2026年11月20日(金)

症例検討によるレクチャー | 外科

12:50 ~ 13:50 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

症例検討によるレクチャー１　直腸癌TNT　症例から考える

司会：塩見 明生（静岡県立静岡がんセンター大腸外科）、塚本 俊輔（国立がん研究センター中央病院大腸外科）

[CBL1-1] 東大病院における進行下部直腸癌に対する術前治療の選択、TNTの適応と治療例

*野澤 宏彰[1]、江本 成伸[1]、阿部 真也[1,2]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学医学部腫瘍外科、2. 国立国際医療研究センター病院外科)

[CBL1-2] TNT後の再評価の高精度化に向けた取り組み ― ENSEMBLE試験 NOM委員会より ―

*賀川 義規[1]、安藤 幸滋[2]、諏訪 雄亮[3]、平澤 欣吾[4]、今井 健一郎[5]、池原 久朝[6]、高橋 佑典[7]、井上 明星[8]、坪山 尚寛[9]、渡邉 純[3] (1. 大阪国際がんセンター　消化器外科、2. 九州大学大学院消化器・総合外科、3. 関西医科大学下部消化管外科学講座、4. 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、5. 静岡県立静岡がんセンター内視鏡科、6. 北里大学医学部消化器内科学、7. 国立病院機構大阪医療センター外科、8. 滋賀医科大学放射線医学講座、9. 近畿大学医学部放射線医学教室放射線診断学部門)

[CBL1-3] 直腸癌TNT後のNOM適応判定：症例から考える

*山口 智弘[1]、神馬 真里奈[1]、市川 英孝[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[1]、松井 信平[1]、向井 俊貴[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研究会有明病院大腸外科)

症例検討によるレクチャー | 内科

12:50 ~ 13:50 | 第7会場（1F 会議室107）

症例検討によるレクチャー２　大腸がん予防のup to date～化学予防からスクリーニングまで～

司会：三上 達也（弘前大学大学院医学研究科先制医療学講座）、中村 真一（東京女子医科大学消化器内科学分野）

[CBL2-1] 二次予防としての大腸がん検診―現状と課題、そして今後の展望―

*井上 詠[1] (1. 東海大学医学部総合診療学系健康管理学)

[CBL2-2] 大腸がんの二次予防―大腸内視鏡による確実な診断と適切な治療法の選択

*小林 清典[1]、西野 晴夫[1]、松島 誠[1]、草野 央[2] (1. 松島病院大腸肛門病センター、2. 北里大学医学部消化器内科学)

[CBL2-3] 大腸内視鏡による大腸癌の予防のエビデンス　～実際の症例を交えて～

*吉田 直久[1]、小林 玲央[1]、冨田 侑里[2]、丸尾 和也[1]、井上 健[1]、有田 智洋[3]、塩崎 敦[3]、森永 友紀子[4]、小嶋 基寛[4]、髙木 智久[1] (1. 京都府立医科大学大学院　消化器内科学、2. 京都博愛会病院　消化器内科、3. 京都府立医科大学大学院　消化器外科学、4. 京都府立医科大学大学院　臨床病理学)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

2026年11月21日(土)

症例検討によるレクチャー | 外科

13:30 ~ 14:30 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

症例検討によるレクチャー３　側方リンパ節郭清 開腹、腹腔鏡、Robot

司会：伊藤 雅昭（国立がん研究センター東病院）、秋吉 高志（がん研有明病院大腸外科）

[CBL3-1] 症例から考える直腸癌側方リンパ節郭清　―ロボット支援手術による根治性と機能温存―

*賀川 弘康[1]、國本 真由[1]、中田 美佳[1]、本多 正樹[1]、岩井 美穂[1]、佐藤 幸平[1]、犬飼 瑞穂[1]、上野 啓輔[1]、鈴木 碧[1]、根本 亮[1]、林 祐美子[1]、内村 良平[1]、溝口 正子[1]、井垣 尊弘[1]、山本 雄大[1]、山内 慎一[1]、花岡 まりえ[1]、絹笠 祐介[1] (1. 東京科学大学消化管外科学分野)

[CBL3-2] 側方郭清をどう使いこなすか― 症例で学ぶ術式選択と今後の展望 ―

*金光 幸秀[1] (1. 国立がん研究センター中央病院)

[CBL3-3] 内腸骨血管本幹切離を要する高難度側方リンパ節郭清における尾骨筋をガイドにした経会陰的bottom-upアプローチの手術手技

*小倉 淳司[1]、村田 悠記[1]、佐藤 雄介[1]、梅田 晋一[1]、筒山 将之[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)

症例検討によるレクチャー | 肛門科

13:30 ~ 14:30 | 第6会場（1F 会議室103）

症例検討によるレクチャー４　排便機能に関する症例提示

司会：羽田 丈紀（おなかクリニック）、矢野 孝明（ヤノ肛門外科クリニック）

[CBL4-1] 排便に長時間を要し、肛門周囲の圧迫が必要であった高齢女性の一例

*岡本 亮[1]、松木 豪志[1]、一瀬 規子[1]、中島 隆善[1]、仲本 嘉彦[1]、栁 秀憲[1] (1. 医療法人信和会明和病院　外科、骨盤底(機能障害・臓器脱）センター)

[CBL4-2] 糞便塞栓に対する摘便処置において局所麻酔は有効か？

*矢野 孝明[1] (1. ヤノ肛門外科クリニック)

[CBL4-3] バイオフィードバック療法が奏効した排便困難、残便感を主訴とした骨盤底筋協調運動障害の1例

*高橋 知子[1] (1. 亀田総合病院　消化器外科)

症例検討によるレクチャー | 外科

15:45 ~ 16:45 | 第6会場（1F 会議室103）

症例検討によるレクチャー５　大腸手術ー困難症例への対処法（開腹、腹腔鏡、Robot）

司会：山本 聖一郎（東海大学医学部消化器外科）、竹政 伊知朗（社会医療法人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）

[CBL5-1] 低侵襲直腸癌手術における困難症例への対応

*福長 洋介[1]、三城 弥範[1]、北川 祐資[1]、山本 匠[1] (1. 関西医科大学総合医療センター)

[CBL5-2] 骨盤内を占拠する局所進行直腸癌に対するTaTME/TpTMEアプローチ併用腹腔鏡下骨盤内臓全摘の工夫

*柳 舜仁[1]、今泉 佑太[1]、中嶋 俊介[1]、川元 良祐[1]、堺 将弘[1]、石川 佳孝[1]、畑 太悟[1]、伊藤 隆介[1]、後藤 圭佑[2]、衛藤 謙[2] (1. 川口市立医療センター消化器外科、2. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

[CBL5-3] ロボット手術を用いた直腸癌困難症例の実際

*野中 隆[1]、井上 悠介[1]、石井 光寿[1]、足立 利幸[1]、高村 祐磨[1]、山口 峻[1]、片山 宏己[1]、丸田 浩志[1]、小野 李香[1]、山﨑 翔斗[1]、江口 晋[2]、松本 桂太郎[3] (1. 長崎大学病院　外科学講座　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

症例検討によるレクチャー | 内科

15:50 ~ 16:50 | 第9会場（1F 会議室101-A）

症例検討によるレクチャー６　irAE腸炎における診断と治療のコツ

司会：平田 賢郎（慶應義塾大学病院　腫瘍センター）、新﨑 信一郎（兵庫医科大学医学部消化器内科学講座）

[CBL6-1] 大腸癌免疫療法時代に求められる実践的マネジメント

*砂川 優[1] (1. 聖マリアンナ医科大学臨床腫瘍学講座)

[CBL6-2] 症例から考えるirAE腸炎診療の分岐点―疑う、調べる、治療につなぐ―

*長島 文夫[1] (1. 杏林大学医学部腫瘍内科)

[CBL6-3] 免疫チェックポイント阻害薬関連腸炎治療後に膠原線維性大腸炎を発症した一例

*梁井 俊一[1]、杉本 亮[2]、栁川 直樹[2]、松本 主之[1] (1. 岩手医科大学内科学講座消化器内科分野、2. 岩手医科大学病理診断学講座)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 外科

📅2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 🏛第4会場（2F コンベンションホール4）

症例検討によるレクチャー１　直腸癌TNT　症例から考える

司会：塩見 明生（静岡県立静岡がんセンター大腸外科)、塚本 俊輔（国立がん研究センター中央病院大腸外科）

[CBL1-1] 東大病院における進行下部直腸癌に対する術前治療の選択、TNTの適応と治療例

*野澤 宏彰[1]、江本 成伸[1]、阿部 真也[1,2]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学医学部腫瘍外科、2. 国立国際医療研究センター病院外科)

[CBL1-2] TNT後の再評価の高精度化に向けた取り組み ― ENSEMBLE試験 NOM委員会より ―

*賀川 義規[1]、安藤 幸滋[2]、諏訪 雄亮[3]、平澤 欣吾[4]、今井 健一郎[5]、池原 久朝[6]、高橋 佑典[7]、井上 明星[8]、坪山 尚寛[9]、渡邉 純[3] (1. 大阪国際がんセンター　消化器外科、2. 九州大学大学院消化器・総合外科、3. 関西医科大学下部消化管外科学講座、4. 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、5. 静岡県立静岡がんセンター内視鏡科、6. 北里大学医学部消化器内科学、7. 国立病院機構大阪医療センター外科、8. 滋賀医科大学放射線医学講座、9. 近畿大学医学部放射線医学教室放射線診断学部門)

[CBL1-3] 直腸癌TNT後のNOM適応判定：症例から考える

*山口 智弘[1]、神馬 真里奈[1]、市川 英孝[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[1]、松井 信平[1]、向井 俊貴[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研究会有明病院大腸外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
症例検討によるレクチャー１　直腸癌TNT　症例から考える
司会：塩見 明生（静岡県立静岡がんセンター大腸外科）、塚本 俊輔（国立がん研究センター中央病院大腸外科）

[CBL1-1] 東大病院における進行下部直腸癌に対する術前治療の選択、TNTの適応と治療例

*野澤 宏彰[1]、江本 成伸[1]、阿部 真也[1,2]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学医学部腫瘍外科、2. 国立国際医療研究センター病院外科)

我が国でも治療ガイドラインの改定をうけて、近年では進行下部直腸癌に対して術前化学放射線療法(CRT)および全腸間膜切除(TME)による根治手術が行う施設が増えているが、欧米では先行してtotal neoadjuvant therapy（TNT）の治療開発が進んでいる。TNTの目標としては局所制御の更なる向上、肛門温存率上昇があげられるが、当初期待されていた全生存率の向上が証明されたランダム化比較試験はごく限られている。最近ではTNT後の手術後に局所再発が増えたとするRAPIDO試験の結果も報告された。
腫瘍学的な側面よりも大きな視点として、術前治療による肉体的、精神的、経済的な側面を無視できない。われわれは術前CRTによって生体インピーダンス分析による体組成測定で骨格筋やPhase angleが減少すること、特に女性患者での減少が著明であり、非利き腕の握力低下が有意であることを見出した。炎症による直腸間膜の浮腫と浸出液の増加や線維化の影響で術前治療後の手術が困難になることは周知のとおりである。これらがCRTよりもTNTで増える可能性を考える必要がある。
現在、当科では下端が腹膜反転部以下、cT3以深またはリンパ節転移陽性の直腸癌に対してtegafur-uracil とイリノテカンを併用したCRT（RT 50.4Gy/28fr）を行い8週以降を目安にTMEベースの手術を行うことを標準としている。cT4b、高度リンパ節転移、EMVI陽性症例に対してはTNTを特定臨床研究として行う一方で、高齢やUGT1A1のpolymorphismでイリノテカンの毒性出現が懸念される場合にはCRTでの抗癌剤併用はtegafur-uracilにとどめている。画像撮影に関してはCTおよびMRIで直腸癌protocol（基本はT2強調、造影なし、直腸に対して水平または垂直となるスライスでの撮像）を運用し、さらに昨年からは放射線科の協力のもと、術前治療前後での画像について直腸癌の深達度、リンパ節転移、EMVIやCR (またはtumor regression grade)判定を行うワークフローも整備した。
当院でのTNTは症例蓄積中であるが、本集会では上述の適応に則り、TEGAFIRIレジメンによるCRTののちconsolidationとしてCAPOX 2コースを付加したTNTによって治療した進行下部直腸癌症例を紹介する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
症例検討によるレクチャー１　直腸癌TNT　症例から考える
司会：塩見 明生（静岡県立静岡がんセンター大腸外科）、塚本 俊輔（国立がん研究センター中央病院大腸外科）

[CBL1-2] TNT後の再評価の高精度化に向けた取り組み ― ENSEMBLE試験 NOM委員会より ―

*賀川 義規[1]、安藤 幸滋[2]、諏訪 雄亮[3]、平澤 欣吾[4]、今井 健一郎[5]、池原 久朝[6]、高橋 佑典[7]、井上 明星[8]、坪山 尚寛[9]、渡邉 純[3] (1. 大阪国際がんセンター　消化器外科、2. 九州大学大学院消化器・総合外科、3. 関西医科大学下部消化管外科学講座、4. 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、5. 静岡県立静岡がんセンター内視鏡科、6. 北里大学医学部消化器内科学、7. 国立病院機構大阪医療センター外科、8. 滋賀医科大学放射線医学講座、9. 近畿大学医学部放射線医学教室放射線診断学部門)

【背景】
Total Neoadjuvant Therapy（TNT）後の臨床的完全奏効（cCR）症例に対するNon-Operative Management（NOM）は、直腸温存を可能とする治療戦略として注目されている。一方で、TNT後の再評価では、内視鏡、MRI、直腸診察などの所見が必ずしも一致せず、真のcCRと残存腫瘍の鑑別に苦慮する症例も少なくない。NOMの安全な普及には、再評価の標準化と精度向上が重要な課題である。 ENSEMBLE-1試験では、局所進行直腸癌を対象にSCRT後CAPOXを6コース施行し、cCR率43.3%、NOM施行率24.1%（7/29例）を報告している。このような高い臓器温存率を安全に実現するため、国内多施設共同ランダム化第3相試験であるENSEMBLE試験（NCT05646511, jRCTs031220342）では、外科医、腫瘍内科医、放射線診断医、内視鏡医から構成されるNOM委員会を設置し、全症例の再評価をWEBカンファレンスで実施している。
さらに本委員会では、アメリカをはじめ、ドイツおよびブラジルの直腸癌専門家との継続的なWebカンファレンスを通じて国際的な知見を共有し、評価基準の標準化と質の向上を図っている。

【目的】
ENSEMBLE試験NOM委員会の活動を通じて、TNT後再評価における課題と、高精度化に向けた取り組みについて症例ベースで報告する。

【内容】
委員会では、cCR症例、near-cCR症例、画像所見と内視鏡所見が乖離した症例、最終的に手術を選択した症例などを多角的に検討してきた。特にnear-cCR症例では、単時点での評価では手術適応と判断される一方、一定期間の経過観察後にcCRへ移行する症例も経験しており、再評価時期の重要性が認識された。また、MRI上の線維化と残存腫瘍の鑑別や、内視鏡所見の解釈について評価者間で見解が分かれる症例も存在した。

【結語】
TNT後の再評価では、単一モダリティによる判定には限界があり、多職種による統合的評価と経時的観察が重要である。本発表では実際の症例を提示しながら、NOM適応判断におけるピットフォールと、ENSEMBLE試験NOM委員会が取り組む再評価精度向上の実際について紹介する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
症例検討によるレクチャー１　直腸癌TNT　症例から考える
司会：塩見 明生（静岡県立静岡がんセンター大腸外科）、塚本 俊輔（国立がん研究センター中央病院大腸外科）

[CBL1-3] 直腸癌TNT後のNOM適応判定：症例から考える

*山口 智弘[1]、神馬 真里奈[1]、市川 英孝[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[1]、松井 信平[1]、向井 俊貴[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研究会有明病院大腸外科)

直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapy（TNT）は、局所制御や遠隔転移の抑制を期待して導入されてきた治療戦略であるが、近年ではNonoperative Management（NOM）による臓器温存の機会を高めることも重要な目標の一つとなっている。特に、直腸切断術が必要となり永久人工肛門を要する患者や、吻合が可能であっても高度な排便機能障害が予測される患者においては、NOMが達成された場合の利益は大きい。
一方で、NOMを視野に入れた治療戦略には、手術が必要となった場合の治療期間の延長、結果的に過剰治療となる可能性、放射線治療に伴う機能障害などの不利益もあり、その適応と判定には慎重な判断が求められる。本邦の大腸癌治療ガイドラインにおいても、NOMは「行わないことを弱く推奨する」とされており、その背景には、本邦におけるTNTおよびNOMに関するエビデンスが限られていることがある。
当院では2004年より直腸癌に対する術前治療を導入し、2023年までに1000例を超える治療経験を有している。また、NOMについても2024年までに100例を超える経験を重ねてきた。NOMの適応判定には、直腸診、内視鏡、MRIの3つの評価が重要である。しかし、国際的に標準化された判定基準は十分に確立しておらず、実臨床では判断に迷う症例も少なくない。
本セッションでは、当院で経験した術前治療後の症例を提示し、直腸診、内視鏡、MRI所見を踏まえたNOM適応判定の実際について検討する。症例を通じて、TNT後の臨床的奏効例に対する評価と、NOM適応の判断の一助となることを目的とする。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 内科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第7会場（1F 会議室107）

症例検討によるレクチャー２　大腸がん予防のup to date～化学予防からスクリーニングまで～

司会：三上 達也（弘前大学大学院医学研究科先制医療学講座）、中村 真一（東京女子医科大学消化器内科学分野）

[CBL2-1] 二次予防としての大腸がん検診―現状と課題、そして今後の展望―

*井上 詠[1] (1. 東海大学医学部総合診療学系健康管理学)

[CBL2-2] 大腸がんの二次予防―大腸内視鏡による確実な診断と適切な治療法の選択

*小林 清典[1]、西野 晴夫[1]、松島 誠[1]、草野 央[2] (1. 松島病院大腸肛門病センター、2. 北里大学医学部消化器内科学)

[CBL2-3] 大腸内視鏡による大腸癌の予防のエビデンス　～実際の症例を交えて～

*吉田 直久[1]、小林 玲央[1]、冨田 侑里[2]、丸尾 和也[1]、井上 健[1]、有田 智洋[3]、塩崎 敦[3]、森永 友紀子[4]、小嶋 基寛[4]、髙木 智久[1] (1. 京都府立医科大学大学院　消化器内科学、2. 京都博愛会病院　消化器内科、3. 京都府立医科大学大学院　消化器外科学、4. 京都府立医科大学大学院　臨床病理学)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 内科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第7会場（1F 会議室107）

症例検討によるレクチャー２　大腸がん予防のup to date～化学予防からスクリーニングまで～

司会：三上 達也（弘前大学大学院医学研究科先制医療学講座）、中村 真一（東京女子医科大学消化器内科学分野）

[CBL2-1] 二次予防としての大腸がん検診―現状と課題、そして今後の展望―

*井上 詠[1] (1. 東海大学医学部総合診療学系健康管理学)

大腸がんは日本における主要ながん死亡原因であり、その死亡数は依然として増加傾向にある。多くの先進諸国で大腸がん年齢調整死亡率が着実に低下しているのに対し、日本では十分な改善がみられず、国際的にも高い水準にある。この事実は、現行の大腸がん検診システムが本来期待される死亡率減少効果を十分に発揮できていないことを示唆している。

現在、日本の対策型検診では便潜血免疫法（FIT）が実施されている。FITは簡便かつ安全であり、死亡率減少効果に関する科学的根拠も確立されており、大腸がん検診ガイドラインにおいて「推奨」されている。しかし、二次予防の強力な武器である大腸がん検診がなぜ機能していないのであろうか。

死亡率減少効果の根拠となった臨床試験と日本の現状を比較すると、検診受診率、精検受診率とも臨床試験で報告されている数値よりかなり低い。現在の日本で採用されているFITは臨床試験で採用された化学法より感度が高いため、受診率と精検受診率の低さがFITの死亡率減少効果を打ち消す方向に働いており、日本の大腸がん死亡率低下を阻む重要な要因と考えられる。

一方、全大腸内視鏡検査（TCS）は大腸がんおよび前がん病変の検出・切除を同時に行うことができる検査法であり、米国などでは内視鏡スクリーニングが大腸がん死亡率低下に大きく寄与してきたと考えられる。現在、日本を含む複数の国でFITを対照としたTCSのランダム化比較試験（RCT）が進行中であるが、中間報告ではFITに対する優位性を示せていない。その背景には、TCS群における受診率の低さが影響している可能性が指摘されている。RCTの最終結果次第では、わが国においてもTCSの対策型検診への導入が議論される可能性があるが、偶発症、受容性、費用対効果、さらには検査処理能力という大きな課題が存在する。対象者や検査間隔を慎重に検討するとともに、高リスク集団を優先的に抽出するリスク層別化戦略が不可欠である。

今後の大腸がん検診には、FITを基盤として受診率や精検受診率向上に取り組むとともに、TCSや新規バイオマーカーを適切に組み合わせた個別化スクリーニングの構築を目指すことが求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 内科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第7会場（1F 会議室107）
症例検討によるレクチャー２　大腸がん予防のup to date～化学予防からスクリーニングまで～
司会：三上 達也（弘前大学大学院医学研究科先制医療学講座）、中村 真一（東京女子医科大学消化器内科学分野）

[CBL2-2] 大腸がんの二次予防―大腸内視鏡による確実な診断と適切な治療法の選択

*小林 清典[1]、西野 晴夫[1]、松島 誠[1]、草野 央[2] (1. 松島病院大腸肛門病センター、2. 北里大学医学部消化器内科学)

大腸癌の予防には一次予防と二次予防があるが、後者は便潜血陽性者や血便などの有症状例、大腸癌のハイリスク症例に大腸内視鏡検査を行い、大腸癌を早期発見し適切な治療を行うことで患者の救命をはかることにある。大腸癌の二次予防に大腸内視鏡検査が果たす役割は大きい。
大腸癌の内視鏡による早期発見には、非腫瘍性病変や腺腫との鑑別および見逃しの防止が重要である。前者には色素撒布も併用した通常内視鏡観察が基本となるが、鑑別に迷う病変には画像強調観察によるJNET分類の評価や、色素拡大内視鏡観察によるpit patternの評価を加えることが有用である。見逃し防止のためには、良好な腸管前処置が前提となるが、鎮痙薬により腸管蠕動を抑制する。観察法にも工夫が必要で、粘膜の色調変化や凹凸、血管網の途絶などに着目し、適宜色素内視鏡観察や画像強調観察を併用する。見逃しが起こりやすい大腸部位は、肝彎曲や脾彎曲、横行結腸中部、SD junctionなどの強い屈曲部であり、スコープをゆっくり抜去しながら観察を行う。ひだ裏の病変や肛門近傍の病変も見逃し易いため、先端フードの装着や上行結腸と直腸下部では反転観察も併用する。
大腸癌を発見した際には適切な治療法を選択する必要があり、深達度の正確な評価が重要になる。内視鏡的切除が可能なpTis癌～pT1a癌と、外科手術が必要なpT1b以深への浸潤癌を正確に鑑別する必要がある。通常内視鏡観察では、腫瘍自体の変化として大きさや肉眼型、緊満感、空気変形、陥凹を有する病変では陥凹の深さや凹凸などに着目する。とくに表面陥凹型癌にはpT1b以深への浸潤癌が多い。腫瘍周囲の変化としては、弧の硬化や台状挙上、皺壁集中、有茎性病変では茎の太りなどに着目する。通常内視鏡観察で深達度診断に迷う病変、pT1癌が疑われる病変では、精密内視鏡診断（JNET分類やpit patternの評価、超音波内視鏡など）を併用する。
発表では大腸癌の二次予防に重要なツールである大腸内視鏡検査をテーマとして、確実な診断と適切な治療法を選択するために重要な事項を、症例を提示しながら解説する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 内科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第7会場（1F 会議室107）
症例検討によるレクチャー２　大腸がん予防のup to date～化学予防からスクリーニングまで～
司会：三上 達也（弘前大学大学院医学研究科先制医療学講座）、中村 真一（東京女子医科大学消化器内科学分野）

[CBL2-3] 大腸内視鏡による大腸癌の予防のエビデンス　～実際の症例を交えて～

*吉田 直久[1]、小林 玲央[1]、冨田 侑里[2]、丸尾 和也[1]、井上 健[1]、有田 智洋[3]、塩崎 敦[3]、森永 友紀子[4]、小嶋 基寛[4]、髙木 智久[1] (1. 京都府立医科大学大学院　消化器内科学、2. 京都博愛会病院　消化器内科、3. 京都府立医科大学大学院　消化器外科学、4. 京都府立医科大学大学院　臨床病理学)

本邦では，便潜血検査による大腸癌検診が20年以上にわたり対策型検診として実施されてきたが，現在の受診率は約40%にとどまり，大腸癌は罹患数第1位，死亡数第2位を占める．
大腸内視鏡検査は大腸癌死亡に対する有意な抑制効果（multivariate hazard ratio, 0.32; 95% confidence interval [CI], 0.24–0.45）を示し (Nishihara R, et al. N Engl J Med. 2013)，米国では，2010年より50歳以上を対象とした内視鏡検診が導入され(2021年からは45歳以上)，検診受診率は70%を超え，大腸癌の罹患率/死亡率は大きく減少している．一方，近年報告された国際大規模無作為化比較試験であるNordICC Studyでは，内視鏡受検率が42%と低く，大腸癌罹患率は18%有意に低下したものの（95% CI, 0.70–0.90），死亡率低下は示されなかった (Bretthauer M, et al. N Engl J Med. 2022)．現在，本邦ではガイドラインにおいても，大腸内視鏡検査の検診の有効性が期待される一方で，受検率や医療資源などの課題が指摘されている (Saito Y, et al. Dig Endosc. 2021)．
米国のNational Polyp Studyでは，大腸内視鏡による腺腫性ポリープ切除後に，大腸癌死亡が53%減少したことが報告されている (Zauber AG, et al. N Engl J Med. 2012)．またポリープ切除後は，病変のサイズや個数に応じてサーベイランス内視鏡が推奨されるが，経過観察中のpost-colonoscopy colorectal cancer（PCCRC）が課題とされる．昨今のsystematic reviewでは，内視鏡後3年以内に発見されるPCCRCは7.5%と報告される (Kader R, et al. Clin Gastroenterol Hepatol. 2025)．リスクファクターは，炎症性腸疾患，大腸癌治療歴，深部結腸病変，憩室，女性などが挙げられている．当院におけるPCCRC進行癌症例を提示する．症例は71歳女性．7年前に上行結腸粘膜内癌に対して大腸ESDを施行し，以後1～2年ごとに内視鏡サーベイランスを継続していた．前回2年前の内視鏡検査では，小ポリープのCSPのみであったが，今回の内視鏡にて横行結腸左側に進行大腸癌を認めた．外科切除を施行し，病理学的所見はpT3 (SS), N0, M0, Stage IIaであり根治切除が得られた．
本講演では大腸内視鏡による大腸癌の予防効果についてその現況と課題について提示する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 外科

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

症例検討によるレクチャー３　側方リンパ節郭清 開腹、腹腔鏡、Robot

司会：伊藤 雅昭（国立がん研究センター東病院）、秋吉 高志（がん研有明病院大腸外科）

[CBL3-1] 症例から考える直腸癌側方リンパ節郭清　―ロボット支援手術による根治性と機能温存―

*賀川 弘康[1]、國本 真由[1]、中田 美佳[1]、本多 正樹[1]、岩井 美穂[1]、佐藤 幸平[1]、犬飼 瑞穂[1]、上野 啓輔[1]、鈴木 碧[1]、根本 亮[1]、林 祐美子[1]、内村 良平[1]、溝口 正子[1]、井垣 尊弘[1]、山本 雄大[1]、山内 慎一[1]、花岡 まりえ[1]、絹笠 祐介[1] (1. 東京科学大学消化管外科学分野)

[CBL3-2] 側方郭清をどう使いこなすか― 症例で学ぶ術式選択と今後の展望 ―

*金光 幸秀[1] (1. 国立がん研究センター中央病院)

[CBL3-3] 内腸骨血管本幹切離を要する高難度側方リンパ節郭清における尾骨筋をガイドにした経会陰的bottom-upアプローチの手術手技

*小倉 淳司[1]、村田 悠記[1]、佐藤 雄介[1]、梅田 晋一[1]、筒山 将之[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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 外科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | 第2会場（2F コンベンションホール2）
症例検討によるレクチャー３　側方リンパ節郭清 開腹、腹腔鏡、Robot
司会：伊藤 雅昭（国立がん研究センター東病院）、秋吉 高志（がん研有明病院大腸外科）

[CBL3-1] 症例から考える直腸癌側方リンパ節郭清　―ロボット支援手術による根治性と機能温存―

*賀川 弘康[1]、國本 真由[1]、中田 美佳[1]、本多 正樹[1]、岩井 美穂[1]、佐藤 幸平[1]、犬飼 瑞穂[1]、上野 啓輔[1]、鈴木 碧[1]、根本 亮[1]、林 祐美子[1]、内村 良平[1]、溝口 正子[1]、井垣 尊弘[1]、山本 雄大[1]、山内 慎一[1]、花岡 まりえ[1]、絹笠 祐介[1] (1. 東京科学大学消化管外科学分野)

直腸癌に対する側方リンパ節郭清は，下部直腸癌の局所制御において重要な役割を担う一方，骨盤側壁の複雑な解剖，限られた操作空間，血管・神経・尿管に近接した剥離操作を要する高難度手術である．とくに内腸骨血管系，閉鎖神経，下腹神経，骨盤内臓神経，骨盤神経叢周囲では，根治性を追求しながら排尿・性機能障害を最小限に抑える精緻な操作が求められる．ロボット支援手術は，安定した三次元拡大視野，多関節鉗子による自由度の高い操作性を活かし，狭骨盤深部における側方郭清をより定型化しやすい可能性を有する．一方で，触覚の欠如，手術時間，助手との協調，緊急時対応など，ロボット特有の課題を理解したうえで戦略を構築する必要がある．

側方郭清では，内側から，自律神経・下腹神経前筋膜，内腸骨血管臓側枝の内側面，同外側面，骨盤壁の4つの面を形成し，その間に介在するリンパ組織をen blocに郭清する．これらの底面のメルクマールは，内腸骨動静脈，内陰部動脈，Alcock管，下膀胱静脈，骨盤内臓神経S4である．予防的郭清では，自律神経および内腸骨血管臓側枝の温存を基本とする．一方，転移リンパ節に対する治療的郭清では，とくに263D，283領域にリンパ節転移を認める場合，必要に応じて内腸骨血管臓側枝や内腸骨血管の合併切除を含め，根治性を重視した郭清を徹底する．

下部進行直腸癌に対する予防的側方郭清例，術前治療後も側方リンパ節転移陽性が疑われる治療的郭清例，および高難度症例を提示し，症例ごとの治療方針決定と手術戦略を検討する．具体的には，側方リンパ節領域の解剖の理解，術前MRI・CTによる側方リンパ節評価，ポート配置とドッキング，内外腸骨血管および閉鎖腔の展開，剥離層の同定，閉鎖神経・骨盤神経叢の温存，出血時の視野確保とリカバリーについて，実際の手術手順に沿って提示する．また，ロボット支援手術ならではの安定した術野展開，低侵襲性，精緻な郭清操作を供覧する．

症例検討を通じて，ロボット支援側方郭清における安全性，根治性，機能温存を両立させるための判断基準，ピットフォール，定型化について提示する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 外科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | 第2会場（2F コンベンションホール2）
症例検討によるレクチャー３　側方リンパ節郭清 開腹、腹腔鏡、Robot
司会：伊藤 雅昭（国立がん研究センター東病院）、秋吉 高志（がん研有明病院大腸外科）

[CBL3-2] 側方郭清をどう使いこなすか― 症例で学ぶ術式選択と今後の展望 ―

*金光 幸秀[1] (1. 国立がん研究センター中央病院)

直腸癌における側方リンパ節転移は局所再発の重要な原因であり、本邦ではTotal Mesorectal Excision（TME）に側方リンパ節郭清（LLND）を追加する治療戦略が発展してきた。
JCOG0212試験の結果を受け、進行下部直腸癌に対するTME＋LLNDは現在の本邦標準治療として広く認識されている。一方で、術前治療の進歩に伴い、すべての患者にLLNDが必要であるかについては議論が続いている。
本講演では、実臨床で経験した症例を提示しながら、側方リンパ節郭清の適応と意義について考察する。まず、明らかな側方リンパ節転移を伴う症例を通じて、局所制御の観点からLLNDが果たす役割を概説する。続いて、側方リンパ節腫大が軽度で判断に迷う症例を提示し、術前画像診断、再発リスク評価、および治療選択の考え方について議論する。また、開腹手術、腹腔鏡手術、ロボット支援手術それぞれの特徴にも触れ、近年の低侵襲手術の発展がLLNDに与えた影響について整理する。
さらに、現在進行中のJCOG2207試験を紹介し、「術前治療は側方郭清を代替し得るのか」という臨床的課題について考える。JCOG2207は側方郭清を否定する試験ではなく、どのような患者にLLNDが真に必要であるかを明らかにすることを目的としている。本講演を通じて、側方リンパ節郭清の現状の標準治療としての位置付けを再確認するとともに、今後の個別化治療の方向性について考察したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 外科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | 第2会場（2F コンベンションホール2）
症例検討によるレクチャー３　側方リンパ節郭清 開腹、腹腔鏡、Robot
司会：伊藤 雅昭（国立がん研究センター東病院）、秋吉 高志（がん研有明病院大腸外科）

[CBL3-3] 内腸骨血管本幹切離を要する高難度側方リンパ節郭清における尾骨筋をガイドにした経会陰的bottom-upアプローチの手術手技

*小倉 淳司[1]、村田 悠記[1]、佐藤 雄介[1]、梅田 晋一[1]、筒山 将之[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・目的】高難度側方リンパ節郭清では内腸骨動静脈（IIA/V）本幹の合併切除を要することも少なくないが、限られた術野で出血なく外側・背側マージンを確保するのは技術的に困難で危険を伴う。TaTMEの応用である下方からの反転視野（bottom-up）は魅力的だが解剖の認識が難しく、骨盤内での「位置情報」、とりわけIIA/Vや腰仙骨神経幹との位置関係が不明瞭なまま剥離を進める不安が大きい。我々は尾骨筋を解剖学的指標として側方腔へ再現性をもって経会陰にアプローチすることにより安全な側方郭清を心がけており、具体的な症例をもとにその戦略と手技を紹介する。
【解剖学的概念】尾骨筋は尾骨から坐骨棘へ横走し、IIA/Vと腰仙骨神経幹の前方かつ挙筋の背側を横断する。経会陰視野では尾骨筋がIIA/V本幹と腰仙骨神経幹の前縁を指し示すため、ブラインドな剥離を回避できる。
【手技】術前にT2 MRI（矢状断を時計回りに90度回転）と3D CTで尾骨・尾骨筋・内腸骨血管の走行を把握する。人員に余裕があれば腹腔3名・会陰2名の2チーム同時手術とし、気腹圧10–12 mmHgで安定した術野を確保する。まず尾骨を露出して尾骨筋内側縁の指標とし、挙筋筋膜背側の尾骨筋を同定・授動して挙筋下縁＝遠位IIA/V本幹と腰仙骨神経幹のレベルを把握する。尾骨筋表面を外側へ追い内閉鎖筋膜との角を確認し、挙筋筋膜を可能な限り尾骨筋寄りの背側で切離すると遠位血管がunroofされ、内閉鎖筋膜に沿って側方へ展開できる。血管処理前に閉鎖腔・直腸後腔で腹腔チームとランデブーし、神経血管解剖を相互確認して出血に備える。
IIA/V背外側に位置する腰仙骨神経幹を温存しつつ遠位本幹を確保し、上・下殿動静脈などの骨盤壁側枝は本幹切離レベルに合わせ腰仙骨・仙骨神経幹間で処理する。会陰側で遠位を先行処理し、近位の切離は腹腔操作の最終段階まで温存して静脈うっ滞と出血を抑制する。
【結語】尾骨筋ガイド下bottom-upアプローチは、遠位内腸骨血管と腰仙骨神経幹への再現性ある経路を提供し、高難度側方郭清の複雑な解剖に対する実行可能な戦略であり、反転術野の方向性を担保して安全な側方郭清の一助となりうる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 肛門科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | 第6会場（1F 会議室103）

症例検討によるレクチャー４　排便機能に関する症例提示

司会：羽田 丈紀（おなかクリニック）、矢野 孝明（ヤノ肛門外科クリニック）

[CBL4-1] 排便に長時間を要し、肛門周囲の圧迫が必要であった高齢女性の一例

*岡本 亮[1]、松木 豪志[1]、一瀬 規子[1]、中島 隆善[1]、仲本 嘉彦[1]、栁 秀憲[1] (1. 医療法人信和会明和病院　外科、骨盤底(機能障害・臓器脱）センター)

[CBL4-2] 糞便塞栓に対する摘便処置において局所麻酔は有効か？

*矢野 孝明[1] (1. ヤノ肛門外科クリニック)

[CBL4-3] バイオフィードバック療法が奏効した排便困難、残便感を主訴とした骨盤底筋協調運動障害の1例

*高橋 知子[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

症例検討によるレクチャー | 肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | 第6会場（1F 会議室103）
症例検討によるレクチャー４　排便機能に関する症例提示
司会：羽田 丈紀（おなかクリニック）、矢野 孝明（ヤノ肛門外科クリニック）

[CBL4-1] 排便に長時間を要し、肛門周囲の圧迫が必要であった高齢女性の一例

*岡本 亮[1]、松木 豪志[1]、一瀬 規子[1]、中島 隆善[1]、仲本 嘉彦[1]、栁 秀憲[1] (1. 医療法人信和会明和病院　外科、骨盤底(機能障害・臓器脱）センター)

【症例】
80歳代女性。主訴は排便困難感。数年前より著明な残便感を自覚し、排便に長時間を要していた。また、会陰部や腟側の用手圧迫により排便を促す状態が続いていた。歩行時にも股にものを挟むような違和感（脱出感）を認めたため当院を受診した。
直腸診にて直腸前壁に著明なポケット状の陥凹を認め、排便造影検査（デフェコグラフィー）では腟外へ大きく脱出する4cm以上の高度直腸瘤を確認した。用手圧迫にて便排出が促進される所見から、直腸瘤がODSの主因であると確定診断し、手術加療の方針とした。

【手術・経過】
直腸瘤の解剖学的修復および機能改善を目的として、メッシュを用いた腹腔鏡下直腸挙上固定術（LVR）を施行した。術後の排便造影検査では残便なく速やかな排出が確認され、排便時間は著明に短縮。術後経過は良好であり、患者の満足度も非常に高かった。

【考察】
便排出障害（ODS）の原因として直腸瘤や直腸内重積が挙げられるが、完全直腸脱と異なり初期には体外脱出を伴わないため、単なる難治性便秘として見過ごされることが多い。今回我々は、高度な直腸瘤によるODSに対して腹腔鏡下直腸挙上固定術（LVR）を施行し、良好な経過を得た症例を経験した。
当院では、排便造影にて突出が4cm以上の高度直腸瘤であり、かつ用手圧迫を要するなど明らかなODSの原因となっている症例を手術適応としている。日本のガイドラインにおいて、直腸瘤単独例では経会陰・経腟的手術が推奨されることが多い。しかしLVRは、後方剥離を伴わないため骨盤神経損傷による新規便秘（de novo constipation）の発症リスクが低い。さらに、本症例のような高度脱出例に潜在する直腸内重積や腸瘤などのマルチコンパートメントの障害に対しても、一期的に解剖学的異常と機能障害を改善し得る有用な手段である。高度直腸瘤を伴うODSに対するLVRは、有力な選択肢の一つとして考慮されるべきである。

今回、症例を提示し、主に術式の妥当性等について検討する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | 第6会場（1F 会議室103）
症例検討によるレクチャー４　排便機能に関する症例提示
司会：羽田 丈紀（おなかクリニック）、矢野 孝明（ヤノ肛門外科クリニック）

[CBL4-2] 糞便塞栓に対する摘便処置において局所麻酔は有効か？

*矢野 孝明[1] (1. ヤノ肛門外科クリニック)

【はじめに】
糞便塞栓は臨床でしばしば遭遇するものであり、摘便はその有効な処置の1つである。しかし、その処置は疼痛や苦痛を伴うことが多い。当院では、その疼痛を軽減するために摘便の際に局所麻酔を試験的に用いたケースがある。
【目的】
本研究では摘便の際に、局所麻酔を用いた患者群と用いなかった患者群について、摘便の際の疼痛の大きさを比較することにした。
【対象と方法】
2025年6月から12月までの期間に糞便塞栓に対して摘便処置を行った患者群60例（局所麻酔なし群：32例、局所麻酔あり群：28例）について後ろ向き観察研究を行った。疼痛の測定は摘便がすべて完了した時点で行い、痛みの大きさ（VAS値：0-10）は患者自身が記録したものを用いた。単変量解析または多変量解析を用いて2群間で比較した。
【結果】
2群間で疼痛の大きさに有意差を認めなかった。
【考察】
摘便は疼痛を伴う処置だが、さらなる工夫が必要であると思われた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | 第6会場（1F 会議室103）
症例検討によるレクチャー４　排便機能に関する症例提示
司会：羽田 丈紀（おなかクリニック）、矢野 孝明（ヤノ肛門外科クリニック）

[CBL4-3] バイオフィードバック療法が奏効した排便困難、残便感を主訴とした骨盤底筋協調運動障害の1例

*高橋 知子[1] (1. 亀田総合病院　消化器外科)

骨盤底筋協調運動障害（dyssynergic defecation：DD）は、排便時に骨盤底筋群や外肛門括約筋の弛緩不全、または奇異性収縮を呈する機能性便排出障害であり、その治療では下剤投与や排便習慣指導が無効の症例にはバイオフィードバック療法（以下BF）が有効とされているが、その具体的な介入方法は曖昧である。今回、排便困難、残便感を主訴に来院しBFにより症状の改善が得られた症例を提示、DDの診断やBFによる介入方法について解説する。症例は60歳代後半の男性。50歳代より排便困難が出現、60歳代前半から緩下剤を服用。毎日排便を認めていたが、排便時間は長く、残便感および排便困難が持続するため紹介となった。便秘重症度スコアThe Cleveland Clinic Constipation Score（以下CSS）は11点、The Obstructed Defecation Syndrome score（以下ODS）スコアは7点であった。排便造影検査では恥骨直腸筋の弛緩が不十分であり、擬似便は検査時間内に完全排出できなかった。肛門体表筋電図では、肛門部筋活動が常時高値を示し、収縮時と安静時の区別が困難であった。また肛門収縮時には腹筋群にも異常な筋過活動を認めた。以上より骨盤底筋協調運動障害と診断した。本症例でのBFの介入方法は、筋電図波形を患者へ視覚的に提示しながら、安静時の肛門部筋活動の安静化を目的として、良姿勢、腹式呼吸による骨盤底筋の弛緩、過剰な腹圧や骨盤底筋収縮の抑制を指導した。計10回の介入後、CSSは11点から8点、ODSスコアは7点から5点へ改善した。筋電図上も安静時の肛門部過活動は軽減し、収縮時には適切な筋活動の上昇と速やかな低下が認められた。肛門収縮時に伴って発生していた腹筋群の異常な過活動も消失した。その後BF介入１年後に症状の再燃あり、再度BFを10回追加。その後は3年経過しているが症状の悪化はみられていない。本症例では、慢性的な排便困難の背景にDDが存在し、排便造影検査、筋電図による診断とBFを使用した機能改善が有効であった。筋電図を使用したBFでは、良姿勢や腹式呼吸による肛門部筋活動の安静化、過剰な腹圧を伴わない適切な肛門収縮を習得させることにより骨盤底筋協調運動の再獲得をめざしている。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 外科

2026年11月21日(土) 15:45 ~ 16:45 | 第6会場（1F 会議室103）

症例検討によるレクチャー５　大腸手術ー困難症例への対処法（開腹、腹腔鏡、Robot）

司会：山本 聖一郎（東海大学医学部消化器外科）、竹政 伊知朗（社会医療法人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）

[CBL5-1] 低侵襲直腸癌手術における困難症例への対応

*福長 洋介[1]、三城 弥範[1]、北川 祐資[1]、山本 匠[1] (1. 関西医科大学総合医療センター)

[CBL5-2] 骨盤内を占拠する局所進行直腸癌に対するTaTME/TpTMEアプローチ併用腹腔鏡下骨盤内臓全摘の工夫

*柳 舜仁[1]、今泉 佑太[1]、中嶋 俊介[1]、川元 良祐[1]、堺 将弘[1]、石川 佳孝[1]、畑 太悟[1]、伊藤 隆介[1]、後藤 圭佑[2]、衛藤 謙[2] (1. 川口市立医療センター消化器外科、2. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

[CBL5-3] ロボット手術を用いた直腸癌困難症例の実際

*野中 隆[1]、井上 悠介[1]、石井 光寿[1]、足立 利幸[1]、高村 祐磨[1]、山口 峻[1]、片山 宏己[1]、丸田 浩志[1]、小野 李香[1]、山﨑 翔斗[1]、江口 晋[2]、松本 桂太郎[3] (1. 長崎大学病院　外科学講座　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

症例検討によるレクチャー | 外科
2026年11月21日(土) 15:45 ~ 16:45 | 第6会場（1F 会議室103）
症例検討によるレクチャー５　大腸手術ー困難症例への対処法（開腹、腹腔鏡、Robot）
司会：山本 聖一郎（東海大学医学部消化器外科）、竹政 伊知朗（社会医療法人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）

[CBL5-1] 低侵襲直腸癌手術における困難症例への対応

*福長 洋介[1]、三城 弥範[1]、北川 祐資[1]、山本 匠[1] (1. 関西医科大学総合医療センター)

直腸癌に対する腹腔鏡下手術あるいはロボット支援下手術が普及するなか、肥満や狭骨盤などの手術操作の困難な症例にも対応が必要となることがある。当レクチャーでは、いくつかの手技困難な直腸癌手術について、具体的な解決策を提示しながらその手技について解説する。
1)肥満症例における下腸間膜動脈根部処理では、小腸の排除に難渋することによる視野確保の困難性が、同手技を妨げる大きな一因である。臓器排除用のデバイスを使用しても完全な視野確保が難しいため、ごく狭い範囲での局所的な視野が確保された状態で手技を行い、その際には充分小腸や十二指腸の損傷には注意を払う必要がある。2)肥満あるいは狭骨盤症例におけるTotal Mesorectal Excision （TME）の手技では、適切なカウンタートラクションをかけることに難渋するが、狭い局所の視野の中で、腹腔鏡手術では助手鉗子と術者左手鉗子の役割、またロボット支援下手術ではチップアップ鉗子と術者左手鉗子の役割を決定することが重要である。3)術前放射線療法あるいはTotal Neoadjuvant Therapyが行われた直腸癌症例では、組織の浮腫が強く、また浸出液が多いため手技に難渋することがある。そのような場合には、6Frの栄養チューブを骨盤内に誘導し、持続的に吸引をかけることで浸出液やミストの吸引が可能となる。4)括約筋間直腸切除術（ISR）においては、会陰先行手技により、余剰なデバイスの使用を回避しながら、その後の腹腔からの低侵襲手技操作の利点を生かせる。すなわち、解剖学的認識が困難とされる、男性における直腸尿道筋および女性における直腸膣中隔を、腹腔側から最終的に正確に認識したうえでの切離が可能となる。5)骨盤内臓全摘術では、TMEを超えた層での剥離となり、またDeep Vessel Complex(DVC)の処理に難渋することがあるが、経会陰操作を鏡視下に同時に行うことで、腹腔側からの剥離層の整合性が確認でき、最終的なDVCの処理をLinear Staplerを用いて行うことで、安全で短時間内での手術が可能となる。
以上、手術手技が困難とされる直腸癌症例に対しても、それぞれに対応策を講じることで、手技的にも腫瘍学的にも安全な低侵襲手術が可能となる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 外科
2026年11月21日(土) 15:45 ~ 16:45 | 第6会場（1F 会議室103）
症例検討によるレクチャー５　大腸手術ー困難症例への対処法（開腹、腹腔鏡、Robot）
司会：山本 聖一郎（東海大学医学部消化器外科）、竹政 伊知朗（社会医療法人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）

[CBL5-2] 骨盤内を占拠する局所進行直腸癌に対するTaTME/TpTMEアプローチ併用腹腔鏡下骨盤内臓全摘の工夫

*柳 舜仁[1]、今泉 佑太[1]、中嶋 俊介[1]、川元 良祐[1]、堺 将弘[1]、石川 佳孝[1]、畑 太悟[1]、伊藤 隆介[1]、後藤 圭佑[2]、衛藤 謙[2] (1. 川口市立医療センター消化器外科、2. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

骨盤内を占拠する局所進行直腸癌に対する腹腔鏡下骨盤内臓全摘(TPE)では、腫瘍径や骨盤前方・側壁への浸潤により、腹腔側のみでは安全な手術進行が困難となることがある。左右に剥離スペースを有する症例では、定型的な側方郭清に準じた側方剥離が安定したアプローチであるが、巨大腫瘍が骨盤側壁へ浸潤する症例では、この手順をそのまま適用することは困難である。当院でのTaTME/TpTMEアプローチ併用腹腔鏡下TPEの工夫を、症例提示を通じて概説する。基本方針は、従来の側方剥離主体の手順に固執せず、腫瘍の可動性を高めながら段階的に操作空間を確保することである。まず腹腔側から直腸背側の剥離を進め、経肛門側と交通させる。左右の剥離では蛍光尿管カテーテルを活用するが、十分なスペースが得られない場合は無理に先行せず、前方剥離へ移行する。前方操作では、腹腔側と経肛門側の2チームで協調し、膀胱前腔から前立腺左右の剥離を進め、前立腺側方で剥離層を交通させる。DVC・尿道は経肛門側から挿入した自動縫合器で切離し、腫瘍の可動性を高める。重量のある腫瘍では単純牽引のみでは術野確保が困難なため、ガーゼと鉗子で腫瘍を頭側へ転がすように展開し、以後の左右剥離に必要なスペースを獲得する。左右の剥離では、両チームが協調して閉鎖領域および膀胱下腹筋膜周囲を剥離する。臍動脈索および上膀胱動脈は腹腔側から処理する一方、下膀胱血管周囲では、側方郭清を要しない症例に限り、経肛門側からの自動縫合器による膀胱下腹筋膜一括切離を選択する。厚みのある組織では自動縫合器での切離が困難な場合があるため、開閉を繰り返して組織をなじませ、腹腔側からの鉗子補助下に適切なテンションをかけながら切離する。この操作はDVC周囲でも重要である。また、腫瘍左側の剥離を容易にするには、口側腸管の先行切離や、標本摘出創を兼ねる下腹部正中ポート追加も有用である。
巨大骨盤腫瘍に対する困難TPEでは、腫瘍の可動性向上、蛍光尿管ナビゲーション、2チームアプローチ、ポート配置とデバイス活用を組み合わせた新たな定型手順の構築が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 外科
2026年11月21日(土) 15:45 ~ 16:45 | 第6会場（1F 会議室103）
症例検討によるレクチャー５　大腸手術ー困難症例への対処法（開腹、腹腔鏡、Robot）
司会：山本 聖一郎（東海大学医学部消化器外科）、竹政 伊知朗（社会医療法人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）

[CBL5-3] ロボット手術を用いた直腸癌困難症例の実際

*野中 隆[1]、井上 悠介[1]、石井 光寿[1]、足立 利幸[1]、高村 祐磨[1]、山口 峻[1]、片山 宏己[1]、丸田 浩志[1]、小野 李香[1]、山﨑 翔斗[1]、江口 晋[2]、松本 桂太郎[3] (1. 長崎大学病院　外科学講座　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)

2026年度診療報酬改定においてロボット支援下骨盤内臓全摘術が新たに収載され，進行直腸癌に対するロボット手術の適応は今後さらに拡大すると考えられる。一方で，術前化学療法やTotal Neoadjuvant Therapy（TNT）の普及により，線維化や浮腫を伴う高度局所進行症例に対する手術機会も増加しており，骨盤深部における複雑な剥離操作や拡大郭清を要する「困難症例」への対応が重要となっている。
このような症例に対して安全にロボット手術を遂行するためには，術前画像を用いた詳細なシミュレーション，切除範囲や再建方法を含めた戦略立案，多診療科連携，さらに術中トラブルを想定したトラブルシューティングの準備が極めて重要である。また，ロボット支援手術の高精細3D視野や多関節機能を最大限に活用し，適切な牽引・展開および解剖学的層の維持を行うことが，安全な手術操作に直結する。
本セッションでは，隣接臓器合併切除を伴う局所進行直腸癌症例，あるいは術前治療後に広範囲リンパ節郭清を要した直腸癌症例を提示し，ロボット手術による困難症例への実践的対応についてビデオを用いて供覧する。実際の手術映像を通して，術前戦略，術中の解剖認識，剥離層の選択，出血時対応，狭小骨盤内での展開方法などを中心に解説し，安全かつ根治性を両立するための工夫について考察する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 内科

2026年11月21日(土) 15:50 ~ 16:50 | 第9会場（1F 会議室101-A）

症例検討によるレクチャー６　irAE腸炎における診断と治療のコツ

司会：平田 賢郎（慶應義塾大学病院　腫瘍センター）、新﨑 信一郎（兵庫医科大学医学部消化器内科学講座）

[CBL6-1] 大腸癌免疫療法時代に求められる実践的マネジメント

*砂川 優[1] (1. 聖マリアンナ医科大学臨床腫瘍学講座)

[CBL6-2] 症例から考えるirAE腸炎診療の分岐点―疑う、調べる、治療につなぐ―

*長島 文夫[1] (1. 杏林大学医学部腫瘍内科)

[CBL6-3] 免疫チェックポイント阻害薬関連腸炎治療後に膠原線維性大腸炎を発症した一例

*梁井 俊一[1]、杉本 亮[2]、栁川 直樹[2]、松本 主之[1] (1. 岩手医科大学内科学講座消化器内科分野、2. 岩手医科大学病理診断学講座)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 内科

2026年11月21日(土) 15:50 ~ 16:50 | 第9会場（1F 会議室101-A）

症例検討によるレクチャー６　irAE腸炎における診断と治療のコツ

司会：平田 賢郎（慶應義塾大学病院　腫瘍センター）、新﨑 信一郎（兵庫医科大学医学部消化器内科学講座）

[CBL6-1] 大腸癌免疫療法時代に求められる実践的マネジメント

*砂川 優[1] (1. 聖マリアンナ医科大学臨床腫瘍学講座)

近年、免疫チェックポイント阻害薬（immune checkpoint inhibitors：ICIs）は、MSI-H/dMMR切除不能進行再発大腸癌に対する標準治療として確立され、大腸癌診療において不可欠な治療選択肢となった。KEYNOTE-177試験では、ペムブロリズマブは一次治療として従来の化学療法と比較して無増悪生存期間を有意に延長し、さらにCheckMate 8HW試験では、ニボルマブ＋イピリムマブ併用療法の有効性が示されるなど、ICI治療の適応は拡大しつつある。一方で、免疫関連有害事象（immune-related adverse events：irAEs）は治療継続や患者予後に影響を及ぼす重要な課題であり、なかでもirAE腸炎は大腸肛門疾患を扱う医療者にとって理解すべき代表的な消化管irAEである。
irAE腸炎の発症頻度は治療レジメンによって異なり、抗PD-1/PD-L1抗体薬単剤では下痢が約10～20%、Grade 3以上の腸炎は1～3%程度と比較的少ない一方、抗CTLA-4抗体では腸炎の頻度が高く、ニボルマブ＋イピリムマブ併用療法ではGrade 3以上の下痢・腸炎が5～10%程度に認められる。MSI-H/dMMR大腸癌では抗CTLA-4併用療法の使用機会も増加しており、重症例への対応を含めた知識が求められる。
irAE腸炎の臨床症状は下痢、腹痛、血便など非特異的であり、感染性腸炎、炎症性腸疾患、虚血性腸炎、原病進行などとの鑑別が重要である。特に大腸癌患者では、既往の手術や化学療法歴なども加わり診断に難渋することが少なくない。
本レクチャーでは、消化器癌、とりわけ大腸癌に対する免疫療法の有効性に関するエビデンスをまとめ、副作用の中でirAE腸炎にフォーカスし日常診療に役立つデータ、考えを共有したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 内科
2026年11月21日(土) 15:50 ~ 16:50 | 第9会場（1F 会議室101-A）
症例検討によるレクチャー６　irAE腸炎における診断と治療のコツ
司会：平田 賢郎（慶應義塾大学病院　腫瘍センター）、新﨑 信一郎（兵庫医科大学医学部消化器内科学講座）

[CBL6-2] 症例から考えるirAE腸炎診療の分岐点―疑う、調べる、治療につなぐ―

*長島 文夫[1] (1. 杏林大学医学部腫瘍内科)

免疫チェックポイント阻害薬（immune checkpoint inhibitor：ICI）の普及に伴い、免疫関連有害事象（immune-related adverse event：irAE）としての腸炎を診療する機会が増加している。irAE腸炎は早期診断と適切な治療介入によって重症化を防ぐことが可能である一方、感染性腸炎との鑑別、内視鏡施行のタイミング、ステロイド導入や生物学的製剤への移行時期など、実臨床では判断に迷う場面が少なくない。
本レクチャーでは、実際の症例を提示しながら、irAE腸炎診療における重要な「分岐点」について考察する。まず、ICI治療中あるいは治療後に下痢や腹痛を認めた際に、どの時点でirAE腸炎を疑うべきか、また感染症や他の薬剤性腸炎との鑑別をどのように進めるべきかを整理する。次に、重症度評価、CT所見、内視鏡検査および病理診断の位置づけを示し、診断から治療方針決定までの実践的アプローチを紹介する。さらに、ステロイド開始の判断、ステロイド抵抗例に対するインフリキシマブやベドリズマブ導入のタイミング、ならびに治療後のICI再開可否について、症例を通して解説する。
特に高齢患者では、下痢回数のみでは重症度を評価できず、脱水、腎機能低下、栄養状態や日常生活機能への影響も含めた総合的評価が重要となる。本講演では腫瘍内科と消化器内科双方の視点から、irAE腸炎を見逃さず、治療介入のタイミングを逃さないための実践的な診療のコツを共有したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 内科

2026年11月21日(土) 15:50 ~ 16:50 | 第9会場（1F 会議室101-A）

症例検討によるレクチャー６　irAE腸炎における診断と治療のコツ

司会：平田 賢郎（慶應義塾大学病院　腫瘍センター）、新﨑 信一郎（兵庫医科大学医学部消化器内科学講座）

[CBL6-3] 免疫チェックポイント阻害薬関連腸炎治療後に膠原線維性大腸炎を発症した一例

*梁井 俊一[1]、杉本 亮[2]、栁川 直樹[2]、松本 主之[1] (1. 岩手医科大学内科学講座消化器内科分野、2. 岩手医科大学病理診断学講座)

背景：免疫チェックポイント阻害薬（ICI）による免疫関連有害事象の一つとしてICI関連（irAE）腸炎が知られている。一方、本邦における膠原線維性大腸炎（CC）の大部分は薬剤に関連しており、代表的薬剤であるランソプラゾール（LPZ）に加え最近ではICI投与中の発症例も報告されている。症例：患者は48歳、女性。43歳時に右脈絡膜の悪性黒色腫と診断され重粒子線治療を開始、47歳時に膵転移きたし腹腔鏡下膵体尾部切除術を受けた。その後ICI治療（ニボルマブ、220mg隔週）を開始するも、5コース投与後のCTで多発肺転移が認められたためイピリムマブ（3mg/kg隔週）へ変更した。投与開始2週後より下痢と発熱が出現したため当科を紹介受診した。大腸内視鏡検査では終末回腸・回盲弁の発赤と全大腸に亘る白苔付着を認め、各区域から採取した生検組織で上皮細胞の顕著なアポトーシスが確認された。さらに諸検査で感染症が否定的であったことから、イピリムマブによるirAE腸炎と診断した。同薬中止、およびプレドニゾロン（PSL）30mgとLPZの経口投与開始により症状は速やかに改善した。しかし、PSL開始14週後より下痢が再発したため大腸内視鏡検査を施行したところ、発赤と白苔は消失していたが直腸にcat scratch様の多発縦走溝が観察された。同部から採取した生検組織では上皮アポトーシスは軽減していたものの、粘膜固有層に最大30μmに及ぶ膠原線維束が認められたためCCと診断した。さらに、LPZ中止後下痢が速やかに消失したことからLPZ関連CCの診断に至った。CCによる下痢症状の改善後にダカルバジン2コース施行したが、効果に乏しかった。irAE腸炎のリスクを説明した上でニボルマブを再開し、初回ICI治療開始後8年間生存中である。結語：CCをirAE腸炎の部分症とする報告が散見される。しかし、本例では異時性にICI関連腸炎とCCを発症し原因薬剤も異なっていたことから、ICI継続投与とそれによる長期生存が得られた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会