2026年11月20日(金)

シンポジウム | 外科

8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1

司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科）、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-1] 若年発症大腸癌における年齢層別の臨床病理・分子学的特徴：東・東南アジア国際多施設レジストリ研究（ESEA CRC-01）

*大内 晶[1]、Malakorn Songphol[2]、Jirathaniruangkit Kitrawee[2]、Kim Chang Woo[3]、Jung Jin-Min[3]、高見澤 康之[4]、永田 洋士[4]、小森 康司[1]、Yang Yun[5]、Zheng Xiao-hao[5]、Shen Ming-Yin[6]、Chen William Tzu-liang[6]、Chen Lionel Hui[7]、Seow-En Isaac[7]、Ng Simon S M[8]、Lam Ray C H[8]、Wanitsuwan Worrawit[9,10]、Horpaopan Sukanya[11]、Villanueva Maureen Elvira P[12]、Koh Frederick H[13] (1. 愛知県がんセンター消化器外科部、2. Chulalongkorn Colorectal Research Unit, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University、3. Department of Surgery, Ajou University Hospital, Ajou University School of Medicine、4. 国立がん研究センター中央病院大腸外科、5. Department of General Surgery, Beijing Friendship Hospital, Capital Medical University、6. Department of Surgery, China Medical University Hsinchu Hospital、7. Department of Colorectal Surgery, Singapore General Hospital、8. Division of Colorectal Surgery, Department of Surgery, The Chinese University of Hong Kong、9. Department of Surgery, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University、10. Medical Science Research and Innovation Institute, Prince of Songkla University、11. Department of Anatomy, Faculty of Medicine, Chiang Mai University、12. Division of Colorectal Surgery, Philippine General Hospital, University of the Philippines、13. Department of Colorectal Surgery, Sengkang General Hospital)

[SY1-2] 若年発症大腸癌の臨床病理学的特徴と予後の評価 ―sporadic pMMR/MSSに限定した解析―

*門馬 智之[1]、八子 博貴[1]、川又 崇弘[1]、長谷川 誠[1]、森 友輔[1]、藤井 あゆみ[1]、滝口 千晶[1]、深井 智司[1]、佐藤 孝洋[1]、伊藤 美郷[1]、氏家 大輔[1]、千田 峻[1]、岡山 洋和[1]、齋藤 元伸[1]、河野 浩二[1] (1. 福島県立医科大学消化管外科)

[SY1-3] 若年発症大腸癌の臨床病理学的特徴とStage別予後の検討－多施設共同後ろ向き研究－

*中西 良太[1]、安藤 幸滋[2]、杉山 雅彦[3]、上原 英雄[4]、藤中 良彦[5]、吉田 大輔[6]、枝廣 圭太郎[7]、川副 徹郎[2]、永井 太一朗[1]、蓮田 博文[1]、田尻 裕匡[1]、楠元 英次[1]、太田 光彦[1]、坂口 善久[1] (1. 九州医療センター　消化管外科、がん臨床研究部、2. 九州大学　消化器・総合外科、3. 九州がんセンター　消化管外科、4. 九州中央病院　総合外科、5. 飯塚病院　外科、6. 別府医療センター　消化器外科、7. 錦病院)

[SY1-4] Early-onset colorectal cancer200例の臨床病理学的特徴と予後

*深瀬 正彦[1]、須藤 剛[1]、平田 祥太郎[1]、望月 秀太郎[1]、佐藤 圭佑[1]、飯澤 肇[1] (1. 山形県立中央病院　外科)

[SY1-5] 当院における若年大腸癌の特徴

*米村 圭介[1]、佐伯 泰愼[1]、田中 正文[1]、福永 光子[1]、新井 貴大[1]、水上 亮佑[1]、鈴木 健太[1]、山田 一隆[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院消化器外科)

[SY1-6] 若年性大腸癌の臨床病理学的特徴と治療成績

*吉田 雅[1]、市川 伸樹[1]、柴田 賢吾[1]、今泉 健[1]、佐野 修平[1]、大渕 佳祐[1]、武冨 紹信[1] (1. 北海道大学　消化器外科Ⅰ)

[SY1-7] 若年者大腸癌における臨床病理学的特徴と予後および治療強度の検討

*笠島 浩行[1]、笠島 浩希[1]、下國 達志[1] (1. 市立函館病院　消化器外科)

[SY1-8] 若年発症直腸癌に対する術前化学放射線療法の効果

*白鳥 広志[1]、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]、館川 裕一[1]、岡田 聡[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科)

[SY1-9] 大腸癌におけるField Agingと若年発症大腸癌（EOCRC）特異的エピジェネティックシグネチャーの統合的in silico解析

*永坂 岳司[1]、山田 岳史[2] (1. 川崎医科大学先端腫瘍医学、2. 日本医科大学消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科

8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）

シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント

司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2　基調講演] 潰瘍性大腸炎関連腫瘍の臨床病理学的特徴と初期病変

*岩男 泰[1,2,3,4]、杉本 真也[2]、高林 馨[3]、吉松 裕介[2]、清原 裕貴[2]、三上 洋平[2]、下田 将之[4]、金井 隆典[2] (1. 慶應義塾大学予防医療センター、2. 慶應義塾大学医学部消化器内科、3. 慶應義塾大学医学部内視鏡センター、4. 東京慈恵会医科大学病理学講座)

[SY2-1] 潰瘍性大腸炎関連進行大腸癌における診断契機別に見た臨床病理学的特徴と予後

*大岡 達子[1]、高砂 健[1]、福田 佳保[1]、山下 賢[1]、上垣内 由季[1]、壷井 章克[1]、田中 秀典[1]、檜山 雄一[2]、岸田 圭弘[1]、瀧川 英彦[1]、卜部 祐司[1]、上野 義隆[1]、桑井 寿雄[3]、岡 志郎[1] (1. 広島大学病院消化器内科、2. 同広島臨床研究開発支援センター、3. 同消化器内視鏡医学講座)

[SY2-2] 大腸炎関連大腸癌における特異的遺伝子発現の同定と鑑別診断への応用

*衣笠 哲史[1,2]、主藤 朝也[2]、溝口 恵美子[3]、松本 太一[4]、内野 基[5]、真鍋 達也[6]、藤田 文彦[2] (1. 福岡みらい病院、2. 久留米大学医学部外科学講座、3. 久留米大学医学部免疫学講座、4. 福岡大学医学部細胞生物学講座、5. 兵庫医科大学病院消化器外科学講座炎症性腸疾患外科、6. 佐賀大学医学部外科学講座)

[SY2-3] 手術症例から振り返る潰瘍性大腸炎関連腫瘍の診断ストラテジー

*品川 貴秀[1]、岡田 聡[1]、白鳥 広志[1]、舘川 裕一[1]、荒川 敬一[1]、原田 有三[1]、永井 雄三[1]、横山 雄一郎[1]、江本 成伸[1]、室野 浩司[1]、野澤 宏彰[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科)

[SY2-4] 潰瘍性大腸炎関連腫瘍の診断における内視鏡・超音波内視鏡の有用性とESDのトータルバイオプシーとしての役割

*米田 頼晃[1]、吉田 早希[1]、大東 弘治[2]、竹内 洋司[1]、川村 純一郎[2]、工藤 正俊[1] (1. 近畿大学医学部消化器内科、2. 近畿大学医学部下部消化管外科)

[SY2-5] CV-SCANを用いた潰瘍性大腸炎関連腫瘍の検出およびESDにおける有用性

*植田 浩貴[1]、冨岡 明[2]、千谷 菜花[2]、堀内 和樹[1]、古橋 廣崇[1]、成松 和幸[1]、高本 俊介[1]、穂苅 量太[1] (1. 防衛医科大学校病院消化器内科、2. 埼玉医科大学国際医療センター消化器内科)

[SY2-6] 潰瘍性大腸炎の臨床経過分類と大腸炎関連大腸癌術後再発との関連：全国多施設共同研究

*吉村 晴香[1]、水内 祐介[1]、藤本 崇聡[1]、永吉 絹子[1]、野口 竜剛[2]、杉原 健一[3]、上野 秀樹[4]、石原 聡一郎[2] (1. 九州大学臨床腫瘍外科、2. 東京大学腫瘍外科、3. 社会医療法人社団光仁会第一病院、4. 防衛医科大学校外科学講座)

[SY2-7] 炎症性腸疾患関連大腸癌に対する化学療法の適応と留意点

*荻野 崇之[1]、長谷川 昂[1]、福田 健太[1]、赤澤 英[1]、辻 嘉斗[1]、深田 晃生[1]、関戸 悠紀[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、水島 恒和[2]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学、2. 獨協医科大学外科学(下部消化管外科)講座)

[SY2-8] クローン病の肛門病変に合併する痔瘻癌、肛門管癌について

*酒匂 美奈子[1]、井上 英美[2]、大城 泰平[2]、新谷 裕美子[2]、西尾 梨沙[2]、岡野 荘[1]、園田 光[1]、岩本 志穂[1]、深田 雅之[1]、古川 聡美[2]、岡本 欣也[2]、山名 哲郎[2] (1. JCHO東京山手メディカルセンター、2. JCHO東京山手メディカルセンター　大腸肛門外科)

[SY2-9] クローン病関連直腸肛門管腫瘍に対する診断戦略とサーベイランスの課題

*重原 光那[1]、杉本 真也[1]、吉松 裕介[1]、清原 裕貴[1]、三上 洋平[1]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学（消化器）)

[SY2-10] クローン病に合併した直腸肛門部癌に対するサーベイランスの現状

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

[SY2-11] クローン病に合併した消化管悪性腫瘍101例の予後因子の検討

*井上 英美[1]、酒匂 美奈子[2]、丹野 侑杜[1]、新谷 裕美子[1]、西尾 梨沙[1]、大城 泰平[1]、古川 聡美[1]、岡本 欣也[1]、山名 哲郎[1] (1. JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター、2. JCHO東京山手メディカルセンター炎症性腸疾患センター)

[SY2-12] クローン病関連直腸肛門悪性腫瘍に対する骨盤内臓全摘術の治療成績

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

*大城 泰平[1]、丹野 侑杜[1]、新谷 裕美子[1]、井上 英美[1]、西尾 梨沙[1]、古川 聡美[1]、岡本 欣也[1]、山名 哲郎[1] (1. 東京山手メディカルセンター)

[SY2-13] クローン病関連大腸腫瘍の予後改善に向けた早期診断戦略：早期診断に向けた肉眼形態的特徴と診断経路の解析

*中尾 詠一[1]、辰巳 健志[1]、小原 尚[1]、後藤 晃紀[1]、黒木 博介[1]、小金井 一隆[1]、杉田 昭[1] (1. 横浜市立市民病院炎症性腸疾患科)

シンポジウム | 肛門科

10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割

司会：黒木 政純（くろき医院)、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-1] 診療所・病院・患者の「三方よし」を目指した肛門診療における病診連携の現状

*小泉 範明[1]、多加喜 航[1] (1. 明石市立市民病院　外科)

[SY3-2] 地方小規模肛門専門病院が担う包括的肛門疾患診療の役割と課題

*錦織 直人[1]、佐々木 義之[1]、錦織　ルミ子[1]、錦織 麻衣子[1]、尾原 伸作[2]、錦織 方人[1] (1. 一路会錦織病院、2. 国保中央病院外科)

[SY3-3] 地域医療における肛門科の役割　―大学・医師会との教育連携を中心に―

*小村 憲一[1]、岡村 行泰[2]、梶原 崇弘[4]、間崎 武郎[3]、海賀 照夫[5]、松野 順敬[4]、渡部 愛[2]、服部 桜子[2]、河合 隆治[6]、奥村 康弘[2]、渡辺 知明[9]、小泉 和也[7]、甲田 貴丸[8]、木下 和哉[10]、坂東 重浩[11]、石倉 智枝里[2]、加藤 岳晴[2]、寺本 賢一[2]、山岸 俊介[2] (1. 小村肛門科医院、2. 日本大学消化器外科、3. 同愛会病院外科、4. 板倉病院外科、5. みつわ台総合病院外科、6. 大和徳洲会病院外科、7. 小泉胃腸肛門乳腺クリニック、8. 甲田医院、9. 渡辺昭医院、10. 木下産婦人科医院、11. ばんどうクリニック堀切菖蒲園駅前)

[SY3-4] 肛門科地域連携医療の司令塔としての役割

*大橋 勝久[1]、大橋 勝英[1]、佐々木 章公[2]、太田 和美[2]、北川 一智[2]、森谷 行利[3]、玉木 孝彦[3] (1. 大橋胃腸肛門科外科医院、2. 十全総合病院、3. 森谷外科医院)

[SY3-5] 肛門科医の連携と 市民への情報発信 -“愛宕おしり研究会”の活動-

*羽田 丈紀[1]、吉田 幸平[2]、白畑 敦[3]、井藤 尚武[4]、伊東 功[5]、伊藤 大介[1]、飯田 直子[1]、中山 真緒[1]、小田 晃弘[6]、野田 大地[6]、長谷川 小百合[7] (1. おなかクリニック、2. 新宿おしりのクリニック、3. しらはた胃腸肛門クリニック横浜、4. 八王子クリニック、5. 小田原おしりとおなかのクリニック、6. 新松戸中央総合病院、7. 塩山あかおクリニック)

[SY3-6] 肛門科traineeから見た専門病院の重要性とマーケティング

*長田 和義[1]、野明 俊裕[1]、石井 正之[1]、石橋 英樹[1]、鈴木 麻未[1]、白水 良征[1]、入江 朋子[1]、荒木 靖三[1] (1. 社会医療法人社団高野会くるめ病院)

[SY3-7] 西九州させぼ広域都市圏における肛門科の役割

*日高 仁[1]、黒木 政純[2] (1. ひだか医院、2. くろき医院)

[SY3-8] 総合病院内の一診療科としての肛門科に求められる地域医療における役割

*岡田 大介[1]、佐原 力三郎[1]、本間 祐子[1] (1. 社会医療法人財団仁医会牧田総合病院肛門病センター)

[SY3-9] 地方の肛門科専門有床診療所における肛門外科専門医の矜持

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

[SY3-10] 肛門疾患はどこに集約されるのか：地域医療構造の実態

*指山 浩志[1]、浜畑 幸弘[1]、小池 淳一[1]、安田 卓[1]、中山 洋[1]、川西 輝貴[1]、坪本 敦子[1]、高野 竜太朗[1]、城後 友望子[1]、黒崎 剛史[1]、本多 舜哉[1]、堤 修[1] (1. 辻仲病院柏の葉大腸肛門外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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 | 外科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1

司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科)、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-1] 若年発症大腸癌における年齢層別の臨床病理・分子学的特徴：東・東南アジア国際多施設レジストリ研究（ESEA CRC-01）

*大内 晶[1]、Malakorn Songphol[2]、Jirathaniruangkit Kitrawee[2]、Kim Chang Woo[3]、Jung Jin-Min[3]、高見澤 康之[4]、永田 洋士[4]、小森 康司[1]、Yang Yun[5]、Zheng Xiao-hao[5]、Shen Ming-Yin[6]、Chen William Tzu-liang[6]、Chen Lionel Hui[7]、Seow-En Isaac[7]、Ng Simon S M[8]、Lam Ray C H[8]、Wanitsuwan Worrawit[9,10]、Horpaopan Sukanya[11]、Villanueva Maureen Elvira P[12]、Koh Frederick H[13] (1. 愛知県がんセンター消化器外科部、2. Chulalongkorn Colorectal Research Unit, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University、3. Department of Surgery, Ajou University Hospital, Ajou University School of Medicine、4. 国立がん研究センター中央病院大腸外科、5. Department of General Surgery, Beijing Friendship Hospital, Capital Medical University、6. Department of Surgery, China Medical University Hsinchu Hospital、7. Department of Colorectal Surgery, Singapore General Hospital、8. Division of Colorectal Surgery, Department of Surgery, The Chinese University of Hong Kong、9. Department of Surgery, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University、10. Medical Science Research and Innovation Institute, Prince of Songkla University、11. Department of Anatomy, Faculty of Medicine, Chiang Mai University、12. Division of Colorectal Surgery, Philippine General Hospital, University of the Philippines、13. Department of Colorectal Surgery, Sengkang General Hospital)

[SY1-2] 若年発症大腸癌の臨床病理学的特徴と予後の評価 ―sporadic pMMR/MSSに限定した解析―

*門馬 智之[1]、八子 博貴[1]、川又 崇弘[1]、長谷川 誠[1]、森 友輔[1]、藤井 あゆみ[1]、滝口 千晶[1]、深井 智司[1]、佐藤 孝洋[1]、伊藤 美郷[1]、氏家 大輔[1]、千田 峻[1]、岡山 洋和[1]、齋藤 元伸[1]、河野 浩二[1] (1. 福島県立医科大学消化管外科)

[SY1-3] 若年発症大腸癌の臨床病理学的特徴とStage別予後の検討－多施設共同後ろ向き研究－

*中西 良太[1]、安藤 幸滋[2]、杉山 雅彦[3]、上原 英雄[4]、藤中 良彦[5]、吉田 大輔[6]、枝廣 圭太郎[7]、川副 徹郎[2]、永井 太一朗[1]、蓮田 博文[1]、田尻 裕匡[1]、楠元 英次[1]、太田 光彦[1]、坂口 善久[1] (1. 九州医療センター　消化管外科、がん臨床研究部、2. 九州大学　消化器・総合外科、3. 九州がんセンター　消化管外科、4. 九州中央病院　総合外科、5. 飯塚病院　外科、6. 別府医療センター　消化器外科、7. 錦病院)

[SY1-4] Early-onset colorectal cancer200例の臨床病理学的特徴と予後

*深瀬 正彦[1]、須藤 剛[1]、平田 祥太郎[1]、望月 秀太郎[1]、佐藤 圭佑[1]、飯澤 肇[1] (1. 山形県立中央病院　外科)

[SY1-5] 当院における若年大腸癌の特徴

*米村 圭介[1]、佐伯 泰愼[1]、田中 正文[1]、福永 光子[1]、新井 貴大[1]、水上 亮佑[1]、鈴木 健太[1]、山田 一隆[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院消化器外科)

[SY1-6] 若年性大腸癌の臨床病理学的特徴と治療成績

*吉田 雅[1]、市川 伸樹[1]、柴田 賢吾[1]、今泉 健[1]、佐野 修平[1]、大渕 佳祐[1]、武冨 紹信[1] (1. 北海道大学　消化器外科Ⅰ)

[SY1-7] 若年者大腸癌における臨床病理学的特徴と予後および治療強度の検討

*笠島 浩行[1]、笠島 浩希[1]、下國 達志[1] (1. 市立函館病院　消化器外科)

[SY1-8] 若年発症直腸癌に対する術前化学放射線療法の効果

*白鳥 広志[1]、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]、館川 裕一[1]、岡田 聡[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

[SY1-9] 大腸癌におけるField Agingと若年発症大腸癌（EOCRC）特異的エピジェネティックシグネチャーの統合的in silico解析

*永坂 岳司[1]、山田 岳史[2] (1. 川崎医科大学先端腫瘍医学、2. 日本医科大学消化器外科)

©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20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1

司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科）、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-1] 若年発症大腸癌における年齢層別の臨床病理・分子学的特徴：東・東南アジア国際多施設レジストリ研究（ESEA CRC-01）

*大内 晶[1]、Malakorn Songphol[2]、Jirathaniruangkit Kitrawee[2]、Kim Chang Woo[3]、Jung Jin-Min[3]、高見澤 康之[4]、永田 洋士[4]、小森 康司[1]、Yang Yun[5]、Zheng Xiao-hao[5]、Shen Ming-Yin[6]、Chen William Tzu-liang[6]、Chen Lionel Hui[7]、Seow-En Isaac[7]、Ng Simon S M[8]、Lam Ray C H[8]、Wanitsuwan Worrawit[9,10]、Horpaopan Sukanya[11]、Villanueva Maureen Elvira P[12]、Koh Frederick H[13] (1. 愛知県がんセンター消化器外科部、2. Chulalongkorn Colorectal Research Unit, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University、3. Department of Surgery, Ajou University Hospital, Ajou University School of Medicine、4. 国立がん研究センター中央病院大腸外科、5. Department of General Surgery, Beijing Friendship Hospital, Capital Medical University、6. Department of Surgery, China Medical University Hsinchu Hospital、7. Department of Colorectal Surgery, Singapore General Hospital、8. Division of Colorectal Surgery, Department of Surgery, The Chinese University of Hong Kong、9. Department of Surgery, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University、10. Medical Science Research and Innovation Institute, Prince of Songkla University、11. Department of Anatomy, Faculty of Medicine, Chiang Mai University、12. Division of Colorectal Surgery, Philippine General Hospital, University of the Philippines、13. Department of Colorectal Surgery, Sengkang General Hospital)

【背景】若年発症大腸癌（EO-CRC）は近年欧米において医学的・社会的課題として注目されており，早期診断および二次予防の改善が求められている．同様の傾向はアジア諸国でも認められつつあるが，アジアにおけるEO-CRCの臨床病理学的特徴や長期予後に関するデータは依然として限られている．

【目的】東・東南アジア（ESEA）におけるEO-CRCの臨床病理学的特徴，分子学的特徴および臨床転帰について，とくに年齢層別の異質性に着目して検討する．

【対象・方法】本研究は国際多施設共同レジストリ研究であり，2013年から2024年にかけて，ESEAの8か国・地域の11高次医療機関において外科的切除を受けた50歳未満の大腸腺癌患者を対象とした．対象患者を年齢により3群（≤34歳，35–44歳，45–49歳）に分類し，臨床病理学的特徴，治療内容，分子学的特徴〔マイクロサテライト不安定性（MSI）／ミスマッチ修復（MMR)〕および長期予後を検討した．

【結果】1,913例（年齢中央値44歳）が解析対象となった．腫瘍占居部位は直腸が最多（49.2%）であり，多くの症例が症状を契機に診断され，約半数がStage III–IVであった．34歳以下の患者では，大腸癌の家族歴，ポリポーシスおよび低分化組織型の頻度が高かった．MSI/MMR評価が可能であった1,031例のうち，MSI-H/dMMR腫瘍は128例（12.4%）に認められ，すべての年齢群で右側結腸癌に多く認められた．さらに最若年群ではMSH2/MSH6経路の欠失を疑うIHC発現消失が比較的高頻度（dMMR腫瘍の47.1%）に認められ，左側結腸および直腸癌においてもMSI-H/dMMR腫瘍が一定頻度で認められた．DFSは全ステージで有意差を認めなかったが，OSはステージ別に差異を認め，とくにStage III–IVにおいて若年ほど予後不良となる傾向を認めた．

【考察】本コホートにおいて，EO-CRCは年齢層に応じた特徴的な臨床病理学的および分子学的異質性を示した．とくに34歳以下の患者群は，それ以上の年齢群と比較して独立した生物学的サブグループを形成する可能性が示唆された．今後も本レジストリを用いた多角的検討を継続し，アジアにおけるEO-CRCのリスク層別化および治療戦略の構築に資する知見の創出を目指す．

©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20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1
司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科）、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-2] 若年発症大腸癌の臨床病理学的特徴と予後の評価 ―sporadic pMMR/MSSに限定した解析―

*門馬 智之[1]、八子 博貴[1]、川又 崇弘[1]、長谷川 誠[1]、森 友輔[1]、藤井 あゆみ[1]、滝口 千晶[1]、深井 智司[1]、佐藤 孝洋[1]、伊藤 美郷[1]、氏家 大輔[1]、千田 峻[1]、岡山 洋和[1]、齋藤 元伸[1]、河野 浩二[1] (1. 福島県立医科大学消化管外科)

【背景】若年発症大腸癌（EOCRC）は世界的に増加傾向にあるが、その予後については不良とする報告から同等あるいは良好とする報告までさまざまであり、一定の見解が得られていない。この背景には、遺伝性腫瘍、炎症性腸疾患関連癌、dMMR/MSI-H腫瘍など、生物学的に異なる集団の混在が影響している可能性がある。
【目的】EOCRCの純粋な生物学的特性を明らかにするため、これらの交絡因子を除外したsporadic pMMR/MSS大腸癌に限定し、EOCRCの臨床病理学的特徴と予後を明らかにすることを目的とした。
【対象・方法】2004年から2025年までに当院で原発巣切除を施行した大腸癌1,600例を後方視的に検討した。遺伝性腫瘍、炎症性腸疾患関連癌、dMMR/MSI-H症例およびMMR/MSI不明例を除外し、1,218例のsporadic pMMR/MSS症例を解析対象とした。50歳未満をEOCRC（n=86）、50歳以上をLOCRC（n=1,132）とし、臨床病理学的因子を比較するとともに、癌特異的生存（CSS）および再発までの期間（TTR）を評価した。
【結果】臨床病理学的特徴において、EOCRC群はLOCRC群に比し、女性の割合が有意に高く（50.0% vs 36.0%, P=0.012）、また進行例が多くStage III・IVの割合が高かった（P<0.001）。一方、腫瘍局在および組織型に有意差は認めなかった。CSSは単変量解析ではEOCRCで不良であったが（P=0.042）、Stage別解析ではいずれのStageにおいても有意差は認められず、多変量解析においても年齢は独立した予後因子ではなかった（HR 0.84, P=0.512）。また、Stage I–IIIの根治切除例におけるTTRも両群で差を認めず（P=0.510）、多変量解析ではEOCRCは再発リスク低下傾向を示した（HR 0.52, P=0.084）。
【結論】sporadic pMMR/MSS大腸癌において、EOCRCは女性比率や進行期で発見される割合が高いものの、Stage調整後の予後および再発リスクはLOCRCと同等であり、年齢そのものは独立した予後因子ではなかった。EOCRCの予後不良は、年齢自体の生物学的悪性度よりも、診断時進行度の影響が強い可能性が示唆され、早期発見のためのスクリーニング体制の構築が重要であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1
司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科）、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-3] 若年発症大腸癌の臨床病理学的特徴とStage別予後の検討－多施設共同後ろ向き研究－

*中西 良太[1]、安藤 幸滋[2]、杉山 雅彦[3]、上原 英雄[4]、藤中 良彦[5]、吉田 大輔[6]、枝廣 圭太郎[7]、川副 徹郎[2]、永井 太一朗[1]、蓮田 博文[1]、田尻 裕匡[1]、楠元 英次[1]、太田 光彦[1]、坂口 善久[1] (1. 九州医療センター　消化管外科、がん臨床研究部、2. 九州大学　消化器・総合外科、3. 九州がんセンター　消化管外科、4. 九州中央病院　総合外科、5. 飯塚病院　外科、6. 別府医療センター　消化器外科、7. 錦病院)

【背景】若年発症大腸癌（early-onset colorectal cancer）は近年増加が報告されているが、その臨床病理学的特徴および予後に関する知見は一定していない。【目的】多施設共同データベースを用いて若年大腸癌の臨床病理学的特徴およびstage別予後を明らかにすること。【方法】関連7施設において外科的切除が施行された原発性大腸癌3036例を対象とした（2021～2024年）。診断時年齢50歳以下を若年群，50歳超を非若年群と定義し，患者背景，腫瘍学的因子および予後を比較した。主要評価項目は無再発生存（RFS）および全生存（OS）とし，Kaplan–Meier法により解析した。【結果】若年群は182例（6.0%）であった。若年群では非若年群と比較して、直腸癌（42% vs 33%, p=0.01），粘液癌（5.0% vs 2.1%, p=0.048）、Lynch症候群を疑う家族歴を有する症例が多く（2.2% vs 0.7%, p=0.0009）、Stage III/IVの症例が多かった（60% vs 47%, p=0.0007）。p-Stage II/IIIにおける術後補助化学療法の施行率も高かった(p-Stage II; 50% vs 21%, p=0.03, p-Stage III; 82% vs 55%, p=0.0009)。Stage別解析では、無再発生存率(RFS)はp-Stage I，II，IIIいずれにおいても若年群と非若年群で有意差を認めなかった（P＝0.37、0.96、0.79）。術後補助化学療法の有無別にみてもRFSは同等であった。OSについても同様にp-Stage I, II, IIIいずれにおいても有意差を認めなかった（P＝0.43，0.25，0.06）。【結論】若年大腸癌は直腸癌や粘液癌の頻度が高く進行期で診断される傾向があるが，Stage別予後は非若年群と同等であった。若年大腸癌の予後不良は腫瘍生物学的差異よりも診断時Stageの影響を受け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20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1
司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科）、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-4] Early-onset colorectal cancer200例の臨床病理学的特徴と予後

*深瀬 正彦[1]、須藤 剛[1]、平田 祥太郎[1]、望月 秀太郎[1]、佐藤 圭佑[1]、飯澤 肇[1] (1. 山形県立中央病院　外科)

【背景】近年、50歳未満で発症する early-onset colorectal cancer（EOCRC）は増加傾向にあり、腫瘍学的特徴や予後が late-onset（LOCRC）と異なる可能性が指摘されている。本研究では、当院における EOCRC の臨床病理学的特徴と Stage 別予後を明らかにすることを目的とした
【対象と方法】2012年1月から2025年12月までの当院の手術データベース3040例を用いて50歳未満を EO 群（200例）、50歳以上を LO 群（2840例）として比較した。背景因子、腫瘍学的特徴、治療内容、再発形式を検討し、Stage 別に DFS および CSS を解析した。【結果】背景因子では、性別・BMI・腫瘍マーカー・自覚症状の有無に差は認めなかったが、癌家族歴および大腸癌家族歴は いずれもEO 群で有意に多く(70.1% vs 55.6%, p<0.001)、（28.6% vs 18.6%, p<0.01）、健診発見例も EO 群で多かった（44.3% vs 36.1%, p<0.05）。腫瘍学的には、右側結腸癌は EO 群で少なく（22.2% vs 41.3%）、N1 以上のリンパ節転移は EO 群で高率であった（52% vs 38.6%）。Stage 分布では、Stage II 以下は LO 群に多く（35.7% vs 55.5%）、一方で Stage IV は EO 群で高率であった（23.7% vs 14.9%）。腹腔鏡手術、郭清度、分化度、脈管侵襲には差を認めなかった。StageIIIにおける補助化学療法は EO 群で高率に施行され（92% vs 71.4%, p<0.001）)、オキサリプラチン併用レジメンの施行率も有意に高かった、（62% vs 35.6%, p<0.001）。
再発形式は EO 群で肝 11例、肺 11例、腹膜 4例、リンパ節 3例、LO 群で肝 80例、肺 28例、腹膜 23例、リンパ節 8例と大きな差を認めなかった。予後に関しては、DFSがStageII (90.5% vs 88.5%)、StageIII (63.2% vs 71.5%)と同等であった。CSS は StageII (95.5% vs 83.3%), StageIII (87.7% vs71.8%, p<0.05), Stage IV (31.2%, 27.3%)とStageIIIのみEO群で有意に良好であった。
【考察】EOCRC は左側の進行例が多いが、既報で指摘される粘液癌の増加は認めなかった。また、Stage III において EO 群の CSS が良好でありEOCRC は必ずしも予後不良とは言えず、腫瘍生物学的背景や補助化学療法の違いが関与している可能性があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1
司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科）、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-5] 当院における若年大腸癌の特徴

*米村 圭介[1]、佐伯 泰愼[1]、田中 正文[1]、福永 光子[1]、新井 貴大[1]、水上 亮佑[1]、鈴木 健太[1]、山田 一隆[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院消化器外科)

【背景・目的】近年、欧米では若年発症の大腸癌の増加が報告されている。当院における若年者の大腸癌について、その特徴を検討する。
【方法】 1982年1月から2026年3月の間に当院で切除を行った大腸腺癌症例4710例について臨床所見等について若年者症例（39歳以下）と非若年者症例（40歳以上）に分けて比較検討した。また、2006年1月から2024年12月の間にCurAまたはCurB手術を施行した大腸腺癌1933例に対し、長期予後の検討を行った。
【結果】若年者142例（平均34.5歳、19〜39歳）、中間層4071例（平均63.2歳、40〜79歳）、高齢者497例（平均84.5歳、80〜101歳）であった。年代別に1980年代29例（3.2%）、1990年代19例（2.0%）、2000年代26例（3.0%）、2010年代49例（3.8%）、2020年代19例（2.9%）であった。性別に有意差は見られず（p＝0.159）、主占居部位は若年者で左側大腸（p＝0.002）に有意位に多かった。また、若年症例で進行した症例が多く（p＝0.005）、主組織型では低分化な症例が多かった（p＝0.013）。家族性大腸腺腫症やリンチ症候群などの遺伝性疾患や、潰瘍性大腸炎、クローン病などの炎症性腸疾患と関連のある大腸癌は若年者に多く見られた（関連あり：若年者13.3%、非若年者1.0%、p＜0.001）。癌遺伝子変異には差は見られなかった。長期予後に関し、全症例では有意差は見られなかったが（5年OS：若年者88.7%（59例）、非若年者87.5%（1874例）、p＝0.379）、StageIVにおいて若年者で予後不良であった（5年RFS、0%（5例）、37.4%（95例）、p＜0.001）。
【結語】若年大腸癌では、左側が多く、進行した状態で見つかる割合が高かく、低分化腺癌の割合が高かった。遺伝性やcolitic cancerは若年症例で多かった。長期予後については、若年者はStageIVで予後不良であった。

©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20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1
司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科）、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-6] 若年性大腸癌の臨床病理学的特徴と治療成績

*吉田 雅[1]、市川 伸樹[1]、柴田 賢吾[1]、今泉 健[1]、佐野 修平[1]、大渕 佳祐[1]、武冨 紹信[1] (1. 北海道大学　消化器外科Ⅰ)

【背景】若年性大腸癌は増加しており、適切な治療方針を確立するためには、その特徴を明らかにし、対策を検討することが必要である。
【対象と方法】2008年から2023年までの間、当科で施行した原発性大腸癌（腺癌）切除症例の内、IBD関連癌、FAP症例を除いた1054例を対象とした。50歳未満若年群(n=85)、50歳以上高年群(n=969)に分類し、臨床病理学的特徴、後方視的に治療成績を検討した。
【結果】患者背景は、平均年齢（若年42.6 vs. 高年70.0歳, p<0.0001）、男性(55: 57%)とBMI (22.8: 22.7)は同等であった。若年群では直腸癌の割合が高く(54: 41%, p=0.02)、術前併存疾患(38: 76%, p<0.0001)、多発大腸癌(2.4: 7.4%, p=0.045)、重複癌(5.9: 15.5%, p=0.008)は高年群で高率であった。一方、大腸癌家族歴(16: 19%)、他癌家族歴(45: 47%)は同等であった。手術アプローチとしては、若年群で開腹術(12.9: 5.7%, p=0.085)、他臓器合併切除(25: 12%, p=0.002)、永久ストマ造設(24.7: 12.5%, p=0.01)が高率であった。病理学的には、T3以上(66: 62%)、ly陽性(46: 45%)、v陽性(55: 54%)、PN陽性(32: 25%)は同等であったが、若年群では、未分化や特殊系組織(15: 6.4%, p=0.007)、リンパ節転移陽性(48: 37%, p=0.04)、転移リンパ節個数(2.2: 1.4個, p=0.02)、pStage Ⅳ (31: 15%, p=0.005)が有意に多かった。K-RAS wild (67: 61%), N-RAS wild (97: 96%), BRAF V600E陽性(4.6: 11.8%), MSI (16: 8.2%)は同等であった。K-RAS変異ではG12D, N-RASではQ61K変異が最多であった。R0切除症例におけるStage別のRFS, CSS, OSはいずれも両群に有意差は認めなかった。
【考察】若年性大腸癌症例は、直腸癌の割合が高く、リンパ節転移、遠隔転移を有する進行癌が多い。一方で、他臓器合併切除などの積極的な切除でR0を達成すれば、高年症例と同様の治療成績が期待できると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1
司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科）、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-7] 若年者大腸癌における臨床病理学的特徴と予後および治療強度の検討

*笠島 浩行[1]、笠島 浩希[1]、下國 達志[1] (1. 市立函館病院　消化器外科)

【背景】若年者大腸癌は増加傾向にあり，進行例が多いとされるが，その予後や治療戦略の妥当性については一定の見解が得られていない．【目的】若年者大腸癌の臨床病理学的特徴，予後，および治療強度との関連を検討する．【対象と方法】当院において施行した大腸癌手術症例1909例を対象とし，50歳未満を若年群（n=60），それ以上を非若年群とした．臨床病理学的因子，治療内容を比較し，全生存期間（OS）および無再発生存期間（RFS）についてKaplan-Meier法を用いて解析し，log-rank検定で比較した．さらにCox比例ハザードモデルによる予後因子の検討を行った．【結果】若年群は全体の3.1%であった．進行度に有意差は認めなかった．術後補助化学療法の施行率は若年群で有意に高かった（65.0% vs 40.8%，p<0.001）．OSは若年群で良好傾向を示し（5年OS：75.0% vs 60.1%，p=0.057），多変量解析では若年は独立した予後良好因子であった（HR 0.51，p=0.011）．一方，R0かつStage 0–III症例におけるRFSは両群間で有意差を認めず（5年RFS：77.2% vs 86.0%，p=0.222），多変量解析でも若年は独立した再発リスク因子とはならなかった．【結語】若年者大腸癌は進行度に差を認めない一方で，治療強度は高い傾向にあった．再発リスクには影響を与えず，生存はむしろ良好であったことから，若年であることのみを根拠とした治療強化の妥当性については再検討が必要であり，個別化治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20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1
司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科）、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-8] 若年発症直腸癌に対する術前化学放射線療法の効果

*白鳥 広志[1]、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]、館川 裕一[1]、岡田 聡[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科)

背景: 近年、直腸癌発症の若年化が進んでいるが、若年発症と術前CRTの治療効果の関連は不明確である。
方法: 当科で2003-2024年に術前CRTと手術を行った局所進行下部直腸癌397例を対象に、発症年齢50歳未満 (EO: 51例) と50歳以上 (LO: 346例) に分け、背景および予後を検討した。
結果: 両群で性別、BMI、c-stageに差を認めなかった。EOは術前CRTにおいてirinotecanを含むレジメン (TEGAFIRI) を多く用いていた (39% vs 23%, P=0.046)。両群でRTおよび併用薬剤の相対用量強度 (RDI) に差は無かったが、TEGAFIRIに関してはLOでRDIが低下する傾向を認めた。病理学的所見として、TRGやyp-stageには両群で差がなかったが、por/sig/mucの組織型はEOで多くみられた（16% vs 4.9%, P=0.007）。補助化学療法施行率はEOで高かった (61% vs 39%, P=0.006)。長期予後として、全生存 (OS)、無再発生存 (RFS)、無遠隔再発生存 (DRFS) および無局所再発生存 (LRFS) は両群で有意差を認めなかった。多変量ロジスティック回帰において、EOはpCRや良好なTRG (grade2/3) との相関を認めなかった。また、多変量Cox解析において、EOはOS、RFS、DRFSおよびLRFSのいずれとも相関を認めなかった。一方、低分化組織型はOS、RFS、DRFSおよびLRFSが不良である独立因子であった (各HR:3.1, 1.9, 2.1および2.4)。
結語: 局所進行下部直腸癌において、若年発症は術前CRT後の病理学的奏効および予後と関連しなかった。若年発症では低分化組織型が多い一方、治療強度は保たれており、若年であること自体は術前CRTの治療抵抗性を示す因子ではないと考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1
司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科）、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-9] 大腸癌におけるField Agingと若年発症大腸癌（EOCRC）特異的エピジェネティックシグネチャーの統合的in silico解析

*永坂 岳司[1]、山田 岳史[2] (1. 川崎医科大学先端腫瘍医学、2. 日本医科大学消化器外科)

【目的】大腸癌（CRC）発生の背景として、正常粘膜におけるエピジェネティックな加齢（Field Aging）が注目されている。一方、若年発症大腸癌（EOCRC）が通常発症型（LOCRC）と異なるエピジェネティックな基盤を持つかは未解明である。本研究は、公開データセットを統合し、正常粘膜のField Agingと、EOCRC特異的な腫瘍メチル化シグネチャーの双方を検証した。
【方法】2段階のin silico解析を実施。Step 1では、GSE132804（正常大腸粘膜, n=128）を用い、対象を大腸腫瘍の既往歴別にLow/Medium/Highリスクに分類し、Horvath時計（25 CpG）に基づくΔEpiAge（加齢の進行度）を算出。Step 2ではTCGA-COADを用い、同一患者の腫瘍・正常部ペア（Step 2a, n=38）およびLynch症候群を除外したEOCRC（50歳以下, n=43）と非MSI-H LOCRC（60歳以上, n=194）の腫瘍間比較（Step 2b）を実施。Step 2bでは、腫瘍化に伴うメチル化時計の破綻指標として再定義した「Epigenetic Clock Disruption Index（ECDI）」の評価に加え、差異メチル化部位（DMP）の網羅的解析、およびLINE-1メチル化評価を行った。
【結果】Step 1において、CRC既往のあるHighリスク正常粘膜は、非癌ベースラインに対し+7.34年の有意なΔEpiAgeの進行を示し、リスクに応じた段階的な加齢（Field Aging）を認めた（Trend p=0.0018）。Step 2aにおいて、腫瘍組織は自己の正常な粘膜に対しECDIが−6.18年であり、癌特異的なメチル化の再構築を示した（p<0.0001）。Step 2bにおいて、EOCRC腫瘍はLOCRCに対し、ECDIが−29.2年と著明な時計破綻を示した（p<0.0001）。さらに、DMP解析からAACSやADAMTSL2などの遺伝子領域でEOCRCに特異的なメチル化変動（p<0.001）を認めたが、LINE-1の包括的メチル化レベルに両群で有意差はなかった（p=0.962）。
【結語】CRCのエピジェネティクスは、(1) 正常粘膜における加齢（Field Aging）、(2) 癌化に伴うメチル化の再構築、(3) EOCRCで著明に増幅されるメチル化破綻（ECDIの大幅な低下）、という独立した「3コンポーネントモデル」として理解される。EOCRCはLOCRCの単なる若年発症ではなく、独自のエピジェネティックな再構築を伴う疾患単位であることが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）

シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント

司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2　基調講演] 潰瘍性大腸炎関連腫瘍の臨床病理学的特徴と初期病変

*岩男 泰[1,2,3,4]、杉本 真也[2]、高林 馨[3]、吉松 裕介[2]、清原 裕貴[2]、三上 洋平[2]、下田 将之[4]、金井 隆典[2] (1. 慶應義塾大学予防医療センター、2. 慶應義塾大学医学部消化器内科、3. 慶應義塾大学医学部内視鏡センター、4. 東京慈恵会医科大学病理学講座)

[SY2-1] 潰瘍性大腸炎関連進行大腸癌における診断契機別に見た臨床病理学的特徴と予後

*大岡 達子[1]、高砂 健[1]、福田 佳保[1]、山下 賢[1]、上垣内 由季[1]、壷井 章克[1]、田中 秀典[1]、檜山 雄一[2]、岸田 圭弘[1]、瀧川 英彦[1]、卜部 祐司[1]、上野 義隆[1]、桑井 寿雄[3]、岡 志郎[1] (1. 広島大学病院消化器内科、2. 同広島臨床研究開発支援センター、3. 同消化器内視鏡医学講座)

[SY2-2] 大腸炎関連大腸癌における特異的遺伝子発現の同定と鑑別診断への応用

*衣笠 哲史[1,2]、主藤 朝也[2]、溝口 恵美子[3]、松本 太一[4]、内野 基[5]、真鍋 達也[6]、藤田 文彦[2] (1. 福岡みらい病院、2. 久留米大学医学部外科学講座、3. 久留米大学医学部免疫学講座、4. 福岡大学医学部細胞生物学講座、5. 兵庫医科大学病院消化器外科学講座炎症性腸疾患外科、6. 佐賀大学医学部外科学講座)

[SY2-3] 手術症例から振り返る潰瘍性大腸炎関連腫瘍の診断ストラテジー

*品川 貴秀[1]、岡田 聡[1]、白鳥 広志[1]、舘川 裕一[1]、荒川 敬一[1]、原田 有三[1]、永井 雄三[1]、横山 雄一郎[1]、江本 成伸[1]、室野 浩司[1]、野澤 宏彰[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科)

[SY2-4] 潰瘍性大腸炎関連腫瘍の診断における内視鏡・超音波内視鏡の有用性とESDのトータルバイオプシーとしての役割

*米田 頼晃[1]、吉田 早希[1]、大東 弘治[2]、竹内 洋司[1]、川村 純一郎[2]、工藤 正俊[1] (1. 近畿大学医学部消化器内科、2. 近畿大学医学部下部消化管外科)

[SY2-5] CV-SCANを用いた潰瘍性大腸炎関連腫瘍の検出およびESDにおける有用性

*植田 浩貴[1]、冨岡 明[2]、千谷 菜花[2]、堀内 和樹[1]、古橋 廣崇[1]、成松 和幸[1]、高本 俊介[1]、穂苅 量太[1] (1. 防衛医科大学校病院消化器内科、2. 埼玉医科大学国際医療センター消化器内科)

[SY2-6] 潰瘍性大腸炎の臨床経過分類と大腸炎関連大腸癌術後再発との関連：全国多施設共同研究

*吉村 晴香[1]、水内 祐介[1]、藤本 崇聡[1]、永吉 絹子[1]、野口 竜剛[2]、杉原 健一[3]、上野 秀樹[4]、石原 聡一郎[2] (1. 九州大学臨床腫瘍外科、2. 東京大学腫瘍外科、3. 社会医療法人社団光仁会第一病院、4. 防衛医科大学校外科学講座)

[SY2-7] 炎症性腸疾患関連大腸癌に対する化学療法の適応と留意点

*荻野 崇之[1]、長谷川 昂[1]、福田 健太[1]、赤澤 英[1]、辻 嘉斗[1]、深田 晃生[1]、関戸 悠紀[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、水島 恒和[2]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学、2. 獨協医科大学外科学(下部消化管外科)講座)

[SY2-8] クローン病の肛門病変に合併する痔瘻癌、肛門管癌について

*酒匂 美奈子[1]、井上 英美[2]、大城 泰平[2]、新谷 裕美子[2]、西尾 梨沙[2]、岡野 荘[1]、園田 光[1]、岩本 志穂[1]、深田 雅之[1]、古川 聡美[2]、岡本 欣也[2]、山名 哲郎[2] (1. JCHO東京山手メディカルセンター、2. JCHO東京山手メディカルセンター　大腸肛門外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

[SY2-9] クローン病関連直腸肛門管腫瘍に対する診断戦略とサーベイランスの課題

*重原 光那[1]、杉本 真也[1]、吉松 裕介[1]、清原 裕貴[1]、三上 洋平[1]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学（消化器))

[SY2-10] クローン病に合併した直腸肛門部癌に対するサーベイランスの現状

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

[SY2-11] クローン病に合併した消化管悪性腫瘍101例の予後因子の検討

*井上 英美[1]、酒匂 美奈子[2]、丹野 侑杜[1]、新谷 裕美子[1]、西尾 梨沙[1]、大城 泰平[1]、古川 聡美[1]、岡本 欣也[1]、山名 哲郎[1] (1. JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター、2. JCHO東京山手メディカルセンター炎症性腸疾患センター)

[SY2-12] クローン病関連直腸肛門悪性腫瘍に対する骨盤内臓全摘術の治療成績

*大城 泰平[1]、丹野 侑杜[1]、新谷 裕美子[1]、井上 英美[1]、西尾 梨沙[1]、古川 聡美[1]、岡本 欣也[1]、山名 哲郎[1] (1. 東京山手メディカルセンター)

[SY2-13] クローン病関連大腸腫瘍の予後改善に向けた早期診断戦略：早期診断に向けた肉眼形態的特徴と診断経路の解析

*中尾 詠一[1]、辰巳 健志[1]、小原 尚[1]、後藤 晃紀[1]、黒木 博介[1]、小金井 一隆[1]、杉田 昭[1] (1. 横浜市立市民病院炎症性腸疾患科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2　基調講演] 潰瘍性大腸炎関連腫瘍の臨床病理学的特徴と初期病変

*岩男 泰[1,2,3,4]、杉本 真也[2]、高林 馨[3]、吉松 裕介[2]、清原 裕貴[2]、三上 洋平[2]、下田 将之[4]、金井 隆典[2] (1. 慶應義塾大学予防医療センター、2. 慶應義塾大学医学部消化器内科、3. 慶應義塾大学医学部内視鏡センター、4. 東京慈恵会医科大学病理学講座)

慢性炎症を背景に発生するUC関連腫瘍(UC-associated neoplasia; UCAN)はinflammation-dysplasia-carcinoma sequenceと呼ばれる発癌過程をとり、遺伝子異常の順序が通常大腸腫瘍と異なり炎症粘膜内で早期に*TP53*遺伝子変異を認める。初期病変は平坦型(IIb)の低異型度腫瘍(dysplasia)であり、内視鏡診断が容易ではない。新たな遺伝子変異が加わると隆起成分が発生・進展し、境界不明瞭, 顆粒状などと形容される形態を呈してくる。臨床病理学的な特徴として、通常大腸腫瘍と比較し若年発症で高率に多発し、粘膜内での急速な脱分化・低分化化や、早期から深部へ浸潤性発育を示す例も少なくない。UCANの臨床像は通常腫瘍と大きく異なるにも関わらず、UCの炎症粘膜内に発生した腫瘍はすべてUCANとして扱われているのが現状である。炎症性腸疾患関連消化管癌診療ガイドライン2024年版の用語定義でdysplasiaは炎症関連の粘膜内腫瘍に限定して用いると明記しているにもかかわらず、多くの臨床データは両者の区別がなされないまま集計・発表されたものである。UCに発生した腫瘍の診療においてovertreatment、undertreatmentにつながる大きな問題点である。初期病変と炎症性・反応性の異型との鑑別、通常腫瘍との鑑別には*TP53*遺伝子変異の有無を見るためp53蛋白免疫染色が必須である。低異型度の腫瘍でも免疫染色でp53蛋白過剰発現もしくは異型腺管に一致して完全陰性が確認された場合にはUCANの可能性が高い。隆起性病変で鑑別が難しい場合には、周囲に初期病変である平坦型dysplasiaの有無を確認することが、プラクティカルな判定方法である。近年、UCに発生した腫瘍で内視鏡的に切除可能な病変に対しESDが許容される方向にあるが、その多くが通常腫瘍と推測される病変でのデータである。真のUCANであれば隆起周囲に内視鏡診断が容易でない平坦型dysplasiaを伴っていることへの理解、正確な存在診断・範囲診断にはp53蛋白免疫染色の必須であること、何よりも腫瘍としての臨床病理学的な動態が全く異なっていることを改めて認識する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-1] 潰瘍性大腸炎関連進行大腸癌における診断契機別に見た臨床病理学的特徴と予後

*大岡 達子[1]、高砂 健[1]、福田 佳保[1]、山下 賢[1]、上垣内 由季[1]、壷井 章克[1]、田中 秀典[1]、檜山 雄一[2]、岸田 圭弘[1]、瀧川 英彦[1]、卜部 祐司[1]、上野 義隆[1]、桑井 寿雄[3]、岡 志郎[1] (1. 広島大学病院消化器内科、2. 同広島臨床研究開発支援センター、3. 同消化器内視鏡医学講座)

【背景】潰瘍性大腸炎関連大腸癌 (UCAC) の早期発見にはサーベイランス大腸内視鏡 (SCS) の重要性がガイドラインで推奨されている。一方, 実臨床ではSCSが施行されず, 腹部症状を契機として進行癌として診断される症例も一定数存在するが, 診断契機と予後との関連には十分に検討されていない。また, 術前免疫栄養指標であるprognostic nutritional index (PNI) は散発性大腸癌において予後との関連が報告されているが, UCACにおける検討は限られている。
【目的】UCACにおける診断契機 (SCS/有症状) と予後とPNIの臨床的意義について検討した。
【方法】1999年7月から2026年3月までに当院で治療されたUCACのうち, T2以深の39症例42病変を対象とした。患者背景, 臨床病理学的因子, 診断契機別の臨床経過および予後につい, SCS施行した群 (A群) 21例, 腹部症状を契機にCSをした有症状群（B群）18例別に後ろ向きに比較検討した。
【結果】B群の症状内訳は腹痛が9例, 血便6例, 下痢4例, 排便困難3例であった (重複あり)。UCAC診断までのUC罹病期間中央値はA群で192ヶ月【108-480】, B群で240ヶ月【1-432】であった。腫瘍径中央値はA群47.5 mm, B群60 mmであった。深達度に関しては A群と比べB群でT4症例の割合が有意に多かった (p＜0.001)。PNI中央値はそれぞれA群47.15, B群 41.88で両群に有意差を認めなかった (p=0.205)。CSフォロー間隔が1年であった症例はA群 52.4% (11/21例), B群 5.6% (1/18例) とA群で多かった。治療法はA群では全例大腸全摘術が施行されたが, B群では切除不能例 5例, 人工肛門造設 4例であった。 3年生存率はA群94.4%、B群 61.1%, 原病死はA群 5.6%, B群 38.9%であり，B群で有意に予後不良であった（log-rank p<0.05）。
【結論】腹部症状を契機に施行したCSで診断されたUCAC症例は, より進行した病変が多く予後不良であり, 適切なSCSが施行されていない症例が多かった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-2] 大腸炎関連大腸癌における特異的遺伝子発現の同定と鑑別診断への応用

*衣笠 哲史[1,2]、主藤 朝也[2]、溝口 恵美子[3]、松本 太一[4]、内野 基[5]、真鍋 達也[6]、藤田 文彦[2] (1. 福岡みらい病院、2. 久留米大学医学部外科学講座、3. 久留米大学医学部免疫学講座、4. 福岡大学医学部細胞生物学講座、5. 兵庫医科大学病院消化器外科学講座炎症性腸疾患外科、6. 佐賀大学医学部外科学講座)

背景／目的： 潰瘍性大腸炎（UC）患者では、散発性大腸癌（CRC）とは異なる炎症関連の発癌過程を経て大腸炎関連大腸癌（CAC）が発生し、長期罹患例ではそのリスクが増加することが知られている。しかし、CAC と CRC を鑑別するための信頼性の高い分子マーカーは依然として限られている。本研究では、CAC に特異的に発現する遺伝子を同定し、その診断的有用性を検討することを目的とした。
患者と方法： UC 患者 42 例から外科的切除標本を収集した。3 例の CAC 患者から得た正常粘膜、炎症粘膜、癌組織を対象に RNA シーケンス（RNA-seq）を実施し、1 例の CRC 組織から得た正常粘膜、癌組織と比較した。CRC と比較して CAC で特異的に発現が上昇している遺伝子を抽出し、それらの抗体を用いた免疫組織化学染色により、CRC および CAC 組織でのタンパク質発現を検証した。
結果： トランスクリプトーム解析の結果、Mucin 5AC（MUC5AC）、carcinoembryonic antigen-related cell adhesion molecule 7（CEACAM7）、dual oxidase 2（DUOX2）の 3 遺伝子が CRC と比較して CAC で高発現していた。免疫組織化学染色でも、これら 3 マーカーはいずれも CAC 組織で強い発現を示した。一方、CRC では CEACAM7 と MUC5AC の発現は低かった。これらの所見は、CAC と CRC の間で遺伝子発現パターンが異なることが示唆された。
考察：MUC5ACは胃腺窩上皮細胞に存在する分泌型ムチンであるが、遺伝子メチル化の変化により糖鎖が変化することでCACに発現するとの報告がある。CEACAM7はCRCにて発現は減少すると報告されているが、CACでの発現増強はその発現の調整機構が異なるものと考えられる。DUOX 2は腸内の活性酸素種(ROS)生成を介して粘膜の恒常性維持や炎症に関与しており、腸内炎症の慢性化に寄与している可能性が高いとされている。
結論： MUC5AC、CEACAM7、DUOX2 は、CRC とは異なる CAC 特有の発現プロファイルを示し、これらを組み合わせて評価することで CAC と CRC の鑑別診断に寄与する可能性があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-3] 手術症例から振り返る潰瘍性大腸炎関連腫瘍の診断ストラテジー

*品川 貴秀[1]、岡田 聡[1]、白鳥 広志[1]、舘川 裕一[1]、荒川 敬一[1]、原田 有三[1]、永井 雄三[1]、横山 雄一郎[1]、江本 成伸[1]、室野 浩司[1]、野澤 宏彰[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科)

【背景・目的】潰瘍性大腸炎関連腫瘍（UC associated neoplasm: UCAN）の診断で重要なのは内視鏡検査による病変の拾い上げとその後の質的評価である。「拾い上げ」には限られた検査時間における生検部位の選定が必要であり、特に表在型病変の適切な診断が重要である。そこで今回、UCAN手術症例における術前後の診断病変を評価し、診断のために有用な特徴を明らかにすることを目的として解析を行った。

【対象・方法】2010～2026年4月当科で手術を行ったUCAN69症例132病変について、術前診断病変（術前病変、術中1病変含む）の特徴を後ろ向きに解析した。また注意すべき術前未診断病変（術後病変）の特徴についても解析した。

【結果】手術時年齢中央値51歳（30-83）、罹病期間中央値16年（0-54）、全大腸炎型61例（88.4%）、初回術式は大腸全摘術61例（88.4%）（IPAA48例、TPC13例）、その他8例（11.6%）であった。術後病変は全69症例中21例（30.4%）に認め、術前に単発と診断されていた症例と比較し多発と診断された症例で多い傾向であり（11/48例（22.9%）対9/20例（45%）：p=0.08）、計31例（44.9%）に多発病変が確認された。全132病変中96病変が術前に診断され、表在型は70病変だった。表在型は59病変（84.3%）がdysplasiaまたはTis/T1だったが、11病変（15.7%）にT2以深の進行病変を認めた。肉眼的には松かさ・絨毛状所見を呈する病変が非表在型と比較し有意に多く（28病変（40%）対4病変（15.4%）：p=0.03）、非表在型では狭窄病変も多かった（0病変対11病変（42.3%）：p<0.01）。術後病変（36病変）は術前病変と比較し右側に多く（14病変（38.9%）対11病変（11.5%）：p<0.01）、組織学的にはdysplasiaが多いものの（30病変（83.3%）対36病変（37.5%）：p<0.001）、Tis：3病変の他、浸潤癌（T1：1病変、T2：1病変、T3：1病変）も認めた。浸潤癌は全て原発性硬化性胆管炎合併例で確認された。

【結語】UCAN手術症例には約3割に術前未診断病変を認め、多くはdysplasiaだが浸潤癌や右側の分布にも注意を要する。また表在型では松かさ・絨毛状所見が、非表在型の進行病変では狭窄所見が診断の契機となる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-4] 潰瘍性大腸炎関連腫瘍の診断における内視鏡・超音波内視鏡の有用性とESDのトータルバイオプシーとしての役割

*米田 頼晃[1]、吉田 早希[1]、大東 弘治[2]、竹内 洋司[1]、川村 純一郎[2]、工藤 正俊[1] (1. 近畿大学医学部消化器内科、2. 近畿大学医学部下部消化管外科)

背景・目的
潰瘍性大腸炎関連腫瘍（ulcerative colitis-associated neoplasia：UCAN）は、平坦で境界不明瞭な病変として認められることが多く、生検による診断感度にも限界がある。本研究では、UCANと散発性腫瘍の鑑別に有用な内視鏡所見を検討するとともに、超音波内視鏡検査（endoscopic ultrasonography：EUS）による深達度診断能および、内視鏡的粘膜下層剥離術（endoscopic submucosal dissection：ESD）の“total biopsy”としての役割について評価した。
方法
2016年4月から2025年1月までに、潰瘍性大腸炎罹患粘膜に発生し内視鏡治療を施行した212病変を後ろ向きに検討した。肉眼型、pit pattern分類、Japan Narrow-Band Imaging Expert Team（JNET）分類による術前診断と最終病理診断を比較した。また、UCANが疑われEUSを施行した10病変について、EUSによる深達度診断と病理学的深達度を比較した。2 cm未満の病変にはスネアによる内視鏡切除を施行し、2 cm以上の病変にはESDを施行した。
結果
2 cm未満で内視鏡切除を施行した189病変にUCANは認めなかった。ESD施行23病変のうち、散発性腫瘍疑い8病変はいずれも非UCANであった。一方、UCAN疑い15病変のうち、8病変がUCAN、6病変が散発性腫瘍、1病変が炎症性病変であった。T1b以深浸潤を陽性と定義した場合、EUSの感度、特異度、陽性的中率、陰性的中率、正診率はそれぞれ50.0%、100%、100%、88.9%、90.0%であった。EUSと病理深達度は10例中9例で一致し、9病変はT1a以下、1病変はT1bであった。第3層肥厚は2病変で認め、いずれもUCANであり、そのうち1病変はT1b癌であった。ESD症例における解析では、発赤調の色調変化およびV_I pit patternがUCANの独立関連因子であった。
結論
EUSによる深達度評価は、適切な治療方針決定に有用であると考えられた。またESDは治療のみならず、病変全体の包括的病理評価を可能とする“total biopsy”として機能し、腸管機能温存を考慮した治療戦略決定に寄与する可能性が示唆された。特に、UCANと散発性腫瘍の鑑別が困難な症例において、本戦略は不要な大腸全摘術の回避に寄与する可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-5] CV-SCANを用いた潰瘍性大腸炎関連腫瘍の検出およびESDにおける有用性

*植田 浩貴[1]、冨岡 明[2]、千谷 菜花[2]、堀内 和樹[1]、古橋 廣崇[1]、成松 和幸[1]、高本 俊介[1]、穂苅 量太[1] (1. 防衛医科大学校病院消化器内科、2. 埼玉医科大学国際医療センター消化器内科)

【背景と目的】
潰瘍性大腸炎関連腫瘍（ulcerative colitis-associated neoplasia：UCAN）は慢性炎症粘膜を背景に平坦・境界不明瞭な病変が多く、早期診断や範囲診断が困難である。我々はUCANを示唆するCV-NパターンとPaneth cell metaplasiaに対応するCV-Pパターンを識別可能な新規染色法Crystal violet staining for colitis-associated neoplasia（CV-SCAN）を報告してきた。本研究ではCV-SCANのUCAN検出能およびESD治療戦略における有用性を検討した。
【方法】
潰瘍性大腸炎患者に対するサーベイランス下部消化管内視鏡検査にCV-SCANを併用し、CV-N陽性領域より生検を施行した。UCAN診断後、CV-SCANにより病変範囲を再評価し、周囲粘膜で陰性生検を確認した上でESDを施行した。
【結果】
UCAN 4例を対象とした。全例でCV-SCANによりCV-N陽性領域として病変を検出可能であり、白色光観察では病変境界の同定が困難であった。ESDは3例で一括切除を達成した。1例では水平断端陽性であったが、追加ESD前のCV-SCANにより残存病変を明瞭に同定し得た。CV-N陽性範囲は病理学的腫瘍範囲と概ね一致し、観察期間中に再発を認めなかった。
【結論】
CV-SCANはUCANの早期病変検出および病変範囲診断に有用であり、ESDの適応判断や切除範囲設定に寄与する可能性が示唆された。UCANに対する低侵襲治療戦略の確立に資することが期待される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-6] 潰瘍性大腸炎の臨床経過分類と大腸炎関連大腸癌術後再発との関連：全国多施設共同研究

*吉村 晴香[1]、水内 祐介[1]、藤本 崇聡[1]、永吉 絹子[1]、野口 竜剛[2]、杉原 健一[3]、上野 秀樹[4]、石原 聡一郎[2] (1. 九州大学臨床腫瘍外科、2. 東京大学腫瘍外科、3. 社会医療法人社団光仁会第一病院、4. 防衛医科大学校外科学講座)

【背景】潰瘍性大腸炎（UC）の臨床経過は再燃寛解型、慢性持続型、劇症型、初回発作型に分類される。大腸炎関連癌（CAC）は慢性炎症が発癌リスク因子であり、慢性持続型の発癌リスクは高いとされる。しかし、臨床経過分類が発癌後の予後に与える影響は未検討である。そこで、UC関連大腸癌において、臨床経過分類が無再発生存率（RFS）に与える影響を全国多施設共同データで検証する。
【方法】全国多施設共同後方視的研究として、UC関連大腸癌手術症例を対象とした。再燃寛解型622例、慢性持続型201例を解析対象とし、劇症型7例、初回発作型27例は除外した。主要評価項目はRFSとし、Kaplan-Meier法およびlog-rank検定による単変量解析、多変量Cox比例ハザードモデルによる解析を施行した。pStageおよび組織型を層別化変数、年齢・性別・罹患期間・脈管侵襲の有無・術後合併症の有無を補正変数とした。さらに治療歴による感度分析を行った。
【結果】患者背景では、慢性持続型は再燃寛解型と比較してUC罹患期間が短く、進行癌やリンパ管侵襲陽性症例が多い傾向にあった。5年RFSは再燃寛解型89.4%、慢性持続型78.4%であり有意差を認めた（p=0.001）。多変量Cox回帰において、pStage・組織型・脈管侵襲を補正しても慢性持続型は独立した予後不良因子であった（HR=1.64 , 95%CI 1.06–2.55, p=0.027)。サブグループ解析では、早期癌（pStage 0-II）および若年者（45歳未満）において慢性持続型のRFSが有意に低かった。UC治療歴による感度分析では、治療歴によるRFSへの影響は少なく、一貫して慢性持続型が独立した予後不良因子であった。また、再発症例において再発部位や術後補助化学療法の有無に両群で差はなく、これらが再発率に与える影響は少ないと考えられた。
【結論】慢性持続型UCを背景に発生した大腸癌は、進行度・組織型・脈管侵襲とは独立した予後不良因子であった。これは癌の悪性度のみならず、UCの炎症背景が術後再発に寄与している可能性を示唆する。慢性持続型UC背景のCAC患者には術後フォローアップの強化を検討すべきである。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江崎 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-7] 炎症性腸疾患関連大腸癌に対する化学療法の適応と留意点

*荻野 崇之[1]、長谷川 昂[1]、福田 健太[1]、赤澤 英[1]、辻 嘉斗[1]、深田 晃生[1]、関戸 悠紀[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、水島 恒和[2]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学、2. 獨協医科大学外科学(下部消化管外科)講座)

【背景と目的】炎症性腸疾患(IBD)関連大腸癌に対する化学療法の有効性および安全性に関するエビデンスは限られており、標準的治療は確立していない。現状におけるクローン病(CD)関連大腸癌および潰瘍性大腸炎(UC)関連大腸癌に対する化学療法は、いずれも大腸癌治療ガイドラインに準じて判断されるが、術後に免疫抑制治療を要する症例では、再発リスクや安全性を踏まえた慎重な治療選択が必要になる。今回、IBD関連大腸癌に対して手術を施行した症例のうち、化学療法を施行した症例について、その適応と実施上の留意点を明らかにすることを目的とした。
【対象と方法】2008年から2024年までの期間に、CD関連大腸癌およびUC関連大腸癌に対して手術を施行した82例のうち、化学療法を施行した21例を対象とし、患者背景、治療内容、有害事象について後方視的に検討した(病歴不詳例は除外)。値は中央値[範囲]で示した。
【結果】年齢中央値は53[39-61]歳、男性16例、女性5例であった。PSは0[0-1]。疾患はCD10例、UC11例であり、主腫瘍局在は直腸癌11例、肛門管癌6例、結腸癌4例であった。術前化学(放射線)療法は6例、術後補助化学療法は8例、再発に対する化学(放射線)療法は7例であった。初回化学療法レジメンは、フルオロピリミジン単独2例、オキサリプラチンベース17例、その他2例で、分子標的薬併用は3例に認めた。投与コース数は6[1–12]。投与量減量は81%で要した。消化器関連有害事象は下痢が最多でありGrade 3は29%に認めた。CDは全例下痢を認め、その重篤度と残存小腸長は有意に相関していた(p=0.01)。血液関連有害事象は好中球減少が最多で43%に認められ、Grade 3以上は24%であった。化学療法関連死亡は認めなかった。
【まとめ】IBD関連大腸癌に対する化学療法は、適切な全身管理および有害事象モニタリングの下では実施可能と考えられる。適応に関しては、疾患活動性、腸管機能、栄養状態、さらには免疫抑制治療の必要性を含めて総合的に判断し、個別化した治療方針を策定することが求められる。とくにCD関連大腸癌症例では下痢が高頻度に認められ、その原因として残存小腸長の減少に伴う小腸機能障害の関与が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-8] クローン病の肛門病変に合併する痔瘻癌、肛門管癌について

*酒匂 美奈子[1]、井上 英美[2]、大城 泰平[2]、新谷 裕美子[2]、西尾 梨沙[2]、岡野 荘[1]、園田 光[1]、岩本 志穂[1]、深田 雅之[1]、古川 聡美[2]、岡本 欣也[2]、山名 哲郎[2] (1. JCHO東京山手メディカルセンター、2. JCHO東京山手メディカルセンター　大腸肛門外科)

【背景と目的】クローン病（Crohn’s Disease; CD）に伴う痔瘻癌および肛門管癌は稀であるが、早期診断が困難であり深刻な転帰をたどる合併症である。生物学的製剤をはじめとする内科治療の進歩がみられる現在においても長期経過に伴う悪性腫瘍の合併は重要な問題である。この研究では、CDに合併する痔瘻癌、肛門管癌の特徴、臨床経過について明らかにすることを目的とした。
【方法】当院において2016年から2025年に直腸切断術もしくは骨盤内蔵全摘術が施行されたCDに合併する痔瘻癌20例（男性15例、女性5例、平均年齢49.2歳）肛門管癌13例（男性7例、女性6例、平均年齢48.5歳）を対象とし、診断契機、罹病期間、予後について検討を行った。
【結果】
痔瘻癌においてCD診断から発癌までの期間は23.8 (9－35) 年で、95.0% (19/20) で診断前に活動性痔瘻を有していた。通院を中断していた3例を除き診断前に生物学的製剤による治療が行われていた症例は41.2% (Infliximab 4例、Adalimumab 2例、Ustekinumab 1例)であった。診断契機は、腫瘤形成25% (5) 、MRI所見20% (4) 、痔瘻手術時の生検病理診断30% (6) 、疼痛5% (1) 、直腸切断術時の病理診断20% (4) であった。切除断端陽性率は40% (8/20) 、術後10－99か月の生存率は60% (12/20)であった。肛門管癌では発癌までの罹病期間は26.3 (16-35) 年、活動性痔瘻を53.8% (7/13) 、肛門狭窄を84.6% (11/13)に認めていた（重複あり）。診断前の生物学的製剤投与率は46.2% (Infllximab 2例、Adalimumab 2例、Ustekinumab 2例) 、診断契機は腫瘤形成 53.8% (7/13)、狭窄部の生検病理診断46.2% (6/13)であった。切除断端陽性率は53.8% (7/13) 、術後2－24か月の生存率は61.5%（8/13）であった。
【結論】
CD肛門病変に関連する痔瘻癌、肛門管癌合併症例の多くは長期罹患症例で、早期診断が困難であり診断契機もまちまちで、偶発的に発見される症例も少なくない。また手術時に切除断端陽性となる場合が多く、良好な治療効果を得ることが困難であるため、発癌を意識した慢性活動性炎症に対する積極的な内科・外科治療が重要であると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-9] クローン病関連直腸肛門管腫瘍に対する診断戦略とサーベイランスの課題

*重原 光那[1]、杉本 真也[1]、吉松 裕介[1]、清原 裕貴[1]、三上 洋平[1]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学（消化器))

【背景】炎症性腸疾患関連腫瘍のサーベイランスは潰瘍性大腸炎を中心に様々な議論がなされているが，病変分布や病態が複雑なクローン病に特化した基準は十分に整理されていない。クローン病関連大腸癌は，本邦含むアジアでは直腸肛門管領域に好発し，瘻孔や狭窄を背景とした特殊な発生様式を呈する。本研究では，当院症例を解析し，同領域における診断上の課題と最適なサーベイランス戦略について検討した。
【方法】2014年5月から2026年2月までに当院で経験した直腸肛門管領域のクローン病関連腫瘍22例のうち，詳細解析可能であった19例を対象とした。前回内視鏡所見と検査間隔，観察手技（反転操作の有無），生検施行率，術前進展範囲評価，組織型および予後との関連を後方視的に検討した。
【成績】解析対象の19例の罹病期間は24年（IQR 15-34）であった。他院診断例など前回内視鏡所見を確認できなかった症例を除く14例では，前回検査から診断までの平均期間は904日であった。前回検査時には全例で潰瘍，狭窄，隆起，瘻孔瘢痕などの高リスク所見を認めたが，反転操作による詳細観察は29%，生検施行は11%にとどまっていた。Stage IVの3例（16%）はいずれも症状を契機に診断されており,予定手術前に穿孔して非切除となった１例を含む非切除症例の生存期間中央値は1.3年（IQR 0.9-1.4）と予後不良であった。一方，無症状でサーベイランス目的の検査により診断された7例（37%）は，いずれもStage II以下で比較的早期に診断されていた。術前進展範囲の過小評価は8例（42%）に認められた。組織型では粘液癌および印環細胞癌において生存率低下傾向を認めた。
【結論】直腸肛門管領域では慢性炎症や瘻孔の存在により腫瘍の視認性および進展範囲評価が困難となるが，高リスク所見を有する症例では短間隔フォローと反転操作を含む重点的観察，さらに低閾値での生検を組み合わせることで早期診断につながる可能性が示唆された。また，術前の水平・垂直進展評価の精度向上が適切な治療戦略決定に重要と考えられた。肛門病変合併例を高リスク群として位置付け，クローン病に特化した体系的サーベイランス体制を構築することが求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-10] クローン病に合併した直腸肛門部癌に対するサーベイランスの現状

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

【背景】クローン病（CD）に合併する痔瘻癌を含む直腸肛門管癌は早期診断が困難であり、予後不良の一因とされる。一方で、サーベイランス法および画像・内視鏡を含めた診断戦略は未だ確立されていない。そこで本研究では、CD合併直腸肛門部癌の診断契機とサーベイランスの実態を解析し、診断に寄与する因子を検討した。
【方法】2000年12月から2025年2月までに当院で手術を施行したCD合併直腸肛門部癌64例を対象に後方視的検討を行った。患者背景、診断契機、内視鏡所見、経肛門生検所見、MRI所見、サーベイランスの実施状況について解析した。
【結果】男性51例（79.7%）、女性13例（20.3%）で、癌診断時年齢中央値48.5歳（28–74歳）、病悩期間中央値23年（1–43年）であった。術前診断が可能であったのは44例（68.7%）であり、内視鏡30例、経肛門生検12例、MRI2例であった。内視鏡では高度狭窄、粘膜下進展を疑う隆起性病変と潰瘍の混在、結節状・顆粒状粘膜、粘液付着、易出血性病変が特徴的な所見であった。経肛門生検は、狭窄により内視鏡挿入が不可であった症例に特に有効であった。瘻管掻爬と粘膜生検が基本であるが、1例はskin tagからの診断となった。また、4例は内視鏡上病変は寛解を示しており、さらに痔瘻も改善しているのにも関わらず、疼痛が出現したため、診断に至った症例も1例認めた。MRIは39例に施行され、読影所見にて癌疑いとなった症例は25例(64.1%)であった。分葉状・多房性腫瘤、不均一高信号、瘻孔に沿った腫瘤形成、不均一造影が特徴的であり、他モダリティで診断困難であったが、多房性腫瘤を認めたため手術を施行した2例は、いずれも粘液癌と診断された。癌診断前年にサーベイランスが行われていた症例は24例(37.5%)にとどまったが、定期的なseton交換を行っていた症例ではhigh-grade dysplasiaでの診断も認めた。
【結論】CDに合併する直腸肛門部癌の早期診断には、内視鏡、経肛門生検、MRIを組み合わせた戦略的サーベイランスが不可欠である。一方でサーベイランスの実施率は十分とは言えず、今後その普及と標準化が求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-11] クローン病に合併した消化管悪性腫瘍101例の予後因子の検討

*井上 英美[1]、酒匂 美奈子[2]、丹野 侑杜[1]、新谷 裕美子[1]、西尾 梨沙[1]、大城 泰平[1]、古川 聡美[1]、岡本 欣也[1]、山名 哲郎[1] (1. JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター、2. JCHO東京山手メディカルセンター炎症性腸疾患センター)

【はじめに】炎症性腸疾患関連消化管癌は散発性癌と比較して予後不良である．本研究ではクローン病（以下CD）に合併した小腸癌,結腸癌，直腸肛門管癌（痔瘻癌）の予後因子を明らかにすることを目的とした．
【対象・方法】2011年1月から2025年12月にCDに合併した消化管悪性腫瘍101例（小腸癌19例，結腸癌19例,直腸癌肛門管癌・痔瘻癌63例）を対象に，臨床的背景，手術因子，病理組織学的特徴，予後を後方視的に検討した．
【結果】患者背景は男性73人，女性28人，平均年齢は49歳（42−54），CD罹患期間の中央値は22.7年（18-29）であった．術前に癌の診断がついていたのは小腸癌1例（5.3%），結腸癌10例（56%），直腸肛門管癌・痔瘻癌48例（76.2%）であった．癌の診断契機は，小腸癌の1例は遠隔転移と腫瘍マーカー高値，結腸癌は内視鏡診断7例，CT/MRI診断3例，直腸肛門管癌・痔瘻癌は32例が腰椎麻酔下生検，7例が内視鏡下生検，外来診察時の生検3例，CT/MRI診断6例であった．癌摘出標本の断端陽性は小腸癌4例（21.1%），結腸癌6例（31.6%），直腸肛門管癌・痔瘻癌28例（44.4%）に認めた．術後化学療法は小腸癌で5例，結腸癌で6例，直腸肛門管癌・痔瘻癌では放射線治療も含め25例に行われた．術後観察期間の中央値は3.0年（1.4-9.2年）で断端陽性例は小腸癌で4例中3例，結腸癌で6例中5例，直腸肛門管癌・痔瘻癌で28例中16例が死亡しており，有意に予後不良であった（$p < 0.01$）．
【結語】CDに合併した直腸肛門管癌・痔瘻癌の術前診断率は比較的高かったが，進行癌が多くR0切除困難な例を多く認めた．R0切除が可能な早期診断のためのサーベイランスが必要である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-12] クローン病関連直腸肛門悪性腫瘍に対する骨盤内臓全摘術の治療成績

*大城 泰平[1]、丹野 侑杜[1]、新谷 裕美子[1]、井上 英美[1]、西尾 梨沙[1]、古川 聡美[1]、岡本 欣也[1]、山名 哲郎[1] (1. 東京山手メディカルセンター)

【背景】
クローン病（CD）関連直腸肛門管癌は慢性炎症を背景として発生し、局所浸潤傾向が強く、切除断端陽性や局所再発のリスクが高い。通常の直腸癌手術では根治切除が困難な場合があり、骨盤内臓全摘術を含む拡大切除が必要となる。近年、欧米からはIBD関連直腸肛門管癌に対する拡大骨盤内臓器切除が周術期成績、長期予後の両面で許容可能とする報告がみられる。
【治療方針】
・MRI撮影を行い、直腸肛門管に隣接した臓器（前立腺、仙骨、挙筋）への浸潤を評価する。
・膿瘍形成例に対し人工肛門造設による感染巣コントロールを行う。
・局所進展のため剥離断端陰性を得るのが難しいと判断した場合は、術前化学療法を行う。
・痔瘻瘻管は可能な限り切除する。
・尿路再建は回腸を用いて回腸導管を作成する。
・骨盤部、会陰部の欠損に対し、大腿有茎皮弁を用いた再建を行う。
【症例】
CD関連直腸肛門管癌3例および直腸癌術後再発1例に対し骨盤内臓全摘術を施行した。
症例1：50代男性、罹患歴25年。直腸肛門管粘液癌に対し術前XELOX＋Bev 4コース後、骨盤内臓全摘＋外性器・仙骨合併切除＋回腸導管を施行。術後合併症なし。
症例2：50代男性、罹患歴21年。長期ステロイド使用、副腎不全を合併。直腸癌切除後の骨盤内再発に対し骨盤内臓全摘を施行。回腸吻合部縫合不全のため再手術を要した。
症例3：60代男性、罹患歴32年。MDS合併。痔瘻に合併した粘液癌。術前化学療法後、骨盤内臓全摘＋外性器切除＋回腸導管＋会陰部大腿有茎皮弁再建を施行。骨盤死腔炎と尿崩症を認めた。
症例4：50代男性、罹患歴26年。直腸肛門管粘液癌（回腸S状結腸瘻合併）に対し骨盤内臓全摘＋結腸亜全摘＋瘻孔切除＋回腸導管＋会陰部大腿有茎皮弁再建を施行。術後合併症なし。
【考察・結語】
CD関連直腸肛門管癌では、組織学的特徴により局所進展例が多く、断端陰性を得るには骨盤内臓全摘を含む拡大切除が有効な選択肢となり得る。今回の経験からも、術後合併症は少なくなく、基礎疾患を考慮した慎重な手術適応と周術期管理が重要である。本報告は、CD関連直腸肛門管癌および再発例に対する骨盤内臓全摘の治療戦略を考える上で貴重な症例経験である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-13] クローン病関連大腸腫瘍の予後改善に向けた早期診断戦略：早期診断に向けた肉眼形態的特徴と診断経路の解析

*中尾 詠一[1]、辰巳 健志[1]、小原 尚[1]、後藤 晃紀[1]、黒木 博介[1]、小金井 一隆[1]、杉田 昭[1] (1. 横浜市立市民病院炎症性腸疾患科)

【目的】
クローン病関連大腸腫瘍（CDAN）は、早期であれば良好な生存率が得られる一方、進行例では著しく予後不良である。しかし、クローン病特有の狭窄や瘻孔により早期診断は困難で、有効なサーベイランス法も確立されていない。本研究では、自験例の長期解析および早期癌と進行癌の比較により、CDANの診療実態と早期診断に有用な特徴を検討した。

【対象と方法】
1994〜2025年に当院で経験したCDAN 91例を対象とし、前期（〜2009年）、中期（2010〜2017年）、後期（2018〜2025年）の3群に分け、臨床病理学的特徴と治療成績を解析した。さらに、痔瘻癌や高度異形成などを除外した切除例51例を抽出し、早期癌（pTis–T1：13例）と進行癌（pT2以深：38例）に分類して比較検討した。

【結果】
診断時期別では前期16例、中期30例、後期45例であった。腫瘍局在は直腸肛門管癌が最多であり、術前診断例は後期で増加していた。術前診断方法では内視鏡が最多で、前期16.7%、中期56.3%、後期61.3%であった。病理学的進行度では、HGD/pTisおよびstage I症例は後期で増加し、stage IV症例は減少した。生存期間中央値はStage I：187か月、II：130か月、III：41か月、IV：10か月であり、早期病変ほど予後良好であった。

51例のサブ解析では、早期癌の69.2%がType0-Iを呈したのに対し、進行癌ではType4（47.4%）およびType5（34.2%）が主体であった。早期癌は全例が分化型腺癌であった一方、進行癌では粘液癌が52.6%を占めた。診断経路では、早期癌はCSによる診断が最多（69.2%）であったが、進行癌の23.7%は術中迅速診断など術中評価を契機に診断されていた。

【結語】
近年、CDANにおける早期癌の診断頻度は増加していた。早期癌は表在隆起型形態および分化型組織を特徴としており、一部のCDANは発癌早期から肉眼的に認識可能な病変として存在する可能性が示唆された。内視鏡検査や肛門診察を含めた慎重なサーベイランスがCDANの早期診断に寄与する可能性があるが、最適なサーベイランス戦略の確立にはさらなる検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科

2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割

司会：黒木 政純（くろき医院)、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-1] 診療所・病院・患者の「三方よし」を目指した肛門診療における病診連携の現状

*小泉 範明[1]、多加喜 航[1] (1. 明石市立市民病院　外科)

[SY3-2] 地方小規模肛門専門病院が担う包括的肛門疾患診療の役割と課題

*錦織 直人[1]、佐々木 義之[1]、錦織　ルミ子[1]、錦織 麻衣子[1]、尾原 伸作[2]、錦織 方人[1] (1. 一路会錦織病院、2. 国保中央病院外科)

[SY3-3] 地域医療における肛門科の役割　―大学・医師会との教育連携を中心に―

*小村 憲一[1]、岡村 行泰[2]、梶原 崇弘[4]、間崎 武郎[3]、海賀 照夫[5]、松野 順敬[4]、渡部 愛[2]、服部 桜子[2]、河合 隆治[6]、奥村 康弘[2]、渡辺 知明[9]、小泉 和也[7]、甲田 貴丸[8]、木下 和哉[10]、坂東 重浩[11]、石倉 智枝里[2]、加藤 岳晴[2]、寺本 賢一[2]、山岸 俊介[2] (1. 小村肛門科医院、2. 日本大学消化器外科、3. 同愛会病院外科、4. 板倉病院外科、5. みつわ台総合病院外科、6. 大和徳洲会病院外科、7. 小泉胃腸肛門乳腺クリニック、8. 甲田医院、9. 渡辺昭医院、10. 木下産婦人科医院、11. ばんどうクリニック堀切菖蒲園駅前)

[SY3-4] 肛門科地域連携医療の司令塔としての役割

*大橋 勝久[1]、大橋 勝英[1]、佐々木 章公[2]、太田 和美[2]、北川 一智[2]、森谷 行利[3]、玉木 孝彦[3] (1. 大橋胃腸肛門科外科医院、2. 十全総合病院、3. 森谷外科医院)

[SY3-5] 肛門科医の連携と 市民への情報発信 -“愛宕おしり研究会”の活動-

*羽田 丈紀[1]、吉田 幸平[2]、白畑 敦[3]、井藤 尚武[4]、伊東 功[5]、伊藤 大介[1]、飯田 直子[1]、中山 真緒[1]、小田 晃弘[6]、野田 大地[6]、長谷川 小百合[7] (1. おなかクリニック、2. 新宿おしりのクリニック、3. しらはた胃腸肛門クリニック横浜、4. 八王子クリニック、5. 小田原おしりとおなかのクリニック、6. 新松戸中央総合病院、7. 塩山あかおクリニック)

[SY3-6] 肛門科traineeから見た専門病院の重要性とマーケティング

*長田 和義[1]、野明 俊裕[1]、石井 正之[1]、石橋 英樹[1]、鈴木 麻未[1]、白水 良征[1]、入江 朋子[1]、荒木 靖三[1] (1. 社会医療法人社団高野会くるめ病院)

[SY3-7] 西九州させぼ広域都市圏における肛門科の役割

*日高 仁[1]、黒木 政純[2] (1. ひだか医院、2. くろき医院)

[SY3-8] 総合病院内の一診療科としての肛門科に求められる地域医療における役割

*岡田 大介[1]、佐原 力三郎[1]、本間 祐子[1] (1. 社会医療法人財団仁医会牧田総合病院肛門病センター)

[SY3-9] 地方の肛門科専門有床診療所における肛門外科専門医の矜持

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

[SY3-10] 肛門疾患はどこに集約されるのか：地域医療構造の実態

*指山 浩志[1]、浜畑 幸弘[1]、小池 淳一[1]、安田 卓[1]、中山 洋[1]、川西 輝貴[1]、坪本 敦子[1]、高野 竜太朗[1]、城後 友望子[1]、黒崎 剛史[1]、本多 舜哉[1]、堤 修[1] (1. 辻仲病院柏の葉大腸肛門外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割
司会：黒木 政純（くろき医院）、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-1] 診療所・病院・患者の「三方よし」を目指した肛門診療における病診連携の現状

*小泉 範明[1]、多加喜 航[1] (1. 明石市立市民病院　外科)

肛門疾患の潜在患者は非常に多く、急性期一般病院に勤務する一般消化器外科医であっても種々の肛門疾患に対して適切な治療が提供できるよう知識と技術を習得しておく必要がある。しかしながら、往々にして一般消化器外科医は肛門疾患に苦手意識を持つものが少なくなく、また十分な修練の機会があるとは言い難い。一方肛門科の専門クリニックはマンパワーやキャパシティが限られており、合併症を有する患者の診療や緊急時の対応には度々苦慮されている。当科では、両者の弱点を補完するため近隣の肛門科クリニックと相互協力体制で病診連携に取り組んでいるため、急性期一般病院に勤務する消化器外科医の立場からその現状を報告する。

3年前、主に手術手技の習得を目的として肛門科クリニックに出向き、手術助手を務めることから交流を開始した。現在も定期的に手術支援と専門知識の習得を継続しており、顔を合わして情報交換することを重視している。その後、クリニックで手術が施行された出血リスクの高い患者や遠方から受診した患者の術後の観察入院や、有事の際の緊急対応を病院で請け負うようになった。さらにはクリニックで手術を施行される患者の術前検査一式も病院で受託する体制を確立し、クリニックは余計な検査を省略できるようになった。これらの体制により病院は検査件数が増加し、入院患者数の増加にもつながった。さらに、併存疾患のあるハイリスク症例は当院での入院手術を引き受けることで手術件数も増加し、収益にも貢献する結果となっている。

総合病院で行う術前検査は、短時間で全ての検査が円滑に施行可能であるため患者からの評判もよく、術後に何かあった場合でも総合病院のバックアップがあることは患者の大きな安心となっており、クリニックと病院のみならず患者にとっても一定のメリットがある連携体制となっていると考える。

地域で質の高い肛門診療を行っていく上で、お互いに直接やり取りができる密な病診連携は必須である。直接クリニックに出向いて実際の診療の場を知ることでうまくニーズを発掘することができ、診療所・病院・患者の「三方よし」の連携体制が達成できている。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割
司会：黒木 政純（くろき医院）、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-2] 地方小規模肛門専門病院が担う包括的肛門疾患診療の役割と課題

*錦織 直人[1]、佐々木 義之[1]、錦織　ルミ子[1]、錦織 麻衣子[1]、尾原 伸作[2]、錦織 方人[1] (1. 一路会錦織病院、2. 国保中央病院外科)

当院は奈良県に所在する病床数30床の小規模病院であり、常勤肛門科医2名体制で診療を行っている。年間の肛門科初診患者数は約2000〜2500例で、地域診療所のみならず高次医療機関や他府県からの紹介も多い。肛門疾患の診断・内科的治療・外科治療に加え、消化管内視鏡検査、直腸肛門機能検査、排便機能診療、炎症性腸疾患（IBD）診療を包括的に行い、シームレスな診療体制を構築している。
肛門疾患の背景には排便機能異常が関与する症例が多く、排便機能障害に対する診療は重要である。特に肛門機能検査、排便造影検査、バイオフィードバック療法といった専門性の高い診療は限られた施設でのみ実施可能であり、地域医療における重要な役割であると考える。また、排便機能異常に対する診療は、自院のみならず「かかりつけ医」との連携のもと継続的に行うことが重要である。
肛門外科手術においては、肛門機能温存を考慮した根治性の高い外科手術を心掛けている。近年は高齢化に伴い心疾患合併例や抗血小板・抗凝固療法中の症例が増加しており、周術期合併症、特に術後出血の低減に向けた努力と、周辺医療機関との連携が不可欠である。
また、排便時出血が持続する症例には積極的に大腸内視鏡検査を施行し、年間約600例の大腸ポリープ切除および約30例の大腸癌を診断している。さらに毎年約30例の新規IBD症例を診断・治療導入し、現在約300例を継続診療している。IBDは肛門症状を契機に診断に至る症例も多く、肛門病変や直腸粘膜所見を契機とした早期診断は肛門科の重要な役割である。当院ではadvanced therapyを含む内科治療に加え、クローン病合併肛門病変に対する外科治療も積極的に行っている。
地方の小規模肛門専門病院は、肛門外科診療のみならず、排便機能診療や大腸腫瘍性病変の診断・治療およびIBD診療を含めた包括的診療を担う地域医療の重要な役割を果たしていると考える。本発表ではその取り組みと課題について報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科

2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割

司会：黒木 政純（くろき医院）、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-3] 地域医療における肛門科の役割　―大学・医師会との教育連携を中心に―

*小村 憲一[1]、岡村 行泰[2]、梶原 崇弘[4]、間崎 武郎[3]、海賀 照夫[5]、松野 順敬[4]、渡部 愛[2]、服部 桜子[2]、河合 隆治[6]、奥村 康弘[2]、渡辺 知明[9]、小泉 和也[7]、甲田 貴丸[8]、木下 和哉[10]、坂東 重浩[11]、石倉 智枝里[2]、加藤 岳晴[2]、寺本 賢一[2]、山岸 俊介[2] (1. 小村肛門科医院、2. 日本大学消化器外科、3. 同愛会病院外科、4. 板倉病院外科、5. みつわ台総合病院外科、6. 大和徳洲会病院外科、7. 小泉胃腸肛門乳腺クリニック、8. 甲田医院、9. 渡辺昭医院、10. 木下産婦人科医院、11. ばんどうクリニック堀切菖蒲園駅前)

肛門科領域は、痔核・裂肛・痔瘻に加え、クローン病肛門病変や排便障害など多岐にわたる。一方で、大学病院や研修施設における肛門疾患の教育機会は極めて限られており、国家試験対策テキストにおいても記載は数ページにとどまる。その結果、十分な知識や経験を得ないまま臨床現場に従事し、試行錯誤の中で診療にあたる医師が少なくないのが現状である。これらの課題を踏まえ、当院における教育・地域連携の取り組みを報告する。

大学との教育連携として、日本大学消化器外科において医局員向け講義を年3回継続的に実施している。さらに本年度より医学生講義も担当している。当院は大腸肛門病学会認定施設として、医局員の研修受け入れおよび手術指導を行い、実践的な技術教育の場を提供している。これまでに大腸肛門病学会専門医を4名育成した。大学病院において肛門疾患手術の経験が乏しい現状において、専門知識の普及と人材育成は重要な責務であると考える。

地域医師会との連携として、葛飾区医師会における「肛門関連疾患集談会」を設立した。本会設立の契機は、肛門痛を主訴とした妊婦が複数医療機関を受診したにもかかわらず診断に至らず、当院で深部肛門周囲膿瘍と診断し切開排膿を施行した症例である。本症例を通じて、肛門診療に対する苦手意識や診療体制の課題が明らかとなった。これを受け、婦人科・消化器外科・泌尿器科・消化器内科の専門医を世話人とする多科横断的な集談会を2022年6月に発足し、年2回開催している。本会は、肛門疾患のプライマリケアから関連領域までを横断的に学ぶ機会を提供し、地域医療水準の向上に寄与している。

肛門科専門医が大学および地域医師会と連携し、教育・啓発活動を推進することは、地域における肛門科診療の質の向上および患者QOLの改善に直結するものと考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割
司会：黒木 政純（くろき医院）、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-4] 肛門科地域連携医療の司令塔としての役割

*大橋 勝久[1]、大橋 勝英[1]、佐々木 章公[2]、太田 和美[2]、北川 一智[2]、森谷 行利[3]、玉木 孝彦[3] (1. 大橋胃腸肛門科外科医院、2. 十全総合病院、3. 森谷外科医院)

【背景・目的】
肛門科医は高い専門性を有する一方で地域的偏在があり、診療の集約化が求められる。しかしその反面、自施設で対応困難なハイリスク症例や排便機能障害、炎症性腸疾患、骨盤臓器脱、消化器癌などに対しても適切に対応する必要がある。そのためには患者の病態に応じて適切な医療機関へ円滑に紹介する体制、すなわち良好な地域医療連携の構築が不可欠である。当院は当該医療圏においてその役割を担っており、本発表では肛門科の「司令塔」としての役割と実践について報告する。

【医療連携構築】
医院継承前の５年間の民間総合病院外科勤務時には、消化器外科診療に限らず内視鏡治療（ESD）や炎症性腸疾患診療にも従事し、地域の消化器内科との症例検討会を通じて連携を構築した。また院内に多職種排便機能障害チームを設立し、排便造影などの検査体制整備および市民への排便障害公開講座を定期的に開催した。地方の外科系研究会には必ず演題発表し県内外科医との交流を深め、地域の外科医とは腹腔鏡手術の勉強会を毎月開催し、外科連携も強化した。

【結果】
顔の見える連携体制構築により、画像検査、がん診療、全身麻酔手術、透析患者、重度精神疾患や全身状態不良例の管理など、自院対応困難症例に対して適切かつ迅速な紹介が可能となった。また全症例の前向きデータベース登録と手術画像記録により、治療成績の評価とフィードバックを行い、例えば痔核手術後出血率は従来の1〜2%から近年は通年0%を達成している。骨盤臓器脱は症例に応じて適切に術式を選択し、経肛門手術と経腹手術とも高い根治性と排便機能の改善を追求できている。複雑なクローン病の肛門部疾患も生物学的製剤を用いて積極的に根治術を行い、潰瘍性大腸炎は疫学研究への参画を通じて地域発エビデンス創出(累積impact factor 58.8)にも寄与している。

【結語】
肛門科は専門診療の集約拠点であると同時に、地域医療をつなぐ司令塔として機能することが重要である。顔の見える連携とデータに基づく診療の両立が、その役割を強化すると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科

2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割

司会：黒木 政純（くろき医院）、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-5] 肛門科医の連携と 市民への情報発信 -“愛宕おしり研究会”の活動-

*羽田 丈紀[1]、吉田 幸平[2]、白畑 敦[3]、井藤 尚武[4]、伊東 功[5]、伊藤 大介[1]、飯田 直子[1]、中山 真緒[1]、小田 晃弘[6]、野田 大地[6]、長谷川 小百合[7] (1. おなかクリニック、2. 新宿おしりのクリニック、3. しらはた胃腸肛門クリニック横浜、4. 八王子クリニック、5. 小田原おしりとおなかのクリニック、6. 新松戸中央総合病院、7. 塩山あかおクリニック)

背景
変化する肛門診療への対応や治療技術の普遍化を目指し、また市民への情報提供や医療機関の広報を目的とし、2012年“愛宕おしり研究会”を組織した。
スローガン
“日本の肛門外科の進化・発展と おしり解放運動”
参加施設
関東圏中心に45施設（クリニック24、病院18、大学病院3）　担当医師43人（重複あり）
活動
① 対面式研究会
『愛宕おしり研究会』：3大痔疾患はじめ、興味深いテーマを担当医師が企画立案し90分ほどの学びの場として共有。講師を招いて知識を深める機会も多い。（26回開催）
『しり研IBD』：Crohn病に特化し、症例検討と招聘講師の講義で知識を深める。（10回開催）
②HP：手術動画の閲覧*や市民向けの診療情報などを掲載。“近所のおしり医”では、地図上に45の医療機関が記され、クリックすると該当施設のHPが展開。
③Face book：手術動画の閲覧*、情報共有
（* 規制あり現在は閲覧不可）
④LINE：周知のごとく、短時間で複数人が瞬時に意見交換が可能。日常診療の疑問・質問に、画像・動画とともに討論でき利用価値が高い。
⑤肛門診療ハンドブック作成（2018年出版）
⑥演題発表：内痔核治療法研究会（過去5回）　大腸肛門病学会（今回）
活動成果
学会や研究会、各地の肛門懇談会、懇話会など学びの場は数多くあるが、当研究会は参加者の心理的ハードルを下げ、発言しやすい対面の場を心がけており気軽に参加できる。招聘講師を交えた懇親会は人事交流と仲間意識の醸成に役立つ。
SNS特にLINEは、疑問や問題点を、画像とともに短時間で共有、討論でき、肛門科医の連携に大きく貢献している。単独でクリニックを運営している医師にとって、目の前の患者さんに短時間で的確な対応が可能なことは、心強い要素である。
消化器科医は開業する時、肛門診療と内視鏡検査の導入を高頻度に検討する。当研究会は24施設のクリニックが参加しており、更に毎年1〜2施設の新規開業医が参加するため、開業に際し、時代に即した的確なアドバイスが提供できる。
患者がHPを閲覧して、医療情報を得たり医療機関を選択し受診したりするケースは今のところ多くない。当学会や日本臨床肛門病学会のHPを参考に、今後は市民への情報提供の方法を改善したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科

2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割

司会：黒木 政純（くろき医院）、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-6] 肛門科traineeから見た専門病院の重要性とマーケティング

*長田 和義[1]、野明 俊裕[1]、石井 正之[1]、石橋 英樹[1]、鈴木 麻未[1]、白水 良征[1]、入江 朋子[1]、荒木 靖三[1] (1. 社会医療法人社団高野会くるめ病院)

【背景】肛門直腸疾患の有病率は高く、プライマリケアや急性期病院においても遭遇頻度の高い疾患群である。しかし専門的な診療・手術経験を積める施設は限られており、肛門科専門病院が担う教育・診療両面での役割は大きい。一方、外科を志す若手医師の減少、診療報酬改定やインフレなど、専門施設を取り巻く外部環境は厳しさを増している。新たな地域医療構想が進む中、肛門科専門施設がいかに持続可能な形で地域医療に貢献し続けるかが、重要な課題となっている。

【演者のキャリア】演者は消化器内科医として卒後12年目まで勤務した後、2024年度より当院にて肛門外科の修練を開始した。外来診療に加え、2年間で手術助手614例、執刀220例を経験し、段階的な技術習得が可能であった。計3年の修練修了後に長崎市に戻り、クリニックを承継する予定である。

【施設広報と連携】当院では主に患者支援センターが他医療機関・介護事業者等との連携業務を担い、病院ホームページ、講演活動、機関紙の発行などを通じた地域広報を行ってきた。近年、受診に際してインターネットを利用して情報収集する患者が増加していることから、2025年より公式YouTubeでの動画配信を開始し、公式LINEによる更新通知との連携を図っている。動画は最大で公開後3か月以内に6,000回以上再生された例もあり、動画を契機として受診または手術を決断した患者も認められ、一定の効果があると考えられる。

【考察】広報を含めたマーケティング戦略は、集患のみならず職員のエンゲージメント向上や人材採用にも寄与しうる。しかし医療機関においてマーケティングに精通した人材の確保・育成は容易でなく、日常診療と並行して取り組める時間・リソースも限られるため、各施設が試行錯誤を続けているのが現状であると考えられる。本演題では、肛門科専門施設のおかれる現状と、当院における取り組みの実際について報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科

2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割

司会：黒木 政純（くろき医院）、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-7] 西九州させぼ広域都市圏における肛門科の役割

*日高 仁[1]、黒木 政純[2] (1. ひだか医院、2. くろき医院)

西九州させぼ広域都市圏は平成 31（2019）年に形成された新たな枠組みの都市圏で, 佐世保市を中心とし長崎県北部と佐賀県にまたがる,離島を含む12市町で構成される連携エリアである.
演者は,本年7月に長崎県佐世保市にて有床診療所(5床)である「ひだか医院」を継承開業した.連携エリア内に肛門科専門施設が少ない為, 他の医療機関からの紹介の有無に関わらず,離島を含む広い範囲から患者が受診され,高齢化率31.8%(2020年国勢調査)という都市圏全体の事情を反映するように受診者にも高齢者が多い傾向にある為,そのような特徴を考慮し,三大疾患やその他の肛門疾患,排便障害,炎症性腸疾患など幅広い疾患の治療を行う必要がある.特に手術治療においては,仕事に多忙な青壮年の患者,漁業を生業とし出漁の予定が決まっている患者,洋上での訓練予定を有す自衛隊員の患者, 陸路や海路を利用し遠方から長時間をかけて来院される高齢患者,様々な併存疾患を有す患者など,バリエーションに富み, 5 床という限られた病床をどのように活用するかも含め,良性疾患の治療をいかにトラブルなく行うかに細心の注意を払わねばならない.
　幸いなことに,佐世保市を中枢とし,4つの地域医療支援病院や県北唯一の三次救急病院を中心に,密に連携した医療体制が構築されており,超高齢者やリスクの高い併存疾患を有す症例における治療の連携, 対応困難な場合の受け入れ先といった面では比較的恵まれており,当院でできること・できないことや,連携のタイミングについての見極めも非常に重要となる.
当院の前身である「くろき医院」(黒木政純 院長)では,平成15年(2003年)の開院以来,この都市圏における数少ない肛門科専門施設として,このような状況下において様々な対策・工夫を施し診療が行われてきた.西九州させぼ広域都市圏で肛門科に何が求められてきたかを同院でのこれまでのデータや診療の実際から振り返り,当院として今後どのように肛門科として同都市圏における役割を果たしていくか,今後の課題や将来像も含め,発表したい.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割
司会：黒木 政純（くろき医院）、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-8] 総合病院内の一診療科としての肛門科に求められる地域医療における役割

*岡田 大介[1]、佐原 力三郎[1]、本間 祐子[1] (1. 社会医療法人財団仁医会牧田総合病院肛門病センター)

【背景】当院は病床数290床の東京都大田区にある急性期総合病院であり、地域医療支援病院として、近隣の医療機関からの紹介患者に対する医療提供とかかりつけ医等への支援を行う役割を担っている。都内には肛門科専門医の勤務するクリニックは他地域と比較し多く存在するものの、総合病院で肛門科専門診療を行っている病院は少ない。
【当科に求められる役割】当科は総合病院内の一診療科である。近隣の非専門医からの肛門関連の症状を有する紹介患者の通常の診療のみならず、合併症があるためクリニックでは治療が困難な患者や日帰り手術が困難な肛門疾患を受け入れるという、いわば地域の肛門科治療の「最後の砦」としての役割を果たすことも求められる。
【当科での取り組み】当院では各専門内科や麻酔科などを有する総合病院の強みを生かして地域からのニーズに応える医療を行っている。具体的には、抗血栓薬内服中で休薬不可の症例では、循環器内科や麻酔科と連携し全身リスクを評価した上で内服続行のまま全身麻酔下手術を行っている。この他透析が必要な症例では術翌日院内で透析対応を行い、糖尿病コントロールが不良の症例では糖尿病内科と連携し先行入院で血糖コントロールを行ってから手術を行うなどの対応をしている。また当科を受診した患者で日帰り手術の適応があり、かつ本人が希望した場合は近隣の肛門科専門クリニックへ紹介し、日帰り治療に特化したクリニックとの役割分担を図るようにしている。
【当科の外来患者の現状】当科は2020年4月から肛門科専門医常勤医が赴任し、2026年度からは専門医常勤3人体制で診療を行っている。2025年4月から2026年3月の1年間で紹介患者数580例、紹介率78.8%であった。紹介元は大田区内および近隣区など東京都南部地域のクリニック、病院が多数を占めているが、近年は東京都東部や神奈川県からも紹介患者を受けている。DPCデータより抽出した2023年度の半径10km圏内のDPC病院における地域シェア率では、当院は痔核79.7%、痔瘻93.1%と高率を示しており、総合病院の肛門科として地域医療に一定の貢献をしていると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割
司会：黒木 政純（くろき医院）、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-9] 地方の肛門科専門有床診療所における肛門外科専門医の矜持

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

2011年10月より自院での肛門診療と手術を開始し15年になるが，幸い大きなトラブルなく今日に至る．幅広い年齢層の患者が罹患する肛門疾患であるが，専門の医師や医療機関は限られており，特に地方ではその傾向が顕著である．当院のある岐阜県では日本臨床肛門病学会の専門医は私を含め2人で，指導医は私ひとり，認定施設は当院だけである．羞恥心の強い肛門管という臓器が対象で，視触診などの古典的な診察方法が有用である場合が多く，トラブルを避けるには経験を積んだ専門医が診療にあたるべきと考える．また，肛門疾患の手術は根治性は勿論のこと整容性と機能性を損なわないような配慮が求められ，患者の求める要望に応えるには相当の修練も必要である．当院は入院設備を有するため，よりな難易度の高い深部痔瘻などの手術にも対応している．性染色体異常や精神疾患，認知症を有する患者は一般病院では相手されず家族が途方にくれるケースに遭遇するが，できる限りこれらの患者も受け入れて手術を行なうことにしている．術後家族の方に付き添ってもらい患者が安心して入院期間を過ごせるようにしていることも有床のメリットと考える．増加が続くIBDに関連する肛門疾患への対応も研修病院での経験が生きており，痔瘻患者の手術やバイオ製剤使用による治療も行なっている．2023年より女性外科医師も加わり，肛門疾患に悩む女性患者のニーズにも応えるようにした．肛門科医育成の必要性も感じており，大垣市民病院の若手外科医が週一回手術見学に来ている．将来的に肛門疾患に携わる医師が一人でも増えてくれればという思いで指導している．今は肛門科といっても“ヘモ”だけ診ていれば良い時代でなく，機能性疾患，IBD，内視鏡検査などにも精通している必要があり，学会活動に積極的に参加し知識をアップデートするとと同時に学会発表も行い研鑽を積んでいる．Small marketであるため医院の運営は厳しいが，有床というメリットを最大限に活かし，肛門疾患については当院がこの地域の肛門疾患の最後の砦だという矜持をもって日々の診療を行なっている．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割
司会：黒木 政純（くろき医院）、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-10] 肛門疾患はどこに集約されるのか：地域医療構造の実態

*指山 浩志[1]、浜畑 幸弘[1]、小池 淳一[1]、安田 卓[1]、中山 洋[1]、川西 輝貴[1]、坪本 敦子[1]、高野 竜太朗[1]、城後 友望子[1]、黒崎 剛史[1]、本多 舜哉[1]、堤 修[1] (1. 辻仲病院柏の葉大腸肛門外科)

【背景】肛門疾患は一般診療から専門治療まで幅広いが、診療施設間で外科的専門性や入院対応など施設機能に差があり、特定施設へ症例が集約される傾向がある。
【目的】紹介症例の解析から、肛門疾患が集約される構造とその背景、地域医療における肛門科の役割を検討する。
【対象と方法】2025年度に当院大腸肛門外科へ紹介された肛門疾患1394例（他院1108例、当院系列施設286例）について、紹介元、地域分布、疾患内訳、手術率を後方視的に検討した。
【結果】紹介元はクリニック792例（173施設）、一般病院267例（85施設）、大学病院・がんセンター49例（14施設）、系列施設286例（2施設）であった。一方、系列施設を除いて10例以上の紹介は17施設に限られており、肛門科クリニックから456例、肛門専門医を有する病院から60例で計516例（約47%）を占めていた。紹介は千葉・埼玉・茨城・東京に広がり、県境を越えた流入がみられた。患者流動は地理的近接性のみならず、肛門診療専門医間の連携により形成されていた。疾患は一般肛門疾患1228例、直腸脱126例、クローン病関連肛門疾患40例であった。系列クリニックからの紹介259例中一般肛門疾患が248例を占めた一方、系列病院からの紹介27例では直腸脱が12例と多かった。一般肛門疾患はクリニック紹介主体であり、直腸脱では一般病院が増え、クローン病関連疾患は大学病院の紹介割合が高かった。一般肛門疾患の手術率は63%であったが、肛門専門医を有する施設からの紹介では70%、系列クリニックからの紹介では82%と段階的に上昇し、紹介段階の症例選別が示唆された。
【考察】紹介は広範に分散していたが、症例流入は限られた施設に集中していた。一般肛門疾患は主にクリニック経由で集約され、クローン病関連疾患は大学病院から専門施設への再集約がみられた。疾患ごとに異なる集約経路が形成されており、その背景に外科的専門性や入院対応などの施設機能差があると考えられた。
【結語】肛門疾患は医師ネットワークと施設機能に基づき専門施設へ集約されていた。一方、専門診療へ到達できない患者も潜在すると考えられ、一般医療機関が専門診療へ接続しやすい環境整備が重要と考えられた。

©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）

[SY4-1] 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