## 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

# 2026年11月21日(土)

パネルディスカッション | 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６　機能性直腸肛門痛に対する集学的診療の実際

司会：小村 憲一（小村肛門科医院）、伊禮 靖苗（大腸肛門病センター高野病院 大腸肛門機能科）

[PD6-1] 肛門痛に対する神経障害性疼痛治療薬の経験

*小野 朋二郎[1]、渡部 晃大[1]、光藤 傑[1]、辻村 直人[1]、三宅 祐一朗[1]、竹中 雄也[1]、齊藤 徹[1]、竹中 玲子[1]、安田 潤[1]、相馬 大人[1]、根津 理一郎[1]、弓場 健義[1] (1. 伯鳳会大阪中央病院外科)

[PD6-2] 疎経活血湯エキス製剤を用いた 肛門部神経因性症状に対する治療

*小原 邦彦[1] (1. おばら消化器・肛門クリニック)

[PD6-3] 機能性直腸肛門痛に隠れた骨盤内うっ血症候群：造影CTによる診断と漢方治療の実際

*内原 智幸[1]、伊禮 靖苗[1]、辻 順行[1]、髙野 正太[1] (1. 大腸肛門病センター　高野病院)

[PD6-4] 肛門痛患者に対する脊髄刺激療法（SCS）の治療効果と見えた課題

*金子 秀作[1]、髙野 正太[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院)

[PD6-5] 当院における機能性直腸肛門痛の治療

*相川 佳子[1] (1. Aicoレディースクリニック)

[PD6-6] 当院における難治性直腸肛門痛142例の分析

*松田 聡[1]、新井 賢一郎[1]、松永 篤志[1]、山下 真幸[1]、木村 浩三[1]、野中 雅彦[1]、中井 勝彦[1]、川上 和彦[1] (1. 松田病院大腸肛門病センター)

[PD6-7] クリニックにおける機能性直腸肛門痛診療の試み

*河野 由紀子[1] (1. 西新駅前こうの整形外科・おしりとおなかクリニック)

[PD6　特別発言] 特別発言

*髙野 正太 (1. 大腸肛門病センター高野病院)

©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

10:10 ~ 11:25 | 第6会場（1F 会議室103）

## パネルディスカッション７　直腸癌局所再発症例に対する集学的治療

司会：大植 雅之（大阪国際がんセンター）、植村 守（大阪大学大学院医学系研究科　外科学講座　消化器外科学）

[PD7-1] 直腸癌局所再発症例に対する集学的治療成績

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

---

[PD7-2] 直腸癌局所再発における予後不良因子としての骨盤内播種再発

*木村 慶[1]、佐々木 将磨[2]、井桁 正尭[3]、塚田 祐一郎[2]、桑原 隆一[4]、堀尾 勇規[4]、内野 基[4]、大門 貴志[3]、伊藤 雅昭[3]、池田 正孝[1] (1. 兵庫医科大学下部消化管外科、2. 国立がん研究センター東病院大腸外科、3. 兵庫医科大学医療統計学、4. 兵庫医科大学炎症性腸疾患外科)

---

[PD7-3] 直腸癌局所再発に対する最適な術前治療

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

---

[PD7-4] 直腸癌局所再発に対する骨盤内臓全摘術後死腔炎と再発後生存 - 集学的治療完遂の観点から

*村田 悠記[1]、小倉 淳司[1]、佐藤 雄介[1]、梅田 晋一[1]、筒山 将之[1]、宮田 一志[1]、杉田 静紀[1]、清水 大[1]、中西 香企[1]、田中 千恵[1]、江畑 智希[1]、神田 光郎[1] (1. 名古屋大学医学部附属病院　消化器・腫瘍外科)

---

[PD7-5] 直腸癌術後局所再発に対する放射線治療歴は局所R0切除率に影響するか

*佐伯 崇史[1]、植村 守[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、関戸 悠紀[1]、浜部 敦史[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、加藤 健志[2]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部医学研究科消化器外科学、2. 国立大阪医療センター下部消化管外科)

---

[PD7-6] 重粒子線（炭素イオン線）治療のための合成吸収性組織スペーサーの紹介

*瀧山 博年[1]、磯崎 哲朗[1]、山田 滋[1]、牧島 弘和[1]、今井 礼子[1]、篠藤 誠[1]、若月 優[1]、石川 仁[1] (1. 量子科学技術研究開発機構　QST病院)

---

[PD7-7] 直腸癌局所再発に対するR0切除と周術期成績改善を両立する集学的治療戦略

*竹田 充伸[1]、植村 守[1]、内山 優史[1]、森 良太[1]、関戸 悠紀[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、山本 浩文[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部消化器外科)

©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

10:10 ~ 11:40 | 第8会場（1F 会議室108）

## パネルディスカッション8　遺伝性大腸腫瘍の現状と未来

司会：岡 志郎（広島大学大学院 医系科学研究科消化器内科学）、山口 達郎（がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科）

### [PD8-1] 当院におけるリンチ症候群拾い上げの現状

*山口 瑞生[1]、赤羽 慎太郎[2]、下村 学[1]、矢野 琢也[1]、佐田友 藍[1]、田口 和浩[1]、松原 啓壮[1]、石川 聖[1]、佐藤 沙希[1]、渡邊 淳弘[1]、森内 俊行[1]、塩崎 翔平[1]、松原 一樹[1]、篠原 充[1]、森田 隼登[1]、利田 明日香[2]、中原 輝[2]、新津 宏明[2]、大段 秀樹[1]、檜井 孝夫[2] (1. 広島大学病院消化器移植外科、2. 広島大学病院遺伝子診療科)

### [PD8-2] 当院におけるリンチ症候群ユニバーサルスクリーニング陽性例の遺伝診療への到達状況と課題

*安岡 宏展[1]、大内 晶[1]、木下 敬史[1]、岸田 貴喜[1]、安藤 秀一郎[1]、井本 逸勢[2]、高磯 伸枝[2]、小森 康司[1] (1. 愛知県がんセンター消化器外科部、2. 愛知県がんセンターゲノム医療センター)

### [PD8-3] 家族性大腸腺腫症サーベイランス現況と課題：多施設共同リアルワールドデータに基づく解析とアンケート調査

*立田 協太[1]、美甘 麻裕[1]、岩泉 守哉[2]、岡本 和哉[3]、吉井 重人[4]、浅羽 雄太郎[5]、原田 岳[6]、杉原 守[1]、岩瀬 友哉[1]、高木 徹[1]、杉山 洸裕[1]、赤井 俊也[1]、倉地 清隆[1,7]、竹内 裕也[1] (1. 浜松医科大学医学部附属病院　外科学第二講座、2. 浜松医科大学　検査部、3. 藤枝市立総合病院　外科、4. 藤枝市立総合病院　消化器内科、5. JA静岡厚生連遠州病院　外科、6. 浜松医療センター　外科、7. 浜松赤十字病院　外科)

### [PD8-4] 当院におけるLynch症候群のサーベイランス診療プログラムの検証

*大堂 真一郎[1]、柴田 寛至[1]、千野 晶子[1]、鈴木 桂悟[1]、井出 大資[1]、斎藤 彰一[1]、金子 景香[2]、新川 裕美[2]、幅野 愛理[2]、箕浦 祐子[2]、久我 亜沙美[2]、土橋 映仁[2]、植木 有紗[2] (1. がん研究会有明病院　下部消化管内科、2. がん研究会有明病院臨床遺伝医療部)

### [PD8-5] Lynch症候群における遺伝子変異別にみた径10mm以下大腸腫瘍の臨床病理学的特徴

*迫 友紀子[1]、卜部 祐司[1]、吉田 航大[1]、宇田 昂弘[1]、操田 智之[1]、初鹿 佳輝[1]、益田 啓志[1]、中村 岳夫[1]、上垣内 由季[1]、高砂 健[1]、壷井 章克[1]、田中 秀典[1]、山下 賢[1]、檜山 雄一[1]、岸田 圭弘[1]、瀧川 英彦[1]、下村 学[2]、檜井 孝夫[3]、桑井 寿雄[4]、岡 志郎[1] (1. 広島大学病院　消化器内科、2. 広島大学大学院医系科学研究科消化器・移植外科学、3. 広島大学病院遺伝子診療科、4. 広島大学病院内視鏡医学講座)

### [PD8-6] 機械学習を用いたLynch症候群予測モデルの構築

*高雄 美里[1,2]、山口 達郎[2]、武井 信嗣[1]、出嶋 皓[1]、坂元 慧[1]、中守 咲子[1]、加藤 博樹[1]、中野 大輔[1]、川合 一茂[1] (1. 都立駒込病院大腸外科、2. 都立駒込病院遺伝子診療科)

### [PD8-7] 家族性大腸腺腫症の診断・治療における現状と未来

*田近 正洋[1]、田中 努[1]、伊藤 信仁[1]、高木 暁広[1]、堀 諒[1]、小森 康司[2]、木下 敬史[2]、大内 晶[2]、岸田 貴喜[2]、高磯 伸枝[3]、井本 逸勢[3] (1. 愛知県がんセンター内視鏡部、2. 愛知県がんセンター消化器外科部、3. 愛知県がんセンターゲノム医療センター)

### [PD8-8] 家族性大腸腺腫症における結腸全摘・回腸直腸吻合術後の大腸腫瘍発生の検討

*吉田 直久[1]、石川 秀樹[2]、山田 真義[3]、佐藤 康史[4]、田中 信治[5]、千野 晶子[6]、田近 正洋[7]、土山 寿志[8]、高山 哲治[9]、應田 義雄[10]、堀松 高博[11]、佐野 寧[12]、田中屋 宏爾[13]、石田 秀行[14]、武藤 倫弘[2] (1. 京都府立医科大学大学院　消化器内科学、2. 京都府立医科大学大学院　分子標的予防医学、3. 国立がん研究センター中央病院　内視鏡部、4. 札幌医科大学腫瘍・血液内科、5. 広島大学 内視鏡診療科、6. がん研有明病院 下部消化管内科、7. 愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部、8. 石川県立中央病院 消化器内科、9. 徳島大学 消化器内科、10. 兵庫医科大学 消化器内科、11. 京都大学大学院腫瘍内科学講座、12. 佐野病院　消化器内科、13. 岩国医療センター 外科、14. 埼玉医科大学総合医療センター)

### [PD8-9] 70歳以下の大腸癌患者における遺伝カウンセリング受診の現況

*佐々木 和人[1,2]、横山 雄一郎[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、江本 成伸[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、品川 貴秀[1]、荒川 敬一[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、2. がん・感染症センター都立駒込病院大腸外科)

### [PD8-10] 遺伝性消化器腫瘍に対する多施設・多職種診療ネットワークの構築とその臨床的意義

*山田 敦[1]、春山 瑳依子[2]、鳥嶋 雅子[3]、近藤 知大[1]、杉下 博基[4]、島田 咲[5]、佐藤 智佳[5]、塚口 裕康[5]、勝元 さえこ[6]、寺本 晃治[7]、福田 令[8]、安藤 孝将[9]、北嶋 貴仁[10]、奥川 喜永[10]、中島 健[11] (1. 京都大学医学部附属病院腫瘍内科、2. 京都大学医学部附属病院遺伝子診療部 、3. 京都大学大学院医学研究科ゲノム医療学講座、4. 愛媛大学医学部附属病院消化管

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

腫瘍外科、5. 関西医科大学附属病院臨床遺伝センター、6. 滋賀医科大学医学部附属病院臨床遺伝相談科、7. 滋賀医科大学医学部附属病院腫瘍内科、8. 富山大学附属病院遺伝子診療部、9. 富山大学附属病院第三内科、10. 三重大学医学部附属病院ゲノム医療部、11. 大阪国際がんセンター遺伝子診療部遺伝性腫瘍診療科)

パネルディスカッション | 外科

13:30 ~ 14:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

## パネルディスカッション９　術後合併症の減少を目指した潰瘍性大腸炎治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）

司会：石原 聡一郎（東京大学医学部　腫瘍外科・血管外科)、内野 基（兵庫医科大学 消化器外科学講座 炎症性腸疾患外科）

[PD9-1] 重症潰瘍性大腸炎に対するIACAにおける分割手術選択戦略

*後藤 晃紀[1]、辰巳 健志[1]、黒木 博介[1]、中尾 詠一[1]、小原 尚[1]、木村 英明[2]、齋藤 紗由美[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、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センターIBDセンター外科)

[PD9-2] 潰瘍性大腸炎初回手術におけるハルトマン手術と粘液瘻作成の短期成績の比較

*磯部 聡史[1]、吉敷 智和[1]、小嶋 幸一郎[1]、麻生 喜祥[1]、飯岡 愛子[1]、若松 喬[1]、本多 五奉[1]、石井 俊[1]、代田 利弥[1]、中山 快貴[1]、後藤 充希[1]、須並 英二[1] (1. 杏林大学医学部付属病院下部消化管外科)

[PD9-3] 潰瘍性大腸炎に対する回腸嚢肛門吻合術におけるストーマ出口閉塞予防のための左側ストーマ造設の有用性：単施設無作為化比較試験

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

[PD9-4] 潰瘍性大腸炎術後の感染性合併症に対するC-reactive proteinの有用性の検討

*久原 佑太[1,2]、上神 慎之介[1]、大迫 えれな[1]、土井 寛文[1]、新原 健介[1]、大毛 宏喜[1,2]、高橋 信也[1] (1. 広島大学大学院医系科学研究科外科学、2. 広島大学病院感染症科)

[PD9-5] 潰瘍性大腸炎手術の周術期リスクをどう管理するか―合併症低減に向けた実践的ストラテジー―

*水内 祐介[1,2]、永吉 絹子[1,2]、藤本 崇聡[1,2]、安藤 陽平[1,2]、吉村 晴香[2]、小佐井 孝彰[2]、松本 奏吉[1,2]、堀岡 宏平[1,2]、安藤 幸滋[1]、池永 直樹[2]、仲田 興平[2]、沖 英次[1]、大内田 研宙[1,2] (1. 九州大学病院消化管外科、2. 九州大学臨床・腫瘍外科)

[PD9-6] 潰瘍性大腸炎に対する経肛門的アプローチを併用した大腸全摘術後の肛門機能についての検討

*関戸 悠紀[1]、荻野 崇之[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))

[PD9-7] 潰瘍性大腸炎術後の回腸嚢炎, 瘻孔のリスク因子の検討

*岡田 聡[1]、品川 貴秀[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、江本 成伸[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[1]、舘川 裕一[1]、白鳥 広志[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

パネルディスカッション | 外科

15:20 ~ 16:35 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

## パネルディスカッション 10　術後合併症の減少を目指したクローン病治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）

司会：高橋 賢一（東北労災病院大腸肛門外科）、辰巳 健志（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）

[PD10-1] クローン病に対する術前介入後の適切な手術時期を判断する指標―CRP-アルブミン比改善の意義―

*永吉 絹子[1,2]、吉村 晴香[1]、安藤 陽平[1]、藤本 崇聡[1]、水内 祐介[1]、堀岡 宏平[1]、川副 徹郎[2]、安藤 幸滋[2]、池永 直樹[1]、仲田 興平[1]、沖 英次[2]、大内田 研宙[1] (1. 九州大学臨床・腫瘍外科、2. 九州大学病院　消化管外科)

[PD10-2] 腹部手術を行ったクローン病症例における術前のプロトロンビン時間の検討

*羽根田 祥[1]、高橋 賢一[1]、松村 直樹[2]、田中 直樹[2]、野村 良平[2]、齋藤 匠[2]、佐藤 馨[2]、添田 敏寛[2]、岡崎 由佳利[3]、成島 陽一[2]、徳村 弘実[2] (1. 東北労災病院大腸肛門外科、2. 東北労災病院外科、3. 東北労災病院看護部)

[PD10-3] 当院における術後合併症の減少を目指したクローン病治療戦略

*西尾 梨沙[1]、丹野 侑杜[1]、新谷 裕美子[1]、井上 英美[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)

[PD10-4] クローン病術後吻合部狭窄に対する内視鏡的バルーン拡張術と外科手術の使い分け

*辻 嘉斗[1]、荻野 崇之[1]、赤澤 英[1]、福田 健太[1]、深田 晃生[1]、森 良太[1]、関戸 悠紀[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]、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)

[PD10-5] 十二指腸瘻孔を伴うクローン病に対する外科手術の検討

*梅田 晋一[1] (1. 名古屋大学医学部附属病院消化器・腫瘍外科)

[PD10-6] クローン病直腸切断術後会陰創治癒遅延のリスク因子と難治化症例の特徴

*黒木 博介[1]、辰巳 健志[1]、後藤 晃紀[1]、中尾 詠一[1]、小原 尚[1]、齋藤 紗由美[1]、荒井 勝彦[1]、木村 英明[2]、杉田 昭[1]、小金井 一隆[1] (1. 横浜市立市民病院炎症性腸疾患科、2. 横浜市大市民総合医療センター炎症性腸疾患センター)

[PD10-7] Crohn病におけるKONO-S式吻合の短期手術成績：縫合不全低減効果の検討

*杉山 洸裕[1,2]、杉原 守[1]、高木 徹[1]、岩瀬 友哉[1]、立田 協太[1]、赤井 俊也[1,2]、美甘 麻裕[1,2]、深澤 貴子[3]、竹内 裕也[1] (1. 浜松医科大学外科学第二講座、2. 浜松医科大学医学部附属病院IBDセンター、3. 磐田市立総合病院消化器外科)

[PD10-8] クローン病腸管病変に対するMinimally Invasive Surgeryの現状と短期成績の検討

*上神 慎之介[1]、大迫 えれな[1]、久原 佑太[1]、土井 寛文[1]、新原 健介[1]、吉村 幸祐[1]、大毛 宏喜[1]、高橋 信也[1] (1. 広島大学大学院　医系科学研究科　外科学)

[PD10-9] 当科におけるクローン病に対する腹腔鏡下手術373例の検討

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

©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

15:20 ~ 16:35 | 第7会場（1F 会議室107）

## パネルディスカッション 11　それホントに手術適応？裂肛の治療：保存と手術

司会：八子 直樹（医療法人桜樹会　八子医院）、錦織 直人（一路会錦織病院）

[PD11-1] 裂肛における保存的治療と外科的治療の選択に関与する臨床的因子の検討

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

---

[PD11-2] 当科における裂肛診療

*小野 朋二郎[1]、光藤 傑[1]、辻村 直人[1]、渡部 晃大[1]、三宅 祐一朗[1]、竹中 雄也[1]、斎藤 徹[1]、竹中 玲子[1]、相馬 大人[1]、安田 潤[1]、根津 理一郎[1]、弓場 健義[1] (1. 伯鳳会大阪中央病院外科)

---

[PD11-3] 裂肛に対する肛門拡張術の適応と治療成績

*石山 元太郎[1]、秋月 恵美[1]、鈴木 崇史[1]、佐藤 綾[1]、井 翔一郎[1]、西尾 昭彦[1]、荒 桃子[1]、橋下 さつき[1]、石山 勇司[1] (1. 札幌いしやま病院)

---

[PD11-4] 慢性裂肛に対する外科治療の適応と術式選択 ― 肛門機能と付随病変を踏まえた個別化アプローチ

*八子 博貴[1,2]、八子 直樹[1]、齋藤 昌美[3] (1. 医療法人桜樹会　八子医院、2. 福島県立医科大学　消化管外科学講座、3. 福島県立医科大学　形成外科学講座)

---

[PD11-5] 当施設での裂肛手術の術式選択と術後短期成績の検討

*植田 剛[1]、中本 貴透[1]、定光 ともみ[1,2]、佐井 壯謙[1] (1. 佐井胃腸科肛門科、2. 南奈良総合医療センター外科)

---

[PD11-6] 裂肛に対する手術適応と術式選択

*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)

©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

パネルディスカッション | 肛門科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）

## パネルディスカッション６　機能性直腸肛門痛に対する集学的診療の実際

司会：小村 憲一（小村肛門科医院）、伊禮 靖苗（大腸肛門病センター高野病院 大腸肛門機能科）

[PD6-1] 肛門痛に対する神経障害性疼痛治療薬の経験

*小野 朋二郎[1]、渡部 晃大[1]、光藤 傑[1]、辻村 直人[1]、三宅 祐一朗[1]、竹中 雄也[1]、齊藤 徹[1]、竹中 玲子[1]、安田 潤[1]、相馬 大人[1]、根津 理一郎[1]、弓場 健義[1] (1. 伯鳳会大阪中央病院外科)

[PD6-2] 疎経活血湯エキス製剤を用いた 肛門部神経因性症状に対する治療

*小原 邦彦[1] (1. おばら消化器・肛門クリニック)

[PD6-3] 機能性直腸肛門痛に隠れた骨盤内うっ血症候群：造影CTによる診断と漢方治療の実際

*内原 智幸[1]、伊禮 靖苗[1]、辻 順行[1]、髙野 正太[1] (1. 大腸肛門病センター　高野病院)

[PD6-4] 肛門痛患者に対する脊髄刺激療法（SCS）の治療効果と見えた課題

*金子 秀作[1]、髙野 正太[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院)

[PD6-5] 当院における機能性直腸肛門痛の治療

*相川 佳子[1] (1. Aicoレディースクリニック)

[PD6-6] 当院における難治性直腸肛門痛142例の分析

*松田 聡[1]、新井 賢一郎[1]、松永 篤志[1]、山下 真幸[1]、木村 浩三[1]、野中 雅彦[1]、中井 勝彦[1]、川上 和彦[1] (1. 松田病院大腸肛門病センター)

[PD6-7] クリニックにおける機能性直腸肛門痛診療の試み

*河野 由紀子[1] (1. 西新駅前こうの整形外科・おしりとおなかクリニック)

[PD6　特別発言] 特別発言

*髙野 正太 (1. 大腸肛門病センター高野病院)

©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21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）
**パネルディスカッション６　機能性直腸肛門痛に対する集学的診療の実際**
司会：小村 憲一（小村肛門科医院）、伊禮 靖苗（大腸肛門病センター高野病院 大腸肛門機能科）

## [PD6-1] 肛門痛に対する神経障害性疼痛治療薬の経験

*小野 朋二郎[1]、渡部 晃大[1]、光藤 傑[1]、辻村 直人[1]、三宅 祐一朗[1]、竹中 雄也[1]、齊藤 徹[1]、竹中 玲子[1]、安田 潤[1]、相馬 大人[1]、根津 理一郎[1]、弓場 健義[1] (1. 伯鳳会大阪中央病院外科)

肛門痛は肛門外来においてよく訴えられる症状の一つである．器質的異常を認めない症例では背景となる病態の鑑別は容易ではないものの，鎮痛薬として神経障害性疼痛治療薬が奏功する症例を経験している．今回当科で肛門痛に対して神経障害性疼痛を使用した症例を後方視的に検討した．
2025年1月から同年12月までに当科において器質的疾患を伴わない肛門痛症例に対して神経障害性疼痛治療薬（プレガバリンまたはミロガバリン）を投与した症例を対象とし，その症状の変化を後方視的に検討した．肛門痛はほぼ消失または本人が気にならない程度まで軽快したものを「奏功」，ある程度奏功したものの，本人の満足度が得られなかったものを「部分奏功」，改善が得られなかったものを「無効」とした．
上記期間中に肛門痛に対して神経障害性疼痛治療薬を投与した症例は20例であった．年齢の平均は62.3歳で，男性12例，女性18例であった．鎮痛薬の内訳は，プレガバリンが16例に投与され，用量の中央値は100（50-300）mgであった．ミロガバリンは4例に投与され，用量の中央値は10(5-10)mgであった．内服に伴う副作用として一過性のふらつきが訴えた症例はあったものの，ふらつきのため内服継続が困難であった症例はなかった．「奏功」した症例は14例（70%）で，「部分奏功」と「無効」の症例が3例（15%）ずつであった．「奏功」した症例のうち3例は，中止後に肛門痛が再燃して内服を再開し，いずれも肛門痛は軽快した．
特発性の肛門痛は単一の病態ではなく，その背景となる病態を鑑別することは必ずしも容易ではないが，筋性疼痛と神経障害性疼痛が混在する病態と考えられ，一部の症例において神経性障害性疼痛治療薬が奏功することが期待できる．今回検討した症例において，神経障害性疼痛治療薬は7割程度の症例に対して「奏功」しており，一定の治療効果が得られた．一時的なふらつきを除いて大きな副作用はなく，肛門痛を訴える患者に対して有用な治療選択肢の一つとなり得るものと考えられた．

©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 | 肛門科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）
**パネルディスカッション６　機能性直腸肛門痛に対する集学的診療の実際**
司会：小村 憲一（小村肛門科医院）、伊禮 靖苗（大腸肛門病センター高野病院 大腸肛門機能科）

# [PD6-2] 疎経活血湯エキス製剤を用いた 肛門部神経因性症状に対する治療

*小原 邦彦[1] (1. おばら消化器・肛門クリニック)

【目的】 肛門部の違和感や疼痛を主訴とする患者で、画像検査等で器質的病変が否定される症例は、神経因性骨盤臓器症候群（NIS）などの神経因性的な病態から生じる疾患群と考えられる。これらの患者には、痔疾用坐剤やNSAIDsが無効なことが多く、プレガバリン等の薬剤も眠気やふらつき等の副作用から日中の服薬が困難な場合もしばしば経験する。本研究では、治療に難渋するこれら肛門部の症状に対し、古くから関節や筋肉、神経の痛みに使用されてきた、漢方薬「疎経活血湯」を用い、その効果を検討した。

【対象と方法】 2014年3月から2025年12月までに当クリニックを受診し、肛門部の疼痛やしびれ、違和感等を訴え、器質的疾患の存在が否定された40例（男性23例、女性17例、平均年齢55歳、平均病悩期間14週）を対象とした。症状の内訳は痛み68%、しびれ22%、違和感が10%だった。これらの患者に対して疎経活血湯エキス製剤を投与し、症状の変化から治療効果を評価した。

【結果】 全体の70%の症例で有効（症状の消失または軽減）が認められ、有効例全てにおいて投与開始後2〜4週間で効果が現れた。腰痛や脊柱管狭窄症、椎間板ヘルニアといった整形外科的疾患の既往がある症例や、痔核・痔瘻の術後症例において有効例が多かった。一方、うつ病、不安障害などの精神疾患を背景とする症例や、病悩期間が長期にわたる症例では効果が乏しい傾向が見られた。なお、有害事象として1例に服薬直後の腹痛が認められた。

【考察・結語】 疎経活血湯は活血薬が多く配合されており、病態の一つとして末梢循環不全（瘀血症状）を背景とした慢性症状に良いとされている。整形外科的疾患の既往例や痔疾術後例で有効率が高率であったことは、これらの状態が「量的・質的な末梢循環不全」を生みやすく、東洋医学的な「血虚・瘀血」の病態と近似していることをうかがわせる結果だった。肛門周囲に器質的疾患を伴わない、同領域の疼痛・しびれ・違和感等の神経因性症状に対して、疎経活血湯は有用な治療の選択肢となり得ることが示された。

©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 | 肛門科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）
**パネルディスカッション６　機能性直腸肛門痛に対する集学的診療の実際**
司会：小村 憲一（小村肛門科医院）、伊禮 靖苗（大腸肛門病センター高野病院 大腸肛門機能科）

## [PD6-3] 機能性直腸肛門痛に隠れた骨盤内うっ血症候群：造影CTによる診断と漢方治療の実際

*内原 智幸[1]、伊禮 靖苗[1]、辻 順行[1]、髙野 正太[1] (1. 大腸肛門病センター　高野病院)

【背景・目的】
機能性直腸肛門痛と診断される症例の中には、骨盤内静脈の還流障害を背景とする骨盤内うっ血症候群（Pelvic Congestion Syndrome: PCS）が潜在している。しかし、大腸肛門科領域において本症が原因不明の慢性肛門痛として扱われている実態は少なくない。本研究では、当院におけるPCS症例の臨床的特徴を解析し、造影CTによる客観的な画像診断基準の策定と漢方療法の有用性を検討することを目的とした。

【方法】
2025年に当院を受診したPCS疑いの患者のうち、造影CTにて卵巣静脈の評価が可能であった44例を対象とした。臨床的特徴及び造影CT上の左卵巣静脈径、骨盤内静脈叢拡張の有無とPCS群における漢方薬の治療反応性を後方視的に比較検討した。

【結果】
臨床所見と造影CTの結果、PCS群10例、疑い群34例と診断した。PCS群は全例女性であり、疑い群と比較してBMIが有意に低値であった（19.5 ± 2.1 vs 22.0 ± 4.3, p=0.015）。左卵巣静脈径はPCS群で8.9 ± 2.2 mmと有意に拡張しており（p < 0.001）、ROC曲線による解析では、LOV径6.85 mm をカットオフ値とした場合、感度100%、特異度90.9%（AUC=0.982）と極めて高い診断能を示した。また、PCS群では全例で骨盤内静脈叢の拡張を認めた。PCS群全例で桂枝茯苓丸を内服し10例中6例で症状の改善を認めた。そのうちの1例(77歳女性)について、出産後より数十年間にわたり原因不明の慢性肛門痛に悩まされていたが、造影CTにて左卵巣静脈径の拡張を認めPCSと診断。桂枝茯苓丸の服用を開始したところ、2ヶ月で症状が著明に改善し、長年の苦痛から解放された。

【結語】
PCSは痩せ型の女性に好発しており、低BMIと左卵巣静脈径 6.85 mm以上の拡張は診断の指標となり得る。原因不明の機能性直腸肛門痛に対し、造影CTによる画像評価を行うことは、見逃されてきた症例に対する漢方療法等の有効な治療介入に直結し、患者のQOL改善に寄与する。

©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21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）
**パネルディスカッション６　機能性直腸肛門痛に対する集学的診療の実際**
司会：小村 憲一（小村肛門科医院）、伊禮 靖苗（大腸肛門病センター高野病院 大腸肛門機能科）

## [PD6-4] 肛門痛患者に対する脊髄刺激療法（SCS）の治療効果と見えた課題

*金子 秀作[1]、髙野 正太[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院)

【はじめに】当院では、神経因性骨盤臓器症候群（NIS）に由来する慢性肛門痛に悩む患者が数多く受診される。その中には器質的な疾患が認められないため、問題なしと判断された患者も多く存在する。近年、神経障害性疼痛および血行障害性疼痛に対してSCSの有効性が報告されており、当院では慢性肛門痛患者に対する治療として2017年よりSCSを導入している。
今回、当院で肛門痛に対して施行されたSCSの治療効果について報告する。
【SCS埋め込み術の手技】
・一期手術：硬膜外腔へ2本の電極リード線を脊髄T12、L1付近へ留置する。体外式刺激装置を用い
て試験刺激を開始する。1W間の試験刺激を実施し、痛みの変化は治療前後でNRSを用い評価する。
・二期手術：試験刺激期間に効果を認めた場合は刺激装置を埋め込み、効果を認めない場合は電極リード線を抜去する。
【方法】2017～2025年に当院でSCSが施行された肛門痛患者17名を対象に、治療の経過、および治療前後でのNRSによる痛みの変化、患者の訴え・日常生活の変化を分析する。
【結果】17症例中15症例は試験刺激で効果を認め刺激装置埋め込まれた（2症例は試験刺激にて効果なし）。治療効果については個人差があるものの、平均約38%の痛みが減少した。また、SCSの施行が、痛みの発症から3年未満の患者は痛みが約64%減少したが、3年以上の患者では約26%の減少であった。さらに、日常生活に関して、睡眠時間の増加や趣味に費やす時間が増えたとの回答が患者から得られた。
【考察】肛門痛に対しSCSを早期に行うことで治療効果が高かった。長期に渡り抱えてきた痛みには、本来の痛みに心因性疼痛が重なり合うことで症状を悪化させていると推測される。治療後に残存する痛みをなくしたいという欲求が更に心因性疼痛を増悪させ、治療効果を減衰させる要因であると考えられた。また、痛みが軽減することにより、日常生活に良い変化が得られた。
【まとめ】SCSにより痛みの軽減効果は得られるが、根治的治療方法ではない。今後は残された痛みに対し集学的治療の必要性、また患者自身がどう向き合っていくべきかが最大の課題である。

©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 | 肛門科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）
**パネルディスカッション６　機能性直腸肛門痛に対する集学的診療の実際**
司会：小村 憲一（小村肛門科医院）、伊禮 靖苗（大腸肛門病センター高野病院 大腸肛門機能科）

## [PD6-5] 当院における機能性直腸肛門痛の治療

*相川 佳子[1] (1. Aicoレディースクリニック)

【序論】RomaIV基準における機能性直腸肛門痛は、器質的疾患がないにもかかわらず、肛門や直腸の痛み・違和感が続く機能性疾患である。当院は女性専門の大腸肛門外科クリニックであり、やや女性に頻度が多いと言われる同疾患患者が散見される。
今回、当院で経験した機能性直腸肛門痛患者について検討した。
【対象】2024年9月から2026年3月までに当院を受診した、肛門痛を主訴とする患者のうち、肛門診察上、痔核や裂肛などの器質的疾患を除外し、機能性直腸肛門痛と診断し、治療を開始した26例。このうち、経過を追えなかった7例を除外した19例を対象とし、患者背景、治療法、治療効果について検討した。
【結果】平均年齢は60.3歳、すべて女性である。平均病脳期間は436日（中央値；30日、2〜2920日）。既往歴は、帯状疱疹後1例、乳がん術後1例。肛門手術歴はなし。痛みの種類としては、持続する痛みが11例、短時間の痛みが8例。治療法は、薬物療法と干渉低周波治療を行った。内訳は、トリベノシド・リドカイン軟膏8例、ミロガバリン9例、プレガバリン5例、芍薬甘草湯2例、デュロキセチン1例、干渉低周波治療を4例に施行した。19例いずれも、痛みの改善を認めている。
【考察】器質的疾患が否定され、機能性直腸肛門痛と判断した患者に対して、当院では、まず鎮痛目的とした軟膏治療と、神経障害性疼痛の治療薬である、ミロガバリン、プレガバリンを用いた治療を中心に行った。ミロガバリン、プレガバリンは、副作用懸念して、少量から開始し、通常量まで漸増することで症状の改善を得られた。芍薬甘草湯は、括約筋の緊張が高い症例、突然の強い鈍痛症例に効果的であった。干渉低周波治療は4例施行し、改善を得られた。干渉低周波治療そのものによる効果はもちろんのこと、治療中に患者の不安を傾聴できたことが効果的であったと考える。
【結語】QOL低下の原因となりやすい機能性直腸肛門痛の当院での治療について報告した。基本的治療に加えて、メンタルケアや電気治療など、オーダーメイドな治療法の選択が重要であると考える。

©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 | 肛門科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）
**パネルディスカッション６　機能性直腸肛門痛に対する集学的診療の実際**
司会：小村 憲一（小村肛門科医院）、伊禮 靖苗（大腸肛門病センター高野病院 大腸肛門機能科）

## [PD6-6] 当院における難治性直腸肛門痛142例の分析

*松田 聡[1]、新井 賢一郎[1]、松永 篤志[1]、山下 真幸[1]、木村 浩三[1]、野中 雅彦[1]、中井 勝彦[1]、川上 和彦[1] (1. 松田病院大腸肛門病センター)

＜はじめに＞
直腸肛門部痛の原因は様々で、痔核などの肛門疾患から機能性直腸肛門痛のように器質的疾患を認めないが慢性疼痛をきたす病態まで存在し、しばしば診療に苦慮する。当院における難治性直腸肛門痛診療の現状ついて検討し報告する。
＜対象＞
2016年1月から2025年12月に難治性直腸肛門痛として治療を行った142例。直腸脱を含む器質的肛門疾患、便秘症や下痢症、炎症性腸疾患、NSAIDｓや注入軟膏が有効な症例、など原因が明らかなものは除外した。
＜方法＞
疼痛の原因診断、施行された検査、治療内容、転帰について後方視的に検討した。
＜結果＞
142症例の平均年齢は60.4歳（16～102歳）、男女比55：87で、検査は経肛門超音波検査42例、肛門内圧検査37例、排便造影検査25例が施行された。内服薬はプレガバリン、ミロガバリン、トラマドール塩酸塩/アセトアミノフェン配合錠、芍薬甘草湯、エチゾラム、などが処方され、局所製剤として局所用カルシウムチャンネルブロッカー軟膏（ニフェジピン軟膏）が34例処方された。それ以外の治療として干渉低周波治療(ウロマスター)15例、バイオフィードバック療法12例(バルーン排出訓練含む)が施行されていた。疼痛の原因診断としては、不明が63例と最も多く、次に腰椎疾患29例、ストレスに起因するもの20例、陰部神経痛11例、尾骨痛8例、骨盤手術後4例、不顕性骨盤臓器脱・排便障害4例で、機能性直腸肛門痛と考えられるものはRomeⅣ分類における消散性肛門痛5例、肛門挙筋症候群2例であった。
＜考察＞
内服薬が無効な症例も多く、肛門内圧異常高値例に対しては局所用カルシウムチャンネルブロッカー軟膏を、排便造影検査で便排出障害や直腸重積などの不顕性骨盤臓器脱を認める症例には骨盤神経の血行促進や骨盤底筋の緊張緩和を狙って干渉低周波治療(ウロマスター)やバイオフィードバック療法を行い一定の効果を示した。一方、ストレスが原因と考えられる20例に対しては投薬以外十分な治療ができていなかった。肛門痛の原因は多岐にわたり、整形外科、心療内科、婦人科、泌尿器科など他科との連携が重要と考えられた。
＜おわりに＞
当院における難治性直腸肛門痛診療について検討し報告した。

©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21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）

**パネルディスカッション６　機能性直腸肛門痛に対する集学的診療の実際**

司会：小村 憲一（小村肛門科医院）、伊禮 靖苗（大腸肛門病センター高野病院 大腸肛門機能科）

## [PD6-7] クリニックにおける機能性直腸肛門痛診療の試み

*河野 由紀子[1] (1. 西新駅前こうの整形外科・おしりとおなかクリニック)

機能性直腸肛門痛は明らかな質的異常が検出されないにも関わらず慢性的な痛みが出現する疾患群であり、患者の苦痛は非常に大きい。その原因としては神経障害、骨盤内の循環障害、骨盤底や体幹の機能異常など複雑であり、診断の確定・治療ともに容易ではないため治療者にとっても非常に負担の大きな疾患である。
当院はクリニックであるが整形外科と肛門外科の２科併設であり、そのメリットを活かして当該疾患の診療を試みてきた。
診断）問診及び除外診断が重要である。問診のみでも機能性直腸肛門痛の可能性をある程度検出することができる。痔疾患や皮膚疾患がないかを十分診察し、恥骨直腸筋も指診する。常に消化管病変、感染、整形外科・婦人科的な気質的疾患が隠れていないかに留意する。
評価）VASスケールを用いた疼痛評価、QOLの評価
治療）①支持療法：本疾患の患者は長年診断がつかず、うつ状態に陥ることもある。まずは病名がつくような疾患であり治療手段があること、長期の通院が必要となる可能性があることを伝える。②対症療法：内服薬で疼痛を抑える。副作用を見ながら十分量まで増量し、場合により複数の薬剤を用いる。変更や追加の可能性を伝え治療コンプライアンスを保つ。仙骨神経ブロックや、干渉波・低周波などの物理療法を同時進行で行う。③根本治療：理学療法士による評価の上リハビリテーションを行う。
症例を交えながら当院での診療を紹介し、限界についても検討したい。

©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 | 外科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第6会場（1F 会議室103）

## パネルディスカッション７　直腸癌局所再発症例に対する集学的治療

司会：大植 雅之（大阪国際がんセンター）、植村 守（大阪大学大学院医学系研究科　外科学講座　消化器外科学）

### [PD7-1] 直腸癌局所再発症例に対する集学的治療成績

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

### [PD7-2] 直腸癌局所再発における予後不良因子としての骨盤内播種再発

*木村 慶[1]、佐々木 将磨[2]、井桁 正尭[3]、塚田 祐一郎[2]、桑原 隆一[4]、堀尾 勇規[4]、内野 基[4]、大門 貴志[3]、伊藤 雅昭[3]、池田 正孝[1] (1. 兵庫医科大学下部消化管外科、2. 国立がん研究センター東病院大腸外科、3. 兵庫医科大学医療統計学、4. 兵庫医科大学炎症性腸疾患外科)

### [PD7-3] 直腸癌局所再発に対する最適な術前治療

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

### [PD7-4] 直腸癌局所再発に対する骨盤内臓全摘術後死腔炎と再発後生存 - 集学的治療完遂の観点から

*村田 悠記[1]、小倉 淳司[1]、佐藤 雄介[1]、梅田 晋一[1]、筒山 将之[1]、宮田 一志[1]、杉田 静紀[1]、清水 大[1]、中西 香企[1]、田中 千恵[1]、江畑 智希[1]、神田 光郎[1] (1. 名古屋大学医学部附属病院　消化器・腫瘍外科)

### [PD7-5] 直腸癌術後局所再発に対する放射線治療歴は局所R0切除率に影響するか

*佐伯 崇史[1]、植村 守[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、関戸 悠紀[1]、浜部 敦史[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、加藤 健志[2]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部医学研究科消化器外科学、2. 国立大阪医療センター下部消化管外科)

### [PD7-6] 重粒子線（炭素イオン線）治療のための合成吸収性組織スペーサーの紹介

*瀧山 博年[1]、磯崎 哲朗[1]、山田 滋[1]、牧島 弘和[1]、今井 礼子[1]、篠藤 誠[1]、若月 優[1]、石川 仁[1] (1. 量子科学技術研究開発機構　QST病院)

### [PD7-7] 直腸癌局所再発に対するR0切除と周術期成績改善を両立する集学的治療戦略

*竹田 充伸[1]、植村 守[1]、内山 優史[1]、森 良太[1]、関戸 悠紀[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、山本 浩文[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部消化器外科)

©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 | 外科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第6会場（1F 会議室103）

**パネルディスカッション７　直腸癌局所再発症例に対する集学的治療**

司会：大植 雅之（大阪国際がんセンター）、植村 守（大阪大学大学院医学系研究科　外科学講座　消化器外科学）

## [PD7-1] 直腸癌局所再発症例に対する集学的治療成績

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

【背景】直腸癌局所再発に対して、集学的治療の明確なエビデンスは確立していない。当院では原則としてupfront surgeryを基本方針とするが、切除距離確保や臓器温存を目的に術前化学放射線療法（CRT）を併用する場合がある。また手術非希望例には陽子線治療の提示も行っている。
【目的】①初回局所再発症例における術前治療の有無による治療成績を検討する。②手術、陽子線治療、化学（放射線）療法各群の成績を比較する。
【方法】2005〜2025年に遠隔転移を伴わない原発性直腸癌術後初回局所再発症例を対象とした。手術施行例について術前治療の有無で後ろ向きに長期成績を比較した。
【結果】①術前治療あり15例（nCRT8例、NAC7例）、なし48例であった。背景因子に有意差はなく、R0切除率はそれぞれ86.6%、89.6%で同等であった。5年OSは73.3%、72.5%、5年RFSは51.1%、40.9%、局所再発率は11.2%、23.5%、遠隔再発率は38.6%、41.2%で、いずれも有意差を認めなかった。nCRTの有無別検討でも成績差は認めなかった。多変量解析ではF分類2・3およびR1/2がOS不良因子として抽出され、腫瘍遺残リスクはF分類のみが関連した。②5年OSは手術群72.2%(63例)、陽子線治療群49.4%(25例)、化学（放射線）療法群18.2%(12例)であった。
【考察】剥離面が近接する症例でも術前CRTによりR0切除は達成可能である。一方で再発は遠隔転移が主体であり、遠隔転移を制御する治療戦略が望まれる。R0切除が見込める場合は手術が第一選択であるが、手術非希望例では陽子線治療も選択肢として検討される。

©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 | 外科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第6会場（1F 会議室103）

**パネルディスカッション７　直腸癌局所再発症例に対する集学的治療**

司会：大植 雅之（大阪国際がんセンター）、植村 守（大阪大学大学院医学系研究科　外科学講座　消化器外科学）

## [PD7-2] 直腸癌局所再発における予後不良因子としての骨盤内播種再発

*木村 慶[1]、佐々木 将磨[2]、井桁 正尭[3]、塚田 祐一郎[2]、桑原 隆一[4]、堀尾 勇規[4]、内野 基[4]、大門 貴志[3]、伊藤 雅昭[3]、池田 正孝[1] (1. 兵庫医科大学下部消化管外科、2. 国立がん研究センター東病院大腸外科、3. 兵庫医科大学医療統計学、4. 兵庫医科大学炎症性腸疾患外科)

【はじめに】直腸癌局所再発（LRRC）に対する術前予後予測因子として、初回手術時のマイルズ手術施行、Stage、LRRC診断時のCEA高値、側方再発などが報告されている。しかし、LRRCにおける骨盤内播種再発を定義し、その予後への影響を検討した報告はない。

【目的】LRRCにおける骨盤内播種再発を定義し、その臨床的特徴および予後への影響を明らかにする。

【方法】2017年4月-2022年12月に国立がん研究センター東病院および兵庫医科大学でLRRCに対し手術を施行した117例を対象とした。骨盤内播種再発は、①初回手術時に腹膜播種を認めた症例、②初回手術時にtotal mesorectal fascia excision lineへの切り込みを認め、その後に骨盤内に多発再発を来した症例と定義した。播種の有無で全生存率(OS)、無再発生存率(RFS)、局所無再発生存率(LRFS)を比較し、Cox比例ハザードモデルで予後因子を検討した。

【結果】播種あり群（n=15）は播種なし群（n=102）と比較し、原発巣の進行度が高く（N2以上：53.4% vs 15.6%、M1 46.7% vs 7.8%）、R0切除率は有意に低かった（53.3% vs 94.1%、p<0.01）。手術時間は長く（13.3h vs 8.2h）、術後在院日数も延長していた（39日 vs 26日）。多変量解析では播種再発は独立した予後不良因子であり、OS（HR 0.15, 95%CI 0.04–0.57）、RFS（HR 0.23, 95%CI 0.11–0.49）、LRFS（HR 0.12, 95%CI 0.05–0.30）のいずれも有意差を認めた（すべてp<0.01）。Kaplan–Meier解析でも全ての指標で有意差を認めた（いずれもp<0.01）。播種なし群ではR0切除がOS・RFS・LRFSの改善と関連したが、播種あり群ではその効果は認められなかった。

【結語】骨盤内播種再発はLRRCにおける強力な予後不良因子であり、播種症例ではR0切除の予後改善効果は限定的である可能性が示唆された。そのため、手術適応は慎重に判断し、非手術治療を含めた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21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第6会場（1F 会議室103）

**パネルディスカッション７　直腸癌局所再発症例に対する集学的治療**

司会：大植 雅之（大阪国際がんセンター）、植村 守（大阪大学大学院医学系研究科　外科学講座　消化器外科学）

## [PD7-3] 直腸癌局所再発に対する最適な術前治療

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

【目的】直腸癌局所再発はR0切除が得られた場合には根治が期待できるため切除可能と判断される症例では外科切除が治療の中心となる。術後再再発率は高く、更なる治療成績向上のためには周術期治療の導入が重要と考えられる。しかし、術後は合併症発生率が高く補助療法の十分な実施が困難であることから、術前治療の意義が注目されている。一方で、直腸癌局所再発に対する術前治療に関するエビデンスは限られており、最適な治療戦略について一定のコンセンサスが得られていない。本検討は直腸癌局所再発に対する術前治療の有用性を明らかにすることを目的とする.

【方法】2008年～2017年に当院で根治目的の手術が施行された71例の直腸癌局所再発症例を対象とし、短期・長期成績を後ろ向きに検討した。

【結果】年齢中央値62歳、局所再発診断時に放射線照射歴を有した症例は3例 (4%)。35例が手術先行で治療され、23例に術前化学放射線療法 (CRT)が、13例に術前化学療法（NAC）が施行された。手術先行群/術前CRT群/NAC群で術前画像評価のF0の割合は20%/9%/8%、局所再発に対する骨盤内蔵全摘の施行割合は6%/43%/15%と術前CRT群やNAC群に進行した症例が多く含まれていた。手術先行群/術前CRT群/NAC群の手術時間中央値は355分/506分/548分、出血量中央値は751ml/1550ml/2170ml、Clavien-Dindo分類Grade3以上の術後合併症発生割合は20%/70%/38%であった。手術先行群/術前CRT群/NAC群のR0切除割合は71.4%/ 91.3%/ 69.2%、病理学的CRM(中央値)は1.0mm/ 5.0mm/ 0.6mmであった。手術先行群/術前CRT群/NAC群の5年局所無再発生存割合は44.5%/ 57.4%/ 23.9%、5年無再発生存割合は32.9%/ 50.2%/ 23.1%、5年全生存割合は64.8%/ 71.8%/ 38.9%であり、術前CRT群で良好な予後を示した。

【結論】直腸癌局所再発に対する術前CRTは手術侵襲や合併症の増加といった課題はあるもののR0切除率の向上および予後改善に寄与する可能性がある。一方で、NACの有用性は明らかではなかった。今後、術前CRTの意義を検証するランダム化比較試験であるJCOG1801などの前向き試験の結果により、最適な術前治療戦略の確立が期待される。

©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 | 外科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第6会場（1F 会議室103）

**パネルディスカッション７　直腸癌局所再発症例に対する集学的治療**

司会：大植 雅之（大阪国際がんセンター）、植村 守（大阪大学大学院医学系研究科　外科学講座　消化器外科学）

## [PD7-4] 直腸癌局所再発に対する骨盤内臓全摘術後死腔炎と再発後生存 - 集学的治療完遂の観点から

*村田 悠記[1]、小倉 淳司[1]、佐藤 雄介[1]、梅田 晋一[1]、筒山 将之[1]、宮田 一志[1]、杉田 静紀[1]、清水 大[1]、中西 香企[1]、田中 千恵[1]、江畑 智希[1]、神田 光郎[1] (1. 名古屋大学医学部附属病院　消化器・腫瘍外科)

背景
直腸癌局所再発（locally recurrent rectal cancer：LRRC）に対する骨盤内臓全摘術（pelvic exenteration：PE）は、長期生存が期待できる根治的治療である。一方で侵襲は極めて大きく、術後合併症の頻度は高い。なかでも骨盤死腔炎（pelvic sepsis：PS）は重篤な合併症であり、長期入院や全身状態悪化を招く。近年、LRRCに対しては切除のみならず、術前化学放射線療法や再照射、重粒子線治療などを含めた集学的治療戦略が進展しているが、PSが再発後治療や長期予後に及ぼす影響について検討した報告は少ない。本研究では、PE後PS発症が再発後治療および再発後生存（post-recurrence survival：PRS）に与える影響を検討した。
対象と方法
2006年1月から2023年12月までに当院でLRRCに対してPEを施行した75例を対象とし、PS群（n=33）とnon-PS群（n=42）のPRSを比較した。PSは、術後30日以内に発熱または炎症反応上昇を伴い、画像上感染性液体貯留を認め、ドレナージを要した症例と定義した。PRSは再発診断日を起点としてKaplan–Meier法により算出し、log-rank検定で比較した。
結果
両群の背景因子に有意差は認めなかった。観察期間中（中央値36ヶ月）、75例中42例（56.0%）に再発を認め、肺転移再発が最多(n=21, 50%)であった。集学的再発後治療介入率はPS群で低い傾向を認め、PRS中央値はPS群で短い傾向(29か月vs42.6か月)を認めたが、統計学的有意差には至らなかった（P=0.215）。また、2年PRS率もPS群で低値を示した。
考察
LRRCに対するPE後は高率に再発を認めるため、再発後治療戦略を含めた長期的視点が重要である。PS発症による全身状態悪化や慢性炎症は、再発後治療強度の低下や集学的治療導入困難につながり、PRS悪化に関与する可能性が示唆された。すなわち、LRRCに対する集学的治療においては、術前治療による局所制御向上のみならず、術後PSを制御し、再発後治療へ円滑につなげる周術期戦略が重要と考えられる。
当科では近年、PS予防を目的として腹直筋皮弁再建を積極的に導入しており、症例数は限定的ではあるものの、PS発症率は低下傾向を示している。
当科のLRRC治療戦略および皮弁再建の適応と実際の取り組みについて報告する。

©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 | 外科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第6会場（1F 会議室103）

**パネルディスカッション７　直腸癌局所再発症例に対する集学的治療**

司会：大植 雅之（大阪国際がんセンター）、植村 守（大阪大学大学院医学系研究科　外科学講座　消化器外科学）

## [PD7-5] 直腸癌術後局所再発に対する放射線治療歴は局所R0切除率に影響するか

*佐伯 崇史[1]、植村 守[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、関戸 悠紀[1]、浜部 敦史[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、加藤 健志[2]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部医学研究科消化器外科学、2. 国立大阪医療センター下部消化管外科)

【背景】直腸癌術後局所再発 (LRRC) は，局所R0切除の達成が長期予後に重要であるが，骨盤内の瘢痕，癒着，線維化により再発巣切除術の難度は高い. 特に放射線照射歴を有する症例では，既照射組織の線維化によりR0切除の達成が難しくなる可能性がある. 近年，下部進行直腸癌に対する集学的治療の一環として放射線治療を施行する症例が増えつつあるが，原発巣治療の際の放射線照射歴がLRRC再発巣切除術の局所R0切除率に及ぼす影響は十分に明らかでない.
【目的】原発巣治療における放射線照射歴に着目し，LRRC再発巣切除術における局所R0切除率と局所無再々発生存期間 (LRFS) を検討した.
【対象と方法】2000年から2025年にLRRCに対して再発巣切除術を施行した272例の内, 再々発手術症例20例を除外した252例を後方視的に評価した. 原発巣治療時またLRRC治療時の放射線照射歴に基づき, 原発時 (-)/LRRC時 (-) をNonRT群，原発時 (-)/LRRC時 (+) をPreRT群， 原発時 (+)/LRRC時 (-) をPastRT群に分類した. 主要評価項目は局所R0切除率，副次評価項目はLRFS , Clavien-Dindo分類Grade III以上の合併症とした. 非R0切除に関するリスク因子をロジスティック回帰分析で解析した.
【結果】NonRT群98例，PreRT群132例，PastRT群22例であった. 局所R0切除率はNonRT群/PreRT群/PastRT群：87.8%/84.8%/63.6%であり，PastRT群で有意に低値であった (p=0.03) . ロジスティック回帰分析では，PastRT群が非R0切除の独立したリスク因子であった (OR：4.11，p=0.01). Grade III以上の合併症は4.5%/38.6%/63.6%でPastRT群で頻度が高かった（p=0.001）. 術後出血は2.0%/6.1%/18.2%，会陰創感染は12.2%/25.0%/27.3%，骨盤内膿瘍は14.3%/24.2%/27.3%であった. 3年LRFSは58.7%/75.7%/58.7%で3群間に差を認めた (p=0.006).
【結語】原発巣治療時に放射線照射歴を有するLRRCでは，局所R0切除率が低く，短期成績も不良な傾向を示した. 既照射後LRRCでは，再発巣切除術による局所根治性と安全性が制限される可能性があり，原発巣治療から再発時治療までを見据えた検討が課題である.

©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21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第6会場（1F 会議室103）

**パネルディスカッション７　直腸癌局所再発症例に対する集学的治療**

司会：大植 雅之（大阪国際がんセンター）、植村 守（大阪大学大学院医学系研究科　外科学講座　消化器外科学）

## [PD7-6] 重粒子線（炭素イオン線）治療のための合成吸収性組織スペーサーの紹介

*瀧山 博年[1]、磯崎 哲朗[1]、山田 滋[1]、牧島 弘和[1]、今井 礼子[1]、篠藤 誠[1]、若月 優[1]、石川 仁[1] (1. 量子科学技術研究開発機構　QST病院)

重粒子線治療による大腸がん局所再発病変の制御率は5年で72%、また治療後の5年全生存率は50%と報告され、外科的な根治切除には及ばないものの従来のX線治療より良好な成績が期待できる。一般に放射線抵抗性が高いとされる大腸腺癌の制御のためには、消化管の耐容線量を上回る高線量を腫瘍に対して処方する必要がある。しかし、局所再発病変は消化管に高度に近接していることも多く、潰瘍・出血・穿孔といった重篤な障害が懸念されることから、重粒子線治療が行えない症例も数多く存在した。
このような消化管近接症例に対しては、スペーサーを腫瘍と消化管の間に留置して物理的に隔離し消化管の被照射線量を低下させることで、重粒子線治療が実施できる。現在、ポリグリコール酸からなる合成吸収性組織スペーサーが臨床的に使用可能であるが、併用実績は年々増加傾向にあり、2025年は治療総数58例中15例（26%）の症例においてスペーサーを留置していた。
当院で大腸癌局所再発に対して吸収性スペーサー留置が行われた47例を対象に短期成績と合併症を集計した。再発腫瘍の局在は骨盤側壁：仙骨前：会陰部：上腹部＝24:16:4:3、スペーサー留置の方法は開腹：腹腔鏡併用＝33:14、手術時間は96〜368分、出血量は少量〜844cc、使用したスペーサー厚は5mm:10mm:15mm=3:42:2であった。
術後の合併症のうち重篤なものは腸閉塞２、腹腔内感染２（うち1例は再手術によりスペーサー抜去）、腹水貯留1、術中播種1、のべ6件のみであった。留置術から退院までの日数は中央値8日（4-49日）、重粒子線治療開始までは33日（20-64日）であった。全例で重粒子線治療を完遂し、重粒子線治療に起因する急性期の重篤な有害事象は認めなかった。スペーサー非併用群との比較において、治療後2年の短期成績は全生存率・局所制御率ともに同等であった。
スペーサー留置術は、外科的介入により安全かつ確実な重粒子線治療を可能にする重要な手段である。本治療を成功させるには、放射線治療の適応と特性を理解した外科医による適切な留置が不可欠であり、本口演では放射線治療医の視点から見た適応判断と手技の要点、集学的連携の重要性について論じたい。

©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 | 外科
2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第6会場（1F 会議室103）
**パネルディスカッション７　直腸癌局所再発症例に対する集学的治療**
司会：大植 雅之（大阪国際がんセンター）、植村 守（大阪大学大学院医学系研究科　外科学講座　消化器外科学）

# [PD7-7] 直腸癌局所再発に対するR0切除と周術期成績改善を両立する集学的治療戦略

*竹田 充伸[1]、植村 守[1]、内山 優史[1]、森 良太[1]、関戸 悠紀[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、山本 浩文[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部消化器外科)

【背景】

直腸癌局所再発（LRRC）においてR0切除は長期予後を規定する最重要因子であるが，前治療に伴う高度な線維化や解剖学的構造の破綻により，骨盤深部における安全かつ確実な剥離操作は困難であり，根治性の追求は重篤合併症の増加とトレードオフの関係にある．当科では術前化学放射線療法（CRT）を基盤に，低侵襲手術（腹腔鏡・ロボット），経肛門／経会陰アプローチ（Ta/Tp），非機能腸管再建を組み合わせた集学的治療体系を構築してきた．

【目的】

本治療体系における各要素の臨床的意義を，R0切除率，周術期成績および予後の観点から検証する．

【対象・方法】

2000年から2026年4月までに施行したLRRC拡大手術282例を対象に後方視的解析を行った．術前RTの有無，Ta/Tp併用および非機能腸管再建の有無により，R0切除率，出血量，骨盤死腔感染および生存を比較検討した．

【結果】

術前RT施行例では非施行例と比較して生存の改善を認めた（中央値1350 vs 2087日，log-rank $p<0.01$）．Ta/Tp併用により骨盤最深部の視野確保と解剖学的剥離層の明確化が可能となり，R0切除率は向上した（85% vs 93%，$p=0.2397$）．低侵襲手術（MIS）は出血量を有意に低減した（中央値3955 vs 175 mL，$p<0.0001$）．非機能腸管再建の併用により骨盤死腔感染は有意に減少した（30% vs 14%，$p=0.0414$）．さらに，R0非達成例では全生存は有意に不良であり（中央値1350 vs 1976日，$p=0.015$），R0切除の重要性が改めて示された．

【結語】

術前RTを含む集学的治療を基盤とし，低侵襲手術にTa/Tpアプローチおよび非機能腸管再建を組み合わせることで，R0切除率の向上と周術期成績の改善を両立しうる．本治療体系はLRRCに対する実践的戦略として有用であり，今後の適応選択および標準化に向けた検討が求められる．

©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

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第8会場（1F 会議室108）

## パネルディスカッション８　遺伝性大腸腫瘍の現状と未来

司会：岡 志郎（広島大学大学院 医系科学研究科消化器内科学)、山口 達郎（がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科）

### [PD8-1] 当院におけるリンチ症候群拾い上げの現状

*山口 瑞生[1]、赤羽 慎太郎[2]、下村 学[1]、矢野 琢也[1]、佐田友 藍[1]、田口 和浩[1]、松原 啓壮[1]、石川 聖[1]、佐藤 沙希[1]、渡邊 淳弘[1]、森内 俊行[1]、塩崎 翔平[1]、松原 一樹[1]、篠原 充[1]、森田 隼登[1]、利田 明日香[2]、中原 輝[2]、新津 宏明[2]、大段 秀樹[1]、檜井 孝夫[2] (1. 広島大学病院消化器移植外科、2. 広島大学病院遺伝子診療科)

### [PD8-2] 当院におけるリンチ症候群ユニバーサルスクリーニング陽性例の遺伝診療への到達状況と課題

*安岡 宏展[1]、大内 晶[1]、木下 敬史[1]、岸田 貴喜[1]、安藤 秀一郎[1]、井本 逸勢[2]、高磯 伸枝[2]、小森 康司[1] (1. 愛知県がんセンター消化器外科部、2. 愛知県がんセンターゲノム医療センター)

### [PD8-3] 家族性大腸腺腫症サーベイランス現況と課題：多施設共同リアルワールドデータに基づく解析とアンケート調査

*立田 協太[1]、美甘 麻裕[1]、岩泉 守哉[2]、岡本 和哉[3]、吉井 重人[4]、浅羽 雄太郎[5]、原田 岳[6]、杉原 守[1]、岩瀬 友哉[1]、高木 徹[1]、杉山 洸裕[1]、赤井 俊也[1]、倉地 清隆[1,7]、竹内 裕也[1] (1. 浜松医科大学医学部附属病院　外科学第二講座、2. 浜松医科大学　検査部、3. 藤枝市立総合病院　外科、4. 藤枝市立総合病院　消化器内科、5. JA静岡厚生連遠州病院　外科、6. 浜松医療センター　外科、7. 浜松赤十字病院　外科)

### [PD8-4] 当院におけるLynch症候群のサーベイランス診療プログラムの検証

*大堂 真一郎[1]、柴田 寛至[1]、千野 晶子[1]、鈴木 桂悟[1]、井出 大資[1]、斎藤 彰一[1]、金子 景香[2]、新川 裕美[2]、幅野 愛理[2]、箕浦 祐子[2]、久我 亜沙美[2]、土橋 映仁[2]、植木 有紗[2] (1. がん研究会有明病院　下部消化管内科、2. がん研究会有明病院　臨床遺伝医療部)

### [PD8-5] Lynch症候群における遺伝子変異別にみた径10mm以下大腸腫瘍の臨床病理学的特徴

*迫 友紀子[1]、卜部 祐司[1]、吉田 航大[1]、宇田 昂弘[1]、操田 智之[1]、初鹿 佳輝[1]、益田 啓志[1]、中村 岳夫[1]、上垣内 由季[1]、高砂 健[1]、壷井 章克[1]、田中 秀典[1]、山下 賢[1]、檜山 雄一[1]、岸田 圭弘[1]、瀧川 英彦[1]、下村 学[2]、檜井 孝夫[3]、桑井 寿雄[4]、岡 志郎[1] (1. 広島大学病院　消化器内科、2. 広島大学大学院医系科学研究科消化器・移植外科学、3. 広島大学病院遺伝子診療科、4. 広島大学病院内視鏡医学講座)

### [PD8-6] 機械学習を用いたLynch症候群予測モデルの構築

*高雄 美里[1,2]、山口 達郎[2]、武井 信嗣[1]、出嶋 皓[1]、坂元 慧[1]、中守 咲子[1]、加藤 博樹[1]、中野 大輔[1]、川合 一茂[1] (1. 都立駒込病院大腸外科、2. 都立駒込病院遺伝子診療科)

### [PD8-7] 家族性大腸腺腫症の診断・治療における現状と未来

*田近 正洋[1]、田中 努[1]、伊藤 信仁[1]、高木 暁広[1]、堀 諒[1]、小森 康司[2]、木下 敬史[2]、大内 晶[2]、岸田 貴喜[2]、高磯 伸枝[3]、井本 逸勢[3] (1. 愛知県がんセンター内視鏡部、2. 愛知県がんセンター消化器外科部、3. 愛知県がんセンターゲノム医療センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

[PD8-8] 家族性大腸腺腫症における結腸全摘・回腸直腸吻合術後の大腸腫瘍発生の検討

*吉田 直久[1]、石川 秀樹[2]、山田 真義[3]、佐藤 康史[4]、田中 信治[5]、千野 晶子[6]、田近 正洋[7]、土山 寿志[8]、高山 哲治[9]、應田 義雄[10]、堀松 高博[11]、佐野 寧[12]、田中屋 宏爾[13]、石田 秀行[14]、武藤 倫弘[2] (1. 京都府立医科大学大学院　消化器内科学、2. 京都府立医科大学大学院　分子標的予防医学、3. 国立がん研究センター中央病院　内視鏡部、4. 札幌医科大学 腫瘍・血液内科、5. 広島大学 内視鏡診療科、6. がん研有明病院 下部消化管内科、7. 愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部、8. 石川県立中央病院 消化器内科、9. 徳島大学 消化器内科、10. 兵庫医科大学 消化器内科、11. 京都大学大学院　腫瘍内科学講座、12. 佐野病院　消化器内科、13. 岩国医療センター 外科、14. 埼玉医科大学総合医療センター)

---

[PD8-9] 70歳以下の大腸癌患者における遺伝カウンセリング受診の現況

*佐々木 和人[1,2]、横山 雄一郎[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、江本 成伸[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、品川 貴秀[1]、荒川 敬一[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、2. がん・感染症センター都立駒込病院大腸外科)

---

[PD8-10] 遺伝性消化器腫瘍に対する多施設・多職種診療ネットワークの構築とその臨床的意義

*山田 敦[1]、春山 瑳依子[2]、鳥嶋 雅子[3]、近藤 知大[1]、杉下 博基[4]、島田 咲[5]、佐藤 智佳[5]、塚口 裕康[5]、勝元 さえこ[6]、寺本 晃治[7]、福田 令[8]、安藤 孝将[9]、北嶋 貴仁[10]、奥川 喜永[10]、中島 健[11] (1. 京都大学医学部附属病院腫瘍内科、2. 京都大学医学部附属病院遺伝子診療部 、3. 京都大学大学院医学研究科ゲノム医療学講座、4. 愛媛大学医学部附属病院消化管腫瘍外科、5. 関西医科大学附属病院臨床遺伝センター、6. 滋賀医科大学医学部附属病院臨床遺伝相談科、7. 滋賀医科大学医学部附属病院腫瘍内科、8. 富山大学附属病院遺伝子診療部、9. 富山大学附属病院第三内科、10. 三重大学医学部附属病院ゲノム医療部、11. 大阪国際がんセンター遺伝子診療部遺伝性腫瘍診療科)

©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21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第8会場（1F 会議室108）

**パネルディスカッション８　遺伝性大腸腫瘍の現状と未来**

司会：岡 志郎（広島大学大学院 医系科学研究科消化器内科学）、山口 達郎（がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科）

## [PD8-1] 当院におけるリンチ症候群拾い上げの現状

*山口 瑞生[1]、赤羽 慎太郎[2]、下村 学[1]、矢野 琢也[1]、佐田友 藍[1]、田口 和浩[1]、松原 啓壮[1]、石川 聖[1]、佐藤 沙希[1]、渡邊 淳弘[1]、森内 俊行[1]、塩崎 翔平[1]、松原 一樹[1]、篠原 充[1]、森田 隼登[1]、利田 明日香[2]、中原 輝[2]、新津 宏明[2]、大段 秀樹[1]、檜井 孝夫[2] (1. 広島大学病院消化器移植外科、2. 広島大学病院遺伝子診療科)

【背景】遺伝性大腸腫瘍の代表的疾患であるリンチ症候群（LS）はミスマッチ修復（MMR）遺伝子の生殖細胞系列病的バリアントを主な原因とする。LSの拾い上げには、一般的に病歴や家族歴といった情報を用いるほか、欧米ではMSI検査によるユニバーサルスクリーニング（UTS）が推奨されている。一方、包括的がんゲノムプロファイリング(CGP)検査の二次的所見(Secondary Findings：SF)は、遺伝性疾患の拾い上げに繋がる重要な情報であり、LSの拾い上げにも有用と考えられる。今回、当院におけるLSの拾い上げの現状について後方視的に検討した。

【対象・方法】UTSについては2013年4月から2025年12月までの当院の大腸癌手術症例1094例を対象に、臨床病理学的因子・遺伝学的検査結果を検討した。また、CGP検査については2020年1月から2025年12月まで当院で検討を行った2371例(連携施設も含む)を対象とし、MMR遺伝子のSFを中心に検討した。解析には匿名加工情報のみを用いた。

【結果】UTSを施行した1094例中、MSI-H大腸癌は100例(9.2%)に認めた。MSS大腸癌と比較検討したところMSI-H大腸癌は右側結腸、組織型por/muc、Stage I/IIの症例に多く、*RAS*野生型、*BRAF*V600E変異型の割合が多かった。100例のうち42例が*BRAF*野生型であり、LSの候補となった。遺伝学的検査は19例(45%)で施行し、6例(全体の0.6%)に生殖細胞系列病的バリアント(*MLH1*: 5例、*MSH2*: 1例)を認めた。CGP検査を施行した2371例中、MMR遺伝子のSFは30例に指摘された。追跡可能な院内症例に限ると15例であり、そのうち遺伝学的検査は9例(60%)で実施され、5例でLSの確定診断を得た。CGP検査ではLSとして非典型的な症例の同定も確認された。

【結語】当院におけるLS拾い上げの現状を検証した。UTSによるLS同定率は既報と概ね同等であった。CGP検査のSFについては、当院では早期に遺伝カウンセリングの介入を行うことで遺伝学的検査の実施率向上に一定の成果を得ている。今後もUTSの拡充とCGP検査による症例集積を目指すとともに、血縁者診断・未発症病的バリアント保持者の同定・サーベイランスなどへの活用を進めたい。

©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 | 内科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第8会場（1F 会議室108）

**パネルディスカッション８　遺伝性大腸腫瘍の現状と未来**

司会：岡 志郎（広島大学大学院 医系科学研究科消化器内科学）、山口 達郎（がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科）

## [PD8-2] 当院におけるリンチ症候群ユニバーサルスクリーニング陽性例の遺伝診療への到達状況と課題

*安岡 宏展[1]、大内 晶[1]、木下 敬史[1]、岸田 貴喜[1]、安藤 秀一郎[1]、井本 逸勢[2]、高磯 伸枝[2]、小森 康司[1] (1. 愛知県がんセンター消化器外科部、2. 愛知県がんセンターゲノム医療センター)

【背景】近年のMSI検査， MMR免疫染色（IHC）の保険収載により，大腸癌診療におけるリンチ症候群（LS）を念頭に置いたUniversal Tumor Screening（UTS）は普及しつつある．一方，UTS陽性患者が遺伝カウンセリング（GC）や遺伝学的検査（GT）に確実につながらない課題も顕在化している．

【目的】当院における大腸癌UTSの経験を報告し，UTS陽性患者のGC・GTへの到達状況と課題を検討する．

【対象・方法】2018年11月より原発性大腸癌に対し，MMR IHCによるUTSを実施している．MLH1発現消失例ではBRAF V600変異を確認し，メチル化解析は行っていない．2025年12月までにMMR IHCを施行した大腸癌1,501例のうち，UTS陽性（BRAF V600E陰性MLH1発現消失を含むdMMR）63例（4.2%）を対象に，患者背景，GC来談率，GT受検率および結果を後方視的に検討した．

【結果】年齢中央値は60歳，男性は34例（54.0%），改訂ベセスダガイドライン（rBG）該当は46例（73.0%）であった．MMR IHC所見から予測される原因遺伝子は，*MLH1/MSH2*またはEPCAM/*MSH6/PMS2*/その他が各39/11/8/4/1例であった．GC来談は29例（46.0%），GT受検は23例（36.5%，GC来談者の79.3%），LS確定診断は11例（17.4%，GT受検者の47.8%）であった．原因遺伝子は*MLH1/MSH2/MSH6/PMS2*が各4/4/2/1例であった．GC来談率は49歳以下（71.4% vs 38.8%，p=0.031）およびLS関連腫瘍の家族歴あり（56.1% vs 27.3%，p=0.029）で有意に高かった．手術からGC来談，GT受検までの期間の中央値は，各108日，154日であったが，家族関係の変化や就労上の事情を契機に，1年以上を経てGT受検に至った症例も各1例経験した．

【考察】UTSの経験を積んだ当院でも，早期にGCやGTに至る陽性例は限定的であった．医療者は，一度GCやGTを受けない意思決定を行ったUTS陽性患者に対しても，患者との良好な関係を維持しつつ，患者本人および血縁者の未発症がんの二次予防につながり得る情報提供を継続して行う必要がある．

©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21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第8会場（1F 会議室108）
**パネルディスカッション８　遺伝性大腸腫瘍の現状と未来**
司会：岡 志郎（広島大学大学院 医系科学研究科消化器内科学）、山口 達郎（がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科）

## [PD8-3] 家族性大腸腺腫症サーベイランス現況と課題：多施設共同リアルワールドデータに基づく解析とアンケート調査

*立田 協太[1]、美甘 麻裕[1]、岩泉 守哉[2]、岡本 和哉[3]、吉井 重人[4]、浅羽 雄太郎[5]、原田 岳[6]、杉原 守[1]、岩瀬 友哉[1]、高木 徹[1]、杉山 洸裕[1]、赤井 俊也[1]、倉地 清隆[1,7]、竹内 裕也[1] (1. 浜松医科大学医学部附属病院　外科学第二講座、2. 浜松医科大学　検査部、3. 藤枝市立総合病院　外科、4. 藤枝市立総合病院　消化器内科、5. JA静岡厚生連遠州病院　外科、6. 浜松医療センター　外科、7. 浜松赤十字病院　外科)

【背景】家族性大腸腺腫症（FAP）は消化管を含む多臓器に随伴病変を生じ、生涯にわたるサーベイランスを要する。サーベイランス継続はFAP関連悪性腫瘍の発生率低減および長期予後の改善に寄与する一方、継続には医療体制のみならず患者側要因も関与する。本研究では、FAPサーベイランスの継続状況を検討すると共に、現在進行中のアンケート調査より患者の疾患理解、満足度、健康関連QOLを評価し、サーベイランス継続に影響する要因を検討した。【方法】静岡県内14施設から登録されたFAP患114例（90家系）を対象とした。【結果】患者背景は男性45例、女性69例、FAP診断時の年齢中央値32歳で、91例に予防的切除を含む大腸切除が施行された。サーベイランス期間中央値は14.4年、10年サーベイランス継続率は85.1%であった。3年以上の定期サーベイランスをdropoutし、その後サーベイランスに復帰した症例は7例であり、復帰時の検査で6例にFAP関連悪性腫瘍（異時性大腸癌4例、パウチ癌1例、胃癌1例）を認めた。Dropoutの理由は、“検査の苦痛や悪性化などの異常が数年認められないため、自らの意思でサーベイランス中断を決めた”が最も多かった。サーベイランスdropoutを阻止すべく、現在サーベイランスを継続している症例よりアンケート調査を行った。患者自身の疾患理解は95.7%で十分と回答された一方、治療内容の詳細理解は40%にとどまり、特に結腸全摘後症例では残存大腸の発癌リスクに対する認識が著しく低かった。サーベイランス受診率は約9割と良好であったが、内視鏡検査に対する負担感が強く、特に上部消化管内視鏡の苦痛が挙げられた。39.1%で通院困難が報告され、通院距離、外来及び検査待ち時間、医療費が関与していた。SF-36では身体・精神機能は概ね保たれていたが、全体的健康観および活力は相対的に低値であった。【結論】FAPサーベイランスは高い継続率を示した一方で、dropout症例は高率に悪性腫瘍を伴った。患者調査より、疾患理解と治療内容理解の乖離、検査負担および通院環境が障壁として示唆された。サーベイランス継続には、適切な疾患教育と共に、検査負担軽減及び通院支援を含む患者支援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

パネルディスカッション | 内科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第8会場（1F 会議室108）

**パネルディスカッション８　遺伝性大腸腫瘍の現状と未来**

司会：岡 志郎（広島大学大学院 医系科学研究科消化器内科学）、山口 達郎（がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科）

## [PD8-4] 当院におけるLynch症候群のサーベイランス診療プログラムの検証

*大堂 真一郎[1]、柴田 寛至[1]、千野 晶子[1]、鈴木 桂悟[1]、井出 大資[1]、斎藤 彰一[1]、金子 景香[2]、新川 裕美[2]、幅野 愛理[2]、箕浦 祐子[2]、久我 亜沙美[2]、土橋 映仁[2]、植木 有紗[2] (1. がん研究会有明病院　下部消化管内科、2. がん研究会有明病院　臨床遺伝医療部)

【背景と目的】
Lynch症候群はミスマッチ修復遺伝子の生殖細胞系列病的バリアントを原因とする遺伝性腫瘍症候群であり， 大腸癌や子宮内膜癌をはじめ多臓器における発癌リスクが高い. 近年， 多遺伝子パネル検査の普及により診断例が増加し， サーベイランス対象は多様化しているが， 大腸外腫瘍に対する最適なサーベイランス戦略は確立されていない. 本研究では， 当院におけるサーベイランスプログラムの有用性と限界を早期診断の観点から検証した.
【対象と方法】
2000年から2024年3月までに遺伝学的にLynch症候群と診断され，当院で1年以上サーベイランスを受けた179例を対象とした. 大腸内視鏡は1–2年毎，上部消化管内視鏡は1–3年毎，血液検査（腫瘍マーカー含む），腹部超音波検査，検尿（沈渣・定性）および尿細胞診，女性では婦人科の併診を基本とした. 追跡期間中央値は89ヶ月であり，サーベイランス中に発見された腫瘍とその発見契機について後方視的に検討した.
【結果】
観察期間中に42例，63病変の新規悪性腫瘍を認めた. 内訳は大腸癌23病変，子宮内膜癌8病変，胃癌8病変，小腸癌4病変，泌尿器癌5病変，膵癌4病変， 脳腫瘍3病変，その他8病変であった. 大腸癌および胃癌は主に内視鏡サーベイランスにより発見された早期癌であった. 一方，泌尿器癌は尿潜血や肉眼的血尿を契機とする例が多く，尿細胞診単独での検出は限定的であった. 小腸癌，膵癌および脳腫瘍は，有症状を契機にした精査での診断例であった.
【考察】
消化管内視鏡を中心としたサーベイランスは消化管腫瘍の早期発見に有用であった. また，泌尿器癌や小腸癌等も，定期的な診察を含む血液検査および尿潜血，腹部超音波でのスクリーニングが拾い上げに有用である可能性が考えられた．一方，原因遺伝子や患者背景により発癌リスクや臓器分布は異なることから，一律のサーベイランスではなく，リスク層別化の重要性が示唆された.
【結語】
消化管内視鏡サーベイランスは，早期発見に有用である．関連腫瘍においてはサーベイランスの限界があるが，診察時の問診や検査間隔の遵守といった診療タイミングも発見契機として重要と考えられた.

©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

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第8会場（1F 会議室108）

**パネルディスカッション８　遺伝性大腸腫瘍の現状と未来**

司会：岡 志郎（広島大学大学院 医系科学研究科消化器内科学）、山口 達郎（がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科）

## [PD8-5] Lynch症候群における遺伝子変異別にみた径10mm以下大腸腫瘍の臨床病理学的特徴

*迫 友紀子[1]、卜部 祐司[1]、吉田 航大[1]、宇田 昂弘[1]、操田 智之[1]、初鹿 佳輝[1]、益田 啓志[1]、中村 岳夫[1]、上垣内 由季[1]、高砂 健[1]、壷井 章克[1]、田中 秀典[1]、山下 賢[1]、檜山 雄一[1]、岸田 圭弘[1]、瀧川 英彦[1]、下村 学[2]、檜井 孝夫[3]、桑井 寿雄[4]、岡 志郎[1] (1. 広島大学病院　消化器内科、2. 広島大学大学院医系科学研究科消化器・移植外科学、3. 広島大学病院遺伝子診療科、4. 広島大学病院内視鏡医学講座)

【目的】Lynch症候群における径10 mm以下の大腸腫瘍の臨床病理学的特徴について遺伝子変異別に明らかにする。
【対象と方法】当院でLynch症候群と診断された症例のうち、2009年1月から2024年12月に内視鏡切除を施行した径10 mm以下の大腸腫瘍15例52病変を対象とした。年齢、性別、腫瘍径、局在、肉眼型、JNET分類、病理学的悪性度を検討し、生殖細胞系列の病的バリアント別に比較した。
【結果】初回内視鏡時の平均年齢は49±13歳、男性8例であった。平均腫瘍径は6.7±2.6 mmで、局在は近位結腸24病変、遠位結腸28病変であった。肉眼型は隆起型24病変、平坦型28病変であった。Advanced neoplasms（高異型度腺腫 17病変，Tis癌 9病変，T1　癌 4病変）は30病変、低異型度腺腫は22病変に認めた。2017年以降に評価された46病変におけるJNET分類はType 2A 34病変、Type 2B 12病変であった。生殖細胞系列変異は、MLH1変異7例21病変、MSH2変異7例30病変、PMS2変異1例1病変であった。PMS2例を除き、MLH1群とMSH2群を比較したところ、両群間で年齢、腫瘍径、肉眼型には有意差を認めなかったが、近位結腸病変の割合がMLH1群で有意に低かった（5/21 vs 18/30、p=0.021）。Advanced neoplasmsの割合はMLH1群81%（17/21）、MSH2群43%（13/30）と、MLH1群で有意に高かった（p<0.01）。JNET Type 2Bの割合はMLH1群56%（9/16）がMSH2群10%（3/29）に比べて有意に高かった（p<0.01）。
【結論】Lynch症候群における径10 mm以下の大腸腫瘍では、MLH1またはMSH2変異が大部分を占めていた。特にMLH1変異を有する病変では、腫瘍径が小さいにもかかわらず病理学的悪性度が高く、JNET分類もこれを反映していた。これらの結果は、原因遺伝子に応じたサーベイランスおよび治療戦略の最適化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

パネルディスカッション | 内科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第8会場（1F 会議室108）

**パネルディスカッション８　遺伝性大腸腫瘍の現状と未来**

司会：岡 志郎（広島大学大学院 医系科学研究科消化器内科学）、山口 達郎（がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科）

## [PD8-6] 機械学習を用いたLynch症候群予測モデルの構築

*高雄 美里[1,2]、山口 達郎[2]、武井 信嗣[1]、出嶋 皓[1]、坂元 慧[1]、中守 咲子[1]、加藤 博樹[1]、中野 大輔[1]、川合 一茂[1] (1. 都立駒込病院大腸外科、2. 都立駒込病院遺伝子診療科)

【はじめに】Lynch症候群（LS）は日本人大腸癌患者のおよそ1%を占め，若年発症や重複癌の原因となる代表的な遺伝性腫瘍症候群である．近年，大腸癌に対するuniversal tumor screeningが推奨されているが，実臨床ではLS未診断例も依然存在する．
【目的】LS未拾い上げ症例の減少を目的として，機械学習を用いたLS予測モデルを構築する．
【方法】2008年から2026年までに当院で大腸癌に対して手術を施行し，病理組織学的評価が可能であった4386例を対象とした．年齢，性別，腫瘍局在，TNM分類，組織型，脈管侵襲，MSI，*KRAS*，*BRAF*V600E，CIMPを説明変数とし，LS確定例を陽性群としてRandom Forestモデルを構築した．データを8:2に分割しtrain cohort/test cohortを作成した．まず臨床病理学的因子を用いてMSI予測モデルを構築した後，分子学的因子を加えてLS予測モデルを作成した．ROC解析を行い，感度を優先したthreshold設定により評価した．さらにSHAP解析を用いて各予測因子の寄与を可視化した．
【結果】男性2558例（58.3%），年齢中央値は68歳であった．MSI解析施行例は3957例（90.2%），MSI陽性例は241例（5.5%）であった．LS確定例は35例（0.8%），Lynch-like症例は17例（0.4%）であった．MSI予測モデルではAUC 0.90，感度0.84，特異度0.88を示した．LS予測モデルではAUC 0.92，感度0.86，特異度0.98を示し，test cohortにおいてLS症例7例中6例を正しく予測した．従来基準で拾い上げ困難であった症例には，高齢発症例や家族歴不明例が含まれていた．SHAP解析ではCIMP，年齢，腫瘍局在などがモデル予測に大きく寄与していた．
【結語】本モデルは家族歴情報に依存せずLS高リスク症例を抽出可能であり，従来基準では拾い上げ困難であった高齢発症例や家族歴不明例の検出にも有用である可能性が示唆された．universal tumor screening未施行例に対する補完的スクリーニング法として期待される．

©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21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第8会場（1F 会議室108）

**パネルディスカッション８　遺伝性大腸腫瘍の現状と未来**

司会：岡 志郎（広島大学大学院 医系科学研究科消化器内科学）、山口 達郎（がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科）

## [PD8-7] 家族性大腸腺腫症の診断・治療における現状と未来

*田近 正洋[1]、田中 努[1]、伊藤 信仁[1]、高木 暁広[1]、堀 諒[1]、小森 康司[2]、木下 敬史[2]、大内 晶[2]、岸田 貴喜[2]、高磯 伸枝[3]、井本 逸勢[3] (1. 愛知県がんセンター内視鏡部、2. 愛知県がんセンター消化器外科部、3. 愛知県がんセンターゲノム医療センター)

【背景】
家族性大腸腺腫症（familial adenomatous polyposis：FAP）は、予防的大腸切除術の普及により予後は改善しているが、依然として進行癌の状態で発見される症例も少なくない。近年、外科手術に加えて内視鏡的治療（Intensive Downstaging Polypectomy：IDP）が新たな治療選択肢として登場している。
【目的】
当院におけるFAPの診断および治療の時代的変遷を明らかにし、現状および今後の課題を検証すること。
【方法】
対象は1965年から2025年までに当院で外科手術、内視鏡治療、または化学療法を受け、治療後の経過観察が可能であった臨床的FAP患者78例。初診年に基づき、2005年以前（A群：31例）、2006～2015年（B群：21例）、2016～2025年（C群：26例）の3群に分類し、初診契機、初診年齢、担癌の有無、治療内容、予後、遺伝学的検査実施率、等について比較検討した。
【結果】
初診契機（親族FAP／有症状［血便など］／検診／不明）は、A群20/5/3/3例、B群5/11/5/0例、C群11/8/6/1例であり、B群およびC群では、親族がFAPと判明していたにもかかわらず、有症状や検診を契機とした受診が多かった。治療開始年齢中央値（範囲）はA群34歳（17～49）、B群37歳（12～57）、C群31歳（12～78）で、3群間に差は認めなかった。初診時の担癌者数（進行癌）はA群32%（23%）、B群62%（43%）、C群31%（19%）であり、B群で高い傾向を認めた。治療内容（外科手術／内視鏡治療／化学療法）は、A群31/0/0例、B群15/6/0例、C群11/14/1例で、A群と比較してC群では内視鏡治療が増加していた（$p<0.01$）。原病死はA群1例、B群1例、C群2例で、予後に関して3群間で差は認めなかった。遺伝学的検査の実施率はA群6%、B群29%、C群38%であり、B群およびC群で増加を認めた。
【結論】
FAPが遺伝性疾患であることの認識は浸透しているはずであるが、依然として有症状や検診を契機とした受診例が多く、さらに担癌率の低下も認められなかった。一方で、治療戦略は外科手術中心から内視鏡治療を含む多様な選択肢へと移行しており、早期診断の重要性が再認識された。今後は、遺伝学的検査を含めた家族スクリーニング体制のさらなる強化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

パネルディスカッション | 内科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第8会場（1F 会議室108）

**パネルディスカッション８　遺伝性大腸腫瘍の現状と未来**

司会：岡 志郎（広島大学大学院 医系科学研究科消化器内科学）、山口 達郎（がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科）

## [PD8-8] 家族性大腸腺腫症における結腸全摘・回腸直腸吻合術後の大腸腫瘍発生の検討

*吉田 直久[1]、石川 秀樹[2]、山田 真義[3]、佐藤 康史[4]、田中 信治[5]、千野 晶子[6]、田近 正洋[7]、土山 寿志[8]、高山 哲治[9]、應田 義雄[10]、堀松 高博[11]、佐野 寧[12]、田中屋 宏爾[13]、石田 秀行[14]、武藤 倫弘[2] (1. 京都府立医科大学大学院　消化器内科学、2. 京都府立医科大学大学院　分子標的予防医学、3. 国立がん研究センター中央病院 内視鏡部、4. 札幌医科大学 腫瘍・血液内科、5. 広島大学 内視鏡診療科、6. がん研有明病院 下部消化管内科、7. 愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部、8. 石川県立中央病院 消化器内科、9. 徳島大学 消化器内科、10. 兵庫医科大学 消化器内科、11. 京都大学大学院　腫瘍内科学講座、12. 佐野病院　消化器内科、13. 岩国医療センター 外科、14. 埼玉医科大学総合医療センター)

---

背景: 大腸全摘回腸嚢肛門吻合術 (IPAA)や結腸全摘回腸直腸吻合 (IRA)などの外科手術が家族性大腸腺腫症 （FAP）の大腸癌予防の標準的治療として行われている．我々はFAP患者に対し内視鏡的大腸ポリープ積極的摘除 (IDP)を行い，その安全性および手術回避の有効性を報告した(J-FAPP study III)．本研究ではJ-FAPP Study IIIの副次研究として大腸未切除とIRA術後例の大腸腫瘍の発生の検討を行った．
方法: 対象は，J-FAPP study IIIに登録された2012～2014年に国内22施設で16歳以上のFAP患者で，大腸切除未施行例および大腸切除例で残存大腸が10cm以上の例の222例とした．全例で定期的なIDPによる内視鏡サーベイランスを5年間実施した．IDPは，まず10mm以上の大腸ポリープを摘除，次いで5mm以上のポリープを摘除し，その後はできるだけ多数の小ポリープを摘除した．本検討ではIRA手術例 (IRA群)と大腸非切除群 (NC群)の5年間での腫瘍性ポリープ発生を比較検討した．
結果: IRA45例およびNC群165例において平均年齢: 42.4±9.7　vs. 35.2±12.3 (p＜0.001)，男性: 55.5% (25/45) vs. 52.7% (87/165) (p=0.736), 登録前の大腸癌既往: 46.7% (21/45) vs. 12.7% (21/165) (p＜0.001)であった．経過中の癌の発生頻度は 8.9% (4/45) vs. 9.7% (16/165) (p=0.869)であった．IDPによる患者1名あたりの腫瘍性ポリープ切除数は91.9 (4136/45) vs. 526.0 (86803/165) (p＜0.001)．総切除ポリープあたりの癌の頻度は0.09% (4/4136) vs. 0.02% (16/86803) (p=0.005)であった．直腸に限定した際の癌の発生頻度は 8.9% (4/45) vs. 2.4% (4/165) (p=0.112)，直腸の患者1名あたりの腫瘍性ポリープ摘除数は91.1 (4136/45) vs. 41.6 (6877/165) (p＜0.001)であった．また，両群で年齢・性別・大腸癌既往のマッチングを行った34例で直腸の患者1名あたりの腫瘍性ポリープ摘除数は111.9 (3805/34) vs. 23.7 (807/34) (p＜0.001)であった．
結語: IRA群とNC群で直腸ポリープの発生状況に差異がみられた．IRA群ではIRAの実施理由やIDP開始年齢の点で，NC群より発がんリスクが高い段階でIDPが開始されている可能性が考えられた．またIRA群で直腸腫瘍発生が促進されている可能性も示唆され，現在メカニズムの解析を行っている．

©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 | 内科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第8会場（1F 会議室108）

**パネルディスカッション８　遺伝性大腸腫瘍の現状と未来**

司会：岡 志郎（広島大学大学院 医系科学研究科消化器内科学）、山口 達郎（がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科）

## [PD8-9] 70歳以下の大腸癌患者における遺伝カウンセリング受診の現況

*佐々木 和人[1,2]、横山 雄一郎[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、江本 成伸[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、品川 貴秀[1]、荒川 敬一[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、2. がん・感染症センター都立駒込病院大腸外科)

【背景】がん患者における遺伝カウンセリングの実施は、患者・血縁者が自身の今後を考える情報提供の場として重要である。また、リンチ症候群のスクリーニングでは、その費用対効果から70歳などの一定年齢下を対象とすることも提唱されている。本検討では、70歳以下の大腸癌患者における遺伝カウンセリング受診に影響する因子を明らかにすることを目的とした。
【方法】2017年～2024年に当科で外科的治療を行った843例を対象とし、LSが疑われた症例における遺伝カウンセリングの受診に関連する因子を後方視的に検討した。
【結果】平均年齢 58歳、男性464例 (55%)、腫瘍部位は結腸 449例 (%)、直腸 394例(53.2%)であった。改訂Bethesdaガイドラインを満たす症例、Stage II以上の進行癌症例を中心として、MSI検査 356例（42%）、MMR-IHC検査 122例（14%）が選択的に施行された。MSI-Highは27例、ミスマッチ修復機能欠損 6例（MLH1 3例, MSH2 2例, PMS2 1例）であった。BRAFV600E変異4例を除く29例に加え、アムステルダム基準II該当1例を対象とすると、遺伝カウンセリングは10例（33%）で実施され、遺伝学的検査は5例（うちMSH2遺伝子の病的バリアント 2例）に行われていた。遺伝カウンセリング受診 (有vs. 無)においては、年齢 (平均値 45歳 vs. 57歳、p=0.022)、男性 (70% vs. 35%, p=0.121)、Stage （I/ II/ III/ IV: 8/ 1/ 1/ 0 vs. 9/ 2/ 5/ 4、 p=0.246)と、年齢が若く男性でStage Iの症例にカウンセリング受診が多かった。
【結語】年齢が若い男性、病期の早い症例で遺伝カウンセリング受診が多いことが示された。受診保留後も術後補助療法終了時やサーベイランスの各時点で継続的な情報提供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

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第8会場（1F 会議室108）

**パネルディスカッション８　遺伝性大腸腫瘍の現状と未来**

司会：岡 志郎（広島大学大学院 医系科学研究科消化器内科学）、山口 達郎（がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科）

## [PD8-10] 遺伝性消化器腫瘍に対する多施設・多職種診療ネットワークの構築とその臨床的意義

*山田 敦[1]、春山 瑳依子[2]、鳥嶋 雅子[3]、近藤 知大[1]、杉下 博基[4]、島田 咲[5]、佐藤 智佳[5]、塚口 裕康[5]、勝元 さえこ[6]、寺本 晃治[7]、福田 令[8]、安藤 孝将[9]、北嶋 貴仁[10]、奥川 喜永[10]、中島 健[11] (1. 京都大学医学部附属病院腫瘍内科、2. 京都大学医学部附属病院遺伝子診療部 、3. 京都大学大学院医学研究科ゲノム医療学講座、4. 愛媛大学医学部附属病院消化管腫瘍外科、5. 関西医科大学附属病院臨床遺伝センター、6. 滋賀医科大学医学部附属病院臨床遺伝相談科、7. 滋賀医科大学医学部附属病院腫瘍内科、8. 富山大学附属病院遺伝子診療部、9. 富山大学附属病院第三内科、10. 三重大学医学部附属病院ゲノム医療部、11. 大阪国際がんセンター遺伝子診療部遺伝性腫瘍診療科)

【背景】最近の研究により、大腸癌の約10%ががん関連遺伝子の生殖細胞系列病的バリアントを有する遺伝性腫瘍であることが明らかになった。家系内集積や若年発症、ポリポーシスなどの特徴的な臨床像は遺伝性大腸癌診断の端緒として重要である。一方で、近年では包括的がんゲノムプロファイリング検査やマイクロサテライト不安定性検査・ミスマッチ修復蛋白免疫染色などの結果から遺伝性腫瘍が発見される機会が増加しており、非典型的な臨床像を示す症例やLynch症候群や家族性大腸ポリポーシス以外の稀な遺伝性大腸癌を経験することも増えている。遺伝性腫瘍の診療には、遺伝カウンセリング、遺伝学的検査、サーベイランス、予防的治療、血縁者対応など、多角的な専門性が必要とされるが、大腸を含む消化器領域における診療体制の整備は未だ不十分である。
【目的】遺伝性消化器腫瘍に対する多施設診療ネットワークを構築し、その臨床的有用性と課題を明らかにする。
【方法】多施設・多職種による遺伝性消化器腫瘍診療ネットワークである「Hereditary Gastrointestinal Tumor Network（HGiT-N）」を構築した。主な活動として、Web会議システムを用いた定期的な症例検討会の開催、および患者啓発用資材（ポスター・パンフレット）の作成・共有を行った。
【結果】2026年4月現在、37施設から臨床医や遺伝医療専門職（臨床遺伝専門医、認定遺伝カウンセラー）など計225名が参加している。2023年10月から2026年4月までに計16回の症例検討会を開催し、遺伝性大腸癌を含む33症例を検討した。検討内容は、バリアント解釈、治療・サーベイランス方針、血縁者対応など多岐にわたった。また、患者啓発用資材は参加施設間で共有・活用された。これらの活動は、個々の症例に対する適切な医療の提供に寄与するとともに、施設間における診療の均てん化を促進した。
【結語】本ネットワークは、参加施設における遺伝性大腸癌診療の質向上に有用であった。全国的な遺伝性大腸癌診療の均てん化の推進に向けて、多施設・多職種によるネットワーク構築は極めて有用なモデルになり得ると考えられる。

©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 | 外科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

## パネルディスカッション９　術後合併症の減少を目指した潰瘍性大腸炎治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）

司会：石原 聡一郎（東京大学医学部　腫瘍外科・血管外科）、内野 基（兵庫医科大学 消化器外科学講座 炎症性腸疾患外科）

### [PD9-1] 重症潰瘍性大腸炎に対するIACAにおける分割手術選択戦略

*後藤 晃紀[1]、辰巳 健志[1]、黒木 博介[1]、中尾 詠一[1]、小原 尚[1]、木村 英明[2]、齋藤 紗由美[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、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センターIBDセンター外科)

### [PD9-2] 潰瘍性大腸炎初回手術におけるハルトマン手術と粘液瘻作成の短期成績の比較

*磯部 聡史[1]、吉敷 智和[1]、小嶋 幸一郎[1]、麻生 喜祥[1]、飯岡 愛子[1]、若松 喬[1]、本多 五奉[1]、石井 俊[1]、代田 利弥[1]、中山 快貴[1]、後藤 充希[1]、須並 英二[1] (1. 杏林大学医学部付属病院下部消化管外科)

### [PD9-3] 潰瘍性大腸炎に対する回腸嚢肛門吻合術におけるストーマ出口閉塞予防のための左側ストーマ造設の有用性：単施設無作為化比較試験

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

### [PD9-4] 潰瘍性大腸炎術後の感染性合併症に対するC-reactive proteinの有用性の検討

*久原 佑太[1,2]、上神 慎之介[1]、大迫 えれな[1]、土井 寛文[1]、新原 健介[1]、大毛 宏喜[1,2]、高橋 信也[1] (1. 広島大学大学院医系科学研究科外科学、2. 広島大学病院感染症科)

### [PD9-5] 潰瘍性大腸炎手術の周術期リスクをどう管理するか―合併症低減に向けた実践的ストラテジー―

*水内 祐介[1,2]、永吉 絹子[1,2]、藤本 崇聡[1,2]、安藤 陽平[1,2]、吉村 晴香[2]、小佐井 孝彰[2]、松本 奏吉[1,2]、堀岡 宏平[1,2]、安藤 幸滋[1]、池永 直樹[2]、仲田 興平[2]、沖 英次[1]、大内田 研宙[1,2] (1. 九州大学病院消化管外科、2. 九州大学臨床・腫瘍外科)

### [PD9-6] 潰瘍性大腸炎に対する経肛門的アプローチを併用した大腸全摘術後の肛門機能についての検討

*関戸 悠紀[1]、荻野 崇之[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))

### [PD9-7] 潰瘍性大腸炎術後の回腸嚢炎, 瘻孔のリスク因子の検討

*岡田 聡[1]、品川 貴秀[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、江本 成伸[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[1]、舘川 裕一[1]、白鳥 広志[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

パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

**パネルディスカッション９　術後合併症の減少を目指した潰瘍性大腸炎治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）**

司会：石原 聡一郎（東京大学医学部　腫瘍外科・血管外科）、内野 基（兵庫医科大学 消化器外科学講座 炎症性腸疾患外科）

## [PD9-1] 重症潰瘍性大腸炎に対するIACAにおける分割手術選択戦略

*後藤 晃紀[1]、辰巳 健志[1]、黒木 博介[1]、中尾 詠一[1]、小原 尚[1]、木村 英明[2]、齋藤 紗由美[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、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センターIBDセンター外科)

【背景】重症潰瘍性大腸炎(UC)では，低栄養や免疫抑制状態を背景に術後合併症リスクが高く，術式選択や分割手術戦略の最適化が重要な課題である．当科では重症UCの外科治療として，大腸全摘・回腸嚢肛門管吻合術(IACA)を症例に応じて一期的または二期的に施行してきた．
【目的】重症UCに対し当科で施行したIACAの術式選択の妥当性を，術後短期・長期成績から後方視的に検討した．
【方法】1993年4月から2025年12月までに，当科で手術を施行した重症UC 485例のうち，IACA吻合時にdiverting stomaを造設しなかった380例を対象とした．全身状態不良例や肛門管深掘れ潰瘍症例，複雑痔瘻合併例，術前Crohn病が否定できない症例では, まず結腸亜全摘を行い，その約3-6か月後にdiverting stomaを造設しないでIACAを施行するModified two stage IACA (MTS)を選択し，それ以外の症例では一期的に吻合を行うOne stage IACA (OS)を選択した．短期成績として術後縫合不全(吻合部造影による造影剤の腸管外漏出)発生率や縫合不全による再手術率を，また長期成績として回腸嚢機能率を検討した．
【結果】OS群 153例，MTS群 227例で，性別，発症年齢，手術時年齢，病変範囲に両群間で差はなかった．MTS群では初回手術の適応が大量出血，穿孔，中毒性巨大結腸症であった症例が多く (p<0.001)，術前のPNIは26.4 (21.1-32.3)とOS群の 30.0(25.6-34.2)に比べて有意に低かった(p<0.001)．OS群とMTS群の術後縫合不全発生率は13.7%，4.4%とMTS群で低く(p=0.001)，縫合不全による再手術率も7.2%，1.3%とMTS群で低かった(p=0.004)．長期的には，観察期間10.4 (5.3-15.5)年でのpouch生存率は，OS群で10年98.3%，15年 95.9%，MTS群で10年98.2%，15年96.4%と両群とも良好で，差はなかった(p=0.334)．
【結語】重症UCに対するIACAでは，全身状態や肛門管の病態を踏まえた術式選択が重要である．高リスク症例に対する分割手術戦略は縫合不全を低減しうる一方，適切に選択された症例に対する一期吻合でも良好な長期成績が得られており，患者背景に応じた個別化手術戦略の妥当性が示唆された．

©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21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

**パネルディスカッション９　術後合併症の減少を目指した潰瘍性大腸炎治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）**

司会：石原 聡一郎（東京大学医学部　腫瘍外科・血管外科）、内野 基（兵庫医科大学 消化器外科学講座 炎症性腸疾患外科）

## [PD9-2] 潰瘍性大腸炎初回手術におけるハルトマン手術と粘液瘻作成の短期成績の比較

*磯部 聡史[1]、吉敷 智和[1]、小嶋 幸一郎[1]、麻生 喜祥[1]、飯岡 愛子[1]、若松 喬[1]、本多 五奉[1]、石井 俊[1]、代田 利弥[1]、中山 快貴[1]、後藤 充希[1]、須並 英二[1] (1. 杏林大学医学部付属病院下部消化管外科)

・はじめに
潰瘍性大腸炎(UC)に対する三期分割手術において、初回手術としてS状結腸粘液瘻（SM）造設またはハルトマン手術（HS）が選択されるがあるが、両術式の短期手術成績を比較した報告は少ない。
・目的
三期分割手術を前提としたUC初回手術におけるHSの妥当性を、SM作成と比較検討する。
・対象、方法
2018年～2025年に当院で施行した難治・重症UC初回手術33例（穿孔例除外）を対象とし、HS群12例、SM群21例に分類し、短期成績および残存直腸関連因子を後方視的に比較した。
・結果
初回手術での手術時間、出血量はいずれも有意差を認めず、腹腔鏡・開腹別の層別解析でも両群間に有意差は認めなかった。残存直腸長はHS群で有意に短かった（7.5cm vs 23.0cm, p=0.00088）。術後合併症（Clavien-Dindo分類Grade II以上、25.0% vs 28.6%）、再手術率（8.3% vs 4.8%）、術後在院日数（30日 vs 24日）には差を認めなかった。SM群で粘液瘻脱落による再手術を1例認め、術後腸閉塞はSM群で多い傾向であった（0% vs 14.3%）。一方、評価可能例における2期目術前の残存直腸炎はSM群で多い傾向を認めた（0% vs 38.9%, p=0.062）。1期目から2期目までの期間（8か月 vs 8か月）や2期目手術での手術時間、出血量に差は認めなかった。
・結語
HSはSM作成と比較して短期成績に差を認めず、残存直腸長の短縮により残存直腸炎を減少させる可能性や粘液瘻関連合併症の回避に寄与する可能性があり、症例に応じた有用な選択肢と考えられた。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

**パネルディスカッション９　術後合併症の減少を目指した潰瘍性大腸炎治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）**

司会：石原 聡一郎（東京大学医学部　腫瘍外科・血管外科）、内野 基（兵庫医科大学 消化器外科学講座 炎症性腸疾患外科）

## [PD9-3] 潰瘍性大腸炎に対する回腸嚢肛門吻合術におけるストーマ出口閉塞予防のための左側ストーマ造設の有用性：単施設無作為化比較試験

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

【背景】
潰瘍性大腸炎に対する回腸嚢肛門吻合術（ileal pouch–anal anastomosis：IPAA）では縫合不全予防目的で回腸人工肛門が造設されることが多い。一方でストーマ出口閉塞（stoma outlet obstruction：SOO）は20〜40%に発生する比較的頻度の高い術後合併症である。す通常ストーマは右下腹部に造設されるが，IPAAでは回腸嚢が骨盤内に再建されるため小腸間膜の緊張や捻転が生じやく，ストーマ造設部位がSOO発生に影響する可能性がある。本研究ではストーマ造設部位の違いがSOO発生率に及ぼす影響を検討した。
【方法】
2018年1月から2024年6月までに当院でUCに対して392例の手術を行った。このうちIPAA（handsewn or stapled）および回腸人工肛門造設予定であった212例から同意の取得が得られなかった31例を除外した181例を対象とし単施設前向き無作為化比較試験を行った。患者を右下腹部にストーマを造設する群（R群）と左下腹部に造設する群（L群）に無作為に割り付けた。主要評価項目はSOOの発生率とした。
【結果】
181例（R群90例，L群91例）をintention-to-treat解析の対象とした。患者背景および術前の内科治療、手術関連因子に両群間で有意差は認めなかった。腹腔鏡手術は全体の90.6%に施行されていた。SOO発生率はR群31.1%に対しL群9.8%とL群で有意に低かった（p＝0.0004）。absolute risk reductionは21.3%であり，number needed to treatは4.7であった。多変量解析では左側ストーマ造設がSOO発生を抑制する独立因子であった（odds ratio 0.26，95%CI 0.11–0.61，p＝0.001）。SOO発症症例では術後在院日数が有意に延長していた（中央値33日 vs 22日，p＜0.001）。一方，術後重篤合併症（Clavien–Dindo≧Ⅲ）はR群14.4%，L群11.0%（p＝0.511），再手術率はR群2.2%，L群4.4%（p＝0.682）であり有意差は認めなかった。

【結論】
潰瘍性大腸炎に対するIPAAにおいて左側ストーマ造設はSOO発生率を有意に低下させた。ストーマ造設部位は外科的に修正可能な因子であり，SOO予防のための有用な手技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 | 外科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

**パネルディスカッション９　術後合併症の減少を目指した潰瘍性大腸炎治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）**

司会：石原 聡一郎（東京大学医学部　腫瘍外科・血管外科）、内野 基（兵庫医科大学 消化器外科学講座 炎症性腸疾患外科）

## [PD9-4] 潰瘍性大腸炎術後の感染性合併症に対するC-reactive proteinの有用性の検討

*久原 佑太[1,2]、上神 慎之介[1]、大迫 えれな[1]、土井 寛文[1]、新原 健介[1]、大毛 宏喜[1,2]、高橋 信也[1] (1. 広島大学大学院医系科学研究科外科学、2. 広島大学病院感染症科)

【目的】潰瘍性大腸炎術後の感染性合併症に対するC-reactive protein (CRP) の有用性を検討する．
【方法】2015年から2025年に手縫い回腸嚢肛門吻合術を施行した潰瘍性大腸炎手術症例132例を対象に後方視的に検討を行った．術後合併症はClavien-Dindo (CD) 分類で評価した．術後（POD）1,3,5日目のCRP値とCD分類Grade III以上の感染性合併症の関連を評価した．副評価項目は感染性合併症の予測因子を評価した．POD1,3,5日目のCRP値が欠測している症例は対象から除外した．一般的な術後感染リスクであるPrognostic Nutritional Index (PNI) <40，術中輸血の有無，ステロイド投与は多変量解析に含めた．
【結果】132例中17症例でCRP値の欠測値があり除外した．年齢は53歳(中央値)，男性74例，BMI:21.5 kg/m2(中央値)，術前PNI：48.4(中央値)，全大腸炎型が93例(81%)で，薬剤使用はステロイド42例(37%)、免疫調整剤26例(23%)，生物的製剤12例(10%)だった．回腸嚢肛門吻合術の術式は大腸全摘（2期分割手術）が75例(65%)，残直腸全摘（３期分割手術）が40例(35%)で，手術方法は開腹47例，HALS併用14例，腹腔鏡下54例だった．手術時間は381分(中央値)，出血量は240 mL（中央値）で術中輸血は5例に認めた．CD分類Grade III以上は29例(25%)に認め，16例(縫合不全：6例，骨盤内膿瘍：6例，創部離開：２例，その他：2例)が感染性合併症だった．CRPは中央値でそれぞれPOD１: 6.9 mg/dL (IQR: 5.6-9.7)，POD3: 5.8 mg/dL (IQR: 3.2-10.7), POD5: 1.9 mg/dL (IQR: 0.9-3.6)で，CD分類Grade III以上の感染合併例に限るとPOD1: 6.8 mg/dL(IQR: 5.7-9.5)，POD3: 7.8 mg/dL(IQR: 4.4-19.7)，POD5: 4.7 mg/dL (IQR: 2.0-8.5) であった．ROC曲線にてCRP値と感染性合併症はPOD 5でAUC: 0.71と最も高値であった．この時のYouden indexにおけるCRP至適cut off値は4.4 mg/dLだった．感染性合併症のリスクに関して多変量解析を行うと，POD5 CRP > 4.4 mg/dL (p<0.01)にのみ有意差を認めた．
【結論】潰瘍性大腸炎に対する回腸嚢肛門吻合術後のCD分類Grade III以上の感染性合併症のリスクは，POD5 CRP > 4.4mg/dLである．POD 5にCRP値が4.4mg/dL以上の場合は、画像検査などの精査を積極的に考慮すべきである．

©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21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

**パネルディスカッション９　術後合併症の減少を目指した潰瘍性大腸炎治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）**

司会：石原 聡一郎（東京大学医学部　腫瘍外科・血管外科）、内野 基（兵庫医科大学 消化器外科学講座 炎症性腸疾患外科）

## [PD9-5] 潰瘍性大腸炎手術の周術期リスクをどう管理するか―合併症低減に向けた実践的ストラテジー―

*水内 祐介[1,2]、永吉 絹子[1,2]、藤本 崇聡[1,2]、安藤 陽平[1,2]、吉村 晴香[2]、小佐井 孝彰[2]、松本 奏吉[1,2]、堀岡 宏平[1,2]、安藤 幸滋[1]、池永 直樹[2]、仲田 興平[2]、沖 英次[1]、大内田 研宙[1,2] (1. 九州大学病院消化管外科、2. 九州大学臨床・腫瘍外科)

【背景】潰瘍性大腸炎(UC)に対する外科治療は大腸全摘術を基本とするが，近年は高齢化，癌/dysplasia合併例の増加，さらには生物学的製剤や免疫抑制薬の普及により，患者背景および周術期管理は大きく変化している。これに伴い術後合併症のリスク構造も変化しており，介入可能な因子の同定が重要な課題である。
【目的】UC手術における術後合併症の規定因子を明らかにし，特に介入可能因子に着目した周術期最適化戦略を提示すること。
【方法】2002年から2025年までに当科で施行したUC手術144例を対象に後方視的検討を行った。患者背景，疾患因子，栄養指標（PNI，GLRI），炎症指標（NLR，LMR），術前治療，手術タイミング，術前経口抗菌薬投与の有無，手術因子（術式，アプローチ，TaTME併用等）を収集し，Clavien-Dindo分類Grade II以上の術後合併症との関連を解析した。
【結果】栄養の指標である低PNIおよび低GLRIは強力な独立リスク因子であり(いずれもP＜0.01)，さらに活動性炎症期手術，緊急手術，開腹手術も有意に関連した。一方，術前経口抗菌薬投与は術後合併症を有意に低減し(P＜0.01)，TaTME併用も同様に有効であった(P＝0.03)。特に経口抗菌薬は栄養不良・高炎症群においてもリスク低減効果を示し，修飾可能な因子として重要であった。術後合併症発生例では在院日数は有意に延長した(18.4日対35.9日，P＜0.01)。
【結論】UC手術の術後合併症は栄養状態と炎症活動性に規定される一方，経口抗菌薬投与およびTaTME併用はこれら高リスク症例においても合併症低減に寄与する可能性が示された。すなわち，UC外科治療においてはリスク層別化に基づく術前介入と低侵襲手技の組み合わせが鍵となる。本研究は，実臨床に即した“介入可能因子中心”の個別化周術期管理戦略を提案するものである。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

**パネルディスカッション９　術後合併症の減少を目指した潰瘍性大腸炎治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）**

司会：石原 聡一郎（東京大学医学部　腫瘍外科・血管外科）、内野 基（兵庫医科大学 消化器外科学講座 炎症性腸疾患外科）

## [PD9-6] 潰瘍性大腸炎に対する経肛門的アプローチを併用した大腸全摘術後の肛門機能についての検討

*関戸 悠紀[1]、荻野 崇之[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))

【背景】潰瘍性大腸炎（UC）に対する大腸全摘について当施設では難治症例であっても原則として腹腔鏡下に手術を実施している。またUCに合併した炎症性発癌例では残存粘膜の発癌リスクを考慮して大腸全摘+回腸嚢肛門吻合（IAA）を選択している。肛門粘膜の切除では括約筋の機能温存に勤め適切な剥離層を保つべく、症例に応じて経肛門的アプローチ（Ta）を実施しているが肛門括約筋機能保持における意義は明らかでない。本研究ではUC大腸全摘後の肛門機能的予後について検討した。

【対象と方法】2015年7月から2025年10月に当科でUCに対して吻合を伴う大腸全摘術を実施した症例を対象とし臨床病理学的情報及び術前後肛門機能を収集し、Ta併用IAA群（Ta群）と非併用IAA群（non-Ta群）について比較した。

【結果】該当は91（男性64/女性27）例、手術時年齢はmedian 51（12-89）歳。手術までの罹病期間はmedian 10（0-62）年。病型は全大腸炎型が75例。適応は癌/high grade dysplasia 37/難治30例/重症7例/3期分割手術の2期目17例。待機手術72例/緊急手術19例。術式はHALS5例/腹腔鏡77例/ロボット支援7例で、内25例でTa併用手術を行なった。開腹移行は2例であった。吻合はIAA44例/IACA47例で1期手術7例を除き回腸瘻を造設した。IAA例での手術時間中央値はTa群503/non-Ta 512.5分、出血量中央値はTa群180/non-Ta群180mlであった。stoma閉鎖後初回の肛門機能検査結果は機能的肛門管長中央値が Ta群37.5/non-Ta群32.5 mm、最大静止圧中央値がTa群53.3/non-Ta群25.4 mmHg、最大随意収縮圧中央値がTa群 275.8 /non-Ta群173.3 mmHgであった。

【結語】潰瘍性大腸炎に対する低侵襲手術において、適切な症例選択の下に実施されるTa手技は肛門括約筋機能を温存するのに有用な可能性がある

©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 | 外科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

**パネルディスカッション９　術後合併症の減少を目指した潰瘍性大腸炎治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）**

司会：石原 聡一郎（東京大学医学部　腫瘍外科・血管外科）、内野 基（兵庫医科大学 消化器外科学講座 炎症性腸疾患外科）

## [PD9-7] 潰瘍性大腸炎術後の回腸嚢炎, 瘻孔のリスク因子の検討

*岡田 聡[1]、品川 貴秀[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、江本 成伸[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[1]、舘川 裕一[1]、白鳥 広志[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（UC）に対する大腸全摘・回腸嚢肛門（管）吻合術（IPAA）後の回腸嚢炎や瘻孔などの術後合併症は患者のQOLを著しく下げ,その一部は回腸嚢不全に至る.今回当科で施行したIPAA後の回腸嚢炎や瘻孔のリスク因子を明らかにし,術後合併症の低減のための治療戦略を検討することを目的とした.

【対象・方法】当科で2010年から2025年5月に手術を行ったUC症例のうち,初回IPAAまたは結腸亜全摘術後2期目にIPAAを行った症例を対象とした。術後長期成績として回腸嚢炎と瘻孔の発生率とそのリスクとなる臨床病理学的因子（年齢,性別,罹病期間,病型,手術適応（炎症/癌）,BMI, Alb, CRP, 術前治療（BIO製剤/免疫調節薬/ステロイド）,腸管外合併症（EIM）,術式（IAA/IACA））を検討した.

【結果】IPAAは全89例に施行され、そのうち全回腸嚢炎は26例（29.2%）に認めた.5年累積回腸嚢炎発生率は27.2%で,観察期間の中央値は5.1年だった.単変量解析では術前のステロイド投与(26例（100%）対56例（84.１%）：p=0.031)が回腸嚢炎発症の有意なリスク因子であった. EIMは回腸嚢炎発症症例で多い傾向（7例(26.9%)対7例（11.1%）:p=0.06）があったが, 多変量解析では術前のステロイド投与歴が独立した回腸嚢炎発症のリスク因子だった(p=0.012).次にIPAA後の瘻孔は全89例のうち6例（6.7%）に認めた. 単変量解析では,回腸嚢炎（5例(83.3%)対21例(25.3%)：p=0.0075）とEIM（3例(50.0%)対11例(13.3%)：p=0.047）が瘻孔発生の有意なリスク因子だった. 多変量解析では回腸嚢炎が独立した瘻孔発症のリスク因子だった(p=0.012).有意差は認めなかったものの,術式は瘻孔を発症した6例のうち４例がIACAであり（p=0.43）,瘻孔を発症したIACA4例の全例にカフ炎を認めた。また6例中3例（50%）の症例で永久人工肛門を要し,回腸嚢不全となった.

【結語】UCに対するIPAA後の回腸嚢炎は29.2%,瘻孔は6.7%に認めた。回腸嚢炎は術後の瘻孔発症のハイリスクであることを念頭に,術後フォローを行う必要が考えられた.

©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21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

## パネルディスカッション 10　術後合併症の減少を目指したクローン病治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）

司会：高橋 賢一（東北労災病院大腸肛門外科）、辰巳 健志（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）

### [PD10-1] クローン病に対する術前介入後の適切な手術時期を判断する指標―CRP-アルブミン比改善の意義―

*永吉 絹子[1,2]、吉村 晴香[1]、安藤 陽平[1]、藤本 崇聡[1]、水内 祐介[1]、堀岡 宏平[1]、川副 徹郎[2]、安藤 幸滋[2]、池永 直樹[1]、仲田 興平[1]、沖 英次[2]、大内田 研宙[1] (1. 九州大学臨床・腫瘍外科、2. 九州大学病院　消化管外科)

### [PD10-2] 腹部手術を行ったクローン病症例における術前のプロトロンビン時間の検討

*羽根田 祥[1]、高橋 賢一[1]、松村 直樹[2]、田中 直樹[2]、野村 良平[2]、齋藤 匠[2]、佐藤 馨[2]、添田 敏寛[2]、岡崎 由佳利[3]、成島 陽一[2]、徳村 弘実[2] (1. 東北労災病院大腸肛門外科、2. 東北労災病院外科、3. 東北労災病院看護部)

### [PD10-3] 当院における術後合併症の減少を目指したクローン病治療戦略

*西尾 梨沙[1]、丹野 侑杜[1]、新谷 裕美子[1]、井上 英美[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)

### [PD10-4] クローン病術後吻合部狭窄に対する内視鏡的バルーン拡張術と外科手術の使い分け

*辻 嘉斗[1]、荻野 崇之[1]、赤澤 英[1]、福田 健太[1]、深田 晃生[1]、森 良太[1]、関戸 悠紀[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]、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)

### [PD10-5] 十二指腸瘻孔を伴うクローン病に対する外科手術の検討

*梅田 晋一[1] (1. 名古屋大学医学部附属病院消化器・腫瘍外科)

### [PD10-6] クローン病直腸切断術後会陰創治癒遅延のリスク因子と難治化症例の特徴

*黒木 博介[1]、辰巳 健志[1]、後藤 晃紀[1]、中尾 詠一[1]、小原 尚[1]、齋藤 紗由美[1]、荒井 勝彦[1]、木村 英明[2]、杉田 昭[1]、小金井 一隆[1] (1. 横浜市立市民病院炎症性腸疾患科、2. 横浜市大市民総合医療センター炎症性腸疾患センター)

### [PD10-7] Crohn病におけるKONO-S式吻合の短期手術成績：縫合不全低減効果の検討

*杉山 洸裕[1,2]、杉原 守[1]、高木 徹[1]、岩瀬 友哉[1]、立田 協太[1]、赤井 俊也[1,2]、美甘 麻裕[1,2]、深澤 貴子[3]、竹内 裕也[1] (1. 浜松医科大学外科学第二講座、2. 浜松医科大学医学部附属病院IBDセンター、3. 磐田市立総合病院消化器外科)

### [PD10-8] クローン病腸管病変に対するMinimally Invasive Surgeryの現状と短期成績の検討

*上神 慎之介[1]、大迫 えれな[1]、久原 佑太[1]、土井 寛文[1]、新原 健介[1]、吉村 幸祐[1]、大毛 宏喜[1]、高橋 信也[1] (1. 広島大学大学院　医系科学研究科　外科学)

### [PD10-9] 当科におけるクローン病に対する腹腔鏡下手術373例の検討

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

©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21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

**パネルディスカッション 10　術後合併症の減少を目指したクローン病治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）**

司会：高橋 賢一（東北労災病院大腸肛門外科）、辰巳 健志（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）

## [PD10-1] クローン病に対する術前介入後の適切な手術時期を判断する指標―CRP-アルブミン比改善の意義―

*永吉 絹子[1,2]、吉村 晴香[1]、安藤 陽平[1]、藤本 崇聡[1]、水内 祐介[1]、堀岡 宏平[1]、川副 徹郎[2]、安藤 幸滋[2]、池永 直樹[1]、仲田 興平[1]、沖 英次[2]、大内田 研宙[1] (1. 九州大学臨床・腫瘍外科、2. 九州大学病院　消化管外科)

[背景]クローン病は治療薬の進歩により、長期的に良好な病勢を保つことが可能な症例が増えている。一方で、外科治療が必要となる活動性の高い症例も少なからず存在する。外科治療適応症例では術前の治療介入により炎症を低減させることで、術後合併症リスクを減らし安全な周術期管理が可能となるが、治療介入後に手術へ移行する最適かつ安全な状態を判断する指標については未だ確立されていない。今回、術前に治療介入を行ったのちに外科治療を施行したクローン病患者における、外科治療の至適タイミングを示す指標について検証した。[方法]2010～2025年までに外科的治療を施行したクローン病221例について、術前治療介入を行った118例を対象とした。我々は術直前のCRP-アルブミン比(CAR)低値（<0.102）が術後合併症を回避する有用な閾値になることを報告している。介入前にCAR高値の症例のうち治療介入により術直前のCARが<0.102に達成できた症例（達成群）とできなかった症例（未達成群）の2群で、患者背景、短期手術成績を比較し、CAR目標値の達成が周術期の安全指標となりうるかを評価した。[結果]全合併症は30.1%に見られた。創感染のある症例は介入期間、中心静脈栄養投与期間が有意に短かった。達成群（n=54）・未達成群(n=40)で、IOIBDスコア、病型に有意な差はなかった。介入期間は２群間に有意な差はなかった。達成群では未達成群と比べて手術時間、出血量が有意に少なかった(269分vs 364分, P=0.002, 125g vs 326g, P=0.004)。術後全合併症は達成群で有意に低く (14.8% vs. 52.5%, P＜0. 001)、腸閉塞(1.9% vs. 17.5%, P=0.01)、創感染(7.4% vs. 25.0%, P=0.005)も低かった。[結語]治療介入によるCARの変化は術後合併症に関連しており、CAR<０．１０２を達成できた症例では術後合併症が少なく、安全な周術期管理が可能となる。術前介入時のCARモニタリングにより、安全な外科治療のタイミングを図ることが可能となることが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

**パネルディスカッション 10　術後合併症の減少を目指したクローン病治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）**

司会：高橋 賢一（東北労災病院大腸肛門外科）、辰巳 健志（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）

## [PD10-2] 腹部手術を行ったクローン病症例における術前のプロトロンビン時間の検討

*羽根田 祥[1]、高橋 賢一[1]、松村 直樹[2]、田中 直樹[2]、野村 良平[2]、齋藤 匠[2]、佐藤 馨[2]、添田 敏寛[2]、岡崎 由佳利[3]、成島 陽一[2]、徳村 弘実[2] (1. 東北労災病院大腸肛門外科、2. 東北労災病院外科、3. 東北労災病院看護部)

【はじめに】クローン病(CD)で腹部手術をする際にプロトロンビン時間（Prothrombin time＝PT）が延長していることをしばしば経験する。PTの延長は手術自体に影響を及ぼすだけでなく、術後の合併症、術後の鎮痛処置（硬膜外麻酔施行の可否）にも関わってくる問題である。CDのPT延長について検討した報告はこれまでない。
【目的】当院で腹部手術を行ったCD症例を通してCDにおけるPT異常の発生状況について検討する
【方法】2018年5月～2026年3月に当院でクローン病(CD)に対して腹部手術を行った症例について診療録を調査した。手術直前（3日以内）の採血で測定したPTを正常群、延長群にわけ、PTが延長していた割合、PTが延長する危険因子について検討した。
【結果】当院でCDに対して腹部手術を行った症例のうち、大量出血のため緊急手術を行った症例、直前にPTを測定していない症例を除く114例について検討した。内訳は男性79例、女性35例で、年齢は36 (17‐69) 歳、病型は小腸型15例、小腸大腸型94例、大腸型5例、病態は非穿通型（NP）62例、穿通型（P）52例であった。正常群は72例(63.2%)、延長群は42例(36.8%)であり、術前に完全中心静脈栄養療法(TPN)を行った症例84例のうち40例(47.6%)が延長群であった。性別(以下、正常群：延長群)(男性45例女性27例：男性34例女性8例)、病態(NP 47例P 25例：NP 15例P 27例)で有意差($p<0.01$)を認め、男性、P群で延長群が多かった。
【まとめ】全体の36.8%、TPNを行った症例のうち47.6%とCD症例にPT延長が高率に認められた。術前にTPNを行う他の疾患ではあまり見られない現象である。PTが延長する原因は不明であるが、CDに関する何らかの要因が関係しているものと考えられる。今後も継続した検討が必要である。

©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21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
**パネルディスカッション 10　術後合併症の減少を目指したクローン病治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）**
司会：高橋 賢一（東北労災病院大腸肛門外科）、辰巳 健志（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）

## [PD10-3] 当院における術後合併症の減少を目指したクローン病治療戦略

*西尾 梨沙[1]、丹野 侑杜[1]、新谷 裕美子[1]、井上 英美[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)

はじめに：クローン病は内科的治療の進歩が目覚ましいが、狭窄や瘻孔, 癌化など, 外科的治療を要する症例も少なくない. 癒着や瘻孔病変などで手術が容易ではない症例も多く, 術後合併症への対策が必要である. 今回, 当院でのクローン病手術症例における術後合併症減少を目指した対策の実際について報告する.
対象と方法：2010年から2025年までに当院で手術を施行したクローン病症例のうち自験例356例について, 患者背景, 術式, 術後合併症などについて後方視的に検討した.
結果：性別は男性253例, 女性103例, 手術時年齢は39.6歳(18-78歳), クローン病発症年齢は26.1歳(7-72歳)であった．病型は小腸型66例, 小腸大腸型276例, 大腸型14例であった. 手術要因は狭窄293例, 瘻孔110例，膿瘍66例, 肛門病変15例, 癌13例, 穿孔10例, 出血9例 (重複あり)であった．術式は小腸切除144例, 回盲部切除86例, 回結腸切除60例, 結腸切除58例, 直腸切断術35例, 人工肛門造設64例（小腸39例, 結腸25例）であった. 緊急手術は15例あり，内訳は穿孔8例, 出血5例, 他2例であった．また，計画的分割手術が19例あり，その理由は複雑な瘻孔11例, 穿孔8例であった. 術後合併症（Clavien-Dindo分類 II 以上）はイレウス19例, MRSA腸炎8例, カテーテル敗血症7例，縫合不全4例, SSI 3例, 術後出血3例で，術後早期合併症に伴う再手術は4例（縫合不全2例, 胃穿孔1例, イレウス1例）であった. 術後長期合併症に伴う再手術は59例で, 吻合部関連30例, 新規病変28例, 癌の局所再発1例であった.
考察：当院では縫合不全の予防として, 機能的端々吻合では腸管閉鎖部に漿膜筋層縫合をおきステープルラインを埋没することや, SSI予防のため, 創部にwound retractorを装着, 腸管吻合後に手袋や手術器具を交換し, ドレーンの挿入は必要最低限としている. 複雑な瘻孔を有する症例では一時的人工肛門を造設し, 病変部の炎症や全身状態の改善を待ってから切除・吻合を行うなど, 計画的分割手術を行うことで, 縫合不全のリスクを回避し, 侵襲が高度になりすぎないよう工夫している.
結語：クローン病の手術に際しては，術後合併症の発生率を低下させるための術式選択や周術期管理の工夫が重要であると考えている.

©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 | 外科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

**パネルディスカッション 10　術後合併症の減少を目指したクローン病治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）**

司会：高橋 賢一（東北労災病院大腸肛門外科）、辰巳 健志（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）

## [PD10-4] クローン病術後吻合部狭窄に対する内視鏡的バルーン拡張術と外科手術の使い分け

*辻 嘉斗[1]、荻野 崇之[1]、赤澤 英[1]、福田 健太[1]、深田 晃生[1]、森 良太[1]、関戸 悠紀[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]、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)

【背景】クローン病（CD）における術後吻合部狭窄は晩期合併症の一つである。短い狭窄や瘢痕性狭窄では内視鏡的バルーン拡張術（EBD）が選択されるが、反復介入や手術移行が課題であり、侵襲的介入におけるEBDと外科手術の使い分けに関する検討は限られている。CD術後吻合部狭窄に対する侵襲的介入としてEBDまたは外科治療を選択した症例を比較し、適応と治療選択の指標を検討することを目的とする。

【方法】2017〜2024年に当院へ入院歴のあるCD患者318例のうち、術後吻合部狭窄に対して侵襲的介入を要した61例を対象とした。初回介入法別に、EBD群（n=35）と手術群（n=26）に分類し、患者背景、臨床病理学的因子を後方視的に比較した（値は中央値）。

【結果】男性の割合はEBD群で77.1%、手術群で84.6%。EBD/手術の介入時年齢は42/46.5歳で差を認めなかった。罹病期間は15/23年でEBD群が有意に短かった(p=0.02)。病変、吻合部位はいずれも群間差はなかった。初回介入時因子は、瘻孔合併が8.6/34.6%で手術群に有意に多かった（P=0.02）。5cm以上の狭窄は5.7/7.7%、膿瘍合併は0/11.5%、腸閉塞症状は37.1/23.0%、多発狭窄は34.3/34.6%で差はなかった。前回手術から介入までの期間は86/137.5か月で手術群が有意に長かった(P=0.018)。

EBD群では再介入として14例（40%）が最終的にredo surgeryへ移行した。移行例の手術適応は頻回の腸閉塞症状による内科抵抗性7例、内視鏡到達不可3例、瘻孔3例、穿孔1例であった。

手術群ではGrade III以上の術後合併症は認めなかった。

【結論】CD術後吻合部狭窄では、瘻孔合併が手術選択と関連し、EBD群の4割が最終的に手術移行していた。腸閉塞症状を伴わない吻合部狭窄ではEBDによる手術回避が期待できる一方、腸閉塞症状を伴う症例ではEBDをbridge therapyと位置づけ、早期の外科介入も検討すべきである。病態および長期予後を考慮し、EBDと手術を慎重に選択することが重要である。

©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 | 外科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
**パネルディスカッション 10　術後合併症の減少を目指したクローン病治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）**
司会：高橋 賢一（東北労災病院大腸肛門外科）、辰巳 健志（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）

# [PD10-5] 十二指腸瘻孔を伴うクローン病に対する外科手術の検討

*梅田 晋一[1] (1. 名古屋大学医学部附属病院消化器・腫瘍外科)

【背景】Crohn病（CD）に合併する十二指腸瘻は稀であり，その最適な外科治療戦略は十分に確立されていない．本研究では十二指腸瘻を合併したCD症例の臨床的特徴，手術成績および術後合併症のリスク因子を検討した．

【方法】2007年から2024年に当院で腸管腸管瘻に対して手術を施行したCD症例135例を対象とし，うち十二指腸瘻を有する13例を抽出した．十二指腸瘻孔症例では十二指腸欠損が 3 cm 未満では一次閉鎖＋大網被覆を行い，3 cm 以上では十二指腸空腸吻合を施行した．また経皮経胃的十二指腸ドレナージにより減圧管理を行った．十二指腸瘻群と非十二指腸瘻群で臨床背景および手術成績を比較解析した．さらに十二指腸瘻群における術後合併症（Clavien-Dindo分類 grade 2 以上）のリスク因子を解析した．

【結果】十二指腸瘻群では非十二指腸瘻群と比較して罹病期間が有意に長く（p = 0.048），大腸型病変が有意に多く認められた（p = 0.007）．術前検査では総蛋白，アルブミン，prognostic nutrition index がいずれも有意に低値であり（p = 0.010，0.029，0.048），クレアチニン値は有意に高値であった（p < 0.001）．手術因子では，十二指腸瘻群で開腹手術が有意に多く（p = 0.004），術中出血量も有意に多かった（p = 0.035）．術後成績では，Clavien–Dindo分類に基づく全合併症および Grade 2 以上，Grade 3 以上の合併症発生率，さらに再手術率はいずれも両群間で有意差を認めなかった．全135 例におけるリスク因子解析では，術中出血量 500 mL 以上（HR 3.81，95% CI 1.62–9.59，p = 0.0019）および既往手術歴（HR 3.11，95% CI 1.54–6.44，p = 0.002）が術後合併症の有意な予測因子であったのに対し，十二指腸瘻の存在自体は有意な因子ではなかった（HR 1.15，95% CI 0.34–3.55，p = 0.851）．十二指腸瘻群に限定した解析では，診断から手術まで 200 日以上の遅延（p = 0.047）および術中出血量 500 mL 以上（p < 0.001）が合併症発生と有意に関連していた．

【結論】十二指腸瘻を合併したCDに対する外科治療は，適切な瘻孔閉鎖と確実な減圧管理により安全に施行可能である．手術遅延は術後合併症と関連する可能性があり，早期の専門施設への紹介が重要である．

©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 | 外科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

**パネルディスカッション 10　術後合併症の減少を目指したクローン病治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）**

司会：高橋 賢一（東北労災病院大腸肛門外科）、辰巳 健志（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）

## [PD10-6] クローン病直腸切断術後会陰創治癒遅延のリスク因子と難治化症例の特徴

*黒木 博介[1]、辰巳 健志[1]、後藤 晃紀[1]、中尾 詠一[1]、小原 尚[1]、齋藤 紗由美[1]、荒井 勝彦[1]、木村 英明[2]、杉田 昭[1]、小金井 一隆[1] (1. 横浜市立市民病院炎症性腸疾患科、2. 横浜市大市民総合医療センター炎症性腸疾患センター)

【背景】クローン病（CD）に対する直腸切断術（APR）後の会陰創治癒遅延(delayed perineal wound healing:DPWH)は頻度の高い合併症であり, 多くは時間経過とともに改善する一方, 難治化し会陰部の瘻孔遺残や小腸瘻形成をする症例も存在する．しかし,その長期経過およびリスク因子に関する報告は限られている．

【対象と方法】CDに対してAPRを施行した症例で, 癌症例を除外した113例を対象とした．術後6か月以上,会陰創・臀部からの排液が持続する状態をDPWH延と定義し,排液消失および創閉鎖が得られた症例を創治癒、観察終了時に未治癒の症例を難治化症例と定義した. DPWHのリスク因子, 累積5年会陰創治癒率および難治化症例の臨床経過について検討した．

【結果】男性78例（69%）, CD診断年齢20歳, APR時年齢39歳, CD診断からAPRまでの期間は6.5年であった．APR術前に複雑痔瘻を64例（56%）に認め, seton法32例（28%）, 直腸空置52例（46%）術前生物学的製剤使用50例（44%）に行われた．術直前CRPは1.5mg/dL,手術時間は312分,術中出血量は950mLであった（いずれも中央値）．DPWHは54例（47.7%）に認め, APR後の観察期間中央値は9年であった．DPWHのリスク因子解析では， 複雑痔瘻（p<0.001）が有意な因子であった．創治癒までの期間は中央値6か月であり, 累積会陰創治癒率は1年で23%,5年で72%であった．Cox比例ハザード解析では創治癒までの期間に関連する因子は認めなかった. 難治化症例は10例（8.8%）であり, 全例で会陰部からの排膿を認めた．このうち1例では会陰部感染巣と小腸との瘻孔形成を認め,小腸部分切除術を施行した．また3例では,瘻孔からの持続的排膿に対して瘻孔切除術を施行したがいずれの症例も会陰部からの排液は遷延していた．

【結語】CDに対するAPR後DPWHには, 複雑痔瘻が関連していた。多くの症例は経時的に改善した一方，瘻孔形成を伴い難治化し，外科的介入後も改善困難な症例が存在した。難治化症例の早期同定と適切な介入戦略の確立が今後の課題である．

©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21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

**パネルディスカッション 10　術後合併症の減少を目指したクローン病治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）**

司会：高橋 賢一（東北労災病院大腸肛門外科）、辰巳 健志（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）

## [PD10-7] Crohn病におけるKONO-S式吻合の短期手術成績：縫合不全低減効果の検討

*杉山 洸裕[1,2]、杉原 守[1]、高木 徹[1]、岩瀬 友哉[1]、立田 協太[1]、赤井 俊也[1,2]、美甘 麻裕[1,2]、深澤 貴子[3]、竹内 裕也[1] (1. 浜松医科大学外科学第二講座、2. 浜松医科大学医学部附属病院IBDセンター、3. 磐田市立総合病院消化器外科)

背景
Crohn病腸管切除後の縫合不全は再発に伴う再手術の要因であり、その低減は重要な課題である。従来炎症が高度であれば手縫い端端吻合、炎症が軽度であれば機能的端端吻合(FEEA)も選択されたが、2011年よりKONO-S式吻合を導入し、近年ではKONO-S式吻合を第一選択としている。本検討では吻合法と縫合不全との関連を中心に、KONO-S式吻合の短期成績としての有用性を検討した。
方法
1986〜2025年に当院で施行した腸管切除吻合患者延べ190例、203吻合を対象とし、縫合不全および術後合併症と患者背景、術前治療、Montreal分類、術前全身状態、手術成績、吻合法との関連を後方視的に評価した。
結果
患者背景は手術時年齢中央値は35歳(14-76歳)、男性146例で、Montreal分類はA1/A2/A3が29/149/12例、L1/L2/L3が74/11/105例、B1/B2/B3が5/85/100例、肛門病変は82例に認めた。合併症はClavien-Dindo Grade0/1/2/3a/3bが128/6/32/14/10例でGrade3a以上は出血量、CRP高値、男性、B3と関連した。延べ吻合203件では縫合不全は12/203吻合(5.9%)に認めた。吻合法別ではKONO-S式吻合1/94(1.1%)、端端吻合5/56(8.9%)、FEEA 3/39(7.7%)、DST吻合2/4(50%)、SST吻合0/4例(0%)であった。KONO-S式吻合の縫合不全発生率は、端端吻合と比較して有意に低率で（p=0.027）、FEEAと比較しても低率な傾向を認めた（p=0.076）。縫合不全のリスク因子として出血量増加（p<0.001）およびMontreal分類B3（p=0.020）が関連し、CRP高値およびThiopurine使用は関連する傾向を認めた。他の因子では差を認めなかった。
考察
本検討ではCrohn病手術における縫合不全に出血量および瘻孔・穿通型病変（B3）が関与する点は既報と一致していた。KONO-S式吻合は病勢によらず縫合不全率が低く、吻合法そのものが短期成績に影響を与える可能性が示唆された。端端吻合は病勢の強い症例に選択されていた傾向があり、背景因子の影響を受けた可能性がある。本検討は後方視的であり、手術時期に伴う内科治療や周術期管理の変化の影響を否定できないが、KONO-S式吻合はCrohn病腸管切除における有用な選択肢と考えられる。

©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 | 外科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

**パネルディスカッション 10　術後合併症の減少を目指したクローン病治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）**

司会：高橋 賢一（東北労災病院大腸肛門外科）、辰巳 健志（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）

## [PD10-8] クローン病腸管病変に対するMinimally Invasive Surgeryの現状と短期成績の検討

*上神 慎之介[1]、大迫 えれな[1]、久原 佑太[1]、土井 寛文[1]、新原 健介[1]、吉村 幸祐[1]、大毛 宏喜[1]、高橋 信也[1] (1. 広島大学大学院　医系科学研究科　外科学)

【目的】
クローン病（CD）に対するMinimally Invasive Surgery（MIS）の有用性は報告されているが，高度炎症や瘻孔形成を伴う症例では依然難易度が高い．CDに対するMIS適応拡大の安全性について，周術期成績を用いて検討した．
【対象・方法】
2015年1月から2025年12月までにCDに対して腸管切除を伴う腹部手術を施行した324例のうち，MISを施行した97例（29.9%）を対象とした．MISの定義は腹腔鏡またはロボット支援手術と定義した．2019年12月までを前期群，2020年1月以降を後期群として，患者背景，周術期因子，術後成績を後方視的に比較検討した．
【結果】
前期群29例，後期群68例であり，MIS率は前期群22.0%，後期群35.4%と後期群で有意に増加していた(p＝0.013)．男女比や病型に有意差は認めなかったが，年齢中央値は前期群27歳，後期群34歳と後期群で有意に高く（p=0.021），罹病期間中央値も前期群26ヶ月，後期群94ヶ月と後期群で延長傾向が認められた（p=0.055）．初回手術例に限れば前期群24ヶ月，後期群79ヶ月と後期群で有意に延長を認めていた(p=0.040)．術前5-ASA，免疫調節薬，生物学的製剤，ステロイド使用率に有意差は認めなかった．手術理由は両群とも狭窄が最多であったが，後期群では穿通，膿瘍，瘻孔形成など複雑病変を伴う症例が増加する傾向を認めた．また両群とも手術回数，手術時間，出血量，開腹移行率（前期4.0%，後期3.2%，p=0.847），術後合併症発生率(Clavien-Dindo Grade3以上：前期8.0%，後期9.5%，p=0.823)，術後在院日数（前期11日，後期12日，p=0.367）に有意差は認めなかった．
【結語】
近年，穿通・膿瘍形成など複雑病変を伴う症例に対してもMIS適応が拡大していたが，短期成績は維持されていた．手術時年齢の上昇および初回手術までの期間延長から，外科的介入時期が変化している可能性が示唆された．一方で，穿通や膿瘍形成を伴う高度炎症症例では，病態に応じた慎重な術式選択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 | 外科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

**パネルディスカッション 10　術後合併症の減少を目指したクローン病治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）**

司会：高橋 賢一（東北労災病院大腸肛門外科）、辰巳 健志（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）

## [PD10-9] 当科におけるクローン病に対する腹腔鏡下手術373例の検討

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

【目的】近年、腹腔鏡手術手技の発達を背景としてクローン病（以下CD）に対する腹腔鏡手術症例は増加傾向である。ECCOのガイドラインでは、CDの回盲部の狭窄病変に対する初回手術が良い適応とされているが、最近では膿瘍形成を認める症例や瘻孔形成を認める症例に対しても適応を拡大している報告もある。当院では狭窄症例に加え、膿瘍形成や瘻孔形成症例に関しても腹腔鏡手術を選択することが多く手術適応の選定、実際の方法、成績について報告する。
【方法】2017年9月から2026年3月までに当院でCDに対して腹腔鏡補助下での腸管切除手術を施行した373症例に対して患者背景、周術期合併症、手術成績について検討を行った。
【結果】患者の手術時年齢の中央値は34歳で、男性281人、女性92人であった。手術適応としては狭窄が237例(63.7%)、穿孔、膿瘍形成が63例（16.9%）、瘻孔形成が52例（14%）、癌症例8例（0.2%）、出血等その他が13例（3.5%）であった。373例中329例は初回腸管切除症例であった。
狭窄症例の平均手術時間は181分、平均出血量68ml、Clavien-Dindo分類（以下C-D分類）Ⅱ以上19例、Ⅲ以上4例であった。穿孔、膿瘍形成を認める症例の平均手術時間は175分、平均出血量107ml、C-D分類Ⅱ以上３例でⅢ以上は認めなかった。瘻孔形成を認める症例の平均手術時間は214分、平均出血量123ml、C-D分類Ⅱ以上2例でⅢ以上は認めなかった。癌症例の平均手術時間は273分、平均出血量108ml、C-D分類Ⅱ以上3例、Ⅲ以上１例であった。当科での鏡視下手術の選択基準についても報告する。
【結語】CD腸管切除手術において腹腔鏡手術の適応として狭窄病変に関してのみ推奨されているが、膿瘍形成や瘻孔形成の症例に関しても腹腔鏡手術も選択肢となり得る症例もあると推察できる。

©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21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第7会場（1F 会議室107）

## パネルディスカッション 11　それホントに手術適応？裂肛の治療：保存と手術

司会：八子 直樹（医療法人桜樹会　八子医院）、錦織 直人（一路会錦織病院）

### [PD11-1] 裂肛における保存的治療と外科的治療の選択に関与する臨床的因子の検討

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

### [PD11-2] 当科における裂肛診療

*小野 朋二郎[1]、光藤 傑[1]、辻村 直人[1]、渡部 晃大[1]、三宅 祐一朗[1]、竹中 雄也[1]、斎藤 徹[1]、竹中 玲子[1]、相馬 大人[1]、安田 潤[1]、根津 理一郎[1]、弓場 健義[1] (1. 伯鳳会大阪中央病院外科)

### [PD11-3] 裂肛に対する肛門拡張術の適応と治療成績

*石山 元太郎[1]、秋月 恵美[1]、鈴木 崇史[1]、佐藤 綾[1]、井 翔一郎[1]、西尾 昭彦[1]、荒 桃子[1]、橋下 さつき[1]、石山 勇司[1] (1. 札幌いしやま病院)

### [PD11-4] 慢性裂肛に対する外科治療の適応と術式選択 ― 肛門機能と付随病変を踏まえた個別化アプローチ

*八子 博貴[1,2]、八子 直樹[1]、齋藤 昌美[3] (1. 医療法人桜樹会　八子医院、2. 福島県立医科大学　消化管外科学講座、3. 福島県立医科大学　形成外科学講座)

### [PD11-5] 当施設での裂肛手術の術式選択と術後短期成績の検討

*植田 剛[1]、中本 貴透[1]、定光 ともみ[1,2]、佐井 壯謙[1] (1. 佐井胃腸科肛門科、2. 南奈良総合医療センター外科)

### [PD11-6] 裂肛に対する手術適応と術式選択

*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)

©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21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第7会場（1F 会議室107）
**パネルディスカッション 11　それホントに手術適応？裂肛の治療：保存と手術**
司会：八子 直樹（医療法人桜樹会　八子医院）、錦織 直人（一路会錦織病院）

## [PD11-1] 裂肛における保存的治療と外科的治療の選択に関与する臨床的因子の検討

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

【背景】裂肛治療の基本は薬物療法や生活指導を中心とした保存的治療であり、保存的治療抵抗例では外科的治療が選択される。しかし、病態や症状に応じた治療選択基準については明確ではない。
【目的】裂肛における保存的治療と外科的治療の選択に関与する臨床的因子を検討する。
【対象・方法】2021年1月から2025年12月までに当院で裂肛と診断した4220例を対象とした。全症例を対象に記述的解析を行った後、治療選択に関与する因子について、一部の連続症例（保存的治療59例、外科的治療41例）を抽出し、後方視的に比較検討した。検討項目は年齢、性別、病悩期間、臨床症状、肛門所見、通院回数、治療経過とした。
【結果】保存的治療群は3881例、外科的治療群は339例であった。術式は裂肛切除術±肛門拡張術が241例、肛門形成術が98例であった。後者は高齢男性に多く、器質的狭窄を伴う進行例が主体と考えられた。一方、前者は若年女性に多く、保存的治療群と類似した症例分布を示したため、以降は裂肛切除術±肛門拡張術群（手術群）を対象に検討した。手術群は保存的治療群と比較し、病悩期間中央値が有意に長く（12か月vs.1か月, $p<0.001$）、短期間に複数回の再診を要する症例が多かった。一方で、初診から手術までの期間中央値は1か月（0–104か月）であり、早期に手術適応が判断される症例が多かった。手術群において急性・亜急性裂肛は6例、慢性裂肛は35例（見張り疣25例、肛門ポリープ18例、肛門狭窄15例；重複あり）であった。急性・亜急性裂肛症例は全例後方病変で、多くが高度の疼痛により診察困難であり、早期に手術が選択された。慢性裂肛症例でも、疼痛が手術理由として最多（30例）であったが、半数以上で肛門鏡診察も可能であった。その他、保存的治療継続中に慢性化し、最終的に手術へ移行した症例も認めた。
【考察】裂肛の手術適応は一様ではなく、高度の疼痛を契機に早期介入を要する病態と、慢性化や疼痛制御困難を背景に手術へ移行する病態が存在すると考えられた。また、保存的治療下でも長期経過で慢性化する症例が認められ、裂肛診療では病態進行を見据えた継続的評価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 | 肛門科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第7会場（1F 会議室107）

**パネルディスカッション 11　それホントに手術適応？裂肛の治療：保存と手術**

司会：八子 直樹（医療法人桜樹会　八子医院）、錦織 直人（一路会錦織病院）

## [PD11-2] 当科における裂肛診療

*小野 朋二郎[1]、光藤 傑[1]、辻村 直人[1]、渡部 晃大[1]、三宅 祐一朗[1]、竹中 雄也[1]、斎藤 徹[1]、竹中 玲子[1]、相馬 大人[1]、安田 潤[1]、根津 理一郎[1]、弓場 健義[1] (1. 伯鳳会大阪中央病院外科)

急性裂肛は肛門管上皮が物理的に損傷され裂創が生じた結果，排便時出血や肛門痛といった症状を呈したものが急性裂肛である．これに括約筋の緊張亢進や肛門管の虚血性変化が加わり、さらに裂肛が生じやすくなるという悪循環により裂肛が慢性化した結果，肛門管上皮に深い潰瘍が形成されたて難治性の慢性裂肛が形成される．急性裂肛に対しては食事療法や緩下剤，さらに外用剤による保存的治療が適応となる．本邦では保険承認されていないものの，括約筋の緊張亢進に対してはニフェジピン軟膏やボツリヌス毒素注入などの奏功も報告されている．一方虚血性変化から慢性裂肛に至ると保存的加療での改善には限界があり，基本的には手術療法が適応となる．しかしながら，慢性裂肛を肛門管上皮に生じた潰瘍であると見做すことで皮膚潰瘍の治療薬が奏功することが期待でき，本来手術適応となる慢性裂肛が保存的に改善できる可能性があると考える．実際に我々はこのような慢性裂肛の症例に皮膚潰瘍治療薬であるブクラデシンナトリウム軟膏を使用することで手術を回避する工夫を行っている．裂肛初診患者の経過を，ブクラデシンナトリウム軟膏の効果を中心として診療録を参照して後方視的に検討するとともに，当科で行っている裂肛に対する手術療法について動画で供覧する．

2023年4月から2026年3月までの3年間に筆頭演者の外来を受診した裂肛初診患者は433例であった．男性220例，女性213例で男女比はほぼ同等であった．年齢の平均は49.5歳であった．多くの症例が急性裂肛であり食事療法や軟膏の外用などの保存的加療で軽快したが，初診時に慢性裂肛であったもの，もしくは経過中に慢性化した症例が172例あった．このうち121例にブクラデシンナトリウム軟膏による保存的加療が施行され，64例（52.9%）で症状が軽快した．また部分的に症状が改善した症例が39例（32.2%）あった．ブクラデシンナトリウム軟膏を使用した症例のうち，手術療法を施行した症例は38例であり，83例（68.6%）で手術療法を回避できた．

©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21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第7会場（1F 会議室107）
**パネルディスカッション 11　それホントに手術適応？裂肛の治療：保存と手術**
司会：八子 直樹（医療法人桜樹会　八子医院）、錦織 直人（一路会錦織病院）

## [PD11-3] 裂肛に対する肛門拡張術の適応と治療成績

*石山 元太郎[1]、秋月 恵美[1]、鈴木 崇史[1]、佐藤 綾[1]、井 翔一郎[1]、西尾 昭彦[1]、荒 桃子[1]、橋下 さつき[1]、石山 勇司[1] (1. 札幌いしやま病院)

【はじめに】用手的に行う肛門拡張術（Anal Dilation：AD）は、外来で比較的簡便に施行可能な非観血的治療である。当院では、保存的加療に抵抗性を示す慢性裂肛症例のうち、肛門上皮レベルに高度狭窄を伴わない症例を適応としている。【対象と方法】2021年1月から2023年3月までに当院でADを施行した慢性裂肛382例を対象とした。麻酔は全例で仙骨硬膜外麻酔を用い、ほぼ全例を日帰り手術で施行した。手技は、左右の示指を肛門内に挿入し、線維化した内括約筋筋線維を愛護的に伸展するように拡張した。【結果】382例中、術前後で肛門内圧測定を施行し得た97例を解析対象とした。平均年齢は45.8歳（22〜80歳）、性別は男性48例、女性49例であった。罹病期間中央値は24か月（1〜240か月）であった。49例（50.5%）では、皮垂あるいは肛門ポリープ等の随伴病変切除を併施した。平均肛門径は術前17.5±3.39mmから術後25.1±2.79mmへと有意に拡大した。最大静止圧は72.7±18.6mmHgから63.9±19.7mmHgへ有意に低下したが、随意収縮圧に有意差は認めなかった。これらの所見より、ADは肛門管の過緊張を軽減しつつ、随意的な括約機能は温存し得る可能性が示唆された。術直後のラジアル型肛門エコーでは71例（93.4%）に異常所見を認めず、5例（6.6%）に軽度のlow echo域を認めたのみで、血腫形成、括約筋断裂、便失禁などの臨床的合併症は認めなかった。症状の消失または軽減を有効と定義した場合、術後1か月時点の有効率は94.8%であった。Kaplan-Meier法による累積無再発率は術後2年で87.5%であったが、術後3年67.5%、術後4年42.3%と経時的低下を認めた。【結語】慢性裂肛に対するADは、早期の疼痛緩和が得られる安全かつ有効な治療法である一方、長期成績は必ずしも良好とはいえず、再発を反復する症例では観血的手術への移行を考慮すべきと考えられた。

©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 | 肛門科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第7会場（1F 会議室107）
**パネルディスカッション 11　それホントに手術適応？裂肛の治療：保存と手術**
司会：八子 直樹（医療法人桜樹会　八子医院）、錦織 直人（一路会錦織病院）

## [PD11-4] 慢性裂肛に対する外科治療の適応と術式選択 ― 肛門機能と付随病変を踏まえた個別化アプローチ

*八子 博貴[1,2]、八子 直樹[1]、齋藤 昌美[3] (1. 医療法人桜樹会　八子医院、2. 福島県立医科大学　消化管外科学講座、3. 福島県立医科大学　形成外科学講座)

【背景】慢性裂肛について、本邦の『肛門疾患・直腸脱診療ガイドライン2020』には明示的な定義は記載されていない。本検討では、ASCRS Clinical Practice Guidelines for the Management of Anal Fissures（Davids JS et al. Dis Colon Rectum 2023; 66: 190-199）に基づき、症状が6週間を超えて持続し慢性化所見を伴うものを慢性裂肛と定義した。治療は保存的・薬物療法を基本とし、その多くは非手術的に治癒に至る。外科治療の適応は限定的で、肛門狭窄、肛門ポリープ、見張り疣（スキンタグ）など付随病変を伴う難治例が中心となる。

【目的】当院における慢性裂肛の外科適応判断と術式選択の考え方を、自験例をもとに報告する。

【対象と方法】2023年1月から2026年1月までに慢性裂肛に対して外科治療を施行した32例を対象とした。外科適応は、保存的・薬物療法に抵抗する強い疼痛、肛門狭窄、肛門ポリープや見張り疣（スキンタグ）など付随病変の合併を軸に判断した。保存的治療に抵抗する強い疼痛を有し、肛門内圧検査で最大静止圧が高値である症例に対しては、ガスや便失禁予防を目的に内肛門括約筋の切開を部分的にとどめた側方内括約筋切開術(LIS)を施行した。肛門上皮レベルに狭窄を認める症例には皮弁による肛門形成術を選択し、付随病変は同時切除した。

【結果】術式の内訳はLIS 13例、皮弁肛門形成術 19例であった。LIS群ではガス失禁・便失禁を認めず、良好な治癒が得られた。皮弁肛門形成術群では1例のみ皮膚肛門管縫合部離開に伴う瘢痕性狭窄を認め、肛門ブジーを要したが、その他の症例では狭窄解除と症状改善が得られた。皮弁壊死は認めなかった。

【結論】慢性裂肛に対する外科治療は、肛門狭窄や付随病変を伴う症例に適応が限定される。LISは最大静止圧高値症例に対して部分切開にとどめることで、失禁を回避しつつ良好な治療成績が得られた。肛門上皮レベルの狭窄例には皮弁肛門形成術が合理的選択肢と考える。病態と肛門機能を踏まえた術式個別化が重要である。

©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 | 肛門科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第7会場（1F 会議室107）

**パネルディスカッション 11　それホントに手術適応？裂肛の治療：保存と手術**

司会：八子 直樹（医療法人桜樹会　八子医院）、錦織 直人（一路会錦織病院）

## [PD11-5] 当施設での裂肛手術の術式選択と術後短期成績の検討

*植田 剛[1]、中本 貴透[1]、定光 ともみ[1,2]、佐井 壯謙[1] (1. 佐井胃腸科肛門科、2. 南奈良総合医療センター外科)

【背景】裂肛治療の第一選択は軟膏治療および緩下剤を中心とした保存的加療であり、当施設でも大半の症例が該当する。難治例では外科治療が必要となり、当施設での状況を検討した。
【対象と方法】2023〜2025年に当施設で裂肛と診断した1828例のうち、手術を要した118例（6.6%）を対象とし、手術適応、術式選択、術後成績を集積した。
【手術術式】裂肛切除は単純切除＋ドレナージ創作成を基本とし、大きな肛門ポリープまたは皮垂を伴う症例はLEを行った。狭窄例に対しては、LSISまたはSSGを選択した。LSISは肛門上皮下に局注の後にメスを上皮下で歯状線より肛門側までの挿入とし、外側に切開、鈍的に拡張した。SSGは6時方向をメスで鋭的に切開、乱切しならが徐々に拡張した。運針は3-0 vicrylで7-8針、死腔ができない様に筋層も運針、粘膜10mm、皮膚5mm程度とした。外側皮膚切開は縫合部から7-8mm離して行った。いずれも約2横指が抵抗なく通過することを目安とした。
【結果】年齢中央値46歳(22−90)、男性56例、女性62例。主な手術適応は、疼痛、出血、狭窄、脱出だった。術式はSSG64例、裂肛痔瘻に対するlay open 15例、内外痔核随伴裂肛に対するLE17例、裂肛切除22例だった。裂肛切除は単純切除12例（LSIS追加８例、対側SSG追加1例）、LE10例に施行。術後観察期間中央値62日で、合併症を7例に認めた。創傷治癒遅延＋持続性疼痛１例（裂肛切除＋対側SSG）で、術後クローン病と診断された。裂肛再発は5例、うち3例（裂肛切除LSIS1例、Lay open2例）は保存的治療で改善、再狭窄1例（裂肛切除LSIS）で手術検討中、Tag残存1例（裂肛切除LSIS）で追加処置を要した。膿瘍形成を1例（LE）に認め切開排膿した。術後便失禁は認めず。通常SSG術後の短期合併症を認めなかった。
【考察と結語】裂肛に対しては保存的治療を基本としつつ、疼痛、出血、狭窄、脱出の増強時に手術加療を要した。狭窄を伴う慢性裂肛が手術例で最も多く、SSGを基本術式とし、段階的な拡張により拡張径を調整可能で、術後成績は良好であった。裂肛手術では主訴と狭窄評価に基づく術式選択が重要で、かつ簡便な術中評価に基づく治療戦略は安全かつ有効であ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 | 肛門科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第7会場（1F 会議室107）
**パネルディスカッション 11　それホントに手術適応？裂肛の治療：保存と手術**
司会：八子 直樹（医療法人桜樹会　八子医院）、錦織 直人（一路会錦織病院）

## [PD11-6] 裂肛に対する手術適応と術式選択

*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)

【目的】裂肛の治療は排便習慣の改善や局所療法などの保存的治療を基本とするが、状況により外科治療を要する症例がある。当院での裂肛に対する手術適応と術式選択を示し、治療成績について検討する。
【手術適応】器質的狭窄や脱出する肛門ポリープを伴う例、保存的治療無効例（鎮痛剤中止不可症例、長期間再燃を繰り返す症例）、裂肛痔瘻合併例を手術適応としている。
【術式選択】狭窄の適切な解除、肛門管内の凹凸の平坦化を目標とする。まず狭窄の有無と程度を正確に把握する。狭窄のない例は裂肛切除術、内括約筋レベルでの狭窄例には用手拡張術（MD）＋裂肛切除術を行うが、多くの裂肛症例では内括約筋硬化を伴うため、硬化の程度に合わせなるべく用手拡張術を併施する。肛門上皮レベルでの狭窄例、高度狭窄例では皮膚弁移動術（SSG）を行う。必要に応じて複数個所で各術式を組み合わせる。目安として2横指が楽に通る程度まで拡張を行い、過度の拡張を行わないようにする。
【対象】2020年4月から2025年9月までに当院で施行した裂肛・肛門狭窄に対する初回手術例のうち、4ヵ月以上経過観察しえた（4ヵ月未満の治癒例を含む）214例を対象とし、診療録を元に後ろ向きに検討した。痔核手術等の術後狭窄例、クローン病合併例は除外した。
【結果1】手術時年齢46.6歳、男女比127：87、平均観察期間103.0日であった。術式は裂肛切除術単独53例（24.8%）、MD（±裂肛切除術）137例（64.0%）、SSG24例（11.2%）であった。
【結果2】治癒期間中央値は裂肛切除術単独67日、MD（±裂肛切除術）51日、SSG53.5日であった。治癒遷延（治癒日数術後120日以上）例＋再発例は裂肛切除術単独9/53例（17.0%）、MD（±裂肛切除術）10/137例（7.3%）、SSG3/24例（12.5%）であり裂肛切除術単独で治癒期間が長く、治癒遷延再発例が多い傾向だった。再手術は裂肛切除術単独、MD（±裂肛切除術）に各1例ずつ認めた。術後incontinenceは裂肛切除術単独、MD（±裂肛切除術）、SSGに各1例ずつ認めたがいずれも保存的に軽快した。
【結語】裂肛に対する外科治療の成績は概ね良好であるが、裂肛切除術単独の際にも何らかの追加手技の併用が望ましいと思われる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会