2026年11月20日(金)

一般演題(口演) | 外科

8:30 ~ 9:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 1　炎症性腸疾患 1

座長：廣 純一郎（済生会松阪市民病院）

[O1-1] 潰瘍性大腸炎に対するIPAA術後pouchitisの術前予測因子の検討 ― 多施設共同後ろ向き研究（COSUC study）

*笠島 裕明[1]、福岡 達成[1]、肥田 侯矢[2]、尾地 伸悟[2]、高野 義章[3]、宮倉 安幸[4]、川村 純一郎[5]、小濵 信太郎[6]、内藤 剛[7]、前田 清[1] (1. 大阪公立大学大学院医学研究科消化器外科学、2. 京都大学大学院医学研究科消化管外科学、3. 大阪医科薬科大学一般・消化器外科、4. 自治医科大学附属さいたま医療センター外科、5. 近畿大学医学部外科、6. 順天堂大学浦安病院消化器外科、7. 北里大学医学部下部消化管外科)

[O1-2] クローン病に対する腹会陰式直腸切断術後における陰圧閉鎖療法の有用性の検討

*大北 喜基[1]、志村 匡信[1]、家城 英治[1]、山本 晃[1]、川村 幹雄[1]、今岡 裕基[1]、北嶋 貴仁[2]、小池 勇樹[1]、奥川 喜永[2]、吉山 繁幸[1]、小林 美奈子[1]、大井 正貴[1]、問山 裕二[1] (1. 三重大学医学部消化管・小児外科、2. 三重大学医学部附属病院ゲノム診療科)

[O1-3] クローン病に対する吻合部切除術―大きな吻合口は手術回避に寄与するか―

*鈴木 秀幸[1]、皆瀬 翼[1]、伊勢 一郎[1]、村上 恵[1]、佐藤 好宏[1]、吉松 軍平[1]、唐澤 秀明[1]、大沼 忍[1]、亀井 尚[1]、海野 倫明[1] (1. 東北大学消化器外科学)

[O1-4] クローン病に対する回盲部切除における機能的端々吻合（FEEA）の安全性と臨床的妥当性の検討

*大東 弘治[1]、岡内 義隆[1]、深野 耕太郎[1]、梅田 一生[1]、波江野 真大[1]、家根 由典[1]、村上 克宏[1]、吉岡 康多[1]、岩本 哲好[1]、所 忠男[1]、上田 和毅[1]、川村 純一郎[1] (1. 近畿大学医学部外科)

[O1-5] クローン病手術症例におけるCTエンテログラフィーの有用性

*田中 宏典[1,2,3,4]、友近 忍[1]、藤原 康弘[1]、中島 千代[1]、中島 正夫[1]、松井 洋人[1,2]、新藤 芳太郎[1]、德光 幸生[1]、渡邊 裕策[1]、飯田 通久[1]、井岡 達也[1,2]、橋本 真一[3]、高見 太郎[3]、永野 浩昭[1,4]、髙橋 秀典[1] (1. 山口大学大学院消化器・腫瘍外科学、2. 山口大学医学部附属病院腫瘍センター、3. 山口大学大学院消化器病態内科学、4. 市立貝塚病院)

[O1-6] 難治性クローン病合併複雑痔瘻に対する新規再生医療の可能性：ダルバドストロセルの初期治療成績

*山本 大輔[1] (1. 金沢大学附属病院消化管外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科

9:20 ~ 10:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 2　炎症性腸疾患 2

座長：中村 志郎（互恵会 大阪回生病院 消化器内科）

[O2-1] クローン病関連肛門部腫瘍の深達度診断におけるバルーン拡張下ラジアル走査式EUSの有用性

*貞島 健人[1,2]、島村 拓弥[2]、芥川 剛至[3]、真鍋 達也[4]、江﨑 幹宏[2] (1. 公立佐賀中央病院、2. 佐賀大学医学部内科学講座消化器内科、3. 佐賀大学医学部附属病院光学医療診療部、4. 佐賀大学医学部一般・消化器外科)

[O2-2] 肛門管内病変の形態を考慮したクローン病肛門病変の治療戦略

*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)

[O2-3] Crohn病に対するUpadacitinibの短期治療効果についての後方視的検討

*小川 萌[1]、横山 薫[1]、土居 楠太郎[1]、堀井 敏喜[1]、金澤 潤[1]、別當 朋広[1]、池原 久朝[1]、草野 央[1] (1. 北里大学医学部消化器内科学)

[O2-4] 肛門病変を契機としたクローン病疑診例の予後解析 ―初診時病型による予後予測と早期介入の意義―

*紅谷 鮎美[1]、内田 ひかり[1]、ナナー ジョージ譲時[1]、佐井 佳世[1]、渡部 晃子[1]、米本 昇平[1]、松島 小百合[1]、酒井 悠[1]、小菅 経子[1]、大島 隆一[1]、松村 奈緒美[1]、河野 洋一[1]、宋 江楓[1]、下島 裕寛[1]、岡本 康介[1]、國場 幸均[1]、宮島 伸宜[1]、黒水 丈次[1]、松島 誠[1] (1. 松島病院)

[O2-5] クローン病肛門病変におけるシートンドレナージ後の治療成績

*中島 光一[1]、福島 恒男[1]、西野 晴夫[1]、野澤 博[1]、小林 清典[1]、岩佐 亮太[1]、林 佑穂[1]、鈴木 綾[1]、鈴木 康元[1]、杉田 昭[1]、宮島 伸宜[1]、松島 誠[1] (1. 松島病院)

[O2-6] クローン病の肛門病変に対するリサンキツマブの治療成績についての検討

*近藤 哲[1]、太田 章比古[1]、若尾 聖[1]、青野 景也[1]、長谷川 信吾[1]、宮田 美智也[1]、家田 純郎[1]、福原 政作[2] (1. 家田病院、2. ふくはら大腸肛門外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

10:15 ~ 11:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 3　炎症性腸疾患 3

座長：横山 薫（北里大学医学部　消化器内科学）

[O3-1] 潰瘍性大腸炎患者における臨床症状およびバイオマーカーによるMES(Mayo endoscopic subscore)の予測

*淺井 雄介[1]、伊藤 達弘[1]、丹羽 智之[1]、髙橋 賢一[1]、石田 夏樹[1]、山出 美穂子[1]、山田 貴教[2]、濱屋 寧[1]、岩泉 守哉[3]、大澤 恵[2]、杉本 健[1] (1. 浜松医科大学内科学第一講座、2. 浜松医科大学光学医療診療部、3. 浜松医科大学臨床検査医学)

[O3-2] 潰瘍性大腸炎に対するイムノピュアを用いた週2回の血球成分除去療法の有効性と寛解に影響する背景因子の検討

*杉山 浩平[1,2]、太田 隆聖[1]、黒澤 香織[1]、長澤 英幸[1]、宮川 麻希[1]、那須野 正尚[1]、田中 浩紀[1] (1. 札幌IBDクリニック、2. 札幌中央病院消化器内科・内視鏡内科)

[O3-3] 炎症性腸疾患のバイオマーカーにおける血清アミロイドAの有用性の検討

*秋田 浩太朗[1]、横山 佳浩[1]、下森 雄太[1]、風間 友江[1]、仲瀬 裕志[1] (1. 札幌医科大学医学部内科学講座消化器内科学分野)

[O3-4] 生物学的製剤・分子標的薬時代における内科治療不応性潰瘍性大腸炎手術 ― 周術期合併症の臨床的意義 ―

*森田 覚[1]、門野 政義[1]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部外科学教室（一般・消化器）)

[O3-5] 結腸全摘術時の粘液瘻とHartmann手術の比較検討

*新原 健介[1]、上神 慎之介[1]、大迫 えれな[1]、久原 佑太[1]、土井 寛文[1]、伊藤 林太郎[1]、大毛 宏喜[1]、上村 健一郎[1]、髙橋 信也[1] (1. 広島大学大学院医系科学研究科外科学)

[O3-6] 潰瘍性大腸炎における増悪期および寛解期大腸粘膜のDNAメチル化プロファイルの比較解析

*船越 薫子[1]、永井 雄三[1]、山本 陽子[2]、江本 成伸[1]、品川 貴秀[1]、岡田 聡[1]、斉藤 綾乃[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[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、2. 東京大学医学部附属病院ゲノム診療部)

[O3-7] 手術を契機に家族性地中海熱遺伝子関連腸炎と診断した難治性IBD症例の2例

*桒原 寛[1]、班目 明[2]、一宮 匡[2]、笠原 健大[1]、刑部 弘哲[1]、真崎 純一[1]、小熊 潤也[1]、古賀 寛之[1]、金沢 景繁[1]、福澤 克誠[2]、糸井 隆夫[2]、永川 裕一[1] (1. 東京医科大学消化器小児外科学分野、2. 東京医科大学消化器内科学分野)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

8:30 ~ 9:25 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 4　大腸癌の周術期管理・予後予測 1

座長：梶原 由規（防衛医科大学校外科学講座）

[O4-1] 当院における若年者大腸癌手術症例についての検討

*根岸 宏行[1]、牧角 良二[1]、藤塚 航陽[1]、西澤 一[1]、天野 優希[1]、久恒 靖人[1]、浜辺 太郎[1]、中野 浩[1]、臼井 創大[2]、佐々木 大祐[2]、福岡 麻子[2]、内藤 正規[2]、勝又 健太[3]、大島 隆一[3]、四万村 司[3]、民上 真也[2] (1. 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科、2. 聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科、3. 川崎市立多摩病院消化器・一般外科)

[O4-2] 低分化腺癌を主成分とする結腸癌における右側癌と左側癌の比較検討

*伊豆川 翔太　[1]、松井 信平[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[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)

[O4-3] 当院における40歳以下若年者大腸癌6例の臨床病理学的特徴の検討

*井関 康仁[1]、文元 雄一[1]、二階堂 早央里[1]、青山 諒子[1]、中西 紘一[2]、櫛山 周平[2]、田中 肖吾[2]、森 拓哉[1]、玉森 豊[1]、澤田 隆吾[1] (1. 和泉市立総合医療センター消化器外科、2. 和泉市立総合医療センター肝胆膵外科)

[O4-4] 若年発症直腸癌は予後不良か？年齢3群間の比較検討

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

[O4-5] 局所進行直腸癌に対する術前化学放射線療法前後のmrEMVI評価の予後予測能

*岩本 博光[1]、松田 健司[1]、阪中 俊博[1]、三谷 泰之[1]、水本 有紀[1]、中村 有貴[1]、黒岩 英倫[1]、竹本 典生[1]、田宮 雅人[1]、兵貴彦[1]、下村 和輝[1]、上田 勝也[1]、堀 雄哉[1]、川井 学[1] (1. 和歌山県立医科大学第２外科)

[O4-6] 大腸癌患者でのASNS-mRNAの予後予測マーカーとしての意義

*志村 匡信[1]、北嶋 貴仁[1,2]、小池 勇樹[1]、東 浩輝[1]、天白 成[1]、嶌村 麻生[1]、高木 里英子[1]、横山 歩乃加[1]、山本 晃[1]、市川 崇[1,3]、浦谷 亮[1]、今岡 裕基[1]、川村 幹雄[1]、安田 裕美[1]、大北 喜基[1]、吉山 繁幸[1]、小林 美奈子[1,3]、大井 正貴[1]、奥川 喜永[1,2]、問山 裕二[1] (1. 三重大学大学院消化管小児外科学、2. 三重大学病院ゲノム診療科、3. 三重大学大学院臨床外科感染制御学講座)

[O4-7] 腫瘍局在別にみた大腸癌術前血清LDH値の予後的意義

*月原 秀[1]、鎌田 哲平[1]、後藤 圭佑[1]、高野 靖大[1]、武田 泰裕[1]、大熊 誠尚[1]、小菅 誠[1]、衛藤 謙[1] (1. 東京慈恵会医科大学附属病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

9:25 ~ 10:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 5　大腸癌の周術期管理・予後予測 2

座長：中村 隆俊（獨協医科大学埼玉医療センター外科）

[O5-1] 地域一般病院における若年大腸癌手術症例の検討

*日吉 雅也[1]、鈴木 真美[1]、深井 隆弘[1]、長谷川 由衣[1]、寺井 恵美[1]、木谷 嘉孝[1]、浦辺 雅之[1]、森園 剛樹[1]、渡辺 俊之[1]、橋口 陽二郎[1] (1. 大森赤十字病院外科)

[O5-2] 左側閉塞性大腸癌における術前・術後大腸内視鏡検査の実態と口側病変の発見率：多施設コホート研究

*叶多 諒[1,7]、宮川 哲平[1,2]、府野 巧実[1]、加瀬 匠磨[1,2]、河村 英泰[1,2]、外舘 幸敏[1,2]、本多 通孝[1,2]、高野 祥直[1]、青木 豪[3]、萩尾 浩太郎[4]、遠藤 久仁[5]、白相 悟[6]、門馬 智之[7]、河野 浩二[7] (1. 総合南東北病院　外科、2. 福島県立医科大学低侵襲腫瘍制御学講座、3. 白河厚生病院、4. 竹田綜合病院、5. 太田西の内病院、6. いわき市医療センター、7. 福島県立医科大学消化管外科学講座)

[O5-3] Stage II/III大腸癌における術前炎症・栄養指数の短期・長期予後予測因子としての有用性の検討

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

[O5-4] 大腸癌根治切除例における局所免疫と全身免疫栄養状態の関連および予後への影響

*丹田 秀樹[1]、渋谷 雅常[1]、遠藤 秀生[1]、月田 智也[1]、小澤 慎太郎[1]、米光 健[1]、関 由季[1]、黒田 顕慈[1]、笠島 裕明[1]、三木 友一朗[1]、吉井 真美[1]、田村 達郎[1]、豊川 貴弘[1]、前田 清[1] (1. 大阪公立大学医学研究科消化器外科学)

[O5-5] MSI-H大腸癌におけるBRAF V600E変異と予後との関係

*川村 一郎[1]、岡﨑 慎史[1]、小川 亮[1]、河野 通久[1]、元井 冬彦[1] (1. 山形大学医学部外科学第一講座)

[O5-6] 大腸癌Stage I～IIIにおける予後規定因子の検索

*長田 俊一[1]、貴島 孝[1]、船橋 公彦[1]、藤井 正一[2] (1. 横浜総合病院　消化器外科、2. 湘南鎌倉総合病院　外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

10:10 ~ 11:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 6　ロボット手術 1

座長：花岡 まりえ（東京科学大学消化管外科学分野）

[O6-1] 脾弯曲部授動を要する横行・下行結腸癌に対するロボット支援手術の有用性と課題

*木村 聡元[1]、三浦 亮[1]、佐橋 倭[1]、村本 里奈[1]、千葉 丈広[1]、木村 仁[1]、小林 慎[1]、木村 康利[1] (1. 函館五稜郭病院　外科)

[O6-2] 「リレー形式」でおこなうロボット支援下直腸がん手術　～手術修練と働き方改革の両立を目指して～

*増田 大機[1]、新井 聡大[1]、谷田部 悠介[1]、大和 美寿々[1]、白坂 太郎[1]、羽生 舞花[1]、金城 宏武[1]、朝田 泰地[1]、鵜梶 真衣[1]、篠原 元[1]、廣瀬 俊太郎[1]、吉野 潤[1]、長野 裕人[1]、井ノ口 幹人[1] (1. 武蔵野赤十字病院外科・消化器外科)

[O6-3] 直腸癌に対する経肛門操作併用ロボット支援下手術におけるda Vinci SPの有用性：Xiとの短期成績による比較検討

*林 久志[1]、北野 友里絵[1]、伊藤 望[1]、坂井 義博[1]、中西 彬人[1]、田中 裕人[1]、西 雄介[1]、庫本 達[1]、藤井 能嗣[1]、石山 泰寛[1]、椙田 浩文[1]、平沼 知加志[1]、平能 康充[1] (1. 埼玉医科大学国際医療センター)

[O6-4] 多施設データベースを用いた肥満症例に関するロボット支援下大腸手術の周術期成績の検討

*田口 和浩[1]、下村 学[1]、矢野 琢也[1]、佐田友 藍[1]、松原 啓壮[1]、吉満 政義[2]、清水 亘[3]、中原 雅浩[4]、香山 茂平[5]、小林 弘典[6]、池田 聡[7]、清水 洋祐[8]、奥田 浩[9]、向井 正一朗[10]、住谷 大輔[11]、高倉 有二[12]、赤羽 慎太郎[13]、児玉 真也[14]、石川 聖[1]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学大学院医系科学研究科消化器・移植外科学、2. 広島市立広島市民病院外科、3. 広島市立北部医療センター安佐市民病院外科、4. JA尾道総合病院外科・内視鏡外科、5. JA広島総合病院外科、6. 広島記念病院外科、7. 県立広島病院外科、8. 呉医療センター・中国がんセンター外科、9. 東広島医療センター消化器外科、10. 中国労災病院外科、11. 県立二葉の里病院外科、12. 中電病院外科、13. 広島西医療センター外科、14. JA吉田総合病院外科)

[O6-5] 下部直腸癌に対する超低位前方切除術の再建方法別の短期・長期成績

*田島 ジェシー雄[1]、杉江 雄斗[1]、横井 亮磨[2]、村瀬 佑介[1]、松本 圭太[1]、水谷 千佳[3]、鷹尾 千佳[2]、浅井 竜一[4]、松橋 延壽[1] (1. 岐阜大学医学部医学系研究科消化器外科小児外科、2. 岐阜大学医学部医学系研究科低侵襲・がん集学的治療学講座、3. 岐阜大学医学部医学系研究科がん先端治療国際地域支援講座、4. 岐阜大学医学部医学系研究科先端ゲノム医療開発学講座)

[O6-6] 多発大腸癌に対するロボット支援手術の工夫

*安藤 陽平[1]、堀田 千恵子[2]、武居 晋[2]、真鍋 達也[2] (1. 九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科、2. 佐賀大学医学部一般・消化器外科)

[O6-7] ロボット支援下大腸手術におけるポート創開大の検討―8mmポート筋膜縫合の選択的適応に関する示唆―

*神山 篤史[1] (1. 仙台オープン病院外科)

[O6-8] 完全内臓逆位、狭骨盤を伴う下部直腸癌に対してロボット支援低位前方切除術を施行した1例―ポート配置による操作性の考察―

*天海 博之[1]、外岡 亨[1]、早田 浩明[1]、成島 一夫[1]、平澤 壮一朗[1]、千葉 聡[1]、桑山 直樹[1]、磯崎 哲朗[1]、加野 将之[1] (1. 千葉県がんセンター食道・胃腸外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 7　結腸癌の治療戦略 1

座長：盛 真一郎（鹿児島県立大島病院）

[O7-1] StageII-IIIの閉塞性大腸癌に対する大腸ステント留置術の長期術後成績

*小山 基[1]、中村 公彦[1]、左近 龍太[1]、阿部 由督[1]、岩崎 健一[1]、北村 謙太[1]、松村 知憲[1]、名取 健[1]、薄井 信介[1]、諏訪 達志[1] (1. 柏厚生総合病院消化器外科)

[O7-2] 膿瘍形成性S状結腸癌に対する術前化学療法と栄養指標の変化

*桐山 俊弥[1]、竹内 啓将[1]、宮崎 翔[1]、河原 樹[1]、山本 一雄[1]、大野 慎也[1]、末次 智成[1]、多和田 翔[1]、岩田 至紀[1]、小森 充嗣[1]、田中 千弘[1]、長尾 成敏[1]、河合 雅彦[1]、國枝 克行[1] (1. 岐阜県総合医療センター外科)

[O7-3] 膿瘍形成を伴う大腸癌に対する治療戦略の検討

*北村 洋[1]、辻仲 眞康[1]、三浦 智也[1]、初沢 悠人[1]、近藤 裕哉[1] (1. 東北医科薬科大学消化器外科)

[O7-4] 術中洗浄細胞診陽性Stage II大腸癌における術後補助療法の意義

*永岡 智之[1]、坪井 葵[1]、石村 菜穂[1]、沖川 昌平[1]、渡部 美弥[1]、松野 裕介[1]、古手川 洋志[1]、吉山 広嗣[1]、八木 草彦[1]、發知 将規[1]、大谷 広美[1] (1. 愛媛県立中央病院消化器外科)

[O7-5] Stage II-III大腸癌において、穿孔が予後に与える影響：多施設データベースを用いたPropensity Score Overlap Weighting解析

*別木 智昭[1]、下村 学[1]、矢野 琢也[1]、清水 亘[2]、池田 聡[3]、三口 真司[3]、吉満 政義[4]、香山 茂平[5]、中原 雅浩[6]、小林 弘典[7]、河内 雅年[8]、清水 洋祐[9]、住谷 大輔[10]、向井 正一朗[11]、高倉 有二[12]、石﨑 康代[13]、児玉 真也[14]、安達 智洋[2]、石川 聖[1]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学大学院医系科学研究科消化器・移植外科学、2. 広島市立北部医療センター安佐市民病院外科、3. 県立広島病院外科、4. 広島市立広島市民病院外科、5. JA広島総合病院外科、6. JA尾道総合病院消化器外科・内視鏡外科・肛門科、7. 広島記念病院外科、8. 東広島医療センター消化器外科、9. 呉医療センター・中国がんセンター外科、10. 県立二葉の里病院外科、11. 中国労災病院外科、12. 中電病院外科、13. 広島西医療センター外科、14. JA吉田総合病院外科)

[O7-6] 内視鏡通過困難な大腸癌に対する短期成績の検討

*中山 瑶子[1]、井川 鈴雅[1]、古出 隆大[1]、多田羅 敬[1]、川嶋 太郎[1]、門馬 浩行[1]、中川 暁雄[1]、小林 巌[1] (1. 兵庫県立加古川医療センター外科・消化器外科)

[O7-7] 外腸骨静脈の合併切除により根治切除し得た局所進行盲腸癌の1例

*村山 倫太郎[1]、山本 陸[1]、長岡 綾[1]、濱村 宏平[1]、麻生 沙帆[1]、石塚　ジュスタン 正也[1]、尾立 路輝[1]、岡本 侑大[1]、井田 善文[1]、長廻 優輝[1]、秋間 龍之介[1]、加藤 永記[1]、松本 陽介[1]、宮下 真美子[1]、櫻庭 駿介[1]、田中 顕一郎[1]、伊藤 智彰[1]、佐藤 浩一[1] (1. 順天堂大学医学部附属静岡病院)

[O7-8] 下行結腸癌における術前3D-CT angiographyを用いた 支配血管認識の有用性

*内山 優史[1]、竹田 充伸[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]、植村 守[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部附属病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

9:30 ~ 10:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 8　直腸癌の治療戦略 1

座長：小山 文一（奈良県立医科大学消化器・総合外科学教室）

[O8-1] 術前治療を行った局所進行直腸癌に対する側方郭清の意義に関する検討

*山内 慎一[1]、岩井 美穂[1]、上野 啓補[1]、内村 良平[1]、佐藤 幸平[1]、林 祐美子[1]、國本 真由[1]、中田 美佳[1]、溝口 正子[1]、井垣 尊弘[1]、山本 雄大[1]、花岡 まりえ[1]、賀川 弘康[1]、谷岡 利朗[1]、藤原 尚志[1]、佐藤 雄哉[1]、絹笠 祐介[1] (1. 東京科学大学消化管外科学分野)

[O8-2] 局所進行直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Treatmentの短期・中期成績

*工藤 孝迪[1]、小澤 真由美[1]、山本 峻也[1]、船津屋 拓人[2]、皆川 結明[2]、大矢 浩貴[2]、武井 将伍[1]、前橋 学[1]、太田 絵美[1]、田 鐘寛[2]、沼田 正勝[1]、諏訪 宏和[3]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科、2. 横浜市立大学消化管外科学、3. 横須賀共済病院)

[O8-3] 術前治療後の直腸癌側方リンパ節郭清症例における治療成績および側方リンパ節郭清省略の可能性

*石井 光寿[1]、小野 李香[1]、山﨑 翔斗[1]、丸田 浩志[1]、片山 宏己[1]、山口 峻[1]、足立 利幸[1]、高村 祐磨[1]、井上 悠介[1]、白石 斗士雄[2]、富永 哲郎[2]、橋本 慎太郎[3]、久永 真[3]、大石 海道[4]、竹下 浩明[4]、江口 晋[1]、松本 桂太郎[1]、野中 隆[1] (1. 長崎大学外科学講座、2. JCHO諫早総合病院外科、3. 佐世保市総合医療センター外科、4. 長崎医療センター外科)

[O8-4] 下部直腸癌に対する術前治療後の選択的側方リンパ節郭清の適応と治療成績

*白石 謙介[1]、古屋 信二[1]、仲山 孝[1]、齊藤 亮[1]、丸山 傑[1]、出雲 渉[1]、滝口 光一[1]、庄田 勝俊[1]、雨宮 秀武[1]、河口 賀彦[1]、市川 大輔[1] (1. 山梨大学医学部消化器外科)

[O8-5] 直腸癌手術例における術中内視鏡検査の有用性

*中川 和也[1]、森 康一[1]、多胡 行揮[1]、飯山 慧[1]、金 睿婉[1]、本田 祥子[1]、増田 太郎[1]、小崎 良平[1]、山岸 茂[1] (1. 藤沢市民病院外科)

[O8-6] TNT後内括約筋切除術におけるdiverting stoma閉鎖後の長期ストマフリー転帰

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

10:15 ~ 11:05 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 9　直腸癌の治療戦略２

座長：浜部 敦史（大阪大学医学部消化器外科）

[O9-1] 高齢直腸癌患者における術後腸腰筋体積低下と長期予後の関連

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

[O9-2] 直腸癌手術におけるDS非造設、縫合不全予防のための取り組み　-テンションフリーでの吻合のためのこだわり-

*戸嶋 俊明[1]、矢野 雄大[1]、新田 薫[1]、戸嶋 圭[1]、藤田 脩斗[1]、宇根 悠太[1]、大谷 朋子[1]、小西 大輔[1]、徳毛 誠樹[1]、吉川 武志[1]、小林 正彦[1]、村岡 篤[1]、國土 泰孝[1]、藤原 俊義[1] (1. 香川労災病院　外科・消化器外科)

[O9-3] 膀胱浸潤を認めた直腸癌に対し術前化学療法施行後にロボット支援下直腸切除と膀胱部分切除にて根治手術が可能であった１例

*三宅 正和[1]、吉村 大士[1]、井上 卓哉[1]、種村 匡弘[1] (1. りんくう総合医療センター)

[O9-4] 会陰先行アプローチとDelayed coloanal anastomosisによる人工肛門回避を目指した肛門温存戦略

*三城 弥範[1]、山本 匠[1]、北川 祐資[1]、柳農 浩樹[2]、瀧井 麻美子[2]、上原 広樹[2]、山田 典和[2]、五十嵐 優人[2]、森 至弘[2]、萩原 千恵[2]、諏訪 雄亮[2]、福長 洋介[1]、渡邉 純[2] (1. 関西医科大学総合医療センター　下部消化管外科、2. 関西医科大学下部消化管外科学講座)

[O9-5] Intersigmoid recess開放のすゝめ：効率的な間膜授動の流儀

*吉田 祐[1]、板谷 喜朗[1]、藤田 覇留久[1]、尾地 伸悟[1]、青山 龍平[1]、山本 健人[1]、岡村 亮輔[1]、笠原 桂子[1]、星野 伸晃[1]、前田 将宏[1]、肥田 侯矢[1]、小濱 和貴[1] (1. 京都大学医学部附属病院消化管外科)

[O9-6] 直腸癌術後の異時性側方リンパ節転移に対する完全腹膜外腔アプローチによる鏡視下側方リンパ節郭清術の検討

*鱒渕 真介[1]、加藤 広貴[1]、澤村 栄鳳[1]、阿部 信貴[1]、サンフォード 舞子[1]、米田 浩二[1]、木下 隆[1]、林 道廣[1]、河合 英[1] (1. 市立ひらかた病院消化器外科)

[O9-7] ロボット支援下直腸癌手術時に偶然発見された高分化型乳頭状中皮腫の1例

*岡澤 裕[1]、松井 智啓[1]、宮前 眞人[1]、川本 雅彦[1]、伊藤 博士[1]、窪田 健[1] (1. 医誠会国際総合病院)

一般演題(口演) | 肛門科

8:30 ~ 9:10 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 10　痔核の治療

座長：谷村 修（福西会病院 大腸肛門科）

[O10-1] A・Eに『こだわる』

*小野 芳人[1]、渡辺 英生[1]、渡辺 学[1]、松本 欣也[1]、竹田 正範[1]、阿部 陽介[1]、鉾石 文彦[2]、石丸 啓[3] (1. 医療法人ミネルワ会渡辺病院外科、2. ほこいし医院、3. 愛媛大学医学部附属病院消化器外科)

[O10-2] 痔核に対する分離結紮術施行時の工夫ー適応・術後合併症の対策も含めてー

*野村 英明[1] (1. フラワーロードのむら肛門クリニック)

[O10-3] 日帰り痔核手術におけるALTA併用療法の重要性　―後出血を防止するためのE3・A術式―

*樽見 研[1]、吉田 幸平[2] (1. 札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック、2. 新宿おしりのクリニック)

[O10-4] 疼痛緩和、早期退院を目的としたPartial Stapled Hemorrhoidpexy (PSH)

*伊禮 靖苗[1]、髙野 正太[1]、辻 順行[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院大腸肛門機能科)

[O10-5] 内痔核結紮切除術後に止血困難を呈した後天性von Willebrand症候群の1例

*木村 泰斗[1]、澤田 元太[1]、米田 直樹[1]、長江 歩[1]、藤野 志季[1]、谷澤 佑理[1]、文 正浩[1]、福永 浩紀[1]、森本 修邦[1]、森田 俊治[1] (1. 市立伊丹病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

9:15 ~ 10:00 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 11　高齢者に対する大腸癌治療戦略 1

座長：田中 正文（大腸肛門病センター高野病院）

[O11-1] 当院における超高齢者大腸癌の手術治療成績の検討

*吉田 泰樹[1]、秋山 泰樹[1]、三ノ宮 寛人[1]、新田 拳助[1]、古賀 敦大[1]、山内 潤身[1]、永田 淳[1]、平田 敬治[1] (1. 産業医科大学第１外科)

[O11-2] 85歳以上の高齢者に対する腹腔鏡下大腸癌手術の治療成績

*佐野 貴之[1]、栗原 唯生[1]、重吉 到[1]、浅沼 晃三[1]、花岡 伸之介[1]、金子 しおり[1]、鈴木 佳那子[1]、井合 哲[1]、飯野 哲瑠[1]、長 潔[1] (1. 埼玉協同病院　外科)

[O11-3] 80歳以上大腸癌切除例における原病死と他病死の競合リスク解析 ― Stage別長期予後からみた治療戦略

*近藤 宏佳[1]、大塚 英男[1]、浅古 謙太郎[1]、柳橋 進[1]、宅間 邦雄[1]、清家 和裕[1]、石橋 雄次[1] (1. 東京都立多摩総合医療センター消化器一般外科)

[O11-4] 高齢者結腸癌手術と術前Clinical Frailty Scaleの関係

*田村 昂[1]、小山 文一[1,2]、井上 隆[1]、岩佐 陽介[1]、高木 忠隆[1]、藤本 浩輔[1]、江尻 剛気[1]、吉川 千尋[1]、庄 雅之[1] (1. 奈良県立医科大学　消化器・総合外科、2. 奈良県立医科大学附属病院　中央内視鏡部)

[O11-5] 当院における85歳以上高齢者大腸癌手術症例の検討

*渡邊 英樹[1]、古屋 一茂[1]、峯平 沙耶香[1]、末木 崇裕[1]、千野 俊春[1]、宮崎 葵[1]、河西 浩人[1]、池亀 昂[1]、名田屋 辰規[1]、大森 隼人[1]、鷹野 敦史[1]、飯室 勇二[1] (1. 山梨県立中央病院)

[O11-6] 高齢者大腸癌手術症例のGNRIの影響の検討

*日月 亜紀子[1]、槌田 尚希[1]、斎藤 健[1]、亀谷 直樹[1]、長谷川 毅[1]、山田 靖哉[1]、西村 重彦[1] (1. 住友病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科

10:00 ~ 11:10 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 12　その他の大腸・肛門疾患 1

座長：古川 聡美（JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター）

[O12-1] 地域医療における肛門科の役割―排便日誌と肛門機能評価に基づく排便外来診療の実臨床―

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

[O12-2] 当院で経肛門的洗腸療法を導入した3症例

*松本 奈緒[1]、古山 裕美[1]、伊禮 靖苗[2]、髙野 正太[2] (1. 大腸肛門病センター高野病院看護部、2. 大腸肛門病センター高野病院大腸肛門機能科)

[O12-3] 当院における機能性直腸肛門痛の臨床的特徴の検討

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

[O12-4] 地域医療における肛門科の役割～広島で当院が行うべき肛門診療とは～

*竹田 春華[1]、川堀 勝史[1]、川堀 嵩史[1]、岡島 正純[1] (1. 三渓会川堀病院)

[O12-5] 肛門皮垂および会陰部贅皮に対する診療上の課題とその対応の工夫

*那須 聡果[1] (1. ウィメンズクリニック浦和)

[O12-6] 肛門科クリニックで経験したエムポックス6症例の検討

*吉田 幸平[1]、樽見 研[2] (1. 新宿おしりのクリニック、2. 樽見おしりとおなかのクリニック)

[O12-7] 地域における当院肛門外科の役割

*岡田 和也[1]、長田 康彦[2]、牟田 裕貴[1]、山﨑 遥[1]、伊藤 信一郎[1]、進 誠也[1]、岸川 博紀[1] (1. 光晴会病院外科、2. ながた大腸肛門クリニック)

[O12-8] 大腸肛門病専門病院（肛門外科）としての地域医療における役割

*河野 洋一[1]、宮島 伸宜[1]、岡本 康介[1]、下島 裕寛[1]、松村 奈緒美[1]、紅谷 鮎美[1]、松島 小百合[1]、松島 悠[1]、小菅 経子[1]、米本 昇平[1]、佐井 佳世[1]、ナナー 譲時[1]、渡部 晃子[1]、内田 ひかり[1]、宋 江楓[1]、國場 幸均[1]、黒水 丈次[1]、松島 誠[1] (1. 松島病院　大腸肛門病センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

12:50 ~ 13:50 | 第6会場（1F 会議室103）

一般演題（口演） 13　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 1

座長：平田 賢郎（慶應義塾大学病院　腫瘍センター）

[O13-1] 切除可能大腸癌における術後ctDNA検査の実臨床での現状と課題について

*福本 結子[1]、片岡 幸三[1]、木村 慶[1]、奥村 兼汰[1]、松下 和輝[1]、大谷 雅樹[1]、今田 絢子[1]、宋 智亨[1]、友尾 祐介[2]、長野 健太郎[2]、楠 蔵人[2]、桑原 隆一[2]、堀尾 勇規[2]、内野 基[2]、池内 浩基[2]、池田 正孝[1] (1. 兵庫医科大学病院　下部消化管外科、2. 兵庫医科大学病院　炎症性腸疾患外科)

[O13-2] ATR阻害薬AZD6738によるFTD抗腫瘍効果の増強：5-FU耐性大腸癌モデルを用いた前臨床研究

*上原 崇平[1]、鈴木 卓弥[1]、加藤 潤紀[1]、澤井 美里[1]、浅井 宏之[1]、加藤 瑛[1]、余呉 覚匡[1]、牛込 創[1]、山川 雄士[1]、高橋 広城[1]、松尾 洋一[1]、瀧口 修司[1] (1. 名古屋市立大学大学院医学研究科消化器外科学)

[O13-3] MSI-H/dMMR切除不能進行・再発大腸癌に対する免疫チェックポイント阻害薬効果の検討

*南原 翔[1]、安藤 幸滋[1]、川副 徹郎[1,2]、是久 翔太郎[1,2]、津田 康雄[1]、中ノ子 智徳[1]、沖 英次[2]、吉住 朋晴[1] (1. 九州大学大学院消化器・総合外科、2. 九州大学病院先端医工学診療部)

[O13-4] 抗EGFR抗体レジメンを後方治療で再導入した切除不能進行再発大腸癌8例の検討

*石田 典仁[1]、津軽 開[1]、大塚 祐治[1]、蔵田 隼也[1]、加藤 亜美[1]、會田 卓弘[1]、笠原 美沙[1]、加藤 智尋[1]、闇彌 一貴[1]、宗 英一郎[1]、千田 彰彦[1]、川崎 健太[1,2]、金井 隆典[1]、平田 賢郎[1,2] (1. 慶應義塾大学病院内科学教室(消化器)、2. 慶應義塾大学病院腫瘍センター)

[O13-5] 年齢因子がFOLFIRI＋ramucirumab療法の有効性と安全性に与える影響：RINDO studyにおけるサブグループ解析

*山本 泰康[1]、服部 憲史[1]、梅田 晋一[1]、佐藤 雄介[1]、村田 悠記[1]、小倉 淳司[1]、飯塚 彬光[1]、笹原 正寛[1]、杉田 静企[1]、中西 香企[1]、清水 大[1]、田中 千恵[1]、宮田 一志[1]、神田 光郎[1] (1. 名古屋大学医学部付属病院消化器・腫瘍外科(消化管))

[O13-6] 当科におけるBEACONレジメンの使用経験

*阿部 馨[1]、野上 仁[1]、青木 亮太[1]、松本 瑛生[1]、荒引 みちる[1]、丸山 聡[1] (1. 新潟県立がんセンター新潟病院消化器外科)

[O13-7] ERBB2 Equivocal判定から考える大腸がんCGP結果解釈の標準化と課題

*古屋 信二[1]、白石 謙介[1]、滝口 光一[1]、仲山 孝[1]、齊藤 亮[1]、丸山 傑[1]、出雲 渉[1]、庄田 勝俊[1]、雨宮 秀武[1]、河口 賀彦[1]、市川 大輔[1] (1. 山梨大学医学部外科学講座第1教室)

[O13-8] TMBhigh進行・再発大腸癌に対するPembrolizmab治療成績

*横田 和子[1]、柴木 俊平[1]、坂本 純一[1]、小嶌 慶太[1]、田中 俊道[1]、横井 圭悟[1]、古城 憲[1]、三浦 啓壽[1]、山梨 高広[1]、佐藤 武郎[2]、内藤 剛[1] (1. 北里大学医学部下部消化管外科学、2. 北里大学医学部附属医学教育研究開発センター医療技術教育研究部門)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

12:50 ~ 13:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 14　ロボット手術２

座長：山梨 高広（北里大学医学部下部消化管外科学）

[O14-1] Sustainableなロボット支援結腸がん手術　– 効率化を意識した短期/中期成績からみる着地点 -

*真崎 純一[1]、筋野 博喜[1]、久保山 侑[1]、有働 竜太郎[1]、笠原 健大[1]、刑部 弘哲[1]、桒原 寛[1]、小熊 潤也[1]、古賀 寛之[1]、金沢 景繁[1]、永川 裕一[1] (1. 東京医科大学消化器・小児外科学分野)

[O14-2] 当院におけるロボット支援下結腸切除術の短期成績と定型化

*櫻井 翼[1]、山本 真大[1]、久保 顕博[1]、永井 俊太郎[1] (1. 北九州市立医療センター　外科)

[O14-3] 細径スコープ不通過の結腸癌に対するロボット支援手術と腹腔鏡手術の短期成績の比較

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

[O14-4] 結腸癌に対するロボット支援手術　短期治療成績と問題点から考える着地点

*仲本 嘉彦[1]、中島 清貴[1]、馬屋原 真太[1]、松木 豪志[1]、長野 心太[1]、一瀬 規子[1]、藤川 正隆[1]、岩崎 寿光[1]、中島 隆善[1]、岡本 亮[1]、生田 真一[1]、相原 司[1]、柳 秀憲[1]、山中 若樹[1] (1. 明和病院外科)

[O14-5] 右側結腸癌に対する開腹・腹腔鏡・ロボット支援手術の短期成績の比較検討

*田中 征洋[1]、鈴村 潔[1]、土屋 智敬[1]、西前 香寿[1]、張 丹[1]、山本 泰資[1]、福井 史弥[1]、野々村 篤杜[1]、袴田 教佑[1]、寺崎 正起[1]、岡本 好史[1] (1. 静岡済生会総合病院)

[O14-6] 右側結腸癌に対するロボット支援手術の導入と症例選択：腹腔鏡手術との傾向スコアマッチング解析

*大澤 日出樹[1]、美濃地 貴之[1]、池嶋 遼[1]、吉岡 慎一[1] (1. 八尾市立病院)

[O14-7] 当科におけるロボット支援下横行結腸部分切除術・結腸左半切除術の手術手技と術後短期成績

*徳原 克治[1]、十枝 あゆみ[2]、大西 潤也[2]、吉田 真未[2]、小山 忠宣[2]、山本 寛揮[2]、森田 拓[2] (1. 医療法人徳洲会岸和田徳洲会病院下部消化管外科、2. 医療法人徳洲会岸和田徳洲会病院外科)

[O14-8] 大腸肛門病学会認定施設となりロボット支援下直腸手術はどう変わったか-周術期管理と短期成績-

*新井 聡大[1]、増田 大機[1]、谷田部 悠介[1]、大和 美寿々[1]、白坂 太郎[1]、羽生 舞花[1]、金城 宏武[1]、朝田 泰地[1]、鵜梶 真衣[1]、篠原 元[1]、廣瀬 俊太郎[1]、吉野 潤[1]、長野 裕人[1]、井ノ口 幹人[1] (1. 武蔵野赤十字病院外科・消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

13:50 ~ 14:40 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 15　ロボット手術 3

座長：勝野 秀稔（藤田医科大学ばんたね病院消化器外科）

[O15-1] ロボット支援大腸癌手術教育における学習者主導BIDモデルの導入

*肥田 侯矢[1]、多賀 亮[1]、竹島 潤[1]、濱洲 晋哉[1]、伊藤 達夫[1]、平田 渉[1]、鷲見 季彦[1]、喜多 貞彦[1]、廣瀬 哲朗[1] (1. 大津赤十字病院外科)

[O15-2] ロボット支援下大腸手術における高稼働率達成に向けた運用戦略の検討 ―ハーズバーグの二要因理論に基づく組織マネジメントの実践―

*寺石 文則[1]、高橋 立成[1]、岡林 弘樹[1]、宮宗 秀明[1]、大塚 眞哉[1]、稲垣 優[1] (1. NHO福山医療センター外科)

[O15-3] 一地方病院におけるロボット支援結腸癌手術の現状　– 今後の日本の現状を見据えての対応 –

*山田 徹[1]、小林 建司[1]、丹羽 弘貴[1]、武内 優太[1]、鈴置 真人[1]、大原 正範[1] (1. 国立病院機構　函館医療センター　外科)

[O15-4] ロボット支援下大腸切除術の教育システムの導入とその妥当性の検討

*福岡 達成[1]、金城 あやか[1]、谷 直樹[1]、丸尾 晃司[1]、西 智史[1]、瀬良 知央[1]、江口 真平[1]、関 由季[2]、田嶋 哲三[1]、西村 潤也[1]、濱野 玄弥[1]、笠島 裕明[2]、村田 哲洋[1]、澁谷 雅常[2]、西居 孝文[1]、櫻井 克宣[1]、高台 真太郎[1]、久保 尚士[1]、前田 清[2]、清水 貞利[1] (1. 大阪市立総合医療センター消化器外科、2. 大阪公立大学大学院消化器外科学)

[O15-5] ロボット支援下前方切除術の再現性向上を目指した定型手技改善への取り組み

*山本 晃[1]、川村 幹雄[1]、髙木 里英子[1]、北嶋 貴仁[2]、今岡 裕基[1]、志村 匡信[1]、奥川 喜永[2]、大北 喜基[1]、小林 美奈子[3]、問山 裕二[1] (1. 三重大学医学部付属病院消化管外科、2. 三重大学医学部附属病院ゲノム診療科、3. 三重大学医学部医学系研究科臨床外科感染制御学講座)

[O15-6] レジデント外科医が執刀する「レジロボ」と「ロボット手術1日縦2件」の取り組み

*竹内 一将[1]、橋本 雅弘[1]、加藤 伸弥[1]、森本 祥悠[1]、平木 将之[1]、畑 泰司[1]、寺西 立冴[1]、東口 公哉[1]、広田 将司[1]、古川 健太[1]、宮崎 安弘[1]、友國 晃[1]、本告 正明[1]、藤谷 和正[1]、土岐 祐一郎[1] (1. 地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター)

[O15-7] 肥満直腸癌患者におけるロボット支援下手術の短期成績

*和田 英雄[1]、堀之内 浩介[1]、入江 久世[1]、坂本 恭平[1]、赤崎 卓之[1]、上床 崇吾[1]、小島 大望[1]、渡部 雅人[1] (1. 福岡大学筑紫病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

14:40 ~ 15:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 16　ロボット手術 4

座長：山岸 茂（藤沢市民病院消化器外科）

[O16-1] 脾彎曲結腸癌に対するロボット支援手術の着地点 ― da Vinci XiとSPの初期経験からみた有用性と課題 ―

*鹿川 大二郎[1]、内間 恭武[1]、杉本 晃一[1]、阪上 桜[1]、野澤 勇哉[1]、日置 翔太[1]、江崎 恵史郎[1]、彦谷 健太[1]、村上 優太[1]、松岡 信子[1]、手登根 勇人[1]、河本 宏昭[1]、仲宗根 由幸[1]、玉榮 剛[1]、井谷 史嗣[1] (1. 医療法人徳洲会中部徳洲会病院消化器外科)

[O16-2] 当院におけるロボット支援下直腸切除術の導入後短期成績

*宮地 孟[1]、青井 夏帆[1]、山下 史晃[1]、矢後 彰一[1]、天田 塩[1]、水藤 広[1]、根本 洋[1]、宮前 拓[1]、山下 史晃[1]、小林 直哉[1] (1. 海老名総合病院)

[O16-3] ロボット支援直腸癌手術における排尿障害の発生率とリスク因子：定量的評価に基づく解析

*福田 敏之[1]、沼田 正勝[1]、小澤 真由美[1]、古山 和樹[1]、横山 亘[1]、石黒 哲史[1]、額田 卓[1]、山本 俊也[1]、工藤 孝迪[1]、武井 将伍[1]、前橋 学[1]、太田 絵美[1]、原田 龍之助[2]、渥美 陽介[2]、風間 慶祐[2]、菅野 伸洋[2]、田 鍾寛[2]、大矢 浩貴[2]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター　消化器病センター外科、2. 横浜市立大学医学部附属病院　消化器外科)

[O16-4] プロクター指導下ロボット支援前方切除術における術者育成と安全性の検討

*石黒 哲史[1,2]、沼田 正勝[1,2]、小澤 真由美[1,2]、古山 和樹[1,2]、福田 敏之[1,2]、横山 亘[1,2]、額田 卓[1,2]、山本 俊也[1,2]、工藤 孝迪[1,2]、武井 将伍[1,2]、前橋 学[1,2]、太田 絵美[1,2]、原田 龍之介[2]、渥美 陽介[2]、風間 慶祐[2]、菅野 伸洋[2]、田 鍾寛[2]、大矢 浩貴[2]、佐藤 勉[2]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化病センター外科、2. 横浜市立大学医学部附属病院 消化管外科)

[O16-5] 後期高齢者直腸癌に対するロボット支援手術の短期治療成績

*合志 健一[1]、森山 朔太郎[1]、伊集院 元気[1]、菅野 裕樹[1]、大野 智和[1]、村上 直孝[1]、藤田 文彦[2] (1. 大牟田市立病院外科、2. 久留米大学外科学講座)

[O16-6] 当院におけるdaVinci SP を用いた腹部創のない腹会陰式直腸切断術の短期成績

*加藤 悠人[1]、宇都宮 正稔[1]、植松 陽介[1]、方宇 慶蒼[1]、下河原 達也[1]、西山 亮[1]、江川 智久[1]、山田 暢[1] (1. 済生会横浜市東部病院)

[O16-7] da Vinci SPを用いて行う単孔式ロボット支援下手術（SIRAS: Single Incision Robot Assisted Surgery）

*島田 岳洋[1]、田中 恭平[1]、山崎 晴子[1]、高田 英里[1]、松尾 ゆうひ[1]、坂本 恭子[1]、上村 翔[1]、平田 雄紀[1]、川口 義樹[1]、浦上 秀次郎[1]、石 志紘[1] (1. 国立病院機構東京医療センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

12:50 ~ 13:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 17　直腸癌の治療戦略 3

座長：浅田 祐介（帝京大学医学部外科学講座）

[O17-1] 下部直腸癌に対する側方リンパ節転移診断基準と治療成績について

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

[O17-2] 直腸癌術前CTのテクスチャ解析による側方リンパ節転移予測

*横井 圭悟[1]、柴木 俊平[1]、坂本 純一[1]、横田 和子[1]、小嶌 慶太[1]、田中 俊道[1]、古城 憲[1]、三浦 啓壽[1]、山梨 高広[1]、佐藤 武郎[2]、内藤 剛[1] (1. 北里大学医学部下部消化管外科学、2. 北里大学医学部附属医学教育研究開発センター　医療技術教育研究部門)

[O17-3] Stage IV直腸癌に対するPET/MRIを用いたEMVI評価の検討

*松中 喬之[1]、坂本 裕生[1]、前川 展廣[1]、田海 統之[1]、澤井 利次[1]、森川 充洋[1]、小練 研司[1]、廣野 靖夫[2]、五井 孝憲[1] (1. 福井大学第一外科、2. 福井大学がん診療推進センター)

[O17-4] pelvic failureを用いた術前CRT選択化後の骨盤内アウトカムの検討：肛門温存症例における単施設後方視的解析

*本城 弘貴[1]、永井 晶子[1]、中村 友紀[1]、坂元 竜馬[1]、内村 良平[1]、栗岡 辰典[1]、青木 沙弥佳[1]、桑江 一希[1]、三浦 聡美[1]、赤嶺 健吏[1]、藤本 剛士[1]、宮崎 彰成[1]、林 賢[1]、加藤 健宏[1]、高橋 知子[1]、草薙 洋[1] (1. 亀田総合病院消化器外科)

[O17-5] 局所進行直腸癌に対する当科のTNTの成績

*伊藤 望[1]、石山 泰寛[1]、北野 友里絵[1]、坂井 義博[1]、中西 淋人[1]、西 雄介[1]、田中 裕人[1]、林 久志[1]、藤井 能嗣[1]、石井 利昌[1]、椙田 浩文[1]、平沼 知加志[1]、平能 康充[1] (1. 埼玉医科大学国際医療センター)

[O17-6] 術前CRTを施行した直腸癌患者における術後排便機能に関する手術アプローチ別の検討

*田口 祐輔[1]、佐々木 和人[2]、江本 成伸[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[1]、品川 貴秀[1]、舘川 裕一[1]、岡田 聡[1]、白鳥 広志[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科、2. 東京都立駒込病院大腸外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

13:35 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 18　大腸癌の転移・再発治療 1

座長：衛藤 謙（東京慈恵会医科大学外科学講座）

[O18-1] 大動脈周囲リンパ節転移を伴う大腸癌に対する手術治療の成績

*嶋田 徳光[1]、佐田 春樹[1]、清水 洋祐[1] (1. NHO呉医療センター・中国がんセンター)

[O18-2] 大腸癌における腹腔鏡下大動脈周囲リンパ節転移系統的郭清の定型化

*横塚 慧[1]、小島 祐貴[1]、樋口 裕之[1]、飯田 翔馬[1]、岩間 佳奈美[1]、小金澤 樹[1]、落合 成人[1]、郡司 崇裕[1]、小林 敏倫[1]、菊池 勇次[1]、佐野 達[1]、田渕 悟[1]、千葉 斉一[1]、河地 茂行[1] (1. 東京医科大学八王子医療センター消化器外科・移植外科)

[O18-3] 肝転移を伴う大腸癌に対する集学的治療戦略－肝切除到達性と再発後サルベージ治療の検討

*田辺 寛[1]、馬場 研二[2]、益満 和人[1]、久木田 武應[1]、大井 秀之[1]、米盛 圭一[1]、帆北 修一[1]、上之園 芳一[1]、大塚 隆生[2] (1. 今村総合病院外科、2. 鹿児島大学病院消化器外科)

[O18-4] 当科における大腸癌肝転移の治療戦略

*柿澤 奈緒[1]、松澤 夏未[1]、福井 太郎[1]、高山 裕司[1] (1. 自治医科大学附属さいたま医療センター一般・消化器外科)

[O18-5] 大腸癌肝転移切除後の予後とその関連因子の検討

*井上 悠介[1,2]、小野 李香[1]、山﨑 翔斗[1]、丸田 浩志[1]、山口 峻[1]、片山 宏己[1]、高村 祐磨[1]、足立 利幸[1]、石井 光寿[1]、江口 晋[2]、野中 隆[1] (1. 長崎大学外科学講座大腸・肛門外科、2. 長崎大学外科学講座肝胆膵・移植外科)

[O18-6] 大腸癌肝転移に対する肝切除後の超早期再発症例から考える周術期治療の意義

*木内 純[1]、有田 智洋[1]、清水 浩紀[1]、名西 健二[1]、倉島 研人[1]、中道 脩介[1]、池下 千彬[1]、柴田 梨恵[1]、住吉 秀太郎[1]、井上 博之[1]、西別府 敬士[1]、久保 秀正[1]、今村 泰輔[1]、小菅 敏幸[1]、山本 有佑[1]、小西 博貴[1]、森村 玲[1]、藤原 斉[1]、塩﨑 敦[1] (1. 京都府立医科大学消化器外科)

[O18-7] 大腸癌の多発性肝転移に対する術前化学療法と反復肝切除―根治的肝切除後に早期の肝転移を繰り返した症例

*藤崎 滋[1,2,3]、高階 幹[1]、富田 凉一[1]、藤崎 隆[1]、櫻井 健一[2]、岡村 行泰[3] (1. 藤崎病院外科、2. 日本歯科大学生命歯学部外科、3. 日本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

一般演題(口演) | 外科

14:30 ~ 15:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 19　大腸癌の転移・再発治療 2

座長：斉田 芳久（東邦大学医療センター大橋病院外科）

[O19-1] 大腸癌異時性腹膜播種再発に対する肉眼的治癒切除の意義

*亀井 佑太郎[1]、佐藤 健太郎[1]、菅原 江美子[2]、野口 竜剛[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. がん研有明病院消化器センター大腸外科、2. がん研有明病院病理部)

[O19-2] 直腸癌再発手術－特に局所切除の術式およびDangerous pointについて－

*小森 康司[1]、木下 敬史[1]、大内 晶[1]、岸田 貴喜[1]、安岡 宏展[1]、安藤 秀一郎[1]、伊藤 誠二[1]、三澤 一成[1]、伊藤 友一[1]、山口 淳平[1]、檜垣 栄治[1]、奥野 正隆[1]、細井 敬泰[1]、山田 裕宜[1]、稲田 亘佑[1]、安部 哲也[1] (1. 愛知県がんセンター消化器外科)

[O19-3] 進行大腸癌の発育様式と再発形式の関連についての検討

*加藤 宏周[1]、清島 亮[2]、門野 政義[1]、森田 覚[1]、菊池 弘人[3]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部　外科学（一般・消化器)、2. 稲城市立病院　外科、3. 川崎市立川崎病院　外科)

[O19-4] 直腸癌局所再発R0切除後早期再発の術前予測因子の検討

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

[O19-5] 大腸癌肝転移肝切除後におけるCEAと補助化学療法mFOLFOX6：JCOG0603副次的解析

*北風 雅敏[1]、片岡 幸三[2]、大隅 寛木[3]、石川 裕也[4]、清水 泰博[5]、稲葉 吉隆[6]、小森 康司[5]、塩見 明生[7]、塩澤 学[8]、諏訪 雄亮[9]、須藤 剛[10]、絹笠 祐介[11]、瀧井 康公[12]、伴登 宏行[13]、小畠 誉也[14]、佐野 裕亮[4]、高島 淳生[15]、塚本 俊輔[16]、金光 幸秀[16] (1. 大阪国際がんセンター消化器外科、2. 兵庫医科大学消化器外科学講座下部消化管外科、3. 神奈川県立がんセンター消化器内科、4. 国立がん研究センター中央病院JCOGデータセンター／JCOG運営事務局、5. 愛知県がんセンター消化器外科部、6. 愛知県がんセンター放射線診断・IVR部、7. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科、8. 神奈川県立がんセンター消化器外科、9. 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、10. 山形県立中央病院消化器外科、11. 東京科学大学消化管外科学分野、12. 新潟県立がんセンター新潟病院消化器外科、13. 石川県立中央病院消化器外科、14. 国立病院機構四国がんセンター消化器外科、15. 国立がん研究センター中央病院消化管内科、16. 国立がん研究センター中央病院大腸外科)

[O19-6] 直腸癌局所再発に対する周術期放射線治療とR0切除の意義

*吉松 軍平[1]、皆瀬 翼[1]、伊勢 一郎[1]、村上 恵[1]、佐藤 好宏[1]、鈴木 秀幸[1]、唐澤 秀明[1]、大沼 忍[1]、亀井 尚[1]、海野 倫明[1] (1. 東北大学大学院　消化器外科学)

[O19-7] 術前CTガイド下フックワイヤーマーキングにより腹腔鏡下に切除し得たS状結腸癌術後腹腔内播種再発の1例

*坂本 周平[1]、岡田 倫明[1]、古田 昭寛[2]、堀田 健太[1]、野村 明成[1] (1. 大阪赤十字病院消化器外科、2. 大阪赤十字病院放射線診断科)

[O19-8] 大腸癌腹膜播種に対する腹腔鏡下手術成績

*小林 昭広[1]、山崎 信義[1]、小林 亮介[1]、佐藤 学[1]、鈴木 文武[1]、浅井 大智[1]、三ノ宮 優太[1]、林 和貴[1]、富田 直宏[1]、久保 浩一郎[1]、緒方 賢司[1] (1. 千葉西総合病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

12:50 ~ 13:45 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 20　直腸脱・骨盤臓器脱 1

座長：甲田 貴丸（甲田医院）

[O20-1] 直腸脱に対する腹腔鏡下ventral rectopexyにおける前壁剥離範囲と固定の工夫

*大塚 亮[1]、齊藤 修治[1]、平山 亮一[1]、江間 玲[1]、佐々木 一憲[1]、植田 吉宜[1]、宮島 綾子[1] (1. 横浜新緑総合病院)

[O20-2] 直腸脱に対する腹腔鏡下後方縫合直腸固定術（posterior suture rectopexy）の治療成績

*碓井 彰大[1]、小杉 千弘[1]、鈴木 大亮[1]、森 幹人[1]、岡 義人[1]、首藤 潔彦[1]、清水 宏明[1] (1. 帝京大学ちば総合医療センター外科)

[O20-3] 当科における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の検討

*中嶋 太極[1,2]、田辺 寛[2]、奥村 隆志[1]、馬場 研二[1]、上之園 芳一[2]、大塚 隆生[1] (1. 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科消化器外科学、2. 公益財団法人慈愛会今村総合病院消化器外科)

[O20-4] 当院における腹腔鏡下直腸前方固定術（LVR）の治療成績

*藤森 正彦[1]、中塚 博文[2]、先本 秀人[2]、小川 尚之[2] (1. 呉市医師会病院大腸肛門病センター大腸・肛門外科、2. 呉市医師会病院大腸肛門病センター外科)

[O20-5] 術前後の肛門内圧検査から見た直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の有用性

*大島 隆一[1]、國場 幸均[2]、宮島 伸宜[2]、松島 小百合[2]、紅谷 鮎美[2]、佐井 佳世[2]、米本 昇平[2]、酒井 悠[2]、小菅 経子[2]、松村 奈緒美[2]、河野 洋一[2]、宋 江楓[2]、下島 裕寛[2]、岡本 康介[2]、黒水 丈次[2]、松島 誠[2]、勝又 健太[1]、四万村 司[1]、朝倉 武士[1]、民上 真也[3] (1. 川崎市立多摩病院消化器・一般外科、2. 松島病院大腸肛門病センター肛門科、3. 聖マリアンナ医科大学病院　消化器・一般外科)

[O20-6] 完全直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の検討

*中田 健[1]、佐々木 優[1]、杢谷 友香子[1]、谷田 司[1]、藤原 英広[1]、宮東 幸輝[1]、山口 泰征[1]、小西 彩海[1]、三上 日菜子[1]、中出 真央[1]、石垣 丹音[1]、高山 碩俊[1]、石田 智[1]、山下 雅史[1]、松山 仁[1]、山田 晃正[1] (1. 市立東大阪医療センター消化器外科)

[O20-7] 再発直腸脱に対する腹腔鏡下suture rectopexy併施前方骨盤底形成術の手技

*似鳥 修弘[1]、勝又 佳織[1]、矢作 雅史[1] (1. 国家公務員共済組合連合会立川病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

13:50 ~ 14:35 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 21　術後合併症・周術期管理 1

座長：浅井 慶子（JA北海道厚生連遠軽厚生病院　外科）

[O21-1] 一時的人工肛門作成時における合併症低減のための手技

*小杉 千弘[1]、清水 宏明[1]、首藤 潔彦[1]、森 幹人[1]、鈴木 大亮[1]、碓井 彰大[1]、岡 義人[1]、幸田 圭史[1] (1. 帝京大学ちば総合医療センター外科)

[O21-2] 術後ストーマサイズの経時的変化に関する検討

*山岸 杏彌[1,2]、松本 智司[1]、南村 圭亮[1]、上田 康二[1]、松田 明久[2] (1. 日本医科大学千葉北総病院外科、2. 日本医科大学付属病院消化器外科)

[O21-3] 腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術におけるOptical法を利用した後腹膜経路ストーマ造設術の工夫

*水野 礼[1]、小澤 寛太朗[1]、酒江 礼奈[1]、井田 智之[1]、井上 広海[1]、庭野 公聖[1]、出川 佳奈子[1]、堀 佑太郎[1]、喜多 亮介[1]、横山 大受[1]、中西 保貴[1]、西川 元[1]、中村 公治郎[1]、畑 啓昭[1] (1. 国立病院機構　京都医療センター　外科)

[O21-4] 人工肛門造設における挙上困難性の術前予測：臨床因子とCT体組成解析による検討

*岸田 憲亮[1]、岩井 拓磨[1]、山田 岳史[1]、上原 圭[1]、進士 誠一[1]、横山 康行[1]、高橋 吾郎[1]、香中 伸太郎[1]、菊池 悠太[1]、松田 明久[1] (1. 日本医科大学消化器外科)

[O21-5] 二期的手術を考慮した横行結腸ストーマ造設術の手術手技とストーマ脱出に対する対応

*中原 健太[1]、柴田 耕暉[1]、堀井 啓士朗[1]、阿部 恒太郎[1]、岡田 昌樹[1]、杉原 黎[1]、杉村 直彦[1]、駒井 聡太[1]、小林 弘明[1]、原田 芳邦[1]、小沢 慶彰[1]、榎並 延太[1]、澤田 成彦[1]、大塚 和朗[1] (1. 昭和医科大学横浜市北部病院　消化器センター)

[O21-6] 直腸癌手術における術式選択とLARS対策を支える多職種連携の取り組み

*古川 尚恵[1]、寺島 一豪[1]、村梶 慶太[2]、森山 武[2]、下國 達志[3]、笠島 浩行[3] (1. 市立函館病院　看護部、2. 市立函館病院　リハビリ技術科、3. 市立函館病院　消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

14:45 ~ 15:30 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 22　術後合併症・周術期管理２

座長：香取 玲美（畠山クリニック）

[O22-1] 直腸癌肛門温存術後の就労状況と関連要因の分析

*佐藤 正美[1]、荒木 しのぶ[2]、江川 安紀子[3]、榎本 浩也[4]、岡田 みどり[5]、幸田 圭史[6]、松原 康美[7]、三宅 映子[5]、柳 朝子[8]、中野 祥江[8]、今泉 郷子[9]、谷山 牧[10]、深井 喜代子[11] (1. 東京慈恵会医科大学医学部看護学科、2. 川崎医科大学附属病院看護部、3. 東京慈恵会医科大学附属病院看護部、4. 国際医療福祉大学那須医療センター　消化器外科　、5. 川崎医療短期大学看護学科、6. 幸樹会おゆみのクリニック、7. 北里大学病院看護部、8. 国立がん研究センター中央病院看護部、9. 東海大学医学部看護学科、10. 国際医療福祉大学小田原保健医療学部看護学科、11. 東京慈恵会医科大学大学院)

[O22-2] 直腸低位前方切除術後LARSに対する術前骨盤底筋訓練介入の試み ―短期成績の初期検討―

*森山 武[1]、村梶 慶太[1]、古川 尚恵[2]、寺島 一豪[2]、今泉 健[3]、笠島 浩行[4] (1. 市立函館病院　リハビリ技術科、2. 市立函館病院　看護部、3. 北海道大学　消化器外科、4. 市立函館病院　消化器外科)

[O22-3] LARS新定義に基づく便排出障害の臨床的特徴と日常生活への影響―多施設横断研究―

*渥美 陽介[1]、沼田 正勝[2]、沼田 幸司[3]、塩澤 学[3]、風間 慶祐[1]、虫明 寛行[4]、岡本 浩直[5]、本庄 優衣[6]、片山 雄介[7]、樋口 晃生[8]、三箇山 洋[9]、湯川 寛夫[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学消化管外科学、2. 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　外科、3. 神奈川県立がんセンター　大腸外科、4. 済生会横浜市南部病院　外科、5. 平塚共済病院　外科、6. 藤沢湘南台病院　外科、7. 秦野赤十字病院　外科、8. 横浜南共済病院　外科、9. 神奈川県立足柄上病院　外科)

[O22-4] 当院での腰椎麻酔下による肛門日帰り手術の現状と問題点

*田島 雄介[1] (1. 医療法人社団育映会田島外科)

[O22-5] 肛門疾患デイサージェリーにおける仙骨硬膜外ブロック片効きに対する分割投与の効果

*小泉 岐博[1,3]、森本 幸治[2]、久保田 至[2]、久保田 和[2]、田村 周三[2]、大塚 新一[2]、立岡 鉄平[2]、金澤 周[2]、山田 岳史[3]、松田 明久[3] (1. 北千住大腸肛門クリニック、2. 西新井大腸肛門科、3. 日本医科大学付属病院消化器外科)

[O22-6] 待機的大腸癌手術における機械的腸管前処置と経口抗菌薬腸管前処置が手術部位感染の発生に与える影響

*今岡 裕基[1]、髙木 里英子[1]、横山 歩乃加[1]、嶌村 麻生[1]、天白 成[1]、山本 晃[1]、市川 崇[3]、浦谷 亮[1]、北嶋 貴仁[2]、志村 匡信[1]、川村 幹雄[1]、安田 裕美[1]、奥川 喜永[2]、大北 喜基[1]、吉山 繁幸[1]、小林 美奈子[3]、大井 正貴[1]、問山 裕二[1] (1. 三重大学医学部消化管・小児外科、2. 三重大学病院ゲノム診療科、3. 三重大学臨床外科感染制御学講座)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 1　炎症性腸疾患 1

座長：廣 純一郎（済生会松阪市民病院）

[O1-1] 潰瘍性大腸炎に対するIPAA術後pouchitisの術前予測因子の検討 ― 多施設共同後ろ向き研究（COSUC study）

*笠島 裕明[1]、福岡 達成[1]、肥田 侯矢[2]、尾地 伸悟[2]、高野 義章[3]、宮倉 安幸[4]、川村 純一郎[5]、小濵 信太郎[6]、内藤 剛[7]、前田 清[1] (1. 大阪公立大学大学院医学研究科消化器外科学、2. 京都大学大学院医学研究科消化管外科学、3. 大阪医科薬科大学一般・消化器外科、4. 自治医科大学附属さいたま医療センター外科、5. 近畿大学医学部外科、6. 順天堂大学浦安病院消化器外科、7. 北里大学医学部下部消化管外科)

[O1-2] クローン病に対する腹会陰式直腸切断術後における陰圧閉鎖療法の有用性の検討

*大北 喜基[1]、志村 匡信[1]、家城 英治[1]、山本 晃[1]、川村 幹雄[1]、今岡 裕基[1]、北嶋 貴仁[2]、小池 勇樹[1]、奥川 喜永[2]、吉山 繁幸[1]、小林 美奈子[1]、大井 正貴[1]、問山 裕二[1] (1. 三重大学医学部消化管・小児外科、2. 三重大学医学部附属病院ゲノム診療科)

[O1-3] クローン病に対する吻合部切除術―大きな吻合口は手術回避に寄与するか―

*鈴木 秀幸[1]、皆瀬 翼[1]、伊勢 一郎[1]、村上 恵[1]、佐藤 好宏[1]、吉松 軍平[1]、唐澤 秀明[1]、大沼 忍[1]、亀井 尚[1]、海野 倫明[1] (1. 東北大学消化器外科学)

[O1-4] クローン病に対する回盲部切除における機能的端々吻合（FEEA）の安全性と臨床的妥当性の検討

*大東 弘治[1]、岡内 義隆[1]、深野 耕太郎[1]、梅田 一生[1]、波江野 真大[1]、家根 由典[1]、村上 克宏[1]、吉岡 康多[1]、岩本 哲好[1]、所 忠男[1]、上田 和毅[1]、川村 純一郎[1] (1. 近畿大学医学部外科)

[O1-5] クローン病手術症例におけるCTエンテログラフィーの有用性

*田中 宏典[1,2,3,4]、友近 忍[1]、藤原 康弘[1]、中島 千代[1]、中島 正夫[1]、松井 洋人[1,2]、新藤 芳太郎[1]、徳光 幸生[1]、渡邊 裕策[1]、飯田 通久[1]、井岡 達也[1,2]、橋本 真一[3]、高見 太郎[3]、永野 浩昭[1,4]、髙橋 秀典[1] (1. 山口大学大学院消化器・腫瘍外科学、2. 山口大学医学部附属病院腫瘍センター、3. 山口大学大学院消化器病態内科学、4. 市立貝塚病院)

[O1-6] 難治性クローン病合併複雑痔瘻に対する新規再生医療の可能性：ダルバドストロセルの初期治療成績

*山本 大輔[1] (1. 金沢大学附属病院消化管外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 1　炎症性腸疾患 1
座長：廣 純一郎（済生会松阪市民病院）

[O1-1] 潰瘍性大腸炎に対するIPAA術後pouchitisの術前予測因子の検討 ― 多施設共同後ろ向き研究（COSUC study）

*笠島 裕明[1]、福岡 達成[1]、肥田 侯矢[2]、尾地 伸悟[2]、高野 義章[3]、宮倉 安幸[4]、川村 純一郎[5]、小濵 信太郎[6]、内藤 剛[7]、前田 清[1] (1. 大阪公立大学大学院医学研究科消化器外科学、2. 京都大学大学院医学研究科消化管外科学、3. 大阪医科薬科大学一般・消化器外科、4. 自治医科大学附属さいたま医療センター外科、5. 近畿大学医学部外科、6. 順天堂大学浦安病院消化器外科、7. 北里大学医学部下部消化管外科)

【目的】
潰瘍性大腸炎（UC）に対する回腸嚢肛門吻合術（IPAA）後のpouchitisは、患者QOLを著しく損なう代表的な遠隔期合併症である。本研究では本邦多施設データを用いて術前リスク因子を同定し、pouchitis発症の予測モデルを構築することを目的とした。
【対象と方法】
2005年1月から2019年12月までに本邦48施設においてIPAAが施行されたUC患者1136例を対象とした多施設共同後ろ向きコホート研究（COSUC study）。患者背景・術前血液検査・薬剤使用歴・術式・周術期合併症等を変数とし、pouchitis発症との関連を単変量および多変量ロジスティック回帰にて解析した。さらに2009年以前の症例（n=293）をtraining cohort、2010年以降の症例（n=843）をvalidation cohortとして予測モデルを構築し、ROC曲線およびAUCにて性能を評価した。
【結果】
1136例中67例（5.9%）にpouchitisを認めた。単変量解析では若年（<40歳, p<0.001）、低BMI（<20 kg/m², p=0.026）、術前1ヶ月以内のステロイド使用（p=0.007）、免疫抑制剤使用（p=0.027）が有意なリスク因子であった。多変量解析では術前ステロイド使用のみが独立した予測因子であった（HR 1.98, 95%CI 1.14–3.47, p=0.016）。年齢・BMI・ステロイド・免疫抑制剤の4因子を組み込んだ予測モデルのAUCはtraining cohort 0.63、validation cohort 0.67であった。Youden’s J統計量により算出されたcut-off値9.6%において、感度31.6%/25.5%、特異度82.5%/90.3%を示し、予測確率9.6%以上の高リスク群では累積pouchitis発症率が有意に高かった（p<0.0001）。なお、生物学的製剤普及前後（2009年以前 vs 2010年以降）でpouchitis発症率に有意差は認めなかった。
【結語】
本邦最大規模のIPAA症例コホートを用いた解析により、術前ステロイド使用がpouchitis発症の独立した危険因子であることが示された。年齢・BMI・免疫抑制剤使用を加えた予測モデルは術前リスク層別化に有用であり、ハイリスク症例に対する周術期管理の最適化、一時的人工肛門造設の判断、術後早期介入の指標として臨床応用が期待される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 1　炎症性腸疾患 1
座長：廣 純一郎（済生会松阪市民病院）

[O1-2] クローン病に対する腹会陰式直腸切断術後における陰圧閉鎖療法の有用性の検討

*大北 喜基[1]、志村 匡信[1]、家城 英治[1]、山本 晃[1]、川村 幹雄[1]、今岡 裕基[1]、北嶋 貴仁[2]、小池 勇樹[1]、奥川 喜永[2]、吉山 繁幸[1]、小林 美奈子[1]、大井 正貴[1]、問山 裕二[1] (1. 三重大学医学部消化管・小児外科、2. 三重大学医学部附属病院ゲノム診療科)

背景：クローン病に対する腹会陰式直腸切断術は骨盤・会陰部感染（pelvic or perineal sepsis: PPS）の発生率が高く、創治癒遅延の一因となる。近年、切開創に対する陰圧閉鎖療法（incisional negative pressure wound therapy: iNPWT）の有用性が報告されているが、クローン病術後の骨盤・会陰部に対する効果は十分に検証されていない。
目的：腹会陰式直腸切断術後におけるiNPWTのPPSおよび会陰創治癒遅延に対する有用性を検討する。
方法：2012年8月から2025年6月までに当院で施行したクローン病に対する腹会陰式直腸切断術41例を対象とし、iNPWT群22例と対照群19例で後ろ向きに比較した。PPSは術後30日以内に発生した小骨盤腔内または会陰創の感染、会陰創治癒遅延は術後6カ月以上持続する会陰創の非治癒と定義した。両群で発生率を比較し、さらに術前ストーマの有無で層別解析を行った。
結果：全体ではPPS発生率はiNPWT群27.3%、対照群47.4%と低い傾向を認めたが有意差はなかった（P=0.21）。会陰創治癒遅延はiNPWT群9.1%、対照群5.3%で差を認めなかった（P=1.00）。術前ストーマ造設例（N=30）では、PPSはiNPWT群42.9%、対照群43.8%（P=0.96）、会陰創治癒遅延は14.3%、0.0%（P=0.21）でいずれも差を認めなかった。一方、ストーマ非造設例（N=11）では、PPSはiNPWT群0%、対照群66.7%と低い傾向を認めた（P=0.054）。会陰創治癒遅延もiNPWT群0.0%、対照群33.3%であったが有意差はなかった（P=0.27）。
結論：iNPWTは全体ではPPSおよび会陰創治癒遅延を有意に低減しなかったが、ストーマ非造設例においてPPS抑制効果を示す可能性が示唆された。一方、ストーマ造設例では重度の肛門周囲瘻孔を伴う症例が多く、効果は限定的である可能性がある。今後は症例数を増や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

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 1　炎症性腸疾患 1
座長：廣 純一郎（済生会松阪市民病院）

[O1-3] クローン病に対する吻合部切除術―大きな吻合口は手術回避に寄与するか―

*鈴木 秀幸[1]、皆瀬 翼[1]、伊勢 一郎[1]、村上 恵[1]、佐藤 好宏[1]、吉松 軍平[1]、唐澤 秀明[1]、大沼 忍[1]、亀井 尚[1]、海野 倫明[1] (1. 東北大学消化器外科学)

【目的】クローン病の吻合部再発を予防するために、様々な吻合法が提唱されているが、吻合口が大きくなる吻合法を行ったとしても、吻合部口側腸管が狭窄し、結局吻合部切除術を要する症例も少なくない。今回我々は、当科でクローン病に対して吻合部切除術を行った症例をもとに、大きな吻合口がどれだけ吻合部切除術の回避に寄与しうるかを考察した。
【方法】2014年1月～2026年4月に当科でクローン病に対し、回腸結腸吻合部切除術を行った51症例を診療録に基づいて調査した。このうち、前回手術の吻合が手縫い端々吻合（以下、手縫い端々）または機能的端々吻合（以下、FEEA）であったものを抽出し、以下の1)2)の条件を満たすものを「吻合口の拡大で吻合部切除術回避の余地がある症例」（以下、手術回避可能例）と定義した。1) 手術適応が狭窄のみであること。2) 狭窄の範囲が、手縫い端々では吻合部の口側10cm以内、FEEAでは吻合部の口側5cm以内に限局していること。
【結果】前回手術の吻合法の内訳は、手縫い端々 22例、FEEA 26例、手縫い側々吻合 2例、Sasaki-Watanabe吻合 1例であった。手術回避可能例は手縫い端々 10例（45.4%）、FEEA 5例（19.2%）であった。吻合部自体に病変がない症例は手縫い端々 4例（18.2%）、FEEA 15例（57.7%）であった（手縫い端々・FEEA間に有意差あり（p=0.008））。手術回避が不可能な理由は、吻合部口側の長い（または断続的な）狭窄が18例、瘻孔・膿瘍形成が12例、結腸側の狭窄が3例であった。手術回避可能例では、不可能例と比べて、手術直前に生物学的製剤が使用されていた症例が多い傾向（可能例11/15、不可能例17/33）があったが、有意差は認めなかった（p=0.21）。
【考察】単純に吻合口を大きくするだけでは吻合部切除を回避できない症例が多数派であり、むしろ吻合部が大きいと、その分、吻合部切除術で切除される腸管が多くなる可能性がある。吻合法の改良には、吻合口を大きくする以外の工夫が必要と考えられる。また、「大きな吻合口」かつ「術後の生物学的製剤使用」による吻合部切除術回避効果については、さらなる検討の余地がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 1　炎症性腸疾患 1
座長：廣 純一郎（済生会松阪市民病院）

[O1-4] クローン病に対する回盲部切除における機能的端々吻合（FEEA）の安全性と臨床的妥当性の検討

*大東 弘治[1]、岡内 義隆[1]、深野 耕太郎[1]、梅田 一生[1]、波江野 真大[1]、家根 由典[1]、村上 克宏[1]、吉岡 康多[1]、岩本 哲好[1]、所 忠男[1]、上田 和毅[1]、川村 純一郎[1] (1. 近畿大学医学部外科)

【背景】クローン病に対する回盲部切除では，吻合部狭窄や再手術を含めた長期成績が問題となる．functional end-to-end anastomosis（FEEA）は汎用される吻合法であるが，その安全性や臨床的妥当性については一定の見解が得られていない．
【目的】当院におけるクローン病回盲部切除症例の手術成績を検討し，FEEAの安全性および臨床的妥当性を評価する．
【対象と方法】2015年9月から2026年3月までに当院で施行したクローン病に対する回盲部切除または結腸右半切除15例を対象とし，患者背景，栄養状態，生物学的製剤使用，周術期成績，術後内視鏡所見および再手術について後方視的に検討した．吻合部狭窄は術後内視鏡所見，内視鏡的バルーン拡張および再手術の有無から評価した．
【結果】年齢中央値39歳，男性10例であった．術式は回盲部切除11例，結腸右半切除4例で，14例に腹腔鏡手術が施行された．FEEAは14例（93%）に施行され，手縫いによる端端吻合の1例に術後合併症および吻合部狭窄は認めなかった．Onodera PNI中央値は42.5（31.0–53.3）で，PNI 40以下を低栄養とすると6例（40%）が該当した．生物学的製剤は8例（53%）で使用され，最終投与から手術までの期間中央値は43.5日（4–67日）であった．手術時間中央値183分，出血量中央値5mL，術後在院日数中央値10日であった．術後30日以内合併症は3例（20%）に認めたが，縫合不全および腹腔内膿瘍は認めなかった．観察期間中央値は1380日であった．術後内視鏡施行10例中3例に吻合部狭窄を認めたが，内視鏡的バルーン拡張や再手術を要する吻合部狭窄は認めなかった．再手術1例は難治性痔瘻および下行結腸狭窄に対する横行結腸人工肛門造設であった．低栄養群では術後在院日数中央値が15日と非低栄養群の10日と比較して延長傾向を示したが，有意差はなく，術後合併症および吻合部狭窄との明らかな関連は認められなかった．
【結語】FEEAは低栄養症例や生物学的製剤使用例を含む症例においても安全に施行可能であった．吻合部狭窄を一部に認めたものの，内視鏡的介入や再手術を要する吻合部狭窄は認めず，FEEAはクローン病回盲部切除において臨床的に許容される吻合法と考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 1　炎症性腸疾患 1

座長：廣 純一郎（済生会松阪市民病院）

[O1-5] クローン病手術症例におけるCTエンテログラフィーの有用性

*田中 宏典[1,2,3,4]、友近 忍[1]、藤原 康弘[1]、中島 千代[1]、中島 正夫[1]、松井 洋人[1,2]、新藤 芳太郎[1]、徳光 幸生[1]、渡邊 裕策[1]、飯田 通久[1]、井岡 達也[1,2]、橋本 真一[3]、高見 太郎[3]、永野 浩昭[1,4]、髙橋 秀典[1] (1. 山口大学大学院消化器・腫瘍外科学、2. 山口大学医学部附属病院腫瘍センター、3. 山口大学大学院消化器病態内科学、4. 市立貝塚病院)

【背景】CTエンテログラフィー(CTE) は腸管拡張剤を経口内服し、小腸を拡張させた状態でCTを撮影する検査法である。従来の小腸造影に比し患者負担が少なく、瘻孔や膿瘍など腸管外病変についても評価可能である。当院では基本的に中性造影剤（ニフレック®）を用いているが、特に瘻孔精査には陽性造影剤（ガストログラフィン®6倍希釈）を使用した広義のCTEも行っている。今回クローン病手術症例におけるCTEの有用性について検討した。
【方法】当院で2011年7月～2025年3月までに腸管切除もしくは狭窄形成術が行われ、術前にCTEが併施された48例を対象とした。狭窄、瘻孔、膿瘍ついて術前CTE所見と手術所見を後ろ向きに検討し、感度と陽性的中率を算出した。CTEにおける狭窄は口側拡張を伴う内腔10mm以下の病変とし、瘻孔は腸管のひきつれあるいは索状影とした。手術時狭窄は全小腸を検索し外科的処置を要する病変とした。また、術前の予定術式と実際の施行術式を調査した。
【結果】患者の手術時年齢中央値は38（17-76）歳で、男性34例、女性14例であった。手術は初回が33例、2回目が9例、3回目以降が6例。狭窄のみの症例が31例、 膿瘍・瘻孔合併例が17例。手術アプローチは腹腔鏡補助が40例、開腹が8例。CTE所見で狭窄80、瘻孔11、膿瘍8病変、手術所見で狭窄85、瘻孔12、膿瘍8病変を認めた。陽性的中率 / 感度は、狭窄98.7% / 92.9%、瘻孔100% / 91.6%、膿瘍100% / 100%であった。83.3%（40/48例）で予定通りの術式が施行され、予定外の術式縮小は3例であった。予定外の術式拡大は5例で、回盲部切除術への変更が1例、小腸部分切除、狭窄形成術、人工肛門造設、S状結腸瘻の閉鎖の追加を各1例ずつ認めた。
【考察】術前CTEの有用性について既報でも良好な結果が報告されており、本検討でも高い陽性的中率と感度を認めた。予定外に拡大手術となる症例は少なく、術前CTE は術式考慮の一助となると考えらえた。
【結語】CTEはクローン病手術症例における術前評価法として有用であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 1　炎症性腸疾患 1
座長：廣 純一郎（済生会松阪市民病院）

[O1-6] 難治性クローン病合併複雑痔瘻に対する新規再生医療の可能性：ダルバドストロセルの初期治療成績

*山本 大輔[1] (1. 金沢大学附属病院消化管外科)

【背景】ダルバドストロセルは、健康成人脂肪組織由来の間葉系幹細胞を用いた再生医療等製品であり、クローン病合併複雑痔瘻に対する新規治療として2021年に本邦で保険収載された。従来治療では根治困難な症例に対し、局所免疫調整作用および組織修復促進効果が期待されている。当科では2024年10月より本治療を導入し、難治例に対して適用を開始した。本研究では初期導入症例における治療成績と安全性を検討した。
【方法】投与約3週間前に前処置としてシートン抜去および瘻管内掻爬を施行し、掻爬組織を病理検査に提出して悪性所見を除外後、シートンを再留置した。投与時には瘻管内を十分に洗浄後、原発口を閉鎖し、ダルバドストロセル計4バイアル（原発口周囲および瘻管壁内）を局所注入する。投与6か月後、12か月後に肛門部の診察およびアンケート調査を施行した。
【結果】クローン病合併複雑痔瘻5例に施行した。観察期間中央値17か月において、3例（60%）に著明な改善を認め、現在も寛解状態を維持している。1例は投与1か月後に再発を認めたが外科的根治術により寛解を得た。残る1例では9か月後に一時的な瘻孔再発を認めたが、その後自然軽快し、現在は分泌もほぼ消失し経過観察中である。全例で重篤な有害事象は認めず、投与翌日に全例退院した。また、著効例では症状改善に加え、アンケート調査で高い患者満足度が得られた。
【結論】ダルバドストロセルは、実臨床の初期導入においても既報と同等の奏効率を示し、安全に施行可能であったことから、難治性複雑痔瘻に対する有効な低侵襲治療選択肢となり得る可能性が示唆された。一方で再発例も認めることから、適応症例の選択および長期成績の検証が今後の課題である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科

2026年11月20日(金) 9:20 ~ 10:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 2　炎症性腸疾患 2

座長：中村 志郎（互恵会 大阪回生病院 消化器内科）

[O2-1] クローン病関連肛門部腫瘍の深達度診断におけるバルーン拡張下ラジアル走査式EUSの有用性

*貞島 健人[1,2]、島村 拓弥[2]、芥川 剛至[3]、真鍋 達也[4]、江﨑 幹宏[2] (1. 公立佐賀中央病院、2. 佐賀大学医学部内科学講座消化器内科、3. 佐賀大学医学部附属病院光学医療診療部、4. 佐賀大学医学部一般・消化器外科)

[O2-2] 肛門管内病変の形態を考慮したクローン病肛門病変の治療戦略

*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)

[O2-3] Crohn病に対するUpadacitinibの短期治療効果についての後方視的検討

*小川 萌[1]、横山 薫[1]、土居 楠太郎[1]、堀井 敏喜[1]、金澤 潤[1]、別當 朋広[1]、池原 久朝[1]、草野 央[1] (1. 北里大学医学部消化器内科学)

[O2-4] 肛門病変を契機としたクローン病疑診例の予後解析 ―初診時病型による予後予測と早期介入の意義―

*紅谷 鮎美[1]、内田 ひかり[1]、ナナー ジョージ譲時[1]、佐井 佳世[1]、渡部 晃子[1]、米本 昇平[1]、松島 小百合[1]、酒井 悠[1]、小菅 経子[1]、大島 隆一[1]、松村 奈緒美[1]、河野 洋一[1]、宋 江楓[1]、下島 裕寛[1]、岡本 康介[1]、國場 幸均[1]、宮島 伸宜[1]、黒水 丈次[1]、松島 誠[1] (1. 松島病院)

[O2-5] クローン病肛門病変におけるシートンドレナージ後の治療成績

*中島 光一[1]、福島 恒男[1]、西野 晴夫[1]、野澤 博[1]、小林 清典[1]、岩佐 亮太[1]、林 佑穂[1]、鈴木 綾[1]、鈴木 康元[1]、杉田 昭[1]、宮島 伸宜[1]、松島 誠[1] (1. 松島病院)

[O2-6] クローン病の肛門病変に対するリサンキツマブの治療成績についての検討

*近藤 哲[1]、太田 章比古[1]、若尾 聖[1]、青野 景也[1]、長谷川 信吾[1]、宮田 美智也[1]、家田 純郎[1]、福原 政作[2] (1. 家田病院、2. ふくはら大腸肛門外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月20日(金) 9:20 ~ 10:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 2　炎症性腸疾患 2
座長：中村 志郎（互恵会 大阪回生病院 消化器内科）

[O2-1] クローン病関連肛門部腫瘍の深達度診断におけるバルーン拡張下ラジアル走査式EUSの有用性

*貞島 健人[1,2]、島村 拓弥[2]、芥川 剛至[3]、真鍋 達也[4]、江﨑 幹宏[2] (1. 公立佐賀中央病院、2. 佐賀大学医学部内科学講座消化器内科、3. 佐賀大学医学部附属病院光学医療診療部、4. 佐賀大学医学部一般・消化器外科)

【緒言】クローン病（CD）を背景とした直腸・肛門部の腺癌は、CD-associated neoplasia (CDAN)、瘻孔関連癌 (Perianal fistulizing CD-associated anorectal and fistula cancers)、および、Sporadic cancerの3群に大別される。CDANおよびSporadic cancerでは、腫瘍の深達度に応じて根治性を担保しつつ、肛門機能温存が可能となるため、術前の深達度診断は術後QOLに直結する重要な因子である。しかし、肛門部腫瘍の深達度診断手技は標準化されていない。今回、バルーン拡張下ラジアル走査式超音波内視鏡 (EUS)が肛門部腫瘍の深達度診断に有用であった1例を経験したため報告する。
【症例】50代女性。20XX-19年（20代後半）に近医で小腸大腸CDと診断され、20XX-18年にインフリキシマブが導入された。内視鏡検査は本人希望で施行されなかったが、臨床的寛解を維持していた。20XX-1年12月、便秘を契機に前医を受診し、20XX年1月の下部消化管内視鏡検査 (CS)で肛門部腫瘍を指摘された。生検でadenocarcinomaと診断され、加療目的に当院外科へ紹介となった。造影CTでは遠隔転移はなく、骨盤部MRIでは肛門部病変を認めたが、深達度評価は困難であった。CSでは直腸Rbから肛門左側に、易出血性で不整な微細血管・粘膜構造を伴う乳頭状粘膜を認め、一部は扁平上皮下進展が疑われた。バルーン拡張下ラジアル走査式EUSでは、肛門左側に再現性をもって第1〜2層に連続し、一部で第3層に近接する低エコー域を認め、粘膜下層深層への浸潤ありと診断した。腹会陰式直腸切断術が施行され、直腸~肛門左側のEarly rectal cancer, tub 1>muc, pT1b (SM, 2.9mm)であった。
【考察】肛門部腫瘍の検出・深達度診断においてEUSはMRIよりも優れる可能性が報告されている。一方で、肛門部腫瘍のミニプローブ型EUSとラジアル走査式EUSとの深達度診断における直接比較の報告は乏しい。肛門部は括約筋によりプローブとの距離が近接し、層構造の描出困難となる場合があるが、ラジアル走査式EUSでは先端バルーンによる肛門の拡張により層構造の視認性が向上すると考えられる。一方で、ラジアル走査式EUSは先端径が太く、疼痛や不快感を与えうるが、先端バルーンの調整により軽減が可能である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月20日(金) 9:20 ~ 10:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 2　炎症性腸疾患 2
座長：中村 志郎（互恵会 大阪回生病院 消化器内科）

[O2-2] 肛門管内病変の形態を考慮したクローン病肛門病変の治療戦略

*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：クローン病（CD）肛門病変は多様であり、治療強化の判断に難渋することも多い。当施設の肛門病変を集積し検討した。
対象と方法：2026年3月時点で診療中のCD肛門病変41例を対象とした。膿瘍・瘻孔形成が疑われるか疼痛の強い症例で、仙骨硬膜外麻酔下に肛門管内病変と膿瘍形成を評価した。肛門管内では潰瘍性病変や原発口の有無を評価し、膿瘍は触診と超音波で範囲を同定し切開排膿、必要に応じシートン留置を行った。原発口が容易に確保できる症例は、原発口にも留置し、瘻孔の単純化を図った。
結果：30例に膿瘍形成を認め、全例で切開排膿を施行。肛門管内病変のうち潰瘍性21例、粘膜炎症3例、通常原発口様4例で原発口が同定可能であった。２例は通常肛門管様で原発口同定できず。根治術を6例（lay open4例、coring out2例）に施行し、原発口は全例歯状線近傍で、歯状線口側の潰瘍性病変は認めなかった。治癒3例で、再開通1例と術後難治創2例は内科治療強化（IFX1、ADA2）で改善した。根治術未施行24例ではドレナージを基本とし、11例に原発口にシートンを留置し、そのシートンは適宜抜去または脱落とした。肛門管内病変に対しては、内科治療はAdvanced therapy（AT）が主体で、20例（83.3%）に導入、腸管への治療も兼ねてIFX 7例、ADA 8例、UST 1例、RIS 3例、UPA 1例を使用し、排膿後に導入すると、どのAT薬剤でも肛門管内病変に対しても良好な炎症制御が得られた。17例で瘻孔消失、7例は残存し経過観察中である。膿瘍を伴わない11例は狭窄5例、潰瘍3例、浮腫状皮垂3例で、狭窄1例に手術を施行し、潰瘍例は疼痛が強くAT導入（ADA2例、UST１例）、その他は腸管病変の状況に応じてAT導入（ADA２例、UST３例、RIS２例）されていた。AT導入で潰瘍は全例改善、狭窄は残存するが適宜ブジーを併用、浮腫状皮垂は全例で縮小している。
考察・結論：CD肛門病変では、膿瘍には十分なドレナージが不可欠であり、肛門管内病変の制御にはAT薬剤を中心とした内科治療が必要な症例が多くを占めた。いずれのAT薬剤でも反応は良好であった。一方、病勢が安定した単純瘻孔では根治術での見込まれる可能性があり、選択肢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

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月20日(金) 9:20 ~ 10:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 2　炎症性腸疾患 2
座長：中村 志郎（互恵会 大阪回生病院 消化器内科）

[O2-3] Crohn病に対するUpadacitinibの短期治療効果についての後方視的検討

*小川 萌[1]、横山 薫[1]、土居 楠太郎[1]、堀井 敏喜[1]、金澤 潤[1]、別當 朋広[1]、池原 久朝[1]、草野 央[1] (1. 北里大学医学部消化器内科学)

【目的】Crohn病に対して現在投与可能な唯一のJAK阻害薬であるUpadacitinib（UPA）について短期の治療効果と直前の生物学的製剤（bio）の使用による治療効果の差異について後方視的に検討を行った．
【対象・方法】対象は2026年1月までに当院でUPA導入された18症例中，導入時Harvey-Bradshaw-index（HBI）≧5であった活動期の10例とした．導入時の平均年齢は44.8歳，男性8例，女性2例，全例外来での導入で開始量は45㎎であった．病変範囲は小腸大腸型40%（4/10例），小腸型30%（3/10例），大腸型30%（3/10例），導入時に肛門病変を有していた症例は50%（5/10例）であった．腸管切除術の既往は70%（7/10例）であった．検討項目は4，12週後の臨床的寛解率と臨床的改善率とし，活動性の評価にはHBIを用い、寛解≦4点，改善は治療開始時より3点以上の低下と定義した．
【結果】1）治療開始時のHBI中央値は7点であった．症例全体の4週時の臨床的寛解率は42.9%（3/7例），臨床的改善率は57.1%（4/7例），12週時の臨床的寛解率は90%（9/10例），臨床的改善率は90%（9/10例）であった．2)治療直前にbioの使用歴がある症例は7例（7/10例）で，内訳はadarimumab 2例，vedolizumab 2例，risankizumab 2例，ustekinumab 1例だった． 4週時の寛解率は40.0%（2/5例），改善率60.0%（3/5例）で12週時の寛解率は85.7%（6/7例），改善率85.7%（6/7例）であった．一方bio naive例の4週時の寛解率，改善率50.0%（1/2例），12週時の寛解率，改善率は100%（3/3例）であった.
【結語】UPAは導入から短期間で治療効果がえられる症例がありCDの寛解導入療法の有用な治療選択肢の１つになりうると考える．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月20日(金) 9:20 ~ 10:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 2　炎症性腸疾患 2
座長：中村 志郎（互恵会 大阪回生病院 消化器内科）

[O2-4] 肛門病変を契機としたクローン病疑診例の予後解析 ―初診時病型による予後予測と早期介入の意義―

*紅谷 鮎美[1]、内田 ひかり[1]、ナナー ジョージ譲時[1]、佐井 佳世[1]、渡部 晃子[1]、米本 昇平[1]、松島 小百合[1]、酒井 悠[1]、小菅 経子[1]、大島 隆一[1]、松村 奈緒美[1]、河野 洋一[1]、宋 江楓[1]、下島 裕寛[1]、岡本 康介[1]、國場 幸均[1]、宮島 伸宜[1]、黒水 丈次[1]、松島 誠[1] (1. 松島病院)

【背景】
肛門科で見つかるCrohn’s disease（以下CD）では、肛門病変が消化管病変に先行、あるいは単独症状として出現する場合も多く、現行の診断基準を満たさない微細病変例や肛門単独例では判断に苦慮することが多い。
【目的】
肛門病変を契機にCDを疑った症例を初診時病型別に分類し、3年予後を解析することで、疑診・微細病変段階における早期介入の意義を検討する。
【対象・方法】
2007年～2023年に当院を受診し、肛門病変を契機にCDを疑い、3年以上観察し得た173例を後方視的に検討した。初診時所見に基づき、G1：腸管病型（典型的腸管病変あり）、G2：病理先行病型（類上皮細胞肉芽腫陽性＋微細病変）、G3：肛門病型（CD様肛門病変主体）、G4：臨床疑診病型（微細病変のみ）、G5：診断遅延型（痔瘻術後などにCDが判明）の5群に分類した。主要評価項目は3年以内の不良転帰イベント（生物学的製剤導入、腸管・肛門病変増悪、腸管切除）発生率とした。
【結果】
症例数は、G1：46例、G2：67例、G3：24例、G4：22例、G5：14例であった。3年以内の不良転帰イベント発生率は、G1：58.7%、G2：29.9%、G3：20.8%、G4：13.6%、G5：28.6%であり、病型間で有意差を認めた（p=0.00075）。G2～G4の早期疑診群では、G1と比較してイベント発生率が低値であった。一方、G2では29.9%でイベント発生を認め、22.4%で生物学的製剤導入を要した。肛門所見の検討では、complex fistula（多発、高位など）を有する症例でイベント発生が高い傾向を認めた（40.0% vs 31.1%）。多変量解析では、G1病型が予後不良関連因子であった。G2～G4では5-ASAを中心とした薬剤治療が多く行われていた。
【結論】
初診時病型分類は、その後の臨床経過の予測に有用である可能性が示唆された。特に、微細病変であるはずのG2病型は必ずしも良性経過ではなく、一部で腸管切除などの病勢進展を認めた。典型的腸管病変へ進行する前に、生検を含む積極的な精査や、5-ASAを含む慎重な早期介入および経過観察を行うことは、将来的な病勢進展抑制につながる可能性がある。またcomplex fistulaを伴う症例ではよりCDを疑い、治療方針を決めることが重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月20日(金) 9:20 ~ 10:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 2　炎症性腸疾患 2
座長：中村 志郎（互恵会 大阪回生病院 消化器内科）

[O2-5] クローン病肛門病変におけるシートンドレナージ後の治療成績

*中島 光一[1]、福島 恒男[1]、西野 晴夫[1]、野澤 博[1]、小林 清典[1]、岩佐 亮太[1]、林 佑穂[1]、鈴木 綾[1]、鈴木 康元[1]、杉田 昭[1]、宮島 伸宜[1]、松島 誠[1] (1. 松島病院)

【背景】
クローン病（CD）の肛門病変である痔瘻に対する治療は、外科的治療と内科的治療の併用が重要であるとされている。膿瘍を形成した痔瘻に対してはシートンドレナージが行われることが多いが、ドレナージ後の成績は、現状において十分明らかではない。
【目的・方法】
当院で2017年以降に、CD痔瘻による膿瘍に対してシートンドレナージを行ってから3か月以内に、パッド・ナプキン等の保護具を要する排膿がある状態で内科的治療を導入し、1年以上経過を観察できた30例について、排膿消失率、消失までの期間、及び関連因子を検討した。内科的治療については、抗菌剤・チオプリン製剤・プレドニゾロン・ブデソニドによる既存治療および生物製剤・JAK阻害剤のadvanced therapy(ADT)のうち、いずれかを継続して行っている症例を対象とした。対象例の平均年齢は24歳、男性26例、女性4例、病型は小腸型5例、小腸大腸型17例、肛門限局型8例、内科的治療導入時のCRPの中央値は1.2㎎/dl、ALBの中央値は4.0g/dlであった。経過中の内科的治療は、既存治療のみが14例、ADTを使用したのが16例で、平均観察期間は41ヵ月であった。
【結果】
排膿消失は、最終評価時点において21例（70%）で達成しており、消失までの期間の中央値は17ヶ月であった。消失率を経時的にみると、3か月後6/30例（20%）、1年後8/30例（27%）、2年後13/24例（54%）、3年後13/16例（81%）であった。内科的治療をみると、排膿消失した21例中17例は既存治療で達成し、ADT後に達成したのは4例であった。外科的治療を追加したのは16例(53%)で、切開排膿14例、痔瘻根治術3例、ダルバドストロセルが1例であった（重複あり）。切開排膿14例中9例、根治術3例中3例、ダルバドストロセル1例中1例において、最終的に排膿が消失した。探索的検討では、ALB 3.5未満、CRP 3以上、一次口2個以上の症例で、排膿消失率が低い傾向にあった。
【結論】
シートンドレナージ後の排膿消失は、1年では27%であったが最終的に70%で達成された。内科的既存治療のみで達成する症例がある一方、約半数で追加の外科的治療を要しており、内科治療のみならず追加外科治療の適応判断も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

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月20日(金) 9:20 ~ 10:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 2　炎症性腸疾患 2
座長：中村 志郎（互恵会 大阪回生病院 消化器内科）

[O2-6] クローン病の肛門病変に対するリサンキツマブの治療成績についての検討

*近藤 哲[1]、太田 章比古[1]、若尾 聖[1]、青野 景也[1]、長谷川 信吾[1]、宮田 美智也[1]、家田 純郎[1]、福原 政作[2] (1. 家田病院、2. ふくはら大腸肛門外科)

【目的】クローン病の肛門病変に対するリサンキツマブの治療成績について検討した．
【対象】2023年1月から2026年3月までの間に当院でリサンキツマブを導入した42例のうち，肛門病変を有さない症例を除いた38例を対象とした．
【結果】年齢の中央値は30（17-50）歳で，男性27例，女性11例であった．治療歴は，38例のうちBio naïveは3例で，他剤からのスイッチは35例であった．
Bio naïveの3例のうち，2例では導入後4週で一次病変の改善もしくは排膿の減少を認めたが，1例は無効であった．
スイッチした35例では，インフリキシマブからのスイッチが9例，ウステキヌマブが18例，アダリムマブ，ウパダシチニブがそれぞれ3例，ベドリズマブが2例で，スイッチの理由は，効果減弱・二次無効が30例，一次無効，皮膚障害がそれぞれ2例で，妊孕性が1例であった．肛門病変について，スイッチ後4週で一次病変の改善もしくは排膿の減少を認めたのは11例（31.4%）で，不変は21例（60%），増悪したのは3例（8.6%）であった．
【結語】先行治療で効果減弱・二次無効や一次無効の肛門病変では，リサンキツマブへのスイッチで3割程度の症例で改善し，病勢の悪化はほとんどみられなかった．また，Bio naïveの肛門病変にも有効な症例がみられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 3　炎症性腸疾患 3

座長：横山 薫（北里大学医学部　消化器内科学）

[O3-1] 潰瘍性大腸炎患者における臨床症状およびバイオマーカーによるMES(Mayo endoscopic subscore)の予測

*淺井 雄介[1]、伊藤 達弘[1]、丹羽 智之[1]、髙橋 賢一[1]、石田 夏樹[1]、山出 美穂子[1]、山田 貴教[2]、濱屋 寧[1]、岩泉 守哉[3]、大澤 恵[2]、杉本 健[1] (1. 浜松医科大学内科学第一講座、2. 浜松医科大学光学医療診療部、3. 浜松医科大学臨床検査医学)

[O3-2] 潰瘍性大腸炎に対するイムノピュアを用いた週2回の血球成分除去療法の有効性と寛解に影響する背景因子の検討

*杉山 浩平[1,2]、太田 隆聖[1]、黒澤 香織[1]、長澤 英幸[1]、宮川 麻希[1]、那須野 正尚[1]、田中 浩紀[1] (1. 札幌IBDクリニック、2. 札幌中央病院消化器内科・内視鏡内科)

[O3-3] 炎症性腸疾患のバイオマーカーにおける血清アミロイドAの有用性の検討

*秋田 浩太朗[1]、横山 佳浩[1]、下森 雄太[1]、風間 友江[1]、仲瀬 裕志[1] (1. 札幌医科大学医学部内科学講座消化器内科学分野)

[O3-4] 生物学的製剤・分子標的薬時代における内科治療不応性潰瘍性大腸炎手術 ― 周術期合併症の臨床的意義 ―

*森田 覚[1]、門野 政義[1]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部外科学教室（一般・消化器))

[O3-5] 結腸全摘術時の粘液瘻とHartmann手術の比較検討

*新原 健介[1]、上神 慎之介[1]、大迫 えれな[1]、久原 佑太[1]、土井 寛文[1]、伊藤 林太郎[1]、大毛 宏喜[1]、上村 健一郎[1]、髙橋 信也[1] (1. 広島大学大学院医系科学研究科外科学)

[O3-6] 潰瘍性大腸炎における増悪期および寛解期大腸粘膜のDNAメチル化プロファイルの比較解析

*船越 薫子[1]、永井 雄三[1]、山本 陽子[2]、江本 成伸[1]、品川 貴秀[1]、岡田 聡[1]、斉藤 綾乃[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[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、2. 東京大学医学部附属病院ゲノム診療部)

[O3-7] 手術を契機に家族性地中海熱遺伝子関連腸炎と診断した難治性IBD症例の2例

*桒原 寛[1]、班目 明[2]、一宮 匡[2]、笠原 健大[1]、刑部 弘哲[1]、真崎 純一[1]、小熊 潤也[1]、古賀 寛之[1]、金沢 景繁[1]、福澤 克誠[2]、糸井 隆夫[2]、永川 裕一[1] (1. 東京医科大学消化器小児外科学分野、2. 東京医科大学消化器内科学分野)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 3　炎症性腸疾患 3

座長：横山 薫（北里大学医学部　消化器内科学）

[O3-1] 潰瘍性大腸炎患者における臨床症状およびバイオマーカーによるMES(Mayo endoscopic subscore)の予測

*淺井 雄介[1]、伊藤 達弘[1]、丹羽 智之[1]、髙橋 賢一[1]、石田 夏樹[1]、山出 美穂子[1]、山田 貴教[2]、濱屋 寧[1]、岩泉 守哉[3]、大澤 恵[2]、杉本 健[1] (1. 浜松医科大学内科学第一講座、2. 浜松医科大学光学医療診療部、3. 浜松医科大学臨床検査医学)

【目的】潰瘍性大腸炎（UC）では種々のバイオマーカーの有用性が報告されているが、Mayo endoscopic subscore（MES）を臨床症状と複数バイオマーカーの組み合わせから推定可能な予測モデルは十分に確立されていない。本研究では、日常診療で利用可能な臨床指標およびバイオマーカーからMESの予測モデルを構築することを目的とした。【方法】2019年1月から2025年7月までに当院へ通院したUC患者459例を対象とした。年齢、性別、罹病期間、尿中prostaglandin E major urinary metabolite（PGE MUM）、fecal calprotectin（FCP；対数変換）、CRP、Alb、Hb、clinical activity index（CAI；Rachmilewitz index）の9因子を候補とし、L1正則化によるStability Selectionにより変数選択を行った。選択変数を用いて順序ロジスティック回帰モデルを構築し、MES≧1およびMES≧2をアウトカムとしたROC解析を行った。さらにMESを連続変数とみなした線形回帰モデルをOrdinary Least Squares法で作成し、両モデルの予測性能を比較した。【結果】Stability Selectionの結果、100回の反復すべてでCAIおよびFCP（log）が選択された。比例オッズモデルによるROC解析では、MES≧1およびMES≧2に対するAUCはそれぞれ0.9171および0.9382と高値を示した。PGE MUMやアルブミンを追加した多変量モデルでもAUCの上昇は軽度にとどまった。線形回帰モデルではMES＝−0.581＋0.465×log10(FCP+1)＋0.143×CAIが得られ、順序ロジスティック回帰モデルと比較して予測精度はやや低下したが、計算が容易で臨床現場で迅速に使用可能と考えられた。【結論】CAIとFCPを組み合わせた予測モデルは、UCにおける内視鏡的活動性を高精度かつ簡便に推定し得る手法として有用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

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 3　炎症性腸疾患 3

座長：横山 薫（北里大学医学部　消化器内科学）

[O3-2] 潰瘍性大腸炎に対するイムノピュアを用いた週2回の血球成分除去療法の有効性と寛解に影響する背景因子の検討

*杉山 浩平[1,2]、太田 隆聖[1]、黒澤 香織[1]、長澤 英幸[1]、宮川 麻希[1]、那須野 正尚[1]、田中 浩紀[1] (1. 札幌IBDクリニック、2. 札幌中央病院消化器内科・内視鏡内科)

【目的】潰瘍性大腸炎(UC)におけるイムノピュア(IMP)の有効性に関する報告は少ない．今回我々は，IMPによる週2回の血球成分除去療法(intensive IMP)が施行されたUC患者を対象とし，寛解率および寛解に影響する背景因子について検討した．

【方法】2020年9月から2026年1月の間に，初回IMPから少なくとも2週間，intensive IMPが施行されたUCのうち，Lichtiger Clinical Activity Index (CAI)≧5であった66例を対象とした．IMPは原則として計10回施行し，10回目のIMP施行日から4週以内に最終評価を行った．CAI≦4を寛解とし，最終評価日における寛解率，寛解例における寛解までの期間を解析した．最終評価までに新たな寛解導入療法が行われた症例は無効とした．さらに，寛解群と非寛解群に分類し，寛解に影響する背景因子を単変量解析および多変量ロジスティック回帰分析により検討した．

【結果】患者背景は，男性36例・女性30例，年齢39.0歳，罹病期間3.9年，CAI 8，CRP 0.14mg/dL，Alb 4.2g/dL，Hb 13.5g/dL，血小板数28.5万/μL(いずれも中央値)，全大腸炎型42例・左側大腸炎型12例・直腸炎型12例，ステロイド依存性38例・抵抗性6例・ナイーブ22例であった．併用薬は，経口5-ASA製剤48例，局所5-ASA製剤22例，プレドニゾロン(PSL)9例，免疫調節薬8例，生物学的製剤18例であった．最終評価日における寛解率は45%(30/66)であり，寛解例30例における寛解までの期間は17.5日(中央値)であった．寛解群は非寛解群と比較してCAIが有意に低く(7 vs 8, P=0.029)，PSL併用率が有意に低く(3% vs 22%, P=0.033)，経口5-ASA製剤併用率が有意に高かった(87% vs 61%, P=0.027)．多変量ロジスティック回帰分析では，CAIおよび経口5-ASA製剤併用が寛解に影響する独立因子として抽出された．寛解率は，CAI 10–14，7–9，5–6でそれぞれ18%，56%，64%であり(P=0.011)，経口5-ASA非併用例と比較して併用例で有意に高かった(22% vs 54%, P=0.027)．

【結論】UCにおけるintensive IMPの寛解率は45%であり，寛解に至るまでの期間は17.5日であった．CAI低値・経口5-ASA製剤併用が寛解に影響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

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 3　炎症性腸疾患 3
座長：横山 薫（北里大学医学部　消化器内科学）

[O3-3] 炎症性腸疾患のバイオマーカーにおける血清アミロイドAの有用性の検討

*秋田 浩太朗[1]、横山 佳浩[1]、下森 雄太[1]、風間 友江[1]、仲瀬 裕志[1] (1. 札幌医科大学医学部内科学講座消化器内科学分野)

【背景】炎症性腸疾患(IBD)のtreat to target戦略において複数のバイオマーカーが治療指標の1つとされ内視鏡所見との関係性も報告されているが血清アミロイドA(SAA)についての報告は少ない。【目的】IBD患者におけるSAAの有用性を既存のバイオマーカーや内視鏡所見とで比較、検討を行った。【方法】当科で2017年から2025年にかけて大腸内視鏡検査を施行した潰瘍性大腸炎患者(UC)のうち、内視鏡検査の14日以内に血液検査、便検査を施行した183名を対象とした。診療録を元に血清バイオマーカー (CRP、SAA、LRG)と便中カルプロテクチン(Fcal)、大腸内視鏡検査所見(Mayo Endoscopic Score(MES))について収集し各データと内視鏡所見の関連について解析を行った。【結果】183名の内訳はMES:0が37名、MES:1が64名、MES:2が77名、MES:3が5名だった。SAAと既存のバイオマーカーとの相関係数:rはCRP:0.76(p<0.01)、LRG:0.74(p<0.01)、Fcal:0.58(p<0.01)であり正の相関がみられた。次にMES:0 or 1の判別において各バイオマーカーでROC曲線を用いて評価を行うとSAAはAUC:0.69でcut off値：2.7mg/Lとすると感度65%、特異度75%であり、CRP(AUC:0.56、cut off値：0.1mg/dL、感度54.1%、特異度58.3%)やLRG(AUC:0.44、cut off値:12μg/mL、感度52.9%、特異度55.6%)より精度が高く、Fcal(AUC:0.68、cut off値:174μg/g、感度75%、特異度57%)と同等だった。【結語】SAAはUCにおいて既存のバイオマーカーと相関があり便中カルプロテクチンと合わせてMES:0 or1の予測に有用である可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 3　炎症性腸疾患 3

座長：横山 薫（北里大学医学部　消化器内科学）

[O3-4] 生物学的製剤・分子標的薬時代における内科治療不応性潰瘍性大腸炎手術 ― 周術期合併症の臨床的意義 ―

*森田 覚[1]、門野 政義[1]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部外科学教室（一般・消化器))

【背景・目的】潰瘍性大腸炎(UC)に対する内科治療は2018年以降、抗α4β7インテグリン抗体、JAK阻害薬、抗IL-12/23抗体等の新規生物学的製剤・分子標的薬(Advanced therapy)が承認され多様化した。これらを経験し手術に至る症例の周術期成績の本邦データは限られる。本研究では当院の内科治療不応UC手術におけるAdvanced therapy曝露と周術期アウトカムの関連を、交絡を考慮し検証した。

【方法】2002～2025年に当院で内科治療不応UCに対し定期/準緊急手術を施行した108例(緊急例除外)を対象とした。Advanced therapy曝露歴により(+)群18例、(-)群90例に分類し、患者背景・手術因子・周術期合併症を比較した。さらに2018年以降の症例(N=27)に限定した解析、年齢・性別・UC罹病期間・術式を調整した多変量解析を実施した。

【結果】Advanced(+)群18例(JAKi 13、Integrin 11、IL-12/23 4、3クラス全曝露3例)は治療ライン数中央値4(対照1、p<0.001)、aTNF併用率94%であった。患者背景は(+)群で年齢36 vs 39歳、ASA 1 vs 2(p=0.018)、Hb 11.1 vs 10.1、CRP 1.05 vs 1.58と同等または良好であった。手術手技はTaTME使用率83% vs 12%(p<0.001)、Pure laparoscopy率72% vs 26%(p<0.001)と先進的手技に偏りを認めた。周術期合併症は(+) vs (-)で全合併症56% vs 47%、縫合不全11% vs 7%、Clavien-Dindo IIIa以上6% vs 1%とAdvanced(+)群で高い傾向を認めた。在院日数も2018年以降の症例で26 vs 17日(p=0.027)と(+)群で延長した。2018年以降の症例に限定した解析、TaTME使用例での解析でも同様の傾向であった。多変量解析でAdvanced曝露の調整オッズ比は6.38(95%CI 0.77-139.7、p=0.127)であった。

【結論】Advanced therapy曝露UC手術例は、良好な患者背景や手術手技選択では説明されない合併症増加傾向を示した。Advanced therapy時代の周術期管理戦略の構築が今後の課題である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 3　炎症性腸疾患 3

座長：横山 薫（北里大学医学部　消化器内科学）

[O3-5] 結腸全摘術時の粘液瘻とHartmann手術の比較検討

*新原 健介[1]、上神 慎之介[1]、大迫 えれな[1]、久原 佑太[1]、土井 寛文[1]、伊藤 林太郎[1]、大毛 宏喜[1]、上村 健一郎[1]、髙橋 信也[1] (1. 広島大学大学院医系科学研究科外科学)

【目的】潰瘍性大腸炎(UC)に対する結腸全摘術において，残存直腸処理の粘液瘻とHartmann手術との比較を行い，優位性を検討することを目的とした．
【方法】2010年5月から2025年7月までに当院でUCに対し結腸全摘術を施行した60例を対象とした．粘液瘻群(N群)28例，Hartmann群(H群)32例に分け，患者背景, 周術期因子および術後合併症を後方視的に比較検討した．
【結果】年齢，性別, BMI，術前治療(ステロイド,免疫学的製剤, 生物学的製剤), 罹病期間などの患者背景に有意差を認めなかった．術前CRP中央値はN群1.5mg/dL, H群4.0(p=0.44)と有意差を認めず, 術前Albに関しても両群で有意差を認めなかった. 緊急手術の割合はややH群に多い傾向であったが有意差を認めなかった(N群43.3%, H群67.9%, p=0.07). 術式は時代的変遷を認め(N群：開腹18例/HALS10例, H群：開腹16例/腹腔鏡14例), それに伴い手術時間にも差を認めた(N群：234分, H群160.5分, p<0.05). Clavien-Dindo分類GradeIII以上の重症合併症はN群28.6%，H群20%で有意差を認めなかった(p=0.44)．SSIはN群25.0%，H群30%で (p=0.77), 骨盤内膿瘍はN群6.7%, H群10.7%といずれも有意差は認めなかった(p=0.67)．残存直腸関連合併症はN群0%，H群10.0%であり，N群で低率であったが有意差は認めなかった(p=0.24)．
【結語】粘液瘻造設は残存直腸関連合併症を減少させる可能性があり, 特に重症大腸炎症例では選択肢となり得ると考える．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 3　炎症性腸疾患 3
座長：横山 薫（北里大学医学部　消化器内科学）

[O3-6] 潰瘍性大腸炎における増悪期および寛解期大腸粘膜のDNAメチル化プロファイルの比較解析

*船越 薫子[1]、永井 雄三[1]、山本 陽子[2]、江本 成伸[1]、品川 貴秀[1]、岡田 聡[1]、斉藤 綾乃[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[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、2. 東京大学医学部附属病院ゲノム診療部)

目的: 潰瘍性大腸炎（UC）では、臨床症状や内視鏡所見に基づき疾患活動性が評価されるが、重症化リスクや治療反応性の予測は依然として困難である。近年、DNAメチル化は炎症や発癌と関連するエピゲノム変化として注目されている。本研究では、UC患者における増悪期および寛解期粘膜のDNAメチル化プロファイルを同一患者内で比較し、疾患活動性評価および治療反応性予測に有用な新規バイオマーカー候補を探索することを目的とした。
方法：1996年4月から2022年11月までに当科で診療した初発UC患者のうち、生物学的製剤未使用例10例（5-ASAおよびステロイド使用は許容）を対象とした。同一患者の増悪期および寛解期において採取されたペアの内視鏡生検ホルマリン固定パラフィン包埋(FFPE)サンプルからDNAを抽出し,Reduced Representation Bisulfite Sequencing（RRBS）を用いてDNAメチル化の網羅的解析を行った。
結果:同一患者における増悪期粘膜と寛解期粘膜のペア比較解析により、408,379の差次的メチル化シトシン（DMC）および24,938の差次的メチル化領域（DMR）を同定した。DMRの分布はpromoter領域45%、intron-exon boundary領域25%であり、83%がCpG islandに存在した。$|\Delta\beta| \geq 0.25$かつ$q < 0.01$を満たす領域に限定すると、DMCは74領域（低メチル化47,高メチル化27）、DMRは15領域（低メチル化12,高メチル化3）であり、うち9領域に炎症関連遺伝子が含まれていた。
結論: UCの増悪期粘膜では、寛解期粘膜と異なるDNAメチル化プロファイルを呈し、炎症に伴うエピゲノム変化が示唆された。現在、本研究で同定された候補遺伝子領域に対し、特異的PCRプライマーとメチル化感受性制限酵素ならびにキャピラリー電気泳動を組み合わせた、臨床応用可能な簡易的定量的メチル化アッセイ系の構築を進めている。本研究で同定された候補遺伝子は,UCの新たな疾患活動性・治療反応性予測のバイオマーカーとなる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 3　炎症性腸疾患 3

座長：横山 薫（北里大学医学部　消化器内科学）

[O3-7] 手術を契機に家族性地中海熱遺伝子関連腸炎と診断した難治性IBD症例の2例

*粟原 寛[1]、班目 明[2]、一宮 匡[2]、笠原 健大[1]、刑部 弘哲[1]、真崎 純一[1]、小熊 潤也[1]、古賀 寛之[1]、金沢 景繁[1]、福澤 克誠[2]、糸井 隆夫[2]、永川 裕一[1] (1. 東京医科大学消化器小児外科学分野、2. 東京医科大学消化器内科学分野)

【背景】時としてIBD難治例の中に家族性地中海熱遺伝子関連腸炎（MEFV遺伝子関連腸炎）の診断に至る症例がある. われわれは，内科治療抵抗性IBDにて手術を施行した後にMEFV遺伝子関連腸炎の診断に至った2例を検討した.【症例】症例1：53歳男性. 他院にて20代でクローン病と診断され，小腸の狭窄病変に対し手術を施行されていた. その後内科治療を継続していたが周期的な腹痛症状が改善しないため治療を自己中断していた. 52歳時にクローン病の小腸多発狭窄による腸閉塞の診断で当院へ紹介された．周期的な発熱と腹痛，十二指腸炎病変などが併存していた．小腸の高度狭窄を呈していたため手術を施行したが，手術検体の病理所見にて漿膜炎が目立つことからFMFを疑いコルヒチン内服を開始した. 症状の軽快に加えてMEMV遺伝子変異を認めたことでMEFV遺伝子関連腸炎と診断した. 症例2：26歳男性. 重症UCの診断にて，他院で大腸亜全摘が施行された．しかしその後も発熱と残存直腸から血便が継続するため当院へ紹介となった. 潰瘍性大腸炎に準じた治療に抵抗性であるため，MEFV遺伝子関連腸炎を疑いコルヒチン内服を開始したところ, 速やかな解熱と血便の消失がみられた. その後の精査でMEMV遺伝子変異を認め, MEFV遺伝子関連腸炎と診断した.【結語】IBDと診断された難治例において，外科的治療の介入に対しても抵抗性を示す場合はMEFV遺伝子関連腸炎を鑑別すべき疾患として念頭に置くべきである。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:25 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 4　大腸癌の周術期管理・予後予測 1

座長：梶原 由規（防衛医科大学校外科学講座）

[O4-1] 当院における若年者大腸癌手術症例についての検討

*根岸 宏行[1]、牧角 良二[1]、藤塚 航陽[1]、西澤 一[1]、天野 優希[1]、久恒 靖人[1]、浜辺 太郎[1]、中野 浩[1]、臼井 創大[2]、佐々木 大祐[2]、福岡 麻子[2]、内藤 正規[2]、勝又 健太[3]、大島 隆一[3]、四万村 司[3]、民上 真也[2] (1. 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科、2. 聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科、3. 川崎市立多摩病院消化器・一般外科)

[O4-2] 低分化腺癌を主成分とする結腸癌における右側癌と左側癌の比較検討

*伊豆川 翔太　[1]、松井 信平[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[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)

[O4-3] 当院における40歳以下若年者大腸癌6例の臨床病理学的特徴の検討

*井関 康仁[1]、文元 雄一[1]、二階堂 早央里[1]、青山 諒子[1]、中西 紘一[2]、櫛山 周平[2]、田中 肖吾[2]、森 拓哉[1]、玉森 豊[1]、澤田 隆吾[1] (1. 和泉市立総合医療センター消化器外科、2. 和泉市立総合医療センター肝胆膵外科)

[O4-4] 若年発症直腸癌は予後不良か？年齢3群間の比較検討

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

[O4-5] 局所進行直腸癌に対する術前化学放射線療法前後のmrEMVI評価の予後予測能

*岩本 博光[1]、松田 健司[1]、阪中 俊博[1]、三谷 泰之[1]、水本 有紀[1]、中村 有貴[1]、黒岩 英倫[1]、竹本 典生[1]、田宮 雅人[1]、兵 貴彦[1]、下村 和輝[1]、上田 勝也[1]、堀 雄哉[1]、川井 学[1] (1. 和歌山県立医科大学第２外科)

[O4-6] 大腸癌患者でのASNS-mRNAの予後予測マーカーとしての意義

*志村 匡信[1]、北嶋 貴仁[1,2]、小池 勇樹[1]、東 浩輝[1]、天白 成[1]、嶌村 麻生[1]、高木 里英子[1]、横山 歩乃加[1]、山本 晃[1]、市川 崇[1,3]、浦谷 亮[1]、今岡 裕基[1]、川村 幹雄[1]、安田 裕美[1]、大北 喜基[1]、吉山 繁幸[1]、小林 美奈子[1,3]、大井 正貴[1]、奥川 喜永[1,2]、問山 裕二[1] (1. 三重大学大学院消化管小児外科学、2. 三重大学病院ゲノム診療科、3. 三重大学大学院臨床外科感染制御学講座)

[O4-7] 腫瘍局在別にみた大腸癌術前血清LDH値の予後的意義

*月原 秀[1]、鎌田 哲平[1]、後藤 圭佑[1]、高野 靖大[1]、武田 泰裕[1]、大熊 誠尚[1]、小菅 誠[1]、衛藤 謙[1] (1. 東京慈恵会医科大学附属病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:25 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 4　大腸癌の周術期管理・予後予測 1

座長：梶原 由規（防衛医科大学校外科学講座）

[O4-1] 当院における若年者大腸癌手術症例についての検討

*根岸 宏行[1]、牧角 良二[1]、藤塚 航陽[1]、西澤 一[1]、天野 優希[1]、久恒 靖人[1]、浜辺 太郎[1]、中野 浩[1]、臼井 創大[2]、佐々木 大祐[2]、福岡 麻子[2]、内藤 正規[2]、勝又 健太[3]、大島 隆一[3]、四万村 司[3]、民上 真也[2] (1. 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科、2. 聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科、3. 川崎市立多摩病院消化器・一般外科)

【背景】欧米の報告では40歳未満の若年者の大腸癌罹患率が増加傾向を示している。今回我々は当院における39歳以下の若年者大腸癌に対し、手術を施行した症例について検討した。【対象】2015年1月から2025年12月まで当院で大腸癌に対し、手術を施行した39歳以下の9例について検討した。【結果】年齢は中央値34歳(23−39)、男性：女性＝5：4、病変部位は横行結腸癌２例、S状結腸癌５例、下行結腸癌1例、直腸Rb癌１例であった。手術時間は中央値210分(99-415)、出血量は中央値20ml(5-402)であった。術後合併症は認めなかった。術後病理結果はpStage0が１例、IIaが２例、IIbが1例、IIcが１例、IIIbが１例、IIIcが１例であった。再発は2例に肝転移として認めた。【まとめ】症例数が少なく、観察期間も短いため、症例の蓄積と検討が必要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:25 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 4　大腸癌の周術期管理・予後予測 1
座長：梶原 由規（防衛医科大学校外科学講座）

[O4-2] 低分化腺癌を主成分とする結腸癌における右側癌と左側癌の比較検討

*伊豆川 翔太　[1]、松井 信平[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[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】結腸癌における低分化腺癌は一般に予後不良な組織型とされるが、右側結腸癌ではdMMR/MSI-Hとの関連が知られており、同じ低分化腺癌であっても腫瘍局在により異なる臨床病理学的背景を有する可能性がある。
【目的】R0切除が施行されたStage I–IIIの低分化腺癌主成分結腸癌において、右側癌と左側癌の臨床病理学的特徴および予後を比較検討した。
【対象と方法】2016年1月から2026年1月までに当院で手術を施行した初発結腸癌のうち、病理組織型の主成分が低分化腺癌であった症例を対象とした。術前治療例、非R0切除例、Stage IV症例を除外した。右側結腸癌を盲腸・上行結腸・横行結腸、左側結腸癌を下行結腸・S状結腸と定義し、臨床病理学的因子、MMR status、全生存率および無再発生存率を後方視的に比較した。
【結果】対象は70例で、右側群53例、左側群17例であった。右側群は左側群と比較して有意に高齢であり（中央値72.0歳 vs 51.0歳、p<0.001）、女性の割合が高い傾向を認めた（77.4% vs 52.9%、p=0.068）。腫瘍径は右側群で有意に大きく（中央値50 mm vs 15 mm、p<0.001）、pT3–4症例も右側群で多かった（73.6% vs 35.3%、p=0.008）。一方、Stage III割合およびリンパ節転移陽性率に有意差は認めなかった。MMR status判明例33例では、dMMRは右側群にのみ認められた。全生存率および無再発生存率に有意な左右差は認めなかった。
【結語】R0切除されたStage I–IIIの低分化腺癌主成分結腸癌では、右側癌と左側癌で臨床病理学的特徴が異なっていた。特に右側癌では高齢、腫瘍径大、深達度進行例が多く、dMMRとの関連が示唆された。一方で明らかな予後差は認めず、低分化腺癌主成分結腸癌の生物学的異質性を評価するには、腫瘍局在およびMMR statusを考慮する必要があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:25 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 4　大腸癌の周術期管理・予後予測 1
座長：梶原 由規（防衛医科大学校外科学講座）

[O4-3] 当院における40歳以下若年者大腸癌6例の臨床病理学的特徴の検討

*井関 康仁[1]、文元 雄一[1]、二階堂 早央里[1]、青山 諒子[1]、中西 紘一[2]、櫛山 周平[2]、田中 肖吾[2]、森 拓哉[1]、玉森 豊[1]、澤田 隆吾[1] (1. 和泉市立総合医療センター消化器外科、2. 和泉市立総合医療センター肝胆膵外科)

【目的】若年者大腸癌は非若年者大腸癌と比較して進行癌で発見される頻度が高く、予後不良であるとされる。当院における若年者大腸癌の臨床病理学的特徴および予後を後方視的に検討する。 【対象・方法】2020年1月から2025年12月までに当院で切除術を施行した大腸癌患者523例のうち、40歳以下の6例（1.1%）を対象とした。検討項目は臨床病理学的特徴、遺伝学的背景、および予後とした。 【結果】患者背景は男性1例、女性5例、年齢は33～40歳（中央値37歳）であった。発見契機は腹痛精査2例、血便1例、便潜血陽性1例、急性虫垂炎術後の偶発的発見1例、他癌フォロー中CTでの指摘1例であった。病悩期間は腹痛例で数日と短かった一方、血便例で1年、便潜血陽性例で2年と長期に及ぶ症例を認めた。腫瘍局在は結腸4例（虫垂・盲腸・上行・下行各1例）、直腸2例。組織型は管状腺癌5例（高分化1例、中分化4例）、粘液癌1例であった。リンパ管侵襲を3例、血管侵襲を1例に認め、簇出はBD1/2/3がそれぞれ2/2/1例であった。進行度はStageIが1例、StageIIが1例、StageIIIが4例と進行例を多く認めた。根治切除施行は5例で、残る1例は局所進行直腸癌の穿孔に対する姑息的手術であり原発巣切除不能であった。バイオマーカー検索では、MSI検査を施行した5例中1例でMSI-Highを認め、家族歴および遺伝学的検査からリンチ症候群（MSH2バリアント陽性）と診断された。RAS/BRAFについて検索を行った3例中2例でKRAS codon12変異を認め、BRAF V600E変異は全例陰性であった。予後は、原発巣切除不能の1例が術後1年4か月で原病死したが、他の根治切除5例は平均観察期間内において現在無再発生存中である。 【結語】当院における若年者大腸癌はStage III以上の進行例が多く、有症状でありながら受診・診断の遅れ（病悩期間の長期化）が関与している可能性が示唆された。また、若年者発症ではリンチ症候群などの遺伝性腫瘍を念頭に置いた家族歴の聴取や適切なスクリーニングや検査の構築が重要であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:25 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 4　大腸癌の周術期管理・予後予測 1
座長：梶原 由規（防衛医科大学校外科学講座）

[O4-4] 若年発症直腸癌は予後不良か？年齢3群間の比較検討

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

【背景】若年発症大腸癌は近年増加傾向だが、その臨床病理学的特徴や予後については一定の見解が得られていない。【目的】若年発症直腸癌の特徴および予後を明らかにする。【対象と方法】2016年～2025年に当院で治療したcStage 1-3直腸腺癌を対象とし、50歳以下(EO群)、51～75歳(AO群)、76歳以上(LO群）の3群で臨床病理学的因子および予後を比較した。【結果】EO群201例、AO群889例、LO群176例のうち、直腸Rb-P症例が100例(49.8%)、469例(52.8%)、92例(52.3%)であり(p=0.741)、前治療は8例(4%)、45例(5.1%)、6例(3.4%)で行われていた(p=0.562)。低分化癌は7例(3.5%)、34例(3.8%)、17例(9.7%)であり、LO群で高い傾向を認めた（p=0.002)。深達度pT3-4は104例(51.7%)、449例(50.5%)、109例(61.9%）であり、リンパ節転移は81例(40.3%)、308例(34.6%)、67例(38.1%）で認められた（p=0.266)。リンパ管侵襲および静脈侵襲は3群で有意な差はなかった（p=0.640,p=0.305)。術後補助療法は72例(35.8%)、234例(26.3%)、23例(13.1%)で施行され、EO群で高率であった(p<0.001)。5年全生存割合はEO群94.2%、AO群93.8%と、LO群83.7%に比べて良好であったが（p=0.036,p=0.004)、EO群とAO群に差はなかった(p=0.95)。5年無再発生存割合もEO群81.2%、AO群81.0%であり、LO群の65.4%より良好だったが（p＝0.032,p=0.001)、EO群とAO群の差は認めなかった(p=0.624)。再発形式では、肺転移再発は11例（5.5%)、45例（5.1%)、18例（10.2%）であり、LO群で高頻度であった（p＝0.028）他の臓器再発に年齢間での差はみられなかった。【結語】既報では若年層で低分化型や脈管侵襲が多いと報告されているが、本検討では低分化型はむしろLO群で多く、脈管侵襲には差が認められなかった。また、予後はLO群で不良であったが、50歳以下と51-75歳では明らかな差は認められなかった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:25 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 4　大腸癌の周術期管理・予後予測 1
座長：梶原 由規（防衛医科大学校外科学講座）

[O4-5] 局所進行直腸癌に対する術前化学放射線療法前後のmrEMVI評価の予後予測能

*岩本 博光[1]、松田 健司[1]、阪中 俊博[1]、三谷 泰之[1]、水本 有紀[1]、中村 有貴[1]、黒岩 英倫[1]、竹本 典生[1]、田宮 雅人[1]、兵 貴彦[1]、下村 和輝[1]、上田 勝也[1]、堀 雄哉[1]、川井 学[1] (1. 和歌山県立医科大学第２外科)

目的】直腸癌においてMRIで評価される壁外静脈侵襲（mrEMVI）は重要な予後因子とされる。我々もmrEMVIおよび病理学的に診断されたpEMVIが共に陰性である症例が予後良好であることを報告した。本研究では、局所進行直腸癌に対する術前化学放射線療法（nCRT）前後のmrEMVI変化が、局所再発を含む長期予後予測に有用であるかを明らかにし、その臨床的意義を検討した。
【対象と方法】2010年1月から2018年12月までに当院でnCRT後に根治切除を施行した直腸癌75例を対象とした。放射線診断専門医2名とともにmrEMVIスコアリングシステムを用いて治療前後のmrEMVIを評価し、病理専門医1名とともにpEMVIを判定した。全生存期間（OS）、無再発生存期間（RFS）、局所無再発生存期間（L-RFS）および無血行性転移再発生存期間をKaplan–Meier法で解析した。
【結果】治療前mrEMVI陽性は40例であり、そのうちnCRT後にmrEMVI陰性化を認めた症例は26例（65%）、陽性残存例は14例（35%）であった。治療前mrEMVI陽性例において、nCRT後にmrEMVIが陰性化した症例は陽性残存例と比較し、OS、RFS、無血行性転移再発生存期間が有意に良好であった（p=0.0001、0.0006、0.0033）。L-RFSについても陰性化例で良好な傾向を認めた（p=0.2931）。両群間の単変量解析ではリンパ管侵襲および神経周囲侵襲に有意差（p=0.0238、0.0211）を認めたが、多変量解析では独立した有意因子は認めなかった。
【結語】局所進行直腸癌において、nCRT後のmrEMVI陰性化は良好な予後と関連し、治療効果および再発リスク評価に有用である可能性が示唆された。一方、治療後もmrEMVIが残存する症例は予後不良であり、術後補助療法の強化や厳重なサーベイランスを含む集学的治療戦略を検討すべき対象と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:25 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 4　大腸癌の周術期管理・予後予測 1
座長：梶原 由規（防衛医科大学校外科学講座）

[O4-6] 大腸癌患者でのASNS-mRNAの予後予測マーカーとしての意義

*志村 匡信[1]、北嶋 貴仁[1,2]、小池 勇樹[1]、東 浩輝[1]、天白 成[1]、嶌村 麻生[1]、高木 里英子[1]、横山 歩乃加[1]、山本 晃[1]、市川 崇[1,3]、浦谷 亮[1]、今岡 裕基[1]、川村 幹雄[1]、安田 裕美[1]、大北 喜基[1]、吉山 繁幸[1]、小林 美奈子[1,3]、大井 正貴[1]、奥川 喜永[1,2]、問山 裕二[1] (1. 三重大学大学院消化管小児外科学、2. 三重大学病院ゲノム診療科、3. 三重大学大学院臨床外科感染制御学講座)

Background　Asparagine synthetase (ASNS) catalyzes the synthesis of asparagine from aspartate and glutamine, which enables cancer cells to adapt to environmental stress. While there are plural evidence that ASNS possess cancer progressive role in several solid malignancies, the oncogenic importance of ASNS has not fully elucidated in colorectal cancer (CRC) patients.
Methods　In this study, we evaluated the expression of ASNS-mRNA in tumor tissue of Stage1–4 CRC patients (n=292) and adjacent normal mucosa (n=39) by quantitative real-time polymerase chain reaction (qRT-PCR). We evaluated the association between ASNS-mRNA expression and clinico-patological characters, and we evaluated the prognostic biomarker potential of ASNS-mRNA expression. Patients were dichotomized into high and low ASNS groups by using Youden index for overall survival (OS) or recurrence free survival (RFS).
Results　ASNS-mRNA expression was significantly higher in CRC tissue than in adjacent normal mucosa (p=0.003). There was no correlation between ASNS-mRNA expression and clinico-pathological factors. While kaplan meier analysis for OS did not significantly stratify patients’ prognosis between high/low expression group (p=0.14), RFS analysis revealed that patients with high-ASNS showed significantly poorer RFS than those with low-ASNS (p=0.027). Moreover, cox-proportional multivariate analysis for RFS demonstrated that ASNS high expression was identified as an independent risk factor for poorer RFS with a corresponding hazard ratio of 1.87 (p=0.03).
Conclusion We suggest that ASNS might be an important recurrence-predictive biomarker in CRC patients.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:25 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 4　大腸癌の周術期管理・予後予測 1
座長：梶原 由規（防衛医科大学校外科学講座）

[O4-7] 腫瘍局在別にみた大腸癌術前血清LDH値の予後的意義

*月原 秀[1]、鎌田 哲平[1]、後藤 圭佑[1]、高野 靖大[1]、武田 泰裕[1]、大熊 誠尚[1]、小菅 誠[1]、衛藤 謙[1] (1. 東京慈恵会医科大学附属病院消化器外科)

【背景】大腸癌は腫瘍局在により生物学的特性が異なることが知られている。特に解糖系に関しては，左側大腸癌と比較して右側大腸癌で解糖系関連遺伝子発現の上昇が報告されている。乳酸脱水素酵素（lactate dehydrogenase：LDH）は解糖系の重要な酵素であり，腫瘍代謝を反映する血清バイオマーカーであるが，大腸癌における臨床的意義，とくに局在別の意義は十分明らかでない。
【目的】Stage II–III大腸癌における術前血清LDH値の予後的意義および臨床病理学的因子との関連を，腫瘍局在別に検討する。
【対象・方法】2008年から2018年までに当院で根治切除を施行したStage II–III大腸癌736例を後方視的に解析した。再発癌，多発癌，同時性重複癌は除外した。術前2週間以内の採血結果を用い，ROC曲線解析によりLDH高値群と低値群を定義した。腫瘍局在は右側結腸（A/C），横行結腸（T），左側大腸（D/S/R）に分類した。全生存（OS），癌特異的生存（CSS），無再発生存（RFS）についてKaplan–Meier法およびCox比例ハザードモデルを用いて解析し，全体集団ではLDHと腫瘍局在との交互作用についても検討した。
【結果】高LDHは右側結腸癌においてOS不良と有意に関連したが（p＜0.001），横行結腸ではその影響は減弱し，左側大腸癌では明らかな関連を認めなかった。全体集団におけるinteraction解析では，LDHの予後への影響は腫瘍局在により有意に異なった（P for interaction＝0.046）。右側結腸癌では，高LDH群でリンパ管侵襲が有意に高率であった（89.2% vs 69.3%，p＝0.020）。右側結腸癌に限定したOSの単変量解析では，高LDH（HR 3.74，p＜0.001），CEA高値，Alb低値，70歳超が予後不良因子であり，多変量解析では高LDHは独立した予後不良因子であった（HR 2.94，95%CI 1.38–6.27，p＝0.005）。さらに5年CSSの単変量解析でも，右側結腸癌において高LDHは有意な予後不良因子であった（HR 4.70，95%CI 1.18–18.84，p＝0.029）が，横行結腸および左側大腸では有意差を認めなかった。
【結語】術前血清LDH値は，進行大腸癌において腫瘍局在依存的な予後バイオマーカーとなる可能性があり，特に右側結腸癌でその臨床的意義が高いことが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 9:25 ~ 10:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 5　大腸癌の周術期管理・予後予測 2

座長：中村 隆俊（獨協医科大学埼玉医療センター外科）

[O5-1] 地域一般病院における若年大腸癌手術症例の検討

*日吉 雅也[1]、鈴木 真美[1]、深井 隆弘[1]、長谷川 由衣[1]、寺井 恵美[1]、木谷 嘉孝[1]、浦辺 雅之[1]、森園 剛樹[1]、渡辺 俊之[1]、橋口 陽二郎[1] (1. 大森赤十字病院外科)

[O5-2] 左側閉塞性大腸癌における術前・術後大腸内視鏡検査の実態と口側病変の発見率：多施設コホート研究

*叶多 諒[1,7]、宮川 哲平[1,2]、府野 巧実[1]、加瀬 匠磨[1,2]、河村 英泰[1,2]、外舘 幸敏[1,2]、本多 通孝[1,2]、高野 祥直[1]、青木 豪[3]、萩尾 浩太郎[4]、遠藤 久仁[5]、白相 悟[6]、門馬 智之[7]、河野 浩二[7] (1. 総合南東北病院　外科、2. 福島県立医科大学低侵襲腫瘍制御学講座、3. 白河厚生病院、4. 竹田綜合病院、5. 太田西の内病院、6. いわき市医療センター、7. 福島県立医科大学消化管外科学講座)

[O5-3] Stage II/III大腸癌における術前炎症・栄養指数の短期・長期予後予測因子としての有用性の検討

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

[O5-4] 大腸癌根治切除例における局所免疫と全身免疫栄養状態の関連および予後への影響

*丹田 秀樹[1]、渋谷 雅常[1]、遠藤 秀生[1]、月田 智也[1]、小澤 慎太郎[1]、米光 健[1]、関 由季[1]、黒田 顕慈[1]、笠島 裕明[1]、三木 友一朗[1]、吉井 真美[1]、田村 達郎[1]、豊川 貴弘[1]、前田 清[1] (1. 大阪公立大学医学研究科消化器外科学)

[O5-5] MSI-H大腸癌におけるBRAF V600E変異と予後との関係

*川村 一郎[1]、岡﨑 慎史[1]、小川 亮[1]、河野 通久[1]、元井 冬彦[1] (1. 山形大学医学部外科学第一講座)

[O5-6] 大腸癌Stage I～IIIにおける予後規定因子の検索

*長田 俊一[1]、貴島 孝[1]、船橋 公彦[1]、藤井 正一[2] (1. 横浜総合病院　消化器外科、2. 湘南鎌倉総合病院　外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:25 ~ 10:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 5　大腸癌の周術期管理・予後予測 2
座長：中村 隆俊（獨協医科大学埼玉医療センター外科）

[O5-1] 地域一般病院における若年大腸癌手術症例の検討

*日吉 雅也[1]、鈴木 真美[1]、深井 隆弘[1]、長谷川 由衣[1]、寺井 恵美[1]、木谷 嘉孝[1]、浦辺 雅之[1]、森園 剛樹[1]、渡辺 俊之[1]、橋口 陽二郎[1] (1. 大森赤十字病院外科)

【背景】若年大腸癌は近年増加が指摘されており、社会的活動性の高い世代に発症することから、診断・治療戦略のみならず、長期的なQOLや就労への影響も含めて重要な課題となっている。しかし、地域一般病院における実臨床データの報告は限られている。
【目的】当院における若年大腸癌手術症例の臨床病理学的特徴を、高齢群との比較を通して明らかにすること。
【対象と方法】2009年1月から2026年3月までに当院で外科手術を施行した初発大腸癌1303例を対象とした。49歳以下を若年群、50歳以上を高齢群と定義し、若年大腸癌症例割合の年次推移を検討した。さらに、原発巣切除を行った1154例について、患者背景、臨床病理学的因子および短期成績を後方視的に比較検討した。欠損値を有する項目は解析ごとに除外した。
【結果】全1303例中、若年群は50例（3.8%）であり、年次推移に明らかな変化を認めなかった。緊急手術は若年群20.0%、高齢群9.2%で、若年群で有意に高率であった（p＜0.05）。原発巣切除を施行した若年群45例の年齢中央値は44歳（28-49歳）、男性21例、女性24例であった。主な病理組織型は高～中分化腺癌40例（88.9%）であり、低分化成分を含む症例は7例（15.5%）であった。pStageは0/I/II/III/IV：1/11/8/18/7であり、StageIII/IV症例は55.6%であった。若年群の局在は右側結腸22.2%、左側結腸31.1%、直腸46.7%であった。高齢群との比較では、若年群で直腸癌の割合が有意に高く（46.7% vs 28.8%、p＜0.05）、有症状発症例も有意に多かった（73.3% vs 56.8%、p＜0.05）。一方、主組織型、低分化成分、深達度に有意差は認めなかった。Clavien-Dindo分類III以上の術後合併症は若年群15.6%、高齢群7.0%と若年群で有意に高率であった（p＜0.05）。一方、CD分類II以下症例に限定した術後在院日数中央値は若年群9.5日、高齢群11日であり、若年群で有意に短かった（p＜0.05）。
【結語】若年大腸癌は直腸癌および有症状発見が多く、緊急手術率も高かった。また進行例も少なくなく、若年者に対する症状出現時の早期介入の重要性が示唆された。地域一般病院においても若年大腸癌診療への対応が重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:25 ~ 10:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 5　大腸癌の周術期管理・予後予測 2
座長：中村 隆俊（獨協医科大学埼玉医療センター外科）

[O5-2] 左側閉塞性大腸癌における術前・術後大腸内視鏡検査の実態と口側病変の発見率：多施設コホート研究

*叶多 諒[1,7]、宮川 哲平[1,2]、府野 巧実[1]、加瀬 匠磨[1,2]、河村 英泰[1,2]、外舘 幸敏[1,2]、本多 通孝[1,2]、高野 祥直[1]、青木 豪[3]、萩尾 浩太郎[4]、遠藤 久仁[5]、白相 悟[6]、門馬 智之[7]、河野 浩二[7] (1. 総合南東北病院　外科、2. 福島県立医科大学低侵襲腫瘍制御学講座、3. 白河厚生病院、4. 竹田綜合病院、5. 太田西の内病院、6. いわき市医療センター、7. 福島県立医科大学消化管外科学講座)

【背景・目的】閉塞性大腸癌では腫瘍口側の大腸内視鏡観察（CS）がしばしば困難であり、口側病変が見逃される可能性がある。本研究では、左側閉塞性大腸癌における術前CSの到達状況、術後CSの施行実態、および口側病変の発見率を多施設コホートで明らかにすることを目的とした。
【対象・方法】2014～2019年に6施設で根治切除を行った左側閉塞性大腸癌416例を対象とした。細径スコープを含め大腸内視鏡が通過しない、腹部CT画像により腫瘍口側に明らかな拡張がある、または大腸閉塞スコア（CROSS分類）score 0～2のいずれかを満たす症例を「閉塞症例」と定義した。術前CS到達範囲（全大腸・腫瘍まで・未施行）、術後CS施行の有無、および口側病変（腺腫・早期大腸癌・進行大腸癌）の発見率を後方視的に検討した。
【結果】術前CS到達状況は全大腸45例（10.8%）、腫瘍まで318例（76.4%）、未施行53例（12.7%）であった。術前口側未観察例は371例（89.2%）であり、そのうち術後CSが施行されたのは217例（58.5%）であった。術後CS施行217例において口側に腺腫78例（35.9%）、早期大腸癌4例（1.8%）、進行大腸癌8例（3.7%）が発見され、何らかの口側病変を有したのは90例（41.5%）であった。一方、術前口側未観察371例のうち術後CS未施行は154例（41.5%）であり、これらの口側病変の実態は不明であった。大腸ステント挿入98例に限定すると、術前全大腸CS達成率は20例（20.4%）に留まり、術後CS施行63例中に腺腫16例（25.4%）、進行大腸癌1例（1.6%）が認められた。
【結論】左側閉塞性大腸癌において、術前の口側CS到達率はステント留置例でも20.4%に留まった。術前口側未観察例のうち術後CSを施行した症例では41.5%に口側病変が発見され、3.7%に進行大腸癌が認められた。左側閉塞性大腸癌に対する根治術後の系統的なCS施行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

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:25 ~ 10:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 5　大腸癌の周術期管理・予後予測 2
座長：中村 隆俊（獨協医科大学埼玉医療センター外科）

[O5-3] Stage II/III大腸癌における術前炎症・栄養指数の短期・長期予後予測因子としての有用性の検討

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

【背景・目的】術前炎症・栄養指数（NLR・PLR・PNI・CAR）はがん患者の全身免疫炎症状態および栄養状態を反映し、他臓器癌での予後予測への有用性が報告されているが、大腸癌における最適カットオフは未確立であり、短期・長期予後を統合的に検討した報告は少ない。本研究ではStage II/III大腸癌を対象に、これら4指数の術後短期成績（術後合併症・在院日数）および長期予後（全生存・無再発生存）に対する独立予後予測因子としての有用性を検討した。
【対象・方法】2010〜2022年に当院で根治切除を施行したStage II/III大腸癌516例（Stage II 263例・Stage III 253例、追跡期間中央値4.7年、5年全生存率89.6%、5年無再発生存率75.6%）を対象とした。術前血液データよりNLR・PLR・PNI・CARを算出し、ROC曲線のYouden indexで各指数の最適カットオフを決定した。短期成績は術後合併症Clavien-Dindo分類Grade II以上の発生率および術後在院日数で評価した。長期予後（全生存：OS、無再発生存：RFS）はCox比例ハザード解析にて独立予後因子を検討した。
【結果】術後合併症（CD Grade II以上）の発生率は21.7%であり、NLR高値群（27.1% vs 15.9%、p=0.005）およびPNI低値群（27.4% vs 16.2%、p=0.003）で有意に高率であった。術後在院日数もNLR・PNI・CAR高リスク群で有意に延長した。長期予後の多変量解析では、OSではNLR高値（≥3.90、HR=1.93、95%CI 1.14–3.25、p=0.014）が独立した予後不良因子であった。RFSではNLR高値（≥4.62、HR=1.69、p=0.037）、PNI低値（<44.1、HR=1.49、p=0.028）、CAR高値（≥0.014、HR=1.40、p=0.050）がいずれも独立予後因子として抽出された。なお、Stage IIIは全モデルで一貫して有意な独立予後不良因子であった。
【結語】術前炎症・栄養指数は術後合併症・OS・RFS双方の予後予測に有用なバイオマーカーである。とくにNLRはOSおよびRFS双方の独立した予後不良因子であり、PNIは術後合併症およびRFSの独立した予測因子であった。侵襲的な検査を要さず日常診療で簡便に算出可能なこれら指数の術前リスク評価への臨床応用が期待される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:25 ~ 10:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 5　大腸癌の周術期管理・予後予測 2
座長：中村 隆俊（獨協医科大学埼玉医療センター外科）

[O5-4] 大腸癌根治切除例における局所免疫と全身免疫栄養状態の関連および予後への影響

*丹田 秀樹[1]、渋谷 雅常[1]、遠藤 秀生[1]、月田 智也[1]、小澤 慎太郎[1]、米光 健[1]、関 由季[1]、黒田 顕慈[1]、笠島 裕明[1]、三木 友一朗[1]、吉井 真美[1]、田村 達郎[1]、豊川 貴弘[1]、前田 清[1] (1. 大阪公立大学医学研究科消化器外科学)

【背景】
大腸癌は世界的に主要な死亡原因の一つであり、術後の再発や転移が予後を大きく左右する。腫瘍内のTリンパ球浸潤を評価するImmunoscore（IS）は、局所免疫応答を反映する指標として注目されている。一方で、PNI、CONUT、CXIなどの免疫・栄養指標は全身状態を示すが、ISとの関連については十分に解明されていない。本研究では、これらの関連性ならびに両者を組み合わせた予後予測能について検討した。

【方法】
2017年1月から2019年12月までに大阪市立大学医学部付属病院で大腸癌に対する根治切除術を受けた199例を対象とした。CD3/CD8免疫染色を施行し、既報に準じて腫瘍浸潤辺縁部における陽性細胞密度に基づきISをhigh/lowに分類した。術前の血液検査およびCT画像から末梢リンパ球数と体組成を評価し、さらに各種全身免疫・栄養指標（CONUT、CXI、PNI、PINI、NRI、GNRI、LCR、CAR、ALI）を算出した。これらとISとの関連を解析するとともに、ISと各指標の組み合わせにより3群に層別化し、5年無再発生存率（RFS）についてログランク検定により比較検討した。

【結果】
IS high群は60例（30.2%）、IS low群は139例（69.8%）であった。ISと末梢血リンパ球数、体組成、各免疫・栄養指標との間に有意な相関は認められなかった。一方、ISと各指標を組み合わせた層別解析では、5年RFSにおいてCONUT+IS（p=0.002）、CXI+IS（p=0.001）、PNI+IS（p=0.010）、GNRI+IS（p=0.021）、NRI+IS（p=0.004）、ALI+IS（p=0.001）で有意差が確認された。

【結語】
大腸癌根治切除例において、局所免疫状態を反映するISと全身免疫・栄養指標はそれぞれ独立した因子である可能性が示された。両者を組み合わせることで、再発リスクのより精密な層別化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

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:25 ~ 10:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 5　大腸癌の周術期管理・予後予測 2
座長：中村 隆俊（獨協医科大学埼玉医療センター外科）

[O5-5] MSI-H大腸癌におけるBRAF V600E変異と予後との関係

*川村 一郎[1]、岡﨑 慎史[1]、小川 亮[1]、河野 通久[1]、元井 冬彦[1] (1. 山形大学医学部外科学第一講座)

【はじめに】高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-H）は大腸癌における予後良好因子として知られている。一方でMSI-H大腸癌は、予後不良因子であるBRAF V600E変異（BRAF変異）を伴う割合が高い（約40%）。BRAF 変異の有無によってMSI-H大腸癌の予後が異なるのかは、明確に言及されていない。【症例と方法】2018年11月から2023年12月で、当院で原発巣切除を施行した大腸癌症例 （腺癌のみ）を対象とした。虫垂癌、重複癌、Stage0、BRAF変異未検査、MSI未検査の症例は除外した。最初にMSI-H群とMSS群に分け、予後を比較した。さらに、MSI-H群のみを対象としてBRAF変異型群と野生型群に分けて、予後を比較した。【結果】全症例142例のうち、MSI-Hは16例（11.3%）であった。3年全生存期間（OS）はMSI-H群で100%、MSS群で78.4%（P=0.0398）であり、MSI-H群で有意に良好であった。3年無再発生存期間（RFS）はMSI-H群で87.5%、MSS群で72.3%（P=0.2824）と有意差はなかったが、MSI-H群で良好な傾向にあった。さらにMSI-H大腸癌のみを対象とし、BRAF変異型群（7例：43.75%）と野生型群（9例：56.25%）に分けて解析した。BRAF変異型群が有意に高齢（74歳 VS 58歳、P=0.340）であったが、それ以外は患者背景で違いはなかった。OSでは両群ともイベントが生じず、3年RFSはBRAF変異型群で100%、野生型群で77.8%（P=0.1987）と、有意差は認めなかった。【考察】MSI-H大腸癌において、BRAF変異の有無による予後の違いは認めなかった。遺伝性大腸癌であるリンチ症候群では基本的にBRAF変異陰性となるため、BRAF変異陽性である場合は散発性MSI-H大腸癌という診断になる。本研究においてリンチ症候群と診断されたのは1例のみであった。散発性MSI-H大腸癌の大半は、MLH1プロモーターの異常メチル化が原因である。この場合、BRAF変異の結果生じた鋸歯状病変が前癌病変になることが多いと報告されている。BRAF変異にかかわらず、切除不能・進行再発MSI-H大腸癌では免疫チェックポイント阻害薬が使用できるので、予後良好の一因になっていると思われる。本研究では、サンプル数と観察期間が不足していたのがlimitationであった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:25 ~ 10:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 5　大腸癌の周術期管理・予後予測 2
座長：中村 隆俊（獨協医科大学埼玉医療センター外科）

[O5-6] 大腸癌Stage I～IIIにおける予後規定因子の検索

*長田 俊一[1]、貴島 孝[1]、船橋 公彦[1]、藤井 正一[2] (1. 横浜総合病院　消化器外科、2. 湘南鎌倉総合病院　外科)

【背景・目的】大腸癌（CRC）根治切除後の予後は病理学的病期により規定されるが、同一ステージ内においても再発率・生存率には個体差が大きい。術前の炎症栄養学的指標および病理組織学的因子が予後に与える影響を多角的に検討し、再発高リスク患者の術前同定と補助療法の個別化に寄与することを目的とした。
【対象・方法】2014年～2023年の10年間に当科で施行した大腸癌切除例のうち、治癒切除が得られたStageI～III症例442例を後ろ向きに解析した。検討因子は、患者背景（年齢・性別・BMI・ASA分類・ECOG PS）、術前検査値（CEA・CA19-9・Hb・Alb・NLR・mGPS・CONUT score）、手術因子（緊急手術・腸閉塞処置の有無）、病理学的因子（pT・pN・組織型・リンパ管侵襲・静脈侵襲）とした。主要評価項目は無再発生存期間（RFS）、副次評価項目は全生存期間（OS）とし、Kaplan-Meier法・Log-rank検定・Cox比例ハザードモデルを用いて検討した。
【結果】StageI：91例（再発率6.6%、CRC関連死亡率3.3%）、StageII：192例（19.8%、13.0%）、StageIII：158例（36.1%、22.8%）であった。観察期間中央値は27.2ヵ月。Cox多変量解析では、pT（T3/T4 vs T1/T2）、pN陽性、リンパ管侵襲高度（ly2/3）、静脈侵襲高度（v2/3）、術前CEA高値、高mGPS（スコア2 vs 0）がRFSの独立した予後不良因子として同定された（いずれもp<0.05）。StageII症例においてもmGPS 2群・リンパ管侵襲高度群はStageIIIに匹敵する高い再発率を示した。
【結語】大腸癌StageI～III根治切除442例の解析において、病理病期因子（pT・pN・ly・v）に加え、術前の全身炎症・栄養指標（mGPS・NLR・CEA）がRFSの独立した予後因子として同定された。StageII高リスク患者の層別化において複合的炎症栄養指標が有用であり、補助化学療法適応の個別化に資すると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 10:10 ~ 11:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 6　ロボット手術 1

座長：花岡 まりえ（東京科学大学消化管外科学分野）

[O6-1] 脾弯曲部授動を要する横行・下行結腸癌に対するロボット支援手術の有用性と課題

*木村 聡元[1]、三浦 亮[1]、佐橋 倭[1]、村本 里奈[1]、千葉 丈広[1]、木村 仁[1]、小林 慎[1]、木村 康利[1] (1. 函館五稜郭病院外科)

[O6-2] 「リレー形式」でおこなうロボット支援下直腸がん手術　～手術修練と働き方改革の両立を目指して～

*増田 大機[1]、新井 聡大[1]、谷田部 悠介[1]、大和 美寿々[1]、白坂 太郎[1]、羽生 舞花[1]、金城 宏武[1]、朝田 泰地[1]、鵜梶 真衣[1]、篠原 元[1]、廣瀬 俊太郎[1]、吉野 潤[1]、長野 裕人[1]、井ノ口 幹人[1] (1. 武蔵野赤十字病院外科・消化器外科)

[O6-3] 直腸癌に対する経肛門操作併用ロボット支援下手術におけるda Vinci SPの有用性：Xiとの短期成績による比較検討

*林 久志[1]、北野 友里絵[1]、伊藤 望[1]、坂井 義博[1]、中西 彬人[1]、田中 裕人[1]、西 雄介[1]、庫本 達[1]、藤井 能嗣[1]、石山 泰寛[1]、椙田 浩文[1]、平沼 知加志[1]、平能 康充[1] (1. 埼玉医科大学国際医療センター)

[O6-4] 多施設データベースを用いた肥満症例に関するロボット支援下大腸手術の周術期成績の検討

*田口 和浩[1]、下村 学[1]、矢野 琢也[1]、佐田友 藍[1]、松原 啓壮[1]、吉満 政義[2]、清水 亘[3]、中原 雅浩[4]、香山 茂平[5]、小林 弘典[6]、池田 聡[7]、清水 洋祐[8]、奥田 浩[9]、向井 正一朗[10]、住谷 大輔[11]、高倉 有二[12]、赤羽 慎太郎[13]、児玉 真也[14]、石川 聖[1]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学大学院医系科学研究科消化器・移植外科学、2. 広島市立広島市民病院外科、3. 広島市立北部医療センター安佐市民病院外科、4. JA尾道総合病院外科・内視鏡外科、5. JA広島総合病院外科、6. 広島記念病院外科、7. 県立広島病院外科、8. 呉医療センター・中国がんセンター外科、9. 東広島医療センター消化器外科、10. 中国労災病院外科、11. 県立二葉の里病院外科、12. 中電病院外科、13. 広島西医療センター外科、14. JA吉田総合病院外科)

[O6-5] 下部直腸癌に対する超低位前方切除術の再建方法別の短期・長期成績

*田島 ジェシー雄[1]、杉江 雄斗[1]、横井 亮磨[2]、村瀬 佑介[1]、松本 圭太[1]、水谷 千佳[3]、鷹尾 千佳[2]、浅井 竜一[4]、松橋 延壽[1] (1. 岐阜大学医学部医学系研究科消化器外科小児外科、2. 岐阜大学医学部医学系研究科低侵襲・がん集学的治療学講座、3. 岐阜大学医学部医学系研究科がん先端治療国際地域支援講座、4. 岐阜大学医学部医学系研究科先端ゲノム医療開発学講座)

[O6-6] 多発大腸癌に対するロボット支援手術の工夫

*安藤 陽平[1]、堀田 千恵子[2]、武居 晋[2]、真鍋 達也[2] (1. 九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科、2. 佐賀大学医学部　一般・消化器外科)

[O6-7] ロボット支援下大腸手術におけるポート創開大の検討―8mmポート筋膜縫合の選択的適応に関する示唆―

*神山 篤史[1] (1. 仙台オープン病院外科)

[O6-8] 完全内臓逆位、狭骨盤を伴う下部直腸癌に対してロボット支援低位前方切除術を施行した1例―ポート配置による操作性の考察―

*天海 博之[1]、外岡 亨[1]、早田 浩明[1]、成島 一夫[1]、平澤 壮一朗[1]、千葉 聡[1]、桑山 直樹[1]、磯崎 哲朗[1]、加野 将之[1] (1. 千葉県がんセンター食道・胃腸外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 10:10 ~ 11:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 6　ロボット手術 1
座長：花岡 まりえ（東京科学大学消化管外科学分野）

[O6-1] 脾弯曲部授動を要する横行・下行結腸癌に対するロボット支援手術の有用性と課題

*木村 聡元[1]、三浦 亮[1]、佐橋 倭[1]、村本 里奈[1]、千葉 丈広[1]、木村 仁[1]、小林 慎[1]、木村 康利[1] (1. 函館五稜郭病院　外科)

【緒言】脾弯曲部授動を伴う結腸癌に対するロボット支援手術は，高精細な三次元視野と多関節鉗子によりその周囲の複雑な膜解剖の把握，膵近傍における安全な剥離・授動，ならびに支配血管に応じて範囲が異なる郭清および血管処理を精緻に行える点で有用性が期待される。一方，高難度手術であるため，手術時間延長や教育体制の構築など解決すべき課題も残る。
【対象と方法】当院では2022年6月より結腸癌に対するロボット支援手術を導入した。2020年4月から2025年12月までに当院で鏡視下に施行した脾弯曲部授動を要する横行結腸癌および下行結腸癌87例のうち，腹腔鏡下手術64例（L群）とロボット支援手術23例（R群）を対象とし，短期成績を後方視的に比較しロボット手術の有用性について検討。当科の手術手技と併せて報告する。
【結果】男性割合はL群53.1%，R群47.8%，年齢はいずれも73歳，BMIはL群23.8，R群23.4，ASA-PS 3以上はL群10.9%，R群8.7%であった。手術時間はL群204.5分，R群296分とR群で有意に延長した（p＜0.001）。一方，出血量はL群14mL，R群10mL（p＝0.163），術後在院日数はいずれも11日（p＝0.888）で差を認めず，開腹移行および輸血は両群とも認めなかった。腸管切離長はPMがL群86mm，R群90mm（p＝0.739），DMがL群95mm，R群95mm（p＝0.790）であり，両群とも同等の切除範囲が確保されていた。郭清リンパ節個数はL群22.5個，R群30個とR群で有意に多く（p＝0.028），D3郭清率もL群81.3%，R群95.7%とR群で高値であった（全て中央値）。Clavien–Dindo grade II以上の術後合併症はL群29.7%，R群17.4%で，R群で少ない傾向を認めた（p＝0.251）。
【結語】脾弯曲部授動を要する横行・下行結腸癌に対するロボット支援手術は郭清リンパ節個数が有意に多く，精緻な郭清に寄与する可能性が示唆された。一方，手術時間延長は明確な課題であり，教育面を含め，ポート配置，術野展開，エネルギーデバイスの使用法を定型化し，安全性，根治性，効率性を図る必要があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 10:10 ~ 11:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 6　ロボット手術 1
座長：花岡 まりえ（東京科学大学消化管外科学分野）

[O6-2] 「リレー形式」でおこなうロボット支援下直腸がん手術　～手術修練と働き方改革の両立を目指して～

*増田 大機[1]、新井 聡大[1]、谷田部 悠介[1]、大和 美寿々[1]、白坂 太郎[1]、羽生 舞花[1]、金城 宏武[1]、朝田 泰地[1]、鵜梶 真衣[1]、篠原 元[1]、廣瀬 俊太郎[1]、吉野 潤[1]、長野 裕人[1]、井ノ口 幹人[1] (1. 武蔵野赤十字病院外科・消化器外科)

【背景】
2026年の診療報酬改定では、若手医師の減少が課題となっている診療科への対策が打ち出され、特別加算と同時に交代制勤務やチーム性の導入が求められている。当院では2024年以前から「働き方改革」を遵守し、夜勤当直明け医師のみならず、夜間手術に参加した医師全員の連続勤務を廃止している。「医師の働き方改革」が定着した一方で、時間外に緊急登院した医師は予定手術に参加できないなど、新たな課題にも直面した。執刀機会の不均衡、外科医の不公平感を極力減らすため、2025年から段階的に、ロボット大腸がん手術をパートごとに術者交代する「リレー形式」を導入した。直腸がん手術であれば、“腹部パート”、“骨盤パート”、“側方郭清パート”に分け、勤務体系や習熟度などを考慮して担当術者を決定している。
【目的】
「従来型」の手術と「リレー形式」の手術の治療成績を比較検討し、当科の現在の取り組みを紹介する。
【方法】
2024年1月から2026年3月まで、直腸がんに対してロボット支援下手術を施行した152例を対象とし、「従来型」と「リレー形式」に分類し、患者背景、手術成績を比較した。
【結果】
「従来型」124例、「リレー形式」28例であった。「リレー形式」は、腫瘍局在はRbであることが有意に多く、比較的時間を要する術式で採用される傾向があった。「従来型」と「リレー形式」のパートごとの手術時間に差は認めず、術後の短期成績にも差は認めなかった。「リレー形式」は修練したいパートを重点的に学べるという意見もある一方、自身の習熟度を確認するためにも極力「従来型」の手術を行いたいという意見もあった。
【結語】
「リレー形式」は集中力維持や身体的負担軽減の効果が期待でき、勤務管理、医療安全の観点からも有用な方法である。手術を“症例ごと”ではなく、“パートごと”で考えるため、緊急対応に迫られることの多い外科医の働き方にも適合する。もともとチーム医療を導入していたため、懸念された責任感の欠如などは主観的にも客観的にも認めず、これからの外科手術の一つのあり方となる可能性がある。現在の当科の取り組みを紹介する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 10:10 ~ 11:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 6　ロボット手術 1
座長：花岡 まりえ（東京科学大学消化管外科学分野）

[O6-3] 直腸癌に対する経肛門操作併用ロボット支援下手術におけるda Vinci SPの有用性：Xiとの短期成績による比較検討

*林 久志[1]、北野 友里絵[1]、伊藤 望[1]、坂井 義博[1]、中西 彬人[1]、田中 裕人[1]、西 雄介[1]、庫本 達[1]、藤井 能嗣[1]、石山 泰寛[1]、椙田 浩文[1]、平沼 知加志[1]、平能 康充[1] (1. 埼玉医科大学国際医療センター)

【背景】直腸癌に対するロボット支援下手術の有用性が広く認知される中、当院では2025年1月よりda Vinci SPを導入した。SPはカメラと3本の鉗子を単一ポートから挿入する構造を有し、鉗子およびスコープの屈曲性により、骨盤深部の狭小空間においても限られた術野展開で深部到達と精緻な操作が可能である。当院で下部直腸癌に対し、腹部操作の低侵襲化と骨盤深部操作の安定化を目的として、SPと経肛門操作（Ta）を併用した術式を導入している。
【目的】直腸癌に対するTa併用ロボット支援下手術において、SPが従来のXiと比較して安全かつ円滑に施行可能であるかを、導入初期の短期成績から検討した。
【方法】2022年7月から2026年3月までにTa併用ロボット支援下直腸切除術を施行した直腸癌症例を対象とし、Xi群85例、SP群11例の2群間で後方視的に比較検討した。評価項目は手術時間、出血量、術後在院日数、Clavien–Dindo分類Grade III以上の術後合併症発生率などの手術関連因子および短期成績とし、単変量解析を用いて比較した。
【結果】手術時間中央値はSP群274分、Xi群240分（p=0.89）、出血量中央値はSP群40mL、Xi群5mL（p=0.13）であり、いずれも両群間に有意差を認めなかった。術後在院日数中央値はSP群10日、Xi群12日（p=0.90）であった。Clavien–Dindo分類Grade III以上の術後合併症発生率はSP群9.1%（1/11例）、Xi群5.9%（5/85例）（p=0.48）であり、有意差を認めなかった。
【結論】Ta併用下部直腸癌手術において、SPは導入初期からXiに劣らない良好な短期成績を示し、安全かつ円滑に施行可能であった。SPの単一ポート構造は腹部創の低侵襲化に寄与し、屈曲可能なスコープと3本の鉗子による骨盤深部での良好な操作性は、難易度の高いTa併用手術の定型化・標準化に寄与する可能性がある。今後は症例の蓄積に加え、整容性、術後疼痛、長期腫瘍学的成績を含めた検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 10:10 ~ 11:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 6　ロボット手術 1
座長：花岡 まりえ（東京科学大学消化管外科学分野）

[O6-4] 多施設データベースを用いた肥満症例に関するロボット支援下大腸手術の周術期成績の検討

*田口 和浩[1]、下村 学[1]、矢野 琢也[1]、佐田友 藍[1]、松原 啓壮[1]、吉満 政義[2]、清水 亘[3]、中原 雅浩[4]、香山 茂平[5]、小林 弘典[6]、池田 聡[7]、清水 洋祐[8]、奥田 浩[9]、向井 正一朗[10]、住谷 大輔[11]、高倉 有二[12]、赤羽 慎太郎[13]、児玉 真也[14]、石川 聖[1]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学大学院医系科学研究科消化器・移植外科学、2. 広島市立広島市民病院外科、3. 広島市立北部医療センター安佐市民病院外科、4. JA尾道総合病院外科・内視鏡外科、5. JA広島総合病院外科、6. 広島記念病院外科、7. 県立広島病院外科、8. 呉医療センター・中国がんセンター外科、9. 東広島医療センター消化器外科、10. 中国労災病院外科、11. 県立二葉の里病院外科、12. 中電病院外科、13. 広島西医療センター外科、14. JA吉田総合病院外科)

背景と目的：
近年、肥満患者の増加に伴い、肥満症例に対する大腸手術の機会も増加している。我々はこれまでに、BMIと転移リンパ節個数を検索リンパ節個数で補正したLODDS（log odds of positive lymph nodes）が正の関連を示し、肥満症例ではLODDS高値（>-0.7）が予後因子となることを報告した（Taguchi K et al. Ann Gastroenterol Surg. 2025）。一方、大腸癌に対するロボット支援下手術は標準治療として普及が進んでいるが、肥満が周術期成績に与える影響については十分に検討されていない。本研究では、多施設共同大腸癌データベースを用いて、肥満症例におけるロボット支援下大腸手術の周術期成績を検討し、非肥満症例と比較検討した。
方法：
2020年1月から2024年3月までに、県内多施設共同大腸癌データベースに登録された、大腸癌に対して腹腔鏡下またはロボット支援下で待機的大腸切除術を施行した症例を対象とした。
BMI<25を非肥満群、BMI≧25を肥満群と定義し、術式別に患者背景および短期手術成績を比較検討した。さらに、BMIとLODDSとの関連について術式別に解析した。
結果：
対象は腹腔鏡手術4,250例、ロボット支援下手術482例であった。ロボット手術症例は若年で、直腸病変の割合が高かった。腹腔鏡手術症例において、肥満例では非肥満例と比較して検索リンパ節個数が有意に少なく（18 vs 17, p=0.0008）、手術時間（211 vs 235分, p<0.0001）および出血量（19 vs 25 mL, p<0.0001）が有意に増加した。一方、ロボット手術症例では肥満例において検索リンパ節個数（16 vs 14, p=0.0062）および出血量（17 vs 30 mL, p=0.0241）の差を認めたが、手術時間（292 vs 316分, p=0.0564）に有意差を認めなかった。両術式とも術後合併症、在院日数に差を認めなかった。さらに、腹腔鏡手術症例ではBMI高値に伴いLODDSが上昇する傾向を認めた（p=0.0728）が、ロボット手術症例ではBMIとLODDSとの関連を認めなかった（p=0.8733）。
結論：
肥満症例において、ロボット支援下大腸手術では肥満による周術期成績への影響が限定的である可能性が示唆された。BMIとLODDSとの関連は腹腔鏡群で認めたがロボット群では認めず、リンパ節評価への影響は術式で異なる可能性が示された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 10:10 ~ 11:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 6　ロボット手術 1
座長：花岡 まりえ（東京科学大学消化管外科学分野）

[O6-5] 下部直腸癌に対する超低位前方切除術の再建方法別の短期・長期成績

*田島 ジェシー雄[1]、杉江 雄斗[1]、横井 亮磨[2]、村瀬 佑介[1]、松本 圭太[1]、水谷 千佳[3]、鷹尾 千佳[2]、浅井 竜一[4]、松橋 延壽[1] (1. 岐阜大学医学部医学系研究科消化器外科小児外科、2. 岐阜大学医学部医学系研究科低侵襲・がん集学的治療学講座、3. 岐阜大学医学部医学系研究科がん先端治療国際地域支援講座、4. 岐阜大学医学部医学系研究科先端ゲノム医療開発学講座)

【背景】下部直腸癌に対する内括約筋切除（ISR）は永久人工肛門を回避する肛門温存術式として広く行われ、適応も拡大している。一方、ロボット支援下手術では多関節機能により骨盤深部での精緻な操作が可能となり、比較的低位でも会陰操作を回避しつつ腹腔内再建（超低位前方切除術：uLAR）が選択し得るようになってきた。しかし腫瘍マージン確保などの腫瘍学的安全性や、再建法に伴う排便機能は依然として検討課題である。今回、uLARまたはISRを施行した下部直腸癌について、短期・長期成績を再建方法別に比較検討した。
【対象と方法】2017～2024年に当科でuLAR/ISRを施行した下部直腸癌121例を後方視的に検討した。
【結果】uLAR 67例、ISR 54例であった。ISRは年齢中央値71 vs 67歳（p＝0.034）と若年で、肛門縁からの距離は5 vs 3cmと低位であった。また前治療は19.4 vs 40.7%（p＝0.010）とISRで有意に多かった。その他の患者背景因子・腫瘍因子に有意差は認めなかった。手術時間はISRで有意に長く304 vs 374分（p＜0.001）、出血量は10 vs 50mL（p＝0.028）とuLARで少なかった。短期成績では術後合併症に統計学的有意差はなかったが、ストーマ閉鎖率はuLAR 95.5%に対しISR 83.3%とISRで有意に低かった（p＝0.026）。ストーマ閉鎖12か月後のWexner score≥10は33.3 vs 81.8%で、ISRで排便障害が高率であった。Distal marginは20 vs 22mm（p＝0.045）でuLARが短い傾向を認めたが、長期成績では3yOS 92.6 vs 90.9%（p＝0.635）、3yRFS 84.0 vs 69.7%、3yLRFS 96.7 vs 93.4%であり、有意差は認めなかった。
【考察・結語】ロボット支援下手術の導入により、比較的低位の下部直腸癌に対しても腹腔内再建が可能となり、術後成績および長期成績はuLARとISRで概ね同等以上であった。一方で排便機能はISRで不良であり、再建法選択において機能面を考慮する必要が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 10:10 ~ 11:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 6　ロボット手術 1
座長：花岡 まりえ（東京科学大学消化管外科学分野）

[O6-6] 多発大腸癌に対するロボット支援手術の工夫

*安藤 陽平[1]、堀田 千恵子[2]、武居 晋[2]、真鍋 達也[2] (1. 九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科、2. 佐賀大学医学部　一般・消化器外科)

【背景・目的】ロボット支援手術は精緻な操作性や, 微小解剖の把握など様々な利点があるが、広範囲の術野展開や複数の解剖領域に及ぶ手術では、視野や操作軸の大きな変更が必要となり、特有の困難さを伴う。そこで多発大腸癌に対するロボット支援手術を、最小限のポートでシームレスに行うための工夫について報告する。
【症例】
多発大腸癌において複数の視野展開を必要としたロボット支援手術4例において、すべての症例で患者左側からDa Vinci Xiをロールインした。右下腹部から左肋骨弓下の斜めのラインを基本配置として、ターゲットに対してパラレルに配置するよう適宜ポートを追加、あるいはカメラポートを2番、3番ポート間で交換するなどして、最適化した。また、ターゲットが上腹部の場合には臍に切開を置かず、Phannelstiel切開を置いてカメラポートを低くすることによって操作性の向上を狙った。術中にブームを回転させることで回盲部から直腸までロールアウトを伴うことなく手術を完遂した。平均手術時間は460±34分, 平均コンソール時間は394±50分, 出血量は30±20mlで、いずれも合併症なく手術を終えた。同一術者による3例では、症例の蓄積に伴い手術時間の短縮傾向を認めた。

【考察】
Da Vinci Xiはブーム回転機構によりロールアウトを伴わずに全大腸の術野に対するアプローチが可能である。ロールインの方向、ポート配置、アームの選択を工夫することで必要最小限のポート、ドッキングで効率的かつスムーズな操作を行うことができる。また、手技の標準化と経験の蓄積により手術時間の短縮も期待される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 10:10 ~ 11:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 6　ロボット手術 1
座長：花岡 まりえ（東京科学大学消化管外科学分野）

[O6-7] ロボット支援下大腸手術におけるポート創開大の検討―8mmポート筋膜縫合の選択的適応に関する示唆―

*神山 篤史[1] (1. 仙台オープン病院外科)

背景:低侵襲手術におけるPort-Site Hernia（PSH）の発生頻度は0.1–4%程度とされる。発症予防のため12mmポートの筋膜縫合を行う施設は多い一方で、8mmポートに関しては直視下での縫合の困難性もあり議論がある。
目的:ロボット支援下大腸切除術における8mmポートの筋膜縫合の必要性を、皮膚切開創長の観点から検討する。
対象:2024–2026年に単施設で腹腔鏡下またはロボット支援下に大腸切除術を施行した80例。
方法:ポート挿入時および抜去時の切開創長の変化を、ポート径、アプローチ方法、および留置部位別に比較検討した。また、当施設ではロボット手術における8mmポートの筋膜縫合をクロージャーデバイスで行っており、PSH発生の有無についても検討した。
結果:腹腔鏡手術29例、ロボット手術51例。検討対象ポートは5mm 95本、8mm 115本、12mm 75本であった。
切開創長は術前で5mm: 9.23±0.13mm、8mm: 12.16±0.13mm、12mm: 18.88±0.20mm、術後で5mm: 10.73±0.17mm、8mm: 13.88±0.21mm、12mm: 20.01±0.26mmであった。前後差は5mm:+1.50±0.21mm（p<0.001）、8mm:+1.72±0.21mm（p<0.001）、12mm:+1.13±0.33mm（p<0.001）であり、いずれも術後に有意な開大を認めた。
12mmポートの術後創長は腹腔鏡とロボット間で有意差を認めなかった（19.80±0.31mm vs 20.38±0.44mm, p=0.281）。一方、ロボット手術における8mmポートをアーム別に比較すると、第4アームで他部位に比して有意に創長の開大を認めた（14.46±0.27mm vs 13.60±0.21mm, p=0.018）。観察期間内にPSHの発生は認めなかった。
結語:低侵襲手術におけるポート創は、いずれのアプローチにおいても術後に開大を認めたが、アプローチ法による明確な差は認めなかった。一方で、ロボット手術では可動域の大きい部位において創長の開大が大きい傾向が示された。これらの結果から、8mmポートにおける筋膜縫合の適応については、留置部位に応じた個別化が必要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

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 10:10 ~ 11:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 6　ロボット手術 1
座長：花岡 まりえ（東京科学大学消化管外科学分野）

[O6-8] 完全内臓逆位、狭骨盤を伴う下部直腸癌に対してロボット支援低位前方切除術を施行した1例―ポート配置による操作性の考察―

*天海 博之[1]、外岡 亨[1]、早田 浩明[1]、成島 一夫[1]、平澤 壮一朗[1]、千葉 聡[1]、桑山 直樹[1]、磯崎 哲朗[1]、加野 将之[1] (1. 千葉県がんセンター食道・胃腸外科)

【緒言】完全内臓逆位は、非常に稀な先天性奇形である。完全内臓逆位を伴うロボット支援下直腸手術の本邦報告は2例のみであり、ポート配置がそれぞれ異なっている。今回、完全内臓逆位、狭骨盤の下部直腸癌に対して、オンサイト事前シュミレーションのうえで、右下斜め左上配置の正常解剖と同じポート配置で途中ブームを反転させてロボット支援下低位前方切除術を行った。【症例】50歳、男性。【主訴】便潜血陽性【現病歴】幼少時より完全内臓逆位を指摘。前医で直腸癌を指摘されて当院に紹介となった。【現症】身長172.9cm、体重89.2kg、BMI 29.8、腹部　平坦、軟、圧痛なし【検査】下部消化管内視鏡検査ではAV6cm直腸RaRb左前壁に40mm大の半周性腫瘍を認めた。CTではNo251リンパ節3個に転移を認めた。肝肺転移なし。【診断】完全内臓逆位を伴う直腸癌RaRb cT3N1M0 cStage IIIの術前診断にて、ロボット支援下低位前方切除術の方針とした。【手術】右下腹部より左上腹部に向かい8mm, 12mm, 8mm(臍), 8mm, 8mmの正常解剖症例と同方向の斜め1直線のポート配置とした。助手ポートは右上腹部5mm、心窩部5mm、左下腹部5mmとした。腹部操作と骨盤操作に分けてドッキング・ターゲッティングをデュアルで行った。腹部操作時は、patient left, Upper abdoninalでターゲッティングは右上腹部とした。助手は左下腹部5mmポートを使用した。腹部操作は、通常解剖と同様に良好な視野と操作性であった。骨盤操作時は、ブームを反転させ、ターゲッティングは左下腹部とした。助手は右上腹部5mmと心窩部5mmのポートを使用した。狭骨盤であったが、骨盤操作は正常解剖と同様な視野と操作性で直腸切離、吻合が可能であった。腹部・骨盤いずれの操作時もカメラは臍部とした。コンソール406分、出血20g。合併症なく退院した。【考察】ブーム反転により、腹部操作・骨盤操作いずれも臍からのカメラポートで行え、利き手である右手の3番アームでモノポーラを使用した。狭骨盤に対しても通常と同様な手術操作を行えた。術前シュミレーションにより、ポート位置の違いにより視野や操作性が大きく変わることを確認できたため、既報のポート配置との比較を含めて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 7　結腸癌の治療戦略 1

座長：盛 真一郎（鹿児島県立大島病院）

[O7-1] StageII-IIIの閉塞性大腸癌に対する大腸ステント留置術の長期術後成績

*小山 基[1]、中村 公彦[1]、左近 龍太[1]、阿部 由督[1]、岩崎 健一[1]、北村 謙太[1]、松村 知憲[1]、名取 健[1]、薄井 信介[1]、諏訪 達志[1] (1. 柏厚生総合病院消化器外科)

[O7-2] 膿瘍形成性S状結腸癌に対する術前化学療法と栄養指標の変化

*桐山 俊弥[1]、竹内 啓将[1]、宮崎 翔[1]、河原 樹[1]、山本 一雄[1]、大野 慎也[1]、末次 智成[1]、多和田 翔[1]、岩田 至紀[1]、小森 充嗣[1]、田中 千弘[1]、長尾 成敏[1]、河合 雅彦[1]、國枝 克行[1] (1. 岐阜県総合医療センター外科)

[O7-3] 膿瘍形成を伴う大腸癌に対する治療戦略の検討

*北村 洋[1]、辻仲 眞康[1]、三浦 智也[1]、初沢 悠人[1]、近藤 裕哉[1] (1. 東北医科薬科大学消化器外科)

[O7-4] 術中洗浄細胞診陽性Stage II大腸癌における術後補助療法の意義

*永岡 智之[1]、坪井 葵[1]、石村 菜穂[1]、沖川 昌平[1]、渡部 美弥[1]、松野 裕介[1]、古手川 洋志[1]、吉山 広嗣[1]、八木 草彦[1]、發知 将規[1]、大谷 広美[1] (1. 愛媛県立中央病院消化器外科)

[O7-5] Stage II-III大腸癌において、穿孔が予後に与える影響：多施設データベースを用いたPropensity Score Overlap Weighting解析

*別木 智昭[1]、下村 学[1]、矢野 琢也[1]、清水 亘[2]、池田 聡[3]、三口 真司[3]、吉満 政義[4]、香山 茂平[5]、中原 雅浩[6]、小林 弘典[7]、河内 雅年[8]、清水 洋祐[9]、住谷 大輔[10]、向井 正一朗[11]、高倉 有二[12]、石﨑 康代[13]、児玉 真也[14]、安達 智洋[2]、石川 聖[1]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学大学院医系科学研究科消化器・移植外科学、2. 広島市立北部医療センター安佐市民病院外科、3. 県立広島病院外科、4. 広島市立広島市民病院外科、5. JA広島総合病院外科、6. JA尾道総合病院消化器外科・内視鏡外科・肛門科、7. 広島記念病院外科、8. 東広島医療センター消化器外科、9. 呉医療センター・中国がんセンター外科、10. 県立二葉の里病院外科、11. 中国労災病院外科、12. 中電病院外科、13. 広島西医療センター外科、14. JA吉田総合病院外科)

[O7-6] 内視鏡通過困難な大腸癌に対する短期成績の検討

*中山 瑶子[1]、井川 鈴雅[1]、古出 隆大[1]、多田羅 敬[1]、川嶋 太郎[1]、門馬 浩行[1]、中川 暁雄[1]、小林 巌[1] (1. 兵庫県立加古川医療センター外科・消化器外科)

[O7-7] 外腸骨静脈の合併切除により根治切除し得た局所進行盲腸癌の1例

*村山 倫太郎[1]、山本 陸[1]、長岡 綾[1]、濱村 宏平[1]、麻生 沙帆[1]、石塚　ジュスタン 正也[1]、尾立 路輝[1]、岡本 侑大[1]、井田 善文[1]、長廻 優輝[1]、秋間 龍之介[1]、加藤 永記[1]、松本 陽介[1]、宮下 真美子[1]、櫻庭 駿介[1]、田中 顕一郎[1]、伊藤 智彰[1]、佐藤 浩一[1] (1. 順天堂大学医学部附属静岡病院)

[O7-8] 下行結腸癌における術前3D-CT angiographyを用いた 支配血管認識の有用性

*内山 優史[1]、竹田 充伸[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]、植村 守[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部附属病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演）７　結腸癌の治療戦略１
座長：盛 真一郎（鹿児島県立大島病院）

[O7-1] StageII-IIIの閉塞性大腸癌に対する大腸ステント留置術の長期術後成績

*小山 基[1]、中村 公彦[1]、左近 龍太[1]、阿部 由督[1]、岩崎 健一[1]、北村 謙太[1]、松村 知憲[1]、名取 健[1]、薄井 信介[1]、諏訪 達志[1] (1. 柏厚生総合病院消化器外科)

【背景と目的】閉塞性大腸癌に対するステント留置術が広く実施されるようになり、当院でも導入後10年以上が経過した。今回は、その長期予後について検討する。【対象と方法】2012年から2022年までに大腸閉塞スコア（CROSS）0-1大腸癌に対してステント留置術は47例に行われ、症状緩和目的は10例、BTS（bridge-to-surgery）は37例で、手術までの中央値は17日。今回は術後３年以上が経過した平均追跡期間57.5月の長期予後を検討する。対象は2017年1月から2021年12月のStageII-III大腸癌治癒切除119例で、BTSは24例であり、非ステント群の95例を対照群として、その背景因子と長期予後について比較検討する。後方視的な観察研究であり、統計学的解析ではカイ2乗検定とｔ検定を用いて、P＜0.05を有意差ありと判定した。BTS群では腸管穿孔や膿瘍形成（穿孔疑い）を５例で認めた。非ステント群にはCROSS0-1の閉塞性大腸癌を８例含み、７例は一期的吻合（結腸右半切除6例、前方切除1例）が行われ、1例はハルトマンが選択されていた。【結果】BTS群で男性が有意に多く、血清アルブミン（BTS：3.05、非ステント：3.64、P<0.001）とPNI（Prognostic Nutritional Index）（BTS：30.5、非ステント：44.3、P<0.001）が有意に低値であった。年齢、BMI、癌局在、開腹/鏡視下手術、ストーマ手術の有無、リンパ節郭清度、手術時間、出血量、壁深達、病期、組織型では両群に有意差はなかった。縫合不全はBTS群8.3%・非ステント群3.2%で有意差なく、Clavien-Dindo 2以上の合併症もBTS群25.0%・非ステント群26.3%で有意差はなかったが、BTS群では２例の在院死亡を認めた（非ステント群0%、P=0.039）。術後補助化学療法はBTS群68.2%、非ステント群は46.3%で有意差なし。再発はBTS群22.7%、非ステント群22.1%と有意差はなかった。しかし、局所再発・腹膜播種はBTS群が３例13.6%と多く、３例中２例はステントにて穿孔・膿瘍形成した症例であった（非ステント群6.3%）。【結語】BTS群の長期予後は非ステント群と比較して同等であることが確認できたが、BTSでは重篤な術後合併症や局所・腹膜播種の再発形式に留意する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 7　結腸癌の治療戦略 1
座長：盛 真一郎（鹿児島県立大島病院）

[O7-2] 膿瘍形成性S状結腸癌に対する術前化学療法と栄養指標の変化

*桐山 俊弥[1]、竹内 啓将[1]、宮崎 翔[1]、河原 樹[1]、山本 一雄[1]、大野 慎也[1]、末次 智成[1]、多和田 翔[1]、岩田 至紀[1]、小森 充嗣[1]、田中 千弘[1]、長尾 成敏[1]、河合 雅彦[1]、國枝 克行[1] (1. 岐阜県総合医療センター外科)

【背景】本邦における切除可能進行結腸癌の標準治療としての術前化学療法（NAC）は確立していない。当科では膿瘍形成や膀胱瘻形成による高度炎症を有する局所進行S状結腸癌（直腸S状部癌含む）に対し、人工肛門造設後にNACを導入する方針としている。
【対象と方法】2013年から2026年3月までに、当院で経験した膿瘍形成あるいは尿路系浸潤を伴うcStage II/IIIの局所進行S/RS癌のうち、人工肛門造設後にNACを導入した症例19例を対象とした。内1例はNAC導入前であり、18例のレジメンの内訳は、CapeOX（2例）、CapeOX＋Bevacizumab（3例）、FOLFOXIRI（5例）、FOLFOX（3例）、FOLFOX＋panitumumab/Cetuximab（5例）であった。これらの症例の臨床経過に加え、化学療法後の各種栄養指標の変化を後方視的に解析した。
【結果】年齢中央70歳、男性13例。9例に膿瘍形成を、5例に膀胱浸潤例を、5例がその両方を認めた。NAC投与前/投与中を除く17例で臨床経過と栄養指標の変化を解析した。NACの前後でAlbの中央値は3.0から3.8 g/dLに、Prognostic Nutritional Index（PNI）の中央値は35.9から45.1に改善した。同様にPlatelet/Lymphocyte Ratio (PLR)の中央値は257.4から138.1へ改善し、modified Glasgow Prognostic Score（mGPS）はNAC後に15例で0ptとなった。手術は15例でR0切除を達成し、16例で最終的に人工肛門閉鎖が可能であった。化学療法については、1例で血球減少の遷延のため早期手術へ移行となったが、残る16例はNACを完遂し、どのレジメンも安全に導入できた。Grade3以上の副作用は6例に認め、うち1例で発熱性好中球減少症で対応を必要とした。観察期間の中央値は35か月で、1例に肝転移・腹膜播種再発を来たすのみであった。
【考察】膿瘍形成性S状結腸癌に対する人工肛門造設後のNAC療法は、多数例で人工肛門閉鎖を達成し、高い治癒切除率と良好な予後が得られた。その理由として、人工肛門造設で局所の炎症が制御でき、化学療法で腫瘍縮小が得られることで、栄養状態が改善するためであると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 7　結腸癌の治療戦略 1
座長：盛 真一郎（鹿児島県立大島病院）

[O7-3] 膿瘍形成を伴う大腸癌に対する治療戦略の検討

*北村 洋[1]、辻仲 眞康[1]、三浦 智也[1]、初沢 悠人[1]、近藤 裕哉[1] (1. 東北医科薬科大学消化器外科)

【目的】
膿瘍形成を伴う大腸癌は、局所感染の制御と腫瘍学的根治性の両立が課題である。当院での治療経験を通じて、その治療戦略について検討した。
【方法】
2021年1月から2025年12月までに当院で原発巣切除を施行した大腸癌のうち、膿瘍形成を伴った症例を対象とし、患者背景、初期治療、手術内容、短期および長期成績について後方視的に検討した。
【結果】
対象は8例で、年齢中央値は68歳（51–84歳）、男性3例、女性5例であった。7例は診断時に膿瘍形成を伴い、1例はストーマ造設後の化学療法中に膿瘍を発症した。腫瘍部位は虫垂1例、下行結腸1例、S状結腸5例、直腸1例であった。初期治療として1例に緊急で原発巣切除を施行し、7例では抗菌薬投与と腸管安静に続いて段階的治療を行った。このうち4例は2週間以内に原発巣手術を行った。残る3例は、それぞれ、ストーマ造設先行例、SEMS留置例、ストーマ既設例であり、いずれも化学療法/放射線療法後に原発巣切除を施行した。なお、SEMS留置例は術前治療中に穿孔を来し、ストーマ造設を要した。手術アプローチは開腹4例、腹腔鏡3例（うち2例で開腹移行）、ロボット支援1例であった。病期はStage IIが3例、Stage IIIが1例、Stage IVが4例であった。Clavien-Dindo分類III以上の術後合併症を2例に認め、遺残膿瘍および縫合不全が1例ずつであった。また、初回原発巣切除例のうち2例はハルトマン手術となり、1例は術後合併症によりストーマ造設を要した。一方、ストーマ既設例は原発巣切除時に閉鎖が可能であった。観察期間中央値は34か月（5–60ヶ月）で、原病死が1例あった。また局所再発は1例に認められ、遺残膿瘍を併発した症例であった。
【結語】
膿瘍形成大腸癌では、全身状態、腫瘍部位、閉塞・穿孔・穿通などの局所所見、ならびに感染制御の状況を総合的に評価し、一期的あるいは二期的手術を選択する必要がある。安全性と根治性の両立には、症例ごとの病態に応じた柔軟な治療戦略が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 7　結腸癌の治療戦略 1
座長：盛 真一郎（鹿児島県立大島病院）

[O7-4] 術中洗浄細胞診陽性Stage II大腸癌における術後補助療法の意義

*永岡 智之[1]、坪井 葵[1]、石村 菜穂[1]、沖川 昌平[1]、渡部 美弥[1]、松野 裕介[1]、古手川 洋志[1]、吉山 広嗣[1]、八木 草彦[1]、發知 将規[1]、大谷 広美[1] (1. 愛媛県立中央病院消化器外科)

【背景と目的】再発高リスクStage II大腸癌に対する術後補助化学療法（AC）は3-6か月が推奨されている. 近年, 術中の腹水細胞診陽性(CY1)はStage II大腸癌における予後不良因子である可能性が報告されているが, CY1 Stage II大腸癌に対するACの予後改善効果や至適治療期間については不明である. 本検討では, CY1 Stage II大腸癌とStage III大腸癌の予後を比較し, ACの意義について検討した.
【方法】2012年4月から2020年6月までに当院で行ったpStage IIとIIIの初発大腸癌に対するR0切除症例のうち, 術中腹腔内洗浄細胞診施行例のみを解析対象とした. 予後について, 5年無再発生存率(5y-RFS), 5年全生存率(5y-OS)を比較した. さらに, CY1 Stage II大腸癌をAC施行群と非施行群の2群に分けて予後を比較した.
【結果】術中腹腔内洗浄細胞診を施行したpStage II大腸癌 515例のうち, 1は24例（4.7%）あった. 一方, pStage III大腸癌は417例あり, IIIa 43例, IIIb 309例, IIIc 65例であった. 5y-RFSについて, CY1 Stage IIはStage IIIbより不良であり(45.8% vs. 63.6%, p=0.0310), Stage IIIcと同等であった(45.8% vs. 39.8%, p=0.572). また, 5y-OSについてもCY1 Stage IIとStage IIIcは同等であった(65.8% vs. 58.2%, p=0.618). CY1 Stage IIにおける術後補助療法は12例(50%)に施行され, AC施行例の予後は非施行群に比べ有意差はないものの良好であった(5y-RFS:58.3% vs. 33.3%, p=0.250, 5y-OS:82.5% vs. 50.0%, p=0.114).
【結語】CY1 Stage II大腸癌の予後はStage IIIcに相当し、OxaliplatinベースのACを6か月間行うことが望ましいと考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 7　結腸癌の治療戦略 1
座長：盛 真一郎（鹿児島県立大島病院）

[O7-5] Stage II-III大腸癌において、穿孔が予後に与える影響：多施設データベースを用いたPropensity Score Overlap Weighting解析

*別木 智昭[1]、下村 学[1]、矢野 琢也[1]、清水 亘[2]、池田 聡[3]、三口 真司[3]、吉満 政義[4]、香山 茂平[5]、中原 雅浩[6]、小林 弘典[7]、河内 雅年[8]、清水 洋祐[9]、住谷 大輔[10]、向井 正一朗[11]、高倉 有二[12]、石﨑 康代[13]、児玉 真也[14]、安達 智洋[2]、石川 聖[1]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学大学院医系科学研究科消化器・移植外科学、2. 広島市立北部医療センター安佐市民病院外科、3. 県立広島病院外科、4. 広島市立広島市民病院外科、5. JA広島総合病院外科、6. JA尾道総合病院消化器外科・内視鏡外科・肛門科、7. 広島記念病院外科、8. 東広島医療センター消化器外科、9. 呉医療センター・中国がんセンター外科、10. 県立二葉の里病院外科、11. 中国労災病院外科、12. 中電病院外科、13. 広島西医療センター外科、14. JA吉田総合病院外科)

【背景】
穿孔性大腸癌は緊急手術を要する重篤な病態であり、再発率が高く予後不良とされる。しかし、発症率の低さから単一施設での詳細な検討は困難であり、エビデンスは限定的である。特に、穿孔例に付随する「高度な腫瘍進行度」や「全身状態の悪化」といった交絡因子を排除し、穿孔という事象そのものが予後に与える純粋な影響を評価した報告は少ない。
【目的】
多施設共同データベースを用い、Stage II/III穿孔性大腸癌の臨床病理学的特徴を明らかにするとともに、背景因子を調整した上で、穿孔という事象が長期予後や再発形式に及ぼす影響を解明すること。
【対象および方法】 2017年から2019年に県内14施設でStage II/III大腸癌に対し根治切除を施行した2,055例を対象とした。穿孔の有無により2群に分類し、長期予後（全生存率：OS、無再発生存率：RFS、再発形式）を後方視的に比較した。また、両群間の背景因子の偏りを補正するため、Propensity score overlap weighting（OW）法を用いた解析を行い、術前因子・腫瘍因子を調整した患者群においても同様の検討を行った。
【結果】 穿孔例は53例（2.6%）であった。調整前の比較では、穿孔群は非穿孔群に比してASA-PS不良およびpT4以上の進行例が有意に多く、低Alb血症やCRP上昇などの炎症反応も顕著であった。予後解析では、穿孔群はOS・RFSともに有意に低く（OS: P < 0.001、RFS: P = 0.012）、腹膜再発率が有意に高かった（P = 0.007）。多変量解析でも、穿孔はOS、RFS、腹膜再発の独立した予後不良因子であった。 一方、OW法による背景因子調整後の解析では、OS、RFS、腹膜再発率のいずれも両群間に有意差なく（OS: P = 0.163、RFS: P = 0.456、腹膜再発率: P = 0.380）、多変量解析においても穿孔は独立した予後不良因子ではなかった。
【結論】
穿孔性大腸癌は、臨床的には進行した腫瘍因子や全身状態の不良を伴うため予後不良であり、特に腹膜播種が特徴的な再発パターンだった。しかし、背景因子を統計学的に調整した検討では予後の有意差は消失した。Stage II/III大腸癌において、穿孔という事象そのものは、独立した予後規定因子ではない可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 7　結腸癌の治療戦略 1
座長：盛 真一郎（鹿児島県立大島病院）

[O7-6] 内視鏡通過困難な大腸癌に対する短期成績の検討

*中山 瑶子[1]、井川 鈴雅[1]、古出 隆大[1]、多田羅 敬[1]、川嶋 太郎[1]、門馬 浩行[1]、中川 暁雄[1]、小林 巌[1] (1. 兵庫県立加古川医療センター外科・消化器外科)

【はじめに】閉塞性大腸癌に対するステント留置は、2024年大腸癌治療ガイドラインにも記載がある一方、閉塞はないが大腸内視鏡が通過不能な狭窄症例に対しては、予防的なステントが推奨されておらず、その短期成績は十分明らかにされていない。今回我々は、内視鏡通過困難な大腸癌における術後短期成績に対する検討を後方視的に行った。【対象・方法】2013年4月から2025年4月までの期間に大腸癌に対して根治切除を施行した症例。内視鏡通過困難症例をS群、内視鏡通過症例をN群、さらに閉塞を認めない内視鏡通過困難症例をSN群、ステントなどにより減圧を要した症例をSO群と定義して、患者背景（年齢、性別、腫瘍局在）、および手術関連因子、術後合併症（Clavien-Dindo分類3以上）について検討した。【結果】症例は608症例（N群440例、S群168例）。患者背景として、年齢、性差には有意差はなかったが、S群ではAlb(4.0 vs 3.6,p<0.01)、BMI(23.0vs21.9,p<0.01)と低栄養を認め、さらにS群はT因子(p<0.01)、N因子(p<0.01)ともに進行していた。術式（腹腔鏡/開腹/開腹移行）では、N群: 361/54/25 vs S群: 98/49/20 (p<0.01)で、S群では開腹あるいは開腹移行率が高く、手術時間（分）275.1 vs 244.3(p<0.01)、出血量(ml)も137.1vs213.4(p＝0.026)、術後合併症は65/440vs 18/168(P=0.234)で、縫合不全やSSIにおいても有意差は認めなかった。さらにSN群は126例、SO群は42例であり、減圧に対する技術的成功40/42例(95.2%)、手術待機期間の合併症として、穿孔3例(Ｓ群2例、Ｏ群1例, p=0.155)、減圧不良(S群2例、O群3例, p=0.1)を認めた。患者背景には有意差は認めず、T因子（0-2/3/4）（6/94/26 vs 1/26/15, p=0.0326）は認めるが、そのほかの手術関連因子や、術後合併症(24/126 vs 6/42, p=0.488)も有意差を認めなかった。【考察】内視鏡通過困難な大腸癌は、通過可能な大腸癌と比較して、患者背景や術式に有意差を認めるものの、合併症には有意差を認めなかった。また減圧を要する症例と比較しても、短期成績には有意な差は認めず、閉塞を認めない狭窄症例に対しても予防的ステントなしに安全な手術が可能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

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 7　結腸癌の治療戦略 1
座長：盛 真一郎（鹿児島県立大島病院）

[O7-7] 外腸骨静脈の合併切除により根治切除し得た局所進行盲腸癌の1例

*村山 倫太郎[1]、山本 陸[1]、長岡 綾[1]、濱村 宏平[1]、麻生 沙帆[1]、石塚　ジュスタン 正也[1]、尾立 路輝[1]、岡本 侑大[1]、井田 善文[1]、長廻 優輝[1]、秋間 龍之介[1]、加藤 永記[1]、松本 陽介[1]、宮下 真美子[1]、櫻庭 駿介[1]、田中 顕一郎[1]、伊藤 智彰[1]、佐藤 浩一[1] (1. 順天堂大学医学部附属静岡病院)

症例は70歳代、男性。食思不振・体重減少の精査で盲腸癌が疑われ当科紹介となった。CTでは骨盤内に落ち込む長径10.8cmの回盲部腫瘍を認め、右外腸骨静脈を圧排し、膀胱および右尿管への浸潤を認めたが、遠隔転移は認めなかった。下部消化管内視鏡検査にて盲腸に3型腫瘍を認め、生検で高分化管状腺癌の診断となった。以上より盲腸癌 cT4bN1M0, cStage Ⅲc の診断となったが通過障害は認めなかった。腫瘍がbulkyで複数の他臓器浸潤を認めたことから術前化学療法(NAC)後に切除の方針とし、NAC 6ヶ月施行後に開腹回盲部切除術、右外腸骨静脈・膀胱・尿管・精管・精巣動静脈合併切除を施行した。手術時間13時間5分、出血1,390mlであった。外腸骨静脈はウシ心膜パッチで修復し、尿路は膀胱尿管吻合で再建した。第12病日に膀胱尿管吻合部の縫合不全を認めたが保存加療で改善を認めず、第25病日に再手術を行った。第59病日にPTE/DVTを認め抗血栓薬が開始され、第77病日に退院となった。
術後病理では小腸・膀胱への浸潤を認めたが外腸骨静脈への浸潤は認めず、R0切除ができていた。またypT4bN0M0, ypStage Ⅱc とdown stagingが得られていた。術後補助化学療法としてUFT/LV 5コース施行し、現在術後2年6ヶ月で無再発経過観察中である。
今回、外腸骨静脈の合併切除によって根治切除し得た局所進行盲腸癌の1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 7　結腸癌の治療戦略 1
座長：盛 真一郎（鹿児島県立大島病院）

[O7-8] 下行結腸癌における術前3D-CT angiographyを用いた 支配血管認識の有用性

*内山 優史[1]、竹田 充伸[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]、植村 守[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部附属病院)

【背景】下行結腸癌は全大腸癌の中で4%程度と頻度が少ない結腸癌で、その支配動脈は左結腸動脈(LCA)・S状結腸動脈(S1)・中結腸動脈左枝(MCA-lt)・副中結腸動脈(Ac-MCA)と多岐にわたる。そのため下行結腸癌の手術においては剥離範囲や血管処理が腫瘍の局在部位によって大きく変化し、術前に支配血管や血管走行を認識することは、腹腔鏡手術において特に重要である。当施設では、3D-CT angiography(3D-CTA)を施行し、術前シミュレーションとして用いることにより手術の安全性や確実性の向上に努めている。術前3D-CTAを用いた動脈の走行分類は有用であるという報告はあるが、下行結腸癌の支配血管について報告したものはほとんどない。【目的】術前3D-CTAを用いて下行結腸癌の腫瘍位置と支配血管の関係性について検討した。【対象および方法】2010年1月から2026年3月までに当施設で下行結腸癌に対して腹腔鏡下手術を施行した121例を対象とした。下行結腸癌の局在を脾彎曲部（D-Sp）、IMAレベルより上側（D-U）、下側（D-L）の部位に分類して検討した。【結果】支配血管は、LCAが69例(57.0%)、S1が40例(33.1%)、MCA-ltが7例(5.8%)、Ac-MCAが5例(4.1%)で、LCA・S1支配がほとんどであった。Ac-MCAは28例(23.1%)で認めた。腫瘍位置は、D-Spが27例、D-Uが25例、D-Lが69例であった。D-Spにおける支配血管はLCAが17例、MCA-ltが6例、Ac-MCAが4例であった。D-Uにおける支配血管はLCAが23例、MCA-ltが1例、Ac-MCAが1例であった。D-Lにおける支配血管はS1が40例、LCAが29例であった。IMA根部より頭側に腫瘍があるD-Sp・D-UではS1の支配がなく、IMA根部より尾側に腫瘍があるD-LではMCA-lt・Ac-MCA支配はなく、腫瘍位置と支配血管は相関を認めた。【結語】D-L症例では、MCA領域の郭清が必要でない可能性が示唆された。下行結腸癌の支配血管は多彩であり、術前の3D-CTAによる血管走行の把握は有用であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 9:30 ~ 10:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 8　直腸癌の治療戦略 1

座長：小山 文一（奈良県立医科大学消化器・総合外科学教室）

[O8-1] 術前治療を行った局所進行直腸癌に対する側方郭清の意義に関する検討

*山内 慎一[1]、岩井 美穂[1]、上野 啓補[1]、内村 良平[1]、佐藤 幸平[1]、林 祐美子[1]、國本 真由[1]、中田 美佳[1]、溝口 正子[1]、井垣 尊弘[1]、山本 雄大[1]、花岡 まりえ[1]、賀川 弘康[1]、谷岡 利朗[1]、藤原 尚志[1]、佐藤 雄哉[1]、絹笠 祐介[1] (1. 東京科学大学消化管外科学分野)

[O8-2] 局所進行直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Treatmentの短期・中期成績

*工藤 孝迪[1]、小澤 真由美[1]、山本 峻也[1]、船津屋 拓人[2]、皆川 結明[2]、大矢 浩貴[2]、武井 将伍[1]、前橋 学[1]、太田 絵美[1]、田 鐘寛[2]、沼田 正勝[1]、諏訪 宏和[3]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科、2. 横浜市立大学消化管外科学、3. 横須賀共済病院)

[O8-3] 術前治療後の直腸癌側方リンパ節郭清症例における治療成績および側方リンパ節郭清省略の可能性

*石井 光寿[1]、小野 李香[1]、山﨑 翔斗[1]、丸田 浩志[1]、片山 宏己[1]、山口 峻[1]、足立 利幸[1]、高村 祐磨[1]、井上 悠介[1]、白石 斗士雄[2]、富永 哲郎[2]、橋本 慎太郎[3]、久永 真[3]、大石 海道[4]、竹下 浩明[4]、江口 晋[1]、松本 桂太郎[1]、野中 隆[1] (1. 長崎大学外科学講座、2. JCHO諫早総合病院外科、3. 佐世保市総合医療センター外科、4. 長崎医療センター外科)

[O8-4] 下部直腸癌に対する術前治療後の選択的側方リンパ節郭清の適応と治療成績

*白石 謙介[1]、古屋 信二[1]、仲山 孝[1]、齊藤 亮[1]、丸山 傑[1]、出雲 渉[1]、滝口 光一[1]、庄田 勝俊[1]、雨宮 秀武[1]、河口 賀彦[1]、市川 大輔[1] (1. 山梨大学医学部消化器外科)

[O8-5] 直腸癌手術例における術中内視鏡検査の有用性

*中川 和也[1]、森 康一[1]、多胡 行揮[1]、飯山 慧[1]、金 睿婉[1]、本田 祥子[1]、増田 太郎[1]、小崎 良平[1]、山岸 茂[1] (1. 藤沢市民病院外科)

[O8-6] TNT後内括約筋切除術におけるdiverting stoma閉鎖後の長期ストマフリー転帰

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:30 ~ 10:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 8　直腸癌の治療戦略 1
座長：小山 文一（奈良県立医科大学消化器・総合外科学教室）

[O8-1] 術前治療を行った局所進行直腸癌に対する側方郭清の意義に関する検討

*山内 慎一[1]、岩井 美穂[1]、上野 啓補[1]、内村 良平[1]、佐藤 幸平[1]、林 祐美子[1]、國本 真由[1]、中田 美佳[1]、溝口 正子[1]、井垣 尊弘[1]、山本 雄大[1]、花岡 まりえ[1]、賀川 弘康[1]、谷岡 利朗[1]、藤原 尚志[1]、佐藤 雄哉[1]、絹笠 祐介[1]
(1. 東京科学大学消化管外科学分野)

【背景】当施設大腸肛門外科（当科）では、術前治療を行った局所進行下部直腸癌について、治療前の側方転移（LM）陽性例には治療的側方郭清（LND）を行い、治療前LM陰性例に対する予防的LNDは、患者や癌の状態に応じて選択的に適用している。
【目的】術前治療を行った局所進行直腸癌に対するロボット支援手術症例の治療成績を解析し、側方郭清の意義について検討する。
【方法】当科にて、2017年10月から2026年3月までにRbにかかる原発性直腸癌（神経内分泌腫瘍除く）で、術前治療後にロボット支援直腸切除術（±LND）を施行した患者60例を対象とし、臨床病理学的因子と予後について後方視的に検討した。
【結果】LNDは32例（53%）に施行され、LND省略例と比して、有意に低ASA-PSスコア症例であった（P=0.04）。LND施行例では、年齢中央値65歳、男/女：28/4、腫瘍の主占拠部位 RS/Ra/Rb/P：3/1/28/1、cStage II/III/IV:2/25/5、術前LM陰性/陽性:13/19、術前治療内訳は放射線化学療法/化学療法/放射線療法：17/14/1、術式内訳は、LAR/ISR/APR/TPE/Hartmann：7/4/12/7/2であった。病理診断によるLM陽性率は、31%（10例）であり、術前診断でLM陽性としていた19例における正診率は42%（8例）であり、LM陰性としていた13例におけるLM陽性率は18%（2例）であった。治療成績では、術後在院日数中央値8日、術後合併症発症率は Clavien-Dindo Grade（CD）2以上38%（12例）、CD3以上6%（2例）であった。長期成績では、3年RFS：66%、3年OS：86%であり、再発を6例に認め、遠隔転移再発5例、局所再発1例であり、局所再発症例は、治療的LNDを行った領域以外のLM再発であった。
【結語】術前治療を行った直腸癌に対するLNDを伴うロボット支援手術は、比較的安全に行われており、LNDによる治療効果は一定の割合で得られていた。過大侵襲を防ぎ選択的にLNDを行うためにはより正確な術前のLM診断が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:30 ~ 10:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 8　直腸癌の治療戦略 1
座長：小山 文一（奈良県立医科大学消化器・総合外科学教室）

[O8-2] 局所進行直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Treatmentの短期・中期成績

*工藤 孝迪[1]、小澤 真由美[1]、山本 峻也[1]、船津屋 拓人[2]、皆川 結明[2]、大矢 浩貴[2]、武井 将伍[1]、前橋 学[1]、太田 絵美[1]、田 鐘寛[2]、沼田 正勝[1]、諏訪 宏和[3]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科、2. 横浜市立大学消化管外科学、3. 横須賀共済病院)

【背景】局所進行直腸癌では局所再発や遠隔転移の制御率の向上を目的としてTotal neoadjuvant therapy (TNT)が欧米では標準治療の1つであるが、本邦ではいまだ短期中期の治療成績についてまとまった報告は少ない。
【方法】2020年10月から2025 年10月までに直腸Ra、Rb、Pを主座とし治療前MRIでcT3,cT4もしくは所属リンパ節転移陽性と診断した局所進行直腸癌のうち、TNT療法としてShort course radio therapy(SCRT)25Gy/5frとCAPOX療法を4-6 コースを行った26例を後ろ向きに検討した。
【結果】局在はRa/Rb: 8/21例、cStageはIIA/IIIA/IIIB/IIIC: 5/0/19/2例であった。TNT治療中Grade3の有害事象を10例 (38%)に認め、その内訳は下痢6例(23%)、好中球減少、直腸炎それぞれ2例ずつ(7%)、手足症候群、食欲不振、疲労が1例(3%)（重複症例あり)であったが、有害事象による治療中止例はなかった。TNT後の再評価でclinical complete response(cCR)　6例 (23%)、near CR 10例 (39%)と診断し、うち7例 (cCR5例/nearCR2例、27%)でNon operative management(NOM)を選択した。原発巣縮小率中央値は-56.4%であった。nearCRでNOMとした2例で局所再増大を認め計21例 (81%)で手術を施行した。手術時間中央値273分、出血量22ml。CD分類Grade II 以上の術後合併症を4例 (19%)に認めたが、Grade3以上の合併症や縫合不全は認めなかった。術後在院日数中央値は10日、ypTNM stage (0/I/II/III）は2/4/8/7例であった。観察期間37M時点での3年無再発生存率は70.0%（95% CI 45.1–85.3)、3年全生存率は95.2%（95% CI 70.7–99.3）であった。またNOMを選択し再増大を認めなかった5例いずれも局所LN/遠隔臓器ともに転移を認めなかった。
【結語】限られた検討であるが、局所進行直腸癌に対するTNTの短期/中期成績は、良好であった。今後さらに症例を蓄積し、再発形式、臓器温存率、長期予後を含めた検討が必要である

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:30 ~ 10:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 8　直腸癌の治療戦略 1
座長：小山 文一（奈良県立医科大学消化器・総合外科学教室）

[O8-3] 術前治療後の直腸癌側方リンパ節郭清症例における治療成績および側方リンパ節郭清省略の可能性

*石井 光寿[1]、小野 李香[1]、山﨑 翔斗[1]、丸田 浩志[1]、片山 宏己[1]、山口 峻[1]、足立 利幸[1]、高村 祐磨[1]、井上 悠介[1]、白石 斗士雄[2]、富永 哲郎[2]、橋本 慎太郎[3]、久永 真[3]、大石 海道[4]、竹下 浩明[4]、江口 晋[1]、松本 桂太郎[1]、野中 隆[1] (1. 長崎大学外科学講座、2. JCHO諫早総合病院外科、3. 佐世保市総合医療センター外科、4. 長崎医療センター外科)

【背景】本邦の大腸癌治療ガイドラインでは，腫瘍下縁が腹膜反転部以下かつcT3以深の直腸癌に対して側方リンパ節郭清（LLND）が推奨されている．しかし，実際には側方リンパ節転移陰性例も多く含まれており，また，近年普及している術前治療後症例におけるLLND省略基準は確立されていない．
【方法】関連4施設にて，2016年4月から2025年12月までに術前治療後にLLNDを伴う根治手術を施行した局所進行直腸腺癌90例を対象とした．術前治療前後のMRIでの側方リンパ節最大短径と病理学的側方リンパ節転移(pLLN)との関連を後方視的に解析した．側方リンパ節転移の診断基準は治療前短径5 mm以上とし，放射線照射例では治療前腫大側のみ，非照射例では両側LLNDを施行した．
【結果】対象はTNT群19例，CRT群18例，NAC群53例であった．pLLN陽性率はそれぞれ21.1%(4/19)，11.1%(2/18)，15.1%(8/53)であった．術前治療後MRIでの側方リンパ節最大短径の至適カットオフ値をYouden indexを用いて算出したところ，TNT群では7 mm，CRT群では5 mm，NAC群では4 mmであった．この基準を用いると，カットオフ値以上の症例におけるpLLN陽性率はTNT群80.0%（4/5），CRT群40.0%（2/5），NAC群31.8%（7/22）で，カットオフ値未満でpLLN陽性となったのはNAC群の1例のみであった(感度92.9%，特異度75.0%，陰性的中率98.3%)．多変量解析では，術前治療後MRIの側方リンパ節最大短径がpLLN陽性の独立した予測因子であった(オッズ比54.78，95%信頼区間6.3-473.9，p＜0.001)．
追跡期間中央値は36か月(1–95か月）で，3年全生存率/無再発生存率/局所無再発率はTNT群91.7%/87.4%/100%，CRT群88.9%/75.5%/100%，NAC群94.6%/77.5%/86.4%であった．
【結語】術前治療後MRIでの側方リンパ節最大短径は，pLLN陽性の有用な予測因子と考えられた．TNTでは7mm，CRTでは5mm，NACでは4mmを上回る場合，LLNDを施行すべきであると考えられた．一方，基準値未満の症例はLLNDを省略でき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

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:30 ~ 10:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 8　直腸癌の治療戦略 1
座長：小山 文一（奈良県立医科大学消化器・総合外科学教室）

[O8-4] 下部直腸癌に対する術前治療後の選択的側方リンパ節郭清の適応と治療成績

*白石 謙介[1]、古屋 信二[1]、仲山 孝[1]、齊藤 亮[1]、丸山 傑[1]、出雲 渉[1]、滝口 光一[1]、庄田 勝俊[1]、雨宮 秀武[1]、河口 賀彦[1]、市川 大輔[1] (1. 山梨大学医学部消化器外科)

【緒言】
下部直腸癌に対する側方郭清は本邦ガイドラインで推奨されているが，術前治療後の側方リンパ節転移診断基準や郭清適応については一定の見解が得られていない．特にCRT施行後における予防的側方郭清の必要性については議論がある．当科ではCRT施行症例に対する予防的側方郭清は省略し，術前画像診断で側方リンパ節転移を疑う症例に対してのみ治療的側方郭清を施行している．
【目的】
当科における側方リンパ節転移診断基準および側方郭清適応，治療成績について後方視的に検討した．
【方法】
2015～2023年に腹腔鏡・ロボット手術を施行した直腸癌198例中，腫瘍下縁がRbにかかる87例を対象とした．cT3以深，any N因子，80歳以下を基本適応としてCRTを施行した．CTまたはMRIで側方リンパ節短径7mm以上を転移疑いと診断し，選択的に治療的側方郭清を施行した．
【結果】
cT3以深は50例であり，術前治療導入前に側方リンパ節転移を認めた症例は10例で，全症例中11.5%，cT3以深症例中20%であった．術前治療はCRT29例，化学療法4例に施行された．側方リンパ節転移疑い10例に対して側方郭清を施行し，ロボット支援下側方郭清は3例であった．病理学的側方リンパ節転移陽性は2例であった．観察期間中央値は1530日であった．cT3以深50例中6例に再発を認め，肝/肺/骨/局所：4/2/1/2（重複あり）であったが，側方リンパ節再発は認めなかった．
【結論】
CRT施行症例に対して予防的側方郭清を省略し，画像上側方リンパ節転移を疑う症例に対して選択的に治療的側方郭清を施行する戦略により，中期的に良好な局所制御が得られた．術前治療後の側方リンパ節転移診断基準および郭清適応についてさらなる検討が必要である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:30 ~ 10:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 8　直腸癌の治療戦略 1
座長：小山 文一（奈良県立医科大学消化器・総合外科学教室）

[O8-5] 直腸癌手術例における術中内視鏡検査の有用性

*中川 和也[1]、森 康一[1]、多胡 行揮[1]、飯山 慧[1]、金 睿婉[1]、本田 祥子[1]、増田 太郎[1]、小崎 良平[1]、山岸 茂[1] (1. 藤沢市民病院外科)

【背景】直腸癌手術時の術中内視鏡の有用性についての報告はほとんどないのが現状である。
【目的】直腸手術時の術中内視鏡が、術後の臨床経過へ与える影響を後方視的に検討する。
【対象・方法】2017年1月から2025年12月までに直腸癌に対して経肛門的に器械吻合し、術中内視鏡を施行した305例を対象とした。術中内視鏡では吻合部の観察と、送気によるエアリークテストを施行している。
【結果】305例中、年齢中央値は69歳で、男性183例（60%）であった。手術アプローチは開腹手術が2例（0.7%）、腹腔鏡手術が175例(57%)、ロボット支援下手術が128例(42%)であった。術式は高位前方切除術が92例（30%）、低位前方切除術が213例(70%)であり、82例（27%）で一時的人工肛門を造設していた。術中内視鏡で吻合部出血を認めたのは2例（0.7%）あり、いずれも腹腔鏡下に縫合を追加し止血を得た。術後に吻合部出血を合併した症例は認めなかった。また、術中内視鏡でエアリークを認めたのは13例（4.2%）であった。305例中、術後に縫合不全を認めたのは21例（6.9%）であり、Clavien-Dindo分類でGrade Ⅱ：3例、Ⅲa：12例、Ⅲb：4例、Ⅳa：1例、Ⅳb：1例であった。高位前方切除術92例中７例（7.6%）でエアリーク陽性であり、回腸人工肛門造設を追加した1例では術後縫合不全は認めなかった。その他6例では鏡視下にエアリーク部位の縫合補強を追加し、エアリークの消失が確認されたが、1例で術後縫合不全を合併した。また低位前方切除術213例中6例(2.8%)がエアリーク陽性であり、その内1例では鏡視下に縫合補強のみを行い、術後縫合不全は認めなかった。その他5例では回腸人工肛門を造設し、４例では鏡視下あるいは経肛門的に縫合補強も追加したが、1例で術後縫合不全を合併した。術中エアリーク陽性であった13例中2例(15%)に、陰性であった292例中19例（6.5%）に、術後の縫合不全を認めた。
【結論】術中内視鏡による出血やエアリークに対する処理により、術後出血および縫合不全を未然に予防できた症例があったと考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:30 ~ 10:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 8　直腸癌の治療戦略 1
座長：小山 文一（奈良県立医科大学消化器・総合外科学教室）

[O8-6] TNT後内括約筋切除術におけるdiverting stoma閉鎖後の長期ストマフリー転帰

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

【目的】下部直腸癌に対するtotal neoadjuvant therapy（TNT）後の内括約筋切除術（ISR）は、肛門温存を目的とした治療選択肢である。しかし、ISRが施行されてもdiverting stomaの閉鎖不能例や、閉鎖後に再ストマを要する症例が存在し、長期的にストマフリー状態を維持できるかは十分に明らかでない。また、TNTに伴う組織変性や創傷治癒遅延がストマ関連転帰に影響する可能性も懸念される。本研究では、TNT後ISR症例におけるdiverting stoma閉鎖率および長期ストマフリー転帰を検討した。
【対象と方法】2012年から2024年に当院でTNT後にISRを施行した直腸癌症例から、pull-through法による再建例、Stage IV症例、ストマ閉鎖後の詳細な経過観察が困難であった症例を除外し、diverting stoma造設例47例を解析対象とした。ストマ閉鎖率、閉鎖不能理由、閉鎖後再ストマ造設率、再ストマ理由、最終観察時のストマ状態を検討した。
【結果】年齢中央値53歳、男性35例であった。TNTは長期照射ベース41例、短期照射ベース6例で、術後補助化学療法は23例に施行された。側方郭清は30例、ロボット支援手術は17例に施行された。Diverting stomaは全例ileostomyであった。病理学的StageはpCR 11例、I 10例、II 7例、III 19例で、全例R0手術が達成された。ストマ閉鎖は43例で施行され、閉鎖率は91.5%であった。根治術からストマ閉鎖までの期間中央値は183日、閉鎖後観察期間中央値は1798日であった。閉鎖不能例は4例で、理由は根治術後早期の縫合不全によるAPR 1例、再発2例、アルコール性肝障害1例であった。閉鎖後再ストマ造設は7例に認め、理由は排便機能障害4例、遅発性吻合不全1例、吻合部狭窄1例、直腸腟瘻1例で、全例で永久ストマとなった。最終観察時にストマフリーであった症例は36例、最終ストマフリー率は76.6%であった。
【結語】TNT後ISR症例では高率にdiverting stoma閉鎖が可能であった。一方、閉鎖不能例および閉鎖後再ストマ例を含めると、約4分の1の症例で最終的なストマフリー状態は維持されなかった。TNT後のISRでは、ストマ閉鎖の達成のみならず、長期的なストマフリー状態を含めた評価が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 9　直腸癌の治療戦略 2

座長：浜部 敦史（大阪大学医学部消化器外科）

[O9-1] 高齢直腸癌患者における術後腸腰筋体積低下と長期予後の関連

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

[O9-2] 直腸癌手術におけるDS非造設、縫合不全予防のための取り組み　-テンションフリーでの吻合のためのこだわり-

*戸嶋 俊明[1]、矢野 雄大[1]、新田 薫[1]、戸嶋 圭[1]、藤田 脩斗[1]、宇根 悠太[1]、大谷 朋子[1]、小西 大輔[1]、徳毛 誠樹[1]、吉川 武志[1]、小林 正彦[1]、村岡 篤[1]、國土 泰孝[1]、藤原 俊義[1] (1. 香川労災病院　外科・消化器外科)

[O9-3] 膀胱浸潤を認めた直腸癌に対し術前化学療法施行後にロボット支援下直腸切除と膀胱部分切除にて根治手術が可能であった１例

*三宅 正和[1]、吉村 大士[1]、井上 卓哉[1]、種村 匡弘[1] (1. りんくう総合医療センター)

[O9-4] 会陰先行アプローチとDelayed coloanal anastomosisによる人工肛門回避を目指した肛門温存戦略

*三城 弥範[1]、山本 匠[1]、北川 祐資[1]、柳農 浩樹[2]、瀧井 麻美子[2]、上原 広樹[2]、山田 典和[2]、五十嵐 優人[2]、森 至弘[2]、萩原 千恵[2]、諏訪 雄亮[2]、福長 洋介[1]、渡邉 純[2] (1. 関西医科大学総合医療センター　下部消化管外科、2. 関西医科大学　下部消化管外科学講座)

[O9-5] Intersigmoid recess開放のすゝめ：効率的な間膜授動の流儀

*吉田 祐[1]、板谷 喜朗[1]、藤田 覇留久[1]、尾地 伸悟[1]、青山 龍平[1]、山本 健人[1]、岡村 亮輔[1]、笠原 桂子[1]、星野 伸晃[1]、前田 将宏[1]、肥田 侯矢[1]、小濱 和貴[1] (1. 京都大学医学部附属病院消化管外科)

[O9-6] 直腸癌術後の異時性側方リンパ節転移に対する完全腹膜外腔アプローチによる鏡視下側方リンパ節郭清術の検討

*鱒渕 真介[1]、加藤 広貴[1]、澤村 栄鳳[1]、阿部 信貴[1]、サンフォード 舞子[1]、米田 浩二[1]、木下 隆[1]、林 道廣[1]、河合 英[1] (1. 市立ひらかた病院消化器外科)

[O9-7] ロボット支援下直腸癌手術時に偶然発見された高分化型乳頭状中皮腫の1例

*岡澤 裕[1]、松井 智啓[1]、宮前 眞人[1]、川本 雅彦[1]、伊藤 博士[1]、窪田 健[1] (1. 医誠会国際総合病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 9　直腸癌の治療戦略 2
座長：浜部 敦史（大阪大学医学部消化器外科）

[O9-1] 高齢直腸癌患者における術後腸腰筋体積低下と長期予後の関連

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

【目的】高齢化に伴い、直腸癌においても高齢者に手術を施行する機会が増加しており、サルコペニアを有する症例も少なくない。我々はこれまでサルコペニアの分類法として術前CTより筋肉量の指標である腸腰筋体積指数（PVI）を用いた評価法を報告してきた。近年、術前サルコペニアに加え、術後筋肉量低下と予後との関連が注目されている。本研究では高齢直腸癌患者における術後PVI低下の臨床的意義を検討した。
【方法】2014～2018年に65歳以上の原発性直腸癌に対して鏡視下に根治切除を施行した症例のうち、Stage Ⅳ、多発癌、重複癌、骨盤内臓全摘術施行例を除外した384例を対象とした。術前および術後4～10か月のCTよりPVIを算出した。性別ごとのカットオフ値未満を術前サルコペニア、術前比10%以上のPVI低下を術後PVI低下と定義し、臨床病理学的因子および予後との関連を後方視的に解析した。
【結果】年齢中央値は72.0歳、男性258例/女性126例であった。男性103例（39.9%）、女性46例（36.5%）が術前サルコペニア群に、男性27例（10.5％）、女性10例（7.9%）が術後PVI低下群に分類された。5年全生存率（OS）：術後PVI低下群79.1% vs 術後PVI維持群93.5%（p<0.01）、5年癌特異的生存率：87.1% vs 96.9%（p=0.01）、5年無再発生存率：54.9% vs 84.8%（p<0.01）。術前サルコペニアの有無で層別化しても術後PVI低下群は同様に予後不良だった。OSに関する多変量解析の結果、術後PVI低下が独立した予後不良因子として抽出された（HR 3.88, 95%CI 1.51-8.87, p<0.01）。また、術後PVI低下のリスク因子についての多変量解析の結果、回腸人工肛門造設および術後合併症（Clavien-Dindo ≥III）が独立したリスク因子として同定された（OR 2.84, p=0.02; OR 7.06, p<0.01）。
【結論】高齢直腸癌患者において術後PVI低下は長期予後不良のリスク因子として同定された。術前サルコペニアを認めていなかった症例においても、術後PVI低下は長期予後不良となる可能性が示唆された。また、一時的回腸人工肛門造設症例や重篤な術後合併症をきたした症例では術後PVI低下をきたしやすく、周術期のリハビリテーションや栄養介入が重要と考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 9　直腸癌の治療戦略 2
座長：浜部 敦史（大阪大学医学部消化器外科）

[O9-2] 直腸癌手術におけるDS非造設、縫合不全予防のための取り組み　-テンションフリーでの吻合のためのこだわり-

*戸嶋 俊明[1]、矢野 雄大[1]、新田 薫[1]、戸嶋 圭[1]、藤田 脩斗[1]、宇根 悠太[1]、大谷 朋子[1]、小西 大輔[1]、徳毛 誠樹[1]、吉川 武志[1]、小林 正彦[1]、村岡 篤[1]、國土 泰孝[1]、藤原 俊義[1] (1. 香川労災病院　外科・消化器外科)

【背景】(超)低位前方切除(u)LARにおける縫合不全(AL)の予防に関しては多くの報告があるが、当院では (u)LARにおいて、テンションフリーでの吻合ができた場合は原則としてDSを造設しておらず、その定義は、「吻合部の口側腸管が骨盤底部に横たわる状態」としている。【手術手技】テンションフリーな吻合のためには、口側腸管、腸間膜ともに緊張がかからないようにする必要がある。口側腸管に緊張がかからないようにするには授動を十分にすることが重要であり、ロボット支援下(R)では4番アームで適切なテンションをかけることによって出血の少ない視野で脾湾から膵下縁まで授動を行う。腸間膜に緊張がかからないように、IMV切離部の右側の下行結腸間膜をIMVに沿って頭側にできる限り切離する。下行結腸間膜を温存した辺縁血管間際まで右側から切離する。必要あれば開腹操作時に下行腸間膜側の癒合筋膜を1cm間隔で短冊状に切開する。上記操作は原則としてICG蛍光法による血流評価前に行う。【手術成績】2023年より上記を開始し、計34例に(u)LARを施行し(LAR22例(R17例、腹腔鏡下(L) 5例)、uLAR12例(R10例、L2例))、全例にテンションフリーでの吻合を施行し、DS造設0例で全例に肛門ドレーンを留置した。uLARのうち1例に両側側方郭清(LD2)を行った。L群で大動脈周囲リンパ節郭清、膣/尿管合併切除を1例ずつに行った。術前化学療法をR群、L群に1例ずつ施行した。手術時間、出血量、術後在院日数はR(u)LAR/L(u)LARでそれぞれ324(224-417)分/246(220-427)分、20(0-250)ml/50(20-1065)ml、13(8-26)日/12(10-28)日であった。食事開始日は術後6(3-12)日目、Proximal marginは155(100-280)mm、distal marginは40(10-100)mmであった。ALは1例(3%)に認め、Clavien-Dindo分類IIIbであった。【結語】直腸癌手術における口側腸管の安全確実な授動によりテンションフリーな吻合ができ、DS、ALを減らす可能性が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

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 9　直腸癌の治療戦略 2
座長：浜部 敦史（大阪大学医学部消化器外科）

[O9-3] 膀胱浸潤を認めた直腸癌に対し術前化学療法施行後にロボット支援下直腸切除と膀胱部分切除にて根治手術が可能であった１例

*三宅 正和[1]、吉村 大士[1]、井上 卓哉[1]、種村 匡弘[1] (1. りんくう総合医療センター)

症例は66歳の男性、気尿、下腹部痛、排尿時痛を主訴に近医泌尿器科を受診。膀胱鏡にて膀胱に圧迫像を認めたため当院へ紹介受診となった。下部内視鏡検査にてAV12㎝に2型進行癌を認め、奥への内視鏡挿入は不可であった。生検の結果は、中分化腺癌であった。胸腹部造影CT検査では肝肺転移は認めず。直腸RS～Raに造影効果のある全周性壁肥厚を認め、膀胱との交通が疑われた。MRIではRS～Raに壁肥厚を認め、膀胱壁と直腸の間にfluidを認め膿瘍形成、穿通が疑われた。骨盤内臓全摘を回避し根治性を上げることを目的に人工肛門造設後に術前化学療法を施行する方針とした。腹腔鏡下横行結腸双口式人工肛門造設術を施行し、その後にCAPOX+Bevを４コース施行した。腫瘍は著明に縮小し膀胱との接地面も小さくなっていたため、ロボット支援下直腸切除術+膀胱部分切除、横行結腸人工肛門閉鎖術を施行した。手術時間は306分、出血量は100mlで術中合併症は認めなかった。術後経過は良好で合併症は認めず術後８日で退院となった。摘出標本の病理診断結果は、RS Type2, mod, pT4b(膀胱), PM0(9cm), DM0(3cm), Ly0, V1, PnX, pN0(0/13), H0, P0, M0, pStageIIc.　組織学的効果判定:grade2であった。術後１年目のサーベイランスでの再発は認めていない。当院では他臓器への浸潤が疑われる結腸、直腸癌の場合、臓器温存、根治度を上げることを目的に術前化学療法もしくは術前放射線化学療法を施行している。今回は、根治切除をロボット支援下におこなった。開腹や腹腔鏡よりも触覚がないため浸潤部分をしっかり視認して切除することが求められる。明らかに浸潤がないところで膀胱内腔まで切開し全層で膀胱を切除していくことが大切であると考える。今回、我々は膀胱浸潤を認めた直腸癌に対し術前化学療法施行後にロボット支援下直腸切除と膀胱部分切除にて根治手術が可能であった１例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 9　直腸癌の治療戦略 2
座長：浜部 敦史（大阪大学医学部消化器外科）

[O9-4] 会陰先行アプローチとDelayed coloanal anastomosisによる人工肛門回避を目指した肛門温存戦略

*三城 弥範[1]、山本 匠[1]、北川 祐資[1]、柳農 浩樹[2]、瀧井 麻美子[2]、上原 広樹[2]、山田 典和[2]、五十嵐 優人[2]、森 至弘[2]、萩原 千恵[2]、諏訪 雄亮[2]、福長 洋介[1]、渡邉 純[2] (1. 関西医科大学総合医療センター　下部消化管外科、2. 関西医科大学　下部消化管外科学講座)

【背景】
低位直腸癌に対する括約筋間直腸切除術（ISR）では、縫合不全予防目的に一時的人工肛門（temporary stoma：TS）造設が一般的である。しかしTSは、ストマ関連合併症やQOL低下、閉鎖術関連合併症などの問題を有する。当科では、TSに対する拒否感が強い症例に対し、会陰先行アプローチを併用したPull-through and delayed coloanal anastomosis（DCA）による人工肛門回避戦略を導入している。
【対象と方法】
2024年10月から2026年5月までに、原発性低位直腸がんに対して腹腔鏡下ISRおよびPull-through and DCAを施行した5例を対象とした。手術は会陰操作を先行し、直視下に後壁・側壁剥離を先行して行い、前壁剥離は腹腔側操作に委ねた。その後、5–10 cmの口側結腸を肛門外へpull-throughし、約7日後に二期的結腸肛門吻合を施行した。短期成績として術後合併症、縫合不全、人工肛門回避率を検討した。
【結果】
手術時間中央値は432分（329–564）、出血量中央値は50 mL（0–250）であった。Clavien–Dindo Grade III以上の術後合併症は認めず、再手術を要する縫合不全は認めなかった。全例で一時的人工肛門を回避できており、いずれもR0 切除が達成できていた。
【考察】
会陰先行アプローチを併用したPull-through and DCA法は、直視下で安全に後壁・側壁剥離を進めることが可能であり、前壁操作を腹腔側で行うことで解剖学的安全性向上にも寄与すると考えられた。また、一時的人工肛門を回避し得る点は、患者QOLの観点からも有用と考えられる。
【結語】
会陰先行アプローチを併用したPull-through and DCA法は、選択された低位直腸癌症例に対するstoma-free anal preservation strategyとして有望な治療選択肢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

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 9　直腸癌の治療戦略 2
座長：浜部 敦史（大阪大学医学部消化器外科）

[O9-5] Intersigmoid recess開放のすゝめ：効率的な間膜授動の流儀

*吉田 祐[1]、板谷 喜朗[1]、藤田 覇留久[1]、尾地 伸悟[1]、青山 龍平[1]、山本 健人[1]、岡村 亮輔[1]、笠原 桂子[1]、星野 伸晃[1]、前田 将宏[1]、肥田 侯矢[1]、小濱 和貴[1] (1. 京都大学医学部附属病院消化管外科)

【背景】Intersigmoid recess（以下，リセス）は，S状結腸間膜付着部を外側から観察した際に認められる凹みであり，垂直根（直腸側）と斜根（下行結腸側）の交点に位置する。左総腸骨動脈腹側を尿管が乗り越える部位に一致するため，従来は尿管同定のメルクマールとして用いられてきたが，直腸切除術の内側アプローチにおいても有用である。当科ではリセスを内側から開放する手技を定型化しており，本手技とその有用性を報告する。

【手術手技】予防的郭清では左結腸動脈温存の中枢側D3郭清を基本とする。#253郭清組織を切除側につけてSRA・IMVを切離すると，すぐ外側の下行結腸間膜に吊り上がるような白色膜様構造物が露出する。これに沿って尾側へ剥離を進めると，尿管腹側でリセスが開放され，内側アプローチ層とS状結腸間膜外側が交通する。開放したリセスを起点にさらに外側・尾側へ剥離を進めることで，内側アプローチの術野のままSD junction（SDJ）授動や直腸後腔剥離も施行可能となる。

【有用性】リセス開放は，必要最小限かつ十分な内側アプローチのゴール設定と，最も効率的な外側アプローチ・直腸間膜左側剥離の起点獲得を同時に実現する。下行結腸間膜を頭側へ剥離する際は，リセスを中心に内側・外側アプローチの剥離ラインが連続するため，間膜授動時により広く効率的な緊張がかかる。また，S状結腸が長くSDJ授動を省略する症例でも，内側からリセスを開放し直腸側へ腹膜切開を延長することで，直腸間膜左側の視野が安定する。

【結語】内側アプローチでのリセス開放は，当科が掲げる必要最小限剥離と親和性が高く，手術時間短縮への寄与が期待される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 9　直腸癌の治療戦略 2

座長：浜部 敦史（大阪大学医学部消化器外科）

[O9-6] 直腸癌術後の異時性側方リンパ節転移に対する完全腹膜外腔アプローチによる鏡視下側方リンパ節郭清術の検討

*鱒渕 真介[1]、加藤 広貴[1]、澤村 栄鳳[1]、阿部 信貴[1]、サンフォード 舞子[1]、米田 浩二[1]、木下 隆[1]、林 道廣[1]、河合 英[1] (1. 市立ひらかた病院消化器外科)

背景：直腸癌手術後に異時性側方骨盤リンパ節転移を呈した患者に対する鏡視下側方リンパ節郭清において、完全腹膜外腔アプローチを用いた症例報告は少ない。今回、腹膜外腔アプローチによる側方リンパ節郭清の成績を報告する。
対象と方法：対象は、直腸癌手術後にCT、MRI、またはPET-CTで切除可能な側方リンパ節再発が疑われた患者とした。2018年10月以降、鏡視下腹膜外腔アプローチによる側方リンパ節郭清を１１例に施行した。本術式は鼠径ヘルニアの手術に対するTEP法のアプローチを応用したもので、腹直筋後鞘の前面から弓状線をこえて腹膜外腔に到達し、側方リンパ節郭清を施行する。
結果：１１例中１０は鏡視下腹膜外腔アプローチで側方リンパ節郭清を完了したが、1例は腹腔内アプローチに移行した。手術時間の中央値は226分、推定出血量の中央値は10mlであった。術後合併症は１例に創感染を認めた。中長期成績としては、７例は無再発で経過しているが、１例は側方リンパ節再発・陰茎転移・肺転移をきたした。また他3例に関しては各々肝転移・肺転移、大動脈周囲リンパ節転移・腹膜播種、脊椎転移をきたしている。現時点では症例数が少ないため今後更なる症例を蓄積し、短期成績や長期成績を検討する必要がある。
結論：鏡視下腹膜外腔アプローチによる側方リンパ節郭清術の短期成績は許容できるものであった。本術式は腹膜を損傷することなく実施できるため、従来の腹腔内アプローチよりも低侵襲であり、異時性側方リンパ節転移に対して有用であった。現時点では症例数が少ないため今後更なる症例を蓄積し、短期成績や長期成績を検討する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 9　直腸癌の治療戦略 2
座長：浜部 敦史（大阪大学医学部消化器外科）

[O9-7] ロボット支援下直腸癌手術時に偶然発見された高分化型乳頭状中皮腫の1例

*岡澤 裕[1]、松井 智啓[1]、宮前 眞人[1]、川本 雅彦[1]、伊藤 博士[1]、窪田 健[1] (1. 医誠会国際総合病院)

高分化乳頭状中皮腫（well differentiated papillary mesothelial tumor: WDPMT）は、主に若～中年女性の腹膜に発生する、良性～低悪性度の比較的まれな腫瘍である。長期間安定した経過をたどることが多く、予後は良好な傾向にあるが、稀に悪性転化して高悪性度の中皮腫へ移行する可能性も指摘されている。
症例は70代の男性。既往に慢性心不全、心房細動、両側鼠径ヘルニア術後を認めた。鉄欠乏性貧血を指摘され精査目的に当院を紹介受診。上部内視鏡検査では出血性胃潰瘍を認め、下部内視鏡検査ではAV15cmに約半周性の1型病変を認め、生検でtub1,tub2であり直腸Ra癌の診断となった。造影CTでは明らかな遠隔を認めず、大腸癌取り扱い規約（第9版）cT3N1aM0のcStageⅢbに対しロボット支援下低位前方切除術を施行した。術中所見では骨盤内の直腸壁、臓側腹膜、壁側腹膜の広範に乳頭状腺腫様小結節が多数確認された。播種結節の可能性も否定はできず術中迅速病理診断に提出した。結果はWDPMTであり直腸癌の播種ではなかった。
WDPMTは骨盤内の広範に拡がっており完全切除は困難であると判断し、直腸癌の切除範囲に含まれる腫瘍のみ可及的に切除を行った。手術時間は4時間44分で出血量は10mlであった。術後経過は概ね良好で9日目に退院した。病理組織診断では腸間膜に疎な線維間質を伴う乳頭状構造を認めた。中皮腫との鑑別のためMTAP、BAP1の免疫染色を施行した。MTAPの完全欠失は見られず、BAP1の核発現が保たれていたためWDPMTと最終診断された。
WDPMTは女性に好発する稀な疾患であり、今回高齢の男性で認められた点は極めて珍しい。術前に診断することはかなり困難であり術中に偶然発見されることが多い。あまり認知されていないため、今回のように癌の手術の際に偶然発見されると癌性腹膜炎と臨床診断されてしまう危険性がある。多少の文献的考察を加え報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:10 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 10　痔核の治療

座長：谷村 修（福西会病院 大腸肛門科）

[O10-1] A・Eに『こだわる』

*小野 芳人[1]、渡辺 英生[1]、渡辺 学[1]、松本 欣也[1]、竹田 正範[1]、阿部 陽介[1]、鉾石 文彦[2]、石丸 啓[3] (1. 医療法人ミネルワ会渡辺病院外科、2. ほこいし医院、3. 愛媛大学医学部附属病院消化器外科)

[O10-2] 痔核に対する分離結紮術施行時の工夫ー適応・術後合併症の対策も含めてー

*野村 英明[1] (1. フラワーロードのむら肛門クリニック)

[O10-3] 日帰り痔核手術におけるALTA併用療法の重要性　―後出血を防止するためのE3・A術式―

*樽見 研[1]、吉田 幸平[2] (1. 札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック、2. 新宿おしりのクリニック)

[O10-4] 疼痛緩和、早期退院を目的としたPartial Stapled Hemorrhoidpexy (PSH)

*伊禮 靖苗[1]、髙野 正太[1]、辻 順行[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院大腸肛門機能科)

[O10-5] 内痔核結紮切除術後に止血困難を呈した後天性von Willebrand症候群の1例

*木村 泰斗[1]、澤田 元太[1]、米田 直樹[1]、長江 歩[1]、藤野 志季[1]、谷澤 佑理[1]、文 正浩[1]、福永 浩紀[1]、森本 修邦[1]、森田 俊治[1] (1. 市立伊丹病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:10 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 10　痔核の治療

座長：谷村 修（福西会病院 大腸肛門科）

[O10-1] A・Eに『こだわる』

*小野 芳人[1]、渡辺 英生[1]、渡辺 学[1]、松本 欣也[1]、竹田 正範[1]、阿部 陽介[1]、鉾石 文彦[2]、石丸 啓[3] (1. 医療法人ミネルワ会渡辺病院外科、2. ほこいし医院、3. 愛媛大学医学部附属病院消化器外科)

＜はじめに＞
ALTA療法は痔核治療において重要な位置づけの治療法となっているが，外痔核成分を伴った痔核においてALTA単独療法は，再発しやすく，そもそも「治せない」こともある．そのため，これらに対してALTA併用療法が行われるようになり，根治度は飛躍的に向上した．
＜ALTA併用療法＞
ALTA併用療法にはLE+A，A・E，E・A， ACLとの併用，分離結紮術との併用があり，ALTA療法（四段階注射法）マニュアルで名称記載されている．当院では再発を考慮し，巨大な内痔核を持つ内外痔核に対してはLE+Aを行うが，それ以外の内外痔核に対してはA・Eを行っている．
＜A・EかE・Aか＞
　ALTAを先行するA・Eを行うか，切除を先行するE・Aを行うかは，痔核の状況によって決定されることは少なく，ALTAを四段階注射で十分行いたいか，切除をメインに行いたいかで施設や術者によって概ね決まっている．当院ではALTAの効果を最大に引き出せると考え，A・Eを行っており，再発・合併症共に低く抑えられている．
＜A・Eの長所＞
ALTAを元の痔核の状態のまま十分に打つことが可能であり，第一段階の血流減少と吊り上げ効果，第二第三段階の痔核の縮小と固定効果，第四段階の歯状線への落ち込み防止効果が確認できた上で外痔核成分の処理ができる．また薬液の漏れがなく，痔核体積に対して適切な量を投与でき，マッサージも十分できる．
＜A・Eの短所＞
　ALTAを先行する場合，外痔核成分を切除する場面では薬液の影響が及んで浮腫気味になっており，切除ラインを決めづらい．そのため，必ず最初の痔核評価時に外痔核成分も評価し，「切除併用するならこの範囲」と決めておく．ただし，注射後の縮小効果で切除範囲が小さくなれば，予定より少なく切除することが可能である．逆に予想よりも吊り上がりが悪い場合もあり，その場合は歯状線からしっかり痔核を剥がしてE3を行う．よってALTAの反応をみつつ調節でき，必要最小限の切除侵襲にすることが可能な手技である．
＜まとめ＞
　A・EはALTAの効果を十分に引き出すことのできる併用療法で，術中に効果を目視しつつ「いい塩梅」に切除侵襲を加える手術手技のため，ALTAに慣れてくればお勧めの併用療法である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:10 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 10　痔核の治療
座長：谷村 修（福西会病院 大腸肛門科）

[O10-2] 痔核に対する分離結紮術施行時の工夫ー適応・術後合併症の対策も含めてー

*野村 英明[1] (1. フラワーロードのむら肛門クリニック)

【はじめに】

1837年に本間棗軒が「瘍科秘録」において腸痔（痔核）に対する結紮術として「一条の絹糸を二条にして痔核の根部口側より刺入、その絹糸で痔核を左右にそれぞれ分離して結紮する」と著述している。

1998年に増田芳夫らが痔核結紮術に若干の工夫を加え、外来治療にも応用できる分離結紮術として発表した。

2014年に発行された肛門疾患診療ガイドラインでも、分離結紮術はIII、IV度の内外痔核に有効な術式、とされている。

本術式は簡便、かつ術後の創がやわらかいのが利点とされており、我々の施設でもこれらの方法に倣った古典的結紮療法を積極的に取り入れている。

【手術の実際】

前後方の痔核には主に分離結紮法をおこなっている。前方は11時方向の痔核を中心にやや大きく、後方は7時方向とかぶるのでやや小さく結紮することが多い。正中を挟んで左右に結紮することにより、術後の皮垂形成の予防にも有用である。糸を通す際にあまり深く針を通すと括約筋を損傷する危険があるため、大きな痔核の場合でも粘膜下に近い浅い位置に通すことでそれを防ぎ、また肛門クッションの温存も図っている。

前後方向の痔核を結紮すると、それだけで左右の痔核はかなり縮小する。3、7時方向は外痔核の大きな症例に対しては分離結紮法をおこなうが、外痔核の小さなものは超音波メスで切除し、内痔核にALTAを注射することが多い。

また粘膜脱併存症例にはMcGivney ligator を併用することもある。

全周性の痔核に対しては主痔核間の膜様に伸展した皮膚部分に切開を入れて剥離をおこなうが、膜様部の肛門側は切開せずにテント状にして残しておき、分離結紮施行時に余剰皮膚のみを結紮することにより術後早期の腫脹や疼痛・及び晩期の狭窄や皮垂を予防している。

これらの分離結紮術施行時の工夫につき症例5例の動画を交えて発表する。

【補足】

当院では分離結紮術を中心とした痔核手術をおこなっているが、その術式のみに固執するのではなく超音波メスやALTA、McGivney ligator 等をフレキシブルに組み合わせることにより様々なタイプの痔核に対しそれぞれ的確な治療をおこなっている。
当演題は非識別加工情報を用いた研究である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:10 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 10　痔核の治療
座長：谷村 修（福西会病院 大腸肛門科）

[O10-3] 日帰り痔核手術におけるALTA併用療法の重要性　―後出血を防止するためのE3・A術式―

*樽見 研[1]、吉田 幸平[2] (1. 札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック、2. 新宿おしりのクリニック)

【はじめに】当施設は無床クリニックであるため痔核に対する根治手術はALTA療法を併用することによってすべて日帰りで行っている。痔核に対する標準術式である結紮切除術（以下LE）は手技的には日帰りでも可能であるが晩期出血の合併症が問題となる。LE部分の晩期出血はショックを引き起こし緊急入院が必要なことが多いため日帰り手術では行いずらい。無床施設での痔核手術では晩期出血をゼロにする必要がある。そのため当施設では同一部位の痔核に対して根部までの結紮切除はせず、切除は歯状線までにとどめ、根部にALTA療法を併用するE3・Aを標準術式としている。今回当施設で施行しているE3・Aの術式の詳細と合併症、再発率などの術後成績をLEと比較して報告する。
【対象と方法】2020年4月～2025年3月までの5年間に痔核に対して1ケ所でもE3・A 術式を行った症例を対象とした。対象とした症例数は1480例、年齢は14歳～89歳（平均50.7歳）、男女比は1：1.2でやや女性が多かった。E3・A術式の詳細であるが、全例仙骨硬膜外麻酔で行っている。外痔核部分の切除を先行して行う。皮膚切開及び剥離は電気メスを使用し痔核組織を口側に向かって切離していく。その周囲や口側の剥離を十分行うが切除は歯状線直上までとし、切除断端を3-0バイクリルラピッドで縫合する。その上極の残った痔核に対してALTAを1～3㎖投与する。
【結果】E3・A術式の創部痛であるが、術後1週以降も消炎鎮痛剤を必要とした例は87例（5.9%）であり、当院でLEを行った症例と比較して有意差がなかった。後出血に関しては外科的処置が必要であった後出血が25例（1.7%）に認めた。いずれも皮膚切開創からの出血で、術当日あるいは翌日に縫合して止血された。LE術後に認める血圧が低下したり入院が必要となるような晩期出血は認めなかった。再発（外科的処置を施行した再脱出）は8例（0.5%）に認め、全例再脱出部位にLEを施行した。観察期間が短い症例もあり、長期予後に関しては今後の検討が必要である。
【考察】痔核に対するALTA併用療法のうちE3・A術式はLE後に認めるような晩期出血は発生しないため、日帰りで行う痔核根治手術として適した術式と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:10 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 10　痔核の治療
座長：谷村 修（福西会病院 大腸肛門科）

[O10-4] 疼痛緩和、早期退院を目的としたPartial Stapled Hemorrhoidpexy (PSH)

*伊禮 靖苗[1]、髙野 正太[1]、辻 順行[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院大腸肛門機能科)

背景：Ligation and Excision（LE）は再発率が少なく汎用性のある術式であるが術後疼痛及び長期の入院期間が問題である．当院では疼痛緩和及び早期退院を希望される患者に対してPSHを施行している．PSHはCSH(Circular Stapled Hemorroidpexy) の改変法であり海外では良好な成績を認めている．CSHは全周性に粘膜を切除するが，PSHはスリット式の肛門鏡を使用し痔核のみを切除する方法である．
術式：腰椎麻酔下Jackknife体位で開始．3つのスリットが入った肛門鏡を肛門管に挿入し痔核がスリットから顔を出すように位置させる．糸をそれぞれの痔核上極付近の粘膜下にかけ巾着縫合を行うが，スリット以外の部分の粘膜は切除されないこととなる．アンビルヘッドを痔核上極より高位に位置するよう挿入する．巾着縫合糸をアンビルシャフトに結び痔核を中心に集める．ステイプルシャフトを通して縫合しを引っ張りながらステイプラーをファイヤし痔核を切除縫合する．ステイプラーを引き抜き，出血予防のため縫合部を吸収糸で結紮する．歯状線尾側の病変は適宜追加で切除する．
検討方法：2019年6月から2025年12月までの症例102例の経過を後ろ向きに検討した．
症例：男性64例, 女性38例，平均年齢62.9歳．平均観察期間152.7日，平均在院日数3日．クリニカルパスに追加の鎮痛剤を要した術後疼痛を25例認め，2剤以上追加した症例は4例であった．鎮痛剤追加症例と歯状線部分の追加切除には関連を認めなかった．術後処置を要した出血を5例認めた．観察期間において狭窄や再発は認めていない．
結語：海外の報告ではPSHの再発率は3.4%と報告されており，LEに比べて高いがALTAに比べると低い．術後疼痛もLEと比較し軽減され、入院期間は3泊程度であった．LEとALTAの中間に位置づけられ，根治性が有りながらも術後疼痛軽減、早期社会復帰に有用である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:10 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 10　痔核の治療
座長：谷村 修（福西会病院 大腸肛門科）

[O10-5] 内痔核結紮切除術後に止血困難を呈した後天性von Willebrand症候群の1例

*木村 泰斗[1]、澤田 元太[1]、米田 直樹[1]、長江 歩[1]、藤野 志季[1]、谷澤 佑理[1]、文 正浩[1]、福永 浩紀[1]、森本 修邦[1]、森田 俊治[1] (1. 市立伊丹病院消化器外科)

【はじめに】
後天性von Willebrand症候群（acquired von Willebrand syndrome：aVWS）は、先天性von Willebrand病と類似した出血症状を呈する稀な疾患であり、リンパ増殖性疾患、骨髄増殖性疾患、自己免疫疾患、心血管疾患などの基礎疾患に伴って発症する。病態としては、von Willebrand因子（VWF）に対する自己抗体産生や、ずり応力によるVWF高分子マルチマーの分解・消費などが知られている。周術期には重篤な出血合併症を来す可能性があり、適切な診断および周術期管理が重要である。今回われわれは、内痔核術後出血の止血に難渋したaVWSの1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。
【症例提示】
74歳、男性。内痔核、両側鼠経ヘルニア、右肘部管症候群に対し手術既往があるも、その際に術後出血のエピソードは認めてなかった。併存症として潰瘍性大腸炎を認めており、血便を認めたため、下部消化管内視鏡検査を行ったところ内痔核と診断され当科紹介となった。直腸診にて3時、6時方向にGoligher分類 Ⅲ度の内痔核、10時、12時にⅠ度の内痔核を認め、3時、6時の内痔核に対し結紮切除術を施行した。術後出血が継続し術後6日目に再手術を行ったが、その後も出血が継続し術後13日目に全身麻酔下に再手術を行った。また同日凝固能異常を疑い、血液内科に相談し凝固能異常についての検査を提出した。その後も出血継続、術後15日目、17日目、18日目にIVRにて止血を行った。術後21日目に凝固能検査の結果から、第Ⅷ因子活性の低下、von Willebrand因子活性の低下を認めaVWSの診断となり、VWF含有製剤であるコンファクトF 2000単位を単回投与した。しかし、術後24日目に再出血を認め、再度IVRにて止血を行い、同日からコンファクトF 7日間投与に加え、プレドニンの投与も開始した。以後、出血を認めず術後 64日目に退院となった。
【まとめ】
リンパ増殖性疾患や今症例のような自己免疫疾患を基礎疾患として有する症例において、術後に出血が遷延し外科的止血に難渋する場合には、稀な疾患ではあるがaVWSの可能性を念頭に置く必要があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

🏛2026年11月20日(金) 9:15 ~ 10:00 | 🏛第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 11　高齢者に対する大腸癌治療戦略 1

座長：田中 正文（大腸肛門病センター高野病院）

[O11-1] 当院における超高齢者大腸癌の手術治療成績の検討

*吉田 泰樹[1]、秋山 泰樹[1]、三ノ宮 寛人[1]、新田 拳助[1]、古賀 敦大[1]、山内 潤身[1]、永田 淳[1]、平田 敬治[1] (1. 産業医科大学　第１外科)

[O11-2] 85歳以上の高齢者に対する腹腔鏡下大腸癌手術の治療成績

*佐野 貴之[1]、栗原 唯生[1]、重吉 到[1]、浅沼 晃三[1]、花岡 伸之介[1]、金子 しおり[1]、鈴木 佳那子[1]、井合 哲[1]、飯野 哲瑠[1]、長 潔[1] (1. 埼玉協同病院　外科)

[O11-3] 80歳以上大腸癌切除例における原病死と他病死の競合リスク解析 ― Stage別長期予後からみた治療戦略

*近藤 宏佳[1]、大塚 英男[1]、浅古 謙太郎[1]、柳橋 進[1]、宅間 邦雄[1]、清家 和裕[1]、石橋 雄次[1] (1. 東京都立多摩総合医療センター消化器一般外科)

[O11-4] 高齢者結腸癌手術と術前Clinical Frailty Scaleの関係

*田村 昂[1]、小山 文一[1,2]、井上 隆[1]、岩佐 陽介[1]、高木 忠隆[1]、藤本 浩輔[1]、江尻 剛気[1]、吉川 千尋[1]、庄 雅之[1] (1. 奈良県立医科大学　消化器・総合外科、2. 奈良県立医科大学附属病院　中央内視鏡部)

[O11-5] 当院における85歳以上高齢者大腸癌手術症例の検討

*渡邊 英樹[1]、古屋 一茂[1]、峯平 沙耶香[1]、末木 崇裕[1]、千野 俊春[1]、宮崎 葵[1]、河西 浩人[1]、池亀 昂[1]、名田屋 辰規[1]、大森 隼人[1]、鷹野 敦史[1]、飯室 勇二[1] (1. 山梨県立中央病院)

[O11-6] 高齢者大腸癌手術症例のGNRIの影響の検討

*日月 亜紀子[1]、槌田 尚希[1]、斎藤 健[1]、亀谷 直樹[1]、長谷川 毅[1]、山田 靖哉[1]、西村 重彦[1] (1. 住友病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:15 ~ 10:00 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 11　高齢者に対する大腸癌治療戦略 1
座長：田中 正文（大腸肛門病センター高野病院）

[O11-1] 当院における超高齢者大腸癌の手術治療成績の検討

*吉田 泰樹[1]、秋山 泰樹[1]、三ノ宮 寛人[1]、新田 拳助[1]、古賀 敦大[1]、山内 潤身[1]、永田 淳[1]、平田 敬治[1] (1. 産業医科大学　第１外科)

【はじめに】我が国の高齢者人口は増加傾向であり、90歳以上の超高齢者に対する消化器外科手術もますます増加することが予想される。超高齢者大腸癌患者に対する手術適応や安全性については依然として議論の余地があり、本研究では、当院における超高齢者大腸癌手術症例の治療成績を検討した。
【方法】2015年1月から2025年12月までに当院で手術を施行した90歳以上の大腸癌症例24例を対象とし、患者背景、手術因子、短期成績について後ろ向きに検討した。
【結果】年齢は90-100歳（平均91.5歳）、男性/女性は8/16例であった。PSは0/1/2/3＝4/12/8/0例であった。腫瘍局在は盲腸/上行結腸/横行結腸/下行結腸/S状結腸/直腸＝3/7/4/2/2/6例であり、病期はpStage Ⅰ/Ⅱ/Ⅲ/Ⅳ＝5/12/4/3例であった。手術アプローチは開腹/腹腔鏡/ロボット支援＝4/19/1例であり、全例で原発巣切除が施行され、開腹移行は認めなかった。手術時間は平均276.9分、出血量は平均45mlであった。リンパ節郭清はD1/2/3＝2/5/17例であった。術後在院日数は平均19.4日であった。12例が自宅退院、10例がリハビリテーション目的に転院した。周術期死亡は認めなかった。PS別解析(良好群:PS＜2、不良群:PS≧2)では、Clavien–Dindo分類GradeⅡ以上の合併症率に有意差は認めなかった（p=1.00）。また、フォロー期間中（中央値：373.5日）の死亡率についてはPS不良群で高い傾向を認めたが、有意差は認めなかった（p=0.64）。また、死亡原因は癌死が1例、老衰が3例、心筋梗塞が1例、肺炎が1例であった。2015年から2021年の18症例における3年全生存率は61.2%であった。
【考察】今回の検討では超高齢者においても周術期死亡は認めず、安全に手術が施行されていた。3年全生存率は61.2%と比較的良好であり、癌死も1例のみであった。適切に症例選択された超高齢者に対しては外科治療が妥当である可能性が示唆された。
【結語】90歳以上の超高齢者に対する大腸癌手術は、適切な症例選択により安全に施行可能であり、悪性疾患の治療としても有効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

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:15 ~ 10:00 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 11　高齢者に対する大腸癌治療戦略 1
座長：田中 正文（大腸肛門病センター高野病院）

[O11-2] 85歳以上の高齢者に対する腹腔鏡下大腸癌手術の治療成績

*佐野 貴之[1]、栗原 唯生[1]、重吉 到[1]、浅沼 晃三[1]、花岡 伸之介[1]、金子 しおり[1]、鈴木 佳那子[1]、井合 哲[1]、飯野 哲瑠[1]、長 潔[1] (1. 埼玉協同病院　外科)

【背景】
高齢化に伴い手術治療を要する高齢大腸癌患者は増加しており，腹腔鏡下手術も広く行われているが，その安全性や短期成績に関する報告は限られている．
【目的】
当院にて，85歳以上の高齢大腸癌患者に対して行った腹腔鏡下手術の短期成績を検討すること．
【対象と方法】
2015/4から2026/3までに，原発性大腸癌に対して待機的に手術を行った85歳以上の患者68例のうち，腹腔鏡下手術を施行した33例と，開腹手術を施行した35例について術後短期成績について検討した．
【結果】
患者背景では，開腹群において腹腔鏡群と比較し，術前Albが低く，より進行したStageの症例が多い傾向を認め，手術アプローチの選択に一定のバイアスが存在する可能性が考えられた．ASA-PS，BMI,併存症率に有意差を認めなかった．腹腔鏡下手術群で手術時間が有意に長かった一方で，術中出血量は有意に少ない結果であった．他方，食事開始までの日数，術後在院期間，術後せん妄発生率，CD分類grade Ⅱ 以上の合併症発生率，術後PS低下の割合については，両群間で有意差を認めなかった．
当院の腹腔鏡下手術の短期成績を既報のデータと比較したところ，手術成績に課題を認めたものの，短期成績の面で一定の安全性が示唆された．
【結語】
適切な症例選択を行えば，85歳以上の高齢大腸癌患者においても腹腔鏡下手術は安全に施行可能であり，短期成績は許容範囲と考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:15 ~ 10:00 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 11　高齢者に対する大腸癌治療戦略 1
座長：田中 正文（大腸肛門病センター高野病院）

[O11-3] 80歳以上大腸癌切除例における原病死と他病死の競合リスク解析 ― Stage別長期予後からみた治療戦略

*近藤 宏佳[1]、大塚 英男[1]、浅古 謙太郎[1]、柳橋 進[1]、宅間 邦雄[1]、清家 和裕[1]、石橋 雄次[1] (1. 東京都立多摩総合医療センター消化器一般外科)

【背景】 高齢者大腸癌は増加しているが、原病死と他病死をStage別に解析した報告は限られる。当科では短期成績は検討済みだが、長期予後の検証は未施行であった。
【目的】 80歳以上大腸癌切除例の長期予後をStage別に明らかにし、高齢者に対する治療戦略を検討する。
【対象と方法】 2014〜2019年に当科で待機的切除を施行した80歳以上大腸癌のうち、Stage 0を除く322例を対象とした。異時性多発癌症例では最進行病変を設定し症例単位で解析した。観察期間中央値59か月、年齢中央値83歳、男性53%、Stage I-II 204、III 93、IV 25例。全生存率（OS）と大腸癌特異的生存率（DSS）はKaplan-Meier法、原病死と他病死の累積発生率（CIF）は競合リスクを考慮しStage別に算出した。多変量解析にはFine-Gray subdistribution hazardモデルを用いた。
【結果】 死亡99例中、原病死45例（45%）、他病死54例（55%）。5年OSはStage I-II 78.6%、III 61.1%、IV 24.9%、5年DSSは94.2%、76.0%、29.9%で、Stage I-II・IIIではOSとDSSの乖離を認め他病死の影響が示唆された。5年CIFはStage I-IIで原病死5.4% vs 他病死16.0%と他病死優位、Stage IIIで21.3% vs 17.7%と両者拮抗、Stage IVで70.1% vs 5.0%と原病死主体となり、Stageに伴う構造変化を認めた。多変量解析で原病死の独立予測因子はStage III（sHR 3.75）、Stage IV（sHR 16.38）、静脈侵襲陽性（sHR 3.30）であった。他病死には有意な独立予測因子を認めなかった。
【結論】 80歳以上大腸癌切除例では、Stage I-IIで他病死が長期予後に大きく関与し、Stage IIIで原病死と他病死が拮抗、Stage IVで原病死が主体となる。Stage毎に腫瘍学的因子と全身状態を重み付けした治療戦略の最適化が望まれる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:15 ~ 10:00 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 11　高齢者に対する大腸癌治療戦略 1
座長：田中 正文（大腸肛門病センター高野病院）

[O11-4] 高齢者結腸癌手術と術前Clinical Frailty Scaleの関係

*田村 昂[1]、小山 文一[1,2]、井上 隆[1]、岩佐 陽介[1]、高木 忠隆[1]、藤本 浩輔[1]、江尻 剛気[1]、吉川 千尋[1]、庄 雅之[1]
(1. 奈良県立医科大学　消化器・総合外科、2. 奈良県立医科大学附属病院　中央内視鏡部)

【目的】
80歳以上の結腸癌患者数は増加しており，フレイル評価の重要性が指摘されている．先行研究はCFS(Clinical Frailty Scale)が全死亡を予測すると報告したが，癌特異的死亡と他病死を区別した解析は少ない．本研究はCFSが短期成績および長期予後・癌特異的予後・再発に与える影響を検討した．
【対象と方法】
2008年1月～2022年12月に当院で結腸癌に対し根治手術を施行した80歳以上の連続123例を対象とした．術前CFSによりCFS≤4群(81例)とCFS≥5群(42例)に分類し，術後合併症，転院率，全生存(OS)，癌特異的生存(CSS)，他病死，再発を比較した．
【結果】
年齢中央値は83歳，女性70名，pStageI/II/IIIが26/48/49名であった．観察期間中央値，45.4ヶ月．3年OSはCFS≤4群93.4% vs CFS≥5群65.0%(log-rank p=0.005)であった．また男性は女性より優位に3年OSが悪かった．多変量解析でCFS≥5，男性いずれもOSの独立予測因子であった．一方、原癌死，再発率に差を認めず，他病死がCFS≥5群で有意に高頻度であった(p=0.067)．術後合併症はCFS≥5群，GFR<55で有意に多かった．多変量解析でCFS≥5が独立予測因子であった．合併症別に見ると，せん妄はCFS≥5群で優位に多いが，イレウスや，縫合不全，創部感染症，Clavien-Dindo III以上には差はなかった．転院率はCFS≤4群0% vs CFS≥5群21.4%(p<0.001)と顕著な差を認めた．
【結語】
高齢結腸癌患者においてCFS≥5は全死亡と他病死の独立予測因子であるが，癌特異的予後や再発には影響しない．フレイル患者でも根治手術の腫瘍学的効果は保たれており，合併症は内科的・認知的事象に偏在し，外科的安全性は損なわれない．フレイルを理由に手術適応を否定するのではないが，周術期リハビリテーションと社会的支援を含む包括的Careが重要である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:15 ~ 10:00 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 11　高齢者に対する大腸癌治療戦略 1
座長：田中 正文（大腸肛門病センター高野病院）

[O11-5] 当院における85歳以上高齢者大腸癌手術症例の検討

*渡邊 英樹[1]、古屋 一茂[1]、峯平 沙耶香[1]、末木 崇裕[1]、千野 俊春[1]、宮崎 葵[1]、河西 浩人[1]、池亀 昂[1]、名田屋 辰規[1]、大森 隼人[1]、鷹野 敦史[1]、飯室 勇二[1] (1. 山梨県立中央病院)

【背景】
高齢化の進行に伴い，85歳以上の高齢者大腸癌手術症例は増加している．一方，高齢者では併存疾患や身体機能低下を伴うことが多く，手術適応や周術期管理には慎重な判断を要する．

【目的】
当院における85歳以上高齢者大腸癌手術症例の臨床的特徴および短期成績について検討した．

【対象・方法】
2005年～2025年に当院で施行した大腸癌手術症例を対象とし，85歳以上群と85歳未満群に分けて後方視的に比較検討した．比較項目は閉塞・穿孔の有無，緊急手術率，術式，腹腔鏡手術率，術後在院日数，術後合併症などとした．

【結果】
対象は2,080例であり，85歳以上群263例，85歳未満群1,817例であった．85歳以上群では，閉塞所見を伴う症例が16.7%（44例）であり，85歳未満群11.3%（205例）と比較して高率であった．緊急手術率は85歳以上群4.9%（13例），85歳未満群2.5%（45例）であった．穿孔症例は85歳以上群3.0%（8例），85歳未満群2.4%（43例）であった．腹腔鏡手術率は85歳以上群43.3%，85歳未満群38.0%であった．Clavien-Dindo分類Grade II 以上の術後合併症は85歳以上群21.7%，85歳未満群16.5%に認めた．術後在院日数中央値は85歳以上群13日，85歳未満群11日であった．

【結語】
85歳以上高齢者大腸癌症例では，閉塞を伴う症例や緊急手術症例が多く，術後合併症および在院日数延長の傾向を認めた．一方で，高齢者に対しても腹腔鏡手術は一定割合で施行されており，適切な症例選択および周術期管理により安全な手術施行が可能と考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:15 ~ 10:00 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 11　高齢者に対する大腸癌治療戦略 1
座長：田中 正文（大腸肛門病センター高野病院）

[O11-6] 高齢者大腸癌手術症例のGNRIの影響の検討

*日月 亜紀子[1]、槌田 尚希[1]、斎藤 健[1]、亀谷 直樹[1]、長谷川 毅[1]、山田 靖哉[1]、西村 重彦[1] (1. 住友病院消化器外科)

人口の高齢化にともない高齢者大腸癌症例数も増加している。高齢者では、若年者以上に個々による差が大きく、フレイル状態では、術後合併症のリスクが高いとも考えられている。フレイルの原因の一つに低栄養状態が考えられている。今回我々は当院で経験した75歳以上の高齢者大腸癌手術症例患者に対して、高齢者栄養リスク指標（GNRI：Geriatric Nutritional Risk Index）の影響について検討した。対象は、2017年1月から2024年12月までに当院で大腸癌根治切除を行った症例は175例。ROC曲線から得られたGNRIのカットオフ値は103であった。GNRI 103以上のGNRI-H群71例と103未満のGNRI-L群104例で比較検討した。臨床病理学的背景の比較では、性別に有意さは認めなかったが、年齢はL群で有意に高齢者が多く、BMI、alb、Hb 、コレステロール値も有意にL群で低いという結果であった。また併存症では、糖尿病　心疾患の有無では、有意差は認めなかったが、HTがL群で有意に多かった。ASAも有意にL群で低かった。腫瘍因子の比較では、腫瘍占拠部位、組織型、v因子、pNについては、有意差は認めなかったが、腫瘍サイズはL群で有意に大きく、pTもL群で有意に深達度が高く、ly因子もL群で有意に浸潤度が高かった。手術因子では、手術時間　出血量には有意差は認めなかったが、リンパ節郭清度は、L群で有意にD3が多いという結果であった。術後合併症については、有意差は認めなかった。術後補助療法の実施についても有意差は認めなかったが、再発はL群で有意に多かった。RFS、OS、DSSについて検討したところ、3年無再発生存率は、L群73.7%、H群92.1%と有意にH群で高いという結果であった。3年生存率は、L群81.9%、H群94.9%であったが、有意差は認めなかった。DSSについても有意差は認めなかった。今回の検討では、GNRIが低いことにより、有意に合併症が多いということはなかったが、再発では有意差を認めた。また、OSでは有意差は認められなかったが、RFSで有意差を認め、栄養状態を改善することにより、再発を抑えられる可能性も考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科

2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:10 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 12　その他の大腸・肛門疾患 1

座長：古川 聡美（JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター）

[O12-1] 地域医療における肛門科の役割―排便日誌と肛門機能評価に基づく排便外来診療の実臨床―

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

[O12-2] 当院で経肛門的洗腸療法を導入した3症例

*松本 奈緒[1]、古山 裕美[1]、伊禮 靖苗[2]、髙野 正太[2] (1. 大腸肛門病センター高野病院看護部、2. 大腸肛門病センター高野病院大腸肛門機能科)

[O12-3] 当院における機能性直腸肛門痛の臨床的特徴の検討

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

[O12-4] 地域医療における肛門科の役割～広島で当院が行うべき肛門診療とは～

*竹田 春華[1]、川堀 勝史[1]、川堀 嵩史[1]、岡島 正純[1] (1. 三渓会川堀病院)

[O12-5] 肛門皮垂および会陰部贅皮に対する診療上の課題とその対応の工夫

*那須 聡果[1] (1. ウィメンズクリニック浦和)

[O12-6] 肛門科クリニックで経験したエムポックス6症例の検討

*吉田 幸平[1]、樽見 研[2] (1. 新宿おしりのクリニック、2. 樽見おしりとおなかのクリニック)

[O12-7] 地域における当院肛門外科の役割

*岡田 和也[1]、長田 康彦[2]、牟田 裕貴[1]、山﨑 遥[1]、伊藤 信一郎[1]、進 誠也[1]、岸川 博紀[1] (1. 光晴会病院外科、2. ながた大腸肛門クリニック)

[O12-8] 大腸肛門病専門病院（肛門外科）としての地域医療における役割

*河野 洋一[1]、宮島 伸宜[1]、岡本 康介[1]、下島 裕寛[1]、松村 奈緒美[1]、紅谷 鮎美[1]、松島 小百合[1]、松島 悠[1]、小菅 経子[1]、米本 昇平[1]、佐井 佳世[1]、ナナー 譲時[1]、渡部 晃子[1]、内田 ひかり[1]、宋 江楓[1]、國場 幸均[1]、黒水 丈次[1]、松島 誠[1] (1. 松島病院　大腸肛門病センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:10 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 12　その他の大腸・肛門疾患 1
座長：古川 聡美（JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター）

[O12-1] 地域医療における肛門科の役割―排便日誌と肛門機能評価に基づく排便外来診療の実臨床―

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

【背景】
便秘、便失禁、排便困難、LARSなどの排便障害は多様な病態を背景に長期管理を要するが、地域医療において体系的な評価および管理体制は十分に確立されていない。特に術後排便障害や症状が複雑な症例では、排便パターンに加え肛門機能を含めた評価と段階的介入が求められる。
【目的】
肛門専門施設における排便外来の実臨床データを解析し、排便障害診療の実態およびその役割を検討する。
【方法】
2026年3–4月に当院排便外来で排便日誌を導入し管理を行った連続46例を対象とした。主症状、流入経路、生活への支障、QOL（EQ-5D-5L）および症状スコア（CSS、CCFIS、LARSスコア）を解析した。排便日誌は排便パターンの把握が困難、または問診のみでは評価不十分と判断した症例に導入し、排便パターンおよび肛門機能を踏まえて生活指導、薬物療法、バイオフィードバック療法などの段階的介入を実施した。
【結果】
主症状は便失禁47%、便秘35%、排便困難17%、LARS17%、におい漏れ3%であった。流入経路は他院通院中の自己判断受診35%、当院既存患者35%、他院紹介15%などであり、紹介より自己受診が多かった。生活への支障は中等度46%、強い48%と高頻度に認めた。初診時QOL中央値（IQR）は0.80（0.70–0.90）、CSS 13（10–14）、CCFIS 12（9–15）、LARSスコア39（37–41）であった。BF療法導入は6例（17%）であった。抄録作成時点で1か月後評価が可能であった19例では、QOL0.05以上の改善は5例（26%）に認め、CSS 10（7.25–13.5）、CCFIS 11（5–12）、LARSスコア32.5（28.5–34.25）と改善傾向を示した。
【結語】
排便外来には生活支障の強い排便障害患者が集積し、その多くは自己判断による受診であった。これは地域医療における排便障害診療へのアクセス不足を示唆する。排便日誌と症状スコアに加え、肛門機能を踏まえた評価と段階的介入により、排便障害の可視化と治療方針の最適化が可能となる。肛門専門施設は、腸管症状のみならず肛門機能を含めた総合的評価に基づく診療を担う点で、地域医療における重要な役割を有する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:10 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 12　その他の大腸・肛門疾患 1
座長：古川 聡美（JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター）

[O12-2] 当院で経肛門的洗腸療法を導入した3症例

*松本 奈緒[1]、古山 裕美[1]、伊禮 靖苗[2]、髙野 正太[2] (1. 大腸肛門病センター高野病院看護部、2. 大腸肛門病センター高野病院大腸肛門機能科)

【はじめに】経肛門的洗腸療法(以外TAI)は、2018年以降保険適応となり、当院では、2025年に導入を開始した。今回、脊髄疾患による排便障害に対しTAIを施行した3症例を報告する。
【導入の流れ】従来の治療で排便コントロール困難な症例で、導入前に直腸肛門機能検査・内視鏡検査を行い、多職種カンファレンスを経て、排泄ケア外来での指導、および短期入院で手技を習得。
【症例1】50歳代男性(脊椎損傷(Th11以下)骨盤骨折)毎日摘便・浣腸を実施していたが便失禁が持続。TAI開始し1回/2日(注入量1000ml)直腸粘膜脱があるため還納しながらの施行を要する。現在は成功できているが、粘膜損傷のリスクを考慮した愛護的操作と慎重な経過観察が必要。
【症例2】50歳代男性(脊椎分離症)保存治療やSNM(仙骨神経刺激療法)施行後も便失禁が改善せず。直腸潰瘍瘢痕を認めたため、コーンタイプを選択しTAIを開始。施行時の腹痛により注入量が200ml以下に留まり、失禁が継続している。十分な洗浄量を得るためには通常300ml以上とされており、今後の状況で治療効果の判断が必要。
【症例3】40歳代女性(脊髄腫瘍摘出(L2)術後)内服と連日テレミン坐を使用していたが便失禁が持続。1回/2日(注入量400ml)で排便時間は短縮はできているが依然として便失禁が持続。現在、注入量や便性調整の最適化を図っている段階。
【考察】TAIは、脊髄疾患患者の排便障害改善・QOL向上に有効な選択肢である。しかし、症例1のように解剖学的背景に応じた愛護的操作や症例2のように腹痛などの副作用による注入量不足への対応など個別性の高い支援が不可欠である。また、症例3では、注入量や便性調整のバランスを見極める継続的なフォローアップが、長期継続の鍵になる。
【結語】TAIの成功には、手技の自立支援のみならず、医学的背景に基づいた調整が必要であり、院内の多職種連携はもとより！専門道具を扱う業者との強固なネットワークによる支援体制が不可欠である。トラブル対応や最新の知見を共有できる体制を構築することが、患者の自立と安心した在宅生活の維持につながると考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:10 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 12　その他の大腸・肛門疾患 1
座長：古川 聡美（JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター）

[O12-3] 当院における機能性直腸肛門痛の臨床的特徴の検討

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

背景：機能性直腸肛門痛は器質的疾患を認めないにもかかわらず直腸肛門痛が持続または反復する疾患であり、診断および治療に難渋することが少なくない。病態には骨盤底筋の過緊張や直腸肛門部の神経過敏、心理的要素が複雑に関与すると考えられている。
方法：2025年1月から12月までに、機能性直腸肛門痛の診断または疑いで当院に受診した47例を対象とした。消散性直腸肛門痛2例と1回受診のみの14例を除外した31例のうち、機能性直腸肛門痛と診断可能であった25例を対象として検討した。検討項目は年齢、性別、病悩期間、便秘の有無、痛みの誘因、肛門手術歴、脊椎疾患・精神疾患の有無、肛門管後方の圧痛、治療内容、経過とした。
結果：平均年齢66.2（38-83）歳、男女比は18:7であった。精神疾患は2例（8%）、脊椎疾患は7例（28%）、肛門手術歴は12例（48%）に認めた。座位での疼痛増悪は19例（76%）、排便での増悪は8例（32%）であった。肛門管後方の圧痛は24例（96%）に認めた。治療は生活指導と薬物療法を主体とし、希望例では他院にて神経ブロック療法を施行した。経過は改善4例（16%）、軽快12例（48%）、不変8例（32%）、不明1例（4%）であった。
考察：多くの症例で座位により疼痛が増悪し、肛門管後方に圧痛を認めた。これらは骨盤底筋群の過緊張や陰部神経の関与を示唆する所見と考えられた。また脊椎疾患の合併も一定数認められ、腰仙部由来の神経因性要素の関与が考えられた。既報においても骨盤底機能異常や神経過敏の関与が指摘されており、本検討はこれを支持する結果であった。本疾患は器質的異常を認めないため診断に難渋することが多いが、これらの身体所見や症状の特徴は診断の一助となる可能性がある。治療に関してはバイオフィードバック療法の有用性が報告されているが、当院では施行しておらず、生活指導および薬物療法を中心とした保存的治療が主体であった。改善例は限定的であり、治療選択の拡充が必要と考えられた。
結語：機能性直腸肛門痛では、座位での疼痛増悪および肛門管後方圧痛が特徴的であり、神経因性要素を念頭に置いた診療が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:10 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 12　その他の大腸・肛門疾患 1
座長：古川 聡美（JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター）

[O12-4] 地域医療における肛門科の役割～広島で当院が行うべき肛門診療とは～

*竹田 春華[1]、川堀 勝史[1]、川堀 嵩史[1]、岡島 正純[1] (1. 三渓会川堀病院)

当院は広島駅から徒歩圏内にある有床数39床の大腸肛門病疾患専門病院である。周辺には広島大学病院や市民病院など総合病院もある。当院では、年間約1000例の経肛門的手術を行っており、大腸内視鏡検査は年間約230例施行している。大腸肛門病学会の認定
施設であり、肛門科専門医、女性医師もいることから、県内のみならず中四国地方などの他県からも肛門疾患の診察に受診する患者も多い。
排便時出血を主訴に受診する患者の多くは、痔核や裂肛といった良性疾患が多い中、出血の状態を把握し、直腸診を行うことにより診断できる悪性腫瘍を、周辺の関連施設への紹介している。また痔瘻についても発熱や肛門痛などの主訴がありながら、肛門科受診が遅れる患者も多い中、当院を認識していただいている周辺施設の医師より紹介いただくことも多い。
女性医師がいるのでという理由で来院される患者も多く、幼児から高齢者まで女性医師を希望する患者も多い。そのような中から、便秘を主訴にした20代の卵巣がんや、膣周囲の違和感で受診したBowen病、肛門周囲の基底細胞癌、14歳女性の直腸Rsの粘膜内癌など、まれな疾患を経験することも多々ある。
肛門外科医として良性疾患の診療・治療を行うのは当然のことであるが、我々が悪性疾患を疑い、見逃さないように、大腸外科医や他科の医師と連携を行いながら、診療を行うことは重要と考える。
我が広島は悲しいことに「転出超過ワースト1位」であり、進学や引っ越しを期に他県へ移動される患者も多い。逆に地元での手術を希望し長期休みで帰広する患者も多く、全国の肛門外科医に当院を認識してもらっていることで、術後管理や経過観察をお願いすることもでき、地方の開業医でもできることも多くある。
今回、我々が日々行っている診療を通して、地域医療における肛門科の役割について考えたい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:10 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 12　その他の大腸・肛門疾患 1
座長：古川 聡美（JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター）

[O12-5] 肛門皮垂および会陰部贅皮に対する診療上の課題とその対応の工夫

*那須 聡果[1] (1. ウィメンズクリニック浦和)

【背景】
　肛門皮垂は日常診療でしばしば遭遇するが、病的意義に乏しいとして経過観察とされることが多い。一方、特に女性外来では「拭きづらい」「湿疹を繰り返す」「見た目が気になる」といった訴えを背景に、整容的・衛生的理由から治療を強く希望する症例も少なくなく、治療適応の判断に迷う場面もしばしば生じる。近年は肛門皮垂に連続する「会陰部贅皮」を含めた相談も増えているが、本概念は主に美容外科領域で用いられており、肛門科では十分に周知されていない。また、肛門皮垂が美容外科において「肛門周囲余剰皮膚切除」として施行された結果、痔核成分への処置が不十分となり、術後に腫脹を呈して皮垂が術前より増悪する症例も経験する。このように、診療科や施設により捉え方や対応に差があり、患者が複数施設を受診する場合もある。
【課題】
　本領域で診療上問題となる要因は、①医療者の「病的意義は乏しい」との認識と患者の切実さとの乖離、②保険診療と整容目的の境界の曖昧さ、③切除後も理想的形態が保証されない点、④術後整容性に対する患者の高い期待、などである。他院で手術を断られる症例も少なくなく、これらの要因が相互に関与することで問題が生じやすい点が本領域の特徴といえる。
【当院の対応】
　当院では術前に整容的結果の限界を明確に説明し、治療目標を共有することを重視している。術式としては痔核成分の適切な処理に加え、ドレナージ創の工夫や牽引固定法を用い、術後腫脹の軽減と創縁の安定化を図っている。会陰部贅皮を伴う場合には局所のみならず全体のバランスを考慮し、連続して切除を行う。さらに術後管理（排便調整や生活指導）の徹底も整容結果に大きく寄与する。
【結語】
　肛門皮垂および会陰部贅皮は整容的側面を含むため、医療者と患者の認識共有が特に重要な領域である。適切な適応判断と十分なインフォームドコンセント、ならびに術式上の工夫により、良好な治療結果が期待される。症例提示を通じ、本領域における診療上の課題と実際の対応について報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:10 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 12　その他の大腸・肛門疾患 1
座長：古川 聡美（JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター）

[O12-6] 肛門科クリニックで経験したエムポックス6症例の検討

*吉田 幸平[1]、樽見 研[2] (1. 新宿おしりのクリニック、2. 樽見おしりとおなかのクリニック)

【背景・目的】 2022年以降のエムポックスの世界的流行では,従来の典型的な全身性発疹とは異なり,会陰部や肛門周囲に病変が局在する臨床像を呈する症例が報告されている.

これらの症例では強い肛門痛を伴うことが多く,初診として肛門科を受診するケースが散見される.

今回我々は、当クリニックを受診した強い肛門痛を主訴とし,後にエムポックスと診断された6症例を経験したので,その患者背景および画像所見などの臨床的特徴を中心に報告する.

【症例】 症例は23歳から45歳の男性6例,全例で初発症状として肛門痛を訴え当院を受診した.5例で発熱や鼠径リンパ節腫脹などの前駆症状を伴っていた.問診上,全例にハイリスクとなる接触歴（性的接触など）を認めた.視診および肛門鏡による画像所見では,肛門周囲に多発する潰瘍性病変や水疱,白苔を伴う隆起性病変を認めた.病変の局在から裂肛や他の肛門感染症（梅毒、単純ヘルペスなど）と鑑別を要したが,問診および特異的な病変形態からエムポックスを疑い,専門機関と連携しPCR検査を実施した結果,全例でエムポックスの確定診断に至った.

【考察】 エムポックスの肛門病変は,一般的な肛門疾患や他の性感染症と類似した局所所見を呈することがあり,鑑別に苦慮する場合がある.しかし,感染拡大を防ぐためにも早期診断が不可欠である.実地医家においては,強い肛門痛や非典型的な肛門管・肛門周囲の潰瘍・水疱性病変を診た際,エムポックスを鑑別疾患として念頭に置く必要がある.詳細な問診（接触歴や渡航歴など）と,適切な感染防護策を講じた上での診察が重要である.

【結語】 肛門痛を主訴に肛門科を受診したエムポックスの6症例を経験した.直腸肛門領域の非典型的な病変に対しては,本疾患を疑う視点を持つことが重要である.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:10 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 12　その他の大腸・肛門疾患 1
座長：古川 聡美（JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター）

[O12-7] 地域における当院肛門外科の役割

*岡田 和也[1]、長田 康彦[2]、牟田 裕貴[1]、山﨑 遥[1]、伊藤 信一郎[1]、進 誠也[1]、岸川 博紀[1] (1. 光晴会病院外科、2. ながた大腸肛門クリニック)

痔核、痔瘻、裂肛の三大痔疾患は依然として患者数が多く、近年クローン病の増加に伴い関連する肛門病変も増加傾向である。また、高齢化の進行により、排便障害患者も増加の一途をたどっており、地域における肛門科診療の役割はますます重要となっている。
このようなニーズに答えるため、2020年に大腸・肛門の専門病院であるくるめ病院の指導により経肛門エコー、排便造影、直腸肛門内圧検査ならびにバイオフィードバック療法の実施が可能となり、大腸肛門機能障害を含む様々な肛門疾患に対応するため、2022年に大腸肛門病センターを設立した。
　当院における肛門疾患手術の件数はセンター設立前の2018年から2021年の4年間では927例で、紹介件数694例であったが、設立後の2022年から2025年の４年間ではそれぞれ1095例（増加率18%）と910例（31%）であった。このうち市外からの紹介件数は2018年から2021年は110例であったが、2022年から2025年度は197例（80%）であった。さらに、市内ならびに市外の基幹病院からもクローン病に伴う肛門周囲膿瘍や痔瘻などコントロールが難しい場合は当施設に紹介となる症例が増えてきている。
　当院にて高齢者便失禁患者に対するバイオフィードバック療法を行った33例のうち21例（64%）において治療前後にFISI（Fecal Incontinence Severity Index）とJFIQL（Japanese version of the Fecal Incontinence Quality of Life scale）による評価を行った。結果は治療前FISI平均 21（最小10-最大42）、治療後 11(0-28)、治療前JFIQL総合スコア2.58(1.41-4.0)、治療後3.44（1.33-4.1）、JFIQL生活制限2.7 (1-4)、3.8 (1-4)、JFIQL対処・行動2.0 (1-3.88)、3.75 (1-4)、JFIQL抑うつ・自己認識3.0 (1.67-4.17)、3.67 (1.83-4.5)、JFIQL羞恥2.0 (1-4)、3.33 (1-4)であった。
　排便造影検査や直腸肛門内圧検査などの検査が施行できる施設は長崎では当施設のみであり、高齢者が増加する中、排便障害に対する検査やバイオフィードバック療法の必要性は増えていくと考えられる。今後さらに地域クリニックや介護施設との連携を強化し、基幹病院ならびに専門施設とのネットワーク構築を充実させていきたい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科

2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:10 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 12　その他の大腸・肛門疾患 1

座長：古川 聡美（JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター）

[O12-8] 大腸肛門病専門病院（肛門外科）としての地域医療における役割

*河野 洋一[1]、宮島 伸宜[1]、岡本 康介[1]、下島 裕寛[1]、松村 奈緒美[1]、紅谷 鮎美[1]、松島 小百合[1]、松島 悠[1]、小菅 経子[1]、米本 昇平[1]、佐井 佳世[1]、ナナー 譲時[1]、渡部 晃子[1]、内田 ひかり[1]、宋 江楓[1]、國場 幸均[1]、黒水 丈次[1]、松島 誠[1] (1. 松島病院　大腸肛門病センター)

当院は横浜市（人口３７７万人）中心部に位置する大腸肛門病専門病院であり創立１０２年を迎えた。誰でも（保険医療機関）いつでも（日曜祝日以外盆休みなし）患者を受け入れ、その日のうちに外科的治療を含む初期治療を行いその後に続けてきた。

① 高齢化に伴う排便障害、特に糞便栓塞に対する準緊急治療

２０２５年の１年間で４３４例に対して摘便等を行った。患者内訳は横浜市内在住３７６例８６．６%、他の市町は５８例１３．４%。その後便秘治療を行い、必要に応じて排便機能外来で治療を継続している。

② 肛門外科としての救急医療

肛門周囲膿瘍に対する緊急の外来での局麻下切開排膿術は２０２５年の１年間で１０２５例行いそのうち紹介された患者は４９５例であった。さらに、深部膿瘍や広範囲膿瘍に対しては緊急で腰椎麻酔下で切開排膿術を原則１泊２日入院で２０２５年の１年間で３６０例行いそのうち紹介された患者は１７０例であった。

③ 直腸癌の診断

一方、出血等を主訴に肛門科を受診し、直腸癌と判明した患者は、２０２５年の１年間で７０例あり、大学病院等の他施設へ紹介した。

④ 肛門外科としての外科的治療

血栓性外痔核で疼痛や出血の症状が強い症例は緊急で血栓除去術を行う。内痔核からの出血がひどい場合には痔核硬化療法を行う。

⑤ 大腸肛門病専門病院として

高齢者に多い直腸脱に対して腹腔鏡下直腸固定術を行い治癒率を向上させている。

⑥ 他施設との連携

脳心血管系の合併症があり抗凝固薬が休薬できず腰椎麻酔不可の場合は当院で局所麻酔＋鎮静下で手術を行う。症例によっては近隣の総合病院で手術を行い、当院から医師が出張して手術に参加する。

近年、内科・内視鏡科メインのクリニックが増え、肛門内科を標榜することもあり、患者がまずそのクリニックを受診することが多い。当院は肛門外科として、緊急外科的処置を含む治療を提供し、必要な地域医療を担っていき、他施設と連携をしていきたい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第6会場（1F 会議室103）

一般演題（口演） 13　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 1

座長：平田 賢郎（慶應義塾大学病院　腫瘍センター）

[O13-1] 切除可能大腸癌における術後ctDNA検査の実臨床での現状と課題について

*福本 結子[1]、片岡 幸三[1]、木村 慶[1]、奥村 兼汰[1]、松下 和輝[1]、大谷 雅樹[1]、今田 絢子[1]、宋 智亨[1]、友尾 祐介[2]、長野 健太郎[2]、楠 蔵人[2]、桑原 隆一[2]、堀尾 勇規[2]、内野 基[2]、池内 浩基[2]、池田 正孝[1] (1. 兵庫医科大学病院　下部消化管外科、2. 兵庫医科大学病院　炎症性腸疾患外科)

[O13-2] ATR阻害薬AZD6738によるFTD抗腫瘍効果の増強：5-FU耐性大腸癌モデルを用いた前臨床研究

*上原 崇平[1]、鈴木 卓弥[1]、加藤 潤紀[1]、澤井 美里[1]、浅井 宏之[1]、加藤 瑛[1]、余呉 覚匡[1]、牛込 創[1]、山川 雄士[1]、高橋 広城[1]、松尾 洋一[1]、瀧口 修司[1] (1. 名古屋市立大学大学院医学研究科消化器外科学)

[O13-3] MSI-H/dMMR切除不能進行・再発大腸癌に対する免疫チェックポイント阻害薬効果の検討

*南原 翔[1]、安藤 幸滋[1]、川副 徹郎[1,2]、是久 翔太郎[1,2]、津田 康雄[1]、中ノ子 智徳[1]、沖 英次[2]、吉住 朋晴[1] (1. 九州大学大学院消化器・総合外科、2. 九州大学病院先端医工学診療部)

[O13-4] 抗EGFR抗体レジメンを後方治療で再導入した切除不能進行再発大腸癌8例の検討

*石田 典仁[1]、津軽 開[1]、大塚 祐治[1]、蔵田 隼也[1]、加藤 亜美[1]、會田 卓弘[1]、笠原 美沙[1]、加藤 智尋[1]、闇彌 一貴[1]、宗 英一郎[1]、千田 彰彦[1]、川崎 健太[1,2]、金井 隆典[1]、平田 賢郎[1,2] (1. 慶應義塾大学病院内科学教室(消化器)、2. 慶應義塾大学病院腫瘍センター)

[O13-5] 年齢因子がFOLFIRI＋ramucirumab療法の有効性と安全性に与える影響：RINDO studyにおけるサブグループ解析

*山本 泰康[1]、服部 憲史[1]、梅田 晋一[1]、佐藤 雄介[1]、村田 悠記[1]、小倉 淳司[1]、飯塚 彬光[1]、笹原 正寛[1]、杉田 静企[1]、中西 香企[1]、清水 大[1]、田中 千恵[1]、宮田 一志[1]、神田 光郎[1] (1. 名古屋大学医学部付属病院消化器・腫瘍外科(消化管))

[O13-6] 当科におけるBEACONレジメンの使用経験

*阿部 馨[1]、野上 仁[1]、青木 亮太[1]、松本 瑛生[1]、荒引 みちる[1]、丸山 聡[1] (1. 新潟県立がんセンター新潟病院消化器外科)

[O13-7] ERBB2 Equivocal判定から考える大腸がんCGP結果解釈の標準化と課題

*古屋 信二[1]、白石 謙介[1]、滝口 光一[1]、仲山 孝[1]、齊藤 亮[1]、丸山 傑[1]、出雲 渉[1]、庄田 勝俊[1]、雨宮 秀武[1]、河口 賀彦[1]、市川 大輔[1] (1. 山梨大学医学部外科学講座第1教室)

[O13-8] TMBhigh進行・再発大腸癌に対するPembrolizmab治療成績

*横田 和子[1]、柴木 俊平[1]、坂本 純一[1]、小嶌 慶太[1]、田中 俊道[1]、横井 圭悟[1]、古城 憲[1]、三浦 啓壽[1]、山梨 高広[1]、佐藤 武郎[2]、内藤 剛[1] (1. 北里大学医学部下部消化管外科学、2. 北里大学医学部附属医学教育研究開発センター医療技術教育研究部門)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第6会場（1F 会議室103）

一般演題（口演） 13　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 1

座長：平田 賢郎（慶應義塾大学病院　腫瘍センター）

[O13-1] 切除可能大腸癌における術後ctDNA検査の実臨床での現状と課題について

*福本 結子[1]、片岡 幸三[1]、木村 慶[1]、奥村 兼汰[1]、松下 和輝[1]、大谷 雅樹[1]、今田 絢子[1]、宋 智亨[1]、友尾 祐介[2]、長野 健太郎[2]、楠 蔵人[2]、桑原 隆一[2]、堀尾 勇規[2]、内野 基[2]、池内 浩基[2]、池田 正孝[1] (1. 兵庫医科大学病院 下部消化管外科、2. 兵庫医科大学病院　炎症性腸疾患外科)

【背景】
circulating tumor DNA（ctDNA）は大腸癌における微小残存病変（MRD）評価の有望なバイオマーカーとして注目されている。一方で、術後補助療法や再発サーベイランスへの具体的な活用法については十分なエビデンスがなく、実臨床における有用性は明らかでない。当院では2023年6月より自費診療としてctDNA検査を導入した。
【方法】
2023年6月～2026年4月に切除可能大腸癌に対して根治切除術を施行し、術後4～10週でctDNA検査（Guardant Reveal）を施行した症例を後方視的に解析した。ctDNA陽性例では再発の早期検出を目的として追加画像検査を施行し、陰性例では通常サーベイランスを継続した。再発形式および術後治療との関連について検討した。
【結果】
82例中、術後4～10週で検査を施行した70例を解析対象とした。年齢中央値は69歳、pStage I/II/III/IVは7/11/39/13例で、観察期間中央値は16か月であった。ctDNA陽性は17例（25.4%）であった。ctDNA陽性例では9例に早期画像検査で再発を認めた。画像上再発を認めなかった6例に対して併用化学療法を施行したが、3例（50%）で再発を認めた。ctDNA陰性53例ではpStage I/IIに再発を認めず、pStage IIIでは経過観察群および経口5-FU群で各1例再発した。全再発はctDNA陽性13例、陰性6例で、再発部位は陽性群で肝6例、リンパ節4例、腹膜2例、脊椎1例と肺転移再発は認めず、陰性群で肝1例、肺3例、リンパ節1例、腹膜1例であった。
【結論】
術後ctDNAは特に肝転移の高感度検出に有用である可能性が示唆された一方、肺転移に対する感度は限定的であった。ctDNAによるMRD評価は再発の早期診断やリスク層別化に基づく術後補助療法選択に有用である可能性があり、今後さらなる症例集積と長期経過観察が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第6会場（1F 会議室103）
一般演題（口演） 13　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 1
座長：平田 賢郎（慶應義塾大学病院　腫瘍センター）

[O13-2] ATR阻害薬AZD6738によるFTD抗腫瘍効果の増強：5-FU耐性大腸癌モデルを用いた前臨床研究

*上原 崇平[1]、鈴木 卓弥[1]、加藤 潤紀[1]、澤井 美里[1]、浅井 宏之[1]、加藤 瑛[1]、余呉 覚匡[1]、牛込 創[1]、山川 雄士[1]、高橋 広城[1]、松尾 洋一[1]、瀧口 修司[1] (1. 名古屋市立大学大学院医学研究科消化器外科学)

【はじめに】
近年、抗腫瘍薬によるDNA損傷に対する、がん細胞が持つDNA損傷チェックポイントと呼ばれる修復機構が解明されてきている。センサー蛋白複合体が様々な分子を活性化し細胞周期を停止させ、損傷遺伝子の増幅を防ぐものである。DNA損傷チェックポイントを標的とする治療は、既存の抗腫瘍薬の効果を増強し得る。我々はG2/M期チェックポイントを阻害するATR阻害剤AZD6738に着目し、5-FU、FTDとの併用効果を報告してきた。大腸癌化学療法は5-FUが中心であるが、後方ラインでは耐性獲得が問題となる。FTDはS期にDNAに取り込まれ損傷を起こす薬剤であるが、単剤の効果は乏しく、進行再発大腸癌の後方ラインでの適応に限られている。本研究では5-FU耐性株に対するFTD＋AZD6738の効果を検討した。
【方法・結果】
①HCT116（p53wt）、DLD-1（p53mu）を5-FUに曝露しIC50が100倍となった耐性株HCT116/5FUR、DLD-1/5FURを樹立。②WST-1アッセイでFTDに単剤では効果のない濃度のAZD6738を併用すると細胞増殖が有意に低下した。③フローサイトメトリーでFTDによるG2/M期停止がAZD6738併用によって解除された。④Western blotでFTDにAZD6738を併用するとChk1のリン酸化が抑制され、DNA損傷及びアポトーシス蛋白の発現が増強した。⑤DLD-1/5FUR皮下移植マウスをControl群、AZD6738群、TAS102群、TAS102＋AZD6738群に分け、2週間経口投与を行う動物実験を行った。TAS102＋AZD6738群のみ有意に腫瘍増大が抑制された。体重減少や臓器障害、血液毒性はなかった。
【考察】
5-FUとFTDはともにTS阻害作用とDNA取り込み損傷作用を併せ持つが、FTDは後者の作用が他のフッ化ピリミジン薬剤と比べ強いことが知られている。5-FU耐性化の主な機序はTSの活性化とされる。本研究の結果から、DNA損傷の作用が強いFTDとDNA損傷修復を阻害するAZD6738の組み合わせは、5-FUに耐性化した大腸癌後方ラインでの治療戦略として有望である可能性が示された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第6会場（1F 会議室103）
一般演題（口演） 13　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 1
座長：平田 賢郎（慶應義塾大学病院　腫瘍センター）

[O13-3] MSI-H/dMMR切除不能進行・再発大腸癌に対する免疫チェックポイント阻害薬効果の検討

*南原 翔[1]、安藤 幸滋[1]、川副 徹郎[1,2]、是久 翔太郎[1,2]、津田 康雄[1]、中ノ子 智徳[1]、沖 英次[2]、吉住 朋晴[1] (1. 九州大学大学院消化器・総合外科、2. 九州大学病院先端医工学診療部)

【背景】免疫チェックポイント阻害薬（ICI）であるペムブロリズマブ（PEM）は，高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-H）/ミスマッチ修復欠損(dMMR)の切除不能進行・再発大腸癌に対する一次治療として推奨されているが、最近、一次治療におけるイピリムマブ(IPI)+ニボルマブ(NIVO)併用療法が極めて有効な治療効果を示し、新たな標準治療の選択肢になると考えられる(CheckMate 8HW試験)。
【目的】当科におけるMSI-H/dMMR切除不能進行・再発大腸癌に対するICIの治療成績を明らかにする。
【対象・方法】2021～2025年までに当科でICIを投与したMSI-H/dMMR切除不能進行・再発大腸癌9症例の治療成績を後方視的に検討した。
【結果】診断時切除不能例が6例(1例は多臓器浸潤により根治切除不能な局所進行症例)、再発例が3例であった。一次治療としてPEMを6例、IPI+NIVOを1例、二次、四次治療でそれぞれ1例ずつPEMを投与していた。男性4例、女性5名、治療開始時の年齢は中央値で67歳(36-88歳)であった。原発巣の局在は右側6例、左側3例であった。RAS変異1例(11%)、BRAF V600E変異6例(67%)でBRAF変異併存例が多く、BRAF変異併存例は全例右側であった。投与クール数は中央値で8(2-61)、治療効果判定はRECIST基準でCR4例、PR3例、PD1例、NE1例で奏功率は78%であった。CR/PRになった7症例は初回評価CTで全例著明な縮小を認め、一次治療の2症例は2クール、4クールと早期にCRとなっていた。二次、四次治療の2例もCRであった。CTCAE Grade3の小腸炎を2例で認め、1例はPEM中止(中止後半年もPRを維持)、もう1例はIPI+NIVOからNIVO単剤に変更となった。
【結語】MSI-H/dMMR切除不能進行・再発大腸癌に対するICI治療は高い奏功率を示した。今後は効果予測バイオマーカーの同定、conversion surgery施行の判断基準の検討のために更なる症例の蓄積が望まれる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第6会場（1F 会議室103）
一般演題（口演） 13　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 1
座長：平田 賢郎（慶應義塾大学病院　腫瘍センター）

[O13-4] 抗EGFR抗体レジメンを後方治療で再導入した切除不能進行再発大腸癌8例の検討

*石田 典仁[1]、津軽 開[1]、大塚 祐治[1]、蔵田 隼也[1]、加藤 亜美[1]、會田 卓弘[1]、笠原 美沙[1]、加藤 智尋[1]、闇彌 一貴[1]、宗 英一郎[1]、千田 彰彦[1]、川崎 健太[1,2]、金井 隆典[1]、平田 賢郎[1,2] (1. 慶應義塾大学病院内科学教室(消化器)、2. 慶應義塾大学病院腫瘍センター)

【背景と目的】
抗EGFR抗体治療の再導入は、切除不能進行再発大腸癌に対する後方治療の選択肢の一つである。近年、複数の臨床試験において、前治療のEGFR抗体含有レジメンに対する奏効や治療継続期間、抗EGFR抗体free interval、再導入前のcirculating tumor DNA（ctDNA）による耐性変異の有無などが再導入の有効性と関連することが報告されている。一方で、実臨床における再導入の実施状況、有効性および安全性に関する報告は限られている。そこで当院における抗EGFR抗体再導入の実施状況、有効性および安全性を後方視的に検討した。
【対象と方法】2021年4月から2025年12月までに自施設で抗EGFR抗体を含むレジメンを再導入した切除不能進行再発大腸癌患者を後方視的に収集し、治療効果や安全性について検討した。
【結果】対象期間において、後方治療での抗EGFR抗体の再導入を行った症例は8例であった。患者背景は年齢中央値61歳（39–73歳）、男女各4例、原発巣は全例左側であった。初回抗EGFR抗体治療は全例でRECIST version 1.1に基づく最良効果判定で安定（SD）以上を得ていたが、1例はPFSが6か月未満であった。EGFR抗体free interval中央値は17.6か月であった。再導入前に耐性遺伝子変異の評価を4例で施行し（OncoBEAM RAS 1例、Guardant360 2例、FoundationOne CDx 1例）、いずれも確認可能な耐性変異は認めなかった。再導入レジメンは化学療法併用が5例、抗EGFR抗体単独投与が3例であった。最良効果は部分奏効（PR）3例、SD 1例、進行（PD） 4例で、奏効率37.5%、病勢制御率50.0%、6か月無増悪生存割合37.5%であった。耐性変異評価を施行した4例中2例でPRが得られた。安全性については薬剤性肺臓炎により1例が治療中止となったが、その他に抗EGFR抗体に関連する重篤な有害事象は認めなかった。
【結語】抗EGFR抗体治療の再導入は、適切に選択された切除不能進行再発大腸癌患者において、実臨床においても有望な治療選択肢となる可能性が示唆された。再導入前の耐性変異評価は、実臨床においても患者選択に有用である可能性があり、さらなる症例集積による検証が望まれる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第6会場（1F 会議室103）
一般演題（口演） 13　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 1
座長：平田 賢郎（慶應義塾大学病院　腫瘍センター）

[O13-5] 年齢因子がFOLFIRI＋ramucirumab療法の有効性と安全性に与える影響：RINDO studyにおけるサブグループ解析

*山本 泰康[1]、服部 憲史[1]、梅田 晋一[1]、佐藤 雄介[1]、村田 悠記[1]、小倉 淳司[1]、飯塚 彬光[1]、笹原 正寛[1]、杉田 静企[1]、中西 香企[1]、清水 大[1]、田中 千恵[1]、宮田 一志[1]、神田 光郎[1] (1. 名古屋大学医学部付属病院消化器・腫瘍外科(消化管))

【目的】日本人進行再発大腸癌患者に対する2次治療として，日本人に適した低用量 irinotecan（150 mg/m^2）を用いたFOLFIRI＋ramucirumab（RAM）療法の有効性と安全性を検証したRINDO studyにおいて，年齢が治療成績に与える影響を明らかにする．
【対象と方法】切除不能・進行再発大腸癌患者61例を対象に，低用量 irinotecanを含むFOLFIRI＋RAM療法を2週間ごとに施行した．1コース目施行日を基準に70歳以上（高齢群）と70歳未満（非高齢群）の2群に分類した．主要評価項目はPFS，副次評価項目はOS，ORR，DCR，治療回数，RDI，有害事象発生率とした．
【結果】患者背景は, 高齢群29例（48%），非高齢群32例（52%）であり，性別やPSなどに有意差は認めなかった．有効性において, PFS中央値は高齢群4.8か月対非高齢群6.2か月（p=0.62），OS中央値は17.5か月対20.5か月（p=0.94）であり, 有意差は認めなかった. ORR（3.45%対12.1%, p=0.22）およびDCR（75.9%対72.7%, p=0.79）も同等であった. 治療継続性に関しては, 治療回数中央値6.0回対9.0回（p=0.28）, RDI中央値はBolus FU 33.3%対69.1%（p=0.38），Infusion FU 71.1%対76.4%（p=0.83），irinotecan 71.9%対77.8%(p=0.97)，RAM 82.1%対80.0%(p=0.82）であった．いずれの群においてもRAISE試験日本人集団におけるirinotecan RDI（中央値63.8%）と比較して高いRDIが維持されており，低用量設定により治療強度が保たれていた可能性が示唆された．安全性において, Grade 3以上の有害事象発生率は，血液毒性58.6%対27.6%（p=0.017），非血液毒性27.6%対17.2%(p=0.34)，RAM関連有害事象13.8%対10.3%（p=0.69）であった．血液毒性の内訳は，好中球減少51.7%対27.6%(p=0.06)，発熱性好中球減少症13.8%対 0%（p= 0.04）など，高齢群で高頻度であった．また全Gradeにおいても, 発熱性好中球減少症17.2%対0%（p=0.02），血小板減少48.3%対13.8%(p=0.005)は高齢群で有意に高かった．
【結語】低用量 irinotecanを用いたFOLFIRI＋RAM療法は，高齢者においても非高齢者と同等の有効性を示し，治療強度も良好に維持された．一方で，高齢者では血液毒性が増加するため，慎重な有害事象管理が必要である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第6会場（1F 会議室103）
一般演題（口演） 13　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 1
座長：平田 賢郎（慶應義塾大学病院　腫瘍センター）

[O13-6] 当科におけるBEACONレジメンの使用経験

*阿部 馨[1]、野上 仁[1]、青木 亮太[1]、松本 瑛生[1]、荒引 みちる[1]、丸山 聡[1] (1. 新潟県立がんセンター新潟病院消化器外科)

【背景】*BRAF*V600E変異陽性切除不能進行大腸癌において，従来の化学療法は効果が乏しく，予後が極めて不良である．近年BRAF阻害薬が使用可能になり治療成績の向上が期待されているが，使用経験が少ないのが実情である．【目的】当院で行われたBEACONレジメンの治療成績を検討すること．【対象と方法】2021年3月から2026年4月までに当科でBEACONレジメンを導入した*BRAF*V600E変異陽性切除不能進行再発大腸癌10例を対象とし，治療成績を後方視的に検討した．【結果】10例中，男性5例，女性5例，年齢中央値は63歳（範囲：48-75歳）であった．原発部位は右側5例，左側5例．同時性遠隔転移が5例（うち4例が腹膜播種），根治切除後再発が5例であり，再発症例はpStageⅢb，Ⅲcがそれぞれ1，4例であった．原発巣切除は8例に行われ，3例がR2切除であった．再発部位はリンパ節4例，肺1例，局所1例，卵巣１例，腹膜播種1例（重複含む）であった．BEACONレジメンの治療内容は，ENCO（Encorafenib）+CET（Cetuximab）が2例，ENCO+BINI（Binimetinib）+CETが8例であった．治療導入は2，3，4次治療がそれぞれ5，4，1例であった．BEACON治療期間の中央値は31週 （範囲：3-125週）であり，2例は加療中である．BEACONレジメンの最良治療効果はPR，SD，PDがそれぞれ6，1，3例であり，奏効率は60%であった．BEACONレジメン開始後の1年生存率は50%，生存期間中央値（MST）は12.3か月であった．これを根治切除後再発と同時性遠隔転移症例で比較すると，BEACONレジメン開始後の1年生存率とMSTは再発群で100%，52.1か月，遠隔転移群で20%，2.8か月であり，有意に再発群の予後が良好であった（P = 0.002）．
【考察】腹膜播種を伴うことが多かった同時性遠隔転移症例では，BEACONレジメン導入後も予後は極めて不良であった．一方で，根治切除後の再発症例では腹膜播種が相対的に少なく，本レジメンを継続できていることが予後延長に関連している可能性がある．
【結論】 BEACONレジメンは，根治切除後の再発症例に対しては良好な予後をもたらすが，腹膜播種を伴う同時性遠隔転移症例では依然として不良であり，病態に応じた早期導入や治療戦略の工夫が今後の課題である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第6会場（1F 会議室103）
一般演題（口演） 13　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 1
座長：平田 賢郎（慶應義塾大学病院　腫瘍センター）

[O13-7] ERBB2 Equivocal判定から考える大腸がんCGP結果解釈の標準化と課題

*古屋 信二[1]、白石 謙介[1]、滝口 光一[1]、仲山 孝[1]、齊藤 亮[1]、丸山 傑[1]、出雲 渉[1]、庄田 勝俊[1]、雨宮 秀武[1]、河口 賀彦[1]、市川 大輔[1] (1. 山梨大学医学部外科学講座第1教室)

大腸がんにおけるERBB2/HER2異常は治療標的として重要性を増しており、トラスツズマブ デルクステカン（T-DXd）への治療接続が臨床上の課題となっている。しかし現行の運用では、T-DXdのコンパニオン診断としてGuardant360 CDxが指定されている一方、FoundationOne CDxなど他の包括的がんゲノムプロファイリング検査（CGP）で得られたERBB2所見の扱いは、エキスパートパネル（EP）での検討に委ねられる。

当院では切除不能・再発大腸がんに対してCGPを施行し、ERBB2 copy number alterationが報告された症例を経験した。FoundationOne CDxなどでERBB2が明確に「増幅」と判定された場合には、EPでの議論を経てHER2標的治療候補として扱われ得る。一方、自験例のようにERBB2 copy number alterationが「Equivocal」と判定された場合には、Guardant360 CDxにおけるERBB2増幅と同等とは断定できず、T-DXdの適応判断に難渋する。Equivocal判定では、T-DXdの適応として扱うか、保守的に投与不可とするか、HER2 IHC/ISHを追加するか、液体CGPで再評価するかについて、施設やEPごとに判断が分かれ得る。これは単なる境界的検査結果の問題ではなく、Guardant360 CDx以外のCGP結果をT-DXdの治療適応へ接続する標準的ルールが十分に整備されていないことに起因する。ERBB2 Equivocalは明確な増幅陽性ではない一方、HER2標的治療の効果を完全に否定する所見でもない。DNAベースCGPにおけるcopy number判定とHER2蛋白発現が乖離する可能性もあり、HER2 IHC/ISHなどの追加評価が有用となる可能性がある。一方で、十分な根拠なくEquivocalを増幅陽性に準じて扱えば、間質性肺疾患など重篤な有害事象リスクを伴う治療を過剰に推奨する可能性もある。

本発表では、自験例を提示し、ERBB2 Equivocal判定を契機として、T-DXdのコンパニオン診断がGuardant360 CDxに限定されている現行体制下で生じるCGP結果解釈の課題を検討する。ERBB2 Equivocal判定は、単なる曖昧な検査結果ではなく、CGP結果を治療へ接続する標準的ルールの不足を可視化する所見であり、大腸がんプレシジョンメディスンの均てん化に向けた重要な課題である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第6会場（1F 会議室103）
一般演題（口演） 13　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 1
座長：平田 賢郎（慶應義塾大学病院　腫瘍センター）

[O13-8] TMBhigh進行・再発大腸癌に対するPembrolizmab治療成績

*横田 和子[1]、柴木 俊平[1]、坂本 純一[1]、小嶌 慶太[1]、田中 俊道[1]、横井 圭悟[1]、古城 憲[1]、三浦 啓壽[1]、山梨 高広[1]、佐藤 武郎[2]、内藤 剛[1] (1. 北里大学医学部下部消化管外科学、2. 北里大学医学部附属医学教育研究開発センター医療技術教育研究部門)

【背景】
KEYNOTE-158試験により、TMBhighを有する標準治療に不応または不耐の進行・再発固形癌に対しPembrolizmab療法の有効性が示され、大腸癌においても治療選択肢として挙げられている。
【目的】
　包括的がんゲノムプロファイリング検査（CGP検査）にてTMBhighと診断された進行・再発大腸癌におけるPembrolizmab治療成績を明らかにする。
【方法】
　2020年1月～2026年4月までの間に進行・再発大腸癌に対してCGP検査が行われ、TMBhighと診断され、Pembrolizmabが投与された4例について後方視的に検討した。
【結果】
　4例の内訳は、男性2例、女性2例、CGP検査時の年齢の中央値は64.5（55-66）歳、Performance Status（PS）0が2例、PS1が1例、PS2が1例、前治療として全例でOxaliplatinが投与されており、3例ではIrinotecanも投与されていた。TMBスコアの中央値は11.13（9.65-57.93）mut/Mb で、投与期間の中央値は4.2（1.4-11.7）ヶ月であった。Grade2以上の免疫関連有害事象は認めなかった。
　TMBスコアが57.93mut/Mbであった症例は、骨盤内を占める切除不能直腸癌に対して1次治療としてFOLFOX+Pmab療法を行っていたが、効果判定はStable Diseaseであった。CGP検査にてTMBhighを認め、Pembrolizmab療法を開始された。開始後5.3ヶ月目のCT検査にて著明に腫瘍は縮小し、治療を継続していたが、12.8ヶ月後のPET-CT検査にてFDG集積を認めず、Complete Response（CR）と判断し、本人の希望もあり投与中止した。投与開始から18.2ヶ月の時点でCRを維持している。
【結語】
　TMBhigh進行・再発大腸癌においても、Pembrolizmab療法が有効である可能性あるが、今後も症例の集積が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 14　ロボット手術 2

座長：山梨 高広（北里大学医学部下部消化管外科学）

[O14-1] Sustainableなロボット支援結腸がん手術　– 効率化を意識した短期/中期成績からみる着地点 -

*真崎 純一[1]、筋野 博喜[1]、久保山 侑[1]、有働 竜太郎[1]、笠原 健大[1]、刑部 弘哲[1]、桒原 寛[1]、小熊 潤也[1]、古賀 寛之[1]、金沢 景繁[1]、永川 裕一[1] (1. 東京医科大学消化器・小児外科学分野)

[O14-2] 当院におけるロボット支援下結腸切除術の短期成績と定型化

*櫻井 翼[1]、山本 真大[1]、久保 顕博[1]、永井 俊太郎[1] (1. 北九州市立医療センター　外科)

[O14-3] 細径スコープ不通過の結腸癌に対するロボット支援手術と腹腔鏡手術の短期成績の比較

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

[O14-4] 結腸癌に対するロボット支援手術　短期治療成績と問題点から考える着地点

*仲本 嘉彦[1]、中島 清貴[1]、馬屋原 真太[1]、松木 豪志[1]、長野 心太[1]、一瀬 規子[1]、藤川 正隆[1]、岩崎 寿光[1]、中島 隆善[1]、岡本 亮[1]、生田 真一[1]、相原 司[1]、柳 秀憲[1]、山中 若樹[1] (1. 明和病院外科)

[O14-5] 右側結腸癌に対する開腹・腹腔鏡・ロボット支援手術の短期成績の比較検討

*田中 征洋[1]、鈴村 潔[1]、土屋 智敬[1]、西前 香寿[1]、張 丹[1]、山本 泰資[1]、福井 史弥[1]、野々村 篤杜[1]、袴田 教佑[1]、寺崎 正起[1]、岡本 好史[1] (1. 静岡済生会総合病院)

[O14-6] 右側結腸癌に対するロボット支援手術の導入と症例選択：腹腔鏡手術との傾向スコアマッチング解析

*大澤 日出樹[1]、美濃地 貴之[1]、池嶋 遼[1]、吉岡 慎一[1] (1. 八尾市立病院)

[O14-7] 当科におけるロボット支援下横行結腸部分切除術・結腸左半切除術の手術手技と術後短期成績

*徳原 克治[1]、十枝 あゆみ[2]、大西 潤也[2]、吉田 真未[2]、小山 忠宣[2]、山本 寛揮[2]、森田 拓[2] (1. 医療法人徳洲会岸和田徳洲会病院下部消化管外科、2. 医療法人徳洲会岸和田徳洲会病院外科)

[O14-8] 大腸肛門病学会認定施設となりロボット支援下直腸手術はどう変わったか-周術期管理と短期成績-

*新井 聡大[1]、増田 大機[1]、谷田部 悠介[1]、大和 美寿々[1]、白坂 太郎[1]、羽生 舞花[1]、金城 宏武[1]、朝田 泰地[1]、鵜梶 真衣[1]、篠原 元[1]、廣瀬 俊太郎[1]、吉野 潤[1]、長野 裕人[1]、井ノ口 幹人[1] (1. 武蔵野赤十字病院外科・消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 14　ロボット手術 2
座長：山梨 高広（北里大学医学部下部消化管外科学）

[O14-1] Sustainableなロボット支援結腸がん手術　– 効率化を意識した短期/中期成績からみる着地点 -

*真崎 純一[1]、筋野 博喜[1]、久保山 侑[1]、有働 竜太郎[1]、笠原 健大[1]、刑部 弘哲[1]、桒原 寛[1]、小熊 潤也[1]、古賀 寛之[1]、金沢 景繁[1]、永川 裕一[1] (1. 東京医科大学消化器・小児外科学分野)

[目的]結腸がんに対するロボット支援結腸がん手術(RALS-C)の長期成績は十分に明らかではない。当科では保険収載後の2022年9月よりRALS-Cを開始し、現在では結腸がんの約95%にロボット手術(ダビンチXi/5/SP)を適応している。また、ロボット支援結腸がん手術の着地点は、手術の安全性および腫瘍学的根治性はもちろん、現状では効率性をあげてコストを担保することであると考える。当科の術式の工夫をビデオを供覧しながらお示しするとともに、腹腔鏡手術と比較した3年中期成績を後方視的に傾向スコアマッチングにて検討した。[方法]中期成績は、盲腸からS状結腸までの根治切除し得た結腸がんを対象とした。腹腔鏡下群(CLS)は2021年1月から2022年12月までの115例、ロボット支援群(RALS)は2022年9月から2025年12月までの47例であった。年齢、性別、腫瘍局在、BMIを共変量に傾向スコアマッチングを施行した。[結果]両群44例がマッチした。3年RFSはCLS：RALS = 100%: 97.7% (p = 0.69)、3年OSはCLS：RALS = 100% : 95.5% (p = 0.16)で有意差を認めなかった。また、再発形式は遠隔転移が最多で、CLS/RALS群で播種を含む局所再発はCLS/RALS群で5例/1例であった。体腔内吻合で局所再発はRALS群の1例のみであった。手術は、適切なDeviceや、Two left methods、Reduce Incisionを用いることで、コストと時間を短縮し、縦2件で結腸がん手術を施行することで、コストの担保を行った。結果、ロボット支援手術の縦2件施行件数は、2022年10件、2023年24件、2024年64件、2025年148件と飛躍的に増加した。短期成績は既報であり、発表内にて報告する。 [結論]適切な工夫をすることでコスト面、短期/中期成績からはRALS-Cはsustainableであることが示唆され、効率的な運用は着地点となり得ると考えた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 14　ロボット手術 2
座長：山梨 高広（北里大学医学部下部消化管外科学）

[O14-2] 当院におけるロボット支援下結腸切除術の短期成績と定型化

*櫻井 翼[1]、山本 真大[1]、久保 顕博[1]、永井 俊太郎[1] (1. 北九州市立医療センター　外科)

【背景】近年結腸領域におけるロボット支援下手術が広まってきている。当院においては2022年9月から導入しており助手と連携しながら手術を行なっている。
【目的】当院におけるロボット支援下結腸切除術の短期成績を腹腔鏡手術と比較検討し、fusion surgeryを用いた体腔内吻合について手術動画を供覧する。
【方法】2022年9月から2026年3月までに結腸切除術（S状結腸切除術を除く）を行った246例のうち、開腹手術 (15例)、他臓器合併切除 (13例) を除いた218例を対象とした。このうちロボット支援下結腸切除群41例（Ro群）と腹腔鏡下結腸切除群177例（Lap群）を比較し後方視的に比較検討した。
【結果】ロボット症例は全例でda Vinci Xiを使用した。年齢、性別、BMI、cStageに差を認めなかった。腫瘍局在および術式に差はなく、開腹移行はRo群0例、Lap群4例で差を認めなかった。手術時間中央値はRo群：244分、Lap群204分でRo群が長く、出血量中央値に差を認めなかった。体腔内吻合はRo群16例 (39.0%) 、Lap群11例 (5.0%) でRo群に多く施行された。遠位側切離長および剥離面陽性率に差は認めなかった。Clavien-Dindo Grade IIIa以上の合併症に差はなく、術後在院日数にも差を認めなかった。
【手術手技】体腔内吻合時には左下腹部のdaVinciポートを助手ポートとして用い、助手2本操作で行う。ICGで血流を確認した後に助手がステープラーを用いて術者と協調して体腔内吻合を行う。当院ではオーバーラップ法を基本としており、共通孔閉鎖もステープラーを用いる。細かい手技や腸管内容液流出による腹腔内感染を予防する工夫については動画を供覧する。
【結語】ロボット支援下結腸切除術の短期成績は腹腔鏡手術と比較して遜色なく良好であった。助手と協調して手術手技を行うことにより若手外科医の教育的、意欲的側面も期待できると考える。今後は症例を積み重ねて中期、長期成績を検討していく。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 14　ロボット手術 2
座長：山梨 高広（北里大学医学部下部消化管外科学）

[O14-3] 細径スコープ不通過の結腸癌に対するロボット支援手術と腹腔鏡手術の短期成績の比較

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

【背景】結腸癌に対する腹腔鏡手術と比較したロボット支援手術の有用性に一定の見解は得られていない。また、細径スコープが通過しない結腸癌に対する鏡視下原発巣切除は、通過可能な症例と比較して術後合併症の発生率が高いと報告されている。ロボット支援手術は高難度手術でより有用である可能性があり、本検討では細径スコープが通過しない結腸癌に対する腹腔鏡手術とロボット支援手術の短期成績を比較することを目的とした。

【対象と方法】2015年から2025年までに、当院で施行した術前内視鏡において細径スコープ(外径：11.7mm)が通過しなかった結腸癌に対して、鏡視下で原発巣切除を施行した患者を対象とした。姑息切除、他術式併施、術前減圧施行、体腔内吻合症例を除外した。腹腔鏡手術を行った症例をLap群、ロボット支援手術を行った症例をRo群と定義し、傾向スコアマッチング(PSM)を用いて年齢、性別、BMI、ASA-PS、cT、cN、cM、腫瘍占居部位を共変量として背景因子を調整した。両群間の短期成績を後ろ向きに比較した。

【結果】対象はLap群/Ro群=194/100例、PSM後は両群ともに93例で、背景因子や術式、吻合方法、郭清範囲に有意差はなかった。開腹移行はLap/Ro群＝2/1例(2.2/1.1%)であり、手術時間中央値はLap/Ro群=196/190分で、いずれも有意差はなかった。術中出血量が50ml以上であった症例はLap/Ro群＝13/1例(14.0/1.1%)であり、Ro群で有意に少なかった(p=0.001)。両群ともに全例で原発巣は完全切除された。術後初回排ガスまでの期間の中央値はLap/Ro群=3/2日であり、Ro群で有意に短かった(p<0.001)。術後合併症発生率(Clavien-Dindo ≥ Grade II)はLap/Ro群=17.2/6.5%であり、Ro群で有意に少なかった(p=0.039)。

【結語】細径スコープが通過しない結腸癌に対するロボット支援手術は安全に施行可能であり、腹腔鏡手術と比較して手術時間を延長することなく術中出血量や術後合併症の低減、術後初回排ガスまでの期間の短縮に寄与する可能性が示唆された。今後は長期成績も評価する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 14　ロボット手術 2
座長：山梨 高広（北里大学医学部下部消化管外科学）

[O14-4] 結腸癌に対するロボット支援手術　短期治療成績と問題点から考える着地点

*仲本 嘉彦[1]、中島 清貴[1]、馬屋原 真太[1]、松木 豪志[1]、長野 心太[1]、一瀬 規子[1]、藤川 正隆[1]、岩崎 寿光[1]、中島 隆善[1]、岡本 亮[1]、生田 真一[1]、相原 司[1]、柳 秀憲[1]、山中 若樹[1] (1. 明和病院外科)

現在までに手術支援ロボットhinotoriによる198例の大腸癌手術を経験し、結腸癌80例（右側結腸癌60例、左側結腸癌20例）施行した。右側では内側アプローチで後腹膜十二指腸剥離を行い、回結腸静脈・動脈切離、副右結腸静脈があれば切離、中結腸動脈右枝切離、さらに膵頭部剥離を進めるが、胃側との脂肪境界が不明瞭な際は横行結腸間膜前葉後葉を剥離することで膵頭部前面に頭側から到達することができる。回腸を先行切離し、後腹膜・外側アプローチで肝湾曲を内側より切離するが、hinotoriでは基本的に体位変換が難しいため可能な限り内側より剥離を進める。最後に横行結腸間膜を助手と協調して吻合予定部まで切離し、ICG血流確認後横行結腸を離断し、体腔内吻合を行う。内側アプローチでは軽度の頭低位で可能であり、間膜内側部が固定されているためsurgical trunkの郭清にロボットの多関節機能が発揮できる。左側ではポート配置が重要で横行結腸から脾湾曲部の際は右側と逆の配置で、下行結腸部では右側一直線の配置で、頭低位左高位で行う。コンソール時間は74～340分、術後合併症はイレウス2例、minor leakage1例、膿瘍1例、胆嚢炎1例（胃切除同時例）。腹腔鏡では体位変換して内側、後腹膜、頭側アプローチを組み合わせることができるが、hinotoriでは体位変換は困難であり頭低位が基本であり、エナジーデバイスがないため、結腸間膜の処理には助手にある程度の技量と工夫が必要である。hinotoriを用いた結腸癌手術の手術手技の工夫と短期成績を提示する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 14　ロボット手術 2
座長：山梨 高広（北里大学医学部下部消化管外科学）

[O14-5] 右側結腸癌に対する開腹・腹腔鏡・ロボット支援手術の短期成績の比較検討

*田中 征洋[1]、鈴村 潔[1]、土屋 智敬[1]、西前 香寿[1]、張 丹[1]、山本 泰資[1]、福井 史弥[1]、野々村 篤杜[1]、袴田 教佑[1]、寺崎 正起[1]、岡本 好史[1] (1. 静岡済生会総合病院)

【はじめに】2022年に結腸癌に対するロボット支援手術が保険適応となり、本術式は広がりをみせている。一方で、開腹、腹腔鏡、ロボット支援手術3群間の治療成績を比較検討した報告は限られている。【目的】当院における右側結腸癌に対する開腹、腹腔鏡、ロボット支援手術の短期成績を比較検討する。【対象と方法】2020年から2025年まで、右側結腸癌に対して待機的に原発巣切除術を施行した113例を対象とし、後ろ向きに検討した。連続変数は中央値で示した。【結果】開腹手術群(O群)22例、腹腔鏡手術群(L群)48例、ロボット支援手術群(R群)43例であった。年齢はそれぞれ70歳、77歳、77歳で、ASA-PS、ECOG-PSは群間で有意差を認めなかった。一方で、血清アルブミン値(p = 0.02)、PNI(p = 0.03)はO群で有意に低かった。壁深達度(p = 0.03)、リンパ節転移(p < 0.01)はO群で有意に進行例が多く、遠隔転移はO群で有意に多かった(p = 0.01)。また、O群は10例(45%)で腸閉塞を呈しており(p < 0.01)、CA19-9は高値であった(p < 0.01)。手術成績では、リンパ節郭清度に関しては群間で差はなく、吻合法はR群で器械吻合および体腔内吻合が有意に多かった(p < 0.01)。手術時間はR群が最も長く312分で(p = 0.01)、出血量はR群が最も少なく15gであった(p < 0.01)。術後合併症発生率に関しては群間で有意差を認めなかったが、O群、L群でCD分類Grade III以上の合併症を2例ずつきたした一方で、R群ではGrade III以上の合併症を認めなかった。術後在院日数はそれぞれ11、11、7日で、R群で有意に短かった(p < 0.01)。病理学的所見では、臨床分類同様に壁深達度(p < 0.01)、リンパ節転移(p = 0.04)はO群で有意に進行例が多かった。【結語】O群には局所進展が高度な症例や遠隔転移を有する症例が多く含まれており、治療選択肢として重要な役割を担うと考えられた。一方、R群はL群と比較して術後短期成績が良好な傾向にあり有用性が示唆されたが、症例数が少ないため今後さらなる症例の蓄積による検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 14　ロボット手術 2
座長：山梨 高広（北里大学医学部下部消化管外科学）

[O14-6] 右側結腸癌に対するロボット支援手術の導入と症例選択：腹腔鏡手術との傾向スコアマッチング解析

*大澤 日出樹[1]、美濃地 貴之[1]、池嶋 遼[1]、吉岡 慎一[1] (1. 八尾市立病院)

【背景】
ロボット支援手術は大腸癌領域で普及しつつあり、当院でも2022年より結腸癌に対して導入した。導入時には腫瘍進行度や手術難易度を踏まえた症例選択が重要であり、実際の症例選択と成績を明らかにすることは意義がある。
【目的】
右側結腸癌に対するロボット支援手術導入後の症例選択の実態を明らかにし、腹腔鏡手術と比較して短期成績および根治性を検討する。
【対象と方法】
2018年から2025年に当院で右側結腸癌に対して回盲部切除術または結腸右半切除術を施行し、根治度Cur AまたはCur Bかつ遠隔転移を認めなかった200例を対象とした。Robot群とLap群に分け、年齢、性別、BMI、Performance Status、開腹歴、cT4、cN陽性、術式、術前腸閉塞の有無を用いて1対1傾向スコアマッチングを行った。評価項目は手術時間、術後在院日数、Clavien-Dindo分類II以上/III以上の合併症、R0切除率とした。
【結果】
マッチング前はRobot群66例、Lap群134例であった。手術時間に有意差を認めず（211.0分 vs 210.5分、p=0.898）、術後合併症率にも有意差を認めなかった。一方、Robot群では結腸右半切除術（18.2% vs 39.6%、p=0.002）およびcN陽性例（27.3% vs 53.0%、p=0.0008）が有意に少なく、PS不良例、cT4症例、術前腸閉塞例も少ない傾向を認めた。マッチング後は各群61例となり、手術時間はRobot群で有意に長かった（216.0分 vs 189.0分、p=0.007）。術後在院日数はRobot群で有意に長かったが、中央値の差は1日であった（9.0日 vs 8.0日、p=0.032）。Clavien-Dindo分類II以上の合併症は13.1% vs 6.6%で有意差を認めず、III以上の合併症はRobot群で認めず、Lap群で3.3%であったが有意差を認めなかった。R0切除率はいずれも100%であった。
【結語】
右側結腸癌に対するロボット支援手術の導入では、郭清範囲や手術難度を考慮した慎重な症例選択が行われていた。背景調整後、手術時間は延長したが、術後合併症やR0切除率に明らかな悪化を認めず、このような症例選択のもとで安全に導入可能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

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 14　ロボット手術 2
座長：山梨 高広（北里大学医学部下部消化管外科学）

[O14-7] 当科におけるロボット支援下横行結腸部分切除術・結腸左半切除術の手術手技と術後短期成績

*徳原 克治[1]、十枝 あゆみ[2]、大西 潤也[2]、吉田 真未[2]、小山 忠宣[2]、山本 寛揮[2]、森田 拓[2] (1. 医療法人徳洲会岸和田徳洲会病院下部消化管外科、2. 医療法人徳洲会岸和田徳洲会病院外科)

【はじめに】2022年のロボット支援結腸癌手術（RAS）が保険収載以降、RA-Sを導入する施設が増加している。当科では、2026年3月時点で左側結腸癌手術をRA-Sの対象としてきた。今回RA-Sを施行した横行結腸部分切除術、結腸左半切除術（RA-TL）の周術期治療成績を検討したので報告する
【対象】2023年7月～2026年3月までに、RA-TLを施行した16例（横行結腸癌（TCC）13例と下行結腸癌（DCC）3例）。
【手術手技】臍部da Vinciポートを留置し気腹開始。臍部を頂点として同心円状の右上腹部から左下腹部に4か所 da Vinciポート（#1～4）、#1,2か#2,3間に助手ポートを留置し腹腔内操作開始。TCC、DCCともに、#253郭清を伴う左結腸動脈根部切離を先行し、下行結腸間膜(DCM)と後腹膜下筋膜（RPF）間の剥離を膵体尾部部背側～脾下極まで行う。脾彎曲脱転は、横行結腸間膜（TCM）頭側で網嚢腔に入った後、膵下縁に沿いTCM前葉を切開し、左胃大網動脈と膵体尾部下端面で形成される面を意識しつつ結腸間膜の剥離を尾側に進める。支配血管が中結腸動脈・副中結腸動脈の場合、郭清後根部で切離する。体内で切離部位の腸間膜を処理後、臍部創あるいは#3ポート創を4-5cmに延長し標本を摘出後、体外にて機能的端々吻合、あるいは体腔内吻合（overlap法or デルタ吻合）を施行する。
【結果】手術時間280分、出血量10ml、開腹移行3例、術後経口摂取再開/初回排便/在院日数が、3/3/8.5日、合併症（＞G2）を3例に発症した。pStageはI/IIa/IIb/IIIb/IIIcが3/7/1/4/1例であった。2019年2月から2023年9月までに腹腔鏡下（LA）横行結腸部分切除術、結腸左半切除術を施行した29例との比較では、手術時間がRA群で長かったが（LA群224分、p=0.006）、その他周術期成績に有意差はなかった。
【まとめ】RA-TLは手術時間が長いものの、術後短期成績に関してはLA群と差を認めなかったことから、定型的な手技構築により安全に施行可能できていると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 14　ロボット手術 2
座長：山梨 高広（北里大学医学部下部消化管外科学）

[O14-8] 大腸肛門病学会認定施設となりロボット支援下直腸手術はどう変わったか-周術期管理と短期成績-

*新井 聡大[1]、増田 大機[1]、谷田部 悠介[1]、大和 美寿々[1]、白坂 太郎[1]、羽生 舞花[1]、金城 宏武[1]、朝田 泰地[1]、鵜梶 真衣[1]、篠原 元[1]、廣瀬 俊太郎[1]、吉野 潤[1]、長野 裕人[1]、井ノ口 幹人[1] (1. 武蔵野赤十字病院外科・消化器外科)

【背景】2023年4月より大腸肛門病学会指導医が着任し、2024年より同学会認定施設となった。また同年4月より同学会専門医1名が増員となった。指導医着任後より、大腸癌術前腸管前処置は化学的機械的前処置、術前日昼までの食事、術前日夕と当日執刀開始3時間前までのアルギニン飲料服用を導入し、術後は第1病日より食事再開とした。大腸癌手術には同学会専門医が少なくとも1名参加している。
【目的】直腸癌に対するロボット支援下手術の短期成績を明らかにし、執刀医の大腸肛門病学会専門医取得の有無による短期成績を明らかにすること。
【対象と方法】2023年4から2026年1月まで、直腸癌に対しロボット支援下直腸手術を施行した症例を対象とし、非専門医群、専門医群に分類し、患者背景、手術成績を比較検討した。
【結果】対象症例は165例、非専門医群64例、専門医群101例。年齢中央値70歳。年齢、性別、BMIに両群間で有意差は認めなかった。局在は専門医群でRb症例49例(49%)と非専門医群14例(22%)に比し有意に多かった。術式は非専門医群で高位前方切除30例(47%)、専門医群で低位前方切除術60例(59%)と両群間で有意差を認めた。一時的人工肛門造設率に両群間では有意差は認めなかった。手術時間は両群間で有意差は認めなかったが、コンソール時間は専門医群で有意に短かった。Clavien-Dindo分類GradeII以上の合併症は非専門医群12例(18.8%)、専門医群19例(18.8%)で両群間に有意差は認めず、GradeIIIの合併症は非専門医群4例(6.2%)、専門医群4例(4.0%)で有意差を認めなかった。術後在院日数は両群とも7日であった。
【結語】大腸肛門病学会専門医はより低位直腸癌症例を担当していたが、専門医の手術参加により執刀医によらず良好な短期成績を得られた。周術期管理の標準化と専門医介入が成績向上に寄与した可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 13:50 ~ 14:40 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 15　ロボット手術 3

座長：勝野 秀稔（藤田医科大学ばんたね病院消化器外科）

[O15-1] ロボット支援大腸癌手術教育における学習者主導BIDモデルの導入

*肥田 侯矢[1]、多賀 亮[1]、竹島 潤[1]、濱洲 晋哉[1]、伊藤 達夫[1]、平田 渉[1]、鷲見 季彦[1]、喜多 貞彦[1]、廣瀬 哲朗[1] (1. 大津赤十字病院外科)

[O15-2] ロボット支援下大腸手術における高稼働率達成に向けた運用戦略の検討 ―ハーズバーグの二要因理論に基づく組織マネジメントの実践―

*寺石 文則[1]、高橋 立成[1]、岡林 弘樹[1]、宮宗 秀明[1]、大塚 眞哉[1]、稲垣 優[1] (1. NHO福山医療センター外科)

[O15-3] 一地方病院におけるロボット支援結腸癌手術の現状　－今後の日本の現状を見据えての対応－

*山田 徹[1]、小林 建司[1]、丹羽 弘貴[1]、武内 優太[1]、鈴置 真人[1]、大原 正範[1] (1. 国立病院機構　函館医療センター外科)

[O15-4] ロボット支援下大腸切除術の教育システムの導入とその妥当性の検討

*福岡 達成[1]、金城 あやか[1]、谷 直樹[1]、丸尾 晃司[1]、西 智史[1]、瀬良 知央[1]、江口 真平[1]、関 由季[2]、田嶋 哲三[1]、西村 潤也[1]、濱野 玄弥[1]、笠島 裕明[2]、村田 哲洋[1]、澁谷 雅常[2]、西居 孝文[1]、櫻井 克宣[1]、高台 真太郎[1]、久保 尚士[1]、前田 清[2]、清水 貞利[1] (1. 大阪市立総合医療センター消化器外科、2. 大阪公立大学大学院消化器外科学)

[O15-5] ロボット支援下前方切除術の再現性向上を目指した定型手技改善への取り組み

*山本 晃[1]、川村 幹雄[1]、髙木 里英子[1]、北嶋 貴仁[2]、今岡 裕基[1]、志村 匡信[1]、奥川 喜永[2]、大北 喜基[1]、小林 美奈子[3]、問山 裕二[1] (1. 三重大学医学部付属病院消化管外科、2. 三重大学医学部附属病院ゲノム診療科、3. 三重大学医学部医学系研究科臨床外科感染制御学講座)

[O15-6] レジデント外科医が執刀する「レジロボ」と「ロボット手術1日縦2件」の取り組み

*竹内 一将[1]、橋本 雅弘[1]、加藤 伸弥[1]、森本 祥悠[1]、平木 将之[1]、畑 泰司[1]、寺西 立冴[1]、東口 公哉[1]、広田 将司[1]、古川 健太[1]、宮崎 安弘[1]、友國 晃[1]、本告 正明[1]、藤谷 和正[1]、土岐 祐一郎[1] (1. 地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター)

[O15-7] 肥満直腸癌患者におけるロボット支援下手術の短期成績

*和田 英雄[1]、堀之内 浩介[1]、入江 久世[1]、坂本 恭平[1]、赤崎 卓之[1]、上床 崇吾[1]、小島 大望[1]、渡部 雅人[1] (1. 福岡大学筑紫病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:50 ~ 14:40 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 15　ロボット手術 3
座長：勝野 秀稔（藤田医科大学ばんたね病院消化器外科）

[O15-1] ロボット支援大腸癌手術教育における学習者主導BIDモデルの導入

*肥田 侯矢[1]、多賀 亮[1]、竹島 潤[1]、濱洲 晋哉[1]、伊藤 達夫[1]、平田 渉[1]、鷲見 季彦[1]、喜多 貞彦[1]、廣瀬 哲朗[1] (1. 大津赤十字病院外科)

【背景】
消化器外科医の減少をくいとめるため、外科教育、とくに手術教育の重要性が指摘されている。Briefing–Intraoperative teaching–Debriefing（BID）モデルは、手術教育における有用な教育フレームワークとして知られている。これまで演者はロボット手術の指導においてもBIDモデルを用いた教育を行ってきたが、ロボット支援大腸癌手術では、多数の指導医が関与することや、必ずしも全ての指導医がBIDモデルを理解しているわけではないことから、統一した教育実践が困難な場合がある。今回、学習者からのヒアリングにより学習者自身がBIDモデルを理解し主体的に活用する「学習者主導BIDモデル」を考案したので報告する。
【方法】
ロボット支援大腸癌手術教育において、BIDシートを作成し運用する。手術前（Briefing）には学習者が当日の到達目標を記載し、指導医と共有する。手術中（Intraoperative teaching）は通常の手術指導の中で教育的コメントを受ける。手術後（Debriefing）には学習者自身が目標達成度や課題について自己評価を行い、さらに可能であれば指導医からのフィードバック（D’）を受ける。これをそれぞれの手術で行い、オンラインで管理をする。モデルの評価として、Kirkpatrick Level 1に基づき、学習者満足度、目標明確化への有用性、振り返りの促進、教育的有用性などをアンケートする。
【考察】
本モデルにより、複数指導医環境、複数学習者環境においても各々の学習者主体の目標設定および振り返りが促進され、構造化された手術教育につながることが期待される。
【まとめ】
学習者主導BIDモデルは、指導医側の教育理論への習熟度に依存せず実践可能な、ロボット支援大腸癌手術教育における新たな教育手法である。特に、多指導医制や症例分散が進む現代のロボット手術教育環境において、効率的に学習ができる教育モデルになる可能性があると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:50 ~ 14:40 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 15　ロボット手術 3
座長：勝野 秀稔（藤田医科大学ばんたね病院消化器外科）

[O15-2] ロボット支援下大腸手術における高稼働率達成に向けた運用戦略の検討 ―ハーズバーグの二要因理論に基づく組織マネジメントの実践―

*寺石 文則[1]、高橋 立成[1]、岡林 弘樹[1]、宮宗 秀明[1]、大塚 眞哉[1]、稲垣 優[1] (1. NHO福山医療センター外科)

［背景］手術支援ロボットは低侵襲医療の発展に寄与する一方、高額医療機器であり、症例数の確保と稼働率向上の両立が重要である。ロボット支援下大腸手術においても安定した運用体制の構築が求められている。本研究では、ハーズバーグの二要因理論を踏まえ、高稼働率達成に向けた運用戦略の有用性を検討した。
［方法］2025年度に①大腸外科領域でのプロクター赴任による症例集約、②結腸・膵・肺領域への新規導入による適応拡大、③診療科横断的なロボット手術枠の運用、④損益分岐点の可視化と院外活動強化を実施した。これらを衛生要因（運用上の障壁除去）と動機付け要因（主体的行動の促進）の両面からの介入として位置づけ、件数増加と効率的運用への影響を評価した。
［結果］泌尿器科・大腸外科を中心に複数診療科による実施体制を確立し、診療科横断的運用により空き枠は最小化され、単月稼働率は恒常的に100%を超えた。2025年度のロボット支援下大腸手術は90例（結腸癌：51例、直腸癌：39例）に増加し、全体での症例数は276件となり診療報酬加算要件を満たし、経営的側面でも改善を認めた。
［結語］ロボット支援下大腸手術の高稼働率達成には、症例集約と適応拡大に加え、診療科横断的運用と可視化が重要であった。さらにハーズバーグの二要因理論に基づく組織マネジメントにより、障壁除去と動機付けの両立が図られ、持続可能な運用体制構築に寄与すると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:50 ~ 14:40 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 15　ロボット手術 3
座長：勝野 秀稔（藤田医科大学ばんたね病院消化器外科）

[O15-3] 一地方病院におけるロボット支援結腸癌手術の現状　– 今後の日本の現状を見据えての対応 –

*山田 徹[1]、小林 建司[1]、丹羽 弘貴[1]、武内 優太[1]、鈴置 真人[1]、大原 正範[1] (1. 国立病院機構　函館医療センター　外科)

【はじめに】当院では，2024年5月よりロボット支援結腸癌手術を導入した．導入当初は症例選択を行っていたが，2025年10月よりプロクターが常勤となってからは，基本的に全例ロボット手術の適応とした．当科でのロボット支援結腸癌手術の現状について検討した．【方法】2024年5月～2026年4月の期間で，ロボット支援下に手術を施行した盲腸からS状結腸までの結腸癌36例（プロクター執刀を除く）を対象に，後方視的に検討を行った．【結果】術式の内訳は，回盲部切除12例，結腸右半切除11例，横行結腸切除1例，下行結腸切除2例，S状結腸切除8例，高位前方切除2例であった．第一助手は全例外科専門医が行い，2025年10月以降はすべてプロクターが行った．第二助手も基本的には外科専門医が担当したが，人員不足のため，13例は第二助手不在での手術となった．コンソール時間は中央値で208分，出血量は5ml，術後在院日数の中央値は11日であった．術後合併症はClavien-Dindo分類でGrade Iが3例，Grade IIが5例で認められたが，Grade III以上の合併症は認めなかった．Grade IIの合併症はいずれも2025年10月以前の症例で認められた．コンソール時間について，中央値を基準としてCUSUM解析を行ったが，learning curveは認めなかった．一方，2025年10月以降の症例の検討では，learning curveが認められた．【結語】プロクターが常勤となり，教育体制の充実化と手技の定型化が進んだことにより，手術時間の短縮，合併症率の低減につながった可能性が示唆された．また，ロボット支援下結腸癌手術では，外科専門医２名のみでも安全かつ精度を保った手術が可能であり，今後，消化器外科医が減少する現状を鑑みると，地方病院でもロボット支援手術は必須であると思われた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:50 ~ 14:40 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 15　ロボット手術 3
座長：勝野 秀稔（藤田医科大学ばんたね病院消化器外科）

[O15-4] ロボット支援下大腸切除術の教育システムの導入とその妥当性の検討

*福岡 達成[1]、金城 あやか[1]、谷 直樹[1]、丸尾 晃司[1]、西 智史[1]、瀬良 知央[1]、江口 真平[1]、関 由季[2]、田嶋 哲三[1]、西村 潤也[1]、濱野 玄弥[1]、笠島 裕明[2]、村田 哲洋[1]、澁谷 雅常[2]、西居 孝文[1]、櫻井 克宣[1]、高台 真太郎[1]、久保 尚士[1]、前田 清[2]、清水 貞利[1] (1. 大阪市立総合医療センター消化器外科、2. 大阪公立大学大学院消化器外科学)

【背景】
近年，下部消化管手術においてロボット手術は広く普及しつつあり，若手外科医の教育体系は従来の鏡視下手術主体からの転換を求められている。当院ではレジデントをジュニア・シニアに区分し，ジュニアには鏡視下操作を中心とした fusion surgery，シニアにはロボット手術操作の習得を主軸とした段階的教育を導入している。しかしながら教育効果とともに手術の質の担保が必須であり，今回その妥当性を検討した。
【目的】
当院の段階的ロボット手術教育プログラムの安全性および手術成績への影響を明らかにする。
【対象と方法】
2025 年 1 月～12 月に当院で施行したロボット大腸手術 101例を対象とした。
教育群（E群）は fusion 手術 18 例，レジロボ手術 15 例とし，その他68例を従来群（N群）とした。
【結果】
年齢は73歳，男性53例女性48例，BMI22.7であった．病変部位は結腸癌が60例，直腸癌41例であった．C:A:T:D:S:R=7:22:10:6:15:41であった．E群は結腸癌が20例，直腸癌が15例で，N群が結腸癌40例，直腸癌28例であった．SP症例はE群が16例（48.5%）とN群（29.4%）に比し多い傾向があったが，その他患者背景に大きな差は認めなかった．手術時間はE群で307min，N群297min，出血量はE群25ml，N群10mlで明らかな有意差は認めなかった．また術中開腹移行，術後合併症，術後在院日数に明らかな差は認めなかった．
【考察】
ジュニアには鏡視下基本操作を中心とした fusion surgery，シニアにはロボット操作を段階的に習得させる教育体系は，術者の習熟度に応じた負荷設定が可能であり，かつ全体の手術品質を損なうことなく教育を進めることができると示唆された。当科における段階的教育システムについてビデオを供覧しながら報告する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:50 ~ 14:40 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 15　ロボット手術 3
座長：勝野 秀稔（藤田医科大学ばんたね病院消化器外科）

[O15-5] ロボット支援下前方切除術の再現性向上を目指した定型手技改善への取り組み

*山本 晃[1]、川村 幹雄[1]、髙木 里英子[1]、北嶋 貴仁[2]、今岡 裕基[1]、志村 匡信[1]、奥川 喜永[2]、大北 喜基[1]、小林 美奈子[3]、問山 裕二[1] (1. 三重大学医学部付属病院消化管外科、2. 三重大学医学部附属病院ゲノム診療科、3. 三重大学医学部医学系研究科臨床外科感染制御学講座)

【目的】再現性のある安定した手術による治療成績向上を目指すうえで、手術手技の定型化は極めて重要である。今回我々は、ロボット支援下前方切除術の手術動画から、ステップごとの所要時間を解析し、修正が必要な定型手技の抽出と、その改善への取り組みの有用性を検討した。
【対象と方法】当科で施行したロボット支援下前方切除例（S状結腸切除、高位前方切除）の手術動画を対象とした。技術認定制度の評価項目に準じて8ステップに分割し、所要時間とそのばらつきを解析した。所要時間が長い、あるいは所要時間のばらつきが大きいステップを、定型手技の改善が必要な課題ステップとして抽出した。
【結果】解析の結果、操作開始から下腸間膜動脈（IMA）切離に至る「内側アプローチ①」および「腸間膜処理」が、所要時間が長く、かつばらつきが大きいステップとして抽出された。さらに、内側アプローチ①の所要時間が短い症例ほど、残りの全ステップに要する合計時間も短くなるという相関が認められた。そこで、これら2つのステップの手技改善に重点的に取り組んだ。内側アプローチ①では、1)総腸骨動脈とIMA間の「くぼみ」を指標とした腹膜切開、2)神経をガイドとした腹側剥離によるIMA同定、3)大動脈とIMAの角度を45度と意識したIMA左側の血管鞘剥離、4)Tip-up鉗子主体の視野展開と「One grasp, one stroke」の徹底など、手順を細密に定型化した。また腸間膜処理においては、腸間膜切離の開始方向の規定や、一律ガーゼを用いた視野展開を導入した。初期の術野展開と剥離層の同定が定型通りスムーズに行われることで、後続の腸間膜処理などのステップも円滑に進行し、全体の手術時間の短縮と手技の安定化に寄与した。
【結語】ステップごとの所要時間解析による課題抽出と、それに応じた定型手技の修正の取り組みは、手技の再現性を高め、治療成績向上および若手外科医教育の点で有用であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:50 ~ 14:40 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 15　ロボット手術 3
座長：勝野 秀稔（藤田医科大学ばんたね病院消化器外科）

[O15-6] レジデント外科医が執刀する「レジロボ」と「ロボット手術1日縦2件」の取り組み

*竹内 一将[1]、橋本 雅弘[1]、加藤 伸弥[1]、森本 祥悠[1]、平木 将之[1]、畑 泰司[1]、寺西 立冴[1]、東口 公哉[1]、広田 将司[1]、古川 健太[1]、宮崎 安弘[1]、友國 晃[1]、本告 正明[1]、藤谷 和正[1]、土岐 祐一郎[1] (1. 地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター)

【背景/目的】
ロボット支援結腸癌手術の保険収載以降、大腸癌に対してロボット支援手術を第一選択とする施設が増加している。ロボット手術によって精緻で安全な操作が可能となった一方で、手術時間およびコスト面に課題があり、執刀機会がスタッフ医師に集中しやすく、若手外科医教育やリクルートの観点から、レジデントへの段階的な執刀機会提供が重要である。しかし実臨床では、手術時間短縮・手術室稼働率向上により教育に割ける時間が制限されており、効率性と若手教育の両立が課題である。当センターでは卒後3–5年目レジデントが執刀する「レジロボ」と、ロボット手術1日縦2件（手術室入退室時間合計9時間未満達成率85%以上を目標）を並行して実施してきた。本研究ではレジデント主体手術の短期成績および運用効率を評価した。
【対象/方法】
2022年1月から2025年12月に当院で施行されたロボット支援結腸癌手術のうち、レジロボ症例115例を対象とし、短期成績を検討した。さらに同期間に施行されたスタッフ医師主体の縦2件手術回数を対照群とし、周術期短期成績および運用効率について後方視的に比較検討した。
【結果】レジロボ症例115例の年齢中央値は75(48-93）歳、男:女=57/58であった。手術時間は中央値で183 (124-399) 分、出血量は0 (0-102) mL、CD Grade III以上の術後合併症は5.2% (6/115)であった。1手術あたりのレジデントによるコンソール操作割合は中央値で44.2（5.7-100）%であり、レジデントが執刀を完遂した症例は15例 (13.0%) であった。レジデント執刀症例を含む縦2件手術は108回（レジデント主体のみ縦2件が7回）であり、入退室時間合計8時間以内達成率および9時間未満達成率は、46.2%（50/108)、83.3%（90/108）であった。一方、スタッフ医師主体のみ縦2件手術は130回であり、それぞれの達成率は35.4%（46/130)、73.1%（95/130）であり、両群間に有意差は認めなかった（p=0.111，0.062)。
【結論】手術手技の定型化、指導体制の確立、適切な時間マネジメントにより、レジデント主体のロボット支援結腸癌手術は安全に施行可能であり、スタッフ医師主体手術と同等の手術室運用効率を維持しつつ教育を実践可能であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 13:50 ~ 14:40 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 15　ロボット手術 3

座長：勝野 秀稔（藤田医科大学ばんたね病院消化器外科）

[O15-7] 肥満直腸癌患者におけるロボット支援下手術の短期成績

*和田 英雄[1]、堀之内 浩介[1]、入江 久世[1]、坂本 恭平[1]、赤崎 卓之[1]、上床 崇吾[1]、小島 大望[1]、渡部 雅人[1] (1. 福岡大学筑紫病院外科)

【背景】肥満患者における直腸癌の発生率は徐々に増加している。肥満はさまざまな側面から直腸癌手術のリスクを高める可能性がある。ロボット支援下手術は、肥満患者に対する従来の腹腔鏡下直腸癌手術で生じる課題に対応し治療成績を向上させることが期待されている。当院は2024年12月より直腸癌に対してロボット手術（Da-Vinci Xi）を導入した。
【目的】肥満患者に対する直腸癌のロボット支援下手術と腹腔鏡下手術の短期成績を比較し現状を把握する。
【方法】対象は2020年1月から2025年12月までに切除手術を行ったBMI25以上の直腸癌患者の52例。これらの患者をロボット手術群（Ro群、n=15）と腹腔鏡手術群（Lap群、n=37）に分類し、患者背景、手術因子、腫瘍因子、および術後短期成績を後方視的に解析した。
【結果】患者全体の内訳は年齢中央値が65（38-94）歳、性別は男性37例、女性15例、BMI中央値は26.9（25-37.2)、腫瘍の占拠部位はRS/Ra/Rb=21/16/15、術前進行度（c-stage）はⅠ/Ⅱ/Ⅲ/Ⅳ=19/18/11/4、施行術式はHAR/LAR/sLAR/APR/Hartmann＝19/22/4/2/5、手術時間中央値は363（221-667）分、出血量中央値は5（5-400）mLであった。2群間での比較ではRo群で有意に男性が多く（Ro：Lap＝15：22、p＝0.002)、ASA-PS 3（Ro：Lap＝7：3、p=0.005）が多かった。BMIは両群で同等であった。手術因子はRo群で有意に手術時間が長かった（Ro：Lap＝404分：330分、p=0.034)。術式、出血量、人工肛門造設、および開腹移行は両群で同等であった。腫瘍因子は両群で同等であった。術後短期成績は全合併症、およびClavien-Dindo分類グレード3以上の合併症は両群で同等であったが、縫合不全はRo群で有意に多かった（Ro：Lap＝3：0、p=0.021)。再手術、術後在院日数は両群で同等であった。
【結語】ロボット支援下手術では腹腔鏡下手術よりも手術時間の延長と縫合不全の発生が多かったが、男性やASA不良の患者がロボット支援下手術群でより多く含まれていたことや手術手技の熟練度が影響した可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 14:40 ~ 15:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 16　ロボット手術 4

座長：山岸 茂（藤沢市民病院消化器外科）

[O16-1] 脾彎曲結腸癌に対するロボット支援手術の着地点 ― da Vinci XiとSPの初期経験からみた有用性と課題 ―

*鹿川 大二郎[1]、内間 恭武[1]、杉本 晃一[1]、阪上 桜[1]、野澤 勇哉[1]、日置 翔太[1]、江崎 恵史郎[1]、彦谷 健太[1]、村上 優太[1]、松岡 信子[1]、手登根 勇人[1]、河本 宏昭[1]、仲宗根 由幸[1]、玉榮 剛[1]、井谷 史嗣[1] (1. 医療法人徳洲会中部徳洲会病院消化器外科)

[O16-2] 当院におけるロボット支援下直腸切除術の導入後短期成績

*宮地 孟[1]、青井 夏帆[1]、山下 史晃[1]、矢後 彰一[1]、天田 塩[1]、水藤 広[1]、根本 洋[1]、宮前 拓[1]、山下 史晃[1]、小林 直哉[1] (1. 海老名総合病院)

[O16-3] ロボット支援直腸癌手術における排尿障害の発生率とリスク因子：定量的評価に基づく解析

*福田 敏之[1]、沼田 正勝[1]、小澤 真由美[1]、古山 和樹[1]、横山 亘[1]、石黒 哲史[1]、額田 卓[1]、山本 俊也[1]、工藤 孝迪[1]、武井 将伍[1]、前橋 学[1]、太田 絵美[1]、原田 龍之助[2]、渥美 陽介[2]、風間 慶祐[2]、菅野 伸洋[2]、田 鍾寛[2]、大矢 浩貴[2]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター　消化器病センター外科、2. 横浜市立大学医学部附属病院　消化器外科)

[O16-4] プロクター指導下ロボット支援前方切除術における術者育成と安全性の検討

*石黒 哲史[1,2]、沼田 正勝[1,2]、小澤 真由美[1,2]、古山 和樹[1,2]、福田 敏之[1,2]、横山 亘[1,2]、額田 卓[1,2]、山本 俊也[1,2]、工藤 孝迪[1,2]、武井 将伍[1,2]、前橋 学[1,2]、太田 絵美[1,2]、原田 龍之介[2]、渥美 陽介[2]、風間 慶祐[2]、菅野 伸洋[2]、田 鍾寛[2]、大矢 浩貴[2]、佐藤 勉[2]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化病センター外科、2. 横浜市立大学医学部附属病院 消化管外科)

[O16-5] 後期高齢者直腸癌に対するロボット支援手術の短期治療成績

*合志 健一[1]、森山 朔太郎[1]、伊集院 元気[1]、菅野 裕樹[1]、大野 智和[1]、村上 直孝[1]、藤田 文彦[2] (1. 大牟田市立病院外科、2. 久留米大学外科学講座)

[O16-6] 当院におけるdaVinci SP を用いた腹部創のない腹会陰式直腸切断術の短期成績

*加藤 悠人[1]、宇都宮 正稔[1]、植松 陽介[1]、方宇 慶蒼[1]、下河原 達也[1]、西山 亮[1]、江川 智久[1]、山田 暢[1] (1. 済生会横浜市東部病院)

[O16-7] da Vinci SPを用いて行う単孔式ロボット支援下手術（SIRAS: Single Incision Robot Assisted Surgery）

*島田 岳洋[1]、田中 恭平[1]、山崎 晴子[1]、高田 英里[1]、松尾 ゆうひ[1]、坂本 恭子[1]、上村 翔[1]、平田 雄紀[1]、川口 義樹[1]、浦上 秀次郎[1]、石 志紘[1] (1. 国立病院機構東京医療センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 14:40 ~ 15:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 16　ロボット手術 4

座長：山岸 茂（藤沢市民病院消化器外科）

[O16-1] 脾彎曲結腸癌に対するロボット支援手術の着地点 ― da Vinci XiとSPの初期経験からみた有用性と課題 ―

*鹿川 大二郎[1]、内間 恭武[1]、杉本 晃一[1]、阪上 桜[1]、野澤 勇哉[1]、日置 翔太[1]、江崎 恵史郎[1]、彦谷 健太[1]、村上 優太[1]、松岡 信子[1]、手登根 勇人[1]、河本 宏昭[1]、仲宗根 由幸[1]、玉榮 剛[1]、井谷 史嗣[1] (1. 医療法人徳洲会中部徳洲会病院消化器外科)

【背景】
結腸癌に対するロボット支援手術は普及しつつあるが、脾彎曲結腸癌は膵尾部・脾臓に近接し、血管走行やリンパ流が多様であるため、術式選択や郭清範囲の標準化が困難な領域である。当院ではda Vinci Xiを用いたロボット支援結腸癌手術を導入し、近年はda Vinci SPも応用している。
【目的】
脾彎曲結腸癌に対するロボット支援手術において、da Vinci XiとSPの手術手技および短期成績を比較し、各システムの有用性と問題点から術式選択の着地点を検討する。
【方法】
当院で施行した脾彎曲結腸癌に対するロボット支援手術症例を対象とし、Xi群とSP群に分けて患者背景、術式、手術時間、コンソール時間、出血量、郭清リンパ節個数、開腹移行、術後合併症、術後在院日数を後方視的に検討した。ビデオでは、ポート配置、IMVをランドマークとした内側アプローチ、Gerota筋膜前面を意識した剥離、膵尾部・脾周囲の授動、血管処理、標本摘出までの手技をXiとSPで比較提示する。
【成績】
Xiでは多方向からの牽引と安定した助手操作により、膵尾部・脾周囲の剥離、血管処理、広範囲の結腸授動を再現性高く施行可能であった。特に脾彎曲部では、適切な牽引により剥離層の維持が容易であり、教育・標準化の面でも有用と考えられた。一方、SPでは限られたアクセスから同軸性を活かした精緻な剥離操作が可能であり、ポート数の低減や整容性の面で低侵襲化への可能性が示唆された。しかし、広範囲操作を要する脾彎曲部では術野展開、助手操作、吸引、緊急時対応に工夫を要し、症例選択が重要と考えられた。両群とも短期成績は許容範囲内であった。
【結論】
脾彎曲結腸癌に対するロボット支援手術において、Xiは多方向牽引、助手協調、広範囲操作に優れ、現時点では標準化・教育・安全性の基盤となるシステムと考えられた。一方、SPは症例を選択することで低侵襲化に寄与する可能性を有するが、脾彎曲部手術では術野展開や助手操作に課題が残る。ロボット結腸癌手術の着地点は、単一システムへの集約ではなく、腫瘍局在、血管解剖、体型、術式の難度に応じたシステム選択と手技の標準化にある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 14:40 ~ 15:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 16　ロボット手術 4
座長：山岸 茂（藤沢市民病院消化器外科）

[O16-2] 当院におけるロボット支援下直腸切除術の導入後短期成績

*宮地 孟[1]、青井 夏帆[1]、山下 史晃[1]、矢後 彰一[1]、天田 塩[1]、水藤 広[1]、根本 洋[1]、宮前 拓[1]、山下 史晃[1]、小林 直哉[1] (1. 海老名総合病院)

【背景】当院では2023年11月からロボット支援下直腸切除術を導入、経時的に症例を拡大し、2026年1月からは括約筋間直腸切除術や側方郭清もロボット支援下手術の適応としている。
【目的】当院におけるロボット支援下手術の短期成績について検討する。
【方法】原則として手術に際してはAPRを除き、腸管切離前と吻合後に術中内視鏡を行い、確実なmargin確保と吻合部の観察を行う。術前あるいは術中に縫合不全リスクが高いと判断した症例及び腫瘍局在が Rb-Pで吻合を行う症例は回腸人工肛門造設を付加することとしている。
【結果】2023年11月から2026年4月までの期間に75症例にロボット支援下手術を施行した。年齢中央値:70（33-89）歳、性別:男/女:46/29、元疾患は直腸癌73例、MALTリンパ腫1例、平滑筋腫1例であった。腫瘍占拠部位はRs/Ra/ Rb/P:32/26/13/4例、術式は高位前方切除術32例、低位前方切除術26例、超低位前方切除術13例、側方郭清5例（両側4例、片側1例）、括約筋間直腸切除術1例、腹会陰式直腸切断術3例であった。前治療は4例に施行しており、深達度はpT0/1/2/3/4: 1/20/7/35/9、pN0/1/2/3:43/21/5/3、EMR後追加切除例を除く肛門側断端距離の平均値はRs/Ra/Rb/P:48/38/24/30mmであった。予防的回腸人工肛門は17例に造設した。Clavien-Dindo分類grade2以上の術後合併症は麻痺性イレウス3例、outlet obstruction2例、術後肺炎2例、尿閉1例、創部感染1例、縫合不全1例であった。
【考察】当院におけるロボット支援下直腸切除術は安全に導入できた。今後はさらに症例を集積し、長期的成績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

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 14:40 ~ 15:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 16　ロボット手術 4
座長：山岸 茂（藤沢市民病院消化器外科）

[O16-3] ロボット支援直腸癌手術における排尿障害の発生率とリスク因子：定量的評価に基づく解析

*福田 敏之[1]、沼田 正勝[1]、小澤 真由美[1]、古山 和樹[1]、横山 亘[1]、石黒 哲史[1]、額田 卓[1]、山本 俊也[1]、工藤 孝迪[1]、武井 将伍[1]、前橋 学[1]、太田 絵美[1]、原田 龍之助[2]、渥美 陽介[2]、風間 慶祐[2]、菅野 伸洋[2]、田 鍾寛[2]、大矢 浩貴[2]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター　消化器病センター外科、2. 横浜市立大学医学部附属病院　消化器外科)

【はじめに】
ロボット直腸癌手術における術後QOL改善効果が注目されている．従来，排尿障害はIPSSやClavien-Dindo分類を用い有症状のみが評価されることが多く, その発生率は10-25%と報告されている。一方, 残尿増加のみにとどまる無症状例は将来的な排尿障害発生のリスクとなる可能性がある. そのため, これらを含めた排尿障害の定量的評価とリスク因子の解析は, 排尿障害ゼロを目指す手技確立に重要と考えられる.

【方法】
2022年4月から2026年2月までに当院で施行したRa以下直腸癌手術例を対象とした．開腹・腹腔鏡手術，高位前方切除，多臓器合併切除，術前排尿障害例は除外した．尿道カテーテルはPOD3に抜去し，統一プロトコールで残尿測定を行った．残尿量200 mL以上または再導尿をvoiding dysfunctionと定義した．患者背景・手術因子を解析し，多変量ロジスティック回帰分析によりリスク因子を検討した．

【結果】
245例を対象とした．年齢中央値66歳，男性58.3%，Rb以下64.8%であった．voiding dysfunctionは22例（9.0%）に認めた．うち薬物治療を要した有症状例は6.0%であった. 多変量解析では，年齢（OR 1.06，95%CI 1.01–1.11，p=0.016）およびcT3以上（OR 3.73，95%CI 1.18–11.8，p=0.025）が独立したリスク因子であった．一方，男性，低位腫瘍，側方郭清を含む従来の手術関連因子との有意な関連は認めなかった．

【結論】
cT3以深と高齢がロボット直腸癌手術における残尿リスク因子であった. cT3以深の症例では、根治性を保ちながら神経温存を意識した適切な剥離層の選択、高齢者では予備能低下を考慮した慎重な神経温存が重要と考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 14:40 ~ 15:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 16　ロボット手術 4
座長：山岸 茂（藤沢市民病院消化器外科）

[O16-4] プロクター指導下ロボット支援前方切除術における術者育成と安全性の検討

*石黒 哲史[1,2]、沼田 正勝[1,2]、小澤 真由美[1,2]、古山 和樹[1,2]、福田 敏之[1,2]、横山 亘[1,2]、額田 卓[1,2]、山本 俊也[1,2]、工藤 孝迪[1,2]、武井 将伍[1,2]、前橋 学[1,2]、太田 絵美[1,2]、原田 龍之介[2]、渥美 陽介[2]、風間 慶祐[2]、菅野 伸洋[2]、田 鍾寛[2]、大矢 浩貴[2]、佐藤 勉[2]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化病センター外科、2. 横浜市立大学医学部附属病院 消化管外科)

【背景】ロボット支援手術においては, 安全性を担保しつつ術者育成を進めることが重要である. 近年ロボット支援手術は急速に普及しているが, 安全な教育システムの構築は依然として重要な課題である. 当院ではプロクター管理下のもと, 非プロクター医師によるロボット支援手術も積極的に行っている. 具体的には, 手術工程ごとに時間目標及び到達目標を設定し, 適宜プロクターが介入する段階的教育システムを導入している.
【目的】プロクター指導下における非プロクター医師によるロボット支援手術の安全性を評価する.
【方法】2022年4月から2026年4月までに教室関連2施設で施行されたロボット支援前方切除術症例（n=306）を対象とした. 側方郭清を伴う症例は除外した. 術者により, プロクターが施行したプロクター群（Pro群）と, 非プロクターが施行した非プロクター群（Non-Pro群）に分類し, 傾向スコアマッチングを用いて周術期成績を比較した. マッチング調整因子はASA-PS, 腫瘍占居部位, 臨床病期および術前治療の有無とした.
【結果】マッチング後症例数はPro群87例, Non-Pro群87例であった. 背景因子では年齢, 性別, ASA-PS, 腫瘍占居部位, 臨床病期, 術前治療有無に差はなかった. 術式は低位前方切除術が主体であり（82.6% vs. 74.7%）, 有意差は認めなかった. 手術時間はNon-Pro群で有意に長かった（219分 vs 247分, p＜0.001）一方, 出血量は同等であった（0ml vs 0ml）. また, 開腹移行率（0% vs 0%）, Clavien-Dindo分類II以上合併症発生率（14.9% vs. 10.3%）にも有意差は認めなかった. Non-Pro群におけるコンソール時間に占める術者執刀割合中央値は62.5%であった.
【結語】プロクター指導下における非プロクター医師によるロボット支援手術は手術時間延長を認めるものの, 周術期短期成績は同等であり, 安全な術者育成システムとして有用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

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 14:40 ~ 15:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 16　ロボット手術 4
座長：山岸 茂（藤沢市民病院消化器外科）

[O16-5] 後期高齢者直腸癌に対するロボット支援手術の短期治療成績

*合志 健一[1]、森山 朔太郎[1]、伊集院 元気[1]、菅野 裕樹[1]、大野 智和[1]、村上 直孝[1]、藤田 文彦[2] (1. 大牟田市立病院外科、2. 久留米大学外科学講座)

【背景】本邦では超高齢化社会の進行とともに、高齢者の大腸癌患者に対する外科手術の重要性が増加している。
【目的】後期高齢者直腸癌に対するロボット支援手術の短期治療成績について後方視的に検討した。
【対象・方法】2023年5月から2026年5月までにロボット支援手術で原発巣切除を行った直腸癌患者79例を対象とした。これを75才以上の高齢者群（N=30）と75才未満の非高齢者群（N=49）の2群に分けて、臨床的特徴および短期治療成績について比較検討した。
【結果】患者全体の背景は年齢73才（42-93)、性別は男性/女性＝49/30、原発巣はRS/Ra/Rb/P= 37/19/21/2、cStage I/II/III/IV＝20/21/28/6であった。両群間で性別・BMIには有意差はなかったが、CONUTスコアによる術前栄養評価では高齢者群において栄養不良患者が有意に多かった（p<0.05)。腫瘍因子として腫瘍局在・cStageは両群間に有意差は認めなかった。手術因子では腹会陰式直腸切断術やハルトマン手術が高齢者群で多く施行されていた（高齢者5例・17%、非高齢者3例・6%）が、統計学的有意差は認めなかった。手術時間・コンソール時間・出血量は両群間で有意差はなかった。Clavien-Dindo分類Grade II以上の合併症発症率は高齢者群10例（33%）・非高齢者群11例（22%）と高齢者群に多く、術後在院日数でも高齢者群21日（9-59）・非高齢者群16日（9-48）と高齢者群で延長を認めたが、いずれも統計学的有意差は認めなかった。
【結語】後期高齢者に対するロボット支援直腸手術は、非高齢者と比較しても遜色ない短期成績を示したが、術前栄養状態等を考慮し、適切な術式選択を検討する必要性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 14:40 ~ 15:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 16　ロボット手術 4
座長：山岸 茂（藤沢市民病院消化器外科）

[O16-6] 当院におけるdaVinci SP を用いた腹部創のない腹会陰式直腸切断術の短期成績

*加藤 悠人[1]、宇都宮 正稔[1]、植松 陽介[1]、方宇 慶蒼[1]、下河原 達也[1]、西山 亮[1]、江川 智久[1]、山田 暢[1] (1. 済生会横浜市東部病院)

【背景】
daVinci SP とは従来型のdaVinci Xiと異なり助手ポート追加しない限り、シングルポートで手術を行うため、より整容性を向上させたロボット手術を行うことが可能であると考えられる。
我々は下部直腸癌に対してdaVinci SPを用いてシングルポート創に単孔式結腸ストマを造設することで術後腹部創が残らない腹会陰式直腸切断術を採用しており、その経験を報告する。
【手術手技】
左下腹部のストママーキング部に沿って約3cmの環状皮膚切開を置き開腹し、同部位にアクセスポートキットLを装着し気腹を開始。内側アプローチ先行で行い、外側授動を加えたのちに、直腸間膜の授動を行い、肛門挙筋を露出し切開し、腸窩脂肪を露出。口側の腸間膜処理を行い、S状結腸はアクセスポートの鉗子孔を用いて体外から助手が自動縫合器を用いて切離。会陰操作は通常通り行い、検体を摘出した後に経会陰的に骨盤内にドレーンを挿入した後に、腹腔側から型通り単孔式結腸ストマを造設し手術終了としている。
【結果】
当院では本術式をこれまで3例に施行しており、年齢の平均は78歳であった。手術時間の平均は328分、出血量は129mlでありいずれの症例もClavien-Dindo分類2以上の術後合併症はなく、平均術後在院日数9.6日で退院となっている。同時期にdaVinci Xiにて行った腹会陰式直腸切断術11例と比較し、手術時間(Xi群：359分)・出血量(Xi群：152ml)・術後在院日数(Xi群：13.4日)・術後合併症(Xi群：3例)において、いずれも統計学的有意差は認めないものの、SP群で良好な傾向があった。
【結語】
daVinci SPを用いることで、下部直腸癌に対してdaVinci Xiと比較し遜色のない短期成績の手術を行うことが可能であった。また、daVinci SPによる腹部創のないロボット支援下腹会陰式直腸切断術を施行することで、整容性に優れた手術を行うことが可能であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 14:40 ~ 15:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 16　ロボット手術 4
座長：山岸 茂（藤沢市民病院消化器外科）

[O16-7] da Vinci SPを用いて行う単孔式ロボット支援下手術（SIRAS: Single Incision Robot Assisted Surgery）

*島田 岳洋[1]、田中 恭平[1]、山崎 晴子[1]、高田 英里[1]、松尾 ゆうひ[1]、坂本 恭子[1]、上村 翔[1]、平田 雄紀[1]、川口 義樹[1]、浦上 秀次郎[1]、石 志紘[1] (1. 国立病院機構東京医療センター)

【背景】単孔式腹腔鏡下手術(Single Incision Laparoscopic Surgery:以下 SILS)は，その高い整容性・疼痛軽減の可能性・大腸癌での長期成績など有用性は多く報告されている．その課題としては操作性の制限が挙げられるが，da Vinci SPを用いたロボット支援下手術はその課題を克服する可能性がある．当科では2019年よりda Vinci Si , 2023年11月よりda Vinci Xi(Xi)，2025年1月にda Vinci SP(SP)が導入となった．SPは直径2.5cmの創切開から4本のロボットアームが出ることで，直線的な鉗子で行う通常の腹腔鏡下Reduced port surgeryとはコンセプトが全く異なる．このような特性から，人工肛門を造設予定，あるいは造設後の創からの手術をロボット支援下Single Incision Robot Assisted Surgery: 以下SIRAS，と名付け積極的に行っている．
【対象】2025年1月から，2026年3月まで，当院でSIRASを行った13例．
【方法】人工肛門前・後の創からda Vinci SPを用いて通常通りの大腸癌手術を行う．Assist portは，出血など有事の際に必要と考え5mm portを基本的には挿入する．周術期の短期成績について検証する．
【結果】年齢は76（52-92）歳，女性/男性: 8/5例，BMI 24.4 (17.8-27.5), 占拠部位 T/S/Ra/Rb: 1/3/1/8, cStage I/II/III/IV 3/5/4/1, コンソール時間 200分(90-498分)(側方郭清含む), post stoma incision/pre stoma incision: 2/11，出血量 100ml(0-300ml), 開腹移行なし，術後在院日数: 19日，術後合併症: Clavien-dindo Grade≧3: 3例(脳梗塞，リンパ瘻，尿瘻)，リンパ節郭清個数 13個（5-47）であった．
【考察】人工肛門前・後の創を用いる手術であるため，直腸癌の症例が多かった．短期成績は概ね良好であったが，Challengingな症例も含まれており，合併症や入院期間に関しては今後の症例を重ねて改善していく余地はあると考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

🗓2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:35 | 🏛第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 17　直腸癌の治療戦略 3

座長：浅田 祐介（帝京大学医学部外科学講座）

[O17-1] 下部直腸癌に対する側方リンパ節転移診断基準と治療成績について

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

[O17-2] 直腸癌術前CTのテクスチャ解析による側方リンパ節転移予測

*横井 圭悟[1]、柴木 俊平[1]、坂本 純一[1]、横田 和子[1]、小嶌 慶太[1]、田中 俊道[1]、古城 憲[1]、三浦 啓壽[1]、山梨 高広[1]、佐藤 武郎[2]、内藤 剛[1] (1. 北里大学医学部下部消化管外科学、2. 北里大学医学部附属医学教育研究開発センター　医療技術教育研究部門)

[O17-3] Stage IV直腸癌に対するPET/MRIを用いたEMVI評価の検討

*松中 喬之[1]、坂本 裕生[1]、前川 展廣[1]、田海 統之[1]、澤井 利次[1]、森川 充洋[1]、小練 研司[1]、廣野 靖夫[2]、五井 孝憲[1] (1. 福井大学第一外科、2. 福井大学がん診療推進センター)

[O17-4] pelvic failureを用いた術前CRT選択化後の骨盤内アウトカムの検討：肛門温存症例における単施設後方視的解析

*本城 弘貴[1]、永井 晶子[1]、中村 友紀[1]、坂元 竜馬[1]、内村 良平[1]、栗岡 辰典[1]、青木 沙弥佳[1]、桑江 一希[1]、三浦 聡美[1]、赤嶺 健吏[1]、藤本 剛士[1]、宮崎 彰成[1]、林 賢[1]、加藤 健宏[1]、高橋 知子[1]、草薙 洋[1] (1. 亀田総合病院消化器外科)

[O17-5] 局所進行直腸癌に対する当科のTNTの成績

*伊藤 望[1]、石山 泰寛[1]、北野 友里絵[1]、坂井 義博[1]、中西 淋人[1]、西 雄介[1]、田中 裕人[1]、林 久志[1]、藤井 能嗣[1]、石井 利昌[1]、椙田 浩文[1]、平沼 知加志[1]、平能 康充[1] (1. 埼玉医科大学国際医療センター)

[O17-6] 術前CRTを施行した直腸癌患者における術後排便機能に関する手術アプローチ別の検討

*田口 祐輔[1]、佐々木 和人[2]、江本 成伸[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[1]、品川 貴秀[1]、舘川 裕一[1]、岡田 聡[1]、白鳥 広志[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科、2. 東京都立駒込病院大腸外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 17　直腸癌の治療戦略 3
座長：浅田 祐介（帝京大学医学部外科学講座）

[O17-1] 下部直腸癌に対する側方リンパ節転移診断基準と治療成績について

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

【背景と目的】
下部直腸(Rb)癌におけるリンパ節(LN)転移は,腸間膜リンパ節(MLN)転移のみではなく側方リンパ節(LLN)転移が15-20%存在する.そのため本邦においてはLLN郭清(LLND)が推奨されているが,そのLLN転移の術前診断基準の定義は確立していない.当院ではLLN転移は短径5mm以上とし,LLNDはcT3以深またはLLN短径5mm以上を適応としている.
今回当院の診断基準の妥当性と,Rb癌の治療成績について評価することを目的とした.
【対象・方法】
検討１：LLN転移診断基準
2011-25年に術前MRIを施行した術前未治療のpStage I-III Rb癌 125例を対象とし,LLN転移診断能、LLN(263,283)転移予測因子を検討.
LLNは短径サイズ,malignant features(MF)因子を評価.
検討2 :Rb癌の治療成績
2011-21年に手術を施行した術前未治療のpStage I-III Rb癌 307例を対象とし,予後(生存(OS)・無再発生存(RFS))と郭清効果INDEXを検討.
【結果】
検討1:男性は69%,平均年齢 64歳,手術アプローチは開腹:腹腔鏡:ロボット=78:44:3,LLNDは片側:両側=15:110,StageI:II:III=30:38:57,MLN転移は41%,LLN転移は22例(18%).
LLN転移予測：短径5mm以上では感度62.5%,特異度86.3%,PPV34.1%,NPV95.3%,短径とMFの組み合わせでは感度37.5%,特異度96.2%,PPV52.9%,NPV93.1%であった.4mm以下かつMF3因子は認めなかった.
LLN転移予測因子(多変量解析)はEMVI,組織型(tub1以外),LLN転移予測が因子として抽出.
検討2: 男性は63%,平均年齢 64.3歳,手術アプローチは開腹:腹腔鏡=236:71,LLNDはなし:片側:両側=101:57:149,StageI:II:III=125:71:111,MLN転移は33%,LLN転移は44例(14%).再発は73例(24%).5yOSはStageI:II:III=96.4:86.5:70.9(%),OS因子(多変量解析)はLLND,T,MLN転移,LLN転移が因子として抽出.5yRFSはStageI:II:III=94.0:79.2:53.0(%),RFS因子(多変量解析)は組織型,LLND,T,MLN転移,LLN転移が因子として抽出.
郭清効果INDEXはOS,RFSともに251>263&283>252>253(LN).
【結語】
術前LLN転移を予測するには短径5mmは妥当だが,LLNDの適応はEMVI,組織型,LLN転移予測で決定することで,現在のT3以深または術前LLN転移陽性よりも優れている.また長期成績でもLLND効果も高く,予後改善が期待できる.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 17　直腸癌の治療戦略 3
座長：浅田 祐介（帝京大学医学部外科学講座）

[O17-2] 直腸癌術前CTのテクスチャ解析による側方リンパ節転移予測

*横井 圭悟[1]、柴木 俊平[1]、坂本 純一[1]、横田 和子[1]、小嶌 慶太[1]、田中 俊道[1]、古城 憲[1]、三浦 啓壽[1]、山梨 高広[1]、佐藤 武郎[2]、内藤 剛[1] (1. 北里大学医学部下部消化管外科学、2. 北里大学医学部附属医学教育研究開発センター　医療技術教育研究部門)

【背景】大腸癌治療ガイドラインでは下部進行直腸癌に対する側方郭清が推奨されている。当院では原則として治療前CTで短径7mm以上の側方リンパ節を認めた場合は転移陽性と診断し、両側側方郭清を施行している。しかし、側方リンパ節転移の術前診断法は確立されていない。我々は今日まで短径以外の副所見（辺縁不整、内部不整など）の診断能はいずれも低いことを報告してきた。近年医用画像における病変部のテクスチャ解析が行われておりその有用性が報告されている。
【目的】術前CTにおける側方リンパ節のテクスチャ解析を用いた転移予測能を明らかにする。
【対象、方法】2015年1月から2025年12月までに当院で原発性直腸癌に対して側方リンパ節郭清を施行した症例につき治療前CTの側方リンパ節を解析した。画像解析ソフトを用いてリンパ節のテクスチャ特徴量を抽出し、リンパ節を2群にクラスタリングして転移予測能を算出した。また、リンパ節の最大短径を用いてカットオフ値を7mmとした場合の予測能についても評価した。
【結果】39症例が抽出され、65個のリンパ節が評価された。側方リンパ節転移陽性率は28%（11/39症例）であった。テクスチャ特徴量は1リンパ節あたり75項目抽出された。65のリンパ節を2つにクラスタ分類すると14個（クラスタ１）と51個（クラスタ２）に分類された。クラスタ１が転移陽性を予測するとした場合、感度67%、特異度89%、陽性的中率(PPV)57%、陰性的中率(NPV)92%であった。リンパ節短径7mm以上は例に認められ、これを用いた場合感度75%、特異度57%、PPV28%、NPV91%であった。両者を組み合わせた場合、感度67%、特異度91%、PPV61%、NPV92%であった。
【結語】短径を用いたリンパ節転移診断は特異度、PPVが極めて低かったが、テクスチャ解析を併用することで感度を保ったまま特異度とPPVを改善した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 17　直腸癌の治療戦略 3
座長：浅田 祐介（帝京大学医学部外科学講座）

[O17-3] Stage IV直腸癌に対するPET/MRIを用いたEMVI評価の検討

*松中 喬之[1]、坂本 裕生[1]、前川 展廣[1]、田海 統之[1]、澤井 利次[1]、森川 充洋[1]、小練 研司[1]、廣野 靖夫[2]、五井 孝憲[1] (1. 福井大学第一外科、2. 福井大学がん診療推進センター)

【背景】Extramural venous invasion（EMVI）は直腸癌における血行性転移および予後と関連する重要な因子であり、MRIによる術前評価の有用性が報告されている。一方、Stage IV直腸癌では全身転移を有するため、原発巣の局所進展評価の臨床的意義は十分に検討されていない。特にPET/MRIを用いたEMVI評価と局所進展因子との関連についての報告は限られている。
【目的】Stage IV直腸癌においてPET/MRIで評価したEMVIと局所進展因子および臨床病理学的特徴との関連を検討する。
【方法】治療前にPET/MRIを施行し化学療法を受けたStage IV直腸癌13例を対象に後ろ向き解析を行った。PET/MRI所見よりEMVIを評価し、陽性群8例、陰性群5例に分類した。患者背景、病理組織学的因子（組織型、リンパ管侵襲［Ly］、静脈侵襲［V］、Budding-grade［BD］）およびCEA値との関連を検討した。予後は疾患特異的生存（DSS）で評価した。
【結果】年齢中央値はEMVI陽性群66歳、陰性群68歳、性別（男/女）はそれぞれ5/3例、4/1例であった。病理評価可能症例において、EMVI陽性群ではLy陽性およびBD-high grade（BD3）を高頻度に認め、陰性群と比較してより進行した局所進展を示す傾向がみられた。一方、Vは全例で陽性であった。CEA中央値はEMVI陽性群11.1 ng/mL、陰性群4.9 ng/mLであった。DSS中央値はEMVI陰性群35.0か月、陽性群17.5か月であり、EMVI陽性群で予後不良傾向を示した。
【結語】Stage IV直腸癌において、PET/MRIで評価したEMVIはリンパ管侵襲や腫瘍芽形成といった局所進展因子と関連し、腫瘍の進展様式を反映する可能性が示唆された。少数例による後ろ向き検討ではあるが、PET/MRIによるEMVI評価はStage IV症例においても原発巣の悪性度評価に有用となる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 17　直腸癌の治療戦略 3
座長：浅田 祐介（帝京大学医学部外科学講座）

[O17-4] pelvic failureを用いた術前CRT選択化後の骨盤内アウトカムの検討：肛門温存症例における単施設後方視的解析

*本城 弘貴[1]、永井 晶子[1]、中村 友紀[1]、坂元 竜馬[1]、内村 良平[1]、栗岡 辰典[1]、青木 沙弥佳[1]、桑江 一希[1]、三浦 聡美[1]、赤嶺 健吏[1]、藤本 剛士[1]、宮崎 彰成[1]、林 賢[1]、加藤 健宏[1]、高橋 知子[1]、草薙 洋[1] (1. 亀田総合病院消化器外科)

【背景】進行下部直腸癌に対する術前化学放射線療法（CRT）は局所制御向上に寄与する一方、晩期骨盤内合併症の増加が問題となり、両者はトレードオフの関係にある。瘻孔や骨盤内膿瘍などの晩期骨盤内合併症は生命予後には直結しないものの、慢性的な症状や処置を生涯にわたり要し、さらに永久人工肛門に至る可能性も高く、患者QOLに大きな影響を及ぼす。当院ではこれらの晩期骨盤内合併症が臨床的課題となることから、2021年以降は術前CRTの適応を選択化した。今回、局所再発と晩期骨盤内合併症を含めた骨盤内イベントを包括的に評価する指標としてpelvic failure（PF）に着目し、その影響を検討した。
【対象と方法】2008年1月から2024年12月までに術前CRTを施行し、R0切除および肛門温存を達成し、術後ストマ閉鎖後に少なくとも6か月以上在宅生活が可能であった148例を対象とした。2020年以前（A群：121例）と2021年以降（B群：27例）に分けて比較した。B群におけるCRT施行例は9例であった。PFは局所再発および骨盤内有害事象により永久人工肛門再造設を要した事象と定義した。
【結果】観察期間中央値はA群95か月、B群40か月と有意差を認めたが、性別、年齢中央値、深達度T4、Stage、側方リンパ節腫大率、ISR率に有意差は認めなかった。3年PFFSは89.9%対86.1%で有意差は認めなかった（p=0.63）。3年局所再発率は3.4%対9.4%で有意差は認めなかったが、B群で高い傾向を示した（p=0.42）。晩期骨盤内合併症としてのPFはA群9例（うち2例は術後5年以上で発生）、B群1例（CRT施行例）であった。3年全生存率にも有意差は認めなかった。
【考察】観察期間の差を考慮する必要があるものの、術前CRTを選択化し約6割減少させた後も、中期成績においてPFFSの明らかな悪化は認めなかった。一方で局所再発増加の可能性が示唆されるが、晩期骨盤内合併症の抑制が期待されるため、今後の長期成績の検証と適応のさらなる最適化が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 17　直腸癌の治療戦略 3
座長：浅田 祐介（帝京大学医学部外科学講座）

[O17-5] 局所進行直腸癌に対する当科のTNTの成績

*伊藤 望[1]、石山 泰寛[1]、北野 友里絵[1]、坂井 義博[1]、中西 淋人[1]、西 雄介[1]、田中 裕人[1]、林 久志[1]、藤井 能嗣[1]、石井 利昌[1]、椙田 浩文[1]、平沼 知加志[1]、平能 康充[1] (1. 埼玉医科大学国際医療センター)

【背景】局所進行直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapy（TNT）は，遠隔転移制御，病理学的完全奏効率（ypCR）の向上，臓器温存が期待される。当科ではT3N+M0またはT4症例を主な適応としてTNTを導入している。【目的】当科における局所進行下部直腸癌に対するTNTの短期成績と病理学的治療効果を検討する。【対象・方法】2022年4月から2026年3月までに，当院でTNT後に根治切除術を施行した局所進行下部直腸癌53例を後方視的に解析した。治療はshort-course radiotherapy（25Gy/5fr）後にCAPOXを施行し，その後total mesorectal excisionを基本とした。【結果】年齢中央値67歳，男性33例であった。全例で放射線治療を完遂し，CAPOX 4コース以上は46例（86.8%），6コース完遂は36例（67.9%）であった。手術は腹腔鏡下10例，ロボット支援下43例で，TaTME/TpAPRを51例に併用し，側方リンパ節郭清は25例（47.2%）に施行した。術式は低位前方切除術28例，腹会陰式直腸切断術18例，Hartmann手術4例，括約筋間直腸切除術3例であった。手術時間中央値299分，出血量中央値20mLであった。Grade III以上の術後合併症は3例（5.7%）で，R0切除率98.1%，ypCRは18例（34.0%）であった。観察期間中央値345日で再発は10例（18.9%）に認め，内訳は肝・肺転移7例，腹膜播種2例，遠隔リンパ節転移1例であり，骨盤内局所再発は認めなかった。組織学的治療効果Grade 1aは50例中13例で，muc/por症例で治療効果不良例が多かった（p=0.013）。【考察・結語】当科のTNTはCAPOX完遂率に課題を残すものの，安全に施行可能で，高いypCR率と良好な短期手術成績が得られた。短期観察では骨盤内局所再発を認めず，局所制御は良好であった。一方，腹膜播種を含む遠隔再発を一定数認め，遠隔転移制御は今後の課題である。muc/por症例では治療効果が乏しい可能性があり，組織型を考慮し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

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 17　直腸癌の治療戦略 3
座長：浅田 祐介（帝京大学医学部外科学講座）

[O17-6] 術前CRTを施行した直腸癌患者における術後排便機能に関する手術アプローチ別の検討

*田口 祐輔[1]、佐々木 和人[2]、江本 成伸[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[1]、品川 貴秀[1]、舘川 裕一[1]、岡田 聡[1]、白鳥 広志[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科、2. 東京都立駒込病院大腸外科)

【背景・目的】直腸癌術後の排便機能障害は患者QOLに大きく影響する。低位前方切除術(LAR)後の排便機能に関して手術アプローチの影響を明らかにすることを目的として検討を行った。
【方法】2017年1月から2024年12月、術前化学放射線療法 (CRT) 後の直腸癌に対してLARを施行した症例のうち、術後1-2年での直腸肛門内圧検査、LARS score、Cleveland Clinic Florida Fecal Incontinence Score (CCFIS) の測定可能であった48例を対象とし、ロボット群 (n=38) vs. 腹腔鏡群 (n=10) で短期・長期成績、術後排便機能を比較検討した。
【結果】ロボット群 vs. 腹腔鏡群で、患者背景や術前肛門機能に有意差を認めなかった。手術時間はロボット群で長く (中央値 415分 vs. 343分, p=0.03) 、術後在院日数はロボット群で短かったが (中央値 14日 vs. 20日, p=0.01) 、術中出血量、Clavien-Dindo分類 Grade II以上の合併症発生率 (15.8% vs 30%, p=0.31) に有意差は認めなかった。術後の最大静止圧 (MRP) はロボット群で高い傾向を認めたが (中央値 mmHg: 48 vs. 41, p=0.09) 、最大随意収縮圧 (中央値 mmHg: 118 vs. 111, p=0.69) 、LARS score (中央値, 36 vs. 29, p=0.31) 、CCFIS (中央値, 6 vs. 8, p=0.81) に有意差は認めなかった。術後MRPが術前値より低下した症例はロボット群で有意に少なかった (中央値 44.7% vs. 90%, p=0.01)。長期成績では、3年全生存率 (97% vs 80%, p=0.45)、3年無再発生存率 (84% vs 90%, p=0.55) と有意差を認めなかった。
【結語】術前CRT後の直腸癌に対するロボット支援手術は腹腔鏡手術とほぼ同等の合併症発生率、長期成績を示し、LARS scoreやCCFISに有意差は認めないもののMRPが保持されることから排便機能温存に寄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

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 13:35 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 18　大腸癌の転移・再発治療 1

座長：衛藤 謙（東京慈恵会医科大学外科学講座）

[O18-1] 大動脈周囲リンパ節転移を伴う大腸癌に対する手術治療の成績

*嶋田 徳光[1]、佐田 春樹[1]、清水 洋祐[1] (1. NHO呉医療センター・中国がんセンター)

[O18-2] 大腸癌における腹腔鏡下大動脈周囲リンパ節転移系統的郭清の定型化

*横塚 慧[1]、小島 祐貴[1]、樋口 裕之[1]、飯田 翔馬[1]、岩間 佳奈美[1]、小金澤 樹[1]、落合 成人[1]、郡司 崇裕[1]、小林 敏倫[1]、菊池 勇次[1]、佐野 達[1]、田渕 悟[1]、千葉 斉一[1]、河地 茂行[1] (1. 東京医科大学八王子医療センター消化器外科・移植外科)

[O18-3] 肝転移を伴う大腸癌に対する集学的治療戦略－肝切除到達性と再発後サルベージ治療の検討

*田辺 寛[1]、馬場 研二[2]、益満 和人[1]、久木田 武應[1]、大井 秀之[1]、米盛 圭一[1]、帆北 修一[1]、上之園 芳一[1]、大塚 隆生[2] (1. 今村総合病院外科、2. 鹿児島大学病院消化器外科)

[O18-4] 当科における大腸癌肝転移の治療戦略

*柿澤 奈緒[1]、松澤 夏未[1]、福井 太郎[1]、高山 裕司[1] (1. 自治医科大学附属さいたま医療センター一般・消化器外科)

[O18-5] 大腸癌肝転移切除後の予後とその関連因子の検討

*井上 悠介[1,2]、小野 李香[1]、山﨑 翔斗[1]、丸田 浩志[1]、山口 峻[1]、片山 宏己[1]、高村 祐磨[1]、足立 利幸[1]、石井 光寿[1]、江口 晋[2]、野中 隆[1] (1. 長崎大学外科学講座大腸・肛門外科、2. 長崎大学外科学講座肝胆膵・移植外科)

[O18-6] 大腸癌肝転移に対する肝切除後の超早期再発症例から考える周術期治療の意義

*木内 純[1]、有田 智洋[1]、清水 浩紀[1]、名西 健二[1]、倉島 研人[1]、中道 脩介[1]、池下 千彬[1]、柴田 梨恵[1]、住吉 秀太郎[1]、井上 博之[1]、西別府 敬士[1]、久保 秀正[1]、今村 泰輔[1]、小菅 敏幸[1]、山本 有佑[1]、小西 博貴[1]、森村 玲[1]、藤原 斉[1]、塩﨑 敦[1] (1. 京都府立医科大学消化器外科)

[O18-7] 大腸癌の多発性肝転移に対する術前化学療法と反復肝切除―根治的肝切除後に早期の肝転移を繰り返した症例

*藤崎 滋[1,2,3]、高階 幹[1]、富田 凉一[1]、藤崎 隆[1]、櫻井 健一[2]、岡村 行泰[3] (1. 藤崎病院外科、2. 日本歯科大学生命歯学部外科、3. 日本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

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:35 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 18　大腸癌の転移・再発治療 1
座長：衛藤 謙（東京慈恵会医科大学外科学講座）

[O18-1] 大動脈周囲リンパ節転移を伴う大腸癌に対する手術治療の成績

*嶋田 徳光[1]、佐田 春樹[1]、清水 洋祐[1] (1. NHO呉医療センター・中国がんセンター)

【緒言】遠隔転移を伴う大腸癌に対して根治切除が可能だった場合の予後は良好であることが知られている.大動脈周囲リンパ節転移も遠隔転移として扱われるが,転移巣が大動脈周囲リンパ節転移のみである場合は術野も同じことが多く根治切除を計画される.当院における大動脈周囲リンパ節転移症例の治療成績を明らかにする.
【対象】2018-2024年の期間,初診時に遠隔転移を伴う大腸癌で根治切除を目指した84例中,転移巣が大動脈周囲リンパ節のみの10例を対象とし,後方視的に治療成績を検証した.術前のリンパ節転移の診断はＣＴで10mm以上の腫大を伴うもの,もしくはPET―CTで集積を伴うものを陽性とした.
【結果】大動脈周囲リンパ節転移を伴う10例（男性８例,年齢中央値75歳,観察期間28(12-42)ヶ月）の腫瘍局在は上行結腸2例,S状4例,直腸Rs2例,直腸Rb1例,肛門1例だった.大動脈周囲リンパ節に対しては郭清が5例（リンパ節18±4.4個，転移数2.4±1.4個）,摘出が5例（同4±1.2個，転移数1.6±0.4個）であり,再発は郭清群2例(20%),摘出群2例(40%)と差を認めなかった.術前治療は7例（放射線化学療法2例,化学療法5例）に行われていた.全術後合併症は全5例（SSI 1例、乳糜腹水3例、尿閉1例、腸管虚血1例）であった
術後の再発は4例 (リンパ節2例、肺転移1例、多臓器転移1例),無再発生存期間では2yr.RFS 78%,中央値37.3ヶ月であった.死亡は4例(癌関連死1例,他病死3例)で,再発生存期間は3yr.OS 63%,中央値49.6ヶ月であった.
【結語】同時性の大動脈周囲リンパ節転移を伴う大腸癌に対する根治切除では半数以上が再発なく経過しており,積極的な切除が求められる.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:35 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 18　大腸癌の転移・再発治療 1
座長：衛藤 謙（東京慈恵会医科大学外科学講座）

[O18-2] 大腸癌における腹腔鏡下大動脈周囲リンパ節転移系統的郭清の定型化

*横塚 慧[1]、小島 祐貴[1]、樋口 裕之[1]、飯田 翔馬[1]、岩間 佳奈美[1]、小金澤 樹[1]、落合 成人[1]、郡司 崇裕[1]、小林 敏倫[1]、菊池 勇次[1]、佐野 達[1]、田渕 悟[1]、千葉 斉一[1]、河地 茂行[1] (1. 東京医科大学八王子医療センター消化器外科・移植外科)

【はじめに】
大腸癌の大動脈周囲リンパ節転移に対し根治切除によって生存期間の延長を得られる症例が一定の頻度で存在することが，複数の施設より報告されている．症例に応じて根治手術を施行することで予後を延長する可能性が十分にあると考え，腹腔鏡手術手技として難度の高い，大動脈周囲リンパ節転移系統的郭清の手技を当院では安全性と確実性を高めるために定型化に取り組んできた．
【手術手技】
当科で行っている手技と工夫を動画を用いて供覧し報告する．郭清範囲に関しては，上縁を左腎静脈下縁，左縁を左性腺動静脈，右縁は下大静脈右縁，尾側は総腸骨動脈分岐部までを郭清範囲として定型化し,郭清している．6ポート，スクエア型のポート配置で手術を行い，頭低位15度とし手術を行っている．大静脈から左腎静脈を安全かつ正確に認識し郭清するため，右側結腸間膜を尾側より授動し，右側結腸領域を広範に脱転し、これを腹腔外から針糸を用いて頭側に壁のように吊り上げ，郭清領域のブロッカーとして用いることで,術野を広く確保することをポイントとしている．また，恥骨と臍の中点にトロッカーを追加することで，大動脈の左側の郭清範囲の操作性を高めている.それぞれの辺縁で郭清縁の受けをつくることで郭清範囲を明確化し，安全性と確実性を高めたうえで，最後に尾側からこれをen blocに郭清を行うという手技を定型化している．
【結語】
当科の定型化により，腹腔鏡下大動脈周囲リンパ節郭清は鏡視下手術による拡大視効果により，精緻で質の高い低侵襲手術が可能になると考える．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:35 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 18　大腸癌の転移・再発治療 1
座長：衛藤 謙（東京慈恵会医科大学外科学講座）

[O18-3] 肝転移を伴う大腸癌に対する集学的治療戦略－肝切除到達性と再発後サルベージ治療の検討

*田辺 寛[1]、馬場 研二[2]、益満 和人[1]、久木田 武應[1]、大井 秀之[1]、米盛 圭一[1]、帆北 修一[1]、上之園 芳一[1]、大塚 隆生[2] (1. 今村総合病院外科、2. 鹿児島大学病院消化器外科)

【背景】化学療法の進歩により、肝転移を伴う大腸癌においてconversion therapyを介した肝切除到達例が増加している。一方で、肝切除後再発は依然として高率であり、再発後の治療戦略やサルベージ治療の実態は十分に明らかではない。
【目的】肝転移を伴う大腸癌に対する原発巣切除症例において、周術期化学療法と肝切除到達性、ならびに再発後サルベージ治療との関連を検討することを目的とした。
【対象と方法】2018年から2023年に、原発巣切除を施行した肝転移を伴う大腸癌40例を対象とした。肝切除率、肝切除後再発、再発後サルベージ治療の施行状況、各時点（原発巣切除前後、肝切除前後、再発後）における化学療法の施行状況を後方視的に検討した。また、全生存期間（OS）について単変量解析を行った。
【結果】全体の3年生存率は65.5%であり、20例（50%）が肝切除に到達していた。肝切除例の3年生存率は100%、非切除例では31.7%であった。肝切除のタイミングは、原発巣切除後が17例、同時切除が2例、肝切除先行が1例であり、原発巣切除から肝切除までの期間中央値は5（1–50）か月であった。肝切除例の肝転移個数は14例（70%）で1–3個、6例（30%）で4個以上であった。肝切除例のうち11例（55%）に術前化学療法が施行されており、conversion therapyによる切除到達への関与が示唆された。肝切除後は14例（70%）に再発を認め、そのうち8例（53%）にサルベージ治療が施行された。一部症例では化学療法後にサルベージ治療へ移行していた。原発巣切除前化学療法は16例（40%）に施行され、3年生存率は68.8%であったが、肝切除到達は6例のみであった。OSに対する単変量解析では、肝切除の有無のみが有意な予後因子であった。
【結語】肝転移を伴う大腸癌において、肝切除ができた症例は予後良好であった。肝切除前化学療法はconversion therapyを介した切除到達に寄与する可能性が示唆された一方、原発巣切除前化学療法の有用性は明らかではなかった。また、再発後においては化学療法を含む集学的治療によりサルベージ治療が可能となる症例が存在した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:35 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 18　大腸癌の転移・再発治療 1
座長：衛藤 謙（東京慈恵会医科大学外科学講座）

[O18-4] 当科における大腸癌肝転移の治療戦略

*柿澤 奈緒[1]、松澤 夏未[1]、福井 太郎[1]、高山 裕司[1] (1. 自治医科大学附属さいたま医療センター一般・消化器外科)

【緒言】肝転移を有する大腸癌患者の治療については、長期予後を得られる可能性もある。薬物療法の適応や手術のタイミングについて、戦略を立てることが重要となる。当科では、治療前の画像評価での肝切除手術適応について、さらに薬物療法の方針となった症例では開始後3〜4ヵ月での画像評価を行い、手術時期やコンバージョン手術の可否について、肝臓外科医と連携して検討を行っている。
【対象と方法】当院で2019年5月から2025年7月に肝転移巣の切除術を施行した大腸癌患者61例の中長期治療成績を後方視的に検討した。
【結果】1) 患者背景; 性別 M 42 : F 19、年齢 70歳 (46-85)、原発巣 右側 16 : 左側45、腫瘍深達度 pT2以下 7 : pT3以上 54、リンパ節転移 pN0 27 : pN1以上 34、StageI 3 : II 10 : III 15 : IV 33、肝転移 同時30 : 異時31、術前薬物療法なし35 : あり26、術前CEA 6.5 (1.0-847)、原発巣切除後の観察期間39ヵ月 (1.2-103)。
2) 肝転移巣; 最大径28mm (7-80)、転移数 1 26 : 2 15 : 3~5 13 : 6以上 7。
3) 中長期治療成績; 肝切除後の肝再発なし 20 : あり23 (再手術適応なし11 : あり 12)、肝無再発期間8.7ヵ月 (2.2-52)、肝切除回数 1 45 : 2 15 : 3 1、最終肝切除後の無再発症例22例であった。同時と異時とで無再発期間(同時7.6ヵ月 : 異時21.1ヵ月 P=0.183)に有意差はなかった。
4) 最終肝切除後の無再発症例を他と比較すると、有意に肝切除後の肝外再発症例が少なく(P<0.01)、肝外再発の手術適応症例が多く(P=0.02)、肝切除後の肝再発症例が少なかった(P=0.002)。手術適応のない肝外再発の中では、肺転移が最多であった。
【結語】肝転移切除後に肝、肝外に生じる切除不能の再発は、予後規定因子となる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:35 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 18　大腸癌の転移・再発治療 1
座長：衛藤 謙（東京慈恵会医科大学外科学講座）

[O18-5] 大腸癌肝転移切除後の予後とその関連因子の検討

*井上 悠介[1,2]、小野 李香[1]、山﨑 翔斗[1]、丸田 浩志[1]、山口 峻[1]、片山 宏己[1]、高村 祐磨[1]、足立 利幸[1]、石井 光寿[1]、江口 晋[2]、野中 隆[1] (1. 長崎大学外科学講座大腸・肛門外科、2. 長崎大学外科学講座肝胆膵・移植外科)

【背景・目的】
大腸癌肝転移に対する肝切除は長期予後改善に寄与する一方、術後再発は依然として高率であり、特に早期再発は予後不良とされる。今回、当科における大腸癌肝転移切除症例を後方視的に検討し、術前・術後化学療法の意義および早期再発症例の特徴について検討した。
【対象・方法】
2014年9月から2022年5月までに当科で大腸癌肝転移に対して肝切除を施行した149例を対象とした。男性97例、女性52例、年齢中央値67歳（33–90）。原発巣は右側36例、左側113例、同時性79例、異時性70例であった。術前化学療法は97例、術後補助化学療法は53例に施行した。全生存期間（OS）、無再発生存期間（RFS）をKaplan-Meier法で解析し、さらに再発時期別の予後および半年以内再発危険因子について検討した。
【結果】
術前化学療法あり/なしの3年、5年、10年OSは77%/85%、55%/59%、31%/52%であり、有意差を認めなかった（p=0.60）。また1年、3年、5年RFSは51%/56%、28%/36%、27%/36%であり、有意差を認めなかった（p=0.24）。術後補助化学療法あり/なしの3年、5年、10年OSは80%/79%、61%/53%、31%/52%であり、有意差を認めなかった（p=0.73）。再発時期別OSでは、半年以内再発群の3年・5年OSは61%、18%、半年〜2年以内再発群では78%、39%、2年以降再発群では100%、88%であり、早期再発群は有意に予後不良であった（p=0.006）。さらに半年以内再発群ではCA19-9高値症例が有意に多く、多変量解析においてもCA19-9高値は独立した早期再発危険因子であった（OR 3.39, p=0.009）。
【結語】
大腸癌肝転移切除後の半年以内再発は極めて予後不良であり、CA19-9高値はその独立危険因子であった。術前・術後化学療法による明らかな予後改善効果は認めなかったが、腫瘍生物学的悪性度を考慮した集学的治療戦略が重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:35 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 18　大腸癌の転移・再発治療 1
座長：衛藤 謙（東京慈恵会医科大学外科学講座）

[O18-6] 大腸癌肝転移に対する肝切除後の超早期再発症例から考える周術期治療の意義

*木内 純[1]、有田 智洋[1]、清水 浩紀[1]、名西 健二[1]、倉島 研人[1]、中道 脩介[1]、池下 千彬[1]、柴田 梨恵[1]、住吉 秀太郎[1]、井上 博之[1]、西別府 敬士[1]、久保 秀正[1]、今村 泰輔[1]、小菅 敏幸[1]、山本 有佑[1]、小西 博貴[1]、森村 玲[1]、藤原 斉[1]、塩﨑 敦[1] (1. 京都府立医科大学消化器外科)

【緒言】大腸癌肝転移に対しては、R0切除が可能であれば外科的切除が推奨されている。一方で外科的切除後に再発を来す症例も多く、特に肝切除後早期に再発する症例に対しては外科的切除そのものや、そのタイミングについての是非が問われる。今回、外科的R0切除後の再発リスク因子について検証しつつ、周術期化学療法の必要性について考察する。
【方法】大腸癌肝転移に対してR0肝切除を施行した137例について、後方視的に解析した。5年の無再発生存（RFS）に加えて、術後4か月以内の超早期再発（UER）について解析した。
【結果】1) 137例中72例（52.6%）に肝切除後再発を認め、16例（11.7％）は術後4か月以内のUERに該当した。2) 5年RFSに対する予後因子としては、原発巣の領域リンパ節転移あり、低分化あるいは未分化癌、5cm以上の肝転移巣、肝外転移あり、再肝切除が独立した再発予測因子であった。一方で、UERに対する予後因子としては、静脈侵襲陽性、低分化または未分化癌、肝外転移あり、肝切除前のCA19-9高値が独立した再発予測因子であった。UERを来す症例の5年全生存率は50.0%と、予後不良であった。5年RFS、UERともに、周術期の抗癌剤治療は、予後因子として抽出されなかった。3) 肝切除単独群と比較して、周術期抗癌剤治療介入群は5年RFSの観点で優位に予後不良であった。また周術期抗癌剤治療介入群の中では、キードラッグであるオキサリプラチンやベバシズマブ投与群で優位に予後不良であった。抗癌剤投与のタイミングに関して、術前投与と術後投与では予後に差は認めなかった。
【結語】今回の解析では選択バイアスの影響が大きいとはいえ、少なくとも周術期の抗癌剤治療介入による明らかな予後改善効果は認められなかった。一方で、大腸癌肝転移に対する肝切除後のUER予測因子が抽出された。これらの因子に該当する症例では、手術時期を含めた治療戦略を慎重に検討する必要があり、その中で抗癌剤投与を含めたより高強度な治療戦略が必要とされる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:35 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 18　大腸癌の転移・再発治療 1
座長：衛藤 謙（東京慈恵会医科大学外科学講座）

[O18-7] 大腸癌の多発性肝転移に対する術前化学療法と反復肝切除―根治的肝切除後に早期の肝転移を繰り返した症例

*藤崎 滋[1,2,3]、高階 幹[1]、富田 凉一[1]、藤崎 隆[1]、櫻井 健一[2]、岡村 行泰[3] (1. 藤崎病院外科、2. 日本歯科大学生命歯学部外科、3. 日本大学医学部消化器外科)

消化器癌の多発性肝転移の病勢制御は概して難しい。多発肝転移が判明した際に、画像に現れない微少肝転移巣が複数存在する可能性がある。微少病変制御目的で全身化学療法施行後、多発性肝切除を行うことを当科の方針としている。

大腸癌根治術に多発肝転移をきたした46歳女性で、全身化学療法施行後に根治をめざして肝切除を行うも、短期的に肝転移の再発を繰り返し、全身化学療法と肝切除などの局所治療を数回にわたり行った症例を経験した。

X-1年１月　S状結腸癌の診断で腹腔鏡下S状結腸切除術を施行。（病理：Ｔ３Ｎ１M0 StageIIIA (RAS codon 12変異あり）。

術後補助化学療法としてCAPOX療法（４コース）施行。

X年1月 腹部CT検査で多発肝転移（11箇所）が判明。FOLFIRI+BV施行 (11コース)、PR確認し、同年7月、 S4,6,7,8切除（S4：1個、Ｓ６：3個、Ｓ８：3個。化学療法効果判定Grade 1a）。同年10月、化学療法で画像上一旦消失した肝S6病変の再燃を確認した。同年11月再肝切除した（Ｓ３、Ｓ６切除）。X+1年2月、腹部 CT検査で肝S8に肝転移が判明、直ちにFOLFIRI +BEV（9コース）施行、PRを確認し、同年8月、 再々肝切除（S8/4切除）。同年10月、同時期に判明した甲状腺がんに甲状腺左葉切除施行。

同年12月、腹部CT 検査で肝S4に転移が判明。直ちにFOLFIRI+BEV（ 12コース）施行。PR確認し、X+2年7月 再再々肝切除(S3/4)。同年８月より、補助化学療法としてTS-1内服開始。

X+3年１月、腹部CT検査で肝S6に2cm大の病変あり、患者希望にて、X＋３年３月、他施設で肝動脈塞栓術（TAE）併用のラジオ波焼灼術（RFA）施行。 同年４月の腹部CT検査で、右卵巣転移あり、X＋３年５月、右卵巣転移切除施行（他施設）。X+3年７月, 腹部CTで肝転移２箇所が新たに判明。FOLFIRI+BEVを開始（14コース施行）、X+4年2月肝切除施行、グリソン右枝浸潤あり、断端陽性となった。FOLFIRI+BV再開するもPDとなり、その後TAS-102やレゴラフィニブも試みたが、多発肝転移の発症後4年10ヶ月で永眠された。

大腸癌多発性肝転移に対し、根治に至るのは困難であったが、重篤な合併症をきたすことなく、術前化学療法と肝切除の組み合わせた反復施行が可能であった症例を経験した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 14:30 ~ 15:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 19　大腸癌の転移・再発治療 2

座長：斉田 芳久（東邦大学医療センター大橋病院外科）

[O19-1] 大腸癌異時性腹膜播種再発に対する肉眼的治癒切除の意義

*亀井 佑太郎[1]、佐藤 健太郎[1]、菅原 江美子[2]、野口 竜剛[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. がん研有明病院消化器センター大腸外科、2. がん研有明病院病理部)

[O19-2] 直腸癌再発手術－特に局所切除の術式およびDangerous pointについて－

*小森 康司[1]、木下 敬史[1]、大内 晶[1]、岸田 貴喜[1]、安岡 宏展[1]、安藤 秀一郎[1]、伊藤 誠二[1]、三澤 一成[1]、伊藤 友一[1]、山口 淳平[1]、檜垣 栄治[1]、奥野 正隆[1]、細井 敬泰[1]、山田 裕宜[1]、稲田 亘佑[1]、安部 哲也[1] (1. 愛知県がんセンター消化器外科)

[O19-3] 進行大腸癌の発育様式と再発形式の関連についての検討

*加藤 宏周[1]、清島 亮[2]、門野 政義[1]、森田 覚[1]、菊池 弘人[3]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部　外科学（一般・消化器)、2. 稲城市立病院　外科、3. 川崎市立川崎病院　外科)

[O19-4] 直腸癌局所再発R0切除後早期再発の術前予測因子の検討

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

[O19-5] 大腸癌肝転移肝切除後におけるCEAと補助化学療法mFOLFOX6：JCOG0603副次的解析

*北風 雅敏[1]、片岡 幸三[2]、大隅 寛木[3]、石川 裕也[4]、清水 泰博[5]、稲葉 吉隆[6]、小森 康司[5]、塩見 明生[7]、塩澤 学[8]、諏訪 雄亮[9]、須藤 剛[10]、絹笠 祐介[11]、瀧井 康公[12]、伴登 宏行[13]、小畠 誉也[14]、佐野 裕亮[4]、高島 淳生[15]、塚本 俊輔[16]、金光 幸秀[16] (1. 大阪国際がんセンター消化器外科、2. 兵庫医科大学消化器外科学講座下部消化管外科、3. 神奈川県立がんセンター消化器内科、4. 国立がん研究センター中央病院JCOGデータセンター／JCOG運営事務局、5. 愛知県がんセンター消化器外科部、6. 愛知県がんセンター放射線診断・IVR部、7. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科、8. 神奈川県立がんセンター消化器外科、9. 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、10. 山形県立中央病院消化器外科、11. 東京科学大学消化管外科学分野、12. 新潟県立がんセンター新潟病院消化器外科、13. 石川県立中央病院消化器外科、14. 国立病院機構四国がんセンター消化器外科、15. 国立がん研究センター中央病院消化管内科、16. 国立がん研究センター中央病院大腸外科)

[O19-6] 直腸癌局所再発に対する周術期放射線治療とR0切除の意義

*吉松 軍平[1]、皆瀬 翼[1]、伊勢 一郎[1]、村上 恵[1]、佐藤 好宏[1]、鈴木 秀幸[1]、唐澤 秀明[1]、大沼 忍[1]、亀井 尚[1]、海野 倫明[1] (1. 東北大学大学院　消化器外科学)

[O19-7] 術前CTガイド下フックワイヤーマーキングにより腹腔鏡下に切除し得たS状結腸癌術後腹腔内播種再発の1例

*坂本 周平[1]、岡田 倫明[1]、古田 昭寛[2]、堀田 健太[1]、野村 明成[1] (1. 大阪赤十字病院消化器外科、2. 大阪赤十字病院放射線診断科)

[O19-8] 大腸癌腹膜播種に対する腹腔鏡下手術成績

*小林 昭広[1]、山崎 信義[1]、小林 亮介[1]、佐藤 学[1]、鈴木 文武[1]、浅井 大智[1]、三ノ宮 優太[1]、林 和貴[1]、富田 直宏[1]、久保 浩一郎[1]、緒方 賢司[1] (1. 千葉西総合病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 14:30 ~ 15:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 19　大腸癌の転移・再発治療 2

座長：斉田 芳久（東邦大学医療センター大橋病院外科）

[O19-1] 大腸癌異時性腹膜播種再発に対する肉眼的治癒切除の意義

*亀井 佑太郎[1]、佐藤 健太郎[1]、菅原 江美子[2]、野口 竜剛[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. がん研有明病院消化器センター大腸外科、2. がん研有明病院病理部)

【目的】
大腸癌腹膜播種は予後不良な転移再発様式であり、治療戦略は依然として議論の多い領域である。近年、同時性腹膜播種に対しては肉眼的治癒切除の有用性が報告されているが、異時性腹膜播種再発に対する外科的切除の適応は未だ明確ではない。本研究では、肉眼的治癒切除が予後改善に寄与する症例特性を明らかにし、その適応の最適化を目的とした。
【対象と方法】
2005年11月から2024年10月までに当院で大腸癌根治切除後に異時性腹膜播種再発を認め、肉眼的治癒切除を施行した48例を対象とした。非治癒切除例および再再発例は除外した。3年累積再発率および5年全生存率（OS）を算出し、再発リスク因子および予後規定因子について多変量解析を行った。
【結果】
観察期間中央値は53.6か月であった。初回手術時Stage IVは16例（33.3%）であった。再発形式として単発播種は31例（64.6%）、他臓器転移併発は14例（29.2%）に認めた。周術期化学療法は36例（75.0%）に施行された。3年累積再発率は69.4%と高率であったが、5年OSは61.4%と比較的良好であった。多変量解析では他臓器転移併発（HR 2.53, p=0.027）およびR1切除（HR 3.26, p=0.025）が独立した再発リスク因子であった。単発播種症例では5年OSは75.4%と有意に良好であり、多発播種症例（30.3%）と比較して明確な予後差を認めた（p=0.005）。
【考察】
異時性腹膜播種再発においても、単発播種症例は肉眼的治癒切除の良好な適応となり得る。一方、多発播種、R1切除、他臓器転移併発例では再発リスクが高く、外科単独治療の限界が示唆された。これらの症例では集学的治療戦略の導入および強化が必要と考えられる。本研究は、異時性腹膜播種再発に対する外科的切除の適応選択に有用な知見を示すものである。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 14:30 ~ 15:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 19　大腸癌の転移・再発治療 2
座長：斉田 芳久（東邦大学医療センター大橋病院外科）

[O19-2] 直腸癌再発手術－特に局所切除の術式およびDangerous pointについて－

*小森 康司[1]、木下 敬史[1]、大内 晶[1]、岸田 貴喜[1]、安岡 宏展[1]、安藤 秀一郎[1]、伊藤 誠二[1]、三澤 一成[1]、伊藤 友一[1]、山口 淳平[1]、檜垣 栄治[1]、奥野 正隆[1]、細井 敬泰[1]、山田 裕宜[1]、稲田 亘佑[1]、安部 哲也[1] (1. 愛知県がんセンター消化器外科)

【背景】
大腸癌局所再発手術は予後に貢献できるが、手術回数を重ねるにつれて難易度が高くなる。
【目的】
直腸癌局所頻回再発（再々発、再々々発）において、術式およびDangerous pointついて検討しビデオ供覧する。
【対象】
2010~2025年の直腸癌局所再々発(2回)以上の手術した30例。
【方法】
術式を(1)局所切除(LR)、(2)局所切除+浸潤他臓器合併切除術(LR+α)、(3)直腸切除(LAR)、(4)骨盤内臓器全摘術(TPE)、(5)仙骨合併切除骨盤内臓器全摘術(TPES)、(6)その他(Other)に分類。手術時間、出血量、術後合併症(Clavien-Dindo IIIb)、アプローチ法について検討。
【結果】
(1)年齢59±13(mean±S.D.)歳。(2)男14(46.7%)/女16(53.3%)。(3)病理所見はすべてR0切除。(4)LR:9例(30.0%)、LR+α:8例(26.7%)、LAR:3例(10.0%)、TPE:5例(16.7%)、TPES:3例(10.0%)、Other:2例(6.7%)。(5)LR+αの合併臓器は、腎、尿路経:6例、卵巣:1例、血管合併人工血管再建:1例、恥骨合併切除:1例、大臀筋:1例(重複あり)。(6)手術時間(分)はLR:350±160、LR+α:357±116、LAR:298±36、TPE: 551±107、TPES: 628±80、Other:212±76 (p=0.017)。LR vs LR+αはp=0.841。(7)出血量(ml)はLR:1802±2695、LR+α:1536±1159、LAR: 897±114、TPE: 5196±3148、TPES:4048±3486、Other: 380±71(p=0.050)。特にLR vs LR+αではp=0.286。(8)術後合併症(CDIIIb)はLR:3例(33.3%)、LR+α:0例(0.0%)、LAR:0例(0.0%)、TPE:0例(0.0%)、TPES:0例(0.0%)、Other:0例(0.0%)(p=0.656)。合併症はすべて、小腸穿孔で、術後3〜4日に発生。術死、在院死無し。LR vs LR+αはp=0.013でLRに有意に多かった。(9)アプローチ法：経腹的29例(96.7%)、経臀部的1例(3.3%)でありLR+αであった。
【局所切除の術式】
浸潤している他臓器合併切除しても再発巣切除範囲は、腹側から背側へ向かっては逆円錐状になる。背側へ近づくにつれ、視野が深く且つ狭くなる。さらに病変の背側に存在する血管は視認が困難で、予期せぬ出血を引き起こす。止血に難渋することを念頭に置いて手術に臨むべきである。
【結語】
術前に局所切除が可能であったとしても、術後合併症も多く、難易度も高く、慎重に手術に臨むべきであると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 14:30 ~ 15:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 19　大腸癌の転移・再発治療 2
座長：斉田 芳久（東邦大学医療センター大橋病院外科）

[O19-3] 進行大腸癌の発育様式と再発形式の関連についての検討

*加藤 宏周[1]、清島 亮[2]、門野 政義[1]、森田 覚[1]、菊池 弘人[3]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部　外科学（一般・消化器)、2. 稲城市立病院　外科、3. 川崎市立川崎病院　外科)

【背景・目的】肉眼型は大腸癌の病理学的評価の項目として使用されているが、大腸癌の予後因子としてコンセンサスは得られていない。特に再発形式も含めて検討している研究は少なく、発育様式と再発形式の関連は未だ明らかとなっていない。今回我々は進行大腸癌根治切除例における肉眼型による再発リスクの違い、さらにその再発形式との関連を明らかにすることを目的とした。【方法】当院および関連施設における大腸癌手術症例の多施設共同データベース(K-SEER)から2015年1月～2018年12月におけるpStage I-IIIの進行大腸癌根治切除例を対象とし後方視的に解析を行った。主要評価項目は無再発生存期間（RFS)、再発形式とした。【結果】全3552例のうち、pStageの内訳はpStage I/II/III = 526例（14.8%）/1681例（47.3%）/1345例（37.9%）であった。また肉眼型分類の内訳はType 1/2/3/4/5 = 338例(9.5%)/2759例（77.7%）/382例（10.8%）/12例（0.3%）/61例（1.7%）であった。術後再発例は733例（20.6%）に認め、Cox比例ハザードモデルによる多変量解析を行った結果、肉眼型による再発リスクには有意差を認めた（Type 1：ref、Type 2：HR 1.737、95%CI 1.225-2.463、p=0.02、Type 3：HR 2.969、95%CI 2.025-4.353、p<0.001、Type 4：HR 3.238、95%CI 1.143-9.177、p=0.027、Type 5: 2.037、95%CI 1.104-3.761、p=0.023)。肉眼型毎の術後再発例の内訳はType1が34例（10.1%)、Type2が549例（19.9%)、Type 3が131例（34.3%）であった。初回再発部位を遠隔転移再発（肝、肺、脳、骨）と局所再発（リンパ節、局所再発、腹膜播種）に分け比較したところ、遠隔転移例はType1（15例、44.1%）がType2 (354例、64.5%)やType 3（70例、53.4%）と比較して少なかった一方、局所再発例はType2（238例、43.3%）がType 1（18例、52.9%）やType 3（73例、55.7%）が低い傾向を認めた。【考察・結語】進行大腸癌は肉眼型毎に再発リスクや再発形式に特徴があることが示唆された。特に血行性転移と考えられる部位に大きな差を認めたことから、肉眼型毎に発育過程において獲得する腫瘍学的特徴が異なる可能性が示唆された。今後、基礎的検討を含めた病態解明が望まれる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 14:30 ~ 15:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 19　大腸癌の転移・再発治療 2
座長：斉田 芳久（東邦大学医療センター大橋病院外科）

[O19-4] 直腸癌局所再発R0切除後早期再発の術前予測因子の検討

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

【背景】
直腸癌局所再発に対してR0切除が達成されても、術後早期再発を来す症例が存在するが、その予測因子は十分に明らかではない。
【目的】
直腸癌局所再発に対するR0切除後の早期再発高リスク症例の術前予測因子を明らかにする。
【対象と方法】
2001年から2024年までに当院で直腸癌局所再発に対してR0切除を施行し、1年以上フォローアップされた91例を対象とした。術後１年以内に再発を認めた症例を早期再発群、それ以外を非早期再発群と定義した。術前因子として年齢、性別、BMI、再発部位、CEA、CA19-9、再発に対する術前治療の有無について２群間比較を行なった。単変量解析で有意または関連が示唆された因子を用いて多変量ロジスティック回帰解析を行い、早期再発の独立したリスク因子を検討した。また、両群の５年全生存率（OS）を比較した。
【結果】
早期再発群は21例（23.1%）、非早期再発群は70例（76.9%）であった。単変量解析では、CEA高値（OR 1.76 p=0.011）が早期再発と関連した。また、再発部位分布は2群間で差を認めなかったが、側方および後方再発で早期再発の割合が高い傾向にあった（p=0.14）。多変量解析では、CEA高値が独立した早期再発のリスク因子であった（OR 1.68, p=0.025）。再発部位では、後方再発が早期再発と関連する傾向を認めた(OR 4.66, p=0.071)。5年OSは早期再発群57.7%、非早期再発群84.2%であり、早期再発群で有意に不良であった（log-rank p=0.00079）。
【結語】
直腸癌局所再発に対するR0切除症例において、術前CEA高値は早期再発の独立した予測因子であった。後方再発は早期再発と関連する可能性があり、これらの因子を考慮した治療戦略の最適化が重要と考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 14:30 ~ 15:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 19　大腸癌の転移・再発治療 2
座長：斉田 芳久（東邦大学医療センター大橋病院外科）

[O19-5] 大腸癌肝転移肝切除後におけるCEAと補助化学療法mFOLFOX6：JCOG0603副次的解析

*北風 雅敏[1]、片岡 幸三[2]、大隅 寛木[3]、石川 裕也[4]、清水 泰博[5]、稲葉 吉隆[6]、小森 康司[5]、塩見 明生[7]、塩澤 学[8]、諏訪 雄亮[9]、須藤 剛[10]、絹笠 祐介[11]、瀧井 康公[12]、伴登 宏行[13]、小畠 誉也[14]、佐野 裕亮[4]、高島 淳生[15]、塚本 俊輔[16]、金光 幸秀[16] (1. 大阪国際がんセンター消化器外科、2. 兵庫医科大学消化器外科学講座下部消化管外科、3. 神奈川県立がんセンター消化器内科、4. 国立がん研究センター中央病院JCOGデータセンター／JCOG運営事務局、5. 愛知県がんセンター消化器外科部、6. 愛知県がんセンター放射線診断・IVR部、7. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科、8. 神奈川県立がんセンター消化器外科、9. 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、10. 山形県立中央病院消化器外科、11. 東京科学大学消化管外科学分野、12. 新潟県立がんセンター新潟病院消化器外科、13. 石川県立中央病院消化器外科、14. 国立病院機構四国がんセンター消化器外科、15. 国立がん研究センター中央病院消化管内科、16. 国立がん研究センター中央病院大腸外科)

【背景】 大腸癌肝転移に対する肝切除後の術後補助化学療法の意義は定まっていない。JCOG0603では補助mFOLFOX6療法により無病生存期間は延長したが、全生存期間における改善は示されなかった。術後CEAは微小残存病変を反映する可能性があり、補助化学療法の利益を受ける群の同定に有用である可能性がある。そこで、術後CEAを用いて補助mFOLFOX6療法の利益が期待される群を同定できるか検討した。
【方法】 JCOG0603の副次的解析として、肝切除後4週の術後CEAが測定された287例（mFOLFOX6群139例、手術単独群148例）を対象とした。STEPP解析により探索的カットオフを選定し、CEA値で2群（CEA高値群、CEA低値群）にわけ、無病生存期間および全生存期間を比較した。
【結果】 術後CEA 6.0 ng/mLをカットオフとして選定した。CEA 高値群（75例）では、mFOLFOX6群で無病生存期間が良好であった（5年DFS：50.0% vs 22.0%、HR: 0.55、95%CI: 0.31–0.96、P=0.03）。一方、CEA低値群（212例）では無病生存期間に改善の傾向が認められなかった（5年DFS：50.5% vs 48.1%、HR: 0.83、95%CI: 0.58–1.19、P=0.31）。全生存期間はCEA高値群、低値群ともに改善は認められなかった。無病生存期間の治療とCEAの交互作用は統計学的に有意ではなかった（P=0.16）。
【結語】CEA 高値群では肝転移術後のmFOLFOX6による無病生存期間延長の可能性を示した一方で、CEA 低値群では明確な利益を示さなかった。また、全生存期間についてはCEA高値群、低値群ともにmFOLFOX6による延長を認めなかった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 14:30 ~ 15:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 19　大腸癌の転移・再発治療 2
座長：斉田 芳久（東邦大学医療センター大橋病院外科）

[O19-6] 直腸癌局所再発に対する周術期放射線治療とR0切除の意義

*吉松 軍平[1]、皆瀬 翼[1]、伊勢 一郎[1]、村上 恵[1]、佐藤 好宏[1]、鈴木 秀幸[1]、唐澤 秀明[1]、大沼 忍[1]、亀井 尚[1]、海野 倫明[1] (1. 東北大学大学院　消化器外科学)

【背景】 直腸癌局所再発は症例ごとの病態が多彩であり、エビデンスに基づいた標準治療の確立が十分ではない。局所再発に対する集学的治療の重要性が高まる中、手術と周術期放射線治療の組み合わせが治療成績に与える影響を明らかにする必要がある。本研究では、当科における局所再発に対する手術症例を後方視的に解析し、R0切除および周術期放射線治療の意義を検討した。
【対象と方法】 1990年から2025年12月までに当科にて直腸癌局所再発巣切除を施行した59例を対象とした。
【結果】 原発巣切除時の年齢中央値62歳、男/女＝33/26例。初回術式は高位前方切除9例、低位前方切除29例、超低位/ISR 5例、直腸切断術12例、ハルトマン手術3例であり、15例（25.4%）で側方郭清が施行されていた。再発までの期間中央値は632日、再発部位はcentral 52例（88.1%）、lateral 7例（11.9%）であった。 術前化学放射線療法（CRT）が20例に施行され、うち15例（75.0%）でR0切除が得られた。一方、upfront手術群39例のR0切除は26例（66.7%）であり、うち13例（R0切除5例、R1/R2切除8例）には術後放射線療法が実施された。全体のR0切除41例中、再々発を26例（63.4%）に認めたが、再々発率は放射線照射群65.0%、非照射群61.9%と同等であった。予後解析では、R1/R2切除群はR0切除群と比較して全生存期間（OS）が不良であった。
【考察】 局所再発においてR0切除はOS延長のために不可欠であるが、全体のR0切除率は69.5%にとどまった。術前CRT群はupfront群よりR0切除割合が高く、その有用性が示唆された。一方で、術後再発率に明らかな差はみられず、R0切除率が拡大合併切除等の術式に修飾されることや、CRTに伴う術後合併症の懸念も考慮する必要がある。
【結語】 直腸癌局所再発における術前CRTはR0切除率の向上に寄与する可能性が示された。今後は真にOS延長をもたらす適応症例の層別化に向けた、大規模データによる検証が求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 14:30 ~ 15:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 19　大腸癌の転移・再発治療 2
座長：斉田 芳久（東邦大学医療センター大橋病院外科）

[O19-7] 術前CTガイド下フックワイヤーマーキングにより腹腔鏡下に切除し得たS状結腸癌術後腹腔内播種再発の1例

*坂本 周平[1]、岡田 倫明[1]、古田 昭寛[2]、堀田 健太[1]、野村 明成[1] (1. 大阪赤十字病院消化器外科、2. 大阪赤十字病院放射線診断科)

【緒言】腹腔内小再発病変の切除では, 病変が小さいことや手術歴・化学療法に伴う癒着, 線維化により, 術中の局在同定に難渋することがある. 今回, S状結腸癌術後の腹腔内播種再発病変に対し, 術前CTガイド下フックワイヤーマーキングを行い, 腹腔鏡下に切除し得た症例を経験した.
【症例】66歳, 女性. 腹膜播種を伴うS状結腸癌に対して腹腔鏡下S状結腸切除術と播種切除を行った. 術後1年6か月のCTで左側腹部の脂肪織内に9mm大の再発病変を認めた. 化学療法により病変は5mmに縮小し, 切除の方針とした. 病変が小さく術中同定が困難となる可能性が危惧されたため, 手術直前に経腹的CTガイド下フックワイヤーマーキングを施行した. 手術中, マーキングフックは大網内に確認され, 腹腔鏡下にマーキングフックごと大網を切除した. 摘出標本ではマーキングフック近傍に5mmの結節性病変を認め, 病理組織学的にmetastasis of colonic adenocarcinomaと診断された.
【考察】大腸癌術後の限局性腹腔内再発では, 全身病勢が制御されている場合, 局所切除が治療選択肢となり得る. 一方, 小病変や深部病変では腹腔鏡下での視認・触知が困難であり, 確実な局在同定が課題となる. CTガイド下マーキングは微小肺病変に対する胸腔鏡下手術で広く用いられているが, 腹腔内病変への応用報告は少ない. 本症例ではフックワイヤーを指標とすることで, 確実に病変を切除し得た.
【結語】術中同定が困難と予想される腹腔内小再発病変に対し, 術前CTガイド下フックワイヤーマーキングは有用なナビゲーションツールとなり得る.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 14:30 ~ 15:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 19　大腸癌の転移・再発治療 2
座長：斉田 芳久（東邦大学医療センター大橋病院外科）

[O19-8] 大腸癌腹膜播種に対する腹腔鏡下手術成績

*小林 昭広[1]、山崎 信義[1]、小林 亮介[1]、佐藤 学[1]、鈴木 文武[1]、浅井 大智[1]、三ノ宮 優太[1]、林 和貴[1]、富田 直宏[1]、久保 浩一郎[1]、緒方 賢司[1] (1. 千葉西総合病院)

【はじめに】腹膜播種を伴う大腸癌は予後不良である。近年腹膜播種に対する腹腔鏡下手術は診断から治療へ広がりを見せているが慎重な判断が必要である。当院ではP3は主に診断、P1、P2の場合は根治を目指した外科切除を腹腔鏡下に行っている。
【目的】大腸癌腹膜播種に対する腹腔鏡下外科切除例の成績を明らかにする。
【対象】2016年から2025年までに播種切除を行った42例。長期成績は2021年までの27例で解析した。
【ポート部再発対策】①創部の保護（ラッププロテクター装着、回収バックの徹底。）。②手技上の工夫としては腫瘍に直接触れないような操作の徹底、ポート挿入部からガス漏れ防止。③腹腔内及び創部の洗浄。④急激な脱気の回避：ポート抜去の際に、腹腔内のガスが創部になるべく触れないようにする。特に④を徹底している。
【結果】42例中P1-2で根治を目指した手術が28例、P3での姑息手術が14例。播種切除個数は1か所：16例、2か所：5例、3か所：4例、4か所以上：6例。播種切除までに遠隔転移ありが20例（48%）。開腹移行はなし。術式は回盲部切除8例、右（半）結腸切除11例、左（半）結腸切除2例、S状結腸切除10例、高位前方切除2例、直腸切断術1例、付属器切除2例、腫瘍切除9例（重複あり）。手術時間中央値は171分（62-404分）、出血量中央値は20ml（1-680ml）。手術合併症：1例（尿管損傷→術中尿管ステント挿入）。術後合併症はGrade2が2例（縫合不全保存治療）、Grade 3bが1例（腸閉塞手術）であった。術後入院期間中央値10日（3-27日）。5年生存率はP1-2（16例）で42%、P3（11例）で9%（P＜0.05）。遠隔転移なし/ありでの5年生存率は60%/29%（P＝0.07）。ポート部再発は1例（1/42：2.4%）に認めた。
【考察】腹膜播種に対する腹腔鏡下手術は安全に行われていた。ポート再発は1例で許容範囲内なのかもしれない。遠隔転移を伴う症例でもP1-2で5年生存率が30%程度であり、根治を目指したあきらめない治療選択が望まれる。
【おわりに】腹膜播種に対する腹腔鏡下手術は、標準手術として確立されているものではない。様々なポート部再発対策を徹底した上に、腹腔鏡下手術を継続していく予定である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:45 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 20　直腸脱・骨盤臓器脱 1

座長：甲田 貴丸（甲田医院）

[O20-1] 直腸脱に対する腹腔鏡下ventral rectopexyにおける前壁剥離範囲と固定の工夫

*大塚 亮[1]、齊藤 修治[1]、平山 亮一[1]、江間 玲[1]、佐々木 一憲[1]、植田 吉宜[1]、宮島 綾子[1] (1. 横浜新緑総合病院)

[O20-2] 直腸脱に対する腹腔鏡下後方縫合直腸固定術（posterior suture rectopexy）の治療成績

*碓井 彰大[1]、小杉 千弘[1]、鈴木 大亮[1]、森 幹人[1]、岡 義人[1]、首藤 潔彦[1]、清水 宏明[1] (1. 帝京大学ちば総合医療センター外科)

[O20-3] 当科における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の検討

*中嶋 太極[1,2]、田辺 寛[2]、奥村 隆志[1]、馬場 研二[1]、上之園 芳一[2]、大塚 隆生[1] (1. 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科消化器外科学、2. 公益財団法人慈愛会今村総合病院消化器外科)

[O20-4] 当院における腹腔鏡下直腸前方固定術（LVR）の治療成績

*藤森 正彦[1]、中塚 博文[2]、先本 秀人[2]、小川 尚之[2] (1. 呉市医師会病院大腸肛門病センター大腸・肛門外科、2. 呉市医師会病院大腸肛門病センター外科)

[O20-5] 術前後の肛門内圧検査から見た直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の有用性

*大島 隆一[1]、國場 幸均[2]、宮島 伸宜[2]、松島 小百合[2]、紅谷 鮎美[2]、佐井 佳世[2]、米本 昇平[2]、酒井 悠[2]、小菅 経子[2]、松村 奈緒美[2]、河野 洋一[2]、宋 江楓[2]、下島 裕寛[2]、岡本 康介[2]、黒水 丈次[2]、松島 誠[2]、勝又 健太[1]、四万村 司[1]、朝倉 武士[1]、民上 真也[3] (1. 川崎市立多摩病院消化器・一般外科、2. 松島病院大腸肛門病センター肛門科、3. 聖マリアンナ医科大学病院　消化器・一般外科)

[O20-6] 完全直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の検討

*中田 健[1]、佐々木 優[1]、杢谷 友香子[1]、谷田 司[1]、藤原 英広[1]、宮東 幸輝[1]、山口 泰征[1]、小西 彩海[1]、三上 日菜子[1]、中出 真央[1]、石垣 丹音[1]、高山 碩俊[1]、石田 智[1]、山下 雅史[1]、松山 仁[1]、山田 晃正[1] (1. 市立東大阪医療センター消化器外科)

[O20-7] 再発直腸脱に対する腹腔鏡下suture rectopexy併施前方骨盤底形成術の手技

*似鳥 修弘[1]、勝又 佳織[1]、矢作 雅史[1] (1. 国家公務員共済組合連合会立川病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:45 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 20　直腸脱・骨盤臓器脱 1
座長：甲田 貴丸（甲田医院）

[O20-1] 直腸脱に対する腹腔鏡下ventral rectopexyにおける前壁剥離範囲と固定の工夫

*大塚 亮[1]、齊藤 修治[1]、平山 亮一[1]、江間 玲[1]、佐々木 一憲[1]、植田 吉宜[1]、宮島 綾子[1] (1. 横浜新緑総合病院)

【背景】
直腸脱に対する腹腔鏡下ventral rectopexy（LVR）は低侵襲かつ機能温存に優れた術式であるが、再発防止には確実な固定が重要であり、手技の標準化が求められる。
【目的】
当院におけるLVRの手技の工夫、特に前壁剥離範囲と固定方法に着目し、その治療成績を検討する。
【対象・方法】
2019年11月から2026年4月までに直腸脱に対しLVRを施行した26例を対象とした。メッシュを用いた直腸固定を行い、前壁剥離は腹膜切開部を起点として肛門側に加え口側へも拡張し、腹膜翻転部の再現を意識した剥離を行った。これにより、繰り返す脱出により肥厚した腹膜ではなく腸管壁へ確実にメッシュを縫着することを可能とした。手技の要点およびピットフォールをビデオで提示する。
【結果】
全例で手術は完遂された。再発は1例（3.8%）であった。Clavien-Dindo分類II以上の合併症は認めなかった。再発症例の検討から、前壁剥離範囲および固定層が不十分であった可能性が示唆された。以降、腹膜翻転部の再現を意識した剥離および腸管壁への確実な縫着を徹底することで、その後再発は認めていない。
【結論】
LVRにおいては、前壁剥離範囲を適切に設定し、腸管壁への確実な縫着を行うことが再発防止に重要である可能性が示唆された。本ビデオはその手技の要点とピットフォールを提示する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:45 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 20　直腸脱・骨盤臓器脱 1
座長：甲田 貴丸（甲田医院）

[O20-2] 直腸脱に対する腹腔鏡下後方縫合直腸固定術（posterior suture rectopexy）の治療成績

*碓井 彰大[1]、小杉 千弘[1]、鈴木 大亮[1]、森 幹人[1]、岡 義人[1]、首藤 潔彦[1]、清水 宏明[1] (1. 帝京大学ちば総合医療センター外科)

【背景】

直腸脱に対する手術治療には経肛門的アプローチと経腹的アプローチがあり、それぞれに利点・欠点がある。既報では経腹的アプローチの方が再発率が低いとされており、当科では原則として経腹的アプローチを選択している。

【目的】

当科における直腸脱に対する腹腔鏡下 posterior suture rectopexy の手術手技および治療成績を検討する。

【手術手技】

5ポートで手術を行う。岬角から内側アプローチで開始し、直腸をTME層に沿って十分に剥離・授動する。S状結腸が過長な場合には切除を追加する。剥離後、直腸を頭側へ牽引し脱出腸管の還納を確認する。メッシュは使用せず、岬角近傍で直腸を左右それぞれ3〜4針で縫合固定する。操作に際しては正中仙骨静脈および下腹神経損傷に注意する。

【成績】

対象は12例で、年齢は79歳（50–91歳）、男性1例、女性11例であった。手術時間は131分（67–207分）、出血量は3 mL（0–30 mL）、術後在院日数は7日（4–12日）であった。術後観察期間中央値は12か月（0–84か月）であった。術後合併症として便失禁を3例、下痢および便秘を各1例に認めたが、いずれも術前からの症状の持続であった。再発は1例に認め、術後2年5か月で発生し、再手術（メッシュ使用による直腸固定術）を施行した。

【結語】

当科における腹腔鏡下 posterior suture rectopexy は安全に施行可能であり、良好な治療成績が得られた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:45 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 20　直腸脱・骨盤臓器脱 1

座長：甲田 貴丸（甲田医院）

[O20-3] 当科における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の検討

*中嶋 太極[1,2]、田辺 寛[2]、奥村 隆志[1]、馬場 研二[1]、上之園 芳一[2]、大塚 隆生[1] (1. 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科消化器外科学、2. 公益財団法人慈愛会今村総合病院消化器外科)

【緒言】直腸脱に対する経会陰的アプローチは簡便かつ低侵襲である一方、術後再発をしばしば経験する。当科ではこれまで、再発リスクが高いと考えられる症例に対して、メッシュを用いた腹腔鏡下直腸固定術を施行してきた。直腸固定法にはメッシュ固定と縫合固定があるが、いずれが優れているかについては一定の見解が得られていない。そこで当科では、2025年2月より腹腔鏡下直腸縫合固定術を導入した。【手術手技】メッシュ固定、縫合固定いずれにおいても、直腸を肛門挙筋レベルまで授動を行い、直腸を骨盤から引き抜き直線化したうえで固定を行う。メッシュ固定はWells法で行っており、仙骨前面にメッシュをタッキングし、直腸後方1/2周にメッシュを巻き付け縫合固定する。縫合固定は直腸前壁の漿膜筋層を、岬角レベルの前従靭帯に2-0非吸収ブレイド糸を用いて2針縫合固定する。【目的】当科における腹腔鏡下直腸固定術の治療成績を明らかにし、その安全性および妥当性について検討する。【対象と方法】2022年4月から2026年3月までに当科で腹腔鏡下直腸固定術を施行した直腸脱5例を対象とした。患者背景、術式、手術成績、術後合併症、再発の有無および術後排便状況について後方視的に検討した。【結果】術式はメッシュ固定2例、縫合固定3例であった。手術時間中央値はメッシュ固定群193分、縫合固定群166分であり、出血量中央値はそれぞれ7.5mL、10mLであった。両群とも術中・術後合併症は認めなかった。追跡期間中央値はメッシュ固定群4か月、縫合固定群6か月であり、いずれの症例においても再発は認めていない。術後排便状況についても明らかな悪化は認めなかった。【結語】当科における腹腔鏡下直腸固定術は、メッシュ固定、縫合固定のいずれにおいても安全に施行されていた。縫合固定はメッシュ固定と比較して手術時間が短い傾向を認めたが、症例数および観察期間は限られており、今後さらなる症例蓄積と長期的な検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:45 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 20　直腸脱・骨盤臓器脱 1

座長：甲田 貴丸（甲田医院）

[O20-4] 当院における腹腔鏡下直腸前方固定術（LVR）の治療成績

*藤森 正彦[1]、中塚 博文[2]、先本 秀人[2]、小川 尚之[2] (1. 呉市医師会病院大腸肛門病センター大腸・肛門外科、2. 呉市医師会病院大腸肛門病センター外科)

【はじめに】完全直腸脱に対する治療方針は、当初全身麻酔が可能な症例に対して主にメッシュを使用せず手術時間も短時間である腹腔鏡下直腸後方固定術(LSR: Laparoscopic suture rectopexy)を行っていた。子宮脱術後など骨盤が脆弱な場合は再発しやすいと考えたため、腹腔鏡下直腸前方固定術(LVR: Laparoscopic ventral rectopexy)を行うようにした。今回当院で行っているLVRの手術成績について報告する。
【対象】2015年2月より2026/4月までに行ったLVR47例
【手術方法】Meshの固定までに、恥骨直腸筋付近までの直腸後腔の剥離、両側の恥骨直腸筋の露出及び肛門縁より約2cmまでの直腸膣間の剥離を行っている。手術のポイントとしてMeshの固定方法にあると思われる。Meshの固定は両側恥骨直腸筋及び直腸に計10針、前縦靭帯への固定は3針としている。子宮のLevel 1の補強目的で膣後壁をMeshに固定している。
【結果】平均年齢は80.7歳（49-90）で，平均脱出長は5.6cmであった。平均手術時間は251.1分（160-394）、平均出血量は52.2ml（4-291）で、重大な術中合併症は認めなかった。術後合併症は、Clavien-Dindo分類 Grade IIIbを1例（2.3%：5mmポート部小腸脱出）、その他はClavien-Dindo分類 Grade I程度であり、平均在院日数は15.6日（8-67）で高齢であることや遠方からの症例に対しては入院が長くなった。術後1か月での仙骨骨髄炎が疑われる症例を1例（2.3%）に認めたが、抗生剤の投与で改善した。また再発は直腸全層の脱出としているが、再発をきたした症例は認めていない。
【まとめ】直腸脱は出血や肛門周囲の皮膚炎を起こすだけでなく座位や歩行などにも障害をきたしQOLを著しく低下する。LVRの合併症は少なく安全に行うことができ、現在のところ再発した症例を認めていない。現在当院では、70歳未満もしくは男性であればLSRを、70歳以上もしくは７０歳未満でも子宮摘出後など骨盤の脆弱性が疑われる場合にはLVRを選択している。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:45 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 20　直腸脱・骨盤臓器脱 1
座長：甲田 貴丸（甲田医院）

[O20-5] 術前後の肛門内圧検査から見た直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の有用性

*大島 隆一[1]、國場 幸均[2]、宮島 伸宜[2]、松島 小百合[2]、紅谷 鮎美[2]、佐井 佳世[2]、米本 昇平[2]、酒井 悠[2]、小菅 経子[2]、松村 奈緒美[2]、河野 洋一[2]、宋 江楓[2]、下島 裕寛[2]、岡本 康介[2]、黒水 丈次[2]、松島 誠[2]、勝又 健太[1]、四万村 司[1]、朝倉 武士[1]、民上 真也[3] (1. 川崎市立多摩病院消化器・一般外科、2. 松島病院大腸肛門病センター肛門科、3. 聖マリアンナ医科大学病院　消化器・一般外科)

【背景】直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術は普及しつつある。形態学的な修復のみならず機能的な改善が重要だが術後の肛門機能改善に焦点を当てた報告は少ない。
【目的】当院における腹腔鏡下直腸固定術の術後成績を検討し、特に術前後の肛門内圧検査から見た肛門機能の改善度を検証することを目的とした。
【対象と方法】2023年12月から2024年12月の間に腹腔鏡下直腸固定術を施行した60例を対象とし手術成績について後方視的に検討した。肛門内圧検査は術前および術後3ヶ月、12ヶ月に実施し、最大静止圧（MRP）と最大随意収縮圧（MSP）で評価を行った。
【手術適応】術前に排便造影検査を行い、仙骨前面の固定が不良な直腸脱、直腸重積の症例を対象とし、全身麻酔が可能な症例を適応とした。
【手術手技】腹腔鏡下に直腸の授動を全周性に肛門挙筋レベルまで行い、直腸を吊り上げ左右の腸間膜を仙骨前面に直接タッキングで固定。側方靭帯は基本的に温存し最後に腹膜修復を行う。
【結果】年齢の中央値は73.5歳（27-86）、男性8例、女性52例。直腸脱症例が43例、直腸重積例が17例。病脳期間の中央値は12ヶ月。脱出腸管長は4cm。手術時間の中央値は193.5分、出血量は9ml、術後重篤な合併症は認めず現在まで再発は１例も認めていない。直腸脱症例と重積例のMRP値はそれぞれ26.0mmHgと43.4mmHgであり直腸脱症例で有意に低値であった。また、直腸脱症例において術前と比較して術後3ヶ月および12ヶ月のMRP値はそれぞれ1.58倍と1.51倍に改善を認めた。また、同様にMSP値はそれぞれ1.20倍および1.58倍に改善を認めた。その改善度が病脳期間や脱出腸管長によって左右されるかを検証したが、病脳期間が12ヶ月前後、脱出腸管長が5cm前後で比較検討を行ったがいずれも差は認めなかった。
【考察】術後再発は1例もなく良好な成績であった。肛門内圧に関しては、術前肛門機能が低下している直腸脱症例においてMRPは術後比較的速やかに改善し、MRPは時間を追うごとに改善を認めるという興味深い結果とであった。また、術前の病脳期間や脱出腸管長に左右されることなく改善が期待できることが判明し、肛門機能の改善という観点からも非常に有用と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:45 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 20　直腸脱・骨盤臓器脱 1

座長：甲田 貴丸（甲田医院）

[O20-6] 完全直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の検討

*中田 健[1]、佐々木 優[1]、杢谷 友香子[1]、谷田 司[1]、藤原 英広[1]、宮東 幸輝[1]、山口 泰征[1]、小西 彩海[1]、三上 日菜子[1]、中出 真央[1]、石垣 丹音[1]、高山 碩俊[1]、石田 智[1]、山下 雅史[1]、松山 仁[1]、山田 晃正[1] (1. 市立東大阪医療センター消化器外科)

【緒言】完全直腸脱は直腸の全層性脱出により、排便障害・出血・疼痛などをきたし、患者の生活の質を著しく低下させる。当科では、腹腔鏡下直腸固定術（LR：Laparoscopic Rectopexy）を標準術式としている。
【目的】当科で完全直腸脱に対してLRを施行した症例を検討し、治療成績を評価・検討することを目的とした。
【方法】2022年4月～2026年3月の4年間にLRを施行した20症例を、後方視的に検討した。
【結果】患者背景は、年齢中央値82歳（19-96歳）、女性19人：男性1人、BMI20.7kg/m2（16.7-25.7）、脱出長6cm（5-12）であった。手術術式は、メッシュを用いた腹腔鏡下直腸後方固定術（LPR：Laparoscopic Posterior Rectopexy）が16症例、メッシュなしのLPRが1例、メッシュを用いて腹腔鏡下直腸腹側固定術（LVR：Laparoscopic Ventral Rectopexy）が3例であった。LVRのうち2例では会陰からの膣閉鎖術を併施した。手術時間は181分（89-259）、術後在院日数は6日（3-9）であった。術後合併症は、せん妄が４例、腎機能低下が１例であった。術後再発は１例であるが軽度で経過観察としている。術後何らかの排便障害を認めるのは14症例（70%）であるが、内服調整や適時浣腸にてQOLの改善は得られた。
【考察】当院では、脱出長5cm未満ではGant-Miwa法を、5cm以上でも全身麻酔が困難な場合はAltemeyer法を選択している。LRを施行した20症例では、高齢のやせ型女性が多く、前方臓器（子宮・膀胱）の脱出を合併している場合はLVRを、直腸脱のみの場合はLPRを選択していた。手術は直腸の剥離受動を肛門挙筋レベルまで進め、LPRでは直腸後腔にメッシュを敷き込み、岬角付近の仙骨を露出してタッキングし、側方の腹膜を閉鎖している。LVRではメッシュの尾側を直腸子宮窩に縫合固定したうえで頭側を仙骨にタッキングし、子宮および右側腹膜でメッシュを覆うように縫合する。手術合併症は少なく、再発は1例のみであり、QOL改善による患者満足度は高かったが、術後排便機能障害に関しては程度は様々だが多くの患者で残存していた。
【結論】完全直腸脱に対するLRは安全性・根治性が高く、QOLの改善を得られるが、排便機能の面では改善の余地があると考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:45 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 20　直腸脱・骨盤臓器脱 1
座長：甲田 貴丸（甲田医院）

[O20-7] 再発直腸脱に対する腹腔鏡下suture rectopexy併施前方骨盤底形成術の手技

*似鳥 修弘[1]、勝又 佳織[1]、矢作 雅史[1] (1. 国家公務員共済組合連合会立川病院消化器外科)

【緒言】再発直腸脱症例では、骨盤底脆弱性やDouglas窩の深在化、既往手術による癒着のため手術操作に難渋することが多い。今回、再発直腸脱症例に対する腹腔鏡下縫合直腸固定術（suture rectopexy）および前方骨盤底形成術の手技的工夫について報告する。
【症例】症例1は83歳女性。既往に子宮全摘術あり。他院で腹腔鏡下直腸固定術2回およびThiersch手術後に再再々発を認めた。
症例2は88歳女性。既往に子宮全摘術あり。他院でGant-三輪法施行後に再発を認めた。
【手術手技】当院では完全直腸脱に対し腹腔鏡下suture rectopexyを基本術式としている。再発症例ではDouglas窩の深在化（cul-de-sac形成）を伴うことが多く、直腸前壁側の十分な剥離を重要視している。
　自験例はいずれも子宮全摘後および再発術後症例であり、直腸前方の層構造は不明瞭であったが、バイポーラメリーランドを用いることで熱拡散を抑えつつ安全に剥離を施行しえた。側方靱帯は切離し、左右肛門挙筋を直腸前方で非吸収性編糸を用いて水平マットレス縫合し、前方骨盤底形成術（anterior levatorplasty）を施行した。続いて非吸収性編糸3針にて直腸を仙骨骨膜へ固定した。腹膜閉鎖後に癒着防止材を散布し手術を終了した。術後合併症は認めず、現在まで再発を認めていない。
【結語】再発直腸脱症例では、既往手術や骨盤底脆弱性により剥離操作が困難となる。バイポーラメリーランドは繊細な剥離操作に有用であり、前方骨盤底形成術の併施は骨盤底補強の一手段となりうると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 13:50 ~ 14:35 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 21　術後合併症・周術期管理 1

座長：浅井 慶子（JA北海道厚生連遠軽厚生病院　外科）

[O21-1] 一時的人工肛門作成時における合併症低減のための手技

*小杉 千弘[1]、清水 宏明[1]、首藤 潔彦[1]、森 幹人[1]、鈴木 大亮[1]、碓井 彰大[1]、岡 義人[1]、幸田 圭史[1] (1. 帝京大学ちば総合医療センター外科)

[O21-2] 術後ストーマサイズの経時的変化に関する検討

*山岸 杏彌[1,2]、松本 智司[1]、南村 圭亮[1]、上田 康二[1]、松田 明久[2] (1. 日本医科大学千葉北総病院外科、2. 日本医科大学付属病院消化器外科)

[O21-3] 腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術におけるOptical法を利用した後腹膜経路ストーマ造設術の工夫

*水野 礼[1]、小澤 寛太朗[1]、酒江 礼奈[1]、井田 智之[1]、井上 広海[1]、庭野 公聖[1]、出川 佳奈子[1]、堀 佑太郎[1]、喜多 亮介[1]、横山 大受[1]、中西 保貴[1]、西川 元[1]、中村 公治郎[1]、畑 啓昭[1] (1. 国立病院機構　京都医療センター　外科)

[O21-4] 人工肛門造設における挙上困難性の術前予測：臨床因子とCT体組成解析による検討

*岸田 憲亮[1]、岩井 拓磨[1]、山田 岳史[1]、上原 圭[1]、進士 誠一[1]、横山 康行[1]、高橋 吾郎[1]、香中 伸太郎[1]、菊池 悠太[1]、松田 明久[1] (1. 日本医科大学消化器外科)

[O21-5] 二期的手術を考慮した横行結腸ストーマ造設術の手術手技とストーマ脱出に対する対応

*中原 健太[1]、柴田 耕暉[1]、堀井 啓士朗[1]、阿部 恒太郎[1]、岡田 昌樹[1]、杉原 黎[1]、杉村 直彦[1]、駒井 聡太[1]、小林 弘明[1]、原田 芳邦[1]、小沢 慶彰[1]、榎並 延太[1]、澤田 成彦[1]、大塚 和朗[1] (1. 昭和医科大学横浜市北部病院　消化器センター)

[O21-6] 直腸癌手術における術式選択とLARS対策を支える多職種連携の取り組み

*古川 尚恵[1]、寺島 一豪[1]、村梶 慶太[2]、森山 武[2]、下國 達志[3]、笠島 浩行[3] (1. 市立函館病院　看護部、2. 市立函館病院　リハビリ技術科、3. 市立函館病院　消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:50 ~ 14:35 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 21　術後合併症・周術期管理 1
座長：浅井 慶子（JA北海道厚生連遠軽厚生病院　外科）

[O21-1] 一時的人工肛門作成時における合併症低減のための手技

*小杉 千弘[1]、清水 宏明[1]、首藤 潔彦[1]、森 幹人[1]、鈴木 大亮[1]、碓井 彰大[1]、岡 義人[1]、幸田 圭史[1] (1. 帝京大学ちば総合医療センター外科)

【はじめに】直腸癌に対する一時的双孔式回腸人工肛門造設が普及している。しかし回腸ストーマはストーマ周囲皮膚炎などの合併が多く、術前に適切な部位へのマーキングが重要である。術前ストーマサイトマーキングに汎用される油性マジックは、発汗や術前皮膚消毒で消退しやすく、術前マーキング部位に造設が困難なことがある。また高さが造りづらく、患者にセルフケア時の負担を課す場合がある。今回適切な箇所にストーマを作成し、高さを保ったストーマを目指すべく、ストーマサイトマーキング方法の工夫および皮膚ブリッジ法を用いた双孔式回腸ストーマ造設術の手技を報告する。【方法】術前ストーマサイトマーキング：市販化粧品アイライナーを使用し、手術消毒時の術前ストーマサイトマーキングの鮮明度を検討する。同一症例にアイライナー（E群）と油性マジック（M群）によるストーママーキングを行い、ストーママーキング時、皮膚消毒直後と術中ストーマ造設直前でマーキングの鮮明度を評価した。デジタル写真撮影し、画像解析ソフトを用いてグレースケール（黒～白：0～256）でマーキング鮮明度を比較。皮膚ブリッジ法：皮膚ブリッジ作成した回腸ストーマと、皮膚ブリッジ非作成回腸ストーマとの、ストーマの高さ、縦横比、術後合併症率を比較する。【結果】ストーママーキング鮮明度は、ストーママーキング直後でE群：M群13.5：19.2（P＝0.34）だったが、手術時消毒直後ではE群：M群23.5：38.3（P=0.01）、ストーマ造設直前でE群：M群36.5：71.6（P＜0.01）となり有意にE群がマーキング部位が鮮明だった。皮膚ブリッジ作成によるストーマの高さの比較では、作成群10.95±2.0mm、非作成群6.67±2.5mmで有意に作成群が高さを得られた(p＜0.001)。ストーマの縦横比は作成群1.17±0.11で、非作成群の1.19±0.19と比較し有意差はなかった(p=0.61)。【結語】アイライナーを用いたストーマサイトマーキングは、手術時のマーキング確認がより鮮明になることで、適切な部位へのストーマ造設を可能とし、安全かつ油性マジックより有用であると思われた。また皮膚ブリッジ作成法は高さを保持できる有用な造設術式であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:50 ~ 14:35 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 21　術後合併症・周術期管理 1
座長：浅井 慶子（JA北海道厚生連遠軽厚生病院　外科）

[O21-2] 術後ストーマサイズの経時的変化に関する検討

*山岸 杏彌[1,2]、松本 智司[1]、南村 圭亮[1]、上田 康二[1]、松田 明久[2] (1. 日本医科大学千葉北総病院外科、2. 日本医科大学付属病院消化器外科)

【目的】 術後のストーマは造設直後の浮腫によりサイズが著しく変化するが、その詳細なタイムコースや収束時期については十分に解明されていない。本研究では、術後ストーマサイズの経時的変化を定量的に評価し、適切なストーマケアの指標を検討することを目的とした。
【方法】 2020年3月から2022年1月までに当科で大腸癌に対しストーマ造設術を施行した50例のうち、再手術症例や観察期間不足例（1ヶ月未満）を除外した43例を対象とした。装具交換時にストーマの長径、短径、高さを計測し、半楕円体近似による体積算出を用いて経時的変化を解析した。
【結果】 症例背景は、男性31例、女性12例。造設部位は結腸22例、回腸21例であり、形態は単孔式19例、双孔式24例であった。観察期間の中央値は51.0日。ストーマ体積は術後第4病日に最大（ピーク）となり、最小体積時と比較して平均4.4倍の増大を認めた。体積が最小（安定期）に達する時期は術後中央値33日であったが、症例によっては安定までに2ヶ月以上を要した。
【結論】 ストーマサイズは術後4日前後に最大となり、安定には約1ヶ月を要することが明らかとなった。術後早期の著明なサイズ変化を念頭に置いた装具選択と、退院後を含めた継続的なフォローアップの重要性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:50 ~ 14:35 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 21　術後合併症・周術期管理 1
座長：浅井 慶子（JA北海道厚生連遠軽厚生病院　外科）

[O21-3] 腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術におけるOptical法を利用した後腹膜経路ストーマ造設術の工夫

*水野 礼[1]、小澤 寛太朗[1]、酒江 礼奈[1]、井田 智之[1]、井上 広海[1]、庭野 公聖[1]、出川 佳奈子[1]、堀 佑太郎[1]、喜多 亮介[1]、横山 大受[1]、中西 保貴[1]、西川 元[1]、中村 公治郎[1]、畑 啓昭[1] (1. 国立病院機構　京都医療センター　外科)

背景: 単孔式永久人工肛門造設時のストーマ作成経路には,腹腔内経路と後腹膜経路がある.後腹膜経路は腹腔内経路に比べて,ストーマ脱,ストーマ傍ヘルニア,腸閉塞などの合併症が起こりにくいとされるが,腹膜前腔の剥離にしばしば難渋するなど手技が困難なことがある.今回,過不足ない腹膜前腔の剥離を簡便に行えるOptical法を利用した後腹膜経路作成法を報告する
手術手技:腹腔鏡下にストーマ挙上経路を確認し,腹腔内から可及的に腹膜前腔剥離を行う.ストーマサイトの皮膚および皮下脂肪を円筒状にくり抜き,腹直筋前鞘を露出する.腹直筋前鞘を縦切開し,腹直筋をSplitする.ストーマサイトが弓状線より尾側の場合は,腹直筋後鞘がないため,Optical法で腹膜前腔に進入する.弓状線より頭側の場合は,腹直筋後鞘を切開し腹膜前腔に侵入する.この段階で腹腔鏡をエンドパスXCELブレードレストロッカー（エチコン社）の内筒に挿入した状態で腹膜前腔に挿入する.Optical法で腹膜の境界を観察しながら行い,ポート内筒を左右に動かし挙上経路を拡げる.適宜,腹腔鏡で腹腔内の観察を行い,剥離経路・範囲の確認を行い,最終的に鏡視下に腹腔と交通をさせる.その後,鉗子でS状結腸断端を把持し,腹壁まで結腸の挙上を行う
方法・結果: 2024年4月～2025年11月までの期間に9例の症例に対してOptical法を利用した後腹膜経路作成を行った.患者の年齢中央値は74歳(59-83)で,男性6例女性3例で,BMI中央値は20.6(18.5-24.7)であった.術式は,全例下部直腸癌に対するAPRであった(ロボット2例,腹腔鏡7例).後腹膜経路作成から結腸の挙上に要した時間は平均8.5分(5.5-19)であった.術中・術後の合併症は認めなかった(観察期間中央値22ヵ月(6-27))
考察: これまで後腹膜経路作成法として,腸ベラの利用や用手的に腹膜前腔を剥離する方法などが報告されているが,いずれも盲目的に剥離を行うという欠点があった.Optical法を用いた方法では,鏡視下に腹膜前腔を観察できるため,血管や腹膜の損傷などのリスクを回避することが可能となる.また,手術時に使用するポートの内筒を使用するため,コスト面での負担もない
結語: Optical法を利用した後腹膜ストーマ経路の造設は有用な方法と考える

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:50 ~ 14:35 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 21　術後合併症・周術期管理 1
座長：浅井 慶子（JA北海道厚生連遠軽厚生病院　外科）

[O21-4] 人工肛門造設における挙上困難性の術前予測：臨床因子とCT体組成解析による検討

*岸田 憲亮[1]、岩井 拓磨[1]、山田 岳史[1]、上原 圭[1]、進士 誠一[1]、横山 康行[1]、高橋 吾郎[1]、香中 伸太郎[1]、菊池 悠太[1]、松田 明久[1] (1. 日本医科大学消化器外科)

【背景と目的】人工肛門造設を要する症例では、しばしば複数の治療歴や腸管拡張、栄養障害など手術にあたり不利な因子を伴う。近年、腹腔鏡手術の普及により鏡視下での人工肛門造設術など造設手技の工夫に関する検討はあるが、造設困難リスクの術前予測・評価に関する報告は乏しい。挙上困難性を術前に予測できれば、術式選択、ストマサイト設計、皮膚・排泄ケア認定看護師との術前シミュレーションに有用である。本研究では、当科での人工肛門造設術の手術成績を検証するとともに患者因子、画像データを用いた造設術困難の評価・予測が客観的な指標となるか検討する。
【対象と方法】2015〜2025年の待機的人工肛門造設術症例を対象とした。挙上腸管・造設部位・アプローチの変更、広範な癒着剥離や腸管授動、手術時間100分以上、出血量50mL以上を挙上困難と定義した。術前因子として年齢、性別、BMI、腹膜播種、原疾患、腹直筋厚、腹部単純X線による腸管可動性を評価。また探索的解析として、一部症例にSYNAPSE VINCENTを用いたCT volumetryを行い、骨格筋量、筋濃度、皮下脂肪量、内臓脂肪量を評価した。
【結果】対象は153例で、挙上困難は44例（28.8%）であった。困難群ではBMI高値、腸管可動性不良、腹膜播種を有する症例が多かった。多変数ロジスティック回帰では、BMI（OR 1.24, p=0.004）、腹膜播種（OR 6.55, p=0.00058）、原疾患その他群（vs大腸、OR 5.90, p=0.017）が挙上困難と関連した。BMI、腹膜播種、原疾患を用いた3因子モデルの識別能はAUC 0.77であった。CT volumetryを施行した解析では、困難例で皮下脂肪指数および内臓脂肪指数が高く、筋質を反映するmuscle HUが低い傾向を認めた。
【結語】人工肛門挙上困難は、単なる術中偶発事象ではなく、術前に評価可能な腫瘍進展、腸管可動性、体組成・腹腔形態により規定される可能性がある。CT volumetryを加えることで、BMIのみでは捉えきれない高リスク解剖を可視化し、術前シミュレーションやWOC連携の精度向上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

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:50 ~ 14:35 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 21　術後合併症・周術期管理 1
座長：浅井 慶子（JA北海道厚生連遠軽厚生病院　外科）

[O21-5] 二期的手術を考慮した横行結腸ストーマ造設術の手術手技とストーマ脱出に対する対応

*中原 健太[1]、柴田 耕暉[1]、堀井 啓士朗[1]、阿部 恒太郎[1]、岡田 昌樹[1]、杉原 黎[1]、杉村 直彦[1]、駒井 聡太[1]、小林 弘明[1]、原田 芳邦[1]、小沢 慶彰[1]、榎並 延太[1]、澤田 成彦[1]、大塚 和朗[1] (1. 昭和医科大学横浜市北部病院　消化器センター)

進行大腸癌に対し、腸閉塞に対する緊急減圧目的のみならず集学的治療前の閉塞予防目的に横行結腸ストーマ造設術を行う症例が増加している。これらの症例の多くにおいて二期的手術ではロボット支援手術や腹腔鏡下手術が行われていることから、それを前提としたストーマ配置を考慮する必要がある。
適応となりやすい左側大腸癌においては二期的手術の際に右上腹部に小腸を移動させ左側結腸間膜を展開するため、左上腹部での横行結腸ストーマ造設を第一選択としている。また、より頭側に造設することで二期的手術の際の手術操作において可動性が確保できる。ストーマ造設予定部の直上で腹直筋を貫通するように小開腹をおき、グローブ法で気腹して腹腔内の観察を行っている。結腸の挙上が悪い場合は直視下に大網と固有横行結腸間膜を剥離して授動する。多くの場合この部分の剥離のみで挙上可能であり短時間で低侵襲に造設可能と考えている。
横行結腸ストーマの問題となる合併症としてストーマ脱出が挙げられる。ストーマ脱予防のため造設時に肛門側腸管が過長とならないように、またストーマ孔を大きくしすぎないように留意する必要があるが、文献的にはストーマ造設患者の1.7～25%に発生する比較的頻度の高い合併症であり、患者のQOL低下の原因となるだけでなく嵌頓や穿孔を合併し緊急手術を要することがある。当院でも集学的治療としての全身化学療法中に横行結腸ストーマの脱出・穿孔を発症しAltemeier変法を施行した症例を3例経験した。同術式は脱出腸管の全層切開部から腹腔内に到達し、腹腔内の観察と過長腸管の切除および傍ストーマヘルニア修復術を施行し得た。適応となる症例は限定的であるものの有用な術式と考えられたため文献的考察を加え報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:50 ~ 14:35 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 21　術後合併症・周術期管理 1
座長：浅井 慶子（JA北海道厚生連遠軽厚生病院　外科）

[O21-6] 直腸癌手術における術式選択とLARS対策を支える多職種連携の取り組み

*古川 尚恵[1]、寺島 一豪[1]、村梶 慶太[2]、森山 武[2]、下國 達志[3]、笠島 浩行[3] (1. 市立函館病院　看護部、2. 市立函館病院　リハビリ技術科、3. 市立函館病院　消化器外科)

【目的】
下部直腸癌手術において、肛門温存に伴うLow Anterior Resection Syndrome（LARS）のリスクとストーマ造設の選択は、患者のQOLに大きく関わる重要な意思決定である。当院では、患者が納得した治療選択を行えるよう多職種連携によるShared Decision Making（SDM）支援を行うとともに、術前からLARS対策として骨盤底筋体操を導入している。当院の取り組みと症例を報告する。
【方法】
1．医師による病状および術式説明。
2．外来看護師による支援と情報収集：医師の説明後、患者の理解度や受け止めを確認し、生活背景や就業状況を含めた情報収集を行う。
3．外来看護師とWOCNによる調整：個別性を重視した面談の日程調整を行う。
4．WOCNによる支援：収集情報をもとに必要時は主治医と連携し、ストーマオリエンテーションを行う。患者の受容過程を支援しながら意思決定支援を行い、ストーマ造設患者にはストーマリハビリテーションを開始する。
5．理学療法士との連携：肛門温存を希望する患者に対し、WOCNがLARSおよび骨盤底筋体操の意義を説明する。入院後は理学療法士が骨盤底筋体操の指導を行う。
6．退院後フォローアップ：LARS症状を評価し、症状に応じた生活指導を行う。ストーマ閉鎖予定患者には骨盤底筋体操を支援する。
【症例】
60歳代男性。Rb直腸癌に対する術式説明後、就業中の便失禁への不安から永久ストーマを希望していたが、家族の意見もあり術式選択に迷いを認めた。多職種による面談およびストーマオリエンテーションを通じて十分な話し合いを行い、肛門温存術＋一時的ストーマ造設を選択した。術後のストーマ管理は速やかに自立し社会復帰した。骨盤底筋体操を継続し、術後半年でストーマ閉鎖術を施行した。閉鎖後に排便回数増加や切迫感などのLARS症状を認めたが、術前から継続した骨盤底筋体操により排便コントロールは安定し、就業継続が可能であった。
【考察】
外来から退院後まで多職種が継続的に介入するSDM支援は、患者の不安や迷いを軽減し、納得した術式選択に寄与すると考えられた。また、術前から骨盤底筋体操を導入する取り組みは、肛門温存術後およびストーマ閉鎖後の排便機能管理に有用であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

2026年11月20日(金) 14:45 ~ 15:30 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 22　術後合併症・周術期管理２

座長：香取 玲美（畠山クリニック）

[O22-1] 直腸癌肛門温存術後の就労状況と関連要因の分析

*佐藤 正美[1]、荒木 しのぶ[2]、江川 安紀子[3]、榎本 浩也[4]、岡田 みどり[5]、幸田 圭史[6]、松原 康美[7]、三宅 映子[5]、柳 朝子[8]、中野 祥江[8]、今泉 郷子[9]、谷山 牧[10]、深井 喜代子[11] (1. 東京慈恵会医科大学医学部看護学科、2. 川崎医科大学附属病院看護部、3. 東京慈恵会医科大学附属病院看護部、4. 国際医療福祉大学那須医療センター　消化器外科　、5. 川崎医療短期大学看護学科、6. 幸樹会おゆみのクリニック、7. 北里大学病院看護部、8. 国立がん研究センター中央病院看護部、9. 東海大学医学部看護学科、10. 国際医療福祉大学小田原保健医療学部看護学科、11. 東京慈恵会医科大学大学院)

[O22-2] 直腸低位前方切除術後LARSに対する術前骨盤底筋訓練介入の試み ―短期成績の初期検討―

*森山 武[1]、村梶 慶太[1]、古川 尚恵[2]、寺島 一豪[2]、今泉 健[3]、笠島 浩行[4] (1. 市立函館病院　リハビリ技術科、2. 市立函館病院　看護部、3. 北海道大学　消化器外科、4. 市立函館病院　消化器外科)

[O22-3] LARS新定義に基づく便排出障害の臨床的特徴と日常生活への影響―多施設横断研究―

*渥美 陽介[1]、沼田 正勝[2]、沼田 幸司[3]、塩澤 学[3]、風間 慶祐[1]、虫明 寛行[4]、岡本 浩直[5]、本庄 優衣[6]、片山 雄介[7]、樋口 晃生[8]、三箇山 洋[9]、湯川 寛夫[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学消化管外科学、2. 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　外科、3. 神奈川県立がんセンター　大腸外科、4. 済生会横浜市南部病院　外科、5. 平塚共済病院　外科、6. 藤沢湘南台病院　外科、7. 秦野赤十字病院　外科、8. 横浜南共済病院　外科、9. 神奈川県立足柄上病院　外科)

[O22-4] 当院での腰椎麻酔下による肛門日帰り手術の現状と問題点

*田島 雄介[1] (1. 医療法人社団育映会田島外科)

[O22-5] 肛門疾患デイサージェリーにおける仙骨硬膜外ブロック片効きに対する分割投与の効果

*小泉 岐博[1,3]、森本 幸治[2]、久保田 至[2]、久保田 和[2]、田村 周三[2]、大塚 新一[2]、立岡 鉄平[2]、金澤 周[2]、山田 岳史[3]、松田 明久[3] (1. 北千住大腸肛門クリニック、2. 西新井大腸肛門科、3. 日本医科大学付属病院消化器外科)

[O22-6] 待機的大腸癌手術における機械的腸管前処置と経口抗菌薬腸管前処置が手術部位感染の発生に与える影響

*今岡 裕基[1]、髙木 里英子[1]、横山 歩乃加[1]、嶌村 麻生[1]、天白 成[1]、山本 晃[1]、市川 崇[3]、浦谷 亮[1]、北嶋 貴仁[2]、志村 匡信[1]、川村 幹雄[1]、安田 裕美[1]、奥川 喜永[2]、大北 喜基[1]、吉山 繁幸[1]、小林 美奈子[3]、大井 正貴[1]、問山 裕二[1] (1. 三重大学医学部消化管・小児外科、2. 三重大学病院ゲノム診療科、3. 三重大学臨床外科感染制御学講座)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科
2026年11月20日(金) 14:45 ~ 15:30 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 22　術後合併症・周術期管理 2
座長：香取 玲美（畠山クリニック）

[O22-1] 直腸癌肛門温存術後の就労状況と関連要因の分析

*佐藤 正美[1]、荒木 しのぶ[2]、江川 安紀子[3]、榎本 浩也[4]、岡田 みどり[5]、幸田 圭史[6]、松原 康美[7]、三宅 映子[5]、柳 朝子[8]、中野 祥江[8]、今泉 郷子[9]、谷山 牧[10]、深井 喜代子[11] (1. 東京慈恵会医科大学医学部看護学科、2. 川崎医科大学附属病院看護部、3. 東京慈恵会医科大学附属病院看護部、4. 国際医療福祉大学那須医療センター消化器外科　、5. 川崎医療短期大学看護学科、6. 幸樹会おゆみのクリニック、7. 北里大学病院看護部、8. 国立がん研究センター中央病院看護部、9. 東海大学医学部看護学科、10. 国際医療福祉大学小田原保健医療学部看護学科、11. 東京慈恵会医科大学大学院)

【背景・目的】直腸癌肛門温存術後の排便障害（LARS）は患者のQOLを著しく低下させる。特に就労世代では頻便や便失禁が社会復帰を阻む要因と推測されるが、その詳細な関連要因は未解明な点が多い。本研究の目的は、術後患者の就労状況と、機能障害、心理状態、セルフケア能力との関連を明らかにすることである。
【方法】術後5年以内の患者を対象に、7施設で自記式調査および診療録よりデータを収集した。指標は、治療背景、排便症状（LARS/Wexnerスコア）、不安・抑うつ（Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS）、セルフケア能力（Self-Care Agency Questionnaire; SCAQ）とした。就労の有無との関連を分析し、排便症状を理由に退職した群の臨床的特徴を検討した。有意確率は5%とした。
【結果】解析対象373例（経過中央値24か月）のうち、就労ありは218例（58.4%）であった。就労あり群は有意に年齢が低かったため、65歳以下の173例（就労あり136例、なし37例）で再分析した。その結果、就労あり群はHADSが有意に低く、SCAQ合計および下位尺度「健康管理法の獲得と継続」「体調の調整」が有意に高く、LARS/Wexnerスコアは有意差は認められなかった。排便症状を理由に退職した28例では、高位前方切除術（HAR）例はなく、超低位前方切除術（vLAR）や肛門括約筋間直腸切除術（ISR）、一時的ストーマ造設例が有意に多かった。退職群はSCAQ下位尺度「体調の調整」とLARS/Wexnerスコア、HADS_D（抑うつ）は有意に高かった。排便について医師へ相談したのは18例（64.3%）と最多で、約2割は誰にも相談していなかった。
【考察】65歳以下の症例において、就労継続には身体的なLARS症状の程度以上に、心理的安定度や患者自身の対処能力（セルフケア能力）が寄与していた。しかし、vLARやISR等の低位吻合症例で生じる重症LARSは、患者の対処力を超え、精神的落ち込みから離職を招くリスクが高いことが示唆された。
【結語】就労継続には良好な心理状態とセルフケア能力の維持が不可欠である。外科医を含む多職種が早期から重症LARSリスクを共有し、心理的サポートと具体的な症状管理介入を行うことが、予期せぬ離職を防止するために重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

2026年11月20日(金) 14:45 ~ 15:30 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 22　術後合併症・周術期管理 2

座長：香取 玲美（畠山クリニック）

[O22-2] 直腸低位前方切除術後LARSに対する術前骨盤底筋訓練介入の試み ―短期成績の初期検討―

*森山 武[1]、村梶 慶太[1]、古川 尚恵[2]、寺島 一豪[2]、今泉 健[3]、笠島 浩行[4] (1. 市立函館病院　リハビリ技術科、2. 市立函館病院　看護部、3. 北海道大学　消化器外科、4. 市立函館病院　消化器外科)

【背景】 直腸低位前方切除術（Low Anterior Resection：LAR）後には頻回排便，便意切迫，分割排便，便失禁を特徴とするLow Anterior Resection Syndrome（LARS）が生じ，QOL低下を来すことが知られている．近年，LARSに対する治療介入の重要性が認識される一方，予防的介入の報告は依然限られている．当院では術後排便機能障害の軽減を目的に，術前から骨盤底筋体操指導（Pelvic Floor Muscle Exercise: PFMT）を導入している．本研究では，術前PFMTがLAR術後早期の排便機能に与える影響を初期検討した．
【方法】 対象は当院でLARを施行した27例で，PFMT導入前16例と導入後11例を比較した．背景因子は各変数に応じて群間比較を行った．排便機能評価としてWexner score，St. Marks score，LARS scoreを術前および術後1か月に測定し，各スコアと変化量をMann–Whitney U検定で解析した．
【結果】 年齢は導入前群73.0［68.25–78.5］歳，導入後群68.0［58.5–72.5］歳であった．Wexner scoreは術前3［0–8］vs 0［0–4］（P＝0.517），術後9［4–15］vs 6［1–12］（P＝0.421）．St. Marks scoreは術前5［0–10.5］vs 4［0–5.5］（P＝0.660），術後10.5［7.25–17.5］vs 8［4–14.5］（P＝0.391）．LARS scoreは術前23.5［5.5–33.25］vs 20.0［6–28］（P＝0.981），術後35［26.25–36.75］vs 32［15–36］（P＝0.544）であった．いずれも導入後群で低値傾向を示したが，有意差はなかった．変化量も3指標すべてで有意差を認めなかった．
【考察】 LARSは括約筋機能低下のみならず，直腸貯留能低下や骨盤内神経障害など多因子的に生じる．本研究では術前PFMTによる術後1か月時点での明確な改善効果は認めなかった．術後早期は排便機能が不安定で，PFMT効果を評価するには観察期間が短い可能性がある．また症例数が少なく，術式や吻合部位，人工肛門造設の影響を十分に評価できていない点も限界である．現在も症例集積と長期評価を進めており，予防的介入の最適な開始時期や評価時期は今後の検討課題である．
【結語】 術前PFMTはLAR術後1か月時点で明確な改善効果を示さなかったが，LARS予防的介入としての可能性が示唆された．今後は症例集積と長期経過を含めた検討が必要である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

2026年11月20日(金) 14:45 ~ 15:30 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 22　術後合併症・周術期管理 2
座長：香取 玲美（畠山クリニック）

[O22-3] LARS新定義に基づく便排出障害の臨床的特徴と日常生活への影響―多施設横断研究―

*渥美 陽介[1]、沼田 正勝[2]、沼田 幸司[3]、塩澤 学[3]、風間 慶祐[1]、虫明 寛行[4]、岡本 浩直[5]、本庄 優衣[6]、片山 雄介[7]、樋口 晃生[8]、三箇山 洋[9]、湯川 寛夫[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学消化管外科学、2. 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　外科、3. 神奈川県立がんセンター　大腸外科、4. 済生会横浜市南部病院　外科、5. 平塚共済病院　外科、6. 藤沢湘南台病院　外科、7. 秦野赤十字病院　外科、8. 横浜南共済病院　外科、9. 神奈川県立足柄上病院　外科)

【背景】LARSは従来、直腸癌術後の便失禁、頻回便、便意切迫などの蓄便障害を中心に評価されてきた。LARS scoreは標準的評価法として広く用いられてきたが、近年、便排出障害（evacuatory dysfunction：ED）を過小評価する可能性が指摘されている。international consensus meetingでは、EDもQOLに大きく影響する重要な症状としてLARS新定義に盛り込まれたが、EDが実際に日常生活の中でどのような影響を及ぼすかは十分に明らかではない。

【目的】直腸癌術後にLARS新定義でのED症状を有する患者の臨床的特徴と日常生活への影響を、non-ED患者と比較して検討する。

【対象と方法】2020年4月～2022年9月に10施設で直腸腫瘍に対しLAR、ISRを施行し、術後6か月以上経過した343例を対象とした多施設横断アンケート研究。新定義の症状のうち「不完全排出感」と「排出しにくい便性状変化」の両方を満たす症例をED群、その他をnon-ED群とし、背景因子、日常生活への影響、LARS scoreを比較した。

【結果】ED群は157例（45.8%）であった。ED群はnon-ED群に比べ、年齢中央値が67歳 vs 70歳と有意に若かった（P＝0.001）。日常生活への影響のうち、トイレ依存、排便への執着、排便への不満、排便の工夫・妥協の必要性、社会・日常生活への支障、人間関係への支障、役割・責任への支障は、いずれもED群で有意に高率であった。日常生活への影響の程度が中等度以上の症例は、56.1% vs 22.0%とED群で有意に多かった（OR 4.51、P＜0.0001）。Major LARSは68.2% vs 28.5%で、ED群で有意に多かった（P＜0.0001）。

【結語】本研究で定義したEDは、LARS score分類でも重症例が多く、日常生活への影響も大きいことが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

2026年11月20日(金) 14:45 ~ 15:30 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 22　術後合併症・周術期管理 2

座長：香取 玲美（畠山クリニック）

[O22-4] 当院での腰椎麻酔下による肛門日帰り手術の現状と問題点

*田島 雄介[1] (1. 医療法人社団育映会田島外科)

【背景】無床診療所での肛門疾患の日帰り手術を導入している施設は、少なくない。2015年に痔核の日帰り手術と入院手術の比較を行い、日帰り手術では腰椎麻酔後頭痛が生じやすいとの結果、さらに2017年には肛門日帰り手術で行う腰椎麻酔の投与量に対する比較検討を行い、少量投与でも安全に行えるとの結果であった。2019年からスパイナル針を23Gから27Gに変更している。今回、針のサイズによる比較検討を行うとともに、直近の肛門日帰り手術の現状と問題点を検討した。
【対象・方法】肛門日帰り手術で2016年6月～2017年4月の腰椎麻酔時に腰椎麻酔用専用注射針(以下、スパイナル針)を23Gで使用した46例(太針群)、2024年4月～2026年3月にスパイナル針を27Gで使用した216例(細針群)を対象とした。腰椎麻酔(サドルブロック下)は、L4/5もしくはL5/S1領域にマーカイン注脊麻用0.5%高比重®を0.5ml投与した。術後4時間は、院内臥床安静で自己排尿を確認後に帰宅とした。術後は、定期的に外来で創部観察を行った。
【結果】性別は、太針群で男性27例、女性19例、細針群で男性136例、女性80例であった(p=0.97)。年齢は、太針群が41(20-70)歳、細針群が41(17-73)歳であった(p=0.90)。術式について太針群では、痔核根治術24例、痔瘻根治術19例、慢性裂肛根治術2例、その他1例であり、細針群では、痔核根治術129例、痔瘻根治術82例、慢性裂肛根治術3例、その他2例であった(p=0.20)。頭痛以外の術後合併症について太針群では、3例(6.5% (後出血1例、肛門周囲炎2例))であり、細針群では、17例(6.4% (後出血3例、肛門周囲炎2例、発熱1例、麻酔後血圧低下8例))であった(p=0.99)。腰椎麻酔後頭痛は、太針群が6例(13.0%)、細針群が17例(7.8%)と統計学的有意差は認めなかったが、細針群のほうが低い傾向となった(p=0.26)。術中疼痛は、両群ともに自覚することなく安全に手術施行できた。
【結語】27Gの細い針での腰椎麻酔でも安全に日帰り手術を行うことは可能であった。頭痛出現に関しては、23Gの太い針と有意差は認めなかったが、細い針のほうは穿刺痛が低いことから、積極的に27Gの細い針で腰椎麻酔を行うことは、患者さんにとって有益であると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

2026年11月20日(金) 14:45 ~ 15:30 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 22　術後合併症・周術期管理 2
座長：香取 玲美（畠山クリニック）

[O22-5] 肛門疾患デイサージェリーにおける仙骨硬膜外ブロック片効きに対する分割投与の効果

*小泉 岐博[1,3]、森本 幸治[2]、久保田 至[2]、久保田 和[2]、田村 周三[2]、大塚 新一[2]、立岡 鉄平[2]、金澤 周[2]、山田 岳史[3]、松田 明久[3] (1. 北千住大腸肛門クリニック、2. 西新井大腸肛門科、3. 日本医科大学付属病院消化器外科)

【背景】肛門疾患デイサージェリーの麻酔では、術中の十分な除痛と筋弛緩に加え、帰宅の妨げとなる有害事象を避ける必要があり、仙骨硬膜外ブロック（Caudal epidural block: CEB）はこれらの条件に適した麻酔法である。一方、CEBには硬膜外腔での麻酔薬拡散の不均一により、片側のブロックが不十分となる「片効き」の問題がある。
【目的】超音波ガイド下に仙骨硬膜外腔の左右へ麻酔薬を分割投与することで、CEBの片効きが減少するかを検討した。
【対象と方法】対象は肛門良性疾患に対するデイサージェリー症例211例。CEBは伏臥位で超音波ガイド下に仙骨裂孔を確認し、0.5%メピバカイン10mLを仙骨硬膜外腔へ注入した。2024年1月～2025年6月は正中単回投与（Single CEB）、2025年7月～2026年4月は左右2か所への分割投与（Dual CEB）とした。投与20分後および術中に除痛不十分な領域へ1%リドカインで局所浸潤麻酔を追加した。局所浸潤麻酔が不要であったものをsuccessful、片側に必要であったものをunilateral、両側に必要であったものをfailedと分類した。主要評価項目は、failedを除いた症例におけるunilateralの割合〔unilateral／（successful＋unilateral）〕とした。副次評価項目はunilateral＋failedの割合、CEBに伴う有害事象とした。
【結果】男性151例、女性60例、年齢中央値［範囲］は36［19–73］歳であった。Single CEB群127例、Dual CEB群84例で、successful/unilateral/failedはそれぞれ107/12/8例、78/2/4例であった。unilateralの割合はSingle CEB群10.1%（12/119例）、Dual CEB群2.5%（2/80例）であった（p=0.049）。unilateral＋failedは各群15.7%（20/127例）、7.1%（6/84例）であった（p=0.086）。片側下肢の脱力・しびれの回復遅延はSingle CEB群3.9%、Dual CEB群4.8%であり（p=0.744）、全例経過観察後に帰宅可能であった。全例経過観察後に帰宅可能であった。その他の有害事象は認めなかった
【結語】Dual CEBは、肛門疾患デイサージェリーにおけるCEBの片効きを減少させ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

一般演題(口演) | 外科・肛門科

2026年11月20日(金) 14:45 ~ 15:30 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 22　術後合併症・周術期管理 2

座長：香取 玲美（畠山クリニック）

[O22-6] 待機的大腸癌手術における機械的腸管前処置と経口抗菌薬腸管前処置が手術部位感染の発生に与える影響

*今岡 裕基[1]、髙木 里英子[1]、横山 歩乃加[1]、嶌村 麻生[1]、天白 成[1]、山本 晃[1]、市川 崇[3]、浦谷 亮[1]、北嶋 貴仁[2]、志村 匡信[1]、川村 幹雄[1]、安田 裕美[1]、奥川 喜永[2]、大北 喜基[1]、吉山 繁幸[1]、小林 美奈子[3]、大井 正貴[1]、問山 裕二[1] (1. 三重大学医学部消化管・小児外科、2. 三重大学病院ゲノム診療科、3. 三重大学臨床外科感染制御学講座)

【背景】大腸手術において，手術部位感染(surgical site infection: SSI）に対する機械的腸管前処置(mechanical bowel preparation: MBP)と経口抗菌薬腸管前処置(oral antibiotic bowel preparation: OABP)の併用が有効であることが報告されている．
【目的】待機的大腸癌手術においてMBPおよびOABPがSSI発生に与える影響を検討する．
【方法】2011年1月から2024年12月までに当科で施行された合併手術のない待機的大腸癌手術を対象とした．静脈投与による予防的抗菌薬にはセフメタゾールを用い，術後48時間以内に投与を終了した．2013年以降，施行可能症例に対してはMBPおよびOABPの併用を原則とした．MBPは術前日より絶食としてPolyethylene glycolを内服させた．OABPは術前日の13時14時21時にそれぞれKanamycin 500mgとMetronidazole 500mgを内服させた．MBPおよびOABPのSSI発生への影響について解析を行った．
【結果】対象となった858例中，SSIは75例（8.7%）に認められた．腸管前処置法別のSSI発生率は，MBPおよびOABP併用群(N=628)で5.5%，MBP単独群(N=127)で17.3%，OABP単独群(N=54)で11.1%，前処置なし群(N=49)で24.4%であり，併用群が最も低率であった．また各前処置法の比較においてMBPおよびOABP併用群は，前処置なし群（RR：0.22, 95% CI：0.12-0.40, p<0.0001），MBP単独群（RR：0.32, 95% CI：0.19-0.52, p<0.0001）と各々有意差を示したが，OABP単独群とは有意差は認めなかった（RR：0.50, 95% CI：0.22-1.13, p=0.13）．OABP単独群と前処置なし群との間には有意差は認められなかったが（RR：0.45, 95% CI：0.18-1.11, p=0.072），傾向は認めた．またMBP単独群と前処置なし群との間には有意差は認められなかった（RR：0.70, 95% CI：0.37-1.31, p=0.28）．
【結論】待機的大腸癌手術のSSI予防においてはMBP単独を標準とすべきではなく，少なくともOABPを含む前処置を考慮すべき可能性が示唆された．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会