2026年11月21日(土)

シンポジウム | 全診療科

8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）

シンポジウム４　直腸がんにおける肛門温存のための集学的治療戦略―機能温存と根治性の両立に向けて

司会：辻 晃仁（香川大学医学部臨床腫瘍学）、加藤 健志（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター）

[SY4-1] AV 5cm以下低位直腸癌におけるロボット支援手術導入後の術式変遷と術後肛門機能

*林田 一真[1]、髙見澤 康之[1]、隈本 雄大[1]、田藏 昂平[1]、塚本 史雄[1]、永田 洋士[1]、塚本 俊輔[1]、金光 幸秀[1] (1. 国立がん研究センター中央病院大腸外科)

[SY4-2] 局所進行直腸癌に対するロボット支援手術の治療成績 ―肛門温存と根治性の両立を目指した治療戦略―

*眞部 祥一[1]、塩見 明生[1]、笠井 俊輔[1]、田中 佑典[1]、小嶋 忠浩[1]、森 千浩[1]、髙島 祐助[1]、辻尾 元[1]、八尾 健太[1]、横山 希生人[1]、小林 尚樹[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 竣助[1] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

[SY4-3] 術前化学放射線後に括約筋温存手術を施行した直腸癌の術後合併症および機能転帰の検討

*江本 成伸[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[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)

[SY4-4] T2N0M0 Stage I直腸癌に対するTotal neaodjuvant therapyの短期成績 -AMBITION試験-

*浜部 敦史[1]、植村 守[1]、賀川 義規[2]、畑 泰司[3]、鈴木 陽三[4]、吉岡 慎一[5]、高橋 秀和[6]、小森 孝通[7]、真貝 竜史[8]、松田 宙[9]、河合 賢二[10]、末田 聖倫[2]、北風 雅敏[2]、平木 将之[3]、岩本 和哉[4]、服部 聡[11]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部消化器外科、2. 大阪国際がんセンター　消化器外科、3. 大阪急性期・総合医療センター　消化器外科、4. 市立豊中病院　外科、5. 八尾市立病院　外科・消化器外科、6. 大阪警察病院　外科、7. 兵庫県立西宮病院　外科、8. 川西市立総合医療センター　消化器外科、9. JCHO大阪病院　消化器外科、10. 国立病院機構 大阪医療センター　下部消化管外科、11. 大阪大学医学系研究科　情報統合医学講座　医学統計学)

[SY4-5] 進行直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapy：病態別レジメン設計とその治療成績

*川村 幹雄[1,2,3]、髙木 里英子[1]、山本 晃[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. 三重大学医学部消化管小児外科、2. 三重大学医学部附属病院ゲノム診療科、3. 三重大学医学部臨床外科感染制御学講座)

[SY4-6] ＥＮＳＥＭＢＬＥ-1/2試験における直腸癌に対するTNT後のNOMの治療成績

*渡邉 純[1]、賀川 義規[2]、安藤 幸滋[3]、植村 守[4]、伊澤 直樹[5]、松橋 延壽[6]、武藤 理[7]、本坊 拓也[8]、金城 達也[9]、諏訪 雄亮[1]、西沢 佑次郎[10]、奥谷 浩一[11]、大庭 幸治[12]、沖 英次[13] (1. 関西医科大学下部消化管外科学講座、2. 大阪国際がんセンター消化器外科、3. 九州大学大学院消化器・総合外科、4. 大阪大学消化器外科、5. 聖マリアンナ医科大学臨床腫瘍学、6. 岐阜大学消化器外科、7. 秋田赤十字病院腫瘍内科、8. 済生会福岡総合病院外科、9. 琉球大学消化器・腫瘍外科、10. 大阪急性期・総合医療センター消化器外科、11. 札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野、12. 東京大学大学院情報学環、13. 九州大学病院先端医工学診療部)

[SY4-7] 切除可能局所進行直腸癌に対する免疫チェックポイント阻害薬の治療開発の現状と今後

*坂東 英明[1] (1. 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

シンポジウム | 外科

8:30 ~ 9:45 | 第5会場（1F 会議室102）

シンポジウム５　Recent advances in surgery for colorectal diseases

Moderator: Kay Uehara (Department of Coloproctological Surgery, Juntendo University, Japan), Mina Shen (China Medical University Hsinchu Hospital, Taiwan)

[SY5-1] Global benchmarks for minimally invasive right hemicolectomy for cancer

*Daichi Kitaguchi[1], Fariba Abbassi[2,3], Matthias Turina[2] (1. Department of Surgery, Institute of Medicine, University of Tsukuba, Japan, 2. Department of Visceral and Transplant Surgery, University of Zurich, 3. Institute of Epidemiology, Biostatistics and Prevention, University of Zurich)

[SY5-2] Evaluating the Efficacy of Powered Circular Staplers in Colorectal Cancer Surgery: A Meta-Analysis of 3,301 Patients

*Masatsune Shibutani[1], Hiroshi Ohtani[2], Shusei Endo[1], Tomoya Tsukida[1], Hideki Tanda[1], Yuki Seki[1], Hiroaki Kasashima[1], Jyunya Nishimura[3], Tatsunari Fukuoka[3], Takafumi Nishii[3], Kiyoshi Maeda[1] (1. Department of Gastroenterological Surgery, Osaka Metropolitan University Graduate School of Medicine, Japan, 2. Department of Surgery, Ohno Memorial Hospital, 3. Department of Surgery, Osaka City General Hospital)

[SY5-3] A novel technique; Single-Incision Plus One Robot-assisted Surgery（SIPORS）for colorectal cancer by Hugo RAS System

*Takehito Yamamoto[1], Yoshiro Itatani[1], Ryosuke Okamura[1], Haruku Fujita[1], Shingo Ochi[1], Ryuhei Aoyama[1], Yu Yoshida[1], Masahiro Maeda[1], Keiko Kasahara[1], Nobuaki Hoshino[1], Kazutaka Obama[1] (1. Department of Surgery, Kyoto University, Japan)

[SY5-4] Expanding the Boundaries of Minimally Invasive Surgery: Robotic Approach for cT4b Colorectal Cancer

*Takahisa Hirokawa[1], Naoki Hirano[1], Takumi Yamada[1], Yuta Shimada[1], Tetsuro Miyaike[1], Ryutaro Kato[1], Yoshiaki Fujii[1], Shuhei Ueno[1], Yoshinaga Aoyama[1], Hiroyuki Imafuji[1], Hirotaka Miyai[1], Moritsugu Tanaka[1], Masahiro Kimura[1] (1. Kariya Toyota General Hospital, Japan)

[SY5-5] Surgical Workflow Analysis Using AI-Based Object Recognition in Laparoscopic Colorectal Surgery

*Yoshiko Bamba[1], Shimpei Ogawa[1], Yuka Kaneko[1], ryo Futatsuki[1], Yurin Kondo[1], Kurodo Kashino[1], Natsuki Matsuo[1], Kimitaka Tani[1], Fumi Maeda[1], Shinsuke Maeda[1], Shunichi Ito[1], Shigeki Yamaguchi[1] (1. Department of Surgery, Institute of Gastroenterology Tokyo Women’s Medical University, Japan)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科

8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

シンポジウム６　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について2

司会：五井 孝憲（福井大学医学部附属病院）、松橋 延壽（岐阜大学医学部附属病院）

[SY6-1] 50歳未満の若年性大腸癌における臨床病理学的・遺伝学的特徴：GALAXY試験附随研究

*横田 満[1]、沖 英次[2]、上野 真行[3]、上野 彩子[1]、三谷 孟司[3]、諏訪 雄亮[4]、赤澤 直也[5]、小谷 大輔[6]、三島 沙織[6]、橋本 直佳[6]、坂東 英明[6,7]、竹政 伊知朗[8]、加藤 健志[9]、吉野 孝之[6] (1. 倉敷中央病院外科、2. 九州大学病院先端医工学診療部 消化管外科、3. 倉敷中央病院消化器内科、4. 関西医科大学下部消化管外科、5. 仙台オープン病院消化器外科・一般外科、6. 国立がん研究センター東病院消化管内科、7. 国立がん研究センター東病院トランスレーショナルリサーチ支援室、8. 大阪けいさつ病院消化器外科、9. 国立病院機構大阪医療センター外科)

[SY6-2] 50歳未満の若年性大腸癌における臨床病理学的特性と長期予後の検討：多施設共同データベースを用いた後方視的研究

*森内 俊行[1]、下村 学[1]、矢野 琢也[1]、佐田友 藍[1]、田口 和浩[1]、松原 啓壮[1,6]、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]、奥田 浩[9]、住谷 大輔[10]、向井 正一朗[11]、高倉 有二[12]、石川 聖[1]、安達 智洋[2]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学医系科学研究科　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、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)

[SY6-3] 若年性大腸癌の臨床病理学的特徴の検討

*前橋 学[1]、小澤 真由美[1]、山本 峻也[1]、船津屋 拓人[2]、石黒 哲史[1]、額田 卓[1]、工藤 孝迪[1]、大矢 浩貴[2]、武井 将伍[1]、太田 絵美[1]、田 鍾寛[2]、沼田 正勝[1]、諏訪 宏和[3]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター、2. 横浜市立大学医学部　消化管外科学、3. 横須賀共済病院　外科)

[SY6-4] AYA世代大腸癌100例における臨床病理学的特徴、分子学的背景と包括的支援の現状

*長谷川 健太[1]、北風 雅敏[1]、賀川 義規[1]、河口 恵[1]、東倉 賢治郎[1]、森 良太[2]、小林 雄太[1]、福田 泰也[1]、牛丸 裕貴[1]、小松 久晃[1]、波多 豪[1]、柳本 喜智[1]、金村 剛志[1]、末田 聖倫[1]、西村 潤一[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. 大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学)

[SY6-5] 若年性大腸癌の臨床病理学的特徴と腫瘍内細菌についての検討

*松井 隆典[1]、山田 岳史[1]、上原 圭[1]、進士 誠一[1]、横山 康行[1]、高橋 吾郎[1]、岩井 拓磨[1]、香中 伸太郎[1]、菊池 悠太[1]、林 光希[1]、松田 明久[1] (1. 日本医科大学付属病院消化器外科)

[SY6-6] 若年性直腸癌の臨床病理学的特徴と治療成績の検討

*神馬 真里奈[1]、坂本 貴志[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、松井 信平[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)

[SY6-7] 若年者切除不能大腸癌に対する化学療法

*宮本 裕士[1,2]、有馬 浩太[1,2]、秋山 貴彦[1]、澤山 浩[1]、中村 尋[1]、河田 彩音[1]、岩槻 政晃[1] (1. 熊本大学病院消化器外科、2. 熊本大学病院消化器癌先端治療開発学)

[SY6-8] 若年大腸癌患者の臨床病理学的特徴と予後の検討：多施設共同後方視的研究

*髙村 祐磨[1]、富永 哲郎[3]、石井 光寿[1]、片山 宏己[1]、足立 利幸[1]、山口 峻[1]、丸田 浩志[1]、小野 李香[1]、井上 悠介[1]、白石 斗士雄[3]、大石 海道[4]、森山 正章[5]、久永 真[6]、小山 正三朗[7]、内田 史武[8]、丸山 圭三郎[9]、福田 明子[5]、江口 晋[2]、松本 桂太郎[2]、野中 隆[1] (1. 長崎大学外科学講座大腸肛門外科　、2. 長崎大学外科学講座、3. 諫早総合病院、4. 長崎医療センター、5. 長崎原爆病院、6. 佐世保市総合医療センター、7. 長崎済生会病院、8. 嬉野医療センター、9. 佐世保中央病院)

[SY6-9] 当院における若年発症大腸癌手術症例の臨床病理学的特徴の検討

*柳澤 公紀[1]、安井 昌義[1]、春名 健伍[1]、在田 麻美[1]、西沢 佑次郎[1]、武田 裕[1] (1. 関西労災病院外科)

[SY6-10] 40歳未満大腸癌の臨床病理学的特徴

*岩田 至紀[1]、田中 千弘[1]、片岡 基紘[1]、宮川 詩央[1]、宮崎 翔[1]、大野 慎也[1]、永田 幸聖[1]、末次 智成[1]、多和田 翔[1]、田尻下 敏弘[1]、小森 充嗣[1]、長尾 成敏[1]、河合 雅彦[1] (1. 岐阜県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

シンポジウム | 全診療科

10:25 ~ 11:40 | 第5会場（1F 会議室102）

シンポジウム７　Gut Microbiota and Colorectal Diseases: A Future Unlocked by the Microbiome

Moderator: Hiroto Miwa (Kawanishi City Medical Center, Japan), Tomohisa Takagi (Molecular Gastroenterology and Hepatology, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine, Japan)

[SY7-1] Right-sided Predominance of Primary Sclerosing Cholangitis–Associated Colitis: Insights from Gut Microbiota

*Haruka Okada[1], Shinya Sugimoto[1], Nobuhiro Nakamoto[1], Ryosuke Kasuga[1], Hiroki Kiyohara[1], Hiroki Kiyohara[1], Yohei Mikami[1], Takanori Kanai[1] (1. Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, Keio University School of Medicine, Japan)

[SY7-2] Gut Microbiota Profiles in Reactive and Metastatic Lymphadenopathy in Colorectal Cancer

*Toru Miyake[1,2], Masatsugu Kojima[1], Soichiro Tani[1], Keiji Muramoto[1], Nobuhito Nitta[1], Reiko Otake[1], Haruki Mori[1], Hiromitsu Maehira[1], Sachiko Kaida[1], Tomoharu Shimizu[2] (1. Department of Gastrointestinal and General Surgery, Shiga University of Medical Science, Japan, 2. Medical Safety Section, Shiga University of Medical Science Hospital, Japan)

[SY7-3] Microbiome Determinants of Sustained Remission after Antibiotic-Preconditioned FMT in Ulcerative Colitis: A Prospective Multicenter Study with One-Year Follow-up

*Sayaka Mizutani[1], Kei Nomura[1,2], Masayuki Orikasa[2], Masashi Omori[2], Rina Odakura[2], Masao Koma[2], Takafumi Maruyama[2], Kentaro Ito[2], Tomoyoshi Shibuya[2], Gaku Nakato[1], Hikaru Watanabe[3], Douaa Zakaria[3], Akihito Nagahara[1,2], Dai Ishikawa[1,2,3] (1. Innovative Microbiome Therapy Research Center, Juntendo University Graduate School of Medicine, Japan, 2. Department of Gastroenterology, Juntendo University Faculty of Medicine, 3. Metagen Therapeutics, Inc.)

[SY7-4] Gut Microbiota Analysis for Predicting Clinical Relapse in Patients with Quiescent Ulcerative Colitis: Multivariate Analysis Using MaAsLin2 and Development of a Predictive Score

*Hiroaki Kitae[1], Tomohisa Takagi[1], Mariko Kajiwara[1], Kazuhiko Uchiyama[1], Yuji Naito[1,2] (1. Molecular Gastroenterology and Hepatology, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine, Japan, 2. Department of Human Immunology and Nutrition Science, Kyoto Prefectural University of Medicine)

[SY7-5] Correlation between changes in intestinal microbiota and defecatory function before and after radical resection of right-sided colon cancer.

*Sohei Akuta[1,2], Masataka Hirasaki[3], Yume Minagawa[1], Akihito Nakanishi[1], Yusuke Nishi[1], Hisashi Hayashi[1], Takatsugu Fujii[1], Yasuhiro Ishiyama[1], Hirofumi Sugita[1], Chikashi Hiranuma[1], Yasumitsu Hirano[1] (1. Department of Gastrointestinal Surgery, Saitama Medical University International Medical Center, Japan, 2. Department of Gastrointestinal Surgery, Tsuchiura Kyodo General Hospital, Japan, 3. Department of Cancer Genomics Center, Saitama Medical University International Medical Center)

[SY7-6] Analysis of Inflammasome-Related Gene Variants in Colchicine-Responsive, MEFV Mutation-Negative Patients with Inflammatory Bowel Disease Unclassified

*Kohei Wagatsuma[1], Masashi Idogawa[1,2], Motohiro Esaki[3], Taku Kobayashi[4], Fumihito Hirai[5], Katsuhiro Arai[6], Reiko Kunisaki[7], Shinichiro Shinzaki[8], Tadakazu Hisamatsu[9], Hiroshi Nakase[1] (1. Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, Sapporo Medical University School of Medicine, Japan, 2. Division of Medical Genome Sciences, Department of Genomic and Preventive Medicine, Sapporo Medical University School of Medicine, 3. Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Saga University, 4. Center for Advanced IBD Research and Treatment, Kitasato University Kitasato Institute Hospital, 5. Department of Gastroenterology, Faculty of Medicine, Fukuoka University, 6. Center for Pediatric Inflammatory Bowel Disease, Division of Gastroenterology, National Center for Child Health and Development, 7. Inflammatory Bowel Disease Center, Yokohama City University Medical Center, 8. Department of Gastroenterology, Hyogo Medical University School of Medicine, 9. Department of Gastroenterology and Hepatology, Kyorin University School of Medicine)

[SY7-7] Efficacy of Colchicine in Mild-to-Moderate Ulcerative Colitis and Identification of Treatment Response–Associated Molecular Profiles

*Hiroki Kurumi[1,2], Kohei Wagatsuma[1], Yuta Shimomori[1], Kotaro Akita[1], Yoshihiro Yokoyama[1], Tomoe Kazama[1], Hiroshi Nasuno[3], Atsushi Yawata[4], Hajime Isomoto[2], Hiroshi Nakase[1] (1. Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, Sapporo Medical University School of Medicine, Japan, 2. Division of Gastroenterology and Nephrology, Faculty of Medicine, Tottori University, Japan, 3. Department of

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Gastroenterology, Kushiro City General Hospital, 4. Department of Gastroenterology and Hepatology, Hakodate Goryoukaku Hospital)

[SY7　Special Remarks] Special Remarks

*Akira Andoh (1. Kawanishi City Medical Center, Japan)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科

13:30 ~ 14:45 | 第5会場（1F 会議室102）

シンポジウム 8　Cutting edge of endoluminal/ transanal surgery for colorectal cancer

Moderator: Kotaro Maeda (Himawari Seishinkai Izumi Clinic Medical Checkup Plaza, Japan), Motohiko Kato (Center for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Keio University School of Medicine, Japan)

[SY8-1] Re-positioning of Endoscopic Ultrasonography in Determining the Treatment Strategy for Colorectal Cancer Suspected of Submucosal Invasion

*Noriko Matsuura[1], Kaoru Takabayashi[2], Motohiko Kato[2] (1. Division of Research and Development for Minimally Invasive Treatment, Cancer Center, Keio University School of Medicine, Japan, 2. Center for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Keio University School of Medicine)

[SY8-2] Efficacy and Safety of the Water Pressure Method in Colorectal ESD: A Retrospective Comparative Study

*Yutaka Sato[1], Daisuke Minezaki[1], Koshiro Tsutsumi[1], Sotaro Ozaka[1], Masahide Fukuda[1], Yuka Hirashita[1], Kensuke Fukuda[1], Ryo Ogawa[1], Masaaki Kodama[2], Kazuhiro Mizukami[1] (1. Department of Gastroenterology, Oita University Faculty of Medicine, Japan, 2. Department of Advanced Medical Sciences, Oita University Faculty of Medicine)

[SY8-3] Clinical Efficacy and Safety of Endoscopic Submucosal Dissection for Huge Rectal Tumors

*Takashi Akutagawa[1], Daisuke Yamaguchi[2], Ryo Shimoda[1], Motohiro Esaki[2] (1. Department of Endoscopic Diagnostics and Therapeutics, Saga University Hospital, Japan, 2. Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Saga University)

[SY8-4] Technical Innovations and Outcomes of Endoscopic Submucosal Dissection for Colorectal Lesions Involving Diverticula

*Ryosuke Kobayashi[1], Kingo Hirasawa[1], Shin Maeda[2] (1. Gastroenterological Center, Yokohama City University Medical Center, Japan, 2. Gastroenterology, Yokohama City University)

[SY8-5] Dual-operator Endoscopic Tandem Surgery (DuETs) for large colorectal lesions: comparison with single-operator ESD

*Takuma Okamura[1], Tomonari Ikeda[2], Tatsuki Ichikawa[2], Toshimitsu Miyaaki[1] (1. Department of Gastroenterology and Hepatology, Nagasaki University Hospital, Japan, 2. Department of Gastroenterology, Nagasaki Harbor Medical Center)

[SY8-6] Evaluation of the effectiveness of underwater colorectal ESD

*Yuko Miura[1], Yosuke Tsuji[1], Mithuhiro Fujishiro[1] (1. Department of Gastroenterology, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, Japan)

[SY8-7] Clinical Role of PAEM/ EID for pT1b Lower Rectal Cancer

*Yu Maruyama[1], Keigo Sato[1], Moe Aung Paing[1], Nozomi Furuichi[1], Keiichi Oshima[1], Yuki Itoi[1], Hirohito Tanaka[1], Hiroko Hosaka[1], Shiko Kuribayashi[1], Toshio Uraoka[1] (1. Department of Gastroenterology and Hepatology, Gunma University Graduate School of Medicine, Japan)

[SY8-8] Feasibility of Peranal Endoscopic Myectomy for Lower Rectal Lesions: A Single-Center Prospective Observational Study

*Takashi Kanesaka[1], Yoshiaki Ando[1], Shunsuke Yoshii[1], Minoru Kato[1], Yoshimi Tanaka[1], Sachiko Yamamoto[1], Koji Higashino[1], Noriya Uedo[1], Tomoki Michida[1], Ryu Ishihara[1] (1. Department of Gastrointestinal Oncology, Osaka International Cancer Institute, Japan)

[SY8-9] Treatment Strategy for T1 Rectal Adenocarcinoma with Extensive Involvement of the Anal Canal: ESD or Surgical Resection?

*Nobuhisa Minakata[1], Makoto Arashiyama[1], Arisa Takeda[1], Yuichiro Mikuriya[1], Kazuo Shiotsuki[1], Kohei Takizawa[1] (1. Department of Gastroenterology, Kanagawa Cancer Center, Yokohama, Japan)

[SY8-10] Efficacy and Safety of Collaborative Endoscopic and Surgical Treatment for Challenging Colorectal Neoplasms

*Hidehito Maeda[1], Fumisato Sasaki[1], Kenji Baba[2] (1. Department of Digestive and Lifestyle Diseases, Kagoshima University Graduate School of Medical and Dental Sciences, Japan, 2. Department of Digestive Surgery, Kagoshima University Graduate School of Medical and Dental Sciences)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科

15:35 ~ 16:50 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

シンポジウム９　大腸癌腹膜播種に対する治療戦略

司会：小林 宏寿（帝京大学医学部附属溝口病院外科）、藤田 文彦（久留米大学医学部外科学講座）

[SY9-1] 大腸癌腹膜播種に対する包括的治療の成績

*米村 豊[1]、重里 親太朗[1]、石橋 治昭[1] (1. 岸和田徳洲会病院 腹膜播種センター)

[SY9-2] 同時性腹膜播種症例に対する治療の現状と治療戦略

*永田 洋士[1]、隈本 雄大[1]、田藏 昂平[1]、塚本 史雄[1]、高見澤 康之[1]、塚本 俊輔[1]、金光 幸秀[1] (1. 国立がん研究センター中央病院 大腸外科)

[SY9-3] 腹膜播種再発に対する外科的治療戦略

*池田 公治[1]、徳橋 愛彦[1]、佐々木 将磨[1]、長谷川 寛[1]、山東 雅紀[1]、西澤 祐吏[1]、塚田 祐一郎[1]、伊藤 雅昭[1] (1. 国立がん研究センター東病院　大腸外科)

[SY9-4] 大腸癌腹膜播種に対する集学的治療戦略―診査腹腔鏡による切除適応選択と完全減量手術の役割―

*合田 良政[1]、武内 寛[1]、北山 丈二[1]、矢野 秀朗[1,2] (1. 国立国際医療センター腹膜センター、2. University Hospital Southampton)

[SY9-5] 大腸癌腹膜播種に対するcytoreductive surgeryの適応と治療成績

*水本 明良[1]、高尾 信行[1]、今神 透[1]、平田 篤史[1]、大江 康光[1]、松永 隆志[1]、寒川 玲[1]、安 炳九[1]、戸川 剛[1] (1. 淡海医療センター消化器外科)

[SY9-6] 大腸癌腹膜播種に対する腫瘍減量手術および腹腔内温熱化学療法の治療成績

*森川 充洋[1]、坂本 裕生[1]、松中 喬之[1]、前川 展廣[1]、田海 統之[1]、澤井 利次[1]、小練 研司[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)

[SY9-7] 大腸癌腹膜播種に対する外科的切除と術後補助化学療法の意義 ―多施設共同研究による治療戦略の検討―

*野田 恵佑[1]、小野 季香[1]、丸田 浩志[1]、片山 宏己[1]、山口 峻[1]、高村 祐磨[1]、足立 利幸[1]、石井 光寿[1]、井上 悠介[1]、大石 海道[2]、小山 正三郎[3]、黨 和夫[4]、橋本 慎太郎[5]、久永 真[5]、白石 斗志雄[6]、富永 哲郎[6]、福岡 秀敏[6]、松本 桂太郎[1]、野中 隆[1] (1. 長崎大学外科学講座大腸肛門外科、2. 国立病院機構長崎医療センター外科、3. 済生会長崎病院外科、4. 国立病院機構嬉野医療センター外科、5. 佐世保市総合医療センター外科、6. JCHO諫早総合病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）

シンポジウム４　直腸がんにおける肛門温存のための集学的治療戦略―機能温存と根治性の両立に向けて

司会：辻 晃仁（香川大学医学部臨床腫瘍学）、加藤 健志（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター）

[SY4-1] AV 5cm以下低位直腸癌におけるロボット支援手術導入後の術式変遷と術後肛門機能

*林田 一真[1]、髙見澤 康之[1]、隈本 雄大[1]、田藏 昂平[1]、塚本 史雄[1]、永田 洋士[1]、塚本 俊輔[1]、金光 幸秀[1] (1. 国立がん研究センター中央病院大腸外科)

[SY4-2] 局所進行直腸癌に対するロボット支援手術の治療成績 ―肛門温存と根治性の両立を目指した治療戦略―

*眞部 祥一[1]、塩見 明生[1]、笠井 俊輔[1]、田中 佑典[1]、小嶋 忠浩[1]、森 千浩[1]、髙島 祐助[1]、辻尾 元[1]、八尾 健太[1]、横山 希生人[1]、小林 尚樹[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 竣助[1] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

[SY4-3] 術前化学放射線後に括約筋温存手術を施行した直腸癌の術後合併症および機能転帰の検討

*江本 成伸[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[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)

[SY4-4] T2N0M0 Stage I直腸癌に対するTotal neaodjuvant therapyの短期成績 -AMBITION試験-

*浜部 敦史[1]、植村 守[1]、賀川 義規[2]、畑 泰司[3]、鈴木 陽三[4]、吉岡 慎一[5]、高橋 秀和[6]、小森 孝通[7]、真貝 竜史[8]、松田 宙[9]、河合 賢二[10]、末田 聖倫[2]、北風 雅敏[2]、平木 将之[3]、岩本 和哉[4]、服部 聡[11]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部消化器外科、2. 大阪国際がんセンター　消化器外科、3. 大阪急性期・総合医療センター　消化器外科 、4. 市立豊中病院　外科、5. 八尾市立病院　外科・消化器外科、6. 大阪警察病院　外科、7. 兵庫県立西宮病院　外科、8. 川西市立総合医療センター　消化器外科、9. JCHO大阪病院　消化器外科、10. 国立病院機構 大阪医療センター 下部消化管外科、11. 大阪大学医学系研究科　情報統合医学講座　医学統計学)

[SY4-5] 進行直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapy：病態別レジメン設計とその治療成績

*川村 幹雄[1,2,3]、髙木 里英子[1]、山本 晃[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. 三重大学医学部消化管小児外科、2. 三重大学医学部附属病院ゲノム診療科、3. 三重大学医学部臨床外科感染制御学講座)

[SY4-6] ＥＮＳＥＭＢＬＥ-1/2試験における直腸癌に対するTNT後のNOMの治療成績

*渡邉 純[1]、賀川 義規[2]、安藤 幸滋[3]、植村 守[4]、伊澤 直樹[5]、松橋 延壽[6]、武藤 理[7]、本坊 拓也[8]、金城 達也[9]、諏訪 雄亮[1]、西沢 佑次郎[10]、奥谷 浩一[11]、大庭 幸治[12]、沖 英次[13] (1. 関西医科大学下部消化管外科学講座、2. 大阪国際がんセンター消化器外科、3. 九州大学大学院消化器・総合外科、4. 大阪大学消化器外科、5. 聖マリアンナ医科大学臨床腫瘍学、6. 岐阜大学消化器外科、7. 秋田赤十字病院腫瘍内科、8. 済生会福岡総合病院外科、9. 琉球大学消化器・腫瘍外科、10. 大阪急性期・総合医療センター消化器外科、11. 札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野、12. 東京大学大学院情報学環、13. 九州大学病院先端医工学診療部)

[SY4-7] 切除可能局所進行直腸癌に対する免疫チェックポイント阻害薬の治療開発の現状と今後

*坂東 英明[1] (1. 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

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）
シンポジウム４　直腸がんにおける肛門温存のための集学的治療戦略―機能温存と根治性の両立に向けて
司会：辻 晃仁（香川大学医学部臨床腫瘍学）、加藤 健志（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター）

[SY4-1] AV 5cm以下低位直腸癌におけるロボット支援手術導入後の術式変遷と術後肛門機能

*林田 一真[1]、髙見澤 康之[1]、隈本 雄大[1]、田藏 昂平[1]、塚本 史雄[1]、永田 洋士[1]、塚本 俊輔[1]、金光 幸秀[1] (1. 国立がん研究センター中央病院大腸外科)

【背景】
低位直腸癌ではロボット支援手術の普及により骨盤深部での精緻な操作が可能となり、肛門温存術式の選択に影響し得る。一方、術式変化が短期成績や肛門機能に与える影響は十分評価されていない。

【目的】
AV 5cm以下低位直腸癌における術式選択の推移とロボット支援の影響を明らかにし、uLARとISRの短期成績および術後肛門機能・QOLを比較する。

【方法】
2014〜2025年に当科でAPR、ISR、uLARを施行したAV5cm以下直腸癌334例を対象に、術式およびロボット支援手術割合の推移を検討した。検討1では、ISR/uLAR 163例を対象に、uLAR選択因子を多変量ロジスティック回帰分析で解析し、年齢、性別、cT、cN、BMI、CTC AV、術前治療を用いた傾向スコアマッチング（PSM）後に短期成績および腫瘍学的指標を比較した。検討2では、アンケート回答28例を対象に、術後1年の排便QOLを比較した。

【結果】
検討1：全334例の内訳はAPR 171例、ISR 95例、uLAR 68例であった。前期（2014〜2018年）/後期（2019〜2025年）で、ロボット支援手術割合は12.8%/73.0%、肛門温存率は45.0%/51.9%と増加し、温存手術中のuLAR割合も25.4%/53.1%と増加した。多変量解析ではロボット支援手術がuLAR選択の独立関連因子であった（OR 6.72, $p<0.05$）。PSM後、ISR群とuLAR群各54例を比較すると、ロボット支援手術割合はuLAR群で有意に高かった（75.9% vs 37.0%, $p<0.001$）。手術時間中央値は333.5/376.5分、出血量中央値は20.5/123mLとuLAR群で有意に良好であった。術後在院日数中央値は13/15日、CD≥III合併症は7.4%/5.6%で差を認めなかった。剥離面陽性および局所再発は認めなかった。
検討2：術後1年時のWexner score中央値はuLAR群で有意に良好であり（9 vs 16, $p<0.05$）、排便満足度やパッド使用頻度も良好な傾向を認めた。

【結語】
ロボット支援手術の普及に伴いuLARの選択が増加し、PSM後も短期成績の悪化や腫瘍学的安全性の低下は認めなかった。さらに良好な術後肛門機能・QOLを得られる可能性が示された。適切な症例選択のもと、ロボット支援によるuLARは根治性と機能温存に寄与する術式と考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）
シンポジウム４　直腸がんにおける肛門温存のための集学的治療戦略―機能温存と根治性の両立に向けて
司会：辻 晃仁（香川大学医学部臨床腫瘍学）、加藤 健志（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター）

[SY4-2] 局所進行直腸癌に対するロボット支援手術の治療成績 ―肛門温存と根治性の両立を目指した治療戦略―

*眞部 祥一[1]、塩見 明生[1]、笠井 俊輔[1]、田中 佑典[1]、小嶋 忠浩[1]、森 千浩[1]、髙島 祐助[1]、辻尾 元[1]、八尾 健太[1]、横山 希生人[1]、小林 尚樹[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 竣助[1] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

【背景】近年、欧米を中心に局所進行直腸癌に対するTotal neoadjuvant therapy (TNT)が普及し、cCR症例に対する臓器温存戦略が注目されている。一方、本邦では直腸間膜全切除(TME)+側方郭清を基本としたUpfront手術が標準治療として依然重要であり、根治性のみならず、肛門温存や永久stoma回避の観点からも最適な治療選択が求められる。当院では、外科的剥離面の確保が困難と判断した症例にのみ選択的に術前化学放射線療法(CRT)を導入し、Upfront手術を基軸としたロボット支援手術を行ってきた。本研究では、局所進行直腸癌に対する当院の治療成績を検討し、肛門温存と根治性の両立可能性を評価した。
【対象と方法】2012年から2025年12月の期間、cStage II/IIIの局所進行直腸癌に対してロボット支援手術を施行した1123例を対象とした。多発癌、重複癌は除外した。短期成績、肛門温存率、stoma閉鎖状況、長期成績を後方視的に検討した。
【結果】年齢中央値66歳、男性/女性：730/393例、RS/Ra/Rb/P：240/216/532/135例。cStage II/III：314/809例。術前CRT 74例(6.6%)、化学療法8例。術式は前方切除/括約筋間直腸切除/直腸切断術/Hartmann：857/96/157/13例、括約筋温存率84.9%。側方郭清462例、隣接臓器合併切除122例、手術時間273分、出血量5 mL、開腹移行1例、Diverting stoma (DS)造設：227例(27.2%)。Clavien-Dindo分類grade≥II：176例(15.7%)、grade≥III：61例(5.4%)、縫合不全44例(3.9%)、排尿障害95例(8.5%)。R0切除98.8%。DS造設および術後stoma造設を要した296例のうち、閉鎖未判定6例を除く290例の解析の結果、22例(7.6%)が永久stomaとなり、多変量解析で術前CRT、R1切除、縫合不全が関連因子として抽出された。2022年までの779例(観察期間中央値5年)において、5年全生存率94.9%、無再発生存率77.2%、累積局所再発率3.3%であった。
【結語】局所進行直腸癌に対するUpfront手術を基軸としたロボット支援手術は、短期・長期成績および肛門温存において良好な成績を示し、集学的治療の選択肢が拡大する現状においても根治性を担保しつつ肛門温存を図る有力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

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）
シンポジウム４　直腸がんにおける肛門温存のための集学的治療戦略―機能温存と根治性の両立に向けて
司会：辻 晃仁（香川大学医学部臨床腫瘍学）、加藤 健志（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター）

[SY4-3] 術前化学放射線後に括約筋温存手術を施行した直腸癌の術後合併症および機能転帰の検討

*江本 成伸[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[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)

【目的】術前化学放射線療法（CRT）後の直腸癌手術では、腫瘍制御のみならず、肛門温存後の機能障害やストマ転帰を含めた評価が重要である。CRT後に括約筋温存手術を施行した症例において、低位前方切除（LAR）と括約筋間切除（ISR）の術後合併症およびストマ転帰を比較検討した。
【方法】2003年9月-2026年1月に術前CRT後に根治手術を施行した直腸癌症例のうち、LARまたはISRを施行した305例を対象に後方視的に検討した。患者背景、手術因子、grade 2以上の早期・晩期合併症、一時的ストマ閉鎖率、ストマ閉鎖までの期間、未閉鎖理由を比較した。
【結果】年齢中央値は63歳(32-85歳)、LAR/ISRは249/56例で、CRTレジメンはFU-based/irinotecan/oxaliplatinが223/80/2例、側方郭清はなし/片側/両側が258/36/11例であった。肛門縁からの腫瘍距離中央値はLAR vs ISRで6.0 cm vs 3.0 cm（P<0.001）で、cT stage, cN stageには両群に差を認めなかった。一時的ストマ造設率は55% vs 100% (P<0.001)であり、累積ストマ閉鎖率は1年で80.3% vs 53.1%、2年で85.6% vs 62.5%と、ISRで有意に不良であった（log-rank P<0.001）。閉鎖例における閉鎖までの日数中央値は198日 vs 237日であった。Clavien–Dindo grade 2以上の早期合併症は31% vs 36%(P=0.53)、晩期合併症は16% vs 21% (P=0.33)で、ISRでは吻合部関連合併症が多い傾向を認めた。未閉鎖理由は、LARでは再発33% (5/15)、合併症関連40%(6/15)、患者希望26.7%(4/15)であったのに対し、ISRでは再発26.3% (5/19)、合併症関連52.6%(10/19)、患者希望15.8%(3/19)、その他5.3%(1/19)で、ISRでは合併症関連が半数以上を占めた。
【結論】CRT後のISRはより低位腫瘍に対する肛門温存術式として選択されていたが、LARと比較してストマ閉鎖達成率は不良であった。肛門温存手術の評価においては、根治性のみならず、術後合併症やストマ閉鎖達成を含めた実質的機能転帰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

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）
シンポジウム４　直腸がんにおける肛門温存のための集学的治療戦略―機能温存と根治性の両立に向けて
司会：辻 晃仁（香川大学医学部臨床腫瘍学）、加藤 健志（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター）

[SY4-4] T2N0M0 Stage I直腸癌に対するTotal neaodjuvant therapyの短期成績 - AMBITION試験-

*浜部 敦史[1]、植村 守[1]、賀川 義規[2]、畑 泰司[3]、鈴木 陽三[4]、吉岡 慎一[5]、高橋 秀和[6]、小森 孝通[7]、真貝 竜史[8]、松田 宙[9]、河合 賢二[10]、末田 聖倫[2]、北風 雅敏[2]、平木 将之[3]、岩本 和哉[4]、服部 聡[11]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部消化器外科、2. 大阪国際がんセンター　消化器外科、3. 大阪急性期・総合医療センター　消化器外科 、4. 市立豊中病院　外科、5. 八尾市立病院　外科・消化器外科、6. 大阪警察病院　外科、7. 兵庫県立西宮病院　外科、8. 川西市立総合医療センター　消化器外科、9. JCHO大阪病院　消化器外科、10. 国立病院機構 大阪医療センター 下部消化管外科、11. 大阪大学医学系研究科　情報統合医学講座 医学統計学)

【背景】
近年、局所進行直腸癌に対するtotal neoadjuvant therapy (TNT)の有効性が証明され欧米を中心に導入が進み、本邦でも大規模な臨床試験が実施されている。一方で、これらより早期のT2N0 Stage I直腸癌に対する標準治療は手術であり、排便機能低下やストマ管理に伴う術後QOLの低下が問題視されている。我々は特定臨床研究にて、多施設共同前向き臨床試験として、T2N0 Stage I進行直腸癌を対象としたTNTの有効性・安全性を検討した。本発表では主要評価項目を含む短期成績を報告する。
【方法】
適格基準は20歳以上、MRIで診断されたT2N0 Stage I直腸癌 (腫瘍の下縁が肛門縁から12ｃｍ以内)の症例。プロトコール治療は術前短期放射線照射 (5x5Gy)および術前化学療法 (CAPOX 6 cycle)と、再評価に基づく非手術管理 (NOM)または手術で構成される。T3-4症例を対象とした既報でのpCR率22.4%を基準に、本対象では主要評価項目のcCR+pCR率40%を期待値とし、片側優位水準5%、検出力80%とし算出し、脱落例を考慮し予定登録数は45例とした。
【結果】
2023年5月～2025年7月に合計46例が登録され、同意撤回2例を除く44例を対象とした。男性28/女性16例、年齢中央値(範囲)は64 (31-77)歳であった。プロトコール完遂率は39/44 (88.6%)であった。44例のうちcCR率は22例 (50.0%)で、術前治療中の病勢増悪は認められなかった。術前治療中におけるGrade 2以上の有害事象発生割合は18/44例(40.9%)で、虚血性心疾患(Grade 5) 1例、間質性肺炎(Grade 3)1例を認めた。術前治療後、23例がNOM、1例が手術拒否、19例に手術が行われた。手術内容に関して、アプローチはロボット18例 (術式はLAR 5例、sLAR 8例、APR 5例)および局所切除１例であった。術中合併症は認めず、術後合併症(Grade 2以上)は6例(31.6%)に発生した。縫合不全は認めなかった。手術実施症例におけるpCRは認めず、主要評価項目のcCR+pCR率は22/44 (50.0%)であった。
【結語】
T2N0 Stage I直腸癌に対する短期治療成績は良好であり、NOMの実施可能性を示唆する結果であった。今後の長期フォローを含めて成績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

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）
シンポジウム４　直腸がんにおける肛門温存のための集学的治療戦略―機能温存と根治性の両立に向けて
司会：辻 晃仁（香川大学医学部臨床腫瘍学）、加藤 健志（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター）

[SY4-5] 進行直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapy：病態別レジメン設計とその治療成績

*川村 幹雄[1,2,3]、髙木 里英子[1]、山本 晃[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. 三重大学医学部消化管小児外科、2. 三重大学医学部附属病院ゲノム診療科、3. 三重大学医学部臨床外科感染制御学講座)

【背景】近年，下部進行直腸癌に対する術前治療として，total neoadjuvant therapy（TNT）による予後改善や臓器温存（non-operative management：NOM）が注目されている．しかし，複数の第III相試験においても放射線・薬物療法の選択やシークエンスは多様であり，最適なレジメンの確立には至っていない．当科では，病期・病態に応じてアウトカムを指向したレジメンを定型化しており，その治療成績を検討した．【方法】cT2–3N0症例にはcomplete response(CR)率の向上を目指して化学放射線療法（CRT）後にCAPOXを施行するconsolidation chemotherapy（A群）を適用した．cT4またはN+症例には予後改善を目指してmFOLFOX6後にCRTを行うinduction chemotherapy（B群）を適用した．A,B群では原則として放射線治療は54Gyのlong CRT(capecitabine併用)としたが，oncologic emergencyや高度進行例にはshort RT（25Gy）（C群）を選択した．各群におけるCR率および生存率を検討した．【結果】対象はA群51例，B群57例，C群11例の計119例であった．C群では大量出血3例，感染・疼痛各2例がshort RT選択の理由であった．手術例のpathological CRとclinical CRを合わせたcombined CR率は，A群20例，B群21例，C群4例の計45例（37.8%）であり，群間差は認めなかった．臓器温存を選択した42例中，局所再増大はA群2例，B群1例の計3例（7.1%）と低率であった．3年全生存率（OS）はA群100%，B群91.7%，C群78%（p=0.0022），3年無病生存率（DFS）はA群93.5%，B群92%，C群68.6%（p=0.07）であった．【結語】標準的適応であるA・B群では良好なCR率および生存率が得られ，臓器温存例における局所再増大も低率であり，長期的な臓器温存が可能と考えられた．一方，高度進行例や緊急症例では治療成績が不良であり，治療強化などの戦略改善が必要と考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）
シンポジウム４　直腸がんにおける肛門温存のための集学的治療戦略―機能温存と根治性の両立に向けて
司会：辻 晃仁（香川大学医学部臨床腫瘍学）、加藤 健志（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター）

[SY4-6] ＥＮＳＥＭＢＬＥ-1/2試験における直腸癌に対するTNT後のNOMの治療成績

*渡邉 純[1]、賀川 義規[2]、安藤 幸滋[3]、植村 守[4]、伊澤 直樹[5]、松橋 延壽[6]、武藤 理[7]、本坊 拓也[8]、金城 達也[9]、諏訪 雄亮[1]、西沢 佑次郎[10]、奥谷 浩一[11]、大庭 幸治[12]、沖 英次[13] (1. 関西医科大学下部消化管外科学講座、2. 大阪国際がんセンター消化器外科、3. 九州大学大学院消化器・総合外科、4. 大阪大学消化器外科、5. 聖マリアンナ医科大学臨床腫瘍学、6. 岐阜大学消化器外科、7. 秋田赤十字病院腫瘍内科、8. 済生会福岡総合病院外科、9. 琉球大学消化器・腫瘍外科、10. 大阪急性期・総合医療センター消化器外科、11. 札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野、12. 東京大学大学院情報学環、13. 九州大学病院先端医工学診療部)

【背景】 局所進行直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapy（TNT）は、高い病理学的完全奏効（pCR）率や長期予後の改善が報告されている一方、手術難易度の上昇、環状切除面（CRM）陽性率や手術関連合併症の増加が懸念される。また、高いpCR率を背景に非手術的管理（NOM）の可能性も検討されている。
【目的】これまで我々は短期放射線療法＋全身化学療法のＴＮＴを検討する多施設共同臨床第２相試験：ＥＮＳＥＭＢＬＥ－１試験、および化学放射線療法＋全身化学療法のＴＮＴを検討する多施設単群第２相試験：ＥＮＳＥＭＢＬＥ－２試験を実施してきた。今回、両試験の統合解析結果を報告する。
【方法】両試験の主な適格基準は２０歳以上、肛門縁から１２ｃｍ以内、診断時ｃＴ３－４Ｎ０Ｍ０またはＴａｎｙ＋Ｍ０で根治切除が可能な局所進行直腸癌を対象とした。
【成績】ＥＮＳＥＭＢＬＥ－１試験では３０例、ＥＮＳＥＭＢＬＥ－２試験では２８例が登録された。ＥＮＳＥＭＢＬＥ－１試験では、ＴＭＥは２０例、ＮＯＭは７例（全例ｃＣＲ）に実施され、３例は試験中止となった。一方で、ＥＮＳＥＭＢＬＥ－２試験では、ＴＭＥは２１例、ＮＯＭは６例（ｃＣＲ：５例、ｎＣＲで患者希望：１例）に実施された。１例は試験中止となった。統合解析では、ｐＣＲ率は２６．９％（９５％ＣＩ：１５．６－４２．４％）であり、ｐＣＲ＋ｃＣＲ率は３９．７％（９５％ＣＩ：２８．０－５２．８％）であった。
TME施行症例41例の術後合併症発生率はany gradeで10例（24.4%）、grade≥3で2例（4.9%; 腸閉塞1例、骨盤膿瘍1例）であった。NOMは13例に施行され、6例（46.2%）に再増大を認めたが、5例でsalvage手術が可能であった。
【結論】局所進行直腸癌に対するＴＮＴは海外の既報通りの有効性を示し安全に行える治療法であるが、NOM後の再増大率が高く再評価の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

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）
シンポジウム４　直腸がんにおける肛門温存のための集学的治療戦略―機能温存と根治性の両立に向けて
司会：辻 晃仁（香川大学医学部臨床腫瘍学）、加藤 健志（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター）

[SY4-7] 切除可能局所進行直腸癌に対する免疫チェックポイント阻害薬の治療開発の現状と今後

*坂東 英明[1] (1. 国立がん研究センター東病院)

免疫チェックポイント阻害薬（ICI）はミスマッチ修復異常を認める（dMMR）切除不能大腸癌に対して既に標準治療として確立している。dMMR切除可能直腸癌においてもICIは高い治療効果が報告されており（Cercek A. et al., N Engl J Med 2025）、米国・欧州のガイドラインではICIによる治療と奏功例に対する非切除管理（NOM）は標準治療に位置づけられている。我々は2022年よりこの対象に対して「ミスマッチ修復異常を認める切除可能直腸癌を対象に免疫チェックポイント阻害薬の有効性・安全性を検討する多施設共同臨床第 II 相試験（VOLTAGE-2試験）」を実施し2025年10月に症例登録を完遂している。
一方、ミスマッチ修復異常を認めない（pMMR）切除可能直腸癌に対しても我々はICIの有効性を検討する医師主導治験（VOLTAGE-1試験）を既に行っており、化学放射線療法とICIを併用治療の有効性を報告している（Bando H., et al., Clin Cancer Res 2022）。pMMR直腸癌に対してICIが一定の効果が認められることが再現性を持って報告されており、大規模臨床試験の結果も報告されている（Xiao W. W., et al., Cancer Cell 2024, Tang Y., et al., Med 2025）。一方、治療効果と有害事象のバランスを考えると、この対象に対しては有効性が期待できる対象の抽出が必須であり臨床的に妥当なバイオマーカーの開発とその対象に対する検証試験が必要と考える。
本発表では、VOLTAGE-1, VOLTAGE-2の結果を報告するとともに、pMMR, dMMR直腸癌それぞれのICIの治療開発の現状と展望を解説する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第5会場（1F 会議室102）

シンポジウム５　Recent advances in surgery for colorectal diseases

Moderator: Kay Uehara (Department of Coloproctological Surgery, Juntendo University, Japan), Mina Shen (China Medical University Hsinchu Hospital, Taiwan)

[SY5-1] Global benchmarks for minimally invasive right hemicolectomy for cancer

*Daichi Kitaguchi[1], Fariba Abbassi[2,3], Matthias Turina[2] (1. Department of Surgery, Institute of Medicine, University of Tsukuba, Japan, 2. Department of Visceral and Transplant Surgery, University of Zurich, 3. Institute of Epidemiology, Biostatistics and Prevention, University of Zurich)

[SY5-2] Evaluating the Efficacy of Powered Circular Staplers in Colorectal Cancer Surgery: A Meta-Analysis of 3,301 Patients

*Masatsune Shibutani[1], Hiroshi Ohtani[2], Shusei Endo[1], Tomoya Tsukida[1], Hideki Tanda[1], Yuki Seki[1], Hiroaki Kasashima[1], Jyunya Nishimura[3], Tatsunari Fukuoka[3], Takafumi Nishii[3], Kiyoshi Maeda[1] (1. Department of Gastroenterological Surgery, Osaka Metropolitan University Graduate School of Medicine, Japan, 2. Department of Surgery, Ohno Memorial Hospital, 3. Department of Surgery, Osaka City General Hospital)

[SY5-3] A novel technique; Single-Incision Plus One Robot-assisted Surgery（SIPORS）for colorectal cancer by Hugo RAS System

*Takehito Yamamoto[1], Yoshiro Itatani[1], Ryosuke Okamura[1], Haruku Fujita[1], Shingo Ochi[1], Ryuhei Aoyama[1], Yu Yoshida[1], Masahiro Maeda[1], Keiko Kasahara[1], Nobuaki Hoshino[1], Kazutaka Obama[1] (1. Department of Surgery, Kyoto University, Japan)

[SY5-4] Expanding the Boundaries of Minimally Invasive Surgery: Robotic Approach for cT4b Colorectal Cancer

*Takahisa Hirokawa[1], Naoki Hirano[1], Takumi Yamada[1], Yuta Shimada[1], Tetsuro Miyaike[1], Ryutaro Kato[1], Yoshiaki Fujii[1], Shuhei Ueno[1], Yoshinaga Aoyama[1], Hiroyuki Imafuji[1], Hirotaka Miyai[1], Moritsugu Tanaka[1], Masahiro Kimura[1] (1. Kariya Toyota General Hospital, Japan)

[SY5-5] Surgical Workflow Analysis Using AI-Based Object Recognition in Laparoscopic Colorectal Surgery

*Yoshiko Bamba[1], Shimpei Ogawa[1], Yuka Kaneko[1], ryo Futatsuki[1], Yurin Kondo[1], Kurodo Kashino[1], Natsuki Matsuo[1], Kimitaka Tani[1], Fumi Maeda[1], Shinsuke Maeda[1], Shunichi Ito[1], Shigeki Yamaguchi[1] (1. Department of Surgery, Institute of Gastroenterology Tokyo Women’s Medical University, Japan)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第5会場（1F 会議室102）
シンポジウム５　Recent advances in surgery for colorectal diseases
Moderator: Kay Uehara (Department of Coloproctological Surgery, Juntendo University, Japan), Mina Shen (China Medical University Hsinchu Hospital, Taiwan)

[SY5-1] Global benchmarks for minimally invasive right hemicolectomy for cancer

*Daichi Kitaguchi[1], Fariba Abbassi[2,3], Matthias Turina[2] (1. Department of Surgery, Institute of Medicine, University of Tsukuba, Japan, 2. Department of Visceral and Transplant Surgery, University of Zurich, 3. Institute of Epidemiology, Biostatistics and Prevention, University of Zurich)

Introduction: Benchmarking is a quality improvement process that identifies best practices and enables comparison of performance and outcomes with the highest achievable standards while accounting for influencing factors. Initially developed for quality assessment in business and manufacturing, benchmarking has increasingly been applied in surgical outcome research. Benchmark cut-offs represent the best achievable outcomes for a specific procedure and serve as reference standards for surgical performance. By comparing outcomes with benchmark values, centres and surgeons can identify quality gaps and areas for improvement, potentially improving surgical quality and patient outcomes. The aim of this study was to establish benchmark cut-offs for commonly used outcome parameters in elective minimally invasive right hemicolectomy (RHC) for adenocarcinoma of the ascending colon.

Methods: To establish internationally valid benchmark cut-offs for RHC in right-sided colon cancer, the validated ten-step benchmarking approach was applied. Patients aged ≥18 years with confirmed adenocarcinoma of the right hemicolon and a follow-up of at least 6 months were included. Benchmark cut-offs were calculated according to validated definitions and Delphi consensus. Benchmarks were defined as the 75th percentile of all centres' median values for negative outcomes and the 25th percentile for positive outcomes.

Results: Twenty-one centres from six continents submitted data on eligible patients. Data from 686 ideal patients were used to establish benchmark cut-offs. Key benchmark values included an R0 resection rate of 100.0%, ≥96.9% of patients with ≥12 lymph nodes harvested, ≥23 lymph nodes harvested, and an anastomotic leak rate ≤3.0%. At discharge, benchmark values included a major complication rate ≤5.6%, a median Comprehensive Complication Index of 0, and a mortality rate of 0.0%.

Conclusion: This study establishes benchmark values for outcome parameters of minimally invasive RHC that can serve as reference standards for evaluating surgical performance.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第5会場（1F 会議室102）

シンポジウム５　Recent advances in surgery for colorectal diseases

Moderator: Kay Uehara (Department of Coloproctological Surgery, Juntendo University, Japan), Mina Shen (China Medical University Hsinchu Hospital, Taiwan)

[SY5-2] Evaluating the Efficacy of Powered Circular Staplers in Colorectal Cancer Surgery: A Meta-Analysis of 3,301 Patients

*Masatsune Shibutani[1], Hiroshi Ohtani[2], Shusei Endo[1], Tomoya Tsukida[1], Hideki Tanda[1], Yuki Seki[1], Hiroaki Kasashima[1], Jyunya Nishimura[3], Tatsunari Fukuoka[3], Takafumi Nishii[3], Kiyoshi Maeda[1] (1. Department of Gastroenterological Surgery, Osaka Metropolitan University Graduate School of Medicine, Japan, 2. Department of Surgery, Ohno Memorial Hospital, 3. Department of Surgery, Osaka City General Hospital)

[Objective] Anastomosis using the double-stapling technique (DST) is a cornerstone of left-sided colorectal cancer surgery. However, the incidence of anastomotic leakage (AL) has remained stagnant at approximately 10% for decades, representing a persistent "stalemate" in surgical outcomes. We previously reported the first evidence from Asia demonstrating that the Echelon Circular™ Powered Stapler (ECPS) significantly reduces AL compared to manual circular staplers (MCS). This study aims to establish robust, universal evidence for the clinical utility of ECPS by conducting an updated meta-analysis incorporating the latest global data.

[Materials and Methods] We conducted a comprehensive literature search across PubMed and Cochrane Library for clinical studies published between 2018 and August 2024 comparing ECPS and MCS in left-sided colorectal surgery. The primary endpoint was the overall AL rate. Secondary endpoints included major AL (reoperation or Grade B/C) and anastomotic bleeding. A subgroup analysis of Japanese cohorts was also performed to evaluate regional consistency.

[Results] Nine studies involving 3,301 patients (ECPS: 1,465; MCS: 1,836) were included. The ECPS group had a significantly lower overall AL rate than the MCS group (RR: 0.55; 95% CI: 0.42–0.72; $p < 0.001$). Notably, ECPS reduced the incidence of Major AL by nearly half (RR: 0.52; 95% CI: 0.35–0.78; $p = 0.002$). Subgroup analysis of Japanese patients confirmed consistent benefits. No significant difference was observed in anastomotic bleeding.

[Conclusion] This meta-analysis of 3,301 patients confirms the universal superiority of powered stapling. The transition to "powered" technology, combined with the 3D stapling technology that provides superior tissue grasping and preserves perfusion, has successfully broken the long-standing stalemate in AL rates. By dramatically reducing Major AL, ECPS is poised to become the new standard in colorectal surgery.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第5会場（1F 会議室102）
シンポジウム５　Recent advances in surgery for colorectal diseases
Moderator: Kay Uehara (Department of Coloproctological Surgery, Juntendo University, Japan), Mina Shen (China Medical University Hsinchu Hospital, Taiwan)

[SY5-3] A novel technique; Single-Incision Plus One Robot-assisted Surgery （SIPORS）for colorectal cancer by Hugo RAS System

*Takehito Yamamoto[1], Yoshiro Itatani[1], Ryosuke Okamura[1], Haruku Fujita[1], Shingo Ochi[1], Ryuhei Aoyama[1], Yu Yoshida[1], Masahiro Maeda[1], Keiko Kasahara[1], Nobuaki Hoshino[1], Kazutaka Obama[1] (1. Department of Surgery, Kyoto University, Japan)

Background
Given the high cost of robot-assisted surgery, surgeons must maximize benefits beyond those of conventional minimally invasive approaches. In April 2025, we have developed a novel technique, single-incision plus one robot-assisted surgery (SIPORS) by Hugo™ RAS system (hereafter, Hugo)(Ann Coloproctol, 2025, Dis Colon Rectum, 2026).
Patients and Methods
Among patients who underwent colorectal cancer surgery using Hugo at our institution between April 2024 and April 2026, we retrospectively analyzed short-term outcomes of those treated with SIPORS and describe the surgical technique.
Surgical Technique
For right-sided colon cancer, a 4-cm Pfannenstiel incision is created, through which a wound protector and surgical glove are applied. An 11-mm camera trocar and two 8-mm robotic trocars are inserted via this incision, accommodating a 30-degree oblique camera and two graspers. One additional 8-mm robotic trocar is placed in the left upper abdomen. Monopolar shears are introduced via this additional port, ensuring sufficient freedom of the right-hand robotic arm. For left-sided colon cancer, a line-symmetric port configuration is used, whereas for sigmoid colon and rectal cancer, a point-symmetric configuration is adopted. In APR, the small incision is placed at the stoma site to further reduce invasiveness.
Results
Of 122 patients who underwent surgery using Hugo, 24 underwent SIPORS. Procedures included ICR (n=2), RHC (n=7), transverse colectomy (n=1), LHC (n=1), sigmoidectomy (n=1), HAR (n=3), (ultra-)LAR (n=7), and APR (n=2). Median operative time was 242 [187–316] min for colon surgery and 310 [172–462] min for rectal surgery. The number of harvested lymph nodes was 25 [12–48] and 20 [11–25], respectively. One Grade II complication (urinary tract infection) occurred in rectal surgery, and one Grade III complication (ileus) in colon surgery. Median postoperative hospital stay was 11 [7–14] days and 13 [10–19] days, respectively (all values are median [range]).
Conclusions
SIPORS can be a safe and feasible surgical approach.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第5会場（1F 会議室102）
シンポジウム５　Recent advances in surgery for colorectal diseases
Moderator: Kay Uehara (Department of Coloproctological Surgery, Juntendo University, Japan), Mina Shen (China Medical University Hsinchu Hospital, Taiwan)

[SY5-4] Expanding the Boundaries of Minimally Invasive Surgery: Robotic Approach for cT4b Colorectal Cancer

*Takahisa Hirokawa[1], Naoki Hirano[1], Takumi Yamada[1], Yuta Shimada[1], Tetsuro Miyaike[1], Ryutaro Kato[1], Yoshiaki Fujii[1], Shuhei Ueno[1], Yoshinaga Aoyama[1], Hiroyuki Imafuji[1], Hirotaka Miyai[1], Moritsugu Tanaka[1], Masahiro Kimura[1] (1. Kariya Toyota General Hospital, Japan)

Background: Surgical management of cT4b colorectal cancer remains technically challenging, especially in multivisceral resection. Robotic systems may improve precision and reproducibility of anatomical dissection, although lack of tactile feedback remains a limitation.
Objective: To evaluate surgical outcomes in patients with cT4b colorectal cancer and to clarify the clinical utility and limitations of robotic-assisted surgery.
Methods: We retrospectively reviewed 79 consecutive patients with cT4b colorectal cancer who underwent surgery at our institution between 2017 and 2025. Patients were categorized into open (O, n=24), laparoscopic (L, n=23), and robotic (R, n=29) groups. Operative and short-term outcomes were compared among the three groups.
Results: Median operative time (minutes) was 411, 279, and 461 in the O, L, and R groups, respectively. Median blood loss (mL) was 855, 50, and 210, respectively, indicating reduced intraoperative bleeding in minimally invasive approaches. The incidence of grade ≥3 complications was comparable across groups. R1 resection rates were 16.7%, 8.7%, and 13.8% in the O, L, and R groups, respectively, suggesting acceptable oncological outcomes. Pelvic exenteration, representing highly complex procedures, was performed in 6 patients in the open group and 8 patients in the robotic group, but was not performed in the laparoscopic group.
Conclusions: Although surgery for cT4b colorectal cancer remains highly invasive, minimally invasive approaches contributed to reduced blood loss. Notably, robotic-assisted surgery enabled the management of highly complex cases, including pelvic exenteration, while maintaining oncological feasibility comparable to open surgery. Despite the limitation of lacking tactile feedback, appropriate patient selection based on anatomical landmarks allows safe and effective resection. These findings suggest that robotic surgery may play a key role in expanding the indications of minimally invasive surgery for advanced colorectal cancer.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第5会場（1F 会議室102）
シンポジウム５　Recent advances in surgery for colorectal diseases
Moderator: Kay Uehara (Department of Coloproctological Surgery, Juntendo University, Japan), Mina Shen (China Medical University Hsinchu Hospital, Taiwan)

[SY5-5] Surgical Workflow Analysis Using AI-Based Object Recognition in Laparoscopic Colorectal Surgery

*Yoshiko Bamba[1], Shimpei Ogawa[1], Yuka Kaneko[1], ryo Futatsuki[1], Yurin Kondo[1], Kurodo Kashino[1], Natsuki Matsuo[1], Kimitaka Tani[1], Fumi Maeda[1], Shinsuke Maeda[1], Shunichi Ito[1], Shigeki Yamaguchi[1] (1. Department of Surgery, Institute of Gastroenterology Tokyo Women's Medical University, Japan)

Background: Recent advances in artificial intelligence (AI)-based surgical video analysis have enabled automatic recognition of surgical instruments and anatomical structures, allowing visualization of surgical workflow in a time-series manner. This study investigated whether AI-driven workflow analysis based on object recognition could contribute to the standardization of minimally invasive colorectal cancer surgery. Methods: A total of 11,225 frames extracted from intraoperative videos of 57 laparoscopic colorectal resections were used as training data. An instance segmentation model based on Mask R-CNN was developed using 34,455 annotations across 26 categories, including 13 surgical instruments and 13 anatomical or physiological structures. Model validation was performed using 600 frames from seven independent surgeries. Surgical workflow analysis was then conducted in another seven cases using time-series object recognition results. Six operative phases were predefined: dissection initiation, vascular management initiation, clipping initiation, bowel transection, anastomosis, and extracorporeal manipulation. Workflow transitions were automatically identified according to temporal changes in object detection. Results: The object recognition model achieved a mean recall of 85.3% and a mean precision of 90.7%. Time-series analysis successfully identified all six operative phases in all seven analyzed cases, enabling objective visualization of surgical progression. Quantitative workflow analysis enabled objective comparison of surgical progression and facilitated identification of technically difficult phases. Conclusions: AI-based surgical workflow analysis enabled objective evaluation of operative progression in minimally invasive colorectal cancer surgery and may contribute to procedural standardization, surgical education, and skill assessment. Integration with robotic surgical logs and preoperative imaging may support development of real-time intraoperative navigation systems.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

シンポジウム６　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について2

司会：五井 孝憲（福井大学医学部附属病院）、松橋 延壽（岐阜大学医学部附属病院）

[SY6-1] 50歳未満の若年性大腸癌における臨床病理学的・遺伝学的特徴：GALAXY試験附随研究

*横田 満[1]、沖 英次[2]、上野 真行[3]、上野 彩子[1]、三谷 孟司[3]、諏訪 雄亮[4]、赤澤 直也[5]、小谷 大輔[6]、三島 沙織[6]、橋本 直佳[6]、坂東 英明[6,7]、竹政 伊知朗[8]、加藤 健志[9]、吉野 孝之[6] (1. 倉敷中央病院外科、2. 九州大学病院先端医工学診療部 消化管外科、3. 倉敷中央病院消化器内科、4. 関西医科大学下部消化管外科、5. 仙台オープン病院消化器外科・一般外科、6. 国立がん研究センター東病院消化管内科、7. 国立がん研究センター東病院トランスレーショナルリサーチ支援室、8. 大阪けいさつ病院消化器外科、9. 国立病院機構大阪医療センター外科)

[SY6-2] 50歳未満の若年性大腸癌における臨床病理学的特性と長期予後の検討：多施設共同データベースを用いた後方視的研究

*森内 俊行[1]、下村 学[1]、矢野 琢也[1]、佐田友 藍[1]、田口 和浩[1]、松原 啓壮[1,6]、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]、奥田 浩[9]、住谷 大輔[10]、向井 正一朗[11]、高倉 有二[12]、石川 聖[1]、安達 智洋[2]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学医系科学研究科　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、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)

[SY6-3] 若年性大腸癌の臨床病理学的特徴の検討

*前橋 学[1]、小澤 真由美[1]、山本 峻也[1]、船津屋 拓人[2]、石黒 哲史[1]、額田 卓[1]、工藤 孝迪[1]、大矢 浩貴[2]、武井 将伍[1]、太田 絵美[1]、田 鍾寛[2]、沼田 正勝[1]、諏訪 宏和[3]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター、2. 横浜市立大学医学部　消化管外科学、3. 横須賀共済病院　外科)

[SY6-4] AYA世代大腸癌100例における臨床病理学的特徴、分子学的背景と包括的支援の現状

*長谷川 健太[1]、北風 雅敏[1]、賀川 義規[1]、河口 恵[1]、東倉 賢治郎[1]、森 良太[2]、小林 雄太[1]、福田 泰也[1]、牛丸 裕貴[1]、小松 久晃[1]、波多 豪[1]、柳本 喜智[1]、金村 剛志[1]、末田 聖倫[1]、西村 潤一[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. 大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学)

[SY6-5] 若年性大腸癌の臨床病理学的特徴と腫瘍内細菌についての検討

*松井 隆典[1]、山田 岳史[1]、上原 圭[1]、進士 誠一[1]、横山 康行[1]、高橋 吾郎[1]、岩井 拓磨[1]、香中 伸太郎[1]、菊池 悠太[1]、林 光希[1]、松田 明久[1] (1. 日本医科大学付属病院消化器外科)

[SY6-6] 若年性直腸癌の臨床病理学的特徴と治療成績の検討

*神馬 真里奈[1]、坂本 貴志[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、松井 信平[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)

[SY6-7] 若年者切除不能大腸癌に対する化学療法

*宮本 裕士[1,2]、有馬 浩太[1,2]、秋山 貴彦[1]、澤山 浩[1]、中村 尋[1]、河田 彩音[1]、岩槻 政晃[1] (1. 熊本大学病院消化器外科、2. 熊本大学病院消化器癌先端治療開発学)

[SY6-8] 若年大腸癌患者の臨床病理学的特徴と予後の検討：多施設共同後方視的研究

*髙村 祐磨[1]、富永 哲郎[3]、石井 光寿[1]、片山 宏己[1]、足立 利幸[1]、山口 峻[1]、丸田 浩志[1]、小野 李香[1]、井上 悠介[1]、白石 斗士雄[3]、大石 海道[4]、森山 正章[5]、久永 真[6]、小山 正三朗[7]、内田 史武[8]、丸山 圭三郎[9]、福田 明子[5]、江口 晋[2]、松本 桂太郎[2]、野中 隆[1] (1. 長崎大学外科学講座大腸肛門外科　、2. 長崎大学外科学講座、3. 諫早総合病院、4. 長崎医療センター、5. 長崎原爆病院、6. 佐世保市総合医療センター、7. 長崎済生会病院、8. 嬉野医療センター、9. 佐世保中央病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

[SY6-9] 当院における若年発症大腸癌手術症例の臨床病理学的特徴の検討

*柳澤 公紀[1]、安井 昌義[1]、春名 健伍[1]、在田 麻美[1]、西沢 佑次郎[1]、武田 裕[1] (1. 関西労災病院外科)

[SY6-10] 40歳未満大腸癌の臨床病理学的特徴

*岩田 至紀[1]、田中 千弘[1]、片岡 基紘[1]、宮川 詩央[1]、宮崎 翔[1]、大野 慎也[1]、永田 幸聖[1]、末次 智成[1]、多和田 翔[1]、田尻下 敏弘[1]、小森 充嗣[1]、長尾 成敏[1]、河合 雅彦[1] (1. 岐阜県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

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム６　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について2
司会：五井 孝憲（福井大学医学部附属病院）、松橋 延壽（岐阜大学医学部附属病院）

[SY6-1] 50歳未満の若年性大腸癌における臨床病理学的・遺伝学的特徴：GALAXY試験附随研究

*横田 満[1]、沖 英次[2]、上野 真行[3]、上野 彩子[1]、三谷 孟司[3]、諏訪 雄亮[4]、赤澤 直也[5]、小谷 大輔[6]、三島 沙織[6]、橋本 直佳[6]、坂東 英明[6,7]、竹政 伊知朗[8]、加藤 健志[9]、吉野 孝之[6] (1. 倉敷中央病院外科、2. 九州大学病院先端医工学診療部 消化管外科、3. 倉敷中央病院消化器内科、4. 関西医科大学下部消化管外科、5. 仙台オープン病院消化器外科・一般外科、6. 国立がん研究センター東病院消化管内科、7. 国立がん研究センター東病院トランスレーショナルリサーチ支援室、8. 大阪けいさつ病院消化器外科、9. 国立病院機構大阪医療センター外科)

【背景】50歳未満で発症する若年性大腸癌は増加傾向にあり、その臨床病理学的・分子生物学的特徴の解明が求められている。本研究ではGALAXY試験の附随研究として、50歳未満の若年性大腸癌の特徴、術後ctDNAの予後予測能、遺伝学的背景を検討した。
【方法】2024年3月までにGALAXY試験へ登録された大腸癌6,061例のうち、同意撤回30例を除く6,031例を解析対象とした。診断時年齢に基づき、50歳未満を若年群、50歳以上を非若年群と定義した。両群間で臨床病理学的因子、臨床的バイオマーカー、周術期治療、術後4週時点のctDNAによる無病生存期間（DFS）の層別化、germline variant、somatic mutation、およびcolibactin関連変異シグネチャーであるSBS88を比較した。DFS解析ではVEGA/ALTAIR試験へ移行した症例を除外した。
【結果】若年群は582例（9.7%）、非若年群は5,449例であった。若年群ではPS 0が多く（97.3% vs 89.4%, p<0.001）、左側腫瘍が高頻度であった（73.2% vs 61.8%, p<0.001）。BRAF V600E変異は若年群で低頻度であり（3.3% vs 6.3%, p=0.012）、RAS変異およびMSI-Hに有意差はなかった。術後4週ctDNA陽性は若年群でもDFS不良と強く関連した（HR 14.18, 95% CI 9.30–21.63, p<0.001）。遺伝学的解析では、MLH1のpathogenic/likely pathogenic germline variantは若年群で0.9%、非若年群で0.1%と若年群で高頻度であった（p<0.001）。MSH2も若年群で高頻度であった（0.5% vs 0.0%, p=0.002）。WESで検出されたsomatic mutation数の中央値は若年群で少なく、111.5個 vs 136.0個であった（p<0.001）。一方、SBS88は若年群で有意に高頻度に検出された（8.2% vs 3.9%, p<0.001）。若年群内では、SBS88陽性例は女性に多く（61.7% vs 44.8%, p=0.038）、左側腫瘍に多かった（85.1% vs 72.6%, p=0.001）。右側腫瘍はSBS88陽性例は稀であった（2.1% vs 22.7%）。
【結論】50歳未満の若年性大腸癌は、左側発生、BRAF V600E変異低頻度、MMR関連germline variantおよびSBS88集積を特徴とした。術後ctDNAは若年群でも強力な予後予測因子であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム６　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について2
司会：五井 孝憲（福井大学医学部附属病院）、松橋 延壽（岐阜大学医学部附属病院）

[SY6-2] 50歳未満の若年性大腸癌における臨床病理学的特性と長期予後の検討：多施設共同データベースを用いた後方視的研究

*森内 俊行[1]、下村 学[1]、矢野 琢也[1]、佐田友 藍[1]、田口 和浩[1]、松原 啓壮[1,6]、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]、奥田 浩[9]、住谷 大輔[10]、向井 正一朗[11]、高倉 有二[12]、石川 聖[1]、安達 智洋[2]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学医系科学研究科　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、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)

【背景】若年性大腸癌（Early-Onset Colorectal Cancer: EO-CRC、50歳未満）は近年増加傾向にあり、高齢発症大腸癌（Late-Onset Colorectal Cancer: LO-CRC、50歳以上）とは異なる臨床病理学的特性を有することが報告されている。海外ではmeta-analysisが蓄積されているが、本邦における多施設データを用いた外科的検討は依然として少なく、知見の集積が求められている。
【対象・方法】
2017年4月～2023年3月に多施設共同データベースに登録された大腸癌根治切除症例8,147例（短期コホート、うちEO-CRC 435例）を用いて術前患者背景・術式・病理・術後合併症を比較した。さらに、2017年4月～2020年3月の根治切除症例3,300例（長期コホート、うちEO-CRC 178例）において全生存期間（Overall Survival: OS）・癌特異的生存期間（Cancer-Specific Survival: CSS）・無再発生存期間（Recurrence-Free Survival: RFS）をKaplan-Meier法で解析し、log-rank検定で比較した。
【結果】
両コホートにおいてEO-CRC群は、LO-CRC群と比較して併存疾患が少なく栄養状態が良好であった。腫瘍部位は左側結腸優位であり、StageⅢ・粘液癌の割合が高い一方、術後合併症は少ない傾向にあり、両コホートで同様の結果であった。長期コホートにおいて、EO-CRC群はLO-CRC群と比較しOSの有意な延長を認め（p=0.001）、Stage別解析でも同様であった。一方、RFS（p=0.141）およびCSS（p=0.166）に有意差は認めなかった。EO-CRC群では他病死がほぼ皆無であり、術後補助化学療法の施行率はEO-CRC群で有意に高かった（50.6% vs 29.4%、p<0.0001）。しかし補助化学療法施行率の差はRFSの改善には結びついていなかった。
【考察・結論】
EO-CRCにおけるOSの延長は腫瘍学的な再発抑制効果によるものではなく、若年層では他疾患による死亡がほとんど生じないため生存期間が延長しやすいことが主因と考えられた。補助化学療法の高施行率がRFS改善に結びつかない背景には、腫瘍生物学的特性（左側優位・高頻度マイクロサテライト不安定性・RAS変異等の分子背景）が関与している可能性があり、本邦における分子生物学的データを含む多施設データの集積と、さらなる検討が今後の課題である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

シンポジウム６　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について2

司会：五井 孝憲（福井大学医学部附属病院）、松橋 延壽（岐阜大学医学部附属病院）

[SY6-3] 若年性大腸癌の臨床病理学的特徴の検討

*前橋 学[1]、小澤 真由美[1]、山本 峻也[1]、船津屋 拓人[2]、石黒 哲史[1]、額田 卓[1]、工藤 孝迪[1]、大矢 浩貴[2]、武井 将伍[1]、太田 絵美[1]、田 鍾寛[2]、沼田 正勝[1]、諏訪 宏和[3]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター、2. 横浜市立大学医学部　消化管外科学、3. 横須賀共済病院　外科)

【背景】近年若年性大腸癌の増加が報告されており，進行例が多いことや高齢者大腸癌とは異なる分子生物学的背景を有する可能性が指摘されている．しかし，本邦における大規模な検討は依然として少なく，当院における若年性大腸癌の臨床病理学的特徴および長期成績について検討した．【方法】2008年から2026年までに当院で初回手術を施行した大腸癌症例を対象とした．40歳未満を若年者群，40歳以上を非若年者群として，6415例の臨床病理学的および長期成績について後方視的に比較検討した．【結果】若年者102例と非若年者6314例で比較した．年齢中央値 35 vs 70歳，性別(男 : 女) 58 : 44 vs 3677 : 2637 (56.9 : 43.1% vs 58.2 : 41.8%)(p = 0.86)，発見契機(有症状 : 検診異常) 86 : 16 vs 4452 : 1862 (84.3 : 15.7% vs 70.5 : 29.5%)(p < 0.01)，腫瘍局在 (右側結腸 : 左側結腸 : 直腸) 18 : 41 : 43 vs 1818 : 2643 : 1853 (17.6 : 40.2 : 42.2% vs 28.8 : 41.9 : 29.3%)(p < 0.01)，pStage(I : II : III : IV) 22 : 18 : 37 : 21 vs 1579 : 1509 : 1553 : 573 (22.4 : 18.4 : 37.8 : 21.4% vs 30.3 : 28.9 : 29.8 : 11.0%)(p < 0.01)であった．RAS遺伝子(wild type: mutant type) 30 : 32 vs 1432 : 1095 (48.4 : 51.6% vs 56.7 : 43.3%)(p = 0.24)，BRAF遺伝子(wild type : mutant type) 39 : 1 vs 1406 : 86 (97.5 : 2.5% vs 94.2 : 5.8%)(p = 0.50)，MSI(MSS : MSI-H) 29 : 8 vs 1130 : 91 (78.4 : 21.6% vs 92.5 : 7.5%)(p < 0.01)であった． 2020年までの症例の5年無再発生存率は81.2% vs 81.6% (p = 0.93)，5年生存率は73.7% vs 77.9% (p = 0.61)であった．【結語】若年性大腸癌はMSI-H頻度が高く，非若年性大腸癌とは異なる臨床病理学的特徴を有しており，5年生存率は非若年者と同等であった．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム６　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について2
司会：五井 孝憲（福井大学医学部附属病院）、松橋 延壽（岐阜大学医学部附属病院）

[SY6-4] AYA世代大腸癌100例における臨床病理学的特徴、分子学的背景と包括的支援の現状

*長谷川 健太[1]、北風 雅敏[1]、賀川 義規[1]、河口 恵[1]、東倉 賢治郎[1]、森 良太[2]、小林 雄太[1]、福田 泰也[1]、牛丸 裕貴[1]、小松 久晃[1]、波多 豪[1]、柳本 喜智[1]、金村 剛志[1]、末田 聖倫[1]、西村 潤一[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. 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】若年発症大腸癌は増加傾向にあり、非若年者大腸癌とは異なる臨床病理学的特徴、分子生物学的背景、遺伝性腫瘍との関連が注目されている。とくにAYA世代では、腫瘍学的治療に加え、妊孕性、就学・就労、家族形成、心理社会的問題を含めた包括的支援が重要である。
【目的】当院におけるAYA世代大腸癌手術症例の臨床病理学的特徴、分子学的背景、治療成績およびAYA支援介入の実態を明らかにする。
【対象と方法】2010年4月から2026年3月までに当院で大腸癌原発巣切除を行った15歳以上40歳未満の100例を対象とし、臨床病理学的因子、MSI/Lynch関連、家族歴、RAS/BRAF status、妊孕性温存相談・AYA支援介入の有無、再発および全生存を後方視的に検討した。
【結果】年齢中央値は36歳（16–39歳）、男性46例、女性54例であった。腫瘍局在は結腸52例、直腸48例であった。病期はpStage I/II/IIIが25/22/41例、診断時Stage IVが12例で、Stage III/IVが53例を占めた。MSI-H/dMMRは8例（37例中、21.6%）、Lynch症候群疑いまたは確定例は6例、家族歴ありは31例であった。RAS変異は16例（33例中、48.5%）、BRAF V600E変異は2例（31例中、6.5%）に認めた。AYA支援介入は2021年より開始され、21例に実施され、そのうち妊孕性温存に関する介入は9例であった。観察期間中央値は53.6か月で、再発は17例に認めた。Stage I/II/IIIの再発率は0%、4.5%、29.3%であった。死亡は10例で、5年OSはStage I/II/III/IVで100%、100%、96.2%、50.0%であった。
【結語】AYA世代大腸癌ではStage III/IVが過半数を占め、MSI-H/dMMRやLynch症候群関連例も一定数認められた。一方、Stage IIIの5年OSは良好であり、若年者における集学的治療の意義が示唆された。AYA世代大腸癌では、遺伝性腫瘍評価、分子学的情報、妊孕性温存相談、心理社会的支援を統合した診療体制の構築が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム６　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について2
司会：五井 孝憲（福井大学医学部附属病院）、松橋 延壽（岐阜大学医学部附属病院）

[SY6-5] 若年性大腸癌の臨床病理学的特徴と腫瘍内細菌についての検討

*松井 隆典[1]、山田 岳史[1]、上原 圭[1]、進士 誠一[1]、横山 康行[1]、高橋 吾郎[1]、岩井 拓磨[1]、香中 伸太郎[1]、菊池 悠太[1]、林 光希[1]、松田 明久[1] (1. 日本医科大学付属病院消化器外科)

【背景】
若年性大腸癌(early-onset CRC: EOCRC)は近年増加傾向にあるが、その生物学的および臨床的特性は未だ十分に解明されていない.高齢発症大腸癌(late-onset CRC: LOCRC)では口腔内細菌や腸内細菌が発癌や腫瘍進展に関与することが報告されている一方,EOCRCにおける細菌叢の関与は明確ではない.本研究では,腫瘍組織由来DNAを対象にdroplet digital PCR(ddPCR)を用いて,Fusobacterium nucleatum (F.nucleatum),Parvimonas micra(P.micra),Flavonifractor plautii(F.plautii),Enterococcus faecalis(E.faecalis),E.coli,Enterotoxigenic Bacteroides fragilis(ETBF)を検出し,EOCRCとの関連を検討した.
【方法】
対象は2019年から2024年に当院で根治手術を施行したEOCRC 126例.腫瘍組織由来のDNAを用い,ddPCRにより各細菌DNAの有無を判定し,臨床病理学的因子および生存との関連を解析した.
【結果】
腫瘍部位は右側結腸/左側結腸/直腸が26/36/64例,病期はStage I/II/III/IVが28/30/49/19例であった.粘液成分陽性は22例(17.5%)に認め,OSが不良であった(HR：4.91, 95%CI：1.72–14.01, p=0.0029).細菌検出率はF.nucleatum 58例(46.0%),P.micra 24例(19.0%),F.plautii 26例(20.6%),E.faecalis 34例(27.0%),E.coli 6例(4.8%),ETBF 5例(4.0%)であり,F.nucleatum陽性は病期進行と有意に関連した(P=0.038).P.micra陽性は腫瘍深達度と関連し(P=0.047),病期進行との関連傾向を示した(P=0.062).
【考察】
自験例における大腸癌(EOCRC＋LOCRC)でのF.nucleatum陽性率は59.4%,P.micraは51.6%であり,本研究のEOCRCでは両細菌ともに低率であった. F.nucleatumおよびP.micraは口腔内細菌として知られ,口腔衛生の低下に伴い増加するため,EOCRCで検出率が低い可能性が考えられる.またEOCRCは左側大腸癌が多く,右側結腸癌に多く認められるF.nucleatumの検出率が低下した可能性も示唆される.さらに、F.nucleatumおよびP.micraはWnt/β-cateninシグナル活性化を介して腫瘍増殖に関与することが報告されており,本研究でも病期進行との関連が確認された.加えてP.micraは腫瘍促進性のTh17免疫応答を増強することが知られており,病期進行のみならず局所浸潤にも影響を及ぼす可能性が示唆された.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム６　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について2
司会：五井 孝憲（福井大学医学部附属病院）、松橋 延壽（岐阜大学医学部附属病院）

[SY6-6] 若年性直腸癌の臨床病理学的特徴と治療成績の検討

*神馬 真里奈[1]、坂本 貴志[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、松井 信平[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)

【緒言】近年、欧米を中心に若年性大腸癌が増加しており、日本でも同様の傾向が報告されている。しかし、若年性直腸癌（EORC: early-onset rectal cancer）に関する報告は少なく、その臨床病態や予後は明らかにされていない。本研究ではEORCの臨床的特徴を明らかにすることを目的とした。
【対象と方法】2018年から2022年までに当院で手術を施行した初発直腸癌1302例のうち、cStage IおよびIVを除く575例を対象とした。45歳未満をEORC群（n =61） と45歳以上をLORC群（ 非若年性直腸癌:later-onset rectal cancer） （n =514）に分類し、患者背景、病理学的特徴、治療内容、予後を比較した。
【結果】年齢中央値はEORC群40歳、LORC群63歳であった。男性割合（64% vs. 65%）、大腸癌家族歴（16% vs. 13%）に有意差はなかった。MSIを測定した症例のうちMSI-H/MMR-Dはそれぞれ5/51例 (9.8%) vs. 6/127 (4.7%) (p = 0.18)であった。術前治療（化学療法単独、CRT、Short RT、TNT）を行った割合は48% vs.44% (p = 0.68)であり、術前治療の内容に有意差はなかった。pStage、組織学的分化度、pCR率にも差はなかった。一方、術後補助化学療法の施行率はEORC群で有意に高かった（70% vs. 44%, p<0.01）。5年全生存率はEORC群で 91.1%、LORC群で90.2% (p =0.57)、5年無再発生存率はEORC群で 81.0%、LORC群で 85.5%(p =0.187) で、両群に有意差はなかった。
【考察】欧米の報告ではEORCは同一ステージでもDFS・OS不良と報告され、若年発症でより生物学的悪性度が高い可能性が示唆されている。本研究ではOS・DFSに差を認めなかったが、EORC群での術後補助化学療法施行率の高さがその一因と考えられた。また、EORC群では妊孕性温存を考慮し術前治療を省略または術前化学療法のみを選択した症例が存在した一方、LORC群では高齢や併存症を理由に術前治療を行わなかった症例が含まれており、これらが両群間で術前治療施行率に差を認めなかった理由と推測される。
【結語】EORCとLORCでOS・DFSに有意差を認めなかった。EORC群では術後補助化学療法施行率が高く、若年患者に対する集学的治療介入が予後に寄与している可能性が示唆された。当院における妊孕性温存を考慮した治療戦略を含め報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム６　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について2
司会：五井 孝憲（福井大学医学部附属病院）、松橋 延壽（岐阜大学医学部附属病院）

[SY6-7] 若年者切除不能大腸癌に対する化学療法

*宮本 裕士[1,2]、有馬 浩太[1,2]、秋山 貴彦[1]、澤山 浩[1]、中村 尋[1]、河田 彩音[1]、岩槻 政晃[1] (1. 熊本大学病院消化器外科、2. 熊本大学病院消化器癌先端治療開発学)

【背景】
若年発症大腸癌は世界的に増加傾向にあり、進行例での診断が多く予後不良との報告がある一方、分子生物学的背景や化学療法への反応性については一定の見解が得られていない。本研究では当院における切除不能大腸癌症例を対象に、若年群の臨床病理学的特徴、治療成績、および遺伝子異常プロファイルを非若年群と比較検討した。

【方法】
当院で1次全身化学療法を施行した進行再発大腸癌578例を対象とし、50歳未満を若年群と定義して非若年群と比較した。臨床病理学的所見、治療前栄養炎症マーカー（PNI, NLR, LMR, CAR）、全生存期間（OS）、無増悪生存期間（PFS）に加え、KRAS／BRAF変異、MSI statusを比較した。さらに包括的がんゲノムプロファイリング検査（CGP）を施行した39例については、その他の遺伝子異常についても検討した。

【結果】
若年群は同時性転移症例が有意に多く（79% vs. 66%, p=0.04）、直腸原発の比率が高い傾向を認めた（50% vs. 36%, p=0.05）。栄養炎症マーカーはいずれも2群間で有意差を認めなかった。OS中央値は両群間で有意差を認めなかったが（26.4ヶ月 vs. 30.8ヶ月）、PFS中央値は若年群で有意に短縮していた（7.1ヶ月 vs. 9.1ヶ月, p=0.01）。KRAS／BRAF変異およびMSI status陽性率に有意差は認めなかった。一方、CGP解析では若年群でFBXW7変異が有意に高頻度であり（20% vs. 0%, p=0.02）、FGF経路関連遺伝子異常も若年群で多い傾向が認められた（30% vs. 17%, p=N.S.）。

【結語】
若年発症切除不能大腸癌は同時性転移や直腸原発が多く、PFSの短縮を認める一方でOSに差を認めなかったことから、初回治療における治療抵抗性と後方治療への忍容性の高さが示唆された。若年群でFBXW7変異が高頻度であったことは、若年発症大腸癌に特異的な分子背景の存在が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム６　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について2
司会：五井 孝憲（福井大学医学部附属病院）、松橋 延壽（岐阜大学医学部附属病院）

[SY6-8] 若年大腸癌患者の臨床病理学的特徴と予後の検討：多施設共同後方視的研究

*髙村 祐磨[1]、富永 哲郎[3]、石井 光寿[1]、片山 宏己[1]、足立 利幸[1]、山口 峻[1]、丸田 浩志[1]、小野 李香[1]、井上 悠介[1]、白石 斗士雄[3]、大石 海道[4]、森山 正章[5]、久永 真[6]、小山 正三朗[7]、内田 史武[8]、丸山 圭三郎[9]、福田 明子[5]、江口 晋[2]、松本 桂太郎[2]、野中 隆[1] (1. 長崎大学外科学講座大腸肛門外科　、2. 長崎大学外科学講座、3. 諫早総合病院、4. 長崎医療センター、5. 長崎原爆病院、6. 佐世保市総合医療センター、7. 長崎済生会病院、8. 嬉野医療センター、9. 佐世保中央病院)

【背景】
40歳未満の若年性大腸癌は比較的稀であるが、近年その罹患率は世界的に増加傾向にある。若年者では進行した状態で発見されることが多く、予後不良であるとの報告もあるが、低侵襲手術や集学的治療が普及した現在における予後の詳細は十分に解明されていない。
対象と方法
2016年から2021年の間に、長崎大学病院を含む4施設で大腸癌手術を施行した3,015例を対象とした。患者を40歳未満（若年群：52例）、40-54歳（中年群：254例）、55歳以上（高齢群：2,709例）の3群に分類し、臨床病理学的特徴、周術期成績、および予後を後方視的に比較検討した。
【結果】
全症例に占める若年群の割合は、2016年の0.63%から2021年には2.10%へと年々増加していた。若年群は高齢群と比較して、女性の割合が高く、PS（Performance Status）が良好で、併存症が少なかった。病理学的特徴として、若年群では腫瘍径が大きく、臨床的リンパ節転移陽性および低分化腺癌の頻度が有意に高かった。 周術期成績では、若年群は術後合併症が有意に少なく（3.8% vs 19.6%, p<0.001）、入院期間も短縮していた。多変量解析において、若年（40歳未満）であることは術後合併症リスクを低減させる独立した予測因子であった（オッズ比 0.204, p=0.028）。 病理学的リンパ節転移陽性例における術後補助化学療法の実施率は、若年群で100%に達し、高齢群（51.8%）より有意に高かった（p<0.001）。3年無再発生存率（RFS）は若年群で87.5%であり、高齢群の72.0%と比較して有意に良好であった（p=0.04）。一方、3年全生存率（OS）に有意差は認められなかった。
【結語】
若年性大腸癌患者は、診断時に進行している割合が高いものの、良好な全身状態や低い術後合併症率を背景とした適切な術後補助化学療法の完遂が、無再発生存率の向上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

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム６　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について2
司会：五井 孝憲（福井大学医学部附属病院）、松橋 延壽（岐阜大学医学部附属病院）

[SY6-9] 当院における若年発症大腸癌手術症例の臨床病理学的特徴の検討

*柳澤 公紀[1]、安井 昌義[1]、春名 健伍[1]、在田 麻美[1]、西沢 佑次郎[1]、武田 裕[1] (1. 関西労災病院外科)

【目的】
近年、欧米において大腸癌罹患数は減少傾向を示し始めている一方で、若年発症大腸癌（early-onset colorectal cancer；EOCRC）の増加傾向が問題視されている。EOCRCは希少集団であり、その臨床病理学的特徴については未だ十分に確立した知見がない。そこで当院における大腸癌手術症例を基に、EOCRCの特徴について検討した。
【方法】
2011年4月から2025年12月までの期間に当院で施行した大腸癌手術3530例のうち、39歳以下で診断された症例を対象とし、臨床病理学的特徴について後方視的に検討した。
【結果】
EOCRCは31例（0.9%）であった。性別は男性15例（48.4%）、女性16例（52.6%）で、年齢中央値は35（26–39）歳であった。初診時に有症状であった症例は25例（80.6%）で、症状としては下血が17例と最多であった。大腸癌の家族歴は6例（19.4%）に認め、そのうち1例はリンチ症候群であった。病変局在は右側結腸11例（35.5%）、左側結腸6例（19.4%）、直腸14例（45.1%）であった。深達度はTis 2例（6.5%）、T1 4例（12.9%）、T2 5例（16.1%）、T3 10例（32.3%）、T4 10例（32.3%）であった。組織型はtub 29例（93.5%）、por 1例（3.2%）、sig 1例（3.2%）であった。進行度分類はStage 0 2例（6.5%）、I 7例（22.6%）、II 12例（38.7%）、III 3例（9.7%）、IV 7例（22.6%）であった。
術後補助化学療法は13例に施行され、そのうち12例で予定コースを完遂した。原発巣切除例は29例であり、このうち8例で再発を認めた。原病死は6例で、いずれも原発巣切除時にR2切除であった。
【考察】
本検討では、診断時に既に症状を有し、T2以上の進行癌で発見される症例が大半を占めていた。EOCRC症例では併存疾患が少なく全身状態が良好であるケースが多い一方、予後不良とする報告も存在するため、適切な術後補助化学療法を積極的に検討することが重要と考えられた。Stage IV症例の予後は不良であり、医療機関との接点が少ない若年者に対して、大腸癌の早期発見・早期治療の重要性を啓発していく必要性がある。加えて家族歴やリンチ症候群を有する患者も認めることから、若年発症例では遺伝学的評価を含めた包括的診療の重要性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム６　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について2
司会：五井 孝憲（福井大学医学部附属病院）、松橋 延壽（岐阜大学医学部附属病院）

[SY6-10] 40歳未満大腸癌の臨床病理学的特徴

*岩田 至紀[1]、田中 千弘[1]、片岡 基紘[1]、宮川 詩央[1]、宮崎 翔[1]、大野 慎也[1]、永田 幸聖[1]、末次 智成[1]、多和田 翔[1]、田尻下 敏弘[1]、小森 充嗣[1]、長尾 成敏[1]、河合 雅彦[1] (1. 岐阜県総合医療センター外科)

【目的】当院おける若年者大腸癌の特徴と治療成績を明らかにすること。【対象】2010年1月から2025年12月に当院で外科治療を行った大腸癌症例2635例。【結果】40歳未満の若年者大腸癌は29例(1.1%)であった。年齢は14歳から39歳で、男性が15例、女性が14例であった。3例は検診により無症状で発見されたが、他は有症状で発見された。腫瘍治療歴を2例に認め、妊娠中に2例、産後早期に２例が発見されている。右側が9例、左側が20例(うち直腸9例)であった。3例は粘液癌で7例は粘液癌の成分を含んでいた。26例中dMMRは3例(11.5%)で、うち2例はBRAF野生型でLynch症候群が疑われた。1例はpMMRでBRAF変異型であった。Stageは0-Iが6例、IIが5例、IIIが9例、IVが9例であった。StageII-IIIでは全例で術後補助化学療法を施行していた。Stage0-Iでは全例無再発生存しているが、StageIIの5例中1例、StageIIIの9例中3例が再発しており、再発症例では4例中3例で根治手術を行った。StageIVでは5例で遠隔転移巣(肝4例、腹膜播種1例)の切除を施行しており肝切除を行った2例で無再発生存している。【結語】40歳未満の若年者大腸癌は大腸癌全体の1%程度であった。より進行癌で発見される傾向があり、最大治療を行ったとしても治療成績は決して良いとは言えない。検診含めてより早期に発見できる体制を整え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

シンポジウム | 全診療科

2026年11月21日(土) 10:25 ~ 11:40 | 第5会場（1F 会議室102）

シンポジウム７　Gut Microbiota and Colorectal Diseases: A Future Unlocked by the Microbiome

Moderator: Hiroto Miwa (Kawanishi City Medical Center, Japan), Tomohisa Takagi (Molecular Gastroenterology and Hepatology, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine, Japan)

[SY7-1] Right-sided Predominance of Primary Sclerosing Cholangitis–Associated Colitis: Insights from Gut Microbiota

*Haruka Okada[1], Shinya Sugimoto[1], Nobuhiro Nakamoto[1], Ryosuke Kasuga[1], Hiroki Kiyohara[1], Hiroki Kiyohara[1], Yohei Mikami[1], Takanori Kanai[1] (1. Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, Keio University School of Medicine, Japan)

[SY7-2] Gut Microbiota Profiles in Reactive and Metastatic Lymphadenopathy in Colorectal Cancer

*Toru Miyake[1,2], Masatsugu Kojima[1], Soichiro Tani[1], Keiji Muramoto[1], Nobuhito Nitta[1], Reiko Otake[1], Haruki Mori[1], Hiromitsu Maehira[1], Sachiko Kaida[1], Tomoharu Shimizu[2] (1. Department of Gastrointestinal and General Surgery, Shiga University of Medical Science, Japan, 2. Medical Safety Section, Shiga University of Medical Science Hospital, Japan)

[SY7-3] Microbiome Determinants of Sustained Remission after Antibiotic-Preconditioned FMT in Ulcerative Colitis: A Prospective Multicenter Study with One-Year Follow-up

*Sayaka Mizutani[1], Kei Nomura[1,2], Masayuki Orikasa[2], Masashi Omori[2], Rina Odakura[2], Masao Koma[2], Takafumi Maruyama[2], Kentaro Ito[2], Tomoyoshi Shibuya[2], Gaku Nakato[1], Hikaru Watanabe[3], Douaa Zakaria[3], Akihito Nagahara[1,2], Dai Ishikawa[1,2,3] (1. Innovative Microbiome Therapy Research Center, Juntendo University Graduate School of Medicine, Japan, 2. Department of Gastroenterology, Juntendo University Faculty of Medicine, 3. Metagen Therapeutics, Inc.)

[SY7-4] Gut Microbiota Analysis for Predicting Clinical Relapse in Patients with Quiescent Ulcerative Colitis: Multivariate Analysis Using MaAsLin2 and Development of a Predictive Score

*Hiroaki Kitae[1], Tomohisa Takagi[1], Mariko Kajiwara[1], Kazuhiko Uchiyama[1], Yuji Naito[1,2] (1. Molecular Gastroenterology and Hepatology, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine, Japan, 2. Department of Human Immunology and Nutrition Science, Kyoto Prefectural University of Medicine)

[SY7-5] Correlation between changes in intestinal microbiota and defecatory function before and after radical resection of right-sided colon cancer.

*Sohei Akuta[1,2], Masataka Hirasaki[3], Yume Minagawa[1], Akihito Nakanishi[1], Yusuke Nishi[1], Hisashi Hayashi[1], Takatsugu Fujii[1], Yasuhiro Ishiyama[1], Hirofumi Sugita[1], Chikashi Hiranuma[1], Yasumitsu Hirano[1] (1. Department of Gastrointestinal Surgery, Saitama Medical University International Medical Center, Japan, 2. Department of Gastrointestinal Surgery, Tsuchiura Kyodo General Hospital, Japan, 3. Department of Cancer Genomics Center, Saitama Medical University International Medical Center)

[SY7-6] Analysis of Inflammasome-Related Gene Variants in Colchicine-Responsive, MEFV Mutation-Negative Patients with Inflammatory Bowel Disease Unclassified

*Kohei Wagatsuma[1], Masashi Idogawa[1,2], Motohiro Esaki[3], Taku Kobayashi[4], Fumihito Hirai[5], Katsuhiro Arai[6], Reiko Kunisaki[7], Shinichiro Shinzaki[8], Tadakazu Hisamatsu[9], Hiroshi Nakase[1] (1. Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, Sapporo Medical University School of Medicine, Japan, 2. Division of Medical Genome Sciences, Department of Genomic and Preventive Medicine, Sapporo Medical University School of Medicine, 3. Division of Gastroenterology, Department of

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Internal Medicine, Faculty of Medicine, Saga University, 4. Center for Advanced IBD Research and Treatment, Kitasato University Kitasato Institute Hospital, 5. Department of Gastroenterology, Faculty of Medicine, Fukuoka University, 6. Center for Pediatric Inflammatory Bowel Disease, Division of Gastroenterology, National Center for Child Health and Development, 7. Inflammatory Bowel Disease Center, Yokohama City University Medical Center, 8. Department of Gastroenterology, Hyogo Medical University School of Medicine, 9. Department of Gastroenterology and Hepatology, Kyorin University School of Medicine)

[SY7-7] Efficacy of Colchicine in Mild-to-Moderate Ulcerative Colitis and Identification of Treatment Response–Associated Molecular Profiles

*Hiroki Kurumi[1,2], Kohei Wagatsuma[1], Yuta Shimomori[1], Kotaro Akita[1], Yoshihiro Yokoyama[1], Tomoe Kazama[1], Hiroshi Nasuno[3], Atsushi Yawata[4], Hajime Isomoto[2], Hiroshi Nakase[1] (1. Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, Sapporo Medical University School of Medicine, Japan, 2. Division of Gastroenterology and Nephrology, Faculty of Medicine, Tottori University, Japan, 3. Department of Gastroenterology, Kushiro City General Hospital, 4. Department of Gastroenterology and Hepatology, Hakodate Goryoukaku Hospital)

[SY7　Special Remarks] Special Remarks

*Akira Andoh (1. Kawanishi City Medical Center, Japan)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科

2026年11月21日(土) 10:25 ~ 11:40 | 第5会場（1F 会議室102）

シンポジウム７　Gut Microbiota and Colorectal Diseases: A Future Unlocked by the Microbiome

Moderator: Hiroto Miwa (Kawanishi City Medical Center, Japan), Tomohisa Takagi (Molecular Gastroenterology and Hepatology, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine, Japan)

[SY7-1] Right-sided Predominance of Primary Sclerosing Cholangitis–Associated Colitis: Insights from Gut Microbiota

*Haruka Okada[1], Shinya Sugimoto[1], Nobuhiro Nakamoto[1], Ryosuke Kasuga[1], Hiroki Kiyohara[1], Hiroki Kiyohara[1], Yohei Mikami[1], Takanori Kanai[1] (1. Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, Keio University School of Medicine, Japan)

[Objective] Primary sclerosing cholangitis (PSC) is frequently associated with inflammatory bowel disease, and gut microbiota involvement has been suggested. We previously reported that *Klebsiella pneumoniae* (Kp) is frequently detected in PSC feces and is associated with disease activity and prognosis. PSC-associated colitis (PSC-colitis) is characterized by right-sided predominance, rectal sparing (RS), and backwash ileitis (BI); however, their frequencies vary among studies. This study aimed to investigate the significance of right-sided colitis by systematic evaluation of endoscopic images and by using a mouse model.
[Methods] We retrospectively analyzed PSC patients at our institution between January 2012 and July 2025. All colonoscopic images were reviewed, and PSC-colitis cases with evaluable active phase were included. For comparison, Ulcerative colitis (UC) without PSC (n = 3,419) were used to generate a 1:1 matched control group. In mice, PSC-derived Kp strains were orally administered, and their gut localization and bacterial translocation were quantitatively assessed.
[Results] Among 212 PSC patients, 170 (80.2%) had concomitant colitis. The majority (98.2%) exhibited a UC-like phenotype. In PSC with UC-like colitis and evaluable active phase endoscopy (n = 126), disease distribution was predominantly extensive (97.6%), with minimal left-sided (2.4%) and no proctitis, whereas UC-only patients showed extensive (66.7%), left-sided (20.6%), and proctitis (12.7%) ($P < 0.001$). RS and BI were significantly more frequent in PSC-colitis (92.1% vs. 11.1% and 24.1% vs. 3.2%, respectively; both $P < 0.001$). In mice, PSC-derived Kp preferentially accumulated in the ileocecal region and translocated to mesenteric lymph nodes draining this region.
[Conclusion] PSC-colitis is characterized by right-sided predominance, frequent RS and BI, and a phenotype distinct from UC. Preferential localization of PSC-derived Kp to the ileocecal region suggests a role for regional microbiota in the right-sided colon, consistent with gut–liver axis involvement.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科

2026年11月21日(土) 10:25 ~ 11:40 | 第5会場（1F 会議室102）

シンポジウム７　Gut Microbiota and Colorectal Diseases: A Future Unlocked by the Microbiome

Moderator: Hiroto Miwa (Kawanishi City Medical Center, Japan), Tomohisa Takagi (Molecular Gastroenterology and Hepatology, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine, Japan)

[SY7-2] Gut Microbiota Profiles in Reactive and Metastatic Lymphadenopathy in Colorectal Cancer

*Toru Miyake[1,2], Masatsugu Kojima[1], Soichiro Tani[1], Keiji Muramoto[1], Nobuhito Nitta[1], Reiko Otake[1], Haruki Mori[1], Hiromitsu Maehira[1], Sachiko Kaida[1], Tomoharu Shimizu[2] (1. Department of Gastrointestinal and General Surgery, Shiga University of Medical Science, Japan, 2. Medical Safety Section, Shiga University of Medical Science Hospital, Japan)

Purpose: In advanced colorectal cancer, pre-operative lymphadenopathy may represent either metastasis or reactive changes. This study aimed to compare the gut microbiota between patients with reactive and metastatic lymphadenopathy and explore its association with non-metastatic lymph node swelling.
Methods: This study was a retrospective observational analysis of fecal and tumour tissue samples from colorectal cancer patients, utilizing 16S rRNA gene sequencing, conducted at Shiga University of Medical Science Hospital between 2018 and 2021. A comparison was made of the bacterial profiles in patients with reactive and metastatic lymphadenopathy. Sixty-three patients with a pre-operative diagnosis of lymphadenopathy who underwent resection were included. DNA was extracted from both fecal samples collected pre-operatively and surgically resected tumour tissues.
Results: Median age was 70 years, with 49% male. Among 63 patients with preoperative lymphadenopathy, 34 (54%) had pathological metastasis and 29 (46%) were diagnosed with reactive lymphadenopathy. Fecal samples had higher alpha diversity than tumour samples. Proteobacteria were enriched in metastatic tumours, while Firmicutes predominated in non-metastatic cases. Metabolic pathways related to oxygen-dependent metabolism were active in metastatic cases, whereas anaerobic glycolysis and lipopolysaccharide synthesis pathways were more active in non-metastatic cases.
Conclusion: Distinct microbiota compositions were identified between reactive and metastatic lymphadenopathy in colorectal cancer patients, suggesting that bacterial-induced inflammation may be involved in reactive lymphadenopathy.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科

2026年11月21日(土) 10:25 ~ 11:40 | 第5会場（1F 会議室102）

シンポジウム７　Gut Microbiota and Colorectal Diseases: A Future Unlocked by the Microbiome

Moderator: Hiroto Miwa (Kawanishi City Medical Center, Japan), Tomohisa Takagi (Molecular Gastroenterology and Hepatology, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine, Japan)

[SY7-3] Microbiome Determinants of Sustained Remission after Antibiotic-Preconditioned FMT in Ulcerative Colitis: A Prospective Multicenter Study with One-Year Follow-up

*Sayaka Mizutani[1], Kei Nomura[1,2], Masayuki Orikasa[2], Masashi Omori[2], Rina Odakura[2], Masao Koma[2], Takafumi Maruyama[2], Kentaro Ito[2], Tomoyoshi Shibuya[2], Gaku Nakato[1], Hikaru Watanabe[3], Douaa Zakaria[3], Akihito Nagahara[1,2], Dai Ishikawa[1,2,3] (1. Innovative Microbiome Therapy Research Center, Juntendo University Graduate School of Medicine, Japan, 2. Department of Gastroenterology, Juntendo University Faculty of Medicine, 3. Metagen Therapeutics, Inc.)

Ulcerative colitis (UC) is a chronic inflammatory bowel disease characterized by relapsing and remitting inflammation of the colonic mucosa. Although its pathogenesis remains incompletely understood, UC is thought to arise from complex interactions among genetic susceptibility, immune dysregulation, and environmental factors. Accumulating evidence indicates that intestinal dysbiosis is a hallmark of UC, with patients showing reduced microbial diversity and disruption of the normal microbial community structure compared with healthy individuals.

To address this, we developed antibiotic-preconditioned fecal microbiota transplantation (A-FMT), combining a 2-week course of amoxicillin, fosfomycin, and metronidazole (AFM) with anaerobically prepared FMT. A-FMT was administered as repeated FMT consisting of one colonoscopic infusion followed by two enemas. This strategy was designed to reduce colonization resistance, preserve oxygen-sensitive donor microbes, and enhance donor microbial engraftment.
To evaluate efficacy and safety, we performed a prospective multicenter study of A-FMT. Clinical remission at week 8, short-term safety, donor microbial convergence, and exploratory microbiome signatures associated with remission were assessed. Seventeen of 37 treated patients (45.9%) achieved clinical remission at week 8, exceeding the rate reported in a historical placebo cohort from a Japanese budesonide foam trial (20.5%).

Despite remission at week 8, maintenance of long-term remission remains an unmet medical need, as some patients experience subsequent clinical deterioration. Therefore, as a follow-up to the above study, we conducted an additional longitudinal investigation focusing on microbiome determinants of sustained versus non-sustained remission.

Here we present longitudinal findings from this extension study, in which stool samples were collected and shotgun metagenomic analyses were performed for up to one year after FMT to characterize microbiome differences between patients with sustained and non-sustained long-term remission.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 10:25 ~ 11:40 | 第5会場（1F 会議室102）
シンポジウム７　Gut Microbiota and Colorectal Diseases: A Future Unlocked by the Microbiome
Moderator: Hiroto Miwa (Kawanishi City Medical Center, Japan), Tomohisa Takagi (Molecular Gastroenterology and Hepatology, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine, Japan)

[SY7-4] Gut Microbiota Analysis for Predicting Clinical Relapse in Patients with Quiescent Ulcerative Colitis: Multivariate Analysis Using MaAsLin2 and Development of a Predictive Score

*Hiroaki Kitae[1], Tomohisa Takagi[1], Mariko Kajiwara[1], Kazuhiko Uchiyama[1], Yuji Naito[1,2] (1. Molecular Gastroenterology and Hepatology, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine, Japan, 2. Department of Human Immunology and Nutrition Science, Kyoto Prefectural University of Medicine)

Background: Predicting relapse in quiescent ulcerative colitis (qUC) remains challenging. The utility of gut microbiota as a relapse predictor has not been fully evaluated.
Methods: A total of 59 qUC patients attending Kyoto Prefectural University of Medicine between November 2016 and September 2017 were prospectively enrolled and followed for up to 3.5 years. Clinical remission was defined as a Lichtiger index score of 4 or less. Fecal microbiota was analyzed by 16S rRNA sequencing. After centered log-ratio (CLR) transformation, MaAsLin2 identified relapse-associated genera. A Ridge regression-based predictive score was validated by leave-one-out cross-validation (LOO-CV). Cox regression and Youden index-based cutoff analysis were performed.
Results: Of 59 patients, 19 (32.2%) relapsed. MaAsLin2 identified five genera associated with relapse (all $p<0.05$): *Prevotella* ($p=0.008$), *Faecalibacterium* ($p=0.023$), *Odoribacter* ($p=0.033$), *Christensenellaceae* ($p=0.035$), and *Mogibacteriaceae* ($p=0.042$). Of these, four remained significant in multivariate analysis: *Prevotella*, *Faecalibacterium*, *Odoribacter*, and *Christensenellaceae*. A 4-genera Ridge regression score achieved LOO-CV AUC=0.804, demonstrating good discriminative ability for predicting relapse. At the optimal cutoff, sensitivity=84.2%, specificity=72.5%, and negative predictive value (NPV)=90.6%. Cox regression showed HR=51.0 (95%CI 7.1–368.0, $p<0.0001$). Kaplan-Meier analysis showed significantly different relapse-free rates between risk groups (log-rank $p<0.0001$).
Conclusions: A 4-genera fecal microbiota score using Ridge regression achieved LOO-CV AUC=0.804, enabling risk stratification and potentially guiding personalized treatment in qUC remission.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科

2026年11月21日(土) 10:25 ~ 11:40 | 第5会場（1F 会議室102）

シンポジウム７　Gut Microbiota and Colorectal Diseases: A Future Unlocked by the Microbiome

Moderator: Hiroto Miwa (Kawanishi City Medical Center, Japan), Tomohisa Takagi (Molecular Gastroenterology and Hepatology, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine, Japan)

[SY7-5] Correlation between changes in intestinal microbiota and defecatory function before and after radical resection of right-sided colon cancer.

*Sohei Akuta[1,2], Masataka Hirasaki[3], Yume Minagawa[1], Akihito Nakanishi[1], Yusuke Nishi[1], Hisashi Hayashi[1], Takatsugu Fujii[1], Yasuhiro Ishiyama[1], Hirofumi Sugita[1], Chikashi Hiranuma[1], Yasumitsu Hirano[1] (1. Department of Gastrointestinal Surgery, Saitama Medical University International Medical Center, Japan, 2. Department of Gastrointestinal Surgery, Tsuchiura Kyodo General Hospital, Japan, 3. Department of Cancer Genomics Center, Saitama Medical University International Medical Center)

Postoperative bowel dysfunction after colorectal cancer surgery impairs quality of life; however, its longitudinal course and association with gut microbiota dynamics after right-sided colon cancer surgery remain unclear. This single-center retrospective observational study included 60 patients with pathological stage I–III right-sided colon cancer who underwent curative ileocecal resection or right hemicolectomy between November 2023 and November 2024. Bowel function was assessed preoperatively and at 1, 6, and 12 months postoperatively using the Bristol Stool Form Scale, Constipation Scoring System, and Wexner score. Gut microbiota composition was evaluated using full-length 16S rRNA sequencing of fecal samples collected preoperatively and at 1 and 6 months postoperatively. Bowel function parameters showing significant postoperative changes were identified, and patients were stratified according to the presence or absence of symptom worsening to assess the effects of sampling time, symptom-based phenotype group, and their interaction on microbial diversity.

At 1 month postoperatively, stool softening, incomplete evacuation, and liquid stool incontinence were observed in 42, 21, and 5 patients, respectively. These symptoms improved by 6 months and generally returned to preoperative levels by 12 months. Microbiota analysis revealed decreased α-diversity and marked early shifts in β-diversity, followed by gradual reconstruction with substantial interindividual variability. In phenotype-stratified analyses, microbial diversity changes were consistently associated with sampling time, whereas symptom-based group effects and time × group interactions were not significant. Overall, bowel dysfunction after right-sided colon cancer surgery was common but largely transient, and postoperative microbiota alterations appeared to reflect generalized, time-dependent ecological reconstruction rather than direct microbial correlates of individual bowel symptoms.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 10:25 ~ 11:40 | 第5会場（1F 会議室102）
シンポジウム７　Gut Microbiota and Colorectal Diseases: A Future Unlocked by the Microbiome
Moderator: Hiroto Miwa (Kawanishi City Medical Center, Japan), Tomohisa Takagi (Molecular Gastroenterology and Hepatology, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine, Japan)

[SY7-6] Analysis of Inflammasome-Related Gene Variants in Colchicine-Responsive, MEFV Mutation-Negative Patients with Inflammatory Bowel Disease Unclassified

*Kohei Wagatsuma[1], Masashi Idogawa[1,2], Motohiro Esaki[3], Taku Kobayashi[4], Fumihito Hirai[5], Katsuhiro Arai[6], Reiko Kunisaki[7], Shinichiro Shinzaki[8], Tadakazu Hisamatsu[9], Hiroshi Nakase[1] (1. Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, Sapporo Medical University School of Medicine, Japan, 2. Division of Medical Genome Sciences, Department of Genomic and Preventive Medicine, Sapporo Medical University School of Medicine, 3. Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Saga University, 4. Center for Advanced IBD Research and Treatment, Kitasato University Kitasato Institute Hospital, 5. Department of Gastroenterology, Faculty of Medicine, Fukuoka University, 6. Center for Pediatric Inflammatory Bowel Disease, Division of Gastroenterology, National Center for Child Health and Development, 7. Inflammatory Bowel Disease Center, Yokohama City University Medical Center, 8. Department of Gastroenterology, Hyogo Medical University School of Medicine, 9. Department of Gastroenterology and Hepatology, Kyorin University School of Medicine)

Background: We previously reported that 60.1% of patients with inflammatory bowel disease unclassified (IBDU) carried Mediterranean fever (*MEFV*) gene mutations, and that colchicine was effective in 84.6% of these patients. We also demonstrated that their intestinal microbiota composition differed from that of healthy controls (HCs) and patients with inflammatory bowel disease. However, some *MEFV* mutation-negative patients also responded to colchicine, suggesting the existence of a subgroup of enterocolitis associated with variants in inflammasome-related genes other than *MEFV*.

Methods: Whole-genome sequencing was performed in 31 colchicine-responsive, *MEFV* mutation-negative patients with IBDU [variant(-) group] to identify variants in inflammasome-related genes. Clinical characteristics and intestinal microbiota profiles were compared with those of 190 *MEFV* mutation-positive patients with IBDU [variant(+) group].

Results: Variants were identified in *CARD8* (80.6%), *ATG16L1* (61.3%), *NLRP6* (54.8%), *NLRP1* (38.7%), *NLRP3* (25.8%), *IRGM* (19.4%), *ATG16L2* (16.1%), *NEK7* (12.9%), *NLRC4* (9.7%), *NAIP* (9.7%), *AIM2* (6.5%), and *NOD2* (3.2%). Multiple variants were detected in 93.5% of the patients. Rare variants with a frequency of <1% or unknown frequency in the Japanese population were identified in *NLRP3*, *NLRC4*, *NOD2*, and *AIM2*. Compared with the variant(+) group, the variant(-) group had higher frequencies of asthma (25.8% vs. 7.4%), drug allergy (29.0% vs. 4.7%), and oral aphthae (25.8% vs. 8.4%), but a lower frequency of hematochezia (35.5% vs. 56.3%). CRP (7.4 vs. 0.8 mg/dL) and serum amyloid A levels (161.7 vs. 16.5 μg/mL) were markedly elevated in the variant(-) group. In the intestinal microbiota analysis, *Enterococcus*, which was increased in the variant(+) group compared with HCs, was not increased in the variant(-) group, whereas *Subdoligranulum*, which was decreased in the variant(+) group, was further decreased in the variant(-) group.

Conclusions: These findings suggest the presence of a subgroup of IBDU associated with inflammasome-related gene variants.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 10:25 ~ 11:40 | 第5会場（1F 会議室102）
シンポジウム７　Gut Microbiota and Colorectal Diseases: A Future Unlocked by the Microbiome
Moderator: Hiroto Miwa (Kawanishi City Medical Center, Japan), Tomohisa Takagi (Molecular Gastroenterology and Hepatology, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine, Japan)

[SY7-7] Efficacy of Colchicine in Mild-to-Moderate Ulcerative Colitis and Identification of Treatment Response–Associated Molecular Profiles

*Hiroki Kurumi[1,2], Kohei Wagatsuma[1], Yuta Shimomori[1], Kotaro Akita[1], Yoshihiro Yokoyama[1], Tomoe Kazama[1], Hiroshi Nasuno[3], Atsushi Yawata[4], Hajime Isomoto[2], Hiroshi Nakase[1] (1. Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, Sapporo Medical University School of Medicine, Japan, 2. Division of Gastroenterology and Nephrology, Faculty of Medicine, Tottori University, Japan, 3. Department of Gastroenterology, Kushiro City General Hospital, 4. Department of Gastroenterology and Hepatology, Hakodate Goryoukaku Hospital)

Background

Inflammasome activation is a central driver of innate immune signaling and can amplify intestinal inflammation by releasing IL-1β. Our previous studies suggest that aberrant inflammasome activation contributes to the pathophysiology of ulcerative colitis (UC) in a subset of patients. This study aimed to evaluate the efficacy of colchicine, an inflammasome inhibitor, in patients with mild-to-moderate UC and to identify molecular profiles associated with treatment response using omics analyses.

Methods

Fifteen patients with mild-to-moderate UC (treatment-naïve or 5-ASA–refractory/intolerant) received colchicine 0.5 mg/day, escalated to 1.0 mg at day 14 if non-responding; non-responders at day 28 discontinued, while responders continued through day 84. The primary endpoint was clinical response at day 14. Secondary endpoints included clinical and endoscopic remission at day 84 and safety (CTCAE v5.0). Omics analyses comprised genomic (blood), transcriptomic (colonic mucosa), and gut microbiome analyses (fecal).

Results

Clinical response at day 14 was achieved in 53.3% (8/15), clinical remission at day 84 in 33.3% (5/15), and endoscopic remission in 13.3% (2/15). Adverse events were mild: one patient experienced grade 1 diarrhea, and one grade 1 liver dysfunction. Responders (R) carried MEFV variants in 87.5% (7/8), significantly higher than non-responders (NR) (28.6%, 2/7; p=0.041). Transcriptomic analysis showed enrichment of adaptive immune–related pathways in NR, with significantly elevated KLRG1 expression (p<0.001). Gut microbiome analysis revealed no difference in α-diversity between R and NR, whereas β-diversity differed significantly (PERMANOVA, p=0.049). In R, potentially inflammasome-activating bacteria such as Enterobacter were significantly enriched, whereas NR showed increases in anti-inflammatory taxa (e.g., Bifidobacterium longum), suggesting a compensatory expansion.

Conclusion

Colchicine may benefit a subset of patients with UC who show linked inflammasome signatures across genetics, microbiota, and mucosa.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第5会場（1F 会議室102）

シンポジウム 8　Cutting edge of endoluminal/ transanal surgery for colorectal cancer

Moderator: Kotaro Maeda (Himawari Seishinkai Izumi Clinic Medical Checkup Plaza, Japan), Motohiko Kato (Center for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Keio University School of Medicine, Japan)

[SY8-1] Re-positioning of Endoscopic Ultrasonography in Determining the Treatment Strategy for Colorectal Cancer Suspected of Submucosal Invasion

*Noriko Matsuura[1], Kaoru Takabayashi[2], Motohiko Kato[2] (1. Division of Research and Development for Minimally Invasive Treatment, Cancer Center, Keio University School of Medicine, Japan, 2. Center for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Keio University School of Medicine)

[SY8-2] Efficacy and Safety of the Water Pressure Method in Colorectal ESD: A Retrospective Comparative Study

*Yutaka Sato[1], Daisuke Minezaki[1], Koshiro Tsutsumi[1], Sotaro Ozaka[1], Masahide Fukuda[1], Yuka Hirashita[1], Kensuke Fukuda[1], Ryo Ogawa[1], Masaaki Kodama[2], Kazuhiro Mizukami[1] (1. Department of Gastroenterology, Oita University Faculty of Medicine, Japan, 2. Department of Advanced Medical Sciences, Oita University Faculty of Medicine)

[SY8-3] Clinical Efficacy and Safety of Endoscopic Submucosal Dissection for Huge Rectal Tumors

*Takashi Akutagawa[1], Daisuke Yamaguchi[2], Ryo Shimoda[1], Motohiro Esaki[2] (1. Department of Endoscopic Diagnostics and Therapeutics, Saga University Hospital, Japan, 2. Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Saga University)

[SY8-4] Technical Innovations and Outcomes of Endoscopic Submucosal Dissection for Colorectal Lesions Involving Diverticula

*Ryosuke Kobayashi[1], Kingo Hirasawa[1], Shin Maeda[2] (1. Gastroenterological Center, Yokohama City University Medical Center, Japan, 2. Gastroenterology, Yokohama City University)

[SY8-5] Dual-operator Endoscopic Tandem Surgery (DuETs) for large colorectal lesions: comparison with single-operator ESD

*Takuma Okamura[1], Tomonari Ikeda[2], Tatsuki Ichikawa[2], Toshimitsu Miyaaki[1] (1. Department of Gastroenterology and Hepatology, Nagasaki University Hospital, Japan, 2. Department of Gastroenterology, Nagasaki Harbor Medical Center)

[SY8-6] Evaluation of the effectiveness of underwater colorectal ESD

*Yuko Miura[1], Yosuke Tsuji[1], Mithuhiro Fujishiro[1] (1. Department of Gastroenterology, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, Japan)

[SY8-7] Clinical Role of PAEM/ EID for pT1b Lower Rectal Cancer

*Yu Maruyama[1], Keigo Sato[1], Moe Aung Paing[1], Nozomi Furuichi[1], Keiichi Oshima[1], Yuki Itoi[1], Hirohito Tanaka[1], Hiroko Hosaka[1], Shiko Kuribayashi[1], Toshio Uraoka[1] (1. Department of Gastroenterology and Hepatology, Gunma University Graduate School of Medicine, Japan)

[SY8-8] Feasibility of Peranal Endoscopic Myectomy for Lower Rectal Lesions: A Single-Center Prospective Observational Study

*Takashi Kanesaka[1], Yoshiaki Ando[1], Shunsuke Yoshii[1], Minoru Kato[1], Yoshimi Tanaka[1], Sachiko Yamamoto[1], Koji Higashino[1], Noriya Uedo[1], Tomoki Michida[1], Ryu Ishihara[1] (1. Department of Gastrointestinal Oncology, Osaka International Cancer Institute, Japan)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

[SY8-9] Treatment Strategy for T1 Rectal Adenocarcinoma with Extensive Involvement of the Anal Canal: ESD or Surgical Resection?

*Nobuhisa Minakata[1], Makoto Arashiyama[1], Arisa Takeda[1], Yuichiro Mikuriya[1], Kazuo Shiotsuki[1], Kohei Takizawa[1] (1. Department of Gastroenterology, Kanagawa Cancer Center, Yokohama, Japan)

[SY8-10] Efficacy and Safety of Collaborative Endoscopic and Surgical Treatment for Challenging Colorectal Neoplasms

*Hidehito Maeda[1], Fumisato Sasaki[1], Kenji Baba[2] (1. Department of Digestive and Lifestyle Diseases, Kagoshima University Graduate School of Medical and Dental Sciences, Japan, 2. Department of Digestive Surgery, Kagoshima University Graduate School of Medical and Dental Sciences)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第5会場（1F 会議室102）
シンポジウム 8　Cutting edge of endoluminal/ transanal surgery for colorectal cancer
Moderator: Kotaro Maeda (Himawari Seishinkai Izumi Clinic Medical Checkup Plaza, Japan), Motohiko Kato (Center for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Keio University School of Medicine, Japan)

[SY8-1] Re-positioning of Endoscopic Ultrasonography in Determining the Treatment Strategy for Colorectal Cancer Suspected of Submucosal Invasion

*Noriko Matsuura[1], Kaoru Takabayashi[2], Motohiko Kato[2] (1. Division of Research and Development for Minimally Invasive Treatment, Cancer Center, Keio University School of Medicine, Japan, 2. Center for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Keio University School of Medicine)

＜Background＞
Endoscopic submucosal dissection (ESD) is one of the most precise staging modality of early colorectal cancers. ESD is increasingly performed for lesions suspected of submucosal (SM) invasion; however, the feasibility of curative ESD before treatment has not been fully investigated. Although depth diagnosis is mainly based on white-light and magnifying endoscopy, unexpected muscularis propria invasion is occasionally encountered. Endoscopic ultrasonography (EUS) enables tomographic visualization of the gastrointestinal wall and may therefore be useful for predicting the feasibility of ESD and differentiating T1 from T2 colorectal cancers.
＜Methods＞
We retrospectively investigated the relationship between EUS findings, histopathological depth of invasion, and vertical margin (VM) status in lesions treated with ESD among colorectal lesions suspected of SM invasion between June 2020 and June 2025.
EUS findings were classified according to our previously reported PREDICT classification as follows:
Type I: the third layer (submucosal layer) beneath the lesion was continuously and reproducibly preserved;
Type II: the third layer beneath the lesion was unclear;
Type III: thickening of the fourth layer (muscularis propria).
＜Results＞
Thirty-eight lesions were included in the analysis, including 10 proximal colon, 5 distal colon, and 22 rectal lesions. ESD and surgery were performed in 19 and 19 lesions, respectively. Histopathological depth was pT1a in 10 lesions, pT1b in 20 lesions, and pT2 or deeper in 8 lesions.
According to the PREDICT classification, 19 lesions were classified as Type I, 13 as Type II, and 6 as Type III. The pVM0 rate among the lesions treated with ESD was significantly higher in Type I lesions than in Type II lesions (94% [15/16] vs. 0% [0/3], p<0.01). The proportion of pT2 or deeper cancers was significantly higher in Type II/III lesions than in Type I lesions (47% [9/19] vs. 0%, p<0.01).
<Conclusions>
The PREDICT classification was useful for predicting the feasibility of ESD and differentiating T1 from T2 colorectal cancer.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第5会場（1F 会議室102）

シンポジウム 8　Cutting edge of endoluminal/ transanal surgery for colorectal cancer

Moderator: Kotaro Maeda (Himawari Seishinkai Izumi Clinic Medical Checkup Plaza, Japan), Motohiko Kato (Center for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Keio University School of Medicine, Japan)

[SY8-2] Efficacy and Safety of the Water Pressure Method in Colorectal ESD: A Retrospective Comparative Study

*Yutaka Sato[1], Daisuke Minezaki[1], Koshiro Tsutsumi[1], Sotaro Ozaka[1], Masahide Fukuda[1], Yuka Hirashita[1], Kensuke Fukuda[1], Ryo Ogawa[1], Masaaki Kodama[2], Kazuhiro Mizukami[1] (1. Department of Gastroenterology, Oita University Faculty of Medicine, Japan, 2. Department of Advanced Medical Sciences, Oita University Faculty of Medicine)

[Introduction] Endoscopic submucosal dissection (ESD) is an established treatment for colorectal neoplasms but remains technically demanding and time-consuming. The water pressure method (WPM) has been introduced to improve submucosal visualization and facilitate dissection, but its clinical advantages in colorectal ESD remain unclear. This study aimed to evaluate the efficacy and safety of WPM compared with conventional ESD.
[Methods] We retrospectively analyzed 46 consecutive patients with colorectal lesions ≤50 mm who underwent ESD at our institution between January 2024 and April 2026. Patients were divided into a conventional group (n = 23) and a WPM group (n = 23), including cases with combined use of conventional and WPM techniques. Procedure time, dissection speed, resection outcomes, and adverse events were compared. A subgroup analysis based on operator expertise was also performed.
[Results] Lesion size was comparable between groups (23.0 [IQR 20.0–30.0] vs. 27.0 [22.0–35.0] mm, p = 0.233). The median resection area was 962 [618.5–1310.5] mm^2 in the conventional group and 1196 [899.5–1492.5] mm^2 in the WPM group (p = 0.153). Procedure time did not differ significantly between groups (89 [63–138.5] vs. 67 [38.5–116] min, p = 0.235). Dissection speed was significantly higher in the WPM group (16.20 [10.91–21.05] vs. 9.86 [7.07–11.75] mm^2/min, p = 0.0024). En bloc resection was achieved in all cases, and curative resection rates were comparable between groups (82.6% vs. 87.0%, p = 1.0). Regarding safety, intraoperative perforation and muscle layer injury each occurred in one case in both groups. Delayed adverse events occurred in one case in the conventional group and none in the WPM group, with no significant differences. In a subgroup analysis limited to board-certified endoscopists, dissection speed remained significantly higher in the WPM group (21.0 [15.6–30.8] vs. 10.89 [8.33–15.03] mm^2/min, p = 0.0014).
[Conclusion] WPM improves dissection speed while maintaining comparable efficacy and safety to conventional ESD.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第5会場（1F 会議室102）
シンポジウム 8　Cutting edge of endoluminal/ transanal surgery for colorectal cancer
Moderator: Kotaro Maeda (Himawari Seishinkai Izumi Clinic Medical Checkup Plaza, Japan), Motohiko Kato (Center for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Keio University School of Medicine, Japan)

[SY8-3] Clinical Efficacy and Safety of Endoscopic Submucosal Dissection for Huge Rectal Tumors

*Takashi Akutagawa[1], Daisuke Yamaguchi[2], Ryo Shimoda[1], Motohiro Esaki[2] (1. Department of Endoscopic Diagnostics and Therapeutics, Saga University Hospital, Japan, 2. Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Saga University)

Background: Advancements in minimally invasive colorectal treatments have expanded the boundaries of endoscopic and transanal approaches. Technical improvements in endoscopic submucosal dissection (ESD) have enabled the treatment of giant tumors. This study evaluated the safety and clinical characteristics of ESD for giant rectal tumors.
Methods: A total of 81 cases of rectal tumors treated with ESD at our institution between 2015 and 2025 were analyzed. Patients were divided into two groups based on lesion diameter: Group A (≤50 mm, n=56) and Group B (>50 mm, n=25). We compared the treatment outcomes, complications, and patient backgrounds between the two groups. All procedures in Group B were performed by experts with experience in more than 100 ESD cases.
Results: The median procedure time was significantly longer in Group B (187.0 min) than in Group A (56.0 min) ($p < 0.001$). Conversely, the median dissection speed was significantly higher in Group B (27.14 mm^2/min) than in Group A (20.15 mm^2/min) ($p < 0.05$), suggesting that technical proficiency allows for efficient dissection, even in giant lesions. Regarding safety, Group B had significantly higher rates of severe fibrosis (64.0%, $p < 0.05$) and intraoperative perforation (12.0%, $p < 0.05$); however, all perforations were successfully managed by endoscopic closure. No significant differences were observed in the depth of invasion or lymphovascular involvement. Regarding patient background, Group B was characterized by a significantly lower BMI ($p < 0.05$) and a higher rate of regular laxative use ($p < 0.05$).
Conclusion: ESD for giant rectal tumors remains a challenging owing to the increased risk of fibrosis and perforation. However, advancements in endoscopic closure techniques have allowed for the avoidance of surgical intervention in cases of complications. ESD serves as a potent bridge between endoscopic and surgical resection. For cases where extreme difficulty or severe fibrosis is anticipated, integrating advanced techniques such as per-anal endoscopic myotomy or transanal approaches may further optimize treatment.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第5会場（1F 会議室102）
シンポジウム 8　Cutting edge of endoluminal/ transanal surgery for colorectal cancer
Moderator: Kotaro Maeda (Himawari Seishinkai Izumi Clinic Medical Checkup Plaza, Japan), Motohiko Kato (Center for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Keio University School of Medicine, Japan)

[SY8-4] Technical Innovations and Outcomes of Endoscopic Submucosal Dissection for Colorectal Lesions Involving Diverticula

*Ryosuke Kobayashi[1], Kingo Hirasawa[1], Shin Maeda[2] (1. Gastroenterological Center, Yokohama City University Medical Center, Japan, 2. Gastroenterology, Yokohama City University)

Background
In recent years, ESD for tumors extending into colonic diverticula has been reported. However, technical challenges remain, including secure closure of perforations and prevention of specimen damage. Therefore, we evaluated the treatment outcomes and technical innovations of ESD performed at our institution.
Methods
This retrospective study was conducted at a tertiary referral center and included patients who underwent ESD for colorectal tumors involving diverticula, in which the diverticulum was included in the resection, between March 2013 and April 2026. Treatment outcomes and ESD-related adverse events were evaluated.
Results
A total of 22 patients were included, of whom 10 were male, with a median age of 76 years. Tumor locations were cecum/ascending colon/sigmoid colon in 2/17/3 cases, and macroscopic types were LST-G/NG/0-I in 7/10/5 cases. The median tumor and specimen sizes were 21 (10–52) mm and 32 (15–60) mm. Histological diagnoses were adenocarcinoma/adenoma/SSL/HP in 16/3/2/1 cases.
The median procedure time was 60 (20–200) minutes. A traction band was used in 13 cases, and the water pressure method (WPM) in 17 cases. Myotomy proximal to the diverticulum was performed in 6 cases to enlarge the diverticular space, thereby helping to prevent bleeding and specimen damage. All defects were successfully closed, using the reopenable clip-over-line method in 1 case and a dual-action tissue clip in 4 cases. CT was performed immediately after ESD in 21 cases, and extraluminal air was detected in 16 cases. No patients required emergency surgery. Localized peritonitis occurred in 4 cases, all of which were resolved with conservative management. No postoperative bleeding or delayed perforation occurred. En bloc, R0 and curative resection rates were 100%, 91%, and 91%, respectively. All cases undergoing myotomy achieved R0 resection.
Conclusions
ESD for colorectal lesions involving a diverticulum appears to be an effective and safe treatment option when performed with appropriate adjunctive techniques, including WPM, short myotomy, and reliable defect closure.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第5会場（1F 会議室102）

シンポジウム 8　Cutting edge of endoluminal/ transanal surgery for colorectal cancer

Moderator: Kotaro Maeda (Himawari Seishinkai Izumi Clinic Medical Checkup Plaza, Japan), Motohiko Kato (Center for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Keio University School of Medicine, Japan)

[SY8-5] Dual-operator Endoscopic Tandem Surgery (DuETs) for large colorectal lesions: comparison with single-operator ESD

*Takuma Okamura[1], Tomonari Ikeda[2], Tatsuki Ichikawa[2], Toshimitsu Miyaaki[1] (1. Department of Gastroenterology and Hepatology, Nagasaki University Hospital, Japan, 2. Department of Gastroenterology, Nagasaki Harbor Medical Center)

Background: Large colorectal lesions remain challenging for endoscopic submucosal dissection (ESD) because poor visualization, insufficient traction, and bleeding may prolong the procedure. We developed Dual-operator Endoscopic Tandem Surgery (DuETs), in which two therapeutic endoscopes are used simultaneously: the primary operator performs dissection while the assistant provides traction, suction, hemostasis, insufflation/deflation control, and injection.

Methods: We retrospectively reviewed colorectal ESD for lesions ≥20 mm from January 2020 to April 2026. The primary analysis included expert-performed cases after DuETs introduction in January 2024 and compared DuETs with single-operator ESD. Cases discontinued because of suspected deep invasion, appendiceal involvement, diverticular extension, or anal canal involvement were excluded. The primary outcome was resection speed; secondary outcomes were procedure time, en bloc/R0 resection, and adverse events. A subgroup analysis was performed for lesions ≥40 mm.

Results: The primary analysis included 60 DuETs lesions and 37 single-operator ESD lesions. Median lesion size was larger with DuETs (32.5 vs 24.0 mm), whereas procedure time was not prolonged (30.5 vs 37.0 min). Resection speed was higher with DuETs (35.97 vs 24.98 mm^2/min). En bloc resection was achieved in all cases, and R0 resection rates were 100% and 94.1%. Intraoperative adverse events occurred in 2 vs 1 cases, and postoperative adverse events in 1 vs 0 cases. In lesions ≥40 mm, DuETs shortened procedure time (62.0 vs 85.0 min) and increased resection speed (40.59 vs 25.75 mm^2/min).

Conclusions: DuETs improved resection efficiency without compromising safety. As a dual-operator endoluminal platform, DuETs may contribute to difficult colorectal ESD.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第5会場（1F 会議室102）
シンポジウム 8　Cutting edge of endoluminal/ transanal surgery for colorectal cancer
Moderator: Kotaro Maeda (Himawari Seishinkai Izumi Clinic Medical Checkup Plaza, Japan), Motohiko Kato (Center for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Keio University School of Medicine, Japan)

[SY8-6] Evaluation of the effectiveness of underwater colorectal ESD

*Yuko Miura[1], Yosuke Tsuji[1], Mithuhiro Fujishiro[1] (1. Department of Gastroenterology, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, Japan)

Objective
Underwater colorectal endoscopic submucosal dissection (uESD) has been reported to facilitate submucosal dissection by utilizing mucosal buoyancy and improving procedural visibility. This study evaluated the effectiveness of uESD by comparing treatment outcomes before and after its introduction by intermediate-level endoscopists.
Methods
Patients with lesions up to pT1 carcinoma who underwent colorectal ESD by four endoscopists (experience: 30–150 cases) were included. Cases were divided into three groups for each endoscopist: pre-introduction, early introduction phase (first 10 uESD cases), and late introduction phase (subsequent 10 cases). Outcomes included dissection speed, R0 resection rate, self-completion rate, and adverse events.
Results
A total of 122 cases were analyzed. A tendency toward a higher proportion of T1 cancers was observed in the two groups after uESD introduction. In the comparison between the pre introduction and early introduction phase groups, there were no significant differences in dissection speed ($p = 0.96$), R0 resection rate (59.0% vs. 62.5%, $p = 0.82$), or perforation rate (5.1% vs. 10.0%, $p = 0.68$). However, the self-completion rate tended to be higher in the early introduction group (79.5% vs. 87.5%, $p = 0.38$).
In the comparison between the early and late introduction phase groups, no significant differences were observed in the R0 resection rate (62.5% vs. 74.4%, $p = 0.34$) or self-completion rate (87.5% vs. 90.7%, $p = 0.73$). In contrast, dissection speed showed a tendency to be higher in the late introduction phase group (11.05 ± 6.94 vs. 13.53 ± 7.11 mm^2/min, $p = 0.11$), while the perforation rate tended to be lower (10.0% vs. 2.3%, $p = 0.19$).
Conclusions
The introduction of uESD improved the self-completion rate among intermediate-level endoscopists. Moreover, procedural proficiency in uESD appeared to be achieved after approximately 10 cases, with a subsequent tendency toward further improvement in treatment outcomes. These findings suggest that the introduction of uESD may further enhance therapeutic outcomes in colorectal ESD

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第5会場（1F 会議室102）

シンポジウム 8　Cutting edge of endoluminal/ transanal surgery for colorectal cancer

Moderator: Kotaro Maeda (Himawari Seishinkai Izumi Clinic Medical Checkup Plaza, Japan), Motohiko Kato (Center for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Keio University School of Medicine, Japan)

[SY8-7] Clinical Role of PAEM/ EID for pT1b Lower Rectal Cancer

*Yu Maruyama[1], Keigo Sato[1], Moe Aung Paing[1], Nozomi Furuichi[1], Keiichi Oshima[1], Yuki Itoi[1], Hirohito Tanaka[1], Hiroko Hosaka[1], Shiko Kuribayashi[1], Toshio Uraoka[1] (1. Department of Gastroenterology and Hepatology, Gunma University Graduate School of Medicine, Japan)

Background & Aims: Total mesorectal excision (TME)-based radical resection is standard for cT1b or deeper lower rectal (Rb) cancer, but it may compromise anal function and require a stoma. With an aging population and increasing demand for function preservation, local resection has gained attention. Surgical approaches such as MITAS are applied up to cT1b despite oncological limitations, whereas conventional endoscopic resection is not indicated due to difficulty in securing a negative vertical margin. Per-anal endoscopic myectomy and endoscopic intermuscular dissection (PAEM/EID) has recently emerged as a novel endoscopic approach. We evaluated the clinical outcomes of PAEM/EID for cT1b Rb.
Methods: PAEM/EID are indicated for cT1b Rb cancer patients with high surgical risks or who refuse surgery, and for lesions with severe fibrosis where securing vertical margins via ESD is difficult. We retrospectively analyzed seven pT1b Rb cancer cases treated with PAEM/EID from Sept 2024 to Oct 2025.
Results: The median age was 76 years (range, 47-83) and the median tumor size was 25mm (range, 15-105). En bloc resection was achieved in all cases. Endoscopic closure of the muscle defect was complete in 2, incomplete in 2, not performed in 3. One delayed bleeding occurred and was successfully managed endoscopically. Pathology revealed lymphatic invasion in 3, venous invasion in 4. All achieved pHM0 and pVM0. Additional surgery was performed in 2 cases. Despite short follow-up, no recurrence occurred in 5 cases without additional surgery.
Discussion: PAEM/EID provides an en bloc specimen that enables precise assessment of pathological risk for lymph node metastasis, which is essential for individualized decision-making. However, the optimal surveillance strategy after R0 resection of pT1b cancer, particularly in patients who do not undergo additional surgery despite risk factors, remains unclear.
Conclusion: In our series, PAEM/EID demonstrated favorable short- and middle-term outcomes and may serve as a selective organ-preserving strategy for cT1b lower rectal cancer.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第5会場（1F 会議室102）
シンポジウム 8　Cutting edge of endoluminal/ transanal surgery for colorectal cancer
Moderator: Kotaro Maeda (Himawari Seishinkai Izumi Clinic Medical Checkup Plaza, Japan), Motohiko Kato (Center for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Keio University School of Medicine, Japan)

[SY8-8] Feasibility of Peranal Endoscopic Myectomy for Lower Rectal Lesions: A Single-Center Prospective Observational Study

*Takashi Kanesaka[1], Yoshiaki Ando[1], Shunsuke Yoshii[1], Minoru Kato[1], Yoshimi Tanaka[1], Sachiko Yamamoto[1], Koji Higashino[1], Noriya Uedo[1], Tomoki Michida[1], Ryu Ishihara[1] (1. Department of Gastrointestinal Oncology, Osaka International Cancer Institute, Japan)

Background: Although the usefulness of peranal endoscopic myectomy (PAEM) for lower rectal tumors has been reported, prospective studies on PAEM remain limited.

Methods: We conducted a single-center prospective observational study to evaluate the feasibility, safety, and preservation of anal function following PAEM. Patients with cT1 lower rectal cancer or lower rectal neuroendocrine tumors, as well as salvage cases diagnosed pathologically as having a positive or indeterminate vertical margin (VM1/X) after endoscopic resection, were enrolled. The primary endpoint was the technical success rate, defined as en bloc resection with histological confirmation of inner circular muscle inclusion. Secondary endpoints included procedure time, R0 resection rate, adverse events, and postoperative anorectal function.

Results: Between April 2024 and April 2026, 30 patients were enrolled, and PAEM was performed in 29 after excluding 1 patient with an upper rectal lesion (23 initial treatment cases and 6 salvage cases). The median age was 59 years (interquartile range [IQR], 53–73), with 14 males and 15 females. The technical success rate was 96.6% (28/29; 95% confidence interval [CI], 82.2–99.9%); 1 procedure was discontinued because muscularis propria invasion was suspected. The median procedure time was 73 minutes (IQR, 56–109), and the R0 resection rate was 86.2% (25/29). No severe intraoperative adverse events occurred, and delayed bleeding was observed in 1 patient (3.4%). The median Cleveland Clinic Incontinence Score was 0 preoperatively, 4 within 28 days postoperatively, and 0 thereafter, indicating transient deterioration of anal function with recovery to baseline after 28 days.

Conclusions: PAEM demonstrated a high technical success rate and may represent a feasible organ-preserving treatment option for selected lower rectal lesions.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第5会場（1F 会議室102）
シンポジウム 8　Cutting edge of endoluminal/ transanal surgery for colorectal cancer
Moderator: Kotaro Maeda (Himawari Seishinkai Izumi Clinic Medical Checkup Plaza, Japan), Motohiko Kato (Center for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Keio University School of Medicine, Japan)

[SY8-9] Treatment Strategy for T1 Rectal Adenocarcinoma with Extensive Involvement of the Anal Canal: ESD or Surgical Resection?

*Nobuhisa Minakata[1], Makoto Arashiyama[1], Arisa Takeda[1], Yuichiro Mikuriya[1], Kazuo Shiotsuki[1], Kohei Takizawa[1] (1. Department of Gastroenterology, Kanagawa Cancer Center, Yokohama, Japan)

Background:
Endoscopic resection is widely accepted for early colorectal cancer. However, for T1 tumors extensively involving the anal canal, endoscopic treatment can be technically challenging due to severe pain and limited maneuverability, and achieving en bloc resection may be difficult. In such cases, transanal local excision or even abdominoperineal resection (APR) may be considered. We report a case of T1 rectal adenocarcinoma with extensive involvement of the anal canal that was treated with endoscopic submucosal dissection (ESD).
Case:
A 76-year-old man with a history of prior lung cancer surgery and a brainstem tumor under observation presented with hematochezia. Colonoscopy revealed a 30-mm type 0-Is lesion extending approximately 1.5 cm into the anal canal from the rectum, which was diagnosed as cT1a–T1b adenocarcinoma. Although surgical resection was considered, diagnostic endoscopic resection was initially planned due to its lower invasiveness. Given the anticipated severe pain, ESD was performed under general anesthesia.
En bloc resection was successfully achieved using the underwater technique, pocket-creation method, and a tapered hood(CAST hood; TOP, Tokyo, Japan). Histopathological findings were as follows: tub1 > tub2, 22 × 19 mm, pT1a (submucosal invasion: 600 μm), BD1, ly0, v1, HM0, and VM0, indicating R0 resection. The estimated risk of lymph node metastasis was approximately 3.0%. After explaining these findings, the patient opted for close surveillance and has remained recurrence-free to date.
Discussion:
In this case, ESD under general anesthesia enabled en bloc and R0 resection without complications, providing both diagnostic and therapeutic benefits. However, the optimal treatment strategy for T1 rectal adenocarcinoma with extensive involvement of the anal canal remains unclear and should be individualized based on tumor characteristics and institutional expertise.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第5会場（1F 会議室102）
シンポジウム 8　Cutting edge of endoluminal/ transanal surgery for colorectal cancer
Moderator: Kotaro Maeda (Himawari Seishinkai Izumi Clinic Medical Checkup Plaza, Japan), Motohiko Kato (Center for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Keio University School of Medicine, Japan)

[SY8-10] Efficacy and Safety of Collaborative Endoscopic and Surgical Treatment for Challenging Colorectal Neoplasms

*Hidehito Maeda[1], Fumisato Sasaki[1], Kenji Baba[2] (1. Department of Digestive and Lifestyle Diseases, Kagoshima University Graduate School of Medical and Dental Sciences, Japan, 2. Department of Digestive Surgery, Kagoshima University Graduate School of Medical and Dental Sciences)

Background:
Colorectal ESD is widely used, but severe adhesions, fibrosis, or unfavorable location can make ESD alone difficult. We have used collaborative endoscopic and surgical treatment for such challenging colorectal neoplasms.

Aim:
To evaluate the efficacy and safety of this approach.
Methods:
We retrospectively reviewed 11 patients with 12 colorectal lesions treated between October 2016 and April 2026. Clinical features, procedures, histology, and adverse events were analyzed.
Results:
The mean age was 71.8 years; 8 patients were male. Lesions were located in the cecum (n=1), ascending colon (n=2), transverse colon (n=2), sigmoid colon (n=3), and rectum (n=4). Macroscopic types were protruded (n=6), superficially elevated (n=5), and depressed (n=1). Seven lesions with severe adhesions underwent laparoscopic adhesiolysis plus ESD; 5 were resected endoscopically, whereas 2 with suspected muscularis propria invasion underwent surgical resection on the same day. Four protruded rectal or anal canal lesions underwent transanal minimally invasive surgery plus ESD, and all were resected. One severely fibrotic lesion at a postoperative anastomosis, initially considered for full-thickness resection, was resected by ESD alone. Histology of the 10 endoscopically resected lesions showed adenoma in 3, intramucosal carcinoma in 2, SM1 carcinoma in 3, and SM2 carcinoma in 2. Postoperative bleeding occurred in 1 patient, but no perforation, anastomotic leakage, or other severe adverse events occurred.
Conclusions:
Collaborative endoscopic and surgical treatment may be a useful and safe minimally invasive option for selected challenging colorectal neoplasms.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科

2026年11月21日(土) 15:35 ~ 16:50 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

シンポジウム９　大腸癌腹膜播種に対する治療戦略

司会：小林 宏寿（帝京大学医学部附属溝口病院外科）、藤田 文彦（久留米大学医学部外科学講座）

[SY9-1] 大腸癌腹膜播種に対する包括的治療の成績

*米村 豊[1]、重里 親太朗[1]、石橋 治昭[1] (1. 岸和田徳洲会病院 腹膜播種センター)

[SY9-2] 同時性腹膜播種症例に対する治療の現状と治療戦略

*永田 洋士[1]、隈本 雄大[1]、田藏 昂平[1]、塚本 史雄[1]、高見澤 康之[1]、塚本 俊輔[1]、金光 幸秀[1] (1. 国立がん研究センター中央病院 大腸外科)

[SY9-3] 腹膜播種再発に対する外科的治療戦略

*池田 公治[1]、徳橋 愛彦[1]、佐々木 将磨[1]、長谷川 寛[1]、山東 雅紀[1]、西澤 祐吏[1]、塚田 祐一郎[1]、伊藤 雅昭[1] (1. 国立がん研究センター東病院　大腸外科)

[SY9-4] 大腸癌腹膜播種に対する集学的治療戦略―診査腹腔鏡による切除適応選択と完全減量手術の役割―

*合田 良政[1]、武内 寛[1]、北山 丈二[1]、矢野 秀朗[1,2] (1. 国立国際医療センター腹膜センター、2. University Hospital Southampton)

[SY9-5] 大腸癌腹膜播種に対するcytoreductive surgeryの適応と治療成績

*水本 明良[1]、高尾 信行[1]、今神 透[1]、平田 篤史[1]、大江 康光[1]、松永 隆志[1]、寒川 玲[1]、安 炳九[1]、戸川 剛[1] (1. 淡海医療センター消化器外科)

[SY9-6] 大腸癌腹膜播種に対する腫瘍減量手術および腹腔内温熱化学療法の治療成績

*森川 充洋[1]、坂本 裕生[1]、松中 喬之[1]、前川 展廣[1]、田海 統之[1]、澤井 利次[1]、小練 研司[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)

[SY9-7] 大腸癌腹膜播種に対する外科的切除と術後補助化学療法の意義 ―多施設共同研究による治療戦略の検討―

*野田 恵佑[1]、小野 季香[1]、丸田 浩志[1]、片山 宏己[1]、山口 峻[1]、高村 祐磨[1]、足立 利幸[1]、石井 光寿[1]、井上 悠介[1]、大石 海道[2]、小山 正三郎[3]、黨 和夫[4]、橋本 慎太郎[5]、久永 真[5]、白石 斗志雄[6]、富永 哲郎[6]、福岡 秀敏[6]、松本 桂太郎[1]、野中 隆[1] (1. 長崎大学外科学講座大腸肛門外科、2. 国立病院機構長崎医療センター外科、3. 済生会長崎病院外科、4. 国立病院機構嬉野医療センター外科、5. 佐世保市総合医療センター外科、6. JCHO諫早総合病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 15:35 ~ 16:50 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム９　大腸癌腹膜播種に対する治療戦略
司会：小林 宏寿（帝京大学医学部附属溝口病院外科）、藤田 文彦（久留米大学医学部外科学講座）

[SY9-1] 大腸癌腹膜播種に対する包括的治療の成績

*米村 豊[1]、重里 親太朗[1]、石橋 治昭[1] (1. 岸和田徳洲会病院 腹膜播種センター)

過去14年間で大腸癌腹膜播種1003例に術前化学療法が行われ、514例（51.2%）に腹膜切除(Px)が行われた。術中温熱化学療法(HIPEC)は290例に施行された。薬剤はOHP、MMCを使用、thermal dose 40 min以上で行った。
結果　手術では384例で肉眼的播種を可及的全切除（CC0, 7 5 %）した。術後合併症G3,4,5 8%, 10%, 0.8%であった。単変量解析で有意な予後良好因子はPCI 14以下,小腸PCI （SBPCI）2以下, 完全切除(CC0),転移腹膜数(MMN)　5以下, SBPCI 5以下33，18%であった。多変量解析では CC0,,SBPCI2以下、PCI 14 以下が予後良好因子であった。予後良好因子をすべて満たす252例の 5,10生率は37,22%であった。5年以降無再発生存37例では低分化2,肝転移1例肺転移2例で再発 巣切除後5年無再発生存中で,全例MMN5以下,PCI　21以下で完全切除例であった。包括的治療は腹腔鏡でPCIが14以下であれば、積極的にPxすることで治癒する例を得ることができる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 15:35 ~ 16:50 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム９　大腸癌腹膜播種に対する治療戦略
司会：小林 宏寿（帝京大学医学部附属溝口病院外科）、藤田 文彦（久留米大学医学部外科学講座）

[SY9-2] 同時性腹膜播種症例に対する治療の現状と治療戦略

*永田 洋士[1]、隈本 雄大[1]、田藏 昂平[1]、塚本 史雄[1]、高見澤 康之[1]、塚本 俊輔[1]、金光 幸秀[1] (1. 国立がん研究センター中央病院 大腸外科)

背景：切除不能大腸癌に対する薬物療法は著しく進歩しているが、腹膜転移は抗がん剤に抵抗性であることが知られており、化学療法の効果は必ずしも明らかでない。
方法：2014年から2023年に当院で治療された大腸癌同時性腹膜播種症例を診療録から後方視的に同定し、臨床病理学的特徴と予後を検討した。
結果：腹膜外転移を伴わないM1c1症例は84例であり、3年全生存割合(OS)は55.8%であった。原発部位では虫垂が14例(16.7%)、右側結腸が36例(42.9%)、左側結腸が27例(32.1%)、直腸が7例(8.3%)であり、その3年OSはそれぞれ50.8%、44.0%、76.8%、60.0%であった(p＝0.227)。初回治療開始前のCTが保存されていた74例の中で、36例で遠隔腹膜に転移を示唆する所見が認められ、その3年OSは37.3%であった。腹腔内観察が行われた68例の中で22例がP3に相当し、その3年OSは30.4%であった。CurBが得られた38例の3年OSは76.1%であり、CurC 46例の39.0%より有意に良好であった（p<0.001）。さらにCurBの中で周術期に化学療法が実施された31例の３年OSは83.1%であり、化学療法の併用がなかった7例の25.0%に比べて有意に良好であった(p=0.025)。
結論：大腸癌腹膜播種においてはCurB達成が予後改善に重要であり、さらに全身化学療法との併用が治療成績向上に寄与する可能性が示された。一方で，切除適応の選択や安全性に関するエビデンスは依然として十分ではない。これらの課題を踏まえ、当院では腹膜播種に対する完全減量手術の安全性を検証する臨床試験を現在実施している。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 15:35 ~ 16:50 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム９　大腸癌腹膜播種に対する治療戦略
司会：小林 宏寿（帝京大学医学部附属溝口病院外科）、藤田 文彦（久留米大学医学部外科学講座）

[SY9-3] 腹膜播種再発に対する外科的治療戦略

*池田 公治[1]、徳橋 愛彦[1]、佐々木 将磨[1]、長谷川 寛[1]、山東 雅紀[1]、西澤 祐吏[1]、塚田 祐一郎[1]、伊藤 雅昭[1] (1. 国立がん研究センター東病院　大腸外科)

【背景・目的】大腸癌根治切除後の異時性腹膜播種再発に対する標準治療は未確立である。本研究では、腹膜播種再発例における外科的治療の意義と予後因子を検討した。

【方法】2006年１月～2020年12月に大腸癌根治切除後に異時性腹膜播種再発をきたした９8症例を対象に、短期・長期成績を後方視的に検討した。腹膜播種再発巣および他臓器転移巣に対してR0切除が達成できた症例を治癒切除群と定義した。全生存期間は腹膜播種再発診断日を起算日とした。

【結果】対象は、男性: 52人（53%）、女性: 46人(47%)、年齢:64歳(28-82歳)、初回手術時の病期はpStage II 26例（27%）、pStage III 46例（47%）、pStage IV 25例（26%）であった。腹膜播種再発巣に対する手術における癌遺残の評価はR0：52例（85%）、R1：7例（12%）、R2：2例（3%）であり、治癒切除群52例（54%）、非治癒群45例（46%）であった。観察期間中央値は34.7か月、全症例の5年生存率は41.3%であった。治癒切除群は非治癒群と比較して全生存率が有意に良好であった（5年生存率：65.9% vs. 11.4%、p<0.01）。治癒切除群における5年無再発生存率に対する多変量解析では、他臓器同時再発病変の領域数（なし・1領域・2領域以上）が独立した予後不良因子として同定された（HR：1.65、p=0.027）。

【結論】 異時性腹膜播種再発例において、根治切除は生存延長に寄与する。一方、他臓器転移を伴う症例では術後再発リスクが高く、手術適応の慎重な検討が求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 15:35 ~ 16:50 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム９　大腸癌腹膜播種に対する治療戦略
司会：小林 宏寿（帝京大学医学部附属溝口病院外科）、藤田 文彦（久留米大学医学部外科学講座）

[SY9-4] 大腸癌腹膜播種に対する集学的治療戦略―診査腹腔鏡による切除適応選択と完全減量手術の役割―

*合田 良政[1]、武内 寛[1]、北山 丈二[1]、矢野 秀朗[1,2] (1. 国立国際医療センター腹膜センター、2. University Hospital Southampton)

【はじめに】
腹膜播種を伴う大腸癌は予後不良であるが、一部の症例では外科的介入を含む集学的治療により長期生存が期待できる。腹膜播種の切除適応は，PCI(Peritoneal cancer index)、小腸・小腸間膜病変をはじめとした病変分布を含めた総合的評価が極めて重要である。しかし、術前画像のみではこれらの評価に限界がある。当院では化学療法により腫瘍縮小効果と新規遠隔転移出現の有無を評価した後、診査腹腔鏡（Diagnostic laparoscopy: DL）により切除可能性を再評価し、完全減量手術（Cytoreductive Surgery: CRS）を行うことを治療略の中心としている。
【目的】
初回診査腹腔鏡（initial DL: iDL）と化学療法後の再診査腹腔鏡（repeat DL: rDL）の有用性を検討し、conversion手術の可能性および予後への影響を評価する。
【対象と方法】
2012～2017年にiDLを施行した虫垂癌を含む大腸癌腹膜播種患者70例を対象に後ろ向き検討を行った。小腸病変高度またはPCI 20以上をCRS困難と判断し、iDLで切除不能とされた症例は、化学療法後にrDLを施行して切除可能性を再評価した。CRS可能な症例には術中腹腔内温熱化学療法（ Hyperthermic intraperitoneal chemotherapy: HIPEC）を併用した。
【結果】
iDLで切除可能と判断された29例中24例（83%）がCRS+HIPECを施行し、5年生存率は54%であった。一方、iDLで切除不能とされた41例中28例をrDLにより再評価し、14例がconversionによりCRS+HIPECに至った。conversion群ではPCI中央値が16から11へ低下し， 5年生存率は14%であった。conversion rateは34%、診査腹腔鏡による切除可否予測精度は84%であった
【結語】
大腸癌腹膜播種の制御には，化学療法に加えて、診査腹腔鏡によるCRS可能例を適切に選択することが重要である。化学療法が奏功し、CRSによるconversion可能な症例も存在し、切除機会の拡大および予後改善につながる可能性が示された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 15:35 ~ 16:50 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム９　大腸癌腹膜播種に対する治療戦略
司会：小林 宏寿（帝京大学医学部附属溝口病院外科）、藤田 文彦（久留米大学医学部外科学講座）

[SY9-5] 大腸癌腹膜播種に対するcytoreductive surgeryの適応と治療成績

*水本 明良[1]、高尾 信行[1]、今神 透[1]、平田 篤史[1]、大江 康光[1]、松永 隆志[1]、寒川 玲[1]、安 炳九[1]、戸川 剛[1] (1. 淡海医療センター消化器外科)

（目的）大腸癌腹膜播種の予後改善には、cytoreductive surgery（CRS）による肉眼的完全切除（CC-0）が重要であり、CC-0が達成可能な症例の適切な選択が求められる。当院における大腸癌腹膜播種に対するCRSの治療成績を検討した。
（方法）2023年までに大腸癌腹膜播種に対してCRSを施行した307例（男性136例、女性171例、平均年齢55歳）を対象とした。同時性159例、異時性148例、原発部位は虫垂71例、右側結腸97例、左側結腸139例であった。腹膜播種の程度はP1 17例、P2 67例、P3 223例、組織型は分化型163例、低分化・未分化型144例であった。Mitomycin C（MMC）を用いたHIPECを2019年までの181例に施行した。
（結果）手術時間は289±89分、出血量は1.3±1.1 Lであった。CC-0は195例に達成され、3年および5年生存率はそれぞれ64%、44%であった。CC別の3年／5年生存率は、CC-1で18%／13%、CC-2で14%／0%、CC-3で11%／5%であった。同時性／異時性、組織型、原発部位（虫垂／結腸直腸、右側／左側結腸）による生存率に有意差は認めなかった。CC-0達成率はP1で100%、P2で99%（66/67例）、P3で50%（112/223例）であり、3年および5年生存率はそれぞれP1で81%／73%、P2で73%／56%、P3で36%／20%であった。PCIを4群（≤9、10–19、20–29、30–39）に分類すると、CC-0達成率はそれぞれ98%（130/133例）、67%（52/78例）、18%（13/73例）、0%（0/23例）であり、3年および5年生存率はPCI≤9で70%／49%、PCI10–19で39%／23%、PCI20–29で10%／8%、PCI30–39で10%／8%であった。小腸PCIが4未満では約90%でCC-0が可能であったが、7以上ではほぼ不可能であった。HIPEC施行の有無で生存率に有意差は認めなかった。
（結語）大腸癌腹膜播種において、P1・P2、またはPCI＜10（特に小腸PCI＜4）はCRSによるCC-0が高率に達成可能であり、良好な適応である。P3症例でもPCI＜20（小腸PCI≦6）ではCRSを検討し得るが、PCI≧20かつ小腸PCI≧7ではCC-0の達成は困難であり、適応は慎重に判断すべきである。当院で行ってきたMMCを用いたHIPECは予後改善に寄与しなかった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 15:35 ~ 16:50 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム９　大腸癌腹膜播種に対する治療戦略
司会：小林 宏寿（帝京大学医学部附属溝口病院外科）、藤田 文彦（久留米大学医学部外科学講座）

[SY9-6] 大腸癌腹膜播種に対する腫瘍減量手術および腹腔内温熱化学療法の治療成績

*森川 充洋[1]、坂本 裕生[1]、松中 喬之[1]、前川 展廣[1]、田海 統之[1]、澤井 利次[1]、小練 研司[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)

【目的】
大腸癌腹膜播種に対する腹膜切除および複数臓器切除（CRS）は本年保険収載されたが、HIPECは保険適用外である。当科ではこれまでCRS＋HIPECを施行しており、その治療成績について報告する。
【方法】
対象は1990年1月～2024年12月にCRS＋HIPECを施行した大腸癌腹膜播種64例（虫垂癌は除外）で、同時性30例、異時性21例、P1/2切除後の播種再発（再発群）13例である。短期成績およびP分類、PCI、Complete Cytoreduction score（CCS）に基づく予後について後方視的に解析した。さらに、治癒症例として5年無再発生存例について検討した。
【成績】
P1/2/3は6/13/45例、PCI中央値は6（1–33）、CCS 0/1/2/3は43/8/10/3例であった。術後合併症発症率（CD分類III以上）は14.1%で、手術関連死亡は認めなかった。
同時性/異時性/再発群の5年全生存率（5yOS）および生存期間中央値（MST）はそれぞれ37.4%（39か月）、41.5%（43か月）、31.4%（33か月）であり、有意差は認めなかった（P＝0.313）。
P1＋2とP3の比較では、5yOS（MST）は61.1%/27.0%（32か月）であり、有意差を認めた（P＝0.018）。
PCIを9以下（43例）と10以上（21例）に分類すると、5yOS（MST）は49.5%（57か月）、14.4%（29か月）であり、PCI9以下で有意に予後良好であった（P＝0.009）。
CCS 0–1とCCS 2–3の比較では、5yOS（MST）は48.2%（57か月）、0%（12か月）であり、CCS 0–1で有意に良好であった（P＜0.001）。
5年無再発生存例は10例で、同時性/異時性/再発群はそれぞれ6/2/2例であった。PCI中央値は3（1–7）で、全例がCC0であった。異時性/再発群の治癒症例の多くは2年以上経過後の再発であり、再発までの期間が2年以上（9例）/2年未満（25例）で比較すると、5yOS（MST）は75.0%/20.8%（28か月）であり、2年以上の群で有意に良好であった（P＝0.006）。
【結論】
薬物療法の進歩に伴いHIPECの位置づけは変化すると考えられるが、CC0–1が達成されたCRS＋HIPECの成績は良好であり、切除可能な腹膜播種に対しては積極的切除により予後改善が期待される。さらに、播種再発例においても、とくに初回手術から一定期間を経て再発した症例では、外科的切除を考慮すべきである。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 15:35 ~ 16:50 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム９　大腸癌腹膜播種に対する治療戦略
司会：小林 宏寿（帝京大学医学部附属溝口病院外科）、藤田 文彦（久留米大学医学部外科学講座）

[SY9-7] 大腸癌腹膜播種に対する外科的切除と術後補助化学療法の意義 ―多施設共同研究による治療戦略の検討―

*野田 恵佑[1]、小野 季香[1]、丸田 浩志[1]、片山 宏己[1]、山口 峻[1]、高村 祐磨[1]、足立 利幸[1]、石井 光寿[1]、井上 悠介[1]、大石 海道[2]、小山 正三郎[3]、黨 和夫[4]、橋本 慎太郎[5]、久永 真[5]、白石 斗志雄[6]、富永 哲郎[6]、福岡 秀敏[6]、松本 桂太郎[1]、野中 隆[1] (1. 長崎大学外科学講座大腸肛門外科、2. 国立病院機構長崎医療センター外科、3. 済生会長崎病院外科、4. 国立病院機構嬉野医療センター外科、5. 佐世保市総合医療センター外科、6. JCHO諫早総合病院外科)

【背景】 大腸癌腹膜播種はStage IVcに分類され予後不良であるが，その治療戦略は未だ確立されていない．特に治癒切除の達成が予後に与える影響や、術後補助化学療法（AC）の有効性については依然として議論の余地がある．本研究では長崎県下多施設のデータベースを用い，実臨床における外科的切除の意義とACの有効性を検討した．
【方法】 2016年から2021年の間に手術を施行した大腸癌腹膜播種症例123例を対象とした多施設共同後方視的研究である．治癒切除群（R0/1）49例と非治癒切除群（R2）74例に分け予後を比較し，さらに治癒切除群におけるACの効果を検討した．また，臨床病理学的因子を用いて全生存期間（OS）に関する予後規定因子を解析した．
【結果】 全症例において，治癒切除群は非治癒切除群と比較して有意に予後良好であった（5年OS：43.0% vs 7.3%，p=0.004）．多変量解析の結果，非治癒切除（HR 2.12），リンパ節転移陽性（HR 2.25），組織型（por/muc：HR 1.98）が独立した予後不良因子であった．治癒切除達成率はP分類と強く関連しており（P1/2: 51.7% vs P3: 11.1%, p<0.001），治癒切除例における検討では，AC施行が独立したOS改善因子であった（HR 0.366, p=0.044）．再発形式は腹膜再発（30.6%）が最多だが，ACは血行性転移抑制に寄与する可能性が示唆された.
【結語】 大腸癌腹膜播種に対しては，肉眼的遺残のない治癒切除の達成と，その後の術後補助化学療法の併用が予後改善の要である．特にP1/2かつ他臓器転移のない症例は積極的切除の適応となるが，P3症例や未分化癌症例では，慎重な症例選択が必要である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会