一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月20日(金) 9:20 ~ 10:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 2　炎症性腸疾患 2
座長：中村 志郎（互恵会 大阪回生病院 消化器内科）

[O2-2] 肛門管内病変の形態を考慮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]、定光 ともみ[1,2]、佐井 壯謙[1] (1. 佐井胃腸科肛門科、2. 南奈良総合医療センター外科)

背景：クローン病（CD）肛門病変は多様であり、治療強化の判断に難渋することも多い。当施設の肛門病変を集積し検討した。
対象と方法：2026年3月時点で診療中のCD肛門病変41例を対象とした。膿瘍・瘻孔形成が疑われるか疼痛の強い症例で、仙骨硬膜外麻酔下に肛門管内病変と膿瘍形成を評価した。肛門管内では潰瘍性病変や原発口の有無を評価し、膿瘍は触診と超音波で範囲を同定し切開排膿、必要に応じシートン留置を行った。原発口が容易に確保できる症例は、原発口にも留置し、瘻孔の単純化を図った。
結果：30例に膿瘍形成を認め、全例で切開排膿を施行。肛門管内病変のうち潰瘍性21例、粘膜炎症3例、通常原発口様4例で原発口が同定可能であった。２例は通常肛門管様で原発口同定できず。根治術を6例（lay open4例、coring out2例）に施行し、原発口は全例歯状線近傍で、歯状線口側の潰瘍性病変は認めなかった。治癒3例で、再開通1例と術後難治創2例は内科治療強化（IFX1、ADA2）で改善した。根治術未施行24例ではドレナージを基本とし、11例に原発口にシートンを留置し、そのシートンは適宜抜去または脱落とした。肛門管内病変に対しては、内科治療はAdvanced therapy（AT）が主体で、20例（83.3%）に導入、腸管への治療も兼ねてIFX 7例、ADA 8例、UST 1例、RIS 3例、UPA 1例を使用し、排膿後に導入すると、どのAT薬剤でも肛門管内病変に対しても良好な炎症制御が得られた。17例で瘻孔消失、7例は残存し経過観察中である。膿瘍を伴わない11例は狭窄5例、潰瘍3例、浮腫状皮垂3例で、狭窄1例に手術を施行し、潰瘍例は疼痛が強くAT導入（ADA2例、UST１例）、その他は腸管病変の状況に応じてAT導入（ADA２例、UST３例、RIS２例）されていた。AT導入で潰瘍は全例改善、狭窄は残存するが適宜ブジーを併用、浮腫状皮垂は全例で縮小している。
考察・結論：CD肛門病変では、膿瘍には十分なドレナージが不可欠であり、肛門管内病変の制御にはAT薬剤を中心とした内科治療が必要な症例が多くを占めた。いずれのAT薬剤でも反応は良好であった。一方、病勢が安定した単純瘻孔では根治術での見込まれる可能性があり、選択肢と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