

シンポジウム

■ 2025年11月15日(土) 8:30 ~ 10:00 ■ 第2会場

[SY2] シンポジウム2 新規治療の効果を踏まえた炎症性腸疾患に対する治療戦略～手術のタイミングを含めて

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]

クローン病における術中全小腸内視鏡（ICE）を用いた粘膜評価の安全性と可能性

三上 洋平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, 高林 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.慶應義塾大学医学部内科学（消化器）, 2.慶應義塾大学医学部一般・消化器外科)

[SY2-2]

炎症性腸疾患におけるPR3-ANCAのバイオマーカーとしての有用性

石田 夏樹¹, 高橋 賢一¹, 浅井 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.浜松医科大学第一内科, 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]

潰瘍性大腸炎における経口ブデソニド腸溶性徐放錠の有用性の検討

浅井 哲, 橋本 沙優里 (多根総合病院消化器内科)

[SY2-4]

潰瘍性大腸炎における抗TNF α 抗体製剤の寛解導入効果は末梢血白血球分画で予測可能である松林 真央¹, 佐上 晋太郎¹, 阿曾沼 邦央¹, 井上 楠奈子^{1,2}, 鈴木 啓太^{1,2}, 渋谷 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.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, 2.北里大学北里研究所病院消化器内科)

[SY2-5]

潰瘍性大腸炎入院例に対する新規JAK阻害薬Upadacitinibの短期治療成績

小森 友花子, 横山 薫, 金澤 潤 (北里大学医学部消化器内科学)

[SY2-6]

潰瘍性大腸炎の治療におけるJAK阻害薬内スイッチの有効性と安全性

櫻井 俊之, 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 (東京慈恵会医科大学内科学講座消化器・肝臓内科)

[SY2-7]

潰瘍性大腸炎に対する内科的治療の進歩とそれに伴う外科治療の変化

宮本 裕士, 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 (熊本大学大学院消化器外科学)

[SY2-8]

潰瘍性大腸炎難治例のurgency合併例の臨床的特徴と外科治療の成績

辰巳 健志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.横浜市立市民病院炎症性腸疾患科, 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]

潰瘍性大腸炎手術症例における術前Advanced Therapy曝露数と感染性合併症との関連

桑原 隆一¹, 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.兵庫医科大学消化器外科学講座炎症性腸疾患外科, 2.兵庫医科大学消化器外科学講座下部消化管外科)

[SY2-10]

術前CRP-Albumin比を指標とするクローン病の安全な外科手術適応基準

永吉 絹子, 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 (九州大学医学研究院臨床・腫瘍外科)

[SY2-11]

当院における潰瘍性大腸炎に対するJAK阻害薬治療の実績

高鹿 美姫, 米澤 麻利亜, 伊藤 亜由美, 中村 真一, 中井 陽介 (東京女子医科大学病院消化器内科)

シンポジウム

■ 2025年11月15日(土) 8:30 ~ 10:00 ■ 第2会場

[SY2] シンポジウム2 新規治療の効果を踏まえた炎症性腸疾患に対する治療戦略～手術のタイミングを含めて

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] クロウン病における術中全小腸内視鏡（ICE）を用いた粘膜評価の安全性と可能性

三上 洋平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, 高林 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.慶應義塾大学医学部内科学（消化器）, 2.慶應義塾大学医学部一般・消化器外科)

背景: クロウン病（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。トライツ靱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ウ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。

シンポジウム

■ 2025年11月15日(土) 8:30 ~ 10:00 ■ 第2会場

[SY2] シンポジウム 2 新規治療の効果を踏まえた炎症性腸疾患に対する治療戦略～手術のタイミングを含めて

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] 炎症性腸疾患におけるPR3-ANCAのバイオマーカーとしての有用性

石田 夏樹¹, 高橋 賢一¹, 浅井 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.浜松医科大学第一内科, 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($MES\leq 1/SES-CD\leq 2$)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($MES\geq 2/SES-CD\geq 3$)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。

シンポジウム

📅 2025年11月15日(土) 8:30 ~ 10:00 📍 第2会場

[SY2] シンポジウム 2 新規治療の効果を踏まえた炎症性腸疾患に対する治療戦略～手術のタイミングを含めて

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] 潰瘍性大腸炎における経口ブデソニド腸溶性徐放錠の有用性の検討

浅井 哲, 橋本 沙優里 (多根総合病院消化器内科)

【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。

シンポジウム

■ 2025年11月15日(土) 8:30 ~ 10:00 ■ 第2会場

[SY2] シンポジウム 2 新規治療の効果を踏まえた炎症性腸疾患に対する治療戦略～手術のタイミングを含めて

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] 潰瘍性大腸炎における抗TNFα抗体製剤の寛解導入効果は末梢血白血球分画で予測可能である

松林 真央¹, 佐上 晋太郎¹, 阿曾沼 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.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, 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($72.2 \pm 16.0\%$ vs. $65.9 \pm 15.4\%$)、リンパ球($19.5 \pm 12.3\%$ vs. $23.3 \pm 12.3\%$)、好酸球($1.9 \pm 2.4\%$ vs. $3.1 \pm 3.5\%$)、好塩基球($0.3 \pm 0.3\%$ vs. $0.6 \pm 0.5\%$)、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。

シンポジウム

📅 2025年11月15日(土) 8:30 ~ 10:00 📍 第2会場

[SY2] シンポジウム 2 新規治療の効果を踏まえた炎症性腸疾患に対する治療戦略～手術のタイミングを含めて

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] 潰瘍性大腸炎入院例に対する新規JAK阻害薬Upadacitinibの短期治療成績

小森 友花子, 横山 薫, 金澤 潤 (北里大学医学部消化器内科学)

【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 $SI \leq 120$, 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。

シンポジウム

📅 2025年11月15日(土) 8:30 ~ 10:00 📍 第2会場

[SY2] シンポジウム2 新規治療の効果を踏まえた炎症性腸疾患に対する治療戦略～手術のタイミングを含めて

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] 潰瘍性大腸炎の治療におけるJAK阻害薬内スイッチの有効性と安全性

櫻井 俊之, 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 (東京慈恵会医科大学内科学講座消化器・肝臓内科)

【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→UPA 4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。

シンポジウム

2025年11月15日(土) 8:30 ~ 10:00 第2会場

[SY2] シンポジウム 2 新規治療の効果を踏まえた炎症性腸疾患に対する治療戦略～手術のタイミングを含めて

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] 潰瘍性大腸炎に対する内科的治療の進歩とそれに伴う外科治療の変化

宮本 裕士, 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 (熊本大学大学院消化器外科学)

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。

シンポジウム

📅 2025年11月15日(土) 8:30 ~ 10:00 📍 第2会場

[SY2] シンポジウム 2 新規治療の効果を踏まえた炎症性腸疾患に対する治療戦略～手術のタイミングを含めて

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] 潰瘍性大腸炎難治例のurgency合併例の臨床的特徴と外科治療の成績

辰巳 健志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.横浜市立市民病院炎症性腸疾患科, 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。大腸全摘回腸囊肛門管吻合術(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。回腸囊機能率は術後5年97.9%、10年95.3%であった。

回腸囊機能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後の回腸囊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。

シンポジウム

■ 2025年11月15日(土) 8:30 ~ 10:00 ■ 第2会場

[SY2] シンポジウム 2 新規治療の効果を踏まえた炎症性腸疾患に対する治療戦略～手術のタイミングを含めて

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] 潰瘍性大腸炎手術症例における術前Advanced Therapy曝露数と感染性合併症との関連

桑原 隆一¹, 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.兵庫医科大学消化器外科学講座炎症性腸疾患外科, 2.兵庫医科大学消化器外科学講座下部消化管外科)

【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。

シンポジウム

2025年11月15日(土) 8:30 ~ 10:00 第2会場

[SY2] シンポジウム2 新規治療の効果を踏まえた炎症性腸疾患に対する治療戦略～手術のタイミングを含めて

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] 術前CRP-Albumin比を指標とするクローン病の安全な外科手術適応基準

永吉 絹子, 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 (九州大学医学研究院臨床・腫瘍外科)

[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。

シンポジウム

📅 2025年11月15日(土) 8:30 ~ 10:00 📍 第2会場

[SY2] シンポジウム 2 新規治療の効果を踏まえた炎症性腸疾患に対する治療戦略～手術のタイミングを含めて

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] 当院における潰瘍性大腸炎に対するJAK阻害薬治療の実績

高鹿 美姫, 米澤 麻利亜, 伊藤 亜由美, 中村 真一, 中井 陽介 (東京女子医科大学病院消化器内科)

【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、 $PMS \leq 2$ 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率は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。