Medicine, Keio University School of Medicine, 2.慶應義塾大学医学部一般・消化器外科)

背景: クローン病（CD）の治療目標の一つに内視鏡的寛解があり、特に術後の臨床的寛解と関連している。CDの活動性評価のゴールドスタンダードは依然として内視鏡検査であるが、狭窄などを理由に術前の腸管における疾患活動性の評価が不十分な症例も多く、術中所見と病態活動性をモニタリングするための比較的非侵襲的なバイオマーカーや画像診断結果に基づいて術後の治療法が選択される。術中全小腸内視鏡（intraoperative complete enteroscopy: ICE）は、外科医と内科医が共同で行う内視鏡検査であり、手術中に小腸全体のリアルタイムな炎症状態の把握が可能である。本研究の目的は、ICEの安全性と実施可能性を評価することである。
方法: 2018年4月から2024年12月まで、単一施設で後ろ向き観察研究を実施した。腸管切除およびICEを受けたCD患者を対象に、臨床情報、内視鏡検査および安全性に関するデータを検討した。トライツ靭帯から切断部位までの全小腸観察の達成率と安全性について検討した。
結果: ICEを受けた61人の患者のうち、CD以外を除外した54人のCD患者が解析された。年齢中央値は44.0歳で、CDの罹病期間中央値は16.7年であった。ICE関連の死亡例や重篤な出血は報告されておらず、完全内視鏡率は85.4%（n= 47/54）であった。
結論: 腸管切除を受けたクローン病患者に対する外科医と内科医の協調的な検査であるICEは、安全に実施可能であった。残存腸管における粘膜治癒・炎症状態を早期に把握することにより、術中の切除範囲の決定や術後の治療方針の選択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

Symposium

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 2

[SY2] Symposium 2 IBD Treatment Strategies: With Emphasis on Surgery Timing

司会：金井 隆典(慶應義塾大学医学部内科学（消化器）), 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)

[SY2-2] Usefulness of PR3-ANCA as biomarker in inflammatory bowel disease

Natsuki Ishida[1], 髙橋 賢一[1], 淺井 雄介[1], 杉浦 喜一[1], 松浦 友春[2], 山出 美穂子[1], 岩泉 守哉[2], 濱屋 寧[1], 山田 貴教[3], 大澤 恵[3], 杉本 健[1] (1.First Department of Medicine, Hamamatsu University School of Medicine, 2.浜松医科大学検査部, 3.浜松医科大学医学部附属病院光学医療診療部)

【背景】炎症性腸疾患において抗好中球細胞質抗体 (PR3-ANCA)は潰瘍性大腸炎(UC)とクローン病(CD)の判別能があることやUCにおける臨床的活動性を反映することが報告されているが，内視鏡スコアや他のバイオマーカーと比較検討した報告はこれまでにない．
【目的】PR3-ANCAのバイオマーカーとしての有用性を内視鏡スコアおよびバイオマーカー(便中カルプロテクチン(FC)，Leucine-rich alpha 2 glycoprotein(LRG))と比較検討することを目的とした．
【方法】2024年2月～2025年3月の間に当施設で下部消化管内視鏡検査およびバイオマーカー(FC，LRG，PR3-ANCA)が測定された163名のIBD患者(UC100名，CD63名)を対象とした．各マーカーでのUCとCDでの有意差検定および内視鏡スコア(UC:Mayo内視鏡サブスコア(MES)，CD:simple endoscopic score for Crohn’s disease(SES-CD))との相関関係を評価した．各バイオマーカーのカットオフ値はFC 300mg/kg，LRG16μg/mL，PR3-ANCA 3.5 U/mLとした．
【結果】PR3-ANCAはUCにおいてMES(P<0.01)およびFC(P<0.01)，LRG(P<0.01)とそれぞれ有意な相関関係を示したが，CDにおいてSES-CD，FC，LRGと有意な相関関係は示されなかった．PR3-ANCAの値は全症例の検討ではUCとCDの間に有意差は示されなかった(P=0.361)．粘膜治癒(MES≤1/SES-CD≤2)のみではPR3-ANCAはUCの方がCDよりも有意に高値であり(P<0.05)，非粘膜治癒(MES≥2/SES-CD≥3)のみでもPR3-ANCAはUCの方がCDよりも有意に高値であった(P<0.01)．全症例のうちPR3-ANCA陽性の症例は40名であり，そのうちUC34名とCD6名でUCの割合は85.0%であった．PR3-ANCA陽性およびFCの陽性と陰性で4群に分けたところ，PR3-ANCA陽性かつFC陰性である群はUC10名とCD1名でUCの割合は90.9%と高値であった．同様にPR3-ANCAとLRGの陽性と陰性で4群に分けたところ，PR3-ANCA陽性かつLRG陰性である群はUC21名とCD3名でUCの割合は87.5%と高値であった．
【結論】PR3-ANCAはFCやLRGと組み合わせることでUCとCDを判別する可能性があり，またUCにおいては内視鏡スコアを反映しうることが示された．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Symposium

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 2

[SY2] Symposium 2 IBD Treatment Strategies: With Emphasis on Surgery Timing

司会：金井 隆典(慶應義塾大学医学部内科学（消化器）), 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)

[SY2-3] Evaluation of the Efficacy of Oral Budesonide MMX in Patients with Ulcerative Colitis

Satoshi Asai, 橋本 沙優里 (Tane General Hospital, Department of Gastroenterology)

【諸言】2023年に潰瘍性大腸炎(UC)に対する寛解導入薬として経口薬であるブデソニド腸溶性徐放錠(以下、経口BUD)が上市された。バイオアベイラビリティが低く全身への副作用が低減された使いやすい経口ステロイド薬という特徴を持つが、リアルワールドでの有効性や至適症例について検討した報告は少ない。【方法】本研究は単施設の後ろ向きコホート研究である。2023年9月から2025年3月の期間にUCに対し経口BUDの処方歴がある患者を対象とした。主要評価項目は寛解導入成功率とし、寛解導入成功の定義は8週以内にpartial Mayoスコア(p-Mayo)2点以下かつ直腸出血スコア0点以下とした。【結果】経口BUDを処方された患者は全21例で、うち再燃時使用目的の処方を受けた患者4例を除外した17例を検討した。17例中3例はステロイド漸減中止後にAdvanced Therapyが十分効果を発現するまでの間の橋渡しとして経口BUDが投与されたステロイド依存例で、目的通りATへ移行できていた。残り14例は寛解導入目的に経口BUDが投与されており、（以下中央値の()内は範囲）年齢中央値34(21-72)歳、男性9例(64.3%)、全大腸炎型10例(71.4%)、左側大腸炎型3例(21.4%)、直腸炎型1例(7.1%)、投与された状況は、5-アミノサリチル酸(5-ASA)で維持中に再燃5例(35.7%)、5-ASA±ブデソニド注腸で寛解導入不成功4例(28.6%)、UC初発時に治療開始と共に5-ASAと併用2例(14.3%)であった。投与前のMayoスコア中央値は7(4-11)、内視鏡サブスコア中央値は1.5(1-3)、p-Mayo 5(3-8)であった。寛解導入成功は7例(50%)、投与期間中央値は24(5-131)日であった。副作用は認めなかった。成功群7例 vs. 不成功群7例を比較すると、内視鏡サブスコア中央値1 vs. 2、初発例57% vs. 0%、罹病期間中央値0(0-5)年 vs. 6(1-26)年であり、寛解導入成功例は内視鏡的軽症例、初発例、罹病期間の短い例が多かった。【結語】経口BUDは当院使用例の半数に有効であり全例副作用を認めなかった。軽症例や初発例により有効である可能性が示唆されたが症例を蓄積し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

Symposium

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 2

[SY2] Symposium 2 IBD Treatment Strategies: With Emphasis on Surgery Timing

司会：金井 隆典(慶應義塾大学医学部内科学（消化器）), 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)

[SY2-4] Peripheral blood leukocyte differentials are a useful predictor of response to anti-TNF α therapy in ulcerative colitis

Mao Matsubayashi[1], 佐上 晋太郎[1], 阿曽沼 邦央[1], 井上 楠奈子[1,2], 鈴木 啓太[1,2], 渋井 俊佑[1,2], 中村 健太[1,2], 梅田 智子[1,2], 中野 雅[1,2], 小林 拓[1,2] (1.Center for Advanced IBD Research and Treatment, Kitasato University Kitasato Institute Hospital, 2.北里大学北里研究所病院消化器内科)

【背景と目的】
潰瘍性大腸炎(UC)に対する治療の効果予測を低侵襲かつ日常診療で使用可能な方法で行うことは実現していない。本検討では、白血球分画によって抗TNFα抗体製剤の効果を予測可能か検討した。
【方法】
2012年12月～2024年12月に活動期UCで抗TNFα抗体製剤を投与した症例を対象とし、12週後の症候的寛解（patient-reported outcome 2の血便スコア0かつ排便スコア1以下）群と非寛解群において、白血球分画を比較した。Mann-Whitney U検定、ロジスティック回帰分析（免疫調節薬・ステロイド併用の有無、罹患範囲、抗TNFα抗体製剤使用歴、Mayo内視鏡スコアで調整）を行った。
【結果】
123例 [infliximab 70例 (57%)、adalimumab 33例 (27%)、golimumab 20例(16%)]が抽出され、男性67例（55%）、年齢（中央値）39歳（IQR 28-52）、12週後の症候的寛解59例（48%）、全大腸炎型90例（73%）だった。寛解群と非寛解群で、好中球(72.2±16.0% vs. 65.9±15.4%)、リンパ球(19.5±12.3% vs. 23.3±12.3%)、好酸球(1.9±2.4% vs. 3.1±3.5%)、好塩基球(0.3±0.3% vs. 0.6±0.5%)、リンパ球数(1334±891 vs. 1694±835)、好酸球数(140±234 vs. 230±269)、好塩基球数(25±21 vs. 45±53)において有意差を認めた。ロジスティック回帰分析では、好中球・リンパ球・好酸球・好塩基球の比率1%増加したときの非寛解に対するOR [95%CI] は0.96 [0.93-0.99]、1.04 [1.01-1.09]、1.17 [1.01-1.41]、32.3 [4.94-306.6]であった。3つの製剤間で傾向は同様であった。
【結論】
末梢血リンパ球、好酸球、好塩基球比率が高いほど、抗TNFα抗体製剤投与の治療効果は低く、治療選択の個別化につながる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Symposium

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 2

[SY2] Symposium 2 IBD Treatment Strategies: With Emphasis on Surgery Timing

司会：金井 隆典(慶應義塾大学医学部内科学（消化器）), 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)

[SY2-5] Short-term outcomes of Upadacitinib in hospitalized patients with ulcerative colitis

Yukako Komori, 横山 薫, 金澤 潤 (Department of Gastroenterology, Kitasato University School of Medicine)

【目的】潰瘍性大腸炎(UC)の入院加療例は治療選択肢の増加と共に減少しているが, 入院を要する重症例も存在する．2022年よりJanus kinase(JAK)阻害薬は3剤使用可能となり, Upadacitinib(UPA)の入院例に対する短期治療成績について検討を行った．
【方法】単施設, 後方視的検討とした．当院でJAK3剤が使用可能となった2022年12月以降に入院例に導入したJAKはUPAのみで, 12例を対象とした．UPA導入時Seo's index(SI; 重症≧220)の平均は220.2±28.8であった．病変範囲は全大腸炎型 92%(11/12例), UPA導入前4週以内に大腸内視鏡検査は92%(11/12例)に施行され, MES 3 91%(10/11例)であった．開始量は全例45mg/日だった．主な直前の治療薬はtacrolimus(Tac) 4例, 生物学的製剤(Bio)4例, 他のJAK2例だった．
【検討項目】主要評価項目は外科手術率, 副次評価項目はUPA導入3日, 1週, 2週, 4週時の臨床的改善率, 直前の治療薬(Tac, Bio, JAK)別の改善率とした．なお寛解はSI≦120, 改善はSI<150またはUPA導入時より≧70の低下と定義した．
【成績】1)外科手術率は16.7%(2/12例)で, UPA導入から手術まで15日と31日であった．2)臨床的改善率はUPA導入3日 16.7%(2/12例), 1週 25%(3/12例), 2週 33.3%(4/12例), 4週54.5%(6/11例)であった．なお, 臨床的寛解は2週時1例, 4週時2例認められた．3)直前治療別の導入1週時の臨床的改善率はTac 50%(2/4例), Bio 25%(1/4例), JAK 0%(0/2例)であった．
【結論】UPAはTacやBio不応の入院重症例に対しても限定的ながら治療効果が得られたが, 内科治療に固執せず外科手術のタイミングを逸しないことが肝要である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Symposium

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 2

[SY2] Symposium 2 IBD Treatment Strategies: With Emphasis on Surgery Timing

司会：金井 隆典(慶應義塾大学医学部内科学（消化器）), 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)

[SY2-6] Efficacy and safety of intraclass switching of JAK inhibitors for the patients with ulcerative colitis

Toshiyuki Sakurai, 秋田 義博, 菊地 伊都香, 古守 萌, 川村 愛子, 豊永 貴彦, 加藤 智弘, 猿田 雅之 (Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, The Jikei University School of Medicine)

【背景】潰瘍性大腸炎（UC）に対するJAK阻害薬3剤（filgotinib, FIL; tofacitinib, TOF; upadacitinib, UPA）の有効性が示されているが、クラス内スイッチ使用例についての報告は少ない。【目的】JAK阻害薬内のスイッチにおける有効性や安全性について明らかにする。【方法】単施設後方視的研究を行った。当院通院中のUC患者で、2019年1月～2025年3月までにJAK阻害薬から別のJAK阻害薬へスイッチした症例を対象とし、患者背景（性別・年齢）、疾患情報（病型、罹病期間、使用薬剤歴、併用薬剤）、臨床情報（症状スコア[Simple Clinical Colitis Activity Index; SCCAI]、血液検査値、内視鏡所見）を調査し、スイッチした薬剤とその理由、スイッチ後の効果と安全性、継続率について解析した。スイッチ間にJAK阻害薬以外の分子標的薬を使用した症例は除外した。【結果】30例に計35回のクラス内スイッチが行われた。男性13例(37.1%)、平均年齢47.9±14.9歳、全大腸炎型27例(77.1%)、左側大腸炎型8例(22.9%)、平均罹病期間103±88ヶ月であった。スイッチ時のMayo内視鏡サブスコア2.3±0.9、SCCAI 4.4±3.2であった。スイッチ理由は、治療強化29例、有害事象4例、その他2例であった。JAK阻害薬2剤目へのスイッチ30例、3剤目へのスイッチ5例で、FIL→TOF 6例（すべて治療強化）、TOF→UPA4例（すべて治療強化）、FIL→UPA 16例（すべて治療強化）、UPA→TOF 1例（有害事象）、UPA→FIL 2例（有害事象）、TOF→FIL 6例（うち治療強化3例）であった。治療強化目的に変更した症例の8週間後の臨床的寛解率はTOF 80.0%、FIL 66.7%、UPA 76.5%（p=0.29）であった。有害事象を17例(48.6%)に認め、UPA使用例で70.0%と有意に高率であった(p=0.01)。継続率は12週目まで74.3%、24週目までで68.6%でUPAへのスイッチ例でやや高い傾向が示された。【結論】JAK阻害薬内スイッチの有効性が示された。有害事象の頻度を考慮してUPAを2剤目以降の選択肢にすることが望ましい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Symposium

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 2

[SY2] Symposium 2 IBD Treatment Strategies: With Emphasis on Surgery Timing

司会：金井 隆典(慶應義塾大学医学部内科学（消化器）), 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)

[SY2-7] Advancements in Medical Treatment for Ulcerative Colitis and Surgical Implications

Yuji Miyamoto, 日吉 幸晴, 有馬 浩太, 秋山 貴彦, 河田 彩音, 中村 尋, 堀野 太一, 岩槻 政晃 (Department of Gastroenterol Surgery, Kumamoto University)

背景
潰瘍性大腸炎 (UC)に対する内科治療が進歩し、治療選択肢を広げる中で、外科的治療である大腸全摘術の適応となる患者の背景や手術成績が変化している可能性がある。今回、2016前後における、潰瘍性大腸炎に対する外科的治療内容の変化を調べることを目的とした。
方法
当院で潰瘍性大腸炎に対し、外科的治療を施行した56例を対象とした。2016年前後で2群(前期20例、後期36例)に分け、それぞれの手術理由、患者背景、術前状態 (炎症所見、栄養状態)、術後短期成績について検討した。
結果
患者背景は年齢(才) 前期: 後期=53 (25-76): 61 (19-82)、性別 (男性) 前期: 後期=65%: 67%、BMI (kg/m2)=前期: 後期=18.3: 21.6 (p=0.03) で、後期群で有意にBMI高値であった。外科治療の理由として、内科治療難治例の割合は前期85%、後期50%、穿孔・大量出血は前期10%、後期17%、癌や異形成の割合は前期5%、後期33%（p=0.01）と後期群で癌や異形成が増加していた。腹腔鏡手術の割合は前期80%、後期83%でほぼ同等であり、術前に維持量以上のステロイドを使用した患者は前期30%、後期36%であった。手術は、1期：2期：3期手術率は前期 20%：75%：5%で、後期 22%：47%：31%(p=0.04)であった。Claven-Dindo grade 3以上の術後合併症率は、前期：後期=20%：14%、術後在院日数は前期：後期=21日：16日であった。前期と後期で術前の炎症所見や栄養状態 (Prognostic nutritional index [PNI]、COUNTスコア)に有意な違いは認めなかったが、後期群では低PNIが術後合併症率の上昇 (p<0.01)と在院日数の延長 (p<0.01)に関連していた。
結語
潰瘍性大腸炎に対する外科治療は、内科治療の進歩に伴い、患者背景や手術成績が変化している。特に術前栄養状態が手術成績に大きな影響を与え、術後合併症の予防には外科的治療のタイミングを含めた内科と外科の連携が不可欠である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Symposium

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 2

[SY2] Symposium 2 IBD Treatment Strategies: With Emphasis on Surgery Timing

司会：金井 隆典(慶應義塾大学医学部内科学（消化器）), 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)

[SY2-8] Clinical characteristics and surgical outcomes of refractory ulcerative colitis with bowel urgency

Kenji Tatsumi[1], 黒木 博介[1], 後藤 晃紀[1], 中尾 詠一[1], 小原 尚[1], 齋藤 紗由美[1], 木村 英明[2], 荒井 勝彦[1], 杉田 昭[1], 小金井 一隆[1] (1.Yokohama Municipal Citizen's Hospital Inflammatory Bowel Disease 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)

【背景】近年,潰瘍性大腸炎(UC)に対する内科的治療の進歩により,難治例に対する外科治療は減少傾向にある.しかし新規薬剤を含む内科的治療でも十分な効果が得られず,urgency (便意切迫感)により日常生活や社会生活に著しい支障をきたす症例が存在する.
【目的】urgencyを合併したUC難治例の臨床的特徴と外科治療の成績を明らかにする.
【対象・方法】2010年4月～2024年8月にUC難治例で手術を行った373例を対象とした. 検討①:urgency合併群(U群)と非合併群(NU群)の2群に分け,臨床病理学的特徴,術前画像検査所見を比較検討した. 検討②:urgency合併例の術式,術後合併症を検討し,術前後で排便状況,社会生活を比較した.
【結果】検討①:181例(48.5%)にurgencyを合併していた.U群はNU群に比較して,発症年齢が高く(p＝0.04),一日排便回数が多く(p<0.001),漏便の頻度が高かった(p<0.001).注腸造影検査においては,腸管の狭小化とS状結腸の直線化を有意に多く認めた(いずれもp<0.001).
検討②:urgency合併例の性別は男性111例,女性70例,UCの発症年齢は31歳,手術時年齢は40歳,初回手術後観察期間は86か月であった.大腸全摘回腸嚢肛門管吻合術(IACA)を171例に施行,術後合併症として縫合不全による汎発性腹膜炎を10 例(5.8%)に認め,全例に対し開腹ドレナージ,回腸人工肛門造設術を行った.人工肛門閉鎖を希望しなかった1例を除き,全例で人工肛門を閉鎖した.回腸嚢機能率は術後5年97.9%,10年95.3%であった.
回腸嚢機能170例で術前と術後1年目の排便機能を比較すると,1日排便回数は術前平均10.1回から術後7.5回へ減少し,urgency合併例は100%から0%,漏便は37.4%から3.3%へと有意に改善した(いずれもp<0.001).また全例での未就労,未就学例の比率は術前32.2%から術後1.7%へと有意に改善した(p<0.001).
【結語】潰瘍性大腸炎難治例のうちurgencyを有する症例では,排便回数や漏便が多く,腸管狭小化やS状結腸の直線化を伴うことが多い.IACA後の回腸嚢機能率は良好で排便状況や社会復帰状況も有意に改善することから,内科的治療で改善しないurgency合併例にはQOL改善目的の手術治療を検討すべきである.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Symposium

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 2

[SY2] Symposium 2 IBD Treatment Strategies: With Emphasis on Surgery Timing

司会：金井 隆典(慶應義塾大学医学部内科学（消化器）), 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)

[SY2-9] Association Between Preoperative Advanced Therapy Exposure Count and Postoperative Infectious Complications in Ulcerative Colitis Surgery

Ryuichi Kuwahara[1], 池内 浩基[1], 野村 和徳[1], 友尾 祐介[1], 長野 健太郎[1], 楠 蔵人[1], 堀尾 勇規[1], 木村 慶[2], 片岡 幸三[2], 池田 正孝[2], 内野 基[1] (1.Division of Inflammatory Bowel Disease Surgery, 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)

【背景】
潰瘍性大腸炎（UC）に対する治療は近年急速に進展し，作用機序の異なる複数のAdvanced Therapy（AT）が使用可能となった。一方で，複数の薬剤を使用しても寛解導入に至らず外科治療を要する症例も少なくなく，ATの使用数が術後合併症に与える影響は未だ明らかでない。
【対象と方法】
2016年4月～2024年12月までにUCに対して初回腸管切除術を施行した569例のうち，癌・dysplasia症例を除き，データ欠損のない327例を対象とした。ATはAnti-TNF（術前3か月以内），Vedolizumab，Ustekinumab（ともに術前2か月以内），JAK阻害薬（術前3日以内），免疫抑制剤（術前1週間以内），全身性ステロイド（術前1か月以内に40mg以上使用）と定義し，術前曝露数を算出した。主要評価項目は術後30日以内の感染性合併症（SSI，呼吸器感染，尿路感染，血流感染等）とした。
【結果】
感染は全体の26.0%（106/327）に認めた。曝露数別感染率は0剤：25.0%，1剤：20.5%，2剤：16.9%，3剤以上：21.4%で，有意な相関はなかった（p＝0.370）。多変量解析では，CRP（OR 1.06, p＝0.048），術前ステロイド40mg以上（OR 2.35, p＝0.026），Anti-TNF使用（OR 0.42, p＝0.025）が独立因子であった。Anti-TNF使用例では感染率が9.6%と低く，保護的に作用していた。その他の薬剤（Vedolizumab，JAK阻害薬，Ustekinumab，免疫抑制剤）の使用や，再建術式，緊急手術，出血量，ASA-PS，Charlson Comorbidity Index等の周術期因子は有意差を認めなかった。
【結語】
術前AT曝露数は術後感染性合併症の独立因子ではなかったが，薬剤ごとの影響評価は重要であり，特にAnti-TNFの安全性が示唆された。CRP高値や高用量ステロイド使用症例では周術期管理に一層の注意が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Symposium

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 2

[SY2] Symposium 2 IBD Treatment Strategies: With Emphasis on Surgery Timing

司会：金井 隆典(慶應義塾大学医学部内科学（消化器）), 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)

[SY2-10] Preoperative CRP-Albumin ratio as a predictor of safe surgical indications in Crohn’s disease

Kinuko Nagayoshi, 吉村 晴香, 久野 恭子, 藤本 崇聡, 田村 公二, 水内 祐介, 堀岡 宏平, 池永 直樹, 仲田 興平, 大内田 研宙, 中村 雅史 (Department of Surgery and Oncology Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University)

[背景]近年ではクローン病に対して様々な生物学的製剤が使用されており、外科治療症例の背景が変わりつつある。一方で内科治療抵抗症例も少なからずあり、外科治療の適切なタイミングを判断するのが難しいことも多い。CRP-Albumin比（CAR）はクローン病の疾患活動性を反映しており、術直前でも簡便に評価することができ、周術期合併症リスクの予測因子としても活用しうる。今回、我々は術前CARを用いた安全な外科治療の適応基準について検証した。[方法]2010～2024年までに外科的治療を施行したクローン病208例について、術前CARと患者背景との関連を検証し、術後合併症リスクを予測する術前指標としてのCAR値を同定し、その有用性を評価した。
[結果]術前CARは若年、男性、活動性の高さと関連していたが、生物学的製剤を含む術前治療の有無では違いは認めなかった。活動性により術前CARの合併症リスクに対する感度が異なるため、感度が最も高い穿通型症例(n=111)において、陰性的中率が最大のカットオフを用いて術前CAR高値・低値の２群に分け検証した。術前CAR高値群(n=53)では低値群(n=58)と比べて、男性、IOIBDスコア３以上が有意に多く見られた。術前CAR高値群では低値群と比べて、開腹手術が多く選択されており、手術時間が長く(359分 vs. 304分, P=0.03)、出血量も多かった(316g vs. 200g, P=0.03)。術後全合併症は術前CAR高値群で定置群と比べて有意に多く(56.6% vs. 19.0%, P＜0.0001)、腸閉塞(13.2% vs. 1.7%, P=0.01)、創感染(18.9% vs. 5.1%, P=0.02)も多くみられた。プロペンシティスコアマッチングを用いて術前背景因子を調整し、穿通型症例の術前CAR高値群(n=31)と低値群(n=31)で改めて術後合併症リスクを比較した。背景因子調整後もCAR高値群では低値群と比べて、術後全合併症(58.1% vs. 19.4%, P＝0.002)・創感染(19.4% vs. 3.2%, P=0.04)が有意に多い結果となった。
[結語]術前CAR高値は術直前の病勢を反映しており、術前の内科的治療の内容に関わらず、周術期合併症リスクを予測する因子となる。術前CARは、内科治療経過中に安全な外科治療のタイミングを図るための簡便かつ有用な指標となりうる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Symposium

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 10:00 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 1:00 AM UTC Room 2

[SY2] Symposium 2 IBD Treatment Strategies: With Emphasis on Surgery Timing

司会：金井 隆典(慶應義塾大学医学部内科学（消化器）), 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)

[SY2-11] Efficacy and safety of JAK inhibitors in ulcerative colitis

Miki Koroku, 米澤 麻利亜, 伊藤 亜由美, 中村 真一, 中井 陽介 (Tokyo Women's Medical University Hospital Gastroenterology)

【目的】現在、本邦では3剤のJAK阻害薬が保険承認されている。今回、当院における潰瘍性大腸炎（UC）におけるJAK阻害薬3剤（トファシチニブ(TOF)、フィルゴチニブ(FIL)、ウパダシチニブ(UPA)）の有効性、安全性について比較すること目的とする。
【方法】2018年11月から2024年12月にUC増悪に対しJAK阻害薬が投与された症例を対象とした。患者背景、臨床的寛解率、安全性を検討した。疾患活動性はpartial Mayo score(PMS)を用い、PMS≤2かつ各スコア1点以下、血便サブスコア0点を寛解と定義した。
【結果】症例はTOF34例(男性n=21、年齢中央値36.9歳)、FIL15例(男性n=12、年齢中央値39.4歳)、UPA9例(男性n=6、年齢中央値39.8歳)であった。疾患活動性(PMS中央値)はそれぞれTOF 5.5点、FIL 4点、UPA 6 点であった。生物学的製剤もしくは低分子化合物の使用歴はTOF 44.1%、FIL 20%、UPA 55.6%であった。投与8週後での臨床的寛解率はTOF 76.5%、FIL 66.7%、UPA 77.8%であり、TOF・UPA はFILと比較し臨床的寛解率が高かった。また安全性はTOF 12例、FIL 2例、UPA 1例で併発症(帯状疱疹、皮疹、ざ瘡など)を認めたが、心血管イベントや悪性腫瘍などの重篤な合併症は認めなかった。
【結論】JAK阻害薬はいずれも投与8週後から高い有効性が示された。UPAは背景としてFIL・TOFに比べ疾患活動性および生物学的製剤の使用率が高いにもかかわらず、高い有効性を示しており、難治例に対する有用性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Symposium

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

[SY3] Symposium 3 Proctology: Past, Present, and Future

司会：鮫島 隆志(潤愛会鮫島病院外科), 山口 トキコ(マリーゴールドクリニック)

[SY3-1]

History of management and surgery for anal diseases at our hospital

Shota Takano (Coloproctology Center Takano Hospital)

[SY3-2]

Matsushima Hospital: Yesterday's Wisdom, Tomorrow's Vision

Sayuri Matsushima, 佐井 佳世, 米本 昇平, 酒井 悠, 鈴木 佳透, 紅谷 鮎美, 松村 奈緒美, 下島 裕寛, 岡本 康介, 國場 幸均, 黒水 丈次, 大島 隆一, 小菅 経子, 宮島 伸宜, 松島 誠 (Matsushima Hospital)

[SY3-3]

History of anal treatment at our hospital and changes in hemorrhoid surgery

Norihiro Kato, 加藤 久仁之 (Furudate Kato Proctolgy & Surgery Clinic)

[SY3-4]

The Future of Diagnosis and Treatment of Internal Hemorrhoids - The Role of ALTA and the Improvement of Diagnostic Techniques in Ultrasonography

Hidenori Miyamoto (Miyamoto Hospital)

[SY3-5]

Long-Term Outcome of Divided Ligation for Chronic Anal Fissure

Yoshitaka Hata (Hata Proctologic Clinic)

[SY3-6]

Practicing Proctology with a Research Mindset: Pursuing Clinical Questions Through Daily Practice.

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)

[SY3-7]

Training and Current Challenges of Anorectal Surgeons in the Tohoku Region

Naoki Yago[1], 八子 博貴[2] (1.Yago Clinic, 2.福島県立医科大学消化管外科学講座)

[SY3-8特別発言]

Yesterday, Today, and Tomorrow of Proctology Treatment

Takao Takiue, 嶋村 ヒロシ, 根津 真司, 鈴木 健夫, 谷浦 允厚, 神尾 翼, 桑田 起雄, 垂水 研一, 竹馬 彰 (Chikuba Hospital for Proctological and Gastrointestinal Diseases)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Symposium

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

[SY3] Symposium 3 Proctology: Past, Present, and Future

司会：鮫島 隆志(潤愛会鮫島病院外科), 山口 トキコ(マリーゴールドクリニック)

[SY3-1] History of management and surgery for anal diseases at our hospital

Shota Takano (Coloproctology Center Takano Hospital)

【はじめに】肛門疾患の手術は患者が結果を直接感じることができる特殊性がある。よって合併症や再発を極力避けつつ、肛門機能を失わない術式が望まれる。当院での手術の変遷と現在行っている術式および工夫を提示する。
【痔核】スタンダードである結紮切除術（ＬＥ）を主体に行っているが、痔核切除辺縁に篦縫いを施し、肛門縁を引き上げる処置を高野式と名付け行っている。仕上がりの見た目を整えるために行っていたが、近年は止血予防として位置づけ、過剰な引き上げを避け術後疼痛緩和にも繋がっている。PPHの改変法であるPartial Stapled Hemorrhoidectomy (PSH)を導入。痔核を切除すると同時に直腸粘膜を引き上げ、再発を予防する方法で，ＰＰＨの合併症である狭窄を来さないよう工夫している。術前から便排出困難を認める患者では、術後の過度のいきみで肛門の腫脹や治癒遷延を認めることがあるため、術前に排出訓練などの理学療法を行い、術後合併症を来さないよう工夫をしている。
【痔瘻】以前から瘻管を全てくりぬき一次口を単純閉鎖する括約筋温存術を行っていたが5%以上の再発を認めていた。現在は一次瘻管を残し内括約筋内で瘻管を切断。筋粘膜弁で切離断端を閉鎖するMyo-mucosal advancement flap repair with retained fistula tract (MARFT) を行い、再発の低下を図れている。隅越分類III型痔瘻に対しては前述の筋粘膜弁法に加えて外肛門括約筋のダメージを極力抑えた側方アプローチ法を行っている。
【肛門機能】肛門の診療を続けていると便秘や便失禁など機能的な疾患を多数経験する。その経緯から当院では便排出困難型に着目した便秘診療や、器質的変化を伴わない直腸肛門痛など機能的疾患に対する治療を全国に先駆けて行っている。
【まとめ】肛門の手術においては再発の予防と機能の温存のバランスを保つことが重要である。当院では術後だけでなく、日常の肛門の機能を守る治療を積極的に行っている。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Symposium

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

[SY3] Symposium 3 Proctology: Past, Present, and Future

司会：鮫島 隆志(潤愛会鮫島病院外科), 山口 トキコ(マリーゴールドクリニック)

[SY3-2] Matsushima Hospital: Yesterday’s Wisdom, Tomorrow’s Vision

Sayuri Matsushima, 佐井 佳世, 米本 昇平, 酒井 悠, 鈴木 佳透, 紅谷 鮎美, 松村 奈緒美, 下島 裕寛, 岡本 康介, 國場 幸均, 黒水 丈次, 大島 隆一, 小菅 経子, 宮島 伸宜, 松島 誠 (Matsushima Hospital)

【昨日:秘伝の時代】当院の歴史は1924年に初代松島善三が松島医院を開設したことに始まる.2代目松島善視の著書「松島病院80周年史 鬼手仏心を銘として」の「経験主義の弊害」の項には「痔の治療はまさに「秘伝」で,おのおのの医者が独自に工夫しておこなっていた」と記載されている.この本は2006年に発行されたものだが現在でも肛門病診療はこの「秘伝」の傾向があり,各施設でその技術や経験がartになっているのが肛門病診療の昨日である.【今日:言語化の時代】2025年4月,当院での手術をartではなく言語化しましょうという宮島伸宜先生の呼びかけと3代目松島誠の賛同,当院に勤めておられる先生方のご協力があって「松島流 肛門疾患手術:なぜそうするのか?」が発行された.本著は手術手技を秘伝ではなく「言語化」し,過去のデータから最適と思われる術式を選択し「標準化」することで肛門外科の発展に繋げたいとの思いから作成した.一方で,当院からの論文報告は後方視的な報告ばかりであるのが現状である.その原因の一つとして症例数は非常に多いが毎度報告をする際にデータを集める労力が大きいという課題がある.【明日:データに基づいた最適治療の時代】そこで今年,紅谷鮎美先生と宮島伸宜先生のご尽力によりデータベースが当院でも立ち上がった.今後はこのデータベースを生かして後方視的な報告と同時に前向きの臨床試験などを積極的に行い,この症例数の多さを生かした報告を重ねていきたいと考える.また,近年肛門科を標榜していている医療機関であっても痔核の手術で肛門括約筋を大きく損傷し,適切な治療とは言えない手術をされて当院へ駆け込んでくる患者が目立つようになった.近年の働き方改革や若い先生方の開業思考から,さらに肛門科を標榜する開業医は増えることが想定される.今後は同じ看板を掲げていても,どの医療機関に行けば適切な肛門病診療が受けられるのか患者が分かる仕組みづくりも求められるのかもしれない.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Symposium

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

[SY3] Symposium 3 Proctology: Past, Present, and Future

司会：鮫島 隆志(潤愛会鮫島病院外科), 山口 トキコ(マリーゴールドクリニック)

[SY3-3] History of anal treatment at our hospital and changes in hemorrhoid surgery

Norihiro Kato, 加藤 久仁之 (Furudate Kato Proctolgy & Surgery Clinic)

当院は岩手県で67年間親子三代で継承してきた個人の有床診療所で、初代が1959年に盛岡市に肛門科外科医院を開設、その後二代目（演者）が2000年に紫波郡にふるだて加藤肛門外科クリニックを移転、2025年に三代目が継承した。初代は親戚筋であった大阪市の開業医で研修したが、演者の時代岩手県は、医局から肛門病専門施設への内地留学は許されず、出張病院では1970年代であってもWhitehead手術や独自の術式が行われ、肛門病学は不毛の地であった。そのため学会、研究会、業者主催のセミナーに参加し独学で知識を得るしかなかった。三代目の時代は動画の画質向上やWEB開催・オンデマンドが増え情報は得られ易いが、監視・点検体制のない個人開業医ではエビデンスのない独自の手術法がまかり通り易い。したがって自験例の検証を怠らず、学会などで他の肛門科医の指導や意見を謙虚に聞きながら議論をする場が必要である。
当院の痔核手術は貫通結紮法主体（初代）、結紮切除術主体（演者）、ALTA療法主体（演者・三代目）と変化してきた。そのALTA療法は第1期（2005～2008年）LE＋A（1個の痔核にLE、他の痔核にALTA）、第2期（2009～2013年）E・A（内痔核ALTA＋外痔核切除）、第3期（2014～2024年）ALTA単独（Aを第一選択、A・Eはオプション）と変遷してきた。今回、ALTA療法の変遷による影響と今後の問題点について検証した。【対象】過去25年間のALTA療法9715症例、31255病変。【方法】合併症発生率、術後ロキソプロフェン投与量、累積無再発率（K-M法）を各期間毎に検討。【結果】LE主体、E・A主体、A主体と切除度が減少するほど晩期出血病変とロキソプロフェン投与量は減少したが再発病変は増加傾向を示した。ALTA療法に特有な潰瘍・膿瘍形成病変は一時的に増加したが、投与技術の向上で減少した。120ヶ月の術式別無再発率はLE:85.6%、E3:96.9%、A64.0%、E2:56.4%、の順に低下し、LEとE3間、AとE2間には有意差は認められなかった。【考察】当院のALTA療法の変遷は個人開業医としては順当なものと判断され、今後はオプションとしての外痔核切除の客観的・肉眼的適応基準（粘膜提靭帯状態等を加えた）の必要性を感じる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Symposium

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

[SY3] Symposium 3 Proctology: Past, Present, and Future

司会：鮫島 隆志(潤愛会鮫島病院外科), 山口 トキコ(マリーゴールドクリニック)

[SY3-4] The Future of Diagnosis and Treatment of Internal Hemorrhoids - The Role of ALTA and the Improvement of Diagnostic Techniques in Ultrasonography

Hidenori Miyamoto (Miyamoto Hospital)

2005年3月にAluminum potassium sulfate and tannic acid (ALTA)の臨床使用が可能となり、本邦での内痔核治療は大きく変化した。私はALTA療法について、治療成績やその適応、エコーを使った客観的な評価などの報告を行ってきたので、これらに文献的知見を加えてこれからの内痔核の診断と治療について考えた。
まず、ALTA療法の治療効果と適応についてである。当院では2007年4月からALTA療法を行い低侵襲で有効な治療法であることを報告した（Hepatogastroenterol. 2012）。Altomareらが2013年にNat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.で報告した内痔核治療のレビューで我々の論文も引用されていたが、硬化療法はGoligher 2度までの治療法とされていた。その後当院を含む4施設で多施設共同研究を行い、Goligher 2度と3度に対するALTA単独療法の5年累積再発率に有意差がなかったことから、ALTA単独療法はGoligher 3度まで有効な硬化療法であると報告した（World J Hepatol.2016）。この結果をふまえて、Goligher 3、4度の内痔核の低侵襲治療について、本邦や海外で行われている治療法をレビューして報告した（J Anus Rectum Colon 2023）。この中で、ALTAを含む硬化療法やAnal cushion liftingなどをあげ、再発率と痛みの程度のバランスを考えながらどの治療法を選択するかのアルゴリズムを示した。
次に、経肛門エコーの評価についてである。ALTAの作用機序は、血流遮断を介した止血、痔核の縮小と、線維化による粘膜層、粘膜下層の筋層への癒着、固定である。我々はPower Doppler Imagingで痔核内の血流が治療後に著しく低下していることを報告した（Colorectal Dis. 2013）。田中らはelastographyで治療後の痔核の線維化を確認し、日本大腸肛門病会誌70巻10号で報告した。さらに最近では、従来は描出が困難であった低流速の血流を描出できるSuperb Micro-vascular Imaging（SMI）が開発されたことにより、経会陰エコーによるSMIで痔核内の血流を確認できるようになっている。
本邦において、ALTAは現在もこれからも内痔核治療に必須の硬化剤である。その効果を最大限発揮させるためにSMIによる痔核の血流のデータを役立てていきたい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Symposium

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

[SY3] Symposium 3 Proctology: Past, Present, and Future

司会：鮫島 隆志(潤愛会鮫島病院外科), 山口 トキコ(マリーゴールドクリニック)

[SY3-5] Long-Term Outcome of Divided Ligation for Chronic Anal Fissure

Yoshitaka Hata (Hata Proctologic Clinic)

【緒言】裂肛に対する治療は排便コントロールを始めとする保存的療法から外科的治療まで様々である。当院での治療変遷は１９３０年代から１９７０年代までは難治性の肛門潰瘍や肛門ポリープを伴う慢性裂肛に対して腐食塗布療法とゴムバンド結紮の併用で治療を行っていた。その後腐食療法は徐々に行われなくなり、１９８０年代から２０００年代までは器質的な肛門狭窄がないが肛門のトーヌスが強い症例には塩酸キニーネ注射による持続的な肛門括約筋の過緊張を解除することで機能的な肛門狭窄の治療を行い、肛門ポリープなどの器質的な病変を伴う慢性裂肛には振り分け結紮術を行っていた。しかし振り分け結紮術は強度の狭窄を伴う慢性裂肛に対しては一回の施術で十分な狭窄解除が難しく数回の施術を要する例を経験したことから近年（２０１０年代～）では少なくとも局所麻酔下に肛門管内の病変部が確認でき、病変部を一括に運針可能な程度の慢性裂肛を主な適応としている。これまで振り分け結紮術の長期成績は報告されてこなかったので今回報告する。
【対象】２０１０年４月１日から２０１５年３月３１日までに強度の肛門狭窄を伴わない慢性裂肛に対して当院で振り分け結紮術を行い１年以上の経過を確認できた症例
【方法】２０２５年３月３１日の時点で対象患者の診療録を基に総患者数、年齢、観察期間、再発例について調査した。
【結果】総患者数４２例（男性：１５例、女性：２７例）、年齢１７～８０歳（平均４７歳）、観察期間１年１日～１３年２１２日（平均4.8年）、再発が３例（7.1％）であった。慢性裂肛を再発した内の２例が再手術となった。
【結語】当院では古典的な治療法にこだわりその工夫を受け継ぐようにしている。淘汰された治療法もあるが、将来の肛門科診療に残せるものを検討していくためにエビデンスを追求していく必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Symposium

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

[SY3] Symposium 3 Proctology: Past, Present, and Future

司会：鮫島 隆志(潤愛会鮫島病院外科), 山口 トキコ(マリーゴールドクリニック)

[SY3-6] Practicing Proctology with a Research Mindset: Pursuing Clinical Questions Through Daily Practice.

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)

医療の専門分化が進む中で, 肛門疾患に特化した肛門科医師の役割は, 患者のQOLに直結する重要な領域である. また, ３大痔疾患や直腸脱といった代表的な肛門疾患から, 排便障害などの機能性疾患, IBDなどの内科疾患, 大腸がんや肛門部がんなどの悪性疾患まで多岐にわたる診断能力を求められる.

　一方で, 肛門科領域における臨床研究の蓄積は, 他の領域と比較すると限定的であり, 科学的根拠に基づく治療戦略や診療ガイドラインの整備の更なる発展が望まれる. 本邦の肛門科診療の特性上, RCTや他施設共同試験の実施は困難だからこそ, 現場の日常診療で生じた疑問を研究へ昇華する「研究マインド」を日頃から意識することが重要である.

1. 明確なクリニカルクエスチョン（QQ）をもつこと.
2. QQを証明するためのデータベースを作成し, 日々の日常診療で前向き登録しておく.
3. 学会発表等の抄録作成時点で臨床データを抽出し,　論文化できるまでの統計解析をおこなっておく.
4. 英語論文検索のクセをつける.
5. 症例報告を大切にする.
6. 地域連携を大切にし, 地域で不足する疾患領域を補完する.

　これらに留意し, 平成21年から当地で外科・肛門科医師として重ねてきた実績は, 学会・研究会175発表, 講演91回, 論文32編（和文10編　英文22編　総インパクトファクター56.3）. 2020年度版の肛門疾患・直腸脱診療ガイドライン作成にも携わらせていただいた. 研修医時代に「エビデンスは自分でつくるものだよ.」と恩師に言われた言葉を, 今でも心に秘めて日々の日常診療に取り組んでおり, 日常での取り組み工夫を報告する.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Symposium

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

[SY3] Symposium 3 Proctology: Past, Present, and Future

司会：鮫島 隆志(潤愛会鮫島病院外科), 山口 トキコ(マリーゴールドクリニック)

[SY3-7] Training and Current Challenges of Anorectal Surgeons in the Tohoku Region

Naoki Yago[1], 八子 博貴[2] (1.Yago Clinic, 2.福島県立医科大学消化管外科学講座)

＜はじめに＞日本大腸肛門病学会の専門医取得には学会の認定施設、関連施設での研修が必須である。東北地方には認定施設が22か所あるが、肛門専門医療機関はない。現在、東北地方で肛門外科医として地域医療に貢献しているが、過去を振り返り、現状の課題や地方における肛門外科医の育成について考えたい。
＜現在まで＞外科医として多忙の中、生活習慣の悪さから3度の内痔核を経験し、2000年にPPHを受けた。術後後出血や遷延する疼痛を経験し、肛門外科を学ぶ決意をした。地元で肛門外科医として認知されるために集患と研究会や学会発表を通じて、専門医から評価を受け、日常診療にフィードバックすることを継続してきた。具体的な各疾患に対する術式として、痔核にはPPHからLEへ、2005年のALTA療法導入後はALTA単独、ALTA併用療法など多岐にわたる術式を選択している。痔瘻については切開開放術、シートン法、括約筋温存術、深部痔瘻にはハンレー変法を中心に肛門機能の温存を図る術式を選択している。裂肛、特に肛門狭窄症例には皮弁による肛門形成術を導入している。現状の課題としては、マンパワー不足やスタッフ教育に時間が取れないことが挙げられる。
＜将来の展望＞この10年間で医師数は増加しているが、外科医、消化器外科医は増えておらず、高齢化が深刻な課題となっている。特に東北地方でもこの問題は顕著である。肛門は排便という重要な生理機能を有し、診療や治療には専門性が必要である。全国各地の専門病院で研修を受けることは重要だが、実際には時間を取ることが困難である。東北には3つの研究会があり、研修の場として参加し、症例検討のハードルを下げることが必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Symposium

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

[SY3] Symposium 3 Proctology: Past, Present, and Future

司会：鮫島 隆志(潤愛会鮫島病院外科), 山口 トキコ(マリーゴールドクリニック)

[SY3-8特別発言] Yesterday, Today, and Tomorrow of Proctology Treatment

Takao Takiue, 嶋村 ヒロシ, 根津 真司, 鈴木 健夫, 谷浦 允厚, 神尾 翼, 桑田 起雄, 垂水 研一, 竹馬 彰
(Chikuba Hospital for Proctological and Gastrointestinal Diseases)

肛門科の歴史は浅くはないが、昔は“肛門疾患はお尻の谷間ではなく、医療の谷間にあった”と聞く。
当院は、恩師である故竹馬浩が、昭和47年に肛門科を専門とした病床数19床の医院として倉敷市の郊外に開設し、現在病床数60床、常勤医8名、肛門手術数約1,100例/年、大腸手術数約110例/年、大腸内視鏡検査約6,500例/年の大腸肛門病の専門病院である。竹馬は岡山大学第一外科の出身で、当時日本大腸肛門病学会総会に大腸疾患の演題発表を行った際、その場で肛門疾患の演題を拝聴し、岡山大学の当時の肛門診療の遅れを目の当たりにした。そこから当時の社会保険中央病院（現 山手メディカルセンター）の故隅越幸男先生の門を叩き、「これからは大腸癌の時代がやってくる。大腸を診ようと思えば、肛門を知ることが大切である」と決意し、肛門科を看板に掲げ開業した。その後竹馬は数多くの肛門疾患の診察、手術を手掛け、見学者や弟子も多く増えていったが、肛門手術に関しては、誰に対しても手の内を隠さず、全てを教授し門戸を広く開放した。
演者は、昭和49年に師 竹馬に痔瘻を手術して頂き、それが縁で昭和53年大学卒業以来、約半世紀に亘って当院で働いている。竹馬の「大腸疾患、肛門疾患の、下部消化管を専門とする病院をつくる」という理念通り、演者にニューヨークの故 新谷弘実先生のもとへ大腸内視鏡検査の研修、ロンドン、セントマークス病院へ肛門診療の研修で留学させた。その後、医院から病院へと前述の業績を上げる病院へと成長させた。
肛門診療も変化している。診断においては”肛門指診“を凌駕するものはないと、演者も豪語していた時代から今や、肛門エコー、MRI無くしては肛門手術は出来ない、という時代になりつつある。痔瘻手術も基本である開放術式で何ら問題はない、原発口の処理を行わない痔瘻の手術はあり得ないという時代から、肛門括約筋温存術式の普及、原発口に触れない肛門管上皮温存術式へと時代も変遷している。
今回のシンポジウムでは、演者が長年、肛門科一筋に携わった歴史を省みて、今後肛門科は生き残れるかについて述べてみたい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Symposium

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

[VSY3] Video Symposium 3 Mastering Hemorrhoidectomy: Prevention and Management of Complications

司会：下島 裕寛(医療法人恵仁会松島病院肛門外科), 小野 朋二郎(大阪中央病院外科)

[VSY3-1]

Simplified Hemorrhoidectomy using Ultrasonic Scalpel (LPH)

Akiharu Kurihara[1,2], 三浦 康之[2], 竹山 照明[1], 長谷部 行健[1], 的場 周一郎[2] (1.Department of Surgery, Ushioda General Hospital, 2.東邦大学医療センター大森病院消化器外科)

[VSY3-2]

No Post-hemorrhoidectomy Bleeding Over One Year: A Retrospective Analysis and Surgical Innovations in Hemorrhoidectomy.

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)

[VSY3-3]

Evaluation of hemorrhoidectomy combining surgical procedure selection based on prolapse type

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)

[VSY3-4]

Open Hemorrhoidectomy at Our Hospital: Surgical Technique and Postoperative Outcomes

Hodaka Moriyama, 栗原 浩幸, 赤瀬 崇嘉, 藤井 頼孝, 塚原 勇, 金井 忠男 (Tokorozawa Proctology Hospital)

[VSY3-5]

A retrospective study of postoperative complications after ligation and excision method

Kaori Tanaka[1], 森 俊治[1], 山田 英貴[2] (1.Mori Surgical Clinic, 2.山田外科内科)

[VSY3-6]

ligation and excision procedure for hemorrhoids in our hospital

Yoichi Kono, 宮島 伸宜, 岡本 康介, 下島 裕寛, 松村 奈緒美, 紅谷 鮎美, 酒井 悠, 松島 小百合, 小菅 経子, 鈴木 佳透, 米本 昇平, 佐井 佳世, 宋 江楓, 國場 幸均, 黒水 丈次, 松島 誠 (Colo-proctology Center Matsushima Hospital)

[VSY3-7]

Toward a Safer Hemorrhoidectomy by Ligation and Excision with Fewer Complication

Kinya Okamoto[1] (1.Department of Coloproctology, Tokyo Yamate medical Center, 2.ウィメンズクリニック浦和)

[VSY3-8]

Recommendations for the Combination of Various Procedures for Postoperative Complications of Hemorrhoids.

Takashi Sameshima, 江藤 忠明, 緒方 俊二, 山元 由芙子, 長友 俊郎, 前田 裕之, 吉元 崇文, 今村 芳郎, 鮫島 加奈子, 西俣 伸亮, 濱元 ひとみ, 家守 雅大, 山下 芳恵, 平川 あさみ, 鮫島 由規則 (Junaikai Sameshima Hospital)

[VSY3-SP]

特別発言

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Makoto Matsushima (Matsushima Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Symposium

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

[VSY3] Video Symposium 3 Mastering Hemorrhoidectomy: Prevention and Management of Complications

司会：下島 裕寛(医療法人恵仁会松島病院肛門外科), 小野 朋二郎(大阪中央病院外科)

[VSY3-1] Simplified Hemorrhoidectomy using Ultrasonic Scalpel (LPH)

Akiharu Kurihara[1,2], 三浦 康之[2], 竹山 照明[1], 長谷部 行健[1], 的場 周一郎[2] (1.Department of Surgery, Ushioda General Hospital, 2.東邦大学医療センター大森病院消化器外科)

【はじめに】痔核は一般的な外科疾患であり、頻度も高い。痔核に対する結紮切除術の手技はやや煩雑で、術後の出血性合併症が懸念される。そこで、超音波メスを利用して、単純化されて習得が容易で、かつ合併症の少ない結紮切除術を考案した（Linear Pinched Hemorrhoidectomy：LPH）。
【対象と方法】2008年4月から2024年2月までに痔核に対して結紮切除術を施行した症例を対象とした。麻酔法は抗血栓療法中の症例は原則継続し、全身麻酔で行い、それ以外は脊髄硬膜外腔麻酔を選択した。LPHは筒型の肛門鏡を挿入し、リスター鉗子で痔核を肛門管の長軸方向に直線的に把持し、鉗子の下縁を超音波メスで切離した。創部は3-0の吸収糸で閉鎖した。手術時間、出血量、入院期間、術後合併症について従来法（Ligation & Excision：LE）と比較検討した。
【結果】観察期間中に373例に手術を施行し、LEが168例、LPHが205例であった。年齢はLEが平均60歳、LPHが67歳であった（P＜0.05）。抗血栓療法をLEは33/168例（19.6%）、LPHは84/205例（41%）に施行していた（P＜0.05）。術後出血はLEで2/168例、LPHで3/205例に認めた（P=1）。術後狭窄はLEで3/168例、LPHでは認めなかった（P＜0.05）。浮腫はLEで3/168例、LPHでは認めなかった（P=0.09）。手術時間はLEが平均90分、LPHが64分であった（P＜0.05）。出血量はLEが平均47ml、LPHが15mlであった（P＜0.05）。痔核1カ所あたりの切除時間はLEが平均41分、LPHが28分であった（P＜0.05）。入院期間はLEが平均11.6日、LPHが12.3日であった（P=0.27）。
【総括】超音波メスを利用し単純化した痔核結紮切除術であるLPHは、手技が容易で合併症が少なく、有用な術式である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Symposium

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

[VSY3] Video Symposium 3 Mastering Hemorrhoidectomy: Prevention and Management of Complications

司会：下島 裕寛(医療法人恵仁会松島病院肛門外科), 小野 朋二郎(大阪中央病院外科)

[VSY3-2] No Post-hemorrhoidectomy Bleeding Over One Year: A Retrospective Analysis and Surgical Innovations in Hemorrhoidectomy.

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】痔核結紮切除術の後出血は, しばしば救急対応を迫られ医師看護師はストレスを感じ, 患者の苦痛も計り知れない. 後出血ゼロは誰しもが求めるが, 解決できない永遠の悩みとも言える.
【目的と方法】当院の痔核根治術のコンセプト変遷と止血を要する後出血(以後後出血率と表記)を, 前向き登録データベースから後方視的に評価し, 後出血の原因検索と対応結果を検討する.
【結果】平成26年から令和6年の11年間に, 内外痔核を切除する根治術（適宜ALTA併用）を1,894例行い, 全期間の後出血率は2.0%だった. 当初は根部を刺通結紮し半閉鎖する定型的LE（+ALTA or E・A）だったが, 習熟に反比例して後出血率が高く推移した（H26: 0%, H27: 1.1%, H28: 0.5%, H29: 1.2%, H30: 1.8%, H31/R1, 2.0%）. H31/R1に術式を, 歯状線まで粘膜切離し背側を袋状に剥離して結紮切除する袋状切離（Pocket Dissection以下PD）に変更したところ, 後出血率は一時激減したが再び増加した（R2: 0%, R3: 0.6%, R4: 1.4%: R5: 3.0%）. 出血部を内視鏡的評価したところ, 痔核背側血管の過剰な凝固切離や過度な止血による虚血変化がその原因と考えられ（Efficacy of Endoscopic Evaluation and Hemostatic Intervention for Post-hemorrhoidectomy Bleeding. J Anus Rectum Colon. 2025 Jan 25;9(1):162-165）, 以後過剰な剥離止血操作を慎むことでR6年に後出血率ゼロを達成した.
【考察】外科手術の上達に伴い成績は向上するはずだが, 過渡期はその工夫が裏目となることもある. 前期LEと後期PDはいずれも習熟に反して後出血が増える時期があり, 振り返ると過剰な手技（過度な根部剥離や止血操作）がみうけられた. また, 視認性の良好な内視鏡的評価により, 原因である虚血変化を見出し対策することで, 以後令和７年4月現在まで後出血を認めていない. 自身の手術手技をデータベース管理し, アウトカムを客観的に評価することで, 後出血率ゼロを達成できたと考える.
【まとめ】外科手術は試行錯誤の過程が大切で, 失敗から学ぶことも多い. 当院の経験では, 手術手技の慣れによる過度な手術操作が一因と考えられた.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Symposium

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

[VSY3] Video Symposium 3 Mastering Hemorrhoidectomy: Prevention and Management of Complications

司会：下島 裕寛(医療法人恵仁会松島病院肛門外科), 小野 朋二郎(大阪中央病院外科)

[VSY3-3] Evaluation of hemorrhoidectomy combining surgical procedure selection based on prolapse type

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2018年より過不足なく粘膜-移行帯上皮-肛門上皮を温存し、痔核根部方向への粘膜上皮の吊り上げを意識した結紮切除術:Ligation and Excision with Epithelium Preserving and Lifting(以下LP法)を行っている。また複数病変においては各痔核形態に応じた術式選択を、肛門全体のバランスに留意しつつ行うことが、低合併症率、低再発率ならびに術後の排便感覚と直結していると考える。当院における手術手技と術後成績を検討し発表する。【術式選択】まず全体的なデザインを考慮しながら主痔核に対しLP法を行う。副痔核に関しては、内痔核が外側メインに存在し外痔核成分を伴うものにはブラーツ変法を、Goligher II 度内痔核で粘膜にゆとりがある場合はmucopexyを、静脈瘤性分が主の場合は硬化療法またはmucopexyを、肛門管内外痔核には赤外線照射を主に施行している。【術式内容】2018年1月～2024年12月の併存疾患同時手術例を除いた痔核手術件数は1456例で、LP法が主の根治術が1372例、硬化療法単独が44例、その他が40例であった。以下LP法が主の根治術1372例における検討では、LP法単独は309例、副痔核に他術式を併用した症例が1063例であった。併用術式の内訳はmucopexyが544例、ブラーツ変法が423例、赤外線照射が143例、硬化療法が85例、McGivneyが23例であった。代表的な症例の手術ビデオを供覧する。【術後成績】再発は4例(0.4%)、後出血12例(0.9%)、皮垂形成し皮垂切除施行４例、肛門ポリープ形成にて切除３例、裂肛形成２例、肛門周囲膿瘍１例、狭窄や難治創は認めなかった。またスコア表を用いた患者調査では術後90日目で「排便がスムーズ」が95%、「肛門が快適である」が87%であった。【まとめ】当院におけるLP法主体とした脱出形態を考慮した術式選択による痔核根治術は、再発率、合併症率、患者調査において概ね良好な成績であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Symposium

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

[VSY3] Video Symposium 3 Mastering Hemorrhoidectomy: Prevention and Management of Complications

司会：下島 裕寛(医療法人恵仁会松島病院肛門外科), 小野 朋二郎(大阪中央病院外科)

[VSY3-4] Open Hemorrhoidectomy at Our Hospital: Surgical Technique and Postoperative Outcomes

Hodaka Moriyama, 栗原 浩幸, 赤瀬 崇嘉, 藤井 頼孝, 塚原 勇, 金井 忠男 (Tokorozawa Proctology Hospital)

【はじめに】当院では，開創器を用いた開放式痔核結紮切除術を行っている．痔核手術で重要なことは，肛門機能，整容性，根治性を担保することであり，切除のデザインと痔核組織の確実な郭清がポイントとなる．また，後出血，術後狭窄の合併症を予防することも重要である．
【術式】開創器を挿入し肛門を適度に開いた状態で，皮膚切開を行う．皮膚切開の幅は狭く，またドレナージできる様に長く創を作成する．皮切後に，先端部を鉗子で把持しこれを牽引しながら皮膚および痔核組織を剥離していく．温存を意図する肛門上皮と痔核組織の間を剪刀で切離し痔核組織を切除する側の皮弁に集め，肛門上皮下に痔核組織が残らないように郭清する．剥離は内痔静脈叢の上縁まで行う．肛門上皮の十分な温存が肛門狭窄の予防となる．また当院では，根部動脈結紮ははじめに行わず、原則痔核剥離後に行っている．まずゴム輪結紮器を用いて切除する皮弁を結紮する（根部ゴム輪結紮）．次に上直腸動脈を刺入結紮する（高位動脈結紮）．さらに皮弁を結紮したゴム輪結紮のすぐ口側で刺入結紮を行い，その糸で切除する皮弁を結紮し，痔核組織を切除する．この二重の根部動脈の処理が後出血の予防に重要である．切除後に温存した直腸粘膜および肛門上皮は縫合閉鎖せず，生理的で自然な位置で内括約筋に縫合固定し生着させる．
【術後成績】2011年1月から2023年12月までに施行した痔核結紮切除術について検討した．同時に痔瘻や裂肛に対して根治手術を行った症例は除外した．症例数は10572例 (男性5706例，女性4866例)で、年齢は62.9±16.6歳であった．後出血は168例 (1.6%)に認め，その時期は9.3±4.6PODであった．止血は局所麻酔や腰椎麻酔下の焼灼または縫合で行った．術後に肛門拡張術を施行した症例は68例(0.6%)であった．肛門狭窄を認めた場合は，器械または用手による拡張術を行い，再手術を施行した症例は認めなかった．拡張術を施行するまでの術後期間は中央値6週であった．
【まとめ】当院で行っている開放式痔核結紮術と術後成績について述べた．肛門上皮の十分な温存と根部動脈の確実な処理が合併症の予防に重要と考える．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Symposium

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

[VSY3] Video Symposium 3 Mastering Hemorrhoidectomy: Prevention and Management of Complications

司会：下島 裕寛(医療法人恵仁会松島病院肛門外科), 小野 朋二郎(大阪中央病院外科)

[VSY3-5] A retrospective study of postoperative complications after ligation and excision method

Kaori Tanaka[1], 森 俊治[1], 山田 英貴[2] (1.Mori Surgical Clinic, 2.山田外科内科)

背景：当院では守谷・松田式痔核結紮切除術（ligation and excision : LE）変法を採用している。守谷・松田式LEの特徴は、underminingにより可及的に肛門上皮・直腸粘膜を温存しつつ痔核成分を郭清することと、内痔核を結紮した縫合糸で肛門上皮を根部結紮した部位まで吊り上げることである。これによって、術後の外痔核腫脹やskin tag形成を防止している。当院では術前のデザインを大切にしており、LE間の肛門上皮が十分に残るように切離ラインをあらかじめマーキングしている。また肛門皮膚の切離および外痔核の剥離を電気メスで行い、出血が少ない視野で括約筋上に存在する痔核成分をすべて切除するようにしている。この術式は手間がかかるため手術時間が長くなり，広く汎用されているとは言い難いが，全周性の巨大痔核にも対応でき、整容性が高く、有用性は非常に高いと考える．しかし、LE後には、便秘や便失禁などの排便障害をきたす症例が散見される。また尿閉や術後出血、術後疼痛など、排便障害以外の症状を呈する症例も多い。そこでLEの個数に着目し、排便・排尿障害を含めた術後合併症について調べてみた。
方法：2021年1月から2024年12月までに、当院で施行したLE444例のうち、治癒確認まで可能であった386例を対象に、術後合併症について検討を行った。検討項目は、浣腸、緩下剤、刺激性下剤使用の有無、便失禁、肛門狭窄の有無、導尿の有無、痛みスケールの推移についてであり、LEの個数によって２群間に分け、χ二乗検定やt検定、ANOVAを用いて検討した。
結果：LE≧2ではLE＝1と比べて、またLE≧3ではLE≦2と比べて、有意に浣腸、緩下剤、刺激性下剤、導尿を必要とする症例が多く、術後にフェイススケール（FS）≦2になるまでに必要とする日数が多かった。便失禁は2例のみ術直後から術翌日にかけて認められたが、肛門狭窄を認めた症例はなかった。術後晩期出血は46例に認め、止血術を要したのは1例のみであった。
考察：LE個数が多いと、術後疼痛が強くなり、排便障害や排尿障害をきたす症例が増えると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Symposium

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

[VSY3] Video Symposium 3 Mastering Hemorrhoidectomy: Prevention and Management of Complications

司会：下島 裕寛(医療法人恵仁会松島病院肛門外科), 小野 朋二郎(大阪中央病院外科)

[VSY3-6] ligation and excision procedure for hemorrhoids in our hospital

Yoichi Kono, 宮島 伸宜, 岡本 康介, 下島 裕寛, 松村 奈緒美, 紅谷 鮎美, 酒井 悠, 松島 小百合, 小菅 経子, 鈴木 佳透, 米本 昇平, 佐井 佳世, 宋 江楓, 國場 幸均, 黒水 丈次, 松島 誠 (Colo-proctology Center Matsushima Hospital)

痔核結紮切除術を行う際に、切除するデザインと視野確保が重要である。隅越式等の開肛器では、他の痔核等が視野の妨げになりデザインが難しい場合や、口側の視野確保が困難の場合があり、当院では、スリットの入った筒型肛門鏡の改良型（肛門鏡 横浜 MODEL）を利用している。痔核を過不足なく切除し、かつ狭窄を来さないように、痔核を鑷子で挟み込み切除量を決定する。切除後の縫合部が哆開すると術後出血の原因となるので縫合部に緊張がかからないようにデザインする。当院で2024年1月から12月までの1年間で痔核結紮切除術を1759例施行した。術後狭窄を来した症例は１例もなかった。術後出血は35例で、腰椎麻酔下等で止血術を行った。手術当日から翌々日までの出血が11例あり、これを除くと術後出血までの期間は平均10.0日であった。出血例は男性24例、女性11例で男性が多かった。出血例患者の年齢や肥満度には差が無かった。肛門手術歴のある患者が5例あった。抗血栓剤服用は、バイアスピリン継続は2例であった。エドキサバントシル(リクシアナ)術後再開が2例であった。術者別の出血率は0%から12.2%と差が見られた。出血した症例で使用された縫合糸の種類は有意差がなかった。その他の合併症は、創部感染が１例、再脱出が1例だった。当院で行っている痔核結紮切除術をビデオで供覧する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Symposium

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

[VSY3] Video Symposium 3 Mastering Hemorrhoidectomy: Prevention and Management of Complications

司会：下島 裕寛(医療法人恵仁会松島病院肛門外科), 小野 朋二郎(大阪中央病院外科)

[VSY3-7] Toward a Safer Hemorrhoidectomy by Ligation and Excision with Fewer Complication

Kinya Okamoto[1] (1.Department of Coloproctology, Tokyo Yamate medical Center, 2.ウィメンズクリニック浦和)

結紮切除術はあらゆる形態の痔核に対応可能で、根治性の高い標準術式として確立している。しかし、血流に富む痔核組織を過不足なく切除することは決して容易ではなく、また術後肛門狭窄や晩期出血といった合併症も存在する。今回、これらの合併症を軽減し、より安全な術式を目指して行ってきた工夫を報告する。
① 痔核手術に対する意識
痔核根治術は痔核組織をすべて切除するのではなく、患者の愁訴の原因となっている病巣のみを切除するという意識を持つ。手術に際しては、どの痔核をどの程度切除すれば調和のとれた仕上がりになるかを計画し、切離線を設定する。
② 肛門上皮温存の意識（術後肛門狭窄予防）
肛門上皮の過切除は伸展性を失わせ、術後肛門狭窄の最大の原因となるため、できる限り温存するよう心がける。
③ 後方先行アプローチ法（術中出血予防）
痔核の後方の剥離を先行する。内肛門括約筋を目印に後方の剥離を進めると、ほぼ出血することなく痔核上極に到達できる。その後、粘膜面を確認しながら痔核の上極に向かって左右の粘膜を切離する。
④ 牽引固定法（晩期出血予防・再脱出予防）
痔核根部より約1.5〜2 cm頭側の直腸に縫合糸を置き、痔核根部を結紮する。この操作により痔核根部は直腸方向に牽引・固定され、排便に伴う肛門側への負担が軽減される。さらに痔核根部上極の直腸に縫合を置くことで流入血管も結紮され、根部出血予防となる。また、直腸下部から肛門管の粘膜・上皮が直腸方向に牽引・固定されることにより吊り上げ効果が得られ、痔核の再脱出予防にもつながる。3か所の結紮切除を行うと3点が同時に直腸方向に牽引・固定され、より効果的である。
本発表では、痔核結紮切除術に関するこれら具体的な工夫をビデオで供覧し、その有効性を報告する。結紮切除術はGold standardであるが、術後合併症のさらなる低減は依然として重要な課題であり、今回の検討がその一助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

Video Symposium

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

[VSY3] Video Symposium 3 Mastering Hemorrhoidectomy: Prevention and Management of Complications

司会：下島 裕寛(医療法人恵仁会松島病院肛門外科), 小野 朋二郎(大阪中央病院外科)

[VSY3-8] Recommendations for the Combination of Various Procedures for Postoperative Complications of Hemorrhoids.

Takashi Sameshima, 江藤 忠明, 緒方 俊二, 山元 由芙子, 長友 俊郎, 前田 裕之, 吉元 崇文, 今村 芳郎, 鮫島 加奈子, 西俣 伸亮, 濱元 ひとみ, 家守 雅大, 山下 芳恵, 平川 あさみ, 鮫島 由規則 (Junaikai Sameshima Hospital)

【はじめに】当院は大正10年に鹿児島痔疾専門医院として開業し100年の歴史を持つ。当初は痔核を凧糸で結紮したり、焼き鏝で焼却したりと想像を絶する治療が行われたそうである。先代が戦後初めて鹿児島にMilligan-Morgan手術を導入したが、40年前、演者が入局した当時はWhitehead手術を行う先輩がおられた。近年、痔核の治療は大きく変貌した。特にALTA硬化療法(ALTA)の出現は、痔核の外科治療の選択肢を格段に広げた。またACLやMuRALなど、痔核のつり上げで脱肛を治める手技の開発など、痔核への一様な手術ではなく、個々の痔核の病態から多種の術式やその併用療法で選択的な手術が行われ、良好な治療成績が報告されている。しかし、ガイドラインや諸家の報告からも結紮切除法がゴールドスタンダードであることに異論はない。
【合併症と対策】
①出血；術後出血部位は根部、切開粘膜辺縁、ドレナージ創と大きく3つに分けられるが、問題となるのは根部出血である。先代時代は根部結紮のみの開放術で、糸はカットグットと縒り糸の絹糸であり術後1週間前後に噴出性の根部出血をしばしば経験した。しかし、これらの出血は合成吸収糸や編み糸の出現、エネルギーデバイスの進化や半閉鎖式、閉鎖式などの手技で改善された。またALTA併用療法も術後出血予防には有用である。過去5年で腰椎麻酔下に止血処置を行ったのは4/2951(0.1%)であった。
②狭窄；痔核が大きい場合でも肛門縁から肛門管の切開創を小さくすることで狭窄は回避できる。痔核の数が多い場合、全てLEでは肛門縁の柔軟性が損なわれ、拡張不良を来しやすい。主痔核はLEで根治的に切除、副痔核は分離結紮やALTA硬化療法で対処するなど考慮すべきであるが、ACLやMuRALとLEやALTAの併用で切除箇所を減らすことにより狭窄を回避できる。
【結語】一つの手技に固執することなく、痔核治療に対する多くの引き出しを持ち、個々の痔核に対して最良な外科治療を選択することが合併症を減少させ、再発率を下げることにつながり、広義でこだわりと言えるかもしれない。今回は演者が行っているLEと様々なcaseに対する手術の実際を供覧する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

司会：小林 清典(松島病院大腸肛門病センター胃腸科), 石原 聡一郎(東京大学腫瘍外科・血管外科)

[PD5-1]

Optimization of Surveillance Strategies Based on Disease Duration in Ulcerative Colitis

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

[PD5-2]

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

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

[PD5-3]

Characteristics of ulcerative colitis-associated neoplasm in surgical specimens

Takahide Shinagawa, 小松 更一, 岡田 聡, 白鳥 広志, 舘川 裕一, 原田 有三, 永井 雄三, 横山 雄一郎, 江本 成伸, 室野 浩司, 佐々木 和人, 野澤 宏彰, 石原 聡一郎 (The University of Tokyo, Department of Surgical Oncology)

[PD5-4]

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

Yusuke Mizuuchi[1], 永吉 絹子[1], 中村 雅史[1], 野口 竜剛[2], 杉原 健一[3], 味岡 洋一[4], 石原 聡一郎[2] (1.Department of Surgery and Oncology, Kyushu University, 2.東京大学腫瘍外科, 3.社団光仁会第一病院, 4.新潟大学病理診断科)

[PD5-5]

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

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

[PD5-6]

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

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

[PD5-7]

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

[PD5-8]

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

司会：小林 清典(松島病院大腸肛門病センター胃腸科), 石原 聡一郎(東京大学腫瘍外科・血管外科)

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

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

【目的】潰瘍性大腸炎（UC）では慢性炎症により上皮細胞への障害が蓄積し、炎症関連発癌のリスクが高まる。UC関連腫瘍（UCAN）の発生率は罹病期間の延長とともに高まると認識されている一方で、多くのガイドラインにおいては、発症から8年以上経過した症例を年数にかかわらず一律に取り扱っている。本研究では、罹病期間に基づくサーベイランス間隔の短縮がUCAN検出率に与える影響を検討した。
【方法】2010〜2023年に当院で最終的にUC関連のhigh-grade dysplasiaもしくはadenocarcinomaと診断されたUCAN症例を対象とした。UCAN診断より1回前のサーベイランス内視鏡時点に遡って過去起点とし、ASGE、AGA、ECCO、BSGの各ガイドラインの基準に従ったリスク層別化を行い、推奨内視鏡検査日を算出した。さらに、罹病期間に基づくリスクの再層別化を行った。推奨検査日が実際のUCAN検出日の180日以内までであれば検出と定義し、再層別化によるUCAN検出率の差異を検証した。
【成績】UCAN 39例が解析対象となり、罹病期間中央値は21（14–27）年、内視鏡検査間隔の中央値は1.3（1.1–2.2）年であった。UCAN検出率は、ガイドライン毎にASGE 72%、AGA 59%、ECCO 44%、BSG 56%であった。罹病期間が一定年数（15年以上、20年以上、25年以上、30年以上）を経過した場合にリスク群を1段階上げるシミュレーションを行ったところ、各条件でASGEは90%、87%、82%、72%、AGAは85%、82%、74%、64%、ECCOは82%、74%、62%、49%、BSGは82%、79%、72%、62%と上昇した。罹病期間20–25年以上の患者を対象とした再層別化でも検出率に有意差が認められた。
【結論】長期罹患のUC患者において内視鏡検査間隔の短縮はUCANの検出率向上に寄与しうる。一方で、サーベイランス強化の対象者数を考慮すると、罹病期間20–25年以上の患者を対象とすることが、現実的なアプローチである可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

司会：小林 清典(松島病院大腸肛門病センター胃腸科), 石原 聡一郎(東京大学腫瘍外科・血管外科)

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

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

【背景】潰瘍性大腸炎UCで長期罹患例において潰瘍性大腸炎関連腫瘍UCANが問題となる。当院で経験したUC罹患粘膜に発生した腫瘍に対する内視鏡内視鏡治療例について予後も含めて検討した。
【対象】2016年4月から2024年4月までの検討期間として内視鏡治療を受けた164症例を対象とした。当院で治療した症例を後向きに検討した。内視鏡治療ボーダーライン病変では、内視鏡的粘膜下層剥離術ESDを実施するが、病変境界がクリアで、EUSで深達度診断を行い粘膜内病変までで、さらに術前の病変周囲の4点生検でdysplasiaがnegativeな症例のみに実施している。
【結果】ESDは16例に実施され治療成績は一括切除率94.4%、R0切除率85.7%であった。偶発症は穿孔1例あり緊急手術を実施した。ESD以外の残りの症例はEMR、CSPを含めたポリペクトミーを実施した。最終病理結果の内訳はUCAN 0例、Sporadic neoplasia(TA 78/SSL32)、炎症性ポリープ16、過形成性ポリープ22例であった。ESDを受けた16例の病理学的診断は潰瘍性大腸炎関連腫瘍(UCAN)が5例（high grade dysplasia(HGD) 4例、low grade dysplasia(LGD) 1例）、Sporadic neoplasia 10例、炎症性ポリープ1例であった。
術前の生検診断・深達度診断が困難で、内視鏡治療後に確定診断される症例も多かった。
治療後にUCANと診断された症例のうち3例に追加手術を行った。1例は深部断端陽性例の術前EUS深達度診断の困難症例と、もう２例はESD切除後に多部位に異時多発のdysplasiaがみられたため追加の大腸全摘術を受けた。これらの症例はその後のフォローでいずれも局所再発・遠隔転移は認めていない。
【結語】UC罹患粘膜に発生した腫瘍に対するESDを含めた内視鏡治療は腫瘍生検という意味で許容されるものと考えられた。内視鏡治療されたSporadic neoplasia群では全例が経過観察可能であり、いずれも局所再発は認めなかった。UCAN群では、深達度診断困難例があり注意を要する。また、HGD症例では術後にdysplasiaの異時多発例が多くみられ外科手術となっていた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

司会：小林 清典(松島病院大腸肛門病センター胃腸科), 石原 聡一郎(東京大学腫瘍外科・血管外科)

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

Takahide Shinagawa, 小松 更一, 岡田 聡, 白鳥 広志, 舘川 裕一, 原田 有三, 永井 雄三, 横山 雄一郎, 江本 成伸, 室野 浩司, 佐々木 和人, 野澤 宏彰, 石原 聡一郎 (The University of Tokyo, Department of Surgical Oncology)

【背景・目的】潰瘍性大腸炎関連腫瘍（UC associated neoplasm: UCAN）はときに内視鏡的に視認困難で、多発することもあり、術前未指摘の病変が術後診断されることも少なくない。そこで今回、手術治療を行ったUCANの手術検体からその臨床病理学的特徴を明らかにすることを目的として症例の解析を行った。
【対象・方法】2010～2025年2月当科で手術したUCAN症例64例で確認された126病変について、術前診断された病変（術前病変）と術前未指摘で手術検体にて術後診断された病変（術後病変）に注目し、その臨床病理学的特徴を後ろ向きに解析した。
【結果】全64症例の内訳は男性43例（67.2%）、手術時年齢中央値51歳（30-83）、罹病期間中央値16.5年（0-54）、全大腸炎型56例（87.5%）だった。初回術式は大腸全摘術58例（90.6%）（うちIPAA46例、TPC12例）、その他6例（9.4%）で、58例（90.6%）が低侵襲手術（腹腔鏡下44例、ロボット支援下14例）で行われた。手術検体にて31例（48.4%）で2か所以上の多発病変を認め、21例（32.8%）では術前未指摘の病変を認めた。計126病変のうち、術前病変は91病変（72.2%）、術後病変は35病変（27.8%）だった。術前91病変中、表在型（0型）は70病変（76.9%）で、そのうち11病変（15.7%）はMP以深の進行病変であった。病変部位は術前病変で左側大腸に多く（79病変（86.8%）対22病変（62.9%）：p=0.005）、術後病変は右側にも多く認めた。術後病変はdysplasiaが多く（35病変（38.5%）対29病変（82.9%）：p<0.001）、その他は深達度Tis：4病変、T2：1病変、T3：1病変だった。一方術前病変ではdysplasiaの他はTis/T1：24病変、T2：7病変、T3：19病変、T4a：6病変であった。
【結語】UCANに対する初回手術は多くが大腸全摘術であり、約1/3の症例で術前未指摘含む多発病変を認めた。未指摘病変の多くはdysplasiaで右側大腸にも少なくない。また術前に表在型と診断された病変でも進行病変を認めることがあり注意を要する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

司会：小林 清典(松島病院大腸肛門病センター胃腸科), 石原 聡一郎(東京大学腫瘍外科・血管外科)

[PD5-4] Prognostic impact of preoperative T stage in ulcerative colitis associated cancer patients

Yusuke Mizuuchi[1], 永吉 絹子[1], 中村 雅史[1], 野口 竜剛[2], 杉原 健一[3], 味岡 洋一[4], 石原 聡一郎[2]
(1.Department of Surgery and Oncology, Kyushu University, 2.東京大学腫瘍外科, 3.社団光仁会第一病院, 4.新潟大学病理診断科)

背景：潰瘍性大腸炎は慢性の原因不明の炎症性腸疾患で、長期にわたる炎症により散発性結腸直腸癌と比較して予後が悪い潰瘍性大腸炎関連大腸癌(UCAC)の原因となる。画像機器の進歩により大腸癌の術前診断の正診率は上昇しているがUCACでは随伴する炎症によって潰瘍や壁肥厚、リンパ節腫大などが混在しており、散発性大腸癌と比較して正確な術前診断が困難である。癌診療において術前検査によるステージは薬物療法や放射線療法、手術療法などの治療方針の決定に必須である。UCACにおけるcT分類とリンパ節郭清度やcT分類と予後との関係に関してはまだ明らかではない。
方法：大腸癌研究会のプロジェクト研究における根治手術を施行したUCAC患者646人を対象として、癌特異的生存及び無再発生存を解析した。pTステージごとにcTステージによって過小評価(pT≥cT)、同等評価(pT=cT)、過大評価(pT<cT)の3群に分類して予後の解析を行った。
結果：pT1 186例、pT2 126例、pT3 256例、pT4a 65例、pT4b 13例であった。pT1症例では術前検査との違いはCSS、RFSにはほとんど影響がなかった(P=0.32、P=0.42)。pT2症例では同等評価と比較して過小評価、過大評価で予後不良であった(P=0.01、P<0.01)。pT3、pT4aでは過大評価で同等評価、過小評価と比較して予後が悪かった(pT3: P=0.07、P=0.02、pT4a: P=0.05、P<0.01)。pT4b症例では適正評価と過小評価では明らかな予後の違いは認めなかった(P=0.44、P=0.72)。
考察：本研究においては過大評価症例ではpT2, pT3, pT4aで予後不良である。その理由としては同じpTステージでも程度には差があり、cT分類で過大評価している症例では腫瘍がよりMassiveに浸潤している可能性があるのではないかと考えられた。また、リンパ節郭清範囲は術前診断で決定しT1N0や高度異形成症例などにはD2郭清など縮小郭清が許容されている。pT2症例では過小評価群が予後不良であり、結果的にリンパ節郭清度が十分でない可能性が考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

司会：小林 清典(松島病院大腸肛門病センター胃腸科), 石原 聡一郎(東京大学腫瘍外科・血管外科)

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

司会：小林 清典(松島病院大腸肛門病センター胃腸科), 石原 聡一郎(東京大学腫瘍外科・血管外科)

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

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

【背景】クローン病(CD) 関連消化管腫瘍の内, 結腸, 小腸, 瘻孔部, 空置腸管の腫瘍の報告は限られており, 腸管・肛門狭窄で内視鏡検査が困難なため, 進行癌で診断されることが少なくない.
【目的】CD関連で結腸, 小腸, 瘻孔, 空置腸管に発生した腫瘍の臨床的特徴, 問題点を明らかにする.
【対象と方法】対象のCD関連腫瘍は結腸14例, 小腸5例, 瘻孔6例, 空置腸管17例であった. 空置腸管腫瘍は人工肛門造設後1年以上経過した症例と定義した。結腸, 小腸, 瘻孔, 空置腸管腫瘍の順に男女比は9:5, 3:2, 4:2, 9:8, 病悩期間は21, 17, 28, 25年であった. これらの部位, 診断困難性, 切除断端陽性率, 組織型, 予後について検討した.
【結果】①結腸腫瘍の部位は上行結腸5例, 横行結腸3例, 下行結腸3例, S状結腸3例で, 術前診断は6例(43%), 組織型はmuc5例, sig1例, por2例, well5例, LGD1例, StageIVは6例(43%, 腹膜播種:3例, 肝2例, 骨1例), 切除断端陽性3例(21%), 3年生存率は47%であった.②小腸腫瘍の部位は全例回腸で, 術前診断は2例(40%),組織型はmuc1例, por2例, mod1例, well1例, StageIV症例は1例(20%, 腹膜播種), 切除断端陽性は1例(20%), 3年生存率は50%であった.③瘻孔癌の部位は内瘻1例, 外瘻2例, 遺残瘻孔2例, 内外瘻1例で, 術前診断は2例(33%)で、組織型はSCC2例, muc2例, well2例, StegaIV症例は1例(17%, 傍大動脈リンパ節), 切除断端陽性は4例(67%), 3年生存率は66%であった. ④空置腸管で狭窄のため内視鏡が困難であった症例は13例(76%)であった。腫瘍の部位は直腸肛門12例, 痔瘻4例, 横行結腸1例であり, 術前診断は13例(76%, 2例は非切除)で, 組織型はmuc7例, sig1例, por1例, mod3例, well4例, HGD1例, StageIVは7例(50%、腹膜播種3例, 肺転移3例, 肝転移1例), 切除断端陽性は5例(29%)、3年生存率は32%であった.
【結語】クローン病に合併した結腸, 小腸,瘻管, 空置腸管癌症例はいずれも術前診断困難例が多く, 特殊組織型, StageIV, 断端陽性例が多く, 予後不良である. 長期経過例は癌発生のリスクを常に念頭におき, 定期的な画像診断, 組織診断を行うことが重要である.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

司会：小林 清典(松島病院大腸肛門病センター胃腸科), 石原 聡一郎(東京大学腫瘍外科・血管外科)

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

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

はじめに：クローン病(CD)は腸管の慢性炎症を背景としてまれに癌化することが知られている. 本邦では直腸肛門管癌が多くを占めこれまでに多数報告されているが, 小腸癌合併は比較的まれでありその診断や治療, 予後はまだ確率されていない. 今回CDに合併した小腸癌治療の現状と課題を明らかにすべく, 当院で経験した症例について検討した.
対象と方法：2011年1月から2024年12月までに当院で手術を施行したCDに合併した小腸癌20例を対象に, 患者背景, 診断方法, 病理組織学的特徴, 治療, 予後について後方視的に検討した.
結果：性別は男性15例, 女性5例, 小腸癌診断時の平均年齢は50.7歳, CD発症から小腸癌診断までの病脳期間は21.9年, 手術要因は狭窄15例, 瘻孔3例, 癌2例で, 病変部位は全て回腸であった. 他臓器と瘻孔を形成した症例は3例で, うち1例は瘻孔部に癌を認めた. 小腸癌の診断は術前2例, 術中1例, 術後17例で, 手術は19例で病変部が切除され, 1例は切除不能であった. 転移については2例で手術時に腹膜播種を認め, うち1例は多発肝転移も同時に認めた. 切除された19例のうち1例は3か所に病変があり, 全体で22病変が診断された. 術後に癌が診断された17例中14例は複数または広範囲の狭窄があり, そのうち10例では狭窄病変の中央付近に癌を認めた. 肉眼型の内訳は5型10病変, 0型4病変, 3型3病変, 4型1病変, 潰瘍1病変, 不明3病変, 組織型はtub1:12病変, tub2:5病変, por:3病変, sig:1病変, NET:1病変, 壁深達度はTis+1:7病変, T2:3病変, T3:6病変, T4:5病変, 切除不能:1病変であった. 術後フォローアップにおいて15例は再発・転移なく経過していた. 経過中5例に大腸癌の合併（同時性2例, 異時性3例）を認めた.
考察：CD合併小腸癌は複数の狭窄や長い狭窄病変の中心部に病変を認める症例が多く, 術前の内視鏡検査による癌の診断は困難である．予後は比較的良好であるが, 同時性・異時性に大腸癌を発症することもあり，癌の発症を念頭においた慎重なサーベイランス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

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

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

司会：小林 清典(松島病院大腸肛門病センター胃腸科), 石原 聡一郎(東京大学腫瘍外科・血管外科)

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD6-1]

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

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

[PD6-2]

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

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

[PD6-3]

Omission of prophylactic lateral lymph node dissection for rectal cancer

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

[PD6-4]

Role of Neoadjuvant Chemotherapy for Advanced Lower Rectal Cancer

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

[PD6-5]

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

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

[PD6-6]

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

Kazuhito Sasaki, 横山 雄一郎, 江本 成伸, 野澤 宏彰, 室野 浩司, 永井 雄三, 原田 有三, 品川 貴秀, 舘川 裕一, 岡田 聡, 白鳥 広志, 石原 聡一郎 (Department of Surgical Oncology, The University of Tokyo)

[PD6-7]

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

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

[PD6-8]

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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

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

[PD6-9]

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

目的：JCOG0212の結果より側方リンパ節郭清が標準治療とされているが、現在の治療ガイドラインでは側方リンパ節の腫大の有無で推奨度に差を認めている。転移陽性例の予後は良好とは言えず、集学的治療の必要性も考えられている。当科ではT2以深の下部直腸癌に対し、側方リンパ節郭清を試行してきた。側方郭清を施行する立場から側方郭清の郭清効果と転移形式別による局所再発率・予後、治療方針について検討。
対象：2000～2019年に側方リンパ節郭清を施行した、根治度A,B進行直腸癌手術症例381例（Rab 126、Rb 255）
結果：側方リンパ節郭清施行例の5年生存率70.2%、転移陽性例60.2%。側方リンパ節転移陽性例は64例(16.8%)。各リンパ節の転移頻度は#263P 3.3%、#263D 8.8%、#273 1.7%、#283 10.4%、#251-T 23.9%、#252 8.1%、#253 1.6%と#263D、＃283の頻度は高い。各側方リンパ側転移頻度×5生率／100＝郭清効果INDEXとし、#263D 5.8、#263P 1.2、#273 0.5、#283 7.1、#251-T 19.2、#252 3.3、#253 0.3と#263Dと#283は郭清効果を認めた。#263D,283リンパ節の組織学的形態を検討しA：リンパ節辺縁の部分転移、B ：AとCの間、C：節外浸潤例としA~Cの5生率#263D93.6%、50%、12.5%、#283は100%、79.8%、24.9%と優位差有り。局所再発は#263DのA０％、B14.2%、C25%、#283のA０％、B7.1%、C25%。内腸骨血管合併切除例は#263DのB8.5%、C25%、#283のB5%、C21.4%と施行例では減少。遠隔再発#263DA8.3%、B28.5%、C75.0%、#283A 16.7%、B27.8%、C80%とCはsystemic diseaseと考えられた。CT上Bは辺縁明瞭で造影効果を認め、Cはリンパ節周囲に毛羽立ち様の所見を認めた。術後補助化学療法オキサリプラチン含む療法と経口薬の5生率は76.2%と50.2%で予後の向上あり。結語：#263D、283には郭清効果を認めることから、転移形態Aは3mm程度のリンパ節に転移を認める症例あることから側方郭清を施行するとともに術後補助化学療法が必要である。リンパ節転移形式のB症例は内腸骨血管合併とともに術前後の多剤併用化学療法、リンパ節転移形式C症例は局所再発や遠隔転移が多く多剤併用放射線化学療法(TNT)などの必要性が考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

【背景】直腸癌に対する有望な治療選択肢が増えた現在において、側方郭清(LLND)の適応については再考すべき時期にある。しかし、治療選択を行う上で治療前診断能の向上が課題となっている。
【目的】LLND施行例の治療成績変遷を検討するとともに、術前側方リンパ節転移(LLNM)予測スコアの確立を目的とした。
【対象と方法】
検討1: 1975-2020年にLLNDを施行したpStage I-III下部直腸癌992例を手術年代別に比較する。
検討2: 2000-2020年に術前MRIを撮影した上でLLNDを施行したpStage I-IV下部直腸癌438例を開発群（n=213）と検証群（n=225）に分け、ロジスティック回帰分析を用いたLLNM予測スコアを開発・検証する。
【結果】検討1: 対象を手術年代により1975-2000年(n=386, 39%), 2001-2010年(n=296, 30%), 2011-2020年(n=310, 31%)の3群に分類した。術前治療は全体で68例(7%)にのみ施行された。5年全生存率(5yOS)はそれぞれ、72.3%、84.0%、89.3%でありOSは手術年代が新しいほど良好であった(p＜0.001)。2000-2011年におけるpStage I、IIの5yOSはそれぞれ97.7%、94.3%と良好であった一方で、pLLNM症例の5yOSは71.1%に留まった。
検討2: 開発したLLNM予測スコア（cN2/側方リンパ節長径≥8mm/非分化型腺癌=2点、cN1/RbP/遠隔転移=1点）は、検証群でAUC0.79を示した。高リスク群(5点以上)におけるLLNM陽性的中率は57.1%に留まったが、低リスク群(0-1点)におけるLLNM陰性的中率は95.2%と高かった。
【結論】集学的治療の発達により直腸癌の治療成績は向上しているが、pLLNMに対する治療成績は、LLND+補助化学療法を行っても十分とは言えず、これらの集団には術前治療を含めた更なる治療開発が望まれる。本研究ではpLLNMを術前に予測する因子として複数のリスク因子を抽出したが、pLLNMの十分な予測性能は得られなかった。しかし本スコアはLLNM移陰性症例の選別に有用であり、LLND適応の最適化に寄与する可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

【背景】JCOG0212では術前側方リンパ節転移陰性の進行下部直腸癌に対する側方リンパ節郭清による局所制御効果は示されたが予後延長の効果は認められなかった．当教室では側方郭清の適応を「腫瘍下縁が腹膜翻転部よりも肛門側にあり，壁深達度がT3以深である直腸癌」としてきたが，2019年より術前MRI検査にて明らかな側方リンパ節腫大を認めない症例については側方郭清を省略する治療方針に変更した．
【目的】下部直腸癌における側方郭清省略例の治療成績を側方郭清施行例と比較し，その妥当性について検討する．
【方法】2009年1月から2021年12月までに関連2病院で術前側方リンパ節転移陰性，cStage II/III直腸癌181例について側方郭清非施行群（nonLLND群）92例と側方郭清施行群（LLND群）89例について, 治療成績を後方視的に比較検討した．
【結果】nonLLND, LLNDの順に，年齢中央値は69歳 vs. 65歳（p=0.007）と差はなく, 前治療(NAC, CRT, TNT)は27例(29.4%) vs. 45例（50.6%）と有意差を認めた(p=0.004)．手術時間は271分 vs. 376分とLLND群で長く(p<0.001)， 出血量は65ml vs.110mlであった(p<0.001)．Clavien-Dindo分類GradeII以上の術後合併症は37例（40.2%） vs. 38例(42.7%)と有意差なく(p=0.760)，排尿障害は7例(7.6%) vs. 13例(14.6%)で差は認めなかった(p=0.159)．(y)pStage 0/ I/II/ IIIの順にnonLLND群: 0/27/32/33例，LLND群: 2/20/28/ 39例(p=0.310)であり，LLND群のうち5例（5.6%）に側方リンパ節転移陽性を認めた．Stage II/IIIの補助化学療法施行率はnonLLND群16%、LLND群59.6%とLLND群で多かった(p<0.002)。3年DFS，OSは70.6% vs. 76.6%(p=0.205), 91.9% vs. 94.2%(p=0.560), 3年局所再発率は5.1% vs. 5.4%と差を認めなかった(p=0.995). 側方リンパ節単独再発はnonLLND群2例に認め，いずれもSalvage手術が可能であった．
【結語】側方郭清については腫大を認めなければ郭清の有無で予後に差はなく，当院の治療方針は許容されると考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

【背景】術前の画像検査にて側方リンパ節（lateral lymph node; LLN）転移陽性の場合は、側方郭清（LLND）を行うことが強く推奨されている。一方で、リアルワールドにおいてLNN転移陰性例に対するLLNDは、各施設ばらつきがある。本研究では、進行下部直腸癌に対する（neoadjuvant chemotherapy: NAC）の治療効果と側方リンパ節再発の関連性を検討した。
【対象と方法】対象は2012年7月から2023年7月までに、当科で根治手術を施行したcStageII-III下部直腸癌症例。NACおよびupfront surgery（upfront群）のLLN再発率を後方視的に検討した。当科は、治療的LNNDのみを行う方針としている。
【結果】対象は185例（NAC群82例，upfront群103例）。NACレジメンは、FOLFOX42例、CapeOX40例。観察期間中央値はNAC群4年1ヶ月、upfront群4年5ヶ月。患者背景はNAC群 vs. upfront群で、年齢：64歳 vs. 72歳、男性/女性：65/17 vs. 59/44であり、NAC群で有意に年齢が若く、男性が多かった（p＜0.001、p=0.017）。cStage IIIの割合は 63%（52/82）vs. 54%（56/103）、術後合併症（Clavien-Dindo≧3）の頻度は17% vs. 14%と、2群間で差を認めなかった（p=0.23, p=0.68）。LLNDはNAC群で15例、upfront群で15例に施行されていた。LNN再発はNAC群、upfront群でそれぞれ7.3% vs 7.7%であり差を認めなかった(p=1.0)。サブグループ解析では、NACによるdown staging（DS+）が得られた症例のLLN再発率は0%であり、DS−症例13.3%、upfront群7.7%と比較して低い傾向を示した(p=0.057)。ycStageとypStageの一致率は57%(47/82)であり、過小評価がなされていた症例は14.6%(12/82)であった。
【考察】NACでDS＋症例のLLN再発率はupfront surgeryと比較して良好であり、治療的LLNDの治療方針が妥当であること示唆された。一方で、DS−症例に対しては、予防的LLNDや放射線照射の必要性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

【背景】本邦のガイドラインでは，腫瘍下縁が腹膜反転部以下のcT3以深の直腸癌を対象とした側方リンパ節郭清（LLND）の実施が推奨されているが，この対象の中には病理学的に転移陰性である症例も多く含まれる．また，近年は進行直腸癌に対する術前治療の機会が増加しており，術前治療後の予防的側方郭清の適応を再評価する必要性が生じている．本研究では，術前治療の導入が側方郭清の適応および治療成績に与える影響を検討した．
【方法】本研究は単施設後ろ向き観察研究であり，2016年1月から2022年10月までに当院でLLNDを伴う根治目的の切除が施行された原発性直腸腺癌症例を対象とした．術前治療の有無および種類に基づき，以下の3群に分類：術前治療なし（Upfront）群，Total neoadjuvant therapy症例を含む術前放射線化学療法施行（CRT）群，術前化学療法施行（NAC）群．スライス厚5mm以下のMRIで側方リンパ節（LLN）の最大短径およびMalignant feature（MF：辺縁不整，内部信号不均一）の有無を評価し，病理学的なLLN転移（pLLN）と関連づけて分析した．最大短径の至適カットオフ値はYouden indexで算出した．
【結果】対象症例は385例であり，Upfront群175例，CRT群142例，NAC群68例であった．両側LLNDは365例（94.8%），片側LLNDは20例（5.2%）に施行された．手術前MRI（術前治療群では治療施行後）でのLLNの最大短径5mm以上を基準とした場合，全群でYouden indexが最大となり，適応基準として妥当と考えられた．この基準を用いると，LLND適応症例はUpfront群で47%，CRT群で24%，NAC群で37%に減少し，LLNDを省略した症例のpLLN陽性例は0.8%（2/242例）であった．一方，治療後も短径5mm以上のLLNが残存する症例では，CRT群53%，NAC群56%がpLLN陽性だった．また，片側のLLNが短径5mm以上かつ対側が短径5mm未満の症例で，対側のpLLN陽性例は121例中3例（2.5%）のみであり，短径5mm未満側の郭清省略が可能と考えられた．
【結語】手術先行群・術前治療群ともに、手術前MRIでLLNの最大短径が5mm以上である症例に対して，同側のLLNDを施行することが適切である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

Kazuhito Sasaki, 横山 雄一郎, 江本 成伸, 野澤 宏彰, 室野 浩司, 永井 雄三, 原田 有三, 品川 貴秀, 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：近年、局所進行直腸癌に対する術前化学放射線療法 (CRT)やtotal neoadjuvant therapyは米国では標準治療とされ本邦でも導入する施設が増えている。当科では下部進行直腸癌に対する術前CRTを2003年より導入し、治療前長径8mm以上の側方リンパ節(LLN腫大)を対象とした選択的側方郭清を行っている。側方郭清による排尿・性機能の低下に関する報告もありLLN転移診断の向上が求められている。本検討では、治療前LLN径やLLN腫大症例におけるFDG集積のLLN転移診断能を明らかにすることを目的とした。
対象・方法：2010年1月から2023年12月に術前CRT後に外科的切除を施行したcStage II-IVの下部直腸癌 323例を対象とした。検討1: 後方視的にCTでの治療前後LLN最大長径を計測し、LLN転移診断能を解析した。検討2: 治療前LLN腫大を有しPET-CT検査(PET)が施行された93例を対象とし、PETのLLN転移診断能について検討した。
結果1: 323例中の71例（22%）に側方郭清が行われLLN転移は32例（10%）、側方未施行症例で2例にLLN再発（0.8%）を認めた。これら34例（10.8%）をLLN転移群とした。CRT施行前の長径最大値とLLN転移診断における感度/特異度では、cut-off値をCRT前5mm、8mm、10mmとして各々 100%/38.7%、97.1%/77.5%、82.4%/90.0%、CRT後5mm、8mm、10mmとして各々91.2%/68.2%、85.3%/94.8%、67.6%/96.9%であり、cut-off値CRT前8mmにおいて感度・特異度ともに良好であった。
結果2: LLN腫大のFDG集積は、CRT前 45%（42/93）、CRT後 25%（22/88）に認めた。LLN転移診断における感度/ 特異度/ 陽性的中率/ 陰性的中率は、CRT前　84%/ 74%/ 62%/ 90%、CRT後 55%/ 90%/ 73%/ 80%であった。
結語：術前CRT後の下部直腸癌において、治療前LLN径8mm以上に対する側方郭清は適切な選択基準であった。LLN腫大の症例において治療前PETの陰性的中率は90%であり、側方郭清の省略を検討するうえで重要な因子になりうると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

【目的】当科ではcStageII,IIIの下部直腸癌に対して術前(化学)放射線療法を行っている。手術はTMEに加えて、治療前の画像評価で長径7mm以上の側方リンパ節腫大を認めた症例に対し腫大側のみ郭清する選択的側方郭清(LLND)を行っている。本研究はその妥当性について検討する。【術前治療】現在放射線治療レジメンは化学放射線療法(CRT) [54.0/28Fr,oral 5-FU]、短期放射線療法 (SRT) [25.0Gy/5Fr]を併用している。また以前よりcT4bやcN2、両側側方リンパ節転移症例に対してtotal neoadjuvant therapy(TNT)を行ってきたが、現在ではAV5cmより肛門側の病変に対してNon-operative Management(NOM)を意図した臨床試験に参加し、TNTを行っている。【方法】当科において2010年から2023年までに術前放射線治療を行った遠隔転移を伴わないStage II ,IIIの下部進行直腸癌371例を対象とし、全体の治療成績を検討した。またNOMとなった症例を除いた手術症例をLLND+群とLLND-群に分けて比較検討した。【結果】観察期間の中央値(IQR)は58(30-74)か月。LCRT 207例、SRT 90例、TNT74例。術式は124例に側方郭清(片側93例、両側31例)を施行。肛門温存率は80%。治療成績に関して、LCRTとTNTの284例中、pCRもしくは観察時点でNOM継続している症例が40例(14%)であった。LLND+群のうち病理学的に転移陽性だったのが31%であった。全体の5年全生存率(OS)は83%、無再発率生存率(RFS)は73%、累積局所再発率(cLRR)は8%。LLND-群(235例)とLLND+群(124例)の比較ではOS 83% vs 82% (p=0.20)、RFS 72% vs 73%(p=0.72)、cLRR 7% vs 10%(p=0.16)でいずれも統計学的な有意を認めなかった。またLLND-群において側方領域に局所再発した症例は5例(2%)であった。【結語】術前治療前に長径7mm 以上の腫大を郭清適応とした選択的側方郭清の治療成績では、側方郭清した症例の病理学的転移率は31%と妥当なものと考えられた。また側方郭清施行症例と非施行症例の長期成績に関していずれも統計学的有意差が認められなかった。非施行症例の側方領域への局所再発も2%と許容できる範囲内と考えられ、放射線治療後の症例において非腫大リンパ節の郭清を省略することは妥当と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

【目的】下部進行直腸癌においてCRT後であっても一定の基準で側方郭清を追加した方がよいとされ、その基準の１つとして治療前画像診断にて長径8mm、短径5mmがカットオフ値として用いられることが多い。しかしながらTNT症例における至適な側方郭清基準については未だ明確な指標がない。
【対象】2020年12月から2025年3月までに術前TNT後に根治手術を施行した下部進行直腸癌39例。TNTとしてshort course RT後にCAPOX 4-5 courseを施行し、治療前後の側方リンパ節の短径・長径を測定した。郭清により側方転移陽性であった症例又は術後に側方転移を来した症例を側方転移陽性と判定した。
【結果】治療開始時の肛門縁から腫瘍までの距離は平均20mm (0-70)、側方郭清は郭清なしが17例、片側郭清が17例、両側が5例であった。組織学的治療効果判定はGrade 1が16例(41.0%)、Grade2が13例(33.4%)、Grade3が10例(25.6%)。側方郭清を施行した22例中1例に片側の側方転移を認め、また側方郭清省略症例の経過中に1例の側方再発を認めたため、TNT後の側方転移率は左右を別領域として2.6%と推定された。側方転移の2例のうち1例は治療前後の長径が5mm→5mm、短径が4mm→4mmであり、もう一例では長径が8mm→3mm、短径が7mm→3mmであった。これに対し転移陰性症例では治療前後の長径の中央値が7mm→5mm、短径の中央値が5mm→4mmであった。
【結後】TNT症例においては長径8mm、短径5mmに満たない症例でも側方リンパ節転移を認めた。さらなる症例の蓄積が必要であるが、既存のCRTと側方郭清の基準が異なる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

【背景・目的】本邦において進行下部直腸癌に対する治療として、直腸間膜全切除(total mesorectal excision; TME)と側方郭清が標準治療とされている。近年、total neoadjuvant therapy (TNT)が術前化学放射線療法に比べ遠隔再発率を抑制することが示され、本邦でも普及してきている。一方、側方リンパ節転移が疑われる症例に対するTNTの意義は明らかではない。今回、臨床的側方転移陽性例に対するTNTの治療効果および病理学的側方転移陽性に関わる因子を明らかにすることを目的とした。
【方法】2004年8月から2020年11月までに術前TNTを施行後に側方郭清を伴うTMEを行った症例107例を対象とし、後方視的に検討を行った。臨床的側方リンパ節転移の診断基準はMRIで治療前長径7mm以上とし、治療後の径に関わらず治療前に臨床的側方転移陽性と診断された側のみ側方郭清を行った。
【結果】48名が側方リンパ節の短径7mm未満であり、59名が短径7mm以上であった。短径7mm以上群では7mm未満群と比べ、有意に病理学的側方転移率が高かった（44.1% vs. 2.1%, P<0.001）。短径7mm以上群において治療前CEA、mrEMVI、治療前側方リンパ節のMRI悪性所見、治療後側方リンパ節短径4mm以上を含むロジスティック回帰分析を行うと、治療後側方リンパ節短径4mm以上 (OR 15.66、P=0.0021)、治療前側方リンパ節の悪性所見 (OR 5.480、P=0.0215)が病理学的側方転移陰性となる独立した因子であった。治療後リンパ節短径4mm未満の症例では病理学的側方転移陽性率は7.1%であり、治療後リンパ節短径4mm以上の症例での病理学的側方転移陽性率は、治療前側方リンパ節悪性所見のない症例では25.0%で、悪性所見のある症例では66.7%であった。
5年生存率、5年無再発生存率、5年局所無再発生存率はいずれも、側方転移陽性症例で陰性症例に比して有意に不良であった。
【結語】TNT後の臨床的側方転移陽性症例において、治療前短径7mm未満群では側方転移は2%のみにしか認めなかった。短径7mm以上群においては、治療前悪性所見と治療後リンパ節短径が病理学的側方転移陽性に関連しており、治療後の側方郭清の適応の判断材料となると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD7-1]

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

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

[PD7-2]

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

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

[PD7-3]

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

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

[PD7-4]

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

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

[PD7-5]

Treatment for colorectal cancer patients with two metastatic sites

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

[PD7-6]

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

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

[PD7-7]

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

[PD7-8]

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

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

[PD7-SP]

特別発言

Mitsugu Sekimoto (Minoh City Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

背景：StageIV大腸癌は原発巣・転移巣の状況が多様であり、画一的な治療指針設定は困難である。当科ではR0切除を目指すなか、R2であっても原則原発巣は切除する方針とし、以下の適応に則って治療に臨んでいる。①P1,肝辺縁のH1,216リンパ節: 同時性切除でR0、②PUL+,深部のH1とH2以上: 異時性切除でR0、③遠隔転移巣切除不能:原発巣切除のみR2、④原発巣切除不能:姑息手術。
目的:当科のStageIV大腸癌治療方針の妥当性を検証する。
対象と方法:2011-2020 StageIV大腸癌281例を①同時性R0切除28例、②異時性R0切除20例、③原発巣切除（R2転移巣非切除）189例、④原発巣非切除44例に分類。1.各群の概要と予後、2.R0切除例①,②の術後再発リスク因子、3.原発巣切除例③の予後不良因子を検討した。
結果:1.5年全生存率は各群①36.1%②64.9%③17%④0% (p=5×10-12)で、4群間それぞれに有意差を認めた。
2.R0症例①vs②の生存比較では異時性切除が良好で(p=0.026)、同時切除の予後不良因子は「腹膜播種あり」,「転移臓器数2個」であった。肝転移のみの比較では①vs②の全生存率で有意差はなかった。R0術後再発率は①68%,②50%で、①②をまとめた多変量解析では「腹膜播種あり」が再発リスク因子(Odds16.6)と示された。
3.原発巣のみ切除③の生存における各種項目の多変量解析では予後不良因子として「H3」(HR3.2)、「術後合併症CDIII以上」(HR2.2)、「薬物療法施行なし」(HR4.5)が示され、これらを有する症例の生存率は、原発巣非切除例④と差は認めなかった。
考察：R0切除の有用性が再認識され、病変Gradeや部位で適切な基準を設定すれば肝切除は同時性・異時性いずれも妥当であるが、腹膜播種病変を認めた症例は再発を念頭に術後治療や観察を強化する必要があるといえる。一方、原発巣切除には一定の予後改善効果が期待されるが、手術の際はシンプルな術式にとどめ合併症を最小限にする意識が求められる。そしてH3や薬物療法が入らない症例に原発巣切除の効果は少なく、これらには高度の狭窄や下血といった強い症状を伴う症例のみに限定して適応するべきである。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

【背景】切除不能遠隔転移を有する大腸癌に対しては有症状でない限り原発巣非切除、及び化学療法先行が標準治療とされる。しかし施設によりその治療方針は異なることも多い。原発切除先行群と化学療法群のOutcomeを比較した。
【対象と方法】2012年1月から2021年12月までに当院で治療を実施した、切除不能遠隔転移を有する大腸癌414例について、原発切除先行群（以下Surgery first, S F群）と化学療法群（以下Chemotherapy first, C F群）に分類し、後方視的に検討した。
【結果】S F群が220例、CF群が194例であり、腫瘍の局在（右側結腸/左側結腸(直腸RS部含む)/直腸）は73/93/54 vs. 52/82/60 （p=0.23）と差を認めなかった。深達度（cT3以下/cT4/cTX）は109/102/9 vs. 84/88/22 (p<0.01)であり、リンパ節転移（cN1/cN2/cNX）は92/120/8 vs. 117/55/22 (p<0.01) であった。また遠隔転移（1臓器/2臓器/3臓器以上）は103/92/25 vs. 109/51/34（p<0.01）であった。
初診時から化学療法開始までの期間の中央値は、70日 vs. 25日であった。化学療法のレジメンでオキサリプラチンもしくはイリノテカンが投与できた症例は、166例（75.5%）vs. 182例（93.8%）であった。SF群のうち、原発巣切除後に化学療法が実施できなかった症例は35例（15.9%）であり、CF群のうち経過中に穿孔や腸閉塞等で姑息的手術を要した症例は8例（4.1%）であった。Conversionとして根治的手術を行えた症例は、13例（5.9%）vs. 7例（3.6%）であった。
単変量解析において、5年全生存率（以下OS）は、15.1% vs. 7.2%（p=0.04）と有意にSF群が長く、多変量解析においてもSF vs. CF［HR 1.43, p値<0.01］と有意にSF群のOSが良好であった。他のOS不良因子としては、年齢（p<0.01）、右側結腸（p<0.01）、2臓器以上の転移（p<0.01）が独立した因子であった。
【結語】切除不能遠隔転移を有する大腸癌において、有症状／無症状すべての症例で解析すると、原発巣切除を行った方がむしろ予後良好であった。手術による化学療法の遅れは45日程度であり、将来的な閉塞や出血が危惧される症例においては原発巣切除も治療オプションとなり得ると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

【はじめに】切除可能な大腸癌肝転移には外科的切除が推奨されている。一方で肝切除後の再発は高頻度で、肝切除後ただちに再発する症例もしばしば経験することから、肝切除の腫瘍学的に適切なタイミングを判断するにあたって悩まされることも多い。今回我々は、肝切除の適切なタイミングを判断するために、肝切除後早期・超早期再発に関連する因子について検討した。
【対象と方法】1996年から2023年までに当院で大腸癌肝転移に対してR0切除を施行した140例を後方視的に解析した。5年、6カ月（早期）および4カ月（超早期）の無再発生存（RFS）における再発予測因子について解析した。
【結果】
1)初回肝切除後の残肝再発は、9.7%が肝切後4カ月以内、36.5%が肝切後4～6カ月で認められた。2年を超えて残肝再発を来した症例も15.4%認めたが、5年以降の再発は認めなかった。
2)5年RFSに関連する因子は原発直腸、領域リンパ節転移4個以上、低分化および未分化癌、RAS変異型、複数の肝転移、5cm以上の肝転移、肝外転移あり、2回目以降の肝切除であり、領域リンパ節転移4個以上、5cm以上の肝転移、肝外転移ありはそれぞれ独立した再発予測因子であった。
3)早期再発に関連する因子は静脈侵襲高度陽性、同時性肝転移、5cm以上の肝転移、肝外転移あり、2回目以降の肝切除であり、静脈侵襲高度陽性、5cm以上の肝転移は独立した再発予測因子であった。
4)超早期再発に関連する因子は5cm以上の肝転移、肝切除前CAE高値および肝切除前CA19-9高値であった。5cm以上の肝転移は独立した再発予測因子であった。
5)肝切除回数別にRFSを比較すると、2回目以降の肝切除後の予後は、1回目の肝切除後の予後と比較して有意に不良であった。
【結語】5cm以上の肝転移症例、高度静脈侵襲陽性症例は肝切除後早期再発の予測因子であり、特に5cm以上の肝転移症例は超早期再発の予測因子である。また2回目以降の肝切除では、肝切除後の再発率が比較的高くなる。これら因子に該当する症例では肝切除のタイミングについて慎重な検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

【緒言】大腸癌肺転移に対する R0 切除は生命予後を延長し得るものの，その適応基準はいまだ確立されていない。適切な症例選択には腫瘍制御の可能性を評価し，予後因子を把握することが重要である。今回，従来報告されている原発巣・転移巣因子に加え肺転移巣の経時的変化が予後に及ぼす影響を検討した。
【方法】2004 年 1 月から 2024 年 1 月までに当院で大腸癌肺転移に対して R0 切除を受けた 90 例を対象とし，臨床病理学的因子と全生存期間（OS）および無再発生存期間（RFS）について後方視的に解析した。
【結果】平均年齢は 67.6 歳，男性 52 例・女性 38 例であり，原発部位は結腸 41 例，直腸 49 例。同時性肺転移 15 例（15.9%），異時性肺転移 75 例（84.1%）。両側肺転移は 12 例（13.3%），病変数 2 以上は 13 例（14.4%）であった。肺転移診断時の最大腫瘍径中央値は 10 mm，肺切除時は 15 mm，診断から切除までの期間中央値は 3.5 か月であり，腫瘍増大率中央値は 4.8%／月であった。全生存期間中央値は 82.5 か月（95%CI 51.2–117.7）で，肺切除後の補助化学療法施行率は 40.9% であった。また，肺切除後の 5 年 OS は 57.1% であった。単変量解析では診断から切除までの腫瘍増大率が高い群で OS が有意に短縮し（p＝0.035），多変量解析でも同指標が RFS の独立予後因子であった（HR 1.70，95%CI 1.17–2.02，p＝0.03）。
【結語】大腸癌肺転移切除後の予後因子として，肺転移巣経の変化が関与していた。手術適応判断において，経時的な画像評価を取り入れることが適切な治療戦略の決定に寄与する可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

【背景】当院では、複数臓器転移を伴う大腸癌に対しても、外科切除・根治的放射線療法・アブレーション療法などを活用し、局所制御の達成に努めてきた。
【目的】2臓器転移を伴う大腸癌に対する当院での治療内容およびその成績を明らかにすること。
【方法】2017年から2021年に当院で治療された、2臓器転移を伴う大腸癌症例を後方視的に抽出し、その治療内容および成績を検討した。治療開始前に2臓器の転移が診断された症例を対象とし、Stage 1-3の術後再発例も含めた。2臓器転移ともに局所制御が達成された症例をCurB群、1臓器転移のみの局所制御にとどまった症例をCurC群、局所制御は達成できず全身化学療法で治療された症例をChemo群とした。
【結果】2臓器転移を伴う大腸癌 227例の中で、CurB群が45例(19.8%)、CurC群が18例(7.9%)、Chemo群が164例(72.2%)であった。CurB群およびCurC群の3年全生存割合はそれぞれ78.3%、69.7%でこの2群間に統計学的差はなく(p=0.930)、Chemo群の32.7%に比べていずれも有意に予後良好であった(p<0.001, p=0.012)。肝肺転移を伴う70例についてみると、CurB群が16例(22.9%)、CurC群が9例(12.9%)、Chemo群が45例(64.3%)であり、全生存割合においてChemo群に比べてCurB群(ハザード比 0.19, p=0.001)、CurC群(ハザード比 0.30; p=0.037)はそれぞれ有意に良好であった。年齢・性別・転移時期(同時性/異時性)・局所制御の達成状況(CurB/CurC/Chemo)・全身化学療法(有/無)を含む多変量解析において、CurB達成が有意な予後良好因子として認められた(ハザード比0.11, p=0.030)。
【結語】本研究では、2臓器転移を有する症例においても、局所制御の達成が予後の延長に寄与する可能性が改めて示された。また、1臓器の切除にとどまったとしても、化学療法のみより予後が改善する可能性も示唆され、遠隔転移/再発に対する切除可能性を積極的に検討すべきである。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

（目的）当院では、大腸癌同時性腹膜播種に対し、cytoreductive surgery(CRS)による積極的切除を行っており、肉眼的遺残腫瘍のない完全切除（CC-0）が予後改善に極めて重要であると報告してきた。今回、P分類とperitoneal cancer index（PCI）に基づき、同時性大腸癌腹膜播種に対するCRSの適応と治療成績を検討した。
（方法）2012年から2023年までに、同時性大腸癌腹膜播種に対してCRSを施行した128例を対象とした。CRSは、消化管、子宮付属器や脾臓などの臓器切除と壁側腹膜切除を組み合わせて実施した。P分類ならびにPCI（腹腔内を13領域に分け、病変サイズにより0－3点で評価）は、術中の開腹所見に基づいて決定した。
（結果）対象は男性58例、女性70例、平均年齢は54歳であった。平均手術時間は282分、平均出血量は1.1Lであった。腹膜播種の診断からCRSまでの期間の中央値は280日であった。
CRSからの3年・5年生存率はそれぞれ44%、31%であり、CC-0切除が達成された症例では62%、46%であった。一方、CC-1以上の症例では5年生存は認めなかった。
P分類別にみると、P1が6例、P2が22例、P3が100例であり、CC-0達成率はP1で100%、P2で95%（21/22例）、P3で39%（39/100例）であった。P1とP2を合わせた症例における3年・5年生存率はそれぞれ65%と48%で、P3では35%と25%であった。P3でもCC-0切除が達成された場合の3年・5年生存率はそれぞれ55%と45%であった。
PCIの値を、PCI 9以下（P-9）、10–19（P-19）、20–29（P-29）、30–39（P-39）の4群に分類したところ、CC-0達成率はP-9 93%（42/45）、P-19 70%（21/30）、P-29 8%（3/38）、P-39 0%（0/15）であった。3年と5年生存率は、P-9がそれぞれ58%と44%、P-19が53%と25%、P-29が9%と0%、P-39が42%と0%であった。
（結語）大腸癌腹膜播種において、CRSによる予後の改善にはCC-0の切除が重要であり、術中のP分類およびPCIの評価が有用である。P1とP2あるいはPCIが10未満の症例は腹膜切除の絶対適応で、P3であってもPCIが20未満であればCRSを積極的に検討すべきと考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

【背景】C-cubed試験は、未治療の切除不能進行・再発大腸癌（mCRC）に対し、フルオロピリミジン＋ベバシズマブ（FP＋BEV）を先行投与し、病勢進行時にオキサリプラチン（OX）を追加する逐次治療（Arm A）と、初回からFP＋OX＋BEVを併用する併用治療（Arm B）の有効性を比較した、多施設共同の第III相ランダム化比較試験である。本研究では、長期追跡に基づく全生存期間（OS）の更新解析とともに、治療開始前に把握可能な臨床的および分子学的因子の予後的意義を検討した。
【方法】mCRC患者300例はArm AまたはArm Bに1:1の比率で無作為に割り付けられた。サブグループ解析は、年齢（＜70歳 vs. ≥70歳）、腫瘍側性（右側 vs. 左側）、RAS/BRAF V600E変異の有無に基づいて実施した。OSはKaplan–Meier法およびCox比例ハザードモデルで解析し、多変量解析では、すべて治療開始前に把握可能な変数（年齢、性別、パフォーマンスステータス、腫瘍側性、転移臓器数、原発巣の残存、RAS/BRAF変異、同時性／異時性、フルオロピリミジンの種類）を評価した。
【結果】OS中央値はArm Aで27.2ヶ月、Arm Bで27.4ヶ月と両群間でほぼ同等であり、治療戦略による有意な差は認められなかった（HR=1.0、P=0.98）。一方、多変量解析の結果、BRAF V600E変異は最も強い不良予後因子であり（HR=6.16、P＜0.0001）、RAS変異（HR=1.84、P=0.0005）、PS 1（HR=2.01、P=0.0009）、転移臓器数が2つ以上（HR=1.74、P=0.0005）、年齢70歳以上（HR=1.41、P=0.0336）、および男性（HR=1.44、P=0.0266）も有意に予後不良と関連していた。さらに、右側原発腫瘍は統計的有意には至らなかったものの、不良な生存傾向を示した（HR=1.38、P=0.0573）。
【結論】治療戦略によるOSの差は認められなかったが、治療前に評価可能な臨床的および分子学的因子がmCRCの予後に強く関与することが示された。特にBRAFおよびRAS変異、PS、転移臓器数、年齢、性別といった情報は、初期治療方針の決定や、手術先行の可否を判断するうえでも重要である。今後は、このような治療前情報を活用し、個別化治療戦略を構築することの重要性が一層高まると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

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

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

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

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

[PD8] Panel Discussion 8 Frontline Proctology in Outpatient Clinics

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

[PD8-1]

Diagnosis and treatment of rectocele in a clinic with beds

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

[PD8-2]

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

Satoka Nasu (Women's Clinic Urawa)

[PD8-3]

Actual day surgery for anorectal deseases at our clinic

Makoto Ohara (OHARA MAKOTO Digestive and Proctological Surgery Clinic)

[PD8-4]

Device of anorectal examination and diagnosis that focus on informed consent

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

[PD8-5]

A Role of Proctology Clinic for Community

Atsushi Shirahata (Shirahata Clinic)

[PD8-6]

Improving proctology treatment skills and training young doctors in regional cities

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

[PD8-SP]

特別発言

Tokiko Yamaguchi (Marigold Clinic)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

[PD8] Panel Discussion 8 Frontline Proctology in Outpatient Clinics

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

[PD8-1] Diagnosis and treatment of rectocele in a clinic with beds

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

＜はじめに＞2023年に発刊された便通異常症診療ガイドラインでは直腸瘤は直腸・肛門障害型の非狭窄性器質性便秘症に分類されている。我々は排便障害の症状があり、直腸診で直腸膣中隔の脆弱性を認める患者に対して、Cinedefecographyを施行し、怒責時に直腸前壁が2cm以上前方に突出する場合に直腸瘤と診断している。保存的治療で症状が改善しない症例に対し、経肛門的アプローチで外科治療を施行している。我々が施行している直腸瘤に対する手術方法と治療成績について報告する。
＜対象と方法＞2020年4月から2025年3月までの5年間に直腸瘤症例21例に手術を施行した。術前術後に排便造影を施行し、直腸瘤の大きさを測定。2020年から2022年までは直腸粘膜を短軸方向に運針して縫縮するSullivan手術、2023年以降は直腸粘膜を長軸方向に運針して縫縮するTransanal anterior Delorme(TAD)を施行。また、術前、術後2ヶ月、術後1年に肛門内圧、便秘・便失禁の程度を評価した。便秘および便失禁の定量化にはConstipation Scoring System(CSS)とFecal Incontinence Severity Index(FISI)を用いた。
＜Cinedefecography＞バルーンを挿肛後,疑似便を注入し, 透視台に設置したポータブルトイレ上でrest,squeeze,strainの3相を撮影し、直腸瘤の大きさを測定。2cm以上で直腸瘤と診断。
＜結果＞・1例で直腸瘤の再発を認め、再手術を行ったが、Clavien-Dindo分類Grade II以上の合併症は認めなかった。
・直腸瘤の大きさは手術により有意に縮小していた。
・肛門内圧はMRPとMSP共に術前、術後2ヶ月、術後1年で変化していなかった。
・FISIは術前、術後2ヶ月、術後1年で有意な変化を認めなかったが、CSSは術後1年の時点で有意に改善していた＜P=0.043＞。
＜考察＞・直腸瘤の治療は当院の様な有床診療所でも安全に行う事ができる術式と思われた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

[PD8] Panel Discussion 8 Frontline Proctology in Outpatient Clinics

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

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

Satoka Nasu (Women's Clinic Urawa)

【背景】当院は2022年11月に開院した女性専用の大腸肛門科クリニックである。痔疾患をはじめとする肛門部の悩みに幅広く対応しており、当院の取り組みと課題について報告する。
【取り組み】①日帰り手術：育児や仕事、介護などにより入院が難しい女性に対応するため、手術希望者の90%以上を日帰りで実施し、年間600件以上の手術を施行している。妊娠・出産後に形成される肛門皮垂に悩む患者も多く、排便後の清拭困難等を訴える症例には、整容面にも配慮の上、手術を実施している。②大腸内視鏡検査：女性の死亡原因第1位である大腸がんの早期発見を目的に、肛門疾患で受診した患者に対して内視鏡検査を積極的に勧めている。③VIO脱毛：近年、VIO脱毛の需要が高まる中で、「痔や皮垂があると照射できない」との誤解から相談目的での来院が増加しているが、実際は照射は可能である。当院では開院当初より脱毛機器を導入し、痔疾患と脱毛の両方に対応することで不安軽減と満足度向上に努めている。④他科連携：便秘による腹圧性尿失禁や過活動膀胱、過敏性腸症候群、性交痛や慢性骨盤痛など、女性泌尿器科と重複する症例に対しては専門的診療への橋渡しを行っている。また、周産期に発症しやすい肛門疾患については地域の産婦人科と連携し、円滑な診療体制を構築している。⑤SNS活用：SNSとの親和性が高い女性層に向け、情報発信を通じて認知度の向上と受診導入、女性特有の肛門疾患への啓発を図っている。
【課題と展望】「大腸内視鏡・手術・VIO脱毛」のすべてを希望される患者も多く、当院ではこれらに対応した包括的な診療を行っている。一方、外来を一人で担当しているため説明の一貫性は保ちやすいが、診療が時間通りに進まない、検査・手術と外来を同時に実施できないといった課題がある。限られた時間内で、より効率的な運営体制の構築が求められる。また、女性専用であることから、付き添いの男性やLGBT患者への対応にも配慮が必要である。今後も、女性の肛門疾患に対するニーズの変化を捉え、柔軟かつ質の高い医療の提供に努めていきたい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

[PD8] Panel Discussion 8 Frontline Proctology in Outpatient Clinics

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

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

Makoto Ohara (OHARA MAKOTO Digestive and Proctological Surgery Clinic)

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

[PD8] Panel Discussion 8 Frontline Proctology in Outpatient Clinics

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

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

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

肛門疾患の診療は問診の他、視診及び指診のみでも可能である。しかしそれだけでは診察結果は診察した医師の主観に依るところが大きく、診察で得た情報を患者に伝えにくいのが欠点である。患者はとりあえず自分は「ぢ」なんだろうと思って肛門科を受診する。しかし意外と患者は何の「ぢ」なのか、そもそも「ぢ」とは何なのかも知らないことが多い。そして「ぢ」だろうと思って受診したのに実は大腸がんなどの大腸疾患、悪性疾患だったということも経験する。インフォームドコンセントが重要視される昨今は肛門疾患の診療においても医療者側が得られた診察結果を客観的な情報として患者側にわかりやすく、かつ効率的に伝達することが重要である。
当院では肛門診療において電子カルテと連動した小型カメラ付き透明筒型デジタル直腸肛門鏡を使用し、下部消化管内視鏡検査や肛門超音波検査の結果も含めて診察した情報をリアルタイムで開示して、患者へのスムーズで分かりやすい説明に役立てている。このシステムの利点として以下のようなものがあげられる。
①痔核、裂肛、痔瘻いずれの痔疾患に対して視覚的な説明が可能である。
②筒形肛門鏡でも器具を出し入れすることによって、脱出病変（痔核の脱出、肛門ポリープの脱出、腫瘍性病変の脱出）の再現が可能である。
③出血病変の出血点の同定が容易である。
④直腸病変（潰瘍性大腸炎など）の拾い上げに有用である。
⑤視診が重要な肛門周囲皮膚疾患の鑑別に有用である。
⑥手術の説明（動画を含めて）、創部の経時的経過の説明に有用である。
今回、当院での小型カメラ付き透明筒型デジタル直腸肛門鏡のシステムを紹介し、インフォームドコンセントを重要視した肛門診療におけるその有用性について報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

[PD8] Panel Discussion 8 Frontline Proctology in Outpatient Clinics

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

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

Atsushi Shirahata (Shirahata Clinic)

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

[PD8] Panel Discussion 8 Frontline Proctology in Outpatient Clinics

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

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

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

令和2年から4年にかけて医療施設に従事する医師数は323,700人から327,444人と3,744人増加しているが肛門外科として医療施設に従事する医師数は5,814人から5,791人と23人減少している(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師の概況」)。
医学部卒業後に初期研修を含め勤務医をしていれば肛門疾患に遭遇することはほぼ確実であると考える。しかし外科の指導医の中でも肛門疾患の詳細を学んだことがない場合もあり、その指導医に学ぶ若手医師はさらに知識が蓄積されることがなくいたずらに保存的治療で経過観察することもある。過去も現在も全国の大学病院やその関連施設で標準的な肛門疾患治療についての詳細な教育がなされることは多くない。もちろん消化器外科専門医全員が必ずしも肛門疾患の専門的治療を習得する必要はないが、標準的治療の実際と患者離れのタイミングを知識として持つことは必須であろうとの考えから消化器外科専門医試験に出題があるものと考える。
そこで現在我々は肛門疾患の懇談会が存在しなかった京都府において若手医師に向けてガイドラインに則した標準的治療の勉強会を立ち上げている。地域のおける診療科のレベルアップと個々の若手医師のスキルアップの手助けのために開業医が開いている会の活動についての概要を報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD9-1]

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

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

[PD9-2]

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

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

[PD9-3]

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

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

[PD9-4]

Bowel Preparation in Colorectal Cancer: Trends and Perspectives

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

[PD9-5]

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

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

[PD9-6]

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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

[PD9-7]

Examinations and management for anastomotic bleeding after colorectal surgery

Hiroaki Nozawa, 江本 成伸, 佐々木 和人, 室野 浩司, 横山 雄一郎, 永井 雄三, 原田 有三, 品川 貴秀, 舘川 裕一, 岡田 聡, 白鳥 広志, 石原 聡一郎 (Department of Surgical Oncology, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo)

[PD9-8]

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

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

[PD9-SP]

特別発言

Kazuhiro Sakamoto (Koshigaya Municipal Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD9-1] Prophylactic oral antibiotic bowel preparation for colorectal surgery in Japan: Results of a nationwide questionnaire survey

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

【緒言】大腸手術における腸管前処置はSSI予防において重要であり，本邦のガイドラインでは機械的前処置（MBP）と経口抗菌薬（OABP）の両者を行う全前処置（FBP）とOABP単独が推奨されている。しかし，本邦におけるOABP使用は，耐性菌懸念による激減から直近の調査（2014年：9.7%）まで使用は限定的であった。そこで本邦の現状を把握するべくアンケート調査を行った。【方法】日本外科感染症学会臨床試験支援委員会主導にて腸管前処置に関する全国アンケート調査を行い，外科医456名（412施設）から回答を得た。【結果】前処置の方法は手術部位に関わらず，MBP単独，FBP，前処置なし，OABP単独の順に多かった。47.1%の外科医がOABPを常時使用しており，84.4%が直近10年以内に導入していた。OABPは前日のみ（91.4%），メトロニダゾールとカナマイシン併用（88.1%）が最も多かった。OABP不使用の理由として，低SSI率にて不要，保険適応外，耐性菌懸念の順に多かった。OABP使用は，免許取得後10年以内および31年以上の医師で少なく，年間100例以上の大腸癌手術，大腸外科専門，体腔内吻合採用で多かった。現在OABPを使用していない医師の約1/3は今後の導入予定であった。【結論】本邦においてOABPの使用頻度がここ10年で約半数まで増加していることが分かったが，米国の83.2%に比べると依然として少ない。しかし，現有のエビデンスも低侵襲手術，手術部位，体腔内吻合などのSSI発生の重要な要素を十分に加味されている訳ではなく，OABPに関する本邦独自のエビデンス創出が求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD9-2] Surgical Site Infections in Colorectal Cancer Surgery: A Multicenter Database Analysis of Risk Factors and Outcomes (Hiroshima Surgical study group of Clinical Oncology : HiSCO)

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

【背景】手術部位感染症(Surgical Site Infection: SSI)は,大腸手術ではその発生率が高い.SSI発症は,入院期間の延長,医療費の増加,そして長期予後の悪化につながる.本研究では,大腸癌切除術後のSSI発生の危険因子と長期予後への影響を明らかとしSSI対策を検討することを目的とした.
【対象と方法】2017年4月から2020年3月までに広島臨床腫瘍外科研究グループの大腸癌データベースに登録された,開腹または腹腔鏡下にて施行されたStage I-III初発大腸癌切除術症例の3583例を対象に後ろ向き解析を行った.表層SSI,深部SSI,臓器/体腔SSIそれぞれの危険因子と長期予後(5年全生存期間[Overall Survival: OS]、5年無再発生存期間[Relapse Free Survival: RFS])を解析した.
【結果】SSIを発症した症例は352例89.8%),非SSI群は3231例であった.SSIの内訳は,表層SSI 154例(4.3%),深部SSI 30例(0.8%),臓器/体腔SSI 194例(5.4%)であった.表層SSIの危険因子は,75歳以上,開腹手術,抗血栓薬内服,化学的前処置の未実施,輸血歴の5項目であった.深部SSIの危険因子はストーマ造設の1項目,臓器/体腔SSIの危険因子は長時間手術,男性,直腸癌,換気障害あり,術前腸管減圧の5項目であった. SSI群では5年OSおよびRFSが有意に不良で(OS: p=0.0020, RFS: p<0.0001), いずれのSSIにおいても,5年RFSは有意に不良であった(表層SSI:p=0.0115, 深部SSI:p=0.0280, 臓器/体腔SSI:p<0.0001).
【考察】大腸癌切除術後のSSIは,発生部位によって異なる危険因子を持つことが明らかとなった.表層SSIに対して,開腹手術を避け,術前の貧血予防,化学的前処置の導入が有用となる.化学的前処置は保険適応の問題もあり標準的な術前処置として確立されていないが,複数の報告もあり保険適応を含めて導入を検討するべきと考える.臓器/体腔SSIに対しては,手術時間の短縮が必要である.また抗血栓薬内服も表層SSIの危険因子として抽出されており,十分な止血操作の重要性が示唆されるが抗血栓薬内服患者とSSI発生機序は不明であり,今後更なる検討が必要である.
【結語】本研究で示された危険因子への対策に加え,多角的なアプローチでSSI予防に取り組むことが重要である.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD9-3] Association Between Bowel Preparation and Surgical Site Infection in Intracorporeal Anastomosis for Right-Sided Colon Cancer

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

【背景】腹腔鏡下結腸癌手術における体腔内吻合では、腹腔内で腸管を開放するため、Surgical Site Infection（SSI）に注意が必要である。腸管前処置として、機械的腸管処置（mechanical bowel preparation：MBP）と経口抗菌薬（oral antibiotics：OA）の併用が国内外のガイドラインで推奨されているが、本邦ではOAが保険適用外であり、実施には施設差がある。そこで、腸管前処置がSSIに与える影響を明らかにすることを目的とした。
【対象と方法】2019年7月～2023年11月に右側結腸癌に対して腹腔鏡下（ロボット支援下含む）手術を行った778例のうち、体腔内吻合を施行した150例を対象とした。SSIのリスク因子について、各種臨床病理学的因子を共変量とした単変量・多変量解析を行った。
【結果】年齢中央値69歳、男性66例（44.0%）、MBPあり134例（89.3%）、OAあり102例（68.0%）。術式は回盲部切除46例（30.6%）、結腸右半切除86例（57.3%）、横行結腸切除18例（12.1%）。SSIは11例（7.3%）（表層切開創8例［5.3%］、臓器・体腔3例［1.8%］）。Clavien-Dindo分類はGrade 1：8例、Grade 2：2例、Grade 3：1例。MBPなし（p＝0.002）、OAなし（p＝0.001）でSSIが有意に多く、OAなしは多変量解析で独立したSSI発生因子であった（p＝0.023）。SSIあり群はSSIなし群と比較し、有意に入院期間が延長していた（中央値 9 vs. 8日, p＝0.012）。次に、OAの有無で2群に分けて術後1日目のWBC、CRP（中央値）を比較した。OAあり群はOAなし群と比較し、WBC（9,390 vs. 10,900/μL, p＝0.002）、CRP（3.8 vs. 7.8 mg/dL, p＜0.001）が有意に低値であった。
【まとめ】腹腔鏡下右側結腸癌手術における体腔内吻合では、OAを含む腸管前処置が、SSI予防に有効な前処置と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD9-4] Bowel Preparation in Colorectal Cancer: Trends and Perspectives

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

【背景】大腸癌手術における機械的腸管前処置(mechanical bowel preparation：MBP)と経口抗菌薬の必要性には未だ統一見解がない。我々は、放射線不透過マーカーによる客観的評価から、ポリエチレングリコール（PEG）によるMBPが術後の小腸蠕動回復を遅延させることを報告し、現在、結腸癌では原則PEGを用いない。また、待機的手術では表層SSI発生率が低いため、術前経口抗菌薬も使用していない。術式別クリニカルパスに基づき、我々が施行してきた術式別腸管前処置の妥当性を検討した。
【対象と方法】すべての対象で減圧管を留置した閉塞性大腸癌、人工肛門造設、2カ所以上の吻合は除外した。[研究1]2010年1月から2012年6月に結腸癌に対して待機的手術を施行した症例。PEG内服群とピコスルファートナトリウム内服群（SPH群）に分けた。[研究2]2011年から2015年に待機的腹腔鏡下手術を施行した右側結腸癌症例。SPH群と前処置なし群に分けた。[研究3]2009年から2015年に待機的腹腔鏡下手術を施行した左側結腸癌症例。PEG群とSPH群に分けた。[研究4]2009年から2016年に待機的手術を施行した直腸癌症例。
各研究で前処置と表層SSI関連を検討した。
【結果】[研究1]SSIは、MBP群(152例)では5例(3%)、SPH群では2例(2%)であった(p=0.6)。[研究2]SSIは、SPH群(104例)では3例(3%)、前処置なし群では4例(5%)であった(p=0.47)。[研究3]SSIは、PEG群(70例)では0例(0%)、SPH群(133例)では4例(3%)であった(p=0.14)。[研究4]SSIは、PEG群(53例)では3例(5.7%)、SPH群では0例(0%)であった(p=0.04)。発生した表層SSIは全例Clavien-Dindo分類のGrade Iであった。縫合不全の発生率はいずれの研究の2群間において有意差を認めなかった。
【結語】直腸癌手術ではMBPの省略に議論の余地があるが、右側結腸癌では下剤は不要、左側結腸癌ではSPHで問題ない。本結果より、MBPや術前抗菌薬は一律には不要であり、適格症例の選別が重要であると考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD9-5] Assessment of Preoperative Strategies for Reducing SSI in Colon Cancer Surgery at Our Institution

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

【背景】大腸癌領域での術後の創部感染や腹腔内膿瘍は他の臓器と比べても高率であることが知られており術後SSI(Surgical Site Infection)制御の重要性は以前より協調されてきた。
昨今においてもその重要性は変わらず推移しており当院でもSSI低減のための対策を検討し2014年10月から口腔ケア介入を、また2020年4月より化学的前処置の導入を行ってきた。今回我々は当院で実施してきたSSI予防策としての妥当性を検討した。
【対象と方法】東京医科大学病院における2010年1月から2023年3月までの結腸癌に対して根治的切除を施行した症例を対象に、非介入群・口腔ケア介入群・口腔ケア＋化学的前処置介入群の3群に分け、2群間ずつを比較しカイ二乗検定を用いて分析を行った。
【結果】手術症例総数873例であった。非介入群が191例、口腔ケア介入群が413例、口腔ケア+化学的前処置介入群が269例であった。それぞれSSI発生例は非介入群で31例(16.2%)、口腔ケア介入群で38例(9.2%)、口腔ケア+化学的前処置介入群で13例(4.8%)であった。それぞれの2群間比較の結果は
非介入群vs口腔ケア介入群　オッズ比0.523　95%信頼区間(0.314-0.870)　p=0.013
非介入群vs口腔ケア+化学的前処置介入群　オッズ比0.262　95%信頼区間(0.314-0.870)　p<0.001
口腔ケア介入群vs口腔ケア+化学的前処置介入群　オッズ比0.501　95%信頼区間(0.261-0.959)　p=0.037
であった。
【結論】いずれの比較検討も統計的有意差は認め、非介入より口腔ケアを口腔ケアより口腔ケア+化学的前処置を実施するとSSIの発生が少なくなる傾向が示唆された。当院でのSSI低減の取り組みは妥当であるものと考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD9-6] Preoperative stool scale is a risk factor for anastomotic leakage after minimally invasive low anterior resection for rectal cancer

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

【はじめに】待機的直腸癌手術における腸管前処置に関するエビデンスは不足している。また、直腸癌手術において術前便スケールと縫合不全の関連について具体的に検討した研究はない。
【目的】直腸癌に対して、腹腔鏡下またはロボット支援下に低位前方切除術を施行された患者において、術前便スケールが縫合不全に及ぼす影響を評価する。
【対象と方法】2018年1月から2024年12月までの間に、吻合を伴う腹腔鏡またはロボット支援下低位前方切除術を施行された204名において、術前便スケールと縫合不全の関係について検討した。術前便スケールは、非常に良好、良好、不良、不十分の4段階スケールで評価した。
【結果】機械的腸管前処置は94.6%の患者に実施された。術前便スケール不良の患者はは、機械的前処置施行患者の7.8%、非施行患者の63.6%に認められた（p<0.001）。術前便スケール不良患者は、良好または非常に良好な患者と比較して、縫合不全発生率が高く（22.7% vs. 2.3%, p<0.001）、術後合併症率が高く（36.3% vs. 8.2%, p<0.001）、術後在院日数が長かった（22日 vs. 15日, p<0.001）。単変量解析では、腫瘍狭窄あり、術前便スケール不良、Prognostic Nutrition Index（＜49.6）、腫瘍サイズ（＞6㎝）が縫合不全と有意に関連しており、多変量解析では、術前便スケール不良が縫合不全と有意に相関していた（オッズ比7.364、95%信頼区間1.532-35.391、p=0.013）。
結論：術前便スケール不良は縫合不全の独立因子であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD9-7] Examinations and management for anastomotic bleeding after colorectal surgery

Hiroaki Nozawa, 江本 成伸, 佐々木 和人, 室野 浩司, 横山 雄一郎, 永井 雄三, 原田 有三, 品川 貴秀, 舘川 裕一, 岡田 聡, 白鳥 広志, 石原 聡一郎 (Department of Surgical Oncology, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo)

【背景】大腸切除術の術後合併症としての吻合部出血は既報で3-15%と決して少なくない。一方で40歳以上の悪性腫瘍に対する手術においては、術後の血栓予防のための抗血栓療法が間欠的空気圧迫法とともに推奨されている。加えて近年では抗血栓療法を術前から受けている患者も増加している。今回の大腸切除術後の吻合部出血の現状と治療について自施設症例を用いて検討した。【方法】当施設で2019年1月―2025年2月に腸管再建を伴う大腸切除術を行った症例を対象とした。複数箇所の吻合を行った症例と炎症性腸疾患は除外し、上流に人工肛門を造設した症例を含めた。吻合部出血はClavien-Dindo分類grade 2以上を後方視的にカウントした。患者の臨床病理学的因子（性別、疾患の部位、手術アプローチ、術前・術後の抗血栓療法など）や吻合法、吻合部出血に対する検査と所見、治療について解析した。【結果】対象となったのは1375例（男729,女646、平均年齢65.8歳）であり、右側結腸症例473例、左側結腸・直腸症例473例であった。grade 2以上の吻合部出血は計62例（4.5%;男40, 女22）にみられた。13例は術前に抗血栓療法、34例は術後に抗血栓療法を受けていた。緊急CTは、右側結腸の出血例24例中16例に行われ、左側結腸・直腸症例(11例/38例)より高頻度であった（p=0.003）。18例（64%）で有意なCT所見があり、腸管内高吸収像9例、活動性の血管外漏出像8例、吻合部周囲の腸管外高吸収像1例という内訳であった。緊急内視鏡はCTで腸管内出血を示唆された8例、および直腸前方切除術後2例ではCTなしで実施された。内視鏡を受けた全例で吻合部が出血源と診断され、8例がクリッピング、1例でトロンビン散布を受け、1例はすでに止血されているとの判断で経過観察となった。術当日のCTで吻合部付近に造影剤の血管外漏出がみられた1例では同日緊急で再吻合術を受けた。各治療後の再出血例はなかった。【結論】当施設での吻合部出血の頻度は既報と同程度であった。出血検索としては右側結腸症例では、より積極的に造影CT検査が行われていた。またCTでの有意な所見をもって緊急内視鏡の適応とすることで、良好なマネジメントができていると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion

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

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

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

[PD9-8] Simple and clinically applicable method for calculating optimal perioperative fluid volume for preventing paralytic ileus in minimally-invasive colorectal resection

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

【はじめに】周術期の過剰輸液と術後合併症、麻痺性イレウスとの関連性や輸液制限による細胞性免疫の回復の早まりなどは以前より指摘されているものの、明確な輸液許容量の基準は示されていない。そこで臨床応用しやすい簡便な指摘輸液量算出法として「相対的輸液バランス（RIB）（mL/kg）」を定め、周術期輸液量の指標としての検討を加えた。
【目的】腹腔鏡下大腸切除術における周術期過剰輸液が術後合併症におよぼす影響について解析し、簡便な至適輸液量算出法（RIB）について検討する。
【対象と方法】当院で結腸および直腸癌に対し腹腔鏡下あるいはロボット支援腹腔鏡下に原発巣切除を施行した404例を後方視的に解析した。術中バランスは麻酔記録から正確に得られるため指標に取り入れた。術後当日のバランスは帰室時間や主治医の微調整などで正確な解析が困難であるため、1PODのバランスを指標に取り入れ、RIB=(術中バランス＋1PODバランス)/術前体重とした。輸血症例や膠質液投与症例は解析から除外した。
【結果】1) 57例にClavian-Dindo II以上の術後合併症が発症した。合併症のうち、麻痺性イレウス（15例）がRIB高値と有意な関連（p<0.001）を示した。RIBのカットオフ値はROC解析より45.4mL/K g とした。2) 術後イレウスの発症の関連因子として、RIB高値(OR;7.51 p=0.0032)と300分以上の手術時間、2PODの2.75Kg以上の体重増加、1PODの乏尿、3PODのCRPが10以上、があり、3PODのCRP高値とRIB高値が術後イレウスの独立したリスク因子であった。3) RIB高値の原因としての因子は、女性(p=0.03)、非肥満症例(P=0.003)、300分以上の手術時間(p<0.001)、1PODのAlb値3.0mg/dL以下(p<0.001)、1PODの乏尿(p=0.0019)があげられた。
【結語】腹腔鏡下大腸切除術において過剰輸液は術後イレウスのリスクで、術後1日目までに相対的輸液バランス（RIB）を45.4 mL/kg以下に抑えると、イレウス発症リスクを低下させる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 2

[WS2] Workshop 2 Difficult and Uncertain Cases in Proctology (Part 1)

司会：栗原 浩幸(所沢肛門病院診療科), 吉川 周作(社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター)

[WS2-1]

Diagnosis and Treatment of external hemorrhoid due to varix

Mizumi Inagaki, 吉川 周作, 増田 勉, 寺内 誠司, 内田 秀樹, 中尾 武, 横尾 貴史, 谷 孝文, 岡本 光平, 芝田 祐輔, 稲次 直樹 (Kenseikai Dongo Digestive & Anal Disease Center)

[WS2-2]

Separating ligation for strangulated internal hemorrhoids

Yoshitaka Hata (Hata Proctologic Clinic)

[WS2-3]

Anal malignant disease, which is a rare disease and can be difficult to diagnose

Naomi Matsumura, 佐井 佳世, 米本 昇平, 酒井 悠, 松島 小百合, 鈴木 佳透, 小菅 経子, 紅谷 鮎美, 河野 洋一, 宋 楓風, 岡本 康介, 下島 裕寛, 國場 幸均, 宮島 伸宜, 黒水 丈次, 松島 誠 (Matsushima Hospital)

[WS2-4]

A case of common warts (verruca vulgaris)

Akiko Yajima (Sapporo Female Clinic)

[WS2-5]

The Complexities of Interdisciplinary Collaboration with Hematology, Dialysis, and Gastroenterology Departments and the Dilemmas in Managing Anorectal Disorders

Kazuhiko Onodera, 高橋 宏明, 堀江 卓, 山内 暉眞, 宮下 秀隆 (Sapporo Hokuyu Hospital Anal Surgery)

[WS2-6]

A study on the safety of anorectal surgery performed under spinal subarachnoid anaesthesia in the presence of oral anti-thrombotic medication.

Hidenori Kuno[1], 小野 朋二郎[1], 渡邉 晃大[1], 内海 昌子[1], 竹中 雄也[1], 三宅 祐一朗[1], 安田 潤[2], 相馬 大人[2], 根津 理一郎[2], 弓場 健義[2], 齋藤 徹[1] (1.Osaka Central Hospital, 2.大阪中央病院消化器外科)

[WS2-7]

Please listen to my concerns ~Our hospital’s review and ideas for postoperative complications~

Haruka Takeda, 岡島 正純, 川堀 勝史 (Sankei-Foundation Kawahori Hospital)

[WS2-8]

Surgical strategy for 11cm giant rectocele

Yushi Suzuki[1,2], 浜畑 幸弘[1], 鈴木 綾[1], 赤木 一成[1] (1.Tsujinaka Hospital Kashiwanoha, Department of Colorectal Surgery, 2.前田病院)

[WS2-SP]

特別発言

Rikisaburo Sahara (Makita General Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 2

[WS2] Workshop 2 Difficult and Uncertain Cases in Proctology (Part 1)

司会：栗原 浩幸(所沢肛門病院診療科), 吉川 周作(社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター)

[WS2-1] Diagnosis and Treatment of external hemorrhoid due to varix

Mizumi Inagaki, 吉川 周作, 増田 勉, 寺内 誠司, 内田 秀樹, 中尾 武, 横尾 貴史, 谷 孝文, 岡本 光平, 芝田 祐輔, 稲次 直樹 (Kenseikai Dongo Digestive & Anal Disease Center)

外痔核は歯状線より遠位側に生じる痔核である。痔核の成因については肛門部の静脈瘤によるものと肛門の粘膜下のクッション状の支持組織のゆるみによるものがある。外痔核の分類については諸説あるが、急に腫れて疼痛を伴う血栓性外痔核と怒責時などにのみ見られる静脈瘤性外痔核がある。菊田らは静脈瘤の拡張と膨隆を主としたものを静脈瘤性外痔核とし、安静時には隆起や腫脹はまったくみられないが、排便時のみ、あるいは長時間の立位・座位の継続時に肛門部が膨隆すると述べている。しかしながら、文献的にはあまり報告がなく、成因や病態は不明な点が多い。静脈瘤性外痔核という病名も一般的ではない状況である。当院では2022年6月から女性肛門外来を開設しているが、20〜30代の特に出産後の女性に、菊田らが述べた静脈瘤性外痔核を主とする脱肛が多いことがわかってきた。特徴としては、怒責時や長時間の立位時には紫色の浮腫状に脱出するが、安静時には脱出せず、肛門鏡で観察しても脱出しそうな痔核は認めないということが挙げられる。また、脱肛をそのままにしておくと痛みが生じることがあり、痛みを伴いにくい内痔核の脱肛とは異なる。また、腰椎麻酔や肛門部の局所麻酔を行うと自然に病変部が膨隆してくることも特徴的である。安静時には病変がはっきりしないため、脱肛を主訴に肛門科を受診しても問題ないと言われ、適切に診断されていないことも多い。診断には怒責診が重要であり、患者本人にスマホで脱出時の写真を撮ってきていただくこともかなり有効である。治療は当院では内外痔核の結紮切除術に準じて行っているが、放射状に皮切をし、皮下の静脈瘤組織を剥離・切除（アンダーマイン）する方法もある。症例を提示し、静脈瘤性外痔核の成因および診断と治療に関して考察を行う。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 2

[WS2] Workshop 2 Difficult and Uncertain Cases in Proctology (Part 1)

司会：栗原 浩幸(所沢肛門病院診療科), 吉川 周作(社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター)

[WS2-2] Separating ligation for strangulated internal hemorrhoids

Yoshitaka Hata (Hata Proctologic Clinic)

【緒言】嵌頓痔核に対する急性期手術はガイドラインによると早期の社会復帰が可能であるが難易度が高く、術後狭窄などのリスクがあり、勧められないとある。待機的手術を行うべきか急性期に手術を行うべきか諸家の報告で違いがあり、また臨床的には激しい疼痛、社会的要因など患者の価値観も考慮されるため肛門科診療で悩み・迷い、苦慮する疾患のひとつである。当院では急性期手術、待機手術について説明し最終決断は患者の意思を優先するようにしている。術式は血行障害をきたし腫脹している外痔核成分に対しても対応可能である分離結紮法を行っている。手術時の注意点は主痔核を中心に行い、副痔核までを無理して一期的に結紮しないようにすることである。
【対象】２０２０年1月1日から２０２４年１２月３１日までに当院を受診され嵌頓痔核と診断された患者の内、分離結紮法にて手術を行われた症例
【方法】診療録をもとに性差、年齢、発症から受診までの期間、受診から手術までの期間、合併症、術後治癒日数について調査した。
【結果】嵌頓痔核で受診された４９人のうち手術が行われたのが２７人で、保存療法で経過観察となったのが２２人であった。手術を行った２７人の内、待機手術が６人、急性期手術が２１人であった。この２１人（男性１５人、女性６人）の発症から受診までは０～１１日、受診から手術まで０～１１日、合併症（出血、創部感染、尿閉、狭窄）はいずれも認めず、創部治癒日数は２４～８１日であった。
【結語】嵌頓痔核に対する術式として分離結紮法は有用であると考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 2

[WS2] Workshop 2 Difficult and Uncertain Cases in Proctology (Part 1)

司会：栗原 浩幸(所沢肛門病院診療科), 吉川 周作(社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター)

[WS2-3] Anal malignant disease, which is a rare disease and can be difficult to diagnose

Naomi Matsumura, 佐井 佳世, 米本 昇平, 酒井 悠, 松島 小百合, 鈴木 佳透, 小菅 経子, 紅谷 鮎美, 河野 洋一, 宋 楓風, 岡本 康介, 下島 裕寛, 國場 幸均, 宮島 伸宜, 黒水 丈次, 松島 誠 (Matsushima Hospital)

大腸癌はわが国で一番罹患数の多い悪性疾患であり、当院でも年間200例以上の進行大腸癌を発見し高次医療機関へ紹介を行っている。それに比較し肛門部の悪性疾患はまれで、時に通常の良性疾患と鑑別がつきにい場合や、痛みや狭窄などで診断に苦慮する場合がある。
今回我々は、2021年1月から2025年4月の間で、通常の直腸癌肛門浸潤を除く肛門部の悪性腫瘍と診断した35例を対象に検討を行った。
【対象】35例は男性24例女性11例、年齢は30歳から92歳、平均年齢64.6歳であった。
主訴は痛み23例、出血21例、肛門部の腫瘤10例、排便困難4例であった。既往歴は悪性疾患10例、うち1例は直腸癌手術後9ヶ月であった。痔核や裂肛・痔瘻などの肛門手術の既往は9例、うち1例は他院での裂肛根治術後4ヶ月であった。
初診で良性疾患（痔核・裂肛・痔瘻・膿瘍・皮膚腫瘤など）と診断したのは35例中13例37.1%、悪性腫瘍を強く疑ったのは35例中12例34.3%であった。他の10例中6例は痛みや出血、肛門狭窄などで診察が困難な状態であった。
初診で良性疾患と診断した13例中9例は症状悪化や手術により2ヶ月以内に悪性疾患と診断された。他４例中１例は初診で内視鏡を行い血栓性内痔核と診断されていたが、３ヶ月後に内視鏡を再度施行し悪性黒色腫と診断した。１例は痔瘻として手術を行ったところ病理検査で扁平上皮癌と診断された。他２例は経過中に癌を発症したと考えられた。
生検方法は腰椎麻酔下15例、局所麻酔下12例、内視鏡下8例であった。
病理診断は35例中扁平上皮癌14例40.0%、腺癌8例22.9%、悪性黒色腫2例、その他が11例であった。
【考察】肛門管悪性腫瘍は主訴が通常の肛門疾患と酷似しており、病理検査で初めて悪性と診断されることもある。また、進行した肛門部悪性腫瘍は肛門狭窄や痛みで診察そのものに難渋する。治療を行っても進行する痛みや出血、肛門狭窄は悪性疾患の可能性を疑って診療を行うべきと考えた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 2

[WS2] Workshop 2 Difficult and Uncertain Cases in Proctology (Part 1)

司会：栗原 浩幸(所沢肛門病院診療科), 吉川 周作(社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター)

[WS2-4] A case of common warts (verruca vulgaris)

Akiko Yajima (Sapporo Female Clinic)

【はじめに】ヒトパピローマウイルス（HPV)感染による肛門疾患として、肛門尖圭コンジローマは肛門外科診療でしばしば遭遇するが、同じHPV感染である肛門部尋常性疣贅はまれである。日本皮膚科学会による尋常性疣贅診療ガイドラインにおいては、肛門部病変に対する治療法について特に示されていない。今回、成人の肛門部尋常性疣贅の診断・治療に苦慮した症例を経験したので報告する。
【症例】初診時50代、女性。
【主訴】肛門部の掻痒。
【既往歴】特記事項なし。HPV感染症既往なし。
【現病歴】1年前からの肛門部の掻痒。
【初診時所見】肛門全周に多発する潰瘍および裂肛、痔核および肛門部周囲炎を認めた。肛門狭窄は認めなかった。
【下部消化管内視鏡検査】横行結腸に8mmのIspポリープを認め切除した。tubular adenoma low to high grade の診断であった。
【経過】初診時より痔疾軟膏およびステロイド含有軟膏で治療開始した。治療後に掻痒は軽快するも、疼痛を伴わない肛門潰瘍は改善なく経過したが、コロナ禍により受診の頻度が減少した。初診から5年目に、全周性に皮膚疣贅の拡大がみられたため、1時、4時、7時、11時の4か所の皮膚疣贅を切除した。肛門狭窄を回避するため、可及的切除にとどめた。
【病理学的所見①】扁平上皮の乳頭状増殖、高度の過角化および錯角化を認め、 verruca vulgarisの診断であった。
【術後経過】 初回術後1年目に遺残した角化病変を追加切除した。
【病理学的所見②】異型の乏しい扁平上皮で覆われた肛門粘膜で、中央に潰瘍を伴う。炎症細胞浸潤を認めるのみで特異な所見はなかった。術後6か月で再発の兆候をみとめていない。
【結語】肛門に多発する潰瘍や疣贅を認めた場合は、尋常性疣贅を念頭におき診断、治療にあたる必要がある。肛門部尋常性疣贅と診断された場合は、肛門機能を温存しながら、手術的に病変を摘除することも選択肢の一つと考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 2

[WS2] Workshop 2 Difficult and Uncertain Cases in Proctology (Part 1)

司会：栗原 浩幸(所沢肛門病院診療科), 吉川 周作(社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター)

[WS2-5] The Complexities of Interdisciplinary Collaboration with Hematology, Dialysis, and Gastroenterology Departments and the Dilemmas in Managing Anorectal Disorders

Kazuhiko Onodera, 高橋 宏明, 堀江 卓, 山内 暉眞, 宮下 秀隆 (Sapporo Hokuyu Hospital Anal Surgery)

【背景と目的】特殊な病態を伴う肛門疾患では診療が制限される。当院で多い血液悪性疾患、維持透析、下血～肛門出血の患者を検討した。
【対象と方法】　2024年までの10年間に当科を受診した①. 悪性血液疾患患者670名、②. 透析患者125名、③. 2024年までの5年間に下血～肛門出血で消化器内科と肛門外科の間で紹介した83名を集計した。
【結果と考察】①. 悪性血液疾患患者では診察時裂肛と診断される患者が26%と多く、化学療法による下痢で裂肛を発症すると推察された。手術は内痔核硬化療法23、裂肛根治術9、痔瘻根治術9、肛門周囲膿瘍切開9、脱肛根治術5例であったが、手術できる時期は血球数の安定したときに限定された。造血幹細胞移植前の肛門感染症スクリーニング診察（211例）時に手術適応疾患が見つかっても、優先される移植までの期間が短いため移植前に手術できたのは稀だった。発熱性好中球減少症（膿が作られない）に合併した肛門周囲蜂窩織炎では切開ドレナージした21例と切開しなかった36例を比較すると、切開は疼痛改善には有効であった。
②.　透析患者での疾患の内訳は、内痔核47、肛門周囲膿瘍25、裂肛16、血栓性外痔核7、直腸潰瘍7、痔瘻6、肛門ポリープ4、壊死性筋膜炎2、その他11例であり、非透析患者に比べ肛門周囲膿瘍と壊死性筋膜炎の割合が高かった。ALTA療法は禁忌のため原則的に選択されなかった。壊死性筋膜炎では2例とも糖尿病を合併しており１例が術後早期に死亡した。透析患者には血管合併症が多く抗血栓薬使用例が多いため麻酔法が限定された。
③.　消化器内科から肛門外科への紹介にはトリアージも含まれるが結果的に57%が肛門疾患であった。逆に肛門外科から肛門鏡検査後に消化器内科に紹介した53名の最終診断で肛門疾患のみだったのは11%で精度は高かった。
【結語】　①. 免疫能低下や血小板減少など血液疾患の病態により手術時期は限定された。
②. 透析患者ではALTA療法が禁忌のため治療法が制限された。
③. 消化管出血の中には一時的治癒が早いわりに出血が反復する粘膜病変もあり、出血性肛門疾患が合併している場合には対応に苦慮した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 2

[WS2] Workshop 2 Difficult and Uncertain Cases in Proctology (Part 1)

司会：栗原 浩幸(所沢肛門病院診療科), 吉川 周作(社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター)

[WS2-6] A study on the safety of anorectal surgery performed under spinal subarachnoid anaesthesia in the presence of oral anti-thrombotic medication.

Hidenori Kuno[1], 小野 朋二郎[1], 渡邉 晃大[1], 内海 昌子[1], 竹中 雄也[1], 三宅 祐一朗[1], 安田 潤[2], 相馬 大人[2], 根津 理一郎[2], 弓場 健義[2], 齋藤 徹[1] (1.Osaka Central Hospital, 2.大阪中央病院消化器外科)

【緒言】近年高齢化が進む中で周術期に抗血栓療法を受けている症例が増加傾向にあり、脊髄くも膜下麻酔下に肛門部手術を行う際には、原疾患、血栓リスクや出血リスクなど症例毎に十分な配慮が必要である。ガイドライン上は抗血栓療法中の脊髄くも膜下麻酔は禁忌とはされていないが、肛門疾患における抗血栓剤内服中の脊髄くも膜下麻酔下手術に関してはまだ十分なエビデンスがない。そこで当院における肛門部疾患に対する抗血栓療法下の脊髄くも膜下麻酔下の安全性について検討を行った。
【方法】当院において2024年1月から12月の間で脊髄くも膜下麻酔下に手術を施行した症例を対象とし、抗血栓療法の有無と臨床経過について後方視野的に検討し、周術期の安全性について評価を行った。
【結果】脊髄くも膜下麻酔下に手術を施行した症例は1713例、男性1139例/女性573例、年齢中央値48歳(14-95)、痔核760例/痔瘻688例/裂肛・肛門狭窄123例/直腸脱27例/その他116例であった。抗血栓剤を内服していない症例1588例/抗血栓剤を休薬した症例88例/抗血栓剤を継続した症例37例であった。抗血栓剤継続下に手術を施行した症例は、抗血小板剤継続下の症例３５例/抗凝固薬継続下の症例５例であった（重複あり）。手術時間平均はそれぞれ19分/20分/25分であり抗血栓剤内服下の手術時間が長い傾向にあった。出血量平均は7ml/6ml/13mlで３群間の差は認めなかった。Clavian-Dindo分類GradeIII以上の術後出血は63例(3.9%)/7(8.0%)/4(10.8%)に認めたが３群間で統計学的な優位な差は見られなかった(p=0.12)。周術期における脊髄くも膜下穿刺による血腫形成に伴う神経障害は全症例において見られなかった
【結語】短期間かつ少ない症例の検討ではあるが、抗血栓剤内服中の肛門疾患に対する脊髄くも膜下麻酔を施行した血腫形成による神経障害は認めず、術後出血のリスクも同等であった。原疾患のリスクから抗血栓療法継続が必要な症例においては、抗血栓剤継続下の脊髄くも膜下麻酔の手術も考慮しても良いと考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 2

[WS2] Workshop 2 Difficult and Uncertain Cases in Proctology (Part 1)

司会：栗原 浩幸(所沢肛門病院診療科), 吉川 周作(社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター)

[WS2-7] Please listen to my concerns ~Our hospital’s review and ideas for postoperative complications~

Haruka Takeda, 岡島 正純, 川堀 勝史 (Sankei-Foundation Kawahori Hospital)

当院は1949年に創設された有床数39床の大腸肛門疾患専門病院である。JR広島駅から徒歩圏内で、毎週木曜日の午後には女性専用外来も設けており、年間約1000例の肛門疾患手術をおこなっている。今回、日々の診療のなかで苦慮した症例や、手術で経験した合併症について提示し検討を行い、その対策や工夫を示す。
痔核根治術を施行後に起こる合併症として肛門狭窄がある。術後狭窄で苦慮した症例を報告する。症例1：52歳女性。内痔核IVの診断で痔核結紮根治術（LE）施行。切除個所は3箇所＋周囲の皮垂の切除を行った。術後から疼痛もあり排便困難にて緩下剤使用した。次第に肛門縁の狭窄を認め排便困難となった。約2か月後狭窄改善のため2泊3日入院し、肛門縁の広がりをよくするため、全周性に肛門縁を切開した。その後術後経過良好であったが、疼痛軽減と同時に再狭窄あり。外来にて肛門ブジー施行するも軽快せず、約2か月後再入院し、肛門狭窄形成術（SSG）施行。その後の経過は良好で、再狭窄なく経過中である。
痔瘻術後に創の治癒遅延をおこし、不良肉芽となる症例がある。症例2：30歳女性。6時方向の低位筋間型痔瘻（以下 II LS）に対し痔瘻根治術（Lay open）施行。外来通院にて創治癒遅延あり。創をデブリードマンしながら不良肉芽を取り除き、ボスミン綿にて止血処置を繰り返した。患者の疼痛や不快感はなく、出血の自覚もなかった。術後から5か月後、創は完全に治癒したため完治とした。
直腸脱の術後の再発や排便コントロールに苦慮することがある。症例3：101歳女性：直腸脱再発の診断でGANT-MIWA＋Thierch施行。術後から便秘悪化。内服薬にて経過を見たが、術後1か月後、直腸脱が再々発。GANT-MIWA施行後の直腸が肛門縁で嵌頓し疼痛強く、外来にて還納行うも繰り返すため、ポリエステルメッシュを局所麻酔下で除去した。脱出はあるが、疼痛軽減し、自力で還納可能であるため外来follow中である。肛門疾患の手術は患者のニーズに合わせた様々な手術方法があり、術後合併症や対処法も多様である。当院での工夫や対処療法について検討を行う。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 2

[WS2] Workshop 2 Difficult and Uncertain Cases in Proctology (Part 1)

司会：栗原 浩幸(所沢肛門病院診療科), 吉川 周作(社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター)

[WS2-8] Surgical strategy for 11cm giant rectocele

Yushi Suzuki[1,2], 浜畑 幸弘[1], 鈴木 綾[1], 赤木 一成[1] (1.Tsujinaka Hospital Kashiwanoha, Department of Colorectal Surgery, 2.前田病院)

【背景】骨盤内手術や直腸肛門手術の既往のある骨盤臓器脱症例に対する手術は，癒着や解剖学的構造変化により難渋することがある．
【目的・方法】11cmの巨大直腸瘤に対する腹腔鏡手術の短期成績を明らかにし，治療戦略について考察する．
【結果】症例は60歳台女性，BMI29．主訴は排便障害．会陰部を圧迫して排便している．1歳時に「肛門のできものを切除した」既往があり，肛門周囲3時～9時方向に半弧状の手術瘢痕を認めた．また38年前に子宮下垂に対し開腹子宮つり上げ術，18年前に子宮筋腫で子宮全摘術を施行されている．排便造影検査では約11cmの直腸瘤を認めた．CTではS4以下の仙骨尾骨を認めなかった．以上より膣断端脱・直腸瘤GradeIVと診断した．肛門手術の既往については，おそらく仙骨部奇形腫に対し腫瘍切除術，尾骨仙骨合併切除を施行されたと推測した．また膣壁が重度に弛緩した巨大直腸瘤症例であり，性交渉があるため経腹手術の方針となった．術式は腹腔鏡下直腸固定術(Laparoscopic Ventral Rectopexy: LVR)＋腹腔鏡下膣仙骨固定術(Laparoscopic sacrocolpopexy: LSC)とし，直腸を肛門管上縁まで授動し，直腸前壁を包み込むようにメッシュ固定することで，直腸瘤根治を試みた．癒着剥離のために開腹移行を要したが，その他の手術操作は腹腔鏡下で施行した．直腸Rbが長く，また背側へ走行しており，直腸授動に難渋した．手術時間は336分．術後2か月頃より肛門周囲に便塊貯留，排便困難感を認めるようになり，術後6か月で直腸瘤の再発を認めた．再発後の排便造影検査では，直腸に貼付したメッシュの外側から回り込むように突出する直腸瘤を認めた．
【結語】巨大直腸瘤に対する腹腔鏡手術の短期成績を明らかにした．本症例の解剖学的変化や直腸瘤の成因，治療戦略について考察し報告する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

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

[WS3] Workshop 3 Techniques for Temporary Stoma Creation: Prevention and Management of Complications

司会：衛藤 謙(東京慈恵会医科大学消化管外科), 辻仲 眞康(東北医科薬科大学消化器外科)

[WS3-1]

Devising of construction and closure of covering ileostomy

Hiroki Fujino, 岡本 行平, 豊田 真帆, 秋山 有史, 伊東 竜哉, 小川 宰司, 今村 将史, 奥谷 浩一 (Sapporo Medical University, Department of Surgery)

[WS3-2]

A novel technique for the construction of an end ileostomy to prevent stoma outlet obstruction after rectal resection and total colectomy

Hiroki Takahashi[1], 藤井 善章[3], 山本 誠也[1], 山本 真也[1], 齋藤 正樹[1], 植松 宏[1], 牛込 創[2], 鈴木 卓弥[2], 安藤 菜奈子[1], 大久保 友貴[1], 前田 祐三[1], 山川 雄士[2], 三井 章[1], 瀧口 修司[2] (1.Nagoya City University West Medical Center, Gastroenterological Surgery, 2.名古屋市立大学病院消化器一般外科, 3.刈谷豊田総合病院消化器外科)

[WS3-3]

Analysis of Risk Factors for Stomal Outlet Obstruction Following Anterior Rectal Cancer Resection with Diverting Ileostomy for Rectal Cancer

Shigemasa Sasaki[1], 諏訪 勝仁[1], 力石 健太郎[1], 北川 隆洋[1], 牛込 琢朗[1], 岡本 友好[1], 衛藤 謙[2] (1.Department of Surgery, The Jikei University Daisan Hospital, 2.東京慈恵会医科大学外科学講座)

[WS3-4]

Strategy for outlet obstruction after ileostomy in laparoscopic rectal cancer surgery

Mizunori Yeagashi, 佐々木 教之, 瀬川 武紀, 岩崎 崇文, 琴畑 洋介 (Department of Surgery, Iwate Medical University School of Medicine)

[WS3-5]

The Utility of Reduced Port Surgery in Balancing Minimally Invasive Approach and Laparoscopic Training for Junior Surgeons in Laparoscopic Ileostomy

Kyonosuke Ikemura[1], 小嶌 慶太[1], 柴木 俊平[1], 渡部 晃子[1], 坂本 純一[1], 横田 和子[1], 横井 圭悟[1], 田中 俊道[1], 古城 憲[1], 三浦 啓寿[1], 山梨 高広[1], 佐藤 武郎[2], 内藤 剛[1] (1.Department of Lower Gastrointestinal Surgery, Kitasato University, 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)

[WS3-6]

Outlet obstruction after rectal cancer surgery with ileolostomy

Hiroyuki Negishi[1], 内藤 正規[1], 勝又 健太[1], 小川 敦博[1], 西澤 一[1], 天野 優希[1], 臼井 創大[1], 中野 浩[1], 大坪 毅人[2], 民上 真也[2] (1.St. Marianna University Yokohama Seibu Hospital, 2.聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科)

[WS3-7]

Indication and Technical Refinements for Umbilical Ileostomy

Masatoshi Kitakaze, 三代 雅明, 賀川 義規, 河口 恵, 長谷川 健太, 深井 智司, 森 良太, 末田 聖倫, 西村 潤一, 安井 昌義, 菅生 貴仁, 牛丸 裕貴, 小松 久晃, 柳本 喜智, 金村 剛志, 山本 和義, 後藤 邦仁, 小林 省吾, 宮田 博志, 大植 雅之 (Osaka International Cancer Institute, Gastroenterological Surgery)

[WS3-SP]

特別発言

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Yoshito Akagi (Takagi Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

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

[WS3] Workshop 3 Techniques for Temporary Stoma Creation: Prevention and Management of Complications

司会：衛藤 謙(東京慈恵会医科大学消化管外科), 辻仲 眞康(東北医科薬科大学消化器外科)

[WS3-1] Devising of construction and closure of covering ileostomy

Hiroki Fujino, 岡本 行平, 豊田 真帆, 秋山 有史, 伊東 竜哉, 小川 宰司, 今村 将史, 奥谷 浩一 (Sapporo Medical University, Department of Surgery)

【はじめに】近年、経肛門手術の併用など技術の進歩により低位直腸癌における肛門温存手術が増加している。一方で、直腸癌手術において縫合不全は10%前後に発生するとされており、短期・長期成績に大きく影響する因子である。縫合不全を回避するため一時的回腸人工肛門造設を併施することは有用である。また、人工肛門閉鎖術は癒着剥離、腸間膜処理、腸管吻合といった若手外科医が手技を取得する貴重な機会となりうるが、広範な癒着などを伴うと難渋することもある。そこで当科における人工肛門閉鎖術を見越した人工肛門造設術の手技を報告する。【造設手技】人工肛門造設部位は回腸末端から30cmとし、挙上腸管に全周性に癒着防止剤を貼付する。ストーマサイトマーキングに沿って皮膚を縦切開し開腹、腸管を自然な向きで挙上する。腹壁の固定は不要あるいは最低限とする。【閉鎖手技】人工肛門をあらかじめ皮下に埋没するように閉鎖する。全周性に癒着を剥離し腸管を挙上する。腸管切離ラインを設定し、間膜の血管は結紮切離とする。吻合はFEEA2発法にて吻合し腹腔内へ還納する。閉腹したのちに十分に創を洗浄し皮膚は真皮埋没縫合にて1期閉鎖とする。【対象】2019年1月から2025年3月までに当科において一時的回腸人工肛門を閉鎖した296例【結果】原疾患は直腸癌242例、直腸腫瘍7例、結腸癌6例、大腸全摘後10例、消化管穿孔8例、その他23例であった。造設時の手術アプローチはロボット手術224例、腹腔鏡47例、開腹25例で造設部位は右下腹部207例、右上腹部72例、左上腹部1例、左下腹部5例、臍部11例であった。期間内の縫合不全は5例(1%)のみで、回腸人工肛門による合併症はoutlet obstruction 8例であった。人工肛門閉鎖術の手術時間78分、癒着剥離に要した時間は24分であった。術後在院日数は12日で術後SSIは15例(5%)、他CD3以上の合併症は11例(イレウス5例、腸閉塞2例、敗血症性ショック1例、腸管壊死1例、多臓器損傷1例、胆汁漏1例)であった。造設から閉鎖までの期間は202日であった。【結語】人工肛門造設から閉鎖までを定型化することで安全に手術を施行することが可能であった。文献的考察および当科の手技を供覧し報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

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

[WS3] Workshop 3 Techniques for Temporary Stoma Creation: Prevention and Management of Complications

司会：衛藤 謙(東京慈恵会医科大学消化管外科), 辻仲 眞康(東北医科薬科大学消化器外科)

[WS3-2] A novel technique for the construction of an end ileostomy to prevent stoma outlet obstruction after rectal resection and total colectomy

Hiroki Takahashi[1], 藤井 善章[3], 山本 誠也[1], 山本 真也[1], 齋藤 正樹[1], 植松 宏[1], 牛込 創[2], 鈴木 卓弥[2], 安藤 菜奈子[1], 大久保 友貴[1], 前田 祐三[1], 山川 雄士[2], 三井 章[1], 瀧口 修司[2] (1.Nagoya City University West Medical Center, Gastroenterological Surgery, 2.名古屋市立大学病院消化器一般外科, 3.刈谷豊田総合病院消化器外科)

（はじめに）Stoma outlet obstruction (SOO）は直腸手術時に造設されるloop-ileostomy (LI)において比較的多く発生する早期術後合併症であり、その対策が急務である。
（目的）我々はSOOを減少させるために新たな手術技術であるend-ileostomy (EI)を考案し、症例を積み重ねてきた。本研究では、EI造設の手術手技とそのSOOへの影響について検討する。
（方法）2018年から2022年の間に名古屋市立大学病院で低位前方切除術または大腸全摘術を施行した症例のうち、一時的回腸人工肛門造設術が施行された78症例を後ろ向きに検討した。EIの手術手技は以下の通りである。まず、バウヒン弁から約30cmの位置でLinea staplerを使用して回腸を切離する。その後、口側と肛門側の回腸の高さを適切に調整した後に腸間膜の対側どうしを縫合し、口側回腸を用いてEIを造設する。EIかLIかは主治医の判断で決定した。SOOの独立したリスク因子を統計学的に評価した。
（結果）EIとLIはそれぞれ34人と44人に施行されていた。SOOは12人（15.3%）に発生していた。EI群では1人（2.9%）、LI群では11人（25%）であり有意差をもってLI群に多かった（p = 0.004）。SOO群とnon-SOO群を比較したところ多変量解析によりLIがSOOの独立したリスク因子であることが判明した（p = 0.037）。
（結語）EIは、直腸手術時の一時的回腸ストーマにおけるSOOの発生率を減少させる有用で安全な手法であることが示された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

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

[WS3] Workshop 3 Techniques for Temporary Stoma Creation: Prevention and Management of Complications

司会：衛藤 謙(東京慈恵会医科大学消化管外科), 辻仲 眞康(東北医科薬科大学消化器外科)

[WS3-3] Analysis of Risk Factors for Stomal Outlet Obstruction Following Anterior Rectal Cancer Resection with Diverting Ileostomy for Rectal Cancer

Shigemasa Sasaki[1], 諏訪 勝仁[1], 力石 健太郎[1], 北川 隆洋[1], 牛込 琢朗[1], 岡本 友好[1], 衛藤 謙[2]
(1.Department of Surgery, The Jikei University Daisan Hospital, 2.東京慈恵会医科大学外科学講座)

【目的】一時的回腸ストーマ造設を併施した直腸癌手術におけるstoma outlet obstruction (OO)のリスク因子について検討する。
【方法】2014年から2024年までに慈恵医大第三病院で、直腸癌に対して前方切除術および回腸ストーマ造設術を施行した73例 (OO発症群 [OO群]17例、OO非発症群 [NOO群]56例)を対象とした。OOについては腹部CTで診断し，ストーマ脚捻転や癒着性腸閉塞などの器質的原因がないものとした。OO群は全症例でストーマ開口部からのチュービングで改善し，再手術症例はなかった。腹直筋と腹壁の厚さは臍部レベルとし、ストーマ造設部位から腹直筋外縁までの距離は、ストーマ孔の最外縁から腹直筋外縁までの距離を術前術後のCTで計測した。年齢、性別、BMI、併存疾患の有無、到達方法（腹腔鏡・開腹）、術前治療の有無、手術時間、出血量、腹直筋の厚さ、腹壁の厚さ、ストーマ造設部位から腹直筋外縁までの距離を２群間で比較検討した。有意差を認めた項目については，多変量解析を行った．連続変数のカットオフ値についてはROC曲線を用いて設定した。統計学的検索には単変量解析は分布に従い、カイ二乗検定（両側）およびMann–Whitney U検定を用い，多変量解析にはロジスティック回帰分析を用い，p＜0.05で有意とした。
【結果】OO群とNOO群では単変量解析で性別（p＝0.028）、腹直筋の厚さ10㎜以上（p＜0.001）腹壁の厚さ23.4㎜以上（p＝0.039）、外縁までの距離20.4㎜未満（p＝0.027）で有意差がみられた。多変量解析では腹直筋の厚さ10㎜以上（p＜0.001）のみに有意差がみられた。
【結語】直腸癌に対して前方切除術と回腸ストーマ造設術を施行した症例におけるOOの発生リスク因子は、腹直筋の厚さであった。腹直筋が10mmを超える症例の一時的回腸ストーマ造設では，手術終了時にチューブを留置するなどの処置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

Workshop

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

[WS3] Workshop 3 Techniques for Temporary Stoma Creation: Prevention and Management of Complications

司会：衛藤 謙(東京慈恵会医科大学消化管外科), 辻仲 眞康(東北医科薬科大学消化器外科)

[WS3-4] Strategy for outlet obstruction after ileostomy in laparoscopic rectal cancer surgery

Mizunori Yeagashi, 佐々木 教之, 瀬川 武紀, 岩崎 崇文, 琴畑 洋介 (Department of Surgery, Iwate Medical University School of Medicine)

【背景】縫合不全関連の再手術や吻合部への影響を軽減する目的で一時的な人工肛門造設がしばしば行われる。特に回腸人工肛門は手技の簡便さからも結腸人工肛門より好まれて造設されている傾向があります。回腸人工肛門に特徴的な術後合併症として，結腸人工肛門と比べて排液過多に伴う脱水，腎機能障害や人工肛門周囲皮膚炎の発生，また人工肛門部の通過障害によるOutlet obstructionなどがある。
【目的】腹腔鏡下直腸癌手術に伴い回腸による一時的人工肛門を造設した症例を対象にoutlet obstructionのリスク因子を検討し、現在当科で行なっているoutlet obstructionに対する対策を報告する。本検討においてはOutlet obstructionの定義を腹部膨満，嘔吐などの症状を認め，画像検査による腹壁貫通部での通過障害もしくはストーマからの腸管内容吸引による症状の改善があった症例とした。
【結果1】2013年1月～2019年12月までに対象は64例。年齢中央値59歳(30-77)、男性42例（66%）、BMI中央値23 (15-28)、縫合不全は4例（6.3%）。Outlet obstructionを認めた症例は20例(31.2%)、性別は男性15例/女性5例であった。リスク因子は、単変量解析では腹壁を通過する角度のみが抽出された(Outlet obstruction median(range) 有vs無、71.0°(53.1-84) vs 87.9°(81.2-108.4)、p<0.0001)。
現在、当科におけるoutlet obstruction対策は①腹腔鏡手術の場合は気腹を解除し②体位を水平に戻してから腹腔内とのルートを確保する③約4cm(２横指)の筋鞘切開④腸管の捻れがないよう自然な形で腹腔外への挙上を行う。
【結果2】2021年1月～2023年12月までに回腸による一時的人工肛門を造設した症例は39例で、outlet obstructionを認めた症例は3例(7.7%)であった。
【結語】対応策を講じることで可能な限りoutlet obstructionの予防を行っていきたい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

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

[WS3] Workshop 3 Techniques for Temporary Stoma Creation: Prevention and Management of Complications

司会：衛藤 謙(東京慈恵会医科大学消化管外科), 辻仲 眞康(東北医科薬科大学消化器外科)

[WS3-5] The Utility of Reduced Port Surgery in Balancing Minimally Invasive Approach and Laparoscopic Training for Junior Surgeons in Laparoscopic Ileostomy

Kyonosuke Ikemura[1], 小嶌 慶太[1], 柴木 俊平[1], 渡部 晃子[1], 坂本 純一[1], 横田 和子[1], 横井 圭悟[1], 田中 俊道[1], 古城 憲[1], 三浦 啓寿[1], 山梨 高広[1], 佐藤 武郎[2], 内藤 剛[1] (1.Department of Lower Gastrointestinal Surgery, Kitasato University, 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)

【はじめに】腹腔鏡手術は低侵襲性に優れ，消化器外科医にとって必須の基本手技である．一方で，若手外科医の教育と患者負担軽減の両立は，術式選択における重要な課題である．人工肛門造設術では、臍部を1st portとするmulti-port laparoscopic approach（以下、従来法）が一般的であるが、我々はストーマサイトをカメラポートとするReduced port surgery（RPS）も導入している．
【目的】従来法と比較して，RPSの教育的有用性および患者負担軽減効果を明らかにする．
【対象と方法】2023年4月～2025年3月に当院で施行された腹腔鏡下回腸人工肛門造設術31例をRPS群（10例）と従来法群（21例）に分類し，術後短期成績を比較した．RPSはストーマサイトに多孔式アクセスデバイス（EZ Access®）を留置しカメラポートとし，左下腹部の2ポートを追加した．従来法は臍部を含む3ポートで行った．両群とも全小腸の検索，生検，回腸の腹壁固定による人工肛門造設は同様の手順であった．
【結果】従来法群と比較し，RPS群では出血量に差はなく，手術時間は短縮傾向を示した（73.6 vs 85.0分，p＝0.25）．術後炎症の客観的指標として，好中球比（POD1/pre）（1.1 vs 1.4，p＝0.03），好中球リンパ球比（NLR）（POD1/pre）（1.28 vs 1.94，p＝0.02）は，RPS群でいずれも有意に低値を示した．在院日数も有意に短縮され（8.7 vs 15.0日，p＝0.03），創部数の少なさとあわせて術後侵襲の軽減が示唆された．合併症発生率に有意差はなく、安全性も保たれていた．RPS群内の若手外科医執刀症例でも同様の短期成績であり，教育的導入の実践性も示された．
【結語】RPSは安全性を保ちつつ，術後侵襲軽減や早期回復に加え，整容性や臍部癒着の回避にも優れ，若手外科医の教育と患者負担軽減を両立し得る術式である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

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

[WS3] Workshop 3 Techniques for Temporary Stoma Creation: Prevention and Management of Complications

司会：衛藤 謙(東京慈恵会医科大学消化管外科), 辻仲 眞康(東北医科薬科大学消化器外科)

[WS3-6] Outlet obstruction after rectal cancer surgery with ileolostomy

Hiroyuki Negishi[1], 内藤 正規[1], 勝又 健太[1], 小川 敦博[1], 西澤 一[1], 天野 優希[1], 臼井 創大[1], 中野 浩[1], 大坪 毅人[2], 民上 真也[2] (1.St. Marianna University Yokohama Seibu Hospital, 2.聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科)

【はじめに】直腸癌の肛門温存手術の普及とともに一時的回腸人工肛門造設術を行う症例が増加している。縫合不全のリスク軽減に有用である一方で、High output stoma (以下HOS) やOutlet obstruction(以下OO)といった合併症をきたすこともある。今回、直腸癌に対し一時的回腸人工肛門造設を行った症例に対し、OOについてのリスク因子について検討した。また、腹直筋前鞘と腸管壁の固定の有無による術後短期成績を検討し、OOの予防が可能となる至適な回腸双孔式人工肛門造設の手技を確立することを目的とした。【対象】2015年1月から2023年12月までに直腸癌手術の際に一時的回腸人工肛門造設を造設した46例について検討した。OOを来した症例5例をOO群、OOを来さなかった41例を対照群とした。また、腹直筋前鞘と腸管漿膜の固定による腹壁内での屈曲が生じることでOOが発症する可能性を考え、2021年6月より漿膜と前鞘との固定を行わないこととした。【結果】OO群において年齢の中央値は65歳(61−87)、男女比は5:0であった。術前のプレアルブミンの中央値は24.9mg/dL(19.3-34.9)、小野寺PNIの中央値は53.0(40.8-54.9)であった。手術時間の中央値は288分(230−477)、出血量の中央値は61ml（5−75）であった。1例は絶食のみで改善が認められた。4例はストマからのカテーテル挿入を行い改善が得られた。対照群において年齢の中央値は67歳(35−89)、男女比は29：12であった。術前のプレアルブミンの中央値は24.3mg/dL(8.4-46.7)、小野寺PNIの中央値は46.5(19.2-57.5)であった。手術時間の中央値は280分(159−401)、出血量の中央値は32ml(5−1088)であった。年齢、男女比、術前プレアルブミン、小野寺ＰＮＩ、手術時間、出血量に有意差を認めなかった。有意差はなかったが、OO群はいずれも男性であった。また、漿膜と前鞘との固定を行わなかった16例にOOは認めなかった。【まとめ】今回の検討ではOOのリスク因子として明らかなものは認めなかったが、腹直筋前鞘と腸管漿膜の固定により腹壁内での屈曲が生じることでOOが発症する可能性が示唆された。回腸人工肛門造設におけるOOのリスク因子について、若干の文献的考察を含めて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

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

[WS3] Workshop 3 Techniques for Temporary Stoma Creation: Prevention and Management of Complications

司会：衛藤 謙(東京慈恵会医科大学消化管外科), 辻仲 眞康(東北医科薬科大学消化器外科)

[WS3-7] Indication and Technical Refinements for Umbilical Ileostomy

Masatoshi Kitakaze, 三代 雅明, 賀川 義規, 河口 恵, 長谷川 健太, 深井 智司, 森 良太, 末田 聖倫, 西村 潤一, 安井 昌義, 菅生 貴仁, 牛丸 裕貴, 小松 久晃, 柳本 喜智, 金村 剛志, 山本 和義, 後藤 邦仁, 小林 省吾, 宮田 博志, 大植 雅之 (Osaka International Cancer Institute, Gastroenterological Surgery)

【背景】低侵襲手術が普及したことで、臍は重要な腹腔内へのアプローチ経路として認識されるようになった。直腸がん手術において一時的人工肛門を臍部に造設することで、創痕が臍の陥凹と重なり整容性の向上、また人工肛門造設のための新たな創が不要となることによる疼痛の軽減、さらなる低侵襲性が期待できる。しかし、陥凹部である臍部に人工肛門を造設する場合には、適応や造設手技の工夫が重要である。当院における臍部人工肛門造設術の適応と造設方法の工夫を紹介し、短期成績について検討する。
【対象と方法】 2022年から2024年に直腸がん手術時に一時的回腸人工肛門造設術を施行した症例の治療成績を臍部で造設した臍群とそれ以外の従来群に分け比較検討した。
【適応と造設手技】
術後瘢痕創や深い皺などがなく、臍周囲の平面が確保できる患者を術前に認定看護師とともに確認し適応を判断する。造設時には、口側腸管の高さ、肛門側腸管の高さをそれぞれ2cm以上、1cm以上は確保するようにし、臍底部結合織を切離し、臍部の皮膚を外反させ皮弁として人工肛門の側面に固定し、人工肛門基部の間隙をなくすようにする。人工肛門近傍に生じる皮膚の凹凸に対しては、凸型装具と用手成形皮膚保護剤の併用により管理が可能である。
【結果】直腸がん手術時に一時的人工肛門造設術を実施したのは125例（従来群:66例、臍群59例）であった。従来群と臍群は手術時間は(367分[Interquartile range(IQR):279-466], 374分[IQR:307-487], p=0.14)、出血量（25ml [IQR:0-95], 5ml[IQR:0-50], p=0.22）、術後合併症率(12.5%, 16.7%, p=0.61)に有意差を認めなかった。人工肛門関連合併症であるHigh output syndrome(1.8%, 4.5%, p=0.62)やOutlet obstruction(1.8%, 3.0%, p=1.00)は同等であった。重度の人工肛門周囲皮膚炎は臍群で1例認めたが、上記管理の工夫により改善を認めた。
【結語】 臍部人工肛門は従来群と比較して手術成績は同等であった。適切な症例選択と臍部皮膚皮弁を用いた造設手技・人工肛門管理の工夫により、臍部人工肛門は直腸がん手術における有用な選択肢となり得る。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

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

[WS4] Workshop 4 Management of Perianal Abscess and Fistula in Young Patients: Considering Underlying IBD

司会：宮田 美智也(医療法人愛知会家田病院胃腸科・肛門科), 石山 元太郎(札幌いしやま病院肛門科)

[WS4-1]

Adolescent Cases of Anal Fistula Treated Surgically at Our Institution

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 (Department of Surgery, Osaka Central Hospital)

[WS4-2]

Characteristics of Crohn’s anal lesion -The role of proctologist for early detection and treatment of Crohn’s disease

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

[WS4-3]

Diagnosis and treatment of teenage patients with Crohn’s disease

Mizumi Inagaki, 吉川 周作, 増田 勉, 寺内 誠司, 内田 秀樹, 中尾 武, 横尾 貴史, 谷 孝文, 岡本 光平, 芝田 祐輔, 稲次 直樹 (Kenseikai Dongo Digestive & Anal Disease Center)

[WS4-4]

Clinical Characteristics and Management Challenges of Perianal Fistulas in Young Patients: A Comparative Study Based on the Presence or Absence of Inflammatory Bowel Disease

Hiroshi Sashiyama, 浜畑 幸弘, 小池 淳一, 安田 卓, 中山 洋, 坪本 敦子, 川西 輝貴, 高野 竜太朗, 鈴木 綾, 城後 友望子, 黒崎 剛史, 堤 修 (Department of Coloproctology, Tsujinaka Hospital Kashiwanoha)

[WS4-5]

Clinical Course and Diagnostic Yield of Crohn’s Disease in Adolescents with Perianal Abscesses

Shohei Yonemoto, 岡本 康介, 紅谷 鮎美, 宮島 伸宜, 黒水 丈次, 國場 幸均, 下島 裕寛, 宋 江楓, 河野 洋一, 松村 奈緒美, 小菅 経子, 鈴木 佳透, 松島 小百合, 酒井 悠, 佐井 佳世, 松島 誠 (Matsushima Hospital Proctology Center)

[WS4-6]

Examination for youth patients with anal fistula to diagnose Crohn’s disease

Shota Takano (Coloproctology Center Takano Hospital)

[WS4-7]

Assessment of anal fistula in youth

Satoru Kondo[1], 太田 章比古[1], 家田 純郎[1], 福原 政作[2], 青野 景也[1], 長谷川 信吾[1], 宮田 美智也[1] (1.Ieda Hospital, 2.ふくはら大腸肛門外科・消化器内科)

[WS4-SP]

特別発言

Keigo Matsuo (Tokatsu-Tsujinaka Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

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

[WS4] Workshop 4 Management of Perianal Abscess and Fistula in Young Patients: Considering Underlying IBD

司会：宮田 美智也(医療法人愛知会家田病院胃腸科・肛門科), 石山 元太郎(札幌いしやま病院肛門科)

[WS4-1] Adolescent Cases of Anal Fistula Treated Surgically at Our Institution

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 (Department of Surgery, Osaka Central Hospital)

10代の痔瘻症例に対する根治術では，20歳以上の症例と同様に術後の肛門機能と根治性を確保することが重要である．一方で炎症性腸疾患（IBD），特にクローン病の関与を念頭に置いた特別な配慮も必要である．当科において痔瘻根治術を施行した10代症例について，クローン病の関与を中心に検討を行った。
2021年1月から2024年12月までに当科で痔瘻根治術を施行した1144例のうち、10代の症例は32例であった．隅越分類ではII型が19例，III型が6例であり，クローン病に合併した痔瘻（以下，クローン痔瘻症例）は7例で，全体の21.8%を占めた．これに対し，20歳以上の症例におけるクローン痔瘻症例は25例（2.2%）と有意に低率であった．
クローン痔瘻症例7例のうち，1例は痔瘻発症前にすでにクローン病と診断され，生物学的製剤としてInfliximabによる治療を受けていた．残る6例は術前または術中の所見からIBDを疑い，内視鏡精査を実施した結果，新たにクローン病と診断された症例であった．内視鏡検査を施行した12例中，3例は異常所見を認めず，別の3例では回腸末端部や大腸にアフタ様病変やびらんを認めたが，生検結果は非特異的炎症であった．残る6例では小腸あるいは大腸に炎症所見を認め，病理組織にて肉芽腫を確認してクローン病と新規に診断された．
これら6例に対しては，病名告知および長期的な内科的治療の必要性について十分なインフォームドコンセントを行ったうえで，消化器内科に紹介した．治療としては，2例で5-ASA製剤が，4例で生物学的製剤が導入され，Adalimumabが1例，Ustekinumabが3例に投与され，現在も継続治療中である．
以上より，10代の痔瘻症例ではクローン病の合併率が高く，痔瘻手術を契機に新たにクローン病と診断される症例も少なくない．クローン病は生涯にわたる治療が必要な疾患であるため，病名告知に際しては患者本人および家族への心理的配慮が不可欠であり，消化器内科との連携を密にすることも重要である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

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

[WS4] Workshop 4 Management of Perianal Abscess and Fistula in Young Patients: Considering Underlying IBD

司会：宮田 美智也(医療法人愛知会家田病院胃腸科・肛門科), 石山 元太郎(札幌いしやま病院肛門科)

[WS4-2] Characteristics of Crohn’s anal lesion -The role of proctologist for early detection and treatment of Crohn’s disease

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

【はじめに】クローン病症例の多くは肛門病変を合併するが、肛門病変の中でも肛門周囲膿瘍・痔瘻は最も頻度が高く、最もQOLを低下させる病変である。そして肛門病変が先行する症例、肛門病変の症状が先行する症例も多く、まず先に肛門科を受診する症例も多い。このような症例を見逃さず少しでも早く治療を開始するのが肛門科医の役割である。今回当院及び演者の前任の施設で経験した肛門病変が初発だったクローン病に合併した肛門周囲膿瘍・痔瘻症例を検討し、肛門病変を合併したクローン病のマネージメントについて報告する。
【対象と方法】2001年～2024年の24年間で経験したクローン病肛門病変は142例だった。そのうち対象としたのはそれまでクローン病と診断されたことのない症例は69例であり、肛門病変を契機にクローン病と診断された症例の割合は48.6%だった。
【結果】クローン病を疑った理由は肉眼的所見58例（84.1%）、若年者であるため50例（72.5%）、病理組織所見34例（49.3%）、消化器症22例（33.3%）（重複を含む）の順だった。肛門病変の種類は肛門周囲膿瘍・痔瘻が最も多く54例（78.3%）、順にskin tag51例（73.9%）、裂肛・肛門潰瘍29例（42.0%）、狭窄27例（39.1%）、膣瘻2例（2.9%）（重複を含む）だった。最も多かった肛門周囲膿瘍・痔瘻の平均年齢は21.3歳（同期間に経験した通常の痔瘻40.5歳）、男女比は1.3：1（同8.9：1）であり、クローン病に合併した肛門周囲膿瘍・痔瘻は通常の肛門周囲膿瘍・痔瘻に比較して有意に若年者、女性の割合が多かった。
【結語】。肛門病変（特に肛門周囲膿瘍・痔瘻）を主訴として来院した患者を見逃さず、クローン病に対して早期診断、早期治療を行うためには、肛門病変の特徴を十分把握することが重要である。肛門病変が特徴的な所見でなくても消化器症状を認める場合や若年者や女性の痔瘻患者は、クローン病を念頭に置き積極的に消化管の精査をすべきと考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

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

[WS4] Workshop 4 Management of Perianal Abscess and Fistula in Young Patients: Considering Underlying IBD

司会：宮田 美智也(医療法人愛知会家田病院胃腸科・肛門科), 石山 元太郎(札幌いしやま病院肛門科)

[WS4-3] Diagnosis and treatment of teenage patients with Crohn’s disease

Mizumi Inagaki, 吉川 周作, 増田 勉, 寺内 誠司, 内田 秀樹, 中尾 武, 横尾 貴史, 谷 孝文, 岡本 光平, 芝田 祐輔, 稲次 直樹 (Kenseikai Dongo Digestive & Anal Disease Center)

【はじめに】難治性痔瘻などで当院を受診する患者はクローン病の場合もあり、その診断は非常に大切である。特に10代の痔瘻の場合は、49%がクローン病であったという報告もある。10代のクローン病患者の診断・治療の経過を振り返り、今後の治療に生かしたい。【方法】当院で2011年1月から2023年12月に当院初診の10代クローン病患者19名についてその診断と治療、経過を後方視的に検討する。【結果】19名の内訳は男子17名、女子2名、年齢は12歳から19歳（平均15.9歳）であった。肛門病変を有していたのは17名（89.5%）で、主訴も肛門痛などの肛門病変によるものであった。肛門病変のない2名は主訴が腹痛であった。肛門病変を有していた17名のうち、15名は痔瘻、肛門周囲膿瘍が認められ、残り1名はcavitating ulcerのみ、もう1名は肛門上皮から皮膚にかけての多発裂傷のみであった。痔瘻、肛門周囲膿瘍が生じていた15名の肛門手術回数は1回から5回で、現在も肛門病変を有している患者は1名のみであった。当院で診断した患者はloose setonによるドレナージなどが施行されてから、1ヶ月程度で生物学的製剤を導入されている例が多かった。初回の生物学的製剤の選択はインフリキシマブ9例、アダリムマブ5例、ウステキヌマブ4例、ベドリズマブ1例であった。現在はインフリキシマブ4例、アダリムマブ2例、ウステキヌマブ9例、リサンキズマブ2例、ベドリズマブ1例、ウパダシチニブ1例であり、バイオスイッチしている例もみられた。腹部手術症例は腹痛が主訴の2名のうち1名に施行されたが、肛門病変を有していた17例には施行されていなかった。【考察】10代のクローン病患者は肛門病変を有する例が非常に多い。そのため、10代の痔瘻、肛門周囲膿瘍を診察した場合は特徴的な肛門病変でなくてもクローン病を念頭に置き、肛門精査時には内視鏡検査も可能な限り行い、病理検査は必ず施行するべきである。診断後には早急に生物学的製剤を導入することで肛門病変を寛解させることができ、腸管病変の増悪を防ぐことができる。その結果、大切な進学・就職の時期の10代のクローン病患者のQOLを向上させ、将来の道につなげていくことができる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

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

[WS4] Workshop 4 Management of Perianal Abscess and Fistula in Young Patients: Considering Underlying IBD

司会：宮田 美智也(医療法人愛知会家田病院胃腸科・肛門科), 石山 元太郎(札幌いしやま病院肛門科)

[WS4-4] Clinical Characteristics and Management Challenges of Perianal Fistulas in Young Patients: A Comparative Study Based on the Presence or Absence of Inflammatory Bowel Disease

Hiroshi Sashiyama, 浜畑 幸弘, 小池 淳一, 安田 卓, 中山 洋, 坪本 敦子, 川西 輝貴, 高野 竜太朗, 鈴木 綾, 城後 友望子, 黒崎 剛史, 堤 修 (Department of Coloproctology, Tsujinaka Hospital Kashiwanoha)

目的：IBDの有無による臨床像の違いを踏まえ、10代における痔瘻診療の現実と課題を明らかにする。
対象と方法：2009年6月から2025年3月までに当院で加療した10歳代の痔瘻・肛門周囲膿瘍266例（男性240例、女性26例）を後方視的に検討し、IBDの有無による臨床像や治療方針の違いを比較した。
結果：症例全体では単純痔瘻136例（51%）、複雑痔瘻85例（31%）、肛門直腸周囲膿瘍45例（17%）であった。女性では単純痔瘻8例（31%）、複雑痔瘻9例（35%）と、複雑痔瘻の割合が高かった。手術（切開排膿を含む）は220例（83%）に延べ288回行われた。乳児痔瘻の既往は13例で、全例が16歳以下の男性であった。うち10例は単純痔瘻で、その7例は根治術なしに治癒した。クローン病症例は50例（男性44例、女性6例）で、複雑痔瘻27例（52%）が最多であり、28例（56%）でバイオ製剤が導入され、8例（16%）では長期Seton管理が行われた。他に潰瘍性大腸炎3例、非特異的腸炎様病変15例を認めた。これらには肛門所見からクローン病が疑われながらも、大腸内視鏡や生検で確定診断に至らない疑診例が含まれ、診断的手術や確定診断前のバイオ導入を要した例もみられた。
考察：一般の痔瘻の男女比は2.8〜5.5:1とされるが、本報告では9.2:1と男性に高率であり、10代痔瘻の特性を示唆する。乳児痔瘻が男児に多いことと整合し、10代でも同様の傾向が認められた。クローン病症例の男女比は7.3:1で、一般的な2:1と比べても男性優位であった。乳児痔瘻の遷延を含む単純痔瘻は保存的治療で良好な経過を示す一方、クローン病例では複雑痔瘻を伴い多手術化しやすく、早期のバイオ導入とSeton管理が鍵となる。特に診断未確定の“クローン病疑い”症例では診療上の判断が困難であり、治療戦略の柔軟性と多診療科での連携が重要である。若年者のQOLと将来性を見据えたマネジメントのあり方を報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

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

[WS4] Workshop 4 Management of Perianal Abscess and Fistula in Young Patients: Considering Underlying IBD

司会：宮田 美智也(医療法人愛知会家田病院胃腸科・肛門科), 石山 元太郎(札幌いしやま病院肛門科)

[WS4-5] Clinical Course and Diagnostic Yield of Crohn’s Disease in Adolescents with Perianal Abscesses

Shohei Yonemoto, 岡本 康介, 紅谷 鮎美, 宮島 伸宜, 黒水 丈次, 國場 幸均, 下島 裕寛, 宋 江楓, 河野 洋一, 松村 奈緒美, 小菅 経子, 鈴木 佳透, 松島 小百合, 酒井 悠, 佐井 佳世, 松島 誠 (Matsushima Hospital Proctology Center)

【背景】10代はクローン病（以下、CD）の好発年齢であり、肛門周囲膿瘍を初発とする症例も多い。排膿術後の瘻孔形成や治癒遷延はCDを示唆しうるが、既往のない若年者の転帰や診断経過は不明な点が多い。
【目的】10代の肛門周囲膿瘍患者の転帰とCDとの関連を明らかにする。
【方法】2020〜2024年に切開排膿術を施行した10代128例を対象とし、患者背景、全大腸内視鏡検査（以下、TCS）結果、根治術の転帰などを後方視的に検討した。
【結果】男性：女性＝112：16例、年齢中央値は16歳（10〜19）、炎症性腸疾患（以下、IBD）の家族歴は3例（2%）であった。切開排膿は局所麻酔：脊髄くも膜下麻酔＝44：84例で行われ、膿瘍分類はIIA：IIIA：IVA＝120：6：2例、一次口は単発：多発＝97：31例であった。肛門潰瘍などCDに特徴的な肛門病変は27例（21%）に認めた。切開排膿術後にTCSは115例（90%）に施行され、39例に縦走潰瘍などIBDに特異的な所見を認めた。TCSで特異的所見を認めなかった75例のうち、カプセル内視鏡検査は9例に施行され、2例にアフタなど特異的な所見を認めた。内視鏡検査後のIBD診断は、CD否定70例（55%）、CD確診34例（27%）、CD疑診9例（7%）、潰瘍性大腸炎1例（1%）であった。次に痔瘻根治手術の成績を示す。根治術は56例（44%）（CD否定53例、CD疑診3例）に施行された。根治術後診断はIIL：IIH：IIIU＝30：1：4例であった。創治癒までの中央値は89日（29〜269）、治癒遷延（90日以上または未治癒）は18例で、そのうち5例に再手術が行われた。治癒遷延例のうち2例は根治術前からCDが疑われ、２例は根治術後にCDが疑われた。3年以上未治癒で経過する症例も存在した。
【考察】肛門所見からのCD疑診例は21%にとどまったが、内視鏡検査の結果を加味するとCD疑診・確診例は全体の34%を占めた。肛門所見のみならず、積極的な消化管精査の必要性が示唆された。また、痔瘻根治術後の治癒遷延の経過中にCDが疑われた症例が存在したことからも、若年者の根治手術の適応は慎重になる必要がある。
【まとめ】若年者の肛門周囲膿瘍に対しては、高いCD有病率を念頭に置き、診断・治療を進める必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

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

[WS4] Workshop 4 Management of Perianal Abscess and Fistula in Young Patients: Considering Underlying IBD

司会：宮田 美智也(医療法人愛知会家田病院胃腸科・肛門科), 石山 元太郎(札幌いしやま病院肛門科)

[WS4-6] Examination for youth patients with anal fistula to diagnose 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ため若年者、特に10代の痔瘻患者ではクローン病を鑑別することが重要となる。今回当院における若年痔瘻患者に対する精査を後ろ向きに検討した。
【方法】当院では若年痔瘻患者に対して単純単発痔瘻であれば、まず腹部超音波検査を行う。腸管壁肥厚などの有意な所見がある場合、または痔瘻が複雑、多発、深部である場合は全大腸内視鏡検査、上部消化管内視鏡、小腸透視を行なう。上記検査で所見はあるが確定診断に至らない場合は小腸カプセル内視鏡を行う。2021年1月から2025年2月までに当院で上記精査を行った10代の痔瘻患者82例について検討した。
【結果】10代痔瘻68例全例に腹部超音波検査を行った。全大腸内視鏡は32例、上部消化管内視鏡28例、カプセル内視鏡は14例に施行。68例中9例（13.2%）においてクローン病が確定診断された。クローン病が診断された症例では根治手術は行わず、生物学的製剤などが投与され、1例はダルバドストロセル注入が行われた。クローン病と診断されなかった59例のうち36例で根治術が行われ、残りの23例では経過観察となっている。
【まとめ】若年痔瘻患者ではクローン病を鑑別することが重要だが、10代の患者では全大腸内視鏡や上部消化管内視鏡は体への負担となるため、その検査の有用性を吟味しつつ慎重に適応を検討する必要がある。腹部超音波検査など侵襲の低い検査を用いることによって負担の軽減が望まれる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

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

[WS4] Workshop 4 Management of Perianal Abscess and Fistula in Young Patients: Considering Underlying IBD

司会：宮田 美智也(医療法人愛知会家田病院胃腸科・肛門科), 石山 元太郎(札幌いしやま病院肛門科)

[WS4-7] Assessment of anal fistula in youth

Satoru Kondo[1], 太田 章比古[1], 家田 純郎[1], 福原 政作[2], 青野 景也[1], 長谷川 信吾[1], 宮田 美智也[1] (1.Ieda Hospital, 2.ふくはら大腸肛門外科・消化器内科)

【目的】若年者痔瘻のマネジメントについて明らかにする。
【方法】2017年4月から2021年3月までの間に、当院を受診し痔瘻と診断した患者のうち、20歳以下の179例（男性 165例、女性 14例）を対象とし、診断、治療成績を検討した。
【結果】痔瘻の診断後、大腸内視鏡検査を施行した患者は150例（83.8%）で、クローン病と診断した患者は52例（29.1%）であった。2019年3月までの61例を前期群、それ以降の118例を後期群として比較すると、大腸内視鏡検査の施行率は前期群で62.3%、後期群で94.9%と、後期群で有意に高頻度であった（p<0.05）。また、クローン病は前期群で21.3%、後期群で33.1%と、後期群で多い傾向にあった（p=0.07）。18歳未満の94例と18歳以上の85例を比較すると、クローン病はそれぞれ33.0%、24.7%で、18歳未満で多かったが、統計学的な有意差はみられなかった（p=0.25）。クローン病を除いた127例のうち、根治術を施行したのは91例（71.6%）で、18歳未満と18歳以上を比較すると、それぞれ56.1%、81.8%で、18歳未満での施行率が有意に低かった（p<0.05）。根治術を行っていない理由は、18歳未満の半数以上が医師判断による経過観察で、18歳以上では患者都合がほとんどを占めた。根治術後にクローン病と診断されたのは1例で、術後経過は問題なかったが、2年後に腹部症状が出現した。
【結語】20歳以下で痔瘻と診断された患者のうち、約3割がクローン病であった。当院では近年、痔瘻診断後の大腸内視鏡検査を積極的に施行しており、クローン病と診断する症例も増加している。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Sat. Nov 15, 2025 1:30 PM - 3:00 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:30 AM - 6:00 AM UTC Room 8

[WS5] Workshop 5 Research on Colorectal Diseases Using Large-Scale Databases

司会：上野 秀樹(防衛医科大学校外科学講座), 小林 宏寿(帝京大学医学部附属溝口病院外科)

[WS5-1]

Surveillance strategy following complete resection of synchronous and metachronous distant metastasis from colorectal cancer

Ryosuke Okamura[1,8], 藤田 覇留久[1,8], 佐々木 勉[2,8], 大嶋 野歩[3,8], 水野 礼[4,8], 山本 高正[5,8], 本間 周作[6,8], 長山 聡[7,8], 山本 健人[1,8], 板谷 喜朗[1,8], 肥田 侯矢[1,8], 小濵 和貴[1,8] (1.Department of Surgery, Kyoto University Hospital, 2.滋賀県立総合病院外科, 3.神戸市立医療センター中央市民病院外科, 4.国立京都医療センター外科, 5.神戸市立西神戸医療センター外科・消化器外科, 6.神戸市立医療センター西市民病院消化器外科, 7.宇治徳洲会病院外科, 8.京都大腸外科研究グループ(KCRG, Kyoto ColoRectal surgery study Group))

[WS5-2]

Operation and Practice of Colorectal Cancer Database in Hiroshima Surgical study group of Clinical Oncology

Sho Ishikawa[1], 下村 学[1], 矢野 琢也[1], 奥田 浩[1], 田口 和浩[1], 清水 亘[2], 吉満 政義[3], 池田 聡[4], 中原 雅浩[5], 香山 茂平[6], 小林 弘典[7], 清水 洋祐[8], 河内 雅年[9], 住谷 大輔[10], 向井 正一朗[11], 高倉 有二[12], 石﨑 康代[13], 児玉 真也[14], 安達 智洋[2], 大段 秀樹[1] (1.Department of Gastroenterological and Transplant Surgery, Hiroshima University, 2.地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立北部医療センター安佐市民病院, 3.地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立広島市民病院, 4.県立広島病院, 5.全国厚生農業協同組合連合会尾道総合病院, 6.全国厚生農業協同組合連合会広島総合病院, 7.国家公務員共済組合連合会広島記念病院, 8.独立行政法人国立病院機構呉医療センター中国がんセンター, 9.独立行政法人国立病院機構東広島医療センター, 10.地方独立行政法人広島県立病院機構県立二葉の里病院, 11.独立行政法人労働者健康安全機構中国労災病院, 12.中国電力株式会社中電病院, 13.独立行政法人国立病院機構広島西医療センター, 14.全国厚生農業協同組合連合会吉田総合病院, 15.一般社団法人呉市医師会呉市医師会病院)

[WS5-3]

Investigation of the effect of adjuvant chemotherapy for pStage II colon cancer on the prevention of recurrence by using clinicopathological factors from an international multi-institutional database

Shodai Mizuno[1,2], 茂田 浩平[2], Kunitake Hiroko[3], Berger David[3], Al-Masri Mahmoud[4], Gögenur[1], Ismail[5], 菊池 弘人[6], 岡林 剛史[2], 北川 雄光[2] (1.Department of Surgery, Ogikubo Hospital, 2.慶應義塾大学医学部外科学（一般・消化器）, 3.Department of Surgery, Massachusetts General Hospital, 4.Department of Surgery, King Hussein Cancer Center, 5.Department of Surgery, Zealand University Hospital, 6.川崎市立川崎病院外科)

[WS5-4]

Has the inclusion of robotic rectal surgery in national health insurance coverage contributed to anal preservation rates in rectal surgery? -An analysis using NDB database-

Kenji Nanishi, 有田 智洋, 清水 浩紀, 木内 純, 塩﨑 敦 (Division of Digestive Surgery, Department of Surgery Kyoto Prefectural University of Medicine)

[WS5-5]

Geographic Disparities in Appendectomy Practices in Japan: Insights from a Nationwide NDB Open Data Analysis

Shingo Ito, 藤井 正一 (Shonan Kamakura General Hospital, Department of Surgery)

[WS5-6]

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Development of nomogram for OS prediction of colon cancer using a large-scale U.S. database and validation with a domestic cohort

Yukihiro Mori[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], 髙嶋 祐助[1], 石黒 哲史[1], 坂井 義博[1], 谷田部 悠介[1], 辻尾 元[1], 横山 希生人[1], 八尾 健太[1], 小林 尚輝[1], 山本 祥馬[1], 野津 昭文[2] (1.Division of Colon and Rectal Surgery, Shizuoka Cancer Center, 2.静岡県立静岡がんセンター統計解析室)

[WS5-7]

Colitis-associated colorectal neoplasia in ulcerative colitis with primary sclerosing cholangitis: a nationwide study

Koichi Komatsu[1], 品川 貴秀[1], 斉藤 綾乃[1], 船越 薫子[1], 岡田 聡[1], 野口 竜剛[1], 杉原 健一[2], 味岡 洋一[3], 石原 聡一郎[1] (1.Department of Surgical Oncology, The University of Tokyo, 2.東京科学大学, 3.新潟大学医学部臨床病理学分野)

[WS5-8]

Investigation of postoperative outcomes of colorectal cancer surgery using NCD data: A two-directional analysis of technique evaluation and surgical risk among the elderly

Tomonori Akagi[1], 上田 貴威[2], 長谷川 巧[1], 小山 旅人[1], 岳藤 良真[1], 藤田 隼輔[1], 青山 佳正[1], 皆尺寺 悠史[1], 一万田 充洋[1], 蔀 由貴[1], 平塚 孝宏[2], 河野 洋平[1], 二宮 繁生[1], 柴田 智隆[1], 白下 英史[3], 衛藤 剛[4], 猪股 雅史[1] (1.Department of Gastroenterological and Pediatric Surgery, Oita University Faculty of Medicine, 2.大分大学総合外科・地域連携学講座, 3.大分大学高度医療人育成講座, 4.大分大学グローカル感染症研究センター)

[WS5-SP]

特別発言

Hideyuki Ishida (Saitama Medical Center)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Sat. Nov 15, 2025 1:30 PM - 3:00 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:30 AM - 6:00 AM UTC Room 8

[WS5] Workshop 5 Research on Colorectal Diseases Using Large-Scale Databases

司会：上野 秀樹(防衛医科大学校外科学講座), 小林 宏寿(帝京大学医学部附属溝口病院外科)

[WS5-1] Surveillance strategy following complete resection of synchronous and metachronous distant metastasis from colorectal cancer

Ryosuke Okamura[1,8], 藤田 覇留久[1,8], 佐々木 勉[2,8], 大嶋 野歩[3,8], 水野 礼[4,8], 山本 高正[5,8], 本間 周作[6,8], 長山 聡[7,8], 山本 健人[1,8], 板谷 喜朗[1,8], 肥田 侯矢[1,8], 小濵 和貴[1,8] (1.Department of Surgery, Kyoto University Hospital, 2.滋賀県立総合病院外科, 3.神戸市立医療センター中央市民病院外科, 4.国立京都医療センター外科, 5.神戸市立西神戸医療センター外科・消化器外科, 6.神戸市立医療センター西市民病院消化器外科, 7.宇治徳洲会病院外科, 8.京都大腸外科研究グループ(KCRG, Kyoto ColoRectal surgery study Group))

【背景】大腸癌は他臓器転移を起こした場合でも, 外科的根治手術を施行できれば予後が改善するとされている. 一方で, 異時性の他臓器再発巣を切除した症例(M群)や, 同時性の他臓器転移巣を切除した症例(Stage IV/CurB, S群)に対し, 術後にどういったサーベイランスをすべきかこれまであまり議論されていない. また両者の術後の再発出現形式を比較・考察した内容の報告も少ない.
【方法】今回M群について, KCRG7施設の2005-2020年に原発巣根治切除された大腸癌症例のうち, 術後初回再発に対し根治切除が施行できた290例について, その後の再発の出現時期・部位を検討した. S群については, 大腸癌フォローアップ研究会の全国22施設において1997～2006年にStageIV大腸癌に対し原発巣・転移巣根治切除が施行できた1,008例について以前報告したデータ(Okamura R, et al. Eur J Surg Oncol. 2018) を用い, 両群の比較検討をおこなった.
【結果】M群の再発割合は53%(n=153)で, うち50%(n=77)が再び根治切除を施行し得た. M群の再発の93%(n=143)が2年で, 100%が5年で出現していた. S群では, 再発割合は75%(n=753)で, うち39% (n=290)が再び根治切除を施行し得た. 再発症例の86%が2年で, 98%が5年で出現していた. M群では再発はすべて5年以内に見られたが, S群では5年無再発生存したうちの7%で5年を超えての再発が見られた. M群, S群ともに切除した転移巣と同一臓器への再発が最も多く, 再発を切除した場合, その後の5年生存率は良好であった(M群, 60%；S群, 56%).
【結論】他臓器転移を伴う大腸癌症例では, 同時性・異時性に関わらず根治切除後の再発割合は高く, 大部分が術後早期に同一臓器に出現する. 一方で, 再発症例において外科的切除が予後を改善しており, 定期サーベイランスの重要性が示唆される. 原発大腸癌根治度A切除後のサーベイランス法を参考にすると、両群ともに術後2年にIntensiveな画像フォローアップが必要と考える。また、M群のサーベイランス期間についてはより大規模のデータでの検討が必要であるが、S群では5年より長期のサーベイランスが必要な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

Sat. Nov 15, 2025 1:30 PM - 3:00 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:30 AM - 6:00 AM UTC Room 8

[WS5] Workshop 5 Research on Colorectal Diseases Using Large-Scale Databases

司会：上野 秀樹(防衛医科大学校外科学講座), 小林 宏寿(帝京大学医学部附属溝口病院外科)

[WS5-2] Operation and Practice of Colorectal Cancer Database in Hiroshima Surgical study group of Clinical Oncology

Sho Ishikawa[1], 下村 学[1], 矢野 琢也[1], 奥田 浩[1], 田口 和浩[1], 清水 亘[2], 吉満 政義[3], 池田 聡[4], 中原 雅浩[5], 香山 茂平[6], 小林 弘典[7], 清水 洋祐[8], 河内 雅年[9], 住谷 大輔[10], 向井 正一朗[11], 高倉 有二[12], 石﨑 康代[13], 児玉 真也[14], 安達 智洋[2], 大段 秀樹[1] (1.Department of Gastroenterological and Transplant Surgery, Hiroshima University, 2.地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立北部医療センター安佐市民病院, 3.地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立広島市民病院, 4.県立広島病院, 5.全国厚生農業協同組合連合会尾道総合病院, 6.全国厚生農業協同組合連合会広島総合病院, 7.国家公務員共済組合連合会広島記念病院, 8.独立行政法人国立病院機構呉医療センター中国がんセンター, 9.独立行政法人国立病院機構東広島医療センター, 10.地方独立行政法人広島県立病院機構県立二葉の里病院, 11.独立行政法人労働者健康安全機構中国労災病院, 12.中国電力株式会社中電病院, 13.独立行政法人国立病院機構広島西医療センター, 14.全国厚生農業協同組合連合会吉田総合病院, 15.一般社団法人呉市医師会呉市医師会病院)

広島大学関連病院では2012年より広島臨床腫瘍外科研究グループ（HiSCO）を設立し、2017年より大腸癌共用データベースを運用してきた。目的は、単施設における後ろ向き研究での症例数不足を解消し、患者群・治療内容の偏りを均質化することで、よりリアルワールドに即したデータを集積し有益な結果を導くことである。
2016年7月に倫理審査委員会の承認を得て、2017年4月よりデータベースの運用を開始した。
2017年から2019年までの症例については術後5年までの長期予後データの収集が完了し、年間約1500例、全4577例の大腸癌が集積された。参加各施設でテーマを決めて解析に取り組んでいる。
共同データベースを用いた後ろ向き研究として、直腸癌切除後の縫合不全予測因子の解析（Bekki T, Langenbecks Arch Surg. 2023）、平日手術の大腸癌切除後短期成績の関連（Imaoka K, J Surg Res. 2024）、術中出血量とStageI-III期大腸癌切除後局所再発の解析（Imaoka K, World J Surg. 2025）、pT3/4大腸癌における多臓器切除後の予後的意義の解析（Imaoka K, J Gastrointest Surg. 2025）をこれまでに報告してきた。
また、大腸癌術後surgical site infection(SSI)に関する後ろ向き研究を行い、Stage I-IIIの根治切除後大腸癌の解析で、臓器体腔SSIが大腸癌再発の危険因子の一つとなり、腹会陰式直腸切断術後の会陰創感染が大腸癌再発の危険因子となることを明らかとした。この結果は今後前向き観察研究を行うことを予定している。
このように多施設共同データベースを用いた後ろ向き解析を行うことで、クリニカルクエスチョンを解決するための新規臨床研究の開発が行い易い環境が構築されている。我々HiSCOグループの大腸癌におけるデータベース構築の現状について報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Sat. Nov 15, 2025 1:30 PM - 3:00 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:30 AM - 6:00 AM UTC Room 8

[WS5] Workshop 5 Research on Colorectal Diseases Using Large-Scale Databases

司会：上野 秀樹(防衛医科大学校外科学講座), 小林 宏寿(帝京大学医学部附属溝口病院外科)

[WS5-3] Investigation of the effect of adjuvant chemotherapy for pStage II colon cancer on the prevention of recurrence by using clinicopathological factors from an international multi-institutional database

Shodai Mizuno[1,2], 茂田 浩平[2], Kunitake Hiroko[3], Berger David[3], Al-Masri Mahmoud[4], Gögenur[1], Ismail[5], 菊池 弘人[6], 岡林 剛史[2], 北川 雄光[2] (1.Department of Surgery, Ogikubo Hospital, 2.慶應義塾大学医学部外科学（一般・消化器）, 3.Department of Surgery, Massachusetts General Hospital, 4.Department of Surgery, King Hussein Cancer Center, 5.Department of Surgery, Zealand University Hospital, 6.川崎市立川崎病院外科)

【目的】国内外のガイドラインでは、pStageII結腸癌患者に対してハイリスク因子（HF）を有する患者はハイリスクStageIIと定義され、補助化学療法（AC）が推奨されている。しかしながらHF陽性患者は60-80%にも及び、ハイリスク患者の選別という点で疑問の余地がある。我々は既存の臨床及び病理組織学的所見を用いた統合リスクスコアであるRecurrence predict value (RPV)を作成し、RPVがpStageII結腸癌の予後の層別化に関する有用性を立証した。本研究はRPVによるハイリスクStageII結腸癌のACの再発抑制効果について検証することを目的とした。
【方法】2012年から2020年の期間に根治切除を施行したMicrosatellite stabilityのハイリスクStage II結腸癌を対象とし、後ろ向き解析を行った。日本の7施設に加えて、米国Massachusetts general hospital、およびヨルダンKing Hussein Cancer Centerからなる国際共同データベースをコホート1とし、デンマークのNational databaseをコホート2とした。Recurrence free survival (RFS)をprimary outcomeとして統計学的解析を行い、RPVとACの再発抑制効果の関連性について両コホートにて検証した。
【結果】対象患者はコホート1で1068例であり、RPV high群が318例、そのうち122例にACが施行され、コホート2は1464例であり、RPV high群が433例、そのうち203例にACが施行された。COX比例ハザードモデルによる多変量解析の結果、コホート1、2の両者において、RPV high群でのみACの有意な再発抑制効果を認めた（コホート1 RPV low: Hazard Ratio (HR) 0.94, 95% confidence interval (CI) 0.57-1.54, P = 0.805. RPV high: HR 0.49, 95% CI 0.30-0.82, P = 0.006. コホート2 RPV low: HR 0.83, 95% CI 0.61-1.12, P = 0.217. RPV high: HR 0.69, 95% CI 0.48-0.99, P = 0.046）。
【結語】RPV highにおいてACによる再発抑制効果が両コホートにて有意に得られることがわかり、RPVは国際的にACの再発抑制効果のある患者の抽出に有用であることが示唆された。また、RPVは臨床病理組織学的検査結果からのみで算出可能なスコアであり、実臨床への応用も容易な点も意義のあるスコアであると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Sat. Nov 15, 2025 1:30 PM - 3:00 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:30 AM - 6:00 AM UTC Room 8

[WS5] Workshop 5 Research on Colorectal Diseases Using Large-Scale Databases

司会：上野 秀樹(防衛医科大学校外科学講座), 小林 宏寿(帝京大学医学部附属溝口病院外科)

[WS5-4] Has the inclusion of robotic rectal surgery in national health insurance coverage contributed to anal preservation rates in rectal surgery? -An analysis using NDB database-

Kenji Nanishi, 有田 智洋, 清水 浩紀, 木内 純, 塩﨑 敦 (Division of Digestive Surgery, Department of Surgery Kyoto Prefectural University of Medicine)

【背景】ロボット直腸手術は2018年の保険収載を経て国内で急速に広がり、多関節機能や安定した視野による骨盤内での手技向上が示唆されている。
【目的】本邦におけるロボット直腸手術の拡大と、直腸手術における肛門温存率の関係について検討する。
【方法】内視鏡外科学会プロクターリストと住民基本台帳のデータから、2022年時点での各都道府県のプロクター(大腸)の数、プロクター1人あたりの人口を算出した。NDBデータを用いて、東京都と政令指定都市を持つ15の道府県における2016-2022年の年次毎の手術件数を解析した。肛門温存率の指標として直腸切除・切断術の件数(直腸手術件数)に対する直腸切断術の割合(APR率)を用いた。2022年時点での①プロクターの数≧5人かつ②プロクター1人あたりの人口≦55万人の都道府県をロボット早期導入群(早期群)と定義し、上記の16都道府県を早期群(東京/静岡/愛知/京都/大阪/岡山)と対照群(北海道/宮城/埼玉/千葉/神奈川/新潟/兵庫/広島/福岡/熊本)に分類し、両群の手術内容の推移を観察し、APR率をWald検定を用いて解析した。
【結果】2022年時点のプロクターは全国で224人、各都道府県における平均人数は4.8人、全国のプロクター1人あたりの人口は559897人であった。直腸手術件数は観察期間中に大きな変化はなく(2016年：早期群12157件、対照群14510件　2022年：早期群11821件、対照群14061件)、直腸手術件数における腹腔鏡手術の割合は増加し(2016年：早期群65.1%、対照群64.0%　2022年：早期群83.6%、対照群82.6%)、特にAPRで増加率が高かった(2016年：早期群57.5%、対照群54.3%　2022年：早期群81.3%、対照群81.7%)。APR率(早期群vs対照群)は
2016年 14.6% vs 14.4%; p=0.660
2017年 14.1% vs 14.2%; p=0.648
2018年 13.8% vs 14.3%; p=0.266
2019年 13.8% vs 14.1%; p=0.474
2020年 13.0% vs 14.0%; p=0.009
2021年 12.6% vs 13.3%; p=0.082
2022年 12.4% vs 13.7%; p<0.001
であり、早期群ではAPR率が低下傾向で、2020年、2022年のAPR率は対照群よりも有意に低かった。
【結論】本邦におけるロボット直腸手術の拡大が、肛門温存率の向上に寄与した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

Sat. Nov 15, 2025 1:30 PM - 3:00 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:30 AM - 6:00 AM UTC Room 8

[WS5] Workshop 5 Research on Colorectal Diseases Using Large-Scale Databases

司会：上野 秀樹(防衛医科大学校外科学講座), 小林 宏寿(帝京大学医学部附属溝口病院外科)

[WS5-5] Geographic Disparities in Appendectomy Practices in Japan: Insights from a Nationwide NDB Open Data Analysis

Shingo Ito, 藤井 正一 (Shonan Kamakura General Hospital, Department of Surgery)

背景：2009～2011年のDPCデータによる急性腹症の疫学研究では、急性虫垂炎の頻度は非常に高い。腹腔鏡手術は虫垂切除にも普及しているが地域差の実態は不明である。
目的・方法：本研究は国内の虫垂切除術の実態を把握することを目的に、レセプト情報・特定健診等情報データベース（National Database, 以下NDB）を活用し、2014年度から2022年度までに施行された虫垂切除術を後方視的に解析した。
結果：調査期間中に施行された虫垂切除術は494,911例であり、2019年度をピークとして緩やかな減少傾向を示した。腹腔鏡手術率は2014年度の58.5%から年々上昇し、2022年度には91.5%に達した。膿瘍形成を伴う症例の割合は32.3%であったが、こちらも緩やかに減少傾向を認めた。2022年度の都道府県別手術件数では、東京都（6,171件）、大阪府（4,000件）、神奈川県（3,863件）の順に多く、腹腔鏡率は94.1%、95.2%、90.4%であった。一方で、手術件数が最も少なかったのは徳島県（261件）、鳥取県（279件）、高知県（301件）であり、腹腔鏡率は100%、100%、86.0%であった。腹腔鏡率は全国的に80%以上と高水準であったが、岐阜県（70.1%）、宮崎県（72.5%）、秋田県（75.3%）、新潟県（75.5%）、富山県（76.6%）では相対的に低値を示した。人口減少が顕著な地域で腹腔鏡率が低いのではないかと推測したが、岩手県、熊本県、佐賀県、鳥取県、徳島県では腹腔鏡率がいずれも100%であり、人口との関連性は認められなかった。
考察・結語：NDBは全国を網羅する悉皆性の高いデータベースであり、全国的傾向の把握に有用であるが、少数例が「-」と表示されることや患者背景の詳細が得られない点が限界である。虫垂切除術は年間5万件以上施行されているが、人口減少や外科医不足、保存的治療の普及、高齢化や併存疾患などの影響か減少傾向にある。腹腔鏡率には地域差がみられ、治療方針の多様化も背景にある。これらの地域差は医療資源や教育体制の今後の整備において重要な示唆を与える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Sat. Nov 15, 2025 1:30 PM - 3:00 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:30 AM - 6:00 AM UTC Room 8

[WS5] Workshop 5 Research on Colorectal Diseases Using Large-Scale Databases

司会：上野 秀樹(防衛医科大学校外科学講座), 小林 宏寿(帝京大学医学部附属溝口病院外科)

[WS5-6] Development of nomogram for OS prediction of colon cancer using a large-scale U.S. database and validation with a domestic cohort

Yukihiro Mori[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], 髙嶋 祐助[1], 石黒 哲史[1], 坂井 義博[1], 谷田部 悠介[1], 辻尾 元[1], 横山 希生人[1], 八尾 健太[1], 小林 尚輝[1], 山本 祥馬[1], 野津 昭文[2]
(1.Division of Colon and Rectal Surgery, Shizuoka Cancer Center, 2.静岡県立静岡がんセンター統計解析室)

【背景】大腸癌の治療方針を検討する上で個々の患者の予後を予測することは重要である。近年、複数の臨床病理学的因子を組み合わせたノモグラムによる予後予測が注目されているが、精度の高いノモグラムの作成にはより多くの症例を対象とする必要がある。SEERは無料登録のみで簡便に利用可能な米国のリアルワールドの大規模データベースを提供している。今回、SEERデータベースを用いてStageII-III結腸癌における全生存期間（以下OS）を予測するノモグラムを作成し、国内コホートでも応用可能かを検証することを目的とした。
【方法】SEERデータベースで長期成績の取得が可能な2010年～2015年に根治切除後が施行されたStageII-III結腸癌を対象とし、虫垂癌、術前・術中治療施行、データ欠損症例は除外した。SEERデータベースを無作為に7: 3に分割し、それぞれTraining群、Validation群とした。Training群においてCox比例ハザードモデルで1, 3, 5年全生存率を予測するノモグラムを作成し、Validation群でその精度を評価した。また、国内コホートへの応用として、当院で2010年～2015年に根治切除後が施行されたStageII-III結腸癌を対象として（SCC群）、作成したノモグラムの精度を評価した。
【結果】対象症例はTraining/Validation/SCC群で28561/12241/890例であった。Training群でOSの多変量解析で有意な関連を示した、年齢、性別、主占居部位、組織型、T因子、N因子、術後補助化学療法の有無を予測因子とするノモグラムを作成した。Training群でのbootstrap法1000回サンプリング後のHarrel's C-index=0.712で、Validation/SCC群ではHarrel's C-index=0.712/0.723であった。またTime dependent AUCはTraining群の1/3/5年で78.6/75.5/75.1%、Validation群の1/3/5年で76.8/75.5/75.3%、SCC群の1/3/5年で88.1/78.0/73.8%であった。
【結語】米国の大規模データベースを用いて結腸癌の生存予測ノモグラムを開発した。開発した予測モデルは治療背景の異なる国内コホートにおいても応用可能であった。国内においても簡便に利用できる大規模データベースを整備することで、様々な臨床応用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

Workshop

Sat. Nov 15, 2025 1:30 PM - 3:00 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:30 AM - 6:00 AM UTC Room 8

[WS5] Workshop 5 Research on Colorectal Diseases Using Large-Scale Databases

司会：上野 秀樹(防衛医科大学校外科学講座), 小林 宏寿(帝京大学医学部附属溝口病院外科)

[WS5-7] Colitis-associated colorectal neoplasia in ulcerative colitis with primary sclerosing cholangitis: a nationwide study

Koichi Komatsu[1], 品川 貴秀[1], 斉藤 綾乃[1], 船越 薫子[1], 岡田 聡[1], 野口 竜剛[1], 杉原 健一[2], 味岡 洋一[3], 石原 聡一郎[1] (1.Department of Surgical Oncology, The University of Tokyo, 2.東京科学大学, 3.新潟大学医学部臨床病理学分野)

[背景]潰瘍性大腸炎(UC)に原発性硬化性胆管炎(PSC)が合併することはよく知られており、UC関連大腸腫瘍(UCAN)発症の高リスク群として認識されている。しかし、本邦を含むアジア諸国では欧米と比較して合併率は低く、PSC合併UC(PSC-UC)の臨床病理学的特徴を明らかにするには大規模データベースを用いた解析が必要である。
[目的]PSC-UCにおけるUCAN(PSC-UCAN)の臨床病理学的特徴を明らかにする。
[方法] 大腸癌研究会プロジェクト研究として1983年1月から2020年12月の期間に全国43施設において治療が行われたUCAN症例1222例が集積された。PSC合併が不詳な症例、low-grade dysplasiaのみの症例や、UCANの局在、組織型、pStage、予後情報欠損例を除く808例を対象とした。臨床病理学的特徴や、10年全生存率(OS)、10年癌特異的生存率(CSS)について、PSC-UCAN群(n=26)とUCAN-alone群(n=782)の2群で比較検討した。
[結果]PSC-UCAN群ではUCAN診断時の罹病期間が短く(12.8年 vs. 16.9年, p = 0.044), UCAN診断時年齢が若年 (47.8歳 vs. 53.3歳, p = 0.046)であった。UCANの局在はPSC-UCAN群で右側結腸に多かった (34.6% vs. 15.9%, p = 0.028). PSC-UCAN群ではhigh-grade dysplasia (HGD)の割合がUCAN-alone群と比較して低い傾向にあった（19.2% vs. 30.7%, p=0.051）. UC関連大腸癌症例では、10-year OS (64.6% vs. 79.3%, p = 0.080) 、10-year CSS (80.8% vs. 83.9%, p = 0.60)に両群で統計学的有意差を認めなかった。
[結語]PSC-UCではPSC非合併例と比較してより若年でUCANを発症し、右側結腸に局在している症例が多かった。PSC-UCでは罹病期間が短いにも関わらず、HGDの割合が低く、早期のサーベイランス内視鏡の開始が重要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

Workshop

Sat. Nov 15, 2025 1:30 PM - 3:00 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:30 AM - 6:00 AM UTC Room 8

[WS5] Workshop 5 Research on Colorectal Diseases Using Large-Scale Databases

司会：上野 秀樹(防衛医科大学校外科学講座), 小林 宏寿(帝京大学医学部附属溝口病院外科)

[WS5-8] Investigation of postoperative outcomes of colorectal cancer surgery using NCD data: A two-directional analysis of technique evaluation and surgical risk among the elderly

Tomonori Akagi[1], 上田 貴威[2], 長谷川 巧[1], 小山 旅人[1], 岳藤 良真[1], 藤田 隼輔[1], 青山 佳正[1], 皆尺寺 悠史[1], 一万田 充洋[1], 蔀 由貴[1], 平塚 孝宏[2], 河野 洋平[1], 二宮 繁生[1], 柴田 智隆[1], 白下 英史[3], 衛藤 剛[4], 猪股 雅史[1]
(1.Department of Gastroenterological and Pediatric Surgery, Oita University Faculty of Medicine, 2.大分大学総合外科・地域連携学講座, 3.大分大学高度医療人育成講座, 4.大分大学グローカル感染症研究センター)

【背景】大腸癌に対する外科治療の質の向上と個別化を目指す上で、全国規模のリアルワールドデータの活用が不可欠となってきた。National Clinical Database（NCD）は日本全国の95%以上の手術症例を網羅しており、術者要因や患者背景を含めた多面的評価が可能である。【目的】本研究では、NCDを用いた2つの研究成果を紹介し、術者資格の有無や患者高齢化といった視点から、手術アウトカムに影響を及ぼす因子を検討した。【対象と方法】①2014～2016年にNCDに登録された直腸前方切除を受けた症例を対象とし、内視鏡外科技術認定（ESSQS）の有無による短期成績を比較。②2017～2020年に右半結腸切除および低位前方切除を受けた85歳以上の患者11,635例（RH: 9,264例、LAR: 2,371例）を対象とし、Clavien-Dindo分類Grade 3以上の合併症のリスク因子を多変量解析にて検討。【結果】①ESSQS認定医が執刀した群では吻合不全の発生率が低下（LDG: OR=0.835, P=0.014）し、一定の質の担保が示唆された。②高齢者群では、RHでの重篤な合併症率は5.2%、LARでは8.7%であった。リスク因子として、RHでは男性、ADL低下、高血圧、低Na、血小板減少、PT-INR延長、LARではASA-PS≧3、既往肺炎、クレアチニン高値、低Naが同定された。【考察】2つの研究は、いずれもNCDを活用し、術者因子と患者因子の両側面から大腸癌手術の質と安全性を検討しており、今後の標準的手術指標の策定や高齢者への個別最適化医療の展開に有用である。【結論】全国データベースを用いた大腸疾患研究は、RCTでは捉えきれないリアルワールドの課題や有効性、安全性を明らかにしうる強力な手段である。今後さらなる多面的解析と臨床応用が期待される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 8

[WS6] Workshop 6 Conservative and Surgical Treatment for Colonic Diverticulitis

司会：幸田 圭史(大腸肛門病センター高野病院外科), 小川 真平(東京女子医科大学消化器・一般外科)

[WS6-1]

Investigation of Treatment Outcome and Operative Indication for Diverticulitis of the Large Intestine in Our Institution

Kazuo To, 深野 颯, 大野田 貴, 原 亮介, 内田 史武 (NHO Ureshino Medical Center, Department of Digestive Surgery)

[WS6-2]

The analysis of the surgical strategy for diverticulitis of sigmoid colon

Keigo Yokoi[1], 柴木 俊平[1], 池村 京之介[1], 渡部 晃子[1], 坂本 純一[1], 横田 和子[1], 小嶌 慶太[1], 田中 俊道[1], 古城 憲[1], 三浦 啓寿[1], 山梨 高広[1], 佐藤 武郎[2], 内藤 剛[1] (1.Dept of lower gastrointestinal surgery, Kitasato University School of Medicine, 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)

[WS6-3]

Elective surgery for left-sided colonic diverticulitis

Yusuke Inoue, 肥田 泰慈, 山下 真理子, 橋本 慎太郎, 片山 宏己, 山口 峻, 高村 祐磨, 足立 利幸, 富永 哲郎, 野中 隆 (Department of Colorectal Surgery, Nagasaki university)

[WS6-4]

Retrospective analysis of risk factors for postoperative complications in emergency surgery for perforated colonic diverticulitis

Takahiro Kitagawa[1], 諏訪 勝仁[1], 力石 健太郎[1], 佐々木 茂真[1], 牛込 琢郎[1], 岡本 友好[1], 衛藤 謙[2] (1.Department of Surgery, The Jikei University Daisan Hospital, 2.東京慈恵会医科大学外科学講座)

[WS6-5]

Surgical Strategy for Sigmoid Diverticulitis: A Retrospective Analysis of Perforated, Penetrated, and Colovesical Fistula Cases

Yuzo Nagai, 白鳥 広志, 岡田 聡, 舘川 裕一, 品川 貴秀, 原田 有三, 横山 雄一郎, 江本 成伸, 室野 浩司, 佐々木 和人, 野澤 宏彰, 石原 聡一郎 (Department of Surgical Oncology, the University of Tokyo)

[WS6-6]

Treatment Strategies for Colonic Diverticulitis Complicated by Localized Peritonitis

Shinji Tokuyama, 河合 賢二, 高橋 佑典, 俊山 礼志, 山本 昌明, 酒井 健司, 竹野 淳, 濱 直樹, 宮﨑 道彦, 平尾 素宏, 加藤 健志 (NHO Osaka National Hospital, Department of Surgery)

[WS6-7]

Efficacy of endoscopic drainage therapy for Hinchey Stage Ib/II colonic diverticulitis

Chihiro Kosugi, 清水 宏明, 首藤 潔彦, 森 幹人, 碓井 彰大 (Department of Surgery, Teikyo University Chiba Medical Center)

[WS6-8]

Surgical treatment for sigmoid colovesical fistula caused by diverticulum

Tomoaki Kaneko, 的場 周一郎, 牛込 充則, 鏡 哲, 鈴木 孝之, 三浦 康之, Yoshida Kimihiko, 甲田 貴丸, 小梛 地洋, 渡邊 健太郎, 船橋 公彦 (Department of Gastroenterological Surgery Toho University Omori Medical Center)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

[WS6-9]

Surgical Treatment and Management of Diverticulitis Complicated by Fistula in Our Hospital

Yuika Kureyama, 柏木 惇平, 高橋 泰宏, 冨田 大輔, 前田 裕介, 平松 康輔, 岡崎 直人, 福井 雄大, 花岡 裕, 戸田 重夫, 上野 雅資, 黒柳 洋弥 (Toranomon Hospital)

[WS6-SP]

特別発言

Kimihiko Funahashi (Yokohama General Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 8

[WS6] Workshop 6 Conservative and Surgical Treatment for Colonic Diverticulitis

司会：幸田 圭史(大腸肛門病センター高野病院外科), 小川 真平(東京女子医科大学消化器・一般外科)

[WS6-1] Investigation of Treatment Outcome and Operative Indication for Diverticulitis of the Large Intestine in Our Institution

Kazuo To, 深野 颯, 大野田 貴, 原 亮介, 内田 史武 (NHO Ureshino Medical Center, Department of Digestive Surgery)

【緒言】大腸憩室炎は、急性に発症して穿孔や膿瘍により汎発性腹膜炎を呈するものや、慢性に経過して瘻孔や狭窄を呈するものなど多彩な臨床像を呈する。【目的】当院における大腸憩室炎治療の現状を評価し、手術症例と保存的治療症例の差異を明らかにすることを目的とした。さらに手術症例において開腹手術と腹腔鏡下手術の差異を検証した。【対象と方法】2014年1月から2024年12月までの11年間に当科で経験した大腸憩室炎症例は266例であった。保存的治療群が204例で手術治療群が62例で、2群間の比較検討を行った。また、手術治療群を開腹群40例と腹腔鏡群22例に分け周術期の各種パラメータを比較検討した。【結果】保存的治療は年間20例前後で、97%がHinchey stageIで、23%が再発症例で、平均在院日数は約9.5日であった。Hinchey stageIの手術症例は、上行結腸の102例中、4例(4%)のみであったが、S状結腸では68例中、27例(40%)であった。手術治療群と比較し、保存的治療群は有意に年齢が若く、Hinchey stage I/IIの割合が多く、右側結腸が多かった。また保存的治療群は有意に基礎疾患、糖尿病が少なく、初診時のアルブミン値が低かった。予後と合併症のマーカーでは、手術治療群でPNIとCONUT scoreが有意に不良であった。憩室炎手術症例62例の内訳は憩室炎(炎症、穿孔、膿瘍)が50例、膀胱瘻が7例、狭窄が5例であった。部位はS状結腸が50例と80%以上を占めていた。開腹群と腹腔鏡群で、年齢とBMI、病変部位、基礎疾患に差はなかった。開腹群と比較して、腹腔鏡群は有意に年齢が低く、Hinchey stage I/IIが多く、待機的手術が多く、ストマ造設率が少なかった。また、初診時のCRP値が低く、術後在院日数が短かった。術後合併症は開腹群で多い傾向があったが有意差はなかった。腹腔鏡群で有意に手術時間が長く、出血量が少なかった。開腹群でTRPとCONUT score、TRPが有意に不良であった。【結論】Hinchey分類は憩室炎の病態を把握するのに簡便な分類であるが、左側結腸ではstageIでも手術例が多く重症度と一致しなかった。憩室炎の手術適応に関して、PNI, TRP, CONUT scoreを組み合わせて評価することは有用である可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 8

[WS6] Workshop 6 Conservative and Surgical Treatment for Colonic Diverticulitis

司会：幸田 圭史(大腸肛門病センター高野病院外科), 小川 真平(東京女子医科大学消化器・一般外科)

[WS6-2] The analysis of the surgical strategy for diverticulitis of sigmoid colon

Keigo Yokoi[1], 柴木 俊平[1], 池村 京之介[1], 渡部 晃子[1], 坂本 純一[1], 横田 和子[1], 小嶌 慶太[1], 田中 俊道[1], 古城 憲[1], 三浦 啓寿[1], 山梨 高広[1], 佐藤 武郎[2], 内藤 剛[1] (1.Dept of lower gastrointestinal surgery, Kitasato University School of Medicine, 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】結腸憩室炎は日常診療でも多く認められるCommon Diseaseであるが、穿孔、膀胱瘻、間膜穿通などその病態は多様性に富む。保存的加療にとどまるものもあれば、手術療法が必要になるものもある。手術療法においても緊急手術か否か、人工肛門造設を先行するかなど、その治療方針は多岐にわたり、一定のコンセンサスが得られていないのが現状である。
【目的】本研究の目的は当院におけるS状結腸憩室炎に対する手術療法の成績につき検討することである。
【対象と方法】2018年から2024年までに当院でS状結腸憩室炎に対して手術療法を施行した30例について治療成績を後ろ向きに検討した。治療方針を人工肛門造設のみ、人工肛門造設先行群（人工肛門造設した後に待機的に腸管切除を施行したもの）、切除先行群（初回手術で腸管切除を施行したもの）に分類し、治療成績につき比較した。
【結果】穿孔例が9例、穿通が6例、結腸膀胱瘻が12例、狭窄が6例に認められた。人工肛門造設のみが5例、人工肛門造設先行群が12例、切除先行群が13例であった。腸管切除を施行した25例のアプローチ法は開腹が6例、腹腔鏡が19例（うち開腹移行が3例）であった。永久人工肛門となった症例が10例でそのうちハルトマン手術が5例、結腸人工肛門造設のみが3例、回腸人工肛門造設のみが2例であった。人工肛門造設先行群と切除先行群で腸管切除時の治療成績を比較すると、手術時間、術後在院日数、大腸以外の臓器切除頻度、手術合併症の頻度に有意差は認められなかった。永久人工肛門となった症例は人工肛門造設先行群で1例（8.3%）、切除先行群で4例（30.8%）であった(P=0.16)。
【結語】当院におけるS状結腸憩室炎に対する治療成績を検討した。有意差は認められなかったが、人工肛門造設を先行することによって永久人工肛門を回避できる頻度が高くなると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 8

[WS6] Workshop 6 Conservative and Surgical Treatment for Colonic Diverticulitis

司会：幸田 圭史(大腸肛門病センター高野病院外科), 小川 真平(東京女子医科大学消化器・一般外科)

[WS6-3] Elective surgery for left-sided colonic diverticulitis

Yusuke Inoue, 肥田 泰慈, 山下 真理子, 橋本 慎太郎, 片山 宏己, 山口 峻, 高村 祐磨, 足立 利幸, 富永 哲郎, 野中 隆 (Department of Colorectal Surgery, Nagasaki university)

【はじめに】慢性の結腸憩室炎では周囲との癒着や、瘻孔形成等により他臓器損傷のリスクが高い。また、左側大腸切除・吻合時の縫合不全率は15%程度と非常に高いと言われており、治療戦略の構築が重要である。
【目的】左側結腸憩室炎に対する待機的手術の治療成績を検討すること。
【対象と方法】2009年8月～2025年4月までに左側結腸憩室炎に対して待機手術を行った22例に関して、患者因子、術前・術中・術後因子を後方視的に検討した。
【結果】男15：女７、年齢中央値63歳（38‐79）、BMI中央値22.9（18.1‐33.3）、基礎疾患として、呼吸器疾患１/22、心疾患１/22、糖尿病３/22、喫煙歴７/22、CKD（eGFR<60）６/22であった。待機手術の術前dataはWBC 5900μ/L(3800‐10200)、CRP 0.31mg/dL(0.02‐4.83)、ALB 4.3g/dL(2.8‐4.7)、瘻孔形成症例は11例で全て膀胱と瘻孔を形成しており、6例は根治術前に人工肛門が造設されていた。手術はOpen5：Lap17で行われており、Clavien-Dindo分類III以上の合併症は3例に認め、全て縫合不全であった。近年は蛍光尿管ステントの留置が多く行われており、尿管をはじめとした術中の他臓器損傷は認めなかった。統計学的に縫合不全を来たす有意な因子は同定できなかったが、3例とも術前に人工肛門が造設されておらず一期的根治術を予定した症例であった。
【結語】左側結腸憩室炎に対する待機的な手術では人工肛門造設が縫合不全のリスクを減らせる可能性があり、術前人工肛門造設もしくはdiverting stoma造設を積極的に検討すべきである。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 8

[WS6] Workshop 6 Conservative and Surgical Treatment for Colonic Diverticulitis

司会：幸田 圭史(大腸肛門病センター高野病院外科), 小川 真平(東京女子医科大学消化器・一般外科)

[WS6-4] Retrospective analysis of risk factors for postoperative complications in emergency surgery for perforated colonic diverticulitis

Takahiro Kitagawa[1], 諏訪 勝仁[1], 力石 健太郎[1], 佐々木 茂真[1], 牛込 琢郎[1], 岡本 友好[1], 衛藤 謙[2]
(1.Department of Surgery, The Jikei University Daisan Hospital, 2.東京慈恵会医科大学外科学講座)

目的: 穿孔性大腸憩室炎緊急手術例の術後合併症リスク因子を解析する.
方法: 2014年1月から2025年4月までに当科で行った大腸憩室炎手術例66例のうち, 穿孔に対して緊急手術を行った48例を対象とした. Clavien–Dindo (CD)分類GradeIII以上の術後合併症リスク因子の解析を目的として, 年齢, 性別, Body Mass Index (BMI), ASA–PS, 術前SOFAスコア, Hinchey分類, 穿孔部位, 手術時間, 出血量, 腹腔鏡使用の有無, 術前の白血球数, 総ビリルビン, クレアチニン, アルブミンについて検討した. 統計学的手法はロジスティック回帰分析を用いた. 単変量解析で$p<0.15$の変数を多変量解析に導入し, $p<0.05$で有意とした. 年齢, BMI, 手術時間, 出血量, 白血球数, 総ビリルビン, クレアチニン, アルブミンのカットオフ値に関しては, ROC曲線から算出した.
結果: CD分類GradeIII以上の術後合併症は12例 (25%)に認めた. 年齢の中央値は71 [25–93]歳, 男女比は28：20であり, 腹腔鏡下手術は7例 (14.6%)に行われていた. 単変量解析では, 71歳以上 (odds ratio [OR]: 7, 95% confidential interval [CI]: 1.34–36.69, p=0.0213), ASA–PS 3 以上 (OR: 4.43, CI: 1.00–19.58, p=0.0497), SOFAスコア 4 点以上 (OR: 4.43, CI: 1.00–19.58, p=0.0497), 手術時間233分以上 (OR: 5.5, CI: 1.02–29.64, p=0.0473), クレアチニン 0.93mg/dL以上 (OR: 7.8, CI: 1.75–34.83, p=0.0071), アルブミン 2.7g/dL以下 (OR: 8.2, CI: 1.93–35.56, p=0.0044)が有意な因子であった. これらについて多変量解析を行ったところ, アルブミン 2.7g/dL以下 (OR: 7.37, CI: 1.01–53.85, p=0.0490)がCD分類GradeIII以上の術後合併症の独立したリスク因子であった.
結語: 穿孔性大腸憩室炎に対する緊急手術では, 術前のアルブミン低値がCD分類III以上の術後合併症のリスク因子であると考えられた.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 8

[WS6] Workshop 6 Conservative and Surgical Treatment for Colonic Diverticulitis

司会：幸田 圭史(大腸肛門病センター高野病院外科), 小川 真平(東京女子医科大学消化器・一般外科)

[WS6-5] Surgical Strategy for Sigmoid Diverticulitis: A Retrospective Analysis of Perforated, Penetrated, and Colovesical Fistula Cases

Yuzo Nagai, 白鳥 広志, 岡田 聡, 舘川 裕一, 品川 貴秀, 原田 有三, 横山 雄一郎, 江本 成伸, 室野 浩司, 佐々木 和人, 野澤 宏彰, 石原 聡一郎 (Department of Surgical Oncology, the University of Tokyo)

【目的】S状結腸憩室炎は本邦でも増加傾向にあり、その病態は多岐に及ぶ。当科における手術例を解析し、治療戦略の妥当性を検討した。
【方法】2014-25年のS状結腸憩室炎手術症例計68例のうち、主な手術適応である①穿孔・穿通41例、および②結腸膀胱瘻20例を中心に治療成績を後方視的に検討した。
【結果】穿孔・穿通41例のうち、穿孔(19例)は全例緊急手術、穿通（22例）は6例が緊急手術、16例が保存的加療後に手術を要した。術式はハルトマン手術を原則とし、計31例に施行した。一方、穿通に対する保存的加療後16例中、7例に腸管切除・吻合を行い、縫合不全は認めなかった。3例は全身状態不良でストマ造設のみ施行した。ハルトマン手術後、腸管再建手術は17/31例(54.8%)に実施した。実施困難な要因は高齢・全身状態不良、担癌状態、長期ステロイド内服歴などであった。穿孔・穿通例におけるCD分類Grade2以上の術後合併症は17例(31.7%)で、腹腔内膿瘍が6例と最多であった。周術期死亡は認めず、多変量解析では年齢(75歳以上)が独立危険因子であった。
　結腸膀胱瘻20例は全例待機的手術であり、注腸造影および膀胱鏡検査がルーチンに施行されていた。全例S状結腸切除・吻合を行い、縫合不全は認めなかった。近年は腹腔鏡下手術を積極的に行っており、11例中1例で開腹移行を要したが、開腹と比較して出血量は有意に少なかった（平均65 vs 276 ml, P=0.008）。17例に術前尿管ステントを留置、特に直近6例は蛍光尿管ステントを使用し術中ICGスコープで尿管の良好な視認性が得られた。近年は瘻孔部を剥離後、膀胱リークテスト陰性であれば膀胱の縫合閉鎖は省略としており、計11例において尿路関連の合併症は認めなかった。Grade2以上の術後合併症は5例(25.0%)で、腹腔内膿瘍が2例と最多であった。
【結語】穿孔・穿通例ではハルトマン手術を基本としつつ、保存的加療後の穿通例では症例選択的に腸管切除・吻合も可能と考えられた。高齢者は術後合併症の発生に十分な注意を要することが示唆された。結腸膀胱瘻例では、蛍光尿管ステントの活用や膀胱処理の簡略化が腹腔鏡下手術の円滑な遂行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

Workshop

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 8

[WS6] Workshop 6 Conservative and Surgical Treatment for Colonic Diverticulitis

司会：幸田 圭史(大腸肛門病センター高野病院外科), 小川 真平(東京女子医科大学消化器・一般外科)

[WS6-6] Treatment Strategies for Colonic Diverticulitis Complicated by Localized Peritonitis

Shinji Tokuyama, 河合 賢二, 高橋 佑典, 俊山 礼志, 山本 昌明, 酒井 健司, 竹野 淳, 濱 直樹, 宮﨑 道彦, 平尾 素宏, 加藤 健志 (NHO Osaka National Hospital, Department of Surgery)

【緒言】大腸憩室炎は時に穿孔、穿通により腹膜炎を合併することがある。限局性の腹膜炎に対する手術介入の有無やその時期については議論が分かれる。今回当院における限局性腹膜炎を合併した大腸憩室炎に対する治療法について検討を行った。
【方法】2013年4月から2025年3月までの期間中、当院において大腸憩室炎に対して加療を行った症例のうち、限局性腹膜炎を呈した症例を対象とし、患者背景、治療方法、治療成績について後方視的に検討した。当院の治療方針は、膿瘍のサイズが大きい場合や敗血症合併に対して手術加療を第一選択とし、膿瘍のサイズが小さく保存的加療の奏功が期待される症例に対しては腸管安静、抗生剤加療で治療を開始している。保存的治療が奏功しない場合、準緊急的に手術加療を行っている。また保存的加療を行う症例に対して可能であれば経皮的ドレナージを行っている。
【結果】対象の症例は33例、平均年齢は58.2歳、男性15例、女性13例であった。周囲の炎症とairを認めるが膿瘍形成に至っていない症例が7例、膿瘍を形成した症例は26例で膿瘍径は中央値3cm(1.5〜10.4cm)であった。緊急手術を行った症例は7例であり、それ以外の26例は腸管安静、抗生剤投与による保存的加療で治療を開始した。経皮的ドレナージを3例で行い、23例では解剖学的に穿刺不可能または穿刺不要のため行わなかった。その23例のうち15例では保存的加療で治癒に至ったが、8例は治療効果が乏しく手術加療を行った。入院から手術までの期間は中央値8日(3〜13)日であった。保存的加療で治癒した群と準緊急手術を要した群の比較では、保存的加療で治癒した群で膿瘍径が有意に小さかった(1.5cm vs 4.1cm, $p<0.01$)。
【結語】膿瘍径が大きく、経皮的なドレナージが困難な症例では保存的加療が奏功しない可能性が高く、手術加療について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

Workshop

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 8

[WS6] Workshop 6 Conservative and Surgical Treatment for Colonic Diverticulitis

司会：幸田 圭史(大腸肛門病センター高野病院外科), 小川 真平(東京女子医科大学消化器・一般外科)

[WS6-7] Efficacy of endoscopic drainage therapy for Hinchey Stage Ib/II colonic diverticulitis

Chihiro Kosugi, 清水 宏明, 首藤 潔彦, 森 幹人, 碓井 彰大 (Department of Surgery, Teikyo University Chiba Medical Center)

大腸憩室症ガイドラインでは3cm以内の膿瘍を有する場合には抗菌薬投与および腸管安静、また5cmを超える膿瘍を有する場合にはドレナージ治療が推奨されている。ドレナージ方法は超音波もしくはCTガイド下での穿刺が一般的であるが、穿刺ルート確保困難な症例や、術後の瘻孔形成などの問題点は残る。我々は膿瘍形成憩室炎に対する内視鏡によるドレナージ法を開発し、その成績を報告する。【対象】腹部CTでmodified Hinchey stage Ib-IIと診断された18例。結腸憩室炎の診断後に入院し、絶飲食および抗菌薬投与による治療を施行するも症状軽減しない症例を対象とした。free airの存在やstage III以上の重篤な症例は除外とした。男性13例、女性5例。年齢中央値は43歳。憩室炎部位は盲腸～上行結腸：13例、下行結腸：1例、S状結腸4例。Hinchey stageはIbが13例、IIが5例で、膿瘍腔径中央値は40.0mm。ドレナージ不能時には手術治療となる可能性をも含めたinformed consent後に内視鏡的ドレナージ術を施行。【内視鏡的ドレナージ法】内視鏡前処置はグリセリン浣腸のみ。X線透視下に内視鏡を挿入し、表面に白苔を伴う憩室を確認。洗浄法：原因病巣と判断し鉗子孔より生食で憩室を洗浄し白苔を除去する。穿刺法：洗浄法で白苔除去不能な際に洗浄チューブで原因憩室を穿刺。洗浄チューブを抜去後に、膿汁が自然に腸管内にドレナージされることを確認後に内視鏡を抜去。【結果】洗浄法10例、穿刺法8例。穿刺法の2例(11.1%)が穿刺不能だった。ドレナージ成功16例(88.9%)では術直後より腹痛の軽減を認め、WBCおよび発熱は有意に減少した($p<0.01$)。合併症は認めなかった。経口摂取開始は2日(1-5日)、術後入院期間は6日(4-12日)。術後3か月後にCTで再発および膿瘍腔残存を評価し、再発例や膿瘍腔残存例は認めず。【結語】膿瘍形成結腸憩室炎に対する内視鏡的膿瘍ドレナージは、外科的治療やCTガイドドレナージを必要とする症例に対して、より低侵襲なドレーンレスの治療としての可能性を持つ。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Workshop

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 8

[WS6] Workshop 6 Conservative and Surgical Treatment for Colonic Diverticulitis

司会：幸田 圭史(大腸肛門病センター高野病院外科), 小川 真平(東京女子医科大学消化器・一般外科)

[WS6-8] Surgical treatment for sigmoid colovesical fistula caused by diverticulum

Tomoaki Kaneko, 的場 周一郎, 牛込 充則, 鏡 哲, 鈴木 孝之, 三浦 康之, Yoshida Kimihiko, 甲田 貴丸, 小梛 地洋, 渡邊 健太郎, 船橋 公彦 (Department of Gastroenterological Surgery Toho University Omori Medical Center)

背景：憩室によるS状結腸膀胱瘻に対する術式の選択基準は明確になっていない。
術式選択に有効な因子がないか当科の現状を検討する。
対象と方法：2009年12月から2025年5月までに腸管切除を伴う手術を施行された憩室が原因のS状結腸膀胱瘻23例を対象とした。
方法： 手術アプローチ別に開腹群（Open群）、腹腔鏡下手術群(Lap群)、開腹移行群にわけて、後方視的に患者背景（年齢、性別、低アルブミン血症、Performance Status、肥満）、手術治療成績（手術時間、出血量、Clavien-Dindo分類Grade2以上の合併症の有無、入院期間）を検討した。次に2009年から2019年の前期と2020年から2025年の後期に分けてアプローチ方法、手術治療成績を比較検討した。
結果：術式別内訳は、Open群35%（8/23）、Lap群52%（12/23）、開腹移行群13%(3/23)であった。Open群（開腹移行群を含む）とLap群の検討では、手術時間に有意差はなく（P＝0.854）（Open/Lap：中央値323分/ 351分）、合併症発症率も、Open群は27.3%(3/11)（縫合不全、腸閉塞、遺残膿瘍）に対し、Lap群は8.3%（1/12）（腸炎）であり、有意差がなかった。しかし、出血量はLap群で有意に少なく（P=0.001）（Open/Lap：中央値315ml/ 15ml）、入院期間も短かった（P=0.005）（Open/Lap：中央値16日/ 12.5日）。次に、前期と後期の比較では、Lap（開腹移行群を含む）の割合が前期では53%(8/15)に対し 、後期では87.5%(7/8)と増加していた。患者背景、手術治療成績は、前期と後期の間に有意差は認めなかった。しかし開腹移行例については、前期にのみ3例認めた。根治術前の人工肛門造設は、全症例の22％（5/23）に施行されており、5例はいずれもLap群（開腹移行2例を含む）であり、前期が2例、後期が3例であった。
考察：１．腹腔鏡手術は開腹手術よりも低侵襲である可能性がある。
2. 腹腔鏡手術の割合は近年増加傾向にあり、適応が拡大していることが示唆される。
結語：症例の集積を行い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

Workshop

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 8

[WS6] Workshop 6 Conservative and Surgical Treatment for Colonic Diverticulitis

司会：幸田 圭史(大腸肛門病センター高野病院外科), 小川 真平(東京女子医科大学消化器・一般外科)

[WS6-9] Surgical Treatment and Management of Diverticulitis Complicated by Fistula in Our Hospital

Yuika Kureyama, 柏木 惇平, 高橋 泰宏, 冨田 大輔, 前田 裕介, 平松 康輔, 岡崎 直人, 福井 雄大, 花岡 裕, 戸田 重夫, 上野 雅資, 黒柳 洋弥 (Toranomon Hospital)

【背景】大腸憩室炎によって膿瘍が形成され, 他臓器に穿破する, あるいは繰り返す憩室炎により炎症性癒着を形成することで生じる瘻孔合併憩室炎は大腸憩室炎の4〜20%に合併するとされる. 合併臓器として膀胱や子宮などがあり, 瘻孔が自然閉鎖することはない. 大腸憩室症のなかでは比較的まれな疾患であったが, 大腸憩室症の増加により診療する機会は多くなっている. その中でS状結腸と膀胱の瘻孔を形成する場合が最も多く, 繰り返す尿路感染症を呈するために, 根治的手術が推奨される. 比較的まれな疾患であるために外科治療および周術期管理のプランは施設間で異なっている. 本研究の目的は当科における瘻孔合併憩室炎に対する治療成績と手術における工夫を供覧することである.
【方法】2006年から2025年3月までの間に当科で瘻孔合併憩室炎と診断し手術治療を施行した100例を対象とし, 後方視的に検討した. 当科では術前にCTやMRIで瘻孔と膿瘍の位置を検討し, 尿管に近接している症例には術前に尿管ステントを挿入している. また瘻孔合併憩室炎に対して腹腔鏡下手術を積極的に行っており、本検討に関しては腹腔鏡手術が99例, 開腹手術が1例であった.
【結果】年齢の平均値は60.3歳,男性87例,女性13例であった. 病変はS状結腸99例, 直腸1例, 瘻孔形成臓器は膀胱が最多で98例, 子宮が1例, 精嚢が1例であった. 65例に術前尿管ステントを挿入した. 術式は結腸切除術が80例, ハルトマン手術が4例, マイルズ手術が1例, 直腸前方切除術が15例であった. 手術時間の中央値は240分で, 出血量は50g, 開腹移行率は0%であった. 術中の合併症として尿管損傷を1例に認めた. Clavien-Dindo分類グレードIIIa以上の術後合併症(吻合部出血, 術後膿瘍)は8例(8%)あった. 術後在院日数の中央値は10日であった.
【結語】当科では比較的多くの瘻孔合併憩室炎を経験しており, 術前に十分に準備をしたうえで臨むことにより安全に鏡視下手術が施行可能であった. 当科における術中の工夫について実際のビデオを供覧しながら概説する.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Workshop

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 1

[VWS2] Video Workshop 2 Colorectal Surgery in Obese Patients: Strategies and Outcomes

司会：福長 洋介(関西医科大学総合医療センター下部消化管外科), 五井 孝憲(福井大学第一外科)

[VWS2-1]

Technical Strategies and Surgical Outcomes of Laparoscopic Colorectal Surgery in Obese Patients

Takashi Sakamoto, 野口 竜剛, 松井 信平, 向井 俊貴, 山口 智弘, 秋吉 高志 (Division of Colorectal Surgery, Cancer Institute Hospital of JFCR)

[VWS2-2]

Strategic Approaches to Colorectal Cancer Surgery in Obese Patients: Laparoscopy, Robotic Surgery, and TaTME

Takaaki Fujimoto, 田村 公二, 永吉 絹子, 水内 祐介, 吉村 晴香, 堀岡 宏平, 池永 直樹, 仲田 興平, 大内田 研宙, 中村 雅史 (Department of Surgery and Oncology Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University)

[VWS2-3]

A Multicenter Database Analysis of Perioperative Outcomes in Colorectal Surgery for Obese Patients and Introduction of Institutional Strategies for Operative Managing Obese Cases

Kazuhiro Taguchi, 下村 学, 奥田 浩, 矢野 琢也, 別木 智昭, 石川 聖, 渡邊 淳弘, 佐藤 沙希, 森内 俊行, 塩崎 翔平, 松原 一樹, 山口 瑞生, 大段 秀樹 (Department of Gastroenterological and Transplant Surgery, Graduate School of Biomedical and Health Sciences, Hiroshima University)

[VWS2-4]

Robot-assisted rectal cancer surgery for obesity patients

Yusuke Omura[1,2], 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 恵[1], 稲熊 岳[1], 小林 陽介[1], 隈本 力[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.Department of Surgery, Fujita Health University, 2.藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学)

[VWS2-5]

The usefulness of robot surgery and the development of surgical fields in cases of obesity

Hiroki Katayama, 富永 哲郎, 野中 隆, 高村 祐磨, 大石 海道, 白石 斗士雄, 橋本 慎太郎, 山下 真理子 (Department of Surgical Oncology, Nagasaki University Graduate School of Biomedical Science)

[VWS2-6]

Outcome of robotic-assisted surgery for obese male patients with rectal cancer

Kanechika Den[1], 大矢 浩貴[1], 小金井 雄太[1], 紫葉 裕介[2], 田中 宗伸[1], 船津屋 拓人[1], 大坊 侑[4], 酒井 淳[1], 工藤 孝迪[2], 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], 渡邉 純[2,5], 遠藤 格[1] (1.Yokohama City University, Department of Gastrointestinal 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)

[VWS2-7]

Short- and Long-Term Outcomes of Robotic-Assisted Rectal Resection for Rectal Cancer Patients with Obesity

Yasuko Aoyagi, 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, 原田 紡, 鳴海 絢, 杉下 哲夫, 山本 雄大, 花岡 まりえ, 山内 慎一, 藤原 尚志, 賀川 弘康, 徳永 正則, 絹笠 祐介 (Department of Gastrointestinal Surgery, Institute of Science Tokyo)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

[VWS2-8]

Postoperative outcome of obese patients with locally-advanced rectal cancer

Takehito Yamamoto, 肥田 侯矢, 岡村 亮輔, 板谷 喜朗, 星野 伸晃, 小濵 和貴 (Department of Surgery, Kyoto University Hospital)

[VWS2-SP]

特別発言

Tomohisa Furuhata (Teishinkai Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Workshop

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 1

[VWS2] Video Workshop 2 Colorectal Surgery in Obese Patients: Strategies and Outcomes

司会：福長 洋介(関西医科大学総合医療センター下部消化管外科), 五井 孝憲(福井大学第一外科)

[VWS2-1] Technical Strategies and Surgical Outcomes of Laparoscopic Colorectal Surgery in Obese Patients

Takashi Sakamoto, 野口 竜剛, 松井 信平, 向井 俊貴, 山口 智弘, 秋吉 高志 (Division of Colorectal Surgery, Cancer Institute Hospital of JFCR)

【背景】大腸癌手術における鏡視下手術は標準的な術式となりつつあるが、肥満症例では、手術操作の困難性に伴う手術時間や出血量、術後合併症の増加が懸念される. 本研究では、当院における肥満症例に対する鏡視下手術の治療成績について後方視的に検討した.
【方法】2015年から2019年に当院で腹腔鏡下大腸切除術を施行したpStage 0(yCR)-IIIの大腸癌患者を対象とした。BMIに基づき4群に分類（Underweight n=200, Normal n=1456, Overweight n=456, Obese n=75）. 患者背景（年齢、性別、pStageなど）、短期成績（手術時間、出血量、術後合併症、在院日数）、長期成績（DFS、OS）を比較. 統計解析にはχ二乗検定、ANOVA、Kaplan-Meier法、Cox比例ハザードモデルを用いた.
【結果】患者背景では、BMI群間で年齢、性別に有意差を認めた. 詳細には、Obese群はNormal群と比較して若年者の割合が多く、Overweight群では男性の割合が高かった. 短期成績では、Overweight群とObese群でNormal群と比較して手術時間と出血量が有意に多かった（いずれも$p<0.001$）. 病変主座、術式、術後合併症発生率、在院日数は群間で有意差を認めなかった. 全患者のpStageは0(yCR)-I 39.4%、II 28.4%、III 32.1%であり、群間での分布に有意差は認めなかった。5年DFS/OSは全患者93.1/93.5%、Normal群93.1/93.4%、Obese群93.6/94.2%であり、Obese群とNormal群で長期予後に有意差はなかった. 多変量解析の結果、ObesityはDFS（HR 0.74, p=0.48）、OS（HR 0.83, p=0.72）の独立した予後因子ではなかった.
【手技の要点】①定型に拘らず、無理のない操作でバランスの良い進行. ② 把持はなるべく避け，鉗子のシャフトやジョー全体を用いたトラクション. ③間膜損傷や剥離可能層の誤認を防ぐため、過度なトラクションの回避.
【結論】肥満症例に対する腹腔鏡下大腸手術は、手術時間と出血量の増加が見られたものの、術後合併症、在院日数、長期予後は非肥満症例と遜色なく、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

Video Workshop

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 1

[VWS2] Video Workshop 2 Colorectal Surgery in Obese Patients: Strategies and Outcomes

司会：福長 洋介(関西医科大学総合医療センター下部消化管外科), 五井 孝憲(福井大学第一外科)

[VWS2-2] Strategic Approaches to Colorectal Cancer Surgery in Obese Patients: Laparoscopy, Robotic Surgery, and TaTME

Takaaki Fujimoto, 田村 公二, 永吉 絹子, 水内 祐介, 吉村 晴香, 堀岡 宏平, 池永 直樹, 仲田 興平, 大内田 研宙, 中村 雅史 (Department of Surgery and Oncology Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University)

【背景・目的】肥満患者に対する大腸癌手術は、視野確保や手術操作が難しく、根治性にも影響を及ぼす。当科の肥満患者への工夫や戦略を提示し、肥満が大腸癌の短期・長期成績に及ぼす影響を検討することを目的とした。
【対象・方法】当科で腹腔鏡下手術を施行した大腸癌患者1028例(2013～2025年)。肥満は①BMI ≥ 25、②L3レベルCTでの内臓脂肪面積≥ 100 cm^2、③内臓脂肪面積/内臓脂肪面積比(男性 ≥ 1.33、女性 ≥ 0.71)。各群において短期・長期成績を比較検討した。
【手術手技のポイント】砕石位で両上肢を巻き込み側面を固定した上で、マジックベッドを固定し脱落しないようにする。術野確保のため、体位は最大限傾け、小腸による視野の妨げを防止するが、それでも視野が不良な場合はエンドラクターType Jを使用する。通常以上にこまめな止血を徹底する。技術的困難さから、原則として上級医が執刀する。
右側結腸癌では後腹膜アプローチにより、肥満症例でも安全な授動と確実な郭清が可能となる。左側結腸癌では外側からの先行授動により内側アプローチでの開窓が早まり、小腸による視野の妨げを短縮できる。低位直腸癌では、経肛門操作を併用することで手術時間の短縮を図る。さらに、吻合は体腔内吻合も選択肢としている。
【結果】盲腸・上行結腸癌が283例、横行結腸癌87例、下行結腸癌50例、S状結腸癌176例、直腸S状部癌132例、直腸癌300例。肥満は、①248例(24%)②499例(49%)③543例(53%)であった。①②肥満は非肥満患者より有意に手術時間が延長し(e.g.,超低位+低位前方切除 ①380vs313 min,p=0.028;②351vs305,p=0.027;③337vs324,p=0.50)、出血量が多かったが(①50vs32ml,p=0.019;②50vs25,p=0.0009;③50vs30,p=0.15)、開腹移行率、術後在院日数、術後合併症、予後に有意差を認めなかった。症例数は少ないが、肥満・狭骨盤の直腸癌患者でロボット手術+経肛門操作を同時に行うことで、骨盤内操作時間が短縮していた。
【結語】当科の手術方針で手術時間は延長するが、安全かつ腫瘍学的根治性を損なわない手術が可能であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Workshop

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 1

[VWS2] Video Workshop 2 Colorectal Surgery in Obese Patients: Strategies and Outcomes

司会：福長 洋介(関西医科大学総合医療センター下部消化管外科), 五井 孝憲(福井大学第一外科)

[VWS2-3] A Multicenter Database Analysis of Perioperative Outcomes in Colorectal Surgery for Obese Patients and Introduction of Institutional Strategies for Operative Managing Obese Cases

Kazuhiro Taguchi, 下村 学, 奥田 浩, 矢野 琢也, 別木 智昭, 石川 聖, 渡邊 淳弘, 佐藤 沙希, 森内 俊行, 塩崎 翔平, 松原 一樹, 山口 瑞生, 大段 秀樹 (Department of Gastroenterological and Transplant Surgery, Graduate School of Biomedical and Health Sciences, Hiroshima University)

背景と目的：近年、肥満患者の増加に伴い、肥満症例に対する大腸手術の機会も増加している。肥満は手術手技の難易度を高め、術後合併症のリスクを増大させる可能性があるが、実臨床における具体的な影響は明確にされていない。本研究では、多施設共同の大腸癌データベースを用いて、肥満症例における大腸手術の周術期成績および術後合併症を検討し、非肥満症例との比較を通じてその特徴と課題を明らかにすることを目的とした。さらに、当院における肥満症例に対するロボット支援下大腸手術の実際をビデオで供覧し、手術手技上の工夫を紹介する。
方法：2017年1月から2019年12月までに、県内の多施設大腸癌データベースに登録された、Stage I-III大腸癌（結腸癌および直腸癌）に対して開腹または腹腔鏡下で切除術を受けた症例を対象とした。BMIに基づき、BMI＜25を非肥満群、25≦BMI＜30を軽度肥満群、BMI≧30を高度肥満群と定義し、各群の患者背景および短期手術成績を比較検討した。
結果：対象は合計2,943例で、非肥満群が2,270例（77%）、軽度肥満群が580例（20%）、高度肥満群が93例（3%）であった。患者背景においては、肥満群ほど年齢が若く（平均年齢：71.4歳、69.9歳、67.4歳、p＜0.001）、チャールソン併存疾患指数（CCI）2以上の割合が高かった（21.5%、24.1%、32.2%、p＝0.027）。短期手術成績では、手術時間（中央値：214分、237分、280分、p＜0.001）、出血量（中央値：30 mL、40 mL、50 mL、p＜0.001）が肥満群で有意に多く、郭清リンパ節個数（中央値：19個、17個、15個、p＜0.001）は有意に少なかった。D3郭清の割合も肥満群ほど低かった（67.3%、65.0%、58.1%）。一方、術後合併症の発生率および在院日数には有意差を認めなかった。
結論：肥満症例における大腸手術では、内臓脂肪や浸出液によって術野の確保が困難な状況が生じやすく、手術侵襲が大きくなる一方で、リンパ節郭清度が低下する傾向が認められた。ガーゼなどを使用して、助手とこまめに連携しながら小範囲ずつ明瞭な空間を作っていきつつ、確実な剥離層を見出しやすいポイントから丁寧に手術操作を進めていくことが肝要になる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Workshop

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 1

[VWS2] Video Workshop 2 Colorectal Surgery in Obese Patients: Strategies and Outcomes

司会：福長 洋介(関西医科大学総合医療センター下部消化管外科), 五井 孝憲(福井大学第一外科)

[VWS2-4] Robot-assisted rectal cancer surgery for obesity patients

Yusuke Omura[1,2], 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 恵[1], 稲熊 岳[1], 小林 陽介[1], 隈本 力[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.Department of Surgery, Fujita Health University, 2.藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学)

【目的】大腸癌手術において肥満症例は、狭いワーキングスペースや脆弱な脂肪組織のために手術時間の延長や出血量の増加が報告されており、周術期感染性合併症のリスク因子ともされている。今回、当科でのロボット支援直腸癌手術において、肥満が周術期成績に及ぼす影響を検討した。
【方法】2018年4月～2024年7月に当院で直腸癌に対しロボット支援直腸切除術を行った348例(肥満群:85例、非肥満群:263例)を対象とした。日本肥満学会の定義に基づき、「肥満」をBMI > 25kg/m2とした。両群の短期成績を比較検討した。
【結果】手術時年齢(中央値)は肥満群65歳、非肥満群68歳であった(p=0.15)。性別は肥満群が男性61例、女性24、非肥満群が男性160例、女性103例であった(p=0.06)。腫瘍局在は肥満群でRa:30例/Rb:55例、非肥満群でRa:105例/Rb:158例 (p=0.44)。手術時間(中央値) は肥満群350分、非肥満群326分と延長傾向にあり（p=0.06）、コンソール時間は肥満群210分、非肥満群198分と有意に長かった（p=0.04）。出血量（中央値）は肥満群29ml、非肥満群23mlであり、増加傾向を認めた（p=0.06）。肛門側断端距離(中央値)は両群で20mmを確保できており、有意差は認められなかった(p=0.11)。郭清リンパ節個数(中央値)は両群とも19個であり、有意差は認められなかった(p=0.49)。Clavien-Dindo分類 Grade III以上の創感染は両郡で1例ずつ認め、有意差は認めなかった(肥満群:1.2% vs 非肥満群:0.4%; p=0.43)。縫合不全は、肥満群4例（4.7%）、非肥満群8例(3%)であり、有意差は認められなかった(p=0.47)。術後在院日数(中央値)は肥満群16日、非肥満群15日であり、有意差は認められなかった(p=0.3)。
【結語】肥満症例におけるロボット支援直腸癌手術では、手術時間、コンソール時間の延長および出血量の増加は認めたものの、感染性合併症の発生率や術後在院日数は非肥満症例と同等の成績が得られた。本発表では、肥満症例に対する手術ビデオを供覧し、当科でのロボット支援直腸癌手術の工夫を紹介する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Workshop

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 1

[VWS2] Video Workshop 2 Colorectal Surgery in Obese Patients: Strategies and Outcomes

司会：福長 洋介(関西医科大学総合医療センター下部消化管外科), 五井 孝憲(福井大学第一外科)

[VWS2-5] The usefulness of robot surgery and the development of surgical fields in cases of obesity

Hiroki Katayama, 富永 哲郎, 野中 隆, 高村 祐磨, 大石 海道, 白石 斗士雄, 橋本 慎太郎, 山下 真理子
(Department of Surgical Oncology, Nagasaki University Graduate School of Biomedical Science)

近年、本邦においても肥満患者に対する手術が増加している。ロボット手術において安定した視野確保は安全な手術遂行に重要である。われわれは、肥満患者に対するロボット手術の工夫として①ガーゼを用いた展開で組織挫滅を予防している。また、②積極的にHybrid surgeryを取り入れている。2本の助手ポートを用いて安定した小腸排除や術野展開が可能となる。また、厚い腸間膜の処理などに適切なデバイスを選択することで可能な限りdryな視野で手術ができるように心がけている。われわれが行っている肥満患者に対するHybrid surgeryについてビデオで供覧し、長崎県下多施設における肥満患者に対する直腸癌手術の成績について検討を行った。
2016年4月から2024年12月までに長崎大学および関連7施設で直腸癌手術を施行した1145例のうち肥満症例（Body mass index 25kg/m2以上）の患者は353例であった。このうちロボット手術（R群、n=75）、腹腔鏡手術（L群、n=262）、開腹手術（O群、n=15）に分類し背景因子、術後合併症について比較検討した。
3群間で年齢、性別、併存疾患、術前治療、cT/N/Mに差は認めなかった。O群においてPS不良例（R群 vs L群 vs O群；5.3% vs 8.4% vs 33.3%, p=0.002）が多く、術後合併症が多かった（9.3% vs 18.7% vs 40.0%, p=0.011）。術後合併症に対する多変量解析では開腹手術（Odds ratio;6.888, 95%CI; 1.846-15.704, p=0.004）、腹腔鏡手術（Odds ratio2.197; 95%CI 1.941-5.162, p=0.048）、術前治療（Odds ratio2.516; 95%CI 1.284-4.930, p=0.007）が独立した予測因子であった。
肥満直腸癌患者に対するロボット手術は、合併症が少なく安定した手術が可能である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Workshop

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 1

[VWS2] Video Workshop 2 Colorectal Surgery in Obese Patients: Strategies and Outcomes

司会：福長 洋介(関西医科大学総合医療センター下部消化管外科), 五井 孝憲(福井大学第一外科)

[VWS2-6] Outcome of robotic-assisted surgery for obese male patients with rectal cancer

Kanechika Den[1], 大矢 浩貴[1], 小金井 雄太[1], 紫葉 裕介[2], 田中 宗伸[1], 船津屋 拓人[1], 大坊 侑[4], 酒井 淳[1], 工藤 孝迪[2], 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], 渡邉 純[2,5], 遠藤 格[1] (1.Yokohama City University, Department of Gastrointestinal 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】直腸癌手術において男性は縫合不全のリスク因子の一つされ,肥満も手術難度を上げるとされるが,肥満を伴う直腸癌症例に対するロボット支援下手術の有用性は明らかでない.【目的】男性肥満直腸癌に対するロボット支援下手術の短期・中期成績を比較検討し有用性を検討する.
【方法】2008年1月から2024年12月にロボット支援下,または腹腔鏡下手術を施行したpStageI-IIIのRaRbP直腸癌症例でVFA≧100cm2の肥満男性症例321例を対象に,腹腔鏡下手術群(Lap群)とロボット手術群(Ro群)の臨床病理学的因子と予後を比較検討した.
【結果】Lap群217例，Ro群103例であった．患者背景では年齢,BMI,腫瘍マーカー値,VFA,ASA-PS,糖尿病の既往,術前治療に差はなく,心疾患はLap群vs. Ro群の順に29例(13%) vs. 4例(3.8%)とLap群で有意に多かった.手術時間は274分(134-623) vs. 301分(155-662)(p=0.113)と差はなく,出血量は38g(0-1472) vs.15g(0-602)(p=0.040)とRo群で有意に少なかった.術中因子では吻合,神経合併切除,側方郭清の有無,開腹移行は差を認めず,側方リンパ節郭清は27%(59例) vs. 18%(19例)(p=0.245)とややLap群に多い傾向であった.Clavien-Dindo分類GradeII以上の合併症は37% vs. 21%(p=0.004)とRo群で少なかった. 術後SSIの発生に差はなく縫合不全は4%(8例) vs. 0%(0例)(p=0.048), 自己導尿率は8%(17例) vs. 1%(1例)(p=0.013)とRo群で有意に良い結果で,術後在院日数は14日(5-137) vs. 13日(5-43)(p=0.004)とRo群で有意に短かった.病理学的因子ではT,N因子,肛門側断端距離20mm(3-160) vs. 20mm(1-148mm)(p=0.226) に差はなかったが,郭清リンパ節個数は19個(12-28) vs. 16個(12-23)(p=0.002)とLap群で有意に多かった.RM陽性率は3.2%(7例)vs. 2.9%(3例)(p=0.880)と差はなかった.観察期間中央値53か月(Lap群: 55，Ro群: 43)で,3年RFS は78.7% vs. 71.4%(p=0.189), 3年OSは91.2% vs. 91.9%(p=0.168),3年局所無再発期間においても93.2% vs. 93.3%(p=0964)と差はなかった.
【結語】男性肥満直腸癌に対するロボット支援下手術は周術期合併症がLap群に比較して少なく,安全に行われていた.中期予後に差は無く,根治性も担保されていると考える.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Workshop

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 1

[VWS2] Video Workshop 2 Colorectal Surgery in Obese Patients: Strategies and Outcomes

司会：福長 洋介(関西医科大学総合医療センター下部消化管外科), 五井 孝憲(福井大学第一外科)

[VWS2-7] Short- and Long-Term Outcomes of Robotic-Assisted Rectal Resection for Rectal Cancer Patients with Obesity

Yasuko Aoyagi, 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, 原田 紡, 鳴海 絢, 杉下 哲夫, 山本 雄大, 花岡 まりえ, 山内 慎一, 藤原 尚志, 賀川 弘康, 徳永 正則, 絹笠 祐介
(Department of Gastrointestinal Surgery, Institute of Science Tokyo)

【背景】肥満症例における直腸切除術の難易度は高いとされているが、その手術成績や対策についての報告は少ない。
【目的】肥満を伴う直腸癌患者に対するロボット支援直腸切除術の短期・長期成績を検討し、肥満症例対策を手術動画として提示する。
【対象と方法】2018年4月から2024年12月までに当科でロボット支援直腸切除術を施行した原発性直腸癌cStage I-IIIの473例を対象として、肥満患者(BMI 25kg/m ^{2}以上：O群150例)と非肥満患者(BMI 25kg/m ^{2}未満：N群323例)に分けて短期成績を後方視的に比較検討した。また、2021年12月までに手術を施行した232例を対象に長期成績を比較検討した。
【結果】患者背景に関して、O群で有意に男性が多く(男性/女性 : 114/36 vs 198/125例, p<0.01)、年齢(p=0.09)、腹部手術歴(p=0.38)、腫瘍局在 (RS/Ra/Rb : 50/21/79 vs 103/76/144例, p=0.05)、術前治療(p=0.38)、cStage (p=0.82) に有意な差は認めなかった。手術時間はO群で有意に長く(中央値270.5 vs 236分, p<0.01)、出血量はO群で有意に多かった(10 vs 0ml, p<0.01)。両群間の術式に偏りはなく(高位前方切除術/低位前方切除術/括約筋間切除術/腹会陰式直腸切断術/ハルトマン手術 : 31/80/13/23/3 vs 70/184/19/35/15例, p=0.289)、他臓器合併切除(14 vs 33 例, p=0.87)、一時的人工肛門造設術(50 vs 87 例, p=0.16)、側方郭清(32 vs 68例, p=1)の有無に差はなかった。術式別の手術時間の比較検討において低位前方切除術のみがO群で有意に手術時間が長かった(280.5 vs 236.5分, p<0.01)。さらに低位前方切除術において、男性のみで手術時間に有意差を認めた (293 vs 239.5分, p<0.01)。開腹移行はN群で1例のみであった。合併症(CD grade II以上 : 20 vs 23.2%, p=0.48)、術後在院日数(7 vs 6日, p=0.067)に有意差はなく、長期成績に関して、3年全生存率(98.4 vs 97.9%, p=0.68)、3年無再発生存率(88 vs 82.2%, p=0.359)に有意差は認めなかった。
【結語】肥満を伴う直腸癌患者のロボット支援直腸切除術において、男性の低位前方切除術で特に難易度が上がると考えられたが、その他の短期・長期成績は概ね非肥満患者と同等であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Video Workshop

Sat. Nov 15, 2025 3:00 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:00 AM - 7:30 AM UTC Room 1

[VWS2] Video Workshop 2 Colorectal Surgery in Obese Patients: Strategies and Outcomes

司会：福長 洋介(関西医科大学総合医療センター下部消化管外科), 五井 孝憲(福井大学第一外科)

[VWS2-8] Postoperative outcome of obese patients with locally-advanced rectal cancer

Takehito Yamamoto, 肥田 侯矢, 岡村 亮輔, 板谷 喜朗, 星野 伸晃, 小濵 和貴 (Department of Surgery, Kyoto University Hospital)

【背景】局所進行直腸癌は手術難度が高く、不適切な術野展開や安全性を損なう手術操作は、術後合併症の増加や長期予後の悪化につながる恐れがある。本研究では、肥満患者の術後成績を報告するとともに、3種の手術支援ロボットDa Vinci Xi、Hugo、hinotoriにおいて肥満患者に対する手術手技の工夫についても動画で供覧する。
【方法】2005年から2022年に当院で治癒切除が行われた局所進行直腸癌患者（cStage II/III、Ra/Rb-P）に対象を絞り、肥満群（BMI ≥25 kg/m2）と非肥満群（BMI <25 kg/m2）に分けて短期成績および全生存率（OS）・無再発生存率（RFS）を比較した。
【結果】対象患者は373例で、男性242例、女性131例、年齢中央値は66 [21-90]歳、腫瘍の位置はRa/Rb-P; 171/202例、アプローチ法は腹腔鏡251例、ロボット支援110例、開腹12例であり、術式は低位前方切除239例、直腸切断術64例、括約筋間切除50例、ハルトマン術16例、骨盤内臓全摘4例であった。Clavien-Dindo分類 Grade II以上の術後合併症は87例（23%）に発生した。BMI 25 kg/m2以上の肥満症例は81例（22%）存在し、非肥満群と比較して男性が有意に多かったが（75% vs. 62%, P=0.024）、年齢、腫瘍の位置、術式、進行度などの患者背景に差はなかった。また、肥満群は手術時間が有意に長く（457分 vs. 331分, P <0.001）、出血量が有意に多く（75 ml vs. 30 ml, P <0.001）、術後在院日数は有意に長かった（22日 vs. 19日）（いずれも中央値）。合併症発生割合は肥満群でやや多い傾向で（29% vs. 20%, P=0.075）、術後在院日数は肥満群が中央値で３日長かった（22日 vs. 19日, P=0.035）。一方、長期予後を比較すると、cStage II/IIIいずれの進行度においてもOS、RFSともに両群間で有意差はなかった。
【結語】肥満患者では、手術時間の延長や出血量の増加、術後合併症の増加リスクが高いものの、適切な手術を行うことで、腫瘍学的な予後については非肥満患者と遜色ない結果が得られることが示唆される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:30 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:30 AM UTC Room 4

[R16] 要望演題 16 是非知っておきたい直腸肛門部の感染症

座長：矢野 孝明(ヤノ肛門外科クリニック肛門外科), 日高 仁(医療法人祥久会日高大腸肛門クリニック)

[R16-1]

ウエルッケ脳症治療中に発症したと思われる高度肛門周囲膿瘍をリハビリ中は褥瘡として対処され難治性痔瘻となった症例

柴田 佳久 (総合青山病院)

[R16-2]

血栓性外痔核の外観を呈した肛門部乳頭状汗腺腫の1例

蓮田 慶太郎 (社会医療法人愛育会福田病院肛門外科)

[R16-3]

*Fusobacterium nucleatum*に対するブラッククミンの抗菌力

石川 正夫[1], 山田 浩平[1,2], 村田 貴俊[3], 花田 信弘[4], 渋谷 耕司[1] (1.OHS研究所, 2.フェアウェル合同会社, 3.鶴見大学歯学部口腔衛生学講座, 4.上海理工大学光化学与光材料研究院)

[R16-4]

梅毒性直腸炎の１例

森 俊治[1], 田中 香織[1], 山田 英貴[2] (1.森外科医院, 2.山田外科内科)

[R16-5]

早期梅毒性肝炎を合併した早期梅毒に対してベンジルペニシリンベンザチン水和物が有用であった1例

田中 香織[1], 森 俊治[1], 山田 英貴[2] (1.森外科医院, 2.山田外科内科)

[R16-6]

肛門科クリニックを受診した肛門クラミジア感染症例の検討

吉田 幸平[1], 樽見 研[2] (1.新宿おしりのクリニック, 2.樽見おしりとおなかのクリニック)

[R16-7]

都心部肛門科クリニックにおける梅毒診療の現状

福原 政作[1,2] (1.名古屋栄駅前ふくはら大腸肛門外科・消化器内科, 2.医療法人愛知会家田病院)

[R16-8]

肛門小窩炎に伴う肛門痛に対する２薬剤の比較検討

矢野 孝明 (ヤノ肛門外科クリニック)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:30 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:30 AM UTC Room 4

[R16] 要望演題 16 是非知っておきたい直腸肛門部の感染症

座長：矢野 孝明(ヤノ肛門外科クリニック肛門外科), 日高 仁(医療法人祥久会日高大腸肛門クリニック)

[R16-1] ウエルッケ脳症治療中に発症したと思われる高度肛門周囲膿瘍をリハビリ中は褥瘡として対処され難治性痔瘻となった症例

柴田 佳久 (総合青山病院)

はじめに：高齢者で脳血管疾患を有しながら各科手術や積極的治療を受ける機会が増えた一方，その後在宅療法を余儀なくされる患者も多い。原疾患治療で長期入院中に発生場所が臀部であるために褥瘡と捉えられ、肛門周囲膿瘍を見逃されて誤った処置がなされてしまう症例が存在する．今回、脳症にて入院治療となり、リハビリ転院中に褥瘡の診断で不十分な処置が長期になされた肛門周囲膿瘍を経験した．
症例：60才代男性．既往歴：心筋梗塞手術後．現病歴：4年前複視出現，歩行困難にて基幹病院入院．ウエルニッケ脳症・四肢筋委縮・左側体幹失調・小脳半球失調の診断治療がなされた．記憶見当識注意認知機能低下と心機能低下から高度リハビリテーションは困難と判断され，リハビリ病院経由で療養病院転院となった．下着汚染がみられ先医から褥瘡として処置されていた．診察・CTにて肛門周囲膿瘍とその臀部への進展と診断し，基幹病院外科・皮膚科へ紹介するも肛門直腸との瘻孔なしと診断され，臀部高度褥瘡として皮膚切開・洗浄処置を指示されていた．膿瘍腔の拡大にて再度基幹病院受診とするも皮膚切開の追加で終わっていた．褥瘡処置・洗浄にて一部創の縮小がみられたが膿瘍腔は深く残存したため，入院施設より当院当科紹介となった．治療経過：診察とCT下瘻孔造影検査を行い，高位広範肛門周囲膿瘍・痔瘻と診断した．脊椎麻酔下根治術を予定するも，高度徐脈，心不全となり循環器内科にて治療される．薬剤治療後，局所麻酔にて肛門周囲膿瘍処置を行った．栄養補給，局所処置，リハビリテーションを行い，時間は要したが瘻孔及び膿瘍腔の治癒を見た。結語：褥瘡としか認識されず，フルニエ症候群までには至らなかった高位肛門周囲膿瘍の１例を報告した．今後脳血管疾患による体動制限，リハビリ入院，高齢に対する在宅療法がますます増加すると予想されるが，肛門周囲膿瘍を褥瘡として漫然と処置される危険があることを認識し，肛門病専門医として医療者への啓発が必要と考える．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:30 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:30 AM UTC Room 4

[R16] 要望演題 16 是非知っておきたい直腸肛門部の感染症

座長：矢野 孝明(ヤノ肛門外科クリニック肛門外科), 日高 仁(医療法人祥久会日高大腸肛門クリニック)

[R16-2] 血栓性外痔核の外観を呈した肛門部乳頭状汗腺腫の1例

蓮田 慶太郎 (社会医療法人愛育会福田病院肛門外科)

（はじめに）　外陰部、肛門部に発生する乳頭状汗腺腫は比較的まれな良性疾患であり、特に肛門部の症例は報告例が少ないため、痔核、痔瘻、ウイルス性疾患等との鑑別が重要になる。今回、術前に血栓性外痔核と診断され、術後、乳頭状汗腺腫と病理診断された症例を経験したので報告する。（症例）50歳女性　（既往歴）12歳時、虫垂切除術、46歳時、子宮筋腫　（出産歴）　2回、25歳時と27歳時　（現病歴）４週間前に肛門部の腫瘤に気づき当院を受診した。腫瘤は肛門縁より１ｃｍ外側の７時方向に認められ、大きさ１ｃｍ、楕円形、硬、表面平滑、可動性良好、皮膚に覆われ、血栓性外痔核様の外観であった。局所麻酔にて切除を行い、摘出した腫瘤に対して病理組織検査をおこなった。（病理診断）真皮内に嚢胞構造が認められ、その中に上皮と線維性間質が葉状分葉状構造、管状構造、乳頭状構造をとって充実性に増殖していた。上皮はアポクリン腺上皮細胞と筋上皮細胞の細胞２相性を示す像が基本であった。乳腺に発生する乳管内乳頭腫に類似した組織像であり、乳頭状汗腺腫と診断された。切除断端は陰性で、術後１年経過し、局所再発を認めていない。（まとめ）まれな肛門部乳頭状汗腺腫を経験した。乳頭状汗腺腫は、外陰部、肛門周囲の乳腺様腺組織（anogenital mammary-like gland (AGMLG))を母地として発生する良性腫瘍であるが、まれに悪性例の報告もあり、腫瘤の完全摘出と病理組織検査が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:30 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:30 AM UTC Room 4

[R16] 要望演題 16 是非知っておきたい直腸肛門部の感染症

座長：矢野 孝明(ヤノ肛門外科クリニック肛門外科), 日高 仁(医療法人祥久会日高大腸肛門クリニック)

[R16-3] *Fusobacterium nucleatum*に対するブラッククミンの抗菌力

石川 正夫[1], 山田 浩平[1,2], 村田 貴俊[3], 花田 信弘[4], 渋谷 耕司[1] (1.OHS研究所, 2.フェアウェル合同会社, 3.鶴見大学歯学部口腔衛生学講座, 4.上海理工大学光化学与光材料研究院)

【目的】
*Fusobacterium nucleatum*は、口腔内常在菌で歯周病や産生する硫化水素やメチルメルカプタンは、口臭の原因となることが知られているが、近年、腸内へ移行し、大腸癌の発症や進行に関与する可能性が報告されている。本研究では、食品として摂取可能な天然物の中から、*F. nucleatum*に対する抗菌および硫黄化合物代謝阻害を有するものについて探索を行った。
【試料および方法】
植物材料：植物の抽出物およびインド産のキンポウゲ科のブラッククミン(*Nigella sativa* L.)の種子精油と含有成分
使用菌株：*Fusobacterium nucleatum* ATCC25586 (以下、Fn菌と略す)
抗菌試験：最小発育阻止濃度（MIC）は96well plateにサンプルを段階希釈調製し、5ppmヘミンおよび0.5ppmメナジオンを含むTryptic Soy Brothで前培養したFn菌を分注し、嫌気下48時間培養しOD_{655}より判定した。
代謝物測定：Fn菌および大腸菌発現系を用いたリコンビナントFn菌L-メチオニン-γ-リアーゼ（メチオニナーゼ）を用いて、L-メチオニンの代謝物である硫化水素（H_2S）およびメチルメルカプタン(CH_3SH)はガスクロマトグラフ法で、α-ケト酪酸とアンモニアは比色法で測定した。
【結果】
ブラッククミン種子精油（BC）はFn菌に対しMICは63 ppmであり抗菌活性を示した。また、精油中の含有量が最も多いチモキノン（TQ）のMICは31ppm、チモハイドロキノンは16ppm、チモールは125ppmであった。L-メチオニンの代謝物評価は、100ppmのBCおよびTQでCH_3SH量が減少し、チモールでは変化しなかった。さらに、メチオニナーゼ阻害活性もBC、TQは10ppmレベルで効果が認められた。
[考察及び結論]
今回、BCおよびTQにFn菌に対する強い抗菌活性があり、特にTQは、Ｆｎ菌の代謝阻害や酵素阻害作用が認められた。BCは、口臭・歯周病予防のみならず、消化管内における*F. nucleatum*のアミノ酸代謝阻害に寄与し腸内フローラ改善に働くことが期待される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:30 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:30 AM UTC Room 4

[R16] 要望演題 16 是非知っておきたい直腸肛門部の感染症

座長：矢野 孝明(ヤノ肛門外科クリニック肛門外科), 日高 仁(医療法人祥久会日高大腸肛門クリニック)

[R16-4] 梅毒性直腸炎の１例

森 俊治[1], 田中 香織[1], 山田 英貴[2] (1.森外科医院, 2.山田外科内科)

症例は40歳，男性．25歳時肛門性交によるB型肝炎（治癒）．1週間前より便秘および肛門の違和感，便の狭小化，下血を主訴に当院を受診した．直腸肛門指診で直腸前壁にザラザラとした不整な粘膜を触知し，手指への血液の付着を認めた．腫瘍性病変は触知せず，肛門疾患も認めなかった．腹部が軽度膨満し臍周囲に軽度の圧痛を認めたが，腹部単純X-pでは異常を認めなかった．リンパ節腫大や皮疹は認めなかった．下部消化管内視鏡検査を行ったところ，下部直腸前壁に辺縁不整な深掘れした縦走潰瘍を認めた．そのさらに口側に発赤を伴うタコいぼ様粘膜隆起を数個認め，その頂部にいずれも不整潰瘍を伴っていた．また，これらの病変は縦走配列していたが，最も口側にある同様の粘膜隆起病変は下部直腸後壁に存在していた．血液検査で血清梅毒反応のRPR 99 R.U.，TPHA 640倍と高値を示しため梅毒と診断した．潰瘍部生検の病理検査ではHE染色においては非特異的炎症所見のみであったが，梅毒免疫組織染色でTreponema Pallidumが検出されたため梅毒性直腸炎と診断した．アモキシシリン1500mg/日内服により症状は改善し出血や便秘は治った．アモキシシリン投与直後2日間38.5度の発熱がありJarish-Herxheimer反応と考えられた．投与後7日目前後に起こる皮疹は認めなかった．血清梅毒反応は低下して，内服約1ヶ月後に行った下部消化管内視鏡検査で直腸潰瘍は瘢痕化していた．複数回にわたって問診を行ったが，最近の肛門性交の既往は確認できず感染経路は不明であった．
本邦では梅毒患者が急増しており社会問題となっているが，消化管梅毒は梅毒患者の0.1%と言われているが，そのほとんどが胃梅毒とされ，直腸梅毒は非常に稀で本邦での報告例は16例しかなかった．当院で経験した梅毒性直腸炎について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

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:30 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:30 AM UTC Room 4

[R16] 要望演題 16 是非知っておきたい直腸肛門部の感染症

座長：矢野 孝明(ヤノ肛門外科クリニック肛門外科), 日高 仁(医療法人祥久会日高大腸肛門クリニック)

[R16-5] 早期梅毒性肝炎を合併した早期梅毒に対してベンジルペニシリンベンザチン水和物が有用であった1例

田中 香織[1], 森 俊治[1], 山田 英貴[2] (1.森外科医院, 2.山田外科内科)

症例は28歳女性。約2週間前より排便時出血と肛門痛が出現し、同時に会陰部、前胸部、両前腕に淡赤色の発疹が出現したため当院受診した。肛門診察では12時に腫大した皮膚垂と5時、7時、12時の3カ所に硬結を有する幅広い潰瘍病変（硬性下疳）を認めた。両側鼠径部リンパ節腫大あり。血液検査では炎症反応上昇、肝胆道系酵素上昇を認め、梅毒検査（RPR、TPHA）が陽性であった。病歴を再度詳細に聴取したところ、1年前にマッチングアプリで知り合った男性との肛門性交歴が判明した。腹部エコーでは軽度肝腫大、軽度脾腫、胆嚢萎縮を認めた。S状結腸内視鏡検査ではS状結腸に5~10mmのやや隆起した扁平紅斑が多発していた。早期梅毒第2期および早期梅毒性肝炎と診断したが、1ヶ月半前より頭痛、耳鳴り、三叉神経痛が出現しており、1週間前からは38℃台の熱発を認めていたことより、早期神経梅毒を疑い、髄液検査を施行した。髄液検査では細胞数および髄液蛋白ともに正常であったため、神経梅毒の可能性は低いと判断し、ベンジルペニシリンベンザチン水和物（BPB）を240万単位筋注した。筋注後はすぐに解熱し、1週間後には頭痛や三叉神経痛も消失した。硬性下疳、皮疹、肝胆道系障害も徐々に改善傾向を示し、治療1ヶ月後にはRPR、TPHAともに治療前値の2分の１まで低下した。梅毒治療には長らくペニシリン長期内服が選択されてきたが、2022年1月よりBPB単回筋注が本邦で使用可能となった。BPB筋注は1回の筋注で治療終了となるため簡便で使用しやすいが、神経梅毒には適応がないため、神経梅毒との鑑別が必要である。今回われわれは神経梅毒との鑑別を要し、BPB筋注が有用であった早期梅毒性肝炎の1例を経験したので、文献的考察も加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:30 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:30 AM UTC Room 4

[R16] 要望演題 16 是非知っておきたい直腸肛門部の感染症

座長：矢野 孝明(ヤノ肛門外科クリニック肛門外科), 日高 仁(医療法人祥久会日高大腸肛門クリニック)

[R16-6] 肛門科クリニックを受診した肛門クラミジア感染症例の検討

吉田 幸平[1], 樽見 研[2] (1.新宿おしりのクリニック, 2.樽見おしりとおなかのクリニック)

【背景】
性器クラミジア感染症は,クラミジア(Chlamydia trachomatis)が性行為により感染し、一般に男性では尿道炎と精巣上体炎を,女性では子宮頸管炎と骨盤内炎症性疾患を発症する.
クラミジアが肛門に感染すると肛門症状として排便時出血や掻痒感を呈することがある.そのため,それらを主訴に肛門科を受診する患者が一定数いる.今回,当院で診断し治療を行なった直腸クラミジア感染患者について報告する.
【対象】
2021年10月から2025年3月までの3年6ヶ月に当院で治療した直腸クラミジア感染患者15例を対象とし,それぞれの特徴について検討した.
【結果】年齢は21歳-49歳（中央値31歳）.男性は12名で,女性は3名であった.全男性に肛門性交歴があった.無症候性感染者は4名だった.いくら状粘膜を認めた患者は6例だった.排便時出血を認めた患者は7例で,掻痒感を認めた患者は5例だった.全症例抗菌薬の内服で完治した.
【考察】
無症候性感染は患者本人が検査を希望し,偶然発見できたため,全て拾い上げることは困難である.排便時出血を認める症例は,全例直腸にいくら状粘膜を呈していた.診断の際には直腸部にリンパ濾胞増殖症・リンパ濾胞炎を呈する疾患が鑑別に挙がり，リンパ腫の特殊型であるMLP（multiple lymphomatous polyposis），直腸顆粒状隆起を呈する潰瘍性大腸炎やlymphoid follicular proctitisなどとの鑑別が必要である.クラミジア感染症は直腸擦過物で診断をつけることが出来るため,患者への侵襲が少なく,疑う場合は積極的に検査をしていくべきだと考える.
【結語】肛門鏡にていくら状粘膜などを発見することは可能であるため,排便時出血や肛門の掻痒感を主訴に受診する患者の中にクラミジア直腸炎の患者がいることを念頭において肛門診察にあたることが大切である.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:30 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:30 AM UTC Room 4

[R16] 要望演題 16 是非知っておきたい直腸肛門部の感染症

座長：矢野 孝明(ヤノ肛門外科クリニック肛門外科), 日高 仁(医療法人祥久会日高大腸肛門クリニック)

[R16-7] 都心部肛門科クリニックにおける梅毒診療の現状

福原 政作[1,2] (1.名古屋栄駅前ふくはら大腸肛門外科・消化器内科, 2.医療法人愛知会家田病院)

【背景】梅毒は梅毒トレポネーマによる細菌性の性行為感染症である.本邦において近年著しい増加傾向がみられ,同様に肛門梅毒の症例も増加している.【対象】2020年3月から2024年12月までに当院で活動性梅毒と診断した症例41例につき検討した.【結果】対象症例は男性34例女性7例.平均年齢は34歳. 全例なんらかの肛門愁訴を有していた. 診断契機の内訳は肛門部硬性下疳が31例,扁平コンジローマが2例,梅毒性直腸炎が1例,別の意図による採血での診断(潜伏梅毒)が7例. 他STDとの合併はHIVが9例,尖圭コンジローマが6例,クラミジア直腸炎が1例. 感染経路として肛門性交は聴取できたもので26例,風俗含め不特定者との性交9例,不明例6例であった.【考察】当院における症例の76%は肛門部硬性下疳つまり第一期梅毒での診断であった. また男性が83%を占め,うち80%は同性愛者いわゆるMSM(men who have sex with men)であった. 梅毒はこれまで特徴的な皮膚病変を典型症状として診断の主眼とされてきた. しかし感染後経過とともに一旦症状が消退するも,血行性リンパ行性に全身撒布されあらゆる臓器に急性・慢性炎症をきたす. 多数の診療科にわたる多彩な臨床症状を呈し,他疾患と誤診されることも多い. このため感染初期に局所病変が出現したタイミングで患者が受診した際に担当科医が梅毒を正しく鑑別できるかどうかが重要となる. 肛門科でいえば肛門梅毒の特徴的所見である硬性下疳を初診で見落とさないことである. 確診できなくとも鑑別に挙がれば梅毒血清学的診断により早期発見・早期治療が可能となる. 当院は名古屋市栄の歓楽街に位置する肛門科クリニックである. 若年層や様々なLGBTQ患者の受診が多く,多数の肛門梅毒症例を経験した. 適切な早期診断・治療の啓発を目的として自験例につき供覧し文献的考察を含めて報告する.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:30 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:30 AM UTC Room 4

[R16] 要望演題 16 是非知っておきたい直腸肛門部の感染症

座長：矢野 孝明(ヤノ肛門外科クリニック肛門外科), 日高 仁(医療法人祥久会日高大腸肛門クリニック)

[R16-8] 肛門小窩炎に伴う肛門痛に対する２薬剤の比較検討

矢野 孝明 (ヤノ肛門外科クリニック)

目的：肛門小窩炎に伴う肛門痛に対して2剤（ブロメライン・トコフェロール酢酸エステル配合剤と疎経活血湯）のうちいずれの薬剤が肛門小窩炎に伴う肛門痛に対して有効であるかについて調べることを目的とした．
方法：いずれかの薬物治療を1ヵ月間受けた患者の治療前後における痛みの変動値を2群間で比較した．
結果：本研究に適合した症例は75例（配合剤群：43例，漢方群：32例）であった．単変量解析と多変量解析を行ったところ，いずれにおいても痛みの変動値は2群間で有意差を認めなかった．痛みが有意に軽減した症例はそれぞれ35例（81%），25例（78%）であった．
結語：肛門小窩炎に伴う肛門痛に対して2剤は差が無いと考えられた

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 9:30 AM - 10:20 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:30 AM - 1:20 AM UTC Room 4

[R17] 要望演題 17 大腸手術の教育1

座長：山口 智弘(がん研究会有明病院大腸外科), 美甘（阪田） 麻裕(浜松医科大学外科学第二講座)

[R17-1]

ロボット直腸手術での技術認定取得を目指した当院での取り組み

山田 典和[1], 上原 広樹[1], 井 翔一郎[1], 五十嵐 優人[1], 萩原 千恵[1], 北川 祐資[4], 小林 壽範[1], 森 至弘[1], 諏訪 雄亮[2], 小澤 真由美[3], 三城 弥範[4], 渡邉 純[1] (1.関西医科大学下部消化管外科学講座, 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.横浜市立大学消化器・腫瘍外科, 4.関西医科大学総合医療センター下部消化管外科)

[R17-2]

ロボット支援手術での技術認定取得への道

齊藤 浩志[1], 小竹 優範[2], 石林 健一[1], 上野 雄平[1], 菅野 圭[1], 久保 陽香[1], 道傳 研太[1], 﨑村 祐介[1], 林 憲吾[1], 林 沙貴[1], 松井 亮太[1], 齋藤 裕人[1], 辻 敏克[1], 山本 大輔[1], 森山 秀樹[1], 木下 淳[1], 稲木 紀幸[1] (1.金沢大学消化管外科, 2.厚生連高岡病院外科)

[R17-3]

ロボット支援手術による技術認定取得の指導法

陳 開, 河村 七彩, 白水 翔, 茂木 はるか, 栗原 由騎, 佐々木 勇人, 新保 知規, 菊地 功, 若林 俊樹, 佐藤 勤 (市立秋田総合病院消化器外科)

[R17-4]

基本手技を意識した若手外科教育　技術認定取得をめざして

廣川 高久, 島田 雄太, 中澤 充樹, 加藤 龍太郎, 庭本 涼佑, 藤井 善章, 上野 修平, 青山 佳永, 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)

[R17-5]

ロボット支援手術における技術認定医取得するための当科における工夫-若手外科医の立場から-

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

[R17-6]

腹腔鏡下直腸切除術における技術認定制度の有用性

小野 李香[1], 富永 哲朗[2], 石井 光寿[1], 久永 真[1], 野田 恵佑[2], 白石 斗士雄[2], 山下 真理子[2], 橋本 慎太郎[2], 片山 宏己[2], 髙村 祐磨[2], 荒木 政人[1], 角田 順久[1], 野中 隆[2] (1.佐世保市総合医療センター外科, 2.長崎大学病院大腸肛門外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 9:30 AM - 10:20 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:30 AM - 1:20 AM UTC Room 4

[R17] 要望演題 17 大腸手術の教育1

座長：山口 智弘(がん研究会有明病院大腸外科), 美甘（阪田） 麻裕(浜松医科大学外科学第二講座)

[R17-1] ロボット直腸手術での技術認定取得を目指した当院での取り組み

山田 典和[1], 上原 広樹[1], 井 翔一郎[1], 五十嵐 優人[1], 萩原 千恵[1], 北川 祐資[4], 小林 壽範[1], 森 至弘[1], 諏訪 雄亮[2], 小澤 真由美[3], 三城 弥範[4], 渡邉 純[1] (1.関西医科大学下部消化管外科学講座, 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.横浜市立大学消化器・腫瘍外科, 4.関西医科大学総合医療センター下部消化管外科)

【背景】2018 年4月よりロボット直腸手術が保険適応となり、2023年度から日本内視鏡外科学会の技術認定においてロボット手術の審査が開始した。【目的】我々は、ロボット手術特有の鉗子動作や手術手順を言語化・定型化し、指導医が第一助手に入ることで、技術認定取得を目指すとともに術者の技量による成績差を減らす工夫をしている。その手術手技のポイントを供覧し短期成績を検討する。【方法】2022年10月から2025年2月まで、S状結腸癌、直腸癌に対して卒後8年目以下の若手術者とプロクターにより施行されたロボット手術205例について、短期成績を比較した。対象期間での若手術者は7名で、いずれも技術認定医未取得で期間内にロボット手術1例目を経験している。【成績】患者背景は若手（80例）vsプロクター（125例）でそれぞれ、年齢 71.5（36-86）vs 67（21-92）歳（p＝0.4936）、男性/女性 38/42 vs 81/44例（p＝0.0234）、BMI 23.1（14.8-31.2）vs 22.9（16.2-36.2）kg/cm2（p＝0.1436）、腫瘍占拠部位 S/RS/Ra/Rb 28/15/16/21 vs 11/14/41/59例（p<0.001）、cStage 0・I・II・III・IV 1/37/13/23/5 vs 0/41/25/42/16例（NET1 vs 1例）（p＝0.0086）、施行術式はS状結腸切除・高位前方切除・低位前方切除 27/14/39 vs 10/13/102例（p<0.001）であった。手術成績は、手術時間 235（107-407）vs 221（104-590）分（p＝0.3271）、出血量 0（0-370）vs 4（0-602）ml（p＝0.0908）で、Grade II以上の術後合併症は11 vs 23例（13.8 vs 18.4%）（p＝0.9294）に認め、その内訳は縫合不全（2例（2.5%） vs 12例（9.6%））、排尿障害（2例（2.5%） vs 2例（1.6%））などであった。術後在院日数は8（5-39）vs 10（4-52）日（p＜0.001）であった。プロクター症例は男性、進行癌、低位切離吻合が多いため有意に術後在院日数が長いが、手術時間、出血量、合併症に有意差はなかった。【結論】S状結腸癌、直腸癌に対するロボット手術は、指導医が第一助手に入り言語化・定型化することで若手医師に安全に導入されている。この手法がロボット手術での技術認定取得を目指すにあたり有効であることが示唆される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 9:30 AM - 10:20 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:30 AM - 1:20 AM UTC Room 4

[R17] 要望演題 17 大腸手術の教育1

座長：山口 智弘(がん研究会有明病院大腸外科), 美甘（阪田） 麻裕(浜松医科大学外科学第二講座)

[R17-2] ロボット支援手術での技術認定取得への道

齊藤 浩志[1], 小竹 優範[2], 石林 健一[1], 上野 雄平[1], 菅野 圭[1], 久保 陽香[1], 道傳 研太[1], 﨑村 祐介[1], 林 憲吾[1], 林 沙貴[1], 松井 亮太[1], 齋藤 裕人[1], 辻 敏克[1], 山本 大輔[1], 森山 秀樹[1], 木下 淳[1], 稲木 紀幸[1] (1.金沢大学消化管外科, 2.厚生連高岡病院外科)

我が国においてロボット手術は増加の一途を辿っており, 腹腔鏡手術の経験の浅い若手外科医によるロボット手術の執刀の機会も増加している. 2023年度より日本内視鏡外科学会の技術認定においてロボット手術の申請も開始となり, これまで以上に定型化・教育が重要となる. 今回我々は自施設における定型化, 合格ビデオから読み解く試験合格のポイントについて報告する.
我々は基本的には術者主体の形式をとっており, どのような助手がpatient-side assistantに入っても再現性をもって手術が遂行できることを目標としている. 定型的な直腸切除では助手は5mmポート1本であり主に直腸の牽引のサポートを行う. 手術の中で典型的な場面の展開はキャプチャー化, 定型化しており, チーム内で共有している. 現在順次ロボット術者の育成を行っている. 演者はロボット支援下直腸切除21例目のビデオにて技術認定に合格した. 腹腔鏡での直腸切除の経験は0例であったが, 助手として指導医の手技を一挙手一投足見て学んだことで術者としてもスムーズに導入できた. またシミュレーターによる事前のイメージトレーニングによって, ロボット特有の動作に習熟することができた. 実際の手術においては内側アプローチ, 外側剥離, 直腸剥離のいずれにおいても常に一定の層をトレースし続けることを意識している. 合格ビデオの場面ごとの手術時間は①気腹開始～コンソール開始 14分, ②コンソール開始～IMA切離 22分, ③IMA切離～IMV切離 23分, ④IMV切離～外側剥離開始 13分, ⑤外側剥離 26分, ⑥直腸剥離 29分, ⑦間膜処理 10分, ⑧直腸洗浄～直腸切離 7分であった. 出血量は少量であり, 術中目立ったトラブルはなかった. プロクターが手術に立ち会ってはいたが, アノテーションなどの使用はなかった.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 9:30 AM - 10:20 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:30 AM - 1:20 AM UTC Room 4

[R17] 要望演題 17 大腸手術の教育1

座長：山口 智弘(がん研究会有明病院大腸外科), 美甘（阪田） 麻裕(浜松医科大学外科学第二講座)

[R17-3] ロボット支援手術による技術認定取得の指導法

陳 開, 河村 七彩, 白水 翔, 茂木 はるか, 栗原 由騎, 佐々木 勇人, 新保 知規, 菊地 功, 若林 俊樹, 佐藤 勤 (市立秋田総合病院消化器外科)

【緒言】ロボット支援大腸がん手術は、モダリティの違いから従来の腹腔鏡とは異なった指導が重要となる。
【目的】当院における技術認定取得のためのロボット支援大腸がん手術の指導法をお示しする。
【方法】当院の指導方法について提示し、ロボット支援S状結腸がんまたはロボット支援高位前方切除術のビデオを供覧頂く。
【指導法】ロボット手術の指導を3段階に分けている。『①修練医が泡を切れる。②修練医が場を展開できる。③修練医が通しで執刀する。』の3段階である。第①段階は指導医が泡の層を出し、修練医が泡を適切に切れるかを評価することで、ロボットの基本手技が身についているかを確認する。あらかじめシミュレーターなどで練習していれば、基本的にどの修練医も問題なくでき、すぐに次の段階に進めることができる。第②段階は指導医が展開の仕方を見せ、同じように展開ができるまで繰り返す。ロボット手術はソロサージャリーの場面が多いため、展開ができれば、泡を切るだけとなり、第②段階ができるようになれば、自然と第③段階の通しで執刀ができるようになる。第②段階の場を展開する手技にできるだけ時間をかけ、場の展開ができるようになるまで指導する。第③段階では修練医に通しで執刀してもらい、指導医は見守る。展開、手技や干渉の問題があれば、指導を加える。
さらに、早期習得および技術認定取得のために、『定型化』した手技・手術で繰り返し修練することは必須であると考える。
【結果】2023年12月に若手医師（卒後9年目）がCertificateを取得し、上記のように指導した。7例で単独完全執刀した(高位前方切除に限ると4例目)。18例目の症例で技術認定を通過した。術中有害事象やClavien-Dindo分類 grade III 以上の術後合併症は吻合部出血(Clavien-dindo Grade IIIa)のみだった。
【結語】ロボット手術の場合ソロサージャリーの場面が多く、展開や干渉などロボット特有の注意すべき点に留意して指導することが肝要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 9:30 AM - 10:20 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:30 AM - 1:20 AM UTC Room 4

[R17] 要望演題 17 大腸手術の教育1

座長：山口 智弘(がん研究会有明病院大腸外科), 美甘（阪田） 麻裕(浜松医科大学外科学第二講座)

[R17-4] 基本手技を意識した若手外科教育　技術認定取得をめざして

廣川 高久, 島田 雄太, 中澤 充樹, 加藤 龍太郎, 庭本 涼佑, 藤井 善章, 上野 修平, 青山 佳永, 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】保険収載されて以来ロボット支援手術の件数は飛躍的に伸びている。現在、当院では大腸癌手術全てをロボット支援手術の適応としている。そのような状況の中、手術の基本手技をロボット支援手術で教育している。手術の基本手技は主に切開、切離、剥離に分類される。この基本手技は技術認定の採点表で重視されており、これらをロボット手術で習得することが重要と考えている。
【基本教育】S状結腸切除(高位前方切除)を内側アプローチからIMA切離、腸間膜受動から外側受動、直腸間膜受動、直腸間膜処理の4パートに分割して教育を行っている。指導者とパート毎に部分執刀とし、パート毎に集中して教育ができると考えている。若手には現在基本手技の何に当たるかを常に意識させ、それに合わせた術野展開鉗子及び左手の牽引を行わせる。その意識により良好な術野展開が得られる。これらを繰り返していくことで計画的かつ円滑な手術進行になる。
【結果】2024年までに当院で大腸癌に対して540例のロボット支援手術が行われた。S状結腸切除、高位前方切除の144例を後ろ向きに検討を行なった。95例がS状結腸切除で49例が高位前方切除であった。81症例で若手教育が行われており、その手術時間中央値は213分、出血量は10mlであった。合併症は全体で6例(7.4%)に認められたが、CD III以上は縫合不全と吻合部出血の2例(2.5%)に認められた。今までに10人の若手医師に教育を行った。そのうち5例以上経験した6人のlearning curveをCUSUM方で検討すると平均4.1症例でプラトーが得られていた。
【結語】当院の教育方針は手術の基本手技を重視して行っている。５年目までの若手を中心に教育を行っているが、比較的早期にlearning curveが得られていた。これらの結果から当院の教育は効率良く安全に行われていると考えている。基本手技は言語化にも有用で、この方法で手術全体の教育が明確な言語化の中で行うことができる。解剖の理解を基にこれらの基本手技を繋いでいく教育は継承しやすく次世代指導者育成にもなり、技術認定制度の目的に合致していると考えている。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 9:30 AM - 10:20 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:30 AM - 1:20 AM UTC Room 4

[R17] 要望演題 17 大腸手術の教育1

座長：山口 智弘(がん研究会有明病院大腸外科), 美甘（阪田） 麻裕(浜松医科大学外科学第二講座)

[R17-5] ロボット支援手術における技術認定医取得するための当科における工夫-若手外科医の立場から-

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

【はじめに】
　大腸癌に対するロボット支援手術は急速に普及してきており、2022年には術者要件が大幅に緩和され、2023年よりJSES技術認定制度の技術審査において、ロボット支援手術の症例も審査対象となった。当科でもプロクター指導のもと、若手外科医にロボット支援手術の執刀の機会が与えられており、各々技術認定医取得をロボット支援手術で目指している。
【目的】当科における若手外科医がロボット支援手術を安全に行うための工夫、並びに技術認定医取得に向けた取り組みについて、若手執刀医と指導医の手術成績の比較を含めて提示する。

【教育方法】ロボット術者は、十分なロボット支援手術の助手の経験をし、シミュレーターを用いたoff-JTを行っている者としている。術野展開は腹腔鏡下手術で定型化されたものと同様に行い、dual consoleを用いてプロクターが手術行程の各部分で介入することで、若手外科医も可能な限り技術の習得ができるように工夫している。また経肛門アプローチを併用することで、下部直腸癌症例であっても、内側アプローチ～郭清・血管処理～外側授動というS状結腸切除術に必要な手技を、過度な時間の延長なく経験できる。
【対象と方法】
2024年1月から2025年2月までに結腸癌・直腸癌に対して手術を施行した結腸癌 60例(指導医執刀37例、若手外科医執刀23例)、直腸癌73例(指導医執刀53例、若手外科医執刀20例)を対象とし、若手術者と指導医の手術成績の比較を行った。
【結果】
結腸癌、直腸癌ともに性別・年齢・BMI・ASA-PS・pStageはすべて両群間で有意差はなかった。指導医執刀群と若手外科医執刀群で、結腸癌、直腸ともに手術時間、出血量、術後合併症Clavien-Dindo分類 Grade≧3発生率、郭清リンパ節個数に差は認めなかった。開腹移行はいずれの群でも認めなかった。
【考察】
当科におけるロボット支援手術では、指導医群と若手外科医群の手術成績に有意差を認めず、若手外科医が執刀しても安全に施行されていた。
【結語】
当科での若手外科医によるロボット支援手術は安全に施行されていた。また技術認定医取得に向けた取り組みについて提示した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 9:30 AM - 10:20 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:30 AM - 1:20 AM UTC Room 4

[R17] 要望演題 17 大腸手術の教育1

座長：山口 智弘(がん研究会有明病院大腸外科), 美甘（阪田） 麻裕(浜松医科大学外科学第二講座)

[R17-6] 腹腔鏡下直腸切除術における技術認定制度の有用性

小野 李香[1], 富永 哲朗[2], 石井 光寿[1], 久永 真[1], 野田 恵佑[2], 白石 斗士雄[2], 山下 真理子[2], 橋本 慎太郎[2], 片山 宏己[2], 髙村 祐磨[2], 荒木 政人[1], 角田 順久[1], 野中 隆[2] (1.佐世保市総合医療センター外科, 2.長崎大学病院大腸肛門外科)

背景：腹腔鏡下直腸手術は技術的に難度が高い。日本内視鏡外科技能認定制度（ESSQS）は、腹腔鏡外科医の技能を客観的に評価する目的で設立された。これまでに、腹腔鏡下直腸手術におけるESSQSの有用性の報告は限られている。今回われわれは、腹腔鏡下直腸癌手術の短期および長期成績に対するESSQSの効果を検討した。
方法：2016年から2023年の間に長崎県下6施設で腹腔鏡下直腸切除術を受けた933人を後方視的に検討した。ESSQS認定外科医が術者の患者（expert group、n=568）と、ESSQS未認定外科医が術者の患者（non expert group、n=365）の2グループに分類した。傾向スコアマッチング後、各々299人の患者がマッチングされた。
結果：マッチング前、expert groupではperformance status不良（PS≧3）の割合が高く（10.6% 対 4.1%、p<0.001）、下部直腸癌が多く（32.0% vs 18.4%, p<0.001）、術前治療の割合が多く（17.3% vs 8.2%、p < 0.001）、骨盤リンパ節郭清施行が多かった（30.8% vs 21.4%、p = 0.001）。マッチング後、両群の背景因子に有意差は認めなかった。expert groupは開腹移行率（0.3% vs 2.3%、p = 0.034）および術後合併症（18.1% vs 26.1%、p = 0.037）の発生率が低かった。無再発生存率（p = 0.811）および全生存率（p = 0.374）は両群間で差は認めなかった。
結論：ESSQS認定医による腹腔鏡下直腸手術は、開腹移行や術後合併症の低下などの良好な短期成績であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 10:20 AM - 11:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:20 AM - 2:10 AM UTC Room 4

[R18] 要望演題 18 大腸手術の教育2

座長：佐村 博範(浦添総合病院), 小竹 優範(厚生連高岡病院・消化器外科)

[R18-1]

当科におけるロボット支援下直腸癌手術の術者育成と短期成績の推移

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

[R18-2]

当院でのロボット大腸手術における若手教育の工夫

福岡 達成[1], 谷 直樹[1], 丸尾 晃司[1], 江口 真平[1], 瀬良 知央[1], 田島 哲三[1], 濱野 玄弥[1], 西村 潤也[1], 笠島 裕明[2], 井関 康仁[1], 長谷川 毅[1], 村田 哲洋[1], 澁谷 雅常[2], 西居 孝文[1], 櫻井 克宣[1], 高台 真太郎[1], 久保 尚士[1], 清水 貞利[1], 前田 清[2], 西口 幸雄[1] (1.大阪市立総合医療センター, 2.大阪公立大学消化器外科学)

[R18-3]

ロボット大腸切除術の教育において複数種の機器を用いるメリットはあるか

肥田 侯矢, 板谷 喜朗, 岡村 亮輔, 星野 伸晃, 山本 健人, 吉田 祐, 前田 将宏, 青山 龍平, 笠原 桂子, 坂本 享史, 奥村 慎太郎, 坂口 正純, 上野 剛平, 北野 翔一, 久森 重夫, 角田 茂, 小濵 和貴 (京都大学消化管外科)

[R18-4]

安全性・教育・コストを意識したHybrid robot-assisted surgery

富永 哲郎, 野中 隆, 髙村 祐磨, 大石 海道, 片山 宏己, 橋本 慎太郎, 白石 斗士雄, 山下 真理子, 野田 恵佑, 鄭 暁剛, 松本 桂太郎 (長崎大学大学院腫瘍外科)

[R18-5]

手術コスト、若手教育、手術時間を考慮した当院におけるロボット支援S状結腸切除術

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

[R18-6]

腹腔鏡下大腸がん手術の効果的な教育方法

増田 大機, 青柳 康子, 新井 聡大, 大和 美寿々, 西山 優, 三浦 竣助, 今井 光, 鈴木 碧, 朝田 泰地, 鵜梶 真衣, 金田 亮, 山口 和哉, 吉野 潤, 長野 裕人, 井ノ口 幹人 (武蔵野赤十字病院外科・消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 10:20 AM - 11:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:20 AM - 2:10 AM UTC Room 4

[R18] 要望演題 18 大腸手術の教育2

座長：佐村 博範(浦添総合病院), 小竹 優範(厚生連高岡病院・消化器外科)

[R18-1] 当科におけるロボット支援下直腸癌手術の術者育成と短期成績の推移

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

【背景】直腸癌に対するロボット支援下手術は急速に普及している。ロボット支援下手術は、その特性からも手術手技の再現性が高く、安全かつ根治性の高い手術の普及に向けた術者育成に有用と考える。
【目的】導入初期から現在までの直腸癌のロボット支援下手術の短期成績の検討から、当科での直腸癌に対するロボット支援下手術の定型化の取り組みについて考察する。
【方法】初回症例～2021年3月までの導入期を１期、術者を内視鏡外科学会技術認定取得後としていた2021年4月～2024年3月までを2期、術者の制限をなくした2024年4月～2025年3月までを3期として、各期間の短期成績を比較する。使用機材は、Da Vinch Xiでdual consoleを使用している。
【結果】症例は189例で、１期:74症例、2期:84症例、3期:31症例であった。年齢、性別、術前T因子、術前N因子、術前Stage、腫瘍部位の患者背景に有意差は認めなかった。術前治療(CRT:TNT)について、1期:4例（5.4%）/0例、2期:18例(21.4%)/4例(4.7%)、3期:0例/12例(38.7%)と有意差を認めた。(p<0.01) 術式(HAR/LAR/sLAR/APR/Hartmann手術)は1期:6/51/1/13/3、2期:8/52/4/14/6、3期:6/16/3/6/0、側方郭清(なし:片側:両側)は1期:67/6/1、2期:76/6/2、3期:26/4/1で有意差を認めなかった。手術時間は中央値で1期:290分、2期:343分、3期:317分と有意差を認めた。(p<0.01)　術後30日以内のClavien-Dindo分類Grade3以上の合併症は7例(9.4%)/5例(6%)/0例(0%)で有意差は認めなかった。Stage4症例を除いたR0切除率は3.4%/4.0%/3.7%で有意差を認めなかった。
【考察】当科での直腸癌に対するロボット支援下手術は導入期から現在まで術者の育成を行いながら安定した手術成績であった。2期にて手術時間延長認められたが、術前治療症例の増加によるものと考えられる。3期においてはTNT症例の増加にもかかわらず短縮傾向にあり手術手技の習熟によるものと考える。現在、術者6名体制で行なっているが、安定した手術成績の中での術者育成が行えたものと考える。
【結語】直腸癌に対するロボット支援下手術の短期成績の推移について検討した。今後もロボット手術の特徴を活かした若手術者教育に努めたい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 10:20 AM - 11:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:20 AM - 2:10 AM UTC Room 4

[R18] 要望演題 18 大腸手術の教育2

座長：佐村 博範(浦添総合病院), 小竹 優範(厚生連高岡病院・消化器外科)

[R18-2] 当院でのロボット大腸手術における若手教育の工夫

福岡 達成[1], 谷 直樹[1], 丸尾 晃司[1], 江口 真平[1], 瀬良 知央[1], 田島 哲三[1], 濱野 玄弥[1], 西村 潤也[1], 笠島 裕明[2], 井関 康仁[1], 長谷川 毅[1], 村田 哲洋[1], 澁谷 雅常[2], 西居 孝文[1], 櫻井 克宣[1], 高台 真太郎[1], 久保 尚士[1], 清水 貞利[1], 前田 清[2], 西口 幸雄[1] (1.大阪市立総合医療センター, 2.大阪公立大学消化器外科学)

【背景】
近年、結腸癌に対するロボット支援下手術は急速に普及しており、その高精細な3D視野、多関節機構による精緻な操作性は、安全かつ低侵襲な手術の実現に寄与している。一方で、ロボット手術の拡大に伴い、若手外科医の執刀機会が増加しているにもかかわらず、初期研修段階における開腹・腹腔鏡手術の経験機会は減少しており、体系的な教育体制の整備が急務である。
【目的】
本研究では、初期若手外科医の教育を目的とし、ロボット支援下右側結腸切除術において、ロボットSurgeon（RS）とLaparoscopic Surgeon（LS）が協調して施行する術式をビデオ提示し、その教育的有用性と手術手技の安全性・効率性について考察する。
【手術手技】
本術式は、**Cranial（頭側）→Inferior（後腹膜）→Medial（内側）Approach（CIMA）**による右半結腸切除を基本とし、MCA周囲リンパ節郭清を含む根治術を目指す。ポート配置は逆L字型の6ポート全てにda Vinciポートを使用する。
頭側アプローチ：LSが左側腹部ポートから超音波凝固切開装置を操作し、肝彎曲部の授動および大網切離を行う。
後腹膜アプローチ：RSが主導して後腹膜剥離を進め、右結腸の側腹壁からの授動を完了する。
内側アプローチ：LSが左下腹部ポートにスイッチし、ロボットアームの干渉を回避しつつ、RSと協働でMCA周囲郭清を実施する。剥離・切離操作はRSとLSが交互に担い、術野の明確化と出血リスクの最小化に寄与する。
腸間膜の切離はRSが展開、LSが切離を行い、最終的な吻合操作もLSが自動縫合器を用いて行う。すべての工程において、両者の明確な役割分担と協調が術式の再現性を高めている。
【結語】
本術式は、ロボット手術におけるRSとLSの協調によって、教育的意義と安全性を両立させた新たな教育モデルを提示するものである。ロボット技術の進展が外科医のキャリア持続に貢献する一方で、外科教育においては若手医師が段階的に手術に関与できる環境整備が不可欠である。本手法は、今後の消化器外科教育において実践的かつ有効な指導戦略の一助となると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 10:20 AM - 11:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:20 AM - 2:10 AM UTC Room 4

[R18] 要望演題 18 大腸手術の教育2

座長：佐村 博範(浦添総合病院), 小竹 優範(厚生連高岡病院・消化器外科)

[R18-3] ロボット大腸切除術の教育において複数種の機器を用いるメリットはあるか

肥田 侯矢, 板谷 喜朗, 岡村 亮輔, 星野 伸晃, 山本 健人, 吉田 祐, 前田 将宏, 青山 龍平, 笠原 桂子, 坂本 享史, 奥村 慎太郎, 坂口 正純, 上野 剛平, 北野 翔一, 久森 重夫, 角田 茂, 小濵 和貴 (京都大学消化管外科)

【背景】
2023年より新規企業の参入により、手術支援ロボットの選択肢が日本国内でも拡大し、大腸手術領域においても多様な機器の導入が可能となった。大規模病院では、単一機種に統一するか、複数種の機器を導入するかの選択が求められる。当院では、3種類の手術支援ロボットを導入・運用しており、それぞれの運用上の利点および課題を検討した。
【対象および方法】
当院で運用している手術支援ロボットは、da Vinci、hinotori、Hugoの3機種である。これらの運用に携わる医師、看護師、臨床工学技士らからの聞き取りを通じて情報を収集し、教育的観点からのメリット・デメリットを考察した。
【デメリット】
各機種に特有の操作や管理方法の習得が必要であり、医療スタッフ全体への教育的負担が大きい。洗浄やメンテナンスの方法が機種ごとに異なり、それに応じた専用器具や鉗子、ポートの準備・保管・在庫管理が求められる。
【メリット】
新規参入機種の一部では、導入コストや運用費用の面で経済的な利点が認められる。異なるロボット機種を使用することにより、各機種の特性や優位点が相対的に明確となる。また教育の場においては、展開の原則といった共通操作に加え、機種ごとの特徴に応じた個別操作を教えることにより、機器の構造的理解と安全性への意識を深めることが可能となる。
【考察】
複数のロボット機種を運用することは、医療現場における運用負担や教育的コストを伴うが、各機種の利点を比較検討し言語化することで、教育的な深みが増し、実践的理解の促進が期待される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 10:20 AM - 11:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:20 AM - 2:10 AM UTC Room 4

[R18] 要望演題 18 大腸手術の教育2

座長：佐村 博範(浦添総合病院), 小竹 優範(厚生連高岡病院・消化器外科)

[R18-4] 安全性・教育・コストを意識したHybrid robot-assisted surgery

富永 哲郎, 野中 隆, 髙村 祐磨, 大石 海道, 片山 宏己, 橋本 慎太郎, 白石 斗士雄, 山下 真理子, 野田 恵佑, 鄭 暁剛, 松本 桂太郎 (長崎大学大学院腫瘍外科)

保険収載術式拡大に伴い手術ロボットを導入する施設が増加し、さらに基準緩和で術者数も増加している。安全性に加えSolo surgeryといわれるロボット手術における教育の重要性、そして腹腔鏡と比較したコスト面の克服は切実な問題である。われわれは、この問題を克服するために積極的にHybrid robot-assisted surgeryを取り入れてきた。
安全性に関するHybrid surgeryの利点は、様々なデバイスが選択できることである。Solo surgeryのロボット手術では使用できるデバイスが制限されるが、Hybrid surgeryでは助手側から患者の基礎疾患や腫瘍の進行度に合わせ適切な止血デバイスや超音波凝固切開装置・ベッセルシーラーなどを選択でき安全な手術が可能である。
教育に関しては、１：積極的な手術への参加：助手時代に術式の理解、ロボット鉗子との干渉の認識、組織の緊張のかけ方など術者に必要な知識を習得することができる。２：手術時間の短縮と経験数の増加：助手参加によるスムーズな手術進行により手術時間が短縮し結果的に1日縦2例の運用が可能となった。導入時はロボット手術が平均月5例であったが、現在は月約15例の施行が可能で、若手の執刀機会が増加している。一方、ロボット助手は比較的経験の浅い医師が担当することが多く、助手サポートが時に術中トラブルの原因となる可能性がある。われわれは動画付き助手指導マニュアルを作成しHybrid surgeryの安全な施行だけでなく、術者を見据えた助手の初期教育ツールとして取り入れている。
コストに関しては、血管をクリップする際、高価なロボットクリップではなく、助手からの外打ちクリップを使用している。また、助手鉗子の使用により余分なロボット鉗子の使用を制限することができ確実なコストカットにつながる。
Hybrid robot-assisted surgeryは手術の安全性、術者を見据えた助手教育、そしてコストメリットの高い術式であり、今回われわれは実際のビデオを供覧し報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 10:20 AM - 11:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:20 AM - 2:10 AM UTC Room 4

[R18] 要望演題 18 大腸手術の教育2

座長：佐村 博範(浦添総合病院), 小竹 優範(厚生連高岡病院・消化器外科)

[R18-5] 手術コスト、若手教育、手術時間を考慮した当院におけるロボット支援S状結腸切除術

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

結腸癌に対するロボット支援下手術は、2022年の保険収載以降、全国的に症例数が増加しつつあり、その精緻な操作性や安定した視野などの利点から、結腸癌に対しても有用であると注目されている。当院でもダビンチXiを導入以降、結腸癌の手術でも積極的にロボット手術を行っている。一方で、ロボット手術には高額な機器使用に伴うコスト増、ロボット手術術者資格を持たない若手外科医が執刀する機会を得にくくなることによる教育面での課題、さらにロボット手術術者資格を取得した若手医師が執刀する場合でもロボット手術ではSolo Surgeryの要素が腹腔鏡に比較して多くなることから手術の難易度が高く手術の質が担保しにくくなること、さらに当院はsingle consoleであることから若手医師執刀時の術者交代が即座には困難であることから手術時間が延長するといった問題もある。また、ロボット手術と腹腔鏡手術を併用している当院のような施設にとって、S状結腸切除術はロボット手術術者資格を持たない若手医師が腹腔鏡で執刀するのに適した術式であり、これを高コストであり術者資格がなければ執刀できないロボット手術で行うことが適切かどうか判断は難しい。これらの課題に対し、当院ではロボット手術の利点を活かしつつ、コストを削減する現実的な対応を行っている。具体的には、ステイプラーはロボット用ではなく腹腔鏡用を使用し、コストを抑制する。指導医が執刀する症例では、難易度は高くなるが高額なadvanced energy deviceの使用を極力避け、全ての操作をモノポーラとバイポーラで行うことでコスト削減を図っている。若手外科医が執刀する場合には、比較的安価に利用可能である旧型の腹腔鏡用エネルギーデバイスを用いたFUSION SURGERYを行うことで、手術時間や安全性、教育的意義を両立できるよう努めている。当院におけるロボット支援S状結腸切除術の運用実態に関して報告し、コスト、若手教育、手術時間に配慮した手術ビデオを供覧する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 10:20 AM - 11:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:20 AM - 2:10 AM UTC Room 4

[R18] 要望演題 18 大腸手術の教育2

座長：佐村 博範(浦添総合病院), 小竹 優範(厚生連高岡病院・消化器外科)

[R18-6] 腹腔鏡下大腸がん手術の効果的な教育方法

増田 大機, 青柳 康子, 新井 聡大, 大和 美寿々, 西山 優, 三浦 竣助, 今井 光, 鈴木 碧, 朝田 泰地, 鵜梶 真衣, 金田 亮, 山口 和哉, 吉野 潤, 長野 裕人, 井ノ口 幹人 (武蔵野赤十字病院外科・消化器外科)

ロボット手術の普及により腹腔鏡手術は減少しており、腹腔鏡下大腸がん手術も今後減っていくことが予想される。当院は2019年にロボット大腸手術を導入し、ロボット大腸手術件数は年々増加している一方で、腹腔鏡下大腸がん手術件数は大幅に減少している。腹腔鏡下大腸がん手術の修練機会は貴重であり、若手外科医は数少ない腹腔鏡下大腸がん手術を効率よく学ぶ必要がある。【目的】効率的な腹腔鏡下大腸がん手術修練法を検討する。【方法】2021年4月から2025年3月まで当院の修練医が執刀した腹腔鏡下大腸がん手術症例126例を対象とし、2021年4月から2023年3月までを前期（82例、修練医5名）と、2023年4月から2025年3月までの後期44例、修練医5名）に分け、2群間を比較した。【結果】1人あたりの執刀数は前期16.4例/後期8.8例、手術時間は前期303分/後期228分、出血量は前期15ml/後期5ml、Clavian-Dindo分類 grade II以上の合併症は前期19%/後期14%、術後在院日数（中央値）は前期7日/後期7日であった。また同時期に修練医が経験した手術として、腹腔鏡下ヘルニア手術執刀数は1人あたり前期6.2例/後期10.5例、腹腔鏡手術のscopist経験は1人あたり前期11.8例/後期5.4例、ロボット大腸手術の第一助手経験は1人あたり前期4.0例/後期17.4例であった。【結語】ロボット手術の増加に伴い腹腔鏡下大腸がん手術は減り、修練医の執刀数は減ったが手術時間は短縮した。術後合併症や在院日数に差はなく、手術の質を担保・向上させつつ手術教育も安全に施行されていた。ロボット手術の助手として手術参加することで大腸がん手術の本質の理解、知識の引き出しを増やすことは十分可能であり、術者として必要な左手の技術や小さいトラブルシューティングなどは、腹腔鏡下ヘルニア手術などの良性手術を通じて学ぶことができる。当科の取り組みを紹介する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 7

[R19] 要望演題 19 stage4

座長：佐藤 武郎(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), 賀川 義規(大阪国際がんセンター)

[R19-1]

Stage4結腸癌に対する原発切除の安全性（多施設共同データベースK-SEERの解析から）

浅田 祐介[1,2], 水野 翔大[2], 亀山 哲章[2], 菊池 弘人[3], 岡林 剛史[4], 北川 雄光[4], 池畑 泰行[1], 宮田 敏弥[1], 浅古 謙太郎[1], 福島 慶久[1], 端山 軍[1], 野澤 慶次郎[1], 深川 剛生[1], 落合 大樹[1] (1.帝京大学医学部外科学講座, 2.荻窪病院外科・消化器外科, 3.川崎市立川崎病院一般・消化器外科, 4.慶應義塾大学医学部外科学教室（一般・消化器外科）)

[R19-2]

当院における肝転移単独の切除可能病変を有するStage IV直腸癌に対する治療戦略とその治療成績

松井 信平, 野口 竜剛, 坂本 貴志, 向井 俊貴, 山口 智弘, 秋吉 高志 (がん研究会有明病院)

[R19-3]

腹膜播種を有する大腸癌に対する包括的治療の成績

米村 豊, 重里 親太朗, 左古 昌蔵, 劉 洋 (岸和田徳洲会病院腹膜播種科)

[R19-4]

肺転移切除症例から考える大腸癌肺転移オリゴメタの臨床病理学的特徴

髙山 裕司, 清水 友哉, 松澤 夏未, 福井 太郎, 柿澤 奈緒, 力山 敏樹 (自治医科大学附属さいたま医療センター)

[R19-5]

当科におけるstage IV直腸癌oligometastasis症例の手術成績と予後の検討

舘川 裕一, 野澤 宏彰, 佐々木 和人, 室野 浩司, 江本 成伸, 横山 雄一郎, 永井 雄三, 原田 有三, 品川 貴秀, 岡田 聡, 白鳥 広志, 石原 聡一郎 (東京大学腫瘍外科)

[R19-6]

当院におけるBECON治療を行った大腸癌患者の検討

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 7

[R19] 要望演題 19 stage4

座長：佐藤 武郎(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), 賀川 義規(大阪国際がんセンター)

[R19-1] Stage4結腸癌に対する原発切除の安全性（多施設共同データベースK-SEERの解析から）

浅田 祐介[1,2], 水野 翔大[2], 亀山 哲章[2], 菊池 弘人[3], 岡林 剛史[4], 北川 雄光[4], 池畑 泰行[1], 宮田 敏弥[1], 浅古 謙太郎[1], 福島 慶久[1], 端山 軍[1], 野澤 慶次郎[1], 深川 剛生[1], 落合 大樹[1] (1.帝京大学医学部外科学講座, 2.荻窪病院外科・消化器外科, 3.川崎市立川崎病院一般・消化器外科, 4.慶應義塾大学医学部外科学教室（一般・消化器外科）)

【背景】
Stage4大腸癌に対する原発切除ではStage3以下と比較して安全性、主には合併症の多さが懸念され、遠隔転移切除不能例における原発非切除を支持する主要な根拠にもなっている。しかしこれを検証した報告は乏しく、特に一般的に手術が容易な結腸癌では議論の余地がある。
【目的】
Stage4結腸癌に対する原発切除の短期成績をStage3以下と比較することでその安全性を検証する。
【方法】
「関東域内の大腸癌手術症例に対する多施設共同研究グループ」のデータベース（K-SEER）を後方視的に解析した。2015～2017年に17施設から5045例が登録されており、このうち緊急手術、多臓器切除、多重癌、術前の減圧や化学療法などを除外した結腸癌（主座がA/T/D/S）の2140例を対象とした。Stage4が150例（7%）、Stage3以下が1990例（93%）であり、両群の短期成績を比較した。主要評価項目を重大合併症（Clavien-Dindo Grade 3以上）、副次評価項目を全合併症、縫合不全、手術関連死亡とした。
【結果】
患者背景ではStage4で有意に若年（70 vs 72歳、p=0.04）かつBMIが低かった（22.0 vs 22.4、p=0.03）。その他の主たる因子に差は認めなかった。術式ではStage4で有意に開腹術（45 vs 21%）、D1以下の郭清（15 vs 4.4%）、ストーマ造設（11 vs 1.9%）が多かった（いずれもp<0.001）。重大合併症は全体の6.3%（134例）に発生し、Stage4で有意に高率であった（11 vs 5.9%、p=0.02）。多変量解析でもStage4は男性（OR 1.59、95%CI 1.10-2.31、p=0.01）、開腹術（OR 1.73、95%CI 1.17-2.56、p=0.006）とともに重大合併症の独立した危険因子であった（OR 1.83、95%CI 1.03-3.25、p=0.04）。手術関連死亡もStage4で有意に多かったが（1.3 vs 0.15%、p=0.004）、全合併症（22 vs 21%）と縫合不全（2.7 vs 2.9%）の発生率に差は認めなかった。なお、手術時間はStage4で有意に短かった（188 vs 202分、p=0.04）。
【結語】
Stage4結腸癌に対する原発切除ではStage3以下と比較して短時間で郭清を手控え、かつストーマ造設といった安全策が講じられていたが、それでも重大合併症が多かった。いわゆる「さら取り」でも適応は熟慮を要する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 7

[R19] 要望演題 19 stage4

座長：佐藤 武郎(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), 賀川 義規(大阪国際がんセンター)

[R19-2] 当院における肝転移単独の切除可能病変を有するStage IV直腸癌に対する治療戦略とその治療成績

松井 信平, 野口 竜剛, 坂本 貴志, 向井 俊貴, 山口 智弘, 秋吉 高志 (がん研究会有明病院)

【はじめに】
肝転移を有する大腸癌は切除可能であれば根治切除を施行するのが第一選択である。しかし、肝転移でも予後不良群が存在する。また、局所進行直腸癌に対して、海外では術前化学療法（NAC）・術前放射線治療（NART）が標準治療である。当院では、同時性肝転移直腸癌に対しては、肝転移巣に対して一定の判断基準（転移個数、転移腫瘍径、腫瘍マーカー）を用いながら、原発巣の腫瘍進行状況に応じて、術前治療を行っており、その治療成績について検討した。
【対象と方法】
2004年から2021年までの間に、当院でR0手術を施行できた、遠隔転移が肝転移のみの直腸癌Stage IVの患者、120名（Ra：58例、Rb以下：62例）を対象とし、術前治療の有無による治療成績について解析した。
【結果】
120例の原発巣深達度は、cT2：5例、cT3：82例、cT4：33例であった。78例はNACを施行され、42例がNARTを施行され、38例がどちらの治療も受けていた。原発巣肝転移巣同時切除は94例に施行し、治療的側方リンパ節郭清は33例に施行していた。NAC施行群は、診断時、肝転移個数・肝転移最大径・腫瘍マーカーは有意に高く、肝転移garadeはNAC群（H1：27例、H2：26例、H3：25例）、非NAC群は（H1：26例、H2：11例、H3：5例）で、NAC群で高度肝転移であった。3年死亡率は、NAC群19.2%、非NAC群11.9%であったが、有意差は認めなかった（p=0.19）。また、3年再発率は、NAC群67.9%、非NAC群66.7%で、同様に有意差は認めなかった（p=0.88）。残肝再発は、NAC群44.4%、非NAC群52.6%で、同様に有意差は認めなかった（p=0.82）。
【結語】
切除可能ではあるが再発高リスクの肝転移病変に対する、術前化学療法はその予後を改善する改善する可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 7

[R19] 要望演題 19 stage4

座長：佐藤 武郎(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), 賀川 義規(大阪国際がんセンター)

[R19-3] 腹膜播種を有する大腸癌に対する包括的治療の成績

米村 豊, 重里 親太朗, 左古 昌蔵, 劉 洋 (岸和田徳洲会病院腹膜播種科)

Background: Comprehensive treatment (COMPT) consisting of cytoreductive surgery (CRS) with perioperative chemotherapy (POC) was performed for CRC-patients as a curative treatment for peritoneal metastasis (PM) from colorectal cancer (CRC). Clinical factors contributing cure of CRC patients with PM will be presented.
Methods: between 2006 and 2024, 501 patients were treated with COMPT among 990 CRC-patients with PM. .
Results:
Multi-variate analysis revealed that CCR score, SB-PCI score, LLM (liver/lung metastasis), and HIPEC were independent prognostic factors.
One hundred and seventy patients fulfilled the following factors; PCI less than13, SB-PCI less than 3, No. of involved peritoneal sectors (NIPS) less than 7, no LLM (liver/lung mets), differentiated histologic type, and CCR-0. The median survival time of these patients was 5.5 years, and five and ten- year survival rates were 58% and 25%. Postoperative grade 3,4,5 complication occurred in 9 (5.3%), 15 (8.8%) and 1 (0.6%), respectively.
Cured patients were defined as those alive without recurrence more than 5 years after CRS. All of the cured patients (N=25) underwent CCR-0 resection. The PCI and SB-PCI of these 25 patients were =<12 and =<2, respectively.
Conclusions: Among CRC-patients with PM, COMPT with CCR-0 resection should is indicated for PCI less than 13, SB-PCI less than 3, number of involved peritoneal segment less than 7, no LLM, and differentiated histologic type.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 7

[R19] 要望演題 19 stage4

座長：佐藤 武郎(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), 賀川 義規(大阪国際がんセンター)

[R19-4] 肺転移切除症例から考える大腸癌肺転移オリゴメタの臨床病理学的特徴

髙山 裕司, 清水 友哉, 松澤 夏未, 福井 太郎, 柿澤 奈緒, 力山 敏樹 (自治医科大学附属さいたま医療センター)

【はじめに】肺転移を含めて遠隔転移の個数が５個以下の症例をオリゴメタと分類した場合、ガイドラインでは外科的切除が基本的な方針である。しかし実臨床においては転移の状況によって治療方針に悩むことが少なくない。今回われわれは、当院で大腸癌肺転移オリゴメタ症例に対して切除を行った症例を対象に臨床病理学的特徴の解析を行い、今後に活かせる治療戦略を考察した。
【対象と方法】当院で2009年4月～2022年3月に大腸癌肺転移５個以内に対して切除を行った108例を対象に後ろ向き観察研究を行った。
【結果】平均年齢は66.6歳(37-86)、男性67例、女性41例、結腸癌49例、直腸癌59例であった。同時性転移が15例、異時性が93例であり、ステージはI/ II /III/IVがそれぞれ7/32/53/16例であった。肺転移個数は単発が81例、2~3個が21例、４～５個が6例であり、右肺57例、左肺44例、両側7例であった。組織型に関してはmuc１例、他は全例が分化型であった。
異時性転移93例の再発時の腫瘍マーカーに関して、CEAは70例（75.3%）、CA19-9は75例（80.6%）が正常範囲内であった。術前PET-CTは65例で撮影しており、集積症例は51例（78.5%）であった。原発巣術後に補助化学療法を導入した症例が41例、肺転移巣術後に補助化学療法を行なった症例は43例で、レジメンはCAPOXが30例、カペシタビン単剤が7例、その他6例であった。肺転移切除後の再発症例は67例で、うち肺転移再再発が34例、肝転移再発が11例含まれていた。肺転移切除によりR0切除を達成した102例を対象とすると、単発79例の中で45例(57%)、2～5個の23例の中で16例(70%)は再再発を来した。複数個の中でも個数別に分けた際に、２個は8/11(72.7%)、３個は6/8(75%)、４～５個は2/4(50%)と複数個の中での違いは明らかでなかった。
【結語】
肺転移オリゴメタ病変に対して外科的切除に進む症例の特徴として、異時性転移が多く、原発巣の組織型が分化型であり、腫瘍マーカーの感度は低いことが挙げられた。複数個の肺転移が出現した場合、術後の再発率に明らかな違いを認めなかった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 7

[R19] 要望演題 19 stage4

座長：佐藤 武郎(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), 賀川 義規(大阪国際がんセンター)

[R19-5] 当科におけるstage IV直腸癌oligometastasis症例の手術成績と予後の検討

舘川 裕一, 野澤 宏彰, 佐々木 和人, 室野 浩司, 江本 成伸, 横山 雄一郎, 永井 雄三, 原田 有三, 品川 貴秀, 岡田 聡, 白鳥 広志, 石原 聡一郎 (東京大学腫瘍外科)

【目的】Stage IV直腸癌(Ra, Rb)の5年生存率(OS)は27.8%であるが、CurBとCurCでは49.3%, 18.9%と開きがある（大腸癌研究会全国登録, 2008-2013年症例）。また、少数転移(oligometastasis)は、広範囲に転移している状態とは癌のbehaviorが異なる可能性が指摘されている。当科におけるstage IV直腸癌のoligometastasisと予後との関連を検証した。
【方法】2015年１月～2025年3月に直腸切除術を行った、遠隔転移のある進行直腸癌(Ra, Rb) 63例を対象とした。欧州臨床腫瘍学会のガイドラインに基づいて、診断時転移個数5個以内をoligo群、6個以上をno oligo群に分類した。無再発生存(RFS)、OSをKaplan-Meier曲線、log-rank検定で検討した。
【結果】年齢中央値は 64歳、男41例、女22例であった。転移個数の中央値は3個(範囲：1-30)であり、oligo群36例、no oligo群27例であった。術前薬物療法はoligo群15例(42%)、no oligo群20例(74%)で行われた(p=0.01)。症例全体の5年RFSは24%、5年OSは46%であった。CurBが48例、CurCが15例であり、5年OSはCurB群62%, CurC群0% (p<0.001)であった。oligo群のCurB達成は31例(86%)、no oligo群のCurB達成は17例(63%)(p=0.03)であった。CurB症例の5年RFSはoligo群36%, no oligo群7% (p<0.001）であったが、5年OSはoligo群64%, no oligo群62% (p=0.79）であった。症例全体の5年OSはoligo群56%, no oligo群42% (p=0.53）であった。
【結論】遠隔転移を伴う進行直腸癌において、oligometastasisであることはCurB達成率が高くなり、良好なRFSに関連したが、OSとは無関係であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 9:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 12:20 AM UTC Room 7

[R19] 要望演題 19 stage4

座長：佐藤 武郎(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), 賀川 義規(大阪国際がんセンター)

[R19-6] 当院におけるBECON治療を行った大腸癌患者の検討

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

【はじめに】
大腸癌においてBRAFV600E変異は明確な予後不良因子とされており、特に一次治療後に病勢が進行した場合の全生存期間（OS）は著しく短いことが報告されている。最新の大腸癌治療ガイドラインでは、切除不能かつ進行期のBRAFV600E変異陽性大腸癌に対して、BRAF阻害薬を含む治療（BECONレジメンなど）の使用が強く推奨されている。当院でもEncorafenibとCetuximabを中心としたBECONレジメンを積極的に導入しており、治療成績について報告する。
【方法】
2020年4月から2025年4月までに当院でBRAFV600E変異陽性と診断され、MSI-Hを除外した11人の大腸癌患者を対象に、Encorafenibを含むBECONレジメンの治療成績を検討した。
【結果】
患者背景は男性6人（54%）、女性5人（46%）、年齢中央値は68歳（範囲：41〜78歳）であった。原発巣の部位は、結腸（A）6人、横行結腸（T）2人、直腸（R）3人であった。手術を受けた患者は9人で、そのうち5人がR0切除であった。標的病変は原発巣、肝臓、肺、腹膜に及んでいた。
治療内容としては、BECON3が2人、BECON2が9人であり、治療導入は2次治療として10人、3次治療として1人であった。一次治療期間の中央値は25週（13〜108週）、BECON治療期間の中央値は29週（9週〜48週、1例は加療中）であった。
生存期間中央値は、R0手術群で43か月（26〜66か月、うち1人は存命中）、R1/2手術群で28か月（11〜50か月）、非切除群で14.5か月（14〜15か月）であった。
【まとめ】
従来、BRAFV600E変異陽性大腸癌の生存期間中央値は約12か月程度とされてきたが、本研究においては、BECONレジメンの導入により、特にR0切除が可能であった症例で生存期間の延長が認められた。また、R1/2切除例や非切除例においても、適切な薬物療法の導入により一定の生存期間が確保されており、予後改善の可能性が示唆された。今後は、可能な限り初回でのR0切除を目指すとともに、BEACONレジメンの適切なタイミングでの導入が、BRAFV600E変異陽性大腸癌における治療戦略の要となると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 7

[R20] 要望演題 20 症例報告：大腸手術の工夫

座長：小林 建司(国立病院機構函館医療センター), 八岡 利昌(東京女子医科大学総合診療科)

[R20-1]

馬蹄腎を併存した子宮体癌上行結腸転移に対し蛍光尿管カテーテル併用腹腔鏡下結腸右半切除術を施行した1例

四元 拓宏, 近藤 彰宏, 馮 東萍, 竹谷 洋, 松川 浩之, 西浦 文平, 安藤 恭久, 須藤 広誠, 岸野 貴賢, 大島 稔, 隈元 謙介, 岡野 圭一 (香川大学医学部附属病院消化器外科)

[R20-2]

進行横行結腸癌とESD非適応の直腸Schwannomaに対してロボット支援下拡大結腸右半切除術+Transanal minimally invasive surgeryで切除し得た1例

越智 優, 平木 将之, 在田 麻美, 柳澤 公紀, 安井 昌義, 武田 裕, 村田 幸平 (関西労災病院消化器外科)

[R20-3]

骨盤方向へ浸潤を伴う右側結腸癌に対するロボット支援手術の工夫と課題

奥山 晃世[1], 鈴木 卓弥[1], 福田 真里[1], 加藤 潤紀[1], 浅井 宏之[1], 上原 崇平[1], 加藤 瑛[1], 牛込 創[1], 山川 雄士[1], 髙橋 広城[2], 瀧口 修司[1] (1.名古屋市立大学病院消化器・一般外科, 2.名古屋市立大学医学部附属西部医療センター)

[R20-4]

ロボット支援腹腔鏡下手術で行った稀で複雑な回結腸静脈の変異上行結腸癌の一例：右側結腸癌切除における最適な外科的アプローチの選択

北川 和男[1], 般若 祥人[1], 栗田 紗裕美[1], 下山 雄也[1], 隈本 智卓[1], 衛藤 謙[2] (1.東京慈恵会医科大学附属柏病院外科, 2.東京慈恵会医科大学外科学講座)

[R20-5]

完全内蔵逆位を伴う直腸癌に対してロボット支援下直腸切除術を施行した1例

服部 正嗣, 宇野 泰朗, 松本 格, 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)

[R20-6]

切除不能進行S状結腸癌直腸・膀胱浸潤に対して術前化学療法施行後にロボットにて前方切除+膀胱全摘施行した症例

野澤 慶次郎, 宮田 敏弥, 浅古 謙太郎, 福島 慶久, 浅田 祐介, 落合 大樹 (帝京大学医学部付属病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 7

[R20] 要望演題 20 症例報告：大腸手術の工夫

座長：小林 建司(国立病院機構函館医療センター), 八岡 利昌(東京女子医科大学総合診療科)

[R20-1] 馬蹄腎を併存した子宮体癌上行結腸転移に対し蛍光尿管カテーテル併用腹腔鏡下結腸右半切除術を施行した1例

四元 拓宏, 近藤 彰宏, 馮 東萍, 竹谷 洋, 松川 浩之, 西浦 文平, 安藤 恭久, 須藤 広誠, 岸野 貴賢, 大島 稔, 隈元 謙介, 岡野 圭一 (香川大学医学部附属病院消化器外科)

【はじめに】馬蹄腎は両側腎が下極で癒合する先天性の合併奇形であり、0.25%の頻度で存在すると報告されている。血管系や腎盂尿管系に走行異常を伴うことが多く，大腸癌手術においては副損傷に注意する必要がある。今回、馬蹄腎を併存した子宮体癌上行結腸転移に対し蛍光尿管カテーテル併用腹腔鏡下手術を施行した症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。
【症例】61歳女性。27年前に子宮体癌に対し広汎子宮全摘術が施行され当院婦人科で外来フォロー中であった。CA125の上昇を認め下部消化管内視鏡検査を施行したところ、上行結腸に50mm大の５型腫瘍を認め、生検の結果子宮体癌からの転移を疑う所見であった。造影CT検査で馬蹄腎併存であることが確認された。上行結腸以外に明らかな再発転移を疑う腫瘍性病変は認めなかったため外科的切除の方針となり、蛍光尿管カテーテル留置の上で腹腔鏡下結腸右半切除術を施行した。BMI 39と高度肥満を認めていたこと、前回手術の影響で骨盤内に広範囲な小腸の癒着を認めていたことから手術操作は時間を要した。手術時間は379分、出血量は少量であった。術後経過は良好で10日目に自宅退院となった。病理組織学的・免疫学的所見としてエストロゲン受容体及びプロゲステロン受容体が陽性であり、子宮体癌の上行結腸転移の診断となった。その後婦人科で全身化学療法が施行され、術後8か月現在再発転移なく経過している。
【考察】
馬蹄腎は、過剰腎動脈や尿路走行異常など解剖学的破格を伴うことが多いとされ副損傷には留意が必要であるが、蛍光尿管カテーテルは術中の明瞭な尿管走行認識に寄与し適切な剥離層維持が可能であった。適切な剥離層の確保は尿管だけでなく過剰腎動脈の損傷回避につながると考えられ、手術ビデオを供覧しつつその有用性を提示する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 7

[R20] 要望演題 20 症例報告：大腸手術の工夫

座長：小林 建司(国立病院機構函館医療センター), 八岡 利昌(東京女子医科大学総合診療科)

[R20-2] 進行横行結腸癌とESD非適応の直腸Schwannomaに対してロボット支援下拡大結腸右半切除術+Transanal minimally invasive surgeryで切除し得た1例

越智 優, 平木 将之, 在田 麻美, 柳澤 公紀, 安井 昌義, 武田 裕, 村田 幸平 (関西労災病院消化器外科)

【背景】
近年腹腔鏡下手術やロボット支援下手術による手術の低侵襲化が進んでいるが、下部直腸病変では根治切除のために肛門、排尿機能低下を伴う術式を選択せざるを得ない場合も多い。直腸良性腫瘍や早期下部直腸癌に対してはTransanal minimally invasive surgery(TAMIS)も適応とされており、低侵襲で肛門機能温存が可能と大きな利点がある。
【症例】
80歳代の女性。血便を主訴に当院紹介受診した。精査の結果、進行横行結腸癌および直腸腫瘤（AV6cm）を認め、直腸腫瘤は生検によりSchwannoma疑いであったが、局在が翻転部近傍であり、かつEUSで第4層までの浸潤を認めたためESD非適応となった。
進行横行結腸癌に対してロボット支援下拡大結腸右半切除術を、直腸腫瘤に関してはTAMISでの切除の方針とした。TAMISにより、腹腔内との交通を起こさず切除し、全層１層連続縫合で縫縮した。手術時間は341分、出血は少量で問題なく終了した。術後経過は問題なく術後11日目に退院とした。術後標本での病理結果はSchwannoma、RM0の診断であった。
【考察】
直視下での経肛門的切除では視野の確保が困難であるが、TAMISでは単孔式ポートを装着することで比較的良好な視野を確保することができ、鉗子操作も腹腔鏡下手術と同様であるという利点がある。腫瘍局在や深達度のため、内視鏡的切除術での治療が困難な場合は、有用なアプローチである。
また腹会陰式直腸切断術や超低位前方切除術と比較して、明らかに侵襲は少なく、肛門機能だけでなく、排尿、性機能も温存でき、縫合不全等のリスクもないという多くのメリットが挙げられる。本症例では同時にロボット支援下に拡大結腸右半切除を行なっていることや直腸病変は良性腫瘍であることを考慮すると、TAMISによる低侵襲な切除ができたことは術後合併症のリスク低減やQOLの向上に寄与すると考えられる。患者腫瘍背景や病変の悪性度、内視鏡治療によるリスク等に応じてTAMISの適応を検討することは非常に有用と考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 7

[R20] 要望演題 20 症例報告：大腸手術の工夫

座長：小林 建司(国立病院機構函館医療センター), 八岡 利昌(東京女子医科大学総合診療科)

[R20-3] 骨盤方向へ浸潤を伴う右側結腸癌に対するロボット支援手術の工夫と課題

奥山 晃世[1], 鈴木 卓弥[1], 福田 真里[1], 加藤 潤紀[1], 浅井 宏之[1], 上原 崇平[1], 加藤 瑛[1], 牛込 創[1], 山川 雄士[1], 髙橋 広城[2], 瀧口 修司[1] (1.名古屋市立大学病院消化器・一般外科, 2.名古屋市立大学医学部附属西部医療センター)

【はじめに】
大腸癌に対するロボット支援手術は，その精緻な操作性と安定した視野確保を可能とする点から，近年，標準的治療選択肢の一つとして広く普及してきている．一方で，複数方向への切除を要する症例では術野展開に制限があり，ポート配置やアームドッキングに工夫を要する．今回我々は，盲腸癌および虫垂癌が骨盤方向へ浸潤した2症例に対してロボット支援下に広範囲結腸切除を施行したため報告する．
【症例】
症例1は60歳代女性．貧血を主訴に受診され，腹部CTで，盲腸癌，膀胱・子宮浸潤，S状結腸浸潤，傍大動脈リンパ節転移を認めた．通過障害を認めていたため，根治手術を見据え，腹腔鏡下回腸横行結腸バイパス術を施行したのちに，化学療法を施行し根治目的にロボット支援腹腔鏡下回盲部切除術+骨盤内蔵全摘術（直腸切除セッティング+1ポート）を施行した．術後経過は良好で術後23日で退院となった．症例2は70歳代女性．便潜血陽性を主訴に受診され，下部内視鏡検査で回盲部腫瘍（生検：粘液癌）を認めた．腹部CT検査で4㎝大の虫垂腫瘍，小腸・S状結腸浸潤を認め，虫垂粘液癌の診断となり，ロボット支援腹腔鏡下回盲部切除術+S状結腸部分切除（右半結腸切除セッティング+1ポート）を施行した．術後ポートサイトヘルニア嵌頓に対して緊急手術を行ったが，経過としては良好で術後26日で退院となった．いずれの症例も根治切除が可能であった．
【考察】
本症例のように，広範囲な臓器浸潤を認める進行癌に対するロボット支援手術の報告は少なく，外科的切除には高度は戦略が求められる．右側及び左側結腸，さらには骨盤深部までの捜査を見据え，術前から計画をすることで，ポート数を最小限に抑えることができ，ドッキングの効率化を図ったうえで，安全かつ円滑な手術遂行が可能であったと考える．
【結語】
骨盤方向へ浸潤を伴う右半結腸癌に対し，ロボット支援下に根治的切除を行った2例を経験した．本術式における戦略と工夫についてビデオを交えて報告する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 7

[R20] 要望演題 20 症例報告：大腸手術の工夫

座長：小林 建司(国立病院機構函館医療センター), 八岡 利昌(東京女子医科大学総合診療科)

[R20-4] ロボット支援腹腔鏡下手術で行った稀で複雑な回結腸静脈の変異上行結腸癌の一例：右側結腸癌切除における最適な外科的アプローチの選択

北川 和男[1], 般若 祥人[1], 栗田 紗裕美[1], 下山 雄也[1], 隈本 智卓[1], 衛藤 謙[2] (1.東京慈恵会医科大学附属柏病院外科, 2.東京慈恵会医科大学外科学講座)

【はじめに】　右側結腸癌の手術において回結腸静脈は重要な解剖学的指となるが，稀に解剖学的血管変異を有する症例がある。複雑な解剖学的血管変異がある右側結腸癌に対して従来の腹腔鏡下アプローチは定型的な術野展開が困難であり解剖学的誤認による全結腸間膜切除や中枢側血管高位結紮が不十分になる可能性がある．また，血管処理時に従来の手術展開と異なるため組織に過度の緊張がかかり，血管損傷による大量出血の可能性がある．ロボット支援下手術は多関節機能を有するため，解剖学的血管変異症例でも血管の走行に合わせた剥離が可能であり，組織の緊張が少なく血管処理が可能である．定型的な術野展開を行っても組織剥離面のアプローチが可能なため解剖学的誤認しづらくなり，容易に全結腸間膜切除および中枢側血管高位結紮が可能である．本症例は回結腸静脈の血管変異症例に対し術前に血管変異を診断し，ロボット支援腹腔鏡下手術を行った極めて稀な報告例である．
【症例】　68歳，女性．既往歴は気管支喘息と造影剤アレルギーがある．右下腹部痛で精査したところ，上行結腸癌と診断した．非造影腹部CT検査所見で回結腸静脈根部と回結腸動脈根部が離れて走行していた．回結腸静脈は右結腸静脈および前上膵十二指腸静脈と合流しヘンレの胃結腸静脈幹に流入していた．右結腸動脈はヘンレの胃結腸静脈幹の腹側を走行し，末梢では右結腸静脈と並走していた．以上を術前に診断できたため，手術をロボット支援腹腔鏡下で行うこととした．回結腸動静脈および右結腸動静脈を根部で結紮切離するロボット支援腹腔鏡下右結腸切除術およびD3リンパ節郭清を行った．
【結語】　回結腸静脈の解剖学的血管変異がある上行結腸癌に対してロボット支援腹腔鏡下右結腸切除術を施行した．ロボット支援腹腔鏡下手術は多関節機能を有するため，解剖学的変異に対しても安全に遂行可能であった．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

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 7

[R20] 要望演題 20 症例報告：大腸手術の工夫

座長：小林 建司(国立病院機構函館医療センター), 八岡 利昌(東京女子医科大学総合診療科)

[R20-5] 完全内蔵逆位を伴う直腸癌に対してロボット支援下直腸切除術を施行した1例

服部 正嗣, 宇野 泰朗, 松本 格, 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)

【緒言】完全内臓逆位は胸腹部臓器の全てが矢状面に対して鏡像的位置にある比較的まれな先天性疾患である。悪性腫瘍との併存の報告がされており、手術に際しては解剖学的認識に注意が必要である。ロボット支援下手術に際しては通常とは異なるポート配置、デバイスセッティングでの手術が求められる。完全内臓逆位症を伴う直腸癌に対してロボット支援下直腸切除術を行った1例について報告する。
【症例】症例は特に既往歴のない外国籍の60歳男性。日本在住の娘を訪ねて日本滞在中に下血を認め、近医で直腸癌と診断されて当院に紹介となった。直腸RS-Raに3/4周性の2型病変を認め、精査でT3N0M0 Stage IIaの直腸癌と診断された。また初めて完全内臓逆位を指摘された。逆位以外の血管走行異常を認めないことを確認し、da Vinci　Xi　surgical　systemを用いたロボット支援下直腸切除術を行った。ロールインを患者右下から行い、ポートは通常の鏡像位置に配置し、アームは左下腹部外側に1番、左下腹部内側に2番、臍部ポートに3番、右上腹部に4番をセットし、左上腹部に助手ポートを配置した。3番にカメラを装着し、１番にTip-up フェネストレイテッドグラスパ、2番にフェネストレイテッドバイポーラ、4番にモノポーラシザースを装着した。下腸間膜動脈を根部で切離するD3リンパ節郭清を行った。骨盤内操作では2番にモノポーラシザース、4番にフェネストレイテッドバイポーラを装着して１番4番の両手で視野を展開し、直腸低位前方切除（TSME）を行いDST再建を行った。総手術時間は294分、コンソール時間は185分、出血は10mlであった。術後経過は良好で術後8日目に退院となった。
【考察】完全内臓逆位を伴う直腸癌に対する手術は鏡像的位置にポートを配置しデバイスのセッティングを工夫することで通常とほぼ同じ感覚で問題なく施行することが可能であった。完全内臓逆位を伴う直腸癌に対する手術の報告は散見されるが、ロボット支援下に手術を行った症例の報告はいまだ極めて少なく非常に貴重な症例であったと考えた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 7

[R20] 要望演題 20 症例報告：大腸手術の工夫

座長：小林 建司(国立病院機構函館医療センター), 八岡 利昌(東京女子医科大学総合診療科)

[R20-6] 切除不能進行S状結腸癌直腸・膀胱浸潤に対して術前化学療法施行後にロボットにて前方切除+膀胱全摘施行した症例

野澤 慶次郎, 宮田 敏弥, 浅古 謙太郎, 福島 慶久, 浅田 祐介, 落合 大樹 (帝京大学医学部付属病院外科)

【はじめに】
　他臓器浸潤癌は積極的な術前治療と他臓器合併切除により近年治療成績が向上している。ロボット支援手術は，消化器外科，泌尿器科，婦人科などの骨盤外科においては非常に有用である。
今回切除不能進行S状結腸癌直腸・膀胱浸潤に対して術前化学療法施行後にロボットにて前方切除+膀胱全摘施行にて良好な結果を得たので報告する。
【症例】
74歳,男性.主訴:下腹部痛.
現病歴:下腹部痛と気尿/糞尿にて近医泌尿器科受診.腹部CTにて直腸膀胱瘻/右水腎症と診断.精査加療目的に当院泌尿器科紹介され,精査にてS状結腸癌膀胱浸潤と診断.その後当科紹介入院となる.
AV20cmのS状結腸に全周性の狭窄と膀胱への浸潤を伴う隆起性病変を認め局所進行S状結腸癌(S,T4b(膀胱)N2bM1a(肝臓),cStage IVa)と診断.
切除不能と診断し,横行結腸ストーマ造設術および左尿管ステント留置施行.
術後化学療法 (Bevacizumab+)mFOLFOX6を開始.
18コース終了時のCT検査では局所が60%程度の縮小を認めPRと判断.肝転移は70%以上の縮小を認めたが残存していた.これ以上の縮小は困難と判断.
ご本人・ご家族のご希望にて泌尿器科と合同にてロボット支援低位前方切除,膀胱全摘,回腸導管造設術施行.ダグラス窩は閉鎖し,直腸浸潤を認めた.
現在外来にてmFOLFOX6を6コース追加治療施行し肝転移病変の評価を行っている.

【考察】
隣接臓器への浸潤を伴う局所進行大腸癌に対して、R0 切除を目指し，術前化学療法を積極的に行っている。
さらにロボット支援手術は高度な手術手技が求められる骨盤内手術において2018年4月に膀胱、直腸、子宮の骨盤内臓器に対するロボット支援手術が保険収載されて以来、複数の診療科が合同で行う骨盤内のロボット支援手術が増加している。
ロボット支援手術の三次元立体画像、多関節鉗子や手ぶれ防止機能などの操作性などにより、特に骨盤内手術においてロボット支援手術は消化器外科、泌尿器科、婦人科などの骨盤外科においては非常に有用である。
【結語】
今回切除不能進行S状結腸癌直腸・膀胱浸潤に対するロボット支援手術は骨盤外科においては非常に有用で良好な結果であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 7

[R21] 要望演題 21 ストーマ造設術の工夫

座長：西舘 敏彦(JR札幌病院外科), 秋月 恵美(札幌いしやま病院)

[R21-1]

回腸双孔式人工肛門に対する人工肛門閉鎖における合併症とそのリスク因子

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

[R21-2]

一時的回腸人工肛門の閉鎖術における創部感染の予防策

高 理奈, 松末 亮, 有宗 敬祐, 澤田 晋, 石田 薫平, 中西 望, 吉田 真也, 森野 甲子郎, 後藤 俊彦, 山本 道宏, 待本 貴文 (天理よろづ相談所病院)

[R21-3]

術前CT画像を用いた回腸人工肛門造設後の排液量の予測

足立 陽子, 鈴村 博史, 松本 健司, 笹倉 勇一, 寺内 寿彰, 吉川 貴久, 篠崎 浩治 (済生会宇都宮病院外科)

[R21-4]

ストーマ閉鎖部の腹壁瘢痕ヘルニアリスク因子の検討とヘルニア発症予防を目的とした閉腹法

柿澤 奈緒, 水澤 由樹, 松澤 夏未, 福井 太郎, 高山 裕司 (自治医大さいたま医療センター一般・消化器外科)

[R21-5]

腹壁構造に注目した傍ストーマヘルニア発生の術前リスク因子の検討

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

[R21-6]

当院における一時的回腸人工肛門造設後 Outlet obstruction の発症状況及び造設手技の工夫

安岡 宏展, 木下 敬史, 小森 康司, 佐藤 雄介, 大内 晶, 北原 拓哉 (愛知県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

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 7

[R21] 要望演題 21 ストーマ造設術の工夫

座長：西舘 敏彦(JR札幌病院外科), 秋月 恵美(札幌いしやま病院)

[R21-1] 回腸双孔式人工肛門に対する人工肛門閉鎖における合併症とそのリスク因子

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

【目的】回腸双孔式人工肛門造設術の多くは，直腸癌や潰瘍性大腸炎などに対する根治術に併施され，その場合は通常初回手術から数か月が経過した時点で人工肛門閉鎖術を施行する．初回手術と比較して低侵襲であること，小腸-小腸吻合になることがほとんどであることから，その合併症リスクが過小評価されることも多い．今回は，当院における回腸双硬式人工肛門に対する人工肛門閉鎖術における短期成績をまとめて報告する．
【方法】2022年1月から2025年4月まで当院で回腸双孔式人工肛門に対する人工肛門閉鎖術を施行した症例を対象とし，後方視的に検討した．
【結果】対象は99例，年齢中央値は62歳(51-73歳)，初回手術の術式は直腸癌に対するロボット支援下あるいは腹腔鏡下直腸前方切除術54例，潰瘍性大腸炎またはFAPに対する腹腔鏡下大腸全摘術21例，穿孔性腹膜炎に対する緊急手術9例，その他15例であった．初回手術から人工肛門閉鎖までの期間の中央値は156日(113-205日)であった．平均手術時間は74.4±28.2分であった．合併症は20例(20%)にみられ，縫合不全2例，小腸穿孔1例，吻合部血腫1例，腹腔内膿瘍3例，イレウス10例，非特異的腸炎2例，その他1例であった．縫合不全，小腸穿孔，吻合部血腫を生じた3例については再手術を要し，いずれも吻合部切除を含む小腸部分切除を施行したが，人工肛門の再造設は要しなかった．併存疾患としての糖尿病の有無，喫煙歴，ステロイドの内服の有無，抗血栓薬の内服の有無，術者(レジデントまたは上級医)について，それぞれ合併症の有無との関連を検討したところ，いずれも有意な関連はみられなかった．
【結論】回腸双孔式人工肛門に対する人工肛門閉鎖術において20%で合併症が生じ，3.0%の症例で再手術を要していた．人工肛門閉鎖術においては必ず開腹歴を有しており，癒着のリスクがあることがその原因として考えられるが，今回の検討ではその原因として有意な関連を示した因子は同定されなかった．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 7

[R21] 要望演題 21 ストーマ造設術の工夫

座長：西舘 敏彦(JR札幌病院外科), 秋月 恵美(札幌いしやま病院)

[R21-2] 一時的回腸人工肛門の閉鎖術における創部感染の予防策

高 理奈, 松末 亮, 有宗 敬祐, 澤田 晋, 石田 薫平, 中西 望, 吉田 真也, 森野 甲子郎, 後藤 俊彦, 山本 道宏, 待本 貴文 (天理よろづ相談所病院)

【背景】
人工肛門閉鎖術の合併症のうち、創部感染は一般的に高頻度である。当科では以前、創部皮下へのドレーン挿入や巾着縫合閉鎖で感染対策としていたが、一定の確率で創部感染が生じていた。そこで感染対策を見直し、2022年10月より、SSI(Surgical Site Infection)対策として新たなバンドルを導入し、統一した。
【対象と方法】
2019年6月から2025年3月までに一時的回腸人工肛門造設後の閉鎖術を行なった60例を対象とした。2019年6月から2022年9月までの30例を前期群、2022年10月から2025年3月までの30例を後期群とした。前期群は皮下ドレーンの挿入や巾着縫合閉鎖で感染対策としていたが、術中の感染防御策や術後の抗菌薬投与期間に関して、統一された感染対策は行われていなかった。後期群はドレーンを使用せず、感染予防バンドルとして①術直前のストマ周囲を含む腹部の徹底的な消毒、②人工肛門の仮閉鎖、③術野シーツの交換、手術器具の交換、徹底的に清潔操作を意識した吻合、④閉創前の創部の入念な洗浄、⑤非吸収性のモノフィラメントによる垂直マットレス縫合での創閉鎖とし、これらを全症例に統一して行った。
【結果】
前期群は年齢47-87歳、男女比は3:2、手術時間の中央値107分、出血量の中央値5ml、周術期の抗生剤投与期間の中央値は3日であった。ドレーンを使用した症例は30例中23例で、その他7例は巾着縫合を行った。後期群は年齢47-88歳、男女比は2:1、手術時間の中央値107分、出血量の中央値5ml、周術期の抗生剤投与期間の中央値は0日であった。SSIの発生は、前期群が30例中４例(13%)だったのに対し、後期群は30例中0例(0%)であった。統計学的に両群間で有意差を認めなかったが、感染発症率は抑制された。さらに、SSIを認めた症例は全例皮下ドレーンを挿入しており、皮下ドレーンは創部感染予防に寄与しない可能性を示した。
【まとめ】
人工肛門閉鎖術後の創部感染対策として当科で導入したバンドルは、感染抑制の可能性があることが示された。また、皮下にドレーンを留置しなくても、これらの予防策を徹底すれば感染を予防することが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

Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 7

[R21] 要望演題 21 ストーマ造設術の工夫

座長：西舘 敏彦(JR札幌病院外科), 秋月 恵美(札幌いしやま病院)

[R21-3] 術前CT画像を用いた回腸人工肛門造設後の排液量の予測

足立 陽子, 鈴村 博史, 松本 健司, 笹倉 勇一, 寺内 寿彰, 吉川 貴久, 篠崎 浩治 (済生会宇都宮病院外科)

【背景】一時的人工肛門の造設部位として結腸もしくは回腸の選択肢があるが、後者はしばしばhigh-outputが問題となる。リスク因子として大腸全摘や術後腸閉塞等の報告があるものの、CT画像所見に関する報告はない。今回、CT画像を用いて回腸人工肛門造設後の排液量の予測が可能であるかを検討した。
【対象と方法】当院で2015年6月から2025年1月までに下部直腸癌に対して低位前方切除術＋回腸人工肛門造設術を施行した50例を対象とした。他部位の腸管切除症例、腫瘍性腸閉塞の症例は除外した。術前のCTで回腸末端の便性状を評価し、①空気を多く含む泥状便様（泥状便群）、②空気が含まれないもしくは液面形成を認める水様便様（水様便群）の2群に分類し、術後のストマ排液量との関連を統計学的に解析した。
【結果】年齢の中央値は66(58-73)歳で、性別の内訳は男性40人、女性10人であった。食事開始日の中央値は術後3(2-3)日目で、術後在院日数の中央値は16(12-22)日であった。ストマからの最大1日排液量は、中央値が1305（825-1685）mLであった。術後のストマ部閉塞を2例（4%）で認めた。その2例を除いた48例のうち、泥状便群が30例、水様便群が18例であった。術後7日目以降の最大1日排液量が1500mLを超える症例は、泥状便群で1例（3.3%）、水様便群で5例（27.8%）、2000mLを超える症例は、泥状便群で0例（0%）、水様便群で3例（16.7%）であり、いずれも有意に水様便群で多い結果であった（p=0.013/p=0.021）。また、止痢薬を必要とした症例に関しても泥状便群で3例（10.0%）、水様便群で8例（44.4%）と後者で有意に多い結果であった（p=0.006）。
【結語】回腸人工肛門造設後の排液量や止痢薬の使用は、術前のCT画像所見と有意に関連していた。一時的人工肛門の造設部位の決定は、背景疾患や全身状態の他、CT画像所見も加味した総合的な判断が望まれ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

Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 7

[R21] 要望演題 21 ストーマ造設術の工夫

座長：西舘 敏彦(JR札幌病院外科), 秋月 恵美(札幌いしやま病院)

[R21-4] ストーマ閉鎖部の腹壁瘢痕ヘルニアリスク因子の検討とヘルニア発症予防を目的とした閉腹法

柿澤 奈緒, 水澤 由樹, 松澤 夏未, 福井 太郎, 高山 裕司 (自治医大さいたま医療センター一般・消化器外科)

【緒言】一時的ストーマの閉鎖は若手外科医が担当することが多い手術であるが、術後のストーマサイトヘルニアが生じると患者のQOLは低下し、修復手術を要する場合もある。
【方法】2013年から2023年に一時的ストーマ閉鎖を当院で行った症例で、ストーマサイトの腹壁瘢痕ヘルニア(SS-IH)のリスク因子を後方視的に検討し、また予防を目的とした閉腹法を紹介する。
【結果】185症例のうち、SS-IHは31例（17%）に発症した。そのうち2例にヘルニア修復手術が施行された。
1)リスク因子の検討；ASA3以上 (P=0.022)、DMあり (P=0.012)、正中創ヘルニア(ML-IH)あり (P<0.01)、創完全閉鎖 (P=0.015)、高齢 (P=0.013)、高BMI (P=0.014)が単変量解析での有意な因子であった。これらに、ASOまたはAAA既往あり (P=0.060)、SSIあり (P=0.12)を加えて多変量解析を行った。結果、70歳以上 (P<0.01)、ML-IH (P<0.01)、創完全閉鎖 (P=0.022)、BMI24以上 (P=0.016)がSS-IHの独立したリスク因子であった。
2)ストーマ閉鎖時の閉腹法；①腹膜のみを連続縫合する。②腹直筋前鞘を単結節縫合する。③創は完全閉鎖せずに小孔をあけSSI予防とする。2021年からこの閉腹法を15例に施行し、SS-IH発症は1例 (6.7%)であった。
【考察】SS-IHの発症には、患者側因子（高齢、肥満、基礎疾患）と手術因子（創閉鎖）が関与しており、発症リスクを検討して予防に努め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

Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 7

[R21] 要望演題 21 ストーマ造設術の工夫

座長：西舘 敏彦(JR札幌病院外科), 秋月 恵美(札幌いしやま病院)

[R21-5] 腹壁構造に注目した傍ストーマヘルニア発生の術前リスク因子の検討

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

【始めに】ストーマの合併症には、頻度が多いものに傍ストーマヘルニア(PSH)がある。PSHのリスク因子として腹壁構造を考慮した研究は少ない。
【目的】PSH発生のリスク因子をストーマ造設前の臨床病理学的因子、CT画像所見から抽出し対策を検討する。
【方法】2018年1月から2021年12月までに人工肛門造設を行う手術を受けた143名を対象とした。PSHの定義は、CT所見で人工肛門につながる腸管以外の脂肪織、腹腔内臓器を腹壁外に認めた症例、また臨床上PSHと診断した症例とした。検討因子は、臨床病理学的因子(年齢、性別、緊急手術、糖尿病、ステロイド、術式、ストマ部位など)と画像解析システム(Synapse Vincent)を用いて術前CT(臍レベル)にて腹囲、内臓脂肪(VFA:visceral fat area)、皮下脂肪(SFA:subcutaneous fat area)、腹部周囲筋(腹直筋や腹横筋)、大腰筋、脊柱起立筋の面積を計測し因子とした。なお当院はストーマ造設前に全例ストーマサイトマーキングを行い、経腹直筋経路で作成している。
【結果】PSHは19%(27/143)に認めた。観察期間は14.5ヶ月(中央値 1.5-61.5)であった。年齢は66歳(中央値25-92)、男性86名、女性57名であった。単変量解析では、BMI(p=0.001)、内蔵脂肪面積(p=0.019)、皮下脂肪面積(p=0.001)、腹囲(p=0.031)、腹部周囲筋面積(p=0.001)で有意差を認めた。多変量解析(単変量解析でp<0.05であった因子)では、皮下脂肪面積(p=0.002　OR 1.011 [1.004-1.018])、腹部周囲筋面積(p=0.006 OR 1.048 [1.013-1.084])で有意差を認めた。
【考察】PHS発生リスク因子は、肥満や腹腔内圧上昇が報告されている。本研究では皮下脂肪が多く、腹部周囲筋発達していることがリスク因子であった。皮下脂肪が厚いことで、挙上腸管の筋膜固定が不十分になった可能性がある。また、腹腔内圧が上昇しやすい状況が結果として、腹部周囲筋の発達という腹壁構造の特徴を示した可能性がある。PSH予防として、皮下脂肪が多い症例では術前より減量指導や、手術ではより確実な腹直筋筋膜と挙上腸管との固定が重要である。また腹部周囲筋発達症例では、術後に腹腔内圧が上昇するような生活を避ける指導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

Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 7

[R21] 要望演題 21 ストーマ造設術の工夫

座長：西舘 敏彦(JR札幌病院外科), 秋月 恵美(札幌いしやま病院)

[R21-6] 当院における一時的回腸人工肛門造設後 Outlet obstruction の発症状況及び造設手技の工夫

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

【はじめに】
近年、下部直腸癌に対して腹腔鏡手術の進歩や経肛門的直腸間膜全切除（TaTME）やロボット支援下手術などの新規術式の登場により肛門温存術式が普及するにつれて、縫合不全予防や肛門機能改善を待つ目的で一時的回腸瘻を造設する機会が増えてきた。人工肛門関連合併症には、皮膚粘膜障害・ストーマ壊死・ストーマ排液過多・傍ストーマヘルニアなど多岐にわたるが、outlet obstructionと呼ばれる腸閉塞は食事開始のみならず、術後補助化学療法開始の遅延や、想定外の人工肛門閉鎖を与儀なくされることもあり注意が必要である。outlet obstructionには厳密な診断基準が存在しないため、癒着性や麻痺性イレウスとの鑑別は困難であり本症自体の認識も重要であると考える。宗像らは 58 例中 13 例（22.4%）でイレウスを発症し、Outlet obstructionは 6 例（10%）と報告している。
そこで、今回われわれは一時的回腸瘻造設後にoutlet obstructionをきたした症例を振り返り、当科で行っているoutlet obstruction予防対策を報告する。
【手技】
鏡視下手術では、必ず完全に脱気した状態で造設する。正中の開腹創の皮下、腹直筋鞘をそれぞれ2ヶ所ずつ鉗子で把持し、正中に牽引しながら貫通孔を作成する。皮膚、筋鞘、腹膜にズレが生じないようにすることで腹壁に対し垂直な貫通孔が作成できる。皮膚は円形に切開し、腹直筋前鞘を縦切開、腹直筋をsprit、後鞘・腹膜も縦切開し2横指程度の広さを確保する。腹直筋前後鞘、腹膜を8ヶ所縫合した上で、挙上した回腸と固定する。その後腸管を反転して皮膚と固定する。
【結果】
2013年から2024年に直腸癌に対し352例で一時的回腸人工肛門造設をおこなった。造設においてOutlet obstructionは3例（0.85%）であり発生頻度は低かった。
【結語】
当院での回腸人工肛門造設術の手術手技動画を供覧し，その治療成績を示す。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 7

[R22] 要望演題 22 縫合不全の治療

座長：髙橋 孝夫(西濃厚生病院・外科), 堀江 久永(JCHOうつのみや病院外科)

[R22-1]

ロボット支援下直腸癌手術における縫合不全発症例の検討

横溝 肇, 岡山 幸代, 岩本 隼輔, 川畑 花, 河野 鉄平, 塩澤 俊一 (東京女子医科大学附属足立医療センター外科)

[R22-2]

インドシアニングリーン造影検査による縫合不全低減効果の検証

福井 太郎, 清水 友哉, 松澤 夏未, 高山 裕司, 柿澤 奈緒, 力山 敏樹 (自治医科大学附属さいたま医療センター一般・消化器外科)

[R22-3]

大腸吻合予定部のICG到達時間に影響する因子と臨床的意義

河内 雅年, 寿美 裕介, 徳本 雄己, 日浦 雄太, 吉川 雄大, 篠原 充, 山口 恵美, 濱岡 道則, 堀田 龍一, 豊田 和広 (東広島医療センター消化器外科)

[R22-4]

横行結腸癌に対する術式選択における腸管長の意義とZone分類による縫合不全リスク評価

佐伯 崇史[1,3], 安井 昌義[2,3], 森 良太[3], 北風 雅俊[3], 三代 雅明[3], 末田 聖倫[3], 賀川 義規[3], 西村 潤一[3] (1.大阪大学医学部附属病院消化器外科, 2.関西労災病院消化器外科, 3.大阪国際がんセンター消化器外科)

[R22-5]

直腸癌手術に対するtriple-rows circular staplerの有用性の検討

内藤 正規[1], 根岸 宏行[1], 勝又 健太[1], 臼井 創大[1], 天野 優希[1], 西澤 一[1], 小川 淳博[1], 中野 浩[1], 大坪 毅人[2], 民上 真也[2] (1.聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科, 2.聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科)

[R22-6]

縫合不全手術時における術中内視鏡併用ドレナージ術の有用性

高木 忠隆[1], 小山 文一[1,2], 岩佐 陽介[1,2], 藤本 浩輔[1], 田村 昂[1], 江尻 剛気[1], 吉川 千尋[1], 庄 雅之[1] (1.奈良県立医科大学付属病院消化器・総合外科, 2.奈良県立医科大学付属病院中央内視鏡部)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 7

[R22] 要望演題 22 縫合不全の治療

座長：髙橋 孝夫(西濃厚生病院・外科), 堀江 久永(JCHOうつのみや病院外科)

[R22-1] ロボット支援下直腸癌手術における縫合不全発症例の検討

横溝 肇, 岡山 幸代, 岩本 隼輔, 川畑 花, 河野 鉄平, 塩澤 俊一 (東京女子医科大学附属足立医療センター外科)

【目的】当科での実臨床下でのロボット支援下直腸癌手術例を検討し，縫合不全発症の危険因子を明らかにすることを目的とした．
【対象と方法】2019年10月から2023年12月までに当科でda Vinci X surgical systemを用いてロボット支援下手術を施行した直腸癌手術を行った91例のうち，消化管吻合を行った65例を対象とし，臨床病理学的因子・手術因子について，縫合不全発症の有無別に検討を行った．
【結果】対象例は男性40例，女性25例，年齢69(39-87)歳，BMI 22.4(13.6-38)kg/m 2，PS 0 60例，1以上5例，ASA 2以下 57例，3 8例，PNI 50.629(34.442-61.664)，N/L比 2.06(0.76-7.96)，mGPS A群 50例，B・C・D群 13例であった．主占居部位はRS 10例，Ra 34例，Rb 21例であった．術式は前方切除9例，低位前方切除39例，超低位前方切除14例，ISR 3例で，側方郭清は2例に施行し，diverting ileostomyは20例に造設した．手術時間 335(236-655)分，コンソール時間 191(134-387)分，出血量15(1-900)mlであった．腫瘍最大径は36(0-110)mm，壁深達度はT2以浅 26例，T3以深 39例，リンパ節転移程度はN0,1 57例，N2,3 8例，進行度はStage 0 3例，I 22例，II 18例，III 18例，IV 4例であった．縫合不全例は7例であった．各種因子と縫合不全の発症の関連をみると，BMI 25以上（p=0.0498），N/L比が2.06以上（p=0.0356）に縫合不全の発症が多くみられたが，その他の因子では関連はなかった．多変量解析を行うと，N/L比のみが独立した因子として抽出された（p=0.0433）．
【結語】当科で施行した実臨床下でのロボット支援下直腸癌手術例における縫合不全の発症は，BMI 25以上，N/L比2.06以上の例に多くみられ，N/L比は縫合不全発症の独立した危険因子であった．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 7

[R22] 要望演題 22 縫合不全の治療

座長：髙橋 孝夫(西濃厚生病院・外科), 堀江 久永(JCHOうつのみや病院外科)

[R22-2] インドシアニングリーン造影検査による縫合不全低減効果の検証

福井 太郎, 清水 友哉, 松澤 夏未, 高山 裕司, 柿澤 奈緒, 力山 敏樹 (自治医科大学附属さいたま医療センター一般・消化器外科)

【背景】大腸癌手術での縫合不全の低減のため血流を評価するインドシアニングリーン(ICG)造影検査が普及し、大規模な臨床試験でその有用性が報告・検証されている。当院で2021年10月よりヨードアレルギー症例を除く多くの症例でICG検査を行っているが、縫合不全は一定数発生している。【対象・方法】2014年1月～2025年3月に当院で大腸癌手術症例を対象に縫合不全発生割合をICG検査導入前後で比較した。また、ICG検査下での縫合不全発生例の詳細を検証した。【結果】ICG検査の実行割合は76%であった。ICG検査導入前(2014年1月-2021年9月)の縫合不全は1.4%(22/1587)、導入後(2021年10月-2025年3月)は1.9%(12/625)で有意差は無かった(p=0.34)。ICG検査施行症例での縫合不全12例の背景因子・周術期因子を以下に示す(中央値(range))。年齢73.5歳(52-85)。男性11名、女性1名。病変占拠部位:下部直腸6例、直腸S状部2例、S状結腸2例、盲腸2例。Defunctioning Stoma(DS)造設併施2例(16.7%)。術前の小野寺のPrognostic Nutritional Index(PNI)38.9(30.4-50.3)。手術時間370分(252-654)。術中出血量75ml(0-2122)。術前スコープ不通過4例(33%)。併存症:糖尿病3例、脳梗塞2例、術前(放射線)化学療法施行3例、前立腺癌放射線治療歴1例、下腸間膜動脈再建を伴うAAA手術既往1例。【考察】当院では既報と比較し縫合不全が少なく、ICG検査導入前後で縫合不全の低減効果は認めなかった。縫合不全例ではPNIが低い症例が多く、術前の栄養介入により縫合不全を低減できる可能性が示唆された。術前治療施行症例が近年増加しており、重症化回避のため予定でのDS造設施行例でもドレーン管理のため入院が長期化していた。ICG検査という単一の介入での縫合不全低減は困難であり、複合的な対策が求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 7

[R22] 要望演題 22 縫合不全の治療

座長：髙橋 孝夫(西濃厚生病院・外科), 堀江 久永(JCHOうつのみや病院外科)

[R22-3] 大腸吻合予定部のICG到達時間に影響する因子と臨床的意義

河内 雅年, 寿美 裕介, 徳本 雄己, 日浦 雄太, 吉川 雄大, 篠原 充, 山口 恵美, 濱岡 道則, 堀田 龍一, 豊田 和広
(東広島医療センター消化器外科)

【はじめに】
大腸癌手術の吻合前に行うICGを用いた血流評価は、簡便かつ吻合予定部血流の有無を視覚で直接認識できる利点がある。また、ICG検査を行うことで術後縫合不全が減少するとの報告もあることから、その手技は広く普及しつつある。しかし、ICGが吻合予定部へ到達するまでの時間に関する知見は十分ではない。
【目的】当院で経験した大腸癌手術の際に行ったICG検査で、ICG到達時間の臨床的意義や影響を与える因子について解析を行い、報告する。
【対象と方法】2024年1月～2025年3月までに当院で手術を行った大腸癌118症例の患者背景や術中・周術期因子を用いて解析した。ICGは中枢郭清と腸間膜処理を行った後に全例3ml静注し、吻合部へ到達するまでの時間を測定した。
【結果】大腸癌118例においてICG到達時間の中央値は28秒であったため、2群に分け到達時間に影響する因子について解析した。【28秒未満】：【28秒以上】では、年齢(歳)(中央値)＝73：71(P=0.39)、性別(男)＝28(42%)：33(65%)(P=0.01)、BMI＝23.3：23.5(P=0.65)、病変の位置(右側)=31(46%)：18(35%)(P=0.23)、Alb＝4.1：4.1(P=0.87)、EF＝66.9：64.3(P=0.002)、心疾患既往(あり)＝5(7%)：9(18%)(P=0.09)、DM(あり)＝18(27%)：8(16%)(P=0.14)であった。術中因子では、手術時間(分)=178：205(P<0.01)、出血(ml)＝5：10(P=0.23)、収縮期血圧(mmHg)＝95：99(P=0.27)、平均血圧＝68：68.5(P=0.52)、脈拍＝64：64(P=0.71)、体温(℃)＝36.2：36.3(P=0.79)であった。また、縫合不全＝0：3(5.9%)(P=0.04)であった。
【考察】今回の検討では、ICG到達時間が短い群で有意に縫合不全が少なかった。また到達時間に影響する因子解析では、女性、手術時間が短い、EFが高い症例で有意に短くなっていた。心疾患の既往がない症例でも短くなる傾向を認めていた。
以上の結果から、患者自身の循環動態がICG到達時間に影響を与えており、循環動態の不安定性が縫合不全のリスクとなっ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

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 7

[R22] 要望演題 22 縫合不全の治療

座長：髙橋 孝夫(西濃厚生病院・外科), 堀江 久永(JCHOうつのみや病院外科)

[R22-4] 横行結腸癌に対する術式選択における腸管長の意義とZone分類による縫合不全リスク評価

佐伯 崇史[1,3], 安井 昌義[2,3], 森 良太[3], 北風 雅俊[3], 三代 雅明[3], 末田 聖倫[3], 賀川 義規[3], 西村 潤一[3] (1.大阪大学医学部附属病院消化器外科, 2.関西労災病院消化器外科, 3.大阪国際がんセンター消化器外科)

【背景】横行結腸癌における術式選択では, 腸管長などの解剖学的因子を考慮する術者が多いが, 腸管長が術後合併症に与える影響を評価した報告はない. 本研究では, 横行結腸の腸管長と術式, 縫合不全との関連を検討した. 【方法】2008-2024年に当院で右半結腸切除（以下RHC, n=95）または横行結腸部分切除（以下TC, n=81）を施行した176例を後方視的に比較検討した. 腸管長の簡便な評価法としてZone分類を導入した. Zone分類では, CTの矢状断および冠状断像を用いて, 恥骨から肝彎曲部までの体腔内距離を頭尾側方向に4等分し, 頭側から順にZone1～4に区分した. 横行結腸間膜の下端が属する位置に応じて分類することで, 腸管長を簡易的に評価した. 両術式の短期成績を, 全集団およびサブグループ（Zone1, non-Zone1）で評価した. 【結果】全集団ではTC群で縫合不全率が有意に高かった（RHC/TC：1例（5.6%）/6例（22.7%）, p=0.049）. サブグループ別の縫合不全率は, Zone1（RHC/TC：1例（2.8%）/5例（23.8%）, p=0.022）, non-Zone1（RHC/TC：0例（0%）/1例（1.7%）, p=1.00）であり, Zone1ではTC群で有意に高値を示した. その他の術後合併症は, 全集団および各サブグループで両群間に有意差はなかった. 【結論】横行結腸の腸管長が短い症例では, 横行結腸部分切除術により縫合不全のリスクが上昇するため, 術式選択には慎重な判断が求められる. 一方, 腸管長が十分な症例では, 両術式の短期成績に差はなく, 腫瘍学的因子や臓器温存の観点を踏まえた柔軟な術式選択が可能と考えられる.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 7

[R22] 要望演題 22 縫合不全の治療

座長：髙橋 孝夫(西濃厚生病院・外科), 堀江 久永(JCHOうつのみや病院外科)

[R22-5] 直腸癌手術に対するtriple-rows circular staplerの有用性の検討

内藤 正規[1], 根岸 宏行[1], 勝又 健太[1], 臼井 創大[1], 天野 優希[1], 西澤 一[1], 小川 淳博[1], 中野 浩[1], 大坪 毅人[2], 民上 真也[2] (1.聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科, 2.聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科)

【緒言】直腸癌手術における縫合不全は最も憂慮される合併症のひとつであり，約10%前後に発生するといわれている。double stapling technique（DST）はcircular staplerを用いた器械吻合であり、内反吻合であるため吻合初期は耐圧性が脆弱である。本研究では、DST吻合においてlip marginの保持と耐圧性に優れるtriple-rows circular staplerの（tri-stapler）有用性を検討した。
【目的・対象】tri-staplerの使用を開始した2023年2月から2025年3月までに腹腔鏡下直腸切除術を施行した36例（男性21例、女性15例）を対象とした。tri-staplerは、トライステープル™ EEA™ サーキュラー　25mmパープル（Medtronic）を全例に使用した。tri-staplerの縫合不全に対する有用性を明らかにするために、周術期の短期成績を詳細に検証した。
【結果】年齢は64.3±12.1歳で、BMIは21.0±3.1であった。手術時間は164（99-460）分、出血量は7.9（5-100）gであった。高位前方切除が11例、低位前方切除が20例、超低位前方切除が5例であった。diverting stomaは14例（38.9%）に造設されており、経肛門ドレーンは23例に挿入されていた。縫合不全を3例（8.3%）に認めた。Clavien-Dindo分類のGrade IIIaが1例（2.8%）、Grade IIが2例（5.6%）であった。
【結語】本研究の結果からtri-staplerは縫合不全を回避し、重症化を防ぐ可能性が示された。縫合不全を無くすためには、症例の蓄積と吻合条件を含めた更なる検証が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 7

[R22] 要望演題 22 縫合不全の治療

座長：髙橋 孝夫(西濃厚生病院・外科), 堀江 久永(JCHOうつのみや病院外科)

[R22-6] 縫合不全手術時における術中内視鏡併用ドレナージ術の有用性

高木 忠隆[1], 小山 文一[1,2], 岩佐 陽介[1,2], 藤本 浩輔[1], 田村 昂[1], 江尻 剛気[1], 吉川 千尋[1], 庄 雅之[1] (1.奈良県立医科大学付属病院消化器・総合外科, 2.奈良県立医科大学付属病院中央内視鏡部)

【背景と目的】縫合不全は大腸手術における重篤な合併症の一つであり，その対策は非常に重要である．縫合不全に対する再手術時には腹腔内ドレナージ術が必要となるが，術後も炎症反応が遅延し治癒に難渋することがある．当科では術中内視鏡を用いて縫合不全部を確認し，腸管内からも洗浄することで縫合不全部を十分に洗浄ドレナージしている．また口側腸管に便が貯留している場合は，同部も洗浄を行なっている．これまで縫合不全手術時における術中内視鏡についての報告はないため，その有用性を検討した．
【対象と方法】2014年1月～2025年1月までに当科にてS状結腸・直腸切除術後の腹膜炎を伴う縫合不全にて手術施行した32例を対象とした．
【結果】術中内視鏡を施行したのは4例（12.5%）であった．両群間で年齢，性別また腫瘍学的因子について差を認めなかった．術式については腹腔鏡下/開腹ドレナージ術が対象群で13/15例(46/54%)，術中内視鏡群(IE群)で4/0例(100/0%)であった．術前・POD1・3・5のWBC値に差はなかったが，POD7値はIE群で有意に低かった(104 vs. 70, P=0.024)．術前・POD1・5のCRP値に差はなかったが，POD3・7値はIE群で有意に低かった(POD3; 13 vs. 6.2 mg/L, P=0.009, POD7; 6.6 vs. 2.4 mg/L, P=0.008). WBC正常化までの期間(10 vs. 3 days, P<0.001)，CRP正常化までの期間(20 vs. 10 days, P=0.005), 入院期間(41 vs. 21 days, P=0.023)はIE群で有意に短かった．術後3日以内のWBC正常化に関するリスク因子を検討すると，多変量解析にて術中内視鏡の有無(Odds ratio; 22.5, P=0.016)，術前WBC<110(Odds ratio; 7.5, P = 0.049)が独立した因子であった．
【結語】S状結腸・直腸切除術後の縫合不全手術時に術中内視鏡を使用することで，速やかな炎症反応の鎮静化を認めた．術中内視鏡は腹腔内と腸管内の十分な洗浄ドレナージ効果があり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

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

[R23] 要望演題 23 腹膜播種を伴う大腸癌・直腸癌局所再発の治療

座長：村田 幸平(関西労災病院外科), 池田 正孝(兵庫医科大学下部消化管外科)

[R23-1]

当科における大腸癌腹膜播種症例の集学的治療成績に基づく予後規定因子の解析

佐々木 勉, 谷 明恵, 参島 祐介, 大嶺 孝仁, 栗本 信, 持田 郁己, 谷 昌樹, 戸田 孝祐, 矢澤 武史, 大江 秀典, 山田 理大, 山中 健也 (滋賀県立総合病院外科)

[R23-2]

腹膜播種を伴う有症状の切除不能大腸癌に対する外科的治療戦略の検討

谷田部 悠介, 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, 髙嶋 祐助, 石黒 哲史, 坂井 義博, 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)

[R23-3]

原発巣切除を施行したStage Ⅳ大腸癌における治療成績および予後に遠隔転移巣が及ぼす影響についての検討

杉浦 清昭[1], 加藤 達樹[1], 青山 純也[1], 大島 剛[1], 菊池 弘人[2], 岡林 剛史[3], 愛甲 聡[1], 北川 雄光[3] (1.永寿総合病院, 2.川崎市立川崎病院一般・消化器外科, 3.慶應義塾大学医学部一般・消化器外科)

[R23-4]

大腸癌腹膜転移に対する完全減量切除と術中腹腔内温熱化学療法

武内 寛, 合田 良政, 北山 丈二, 佐藤 一仁, 大谷 研介, 清松 知充 (国立国際医療センター病院)

[R23-5]

直腸癌術後局所再発に対する術前化学放射線治療から手術までの至適期間についての検討

樋口 智[1], 植村 守[1], 草深 弘志[1], 大﨑 真央[1], 楠 誓子[1], 瀧口 暢生[2], 朴 正勝[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], 三吉 範克[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.りんくう総合医療センター消化器外科, 3.大阪けいさつ病院消化器外科)

[R23-6]

直腸癌局所再発に対する陽子線治療において部分奏功が与えるインパクト

山本 誠也[1,2], 髙橋 広城[1,2], 山本 真也[1,2], 植松 宏[1,2], 齋藤 正樹[1,2], 安藤 菜奈子[1,2], 前田 祐三[1,2], 大久保 友貴[1,2], 三井 章[1,2], 山川 雄士[1], 瀧口 修司[1] (1.名古屋市立大学大学院医学研究科消化器外科学, 2.名古屋市立大学医学部附属西部医療センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

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

[R23] 要望演題 23 腹膜播種を伴う大腸癌・直腸癌局所再発の治療

座長：村田 幸平(関西労災病院外科), 池田 正孝(兵庫医科大学下部消化管外科)

[R23-1] 当科における大腸癌腹膜播種症例の集学的治療成績に基づく予後規定因子の解析

佐々木 勉, 谷 明恵, 参島 祐介, 大嶺 孝仁, 栗本 信, 持田 郁己, 谷 昌樹, 戸田 孝祐, 矢澤 武史, 大江 秀典, 山田 理大, 山中 健也 (滋賀県立総合病院外科)

【背景】 大腸癌腹膜播種（peritoneal metastasis; PM）は，肝肺転移に比べ予後不良とされる．
【目的と方法】 PMの治療成績，予後不良因子を検討する．2011年9月～2023年12月の当科大腸癌手術症例1259例のうちPM70例（5.6%）を解析した．生存期間は，SPM（同時性PM：Synchronous PM）は初回手術からのOS，MPM（異時性PM：Metachronous PM）は播種診断時からのPRS（Post Recurrence Survival）で評価した．予後因子として，①播種の時相，②播種診断時他臓器遠隔転移，③原発癌局在，④原発癌組織分化度，⑤経静脈的化学療法，⑥播種に対する手術を検討した．
【結果】 PM70例の年齢中央値72歳，男/女＝34/36例．SPM/MPM＝37/33，原発癌局在は右/左側大腸＝37/33，原発癌組織は未分化型/分化型＝29/41例．中央値621日（57-3075）の観察期間で播種診断後5年生存率10.0%，MST 21.4ヶ月．多変量解析で，③右側大腸癌（HR 2.37 [95%CI:1.33–4.20]），④未分化型癌（2.18 [1.10–4.30]），⑤化学療法なし（3.87 [1.63-9.19]）が有意な予後不良因子で，①同時性播種（1.09 [0.55–2.17]），②他臓器転移あり（1.77 [0.93-3.37]），⑥播種に対する手術なし（1.14 [0.61–2.08]）．MST(ヶ月)は，
①SPM/MPM=21.3/23.9，②他臓器転移あり/なし＝20.4/25.6，③右/左＝18.0/37.6，④未分化/分化＝16.2/25.2，⑤化療なし/あり＝15.6/22.3，⑥手術なし/あり＝17.7/25.6．
【考察】 ほぼ同時期のStageIV手術症例の5年OS 31.9%に比べ，PMは10.0%と極めて不良で，PM診断の時相や原発腫瘍の性質，遠隔転移有無で予後が規定されると示唆された．他臓器転移のない分化型左側大腸癌MPMに限ると，MSTは58.8ヶ月，5年生存率は43.8%と比較的良好であった．P因子は画像診断で診断することの多いMPMで評価が難しく，正確なP因子の層別解析を行うことはできなかった
【結語】 大腸癌PMの予後は既報通り不良であった．右側，未分化型原発癌，経静脈的化学療法が施行できないことは有意な予後不良因子で，播種診断時他臓器転移も予後不良の傾向にあった．持続的化学療法は必須で，そのために手術が必要になることもあるが適応は十分見極めるべきである．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

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

[R23] 要望演題 23 腹膜播種を伴う大腸癌・直腸癌局所再発の治療

座長：村田 幸平(関西労災病院外科), 池田 正孝(兵庫医科大学下部消化管外科)

[R23-2] 腹膜播種を伴う有症状の切除不能大腸癌に対する外科的治療戦略の検討

谷田部 悠介, 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, 髙嶋 祐助, 石黒 哲史, 坂井 義博, 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)

【背景】大腸癌治療ガイドラインでは切除不能な遠隔転移を有する有症状の大腸癌に対して、過大侵襲とならない切除であれば、原発巣を切除して全身薬物療法を行うことを強く推奨している。当科ではガイドライン通り原発巣切除を第一選択としつつも、他臓器浸潤、下部直腸癌、手術リスクを有する患者には人工肛門造設術やバイパス術+薬物療法を考慮している。しかし、外科的介入が必要な原発巣による症状がある症例に対して原発巣を残して薬物療法を行う場合の治療成績を検討した報告は少ない。
【目的】腹膜播種を有する有症状の切除不能大腸癌において原発巣非切除＋薬物療法の短期・長期成績を原発巣切除＋薬物療法と比較し検討すること。
【方法】2006年から2021年までに、同時性腹膜播種を有する有症状(閉塞/出血)の切除不能大腸腺癌に対して当科で手術を行った患者のうち、術後に当院で薬物療法を受けなかった患者、潰瘍性大腸炎関連大腸癌、重複癌を除いた症例を解析対象とした。対象の患者について診療録から後ろ向きに患者背景、手術所見、病理所見、術後経過を抽出した。原発巣切除の有無で切除群と非切除群の2群に分け、比較検討した。
【結果】対象患者は切除群35例、非切除群38例であった。非切除群は切除群と比べて有意に男性、ECOG-PSが高い症例、直腸癌が多かった。手術時間の中央値は切除群が164分、非切除群が61分 ($p<0.001$)。切除群のうち1例はハルトマン手術で人工肛門を要し、非切除群はバイパス術を行った1例を除く37例で人工肛門を造設した。手術から初回薬物療法までの期間は31日vs.23日 ($p<0.001$)。術後合併症は2群間に差はなかった。生存期間の中央値は切除群26か月、非切除群で18か月 ($p=0.36$)と有意差はなかった。生存期間に対する多変量解析ではASA-PS≥3, 低分化癌、T4bが独立したリスク因子であった。
【結論】選択された症例においては、原発巣切除は原発巣非切除と比べて薬物療法開始の遅れは限定的であり、手術の第一選択として妥当と考えられた。一方で原発巣非切除は原発巣切除と比較して長期予後を悪化させず、個々の患者の手術リスクを鑑みて治療選択肢となりうると考えらえた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

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

[R23] 要望演題 23 腹膜播種を伴う大腸癌・直腸癌局所再発の治療

座長：村田 幸平(関西労災病院外科), 池田 正孝(兵庫医科大学下部消化管外科)

[R23-3] 原発巣切除を施行したStage IV大腸癌における治療成績および予後に遠隔転移巣が及ぼす影響についての検討

杉浦 清昭[1], 加藤 達樹[1], 青山 純也[1], 大島 剛[1], 菊池 弘人[2], 岡林 剛史[3], 愛甲 聡[1], 北川 雄光[3] (1.永寿総合病院, 2.川崎市立川崎病院一般・消化器外科, 3.慶應義塾大学医学部一般・消化器外科)

背景
本邦においてはJCOG1007試験の結果、切除不能な遠隔転移を伴うstageIVに対する原発巣切除(Primary tumor resection : PTR)は無症状の場合に積極的には勧められなくなった。しかしStage IV大腸癌はその遠隔転移の状態によって予後が異なり、PTRの有用性はいまだ明らかではないのが現状である。今回われわれは、多施設データベースを用いて、PTRを施行したstage IV大腸癌における治療成績および予後に遠隔転移巣が及ぼす影響を検討することを目的とした。

方法
慶應義塾大学病院およびその関連施設で作成されたKeio Surveillance Epidemiology and End Results : K-SEER データベースから、2015年1月から2017年12月の間にPTRを施行したStage IV大腸癌症例342例を抽出し後方視的に解析した。解析項目は全生存(Overall Survival : OS)と癌特異的生存(Cancer-Specific Survival : CSS)とした。多変量解析および生存解析を用いてStageIV大腸癌症例のPTR後の成績および予後因子を検討した。
結果
対象症例のうち、原発巣の内訳は右側結腸癌121例(35.4%), 左側結腸癌117例(34.2%), 直腸癌104例(30.4%)であった。単一臓器転移は225例(65.8%)に、多臓器転移は117例(34.2%)にそれぞれ認められた。肝転移は249例(72.8%)、肺転移は110例(32.2%)、腹膜播種は67例(19.6)%にそれぞれ認めた。3-year OS, 3-year CSSはそれぞれ43.3%, 47.87%であった。多変量解析では、OSおよびCSSの双方において、組織型 (OS; HR 2.740, 1.503-4.993, p = 0.001, CSS; HR 2.278, 1.120-4.634, p = 0.023)、PTR後の化学療法の有無(OS; HR 0.450, 0.329-0.616, p < 0.001, CSS; HR 0.418, 0.300-0.584, p < 0.001)、PTR後の遠隔転移巣切除(OS; HR 0.332, 0.142-0.774, p = 0.011, CSS; HR 0.290, 0.115-0.731, p = 0.009)、多臓器転移(OS; HR 2.175, 1.387-3.413, p = 0.001, CSS; HR 2.506, 1.551-4.047, p <0.001)が有意な予後因子であった。
結語
Stage IV大腸癌においては, 化学療法や根治性に加えて、組織型や転移臓器数を勘案した上でPTRの適応を検討することが必要である可能性が示唆された。今後更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

要望演題

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

[R23] 要望演題 23 腹膜播種を伴う大腸癌・直腸癌局所再発の治療

座長：村田 幸平(関西労災病院外科), 池田 正孝(兵庫医科大学下部消化管外科)

[R23-4] 大腸癌腹膜転移に対する完全減量切除と術中腹腔内温熱化学療法

武内 寛, 合田 良政, 北山 丈二, 佐藤 一仁, 大谷 研介, 清松 知充 (国立国際医療センター病院)

【はじめに】本邦のガイドラインでは、大腸癌腹膜転移に対する外科的切除が推奨されており、「切除に意味はない」とされていた時代から、積極的切除へと方針が変化しつつある。欧米では、完全減量切除（CRS）と術中腹腔内温熱化学療法（HIPEC）を組み合わせた積極的治療の有効性が報告されてきたが、HIPECの併用に関しては依然として賛否が分かれている。
【目的】大腸癌腹膜転移に対するCRS+HIPECの治療成績を検討する。
【対象と方法】2010年から2017年に大腸癌腹膜転移と診断され、CRS+HIPECを施行した44例を対象とした。虫垂癌は含むが、腹膜偽粘液腫および腹膜以外に遠隔転移を有する症例は除外した。完全減量切除はSugarbaker’s techniqueに準じて行い、MMCまたはl-OHPを用いてHIPECを施行した。
【結果】男性17例、女性27例、年齢中央値は54歳（22～76）。原発部位は右側結腸17例、左側結腸11例、直腸5例、虫垂11例。腹膜転移の発生時期は同時性19例、異時性25例。組織型は管状腺癌30例、粘液癌8例、印環細胞癌5例、杯細胞カルチノイド1例。全例に全身化学療法を施行し、29例（66%）にはパクリタキセルの腹腔内投与を併用。Peritoneal Cancer Index（PCI）スコアは中央値7、手術時間10時間、出血量452ml、3例を除き輸血を要した（いずれも中央値）。術後合併症はClavien-Dindo分類でGrade III以上が7例（16%）。術後死亡はなく、入院期間は中央値22日。再発は37例（84%）に認められ、うち29例（80%）は腹膜。5年全生存率は50%、5年無再発生存率は19%であった。PRODIGE 7試験と比較すると、合併症の発生率はCRS単独群と同程度で、予後はCRS+HIPEC群の方が良好であった。
【結語】本邦では、従来より播種巣切除のみによる治癒切除が一般的である。播種巣切除とCRSのいずれを選択すべきか、またHIPECを併用すべきかについては、現時点で明確な結論は得られていない。エビデンスはまだ限られているものの、CRS+HIPECを実施してきた立場からは、本治療法は決して敬遠すべきものではないと考える。今後は、本邦においても適切な患者選択のもとで、臨床研究を通じて治療の有用性を検証していく必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

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

[R23] 要望演題 23 腹膜播種を伴う大腸癌・直腸癌局所再発の治療

座長：村田 幸平(関西労災病院外科), 池田 正孝(兵庫医科大学下部消化管外科)

[R23-5] 直腸癌術後局所再発に対する術前化学放射線治療から手術までの至適期間についての検討

樋口 智[1], 植村 守[1], 草深 弘志[1], 大﨑 真央[1], 楠 誓子[1], 瀧口 暢生[2], 朴 正勝[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], 三吉 範克[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.りんくう総合医療センター消化器外科, 3.大阪けいさつ病院消化器外科)

【背景】直腸癌術後局所再発(LRRC)の治療は欧米では術前CRT＋手術が選択されることも多いが、確立された集学的治療戦略は存在しておらず、術前CRTの意義を検証するために本邦ではJCOG1801が施行されている。CRTから手術までの期間については治療効果の最大化と手術安全性などのバランスを勘案する必要があるが、LRRCにおいてはまとまった報告がなく、最適な手術時期は不明である。今回，当院でLRRCに対して術前CRTを行った症例を後方視的に評価し，手術までの至適期間について検討した．
【方法】2005年3月から2024年1月までに当院でLRRCに対して術前CRT(50Gyまたは50.4Gy)後に手術を行った65例を解析対象とした．CRTから手術までの期間(短期群:6-9週間または長期群:9-14週間)で2群に分け，臨床病理学的特徴および周術期治療成績，予後について比較検討した．
【結果】65例の内，短期群には10例(中央値:52.5日)，長期群には31例(中央値:84日)が分類された．患者背景(手術時の年齢，性別，身長，体重，BMI)には有意差は認めなかった．長期群でgrade 1b以上の組織学的治療効果が得られた患者が有意に多く($p<0.01$)，CRT後術直前CEAは有意に低く($p<0.05$)，局所R0切除が可能であった症例が多い傾向にあった($p=0.14$)．また，手術時間，術後合併症(Clavien-Dindo grade3以上)，術後在院日数に有意差は認めなかった．さらに，短期群と長期群で全生存期間に有意差は認めなかったが，無病生存期間($p<0.05$)，無局所再発生存期間($p<0.05$)は長期群で有意に延長した．
【結語】今回の検討では術前CRTから手術までの期間は9-14週間と比較的長期間設定することが周術期の安全性を維持したまま治療成績，予後に良い影響をもたらす可能性が示された．今後さらなる症例数の蓄積が必要である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

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

[R23] 要望演題 23 腹膜播種を伴う大腸癌・直腸癌局所再発の治療

座長：村田 幸平(関西労災病院外科), 池田 正孝(兵庫医科大学下部消化管外科)

[R23-6] 直腸癌局所再発に対する陽子線治療において部分奏功が与えるインパクト

山本 誠也[1,2], 髙橋 広城[1,2], 山本 真也[1,2], 植松 宏[1,2], 齋藤 正樹[1,2], 安藤 菜奈子[1,2], 前田 祐三[1,2], 大久保 友貴[1,2], 三井 章[1,2], 山川 雄士[1], 瀧口 修司[1] (1.名古屋市立大学大学院医学研究科消化器外科学, 2.名古屋市立大学医学部附属西部医療センター)

【背景】
直腸癌局所再発に対する治療として、外科的切除が困難な症例において陽子線治療は有効な選択肢となりうる。しかし、陽子線治療後の長期予後や局所制御率に関する詳細な報告は限られている。今回我々は、陽子線治療を行った42例の局所再発直腸癌症例のうち、初回の効果判定でpartial responseを示した7例について解析を行った。
【対象と方法】
2014年から2023年に当院で陽子線治療を施行した局所再発直腸癌42例のうち、初回効果判定でPRを示した7例を対象とした。生存期間、再発の有無（照射野内再発、遠隔転移、リンパ節再発）、および観察期間を検討した。放射線量は72Gy/20Frを基本としている。
【結果】
7例全例が現在も生存中であり、照射後の局所再発、遠隔転移、リンパ節再発はいずれも認めていない。各症例の観察期間はそれぞれ2747日、1278日、752日、1093日、776日、247日、229日であり、最長で7年6か月以上の長期観察が可能であった。いずれの症例も有害事象による治療中断やグレード3以上の晩期合併症は認めなかった。
【考察】
一般的なIMRTなどの放射線治療では腸管などへの影響から照射できる線量に限りがあるのに対して、陽子線はブラッグピークでエネルギーを放出するという特徴から周囲臓器への影響が少なく、腹腔内においても高い治療効果を得ることができるとされる。今回の7例では、初回の画像効果判定でPRにとどまったものの、長期的に良好な予後を得ており、照射後の再発も認めていない症例もあった。薬物治療などと合わせた集学的な治療は必須であるが、陽子線治療が局所制御ならびに生存率の向上に寄与する可能性が示唆される。特に、再発に対する外科的切除が困難な症例において、根治的治療としての有用性が考えられる。
【結語】
局所再発直腸癌に対する陽子線治療は、初回判定でのPR症例において長期予後が良好であり、治療選択肢として有望である。今後はさらなる症例の集積と前向きな検証が求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 9

[R24] 要望演題 24 ロボット1

座長：髙橋 広城(名古屋市立大学医学部附属西部医療センター消化器外科), 進士 誠一(日本医科大学消化器外科)

[R24-1]

当院におけるロボット支援下右側結腸癌手術の短期・長期成績の検討

浅井 宏之[1], 山川 雄士[1], 加藤 潤紀[1], 上原 崇平[1], 加藤 瑛[1], 鈴木 卓弥[1], 牛込 創[1], 高橋 広城[2], 瀧口 修司[1] (1.名古屋市立大学病院, 2.名古屋市立大学西部医療センター)

[R24-2]

微細膜構造を意識したロボット支援下結腸右半切除

松本 芳子, 塩川 桂一, 竹下 一生, 下河邉 久陽, 佐原 くるみ, 棟近 太郎, 長野 秀紀, 永田 健, 高橋 宏幸, 吉松 軍平, 長谷川 傑 (福岡大学消化器外科)

[R24-3]

ロボット結腸体腔内吻合において吻合手技が術後経過に与える影響の検討

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

[R24-4]

ロボット支援下結腸切除術における体腔内吻合の手術手技と短期成績

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

[R24-5]

ロボット支援下右側結腸癌手術における体腔内Overlap吻合の手技と短期治療成績

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

[R24-6]

横行結腸左側〜左結腸癌に対する血管構造から考える低侵襲手術：ロボット支援下手術と腹腔鏡手術の比較

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 9

[R24] 要望演題 24 ロボット1

座長：髙橋 広城(名古屋市立大学医学部附属西部医療センター消化器外科), 進士 誠一(日本医科大学消化器外科)

[R24-1] 当院におけるロボット支援下右側結腸癌手術の短期・長期成績の検討

浅井 宏之[1], 山川 雄士[1], 加藤 潤紀[1], 上原 崇平[1], 加藤 瑛[1], 鈴木 卓弥[1], 牛込 創[1], 高橋 広城[2], 瀧口 修司[1] (1.名古屋市立大学病院, 2.名古屋市立大学西部医療センター)

【目的】2022年4月にロボット支援下結腸癌手術が保険適用となったことを受け、当院でも積極的にロボット手術で実施している。吻合方法は体腔外吻合（EA）と体腔内吻合（IA）に大きく分けられ、IAは小開腹創の縮小などが利点とされる一方で、体腔内で腸管を開放することによる腹膜内汚染や腹膜播種の可能性が指摘されている。今回はロボット支援下右側結腸癌手術（術式：回盲部切除/右半結腸切除）におけるIAの安全性を検討する。
【方法】2022年4月から2024年3月に当院で実施したStage0-III患者のロボット支援下右側結腸癌手術を後方視的に検討した。
【成績】IA群は83例、EA群は16例であった。IA群のなかでoverlap吻合が81例で、EA群の中でFEEAが15例と吻合方法には違いがあった。患者背景はIA群とEA群を比較し、年齢（IA群：74.0歳 EA群：81.5歳 P=0.062）、性別（男性割合 IA群：41.0% EA群：18.8% P=0.162）、BMI（IA群：22.5 EA群：21.1 P=0.188）、腫瘍部位（虫垂/盲腸/上行結腸/横行結腸 IA群：4/15/49/14例 EA群：0/1/9/6例 P=0.192）、Stage（0/ I / II /III I A群：3/22/31/27 EA群：1/3/9/3 P=0.526）に有意差を認めなかった。小開腹長（IA群：4.0cm EA群：6.0cm P<0.001）はIA群で有意に短かかった。コンソール時間（IA群：190分 EA群：154分 P=0.004）はIA群で有意に長かったが、手術時間（IA群：250分 EA群：232分 P=0.128）に有意差はなかった。術後合併症（Clavien-Dindo分類 I/II/III以上：IA群 5/4/2例、EA群 0/1/0例 P=0.68）には差を認めなかった。観察期間の中央値は456日（44-1553日）で、IA群のうち再発は2例（腹膜播種、肺）、EA群は1例(副腎)であった。再発に関してカプランマイヤー分析で検討したが有意な差を認めなかった(p=0.604)。

【結論】体腔内吻合は小開腹長などにおいて利点を有し、再発などの長期成績でも安全性に問題は見られなかった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 9

[R24] 要望演題 24 ロボット1

座長：髙橋 広城(名古屋市立大学医学部附属西部医療センター消化器外科), 進士 誠一(日本医科大学消化器外科)

[R24-2] 微細膜構造を意識したロボット支援下結腸右半切除

松本 芳子, 塩川 桂一, 竹下 一生, 下河邉 久陽, 佐原 くるみ, 棟近 太郎, 長野 秀紀, 永田 健, 高橋 宏幸, 吉松 軍平, 長谷川 傑 (福岡大学消化器外科)

背景：結腸手術の基本は腸間膜のpackage切除(CME)と郭清範囲の適切な設定(CVL)であるが、多関節機能やmotion scaleにより安定した術野の中で精緻な手術が可能なロボット手術は、結腸癌手術の精度を向上させた。
方法：da Vinci Xiを使用。ポート配置の基本は臍小切開+逆L字。小腸先行切離の内側アプローチ。助手の鉗子にて大きな展開を行い、４番アームを郭清リンパ組織の牽引や間膜のプッシュアップなど細かい展開に利用している。コストを考慮し、助手は1名で術者は基本的にフェネストとシザーズのみを使用している。意識している解剖構造は以下の3点。①SMV/SMA神経叢の周囲の膜様構造の周囲の剥離可能層、いわゆる”outermost layer”を意識した３群リンパ節郭清。②十二指腸周囲のFredet膜をtraceした十二指腸の確実な確認とpackageとしての間膜切除。③横行結腸間膜と背側胃間膜の間の剥離層を利用して膵損傷を防ぎながら確実な中結腸血管周囲の郭清。
結果：2022年4月から2025年2月までに行ったロボット支援下右側結腸癌手術74例について検討した。手術時間324分(260-377)、出血量5g(0-24)、Grade3a以上の合併症は1例（1.3%）肺塞栓にて死亡した。出血、膵関連合併症など認めず。リンパ節郭清個数23(18-29)。
結語：発表では各々のシーンでの操作の工夫についてビデオで紹介したい。ロボット手術にてより明瞭となった微細解剖に着目することで、安全性を担保しつつ精緻で精密な手術が可能となったと考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 9

[R24] 要望演題 24 ロボット1

座長：髙橋 広城(名古屋市立大学医学部附属西部医療センター消化器外科), 進士 誠一(日本医科大学消化器外科)

[R24-3] ロボット結腸体腔内吻合において吻合手技が術後経過に与える影響の検討

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

【はじめに】結腸癌手術における体腔内吻合は残便による腹腔内汚染や腫瘍細胞の散布による腹腔内播種再発の懸念があるものの、小さな開腹創で最小限の腸管授動での吻合が可能になることや出血量の減少等の利点がある。【方法】当科では2022年6月のロボット支援結腸癌手術の導入と同時に全症例で体腔内吻合を導入した。全例にmechanical ＋chemical preparationを行ない、機能的端々吻合を基本とした。2022年6月から2024年10月までに当科で結腸癌に対し体腔内吻合を行った57症例において術後1日目の白血球の増加数（ΔWBC）と術後３日目のCRPの上昇（ΔCRP）に影響を与える手術因子について検討を行った。【結果】手術時間、出血量、BMI、吻合時間とΔWBC、ΔCRPの相関を検討したところ、手術時間、出血量、BMIはいずれも有意な相関はなかったが、吻合時間（ΔWBC：相関係数 0.38, p=0.0039、ΔCRP：相関係数 0.51, p<0,0001）は有意に相関していた。 吻合手技が比較的容易で定型化しやすい右側結腸切除に限定して解析を行っても手術時間、出血量、BMIは全症例での検討と同様に有意な相関はみられなかった。一方、吻合時間はΔWBCとは有意な相関はみられなかったものの、ΔCRPとは有意に相関していた（相関係数：0.37, p=0.0241）。重回帰分析でも吻合時間のみが有意に関連（p<0.0011）していた。【考察】今回の検討では手術時間、出血量、BMI、吻合時間のうち吻合時間のみが重回帰分析でも術後の白血球数の増加、CRPの上昇と相関があり、吻合時間を短縮することは手術時間の短縮のみならず、術後の炎症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

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 9

[R24] 要望演題 24 ロボット1

座長：髙橋 広城(名古屋市立大学医学部附属西部医療センター消化器外科), 進士 誠一(日本医科大学消化器外科)

[R24-4] ロボット支援下結腸切除術における体腔内吻合の手術手技と短期成績

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

【背景】当院は2023年6月にda Vinci Xi surgical systemを導入以降, 大腸癌の腹腔鏡下手術適応の症例は全てロボット支援下手術で行っている. ロボット支援下手術では術野を大きく動かさずに手術することが可能なため, 吻合は体腔内で行っている. 前処置不良が予想される症例や腫瘍位置が同定できない症例を体腔内吻合の適応外としている.
【目的】当院のロボット支援下結腸切除術の体腔内吻合の短期成績を検討する.
【対象と方法】2023年6月から2025年4月までに大腸癌に対するロボット支援下手術を施行した128例の中で, 同時切除・S状結腸癌・人工肛門造設術の症例を除くロボット支援下結腸切除術を施行した23例を対象とした. 短期手術成績について後方視的に検討を行った.
【成績】<患者背景>男:女=14:9, 年齢:74.8(55-96)歳, BMI:23.2(19.92-30.6), 腫瘍占居部位:盲腸 4例, 上行結腸 8例, 横行結腸 10例, 下行結腸 1例
<手術成績>術式: 回盲部切除術 4例, 結腸右半切除術 16例, 横行結腸切除術 2例, 下行結腸切除術 1例, 吻合方法:Overlap 23例, Pfannenstiel切開：21例, 手術時間：292(156-728)分, コンソール時間：216(108-389)分, 出血量:18(0-100)ml, 術中有害事象･開腹手術移行:0例, 術後合併症：下血 1例，SSI 0例, 縫合不全 0例
【手技】Pfannenstiel切開の小開腹先行で行っている. 体腔内吻合はSureFormを用いたOverlap法で行っており, 共通孔はロボット支援下にbarbed sutureを用いてAlbert-Lumbert縫合で閉鎖している.
【結論】ロボット支援下結腸癌における体腔吻合は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

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 9

[R24] 要望演題 24 ロボット1

座長：髙橋 広城(名古屋市立大学医学部附属西部医療センター消化器外科), 進士 誠一(日本医科大学消化器外科)

[R24-5] ロボット支援下右側結腸癌手術における体腔内Overlap吻合の手技と短期治療成績

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

【背景】
結腸癌に対する体腔内吻合は腸管蠕動の早期回復や創感染割合の低下、術後在院日数短縮などの有用性が報告されている。しかし、腸管内容の漏出による体腔内汚染や腹膜播種に対する懸念も残る。当科では結腸癌に対するロボット支援下手術(RALS)の開始と同時に体腔内Overlap吻合を導入した。本発表では当科におけるロボット支援下右側結腸癌手術における体腔内吻合の手技を供覧し、短期治療成績について後方視的に検討する。
【対象】
2022年6月から2024年12月までに右側結腸癌に対してロボット支援下手術を施行した31例の内、体腔内吻合を行なった27例。
【手術手技】
前処置は機械的前処置に加え、化学的前処置を行っている。下腹部にPfannenstiel切開をおき標本摘出に用いる。体腔内で腸管膜処理を行い腸管を切離した後、ICG蛍光造影法による腸管血流評価を行う。Overlap吻合を行い、共通孔はBarbed Sutureによる連続縫合で閉鎖する。吻合後は温生食2000ml以上で腹腔内洗浄を行う。
【結果】
年齢：76歳(46-91歳)、性別(男性/女性)：15/12例、BMI：23.6(15.3-30.8)、腫瘍占拠部位(C/A/T)：10/13/4例、cStageI/II/III/IV：13/1/13/0例であった。施行術式は回盲部切除術/結腸右半切除術/横行結腸切除術：14/12/1例であった。手術時間：329分(213-424分)、コンソール時間：265分(103-329分)、再建に要した時間：36分(25-55分)、出血量：0ml(0-127ml)であった。Distal marginの距離は140cm(100-230cm)であった。縫合不全やClavien-Dindo分類Grade3以上の術後合併症は認めず、術後在院日数は10日(8-56日)であった。
また、体腔内吻合を試みたが、自動縫合器が腸管の粘膜下層に迷入し、体腔外吻合に変更した症例を1例認めた。
【結語】
ロボット支援下右側結腸癌手術における体腔内吻合は安全に施行可能である。症例を集積し長期成績の検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 9

[R24] 要望演題 24 ロボット1

座長：髙橋 広城(名古屋市立大学医学部附属西部医療センター消化器外科), 進士 誠一(日本医科大学消化器外科)

[R24-6] 横行結腸左側～左結腸癌に対する血管構造から考える低侵襲手術：ロボット支援下手術と腹腔鏡手術の比較

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

【背景】脾彎曲周囲の結腸癌の外科的切除は、血管走行の多様性から技術的に高難度とされる。我々は、腹腔鏡手術(Lap)において頭側アプローチを先行する術式を標準化しており、ロボット支援下手術(Rt)にも応用している。本研究では、Rtにおける頭側アプローチのビデオを供覧し、脾彎曲授動を伴う左側結腸癌に対するLapとの短期成績の比較検討を行った。
【方法】2015～2025年に当院で施行された脾彎曲授動を要する横行結腸左側～下行結腸癌72例を対象とし、短期成績を比較した。
【手術手技】術前の3D-CT血管構築画像より下腸間膜静脈(IMV)の流入先[上腸間膜静脈(SMV)本幹または脾静脈(SpV)]および中結腸動脈（MCA）、副MCA（aMCA）の走行を必ず確認する。Lap・Rt問わず頭側アプローチを先行し、網嚢開放と膵脱転により横行結腸間膜付着部を郭清上縁として設定する。IMV流入部周囲の郭清範囲は、内側アプローチでは郭清上縁の設定が難しく、頭側アプローチではこの点で優位性があると考えている。脾彎曲部授動後、内側アプローチで左結腸動脈(LCA)周囲郭清とIMV沿いの剥離を行い、両アプローチの剥離層を連結する。最後に残ったMCA・aMCAを切離し、郭清を完了する。
【RtとLapの比較】MCA領域の郭清において、Lapでは超音波凝固切開装置が必須となる。一方で、Rtではモノポーラシザースによる繊細な操作が可能であり、エネルギーデバイスを必ずしも必要としないため、コスト抑制の一助となる可能性がある。また、膵背側のSpV・IMV周囲では、ロボット助手アームの固定により視野の安定性が確保され、Lapに比して精緻な操作が可能である。
【結果】
Lap群54例とRt群18例を比較すると、手術時間に有意差はなく（Lap群：中央値294分、Rt群：293分、p=0.649）、出血量はRt群で有意に少なかった（Lap群10ml、Rt群5ml、p＜0.001）。術後合併症（Clavien-Dindo分類IIIb以上）はLap群で5例、Rt群では0例であった。
【結語】
頭側アプローチを先行する血管構造に基づいたRtは、脾彎曲授動を伴う左側結腸癌において、Lapと同等の安全性を維持しつつ、より精緻な操作が可能であり、術後成績の向上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

Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 9

[R25] 要望演題 25 ロボット2

座長：松田 宙(JCHO大阪病院外科), 花岡 まりえ(東京科学大学消化管外科学分野)

[R25-1]

Hinotori右側結腸切除における効果的な使用方法～da Vinci症例とのプロペンシティスコアマッチ解析から見えた対策法～

牛込 創, 山川 雄士, 加藤 潤紀, 浅井 宏之, 上原 崇平, 加藤 瑛, 鈴木 卓弥, 高橋 広城, 瀧口 修司 (名古屋市立大学消化器外科)

[R25-2]

da VinciおよびHinotoriを用いたロボット支援下結腸右半切除術の手技の最適化と短期成績

岩本 哲好, 波江野 真大, 梅田 一生, 家根 由典, 村上 克宏, 吉岡 康多, 大東 弘治, 所 忠男, 上田 和毅, 川村 純一郎 (近畿大学医学部外科)

[R25-3]

hinotori™とDVSS®における短期成績の比較検討とhinotori™の手術教育における有用性

田中 宏幸, 山本 大輔, 石林 健一, 上野 雄平, 菅野 圭, 久保 陽香, 齊藤 浩志, 道傳 研太, 崎村 祐介, 林 憲吾, 林 沙貴, 松井 亮太, 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)

[R25-4]

Da Vinci XiおよびSPを用いたロボット支援大腸切除術の短期成績の比較とSPによる経ストーマ孔アプローチの試み

田藏 昂平, 塚本 俊輔, 加藤 岳晴, 永田 洋士, 髙見澤 康之, 森谷 弘乃介, 金光 幸秀 (国立がん研究センター中央病院大腸外科)

[R25-5]

Hugo-RASから始めるロボット支援下大腸癌手術教育

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

[R25-6]

リモート手術に向けたロボット支援下直腸切除術における新規detachable-PSI鉗子を用いた完全体腔内吻合の短期成績:Propensity score-matched analysis

平木 将之, 在田 麻美, 柳澤 公紀, 安井 昌義, 武田 裕, 村田 幸平 (関西労災病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 9

[R25] 要望演題 25 ロボット2

座長：松田 宙(JCHO大阪病院外科), 花岡 まりえ(東京科学大学消化管外科学分野)

[R25-1] Hinotori右側結腸切除における効果的な使用方法～da Vinci症例とのプロペンシティスコアマッチ解析から見えた対策法～

牛込 創, 山川 雄士, 加藤 潤紀, 浅井 宏之, 上原 崇平, 加藤 瑛, 鈴木 卓弥, 高橋 広城, 瀧口 修司 (名古屋市立大学消化器外科)

【はじめに】当院ではこれまで大腸がん手術をda Vinciだけでなくhinotoriも含めて600例以上に行ってきた。Hinotoriはコスト面で優位性がある一方で、操作性やデバイスの制限について議論される事も多い。本研究の目的はhinotoriによる右側結腸切除術の成績からその有用性と課題について検討することである。
【方法】2020年10月～2024年3月までの期間において原発大腸癌に対してロボット右側結腸切除を施行した125例を対象とした。多発癌や他臓器合併切除等を除き、腔内吻合で再建を行った89例を抽出して（hinotori 29例、da Vinci 60例）プロペンシティスコアマッチを行い短期成績について解析した。
【結果】マッチング後の解析では、手術時間はhinotori (H) 群277分、da Vinci (D) 群246分でH群の方が有意に時間を要していた（p=0.015）。一方でコンソール時間はH群 205分、D群 187分とやはりH群の方が時間を要する傾向にあった（p=0.0051）。出血量、術後在院日数、術後の合併症においては両群間に有意差を検出することは出来なかった。
【考察】
Hinotori はda Vinciと比して若干手術時間の延長を認めたが、その他の短期成績は概ね良好であり許容されるものであった。時間延長の主因としてはピボットポイントシステムの煩雑性によるドッキングの遅延が考えられる。それ以外にも機器への慣れ、デバイス不足も時間延長の一因だろう。しかしながらピボットを工夫し、腹腔鏡機器を用いたfusion surgeryやソフト凝固シザーズの使用などにより手術時間の短縮は可能であり、今後の更なるアップデートに期待したい。またロボット手術の標準機能である3D視野と多関節機能により、遠景視野においても手術が可能であるため全体像が把握し易いのは、腹腔鏡手術との違いでありロボット手術の有用点と考えている。我々がこれまでの経験から学んだhinotoriの特徴や工夫について動画を供覧し報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 9

[R25] 要望演題 25 ロボット2

座長：松田 宙(JCHO大阪病院外科), 花岡 まりえ(東京科学大学消化管外科学分野)

[R25-2] da VinciおよびHinotoriを用いたロボット支援下結腸右半切除術の手技の最適化と短期成績

岩本 哲好, 波江野 真大, 梅田 一生, 家根 由典, 村上 克宏, 吉岡 康多, 大東 弘治, 所 忠男, 上田 和毅, 川村 純一郎 (近畿大学医学部外科)

【背景】当院では2018年8月にdaVinci大腸癌手術を導入し,254例の手術を経験した後,2024年9月よりHinotoriを導入した.
【目的】複数機種を用いた右側結腸癌手術における最適な手技と短期成績を検討する.
【daVinci手術】ﾛｰﾙｲﾝが容易で,table motionにより体位変換が可能.鉗子の可動域が広く,port配置の自由度が高いため,surgical trunkの解剖が把握しやすい頭側ｱﾌﾟﾛｰﾁを採用.血管損傷回避のためﾀﾞﾌﾞﾙﾊﾞｲﾎﾟｰﾗｰ法を標準化し,ｺｽﾄ抑制のためenergy deviceおよびstaplerは助手が操作.
【Hinotori手術】ﾛｰﾙｲﾝが煩雑で術中の体位変換が容易でない.鉗子の干渉により可動域がやや狭く,手技の自由度が低い.一方で操作部に対して弧状のport配置を守れば比較的快適に操作可能.以上から後腹膜ｱﾌﾟﾛｰﾁを採用.Deviceが未整備なため助手とのFusion surgeryが必須.
【方法】2022年1月-2025年4月に当院で右側結腸癌に対して手術を施行した161例を腹腔鏡手術(CLS群)とﾛﾎﾞｯﾄ手術(RAS群)に分類し短期成績を比較検討。
【結果】CLS群は128例,RAS群は33例(da Vinci 19例,Hinotori 14例).手術時間はCLS 235分 vs RAS 319分でRASが有意に長く,出血量はCLS 2.5g vs RAS 0gでRASが少ない.術中血管損傷 7例(5.5%) vs 0例,開腹移行 5例(3.9%) vs RAS 0例.郭清LN 22個 vs 21個.術後合併症(Gr≥2)は12.5% vs RAS 15.2%で同等.
da Vinci群とHinotori群の比較では,手術時間 da Vinci 315分 vs Hinotori 325.5分, ﾛｰﾙｲﾝまでの時間 27分 vs 37分(p=0.0086), console時間 230分 vs 225分。
【考察】RAS群はCLS群と比較し手術時間延長が長いが,出血量/血管損傷/開腹移行の低減により安全性が向上し,郭清LN数は同等であった.da Vinciは頭側ｱﾌﾟﾛｰﾁとﾀﾞﾌﾞﾙﾊﾞｲﾎﾟｰﾗｰ法により安全かつ確実な郭清を実現.Hinotoriはﾛｰﾙｲﾝに時間がかかるが,最適化したport配置とFusion surgeryにより安全な手術が可能.今後はreusableな器具を含むコスト低減策の導入と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

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 9

[R25] 要望演題 25 ロボット2

座長：松田 宙(JCHO大阪病院外科), 花岡 まりえ(東京科学大学消化管外科学分野)

[R25-3] hinotori™とDVSS®における短期成績の比較検討とhinotori™の手術教育における有用性

田中 宏幸, 山本 大輔, 石林 健一, 上野 雄平, 菅野 圭, 久保 陽香, 齊藤 浩志, 道傳 研太, 崎村 祐介, 林 憲吾, 林 沙貴, 松井 亮太, 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】
当院では、da Vinci Surgical System（以下、DVSS®）によるロボット支援結腸、直腸切除術を継続して行っている。2024年1月より、hinotori™サージカルロボットシステム（以下、hSRS）を導入してきた。DVSSとhSRSとの短期成績の比較検討および、hSRSを利用した手術教育の可能性について報告する。
【方法】
2024年1月30日から現在までに実施したhSRSによる17例（結腸切除術11例、直腸切除・切断術6例）の症例を、直近のDVSS®による30例（結腸切除術12例、直腸切除・切断術18例）の症例と後向きに比較検討した。主な検討項目は、①ロールインからセットアップ完了までの時間、②手術時間、③出血量、④初めての排ガス・排便までの日数、⑤術後在院日数とした。
【結果】
①hSRS群：DVSS®群=11分：7分（$p < 0.001$）、②hSRS群：DVSS®群=213分：305分 (p=0.008)、③hSRS群：DVSS®群=5ml：5ml (p=0.160)、④hSRS群：DVSS®群=2日：2日 (p=0.898)、⑤hSRS群：DVSS®群=9日：11.5日 (p=0.043)となった。②手術時間、⑤術後在院日数に関しては結腸切除群と直腸切除・切断群においても比較したところ直腸切除・切断群ではいずれも有意差を認めず、結腸切除群ではhSRSが有意に手術時間において短かった。在院日数に関しては結腸切除群においても差を認めなかった。
【考察】
hSRSはドッキングフリーデザインを採用しているため、助手が術野での手術に参加しやすい一方で、ピボット操作のためDVSS®に比べてセットアップに時間を要する結果となった。しかし、症例数の増加に伴い時間短縮が見られたことから、今後手術時間のさらなる短縮が期待できる。また、hSRSでは助手がエネルギーデバイスを用いることが多く、助手の積極的な手術参加が可能であるため、教育的な観点からも有用と考えられる。手術時間および術後の在院日数がDVSS®と異なる原因として、DVSS®がより複雑な症例で多く行われていたと考えられた。
【結語】
hSRSはDVSSと比較し良好な成績が得られている。また、手術教育においても有用性が高く、今後は症例の特性や外科医のニーズに応じた手術ロボットシステムの選択も必要になると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 9

[R25] 要望演題 25 ロボット2

座長：松田 宙(JCHO大阪病院外科), 花岡 まりえ(東京科学大学消化管外科学分野)

[R25-4] Da Vinci XiおよびSPを用いたロボット支援大腸切除術の短期成績の比較とSPによる経ストーマ孔アプローチの試み

田藏 昂平, 塚本 俊輔, 加藤 岳晴, 永田 洋士, 髙見澤 康之, 森谷 弘乃介, 金光 幸秀 (国立がん研究センター中央病院大腸外科)

【背景】ロボット支援大腸切除術は広く普及しており、新機種の導入も進んでいる。当院では2024年4月にDa Vinci SP（SP）を導入した。SPによる手術は切開創が小さく侵襲が少ないとされているが、臨床的意義は明らかでない。
【目的】当院におけるロボット支援直腸/結腸切除術の短期成績をDavinci Xi（Xi）とSPで比較し、経ストーマ孔手術を供覧する。
【方法】2024年1月から2025年3月に当院で施行したcStage I–IIIの原発性直腸癌（Xi90例、SP30例）、結腸癌（Xi29例、SP24例）を対象とし、傾向スコアマッチングにより直腸24ペア、結腸14ペアを解析した。また、経ストーマ孔アプローチ6例の手技の概要および短期成績を検討した。
【結果】直腸癌の手術時間はXi群278分、SP群208分、出血量はXi群20mL、SP群14mL、術後在院日数はXi群11日、SP群11日であり、いずれも有意差を認めなかった（p=0.112, 0.227, 0.835）。Clavien-Dindo II以上の合併症はXi群7例（29.2%）、SP群5例（20.8%）であった（p=0.505）。結腸癌の手術時間はXi群162分、SP群194分であった（p=0.056）。出血量はXi群3mL、SP群17mLで、SP群で有意に多かった（p=0.008）。なお、体腔内吻合はXi群8例（57.1%）、SP群では0例であった。術後在院日数は両群7日であった（p=0.667）。Clavien-Dindo II以上の合併症はXi群1例（7.1%）、SP群0例（0.0%）であった（p=0.309）。経ストーマ孔アプローチの術式はISR 2例、APR 4例であった。手術時間は301分、出血量は53mLであった。いずれもストーマ造設予定部のアクセスポートキットと助手用ポート1本のみで手術を完遂した。術後合併症は1例も認めなかった。
【結語】SPの導入時短期成績はXiと同等であった。SPはコストが高いという課題があるが、経ストーマ孔手術等のアプローチを工夫することで効果を発揮でき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

Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 9

[R25] 要望演題 25 ロボット2

座長：松田 宙(JCHO大阪病院外科), 花岡 まりえ(東京科学大学消化管外科学分野)

[R25-5] Hugo-RASから始めるロボット支援下大腸癌手術教育

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

【背景・目的】近年ロボット支援下大腸癌手術の普及とともに、若手外科医がロボット手術を行う機会が増加している。筆者は卒後5年目の外科専攻医として、腹腔鏡下大腸癌手術の経験後、Hugo-RASを使用してロボット支援下大腸癌手術の執刀を開始した。その経験から今後の若手世代のロボット支援下大腸癌手術の発展に貢献することを目的とした。
【方法】当院は2024年3月にHugo-RASを導入した。初期は他機種ロボット手術の経験があり内視鏡外科技術認定を持つ上級医がプロクターの監督下で執刀して術式定型化を行った。6か月経過後から卒後5〜7年の内視鏡外科技術認定を持たない若手外科医がプロクターの監督下で執刀した。若手外科医のロボット執刀条件は①大腸専攻、②50例以上の腹腔鏡下大腸癌手術の執刀経験とした。2024年3月から2025年4月のHugo-RASによるロボット大腸癌手術のデータを検討した。
【結果】当院で2024年3月から2025年4月にかけてHugo-RASによる大腸癌手術を155例行った。上級医執刀は124例、若手執刀は31例であり、そのうち筆者は14例を経験した。年齢中央値は66歳(37-90歳)、性別は男性76例、女性79例であった。腫瘍部位は右側結腸48例、左側結腸33例、直腸74例、術式は結腸右半切除42例、横行結腸切除3例、結腸左半切除5例、S状結腸切除29例、前方切除55例、直腸切断術19例、括約筋間切除/骨盤内臓全摘1例ずつであった。手術時間の中央値は297分(四分位範囲:243-368分)、コンソール時間の中央値は171分(同127-226分)、出血量の中央値は10ml(同0-70ml)であった。臨床病期分類はI/II/III/IVがそれぞれ72/28/33/22例であった。C-D Grade2以上の術後合併症は19例(12.3%)に認めた。術後在院日数の中央値は9日(同8-13日)であった。上級医執刀と若手執刀の手術成績には有意差を認めなかった。
【考察】手術時間に関しては上級医、若手外科医ともに明らかなLearning Curveを認めず、上級医執刀と若手執刀の手術成績に有意差を認めなかった。これは術者の腹腔鏡手術経験、プロクターの監督、定型化された術式のためと考えられた。
【結語】 若手執刀ロボット手術は、適切な条件のもとで行えば安全に導入可能である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 9

[R25] 要望演題 25 ロボット2

座長：松田 宙(JCHO大阪病院外科), 花岡 まりえ(東京科学大学消化管外科学分野)

[R25-6] リモート手術に向けたロボット支援下直腸切除術における新規detachable-PSI鉗子を用いた完全体腔内吻合の短期成績:Propensity score-matched analysis

平木 将之, 在田 麻美, 柳澤 公紀, 安井 昌義, 武田 裕, 村田 幸平 (関西労災病院消化器外科)

背景: ロボット手術では多関節機能と視野の安定化により、精緻な操作が可能となった。右側結腸切除での体腔内吻合は徐々に広がっているが、直腸癌手術での完全体腔内吻合の報告は殆どない。体外でのAnvil固定以降、通常腹腔鏡下操作となるが、長時間手術ほど気腹漏れ、手振れが影響し、深い骨盤底での操作が困難となる。またリモート手術では現地助手の負担軽減は必要不可欠な課題である。
対象と方法: 2022年9月～2025年3月でDST/SST吻合を伴うロボット支援下手術（S～Rb）143例において、体内Anvil固定の完全体腔内吻合50例、体外固定による通常吻合93例を対象とし、完全体腔内吻合の短期成績を後方視的に検討した。さらに1：1 Propensity score-matched analysisを行い、患者背景バイアスを調整した。
体内固定は、TSME/TME後に口側腸間膜を体内で処理し、ICGで腸管血流を確認した。標本切離後に、Purse-String sutureまたはDetachable-PSI鉗子を用いて口側腸管へAnvil固定をした。連続して吻合まで行い、最後に標本を小切開創から取り出した。
結果:マッチング後各コホート44例ずつを比較した。体内固定群は体外群と比べ、臍創長が短く(28 vs. 31mm, p=0.025)、出血量が少なく(7.9 vs. 24ml, p=0.025)、手術時間の短縮を認めた (331 vs. 385mins, p=0.037)。特にSLARでその差が著明であった (440 vs. 559mins, p=0.034)。全例助手一人で吻合を行った。リークテスト陽性率、術後排ガス日、食事開始日、VAS score、在院日数、Clavien–Dindo grade I以上の合併症は同等であった。体内固定群にCD grade III以上や吻合に関わる合併症はなかった。
結語: detachable-PSI鉗子を用いた完全体腔内吻合は安全に行えた。吻合までのスムーズなロボット手術が可能となり、助手のマンパワーが軽減し、手術時間短縮と出血量減少のメリットを認めた。今後更なる症例数の集積による検証が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 9

[R26] 要望演題 26 ロボット3

座長：田中 慶太朗(市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科), 平能 康充(埼玉医科大学国際医療センター消化器外科)

[R26-1]

AIによる神経・剥離可能層同定とICG蛍光ガーゼを用いた最新のナビゲーション手術

渡邊 良平[1], 青木 武士[1], 田代 良彦[1], 井関 貞仁[1], 長石 将大[1], 冨岡 幸大[1], 北島 徹也[1], 野垣 航二[1], 山下 剛史[1], 有吉 朋丈[1], 伊達 博三[1], 松田 和広[1], 草野 智一[1], 藤森 聰[1], 五藤 哲[1], 山崎 公靖[1], 渡辺 誠[1], 山上 裕機[1], 安永 秀計[2], 安藤 慎治[3] (1.昭和医科大学医学部外科学講座消化器一般外科学部門, 2.京都工芸繊維大学繊維学系, 3.東京科学大学物質理工学院応用化学系)

[R26-2]

AI活用による大腸診療の臨床・教育革新と次世代技術融合の展望

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

[R26-3]

ロボット支援手術の現状と展望ー地域医療を支える関連施設へのアンケート調査結果ー

有田 智洋, 清水 浩紀, 名西 健二, 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)

[R26-4]

若手にも女性外科医にも利益をもたらすロボット支援大腸切除術

長谷川 芙美, 布施 匡啓, 佐藤 拓, 円城寺 恩 (JAとりで総合医療センター外科)

[R26-5]

修練段階の術者が行うロボット支援下直腸手術の有用性の検討

横山 雄一郎, 野澤 宏彰, 佐々木 和人, 室野 浩司, 江本 成伸, 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 (東京大学腫瘍外科)

[R26-6]

技術認定取得にむけたロボット支援S状結腸切除の術野展開の工夫

横田 満, 松岡 弘也, Yamaguchi Kenji, 武藤 純, 長久 吉雄, 稲村 幸雄, 河田 健二, 岡部 道雄, 増井 俊彦 (公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 9

[R26] 要望演題 26 ロボット3

座長：田中 慶太朗(市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科), 平能 康充(埼玉医科大学国際医療センター消化器外科)

[R26-1] AIによる神経・剥離可能層同定とICG蛍光ガーゼを用いた最新のナビゲーション手術

渡邊 良平[1], 青木 武士[1], 田代 良彦[1], 井関 貞仁[1], 長石 将大[1], 冨岡 幸大[1], 北島 徹也[1], 野垣 航二[1], 山下 剛史[1], 有吉 朋丈[1], 伊達 博三[1], 松田 和広[1], 草野 智一[1], 藤森 聰[1], 五藤 哲[1], 山崎 公靖[1], 渡辺 誠[1], 山上 裕機[1], 安永 秀計[2], 安藤 慎治[3] (1.昭和医科大学医学部外科学講座消化器一般外科学部門, 2.京都工芸繊維大学繊維学系, 3.東京科学大学物質理工学院応用化学系)

緒言：大腸癌手術におけるインドシアニングリーン（ICG）を用いたリンパ流同定、吻合部血流におけるナビゲーション手術は、広く認知されつつある。リンパ流同定において実際の手術では、同定されない症例や剥離操作による周囲への漏出で正確な剥離層がわかりづらくなってしまうことを経験する。
人工知能（Artificial intelligence：AI）による剥離可能層と神経の同定により、過不足のないリンパ節郭清ラインの同定とICG蛍光ガーゼを用いた蛍光ガイドによる安全で正確なナビゲーション手術について報告する。

方法：手術支援AIを用いることで手術ビデオを予習し、リンパ節郭清に重要である、下腹神経とその分枝を同定、その上に広がる剥離可能層の同定を学習する。
ICG蛍光ガーゼ（Yoshihiko Tashiro: Langenbecks Arch Surg. 2025）は、昭和医科大学（田代良彦）、東京科学大学、京都工芸繊維大学の三大学の医工連携で開発されたICGで染色した蛍光発光性の手術用ガーゼを使用した。

結果：医学生90人を対象とした検討では、手術支援AIを用いて学習することで、尿管42.3%、下腹神経とその分枝8.6本、剥離可能層54.6%であった同定率が、尿管53.6%、下腹神経とその分枝15.4本、剥離可能層66.1%と有意に改善した（P<0.001）。
マイルズ手術時において、経肛門操作の剥離先進部にICG蛍光ガーゼを留置する事で、腹腔内からガーゼ蛍光をガイドに交通させることが可能であった。また、内側アプローチ後の内側-外側交通時においては、ICG蛍光ガーゼを使用することで、より安全に内側アプローチを完結することが可能であった。さらに、ガーゼの紛失を想定して小腸間膜内や吻合部背側にガーゼを留置したところ、蛍光により容易に同定できたことから、ガーゼ遺残の防止に効果的と考えられる。

結語：手術支援AIによる神経・剥離可能層同定とICG蛍光ガーゼを用いることでより安全なナビゲーション手術が可能と考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 9

[R26] 要望演題 26 ロボット3

座長：田中 慶太朗(市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科), 平能 康充(埼玉医科大学国際医療センター消化器外科)

[R26-2] AI活用による大腸診療の臨床・教育革新と次世代技術融合の展望

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

【はじめに】
近年、AI技術の進歩に伴い、大腸診療における診断、治療、予後予測の各分野で応用が急速に拡大している。本セッションでは、①AI技術を使って術前CT・MRIからの3D画像構築を支援するVincentと、Mixed Reality技術を融合する事で症例固有の解剖を3Dホログラムで閲覧しながら執刀する手術支援、②AIによるリアルタイム解剖可視化と近赤外光を用いた蛍光尿管ナビゲーションとを組み合わせた新たな手術支援の可能性について紹介する。③あわせて、モニター上で解剖を強調表示する機能（AIN）を有するEurekaを用いた神経認識補助効果の検討結果を報告する。
【方法】
2023年7月～2024年2月に施行した左側大腸手術51例（延べ修練医101名）を対象とした。指導医が各神経を認識した時点で、修練医の認識不能率およびEureka閲覧(腹腔鏡モニターと並列配置)による認識補助率を算出した。
【結果】修練医の認識不能率/認識補助率は, S状結腸内側アプローチ時の右下腹神経; 44/101例（43.6%）および19/44例（43.2%）, 直腸背側剥離時の左下腹神経; 27/101例（26. 7%）および13/27（48.1%）, 右腰内臓神経; 32/101（31.7%）および29/32（90.6%）, 左腰内臓神経; 44/101（43.6%）および39/44（88.6%）；直腸背側剥離時の骨盤内臓神経;29/45（64.4%）および6/29（20.7%）

【結論】
AINは修練医の神経解剖認識向上に寄与し、若手外科医の術中教育に資する有用なツールであることが示唆された。近い将来、AIと、近赤外光蛍光ガイドナビゲーション・Mixed Reality技術などの他先端技術の融合による高度な術中支援が、低侵襲手術の安全性と治療成績を飛躍的に向上させ、大腸診療のパラダイムシフトをもたらす可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 9

[R26] 要望演題 26 ロボット3

座長：田中 慶太朗(市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科), 平能 康充(埼玉医科大学国際医療センター消化器外科)

[R26-3] ロボット支援手術の現状と展望ー地域医療を支える関連施設へのアンケート調査結果ー

有田 智洋, 清水 浩紀, 名西 健二, 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】2018年にロボット支援直腸癌手術が保険収載されて以来、ロボット支援手術は全国的に急速に普及した。本学会を含む全国学会の上級演題のテーマはロボット支援手術が多くを占める。確かにロボット支援手術は特に狭骨盤の直腸癌手術において絶大な威力を発揮する。しかしながら地域医療を死守する役割を持つ我々の府立大学教室では、ロボットの教育だけで地域医療をカバーできる大腸外科医を育成することはできない。【方法】関連33病院へアンケート調査を行い、2022-2023年度の2年間の大腸癌症例数とアプローチ法選択の基準について情報を収集した。また、内視鏡外科学会の技術認定制度との関連についても調査した。【結果】全施設から回答を得た。ロボット導入施設は12施設(36.4%)だった。ロボット導入施設における導入後月数は平均34ヶ月、術者数は平均3人、ロボット・腹腔鏡手術・開腹手術の症例数はそれぞれ2年間で800（41.1%）、1131（58.1%）、181（9.3%）例だった。アプローチ法の選択は可能な限りロボットが9施設（75%)、直腸を優先が3施設（25%)だった。一方ロボット未導入施設における腹腔鏡手術、開腹手術の症例数はそれぞれ1357（87.0%）・206（13.0%）例だった。可能な限り腹腔鏡を行う施設は16施設（76%)、症例に応じて開腹が5施設（24%)だった。JSES技術認定取得医はロボット導入施設に37人（77%)、非導入施設に11人（23%)で、導入施設に多く在籍していたが、導入施設の75.0%、非導入施設の52.4%にJSES技術認定取得を目指す外科医が在籍していた。【結語】ロボット支援直腸癌手術と腹腔鏡手術のビデオを比較供覧し、その利点について述べる。ロボットはある程度普及しているもののロボット手術の占める割合は41.1%と高くなく、まだまだ腹腔鏡技術が必要とされている現状が明らかとなった。robot導入のペースは頭打ちで、今後新規導入する予定はほとんど見られなかった。また、ロボット保有施設に技術認定が多く配置されていたが、ロボット保有の有無にかかわらず、技術認定取得を目指す外科医が一定数いることから、教育的観点からも腹腔鏡技術のニーズが高いことが明らかとなった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 9

[R26] 要望演題 26 ロボット3

座長：田中 慶太朗(市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科), 平能 康充(埼玉医科大学国際医療センター消化器外科)

[R26-4] 若手にも女性外科医にも利益をもたらすロボット支援大腸切除術

長谷川 芙美, 布施 匡啓, 佐藤 拓, 円城寺 恩 (JAとりで総合医療センター外科)

消化器外科学会の入会者は減少傾向である一方で、泌尿器科学会は、2024年に過去最高の専攻医を迎えた。泌尿器科ではロボット支援手術ができ、緊急が少なく、自身のQOLも担保されるとの声を多く聞く。しかし、消化器外科領域では、まだロボット支援手術は若手の手術の機会を奪うと言われている。ただ、ロボット支援手術は、若手にも女性外科医にも利点が多くあると考える。その理由として、ロボット支援手術は①習得が早いこと、②誰でも同様に手術ができることなどがあげられる。①について、外科医は一人前になるのに時間がかかると言われ、敬遠されることがあるので、習得時間が短くなることは若手に魅力的だ。また、育児中で勤務時間制限のある女性にも利益となる。②について、力がいらず、手や体の大きさによらず手術ができるため、誰でも同様に手術ができ、指導も修練もやりやすくなった。そこで、当院では若手にも積極的にロボット手術を修練してもらっている。また、ロボット手術が女性外科医に本当に利点があるか、外科系女性医師23名にアンケート調査を行った。開腹や腹腔鏡手術では男性医師と差があると19名(83%)が感じていたのに対して、ロボット支援手術では、差を感じないと17名が答えた。また、ロボット支援手術は開腹や腹腔鏡手術と比較して、女性にとってやりやすい手術だと思うと15名(68%)が答え、女性に限定せず男女ともにやりやすい手術であるといった意見も多かった。ロボット支援手術は多様性に配慮した手術方法であり、女性にも、若手にも利益をもたらすと言える。ただ、高額な費用や導入時の手術時間の延長などの課題もある。いずれは新規ロボットの参入や手術の定型化が進み、それらも解決していくことが予想される。コスト面における当院での工夫だが、ダブルコンソールがなくても、指導しやすいように、臨床工学士お手製で、コンソール脇に小モニターが付属されている。隣に指導医が座り、指導できるようになっており、術者には安心感があり、交代もすぐにでき、ダブルコンソールに近いが、費用はかからない。ロボット支援大腸切除術が若手や女性にもたらす利益について、ビデオを交えながら提示する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 9

[R26] 要望演題 26 ロボット3

座長：田中 慶太朗(市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科), 平能 康充(埼玉医科大学国際医療センター消化器外科)

[R26-5] 修練段階の術者が行うロボット支援下直腸手術の有用性の検討

横山 雄一郎, 野澤 宏彰, 佐々木 和人, 室野 浩司, 江本 成伸, 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 (東京大学腫瘍外科)

【背景】修練段階の術者が行う直腸癌手術におけるロボット支援下手術の腹腔鏡手術に対する優越性は明らかではない。修練段階の術者が行う直腸癌に対するロボット支援下手術と腹腔鏡手術を比較することで、real worldでのロボット支援下手術の有用性を明らかにすることは、コスト面で問題のあるロボット手術の普及を考える上で重要である。
【方法】当科で2014年から2023年までに直腸癌に対して内視鏡技術認定医でない術者が行った腹腔鏡下低位前方切除術88例（lap-Ra：50例、lap-Rb：38例）とプロクターでない術者が行ったロボット支援下低位前方切除術102例（robot-Ra：42例、robot-Rb：60例）を対象とした。性別・年齢・BMI・肛門縁からの距離・腫瘍径・pT4/CRT/側方郭清/covering stomaの有無でPropensity score matching(PSM)を行い、lap-Ra：24例、robot-Ra：24例、lap-Rb：29例、robot-Rb：29例を抽出した。臨床病理学的因子、短期治療成績について比較した。
【結果】Lap-Ra群とrobot-Ra群を比較すると、手術短期成績では、出血量(15mL vs 44mL：p=0.29)、術後在院日数(14日 vs 14日：p=0.67)、CD3以上の合併症発生率(0% vs 4.2%：p=1.00)に差を認めなかったが、robot-Ra群で有意に手術時間が長かった（251分 vs 346分：p<0.01）。切除断端は全例で陰性だった。Lap-Rb群とrobot-Rb群を比較すると、手術時間はrobot群で長い傾向にあったが（336分 vs 384分：p = 0.09）有意差は認めなかった。切除断端は全例で陰性だったが、DM1cm未満の割合（14% vs 0%：p=0.11）はrobot群で少なく、骨盤操作における優位性を示唆していると考えられた。術後在院日数（19日 vs 16日：p=0.16）、出血量(74mL vs 94mL：p=0.61)、CD3以上の合併症発生率（3.4% vs 3.4%：p=1.00）には差を認めなかった。
【結語】少数例の検討ではあるが、Rb直腸癌症例では、修練段階の術者であってもロボット支援下手術は腹腔鏡手術と比較して有用である可能性が示唆された一方で、Ra直腸癌症例においては、コスト面を考慮すると適応を慎重に判断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

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 9

[R26] 要望演題 26 ロボット3

座長：田中 慶太朗(市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科), 平能 康充(埼玉医科大学国際医療センター消化器外科)

[R26-6] 技術認定取得にむけたロボット支援S状結腸切除の術野展開の工夫

横田 満, 松岡 弘也, Yamaguchi Kenji, 武藤 純, 長久 吉雄, 稲村 幸雄, 河田 健二, 岡部 道雄, 増井 俊彦 (公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院外科)

【はじめに】ロボット支援手術は腹腔鏡手術に比べ直感的に精緻な操作が可能で合格率の上昇が期待されたが、実際は腹腔鏡手術と同等であった。その理由の1つとして、ロボット支援手術はソロサージェリーの側面が強く、術野展開が難しいことがあげられる。術野展開の配点は大きく、合否を左右しうる。Tip-up(TU)鉗子と助手の1本の鉗子で行うため、助手鉗子がロボットアームやロボット鉗子により干渉や動作制限を受けずに操作できる必要がある。よって、助手ポート(AP）の位置、TU鉗子の使い方は術野展開で重要となる。S状結腸切除における手術手技を提示し、特に術野展開について述べる。
【手術手技】ポートは左上腹部から右下腹部に斜め一直線に1番から4番ポートを配列、2番ポートは臍部を小開腹し置く。APは1番と2番ポートの間に置く。この位置にAPをおくことで操作部位に1番鉗子と平行に到達でき、干渉を回避し助手鉗子の操作性が高くなる。4番ポートは直腸手術時よりも高位外側にすると腸管切離時にステープルの進入角度が腸管に対し直交しやすくなる。
内側アプローチ開始時のマタドール展開はTU鉗子の先端を大動脈と平行にしS状結腸腸間膜の脂肪までしっかり把持すると十分な牽引ができる。さらに助手鉗子でIMAを腹側に牽引すると底辺の長い台形状の間膜展開が可能となる。IMA根部切離前にIMV背側で腎筋膜に沿った剥離層を形成しておくと253リンパ節郭清のゴールを示す展開となりIMA周囲で立ち上がる神経で剥離層が消失しても行き先を失いにくい術野となる。肛門側の腸間膜切離時は、TU鉗子で切離線より肛門側の間膜を把持し腹側に牽引、さらに助手鉗子で切離線より口側の間膜を腹側に牽引することで広いマタドール状の間膜展開となる。腸管に対し直交するように間膜切離を行い、適宜術者の左手で切離する間膜を手前に牽引すると後腹膜側の神経や尿管などと距離ができ損傷を回避できる。ステープリング時はTU鉗子を3番に入れ替え4番ポートから行うと切離部位に対しまっすぐ進入する角度となる。
【まとめ】助手鉗子を有効に活用した良好な術野展開とロボットの直感的で高い操作性をあわせることで合格率の向上が可能と考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Room 9

[R27] 要望演題 27 会陰損傷・直腸膣瘻の治療

座長：栗原 聰元(汐田総合病院・外科), 香取 玲美(畠山クリニック肛門科)

[R27-1]

直腸膣瘻・肛門括約筋機能不全の術後長期経過のアンケート調査報告

村上 耕一郎, 水黒 知行, 橋本 京三 (総心会長岡京病院外科)

[R27-2]

分娩時会陰裂傷を契機に発症した直腸膣瘻に対して外科的修復術を施行した3例

吉村 晴香, 永吉 絹子, 久野 恭子, 藤本 崇聡, 田村 公二, 水内 祐介, 中村 雅史 (九州大学医学研究院臨床腫瘍外科)

[R27-3]

直腸手術後の直腸膣瘻に対するエストリオール膣錠の有用性

田村 昂[1], 小山 文一[1,2], 岩佐 陽介[1,2], 高木 忠隆[1], 藤本 浩輔[1], 江尻 剛気[1], 吉川 千尋[1], 庄 雅之[1] (1.奈良県立医科大学消化器．総合外科, 2.奈良県立医科大学附属病院中央内視鏡部)

[R27-4]

陳旧性会陰裂傷に発症した骨盤臓器脱に対し、薄筋皮弁による会陰再建および肛門形成術を施行した1例

松尾 智暁[1], 木村 泰生[1], 髙柳 奈央[2], 辻本 賢樹[2], 橋渡 七奈子[1], 坂根 舜哉[1], 内藤 健[1], 石原 伸朗[1], 田原 俊哉[1], 丸山 翔子[1], 秋山 真吾[1], 山川 純一[1], 藤田 博文[1] (1.聖隷三方原病院外科, 2.聖隷三方原病院形成外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Room 9

[R27] 要望演題 27 会陰損傷・直腸膣瘻の治療

座長：栗原 聰元(汐田総合病院・外科), 香取 玲美(畠山クリニック肛門科)

[R27-1] 直腸膣瘻・肛門括約筋機能不全の術後長期経過のアンケート調査報告

村上 耕一郎, 水黒 知行, 橋本 京三 (総心会長岡京病院外科)

【目的】直腸膣瘻と肛門括約筋機能不全は先天性または出産時の会陰体損傷由来の疾患群と位置づけられる。全国で年間約50例程度が新規発症するとされる希少な病態である。我々は近医と連携して会陰体修復術を行い、当院のオープン病床利用で過去30年に約400例の手術を行ってきた。従来は術後1年の外来診察で感染や再発がなければ終診としている。最近フォロー終了後の患者からの相談が数件続いたため、当院外来での診療継続案内とともに術後の状態評価を行うこととした。【方法】令和元年から五年までの術後フォロー終了患者130例についてアンケートを送付した。質問は年齢、膣瘻症状の有無、便失禁の有無、創部排膿の有無、あれば次子出産の方法についてとした。本研究は当院ウェブサイトでオプトアウトし、倫理委員会で審査認定された。【結果】送付した130件のうち、不達返送が34件、返送なしが43件であり、有効回答53件について検討した。53例中直腸膣瘻が37例、括約筋不全が16例であった。膣からのガス漏れが3例、便漏れが２例であった。いずれも膣瘻の術後症例であった。また便失禁は20例で認め、うち膣瘻術後が12例、括約筋不全術後が8例であった。また13名が術後に出産しており、3例が経膣分娩、10例が帝王切開であった。【考察】会陰体修復術後の直腸膣瘻症状の再発は3.77%であり、以前に我々が報告した再発率3.5%と大きく変わらないといえるが、便失禁症状については術前よりは改善しているものの、残存しているとの回答が38.5%に及び、満足度が十分とはいえない。骨盤底筋体操の指導やバイオフィードバックなどを含むフォロー延長を再考すべきであると思われた。一方、当院では本術式の術後は経膣分娩が可能と説明しているが、約77%が帝王切開を選択した。本人の意志のみでなく産科担当医に帝王切開を強く勧められたケースもあったため、本手術に関する情報の共有とともに、術後1年以上経過した後も気軽に相談できる体制が必要であると考えた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Room 9

[R27] 要望演題 27 会陰損傷・直腸膣瘻の治療

座長：栗原 聰元(汐田総合病院・外科), 香取 玲美(畠山クリニック肛門科)

[R27-2] 分娩時会陰裂傷を契機に発症した直腸膣瘻に対して外科的修復術を施行した3例

吉村 晴香, 永吉 絹子, 久野 恭子, 藤本 崇聡, 田村 公二, 水内 祐介, 中村 雅史 (九州大学医学研究院臨床腫瘍外科)

症例①：33歳、女性。正期産、経膣分娩で出産、第2度会陰裂傷であった。既往に膠原病あり出産後に1か月間のステロイドパルス等の内科的治療を要した。出産後2か月半ごろから子宮の下垂感を自覚し直腸膣瘻の診断に至った。産後15か月目に修復術として経会陰的瘻孔切除、単純閉鎖および前方括約筋形成術を施行した。術後、直腸創部の微小な縫合不全が疑われ経過観察するも、経時的に直腸皮膚瘻が顕在化し術後9か月でも直腸皮膚瘻は残存していた。転医に伴い、経過観察は終了した。症例②：30歳、女性。正期産、経膣分娩で出産、第2度会陰裂傷であった。産褥13日目に膣からの便の漏出を自覚し、直腸膣瘻の診断となった。産後１か月目に修復術として経膣的瘻孔切除、膣後壁を用いたAdvancement flap（AF）による再建術、一時的回腸人工肛門造設術を施行した。修復術後3か月で人工肛門を閉鎖し、その後も再発なく経過した。症例③：28歳、女性。正期産、経膣分娩で出産、第1度会陰裂傷であった。産褥9日目より膣からの便流出を自覚し、直腸膣瘻の診断となった。出産後３か月目に修復術として経膣的に瘻孔切除、AFによる修復術を行った。術前MRI検査では瘻孔周囲や直腸膣間隙に炎症所見は指摘されなかったため、人工肛門は造設しなかった。術後排便後、直腸と膣の閉鎖創に縫合不全を認め、人工肛門造設を含めた再手術を行ったが、縫合不全部における直腸膣瘻の再発を認めた。
経膣分娩時に生じた会陰裂傷は分娩直後に縫合閉鎖されるが、時に創部が閉鎖せずに炎症を伴って進展し直腸膣間に瘻孔を形成する。膣からの便流出を認め、患者のQuality of life を著しく低下させる。直腸膣間の脆弱性を考慮した外科的修復術が求められるが患者の個体差、瘻孔周囲の炎症など個々の症例にあった術式の選択に明確な基準はない。当院で分娩時会陰裂傷を契機に発症した直腸膣瘻に対して外科的修復術を施行した3例を経験したため、若干の文献的考察をふまえて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Room 9

[R27] 要望演題 27 会陰損傷・直腸膣瘻の治療

座長：栗原 聰元(汐田総合病院・外科), 香取 玲美(畠山クリニック肛門科)

[R27-3] 直腸手術後の直腸膣瘻に対するエストリオール膣錠の有用性

田村 昂[1], 小山 文一[1,2], 岩佐 陽介[1,2], 高木 忠隆[1], 藤本 浩輔[1], 江尻 剛気[1], 吉川 千尋[1], 庄 雅之[1] (1.奈良県立医科大学消化器．総合外科, 2.奈良県立医科大学附属病院中央内視鏡部)

【目的】直腸膣瘻は女性の直腸手術後の合併症として起こりうる病態であり，膣からの漏便や膣炎の発症によるQOLの低下が問題となる．ストーマ造設により症状は緩和できるが，その一方でストーマ造設のみでは瘻孔閉鎖に至らない例が多い．治療としては瘻孔切除術や薄筋弁充填術などの手術加療が第一選択である．その一方で，保存的加療で治癒に至った報告例も散見する．当科ではエストリオール膣錠で治癒に至った症例を経験している．今回，直腸手術に起因にする直腸膣瘻に対するエストリオール膣錠の有用性について自験例の検討を行った．
【方法】2007年1月から2022年12月に当科で治療を行った直腸膣瘻23例のうち，大腸疾患あるいは直腸手術に起因にする直腸膣瘻は7例であった．このうち，エストリオール膣錠を使用した5例を対象とし，治療成績を後方視的に検討した．
【成績】年齢の中央値は58(47-66)歳であった．4例がすでに閉経していた．原疾患は直腸癌/NET/GISTが3/1/1例，施行術式はLAR/SLAR/ISR/局所切除が2/1/1/1例であった．．アプローチ法は開腹/腹腔鏡/ロボット/経肛門が2/1/1/1例であった．膣瘻の発症時期は術後30(5-3336)日であった．2例はストーマ造設とエストリオール膣錠で短期間に治癒した．１例はストーマ造設と瘻孔切除術を行うも治癒せず，エストリオール膣錠投与で瘻孔閉鎖した．1例は3回の薄筋弁充填術を行うも，治癒せず，エストリール膣錠投与で瘻孔閉鎖した．１例は手術加療で一旦治癒したが，再発した症例であり，ストーマ造設とエストリオール膣錠で治癒した． 1例，ストーマ閉鎖後に再発したが，エストリオール膣錠投与で治癒した．最終的エストリオール膣錠投与による膣瘻閉鎖率は100%，再発率は20%，最終的なストーマ閉鎖率は80%であった．
【結論】直腸手術に起因する直腸膣瘻に対し，エストリオール膣錠治療は，ストーマ併用是非の課題は残るものの有望な治療法となりうる．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Room 9

[R27] 要望演題 27 会陰損傷・直腸膣瘻の治療

座長：栗原 聰元(汐田総合病院・外科), 香取 玲美(畠山クリニック肛門科)

[R27-4] 陳旧性会陰裂傷に発症した骨盤臓器脱に対し、薄筋皮弁による会陰再建および肛門形成術を施行した1例

松尾 智暁[1], 木村 泰生[1], 髙柳 奈央[2], 辻本 賢樹[2], 橋渡 七奈子[1], 坂根 舜哉[1], 内藤 健[1], 石原 伸朗[1], 田原 俊哉[1], 丸山 翔子[1], 秋山 真吾[1], 山川 純一[1], 藤田 博文[1] (1.聖隷三方原病院外科, 2.聖隷三方原病院形成外科)

症例は83歳女性。57年前の出産時の会陰裂傷により直腸膣癒合不全の状態で経過されていた。半年前より骨盤臓器脱、便失禁の症状が出現し近医を受診し、当院へ紹介された。受診時、膣と肛門の間の皮膚および括約筋が欠損し総排泄腔様となっており、怒責で骨盤臓器脱（膣脱＋完全直腸脱）を認めた。肛門括約筋は前方1/3が欠損している状態であった。本症例における骨盤臓器脱の主因は第4度会陰裂傷による骨盤底欠損と考えられたため、形成外科と協議し、薄筋皮弁による会陰再建術および肛門形成術を施行した。瘢痕化した膣後壁と直腸前壁を分離し、外肛門括約筋断端を同定し周囲を剥離した。挙上した右薄筋弁を時計回りに外肛門括約筋周囲に巻き付け括約筋断端に縫着した。膣と肛門の間は会陰部の皮膚により皮弁を形成した。
骨盤臓器脱は一般的に、出産や加齢、骨盤内手術により骨盤底筋群が脆弱化し発症するとされている。また、第4度会陰裂傷は直腸粘膜まで達する稀な病態である。本症例は第4度会陰裂傷により骨盤底欠損が背景にあり、加齢と介護による腹圧の上昇に伴い骨盤臓器脱が発症したと考えられた。会陰裂傷に伴う骨盤臓器脱は非常に稀であり症例報告も数少ない。今回、我々は会陰裂傷を背景に発症した骨盤臓器脱に対して薄筋皮弁による会陰再建および肛門形成術を施行した1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

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 9

[R28] 要望演題 28 大腸手術の術前処置

座長：椿 昌裕(友愛記念病院外科), 内藤 正規(聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科)

[R28-1]

当院における大腸癌手術の化学的前処置であるカナマイシンおよびフラジール併用投与の有用性

瀧口 暢生, 三宅 正和, 吉村 大士, 東 重慶, 古川 陽菜, 小川 久貴, 大村 仁昭, 種村 匡弘 (りんくう総合医療センター)

[R28-2]

左側大腸癌DST吻合症例に対する術前化学的腸管処置の臨床的意義の検討

高島 順平, 上野 啓輔, 大野 裕文, 南角 哲俊, 小泉 彩香, 峯崎 俊亮, 山崎 健司, 藤本 大裕, 三浦 文彦, 小林 宏寿 (帝京大学溝口病院外科)

[R28-3]

直腸癌手術における化学的前処置の有用性の検討

工藤 孝迪[1], 小澤 真由美[1], 大矢 浩貴[2], 前橋 学[1], 田 鐘寛[2], 森 康一[1], 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.横浜市立大学附属市民総合医療センター, 2.横浜市立大学附属病院消化器・腫瘍外科学, 3.横須賀共済病院, 4.関西医科大学下部消化管外科学)

[R28-4]

体腔内吻合におけるoral antibiotic bowel preparation併用の有効性の検討

足立 利幸, 肥田 泰慈, 山下 真理子, 橋本 慎太郎, 片山 宏己, 山口 峻, 高村 祐磨, 富永 哲郎, 井上 悠介, 野中 隆 (長崎大学外科学講座大腸肛門外科)

[R28-5]

ロボット支援下直腸手術における腸管前処置と周術期経口摂取

新井 聡大, 増田 大機, 大和 美寿々, 今井 光, 金城 宏武, 朝田 泰地, 鈴木 碧, 金田 亮, 山口 和哉, 吉野 潤, 長野 裕人, 入江 工, 井ノ口 幹人 (武蔵野赤十字病院外科・消化器外科)

[R28-6]

Minimum Umbilicus–Vertebra Diameter(MUVD)は大腸癌低侵襲手術における術後腹腔内感染症の簡便で精度の高い指標となりうる

関 由季[1], 渋谷 雅常[1], 丹田 秀樹[1], 西山 毅[1], 月田 智也[1], 田中 章博[1], 小澤 慎太郎[1], 大森 威来[1], 石舘 武三[1], 米光 健[1], 福井 康裕[1], 笠島 裕明[1], 福岡 達成[2], 久保 尚士[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消化器外科)

[R28-7]

大腸癌手術症例における手術部位感染予防ケアバンドルの効果と課題

毛利 靖彦[1], 山本 晃[1], 尾嶋 英紀[1], 髙木 里英子[1], 山本 真優[1], 渡辺 修洋[1], 森本 雄貴[1], 横江 毅[1], 内田 恵一[2] (1.三重県立総合医療センター消化器・一般外科, 2.三重県立総合医療センター小児外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 9

[R28] 要望演題 28 大腸手術の術前処置

座長：椿 昌裕(友愛記念病院外科), 内藤 正規(聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科)

[R28-1] 当院における大腸癌手術の化学的前処置であるカナマイシンおよびフラジール併用投与の有用性

瀧口 暢生, 三宅 正和, 吉村 大士, 東 重慶, 古川 陽菜, 小川 久貴, 大村 仁昭, 種村 匡弘 (りんくう総合医療センター)

【緒言】本邦における2023年の下部消化管術後のSSI(Surgical Site Infection)発生率は厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業(JANIS)の報告によると結腸8.2%, 直腸9.9%と報告されている. 結腸直腸癌手術において, SSI予防目的に化学的前処置が有効であるとされており, 当院では術前1日間の経口抗生剤を内服する化学的前処置を導入し, 2021年5月よりクリニカルパスに追加し運用を開始した. 本研究では化学的前処置のクリニカルパス導入によるSSI予防効果を明らかにする.
【対象と方法】当院では従来の機械的前処置に, 術前1日間の化学的前処置であるカナマイシン750mgとフラジール750mgを経口内服することを追加したクリニカルパスを2021年5月に導入した. クリニカルパス導入前の2015年1月から2021年4月の結腸直腸癌切除症例643例を導入前群, 導入後の2021年5月から2025年1月の492例を導入後群とし, SSI発生率についてretrospectiveに比較検討した.
【結果】導入前群と導入後群の背景因子で, 年齢, 性別, ASA-PS, BMI, Approach, ストーマ造設, 出血量, 手術時間, Stageに関して有意差は認めなかった. 全手術症例におけるSSI発生率は6.7%(76/1135例)であった. SSI発生率は導入前群5.9%(38/643例), 導入後群7.7%(38/492例)で有意差は認めなかった(P=0.14). また表層SSIは導入前群3.9%(25/643例), 導入後群3.0%(15/492例)で(P=0.52), 深部SSIは導入前群1.2%(8/643例), 導入後群1.2%(6/492例)で(P=0.83), 体腔内SSIは導入前群0.78%(5/643例), 導入後群3.5%(17/492例)(P=0.10)となっており, これらは有意差を認めなかった.
【結語】当院では結腸直腸癌手術に, 術前1日間の化学的前処置をクリニカルパスに導入し運用している. 導入前後を比較すると現状ではSSI発生率において有意差は認められなかったが, 今後も症例を蓄積していく方針である.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 9

[R28] 要望演題 28 大腸手術の術前処置

座長：椿 昌裕(友愛記念病院外科), 内藤 正規(聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科)

[R28-2] 左側大腸癌DST吻合症例に対する術前化学的腸管処置の臨床的意義の検討

高島 順平, 上野 啓輔, 大野 裕文, 南角 哲俊, 小泉 彩香, 峯崎 俊亮, 山崎 健司, 藤本 大裕, 三浦 文彦, 小林 宏寿 (帝京大学溝口病院外科)

【背景】現在多くの施設でERASが実践される．当科でもERASにそったパスを導入し早期退院を目指した周術期管理を行っている．しかし当科ではDST吻合予定の左側大腸癌では，ERASと異なり術前2日前に入院し絶食とした上で，術前腸管処置を施行している．これにより術中内視鏡を用いて吻合部の評価およびリークテストが実施可能となる．なお当科では2019年5月より術前腸管処置に化学的腸管処置（CBP）を導入し，それ以前は機械的腸管処置（MBP）のみを実施していた．当科におけるCBPを併用した術前処置の妥当性を検討した．【検討1】2014年1月から2024年12月における左側大腸癌手術症例を対象とした．緊急手術および原発非切除症例，非吻合症例は除外した．CBP導入前(pre群)と導入後(post群)に分類し短期成績を検討した．【結果1】pre群113例/post群222例．年齢，性別などの患者背景に差なし．post群でロボット手術が多かった（p<0.001）．術式はpre群：結腸部分切除71例/HAR11例/LAR30例/SLAR1例，post群：結腸部分切除86例/HAR67例/LAR60例/SLAR9例とpost群で直腸切除症例が多かった（p<0.001）．手術時間はpost群で長かった（p<0.001）．合併症はpre群17例/post群9例とpost群で少なかった（p=0.001）．SSIはpre群10例/post群4例とpost群で少なく（p=0.006），うち体腔SSIはpre群7例/post群4例（p=0.049）、切開創SSIはpre群3例/post群0例（p=0.038）であった．肺炎や腸閉塞などは差なし．術後在院日数はpost群で短かった（p＜0.001）．【検討2】SSIの危険因子を検討した．【結果2】単変量解析ではMBP単独（p=0.006）と周術期輸血（p=0.022）が該当し，ステップワイズで多変量解析すると，MBP単独（OR=0.167 p=0.004）と周術期輸血（OR=0.163 p=0.006）が独立した危険因子であった．【考察】post群では合併症の発生が少なく，特に体腔SSIおよび切開創SSIが低率であった．当科の術前処置は妥当と考えられ，CBP導入によりSSIの発生率が低下する可能性が示唆された．体腔SSIに関しては術中内視鏡検査で吻合部を確認することで，ステイプル形成不全や吻合部出血などを確認でき，縫合補強も可能となることが寄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

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 9

[R28] 要望演題 28 大腸手術の術前処置

座長：椿 昌裕(友愛記念病院外科), 内藤 正規(聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科)

[R28-3] 直腸癌手術における化学的前処置の有用性の検討

工藤 孝迪[1], 小澤 真由美[1], 大矢 浩貴[2], 前橋 学[1], 田 鐘寛[2], 森 康一[1], 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.横浜市立大学附属市民総合医療センター, 2.横浜市立大学附属病院消化器・腫瘍外科学, 3.横須賀共済病院, 4.関西医科大学下部消化管外科学)

【背景】直腸癌手術において、機械的前処置（MBP）に経口抗菌薬（OABP）を併用することでSSIが有意に減少することが報告されているが、日本ではOABPは保険適応外である。
【目的】直腸癌手術におけるOABP併用の有用性を後ろ向きに検討した。
【対象・方法】2017年4月～2024年12月に当科で直腸癌に対して低位前方切除術または括約筋間直腸切除術を施行した器械吻合例520例を対象とし、MBP単独群（M群）とMBP＋OABP併用群（C群）を傾向スコアマッチング（交絡因子：性別、年齢、ASA-PS、BMI、PNI、糖尿病、喫煙歴）により各159例で比較した。
【結果】背景に有意差はなく、術式に差を認めた（LAR/ISR：M群131/28例、C群150/9例、p＜0.001）。手術時間はC群で有意に長かった（M群238分、C群271分、p＝0.03）が、出血量は差がなかった。Clavien-Dindo分類Grade 2以上の術後合併症はM群46例(28.9%)、C群31例(19.5%)（p＝0.066）、縫合不全はM群15例(9.4%)、C群8例（5.0%）（p＝0.193）と減少傾向を認めた。切開創SSIはM群23例(14.5%)、C群3例(1.9%)で有意に低率だった（p＜0.001）。CRP値はM群:4.33/8.09/3.43,C群:3.57/5.08/2.24,（POD1/3/5）はすべてC群で有意に低値であった（p=0.001/0.002/0.007)。
【結論】MBPにOABPを併用することで、直腸癌手術後のSSIおよび炎症反応の抑制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

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 9

[R28] 要望演題 28 大腸手術の術前処置

座長：椿 昌裕(友愛記念病院外科), 内藤 正規(聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科)

[R28-4] 体腔内吻合におけるoral antibiotic bowel preparation併用の有効性の検討

足立 利幸, 肥田 泰慈, 山下 真理子, 橋本 慎太郎, 片山 宏己, 山口 峻, 高村 祐磨, 富永 哲郎, 井上 悠介, 野中 隆 (長崎大学外科学講座大腸肛門外科)

大腸癌手術におけるSurgical Site Infection（SSI）の発生率は、他の消化器外科領域と比較して依然高い水準にあるが、低侵襲手術の発展により結腸手術で8.1%、直腸手術で10.3%と減少傾向にある。近年、体腔内吻合を導入する施設が増加しており、表層SSIのみならず、腹腔内感染への対策が重要となっている。SSI発生の要因は、腸内細菌叢の制御、創部環境、患者背景など多岐にわたるが、術前処置による腸内細菌叢の制御は有効であると報告されている。欧米のガイドラインでは、mechanical bowel preparation: (MBP） とoral antibiotic bowel preparation: (OABP） の併用がSSI発生率低下に有用とされる。一方、本邦においてはMBP＋OABPの施行率は4.7%にとどまり、依然としてMBP単独が主流となっている。本研究では、腹腔内感染が問題となる大腸癌における体腔内吻合症例を対象に、MBP＋OABPの有用性を検討した。
【対象／方法】
2021年5月から2025年2月までに当院で体腔内吻合を施行した大腸癌症例連続60例を対象とし、後方視的検討を行った。検討項目は、患者背景、手術因子、SSI発生率 、術後の血液検査所見、在院日数とした。術前処置により、MBP(PEG製剤)群（38例）とMBP＋OABP(PEG製剤＋MNZ+KM)群（22例）に分類し両群間で比較検討した。
【結果】
両群間で患者背景に有意差は認めなかった。手術時間はMBP＋OABP群が有意に長かった（MBP群284分、MBP＋OABP群309分、p＝0.04）。SSI発生率はMBP群34.2%、MBP＋OABP群4.6%であり、MBP＋OABP群において有意に低値を示した（p＝0.01）。術後CRP値はPOD1、POD2、POD3のいずれもMBP＋OABP群が有意に低値を示した（POD1: 9.23 vs 6.58, p＝0.001、POD2: 13.72 vs 7.27, p＝0.006、POD3: 5.02 vs 2.57, p＝0.007）。在院日数に両群間の有意差は認めなかった。
【考察】
体腔内吻合では便による腹腔内感染が不可避であり、OABPを併用した術前処置は腸内細菌叢を制御し腹腔内感染を予防するという観点からSSI発生率の軽減に寄与することが示唆された。
【結語】
大腸癌に対する体腔内吻合症例において、MBP＋OABP併用はSSI発生率を低下させる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 9

[R28] 要望演題 28 大腸手術の術前処置

座長：椿 昌裕(友愛記念病院外科), 内藤 正規(聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科)

[R28-5] ロボット支援下直腸手術における腸管前処置と周術期経口摂取

新井 聡大, 増田 大機, 大和 美寿々, 今井 光, 金城 宏武, 朝田 泰地, 鈴木 碧, 金田 亮, 山口 和哉, 吉野 潤, 長野 裕人, 入江 工, 井ノ口 幹人 (武蔵野赤十字病院外科・消化器外科)

【背景】直腸癌術前には術後合併症低減目的に腸管前処置が行われるが、米国では機械的前処置(MBP)と化学的前処置(OABP)の併用である化学的機械的前処置(OAMBP)が推奨されている。日本ではOABPは保険収載されておらず、当院では、ロボット導入当初はMBPのみであったが、2023年9月よりOAMBPを導入した。OABPは術前日カナマイシン3000mgとメトロニダゾール1500mgを内服としている。経静脈的予防的抗菌薬は執刀直前にセフメタゾール1gを投与し、術中は3時間ごとに追加投与を行い、術後3時間後に再度投与を行っている。食事は術前日昼までとし、アルギニン飲料を術前日夕と当日執刀開始3時間前までに各250mL服用としている。術後は第1病日より食事再開としている。
【目的】直腸癌に対するロボット支援下手術におけるMBP群とOAMBP群の短期成績を明らかにすること。
【対象と方法】2019年から2024年まで、ロボット支援下直腸手術を施行した症例を対象とし、短期成績を明らかにした。
【結果】対象症例は206例、MBP群136例、OAMBP群70例。年齢中央値70歳、BMI中央値22.1。年齢、性別、BMI、腫瘍局在に両群間で有意差は認めなかった。術式、一時的人工肛門造設率に両群間では有意差は認めなかった。手術時間はMBP群357分、OAMBP群276分と有意に短かった。Clavien-Dindo分類GradeIIIの合併症はMBP群11例(8.1%)、OAMBP群3例(4.3%)で両群に有意差は認めなかった。GradeIIの合併症はMBP群34例(25.0%)、OAMBP群7例(10.0%)で有意にOAMBP群で少なかった。SSIは有意差を認めなかったがMBP群で17例(12.5%)、OAMBP群で3例(4.3%)に認めた。縫合不全はMBP群で10例(7.4%)、OAMBP群では認めず、有意にOAMBP群で少なかった。術後排ガス確認病日はMBP群で3日、OAMBP群で2日であり、術後在院日数はMBP群が9日、OAMBP群が7日でいずれも有意にOAMBP群で少なかった。
【結語】当院での直腸癌に対する周術期管理を示した。OAMBPは術後合併症低減に寄与し、術後在院日数を減少させる可能性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

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 9

[R28] 要望演題 28 大腸手術の術前処置

座長：椿 昌裕(友愛記念病院外科), 内藤 正規(聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科)

[R28-6] Minimum Umbilicus–Vertebra Diameter(MUVD)は大腸癌低侵襲手術における術後腹腔内感染症の簡便で精度の高い指標となりうる

関 由季[1], 渋谷 雅常[1], 丹田 秀樹[1], 西山 毅[1], 月田 智也[1], 田中 章博[1], 小澤 慎太郎[1], 大森 威来[1], 石舘 武三[1], 米光 健[1], 福井 康裕[1], 笠島 裕明[1], 福岡 達成[2], 久保 尚士[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消化器外科)

【背景】肥満が腹腔内手術のSurgical Site Infection(SSI)のリスク因子であることは報告されてきたが，近年コンピュータ断層撮影(CT)画像を用いて得た肥満関連の身体パラメータがSSIを予測する簡便な指標であると報告されている．久保らは臍から椎体までの最小距離(Minimum Umbilicus–Vertebra Diameter：MUVD)は胃癌低侵襲手術後のSSIを予測する有用な指標であると報告したが，大腸癌におけるMUVDの有用性についてはまだ報告がない．そこで今回大腸癌低侵襲手術後のSSIを予測するCT画像を用いた指標について検討した．【方法】対象は2017年1月から2019年12月に当院でpStage0-IVの大腸癌に対して腹腔鏡補助下手術を施行した297例．吻合をしなかった症例，開腹移行した症例，複数箇所の切除をした症例は除外した．手術前に撮影されたCTで画像解析システムSYNAPSE VINCENT® (富士フィルム株式会社)を使用し，臍レベルの冠状断面像でMUVDおよび皮下脂肪，腹腔内脂肪面積を算出した．MUVDは臍の最深点から椎骨までの最短距離と定義した．また同システムで腹腔内脂肪の全体積を算出した．カルテよりBody Mass Index(BMI)を計算し周術期の情報を調査した．術後の感染性合併症の有無で症例を2群に分け各因子との関連を検討した．【結果】297例のうちSSIを認めた症例は55例．表層SSIが22例，深層SSIが0例，臓器・体腔SSIが34例でそのうち縫合不全が20例であった．MUVDは中央値73.7(24.9-157.3)mmであった．臓器・体腔SSI群のMUVD(中央値87.0mm)は臓器・体腔SSIなし群(中央値72.5mm)と比較し有意に長かった(p＝0.013)．縫合不全あり群でもMUVD(中央値83.8mm)は縫合不全なし群(中央値73.0mm)と比較し有意に長かった(p＝0.040)．皮下脂肪面積，腹腔内脂肪面積や腹腔内脂肪体積，BMIでは両群間で有意な差は認めなかった．またMUVDと皮下脂肪面積，腹腔内脂肪面積，腹腔内脂肪体積，BMIはそれぞれ有意な相関関係を認めた(p<0.001; p<0.001; p<0.001; p<0.001)．【結語】MUVDは比較的簡便に測定可能な指標である．大腸癌低侵襲手術後の感染性合併症を予測する上でMUVDは深部・体腔SSIや縫合不全を予測する精度が高い指標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

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 9

[R28] 要望演題 28 大腸手術の術前処置

座長：椿 昌裕(友愛記念病院外科), 内藤 正規(聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科)

[R28-7] 大腸癌手術症例における手術部位感染予防ケアバンドルの効果と課題

毛利 靖彦[1], 山本 晃[1], 尾嶋 英紀[1], 髙木 里英子[1], 山本 真優[1], 渡辺 修洋[1], 森本 雄貴[1], 横江 毅[1], 内田 恵一[2]
(1.三重県立総合医療センター消化器・一般外科, 2.三重県立総合医療センター小児外科)

【目的】大腸癌手術は、消化器外科手術の中でも手術部位感染（SSI）発生は高率である。また、SSIガイドライン等で有効性が認められている感染対策を、単独で実施するのではなく複数の対策を同時に実施するケアバンドルアプローチにより、医療関連感染を低減させることができると考えられている。当院では手術部位感染（SSI）を予防するために様々な対策を実施してきた。今回、消化器外科周術期SSI予防ガイドラインの推奨事項を参考に予防対策を導入してきた。新規対策導入に伴うSSI発生率について検討した。
【方法】
2012年1月から2022年12月までに当院消化器・一般外科で大腸癌手術を受けた患者を対象とした。2018年より、大腸癌手術における術前経口抗菌薬投与、創縁保護器具（double ring wound protector）、二重手袋使用および交換のタイミングの統一、2020年より術前歯科受診、閉創時器械交換を導入してきた。これら5つの事項をSSI予防ケアバンドルとし、その効果について検証する。2012年1月～2017年12月までをA期、2018年1月～2019年12月までをB期、2020年1月より2023年12月までをC期とした。
【結果】A期のSSI発生率は、13.3%、ケアバンドル初期導入後のB期のSSI発生率は13.2%、さらに、ケアバンドル導入後のC期のSSI発生率は8.6%であった。SSI発生に関して、SSI発生危険因子として、年齢、術前抗菌薬による腸管前処置非施行、手術時間、出血量、術中輸血、開腹手術が抽出され、多変量解析にて、術前抗菌薬による腸管前処置非施行、出血量、術中輸血が独立したSSI危険因子であった。また、C期のケアバンドルの遵守率は84%であった。
【結語】大腸癌手術におけるSSIを低減させるために、ケアバンドルアプローチは有効であるが、PDCAサイクルを利用してさらなる改善が必要と考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 9

[R29] 要望演題 29 クローン病肛門病変の診断と治療

座長：中村 志郎(互恵会大阪回生病院消化器内科IBDセンター), 古川 聡美(東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター)

[R29-1]

肛門初発クローン病の診断における内視鏡所見の意義

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

[R29-2]

痔瘻、肛囲膿瘍からみたクローン病（CD）とCDからみた肛門病変

野明 俊裕, 石井 正之, 石橋 英樹, 鈴木 麻未, 榊原 優香, 白水 良征, 長田 和義, 荒木 靖三 (社会医療法人社団高野会くるめ病院)

[R29-3]

クローン病肛門病変の検討と新しい分類の提言

松尾 恵五, 鵜瀞 条, 新井 健広, 岡田 滋, 坪本 貴司, 吉本 恵理, 児島 和孝, 佐々木 駿 (東葛辻仲病院)

[R29-4]

クローン病肛門病変に対する経口ステロイドでの寛解導入と免疫調節薬での維持の成績

中島 光一, 福島 恒男, 西野 晴夫, 野澤 博, 小林 清典, 岩佐 亮太, 針金 幸平, 中村 裕佳, 林 佑穂, 鈴木 康元, 杉田 昭, 宮島 伸宜, 松島 誠 (松島病院胃腸科)

[R29-5]

肛門管内原発病変に着目したクローン病肛門病変の治療戦略

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

[R29-6]

当院のクローン病に合併した肛門病変に対する治療について

新垣 淳也[1], 古波倉 史子[1], 佐村 博範[1], 堀 義城[1], 山城 直嗣[1], 長嶺 義哲[1], 原田 哲嗣[1], 本成 永[1], 金城 直[1], 伊禮 俊充[1], 亀山 眞一郎[1], 伊志嶺 朝成[1], 金城 健[2], 金城 福則[2] (1.浦添総合病院消化器病センター外科, 2.浦添総合病院消化器病センター内科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 9

[R29] 要望演題 29 クローン病肛門病変の診断と治療

座長：中村 志郎(互恵会大阪回生病院消化器内科IBDセンター), 古川 聡美(東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター)

[R29-1] 肛門初発クローン病の診断における内視鏡所見の意義

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

【背景】肛門病変を初発とするクローン病(CD)では確定診断までに時間を要すため、早期診断の実現が重要な課題である。診断には内視鏡検査が重要な役割を担うが、肛門初発CDの内視鏡所見に関してはさらなる症例の集積と検討が求められている。【目的】肛門初発CDの臨床像および内視鏡所見を検討する。【対象・方法】2013年1月から2025年3月までの当院受診例で、主訴が肛門病変であり、初診時の一連の検査で確診に至らず、後にCDと診断された症例を肛門初発CDと定義し後方視的に検討した。【結果】対象は23例。年齢中央値21歳（10〜47歳）、CD確定診断までの期間は542日(16〜2583日)で、83%(19例)は3年以内に確診に至った。CDの病型は、大腸型4例、小腸型2例、小腸大腸型15例、不明2例であった。肛門所見はcavitating ulcer 4例、浮腫状皮垂3例であり、裂肛は8例、単純痔瘻2例、複雑痔瘻19例であった。確診前に施行された検査のうち、上部消化管内視鏡検査は10例中1例で竹の節状外観を認めた。小腸カプセル内視鏡は4例全例で回腸に多発びらんを認めた。下部消化管内視鏡(CS)は、詳細が確認可能な18例中17例で確診前に施行されていた。初回CSは肛門病変発症後241日(42〜1193日)で施行され、17例で炎症所見(潰瘍6例、びらん13例、発赤4例)を認めた。炎症部位は盲腸13例、回腸11例、S状結腸10例の順に多く、回腸終末または盲腸のいずれかに炎症を認めた症例は89%(16例)であった。肛門所見や痔瘻の型、内視鏡上の炎症部位・程度との間に明らかな関連はなかった。肛門病変発症後1年未満にCSを施行された症例(n=12）では、確診までの日数中央値は423.5日(100〜2583日)、1年以降にCSを施行した症例(n=6)では691.5日(446〜1492日)であり、早期にCSを施行した群では確定診断が早い可能性が示唆された。確認可能な22例中20例でCSが後の確定診断に寄与していた。【結語】肛門初発CDを疑う場合、早期のCSを施行し、特に回盲部に炎症が見られた場合は積極的にフォローすることが必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 9

[R29] 要望演題 29 クローン病肛門病変の診断と治療

座長：中村 志郎(互恵会大阪回生病院消化器内科IBDセンター), 古川 聡美(東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター)

[R29-2] 痔瘻、肛囲膿瘍からみたクローン病（CD）とCDからみた肛門病変

野明 俊裕, 石井 正之, 石橋 英樹, 鈴木 麻未, 榊原 優香, 白水 良征, 長田 和義, 荒木 靖三 (社会医療法人社団高野会くるめ病院)

【背景】CDには肛門病変が高率に合併しQOLに大きな影響を及ぼすと言われている。しかしその治療方針は肛門科診療を主に行っている施設とIBDを主に行っている施設では異なった方針がとられていることが多い。【目的】CDの肛門病変に対する適切な治療を図るため当院における痔瘻、肛囲膿瘍手術から見たCDの診断者数と、CD新規登録者からみた肛門病変の頻度を電子カルテから抽出しその治療経過を検討する。【対象と方法】対象は2016年1月から2024年12月までに当院で行われた腰椎麻酔下の痔瘻肛門周囲膿瘍に対する手術1209例、また2019年1月から2024年12月までに当院で新規CD難病申請を行った54例を対象とした。肛門病変を有する症例を抽出し、バイオ製剤導入時期とその割合、治療経過を追跡し最終受診時におけるCDAI (Crohn’s Disease Activity index）、PCDAI（Perineal Crohn’s Disease Activity index）を調査し治療成績を検討した。【結果】痔瘻、肛門周囲膿瘍手術症例1209例のうちCDと診断された症例は38例3.1%であった。一方CD新規登録者54例のうち肛門病変を有する症例は43例78.1%で、ドレナージを行った症例は26例48.1%、他は浮腫状の皮垂や直腸肛門潰瘍、肛門狭窄などであった。初診時のCDAIは平均で123（12-402）、PCDAIは4.0（0-20）。肛門病変の有無でCDAIを比較すると肛門病変あり116、肛門病変なし151で有意差はないものの肛門病病変を有する症例のCDAIが低値であった。バイオ製剤は48例で導入され、導入されなかった6症例は連絡なく受診しなくなった症例が2例、他院へ転院となった症例が2例、現在も当院で経過観察中は2例であった。初診時肛門病変を有していた43例中12例でPCDAIが0となり、21例で2未満を達成していた。ドレナージを行った症例で手術からバイオ導入までの期間は、バイオ導入後にドレナージした症例が1例、バイオ導入なしが1例、他は4日から1269日で一定の傾向は見いだせなかった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 9

[R29] 要望演題 29 クローン病肛門病変の診断と治療

座長：中村 志郎(互恵会大阪回生病院消化器内科IBDセンター), 古川 聡美(東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター)

[R29-3] クローン病肛門病変の検討と新しい分類の提言

松尾 恵五, 鵜瀞 条, 新井 健広, 岡田 滋, 坪本 貴司, 吉本 恵理, 児島 和孝, 佐々木 駿 (東葛辻仲病院)

【目的】クローン病(CD)に合併する肛門病変を分析し新しい考え方の分類を提言する。
【対象】2004.1〜2023.12までの20年間に当院でCDと診断しえた170例。
【方法】前向きのRetrospective Cohort studyで観察期間中央値は49か月であった。
【結果】初診時に肛門症状のあった症例は153/170(90%)、CDの確定診断は158例、疑診12例であった。観察期間内に診断した病変部位により3群に分けると肛門＋腸管139例(81.8%)、肛門のみ17例(10%)、腸管のみ14例(8.2%)であり、発見時期による時間的要素も加味すると腸管のみ14例(8.2%)、腸管病変先行1例(0.6%)、同時発見129例(75.9%)、肛門病変先行9例(5.3%)、肛門のみ17例(10%)であり、肛門病変の同時発見も「肛門病変先行例」に含めれば155例(91.2%)であった。
Hughesの分類に準じた肛門病変は(重複あり)156例中、肛門潰瘍59例(37.8%)、裂肛49例(31.4%)、浮腫状皮垂35例(22.4%)、肛門ポリープ12例(7.7%)などであった。痔瘻手術121例のうち86.8%は手術時にCDの確定診断がついておらず、浅い単純痔瘻に対しては lay open法を行うことが多かった。手術例のうち3分の1が生物学的製剤を投与せずに治癒的寛解に至った。lay open法106例中の再発は1例のみであった
【提言】CDに伴う肛門病変をその部位により粘膜側病変(肛門管内病変)と皮膚側病変(肛門周囲病変)に分ける新分類を提言する。粘膜側病変はcryptitis型(従来の分類では規定されていない通常のcryptにみえるか少し大きめ・深いcrypt、あるいは軽度の炎症所見を呈する痔瘻の原発口)、fissure/ulcer, cavitating ulcer, aggressive ulceration, strictureに分類すると最多のものはcryptitis型128(82.1%)であった。皮膚側病変は(ulcerated) edematous pile, perianal abscess/fistula, vaginal fistulaに分類した。この分類により的確に粘膜側病変を評価して手術治療法選択の指標に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

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 9

[R29] 要望演題 29 クローン病肛門病変の診断と治療

座長：中村 志郎(互恵会大阪回生病院消化器内科IBDセンター), 古川 聡美(東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター)

[R29-4] クローン病肛門病変に対する経口ステロイドでの寛解導入と免疫調節薬での維持の成績

中島 光一, 福島 恒男, 西野 晴夫, 野澤 博, 小林 清典, 岩佐 亮太, 針金 幸平, 中村 裕佳, 林 佑穂, 鈴木 康元, 杉田 昭, 宮島 伸宜, 松島 誠 (松島病院胃腸科)

【背景】クローン病（CD）の肛門病変に対しては、外科肛門科と連携して必要に応じ切開排膿やシートンドレナージを行うことを前提として、腸管病変と同様に内科的治療が必要である。腸管病変の治療として経口ステロイド（PSL）で寛解導入し免疫調節薬（IM）で寛解維持を試みることは多いが、肛門病変に対するその成績の報告は、有効とされる生物製剤（Bio）に比べて少ない。【目的・方法】当院で2018年以降に、有症状の肛門病変をもつCDでPSLを寛解導入目的で30mg/日以上使用し、終了前にIMを維持目的で追加して、その後のBioの追加の有無にかかわらず1年以上経過を観察できた30例を対象に、その成績について検討した。対象例の平均年齢は29歳、男女比5:1、病型は小腸大腸型24例、大腸型4例、特殊型2例、導入前CRPの中央値は1.6㎎/dl、ALBの中央値は3.8g/dlであった。肛門病変の内訳は、痔瘻・肛門周囲膿瘍25例、肛門潰瘍・裂肛22例、浮腫状皮垂10例、痔瘻根治術後難治創4例で、PSL導入前に22例で切開排膿が行われていた。PSL使用期間の平均値は11(7~13)週、使用したIMはAZA27例、6MP3例、導入中の併用薬はエレンタール 16例、5-ASA 14例、抗生剤6例、導入後の平均観察期間は36（13~84）ヵ月であった。
【結果】肛門病変の症状をPDAIの排膿と疼痛のサブスコアで評価すると、排膿サブスコアの平均値は、PSL導入前2.1から初回評価時（導入後平均3週）に1.3、PSL終了時（導入後平均14週）に1.1まで低下し、疼痛サブスコアも1.6からそれぞれ0.7、0.4まで低下した。肛門病変の臨床的寛解を排膿・疼痛サブスコアともに0と定義すると、寛解はPSL終了時6例（20%）、1年後11例（37%）、最終受診時17例（57%）に得られた。観察期間中Bioを追加したのは12例で、累積Bio使用率は1年30%、3年45%であった。寛解17例でBioの使用をみると、Bio未使用が12例で、一方Bioを追加していた5例中3例は追加前に肛門は寛解しており、計15例(50%)はBio未使用で寛解が得られていた。【結論】肛門病変を有するCDにおいて、PSLでの導入とIMの維持で肛門の寛解が得られることは多く、初期にBioを使用しないaccelerated step-upの治療も選択し得ると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 9

[R29] 要望演題 29 クローン病肛門病変の診断と治療

座長：中村 志郎(互恵会大阪回生病院消化器内科IBDセンター), 古川 聡美(東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター)

[R29-5] 肛門管内原発病変に着目したクローン病肛門病変の治療戦略

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

はじめに：クローン病(CD)肛門病変は高率であるが、CD診療の大半は内科医によってなされている。CD病勢と肛門部症状が必ずしも一致せず、治療強化要否の判断に難渋することも多いため、経験症例から治療戦略を考察した。
対象：2025年4月時点で診療しているCD51例中、肛門病変合併40例。当院での薬物療法も行なっている29例、肛門のみ診療例11例を含めて検討した。肛門のみ診療例は全例主担当医が薬剤選択を行っていた。
結果：初診時または経過中に、膿瘍形成または疼痛の強い症例で、仙骨硬膜外麻酔下で診断・処置を施行した。
膿瘍形成は30例（75.0%）で、触診とUSで膿瘍範囲と一次口を検索、一次口が同定困難か確保困難な症例は無理には確保せず。一次口同定症例は約半数で、その形態にかかわらずシートンも留置した。シートンは積極的にcuttingすることなく治癒に伴い適宜抜去か脱落とした。膿瘍は広く開放するか、シートンであっても挿入口は十分な大きさを確保した。一次口がCD関連の潰瘍性病変である際は、Bio製剤を中心とした加療を要した。一次口同定困難症例は通常型肛門周囲膿瘍に近く、肛門症状での薬剤変更はなかった。
根治術は7例に施行。4例は根治術時点でCD診断はなく、lay open 2 例 coring out2例に施行。2例で難治創となりBio導入で創部治癒した。既診断の1例は裂肛からの瘻孔形成でlay openし、その後ステロイドで腸管、肛門とも寛解。2例はADA、USTで腸管は寛解状態にあり、瘻孔残存症例にlay open 1 例 coring out1例を通常痔瘻症例と同様に行い治癒した。根治術全例で一次口が歯状線か手前だった。
膿瘍形成を認めなかった10例（25.0%）は裂肛3例と狭窄3例にBio導入、浮腫状皮垂4例はそれ自体でのBio導入はなく、腸管病変の活動性に応じてBio導入した。
結語：膿瘍期はCD病変の形態にかかわらず十分なドレナージを要し、ドレナージ口を十分に作成することが肝要である。CDであっても一次口をいかに処理するかが重要であり、CD関連病変であれば、Bio製剤を中心としたCDの加療が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

要望演題

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 9

[R29] 要望演題 29 クローン病肛門病変の診断と治療

座長：中村 志郎(互恵会大阪回生病院消化器内科IBDセンター), 古川 聡美(東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター)

[R29-6] 当院のクローン病に合併した肛門病変に対する治療について

新垣 淳也[1], 古波倉 史子[1], 佐村 博範[1], 堀 義城[1], 山城 直嗣[1], 長嶺 義哲[1], 原田 哲嗣[1], 本成 永[1], 金城 直[1], 伊禮 俊充[1], 亀山 眞一郎[1], 伊志嶺 朝成[1], 金城 健[2], 金城 福則[2] (1.浦添総合病院消化器病センター外科, 2.浦添総合病院消化器病センター内科)

(はじめに)クローン病において肛門部は回盲部とならんで罹患頻度の高い部位であり，肛門部病変を知ることは早期診断の手がかりとしても重要である．(目的)当院のクローン病肛門病変について調査した．(対象，方法) 2005年～2022年の期間，当院で治療されたクローン患者241例中，肛門病変併存の患者は85例(35.3%)で肛門病変の種類，病型，癌合併の有無等後方視的に検討した．(結果)肛門併存疾患85例の肛門病変の種類は痔瘻 69例，肛門周囲膿瘍55例(重複あり)，痔瘻・肛門周囲膿瘍の割合が多かった．肛門疾患が先行してクローン病と診断された患者45例(18.7%)で，肛門病変併存患者85例の52.9%を占めた．病型は小腸大腸型72例，大腸型9例，小腸型4例であった．クローン病肛門病変例で，人工肛門造設が必要になった症例は14例(16.5%)あり，難治性痔瘻が増悪した症例7例，癌合併症例3例，肛門病変以外の症例4例であった．直腸肛門管癌2例あり，1例目は診断時にStageIVの患者であった．診断治療から1年で死亡している．2例目は一過性血便あり内視鏡検査(CS)施行．直腸に軽度びらんが散在程度であった．1年後MRI検査施行．肛門周囲多房性嚢胞性病変認め粘液癌疑い当科紹介となった．CS施行し肛門部skin tag近傍に隆起病変を認め生検で粘液癌の診断であった．手術：腹会陰式直腸切断術，前立腺全摘，膀胱瘻造設，臀溝皮弁術施行．病理検査：Type 5, muc, pT4a, N0, M0, pStageIIb.現在外来フォロー中である．(考察)クローン病の診断で，肛門症状が契機となることがある．特徴的な肛門病変を知っていることは大切である．内科医と外科医で緊密に連携し，肛門機能の保持，過度の外科的侵襲を抑えた治療を行い，さらに癌合併まで考慮した管理，早期発見に努め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）

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

[O13] 一般演題（口演） 13 痔瘻の診療

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

[O13-1]

IV型クローン痔瘻を単純化し、ダルバドストロセルの投与ができた2例

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

[O13-2]

Parks分類で括約筋貫通型に分類されるⅡL型痔瘻症例の検討

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

[O13-3]

複雑痔瘻における経肛門超音波検査の有用性の検討‐MRI検査と比較して‐

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

[O13-4]

Parks分類における痔瘻の進展経路は解剖学的構造のどこを指すのか

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

[O13-5]

クローン病の肛門病変に対する診断と治療〜外科の役割

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

[O13-6]

肛門周囲膿瘍、痔瘻症例におけるIBD合併症例の検討

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

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

[O13] 一般演題（口演） 13 痔瘻の診療

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

[O13-1] IV型クローン痔瘻を単純化し、ダルバドストロセルの投与ができた2例

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

緒言：ダルバドストロセル(Darvadstrocel, 以下DVS)は、成人の皮下脂肪組織から作成された非活動期または軽症の活動期クローン病患者の複雑痔瘻を治療する薬剤である。
今回、骨盤直腸窩膿瘍を形成したIV型クローン痔瘻に対してsetonゴムの留置を行うことで浅外肛門括約筋レベルの痔瘻に変換した症例に対してDVSの投与を行い、肛門病変の寛解を得られた2症例を経験したため、報告する。
症例1：18歳男性。17歳時にクローン病と診断された。内科的治療を開始するも、肛門病変のコントロールが不良であり、当科紹介となった。骨盤直腸窩膿瘍を形成する6時原発のIV型痔瘻の診断で、病勢コントロール目的のseton手術を行った。術7ヶ月後に骨盤直腸窩膿瘍は完全に消失し、浅外肛門括約筋レベル単純な痔瘻となった。腸管病変のコントロールが良好であり、setonゴムの抜去希望が強かったため、DVSを投与した。DVS投与後1ヶ月後に肛門部の腫脹があり、切開で漿液性の排液を認めたが、その後は再燃なく、DVS投与後4ヶ月で肛門症状は消失した。DVS投与後1年、痔瘻の再発は認めていない。
症例2：37歳男性。26歳時にクローン病と診断された。内科的治療で腸管病変のコントロールは良好となったが肛門病変のコントロールが不良であり、当科紹介となった。骨盤直腸窩膿瘍を形成する5時原発のIV型痔瘻の診断で、病勢コントロール目的のseton手術を行った。術5ヶ月後に骨盤直腸窩膿瘍は完全に消失し、浅外肛門括約筋レベル単純な痔瘻となった。setonゴム留置に強い嫌悪感があり、抜去希望が強かったため、DVSを投与した。DVS投与直後に振戦を認めたがすぐに消失し、術翌日に退院した。その後はすみやかに肛門部からの排膿は減少し、DVS投与後2ヶ月で排膿や疼痛といった症状は消失した。DVS投与後6ヶ月、痔瘻の再発は認めていない。
結語：今回、初診時にはIV型痔瘻であったが、seton手術で浅外肛門括約筋レベルの痔瘻に変換し、DVS投与に適した症例を2例経験した。setonゴムの長期的留置に強い抵抗感を示す患者もおり、DVSは難治性クローン痔瘻の寛解を目指す良い選択肢であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

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

[O13] 一般演題（口演） 13 痔瘻の診療

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

[O13-2] Parks分類で括約筋貫通型に分類されるⅡL型痔瘻症例の検討

竹中 雄也, 渡部 晃大, 内海 昌子, 久能 英法, 三宅 祐一朗, 小野 朋ニ郎, 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)

本邦で広く用いられる隅越分類は原発巣の位置に基づいた分類であり瘻管の存在部位については曖昧であることから，内外括約筋間に原発巣を有するⅡL型痔瘻には多くのバリエーションが存在する．一方で，欧米で用いられるParks分類では内外括約筋間に原発巣を有する痔瘻を瘻管の走行に応じてIntersphincteric fistulaとTranssphincteric fistula（括約筋貫通型）とに分類している．
一般にⅡL型痔瘻は内外括約筋間に生じた原発巣から瘻管が筋間を下降し，皮下外括約筋を貫いて肛門周囲の皮下に至るものと考えるが，実地臨床においては原発巣から通常の低位筋間痔瘻より深い部位で外括約筋貫いて瘻管が走行する痔瘻が存在する．このようなParks分類で括約筋貫通型に分類される痔瘻を深いⅡL型痔瘻と定義した．
当院では痔瘻根治術の際，seton法，Lay open法，括約筋温存法を症例に応じてそれぞれの術者が選択している．今回，2021年1月から2024年12月の間に当院で単一の術者が痔瘻根治術を施行し深いⅡL痔瘻と診断した41症例について臨床的所見及び手術所見について診療録を参照して後方視的に検討した．
41症例のうち男性29例で女性12例，年齢は40歳（中央値:15-77）であった．原発口は前側12例，後側15例，左側8例，右側6例に認めた．30例に括約筋温存法，6例にseton法，2例にLay open法を施行した．括約筋温存法を行なった症例のうち2例で原発口閉鎖部が再開通したため外来診療中にseton法に移行したが再手術が必要となった症例はなかった．治癒までの日数は，括約筋温存法で78日（中央値:61-164），seton法で286日（中央値:129-700），Lay open法で152日（中央値:79-224）であった．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

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

[O13] 一般演題（口演） 13 痔瘻の診療

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

[O13-3] 複雑痔瘻における経肛門超音波検査の有用性の検討‐MRI検査と比較して‐

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

【目的】当院では、外来診療において肛門周囲膿瘍形成および痔瘻を疑う患者に対し、ほぼ全例経肛門超音波検査（以下肛門超音波）を施行している．また複雑痔瘻および複雑な瘻管の進展を伴う痔瘻に対しては、骨盤造影MRI検査（以下MRI）を追加で実施している．今回、複雑痔瘻に対する肛門超音波検査が、病変の描出に有効か、MRIの所見と比較して検討行った．
【方法と対象】ラジアル式肛門超音波で、前立腺および尿道を12時方向に描出する方向を保ったまま、徐々にプローベを抜いて内括約筋および肛門両側方から後方にV字型に描出される恥骨直腸筋を確認し、さらに内括約筋と浅外括約筋、皮下外括約筋の描出を意識して、ゆっくりとプローベを抜き肛門管下端まで観察を行う．深部からほぼ一定間隔（3-5mm程度）で連続した静止像を保存する。MRIは肛門管の軸に垂直な軸位断による撮影を行う．
2023年1月から2024年12月に坐骨直腸窩痔瘻の診断で、根治手術を施行した症例で、術前に肛門超音波およびMRIを施行した9例を対象とし、retrospectiveに検討した．
【結果】男性9名、年齢は46.6歳（平均値：36‐73歳）．IIIB5例、IIIU4例（隅越分類）であった．指診のみで診断が困難であった2例で、肛門超音波により坐骨直腸窩痔瘻の診断を得た．9例全例で、恥骨直腸筋が描出される深さで原発巣形成を示唆する低エコー領域を描出した．9例中7例でMRIと同様の診断を得た．一方、手術での診断と一致した症例は5例で，一致しなかった4例のうち3例は肛門超音波でIIIUと診断したが、手術ではIIIBと診断された．
【結語】痔瘻の診断において、指診は重要であるが、肛門超音波は外来で、簡便かつ低侵襲に施行できる検査として、診断の補助として非常に有用である．しかし肛門管周囲の解剖学的な理解がなければ正確な描出およびその認識は困難である．今回、解剖を意識した一定の方法で、肛門超音波を行うことで、坐骨直腸窩痔瘻の原発巣を良好に描出でき、診断に有効であった．肛門超音波の診断が、実際の手術診断とやや乖離があったことは、原発巣に比べ肛門管から離れた部位へ進展する瘻管の描出は難しいことが考えられる．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

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

[O13] 一般演題（口演） 13 痔瘻の診療

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

[O13-4] Parks分類における痔瘻の進展経路は解剖学的構造のどこを指すのか

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

【背景】痔瘻の分類として広く用いられているParks分類は、瘻管の走行を肛門括約筋との関係により4型に分類しており、臨床における診断や術式選択において重要な指標となっている。そのうち「括約筋間（intersphincteric）」は、内肛門括約筋と外肛門括約筋の間を意味するが、具体的にどの解剖学的構造に該当するのかについては、明確な共通認識が得られていない。
我々はこれまでの肛門管に関する解剖学的研究において、括約筋間を走行する縦走筋やその周囲の構造を組織学的に明らかにしてきた。本研究では、Parksの原典の記述を参照しつつ、最新の研究結果を用いて、Parks分類で示される各型が現代の解剖構造のどこを通っているのかを再検討した。
【方法】解剖実習体から肛門管の組織標本を作成し、筋層構造を観察した。
【観察所見】肛門管の組織像では、内肛門括約筋も外肛門括約筋も肛門軸に対して輪走する明瞭な筋束を形成し、筋束と筋束の間には疎性結合組織で埋められた間隙が観察された。そして、内肛門括約筋と外肛門括約筋の間に縦走筋が走行していた。従来均一な組織と考えられていた肛門管の縦走筋は、平滑筋組織の密性領域と疎性領域を含んでいた。密性領域は縦走する束状構造を形成し、その周囲や筋束間を疎性の平滑筋が取り囲んでいた。密性の束状縦走筋は下方で漸減し、疎性縦走筋は細い線維に枝分かれしながら外肛門括約筋の筋束間を貫き皮下および坐骨直腸窩へ抜けていた。それに伴い、縦走筋の下方において、内肛門括約筋と外肛門括約筋の間に、まばらな平滑筋と疎性結合組織および脂肪で埋められた疎なスペースが観察された。
【Parks分類との比較検討】Parksは括約筋間に膿瘍の溜まりを描いており、この膿瘍が溜まる場所というのが、縦走筋の下方の疎なスペースではないかと考えられた。Parksの１型～４型までの痔瘻の各進展経路は、（原典では詳細は触れられてはいないが）筋束の間の間隙および縦走筋の疎性領域を通った進展として説明できるのではないかと考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

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

[O13] 一般演題（口演） 13 痔瘻の診療

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

[O13-5] クローン病の肛門病変に対する診断と治療～外科の役割

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

【初めに】クローン病には肛門病変が高頻度に合併し、再発をくり返し難治化することから、QOLを著しく低下させる。我々は難治性痔瘻に対する治療として、生物学的製剤による全身治療をベースとし、局所療法としてSeton法を用いて一次口と二次口を一本化した後に再生医療薬（ダルバドストロセル：アロフィセル）を併用して原発口の根治を目指している。
【方法と結果】瘻孔の診断は、造影CTと単純MRIを用いて行っているが、仙骨硬膜外麻酔を用いてドレナージ手術を行う際に、二次口の開口部からオキシドールを注入することにより、瘻孔内の圧を上げ、分かりにくい二次口や原発口から泡の噴出を確認することで活動性の瘻孔を検出できる。クローン病に合併する痔瘻は、通常の肛門腺の感染に加えて、Ulcerated Pileと呼ばれる肛門管・直腸のクローン病変が原発口となることも多く、生物学的製剤による全身治療をベースとして、肛門病変の改善並びに腸管病変を初めとする全身のクローン病変の沈静化を図ることが必須である。これと平行して複雑痔瘻を単純するため、二次口間に6ミリのペンローズドレーンを使用して複数のSetonドレナージを置く。また、原発口と近接する二次口のあいだには細めのゴムドレーンを留置しておく。これによって症例により期間に幅はあるが、1箇所の原発口に対して二次口を一つに集約化することが可能である。このような前処置により瘻孔や膿瘍が沈静化させた後に、根治的手術療法を行う。すなわち、瘻孔の掻爬と原発口の縫合閉鎖を行った後、アロフィセルを原発口と瘻管周囲に注入する。これにより局所の炎症反応は沈静化され、術後早期から瘻孔の治癒が促進される。
【結語】我々は生物学的製剤を用いた全身療法、局所のSeton法を用いた瘻孔の一本化、アロフィセルを用いた原発口と瘻管の治癒促進効果により良好な結果を得ている。手術手技のビデオや文献的報告を含めて、クローン病に対する外科的介入を紹介する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

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

[O13] 一般演題（口演） 13 痔瘻の診療

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

[O13-6] 肛門周囲膿瘍、痔瘻症例におけるIBD合併症例の検討

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

はじめに：肛門病変先行例ではIBD診断困難例や治療方針に難渋することもある。今回、肛門周囲膿瘍、痔瘻症例を集積、IBD合併の実態や治療方針を検討した。
対象と方法：対象は2023年1月～2024年12月の間に当該施設で診療した341例（肛門周囲膿瘍216例、痔瘻手術198例）。内視鏡施行率、年齢別IBD合併率、診断経緯、治療内容など検討した。膿瘍では、IBD合併を問わず、触診とUSで膿瘍範囲の同定と十分な開放を行った。CD潰瘍性病変が一次口の際は同部にシートンを留置、膿瘍は十分に開放した。痔瘻症例は、IBD合併を問わず前側方は括約筋温存を、後方は開放術式を行った。内視鏡検査は、膿瘍には適宜施行し、痔瘻術前に全例でS状結腸以深の観察を施行した。
結果：年齢中央値は41歳（０-92）、男：女 287：54。IBD合併は、CD新規診断7例、CD既診断3例、UC既診断２例。IBD合併は０代0/3、10代6/16(CD新規６)、20代４/56（CD新規1、CD既２、UC既１）、30代２/80（CD既１、UC既1）、40代１/75（CD既1）、50代0/55、60代0/32、70代0/15、80代0/8、90代0/1。内視鏡施行率は228/341(66.9%)で、０代０/３、10代11/16、20代34/56、30代61/80、40代52/75、50代38/55、60代19/32、70代10/15、80代3/8、90代0/1。CD新規のうち６例は特徴的肛門病変からCSを行い確定診断となった。潰瘍による肛門痛でBio導入1例、３例で腸管病変もありBio 導入、肛門も寛解した。1例は術前にCD診断はなく、通常再発痔瘻の判断でcoringを行い創傷治癒遅延なし、術後1.5年のCSでCD診断となった。UC既診断は切開排膿１例、lay open１例に行い、UC治療変更なし。根治術症例はCD、UCとも創傷治癒遅延なし。
結語：肛門周囲膿瘍、痔瘻では特に10代でIBD合併を多く認めた。特徴的な肛門病変を合併しない症例では全例に精査を行っておらず、通常通りの根治術・処置を施行していた。肛門の特徴的所見、難治創、再燃などでは精査と通じてIBD診断につながる可能性があり、早期診断と治療介入がIBDの経過に寄与する可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 5

[O14] 一般演題（口演） 14 転移・再発1

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

[O14-1]

Stage Ⅳ大腸癌に対するR0戦略と手術成績および術後再発における治療成績

鈴木 卓弥[1], 山川 雄士[1], 加藤 潤紀[1], 浅井 宏之[1], 上原 崇平[1], 加藤 瑛[1], 牛込 創[1], 髙橋 広城[2], 瀧口 修司[1] (1.名古屋市立大学消化器外科, 2.名古屋市立大学付属西部医療センター)

[O14-2]

切除可能遠隔転移を伴う直腸癌に対する集学的治療　～治癒を目指して～

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

[O14-3]

大腸癌大動脈周囲リンパ節転移の切除適応の最適化を目指して

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

[O14-4]

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

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

[O14-5]

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

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

[O14-6]

切除不能進行再発大腸癌におけるCGPの有用性と限界

奥川 喜永[1,2], 北嶋 貴仁[1,2], 山下 真司[2], 志村 匡信[2], 今岡 裕基[2], 川村 幹雄[2], 安田 裕美[2], 大北 喜基[2], 吉山 繁幸[2], 小林 美奈子[2], 大井 正貴[2], 問山 裕二[2] (1.三重大学病院ゲノム医療部, 2.三重大学大学院医学系研究科消化管・小児外科学講座)

[O14-7]

結腸癌pStage Ⅱ,Ⅲにおける病理組織学的観点からの再発時期の検討

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 5

[O14] 一般演題（口演） 14 転移・再発1

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

[O14-1] Stage IV大腸癌に対するR0戦略と手術成績および術後再発における治療成績

鈴木 卓弥[1], 山川 雄士[1], 加藤 潤紀[1], 浅井 宏之[1], 上原 崇平[1], 加藤 瑛[1], 牛込 創[1], 髙橋 広城[2], 瀧口 修司[1] (1.名古屋市立大学消化器外科, 2.名古屋市立大学付属西部医療センター)

【背景】Stage IV大腸癌においては、最終的なR0切除の可否が予後に大きく影響するが、標準的な治療戦略は確立されていない。当院では、遠隔転移が切除可能と判断される症例に対しては、原則として切除を優先する方針であるが、多臓器転移や高度なリンパ節転移を有する症例には術前化学療法を行い、R0切除を目指している。切除の順序については原発巣を優先するが、増大により切除困難となるリスクが高いと判断された場合には、転移巣を先行して切除している。一方で、R0切除後も再発の頻度は高く、再度の外科的介入が必要となるケースも少なくない。
【目的】術前にR0切除が可能と判断されたStage IV大腸癌症例の治療成績を明らかにするとともに、R0切除後の再発状況および再治療の実態を検討する。
【対象と方法】2020年1月～2024年12月にStage IV大腸癌に対し原発巣切除を行った109例のうち、術前にR0切除可能と判断された55例を対象とし、短期・中期成績について後方視的に解析した。
【結果】対象症例の年齢中央値72歳（38-89）、男性/女性=35/20例、原発部位は結腸右側/結腸左側/直腸=13/18/24例、術前通過障害を13例、穿孔を3例に認めた。術前化学療法あり/なし＝11/44例、開腹/腹腔鏡/ロボット＝5/19/31例、pT1/2/3/4a/4b=2/24/15/14、pN0/1/2/3＝17/24/10/4、術後合併症（Clavien-Dindo II以上）は8例に認めた。転移巣切除を優先して実施した症例は2例（いずれも肝切除）認めた。原発巣切除後に新規病変の出現や転移巣増大によりR0切除できなかった症例は9例（16%）認めた。生存期間中央値はR0切除できた症例で34ヶ月、R0切除できなかった症例で９ヶ月だった。（観察期間中央値30.5ヶ月）。R0切除できた症例の３年無再発生存率39.5%であった。再発を認めた症例の内9例（36%）は追加R0切除可能であり、同症例の生存期間中央値は46ヶ月であった。再発のリスク因子を多変量解析すると、術前穿孔（p=0.038）、術前肝転移H2以上が(p=0.049)独立した因子であった。
【結語】Stage IV大腸癌ではR0切除することにより予後の改善を見込め、R0切除後の再発でも再度R0切除することでさらなる生存期間の延長が期待できる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 5

[O14] 一般演題（口演） 14 転移・再発1

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

[O14-2] 切除可能遠隔転移を伴う直腸癌に対する集学的治療　～治癒を目指して～

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

【背景と目的】
大腸癌は進行癌や切除不能癌として発見される患者も多く、診断時点で遠隔転移を伴うStage Ⅳ大腸癌は依然として20～30%を占めている。その中でも直腸癌は放射線照射も含め治療選択肢が多岐に渡り、適切な集学的治療の在り方が検討されている。当院では切除可能な遠隔転移を伴う直腸癌に対して局所再発を抑制するために術前放射線治療を行い、遠隔転移巣に対しても積極的に切除を行い治癒を目指している。今回我々は切除可能遠隔転移を伴う直腸癌患者における長期予後予測因子について検討した。
【方法】
2002年4月から2024年3月に治療を開始した切除可能遠隔転移を伴う直腸癌患者121例を対象とした。治療開始から死亡までの期間をoverall survival(OS)、治療開始から切除不能もしくは死亡までの期間をtime to surgical failure (TSF)と定義し、Cox比例ハザードモデルを用いてOSおよびTSFに対する予後予測因子を抽出した。
【結果】
男性81例、女性40例、年齢中央値は63歳(30-89歳) 原発部位はRs/Ra/Rbがそれぞれ29/44/49例。遠隔転移臓器は肝61例、肺22例、リンパ節13例、腹膜12例、卵巣1例、肝・肺6例、肝・腹膜3例、肝・リンパ節2例、肝・副腎1例であった。転移個数は単発が40例 多発が81例であった。術前化学療法、術前放射線療法はそれぞれ58例、39例、術後化学療法は65例に施行した。深達度はT1/2/3/4がそれぞれ2/9/71/39例、リンパ節転移は87例に認めた。遠隔転移切除回数は1回が62例、複数回が59例(2-7回) であった。観察期間の中央値は49ヶ月で、3年OS、3年TSFはそれぞれ87.4%、64.5%であった。多変量解析ではRb、T4、多発転移がOS、TSFいずれに対しても独立した予後不良因子であった。
【結語】
切除可能遠隔転移を伴う直腸癌においても治癒を目指して積極的に切除を行うことで比較的良好な予後が期待できる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 5

[O14] 一般演題（口演） 14 転移・再発1

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

[O14-3] 大腸癌大動脈周囲リンパ節転移の切除適応の最適化を目指して

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

【背景】大腸癌大動脈周囲リンパ節転移（PALNM）に対する外科切除は一定の治療効果をもたらす一方，切除後の転帰が不良な患者も少なくない．
【目的】大腸癌PALNMに対する外科切除後の予後因子を検討する．
【対象および方法】2006年から2024年に当院で大腸癌孤立性（他遠隔転移を有さない）PALNMに対して外科切除を施行した患者を対象とし，OS・RFS・リンパ節再発の予後因子を検討した．
【結果】対象患者は36例で，年齢中央値は63歳，男性が18例(50.0%)．時制は同時性/異時性が18/18例，深達度はcT1-3/cT4が20/16例．臨床的(c)PALNM個数は1個/2個/3個以上が11/7/17例．cPALNM径は10mm未満/10-15mm/15mm以上が5/20/10例であった．術前化学療法を15例(41.7%)，術後化学療法を29例(80.1%)に施行した．対象の5年OSは57.9%，5年RFSは39.4%，5年リンパ節再発率は47.1%であった．OSの単変量解析では3個以上（HR (95%CI) 4.27 (1.16-15.82), P=0.03）、同時性転移（HR (95%CI) 3.32(1.01-10.88), P=0.047）が有意に予後不良であった．RFSでは15mm未満（HR (95%CI) 4.02(1.16-13.89), P=0.029）が有意に予後不良で，リンパ節再発ではcT1-3（HR (95%CI) 3.70(1.02-13.33), P=0.046）が有意に予後不良であった．
【考察】PALNM切除の治療成績は未だ不良である．特に小リンパ節が多発する症例において，集学的治療による治療成績の向上が望まれる．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 5

[O14] 一般演題（口演） 14 転移・再発1

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

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

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

【背景】Stage IV大腸癌における長期予後において，遠隔転移巣切除が真に有効な症例を予測する因子の解明は十分ではない．近年，リキッドバイオプシーは低侵襲性や治療経過の経時的変化のモニタリングが可能という利点から，多くの研究が行なわれている．一方，DNAメチル化は癌の発生や進展に重要な役割を果たしていることが報告されている．
【目的】Stage IV大腸癌におけるDNAメチル化を標的としたリキッドバイオプシーの意義について報告する．
【方法】当科で手術を施行したStage IV大腸癌95例を対象とした．3つの遺伝子(CHFR, SOX11およびCDO1)を対象とし，血漿中のDNAを抽出後に定量的メチル化特異的PCR(qMSP)で測定した．各症例における相対的DNAメチル化レベル(RMV)を算出した．1) 観察期間内における再発をエンドポイントとして各遺伝子におけるカットオフ値を求め，各RMVを高値群，低値群の2群に分け，他の臨床病理学的因子と共に長期予後(RFS)との関連性について根治度別に検討した．2) 原発巣組織におけるRAS遺伝子変異の有無別に各遺伝子におけるRMVを比較した．
【結果】1) 根治度BにおけるRFSの比較で有意差を認めた因子は，原発巣腫瘍径(p=0.03)およびCHFR-RMV(p=0.001)であった．多変量解析では，原発巣腫瘍径(HR=2.19, p=0.046)およびCHFR-RMV(HR=2.63, p=0.008)が独立した予後因子として選択された．また，3遺伝子全てにおいてRMVが低値群である症例ではRFSが良好である傾向がみられた(p=0.08，5年RFS: 50.5%)．2)原発巣組織におけるRAS遺伝子変異の有無別に比較すると，変異を有する根治度B症例においてCHFR-RMVが有意に高値であった (p=0.048)．
【結論】DNAメチル化をターゲットとしたリキッドバイオプシーはStage IV大腸癌における長期予後の層別化に有用であった．また，その背景としてStage IV大腸癌におけるゲノム不安定性がDNAメチル化を惹起している可能性が示唆された．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 5

[O14] 一般演題（口演） 14 転移・再発1

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

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

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

【目的】遠隔転移を有する大腸癌症例の腫瘍先進部の腫瘍分化度(budding、低分化胞巣：PDC)と線維性間質反応（DR）、神経浸潤（ni）に着目し、遠隔転移巣に対する抗がん剤治療における治療効果予測が可能か検討する．

【対象】2004-2021年に切除不能な遠隔転移を伴う転移再発大腸癌と診断され、原発巣のKRAS遺伝子検査を行った119例．

【方法】各種臨床病理学的因子に加え、腫瘍先進部PDC（G1-3）、budding（G1-3）、ni、DR（mature,intermediate,immature）を検索し、遺伝子変異と癌の形態学的特徴との関連や治療効果との関連について検討した．

【結果】１．野生型34例（53%）に抗EGFR抗体薬が投与され、PR16例、PD18例であった．PDC、ni、DRではそれぞれの割合に差を認めなかったが、buddingではG1（6例）で全例PR、G2ではPR10例・PD5例、G3(13例)は全例PDと有意差を認めた（p=0.001）。全体の奏効率は41%で，budding3 を除いたbudding1-2群では奏効率が67%と上昇した．2. KRASを測定した転移再発大腸癌 119例のうち46例（39%）にBevacizumabが投与され、PR16例、PD30例であった．ni、buddingではそれぞれの割合に差を認めなかったが、DRではMature（8例）でPR5例・PD3例、IntermediateではPR11例・PD18例、Immature(9例)は全例PDと有意差を認めた（p=0.001）。また、PDCではPDC G1（7例）でPR5例・PD2例、PDC G2 (16例)ではPR4例・PD12例、PDC G3 (23例)はPR4例・PD19例と有意差を認めた（p=0.02）。

【結語】１．大腸癌同時性肝転移における予後規定因子は、化学療法なし、根治度C、肝転移Grade C、level分類3で、予後を反映しており、 CurBを達成してもlevel3症例の予後は不良で、強力な補助化学療法（分子標的薬など）が必要と考えられた。
２．野生型で腫瘍先進部がbuddingG3症例では、遠隔転移巣に対する抗EGFR抗体薬治療が奏効しない可能性が示唆された。
３．腫瘍先進部の線維性癌間質反応がImmature・低分化胞巣　G3の症例には、遠隔転移巣に対するBevacizumab治療が奏効しない可能性が示唆された。
病理学的因子による細分類が薬剤選択の一助となり、奏効率を上げる可能性があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 5

[O14] 一般演題（口演） 14 転移・再発1

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

[O14-6] 切除不能進行再発大腸癌におけるCGPの有用性と限界

奥川 喜永[1,2], 北嶋 貴仁[1,2], 山下 真司[2], 志村 匡信[2], 今岡 裕基[2], 川村 幹雄[2], 安田 裕美[2], 大北 喜基[2], 吉山 繁幸[2], 小林 美奈子[2], 大井 正貴[2], 問山 裕二[2] (1.三重大学病院ゲノム医療部, 2.三重大学大学院医学系研究科消化管・小児外科学講座)

【目的】包括的がんゲノムプロファイル検査(CGP)が保険適応となり5年が経過したが、その有用性は不透明な点が多く、特に切除不能進行再発大腸癌ではMolecular profileのコンパニオン診断薬(CDx)での評価が普及し、その有用性は限定的な可能性が考慮される。本発表では、当院でCGPを提供した症例の結果をもとに、特に大腸癌におけるその有用性を検討し、今後の展望を議論する。
【方法】当院で2019年12月より2024年6月までに当院で保険診療としてがん遺伝子パネル検査を提供した1311例を対象にその解析結果と予後調査の結果からCGPの有用性を検討した。
【結果】小児38例、成人1273 例に提供し、NCCオンコパネル:219例、FoundationOneCDx:764例、GenMineTOP:12例、FoundationOneLiquidCDx:283例、Gardant360:33例を施行し、対象癌腫は大腸癌が最多で249例(結腸癌157例/直腸癌92例)だった。全体の解析成功率は94.6%で、血液CGPの97.8%に比し、組織CGPは93.6%と有意に低かった(P=0.004)。薬剤選択率は全体では10.6%で、組織CGPが11.5%である一方、血液CGPでは7.9%と低い傾向を認めた(P=0.08)。CGPの結果に基づく薬剤選択の予後改善効果を検討したところ、薬剤選択に寄与した症例は有意に予後良好であった(P<0.0001, Log-rank test)。また大腸癌における解析においても薬剤選択率は13.6%であり、同様に薬剤選択に寄与した症例は有意に予後良好であった(P=0.02, Log-rank test)。特にCDxでRAS/RAF変異型の症例と比較し、RAS/RAF野生型のほうが有意に薬剤選択率は高かった。実際に大腸癌で薬剤選択に寄与した症例の詳細を検討すると、保険診療薬が84.4%(27例)、治験9.4%(3例)、自由診療6.3%(2例)と大半が保険診療内での薬剤選択であり、保険診療薬症例では、組織CGPでCDxと相違しMSIなどがあらたに検出される症例も認めたものの、Liquid CGPでKRAS変異があらたに検出された症例やCDx不十分な症例など、既存CDxを駆使することで検出可能であった症例が17例(63%)と大半だった。
【結論】CGPによる薬剤選択は大腸癌において予後改善に寄与するものの、CDxなどで補完可能なものも多く、CDxとCGPを有効に活用することが重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 5

[O14] 一般演題（口演） 14 転移・再発1

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

[O14-7] 結腸癌pStage II ,IIIにおける病理組織学的観点からの再発時期の検討

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

【背景】術後再発の抑制を目的とした補助化学療法は，R0切除を達成した再発リスクが高いpStage II 結腸癌とpStageIII結腸癌が適応となる。再発リスクが高いpStage II 結腸癌の病理組織学的因子として、T4、低分化癌、脈管リンパ管侵襲、傍神経浸潤、蔟出(Tumor Budding: BD)などがあげられる。BDは近年注目されている病理組織学的予後因子であるが、BDと再発時期の明確な関連は十分に解明されていない。本研究では、BDとリンパ節転移陽性例を比較し，再発時期との関連性について検討することを目的とした。
【方法】2019年から2024年までの期間に，当科で根治手術を施行したpStage II, III結腸癌を対象とし，BD1-2群とBD3群の2群に分けて比較を行った。Primary outcomeをTTRとしてLog-rank検定、Wilcoxon検定およびCox回帰分析を用いて統計学的解析を行った．
【結果】対象症例は248例であり，BD1-2群は201例(80%)，BD3群は47例(20%)であった．リンパ節転移陰性例は120例(48%)、陽性例は128例(52%)であった。男性が138例，女性が110例，平均年齢は69.5±14.0歳，観察期間は32.7±18.2ヶ月であった．観察期間中の再発例はBD1-2群で26例(13%)，BD3群で14例(30%)；リンパ節転移陰性例では11例(9%)、陽性例では29例(23%)であった．TTRについて臨床病理組織学的背景因子との関連性をCox回帰分析で多変量解析を行うと，所属リンパ節転移 [HR 2.383, 95%CI1.149-4.944, p=0.020)とpT4 [HR2.561, 95%CI 1.250-3.590, p=0.010)が有意に関連していた．また，BD3 [Hazard Ratio (HR) 1.761, 95% Confidence Interval (CI).0.866-3.590, p=0.120]についてもTTRと関連する傾向にあった．Kaplan Meier曲線での解析では，BD3群およびリンパ節転移陽性例はTTRが有意に短縮することが分かった(BD3 p=0.003，リンパ節転移陽性 p=0.008)．さらに，1年無再発率はBD1-2群は94.0%に対しBD3群は77.3%、リンパ節転移陰性例は92.5%に対しリンパ節転移陽性例は89.4%と，早期再発例はBD3症例で多いことが分かった。
【結語】pStage II, III結腸癌においてBD 3はTTRと関連する傾向が示唆された。また，BDは早期再発例の抽出に優れている可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 5

[O15] 一般演題（口演） 15 転移・再発2

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

[O15-1]

当院における大腸癌肝転移手術症例の検討

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

[O15-2]

当科における大腸癌肝転移に対する手術成績について

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

[O15-3]

大腸癌肝転移切除後の肝外転移再発リスク因子の検討

野村 雅俊[1], 鄭 充善[2], 東口 公哉[1], 浦川 真哉[1], 深田 唯史[1], 野口 幸藏[1], 團野 克樹[1], 平尾 隆文[1], 関本 貢嗣[1], 岡 義雄[1] (1.箕面市立病院, 2.大阪ろうさい病院)

[O15-4]

大腸癌肝転移切除後の残肝再発切除症例の検討

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

[O15-5]

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

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

[O15-6]

大腸癌術後合併症が長期予後に及ぼす影響と介入の可能性について

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

[O15-7]

大腸癌術後5年以上無再発経過後の初回再発例の特徴

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 5

[O15] 一般演題（口演） 15 転移・再発2

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

[O15-1] 当院における大腸癌肝転移手術症例の検討

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

【背景】大腸癌肝転移に対する肝切除は予後改善に有効とされるが、依然として再発率も高く、長期予後の改善が課題である。【対象】当院にて2020年1月から2024年12月までに大腸癌肝転移に対して手術を施行した57例を対象とした。【結果】男性37例、女性20例、年齢中央値は69歳（39-85歳）であった。原発巣の内訳は盲腸/上行結腸/横行結腸/下行結腸/直腸=3/3/10/1/10/32、初回手術時のpStageはそれぞれI/IIa/IIb/IIc/IIIa/IIIb/IIIc/IVa/IVb/IVc=3/3/1/1/2/15/5/24/2/1例であった。原発巣切除後から肝転移出現までの期間の中央値はStage Iで21ヶ月（7-24ヶ月）、Stage IIで9ヶ月（6-30ヶ月）、Stage IIIで12ヶ月（6-64ヶ月）であった。同時性肝転移を認めた26例のうち原発巣と同時に肝切除を施行したのは5例（19%）であり、残る21例は原発巣の切除を先行した。肝臓同時切除例の5例のうち2例では術前化学療法を施行し、原発巣の切除を先行した21例では19例に術前化学療法が施行されていた。Clavien-Dindo分類Grade III以上の合併症は5例(8.8%)に認め、胆汁漏2例（3.5%）、ARDS１例（1.8%）、横行結腸捻転１例（1.8%）、創し開１例（1.8%）であった。肝切除によりR0切除となった症例は57例中51例であり、そのうち33例に再発を認め（再発率64.7%）、再発形式は肝転移/肺転移/肺転移および肝転移/播種/リンパ節転移=18/7/5/2/1例であった。肝切除後の肝転移再発についても17例で再度肝切除が施行されていた。初回肝切除後の全生存期間は30.5ヶ月（3-55ヶ月）であった。【考察】当院における大腸癌肝転移切除症例の治療成績は概ね既報と同等であった。さらなる長期予後の改善のために、化学療法を組み合わせた治療計画の検討が必要になると考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 5

[O15] 一般演題（口演） 15 転移・再発2

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

[O15-2] 当科における大腸癌肝転移に対する手術成績について

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

【はじめに】大腸癌の他臓器転移については、患者の全身状態、同時性か異時性か、転移個数、転移臓器数、大きさなどにより治療方針の決定に苦慮する。今回、当科における大腸癌の転移性肝腫瘍切除症例の成績について報告する。
【対象と方法】2015年1月から2024年12月までに初回肝切除術を施行した大腸癌の転移性肝腫瘍27例を対象とし、術後再発や予後について検討を行った。
【結果】男性17例、女性10例であり、平均年齢は67.6歳であった。原発部位はS状結腸と直腸がそれぞれ11例と多く、転移巣は単発が20例、多発が7例であった。また、同時性が15例、異時性が12例であり、異時性において、原発切除からの再発までの平均日数は437日であった。肝切除前の化学療法については同時性で12例に、異時性で4例に行われていた。手術については、部分切除が16例と最も多く、腹腔鏡手術が20例であった。術後再発は14例（51.9%）に認めた（肝臓：７例、骨盤内：３例、リンパ節：３例、肺：３例、膣：１例、脳：１例）。腫瘍マーカーや腫瘍サイズ、化学療法の有無などによる再発率の差は認めなかった。異時性転移に限定して解析したところ、単発と多発で1年後の無再発生存率に差を認めた（P=0.0002）。
【考察】今回、大腸癌肝転移に対する初回肝切除の治療成績について報告した。術後の再発率についてはこれまでの報告と遜色ないが、やはり再発を予測、抑制する検査、治療方法の確立が急がれると考える。現在、様々な臨床試験が行われており、その結果に期待したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 5

[O15] 一般演題（口演） 15 転移・再発2

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

[O15-3] 大腸癌肝転移切除後の肝外転移再発リスク因子の検討

野村 雅俊[1], 鄭 充善[2], 東口 公哉[1], 浦川 真哉[1], 深田 唯史[1], 野口 幸藏[1], 團野 克樹[1], 平尾 隆文[1], 関本 貢嗣[1], 岡 義雄[1] (1.箕面市立病院, 2.大阪ろうさい病院)

【緒言】
大腸癌肝転移切除後の再発率は高く, その中でも外科的切除が困難である肝外転移を来たすと予後不良であることが知られている。
【目的】
大腸癌肝転移初回切除症例において肝外再発を来たすリスク因子を検討する。
【対象・方法】
2014年1月～2023年12月の間に原発巣切除を行った大腸癌症例の中で切除に至った肝転移症例146例のうち, 術前治療を行わなかった107例を対象とした。肝外転移無再発生存期間(EHRFS)に関連する因子につき検討を行った。
【結果】
年齢 69.5歳(30-89), 男/女 69/38, 原発巣については組織型 tub1/tub2/others 36/66/5例, 局在 right/left 32/75例, T1/2/3/4 3/6/61/37例, リンパ節転移 -/+ 41/66例, ly 0/1/2/3 4/62/40/1例, v 0/1/2 10/81/16例, 肝転移巣については肝転移個数 1/2/3/4/5/6-9個 68/16/14/4/2/3例, 最大径中央値 23 (10-93)mm, 同時性/異時性転移 40/67例, RM0/RM1 86/21例, 後治療 あり/なし 20/87例.
再発は61例(57%)に認め, 25例(41%)に手術を行った. 残肝再発のみに対しては8/11例(73%), 肝外再発のみに対しては5/14例(36%), 残肝・肝外両方の再発に対しては12/36例(33%)に手術を行った. なお臓器別だと肝に対して20例, 肺に対して8例, リンパ節に対して1例手術を行っていた.
肝外転移再発におけるリスク因子につき検討を行った. EHRFSに対する単変量解析を行ったところ, 局在(p=0.046), リンパ管侵襲(p=0.002), リンパ節転移の有無(p=0.03), 転移時期(p=0.006), 転移個数(p=0.0004), 最大径(p=0.003)で有意差を認めた. 多変量解析ではリンパ管侵襲, 転移個数で関連を認めた.
【まとめ】
大腸癌肝転移切除後の肝外転移リスク因子について検討を行った. このような因子を認めない症例についてはupfront surgeryを選択して良いかもしれない.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 5

[O15] 一般演題（口演） 15 転移・再発2

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

[O15-4] 大腸癌肝転移切除後の残肝再発切除症例の検討

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

【目的】大腸癌肝転移に対する肝切除は長期生存が期待され、根治切除可能な肝転移は切除が推奨されるが残肝再発も多く見られる。その際の再肝切除に関しても状況に応じて切除が考慮されるが一定の見解は得られていない。今回我々は、当院において大腸癌初回肝転移に対して肝切除施行後の残肝再発に対して再肝切除を施行した症例について治療成績を検討し、その意義を明らかにすることを目的とした。
【方法】2012年から2019年に当院で大腸癌初回肝転移に対して肝切除を施行した77例のうち、残肝再発に対して再肝切除を施行した23例を対象とした。患者背景に関しては原発巣手術時の因子と初回肝転移巣手術時の因子を含め、再肝切除時の術後成績を後方視的に検討した。
【結果】再肝切除を施行した症例は男性10例、女性13例、再肝切除施行時の年齢中央値は66.5歳であった。原発巣は結腸癌17例、直腸癌6例、同時性肝転移15例、異時性肝転移8例であった。肝転移初回手術での切除腫瘍数は1個が12例、2個以上が11例であった。初回肝転移切除から残肝再発までの期間中央値は388日であった。再肝切除時の切除腫瘍数は1個が13例、2個以上が10例で、13例で肝部分切除術が施行された。再肝切除術後30日以内の死亡症例は認めなかった。再肝切除後の生存率は術後1年82.6%、術後3年72.8%、術後5年60.1%であった。残肝切除後からの無再発生存率は術後1年88.9%、術後3年49.4%、術後5年24.7%であった。
【結論】大腸癌肝転移切除後再発例における再肝切除の治療成績を検討した。予後因子に関してさらなる症例の集積が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 5

[O15] 一般演題（口演） 15 転移・再発2

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

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

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

【背景】大腸癌ガイドラインでは、切除可能な肝転移を有する大腸癌に対する治療方針として原発巣切除+転移巣切除が推奨されている。当科では、初診時に切除できない症例でも化学療法を行い腫瘍が縮小すれば、可能な限りR0を目指してconversion手術を行っている。さらに、R0切除後に再発を認めた場合には、再R0切除を目指して治療を行なっている。
【目的】当科における同時性肝転移を有する大腸癌の治療成績を後方視的に検討し、R0切除およびその後の再発に対する再R0切除の有効性を明らかにする。
【対象】2013年1月から2023年3月までに当科で診療を開始した同時性肝転移を伴う大腸癌135例。
【結果】年齢中央値65歳、男性76例(56%)、右側/左側24%/76%。治療開始時に転移が肝臓に限局しており、かつ肝転移がH1である症例が33例(25%)でこれらの症例をR0可能と判断した。そのうち31例(94%)で実際にR0切除が施行された。初診時R0切除可能と判断されなかった102例中、31例 (30%)で化学療法後にR0手術が実施されていた。全生存期間に対する単変量、多変量解析においてR0切除は独立した予後良好因子であった(HR=0.14[0.070-0.27], p<0.01)。R0が得られた62例のうち、50例(81%)で術後に再発が認められ、そのうち28例(56%)で2回目のR0切除が達成された。2回目のR0切除が達成された症例は、再発後にR0切除が実施できなかった症例と比較して、全生存期間の延長が得られていた(HR: 0.32 (0.13-0.83), p = 0.02)。2回目のR0切除が達成できた症例は、初診時に肝限局転移の症例が多かった(p=0.04)。
【結論】同時性肝転移を有する大腸癌に対して、外科的切除ができた症例では良好な予後が得られることを確認した。術後再発に対する2回目のR0切除は肝限局転移の症例で多く行われており、2回目のR0切除が達成できた場合には再発後にR0が達成できなかった症例と比較して良好な予後が得られていた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 5

[O15] 一般演題（口演） 15 転移・再発2

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

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

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

【背景と目的】大腸癌治療において術後合併症は患者のQOLを低下させるのみならず長期予後を悪化させる因子としても知られているが、合併症が起こった後どうすればその予後に対するインパクトを軽減できるかは不明である。そこで大腸癌術後合併症が長期予後に及ぼす影響について検討し、さらに合併症後の介入の余地について検討する。
【対象と方法】2015年1月～2022年12月に当院で根治手術を行ったStage I-III大腸癌患者267例を対象にClavien-Dindo分類grade2以上(CD2以上)の術後合併症発生の危険因子を多重ロジスティック回帰分析で同定し，さらに術後合併症と長期予後との関連を単変量解析(log-rank検定)および多変量解析(Cox比例ハザードモデル)で検討した。さらに合併症症例のうちでの予後因子について検討した。
【結果】CD2以上の術後合併症は267例中97例(36%)に認めた．CD2以上の術後合併症の危険因子について既知の危険因子を用いて多変量解析を行ったところ手術時間293分以上(オッズ比3.16, p<0.001)、開腹手術（オッズ比2.18,p=0.030）、lymphocyte-C-reactive protein ratio (LCR) 6190以下(オッズ比1.90, p=0.039)が同定された．術後合併症と全生存期間(OS)との関係について全コホートで検討すると，合併症症例は合併症がなかった症例に比べ有意に予後不良であったが(p<0.001)，Stageごとに検討するとStage IIおよびIIIで有意に予後不良であった(p=0.005, p=0.012). 既知の予後因子を用いて多変量解析をするとCD2は独立した予後因子であった(ハザード比2.19, p=0.020)．合併症の有無で術後補助化学療法の施行率には差はなかった（p=0.684）。合併症症例のみで検討を進めたところ術後最高CRP値（CRP max）が12.1mg/dl以上群が独立した予後不良因子であった（ハザード比2.95,p=0.038）。
【結論】大腸癌術後合併症は長期予後を悪化させる。合併症の予防と合併症後の早期介入が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 10:10 AM - 11:00 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:10 AM - 2:00 AM UTC Room 5

[O15] 一般演題（口演） 15 転移・再発2

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

[O15-7] 大腸癌術後5年以上無再発経過後の初回再発例の特徴

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

緒言：大腸癌術後サーベイランスは大腸癌治療ＧＬによると根治度Ａは術後5年を目安とし、再発リスクのあるものはそれ以上のサーベイランスをとあるが、具体的には記載がない。
目的：初回再発が術後5年以上の大腸癌症例のリスク要因を明らかにする。
対象：1988年から2017年末までに当科にて手術をした大腸腺癌症例3549例。
方法：再発までの期間を5年以上（Ａ群）と未満（Ｂ群）に分けて原発巣主座、病理因子、補助療法、再発形式などを解析した。
結果：術後追跡期間は最長8976日、中央値2118日（5年9ヶ月）、平均2030日。全再発例は612例で5年以上経過してからの再発例Ａ群は15例で全体の0.4%、再発例の2.5%。男女比はＡ群10：5で5年未満再発のＢ群は385：212と有意差なし。原発巣局在は右：左：直腸でＢ群141：156：300に対しＡ群2：1：12と5年以上経過した初回再発例は直腸が明らかに多かった。再発形式ではＢ群では全体の34%が肝再発、肺26%、局所11%に対しＡ群は局所が40%；6例、肺も27%；4例と多く、肝は20%の3例と少なかった。初回再発の時期はＡ群最短1902日、最長3226日で中央値2238日であった。病期ではＢ群ではStage IIIb-c、IVaが多く見られるがＡ群ではStage Ⅰ：2例、Ⅱａ：4例、Ⅱｂ：3例、IIIb：5例と比較的進んでいない病期での再発例があった。補助療法の有無では術前術後を含め補助療法なしがＡ群に7例（46%）とＢ群の35%より多かったが有意差はなかった。組織型には両群間に特徴的な違いはなかった。
考察：5年以上経過してからの初回再発例は直腸癌に多く、5年未満の再発例とは大きく異なる結果であった。直腸癌再発例が多いため局所再発や肺転移再発が多い特徴があり、また病期がそれほど進んでいない直腸癌で長期間経過してからの再発があり、補助療法の有無にあまり左右されないデータであった。
結語：5年以上経過しての再発例を検討した結果、直腸癌に多く、直腸癌術後のサーベイランスは5年間での終了は危険性があることが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:40 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:40 AM UTC Room 5

[O16] 一般演題（口演） 16 排便障害の診療

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

[O16-1]

分娩後の便・ガス失禁発生頻度についての調査検討

高橋 知子[1], 末光 徳匡[2], 加藤 健宏[1], 青木 沙弥佳[1], 本城 弘貴[1], 宮崎 彰成[1], 草薙 洋[1] (1.亀田総合病院消化器外科, 2.東京慈恵会医科大学産婦人科講座)

[O16-2]

神経障害による排便障害の診断と治療

神山 剛一[1], 寺田 俊明[1], 田中 良明[1], 武田 崇志[1], 吉岡 将史[1], 増田 有香[1], 中村 浩[1], 山田 麻子[2], 佐藤 兼俊[3] (1.寺田病院, 2.アイビー胃腸肛門クリニック, 3.浅草胃腸肛門クリニック)

[O16-3]

バイオフィードバック療法用医療機器開発を通じて見えてきた肛門機能検査の課題

荒 桃子[1], 渡邊 祐介[2], 坂村 颯真[1], 髙橋 遼[1], 奥村 一慶[1], 河北 一誠[1], 河原 仁守[1], 本多 昌平[1], 武冨 紹信[1] (1.北海道大学大学院医学研究院消化器外科学教室Ⅰ, 2.北海道大学病院医療・ヘルスサイエンス研究開発機構)

[O16-4]

直腸脱・直腸重積患者における腹腔鏡下直腸固定術前後の肛門機能および便失禁症状の変化

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

[O16-5]

一般診療所における便失禁診療

甲田 貴丸 (医療法人社団甲藍会甲田医院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:40 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:40 AM UTC Room 5

[O16] 一般演題（口演） 16 排便障害の診療

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

[O16-1] 分娩後の便・ガス失禁発生頻度についての調査検討

高橋 知子[1], 末光 徳匡[2], 加藤 健宏[1], 青木 沙弥佳[1], 本城 弘貴[1], 宮崎 彰成[1], 草薙 洋[1] (1.亀田総合病院消化器外科, 2.東京慈恵会医科大学産婦人科講座)

はじめに：便失禁は女性の生活の質を大きく低下させる骨盤底障害の一つである. 分娩は女性における便失禁の原因として非常に重要な要因である. 分娩後の便失禁発生頻度についてはいくつかの論文は存在しているが, 本邦における調査はほとんどない. また昨今日本において増加傾向の無痛分娩について, 排便への影響についての知見も少ないのが現状である.
目的：分娩後に発生する便失禁の発生頻度を明らかにする. 無痛分娩が便失禁へ影響しているかどうか検討する.
方法：2018年6月から2019年５月までに当院で出産された女性に対してアンケート用紙を用いた後ろ向きコホート研究を行った. 日本語版the Pelvic Floor Distress Inventory-20 (PFDI-20) 質問票を使用し, 研究参加同意を得られた, 妊娠37週以降の分娩, 単胎妊娠女性に対し分娩から6-15ヶ月の時点での症状を調査した. 分娩様式（経腟または帝王切開）は問わなかった. 回答が得られた症例に対してガス失禁, 便失禁のグループに分け検討を行った.
結果：対象期間に336例の分娩件数があり, 研究の対象者は313例, そのうち十分な回答が得られた212例において検討を行った. 年齢は中央値で33歳(19-41), 109名が初産であった. 分娩様式では133例(16.5%)が自然分娩, 吸引または鉗子分娩が35例(16.5%), 帝王切開が44例(20.8%)であった. 会陰裂傷ではなしが99例 (46.7%), １度が11 例(5.2%), ２度が98例 (46.2%), 肛門括約筋損傷である３度が4例 (1.9%)であった. 分娩後38例(17.9%)でガス失禁, 9例(4.2%)で便失禁が見られた. ガス失禁群では,器械分娩が4例, 帝王切開が8例 , 無痛分娩は 5例見られた. 便失禁群は全て無痛を使用しない経腟分娩であった. 両群ともに肛門括約筋損傷は診断されなかった.
結論：分娩後のガス失禁は17.9%, 便失禁は4.2%であった. 無痛分娩は分娩後の便失禁への影響は大きくな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）

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:40 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:40 AM UTC Room 5

[O16] 一般演題（口演） 16 排便障害の診療

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

[O16-2] 神経障害による排便障害の診断と治療

神山 剛一[1], 寺田 俊明[1], 田中 良明[1], 武田 崇志[1], 吉岡 将史[1], 増田 有香[1], 中村 浩[1], 山田 麻子[2], 佐藤 兼俊[3]
(1.寺田病院, 2.アイビー胃腸肛門クリニック, 3.浅草胃腸肛門クリニック)

脊髄神経障害や脳血管障害による中枢神経障害は，排便に関わる直腸肛門機能を制御する神経に影響し，神経障害による排便障害の病態となる．脊髄障害の場合は，膀胱直腸障害として一般的に認知されているが，馬尾症候群や陰部神経障害などの末梢神経障害が原因の排便障害は，患者が神経障害と排便障害との関連に気づかなかったり，医療者においても診断に至らなかったりするのが現状である．当院の専門外来では直腸肛門機能検査による機能障害の評価を行い，その結果に基づいて排便管理の調整を行なっている．直腸肛門内圧測定または排便造影によって，直腸肛門機能障害による排便障害と診断された338名中，神経障害による排便障害と診断された48名を対象に，神経障害の病態や排便管理についての解析を行なった．48名のうち20名が脊髄損傷なとの脊髄神経障害で，原因不明の神経障害による排便障害も18名おり，診断に至っていない脊柱管狭窄症や馬尾症候群が原因と考えられた．治療としては，当院の排便診療フローチャートに則り，直腸感覚検査の結果に応じて，適切な便意の有無を評価した上で，排便管理を提唱している．すなわち直腸に一定量の便貯留を識別できるかどうかで，自身の便意を指標に排便行動の適否を判断する．直腸感覚が過敏だった場合は，バイオフィードバック療法に直腸における便貯留能の改善を図る．逆に，直腸感覚が低下している場合は，便意が不明瞭となっている可能性を踏まえ，直腸における一定量の便貯留を予測した上で，坐薬や浣腸を用いた排便促進を行う計画排便によって安定した排便周期を確立できた．神経障害による排便障害は，神経障害のタイプによって排便障害の顕性パターンが異なり，それぞれに応じた排便管理が必要となる．ただし，神経障害が原因と認識されていないことも少なくなく，本病態に対する一般医家の理解も必要であると考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:40 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:40 AM UTC Room 5

[O16] 一般演題（口演） 16 排便障害の診療

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

[O16-3] バイオフィードバック療法用医療機器開発を通じて見えてきた肛門機能検査の課題

荒 桃子[1], 渡邊 祐介[2], 坂村 颯真[1], 髙橋 遼[1], 奥村 一慶[1], 河北 一誠[1], 河原 仁守[1], 本多 昌平[1], 武冨 紹信[1] (1.北海道大学大学院医学研究院消化器外科学教室Ⅰ, 2.北海道大学病院医療・ヘルスサイエンス研究開発機構)

【はじめに】鎖肛は約5000出生に1例で発生する代表的な小児外科疾患であり、術後の17～77%に排便機能障害を認め、成人期に至っても便禁制を得られない症例が存在する。学童期における骨盤底筋訓練の有効性は報告されているが、訓練手技等の標準化や継続性に加え、小児向け医療機器の整備が課題である。そこで我々は、ゲーミフィケーション要素を導入した小児用バイオフィードバック（BF）療法支援医療機器の開発に着手している。今回、鎖肛術後患児を対象に肛門内圧および肛門筋電位を測定し、肛門機能検査における諸課題について検討した。
【方法】小児外科専門医1名が、鎖肛術後患児10名を対象に、意識下左側臥位にて安静時および随意収縮時の肛門内圧および肛門内筋電位を3回ずつ測定した。測定には、高解像度直腸肛門内圧用12ch圧力センサーと、新規開発した小児用肛門内挿入型筋電プローブを用いた。筋電信号は50 msec間隔の二乗平均平方根で算出した。検査値は平均±標準偏差で記載し、肛門内圧と筋電位の関係はピアソンの相関係数で解析した。
【結果】随意収縮が測定困難であった1名を除く9名（男児8名・女児1名、年齢7～13歳）を解析対象とした。肛門内圧は安静時39.0±16.8 mmHg、随意収縮時107.1±63.9mmHg、筋電位は安静時79.4±29.1μV、随意収縮時850.6±665.9μVであった。相関係数は安静時r=0.30（p=0.42）、随意収縮時r=0.69（p=0.04）であり、随意収縮時に中程度から強い相関を示した。一方、随意収縮時内圧が同程度（49, 52mmHg）であった患児において、筋電位は488μVと1838μVと大きな差を示す症例を確認した。
【結語】肛門括約筋の随意収縮時における肛門内圧と筋電位に有意な相関が認められ、BF療法における筋電位指標の妥当性が示唆された。しかし、肛門内圧と比較して筋電位の解釈や訓練時の閾値設定に課題があることが明らかとなった。今後の医療機器開発においては、個別キャリブレーションの導入や測定手技の標準化を含め、さらなる妥当性評価が必要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:40 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:40 AM UTC Room 5

[O16] 一般演題（口演） 16 排便障害の診療

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

[O16-4] 直腸脱・直腸重積患者における腹腔鏡下直腸固定術前後の肛門機能および便失禁症状の変化

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

【はじめに】便失禁は肛門内圧の低下により説明されることが多いが、同程度の内圧低下でも便失禁の有無には個人差がみられる。便性異常、直腸肛門感覚障害、便排出障害、直腸機能障害、認知・運動機能障害など多様な因子が関与している。今回は、直腸脱・直腸重積患者に対する腹腔鏡下直腸固定術前後における肛門機能および便失禁症状の変化を検討し、便失禁の病態理解を深めることを目的とした。
【方法】2022～2023年の2年間当院排便機能外来を受診し、腹腔鏡下直腸固定術を施行された患者のうち、術前後で肛門内圧・感覚検査および便失禁スコアが得られた94例を対象とした。検討項目は、肛門静止圧（MRP）、肛門随意収縮圧（MSP）、初期感覚閾値（FS）、便意発現容量（DD）、最大耐容量（MTV）、Cleveland Clinic Florida Fecal Incontinence Score（CCFIS）、Fecal Incontinence Severity Index（FISI）とした。
【結果】患者背景は男性12例、女性82例、平均年齢73.6歳（15～94歳）、直腸脱72例、直腸重積22例であった。MRPは術前平均25.4±15.5 cmH_2Oから術後平均30.2±16.2cmH_2Oへ（$p<0.001$）、MSPは術前平均118.5±60.6 cmH_2Oから術後平均135.5±63.6cmH_2Oへ（$p<0.001$）と有意に上昇した。FS、DD、MTVは13例のみ測定され、有意差はなかったが術後増加傾向を認めた。FISIは術前23.5±16.5から術後12.3±11.5（$p<0.001$）、CCFISは術前11.5±4.4から術後8.5±3.9（$p<0.001$）と有意に改善した。MRPとFISIの改善又は改善なしに基づき４群に分けると、両方改善：32例、MRPのみ改善：13例、FISIのみ改善：12例、両方改善なし：6例であった。
【結語】腹腔鏡下直腸固定術は肛門内圧および便失禁症状の改善に有効であった。肛門内圧の改善と便失禁の改善は必ずしも一致せず、多角的な要因解析と個別対応が重要であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:40 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:40 AM UTC Room 5

[O16] 一般演題（口演） 16 排便障害の診療

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

[O16-5] 一般診療所における便失禁診療

甲田 貴丸 (医療法人社団甲藍会甲田医院)

便失禁診療ガイドライン2024年版では本邦における６５歳以上の便失禁の有病率は男性8.7%、女性6.6%とされている。便失禁診療ガイドラインの2017年版の発行以降、一般内科小児科の当診療所においてもその内容に沿った診療を行ってきた。
臨床的初期評価として内服薬の聴取、肛門診察を含む身体診察を行い必要であれば大腸内視鏡検査による器質的疾患の除外をしている。
肛門診察では糞便塞栓に伴う溢流性の漏出性便失禁をまず除外しDigital Rectal Examination Scoring System（DRESS）による評価、ブリストル便性状スケールによる普段の便性の評価を行う。便失禁に伴う肛門周囲の皮膚炎は、疼痛も強く患者のQOLをさらに低下させるために初診時からスキンケアの対応を行うようにしている。
軟便を伴う便失禁に対しては、便の性状を軟化させるカフェインやアルコールを控え食物繊維の摂取するように当院で作成した食事生活指導のパンフレットを用いて説明している。
また患者に食事排便日誌の記載を行ってもらい、食事やアルコールによる排便の変化を共有するようにしている。薬物療法については、ロペラミド塩酸塩の投薬を中心としている。
2023年1月から2025年4月までに便失禁を主訴として9名の患者が当院を受診していた。
その内、2名のみが継続して受診されているが食事指導、ロペラミド塩酸塩の内服にて2名とも6カ月以上便失禁がない状態が続いている。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

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

[O17] 一般演題（口演） 17 炎症性腸疾患1

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

[O17-1]

当院における回腸嚢肛門吻合術での回腸嚢作成手技の妥当性に関する検討

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

[O17-2]

潰瘍性大腸炎に対する回腸嚢肛門吻合における吻合困難を予測するリスク因子

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

[O17-3]

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

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

[O17-4]

当科における潰瘍性大腸炎に対する2期分割手術の治療成績の検討

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

[O17-5]

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

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

[O17-6]

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

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

[O17-7]

潰瘍性大腸炎関連直腸癌に対する側方リンパ節郭清の治療成績

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

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

[O17] 一般演題（口演） 17 炎症性腸疾患1

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

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

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

・はじめに
潰瘍性大腸炎関連腫瘍（UCAN）に対して2期的な大腸全摘、回腸嚢肛門吻合術（IAA）が報告されている。IAAでは回腸嚢が肛門まで到達するかが問題となるが、回腸腸間膜の切開や血管切離を行い、回腸嚢吻合予定部分を肛門側に伸ばす工夫が報告されている。その際、回腸嚢先端が恥骨下縁2cm尾側に到達することを目安にしている。
・目的
IAAにおいて、恥骨下縁2cm尾側を目標とした回腸嚢作成方法の妥当性について術前CT画像の評価から検証する。
・対象と方法
2020年1月から2024年12月までに当院でUCANに対してIAAを施行した14例を対象とした。術前CTから①SMA根部から臍部、②臍部から恥骨下縁の距離、③SMA根部から岬角、④岬角から肛門縁を測定し、A：SMA根部から恥骨下縁＋2cmまでの距離（①＋②＋20mm）、B：吻合に必要な肛門縁までの距離（③＋④）とした。A－Bを吻合に不足する距離として解析した。
・結果
対象14例中、全例で回腸嚢の間膜・血管処理を行っていた。男性9例、女性5例であり、年齢、BMIの中央値はそれぞれ45.5歳（25～76）、24.7（17～28.7）であった。全例に一時的人工肛門を造設し、縫合不全など回腸嚢の合併症は認めなかった。
A－Bは24.5mm（中央値；-9～55）であった。詳細は、0～20mmが3例、20～40mmが9例、40mm～が1例であった。また１例のみが-９mmであった。 14例中13例でAがBを上回り、吻合に必要な長さが確保されていた。
・考察、まとめ
回腸嚢の間膜・血管処理を行い、恥骨下縁2cm尾側を目標に回腸嚢先端を延長することで、ほぼ全例において吻合に必要な回腸嚢の距離が得られ、現行の術式は妥当と考えられた。今後も画像評価による到達性の予測方法について検証する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

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

[O17] 一般演題（口演） 17 炎症性腸疾患1

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

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

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

【目的】潰瘍性大腸炎 (以下UC) に対する回腸嚢肛門吻合(以下IPAA)において吻合困難となるリスク因子を明らかにする.
【対象と方法】2018年1月から2025年3月までにUCに対してIPAAを行った59例を対象とした. 当科のIPAAは肛門管内での手縫い吻合であり, これまで吻合できず術式変更を行った症例はない. 吻合時に小腸間膜に減張切開や開窓, 血管処理を必要とした症例を吻合困難 (Anastomotic difficulty: AD)と定義し, 吻合困難のリスク因子についてAD群と処置を施さなかった通常群 (normal group: N群) で患者背景, 腹部骨盤CTで測定可能な指標を後方視的に比較検討した. 上腸間膜動脈 (SMA)の走行を腹部大動脈に対する位置関係 (右側・左側) で分類した. 小腸間膜の評価指標は, SMA根部から末梢枝までの距離を「腸間膜長」, SMA末梢から肛門管上端までの距離を「腸間膜可動長」と定義し, 測定した. 骨盤の評価指標は, 産科的真結合線距離, 骨盤傾斜角, 仙骨角度を測定した. それぞれのcut off 値はROC曲線で求めた.
【結果】年齢中央値は48歳 (14-82), 男:女が39：20, BMI中央値は22.4kg/m2 (13–36.6)だった. 3期分割 : 2期分割が24 : 35, OP : LAPは21 : 38 だった. AD群 : N群は37 : 22で, 縫合不全はAD群で2例, N群で1例だった. SMAの走行は右 : 左が16 : 43だった. 腸間膜長中央値は20.8cm (13.0-27.2) で, 腸間膜可動長中央値は9.2cm (3.6–19.9) , 産科的真結合線距離中央値は12.3cm (9.6 – 15.3) , 骨盤傾斜角中央値は62.8度 (48.9 – 74.7) , 仙骨角度中央値は34.3度 (18.6–54.3) だった. 単変量解析では, 左側SMA (p=0.032)とBMI:22以上(p=0.001)に有意差を認めた. 小腸間膜や骨盤に関する測定値には有意差がなかった. 単変量解析で有意差を認めた因子で多変量解析を行い, 左側SMA (p=0.002, OR:10.1, 95%CI: 2.18-75), BMI:22以上 (p=0.0001, OR: 13.8, 95%CI: 3.33–96)が独立したリスク因子だった.
【結語】SMAが腹部大動脈の左側を走行する症例, 術前BMIが高い症例では腸間膜の減張切開や血管処理を必要とする可能性が高い. 予めリスクを考慮して手術計画を立てることで安全に回腸嚢肛門吻合を行うことができる.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

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

[O17] 一般演題（口演） 17 炎症性腸疾患1

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

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

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

【背景と目的】回腸嚢肛門吻合（IPAA）の合併症である縫合不全や狭窄・瘻孔・出血などは、吻合部の緊張と血流が大きく影響するとされる。我々は腹腔鏡下大腸全摘(TPC)・IPAAにおいて、犠牲腸管（5㎝前後）をおくことにより吻合部位の設定と回結腸血管(ICP)の自由度が高くなり、血流良好で緊張のない吻合に有利である可能性について報告した(Tech Coloproctol 2025)。今回潰瘍性大腸炎症例を対象として、その有用性を検討した。
【方法】2009年から2024年までに潰瘍性大腸炎に対する腹腔鏡下TPC・IPAAは52例であった。犠牲腸管を伴う回腸嚢作成を行った20例（A群）、回腸末端で切除して回腸嚢を作成した32例（B群）と短期成績について比較した。
【結果】背景因子を比較すると、年齢は有意にA群で高かったが（中央値52.5歳/38歳；p=0.023)、性別・BMI・PNI・術前ステロイド使用・ASA-PSに差を認めなかった。手術因子では、吻合法（IAA/IACA)・分割手術(1期/2期)・血管切離の追加割合・手術時間・出血量に有意差を認めなかった。ICP切離を要したのは、B群では3例、A群では見られなかった。術後合併症についてはClavien-Dindou分類Grade2・3の頻度に差を認めなかった。吻合部合併症はB群で4例（術中未到達1例、離開1例、狭窄1例、出血1例）に認めたが、A群では見られなかった（p=0.043）。術後在院期間に差を認めなかった。
【考察と結語】潰瘍性大腸炎に対するIPAAにおいて犠牲腸管を作成することで回結腸血管茎の伸長と適切な吻合部位が設定可能となり、血流良好で緊張のない吻合に有利である可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

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

[O17] 一般演題（口演） 17 炎症性腸疾患1

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

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

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

【背景】手術適応と判断される潰瘍性大腸炎（UC）患者は、長い薬物投与歴や全身状態の影響により周術期合併症リスクが高く、管理に難渋することもしばしばみられるため、緊急性及び患者のPerformance statusに応じた適切な分割手術の選択や、低侵襲手術（MIS）の導入、適正な周術期管理が求められる。当院における2期分割手術は、以前は緊急手術症例をはじめとした全身状態の比較的不良な症例に対しても適用していたが、近年では、周術期合併症を減らして安全に治療を進めるため、原則として緊急手術は3期分割手術、予定手術は2期分割手術を選択している。
【目的】当院におけるUC患者に対する2期分割手術の手術成績を解析、評価することを目的とした。
【対象と方法】2014年1月から2025年3月までに、手術を施行したUC患者のうち、2期分割手術を行った対象とし、対象期間を前後期に分けて、その特徴と手術成績、術後合併症について後方視的に検討した。
【結果】対象期間に手術を施行した全UC患者は161名であり、計206件の手術（人工肛門閉鎖術除く）が行われた。その中で2期分割を計画して施行した手術は、77名／77件であり、年齢中央値は44歳、男48/女29例、手術適応は、内科的治療抵抗性/重症/癌合併：31/18/28例であり、再建は、IACA/IPAA/再建不可：27/49/1例であった。前期/後期別の緊急手術は19(50%)/7(18%)件、ロボット支援手術を含むMISは31(82%)/39(100%)件であり、手術時間中央値354/360分(N.S.)、出血量210/80ml(p<0.01)、術後在院日数中央値16/8日(p<0.01)、MISでの開腹移行は見られず、Clavien-Dindo分類2以上の術後合併症は16(42%)/11(28%)例(N.S.)であった。
【結語】当科におけるUCに対する2期分割手術は、時代の変遷とともに、緊急手術への適応を回避しながら、比較的良好な手術成績が得られていた。また、MISにより合併症を軽減できる可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

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

[O17] 一般演題（口演） 17 炎症性腸疾患1

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

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

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

【緒言】当科での潰瘍性大腸炎の標準術式は腹腔鏡下大腸全摘・回腸嚢肛門吻合(IAA)としている。治療成績向上のため、直腸癌手術に導入していたtransanal total mesorectal excision (TaTME)手技を2021年から活用した。今回、当科で行っている重症潰瘍性大腸炎に対する分割手術の第2期目の残存直腸切除時の手技の工夫と、残存直腸切除症例の治療成績を報告する。
【分割手術手技】第1期目手術時に、腹腔鏡下結腸亜全摘・S状結腸粘液瘻・回腸人工肛門造設を行い、第2期目手術でTaTME併用腹腔鏡下残存直腸切除・IAA・回腸人工肛門再造設し、第3期目手術で人工肛門閉鎖を行う。TaTMEは通常2チームで行う。肛門管内や腹膜翻転部以下の直腸剥離は経肛門的に行うため、初回剥離層で癒着がなく手術を進められる。また直腸周囲が癒着していても双方向から周辺臓器を確認しながら剥離できる利点がある。
【対象と方法】2015年から2025年3月の期間で、残存直腸切除を行った7例を対象とし、開腹手術（O群）とTaTME併用腹腔鏡下手術(T群)に分け、有効性について検討した。
【結果】O群は2例、T群は5例だった。術式はO群でIAA 1例、直腸切断術1例、T群でIAA 2例、直腸切断術 3例だった。T群に第2期目の残存直腸切除を2例認めた。平均手術時間はO群 660分、T群 293分（$p<0.05$）、平均出血量はO群 2887ml、T群57ml($p=0.27$)、平均術後在院日数はO群 23.5日、T群12.4日（$p<0.05$）であった。術中合併症はO群で1例(膀胱損傷)を認めた。術後合併症はO群でCD-Ⅱの麻痺性腸閉塞を2例、T群でCD-Ⅱのoutlet症候群を1例認めた($p=0.05$)。
【考察】残存直腸切除は腹腔内の癒着と直腸周囲受動に難渋することが多いが、T群はO群に比べ、手術時間は有意に短縮し、出血量も減少する傾向にあった。またTaTME手技では2チームで双方向から確認して行うため、術中臓器損傷を回避できる可能性がある。T群では腹腔鏡手術も併用しているため、術中出血や術後麻痺性腸閉塞の発生を抑えられる傾向があり、TaTME手技の有効性が示唆されたと考える。
【結語】重症潰瘍性大腸炎の分割手術の第2期目手術に対して、TaTME手技は低侵襲な治療選択肢である可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

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

[O17] 一般演題（口演） 17 炎症性腸疾患1

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

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

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

[O17] 一般演題（口演） 17 炎症性腸疾患1

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

[O17-7] 潰瘍性大腸炎関連直腸癌に対する側方リンパ節郭清の治療成績

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

【背景・目的】進行下部直腸癌では、一定頻度で側方リンパ節転移が生じ、転移リスクのある直腸癌に対しては側方郭清（LLND）が推奨されている。一方、潰瘍性大腸炎（UC）関連癌に対する標準術式は大腸全摘であり、UC関連直腸癌に対するLLNDの意義は明らかではない。そこで今回、全国規模のデータベースを用いて本邦におけるUC関連直腸癌に対するLLNDの治療成績を明らかにすることを目的とした。
【対象・方法】大腸癌研究会プロジェクト「炎症性腸疾患合併消化管癌のデータベース作成と臨床病理学的研究」に参加した全国43施設において、1983年から2020年にUC関連大腸腫瘍と診断された1249例の中の直腸癌415例を対象とした。まずUC関連直腸癌に対するLLND施行率と側方リンパ節転移陽性率を検討した。次にLLND施行群を側方リンパ節転移陽性群と転移陰性群に分け、臨床病理学的特徴、長期予後を比較検討した。
【結果】UC関連直腸癌415例中LLNDは45例(10.8%)に施行されていた。pT3-4症例に対するLLND施行率は139例中33例（23.7%）であった。一方でpTis-T2症例276例中12例（4.3%)に対してもLLNDが施行されていた。LLND施行群45例中、側方リンパ節転移は11例（24.4%）に認め、全例がpT3-4症例であった。LLND施行群のうち、側方リンパ節転移陽性11例と転移陰性34例を比較すると、臨床病理学的に転移陽性群はpT3以上が有意に多く（100% vs 64.7%, P<0.0046）、組織型は転移陽性群においてpor/sig/mucが有意に多かった（70% vs 17.7%, P=0.002）。癌遺残については、R0達成率はLLND群と非施行群において有意差はなかった（81.8% vs 91.2%, P=0.41）。予後に関しては、5年生存率［30.8% vs 82.8%,（P=0.0005)]、5年無病生存率［0% vs 72.4%,（P<0.001)］ともに転移陽性群が転移陰性群より有意に不良だった。術後化学療法の施行は両群間で有意差はなかった［54.6% vs 40.6%,（P=0.42)]。
【結語】UC関連直腸癌に対するLLND施行率は、側方郭清が推奨されるT3-4症例において23%だった。LLND転移陽性群は進行症例が多く、組織型はpor/sig/mucが多く、予後は極めて不良だった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 6

[O18] 一般演題（口演） 18 炎症性腸疾患2

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

[O18-1]

潰瘍性大腸炎・結腸亜全摘症例における粘液瘻とハルトマン式の比較

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

[O18-2]

潰瘍性大腸炎に対する大腸全摘術後の腎機能低下に関連する術前因子の検討

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

[O18-3]

当院でのクローン病に対する腸管手術症例の検討

皆川 知洋[1,2], 渡辺 憲治[2,3], 魚谷 倫史[1], 祐川 健太[1], 渡辺 徹[1], 三輪 武史[1], 橋本 伊佐也[1], 渋谷 和人[1], 吉岡 伊作[1], 奥村 知之[1], 藤井 努[1] (1.富山大学学術研究部医学系消化器・腫瘍・総合外科, 2.富山大学附属病院IBDセンター, 3.富山大学炎症性腸疾患内科)

[O18-4]

穿孔・膿瘍形成を伴うクローン病に対する術式選択と短期成績

浅井 竜一[1], 田島 ジェシー雄[2], 横井 亮磨[2], Okuma Yusuke[2], 鷹羽 律紀[2], 横山 亜也奈[2], 水谷 千佳[2], 松本 圭太[2], 久野 真史[2], 田中 善宏[2], 村瀬 勝俊[3], 松橋 延壽[2] (1.岐阜大学大学院医学系研究科先端ゲノム医療開発学講座、消化器外科・小児外科, 2.岐阜大学大学院医学系研究科消化器外科・小児外科, 3.岐阜大学大学院医学系研究科高度先進外科学)

[O18-5]

クローン病初回手術症例584例に対する吻合部狭窄に対する再手術リスク因子の検討

楠 蔵人[1], 友尾 祐介[1], 野村 和徳[1], 長野 健太郎[1], 宋 智亨[2], 桑原 隆一[1], 堀尾 勇規[1], 木村 慶[2], 片岡 幸三[2], 内野 基[1], 池内 浩基[1] (1.兵庫医科大学炎症性腸疾患外科, 2.兵庫医科大学下部消化管外科)

[O18-6]

クローン病に合併した結腸癌に対する腹腔鏡手術

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

[O18-7]

クローン病関連消化管癌の臨床像の変化

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 6

[O18] 一般演題（口演） 18 炎症性腸疾患2

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

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

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

【背景】潰瘍性大腸炎に対する緊急手術では、結腸亜全摘・回腸ストーマ造設術（STC）が選択される場合が多いが、残存直腸の断端の処理方法には、粘液瘻とする方法と、閉鎖してハルトマン式とする方法がある。当科では従来、ほとんどの症例でチューブ粘液瘻とする方法を採用していたが、2021年から、主に術者の術中判断で、症例によってはハルトマン式を選択しており、その割合は徐々に増加している。今回我々は、近年の当科におけるSTC症例をもとに、ハルトマン式を選択する症例の特徴を検討し、粘液瘻とハルトマン式の安全性の比較を行った。
【方法】当科で2021年1月～2025年3月に緊急・準緊急でSTCを施行したUC症例36例につき、診療録に基づいて後方視的に調査した。粘液瘻とした症例（MF群）とハルトマン式とした症例（H群）との間で、患者背景や術後経過などを比較した。
【結果】MF群は23例（全例でチューブ粘液瘻）、H群は13例であった。H群では、年齢およびBMIが有意に高かった（年齢中央値 MF：54歳, H：73歳, p=0.014。BMI中央値 MF：19.0, H：21.3, p=0.024）。また、手術時間がH群で有意に長かった（中央値 MF：213分, H：271分, p=0.023）。Clavien-Dindo Grade 3以上の合併症は、MF群に5例、H群に3例みられ、このうちMF群で粘液瘻として固定した断端近傍の穿孔・腹膜炎で再手術となった症例が1例あった一方、H群では断端に関連した合併症の症例はみられなかった。手術から退院までの日数にも有意な違いはみられなかった（中央値 MF：26日, H：24日, p=0.56）。
【考察】ハルトマン式は、年齢・BMIが高いなどリスクの高い症例や、手術操作が難しく手術時間のかかる症例に選択される場合が多かった。それにもかかわらず、術後経過は粘液瘻の場合と遜色なく、粘液瘻のトラブルを回避するため、症例によってはハルトマン式が望ましい場合があることが示唆された。ただし、どのような症例でハルトマン式を選択すべきかについては、さらなる症例の蓄積・検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 6

[O18] 一般演題（口演） 18 炎症性腸疾患2

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

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

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

【背景】
潰瘍性大腸炎(Ulcerative Colitis:UC)の標準術式である大腸全摘回腸嚢肛門(管)吻合術(Ileal pouch anastomosis:IPAA)では一時的回腸人工肛門が造設されることが多い.人工肛門閉鎖後も水様便による腎機能低下が問題となる.UCに対するIPAA後の腎機能低下の関連因子を検討した.
【対象/方法】
腎機能は推算糸球体濾過量(estimated Glomerular Filtration Rate:eGFR)を用いて評価した.対象は2014年5月から2024年1月に当院でUCに対し2期的にIPAAを施行し,初回手術時のeGFRが60mL/min/1.73m^{2}以上で,人工肛門閉鎖後に1年以上フォロー可能であった41例(男性25例/女性16例)とした.初回手術時eGFR中央値は87.9mL/min/1.73m^2,人工肛門閉鎖1年後は76.2mL/min/1.73m^{2}であった.初回手術時年齢は44歳(12-71),手術適応は難治22例,重症4例,癌/dysplasia15例,人工肛門閉鎖までの期間は125日(35-255日)であった.人工肛門閉鎖1年後のeGFRが60未満の6例を「低下群」,60以上の35例を「非低下群」とし比較検討を行った.
【結果】
低下群・非低下群における初回手術時eGFRは70.2(65.7-109.9)・90.9(63.6-188.4)mL/min/1.73m^2,人工肛門閉鎖1年後eGFRは51.6(46.3-57.1)・81.5(60.3-132.6)mL/min/1.73m^2,初回手術時年齢は67歳(45-71)・38歳(12-64) ,手術適応(難治/重症/癌・dysplasia)は2/0/4例(33.3/0/66.7%)・20/4/11例(57.1/11.4/31.4%),前治療(ステロイド/生物学的製剤/タクロリムス)は3/1/1例(50.0/16.7/16.7%)・32/22/17例(91.4/62.9/48.6%),緊急手術は1例(16.7%)・8例(22.9%),手術時間は414分(303-504)・387分(237-811),術中出血量は72g(5-350)・45g(3-664),周術期輸血は0例・2例(5.7%),人工肛門閉鎖までの期間は120日(79-207)・121日(35-25)であった.初回手術時年齢のみ統計学的に有意差を認めた(P=0.002).
【結論】
潰瘍性大腸炎に対するIPAA後にeGFR<60mL/min/1.73m^{2}を呈した群では,初回手術時年齢が有意に高かった.高齢者では加齢に伴うeGFRの生理的低下に加え,水様便による脱水や電解質異常が腎機能悪化に関与する可能性がある.高齢UC患者に対しては,術後の腎機能モニタリングおよび脱水予防が重要である.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 6

[O18] 一般演題（口演） 18 炎症性腸疾患2

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

[O18-3] 当院でのクローン病に対する腸管手術症例の検討

皆川 知洋[1,2], 渡辺 憲治[2,3], 魚谷 倫史[1], 祐川 健太[1], 渡辺 徹[1], 三輪 武史[1], 橋本 伊佐也[1], 渋谷 和人[1], 吉岡 伊作[1], 奥村 知之[1], 藤井 努[1] (1.富山大学学術研究部医学系消化器・腫瘍・総合外科, 2.富山大学附属病院IBDセンター, 3.富山大学炎症性腸疾患内科)

【はじめに】クローン病(以下CD)患者は増加傾向にあり，現在では7万人以上と言われている．手術症例数も増加し，より専門的な手術が求められるようになっている．当院では，2023年5月から炎症性腸疾患(以下IBD)センターを設立し，専門的な治療および手術手技の定型化を行っている．当院でのCDに対する手術手技と定型化前後の成績について報告する．
【対象と手術方法】2007年12月から2025年3月までに，当科でCDに対し腸管切除を施行した46例を対象とした．定型化前を前期群，定型化後を後期群とし，前期群は27例，後期群は19例であった．後期群は，病変部の確認や授動は単孔式の腹腔鏡下で，腸管切離と間膜処理は体外で行い，吻合は手縫いの端々吻合とした．
【結果】臨床的背景は1)性別は前期群:男女比(20:7)，後期群:(17:2)，p=0.19で有意差を認めなかった．2)手術時年齢は前期群33(15-54)歳，後期群44(19-66)歳，p=0.005と有意に前期群で若かった．3)罹病期間は前期群60.9(0-392)ヶ月，後期群112.6(3.2-338)ヶ月，p=0.35で有意差を認めなかった．4)手術方法は開腹:腹腔鏡で，前期群(22:5)，後期群(0:19)，p<0.0001と有意に後期群で腹腔鏡が多かった．手術成績は1)手術時間は前期群203(105-704)分，後期群226(128-376)分，p=0.36，2)出血量は前期群200(5-1895) g，後期群70(1-950) g，p=0.14で1),2)ともに有意差を認めなかった．3)術後合併症(Clavien-Dindo分類 Grade3以上)は，前期群5/27例，後期群0/19例，p=0.047で有意差を認めた．4)再発(吻合部の狭小化，潰瘍)は，前期群11/27例，後期群0/19例，p=0.001と有意に後期群が少なかった．【結語】定型化後はCD grade3以上の合併症を認めなかった．後期群は観察期間が短く，症例数も少なく，今後症例を蓄積して検討する必要がある．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 6

[O18] 一般演題（口演） 18 炎症性腸疾患2

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

[O18-4] 穿孔・膿瘍形成を伴うクローン病に対する術式選択と短期成績

浅井 竜一[1], 田島 ジェシー雄[2], 横井 亮磨[2], Okuma Yusuke[2], 鷹羽 律紀[2], 横山 亜也奈[2], 水谷 千佳[2], 松本 圭太[2], 久野 真史[2], 田中 善宏[2], 村瀬 勝俊[3], 松橋 延壽[2] (1.岐阜大学大学院医学系研究科先端ゲノム医療開発学講座、消化器外科・小児外科, 2.岐阜大学大学院医学系研究科消化器外科・小児外科, 3.岐阜大学大学院医学系研究科高度先進外科学)

【背景】膿瘍形成を伴うクローン病（CD）に対する腹腔鏡手術は難易度が高く、治療指針においても適応は施設や術者の経験を考慮して決定することが望ましいとされている。当院はIBDセンターとしての歴史は浅いものの、膿瘍形成例に対しても以前より腹腔鏡手術を施行してきた。今回、穿孔症例を含めて、術式選択や臨床経過、短期成績を検討し報告する。
【対象】2015年1月から2024年12月までに当院にて施行したクローン病に対する手術68例中、穿孔例6例、膿瘍形成例9例。腹腔鏡手術：10cm以下の小切開と定義。観察期間中央値：20ヶ月。
【結果】腹腔鏡手術は穿孔例：1/6例、膿瘍形成例：6/13例にて施行。以下、中央値（範囲）にて示す。［穿孔例 6例］全例が2018年までの症例。腹腔鏡手術はバルーン拡張後の穿孔に選択。年齢48歳(21-56)、性別：男性2例、女性3例。CD罹患：3年(0-22)、未診断3例。小腸型が3例で最多。穿孔部：回腸5例で最多。全例診断日に手術。手術時間167.5分(99-278)、出血量82.5g(30-600)、Clavien-Dindo分類 II 以上の合併症：3例。術後在院日数：20.5日(11-36)。［膿瘍形成例 9例］7例が2023年以降。腹腔鏡は7/9例、計画的開腹移行が1例。年齢34歳(17-62)、性別：全例男性。CD罹患：8年(0-39)、未診断2例。小腸大腸型7例、穿通腸管は回腸5例で最多。膿瘍形成部：腹腔内4例、腹腔外6例（重複あり）。診断から手術：45日(0-167)。手術時間368分(77-513)、出血量100g(0-513)、Clavien-Dindo分類 II 以上の合併症：3例。術後在院日数：18日(10-36)。
【結語】穿孔性腹膜炎を伴うCDに対する腹腔鏡手術は、全身状態が安定していることに加え、穿孔直後、腸管病変がスクリーニングされている症例など適応は限られる。一方、膿瘍形成例に対する腹腔鏡手術は保存的治療中に十分な精査が可能で、膿瘍の縮小が得られることも多く安全に施行しうる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 6

[O18] 一般演題（口演） 18 炎症性腸疾患2

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

[O18-5] クローン病初回手術症例584例に対する吻合部狭窄に対する再手術リスク因子の検討

楠 蔵人[1], 友尾 祐介[1], 野村 和徳[1], 長野 健太郎[1], 宋 智亨[2], 桑原 隆一[1], 堀尾 勇規[1], 木村 慶[2], 片岡 幸三[2], 内野 基[1], 池内 浩基[1] (1.兵庫医科大学炎症性腸疾患外科, 2.兵庫医科大学下部消化管外科)

【目的】クローン病（以下CD）は発症後十年で70%以上が何らかの手術を受け、初回手術後も再発病変に対する手術が高率で必要となるという報告がある。初回手術時の吻合部に再発することも多く再手術の術式が前回吻合部切除となる場合も多い。CD初回手術後の再手術が必要な吻合部再発のリスク因子を明らかにすることを目的とした。
【方法】2014年1月から2024年7月までに当院でCDに対して初回腸管切除手術を施行した583症例に対して検討を行った。
【結果】患者の手術時平均年齢は36.2歳で、男性433人、女性151人であった。前回吻合部の再発症例は30例であった。そのうち狭窄症例が28例、瘻孔形成が2例であった。
臨床学的因子との検討においてはモントリオール分類や喫煙や手術成績（手術時間、出血量、周術期合併症）では有意差は認めなかったが、手術時年齢高値群(p＜0.01)、術前BMI低値群(p＜0.01)、肛門病変＋群(p＜0.01)や開腹手術群(p＜0.01)が有意に吻合部再発が多いという結果であった。またた多変量解析においては手術時年齢高値群(HR=3.47, 95%CI 1.54-7.84, p<0.01)、術前BMI低値群(HR=2.98, 95%CI 1.34-6.34, p＜0.01)、肛門病変＋群(HR=2.56, 95%CI 1.17-5.6, p=0.02) が独立した予後規定因子として抽出された。
【結語】CD初回腸管切除手術において手術時年齢高値群(＞34歳)、術前BMI低値群(＜18.23)、肛門病変＋群は術後の吻合部狭窄のリスクが高く術後の内科的加療の強化が重要であることが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 6

[O18] 一般演題（口演） 18 炎症性腸疾患2

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

[O18-6] クローン病に合併した結腸癌に対する腹腔鏡手術

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

【はじめに】クローン病（CD）に対する腹腔鏡手術は大腸癌に対する腹腔鏡手術と共に現在では普及しつつあるが，CDに合併した結腸癌の腹腔鏡手術は比較的まれである．今回，CDに合併した結腸癌の腹腔鏡手術の成績を明らかにするため検討を行った．
【対象・方法】2011年1月から2024年12月　CDに合併した結腸癌17例を対象に，術式，臨床的背景，手術因子，病理組織学的特徴，予後を後方視的に検討した。
【結果】男性12例、女性5例、平均年齢53（歳），手術時のBMI19.1 (16.7-20.5),罹患期間 （年）21 (16.8-23.8). 病変部位は結腸複数部位3例、盲腸4例、虫垂3例、上行結腸2例、横行結腸2例、S状結腸1例、下行結腸2例で，手術理由は癌8例，癌疑い1例，狭窄6例，瘻孔/狭窄1例，膿瘍1例であった．術式は開腹手術が10例（開腹群），腹腔鏡手術が7例（腹腔鏡群）であった，腹腔鏡群では回盲部切除が4例と最も多く，深達度T2までが5例(71.4%)とより早期の症例が多いのに対し，開腹群では結腸半側切除や大腸全摘出術など広範囲の術式が多く，深達度もT3以深が8例(80%)と進行癌が多く選択されていた．手術時間，術中出血量，術後在院日数に両群間の差はなかった．Clavien-Dindo III以上の合併症は開腹群の1例のみであった．病理組織学的には腹腔鏡群で腺癌5例，虫垂粘液腫1例，粘液癌1例（開腹術に移行）に対し，開腹群では粘液癌/印環細胞癌2例，腺癌と粘液癌/印環細胞癌の混在4例と悪性度の高い組織型の割合が多かった．断端陽性は6例認め全例T3以深で腹腔鏡手術群で少ない傾向（1/6,16.7%）にあった．術後観察期間は2.6年（1.2-5.9年）で癌による死亡は6例あり，腹腔鏡群1例（開腹に移行），開腹群5例であった．断端陽性例は6例中5例が死亡しており，有意に予後不良であった（83.3%，P = 0.035）．
【結語】CDに合併した結腸癌のうち深達度T2までの腺癌で断端陰性が確保できる症例は比較的予後良好であるため腹腔鏡の適応になると考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 9:20 AM - 10:10 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 12:20 AM - 1:10 AM UTC Room 6

[O18] 一般演題（口演） 18 炎症性腸疾患2

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

[O18-7] クローン病関連消化管癌の臨床像の変化

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

クローン病（ＣＤ）関連消化管癌の診断と治療はCD症例の診療上大きな課題であるが近年その臨床像に変化がある．【目的】クローン病関連消化管癌合併例の臨床経過の変化から予後改善の課題を明らかにする．【対象】ＣＤ関連消化管癌を合併した自験90例（男64，女26）．【方法】背景，臨床経過の推移を2016年以前診断例(前期群)と2017年以降診断例（後期群）に分けて比較した．【結果】全例のＣＤ発症年齢は平均26歳(13～54歳)で、癌占拠部位は直腸肛門管が62例(67%)であった。前期群は40例、後期群は50例で、それぞれ、男女比は28:12と36:14で差はなく、病型別の例数は小腸型、小腸大腸型、大腸型が2,33,6と0,35,15であった。ＣＤ発症年齢は25.6歳と25.7歳で差がなく、癌診断時年齢は45歳と52歳、CD発症から癌診断まで22年と25年とそれぞれ有意差を認めた（P<0.05）。直腸肛門管癌は83%(33例)と58%(29例)で、後期で結腸小腸や瘻管内など他部位の癌症例が有意に増加した。癌の診断が手術前であった症例は62.5%（25例）と68.0%(34例)と差がなかったものの、早期癌の症例は7.5%（3例）と30.0%(15例)と後期群で有意に増加した。Stageが０,１であった症例は12.5%(5例)から42.0%(21例)に有意に増加した。Stage 0,1の26例の診断契機は術前内視鏡検査が18例、既往手術時の肛門部生検が3例、MRI検査が1例、術中、術後病理組織検査が4例であった。癌の遺残がないR0手術例は42.5%(17例)と56.0%(28例)と増加したものの有意差がなく、遠隔転移や腹膜播種などで切除術ができなかった症例は10%(4例)から22.0%(11例)に増加した。
【結語】クローン病関連消化管癌は直腸肛門管に最も多いものの、それ以外の部位の症例が増加していた。早期癌やstage 0,1の症例は増加し、内視鏡検査時などに行われる組織採取が寄与していた。一方でR0手術が可能な段階で発見できていない症例が多くあり、クローン病関連消化管癌の予後改善には発症後長期経過例に対し癌合併の可能性を念頭におき、より積極的な検査を考慮することが必要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

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

[O19] 一般演題（口演） 19 進行直腸癌の治療戦略2

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

[O19-1]

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

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

[O19-2]

局所進行下部直腸癌に対する当科におけるTNTの成績

皆川 結明, 石山 泰寛, 芥田 壮平, 中西 彬人, 西 雄介, 林 久志, 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下部消化管外科)

[O19-3]

当院における進行直腸癌の治療戦略とTNTの治療成績

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

[O19-4]

直腸癌Total Neoadjuvant Therapyの予後に対する影響

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

[O19-5]

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

諏訪 雄亮[1], 小澤 真由美[1], 森 康一[1], 田 鐘寛[2], 諏訪 宏和[3], 佐藤 渉[1], 薮下 泰宏[1], 沼田 正勝[1], 佐藤 勉[1], 渡邉 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.横浜市立大学医学部消化器・腫瘍外科, 3.横須賀共済病院外科, 4.関西医科大学下部消化管外科)

[O19-6]

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

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

[O19-7]

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

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

[O19] 一般演題（口演） 19 進行直腸癌の治療戦略2

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

[O19-1] 当院における局所進行下部直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapyの治療成績

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

【緒言】局所進行下部直腸癌治療は，局所再発率の低下と遠隔転移の抑制が重要な課題である．従来の術前化学放射線療法では, 局所制御の改善を認めるものの，遠隔転移の抑制や予後改善効果が示されていない. Total Neoadjuvant Therapy (TNT)は, 化学放射線療法に加え, 全身化学療法を術前治療に組み込んだ治療戦略である．
【目的】局所進行下部直腸癌に対し, 当院で施行しているTNTの安全性及び短期治療成績を明らかにする．
【対象と方法】2021年4月から2025年4月までにTNTを施行した37例を対象とした．対象症例は，下部直腸癌cStageII/IIIの症例．放射線化学療法としてS-1 80mg/日 (day1-5, day7-11)＋RT30Gy (3Gy×10Fr)を施行後，Consolidation ChemotherapyとしてSOX (S-1:80mg/body, LOHP130mg/body)療法を2コース投与した．本治療の安全性および短期治療成績を，有害事象，合併症の有無， 治療効果によって評価した.
【結果】年齢の中央値は70 (32-87)歳. 男性30例, 女性7例であった．照射終了日から手術までの日数の中央値は10.0（4.3-13.7）週であった. CTCAE Grade3以上の有害事象は, 下痢が3例のみであった. Clavien-Dindo分類でGrade IIIa以上の術後合併症は1例 (2.7%)腹腔内膿瘍を認めた．9例 (24.3%)で病理学的完全奏効（pathological complete response: pCR）が得られた．
【考察】従来の放射線化学療法のpCRは15-20%とされており, 本法の症例数は未だ少ないものの, 遜色ない結果であった. Grade3以上の有害事象は下痢3例のみであり, 短期治療成績としては比較的低侵襲と考えられた.
【結語】当院で施行されたTNTは, 安全に施行可能であり, 下部進行直腸癌に対する有効な治療戦略となりうる可能性が示唆された.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

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

[O19] 一般演題（口演） 19 進行直腸癌の治療戦略2

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

[O19-2] 局所進行下部直腸癌に対する当科におけるTNTの成績

皆川 結明, 石山 泰寛, 芥田 壮平, 中西 彬人, 西 雄介, 林 久志, 藤井 能嗣, 石井 利昌, 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下部消化管外科)

【背景】直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapy（TNT）は、局所制御率の向上および遠隔転移抑制を目的として導入され、病理学的完全奏効（pCR）率の上昇が報告されている。しかし，その長期成績や手術先行治療と比較した術後合併症率が明確でないため、本邦のガイドラインではTNTを日常臨床として行わないことを弱く推奨されている。当科では2022年4月より局所進行下部直腸癌に対してTNTを導入しており、その短期成績を報告する。
【方法】2022年4月から2025年4月までに当科で局所進行下部直腸癌に対してTNT施行後に根治手術を施行した44例を対象とし、治療成績について後方視的に検討した。TNT 適応症例は80歳以下、ECOG PS 0-1の下部進行直腸癌(cT3N+M0 or cT4NanyM0)とした、TNTのスケジュールはShort course RT（25 Gy/ 5 Fr）後、CAPOX6コースを施行することとした。再度、造影CT検査、MRI検査、下部消化管内視鏡検査を術前に施行して評価し、手術を施行した。
【結果】性別（男/女）は27/17、年齢は64歳(38-80)、cStage IIIb/IIIcは20/24であった。TNTの完遂率は68.2％(30/44例)、4コース以上施行したのは88.6％(39/44例)であった。術式（LAR/ISR/APR/Hartman）は21/2/15/6 で、前例で経肛門・会陰操作を併用した。側方リンパ節郭清は19例に施行され、転移陽性を3例(15.8%)に認めた。術時間は297分(135-701)、出血量は20ml(2-551m)であった。Clavien-Dindo分類GradeIII以上の合併症はリンパ漏2例、癒着性腸閉塞1例であった。病理学的診断では、 pCR/pStage Ⅰ/Ⅱ/IIIa/IIIb/IIIcは14/9/5/2/10/4であり，pCRは31.8%(14/44例)であった．組織学的治療効果判定Grade 1a/1b/2/3は11/7/11/15、RM陽性例は認めなかった。観察期間中央値は444日（30－1150）であり、7例に再発を認めた。再発形式は肝転移4例、腹膜播種2例、傍大動脈リンパ節・Virchow転移1例であった。再発7例のうち4例は治療効果がGrade 1aの症例であり、pCRを得た症例では現時点で再発を認めていない。
【結語】局所進行直腸癌に対する当科のTNTの短期成績は既報と遜色がなかった。今後長期成績の検討に向けてさらなる症例の蓄積が望まれる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

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

[O19] 一般演題（口演） 19 進行直腸癌の治療戦略2

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

[O19-3] 当院における進行直腸癌の治療戦略とTNTの治療成績

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

【諸言】2014年に Non-Operative Management(NOM)が提唱され、2020年頃からTotal Neoadjuvant Therapy(TNT)が世界的にも認識された.全身化学療法は通常oxaliplatinを含むRegimenであり,効果判定では内視鏡・直腸診・MRI・CTを総合的に評価し,nonCR症例は手術,CR症例はNOMを行い,regrowth症例は原則TME手術を行う.
【目的】当院の下部進行直腸癌に対するTNTの治療成績を示し,妥当性を検証する.
【方法・対象】cT3/4 or cN+の下部進行直腸癌に対して術前放射線治療を行っている.50.4Gy/28frの長期照射を基本とするが,臓器温存手術のために腫瘍縮小が不要な症例では25Gy/5frの短期照射も行った。近年は臨床試験への参加を契機に放射線治療先行のConsolidationや化学療法をRTの前後に分けるSandwichも施行している。周囲剥離断端(CRM)陽性が危惧される症例や両側側方リンパ節転移陽性症例等に対し,化学療法を先行のInduction Chemotherapy後RTのTNTを2010年から行い,TNT後cCR症例は手術を行ってきたが,2021年からはNOMを導入している.2021年4月～2025年4月にTNT後最終効果判定を行った下部進行直腸癌50例を対象とし,治療成績を検討した.
【結果】男34・女16例,年齢60歳(39-80歳),ASA1/2/3:16/32/2,腫瘍部位はRb 48例・P 2例.初診時StageI/II/III：2/14/34で,TNT後のycStageは0/I/II/III/IV：13/15/10/11/1.ycStage 0の13症例（26%）は全例NOMを行った.TNTの内容はInduction11例,Consolidation18例,Sandwich21例であった.併用放射線は長期照射41例,短期照射9例.NOM中4例（30%）でregrowthを認め、Salvage手術では3例切除し,1例は手術予定.Regrowthは,3例は内視鏡で,1例はMRI・PETで診断確定した。手術症例40例の手術時間435分（266-691分）,出血100ml(0-498ml),合併症CD III以上は4例.根治度A 35例,B 3例,C 2例.再発は10例 ,大腸癌死1例・他病死1例以外は全例生存している.Regrowth 4 例のNOM開始からRegrowth診断までの期間の中央値は99.5日.
【結語】当院のTNTの短期成績,NOM施行率,Regrowth率は妥当で,安全に施行可能であった

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

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

[O19] 一般演題（口演） 19 進行直腸癌の治療戦略2

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

[O19-4] 直腸癌Total Neoadjuvant Therapyの予後に対する影響

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

【背景】進行下部直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapy (TNT)の普及に伴い，合併症やpCR率などの短期成績についてはEvidenceが集積されつつあるが，Up front surgeryと比べたTNTの真の予後改善効果については検討が不十分である．当院では進行下部直腸癌のうち，T4, N2以上のリンパ節転移，CRM≦1mm，EMVI陽性の症例に対し，選択的にTNTを導入している．
【目的】当院で施行したTNTと従来の直腸癌治療の予後を比較する．
【対象】下部直腸癌に対しTNT後手術を施行したT群:40例 (2020-2025年)と，Up front surgeryを施行したU群：309例 (2015-2025年)を対象に傾向スコアマッチングを行い，T群26例とU群78例 (計104例)を最終解析対象として，治療開始日を解析の起点とした中期成績の比較検討を行った．調整因子は年齢，性別，cT, cNを用いた．TNTはShort-course RT 25Gy/5frとconsolidation CAPOXを基本とした．
【結果】マッチング前の患者背景はT群で若年，高度進行癌症例を多く認めたが，マッチング後の患者背景には有意差を認めなかった．3年全生存率はT群90.0%, U群89.7% (p=0.66)，3年RFSはT群62.7%, U群69.2% (P=0.719)，3年累積局所再発率はT群 20.4%, U群11.4% (p=0.94)といずれも有意差を認めなかった． TNT群において4例の遠隔再発 (肝，肺)と，2例の局所再発 (側方郭清省略後の側方リンパ節，膣合併切除後の膣再発)を認めた．
【結語】現時点の観察期間の範囲では，TNT群は従来の手術群と比較し中期成績において予後改善効果を認めなかった．症例の集積と長期成績の検討が必要である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

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

[O19] 一般演題（口演） 19 進行直腸癌の治療戦略2

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

[O19-5] 局所進行直腸癌に対するTotal neoadjuvant therapy後とupfront surgeryの手術短期成績の比較

諏訪 雄亮[1], 小澤 真由美[1], 森 康一[1], 田 鐘寛[2], 諏訪 宏和[3], 佐藤 渉[1], 薮下 泰宏[1], 沼田 正勝[1], 佐藤 勉[1], 渡邉 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.横浜市立大学医学部消化器・腫瘍外科, 3.横須賀共済病院外科, 4.関西医科大学下部消化管外科)

【背景】局所進行直腸癌に対するTotal neoadjuvant therapy (TNT)は本邦でも特定の施設では広まってきているが、手術時の組織の線維化や浸出液の多さから、upfront surgeryより手術難易度が高く、短期成績の悪化も危惧されているが比較したデータは不足している。【目的】局所進行直腸癌のうちTNT治療群とupfront surgery群に分けて手術の短期成績を比較した。
【方法】 2020年1月から2024年12月にT3以深の局所進行直腸癌に対して術前MRIでCRM≥1mm確保困難と判断しTNT後に手術を行った30例とupfront surgeryを行った173例を対象に性別、BMI、腫瘍局在 (上部/下部)、cStage、側方リンパ節転移有無を調節因子としpropensity score matchingを行いマッチングした各群27例を比較検討した。
【結果】TNT群 vs Upfront surgery群は、男性/女性 23/4 vs 24/3(p=0.695)、年齢中央値　59 vs 74歳 (p<0.001)、BMI 25.7 vs 22.3 (p=0.842)、ASA-PS I/II/III 5/19/3 vs 1/23/3 (p=0.345) であった。腫瘍の局在はRa/Rb 3/24 vs 5/22 (p=0.444)、cT3/cT4 24/3 vs 24/3 (p=1.0), cStage(II/III): 6/21 vs 6/21 (p=1.0)。TNTの種類はInduction chemotherapy (INCT)+Long-course chemo-radiation therapy (LCCRT) 5例、Consolidation chemotherapy （CNCT）+　LCCRT 4例、Short-course radiation therapy (SRT）+ CNCT 18例であった。術式は開腹/腹腔鏡/taTME/Robot 0/1/7/19 vs 1/10/7/9 (p=0.008)、括約筋温存/非温存 25/2 vs 21/6 (p=0.125)、側方郭清を10/9例 (37.0% vs 33.3%, p=0.776)で施行していた。手術時間中央値は368 vs 349分(p=0.729)、出血量 68ml vs 112ml (p=0.253)とそれぞれ有意差は認めなかった。Clavien-Dindo分類≥Grade3の術後合併症は0 vs 3例 (腸閉塞2例、縫合不全1例) (p=0.235)、術後在院日数中央値 12 vs 15日 (p=0.012)であった。リンパ節郭清個数中央値は13 vs 24個 (p<0.001)、pCRM≤1mmは2 vs 4例 (7.4% vs 14.8%, p=0.669) であった。
【結語】 局所進行直腸癌に対するTNTはupfront surgeryと比較して手術時間の延長や術後合併症の増加はなく安全に施行可能であった。今後は長期予後を集積する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

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

[O19] 一般演題（口演） 19 進行直腸癌の治療戦略2

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

[O19-6] 局所進行下部直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapyにおける化学放射線療法と短期放射線療法の完全奏効率の比較

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

【目的】局所進行下部直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapy（TNT）において、完全奏効（Complete response, CR）率を向上させるために放射線療法として化学放射線療法（LCCRT）と短期放射線療法（SCRT）いずれを選択するべきかに関しては議論が分かれている。今回我々は、導入化学療法後に化学放射線療法を施行したInduction chemotherapy and long-course chemoradiotherapy (INCT-LCCRT)群と、短期放射線療法後に化学療法を施行したShort-course radiotherapy and consolidation chemotherapy (SCRT-CNCT) 群のCR率を比較した。
【方法】2011年から2022年にTNTを受けたcT3–4NanyM0の下部直腸癌患者234例を対象とし、根治手術としてTotal mesorectal excision (TME) を施行した症例およびclinical CRと判断しNon-operative management (NOM)を施行した症例を後ろ向きに解析した。CRは、手術例ではpathological CR、NOM例ではlocal regrowthを来さずclinical CRを維持した症例と定義した。傾向スコアマッチングを行い患者背景を調整した。CR率、3年relapse-free survival (RFS)、3年local recurrence-free survival (LRFS)に関し検討した。
【結果】対象症例はINCT-LCCRT群194例、SCRT-CNCT群40例で、INCT-LCCRT群は治療前画像評価においてT4 (29.9% vs. 2.5%)や側方リンパ節転移陽性（62.4% vs. 10%）と評価された、より進行した症例が多かった。CR率は、Overall cohortで30.9% vs. 30.0%（p=1）、matching cohort (INCT-LCCRT群、SCRT-CNCT群とも38例) で34.2% vs. 28.9%（p=0.81）と、両群間に有意差を認めなかった。3年RFS (overall cohort: 81.9% vs 81.9%, p=0.98, matching cohort: 89.5% vs. 80.9%, p=0.30)、3年LRFS (overall cohort: 95.2% vs 100%, p=0.18, matching cohort: 100% vs. 100%, p=1)は両群間で有意差を認めなかった。
【考察】INCT-LCCRTはより進行した症例に適用されていたにもかかわらず、SCRT-CNCTと同等のCR率および長期予後を示した。進行度やリスクに応じて最適なTNTのレジメンを選択することが重要であり、今後はNOM導入率を向上させる最適なレジメンに関し、さらなる検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

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

[O19] 一般演題（口演） 19 進行直腸癌の治療戦略2

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

[O19-7] 局所進行直腸癌に対する化学放射線療法（CRT）と化学放射線療法化学療法逐次施行(TNT)の比較

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

背景：局所進行直腸癌の局所再発を低減させる治療戦略として術前化学放射線療法が選択される。当科では2023年以降、化学放射線療法化学療法逐次施行(TNT)を取り入れた。
目的：局所進行直腸癌に対して術前療法を行った症例における、化学放射線療法(CRT)と TNTの短期成績を比較する。
方法：2017年から2025年4月に腹腔鏡手術を行ったステージII、IIIの下部直腸癌51例において、術前CRT施行28例とTNT施行23例の治療成績を比較した。TNTはCapeOXによるconsolidationを基本とした。
結果： CRT群、TNT群で年齢中央値はともに64歳で、それぞれ男性24女性4例 vs男性16女性7例）。BMIは23.2 vs23.6で、ASA3度以上の症例は両群とも認めなかった。Ra/Rb(10/18 vs4/19例)、肛門縁からの距離6.5cm vs4.0cm(p=0.03)、初診時ステージ(II/IIIが13/15 vs10/12)であった。TNTではcCRを2例(9%)に認めた。手術アプローチはTNTでロボット支援下手術が多かったが(39%vs95%, p<0.01)、術式(前方切除/ハルトマン/APR/ ISR/TP/大腸全摘がそれぞれ13/1/10/1/2/1例vs12/1/7/1/0/0例)に差を認めなかった。D3郭清、diverting stoma造設は全例で、側方郭清(21%vs29%）、その他臓器合併切除（18% vs10%）の割合に差を認めなかった。手術成績では手術時間（323vs377min）、出血量（64vs32ml）に差を認めず、開腹移行率(ともに0例)、Clavien-Dindo分類III以上の術後合併症(ともに1例ずつ、3.6% vs4.8%)、術後在院日数(17.5 vs17日)に差を認めなかった。 病理DM0(ともに100%)、RM1(1vs1例)であった。腫瘍径(29.5vs21mm)、ypStageの分布に差を認めず(pCR/0/I/II/III/IVが5/3/7/8/3/2例 vs4/1/4/6/5/1例)でcCR+pCRは18% vs26%(p=0.57)であった。
結語： TNTとCRTと同等の周術期短期成績が得られた。今後、TNTのCR率増加における有用性に期待したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 6

[O20] 一般演題（口演） 20 直腸癌に対する側方郭清2

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

[O20-1]

術前MRI画像から下部直腸癌における側方郭清適応基準

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

[O20-2]

進行下部直腸癌におけるMRI所見を用いた側方リンパ節転移の診断能の検討

末田 聖倫[1], 賀川 義規[1], 安井 昌義[2], 西村 潤一[1], 三代 雅明[1], 北風 雅敏[1], 森 良太[1], 深井 智司[1], 河口 恵[1], 長谷川 健太[1], 菅生 貴仁[1], 牛丸 裕貴[1], 小松 久晃[1], 柳本 喜智[1], 金村 剛志[1], 山本 和義[1], 後藤 邦仁[1], 小林 省吾[1], 宮田 博志[1], 大植 雅之[1] (1.大阪国際がんセンター消化器外科, 2.関西労災病院消化器外科)

[O20-3]

術前MRIにおけるリンパ節のmrCRMと側方リンパ節転移の関連の検討

岩佐 陽介[1,2], 小山 文一[1,2], 高木 忠隆[1], 藤本 浩輔[1], 田村 昂[1], 江尻 剛気[1], 吉川 千尋[1], 庄 雅之[1] (1.奈良県立医科大学消化器・総合外科, 2.奈良県立医科大学附属病院中央内視鏡部)

[O20-4]

術前のMRI評価によって側方郭清を省略した直腸癌の長期治療成績

梶原 由規[1], 望月 早月[1], 岡本 耕一[1], 山寺 勝人[1], 守矢 恒司[1], 曽田 悠葵[1], 田代 恵太[1], 菊家 健太[1], 川内 隆幸[1], 相原 一紀[1], 田代 真優[1], 廣瀬 裕一[1], 大塚 泰弘[1], 及川 功[1], 倉澤 秀紀[1], 神藤 英二[2], 岸 庸二[1], 上野 秀樹[1] (1.防衛医科大学校外科学講座, 2.自衛隊中央病院外科)

[O20-5]

下部進行直腸癌に対する側方リンパ節郭清の治療成績および側方リンパ節郭清省略例に関する後方視的検討

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

[O20-6]

進行下部直腸癌における側方郭清省略症例の検討

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

[O20-7]

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 6

[O20] 一般演題（口演） 20 直腸癌に対する側方郭清2

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

[O20-1] 術前MRI画像から下部直腸癌における側方郭清適応基準

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

【背景・目的】下部直腸癌におけるリンパ節(LN)転移は,上方向リンパ節転移のみではなく側方リンパ節(LLN)転移が15-20%存在する.LLN転移を有する症例の予後は一般的に不良とされており,そのため本邦においてはLLN郭清(LLND)が推奨されているが,そのLLN転移の術前診断基準の定義は確立していない.今回当院でLLNDを施行した下部直腸癌症例で,術前MRIによるLLN転移診断能と転移予測因子を同定することを目的とした.【対象・方法】2011-23年に術前MRIを施行した術前未治療のpStage I-III下部直腸癌110例を対象とし,LN (腸間膜・側方)転移診断能、LLN(263,283)転移予測因子を検討した.LNは短径サイズ,malignant features(MF)因子(内部不均一,辺縁不整,円形)を評価し, 4mm以下かつMF3因子, 5-9mmかつMF2因子以上, 10mm以上を転移陽性と定義した.【結果】(1)患者背景:男女比 79:31, 平均年齢63.5歳,組織型 tub1:tub2:por/sig/muc=51:39:20, pStage I:II:III=28:33:49,LLN転移19例(17%). (2)腸間膜LN (251)転移診断能:ROC曲線にて5mmがカットオフ値.短径サイズ5mmのみでの感度,特異度は0.76,0.57, サイズ&MF因子での感度,特異度は0.69,0.82であり,特異度はサイズ&MF因子が優れていた. (3)LLN(263,283)転移診断能:ROC曲線にて5mmがカットオフ値.短径サイズ5mmのみでの感度,特異度は0.67,0.86,サイズ&MF因子での感度,特異度は0.67,0.95であり,特異度はサイズ&MF因子が優れていた.(4)LLN転移予測能の比較:MRIによるcT, MRIによるLLN転移(サイズ&MF因子)予測, 主治医総合判断によるcT, 主治医総合判断によるLLN転移予測の感度は各々0.73, 0.74, 0.68, 0.79, 特異度は各々0.25, 0.90, 0.14, 0.77で特異度はMRIによるLLN転移(サイズ&MF因子)予測が優れていた. (5)LLN転移因子:多変量解析にて組織型(tub1以外)・LLN転移予測が因子として抽出された.LLN転移頻度は,tub1&LLN(-)予測, tub1以外＆LLN(-)予測,tub1& LLN(+)予測, tub1以外＆LLN(+)予測で各々1, 6, 33, 79(%)であった.【結語】LLN転移診断は,術前MRIにてサイズとMF因子の組み合わせで評価することで可能である.また組織型との組み合わせでLLNDの適応を考慮することができる.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 6

[O20] 一般演題（口演） 20 直腸癌に対する側方郭清2

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

[O20-2] 進行下部直腸癌におけるMRI所見を用いた側方リンパ節転移の診断能の検討

末田 聖倫[1], 賀川 義規[1], 安井 昌義[2], 西村 潤一[1], 三代 雅明[1], 北風 雅敏[1], 森 良太[1], 深井 智司[1], 河口 恵[1], 長谷川 健太[1], 菅生 貴仁[1], 牛丸 裕貴[1], 小松 久晃[1], 柳本 喜智[1], 金村 剛志[1], 山本 和義[1], 後藤 邦仁[1], 小林 省吾[1], 宮田 博志[1], 大植 雅之[1] (1.大阪国際がんセンター消化器外科, 2.関西労災病院消化器外科)

【緒言と目的】
進行下部直腸癌に対しては本邦において側方リンパ節郭清が推奨されているが、機能温存と予後の両立を図るには、画像診断精度を高めることで、郭清の利益が得られる症例を適切に選択することが重要である。当院ではcT3以深かつanyN、またはcAnyTかつN陽性例に対して側方リンパ節郭清を実施しており、側方リンパ節の短径7mmを陽性のcut-off値としている。近年、MRI所見である壁外静脈浸潤（mrEMVI）陽性や、直腸間膜筋膜（MRF）までの距離が1mm未満であることが、側方リンパ節転移と関連するとの報告がある。本研究では、MRI所見に基づく側方リンパ節転移の検出能を評価することを目的とした。
【対象と方法】
2017年1月から2025年4月に当院で術前MRIを施行し、術前治療を行わずに側方リンパ節郭清を実施した直腸癌129例を対象とした。側方リンパ節短径、mrEMVI、MRF浸潤に着目し、それぞれの感度、特異度、陽性および陰性的中率を算出し、側方リンパ節転移との関連を後方視的に検討した。さらに、単変量および多変量解析を用いてリスク因子を抽出した。
【結果】
129例中、側方リンパ節転移陽性は27例に認められた。術前MRI所見として、側方リンパ節短径≥7mmは18例、mrEMVI陽性は26例、MRF陽性は23例であった。短径≥7mmの感度、特異度、陽性的中率、陰性的中率はそれぞれ44.4%、94.1%、66.7%、86.4%、mrEMVI陽性では51.9%、88.2%、53.8%、87.3%、MRF陽性では44.4%、89.2%、52.2%、85.8%であった。単変量・多変量解析では、短径≥7mmおよびmrEMVI陽性が独立したリスク因子として抽出された。さらに、短径とmrEMVIを併用した解析では感度35.0%、特異度100%、陽性的中率100%、陰性的中率83.6%と高い特異度と陽性的中率を示した。
【結語】
MRIによる側方リンパ節転移検出は有用であるが、短径評価単独では限界があり、mrEMVIを併用することで、郭清による利益が得られる症例をより的確に選択できる可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 6

[O20] 一般演題（口演） 20 直腸癌に対する側方郭清2

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

[O20-3] 術前MRIにおけるリンパ節のmrCRMと側方リンパ節転移の関連の検討

岩佐 陽介[1,2], 小山 文一[1,2], 高木 忠隆[1], 藤本 浩輔[1], 田村 昂[1], 江尻 剛気[1], 吉川 千尋[1], 庄 雅之[1] (1.奈良県立医科大学消化器・総合外科, 2.奈良県立医科大学附属病院中央内視鏡部)

【目的】側方リンパ節転移は予後不良因子である．当科では局所制御のため，術前CT，MRI検査でcT3以深，間膜内リンパ節(cN)腫大，5mm以上の側方リンパ節(cLLN)腫大を認める症例に対して両側側方郭清を行っている.近年，MRI検査でCRMやEMVIなど予後に関わる因子が報告されており，今回これらの画像所見を含めた側方リンパ節転移の予測因子に関する検討を行った.
【対象と方法】2008年～2020年5月に術前にMRIを施行したStageⅠⅠ，ⅠⅠⅠ直腸癌切除例のうち，術前化学療法でpCR症例と，予後解析不能な症例を除いた側方郭清症例94例を対象とした.側方転移例は，術後病理検査の転移陽性例と，術後側方領域再発を認めた症例のいずれかと定義した.【結果】年齢は64(30-78)歳，男/女は51/43例，腫瘍下縁はRb/Pは69/25例，術前CEA/CA19-9高値は36/13例，初診時MRI所見において，術前T4は26(27.7%)例，術前cN/cLLN腫大は82（87.2%）/33(35.1%)，mrEMVI grade3以上は37（39.4%）例，原発巣/リンパ節のCRM＜1mmは49(52.1%)/35(37.2%)例であり，術前化学療法は38(36.2%)例に施行した．病理組織検査で側方転移陽性は11例（11.7%）であった．5年のOS/RFS/Local RFSは94.7%/76.6%/87.2%であり，術後5年の側方再発症例は6例（6.4%）であった．計17例の側方リンパ節転移症例に関して側方転移との関連を検討すると，X二乗検定では術前MRIにおけるcLLN腫大，EMVI grade高値，原発巣のCRM＜1mm，リンパ節のCRM＜1mmが関連する因子として抽出され，多変量解析ではcLLN腫大，リンパ節のCRM＜1mmが独立したリスク因子として抽出された．次に抽出された2因子の組み合わせによる側方リンパ節転移リスクを算出すると，共に陽性の場合は陽性的中率が61.5%であり，どちらか一方が陽性の場合は21.4%，共に陰性の場合は2.6%であった．
【結語】術前CRMが1mm以上であり，側方リンパ節腫大を認めない場合は側方郭清を省略できる可能性がある．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 6

[O20] 一般演題（口演） 20 直腸癌に対する側方郭清2

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

[O20-4] 術前のMRI評価によって側方郭清を省略した直腸癌の長期治療成績

梶原 由規[1], 望月 早月[1], 岡本 耕一[1], 山寺 勝人[1], 守矢 恒司[1], 曽田 悠葵[1], 田代 恵太[1], 菊家 健太[1], 川内 隆幸[1], 相原 一紀[1], 田代 真優[1], 廣瀬 裕一[1], 大塚 泰弘[1], 及川 功[1], 倉澤 秀紀[1], 神藤 英二[2], 岸 庸二[1], 上野 秀樹[1]
(1.防衛医科大学校外科学講座, 2.自衛隊中央病院外科)

背景：大腸癌治療ガイドライン(GL)では、術前・術中に側方リンパ節(LN)転移陰性と診断された直腸癌に対しても側方郭清を行うことが弱く推奨されているが、側方郭清の生存改善効果は限定的であり、いわゆる”予防的”側方郭清を行うべき症例の選択基準はいまだ明らかではない。当科では2016年以降、術前骨盤MRIで評価した側方LNの最大短径に基づき側方郭清の適応を決定しており、第96回大腸癌研究会でその治療成績を報告した。今回、対象症例全例が術後3年以上経過したため、予後情報を更新して術前MRI所見で判断した側方郭清省略の妥当性を検証した。
方法：根治的切除した腫瘍占居部位にRbが含まれるT3以深の直腸癌164例(2016～2022年)を対象とした(観察期間中央値：55ヵ月)。術前に3mmスライス厚の骨盤MRIをT2強調画像で2方向以上撮像し、放射線科医の読影に加えて複数の大腸領域専門の外科医にて詳細に読影した。側方LNは短径7mm以上を転移陽性と診断した。骨盤の左右別にMRIの側方領域を評価し、偽陰性の安全域を考慮して短径5mm以上のLNが皆無の場合に当該領域の側方郭清を省略した。GLを遵守して術後経過観察を行った。
結果：側方郭清は31例で両側に、34例で片側に施行し、99例で省略した。5mm以上の側方LNが存在する85領域全てに側方郭清を施行し、31領域(36.5%)に側方転移を認めた。側方郭清施行の96領域中2領域(2.1%)、郭清省略の232領域中9領域(3.9%)に側方領域再発が生じたが、両者の頻度に有意差はなかった。非郭清の側方領域に再発を認めた8例のうち、3例は側方再発時に多発遠隔転移を伴っており、2例は骨盤内再発巣に附随した側方LN転移であり、これらの症例では”予防的”側方郭清は再発抑制に寄与しなかったと考えられた。残り3例は側方単独再発であった。1例はLN腫大で再発し、再発巣切除後5年以上無再発である。2例は不整結節として側方領域に再発したため、化学療法と重粒子線治療を行い、うち1例は多発遠隔転移を来し原癌死した。以上より、側方郭清省略で純粋な側方LN再発を来したのは1例のみであり、追加手術で治療可能であった。
結語：精緻なMRI診断に基づく側方郭清の適応判断は妥当であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 6

[O20] 一般演題（口演） 20 直腸癌に対する側方郭清2

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

[O20-5] 下部進行直腸癌に対する側方リンパ節郭清の治療成績および側方リンパ節郭清省略例に関する後方視的検討

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

【背景】
下部直腸癌に対する側方リンパ節郭清（LLND）は、日本においては局所制御を目的とした標準治療の一つとされている。一方、手術侵襲や機能障害の懸念から、近年では術前画像所見に基づく選択的LLNDの有用性が注目されている。
【目的】
当院における下部進行直腸癌に対するLLND施行例と非施行例の治療成績を後方視的に検討し、画像所見に基づく選択的LLNDの妥当性を検討する。
【方法】
2020年1月から2024年12月にcT3以深の下部直腸癌に対して根治術を施行した97例を対象とし、LLND施行群（58例）と非施行群（39例）に分け、手術時間、出血量、術後合併症、側方リンパ節（LLN）転移、局所再発率を比較した。LLND省略基準は治療開始前の術前画像でLLN短径が5mm未満かつ血管外腫瘍進展（EMVI）が陰性とした。
【結果】
術前治療は85例（NAC：61、CRT：19、TNT：5）、治療なしは12例で、全てLLND非施行群であった。LLND施行群の手術時間中央値は640分（412−1012分）、出血量30 mL（5−640ml）、Grade III以上の術後合併症は9例（15.5%）に認めた。術前にLLN転移陽性と診断されたのは12例、病理学的転移陽性は6例（10.3%）で、うち2例は画像で陰性だったがEMVI陽性によりLLNDを施行していた。観察期間中央値は37ヶ月（4−60ヶ月）、局所再発は5例（8.6%）であった。非施行群では手術時間中央値313分（214−673分）、出血量15 mL（5−335ml）、Grade III以上の合併症は2例（5.1%）、局所再発2例（5.1%）で、側方再発は1例であった。
【考察】
LLNDは一定の手術侵襲を伴うが、LLN転移陽性例が存在し、局所制御に寄与すると可能性が示唆された。また、LLN 転移陽性例の中には、リンパ節短径5mm未満であってもEMVI陽性の症例が含まれおり、EMVIがLLND適応を判断する上での予測因子となり得ると考えられた。一方、短径5mm未満かつEMVI陰性でLLNDを省略した症例では側方再発は少なく、画像に基づく選択的LLNDの妥当性が示唆された。
【結語】
術前画像所見に基づいたLLND省略は、局所制御を維持しつつ低侵襲化を図る治療戦略として有効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

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 6

[O20] 一般演題（口演） 20 直腸癌に対する側方郭清2

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

[O20-6] 進行下部直腸癌における側方郭清省略症例の検討

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

【はじめに】大腸癌治療ガイドライン2024年版において腫瘍下縁が腹膜反転部より肛門側にあり、壁深達度がcT3以深の直腸癌には側方郭清を推奨されているが、側方リンパ節転移の診断基準や側方郭清を省略できる症例の基準は明らかではない。実臨床においては、年齢や基礎疾患を考慮して側方郭清を省略することは多々ある。【目的】側方郭清省略症例における特徴を検証すること。【対象と方法】2011年1月から2019年12月に当院で原発巣切除術を施行した進行下部直腸癌(RaRbを含む)106例のうち、cStageII-IIIの86例を後ろ向きに検討した。LD2-3群とLD0-1群にわけ、臨床病理学的所見と長期成績を比較した。【結果】LD2-3は51例に施行されていた。LD1が7例、LD0が28例であり、側方郭清を省略したLD0-1症例は35例であった。省略した理由は、高齢が9例、Rb進展わずかが9例、同時多発癌・重複癌が5例、基礎疾患が5例、前治療による省略が3例、排尿障害が2例、肥満が1例、不明が2例であった。cN3症例は17例で、省略した4例は全例片側郭清であった。臨床病理学的には、年齢に有意差を認め、LD2-3群63.5歳(平均値)に対してLD0-1群73.1歳であった。5年累積再発率と骨盤内再発率は有意差を認めなかった(P=0.25、P=0.62)。7年全生存率は有意差をもってLD2-3群が良好であったが、がん特異的生存率は有意差を認めなかった(P=0.0006、P=0.31)。【考察】実臨床において年齢や、占拠部位、基礎疾患を十分に考慮することで一定の割合で予後に影響を及ぼすことなく側方郭清を省略することが可能と思われた。限られた症例での検討であり、症例数の蓄積が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 6

[O20] 一般演題（口演） 20 直腸癌に対する側方郭清2

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

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

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

【はじめに】腹膜翻転部にかかるT3以深の進行直腸癌に対して、大腸がん治療ガイドラインでは側方郭清を推奨している。しかし、画像による側方リンパ節転移陽性の基準は定まっておらず、局所進行直腸癌に対しては術前治療を行うことが多く、側方郭清の要否については結論が出ていない。我々は、側方領域にリンパ節構造がみられた場合は陽性（CT／MRIで同定できる径5mm以上）とし、陰性の場合、術前治療を行っている場合は側方郭清を省略する場合もある。
【目的】側方リンパ節の術前診断、術前治療とリンパ節転移有無、骨盤側方領域再発有無について自験例で検討し、至適な側方郭清の適応について検討する。
【対象】2016年4月～2025年4月の直腸癌症例272例。
【方法】側方郭清適応症例について、術前の側方リンパ節陽性／陰性、術前治療有無と治療内容、側方リンパ節郭清有無、病理学的リンパ節転移有無、術後の骨盤側方領域再発有無について検討。
【結果】腹膜翻転部にかかるT3以深の進行直腸癌症例は76例。術前診断で側方リンパ節転移陽性（cLLN+）は22例、陰性（cLLN-）は54例。1） cLLN+33例のうち術前治療は20例に行われていた（NAC11例、TNT9例）。cLLN+22例のうち術前治療でリンパ節が消失した4例以外の18例に側方郭清を行い、病理学的転移陽性（pLLN+）は3例だった。骨盤内再発は5例にみられ、3例は側方領域の再発（pLLN+3例中2例）だった。cLLN+で郭清非施行例は再発なし。2） cLLN-54例のうち、術前治療は42例に行われていた（CRT1例、NAC32例、TNT9例）。側方郭清施行は21例、非施行は33例。施行例中pLLN+は0例だった。cLLN-54例中の骨盤内再発は2例にみられたが、いずれも側方郭清非施行例であったが、側方領域の再発ではなかった。
【まとめ】側方郭清適応症例にはほとんどの症例で術前治療を行っていた。術前診断で側方リンパ節陰性症例は郭清症例でリンパ節転移がなく、非郭清症例で側方領域再発がなく、適切な術前治療を行えば側方リンパ節郭清を省略できる可能性がある。また、術前診断で側方領域リンパ節転移陽性症例でも術前治療で画像的に消失した場合は、側方郭清が省略できる場合があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Room 5

[O21] 一般演題（口演） 21 痔核の診療

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

[O21-1]

当院における後期高齢者に対する結紮切除術（LE）の現状

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

[O21-2]

80歳以上の高齢者における痔核結紮切除術の成績

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

[O21-3]

全周性痔核に対する分離結紮術施行時の狭窄予防と術後対応

野村 英明[1], 小島 修司[2], 加川 隆三郎[3] (1.フラワーロードのむら肛門クリニック, 2.こじま肛門外科, 3.洛和会音羽病院)

[O21-4]

パラシュート型PPH90例の検討- -狭窄への対応について- - -

須原 貴志[1], 国枝 克之[2], 河合 雅彦[2] (1.下呂市立金山病院外科, 2.岐阜県総合医療センター)

[O21-5]

創部の面積とテンションを最小化したEA法の治療成績と手技の実際

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

[O21-6]

痔核切除標本で診断された肛門悪性腫瘍の3例

植田 圭祐 (宇治徳洲会病院)

[O21-7]

当施設における痔核治療後の再治療症例についての検討

渡辺 伸和[1], 早川 一博[2], 森田 隆幸[1] (1.青森厚生病院外科, 2.早川内科肛門科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Room 5

[O21] 一般演題（口演） 21 痔核の診療

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

[O21-1] 当院における後期高齢者に対する結紮切除術（LE）の現状

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

＜はじめに＞
高齢者に対する痔核手術はALTA療法を中心とした低侵襲療法が選択されやすいが、ADLの良い患者では根治性も重視され結紮切除術（LE）を必要とする患者も少なくない。当院における後期高齢者に対するLEの現状を報告する。
＜対象と方法＞
2015年1月から2024年12月までの10年間にLEを施行した2679例のうち、後期高齢者（75歳以上）である292例を対象とし、74歳以下の2387例と手術成績を比較した。
＜結果＞
手術は腰椎麻酔下、ジャックナイフ体位で行い、LE3ヵ所を基本とした。
平均年齢79.3歳（75-93歳）、男女比117：175、LEの平均施行数2.3箇所、平均手術時間29.2分（3-64分）、平均出血量2.3ml（1-30ml）、平均入院期間9.7日（2-32日）、術後創痛（face scale）は１/3/5病日で1.0/0.8/0.8、Clavien Dindo分類（CD分類）IIIa以上の術後合併症として出血を13例（4.5%）に認めた。
＜考察＞
後期高齢者例は、74歳以下と比較し女性の手術が多かった（74歳以下は男女比1289：1098）。LEの数、手術時間、出血量、入院期間等に有意差はなく、術後疼痛が少ない傾向を認めた。一方、術後出血は4.5%と有意に多いことが分かった（74歳以下は2.1%）。また、女性の術後出血率は5.7%と男性2.5%と比べて高く、これは74歳以下の、男性3.2%女性1.0%と逆転した現象であった。原因として病脳期間、加齢による組織脆弱性、抗血栓薬の内服、排便状況などの関与が挙げられるが、これらと明らかな因果関係を認めなかった。
＜結語＞
当院における後期高齢者に対するLEの現状を報告した。比較的安全に手術が行われていたが、女性患者の術後出血に十分留意する必要があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Room 5

[O21] 一般演題（口演） 21 痔核の診療

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

[O21-2] 80歳以上の高齢者における痔核結紮切除術の成績

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

【目的】当院で結紮切除術（LE）を施行した80歳以上の痔核患者における背景および手術成績と安全性を検討し、高齢者の痔核手術の意義を明らかにする。
【方法】2013年から2021年に当院で痔核に対してLEを施行した80歳以上の高齢者110例を対象とし、患者背景や手術成績について後方視的検討を行った。緊急手術症例、痔瘻合併症例、硬化療法単独症例、procedure for prolapse and hemorrhoids (PPH)手術症例は除外した。
【結果】平均年齢82.9歳（80-93）、男性33例（30%）。抗血栓薬使用患者は19例（17.3%）であり全例術前に休薬されていた。認知症患者は3例（2.7%）だった。術式はLE単独19例（17.3%）、3か所以上のLEを施行した症例は41例（37.3%）だった。術後在院日数中央値は6日（1-45）。再手術を要した後出血は3例（2.7%）であり、薬物療法を要した術後せん妄は3例（2.7%）であった。術後排尿障害による療養施設への退院を1例認めたが、その他は自宅退院であった。
【結語】80歳以上の高齢者における痔核結紮切除術は慎重に術式選択を行えば比較的安全に施行できると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Room 5

[O21] 一般演題（口演） 21 痔核の診療

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

[O21-3] 全周性痔核に対する分離結紮術施行時の狭窄予防と術後対応

野村 英明[1], 小島 修司[2], 加川 隆三郎[3] (1.フラワーロードのむら肛門クリニック, 2.こじま肛門外科, 3.洛和会音羽病院)

【はじめに】
1837年に本間棗軒が「瘍科秘録」において腸痔（痔核）に対する結紮術として「一条の絹糸を二条にして痔核の根部口側より刺入、その絹糸で痔核を左右にそれぞれ分離して結紮する」と著述している。
1998年に増田芳夫らが痔核結紮術に若干の工夫を加え、外来治療にも応用できる分離結紮術として発表した。
2014年に発行された肛門疾患診療ガイドラインでも、分離結紮術はIII、IV度の内外痔核に有効な術式、とされている。
当院では2ヶ所以上の痔核を処理した症例の9割近くに分離結紮術を用いている。
全周性痔核に対しても分離結紮術を主体とした手術をおこなっているが、主痔核間の膜様に伸展した皮膚部分は切除しすぎると術後狭窄の可能性が高くなり、残しすぎると腫脹や疼痛、皮垂の遺残の原因となるためその匙加減が悩ましい。
【術式・および術後管理】
手術は仙骨硬膜外麻酔下の砕石位でおこない、全例を日帰り手術でおこなっている。
基本的には前後方向を分離結紮術、左右をALTA併用療法のL＋E3・Aでおこなうことが多いが、脱出の大きな全周性痔核に対しては前後・左右すべてを分離結紮術で処理している。
その際主痔核間の膜様に伸展した皮膚部分に切開を入れて剥離をおこなうが、膜様部の肛門側は切開せずにテント状にして残しておき、分離結紮施行時に余剰皮膚のみを結紮することにより術後早期の腫脹や疼痛・及び晩期の狭窄や皮垂を予防している。
また術後4週前後の診察時に狭窄が予見された症例には患者自身による肛門のストレッチングで対応している。
【考察】
古典的結紮療法は簡便、かつ術後の創がやわらかいのが利点である。その利点を最大限に利用して、全周性の痔核の手術時にも肛門管内に一次創を設けない様にすることにより術後狭窄等の合併症の可能性を低減することが本術式の要旨である。
また術後晩期の狭窄が予見された場合の対応についても述べさせていただく。
当演題は非識別加工情報を用いた研究である

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Room 5

[O21] 一般演題（口演） 21 痔核の診療

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

[O21-4] パラシュート型PPH90例の検討- -狭窄への対応について- - -

須原 貴志[1], 国枝 克之[2], 河合 雅彦[2] (1.下呂市立金山病院外科, 2.岐阜県総合医療センター)

【はじめに】stapled hemorrhoidopexy(PPH)は2014年の肛門疾患診療ガイドラインでは推奨度Cとされ，2020年のガイドライン第2版に至っては言及されていない。これは再発率の施設間格差が大きい点が原因と推察される。我々は透視下の実験から、巾着縫合を緩まないように閉めてかつシャフト目盛りが肛門縁で4cmにするなど高位でファイヤーした場合、巾着縫合部がシャフトの軸受けにひっかかりハウジングの中に取り込めずシャフトの半径分の粘膜しか切除できないため効果不十分例が発生することを見出した。巾着縫合を締めずに巾着縫合起始部の反対側に縫合糸をくぐらせるように置く糸(辻仲の糸)を併用すれば、巾着縫合部は軸受けを突破してハウジングの中に取り込まれて幅広い粘膜が切除できる。また巾着縫合を緩めないように締めても、低位での切除を意識すればヘッドと付属の肛門拡張器の外筒(外筒)の口側縁の間に粘膜が二重に挟み込まれ粘膜が固定されるため粘膜がハウジングの中に押し込まれ、これも幅広く粘膜が切除される。我々は巾着縫合を閉めずかつ低位で粘膜を固定、さらに巾着縫合部は外筒内の粘膜の折り返し点が合理的であることから同部をパラシュート型に牽引しつつ巾着縫合するPPH(P-PPH)を考案した。【目的】P-PPHの効果の検討【対象】当院および協力施設でP-PPHが施行された90例【方法】患者背景、手術時間、合併症、術後疼痛程度、再発の有無を評価　【結果】男女比49:41　年齢65.8±17全周性66例　偏側性24例　Goligher Ⅰ6例　Ⅱ5例　Ⅲ67例　Ⅳ12例　手術時間　42.8±9.23分　狭窄4例(4.4%)　内2例は指ブジ―にて軽快。2例はリングの切断によって容易に治癒。1例ヘンタゾシン使用した他はNSAIDかアセトアミノフェンで術後疼痛に対応可能。4例で痛み訴えなし　再発1例(1.1%)。【考察】PPHの術後に発生する狭窄はリング状であり、容易に対処可能。【結語】P-PPHは再発率が低く術後の痛みが少ない術式である可能性があり、狭窄にも容易に対応しうる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Room 5

[O21] 一般演題（口演） 21 痔核の診療

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

[O21-5] 創部の面積とテンションを最小化したEA法の治療成績と手技の実際

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

【目的】一般に大きい痔核や全周性の痔核に対して結紮切除術を施行すると、出血や疼痛などの術後合併症のリスクが高くなる。当院では術後合併症の発生率を減らすために，LE法と比較して痔核の切除範囲を小さくできるEA法を積極的に適用している．さらに術後の出血や疼痛は排便時や排便後に認められることが多いため，創部に掛かるテンションが最小化するような手術を目指している．今回、我々が行っているEA法の手技の実際と治療成績について報告する。
【手術手技】手術は仙骨硬膜外麻酔下のジャックナイフ体位で行う．当院のEA法はE3・AまたはA・E3法である．創面を最小化して創部をテンションフリーにするポイントは，①肛門上皮を極力残す，②内外痔核の背面を上下左右に十分剥離する、③内痔核と外痔核の間も十分に剥離する，の３点である。これらの工夫によって創面は肛門縁のドレナージ創のみとなるため，術後出血のリスクを軽減できる．さらに根部結紮部やセミクローズ部分は平坦で柔らかくなるため，排便の際にも余裕をもって肛門管が拡張できる．また内痔核の剥離を十分に行うと，内痔核が口側に引き込まれて縮小・平坦化するので，少量のALTA投与で十分な効果が得られる場合が多い．その結果としてALTA療法特有の合併症リスクも軽減できると考えられる。
【成績】当院で2011年から2020年に行った内外痔核手術6601例のうち、3,403例（51.6%）にEA法が施行された。E・A法の術後合併症は30日以内（早期）では、止血術を要する出血が29例（0.9%）に認められた。31日以降（晩期）では、肛門周囲膿瘍/痔瘻が15例(0.4%)、肛門狭窄が5例(0.2%)、直腸潰瘍3例(0.1%)が認められた。術後5年、10年累積無再発率 (95%信頼区間) はそれぞれ92.5%(90.5-94.1%)、67.2%(59.6-73.7%)であった。
【結語】創部の面積とテンションを最小化したEA法はLE法と同等の根治性を確保しつつ、LE法に比べて術後合併症を軽減できる術式であると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Room 5

[O21] 一般演題（口演） 21 痔核の診療

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

[O21-6] 痔核切除標本で診断された肛門悪性腫瘍の3例

植田 圭祐 (宇治徳洲会病院)

現在、痔核に対する病理組織標本作製は、保険算定が認められていない。これは「痔核は悪性化しない」という見解に起因している。しかし実際には、臨床的に悪性が疑われなかった痔核切除標本から悪性腫瘍が発見されるケースも存在する。肛門悪性腫瘍は全大腸癌の1%に過ぎない稀な疾患であり、その初期病変はさらに稀有である。当院では、痔核の切除標本は原則として病理検査に提出してきた。2017～2022年の間、術前に悪性所見がないと評価していた406例のうち、3例で悪性リンパ腫および扁平上皮癌の前癌病変が診断された。これらの3症例を提示し、今後の対応について再考したい。症例は①40代女性②30代男性③30代女性。例のいずれも術前診断は痔核であったが、①②は扁平上皮癌の前癌病変、③は悪性リンパ腫であった。術前の視診や内視鏡では異常は認められず、病理検査によって初めて診断された。患者は比較的若年層であり、早期診断により再発もなく治癒している。現状の制度では、痔核に合併する、あるいは誤診された悪性腫瘍が見逃される可能性がある。少数例であっても、予期せぬ悪性病変を早期に発見する意義は大きく、スクリーニング目的での病理検査提出も許容されるべきと考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Room 5

[O21] 一般演題（口演） 21 痔核の診療

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

[O21-7] 当施設における痔核治療後の再治療症例についての検討

渡辺 伸和[1], 早川 一博[2], 森田 隆幸[1] (1.青森厚生病院外科, 2.早川内科肛門科)

【はじめに】当院は痔核に対して主に結紮手術やALTAをおこなう有床診療所である。今回、痔核に対して治療（手術やALTA療法）を行った後に、再度の痔核治療を行った症例に関して検討した。【対象】2003年1月から2024年12月の22年間に施行した痔核治療（手術やALTA療法）は3526例だった。そのうち、再度の痔核治療をした症例は67例（1.9%）だった。それらの症例について、年齢、性別、年ごとの症例数、初回治療内容、再発治療内容、初回手術から再発治療までの期間、各治療の再発率について検討した。【結果】男性43例、女性24例。平均年齢52.3歳（22から90歳）。初回治療から再治療までの期間は平均76.3ヶ月（6から236ヶ月）だった。初回治療に結紮切除法（LE）は23例、LEとALTA併用（LE+ ALTA）は29例、ALTA療法（ALTA）は15例だった。それぞれの再治療率はLEが23/2671例（0.9%）、LE+ ALTAは29/600例（4.8%）、ALTAは15/242例（6.2%）だった。これらの群の再治療法と初回治療から再治療までの期間を検討した。以下、「初回治療（再治療法、その症例数と平均期間）」とする。LE（LE、13例、92.3ヶ月）、LE（LE+ ALTA、7例、99.8ヶ月）、LE（ESG、2例、62ヶ月）、LE+ ALTA（LE+ ALTA、17例、82.5ヶ月）、LE+ ALTA（LE、12例、53.8ヶ月）、ALTA（LE、5例、46.8ヶ月）、ALTA（LE+ ALTA、10例、57.1ヶ月）だった。2003年から2013年までの再治療数は5例、2014年から2024年までは62例であり、後半11年で症例数が増えた。また。初回治療でALTAやLE+ ALTAよりも、LEでは再治療の割合が低く、再度の治療までの間隔が長かった。【考察】LEの症例では再治療の割合が低く、再治療までの期間も長かった。当院では2006年からALTAを導入している。ALTAのみの治療では他の治療群に比べて、再治療の割合が高く、再治療までの期間も短かった。LE+ ALTAでも再治療率の割合がALTAと同じ程度だった。これはLEを行うべきかどうか迷う痔核に対して、ALTAを選択したことが理由と考えられた。今回、痔核治療後の再治療症例についての検討し、文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 5

[O22] 一般演題（口演） 22 症例報告：稀な大腸疾患1

座長：松本 朝子(日本鋼管福山病院外科), 武田 崇志(俊和会寺田病院)

[O22-1]

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

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

[O22-2]

膿瘍形成性虫垂炎として保存加療後に待機的手術にて虫垂粘液癌と診断し得た1例

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

[O22-3]

上行結腸癌による腸重積の1例

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

[O22-4]

成人腸回転異常に合併した結腸憩室間膜内穿通の症例

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

[O22-5]

S状結腸吻合部と左尿管に瘻孔を形成した1例

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

[O22-6]

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

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

[O22-7]

大腸癌術後膀胱損傷の1例

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

[O22-8]

治療に難渋した大腸癌術後の虚血性腸炎の1例

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 5

[O22] 一般演題（口演） 22 症例報告：稀な大腸疾患1

座長：松本 朝子(日本鋼管福山病院外科), 武田 崇志(俊和会寺田病院)

[O22-1] 膿瘍形成性虫垂炎の膿瘍腔と上行結腸とに交通を生じた症例に対して, 回腸人工肛門造設後に腹腔鏡下でinterval appendectomyを施行し得た１例

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

【はじめに】
膿瘍成形性虫垂炎のために, 膿瘍腔と消化管に交通を生じることは比較的稀な病態である. 今回, 膿瘍形成性虫垂炎による膿瘍腔と上行結腸とに交通を生じた症例に対して, 経皮的膿瘍ドレナージ術と腹腔鏡下回腸人工肛門造設術を施行して炎症反応を低下させた後, 腹腔鏡下虫垂切除術と回腸人工肛門造設術を施行し得た１例を経験したため報告する.

【症例】
20歳男性. 来院の7日前より腹痛と発熱を来し, 市販の胃腸薬内服で改善しないため, 近医を受診し急性腹症と診断され, 当院へ紹介された.
来院時体温は39度. 白血球112×10^2/, CRP14.8㎎/dl. CTでは上行結腸の著明な壁肥厚と結腸周囲の膿瘍形成を認めたが, 明らかな虫垂の腫大を認めなかった.
入院治療開始後,超音波ガイド下に経皮的膿瘍穿刺を行い, ドレーンを留置した. ドレーン造影では膿瘍腔から盲腸は造影されず, 上行結腸から造影されたため, 膿瘍腔と上行結腸が交通していると診断した. 入院後14日目, 感染制御目的に腹腔鏡下に回腸末端から30㎝口側に双口式の人工肛門を造設した. 腹腔鏡下の所見では, 上行結腸周囲に強固な癒着を認めた.
人工肛門造設後3か月後のCT検査では, 膿瘍は消失し, 注腸検査では上行結腸に憩室や腹腔内との交通はなく, 上行結腸背側に虫垂を描出した. 下部消化管検査では上行結腸, 虫垂孔に特異な所見がないことを確認し, 膿瘍形成性虫垂炎による膿瘍と上行結腸の交通後と診断した. 審査腹腔鏡を施行し, 上行結腸背側の虫垂の癒着は上行結腸から剥離可能であることを確認して, 腹腔鏡下虫垂切除術を施行し,回腸人工肛門閉鎖術も併施した. 術後経過は順調で術後8日目に軽快退院した.

【結論】
膿瘍形成性虫垂炎の膿瘍腔と上行結腸が交通する症例に対して, 回腸人工肛門造設後に, 一期的に腹腔鏡下虫垂切除術と回腸人工肛門閉鎖術を施行し得た症例を経験した.
膿瘍と大腸が交通しても, 回腸人工肛門造設術を施行し, 感染制御することで, 大腸や回腸末端を温存して虫垂を切除し得た.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 5

[O22] 一般演題（口演） 22 症例報告：稀な大腸疾患1

座長：松本 朝子(日本鋼管福山病院外科), 武田 崇志(俊和会寺田病院)

[O22-2] 膿瘍形成性虫垂炎として保存加療後に待機的手術にて虫垂粘液癌と診断し得た1例

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

原発性虫垂癌の発生頻度は、虫垂切除例の0.03%～0.19%と比較的稀ではあるが、悪性度の高いものも含まれており、画像診断上、膿瘍形成性虫垂炎との鑑別が重要である。今回我々は初診時膿瘍形成性虫垂炎として加療し、待機的手術にて虫垂粘液癌と診断し得た1例を経験したため報告する。
症例は78歳女性。1週間続く右下腹部痛を主訴に受診。血液検査にて炎症高値、造影CTにて膿瘍形成性虫垂炎と診断し、抗菌薬加療にて炎症は軽快した。しかしながら、血液検査にてCEA 7.5ng/ml、 CA19-9 38.7U/mlと上昇、また経過中の造影CTでは膿瘍内にLow density areaを認め、また膿瘍所見と炎症値に乖離が見られた。下部消化管内視鏡検査では虫垂開口部に異常を認めず、同部生検を施行もGroup1であった。虫垂粘液産生腫瘍を念頭に置きを行う待機的虫垂切除の方針とした。腹腔鏡下にて虫垂を観察するも腹壁に強く癒着し回盲部が一塊になっていたため、開腹移行し回盲部切除を施行した。術後3日目で食事開始し、9日目で軽快退院。 切除後、腫瘍マーカーは速やかに陰転化した。術後病理組織検査にて虫垂粘液癌、pT4bN0M0であった。虫垂腫瘍は粘液産生を伴い、漿膜面に露出し回腸粘膜に直接浸潤していた。術後補助化学療法は大腸癌治療に準じてCAPOX療法を8コース行う方針とした。
虫垂粘液腫瘍の診断において、初診時では膿瘍形成性虫垂炎との鑑別が難しい例が認められる。医中誌における本邦132例の報告によると虫垂粘液腫瘍症例は平均年齢64.9歳で、年齢範囲は48歳から85歳であったことを考慮すると、40歳以上で虫垂周囲膿瘍が画像上疑われた場合、虫垂粘液腫瘍を鑑別におき、経時的に複数の画像診断モダリティーにて経過フォローを行うことが望ましいと考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 5

[O22] 一般演題（口演） 22 症例報告：稀な大腸疾患1

座長：松本 朝子(日本鋼管福山病院外科), 武田 崇志(俊和会寺田病院)

[O22-3] 上行結腸癌による腸重積の1例

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

成人腸重積症は比較的珍しく、その内大腸の腸重積は悪性腫瘍に起因することが多いと報告されている。今回、我々は上行結腸癌に起因した腸重積症の1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。症例は61歳男性で、基礎疾患に亜急性連合性脊髄変性症および加齢黄斑変性症がある。1年前からのふらつきを主訴に2024年10月に前医を受診された。その際にHb 5.0 g/dLと高度の貧血を認めたため鉄欠乏性貧血の診断で内服加療行われ、Hb 11.2 g/dLまで改善したため経過観察されていた。2025年5月の定期受診の際にHb 8.4 g/dLと貧血の増悪と経口摂取不良を認めたため全身CT検査を施行したところ、上行結腸の壁肥厚や周囲脂肪織濃度上昇および微小遊離ガスを認めたため憩室穿孔の疑いで当科を紹介受診された。受診時、高炎症反応を認めるものの腹膜刺激症状は認めず、入院日より貧血補正をした上で、翌日に精査を行う方針とした。まずガストロ注腸検査を施行したところ腸重積の所見を認め、続いて大腸内視鏡検査を施行したところ、上行結腸の内腔を満たす1型腫瘍を先進部とした腸重積症と診断した。閉塞性大腸炎には至っておらず、微小穿孔の疑いもあったため整復はせず早期手術の方針とし、入院6日目に腹腔鏡下右半結腸切除術+D3郭清を施行した。術後経過は概ね良好であった。医学中央雑誌で「上行結腸腫瘍」「腸重積症」をキーワードに全期間で検索したところ、上行結腸の悪性腫瘍を先進部とした腸重積症は自験例を含め22症例(会議録は除く)を認めた。男性8例(36%)、女性14例(64%)と女性に多く、平均年齢は76.9歳(80.5 ±11.4)であった。腫瘍の内訳は、結腸癌が20例(91%)、転移性腫瘍が1例(4.5%)、結腸GISTが1例(4.5%)であった。多くの症例で術前もしくは術中に整復を試みている事が多いが、本症例では閉塞に至っておらず整復は施行しなかった。現時点で、悪性腫瘍による腸重積症に対して術前もしくは術中に整復することによる術後の再発や予後との関係については明確な方針は定まっておらず、文献的報告を含めて考察する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 5

[O22] 一般演題（口演） 22 症例報告：稀な大腸疾患1

座長：松本 朝子(日本鋼管福山病院外科), 武田 崇志(俊和会寺田病院)

[O22-4] 成人腸回転異常に合併した結腸憩室間膜内穿通の症例

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

【はじめに】腸回転異常症は胎生期腸管の発生異常で、腸管が正常な回転を成さずに異常停止したものと定義されているが成人例はまれであり、他の手術の際に偶然に発見される場合が多い。一方、結腸間膜内の憩室形成は大腸憩室の全体の数%で発生するが、間膜内へ穿通をきたす場合は少ない。保存的治療が奏功する場合もあるが腹膜炎所見を有する症例の多くは手術が要求される。成人腸回転異常に合併した結腸憩室間膜内穿通の1例を経験したので報告する。
【症例】症例は40歳代、男性。腹痛および発熱を主訴に当院を紹介受診した。血液検査で炎症反応の上昇を認め、CTでは小腸が右腹腔内に、結腸が左腹腔内に存在し、腸回転異常が疑われた。上行結腸と思しき結腸に壁肥厚および周囲脂肪織濃度の上昇を認め、憩室炎の診断で保存的治療を行うも所見の改善が乏しく、CTで憩室炎の部位で膿瘍形成が疑われたため、外科転科のうえ緊急手術を施行した。腹腔鏡下結腸右半切除術を施行、術中所見でTreitz靭帯の形成は認められず、盲腸から上行結腸は腹壁に固定されていなかった。上行結腸とその間膜に強い炎症性変化を認め、同部位を含めて切除した。摘出標本にて上行結腸に憩室炎および結腸間膜内に連続する膿瘍形成を認め、結腸憩室間膜内穿通と診断した。
【結語】腸回転異常に合併した結腸憩室間膜内穿通は極めてまれな病態であり、臨床解剖学的に示唆に富む症例と考えられたため文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 5

[O22] 一般演題（口演） 22 症例報告：稀な大腸疾患1

座長：松本 朝子(日本鋼管福山病院外科), 武田 崇志(俊和会寺田病院)

[O22-5] S状結腸吻合部と左尿管に瘻孔を形成した1例

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

【症例】61歳、男性。以前よりS状結腸憩室炎を繰り返しており、保存加療が行われていた。腹痛で前医を受診、CTでS状結腸憩室炎とfree airを認め、当院紹介受診した。来院時はvital signs安定しており、全身状態は保たれていたが、腹膜刺激徴候と炎症反応高値を認めたため、S状結腸憩室穿孔に対して緊急手術を施行した。[初回手術]S状結腸憩室を無数に認め、一部は膀胱壁や小腸と強固に癒着していた。S状結腸部分切除術と、癒着していた膀胱壁は一部筋層レベルまで切除、修復した。[経過]術後9日目に退院した。約1か月後に発熱あり、CTで骨盤底に膿瘍と、吻合部近傍より頭側の左尿管拡張および左水腎症を認めた。炎症反応の上昇あり、minor leakageと判断した。入院加療の上で禁食、抗菌薬投与を行い症状の改善が得られたが、退院後もしばしば微熱を認めており抗菌薬を処方していた。初回手術から約3か月後に高熱と全身倦怠感あり、CTで骨盤底膿瘍は縮小していたが、左水腎症と左腎周囲の脂肪織濃度上昇あり、左腎盂と尿管内にairを認めた。S状結腸吻合部と左尿管に瘻孔が形成され、複雑性尿路感染症に至っていると判断した。経尿道的尿管ステント留置を試みたが、中部尿管より狭窄が著明であり不能であった。今後も尿路感染症を繰り返すことが予想されたため、手術を施行した。[2回目手術]S状結腸中間位のレベルで左尿管をテーピング、膀胱側に向けて露出していった。骨盤底でS状結腸吻合部と小腸の癒着を剥離して吻合部と左尿管の瘻孔部を同定した。瘻孔部を含む腸管切除および左尿管切除を試みたが、尿管吻合は困難と判断した。瘻孔部より膀胱側の左尿管を結紮処理して切離、左腎摘除を行い、腹膜反転部レベルから横行結腸中間位程度までの結腸切除、吻合を行った。[術後経過]良好であり、9日目に退院した。以降は尿路感染症の再燃なく経過している。
【考察】S状結腸憩室が左尿管と瘻孔を形成し、尿路感染症を発症したとする報告は散見されるが、本例のように腸管吻合部と尿管で瘻孔を形成したとする報告は極めて少ない。minor leakageによる持続する炎症が原因となった可能性がある。文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 5

[O22] 一般演題（口演） 22 症例報告：稀な大腸疾患1

座長：松本 朝子(日本鋼管福山病院外科), 武田 崇志(俊和会寺田病院)

[O22-6] S状結腸機能的端々吻合部に生じたblind loop syndromeの1例

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

Blind loop syndrome(BLS)は手術により生じた解剖学的blind loopに細菌の異常増殖をきたし、腹痛や便秘、消化吸収不良を呈する病態である。一般的には側々吻合や側端吻合を行った際の短絡部や盲端部に生じることがほとんどであり、機能的端々吻合部にBLSを発症することは稀である。今回われわれはS状結腸機能的端々吻合部に発症したBLSを経験したので，若干の文献的考察を加えて報告する。症例は58歳、女性。前医でS状結腸過長症に対してS状結腸切除術を施行され、再建は機能的端々吻合が行われた。術後に腹痛、便秘症状を認め、術後3ヶ月に腹腔鏡補助下横行結腸双孔式人工肛門造設術を施行されたが、腹部症状の改善を得られず、当科紹介となった。腹部造影CTにて機能的端々吻合部の軽度拡張および便塊貯留を認め、BLSおよび腸管運動機能不全疑いと診断した。人工肛門肛門側腸管への便の流入を認めたが，排便困難であり摘便が常に必要な状態が続いていた。患者の希望もあり，機能的端々吻合部を含めた人工肛門肛門側腸管の切除を腹腔鏡下に施行した。術後経過は良好で、合併症なく術後7日目に退院となった。その後2年間症状再燃なく経過している。機能的端々吻合部にBLSを発症した症例は少なく、「機能的端々吻合」「blind loop」のキーワードを用いた医学中央雑誌での検索では、これまでに3例のみ報告を認めた。本症例も含めた4例のうち、3例が左側結腸の手術で生じており、水分吸収により腸管内容物が固形となることによる吻合部への停滞がBLSの誘因となる可能性がある。機能的端々吻合部に生じたBLSに対する治療法は確立していないが、本症例も含めた全症例で吻合部の切除が施行され症状の改善を得られており、吻合部切除が有効な治療法と考えられる。機能的端々吻合法は消化管手術において広く行われている吻合法であり、今後は本症例に類似した合併症が増加する可能性がある。報告例が少なく、予防法や治療法も確立しておらず、今後症例の蓄積と更なる検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 5

[O22] 一般演題（口演） 22 症例報告：稀な大腸疾患1

座長：松本 朝子(日本鋼管福山病院外科), 武田 崇志(俊和会寺田病院)

[O22-7] 大腸癌術後膀胱損傷の1例

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

【症例】70歳代女性。併存症として自己免疫性肝炎があり、帝王切開の手術歴があった。便潜血陽性にて施行した大腸内視鏡にて盲腸、S状結腸に大腸癌を認め、腹腔鏡下回盲部切除術、S状結腸切除術を施行した。術後8日目に腹部膨満、炎症所見の著明な上昇、腎機能低下を認め、CTにて腹水貯留を認めた。縫合不全の可能性を考え、抗生剤投与、絶飲食にて経過をみたが、術後14日目には腹水はさらに増加した。腹水試験穿刺し生化学と培養に提出したが、縫合不全は否定的であった。肝不全の可能性も考え、FFPと利尿剤を投与したが改善はなかった。原因不明の術後腹水貯留について文献検索したところ、膀胱損傷による腹水貯留と偽性腎不全の報告を認めた。再度腹水を採取し、腹水中クレアチニンを測定し、膀胱損傷を強く疑った。同日泌尿器科にコンサルトし、膀胱鏡にて診断が確定した。尿道カテーテルを挿入したところ、腹水貯留、腎機能低下は著明に改善した。手術動画を確認したところ、下腹部に癒着があり、これを剥離しており、これが膀胱損傷の原因であった可能性が考えられた。術後27日目に開腹にて膀胱修復術を施行し、その後は経過良好にて退院となった。
【考察】医原性の膀胱損傷は泌尿器科領域や婦人科領域の手術でみられることがあるものの、一般的にその頻度は低い。251例の医原性膀胱損症例のうち、39%が泌尿器科の手術、52%が婦人科の手術、9%が一般外科の手術で認められたとされる文献がある。婦人科手術において，尿路損傷は最も注意すべき合併症の1つであると明記された報告もあるが、消化器外科領域では比較的稀な合併症と考えられる。それだけに今回の症例では腹水貯留の鑑別診断として上がりにくく、診断困難であった。逆に鑑別診断の一つとして挙げることができれば腹水の生化学検査にて容易に診断できるため、常に念頭に置いておくべき合併症と思われた。文献的考察を加え報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:30 AM UTC Room 5

[O22] 一般演題（口演） 22 症例報告：稀な大腸疾患1

座長：松本 朝子(日本鋼管福山病院外科), 武田 崇志(俊和会寺田病院)

[O22-8] 治療に難渋した大腸癌術後の虚血性腸炎の1例

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

症例は60歳、男性。200X年６月に上腹部痛で紹介医を受診した。腹部緊満ありCTで脾弯部結腸に壁肥厚と狭窄を認め、閉塞性結腸癌が疑われた。緊急内視鏡で大腸ステントを留置し、生検で腺癌と診断された。拡張型心筋症による慢性心不全でEF 20%と著明な低心機能状態であり、周術期管理困難のため同年8月に当科紹介となった。精査で脾弯部横行結腸癌cT4aN1bM0 cStageIIIbと診断し、腹腔鏡下結腸部分切除術（D3郭清、FEEA）を行った。腫瘍の栄養血管は副中結腸動脈であり、伴走する静脈含め膵下縁で切離し、中結腸動脈左枝とIMVも切離した。病理学的にはpT4aN2a pStageIIIcであった。経過は良好で術後8日目に退院し、同年10月からCAPOX療法8コースを行った。
翌年12月に下腹部痛と下血、発熱で受診した。CTで左側結腸に壁肥厚あり、内視鏡検査でＳ状結腸から下行結腸まで全周性の虚血所見を認め、虚血性腸炎と診断した。絶食、補液による入院加療を開始し、血便は入院10日で消失し、腹痛も軽減傾向であったが、発熱とCRP高値は持続し、CTや内視鏡検査でも明確な改善はなく、保存治療を継続した。25日目に脳梗塞、30日目に心不全増悪を発症し、治療を行った。40日目の内視鏡検査でも改善なく、42日目に腹膜刺激症状を伴う腹痛が出現した。CTで遊離ガスを認め、消化管穿孔による急性汎発性腹膜炎と診断した。著しい低心機能のため手術リスクは非常に高かったが、緊急手術を行った。手術では、腹腔内に便汁の漏出あり、直腸から下行結腸脾弯部まで漿膜が紫～黒色に変化していた。S状結腸の炎症が最も強く、穿孔部も認めた。左側結腸から上部直腸まで切除し、横行結腸ストーマを造設した。病理では特異的変化や悪性像はなく、循環障害に関連した病態と考えられた。術後はICUを経て心不全治療のために循環器内科に転科し、術後44日目（入院86日目）に退院した。
虚血性腸炎は通常、保存的治療で軽快するが、手術を要する症例も存在する。今回、横行結腸癌術後1年3か月で虚血性腸炎を発症し、保存治療が奏功せず、入院後6週経過して穿孔に至った1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:30 AM UTC Room 5

[O23] 一般演題（口演） 23 症例報告：稀な大腸疾患2

座長：松田 圭二(同愛記念病院外科), 五代 天偉(藤沢湘南台病院外科)

[O23-1]

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

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

[O23-2]

肝膿瘍を伴う直腸癌に対し、抗生剤加療後にロボット支援下手術を施行した一例

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

[O23-3]

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

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

[O23-4]

ストーマ造設術を要した放射線性直腸炎の2例

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

[O23-5]

内視鏡的瘻孔閉鎖術にて治癒した原因の不明な直腸膣瘻の１例

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

[O23-6]

腹腔鏡下に切除し得た異なる組織型の傍直腸嚢胞の2症例

大沢 桃香, 本郷 久美子, 中川 基人, 高野 公徳, 米山 公康, 藤崎 洋人, 田島 佑樹, 林 啓太, 原 明日香, 西村 英理香, 渡部 希美, 室井 貴子, 大谷 理紗, 林 智大, 小原 雅也 (平塚市民病院外科)

[O23-7]

自己摘便が原因と思われるISR後の直腸穿通の一例

前本 遼, 佐藤 総太, 伊藤 拓馬, 三原 開人, 服部 晋明, 宮本 匠, 岩﨑 純治, 金澤 旭宣 (島根県立中央病院外科)

[O23-8]

当院で経験した痔瘻癌の3例

市原 明子, 岩本 和樹, 原 大介, 濱田 朗子, 山田 和之介, 武野 慎祐, 七島 篤志 (宮崎大学医学部附属病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:30 AM UTC Room 5

[O23] 一般演題（口演） 23 症例報告：稀な大腸疾患2

座長：松田 圭二(同愛記念病院外科), 五代 天偉(藤沢湘南台病院外科)

[O23-1] 術前診断が困難であったS状結腸神経鞘腫に対し腹腔鏡下S状結腸切除術を施行した1例

武田 和[1,2], 團野 克樹[1], 深田 唯史[1], 中道 伊津子[3], 吉原 輝一[2], 内藤 敦[2], 能浦 真吾[2], 山本 慧[1], 東口 公哉[1], 野口 幸蔵[1], 吉村 弥緒[1], 平尾 隆文[1], 関本 貢嗣[1], 岡 義雄[1] (1.箕面市立病院外科, 2.堺市立総合医療センター外科, 3.箕面市立病院病理診断科)

神経鞘腫はSchwann細胞から発生する神経原性腫瘍であり、主に脊髄、脳、頭頸部、四肢などに好発する。消化管に発生する神経鞘腫は稀であり、その発生頻度は全体の10%未満とされる。その中でも、大腸原発は消化管神経鞘腫の5%未満と極めて稀であり、大腸原発の間葉系腫瘍に占める割合も約3%に過ぎない。今回、術前診断が得られなかったS状結腸神経鞘腫に対して腹腔鏡下に切除を施行した1例を経験したため報告する。
症例は80歳代女性。便潜血陽性に対する精査目的で大腸内視鏡検査を施行したところ、肛門縁より26cmのS状結腸に20mm大の表面平滑な粘膜隆起性病変を認めた。内視鏡下ボーリング生検を施行したが、採取組織に腫瘍細胞を認めず確定診断には至らなかった。胸腹部造影CTでは、早期相より濃染される境界明瞭な20mm大の腫瘤を認めたが、明らかなリンパ節腫大や遠隔転移は認められなかった。消化管間葉系腫瘍（GIST）、神経内分泌腫瘍（NEN）などの可能性を否定できず、診断的治療として腹腔鏡下S状結腸切除術およびD3郭清を施行した。病理組織学所見では、紡錘形細胞の束状増生が認められた。免疫組織学染色では、S-100(+)・c-kit(-)・CD34(-)・αSMA(-)であり、Ki-67陽性率は1%未満であったことから、神経鞘腫と診断された。合併症なく経過し、術後9日目に退院となった。
大腸神経鞘腫は術前に確定診断を得ることが困難であり、多くが粘膜下腫瘍として手術に至る。本症例においても術前診断が得られなかったため、GISTやNENなど他の粘膜下腫瘍を念頭に置きつつ、悪性の可能性を考慮して根治性を損なわないよう手術を施行した。本疾患の確定診断には免疫組織学的検査が必須であり、術前の画像診断や生検の工夫による診断精度向上が課題である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:30 AM UTC Room 5

[O23] 一般演題（口演） 23 症例報告：稀な大腸疾患2

座長：松田 圭二(同愛記念病院外科), 五代 天偉(藤沢湘南台病院外科)

[O23-2] 肝膿瘍を伴う直腸癌に対し、抗生剤加療後にロボット支援下手術を施行した一例

久野 晃路, 福長 航, 川相 雄暉, 大下 恵樹, 仲野 健三, 河合 隆之, 前川 久継, 奥知 慶久, 井口 公太, 田中 英治, 福田 明輝, 寺嶋 宏明, 田浦 康二朗 (公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院消化器外科)

【背景】
手術適応となる大腸癌患者の約10%に同時性の肝転移があると報告されており、日常診療においてもたびたび経験する。一方で大腸癌が原因の肝膿瘍は肝膿瘍の中の5%以下と報告されている。肝膿瘍を合併した大腸癌の報告も散見されるが、肝膿瘍と肝転移の鑑別に難渋することがある。
【症例】
80代、男性
【現病歴】
Ra直腸癌に対するロボット支援下手術が計画されていた。手術までの待機経過中、発熱を主訴に当院救急外来を受診。CTで複数の肝膿瘍あるいは肝転移を示唆する腫瘤性病変を認めた。同日入院のうえ、抗生剤加療を開始した。
抗生剤加療により熱型や炎症反応は改善傾向を認めた。画像上、肝膿瘍と肝転移の鑑別は容易でなかったが、過去のCTと比較し腫瘤の増大スピードが急速であったこと等から臨床的には肝膿瘍を疑った。経皮経肝穿刺による細胞診でさらに精査したところ明らかな悪性所見はみられなかった。
肝膿瘍をより強く疑い抗生剤加療を継続した。治療より約3週間の経過で肝膿瘍はいずれも縮小傾向を認めたため、Ra直腸癌に対するロボット支援下低位前方切除術を施行した。術後経過は良好でPOD10に退院となった。
【考察】
細菌性肝膿瘍は経胆道性、血行性、直接性に肝臓に細菌が感染することが原因と考えられている。腹腔内臓器の炎症病巣から細菌が経門脈的に肝臓に運ばれ、膿瘍形成に至る報告も散見される。
造影CT検査における肝膿瘍と転移性腫瘍の鑑別については、膿瘍では中央部の低濃度域を除く周辺に造影効果があるとされているが、中心部で壊死を起こした転移性腫瘍との鑑別は困難なこともある。大腸癌の精査中もしくは同時に肝膿瘍と診断されるケースでは肝病変を穿刺することで、病巣が肝転移巣であった場合の播種について懸念される。
自験例では、経過から肝膿瘍を疑い転移の可能性は少ないと考えていたため、播種リスクを強くは懸念せず穿刺を行った。細胞診で悪性所見がみられなかったことで膿瘍の可能性をより強く考え、抗生剤を継続しつつ直腸癌に対する根治術が可能であった。
【結語】
肝膿瘍を伴う直腸癌に対し、肝膿瘍軽快後にロボット支援下手術を施行した一例を経験した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:30 AM UTC Room 5

[O23] 一般演題（口演） 23 症例報告：稀な大腸疾患2

座長：松田 圭二(同愛記念病院外科), 五代 天偉(藤沢湘南台病院外科)

[O23-3] 原発性乳房外Paget病との鑑別を要したPagetoid spreadを伴う直腸癌の4例

琴畑 洋介, 八重樫 瑞典, 佐々木 教之, 瀬川 武紀, 岩崎 崇文 (岩手医科大学外科学講座)

【はじめに】悪性腫瘍に伴うPagetoid spread(PS)は原発性乳房外paget病と区別される病態であり、PSを伴う直腸癌は再発のリスクが高く予後は不良であると報告されている。今回、当院で経験した原発性乳房外Paget病との鑑別を要したPSを伴う直腸癌の4例について、文献的考察を加えて報告する。
【症例】当院では2011年から2024年までに、PSを伴った直腸癌と診断された症例は4例で、平均年齢は72歳であった。術前の免疫染色結果は4例全てPSに矛盾しない結果となった。術式は全例で腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術＋D3郭清を施行している。4例中3例では皮膚欠損部の修復のため植皮術を併施した。術後の免疫染色はCK20、CDX2は全例で陽性、GCDFP-15は全例で陰性とPSに典型的な結果ではあったが、CK7は4例中3例で陽性だった。術後の転機については1例でリンパ節転移を認め化学療法を継続中であるが、3例は再発なく経過している。
【考察】PSを伴う直腸癌においては5年生存率が54%との報告もあり、手術においてはリンパ節郭清も含めての根治切除が必要となる。今回我々が経験した症例については1例で術後の再発を認めたが、化学療法継続により長期生存を得られている。Paget細胞とPagetoid spread細胞の鑑別には免疫染色が有用と報告されている。アポクリン汗腺・エクリン汗腺に存在するGCDFP-15、および消化管上皮や膀胱上皮のマーカーであるCK20を用いて鑑別を行うことが多い。直腸肛門管腺癌には直腸型腺癌と肛門腺由来癌があり、直腸型腺癌ではCK20+/CK7-、肛門腺および肛門腺由来癌はCK20-/CK7+になりやすいとも報告されている。免疫染色からPSが疑われるが内視鏡的に悪性所見を認めない症例も報告されており、術前診断に苦慮するケースも存在する。
【結語】直腸癌に伴うPSと原発性乳房外Paget病ではその治療法は大きく異なるため、診断は非常に重要であると思われる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:30 AM UTC Room 5

[O23] 一般演題（口演） 23 症例報告：稀な大腸疾患2

座長：松田 圭二(同愛記念病院外科), 五代 天偉(藤沢湘南台病院外科)

[O23-4] ストーマ造設術を要した放射線性直腸炎の2例

木村 駿悟, 長嶋 康雄, 渡邉 健太郎, 小棚 地洋, 三浦 康之, 甲田 貴丸, 鏡 哲, 鈴木 孝之, 金子 奉暁, 牛込 充則, 的場 周一郎 (東邦大学医療センター大森病院消化器センター外科)

放射線性直腸炎は、放射線治療後に出現する合併症の1つで、晩期障害では不可逆的な粘膜障害に陥っている場合がある。晩期有害事象には、出血や狭窄や瘻孔形成があり、保存的治療にて改善が得られない場合、それらの有害事象が患者のQOLやPSを大きく低下させてしまう。今回、2025年4月までに当科で経験した放射線性直腸炎2例について、文献的考察を加えて報告する。
症例1は、70歳代男性。精嚢浸潤を伴う前立腺癌に対して、6か月前から70Gy/35回の放射線療法が施行された。放射線療法が開始されてから排便困難が出現し、徐々に増悪傾向となっていた出血性脱出性内痔核に対して痔核根治術が予定されていた。しかし、腹部身体所見で右下腹部に腫瘤性病変が触知され、腹部CTでS状結腸から直腸S状部にかけて腸管壁の著明な肥厚が認められた。大腸内視鏡検査所見では下行結腸から直腸S状部にかけて著明な全周性浮腫とびらん潰瘍が認められたが、経過とともに潰瘍性病変へと進行し、放射線性腸炎と診断した。増悪する頻便と排便困難に対して横行結腸双孔式ストーマ造設術が施行された。
症例2は、70歳代男性。14年6か月前に精嚢浸潤を伴う前立腺癌に対して73.8Gy/41回の放射線療法を施行された。11ヶ月前から出現した血便に対して大腸内視鏡検査が施行され、直腸に浅い潰瘍と粘膜発赤が認められたために放射線性直腸炎と診断されAPC療法で治療が行われた。2か月前に血便が増悪し、全周性粘膜発赤に対して再度APC療法が行われたが血便は持続、更に2回APC療法が行われたが出血が続くためにS状結腸双孔式ストーマ造設術が行われた。
2症例ともストーマ造設により症状の改善を得ることができた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:30 AM UTC Room 5

[O23] 一般演題（口演） 23 症例報告：稀な大腸疾患2

座長：松田 圭二(同愛記念病院外科), 五代 天偉(藤沢湘南台病院外科)

[O23-5] 内視鏡的瘻孔閉鎖術にて治癒した原因の不明な直腸膣瘻の１例

丹羽 浩一郎, 関 英一郎, 松澤 宏和, 齋田 将之 (太田総合病院外科)

【はじめに】原因の不明な直腸膣瘻孔は比較的まれな疾患である．今回，我々は内視鏡的瘻孔閉鎖術にて治癒した原因の不明な直腸膣瘻の１例を経験したので報告する．【症例】30歳代，女性．2週間前より会陰部と肛門の痛みを認めていたが経過観察していた．症状が増悪し座位が困難となったため当院婦人科受診した．婦人科診察で直腸に腫瘤を触知するため，精査・加療目的に当科紹介となった．身体所見では肛門周囲と下腹部に圧痛を認め，血液検査所見でCRP 2.63mg/dLと炎症反応の上昇を認めた．CT検査にて，直腸壁の著明な肥厚と周囲脂肪織濃度の上昇を認めた．また仙骨前面のリンパ節腫脹と液体貯留も認めた．精査目的に施行した下部消化管内視鏡検査では直腸Rbに中心部に陥凹を伴う立ち上がりが緩やかな隆起を認めた．陥凹部の生検を施行したが悪性所見は認めなった．翌日透視下に下部消化管内視鏡検査を再度施行した．陥凹部に散布チューブを挿入して造影剤を散布すると膣が造影されたため，本態性直腸膣瘻と診断した．骨盤MRI検査，婦人科診察を施行して婦人科疾患を否定した．膣鏡を用いた婦人科医師による診察で膣後壁に瘻孔を認めた．本態性直腸膣瘻の瘻孔閉鎖目的に下部消化管内視鏡下に瘻孔をクリップ6個使用して閉鎖した．瘻孔閉鎖の翌日症状は軽快した．その後症状の再燃は無く，半年後に経過観察目的で施行したCT検査では直腸壁の肥厚と周囲脂肪織濃度の上昇は消失していた．1年後に施行した下部消化管内視鏡検査では直腸Rbにあった中心部に陥凹を伴う隆起は消失し，瘢痕を認めた．【結語】内視鏡的瘻孔閉鎖術にて治癒した原因の不明な直腸膣瘻の１例を経験した．悪性疾患，婦人科疾患，炎症性腸疾患を否定した症例では，治療として下部消化管内視鏡による瘻孔閉鎖は有用であると考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:30 AM UTC Room 5

[O23] 一般演題（口演） 23 症例報告：稀な大腸疾患2

座長：松田 圭二(同愛記念病院外科), 五代 天偉(藤沢湘南台病院外科)

[O23-6] 腹腔鏡下に切除し得た異なる組織型の傍直腸嚢胞の2症例

大沢 桃香, 本郷 久美子, 中川 基人, 高野 公徳, 米山 公康, 藤崎 洋人, 田島 佑樹, 林 啓太, 原 明日香, 西村 英理香, 渡部 希美, 室井 貴子, 大谷 理紗, 林 智大, 小原 雅也 (平塚市民病院外科)

【背景】
傍直腸嚢胞は稀な疾患であり、多くは良性であるが、感染や悪性化のリスクを伴う。画像診断のみで確定診断を得ることは難しく、腫瘍径や構造によっては悪性疾患や他の腫瘍性病変との鑑別を要する。今回、腹腔鏡下切除を行った異なる組織型の2症例を経験したため、報告する。
【症例1】42歳女性。健康診断目的のCTで直腸背側に9cm大の嚢胞性病変を指摘され、当院を紹介受診した。MRIでは多房性嚢胞性病変を認め、傍直腸嚢胞が疑われた。鑑別には類上皮嚢胞および尾腸嚢胞を挙げたが、腫瘍径が大きく内部構造に複雑性を認めたため、悪性疾患の除外と診断確定を目的に腹腔鏡下切除を施行した。直腸後面の間膜内に位置する嚢胞を認め、周囲との癒着は軽度で明瞭な被膜を有していた。大きさが大きいため剥離操作はやや難渋したが腸管損傷はなく切除を行った。病理診断はEpidermal cystであり、悪性所見は認めなかった。
【症例2】52歳女性。2月に肛門部腫脹を自覚し、5月に再発した。前医では痔瘻と診断されたが、直腸背側に新たな多房性嚢胞性病変を認め、傍直腸嚢胞が疑われた。痔瘻癌を含む肛門由来の粘液癌も鑑別に挙げたが、痔瘻の罹病期間が短く、臨床経過および画像所見からは悪性を強く示唆する所見に乏しかった。確定診断および他の腫瘍性疾患の除外を目的に腹腔鏡下切除を施行した。骨盤底筋群の中に埋まりこむ様に存在し、周囲組織との癒着が比較的強く慎重な剥離操作を要した。病理診断は尾腸嚢胞であり、悪性所見は認めなかった。
【考察】
傍直腸嚢胞は多様な臨床像を呈し、診断には画像評価が重要である。特にMRIは、嚢胞性病変の形態や局在を詳細に評価するうえで有用であり、治療方針決定に寄与した。腹腔鏡下切除は、低侵襲で良好な視野が確保できる上、それぞれの嚢胞の形態や局在の進展を確認することができ、診断と治療の双方を安全に実施できる有効な手段であると考えた。
【結語】異なる組織型を示す傍直腸嚢胞2例を経験した。文献的考察を加えてこれらを報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:30 AM UTC Room 5

[O23] 一般演題（口演） 23 症例報告：稀な大腸疾患2

座長：松田 圭二(同愛記念病院外科), 五代 天偉(藤沢湘南台病院外科)

[O23-7] 自己摘便が原因と思われるISR後の直腸穿通の一例

前本 遼, 佐藤 総太, 伊藤 拓馬, 三原 開人, 服部 晋明, 宮本 匠, 岩﨑 純治, 金澤 旭宣 (島根県立中央病院外科)

症例は50歳代の男性．4日前からの発熱と肛門痛で近医を受診し，肛門周囲膿瘍の疑いで当院へ紹介となった．既往歴に直腸癌（pT2N1aM0）に対するISR（intersphincteric resection: 括約筋間直腸切除術）と糖尿病があった．肛門外観に異常所見はなく，直腸診では膿性排液の付着を認めた．血液検査では炎症反応の上昇を認め，腹部CT検査では直腸背側に内部airを含む液体貯留を認めた．注腸検査では吻合部口側背側に造影剤の漏出を認めた．示指が届く距離であったため，透視下にネラトンを穿通部に挿入したところ，膿性排液を得た．直腸穿通と診断したが，ISRからは4年以上が経過していた．詳細な問診を追加したところ，ISR後から時々自己摘便を行なっているとの情報を得たため，摘便による直腸穿通が最も考えられた．入院後は抗菌薬投与，ネラトンからの洗浄を行い，症状や炎症反応は改善した．入院から10日目に体動を契機にネラトンが脱落したが，その後も症状や炎症反応の再燃はなく，入院16日目に退院となった．外来で再度注腸検査を行なったところ，瘻孔は残存していたが，cavityから回収される排液は漿液性であった．瘻孔を閉鎖しても問題ないと考え，内視鏡下にクリップで瘻孔を閉鎖した．その後は症状の再燃もなく経過している．摘便による直腸穿孔の報告は稀であり，特に直腸切除後での報告はないため，文献的考察とともに報告する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:30 AM UTC Room 5

[O23] 一般演題（口演） 23 症例報告：稀な大腸疾患2

座長：松田 圭二(同愛記念病院外科), 五代 天偉(藤沢湘南台病院外科)

[O23-8] 当院で経験した痔瘻癌の3例

市原 明子, 岩本 和樹, 原 大介, 濱田 朗子, 山田 和之介, 武野 慎祐, 七島 篤志 (宮崎大学医学部附属病院消化器外科)

【はじめに】痔瘻癌は肛門管癌に分類される比較的稀な疾患であり, 長期にわたって慢性炎症を繰り返す痔瘻が発生母地と考えられている. 2015年から2025年1月まで当院で経験した痔瘻癌3例（転移性痔瘻癌1例を除く）について報告する. 【症例】症例1は68歳女性で30年以上のクローン病罹患歴があり,10年前から難治性痔瘻をフォローアップ中であった. 症例2は65歳男性, 症例3は70歳男性で, 数年前の痔瘻発症で数カ月前からの硬結, 排液量の増加が主訴であった. 隅越らの診断基準を満たす症例は1例のみで, いずれも腰椎麻酔下瘻孔掻把による生検で最終的に痔瘻癌(粘液癌)の診断に到った. 側方, 鼠経リンパ節転移, 遠隔転移は認めなかった. クローン病で複数開腹歴のある1例で開腹APRを選択し, 2例は腹腔鏡下APRを施行した. 症例2は膿皮症所見を伴い2次口が臀部から陰茎根部付近まで広範囲に広がっており, マージンを十分確保した切離ラインをとって薄筋皮弁再建を施行した. 症例3は骨盤内に膿瘍形成を伴う粗大な腫瘍を認め, R0切除が困難と判断し術前CRT(Capecitabine+50.4Gy)を施行した. CRT後8週目のMRI評価で腫瘍の一部縮小を認めるもSDでAPRを施行した. 背側剥離の際, 仙骨前面で膿瘍壁から膿汁の漏出を認めた. 炎症で腹膜の高度の肥厚と硬化により前方が塞がっており, 腹膜翻転部への到達が不可となったところで会陰操作に移った. CRTの影響で骨盤底から坐骨直腸窩にかけて石様の硬い瘢痕組織を呈していた. 病理組織診断結果はpT2 : pT3 2 : 1, いずれもpN0で切除断端陰性であった. CRTによる治療効果判定はGrade1b相当であった. 術後麻痺性イレウスを認めた1例の他, 概ね良好な経過であった. 術後3か月, 8か月, 34か月現在再発転移を認めていない.
【結語】痔瘻癌は複雑化した瘻孔の広がりにより切除断端陽性率が高く, いかに安全な切離マージンを取って局所再発を制御するかが重要とされる. CRTの有効性を示す報告も散見されるが, 希少性から標準治療が確立していない疾患であり, バリエーション豊富な症例毎に術前評価, 集学的治療を含めた治療戦略, 切除ラインの検討を十分に行う必要がある.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Room 6

[O24] 一般演題（口演） 24 臨床研究1

座長：盛 真一郎(鹿児島県立大島病院), 長谷川 芙美(JAとりで医療センター外科)

[O24-1]

腹腔鏡下大腸癌手術における切開創SSIリスク因子の検討

験馬 悠介, 中川 和也, 本田 祥子, 伊藤 慧, 増田 太郎, 太田 絵美, 山岸 茂 (藤沢市民病院消化器外科)

[O24-2]

大腸がんにおける術後感染症は再発後の生存期間に影響を与えるか

菊池 悠太, 松田 明久, 山田 岳史, 上原 圭, 進士 誠一, 横山 康行, 高橋 吾郎, 岩井 拓磨, 宮坂 俊光, 香中 伸太郎, 松井 隆典, 林 光希 (日本医科大学付属病院消化器外科)

[O24-3]

大腸癌手術における栄養評価指標を用いた周術期管理の有用性

成廣 哲史, 髙田 直樹, 羽田 丈紀, 渡部 通章, 平野 純 (厚木市立病院外科)

[O24-4]

消化器癌患者におけるCVポート造設術中の没入型バーチャルリアリティの有用性: Pilot randomized controlled trial

鎌田 哲平[1,2], 西江 亮祐[3], 山岸 大祐[1], 會田 貴志[1], 高橋 潤次[1], 畑 太悟[1], 瀧澤 玲央[4], 大平 寛典[1], 墨 誠[3], 衛藤 謙[2], 鈴木 裕[1] (1.国際医療福祉大学病院外科, 2.東京慈恵会医科大学外科学講座, 3.国際医療福祉大学病院血管外科, 4.東京慈恵会医科大学宇宙航空医学研究室)

[O24-5]

根治切除術結腸癌における病期分類を考察する―多施設共同研究の結果から―

安藤 幸滋[1], 大垣 吉平[2], 杉山 雅彦[3], 蓮田 博文[4], 田尻 裕匡[4], 野中 謙太朗[2], 上原 英雄[2], 川副 徹郎[1], 沖 英次[1], 吉住 朋晴[1] (1.九州大学大学院消化器・総合外科, 2.公立学校共済組合九州中央病院総合外科, 3.国立病院機構九州がんセンター消化管外科, 4.国立病院機構九州医療センター消化管外科)

[O24-6]

ロボット支援下左側大腸癌手術によって得られるIMA根部周囲から左側後腹膜の臨床解剖

佐々木 邦明, 澄川 宗祐, 久須美 貴哉 (恵佑会札幌病院消化器外科)

[O24-7]

肛門管の円柱上皮と移行帯上皮の境界線をCT junctionと命名する提案

松尾 恵五 (東葛辻仲病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Room 6

[O24] 一般演題（口演） 24 臨床研究1

座長：盛 真一郎(鹿児島県立大島病院), 長谷川 芙美(JAとりで医療センター外科)

[O24-1] 腹腔鏡下大腸癌手術における切開創SSIリスク因子の検討

験馬 悠介, 中川 和也, 本田 祥子, 伊藤 慧, 増田 太郎, 太田 絵美, 山岸 茂 (藤沢市民病院消化器外科)

【背景】厚生労働省のJANIS（Japan Nosocomial Infections Surveillance）における2024年1月から6月のSSI（Surgical Site Infection）サーベイランスデータでは、腹腔鏡下大腸癌手術における切開創SSI発生率は5.13%と報告されている。当院では、CDC（Centers for Disease Control and Prevention）のガイドラインに準拠したSSI予防バンドルの遵守を中心とした感染対策を行っている。
【目的】腹腔鏡下大腸癌手術における切開創SSIの発生率と関連するリスク因子を明らかにし、当院における感染予防対策の妥当性および有効性を検証することを目的とした。
【対象と方法】2010年4月から2023年12月の間に当院で待機的に施行された腹腔鏡下大腸癌手術1,416例を対象とし、切開創SSIの発生率と標準化感染比（SIR）を算出した。SSI合併群と非合併群に分け、リスク因子について後方視的に検討を行った。SSIはCDCの定義に基づき、術後30日以内に発症したものを対象とし、外来での診察結果も含め、主治医および感染管理認定看護師による協議により診断された。
評価項目として、年齢、性別、BMI、喫煙歴、糖尿病罹患歴、術前のPNI値、ASA-PS、人工肛門造設の有無、手術時間、出血量を抽出した。解析は単変量解析およびロジスティック回帰を用いた多変量解析を実施した。
【結果】当院における切開創SSI発生率は4.45%であり、SIRは0.86と、全国平均よりも低い結果であった。単変量解析では性別、喫煙歴、人工肛門造設の有無、出血量においてP＜0.1であった。さらに多変量解析の結果、喫煙（OR 2.11, 95%CI：1.15–3.92, p＝0.016）および人工肛門造設（OR 2.13, 95%CI：1.06–4.05, p＝0.025）が有意な独立リスク因子として抽出された。
【結語】当院における腹腔鏡下大腸癌手術後の切開創SSI発生率は全国平均SSI発生率を下回っていた。喫煙歴、人工肛門造設はSSIのリスク因子であり、今後の対策強化において考慮すべき重要な要素と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Room 6

[O24] 一般演題（口演） 24 臨床研究1

座長：盛 真一郎(鹿児島県立大島病院), 長谷川 芙美(JAとりで医療センター外科)

[O24-2] 大腸がんにおける術後感染症は再発後の生存期間に影響を与えるか

菊池 悠太, 松田 明久, 山田 岳史, 上原 圭, 進士 誠一, 横山 康行, 高橋 吾郎, 岩井 拓磨, 宮坂 俊光, 香中 伸太郎, 松井 隆典, 林 光希 (日本医科大学付属病院消化器外科)

【緒言】
大腸癌をはじめとする多くの癌種において術後感染症（Postoperative infection: PI）は予後不良因子と報告されている。しかし、PIが再発後の予後に与える影響は不明である。本研究では、大腸癌の再発症例を対象に初回手術時のPIおよび縫合不全（Anastomotic leakage：AL）、さらにClavien-Dindo Grade≧3（CD≧3）の重症合併症が再発後の予後に与える影響を検討した。

【方法】
2011年1月から2017年3月に当院および日本医科大学付属武蔵小杉病院で根治切除を受けたStage II/III大腸癌580例のうち、再発を認めた125例を対象とした。PI、ALおよびCD≧3の有無で群分けし、再発後の予後を比較検討した。

【結果】
再発例の年齢（中央値）は71歳、男女比は64：61、再発までの期間（中央値）は13.1ヵ月、再発後のMST（Median Survival Time：MST）は16.8ヵ月であった。PI、AL、CD≧3の発生率は、それぞれ24.0％，9.6％，13.6％であった。MSTはPI無群17.3ヵ月、PI有群12.3ヵ月（P=0.661）、AL無群16.8ヶ月、AL有群28.0ヶ月（P=0.245）、CD≧3無群17.3ヵ月、CD≧3有群11.0ヵ月（P=0.191）で、いずれの比較においても有意差を認めなかった。

【考察と結語】
本検討では、PI、AL、CD≧3は、再発後の生存に有意な影響を与えなかった。我々が行った食道癌、胃癌の解析でこれらは再発後の予後に影響しており、その要因として、食道癌、胃癌の方がPIの影響が遷延しやすい点、また、背景としての全身状態の差がある点が考えられた。本検討のLimitationとして、再発後治療内容を検討されていない点が挙げられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Room 6

[O24] 一般演題（口演） 24 臨床研究1

座長：盛 真一郎(鹿児島県立大島病院), 長谷川 芙美(JAとりで医療センター外科)

[O24-3] 大腸癌手術における栄養評価指標を用いた周術期管理の有用性

成廣 哲史, 髙田 直樹, 羽田 丈紀, 渡部 通章, 平野 純 (厚木市立病院外科)

【背景】消化器癌手術における術前栄養状態評価は,周術期リスク予測を可能にし,術後合併症発生率低減化に有用であると.栄養評価方法として栄養状態,炎症反応,血球細胞成分評価に基づいた評価法が多く用いられている.【目的】術前栄養評価法としてprognostic nutritional index（PNI),栄養障害の指標であるcontrolling nutritional status（CONUT）scoreに着目し術前リスク評価と周術期合併症の解析を行った.【対象・方法】2022年1月から2024年12月までに施行した大腸癌手術185例を対象とし後方視学的に検討した．【結果】PNI 40 以下（Low 群）は38例，40を超えたPNI(High群)は147例で，CONUT score 中等度未満（Low群）が151例，中等度以上（High群）が34例であった．患者背景は，PNI Low群がHigh群と比較し，年齢で76.5歳（54-92），72歳（38-94）（P＝0.02）と高齢者が多く，BMIが21.3（13.9-29.6），22.5（15.7-47.8）（P＝0.006）と低値であった．またASA-PS＞2が6例（15.8%),5例（3.4%）（P＝0.004),腸閉塞,穿孔症例が10例（26.3%),11例（7.5%）（P＝0.001）,機械的前処置症例が27例（71.1%），133例（90.5%）（P＝0.002），腫瘍サイズが43.5mm（11-100),35mm（7-114）（P＝0.03）と有意差を認め，進行度もPNI Low群で有意に進行していた.CONUT score High群とLow群の比較でも同様結果であった．周術期関連因子の検討では，PNI Low群はHigh群と比較し，出血量が15ml（0-2230），5ml（0-970）（P＝0.02），ハルトマン手術症例数が2例（5.3%），1例（0.7%）（P=0.02），開腹症例数が5例（13.2%），4例（2.72%）（P＝0.008），術後在院日数が11.5日（6-101), 9日（6-77）（P＝0.004）と有意差を認めた．術後合併症全体には有意な差は認めなかった．CONUT score High群とLow群の比較でも同様の結果であった．【結論】PNI，CONUT scoreは，周術期リスク因子として，年齢，BMI，ASA-PS，腸閉塞，穿孔，腫瘍サイズ，進行度，機械的前処置を抽出した．術後合併症全体に有意な差は認めなかったが，術前低栄養患者はハルトマン手術や開腹手術が選択され,それにより術中出血量増加や術後在院日数延長に寄与していると考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Room 6

[O24] 一般演題（口演） 24 臨床研究1

座長：盛 真一郎(鹿児島県立大島病院), 長谷川 芙美(JAとりで医療センター外科)

[O24-4] 消化器癌患者におけるCVポート造設術中の没入型バーチャルリアリティの有用性: Pilot randomized controlled trial

鎌田 哲平[1,2], 西江 亮祐[3], 山岸 大祐[1], 會田 貴志[1], 高橋 潤次[1], 畑 太悟[1], 瀧澤 玲央[4], 大平 寛典[1], 墨 誠[3], 衛藤 謙[2], 鈴木 裕[1] (1.国際医療福祉大学病院外科, 2.東京慈恵会医科大学外科学講座, 3.国際医療福祉大学病院血管外科, 4.東京慈恵会医科大学宇宙航空医学研究室)

【背景】現在、大腸癌において広く使用されている化学療法では、長時間投与や複数の薬剤を併用するレジメンが一般的になっており、さらに、経末梢静脈での化学療法で生じうる合併症を予防できる観点からも中心静脈(CV)ポート造設が一般的な治療選択肢となっている。CVポート造設における合併症や造設後の管理などに関しては多く報告されているが、CVポート造設時の疼痛や不安を軽減する対策に関しては報告がないのが現状である。近年、歯科治療や消化器内視鏡検査中の没入型バーチャルリアリティ(VR)の臨床応用により疼痛や不安の軽減効果がある可能性が報告されている。
本研究では、消化器癌患者に対するCVポート留置術中のバーチャルリアリティ（VR）療法が、疼痛、不安、その他の術中・術後アウトカムに与える影響を検討した。
【対象と方法】CVポート造設術を受ける消化器癌の成人患者10名を対象に、単施設無作為化比較試験を実施した。原疾患は大腸癌7例、胃癌1例、食道癌1例、膵癌1例であった。術後補助化学療法目的のCVポート造設は3例、切除不能悪性腫瘍に対する化学療法目的のCVポート造設は7例であった。参加者は術中にTherapeia VR（xCura）を用いたVR療法を受けるVR群（n=5）と、従来の処置を受ける対照群（n=5）に無作為に割り付けた。主要および副次アウトカムには、術中疼痛、不安（術中・術後）、出血量、手術時間、閉塞感、患者および術者満足度を含めた。
【結果】手術時間、出血量、術前不安、閉塞感、術者満足度においては両群間に有意差は認められなかった。一方、VR群は対照群と比較して、術中疼痛（p=0.03）、術中および術後不安（p=0.04）が有意に低く、患者満足度（p=0.03）は有意に高かった。
【結論】CVポート造設術中の没入型VR療法は、術中の疼痛や不安を軽減し、患者満足度を向上させる有効な非薬物的介入となる可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Room 6

[O24] 一般演題（口演） 24 臨床研究1

座長：盛 真一郎(鹿児島県立大島病院), 長谷川 芙美(JAとりで医療センター外科)

[O24-5] 根治切除術結腸癌における病期分類を考察する―多施設共同研究の結果から―

安藤 幸滋[1], 大垣 吉平[2], 杉山 雅彦[3], 蓮田 博文[4], 田尻 裕匡[4], 野中 謙太朗[2], 上原 英雄[2], 川副 徹郎[1], 沖 英次[1], 吉住 朋晴[1] (1.九州大学大学院消化器・総合外科, 2.公立学校共済組合九州中央病院総合外科, 3.国立病院機構九州がんセンター消化管外科, 4.国立病院機構九州医療センター消化管外科)

【はじめに】大腸癌の病期分類は深達度、リンパ節転移有無、遠隔転移有無の三つで構成され、治療方針決定や予後予測に寄与している。しかしながら、これらの三つの因子だけでは正確な予後予測が難しい場合がある。Tumor deposit (TD)は原発巣や転移リンパ節との連続性を持たずに存在する微小癌細胞巣であり、TDの存在は予後不良因子であることが報告されている。今回、TDに着目し、TDの臨床的意義について検討し結腸癌の新たな病期分類について考察した。
【対象と方法】九州大学病院消化器・総合外科の関連施設4施設において2015年1月から2019年12月までに根治切除術が行われたStage0-IIIの結腸癌患者1,497名を対象とした。TDはリンパ節構造のない結節性の壁外非連続性癌進展病巣とした。
【結果】TD陽性例は125例(9.2%)であった。TD陽性例は深達度が深い症例、リンパ節転移陽性症例、病期が進んだ症例と相関した(それぞれP<0.0001)。TD陽性症例の5年無再発生存率は55.9%、5年全生存率は68.8%とTD陰性症例より有意に低かった(P<0.0001)。また、多変量解析にTD陽性は独立した予後不良因子であった。TD陽性例を別Stageとして扱った場合、Stage0-IIIの症例と比べて有意に予後不良であった。
【結語】根治切除後の結腸癌においてTDの予後因子としての重要性が示唆された。今後さらなる検討を行い、大腸癌病期分類に加える必要性があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Room 6

[O24] 一般演題（口演） 24 臨床研究1

座長：盛 真一郎(鹿児島県立大島病院), 長谷川 芙美(JAとりで医療センター外科)

[O24-6] ロボット支援下左側大腸癌手術によって得られるIMA根部周囲から左側後腹膜の臨床解剖

佐々木 邦明, 澄川 宗祐, 久須美 貴哉 (恵佑会札幌病院消化器外科)

開腹手術から腹腔鏡下手術となり手技が熟成する中で、腹腔鏡による拡大視効果により詳細な臨床解剖認識が得られ、郭清組織の過不足ない摘除、神経や後腹膜臓器など温存すべき臓器の確実な温存、いわゆる手術の精度が向上した。さらに膜構造や脂肪境界、結合組織など微細解剖認識が発展してきた。しかしそれらを確実に獲得するためには、手術の標準化による術者、助手、スコピスト全ての高度な技量が要求された。術者優位鉗子先端の安定性、非優位鉗子の手技、組織切離、剥離のための助手の適切な展開など様々な多くの努力によって大腸癌手術は進展してきた。保険収載を期に腹腔鏡手術はロボット支援下手術への変化、が著しい現状である。当院でもロボット支援下手術を導入以後、その特徴を理解していく中でロボット支援下での手技による微細解剖の更なる認識、より正確な剥離の実現が得られつつあると考える。
今回、ロボット支援下左側大腸手術におけるIMA根部周囲、253番郭清の理解、また直腸間膜、S状結腸間膜、下行結腸間膜背側に存在する後腹膜解剖について考察する。腰内臓神経、周囲脂肪間間隙のより精細な認識により、253番郭清範囲の設定が安定すると考えられた。また後腹膜、腎筋膜は既報の通り腎、尿管、性腺血管、動脈周囲の構造、交差により3葉に分葉しており、これらはロボット支援による安定した術野の確保、特に内側からの安定した展開、精細な3D画像と術者優位鉗子の手振れ防止による繊細な操作により明らかにすることが出来ると考える。手術手技の精度の意味は最終的には短期成績、長期成績で検討されるべきではあるが、左側結腸手術症例を提示し、ロボット支援下手術にて得られる253番リンパ節領域から左側後腹膜解剖について考察し報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Room 6

[O24] 一般演題（口演） 24 臨床研究1

座長：盛 真一郎(鹿児島県立大島病院), 長谷川 芙美(JAとりで医療センター外科)

[O24-7] 肛門管の円柱上皮と移行帯上皮の境界線をCT junctionと命名する提案

松尾 恵五 (東葛辻仲病院)

肛門管は腸管の終末部分であり、肛門直腸接合部(anorectal, junction、恥骨直腸筋付着部上縁、Herrmann線、外科的肛門管の上縁)から肛門縁までの約４㎝の部位である。
内胚葉と外胚葉の接合部であり4種の粘膜上皮で被覆される。口側から直腸円柱上皮(columnar epithelium)、移行帯上皮(transitional zone epithelium)、肛門上皮(anoderm)、肛門周囲皮膚である。これら4種の粘膜上皮には境界線が3ヶ所あり、円柱上皮と移行帯上皮の境界をHerrmann線、移行帯上皮と肛門上皮の境界を歯状線(内胚葉と外胚葉の境界線、解剖学的肛門管の上縁)、肛門上皮と皮膚の境界を肛門縁と呼称してきた。
しかし、円柱上皮と移行帯上皮の境界をHerrmann線と呼称するのは文献的検索を行っても(Hermann, Herrmanとスペルを変えても)その根拠となる論文、成書は見当たらず誤用であると判断した。Herrmann線は肛門管の外側では恥骨直腸筋付着部上縁をさし肛門管の内側では肛門乳頭から口側へ連続する肛門柱(Morgagni柱)が消失する口側縁に一致する部位の名称である。
移行帯上皮は歯状線より上の６～１２㎜の距離の部分で円柱上皮、移行上皮、非角化扁平上皮で構成されておりATZ(Anal Transitional Zone)あるいはCloacogenic zoneとも呼ばれ多様な組織が混在している。
円柱上皮と移行帯上皮の境界線は粘膜の色調変化が明瞭に認識できるので肛門手術においては歯状線とともに明確な指標となるため、正しい名称が必要であるが海外の成書、論文ではこの境界線に対する呼称は見当たらない。そこで、一般性を失わない名称としてColumnar Transitional junction, CT junctionと命名することを提案する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC Room 6

[O25] 一般演題（口演） 25 臨床研究2

座長：深澤 貴子(磐田市立総合病院消化器外科), 坂本 義之(独立行政法人国立病院機構弘前総合医療センター消化器外科)

[O25-1]

大腸癌手術における切除部位の違いが術後腸内細菌叢に与える影響の検討

松本 航一[1], 大塚 幸喜[2], 服部 豊[1], 隈本 力[1], 近石 裕子[1], 辻村 和紀[1], 谷口 寛子[1], 上嶋 徳[1], 稲熊 岳[1], 小林 陽介[1], 大村 悠介[1], 廣 純一郎[1], 松岡 宏[1], 升森 宏次[1], 藤井 匡[3], 栃尾 巧[3], 廣岡 芳樹[3], 宇山 一朗[2], 須田 康一[1] (1.藤田医科大学総合消化器外科, 2.藤田医科大学病院先端ロボット内視鏡手術学, 3.藤田医科大学病院消化器内科)

[O25-2]

手術治療を要した腸閉塞の発生原因と癒着部位に関する検討

太田 竜[1], 山田 岳史[2], 上原 圭[2], 松田 明久[2], 進士 誠一[2], 横山 康行[2], 高橋 吾郎[2], 岩井 拓磨[2], 武田 幸樹[1], 関口 久美子[1], 清水 貴夫[1], 宮坂 俊光[2], 香中 伸太郎[2], 松井 隆典[2], 林 光希[2], 金沢 義一[1], 谷合 信彦[2], 吉田 寛[2] (1.日本医科大学武蔵小杉病院, 2.日本医科大学付属病院)

[O25-3]

サーベイランスにおける初回腺腫数と異時性大腸腫瘍の関係

木村 聖路[1], 西谷 大輔[1], 佐藤 和則[1], 樋口 博之[1,2], 藤原 沙映[1,2] (1.青森労災病院消化器内科内視鏡科, 2.弘前大学消化器血液内科)

[O25-4]

当院におけるLow-grade Appendiceal Mucinous Neoplasmの臨床病理学的検討

勝又 健太[1], 内藤 正規[1], 根岸 宏行[1], 臼井 創大[1], 天野 優希[1], 西澤 一[1], 小川 敦博[1], 有泉 泰[2], 大坪 毅人[3], 民上 真也[3] (1.聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科, 2.聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院病理診断科, 3.聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科)

[O25-5]

40歳未満の若年性大腸癌の臨床病理学的特徴の検討

紫葉 裕介[1], 諏訪 雄亮[1], 田中 宗伸[2], 工藤 孝迪[1], 大矢 博貴[2], 前橋 学[1], 森 康一[1], 田 鐘寛[2], 沼田 正勝[1], 諏訪 宏和[3], 小澤 真由美[1], 渡邉 純[2,4], 佐藤 勉[1], 遠藤 格[2] (1.横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科, 2.横浜市立大学医学部消化器・腫瘍外科, 3.横須賀共済病院外科, 4.関西医科大学下部消化管外科)

[O25-6]

他臓器合併切除を行った大腸癌の臨床病理学的検討

山本 陸, 村山 倫太郎, 川端 実, 石塚 ジュスタン正也, 尾立 路輝, 石岡 直留, 花川 翔太, 遠山 栞莉, 秋間 龍之介, 仁平 高朔, 加藤 永記, 上田 脩平, 宮下 真美子, 櫻庭 駿介, 田中 顕一郎, 櫛田 知志, 伊藤 智彰, 佐藤 浩一 (順天堂大学医学部附属静岡病院外科)

[O25-7]

大腸癌術後補助化学療法としてのカペシタビン5日投薬2日休薬投与法の検討

中村 有貴[1], 横山 省三[2], 松田 健司[1], 岩本 博光[1], 三谷 泰之[1], 水本 有紀[1], 堀 雄哉[1], 玉置 佑麻[1], 阪中 俊博[1], 竹本 典生[1], 田宮 雅人[1], 兵 貴彦[1], 上田 勝也[1], 下村 和輝[1], 岩橋 誠[3], 瀧藤 克也[4], 中森 幹人[5], 下川 敏雄[6], 川井 学[1] (1.和歌山県立医科大学第２外科, 2.南和歌山医療センター外科, 3.和歌山労災病院外科, 4.済生会有田病院外科, 5.大阪南医療センター外科, 6.和歌山県立医科大学臨床研究センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC Room 6

[O25] 一般演題（口演） 25 臨床研究2

座長：深澤 貴子(磐田市立総合病院消化器外科), 坂本 義之(独立行政法人国立病院機構弘前総合医療センター消化器外科)

[O25-1] 大腸癌手術における切除部位の違いが術後腸内細菌叢に与える影響の検討

松本 航一[1], 大塚 幸喜[2], 服部 豊[1], 隈本 力[1], 近石 裕子[1], 辻村 和紀[1], 谷口 寛子[1], 上嶋 徳[1], 稲熊 岳[1], 小林 陽介[1], 大村 悠介[1], 廣 純一郎[1], 松岡 宏[1], 升森 宏次[1], 藤井 匡[3], 栃尾 巧[3], 廣岡 芳樹[3], 宇山 一朗[2], 須田 康一[1]
(1.藤田医科大学総合消化器外科, 2.藤田医科大学病院先端ロボット内視鏡手術学, 3.藤田医科大学病院消化器内科)

【目的】腸内細菌叢は大腸癌の発症や進展、術後の炎症や化学療法の抗腫瘍効果に至るまで多面的に関与することが明らかになっている。近年、腸内細菌叢を標的とした治療介入も注目されつつあるが、外科的切除が腸内環境に及ぼす影響について十分に検討されていない。本研究では術式別の腸内細菌叢の変化を検討し、外科的切除による腸内環境の変化を明らかにすることで術後管理や再発予防に向けた知見を得ることを目的とした。【方法】2022年4月～2023年12月に当院で大腸癌に対し根治的切除を受けた術後3か月以上経過した34例（右側結腸切除RSC:9例、左側結腸切除LSC:15例、低位前方切除LAR:10例）の糞便を16S rRNAアンプリコンシークエンスで解析を行った。比較対象として健常成人85名の糞便データを用いた。腸内細菌叢の多様性評価としてα多様性（Shannon index）およびβ多様性（Bray-Curtis距離）を算出し、群間の統計学的差異をKruskal-Wallis検定およびPERMANOVAで検討した。さらにLEfSe解析により各群に特徴的な細菌種を抽出した。【結果】RSC群ではFaecalibacterium prausnitzii、Bifidobacterium属など短鎖脂肪酸産生菌の減少やEscherichia coliの増加がみられ、α多様性の低下を認めた。LSCおよびLAR群ではAkkermansia muciniphilaやParabacteroides distasonis等の腸管バリア機能や免疫調整に関わる菌の増加がみられた。RSC群では他群に比べβ多様性の変化も大きく、切除部位による腸内環境の変化が明らかであった。【結語】大腸癌に対する外科的切除は術後腸内細菌叢に特異的な変化を引き起こし、特にRSCでは回盲弁喪失に伴う有益菌の減少およびEscherichia coliの増加を含む菌叢の乱れが観察された。これにより短鎖脂肪酸産生菌の枯渇や炎症性環境の亢進が示唆され、術後の免疫調節や腫瘍微小環境にも影響を及ぼす可能性がある。一方、LSCおよびLARではAkkermansia muciniphilaなどの増加がみられ、粘膜バリア機能の維持や免疫賦活が期待される菌叢の再構築が示唆された。術式ごとの細菌叢の変化は、術後合併症や化学療法に影響を与える可能性があり、将来的には腸内環境に着目した術後管理や治療戦略への応用が期待される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC Room 6

[O25] 一般演題（口演） 25 臨床研究2

座長：深澤 貴子(磐田市立総合病院消化器外科), 坂本 義之(独立行政法人国立病院機構弘前総合医療センター消化器外科)

[O25-2] 手術治療を要した腸閉塞の発生原因と癒着部位に関する検討

太田 竜[1], 山田 岳史[2], 上原 圭[2], 松田 明久[2], 進士 誠一[2], 横山 康行[2], 高橋 吾郎[2], 岩井 拓磨[2], 武田 幸樹[1], 関口 久美子[1], 清水 貴夫[1], 宮坂 俊光[2], 香中 伸太郎[2], 松井 隆典[2], 林 光希[2], 金沢 義一[1], 谷合 信彦[2], 吉田 寛[2]
(1.日本医科大学武蔵小杉病院, 2.日本医科大学付属病院)

【緒言】日本腹部救急医学会プロジェクト研究の腸閉塞全国集計にて、腹腔鏡手術により腸閉塞の発症は減少したが、癒着防止材は腸閉塞発症の低減に寄与しなかったことが示された。我々は、切開創直下に頻用される癒着防止材により腹壁癒着に伴う腸閉塞は減少するものの、臓側癒着に伴う腸閉塞を予防できなかったことがその原因と推察した。そこで、癒着性腸閉塞のうち、腹壁との癒着が原因となる腸閉塞がどの程度あるのかを検証した。
【対象と方法】本後方視的研究の対象は、2019年1月から2024年12月の期間に、本学関連施設において腸閉塞に対して手術を要した症例のうち手術既往があるもの。
【結果】期間内に腸閉塞手術は207例行われ、手術既往がない47例を除外した160例が対象となった。腹壁癒着が原因であった腸閉塞は35例（22%）と低率で、腸管や後腹膜といった臓側癒着が主因だった。先行術式は腹腔鏡手術35例、開腹術122例で、そのうち腹腔鏡手術では腹壁癒着が9例（24%）に対し、開腹術では26例（21%）といずれにおいても臓側癒着が多かった。絞扼の有無に関わらず腸管切除を必要としたのは腹壁癒着13例(37%)、臓壁癒着63例（50%）であり、臓側癒着にて腸管切除率が高かった。絞扼性腸閉塞は腹壁癒着13例(37%)、臓側癒着66例(50%)、うち腸管切除が必要であった症例は、腹壁癒着10例(29%)、臓側癒着45例(36％)であった。
【考察】既往手術における癒着防止材使用の有無、および使用部位が不明であるが、腹壁直下の癒着が原因となる腸閉塞は少なく、腸管切除回避の観点からも臓側の癒着防止が重要であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC Room 6

[O25] 一般演題（口演） 25 臨床研究2

座長：深澤 貴子(磐田市立総合病院消化器外科), 坂本 義之(独立行政法人国立病院機構弘前総合医療センター消化器外科)

[O25-3] サーベイランスにおける初回腺腫数と異時性大腸腫瘍の関係

木村 聖路[1], 西谷 大輔[1], 佐藤 和則[1], 樋口 博之[1,2], 藤原 沙映[1,2] (1.青森労災病院消化器内科内視鏡科, 2.弘前大学消化器血液内科)

【目的】初回腺腫数はガイドライン上本邦版で3個以上、US版,ESGE版で5個以上あれば3年間隔が推奨される。今回初回腺腫数による異時性腫瘍の発生率を比較した。
【方法】サーベイランスがなされた合計2133例（年齢65.9歳、性別2.10:1、期間81.3月、回数4.14回）の大腸腺腫患者を初回1-2個のA群1527例と3個以上のB群606例に分類した。微小腺腫放置患者952例をA1群730例、B1群222例、低リスク腺腫（10mm未満かつ低異型）切除患者656例をA2群464例、B2群192例、高リスク腺腫（10mm以上または高異型）切除患者525例をA3群333例、B3群192例、全腺腫切除患者1181例をA4群797例、B4群384例に分類した。異時性腫瘍をNon-advanced lesion（低異型腺腫）、Advanced lesion（高異型腺腫、癌）に分けて発生率を比較した。
【結果】Non-advanced lesionの最終頻度はA1群16.9%、B1群30.6%（p＜0.001）、A2群26.5%、B2群32.3%（N.S）、A3群25.8%、B3群35.4%（p＜0.05）、A4群26.2%、B4群33.9%（p＜0.01）であった。Advanced lesionの最終頻度はA1群6.8%、B1群10.4%（p=0.08）、A2群5.2%、B2群13.0%（p＜0.001）、A3群10.8%、B3群15.6%（N.S）、A4群7.5%、B4群14.3%（p＜0.001）であった。異時発生した異時性腫瘍における男女比率はA1群 1.79:1、B1群 4.06:1（p＜0.01）、A2群 2.34:1、B2群 4.44:1（p＜0.05）、A3群 1.84:1、B3群 5.53:1（p＜0.001）、A4群 2.09:1、B4群 4.97:1（p＜0.001）であった。異時性浸潤癌はA群14例（0.9%）、B群16例（2.6%）でB群に多かった（p＜0.01）。男女比率はA群6:8、B群14:2、局在は右側:左側でA群10:4、B群6:10、形態は2型：2型以外でA群9:5、B群5:11、深達度はT1:T2-T4でA群4:10、B群9:7であった。A群は6割が女性、７割が右側、７割が進行癌、B群は9割が男性、6割が左側、6割が早期癌であった。
【結論】3個以上腺腫患者は1-2個腺腫患者よりNon-advanced lesion、Advanced lesion共に最終頻度が高率で、その場合男性に異時性腫瘍が発生しやすく、女性に発生しにくい。異時性浸潤癌も3個以上腺腫患者に多く、その場合3個以上腺腫患者は男性、左側癌、T1癌、1-2個腺腫患者は女性、右側癌、T2以深癌が発生しやすい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC Room 6

[O25] 一般演題（口演） 25 臨床研究2

座長：深澤 貴子(磐田市立総合病院消化器外科), 坂本 義之(独立行政法人国立病院機構弘前総合医療センター消化器外科)

[O25-4] 当院におけるLow-grade Appendiceal Mucinous Neoplasmの臨床病理学的検討

勝又 健太[1], 内藤 正規[1], 根岸 宏行[1], 臼井 創大[1], 天野 優希[1], 西澤 一[1], 小川 敦博[1], 有泉 泰[2], 大坪 毅人[3], 民上 真也[3] (1.聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科, 2.聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院病理診断科, 3.聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科)

はじめに：Low-grade Appendiceal Mucinous Neoplasm（LAMN）は2010年のWHO分類において分類されることとなった虫垂粘液腫瘍の1つである。LAMNは術前診断が困難なことも多く、術後に病理検査で偶発的に指摘されることが多い。そして適切な術式、フォローアップ方法なども定まったものはまだない。
目的および期間：当院で2013年1月から2024年3月までの間に、虫垂炎を含む虫垂腫大に対する手術加療を270例施行し、そのうち12例がLAMNと診断された。そのうち、断端距離、深達度について再検討を行うことができた10例について臨床病理学的検討を行い、適切な術式やフォローアップについて検討する。
結果（数値は中央値）：年齢は69歳（27-86歳）、性別は男性7例で女性が5例であった。虫垂炎として手術加療を受けたのが8例、虫垂粘液腫の疑いとして手術を受けたのが4例であった。虫垂粘液腫の術前診断の4例には、3例で盲腸部分切除、1例で回盲部切除が施行された。虫垂炎の既往があったのは2例であった。術前の虫垂径は13（9-28）mm、術後在院日数は5（2-15）日だった。フォローアップに関しては、４例が終診、６例がフォローアップ中であり、期間は32（12-84）ヶ月であった。全症例で断端陰性、断端距離は15(3-40)mmであり、全症例で再発は認めなかった。
考察：当院では大腸癌治療ガイドラインに従ってフォローアップを行うことが多く、5-10年を目標として経過観察を行っている。また、全症例で断端陰性、観察期間内に再発を認めなかったことから、少なくとも断端陰性を確保できる術式を選択すべきと考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC Room 6

[O25] 一般演題（口演） 25 臨床研究2

座長：深澤 貴子(磐田市立総合病院消化器外科), 坂本 義之(独立行政法人国立病院機構弘前総合医療センター消化器外科)

[O25-5] 40歳未満の若年性大腸癌の臨床病理学的特徴の検討

紫葉 裕介[1], 諏訪 雄亮[1], 田中 宗伸[2], 工藤 孝迪[1], 大矢 博貴[2], 前橋 学[1], 森 康一[1], 田 鐘寛[2], 沼田 正勝[1], 諏訪 宏和[3], 小澤 真由美[1], 渡邉 純[2,4], 佐藤 勉[1], 遠藤 格[2] (1.横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科, 2.横浜市立大学医学部消化器・腫瘍外科, 3.横須賀共済病院外科, 4.関西医科大学下部消化管外科)

【目的】近年若年性大腸癌が増加傾向にあることが報告されている．当院および関連施設における40歳未満の若年者における大腸癌の臨床病理学的特徴について検討する．【方法】2008年から2024年の間に外科切除を施行した6008例の大腸癌症例を若年者群 (40歳未満) と非若年者群 (40歳以上) に分け，臨床病理学的因子，長期成績について検討した．【結果】若年者99例と非若年者5909例で比較した．年齢中央値35 vs 70歳，性別 (男:女) 54:45 vs 3448:2461 (54.5:45.5% vs 58.4:41.5 %, p =0.44)，発見契機は (有症状:検診契機) 84:15 vs 4173:1736 (84.8:15.2% vs 70.6:29.4%, p=0.002), 腫瘍局在は(右側結腸:左側結腸:直腸) 17:40:42 vs 1725:2452:1731 (17.2:40.4:42.4% vs 29.2:41.5:29.3%, p= 0.005)，組織型は(tub:por:muc) 83:4:3 vs 4787:130:193 (83.8:4.0:3.0% vs 81.0:2.2:3.3 %)(p =0.52), pStage I:II:III:IV) 23:17:39:18 vs 1511:1426:1494:550 (23.2:17.2:39.4:18.2% vs 25.6:24.1:25.3:9.3 %, p =0.02)であった．RAS(wild:mutant) 31:30 vs 1295:992 (50.1:49.9% vs 56.6:43.4%, p = 0.36)，BRAF(wild:mutant) 39:1 vs1181:66 (97.5:2.5% vs 94.7:5.3%)(p = 0.433)，MSI(MSS:MSI-H) 28:9 vs 905:74 (75.7:24.3 % vs 92.4:7.6%, p = 0.001)であった．2019年までの症例で，stage I, II, IIIの5年生存率はそれぞれ100% vs 93.6% (p=0.312), 87.5% vs 86.2%(p=0.916)， 72.7% vs 79.2% (p=0.456) であり，再発は15例 (19.0%) vs 602例 (13.6%, p = 0.166)と有意差は認めなかった．若年性大腸癌の年次推移は2008～2015年の8年間で38例 (1.58 %)，2016～2023年の8年間で57例 (1.79 %, p = 0.602)であり有意差は認めなかった．【結語】若年性大腸癌は有症状かつ左側が多く、進行度も進んでいるものが多いが、長期生存は劣らなかった。本コホートでは近年増加傾向とは言えず長期成績には差を認めなかった．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC Room 6

[O25] 一般演題（口演） 25 臨床研究2

座長：深澤 貴子(磐田市立総合病院消化器外科), 坂本 義之(独立行政法人国立病院機構弘前総合医療センター消化器外科)

[O25-6] 他臓器合併切除を行った大腸癌の臨床病理学的検討

山本 陸, 村山 倫太郎, 川端 実, 石塚 ジュスタン正也, 尾立 路輝, 石岡 直留, 花川 翔太, 遠山 栞莉, 秋間 龍之介, 仁平 高朔, 加藤 永記, 上田 脩平, 宮下 真美子, 櫻庭 駿介, 田中 顕一郎, 櫛田 知志, 伊藤 智彰, 佐藤 浩一(順天堂大学医学部附属静岡病院外科)

【はじめに】
他臓器浸潤を認める大腸癌は、その合併切除によりR0切除が達成され、良好な局所コントロールおよび予後が期待できる。今回、当科でc/sT4b大腸癌(虫垂を含む)に対して他臓器合併切除を行った原発巣切除症例における、周術期成績および病理学的因子についてretrospectiveに検討した。
【対象】
2020年1月から2024年12月までにc/sT4bと診断され、他臓器合併切除を施行した56例。
【結果】
年齢中央値は73歳(48-88歳)、男性30例、女性26例。術前治療として人工肛門が12例に造設され、減圧目的にステントが8例、経鼻または経肛門イレウス管が8例留置されていた。化学療法は15例に施行されていた。腫瘍の局在は虫垂 2例、盲腸 8例、上行結腸 12例、横行結腸 1例、下行結腸 2例、S状結腸 17例、直腸 14例であった。合併切除臓器としては、骨盤内臓全摘 8例、消化器系 21例、泌尿生殖器系 18例、腹壁・後腹膜 17例、血管・筋 15例、婦人科系 13例であった(重複を含む)。手術時間中央値は287.5分(103-785分)であり開腹 43例、腹腔鏡 13例であったが、開腹移行を6例(42%)に認めた。Clavien-Dindo分類GradeIII以上の術後合併症は7例(12.5%)に認めた。pStage II /III/IV 25/21/10例であった。全症例のうち41例(73.2%)で病理学的に他臓器浸潤を認めた。
Stage II /III症例 45例のうちR0切除は43例(95.6%)に達成されたが、うち2例(4.7%)に局所再発を認めた。R1/2切除となった2例は両者とも局所再発を認めた。局所再発の有無で比較すると、R0切除($p<0.05$)で有意差を認めた。
【考察】
他臓器浸潤大腸癌は開腹移行になる可能性が高かった。術中に他臓器浸潤の診断となってもR0切除を目指すべきであるが、安全な手術遂行のためには浸潤範囲の正確な診断が必要不可欠であり、アプローチに拘る必要はない。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:20 AM UTC Room 6

[O25] 一般演題（口演） 25 臨床研究2

座長：深澤 貴子(磐田市立総合病院消化器外科), 坂本 義之(独立行政法人国立病院機構弘前総合医療センター消化器外科)

[O25-7] 大腸癌術後補助化学療法としてのカペシタビン5日投薬2日休薬投与法の検討

中村 有貴[1], 横山 省三[2], 松田 健司[1], 岩本 博光[1], 三谷 泰之[1], 水本 有紀[1], 堀 雄哉[1], 玉置 佑麻[1], 阪中 俊博[1], 竹本 典生[1], 田宮 雅人[1], 兵 貴彦[1], 上田 勝也[1], 下村 和輝[1], 岩橋 誠[3], 瀧藤 克也[4], 中森 幹人[5], 下川 敏雄[6], 川井 学[1] (1.和歌山県立医科大学第２外科, 2.南和歌山医療センター外科, 3.和歌山労災病院外科, 4.済生会有田病院外科, 5.大阪南医療センター外科, 6.和歌山県立医科大学臨床研究センター)

【緒言】
大腸癌根治切除術後にHigh risk Stage II またはStageIIIと診断された症例に対して、術後補助化学療法としてカペシタビン単剤療法を実施する場合には、通常2週投与1週休薬（2投1休）の3週を1コースとした24週の継続投与が必要であるが、副作用のため完遂できない症例にしばしば遭遇する。しかし、カペシタビンの投与方法を変更することで、副作用を軽減し、完遂率の向上を図れるのではないかと考え、今回我々は大腸癌術後補助化学療法としてのカペシタビンの5日投与2日休薬投与法（5投2休法）が従来の2投1休法に比べて治療完遂率を改善するか検討を行うこととした。
【対象】
High risk Stage II またはStageIIIの大腸癌根治切除術後にカペシタビン単剤による術後補助化学療法を行う20歳以上80歳以下の症例を対象として、試験治療群（5投2休法8コース）と、通常投与群（2投1休法8コース）に無作為に割り付け、主要評価項目として、治療完遂率、副次的評価項目として、相対用量強度、投与前・投与中における患者QOLの変化率、有害事象発現割合、無再発生存期間、全生存期間について比較検討した。
【結果】
38例が登録され、33例の研究対象者のうち、15例が試験治療群、18例が通常投与群に割り付けられた。試験治療群の年齢中央値は71歳（49-80歳）、PS0が14人、結腸13例、直腸2例であり、通常投与群の年齢中央値は65歳（39-78歳）、PS0が17人、結腸12例、直腸6例であった。治療完遂率は試験治療群73.3%（11/15例）、通常投与群55.6%（10/18例）と試験治療群で高かったが、有意差は認めなかった（p=0.469）。また、副次的評価項目である相対用量強度は、試験治療群平均82.20、通常投与群平均79.38であり、有意差は認めなかった（p=0.733）。有害事象発現割合、QOL変化率・変化量に関しても、両群で有意差は認めなかった。無再発生存期間、全生存期間は再発が全体で1例のみで、死亡亡例は無かったため、ともに統計解析が出来なかった。
【結語】
治療完遂率は試験治療群で高かったが、有意差は認めなかった。相対用量強度やQOLに関しても、両群間で有意差は認めなかった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:20 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:20 AM - 7:20 AM UTC Room 6

[O26] 一般演題（口演） 26 手術手技・直腸脱

座長：石井 良幸(北里大学北里研究所病院), 中西 正芳(松下記念病院)

[O26-1]

Superior mesenteric artery rotationを伴う右側結腸癌の臨床的特徴と低侵襲手術の治療成績

坂井 義博, 笠井 俊輔, 塩見 明生, 眞部 祥一, 田中 佑典, 小嶋 忠浩, 井垣 尊弘, 森 千浩, 髙島 裕助, 石黒 哲史, 谷田部 悠介, 辻尾 元, 横山 希生人, 八尾 健太, 小林 尚輝, 山本 祥馬 (静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

[O26-2]

Modified pincer approachによる中結腸動脈根部温存D3郭清の戦略

原口 直紹, 南 壮一郎, 土橋 果実, 古賀 睦人, 藤井 渉, 三上 希実, 山平 陽亮, 額原 敦, 肥田 仁一, 木村 豊 (近畿大学奈良病院外科)

[O26-3]

骨盤内臓器全摘術後開腹手術のための回腸導管の温存方法

小森 康司, 木下 敬史, 佐藤 雄介, 大内 晶, 北原 拓哉, 安岡 宏展, 伊藤 誠二, 三澤 一成, 伊藤 友一, 夏目 誠治, 檜垣 栄治, 浅野 智成, 奥野 正隆, 稲田 亘佑, 尾崎 航太郎, 安藤 秀一郎, 安部 哲也 (愛知県がんセンター消化器外科部)

[O26-4]

TaTMEにて肛門温存を行った巨大直腸神経鞘腫の1例

宮坂 衛, 寺村 紘一, 北城 秀司, 大川 裕貴, 関谷 翔, 櫛引 敏寛, 才川 大介, 鈴木 善法, 川原田 陽, 奥芝 俊一 (斗南病院外科)

[O26-5]

直腸癌手術の手技をベースとした腹腔鏡下直腸固定術の経験

伊藤 信一郎, 小野 稔晃, 又野 護, 進 誠也, 岸川 博紀, 岡田 和也 (光晴会病院)

[O26-6]

直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術（D’Hoore法）の成績

谷田 孝, 金平 永二, 尾花 優一, 金平 文 (メディカルトピア草加病院)

[O26-7]

当科における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術症例の検討

里見 大介, 榊原 舞, 小倉 皓一郎, 土岐 朋子 (国立病院機構千葉医療センター外科)

[O26-8]

直腸脱に対するLaparoscopic suture rectopexyの治療成績

井出 義人[1,2], 野中 亮児[1], 山川 拓真[1], 岡 啓史[1], 村上 剛平[1], 山中 千尋[1], 出村 公一[1], 森本 修邦[1], 西田 俊朗[1] (1.JCHO大阪病院外科, 2.国家公務員共済組合連合会大手前病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:20 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:20 AM - 7:20 AM UTC Room 6

[O26] 一般演題（口演） 26 手術手技・直腸脱

座長：石井 良幸(北里大学北里研究所病院), 中西 正芳(松下記念病院)

[O26-1] Superior mesenteric artery rotationを伴う右側結腸癌の臨床的特徴と低侵襲手術の治療成績

坂井 義博, 笠井 俊輔, 塩見 明生, 眞部 祥一, 田中 佑典, 小嶋 忠浩, 井垣 尊弘, 森 千浩, 髙島 裕助, 石黒 哲史, 谷田部 悠介, 辻尾 元, 横山 希生人, 八尾 健太, 小林 尚輝, 山本 祥馬 (静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

【背景】右側結腸癌（虫垂、盲腸、上行結腸）手術におけるD3郭清では、回結腸根リンパ節の郭清が重要である。回結腸根リンパ節領域においてSuperior mesenteric artery（SMA）がSuperior mesenteric vein（SMV）腹側を走行するSMA rotation（SMAR）症例が存在し、SMAR症例ではリンパ節郭清操作に伴い予期せぬ血管損傷をきたす可能性があり注意が必要である。
【目的】SMARを伴う右側結腸癌の頻度、臨床所見、低侵襲手術の治療成績および手術手技について検討すること。
【方法】2018年1月から2024年12月までにD3郭清を伴う低侵襲手術を施行した右側結腸癌532例から開腹移行症例9例を除いた523例を対象とした。手術所見で回結腸根リンパ節領域においてSMAがSMV腹側を走行する症例をSMARと定義した。SMARの有無による患者背景、手術短期成績を後ろ向きに比較検討し、SMAR症例の臨床所見について検討した。
【結果】対象症例523例の内、SMAR症例は10例（1.9%）であった。患者背景では、SMAR有群はSMAR無群と比較し、腫瘍占居部位が有意に盲腸に多かった（p=0.049）。性別、BMI、腫瘍径、cT/N/M因子は両群間で有意差を認めなかった。手術短期成績では、SMAR有群で手術時間が有意に長く（183分 vs. 231分、p=0.004）、出血量が有意に多かった（0ml vs. 27ml、p=0.012）。術後合併症は両群間で有意差を認めなかった。SMAR症例の臨床所見では、6例が盲腸癌であり、その腫瘍径の中央値は6.5㎝（6.0 – 10.0㎝）であった。また、8例は術前CTにおいて診断可能であった。術前CTで診断不能であった2例は肥満症例であり、整腸不足の可能性が示唆された。
【手術手技】当科では右側結腸癌におけるD3郭清はSMV左縁をリンパ節郭清の左縁をしている。SMARを伴う右側結腸癌に対するD3郭清では、SMV前面に至る前にSMAが走行することを念頭に置き、慎重な剥離操作でSMA周囲の神経を認識することが重要となる。SMAR症例の手術動画を供覧する。
【結語】SMARを伴う右側結腸癌の臨床的特徴および低侵襲手術の治療成績について検討した。術前・術中のSMARの認識は安全に手術を施行する上で重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:20 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:20 AM - 7:20 AM UTC Room 6

[O26] 一般演題（口演） 26 手術手技・直腸脱

座長：石井 良幸(北里大学北里研究所病院), 中西 正芳(松下記念病院)

[O26-2] Modified pincer approachによる中結腸動脈根部温存D3郭清の戦略

原口 直紹, 南 壮一郎, 土橋 果実, 古賀 睦人, 藤井 渉, 三上 希実, 山平 陽亮, 額原 敦, 肥田 仁一, 木村 豊 (近畿大学奈良病院外科)

右側横行結腸癌の腹腔鏡手術においては、ICAおよびMCAの根部処理を行うと、残存腸管血流はIMA依存することになり腸管虚血のリスクが高まる。一方で、残存腸管血流を考慮し、MCAを温存すると、特に、MCAの頭側から膵下縁の横行結腸管膜根の領域が郭清不良となるリスクがある。そこで、ここでは、CME（complete mesocolic excision）を目指したmodified pincer approach によるMCA温存D３郭清の手技を紹介する。術者は脚間に立ち、右手ポートは下腹部正中とすることで、血管軸に水平な操作が可能で、膵被膜腹側・GCT側背側の郭清に特化させている。まず、頭側からRGEV末梢からGCTから分岐ARCV腹側を同定し、十二指腸前面から肝湾曲の授動を行う。後腹膜剥離の後にICV・ICAの根部郭清を行う。SMV腹側剥離を進め、GCTを同定し、膵被膜を温存しながら、GCTの背側郭清をARCV分岐まで行う。SMA前側面をトライツに向けての郭清し、MCA根部を同定し、末梢に向けて全周性にMCAを剥き、MCA右枝を切離する。その後、右側結腸の外側授動を盲腸側から行い、右側結腸を内側に翻転させ、SMVの腹側を片開きとさせる。GCT pedicleを内腹側へ挙上し、ARCVを根部で切離する。膵下縁を膵体部に向けて解放し、広い視野の下でMCV根部を切離する。尾側からSMA腹側郭清を膵下縁へとすすめ、MCA根部から膵下縁の郭清領域を血管軸から切除領域へと回す。肛門側腸管切除部位に向けて切開を進め、郭清は終了する。一般的にMCVはMCAの頭側から分岐し、頭尾側に並走した後に水平走行する。よって、MCA根部温存D３郭清を不足なく行う上では、MCV温存は不可能であると考えている。加えて、同手技を用いることで、静脈系解剖を明確化させ、広い視野で安全に静脈処理が可能となると考えている。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:20 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:20 AM - 7:20 AM UTC Room 6

[O26] 一般演題（口演） 26 手術手技・直腸脱

座長：石井 良幸(北里大学北里研究所病院), 中西 正芳(松下記念病院)

[O26-3] 骨盤内臓器全摘術後開腹手術のための回腸導管の温存方法

小森 康司, 木下 敬史, 佐藤 雄介, 大内 晶, 北原 拓哉, 安岡 宏展, 伊藤 誠二, 三澤 一成, 伊藤 友一, 夏目 誠治, 檜垣 栄治, 浅野 智成, 奥野 正隆, 稲田 亘佑, 尾崎 航太郎, 安藤 秀一郎, 安部 哲也 (愛知県がんセンター消化器外科部)

【背景】
骨盤内臓器全摘術(TPE)後の開腹手術は、癒着が高度であり、回腸導管の損傷が危惧され一般的には行われていないが、当科では、回腸導管の温存を工夫し、積極的に手術してきた。
【目的】
TPE後の開腹手術の現状と回腸導管の温存方法について検討。
【対象】
2010から2024年でTPE後、開腹手術施行した15例。TPE後手術回数:1回目手術15例(57.7%)、2回目手術8例(30.8%)、3回目手術3例(11.5%)。
【回腸導管の温存方法】
A経回腸導管的逆行性尿管ステント挿入：内視鏡で回腸導管内を観察し、尿管吻合部を視認し、ガイドワイヤーを挿入し、透視下に回腸導管から尿管ステントを挿入する。
B腎瘻造設後内瘻化：腎外瘻から内瘻化し、尿管ステントの先端を回腸導管から体外に出す。
C初回TPE手術時から挿入されている尿管ステントをそのまま使用。
D無処置。
【方法】
術式、手術内容、手術時間、出血量、回腸導管の温存の状況と術式の関係について検討。
【結果】
(1)第1回目の術式は再発手術5例(33.3%)、早期合併症に対する手術4例(26.7%)、晩期合併症に対する手術4例(26.7%)、再発緩和手術1例(6.7%)、試験開腹手術1例(6.7%)。第2回目は早期合併症手術1例(12.5%)、晩期合併症手術2例(25.0%)、再発緩和手術5例(62.5%)。第3回目は再発手術1例(33.3%)、早期合併症手術1例(33.3%)、晩期合併症手術1例(33.3%)。
(2)手術の詳細は再発手術(腫瘤摘出2例、腫瘤摘出+骨切除4例)、再発緩和手術(バイパス5例、小腸部分切除1例)、早期合併症手術(腹膜炎ドレナージ1例、腹膜炎人工肛門2例、創し開2例、バイパス1例、回腸導管再造設1例)、晩期合併症手術(腸閉塞手術2例、回腸導管再造設3例、バイパス1例)、試験開腹1例。
(3)回腸導管の温存の状況はA/B/C/Dにおいて、再発手術(2/1/0/3)、早期合併症手術(0/0/6/0)、晩期合併症手術(2/3/0/6)、再発緩和手術(0/1/1/4)、試験開腹(0/0/0/1)、$p<0.0001$。
(4)第1回目手術/第2回目/第3回目で手術時間(分)(249±179/189±101/217±137)、出血量(ml)(1248±1588/315±360/342±340)。
【結語】
回腸導管温存を工夫すれば、TPE後の開腹手術は比較的安全であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:20 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:20 AM - 7:20 AM UTC Room 6

[O26] 一般演題（口演） 26 手術手技・直腸脱

座長：石井 良幸(北里大学北里研究所病院), 中西 正芳(松下記念病院)

[O26-4] TaTMEにて肛門温存を行った巨大直腸神経鞘腫の1例

宮坂 衛, 寺村 紘一, 北城 秀司, 大川 裕貴, 関谷 翔, 櫛引 敏寛, 才川 大介, 鈴木 善法, 川原田 陽, 奥芝 俊一
(斗南病院外科)

【はじめに】神経鞘腫が直腸に発生することは稀であり、腫瘍の部位や大きさによっては手術難易度が高く、肛門温存が困難なこともある．今回、10cm大の巨大直腸神経鞘腫に対し、TaTMEによる切除および肛門温存を行った1例を経験したため報告する．
【症例】30歳女性．妊娠26週の超音波検査で子宮後壁に腫瘤を指摘され、MRIで10cm大の直腸腫瘍を認めた．下部消化管内視鏡では直腸後壁、肛門管上縁に粘膜下腫瘍を認め、生検で神経鞘腫と診断された．帝王切開による出産後に手術予定となり、前医ではAPRの方針であったが、患者が肛門温存を希望し当院を受診した．MRIでは肛門管より足側に直腸背側の腫瘍下端を認めたが、境界明瞭で浸潤性はなく、最小限の切離マージンで肛門温存をし得る可能性が考えられた．術中にAPRへ変更する可能性も考慮しつつ、TaTME併用Lap-ISRを計画した．
【手術】経肛門操作で腫瘍から数mmのマージンを取り粘膜を切開し、腫瘍と筋層の間を剥離した．腫瘍は直腸断端よりさらに背側に及んでいたが、断端を翻転し腫瘍に沿って切除を行い肛門挙筋から剥離し得た．最終的にTaTME併用Lap-ISRを施行した．再建はCircular stapler でSST吻合を行い、経肛門的に16針補強縫合を行った．吻合部は肛門縁から3cmで、ストマは造設しなかった．手術時間は5時間17分、出血量は35mL．術後7日目に食事を開始し、術後12日目に退院となった．排尿障害は認めず、排便は1日10回以下で失禁はなく、患者が許容できる範囲であった．摘出標本の病理診断は130×90×50mmの神経鞘腫で、悪性所見は認めなかった．
【考察】巨大直腸腫瘍の手術は、骨盤内での視野展開が困難で難易度が高く、肛門温存が難しい場合もある．自験例も腹腔操作のみでは肛門側の切除断端の視認が困難と考えられたが、TaTMEにより経肛門的に腫瘍を直視しながら確実な切除が可能となり、肛門温存を達成し得た．また、腹腔操作との2チームによる双方向アプローチは、合併症回避や機能温存に寄与したと考えられる．
【結語】巨大直腸神経鞘腫に対して、TaTMEは肛門温存に対して有用な術式であった．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:20 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:20 AM - 7:20 AM UTC Room 6

[O26] 一般演題（口演） 26 手術手技・直腸脱

座長：石井 良幸(北里大学北里研究所病院), 中西 正芳(松下記念病院)

[O26-5] 直腸癌手術の手技をベースとした腹腔鏡下直腸固定術の経験

伊藤 信一郎, 小野 稔晃, 又野 護, 進 誠也, 岸川 博紀, 岡田 和也 (光晴会病院)

【はじめに】近年、直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術は広く普及しているが、肛門疾患専門医療機関でなければ、豊富な手術経験を持つ外科医はそれほど多くはない。私自身はこれまで大学病院やその関連施設で下部消化管手術の手術経験を積んできたが、直腸脱手術については十分な経験はなかった。2022年10月より大腸肛門病センターを有する施設での勤務となり、2年半の間に約30例の腹腔鏡下直腸固定術を執刀した。直腸癌手術とは異なる難しさもあり、手術成績および経験した問題点と工夫について報告する。【手術手技】5ポートで手術を施行。岬角で腹膜を切開して直腸固有筋膜を確認し、直腸背側を左右から連続させる。直腸を牽引しながら肛門側に向けて直腸授動進める。神経温存しながら、中直腸動脈は切離し、肛門挙筋のレベルまで授動を進める。8×5cmのメッシュを仙骨に固定し、メッシュは直腸の左右を非吸収糸で3針ずつ固定する。腹膜は連続縫合し、メッシュが露出しないように骨盤底形成を行う。【手術成績】対象は2022年12月から2025年4月に当院で腹腔鏡下直腸固定術を施行した27例。男女比2:25、年齢中央値80。手術時間245分、出血量少量。CD II 以上の合併症として、術翌日に骨盤内血種により輸血を要した。【問題点と工夫】①腹膜切離：腹膜が進展するため切離ラインを外側に誤認しやすいため、尿管・神経の確認を丁寧に行う。②剥離層：通常は疎な結合組織となる層が長期脱出と組織のズレにより認識しにくい。③メッシュの固定：タッカーによる仙骨への固定で出血を来しやすいため、骨膜を露出して非吸収糸による縫合固定を行う。④メッシュと直腸の固定：直腸を時計周りにローテーションし、メッシュの右側を直腸壁に、左側を直腸固有筋膜に縫合固定することで、直腸の変形を防ぐ。【まとめ】腹腔鏡下直腸固定術は良性疾患に対する手術であり、手術の安全性について留意しながら手術の工夫を行った。今後は、機能性も考慮しながら手術および術後管理を改善していくことが必要と考えている。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:20 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:20 AM - 7:20 AM UTC Room 6

[O26] 一般演題（口演） 26 手術手技・直腸脱

座長：石井 良幸(北里大学北里研究所病院), 中西 正芳(松下記念病院)

[O26-6] 直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術（D’Hoore法）の成績

谷田 孝, 金平 永二, 尾花 優一, 金平 文 (メディカルトピア草加病院)

背景：直腸脱は高齢の女性に多く発症し，肛門痛や肛門出血，便失禁等の症状を伴い，QOLを著しく低下させる．高齢女性のため，羞恥心によって申告が遅れ，長期間にわたり症状が見逃されることがあり，また，入所施設からの報告により初めて認知される症例が存在する．当院では，直腸脱に対する低侵襲治療である腹腔鏡下手術の必要性を考慮し，2022年2月より直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術（D’Hoore法）を導入し，積極的に施行してきたので，その成績を報告する．
手術手技：当院での腹腔鏡下直腸癌手術に準じた5ポートにて手術を開始する．最初に仙骨にタッカーによるメッシュ固定部を確保する．同部位から骨盤内までの直腸を右側より剥離授動する，特に膣後壁と直腸前壁の剥離は十分に行い，直腸前壁にメッシュを縫合固定する．メッシュの反対側は仙骨にタッカーにて固定する．最後にメッシュを覆うように腹膜を連続縫合閉鎖し，手術を終了する．
結果：2022年2月より直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術を導入し，2025年4月までに20例に施行した．年齢の平均値は81歳，女性18例，男性2例であった．平均手術時間は155分（104-212分），出血量は2.7ml，術中術後に合併症を認めず，術後平均在院日数は6.4日，術後に再発を1例に認めた．2025年1月からはクリニカルパスを導入することができ，パス通りに経過している．
結語：直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術（D’Hoore法）は安全に施行可能であった．高齢患者が多く，ほぼ全症例において基礎疾患を合併しているが，全身麻酔が可能であれば，腹腔鏡下直腸固定は術後の合併症を減少させ，QOLの改善に寄与すると考える．今後も積極的に症例を重ね，中長期成績を検討したい．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:20 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:20 AM - 7:20 AM UTC Room 6

[O26] 一般演題（口演） 26 手術手技・直腸脱

座長：石井 良幸(北里大学北里研究所病院), 中西 正芳(松下記念病院)

[O26-7] 当科における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術症例の検討

里見 大介, 榊原 舞, 小倉 皓一郎, 土岐 朋子 (国立病院機構千葉医療センター外科)

直腸脱に対する術式は様々だが、高齢者が多いため、侵襲や再発率などを勘案しつつ術式を選択せざるを得ない。合併症や経過中の負担を回避するため当科では、全身麻酔を要さず比較的侵襲の少ないとされる経会陰的手術を選択しがちであったが、再発に関しては十分な結果は得られていなかった。2021年11月から腹腔鏡下直腸固定術（以下LSR）を開始し、現在まで18例経験。今回、短期成績を検討したので文献的考察を加えて報告する。2021年11月から2025年4月までにLSRを行った症例は18例である。男性女性1：17、平均年齢82歳。直腸脱術後再発症例は3例、いずれも子宮脱手術およびGant-Miwa+Thiersch後であった。子宮全摘後5例、子宮脱併存3例、認知症4例。手術は全身麻酔下、砕石位、臍部カメラポートの５ポート。直腸剥離受動は挙筋レベルまで行い側方靭帯は極力温存。直腸固定はメッシュを用いず、非吸収糸で岬角レベルと直腸右前壁漿膜・筋層を水平マットレス縫合にて固定。短期成績は、手術時間中央値153（110-281）分。手術時出血量平均値0.25g。術後合併症はClavien-Dindo　GradeIII以上はポートサイトヘルニア１例、GradeII以下は誤嚥性肺炎1例、せん妄1例、便秘2例、なし15例。術後在院期間中央値は7日。腹腔鏡下直腸固定術は全身麻酔を要するものの、術後経過から見れば低侵襲であり、術後再発も今のところ認めていない。当科の術式を供覧する。観察期間が短く、長期予後などはさらなる検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:20 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:20 AM - 7:20 AM UTC Room 6

[O26] 一般演題（口演） 26 手術手技・直腸脱

座長：石井 良幸(北里大学北里研究所病院), 中西 正芳(松下記念病院)

[O26-8] 直腸脱に対するLaparoscopic suture rectopexyの治療成績

井出 義人[1,2], 野中 亮児[1], 山川 拓真[1], 岡 啓史[1], 村上 剛平[1], 山中 千尋[1], 出村 公一[1], 森本 修邦[1], 西田 俊朗[1]
(1.JCHO大阪病院外科, 2.国家公務員共済組合連合会大手前病院)

【背景】直腸脱は高齢者に多くみられ、QOLを著しく損なう疾患である。手術による治療が標準であるが、高齢者では低侵襲かつ安全な術式が求められる。当院では、脱出長5cm以上で全身麻酔が可能な症例に対し、メッシュを使用しないLaparoscopic suture rectopexy（LSR）を第一選択としている。本研究では、当院におけるLSRの治療成績を後方視的に検討した。【方法】2019年4月から2025年3月までに当院でLSRを施行した全例を対象とし、年齢、性別、術前全身状態、脱出長、手術時間、出血量、術後合併症、術後入院期間、再発率について検討した。【結果】対象は18例（男性1例、女性17例）で、年齢中央値は83歳（73–95歳）であった。PSは0/1/2が1/11/6例、全例に何らかの併存疾患を認めた。脱出長の中央値は5 cm（5.0–10.0 cm）であった。術式は全例LSRを施行し、手術時間の中央値は118分（93–160分）、出血量は全例少量であった。術中の合併症は認めず、術後1例で化膿性椎間板炎を発症した。術後入院期間の中央値は6日（1–73日）であった。観察期間の中央値は38.9か月（1.0–69.2か月）であり、全例で再発を認めなかった。【結論】直腸脱に対するLaparoscopic suture rectopexy は、高齢者にも安全に施行可能であり、再発率が低く、非常に有用な術式の一つであると考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:40 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:40 AM UTC Room 7

[O27] 一般演題（口演） 27 ロボット3

座長：肥田 仁一(近畿大学奈良病院消化器外科), 奥山 隆(獨協医科大学埼玉医療センター外科)

[O27-1]

縦2件ロボット支援下結腸癌手術の現状と工夫

萩原 千恵[1], 上原 広樹[1], 井 翔一郎[1], 山田 典和[1], 五十嵐 優人[1], 藤田 悠介[1], 北川 祐資[2], 小林 壽範[1], 森 至弘[1], 諏訪 雄亮[3], 小澤 真由美[3], 三城 弥範[2], 渡邉 純[1] (1.関西医科大学下部消化管外科学講座, 2.関西医科大学総合医療センター下部消化管外科, 3.横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター)

[O27-2]

体腔内吻合導入後のロボット支援結腸癌手術の短期成績とコストパフォーマンス

小野澤 寿志[1], 渡邊 匠[1], 星野 啓太[1], 森 友輔[2], 米澤 博貴[1], 菅家 康之[1], 佐藤 雄哉[1], 本山 一夫[1], 伊藤 泰輔[1], 石井 芳正[1], 河野 浩二[2] (1.太田西ノ内病院外科, 2.福島県立医科大学消化管外科)

[O27-3]

ロボット支援大腸切除術の現状　～コストに配慮した手技の標準化～

近藤 彰宏, 馮 東萍, 竹谷 洋, 松川 浩之, 西浦 文平, 安藤 恭久, 須藤 広誠, 岸野 貴賢, 大島 稔, 岡野 圭一 (香川大学医学部消化器外科)

[O27-4]

市中病院におけるロボット支援下右側結腸切除術の体腔内吻合の導入と検討

魚住 のぞみ[1], 片岡 直己[2], 徳原 克治[2], 内間 恭武[3] (1.ベルランド総合病院外科, 2.岸和田徳洲会病院, 3.中部徳洲会)

[O27-5]

地方市中病院におけるロボット支援下大腸癌手術の導入と現状

倉吉 学, 中原 雅浩, 小野 紘輔, 松森 亮祐, 日野 咲季子, 北村 芳仁, 大塚 裕之, 熊田 高志, 柳川 泉一郎, 坂井 寛, 山木 実, 橋詰 淳司, 徳本 憲昭, 大下 彰彦, 則行 敏生 (厚生連尾道総合病院外科)

[O27-6]

人手不足の市中病院におけるロボット支援下直腸癌手術の工夫と術後短期成績の検討

川上 雅代, 上里 安範, 仕垣 幸太郎, 澤岨 安勝, 高江洲 亨, 萩池 昌信, 稲嶺 進 (おもと会大浜第一病院外科)

[O27-7]

市中病院におけるロボット支援大腸癌手術教育

岩田 乃理子, 塚本 史雄, 林 祐美子, 中田 豊, 遠藤 晴久, 中島 康晃, 佐伯 伊知郎, 高橋 定雄, 荻谷 一男 (江戸川病院外科)

[O27-8]

ロボット手術症例での技術認定医取得へ向けた当院の取り組み

今里 亮介, 久米 徹, 川口 真智子, 山田 卓司, 山下 信吾, 大木 岳志, 高西 喜重郎 (東京都立多摩北部医療センター消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:40 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:40 AM UTC Room 7

[O27] 一般演題（口演） 27 ロボット3

座長：肥田 仁一(近畿大学奈良病院消化器外科), 奥山 隆(獨協医科大学埼玉医療センター外科)

[O27-1] 縦2件ロボット支援下結腸癌手術の現状と工夫

萩原 千恵[1], 上原 広樹[1], 井 翔一郎[1], 山田 典和[1], 五十嵐 優人[1], 藤田 悠介[1], 北川 祐資[2], 小林 壽範[1], 森 至弘[1], 諏訪 雄亮[3], 小澤 真由美[3], 三城 弥範[2], 渡邉 純[1] (1.関西医科大学下部消化管外科学講座, 2.関西医科大学総合医療センター下部消化管外科, 3.横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター)

【背景・目的】2022年4月からは直腸癌に加えて結腸癌に対してもロボット手術が保険適応となった．ロボット手術は腹腔鏡手術と比較して手術時間が長くコストがかかることが報告されているが，ロボットの効率的な稼働のためには縦2件での手術が有用と考える．縦２件のロボット大腸癌の手術手技を供覧し短期成績を検討する．【対象と方法】2022年4月から2025年2月までに縦2件（結腸+結腸もしくは結腸+直腸）でロボット手術を行った結腸癌103例を検討した．若手術者は技術認定未取得者とした．【手術手技】コンソール開始までの時間を極力短縮するように努め，手術手技は術式に応じて定型化している．右側結腸癌は後腹膜剥離を先行し尾側アプローチで郭清を行う．脾彎曲部結腸を授動する際にはIMV背側から内側授動を行い網嚢内へ入る．腸管切離前にICGで血流確認を行う．若手術者が執刀する際は，第一助手に入る指導医が適宜手術をコントロールすることにより，安全な手術・時間短縮に努める．また，エネルギーデバイスや自動縫合器に関しては，腹腔鏡用デバイスを使用するhybrid手術によりコスト削減を行っている．【結果】年齢中央値73(29-90)歳．術式は回盲部切除術21例，結腸部分切除術（盲腸，上行結腸）5例，右半結腸切除術30例，横行結腸部分切除術4例，結腸部分切除術（下行結腸）9例，S状結腸切除術34例．DaVinci 89例，hinotori 14例．若手術者の執刀例20例．手術時間185(95-365)分．出血量5(5-370)ml．術後入院期間6(4-52)日．縦2件の合計手術時間は結腸+結腸409(249-550)分，結腸+直腸415(272-666)分．開腹移行症例はなく．CD分類III以上の術後合併症は縫合不全1例のみであった．【結語】手技を定型化し時間短縮を意識することにより，縦2件でのロボット支援下結腸癌手術は安全に実施可能であり，ロボットの効率的な運用に寄与する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:40 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:40 AM UTC Room 7

[O27] 一般演題（口演） 27 ロボット3

座長：肥田 仁一(近畿大学奈良病院消化器外科), 奥山 隆(獨協医科大学埼玉医療センター外科)

[O27-2] 体腔内吻合導入後のロボット支援結腸癌手術の短期成績とコストパフォーマンス

小野澤 寿志[1], 渡邊 匠[1], 星野 啓太[1], 森 友輔[2], 米澤 博貴[1], 菅家 康之[1], 佐藤 雄哉[1], 本山 一夫[1], 伊藤 泰輔[1], 石井 芳正[1], 河野 浩二[2] (1.太田西ノ内病院外科, 2.福島県立医科大学消化管外科)

【はじめに】2022年の保険収載以降，ロボット支援結腸癌手術の拡大は顕著である．一方腹腔鏡手術と比較しロボット支援手術には高額な費用がかかると言われている．腹腔鏡下結腸悪性腫瘍手術は診療報酬上59510点と決して高くなく，さらにロボット手術加算や腫瘍の局在による加算もないのが現状である．当科では2023年1月より結腸癌に対しロボット支援手術を導入，2024年1月よりOverlap法による体腔内吻合を導入した．【目的】Overlap法による体腔内吻合導入後のロボット支援結腸癌手術の短期成績および手術のコストについて検討．【対象・方法】2024年1月から2025年4月までに結腸癌に対しロボット支援手術を施行した14例を対象とし，短期成績について後方視的に検討．またロボット支援結腸癌手術のコストについて，吻合法および腹腔鏡下手術毎に算出し比較検討．体腔内吻合はoverlap法もしくはDST法を基本とし，自動縫合器の使用は全例助手ポートから行い，またDST法(ロボット手術時)ではエネルギーデバイスの使用を控えるなど工夫を行っている．当科のOverlap法について動画を供覧する．コストについては使用器材をほぼ定型化しており，手術関連保険点数合計から当院の器材納入価の合計額を減算し算出．ロボットランニングコスト，麻酔のコスト，人件費などは計算から除外．【結果】男性8例，女性6例，年齢69.5(46-87)歳．再建はOverlap法8例，DST法6例．手術時間278(166-520)分，出血0(0-50)ml，Clavien Dindo分類Grade2の術後合併症を2例に認めたが，Grade3は認めなかった．コストに関しては，1件あたりoverlap+356224円，DST+384728円，同時期の腹腔鏡下手術ではそれぞれ+465983円，+444987円であり，ロボットoverlap法の収益が最も少なかった．【考察】本検討の中ではOverlap法によるロボット支援結腸癌手術が最もコストパフォーマンスが悪い術式だった．高額なエネルギーデバイスの使用や加算を上回る自動縫合器，吻合器の使用を工夫するなどコストダウンできる可能性もあるが，手術時間延長や合併症増加につながる可能性もあり，議論の余地があると考える．【結語】ロボット支援結腸癌手術におけるコスト意識は重要である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:40 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:40 AM UTC Room 7

[O27] 一般演題（口演） 27 ロボット3

座長：肥田 仁一(近畿大学奈良病院消化器外科), 奥山 隆(獨協医科大学埼玉医療センター外科)

[O27-3] ロボット支援大腸切除術の現状　～コストに配慮した手技の標準化～

近藤 彰宏, 馮 東萍, 竹谷 洋, 松川 浩之, 西浦 文平, 安藤 恭久, 須藤 広誠, 岸野 貴賢, 大島 稔, 岡野 圭一 (香川大学医学部消化器外科)

【背景】保険適応以後、大腸癌に対するロボット支援手術(RALS)は急速に普及している。当院では2021年11月から直腸癌に、2022年6月から結腸癌に対するda Vinciを用いたRALSを導入した。一方でRALSのコスト面は大きな課題であり、安全性を担保した上でのコスト対策は重要である。当院でのコストに配慮したロボット支援大腸切除術の手技の取り組みをこれまでの治療成績とともに提示する。
【手術手技】直腸癌手術において、側方郭清含む高難度手術以外はda Vinciベッセルシーラーを使用せず手術を行う。結腸癌においても内臓脂肪の少ない症例ではベッセルシーラーを使用せず手術を行う。結腸癌、直腸癌ともに腹腔側からの腸管切離の際はda Vinci Sure Formを使用せず全例で腹腔鏡用自動縫合器を使用している。
【対象】2021年11月から2025年3月までに大腸癌に対しRALSを施行した146例を対象に、直腸癌(R群)と結腸癌(C群)に分けて短期治療成績について検討した。またコストに配慮した手技の選択が当院での材料費に与える影響を調査した。
【結果】R群/C群=108/38例。年齢(Y、中央値)はR群/C群=67/76、性別(男)はR群/C群=73(68%)/19(50%)、BMI(中央値)はR群/C群=22.2/23.3。手術時間(min, 中央値)はR群/C群=383/333、出血量(mL, 中央値)はR群/C群=5/0、開腹移行はR群/C群=1(0.9%)/1(2.6%)。Clavien-Dindo gradeIII以上の術後合併症はR群/C群=8(7.4%)/0、術後在院日数(日, 中央値)はR群/C群=12/10、術後在院死亡は認めていない。病理学的進行度(pStage0/I/II/III/IV)はR群=3(3%)/48(44%)/26(24%)/21(19%)/10(9%)、C群=1(3%)/13(34%)/11(29%)/11(29%)/2(5%)。da Vinci Sure Formに代わり腹腔鏡用自動縫合器を使用した場合はR群：24,256円/例、C群：27,060円/例、R群においてベッセルシーラー不使用であればさらに83,895円/例の材料費削減が可能であった。
【結語】当院におけるRALSの取り組みは安全性を担保しつつコスト削減に寄与し病院経営の観点からもメリットがあるとともに、今後の症例数増加に伴う新規ロボットの導入観点からも効果的であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:40 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:40 AM UTC Room 7

[O27] 一般演題（口演） 27 ロボット3

座長：肥田 仁一(近畿大学奈良病院消化器外科), 奥山 隆(獨協医科大学埼玉医療センター外科)

[O27-4] 市中病院におけるロボット支援下右側結腸切除術の体腔内吻合の導入と検討

魚住 のぞみ[1], 片岡 直己[2], 徳原 克治[2], 内間 恭武[3] (1.ベルランド総合病院外科, 2.岸和田徳洲会病院, 3.中部徳洲会)

【はじめに】2022年よりロボット支援下結腸手術が保険適応となり、当院でも導入している。右側結腸手術において腹腔鏡では基本体腔外でFEEAを行ってきたが、ロボット手術導入後は授動範囲の縮小や早期腸管機能回復、副損傷の軽減などのメリットを考慮し体腔内吻合を導入し始めた。【方法】前処置は機械的および化学的前処置を併用している。吻合はoverlap吻合とデルタ吻合を症例に合わせて検討している。吻合予定部にガーゼを敷き、便の漏れによる汚染を防いでいる。主な当院での方法としては、Overlap吻合・デルタ吻合双方で助手と強調しながら補強材付きの自動吻合器で吻合し、挿入孔閉鎖時は補強材の両端を持ち、間を仮閉鎖、その後自動縫合器で縫合閉鎖している。助手が自動吻合器を使用することで、場の展開を3本のロボットアームで施行でき、よりスムーズな体腔内吻合ができると考えている。【対象】2022年4月~2025年1月までの右側結腸切除術26例のうち、体腔内吻合を行った症例15例を対象として検討する（開腹移行例や2病変症例は除外している）。【結果】年齢中央値76歳（54-87歳）、男女比6：9、腫瘍占拠部位は盲腸が3例、上行結腸が6例、横行結腸癌6例で、cStage Ⅰ/Ⅱa/Ⅱb/Ⅲa/Ⅲb/Ⅲcが４/2/0/2/7/0であった。手術時間326分（193-409分）、コンソール時間249分（128-322）出血量15ml（3-153ml）、Overlap吻合10例、デルタ吻合を5例で施行した。食事開始時期3日目（3-7日目）初回排便4日目（3-8日目）、術後在院日数9日（7-28日）であった。腫瘍学的には全症例でD3郭清、R0手術ができており、リンパ節郭清個数21個（7-39個）、pStage Ⅰ/Ⅱa/Ⅱb/Ⅲa/Ⅲb/Ⅲcが5/4/1/0/4/1で、組織型tub1/tub2/porが9/4/1であった。術後合併症は、微小穿孔、脳梗塞が各々1例（Clavien Dindo(CD) GradeⅡ）であった。【結論】まだ症例も少ないが、今回の検討でCD GradeⅢ以上の重症合併症は認めておらず、比較的安全に導入できたと考える。今後定型化を目指し、症例も集積・検討する予定である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:40 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:40 AM UTC Room 7

[O27] 一般演題（口演） 27 ロボット3

座長：肥田 仁一(近畿大学奈良病院消化器外科), 奥山 隆(獨協医科大学埼玉医療センター外科)

[O27-5] 地方市中病院におけるロボット支援下大腸癌手術の導入と現状

倉吉 学, 中原 雅浩, 小野 紘輔, 松森 亮祐, 日野 咲季子, 北村 芳仁, 大塚 裕之, 熊田 高志, 柳川 泉一郎, 坂井 寛, 山木 実, 橋詰 淳司, 徳本 憲昭, 大下 彰彦, 則行 敏生 (厚生連尾道総合病院外科)

【はじめに】当院は広島県尾道市を中心に約24万人の医療圏を担う地方市中病院であり，年間約150例の大腸癌手術を実施している．ロボット支援下大腸癌手術は2024年にようやく開始となり，現在までに約1年が経過した．現在は2名の術者が執刀し，徐々に症例を重ねている段階である．【対象】2024年6月から2025年5月にロボット支援下大腸癌手術を施行した79例．【結果】年齢中央値：74歳（47～90），性別：男44/女35，原発占拠部位：C：10，A：8，T：5，D：6，S・RS：24，Ra：14，Rb：12（術前CRT6）であり，ステージはI：28, II：16，III：30，IV：5であった．術式は回盲部切除：10，右半結腸切除：9，横行結腸切除：1，脾彎曲部切除：6，下行結腸切除：3，S状結腸切除：12，高位前方切除：14，低位前方切除：10，超低位前方切除：9，ISR:1，ハルトマン手術：3，腹会陰式直腸切断術：1であった．手術時間は中央値295分（169～533）と長いが，前半40例：309分/後半39例：278分と徐々に短縮傾向にある．出血量は平均42ml（10～300）であった．Clavien-Dindo Grade 2以上の合併症は8例（10%）に認めた（縫合不全：3（再手術：2），吻合部出血：1，直腸膣瘻：1，神経因性膀胱：1，小腸腹壁瘻：1、肺炎：1）．【現在の取り組み】手術枠の制限および若手外科医の腹腔鏡手術症例確保の理由から現在では直腸癌手術を優先的にロボット支援下手術の適応としている．肝・脾彎曲部の授動を要する場合はコンソール操作前に腹腔鏡操作を取り入れることや，クリップやエネルギーデバイス，ステープラーなどの操作を助手が積極的におこなうことにより手術時間の短縮やコスト削減，助手のモチベーション維持に取り組んでいる．今後もロボットをデバイスの一部と考えて，ロボット単独手術にこだわらずに腹腔鏡手術の利点を生かしながら症例を重ねていく予定である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:40 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:40 AM UTC Room 7

[O27] 一般演題（口演） 27 ロボット3

座長：肥田 仁一(近畿大学奈良病院消化器外科), 奥山 隆(獨協医科大学埼玉医療センター外科)

[O27-6] 人手不足の市中病院におけるロボット支援下直腸癌手術の工夫と術後短期成績の検討

川上 雅代, 上里 安範, 仕垣 幸太郎, 澤岨 安勝, 高江洲 亨, 萩池 昌信, 稲嶺 進 (おもと会大浜第一病院外科)

＜はじめに＞ロボット支援下大腸癌手術は一般市中病院においても広く普及してきているが、限られた経営資源の中で医療を提供するにあたり、消耗品および維持管理費が高額であることが問題となる。しかし、術者、助手とスコピストを必要とする腹腔鏡下手術に対し、術者と助手の2人で完遂できるロボット支援下手術は、外科医不足に苦しむ地方市中病院においてはコスト問題を凌駕する大きなメリットとなり得る。当院では直腸切除時の会陰操作も含め、全ての手術を術者と助手の2人のみで安全に完遂できるよう定型化に取り組んでおり、その方法と成績について検討した。
＜対象と方法＞当院では2024年３月より直腸癌に対するロボット支援下手術(Da Vinci. Xi)を開始、以後2025年4月までに経肛門的器械吻合を施行した直腸癌36例を対象とした。吻合操作方法としては、口側結腸にアンビルヘッドを固定後、腹腔鏡観察下でICGによる血流評価を行い、吻合に必要な視野を確保したのち、Da Vinci.をロールインする。術者はコンソールに移動、視野を再確認したのち、助手が会陰側に移動し自動吻合器の操作を行う。リングを確認し、全周全層でないことを疑う場合には補強縫合を行う。この後、術者が内視鏡を行い、吻合部の観察およびリークテスト陰性を確認し、経肛門ドレーンを留置することとしている。
＜結果＞36例の内訳は男性17例、女性19例。腫瘍局在はRS22例、Ra9例、Rb5例。術式は前方切除術21例、低位前方切除術13例、超低位前方切除術2例。Diverting stomaは3例に造設されていた。前方切除術の2例でファイアリング時にトラブルがあり、再吻合した。リークテスト陽性は1例、全周に補強縫合を行った。経肛門ドレーンは32例に留置されていた。手術時間は中央値340分(Range 202-580分)、コンソール時間は同269分(97-455分)であった。ＣＤ分類Grade II以上の術後合併症はDiverting ileostomyでのoutlet obstructionを1例に認めた。縫合不全の発生はなかった。
＜結語＞導入早期の症例も含めており手術時間は長いものの、術後短期成績には問題を認めなかった。今後も症例を積み重ねて手技を安定させ、時間的効率にも意識をむけていきたい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:40 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:40 AM UTC Room 7

[O27] 一般演題（口演） 27 ロボット3

座長：肥田 仁一(近畿大学奈良病院消化器外科), 奥山 隆(獨協医科大学埼玉医療センター外科)

[O27-7] 市中病院におけるロボット支援大腸癌手術教育

岩田 乃理子, 塚本 史雄, 林 祐美子, 中田 豊, 遠藤 晴久, 中島 康晃, 佐伯 伊知郎, 高橋 定雄, 荻谷 一男 (江戸川病院外科)

【背景・目的】
保険収載を契機に大腸癌領域に対するロボット支援手術が普及しつつある昨今、技術認定未取得の外科医がどのようにトレーニングを積み、技術を習得するかについては課題が多い。当院は2020年4月に直腸癌、2022年6月に結腸癌に対しロボット支援手術を導入し2025年4月までに265例を施行した。そのうち、36.2% 96例は技術認定未取得の若手外科医が術者として執刀した。2023年度に1名、ロボット支援手術にて技術認定を取得した。当院の取り組みと短期成績を示す。
【対象・方法】
2020年4月から2025年4月に技術認定未取得外科医が施行したロボット支援大腸癌手術96例の短期成績を検討した。
【結果】
患者背景は年齢中央値76(38-93)歳、BMI中央値22.5(13.9-39.1)kg/m2、男女比： 54:42 、術式は、回盲部切除術20例、結腸右半切除術9例、結腸左半切除術6例、下行結腸切除術3例、S状結腸切除術20例、高位前方切除術19例、低位前方切除術10例、直腸切断術1例、ハルトマン手術8例であった。直腸癌手術時間中央値271（144-417）分、出血量中央値4(0-160)ml、結腸癌手術時間中央値196（137-370）分、出血量中央値0(0-40)mlであった。術後合併症はClavien-Dindo分類GradeIII以上は5例(骨盤死腔炎、縫合不全、腸閉塞）であった。術後在院日数中央値は6(6-44)日であった。開腹移行はなかった。当院のような市中病院において教育的視点から考えるロボット支援手術の利点は、①少人数での手術が可能であること、②術野を変えず術者交代がスムーズにできるため部分執刀がしやすいこと、③アノテーション機能の活用、④術中音声録音により術者だけでなく指導的助手も振り返り学習が可能であることが挙げられる。ポート配置および手術手順を定型化し、S状結腸切除・高位前方切除の部分執刀から導入し、授動、血管処理の順に手技取得を目指して指導を行っている。
【結論】技術認定未取得の若手外科医によるロボット支援大腸癌手術の短期成績は良好であり安全に行うことができた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:40 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:40 AM UTC Room 7

[O27] 一般演題（口演） 27 ロボット3

座長：肥田 仁一(近畿大学奈良病院消化器外科), 奥山 隆(獨協医科大学埼玉医療センター外科)

[O27-8] ロボット手術症例での技術認定医取得へ向けた当院の取り組み

今里 亮介, 久米 徹, 川口 真智子, 山田 卓司, 山下 信吾, 大木 岳志, 高西 喜重郎 (東京都立多摩北部医療センター消化器外科)

2023年度より日本内視鏡外科学会技術認定制度において食道・胃・大腸領域のロボット支援手術の症例が審査対象となった。近年、ロボット導入の施設は年々増加しており、今後ロボット支援手術症例での技術認定医取得を目指す外科医は増加すると予想される。現在、当院では結腸癌・直腸癌の症例を原則として全例(気腹困難症例や高度癒着症例除く)ロボット支援下で行なっており、若手外科医もロボット支援症例での技術認定医取得へ向けて修練を積んでいる。これまでロボット支援手術での大腸領域の技術認定医取得者は2023年度が4名、2024年度が12名と少なく、狭き門であるのが現状である。腹腔鏡手術との違いやロボット手術の特徴を踏まえ、S状結腸癌・RS直腸癌5例の症例の経験を通して、当院でのロボット支援手術における技術認定医取得へ向けた取り組みについて発表する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:40 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:40 AM - 6:30 AM UTC Room 7

[O28] 一般演題（口演） 28 ロボット4

座長：松山 貴俊(埼玉医科大学総合医療センター消化管外科・一般外科), 永吉 絹子(九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科)

[O28-1]

Hugo RAS systemによるロボット支援下大腸手術の定型化から若手外科医の育成にむけて

長山 聡, 橋本 恭一, 中山 雄介, 我如古 理規, 岡本 三智夫, 野村 勇貴, 武内 悠馬, 竹内 豪, 藤岡 祥恵, 植田 圭祐, 島田 明, 角田 海斗, 久保田 良浩 (宇治徳洲会病院外科)

[O28-2]

若手医師と行うロボット支援腹腔鏡下回盲部切除術の工夫と短期成績

河合 賢二, 德山 信嗣, 高橋 佑典, 俊山 礼志, 山本 昌明, 酒井 健司, 竹野 淳, 濵 直樹, 宮崎 道彦, 平尾 素宏, 加藤 健志 (国立病院機構大阪医療センター外科)

[O28-3]

レジデントによるロボット支援手術での最年少技術認定取得を目指して

河口 恵, 賀川 義規, 長谷川 健太, 深井 智司, 森 良太, 北風 雅敏, 三代 雅明, 末田 聖倫, 西村 潤一, 安井 昌義, 菅生 貴仁, 牛丸 裕貴, 小松 久晃, 柳本 喜智, 金村 剛志, 山本 和義, 後藤 邦仁, 小林 省吾, 宮田 博志, 大植 雅之 (大阪国際がんセンター)

[O28-4]

市中病院における若手外科医によるロボット支援下直腸癌手術の短期成績

筒山 将之, 木村 優梨香, 大重 英昭, 岩﨑 真由子, 安井 知樹, 桑野 誠也, 平野 豪, 北條 由実子, 岩田 尚樹, 間下 直樹, 小林 大介, 杉本 博行, 望月 能成 (小牧市民病院消化器外科)

[O28-5]

多発大腸癌に対するロボット支援手術

藤森 大輔, 北林 大暉, 加藤 一希, 林 雅人, 吉村 隆宏, 澤田 幸一郎, 林 泰寛, 尾山 佳永子, 小竹 優範, 原 拓央 (厚生連高岡病院外科)

[O28-6]

腹腔鏡下手術を併用し、ロボット支援下手術を施行したPersistent Descending Mesocolonを伴う直腸癌の1例

團野 克樹, 深田 唯史, 武田 和, 山本 彗, 東口 公哉, 野口 幸藏, 平尾 隆文, 関本 貢嗣, 岡 義雄 (箕面市立病院外科)

[O28-7]

局所進行直腸癌に対して術前化学放射線療法後にTpTME併用ロボット支援下腹会陰式直腸切断術、両側側方郭清、仙骨合併切除を施行した１例

豊田 尚潔, 中西 亮, 宮倉 安幸 (栃木県立がんセンター大腸骨盤外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:40 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:40 AM - 6:30 AM UTC Room 7

[O28] 一般演題（口演） 28 ロボット4

座長：松山 貴俊(埼玉医科大学総合医療センター消化管外科・一般外科), 永吉 絹子(九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科)

[O28-1] Hugo RAS systemによるロボット支援下大腸手術の定型化から若手外科医の育成にむけて

長山 聡, 橋本 恭一, 中山 雄介, 我如古 理規, 岡本 三智夫, 野村 勇貴, 武内 悠馬, 竹内 豪, 藤岡 祥恵, 植田 圭祐, 島田 明, 角田 海斗, 久保田 良浩 (宇治徳洲会病院外科)

当院では2021年12月よりda Vinci Xi dual consoleを用いたロボット支援下手術(RAS)を開始し、2023年12月にHugo RAS systemを導入した。現在では、若手外科医のRAS執刀機会を増やすために、大腸手術は全例Hugoで行っている。これまでにRAS直腸手術は104症例(da Vinci 67、Hugo 37)、RAS結腸手術は78症例(da Vinci 26、Hugo 52)を経験した。Hugo直腸37症例に関しては、ステント留置症例3、前治療症例3を含み、高位前方切除12、低位前方切除8、超低位前方切除8(吻合レベルAV3cm(2)、AV2cm(4)、AV1cm(1)、AV0.5cm(1))、ハルトマン手術3、直腸切断術6で、側方郭清も2例で施行した。Hugo結腸52症例に関しては、ステント留置症例8を含み、回盲部切除12, 結腸右半切除11、結腸拡大右半切除4, 横行結腸切除6、結腸左半切除2、下行結腸切除4、S状結腸切除12、結腸全摘1であった。結腸再建は体腔内デルタ吻合を基本としている(体腔内デルタ吻合33, 体腔外FEEA 6、DST 13)。Hugoの特徴はロボットアームが独立していること、アームの可動域が非常に広いことである。これらの特徴を最大限に生かしつつ、腹腔鏡下手術の手技やデバイスを用いて助手と協調して作業するHybrid RAS様式と融合させて、助手がアームの干渉を受けずにストレスなく作業出来るようにポート配置を定型化している。直腸手術では水平一直線のポート配置で左手2本のスタイルとし、患者右側に助手用ポートを2本配置する。結腸手術では病変部位を標的にした一直線のポート配置に加えて、恥骨上にPfannenstiel切開を置き、助手が2本の鉗子を使って積極的に手術に参加する。腹腔鏡下手術のデバイスを用いて、腸間膜処理や血管のclipping、体腔内吻合のstaplingを助手が行うようにする。助手参加型の手術スタイルであるHybrid RASは、助手に術者的役割を与える事で手術に対する意欲を湧かせ、助手の積極的な手術への参加を促すとともに、コスト削減の観点からも有益である。今後ロボット手術が主流となることを想定し、若手外科医の育成のためにも、卒後早期からロボット手術に参加(執刀および助手)できるように、すでに定型化されたHybrid RAS様式のHugoによる大腸手術を継続していく。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:40 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:40 AM - 6:30 AM UTC Room 7

[O28] 一般演題（口演） 28 ロボット4

座長：松山 貴俊(埼玉医科大学総合医療センター消化管外科・一般外科), 永吉 絹子(九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科)

[O28-2] 若手医師と行うロボット支援腹腔鏡下回盲部切除術の工夫と短期成績

河合 賢二, 德山 信嗣, 高橋 佑典, 俊山 礼志, 山本 昌明, 酒井 健司, 竹野 淳, 濵 直樹, 宮崎 道彦, 平尾 素宏, 加藤 健志 (国立病院機構大阪医療センター外科)

【背景】2022年4月より結腸癌に対するロボット支援手術が保険適応となったことを受け、当院でも結腸癌に対するロボット支援手術を開始した。回盲部切除術においても手術手技の定型化を進めてきた。現在では若手医師の指導を行いながら手術を実施している。【対象と方法】2022年12月から2023年11月までに当院でロボット支援腹腔鏡下回盲部切除術を施行した15例を後方視的に検討した。【手術手技】手術は時間内に安全に過不足のない手術が行えるなら、できるところまで若手医師が執刀し、その後プロクターが交代することにしている。臍部の小開腹を先行させてラッププロテクター・EZアクセスを用いて気腹を開始、8mm da Vinci用ポートを右下腹部（1st arm）・下腹部正中(2nd arm)・左下腹部(3rd arm)・左上腹部(4th arm)に計4本挿入する。2nd armから斜視鏡、鉗子は1st arm: Fenestrated Bipolar Forceps、3rd arm: Monopolar Curved Scissors、4th arm: Tip-Up Fenestrated Grasperを用いる。5度程度の頭低位・左側低位とし、小腸を左上腹部に排除したのち回腸末端近傍から後腹膜アプローチを開始する。回腸末端近傍から、あえて尿管・性腺動静脈をメルクマールとして意識しながら結腸授動を開始し、上行結腸をめくるように十二指腸を露出させるところまで右側結腸の授動をおこなう。当院でのセッティングでは頭側からの横行結腸授動はやや難しいためできるだけ外側からの授動を進めておく。続いて上腸間膜静脈左縁まで回結腸動静脈領域の廓清を行い、体外で腸管切離・機能的端々吻合を行う。尿管・性腺動静脈・十二指腸を意識して視認することで、安全に温存することができる。【結果】性別の内訳は男性5例・女性10例で、年齢は中央値75.5歳（60-91）であった。原発部位は盲腸6例、上行結腸9例であった。手術時間中央値は225分(155-635)、コンソール時間中央値は99分(56-203)、出血量中央値は0ml(0-60)、Clavien-Dindo 分類II以上の合併症は認めなかった。【まとめ】ロボット支援腹腔鏡下回盲部切除術の定型化を進め、若手医師も安全に手術を実施可能であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:40 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:40 AM - 6:30 AM UTC Room 7

[O28] 一般演題（口演） 28 ロボット4

座長：松山 貴俊(埼玉医科大学総合医療センター消化管外科・一般外科), 永吉 絹子(九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科)

[O28-3] レジデントによるロボット支援手術での最年少技術認定取得を目指して

河口 恵, 賀川 義規, 長谷川 健太, 深井 智司, 森 良太, 北風 雅敏, 三代 雅明, 末田 聖倫, 西村 潤一, 安井 昌義, 菅生 貴仁, 牛丸 裕貴, 小松 久晃, 柳本 喜智, 金村 剛志, 山本 和義, 後藤 邦仁, 小林 省吾, 宮田 博志, 大植 雅之 (大阪国際がんセンター)

【はじめに】
2022年の指針改訂により、若手外科医である私たちレジデントも、ロボット支援内視鏡手術（以下、ロボット手術）の術者として早期から経験を積むことが可能となった。さらに2023年度には、大腸領域のロボット手術が技術認定審査の対象に加わった。ロボット手術は高精度な3Dビューにより解剖を立体的に把握でき、多関節鉗子による精緻な操作が可能で、若手術者にも優れた学習環境を提供する。当院では2024年より、レジデントが執刀医として技術認定取得を目指す教育体制が整備された。私自身も腹腔鏡ではなくロボット手術での認定取得に挑戦している。
【術者資格】
開腹・腹腔鏡手術の基礎習得に加え、シミュレーターによる視覚―手指協調トレーニングやロボット手術助手経験を課し、段階的かつ安全性を重視した教育を行っている。
【教育体制】
　術野展開では、ロボット手術のメリットを活かし、3本の鉗子と生体付着部位を利用して“面”を形成し、そこに垂直方向の牽引を加えることで正確な切離ラインを明確化する。多関節鉗子でそのラインをトレースし、左右の手の協調運動で連続的に描出することで、安全かつ効率的な切離が可能となる。こうした手技の定型化と簡素化により、若年術者であっても手術時間の延長なく完遂が可能である。また、手術動画を用いた術後カンファレンスを通じて、反復的な学習と技術の定着を図っている。
【結果】
　レジデントによる大腸癌に対するロボット支援手術37例の検討では、手術時間中央値（IQR）：208分（150‐262）、コンソール時間：155分（115‐188）、出血量：0mL（0‐80）であり、Clavien-Dindo分類3以上の術後合併症は認めなかった。
【結語】
技術認定医は優れた技術だけでなく、後進の教育にも携わる責務があり、若手の段階からその役割を意識することが重要である。本取り組みは、私たち若手外科医が最年少での認定取得を目指し、将来の指導医としての基盤を築く有意義な機会となっている。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:40 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:40 AM - 6:30 AM UTC Room 7

[O28] 一般演題（口演） 28 ロボット4

座長：松山 貴俊(埼玉医科大学総合医療センター消化管外科・一般外科), 永吉 絹子(九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科)

[O28-4] 市中病院における若手外科医によるロボット支援下直腸癌手術の短期成績

筒山 将之, 木村 優梨香, 大重 英昭, 岩﨑 真由子, 安井 知樹, 桑野 誠也, 平野 豪, 北條 由実子, 岩田 尚樹, 間下 直樹, 小林 大介, 杉本 博行, 望月 能成 (小牧市民病院消化器外科)

【緒言】
術者条件の改定やCertification取得費用の無償化により、技術認定医をもたない若手外科医によるロボット支援下直腸がん手術（Robotic-assisted Rectal Surgery: RRS）の普及が進んでいる。当科では2020年2月よりRRSを導入し、2023年5月より若手医師が執刀を開始した。
【目的・方法】
若手医師によるRRSの短期成績とその安全性を評価することを目的とした。2020年2月から2024年12月までにRRSを施行した原発性直腸がん149例を、若手医師が執刀した症例（A群）と技術認定医を有する症例（B群）に分け、患者背景や手術成績、術後合併症などを後ろ向きに比較検討した。
【結果】
対象患者はA群35例、B群114例で、年齢中央値（範囲）はA群73歳（41-82歳）vs B群70歳（21-84歳）であった。性別（男性）はA群24例（68.6%）vs B群70例（61.4%）、BMI中央値はA群21.9（18.4-27.1）vs B群23.2（19.1-31.6）、主占居部位（RS/Ra/RbP）はA群14/11/10例 vs B群45/28/41例であり、これらには統計学的有意差は認められなかった。
手術時間中央値はA群300分（203-523分）vs B群271分（146-624分）、TMEまでのコンソール時間中央値はA群198分（122-310分）vs B群133分（90-210分）で、いずれもB群が有意に短かった（$p<0.05$）。出血量はA群25ml（1-355ml）vs B群13ml（1-2216ml）で有意差は認められなかった。いずれの群においても腹腔鏡や開腹手術への移行はなかった。
中枢側リンパ節郭清個数中央値はA群18個（4-42個）vs B群17個（3-44個）で有意差は認められなかった。Grade 3b以上の術後合併症はA群2例（5.7%）vs B群6例（5.2%）であり、術後在院日数はA群9日（6-168日）vs B群9日（6-45日）で有意差は認められなかった。
【結語】
若手医師によるRRSは技術認定医を持つ上級医と比較して手術時間やコンソール時間は長くなるものの、術後合併症等の成績は同等であった。症例経験を積むことによってさらに短期成績の改善が期待される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:40 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:40 AM - 6:30 AM UTC Room 7

[O28] 一般演題（口演） 28 ロボット4

座長：松山 貴俊(埼玉医科大学総合医療センター消化管外科・一般外科), 永吉 絹子(九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科)

[O28-5] 多発大腸癌に対するロボット支援手術

藤森 大輔, 北林 大暉, 加藤 一希, 林 雅人, 吉村 隆宏, 澤田 幸一郎, 林 泰寛, 尾山 佳永子, 小竹 優範, 原 拓央(厚生連高岡病院外科)

【緒言】ロボット手術の普及や適応拡大に伴い、多臓器にわたる重複癌症例や多発大腸癌症例における同時切除も増加傾向にある。単孔式ロボットの出現は大きなインパクトを与えているがその導入施設は少なく、多くは従来の腹腔鏡手術や多孔式ロボットでの手術となっている。当院ではda Vinci Xiを用いて2019年より直腸切除を、2022年より結腸癌手術を行っており、重複癌症例や多発大腸癌症例に対してもロボット手術を施行している。
【方法】当科でロボット手術を施行した多発大腸癌症例を対象に後方視的な検討を行った。
【結果】2022年4月～2025年4月の期間に、術前に多発大腸癌と診断しロボット手術を施行した症例は9例であった。内訳としては、①右側結腸切除（上行～右側横行結腸癌）と前方切除（S状結腸～直腸癌）を併施した症例が6例、②下行結腸部分切除と括約筋間切除が1例、③右側結腸切除と下行結腸部分切除が1例、④結腸亜全摘が1例（上行結腸癌と下行結腸癌）であった。多発大腸癌に対するロボット手術において最も苦慮したのがポートプレイスメントであった。術式ごとの創の数（小開腹創含む）はそれぞれ①で6–8つ、②で6つ、③で5つ、④で7つであった。①では再建方法やアシストポートの有無、カメラポートの位置などによって創の数に差異が見られていた。
【考察】腹腔鏡手術においては臍を中心としたスクエアのポートプレイスメントを取ることで5つの創でほぼ全大腸の病変へのアプローチが可能である。ロボット手術においては病変の局在によってポートプレイスメントの調整が不可欠であり、多くの場合で創の追加が必要となる。多発大腸癌に対するロボット手術は腹腔鏡手術と比較して腹壁への影響という観点では侵襲増大となるが、それを差し引いてもロボット手術の精緻性、骨盤内での操作性、術野の安定性など得られる恩恵は大きいと考えられる。
【結語】多発大腸癌に対するロボット手術は有用であると考えられるが、ポート創への配慮が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:40 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:40 AM - 6:30 AM UTC Room 7

[O28] 一般演題（口演） 28 ロボット4

座長：松山 貴俊(埼玉医科大学総合医療センター消化管外科・一般外科), 永吉 絹子(九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科)

[O28-6] 腹腔鏡下手術を併用し、ロボット支援下手術を施行したPersistent Descending Mesocolonを伴う直腸癌の1例

團野 克樹, 深田 唯史, 武田 和, 山本 彗, 東口 公哉, 野口 幸藏, 平尾 隆文, 関本 貢嗣, 岡 義雄 (箕面市立病院外科)

【はじめに】Persistent Descending Mesocolon（PDM）は、発生過程で左側結腸が壁側腹膜と癒合せず、下行結腸が内側に変位する比較的稀な固定異常である。PDM患者では下行結腸だけでなくS状結腸も内側から右側に変位し、小腸間膜や右骨盤壁に癒着する。そのため腹腔鏡下手術では解剖認識や癒着剥離手順など手術手技に工夫を要し、非PDM症例と比較して、手術時間の延長が報告されており、縫合不全の独立した危険因子とも報告されている。
ロボット支援下手術は一般的に「精密な小さな動き」を得意とする一方で、「大きな動き」や「広範囲の操作」は苦手とされる傾向がある。今回我々は、腹腔鏡下手術を併用し癒着剥離を行い、ロボット支援下手術を施行したので報告する。
【症例】症例は 80代、男性。貧血、便潜血陽性にて下部消化管内視鏡検査を行い、上部直腸に2型進行癌を認めた。腹部造影CT 検査では下行結腸が内側に変位しており、PDMを伴う直腸癌と診断したが、血管分岐はIMA からLCA、S状結腸動脈(SA)がそれぞれ独立分岐した独立分岐型であった。
術中所見では下行結腸は内側に変位し、S状結腸は骨盤内右側腹膜および小腸間膜と広く癒着していた。まずは腹腔鏡下に癒着剥離を行い、S状結腸間膜右側を露出させ、続いてロボット支援下に内側から下腹神経前筋膜の層で剥離を行い左側結腸を授動。その後はロボット支援下の安定した視野で、通常の直腸低位前方切除術を行なった。血管走行異常を考慮し、ICG蛍光法により吻合腸管の良好な血流を確認し安全に吻合を行った。術後合併症は認めなかった。
【まとめ】PDM の解剖学的特徴を理解し、注意深く手術操作を行うことでPDM症例においてもロボット支援下手術を安全に行うことができる。今回、癒着剥離を腹腔鏡下に行うことで、ロボット支援下手術の弱点を補うことが可能であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 2:40 PM - 3:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:40 AM - 6:30 AM UTC Room 7

[O28] 一般演題（口演） 28 ロボット4

座長：松山 貴俊(埼玉医科大学総合医療センター消化管外科・一般外科), 永吉 絹子(九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科)

[O28-7] 局所進行直腸癌に対して術前化学放射線療法後にTpTME併用ロボット支援下腹会陰式直腸切断術、両側側方郭清、仙骨合併切除を施行した１例

豊田 尚潔, 中西 亮, 宮倉 安幸 (栃木県立がんセンター大腸骨盤外科)

症例は70代男性。下血を主訴に近医を受診され、精査の結果、直腸Rbに全周性の腫瘍性病変を認め、かつ腹部造影CT検査、造影MRI検査にて多発リンパ節腫大と仙骨Ｓ４以下に浸潤を疑う所見を認めたため、治療目的にて当センターへ紹介となった。検討の結果、術前化学放射線療法後に手術の方針とし、Long course chemoradiotherapy (Capecitabine+50.4Gy)を施行した。治療効果判定はPRであったが、仙骨S4に接する軟部影には変化が見られなかった。化学放射線療法後から12週間後にTpTME併用ロボット支援下マイルズ手術、仙骨S3/4合併切除を施行した。手術操作は2チームで開始し、ロボット手術による腹腔内操作と会陰操作を同時に進行した。腹腔内操作では仙骨Ｓ３まで背側の剥離を行なった後、両側側方郭清に移行し、Ｓ３より尾側で尿管を温存しつつ尿管下腹神経筋膜合併切除とした。仙骨切離の際の出血予防のため、両側上臀動脈分岐を確認後に内腸骨動脈本幹を結紮した。腹腔内からロボット支援下の視野で確認を行いながらTpTMEの剥離層と腹腔内の剥離層を前立腺背側・直腸腹側で交通させた。その後、8時～４時方向までを完全に剥離した後に、体位を腹臥位として仙骨切除を行い、検体を仙骨部の創部より摘出した。骨盤内の死腔予防のため、形成外科により左前外側大腿筋皮弁の充填を行なった。術後は仙骨部の創傷治癒遅延、創離開を認めたが、デブリドマン・再縫合により軽快され、第39病日に退院となった。現在まで無再発生存中である。仙骨浸潤を疑う局所進行直腸癌に対してTpTME併用ロボット支援下マイルズ手術を施行した症例は稀であり、かつ後方浸潤のため通常のTMEが困難な症例に対して、ロボット支援下手術とTpTMEの併用は極めて有用であったため、若干の文献学的考察を交えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 7

[O29] 一般演題（口演） 29 ロボット5

座長：發知 将規(愛媛県立中央病院消化器外科), 近藤 宏佳(多摩総合医療センター)

[O29-1]

ロボット1日縦2件とFusion Surgeryが教育・コストを意識した今後のロボット時代には重要となる

西沢 佑次郎, 畑 泰司, 奥村 元紀, 麦谷 聡, 明石 大輝, 竹内 一将, 中森 健人, 進藤 実希, 林 信貴, 横内 隆, 橋本 雅弘, 加藤 信弥, 森本 祥悠, 古川 健太, 広田 将司, 友國 晃, 宮崎 安弘, 本告 正明, 岩瀬 和裕, 藤谷 和正 (大阪急性期・総合医療センター消化器外科)

[O29-2]

当院でのロボット支援大腸切除術の現状とこれから

仲本 嘉彦, 松木 豪志, 長野 心太, 古出 隆大, 一瀬 規子, 藤川 正隆, 岩崎 寿光, 中島 隆善, 岡本 亮, 生田 真一, 相原 司, 柳 秀憲, 山中 若樹 (明和病院外科)

[O29-3]

技術認定取得への挑戦―ロボット支援S状結腸切除術の定型化―

櫻庭 駿介[1], 村山 倫太郎[1], 尾立 路輝[1], 石塚 ジュスタン正也[1], 石岡 直留[1], 花川 翔太[1], 秋間 龍之介[1], 仁平 高朔[1], 山本 陸[1], 加藤 永記[1], 上田 脩平[1], 宮下 真美子[1], 中村 和正[2], 小井土 耕平[2], 大島 健志[2], 間 浩之[2], 大端 考[2], 櫛田 知志[1], 伊藤 智彰[1], 佐藤 浩一[1] (1.順天堂大学医学部附属静岡病院外科, 2.静岡県立総合病院)

[O29-4]

当院における若手医師の直腸癌に対するロボット手術と腹腔鏡手術の治療成績の検討

大重 英昭, 筒山 将之, 望月 能成, 杉本 博行, 小林 大介, 間下 直樹, 北條 由実子, 桑野 誠也, 安井 知樹 (小牧市民病院外科)

[O29-5]

ロボット大腸癌手術におけるSecond surgeon以降の術者育成と短期成績

外岡 亨, 早田 浩明, 千葉 聡, 成島 一夫, 磯崎 哲朗, 天海 博之, 平澤 壮一朗, 桑山 直樹, 加野 将之, 鍋谷 圭宏 (千葉県がんセンター食道・胃腸外科)

[O29-6]

ロボット支援手術での大腸外科技術認定取得を目指した指導体制と研修の実際

加藤 博樹, 出嶋 皓, 坂元 慧, 中守 咲子, 高雄 美里, 中野 大輔, 川合 一茂 (東京都立駒込病院)

[O29-7]

SureForm™ Staplerのログデータから解析した縫合機器使用に関する検討

番場 嘉子, 小川 真平, 二木 了, 金子 由香, 近藤 侑鈴, 腰野 蔵人, 谷 公孝, 前田 文, 前田 新介, 伊藤 俊一, 山口 茂樹 (東京女子医科大学消化器・一般外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 7

[O29] 一般演題（口演） 29 ロボット5

座長：發知 将規(愛媛県立中央病院消化器外科), 近藤 宏佳(多摩総合医療センター)

[O29-1] ロボット1日縦2件とFusion Surgeryが教育・コストを意識した今後のロボット時代には重要となる

西沢 佑次郎, 畑 泰司, 奥村 元紀, 麦谷 聡, 明石 大輝, 竹内 一将, 中森 健人, 進藤 実希, 林 信貴, 横内 隆, 橋本 雅弘, 加藤 信弥, 森本 祥悠, 古川 健太, 広田 将司, 友國 晃, 宮崎 安弘, 本告 正明, 岩瀬 和裕, 藤谷 和正
(大阪急性期・総合医療センター消化器外科)

【背景】ロボット支援大腸手術が普及している現在、その課題はロボット枠の制限、手術時間、教育、コストなどが挙げられる。当センターでは2021年12月より1日縦2件のロボット手術を開始し様々なノウハウを得てきた。教育面でも医師3-5年目が執刀する「レジロボ」やロボットでの内視鏡技術認定医試験に取り組んできた。
【1日縦2件】ロボット枠の有効利用には1日縦2件が必要であり、チーム全体で手術時間以外をできる限り短縮する意識が重要となる。その中で教育面も考慮すると手術時間は遅くとも1件3時間以内が必要となる。2024年12月までに合計165回（330症例）の縦2件を施行し、1件目入室～2件目退室までが、8時間以内（目標50%）が38.8%、9時間以内（目標85%）が78.8%であった。
【Fusion Surgery、教育】ロボット普及に伴い、若手外科医の腹腔鏡の修練機会が減少している。当センターでは大腸癌は全例ロボット手術を選択している。緊急手術での腹腔鏡・開腹の経験はもちろんだが、普段のロボット手術の中にも助手として腹腔鏡操作の機会を作る必要があると考え、我々は「助手を使ったロボット手術（Fusion Surgery）」を採用している。助手の経験がロボット術者をする際に役立ち、チームとしての成熟に繋がると考えている。また、2024年度より技術認定医もロボットのみでの申請とした。ロボット術者は術者・助手・カメラマンの一人三役をするため腹腔鏡よりロボットの方が技術認定医の評価に適していると考える。2024年度は1名合格し、2025年度も1名提出予定である。
【コスト】1日縦2件やFusion Surgeryによるデバイス選択がコスト削減に繋がると考える。
【結語】コストや教育を意識したロボット手術は今後必須であり、ロボット1日縦2件とFusion Surgeryは有効な手段と考える。ビデオを呈示し当院の取り組みを報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 7

[O29] 一般演題（口演） 29 ロボット5

座長：發知 将規(愛媛県立中央病院消化器外科), 近藤 宏佳(多摩総合医療センター)

[O29-2] 当院でのロボット支援大腸切除術の現状とこれから

仲本 嘉彦, 松木 豪志, 長野 心太, 古出 隆大, 一瀬 規子, 藤川 正隆, 岩崎 寿光, 中島 隆善, 岡本 亮, 生田 真一, 相原 司, 柳 秀憲, 山中 若樹 (明和病院外科)

当院では手術支援ロボットhinotoriを2023年10月に導入し、12月より直腸癌手術を開始し、2024年1月より結腸癌手術を開始した。他社製経験もなく、泌尿器でもなく、消化器外科より始めた稀な施設である。現在まで107例（直腸癌68例、結腸癌39例）のhinotoriによる大腸手術を経験した。右手にはモノポーラハサミを用い、神経周囲で過敏に反応する際は左手のバイポーラで焼灼後にコールドカットを行う。エネルギーデバイスは側方郭清が必要な直腸切除と間膜処理や大網切除が必要な結腸切除でのみ使用、クリップも助手側から行いコスト削減に努めている。結腸右半切除術では内側アプローチで開始し、回腸切離を先行して後腹膜・外側剥離を行い、肝湾曲も内側より切離するが、hinotoriでは体位変換ができないための工夫である。体腔内吻合を行い、恥骨上小切開を置くことで腹壁ヘルニアを防止している。当院ではT3以深およびN1以上の切除可能局所進行下部直腸癌には基本的にSCRT（25Gy／10fraction）を行い、腫瘍縮小が得られる約1か月の術前待機期間後に根治手術を、T4以深およびT3N2以上の局所進行下部直腸癌に対してはTNT(Total Neoadjuvant Therapy)としてSCRTの前に全身化学療induction chemotherapy（ICT）を行っており、CRTは13例、うちTNTは5例に施行した。SCRTの1か月後の手術では、線維化も著明ではなく、ロボット手術との相性が良いと感じている。前方から左右挙筋まで剥離し、後面操作を後で行うことで浸出液での視野不良を回避している。SCRTの影響で浸出液やスモークが多いためネラトンや助手の吸引が適宜必要である。ロボット支援下では十分な肛門管剥離によりDST吻合ができることも多い。術後合併症は腸閉塞2例（イレウス管1例、バイパス手術1例）、ポートサイトヘルニア1例で、ロボット手術に起因するものは認めていない。今後は若手外科医育成が必要であり、教育面ではアノテーションを用いた指導は有効であると感じている。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 7

[O29] 一般演題（口演） 29 ロボット5

座長：發知 将規(愛媛県立中央病院消化器外科), 近藤 宏佳(多摩総合医療センター)

[O29-3] 技術認定取得への挑戦―ロボット支援S状結腸切除術の定型化―

櫻庭 駿介[1], 村山 倫太郎[1], 尾立 路輝[1], 石塚 ジュスタン正也[1], 石岡 直留[1], 花川 翔太[1], 秋間 龍之介[1], 仁平 高朔[1], 山本 陸[1], 加藤 永記[1], 上田 脩平[1], 宮下 真美子[1], 中村 和正[2], 小井土 耕平[2], 大島 健志[2], 間 浩之[2], 大端 考[2], 櫛田 知志[1], 伊藤 智彰[1], 佐藤 浩一[1] (1.順天堂大学医学部附属静岡病院外科, 2.静岡県立総合病院)

＜緒言＞
2023年度より大腸領域の技術認定申請にロボット支援手術が認められた。筆者は2022年度より技術認定取得に挑戦し、腹腔鏡手術で2度の不合格を経験したが、2024年度にロボット支援手術により合格に至った。ロボット支援手術は、術者がカメラ・鉗子を操作するソロサージェリーの要素が強く、手術全体の統率力がより求められる。一方で、症例毎の術者へのフィードバックが豊富であり、技術認定取得に有用なツールであると実感している。今回は技術認定合格に至った手術手技の定型化について、ビデオを供覧しながら報告する。
＜手術手技＞
支援機器はDa Vinci Xi。臍部に5㎝の小開腹をおき、創縁保護器具を装填し気腹を行う。ポート配置（括弧内はアーム番号）は以下。右下腹部に12mm（R4）、臍部小切開に8mm（R2）、R4とR2の中点で右下腹部に8mm（R3）、左上腹部に8mm（R4）、これら4ポートを左上がり一直線に挿入。右季肋下に12mmの助手ポートを挿入。内側アプローチで開始し、IMAは術者がロボットクリップで処理し、IMV/LCAは助手がクリップ処理を行う。結腸間膜の挙上はR4と助手鉗子が共同で行い、術野を展開する。外側授動では、術者と助手で下行結腸を内側へ牽引し、大きな視野展開でスムーズな切離操作を心がける。骨盤操作では自律神経温存と間膜損傷に留意し直腸を授動する。腸間膜処理は、術者がバイポーラまたはシーリングデバイスを用いて行う。腸管切離は、助手がR4から自動縫合器を挿入して行う。ロールアウト後に腹腔鏡下で吻合操作を行う。
＜結語＞
技術認定取得を目指した手術の定型化においては、①従来の腹腔鏡手術の継承、②ロボット支援手術の利点の活用、③助手との役割分担が重要であった。ロボット支援手術では、術者の主体性が求められ、それは技術認定制度の理念にも合致するものである。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 7

[O29] 一般演題（口演） 29 ロボット5

座長：發知 将規(愛媛県立中央病院消化器外科), 近藤 宏佳(多摩総合医療センター)

[O29-4] 当院における若手医師の直腸癌に対するロボット手術と腹腔鏡手術の治療成績の検討

大重 英昭, 筒山 将之, 望月 能成, 杉本 博行, 小林 大介, 間下 直樹, 北條 由実子, 桑野 誠也, 安井 知樹 (小牧市民病院外科)

【背景】
近年、直腸癌に対してロボット支援手術が急速に普及しており、外科医が早期からロボット支援手術に携わる機会が増加している。熟練した外科医によるロボット支援手術と腹腔鏡手術の成績比較に関する報告は蓄積されつつあるが、若手外科医による手術に関する検討は依然として限られている。
【対象と方法】
２０１８年から２０２４年に当院で施行された直腸癌に対する内視鏡手術のうち、若手医師（卒後１０年目以内）が執刀しＲ０切除が達成された８６例を対象とし、それらをロボット支援手術群と腹腔鏡手術群に分けてレトロスペクティブに検討した。
【結果】
ロボット支援手術群は２９例、腹腔鏡手術群は５７例であった。術式の選択に大きな偏りはみられなかった。年齢の中央値（範囲）はロボット群７３歳（４１–８２歳）、腹腔鏡群７２歳（３０–９５歳）であった。手術時間はそれぞれ２９５分（２０３–５２３分）と２７６分（１４２–５２５分）、出血量は２５ｍｌ（0–２６８ｍｌ）と２４ｍｌ（1–１０３９ｍｌ）であった。術後在院日数はロボット群１１日（6–１６８日）、腹腔鏡群１０日（6–４６日）であり、いずれの項目においても有意差は認められなかった。Ｃｌａｖｉｅｎ－Ｄｉｎｄｏ分類Ｇｒａｄｅ　ＩＩＩ以上の術後合併症は、ロボット群で３例（縫合不全２例、肺炎１例）、腹腔鏡群で４例（縫合不全３例、直腸膣瘻１例）発生し、その頻度にも有意な差はみられなかった。
【結語】
若手医師によるロボット支援手術は、腹腔鏡手術と比較して手術成績や安全性に大きな差を認めず、十分に許容される術式と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 7

[O29] 一般演題（口演） 29 ロボット5

座長：發知 将規(愛媛県立中央病院消化器外科), 近藤 宏佳(多摩総合医療センター)

[O29-5] ロボット大腸癌手術におけるSecond surgeon以降の術者育成と短期成績

外岡 亨, 早田 浩明, 千葉 聡, 成島 一夫, 磯崎 哲朗, 天海 博之, 平澤 壮一朗, 桑山 直樹, 加野 将之, 鍋谷 圭宏
(千葉県がんセンター食道・胃腸外科)

【背景】本邦におけるロボット大腸癌手術は症例数の増加に伴い、各施設にてSecond surgeon以降の術者育成が進んでいる。【目的】当科でのロボット大腸癌手術におけるSecond surgeon以降の術者育成状況、および短期成績について検証する。【方法】当科ロボット大腸癌手術は2019年6月よりFirst surgeonが立ち上げ、2024年8月よりSecond surgeonが執刀開始し、並行して2024年11月よりThird surgeonが執刀開始した。新旧術者の短期成績について比較検討を行う。【対象】2019年6月～2025年4月の期間における超低位吻合症例等の困難症例を省いた、First Surgeon症例（A群）92例、Second surgeon（B群）16例、Third surgeon（C群）13例を対象とした。【結果】各群における術式(ICR/RHC/結腸部切/SR/HAR/LAR)は、A群（4/5/1/14/10/58）、B群（5/1/0/2/3/5）、C群（4/0/0/4/4/1）であった。手術時間（分）、コンソール時間（分）、出血量（g）は、各群(A:B:C)で手術時間(293 (204-524): 356 (303-408): 330 (273-450))、コンソール時間(182 (72-385): 200 (153-273): 167 (149-319))、出血量(10.5 (1-280): 29.5 (2-85): 15 (3-120))であった。術中術後合併症CD（0/I/II/IIIa/IIIb）は、58/10/15/9/0 : 10/2/2/2/0 : 7/1/3/2/1であった。術後在院期間（日）は、9 (8-120): 9 (9-18): 10 (8-19))であった。【考察】新旧術者間で明らかな短期成績の差を認めなかった。その要因として、先駆術者の適切なタイミングでの介入（指導および間欠的術者switching、等）が奏功していると考えられた。【結語】当科でのロボット大腸癌手術におけるSecond surgeon以降の術者による短期成績は、First Surgeon症例のそれと遜色なく、安全に後継者育成が進んでいると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 7

[O29] 一般演題（口演） 29 ロボット5

座長：發知 将規(愛媛県立中央病院消化器外科), 近藤 宏佳(多摩総合医療センター)

[O29-6] ロボット支援手術での大腸外科技術認定取得を目指した指導体制と研修の実際

加藤 博樹, 出嶋 皓, 坂元 慧, 中守 咲子, 高雄 美里, 中野 大輔, 川合 一茂 (東京都立駒込病院)

【背景】
大腸外科技術認定医申請は従来腹腔鏡下手術のみであったが（旧体制）、2023年度よりロボット支援手術での申請が可能となった（新体制）。ロボット支援手術の特徴として、術者自身が術野展開を担う点が挙げられ、より高次の術野管理能力が求められる。当科では現在腹腔鏡手術およびロボット手術を段階的に導入したハイブリッド型のトレーニング体制を構築し、ロボット手術での技術認定取得をめざした教育を行っている。
【指導体制】
まず腹腔鏡手術によるトレーニングから開始する。術野展開は助手が担い、術者は定型化された把持部位や切離手順の習得に注力する。同時に上級医のロボット手術に助手として参加し、ロボット特有の術野展開や3Dでの解剖理解を深める。腹腔鏡下S状結腸切除術が3時間前後で行えるようになった時点でロボット手術のCertificateを取得し、術者としてロボット手術を行うことで自立した術野展開能力の習得を目指す。
【結果】
当科は指導者2名およびスタッフ3-4名の体制で指導を行っている。旧体制下では、2020年から2023年にかけて7名が大腸領域の技術認定医を取得した。現在は新体制のもとで2名が研修を受けており、そのうち1名の医師Aの研修実績を以下に示す。
Aは2023年4月より本格的な腹腔鏡手術トレーニングを開始し、2024年8月にはロボット手術の部分執刀、同年9月より術者執刀を開始した。これまでにS状結腸切除術または高位前方切除術を腹腔鏡手術49例、ロボット手術6例、術者として経験している。手術時間の中央値は腹腔鏡手術188分、ロボット手術261分であった。
【結語】
腹腔鏡手術からロボット支援手術へと段階的に研修内容を移行させることで、技術認定取得に必要な知識と技能の効果的な習得が可能となった。今後も制度の変化に対応した実践的な指導体制を整備し、質の高いを継続する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（口演）

Sat. Nov 15, 2025 3:30 PM - 4:20 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:30 AM - 7:20 AM UTC Room 7

[O29] 一般演題（口演） 29 ロボット5

座長：發知 将規(愛媛県立中央病院消化器外科), 近藤 宏佳(多摩総合医療センター)

[O29-7] SureForm™ Staplerのログデータから解析した縫合機器使用に関する検討

番場 嘉子, 小川 真平, 二木 了, 金子 由香, 近藤 侑鈴, 腰野 蔵人, 谷 公孝, 前田 文, 前田 新介, 伊藤 俊一, 山口 茂樹 (東京女子医科大学消化器・一般外科)

目的：ロボット支援下手術による恩恵はカメラや機器の安定性、微細な手術操作ばかりでなく、ロボットプラットフォームからの情報を解析することで、最適で安全な手技の確立に寄与するという点で重要である。今回、SureformTMStaplerのログデータを解析し、直腸癌において直腸を切離する際の、縫合機器の使用方法に関する検討を行った。
方法：2022年から2024年までに当院で直腸癌の診断で前方切除（超低位を含む）においてda Vinci SureformTMStaplerを使用した32例を対象とした。14例に人工肛門造設を行った。術後合併症においてはC/D分類Grade IIIaのイレウス２例であった。Firingは計56回行われた。Firing時間、Stapler角度情報（PitchとYaw）、実際の手術動画とともに検討を行った。
結果：StaplerのPitchであるハサミを手前に向けるか奥に向けるかの角度は、中央値46.4度(1.2-59.9)で、全体として40-55度の範囲であった。患者の左側がアクティブジョーである縫合は、32回（57%）であった。Stapler のYawであるハサミをこちらに向けて左右に向ける角度は、中央値15.8度（0-59.9）で、全体として0-20度の範囲であった。Yaw が40度以上は4回（４例）であったが、PitchやBMI、Firing時間との関連は無かった。Firing時間は中央値9.45秒(7.37-48.6)であった。25秒以上であったFiringは2回あり、切離2回目以降の複数回切離の症例であった。
結語：直腸切離の際は、Staplerは40-55度手前に倒し、左右は0-20度の範囲であった。今までの腹腔鏡手術では得られなかった、ロボット支援下手術から得られる情報を活用することで、腹腔鏡手術にも活用できる安全かつ最適な手術手技の確立に貢献し得る可能性が示された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 1

[P22] 一般演題（ポスター） 22 進行直腸癌

座長：小澤 平太(宇都宮記念病院)

[P22-1]

進行直腸癌に対する術前補助療法の治療効果

藤井 正一, 山本 寛大, 伊藤 慎吾, 赤羽 祥太, 数納 祐馬, 田中 茉里子, 藤原 典子, 下山 ライ, 川原 敏靖, 細田 桂 (湘南鎌倉総合病院外科)

[P22-2]

進行下部直腸癌に対するneoadjuvant chemoradiotherapyとtotal neoadjuvant therapyの治療成績の比較

坂本 裕生[1], 松中 喬之[1], 前川 展廣[1], 嶋田 通明[1], 田海 統之[1], 澤井 利次[1], 森川 充洋[1], 小練 研司[1], 玉木 雅人[1], 廣野 靖夫[2], 五井 孝憲[1] (1.福井大学第一外科, 2.福井大学医学部附属病院がん診療推進センター)

[P22-3]

閉塞症状を有する下部直腸癌に対するTotal neoadjuvant therapyの短期治療成績

山下 真司[1], 川村 幹雄[1], 家城 英治[1], 嶌村 麻生[1], 天白 成[1], 市川 崇[1], 浦谷 亮[1], 今岡 裕基[1], 志村 匡信[1], 北嶋 貴仁[1,2], 安田 裕美[1], 大北 喜基[1], 吉山 繁幸[1], 奥川 喜永[1,2], 小林 美奈子[1], 大井 正貴[1], 問山 裕二[1] (1.三重大学大学院消化管・小児外科学講座, 2.三重大学病院ゲノム診療科)

[P22-4]

局所進行直腸癌(LARC)に対するS-1/CPT-11と短期放射線治療(SCRT)を用いた短期化学放射線療法(SCCRT)にCAPOXを加えたTNT

横田 和子[1], 柴木 俊平[1], 池村 京之介[1], 渡部 晃子[1], 坂本 純一[1], 小嶌 慶太[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)

[P22-5]

局所進行直腸癌に対する術前化学療法と術後補助化学療法の治療成績

斎藤 健一郎, 河野 達彦, 上村 真里奈, 天谷 奨, 高嶋 吉浩, 宗本 義則 (福井県済生会病院外科)

[P22-6]

大腸癌骨盤内再発病変に対する術前短期放射線照射および続く外科的切除の治療関連成績

今泉 健, 市川 伸樹, 吉田 雅, 大野 陽介, 柴田 賢吾, 佐野 峻司, 武冨 紹信 (北海道大学病院消化器外科I)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 1

[P22] 一般演題（ポスター） 22 進行直腸癌

座長：小澤 平太(宇都宮記念病院)

[P22-1] 進行直腸癌に対する術前補助療法の治療効果

藤井 正一, 山本 寛大, 伊藤 慎吾, 赤羽 祥太, 数納 祐馬, 田中 茉里子, 藤原 典子, 下山 ライ, 川原 敏靖, 細田 桂 (湘南鎌倉総合病院外科)

【背景】近年本邦でも術前治療の報告が見られるようになり、放射線化学療法の局所制御は良好であるともされる。しかし生存率向上の明確なエビデンスは少なく、術前化学療法単独はガイドラインでは行わないことを弱く推奨とされている。
【目的】進行直腸癌に対する術前補助療法の治療効果を検討する。
【方法】cT3以深cN1b以上進行直腸癌RaもしくはRbに対し2000年から術前化学放射線療法(CRT、50.4Gy+TS1)、他臓器転移もしくはcStageIIIcの症例に術前化学療法(NAC、CapeOx+Bev)を導入した。2024年からCRTの治療強度を上げる目的にTotal Neoadjuvant Therapy (TNT、25Gy+CapeOx) を導入した。2000～25年の術前治療群(NeoAd)と同時期のcStage II 以上手術先行群(Surg)の治療成績を比較した。また組織学的効果別の長期成績を比較した。
【結果】NeoAdは28例でCRT16、NAC8、TNT4であった。Surgは64例で背景(NeoAd:Surg)は年齢(67:75歳)、肛門縁腫瘍距離(4:8cm)、cStage(28.6:7.8%)に差があった。手術アプローチ法に差はなく術式(直腸切断術57.1:26.6%)、Diverting stoma造設率(64.3:10.8%)に差を認めた。短期成績(NeoAd:Surg)はロボット支援下手術のコンソール時間(245:190分)、出血量(130:30ml)に差を認めた。短期合併症に差はなく縫合不全(0:15.8%)がSurgに、創部感染(17.9:9.4%)がNeoAdに多い傾向だが有意ではなかった。術後在院(13:15日)に差なし。長期成績(NeoAd:Surg)は5年全生存率(69.7:73.3%)、無再発生存率(59.7:58.3%)、疾患特異的生存率(69.7:84.6%)、累積再発率(43.1:30.%)、累積局所再発率(14.3:10.6%)に差を認めなかった。組織学的治療効果はGrade3:14.3%、2:64.3%、1b:14.3%、1/0:7.2%で、Grade２以上はCRT93.8%、TNT100%、NAC37.5%で差を認めた。Grade2/3:0/1の無再発生存率(73.4:0%)、累積再発率(30.7:100%)、累積局所再発率(0:100%)に差を認めた。
【結語】進行直腸癌に対するNeoAdの周術期成績はやや不良であったが、組織学的治療効果が良好な場合に予後改善の見込みあり、放射線化学療法に期待できる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 1

[P22] 一般演題（ポスター） 22 進行直腸癌

座長：小澤 平太(宇都宮記念病院)

[P22-2] 進行下部直腸癌に対するneoadjuvant chemoradiotherapyとtotal neoadjuvant therapyの治療成績の比較

坂本 裕生[1], 松中 喬之[1], 前川 展廣[1], 嶋田 通明[1], 田海 統之[1], 澤井 利次[1], 森川 充洋[1], 小練 研司[1], 玉木 雅人[1], 廣野 靖夫[2], 五井 孝憲[1] (1.福井大学第一外科, 2.福井大学医学部附属病院がん診療推進センター)

大腸癌治療ガイドラインでは,局所再発リスクが高い切除可能な直腸癌症例に対し,neoadjuvant chemoradiotherapy(CRT)を行うことが弱く推奨されている.近年,全身化学療法の施行率向上や遠隔転移抑制を期待し,total neoadjuvant therapy(TNT)の開発が進んでいるが,ガイドラインとしては推奨に至っていない.当科では下部直腸にかかるcT3以深の進行直腸癌を対象にCRT/TNTを適応としており,CRT群ではlong course CRT(1.8Gy×25, S-1併用)後に,TNT群ではInduction chemotherapyとしてCAPOX3コース→long course CRT後に手術施行(手術待機期間に可能な場合はCAPOX3コース追加)を基本としている.またycCR症例では,希望によりNOM(Non-Operative Management)も選択肢としている.2018年から2024年にかけて,16例にCRT,9例にTNTを施行し,両群で患者背景に有意差を認めず,術前治療によるGrade3以上の有害事象も認めなかった.術前治療後の臨床診断では,全例で腫瘍縮小が得られ,縮小率中央値(%)は,CRT群vsTNT群:52(21-63)vs62(14-100)(p=0.35)とTNT群でやや高い傾向であった.またCRT群で10例(62.5%),TNT群で7例(77.8%)にdown-stageが得られ(p=0.66),更にTNT群3例にycCRを認め,NOMを選択されたが,1例(33.3%)に治療終了後7か月で再増大を認めた.手術はCRT群全例,TNT群ではNOM3例を除く6例に実施され,術式,手術時間,出血量に有意差を認めなかった.GradeIII以上の術後合併症は,CRT群でIIIa:3例,IIIb:4例,TNT群でIIIa:2例を認めた(p=1).病理結果では,CRT群で9/16例(56.3%),TNT群で5/6例(83.3%)でdown-stageが得られ(p=0.35),両群1例ずつｐCRが得られた(p=0.48).術前治療によるCR(yc+pCR)率は,CRT群で6.3%(1/16例),TNT群で44.4%(4/9例)とTNT群で有意に高かった(p=0.04).CRT群は観察期間中央値28.5(4-68)カ月で,5例(31.3%)に遠隔転移再発を認めた.一方TNT群は観察期間中央値8(2-21)カ月と短期であるが,NOM症例の1例に再増大を認め,その他再発を認めていない.本検討では,TNT群で有意にCR率が高く,術前治療によるGrade3以上の有害事象も認めず,高い有効性と安全性が示唆される.また遠隔転移抑制効果も期待される結果であるが,今後の長期的な観察が必要である.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 1

[P22] 一般演題（ポスター） 22 進行直腸癌

座長：小澤 平太(宇都宮記念病院)

[P22-3] 閉塞症状を有する下部直腸癌に対するTotal neoadjuvant therapyの短期治療成績

山下 真司[1], 川村 幹雄[1], 家城 英治[1], 嶌村 麻生[1], 天白 成[1], 市川 崇[1], 浦谷 亮[1], 今岡 裕基[1], 志村 匡信[1], 北嶋 貴仁[1,2], 安田 裕美[1], 大北 喜基[1], 吉山 繁幸[1], 奥川 喜永[1,2], 小林 美奈子[1], 大井 正貴[1], 問山 裕二[1] (1.三重大学大学院消化管・小児外科学講座, 2.三重大学病院ゲノム診療科)

【背景】近年進行下部直腸癌治療においてはTotal Neoadjuvant Therapy(TNT)が導入され、clinical Complete Response （cCR）を得た症例には臓器温存を試みるwatch and wait(W&W)が脚光を浴びている。当科では2018年からTNTを導入し、cCR症例に対するW&Wも増加傾向にある。最近では高度の肛門痛や閉塞症状を有する直腸癌に対しても人工肛門造設を先行したうえでTNTによる術前治療を行っている。しかし、人工肛門造設後にTNTを施行した症例の治療成績は未だ明らかではない。【目的】閉塞等の症状のために人工肛門造設を先行した後に、TNTを施行した症例の治療成績について検討する。【方法】2018年7月から2024年4月までに当院でTNTを施行した進行下部直腸癌のうち、人工肛門造設術を先行した14例について、その治療成績や根治術時の周術期合併症について調査した。【結果】年齢中央値（範囲）は60（38-71）歳、男女比は12：2、観察期間中央値（範囲）は31（17-82）ヶ月で、病期はcStage II/ III = 1/13であった。3例（21.4%）がcCRと判断されてW&Wが行われ、このうち2例が無再発を維持し人工肛門が閉鎖された。TNT実施中に、腫瘍による局所症状を理由に治療を中断した症例は認めなかった。根治術は12例（85.7%）に施行され、このうち6例が肛門温存可能であった。pathological CRは2例（16.7%）で確認された。TNT前に人工肛門を造設していない症例と比較し、CR(cCR+pCR)率や全生存期間、無再発生存期間に有意差をみとめなかった。また、Clavien-Dindo分類 Grade3以上の合併症やSSIの発生についても有意差を認めなかった。【結語】閉塞などの症状を伴う進行下部直腸癌に対しては人工肛門をTNT導入前に造設することで、治療を中断することなく実施することが可能となり、良好な治療成績に寄与する可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 1

[P22] 一般演題（ポスター） 22 進行直腸癌

座長：小澤 平太(宇都宮記念病院)

[P22-4] 局所進行直腸癌(LARC)に対するS-1/CPT-11と短期放射線治療(SCRT)を用いた短期化学放射線療法(SCCRT)にCAPOXを加えたTNT

横田 和子[1], 柴木 俊平[1], 池村 京之介[1], 渡部 晃子[1], 坂本 純一[1], 小嶌 慶太[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・目的】
LARCに対する安全で効果的でさらに患者の負担の少ない治療法の開発を目指し，S-1/CPT-11とSCRTを用いたSCCRTにCAPOXを加えたTNTを計画し，SCCRTにおけるCPT-11の最適容量を決定するため第I相試験を行った．
【対象・方法】
cT3-4cN0-2cM0のLARCを対象とし，S-1(60mg/m2; Day1-5, Day8-12)，CPT-11(40 or 50 or 60mg/m2; Day1, 8)を投与し，Day8-12に5Gy×5回のSCRTを行い，その後CAPOXを3コース行った．SCRT終了後14日以内のClavien-Dindo(CD)分類 IV以上の血液学的毒性，III以上の発熱性好中球減少症，血小板減少，非血液学的毒性の有無を調査した．治療効果判定はSCRT終了後12-16週に行い，clinical Complete Response (cCR)，near CR(nCR)であった症例はNon Operative Management(NOM)を検討し，incomplete CR (iCR) であった症例は手術を行った．
【結果】
男性/女性が9/5例，年齢の中央値は66歳，cT3/4が11/3例，cN0/1/2が9/3/2例であった．CPT-11は40mg/m2を6例，50mg/m2を5例，60mg/m2を3例に投与され，全例SCRTが行われた．CD分類IIIの下痢をCPT-11 40mg/m2 で1例，50mg/m2 で2例，60mg/m2では全例認め，60mg/m2を最大耐容容量，50mg/m2を推奨容量と判断した．CD分類VI以上の血液学的毒性や，下痢以外のCD分類III以上の有害事象は認めず，治療の休止・減量もなく，全例CAPOXが行われた．
cCR/nCR/iCRが1/4/7例で，NOMは4例，手術は8例に行われ，全例R0手術が可能で，pCRは2例であった．
【結語】
LARCに対するS-1/CPT-11とSCRTを用いたSCCRTにおけるCPT-11は50mg/m2で安全に施行できた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 1

[P22] 一般演題（ポスター） 22 進行直腸癌

座長：小澤 平太(宇都宮記念病院)

[P22-5] 局所進行直腸癌に対する術前化学療法と術後補助化学療法の治療成績

斎藤 健一郎, 河野 達彦, 上村 真里奈, 天谷 奨, 高嶋 吉浩, 宗本 義則 (福井県済生会病院外科)

【緒言】直腸癌に対する術前治療として，化学放射線療法が拡がりつつあるが，放射線治療後の手術では術中の浸出液の増加や術後肛門機能低下，会陰創感染のリスク上昇といったデメリットがある．また，放射線治療により局所再発率の低下は期待できるが，OSの改善はみられない．OSを改善させる可能性を追求すると，やはり全身化学療法の必要性が考慮されるが，直腸癌の術後では化学療法が行いにくい症例もある．当科では近年比較的bulkyな直腸癌に対して術前FOLFOXIRI療法を導入しており，その治療成績を報告する．【対象と方法】2022年4月から2025年2月までに当院で術前FOLFOXIRI療法を施行した直腸癌10例（T群）を，2022年4月以前にcT4 or cN2以上で術後XELOX療法を施行した直腸癌20例（D群）と比較検討した．【結果】T群とD群において，cTとcNの腫瘍学的背景に有意差は認めなかった．一方，病理学的にはpT，pNともに有意差には至らないもののT群で改善している傾向を認めた（それぞれp=0.0715，p=0.0668）．化学療法の投与期間ではD群が有意に長かった（p=0.0169）．有害事象としてはT群で有意に好中球減少が多く（p=0.0003），悪心も多い傾向（p=0.103）を認めた．下痢，倦怠感，末梢神経障害については有意差を認めなかった．無再発生存期間と全生存期間については両群で有意差を認めなかった．【考察】切除可能例における術前化学療法で危惧される問題点として抗腫瘍効果が得られなかった場合に切除不能となるリスクが考えれるが，本研究における10例では悪化を認める症例はなかった．OSの改善を目的とするにあたっては，術後補助化学療法の有効性は確認されているものの，直腸癌の術後症例では，術後合併症などにより化学療法の開始に支障がある症例もあり，術前治療の方が導入しやすい可能性も考えられる．本研究では予後の改善は確認されなかったが，pTとpNは改善の傾向があり，症例数の増加や十分な観察期間によっては結果が変わる可能性もある．【結語】術前FOLFOXIRI療法の有効性はまだ明らかではないものの，今後その治療成績を検証する価値はあるかもしれない．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 1

[P22] 一般演題（ポスター） 22 進行直腸癌

座長：小澤 平太(宇都宮記念病院)

[P22-6] 大腸癌骨盤内再発病変に対する術前短期放射線照射および続く外科的切除の治療関連成績

今泉 健, 市川 伸樹, 吉田 雅, 大野 陽介, 柴田 賢吾, 佐野 峻司, 武冨 紹信 (北海道大学病院消化器外科I)

背景：大腸癌術後の骨盤内再発病変に対する局所治療戦略には議論がある。当科では、切除可能病変に対しては外科切除を基本とするが、切除断端の確保が不確実な可能性がある場合は、術前治療として短期放射線照射を選択している。
目的：大腸癌骨盤内再発病変に対する術前短期放射線照射とその後の外科的切除の短期治療成績を明らかにする。
方法：2024年4月から2025年1月の期間で、北海道大学病院にて、大腸癌術後の骨盤内再発病変に対して、短期放射線照射（5Gy x 5日間）後の外科的切除を計画した5例の治療関連成績について検討を行った。
結果：患者背景は年齢の中央値が68歳、性別(男/女)が2/3例、病変位置(前/後/側)は2/1/2例であった。短期放射線照射は5例すべてで計画通り完遂できたが、1例で照射後に、照射外病変の出現により切除不能と判断された。外科的切除が施行された4例の術式は、I.腹腔鏡下マイルズ手術＋仙骨合併切除（TpTME併用）、II.ロボット支援下マイルズ手術＋子宮膣合併切除、III.開腹ハルトマン手術＋左外腸骨動静脈・大腰筋合併切除、IV.ロボット支援下骨盤内蔵全摘（TpTME併用）、臀溝皮弁による骨盤底形成であった。手術時間・出血量はそれぞれ、I.806分・140ml、II.442分・250ml、III.736分・730ml、IV.769分・760mlであった。術後合併症は、仙骨合併切除を施行した症例で、Clavien dindo分類Grade 4の大腸炎による敗血症を認めたが、その他にGrade 3以上の合併症の発症はなく、術後在院日数はそれぞれ、I.39日、II.20日、III.39日、IV.37日であった。病理所見では、いずれも切除断端は陰性であった。CEA（ng/ml）の治療前・治療後・手術後の推移はそれぞれ、I.78.5→32.5→2.2、II.5.4→5.4→1.8、III.15→7.6→4.3、IV.5.1→1.9→1.8で、いずれも手術後は正常範囲となった。
結論：大腸癌骨盤内再発病変に対する術前短期放射線照射後の外科的切除は、術後の感染性合併症の発生には注意を要するが、安全な手術が可能であり、切除断端の確保に寄与する可能性がある。骨盤内再発病変に対する局所治療戦略の一つになりうる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 1

[P23] 一般演題（ポスター） 23 進行大腸癌

座長：榎本 俊行(東邦大学医療センター大橋病院外科)

[P23-1]

第9版大腸癌取り扱い規約におけるstageII，III大腸癌の予後と術後補助化学療法の検討

松中 喬之[1], 森川 充洋[1], 前川 展廣[1], 嶋田 通明[1], 田海 統之[1], 澤井 利次[1], 小練 研司[1], 玉木 雅人[1], 廣野 靖夫[2], 五井 孝憲[1] (1.福井大学第一外科, 2.福井大学がん診療推進センター)

[P23-2]

T1-3N1およびT4N0結腸癌に対する術後補助化学療法の期間短縮におけるリスク因子

清水 浩紀[1], 井上 博之[1], 有田 智洋[1], 名西 健二[1], 木内 純[1], 栗生 宣明[2], 塩﨑 敦[1] (1.京都府立医科大学消化器外科, 2.京都第一赤十字病院消化器外科)

[P23-3]

当科における進行・再発大腸癌に対する一次治療としてのパニツムマブ単独療法の検討

吉川 幸宏, 鄭 充善, 辻村 直人, 大原 信福, 玉井 皓己, 赤丸 祐介 (大阪ろうさい病院外科・消化器外科)

[P23-4]

当施設のStageIV大腸癌の治療戦略

佐村 博範, 新垣 淳也, 堀 義城, 山城 直嗣, 藤井 克成, 宮城 由衣, 原田 哲嗣, 本成 永, 金城 直, 伊禮 俊充, 亀山 眞一郎, 古波倉 史子, 長嶺 義哲, 伊志嶺 朝成 (浦添総合病院)

[P23-5]

高齢者のStage Ⅳ大腸癌に対する治療成績の検討

小森 孝通[1], 市原 もも子[1], 笹生 和宏[2], 加藤 雅也[1], 麻本 翔子[1], 大久保 聡[1], 早瀬 志門[1], 吉野 力丸[1], 住本 知子[1], 遠矢 圭介[1], 橋本 和彦[1], 岸 健太郎[1], 福永 睦[1] (1.兵庫県立西宮病院消化器外科, 2.笹生病院外科)

[P23-6]

当院の切除不能大腸癌に対する抗EGFR抗体の使用状況と皮膚障害の検討

武田 幸樹[1], 太田 竜[1], 関口 久美子[1], 清水 貴夫[1], 谷合 信彦[1], 小野田 恵子[2], 山田 岳史[3], 吉田 寛[3] (1.日本医科大学武蔵小杉病院消化器外科, 2.日本医科大学武蔵小杉病院看護部, 3.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

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 1

[P23] 一般演題（ポスター） 23 進行大腸癌

座長：榎本 俊行(東邦大学医療センター大橋病院外科)

[P23-1] 第9版大腸癌取り扱い規約におけるstageII，III大腸癌の予後と術後補助化学療法の検討

松中 喬之[1], 森川 充洋[1], 前川 展廣[1], 嶋田 通明[1], 田海 統之[1], 澤井 利次[1], 小練 研司[1], 玉木 雅人[1], 廣野 靖夫[2], 五井 孝憲[1] (1.福井大学第一外科, 2.福井大学がん診療推進センター)

【背景】第9版大腸癌取り扱い規約ではstageII, IIIはTNM分類に準じ深達度・リンパ節転移の個数にて細分化された．当科におけるstageII, III症例の第9版における予後の比較および術後補助化学療法の関連について検討する．
【方法】当科のII, III大腸癌切除症例498例(2007‐2019年)の第9版における予後の比較，術後補助化学療法の関連について検討した． Stageの内訳は第8版分類でII/IIIa/IIIb：233/177/88例, 第9版分類でIIa/IIb/IIc/IIIa/IIIb/IIIc：130/83/20/48/141/76例であった. 各ステージにおける疾患特異的生存率 (Desiase-specific survival rate:DSS), 無再発生存期間(Disease-free survival: DFS)についてKaplan-Meier法を用いて検討を行った．
【結果】第8版II/IIIa/IIIbにおいて5年生存期間(5yDSS)は95/86/68%(p<0.001)，5年無再発生存率(5yDFS)は88/78/52%(p<0.001)であった．第9版IIa/IIb/IIcの5yDSSは98/98/82%(p=0.158)，5yDFSは92/85/76%(p=0.148)でありIIcの予後が不良であった．第9版IIIa/IIIb/IIIcの5yDSSは96/87/61%(p<0.001)，5yDFSは83/76/44%(p<0.001)でありIIIcの予後は有意に不良であった．また、術後補助化学療法は, IIa/IIb/IIc/IIIa/IIIb/IIIcにおいて15/36/45/71/60/72%に施行されており，各stageで術後補助化学療法の有無にて予後を比較した．StageIIIでは術後補助化学療法施行群において, いずれの群でもDSSが良好であった(5yDSS,IIIa:100%vs85%, p=0.003, IIIb:93%vs75%, p=0.004, IIIc:71%vs31%, p=0.003)．一方で, DFSはStageIIIaで補助化学療法施行群において有意に良好であり, 他のStageでも良好な傾向がみられたが, 有意差は認めなかった(5yDFS,IIIa:91%vs64%, p=0.017, IIIb:81%vs68%, p=0.791, IIIc:52%vs22%, p=0.814)．StageIIcは症例数が少なく有意差は認められなかったものの, 補助化学療法施行群においてDSS, DFSがともに良好な傾向がみられた(5yDSS:100%vs67%,p=0.821, 5yDFS:98%vs67,p=0.259)．
【まとめ】第9版おけるStage細分化により, 再発リスクの層別化が可能となった．各Stageにおける至適化学療法レジメンや期間については症例蓄積の上, 更なる検討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（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 1

[P23] 一般演題（ポスター） 23 進行大腸癌

座長：榎本 俊行(東邦大学医療センター大橋病院外科)

[P23-2] T1-3N1およびT4N0結腸癌に対する術後補助化学療法の期間短縮におけるリスク因子

清水 浩紀[1], 井上 博之[1], 有田 智洋[1], 名西 健二[1], 木内 純[1], 栗生 宣明[2], 塩﨑 敦[1] (1.京都府立医科大学消化器外科, 2.京都第一赤十字病院消化器外科)

【背景】近年、low risk StageIII（T1-3N1）ならびにT4N0を主とするhigh risk StageIIの結腸癌患者に対してオキサリプラチンを含む術後補助化学療法の期間短縮が選択肢の一つとなっている。一方、この集団における個別のリスク因子の検討を行わないまま一様に期間短縮することは議論の余地がある。今回、我々はこの集団における再発リスク因子から術後補助化学療法の期間短縮適応例について層別化を行った。
【方法】対象は当院で2008年から2020年に、京都第一赤十字病院で2013年から2020年にT1-3N1またはT4N0の結腸癌に対して根治的結腸切除術を施行し、その後術後補助化学療法を受けた234例。対象患者234例を再発低リスク群とし、T1-3N1を除くステージIIIの患者162例（高リスク群）と比較、また低リスク群の中に予後の悪い集団がいないか後方視的に検討した。
【結果】3年無再発生存率（RFS）は、低リスク群の方が高リスク群より有意に良好であった（低リスク群80.8% vs. 高リスク群67.8%、p=0.001）。低リスク群患者において多変量解析を行ったところ、術前の血清CEA高値（ハザード比[HR]、2.120；95%信頼区間[CI]、1.171-3.858；p＝0.013）とオキサリプラチンによる6ヵ月間の術後補助化学療法の未完遂（HR、2.737；95%CI、1.103-9.118；p＝0.028）が独立予後不良因子として同定された。CEA高値かつ6ヶ月間のオキサリプラチンによる術後補助療法を完遂していない低リスク群の患者の予後は、高リスク群の全患者の予後と同程度であった（3年RFS率：66.7% vs 67.8%、p＝0.914）。一方、低リスク群の患者では、オキサリプラチンによる6ヵ月間の補助療法を完遂した場合、CEA高値であってもその予後は、術前CEA低値の患者の予後と同程度であり（p=0.402）、予後改善を認めた。
【結論】本研究の結果、低リスク群であっても、術前CEA高値の患者に対してはオキサリプラチンによる術後補助化学療法を短縮すべきではない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）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 1

[P23] 一般演題（ポスター） 23 進行大腸癌

座長：榎本 俊行(東邦大学医療センター大橋病院外科)

[P23-3] 当科における進行・再発大腸癌に対する一次治療としてのパニツムマブ単独療法の検討

吉川 幸宏, 鄭 充善, 辻村 直人, 大原 信福, 玉井 皓己, 赤丸 祐介 (大阪ろうさい病院外科・消化器外科)

【背景】切除不能進行・再発大腸癌であっても、全身状態や併存疾患のため強力な化学療法の適応とならない症例は多く存在する。薬物療法の適応に問題がある (vulnerable)症例では、パニツムマブ単独療法は一次治療の一つとして推奨されているが、その報告例は限局されている。【対象と結果】2017年8月から2024年12月までに進行・再発大腸癌に対して一次治療としてパニツムマブ単独療法を施行した20例を対象とした。年齢中央値歳82歳 (67-91歳)、男性8例、女性12例で、PS 0-1が15例、2-3が5例で、19例がvulnerableと判断された。腫瘍部位は右側大腸が6例、左側大腸が14例で、RAS遺伝子は全例野生型で、BRAF遺伝子変異型を1例認め、MSI-H症例は認めなかった。進行例が7例 (切除不能局所進行例1例含む)、再発例が13例で、18例で原発巣切除が施行され、パニツムマブ単独療法前に2例、パニツムマブ単独療法後に2例で遠隔巣切除が施行された。原発巣の組織型は高分化型が12例、中分化型が6例、低分化型が2例であった。投与期間中央値は8.5サイクル (2-23サイクル)で、2例が継続中である。Grade 3以上の有害事象は低マグネシウム血症が3例であった。最良総合効果はPRが9例、SDが7例、PDが3例、NEが1例で、病勢コントロール率は80%であった。無増悪生存期間は6.4カ月 (1.5-25.0カ月)、全生存期間は17.0カ月 (3.7-60.1カ月)であった。パニツムマブ単独療法中止理由は、有害事象5例、患者希望3例、PD 9例、手術1例であった。【結語】vulnerable症例に対するパニツムマブ単独療法は、Grade 2以下の有害事象や患者希望で中止する症例が散見されたが、安全に施行可能であり、予後についても既報と遜色ない結果であった。今後症例を蓄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（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 1

[P23] 一般演題（ポスター） 23 進行大腸癌

座長：榎本 俊行(東邦大学医療センター大橋病院外科)

[P23-4] 当施設のStageIV大腸癌の治療戦略

佐村 博範, 新垣 淳也, 堀 義城, 山城 直嗣, 藤井 克成, 宮城 由衣, 原田 哲嗣, 本成 永, 金城 直, 伊禮 俊充, 亀山 眞一郎, 古波倉 史子, 長嶺 義哲, 伊志嶺 朝成 (浦添総合病院)

【はじめに】StageIV大腸癌には初診時に治癒切除可能な症例から治癒切除不能な症例まで幅広い範囲の症例が含まれる。【対象・方法】A）治癒切除可能症例：遠隔転移の個数にもよるが基本的にNACを施行している。Regimenは主にTriplet+分子標的薬を用い、8-12コース施行後手術を計画している。B)治癒切除不能症例：主にTriplet+分子標的薬の化学療法を施行。基本12コースまでに治癒切除の可能性がなければ維持療法に移行。画像評価毎に切除不能病変が放射線療法の対象となるか検討を重ね、対象となる場合は化学療法と並行して放射線療法を施行する。また、治癒切除不能でも原発その他を切除することでoligo-metaの状態となるか検討しoligo-metaの状況が作れるようであれば手術を施行後、放射線療法を計画する。B)症例では高率に再発をきたすためclosed follow-upを行い適宜加療することで再度R0を目指している。【結果】2018年から2022年に治療を開始したB）12症例にconversion Surgery(CS)目的で治療施行し、6例でCSができた。年齢は51歳（43-76）で全例女性であった。非治癒因子は1例が膨大動脈リンパ節転移(PALNM)で5例は肝転移H3であった。Regimenは分子標的薬＋Triplet5例、Doublet1例であった。H3の1例は放射線療法を併用し、PALNMにはTNTを施行し原発巣切除術を施行した。観察期間の中央値は44か月で、4例で術後3か月で再発を認めた。残肝再発が2例で1例は再切除＋放射線療法でcCRの状態である。1例は化学療法、重粒子線治療+放射線治療を繰り返したがROから36ヶ月で死亡した。肺転移の1例は治癒切除出来、1例は化学療法を施行したが無効不耐となりR0から22ヶ月で死亡した。現在4例は非担癌状態で加療なしで経過している。【結語】StageIV大腸癌は治癒切除可能な状態であっても微小転移の根絶を図ることが肝要で治癒切除不能例には強力な化学療法と放射線療法を駆使しCSを目指し、術後再発には都度適切な加療を選択することで長期予後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（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 1

[P23] 一般演題（ポスター） 23 進行大腸癌

座長：榎本 俊行(東邦大学医療センター大橋病院外科)

[P23-5] 高齢者のStage IV大腸癌に対する治療成績の検討

小森 孝通[1], 市原 もも子[1], 笹生 和宏[2], 加藤 雅也[1], 麻本 翔子[1], 大久保 聡[1], 早瀬 志門[1], 吉野 力丸[1], 住本 知子[1], 遠矢 圭介[1], 橋本 和彦[1], 岸 健太郎[1], 福永 睦[1] (1.兵庫県立西宮病院消化器外科, 2.笹生病院外科)

【背景】高齢者はPSや主要臓器機能が低下しており，特にStage IV大腸癌においては，全身状態や社会的背景なども考慮して治療目標や適応を慎重に判断する必要がある．
【目的】高齢者のStage IV大腸癌の治療成績の特徴を明らかにする．
【方法】2016年1月から2023年12月に，当科で手術を施行したStage IV大腸癌141例について，75歳以上の高齢者62例（A群）と75歳未満の非高齢者79例（B群）の治療成績を後方視的に比較検討した．観察期間の中央値は561日．
【結果】性別（男/女）はA群：30/32，B群：38/41．ASA-PS（1-2/3-4）はA群：23/39，B群：52/26と高齢者で不良であった（p=0.00063）．腫瘍局在・組織型に差はなかった．遠隔転移（M1a/M1b/M1c）はA群：27/10/25，B群：31/16/32．原発巣切除（あり/なし）はA群：52/10，B群：70/9．根治度（Cur B/C）はA群：10/52，B群：14/65と差はなかった．術後合併症（Clavien-Dindo＞2）はA群：35%，B群：16%と高齢者に多かった（p=0.011）．術後在院期間の中央値はA群：16日，B群：12日と高齢者で長かった（p=0.0065）．術後の化学療法（あり/なし）はA群：32/30，B群64/15と高齢者で非施行例が多かった（p=0.00026）．化療までの期間の中央値はA群：43日，B群：37日と差はなかった．全生存期間の中央値は，A群：17.3カ月，B群：31.0カ月であった（p=0.059）．
75歳以上の高齢者（A群）の根治切除不能例（CurC）における全生存期間に対する単変量解析では，男性・CA19-9高値・化学療法なしが有意な予後不良因子（p＜0.05）であり，多変量解析では，CA19-9高値が独立した予後不良因子であった（p＜0.05）．
【結論】高齢者Stage IV大腸癌では，化療施行率が低く，全生存期間が短い傾向がみられた．術後合併症が多く，在院期間が長かったが，術後経過が治療選択に影響しないように注意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）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 1

[P23] 一般演題（ポスター） 23 進行大腸癌

座長：榎本 俊行(東邦大学医療センター大橋病院外科)

[P23-6] 当院の切除不能大腸癌に対する抗EGFR抗体の使用状況と皮膚障害の検討

武田 幸樹[1], 太田 竜[1], 関口 久美子[1], 清水 貴夫[1], 谷合 信彦[1], 小野田 恵子[2], 山田 岳史[3], 吉田 寛[3] (1.日本医科大学武蔵小杉病院消化器外科, 2.日本医科大学武蔵小杉病院看護部, 3.日本医科大学付属病院消化器外科)

【背景】
抗上皮成長因子受容体（epidermal growth factor receptor: EGFR）抗体は、切除不能大腸癌治療におけるkey drugの一つである。EGFRは皮膚の表皮、基底層、脂腺細胞などに発現しており、その作用が阻害されると高頻度で皮膚障害が発生する。皮膚障害はQOLを大きく損ねるため、その管理は重要である。
【方法】
対象は2021年4月から2025年3月まで当院で抗EGFR抗体(Cetuximab: CetまたはPanitumumab: Pani)を使用した切除不能大腸癌症例。その使用状況や皮膚障害の出現頻度・対策について検討した。
【結果】
対象は38例。Cet 8例、Pani 30例であった。1st lineでの使用が27例(71.1%)、 2nd line以降が11例。併用regimenはFOLFOXが27例 (71.1%)で最多であった。1st lineで使用した27例におけるPFS、OSは中央値でそれぞれ、15.0ヶ月、37.6ヶ月であった。全38例中、CTCAE grade 1以上の何らかの皮膚障害（手足症候群、ざ瘡様皮疹、皮膚乾燥、皮膚掻痒感）を34例(89.5%)に認めた。皮膚障害の発生頻度はCet 7例(7/8= 87.5%)とPani 27例(27/30= 90.0%)で差を認めなかった。Grade 1の時点で皮膚科が介入した症例は15例、そのうちgrade 2以上に発展したものは5例(33.3%)であった。一方、grade 1で皮膚科が介入しなかった19例中、13例(68.4%)でgrade 2以上への発展を認めた(P= 0.039)。
【考察】
抗EGFR抗体による皮膚障害の重症化をおさえるには皮膚科の早期介入が望ましい。そのためには薬剤師や看護師も含めた多職種での連携、観察が重要であると考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 2

[P24] 一般演題（ポスター） 24 症例・進行大腸癌

座長：鯉沼 広治(自治医科大学消化器一般移植外科)

[P24-1]

全身化学療法によって５年以上の長期完全奏功を示した結腸癌の大動脈周囲リンパ節転移の一例

西川 元, 井田 智之, 井上 広海, 庭野 公聖, 出川 佳奈子, 小嶋 大也, 末永 尚浩, 堀 佑太郎, 横山 大受, 中西 保貴, 水野 礼, 中村 公治郎, 畑 啓昭 (独立行政法人京都医療センター)

[P24-2]

進行横行結腸癌に併存する多発リンパ節腫大の鑑別に苦慮した１例

坂本 恭子, 鳥崎 友紀子, 平田 雄紀, 下田 啓文, 島田 岳洋, 関本 康人, 浦上 秀次郎, 石 志紘 (国立病院機構東京医療センター一般・消化器外科)

[P24-3]

蛋白漏出性胃腸症の合併が疑われた下行結腸癌の1例

淺野 博, 金 晟徹, 鈴木 将臣, 髙山 哲嘉, 高木 誠, 伏島 雄輔 (埼玉医科大学消化器・一般外科)

[P24-4]

高齢男性に発症した肛門外脱出S状結腸癌の1例

石井 健一, 樫山 基矢, 河島 秀昭 (勤医協中央病院)

[P24-5]

逆行性に腸重積をきたしたS状結腸癌の1例

加藤 宗次郎[1], 四万村 司[1], 相馬 未来[1], 泉家 匠[1], 石井 将光[1], 大島 隆一[1], 片山 真史[1], 谷口 清章[1], 朝倉 武士[1], 民上 真也[2] (1.川崎市立多摩病院消化器・一般外科, 2.聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科)

[P24-6]

放射線化学後に長期間化学療法を行った下部進行直腸癌の2例

石川 博文[1,2], 中川 正[2], 福岡 晃平[2], 樫塚 久記[1] (1.奈良県西和医療センター, 2.奈良県総合医療センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 2

[P24] 一般演題（ポスター） 24 症例・進行大腸癌

座長：鯉沼 広治(自治医科大学消化器一般移植外科)

[P24-1] 全身化学療法によって５年以上の長期完全奏功を示した結腸癌の大動脈周囲リンパ節転移の一例

西川 元, 井田 智之, 井上 広海, 庭野 公聖, 出川 佳奈子, 小嶋 大也, 末永 尚浩, 堀 佑太郎, 横山 大受, 中西 保貴, 水野 礼, 中村 公治郎, 畑 啓昭 (独立行政法人京都医療センター)

背景
大動脈周囲リンパ節転移は、大腸癌の全身転移を示す転移形式でもあり、切除不能のため全身化学療法が行われる事が多い。外科的切除による局所制御で長期生存が得られる報告はあるが、全身化学療法で完全奏功した報告は極めて稀である。今回、根治切除不能の同時性大動脈周囲リンパ節転移を認めた症例に対して全身化学療法を行い、7年以上臨床的完全奏功を維持している稀な症例を経験したため報告する。
症例
症例は66歳女性。進行上行結腸癌にて受診。術前造影CTにて短径10mmを超える大動脈周囲リンパ節が４箇所、左鎖骨下領域にも短径10mmを越す種大リンパ節が１箇所指摘され、根治切除が不能大動脈周囲リンパ節転移と判断された。狭窄および出血を伴うため姑息的に原発巣切除および所属リンパ節郭清を行った。術後、全身化学療法としてmFOFLX6＋ベバシズマブ（BV）療法を開始し、4コース後のCTでは、リンパ節はすべて10mm以下まで縮小し臨床的完全奏功が認められた。その後、mFOFLX6＋BV療法を13コース施行、14コース目以降は神経毒性のためオキサリプラチンを中止し、BVを併用しながら72コースまで継続した。治療中止後も、5年以上の臨床的完全走行を維持し生存している。
考察
大動脈周囲リンパ節転移は、切除不能病変として全身化学療法で治療されることが多い。一部では放射線療法も併用しながら切除することで長期生存が期待されることが報告されている。本症例のように化学療法単独で臨床的完全奏功を達成し、5年以上の無再発生存している報告は極めて少ない。化学療法奏功の背景に、予後が良い分子生物学的サブタイプで、m FOFLX6 +BVへ非常に高い反応性を持っていた事や、マイクサテライト不安定性やミスマッチ修復機能欠損を背景とした免疫機序が働きやすい特性などが推察される。今後の治療戦略を検討するうえで重要な知見と考え、本症例を報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 2

[P24] 一般演題（ポスター） 24 症例・進行大腸癌

座長：鯉沼 広治(自治医科大学消化器一般移植外科)

[P24-2] 進行横行結腸癌に併存する多発リンパ節腫大の鑑別に苦慮した１例

坂本 恭子, 鳥崎 友紀子, 平田 雄紀, 下田 啓文, 島田 岳洋, 関本 康人, 浦上 秀次郎, 石 志紘 (国立病院機構東京医療センター一般・消化器外科)

諸言:大腸癌の初診時に多発リンパ節腫大が存在した場合、大腸癌遠隔転移を疑い化学療法を行うことが一般的である。一方で、全身のリンパ節が腫大する疾患は複数存在する。今回我々は、初診時に横行結腸癌多発リンパ節転移として治療開始したが最終的に横行結腸癌と悪性リンパ腫の併発と診断された症例を経験したため診断経過の考察を含めて報告する。
症例:75歳女性。便潜血陽性を契機に大腸内視鏡を施行したところ脾湾曲部横行結腸に2型腫瘍あり、内腔高度狭窄ありスコープ通過不能。生検病理で高分化腺癌、RAS mutant(G12V)、BRAF wild、MSI high。造影CTで横行結腸壁肥厚、傍大動脈・腋窩・傍胸骨・内腸骨領域リンパ節腫大あり。PETでCTでの指摘部位の他、右臀筋内、左胸膜への集積あり。結腸癌 cT4b(小腸)N3M1b(LYM,左胸膜,右臀筋) cStageIVbの診断でストマ造設後Pembrolizumabにて化学療法の方針となった。横行結腸ストマ造設術後1ヶ月、Pembrolizumab(3週毎)開始。Pembrolizumab 4コース投与後の効果判定CTにて、原発巣および領域リンパ節は部分奏功であったがその他の遠隔病変は増大し脾結節も出現した。このため化学療法開始後4ヶ月に増大傾向の右閉鎖領域リンパ節の針生検を行った。病理では類上皮性肉芽腫の形成がありサルコイドーシスまたはサルコイド様反応が疑われた。診断的治療目的にステロイド投与を予定したが、化学療法開始9ヶ月後小腸穿孔が起こり緊急で小腸部分切除を行った。病理所見で悪性リンパ腫の診断となり現在Pembrolizumab休薬しR-CHOP療法を施行している。
考察:大腸癌に伴う多発リンパ節腫大を確認した場合、腫大部位が非特異的である場合は他疾患の合併を念頭に置く必要がある。しかし悪性リンパ腫に特異的な画像所見はないため、生検と診断的治療のどちらを先行するかは侵襲度を考慮して決定する必要がある。
結語:横行結腸癌に併存する全身多発リンパ節転移を悪性リンパ腫と診断するのに苦慮した症例を経験した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 2

[P24] 一般演題（ポスター） 24 症例・進行大腸癌

座長：鯉沼 広治(自治医科大学消化器一般移植外科)

[P24-3] 蛋白漏出性胃腸症の合併が疑われた下行結腸癌の1例

淺野 博, 金 晟徹, 鈴木 将臣, 髙山 哲嘉, 高木 誠, 伏島 雄輔 (埼玉医科大学消化器・一般外科)

症例は46歳女性。3か月前から体調不良と腹痛を自覚するようになり体動困難となったため近医に救急搬送され、左側結腸を占める巨大腫瘍を認め当科紹介となった。CTでは左側腹部に約10ｃｍ大の腫瘤を認め、横行結腸及び下行結腸に浸潤が疑われた。下部消化管内視鏡検査では下行結腸に狭窄があり内視鏡の通過は困難であった。狭窄部の生検では炎症所見のみであった。血液生化学所見で総蛋白3.8 g/dL、アルブミン0.5 g/dLと低蛋白血症を認めた。悪性リンパ腫や大腸癌を疑手術を施行した。術中所見では腫瘍は左側横行結腸及び下行結腸と一塊となっていた。腫瘍の一部を迅速診に提出すると腺癌が検出されたため、左側結腸切除術及びＤ３廓清を行った。永久病理診断では下行結腸癌の横行結腸浸潤と診断、中分化腺癌でT4bN0M0 p-stage IIcであった。術後は縫合不全や創部感染などの合併症はなかったが、術前よりＡＤＬが低下していたためリハビリテーションに長期間を要した。総蛋白6.6 g/dL、アルブミン2.9g/dLまで改善し術後46日目に退院となった。
巨大腫瘍に伴う低蛋白血症は蛋白漏出性胃腸症を疑う。術後の合併症を危惧し手術のタイミングに苦慮するが、蛋白の補正に固辞せず速やかに手術に移行することが肝要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 2

[P24] 一般演題（ポスター） 24 症例・進行大腸癌

座長：鯉沼 広治(自治医科大学消化器一般移植外科)

[P24-4] 高齢男性に発症した肛門外脱出S状結腸癌の1例

石井 健一, 樫山 基矢, 河島 秀昭 (勤医協中央病院)

症例は67歳男性．排便時に腸管が脱出し，強い左下腹部痛を自覚したため当院へ救急搬送された．肛門から長さ約15cmの腸管が脱出していたが，この時点では明らかな腫瘍性病変は指摘できなかった．血液検査所見で白血球数は正常範囲内，CRP値は陰性だった．腹部CT検査では直腸からS状結腸に同心状構造を認めた．疼痛が強く無麻酔では還納困難だったため，腰椎麻酔下に腸管を還納し，腹痛症状は改善して同日入院した．入院2日目に大腸内視鏡検査を施行し，S状結腸に粘膜障害を認め，脱出腸管の嵌頓による血流障害と整復手技による損傷と考えた．入院3日目に食事を開始し，その後も腹痛症状の再燃がないことを確認し，入院11日目に退院した．発症1ヶ月後に大腸内視鏡検査を施行し，直腸Raに0-Is病変とS状結腸の狭窄を認め，その口側の観察はできなかった．発症2ヶ月後に施行した大腸内視鏡検査では狭窄部は通過可能になっており，その口側のS状結腸に径30mmの1型腫瘍を認め，生検で高分化型管状腺癌の診断となった．直腸Raの0-Is病変に対して内視鏡的粘膜切除術を施行し，初回還納以降に緩下剤の調整を行い，腫瘍の肛門外脱出を再発することなく，発症から4ヶ月後に腹腔鏡下S状結腸切除D3郭清を施行し，経過は良好で術後6日目に退院した．病理所見から中分化管状腺癌，T2N0M0, pStage Iと診断した．粘膜障害があったと考えられる部位には再生性の粘膜上皮であり，粘膜固有層に出血や単核球浸潤を伴い，粘膜下層に線維化を認めた．現在再発なく経過している．肛門外に脱出したS状結腸癌は比較的稀であり，さらに男性の報告例は少ない．今回高齢男性に発症した肛門外に脱出したS状結腸癌を還納後に診断し，根治切除可能だった1例を経験したので，文献的考察を加えて報告する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 2

[P24] 一般演題（ポスター） 24 症例・進行大腸癌

座長：鯉沼 広治(自治医科大学消化器一般移植外科)

[P24-5] 逆行性に腸重積をきたしたS状結腸癌の1例

加藤 宗次郎[1], 四万村 司[1], 相馬 未来[1], 泉家 匠[1], 石井 将光[1], 大島 隆一[1], 片山 真史[1], 谷口 清章[1], 朝倉 武士[1], 民上 真也[2] (1.川崎市立多摩病院消化器・一般外科, 2.聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科)

症例は60歳の女性. 2025年4月，便秘傾向で近医受診. 緩下剤を処方されたが排便認めず, 腹痛の出現を認めたため当院を受診した. 受診時炎症反応の上昇と左下腹部に自発痛と腹膜刺激症状を認め、腹部造影CTでS状結腸に腫瘍性病変をみとめ、その病変を先進部として下行結腸に逆行性の腸重積を認めていた. 腹部所見が強いため同日緊急手術を施行した.
術中に腹腔内を観察すると術前診断通りにS状結腸を先進部とし, 下行結腸脾弯曲部付近まで逆行性に腸重積をきたしていた. Hutchinson手技により重積を解除し得た. 先進部に腫瘍性病変を伴っていたため, S状結腸切除を施行した. 術後経過は良好で術後8日で退院となった。
大腸の逆行性腸重積は非常にまれな疾患で, 腸管輪状筋の痙性収縮による一時的な腸管の口側への移動が原因と考えられている. 逆行性蠕動に加えて隆起性病変の存在が必要であるとも報告されている.
今回、逆行性に腸重積をきたしたS状結腸癌の1例を経験したので, 若干の文献学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）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 2

[P24] 一般演題（ポスター） 24 症例・進行大腸癌

座長：鯉沼 広治(自治医科大学消化器一般移植外科)

[P24-6] 放射線化学後に長期間化学療法を行った下部進行直腸癌の2例

石川 博文[1,2], 中川 正[2], 福岡 晃平[2], 樫塚 久記[1] (1.奈良県西和医療センター, 2.奈良県総合医療センター)

大腸癌治療ガイドラインでは、大腸癌治療の原則は切除であり、局所再発・高リスク』においてのみ、術前化学放射線療法（CRT)は弱く推奨されている。今回、CRT後、長期間化学療法を行い、経過観察している2例について報告する。
2例は70才代男性で、腸管膜内リンパ節転移を認めるRbの全周性腫瘍であり、術後の予想される状態(マイルス術か超低位前方切除)と再発の可能性等から手術を望まれなかった。そのためまずXELOX療法に放射線療法（50-60Gy)を併用したCRTを行い、その後進行・再発癌に準ずる、アバスチンを併用する外来化学療法を開始した(2例ともRAS変異陽性で、術前の腫瘍マーカーは正常域)。症例1ではCRT（50Gy) 終了後、3ヶ月の生検でG-Vが検出されたのでFOLFOX6+アバスチンを開始した。2年6ヶ月のフォローの内視鏡で腫瘍は完全に平坦化し、CTでも腫瘍は同定できなくなり、化学療法は3年まで継続し終了した。化学療法終了後7年経過するが、CTで腫瘍の縮小状態が保たれている。症例2ではCRT(60Gy) 終了後、1年3ヶ月のCTで腫瘍は同定できなくなり、1年6ヶ月の内視鏡で完全に平坦化を認めた。しかし2年3ヶ月のCTで軟部影の増大があったため、3年まで月1回のペースで　XELOX＋アバスチンを継続した。放射線直腸炎には輸血、焼灼と止血剤内服を行った。化学療法終了後5年経過するが、CTで腫瘍の縮小状態が保たれている。
CRT後の完全奏功まで時間がかかり、その明確な判定方法は定まっていない。またWatch&Waitの方法の確立は今後の課題である。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）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 2

[P25] 一般演題（ポスター） 25 手術・直腸

座長：山梨 高広(北里大学医学部下部消化管外科学)

[P25-1]

骨盤内腫瘍に対する外科的切除について

原田 優香, 門野 政義, 岡林 剛史, 岡田 純一, 中山 史崇, 森田 覚, 茂田 浩平, 北川 雄光 (慶應義塾大学医学部外科学（一般・消化器外科）)

[P25-2]

肥満患者におけるTaTME併用腹腔鏡下直腸切除術の有用性の検討

力石 健太郎[1], 諏訪 勝仁[1], 北川 隆洋[1], 佐々木 茂真[1], 岡本 友好[1], 衛藤 謙[2] (1.東京慈恵会医科大学附属第三病院外科, 2.東京慈恵会医科大学附属病院外科)

[P25-3]

直腸悪性腫瘍に対する括約筋間直腸切除術（ISR）の治療成績

大沼 忍, 佐藤 将大, 小野 智之, 村上 恵, 佐藤 好宏, 鈴木 秀幸, 唐澤 秀明, 渡辺 和宏, 水間 正道, 亀井 尚, 海野 倫明 (東北大学消化器外科学)

[P25-4]

骨盤内拡大手術における骨盤内大網充填後の経時的変化の検討

草深 弘志, 植村 守, 樋口 智, 大崎 真央, 楠 誓子, 瀧口 暢生, 朴 正勝, 竹田 充伸, 関戸 悠紀, 波多 豪, 浜部 敦史, 荻野 崇之, 三吉 範克, 江口 英利, 土岐 祐一郎 (大阪大学医学部消化器外科)

[P25-5]

肛門扁平上皮癌化学放射線療法後再増大に対する手術症例の検討

川原 聖佳子, 西村 淳, 長谷川 潤 (長岡中央綜合病院消化器病センター外科)

[P25-6]

大腸癌術後局所再発に対しR0切除を行った18例の検討

石井 光寿[1], 富永 哲郎[2], 野中 隆[2], 髙村 祐磨[2], 片山 宏己[2], 橋本 慎太郎[2], 山下 真理子[2], 大石 海道[3], 内田 史武[4], 寺道 和彦[1], 横山 岳矩[1], 小野 李香[1], 池田 貴裕[1], 田上 幸憲[1], 久永 真[1], 北里 周[1], 荒木 政人[1], 角田 順久[1], 松本 桂太郎[2] (1.佐世保市総合医療センター外科, 2.長崎大学大学院腫瘍外科, 3.長崎医療センター外科, 4.嬉野医療センター外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 2

[P25] 一般演題（ポスター） 25 手術・直腸

座長：山梨 高広(北里大学医学部下部消化管外科学)

[P25-1] 骨盤内腫瘍に対する外科的切除について

原田 優香, 門野 政義, 岡林 剛史, 岡田 純一, 中山 史崇, 森田 覚, 茂田 浩平, 北川 雄光 (慶應義塾大学医学部外科学（一般・消化器外科）)

【目的】骨盤内腫瘍は頻度は高くないものの骨盤外科手術を取り扱う大腸外科医を困らせる難治性疾患である．中でも神経鞘腫や脊索腫など多くの骨盤内腫瘍は化学療法や放射線治療が奏効せず，外科的切除が治療法の第一選択である．その疾患頻度と病理組織学的な多様性により，骨盤内腫瘍の外科的切除に関するまとまった報告はないのが現状である．今回われわれは当院で手術加療を行った骨盤内腫瘍の症例についてまとめたので，その臨床病理学的な特徴および手術方法・成績について報告する．
【方法】2013年4月から2025年4月に当科で大腸癌，婦人科癌および肉腫を除く骨盤内組織を原発とした腫瘍に対して外科的切除を行った症例を対象とし，腫瘍の組織型，最大径，術式，手術時間，出血量，合併症などについて後方視的に検討した．
【結果】対象は21例，男性9例，女性12例，年齢中央値50歳(42-62歳)であった．組織型は神経鞘腫11例(うち悪性1例)，脊索腫5例，孤立性線維性腫瘍2例，リンパ管腫1例，平滑筋腫1例，濾胞性リンパ腫1例であった．手術アプローチ法は開腹6例，腹腔鏡15例(用手補助移行1例含む)であり，腸管切除を伴う症例は3例あった．開腹6例のうち4例は開腹歴のある症例であり，残る2例は腫瘍径が12cm, 24cmの巨大腫瘍であった．術前に12例で血管塞栓術を施行し，11例で尿管ステントを挿入していた．腫瘍の大きさは手術時間の延長に有意に関係しており(β = 26.2 [2.64, 49.7], p = 0.031)，出血量の増加にも有意に関係していた(β = 203 [68.2, 338], p = 0.005)．術後死亡症例はなく，尿管損傷含め予定外の臓器損傷もなかった．合併症としては膀胱直腸障害が最も多く，5例で自己導尿を，1例で人工肛門造設を要した．他に神経障害性疼痛2例，術後麻痺性イレウス1例，腹壁瘢痕ヘルニア1例といった合併症を認めた．
【結語】骨盤内腫瘍の外科的切除では，腫瘍が大きいほど手術時間や出血量が有意に多く，手術の難度が上がっていた．骨盤内腫瘍の手術の際にはそれを想定し，術前に血管内塞栓術や尿管ステント挿入などの準備を行い，手術のアプローチ法も検討することで，根治性と安全性を両立した手術ができると考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 2

[P25] 一般演題（ポスター） 25 手術・直腸

座長：山梨 高広(北里大学医学部下部消化管外科学)

[P25-2] 肥満患者におけるTaTME併用腹腔鏡下直腸切除術の有用性の検討

力石 健太郎[1], 諏訪 勝仁[1], 北川 隆洋[1], 佐々木 茂真[1], 岡本 友好[1], 衛藤 謙[2] (1.東京慈恵会医科大学附属第三病院外科, 2.東京慈恵会医科大学附属病院外科)

目的　Body mass index (BMI) 25.0 kg/m2以上の肥満直腸癌患者におけるTransanal total mesorectal excision (TaTME) 併用腹腔鏡下直腸切除術の周術期成績を検討する。
方法　2015年1月から2025年3月までに直腸癌に対して腹腔鏡下低位前方切除術を行った42例を対象とし、TaTME併用群(n=11)と非併用群(n=31)の2群で手術成績（手術時間、出血量、術後合併症発生率、術後在院日数、腫瘍から肛門側断端までの距離）を後方視的に比較検討した。データは中央値（範囲）で示す。
結果　TaTME併用群と非併用群の比較において、年齢、性別、BMI、covering ileostomy造設率に差は無かった。腫瘍の局在は、TaTME併用群Ra 3例、Rb8例、非併用群Ra 23例、Rb 8例で、TaTME併用群で有意にRbに多かった (p=0.0118)。TステージはTaTME併用群T0:T1:T2:T3:T4 2:1:1:6:1例、非併用群0:8:6:13:4例で両群に差はなかった。手術時間はTaTME併用群　216 (166-352) 分に対して非併用群 250 (184-480) 分であり有意差はなく(p=0.213)、出血量も差はなかった。腫瘍から肛門側断端までの距離はTa TME併用群で40（10-55）mm、非併用群30（5-100）mmだった（p=0.436）。Clavien -Dindo分類グレード3以上の術後合併症発生はTaTME併用群、非併用群で有意差はなく、また術後在院日数にも有意差はなかった。
サブグループ解析でRb直腸癌のみ検で討を行うと、肛門側断端までの距離はTaTME併用群 30 (10-50) mm、非併用群 18 (10-28) mmであり両群に差はなかったが、手術時間はTaTME併用群 208.5 (166-282）分、非併用群325（238-480）分でTaTME群が有意に短かった（p=0.0128）。

結語　肥満患者においてTaTME併用は手術成績を改善しなかった。しかし、Rb症例では手術時間を短縮でき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）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 2

[P25] 一般演題（ポスター） 25 手術・直腸

座長：山梨 高広(北里大学医学部下部消化管外科学)

[P25-3] 直腸悪性腫瘍に対する括約筋間直腸切除術（ISR）の治療成績

大沼 忍, 佐藤 将大, 小野 智之, 村上 恵, 佐藤 好宏, 鈴木 秀幸, 唐澤 秀明, 渡辺 和宏, 水間 正道, 亀井 尚, 海野 倫明 (東北大学消化器外科学)

目的：括約筋間直腸切除術（Intersphincteric resection: ISR）の治療成績を解析し問題点を明らかとする。
対象と方法：2008年9月-2025年4月にISRを施行した60例の手術成績を臨床病理学的に解析した。
結果：症例は男性38例、女性22例、年齢61歳（36-74）、BMI 23.6 (16.8-29.8)、ASA分類 I:II:III = 30:28:2であった。疾患の内訳は直腸癌53例、直腸神経内分泌腫瘍6例、GIST 1例であった。直腸癌の病期はpStage 0:I:II:III:IV = 1:37:1:11:2 例（大腸癌取扱い規約8版,pCR1例除く）であった。手術アプローチは開腹6例（10%）、腹腔鏡26例（43%）、ロボット28例（47%）で、全例に回腸瘻が造設された。周術期因子において、手術時間は、腹腔鏡群で短く、ロボット群で長かった（開腹:腹腔鏡：ロボット = 379:326:463 分、p<0.0001）。出血量は、開腹群に比較し腹腔鏡群、ロボット群で少なかった（開腹:腹腔鏡:ロボット = 502:60:53 ml、p=0.0125）。また、術後在院日数は、開腹群で長くロボット群で短かった（開腹：腹腔鏡:ロボット = 23.5:19:14.5日、p=0.0342）。Clavien-Dindo分類Grade 2以上の周術期合併症を全体の14例 (23%)に認めた。腹腔鏡群では、Grade 2を5例、3aを2例、Grade 3bを1例、ロボット群では、Grade 2を5例、Grade 3bを1例に認めた。縫合不全を3例 (5%)に認め、2例は保存的に治癒し、1例は経肛門的に縫合閉鎖した（術後6ヶ月）。術後3ヶ月未満の1例を除き、59例 (98.3%)で人工肛門は閉鎖された。一方、晩期合併症として直腸膣瘻を1例に、肛門機能不全を4例 (6.7%)に認め、肛門機能不全の全例に人工肛門が再造設された（開腹群2例、腹腔鏡群2例）。4例の人工肛門再造設の時期は、人工肛門閉鎖から6,17,21,52ヶ月後であった。また、ロボット群の1例に、粘膜脱を生じDelorme手術を施行した。再発は、Stage IVの2例を除く直腸癌51例中5例 (9.8%)に認め、再発部位は、局所3例、肺2例、骨1例であった（重複あり）。全体の５年生存率は93.3%であった(他病死2例含)。
結語：ISRの安全性、腫瘍学的予後は許容範囲と考えられた。一方で肛門機能の予後不良例がみられることに留意する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）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 2

[P25] 一般演題（ポスター） 25 手術・直腸

座長：山梨 高広(北里大学医学部下部消化管外科学)

[P25-4] 骨盤内拡大手術における骨盤内大網充填後の経時的変化の検討

草深 弘志, 植村 守, 樋口 智, 大崎 真央, 楠 誓子, 瀧口 暢生, 朴 正勝, 竹田 充伸, 関戸 悠紀, 波多 豪, 浜部 敦史, 荻野 崇之, 三吉 範克, 江口 英利, 土岐 祐一郎 (大阪大学医学部消化器外科)

【はじめに】
局所進行再発直腸癌に対しては外科切除が第一選択となる。根治性を担保するため周囲臓器の合併切除を要することが多く、しばしば骨盤内臓全摘術(TPE)や仙骨合併切除などの骨盤内拡大手術が施行される。
骨盤内拡大手術では、切除後の組織欠損が大きく骨盤死腔炎の発生が大きな問題となる。このため、骨盤内充填のため腹直筋皮弁や有茎大網充填などの骨盤充填が選択されることが多い。大網充填は手術侵襲や術後QOLに与える影響も少ないため、施行される頻度が比較的高いと考えられる。
しかしながら、骨盤内に充填された大網の体積が術後どのように変化していくかを検討したまとまった報告は見られないため、本研究では骨盤内に充填された大網体積が術後の経過に伴いどのように変化するかを明らかにすることを目的とした。
【対象と方法】
2005年から2022年まで当院で63例の骨盤内拡大手術において、骨盤の有茎大網充填が施行され、そのうち術後1週間目と術後2年目のCT画像検査と臨床データが入手可能な29例を対象とした。
大網の面積はSYNAPSE 医用画像情報システムを用いてS2、S4および尾骨レベルにおいて大網と推定される脂肪組織を含む部分の面積を測定した。尾骨や仙骨合併切除を施行した場合は大腿骨頭レベルをその代替とした。
大網体積の指標として、各レベルにおける大網面積の合計をGreater Omentum Volume Index(GOVI)と定義し、術後1週間の画像を基準に、術後2年目のCT画像での骨盤内の大網面積およびGOVIを比較した。
【結果】
解析対象となった29例のうち、初発局所進行直腸癌が2例(TPE2例)、直腸癌局所再発27例(TPE14例、後方TPE2例、仙骨合併切除13例。重複含む)であった。腹腔内アプローチは開腹16例、腹腔鏡13例(内、開腹移行1例)であった。
また、GOVIは中央値：42.3 vs 23.8, p=0.0013と術後2年目は有意に減少していた。しかし全体の6.9%(n=2)の症例においてはGOVIの増加が見られた。GOVIと骨盤死腔炎には明らかな相関は見られなかった。
【結論】
充填された大網体積は、術後有意に縮小する傾向が見られた一方で拡大傾向を示す症例も確認できた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 2

[P25] 一般演題（ポスター） 25 手術・直腸

座長：山梨 高広(北里大学医学部下部消化管外科学)

[P25-5] 肛門扁平上皮癌化学放射線療法後再増大に対する手術症例の検討

川原 聖佳子, 西村 淳, 長谷川 潤 (長岡中央綜合病院消化器病センター外科)

【はじめに】肛門扁平上皮癌は化学放射線療法（CRT）により根治する可能性が高い疾患だが、Complete response（CR）後に再増大する症例も一定頻度あり、その場合は根治切除が生存に寄与する。CRT後の手術は創関連合併症に注意する必要がある。
【対象】2009年1月から2024年12月までに当院で初回治療としてCRTを行ったStage Ⅰ～Ⅲの肛門扁平上皮癌は8例で、全例CRとなったがそのうち3例に局所の再増大がみられ、サルベージ手術を行った。
【症例1】50代女性、cT2N0M0 Stage II Aに対して5FU+CDDP（FP）併用CRT 59.4Gy施行後、約4ヶ月で局所の再増大と右鼠径リンパ節転移がみられ腹腔鏡下直腸切断術、右鼠径リンパ節切除を行い、会陰は両側大臀筋皮弁で再建した。入院中に左鼠径リンパ節転移も出現し切除した。術後10ヶ月無再発生存中。
【症例2】80代女性、脂肪肝を背景とした肝細胞癌（HCC）T1N0M0 StageIとの同時性重複癌で、HCCに対してTACE後、肛門扁平上皮癌cT2N0M0 Stage II Aに対してFP併用CRT 59.4Gy、引き続きHCCに対して40Gyの定位放射線治療を行いどちらもCRとなった。2年9ヶ月後、HCCはCRを維持していたが、肛門部の再増大があり腹腔鏡下直腸切断術を行った。術後6ヶ月無再発生存中。
【症例3】70代男性、cT2N0M0 Stage II Aに対してFP併用CRT 59.4Gy後、約7ヶ月で局所の再増大がみられ、腹腔鏡下直腸切断術を行った。術後6ヶ月無再発生存中。
【考察】CRTの影響が肛門周囲に及ぶと線維化により組織が固くなる。そのため会陰創が閉創できないなど、創関連合併症の危険が高いと判断した時は筋皮弁による閉創が必要となる。症例2、3では臀部に余裕があり直接閉創が可能だったが、症例1はBMI 17の痩せで筋皮弁が必要だった。痩せている場合でも臀部の筋肉や脂肪は比較的厚みがあるため大臀筋皮弁は有用であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 2

[P25] 一般演題（ポスター） 25 手術・直腸

座長：山梨 高広(北里大学医学部下部消化管外科学)

[P25-6] 大腸癌術後局所再発に対しR0切除を行った18例の検討

石井 光寿[1], 富永 哲郎[2], 野中 隆[2], 髙村 祐磨[2], 片山 宏己[2], 橋本 慎太郎[2], 山下 真理子[2], 大石 海道[3], 内田 史武[4], 寺道 和彦[1], 横山 岳矩[1], 小野 李香[1], 池田 貴裕[1], 田上 幸憲[1], 久永 真[1], 北里 周[1], 荒木 政人[1], 角田 順久[1], 松本 桂太郎[2] (1.佐世保市総合医療センター外科, 2.長崎大学大学院腫瘍外科, 3.長崎医療センター外科, 4.嬉野医療センター外科)

【背景】大腸癌術後局所再発に対する標準治療は、可能であれば根治切除であり、R0切除は予後を改善すると報告されている。しかしながら、局所再発に対する手術は複雑となることが多く、切除率は13-23%と低い。
【対象と方法】 長崎大学および関連3施設において2016年4月から2024年3月までに大腸癌局所再発に対して根治手術を施行した18例の臨床病理学的特徴および転帰を後方視的に検討した。
【結果】 男性8例（44.4%）、年齢中央値は71歳であった。初回手術の原発巣は上行結腸7例（38.9%）、下行結腸1例（5.6%）、直腸10例（55.6%）であった。病理学的に9例（50.0%）がT4、12例（66.7%）がリンパ節転移陽性、15例（83.3%）がリンパ管侵襲陽性であった。術後補助化学療法は8例（44.4%）に施行されていた。初回手術から局所再発までの中央値は24ヵ月（4-51ヶ月）で、局所再発に対して10例（55.6%）で術前治療が施行された。局所再発に対するアプローチは腹腔鏡手術が11例（61.1%）、ロボット手術が2例（11.1%）であった。術式は部分切除術7例（38.9%）、結腸切除術2例（11.1%）、直腸前方切除術3例（16.7%）、直腸切断術3例（16.7%）、骨盤内臓全摘術3例(16.7%)で、多臓器合併切除は6例（33.3%）で行われた。術後在院日数は17日（9-39日）、術後合併症は9例（50.0%）に発生した（イレウス4例、腹腔内膿瘍2例、縫合不全1例、SSI 1例、せん妄1例）。観察期間中8例（44.4%）に再発が認められた（腹膜転移5例、肝転移1例、肺転移1例、副腎転移1例）。5年RFSは39.4%、5年OSは52.2%であった。
【結論】 大腸癌術後局所再発はR0切除で比較的良好な予後が期待できる。局所再発は3年以内に発生することが多く、高リスク例では注意深い経過観察が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 3

[P26] 一般演題（ポスター） 26 症例・腫瘍

座長：馬場 研二(鹿児島大学消化器外科)

[P26-1]

多発小腸GISTの一例

碓井 麻美, 宮内 英聡, 水町 遼矢, 斎藤 洋茂, 藤田 和恵, 鈴木 一史, 田中 元, 貝沼 修, 鈴木 孝雄 (最成病院外科)

[P26-2]

S状結腸腸間膜に連続する腹腔内腫瘍に対して腹腔鏡下切除を施行し，孤立性線維性腫瘍(Solitary Fibrous Tumor : SFT)と診断された1例

佐藤 二郎[1], 榎本 俊行[1], 長尾 さやか[1], 柿崎 奈々子[1], 秋元 佑介[1], 石井 賢二郎[1], 斉田 芳久[1], 横内 幸[2] (1.東邦大学医療センター大橋病院外科, 2.東邦大学医療センター大橋病院病理診断科)

[P26-3]

初回手術から12年後に直腸転移をきたした左下肢原発平滑筋肉腫の1例

堀 雄哉, 中村 有貴, 松田 健司, 岩本 博光, 三谷 泰之, 竹本 典生, 田宮 雅人, 兵 貴彦, 上田 勝也, 下村 和輝, 玉置 佑麻, 川井 学 (和歌山県立医科大学附属病院外科学第2講座)

[P26-4]

術前イマチニブ投与後に根治切除を施行した直腸GISTの2例

宮内 俊策, 國末 浩範, 松田 直樹, 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)

[P26-5]

男性の肛門部乳頭状汗腺腫の一例

瀧山 亜希, 齋藤 晋祐, 磯部 陽 (山王病院消化器センター消化器外科)

[P26-6]

大腸および肛門管原発MiNENの3例

濱崎 友洋, 澤田 紘幸, 吉本 匡志, 真島 宏聡, 桂 祐貴, 谷口 文崇, 佐藤 太祐, 吉田 龍一, 丁田 泰宏, 吉満 政義, 中野 敢友, 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

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 3

[P26] 一般演題（ポスター） 26 症例・腫瘍

座長：馬場 研二(鹿児島大学消化器外科)

[P26-1] 多発小腸GISTの一例

碓井 麻美, 宮内 英聡, 水町 遼矢, 斎藤 洋茂, 藤田 和恵, 鈴木 一史, 田中 元, 貝沼 修, 鈴木 孝雄 (最成病院外科)

症例は71歳女性。2024年10月初旬に腹痛と嘔吐を主訴に受診し、CTにて小腸の軽度の拡張および腸間膜に沿った石灰化を伴う腫瘤の陰影が複数個認められた。腫瘤による通過障害が疑われて入院となる。絶食にて保存加療をおこなうが症状が持続するため第7病日に手術を施行した。開腹所見では小腸の腸間膜に沿って5から30㎜大の白色弾性硬の腫瘤が数珠状に並んだ箇所が数か所あり、長さ70㎝の空腸および長さ50㎝の回腸を切除することによりすべての腫瘤を取り除くことができた。腹腔内を検索し小腸以外に腫瘤性病変がないことを確認した。
病理組織学的検査では腫瘤は筋層主体の上皮性腫瘍であり、免疫染色にてC-kit陽性、CD34陽性、SMA陰性、S-100陰性が確認されてGISTの診断となった。家族歴もなく特徴的な皮膚所見が認められなかったことから神経線維腫症は否定的であった。遺伝的背景の有無に関しては専門外来にコンサルト中である。
多発するGISTが腹膜播種である可能性も考え外来でイマチニブを投与しており、現在術後６か月無再発経過中である。今回、多発小腸GISTの一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）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 3

[P26] 一般演題（ポスター） 26 症例・腫瘍

座長：馬場 研二(鹿児島大学消化器外科)

[P26-2] S状結腸腸間膜に連続する腹腔内腫瘍に対して腹腔鏡下切除を施行し，孤立性線維性腫瘍(Solitary Fibrous Tumor : SFT)と診断された1例

佐藤 二郎[1], 榎本 俊行[1], 長尾 さやか[1], 柿崎 奈々子[1], 秋元 佑介[1], 石井 賢二郎[1], 斉田 芳久[1], 横内 幸[2] (1.東邦大学医療センター大橋病院外科, 2.東邦大学医療センター大橋病院病理診断科)

症例は47歳，女性．検診で子宮内膜ポリープ指摘され，腹部CTにて骨盤内の嚢胞性腫瘤を認め，精査加療目的に当科紹介受診した．腹部造影CTでは下腹部正中に40mm大の腫瘤を認め，造影効果を伴い，S状結腸に連続していた．壁外発育型GISTの疑いで診断・加療目的に手術の方針とし，腹腔鏡下S状結腸切除術を施行した．腫瘍はS状結腸腸間膜に存在し，周囲との癒着は認めなかった．手術時間111分、出血量少量で術中合併症はなく終了した。病理組織学的所見は充実成分と嚢胞成分が混在する境界明瞭な結節性病変で，類上皮様あるいは紡錘形細胞が密に増殖，膠原繊維の増生を認め、免疫染色ではc-kit陰性，CD34陰性，s-100陰性，Desmin陰性，α-SMA陰性，STAT6陽性であった．形状，免疫染色からsolitary fibrous tumor(孤立性線維性腫瘍：以下SFT)と診断された．術後経過は良好で術後7日目に退院となり，現在まで術後4ヶ月，再発所見は認めず経過観察中である．
SFTは主に胸膜に発生する稀な間葉系腫瘍であるが，近年では胸膜外，すなわち頭頸部，縦隔，肺，上腹部，後腹膜，骨盤腔など全身のさまざまな部位に発生しうることが明らかとなっている．腹腔内SFTの報告は依然として少なく，特に消化管腸間膜を原発とする例は稀である．確定診断には病理組織学的および免疫染色学的所見が重要であり，特にSTAT6核内陽性はSFTに特異的な所見とされている．SFTの治療の第一選択は外科的切除であり，完全切除が予後に大きく関与する．SFTは一般に良性とされるが，12~37%が悪性，または良性でも再発した症例が報告されており，長期的な経過観察が必要である．
本症例のようにS状結腸腸間膜に発生したSFTは非常に稀であり、術前の画像診断のみでは腫瘍の同定が困難であるため，手術による摘出と病理診断が極めて重要である．今回われわれは，腸間膜原発SFTの1例を経験したので文献学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）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 3

[P26] 一般演題（ポスター） 26 症例・腫瘍

座長：馬場 研二(鹿児島大学消化器外科)

[P26-3] 初回手術から12年後に直腸転移をきたした左下肢原発平滑筋肉腫の1例

堀 雄哉, 中村 有貴, 松田 健司, 岩本 博光, 三谷 泰之, 竹本 典生, 田宮 雅人, 兵 貴彦, 上田 勝也, 下村 和輝, 玉置 佑麻, 川井 学 (和歌山県立医科大学附属病院外科学第2講座)

【緒言】平滑筋肉腫は悪性軟部腫瘍の1つである。四肢・体幹に好発し、消化管での発生は極めてまれである。また、四肢に発生した平滑筋肉腫の遠隔転移は血行性に肺に生じることが多いとされるが、消化管への転移についての報告はこれまでにほとんどない。今回、初回手術から12年後に直腸転移をきたした左下肢原発平滑筋肉腫の1例を経験したので報告する。
【症例】40代男性、12年前に左膝皮下平滑筋肉腫に対して当院皮膚科にて切除歴のある方。摘出標本は長径50㎜であり明らかな筋・関節への浸潤はなかった。術後5年間フォローされたが再発なく経過しフォロー終了となっていた。健診で左腎腫瘤指摘あり、前医受診された。精査のCTにて腎病変のほかに直腸壁外に腫瘤性病変を指摘され精査加療目的に当院紹介となった。直腸病変に関しては、下部消化管内視鏡検査にて下部直腸に壁外性に圧排する腫瘤を認め、EUS-FNAにて平滑筋肉腫の診断となった。明らかな遠隔転移はなく、まずは左腎腫瘍に対して当院泌尿器科にてロボット支援下腎部分切除施行され、乳頭状腎細胞癌の診断であった。その1カ月後、直腸病変に対して、ロボット支援下低位前方切除術、回腸瘻造設術を施行した。病変は直腸左側、腹膜翻転部から肛門側にかけて5㎝大の壁外突出性腫瘤として存在していた。手術時間6時間39分、出血135mlであった。術後経過は良好であり、POD18に自宅退院された。病理診断は平滑筋肉腫であり、左膝皮下平滑筋肉腫の転移と考えられた。術後は経過観察の方針とし、術後3か月現在、無再発で経過中である。
【結語】左下肢原発平滑筋肉腫の遅発性直腸転移の1切除例を経験した。極めてまれではあるが、四肢原発の平滑筋肉腫の腸管転移は生じうることから、平滑筋肉腫の術後には、その可能性も念頭においた長期的なフォローアップが必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 3

[P26] 一般演題（ポスター） 26 症例・腫瘍

座長：馬場 研二(鹿児島大学消化器外科)

[P26-4] 術前イマチニブ投与後に根治切除を施行した直腸GISTの2例

宮内 俊策, 國末 浩範, 松田 直樹, 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)

症例1は78歳, 女性. 頻尿, 血便を主訴に受診.下部消化管内視鏡で下部直腸に粘膜下腫瘍を認め, EUS-FNAで GISTの診断となった. CTで骨盤内を占拠する最大径11.7 cmの巨大な腫瘍を認め, 直腸を右側へ圧排していた. 骨盤内操作困難や被膜損傷に伴う腫瘍細胞の播種が懸念されたため, イマチニブ400 mg/日の術前投与を開始した. 投与後3ヶ月で皮疹や浮腫などの副作用が出現し, イマチニブを300 mg/日に減量するも継続困難であり約4ヶ月で投与終了となった. 投与後のCTでは最大径9.0 cmで縮小率は約23%であった. 手術は腹腔鏡下直腸切断術＋膣後壁合併切除術を行い完全切除可能であった.
症例2は76歳，男性．近医で施行された腹部超音波検査で前立腺背側の腫瘤を指摘され精査目的に紹介受診．下部消化管内視鏡で下部直腸に粘膜下腫瘍を認め，EUS-FNAでGISTと診断された．MRIでは直腸右側に最大径5㎝の腫瘤を認め術前化学療法の方針とした．イマチニブ400 mg/日で投与開始したが投与1か月で浮腫，皮疹，血球減少などの副作用を認めたため300 mg/日に減量して継続した．イマチニブ投与3か月で腫瘤は最大径4.2cmに縮小し，縮小率は約16%であった．手術はロボット支援腹腔鏡下直腸切断術を施行し，完全切除可能であった．
GISTの発生部位として直腸は5-10%と比較的少ないと言われている. GISTに対する治療の原則は外科的切除であるが, 直腸GISTは自覚症状に乏しいことから発見時に既に腫瘍径が大きく, 小骨盤腔を占拠するため切除困難な症例もある. そのような症例に関しては, イマチニブの術前投与によって腫瘍縮小効果が得られることで, 手術侵襲の低減や隣接臓器の温存, 術中播種のリスク低減を図ることができる. 今回, 我々はイマチニブの術前投与を行い, 被膜損傷することなく鏡視下に切除しえた直腸GISTの2例を経験したので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）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 3

[P26] 一般演題（ポスター） 26 症例・腫瘍

座長：馬場 研二(鹿児島大学消化器外科)

[P26-5] 男性の肛門部乳頭状汗腺腫の一例

瀧山 亜希, 齋藤 晋祐, 磯部 陽 (山王病院消化器センター消化器外科)

症例は59歳男性。約5年前から肛門部のしこりが気になるとの主訴で２年前に当科初診。５時方向に痔瘻もしくは肛門周囲膿瘍の炎症瘢痕と思われる７mm大の硬結を認め、その他G-II/IIIの内痔核を１個認めた。保存的加療を開始し、改善なければ手術も検討する方針としたが通院を自己中断され、２年後に同様の主訴で再診となった。再診時の所見も２年前と同様であり、また内痔核に関しては排便時に毎回脱出し用手還納を要するようになったため、手術を希望された。
５時方向の硬結は痔瘻と考えてくりぬき法の痔瘻根治術とし、内痔核は結紮切除術を施行。術後経過は特に問題なく翌日退院となった。病理検査では検体内に瘻孔は確認できず、真皮内に境界明瞭な腫瘤が形成されており、分岐する薄い血管結合織を有した円柱上皮細胞の乳頭状増殖を認めた。免疫染色では増殖する円柱上皮の基底部にSMAとp63が陽性の筋上皮が認められ、乳頭状汗腺腫の診断であった。
乳頭状汗腺腫は主に30-60歳代の女性の外陰部に発生する比較的稀な良性腫瘍でありアポクリン腺由来の可能性が報告されている。発生部位は72%が外陰部、14%が肛門周囲、4%が会陰とする海外の報告もある。日本国内の肛門部乳頭状汗腺腫症例を医学中央雑誌にて1958年から2025年４月現在までで検索したところ、女性症例が９例であり、男性の肛門部の発症報告はなかった。典型的な所見がなく痔瘻などの肛門部疾患との鑑別が困難であり、また本腫瘍内に腺癌が発症した報告もあるため診断には注意が必要である。今回非常にまれな男性の肛門部乳頭状汗腺腫の一例を経験したので、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）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 3

[P26] 一般演題（ポスター） 26 症例・腫瘍

座長：馬場 研二(鹿児島大学消化器外科)

[P26-6] 大腸および肛門管原発MiNENの3例

濱崎 友洋, 澤田 紘幸, 吉本 匡志, 真島 宏聡, 桂 祐貴, 谷口 文崇, 佐藤 太祐, 吉田 龍一, 丁田 泰宏, 吉満 政義, 中野 敢友, 白川 靖博, 松川 啓義 (広島市立広島市民病院外科)

【背景】消化管原発神経内分泌腫瘍はWHOによる疾患定義が変遷し, 神経内分泌腫瘍と非神経内分泌腫瘍がそれぞれ30%以上混在する混合性腫瘍はWHO2019よりmixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasm(MiNEN)と定義され, 比較的稀な疾患である. 今回我々は, 大腸および肛門管原発MiNENの3例を経験したので報告する.
【対象・方法】2018年1月から2024年12月までに当院の大腸癌データベースに登録された症例のうち大腸もしくは肛門管原発MiNENと診断された3例について後方視的に解析した。
【結果】症例1は79歳男性, 血便の精査でS状結腸癌を指摘され, tub1-tub2, cT3N0M0, cStage II aの診断で腹腔鏡下ハルトマン手術(D3)を施行した. 病理組織学的検査でMiNEN(管状腺癌: 30%, NEC: 70%), pT3N0と診断された. 慢性腎臓病の既往があり術後補助療法は施行せず. 無再発であったが術後36か月目, 腎臓癌のため死亡した. 症例2は83歳女性, 近医で左鼠径部腫瘤, CEA上昇を指摘された. 左鼠径部腫瘤生検でNECと診断された. 下部消化管内視鏡で歯状線近傍, 肛門管に1型腫瘤を指摘され, 生検でMiNEN(腺癌とNECが混在)と診断された. 肛門管原発MiNEN, 鼠径リンパ節転移と診断し, カルボプラチン＋エトポシド併用化学療法を4コース施行した. 腫瘍病勢の増悪を認めアムルビシン単剤化学療法を4コース施行したが, 低栄養のため化学療法継続困難となり, 診断から2年5ヶ月目に現病死した. 症例3は82歳男性, 便潜血の精査で上行結腸癌を指摘され, tub2-muc, cT3N0M0, cStage II aの診断で腹腔鏡補助下結腸右半切除術(D3)を施行した. 病理組織学的検査で上行結腸原発MiNEN(腺癌とNECが混在) pT3N0と診断された. 患者希望で術後補助療法は施行せず. 術後5年無再発生存している.
【考察】MiNENは予後不良とされており, NEC成分が混在している場合は予後規定因子となることが多い. 今回, 切除不能症例については予後不良であったが, 根治切除を施行した2例については長期生存を得ていた.
【結語】今回, 大腸および肛門管癌MiNENの3例を経験した. MiNEN切除不能進行例は予後不良であり, 今後の化学療法の進歩が待たれるところである.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 3

[P27] 一般演題（ポスター） 27 症例・転移・再発1

座長：衣笠 哲史(福岡みらい病院外科)

[P27-1]

横行結腸癌術後の腹膜播種再発を含めた遠隔転移の複数回の切除と化学療法により、長期生存を得られている１例

西田 莉子, 永井 香織, 大宜見 崇, 宮北 寛, 茅野 新, 山本 聖一郎 (東海大学医学府附属病院消化器外科)

[P27-2]

卵巣癌骨盤内遺残再発に対しS状結腸ストーマ造設後、化学放射線療法により根治が得られ５年後にストーマ閉鎖が可能となった一例

三浦 智也[1], 辻仲 眞康[1], 初沢 悠人[1], 北村 洋[1], 山家 研一郎[2], 澤田 健太郎[1], 桜井 博仁[2], 日景 允[1], 三田村 篤[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.東北医科薬科大学外科学第一消化器外科, 2.東北医科薬科大学外科学第一肝胆膵外科)

[P27-3]

上行結腸mixed adenoneuroendocrine carcinoma（MANEC）の異時性肝転移再発に対して肝外側区域切除を施行し、再発手術後から18ヵ月間無再発生存の1例

渡邉 夕樹, 谷口 安里, 高橋 遼, 明石 久美子, 木村 賢哉, 金澤 英俊 (碧南市民病院外科)

[P27-4]

FOLFOXIRI+cetuximab療法によるNACを行いR0切除し得た高度進行大腸癌3例

松村 篤[1], 小笹 悠[2], 高尾 幸司[3], 有吉 要輔[3], 當麻 敦史[3] (1.京都済生会病院, 2.京都府立医科大学附属病院, 3.市立福知山市民病院)

[P27-5]

S状結腸癌異時性腹直筋再発、膀胱浸潤に対して集学的治療にて治癒切除、腹壁再建を行なった1例

美濃地 貴之[1], 池永 雅一[1], 藤原 敏宏[2], 東郷 容和[3], 澤崎 純哉[1], 村西 耕太郎[1], 西垣 貴彦[1], 太田 英夫[1], 新井 勲[1], 松下 一行[1], 杉本 圭司[1] (1.川西市立総合医療センター外科, 2.川西市立総合医療センター形成外科, 3.川西市立総合医療センター泌尿器科)

[P27-6]

高齢者の盲腸癌腹壁再発・腸管浸潤に対して前医で標準化学療法終了後に腹壁合併再発腫瘍切除術, 大腿筋膜腹壁再建を施行した一例

田村 瞳, 西田 莉子, 間室 奈々, 大宜見 崇, 宮北 寛士, 茅野 新, 森 正樹, 小柳 和夫, 山本 聖一郎 (東海大学医学部消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 3

[P27] 一般演題（ポスター） 27 症例・転移・再発1

座長：衣笠 哲史(福岡みらい病院外科)

[P27-1] 横行結腸癌術後の腹膜播種再発を含めた遠隔転移の複数回の切除と化学療法により、長期生存を得られている１例

西田 莉子, 永井 香織, 大宜見 崇, 宮北 寛, 茅野 新, 山本 聖一郎 (東海大学医学府附属病院消化器外科)

【初めに】大腸癌術後の腹膜播種再発は予後不良であり，外科的切除の適応外とされることが多く,化学療法や緩和医療を中心とした治療が選択されることが多い.しかし近年は,大腸癌化学療法の進歩を背景に,集学的治療により長期生存を得られている症例も報告されている.今回,横行結腸癌術後の局所・播種再発に対して複数回の切除と化学療法を行い,長期生存を得られている１例を経験したので,文献的考察を加えて報告する.【症例】60歳,女性.2009年,横行結腸癌に対して,横行結腸切除・胆嚢摘出術・子宮全摘術・両側附属器切除・膀胱部分切除施行した.組織学的には粘液癌 SI(膀胱)N0 Stage IIであった.術後化学療法としてUFT/UZEL療法を行なった.2016年吻合部に局所再発を認めFOLFILI＋Bevacizumab(Bmab)療法を12Kr行い,その他の遠隔転移を認めず,吻合部再発（結腸小腸瘻孔）に対して,横行結腸切除・小腸部分切除を2016年に施行した.再発高リスクと考え,補助化学療法として,CAPOX＋Bmab療法を76Kr行った.2021年にPET-CTで腹壁直下に局所再発を認め,小腸部分切除・横行結腸切除・播種結節切除（胃・小腸間膜・小腸・腹壁・ダグラス窩）を施行した.その後化学療法を行わず経過観察していたが,2023年に腫瘍マーカーの上昇を認め,IRIS＋Bmab療法を16Kr行った.2025年PET-CTで小腸播種再発を認め,小腸部分切除を施行した.【考察】大腸癌の異時性腹膜播種に対する治療に関して,2024年大腸癌治療ガイドラインでは,原発巣治癒切除後の腹膜再発は全身性疾患の一環として出現しているとみなすのが妥当であり,全身薬物療法を実施することが推奨されている.また,限局した腹膜再発で病勢が制御できている場合に限り切除を行う場合があるが,有効性は明らかではないため,耐術能など考慮し,慎重に適応を決定すべきであるとされている.本症例は,初回の横行結腸癌の手術より16年の経過で,経過中に３回の吻合部・局所再発,腹膜播種再発を認め,いずれも肉眼的な完全切除を行ない,化学療法も含めた集学的治療により長期生存を得られている.耐術能と病勢次第ではあるが,腹膜播種再発を繰り返す患者でも手術と化学療法により長期予後が得られる場合もあると考えられる.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 3

[P27] 一般演題（ポスター） 27 症例・転移・再発1

座長：衣笠 哲史(福岡みらい病院外科)

[P27-2] 卵巣癌骨盤内遺残再発に対しS状結腸ストーマ造設後、化学放射線療法により根治が得られ５年後にストーマ閉鎖が可能となった一例

三浦 智也[1], 辻仲 眞康[1], 初沢 悠人[1], 北村 洋[1], 山家 研一郎[2], 澤田 健太郎[1], 桜井 博仁[2], 日景 允[1], 三田村 篤[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.東北医科薬科大学外科学第一消化器外科, 2.東北医科薬科大学外科学第一肝胆膵外科)

【症例】48歳女性。卵巣癌T2N0M0と診断し開腹で子宮付属器・大網切除を行ったが、骨盤壁浸潤部で癌遺残となった。術後、化学療法を行ったが病変が徐々に拡大し、初回手術から３ヶ月後に切除を試みた。しかし、腫瘍は総腸骨動静脈やS状結腸に浸潤しており切除困難と判断、双孔式S状結腸ストーマを造設し、化学放射線療法（CRT）を行った。半年後のCT検査で腫瘍は消失し、その後5年間、腫瘍再増大や遠隔転移を認めずストーマ閉鎖の方針となった。術前内視鏡検査で、ストーマの肛門側は狭小化し可動性不良であった。腹腔鏡下で 観察、腹膜播種を認めず、骨盤壁や総腸骨動静脈からS状結腸を剥離することができた。ストーマを腹壁から剥離し、腹腔鏡下で S状結腸浸潤部より肛門側を離断しDST吻合を行った。予防的ストーマは造設しなかった。手術時間は278分で出血は50mlであった。縫合不全等の合併症はなく、食事開始後に頻回の排便を認めたが便失禁はなく術後２週間後に症状は消失した。
【考察】一般に骨盤内手術術後に放射線治療を追加した場合、強い癒着、解剖学的構造の変異や組織可動性の消失により再手術は極めて困難とされる。本症例では、CRTにより遺残腫瘍が消失し、長期間を経て癒着や瘢痕化が軽減した可能性が示唆された。しかし、5年という長期間の便通遮断により排便障害の懸念がある。本症例は術後早期から排便機能回復を認めた。ストーマ形成状態でも、骨盤神経や陰部神経が温存されていれば反射的収縮や求心性刺激の保持により便通再開後に排便機能低下が生じにくい可能性がある。
【結語】本症例では卵巣癌術後の遺残再発に対してS状結腸ストーマが造設され、根治的CRTを行い、5年間の無再発期間を経て病変部切除及びストーマ閉鎖術が可能となったうえに排便機能も速やかに回復した。骨盤手術及び放射線治療後の再手術や長期間ストーマ保有時の排便機能について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）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 3

[P27] 一般演題（ポスター） 27 症例・転移・再発1

座長：衣笠 哲史(福岡みらい病院外科)

[P27-3] 上行結腸mixed adenoneuroendocrine carcinoma（MANEC）の異時性肝転移再発に対して肝外側区域切除を施行し、再発手術後から18ヵ月間無再発生存の1例

渡邉 夕樹, 谷口 安里, 高橋 遼, 明石 久美子, 木村 賢哉, 金澤 英俊 (碧南市民病院外科)

症例は75歳、男性。検診で便潜血陽性のため当院に紹介となった。既往に高血圧、2型糖尿病、脂質異常症、虫垂炎手術がある。下部消化管内視鏡検査では上行結腸に半周性の１型腫瘤を認め、生検は中分化腺癌であった。造影CT検査では、明らかな遠隔転移はなく、上行結腸に腫瘤を認め、近傍のリンパ節は腫大しており、リンパ節転移を疑った。進行上行結腸癌と診断し、腹腔鏡下回盲部切除、D3郭清術を施行した。病理組織学的には、低分化腺癌成分とCD56陽性、synaptophysin陽性の神経内分泌細胞癌成分が混在し、上行結腸mixed adenoneuroendocrine carcinoma（MANEC）、A，Type1, INF b, Ly0, V1b, Pn1a, pT3(SS), pN1b(2/18), pStage IIIbと診断した。術後補助療法として術後１ヵ月目よりCapeOXを開始したが、食思不振のため２クール目からはCapecitabine単剤に変更し、計８クール施行した。
術後１年時のCT検査で肝S２に25×20mmの腫瘤性病変を認め、EOB-MRIで肝転移再発と診断した。単発病変であることから切除方針とし、肝外側区域切除術を施行した。病理組織学的にも中分化程度の腺癌と神経内分泌癌が混在するMANECであり、切除断端は陰性でR0切除であった。術後補助療法としてSOX療法を減量して開始したが、副作用のため継続できず、1クールで終了し以後経過観察方針とした。現在、初回手術から30ヵ月、肝転移再発切除後18ヵ月経過し無再発生存中である。
大腸MANECは全大腸癌の0.2%程度と稀な疾患であり、早期にリンパ節転移や遠隔転移を認める予後不良な疾患とされる。1年生存率で10～15%、平均生存期間は約6ヵ月という報告もある。本症例では、大腸MANECの肝転移再発に対しての肝切除を行い、その後再発せず経過しており、肝転移に対しても積極的な手術加療が良好な予後に繋がる可能性が示唆される。また、大腸MANECの肝転移に対する切除の報告例は検索する限り認めず、文献学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）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 3

[P27] 一般演題（ポスター） 27 症例・転移・再発1

座長：衣笠 哲史(福岡みらい病院外科)

[P27-4] FOLFOXIRI+cetuximab療法によるNACを行いR0切除し得た高度進行大腸癌3例

松村 篤[1], 小笹 悠[2], 高尾 幸司[3], 有吉 要輔[3], 當麻 敦史[3] (1.京都済生会病院, 2.京都府立医科大学附属病院, 3.市立福知山市民病院)

【はじめに】unresectableもしくはborderline resectableと判定された高度進行大腸癌に対するconversion therapyでは、局所進行と転移性に分けるべきである。局所進行直腸癌に対してCRTやTNTの有効性が報告されているが、「それ以外」はエビデンスに乏しい。近年、DEEPER試験で、RAS/BRAF野生型かつ左側転移性大腸癌に対するFOLFOXIRI+cetuximab療法の良好なDpRが示された。今回、左側高度進行大腸癌3例に対し、NACとしてFOLFOXIRI+cetuximab療法を行い、安全にR0切除し得たので報告する。【治療適応とストラテジー】cT4b、bulky tumor、転移などでR0切除が困難と判定された、RAS/BRAF野生型かつ左側大腸癌。全例loop colostomy後、FOLFOXIRI+cetuximab療法 6コースと術後にFOLFOX療法 6コースを行った。【症例1】64歳女性。S, T4b (左大腰筋・卵巣血管・尿管), N2a, M0, cStage IIIc。相対用量強度88%、RESIST PR、DpR 47%。S状結腸切除、左尿管・腸腰筋部分切除、左卵巣合併切除を行った。合併症なし、術後在院日数8日。組織学的効果判定Grade 2。術後1年6ヶ月後腹膜再発。【症例2】64歳男性。RS, T4b (膀胱), N2a, M0, cStage IIIc。RDI 100%、PR→PD、DpR 54%。高位前方切除、膀胱部分切除を行った。合併症CD分類 I （創離開）、術後在院日数14日。Grade 1b。術後8ヶ月肝転移。【症例3】54歳男性。Ra, T4b (左精管), N2a, M1a（肺）, cStage IVa。RDI 100%、PR（肺転移はCR）、DpR 52%。ロボット支援下低位前方切除、左精管合併切除を行った。合併症なし、術後在院日数9日。Grade 2。術後1年6ヶ月無再発。【結語】NACとしてintensiveな治療であるが安全にR0切除し得た。今後、良好なDpRによる抗腫瘍効果はNACとして期待できる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 3

[P27] 一般演題（ポスター） 27 症例・転移・再発1

座長：衣笠 哲史(福岡みらい病院外科)

[P27-5] S状結腸癌異時性腹直筋再発、膀胱浸潤に対して集学的治療にて治癒切除、腹壁再建を行なった1例

美濃地 貴之[1], 池永 雅一[1], 藤原 敏宏[2], 東郷 容和[3], 澤崎 純哉[1], 村西 耕太郎[1], 西垣 貴彦[1], 太田 英夫[1], 新井 勲[1], 松下 一行[1], 杉本 圭司[1] (1.川西市立総合医療センター外科, 2.川西市立総合医療センター形成外科, 3.川西市立総合医療センター泌尿器科)

[背景]
大腸癌の腹直筋への転移は稀であり、その予後は一般に不良とされる。本症例では、異時性に発症したS状結腸癌の腹直筋転移および膀胱浸潤に対して、化学療法後に治癒切除を行った1例を報告する。
[症例]
60歳代女性。血尿、膀胱タンポナーデ、下腹部痛を主訴に近医から紹介された。12年前に腹腔鏡下S状結腸切除術（D3郭清）、10年前に右卵巣転移に対して付属器切除、7年前には右肺上葉および中葉切除を受け、その後再発なく経過していた。精査のCT検査で右腹直筋に10cm大の腫瘤を認め、膀胱壁への浸潤も疑われた。CTガイド下生検で、免疫染色CK7-, CK20+,CDX-2+の所見からS状結腸癌の腹直筋転移および膀胱浸潤と診断された。
腫瘍はBulkyであり、膀胱への浸潤も広範囲であったため、術前化学療法としてFOLFIRI+Bevを6コース施行した。効果判定は部分奏効（PR）であり、切除可能と判断した。右腹直筋切除、膀胱部分切除、そして腹壁再建にVentrio Hernia Patch（11×15cm）を用いた手術を施行した。手術時間は5時間6分、出血量は50mlであった。術後は特記すべき合併症なく、術後14日目に退院した。
術後の病理検査では、S状結腸癌の腹直筋転移であり、断端は陰性であった。
[結語]
異時性のS状結腸癌の腹直筋転移および膀胱浸潤に対して、集学的治療を施行し治癒切除を達成した1例を報告した。大腸癌の腹直筋転移は予後が不良なことが多いため、治療方針を慎重に決定する必要がある。また、腹壁欠損に対する再建術の適応についても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（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 3

[P27] 一般演題（ポスター） 27 症例・転移・再発1

座長：衣笠 哲史(福岡みらい病院外科)

[P27-6] 高齢者の盲腸癌腹壁再発・腸管浸潤に対して前医で標準化学療法終了後に腹壁合併再発腫瘍切除術, 大腿筋膜腹壁再建を施行した一例

田村 瞳, 西田 莉子, 間室 奈々, 大宜見 崇, 宮北 寛士, 茅野 新, 森 正樹, 小柳 和夫, 山本 聖一郎 (東海大学医学部消化器外科)

高齢者の盲腸癌術後の腹壁再発・腸管浸潤に対して前医で標準化学療法終了後にBSCとなっていたが，当院受診後に腹壁合併再発腫瘍切除術, 大腿筋膜腹壁再建を施行した一例を経験したので報告する．症例は82歳女性. 前医で盲腸癌に対し開腹回盲部切除(D3郭清), 腹壁合併切除施行後, 術後補助化学療法は行わずに経過観察中であったが, 術後８ヶ月目のCTで上腹壁直下に腫瘤影を認め, ＰＥＴでも腹壁腫瘤に集積を認めた. 腹壁再発の診断で化学療法・放射線療法を施行したが腫瘍は増大し,腫瘍の小腸浸潤を認めた. 高齢であること, 更なる化学療法に伴う全身状態悪化の懸念からBSCの方針となり疼痛コントロールによる緩和治療施行中であったが,当院でのセカンドオピニオンを希望し紹介受診となった. 肺に転移の可能性がある小結節を１箇所認めたが、浸潤部で小腸皮膚瘻のリスクあり，腹壁の再発腫瘍だけなら切除＋腹壁再建術で対応可能と判断し, 手術の方針となった. 手術は全層腹壁合併再発腫瘍切除術, 小腸大腸切除術, 大腿筋膜での腹壁再建を施行した. 術後経過は良好で再発術後23ヶ月経過し, 肺転移の可能性のある結節１箇所に緩徐に増大傾向を認め再発術後27ヶ月現在, 放射線治療をおこない経過観察中ではあるものの, QOLの低下なく経過している. 大腸癌の再発病変の外科治療に関しては, 高齢であっても耐術可能と判断するのであれば, 拡大手術も治療のオプションとなる。また、切除再建可能かどうかの判断は一般病院と専門病院では異なる場合もあり、判断に迷う様な症例は早い段階で専門病院での治療方針の検討を考慮すべきである.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 4

[P28] 一般演題（ポスター） 28 症例・転移・再発2

座長：真貝 竜史(近畿中央病院外科)

[P28-1]

BRAF変異・MSI-Hを有し多発転移を認めた進行虫垂癌に対するNivolumabの奏効例

岡本 和也, 前田 裕介, 小橋 創, 髙橋 泰宏, 冨田 大輔, 呉山 由花, 岡崎 直人, 平松 康輔, 福井 雄大, 花岡 裕, 上野 雅資, 戸田 重夫, 黒柳 洋弥 (虎の門病院消化器外科)

[P28-2]

Pembrolizumab投与後にpseudoprogressionを呈した切除不能進行横行結腸癌の１例

阿部 馨, 野上 仁, 青木 亮太, 田代 愛, 荒引 みちる, 丸山 聡, 瀧井 康公 (新潟県立がんセンター新潟病院消化器外科)

[P28-3]

薬物療法でCRを得たステージIV直腸癌術後多発肺転移の1例

深澤 貴子, 宇野 彰晋, 鈴木 克徳 (磐田市立総合病院)

[P28-4]

直腸癌術後に出現した下大静脈背側のリンパ節転移に対して化学療法後に切除し得た1 例

田島 佑樹[1,2], 山本 聖一郎[1,2], 大谷 理紗[1], 室井 貴子[1], 西村 英理香[1], 原 明日香[1], 林 啓太[1], 金子 靖[1], 藤崎 洋人[1], 本郷 久美子[1], 葉 季久雄[1], 米山 公康[1], 中川 基人[1], 高野 公徳[1] (1.平塚市民病院, 2.東海大学医学部付属病院消化器外科)

[P28-5]

鼠径リンパ節転移を伴う肛門管扁平上皮癌に対して化学放射線治療後の残存病変に対し根治術を行った結果pCRであった1例

池庄司 浩臣, 高橋 孝夫, 中島 翔太, 坂本 倫太郎, 水野 万知, 佐野 仁哉, 櫻谷 卓司, 小島 則昭, 西尾 公利, 飯田 辰美 (西濃厚生病院)

[P28-6]

内視鏡的粘膜切除後のリンパ節再発に対し経仙骨的リンパ節切除と化学療法を行い無再発で経過した直腸癌の1例

久留宮 康浩, 世古口 英, 井上 昌也, 加藤 健宏, 山口 真和 (豊田厚生病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 4

[P28] 一般演題（ポスター） 28 症例・転移・再発2

座長：真貝 竜史(近畿中央病院外科)

[P28-1] BRAF変異・MSI-Hを有し多発転移を認めた進行虫垂癌に対するNivolumabの奏効例

岡本 和也, 前田 裕介, 小橋 創, 髙橋 泰宏, 冨田 大輔, 呉山 由花, 岡崎 直人, 平松 康輔, 福井 雄大, 花岡 裕, 上野 雅資, 戸田 重夫, 黒柳 洋弥 (虎の門病院消化器外科)

【背景】
BRAF変異型は切除不能大腸癌の約5%に認められ, 薬物療法の効果が乏しく予後不良であるが,マイクロサテライト不安定性陽性(MSI-H)患者の場合, 免疫チェックポイント阻害薬の効果が期待でき, 陰性患者よりも予後が良好とされている。今回, 同時性多発転移を伴う進行虫垂癌に対し原発巣切除後, BRAF変異型, MSI-Hであることが判明し, Nivolumab投与により完全奏効（CR）を得て長期生存中の一例を経験したので報告する。
【症例】
87歳女性。体重減少と皮下腫瘤触知を主訴に受診。 画像精査により皮膚・骨転移, 腹膜播種を伴う全身転移を有する全周性虫垂癌疑いの診断となった。既往に再生不良性貧血, 脳梗塞を有するがPS0であり, 大腸癌の家族歴はなかった。血液検査ではCEA 141.8 ng/mL, CA19-9 12649 ng/mLと腫瘍マーカーは著明に上昇していた。全周性病変でスコープ通過困難であり, 原発巣切除の方針となった。術中所見では, 回盲部に一塊となるbulkyな腫瘍と, 近傍の大網および壁側腹膜への播種を認めた。大網の播種は横行結腸右側への浸潤が疑われたため, そこまでを切除範囲とし, 腹腔鏡下右半結腸切除術を施行した。また, 腫瘍背側では尿管は温存できたが, 卵巣動静脈への浸潤を認めたため, Gerota筋膜と共に合併切除した。病理診断は虫垂癌pT4aN2bM1c(腹膜, 骨, 皮膚, 傍大動脈リンパ節) pStageIVcであり, 組織型はAdenocarcinoma(por1>tub2>muc)であった。術後経過は合併症なく術後11日目に退院した。その後, 化学療法を行う方針となり, 腎機能低下を考慮して, 5-FU/LV +Bevacizumabを1コース施行。病理検査にて, RAS 野生型, BRAF 変異型, MSI-Hと判明したため, 以降Nivolumab 240mg投与を行う方針に切り替えた。治療により著明な腫瘍縮小を認め, 5コース終了時点で画像上CRと判断された。免疫関連有害事象(irAE)の発症はなく, 現在までに39コース施行し, 初回手術施行後4年現在, 無再発生存中である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 4

[P28] 一般演題（ポスター） 28 症例・転移・再発2

座長：真貝 竜史(近畿中央病院外科)

[P28-2] Pembrolizumab投与後にpseudoprogressionを呈した切除不能進行横行結腸癌の１例

阿部 馨, 野上 仁, 青木 亮太, 田代 愛, 荒引 みちる, 丸山 聡, 瀧井 康公 (新潟県立がんセンター新潟病院消化器外科)

【はじめに】マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する切除不能大腸癌に対する一次治療として，免疫チェックポイント阻害薬（ICI）であるPembrolizumab（Pembro）の投与は推奨されており，完全奏功する症例も散見される．また，ICI投与後に腫瘍増大や新規病変が出現し，その後腫瘍縮小または安定化がみられる事象のことをpseudoprogressionと定義されているが大腸癌での報告は稀である．今回，切除不能進行MSI-High横行結腸癌に対し，Pembro療法導入後早期に腫瘍増大を来たした後に縮小し病理学的完全奏功に至った1例を経験した．
【症例】38歳，男性．食後の腹痛と腹部膨満感を主訴に前医を受診．下部消化管内視鏡検査で右側横行結腸の全周性2型大腸癌（生検：por > tub2）と診断され当科紹介された．精査の結果，原発巣周囲に腹膜播種結節の存在が疑われ，切除不能進行横行結腸癌cT4aN2aM1c(P1) cStageIVcと診断した．遺伝子ステータスは*RAS*/*BRAF*野生型，MSI-Highであった．一次治療としてPembro療法を2コース施行後のCT検査では，原発巣が増大し，RECIST PDと判定した．Pembroは中止し，二次治療としてFOLFOX + bevacizumab（BEV）療法を行うこととした．FOLFOX + BEV療法を2コース施行後のCT検査では，著明な腫瘍縮小を認めた．2コース追加後のCT検査では腫瘍縮小を維持しており，この時点でR0切除可能と判断し手術の方針とした．FOLFOX + BEV療法を計5コース施行後（Pembro療法導入5か月後）に手術を行った．術中所見では，腹膜播種は認めなかった．腫瘍と一塊になった腫大リンパ節を認め，ycT4b(大網)N1aM0 ycStageIIIcと診断し，腹腔鏡下拡大右半結腸切除術，D3郭清を施行した．術後経過良好で，術後７病日目に退院した．病理組織学的検査では，原発巣とリンパ節共に腫瘍細胞は認めず，治療効果判定Grade3でpCRと診断された．補助化学療法は行わず経過観察を継続中である．
【結語】MSI-High大腸癌に対するICI投与後にpseudoprogressionを呈することがあり，治療効果評価法の確立が急務である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 4

[P28] 一般演題（ポスター） 28 症例・転移・再発2

座長：真貝 竜史(近畿中央病院外科)

[P28-3] 薬物療法でCRを得たステージIV直腸癌術後多発肺転移の1例

深澤 貴子, 宇野 彰晋, 鈴木 克徳 (磐田市立総合病院)

直腸癌治療においては近年Total neoadjuvant therapyの概念の下で術前治療に注目が集まっているが，ステージIV直腸癌は治療に難渋することも少なくない．外科治療および殺細胞性抗癌剤治療でCRを得た症例の経験を報告する．
症例は46歳男性．腹痛，体重減少を主訴に受診．胸腹部造影CT検査で直腸S状部の，壁肥厚，狭窄と口側腸管の拡張および多発肝腫瘤を認めた．下部消化管内視鏡検査では直腸S状部に全周性の腫瘤性病変を認め経肛門的イレウス管を挿入した．直腸S状部癌cT3cN2bM1a(H2),; StageIVaと診断し，X年原発巣切除としてハルトマン手術を施行した．術後FOLFOX療法3コース施行．治療効果はSDであったが新規病変の出現を認めず．X＋6か月肝後区域切除，外側区域切除を施行した．X＋10か月に経過観察CTで肺両葉に新規結節性病変を指摘され肺転移を疑った．経過観察CTで増大傾向を認め多発肺転移と確定診断しX＋1年6か月よりFOLFOX療法を再開した．X＋2年，FOLFOX8コース施行後にPRと判断．X＋2年6か月，FOLFOX16コース後に肺結節消失と判断した．RAS変異型，BRAF未検索，MSSであるが分子標的治療薬は導入しなかった．以降薬物療法中止後10年間経過観察中であるが肺病変の再燃，その他の新規再発病変は認めていない．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 4

[P28] 一般演題（ポスター） 28 症例・転移・再発2

座長：真貝 竜史(近畿中央病院外科)

[P28-4] 直腸癌術後に出現した下大静脈背側のリンパ節転移に対して化学療法後に切除し得た1 例

田島 佑樹[1,2], 山本 聖一郎[1,2], 大谷 理紗[1], 室井 貴子[1], 西村 英理香[1], 原 明日香[1], 林 啓太[1], 金子 靖[1], 藤崎 洋人[1], 本郷 久美子[1], 葉 季久雄[1], 米山 公康[1], 中川 基人[1], 高野 公徳[1] (1.平塚市民病院, 2.東海大学医学部付属病院消化器外科)

症例は57歳女性。血便の精査で診断された下部直腸癌(cT1bN0M0 cStage Ⅰ)に対し、腹腔鏡下直腸低位前方切除術、回腸人工肛門造設術を施行した。最終病理診断は、直腸癌T3N1aM0 pStageIIIbであった。カペシタビンによる術後補助化学療法を施行し、その後は定期的なフォローアップを行っていたところ、術後2年3か月のCT検査で腹部大動脈から両側総腸骨動脈領域のリンパ節転移を指摘された。全身化学療法(TEGAFIRI＋Cmab 15コース, Capox＋Bmab 32コース)を施行した。cPRを継続しており、術後5年7カ月より経過観察とした。術後7年のCT検査で右腎静脈背側の軟部濃度結節の増大を認め、CTガイド下生検でAdenocarcinomaの診断となった。約2年間の全身化学療法(IRIS＋Pmab 9コース、FDP/TPI＋Bmab 3コース、Capox＋Bmab 11コース)を施行し、途中PRの判定も最終PDの判定となり、術後9年目のCT検査上、右腎静脈～下大静脈の背側に長径3cm大の腫瘤を呈していた。PET検査で他に遠隔転移を認めず、手術の方針とした。上中腹部正中切開で開腹後、右側結腸、十二指腸を授動し、下大静脈を確認した。右腎も背側より授動し、右腎動静脈、右尿管、下大静脈をテーピングした。下大静脈背側に流入する腰静脈を結紮切離した上で、右腎動静脈の背側から下大静脈の背側に位置する腫瘤を摘出した。病理診断は直腸癌リンパ節転移の診断となった。術後経過は良好で、第5病日退院となった。術後9カ月経過し、再発の徴候を認めていない。直腸癌の下大静脈背側のリンパ節再発は稀であるが、化学療法と外科手術を行い、病状のコントロールが可能であった。下大静脈背側の単発リンパ節転移に対し、合併症なく切除し得た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。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 4

[P28] 一般演題（ポスター） 28 症例・転移・再発2

座長：真貝 竜史(近畿中央病院外科)

[P28-5] 鼠径リンパ節転移を伴う肛門管扁平上皮癌に対して化学放射線治療後の残存病変に対し根治術を行った結果pCRであった1例

池庄司 浩臣, 高橋 孝夫, 中島 翔太, 坂本 倫太郎, 水野 万知, 佐野 仁哉, 櫻谷 卓司, 小島 則昭, 西尾 公利, 飯田 辰美 (西濃厚生病院)

症例は70歳代の女性。肛門部のしこりを主訴に外来を受診した。肛門の7時方向に茎をもつ６４mm大の肛門腫瘍を認めた。腫瘍からの組織検査で扁平上皮癌と診断された。全身検索の画像検査で右鼠径リンパ節に複数の転移を疑う腫大を認めた。他に癌の遠隔転移を疑う所見は認めず、根治的化学放射線治療を予定した。マイトマイシン＋５-ＦＵ療法２サイクルと患部への放射線照射59.4Gy/33frを併施した。化学放射線治療終了後約8週間に治療効果判定の画像検査等の評価を行った。原発巣は著明な縮小を認めたが肉眼的にも小指頭大の残存があり、右鼠径リンパ節もいずれも縮小は得られたものの腫大は残存した。このため残存病変に対して根治術を行った。１ｃｍのマージンを取って肛門腫瘍を切除し、右鼠径部リンパ節郭清を併施した。病理組織学的検査で切除組織にviableな腫瘍組織はみられずpCRと診断された。術後は創感染を認めたが概ね良好な経過であった。
我々は肛門管扁平上皮癌に対して化学放射線治療後の残存病変に対し根治術を行った結果pCRであった1例を経験したので本症例に対して若干の文献学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）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 4

[P28] 一般演題（ポスター） 28 症例・転移・再発2

座長：真貝 竜史(近畿中央病院外科)

[P28-6] 内視鏡的粘膜切除後のリンパ節再発に対し経仙骨的リンパ節切除と化学療法を行い無再発で経過した直腸癌の1例

久留宮 康浩, 世古口 英, 井上 昌也, 加藤 健宏, 山口 真和 (豊田厚生病院外科)

患者:65歳女性.主訴:血便.現病歴:2016年11月ころから血便があり2017年2月,当院消化器内科を受診.触診で下部直腸に腫瘍が触れた.大腸内視鏡検査で下部直腸に25mmの0-Ⅰspを認めEMRを施行した.病理結果は23㎜,tub2,ly1,v0,BD1,pT1b,sm浸潤は2000μm,垂直,水平断端とも陰性と診断された.その2年6か月後CTで直腸の右後方に11×9mmの結節を認め,PET-CTでもSUVの明らかなFDGの集積がありリンパ節転移が強く疑われた.確定診断と今後の治療戦略のため経仙骨的リンパ節摘出を行った.病理結果は直腸癌の転移の診断であった.直腸癌骨盤内リンパ節再発の診断でCAPOXを8コース施行した.当初から手術を受けたくない希望が強いので慎重な経過観察を行った.2025年4月現在,初回切除から7年8か月,リンパ節切除から5年2か月無再発で経過観察中である.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 4

[P29] 一般演題（ポスター） 29 症例・転移・再発3

座長：外舘 幸敏(総合南東北病院)

[P29-1]

S状結腸がん術後9年目に甲状腺再発をきたした症例

木村 文彦[1], 瀬戸 寛人[1], 植野 吾郎[1], 畠野 尚則[1], 谷口 仁章[1], 杉原 綾子[2], 小野田 尚佳[3], 廣川 満良[4] (1.JCHO 大阪みなと中央病院, 2.明和病院病理診断科, 3.隈病院外科, 4.隈病院病理診断科)

[P29-2]

偶発的に根治切除し、病理組織診断にて診断されたS状結腸癌左卵巣転移の1例

小桐 雅世[1], 池端 昭慶[1], 亀苔 昌平[1], 松本 幹大[1], 江頭 有美[1], 雨宮 隆介[1], 津和野 伸一[1], 辻川 華子[2], 三上 修治[2], 早津 成夫[1] (1.独立行政法人国立病院機構埼玉病院外科, 2.独立行政法人国立病院機構埼玉病院病理診断科)

[P29-3]

原発性大腸癌と同時に膵臓癌の大腸転移を認めた極めて稀な1例

上村 真里奈, 髙嶋 吉浩, 長谷川 航大, 小堀 蓮太, 勝山 結慧, 坂口 俊樹, 河野 達彦, 山田 翔, 島田 雅也, 斎藤 健一郎, 寺田 卓郎, 天谷 奨 (福井県済生会病院外科)

[P29-4]

胆嚢癌手術と直腸S状部癌内視鏡的切除の術後5年目に骨盤内腫瘍を認めた1例

岩本 隼輔[1], 横溝 肇[1], 岡山 幸代[1], 川畑 花[1], 河野 鉄平[1], 加藤 博之[2], 塩澤 俊一[1] (1.東京女子医科大学附属足立医療センター外科, 2.東京女子医科大学附属足立医療センター検査科)

[P29-5]

直腸癌との鑑別が困難であった前立腺癌直腸転移の1例

河野 眞吾[1], 細山田 融祐[1], 白川 峻佑[1], 伊藤 謙[1], 山本 剛史[1], 川満 健太郎[1], 行田 悠[1], 野呂 拓史[1], 渡野邉 郁雄[1], 町田 理夫[1], 三好 悠斗[2], 武藤 智[2], 高橋 奈苗[3], 岡野 奈緒子[3], 小倉 加奈子[4], 須郷 広之[1] (1.順天堂練馬病院総合外科, 2.順天堂練馬病院泌尿器科, 3.順天堂練馬病院放射線科, 4.順天堂練馬病院病理診断科)

[P29-6]

呼吸器外科と連携し結腸癌術後肺転移に対して区域切除を選択した一例

尾崎 邦博[1], 加倉 明日香[1], 中根 浩幸[1], 橋口 俊洋[1], 林田 良三[1], 藤田 文彦[2] (1.大分県済生会日田病院外科, 2.久留米大学外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 4

[P29] 一般演題（ポスター） 29 症例・転移・再発3

座長：外舘 幸敏(総合南東北病院)

[P29-1] S状結腸がん術後9年目に甲状腺再発をきたした症例

木村 文彦[1], 瀬戸 寛人[1], 植野 吾郎[1], 畠野 尚則[1], 谷口 仁章[1], 杉原 綾子[2], 小野田 尚佳[3], 廣川 満良[4] (1.JCHO 大阪みなと中央病院, 2.明和病院病理診断科, 3.隈病院外科, 4.隈病院病理診断科)

症例は62歳女性。9年前にS状結腸がんに対して、腹腔鏡下前方切除術を施行した。
最終病期はStage2 (ss,　n0) であり,術後補助化学療法は施行しなかった。術後4年目に右肺S6の転移を来たし、胸腔鏡下肺部分切除を施行した。術後7年半目に右肺S3,　右肺S8+9の転移を認め、胸腔鏡下肺部分切除を施行した。術後8年目に左肺S3に転移を認め、CTガイド下ラジオ波焼灼治療を行った。CDX2とCD20が陽性、CX7が陰性であり、大腸癌の肺転移と診断された。
半年前に頚部のしこりを訴え、他院を受診した。甲状腺のエコーガイド下生検にて転移性甲状腺腫瘍と頸部リンパ節転移と診断された。PET検査では既知の甲状腺と頸部リンパ節以外に再発を疑う所見はなかった。MRIにて、反回神経浸潤が疑われ、準緊急的に甲状腺右葉切除、右頸部リンパ節郭清を施行した。腫瘍は反回神経から鋭的に剥離でき、嗄声は術後一時的であった。免疫組織染色でPAX-8陰性、TTF-I陰性、CEA陽性、CDX2陽性、CD20陽性、CX7陰性であり、頸部リンパ節転移を伴う大腸癌の甲状腺転移と診断された。甲状腺腫瘍はKi-67　labeling indexは、3+（約30%）であり、脈管浸潤、甲状腺周囲、横紋筋内に浸潤を認めた。腫瘍が反回神経、気管に接し、再発リスクが極めて高い症例であるため、術後早期の放射線化学療法をすすめたが、患者の同意が得られず、経過観察となった。甲状腺術後5ヶ月目で、甲状腺左葉と甲状腺右葉切除部の局所再発と肺転移微少転移が出現し、全身化学療法を開始した。化学療法治療歴がない症例であり、化学療法が著効することを期待したい。
大腸癌の甲状腺転移は本邦報告約40例と少ない。原発は直腸癌であることが多く、肺転移を有する症例が多い。甲状腺転移判明後、予後は不良な症例が多い。化学療法の効果について記載している文献はほとんど無かった。
まとめ）われわれはS状結腸癌術後9年目に甲状腺転移を合併した症例を経験した。甲状腺転移はまれな転移であるが、気道狭窄などQOLを著しく低下させ、生命予後に直結する再発形式であるので、転移を有する大腸癌を診療する際には、甲状腺転移も念頭において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）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 4

[P29] 一般演題（ポスター） 29 症例・転移・再発3

座長：外舘 幸敏(総合南東北病院)

[P29-2] 偶発的に根治切除し、病理組織診断にて診断されたS状結腸癌左卵巣転移の1例

小桐 雅世[1], 池端 昭慶[1], 亀苔 昌平[1], 松本 幹大[1], 江頭 有美[1], 雨宮 隆介[1], 津和野 伸一[1], 辻川 華子[2], 三上 修治[2], 早津 成夫[1] (1.独立行政法人国立病院機構埼玉病院外科, 2.独立行政法人国立病院機構埼玉病院病理診断科)

【緒言】我々は、S状結腸癌手術にて左卵巣同時切除を行い、病理組織診断にて偶発的に左卵巣転移と診断された症例を経験したため報告する。
【症例】61歳女性。血便を主訴に前医を受診された。下部消化管内視鏡検査にてＳ状結腸に全周性2型腫瘤を指摘され、手術加療目的に当院当科へ紹介受診された。術前のCT検査でSDJ近傍からS状結腸口側に全周性の壁肥厚を指摘されたが、明らかな他臓器浸潤や遠隔転移は認めなかった。また左卵巣に73mm×50mmの単胞性嚢胞性腫瘤が指摘されており、良性腫瘤が疑われていた。術前診断はcT3N1M0 cStage IIIbとして、待機的に腹腔鏡下Ｓ状結腸切除術を施行する方針とした。術中所見でも原発巣と左卵巣に直接浸潤は認めなかったものの、左卵巣の可動性が不良であり手術操作に難渋したため、単純子宮全摘術、両側付属器切除術を追加で施行することとなった。術後病理組織診断では、左卵巣は漿液性嚢胞腺腫が示唆されたものの、一部に濃染・腫大核、粘液を有する異型細胞が浸潤性に増殖しており、腺癌の所見であった。また特殊染色にて、CK7陽性、CK20陽性、CDX2陽性、PAX陰性、ER陰性と、Ｓ状結腸原発巣と類似した染色結果を示し、Ｓ状結腸癌の左卵巣転移として矛盾しない所見であった。右卵巣及び子宮には悪性所見は認めなかった。術後病理診断はpT3N1bM1a pStage IVaであり、根治切除し得た症例として、術後補助化学療法としてCAPOX療法を施行した。
【考察】大腸癌において卵巣転移は、切除可能であれば予後の延長が期待できるため、根治切除を行うことが推奨されるが、術前診断に難渋する場合がある。術前画像診断で卵巣に腫瘤を認めた場合には、切除の適応があるかを慎重に検討すべきと考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 4

[P29] 一般演題（ポスター） 29 症例・転移・再発3

座長：外舘 幸敏(総合南東北病院)

[P29-3] 原発性大腸癌と同時に膵臓癌の大腸転移を認めた極めて稀な1例

上村 真里奈, 髙嶋 吉浩, 長谷川 航大, 小堀 蓮太, 勝山 結慧, 坂口 俊樹, 河野 達彦, 山田 翔, 島田 雅也, 斎藤 健一郎, 寺田 卓郎, 天谷 奨 (福井県済生会病院外科)

【症例】
症例は80代の男性である.X-1ヶ月から右下腹部痛や便秘,体重減少を認めていた．便潜血陽性の精査で紹介元を受診され注腸透視検査にて大腸癌疑いとなりX日に当院紹介となった．下部消化管内視鏡検査にてS状結腸に高度狭窄を認め,PET検査では膵尾部癌,上行結腸癌,S状結腸癌,腹膜播種,大動脈周囲リンパ節転移の状態であった．通過障害解除目的に結腸右半切除術,S状結腸切除術,腹膜播種切除術を施行した．病理検査からは上行結腸の2型腫瘍はCK20陽性であり原発性大腸癌と診断された.また上行結腸のSMT様の腫瘍,S状結腸,腹膜播種結節はCK7,CK19の発現が主であり,CK20は陰性であることから膵癌の転移と診断された．体力低下が著明であり,抗癌剤は行わず緩和治療の方針となった.診断,手術から約6ヶ月後に死亡した.
【考察】
膵癌転移は肝臓や肺,リンパ節,腹膜が多いとされており,直接浸潤は胃や大腸に多いとされる.しかしながら膵癌の大腸転移は非常に稀であり報告例は少ない.また膵臓癌の結腸転移患者は一般的に予後が悪く,平均生存期間も平均7か月程度と報告されている.膵癌大腸転移と原発性大腸癌の鑑別にはCK7,CK20の免疫染色検査が用いられる.CKとは上皮組織にみられるケラチン含有中間径フィラメントのたんぱく質であり,上皮細胞におけるCKのサブタイプの発現は特定の上皮の種類に依存する.CK7は一般的に胃上皮や胆膵管上皮由来の癌で発現しており,大腸癌では,ほとんどすべてにCK20が発現している.今回の症例でもCKサブタイプの違いにより大腸癌と膵癌転移の鑑別が可能であった.
【結語】
非常に稀な膵癌大腸転移に加え原発性大腸癌を同時に認めた1例を経験した.診断には免疫染色が有用であった.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 4

[P29] 一般演題（ポスター） 29 症例・転移・再発3

座長：外舘 幸敏(総合南東北病院)

[P29-4] 胆嚢癌手術と直腸S状部癌内視鏡的切除の術後5年目に骨盤内腫瘍を認めた1例

岩本 隼輔[1], 横溝 肇[1], 岡山 幸代[1], 川畑 花[1], 河野 鉄平[1], 加藤 博之[2], 塩澤 俊一[1] (1.東京女子医科大学附属足立医療センター外科, 2.東京女子医科大学附属足立医療センター検査科)

内視鏡的に切除された大腸癌において、SM浸潤距離以外のリンパ節転移リスク因子が全て陰性の症例のリンパ節転移率は1.3%とされる。今回、胆嚢癌と直腸S状部癌に対して、同年に施行した拡大胆嚢摘出術とESD施行から5年後に骨盤内腫瘍が出現した1例を経験したので報告する。
症例は85歳女性。2019年に胆嚢癌に対して拡大胆嚢摘出術（胆嚢床切除＋リンパ節サンプリング）を施行し、病理組織診断はpap, pat Gnb, intermediate, INFβ, Ly0, V0, Pn0, pT2(SS), pPV0, pA0, pCM0, pEM0で、リンパ節サンプリングは全て（#12b1, 12b2, 12c, 12p, 12h）転移陰性であった。同年、直腸S状部癌に対してESDを施行し、病理組織診断はpap>tub2, pT1b(SM9000μm), BD1, Ly0, V0, HM0, VH0, R0であった。直腸S状部癌については患者が追加切除を希望せず、経過観察としていた。2024年にCEA 2.3ng/mL、CA19-9 37.1U/mL、抗p53抗体385.7U/mLと一部腫瘍マーカーの上昇がみられ、CT検査で直腸S状部の腸管壁に近接する骨盤内腫瘍を疑う結節病変が出現した。下部消化管内視鏡検査では再発所見はなく、PET-CT検査では同部に異常集積がみられたことより癌の転移が疑われ、切除の方針とした。術中所見で直腸間膜内に腫瘤を触知したため、高位前方切除術を施行した。病理組織診断では直腸壁に付着する直腸S状部癌のリンパ節転移（adenocarcinoma）との結果であった。
SM浸潤距離以外のリンパ節転移リスク因子が陰性であったものの、切除後5年目にリンパ節転移が顕在化した1例を経験した。このような症例では、少なくとも5年以上のサーベイランスを行う必要性が示唆された。また，SM浸潤度が2000μm以深の場合にはリンパ節転移率が11%とされており、追加腸切除を行うか否かについてはより慎重に判断すべきであったと考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 4

[P29] 一般演題（ポスター） 29 症例・転移・再発3

座長：外舘 幸敏(総合南東北病院)

[P29-5] 直腸癌との鑑別が困難であった前立腺癌直腸転移の1例

河野 眞吾[1], 細山田 融祐[1], 白川 峻佑[1], 伊藤 謙[1], 山本 剛史[1], 川満 健太郎[1], 行田 悠[1], 野呂 拓史[1], 渡野邉 郁雄[1], 町田 理夫[1], 三好 悠斗[2], 武藤 智[2], 高橋 奈苗[3], 岡野 奈緒子[3], 小倉 加奈子[4], 須郷 広之[1] (1.順天堂練馬病院総合外科, 2.順天堂練馬病院泌尿器科, 3.順天堂練馬病院放射線科, 4.順天堂練馬病院病理診断科)

【背景】転移性直腸癌は比較的まれな疾患であり、その原発巣として最も多いのは胃癌であり、それについで子宮癌、卵巣癌が多く、前立腺癌からの転移はまれである。また、前立腺癌の転移部位としても頻度が高いのは、リンパ節、骨、肝臓、肺などであり、直腸への浸潤、転移はまれである。今回われわれは、直腸に全周性狭窄をきたした直腸癌との鑑別が困難であった前立腺癌直腸転移の症例を経験したので報告する。【症例】80歳代の男性。半年前からの便通異常を認め、前医の下部消化管内視鏡検査でAV 4cmから全周性の狭窄を認め、生検の結果、adenocarcinoma (por2, tub2)を認め、進行直腸癌の診断で当院へ紹介となった。また同時期に頻尿を認めたため、近医で精査の結果、前立腺は40mlと肥大を認め、PSAも72.1ng/mlと高値であった。直腸全周性狭窄による閉塞症状認めたため、人工肛門造設術施行した。その後、前立腺生検を施行し、前立腺癌の診断に至った。CTでは大動脈リンパ節腫大や左骨盤リンパ節腫大を認め、PET-CTでも同部位にFDGの集積を認めた。重複癌の可能性もあったが、同じ癌の可能性も否定できなく、直腸の生検検体に免疫染色を追加し、再診断することとした。直腸生検材料からもPASとAMACRが強陽性を示し、CK20、CDX-2は陰性であった。そのため、直腸の全周性狭窄は前立腺癌からの転移の診断となった。年齢も考慮し、ホルモン療法が施行されることとなった。現在、ホルモン療法開始から３か月経過したが、PSA 5.42ng/mlと改善を認めている。【結語】今回われわれは、直腸に全周性狭窄をきたした直腸癌との鑑別が困難であった前立腺癌直腸転移の症例を経験したので、文献的な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）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 4

[P29] 一般演題（ポスター） 29 症例・転移・再発3

座長：外舘 幸敏(総合南東北病院)

[P29-6] 呼吸器外科と連携し結腸癌術後肺転移に対して区域切除を選択した一例

尾崎 邦博[1], 加倉 明日香[1], 中根 浩幸[1], 橋口 俊洋[1], 林田 良三[1], 藤田 文彦[2] (1.大分県済生会日田病院外科, 2.久留米大学外科)

結腸癌術後初発再発部位別臓器としては、肺転移は肝転移の次に頻度が高く、条件を満たせば手術を行うことが多い。術式は肺部分切除が選択されることが多いが、状況によっては肺区域切除、肺葉切除が選択される。今回、結腸癌術後肺転移の症例を呼吸器外科医と方針と術式を検討するとともに、当院の大腸癌肺転移疑いに対する方針を決めたため報告する。
症例は75歳男性。2023年9月に上行結腸癌の診断で腹腔鏡下右結腸切除術、D3郭清を施行。術後診断はT4aN1aM0 Stage3b。術後ユーゼル、UFTを半年間投与した。2024年12月胸部単純CTで右肺S3に2cmの結節を認めた。PETで集積認めず。呼吸器外科と連携し方針と術式を検討後、2025年3月胸腔鏡下右肺S3区域切除を施行した。術後経過は良好であった。病理診断では上行結腸癌の肺転移であった。
肺転移が疑われても部分切除が困難な症例は存在する。また、術後に原発性肺癌の診断となれば追加の手術が必要となることを避けたい症例も多い。近年、原発性肺癌に対しては年齢や性別の条件を満たせば区域切除も適応となっている。区域切除は葉切除と比べ術後の呼吸機能温存につながり、これは大腸癌の肺転移疑いの肺腫瘍に対する術式決定にも影響する。
他方で区域切除に慣れてない場合は術中合併症リスクや手術時間延長が予想される。そのため術式は、それぞれの施設で大腸外科と呼吸器外科が十分検討して決めるべきと思われた。本症例を通して当院での大腸癌術後肺転移疑いに対する術式決定に関わったため併せて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Poster 5

[P30] 一般演題（ポスター） 30 予後因子

座長：齋藤 登(獨協医科大学埼玉医療センター総合診療科)

[P30-1]

大腸癌患者における予後予測因子としての栄養・炎症マーカーの検討

余語 孝乃助, 松村 卓樹, 白井 信太郎, 戸田 瑶子, 國友 愛奈, 上田 翔, 齋藤 美和, 大岩 立学, 倉橋 岳宏, 松下 希美, 福山 貴大, 加藤 翔子, 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 (愛知医科大学消化器外科)

[P30-2]

やせ型大腸癌手術症例の術後合併症リスクとしての術前アルブミン値の意義について

玉井 皓己, 鄭 充善, 辻村 直人, 吉川 幸宏, 大原 信福, 赤丸 祐介 (大阪ろうさい病院外科)

[P30-3]

アスピリン内服はStageI-III大腸癌根治術後の再発を抑制する可能性がある

別木 智昭[1], 下村 学[1], 矢野 琢也[1], 清水 亘[2], 三口 真司[3], 池田 聡[3], 吉満 政義[4], 香山 茂平[5], 中原 雅浩[6], 小林 弘典[7], 河内 雅年[8], 清水 洋祐[9], 住谷 大輔[10], 向井 正一朗[11], 高倉 有二[12], 石﨑 康代[13], 児玉 真也[14], 安達 智洋[2], 石川 聖[1], 大段 秀樹[1] (1.広島大学大学院医系科学研究科消化器・移植外科, 2.広島市立北部医療センター安佐市民病院外科, 3.県立広島病院外科, 4.広島市立広島市民病院外科, 5.JA広島総合病院外科, 6.JA尾道総合病院外科・内視鏡外科, 7.広島記念病院外科, 8.東広島医療センター消化器外科, 9.呉医療センター・中国がんセンター外科, 10.JR広島病院外科, 11.中国労災病院外科, 12.中電病院外科, 13.広島西医療センター外科, 14.JA吉田総合病院外科)

[P30-4]

大腸癌肝転移切除症例の予後予測におけるCancer inflammation prognostic index（CIPI）の有用性の検討

後藤 圭佑, 鎌田 哲平, 月原 秀, 阿部 正, 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外科学講座消化管外科)

[P30-5]

多施設共同データベースを用いたEarly Onset Colorectal Cancer の臨床病理学的と予後の検証

森田 覚[1], 門野 政義[1], 菊池 弘人[2], 茂田 浩平[1], 岡林 剛史[1], 北川 雄光[1] (1.慶應義塾大学医学部外科, 2.川崎市立川崎病院外科)

[P30-6]

直腸NETのリンパ節転移のリスク因子の検討

岡崎 直人, 冨田 大輔, 柏木 惇平, 高橋 泰宏, 前田 裕介, 呉山 由花, 平松 康輔, 福井 雄大, 花岡 裕, 戸田 重夫, 上野 雅資, 黒柳 洋弥 (虎の門病院消化器外科)

[P30-7]

結腸癌手術におけるERAS導入後の治療成績

江尻 剛気[1], 岩佐 陽介[1,2], 小山 文一[1,2], 高木 忠隆[1], 藤本 浩輔[1], 田村 昂[1], 吉川 千尋[1], 庄 雅之[1] (1.奈良県立医科大学消化器・総合外科, 2.奈良県立医科大学附属病院中央内視鏡部)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Poster 5

[P30] 一般演題（ポスター） 30 予後因子

座長：齋藤 登(獨協医科大学埼玉医療センター総合診療科)

[P30-1] 大腸癌患者における予後予測因子としての栄養・炎症マーカーの検討

余語 孝乃助, 松村 卓樹, 白井 信太郎, 戸田 瑶子, 國友 愛奈, 上田 翔, 齋藤 美和, 大岩 立学, 倉橋 岳宏, 松下 希美, 福山 貴大, 加藤 翔子, 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(愛知医科大学消化器外科)

背景:近年、悪性腫瘍の発生、増大において、炎症が重要な役割を担っている可能性が広く報告されている。患者の栄養状態が腫瘍免疫に影響することも示唆されており、炎症および栄養マーカーが様々な癌腫において有用な予後予測バイオマーカーである可能性が報告されている。目的:原発切除を行った大腸癌患者における、予後予測因子としての栄養および炎症マーカーの意義につき検討する。対象と方法:2016年1月から2016年12月までの期間に当院でStage I-IV大腸癌に対して原発切除を含む手術を施行したすべての患者116名を対象とした。栄養および炎症マーカーとして血小板リンパ球比（PLR）、リンパ球単球比（LMR）、好中球リンパ球比（NLR）、Prognostic nutritional index (PNI)、Controlling nutritional status (CONUT)、Total muscles index (TMI)、CAR（CRP/Alb ratio）と短期および長期予後との関連を検討した。結果:PLR、LMR、NLR、PNI、CONUT、TMIのカットオフ値を、ROC曲線を描出して算出した。カットオフ値はPLR:14.6、LMR:12.6、NLR:3.59、PNI:53.7、CONUT:1、TMI:28.9、CAR:0.03であった。短期成績では、すべての群で周術期合併症率に差は認めなかったが、術後在院日数はCONUT低値群（CONUT<2: median 9.0[IQR 8.0-12.0] vs CONUT≥2: median 12.0[10.0-17.25]、p=0.02）とNLR低値群（NLR<4: median 10.0 [8.0-14.5] vs NLR≥4: median 16.0 [10.5-20.5]、p<0.01）、CAR低値群（CAR<0.03: median 10.0 [IQR 8.0-14.25] vs CAR≥0.03: median 12.0 [9.0-18.25]、p=0.04）で有意に短かった。長期予後については、NLR低値群（NLR<4: 5yOS 80.8%, [95%CI 70.6-87.8] vs NLR≥4: 65.5%, [44.1-80.3]、p=0.01）、CONUT低値群(CONUT<2: 5yOS 87.4% [95%CI 74.2-94.2] vs CONUT≥2: 72.8% [59.0-82.6], p=0.04)、CAR低値群(CAR<0.03: 5yOS 80.8% [95%CI 70.6-87.8] vs CAR≥0.03: 65.5% [44.1-80.3], p<0.01)で有意に5年生存率が高かった。結語:大腸癌患者において、NLR、CONUTとCARは原発切除後の短期および長期成績の有用な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

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Poster 5

[P30] 一般演題（ポスター） 30 予後因子

座長：齋藤 登(獨協医科大学埼玉医療センター総合診療科)

[P30-2] やせ型大腸癌手術症例の術後合併症リスクとしての術前アルブミン値の意義について

玉井 皓己, 鄭 充善, 辻村 直人, 吉川 幸宏, 大原 信福, 赤丸 祐介 (大阪ろうさい病院外科)

【背景】術後合併症のリスク因子として、肥満症例のみならずやせ型にも注目が集まっている。血清アルブミン（Alb）値は、栄養状態および免疫機能を反映する指標であり、低Alb値は術後合併症と関連することが知られる。肥満症例においては、慢性低度炎症（metaflammation）によりAlb値が低下し、これが予後不良と関連することが報告されている。一方、やせ型症例におけるAlb値の意義や術後合併症との関係についての検討は少ない。
【目的】大腸癌手術を受けたやせ型症例において、術前Alb値が術後合併症の発生に関与するかを検討する。
【対象と方法】2018年から2022年に原発性大腸癌に対する切除術を施行した1056例のうち、BMI≦18.5 kg/m^2の124例を対象とした。術前Alb値を含む臨床因子をもとに、術後合併症の発生との関連を調べた。連続変数に対してはROC解析によりカットオフ値を設定した。
【結果】やせ型症例の年齢中央値は64歳で、男性82例/女性42例、ASA-PS分類で3以上が42例であった。腫瘍部位は結腸101例（81.5%）、直腸23例（18.5%）であった。Alb値の中央値は3.7 g/dLで、術後合併症は35例（28.2%）に認められた。Albに関するROC解析でのカットオフ値は3.5 g/dLであった。Alb値3.5 g/dL以下(低Alb)の症例では、術前因子としては75歳以上、男性、ASA3以上、脳血管疾患の既往が有意に多く、周術期因子としては出血量38 mL以上、開腹術、術後合併症発生例が有意に多かった。術後合併症発生のリスク因子として、単変量解析では75歳以上（p=0.01）、ASA3以上（p<0.01）、心疾患既往（p<0.01）、低Alb（p<0.01）、手術時間241分以上（p<0.01）、出血量38 mL以上（p<0.01）が抽出された。多変量解析では、心疾患既往（OR: 6.20, p=0.02）、低Alb（OR: 8.43, p<0.01）、手術時間241分以上（OR: 8.61, p<0.01）が、独立した術後合併症のリスク因子であった。
【まとめ】やせ型の大腸癌手術症例において、術前の低Alb値は術後合併症の独立したリスク因子となった。低栄養状態の評価は、体型にかかわらず周術期管理上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）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Poster 5

[P30] 一般演題（ポスター） 30 予後因子

座長：齋藤 登(獨協医科大学埼玉医療センター総合診療科)

[P30-3] アスピリン内服はStageI-III大腸癌根治術後の再発を抑制する可能性がある

別木 智昭[1], 下村 学[1], 矢野 琢也[1], 清水 亘[2], 三口 真司[3], 池田 聡[3], 吉満 政義[4], 香山 茂平[5], 中原 雅浩[6], 小林 弘典[7], 河内 雅年[8], 清水 洋祐[9], 住谷 大輔[10], 向井 正一朗[11], 高倉 有二[12], 石﨑 康代[13], 児玉 真也[14], 安達 智洋[2], 石川 聖[1], 大段 秀樹[1] (1.広島大学大学院医系科学研究科消化器・移植外科, 2.広島市立北部医療センター安佐市民病院外科, 3.県立広島病院外科, 4.広島市立広島市民病院外科, 5.JA広島総合病院外科, 6.JA尾道総合病院外科・内視鏡外科, 7.広島記念病院外科, 8.東広島医療センター消化器外科, 9.呉医療センター・中国がんセンター外科, 10.JR広島病院外科, 11.中国労災病院外科, 12.中電病院外科, 13.広島西医療センター外科, 14.JA吉田総合病院外科)

【背景】
アスピリンの内服は大腸癌対して抗腫瘍効果を有することが報告されているが、大腸癌術後のアスピリン内服が予後に与える影響についての報告は少ないのが現状である。
【目的】
アスピリン内服がStage I～IIIの大腸癌根治切除術後の長期予後に与える影響を明らかにすること。
【対象/方法】
県内14施設の多施設共同データベースを用いて、Stage I～IIIの大腸癌に対して根治切除術を施行した2,863例を対象とした。術前からのアスピリン内服の有無により群分けし、アスピリン内服が長期予後に与える影響について後方視的に検討した。患者背景を可能な限り調整するため、Propensity Score Matching（PSM）解析を実施した。
【結果】
アスピリン内服群は高齢で、ASA-PSが3以上、糖尿病、心筋梗塞既往、脳血管疾患既往を有する症例が有意に多かった。一方で、深達度T4以上やリンパ節転移陽性の割合は低く、術後補助化学療法の実施率も有意に低かった。生存期間解析では、アスピリン内服は術後再発率（P = 0.188）を低下させる傾向を示した。PSM解析後は両群間の患者背景に有意差はなく、生存期間解析では、アスピリン内服は全生存率（P = 0.055）を改善する傾向を示し、術後再発率（P = 0.024）は有意に低下した。
【結論】
アスピリン内服はStage I～III大腸癌根治術後再発を有意に抑制することが示された。アスピリン内服は大腸癌術後の長期予後を改善する可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Poster 5

[P30] 一般演題（ポスター） 30 予後因子

座長：齋藤 登(獨協医科大学埼玉医療センター総合診療科)

[P30-4] 大腸癌肝転移切除症例の予後予測におけるCancer inflammation prognostic index（CIPI）の有用性の検討

後藤 圭佑, 鎌田 哲平, 月原 秀, 阿部 正, 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外科学講座消化管外科)

(抄録)
（はじめに）Cancer inflammation prognostic index（CIPI）は腫瘍マーカーと炎症マーカーを組み合わせた癌に対する斬新なバイオマーカーである。CIPIの大腸癌肝転移切除症例における長期的意義は明らかでない。今回、我々はCIPIが大腸癌肝転移切除後の予後予測に有用であるかを検討した。
（方法）2000年6月から2024年12月に切除可能大腸癌肝転移に対して肝切除を施行した252例を対象とし、各種因子について無病生存期間（DFS）、全生存期間（OS）をend-pointとして単変量、多変量解析を行った。CIPIはCEA[ng/ml] ×末梢好中球/リンパ球比の計算式を用いて算出した。CIPIのカットオフ値は5年生存に対するROC曲線を用いて決定した。
（結果）高CIPIは、67例（26.6%）に認めた。高CIPI群は低CIPI群と比較して術式は系統切除が多かったが、転移形式(個数やタイミング)や合併症率に有意差は認めなかった。高CIPI群は低CIPI群と比較して有意にDFS、OSが低下していた。(p=0.03, p<0.001) DFSに関する多変量解析では、肝外病変(HR: 2.44; 95%CI: 1.65–3.83, p<0.01), 高CIPI (HR: 3.01; 95%CI: 1.07–2.09, p=0.018)が独立した予後不良因子であった。OSに関する多変量解析では、肝外病変 (HR: 1.98 95%CI: 1.16–3.37, p=0.012)が独立した予後不良因子であった。
（まとめ）術前高CIPIは、大腸癌肝転移切除後患者における無病生存において有用な予後予測因子にな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）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Poster 5

[P30] 一般演題（ポスター） 30 予後因子

座長：齋藤 登(獨協医科大学埼玉医療センター総合診療科)

[P30-5] 多施設共同データベースを用いたEarly Onset Colorectal Cancer の臨床病理学的と予後の検証

森田 覚[1], 門野 政義[1], 菊池 弘人[2], 茂田 浩平[1], 岡林 剛史[1], 北川 雄光[1] (1.慶應義塾大学医学部外科, 2.川崎市立川崎病院外科)

背景
近年、50歳未満で発症するEarly Onset Colorectal Cancer（EOCRC）の罹患率が増加しており、若年者における治療戦略の構築が急務となっている。EOCRCは、診断時に進行している症例が多いことや分子生物学的特徴の違いが指摘されている一方で、EOCRCの臨床病理学的特徴や予後に関する実臨床データは依然として限られており、集学的検討が求められている。
目的および方法
本研究では、2015年～2017年に17施設で根治手術を受けたStage 0–III大腸癌患者3,422例を対象とした。年齢により、50歳未満をEOCRC群、50歳以上をLOCRC群と定義し、臨床病理学的特徴および長期予後について比較検討を行った。
結果
EOCRC群は230例（6.7%）、LOCRC群は3,192例（93.3%）であった。EOCRC群では糖尿病、虚血性心疾患、心房細動の既往が有意に多く、抗血栓薬内服率も高かった（すべて$p < 0.05$）。EOCRC群では大腸癌の家族歴（8.0% vs 2.7%, $p < 0.01$）、直腸癌の割合（38.3% vs 30.9%, $p = 0.010$）が有意に高かった。病理学的には、pN3症例の頻度がEOCRC群で高かった（3.9% vs 1.2%, $p < 0.001$）が、深達度や組織型など他の指標に差はなかった。5年生存率はEOCRC群で良好（94.9% vs 87.8%, $p = 0.001$）だったが、5年再発率は両群で差を認めなかった（81.8% vs 84.5%, $p = 0.4$）。Stage別解析において、StageIではEOCRC群で術後早期の再発が多い傾向を認めた（HR 2.93, $p = 0.029$）。Cumulative incidenceおよびHazard Function解析では、EOCRC群は術後20ヶ月以内に再発のピークを示し、StageIであっても腫瘍学的悪性度が高い可能性が示唆された。
結語
EOCRCはLOCRCとは異なる臨床的病理学的特徴を有することが示された。また、Stage Iにおいても術後早期に再発する傾向があり、より慎重な術後サーベイランス戦略の構築が必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）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Poster 5

[P30] 一般演題（ポスター） 30 予後因子

座長：齋藤 登(獨協医科大学埼玉医療センター総合診療科)

[P30-6] 直腸NETのリンパ節転移のリスク因子の検討

岡崎 直人, 冨田 大輔, 柏木 惇平, 高橋 泰宏, 前田 裕介, 呉山 由花, 平松 康輔, 福井 雄大, 花岡 裕, 戸田 重夫, 上野 雅資, 黒柳 洋弥 (虎の門病院消化器外科)

【はじめに】
直腸NET(neuroendocrine tumor)は，その細胞増殖能に基づきNET G1，G2に分類される比較的まれな低悪性腫瘍とされているが，近年増加傾向にある．本邦では日本神経内分泌腫瘍研究会(JNETS)によるガイドラインが作成されており，直腸NETに関し治療アルゴリズムが提示されている．
今回，我々は当院で直腸切除を施行した直腸NETに関し臨床病理学的検討を行い，リンパ節転移に対するリスク因子を検討した．
【方法】
対象は，2012年1月から2025年3月まで当院で直腸切除を施行した直腸NET 118 例とした．手術適応は，10mm以上の腫瘍およびリンパ節腫大を認めた10 mm未満の直腸NET，内視鏡切除もしくは経肛門局所切除を施行した後，脈管侵襲陽性もしくは断端陽性例とした．側方リンパ郭清は，術前画像検査で長径7㎜以上に腫大したリンパ節を認めた場合のみ施行した．
臨床病理学的因子(腫瘍径，深達度 SM/MP以深，脈管侵襲，Grade分類 G1/G2)とリンパ節転移に関し単変量解析および多変量解析を施行した．
【結果】
男性 76 例，女性 42例，年齢中央値54歳(24-88歳)，観察期間中央値1686 日(112-4510日)，手術は全例腹腔鏡もしくはロボット支援下で行い，肛門温存は117例，一時的回腸人工肛門を造設したのは74例であった．リンパ節転移は28例(24 %)認め，原病死は1 例，再発は5例，肝転移3例，リンパ節1例，局所再発1例を認めた．単変量解析では，腫瘍径10 mm以上(P = 0.04)およびリンパ管侵襲陽性の症例(P = 0.006)では，リンパ節転移陽性が有意に高かった．一方，静脈侵襲および深達度，Grade分類では有意差を認めなかった．これらの多変量解析でも同様に腫瘍径およびリンパ管侵襲がリンパ節転移のリスク因子であった(共にP = 0.006).
【考察】
直腸NETのリンパ節転移のリスク因子は腫瘍径およびリンパ管侵襲であった．直腸NETの手術では一時的な回腸人工肛門が必要な症例も多く，肛門機能の低下を招く可能性があるため手術適応に対し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

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Poster 5

[P30] 一般演題（ポスター） 30 予後因子

座長：齋藤 登(獨協医科大学埼玉医療センター総合診療科)

[P30-7] 結腸癌手術におけるERAS導入後の治療成績

江尻 剛気[1], 岩佐 陽介[1,2], 小山 文一[1,2], 高木 忠隆[1], 藤本 浩輔[1], 田村 昂[1], 吉川 千尋[1], 庄 雅之[1] (1.奈良県立医科大学消化器・総合外科, 2.奈良県立医科大学附属病院中央内視鏡部)

Fearonらによって結腸切除手術の周術期管理手法であるEnhanced Recovery After Surgeryプロトコル（以下 ERAS）が提唱され, 本邦でもERASの有用性が報告されつつある. 我々も2017年から周術期管理にERASを導入しており, その治療成績を報告する.
2008年1月から2018年12月に行われた結腸癌手術症例721例のうち, pStage II ,またはIIIの症例が366例で, そこから腸閉塞,または閉塞傾向にあった症例を除外した260例を対象とし, 機械的全処置を省略したERAS群と従来群における予後や再発率, 術後合併症について, 後方視的に検討した.
ERAS群（84例, 32.3%）, 従来群（176例, 67.7%）の男女はそれぞれ48/36例, 100/76例で, 年齢は32-92歳（中央値74歳）/35-91歳（中央値71歳）, 腹腔鏡/開腹は62/22例, 101/75例であった.
ERAS群と従来群での全生存期間（OS : Overall survival）や無再発生存期間（RFS : Relapse-free survival）に有意差はみられず, 術後合併症についても差はみられなかった.
次に右側と左側に分けて同様に検討した. 右側のERAS, 従来群はそれぞれ49/83例（計132例, 52.8%）, 左側は33/85例（計118例, 47.2%）であった. 右側, 左側でそれぞれ同様に検討したところ, OSやRFS, 術後合併症について有意差は認められなかった.
当科におけるERASプロトコルはpStage II ,IIIの結腸癌手術において, 生命予後や再発, 術後合併症に影響することなく安全に導入できており, 若干の文献的考察を含めて報告する.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 5

[P31] 一般演題（ポスター） 31 側方リンパ節

座長：井上 雄志(東京女子医科大学消化器・一般外科)

[P31-1]

当教室における側方リンパ節腫大を伴う進行直腸癌の治療成績

庫本 達, 濱元 宏喜, 有馬 純, 北田 和也, 島 卓史, 高野 義章, 朝隈 光弘, 富山 英紀, 李 相雄 (大阪医科薬科大学一般消化器外科)

[P31-2]

当院における進行下部直腸癌に対する側方郭清の短期・長期成績の検討

南角 哲俊, 上野 啓輔, 大野 裕文, 小泉 彩香, 山崎 健司, 三井 愛, 峯崎 俊亮, 浅見 桃子, 高島 順平, 杉本 斉, 藤本 大裕, 黒田 浩章, 三浦 文彦, 小林 宏寿 (帝京大学医学部附属溝口病院)

[P31-3]

術前化学放射線治療後の下部直腸癌症例に対する側方リンパ節郭清の評価

天野 正弘, 淺田 恵美, 佐藤 美咲紀, 村上 加奈, 外山 平, 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)

[P31-4]

当院における側方リンパ節転移を伴う局所進行下部直腸癌に対する術前化学放射線療法（CRT）ならびに治療成績

古出 隆大, 一瀬 規子, 松木 豪志, 中島 隆善, 岡本 亮, 仲本 嘉彦, 柳 秀憲 (明和病院外科)

[P31-5]

当院における側方リンパ節転移陽性に対する術前化学療法の治療成績

大原 信福, 鄭 充善, 辻村 直人, 西田 謙太郎, 森 総一郎, 吉川 幸宏, 石田 大輔, 玉井 皓己, 浜川 卓也, 瀧内 大輔, 辻江 正徳, 岩崎 輝夫, 赤丸 祐介 (大阪ろうさい病院外科)

[P31-6]

直腸癌側方リンパ節郭清術後リンパ漏に対してリンパ管造影が奏効した1例

米光 健, 笠島 裕明, 田中 章博, 小澤 慎太郎, 関 由季, 渋谷 雅常, 前田 清 (大阪公立大学大学院医学研究科消化器外科学)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 5

[P31] 一般演題（ポスター） 31 側方リンパ節

座長：井上 雄志(東京女子医科大学消化器・一般外科)

[P31-1] 当教室における側方リンパ節腫大を伴う進行直腸癌の治療成績

庫本 達, 濱元 宏喜, 有馬 純, 北田 和也, 島 卓史, 高野 義章, 朝隈 光弘, 富山 英紀, 李 相雄 (大阪医科薬科大学一般消化器外科)

【背景】
2024年版の大腸癌治療ガイドラインでは、下部直腸癌に対する予防的側方郭清は「弱く推奨」とされているが、側方リンパ節が腫大した症例に対してどのような術前治療が適切かは明らかでない。当教室では2009年以降、局所進行直腸癌に対し、術前化学放射線療法（CRT）または術前化学療法（NAC）を行ってきた。特に、術前に10mm以上の側方リンパ節腫大が認められた場合には、側方郭清を追加してきた。
【目的】
当院でCRTまたはNACを術前に施行した進行直腸癌のうち、側方リンパ節腫大（10mm以上）を認めた症例について、短期および長期の治療成績を比較検討する。
【対象と方法】
2009年1月から2019年12月までに、当院で直腸癌に対して術前治療後に手術を行った278例のうち、側方郭清を実施した43例を対象とした。CRT群21例、NAC群22例に分け、短期および長期の成績を後方視的に比較した。
【結果】
年齢、性別、BMI、腫瘍の位置、cTステージ、治療前CEAなどの背景因子は両群でほぼ同等であった。短期成績では、術式、手術時間、出血量、術後入院期間に差はなかった。Clavien-Dindo分類Grade3以上の術後合併症はCRT群で4例、NAC群で3例（p=0.5804）、腹腔内感染はそれぞれ3例vs4例（p=0.7289）と、いずれも有意差はなかった。病理評価でもypTステージ（p=0.5498）、R0切除率（18例vs19例、p=0.6327）は同程度だったが、組織学的効果がGrade2以上の割合はCRT群で有意に高かった（12例vs5例、p=0.026）。
長期成績では、5年全生存率（94.12% vs 89.72%、p=0.6208）、5年無再発生存率（56.3% vs 57.14%、p=0.8508）、5年遠隔無再発生存率（70.59% vs 61.22%、p=0.7586）は両群で有意差はなかったが、5年局所無再発生存率はCRT群の方が良好な傾向を示した（90% vs 66.67%、p=0.0763）。
【結語】
側方リンパ節腫大を伴う直腸癌において、CRTはNACと比較して局所制御において有効である可能性が示唆された。一方で、遠隔転移を含めた無再発生存率は両群で同等であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 5

[P31] 一般演題（ポスター） 31 側方リンパ節

座長：井上 雄志(東京女子医科大学消化器・一般外科)

[P31-2] 当院における進行下部直腸癌に対する側方郭清の短期・長期成績の検討

南角 哲俊, 上野 啓輔, 大野 裕文, 小泉 彩香, 山崎 健司, 三井 愛, 峯崎 俊亮, 浅見 桃子, 高島 順平, 杉本 斉, 藤本 大裕, 黒田 浩章, 三浦 文彦, 小林 宏寿 (帝京大学医学部附属溝口病院)

【背景】大腸癌治療ガイドラインによると、cT3以深の下部直腸癌に対して術前・中診断で側方リンパ節転移陽性の場合は側方郭清(LLND)を行うことを強く推奨している。また、術前治療を行った症例に対しては、治療前に腫大した側方リンパ節がある場合はLLNDの省略は推奨されないとしている。当科のLLNDの適応はガイドラインに則っているが、術前側方リンパ節陽性の症例に対しては術前治療を導入した後、転移側のLLNDを実施している。また、高齢者や重篤な併存疾患のある症例ではLLNDを省略している。
【目的】当科における側方郭清症例の短期・長期成績および郭清効果を検討すること。
【対象】2014-2024年に、大腸癌ガイドラインに則り、側方郭清の適応がある下部進行直腸癌に対して原発切除を施行した症例を後方視的に解析した。
【結果】側方郭清施行群(以下、LLND+群)は20例、側方郭清未施行群(以下、LLND-群)は16例であった。年齢、性別は両群で差を認めなかった。ASA3以上の患者はLLND-群で多いものの両群で差を認めなかった(p=0.16)。術前治療はLLND+群で40%、LLND-群で37.5%であった。全例で鏡視下手術が施行されていた。LLND+群では、LD2が13例、LD1が7例実施されていた。手術時間はLLND+群で588分、LLND-群で428分とLLND+群で長い傾向であったが有意差は認めなかった (p=0.08)。出血量は両群で同等であった(244ml vs 250ml，p=0.84)。術後在院期間も両群で同等であった (15日vs 14日，p=0.84)。全合併症率も両群で差を認めず，術後3年生存率はLLND+群で86.6%、LLND-群で50.63%(p=0.16)、無再発生存率はLLND+群で87.7%、LLND-群で77.1% (p=0.42)であった。
【結論】当科における側方郭清の適応は妥当であり、安全に実施できていた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 5

[P31] 一般演題（ポスター） 31 側方リンパ節

座長：井上 雄志(東京女子医科大学消化器・一般外科)

[P31-3] 術前化学放射線治療後の下部直腸癌症例に対する側方リンパ節郭清の評価

天野 正弘, 淺田 恵美, 佐藤 美咲紀, 村上 加奈, 外山 平, 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)

【目的】下部進行直腸癌（壁深達度がcT3以深）に対する手術において、本邦での標準的治療は直腸間膜全切除（total mesorectal excision：TME）＋側方郭清であり、側方郭清は、術前診断で転移陽性の場合に強く推奨、転移陰性の場合は弱く推奨されている。しかし、欧米では局所再発率の低下や、側方リンパ節転移の制御を期待して術前化学放射線療法＋TMEが行われており、近年日本でも広く取り入れられてきている。このような現状のなか、一般市中病院である当院における術前治療後の局所進行下部直腸癌に対し選択的に側方郭清を施行し、その短期、長期成績について報告する。
【方法】当院で2018年6月～2024年12月の期間に局所進行下部直腸癌に対して術前化学放射線療法を16例に施行した。対象は、腫瘍下縁が腹膜反転部より肛門側にあるにもので、T3,4またはN(+)、もしくは腫瘍が肛門挙筋に接するものとした。腫瘍の画像評価は、MRIにて行い、術前化学放射線療法は両側側方リンパ節領域を含むlong courseの50.4Gy照射とS-1内服併用とした。
【成績】患者背景として年齢は46～80歳（中央値:71歳）、男性:女性は10:6。腫瘍の局在は（Rab：4/Rba：1/Rb：8/RbP：3）術前治療後、ほぼ全ての症例で腫瘍縮小、腫瘍の瘢痕潰瘍化を認めた。術式として直腸切断術が3名（21%）で、他は一時的な回腸人工肛門を造設するも低位前方切除術または内肛門括約筋切除術（ISR）として肛門温存手術を行った。治療前のMRI評価では5症例に側方腫大リンパ節（長形7mm以上）を認めたが、照射後は5症例とも縮小していた。側方郭清は照射前に腫大リンパ節を認めた片側のみの選択的側方リンパ節郭清を行っている。術後の病理所見では2症例の側方リンパ節に癌の残存が確認され、いずれも術後に肺転移をきたしている。また、側方郭清の施行にかかわらず、術後に側方を含めた骨盤内再発をきたした症例は経験していない。
【結論】当院での術前化学放射線治療後の下部進行直腸癌に対する側方郭清の方針は、許容される範囲内であると考える。今後も症例重ね、長期的な予後を明らかにしていきたい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 5

[P31] 一般演題（ポスター） 31 側方リンパ節

座長：井上 雄志(東京女子医科大学消化器・一般外科)

[P31-4] 当院における側方リンパ節転移を伴う局所進行下部直腸癌に対する術前化学放射線療法（CRT)ならびに治療成績

古出 隆大, 一瀬 規子, 松木 豪志, 中島 隆善, 岡本 亮, 仲本 嘉彦, 柳 秀憲 (明和病院外科)

はじめに：側方リンパ節転移を伴う局所進行下部直腸癌は局所制御率、遠隔転移再発率とも不良のため術前療法の個別化や側方リンパ節郭清について議論されている.
方法：当院では局所進行下部直腸癌において切除可能例には短期CRT(SCRT；25Gy10fr)を、切除境界又は不能例にはtotal neoadjuvant therapy(TNT)として induction chemotherapy（FOLFOXorSOX±Bmab)を施行したのちに手術を行っている．一方、骨盤内を占拠するBulky症例やInduction chemotherapyにて効果不良例に対してはSCRTでは効果不十分と考え長期化学放射線療法(LCRT)を選択する個別化治療戦略をとっている.
2012年～2024年にLLN転移陽性（治療前MRIで短径6mm以上）と診断した54例にCRT+LLNDを施行した。その内、stage4を除きTNTとして induction chemotherapyを施行した38例の成績を評価した.
結果：38例の年齢中央値61歳(22-82歳)、男女比25:13、平均腫瘍径は4.3cm(1.5-15㎝)、肛門温存手術は37例（97.3%）他臓器合併切除は3例（7.9%）、側方郭清については片側21例(55.3%)、両側17例(44.7%)であった．成績では郭清した側方リンパ節の転移陽性率は13.2%で、pCR率は10.5%、5-yrs OS/DFS/LFSは82.5%/73.3%/92.7%で、生涯肛門機能率76.3%であった.再発に関しては遠隔8例(21.0%)、局所3例(7.9%)であった.
結語：側方リンパ節転移を伴う局所進行下部直腸癌においてTNTを用いた個別化治療戦略は遠隔ならびに局所再発が高率な高度進行直腸癌に対して有用である可能性が示唆された．但し予後不良症例に対しては更なる全身治療の工夫を検討すべきと考えられた.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 5

[P31] 一般演題（ポスター） 31 側方リンパ節

座長：井上 雄志(東京女子医科大学消化器・一般外科)

[P31-5] 当院における側方リンパ節転移陽性に対する術前化学療法の治療成績

大原 信福, 鄭 充善, 辻村 直人, 西田 謙太郎, 森 総一郎, 吉川 幸宏, 石田 大輔, 玉井 皓己, 浜川 卓也, 瀧内 大輔, 辻江 正徳, 岩崎 輝夫, 赤丸 祐介 (大阪ろうさい病院外科)

【はじめに】本邦での進行下部直腸癌に対する標準治療はupfrontの手術療法であるが、局再発と遠隔転移の制御には課題が残る。側方郭清を行わない欧米では、術前化学放射線療法が積極的に行われてきたが、近年、局所再発リスクが低い症例に対する術前化学療法のエビデンスが蓄積されつつある。しかしながら、局所再発リスクが高い症例に対する術前化学療法の有効性は明らかではない。今回、局所再発の可能性が高いと考える側方リンパ節転移陽性症例に対する術前化学療法の治療成績について後方視的に検討した。
【対象と方法】2010年1月から2022年3月までに、術前に側方リンパ節転移陽性、遠隔転移のない進行直腸癌と診断し、術前化学慮法を施行後に手術療法を施行した症例を解析対象とした。3年無病生存期間(DFS)を主要評価として、ほか化学療法副作用、奏効率、術後合併症、再発の有無と再発形式、3年局所無再発生存期間(LPFS)、5年生存期間(OS)などを検討した。
【結果】対象は17例で、年齢中央値は61歳(35-77)、男性15例、女性2例であった。術前化学療法は15例で完遂した。Grade3以上の副作用を2例に認め、それぞれが化学療法の中止理由となった。奏効率は76.5%で、ダウンステージは47.1%で得られた。手術療法は全例でR0切除が得られ、Clavien-Dindo Grade 3以上の術後合併症は4例に認めた。組織学的治療効果判定は、Grade1が10、Grade2が4、Grade3が1であった。再発は5例に認め、局所再発は2例に認めた。3年DFSは70.1%、3年LPFSは85.7%、5年OSは87.4%であった。
【考察】局所再発リスクが高い進行下部直腸癌に対する術前化学療法は、エビデンスに乏しく、とりわけupfrontの手術療法と比較した臨床試験はない。当科での治療成績も手術療法と比較したものではないが、有効性を示唆する結果であったと思われる。一方でGrade3以上の副作用もみられ、術前化学療法を施行する場合は安全性の配慮と、患者の十分な理解が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 5

[P31] 一般演題（ポスター） 31 側方リンパ節

座長：井上 雄志(東京女子医科大学消化器・一般外科)

[P31-6] 直腸癌側方リンパ節郭清術後リンパ漏に対してリンパ管造影が奏効した1例

米光 健, 笠島 裕明, 田中 章博, 小澤 慎太郎, 関 由季, 渋谷 雅常, 前田 清 (大阪公立大学大学院医学研究科消化器外科学)

症例は,78歳,女性.下部直腸癌に対してロボット支援下直腸切断術および右側側方リンパ節郭清を施行した.術後7日目に右下腹部痛が出現し,腹部CT検査で右側側方リンパ節郭清領域に液体貯留を認めた.術後リンパ嚢胞と診断し,CTガイド下穿刺ドレナージを行いドレーン留置で経過観察を行ったが,排液量の減少は認められなかった.右鼠径リンパ節を穿刺し,リピオドールを用いた経皮的リンパ管造影を施行.処置後3日で排液量の著明な減少と症状の改善を認めた.以降,追加治療を必要とすることなく治癒に至った.消化器外科領域における術後リンパ嚢胞は稀な合併症であり,穿刺ドレナージや硬化療法により治癒する例もあるが,治療が難航し外科的介入を要するケースも少なくない.本症例では,リピオドールを用いた経皮的リンパ管造影により良好な治療効果を得た.リンパ管造影は低侵襲かつ有効な治療法として,術後リンパ嚢胞の治療選択肢となり得ると考える.直腸癌側方リンパ節郭清術後に発生したリンパ嚢胞に対し,鼠径部アプローチによるリピオドールを用いた経皮的リンパ管造影が有効であった1例を報告する.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 6

[P32] 一般演題（ポスター） 32 ストーマ1

座長：竹下 惠美子(獨協医科大学埼玉医療センター外科)

[P32-1]

当院における一時的人工肛門閉鎖術における工夫と短期成績の検討

加藤 瑛, 山川 雄士, 加藤 潤紀, 浅井 宏之, 上原 崇平, 鈴木 卓弥, 牛込 創, 佐藤 崇文, 佐川 弘之, 髙橋 広城, 瀧口 修司 (名古屋市立大学消化器外科)

[P32-2]

直腸手術における一時的小腸人工肛門造設によるhigh output syndromeのリスク因子

上田 康二[1], 松本 智司[1], 南村 圭亮[1], 山岸 杏彌[1], 中村 慶春[1], 山田 岳史[2], 吉田 寛[2] (1.日本医科大学千葉北総病院外科, 2.日本医科大学付属病院)

[P32-3]

一時的人工肛門の閉鎖までの期間に関する検討

高橋 玄[1], 山本 陸[2], 仲川 裕喜[1], 濱田 篤彦[1], 藤﨑 隆[1], 安藤 裕二[1], 村井 勇太[1,2], 幸地 彩貴[1], 十朱 美幸[1], 高橋 宏光[1], 百瀬 裕隆[1], 土谷 祐樹[1], 塚本 亮一[1], 盧 尚志[1], 本庄 薫平[1], 石山 隼[1], 杉本 起一[1], 冨木 裕一[1], 坂本 一博[1,3] (1.順天堂大学下部消化管外科, 2.順天堂大学医学部附属静岡病院, 3.越谷市立病院)

[P32-4]

結腸直腸腫瘍手術に対する一時的回腸人工肛門造設における急性腎障害のリスク因子の検討

大坊 侑[1], 諏訪 宏和[1], 太田 絵美[2], 田 鐘寛[3], 諏訪 雄亮[4], 小澤 真由美[4], 渡邉 純[5], 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, 2.藤沢市民病院, 3.横浜市立大学附属病院消化器・腫瘍外科学, 4.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, 5.関西医科大学下部消化管外科学講座)

[P32-5]

専攻医が執刀した人工肛門閉鎖術の治療成績の検討

中尾 真綾, 稲田 涼, 益永 あかり, 八木 朝彦, 井上 弘章, 吉岡 貴裕, 尾崎 和秀, 岡林 雄大, 澁谷 祐一 (高知医療センター)

[P32-6]

一時的ループストーマ閉鎖術における単純縫合閉鎖法の安全性・有用性に関する検討

村上 友将, 戸嶋 俊明, 矢野 雄大, 藤田 脩斗, 宇根 悠太, 大谷 朋子, 小西 大輔, 徳毛 誠樹, 小林 正彦, 村岡 篤, 國土 泰孝 (香川労災病院外科・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）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 6

[P32] 一般演題（ポスター） 32 ストーマ1

座長：竹下 惠美子(獨協医科大学埼玉医療センター外科)

[P32-1] 当院における一時的人工肛門閉鎖術における工夫と短期成績の検討

加藤 瑛, 山川 雄士, 加藤 潤紀, 浅井 宏之, 上原 崇平, 鈴木 卓弥, 牛込 創, 佐藤 崇文, 佐川 弘之, 髙橋 広城, 瀧口 修司 (名古屋市立大学消化器外科)

【背景】
大腸癌症例の増加や肛門温存手術の増加により、一時的人工肛門が造設される機会が増加している。それに伴い、人工肛門閉鎖術の術後合併症の予防が重要となっている。当院では現在、術後合併症の減少を目的に、一時的人工肛門造設時には癒着防止剤を使用し、閉鎖時には筋膜をbarbed sutureを用いて連続縫合で閉鎖を行っている。また、閉鎖創部は環状縫合閉鎖を行い閉鎖陰圧療法を施行している。
【方法】
2020年1月～2024年12月に当院で一時的人工肛門閉鎖術を施行した88例を対象に、背景因子、周術期成績、術後合併症の発生状況について後方視的に検討した。
【結果】
一時的人工肛門閉鎖術は男性68例、女性20例で年齢の中央値は68（22-85）歳、人工肛門造設から閉鎖までの期間の中央値は227（14-1072）日であった。回腸人工肛門が69例、横行結腸人工肛門が19例であった。手術時間の中央値は93.5（47-175）分、出血量の中央値は18(0-151)mlであった。術後合併症は全体で30例（34.1%）あり、内訳はイレウスを13例(14.8%)、腸炎を6例（6.8%）、吻合部出血を5例(5.7%)、創感染を4例(4.5%)に認めた。術後在院日数の中央値は9（5-31）日であった。術後合併症に関して単変量解析を行った結果、手術時間が長いことが有意な因子であった（$p<0.05$）。また、術後合併症の発生は術後在院期間を延長させた（$p<0.001$）。創感染に関して単変量解析を行った結果、手術時間が長いこと、人工肛門造設から閉鎖までの期間が長いこと、横行結腸人工肛門が有意な因子として抽出され、多変量解析にて手術時間が長いこと（$p=0.04$）、人工肛門造設から閉鎖までの期間が長いこと（$p=0.04$）が抽出された。
【結語】
当院の一時的人工肛門閉鎖術における術後合併症発生率は34.1%であった。本研究では術後合併症の危険因子として手術時間が長いことが示された。創感染の危険因子として、手術時間が長いこと、人工肛門造設から閉鎖までの期間が長いことが示された。術後合併症の発生は術後在院期間を延長させるため、一時的人工肛門閉鎖術に際しては合併症発生のリスクを把握し、予防する工夫が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 6

[P32] 一般演題（ポスター） 32 ストーマ1

座長：竹下 惠美子(獨協医科大学埼玉医療センター外科)

[P32-2] 直腸手術における一時的小腸人工肛門造設によるhigh output syndromeのリスク因子

上田 康二[1], 松本 智司[1], 南村 圭亮[1], 山岸 杏彌[1], 中村 慶春[1], 山田 岳史[2], 吉田 寛[2] (1.日本医科大学千葉北総病院外科, 2.日本医科大学付属病院)

【緒言】直腸手術において、リスクの高い症例では一時的小腸人工肛門（ileostomy）の造設が行われることが多い。しかし、ileostomy特有の合併症も多く、その中でもhigh output stoma(HOS)は重症化するとその後の治療にも影響を与える。本研究ではHOSのリスク因子について検討を行った。
【方法】2020年4月～2025年3月までに当院で施行された直腸手術において一時的小腸人工肛門造設術が施行された41例を対象とした。周術期に2000ml/dayの排液を認めた症例や術後通院期間中に脱水・電解質機能異常をきたし入院加療が必要となった症例をHOSと定義し、HOS群と非HOS群の比較を行った。
【結果】HOS群/非HOS群はそれぞれ20例/21例であり、男性が17例（85%）/12例（57.1%）であり有意に男性で多かった(P=0.05）。年齢の中央値が64（37-77）歳/72（48-88）歳（P=0.08），Albの中央値が4.1（2.3-4.9）g/dL/4.1（1.3-4.7）g/dL(P=0.086)，BMIの中央値が23.9（15.4-28.6）kg/m2/23.2(18.4-31.4)kg/m2(P=0.87)腹直筋の厚さの中央値は 11.0(7.5-15.9)mm/9.1(4.1-22.9) mm(P=0.15)、皮下脂肪の厚さの中央値は18.2(6.8-34.8) mm/19.3(4.5-41.5) mm(P=0.26)腹壁と腹直筋の厚さの比は0.36(0.28-0.55)/ 0.33(0.15-0.84) でありいずれも有意差は認めなかった。また、骨格筋指数の中央値は7.3(5.3-8.4) /7.4(4.7-9.1)(P=0.6)、細胞外水分比の中央値は0.388(0.37-0.413)/0.39(0.373-0.409)(P=0.61) 、位相角の中央値は4.85(3.4-6.7)/4.85(3.3-6.3)(P=0.72)であり術前のサルコペニアであることはhigh outputのリスクではなかった。
【まとめ】HOSは男性で多いが、男性は縫合不全のリスクが高いことも知られており、どのような症例で一時的人工肛門造設を行うかにおいては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）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 6

[P32] 一般演題（ポスター） 32 ストーマ1

座長：竹下 惠美子(獨協医科大学埼玉医療センター外科)

[P32-3] 一時的人工肛門の閉鎖までの期間に関する検討

高橋 玄[1], 山本 陸[2], 仲川 裕喜[1], 濱田 篤彦[1], 藤﨑 隆[1], 安藤 裕二[1], 村井 勇太[1,2], 幸地 彩貴[1], 十朱 美幸[1], 高橋 宏光[1], 百瀬 裕隆[1], 土谷 祐樹[1], 塚本 亮一[1], 盧 尚志[1], 本庄 薫平[1], 石山 隼[1], 杉本 起一[1], 冨木 裕一[1], 坂本 一博[1,3] (1.順天堂大学下部消化管外科, 2.順天堂大学医学部附属静岡病院, 3.越谷市立病院)

背景: 直腸癌手術における一時的人工肛門(DS)は,術後縫合不全発生時の腹膜炎の軽減や再手術の回避などのメリットがある一方で,人工肛門形成状態による精神的,肉体的,経済的な負担は患者にとっては大きな問題である．DSを閉鎖するまでの期間は患者にとって大きな関心事であるが,それに関する報告は少ない．
目的: 今回我々は直腸癌手術で作成されたDSの閉鎖までの期間に関連する臨床病理学的因子を後方視的に検討し,閉鎖期間に影響を与える因子を明らかにすることを目的とした．
方法: 順天堂医院で2010～2021年に直腸癌に対して原発巣切除を施行した際に回腸のDSを作成した153症例を対象とした．閉鎖までの期間で早期群(EC, 半年未満)と晩期群(DC, 半年以上)の2群に分け臨床病理学的項目を統計学的に検討した．
結果: 全体の年齢中央値は64歳で,男女比は111:42で男性が多く,BMIは22.8kg/m^{2}であった．抗凝固薬内服症例は13.7%,ステロイド投与症例は4.3%であった．術前治療に関しては,なし:CRT:NAC＝102:19:32であり,pStageに関しては,CR/0:1:2:3:4＝7:47:42:43:14であった．手術時間は408.5分,出血量は30ml,腹腔鏡:ロボットは94:59であり,側方郭清は,なし:両側:片側＝121:28:4であった．DS閉鎖期間中央値は144日,Grade2以上の術後合併症は27.9%で認められ,内訳は縫合不全および,High output syndromeやOutlet obstruction syndromeなどのストマ関連合併症(SRC)であった．また病勢進行等により4例で閉鎖不可であった。次にEC(90例)とDC(59例)の2群で検討した．DC群では抗凝固剤内服(-)症例(p=0.04),pStage進行症例 (p＜0.01),術中出血過多症例(p＜0.05),術後化学療法症例(p＜0.01),縫合不全症例(p＜0.01)で有意に多かった．一方EC群ではSRC症例(p＜0.01)が有意に多かった．DS閉鎖期間に関する多変量解析では縫合不全(p＜0.01, HR: 4.72),SRC(p＜0.01, HR: 0.15),術後化学療法(p＜0.01, HR: 4.28)が独立した危険因子であった．
考察: 縫合不全はDS閉鎖期間を延長させ,SRCはDS閉鎖期間を短縮させた．DS閉鎖期間に影響する因子を念頭に置いた周術期管理と,患者とのコミュニケーション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）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 6

[P32] 一般演題（ポスター） 32 ストーマ1

座長：竹下 惠美子(獨協医科大学埼玉医療センター外科)

[P32-4] 結腸直腸腫瘍手術に対する一時的回腸人工肛門造設における急性腎障害のリスク因子の検討

大坊 侑[1], 諏訪 宏和[1], 太田 絵美[2], 田 鐘寛[3], 諏訪 雄亮[4], 小澤 真由美[4], 渡邉 純[5], 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, 2.藤沢市民病院, 3.横浜市立大学附属病院消化器・腫瘍外科学, 4.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, 5.関西医科大学下部消化管外科学講座)

【背景】
近年の外科手術技術の進歩及び術前放射線化学療法や術前化学療法を含めた集学的治療の進歩に伴い、低位における直腸もしくは肛門括約筋の温存ができるようになった。それに伴い結腸直腸手術の際に一時的回腸人工肛門を造設する症例が増えている一方で、急性腎障害(AKI)の発生が問題となっている。
今回我々は、結腸直腸腫瘍手術における一時的回腸人工肛門造設後にAKIをきたす予測因子について検討した。
【対象と方法】
2013年1月から2021年12月までに結腸直腸腫瘍に対して外科的切除を行った症例で、一時的回腸人工肛門を造設した466例を対象とした。AKIの基準については、KDIGO基準ステージ1以上(sCr 0.3mg/dl以上の上昇、またはsCrの基礎値から1.5倍以上の上昇)を認めた症例とした。予後規定因子として、年齢・性別・ASA-PS・BMI・喫煙・高血圧・心疾患・糖尿病・術前Hb・Alb・PNI・Ccr・HbA1c・手術時間・出血量・high output stomaについて単変量および多変量解析を行った。
【結果】
年齢中央値67.0歳、男性347例(74.5%)、女性119例(25.5%)であり、結腸癌34例(7.3%)、直腸癌418例(89.7%)、直腸NET13例(2.8%)、直腸平滑筋肉腫1例(0.2%)であった。AKIは101例(21.7%)で認められた。単変量解析において年齢70歳以上・男性・ASA-PS3,4・高血圧・心疾患・糖尿病・術前Hb13g/dl未満・Alb3.0d/ dl以下、PNI40以下、Ccr60ml/ min未満、high output stoma2000ml/day以上がAKIに有意に影響する因子として抽出された。多変量解析においてはAKIに有意に影響する因子として、年齢70歳以上・ASA-PS3,4・高血圧・high output stoma≧2000ml/dayが抽出された。
【結論】
結腸直腸腫瘍手術に対して一時的回腸人工肛門を造設する際に、年齢70歳以上・ASA-PS3,4・高血圧の患者に対しては可能な限りHOSを回避する必要があり、さらには術前に横行結腸人工肛門造設の検討を要する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 6

[P32] 一般演題（ポスター） 32 ストーマ1

座長：竹下 惠美子(獨協医科大学埼玉医療センター外科)

[P32-5] 専攻医が執刀した人工肛門閉鎖術の治療成績の検討

中尾 真綾, 稲田 涼, 益永 あかり, 八木 朝彦, 井上 弘章, 吉岡 貴裕, 尾崎 和秀, 岡林 雄大, 澁谷 祐一 (高知医療センター)

【緒言】人工肛門閉鎖術は、癒着剥離や腸管吻合など、消化器外科領域の基本手技を要する手術である。当院では、外科スタッフの指導のもと専攻医に積極的に執刀の機会が与えられている。今回、人工肛門閉鎖術における専攻医（卒後5年以内）とスタッフによる治療成績を比較し、手術の安全性を評価する。
【対象と方法】2015年3月から2024年3月に高知医療センターで施行した人工肛門閉鎖術412例のうち、肝切除など他の手術を同時に行った症例、Hartmann’s reversalを除く369例を対象とし、スタッフ（16名）と専攻医（11名）の執刀症例の治療成績を後方視的に検討した。
【結果：以下連続変数は中央値（範囲）】369例のうち専攻医が執刀した症例は193例、スタッフが執刀した176例であった。両群間の年齢（68歳（24－87）対67歳（19－95））、性別（男／女：121／72対102／74）、BMI（22．6（14．5－34．4）対22．3（15．2－33．5））、ASA－PS（1、2／3：186／7対165／11）など、患者背景に有意差は認めなかった。スタッフの執刀症例の方が、初回開腹手術が多かったが（4．6%対12%、P＝0．013）、人工肛門部位（ileostoma／colostoma：176／17対150／26）、原疾患（悪性／良性：186／7対169／7）、初回手術から閉鎖までの期間（54日（14－3649）対58日（11－899））に関しては有意差を認めなかった。人工肛門閉鎖時の周術期成績に関して、専攻医の方がスタッフと比較し手術時間は長かったものの（88分（52－186）対74分（32－193）、P＜0．001）、出血量（30mL（0－360）対30mL（0－485））、入院期間（7日（5－64）対7日（3－101））、全合併症（2．1%対4．5%）、Clavien Dindo grade III以上の重症合併症（1．0%対1．1%）に関しては有意差を認めなかった。
【結語】専攻医による人工肛門閉鎖術は、手術時間の延長はあるものの、上級医の適切な指導のもと安全に施行し得る。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 6

[P32] 一般演題（ポスター） 32 ストーマ1

座長：竹下 惠美子(獨協医科大学埼玉医療センター外科)

[P32-6] 一時的ループストーマ閉鎖術における単純縫合閉鎖法の安全性・有用性に関する検討

村上 友将, 戸嶋 俊明, 矢野 雄大, 藤田 脩斗, 宇根 悠太, 大谷 朋子, 小西 大輔, 徳毛 誠樹, 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】一時的ループストーマ閉鎖術式は術中所見や執刀医の選択により様々である。当科では以前から腸管切除吻合(B)法（端々吻合や機能的端々吻合）による閉鎖術を行ってきたが、2022年より単純縫合閉鎖(A)法を取り入れた。腸管切除吻合法は一般的な閉鎖法ではあるが、辺縁血管を切離することがほとんどであるため、直腸癌にてIMA根部切離を伴う郭清後に横行結腸左側に一時的ループストーマを造設した場合は肛門側腸管の広範な壊死をきたす可能性があり注意が必要である。一方単純縫合閉鎖法では腸管壁を損傷しないよう丁寧に剥離する必要があり習熟した手術手技が求められるが、間膜切離が不要である点などから手術時間や出血量の減少に寄与する可能性がある。
【対象と方法】2022年4月から2025年3月までの当院でストーマ閉鎖術を行った28例について、患者背景、手術・術後因子を後方視的に検討した。
【結果】単純縫合閉鎖(A)群が10例、腸管切除吻合(B)群が18例であった。ストーマ腸管は回腸17例(A群7例、B群10例)、結腸11例(A群3例、B群8例)であった。手術時間（中央値）はA群76（58–116）分、B群115（73–200）分とA群で有意に短かった（P<0.05）。出血量はA群5（0–40）ml、B群25（2–300）ml、術後在院日数はA群12（8–19）日、B群13（9–38）日であり、いずれも有意差は認められなかったが、出血量はA群で短い傾向にあった（P＝0.065）。Clavien-Dindo分類Grade II以上の術後合併症はA群1例（尿路感染(II)）、B群4例（CDAD(II)、麻痺性イレウス(II)、SSI(II)、縫合不全(II)）で、A群に比べB群で合併症が多い傾向を認めた（オッズ比 0.17、95%CI: 0.02–1.56、p = 0.115）。
【結論】一時的ループストーマの閉鎖術式において単純縫合閉鎖術は、手術時間の短縮に寄与し、術後合併症も少ない傾向が認められたことから、安全かつ有用な選択肢とな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）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:05 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:05 AM UTC Poster 6

[P33] 一般演題（ポスター） 33 ストーマ2

座長：佐藤 美信(六輪病院外科)

[P33-1]

当院における臍部一時的人工肛門造設術の検討

藤井 能嗣, 芥田 壮平, 林 久志, 西 雄介, 中西 彬人, 皆川 結明, 石山 泰寛, 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)

[P33-2]

StageIVおよび転移・再発大腸癌患者における悪性消化管閉塞に対する緩和的人工肛門造設後の予後規定因子の解析

後藤 麻佑[1], 長嶋 康雄[1], 三浦 康之[1], 鏡 哲[1], 鈴木 孝之[1], 金子 奉暁[1], 牛込 充則[1], 栗原 聰元[1], 的場 周一郎[1], 船橋 公彦[1,2] (1.東邦大学医療センター大森病院消化器外科, 2.医療法人社団緑成会横浜総合病院消化器センター外科)

[P33-3]

当院における下部消化管穿孔後のハルトマンリバーサル手術の現状

竹本 健一, 有村 勇哉, 小城 正大, 長田 寛之, 門谷 弥生, 内藤 慶, 中野 且敬 (近江八幡市立総合医療センター外科)

[P33-4]

回腸人工肛門閉鎖術後に生じた初回手術時の吻合部離開による縫合不全症例の検討

小野 紘輔, 中原 雅浩, 倉吉 学, 徳本 憲昭, 坂井 寛, 柳川 泉一郎, 大塚 裕之, 北村 芳仁, 松森 亮介, 大下 彰彦 (JA尾道総合病院)

[P33-5]

人工肛門閉鎖部に対する局所陰圧洗浄療法(NPWTi-d)と遅延一次縫合を組み合わせた創閉鎖手技と短期成績

波江野 真大, 梅田 一生, 家根 由典, 村上 克弘, 吉岡 康多, 大東 弘治, 所 忠男, 上田 和毅, 川村 純一郎 (近畿大学医学部外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:05 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:05 AM UTC Poster 6

[P33] 一般演題（ポスター） 33 ストーマ2

座長：佐藤 美信(六輪病院外科)

[P33-1] 当院における臍部一時的人工肛門造設術の検討

藤井 能嗣, 芥田 壮平, 林 久志, 西 雄介, 中西 彬人, 皆川 結明, 石山 泰寛, 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)

はじめに:　直腸癌術後における縫合不全は重篤な合併症であり、そのリスクを軽減する目的で、一時的回腸ストーマの造設が広く行われている。従来、このストーマは右側腹部に造設されてきたが、近年では、整容性の向上および創部数の削減を目的として、臍部を利用する手法が注目されている。しかし、臍部ストーマの術後成績についての報告は少なく、その安全性や有用性は明らかではない。本研究では、腹腔鏡下直腸切除術後に造設された臍部ストーマ（U群）と従来の右側腹部ストーマ（C群）について、術後短期成績を比較検討することを目的とした。
方法: 2018年1月から2022年4月までに当院で腹腔鏡下直腸切除術と一時的回腸ストーマ造設を受けた患者144例を対象とし、U群とC群に分類した。共変量として、性別、年齢、BMI、ASA分類、糖尿病およびステロイド使用の有無を設定し、傾向スコアマッチングを用いて、各群35例を抽出し、術後成績を比較検討した。
結果: マッチング後の両群間において、患者背景に有意差は認められなかった。術後合併症率、ストーマ関連皮膚障害の発生率、またoutlet obstructionの頻度についても有意差はみられなかった。さらに、ストーマ閉鎖術後における合併症の発生率についても群間で有意差はなかった。一方で、ストーマ閉鎖術における手術時間はU群で有意に延長していた（63分 vs 55分, p＝0.004）。
考察: 本研究では、臍部ストーマは創部数の削減や整容性の観点から有用であり、従来のストーマと比較して短期的な成績において大きな劣性は認められなかった。特に、ストーマ関連合併症である皮膚障害やたoutlet obstructionの発生頻度に差がなく、安全性が示唆された。今後は、長期的な観察を通じて、ヘルニアなどの晩期合併症に関す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）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:05 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:05 AM UTC Poster 6

[P33] 一般演題（ポスター） 33 ストーマ2

座長：佐藤 美信(六輪病院外科)

[P33-2] StageIVおよび転移・再発大腸癌患者における悪性消化管閉塞に対する緩和的人工肛門造設後の予後規定因子の解析

後藤 麻佑[1], 長嶋 康雄[1], 三浦 康之[1], 鏡 哲[1], 鈴木 孝之[1], 金子 奉暁[1], 牛込 充則[1], 栗原 聰元[1], 的場 周一郎[1], 船橋 公彦[1,2] (1.東邦大学医療センター大森病院消化器外科, 2.医療法人社団緑成会横浜総合病院消化器センター外科)

【目的】悪性消化管閉塞(MBO)の発生は患者のQOLを大きく障害する。MBOに対する症状緩和の方法の一つとして、緩和的人工肛門造設術(palliative stoma: PS)がある。しかしながら、StageIVおよび転移・再発癌患者に対するPSは重篤な合併症の発生や手術関連死のリスクが高く、これらの発生は患者のQOLの低下や余命を短くする可能性がある。 今回われわれは、StageIVおよび転移・再発大腸癌患者におけるMBOに対するPSの予後規定因子の解析を後方視的に行なった。
【方法】2005年1月から2021年12月の間に当科でMBOの症状緩和目的にPSを施行した、StageIVおよび転移・再発大腸癌患者57例を対象とした。アウトカムを術後90日以内の死亡、全生存期間、説明変数を年齢，性別，ASA-PS，PNI，CONUTとして多変量解析を行なった。p<0.05の場合に有意差ありとした。本研究は東邦大学医療センター大森病院倫理委員会の承認を得て実施した(M23011)。
【結果】生存期間：中央値224日(12-1463)、性別：男性37、女性20、ASA-PS：0-2；50、3-5；7、PNI：≦40；40、＞40；17、CONUT：0-8；47、8-12；10、予定手術/緊急手術：予定22、緊急35、開腹手術/腹腔鏡手術：開腹35，腹腔鏡22であった。C-D分類grade3以上の合併症は10例(17.5%)、術後30日以内での死亡は3例(5.3%)であった。多変量解析の結果，90日以内の死亡においてはCONUT(p=0.02)が、全生存期間においてはCONUT(p<0.001)、PNI(p=0.02)、年齢(cut off：75歳、p=0.002)が、予後規定因子であった．
【結語】StageIVおよび転移・再発大腸癌患者のMBOに対するPSにおいて、CONUTスコアが予後予測に有用な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）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:05 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:05 AM UTC Poster 6

[P33] 一般演題（ポスター） 33 ストーマ2

座長：佐藤 美信(六輪病院外科)

[P33-3] 当院における下部消化管穿孔後のハルトマンリバーサル手術の現状

竹本 健一, 有村 勇哉, 小城 正大, 長田 寛之, 門谷 弥生, 内藤 慶, 中野 且敬 (近江八幡市立総合医療センター外科)

背景
下部消化管穿孔術後のハルトマンリバーサルは患者背景や癒着程度がさまざまで、技術的難易度が高く、手術適応や時期の判断が難しい。近年はQOL向上の観点からもリバーサルが検討されるようになったが、症例数が限られている施設では十分なデータが得られていない。今回、当院で施行された少数例のハルトマンリバーサル手術について後方視的に検討し、課題と展望を報告する。
対象と方法
2019年1月～2025年4月までに当院で下部消化管穿孔後にハルトマンリバーサル手術を施行した9例を対象とし、診療録を後方視的に解析した。評価項目は年齢、性別、BMI、手術からの経過期間、手術因子としてアプローチ、手術時間、出血量、癒着・脾彎曲部授動・他臓器損傷の有無、再建法、縫合不全を含めた術後合併症の有無、術後在院日数とした。
結果
全9例、平均年齢は70才、男性/女性 5/4名、手術時間の中央値は236分（196～321分）であった。全例でリバーサルが可能であり、3例で術中に癒着剥離に伴う小腸損傷を認め修復が行われていた。腹腔鏡/開腹群は6/3例で、時代変遷で腹腔鏡手術が選択されるようになっており、出血量は中央値150gr.で開腹・腹腔鏡群で比較すると腹腔鏡群で有意に少なかった（ｐ＝0.0297）。縫合不全はFEEA再建の1例に認め横行結腸ストマ造設を要し、閉塞性腸炎を1例に認めたが保存的に改善していた。術後在院日数の中央値は11日であった。
考察
症例数は少ないが、比較的安全にハルトマンリバーサルが施行されていると考えられた。時代背景で開腹術から腹腔鏡手術が選択されるようになっていた。手術時間短縮や術後回復に有利な傾向がみられた。今後は適応の検討や手術時期の標準化が課題と考えられる。
結語
当院における下部消化管穿孔術後のハルトマンリバーサル手術の現状を報告した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:05 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:05 AM UTC Poster 6

[P33] 一般演題（ポスター） 33 ストーマ2

座長：佐藤 美信(六輪病院外科)

[P33-4] 回腸人工肛門閉鎖術後に生じた初回手術時の吻合部離開による縫合不全症例の検討

小野 紘輔, 中原 雅浩, 倉吉 学, 徳本 憲昭, 坂井 寛, 柳川 泉一郎, 大塚 裕之, 北村 芳仁, 松森 亮介, 大下 彰彦
(JA尾道総合病院)

[はじめに]回腸の一時的人工肛門は、将来閉鎖することを前提として造設され、原疾患としては大腸癌など様々な疾患がある。多くは吻合部の縫合不全を予防する目的で造設されるが、イレウスや術後縫合不全の治療目的に緊急で造設されることもある。一時的人工肛門はその目的が達成された後閉鎖されるが、閉鎖術後に稀ではあるが元の吻合部が離開し縫合不全にいたることがある。[目的]一時的に造設した回腸人工肛門閉鎖術を施行したのちに元の吻合部が離開し縫合不全に至った症例の臨床的特徴を検討すること。[対象]2017年１月から2024年８月までに当科で施行した回腸人工肛門閉鎖術108例のうち、初回手術時にstoma造設のみ行った症例2例を除く106例。[結果]106例（予防的人工肛門造設、以下予防群92例、治療的人工肛門造設、以下治療群14例）のうち、6例（5.7%）で元の吻合部の離開による縫合不全を認めた。縫合不全は人工肛門閉鎖後17（8-160）日で認め、5例で人工肛門再増設を要した。６例はすべて直腸癌の術後であり、内訳は、予防群後で2例（2.2%）、治療群後で４例（28.6%）であった。治療群後のなかで、縫合不全例４例と非縫合不全例10例を比較すると、基礎疾患や術前の栄養状態、人工肛門閉鎖までの期間などは両群で差はないものの、縫合不全例は直腸切除術で腸管切除時の切離回数が複数回である症例、吻合が機械吻合である症例が多かった。[考察]複数回の切離を要した直腸癌術後の縫合不全に対して、治療目的に造設した回腸人工肛門を閉鎖する際には、元の吻合部の離開による縫合不全がおこる可能性も考慮する必要があると思われる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:05 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:05 AM UTC Poster 6

[P33] 一般演題（ポスター） 33 ストーマ2

座長：佐藤 美信(六輪病院外科)

[P33-5] 人工肛門閉鎖部に対する局所陰圧洗浄療法(NPWTi-d)と遅延一次縫合を組み合わせた創閉鎖手技と短期成績

波江野 真大, 梅田 一生, 家根 由典, 村上 克弘, 吉岡 康多, 大東 弘治, 所 忠男, 上田 和毅, 川村 純一郎 (近畿大学医学部外科)

【背景】
人工肛門閉鎖術後における代表的な合併症のひとつに、手術部位感染（surgical site infection: SSI）がある。これまでSSI対策として、環状皮膚縫合による創閉鎖が有効とされてきたが、肉芽形成および上皮化に一定の期間を要し、創治癒に至るまで継続的な処置や通院が必要となる点が課題であった。近年、局所陰圧洗浄療法（negative pressure wound therapy with instillation and dwell time: NPWTi-d）が開発され、SSI抑制および肉芽増生促進効果が期待されている。当施設では、自己処置や通院継続が困難と考えられる症例に対し、術後SSI発生抑制および創治癒期間短縮を目的として、NPWTi-dと遅延一次縫合を併用した創管理を導入している。今回、本手技と短期成績について報告する。
【方法】
2018年12月以降に当施設で人工肛門閉鎖術を施行した120例のうち、NPWTi-dと遅延一次縫合を併用した9例を対象とし、その短期成績を後方視的に検討した。
【手技】
人工肛門閉鎖部に対し、頭尾側方向に紡錘状の皮膚切開を加える。腸管吻合完了後、腹膜・筋膜を閉鎖した後、生理食塩水1500 mLにて創内を洗浄し、皮下組織および皮膚は開放創のまま手術を終了する。術翌日よりNPWTi-dを開始し、術後3日目にフォームを除去する。不良肉芽や血流障害を認めず、創部の筋膜および縫合糸が肉芽により覆われていることを確認できればNPWTi-dを終了する。同時に真皮埋没縫合による遅延一次縫合を施行し、創閉鎖を行う。創部に感染兆候がなく、皮膚接着が完了したことを確認して創治癒と判断する。
【結果】
対象は男性8例、女性1例で、年齢の中央値は70歳（44〜75歳）であった。全例が回腸人工肛門閉鎖術症例であり、肥満（BMI＞30 kg/m^2）1例、糖尿病合併3例、化学療法施行後を4例含んでいた。全例で術後SSIの発生は認めなかった。術後在院日数の中央値は9日（7〜14日）、創治癒確認までの期間の中央値は11日（8〜16日）であった。
【結語】
人工肛門閉鎖部に対するNPWTi-dと遅延一次縫合を併用した創管理は、術後SSIの発生率軽減に寄与し、さらに在院日数および創治癒期間の短縮が期待される有用な治療法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）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 7

[P34] 一般演題（ポスター） 34 症例・ストーマ

座長：東 大二郎(福岡大学筑紫病院炎症性腸疾患（IBD）センター)

[P34-1]

潰瘍性大腸炎術後の回腸嚢炎に対し回腸ストーマ造設後にストーマ脱出を来した1例

橋本 拓造, 大津 亘留, 相場 崇行, 地原 想太郎, 安田 一弘, 釘宮 睦弘, 白鳥 敏夫 (大分市医師会立アルメイダ病院)

[P34-2]

双孔式横行結腸人工肛門脱出に対して自動縫合器を用いて修復した１例

川北 康貴[1,2], 矢吹 慶[1], 秋山 正樹[1], 平田 敬冶[2] (1.産業医科大学若松病院, 2.産業医科大学第一外科学)

[P34-3]

人工肛門脱出に対する自動縫合器を用いた修復術

尾嶋 英紀, 森本 雄貴, 高木 里英子, 渡辺 修洋, 山本 晃, 横江 毅, 内田 恵一, 毛利 靖彦 (三重県立総合医療センター消化器・一般外科)

[P34-4]

人工肛門からの内視鏡検査で遅発性に結腸穿通をきたした1例

芦立 嘉智 (浦河赤十字病院)

[P34-5]

局所麻酔下でのseton法にて改善したストーマ瘻孔・皮下膿瘍の１例

山崎 裕人, 吉田 貢一, 田畑 敏 (砺波総合病院大腸・肛門外科)

[P34-6]

塞栓術と硬化療法が有用であった結腸ストーマ静脈瘤の1例

瀬戸 寛人, 木村 文彦, 植野 吾郎, 畠野 尚典, 谷口 仁章 (独立行政法人地域医療機能推進機構(JCHO)大阪みなと中央病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 7

[P34] 一般演題（ポスター） 34 症例・ストーマ

座長：東 大二郎(福岡大学筑紫病院炎症性腸疾患（IBD）センター)

[P34-1] 潰瘍性大腸炎術後の回腸嚢炎に対し回腸ストーマ造設後にストーマ脱出を来した1例

橋本 拓造, 大津 亘留, 相場 崇行, 地原 想太郎, 安田 一弘, 釘宮 睦弘, 白鳥 敏夫 (大分市医師会立アルメイダ病院)

ストーマ脱出は可動性ある腸管の存在下で腹壁とストーマの間隙に腹圧が加わることにより弛んだ腸管が押し上げられ徐々に脱出することで引き起こされる. 患者因子として高齢, 肥満, 腹圧上昇, 筋膜の脆弱性など, 手術因子としてはストーマ部位の過大な開口, 腹壁とストーマとの過大な間隙, 腹直筋外造設, 腹腔内造設経路, 腹壁への非固定などが報告されている. 今回, 我々は潰瘍性大腸炎術後の吻合部狭窄・回腸嚢炎にて回腸ストーマ造設後にストーマ脱出をきたした1例を経験したので報告する. 症例は80才男性. 59才時に大腸全摘および回腸嚢-肛門管吻合術が施行されている. 79才時より吻合部狭窄にて内視鏡的拡張術が複数回施行されていたが, 回腸嚢炎を契機とする高度炎症・低栄養にて紹介入院となった. 回腸嚢炎に対して経肛門的イレウス管による保存的加療が行われるも, 症状は改善に乏しく手術侵襲および全身状態を考慮して腹腔鏡下に回腸ストーマ造設術を施行した. 術後はCVポート造設による中心静脈栄養管理を要したが, 回腸嚢炎は改善し自宅退院となった. 退院から半年経過した頃よりストーマ脱出を認めるようになった. CTにてストーマ肛門側から回腸嚢までに著明な拡張を認め, ストーマ脱出は遠位側腸管内容のドレナージ不良による腹腔内圧上昇が原因と判断し手術を施行した. 右上腹部に造設されたストーマは腹壁-挙上腸管レベルで開大しており容易に脱出が認められた. ストーマ部より回腸嚢に至るまでの小腸は癒着が著明で一塊となっておりドレナージ不良の原因と推察された. これらの癒着を剥離しすべての腸管をfreeとして確認するとストーマ部分から回腸嚢上端までは120cmであった. ストーマ部腸管を切除しA-L吻合で再建してから左下腹部で回腸嚢上端より口側20cmで新規に回腸瘻を造設し手術を終了した. 術後遺残回腸嚢の病的拡張は来していない.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 7

[P34] 一般演題（ポスター） 34 症例・ストーマ

座長：東 大二郎(福岡大学筑紫病院炎症性腸疾患（IBD）センター)

[P34-2] 双孔式横行結腸人工肛門脱出に対して自動縫合器を用いて修復した１例

川北 康貴[1,2], 矢吹 慶[1], 秋山 正樹[1], 平田 敬冶[2] (1.産業医科大学若松病院, 2.産業医科大学第一外科学)

症例は60歳代女性、2023年他院で排便障害に対して右側横行結腸人工肛門造設術を施行された。術後から1年5か月後、人工肛門の脱出、出血、人工肛門周囲痛にて近医受診、人工肛門脱出に対する手術加療目的にて当科紹介となった。身長147㎝、体重49kg、ＡＤＬは概ね自立しているが要介護2、訪問介護にてパウチを交換している状態であった。初診時、右上腹部に人工肛門造設状態、6時方向の口側腸管が著明に脱出しており、脱出長は5．5㎝であった。採血では特記異常事項認めず、人工肛門からの造影検査では、0時方向の肛門側腸管は肛門までの造影剤の流出を認め全体的に狭小化していたものの明らかな閉塞起点など粗大病変認めず、6時方向の口側腸管はやや拡張しており肝弯曲部上行結腸までの造影剤の流出を認めたが、同部位から口側結腸は便塊貯留のため造影困難であった。人工肛門脱出の診断にて、全身麻酔にて自動縫合器を用いた腸管切除による人工肛門の修復・形成術を施行した。術後病理では、切除腸管に有意粗大病変を認めなかった。術翌日から食事開始したが、術後2日目に尾側ステイプラ断面の黒色変化及び拍動性出血を認めたため結紮止血施行、その後は再出血認めず、術後6日目に自宅退院となった。術後定期通院中であるが、人工肛門の色調問題なく、再発やその他明らかな有害事象認めず経過している。
人工肛門脱出は日常診療でも遭遇し得る人工肛門造設後の合併症の一つであるが、標準的な手術や治療方法は確立しておらず、患者背景や各施設の判断に応じて治療展開されているのが現状である。本法は開腹手術と比較して低侵襲かつ患者自身のQOLを損なうことなく実施可能であり、過去の文献でも良好な転帰が報告されており、自動縫合器を用いた手術は人工肛門脱出の外科的治療の有効な選択肢となり得る。今回我々は人工肛門脱出に対して人工肛門再造設を行うことなく、器械吻合にて一期的に切除縫合して良好な術後経過を経た症例を経験したので、若干の文献的考察を踏まえて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 7

[P34] 一般演題（ポスター） 34 症例・ストーマ

座長：東 大二郎(福岡大学筑紫病院炎症性腸疾患（IBD）センター)

[P34-3] 人工肛門脱出に対する自動縫合器を用いた修復術

尾嶋 英紀, 森本 雄貴, 高木 里英子, 渡辺 修洋, 山本 晃, 横江 毅, 内田 恵一, 毛利 靖彦 (三重県立総合医療センター消化器・一般外科)

【はじめに】人工肛門脱出は人工肛門造設後の合併症の一つであり、疼痛、出血、粘膜潰瘍といった症状を認め、管理に難渋することがあり、手術加療が必要となることがある。その際には、低侵襲な手術が望ましいと思われるが、自動縫合器を用いた修復術の報告も散見される。今回我々は、人工肛門脱出に対して自動縫合器を用いて修復術を行った3例を経験したので報告する。
【症例】症例１は62歳男性、直腸癌根治術後の排便障害に対し横行結腸人工肛門造設を行ったが、その後、口側腸管の脱出と粘膜の潰瘍を認めたため、全身麻酔下に自動縫合器を用いて脱出腸管を切除し修復、術後6日目に退院した。症例2は57歳女性、子宮頸がんに対する放射線治療による腸炎、腸閉塞に対し回盲部切除、双孔式人工肛門造設を行った。その後、肛門側腸管の脱出を認め管理困難となったため、全身麻酔下に自動縫合器を用いて脱出腸管を切除修復、術後7日目に退院した。症例3は42歳男性、大動脈解離術後の腸管壊死で横行結腸人工肛門造設状態となっていたが、肛門側腸管の脱出を認め管理困難となったため、全身麻酔下に自動縫合器を用いて脱出腸管を切除修復、術後2日目に退院した。
【考察】人工肛門脱出に対し、自動縫合器を用いて修復を行った3例を経験した。いずれも、低侵襲で安全に施行でき、有用な方法であったが、コストの面で課題があると思われた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 7

[P34] 一般演題（ポスター） 34 症例・ストーマ

座長：東 大二郎(福岡大学筑紫病院炎症性腸疾患（IBD）センター)

[P34-4] 人工肛門からの内視鏡検査で遅発性に結腸穿通をきたした1例

芦立 嘉智 (浦河赤十字病院)

症例は62歳男性。バリウムによる上部消化管造影検査後の大腸穿孔のために2年前にハルトマン手術を施行されていた。過去に大腸ポリープを指摘されており、スクリーニングのために人工肛門から下部消化管内視鏡検査を施行した。人工肛門からの挿入は難渋したが、検査後は問題なく経過していた。検査後28日目に人工肛門付近の痛みを訴えて当院救急外来を受診した。CT検査で、人工肛門として挙上していたS状結腸間膜内にdirty mass signを疑う所見と結腸間膜から後腹膜内に気腫を認めた。内視鏡による遅発性のS状結腸穿通の診断で緊急手術となった。人工肛門周囲を剥離し、S状結腸を体外へ引き出すと間膜内に便の漏出を認めた。汚染した間膜と穿通部を含めたS状結腸を切離した。切離後に腹腔鏡で腹腔内を観察したが、腹腔内には汚染を認めなかった。口側の断端を再度人工肛門として挙上して手術を終了した。摘出した検体を確認すると人工肛門挙上部付近に3cm大の穿通部を認めた。
下部内視鏡検査での大腸穿孔や穿通は比較的まれな合併症である。本症例のように人工肛門から挿入する機会もあり、腹壁の厚さやストマトンネルの長さなどの要因で挿入困難となる事もあり、その際には穿孔や穿通を含めた腸管の損傷のリスクがある。今回、ストマ挙上付近で挿入困難であり、同部位での穿通であることから、穿通の原因は内視鏡操作での損傷と思われた。間膜側への穿通であり、症状が出現するまでに28日と時間がかかったものと思われる。挿入困難時の対応、その後の注意深いフォローが必要であると思われる。なお、文献的には人工肛門からの挿入に伴う穿孔や穿通の報告は少ない。今回我々は人工肛門からの内視鏡操作で遅発性に結腸穿通をきたした一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）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 7

[P34] 一般演題（ポスター） 34 症例・ストーマ

座長：東 大二郎(福岡大学筑紫病院炎症性腸疾患（IBD）センター)

[P34-5] 局所麻酔下でのseton法にて改善したストーマ瘻孔・皮下膿瘍の１例

山崎 裕人, 吉田 貢一, 田畑 敏 (砺波総合病院大腸・肛門外科)

ストーマ瘻孔は1.5〜15%に発生する比較的頻度の高い晩期合併症と報告されているが, 皮下膿瘍を併発し外科的に介入した症例の報告は少ない．今回局所麻酔下でのseton法にて改善したストーマ瘻孔・皮下膿瘍の１例を経験したので報告する．症例は70代の女性，50代で肛門管癌の診断で後方骨盤内臓全摘術・S状結腸人工肛門造設術施行、経過で膀胱瘻や右腎瘻が造設されている. さらに50代で膀胱瘻逸脱による腹膜炎に対してドレナージ術、70代で絞扼性イレウスに対して小腸部分切除術など、複数回の手術既往がある. また昨年より慢性腎不全にて血液透析が導入された.
今回ストーマからの下血にて予約外受診, パウチ内には暗赤色の血液が貯留しており, ストーマ周囲の膨隆を認めた. ストーマの色調は良好で, 腹膜炎を疑う所見は認めなかった. 腹部造影CT検査では明らかな出血源は指摘できなかったが, ストーマ腸管は皮下にて便塊による拡張を認めた. 血液検査上Hbは8.8と軽度低下, CRPは８台と軽度の炎症反応上昇を認めた. 入院の上, 絶食, 補液と抗菌薬を開始したが, 第６病日にストーマ尾側の皮膚が自潰し便塊を伴う排膿を認めた. 挙上腸管の皮下での壊死・穿孔（ストーマ瘻孔）が疑われたが, 幸い腹腔内汚染を疑う所見はなく, バイタルも安定していた. 本人の背景や低栄養状態などを考慮し人工肛門再造設を行わず, 局所麻酔下でのseton法によるドレナージのみで経過観察していく方針とした.
十分な洗浄の上ストーマ瘻孔部及び皮下膿瘍部に計3本のloose setonを留置, ドレナージを開始した. ドレナージ後の経過は良好で, 第８病日より経口摂取を開始, 抗菌薬も終了した. ストーマ装具はseton挿入部分を含めて貼付することで問題なく管理できた. その後溢水による酸素化不良が遷延したため腎臓内科に転科となった.
本症例は透析患者で複数回の手術既往があり, 低栄養状態であった. 全身麻酔手術の合併症及びストーマ離開などの合併症の併発の可能性が高いと判断し，ストーマ再造設は行わず, seton法によるドレナージのみの対応で管理可能であった.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 7

[P34] 一般演題（ポスター） 34 症例・ストーマ

座長：東 大二郎(福岡大学筑紫病院炎症性腸疾患（IBD）センター)

[P34-6] 塞栓術と硬化療法が有用であった結腸ストーマ静脈瘤の1例

瀬戸 寛人, 木村 文彦, 植野 吾郎, 畠野 尚典, 谷口 仁章 (独立行政法人地域医療機能推進機構(JCHO)大阪みなと中央病院外科)

症例は75歳の男性．多発肝転移, 多発肺転移, 膀胱頂部と後腹膜への浸潤を伴う進行S状結腸癌に対して腹腔鏡下横行結腸ストーマ造設術を施行した. 一次治療としてmFOLFOX6+Bev, 二次治療としてIRIS+Bevを施行中にストーマ静脈瘤を生じた. 同部位より頻回の出血をきたし, その都度, 輸血, 入院を要したためIVRを施行した. 超音波ガイド下に静脈瘤に流入する血管を穿刺し, コイル塞栓した後に硬化療法を施行し, 出血の制御が可能であった．若干の文献的考察とともに報告する.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 7

[P35] 一般演題（ポスター） 35 炎症性腸疾患

座長：桑原 隆一(兵庫医科大学消化器外科学講座炎症性腸疾患外科)

[P35-1]

クローン病に対する内視鏡的バルーン拡張後の外科的治療介入に関する検討

辻 嘉斗, 荻野 崇之, 深田 晃生, 関戸 悠紀, 竹田 充伸, 波多 豪, 浜部 敦史, 三吉 範克, 植村 守, 土岐 祐一郎, 江口 英利 (大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学)

[P35-2]

クローン病癌併発例の診断と予後に関する検討

小川 真平, 番場 嘉子, 金子 由香, 二木 了, 腰野 蔵人, 前田 文, 谷 公孝, 山口 茂樹 (東京女子医科大学消化器・一般外科)

[P35-3]

クローン病合併痔瘻に対するダルバドストロセルの短期治療成績

宮田 柾秀, 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, 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)

[P35-4]

腸閉塞を契機に診断されたクローン病合併小腸癌の一例

谷 公孝, 伊藤 俊一, 前田 新介, 前田 文, 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)

[P35-5]

潰瘍性大腸炎関連colitis-associated colon cancerにおける免疫抑制性Bリンパ球サブセットの解析

小佐井 孝彰, 岩本 千佳, 吉村 晴香, 藤本 崇聡, 田村 公二, 永吉 絹子, 水内 祐介, 仲田 興平, 大内田 研宙, 中村 雅史 (九州大学大学院医学研究院臨床腫瘍外科)

[P35-6]

病脳期間2年の17歳男性に生じた潰瘍性大腸炎関連大腸癌の１例

井上 透[1,2], 葛城 圭[1], 張 翔[1], 植木 智之[1], 西村 潤也[2], 井関 康仁[2], 福岡 達成[2], 西居 孝文[2], 渋谷 雅常[3], 西口 幸雄[2], 前田 清[3] (1.守口生野記念病院外科, 2.大阪市立総合医療センター消化器外科, 3.大阪公立大学附属病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 7

[P35] 一般演題（ポスター） 35 炎症性腸疾患

座長：桑原 隆一(兵庫医科大学消化器外科学講座炎症性腸疾患外科)

[P35-1] クローン病に対する内視鏡的バルーン拡張後の外科的治療介入に関する検討

辻 嘉斗, 荻野 崇之, 深田 晃生, 関戸 悠紀, 竹田 充伸, 波多 豪, 浜部 敦史, 三吉 範克, 植村 守, 土岐 祐一郎, 江口 英利 (大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学)

【はじめに】 クローン病（CD）は、診断から10年以内に約70%の患者が腸管狭窄を発症し、その多くが外科的治療を必要とする。不可逆的狭窄に対しては、内視鏡的バルーン拡張術（EBD）と手術が主な治療法である。EBDは、狭窄長が3〜5cm未満で瘢痕性、単発・限局性、吻合部狭窄などに適応されるが、効果が不十分で手術に至る例も少なくない。本研究では、CD狭窄病変に対してEBDを施行した症例の臨床経過および外科的介入の必要性について検討した。
【対象と方法】 2016〜2017年に当院に入院歴のあったCD患者130例のうち、EBDを施行された27例を対象とし、患者背景、臨床病理学的因子、再燃の有無について後方視的に解析した。癌合併例は除外。データは中央値(範囲)で示した。
【結果】男女比は20:7、EBD施行時年齢は47(29–72)歳、BMIは19.6(15.6–25.1)、罹病期間は17(1–39)年。病変範囲はL1/L2/L3が14/2/11例、病態分類はB2/B3が17/10例であった。EBD既往回数は0/1/2回以上が6/6/15例、腸管手術既往回数は0/1/2回以上が3/14/10例。EBD対象部位は回腸5例、直腸3例、吻合部20例（回腸回腸11例、回結腸7例、その他2例、重複あり）。1例でEBD関連腸管穿孔を認めた。8例に手術が施行され、最終EBDから手術までの期間は7(0–106)カ月であった。術式は回盲部切除1例、吻合部切除4例、回腸部分切除1例、結腸右半切除1例、結腸全摘1例。Clavien-Dindo分類Grade III以上の術後合併症はなかった。
【まとめ】CDに対するEBDは狭窄症例に有効であるが、フォローアップのサーベイランスが必須である。症例に応じた外科的治療介入の見極めが重要であろう。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 7

[P35] 一般演題（ポスター） 35 炎症性腸疾患

座長：桑原 隆一(兵庫医科大学消化器外科学講座炎症性腸疾患外科)

[P35-2] クローン病癌併発例の診断と予後に関する検討

小川 真平, 番場 嘉子, 金子 由香, 二木 了, 腰野 蔵人, 前田 文, 谷 公孝, 山口 茂樹 (東京女子医科大学消化器・一般外科)

【目的】クローン病に併発した癌は診断時にすでに進行していることが多く、その要因の一つとして早期発見の困難さが報告されている。自験例の解析からクローン病癌併発例の診断と予後について検討する。
【方法】クローン病症例で癌を併発した13例を対象とし、臨床病理学的因子および術後経過の解析からクローン病癌併発例の診断と予後の現状について考察した。
【結果】男性:9名、女性:4名、平均年齢 55.1歳、罹病期間は29.3年、占居部位は、小腸:3例、盲腸:2例、直腸肛門管:8例、組織型は、tub1:2例、tub2:1例、por:2例、muc:4例、sig:1例、scc:1例、verrucous carcinoma:1例であった。発見契機は、症状:8例、定期CS: 3例、他検査で偶然:2例、内視鏡下生検で診断可能であったのは2例、麻酔下針生検や経肛門的局所切除での診断が6例、切除標本で判明が4例であった。FDG-PETでは、全例で腫瘍に集積が確認された。直腸肛門管のTis症例は20mm 大でSUVmax は11.26。T1aで70mm大の小腸癌でも集積があり、SUVmax は17.84であった。切除例は11例、非切除例は、肝、腹膜転移を伴い人工肛門を造設した小腸癌の症例とsccでCRTを行った肛門管癌の症例であった。切除例のうち大腸癌を併発した9例の内訳は、Stage0:1例、StageⅠ:2例、StageⅡ:1例、StageIII:3例、StageIV:2例。Stage0とStageⅠ症例は無再発生存中だが、その他7例はいずれも原癌死。StageⅡとStageIIIの4例中2例は2年以内に死亡しており、進行癌の予後は不良であった。小腸癌を併発した2例については、T1a症例が無再発生存、T4a症例は術後10か月後に腹膜播種再発し現在化学療法中である。
【考察】進行癌の予後は不良であり早期の段階での診断および治療が望まれる。確定診断は内視鏡下生検では診断できないことが多く、麻酔下針生検も積極的に行うことが重要と考えられた。また、FDG-PETは炎症部分との鑑別が問題となるが、全例で集積が確認されており、癌の存在診断の補助として役立つ可能性が考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 7

[P35] 一般演題（ポスター） 35 炎症性腸疾患

座長：桑原 隆一(兵庫医科大学消化器外科学講座炎症性腸疾患外科)

[P35-3] クローン病合併痔瘻に対するダルバドストロセルの短期治療成績

宮田 柾秀, 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, 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)

【目的】
クローン病合併痔瘻に対して同種間葉系幹細胞製剤であるダルバドストロセル投与を行った3例について，後方視的に短期治療成績を検討する．
【症例】
3例とも20代から30代の女性であった．症例1：小腸大腸型クローン病に対してアダリムマブにて治療中．痔瘻に対して過去4回Setonドレナージの既往あり．その後も複数回肛門周囲膿瘍の再燃に対してドレナージを繰り返していた．2時方向に原発口と二次口を認める難治性痔瘻に対して，麻酔下肛門観察，組織生検を施行し，４週間後にダルバドストロセルを使用した痔瘻根治術を施行した．術後6ヶ月以上経過し再発徴候認めず．症例2：小腸大腸型クローン病に対してリサンキズマブにて治療中．痔瘻に対して複数回痔瘻手術既往あり．その後も肛門周囲膿瘍を繰り返していた．０時，２時方向にそれぞれ原発口と二次口を認める難治性痔瘻に対してダルバドストロセルを使用した痔瘻根治術を施行した．術後5か月で再発徴候無し．症例3：小腸大腸型クローン病に対して治療中に小腸狭窄のため紹介受診．以前よりガス漏れや便汁漏出の自覚あり．腹腔鏡手術時に，１時方向に原発口と二次口を認める痔瘻を認め，ドレナージ孔の拡張とSetonドレナージを施行した．術後にインフリキシマブを導入され，約8か月後に希望にて痔瘻根治術（Coring out，組織生検）を施行したが，1か月後に再燃したため，ダルバドストロセルを使用した痔瘻根治術を施行した．術後5か月で再発徴候無し．これまで治療に関連した有害事象は認めず、安全に施行可能であった．一方で，短期間に２度の入院が必要となることや，薬剤の供給の関係で希望日に実施できないことがあり注意が必要である．
【結語】
クローン病合併痔瘻に対するダルバドストロセルの短期的な治療効果は良好であった．症例数が少なく，観察期間も短いため，症例を蓄積して中長期成績につい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

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 7

[P35] 一般演題（ポスター） 35 炎症性腸疾患

座長：桑原 隆一(兵庫医科大学消化器外科学講座炎症性腸疾患外科)

[P35-4] 腸閉塞を契機に診断されたクローン病合併小腸癌の一例

谷 公孝, 伊藤 俊一, 前田 新介, 前田 文, 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)

【はじめに】クローン病（CD）は慢性炎症を背景に長期罹患により小腸癌を発症するリスクがある。炎症性狭窄との鑑別は難しく、術前の腫瘍診断が困難であり、生検でも悪性所見が得られない場合がある。今回、腸閉塞を契機として手術を施行し、小腸癌の診断・治療に至ったCD合併小腸癌の一例を経験したため報告する。
【症例】65歳男性。40代でCDと診断され、寛解維持療法にて長期フォローされていた。20〇〇年7月頃より下血と貧血が出現。小腸造影検査にて肛門側回腸に狭窄所見を認め、小腸内視鏡検査では同部位に発赤調の陥凹隆起性病変を認めたが、生検では悪性所見は得られなかった。炎症性狭窄と判断し保存的加療を継続していたが、1か月後に急激な腹痛と嘔吐を主訴に救急外来を受診。腸閉塞と診断され緊急入院となった。イレウス管による腸管減圧後、狭窄部切除目的に手術を施行した。
【術中・病理所見】回盲部口側約60cmの回腸に、漿膜側まで発赤を呈し、高度狭窄を伴う約5cm大の腫瘤性病変を認めた。同部位口側腸管にイレウス管先端が到達しており、閉塞起点と判断。約15cmの小腸部分切除を施行した。病理検査では中分化腺癌（tub2＞muc）、pT4a、pN0、ly1b、v1bと診断された。切除腸管にはCDに特徴的な線維化と慢性炎症性変化がみられた。
【考察】CDに合併する小腸癌は稀で、炎症性狭窄との鑑別が難しく、術前診断は困難である。本症例では生検陰性かつ腫瘍を想定していない状況下で、腸閉塞を契機に外科的切除を行い、結果として癌の早期診断および切除が可能となった。一方で、術前に悪性腫瘍を想定していなかったため、リンパ節郭清など根治性の観点では課題が残った。CDに伴う狭窄病変に対しては、非特異的な所見であっても常に悪性の可能性を念頭に置き、今後、術中迅速診断を積極的に活用することで、癌の確定診断に加え、リンパ節郭清の追加判断や治療予後の向上に寄与す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）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 7

[P35] 一般演題（ポスター） 35 炎症性腸疾患

座長：桑原 隆一(兵庫医科大学消化器外科学講座炎症性腸疾患外科)

[P35-5] 潰瘍性大腸炎関連colitis-associated colon cancerにおける免疫抑制性Bリンパ球サブセットの解析

小佐井 孝彰, 岩本 千佳, 吉村 晴香, 藤本 崇聡, 田村 公二, 永吉 絹子, 水内 祐介, 仲田 興平, 大内田 研宙, 中村 雅史 (九州大学大学院医学研究院臨床腫瘍外科)

【背景・目的】潰瘍性大腸炎（UC）は長期にわたる慢性炎症を背景として潰瘍性大腸炎関連大腸癌（UC-CAC）が発生するリスクが高いことが知られている。CACはしばしば組織学的悪性度の高く、予後不良であり、確立された治療法は大腸全摘術以外に存在しないのが現状である。近年、固形癌における腫瘍浸潤性Bリンパ球が腫瘍微小環境において二面的な機能を有することが報告されているが、UC-CACにおける炎症環境下での腫瘍浸潤性Bリンパ球の意義は未だ明らかでない。そこで本研究ではシングルセル遺伝子発現解析および空間トランスクリプトーム解析を用いてUC-CACにおける腫瘍浸潤性Bリンパ球のheterogenityを1細胞レベルで明らかにすることを目的とした。【対象と方法】2021年6月から2024年8月までに当院で手術施行したUC-CAC5症例13サンプル（癌部・炎症部・正常部）に対してscRNA-seq解析を行った。また対応するFFPE標本5症例6サンプルに対してXenium in situ解析を行い、位置情報を含めたRNA発現や機能関連遺伝子群の比較検討を行った。【結果】scRNA-seq解析でCD79AをBリンパ球マーカーとしてBリンパ球集団を抽出した。正常部と比較し癌部において、B細胞・形質細胞いずれも割合が増加していた。またB細胞・形質細胞全体では抗体産生関連signature score高値（$p< 0.0001$）、胚中心B細胞関連signature score低値（$p< 0.0001$）を認めた。また抑制性Fc受容体（FCGR2B）、IL10、TGFB1の発現上昇を伴うB細胞サブセットを認め、免疫チェックポイント分子（PD1）の発現上昇及びCD27・IGHD陰性を特徴としていた。またXenium in situ解析でも類似した遺伝子発現をもつ免疫抑制性B細胞サブセットを同定し、それらは腫瘍近傍のリンパ球集簇に局在する傾向を認めた。【結論】本研究ではUC-CACにおける腫瘍浸潤性B細胞の亜集団として、免疫抑制性遺伝子発現を特徴とするBリンパ球サブセットを同定した。これらの細胞集団は、UC-CACの免疫抑制性の腫瘍微小環境の形成に寄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

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 7

[P35] 一般演題（ポスター） 35 炎症性腸疾患

座長：桑原 隆一(兵庫医科大学消化器外科学講座炎症性腸疾患外科)

[P35-6] 病脳期間2年の17歳男性に生じた潰瘍性大腸炎関連大腸癌の１例

井上 透[1,2], 葛城 圭[1], 張 翔[1], 植木 智之[1], 西村 潤也[2], 井関 康仁[2], 福岡 達成[2], 西居 孝文[2], 渋谷 雅常[3], 西口 幸雄[2], 前田 清[3] (1.守口生野記念病院外科, 2.大阪市立総合医療センター消化器外科, 3.大阪公立大学附属病院消化器外科)

（はじめに）潰瘍性大腸炎は長期経過に伴い、粘膜の慢性炎症病変を背景として発癌リスクが上がること知られており、前癌病変であるdysplasiaを含めた腫瘍性病変の累積発生率は10年で3.3%、20年で12.1%、30年で21.8%と報告されている。今回、潰瘍性大腸炎病悩期間約2年の17歳男性が潰瘍性大腸炎関連大腸癌を生じた症例を報告する。（症例）15歳（X-2年）にて下腹部痛と経度貧血を主訴に近医受診し、精査目的にて当院内科紹介となり、大腸内視鏡検査の結果、潰瘍性大腸炎（全大腸型）と診断された。メサラジン投与により症状軽快し、投薬及び定期的な大腸内視鏡検査を受けていた。X-1年の大腸内視鏡検査にて下行結腸に不整形隆起性病変を認め、生検をおこなうも、病理結果はinflammatory polyp (Group 1) であった。6カ月後の大腸内視鏡検査では病変の腫大を認め、生検にてAtypical gland(Group 2)を認め、要再検となり、X年の大腸内視鏡検査にて下行結腸の不整隆起性病変（５型）よりの生検にて、Mucinous adenocarcinomaの病理診断であり、消化器外科へ手術目的紹介となった。当院での潰瘍性大腸炎関連大腸癌の基本手術術式は大腸全摘＋IAAまたはAPRとしている。炎症性腸疾患関連消化管腫瘍診療ガイドライン 2024年 においては、上部直腸癌や結腸癌症例においては、IAAがIACAより強く推奨されると記載されているが、IAAが体型的に困難な症例には、IACA+術後の内視鏡的サーベイランスという選択肢も認容されている。患者はBMI値30.5と肥満体形であり、年齢も考慮して、本人と家族に十分なＩＣをとり、術式は大腸全摘術＋IACA(+一時的回腸ループストーマ造設)とした。摘出標本の病理結果はMucinous adenocarcinoma, T2(MP),Ly0,v0,BD1,N0,であった。（考察）若年発症の潰瘍性大腸炎関連大腸癌の1例を経験したので、これまで当院で経験した、潰瘍性大腸炎関連腫瘍性病変（大腸癌症例8例およびDysplaia症例7例）と比較検討し、また若干の文献的考察も含め報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 8

[P36] 一般演題（ポスター） 36 閉塞性大腸癌

座長：中山 吾郎(名古屋記念病院消化器外科)

[P36-1]

当院における閉塞性大腸癌の治療成績の検討

岩田 浩義, 浅井 慶子, 久万田 優佳, 唐崎 秀則, 橋本 道紀, 稲葉 聡 (JA北海道厚生連遠軽厚生病院)

[P36-2]

当院における閉塞性大腸癌治療の検討

米村 圭介[1], 佐伯 泰愼[1], 田中 正文[1], 福永 光子[1], 水上 亮佑[1], 大原 真由子[1], 中村 寧[2], 山田 一隆[1] (1.大腸肛門病センター高野病院消化器外科, 2.大腸肛門病センター高野病院内視鏡センター)

[P36-3]

当院における閉塞性大腸癌に対する減圧処置の検討

日月 亜紀子, 仁田原 彩, 斎藤 健, 南原 幹男, 亀谷 直樹, 平川 俊基, 山田 靖哉, 西村 重彦, 妙中 直之 (住友病院消化器外科)

[P36-4]

閉塞性大腸癌に対する大腸ステントによるBridge to Surgery症例の短期・中期成績

花田 圭太, 神崎 友敦, 吉村 直生, 伊藤 孝, 武田 亮二, 松下 貴和 (洛和会音羽病院)

[P36-5]

当科における閉塞性大腸癌に対する術前ステント留置後の腹腔鏡下手術の安全性の検討

田島 ジェシー雄, 鷹羽 律紀, 横井 亮磨, 水谷 千佳, 松本 圭太, 浅井 竜一, 松橋 延壽 (岐阜大学医学部医学系研究科消化器外科・小児外科)

[P36-6]

ステントによる腸管減圧後に根治手術をうけた閉塞性大腸直腸癌症例におけるグロブリン／アルブミン比の検討

佐藤 龍一郎[1], 及川 昌也[2], 柿田 徹也[2], 阿部 友哉[2], 赤澤 直也[2], 土屋 誉[2] (1.宮城県立がんセンター外科, 2.仙台オープン病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 8

[P36] 一般演題（ポスター） 36 閉塞性大腸癌

座長：中山 吾郎(名古屋記念病院消化器外科)

[P36-1] 当院における閉塞性大腸癌の治療成績の検討

岩田 浩義, 浅井 慶子, 久万田 優佳, 唐崎 秀則, 橋本 道紀, 稲葉 聡 (JA北海道厚生連遠軽厚生病院)

【はじめに】閉塞性大腸癌に対しては大腸ステントや経肛門イレウス管の留置，人工肛門造設術などの腸管減圧が不可欠であるが，その患者選択に関する一定の見解は得られていない。今回，当院における閉塞性大腸癌の治療成績を検討したので報告する。【方法】2018年4月1日から2025年3月31日の間に当院で大腸ステントやイレウス管の留置，人工肛門造設術を施行後，原発巣切除へ至った閉塞性大腸癌の患者を対象に後ろ向きの検討を行った。【結果】腸管減圧後，原発巣切除へ至った閉塞性大腸癌症例は32例，年齢中央値は74(69-81)歳，男女比は17:15であった。腸管減圧として大腸ステント/イレウス管/人工肛門造設術を施行した患者はそれぞれ12/11/9例であり，大腸ステントは横行結腸/下行結腸/S状結腸/で直腸5/1/5/1例であった。イレウス管は盲腸/上行結腸/下行結腸/S状結腸/直腸で3/2/2/2/2例，右側結腸の5例とS状結腸の小腸浸潤1例で経鼻イレウス管を挿入した。下行結腸と直腸1例ずつで挿入処置時に穿孔を合併して緊急手術となった。大腸ステントとイレウス管の腸管減圧から原発巣切除までの期間の中央値は25(20-30)日と7(7-14)日であり，大腸ステント8/12例で術前に1度退院した。また手術時間中央値は279(225-341)分と286(235-347)分であったが，在院日数中央値は21(18-28)日と30(20-51)日であった。腸管浮腫により一期的吻合不可能症例を1例ずつ認めた。再手術も1例ずつ認め，大腸ステントは縫合不全，イレウス管は多量の残便による人工肛門脱落であった。人工肛門造設術は診断時穿孔や他臓器浸潤の症例で選択され，原発巣手術まで110(9-61)日と長く，その期間化学療法施行を7/9例認めた。手術時間も505(346-625)分と長かったが，在院日数は23(15-30)日と大腸ステントやイレウス管と同程度であった。【結論】当院では，経肛門イレウス管症例の2例で挿入処置時に穿孔して緊急手術となっており，死亡例もあった。原発巣切除例の短期成績が同等ではあるが，大腸ステントは比較的安全に施行されており，可能な症例では大腸ステントを選択している。今後も症例の蓄積と適切な患者選択を目指す。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 8

[P36] 一般演題（ポスター） 36 閉塞性大腸癌

座長：中山 吾郎(名古屋記念病院消化器外科)

[P36-2] 当院における閉塞性大腸癌治療の検討

米村 圭介[1], 佐伯 泰愼[1], 田中 正文[1], 福永 光子[1], 水上 亮佑[1], 大原 真由子[1], 中村 寧[2], 山田 一隆[1] (1.大腸肛門病センター高野病院消化器外科, 2.大腸肛門病センター高野病院内視鏡センター)

【背景・目的】閉塞性大腸癌症例に対する治療方針は、腸閉塞の解除、癌の根治性、QOLを総合的に考え決めなければならない。当院での閉塞性大腸癌症例を検討し、治療方針決定の一助とすることを目的とした。
【方法】 2007年1月から2022年12月の間に当院で外科治療を行った内視鏡不通過大腸癌254例について、閉塞症状の有無、閉塞症例に関して閉塞に対する治療、治療選択の特徴および治療別の治療成績について、短期（根治度等）長期（全生存（Overall survival:OS））を検討した。
【結果】内視鏡不通過症例のうち、閉塞症状を有する症例は83例であった。有症状症例は左側大腸癌に多かったが（86.8% vs13.2%, p=0041）、年齢、性別、壁深達度、手術根治度、進行度には有意差を認めなかった。閉塞症状の有無で長期予後に有意差は見られなかった（症状あり；5年OS 64.3%、なし；68.2%、p＝0.472）。次に、有症状83例に対する治療の内訳は、大腸ステント24例、経鼻イレウス管15例、経肛門イレウス管8例、ストーマ造設2例、一期的切除2例、食事制限のみ27例、処置なし5例であった。治療内容と年齢、性別、進行度、手術根治度は有意差が見られなかったが、占居部位との関係は、ステントはS状結腸で多く（12例、50%）、経肛門イレウス管は直腸（6例、75%）で多いなど有意差を認めた（p＝0.023）。長期予後については、治療別に有意差は見られなかった（ステント；5年OS 80.4%、経鼻イレウス管；67.5%、経肛門イレウス管；53.6%、ストーマ造設；100%、一期的切除；50%、食事制限；49.6%、処置なし；50%、p＝0.333）。
【結語】大腸ステントはS状結腸癌閉塞に対してよく使用され、有意差はないが他の治療法に比べ予後良好であった。少数例での検討であるが、閉塞性大腸癌治療として大腸ステントによるbridge to surgeryは有用な手段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）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 8

[P36] 一般演題（ポスター） 36 閉塞性大腸癌

座長：中山 吾郎(名古屋記念病院消化器外科)

[P36-3] 当院における閉塞性大腸癌に対する減圧処置の検討

日月 亜紀子, 仁田原 彩, 斎藤 健, 南原 幹男, 亀谷 直樹, 平川 俊基, 山田 靖哉, 西村 重彦, 妙中 直之 (住友病院消化器外科)

当院で経験した減圧処置が必要と判断された大腸癌イレウス症例の減圧処置について検討したので報告する。当院での大腸癌イレウスに対しての治療方針としては、可能な限り、減圧処置を行い、根治切除および一期的吻合を行うこととしている。症例は2018年1月から2023年12月までに減圧処置が必要と判断した大腸癌イレウス症例17例を対象とした。年齢中央値は74歳（51-95）。男性11例、女性6例であった。盲腸1例、上行結腸1例、横行結腸2例、下行結腸4例、S状結腸2例、直腸7例であった。減圧処置は、経鼻イレウス管4例、ステント11例、ストーマ造設2例であった。減圧処置に関しての有害事象は認めなかったが、ステント留置の1例が留置後12日で根治切除施行も周囲浸潤で切除不能と判断され、ステントの拡張不良を認めたためストーマ造設を行われている。経鼻イレウス管留置から手術までの期間は、10日（4-20）で、ステント留置群では、手術までの期間は12日（12-27）であった。ステント留置の11例のうち、ステント留置後に1例はCABGが行われていた。ストーマ造設の2例は、ストーマ造設後に1例はCRTが、1例は化学療法が施行されていた。手術は、9例が腹腔鏡で施行され、6例がロボット支援下に手術が行われていた。2例は開腹で手術が行われていたが、開腹手術を選択した理由ははっきりしなかった。APR が2例、2例にハルトマン手術が行われていた。吻合症例ではカバーリングストーマの造設は行われていなかった。手術時間は250分（88-513）、出血量は35g（5-915）であった。C-DIIa以上の術後合併症は、術後肺炎の1例と胃排泄遅延の1例のみであった。今回の検討では、いずれの減圧処置も有害事象も認めなかった。ステント留置の1例が拡張不良であったが、それ以外では、十分な減圧効果が得られており、概ね問題ないと考えられた。今回の検討では、1例で減圧不良を認めたが、それ以外では、早期の減圧効果が認められ、長期の留置にも苦痛の少ないステント留置による大腸癌イレウスの減圧はの有用であると考える。今後さらに症例を重ねて検討したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 8

[P36] 一般演題（ポスター） 36 閉塞性大腸癌

座長：中山 吾郎(名古屋記念病院消化器外科)

[P36-4] 閉塞性大腸癌に対する大腸ステントによるBridge to Surgery症例の短期・中期成績

花田 圭太, 神崎 友敦, 吉村 直生, 伊藤 孝, 武田 亮二, 松下 貴和 (洛和会音羽病院)

【はじめに】
近年，閉塞性大腸癌に対しステント治療を用いたBridge to surgeryが普及しており当院においても，その適応症例が増加している．
【目的】
閉塞性大腸癌に対するステント留置後の短期・中期成績を明らかにする．
【対象と方法】
2016年から2025年までに，当院でステント留置後に原発巣切除を行った閉塞性大腸癌52例の治療成績をretrospectiveに解析した．
【結果】
年齢中央値は74歳，性別は男/女:/30/22例．腫瘍部位は上行結腸/横行結腸/下行結腸/S状結腸/直腸S状部:8/12/5/20/7例，pStageはII/III/IV:20/19/13例であった．ステント挿入から手術までの期間中央値は31日であった．手術アプローチはロボット支援下/腹腔鏡下/開腹:7/39/6例で，ロボット支援下・腹腔鏡下症例での開腹移行例はなかった．術式は49例で原発巣切除と一期的再建を行い，3例にハルトマン手術を行った．他臓器合併切除は膀胱1例，脾臓1例，膵体尾部・脾臓1例，小腸2例施行した．CD grade 2以上の術後合併症を10例(19.2％)に認め，内訳は腹腔内膿瘍3例，創感染1例，麻痺性イレウス3例，肺炎1例，尿路感染1例，深部静脈血栓症1例であった．術後在院日数中央値は10日であった．切除標本の病理組織学的検査では，他臓器合併切除症例のうち浸潤を認めたのは膀胱と脾臓の2例であった．剥離断端は9例(17.3%)で陽性もしくは陽性疑いであったが，そのうち局所再発を1例に認めた．術後2年経過しているpStage II 7例，pStageIII 10例について予後検討を行なった．術後補助化学療法はpStage II 1例(14.3%)，pStageIII 8例(80%)で施行されていた．観察期間中央値は2.6年，pStageII 2例(28.5%)，pStage III 3例(30%)に再発を認めた．
【結語】
大腸ステント留置により一期的切除，再建を安全に行うことが可能であった．一方で，術中所見でステントによる炎症と癌浸潤の判別は難しく，R0切除のための正確な切除範囲決定には課題を残した．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 8

[P36] 一般演題（ポスター） 36 閉塞性大腸癌

座長：中山 吾郎(名古屋記念病院消化器外科)

[P36-5] 当科における閉塞性大腸癌に対する術前ステント留置後の腹腔鏡下手術の安全性の検討

田島 ジェシー雄, 鷹羽 律紀, 横井 亮磨, 水谷 千佳, 松本 圭太, 浅井 竜一, 松橋 延壽 (岐阜大学医学部医学系研究科消化器外科・小児外科)

【背景】SEMS(self-expandable metallic stent)を用いたステント留置術は閉塞性大腸癌に対する減圧治療の新しい選択肢であり、本邦でも保険適用後、報告例も増えている。術前ステント留置(Bridge to Surgery; BTS)は緊急手術を回避し、術前スクリーニングや全身状態の改善を図ることができ、一期的吻合も可能となる。他方ステント留置は腫瘍を圧排し腫瘍進展を助長するという報告もあり、その長期的有効性については一定の見解を得ていない。またステント留置例に対する腹腔鏡手術についても十分なエビデンスはなく、ガイドラインにも明記されていない。今回当科における閉塞性大腸癌に対するBTSの短期長期的有効性を開腹手術と腹腔鏡手術で比較検討を行った。
【対象と方法】2013年から2022年までに当科で手術を行った閉塞性大腸癌116例の短期及び長期成績を開腹手術群(O群: 27例)と腹腔鏡手術群(L群: 89例)に分け、後方視的に比較検討を行った。
【結果】患者背景では(O群vs L群)、ASA-PS 1が11.1% vs 34.8% (p=0.018)、腫瘍因子では、pN(+)が59.3% vs 60.7% (p=0.043)、手術因子では、出血量(中央値)が165ml vs 10ml (p=0.035)とそれぞれ統計学に有意差を認めた、術後合併症はClavien-Dindo分類≥grade IIIがO群で4例(14.8%)、L群で15例(16.9%)と同等であった。病期別3年生存率(O群vs L群)は、Stage II(75.0% vs 96.7%, p=0.001)、Stage III(87.5% vs 82.1%, p=0.865)、病期別3年無再発生存率は、Stage II(85.7% vs 93.2%, p=0.565)、Stage III(62.5% vs 79.8%, p=0.349)、L群で良好な傾向を示した。
【結語】術前ステント治療は比較的安全に施行可能であり、腹腔鏡下手術も許容された。依然穿孔などのリスクがあるため、リスクに早急に対応できる環境整備が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 8

[P36] 一般演題（ポスター） 36 閉塞性大腸癌

座長：中山 吾郎(名古屋記念病院消化器外科)

[P36-6] ステントによる腸管減圧後に根治手術をうけた閉塞性大腸直腸癌症例におけるグロブリン／アルブミン比の検討

佐藤 龍一郎[1], 及川 昌也[2], 柿田 徹也[2], 阿部 友哉[2], 赤澤 直也[2], 土屋 誉[2] (1.宮城県立がんセンター外科, 2.仙台オープン病院外科)

目的　癌の進行には、癌の特性のみならず、患者の免疫栄養状態が関与することが明らかとなってきた。金属ステントによる腸管減圧後に根治術を受けた閉塞性大腸直腸癌症例において、グロブリン／アルブミン比(GAR: globulin-to-albumin ratio)の長期予後に与える影響を検討した。
方法　2013年から2020年に手術を受けたStage II, III 閉塞性大腸直腸癌75症例を対象とし、ステント挿入前のGAR値と予後の相関を検討した。
結果　対象は男性43例女性32例、年齢中央値は72歳。観察期間中央値は29か月。CROSS 0症例が44例で最多であった。ステント挿入から手術までの期間の中央値は18日、術後在院期間中央値は16日であった。
ROC解析によりGAR=0.88をカットオフ値として検討を行った。GAR≥0.88群はリンパ節転移なし(P =0.011)、術後在院期間延長(17日 vs 15日, P = 0.042)、術後補助化学療法未施行(P = 0.011)と有意に相関し、無再発生存期間(P = 0.007)、癌特異的生存期間(P = 0.023)は有意に短かった。多変量解析により、GAR≥0.88群は無再発生存期間の独立予測因子であった(HR = 4.17, P = 0.015)。あわせてCA19-9≥37 (HR = 6.56, P = 0.001), 術後補助化学療法未施行(HR = 4.41, P = 0.019)も独立予測因子として抽出された。
結論　GARは閉塞性大腸直腸癌における有意な予後予測因子である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 8

[P37] 一般演題（ポスター） 37 症例・腸閉塞

座長：有田 智洋(京都府立医科大学消化器外科)

[P37-1]

術前診断が困難であった狭窄症状を呈した回腸憩室炎の１例

山下 晋也, 中村 賢, 江口 聡, 星野 宏光, 川田 純司, 水野 均 (日本生命病院消化器外科)

[P37-2]

閉塞性腸閉塞を伴うメッケル憩室茎捻転に対する単孔式腹腔鏡手術の1例

倉岡 憲正, 矢野 雷太, 小林 弘典, 石田 裕 (広島記念病院)

[P37-3]

CTにて術前診断しえた盲腸軸捻転症の2例

佐々木 崇夫, 竹原 裕子, 工藤 泰崇, 大谷 剛, 赤在 義浩 (岡山済生会総合病院外科)

[P37-4]

術前に診断し得た腸回転異常症による結腸軸捻転症の一例

松尾 夏来[1], 松下 典正[1], 日比 康太[1], 窪田 猛[1], 須藤 泰裕[1], 井上 達夫[1], 山口 茂樹[2] (1.上福岡総合病院外科, 2.東京女子医科大学消化管外科)

[P37-5]

宿便による大腸イレウスを経肛門イレウス管にて軽快できた2症例

宮永 克也, 古元 克好 (林病院外科)

[P37-6]

慢性裂肛による肛門狭窄で腸閉塞を来した1例

定光 ともみ[1], 植田 剛[1,2], 竹井 健[1], 切畑屋 友希[1], 西和田 敏[1], 田仲 徹行[1], 吉村 淳[1] (1.南奈良総合医療センター外科, 2.佐井胃腸科肛門科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 8

[P37] 一般演題（ポスター） 37 症例・腸閉塞

座長：有田 智洋(京都府立医科大学消化器外科)

[P37-1] 術前診断が困難であった狭窄症状を呈した回腸憩室炎の１例

山下 晋也, 中村 賢, 江口 聡, 星野 宏光, 川田 純司, 水野 均 (日本生命病院消化器外科)

症例は手術歴の認めない79歳男性。四肢末端浮腫を主訴に受診し精査。腹部CT検査で回腸壁肥厚と浮腫を認め腸閉塞の診断であった。絶食のうえTPN管理、経鼻イレウス管を挿入し減圧を消化器内科で施行。炎症性腸疾患の可能性や3連痰検査陰性で結核排菌はないもののT-spot陽性であったこともあり腸結核の可能性も考えられた。狭窄部位評価のため経肛門的にダブルバルン小腸内視鏡検査を行い、狭窄部はびらん変化を伴う輪状狭窄を認め内視鏡通過は困難であった。同部で生検・点墨・クリップを施行し狭窄部生検結果は炎症のみであった。その際に施行したステップバイオプシー検査では炎症性腸疾患は否定的であった。腫瘍マーカーCEA、CA19-9は正常であったもののCA125が300.2U/mlと上昇しており、通過障害解除と狭窄原因精査目的に手術の方針となった。臍部に切開を加えて単孔式腹腔鏡下回腸部分切除術を施行。腹腔外で狭窄部回腸（バウヒン弁から口側約60㎝）を切除し機能的端々吻合を施行。吻合口側の小腸に狭窄がないことを確認し手術を終了した。術後経過は良好で第10日目に退院。病理組織結果では腹水検査のアデノシンデアミナーゼ正常、結核菌PCR陰性。切除標本で肉芽腫形成は認めず、周囲に仮性憩室が散見されること、漿膜下脂肪組織を中心にリンパ球の線維性結合組織の増生を認めることから回腸憩室炎が原因となった狭窄による腸閉塞であったと考えられた。回腸憩室炎による腸閉塞は比較的まれであり、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）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 8

[P37] 一般演題（ポスター） 37 症例・腸閉塞

座長：有田 智洋(京都府立医科大学消化器外科)

[P37-2] 閉塞性腸閉塞を伴うメッケル憩室茎捻転に対する単孔式腹腔鏡手術の1例

倉岡 憲正, 矢野 雷太, 小林 弘典, 石田 裕 (広島記念病院)

【諸言】
メッケル憩室は卵黄臍管の遺残により形成される憩室で、有病率は1〜2%である。メッケル憩室茎捻転による腸閉塞は非常にまれであり、若干の文献的考察を加え報告する。
【症例】
24歳、男性。腹痛を主訴に近医を受診し、保存的加療で経過観察されていたが、翌日も腹痛が続くため当院を紹介された。臍周囲に圧痛あるも、腹膜刺激兆候なし。血液検査では炎症反応上昇を認め、CT検査で閉塞性腸閉塞を認めた。緊急で単孔式腹腔鏡手術を施行、腹腔鏡で観察すると、回盲部から約40cm口側にメッケル憩室を認め、憩室が茎捻転を起こしていた。腹腔鏡下に癒着を剥離した後に小開腹創からメッケル憩室の楔状切除術を行った。術後経過良好で術後11日目に退院した。
【結語】
　閉塞性腸閉塞を伴うメッケル憩室茎捻転に対する単孔式腹腔鏡手術を施行した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（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 8

[P37] 一般演題（ポスター） 37 症例・腸閉塞

座長：有田 智洋(京都府立医科大学消化器外科)

[P37-3] CTにて術前診断しえた盲腸軸捻転症の2例

佐々木 崇夫, 竹原 裕子, 工藤 泰崇, 大谷 剛, 赤在 義浩 (岡山済生会総合病院外科)

【はじめに】
盲腸軸捻転症は, 盲腸・上行結腸の後腹膜への固定不全を主因とする比較的稀な疾患であり, 本邦での頻度は腸閉塞全体の0.4%, 結腸軸捻転症の5.9%と報告されている. 今回, 我々は盲腸軸捻転症の2例を経験したため, 報告する.
【症例1】
80歳代，女性. うつ病にて薬剤服用中. 2日前からの腹痛, 腹部膨満感を主訴に前医を受診し, 腹部単純CTで絞扼性イレウスが疑われ当院紹介となった. 腹部造影CTで盲腸の著明な拡張とwhirl sign（渦巻き徴候）を認め, 盲腸捻転と診断し緊急手術を施行した. 術中所見では盲腸に捻転を認め, 盲腸捻転TypeIと診断した．盲腸の漿膜および筋層に損傷を認めたため，回盲部切除を施行した.
【症例2】
60歳代，男性. 生来健康．食後の腹痛を主訴に当院救急外来を受診. 腹部単純CTで上行結腸の弯曲, 拡張およびwhirl signを認め, 盲腸捻転と診断し緊急手術を施行した. 術中所見では腸間膜固定不全を伴う移動盲腸を認め, 盲腸は上転し時計回りに360度回転しており，盲腸捻転TypeIIと診断した．捻転解除後, インドシアニングリーン蛍光法にて腸管血流が良好であることを確認したため腸管切除は不要と判断し, 虫垂切除後に盲腸固定術を施行した.
【考察】
盲腸軸捻転症は, 捻転形態によりTypeⅠ（水平型）, TypeⅡ（回転型）, TypeⅢ（跳橋型）の3型に分類される.診断にはCTが有用であり, 特徴的なwhirl signや盲腸の偏移・拡張所見が認められる. 治療は腸管壊死の有無を鑑みた上で手術が基本となる. 腸管虚血や高齢者, 基礎疾患を有する症例では再手術リスク回避のため回盲部切除が選択されることがあり, 腸管虚血がなく術後QOL維持が優先される若年者などでは盲腸固定術が選択されるが, 術者により術式選択が分かれるのが現状である.
【結語】
盲腸軸捻転症は稀な疾患であるが, CTによる早期診断と適切な術式選択が予後改善に重要である. 今後も症例の集積と術式選択に関する検討が求められる.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 8

[P37] 一般演題（ポスター） 37 症例・腸閉塞

座長：有田 智洋(京都府立医科大学消化器外科)

[P37-4] 術前に診断し得た腸回転異常症による結腸軸捻転症の一例

松尾 夏来[1], 松下 典正[1], 日比 康太[1], 窪田 猛[1], 須藤 泰裕[1], 井上 達夫[1], 山口 茂樹[2] (1.上福岡総合病院外科, 2.東京女子医科大学消化管外科)

症例は50歳女性. 下腹部痛, 排便・排ガスの停止を主訴に当院受診となった. 身体所見では腹部膨満, 鼓音, 腹部全体に圧痛を認めた. 腹部レントゲン検査ではcoffee bean sign様に観察される異常ガス像を認め, 結腸軸捻転症による腸閉塞を疑った。腹部造影CT検査では右側結腸の軸捻転症が疑われたため, 病変の確認, 脱気および捻転解除目的に透視下で下部消化管内視鏡検査を施行した. 右側結腸まで内視鏡を挿入したところ, 上行結腸の軸捻転が確認された. 腹部造影CTを再確認したところ, 小腸は右側に偏位しており, whirl sign, SMAとSMVの位置関係の異常を認めた. 腸回転異常症による結腸軸捻転症と術前診断し, 保存的治療で改善が見込めないため手術の方針とした. 手術所見では右側結腸の固定不全が認められ, 上行結腸が捻転している状態であった. 術前より腸回転異常症が疑われていたため, Ladd手術を施行し経過良好にて第12病日に退院となった. 腸回転異常症は胎生期の腸管配置異常による先天性疾患で, 多くは新生児期, 乳児期に発症し治療される. 一方, 無症状のまま成人まで経過した症例では他の消化器疾患の精査時や手術時に偶然発見されることがある. 今回我々は, 術前に腸回転異常症による軸捻転症と診断し術式選択をし得た一例を経験したので, 文献学的考察とともに報告する.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 8

[P37] 一般演題（ポスター） 37 症例・腸閉塞

座長：有田 智洋(京都府立医科大学消化器外科)

[P37-5] 宿便による大腸イレウスを経肛門イレウス管にて軽快できた2症例

宮永 克也, 古元 克好 (林病院外科)

宿便による大腸イレウスは稀な疾患で、時期を逃すと穿孔、潰瘍、虚血、出血、敗血症、敗血症性ショックを併発し、死に至りかねない病態である。浣腸、下剤で保存的に改善しなければ、早急に内視鏡、イレウス管等で減圧処置、さらには全麻下の手術で腸管切除、人工肛門造設等を考慮しなければならない。今回、宿便による大腸イレウスにて、イレウス管挿入し、軽快に至った２症例を経験したので報告する。
症例1。63歳男性。既往歴:57歳、大腸ポリープ切除術。飲酒：日本酒1合/日、喫煙：なし。現病歴：以前より便秘症とのこと。最終排便は、3日前。2025年4月下旬、近医で、大腸内視鏡検査を予定し、下剤2Ｌ内服後、排便、排ガス無く、腹部膨満にて当院に救急搬送。腹部所見は膨満、軟。浣腸施行するも排便なし。腹部CT検査施行すると、S状結腸に宿便による閉塞性機転を認め、大腸イレウス状態であった。S状結腸内視鏡検査を施行し、イレウス管を横行結腸にまで挿入した。以後、多量に排便あり。翌日イレウス管を抜去した。翌々日、S状結腸内視鏡検査を施行した結果、異常は無かった。無事退院に至った。
症例2。37歳男性。既往歴：高校2年時に肝腫瘍(良性)で、手術(肝左葉切除術・胆摘術)。飲酒：機会程度、喫煙：20本/日。現病歴：2024年4月上旬、下腹部痛が出現。排便なし。疼痛増悪し、当院受診。腹部CT検査では、S状結腸に宿便充満し、同部より口側の腸管の拡張、壁の肥厚を認め、大腸イレウス、閉塞性腸炎であった。腹部所見は、膨満、軟で、圧痛を認めた。大腸内視鏡は通過が困難で、ガイドワイヤーも挿入不可で断念した。翌日、注腸を施行し、経肛門イレウス管は挿入できず、全身麻酔下で緊急手術を施行した。S状結腸に便塊充満、下行～横行結腸は拡張していたが、腸管虚血、狭窄もなかったので、可及的に便塊を肛門側へ押し出して、経肛門イレウス管を肛門より用手的に下行結腸まで誘導し、手術を終了した。術後は日々イレウス管を洗浄し、排便を確認し、経肛門イレウス管を抜去し、無事退院に至った。退院後、大腸内視鏡検査を行うと、下行～S状結腸に虚血性腸炎の回復期を認めた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster 8

[P37] 一般演題（ポスター） 37 症例・腸閉塞

座長：有田 智洋(京都府立医科大学消化器外科)

[P37-6] 慢性裂肛による肛門狭窄で腸閉塞を来した1例

定光 ともみ[1], 植田 剛[1,2], 竹井 健[1], 切畑屋 友希[1], 西和田 敏[1], 田仲 徹行[1], 吉村 淳[1] (1.南奈良総合医療センター外科, 2.佐井胃腸科肛門科)

【背景】裂肛は肛門三大疾患の一つであり，痔核に次いで頻度の高い疾患である．慢性化により肛門狭窄を来し手術に至ることが多いが，腸閉塞を来すことはまれである．今回我々は，慢性裂肛による肛門狭窄を原因とした腸閉塞症例を経験したので報告する．
【症例】60歳代女性．脳梗塞後で当院脳神経外科通院中．杖歩行程度のADＬであった．認知機能は問題なし．受診数日前から出現した腹痛の増悪と嘔気嘔吐を主訴に当院救急外来を受診．腹部CTで直腸に至るまでの全大腸の著明な拡張を認め，直腸狭窄による腸閉塞を疑われ，当科紹介受診となった．肛門診察で示指が抵抗を感じながら何とか挿入可能な程度の肛門狭窄を認めた．挿入による用手拡張で直ちに多量の排ガスと便汁が排泄され，症状も改善を認めた．ある程度減圧した後に多孔式チューブタイプドレーンを挿入し更なる減圧を図った．翌日，腸閉塞が改善されたことを確認した後，脊椎麻酔下にJack-Knife体位で肛門を観察し，慢性裂肛による肛門狭窄と判断，引き続いて皮膚弁移動術(SSG)を施行した．術後経過は良好であり，術後3日目に退院した．その後外来で半年間術後経過をフォローしたが，肛門狭窄の再燃なく，終診となった．
【考察】腸閉塞を来す直腸狭窄として頻度が高いのは腫瘍であり，自験例でもまずは直腸癌が疑われたが，救急外来での診察で狭窄は肛門に限局しており，また悪性を疑う肛門診察所見は認めなかったことから，良性の肛門狭窄が腸閉塞の原因であったと判断できた．CTでも典型的な直腸癌或いは肛門管癌の所見は認めなかった．裂肛による肛門狭窄が腸閉塞に至った症例の報告は少なく，人工肛門造設，或いは経肛門的手術(肛門形成術)が行われている．自験例は，来院時の用手拡張で著明に改善したため，経肛門的手術を選択できた．慢性裂肛に伴う肛門狭窄が腸閉塞の原因となり得ることに留意し，詳細な診察と必要に応じた減圧処置を行うことで，低侵襲治療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）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 9

[P38] 一般演題（ポスター） 38 症例・腸閉塞・異物

座長：高橋 秀和(大阪国際メディカル&サイエンスセンター大阪けいさつ病院消化器外科)

[P38-1]

上行結腸癌術後早期に生じた腸間膜脂肪織炎による腸閉塞の１例

黒田 昂宏, 岡本 和哉, 姜 建宇, 中村 利夫 (藤枝市立総合病院外科)

[P38-2]

治療に難渋した、Segmental Hypoganhlionosisの一例

井上 弘章, 八木 朝彦, 吉岡 貴裕, 稲田 涼 (高知医療センター消化器外科)

[P38-3]

ロボット支援大腸癌手術後に右下腹部の8mmロボットポートにて発症したポートサイトヘルニアの2例

福田 真里, 山川 雄士, 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 (名古屋市立大学消化器外科)

[P38-4]

鎖肛術後の巨大直腸結腸症に対する治療により排便コントロールし得た１例

仕垣 幸太郎[1], 平良 さやか[2] (1.大浜第一病院大腸肛門外科, 2.大浜第一病院看護部)

[P38-5]

審査腹腔鏡とコーラ溶解療法を併用してS状結腸の腸結石を摘出し得た1例

髙柳 雅, 井原 啓佑, 泉 陽光, 上野 綸, 河野 貴博, 根本 鉄太郎, 蜂谷 裕之, 石塚 満, 中村 隆俊, 水島 恒和 (獨協医科大学下部消化管外科)

[P38-6]

開腹操作を要した経肛門直腸異物の1例

長谷川 琢哉, 渡邉 真哉, 古田 美保, 會津 恵司, 小林 真一郎, 佐藤 文哉, 林 友樹, 清水 大輔, 川島 賢人, 伊藤 博崇, 川島 綾菜, 近松 雅文, 田中 智裕, 石田 直哉, 永田 萌々 (春日井市民病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 9

[P38] 一般演題（ポスター） 38 症例・腸閉塞・異物

座長：高橋 秀和(大阪国際メディカル&サイエンスセンター大阪けいさつ病院消化器外科)

[P38-1] 上行結腸癌術後早期に生じた腸間膜脂肪織炎による腸閉塞の１例

黒田 昂宏, 岡本 和哉, 姜 建宇, 中村 利夫 (藤枝市立総合病院外科)

<症例>
７０歳代男性。４０年ほど前に十二指腸潰瘍の手術歴があり、術後腹腔内の脂肪塊が原因で腸閉塞となり脂肪塊を切除する再手術を受けていた。今回便潜血陽性を契機に発見された上行結腸癌に対して回盲部切除術D3郭清を施行した。腹腔内は高度に癒着を認めたため開腹手術で行った。吻合は機能的端々吻合とした。最終病理はT1N0M0 Stage Iであった。術後経口摂取を再開。当初は摂取良好であったが、1週間ほどで腹部膨満と吐き気を訴えた。触診上、右上腹部に弾性硬な腫瘤を触れた。採血上炎症反応の上昇は認めなかった。CTでは吻合部周囲の脂肪織濃度の上昇、軟部組織による腫瘤の形成、正常脂肪組織との間に線状の軟部陰影(pseudocapsule)を認めた。また腸間膜の炎症により小腸は圧排され通過障害を来していた。これらは腸間膜脂肪織炎の所見に一致した。確定診断のためCTガイド下に腫瘤部をcore needle biopsyしたところ、病理学的に脂肪細胞の変性とマクロファージによる貪食、反応性の線維化が認められ腸間膜脂肪織炎と確定診断した。イレウス管による減圧と絶食による保存加療を開始したところ、次第に通過障害の改善を認め腹部に触れた腫瘤も縮小していった。術後２７日に経口摂取を再開し術後４８日に自宅退院となった。退院後フォローアップで撮影したCTでは腸間膜の炎症所見は改善傾向を示した。
<考察>
腸間膜脂肪織炎は腸間膜脂肪織の非特異的炎症疾患である。外傷や手術後、自己免疫疾患との関連、腫瘍随伴症候群として生じることが知られている。症状は腹痛、発熱、排便習慣の変化が多く、所見として腹部腫瘤や腹部圧痛がある。腸閉塞、尿管閉塞やときに血管虚血も合併するとされる。確定診断には組織診が必要である。治療は基本的に多くが保存加療で軽快するとされ、手術による効果は限定的である。ステロイド投与を推奨する文献も見られるが投与量など確立したガイドラインはない。本例は40年前の手術後にも同様のイベントを起こしていたと考えられ、腹部再手術による再燃例として比較的稀な１例と思われた。本疾患について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）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 9

[P38] 一般演題（ポスター） 38 症例・腸閉塞・異物

座長：高橋 秀和(大阪国際メディカル&サイエンスセンター大阪けいさつ病院消化器外科)

[P38-2] 治療に難渋した、Segmental Hypoganhlionosisの一例

井上 弘章, 八木 朝彦, 吉岡 貴裕, 稲田 涼 (高知医療センター消化器外科)

治療に難渋した、Segmental Hypoganglionosisの１例を経験したため、報告する。
症例は７８歳女性、外来受診３週間前より便秘、腹部膨満感の症状を認めた。
ＣＴ上短径7cm大と拡張した盲腸を認め、大腸全域に大量の宿便を認めた。大腸内視鏡検査で便塊の除去を試みたが、難しく、閉塞性腸炎、ショック状態となり、開腹腸管減圧手術を施行した。酸化マグネシウム、ポリエチレングリコール、ルビプロストンなどの内服加療をするも排便困難を認め、その後も２回糞便性イレウスを繰り返し、大腸内視鏡にて便塊摘出、経肛門イレウス管を挿入し、入院加療を行った。大腸内視鏡検査では明らかな腫瘍などの閉塞起点となる器質的病変を認めなかった。内科的治療は困難と判断し、初回外来受診から3ヶ月後に大腸亜全摘を施行した。第９病日に退院したが、第２２病日に腹膜炎のため、救急搬送となった。CT上残存結腸、直腸、小腸に多量の便塊を認め、free airを認めた。術中所見では腹腔内に多量の便塊を認め、便秘により前回吻合部の破綻を認めた。明らかな吻合部の狭窄は認めなかった。残存結腸切除、回腸単孔式人工肛門造設、洗浄ドレナージを施行した。その後の経過は良好である。
組織学的所見ではＳ状結腸から直腸の一部にAuerbach神経叢の神経節細胞の減少を認めた。直腸断端には神経節細胞の減少は認めず、Segmental Hypoganglionosisと診断した。慢性特発性大腸偽性腸閉塞症では内科的治療が奏効しない場合、大腸亜全摘を施行し、改善した報告例を認めるが、本症例は大腸亜全摘施行後にも便秘となり、回腸人工肛門造設を必要とした。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 9

[P38] 一般演題（ポスター） 38 症例・腸閉塞・異物

座長：高橋 秀和(大阪国際メディカル&サイエンスセンター大阪けいさつ病院消化器外科)

[P38-3] ロボット支援大腸癌手術後に右下腹部の8mmロボットポートにて発症したポートサイトヘルニアの2例

福田 真里, 山川 雄士, 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 (名古屋市立大学消化器外科)

ポートサイトヘルニア（PSH）は鏡視下手術後に特有な合併症であるが、ロボット支援手術における8mmポート部位の報告は少ない。今回、当院で経験したロボット支援大腸癌手術後の8mmポートのPSH2例を報告する。
症例１は70歳代女性。虫垂癌（cT4b（S状結腸）N2M0）に対し、ロボット支援下回盲部切除術+S状結腸切除術を施行。ポートは直腸癌手術に準じた右下から左上の斜め45度の8mmポート4本と左腹部に助手用12mmポートを留置した。吻合は体腔外で行った。右下腹部8mmポートから19Frドレーンを仙骨前面に留置した。12mmポート部は腹膜・筋膜を閉鎖， 8mmポート部は4-0PDSで皮下埋没縫合のみを行い閉創した。手術時間は8時間43分（コンソール時間：6時間34分）。術後9日目に腹部膨満と胃管排液の増加を認め、腹部単純CTにて、右下腹部8mmポート部のPSHと診断し、同日緊急手術を施行。腹腔鏡下に右下腹部8mmポート部への小腸の嵌入を確認。腹腔内からは還納困難であり、ポート創を40mmに拡大し直視下に陥頓を解除、炎症による小腸壁の肥厚にて狭窄する可能性を考慮し4cmほど小腸を切除し吻合を行った。術後経過は良好で術後15日目に退院した。症例2は60歳代女性。上行結腸癌（cT2N0M0）に対し、ロボット支援下結腸右半切除術を施行。ポートは逆L字型で、下腹部に8mmポートを3本配置し、左上腹部に8mmポートを留置、左腹部に助手用12mmポートを留置した。吻合は体腔内で行った。腹膜・筋膜の閉鎖は各ポート、症例1と同様の方法で行った。手術時間は3時間23分（コンソール時間：2時間44分）。術後2日目から流動食を開始したが、術後3日目に嘔吐を認め、経鼻胃管を留置した。術後4日目に腹部単純CTにて右下腹部8mmポート部のPSHと診断し、同日緊急手術の方針とした。腹腔鏡下に右下腹部8mmポート部に小腸の嵌入を認めた。腹腔内からの陥頓小腸の牽引にて陥頓を解除し、0PDSにてエンドクローズを使用し同8mmポート部の腹膜・筋膜を縫合閉鎖した。術後経過は良好で術後11日目に退院した。両症例とも筋膜閉鎖を行っていなかったことがPSH発症に関与した可能性があり、術後PSH予防のため、8mmポートでも筋膜閉鎖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

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 9

[P38] 一般演題（ポスター） 38 症例・腸閉塞・異物

座長：高橋 秀和(大阪国際メディカル&サイエンスセンター大阪けいさつ病院消化器外科)

[P38-4] 鎖肛術後の巨大直腸結腸症に対する治療により排便コントロールし得た１例

仕垣 幸太郎[1], 平良 さやか[2] (1.大浜第一病院大腸肛門外科, 2.大浜第一病院看護部)

（はじめに）鎖肛術後の排便機能異常については，便失禁や便秘（排便障害）が２大症状として挙げられ，排便に係る筋群の形成不良や神経学的異常などの先天的要因と，手術操作や術後管理などによる後天的要因に起因する場合がある．今回我々は鎖肛術後の巨大直腸結腸症に対する緊急的対処をし得た１例を経験したので報告する．
（症例）20歳代女性．生後６ヶ月目に鎖肛の診断で手術を施行された．以降便秘を認め，小児病院や総合病院の内科で便秘の治療を行っていた．当科来院前にもクリニックにて下剤の調整行うも自己中断された．来院１ヶ月前に同クリニックを受診した．重症便秘症の診断で加療目的に当科へ紹介となった．来院時，著明な腹部膨満と触診にて便塊を触知し得た．腹部レントゲン検査や上下腹部単純CT検査にて直腸からS状結腸に便塊が貯留し最大径は17cmにまで拡張していた．これに伴い横隔膜，膀胱，子宮，胃は圧排され，腰椎は側弯をきたしていた．入院の上，酸化マグネシウム製剤とラクツロースを処方した．また週1-2回のペースで全身麻酔下に摘便を行った．また摘便の開始に併せてコーン型経肛門的逆行性洗腸法も導入した．自己管理可能な状態となり退院となった．退院後も定期的に全身麻酔下に摘便を行い，最終的にポリエチレングリコール製剤の内服のみで排便でコントロールし得た．
（考察）鎖肛術後の排便機能異常は種々の要因が存在するが，経年的にこれらが絡み合い複雑化する特徴がある．麻酔下に摘便を行いこれにあわせて洗腸を中心とした保存的治療は改善し得る手段と考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 9

[P38] 一般演題（ポスター） 38 症例・腸閉塞・異物

座長：高橋 秀和(大阪国際メディカル&サイエンスセンター大阪けいさつ病院消化器外科)

[P38-5] 審査腹腔鏡とコーラ溶解療法を併用してS状結腸の腸結石を摘出し得た1例

髙柳 雅, 井原 啓佑, 泉 陽光, 上野 綸, 河野 貴博, 根本 鉄太郎, 蜂谷 裕之, 石塚 満, 中村 隆俊, 水島 恒和 (獨協医科大学下部消化管外科)

【症例】
73歳，女性．胆嚢結石症の精査目的にCT検査を施行したところ，S状結腸に直径5cm大の腸結石を偶発的に認めた．腸閉塞症状は来していなかった．まず，消化器内科にて内視鏡的破砕が試みられたが，破砕することができなかったため，外科的摘出目的に当科に紹介となった．
審査腹腔鏡を行い、鉗子で肛門側に結石を誘導しようと試みたが困難であった。そこで複数の文献を参考にコーラ溶解療法を試みた．術中内視鏡で結石周囲をコーラで充填し，20分後に内視鏡で確認すると下部直腸まで結石の移動を認めた．リトラクターで肛門の視野を確保し直視下に結石を破砕し，肛門より結石を摘出した．術後経過は良好で術後7日目に退院となった．摘出した結石の成分分析を行うと，脂肪酸カルシウムとリン酸マグネシウムが主成分として検出された．
【考察】
腸結石は，その構成成分により真性結石と仮性結石に分類される．医学中央雑誌にて「腸結石」「腸石」をキーワードに検索を行うと，コーラ溶解療法により結石を破砕、摘出できたとする報告が散見された．これは，腸結石内でのカルシウム量の低下や炭酸ガスの機能による溶解作用の増強などの機序によると考えられる．本症例のように腹腔鏡を併用した報告は確認できなかった．本症例では腸管切除を念頭に腹腔鏡手術を選択したが、コーラ溶解療法により，結果として腸管切除をせずに腸結石を摘出することができた．腹腔鏡手術と術中内視鏡検査を併用することで，腹腔内から鉗子で腸管を把持することで効率的にコーラを結石に浸すことができることや腸管損傷などがあった際に早期に発見をし得ることは利点と考えられた．
【結語】
今回、我々は腸結石に対して腹腔鏡手術と術中内視鏡によるコーラ溶解療法を併用して治療し得た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）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:25 AM UTC Poster 9

[P38] 一般演題（ポスター） 38 症例・腸閉塞・異物

座長：高橋 秀和(大阪国際メディカル&サイエンスセンター大阪けいさつ病院消化器外科)

[P38-6] 開腹操作を要した経肛門直腸異物の1例

長谷川 琢哉, 渡邉 真哉, 古田 美保, 會津 恵司, 小林 真一郎, 佐藤 文哉, 林 友樹, 清水 大輔, 川島 賢人, 伊藤 博崇, 川島 綾菜, 近松 雅文, 田中 智裕, 石田 直哉, 永田 萌々 (春日井市民病院)

経肛門的直腸異物は性的嗜好などが原因で、肛門より異物を挿入し、抜去不可能となったものである。治療は一般的に内視鏡や経肛門摘出が第一であり、困難な症例でも、鎮静下に経肛門操作に加え、腹壁への愛護的圧迫にて抜去可能な場合もある。
しかしながら、無理な操作により、かえって異物による腸管損傷を引き起こしてしまう可能性もあるため、その場合には開腹手術を要する事がある。
今回我々は、経肛門的アプローチでの抜去困難により、開腹操作を要した1例を経験した。
症例は47歳の男性、既往歴は特になし。受診前日にシリコン製の玩具を挿入したが排出困難となった。1日様子を見ていたが排泄されず、近医を受診し、処置困難のため当院紹介受診となった。血液検査では炎症反応の軽度の上昇を認め、腹部CTでは直腸からS状結腸に及ぶ高吸収体を認めた。玩具はシリコン製であり鉗子で把持可能であったが崩れてしまうため、内視鏡下、非鎮静下での抜去は困難と判断し、全身麻酔下に抜去を試みた。用手的に下部を把持しつつ、潤滑剤を注入し、腹壁越し玩具の上部を圧迫したが抜去には至らず、開腹の上、用手的牽引に加え、結腸壁を直接圧迫することで抜去が可能であった。
開腹所見では腸管壁の損傷はなく、玩具は砲弾型をしており、結腸ひだと一体となることで牽引の際に結腸と一体に稼動してしまうため、抜去が困難な状態になっていた。
経肛門的に20×7.5×7.5cmの玩具が摘出された。直腸壁の損傷は認めず、術後経過は良好で第6日目に退院した。本症例を元に、経肛門異物に対する治療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（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:05 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:05 AM UTC Poster 9

[P39] 一般演題（ポスター） 39 回腸嚢炎に対する外科・内科からのアプローチ

座長：辰巳 健志(横浜市立市民病院炎症性腸疾患科)

[P39-1]

大腸切除後炎症性腸疾患患者の下部内視鏡検査におけるサルプレップ前処置の評価

深田 雅之, 岡山 和代, 山崎 大, 西口 貴則, 大久保 亮 (東京山手メディカルセンター炎症性腸疾患センター)

[P39-2]

潰瘍性大腸炎術後の慢性回腸嚢炎に対する生物学的製剤の治療成績

小原 尚, 辰巳 健志, 黒木 博介, 後藤 晃紀, 中尾 詠一, 小金井 一隆, 杉田 昭 (横浜市立市民病院炎症性腸疾患科)

[P39-3]

潰瘍性大腸炎術後患者における回腸嚢腸間膜リンパ節腫大についての検討

深田 晃生, 荻野 崇之, 辻 嘉斗, 関戸 悠紀, 竹田 充伸, 波多 豪, 浜部 敦史, 三吉 範克, 植村 守, 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)

[P39-4]

潰瘍性大腸炎術後における回腸嚢関連合併症の問題点-手術しても潰瘍性大腸炎は終わりではない-

白水 良征, 野明 俊裕, 石橋 英樹, 榊原 優香, 鈴木 麻未, 長田 和義, 入江 朋子, 石井 正之, 荒木 靖三 (社会医療法人社団高野会くるめ病院)

[P39-5]

潰瘍性大腸炎術後36年目に診断した回腸嚢炎の1例

福 昭人 (福外科病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:05 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:05 AM UTC Poster 9

[P39] 一般演題（ポスター） 39 回腸嚢炎に対する外科・内科からのアプローチ

座長：辰巳 健志(横浜市立市民病院炎症性腸疾患科)

[P39-1] 大腸切除後炎症性腸疾患患者の下部内視鏡検査におけるサルプレップ前処置の評価

深田 雅之, 岡山 和代, 山崎 大, 西口 貴則, 大久保 亮 (東京山手メディカルセンター炎症性腸疾患センター)

[背景]
クローン病(CD)と潰瘍性大腸炎(UC)を含む炎症性腸疾患(IBD)では一定の割合で結腸全摘もしくは亜全摘が行われ、その後も定期的な内視鏡が必要だが、結腸切除後IBD患者の下部内視鏡(CS)前処置について決まりはない。今回我々は、結腸全摘か亜全摘後のIBD患者のCS前処置として、サルプレップの安全性と有用性を評価した。

[方法]
2024年7月から2025年4月までに、当院でCSを行った結腸全摘もしくは亜全摘後のIBD患者を対象とした。ストーマ造設者は除外し、(サルプレップ120ml+水か茶240ml服用)を最大4回まで繰り返す前処置を行い、腸管洗浄効果を1セグメントのOttawa法(0-4、残水0-2スケール:0=最良)とBoston Bowel Preparation Scale(BBPS、0-3スケール:3=最良)で評価し、過去の前処置法と比較した。

[結果]
対象は20例(平均46.9歳、男性80%)で、UC13例(回腸嚢肛門吻合3例、回腸嚢肛門管吻合10例)、CD7例(全例が回腸-S状結腸吻合)であった。サルプレップ服用繰り返し平均はUC2.1±0.3回、CD3.3±0.8回だった。BBPSの平均はUC2.5±0.5、CD2.4±0.7で、前回(ニフレック3例、モビプレップ7例、マグコロール2例、グリセリン浣腸3例、前処置なし5例)と比し、UC(1.8±0.8)では有意に高スコア(p=0.03)も、CD(2.3±0.8)では有意差はなかった。Ottawaの平均もUC(1.2±1.0)、CD(1.1±1.0)で、前回と比してUC(2.2±1.3)では有意に低スコア(p=0.04)も、CD(1.8±1.3)では有意差はなかった。観察時間はUC、CDとも前回と有意差はなかった。「前回より楽」と答えた者がUC61.5%、CD71.4%、「変わりない」がUC38.5%、CD42.9%であった。サルプレップの副作用の出現は認めず、検査後に腸炎の悪化はなかった。

[結論]
結腸全摘もしくは亜全摘後のIBD患者では、サルプレップによるCS前処置は受容性が高く、他の前処置法と比して、特にUCにおける回腸嚢の観察を容易に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（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:05 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:05 AM UTC Poster 9

[P39] 一般演題（ポスター） 39 回腸嚢炎に対する外科・内科からのアプローチ

座長：辰巳 健志(横浜市立市民病院炎症性腸疾患科)

[P39-2] 潰瘍性大腸炎術後の慢性回腸嚢炎に対する生物学的製剤の治療成績

小原 尚, 辰巳 健志, 黒木 博介, 後藤 晃紀, 中尾 詠一, 小金井 一隆, 杉田 昭 (横浜市立市民病院炎症性腸疾患科)

【目的】UC術後に発症したCPに対するBioの治療成績を後方視的に検討し,その有効性と安全性を明らかにする.
【方法】UCに対してIPAA施行後にCPを発症し,Bioで加療した26症例を対象に検討を行った.CPの診断は6週間以上持続する症状と内視鏡所見に基づき行った.主要評価項目は,Bio導入前後のModified pouchitis activity index(mPDAI)スコアの変化とし,治療後14週時点でmPDAI4点以下かつ2点以上低下を認めた症例を「有効」と定義した.
【結果】男性16例,女性10例,使用されたBioはVedolizumab(VED)21例,Infliximab(IFX)8例,Adalimumab(ADA)2例であった(重複あり).IPAAから回腸嚢炎発症までの期間の中央値は3.0年(IQR:1.4-8.5)で,回腸嚢炎発症からBio開始までの期間の中央値は4.3年(IQR:2.2-8.1)であった.慢性抗菌薬依存性回腸嚢炎は14例,慢性抗菌薬抵抗性回腸嚢炎は12例であった.全例にBio導入前にシプロフロキサシンまたはメトロニダゾールの内服治療が行われていた.
治療有効例はVED群で16例(76%),IFX群で4例(50%),ADA群で0例(0%)であった。平均観察期間はVED群で2.3年,IFX群で8.3年,ADA群で5.2年,観察期間終了時における治療継続率はそれぞれ76%,13%,0%であった.薬剤中止や変更例は,VED群で5例,IFX群で7例,ADA群で2例であった.
有害事象は,VEDで膵炎1例,IFXでInfusion reaction2例,関節炎1例を認め,ADAでは認めなかった。
最終的にBioが無効で外科的治療に至った症例は5例(VED1例、IFX3例、ADA→IFX治療変更例1例)で,回腸嚢切除3例,回腸人工肛門造設2例が施行された.術後合併症として癒着性イレウス1例,会陰創感染1例を認めたが,いずれの症例も術後のQOLは改善し,自立した日常生活が可能となった.
【結論】UC術後の慢性回腸嚢炎に対するVedolizumabは有効かつ安全であり,治療継続率も良好であった.一方,生物学的製剤無効例においては外科的治療がQOL改善に寄与しており,内科治療抵抗例において有用な選択肢となりうる.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:05 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:05 AM UTC Poster 9

[P39] 一般演題（ポスター） 39 回腸嚢炎に対する外科・内科からのアプローチ

座長：辰巳 健志(横浜市立市民病院炎症性腸疾患科)

[P39-3] 潰瘍性大腸炎術後患者における回腸嚢腸間膜リンパ節腫大についての検討

深田 晃生, 荻野 崇之, 辻 嘉斗, 関戸 悠紀, 竹田 充伸, 波多 豪, 浜部 敦史, 三吉 範克, 植村 守, 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)

【背景】
潰瘍性大腸炎（UC）に対する薬物療法は近年著しく進歩し、手術を回避できる症例が増加しているが、依然として一部の症例では外科的介入が必要となる。UCに対する標準手術は大腸全摘術、回腸嚢肛門（肛門管）吻合であり、術後の画像検査で回腸嚢腸間膜のリンパ節腫大をしばしば認めるが、その臨床的意義は明らかではない。本研究では、UC術後患者における回腸嚢腸間膜リンパ節腫大の臨床的意義について検討を行った。
【方法】
2011-2022年の期間、当院でUCに対して大腸全摘術、回腸嚢肛門（肛門管）吻合術を施行され、術後にCT検査を施行された症例を対象とした。回腸嚢の栄養血管近傍に存在する長径10 mm以上のリンパ節を腫大リンパ節（mesenteric lymphadenopathy：MLA）と定義した。MLAの有無と患者背景、手術関連因子、ならびに回腸嚢炎の発症との関連性について後方視的に検討した。値は中央値。
【結果】
CT検査を施行された症例は24例あり、検査時期は術後50.5ヶ月[1-74]、観察期間は100ヶ月[24-157]であった。男性18例（72.0%），UC診断年齢は33.5歳[7-61]，UC罹患期間は15.0年[0-59]，初回手術時年齢は48.0歳[16-89]であった。手術適応は重症2例/ 難治７例/ 癌・High grade dysplasia 14例/ 穿孔１例であり、2期分割手術22例(91.7%)/ 3期分割手術2例(8.3%) であった。MLA所見は14例(58.3%)に認め、経過中に回腸嚢炎を発症した症例は5例（20.8%）であった。MLA有無の2群間比較において、患者背景, 手術関連因子に有意差はなかったが、MLAと回腸嚢炎発症との関連性が示唆された(MLA有群:35.7% vs無群0%, p=0.053).
【結語】
UC術後における回腸嚢腸間膜リンパ節腫大は回腸嚢炎発症と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（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:05 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:05 AM UTC Poster 9

[P39] 一般演題（ポスター） 39 回腸嚢炎に対する外科・内科からのアプローチ

座長：辰巳 健志(横浜市立市民病院炎症性腸疾患科)

[P39-4] 潰瘍性大腸炎術後における回腸嚢関連合併症の問題点-手術しても潰瘍性大腸炎は終わりではない-

白水 良征, 野明 俊裕, 石橋 英樹, 榊原 優香, 鈴木 麻未, 長田 和義, 入江 朋子, 石井 正之, 荒木 靖三 (社会医療法人社団高野会くるめ病院)

【背景】
潰瘍性大腸炎(Ulcerative Colitis:UC)に対する標準術式は大腸全摘 (total proctocolectomy: TPC) に加え, 回腸嚢肛門 (管) 吻合術 (ileal pouch anal (canal) anastomosis:IPAA) である. TPC, IPAA後には様々な回腸嚢関連合併症が起こる. 回腸嚢関連合併症には大きく分けてSurgical and mechanical, Inflammatory and infectious, Functional, Dysplastic and neoplasticがある.
【目的】
本邦において報告例がない回腸嚢関連合併症を経験したため報告する.
【症例】
症例1. 回腸嚢脱を伴うafferent limb syndrome:ALS (Surgical and mechanical)
57歳女性、47歳時に内科的治療抵抗性のUCのためTPC, IPAAが施行された. 54歳時から腸閉塞と回腸嚢脱出を繰り返すため当院紹介となった. ALSの症状を繰り返しており, 回腸嚢脱出も伴っていたことから腹腔鏡手術の方針となった. 治療は回腸嚢脱を伴うALSに対して腹腔鏡下回腸嚢固定術を施行した.ALSの発症機序を術前検査, 術中所見にて明確に把握した上での回腸嚢固定術を選択しなければならないことが重要と考えられた.
症例2. 散発性回腸嚢腺腫(Dysplastic and neoplastic)
74歳, 男性. 56歳時に他院で重症UCに対して大腸全摘, J型パウチによるIPAAが施行され, 58歳時に当院紹介となった. 74歳時に下部消化管内視鏡検査でIPAAから５cmのステープルライン直上の回腸嚢後壁に50mmの発赤調の0-Ⅱａ+Ⅰｓ型の結節集簇様病変を認め, 生検での病理診断は管状腺腫であった. 内視鏡的切除が困難であり, 回腸嚢切除と永久人工肛門造設を行った. 病理診断は低異形度腺腫であり,回腸嚢の背景粘膜には異形上皮は認めず, 散発性の回腸嚢腺腫と診断した. UCにおけるIPAA後の回腸嚢腺腫は本邦では報告例がなく, 非常に稀な疾患と考えられた.
【結語】
TPC, IPAA後には様々な回腸嚢関連合併症が起こることを認識する必要があり, 炎症性腸疾患手術の問題点として報告する.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:05 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:05 AM UTC Poster 9

[P39] 一般演題（ポスター） 39 回腸嚢炎に対する外科・内科からのアプローチ

座長：辰巳 健志(横浜市立市民病院炎症性腸疾患科)

[P39-5] 潰瘍性大腸炎術後36年目に診断した回腸嚢炎の1例

福 昭人 (福外科病院)

症例：61歳、男性。主訴：発熱、下痢。既往歴：36年前 潰瘍性大腸炎で大腸全摘術。家族歴：炎症性腸疾患はなし。現病歴：脂質異常症などで定期的に通院されていた。2021年11月に肛門痛で再診し、肛門指診で中等度の肛門狭窄を認めた。大腸内視鏡検査を施行して裂肛と回腸嚢に発赤を認めた。痔核坐剤など保存的治療で改善した。

2023年12月22日37.4度の発熱と1日7回の下痢となった。25日から38度に増悪したが下痢は4回ほどに軽快した。しかし倦怠感が強く摂食障害で入院となった。肛門痛は軽度で血便はなかった。入院時現症：身長165cm, 69kg 肥満。体温38度、血圧124/75、胸部および腹部には理学的所見はなかった。WBC8200μ/l, CRP12.9mg/dlと中等度の炎症を認め、Hb12.7g/dlと軽度の貧血を認めた。腹部単純CTで小腸に腸液の貯留と鏡面像を認めた。腹部エコーでは小腸の拡張を認めた。27日の大腸内視鏡検査で回腸嚢30cmまでに深く地図上の潰瘍と発赤が多発していた。病理検査では高度の炎症を認めた。急性回腸嚢炎と診断してフラジールの内服を開始すると劇的に症状は改善した。加療9日目の下部消化器内視鏡検査でも潰瘍は残存していたがほぼ改善していた。フラジールは14日間の内服で終了した。その後、本人の希望もあり5ASA製剤を継続しているが経過は良好である。大腸全摘術後36年目に回腸嚢炎を診断し加療するのはまれ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）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:15 AM UTC Poster 10

[P40] 一般演題（ポスター） 40 大腸肛門疾患の診察と検査

座長：酒匂 美奈子(JCHO東京山手メディカルセンター炎症性陽疾患内科)

[P40-1]

肛門疾患における視診と指診の重要性

田畑 敏, 山崎 裕人 (市立砺波総合病院大腸・肛門外科)

[P40-2]

Sagittal view CT imageによる直腸排便機能評価の試み

山澤 海人, 河原 秀次郎, 藤井 聖矢, 塚崎 雄平, 松本 倫, 平林 剛, 小村 伸朗 (東京慈恵会医科大学外科学講座)

[P40-3]

直接作用型経口抗凝固薬が免疫学的便潜血検査の診断能に与える影響

濱田 康彦, 重福 亜紀奈, 中川 勇人 (三重大学医学部附属病院)

[P40-4]

肛門科外来におけるS状結腸内視鏡検査の有用性

佐井 佳世, 鈴木 康元, 岡本 康介, 米本 昇平, 酒井 悠, 松島 小百合, 鈴木 佳透, 紅谷 鮎美, 小菅 経子, 松村 奈緒美, 河野 洋一, 宋 江楓, 下島 裕寛, 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)

[P40-5]

肛門疾患術前内視鏡検査で新たに診断された大腸癌の臨床的検討

城後 友望子, 指山 浩志, 黒崎 剛史, 鈴木 綾, 高野 竜太朗, 川村 敦子, 川西 輝貴, 中山 洋, 安田 卓, 小池 淳一, 浜畑 幸弘, 堤 修 (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

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:15 AM UTC Poster 10

[P40] 一般演題（ポスター） 40 大腸肛門疾患の診察と検査

座長：酒匂 美奈子(JCHO東京山手メディカルセンター炎症性陽疾患内科)

[P40-1] 肛門疾患における視診と指診の重要性

田畑 敏, 山崎 裕人 (市立砺波総合病院大腸・肛門外科)

地方の公立総合病院で大腸肛門外科を旗揚げした知名な肛門外科医に師事し、外来診察、検査、手術、その他諸々のことを習い、その師匠の退職後に科を継承した。しかし習ってきたことを駆使しても立ち行かない症例に遭遇することもあり、試行錯誤しながら何とかやってきた。師事して30年近く、継承して20年になり、いよいよ次の世代に引き継いでもらう時機となった。
そこで、次世代の先生方に、受けた指導と自身の経験から『視診と指診の重要性』をお伝えしたい。手術については、high volume centerの先生方の手技が報告され、ネットを介し自宅でも観られるようになっている。肛門鏡診察についても、肛門科の諸先輩方のご努力で診療報酬の請求が可能となり、痛みの強い症例を除いて、今やこれを省く肛門外科医はいないと思われる。しかし、視診と肛門直腸指診については、幾ら丁寧に行っても報酬には反映されないため、充分に行われていない可能性がある。例えば、下血症例に対し、初診医の多くは、まず自身で大腸内視鏡検査を行うか消化器内科医に内視鏡検査を依頼し、その内視鏡診断に基づいて治療法を考える。間違いではないと思うが、内視鏡で必ず診断できるとは限らない。紹介された下血症例の中には前医で視診と指診が行われていなかったと推察される症例が散見される。実際、患者が（紹介元では）『肛門診察はなかった』とか、『直腸指診を受けなかった』と言うことが少なくない。しかし、視診と指診から得られる情報は測り知れず、初回診察の段階で確定診断もしくは診断への仮説を立てることができることも多いため、特に肛門外科医を目指す先生にはその重要性を伝えていきたい。
視診だけで、痔核、血栓、膿瘍、痔瘻、裂肛など出血や痛みの原因が推察可能なことがあり、指診でさらに診断に近づく。便排出障害型便秘ODSに至っては視診や直腸指診だけで診断がつくことの方が多く、追施する排便造影等の検査は、診断目的というより、手術希望例における術式決定の手段で、患者に病態を説明するための道具である。
今回の報告で、外来で遭遇する視診や指診で診断または診断に近い病態を推察できる典型症例を呈示したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:15 AM UTC Poster 10

[P40] 一般演題（ポスター） 40 大腸肛門疾患の診察と検査

座長：酒匂 美奈子(JCHO東京山手メディカルセンター炎症性陽疾患内科)

[P40-2] Sagittal view CT imageによる直腸排便機能評価の試み

山澤 海人, 河原 秀次郎, 藤井 聖矢, 塚崎 雄平, 松本 倫, 平林 剛, 小村 伸朗 (東京慈恵会医科大学外科学講座)

【緒言】 これまで直腸排便機能の評価には, 一般的に排便造影検査が有用と考えられてきた. 排便造影検査は経肛門的に直腸に造影剤を注入させ, それを排泄する動画から排便機能を評価する検査法であるが, その時点における直腸の自然な状態を評価する検査法ではない. 我々はCT検査の主にSagittal断面像から直腸排便機能の評価を試みてきたのでその有用性について報告する.
【対象および方法】 2024年1月から2025年3月までに閉塞症状のない結腸癌のため当院で手術を受けた60例（男性32人, 女性28人）を対象とし, 術前CT検査画像 (Axial, Sagittal) と術前の直腸排便機能の関係について検討した. 下部直腸の長径は仙骨先端の高さ, 上部直腸の長径はS2下縁の高さで計測した. 腸管拡張は, L5椎体の長径より直腸が拡張していた場合を腸管拡張ありと判断した.
【結果】直腸が拡張していたのは26例(43.3%)で, 上・下部直腸が拡張していたのは19例(31.7%)であり, 上部直腸のみが拡張した例はみられなかった. RomeIVの診断基準で慢性便秘症と診断され下剤を内服していたのは22例(36.7%)であった. 上・下部直腸が拡張していた19例は, 全員が慢性便秘症と診断され下剤を内服していた. 一方, 下部直腸のみ拡張していた７例中４例は, 腸管拡張の上縁がS4の下縁を超えない症例で, 慢性便秘症ではなく下剤は内服していなかった. その４例中２例は下部直腸の腸管拡張のみで腸内容はガスのみであった.
【考察】CT検査のSagittal断面像は静止画ではあるが, 排便造影検査の開始時と類似した画像であるため、検査時点での直腸の拡張部位とその程度が容易に評価できた. 上・下部直腸が拡張していた症例は慢性便秘症の可能性が高かった. 下部直腸のみが拡張している症例は腹圧による排便ができる症例は慢性便秘症ではなかった.
【結語】CT検査のSagittal断面像は静止画ではあるが, 検査時点における直腸排便機能を簡便に評価でき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）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:15 AM UTC Poster 10

[P40] 一般演題（ポスター） 40 大腸肛門疾患の診察と検査

座長：酒匂 美奈子(JCHO東京山手メディカルセンター炎症性陽疾患内科)

[P40-3] 直接作用型経口抗凝固薬が免疫学的便潜血検査の診断能に与える影響

濱田 康彦, 重福 亜紀奈, 中川 勇人 (三重大学医学部附属病院)

目的】免疫学的便潜血検査（FIT）は、大腸がんスクリーニングに広く用いられており、その高い診断精度が評価されている。しかし抗血栓薬、特に直接作用型経口抗凝固薬（DOAC）はFITの診断能に影響を与える可能性があるが、この影響に関する報告は一貫していない。本検討では、DOACの使用がadvanced neoplasia（AN）の診断におけるFITの陽性的中率（PPV）に与える影響を評価した。
【方法】当施設で、2015年から2024年にかけて大腸がん検診におけるFIT陽性に対して大腸内視鏡検査を受けた818名を遡及的に解析した。傾向スコアマッチングを用いて、DOAC使用者と非使用者におけるAN、advanced adenoma (AA)、浸潤癌、および全腺腫のPPVを比較した。また、ロジスティック回帰モデルを用いた感度分析を行い、DOAC使用とFIT診断能との関連について解析した。
【成績】ANの診断率はDOAC使用者で4.0%、非使用者で16.8%であった。傾向スコアマッチングによる解析の結果、DOAC使用者のANに対するPPVは非使用者と比較して有意に低下した（オッズ比 0.20、95%信頼区間 0.05-0.92、p = 0.038）、AA、浸潤癌、全腺腫に関しては有意な低下を認めなかった。また感度分析でも、DOAC使用によりFITのPPVが有意に低下していた（オッズ比 0.25、95%信頼区間 0.08-0.83、p = 0.024）。
【結論】今回の検討では、DOACの使用が、AN診断におけるFITのPPVを有意に低下させた。DOAC使用者においては、診断精度を向上させるため補助的な診断ツールを併用するなど代替戦略を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）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:15 AM UTC Poster 10

[P40] 一般演題（ポスター） 40 大腸肛門疾患の診察と検査

座長：酒匂 美奈子(JCHO東京山手メディカルセンター炎症性陽疾患内科)

[P40-4] 肛門科外来におけるS状結腸内視鏡検査の有用性

佐井 佳世, 鈴木 康元, 岡本 康介, 米本 昇平, 酒井 悠, 松島 小百合, 鈴木 佳透, 紅谷 鮎美, 小菅 経子, 松村 奈緒美, 河野 洋一, 宋 江楓, 下島 裕寛, 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)

【背景】肛門科外来を受診する患者は痔核・裂肛・痔瘻といった肛門良性疾患を有する者が大半を占めるが、中には直腸～S状結腸に腫瘍性病変を合併している者もいる。そして、それらの病変の中には直腸診や肛門鏡による診察では把握が難しい症例もあり、当院では出血や排便障害などの症状を呈する症例には積極的にS状結腸内視鏡検査（以下SS）を実施している。SSの有用性に関しては以前から報告されているが、今回、当院肛門科初診受診者を対象として改めてその有用性について検討した。
【方法】2024年1月～12月の当院肛門科初診受診者のうちSSを実施した症例（全大腸内視鏡検査（以下TCS）またはSSの経験例は除外）を対象とし、外来診察では発見できなかった直腸～S状結腸の粘膜下層以深浸潤癌（ｓｍ以深癌）のSSでの発見率および年齢との関連性について検討した。
【結果】当院肛門科初診受診者8673例のうちSSを実施したのは2890例で、TCSまたはSSの経験例を除外した1389例（初診受診者の16.0%）を対象とした。対象症例に実施したSSで発見した直腸～Ｓ状結腸のｓｍ以深癌は58例で、27例（SS実施例の2.0%）は外来診察では発見できなかった（外来診察未発見率46.6%）。この27例のうち50歳以上は24例でSSでの発見率は3.8%（SS実施例は635例）であった。
【考察および結論】肛門科を受診する症例の中には外来診察のみでは把握が難しい部分に腫瘍性病変を有する症例があり、その中には生命予後を左右するｓｍ以深癌も含まれる。大腸がん検診における便潜血陽性者（全例にTCS等による精密検査実施が求められている）からの直腸～Ｓ状結腸のｓｍ以深癌の発見率は1.4%と推定されるが、これに対し出血や排便障害などの症状を呈する肛門科初診受診者からの直腸～Ｓ状結腸のｓｍ以深癌発見率は2.0%（SSによる）と高く、特に50歳以上となると同3.8%（SSによる）と極めて高くなることから、肛門科外来におけるSSの有用性は非常に高いものと考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:15 AM UTC Poster 10

[P40] 一般演題（ポスター） 40 大腸肛門疾患の診察と検査

座長：酒匂 美奈子(JCHO東京山手メディカルセンター炎症性陽疾患内科)

[P40-5] 肛門疾患術前内視鏡検査で新たに診断された大腸癌の臨床的検討

城後 友望子, 指山 浩志, 黒崎 剛史, 鈴木 綾, 高野 竜太朗, 川村 敦子, 川西 輝貴, 中山 洋, 安田 卓, 小池 淳一, 浜畑 幸弘, 堤 修 (辻仲病院柏の葉大腸・肛門外科)

【背景】肛門疾患の中には、稀に大腸癌が併存していることがある。このような症例において、術前に十分な消化管精査を行わずに肛門疾患の手術を先行した場合、大腸癌の診断・治療が遅れるリスクがある。
【目的】肛門疾患で手術を予定した症例のうち、術前の下部消化管内視鏡検査で新たに大腸癌が発見された症例の臨床的特徴を明らかにし、内視鏡検査の意義について検討する。
【対象・方法】2019年7月から2024年12月までに当科で肛門疾患手術を予定し、術前に内視鏡検査を実施した3358例を対象とした。内訳は男性2377例、女性981例、年齢中央値は65歳（12-93歳）であり、術前診断は痔核1755例、痔瘻1420例、裂肛149例、肛門ポリープ34例であった。このうち、術前内視鏡検査で新たに大腸癌が発見された症例について、年齢、性別、臨床症状、術前診断、大腸癌の進行度、腫瘍占拠部位などの臨床病理学的因子を後方視的に検討した。
【結果】全体のうち23例（0.68%）で新たに大腸癌が発見され、早期癌は7例（内視鏡切除3例、外科切除4例）、進行癌は16例（外科切除15例、全身化学療法1例）であった。性別は男性16例、女性7例、年齢中央値は69歳（49-91歳）であった。術前診断別の大腸癌発見率は、痔核0.80%（14/1755）、痔瘻0.14%（2/1420）、裂肛3.4%（5/149）、肛門ポリープ5.9%（2/34）であり、裂肛・肛門ポリープ症例で発見率が高かった。進行癌症例（16例）における主な症状は、出血15例、脱出7例、疼痛5例、腫脹3例であり、便通異常（便秘、頻便、残便感）は10例に認められた。腫瘍占拠部位は右側結腸2例、左側結腸5例、直腸9例であり、直腸癌が最多であった。
【考察】本研究における大腸癌発見率は0.68%であり、一般に報告される便潜血陽性者の発見率（約2-3%）より低いものの、大腸癌検診の発見率（約0.15%）より高く、出血症例に限定していない本研究集団では妥当であると考えられる。診断の遅れは予後に重大な影響を与えるため、術前の内視鏡検査は非常に重要であり、特に出血や便通異常を伴う症例では大腸癌の可能性も念頭に置き、積極的に内視鏡検査を実施すべきである。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:05 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:05 AM UTC Poster 10

[P41] 一般演題（ポスター） 41 術式の工夫・その他

座長：亀山 仁史(新潟市民病院消化器外科)

[P41-1]

蛍光マーキングクリップ（FMC）を用いた術前マーキングの有用性と安全性の検討 ― 点墨法との比較による後方視的解析 ―

仕垣 隆浩, 髙松 正行, 高木 健太, 菊池 麻亜子, 古賀 史記, 藤吉 健司, 吉田 直裕, 大地 貴史, 吉田 武史, 主藤 朝也, 藤田 文彦 (久留米大学医学部外科)

[P41-2]

進行中央部横行結腸癌に対する結腸部分切除術vs拡大右半結腸切除術

太田 絵美[1], 諏訪 宏和[1], 大坊 侑[1], 大田 洋平[1], 小野 秀高[1], 吉田 謙一[1], 諏訪 雄亮[2], 中川 和也[3], 小澤 真由美[3], 野尻 和典[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.横浜市立大学附属病院消化器・腫瘍外科学)

[P41-3]

S状結腸吻合部狭窄に対しRIC(radial incision and cutting)による内視鏡的拡張およびステロイド局所注射での再狭窄予防が奏功した1例

楠戸 夏城[1], 柴田 直史[1], 田中 匡介[2], 小森 徹也[1] (1.三重県厚生農業協同組合連合会三重北医療センターいなべ総合病院外科, 2.三重県厚生農業協同組合連合会三重北医療センターいなべ総合病院内科)

[P41-4]

当院における高度肥満を伴う大腸癌に対しロボット支援下手術でアプローチした2例の検討

中島 啓, 馬場 裕信, 奥村 祐輝, 柴野 潤, 小山 照央, 山崎 嘉美, 梅林 佑弥, 赤須 雅文 (草加市立病院)

[P41-5]

当院における腹腔鏡下ハルトマンリバーサル（Hartmann’s reversal）の経験

澤田 紘幸, 吉満 政義, 谷口 文崇, 中野 敢友, 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

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:05 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:05 AM UTC Poster 10

[P41] 一般演題（ポスター） 41 術式の工夫・その他

座長：亀山 仁史(新潟市民病院消化器外科)

[P41-1] 蛍光マーキングクリップ（FMC）を用いた術前マーキングの有用性と安全性の検討 ― 点墨法との比較による後方視的解析 ―

仕垣 隆浩, 髙松 正行, 高木 健太, 菊池 麻亜子, 古賀 史記, 藤吉 健司, 吉田 直裕, 大地 貴史, 吉田 武史, 主藤 朝也, 藤田 文彦 (久留米大学医学部外科)

背景:大腸癌手術において病変部位を正確に同定することは、腸管切離ラインや郭清範囲の決定において重要である。術中に病変の位置を同定する方法としては、術中内視鏡や点墨法が一般的に用いられているが、術中内視鏡は手間と人手を要し、点墨法は腹腔内散布や膿瘍形成などの偶発症を伴う可能性がある。当院では2023年よりクリップの先端に蛍光樹脂を使用し、近赤外光のカメラで管腔内のクリップを可視化できる蛍光マーキングクリップ（fluorescent marking clip：FMC）を導入している。
目的：術前マーキングが必要となる症例の臨床病理学的因子を明らかにするとともに、FMC施行群と従来の点墨施行群を後方視的に比較し、FMCの安全性および有用性を検討する。
方法：2023年1月-2024年7月に当院で横行結腸から直腸Raの原発性大腸癌に対し、FMCまたは点墨による術前マーキングが実施された44例（FMC群21例、点墨群23例）を対象とした。FMCは術前日に2個留置している。術中に病変部位の同定ができなかった症例の臨床病理学的因子について検討した。また、FMC法と点墨法の視認性および有害事象の発生状況を比較検討した。
結果：マーキングを施行した44例中、術中に病変部位の同定ができなかった症例は33例（75%）。病変の同定が困難であった症例は、環周率1/3以下の症例に多かった（p=0.028）。性別、BMI、腫瘍深達度、術前リンパ節転移の有無などの他の臨床病理学的因子との間に有意差は認めなかった。術中にマーキングを視認できた割合は、FMC群で95.2%、点墨群で82.6%と高率であったが、両群に有意差はなかった（p=0.35）。有害事象については、点墨群で3例（13.0%）の腹腔内散布を認めたが、FMC群では有害事象は確認されなかった。
結語：環周率が1/3以下の症例では、腹腔内から病変部位を同定することが困難であり、術前マーキングが必要であると考えられる。FMC法は点墨法と同等の視認性を有しつつ、有害事象のリスクが低く、簡便かつ安全な術前マーキング法として有望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

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:05 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:05 AM UTC Poster 10

[P41] 一般演題（ポスター） 41 術式の工夫・その他

座長：亀山 仁史(新潟市民病院消化器外科)

[P41-2] 進行中央部横行結腸癌に対する結腸部分切除術vs拡大右半結腸切除術

太田 絵美[1], 諏訪 宏和[1], 大坊 侑[1], 大田 洋平[1], 小野 秀高[1], 吉田 謙一[1], 諏訪 雄亮[2], 中川 和也[3], 小澤 真由美[3], 野尻 和典[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.横浜市立大学附属病院消化器・腫瘍外科学)

【目的】
中央部横行結腸癌は拡大右半結腸切除術と結腸部分切除術が施行されているが、術式選択については未だ議論の余地がある。今回我々は、進行中央部横行結腸癌の術式について検討した。
【方法】
2013年4月から2022年12月まで遠隔転移を伴わない中央部横行結腸癌に対して、2施設（施設1、2）で中結腸動脈根部処理を伴うD3郭清を施行した86例を対象とした。
横行結腸部分切除術施行群（TC群：36例）、拡大右半結腸切除術施行群（exRHC群：50例）を後方視的に比較した。
【結果】
両群の患者背景として（以下TC vs. exRHC）、比較年齢中央値（歳）72 vs. 74（p=0.393）、男女比16例（44.4%）:20例（55.6%）vs. 32（64%）:18（36%）（p=0.133）、BMI中央値21.7 vs. 22.1（p=0.831）であり両群間で背景因子に差は認めなかった。
腹腔鏡手術施行率86.5% vs. 86.3%（p=1）、手術時間中央値（分）は193 vs. 226（p<0.001）、術中出血量中央値（ml）は7 vs. 10（p=0.647）であり、exRHCで有意に手術時間が長かった。
術後合併症率（Clavien-Dindo all grade）は8/36（22.2%） vs. 17/50（34%）（p=0.336）であり有意差を認めなかったが、腸閉塞（Clavien-Dindo all grade）については0/37（0%）vs. 10/50（20%）（p=0.004）でありexRHCで有意に多かった。術後食事開始日（日）は2 vs 3（p=0.02）、術後在院日数（日）は6 vs. 8（p<0.001）でありexRHCにおいて有意に長かった。
病理学的所見は、リンパ節郭清個数中央値23.5 vs. 38.5 （p<0.001）、転移リンパ節総数中央値は0 vs. 0（p=0.274）、p-StageはI: II: III = 13: 12: 11 vs. 5: 23: 22（p=0.104）であった。3年無再発生存率は91.2% vs. 87.1%（p=0.547）、3年生存率は96.8% vs. 94.0%（p=0.505）であり有意差は認めなかった。
【結論】
中央部横行結腸癌において、exRHCでは手術時間が長く、腸閉塞発生率が高く、食事開始時期が遅くなり、結果術後在院期間が延長していた。可能な症例は結腸部分切除術を選択することが有用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）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:05 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:05 AM UTC Poster 10

[P41] 一般演題（ポスター） 41 術式の工夫・その他

座長：亀山 仁史(新潟市民病院消化器外科)

[P41-3] S状結腸吻合部狭窄に対しRIC(radial incision and cutting)による内視鏡的拡張およびステロイド局所注射での再狭窄予防が奏功した1例

楠戸 夏城[1], 柴田 直史[1], 田中 匡介[2], 小森 徹也[1] (1.三重県厚生農業協同組合連合会三重北医療センターいなべ総合病院外科, 2.三重県厚生農業協同組合連合会三重北医療センターいなべ総合病院内科)

大腸吻合部狭窄に対しRIC(radial incision and cutting)で拡張を行い、ステロイド局注により再狭窄予防を行った症例を報告する。

症例は60歳台男性で、脳梗塞既往のため抗血栓療法中である。S状結腸憩室炎の保存治療中、第6病日に腹膜刺激症状が出現した。CT再検により憩室穿孔による汎発性腹膜炎と診断し、同日穿孔部を含むS状結腸部分切除及び横行結腸双口式人工肛門造設を行った。術後に口側断端の破綻による腹腔内膿瘍を呈した。ドレナージやOTSC(over the scope clip)で結腸断端を閉鎖し得ず、第91病日に再手術で洗浄ドレナージ及び口側断端を追加切除のうえサーキュラーステープラーで肛門側断端と側端吻合した。再手術後は炎症の改善を認め自宅退院とした。残存する人工肛門の閉鎖を企図し、術前検査の下部消化管内視鏡検査でＳ状結腸吻合部に内腔5mm程度の狭窄を認めた。8mm、10atmでEBD(endoscopic balloon dilation)を行ったが、組織の繊維化が強く拡張し得ず、第330病日にRICを施行した。狭窄を形成する組織を切除し、スコープ通過可能となった。再狭窄を憂慮し、切除後の粘膜欠損部にトリアムシノロンアセトニドを局所注射および散布した。第343病日に横行結腸人工肛門を機能的端端吻合で閉鎖した。横行結腸吻合部の術後出血に対し内視鏡的止血術を行った際にS状結腸の吻合部を観察すると、再狭窄や膜様組織の出現を認めなかった。

RICは高周波ナイフで狭窄部の肉芽や瘢痕組織を全周性に切除する内視鏡的拡張術である。難治性食道狭窄への治療法として初めて報告され、開存率や合併症においてEBDに勝るとされている。下部消化管狭窄に対するRICは未だ一般化されていないが、本症例のようにEBDで拡張し得ない固い狭窄に対して効果が得られる可能性がある。ステロイドの局注は3/4周性以上の食道ESD後の狭窄予防としてガイドラインで推奨されており、消化管狭窄拡張後の再狭窄予防としても期待されている。本症例では拡張術の３週間後に観察の機会を得たが、再狭窄の兆候は認めなかった。RICやステロイド局注は下部消化管吻合部狭窄に対する新たなオプションとなる可能性があり、症例を集積し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）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:05 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:05 AM UTC Poster 10

[P41] 一般演題（ポスター） 41 術式の工夫・その他

座長：亀山 仁史(新潟市民病院消化器外科)

[P41-4] 当院における高度肥満を伴う大腸癌に対しロボット支援下手術でアプローチした2例の検討

中島 啓, 馬場 裕信, 奥村 祐輝, 柴野 潤, 小山 照央, 山崎 嘉美, 梅林 佑弥, 赤須 雅文 (草加市立病院)

高度肥満症例に対する腹腔鏡下手術の治療成績に関する報告は非常に少なく症例を蓄積し手技上の問題点や工夫などを明らかにしていくことは重要な課題である。当院では2023年4月から、daVinci® Xi™surgical systemを用いたロボット支援手術を導入しており、2025年4月までに、Body mass index（以下，BMI と略記）35kg/m2以上の高度肥満を伴う大腸癌に対しロボット支援下手術を施行した2例を検討した。執刀医師経験年数はいずれも11年目の外科医。1例目は55歳男性、BMI46.6。横行結腸癌cT3N1aM0, cStageIIIbに対し、ロボット支援下結腸右半切除術、D3郭清を施行した。吻合は体腔内吻合(Overlap吻合)を施行した。手術時間は439分(コンソール時間370分)、術中出血量20mLで周術期輸血はなかった。術後在院日数は9日。術後合併症なく退院した。病理結果はpT3N1aM0、pStageIIIbであり、術後化学療法としてCAPOX計8コースを施行中である。2例目は、70歳男性、BMI38.6。直腸S状部癌cT3N1a0、cStageIIIbに対し、ロボット支援下高位前方切除術、D3郭清を施行した。手術時間は302分(コンソール時間207分)、術中出血量7mLで周術期輸血はなかった。術後在院日数は7日。術後合併症なく退院した。病理結果はpT3N0M0、pStageIIaであり、現在術後サーベイランスを行っている。2例ではあるが、当院では高度肥満を伴う大腸癌に対し、手術時間の延長や出血量のある程度の増加は認めたものの、周術期輸血や術後合併症なく、安全にロボット支援下手術を施行できていた。今後さらに症例を積み重ね、高度肥満症例に対するロボット支援下手術の安全性および有用性を検討していく予定である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題（ポスター）

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:05 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:05 AM UTC Poster 10

[P41] 一般演題（ポスター） 41 術式の工夫・その他

座長：亀山 仁史(新潟市民病院消化器外科)

[P41-5] 当院における腹腔鏡下ハルトマンリバーサル（Hartmann’s reversal）の経験

澤田 紘幸, 吉満 政義, 谷口 文崇, 中野 敢友, 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)

【背景】
ハルトマン手術は、病変部腸管を切除後に吻合せず口側切離断端でストーマを造設する術式で癌や憩室による大腸穿孔に対して施行される術式として広く認知されている。汎発性腹膜炎など高度な炎症に対しておこなわれることが多く術後に永久ストーマを選択せざるを得ない場合も多い。全身状態が安定している場合は、ストーマを閉鎖し消化管再建を行うハルトマンリバーサル（Hartmann’s reversal）が実施されるが、汎発性腹膜炎術後では腹腔内の癒着が高度であることや、肛門側断端の同定が困難であることなどから手術合併症が少なくないことが知られている。以上からハルトマンリバーサル（Hartmann’s reversal）の多くは開腹で行われており腹腔鏡下ハルトマン手術の報告は本邦では稀である。今回我々は当科で腹腔鏡下ハルトマンリバーサルをおこなった2症例を検討したので報告する。
【症例】
症例1は、49歳男性、S状憩室穿孔に対してハルトマン手術を施行された。術後経過良好で７か月後に腹腔鏡下ハルトマンリバーサルをおこなった。手術時間は277分で出血量は50mlであった。吻合は器械をもちいた端側吻合であった。術後合併症はなく８病日で退院された。
症例2は、63歳の男性でS状憩室穿孔に対してハルトマン手術を施行された。術後経過良好で8か月後に腹腔鏡下ハルトマンリバーサルをおこなった。手術時間は268分で出血量は2mlであった。吻合は器械をもちいた端側吻合であった。術後合併症はなく7病日で退院された。
【まとめ】
当院での腹腔鏡下ハルトマン手術2症例は比較的安全に施行できた。術前の癒着などある程度評価できれば腹腔鏡ハルトマンリバーサルは選択の一つとなりうる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 10

[E4] English Abstract Session 4 Diagnosis & Drug Therapy

Moderator:Tetsuo Ishizaki(Department of Digestive and Transplantation Surgery, Tokyo Medical University Hachioji Medical Center), JIN KIM(Korea University College of Medicine)

[E4-1]

Clinical value of CT 3D construction of pelvis and mesorectum in middle-low rectal carcinoma

Xiao-Cong Zhou[1], Fei-Yue Ke[2], Hao Chen[2], Qiang Wang[2], Gaurav Dhamija[3], Ruchi Dharamshibhai Viroja[4], Gui-Ping Chen[1] (1.The First Affiliated Hospital of Zhejiang Chinese Medical University (Zhejiang Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine), 2.The Dingli Clinical Institute of Wenzhou Medical University (Wenzhou Central Hospital), 3.Ram Krishna Medical College Hospital and Research Centre, 4.Bhavsinhji General Hospital)

[E4-2]

Pre-Operative Endoscopic Assessment and MRI as Predictors of Pathological Complete Response and Long-Term Survival in Locally Advanced Rectal Cancer after Neoadjuvant Therapy

Trevor M Yeung[1], Wing Wa Leung[1], Justin Lam[1], Prudence Tam[1], Julie Ng[1], Kaori Futaba[1], Sophie S Hon[1], Simon Chu[1], Esther Hung[2], Carmen Cho[2], Simon S Ng[1] (1.The Chinese University of Hong Kong, 2.Department of Imaging and Interventional Radiology, The Chinese University of Hong Kong, Prince of Wales Hospital)

[E4-3]

CRCFound: A Colorectal Cancer CT Image Foundation Model Based on Self-Supervised Learning

Du Cai[1], Jing Yang[2], Junwei Liu[3], Zhenfeng Zhuang[4], Yibing Zhao[5], Feng-Ao Wang[6], Chenghang Li[7], Chuling Hu[1], Baowen Gai[1], Yiping Chen[8], Yixue Li[9], Liansheng Wang[4], Feng Gao[1], Xiaojian Wu[1] (1.Department of General Surgery (Colorectal Surgery), The Sixth Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University, 2.National Institute for Data Science in Health and Medicine, Xiamen University, 3.Guangzhou National Laboratory, 4.Department of Computer Science at the School of Informatics, Xiamen University, 5.Department of Colorectal Surgery, Ningbo Medical Center Lihuili Hospital (Affiliated Lihuili Hospital of Ningbo University), 6.Key Laboratory of Systems Health Science of Zhejiang Province, School of Life Science, Hangzhou Institute for Advanced Study, University of Chinese Academy of Sciences, 7.Artificial Intelligence Thrust, The Hong Kong University of Science and Technology, 8.School of Geospatial Engineering and Science, Sun Yat-Sen University, 9.Shanghai Institute of Nutrition and Health, Chinese Academy of Sciences)

[E4-4]

Deep learning in radiogenomics for enhanced risk prediction only from CT images in colorectal cancer

Feng Gao[1,2,3], Fengao Wang[4,5], Chuling Hu[1,2,3], Du Cai[1,2,3], Yibin Zhao[6], Daisuke Izumi[7], Haoning Qi[1,2,3], Baowen Gai[1,2,3], Junxiang Ding[4,5], Ruikun He[8], Junwei Liu[5], Yixue Li[4,5,9,10,11,12,13], Xiaojian Wu[1,2,3] (1.Department of General Surgery (Department of Colorectal Surgery), The Sixth Affiliated Hospital, Sun Yat–sen University, 2.Guangdong Provincial Key Laboratory of Colorectal and Pelvic Floor Diseases, The Sixth Affiliated Hospital, Sun Yat–sen University, 3.Biomedical Innovation Center, The Sixth Affiliated Hospital, Sun Yat–sen University, 4.Institute for Advanced Study, University of Chinese Academy of Sciences, 5.Guangzhou National Laboratory, 6.Department of Colorectal Surgery, Ningbo Medical Center Lihuili Hospital (Affiliated Lihuili Hospital of Ningbo University), 7.Izumi Gastroenterology & Surgery Clinic, 8.BYHEALTH Institute of Nutrition & Health, 9.GZMU–GIBH Joint School of Life Sciences, The Guangdong–Hong Kong–Macau Joint Laboratory for Cell Fate Regulation

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

and Diseases, Guangzhou Medical University, 10.School of Life Sciences and Biotechnology, Shanghai Jiao Tong University, 11.Shanghai Institute of Nutrition and Health, Chinese Academy of Sciences, 12.Collaborative Innovation Center for Genetics and Development, Fudan University, 13.Shanghai Institute for Biomedical and Pharmaceutical Technologies)

[E4-5]

Vancomycin boosts immunotherapy in MSS CRC via gut microbiota modulation

Bo Shi, Songbing He (The First Affiliated Hospital of Soochow University)

[E4-6]

Clinical Impact of 1L Therapeutic Strategies in BRAF V600E-Mutant Metastatic Colorectal Cancer

Shihwei Chiang[1,2], Chia-Chang Yeh[1], Feng-Fan Chiang[1,3] (1.Taichung Veterans General Hospital, 2.Department of Nutrition, Chung Shan Medical University, 3.College of Humanities and Social Sciences, Providence University)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 10

[E4] English Abstract Session 4 Diagnosis & Drug Therapy

Moderator:Tetsuo Ishizaki(Department of Digestive and Transplantation Surgery, Tokyo Medical University Hachioji Medical Center), JIN KIM(Korea University College of Medicine)

[E4-1] Clinical value of CT 3D construction of pelvis and mesorectum in middle-low rectal carcinoma

Xiao-Cong Zhou[1], Fei-Yue Ke[2], Hao Chen[2], Qiang Wang[2], Gaurav Dhamija[3], Ruchi Dharamshibhai Viroja[4], Gui-Ping Chen[1] (1.The First Affiliated Hospital of Zhejiang Chinese Medical University (Zhejiang Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine), 2.The Dingli Clinical Institute of Wenzhou Medical University (Wenzhou Central Hospital), 3.Ram Krishna Medical College Hospital and Research Centre, 4.Bhavsinhji General Hospital)

Background
Laparoscopic anus-preserving radical resection for middle-low rectal carcinoma is challenging due to the confined pelvic space and bulky rectal mesentery. Few studies have quantified pelvic and rectal mesenteric volumes using three-dimensional (3D) reconstruction. This study reconstructs and measures pelvic and rectal anatomy in 3D, analyzes sex-based differences, and assesses their impact on short-term surgical outcomes.
Methods
This retrospective study included 103 patients with middle-low rectal carcinoma undergoing laparoscopic low/ultra-low anterior resection from January 2018 to January 2024. Pelvic measurements from CT imaging and 3D reconstructions were analyzed. Pelvic volume and rectal mesenteric fat volume were compared between sexes, and their influence on surgical outcomes was evaluated.
Results
Significant sex-based differences were found in pelvic diameter, angle, volume, and rectal mesenteric fat volume ($P<0.05$). Males had smaller pelvic volume ($P=0.007$) but larger rectal mesenteric fat volume ($P=0.047$). Females had lower intraoperative blood loss ($P<0.05$), despite more prior abdominal surgeries ($P<0.05$).
Conclusions
3D reconstruction reveals sex-based anatomical differences, aiding in defining a difficult pelvis. This enhances preoperative planning and surgical outcomes in rectal cancer surgery.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 10

[E4] English Abstract Session 4 Diagnosis & Drug Therapy

Moderator:Tetsuo Ishizaki(Department of Digestive and Transplantation Surgery, Tokyo Medical University Hachioji Medical Center), JIN KIM(Korea University College of Medicine)

[E4-2] Pre-Operative Endoscopic Assessment and MRI as Predictors of Pathological Complete Response and Long-Term Survival in Locally Advanced Rectal Cancer after Neoadjuvant Therapy

Trevor M Yeung[1], Wing Wa Leung[1], Justin Lam[1], Prudence Tam[1], Julie Ng[1], Kaori Futaba[1], Sophie S Hon[1], Simon Chu[1], Esther Hung[2], Carmen Cho[2], Simon S Ng[1] (1.The Chinese University of Hong Kong, 2.Department of Imaging and Interventional Radiology, The Chinese University of Hong Kong, Prince of Wales Hospital)

Aims
We assessed the value of using pre-operative endoscopy and magnetic resonance imaging (MRI) in predicting pathological complete response (pCR) and long-term survival in patients with rectal cancer following neoadjuvant therapy.
Methods
Single-center retrospective analysis of a prospectively maintained database of all patients with stage II/III rectal cancer who underwent neoadjuvant therapy followed by surgery between 2016-2024. Patients underwent pre-operative endoscopic assessment and MRI restaging 4-8 weeks after completion of their neoadjuvant therapy, followed by surgery at 8-12 weeks. Primary outcome was the pCR rate in each endoscopic/MRI category.
Results
203 patients with rectal cancer were treated with neoadjuvant therapy. Overall, the pCR rate was 19.7%. 17 patients had complete clinical response (cCR), with a pCR rate of 76.4%. 42 patients had a near complete response (nCR), with a pCR rate of 47.6%. 130 patients had incomplete clinical response (iCR), with a pCR rate of 0%. Using cCR alone as a predictor of pCR yielded positive predictive value (PPV) 85.4%, negative predictive value (NPV) 65.5%, sensitivity 97.5%, and specificity 32.5%. Combining cCR with nCR yielded PPV 95.1%, NPV 55.9%, sensitivity 84%, and specificity 82.5%. The pCR rates for the different MRI TRG scores were: TRG1 (50%), TRG2 (38.5%), TRG3 (17.3%), TRG4 (9.6%), and TRG5 (25%). 8 -year overall survival rates for cCR, nCR and iCR were 100%, 75.2% and 62.3% respectively (p=0.038).
Conclusion
Endoscopic assessment provides a stronger predictor of pCR compared to MRI alone. Patients who develop cCR or nCR have better long-term overall survival compared to iCR and are good candidates for watch and wait.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 10

[E4] English Abstract Session 4 Diagnosis & Drug Therapy

Moderator:Tetsuo Ishizaki(Department of Digestive and Transplantation Surgery, Tokyo Medical University Hachioji Medical Center), JIN KIM(Korea University College of Medicine)

[E4-3] CRCFound: A Colorectal Cancer CT Image Foundation Model Based on Self-Supervised Learning

Du Cai[1], Jing Yang[2], Junwei Liu[3], Zhenfeng Zhuang[4], Yibing Zhao[5], Feng-Ao Wang[6], Chenghang Li[7], Chuling Hu[1], Baowen Gai[1], Yiping Chen[8], Yixue Li[9], Liansheng Wang[4], Feng Gao[1], Xiaojian Wu[1]
(1.Department of General Surgery (Colorectal Surgery), The Sixth Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University, 2.National Institute for Data Science in Health and Medicine, Xiamen University, 3.Guangzhou National Laboratory, 4.Department of Computer Science at the School of Informatics, Xiamen University, 5.Department of Colorectal Surgery, Ningbo Medical Center Lihuili Hospital (Affiliated Lihuili Hospital of Ningbo University), 6.Key Laboratory of Systems Health Science of Zhejiang Province, School of Life Science, Hangzhou Institute for Advanced Study, University of Chinese Academy of Sciences, 7.Artificial Intelligence Thrust, The Hong Kong University of Science and Technology, 8.School of Geospatial Engineering and Science, Sun Yat-Sen University, 9.Shanghai Institute of Nutrition and Health, Chinese Academy of Sciences)

Background: Existing deep learning models perform poorly in the preoperative diagnosis for colorectal cancer (CRC) and lack generalizability due to insufficient annotated data. To address these issues, we propose CRCFound, a self-supervised learning-based CT image foundational model for CRC.

Methods: A total of 6,332 CRC patients with preoperative CT images were collected from 2008 to 2019 at the Sixth Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University. Among them, 5,137 unlabeled CT images were used for pretraining, and 1,195 images were reserved for fine-tuning and validation. Comprehensive benchmark tests were conducted on six diagnostic and two prognosis tasks in comparison with other models. Model interpretation was also explored to gain a more profound understanding of the model's behavior and decision-making process.

Results: For preoperative diagnosis of TNM stage, the average AUC of CRCFound for T, N, M, and overall TNM stage reached 0.889, 0.847, 0.830, and 0.774. In the MSI and CMS diagnosis tasks, it also showed good predictive performance (AUC 0.952 and 0.810, respectively). For prognosis prediction, CRCFound_CT was an independent risk factor for disease-free survival and overall survival . Feature visualization using the t-SNE algorithm demonstrated that CRCFound could effectively differentiate samples in multiple tasks. Visualization of the attention map indicates that CRCFound can focus more effectively on the critical areas of the tumor than traditional supervised learning models, thus providing more accurate predictions.

Conclusion: CRCFound addresses the challenge of insufficient annotated data and performs well in a wide range of downstream tasks, offering a promising solution for accurate diagnosis and personalized treatment of CRC patients.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 10

[E4] English Abstract Session 4 Diagnosis & Drug Therapy

Moderator:Tetsuo Ishizaki(Department of Digestive and Transplantation Surgery, Tokyo Medical University Hachioji Medical Center), JIN KIM(Korea University College of Medicine)

[E4-4] Deep learning in radiogenomics for enhanced risk prediction only from CT images in colorectal cancer

Feng Gao[1,2,3], Fengao Wang[4,5], Chuling Hu[1,2,3], Du Cai[1,2,3], Yibin Zhao[6], Daisuke Izumi[7], Haoning Qi[1,2,3], Baowen Gai[1,2,3], Junxiang Ding[4,5], Ruikun He[8], Junwei Liu[5], Yixue Li[4,5,9,10,11,12,13], Xiaojian Wu[1,2,3] (1.Department of General Surgery (Department of Colorectal Surgery), The Sixth Affiliated Hospital, Sun Yat–sen University, 2.Guangdong Provincial Key Laboratory of Colorectal and Pelvic Floor Diseases, The Sixth Affiliated Hospital, Sun Yat–sen University, 3.Biomedical Innovation Center, The Sixth Affiliated Hospital, Sun Yat–sen University, 4.Institute for Advanced Study, University of Chinese Academy of Sciences, 5.Guangzhou National Laboratory, 6.Department of Colorectal Surgery, Ningbo Medical Center Lihuili Hospital (Affiliated Lihuili Hospital of Ningbo University), 7.Izumi Gastroenterology & Surgery Clinic, 8.BYHEALTH Institute of Nutrition & Health, 9.GZMU–GIBH Joint School of Life Sciences, The Guangdong–Hong Kong–Macau Joint Laboratory for Cell Fate Regulation and Diseases, Guangzhou Medical University, 10.School of Life Sciences and Biotechnology, Shanghai Jiao Tong University, 11.Shanghai Institute of Nutrition and Health, Chinese Academy of Sciences, 12.Collaborative Innovation Center for Genetics and Development, Fudan University, 13.Shanghai Institute for Biomedical and Pharmaceutical Technologies)

Background: Accurate prognosis prediction in colorectal cancer (CRC) patients is clinically essential. While the efficiency of radio-genomics multimodal learning in prognosis prediction, its clinical implementation is high costs and difficult. We aimed to develop a deep learning model to integrate radio-genomics datasets and enable prognosis prediction using only CT images.
Methods: Our retrospective study involved two CRC cohorts from the Sixth Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, who had paired radio-genomic data (n=486) or only CT images (n=3004). We developed a Cross-Infer Survival Multimodal (CISM) model that predicts overall survival in CRC patients trained with radio-genomic data and is capable of prognosis prediction with only CT images. We evaluated the performance improvement of our model in prognosis prediction with only CT images and characterized the important multi-omics features in patient survival.
Results: With the prospective training cohort consisting of paired CT images and genomic data, the CISM model can predict the overall survival of CRC patients with multimodal inputs (C-index 0.701), only CT images input (C-index 0.658), and surpassing the CT image model (C-index 0.619). In the validation cohort with only CT images, the CISM model demonstrated higher performance in stratifying CRC patients into high-risk and low-risk groups (HR 2.06) compared to CT image model (HR 1.37). We explored the genomic and CT image features related to the prognosis of CRC patients and found the optimal image lesion focuses with the CISM model.
Conclusions: The CISM model shows superior performance in prognosis prediction with only CT images, suggesting that cross-modal interactions benefit clinical decision-making with limited clinical resources.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 10

[E4] English Abstract Session 4 Diagnosis & Drug Therapy

Moderator:Tetsuo Ishizaki(Department of Digestive and Transplantation Surgery, Tokyo Medical University Hachioji Medical Center), JIN KIM(Korea University College of Medicine)

[E4-5] Vancomycin boosts immunotherapy in MSS CRC via gut microbiota modulation

Bo Shi, Songbing He (The First Affiliated Hospital of Soochow University)

Although immune checkpoint blockade agents have achieved significant progress in the treatment of colorectal cancer (CRC), patients with microsatellite stable (MSS) CRC generally exhibit treatment resistance. Given the critical role of the gut microbiota in modulating the tumor immune microenvironment, this study focuses on vancomycin, an antibiotic with gut-specific effects. Oral administration of vancomycin can selectively deplete Gram-positive bacterial populations, and in this study, we aim to investigate whether the combination of vancomycin and anti-PD-1 can sensitize immunotherapy by modulating the gut microbiota. This study evaluates the anti-tumor effects of vancomycin combined with anti-PD-1 therapy through the establishment of a subcutaneous xenograft model of MSS CRC. By integrating transcriptomic sequencing, metagenomics, and metabolomics technologies, we comprehensively analyze the regulatory characteristics of the tumor immune microenvironment, gut microbiota, and metabolic networks during the treatment process. We observed that the combination of vancomycin and anti-PD-1 significantly enhanced anti-tumor responses compared to monotherapy groups. Integrated gut microbiome-metabolome analysis further demonstrated that the combination treatment specifically enriched Clostridium scindens and significantly upregulated isoLCA levels. IsoLCA promotes DC maturation by activating the TGR5/ZAP70 succinylation signaling axis, thereby enhancing tumor antigen cross-presentation and sensitizing immune checkpoint blockade therapy in MSS CRC. These findings indicate that vancomycin enhances the antigen-presenting capacity of DCs in tumor-draining lymph nodes by modulating the gut microbiota and their metabolites, thereby sensitizing immune checkpoint blockade therapy.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Sat. Nov 15, 2025 11:00 AM - 11:50 AM JST | Sat. Nov 15, 2025 2:00 AM - 2:50 AM UTC Room 10

[E4] English Abstract Session 4 Diagnosis & Drug Therapy

Moderator:Tetsuo Ishizaki(Department of Digestive and Transplantation Surgery, Tokyo Medical University Hachioji Medical Center), JIN KIM(Korea University College of Medicine)

[E4-6] Clinical Impact of 1L Therapeutic Strategies in BRAF V600E-Mutant Metastatic Colorectal Cancer

Shihwei Chiang[1,2], Chia-Chang Yeh[1], Feng-Fan Chiang[1,3] (1.Taichung Veterans General Hospital, 2.Department of Nutrition, Chung Shan Medical University, 3.College of Humanities and Social Sciences, Providence University)

*BRAF*V600E-mutant metastatic colorectal cancer (mCRC) is aggressive and shows poor response to standard therapy. While targeted treatments show promise in trials, real-world data are limited. This retrospective study included 36 patients treated at Taichung Veterans General Hospital between 2018 and 2024. Patients received either chemotherapy alone, chemotherapy with anti-VEGF, or chemotherapy with *BRAF*/*EGFR* plus or minus *MEK* inhibitors. Primary endpoints were overall survival (OS) and progression-free survival (PFS), while secondary endpoints included objective response rate (ORR) and disease control rate (DCR). The chemo plus anti-VEGF group showed the longest OS at 21.2 months and PFS at 10.5 months. The highest ORR at 53.8% and DCR at 76.9% were seen in the *BRAF*-targeted group. Liver metastasis and ECOG performance status ^{2} or above were poor prognostic factors. Right-sided tumors were unexpectedly associated with better survival (hazard ratio 0.20, $p<0.028$). Use of later-line *BRAF*-targeted therapy may have contributed to prolonged OS.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Sat. Nov 15, 2025 1:30 PM - 2:12 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:30 AM - 5:12 AM UTC Room 10

[E5] English Abstract Session 5 Benign Disease & Early Cancer

Moderator:Fumio Ishida(Digestive disease center, Showa Medical University Northern Yokohama Hospital), Ravi Kiran(Global Center for Colorectal Surgery/IBD, Columbia University Medical Center)

[E5-1]

Neutrophil Biomarkers and EDCs for IBD Prediction via Bioinformatics & ML

Shihui Chen, Jianbao Zheng, Junhui Yu, Xuejun Sun (The First Affiliated Hospital of Xi'an Jiao Tong University)

[E5-2]

Factor related to mortality in colovesical fistula patients

Pohnpatchara Debsane, Siripong Sirikurnpiboon, Paiboon Jivapaisarnpong (Rajavithi hospital)

[E5-3]

The beneficial effect of plasma jet on hemorrhoids in mice by anti-inflammatory response

Zeshaan Yahaya Haji Mahmood[1], Xuejun Sun[8], Jianbao Zheng[7] (1.Zeshaan Yahaya Haji Mahmood, 2.Shibo Hu, 3.Zepeng Dong, 4.Junhui Yu, 5.Dehui Xu, 6.Dingxin liu, 7.Jianbao Zheng, 8.Xuejun Sun)

[E5-4]

Effectiveness of Flavonoids in Postoperative Pain and Wet Anus After Hemorrhoidectomy

Waranthorn Somjinda, Siripong Sirikurnpiboon (Department of Surgery, Rajavithi Hospital)

[E5-5]

Ligation of the Intersphincteric Fistula Tract (LIFT): Technical Refinements

Aitsariya Mongkhonsupphawan, Woramin Riansuwan (Colorectal Surgery Unit, Department of surgery, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Sat. Nov 15, 2025 1:30 PM - 2:12 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:30 AM - 5:12 AM UTC Room 10

[E5] English Abstract Session 5 Benign Disease & Early Cancer

Moderator:Fumio Ishida(Digestive disease center, Showa Medical University Northern Yokohama Hospital), Ravi Kiran(Global Center for Colorectal Surgery/IBD, Columbia University Medical Center)

[E5-1] Neutrophil Biomarkers and EDCs for IBD Prediction via Bioinformatics & ML

Shihui Chen, Jianbao Zheng, Junhui Yu, Xuejun Sun (The First Affiliated Hospital of Xi'an Jiao Tong University)

This study investigates neutrophil-associated genes in inflammatory bowel disease (IBD) pathogenesis, identifying diagnostic biomarkers and linking key genes to endocrine-disrupting chemicals (EDCs). Utilizing four IBD datasets, neutrophil infiltration differences were analyzed between IBD and controls. Differential expression analysis revealed 496 DEGs, and WGCNA identified 182 neutrophil-related hub genes. Machine learning (LASSO/SVM-RFE) prioritized four signature genes (CHI3L1, IL6, PTGS2, TREM1) from 32 candidates, validated via Nomogram for diagnostic efficacy. Transcriptional regulatory networks highlighted upstream regulators. Leveraging these genes, 33 potential IBD-associated EDCs (e.g., bisphenols, phthalates) were identified. RT-qPCR confirmed elevated expression of signature genes in IBD patients versus controls. Findings reveal neutrophil-driven mechanisms in IBD, propose CHI3L1, IL6, PTGS2, and TREM1 as novel diagnostic biomarkers, and establish gene-EDC connections, offering insights for clinical management and environmental risk mitigation.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Sat. Nov 15, 2025 1:30 PM - 2:12 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:30 AM - 5:12 AM UTC Room 10

[E5] English Abstract Session 5 Benign Disease & Early Cancer

Moderator:Fumio Ishida(Digestive disease center, Showa Medical University Northern Yokohama Hospital), Ravi Kiran(Global Center for Colorectal Surgery/IBD, Columbia University Medical Center)

[E5-2] Factor related to mortality in colovesical fistula patients

Pohnpatchara Debsane, Siripong Sirikurnpiboon, Paiboon Jivapaisarnpong (Rajavithi hospital)

Aim The study aimed to analyze the factors related to mortality in patients with colovesical fistula (CVF), focusing on the impact of underlying causes, severity of symptoms, and surgical approaches.
Methods
A retrospective review was conducted on CVF cases over a 20-year period. Clinical and demographic data were analyzed using statistical tests, including the Student's t-test, Mann-Whitney U test, Chi-squared test, and Fisher's exact test ($p < 0.05$ was considered significant). Disease severity was assessed with the Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) score. Surgical treatments included one-stage operations, multistage operations, and palliative ostomies.
Results
Diverticulitis was the most common etiology (42.5%), followed by colorectal cancer (31.5%) and radiation (12.7%).Mortality was linked to colorectal cancer and radiation cases, with septic shock and SOFA scores above 7 being significant risk factors.
No mortality occurred in the one-stage operation group, especially among patients with diverticulitis. In contrast, the palliative ostomy group showed the highest mortality rates (41.9%).
Multistage operations and ostomies were more common in severe cases with high SOFA scores or complex etiologies.
Conclusion
One-stage operations are safe and effective for CVF caused by diverticulitis, particularly in male patients. Mortality risk is elevated in cases involving colorectal cancer and radiation, especially with SOFA scores >7. For severely ill patients, palliative ostomy or staged operations should be prioritized to enhance safety.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Sat. Nov 15, 2025 1:30 PM - 2:12 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:30 AM - 5:12 AM UTC Room 10

[E5] English Abstract Session 5 Benign Disease & Early Cancer

Moderator:Fumio Ishida(Digestive disease center, Showa Medical University Northern Yokohama Hospital), Ravi Kiran(Global Center for Colorectal Surgery/IBD, Columbia University Medical Center)

[E5-3] The beneficial effect of plasma jet on hemorrhoids in mice by anti-inflammatory response

Zeshaan Yahaya Haji Mahmood[1], Xuejun Sun[8], Jianbao Zheng[7] (1.Zeshaan Yahaya Haji Mahmood, 2.Shibo Hu, 3.Zepeng Dong, 4.Junhui Yu, 5.Dehui Xu, 6.Dingxin liu, 7.Jianbao Zheng, 8.Xuejun Sun)

Aim: To overcome hemorrhoids treatments limitations, we explored the effect of plasma jet (He gas) on external hemorrhoids. Methods: C57 black male mice, 6 to 8 weeks, randomly selected, weight and external hemorrhoid model prepared; divided into normal control, positive control, pilex, plasma 30secs, plasma 1min and combined plasma 1min pilex group. Intergroup comparison were performed after induction to study: a. biochemical, hemorrhoidal and histological parameters; b. vascular permeability by Evans blue extravasation. Mice ear edema model was established to study the swelling response and also demonstrated plasma jet effect on pH and in gas and liquid phase. Results: 65 % acetic acid induced hemorrhoids; plasma jet for 30 secs to 1 min showed therapeutic potential; including generation of active particle species ROS in gas and liquid phase such as hydroxyl ions causing inactivation of the bacteria. Secondly, plasma jet 1 min showed significant tissue healing and regeneration similar to the pilex evident by significant reduction of anorectal coefficients, macroscopic severity score, serum TNFalpha and IL6 levels, pain scores, and improved histomorphological scores; combined plasma 1min pilex had superlative effect. The Evans blue extravasation showed significant reduction in vascular permeability and mice ear edema model showed plasma jet was significant in reducing the swelling evident by decreased swelling degree and increased swelling inhibition rate. Conclusion: Plasma jet can significantly promote tissue healing, reduce swelling and inflammatory markers. The treatment process is painless. Therefore, plasma jet can be beneficial for the treatment of external hemorrhoids in mice through antiinflammatory and swelling reduction mechanism.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Sat. Nov 15, 2025 1:30 PM - 2:12 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:30 AM - 5:12 AM UTC Room 10

[E5] English Abstract Session 5 Benign Disease & Early Cancer

Moderator:Fumio Ishida(Digestive disease center, Showa Medical University Northern Yokohama Hospital), Ravi Kiran(Global Center for Colorectal Surgery/IBD, Columbia University Medical Center)

[E5-4] Effectiveness of Flavonoids in Postoperative Pain and Wet Anus After Hemorrhoidectomy

Waranthorn Somjinda, Siripong Sirikurnpiboon (Department of Surgery, Rajavithi Hospital)

Background: Hemorrhoidectomy is the standard treatment for symptomatic or high-grade hemorrhoids; however, complications such as postoperative pain, wound dehiscence, and wet anus are common. Wet anus significantly impacts patient comfort and hygiene but remains understudied.
Objective: To evaluate the effectiveness of flavonoids in reducing postoperative pain and the incidence of wet anus.
Methods: A retrospective cohort study was conducted in 180 patients who underwent hemorrhoidectomy between 2017 and 2022. Patients were divided into a flavonoid group (n = 91) and a control group (n = 89). Postoperative outcomes including pain scores, wet anus, pruritus ani, acetaminophen consumption, and complications were analyzed.
Results: The incidence of wet anus was significantly lower in the flavonoid group (18.7% vs. 67.4%, p<0.001), as was pruritus ani (18.7% vs. 56.2%, p<0.001). Pain scores at 6 hours postoperatively were similar (7.22 vs. 7.25, p = 0.891), but the next-morning scores were modestly lower in the flavonoid group (6.11 vs. 6.73, p = 0.017). Acetaminophen consumption was significantly lower in the flavonoid group (1069.6 mg vs. 1631.6 mg, p<0.001). Wound dehiscence was also less frequent (16.5% vs. 25.8%, p = 0.045; OR = 0.473, 95% CI: 0.2260.993).
Conclusion: Flavonoids significantly reduced the incidence of wet anus and pruritus ani, and may lower the need for analgesics and wound complications. These findings support the adjunctive use of flavonoids in postoperative care following hemorrhoidectomy.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Sat. Nov 15, 2025 1:30 PM - 2:12 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:30 AM - 5:12 AM UTC Room 10

[E5] English Abstract Session 5 Benign Disease & Early Cancer

Moderator:Fumio Ishida(Digestive disease center, Showa Medical University Northern Yokohama Hospital), Ravi Kiran(Global Center for Colorectal Surgery/IBD, Columbia University Medical Center)

[E5-5] Ligation of the Intersphincteric Fistula Tract (LIFT): Technical Refinements

Aitsariya Mongkhonsupphawan, Woramin Riansuwan (Colorectal Surgery Unit, Department of surgery, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University)

Fistula-in-ano is a common challenging condition in proctology, requiring precise surgical management to minimize recurrence and preserve sphincter function. The Ligation of the Intersphincteric Fistula Tract (LIFT) procedure has developed as a sphincter-sparing technique with favorable outcomes.
We present a video aiming to educate surgeons with practical points to refine their LIFT technique and improve patient outcomes. This video provides a step-by-step demonstration of the LIFT procedure, highlighting essential tips and tricks to optimize success. Significant steps include patient selection, preoperative assessment, intraoperative techniques such as proper tract identification and secure ligation, and postoperative care.
By mastering these refinements, surgeons can optimize results, reduce recurrence, and improve patient quality of life.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Sat. Nov 15, 2025 2:12 PM - 2:54 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:12 AM - 5:54 AM UTC Room 10

[E6] English Abstract Session 6 Miscellaneous

Moderator:Kensuke Kumamoto(Department of Genome Medical Science and Medical Genetics, Faculty of Medicine, Kagawa University), Kamales Prasitvarakul(Hatyai Hospital)

[E6-1]

"Newly Diagnosed Familial Adenomatous Polyposis Without Family History: A Case Report"

Tolkhiinjan Dostikh (Mungunguur hospital)

[E6-2]

Endoscopic Intermuscular Dissection (EID) for Deep Submucosal Invasive Carcinoma in Rectum

Xutao Lin[1], Dejun Fan[1], Jingwen Qi[2], Tao Yang[1], Lishuo Shi[3], Fangqian Li[4], Qiuning Wu[1], Lingyu Huang[1], Jiancong Hu[1] (1.Department of Gastrointestinal Endoscopy, The Sixth Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, 2.Department of Pathology, The Sixth Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University, 3.Center for Clinical Research, The Sixth Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University, 4.Department of Radiology, The Sixth Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University)

[E6-3]

Organ-Sparing Surgery for Rectal GISTs: A Video Demonstration of The Trans-Sacrococcygeal Technique

Aitsariya Mongkhonsupphawan, Woramin Riansuwan (Colorectal Surgery Unit, Department of surgery, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University)

[E6-4]

Efficacy and Safety of Oral Iohexol in the Management of Postoperative Chylous Ascites

Zhixun Zhao[1], Yihang Shi[1], Haipeng Chen[1], Xu Guan[1], Zheng Jiang[1], Ming Yang[1], Henchang Liu[1], Jianwei Liang[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 and 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 and Peking Union Medical College)

[E6-5]

Clinicopathological and Genomic Characterization of Intestinal Adenosquamous Carcinoma

Baohong Yang[1], Xu Guan[1,2], Yanfeng Xi[3], Podda Mauro[4], 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, 4.Department of Surgical Science, Cagliari State University.)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Sat. Nov 15, 2025 2:12 PM - 2:54 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:12 AM - 5:54 AM UTC Room 10

[E6] English Abstract Session 6 Miscellaneous

Moderator:Kensuke Kumamoto(Department of Genome Medical Science and Medical Genetics, Faculty of Medicine, Kagawa University), Kamales Prasitvarakul(Hatyai Hospital)

[E6-1] "Newly Diagnosed Familial Adenomatous Polyposis Without Family History: A Case Report"

Tolkhiinjan Dostikh (Mungunguur hospital)

Background: Familial adenomatous polyposis (FAP) is a genetic disorder caused by mutations in the APC gene, typically leading to the development of numerous adenomatous polyps in the colon. This disease is often inherited in an autosomal dominant pattern but can also occur as a de novo mutation in the absence of family history. This case report presents a rare instance of sporadic FAP leading to advanced colorectal cancer.

Methods: A 36-year-old female with no family history of FAP presented with symptoms of abdominal distension, constipation, and nausea. Imaging studies, including CT and colonoscopy, revealed multiple polyps and signs of colorectal malignancy. Histopathological examination confirmed the diagnosis of adenocarcinoma.

Results: The patient underwent total colectomy and rectal excision, with post-operative recovery proceeding without complications. The histopathological findings confirmed adenocarcinoma in both the colon and rectum. The patient is currently undergoing chemotherapy and is being closely monitored for further complications.

Conclusion: This case highlights the importance of considering FAP even in the absence of a family history. Early diagnosis and surgical intervention are crucial to prevent colorectal cancer. Long-term surveillance is recommended to monitor for potential desmoid tumors and other associated malignancies.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Sat. Nov 15, 2025 2:12 PM - 2:54 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:12 AM - 5:54 AM UTC Room 10

[E6] English Abstract Session 6 Miscellaneous

Moderator:Kensuke Kumamoto(Department of Genome Medical Science and Medical Genetics, Faculty of Medicine, Kagawa University), Kamales Prasitvarakul(Hatyai Hospital)

[E6-2] Endoscopic Intermuscular Dissection (EID) for Deep Submucosal Invasive Carcinoma in Rectum

Xutao Lin[1], Dejun Fan[1], Jingwen Qi[2], Tao Yang[1], Lishuo Shi[3], Fangqian Li[4], Qiuning Wu[1], Lingyu Huang[1], Jiancong Hu[1] (1.Department of Gastrointestinal Endoscopy, The Sixth Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, 2.Department of Pathology, The Sixth Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University, 3.Center for Clinical Research, The Sixth Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University, 4.Department of Radiology, The Sixth Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University)

Objective:
This study evaluates the efficacy and safety of endoscopic intermuscular dissection (EID) for deep submucosal invasive rectal carcinoma. We analyzed clinical data from 8 T1-stage rectal cancer patients treated with EID at The Sixth Affiliated Hospital of Sun Yat-sen University, focusing on R0 resection rate, complications, and postoperative recovery.
Methods:
Clinical records of 8 patients undergoing EID from January to September 2024 were reviewed. The EID technique involved dissecting lesions through the intermuscular space beneath rectal tumors. Parameters including operative time, dissection speed, R0 resection rate, complications, and pathological outcomes were analyzed.
Results:
All cases achieved successful R0 resection. Mean total operative time was 136.25 minutes (dissection time: 109.75 minutes) with an average dissection speed of 7.44 mm2/min. Intraoperative complications occurred in 25% (2/8), both being controlled perforations in initial cases managed endoscopically. Mean hospital stay was 9.75 days (postoperative: 5.63 days). Pathological findings confirmed deep submucosal invasion (T1b) in all cases: 6 moderately differentiated, 1 well-differentiated, and 1 poorly differentiated mucinous adenocarcinoma. During follow-up, 2 patients required additional surgery (1 segmental resection for poor differentiation, 1 colectomy for synchronous sigmoid cancer), with no recurrences observed in others.
Conclusion:
EID demonstrates promising outcomes for deep submucosal rectal carcinoma, achieving high R0 rates with acceptable safety. Larger multicenter studies are warranted to validate long-term efficacy.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Sat. Nov 15, 2025 2:12 PM - 2:54 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:12 AM - 5:54 AM UTC Room 10

[E6] English Abstract Session 6 Miscellaneous

Moderator:Kensuke Kumamoto(Department of Genome Medical Science and Medical Genetics, Faculty of Medicine, Kagawa University), Kamales Prasitvarakul(Hatyai Hospital)

[E6-3] Organ-Sparing Surgery for Rectal GISTs: A Video Demonstration of The Trans-Sacrococcygeal Technique

Aitsariya Mongkhonsupphawan, Woramin Riansuwan (Colorectal Surgery Unit, Department of surgery, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University)

Gastrointestinal stromal tumors (GISTs) are uncommon neoplasms in the lower rectum, accounting for fewer than 5 % of all GIST cases. Lower rectal GISTs present unique surgical challenges due to their location in the narrow pelvic space, particularly in achieving negative margins while preserving sphincter function. The optimal surgical approach for these tumors must balance oncological safety with functional outcomes.
We present a video demonstrating the trans-sacrococcygeal approach for excision of a rectal GIST. This technique provides direct access to the retrorectal space while minimizing pelvic dissection. The approach facilitates en-bloc tumor excision with reduced risk of sphincter compromise, making it particularly suitable for low-lying rectal GISTs. Key steps include patient positioning, optimal exposure achieved through sacrococcygeal disarticulation and levator ani muscle incision, meticulous tumor dissection, and pelvic floor reconstruction
This approach serves as an alternative to more radical procedures such as abdominoperineal resection or low anterior resection, emphasizing organ preservation and improved quality of life.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Sat. Nov 15, 2025 2:12 PM - 2:54 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:12 AM - 5:54 AM UTC Room 10

[E6] English Abstract Session 6 Miscellaneous

Moderator:Kensuke Kumamoto(Department of Genome Medical Science and Medical Genetics, Faculty of Medicine, Kagawa University), Kamales Prasitvarakul(Hatyai Hospital)

[E6-4] Efficacy and Safety of Oral Iohexol in the Management of Postoperative Chylous Ascites

Zhixun Zhao[1], Yihang Shi[1], Haipeng Chen[1], Xu Guan[1], Zheng Jiang[1], Ming Yang[1], Henchang Liu[1], Jianwei Liang[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 and 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 and Peking Union Medical College)

Abstract

Background: Chylous ascites (CA) post-abdominal and pelvic surgery presents a significant clinical challenge, often leading to prolonged hospital stays and increased morbidity. Traditional management strategies frequently fall short, necessitating innovative treatment approaches.

Methods: This single-arm prospective clinical trial evaluated the efficacy and safety of oral Iohexol for CA treatment in 30 patients post-pelvic and abdominal surgery. The study employed stringent diagnostic criteria, with intervention measures including oral Iohexol administration, followed by a resolution evaluation system. Non-responsive cases proceeded to interventional lymphangiography and embolization.

Results: Administration of oral Iohexol led to 80% of the cohort reaching Grade A Success, with a notable 33% achieving Grade A+ Success within the inaugural week, showcasing a swift therapeutic impact. Multivariate analysis indicated a lesser response to Iohexol among patients who underwent preoperative treatments or who experienced daily drainage exceeding 500 ml. For these patients, further intervention via lymphangiography was essential, leading to successful embolization in cases of confirmed lumbar trunk injury.

Conclusion: The use of oral Iohexol has proven to be an effective frontline treatment for CA post-surgery, significantly improving resolution rates compared to standard methods. The multivariate analysis indicates that certain patient profiles may require additional interventional treatments, suggesting the need for individualized management plans. These findings advocate for the inclusion of Iohexol in postoperative CA treatment protocols, with potential implications for enhancing patient recovery and outcomes

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

English Abstract Session

Sat. Nov 15, 2025 2:12 PM - 2:54 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:12 AM - 5:54 AM UTC Room 10

[E6] English Abstract Session 6 Miscellaneous

Moderator:Kensuke Kumamoto(Department of Genome Medical Science and Medical Genetics, Faculty of Medicine, Kagawa University), Kamales Prasitvarakul(Hatyai Hospital)

[E6-5] Clinicopathological and Genomic Characterization of Intestinal Adenosquamous Carcinoma

Baohong Yang[1], Xu Guan[1,2], Yanfeng Xi[3], Podda Mauro[4], 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, 4.Department of Surgical Science, Cagliari State University.)

Background: Adenosquamous carcinoma (ASC) is a rare malignancy with a poorly understood etiology. This study investigates primary intestinal ASC (IASC), with a specific focus on the ratio of these components and the underlying genetic alterations.
Methods: We retrospectively analyzed 14 patients diagnosed with IASC at Shanxi Cancer Hospital between 2012 to 2023 and the data on clinicopathological features were obtained. The proportions of adenocarcinoma and squamous cell carcinoma components were determined using immunohistochemistry (IHC). Whole-exome sequencing (WES) was performed on three primary duodenal ASC specimens and their corresponding normal tissues. This study was registered with the ChiCT Registry (ChiCTR2400084845).
Results: The median patient age was 53 years, with a male predominance (64.3%). The primary tumor locations were duodenum (42.9%), jejunum (7.1%), right colon (21.5%), sigmoid colon (7.1%), and rectum (35.7%). All tumors contained both components exceeding 20% of the total volume, with 64.3% exhibiting a dominant squamous cell carcinoma component. Human papillomavirus (HPV) infection and microsatellite instability (MSI) testing were negative for most patients. WES on three duodenal ASC cases revealed a predominance of missense mutations. Commonly mutated genes included SMYD4, NEB, SYNE1, and TP53BP1.
Conclusion: This study sheds light on the clinicopathological features of IASC and provides the first-ever whole-exome sequencing analysis of primary duodenal ASC. The identification of recurrently mutated genes in this aggressive malignancy presents promising targets for future therapeutic development. Further research is warranted to refine diagnostic strategies and explore targeted therapeutic approaches.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

Sat. Nov 15, 2025 12:00 PM - 12:50 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 3:00 AM - 3:50 AM UTC Room 1

[LS10] ランチョンセミナー 10 当院における慢性裂肛、肛門狭窄に対する治療 〜国際標準治療としての皮弁形成術〜

司会：高野 正太(大腸肛門病センター高野病院)

共催：マルホ株式会社

[LS10]

当院における慢性裂肛・肛門狭窄の治療

八子 直樹 (医療法人桜樹会八子医院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

Sat. Nov 15, 2025 12:00 PM - 12:50 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 3:00 AM - 3:50 AM UTC Room 2

[LS11] ランチョンセミナー 11 潰瘍性大腸炎治療の“今”を知る

司会：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)

共催：ファイザー株式会社

[LS11-1]

潰瘍性大腸炎の治療戦略 〜薬物治療進化の時代に求められる外科治療〜

辰巳 健志 (横浜市立市民病院炎症性腸疾患（IBD）科)

[LS11-2]

潰瘍性大腸炎治療の最前線〜ベルスピティ（エトラシモド）を中心に〜

米田 頼晃 (近畿大学医学部消化器内科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

Sat. Nov 15, 2025 12:00 PM - 12:50 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 3:00 AM - 3:50 AM UTC Room 3

[LS12] ランチョンセミナー 12 クローン病治療の新たな展開　～オンボーへの期待～

司会：渡辺 憲治(富山大学附属病院炎症性腸疾患内科)

共催：持田製薬株式会社

[LS12]

クローン病治療の新たな展開　～オンボーへの期待～

酒匂 美奈子 (東京山手メディカルセンター炎症性腸疾患内科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

Sat. Nov 15, 2025 12:00 PM - 12:50 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 3:00 AM - 3:50 AM UTC Room 4

[LS13] ランチョンセミナー 13 hinotori™で臨む大腸癌手術の state of the art ～私の考えるスタンダード～

司会：石原 聡一郎(東京大学腫瘍外科・血管外科)

共催：シスメックス株式会社

[LS13-1]

hinotori™で臨む大腸癌手術の state of the art ～私の考えるスタンダード～

山川 雄士 (名古屋市立大学下部消化管外科)

[LS13-2]

hinotori™で臨む大腸癌手術の state of the art ～私の考えるスタンダード～

塚本 俊輔 (国立がん研究センター中央病院大腸外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

Sat. Nov 15, 2025 12:00 PM - 12:50 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 3:00 AM - 3:50 AM UTC Room 5

[LS14] ランチョンセミナー 14 直腸がん治療と便失禁診療を体系的に行うためにーバイオフィードバック療法を導入する意義ー

司会：味村 俊樹(自治医科大学)

共催：株式会社フジタ医科器械

[LS14]

直腸がん治療と便失禁診療を体系的に行うためにーバイオフィードバック療法を導入する意義ー

西澤 祐吏 (国立がん研究センター東病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

Sat. Nov 15, 2025 12:00 PM - 12:50 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 3:00 AM - 3:50 AM UTC Room 7

[LS15] ランチョンセミナー 15 クローン病の未来を切り拓く - 新たなStandard Of Careの可能性 –

司会：池内 浩基(兵庫医科大学)

共催：ヤンセンファーマ株式会社

[LS15]

GALAXI/GRAVITI試験から考えるクローン病診療におけるグセルクマブの可能性～完全寛解を目指す新たなる治療戦略～

藤井 俊光 (東京科学大学病院消化器連携医療学)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

Sat. Nov 15, 2025 12:00 PM - 12:50 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 3:00 AM - 3:50 AM UTC Room 8

[LS16] ランチョンセミナー 16 直腸癌治療の最前線：局所再発を防ぐ外科戦略

司会：伊藤 雅昭(国立がん研究センター東病院大腸外科)

共催：Applied Medical Japan株式会社

[LS16-1]

局所再発を防ぐ最適な手術手技と治療選択

植村 守 (大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学)

[LS16-2]

直腸切除術における新戦略：TTSS（Transanal Transection and Single-stapled Anastomosis）の併用による臨床的意義

白石 卓也 (群馬大学大学院医学系研究科総合外科学講座消化管外科学分野)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

Sat. Nov 15, 2025 12:00 PM - 12:50 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 3:00 AM - 3:50 AM UTC Room 9

[LS17] ランチョンセミナー 17 UC Evolve ～患者さんに合った最良の治療を考える～

司会：新﨑 信一郎(兵庫医科大学医学部消化器内科学講座)

共催：アッヴィ合同会社

[LS17-1]

低分子化合物の立場から

良原 丈夫 (大阪大学大学院医学系研究科内科系臨床医学専攻消化器内科学)

[LS17-2]

生物学的製剤の立場から

馬場 重樹 (滋賀医科大学医学部基礎看護学講座（内科学・栄養学）)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

Sat. Nov 15, 2025 12:00 PM - 12:50 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 3:00 AM - 3:50 AM UTC Room 10

[LS18] ランチョンセミナー 18 IBD診療における外科・内科的視点からのアプローチ

司会：太田 章比古(医療法人愛知会家田病院肛門科)

共催：株式会社JIMRO

[LS18-1]

IBDの外科的治療 -サステナビリティの観点も踏まえて-

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)

[LS18-2]

UC診療におけるアフェレーシス治療について ～回腸嚢炎に対する考察～

伊藤 亜由美 (東京女子医科大学消化器内科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

モーニングセミナー

Sat. Nov 15, 2025 7:30 AM - 8:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 10:30 PM - 11:20 PM UTC Room 4

[MS1] モーニングセミナー 1 大腸外科医が導く新時代の大腸癌治療のストラテジー〜手術と薬物療法のベストプラクティス〜

司会：落合 大樹(帝京大学医学部外科学講座)

共催：大鵬薬品工業株式会社

[MS1]

大腸外科医が導く新時代の大腸癌治療のストラテジー〜手術と薬物療法のベストプラクティス〜

諏訪 雄亮 (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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

モーニングセミナー

Sat. Nov 15, 2025 7:30 AM - 8:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 10:30 PM - 11:20 PM UTC Room 5

[MS2] モーニングセミナー 2 消化器外科医のIBD研究　～炎症制御と発癌リスクへのアプローチ～

司会：小金井 一隆(横浜市立市民病院炎症性腸疾患科)

共催：ミヤリサン製薬株式会社

[MS2]
消化器外科医のIBD研究　～炎症制御と発癌リスクへのアプローチ～
問山 裕二 (三重大学大学院医学系研究科消化管・小児外科学)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

モーニングセミナー

Sat. Nov 15, 2025 7:30 AM - 8:20 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 10:30 PM - 11:20 PM UTC Room 6

[MS3] モーニングセミナー 3 不易流行　～安心・安全な大腸外科手術への挑戦～

司会：的場 周一郎(東邦大学医療センター大森病院消化器病センター)

共催：テルモ株式会社

[MS3-1]

癒着防止材 x DaVinciをもちいた大腸外科手術の現状と取り組みー若手外科医の立場からー

藤井 学人 (社会福祉法人三井記念病院大腸外科)

[MS3-2]

低侵襲直腸癌手術の新展開　Hugo™ RASとアドスプレーによる癒着防止戦略

平松 康輔 (国家公務員共済連合会虎の門病院消化器外科)

[MS3-3]

Smart Surgery　ーAIナビゲーションと癒着防止の未来戦略ー

番場 嘉子 (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

スポンサードシンポジウム

Sat. Nov 15, 2025 1:30 PM - 3:00 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:30 AM - 6:00 AM UTC Room 3

[SS2] スポンサードシンポジウム２肛門機能を温存するための直腸がん手術と術後排便障害の治療オプションについて

司会：勝野 秀稔(藤田医科大学岡崎医療センター外科)

共催：日本メドトロニック株式会社

[SS2-1]

肛門機能を温存するための超低位直腸がん手術

渡邉 純 (関西医科大学下部消化管外科学講座)

[SS2-2]

直腸がん切除後の低位前方切除後症候群（LARS）とその治療オプション

岡本 亮 (明和病院消化器外科/骨盤底センター)

[SS2-3]

仙骨神経刺激療法導入の実際 -地域連携と病院経営に与える影響-

鈴木 紳祐 (藤沢湘南台病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ポスター掲示

Sat. Nov 15, 2025 8:30 AM - 10:30 AM JST | Fri. Nov 14, 2025 11:30 PM - 1:30 AM UTC Poster

[POSK2] ポスター掲示

[POSK2-1]
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

Sat. Nov 15, 2025 10:30 AM - 1:40 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 1:30 AM - 4:40 AM UTC Poster

[POSE2] ポスター閲覧

[POSE2-1]
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

Sat. Nov 15, 2025 1:40 PM - 2:30 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 4:40 AM - 5:30 AM UTC Poster

[POSH2-1] 一般演題（ポスター）22、24、26、28、30、32、34、36、38、40

[POSH2-1-even]
一般演題（ポスター）22、24、26、28、30、32、34、36、38、40

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ポスター発表

Sat. Nov 15, 2025 2:30 PM - 3:15 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 5:30 AM - 6:15 AM UTC Poster

[POSH2-2] 一般演題（ポスター）23、25、27、29、31、33、35、37、39、41

[POSH2-2-odd]
一般演題（ポスター）23、25、27、29、31、33、35、37、39、41

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ポスター撤去

Sat. Nov 15, 2025 3:15 PM - 3:45 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 6:15 AM - 6:45 AM UTC Poster

[POST2] ポスター撤去

[POST2-1]
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

Sat. Nov 15, 2025 7:30 AM - 4:00 PM JST | Fri. Nov 14, 2025 10:30 PM - 7:00 AM UTC 展示会場

[KK2] 機器展示

[KK2-1]
機器展示

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

会員集会・振興会総会

Sat. Nov 15, 2025 12:55 PM - 1:25 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 3:55 AM - 4:25 AM UTC Room 1

[SYUKAI] 会員集会・振興会総会

[TimeTable02]
会員集会・振興会総会

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

閉会式

Sat. Nov 15, 2025 4:30 PM - 4:40 PM JST | Sat. Nov 15, 2025 7:30 AM - 7:40 AM UTC Room 1

[HKS] 閉会式

[TimeTable04]
閉会式

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会