2026年11月20日(金)

パネルディスカッション | 内科・肛門科

8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション１　実地医家におけるIBD診療の現状と課題

司会：小金井 一隆（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）、山口 トキコ（マリーゴールドクリニック）

[PD1-1] 肛門病変で初発した症例がクローン病確定診断に至る実際

*三枝 直人[1,2]、三枝 純一[2] (1. 増子記念病院大腸肛門外科、2. 三枝クリニック)

[PD1-2] 市中肛門科クリニックにおけるクローン病診療の現状と課題

*福原 政作[1,2]、家田 純郎[2]、宮田 美智也[2]、太田 章比古[2]、長谷川 信吾[2]、青野 景也[2]、近藤 哲[2]、若尾 聖[2] (1. 名古屋栄駅前ふくはら大腸肛門外科・消化器内科、2. 医療法人愛知会家田病院)

[PD1-3] クローン病におけるストーマ造設後長期成績：ストーマ造設要因別予後と課題

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

[PD1-4] クローン病患者における初回手術および再手術のリスク因子の検討

*伊藤 貴博[1]、李 鵬[1]、松永 滉平[1]、前本 篤男[1] (1. 札幌東徳洲会病院ＩＢＤセンター)

[PD1-5] Bio/JAK時代における重症潰瘍性大腸炎手術例の現状と課題

*小原 尚[1]、辰巳 健志[1]、黒木 博介[1]、後藤 晃紀[1]、中尾 詠一[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)

[PD1-6] 潰瘍性大腸炎術後に発生した痔瘻の現状と課題

*木村 英明[1]、鳥谷 建一郎[1]、木村 友里花[1]、国崎 玲子[1]、後藤 晃紀[2]、黒木 博介[2]、辰巳 健志[2]、小金井 一隆[2]、杉田 昭[2]、吉川 貴己[3] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター炎症性腸疾患センター、2. 横浜市立市民病院炎症性腸疾患科、3. 横浜市立大学消化管外科)

[PD1-7] 潰瘍性大腸炎術後症例における慢性回腸嚢炎発症リスク因子の検討

*深田 晃生[1]、荻野 崇之[1]、赤澤 英[1]、福田 健太[1]、辻 嘉斗[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外科学講座　消化器外科学、2. 獨協医科大学下部消化管外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

10:00 ~ 11:15 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

パネルディスカッション２　進行直腸癌に対するTNT　中長期治療成績と今後検証すべき点

司会：渡邉 純（関西医科大学下部消化管外科学講座）、向井 俊貴（がん研有明病院大腸外科）

[PD2-1] 局所進行直腸癌に対するSCRT＋CAPOXによるTNTの中長期成績とNOMの検証課題：ENSEMBLE-1

*賀川 義規[1]、渡邉 純[2]、安藤 幸滋[3]、植村 守[4]、諏訪 雄亮[2,5]、小沢 真由美[5]、奥谷 浩一[6]、西沢 佑次郎[7]、大庭 幸治[8]、沖 英次[9] (1. 大阪国際がんセンター　消化器外科、2. 関西医科大学下部消化管外科学講座、3. 九州大学大学院消化器・総合外科、4. 大阪大学大学院消化器外科学、5. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター、6. 札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野、7. 大阪急性期・総合医療センター消化器外科、8. 東京大学情報学環、9. 九州大学病院先端医工学診療部)

[PD2-2] 直腸癌のTNTを含む術前治療における治療効果予測の困難性とその臨床的意義

*髙山 裕司[1]、松澤 夏未[1]、福井 太郎[1]、柿澤 奈緒[1]、力山 敏樹[1] (1. 自治医科大学附属さいたま医療センター)

[PD2-3] 局所進行直腸癌に対するTNTの治療成績の検討

*堀江 智子[1,2]、平井 隆仁[1]、草野 智一[1]、小池 礼子[1]、加藤 博久[1] (1. 江東病院、2. 東京大学医科学研究所附属病院)

[PD2-4] 当院における術前治療後の進行下部直腸癌の中長期成績 ～CRTとTNTの傾向スコアマッチングによる比較～

*野口 竜剛[1]、佐藤 健太郎[1]、坂本 貴志[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)

[PD2-5] 直腸癌術前治療後の治療戦略：画像・内視鏡評価の限界と残存腫瘍量の重要性

*小林 壽範[1]、山田 典和[2]、上原 広樹[2]、滝井 麻美子[2]、五十嵐 優人[2]、森 至弘[2]、萩原 千恵[2]、諏訪 雄亮[2]、渡邉 純[2] (1. 関西医科大学香里病院　外科、2. 関西医科大学　下部消化管外科)

[PD2-6] R0切除を達成した進行下部直腸癌において術前化学療法は遠隔再発を抑制しうる

*山口 峻[1]、小嶋 雅之[1]、山崎 翔斗[1]、小野 李香[1]、丸田 浩志[1]、片山 宏己[1]、髙村 祐磨[1]、足立 利幸[1]、石井 光寿[1]、井上 悠介[1]、三浦 崇[1]、江口 晋[2]、松本 桂太郎[3]、野中 隆[1] (1. 長崎大学病院　大腸・肛門外科、2. 長崎大学病院　外科学講座移植・消化器外科学分野、3. 長崎大学病院　外科学講座　腫瘍外科学分野)

パネルディスカッション | 肛門科

12:50 ~ 14:20 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

パネルディスカッション３　痔核の治療（ALTA療法の適応とこだわりの手術法）

司会：田中 良明（寺田病院大腸肛門病センター肛門科）、錦織 英知（一般社団法人健英会えさか駅前にしごりおなかとおしりのクリニック）

[PD3-1] ALTA併用療法を主軸とした内痔核治療

*鉢呂 芳一[1]、安部 達也[1]、小原 啓[1]、太田 盛道[1]、渡邊 賢二[1]、國本 正雄[1] (1. くにもと病院)

[PD3-2] ALTA療法を成立させる外科的戦略～適応選択と外科的介入の質～

*小原 誠[1] (1. OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック)

[PD3-3] 当院のALTA療法の適応

*加藤 久仁之[1]、加藤 典博[1] (1. ふるだて加藤肛門外科クリニック)

[PD3-4] 日帰り痔核手術におけるALTA併用療法の進化とその実際

*小村 憲一[1] (1. 小村肛門科医院)

[PD3-5] 有床診療所における初回治療としてのALTA単独療法～その位置付けと真価について～

*日高 仁[1]、日高 久光[2] (1. ひだか医院、2. 医療法人祥久会日高大腸肛門クリニック)

[PD3-6] 当院でのALTA併用療法-分離結紮術と結紮切除術との比較-

*岡﨑 啓介[1] (1. 岡崎外科消化器肛門クリニック)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

14:00 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）

パネルディスカッション４　大腸がんにおけるプレシジョンメディスンの現状と課題

司会：田村 孝雄（近畿大学奈良病院腫瘍内科）、杉本 直俊（大阪国際がんセンター遺伝子診療部）

[PD4-1] 血中循環腫瘍DNA陰性Stage II結腸癌における残余再発リスクの層別化とRecurrence predict valueの有用性

*水野 翔大[1,2]、茂田 浩平[1]、安藤 幸滋[3]、三島 沙織[4]、門野 政義[1]、森田 覚[1]、小谷 大輔[4]、中村 能章[4]、三代 雅明[5]、浜部 敦史[5]、渡邊 純[6]、小高 雅人[7]、山﨑 健太郎[8]、加藤 健志[9]、吉野 孝之[4]、沖 英次[10]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部一般・消化器外科、2. 荻窪病院外科、3. 九州大学大学院医学研究院消化器・総合外科、4. 国立研究開発法人国立がん研究センター東病院消化管内科、5. 大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学、6. 関西医科大学下部消化管外科、7. 医療法人薫風会佐野病院消化器外科、8. 静岡県立がんセンター消化器内科、9. 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター下部消化管外科、10. 九州大学病院先端医工学診療部)

[PD4-2] 日本人大腸癌におけるMSI-H/dMMRの実態と術前MSI/MMR検査の施設間格差

*森本 祥悠[1]、畑 泰司[1]、賀川 義規[2]、高橋 秀和[3]、柳澤 公紀[4]、鈴木 陽三[5]、大澤 日出樹[6]、内藤 敦[7]、鄭 充善[8]、岡村 修[9]、高橋 佑典[10]、佐々木 優[11]、市原 もも子[12]、安山 陽信[13]、澤田 元太[14]、関戸 悠紀[15]、荻野 崇之[15]、三吉 範己[15]、植村 守[15]、江口 英利[15] (1. 大阪急性期総合医療センター消化器外科、2. 大阪国際がんセンター消化器外科、3. 大阪国際メディカル&サイエンスセンター大阪けいさつ病院消化器外科、4. 関西ろうさい病院消化器外科、5. 市立豊中病院消化器外科、6. 八尾市立病院消化器外科、7. 堺市立総合医療センター消化器外科、8. 大阪ろうさい病院消化器外科、9. 市立吹田病院消化器外科、10. 国立病院機構大阪医療センター消化器外科、11. 市立東大阪医療センター消化器外科、12. 兵庫県立西宮病院消化器外科、13. 市立貝塚病院消化器外科、14. 市立伊丹病院消化器外科、15. 大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学)

[PD4-3] 大腸癌転移再発根治切除症例における予後予測因子としてのDNAメチル化マーカーの有用性

*藤﨑 隆[1]、市川 峻太[1]、岩井 貴寛[1]、小林 清洋[1]、濱田 篤彦[1]、安藤 祐二[1]、村井 勇太[1]、幸地 彩貴[1]、十朱 美幸[1]、仲川 裕喜[1]、高橋 宏光[1]、井 祐樹[1]、河口 恵[1]、百瀬 裕隆[1]、土谷 祐樹[1]、塚本 亮一[1]、盧 尚志[1]、本庄 薫平[1]、冨木 裕一[1]、杉本 起一[1] (1. 順天堂大学医学部附属順天堂医院　下部消化管外科)

[PD4-4] 右側大腸癌に対する新たな治療戦略：高メチル化大腸癌とBRAF遺伝子変異

*川上 尚人[1] (1. 東北大学大学院医学系研究科臨床腫瘍学分野)

[PD4-5] 大腸癌に対するがん遺伝子パネル検査の有効性の検討：C-CATデータベース解析から

*西田 尚弘[1] (1. 東海大学医学部臨床腫瘍学)

[PD4-6] 当院における大腸・直腸癌CGP検査の後方視的検討

*赤羽 慎太郎[1,4]、下村 学[2]、矢野 琢也[2]、佐田友 藍[2]、田口 和浩[2]、松原 啓壮[2]、石川 聖[2]、佐藤 沙希[2]、渡邊 淳弘[2]、森内 俊行[2]、塩崎 翔平[2]、松原 一樹[2]、山口 瑞生[2]、岡本 渉[3]、石原 美紗子[1]、中原 輝[1]、新津 宏明[1]、大段 秀樹[2]、檜井 孝夫[1] (1. 広島大学病院遺伝子診療科、2. 広島大学病院消化器・移植外科、3. 広島大学病院がん化学療法科、4. 独立行政法人国立病院機構広島西医療センター外科)

[PD4-7] がん遺伝子パネル検査リアルワールドデータに基づくERBB2増幅大腸癌の臨床的意義の検討

*北嶋 貴仁[1,2]、奥川 喜永[1,2]、髙木 里英子[2]、嶌村 麻生[2]、天白 成[2]、山本 晃[2]、市川 崇[3]、長野 由佳[2]、浦谷 亮[2]、今岡 裕基[2]、志村 匡信[2]、川村 幹雄[2]、松下 航平[2]、安田 裕美[2]、小池 勇樹[2]、大北 喜基[2]、吉山 繁幸[2]、大井 正貴[2]、小林 美奈子[3]、問山 裕二[2] (1. 三重大学医学部附属病院ゲノム医療部、2. 三重大学医学部大学院消化管・小児外科学、3. 三重大学医学部大学院臨床外科感染制御学講座)

[PD4-8] JAGUAR試験（JACCRO PM-01）：切除不能進行再発大腸癌患者における循環腫瘍DNAを用いた逐次的包括的ゲノムプロファイリング検査の臨床的有用性を評価する前向き研究

*砂川 優[1]、舛石 俊樹[2]、武田 弘幸[1]、梅垣 翔[3]、横山 雄一郎[4]、朴 慶純[5]、室 圭[2]、市川 度[6]、石原 聡一郎[4] (1. 聖マリアンナ医科大学臨床腫瘍学講座、2. 愛知県がんセンター薬物療法部、3. 愛知県がんセンターゲノム医療センター、4. 東京大学医学部附属病院 腫瘍外科・血管外科、5. 国立成育医療研究センター病院臨床研究センター、6. 日本がん臨床試験推進機構)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

14:15 ~ 15:30 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション５　機能性消化管疾患・直腸肛門機能障害の診断と治療

司会：北條 麻理子（順天堂大学医学部消化器内科）、大橋 勝久（大橋胃腸肛門科外科医院）

[PD5-1] 当科における排便困難型慢性便秘症の診療の実際

*伊原 栄吉[1]、竹島 翼[2]、田中 義将[2] (1. 国際医療福祉大学成田病院消化器内科、2. 九州大学大学院医学研究院病態制御内科学)

[PD5-2] 機能性便秘症における食後大腸運動反応の異常 ーシネMRIによる食後変化量の解析ー

*竹田 努[1]、金澤 卓也[1]、沖 翔太朗[1]、上田 久美子[1]、北條 麻理子[1]、中村 駿佑[1]、上村 泰子[1]、岩野 知世[1]、山本 桃子[1]、阿部 大樹[1]、上山 浩也[1]、永原 章仁[1] (1. 順天堂大学医学部消化器内科)

[PD5-3] 直腸の拡張と慢性便秘症（排便障害）の関連性に関する検討

*力石 健太郎[1]、河原 秀次郎[1]、阿部 海斗[1]、志村 太雅[1]、平林 剛[1]、小村 伸朗[1] (1. 独立行政法人国立病院機構西埼玉中央病院外科)

[PD5-4] 慢性便秘患者における直腸内便存在と便意の有無との検討

*津田 桃子[1,2]、小野寺 友幸[2]、小西 加奈子[1]、佃 曜子[1]、松本 美櫻[1]、加賀谷 英俊[1]、江原 亮子[1]、加藤 元嗣[1] (1. 北海道対がん協会　札幌がん検診センター、2. 国立病院機構　函館医療センター)

[PD5-5] 直腸瘤に対する後腟壁会陰形成を加えたLaparoscopic Ventral Rectopexyと周術期排便機能

*加藤 健宏[1]、草薙 洋[1]、高橋 知子[1]、宮崎 彰成[1]、本城 弘貴[1]、三浦 聡美[1]、青木 沙弥佳[1] (1. 亀田総合病院消化器外科)

[PD5-6] 直腸術後排便機能障害における肛門内圧低下の意義

*松本 圭太[1]、加藤 京[1]、外村 俊平[1]、杉江 雄斗[1]、横井 亮磨[1]、村瀬 佑介[1]、水谷 千佳[1]、鷹尾 千佳[1]、浅井 竜一[1]、田島 ジェシー雄[1]、桐山 俊弥[1]、三井 範基[1]、遠藤 真英[1]、洞口 岳[1]、畑中 勇治[1]、深田 真宏[1]、安福 至[1]、佐藤 悠太[1]、田中 善宏[1]、松橋 延壽[1] (1. 岐阜大学医学部附属病院　消化器外科)

[PD5-7] 分娩時肛門括約筋損傷（OASIS）後の排便機能障害に関する診療科連携の重要性

*高橋 知子[1]、青木 沙弥佳[1]、本城 弘貴[1]、加藤 健宏[1]、宮崎 彰成[1]、草薙 洋[1] (1. 亀田総合病院　消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科・肛門科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション１　実地医家におけるIBD診療の現状と課題

司会：小金井 一隆（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）、山口 トキコ（マリーゴールドクリニック）

[PD1-1] 肛門病変で初発した症例がクローン病確定診断に至る実際

*三枝 直人[1,2]、三枝 純一[2] (1. 増子記念病院大腸肛門外科、2. 三枝クリニック)

[PD1-2] 市中肛門科クリニックにおけるクローン病診療の現状と課題

*福原 政作[1,2]、家田 純郎[2]、宮田 美智也[2]、太田 章比古[2]、長谷川 信吾[2]、青野 景也[2]、近藤 哲[2]、若尾 聖[2] (1. 名古屋栄駅前ふくはら大腸肛門外科・消化器内科、2. 医療法人愛知会家田病院)

[PD1-3] クローン病におけるストーマ造設後長期成績：ストーマ造設要因別予後と課題

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

[PD1-4] クローン病患者における初回手術および再手術のリスク因子の検討

*伊藤 貴博[1]、李 鵬[1]、松永 滉平[1]、前本 篤男[1] (1. 札幌東徳洲会病院ＩＢＤセンター)

[PD1-5] Bio/JAK時代における重症潰瘍性大腸炎手術例の現状と課題

*小原 尚[1]、辰巳 健志[1]、黒木 博介[1]、後藤 晃紀[1]、中尾 詠一[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)

[PD1-6] 潰瘍性大腸炎術後に発生した痔瘻の現状と課題

*木村 英明[1]、鳥谷 建一郎[1]、木村 友里花[1]、国崎 玲子[1]、後藤 晃紀[2]、黒木 博介[2]、辰巳 健志[2]、小金井 一隆[2]、杉田 昭[2]、吉川 貴己[3] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター炎症性腸疾患センター、2. 横浜市立市民病院炎症性腸疾患科、3. 横浜市立大学消化管外科)

[PD1-7] 潰瘍性大腸炎術後症例における慢性回腸嚢炎発症リスク因子の検討

*深田 晃生[1]、荻野 崇之[1]、赤澤 英[1]、福田 健太[1]、辻 嘉斗[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外科学講座　消化器外科学、2. 獨協医科大学下部消化管外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科・肛門科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）
パネルディスカッション１　実地医家におけるIBD診療の現状と課題
司会：小金井 一隆（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）、山口 トキコ（マリーゴールドクリニック）

[PD1-1] 肛門病変で初発した症例がクローン病確定診断に至る実際

*三枝 直人[1,2]、三枝 純一[2] (1. 増子記念病院大腸肛門外科、2. 三枝クリニック)

[背景・目的] 肛門科では腸管症状がない初発肛門病変（PL）からCDを疑いやすい．我が国の診断基準に則った，初発PLからCD確定診断に至る経緯を明らかにする．[方法] 我々が経験したPL発症CD確定診断101例を後方視的に解析した．[結果]男女比は82：19，PL発症時の年齢中央値は20.2歳，15-19歳が全体の36%を占めた．PLは痔瘻が96.0%と最頻であった．PLからCDを疑った理由は，外科処置後の経過不良（難治性痔瘻）が38%，CD様の裂肛/潰瘍が20%，複雑性痔瘻が18%，腸管症状の出現（下痢や腹痛）が15%であった．全例で大腸内視鏡検査が行われ，診断基準でみると，主要所見A（縦走潰瘍）/B（敷石所見）での確定診断は71名にとどまった一方で，36名の患者が主要所見Cと副所見a（消化管の広範な不整型～円形潰瘍またはアフタ）またはb（特徴的な肛門直腸病変）により診断された（11名は主要所見A/Bと重複）．また，4名は消化管にまったく病変がなく，NCEGとPLのみでCD診断された．PL発症からCD確定診断までの期間は平均8.7（0.2-511.6）ヶ月で，0-6カ月が45例（45%），7-12カ月が12例（12%），13-24カ月が11例（11%），25-36カ月が8例（8%），37カ月以上が25例（25%）であった．発症から半年以内に確定診断できた45例のうち主要所見A/Bは29例（64%）で残りの16例（36%）はC+bすなわちNCEGの検出が確定診断の決め手となっていた．一方、3年以上かかった25例中主要所見A/B確認は20例（80%）で，半年以内診断群に比し主要所見A/Bによる診断例が有意に増加していた（p=0.0159）．また，101例中主要所見C+副所見a /Bの36名におけるNCEGの検出は，消化管内視鏡下生検が23名（63.9%）、PLの切除標本が14名（38.9%）であった．NCEGの検出率は，消化管の内視鏡下生検は計75名にて23/74=31.1%，一方PLの外科的切除は計26例にて14/26=53.8%であり，後者でNCEGの検出率が高い傾向がみられた（p=0.0574）．[結論] PL初発例では半数弱がPL発症から半年以内にCD診断されていたが，一方で約1/4の例ではCD診断までに3年以上を要し，経時的に主要所見A/Bの出現頻度が高まっていた．PLの一部の外科的切除はNCEGの検出率が比較的高く，早期のCD確定診断に寄与し得る．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科・肛門科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション１　実地医家におけるIBD診療の現状と課題

司会：小金井 一隆（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）、山口 トキコ（マリーゴールドクリニック）

[PD1-2] 市中肛門科クリニックにおけるクローン病診療の現状と課題

*福原 政作[1,2]、家田 純郎[2]、宮田 美智也[2]、太田 章比古[2]、長谷川 信吾[2]、青野 景也[2]、近藤 哲[2]、若尾 聖[2] (1. 名古屋栄駅前ふくはら大腸肛門外科・消化器内科、2. 医療法人愛知会家田病院)

【はじめに】日本人のクローン病(以下CD)患者は消化器症状よりも先あるいは同時に肛門症状が現れることが多い.このため内科では消化器症状が乏しいCDの拾い上げは困難であり,肛門科クリニックが初診となるケースが一定数存在する。
【目的】肛門科クリニックにおけるCDの早期診断の意義を明らかにし,診断契機としての肛門所見の重要性を検討する。
【方法】2020年3月から2026年3月までに当院で新規診断されたCD症例38例を対象として後ろ向きに検討を行った.
【結果】38例のうち本邦CD診断基準による確診例が27例（71%）疑診例が11例（29%）. 男性比84%. 年齢中央値は確診例27（8-39）歳、疑診例20（17-30）歳であった. 年齢層別では10〜20代が全体の81%を占めた. 全例肛門症状を有しており,痔瘻を35例(92%)に認めた. その内訳はCD一次病変（特徴的な裂肛・潰瘍）が24例(63%),深部・複雑痔瘻が9例(24%),多発痔瘻が10例(26%), 痔瘻手術後再発・難治例が6例(16%)であった. 59%で消化器症状を認めなかった. 内視鏡で主要所見A(縦走潰瘍)B(敷石病変)を認めた例が19例(50%). 生検でC（非乾酪性類上皮細胞肉芽腫）を認めたのは12例（32%）. 副所見b(特徴的な肛門病変)のみの例が11例(29%). うち1例のみ肛門病変からの生検で主要所見Ｃを認め確診となった. 確診例のうち６例は肛門病変先行例であり,うち4例は自院で痔瘻根治手術後の難治例であった.
【結語】市中肛門科クリニックにおいて,若年発症,難治性・再発性痔瘻,多発病変などの特徴を有する肛門病変に対してはCDを念頭においた精査が必要である.ただし確診にいたらない肛門病変先行例が少なからず存在する.疑診例であっても専門施設と連携のもと早期診断・治療へとつなぐ体制が重要である. 肛門科診療はCD診断の最前線であり,その役割を再認識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

パネルディスカッション | 内科・肛門科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）
パネルディスカッション１　実地医家におけるIBD診療の現状と課題
司会：小金井 一隆（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）、山口 トキコ（マリーゴールドクリニック）

[PD1-3] クローン病におけるストーマ造設後長期成績：ストーマ造設要因別予後と課題

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

【背景】クローン病（Crohn’s disease：CD）では肛門病変を合併する症例があり，本邦では特に肛門病変の有病率が高いと報告されている．肛門周囲膿瘍や痔瘻は再燃を繰り返しやすく，排便機能やQOLに大きく影響する．その進行により切開排膿やseton法などの外科的治療やストーマ造設を要する場合がある．ストーマ造設は症状コントロールや感染制御を目的とした重要な治療選択肢であるが，その長期経過や予後に関する検討は十分でない．
【目的・方法】当院におけるストーマ造設症例の長期経過を解析し，ストーマ造設要因別の経過と臨床上の課題を検討した．1974年から2017年に当院で手術を施行したCD患者1440例のうち，ストーマ造設を要した422例を対象に後方視的に検討した．永久ストーマは直腸切断術施行例または24か月以上ストーマ閉鎖されなかった症例と定義した．
【結果】初回造設時に永久ストーマとなった症例は107例（25%），一時ストーマは315例（75%）であった．一時ストーマのうち閉鎖に至ったのは98例（31%）であり，133例（42%）は未閉鎖，84例（27%）は直腸切断術により永久ストーマとなった．また，一時ストーマ閉鎖後20例（20%）で再度ストーマ造設または直腸切断術を要し，そのうち85%は直腸肛門病変の再燃または進行によるものであった．ストーマ造設要因としては直腸肛門病変の悪化が224例（71%）と最多であった．直腸肛門病変の進行によりストーマ造設を要した症例でのストーマ閉鎖率は13%と著しく低く，87%が最終的に永久ストーマとなった．一方，腸管状態不良や縫合不全に対するストーマではそれぞれ56%，43%でストーマ閉鎖が可能であった．
【結語】CDにおけるストーマ造設後の長期転帰は造設要因により大きく異なり，特に直腸肛門病変の進行によりストーマ造設を要した症例では，高率に永久ストーマとなった．一時的ストーマとして造設した場合でも永久化する可能性を念頭に置いた患者説明が重要であり，今後の治療戦略の最適化が求められる．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科・肛門科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）
パネルディスカッション１　実地医家におけるIBD診療の現状と課題
司会：小金井 一隆（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）、山口 トキコ（マリーゴールドクリニック）

[PD1-4] クローン病患者における初回手術および再手術のリスク因子の検討

*伊藤 貴博[1]、李 鵬[1]、松永 滉平[1]、前本 篤男[1] (1. 札幌東徳洲会病院ＩＢＤセンター)

【背景・目的】クローン病(CD)は経過中に手術を要する症例が多いが、本邦における長期手術リスク因子と治療介入の影響を統合的に評価した報告は限られる。「初回手術」と「再手術」では病勢・治療履歴が異なるため別個の解析を要する。本研究では当院CD例の累積初回手術率・累積再手術率と関連因子を解析した。
【方法】2021年最終確認時点で当院通院中のCD460例を対象に後ろ向きコホート解析を行った。Time-to-eventは初回手術は発症から、再手術は初回手術からの日数とし、手術未施行例は最終確認日で打ち切った。Kaplan-Meier法で累積手術率を算出し、Log-rank検定とCox比例ハザードモデルで解析した。検討因子は性別、発症時年齢、病変部位、Montreal B病型、診断時肛門病変、ABO血液型、喫煙歴、生物学的製剤(Bio)使用歴、内視鏡的バルーン拡張術(EBD)施行歴、術式とした。
【結果】男性72%、発症時年齢中央値20歳、Montreal B1/B2/B3=32/38/30%、診断時肛門病変あり66%、初診時喫煙あり26%。発症から初回手術までのBio使用は59%(インフリキシマブ226例・アダリムマブ60例・ウステキヌマブ44例・ベドリズマブ8例、複数薬剤使用例あり、中央値1剤、最大4剤)、EBD施行19%(中央値2回、最大10回)、初回手術から再手術までででのBio使用69%(インフリキシマブ123例・アダリムマブ40例・ウステキヌマブ31例・ベドリズマブ9例、中央値1剤、最大4剤)、EBD施行22%(中央値2回、最大10回)と初回手術後に治療介入が強化されていた。累積初回手術率は5/10/15年で21/41/56%、累積再手術率は26/45/61%であった。多変量Cox回帰で初回手術のリスク上昇因子はMontreal B3(HR 24.0)・B2(HR 18.6)・発症時年齢＞40歳(HR 2.00)、低下因子は手術前Bio使用(HR 0.29)・EBD施行(HR 0.43)。再手術のリスク上昇因子は発症時年齢＜17歳(HR 1.76)・初回手術が人工肛門(HR 2.14)・診断時肛門病変あり(HR 1.56)、低下因子は初回手術後Bio使用(HR 0.39)・EBD施行(HR 0.47)であり、Kono-S法は再手術率低下傾向を示した(HR 0.43, P=0.065)。
【結論】CD治療において病型分類に基づくリスク層別化と、Bio使用やEBD施行が手術率低下に寄与しうることが示された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科・肛門科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション１　実地医家におけるIBD診療の現状と課題

司会：小金井 一隆（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）、山口 トキコ（マリーゴールドクリニック）

[PD1-5] Bio/JAK時代における重症潰瘍性大腸炎手術例の現状と課題

*小原 尚[1]、辰巳 健志[1]、黒木 博介[1]、後藤 晃紀[1]、中尾 詠一[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)

【背景】近年、潰瘍性大腸炎(UC)の内科治療の進歩は著しいが、現在でも重症・劇症で手術を必要とする症例が一定数存在する。
【目的】InfliximabがUCに対して保険適応となった2010年以降の重症UC手術例の臨床経過を解析し、その現状と課題を検討する。
【方法】2010年から2025年6月までに、当科でUCに対する初回大腸切除術を施行した重症UC255例を対象とし、臨床背景、術式、術後経過について後方視的に検討した。術後合併症はClavien–Dindo分類に基づいて評価し、GradeⅢ以上を重篤な合併症と定義した。
【結果】2010年以降のUC手術例1020例のうち、重症例は255例(25%)であった。男性が172例、女性が83例で、UC発症時年齢中央値は44.0歳(IQR:25.3-59.5)、手術時年齢中央値は48.7歳(IQR;31.0-63.0)であった。UC発症から1年未満で初回手術を施行された症例は109例(43%)であった。緊急手術が210例(82%)に施行された。術前治療としてステロイドは182例(71%)、Tacrolimus/CyAは61例(24%)、Bio/JAK製剤は103例(40%)に使用されていた。初回術式は、結腸亜全摘(STC)が144例、大腸全摘・回腸嚢肛門管吻合術(IACA)が98例(うち11例に回腸人工肛門造設を併施)、大腸全摘・回腸永久人工肛門造設(TPC)が13例であった。術後合併症は170例(67%)に認め、GradeⅢ以上の重篤な合併症は41例(16%)であった。術後在院死亡は6例(2%)に認め、全例が手術時年齢70歳以上であった。死因はいずれも肺炎であり、死亡例6例中5例(83%)は術前Performance Status(PS)3-4であった。
初回手術としてSTCを施行した144例のうち、死亡退院4例を除く140例について検討すると、二期目手術を施行した症例は125例(89%)であった。一方、15例(11%)では、高齢や全身状態不良などの理由で二期目手術は施行されなかった。
【結論】Bio/JAK時代においても、UC手術例の約4分の1を重症例が占めており、約4割は発症後1年以内に手術が必要となった。重症例では術後合併症発生率が高く、術後死亡例は全例70歳以上で、多くが術前PS不良例であった。重症UC診療においては、内科治療の効果判定を適切に行い、手術時期を逸しないための内科外科連携が重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科・肛門科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション１　実地医家におけるIBD診療の現状と課題

司会：小金井 一隆（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）、山口 トキコ（マリーゴールドクリニック）

[PD1-6] 潰瘍性大腸炎術後に発生した痔瘻の現状と課題

*木村 英明[1]、鳥谷 建一郎[1]、木村 友里花[1]、国崎 玲子[1]、後藤 晃紀[2]、黒木 博介[2]、辰巳 健志[2]、小金井 一隆[2]、杉田 昭[2]、吉川 貴己[3] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター炎症性腸疾患センター、2. 横浜市立市民病院炎症性腸疾患科、3. 横浜市立大学消化管外科)

【目的】潰瘍性大腸炎（UC）術後に発生した痔瘻の現状を明らかにし、実地医家における診療上の課題を検討した。
【対象】2006～2025年にUCに対して回腸嚢肛門（管）吻合術を施行した454例（IACA 405例、IAA 49例）。厚労省診断基準によるクローン病確定診断例は除外した。患者情報を後方視的に解析した。
【結果】術後痔瘻は37例（8.1%）に認め、術後5年・10年合併率はそれぞれ8.0%、13.0%であった。発症時期を5年間ごとに区切ると2・10・11・13例と近年増加していた。
痔瘻合併例は非合併例と比較し、UC発症年齢（27歳 vs 33歳）・手術時年齢（34歳 vs 40歳）がいずれも有意に若年であった（p=0.049、0.023）。病型・ステロイド投与量・生物学的製剤／分子標的薬使用・手術適応に差はなかった。
最大治療は、抗菌薬のみ5例、切開排膿12例、seton法12例、根治術1例、人工肛門造設7例（双孔式5例・回腸嚢切除2例）であった。抗TNF製剤使用2例はいずれも無効、JAK阻害薬使用3例は1例が瘻孔閉鎖、2例で自覚症状が改善した。
再建法別痔瘻合併はIACA31例（7.7%）・IAA6例（12.2%）。術後5年合併率はIACA 6.8% vs IAA 20.7%、10年合併率は11.7% vs 20.7%で、IAAで早期発症例が多い傾向があったが有意差はなかった（p=0.106）。IACAの原発口は歯状線24例（77%）・吻合部7例(23%)と歯状線が多く、歯状線例の42%が坐骨直腸窩痔瘻でseton法を要し、13%は人工肛門造設を要した。
【結語】UC術後痔瘻は近年増加しており、新たな課題である。再建法による合併率に有意差はなかった。IACAでは歯状線原発の瘻孔が多いが、通常の痔瘻より複雑化・難治化する例が多く、根治手術の適応には慎重な判断が求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科・肛門科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション１　実地医家におけるIBD診療の現状と課題

司会：小金井 一隆（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）、山口 トキコ（マリーゴールドクリニック）

[PD1-7] 潰瘍性大腸炎術後症例における慢性回腸嚢炎発症リスク因子の検討

*深田 晃生[1]、荻野 崇之[1]、赤澤 英[1]、福田 健太[1]、辻 嘉斗[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外科学講座　消化器外科学、2. 獨協医科大学下部消化管外科)

【背景】回腸嚢炎は大腸全摘術，回腸嚢肛門（肛門管）吻合術後の晩期合併症であり,多くは抗生剤治療が奏効する.一方で,慢性回腸嚢炎は抗生剤治療抵抗性/依存性であり,家族性大腸腺腫症と比べて潰瘍性大腸炎（UC）の術後患者で発症率が高く,UC病態との関連性が示唆される.本研究はUC術後患者における慢性回腸嚢炎発症リスク因子の同定を目的とした.
【方法】2007年1月から2025年1月に当院でUCに対し大腸全摘術,回腸嚢肛門（管）吻合術を施行した97例を対象とし,患者背景,臨床病理学的因子を後方視的に検討した.また,慢性回腸嚢炎発症群と非発症群に分け,発症リスク因子を解析した.本研究では,modified-PDAI 5点以上を回腸嚢炎,抗生剤治療抵抗性/依存性の回腸嚢炎を慢性回腸嚢炎と定義した.
【結果】回腸瘻閉鎖術後の観察期間は60.5か月[7-209],男性61例,UC診断年齢は37歳[7-64],罹患期間は11年[0-59],手術時年齢は51歳[12-89]であった（全て中央値）.手術適応は重症・劇症20例/難治37例/癌・Dysplasia39例/穿孔1例であった.部位病型は全大腸炎型85例/左側大腸炎型11例/直腸炎型1例.術後回腸嚢炎は26例(26.8%)に,慢性回腸嚢炎は19例 (19.6%)に認めた.単変量解析ではUC診断年齢(p<0.01),手術時年齢(p<0.01),腸管外合併症(p<0.01),術後感染性合併症（p=0.023）が慢性回腸嚢炎の有意なリスク因子であった.多変量解析ではUC診断年齢(OR;0.947, 95%CI;0.901–0.986, p=0.016）が独立した関連因子として同定された.
診断年齢別に詳細検討したところ,UC診断年齢が20歳以下であり,ステロイドに加えて強力な内科的治療を要した症例の慢性回腸嚢炎発症率は61.5%であり,非常に高いリスク因子であった.
【結論】若年発症UCは疾患活動性が高く積極的な内科治療を要する症例が多い.若年UC患者の免疫学的背景が慢性回腸嚢炎発症に関与する可能性が示唆された.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

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

パネルディスカッション２　進行直腸癌に対するTNT　中長期治療成績と今後検証すべき点

司会：渡邉 純（関西医科大学下部消化管外科学講座）、向井 俊貴（がん研有明病院大腸外科）

[PD2-1] 局所進行直腸癌に対するSCRT＋CAPOXによるTNTの中長期成績とNOMの検証課題：ENSEMBLE-1

*賀川 義規[1]、渡邉 純[2]、安藤 幸滋[3]、植村 守[4]、諏訪 雄亮[2,5]、小沢 真由美[5]、奥谷 浩一[6]、西沢 佑次郎[7]、大庭 幸治[8]、沖 英次[9] (1. 大阪国際がんセンター　消化器外科、2. 関西医科大学下部消化管外科学講座、3. 九州大学大学院消化器・総合外科、4. 大阪大学大学院消化器外科学、5. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター、6. 札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野、7. 大阪急性期・総合医療センター消化器外科、8. 東京大学情報学環、9. 九州大学病院先端医工学診療部)

[PD2-2] 直腸癌のTNTを含む術前治療における治療効果予測の困難性とその臨床的意義

*髙山 裕司[1]、松澤 夏未[1]、福井 太郎[1]、柿澤 奈緒[1]、力山 敏樹[1] (1. 自治医科大学附属さいたま医療センター)

[PD2-3] 局所進行直腸癌に対するTNTの治療成績の検討

*堀江 智子[1,2]、平井 隆仁[1]、草野 智一[1]、小池 礼子[1]、加藤 博久[1] (1. 江東病院、2. 東京大学医科学研究所附属病院)

[PD2-4] 当院における術前治療後の進行下部直腸癌の中長期成績 〜CRTとTNTの傾向スコアマッチングによる比較〜

*野口 竜剛[1]、佐藤 健太郎[1]、坂本 貴志[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)

[PD2-5] 直腸癌術前治療後の治療戦略：画像・内視鏡評価の限界と残存腫瘍量の重要性

*小林 壽範[1]、山田 典和[2]、上原 広樹[2]、滝井 麻美子[2]、五十嵐 優人[2]、森 至弘[2]、萩原 千恵[2]、諏訪 雄亮[2]、渡邉 純[2] (1. 関西医科大学香里病院　外科、2. 関西医科大学　下部消化管外科)

[PD2-6] R0切除を達成した進行下部直腸癌において術前化学療法は遠隔再発を抑制しうる

*山口 峻[1]、小嶋 雅之[1]、山崎 翔斗[1]、小野 李香[1]、丸田 浩志[1]、片山 宏己[1]、髙村 祐磨[1]、足立 利幸[1]、石井 光寿[1]、井上 悠介[1]、三浦 崇[1]、江口 晋[2]、松本 桂太郎[3]、野中 隆[1] (1. 長崎大学病院　大腸・肛門外科、2. 長崎大学病院　外科学講座　移植・消化器外科学分野、3. 長崎大学病院　外科学講座　腫瘍外科学分野)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

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

パネルディスカッション２　進行直腸癌に対するTNT　中長期治療成績と今後検証すべき点

司会：渡邉 純（関西医科大学下部消化管外科学講座）、向井 俊貴（がん研有明病院大腸外科）

[PD2-1] 局所進行直腸癌に対するSCRT＋CAPOXによるTNTの中長期成績とNOMの検証課題：ENSEMBLE-1

*賀川 義規[1]、渡邉 純[2]、安藤 幸滋[3]、植村 守[4]、諏訪 雄亮[2,5]、小沢 真由美[5]、奥谷 浩一[6]、西沢 佑次郎[7]、大庭 幸治[8]、沖 英次[9] (1. 大阪国際がんセンター　消化器外科、2. 関西医科大学下部消化管外科学講座、3. 九州大学大学院消化器・総合外科、4. 大阪大学大学院消化器外科学、5. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター、6. 札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野、7. 大阪急性期・総合医療センター消化器外科、8. 東京大学情報学環、9. 九州大学病院先端医工学診療部)

【背景】進行直腸癌に対するtotal neoadjuvant therapy（TNT）は、腫瘍縮小、病理学的完全奏効、遠隔転移制御、さらには臓器温存の観点から治療戦略の中核になりつつある。一方で、前治療に伴う有害事象、手術難度や術後合併症への影響、non-operative management（NOM）の適応、局所regrowthの予測とsalvage治療の安全性など、未解決課題は多い。本研究では、短期放射線療法（SCRT）＋CAPOXによるTNTの中長期成績とNOM症例の経過を検討した。
【方法】ENSEMBLE-1は、肛門縁12cm以内の切除可能な局所進行直腸癌（cT3-4N0M0またはTanyN+M0）を対象とした多施設共同第II相試験である。SCRT（5Gy×5回）後にCAPOXを6コース施行し、原則total mesorectal excision（TME）を行った。再評価でclinical complete response（cCR）と判定された症例では、十分な説明とshared decision makingのもとNOMを許容した。登録30例中、同意撤回1例を除く29例を解析対象とし、Kaplan-Meier法で3年成績を算出した。
【結果】年齢中央値は62歳、主占拠部位はRa/Rb＝10/19例であった。SCRT完遂率は100%、CAPOXおよびプロトコール治療完遂率はいずれも86.2%で、最終治療はTME20例、NOM7例、その他2例であった。観察期間中央値43.8か月で、全体の3年disease-free survival（DFS）は78.9%、3年overall survival（OS）は93.1%であった。再発は肺5例、肝1例で、TME後の局所再発は認めなかった。TME群の3年DFS/recurrence-free survivalはいずれも84.4%、3年OSは100%であった。NOM群では3年DFS、TME-free、regrowth-free、OSがそれぞれ71.4%、83.3%、66.7%、85.7%であり、regrowthは2例（28.6%）に認めた。
【結語】SCRT＋CAPOXによるTNTは、日本人の局所進行直腸癌に対して海外第III相TNT試験と整合する中長期成績を示し、一部症例ではNOMによる臓器温存が可能であった。一方、遠隔転移抑制効果の強化、cCRおよびregrowth予測因子、salvage治療の成績、機能・QOL評価、最適レジメン選択は今後の重要な検証課題である。現在、SCRT＋CAPOXに対するSCRT＋CAPOXIRIの優越性を検証する第III相ENSEMBLE試験が進行中である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第2会場（2F コンベンションホール2）
パネルディスカッション２　進行直腸癌に対するTNT　中長期治療成績と今後検証すべき点
司会：渡邉 純（関西医科大学下部消化管外科学講座）、向井 俊貴（がん研有明病院大腸外科）

[PD2-2] 直腸癌のTNTを含む術前治療における治療効果予測の困難性とその臨床的意義

*髙山 裕司[1]、松澤 夏未[1]、福井 太郎[1]、柿澤 奈緒[1]、力山 敏樹[1] (1. 自治医科大学附属さいたま医療センター)

【背景】
進行直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapy（TNT）を含む術前治療は奏効率向上や臓器温存の観点から重要な治療戦略となりつつあるが、治療前に反応を予測することは依然として課題である。
【目的】
術前因子を用いて、臨床的に有効な術前治療の治療効果予測の可否を検討すること。
【対象・方法】
2014〜2025年の期間に術前CRTまたはTNT後に原発巣の切除術を施行した進行直腸癌106例を対象に、単施設後ろ向き研究を行った。治療効果はJSCCR Grade 2–3を臨床的に有効な効果と定義した。術前因子（mrEMVI、cN、CEA、PNI、治療法など）と有効な治療効果の関連を解析した。
【結果】
年齢中央値は67歳（37–85）、男性66例（62.3%）であった。cStageはStage I/II/III/IVがそれぞれ2例（1.9%）、31例（29.2%）、72例（67.9%）、1例（0.9%）であり、CRT 90例（84.9%）、TNT 16例（15.1%）であった。Grade 0–1、2、3はそれぞれ45.6%、38.8%、15.5%であり、Grade 2–3は54.3%に認めた。ypN0は70.9%、Grade 2–3かつypN0は42.7%であった。
腫瘍反応はmrEMVI陰性／陽性で56.1% vs 56.7%（P=1.000）、cN陰性／陽性で59.4% vs 50.0%（P=0.513）と有意差を認めなかった。CEA（5.1 vs 3.85, P=0.987）、PNI（47.6 vs 47.8, P=0.536）も反応と関連を認めなかった。
多変量解析では有意な予測因子は認めず、mrEMVI（OR 0.92, P=0.858）、cN（OR 0.75, P=0.538）、CEA（OR 0.99, P=0.234）、PNI（OR 0.99, P=0.806）、治療法（CRT vs TNT, OR 0.66, P=0.525）はいずれも有意でなかった。一方、再発解析ではypN陽性が再発リスクと有意に関連した（HR 3.00, P=0.001）。
【結論】
術前因子のみでは未だに治療効果の予測は困難であり、TNT時代においてもこの課題は解決されていない。臓器温存を含む治療選択においては、既存の術前因子に依存しない新たな評価戦略が必要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

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

パネルディスカッション２　進行直腸癌に対するTNT　中長期治療成績と今後検証すべき点

司会：渡邉 純（関西医科大学下部消化管外科学講座）、向井 俊貴（がん研有明病院大腸外科）

[PD2-3] 局所進行直腸癌に対するTNTの治療成績の検討

*堀江 智子[1,2]、平井 隆仁[1]、草野 智一[1]、小池 礼子[1]、加藤 博久[1] (1. 江東病院、2. 東京大学医科学研究所附属病院)

【目的】
局所進行直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapy (TNT)はESMOやNCCNガイドラインでは標準治療とされており、世界では広まりつつある。一方、日本のガイドラインでは、未だ標準治療としては推奨されていない。実際の臨床では、日本でも直腸癌に対するTNTは行われているが、その治療成績に関しては、まだ一定の見解を得ていない。今回、当院におけるTNTの治療成績を検討することを目的とした。
【方法】
当院で2019年11月から2026年3月までに行った、直腸癌TNTの治療成績10例を検討した。
【結果】
性別は女性３例、男性７例、年齢の中央値は６８歳(IQR,70.7-62.7)。
原発部位はRS:２例、Ra:２例、Rb：６例。
術前ステージはstage３b：2例、stage３c：８例
化学療法は、CAPOX ４例、SOX １例、Pmab＋SOX　４例、Bmab+SOX１例であった。
放射線治療は９例で50.4Gy/28fr 、1例で45Gy/15fr、直腸、骨盤領域IMRTを施行された。全例で、放射線治療を先行させるinduction chemotherapyであった。
化学療法終了から手術までの期間は中央値29日(IQR,23-31.5)であった。
手術は　腹腔鏡下高位前方切除術＋膀胱部分切除術１例、腹腔鏡下低位前方切除術＋膀胱部分切除術１例、腹腔鏡下低位前方切除術２例、腹腔鏡下低位前方切除術＋両側側方リンパ節郭清術1例、腹腔鏡下超低位前方切除５例であった。
４例で治療Gr,3のpathologic complete response (pCR)であった。
術後合併症は1例でClavien-Dindo Gr,3aの縫合不全を認めた。
最終追跡調査時(中央値31.5ヶ月)には全例で再発は認めず、1例は術後12ヶ月で間質性肺炎の急性増悪による死亡を認めた。
【結論】
直腸癌に対するTNTは安全に施行可能で、良好な予後が見込める可能性がある。
今後の症例の蓄積により、本邦における治療戦略の検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第2会場（2F コンベンションホール2）
パネルディスカッション２　進行直腸癌に対するTNT　中長期治療成績と今後検証すべき点
司会：渡邉 純（関西医科大学下部消化管外科学講座）、向井 俊貴（がん研有明病院大腸外科）

[PD2-4] 当院における術前治療後の進行下部直腸癌の中長期成績 ～CRTとTNTの傾向スコアマッチングによる比較～

*野口 竜剛[1]、佐藤 健太郎[1]、坂本 貴志[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)

【背景・目的】当院では腫瘍下縁がRbにかかる進行下部直腸癌に対して術前化学放射線療法(chemoradiotherapy; CRT)を以前より行っており、2012年よりtotal neoadjuvant therapy(TNT)を導入し、2017年から臨床的完全奏功が得られた症例に対するnon operative management (NOM)も行ってきた。今回、当院で術前治療後に直腸間膜全切除(Total mesorectal excision; TME)あるいはNOMを選択した症例の治療成績について明らかにすることを目的とした。
【方法】2004年7月から2022年12月までに長期放射線療法によるCRTを行ったcStageII/III進行下部直腸癌712例を対象とした。年齢、性別、腫瘍肛門縁距離、cT stage、臨床的リンパ節転移の有無、側方リンパ節転移の有無で傾向スコアマッチングを行い、CRT群とTNT群の比較を後方視的に行った。NOM症例については同期間における長期CRT後の全例の54例で検討を行った。
【結果】傾向スコアマッチングによりCRT204例、TNT 204例が抽出され、男性/女性=287（70.3%）/121（29.7%）、年齢(以下四分位範囲)57歳(49-65)、腫瘍肛門縁距離40mm(30-50)であり、TMEを374例(91.7%)に、34例(8.3%)でNOMを選択した。TNT群とCRT群ではTNT群において有意にNOMを選択する症例が多かった（16.1% vs. 1.5%, *P*<0.0001）。TMEを行った症例において、手術時間はTNT群において有意に長かったが（370分 vs. 344分, *P*=0.022）、出血量については両者で差を認めなかった（80ml vs. 60ml, *P*=0.544）。Clavien-Dindo II以上の合併症の頻度はTNT群で有意に多く（51.5% vs. 31.3%, *P*<0.0001）、Clavien-Dindo III以上の合併症の頻度もTNT群で有意に多かった（15.6% vs. 9.0%, *P*=0.049）。pCR率はTNT群で有意に高かった（22.0% vs. 11.0%, *P*=0.0038）。長期予後としては、TNT群とCRT群では差を認めなかった（5年無再発生存率(75.4% vs 72.9%, *P*=0.604)）。NOMを行った症例において2年局所無増大率は81.2%で、2年遠隔無再発生存率は94.4%であった。
【結語】マッチングによる検討ではTNTを行った症例において、NOM移行率が有意に高かったが、TMEに際して合併症の増加や手術時間の延長を認めた。術前治療後に行われたNOMは安全に施行可能であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

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

パネルディスカッション２　進行直腸癌に対するTNT　中長期治療成績と今後検証すべき点

司会：渡邉 純（関西医科大学下部消化管外科学講座）、向井 俊貴（がん研有明病院大腸外科）

[PD2-5] 直腸癌術前治療後の治療戦略：画像・内視鏡評価の限界と残存腫瘍量の重要性

*小林 壽範[1]、山田 典和[2]、上原 広樹[2]、滝井 麻美子[2]、五十嵐 優人[2]、森 至弘[2]、萩原 千恵[2]、諏訪 雄亮[2]、渡邉 純[2] (1. 関西医科大学香里病院　外科、2. 関西医科大学　下部消化管外科)

【背景】直腸癌に対する術前治療の進歩により、NOMを含む臓器温存戦略が広がっているが、MRIおよび内視鏡による治療効果判定の精度には限界がある。
【目的】臨床的治療効果と病理学的腫瘍残存および予後との関連を検討し、NOMの適応可能性を評価する。
【方法】術前治療（CRTまたはTNT）を施行したcStage I–III直腸癌107例を後ろ向きに解析した。MRIおよび内視鏡所見により治療効果を評価し、病理結果、治療方針、予後との関連を検討した。
【結果】MRIによるradiological CR（complete response）は22例（20.6%）、内視鏡によるendoscopic CR（complete response）は26例（24.3%）であった。CR症例のうち14例にNOMが選択され、8例は手術が施行され、いずれもcT1–2であった。NOMのうち2例（14%）にregrowthを認めたが、いずれもサルベージ手術が可能であった。PR（partial response）83例のうち46例（55.4%）はypT3に留まり、画像上の縮小は病理学的腫瘍消失を必ずしも反映しなかった。ypT0は10.3%であった。NOM症例では病理評価が行われていないため、臨床的完全奏効率との直接比較はできない。一方、ypT0およびNOMを統合したcomposite complete responseは21.5%であった。無再発生存率はypTに有意に依存した（p＝0.016）が、ypNおよび最終Stageとは関連を認めなかった。
【結論】画像および内視鏡評価のみでは腫瘍消失を正確に予測することはできず、残存腫瘍量（ypT）が予後規定因子として重要であった。NOMはcT1–2を中心とした低リスク症例で有効であった。一方、T3以上では慎重な適応判断が必要であり、進行症例ではさらなる治療強化が求められる。以上より、直腸癌術前治療後の治療戦略は、治療効果評価に依存するのではなく、残存腫瘍量および初期腫瘍背景を踏まえた個別化アプローチが必要であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

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

パネルディスカッション２　進行直腸癌に対するTNT　中長期治療成績と今後検証すべき点

司会：渡邉 純（関西医科大学下部消化管外科学講座）、向井 俊貴（がん研有明病院大腸外科）

[PD2-6] R0切除を達成した進行下部直腸癌において術前化学療法は遠隔再発を抑制しうる

*山口 峻[1]、小嶋 雅之[1]、山崎 翔斗[1]、小野 李香[1]、丸田 浩志[1]、片山 宏己[1]、髙村 祐磨[1]、足立 利幸[1]、石井 光寿[1]、井上 悠介[1]、三浦 崇[1]、江口 晋[2]、松本 桂太郎[3]、野中 隆[1] (1. 長崎大学病院　大腸・肛門外科、2. 長崎大学病院　外科学講座　移植・消化器外科学分野、3. 長崎大学病院　外科学講座　腫瘍外科学分野)

【背景】
進行下部直腸癌に対する術前治療として化学療法（NAC)、化学放射線療法（CRT)、total neoadjuvant therapy（TNT）が用いられている。放射線療法は局所制御に有効とされるが、R0切除症例において術前治療内容が遠隔再発や予後に与える影響は明らかでない。
【目的】
R0切除を達成した進行下部直腸癌における術前治療内容と遠隔再発および予後との関連を検討する。
【方法】
2016年1月～2025年6月に術前治療後に根治手術を施行した下部直腸癌155例を対象とした。TPE施行例、cM1症例、R1/2切除例を除外した。NAC群69例、CRT群53例、TNT群34例に分類し後方視的に検討した。さらに術前化学療法施行例（NAC/TNT）と非施行例（CRT）の2群比較を行った。
【結果】
患者背景、腫瘍Stage、組織型に有意差を認めなかった。TNT群にはロボット手術が多く（19% vs 11% vs 59%, p<0.001)、NAC群で側方郭清が多く施行されていた（67% vs 40% vs 41%, p<0.01)。周術期成績に有意差なし。病理組織所見においてRM,R0には差は認めず。pCRはNAC 2例（3%)、CRT 7例（13%)、TNT 9例（26%）で有意にRT有り例で多かった (p<0.05)が、長期予後において3群間でOS、DFS、LRFSに有意差は認めなかった。一方、術前化学療法施行例（NAC/TNT,n=103）と非施行例（CRTn=52）の2群で比較すると、DFSは化学療法施行例で有意に良好であった（p=0.04)。また遠隔転移再発は非施行例で有意に多かった（7% vs 18%, p=0.05)。一方、局所再発3例 (3%) vs 2 例(4%)で有意差を認めなかった。
【結語】
R0切除が達成された進行下部直腸癌においても、術前化学療法の導入は遠隔再発抑制および予後改善に寄与する可能性が示唆された。全身制御を考慮した術前治療戦略の重要性が示された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 肛門科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:20 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

パネルディスカッション３　痔核の治療（ALTA療法の適応とこだわりの手術法）

司会：田中 良明（寺田病院大腸肛門病センター肛門科）、錦織 英知（一般社団法人健英会えさか駅前にしごりおなかとおしりのクリニック）

[PD3-1] ALTA併用療法を主軸とした内痔核治療

*鉢呂 芳一[1]、安部 達也[1]、小原 啓[1]、太田 盛道[1]、渡邊 賢二[1]、國本 正雄[1] (1. くにもと病院)

[PD3-2] ALTA療法を成立させる外科的戦略〜適応選択と外科的介入の質〜

*小原 誠[1] (1. OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック)

[PD3-3] 当院のALTA療法の適応

*加藤 久仁之[1]、加藤 典博[1] (1. ふるだて加藤肛門外科クリニック)

[PD3-4] 日帰り痔核手術におけるALTA併用療法の進化とその実際

*小村 憲一[1] (1. 小村肛門科医院)

[PD3-5] 有床診療所における初回治療としてのALTA単独療法〜その位置付けと真価について〜

*日高 仁[1]、日高 久光[2] (1. ひだか医院、2. 医療法人祥久会日高大腸肛門クリニック)

[PD3-6] 当院でのALTA併用療法-分離結紮術と結紮切除術との比較-

*岡﨑 啓介[1] (1. 岡崎外科消化器肛門クリニック)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 肛門科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:20 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

パネルディスカッション３　痔核の治療（ALTA療法の適応とこだわりの手術法）

司会：田中 良明（寺田病院大腸肛門病センター肛門科）、錦織 英知（一般社団法人健英会えさか駅前にしごりおなかとおしりのクリニック）

[PD3-1] ALTA併用療法を主軸とした内痔核治療

*鉢呂 芳一[1]、安部 達也[1]、小原 啓[1]、太田 盛道[1]、渡邊 賢二[1]、國本 正雄[1] (1. くにもと病院)

【緒言】2005年より当院ではALTA療法を積極的に用いた内痔核治療を施行している。これまでGoligher分類IV度や外痔核を伴う内痔核症例では、ALTA単独療法の限界を報告してきた。2012年頃より、同一痔核の内痔核部位にALTA療法を行い外痔核部位を切除するALTA併用療法（A・E3法/E3・A法）を開始し、内痔核治療の主軸とするとともに随時改良を加えている。最近5年間の臨床成績を報告する。

【緒言】2005年より当院ではALTA療法を積極的に用いた内痔核治療を施行している。これまでGoligher分類IV度や外痔核を伴う内痔核症例では、ALTA単独療法の限界を報告してきた。2012年頃より、同一痔核の内痔核部位にALTA療法を行い外痔核部位を切除するALTA併用療法（A・E3法/E3・A法）を開始し、内痔核治療の主軸とするとともに随時改良を加えている。最近5年間の臨床成績を報告する。

【症例】2021年1月～2025年12月までに、少なくとも一主痔核にALTA併用療法を施行した1306例を対象とした。なお同時期に施行したALTA単独療法は108例、LE＋ALTA症例は9例であった。A・E3法は578例、E・A3法は728例。ALTA併用療法1箇所は495例、2箇所は586例、3箇所以上は225例であった。

【成績】内痔核の再脱出に対する再手術は4例（0.3%）で、再脱出部位は、ALTA単独投与部位3例、ALTA併用療法（E3・A法）部位1例であった。術後止血術は10例に施行した。術後肛門狭窄を4例に認め、用手的肛門拡張術を施行したが、すべてALTA併用療法3箇所施行症例であった。ALTA併用療法部位におけるALTA投与量を、併用療法1箇所症例（うちGoligher分類III度以上）で調べてみると、A・E3法は6.04ml、E・A3法は5.45mlとA・E3法で有意に多かった。

【考察】ALTA併用療法開始以降、徐々に併用療法個数が増加しているが、そのためか術後肛門狭窄症例を4例に認めた。ALTA併用療法の長期経過を踏まえ、A・E3法およびE3・Aにおいて最近では十分な内痔核剥離および歯状線を越えた痔核切除としている。

【結語】ALTA併用療法においては、内痔核への適切なALTA投与を行い、内痔核の十分な剥離および歯状線を越えた痔核切除を行うことで、すべての内痔核部位が治療対象になりうるものと考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 肛門科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:20 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
パネルディスカッション３　痔核の治療（ALTA療法の適応とこだわりの手術法）
司会：田中 良明（寺田病院大腸肛門病センター肛門科）、錦織 英知（一般社団法人健英会えさか駅前にしごりおなかとおしりのクリニック）

[PD3-2] ALTA療法を成立させる外科的戦略～適応選択と外科的介入の質～

*小原 誠[1] (1. OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック)

ALTA療法は2005年の保険収載以降、内痔核に対する低侵襲治療として広く普及したが、その成績は必ずしも一様ではなく、適応の拡大に伴い再発や効果不十分例が問題となっている。本ワークショップでは、ALTA療法の本質的適応を再整理するとともに、筆者が実践している術式選択と手技上のこだわりについて提示する。

ALTA単独療法は、血管成分に富み器質的変化の少ない内痔核に対して有効であり、外痔核成分を伴わないGoligher Ⅱ～Ⅲ度を基本適応とする。しかし臨床的には、肛門管内外痔核の連続性、歯状線部における支持構造の破綻による脱出、さらには内痔核の器質化や肥大乳頭・肛門ポリープの合併を認める症例が少なくない。これらを見逃したままALTA単独療法を適用することが、再発の主因となる。

このような病態に対して筆者は、ALTAを主軸としつつ適応外成分を外科的に除去する併用療法を積極的に選択している。すなわち併用療法は「ALTAのための切除」であり、内痔核上極まで切り込む従来の結紮切除術とは一線を画する戦略である。特に肛門管内外痔核や器質化病変を歯状線近傍まで適切に処理することで、残存内痔核をALTAの適応へと再構築することが可能となる。

手技上の要点としては、E3切除によりParks靱帯を処理し内痔核の還納性と固定性を高める一方、過度な切除や閉鎖時の吊り込みを避け、機能温存とのバランスを維持する点が重要である。またALTA注入においては、四段階注射法を基本としながら、薬液分布の均一化と危険領域の回避を最優先とすることで、安全性と効果の両立を図っている。

ALTA療法の成否は薬剤そのものではなく、「病態を見極め、適応へと整える外科的介入」によって規定される。本発表では、単独療法と併用療法の使い分けを再定義し、低侵襲性と根治性をいかに両立させるかについて議論したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 肛門科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:20 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
パネルディスカッション３　痔核の治療（ALTA療法の適応とこだわりの手術法）
司会：田中 良明（寺田病院大腸肛門病センター肛門科）、錦織 英知（一般社団法人健英会えさか駅前にしごりおなかとおしりのクリニック）

[PD3-3] 当院のALTA療法の適応

*加藤 久仁之[1]、加藤 典博[1] (1. ふるだて加藤肛門外科クリニック)

［はじめに］ALTA療法が開始され20年以上が経過し、ALTA単独療法（以後A）に加え、外痔核切除を併用するALTA併用療法（以後AE）もおこなわれるようになり、痔核に対する標準治療として広く普及した。今回、当院におけるALTA療法の治療成績、適応等を検討した。

［対象・方法］2000年2月から2025年12月までに当院でA、AE（E1、E2、E3）、結紮切除（以後LE）を施行し、術後6か月以上経過観察可能であった、ALTA投与量7ml以上の主痔核病変を対象とした。E1は症例数が少ないため除外した。A施行7735病変、E2施行5652病変、E3施行698病変、LE施行740病変の4群間の累積無再発率を、経過観察期間5および10年のKaplan-Meier法にて比較検討し、p＜0.05を有意差ありとした。また痔核の形態として、歯状線付近の支持組織が強固で溝を有する静脈瘤型病変（以後V病変）と、支持組織が脆弱で溝を有さない粘膜脱型病変（以後P病変）の各々において、A、E2、E3、LEの4群間の累積無再発率を同様に検討した。

［結果］術式別無再発率は5年、10年でLEとE3およびE2とE3間に統計学的な有意差は認めなかったが、LE＞A、LE＞E2、E3＞Aと有意に再発が少なかった（p＜0.05）。またE2とAの10年無再発率は有意差を認めなかった。V病変では5年、10年ともにLE＞A、LE＞E2と有意に再発が少なかった。一方でAとE2およびE3では有意差は認めなかった。P病変ではLE＞A、E3＞Aと有意に再発が少なかった。一方でLEとE3およびE2、E3とE2、E2とAでは有意差は認めなかった。

［考察］当院の痔核に対するALTA療法の適応として、E2とAに有意差を認めなかったことから、歯乗線付近の支持組織が強固な病変はAを第一選択として、外痔核切除はオプションとしている。一方で、支持組織が脆弱な病変はE3を第一選択としている。LEとE3に有意差を認めなかったことから、LEは粘膜脱症候群、ALTA療法禁忌症例等に限定して施行している。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 肛門科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:20 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
パネルディスカッション３　痔核の治療（ALTA療法の適応とこだわりの手術法）
司会：田中 良明（寺田病院大腸肛門病センター肛門科）、錦織 英知（一般社団法人健英会えさか駅前にしごりおなかとおしりのクリニック）

[PD3-4] 日帰り痔核手術におけるALTA併用療法の進化とその実際

*小村 憲一[1] (1. 小村肛門科医院)

【はじめに】 日帰り痔核手術には、快適性（疼痛制御）、安全性（出血制御）、根治性が求められる。当院におけるALTA併用療法の変遷を振り返り、現在施行している術式について報告する。
【術式の変遷】 2011年まで ALTA 主体の併用療法を行っていたが、2012 年より歯状線を越えて痔核を剥離し、外痔核成分を結紮切除（LE）、口側の内痔核に ALTA 注を行う併用療法（E3・A）を導入した。2019 年からは痔核把持鉗子を用いた E3・A を行い、2023 年からは、口側の切除範囲を拡大した際においても、術後出血のリスクを最小化するため「切除創の二層縫合」を行なっている。
【現在施行している術式の特色】
1. 痔核剥離と引き上げ効果： 痔核剥離は歯状線部の mucosal suspensory ligament を越えるまで行い、痔核を十分に遊離する。これにより ALTA 注による引き上げ効果が増大する。また、ALTA 注前に痔核を結紮していることで尾側への薬液漏出を防ぎ、少量の投与で最大の効果が得られる。
2. 痔核把持鉗子の使用： 切除すべき粘膜のたるみやポリープを痔核把持鉗子で把持することで切除範囲が明確となる。把持部に向かって直線的に切開することで、LE における痔核の切り狭め操作を要さず、紡錘状の切開創を容易に作成できる。過剰切除を防ぐとともに、緊張のない半閉鎖縫合が可能となる。
3. 二層縫合： 根部近傍の粘膜下を深く結節縫合、上皮下の結合組織を縫合、その上から粘膜、上皮を縫合し、二層縫合とすることで、切除範囲を拡大しても創哆開および術後出血を抑制できる。また、浮腫や皮垂（tag）形成の軽減、術後疼痛の緩和にも寄与する。
【成績】 痔核把持鉗子を用いたE3・Aを導入後、痔核切除数が増加し、ALTA投与量は減少したため、発熱や狭窄、膿瘍形成などのALTA特有の合併症も低減した。術後5年間の再手術率は2.6%から2.0%へと低下し、根治性の向上が示された。また、二層縫合を行なうことで、切除範囲が増えても、縫合を要するような術後出血の増加はきたさなかった。
【結論】 本術式は、低侵襲かつ形成的で安全性と根治性を兼ね備えた術式であり、あらゆる重症度の痔核に対して日帰り手術が可能である。当日はその術式の実際をビデオにて供覧する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 肛門科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:20 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

パネルディスカッション３　痔核の治療（ALTA療法の適応とこだわりの手術法）

司会：田中 良明（寺田病院大腸肛門病センター肛門科）、錦織 英知（一般社団法人健英会えさか駅前にしごりおなかとおしりのクリニック）

[PD3-5] 有床診療所における初回治療としてのALTA単独療法〜その位置付けと真価について〜

*日高 仁[1]、日高 久光[2] (1. ひだか医院、2. 医療法人祥久会日高大腸肛門クリニック)

【はじめに】演者はこれまで, 痔核治療における外科治療に関して,複数の専門医が勤務する有床診療所において,結紮切除術(LE)とALTAの互いの利点を最大限に活かすべく原則として「同一部位の内痔核と外痔核の治療法の異なる併用療法」を行わない方針の下,経験を積んできた.LE絶対適応以外の症例における術式の選択ついては,可能な限り怒責診を行なって外痔核の大きさを正確に評価し,併存疾患などのリスク・患者自身の希望や社会的背景なども考慮しながらSDMを実施し, その結果ALTA 単独療法を選択した症例に関しては,過量投与を避け,四段階注射法を遵守し,低侵襲かつ安全に治療が遂行されるよう心がけてきた.今回,同一術者による,痔核に対する初回外科治療としてのALTA単独療法の成績を振り返り,有床診療所におけるALTA単独療法の位置付けや真価について考える.

【対象と方法】 2014年1月から2025年3月までに,「医療法人祥久会 日高大腸肛門クリニック」にて, 痔核に対し,初回外科治療として同一術者(筆頭演者)によるALTA単独療法を受けた患者の診療録上の経過を,2026年4月まで追跡した. 但し,他の手技を併施した症例は除外した.

【結果】該当症例は全182例,平均年齢61.8歳(25-95歳)で,男性：女性=121例：61例,平均観察期間5.1年(1-12年)であった. 麻酔法は無麻酔:局所麻酔＝180例：2例であった.注射部位については1箇所3例：2箇所13例：３箇所166例,平均総投与量は6.7ml(1箇所)/11.9ml(２箇所)/17.3ml(3箇所)であった.観察期間内に再外科治療に至った症例は24例(13.2%)であった.術後合併症として発熱7例(3.8%),潰瘍形成6例(3.3%),糞便塞栓3例(1.6%),残便感3例(1.6%),出血2例（1.1%）を認めたが,他の重篤な合併症は認めなかった.

【まとめ】演者がこれまで行なってきた有床診療所における痔核に対する初回治療としてのALTA単独療法について報告した.結果を基に,有床診療所においてALTA療法をどのように位置付け,真価をいかに発揮させるか,術式選択や手技に関する演者の考え方を述べたい.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 肛門科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:20 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
パネルディスカッション３　痔核の治療（ALTA療法の適応とこだわりの手術法）
司会：田中 良明（寺田病院大腸肛門病センター肛門科）、錦織 英知（一般社団法人健英会えさか駅前にしごりおなかとおしりのクリニック）

[PD3-6] 当院でのALTA併用療法-分離結紮術と結紮切除術との比較-

*岡﨑 啓介[1] (1. 岡崎外科消化器肛門クリニック)

[目的] 当院でのGoligher III-IV度痔核に対する手術は2023年までは結紮切除（以下LE）（ミリガン・モルガン法）+ALTA、2024年からは分離結紮（以下DL）+ALTAを基本とするE3・A（歯状線奥まで切除）を標準手技としている。それぞれの方法での特徴を検討する。
[方法] 今回DL群(2024.6-2026.3)とLE群(2017.3-2023.12)として年齢、性別をそろえた上で、採血結果、手術時局所麻酔量、切除数（歯状線を超える切除）、併用ALTA使用量、創部の上皮化日数、鎮痛剤処方日数、排便・喫煙・飲酒状況などを検討した。統計解析はMann-Whitney 検定、 カイ2乗検定を用い、危険率5%以下をもって有意差ありとした。
[結果] DL群: n=89、LE群: n=138。年齢 (DL: 53.2±16.4, LE: 50.0±13.2)、男女比、Hb値、排便回数、いきみの有無、トイレ時間、便性状、喫煙率、飲酒率、ALTA使用量(DL: 11.39±5.06, LE: 12.19±5.14)に差はなかった。一方上皮化日数(DL: 27.5±6.7, LE: 40.5±11.7, p<0.01)はDLで短く、切除数(DL: 1.3±0.6, LE: 1.1±0.3, p<0.01)はDLが多く、麻酔量(1%メピバカイン) (DL: 16.63±2.74, LE: 18.67±3.57, p<0.01)はLEで多い。鎮痛剤処方日数は(DL: 15.4±6.8, LE: 18.8±13.5, p<0.01)とDLが短いが、追加の鎮痛はDLでの使用率が高かった。
[結論] ALTA併用療法としてのDLは、LEと比較して創の上皮化日数の短縮を認めた。鎮痛剤処方日数も短いが、その間の疼痛は強い傾向にある。DLは手技の工夫により、疼痛を軽減できる。肛門縁の外まで結紮するDLでは、結紮後の皮膚の緊張を可能な限り小さくしつつ、痔核組織は十分に結紮するなど、さらに工夫が必要である。運針や結紮法の工夫で、結紮部位脱落時に真皮浅層での創面とすることができると、脱落後2週間程度での上皮化が期待できる。DLの創面は、脱落直後に真皮浅層から深層にとどまっており上皮化が早く、一方LEでの開放創面は皮下脂肪層に達しており肉芽形成を主体に周辺から上皮化することが想定される。実際の創面をDLとLEで観察して考察する。今後群間の偏りを調整してさらに解析を行う。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）

パネルディスカッション４　大腸がんにおけるプレシジョンメディスンの現状と課題

司会：田村 孝雄（近畿大学奈良病院腫瘍内科）、杉本 直俊（大阪国際がんセンター遺伝子診療部）

[PD4-1] 血中循環腫瘍DNA陰性Stage II結腸癌における残余再発リスクの層別化とRecurrence predict valueの有用性

*水野 翔大[1,2]、茂田 浩平[1]、安藤 幸滋[3]、三島 沙織[4]、門野 政義[1]、森田 覚[1]、小谷 大輔[4]、中村 能章[4]、三代 雅明[5]、浜部 敦史[5]、渡邊 純[6]、小高 雅人[7]、山﨑 健太郎[8]、加藤 健志[9]、吉野 孝之[4]、沖 英次[10]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部一般・消化器外科、2. 荻窪病院外科、3. 九州大学大学院医学研究院消化器・総合外科、4. 国立研究開発法人国立がん研究センター東病院消化管内科、5. 大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学、6. 関西医科大学下部消化管外科、7. 医療法人薫風会佐野病院消化器外科、8. 静岡県立がんセンター消化器内科、9. 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター下部消化管外科、10. 九州大学病院先端医工学診療部)

[PD4-2] 日本人大腸癌におけるMSI-H/dMMRの実態と術前MSI/MMR検査の施設間格差

*森本 祥悠[1]、畑 泰司[1]、賀川 義規[2]、高橋 秀和[3]、柳澤 公紀[4]、鈴木 陽三[5]、大澤 日出樹[6]、内藤 敦[7]、鄭 充善[8]、岡村 修[9]、高橋 佑典[10]、佐々木 優[11]、市原 もも子[12]、安山 陽信[13]、澤田 元太[14]、関戸 悠紀[15]、荻野 崇之[15]、三吉 範己[15]、植村 守[15]、江口 英利[15] (1. 大阪急性期総合医療センター消化器外科、2. 大阪国際がんセンター消化器外科、3. 大阪国際メディカル&サイエンスセンター大阪けいさつ病院消化器外科、4. 関西ろうさい病院消化器外科、5. 市立豊中病院消化器外科、6. 八尾市立病院消化器外科、7. 堺市立総合医療センター消化器外科、8. 大阪ろうさい病院消化器外科、9. 市立吹田病院消化器外科、10. 国立病院機構大阪医療センター消化器外科、11. 市立東大阪医療センター消化器外科、12. 兵庫県立西宮病院消化器外科、13. 市立貝塚病院消化器外科、14. 市立伊丹病院消化器外科、15. 大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学)

[PD4-3] 大腸癌転移再発根治切除症例における予後予測因子としてのDNAメチル化マーカーの有用性

*藤﨑 隆[1]、市川 峻太[1]、岩井 貴寛[1]、小林 清洋[1]、濱田 篤彦[1]、安藤 祐二[1]、村井 勇太[1]、幸地 彩貴[1]、十朱 美幸[1]、仲川 裕喜[1]、高橋 宏光[1]、井 祐樹[1]、河口 恵[1]、百瀬 裕隆[1]、土谷 祐樹[1]、塚本 亮一[1]、盧 尚志[1]、本庄 薫平[1]、冨木 裕一[1]、杉本 起一[1] (1. 順天堂大学医学部附属順天堂医院　下部消化管外科)

[PD4-4] 右側大腸癌に対する新たな治療戦略：高メチル化大腸癌とBRAF遺伝子変異

*川上 尚人[1] (1. 東北大学大学院医学系研究科臨床腫瘍学分野)

[PD4-5] 大腸癌に対するがん遺伝子パネル検査の有効性の検討：C-CATデータベース解析から

*西田 尚弘[1] (1. 東海大学医学部臨床腫瘍学)

[PD4-6] 当院における大腸・直腸癌CGP検査の後方視的検討

*赤羽 慎太郎[1,4]、下村 学[2]、矢野 琢也[2]、佐田友 藍[2]、田口 和浩[2]、松原 啓壮[2]、石川 聖[2]、佐藤 沙希[2]、渡邊 淳弘[2]、森内 俊行[2]、塩崎 翔平[2]、松原 一樹[2]、山口 瑞生[2]、岡本 渉[3]、石原 美紗子[1]、中原 輝[1]、新津 宏明[1]、大段 秀樹[2]、檜井 孝夫[1] (1. 広島大学病院遺伝子診療科、2. 広島大学病院消化器・移植外科、3. 広島大学病院がん化学療法科、4. 独立行政法人国立病院機構広島西医療センター外科)

[PD4-7] がん遺伝子パネル検査リアルワールドデータに基づくERBB2増幅大腸癌の臨床的意義の検討

*北嶋 貴仁[1,2]、奥川 喜永[1,2]、髙木 里英子[2]、嶌村 麻生[2]、天白 成[2]、山本 晃[2]、市川 崇[3]、長野 由佳[2]、浦谷 亮[2]、今岡 裕基[2]、志村 匡信[2]、川村 幹雄[2]、松下 航平[2]、安田 裕美[2]、小池 勇樹[2]、大北 喜基[2]、吉山 繁幸[2]、大井 正貴[2]、小林 美奈子[3]、問山 裕二[2] (1. 三重大学医学部附属病院ゲノム医療部、2. 三重大学医学部大学院消化管・小児外科学、3. 三重大学医学部大学院臨床外科感染制御学講座)

[PD4-8] JAGUAR試験（JACCRO PM-01）：切除不能進行再発大腸癌患者における循環腫瘍DNAを用いた逐次的包括的ゲノムプロファイリング検査の臨床的有用性を評価する前向き研究

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

*砂川 優[1]、舛石 俊樹[2]、武田 弘幸[1]、梅垣 翔[3]、横山 雄一郎[4]、朴 慶純[5]、室 圭[2]、市川 度[6]、石原 聡一郎[4] (1. 聖マリアンナ医科大学臨床腫瘍学講座、2. 愛知県がんセンター薬物療法部、3. 愛知県がんセンターゲノム医療センター、4. 東京大学医学部附属病院 腫瘍外科・血管外科、5. 国立成育医療研究センター病院臨床研究センター、6. 日本がん臨床試験推進機構)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）

パネルディスカッション４　大腸がんにおけるプレシジョンメディスンの現状と課題

司会：田村 孝雄（近畿大学奈良病院腫瘍内科）、杉本 直俊（大阪国際がんセンター遺伝子診療部）

[PD4-1] 血中循環腫瘍DNA陰性Stage II結腸癌における残余再発リスクの層別化とRecurrence predict valueの有用性

*水野 翔大[1,2]、茂田 浩平[1]、安藤 幸滋[3]、三島 沙織[4]、門野 政義[1]、森田 覚[1]、小谷 大輔[4]、中村 能章[4]、三代 雅明[5]、浜部 敦史[5]、渡邊 純[6]、小高 雅人[7]、山﨑 健太郎[8]、加藤 健志[9]、吉野 孝之[4]、沖 英次[10]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部一般・消化器外科、2. 荻窪病院外科、3. 九州大学大学院医学研究院消化器・総合外科、4. 国立研究開発法人国立がん研究センター東病院消化管内科、5. 大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学、6. 関西医科大学下部消化管外科、7. 医療法人薫風会佐野病院消化器外科、8. 静岡県立がんセンター消化器内科、9. 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター下部消化管外科、10. 九州大学病院先端医工学診療部)

【背景】Stage II結腸癌における術後再発リスク層別化は依然として不十分であり、補助化学療法適応の判断に課題が残る。近年、血中循環腫瘍DNA (circulating tumor DNA(ctDNA))によるminimal residual disease (MRD) 評価が注目されているが、ctDNA陰性例でも一定割合で再発を認め、陰性結果のみでは十分なリスク評価が困難である。特に肺転移や腹膜播種再発ではctDNA検出感度の限界が指摘されている。本研究では、臨床病理学的リスクスコアであるrecurrence prediction value（RPV）がctDNA陰性患者における残余再発リスク層別化に有用であるかをGALAXY試験を用いて検討した。
【方法】GALAXY試験に登録されたStage II結腸癌のうち、術後補助化学療法非施行574例を対象とした。術後約4週のctDNA測定 (MRD window)に基づき解析を行い、RPVは既報のスコアリングに従いhighおよびlowに分類した。主要評価項目はRecurrence free survival (RFS) とし、Kaplan–Meier法およびCox比例ハザードモデルにより予後因子を評価した。またctDNA陰性群のサブグループ解析および再発部位別解析を行った。
【結果】MRD windowにおいてctDNA陽性は38例（6.6%）、陰性は536例であった。多変量解析では、ctDNA陽性はRFSの最も強い予測因子であり（HR 17.1, 95%CI 10.2–28.6, P<0.001）、RPV highも独立した予測因子であった（HR 2.80, 95%CI 1.73–4.51, P<0.001）。ctDNA陰性群のサブグループ解析では、RPV highはlowと比較して有意に再発リスクが高く（HR 3.19, 95%CI 1.75–5.81, P<0.001）、明確なリスク層別化能を示した。一方、ctDNA陽性群ではRPVによる差は認められなかった（HR 1.06, P=0.898）。再発部位の検討では、ctDNA陰性群において腹膜播種再発がRPV high群で有意に多く認められた（8.1% vs 0.9%, P<0.001）。これらの結果は、ctDNA陰性集団が不均一であり、RPVがその中の高リスク群を同定し得ることを示唆する。
【結語】RPVはctDNAによるMRD評価を補完し、ctDNA陰性患者における残余再発リスク同定に有用な指標である可能性が示唆された。臨床病理学的リスクと分子学的評価を統合することで、より精緻な術後リスク層別化および個別化治療戦略構築につながる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）

パネルディスカッション４　大腸がんにおけるプレシジョンメディスンの現状と課題

司会：田村 孝雄（近畿大学奈良病院腫瘍内科）、杉本 直俊（大阪国際がんセンター遺伝子診療部）

[PD4-2] 日本人大腸癌におけるMSI-H/dMMRの実態と術前MSI/MMR検査の施設間格差

*森本 祥悠[1]、畑 泰司[1]、賀川 義規[2]、高橋 秀和[3]、柳澤 公紀[4]、鈴木 陽三[5]、大澤 日出樹[6]、内藤 敦[7]、鄭 充善[8]、岡村 修[9]、高橋 佑典[10]、佐々木 優[11]、市原 もも子[12]、安山 陽信[13]、澤田 元太[14]、関戸 悠紀[15]、荻野 崇之[15]、三吉 範己[15]、植村 守[15]、江口 英利[15] (1. 大阪急性期総合医療センター消化器外科、2. 大阪国際がんセンター消化器外科、3. 大阪国際メディカル&サイエンスセンター大阪けいさつ病院消化器外科、4. 関西ろうさい病院消化器外科、5. 市立豊中病院消化器外科、6. 八尾市立病院消化器外科、7. 堺市立総合医療センター消化器外科、8. 大阪ろうさい病院消化器外科、9. 市立吹田病院消化器外科、10. 国立病院機構大阪医療センター消化器外科、11. 市立東大阪医療センター消化器外科、12. 兵庫県立西宮病院消化器外科、13. 市立貝塚病院消化器外科、14. 市立伊丹病院消化器外科、15. 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】切除可能MSI-H/dMMR大腸癌に対する周術期ICI治療は本邦でも開発が進行しているが、その実装には術前MSI/MMR検査の普及が不可欠である。我々はこれまで、術前MSI/MMR検査の重要性を関連施設に周知し検査率の向上を図ってきた。本研究の目的は2024年から開始した多施設前向きデータベース (Clinical Study Group of The University of Osaka-Colorectal Registry, CSGO-CORE)を利用し、切除可能症例を含む全stageの大腸癌における検査状況を把握し、MSI-H/dMMRの頻度および臨床病理学的特徴を明らかにすることである。
【方法】2024年4月から2025年3月までに関連25施設で前向き登録された大腸癌2196例を対象としてMSI-H/dMMR関連因子、検査実施率、施設間格差を検討した。
【結果】1464例（66.7%）にMSI/MMR検査が実施されていた。MSI-H/dMMRは137例（9.4%）に認め、772例（52.7%）で術前にMSI/MMR検査が施行されていた。MSI-H/dMMRは高齢者、女性で有意に多く、右側結腸で22%と高頻度であり、直腸癌では1.7%と低頻度であった。Stage IV（2.6%, OR 0.22, P<0.001）およびKRAS変異（3.1%, OR 0.22, P<0.001）では有意に少なかった。さらに、BRAF V600E変異（66.3%, OR 52.41, P<0.001）、低分化腺癌（37.7%, OR 7.17, P<0.001）、粘液癌（20.8%, OR 3.10, P=0.002）と強い関連を認め、BRAF変異陽性症例は全例でMLH1欠損を伴っていた。MSI/MMR検査実施率は施設間でばらつきを認め、中央値63.6%（range 6.3%～91.7%）であった。さらに、検査実施例における施設別の術前検査率は中央値49.2%（range 0%～93.8%）であり、実施率80%以上の施設が3施設存在する一方で、20%以下の施設も9施設認められた。
【考察】MSI-H/dMMRは日本人大腸癌の9.4%を占め、その臨床病理・分子生物学的特性が示された。一方でMSI/MMR検査実施率および術前検査率には大きな施設間格差が存在し、術前ICIを含むプレシジョンメディスンの実装には検査体制の標準化が重要である。術前検査率向上に向けた各施設の取り組みや課題、治験への接続可能性を踏まえ、実臨床への実装戦略について考察する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）

パネルディスカッション４　大腸がんにおけるプレシジョンメディスンの現状と課題

司会：田村 孝雄（近畿大学奈良病院腫瘍内科）、杉本 直俊（大阪国際がんセンター遺伝子診療部）

[PD4-3] 大腸癌転移再発根治切除症例における予後予測因子としてのDNAメチル化マーカーの有用性

*藤﨑 隆[1]、市川 峻太[1]、岩井 貴寛[1]、小林 清洋[1]、濱田 篤彦[1]、安藤 祐二[1]、村井 勇太[1]、幸地 彩貴[1]、十朱 美幸[1]、仲川 裕喜[1]、高橋 宏光[1]、井 祐樹[1]、河口 恵[1]、百瀬 裕隆[1]、土谷 祐樹[1]、塚本 亮一[1]、盧 尚志[1]、本庄 薫平[1]、冨木 裕一[1]、杉本 起一[1] (1. 順天堂大学医学部附属順天堂医院　下部消化管外科)

【背景】大腸癌治療ガイドライン医師用2024年版では，転移再発病変が存在する大腸癌症例は局在が明らかで根治切除が可能と考えられる場合は外科的治療が推奨されている．しかし，転移再発巣では肉眼的根治切除に至った症例でも術後再発リスクは高く，外科的切除が患者の長期予後にどの程度寄与するかについては，依然として議論の余地がある．一方，DNAメチル化は多くの癌腫において早期発見や術後再発予測，治療効果のモニタリングにおける有用性について多くの報告がなされてきている．
【目的】大腸癌原発巣組織におけるDNAメチル化の評価が転移再発巣切除を行った大腸癌症例の予後予測因子になりうるかについて検討した．
【方法】2011年～2018年に当院で原発巣と転移再発巣に対して肉眼的根治切除を施行した大腸癌(計64例)を対象とし，原発巣癌組織における相対的DNAメチル化レベル(Relative methylation value：RMV)を測定した． 対象とした遺伝子はCHFR，SOX11，CDO1でRMVの測定を行った．RMVの測定は癌組織からDNAを抽出後にbisulfite処理を行い，定量的メチル化特異的PCR(qPCR)で行った．RMVのカットオフ値については，再発の有無をエンドポイントとしたROC解析を用いて決定し，高値群と低値群の2群に分け，Kaplan–Meier法(log-rank検定)を用いて無再発生存率(RFS)について評価を行った．
【結果】3つの遺伝子のうち，CHFR，SOX11ではRFSに有意な相関は認めなかった．一方，CDO1に関しては，CDO1-RMV高値群(n=55)の5年無再発生存率は8.2%で，低値群（n=9）の60.3%と比較すると有意に不良であった（p=0.046）．
【考察】CDO1遺伝子は細胞内システイン代謝に関与する遺伝子であるが，そのDNAメチル化は胃癌や膵癌における予後に関与していることが報告されている．本検討結果からも，大腸癌の転移再発巣に対する肉眼的根治切除症例においても，原発巣のDNAメチル化を評価することは，大腸癌におけるプレシジョンメディスンを推進する上で，有用なバイオ―マーカーになり得ることが示唆された．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）

パネルディスカッション４　大腸がんにおけるプレシジョンメディスンの現状と課題

司会：田村 孝雄（近畿大学奈良病院腫瘍内科）、杉本 直俊（大阪国際がんセンター遺伝子診療部）

[PD4-4] 右側大腸癌に対する新たな治療戦略：高メチル化大腸癌とBRAF遺伝子変異

*川上 尚人[1] (1. 東北大学大学院医学系研究科臨床腫瘍学分野)

切除不能転移再発結腸直腸癌に対する標準治療は薬物療法である。RAS/BRAF野生型左側大腸癌では抗EGFR抗体の一次治療導入が推奨され、panitumumab＋FOLFOXはbevacizumab併用を全生存期間で上回る成績が示されている。一方、右側大腸癌における抗EGFR抗体の有用性は依然としてcontroversialであり、その背景にある生物学的差異の解明が求められている。
近年、治療効果規定因子として遺伝子異常に加えエピジェネティック変化が注目されている。大腸癌にはCpG island methylator phenotype（CIMP）と呼ばれる高メチル化群が存在し、特に右側大腸癌に多いことが知られている。われわれはメチル化状態を簡便に評価可能な診断系「Epilight」を開発し臨床実装した。Retrospective解析においてCIMP-high群が抗EGFR抗体に抵抗性を示すこと、すなわち腫瘍のsidednessがメチル化状態のsurrogate markerとして機能し得ることを示した。一方で、右側大腸癌にも一定割合でCIMP-low症例が存在し、この集団では抗EGFR抗体の有効性が期待される。これらの知見を踏まえ、現在、RAS/RAF野生型右側大腸癌を対象に抗EGFR抗体＋FOLFOX療法とbevacizumab＋FOLFOX療法を比較するランダム化第II相試験（T-CORE2401）を実施している。
さらに、転移性大腸癌における予後層別化として、TP53変異サブタイプとDNAメチル化を統合した解析を行い、gain-of-function（GOF）変異かつ高メチル化群が特に予後不良であることを明らかにした。加えて、BRAF変異大腸癌は右側に多く高メチル化の代表的集団であるが、C-CATデータベースを用いた解析により、TP53 GOF変異を有する症例ではBEACONレジメンの3剤併用が有効となる可能性が示唆された。本セッションでは、メチル化および遺伝子異常に基づく右側大腸癌の精緻化医療と新規治療戦略について議論する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科
2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）
パネルディスカッション４　大腸がんにおけるプレシジョンメディスンの現状と課題
司会：田村 孝雄（近畿大学奈良病院腫瘍内科）、杉本 直俊（大阪国際がんセンター遺伝子診療部）

[PD4-5] 大腸癌に対するがん遺伝子パネル検査の有効性の検討：C-CATデータベース解析から

*西田 尚弘[1] (1. 東海大学医学部臨床腫瘍学)

【背景】進行・再発大腸癌において包括的がん遺伝子パネル検査（CGP）は、治験導出のみならず日常診療における治療最適化への応用が期待されているが、その実臨床における有効性は十分検証されていない。本研究では、本邦のCGPの結果が集約されたがんゲノム情報管理センター（C-CAT）データベースを用い、CGP検査の臨床的有用性を多面的に検討した。

【方法】C-CATに登録された大腸腺癌症例約15000例を対象とし、患者背景、遺伝子変化、エビデンスレベル別の治療推奨、治験導出状況に加え、バイオマーカー検出と治療奏効との関連を系統的に解析した。

【結果】既知のKRAS変異や原発巣の左右差に加えて、MAPK経路を含む多様な遺伝子異常が、一次治療における治療奏効と関連していることが示唆された。また、また、HER2増幅やNTRK融合遺伝子などエビデンスレベルAに基づく治療介入は少数ながらも明確な生存ベネフィットと関連していた。一方で、実際の治験導出率およびゲノム情報に基づく治療介入率はいずれも限定的であった。

【結論】CGP検査は治験導出に加え、日常診療における治療選択の高精度化にも寄与しうるが、その臨床応用は十分とは言えない。検査実施時期の最適化や治療アクセスの整備が、臨床的有用性を最大限に引き出すために重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）

パネルディスカッション４　大腸がんにおけるプレシジョンメディスンの現状と課題

司会：田村 孝雄（近畿大学奈良病院腫瘍内科）、杉本 直俊（大阪国際がんセンター遺伝子診療部）

[PD4-6] 当院における大腸・直腸癌CGP検査の後方視的検討

*赤羽 慎太郎[1,4]、下村 学[2]、矢野 琢也[2]、佐田友 藍[2]、田口 和浩[2]、松原 啓壮[2]、石川 聖[2]、佐藤 沙希[2]、渡邊 淳弘[2]、森内 俊行[2]、塩崎 翔平[2]、松原 一樹[2]、山口 瑞生[2]、岡本 渉[3]、石原 美紗子[1]、中原 輝[1]、新津 宏明[1]、大段 秀樹[2]、檜井 孝夫[1] (1. 広島大学病院遺伝子診療科、2. 広島大学病院消化器・移植外科、3. 広島大学病院がん化学療法科、4. 独立行政法人国立病院機構広島西医療センター外科)

【背景】 2019年6月にがんゲノムプロファイリング（CGP）検査が保険収載され、がん特異的な遺伝子異常を同定し治療方針に反映する取り組みが進んでいる。切除不能・進行再発大腸癌において、CGP検査は新たな治療選択肢を提示する重要なツールとして期待されている。今回、当院における大腸癌患者に対する同検査の実施状況および解析結果について、その有用性を検討した。
【対象・方法】 2020年1月から2025年12月までに当院でCGP検査を施行した大腸癌患者212例を対象とし、検査結果および臨床経過について後方視的に検討した。本解析には匿名加工情報を用いた。
【結果】 患者背景は、年齢中央値61歳（範囲：8–85歳）、男性118例/女性94例。原発部位は結腸123例、直腸・肛門管83例、虫垂6例であった。使用された検査パネルの内訳は、FoundationOne CDx：178例、F1 Liquid：18例、Guardant360：12例、NCCオンコパネル：3例、GenMineTOP：1例であった。 標準治療として保険適用のある病的バリアントは、MSI-H：4例、TMB-H：12例、*BRAF V600E*：17例、*ERBB2*（HER2）増幅：11例であった。また、患者申出療養制度や治験への登録（待機含む）に至った症例は8例（3.8%）であり、その内訳は*BRAF V600E*：2例、*KRAS*：5例（A146T：1例、G12A：1例、G12D：1例、G13D：2例）、*MET*増幅：1例であった。
【結語】 当院における大腸癌CGP検査の現状を検証した。本検査により、既存の標準治療を超えて新たな治療選択肢に到達した症例を一定数認めた。現時点では治療到達率に課題は残るものの、今後も症例を蓄積し、実際の治療成績についてさらなる検証を行う予定である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）

パネルディスカッション４　大腸がんにおけるプレシジョンメディスンの現状と課題

司会：田村 孝雄（近畿大学奈良病院腫瘍内科）、杉本 直俊（大阪国際がんセンター遺伝子診療部）

[PD4-7] がん遺伝子パネル検査リアルワールドデータに基づくERBB2増幅大腸癌の臨床的意義の検討

*北嶋 貴仁[1,2]、奥川 喜永[1,2]、髙木 里英子[2]、嶌村 麻生[2]、天白 成[2]、山本 晃[2]、市川 崇[3]、長野 由佳[2]、浦谷 亮[2]、今岡 裕基[2]、志村 匡信[2]、川村 幹雄[2]、松下 航平[2]、安田 裕美[2]、小池 勇樹[2]、大北 喜基[2]、吉山 繁幸[2]、大井 正貴[2]、小林 美奈子[3]、問山 裕二[2] (1. 三重大学医学部附属病院ゲノム医療部、2. 三重大学医学部大学院消化管・小児外科学、3. 三重大学医学部大学院臨床外科感染制御学講座)

【背景】大腸癌治療において,がん遺伝子パネル検査(CGP)を用いた個別化治療が進みつつある.ERBB2増幅固形癌に対し、トラスツズマブ デルクステカンのコンパニオン診断(CDx)としてGuardant360(G360)が承認されたが,胃癌を除く全消化器癌で本剤を検討するには,G360等のCGP受検とエキスパートパネルによる承認が必要である.しかし,大腸癌におけるERBB2増幅の検出特性や既存のCDxとの整合性については十分な検討がなされていない.本研究では, 当院における保険診療CGPの結果から,ERBB2増幅大腸癌の検出実態と臨床的意義を検討した.
【方法】2020年から2026年1月までに当院でCGPを受検した1902例のうち,大腸癌351例を対象とした.
【結果】大腸癌351例に提供し, NCCオンコパネル(NCC):33例(9.4%), FoundationOneCDx(F1):270例(76.9%),GenMineTOP(Gen):5例(1.4%),FoundationOneLiquidCDx(F1L):28例(8.0%), G360:15例(4.3%)を施行した. 解析成功率は342例(97.4%)だった.CGP検査前にHER2陽性を認めた症例は9例(IHC 3+:6例,FISH陽性:3例)であった.ERBB2増幅は13例(3.8%)で認め,検出頻度はNCC:1例(3.6%),F1:12例(4.5%),Gen:0例(0%),F1L:0例(0%),G360:0例(0%)であった.血液パネル(0%)と組織パネル(4.4%)で検出率には有意差は認めなかった(p=0.16).組織パネルでは,F1(4.5%)がそれ以外のパネル(3.0%)と比べ検出率に有意差は認めなかった(P=0.86).ただしF1ではploidyとcopy numberに基づき10例がequivocalとして検出されていることが検出率増加につながっており,それ以外の症例のCNVは増幅の傾向を認めた(p=0.08).さらにCDxとしてIHCを施行した56例の検討では,IHC強度とCNVに相関傾向を認め(P=0.08), equivocal症例でもIHC2+以上が10例中3例(30%)に認められた.
【結論】ERBB2増幅大腸癌においては,CGPにおけるequivocal判定が一定割合存在し,その一部はIHC高発現と関連する可能性が示唆された.これらの症例は治療標的となり得る可能性があり，ERBB2増幅大腸癌に対する新たな薬物の保険適用に伴い,CGPの結果解釈には留意が必要になると考えられた.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）

パネルディスカッション４　大腸がんにおけるプレシジョンメディスンの現状と課題

司会：田村 孝雄（近畿大学奈良病院腫瘍内科）、杉本 直俊（大阪国際がんセンター遺伝子診療部）

[PD4-8] JAGUAR試験（JACCRO PM-01）：切除不能進行再発大腸癌患者における循環腫瘍DNAを用いた逐次的包括的ゲノムプロファイリング検査の臨床的有用性を評価する前向き研究

*砂川 優[1]、舛石 俊樹[2]、武田 弘幸[1]、梅垣 翔[3]、横山 雄一郎[4]、朴 慶純[5]、室 圭[2]、市川 度[6]、石原 聡一郎[4] (1. 聖マリアンナ医科大学臨床腫瘍学講座、2. 愛知県がんセンター薬物療法部、3. 愛知県がんセンターゲノム医療センター、4. 東京大学医学部附属病院 腫瘍外科・血管外科、5. 国立成育医療研究センター病院臨床研究センター、6. 日本がん臨床試験推進機構)

背景
切除不能進行再発大腸癌（mCRC）において、次世代シーケンサーを用いた遺伝子パネル検査（CGP）は、治療標的となり得る遺伝子異常を同定するために推奨されている。本邦では、CGPは保険診療上、生涯に1回のみ実施可能であるため、日常臨床において経時的なゲノム変化を捉えることが困難である。循環腫瘍DNA（ctDNA）を用いたリキッドバイオプシーは、低侵襲かつ反復可能なゲノム評価を可能とし、病勢進行の過程で出現あるいは消失する遺伝子異常を検出し得る。しかし、mCRCにおいて一次化学療法前後で遺伝子異常の変化の頻度および臨床的意義を前向きに検討した研究は乏しい。
方法
本研究はがんゲノム医療中核拠点および拠点病院11施設で実施する前向き多施設共同観察研究（先進医療B）である。対象は、組織学的に診断された大腸癌(腺癌)で、18歳以上、ECOG 0–1、全身化学療法未施行、かつ主要臓器機能が保たれている症例。ctDNA解析はGuardant360® CDxアッセイを用いて、一次化学療法開始前および画像上の病勢進行確認後の2時点で実施する。主要評価項目は、一次治療前と病勢進行時における遺伝子異常の変化（OncoKB治療レベル1、2、またはR1に該当する遺伝子異常を対象とし、意義不明変異および同義変異は除外）を認める患者割合とした。副次評価項目として、各時点における遺伝子プロファイル、エキスパートパネル推奨治療と実施割合、推奨治療の有効性を評価する。既報の後ろ向き研究の結果において、約20%の症例で遺伝子異常の変化が認められたことを踏まえ、期待値15%、閾値6%、片側有意水準α＝0.025、検出力90%と設定し、必要症例数は123例となり、2回目測定逸脱および検出不可症例を考慮し、目標症例数は200例と設定した。患者登録は2026年1月に開始され登録期間は12か月、追跡期間は18か月を予定している。先進医療Bである本研究により、mCRCにおけるctDNAを用いた逐次的CGPの臨床的有用性が明らかとなり、ctDNAを用いたCGPが保険診療で複数回実施可能になることを期待する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月20日(金) 14:15 ~ 15:30 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション５　機能性消化管疾患・直腸肛門機能障害の診断と治療

司会：北條 麻理子（順天堂大学医学部消化器内科）、大橋 勝久（大橋胃腸肛門科外科医院）

[PD5-1] 当科における排便困難型慢性便秘症の診療の実際

*伊原 栄吉[1]、竹島 翼[2]、田中 義将[2] (1. 国際医療福祉大学成田病院消化器内科、2. 九州大学大学院医学研究院病態制御内科学)

[PD5-2] 機能性便秘症における食後大腸運動反応の異常 －シネMRIによる食後変化量の解析－

*竹田 努[1]、金澤 卓也[1]、沖 翔太朗[1]、上田 久美子[1]、北條 麻理子[1]、中村 駿佑[1]、上村 泰子[1]、岩野 知世[1]、山本 桃子[1]、阿部 大樹[1]、上山 浩也[1]、永原 章仁[1] (1. 順天堂大学医学部消化器内科)

[PD5-3] 直腸の拡張と慢性便秘症（排便障害）の関連性に関する検討

*力石 健太郎[1]、河原 秀次郎[1]、阿部 海斗[1]、志村 太雅[1]、平林 剛[1]、小村 伸朗[1] (1. 独立行政法人国立病院機構西埼玉中央病院外科)

[PD5-4] 慢性便秘患者における直腸内便存在と便意の有無との検討

*津田 桃子[1,2]、小野寺 友幸[2]、小西 加奈子[1]、佃 曜子[1]、松本 美櫻[1]、加賀谷 英俊[1]、江原 亮子[1]、加藤 元嗣[1] (1. 北海道対がん協会　札幌がん検診センター、2. 国立病院機構　函館医療センター)

[PD5-5] 直腸瘤に対する後腟壁会陰形成を加えたLaparoscopic Ventral Rectopexyと周術期排便機能

*加藤 健宏[1]、草薙 洋[1]、高橋 知子[1]、宮崎 彰成[1]、本城 弘貴[1]、三浦 聡美[1]、青木 沙弥佳[1] (1. 亀田総合病院消化器外科)

[PD5-6] 直腸術後排便機能障害における肛門内圧低下の意義

*松本 圭太[1]、加藤 京[1]、外村 俊平[1]、杉江 雄斗[1]、横井 亮磨[1]、村瀬 佑介[1]、水谷 千佳[1]、鷹尾 千佳[1]、浅井 竜一[1]、田島 ジェシー雄[1]、桐山 俊弥[1]、三井 範基[1]、遠藤 真英[1]、洞口 岳[1]、畑中 勇治[1]、深田 真宏[1]、安福 至[1]、佐藤 悠太[1]、田中 善宏[1]、松橋 延壽[1] (1. 岐阜大学医学部附属病院　消化器外科)

[PD5-7] 分娩時肛門括約筋損傷（OASIS）後の排便機能障害に関する診療科連携の重要性

*高橋 知子[1]、青木 沙弥佳[1]、本城 弘貴[1]、加藤 健宏[1]、宮崎 彰成[1]、草薙 洋[1] (1. 亀田総合病院　消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月20日(金) 14:15 ~ 15:30 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション５　機能性消化管疾患・直腸肛門機能障害の診断と治療

司会：北條 麻理子（順天堂大学医学部消化器内科）、大橋 勝久（大橋胃腸肛門科外科医院）

[PD5-1] 当科における排便困難型慢性便秘症の診療の実際

*伊原 栄吉[1]、竹島 翼[2]、田中 義将[2] (1. 国際医療福祉大学成田病院消化器内科、2. 九州大学大学院医学研究院病態制御内科学)

Rome V基準では、原因が明らかでないfunctional constipationはchronic constipation（慢性便秘症［狭義］）へと名称変更された。慢性便秘症（狭義）は病態に基づき、大腸通過正常型、大腸通過遅延型、便排出障害型（defecation disorder）に分類される。Defecation disorderは、便失禁（incontinence）、直腸肛門痛（anorectal pain）、排便協調障害（dyssynergic defecation）、直腸感覚低下（rectal hyposensitivity）、および直腸感覚過敏（rectal hypersensitivity）に分類される。このうち慢性便秘症（狭義）には、主に排便協調障害および直腸感覚異常が関与する。これらの系統的評価法として、4つのPartから構成されるLondon分類が提唱されている。すなわち、Part 1は直腸肛門抑制反射、Part 2は安静時肛門圧および随意収縮圧、Part 3は直腸肛門協調運動、Part 4は直腸感覚閾値の評価である。
当科ではこれらの診断基準に基づき、便失禁および便排出障害型慢性便秘症33例を対象に診療を行い、その実際を検討した。平均年齢は68.1±11.7歳で、女性が78.8%（n=26）と多数を占めた。症状は便秘69.7%（n=23）、下痢9.1%（n=3）、両者併存21.2%（n=7）であった。基礎疾患は強皮症が最多（12例）であり、次いで高血圧症8例、脂質異常症7例、逆流性食道炎5例、甲状腺機能低下症5例、脊柱管狭窄症4例、シェーグレン症候群4例であった。
機能評価では、直腸肛門協調運動障害を78.8%（n=26）、直腸感覚低下を36.4%（n=12）に認めた。さらに強皮症群と非強皮症群で比較検討したところ、強皮症群では便失禁の頻度が有意に高かった。高解像度直腸肛門内圧検査では、強皮症群は非強皮症群と比較して肛門管静止圧が有意に低値（中央値22.5 mmHg vs. 37.0 mmHg, p=0.01）であり、直腸容量も低下していた（121 mL vs. 163 mL, p=0.04）。一方、随意収縮圧、排便時肛門弛緩率、バルーン排出試験陽性率、および直腸感覚閾値には有意差を認めなかった。以上より、強皮症を基礎疾患に有する慢性便秘症患者では、肛門括約筋の線維化や直腸壁伸展性低下に起因すると考えられる肛門管静止圧低下、直腸容量減少、および便失禁が特徴的であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科
2026年11月20日(金) 14:15 ~ 15:30 | 第7会場（1F 会議室107）
パネルディスカッション５　機能性消化管疾患・直腸肛門機能障害の診断と治療
司会：北條 麻理子（順天堂大学医学部消化器内科）、大橋 勝久（大橋胃腸肛門科外科医院）

[PD5-2] 機能性便秘症における食後大腸運動反応の異常 －シネMRIによる食後変化量の解析－

*竹田 努[1]、金澤 卓也[1]、沖 翔太朗[1]、上田 久美子[1]、北條 麻理子[1]、中村 駿佑[1]、上村 泰子[1]、岩野 知世[1]、山本 桃子[1]、阿部 大樹[1]、上山 浩也[1]、永原 章仁[1] (1. 順天堂大学医学部消化器内科)

【目的】機能性便秘症（FC）は大腸の蠕動運動異常が病態に関与すると考えられるが、食事摂取に対する大腸の蠕動運動を非侵襲的に評価した報告は少ない。シネMRIは放射線被曝を伴わず、連続した任意断面の観察が可能であることから、消化管運動の評価に有用な手法として報告されている。そこで本研究では、シネMRIを用いて食事摂取による大腸運動を評価し、FC患者の大腸壁運動を健常者と比較検討することを目的とした。
【方法】2021年1月から2022年5月までにROME Ⅳ診断基準によりFCと診断された患者および健常者（HC）を対象に前方視的に検討した。吸気中に上行結腸（A）、横行結腸（T）、下行結腸（D）、S状結腸（S）、直腸（R）をシネMRI撮影し、大腸の腸管径（mm）、振幅（mm）、収縮頻度（回／min）を検査食前後で比較し評価した。各項目で食後変化量（Δ＝食後値－食前値）を算出し、HC群とFC群で比較した。
【成績】対象者は31名（HC：14名、FC：17名）、年齢(y)：44.2±21.2、M/F 17/14、BMI22.1±3.6であった。食後変化量の群間比較では、FC群はHC群と比較して、S状結腸のΔ最大腸管径（mm）が有意に低値であった（0.7 vs 4.0 mm, p=0.03）。また、下行結腸のΔ振幅（mm）はFC群で有意に低値であった（0.7 vs 6.0 mm, p＜0.01）。一方、上行結腸および横行結腸では明らかな差を認めなかった。
【結論】本研究により、FC患者ではHCと比較して、食事摂取に対する大腸蠕動運動の反応性が下行結腸からS状結腸にかけて低下していることが示唆された。シネMRIを用いた食事摂取による蠕動運動の評価は、FCの大腸機能評価に有用な非侵襲的手法となる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月20日(金) 14:15 ~ 15:30 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション５　機能性消化管疾患・直腸肛門機能障害の診断と治療

司会：北條 麻理子（順天堂大学医学部消化器内科）、大橋 勝久（大橋胃腸肛門科外科医院）

[PD5-3] 直腸の拡張と慢性便秘症（排便障害）の関連性に関する検討

*力石 健太郎[1]、河原 秀次郎[1]、阿部 海斗[1]、志村 太雅[1]、平林 剛[1]、小村 伸朗[1] (1. 独立行政法人国立病院機構西埼玉中央病院外科)

【緒言】我々はCT検査のSagittal断面像から直腸排便機能の評価を試み, 恥骨上縁と第3仙骨の下縁を結んだライン (P-S3 line)上の直腸が3cm以上拡張した場合に慢性便秘症（排便障害）が生じることを報告してきた(In Vivo. 2025;39(6):3575-3580). 今回我々は, この仮説の正当性について検討したので報告する.

【対象および方法】 2024年1月から2025年12月まで当院で胆嚢摘出術あるいは虫垂切除術を受けた207例（男性104人, 女性103人）を対象とし, 術前CT検査画像 (Axial, Sagittal) と術前の慢性便秘症（排便障害）との関係について検討した. CT検査のSagittal像で恥骨上縁とS3の下縁を結んだライン (P-S3 line)上の直腸の長径を計測し, CT検査のSagittal像で上部直腸の長径はS2下縁の高さ, 下部直腸の長径は尾骨の先端部の高さで計測した. 腸管の長径より30mm以上拡張していた場合を腸管拡張ありと判断した.

【結果】 平均年齢は52.5 (14–93)歳であった. 上部直腸の平均長径は19.9 (12–46) mm, P-S3 line上の直腸の平均長径は24.9(14-59) mm, 下部直腸の平均長径は31.1 (17–70) mmであった. 下剤を内服していたのは31例(15%)であった. 下剤を内服していた症例の平均年齢は71.9 (15-93) 歳で非内服群54.7 (14-84) 歳より有意に高齢であった. 下剤を内服していた症例の上部直腸の平均長径は 29.3 (14-46) mmで非内服群 18.3 (12-28) mmより有意に拡張していた. 下剤を内服していた症例のP-S3 line上の直腸の平均長径は40.2（31-59）mmで非内服群 22.2 (14-29) mmより有意に拡張していた. 下剤を内服していた症例の下部直腸の平均長径は 46.9 (34-70) mmで非内服群 28.3 (17-70) mmより有意に拡張していた.　年齢（70歳以上 or 未満）, 男女, 上部直腸の拡張, P-S3 line上の直腸の拡張, 下部直腸の拡張と下剤の内服の関係について重回帰分析を行ったが, 相関係数は年齢0.263, 男女0.097, 上部直腸の拡張0.591, P-S3 line上の直腸の拡張 1.000, 下部直腸の拡張 0.493で下剤の内服とP-S3 line上の直腸の拡張に高い相関がみられた.

【結語】 P-S3 line上の直腸の拡張と慢性便秘症（排便障害）との強い関連性がみられたため, 今後P-S3 line上の直腸の拡張が排便障害の指標となる可能性が示唆された.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月20日(金) 14:15 ~ 15:30 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション５　機能性消化管疾患・直腸肛門機能障害の診断と治療

司会：北條 麻理子（順天堂大学医学部消化器内科）、大橋 勝久（大橋胃腸肛門科外科医院）

[PD5-4] 慢性便秘患者における直腸内便存在と便意の有無との検討

*津田 桃子[1,2]、小野寺 友幸[2]、小西 加奈子[1]、佃 曜子[1]、松本 美櫻[1]、加賀谷 英俊[1]、江原 亮子[1]、加藤 元嗣[1] (1. 北海道対がん協会　札幌がん検診センター、2. 国立病院機構　函館医療センター)

【目的】慢性便秘症は多因子性の疾患であり，その病態の一端に直腸感覚異常の関与が示唆されている．特に直腸内便存在と便意との関係は，排便障害の臨床像を説明する上で重要であるが，評価した報告は少ない．本研究では，便秘外来において超音波で直腸内の便塊を評価し，その時点での便意の有無との関係性を分析することで，直腸感覚の過敏や鈍麻の関連を検討した．

【方法】2022年4月から2024年12月までに当院便秘外来を受診し，経腹超音波検査を施行した139例を対象とした．便意不明7例，残便感不明1例，直腸描出不良7例，データ不足8例を除外し，さらに直腸内にガスのみを認めた34例を別群とし，82例を解析対象とした．直腸便塊の有無により「直腸便なし」と「直腸便あり」に分類した．各群で便意の有無を調査し，「便意あり」と「便意なし」に分類した．「直腸便なし/便意あり」を便意過敏，「直腸便あり/便意なし」を便意鈍麻と定義した．これら便意過敏と便意鈍麻を便意異常とし，便意正常と比較検討した．

【結果】82例，平均年齢65.5歳(男16，女56人)．直腸便なし群60例，直腸便あり群29例．「直腸便なし/便意あり」の便意過敏が6例，「直腸便あり/便意なし」の便意鈍麻が22例であった．便意正常(56例)，便意異常(28例)の比較では，便意異常で年齢が低い，治療後でも残便感の訴え多い(p=0.0146)，便秘病悩期間が長い，などの特徴があった．両群で刺激性下剤の減量は可能であった．

【結論】慢性便秘患者における便意と直腸便存在の評価は，直腸感覚異常の把握に有用である．便意異常群の存在は，従来の通過時間や排便頻度のみでは説明できない便秘症の多様性を反映している可能性がある．従って，その評価を治療方針決定において取り入れることで，個別化医療につながると考える．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月20日(金) 14:15 ~ 15:30 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション５　機能性消化管疾患・直腸肛門機能障害の診断と治療

司会：北條 麻理子（順天堂大学医学部消化器内科）、大橋 勝久（大橋胃腸肛門科外科医院）

[PD5-5] 直腸瘤に対する後腟壁会陰形成を加えたLaparoscopic Ventral Rectopexyと周術期排便機能

*加藤 健宏[1]、草薙 洋[1]、高橋 知子[1]、宮崎 彰成[1]、本城 弘貴[1]、三浦 聡美[1]、青木 沙弥佳[1] (1. 亀田総合病院消化器外科)

【緒言】 直腸瘤は、努責時に直腸前壁が腟後壁を圧排し脱出する経腟骨盤臓器脱である。排便障害を伴わない症例も多いが、排便時の後腟壁用手圧迫 (splinting) や瘤内残便による便失禁等、特徴的な排便障害を呈する症例も認められる。現在当科では直腸瘤に対し、Laparoscopic Ventral Rectopexy (LVR) に腹腔側からの後腟壁縫縮、後腟壁メッシュ (小腸瘤併存例)、経腟的会陰形成を症例に応じて付加している。
【目的】 本術式の短期成績および周術期の排便機能について検討し報告する。
【結果】 2018 年から2025 年までに筆頭演者が経験した骨盤臓器脱手術症例は 197 例で、このうち排便造影で直腸瘤主体と診断した症例は 17 例、年齢 75 (62-85) 歳、最大突出距離 6.3 (2.5-9.7) cm であった。付加術式は、後腟壁縫縮 7 例、後腟壁メッシュ 4 例、経腟的会陰形成 7 例、仙骨腟固定 (膀胱子宮脱合併例) 9 例であった。手術時間 192 (115-305) 分、出血 0 (0-125) mL、Clavien-Dindo grade III 以上の周術期合併症は 1 例 (骨盤内血腫)、術後在院日数は 5 (4-10) 日であった。術後観察期間 41 (6-95) か月現在、再発例を認めていない。
排便機能の検討では、11 例は術前から残便感以外の排便障害を認めておらず、5 例術前排便時に splinting を要していたが全例術後は不要となり、3 例瘤内残便による便失禁を認めていたが全例術後軽快した。
【結論】 直腸瘤に対する LVR に後腟壁縫縮、後腟壁メッシュ、会陰形成を付加する本術式は、少数例の検討ではあるが、形態的、機能的いずれの面からも有用な術式の一つと考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月20日(金) 14:15 ~ 15:30 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション５　機能性消化管疾患・直腸肛門機能障害の診断と治療

司会：北條 麻理子（順天堂大学医学部消化器内科）、大橋 勝久（大橋胃腸肛門科外科医院）

[PD5-6] 直腸術後排便機能障害における肛門内圧低下の意義

*松本 圭太[1]、加藤 京[1]、外村 俊平[1]、杉江 雄斗[1]、横井 亮磨[1]、村瀬 佑介[1]、水谷 千佳[1]、鷹尾 千佳[1]、浅井 竜一[1]、田島 ジェシー雄[1]、桐山 俊弥[1]、三井 範基[1]、遠藤 真英[1]、洞口 岳[1]、畑中 勇治[1]、深田 真宏[1]、安福 至[1]、佐藤 悠太[1]、田中 善宏[1]、松橋 延壽[1] (1. 岐阜大学医学部附属病院　消化器外科)

直腸術後の排便機能障害は患者のQOLに大きく影響するが、その病態における肛門内圧の関与は十分に明らかではない。本研究では、直腸手術後症例における排便機能と肛門内圧の関連を明らかにすることを目的とした。対象は2022年8月から2025年12月に腹腔鏡/ロボット支援下直腸手術を施行した症例のうち、術後3か月時点で肛門内圧検査および排便機能評価（Wexner score、LARS score）が施行された108例とした。肛門内圧指標として最大静止圧（MRP）および最大随意収縮圧（MSP）を用い、便失禁の重症度評価としてWexner score、LARS scoreとの関連をSpearmanの順位相関係数により解析した。さらに、MRPおよびMSPの各中央値をカットオフとして低値群と高値群に分類し、群間でのWexner score、LARS scoreを比較した。群間比較にはMann–Whitney U検定を用いた。その結果、術後3か月においてMRPとWexner scoreの間に有意な負の相関を認めた（ρ=-0.315, p=0.00096）。同様にMSPとWexner scoreの間にも有意な負の相関を認めた（ρ=-0.283, p=0.00316）。群間比較では、MRP低値群は高値群と比較してWexner scoreが有意に高値であり（中央値8.0 vs 4.0, p=0.0139）、MSP低値群においても同様にWexner scoreが高値であった（中央値6.5 vs 4.0, p=0.0215）。一方で、MRPおよびMSPとLARS scoreの間には有意な相関を認めなかった。さらに、腫瘍下縁がRbに及ぶ症例ではMRPが低い傾向を認めた。これらの結果より、最大静止圧（MRP）および最大随意収縮圧（MSP）は便失禁症状に関与し、特にMRPは安静時の肛門閉鎖機能を反映する指標であると考えられた。また、LARSのような排便機能全体を評価する指標とは異なる側面を反映している可能性が示唆された。以上より、直腸術後において肛門内圧低下は便失禁症状の増悪と関連しており、特に静止圧低下が重要な因子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

パネルディスカッション | 内科
2026年11月20日(金) 14:15 ~ 15:30 | 第7会場（1F 会議室107）
パネルディスカッション５　機能性消化管疾患・直腸肛門機能障害の診断と治療
司会：北條 麻理子（順天堂大学医学部消化器内科）、大橋 勝久（大橋胃腸肛門科外科医院）

[PD5-7] 分娩時肛門括約筋損傷（OASIS）後の排便機能障害に関する診療科連携の重要性

*高橋 知子[1]、青木 沙弥佳[1]、本城 弘貴[1]、加藤 健宏[1]、宮崎 彰成[1]、草薙 洋[1] (1. 亀田総合病院　消化器外科)

分娩時肛門括約筋損傷（Obstetric Anal Sphincter Injuries: OASIS）は、第3度・4度分娩時会陰裂傷に相当し、女性における便失禁の主要な原因とされている。近年、肛門管超音波検査や肛門内圧検査の普及により、従来見逃されていた軽微な括約筋損傷も診断されるようになり、肛門管超音波では経腟分娩の約30%で検出されるとの報告もあり、OASIS関連病態の実際の頻度は従来考えられていたより高い可能性が示唆されている。OASISが発生した場合でも、分娩直後の正確な診断と適切な初期修復により、便失禁症状の発現を低減させることが報告されている。しかしながら産科および外科領域共に診断方法や、修復技術のばらつきにより時に分娩後女性に対し長期的な排便機能に影響を及ぼす症例も存在し課題となっている。2024年に刊行された便失禁診療ガイドライン第２版では、初めて分娩後便失禁に関する２つのClinical Question（CQ）が設定された。1つ目は分娩後便失禁に対して専門施設への紹介タイミング、もう１つはOASIS受傷者における次回分娩様式の選択である。これらCQにより専門的診療介入が必要な症例の整理が進められた。しかし現状では、これらCQの認知は十分とは言えず、産科、消化器内科、外科・肛門外科の間で診療が分断されていることも多く、患者が適切な診療へ到達するまでに時間を要することが課題である。また排便機能障害には解剖学的異常のみならず、DGBIに代表される機能的要因の関与も考慮する必要がある。本演題では、OASISの診断・初期治療から長期的な排便機能評価・治療に至るまでの一連の診療プロセスを整理し、各専門領域の役割と連携の在り方について概説する。さらに、診療科横断的な連携体制の構築が、患者のQOL向上にどのように寄与するかについて考察する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会