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

2026年11月21日(土)

一般演題(口演) | 外科

10:15 ~ 11:10 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 23　炎症性腸疾患 4

座長：富永 哲郎（諫早総合病院）

[O23-1] 重症潰瘍性大腸炎にて大腸全摘IPAA後14年で回腸嚢関連合併症によりJ-pouch・肛門切断施行した1例の経験から、市中病院外科におけるIBD診療の現状と課題を考える

*川崎 誠康[1]、福田 進太郎[1]、奥村 哲[1]、魚住 のぞみ[1]、前田 詠理[1]、片岡 淳[1]、山本 堪介[1]、土橋 洋史[1]、小川 雅生[1] (1. ベルランド総合病院外科)

[O23-2] 潰瘍性大腸炎手術例における術後門脈血栓症発生の検討

*服部 憲史[1,2]、梅田 晋一[2]、佐藤 雄介[2]、村田 悠記[2]、小倉 淳司[2]、田中 千恵[2]、中山 吾郎[3]、神田 光郎[2] (1. JA愛知厚生連海南病院消化器外科、2. 名古屋大学医学部附属病院消化器・腫瘍外科、3. 名古屋記念病院外科)

[O23-3] 潰瘍性大腸炎合併大腸癌に対する部分切除症例の検討

*真鍋 達也[1]、堀田 千恵子[1]、大山 康博[1]、武居 晋[1] (1. 佐賀大学医学部　一般・消化器外科)

[O23-4] 潰瘍性大腸炎に対するロボット支援下IACAと鏡視下IPAAの短期成績および術後肛門機能の比較

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

[O23-5] 当科における潰瘍性大腸炎関連大腸癌の検討

*浅井 竜一[1]、田島 ジェシー雄[2]、横井 亮磨[2]、加藤 京[2]、外村 俊平[2]、杉江 雄斗[2]、松本 圭太[2]、水谷 千佳[2]、鷹尾 千佳[2]、深田 真宏[2]、佐藤 悠太[2]、安福 至[2]、田中 善宏[2]、松橋 延壽[2] (1. 岐阜大学大学院医学系研究科先端ゲノム医療開発学講座・消化器外科、2. 岐阜大学大学院医学系研究科消化器外科・小児外科)

[O23-6] 腹腔鏡下手術を施行したUCに合併したColitis-associated cancerの臨床的特徴とロボット支援下ＡＰＲの手術ビデオ

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

[O23-7] 潰瘍性大腸炎術後回腸嚢悪性腫瘍の現状と予後からみた治療方針の検討

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

8:30 ~ 9:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 24　ロボット手術 5

座長：沖田 憲司（公益財団日本海員掖済会小樽掖済会病院）

[O24-1] ロボット支援下右側結腸切除における体腔内吻合の有用性の検討

*丸山 圭三郎[1]、富山 哲宏[1]、稲尾 綾乃[1]、銕尾 智幸[1]、町野 隆介[1]、國﨑 真己[1]、草場 隆史[1]、碇 秀樹[1] (1. 佐世保中央病院)

[O24-2] 当院のロボット支援結腸癌手術における体腔内吻合の安全性および短期・中期成績の検討

*加藤 瑛[1]、加藤 潤紀[1]、澤井 美里[1]、浅井 宏之[1]、上原 崇平[1]、鈴木 卓弥[1]、牛込 創[1]、山川 雄士[1]、高橋 広城[1]、瀧口 修司[1] (1. 名古屋市立大学消化器外科)

[O24-3] Pathological T4結腸癌に対するロボット支援下手術は有用な選択肢となり得るか？ 腹腔鏡下手術との短期・中期成績の比較

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

[O24-4] 脾彎曲部癌に対するロボット支援下手術の安全性の検討～腹腔鏡下手術との比較～

*國友 愛奈[1]、松村 卓樹[1]、余語 孝乃助[1]、浅野 瑠水[1]、本村 理子[1]、齋藤 美和[1]、大岩 立学[1]、白井 信太郎[1]、倉橋 岳宏[1]、松下 希美[1]、福山 貴大[1]、戸田 瑤子[1]、安井 講平[1]、上田 翔[1]、篠原 健太郎[1]、大澤 高陽[1]、安藤 公隆[1]、金子 健一朗[1]、深見 保之[1] (1. 愛知医科大学病院消化器外科)

[O24-5] ロボット支援結腸切除における教育環境の違いと習熟度：CUSUM による比較検討

*鶴田 雅士[1]、石田 隆[1]、田村 卓也[1]、竹谷 健[1]、西嶋 亜未[1]、小野 祐実[1]、板野 理[1] (1. 国際医療福祉大学成田病院消化器外科)

[O24-6] Robot支援下結腸癌手術におけるIndocyanine Greenを用いた腸管血流評価の有用性

*成廣 哲史[1]、髙田 直樹[1]、羽田 丈紀[1]、渡部 通章[1]、北澤 征三[1]、真柄 那々子[1]、飯田 航希[1] (1. 厚木市立病院)

[O24-7] 横行結腸癌に対するロボット手術における術前CT画像シミュレーションの有用性

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

[O24-8] ロボット支援下S状結腸切除術における切開ライン予測AIモデルの開発

*門野 政義[1]、中山 史崇[1]、大橋 弥貴子[1]、竹内 優志[1]、森田 覚[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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

9:30 ~ 10:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 25　ロボット手術 6

座長：栗生 宜明（京都第一赤十字病院消化器外科）

[O25-1] 肥満症例におけるロボット支援結腸癌切除は有用か？

*市川 伸樹[1]、江本 慎[2]、石黒 友唯[3]、小丹枝 裕二[4]、加藤 紘一[5]、阪田 敏聖[6]、谷 安弘[7]、下國 達志[8]、山田 健司[9]、武冨 紹信[1] (1. 北海道大学消化器外科I、2. 釧路労災病院外科、3. 札幌厚生病院外科、4. 北海道医療センター外科、5. 岩見沢市立総合病院外科、6. 帯広協会病院外科、7. 苫小牧市立総合病院外科、8. 市立函館病院外科、9. 砂川市立病院外科)

[O25-2] デュアルドッキング不要の脾弯曲授動を伴うロボット左側大腸癌手術

*藤田 悠司[1]、曽我 耕次[2]、石本 武史[3]、生内 雅人[1]、永守 遼[1]、市川 カノン[1]、小川 聡一朗[1]、松本 順久[1]、大橋 拓馬[1]、松尾 久敬[1]、小松 周平[1]、生駒 久視[1]、栗生 宜明[1]、岡本 和真[1]、大辻 英吾[1] (1. 京都第一赤十字病院消化器外科、2. 京都中部総合医療センター消化器外科、3. 済生会滋賀県病院外科)

[O25-3] ロボット支援下右側結腸切除術における体腔内吻合と体腔外吻合の比較検討

*平澤 壮一朗[1]、外岡 亨[1]、早田 浩明[1]、成島 一夫[1]、天海 博之[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)

[O25-4] 安全なロボット手術普及に向けた多施設での定型化の取り組み

*西沢 佑次郎[1]、植村 守[2]、賀川 義規[3]、浜部 敦史[2]、平木 将之[4]、波多 豪[3]、安井 昌義[1]、柳澤 公紀[1]、在田 麻美[1]、春名 健伍[1]、末田 聖倫[3]、北風 雅敏[3]、小林 雄太[3]、畑 泰司[4]、森本 祥悠[4]、加藤 伸弥[4]、橋本 雅弘[4]、三吉 範克[2]、荻野 崇之[2]、江口 英利[2] (1. 関西労災病院、2. 大阪大学医学部附属病院消化器外科、3. 大阪国際がんセンター消化器外科、4. 大阪急性期・総合医療センター消化器外科)

[O25-5] 結腸癌に対するロボット支援下体腔内吻合導入初期の短期治療成績-体腔外吻合との比較-

*髙田 直樹[1]、成廣 哲史[1]、飯田 航希[1]、真柄 那々子[1]、北澤 征三[1]、渡部 通章[1] (1. 厚木市立病院外科)

[O25-6] 地域中核病院における結腸癌に対するロボット支援手術の強みと手技の工夫

*西川 武司[1]、阿部 真也[1]、松永 圭悟[1]、孫 敏莉[1]、小谷 樹生[1]、近藤 里江[1]、松田 圭二[1] (1. 同愛記念病院外科)

[O25-7] 結腸癌に対するロボット支援下手術の治療成績と課題

*井上 隆[1]、小山 文一[1,2]、岩佐 陽介[1,2]、高木 忠隆[1]、藤本 浩輔[1]、田村 昴[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)

[O25-8] ロボット支援下回盲部切除における吻合法別での比較と至適アプローチの検討

*庄司 良平[1]、松三 雄騎[1]、松本 祐[1]、森分 和也[1]、片山 哲也[1]、安井 雄一[1]、金谷 信彦[1]、近藤 喜太[1]、重安 邦俊[1] (1. 岡山大学病院消化管外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

10:30 ~ 11:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 26　ロボット手術 7

座長：賀川 弘康（東京科学大学消化管外科学分野）

[O26-1] 市中病院における持続可能なロボット支援結腸癌手術―精密性とコストの両立を目指して

*西舘 敏彦[1,2]、鶴間 哲弘[1]、待木 隆志[1]、秋月 恵美[2]、平田 公一[1] (1. JR札幌病院外科、2. 札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野)

[O26-2] 腹腔鏡手術と比較したロボット支援下結腸切除の妥当性の検証と手術手技の工夫

*下村 学[1]、矢野 琢也[1]、佐田友 藍[1]、田口 和浩[1]、松原 啓壮[1]、石川 聖[1]、渡邉 淳弘[1]、佐藤 沙希[1]、森内 俊行[1]、塩崎 翔平[1]、松原 一樹[1]、山口 瑞生[1]、篠原 充[1]、森田 隼人[1]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学病院　消化器外科)

[O26-3] 結腸癌ロボット手術におけるda Vinci SPの位置づけ ― Multi-portの課題から考える適応の最適化

*佐藤 雄介[1]、梅田 晋一[1]、赤座 賢[1]、村田 悠記[1]、小倉 淳司[1]、田中 千恵[1]、神田 光郎[1] (1. 名古屋大学医学部附属病院消化器・腫瘍外科)

[O26-4] da Vinci 5におけるForce Feedback Technologyがロボット支援下大腸癌手術のforce modulationに与える影響

*大矢 浩貴[1]、田 鍾寛[1]、田中 宗伸[1]、皆川 結明[1]、舩津屋 拓人[1]、額田 卓[2]、江畑 信孝[1]、武井 将伍[2]、前橋 学[2]、太田 絵美[2]、渥美 陽介[1]、風間 慶祐[1]、佐藤 渉[1]、沼田 正勝[2]、青山 徹[1]、小澤 真由美[2]、小坂 隆司[1]、菅野 伸洋[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学医学部消化管外科学教室、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)

[O26-5] 当院での横行結腸癌（中央）に対するロボット支援下結腸切除時の#223郭清手技

*小林 利行[1]、坂井 利規[1]、小見山 聡介[1]、大陽 宏明[1]、荻野 史朗[1]、玉井 秀政[1] (1. 大阪鉄道病院消化器・一般外科)

[O26-6] 市中病院でのロボット支援下結腸切除の初期導入成績

*堀 直人[1,2]、大林 寛[1]、岡 詠吾[1]、二神 花菜[1]、佐藤 真歩[1]、大倉 友博[1]、小川 俊博[1]、勝田 浩[1]、青木 秀樹[1]、田中屋 宏爾[1] (1. 国立病院機構　岩国医療センター外科、2. 鳥取市立病院外科)

[O26-7] 当院におけるロボット支援結腸切除術の現状

*馬場 研二[1]、中嶋 太極[1]、奥村 隆志[1]、和田 真澄[1]、黒島 直樹[1]、大塚 隆生[1] (1. 鹿児島大学消化器外科)

[O26-8] BMI別にみたロボット支援下直腸癌手術の治療成績

*西村 潤也[1]、瀬良 知央[1]、福岡 達成[1]、西居 孝文[1]、小林 弘和[1]、森田 智也[1]、坂元 寿美礼[1]、金城 あやか[1]、丸尾 晃司[1]、谷 直樹[1]、西 智史[1]、江口 真平[1]、田嶋 哲三[1]、濱野 玄弥[1]、村田 哲洋[1]、高台 真太郎[1]、櫻井 克宣[1]、久保 尚士[1]、清水 貞利[1] (1. 大阪市立総合医療センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 27　結腸癌の治療戦略 2

座長：大塚 幸喜（藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学）

[O27-1] 切除可能high-risk Stage II/Stage III結腸癌におけるバイオマーカーの予後予測因子としての有用性の検討

*武井 将伍[1]、小澤 真由美[1]、工藤 孝迪[1]、額田 卓[1]、大矢 浩貴[2]、前橋 学[1]、田 鍾寛[2]、太田 絵美[1]、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. 横浜市立大学医学部消化器・腫瘍外科、3. 横須賀共済病院外科)

[O27-2] 当院における原発性大腸癌に対する骨盤内臓全摘術の治療成績

*山本 祥馬[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]、高嶋 祐助[1]、辻尾 元[1]、横山 希生人[1]、八尾 健太[1]、小林 尚輝[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)

[O27-3] 腹腔鏡下手術における右側結腸癌に対する頭側アプローチ先行の有用性の検討

*後藤 圭佑[1]、鎌田 哲平[1]、鈴木 佑磨[1]、山澤 海人[1]、月原 秀[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外科学講座)

[O27-4] ICG蛍光法により術前評価と相違する適切なリンパ節郭清を施行しえた上行結腸癌の1例

*岩本 和哉[1]、石川 慧[2]、朴 正勝[2]、高橋 秀和[2]、大里 祐樹[1]、鈴木 陽三[1]、冨田 尚裕[1]、竹政 伊知朗[2] (1. 市立豊中病院消化器外科、2. 大阪けいさつ病院消化器外科)

[O27-5] 体腔内吻合を用いた大腸癌手術における術後麻痺性イレウスのリスク因子の検討

*本庄 優衣[1]、虫明 寛行[2]、福田 桃子[2]、藤原 淑恵[2]、朱 美和[2]、内山 護[2]、有坂 早香[2]、土田 知史[2]、長谷川 誠司[2]、鈴木 紳祐[1]、吉川 貴己[3] (1. 藤沢湘南台病院外科、2. 済生会横浜市南部病院外科、3. 横浜市立大学外科治療学)

[O27-6] 局所進行大腸癌に対する術前化学療法の治療成績

*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]、村山 倫太郎[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外科)

[O27-7] 結腸癌における壁外血管侵襲(EMVI)の画像評価と病理組織学的評価，予後との関係

*富田 祐輔[1]、茂田 浩平[1]、大橋 弥貴子[1]、門野 政義[1]、池端 昭慶[1]、森田 覚[1]、岡林 剛史[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学外科学（一般・消化器))

[O27-8] 超高齢者に対する上腸間膜静脈腫瘍塞栓を伴う上行結腸癌の手術報告

*北條 大輔[1]、原 慧一郎[1]、中田 博[1]、中山 洋[1] (1. 国立病院機構東京病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

9:35 ~ 10:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 28　大腸癌の転移・再発治療 3

座長：石塚 満（獨協医科大学下部消化管外科）

[O28-1] 大腸癌肝転移切除症例における化学療法の検討

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

[O28-2] 大腸癌肝転移に対する肝切除例の治療成績

*島田 麻里[1]、野田 隆元[1]、長谷川 航大[1]、坂口 俊樹[1]、吉川 侑吾[1]、奥田 圭一郎[1]、郡司掛 勝也[1]、岩城 吉孝[1]、美並 輝也[1]、杉田 浩章[1]、金本 斐子[1]、奥田 俊之[1]、石川 暢己[1]、前田 一也[1]、宮永 太門[1]、二宮 致[1] (1. 福井県立病院外科)

[O28-3] StageII大腸癌における再発高リスク群の再評価

*古屋 一茂[1]、渡邊 英樹[1] (1. 山梨県立中央病院　消化器外科)

[O28-4] 大腸癌局所再発に対してR0切除行った症例の患者背景と治療成績-長崎県下多施設データベースを用いた検討-

*片山 宏己[1,2]、井上 悠介[1,2]、石井 光寿[1,2]、足立 利幸[1,2]、高村 祐磨[1,2]、山口 峻[1,2]、丸田 浩志[1,2]、富永 哲郎[4]、久永 真[5]、竹下 浩明[6]、黨 和夫[7]、福田 明子[8]、江口 晋[9]、松本 桂太郎[1]、野中 隆[1,2,3] (1. 長崎大学大学院　外科学講座腫瘍外科学分野、2. 長崎大学病院外科学講座　大腸・肛門外科、3. 長崎大学病院　低侵襲手術センター、4. JCHO諫早総合病院、5. 佐世保市総合医療センター、6. 長崎医療センター、7. 嬉野医療センター、8. 長崎原爆病院、9. 長崎大学大学院外科学講座　移植・消化器外科分野)

[O28-5] 大腸癌肝転移の術後再発リスク因子と術前化学療法の及ぼす影響

*北川 隆洋[1]、諏訪 勝仁[1]、岡本 敦子[1]、佐々木 茂真[1]、松本 倫[1]、衛藤 謙[2] (1. 東京慈恵会医科大学西部医療センター、2. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

[O28-6] 直腸癌局所再発症例における術前化学放射線療法の意義について

*楠 誓子[1]、植村 守[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[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]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部消化器外科)

[O28-7] 大腸癌同時性肝転移に対するR0同時切除後の再発時期と再発後予後の関連について

*前田 裕斗[1,2]、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]、桐谷 翔[2]、小林 光助[2]、伊藤 寛倫[2]、小野 嘉大[2]、髙橋 祐[2]、秋吉 高志[1] (1. がん研有明病院大腸外科、2. がん研有明病院肝胆膵外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

10:35 ~ 11:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 29　直腸NETの治療成績

座長：髙橋 孝夫（岐阜・西濃医療センター　西濃厚生病院　外科）

[O29-1] 若年者直腸NET G2に対する外科治療戦略 ―初期診断の不確実性と長期予後を見据えた集学的介入―

*近藤 喜太[1]、金谷 信彦[1]、庄司 良平[1]、松三 雄騎[1] (1. 岡山大学学術研究院医療開発領域消化管外科)

[O29-2] 直腸神経内分泌腫瘍切除症例における病理組織学的特徴とリンパ節転移関連因子の検討

*四元 拓宏[1]、近藤 彰宏[1]、馮 東萍[1]、竹谷 洋[1]、松川 浩之[1]、西浦 文平[1]、安藤 恭久[1]、須藤 広誠[1]、岸野 貴賢[1]、大島 稔[1]、隈元 謙介[1]、岡野 圭一[1] (1. 香川大学医学部消化器外科)

[O29-3] 直腸NETにおけるリンパ節転移予測因子の検討

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

[O29-4] 直腸NETにおける内視鏡切除後追加切除適応の再検討―リンパ節転移リスク因子とその組み合わせの意義―

*夏目 壮一郎[1]、牧野 七海[1]、川崎 一生[1]、吉岡 佑一郎[1]、大井 悠[1]、大野 吏輝[1]、長嵜 寿矢[1] (1. 埼玉県立がんセンター消化器外科)

[O29-5] 直腸神経内分泌腫瘍NET G1/2におけるリンパ節転移陽性症例の検討

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

[O29-6] 当院における直腸NET外科切除例の治療成績

*安藤 秀一郎[1]、木下 敬史[1]、小森 康司[1]、大内 晶[1]、岸田 貴喜[1]、安岡 宏展[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　消化器外科部)

[O29-7] 直腸NETに対するTransanal approachを用いた手術戦略

*杉山 雅彦[1]、横溝 玲奈[1]、寺師 宗秀[1]、久保 佑樹[1]、岩永 彩子[1]、廣瀬 皓介[1]、南原 翔[1]、木村 和恵[1]、森田 勝[1] (1. NHO九州がんセンター消化管外科)

[O29-8] 直腸神経内分泌腫瘍(neuroendocrine tumor:NET)におけるリンパ節転移リスクの検討

*金光 聖哲[1]、古谷 晃伸[1]、若原 智之[1]、貞吉 正彦[1]、藤井 克成[1]、上田 健斗[1]、三宅 泰一郎[1]、粟津 正英[1]、椋棒 英世[1] (1. 淀川キリスト教病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

8:30 ~ 9:30 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 30　直腸脱・骨盤臓器脱 2

座長：日高 仁（ひだか医院）

[O30-1] 直腸脱手術術式選択の妥当性を治療成績から考える

*磯部 秀樹[1]、中野 亮[1]、浦山 雅弘[1]、藤本 博人[1]、太田 圭治[1]、川口 清[1] (1. 済生会山形済生病院外科)

[O30-2] 直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術±Thiersch法の短期成績に関する検討

*三浦 智也[1]、辻仲 眞康[1]、北村 洋[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)

[O30-3] 直腸脱に対する術式選択の工夫と治療成績

*井出 義人[1]、知念 良直[1]、宮崎 葉月[1]、日向 聖[1]、宮垣 博道[1] (1. 国家公務員共済組合連合会　大手前病院)

[O30-4] 直腸脱に対する右側腹膜切開のみを用いた腹腔鏡下suture rectopexyの治療成績

*大迫 えれな[1]、上神 慎之介[1]、土井 寛文[1]、久原 佑太[1]、新原 健介[1]、大毛 宏喜[1]、髙橋 信也[1] (1. 広島大学病院外科学)

[O30-5] 当院における直腸脱手術の治療成績

*金子 高明[1]、竹内 男[1]、三浦 世樹[1]、神谷 潤一郎[1]、山田 千寿[1]、鈴木 崇之[1]、森中 孝至[1]、坂田 治人[1]、小杉 光世[1]、尾形 章[1] (1. 松戸市立総合医療センター　外科)

[O30-6] 当院におけるDelorme手術の工夫と治療成績

*谷口 正展[1]、仁科 勇佑[1]、塩見 尚礼[1] (1. 長浜赤十字病院外科)

[O30-7] 当科における直腸脱診療の変遷とAltemeier法の治療成績について

*三ノ宮 寛人[1]、新田 拳助[1]、古賀 敦大[1]、秋山 泰樹[1]、山内 潤身[1]、永田 淳[1]、川北 康貴[2]、矢吹 慶[2]、秋山 正樹[2]、平田 敬治[1,2] (1. 産業医科大学第1外科、2. 産業医科大学若松病院消化器・一般外科)

[O30-8] 当院のSture Rectopexyによる腹腔鏡下直腸吊り上げ固定術の治療成績

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科

9:35 ~ 10:35 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 31　その他の大腸・肛門疾患 2

座長：内山 周一郎（串間市民病院外科）

[O31-1] 腸回転異常症を背景とした高齢者の盲腸軸捻転症の1例

*千野 慎一郎[1]、恵木 浩之[1]、太田 凌[1]、鈴木 和臣[1]、丸山 正裕[1]、中馬 基博[1]、近藤 康史[1]、海津 貴史[1]、玉川 達[2]、内藤 剛[3] (1. 北里大学メディカルセンター外科、2. 北里大学メディカルセンター呼吸器外科、3. 北里大学下部消化管外科学)

[O31-2] 集学的治療により長期生存が得られている進行再発直腸NETの2例

*蔦保 暁生[1]、竹野 巨樹[1]、福田 啓人[1]、櫛谷 洋樹[1]、水沼 謙一[1]、角谷 昌俊[1]、平岡 圭[1]、池田 篤[1]、狭間 一明[1]、渡邉 幹夫[1]、岩井 和浩[1] (1. 王子総合病院　外科)

[O31-3] 急性虫垂炎を契機に診断された虫垂goblet cell adenocarcinomaの4例

*萩原 清貴[1]、岡村 修[1]、植田 隆太[1]、藤本 直斗[1] (1. 市立吹田市民病院外科)

[O31-4] 単純性虫垂炎に対する緊急手術の臨床的妥当性についての検討

*中島 晋[1]、半谷 圭吾[1]、石田 怜[1]、中林 雄大[1]、高畠 和也[1]、小西 智規[1]、水谷 融[1]、中村 吉隆[1]、武村 学[1]、小池 浩志[1]、谷口 史洋[1] (1. 京都第二赤十字病院外科)

[O31-5] 当院における成人腸重積23例の検討

*東川 純子[1]、大石 達郎[1]、引地 萌々[1]、遠藤 通意[1]、中澤 城[1]、雜賀 柾哉[1]、杉本 貴史[1]、草野 俊亮[1]、沢 秀博[1]、高橋 応典[1]、宮本 勝文[1] (1. 兵庫県立淡路医療センター外科・消化器外科)

[O31-6] S状結腸軸捻転症における栄養状態および骨格筋量と再発・手術移行との関連の検討

*黒河 聖[1]、秦 史壯[2]、矢嶋 知己[2]、西森 英史[2] (1. 札幌道都病院内科、2. 札幌道都病院外科)

[O31-7] よりよい地域医療や肛門科診療への取り組みー医療DX令和ビジョン2030を踏まえてー

*宮本 英典[1] (1. 宮本病院外科肛門科)

[O31-8] 肛門小窩炎に伴う肛門痛に対する内服治療の有効性について

*矢野 孝明[1] (1. ヤノ肛門外科クリニック)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

10:35 ~ 11:30 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 32　高齢者に対する大腸癌治療戦略 2

座長：小澤 平太（宇都宮記念病院）

[O32-1] 81歳以上の高齢者におけるロボット支援下結腸癌手術における 体腔内吻合と体腔外吻合の周術期成績の検討

*白石 壮宏[1]、松山 貴俊[1]、近 範泰[1]、母里 淑子[2]、髙岡 亜弓[1]、杉野 葵[1]、入江 直子[1]、石田 秀行[2] (1. 埼玉医科大学総合医療センター消化管・一般外科、2. 埼玉医科大学総合医療センターゲノム診療科)

[O32-2] 根治切除を行った高齢者大腸癌患者における予後予測因子としてのCALLY indexの有用性

*市原 もも子[1]、小森 孝通[1]、辻野 将生[1]、早瀬 志門[1]、加藤 雅也[1]、麻本 翔子[1]、加藤 一哉[1]、住本 知子[1]、橋本 和彦[1]、岸 健太郎[1]、福永 睦[1] (1. 兵庫県立西宮病院)

[O32-3] ASA-PS 3以上の大腸癌手術における短期成績の検討：85歳以上高齢者と85歳未満患者の比較

*白川 智沙斗[1]、松本 陽[1]、目谷 勇貴[1]、佐々木 明洋[1]、沢田 尭史[1]、脇坂 和貴[1]、石黒 友唯[1]、折茂 達也[1]、長 靖[1]、田原 宗徳[1]、秦 庸壮[1]、本間 重紀[1] (1. JA北海道厚生連　札幌厚生病院)

[O32-4] 超高齢者大腸癌患者における患者評価指標を用いた術後自宅退院困難の術前予測

*松本 弥生[1]、木下 正一[1]、橋本 悠平[1]、武田 友希[1]、南 永里加[1]、佐多 律子[1]、中谷 充宏[1]、鬼頭 祥悟[1]、中川 顕志[1]、加藤 達史[1]、久下 博之[1]、向川 智英[1] (1. 大和高田市立病院)

[O32-5] 高齢者StageIII大腸癌における補助化学療法の有効性とCAPOX療法の安全性の検討

*近藤 賢史[1]、原 鐵洋[1]、香山 茂平[1]、川相 紘平[1]、宮首 翔馬[1]、森 政悠[1]、山口 拓朗[1]、河毛 利顕[1]、杉山 陽一[1]、田﨑 達也[1]、中光 篤志[1]、佐々木 秀[1] (1. 広島県厚生農業協同組合連合会JA広島総合病院外科)

[O32-6] 高齢者pStageIII大腸癌 の術後補助化学療法の検討

*舩津屋 拓人[1]、田 鍾寛[1]、皆川 結明[1]、額田 卓[2]、大矢 浩貴[1]、江畑 信孝[1]、武井 将伍[2]、前橋 学[2]、太田 絵美[2]、渥美 陽介[1]、風間 慶祐[1]、沼田 正勝[2]、小澤 真由美[2]、諏訪 宏和[3]、菅野 伸洋[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学附属病院消化管外科学、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. 横須賀共済病院外科)

[O32-7] 80歳以上の高齢者に対する大腸癌腹腔鏡下手術の治療成績の検討

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

14:35 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）

一般演題（口演） 33　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略２

座長：浜本 康夫（東京科学大学臨床腫瘍学分野）

[O33-1] 大腸癌におけるprecision medicineは実現しているのか？―CGPの結果到達率と治療実装の実態―

*和田 範子[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[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]、佐藤 太郎[2] (1. 大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学、2. 大阪大学附属病院がんゲノム医療センター)

[O33-2] 大腸癌におけるコンパニオン診断と包括的がんゲノムプロファイリング検査の不一致に関する検討

*中野 麻恵[1,2]、島田 能史[1,2]、田中 裕太郎[2]、末森 理美[2]、大関 瑛[2]、安部 舜[2]、宗岡 悠介[2]、廣瀬 雄己[2]、石川 博補[2]、加納 陽介[2]、市川 寛[2]、滝沢 一泰[2]、中野 雅人[2]、坂田 純[2]、中川 悟[3]、横山 直行[4]、谷 達夫[5]、小林 由夏[6]、若井 俊文[1,2] (1. 新潟大学医歯学総合病院ゲノム医療部、2. 新潟大学大学院医歯保健学研究科消化器・一般外科学分野、3. 新潟県立がんセンター新潟病院消化器外科、4. 新潟市民病院消化器外科、5. 長岡赤十字病院消化器外科、6. 長岡中央綜合病院腫瘍内科)

[O33-3] 切除不能進行・再発大腸癌におけるFTD/TPI＋Bevacizumab療法の検討：Bevacizumabの投与継続と治療成績の関連

*月田 智也[1,2]、渋谷 雅常[1]、丹田 秀樹[1]、関 由季[1]、笠島 裕明[1]、前田 清[1]、西村 潤也[2]、井関 康仁[2]、福岡 達成[2]、西居 孝文[2] (1. 大阪公立大学大学院医学研究科消化器外科学、2. 大阪市立総合医療センター消化器外科)

[O33-4] 切除不能局所進行再発大腸癌に対する薬物療法中止基準としての栄養指標の有用性

*関 由季[1]、渋谷 雅常[1]、遠藤 秀生[1]、月田 智也[1]、丹田 秀樹[1]、内藤 信裕[1]、小澤 慎太郎[1]、大森 威来[1]、多田 隆馬[1]、西山 毅[1]、米光 健[1]、福井 康裕[1]、笠島 裕明[1]、福岡 達成[2]、前田 清[1] (1. 大阪公立大学大学院消化器外科学、2. 大阪市立総合医療センター消化器外科)

[O33-5] 直腸癌再発化学療法中に傍ストマ静脈瘤から出血を来した1例

*水谷 千佳[1,2]、加藤 京[2]、外村 俊平[2]、杉江 雄斗[2]、横井 亮磨[2]、村瀬 佑介[2]、鷹尾 千佳[2]、浅井 竜一[2]、田島 ジェシー雄[2]、松橋 延壽[2] (1. 岐阜大学大学院医学系研究科 消化器外科・小児外科学 がん先端治療国際地域支援講座、2. 岐阜大学外科学講座 消化器外科・小児外科学分野)

[O33-6] 大腸癌腹膜播種に対するcytoreductive surgery　～手術適応を長期生存例から検討する～

*今神 透[1]、大江 康光[1]、松永 隆志[1]、平田 篤史[1]、寒川 玲[1]、安 炳九[1]、戸川 剛[1]、高尾 信行[1]、水本 明良[1] (1. 淡海医療センター消化器外科・腹膜播種センター)

[O33-7] 当院におけるMSI-high大腸癌の臨床病理学的特徴と周術期予後の検討

*原 鐵洋[1]、香山 茂平[1]、川相 紘平[1]、宮首 翔馬[1]、森 政悠[1]、近藤 賢史[1]、河毛 利顕[1]、山口 拓朗[1]、杉山 陽一[1]、田崎 達也[1]、中光 篤志[1]、佐々木 秀[1] (1. JA広島総合病院一般外科治療センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

13:30 ~ 14:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 34　炎症性腸疾患 5

座長：小林 拓（北里大学北里研究所病院 炎症性腸疾患先進治療センター）

[O34-1] IBD関連脊椎関節炎の診療科連携と診療の実際

*清原 裕貴[1]、三上 洋平[1]、杉本 真也[1]、吉松 裕介[1]、近藤 泰[2]、筋野 智久[3]、髙林 馨[4]、細江 直樹[5]、岩男 泰[5]、金子 祐子[2]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学(消化器)、2. 慶應義塾大学医学部内科学(リウマチ膠原病)、3. 慶應義塾大学医学部坂口光洋記念講座消化器生体機能多次元解析講座、4. 慶應義塾大学医学部内視鏡センター、5. 慶應義塾大学予防医療センター)

[O34-2] 感染性胃腸炎診断に対するリンパ球数測定の有用性の検討

*野口 光徳[1] (1. 野口胃腸内科医院)

[O34-3] 当科における小児IBD診療の現状と課題

*藤本 浩輔[1]、小山 文一[1,2]、井上 隆[1]、岩佐 陽介[1,2]、高木 忠隆[1]、田村 昂[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)

[O34-4] 重症潰瘍性大腸炎における術前腸管超音波所見と切除腸管の全層病理所見との比較

*三好 潤[1]、森久保 拓[1]、林 玲匡[2]、小松 悠香[1]、米澤 広美[1]、松浦 稔[1]、柴原 純二[3]、久松 理一[1] (1. 杏林大学医学部消化器内科学、2. 杏林大学医学部統合生理学、3. 杏林大学医学部病理学)

[O34-5] 潰瘍性大腸炎関連腫瘍手術症例における術前BMIと臨床病理学的特徴との関連

*中山 史崇[1]、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）)

一般演題(口演) | 内科・外科

14:25 ~ 15:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 35　大腸内視鏡診断・治療

座長：榎本 俊行（東邦大学医療センター大橋病院　外科）

[O35-1] S状結腸軸捻転症に対する大腸内視鏡を用いない透視下経肛門イレウス管挿入についての検討

*服部 桜子[1,2]、荒牧 修[1,2]、岡村 行泰[1]、渡邉 善広[2]、加茂 知久[2]、牛久 敬史[2]、黒沼 明子[2]、村山 公[2] (1. 日本大学医学部外科学系消化器外科学分野、2. 苑田第一病院外科)

[O35-2] 当院における閉塞性大腸癌に対するステント留置の適応と治療成績

*齊藤 浩志[1]、加藤 秀明[1]、今川 りさ[1]、舘野 桂[1]、南川 友理[1]、木村 花梨[1]、川口 雅彦[1]、谷口 桂三[1]、渡邊 透[1] (1. 横浜栄共済病院)

[O35-3] 大腸ステント留置後の閉塞性大腸がんに対する治療成績について

*片岡 淳[1]、川崎 誠康[1]、田中 涼太郎[1]、村田 裕子[1]、藤本 浩之[1]、魚住 のぞみ[1]、石原 敦[1]、白井 大介[1]、前田 詠理[1]、山本 堪介[1]、奥村 哲[1]、福田 進太郎[1]、土橋 洋史[1]、小川 雅生[1]、亀山 雅男[1] (1. 生長会ベルランド総合病院外科・消化管外科)

[O35-4] 緩和目的に大腸ステント留置した５４例の検討

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

[O35-5] 左側悪性大腸閉塞症例に対する経鼻内視鏡を利用した大腸ステント留置

*野宮 洋樹[1,2]、花畑 憲洋[1]、金橋 もも花[1]、福徳 友香理[1]、高 昌良[1]、澤田 洋平[1]、五十嵐 剛[1]、島谷 孝司[1]、沼尾 宏[1]、櫻庭 裕丈[2] (1. 青森県立中央病院消化器・腫瘍内科、2. 弘前大学大学院医学研究科消化器血液免疫内科学講座)

©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

15:05 ~ 15:50 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 36　早期大腸癌に対する診断・治療戦略

座長：飯塚 敏郎（がん・感染症センター　都立駒込病院　消化器内科）

[O36-1] 大腸T1癌内視鏡切除後に対する追加外科手術後の転移再発リスクに関する検討

*下立 雄一[1,11]、山内 健司[2,11]、原田 馨太[3,11]、大森 正泰[4,11]、根岸 慎[5,11]、竹中 龍太[6,11]、永原 照也[7,11]、豊川 達也[8,11]、景山 宏之[9,11]、毛利 裕一[1,11]、水野 元夫[1,11]、大塚 基之[10,11] (1. 倉敷中央病院消化器内科、2. 香川県立中央病院消化器内科、3. 岡山済生会病院消化器内科、4. 広島市民病院内科、5. 福山市民病院内科、6. 津山中央病院内科、7. 三豊総合病院消化器内科、8. 福山医療センター消化器内科、9. 岡山市民病院内科、10. 岡山大学学術研究院医歯薬学域　消化器・肝臓内科学、11. Okayama gut study group)

[O36-2] 大腸癌内視鏡切除後断端陽性における腫瘍切り込みの臨床的意義

*澤井 美里[1]、牛込 創[1]、加藤 潤紀[1]、浅井 宏之[1]、上原 崇平[1]、加藤 瑛[1]、鈴木 卓弥[1]、山川 雄士[1]、瀧口 修司[1] (1. 名古屋市立大学病院)

[O36-3] トレイニーによるMulti Loop Traction Deviceを使用した大腸内視鏡的粘膜下層剝離術の検討

*一箭 空伸[1]、髙雄 暁成[1]、岩城 公人[1]、細井 萌々子[1]、今枝 駿介[1]、岡 靖紘[1]、井関 真理[1]、森口 義亮[1]、野間 絵梨子[1]、石川 裕美子[1]、柴田 理美[1]、岩谷 勇吾[1]、後藤 修[1]、飯塚 敏郎[1] (1. 東京都立駒込病院)

[O36-4] 早期大腸癌におけるGenesis system®を用いたCTC検出の検討

*豊田 尚潔[1]、島田 岳洋[2]、崎本 優里[1]、坂本 恭子[2]、宮倉 安幸[1]、藤田 伸[1]、太田 剛志[3] (1. 栃木県立がんセンター　大腸骨盤外科、2. 国立病院機構東京医療センター　一般・消化器外科、3. 株式会社セルクラウド)

[O36-5] 早期直腸癌に対するTAMISの可能性と手技の工夫

*足立 利幸[1]、井上 悠介[1]、山口 峻[1]、山﨑 翔斗[1]、小野 李香[1]、丸田 浩志[1]、片山 宏己[1]、髙村 祐磨[1]、石井 光寿[1]、野中 隆[1] (1. 長崎大学外科学講座)

[O36-6] 当院における大腸癌内視鏡治療後の追加外科的切除例の検討

*國料 美月[1]、宇野 泰朗[1]、近藤 優里奈[1]、加藤 希[1]、大重 英昭[1]、安井 知樹[1]、野地 雄太[1]、桑野 誠也[1]、浅野 智成[1]、間下 直樹[1]、望月 能成[1] (1. 小牧市民病院消化器外科)

一般演題(口演) | 外科

13:30 ~ 14:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 37　術中手技

座長：清島 亮（藤田医科大学総合消化器外科）

[O37-1] 大腸癌手術における腹腔鏡下大動脈周囲リンパ節郭清の検討

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

[O37-2] AIによる内側アプローチでの重要臓器の解剖認識

*大橋 弥貴子[1]、門野 政義[1]、富田 祐輔[1]、竹内 優志[1]、森田 覚[1]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学外科)

[O37-3] Laser Speckle Flowgraphyを用いた吻合部腸管血流低下因子の検討

*金子 奉暁[1]、的場 周一郎[1]、牛込 充則[1]、鏡 哲[1]、鈴木 孝之[1]、長嶋 康雄[1]、三浦 康之[1]、池田 裕一[1]、渡邉 健太郎[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院消化器外科)

[O37-4] AI・ICG蛍光法を併用した大腸癌ナビゲーション手術と専攻医執刀手術でのAI使用の有用性について

*渡邊 良平[1]、青木 武士[1]、田代 良彦[1]、井関 貞仁[1]、長石 将大[1]、門 威志[1]、茂木 健太郎[1]、望月 清孝[1]、広本 昌裕[1]、冨岡 幸大[1]、野垣 航二[1]、山下 剛史[1]、有吉 朋丈[1]、伊達 博三[1]、松田 和広[1]、草野 智一[1]、藤森 聰[1]、五藤 哲[1]、山崎 公靖[1]、渡辺 誠[1] (1. 昭和医科大学医学部外科学講座　消化器一般外科学部門)

©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

14:05 ~ 15:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 38　大腸憩室疾患・虫垂炎

座長：小林 美奈子（三重大学臨床外科感染制御学）

[O38-1] 下部消化管穿孔に対する腸管切除の治療成績および大腸肛門病専門医関与の影響

*南角 哲俊[1]、守山 愛子[1]、後藤田 美優[1]、後藤 佳名子[1]、小泉 綾香[1]、山崎 健司[1]、豊田 啓恵[1]、高島 順平[1]、杉本 斉[1]、藤本 大裕[1]、三浦 文彦[1]、小林 宏寿[1] (1. 帝京大学溝口病院)

[O38-2] 大腸憩室出血に対する内視鏡施行時期とSRH同定率の後ろ向き検討

*藤井 一生[1]、岩城 公人[1]、細井 桃々子[1]、一箭 空伸[1]、今枝 駿介[1]、井関 真理[1]、岡 靖紘[2]、森口 義亮[1]、野間 絵梨子[1]、柴田 理美[1]、岩谷 勇吾[1]、後藤 修[2]、飯塚 敏郎[1] (1. 東京都立駒込病院消化器内科、2. 東京都立駒込病院内視鏡科)

[O38-3] 大腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対する腹腔鏡下手術導入後の治療成績の検討

*河野 慎[1]、江坂 和大[1]、瀬津 海斗[1]、山本 慧[1]、岡本 健太[1]、平野 哲多[1]、伊藤 翔[1]、田中 伸孟[1]、寺本 仁[1]、水野 豊[1]、蜂須賀 丈博[1] (1. 市立四日市病院外科)

[O38-4] 単孔式腹腔鏡下回盲部切除術を施行した急性虫垂炎24例の検討

*奥村 元紀[1]、森本 祥悠[1]、橋本 雅弘[1]、加藤 伸弥[1]、平木 将之[1]、畑 泰司[1]、寺西 立冴[1]、東口 公哉[1]、古川 健太[1]、広田 将司[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. 大阪急性期・総合医療センター)

[O38-5] 高度炎症を伴う大腸憩室炎に対する腹腔鏡下手術におけるICG蛍光尿管カテーテルの有用性

*齋藤 美和[1]、松村 卓樹[1]、國友 愛奈[1]、余語 孝乃助[1]、戸田 瑶子[1]、浅野 瑠水[1]、本村 理子[1]、大岩 立学[1]、白井 信太郎[1]、倉橋 岳宏[1]、松下 希美[1]、福山 貴大[1]、加藤 翔子[1]、安井 講平[1]、上田 翔[1]、篠原 健太郎[1]、大澤 高陽[1]、安藤 公隆[1]、金子 健一朗[1]、深見 保之[1] (1. 愛知医科大学病院消化器外科)

[O38-6] 当院における憩室穿孔に対する術式選択の検討 ―一期的吻合の適応と術後再発の観点から―

*山城 直嗣[1]、堀 義城[1]、新垣 淳也[1]、古波倉 史子[1]、佐村 博範[1] (1. 浦添総合病院外科)

[O38-7] 急性複雑性虫垂炎診療における大腸肛門病学会専門医の意義について

*古賀 千絢[1]、岩本 和哉[1]、橋本 瑞己[1]、大里 祐樹[1]、野間 俊樹[1]、松下 克則[1]、新野 直樹[1]、中島 慎介[1]、鈴木 陽三[1]、清水 潤三[1]、川瀬 朋乃[1]、冨田 尚裕[1]、今村 博司[1] (1. 市立豊中病院　消化器外科)

[O38-8] 左側憩室穿孔に対するハルトマンリバーサル施行症例の特徴と腹腔内癒着関連因子の検討

*川村 崇文[1]、中山 百合[1]、鈴木 麻耶[1]、小山 夏輝[1]、井田 進也[1]、大菊 正人[1]、原田 岳[1]、稲葉 圭介[1]、田村 浩章[1]、平山 一久[2]、落合 秀人[1] (1. 浜松医療センター消化器外科、2. 浜松医療センター臨床検査科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

15:10 ~ 16:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 39　大腸癌の周術期管理・予後予測 3

座長：清松 知充（国立国際医療センター　外科）

[O39-1] Monocyte to Albumin ratioによる大腸癌予後予測の検討

*小川 真平[1]、番場 嘉子[1]、金子 由香[1]、二木 了[1]、松尾 夏来[1]、腰野 蔵人[1]、前田 文[1]、谷 公孝[1]、山口 茂樹[1] (1. 東京女子医科大学消化器・一般外科)

[O39-2] Stage IV大腸癌における原発巣切除後重症合併症の術前予測因子の検討：多施設データベースを用いた解析

*塩崎 翔平[1]、下村 学[1]、松原 啓壮[1]、田口 和浩[1]、佐田友 藍[1]、矢野 琢也[1]、清水 亘[2]、三口 真司[3]、池田 聡[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 正一郎[11]、高倉 有二[12]、赤羽 慎太郎[13]、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　外科・内視鏡外科、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. JR広島病院　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)

[O39-3] 大腸癌術後再発症例の予後について

*原田 優香[1]、門野 政義[1]、岡田 純一[1]、中山 史崇[1]、森田 覚[1]、茂田 浩平[1]、菊池 弘人[2]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部外科学教室（一般消化器）、2. 川崎市立川崎病院)

[O39-4] 大腸癌同時性腹膜播種症例における予後規定因子の検討：24年間の長期解析に基づく治療戦略の考察

*大地 貴史[1]、菊池 真亜子[1]、久田 かほり[1]、執行 ひろな[1]、髙木 健太[1]、髙松 正行[1]、仕垣 隆浩[1]、藤吉 健司[1]、吉田 直裕[1]、吉田 武史[1]、主藤 朝也[1]、石橋 生哉[1]、藤田 文彦[1] (1. 久留米大学外科学講座)

[O39-5] 当院でのStage I～III大腸癌における術後合併症の発症と長期予後との関連

*玉井 瑞希[1]、原田 恭一[1]、柏本 錦吾[1]、山口 明浩[1] (1. 京都山城総合医療センター)

[O39-6] 大腸がん後方治療における宿主因子に基づいたプレシジョンメディスンの検討：mCONUTスコアによる「Invisible Frailty」の同定と治療最適化への寄与

*渋谷 雅常[1]、遠藤 秀生[1]、月田 智也[1]、丹田 秀樹[1]、西山 毅[1]、関 由季[1]、笠島 裕明[1]、西村 潤也[2]、福岡 達成[2]、西居 孝文[2]、前田 清[1] (1. 大阪公立大学消化器外科、2. 大阪市立総合医療センター外科)

[O39-7] Sarcopenic Obesityと宿主関連血液学的指標の統合によるスコアリングシステムを用いたStageII/III大腸癌の予後予測

*皆川 結明[1]、大矢 浩貴[1]、舩津屋 拓人[1]、額田 卓[2]、江畑 信孝[1]、武井 将伍[2]、前橋 学[2]、太田 絵美[2]、田 鍾寛[1]、渥美 陽介[1]、風間 慶祐[1]、佐藤 渉[1]、沼田 正勝[2]、小澤 真由美[2]、小坂 隆司[1]、菅野 伸洋[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学医学部消化管外科学教室、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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

16:05 ~ 16:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 40　大腸癌の周術期管理・予後予測 4

座長：硲 彰一（周南記念病院消化器病センター外科）

[O40-1] 若年者大腸癌の臨床病理学的特徴と予後に関する検討

*馮 東萍[1]、近藤 彰宏[1]、竹谷 洋[1]、松川 浩之[1]、西浦 文平[1]、安藤 恭久[1]、須藤 広誠[1]、岸野 貴賢[1]、大島 稔[1]、隈元 謙介[2]、岡野 圭一[1] (1. 香川大学消化器外科、2. 香川大学ゲノム医科学・遺伝医学)

[O40-2] Stage II/III穿孔性大腸癌の再発リスク因子

*茅野 新[1]、西田 莉子[1]、大宜見 崇[1]、岡林 剛史[1]、宮北 寛士[1]、山本 聖一郎[1] (1. 東海大学医学部消化器外科学)

[O40-3] CEA Recurrence Score のStage III大腸癌における再発予測能の評価

*石川 聖[1]、田口 和浩[1]、下村 学[1]、矢野 琢也[1]、佐田友 藍[1]、松原 啓壮[1]、渡邊 淳弘[1]、森内 俊行[1]、佐藤 沙希[1]、塩崎 翔平[1]、松原 一樹[1]、山口 瑞生[1]、篠原 充[1]、森田 隼登[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)

[O40-4] 大腸癌患者における術前血清Midkine値の臨床的意義：CEAとの併用による予後予測の検討

*牛込 充則[1,2]、伊藤 正朗[1]、島田 英昭[1]、渡邊 健太郎[1]、池田 裕一[1]、三浦 康之[1]、鈴木 孝之[1]、鏡 哲[1]、金子 奉暁[1]、長嶋 康雄[1]、的場 周一郎[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院、2. 池上総合病院外科)

[O40-5] 50歳未満の若年性大腸癌の臨床病理学的特徴の検討

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

[O40-6] 大腸癌におけるCALLY indexの予後予測能の検討―他の栄養・炎症指標との比較―

*福井 康裕[1]、笠島 裕明[1]、田中 章博[1]、内藤 信裕[1]、月田 智也[1]、遠藤 秀生[1]、大森 威来[1]、丹田 秀樹[1]、米光 健[1]、関 由季[1]、澁谷 雅常[1]、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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

13:30 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 41　大腸癌の転移・再発治療 4

座長：赤木 智徳（大分大学 消化器・小児外科）

[O41-1] 原発性大腸癌における分子サブタイプと病理学的リンパ節転移との関連

*横山 希生人[1]、笠井 俊輔[1]、塩見 明生[1]、眞部 祥一[1]、田中 佑典[1]、小嶋 忠浩[1]、森 千浩[1]、高嶋 祐助[1]、辻尾 元[1]、八尾 健太[1]、小林 尚輝[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 峻助[1]、畠山 慶一[2]、山口 建[3] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科、2. 静岡がんセンター研究所ゲノム解析研究部、3. 静岡県立静岡がんセンター)

[O41-2] 直腸癌術後局所再発症例に対する当科での治療戦略

*藤野 紘貴[1]、奥谷 浩一[1]、甲田 英暁[1]、石村 陸[1]、岡本 行平[1]、豊田 真帆[1]、石井 雅之[1,2]、秋月 恵美[1,3]、西舘 敏彦[1]、穴澤 貴行[1] (1. 札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野、2. 東札幌病院外科、3. 札幌いしやま病院)

[O41-3] 直腸癌術後局所再発に対する手術治療成績

*有馬 浩太[1]、宮本 裕士[1]、荒木 健吾[1]、秋山 貴彦[1]、小川 克大[1]、澤山 浩[1]、岩槻 政晃[1] (1. 熊本大学大学院消化器外科学)

[O41-4] 直腸癌局所再発に対する集学的治療戦略におけるR0切除の意義と課題

*永井 雄三[1]、白鳥 広志[1]、野澤 宏彰[1]、江本 成伸[1]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[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]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科)

[O41-5] 局所再発出現時期・術式に着目した直腸癌術後局所再発手術症例の検討

*後藤 健太郎[1]、岡村 亮輔[1]、水野 良祐[1]、尾地 伸悟[1]、藤田 覇留久[1]、青山 龍平[1]、吉田 祐[1]、山本 健人[1]、前田 将宏[1]、笠原 桂子[1]、星野 伸晃[1]、板谷 喜朗[1]、小濵 和貴[1] (1. 京都大学消化管外科)

[O41-6] CTラジオミクスを用いた大腸癌肝転移切除後の肝内再発予測：肝実質および腫瘍特徴量の統合解析

*正源 勇朔[1]、森田 覚[1]、岡林 剛史[2]、坂本 恭子[3]、門野 政義[1]、中野 容[1]、長谷川 康[1]、阿部 雄太[1]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部外科（一般・消化器）、2. 東海大学医学部消化器外科、3. 国立病院機構東京医療センター一般・消化器外科)

[O41-7] 大腸癌骨盤内再発病変に対する術前短期放射線照射施行後の外科的切除の治療成績

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

©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 ~ 15:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 42　直腸癌の治療戦略 4

座長：澤井 照光（長崎大学生命医科学域）

[O42-1] 当院におけるTNT治療成績と放射線増感剤を用いたNOMの効果

*濱元 宏喜[1]、島 卓史[1]、北田 和也[1]、鈴木 重徳[1]、田中 亮[1]、今井 義朗[1]、川口 直[1]、富岡 淳[1]、朝隈 光弘[1]、李 相雄[1] (1. 大阪医科薬科大学一般・消化器外科)

[O42-2] 進行下部直腸癌に対する術前治療後選択的側方郭清の妥当性の検討

*矢野 琢也[1]、下村 学[1]、佐田友 藍[1]、田口 和浩[1]、松原 啓壮[1]、石川 聖[1]、佐藤 沙希[1]、渡邊 淳弘[1]、森内 俊行[1]、塩崎 翔平[1]、松原 一樹[1]、山口 瑞生[1]、篠原 充[1]、森田 隼登[1]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学病院消化器・移植外科)

[O42-3] 当科における進行直腸癌に対するTNTの治療成績

*金子 由香[1]、前田 文[1]、谷 公孝[1]、松尾 夏来[1]、腰野 蔵人[1]、近藤 侑鈴[1]、二木 了[1]、番場 嘉子[1]、小川 真平[1]、山口 茂樹[1] (1. 東京女子医科大学消化器一般外科)

[O42-4] 術前化学療法を施行した局所進行直腸癌におけるCALLY indexと病理学的治療効果の関連の検討

*秋山 泰樹[1]、沢津橋 佑典[2]、矢吹 慶[3]、三ノ宮 寛人[1]、新田 挙助[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、2. くらて病院　外科、3. 産業医科大学若松病院　消化器・一般外科)

[O42-5] 術前化学療法後直腸癌における肛門側壁内進展の再発リスク因子としての可能性

*横山 康行[1]、山田 岳史[1]、上原 圭[1]、進士 誠一[1]、高橋 吾郎[1]、岩井 拓磨[1]、香中 伸太郎[1]、菊池 悠太[1]、松井 隆典[1]、林 光希[1]、大橋 隆治[2]、松田 明久[1] (1. 日本医科大学付属病院消化器外科、2. 日本医科大学付属病院病理診断科)

[O42-6] 局所進行直腸癌におけるMRI粘液貯留がTNT治療効果に与える影響

*春日 聡[1]、佐藤 健太郎[1]、坂田 征士[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. 公益財団法人がん研究会 有明病院消化器センター大腸外科、2. 公益財団法人がん研究会 有明病病理部)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

15:15 ~ 16:00 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 43　直腸癌の治療戦略 5

座長：諏訪 雄亮（関西医科大学下部消化管外科学講座）

[O43-1] 直腸粘液腺癌における長期成績と再発形式-多機関共同後ろ向き観察研究-

*甲津 卓実[1,2]、岡村 亮輔[1,2]、岡田 倫明[2,3]、水野 礼[2,4]、本間 周作[2,5]、吉冨 摩美[2,6]、山浦 忠能[2,7]、佐々木 勉[2,8]、塩田 哲也[2,9]、村上 哲平[2,10]、髙橋 亮[2,11]、松末 亮[2,12]、前川 久継[2,13]、長山 聡[2,14]、平田 渉[2,15]、出口 靖記[2,16]、大越 香江[2,17]、花田 圭太[2,18]、板谷 喜朗[1,2]、小濵 和貴[1,2] (1. 京都大学消化管外科、2. 京都大腸手術研究グループ（KCRG)、3. 大阪赤十字病院消化器外科、4. 京都医療センター外科、5. 神戸市立医療センター中央市民病院外科・移植外科、6. 兵庫県立尼崎総合医療センター外科・消化器外科、7. 姫路医療センター消化器外科、8. 滋賀県立総合病院外科、9. 神戸市立西神戸医療センター外科・消化器外科、10. 神戸市立医療センター西市民病院消化器外科、11. 京都桂病院外科、12. 天理よろづ相談所病院消化器外科、13. 医学研究所北野病院消化器外科、14. 宇治徳洲会病院外科、15. 大津赤十字病院外科、16. 武田総合病院外科、17. 日本バプテスト病院乳腺・一般外科、18. 洛和会音羽病院外科)

[O43-2] 当院における進行下部直腸癌に対する術前治療後の側方郭清の意義と治療成績

*鈴村 博史[1]、足立 陽子[1]、松本 健司[1]、笹倉 勇一[1]、吉川 貴久[1]、寺内 寿彰[1]、松井 淳一[1]、篠崎 浩治[1] (1. 済生会宇都宮病院外科)

[O43-3] 根治度B切除し得たStageIV 下部直腸癌における予防的側方リンパ節郭清の意義

*森 千浩[1]、眞部 祥一[1]、塩見 明生[1]、小嶋 忠浩[1]、田中 佑典[1]、笠井 俊輔[1]、髙嶋 祐助 [1]、辻尾 元[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)

[O43-4] 局所進行下部直腸癌に対するupfront surgeryにおける予後因子の検討

*八尾 健太[1]、笠井 俊輔[1]、塩見 明生[1]、眞部 祥一[1]、田中 佑典[1]、小嶋 忠浩[1]、森 千浩[1]、髙嶋 祐助[1]、辻尾 元[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)

[O43-5] 当院における進行直腸癌に対する術前治療の短期成績

*岡田 和丈[1]、田村 瞳[1]、武尾 重也[1]、陳 凌風[1]、向井 正哉[1] (1. 東海大学医学部付属八王子病院)

[O43-6] 術前化学放射線療法後直腸癌における病理学的奏功度と長期予後の検討

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

©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

16:00 ~ 16:45 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 44　直腸癌の治療戦略 6

座長：澤山 浩（熊本大学病院　消化器外科）

[O44-1] 痔瘻癌43例の周術期成績の検討

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

[O44-2] 側方リンパ節転移診断および術前化学放射線療法と予防的側方郭清との関係性

*成島 一夫[1]、外岡 亨[1]、早田 浩明[1]、天海 博之[1]、平澤 壮一朗[1]、千葉 聡[1]、磯崎 哲朗[2]、桑山 直樹[1]、加野 将之[1]、鍋谷 圭宏[1] (1. 千葉県がんセンター食道・胃腸外科、2. 量子科学技術研究開発機構QST病院治療診断部)

[O44-3] 当科における直腸癌手術の術後合併症リスク因子の検討

*青柳 康子[1]、黒川 芽生[1]、川島 由莉[1]、林 一真[1]、山田 圭寛[1]、西岡 龍太郎[1]、芥田 壮平[1]、松永 史穂[1]、田澤 美也子[1]、石井 武[1]、齊藤 稔史[1]、佐々木 恵[1]、海藤 章郎[1]、光法 雄介[1]、伊東 浩次[1] (1. 総合病院土浦協同病院消化器外科)

[O44-4] 下部進行直腸癌に対する側方リンパ節郭清における術前治療の意義

*坂井 義博[1]、石山 泰寛[1]、北野 友里絵[1]、伊藤 望[1]、中西 彬人[1]、西 雄介[1]、田中 裕人[1]、林 久志[1]、庫本 達[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　消化器外科)

[O44-5] 超低位前方切除術における一時的人工肛門の選択―高齢者における急性腎機能障害の検討―

*梅本 岳宏[1]、喜島 一博[1]、竹原 雄介[1]、田中 邦哉[1] (1. 昭和医科大学藤が丘病院消化器・一般外科)

[O44-6] 根治性向上と肛門温存を目指した直腸癌術前治療戦略の成績

*戸田 重夫[1,2]、柏木 惇平[1]、髙橋 泰宏[1]、前田 裕介[1]、岡崎 直人[1,2]、平松 康輔[1]、福井 雄大[1,2]、花岡 裕[1]、上野 雅資[1]、的場 周一郎[3]、黒柳 洋弥[1] (1. 虎の門病院消化器外科、2. 虎の門病院分院消化管センター外科、3. 東邦大学医療センター大森病院消化器外科)

一般演題(口演) | 肛門科

13:30 ~ 14:25 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 45　痔瘻の治療

座長：小原 誠（OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック）

[O45-1] 内外括約筋間に存在する原発巣膿瘍を意識した、坐骨直腸窩痔瘻に対するseton法

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

[O45-2] 当院における上皮括約筋温存術の術式の検討

*宗村 岳人[1]、宗村 由紀[1]、今里 真[1] (1. むねむら大腸肛門病院)

[O45-3] 痔瘻根治術後の再治療症例の検討

*渡辺 伸和[1,2]、早川 一博[1]、森田 隆幸[2] (1. 早川内科肛門科、2. 青森厚生病院外科)

[O45-4] 当院の痔瘻根治手術「2段階離断法」の成績

*谷村 修[1]、荒木 靖三[1]、別府 理智子[1]、平瀬 りさこ[1]、藤木 健太郎[1] (1. 福西会病院 大腸肛門科)

[O45-5] Transsphincteric fistula はIntersphincteric fistulaよりQOLが不良 ―Anal Fistula Quality of Life scale日本語版の妥当性―

*角田 明良[1]、田中 良明[2] (1. 安房地域医療センター外科、2. 寺田病院肛門科)

[O45-6] 分娩外傷後直腸膣瘻に対する両側球海綿体縫縮を伴う会陰体再建術の検討

*田邊 太郎[1]、安藤 熙典[1]、若生 彩佳[1]、木村 熙伸[1]、北條 真鈴[1]、徳永 良太[1]、保母 貴宏[1]、出口 義雄[1]、横山 登[1]、井上 晴洋[1] (1. 昭和医科大学江東豊洲病院消化器センター)

[O45-7] 肛門周囲膿瘍切開時の麻酔法による術後成績の比較検討

*知久 毅[1]、篠田 公生[1] (1. 厚生連上都賀総合病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

14:30 ~ 15:10 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 46　術後合併症・周術期管理 3

座長：吉田 直裕（久留米大学外科学講座）

[O46-1] 腹腔鏡下直腸癌手術時の一時的回腸瘻造設におけるStoma Outlet Obstruction症候群のリスク因子の検討

*大野 陽介[1]、市川 伸樹[1]、吉田 雅[1]、柴田 賢吾[1]、今泉 健[1]、武冨 紹信[1] (1. 北海道大学 消化器外科１)

[O46-2] 一時的回腸人工肛門におけるoutlet obstructionにおけるリスク因子の検討

*石井 雅之[1,2]、奥谷 浩一[3]、西舘 敏彦[2]、秋月 恵美[2,4]、藤野 紘貴[2]、豊田 真帆[2]、岡本 行平[2]、穴澤 貴行[2] (1. 東札幌病院、2. 札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野、3. JR札幌病院、4. 札幌いしやま病院)

[O46-3] ストーマ造設後合併症低減に向けた当院における造設手技の工夫

*滝口 光一[1]、古屋 信二[1]、白石 謙介[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. 山梨大学第１外科)

[O46-4] 回腸stomaにおけるoutlet obstructionのリスク因子の検討

*藤森 大輔[1]、北林 大暉[1]、三田 和芳[1]、加藤 一希[1]、林 雅人[1]、蒲田 亮介[1]、澤田 幸一郎[1]、尾山 佳永子[1]、小竹 優範[1]、原 拓央[1] (1. 厚生連高岡病院 外科)

[O46-5] 結腸直腸腫瘍手術における一時的回腸人工肛門閉鎖後の長期腎機能予後と慢性腎不全発症のリスク因子の検討

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

一般演題(口演) | 外科

15:10 ~ 15:55 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 47　術後合併症・周術期管理 4

座長：竹下 浩明（国立病院機構長崎医療センター外科）

[O47-1] 高齢者の下部消化管穿孔に対する緊急手術の検討

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

[O47-2] 精神疾患合併大腸癌患者に対する外科治療の臨床的特徴と術後経過の検討

*勝又 佳織[1]、矢作 雅史[1]、似鳥 修弘[1] (1. 立川病院消化器外科)

[O47-3] 腹会陰式直腸切断術後の骨盤死腔炎におけるリスク因子の検討

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

[O47-4] 当院におけるAPR後会陰ヘルニアに関する後方視的検討

*松村 卓樹[1]、國友 愛奈[1]、余語 孝乃介[1]、戸田 揺子[1]、齋藤 美和[1]、浅野 留水[1]、本村 理子[1]、大岩 立学[1]、白井 信太郎[1]、倉橋 岳宏[1]、福山 貴大[1]、安井 講平[1]、上田 翔[1]、篠原 健太郎[1]、大澤 高陽[1]、安藤 公隆[1]、金子 健一朗[1]、深見 保之[1] (1. 愛知医科大学消化器外科)

[O47-5] 大腸癌術後乳糜腹水に対する治療方針の検討

*堤 伸二[1]、坂本 義之[1]、濱本 周[1]、菊池 日菜子[1]、山﨑 慶介[1]、久保田 隼介[1]、赤坂 治枝[1]、柴田 滋[1] (1. 弘前総合医療センター消化器外科)

[O47-6] 手術アプローチからみる大腸癌術後乳び腹水の検討

*瀬良 知央[1]、福岡 達成[1]、西村 潤也[1]、西居 孝文[1]、江口 真平[1]、西 智史[1]、関 由季[2]、田嶋 哲三[1]、濱野 玄弥[1]、笠島 裕明[2]、村田 哲洋[1]、澁谷 雅常[2]、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医学研究科消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科

15:55 ~ 16:50 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 48　術後合併症・周術期管理 5

座長：齊藤 修治（横浜新緑総合病院　消化器センター　外科）

[O48-1] 当院における大腸癌術前処置パスの変遷と術後感染性合併症の推移

*渡部 かをり[1]、佐藤 菜生[1]、重森 春花[1]、奥山 晃世[1]、山本 誠也[1]、中島 亮[1]、原田 真之資[1]、社本 智也[1]、志賀 一慶[1]、田中 達也[1]、松尾 洋一[1]、瀧口 修司[2] (1. 名古屋市立大学医学部附属東部医療センター消化器外科、2. 名古屋市立大学大学院医学研究科消化器外科学)

[O48-2] 当院における直腸癌術後排尿障害のリスク因子に関する検討

*筋野 博喜[1]、真崎 純一[1]、永山 可琳[1]、永松 竜[1]、久保山 侑[1]、有働 竜太郎[1]、田子 友哉[1]、笠原 健大[1]、刑部 弘哲[1]、桑原 寛[1]、岩崎 謙一[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)

[O48-3] 当科における大腸癌低侵襲手術の術後短期成績

*長嵜 寿矢[1]、牧野 七海[1]、川﨑 一生[1]、吉岡 佑一郎[1]、夏目 壮一郎[1]、大井 悠[1]、大野 吏輝[1] (1. 埼玉県立がんセンター消化器外科)

[O48-4] ISR後吻合部完全閉塞に対する内視鏡補助下内科外科合同手術による再開通の1例

*北條 真鈴[1]、田邊 太郎[1]、安藤 熙典[1]、若生 彩佳[1]、木村 熙伸[1]、德永 良太[1]、田邊 万葉[1]、保母 貴宏[1]、浦上 尚之[1]、横山 登[1] (1. 昭和医科大学江東豊洲病院)

[O48-5] taTME（経肛門的直腸間膜全切除）後の排便障害および肛門機能の評価

*寺村 紘一[1]、奥田 夢[1]、大川 裕貴[1]、関谷 翔[1]、櫛引 敏寛[1]、才川 大介[1]、海老原 裕磨[1]、鈴木 善法[1]、川原田 陽[1]、北城 秀司[1]、奥芝 俊一[1] (1. 斗南病院外科)

[O48-6] 直腸癌術後低位前方切除症候群（LARS）に伴う肛門周囲皮膚トラブルに関する検討

*仕垣 隆浩[1]、髙松 正行[1]、高木 健太[1]、久田 かほり[1]、執行 ひろな[1]、菊池 麻亜子[1]、藤吉 健司[1]、吉田 直裕[1]、大地 貴史[1]、吉田 武史[1]、主藤 朝也[1]、藤田 文彦[1] (1. 久留米大学外学講座消化管外科)

[O48-7] 機能性直腸肛門痛に対する大建中湯を基盤とした治療戦略 ―漢方医学的病態評価を取り入れた集学的アプローチ―

*吉川 徹[1] (1. 五稜郭ネフロクリニック 外科・肛門外科・漢方外科)

©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)

[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

一般演題(口演) | 外科

2026年11月21日(土) 10:15 ~ 11:10 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 23　炎症性腸疾患 4

座長：富永 哲郎（諫早総合病院）

[O23-1] 重症潰瘍性大腸炎にて大腸全摘IPAA後14年で回腸嚢関連合併症によりJ-pouch・肛門切断施行した1例の経験から、市中病院外科におけるIBD診療の現状と課題を考える

*川崎 誠康[1]、福田 進太郎[1]、奥村 哲[1]、魚住 のぞみ[1]、前田 詠理[1]、片岡 淳[1]、山本 堪介[1]、土橋 洋史[1]、小川 雅生[1] (1. ベルランド総合病院外科)

[O23-2] 潰瘍性大腸炎手術例における術後門脈血栓症発生の検討

*服部 憲史[1,2]、梅田 晋一[2]、佐藤 雄介[2]、村田 悠記[2]、小倉 淳司[2]、田中 千恵[2]、中山 吾郎[3]、神田 光郎[2] (1. JA愛知厚生連海南病院消化器外科、2. 名古屋大学医学部附属病院消化器・腫瘍外科、3. 名古屋記念病院外科)

[O23-3] 潰瘍性大腸炎合併大腸癌に対する部分切除症例の検討

*真鍋 達也[1]、堀田 千恵子[1]、大山 康博[1]、武居 晋[1] (1. 佐賀大学医学部　一般・消化器外科)

[O23-4] 潰瘍性大腸炎に対するロボット支援下IACAと鏡視下IPAAの短期成績および術後肛門機能の比較

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

[O23-5] 当科における潰瘍性大腸炎関連大腸癌の検討

*浅井 竜一[1]、田島 ジェシー雄[2]、横井 亮磨[2]、加藤 京[2]、外村 俊平[2]、杉江 雄斗[2]、松本 圭太[2]、水谷 千佳[2]、鷹尾 千佳[2]、深田 真宏[2]、佐藤 悠太[2]、安福 至[2]、田中 善宏[2]、松橋 延壽[2] (1. 岐阜大学大学院医学系研究科先端ゲノム医療開発学講座・消化器外科、2. 岐阜大学大学院医学系研究科消化器外科・小児外科)

[O23-6] 腹腔鏡下手術を施行したUCに合併したColitis-associated cancerの臨床的特徴とロボット支援下ＡＰＲの手術ビデオ

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

[O23-7] 潰瘍性大腸炎術後回腸嚢悪性腫瘍の現状と予後からみた治療方針の検討

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

©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21日(土) 10:15 ~ 11:10 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 23　炎症性腸疾患 4
座長：富永 哲郎（諫早総合病院）

[O23-1] 重症潰瘍性大腸炎にて大腸全摘IPAA後14年で回腸嚢関連合併症によりJ-pouch・肛門切断施行した1例の経験から、市中病院外科におけるIBD診療の現状と課題を考える

*川崎 誠康[1]、福田 進太郎[1]、奥村 哲[1]、魚住 のぞみ[1]、前田 詠理[1]、片岡 淳[1]、山本 堪介[1]、土橋 洋史[1]、小川 雅生[1] (1. ベルランド総合病院外科)

【背景】 当院は大阪府堺・泉州二次医療圏における高度急性期医療の基幹病院として地域診療を担う中でIBD患者数も年々増加している。一方で強力な分子標的薬の登場以降、多くが内科的にコントロール可能となり、潰瘍性大腸炎（UC）に対する難度の高い回腸嚢造設術（IPAA）を若手外科医が経験する機会は著しく減少している。今回筆者自身が14年前に執刀したIPAA症例に対し、晩期合併症による回腸嚢切断術を余儀なくされた経験をふまえ、市中病院におけるIBD外科診療の技術継承の現状と課題をまじえて報告する。
【症例】 41歳、女性。24歳時にUC発症。27歳時の重症化に対し、3期分割手術（①大腸亜全摘、②J-pouch造設、③ストマ閉鎖）を施行した。術後12年間はQOL良好に経過したが、その後回腸嚢炎による下痢、排便困難が出現。JAK阻害剤等の内科的治療を行うも改善せず、膣瘻および骨盤内膿瘍を併発。さらに敗血症を来したため、セカンドオピニオンを挟んだうえ炎症母地の完全切除を目的に「腹会陰式回腸嚢切断術＋永久回腸ストマ造設」の方針とした。手術は2期的に行い、まず回腸嚢の上流に回腸双孔ストマを造設して炎症を鎮静化し、2週間後に回腸嚢切断術を施行した。子宮・膣の切除は回避し、全長3mの小腸を温存し得た。術後の蠕動痛や創感染に対しJAK阻害剤再導入や創傷処置を要したが、術後6ヶ月で完全社会復帰を果たした。
【IBD外科治療年次推移】2012年に延べ7件の手術を施行したが2017年以降激減し、近年は平均で2年間に1例の手術を経験するのみである。
【考察】 UC術後の回腸嚢不全（温存不能）の頻度は術後10年で約10%に達し、難治性回腸嚢炎、膣瘻、骨盤内膿瘍などが主因となる。回腸嚢切断は高難度手術であり安易な選択ではないが、難治性症状に苦しむ患者への有効な方策である。IPAA手術経験自体減少している現状で、これらの治療マネジメントを継承するのは困難である。専門施設への集約化が進む一方、地域での救急対応や合併症管理が可能な外科医が不在となることは、大きな社会的リスクとなり得る。
【結語】 薬物療法の発展に伴う「外科技術の空洞化」に対し、市中病院外科が果たす役割と専門教育の在り方について議論したい。

©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21日(土) 10:15 ~ 11:10 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 23　炎症性腸疾患 4
座長：富永 哲郎（諫早総合病院）

[O23-2] 潰瘍性大腸炎手術例における術後門脈血栓症発生の検討

*服部 憲史[1,2]、梅田 晋一[2]、佐藤 雄介[2]、村田 悠記[2]、小倉 淳司[2]、田中 千恵[2]、中山 吾郎[3]、神田 光郎[2] (1. JA愛知厚生連海南病院消化器外科、2. 名古屋大学医学部附属病院消化器・腫瘍外科、3. 名古屋記念病院外科)

【緒言】静脈血栓塞栓症は炎症性腸疾患の重要な合併症の１つであるが，その一形態である門脈血栓症(portomesenteric vein thrombosis : PMVT)については，その発生割合，発生リスクなど明らかにされていない．【目的】潰瘍性大腸炎(UC)に対する手術施行例において， PMVT発生の臨床的特徴について検討する．【対象と方法】2015年1月から2024年12月までにUCに対して腹腔鏡手術が施行され，PMVTの評価を術後7日目の腹部造影CT検査にて行った114例を対象とし， PMVT発生群（以下PMVT(+)）とPMVT非発生群（以下PMVT(-)）の２群に分けた．術前全身状態，潰瘍性大腸炎の病態と内科治療，手術因子についてロジスティック回帰分析を用い，術後PMVT発生の危険因子の検討を行った．【結果】114例中34例(29.8%)にPMVTを認め，全例，特異的な症状はなかった．PMVT(+)では初回手術適応として癌/dysplasia(76% vs 24%，p<0.01)が有意に多く，手術因子の比較では，回腸嚢肛門吻合の有無でPMVT発生に有意な差は認められず，PMVT(+)では手術時間(中央値)(454分 vs 392分，p=0.06) が長い傾向にあった．術後の抗凝固薬は114例全例で施行されており，血栓発生部位(重複あり)は門脈末梢：74%，門脈本幹から2次分枝まで：50%，肝外門脈：24%で，門脈末梢のみに発生した症例が38%と最も多かった．術後の血液データ推移については，Dダイマー値は，術後1,3,5,7日目のいずれもPMVT(+)で有意に高かった．血栓消失までの期間(中央値)：66日，抗凝固療法治療期間(中央値)：137日であった．術後PMVT発生の危険因子の検討では，単変量解析にてBMI≧20，手術適応：癌/dysplasia，手術時間≧480分，Dダイマー上昇率（7POD/術前≧4.0）の4項目が有意な危険因子として抽出された．多変量解析では，手術適応：癌/dysplasia (OR : 4.64, 95%CI : 1.78-13.01, p<0.01)， Dダイマー上昇率（7POD/術前≧4.0）(OR : 3.55, 95%CI : 1.18-11.79, p=0.02)が独立した危険因子であった．【結語】UCの術後に無症候性PMVTが約30%と高率に認めた．近年，癌 / dysplasia合併UCに対する低侵襲手術は増加傾向にあり，術前・術後のDダイマーの推移も参考に，術後PMVTの発生には十分に留意していく必要がある．

©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21日(土) 10:15 ~ 11:10 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 23　炎症性腸疾患 4
座長：富永 哲郎（諫早総合病院）

[O23-3] 潰瘍性大腸炎合併大腸癌に対する部分切除症例の検討

*真鍋 達也[1]、堀田 千恵子[1]、大山 康博[1]、武居 晋[1] (1. 佐賀大学医学部　一般・消化器外科)

【はじめに】潰瘍性大腸炎（UC）に発生する大腸癌に対してField cancerizationを考慮した大腸全摘・回腸嚢肛門（管）吻合（IPAA）が標準手術とされている。大腸全摘後の排便状態やQOLは有症状UCでは術後に改善するが、薬物寛解と比べると悪化することが知られている。薬物療法からの解放や排便障害改善のメリットがある活動期UCやdysplasiaを合併している場合は大腸全摘を行うことは議論の余地がないと思われるが、散発性大腸癌が疑われる症例や全身状態によっては部分切除が考慮される場合がある。UC合併大腸癌に対して部分切除を行った3例を検討し、その適応を考察したので報告する。
【術前説明】UC合併大腸癌に対しては大腸全摘が基本術式であるが、他にdysplasiaなどが見られない、散発性大腸癌が疑われる症例では、術後サーベイランスを含めた部分切除を選択肢として提示し、患者の意向を含め術式決定している。
【症例】①41歳男性、寛解期UCに進行上行結腸癌に対して右半結腸切除、ICAを根部で切離して回腸結腸吻合を行った。pT2N0で補助化学療法なし、術後10カ月再発なし。②60歳女性、無治療で寛解状態を維持していた。直腸Rbに進行癌が判明し、低位前方切除、DST吻合を行った。術前は明らかなdysplasiaを認めなかったが、切除標本で判明した。pT1bN1aでCape8コース施行。③61歳女性、寛解期UC、横行結腸に進行癌が判明し、横行結腸部分切除を行った。腺腫が併存していた。pT3pN2aでCAPOXを8コース、術後34カ月再発なし。3名ともストマ経験せず、排便障害も軽度で、大腸全摘が回避されたことに満足されていた。また補助化学療法は安全に行えた。
【考察】UC合併結腸癌に対する結腸切除は満足度が高い。下部直腸の操作を伴わない場合は後のIPAAも比較的容易に可能と思われる。今後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21日(土) 10:15 ~ 11:10 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 23　炎症性腸疾患 4
座長：富永 哲郎（諫早総合病院）

[O23-4] 潰瘍性大腸炎に対するロボット支援下IACAと鏡視下IPAAの短期成績および術後肛門機能の比較

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

【はじめに】潰瘍性大腸炎（UC）に対する大腸全摘術において,当科では回腸嚢肛門吻合（IPAA）に2チームで施行する経肛門内視鏡併用手術(TAMIP)を導入している。近年はロボット支援下IACA（Ro-IACA）も選択している.しかしIPAAとIACAのいずれが優れるかは議論の余地がある.
【目的】UCに対する大腸全摘症例をRo-IACAと鏡視下（腹腔鏡もしくはロボット支援下）IPAAに分け、短期成績と肛門機能を検討する.
【方法】2024年～2025年にUCに対し2期的手術を施行した48例を対象に,Ro-IACA群8例と鏡視下IPAA群40例（TAMIP併用34例）に分け成績を比較した.
【結果】IPAA群では高BMI,緊急手術,内科治療抵抗症例が有意に多かった.手術時間はRo-IACA群で延長したが（451分vs305分）、出血量は有意に少なかった（28mL vs 134mL）.吻合高はRo-IACA群で1cmとIPAA群と同等であった。術後合併症はClavien-Dindo Grade II以上はRo-IACA群 vs. IPAA群で25% vs. 28%、Grade III以上は12.5% vs. 10%であり、有意差は認めなかった。縫合不全も両群で有意差は認めなかったが、IACA群では0例に対して、IPAA群で3例（7.5%）に認めた。術後Wexner scoreは3,6,12か月でRo-IACA群が有意に良好で排便回数も同様の傾向を示した.
【結論】当院におけるUCに対する大腸全摘症例の短期成績は両群ともに良好であった。Ro-IACAは手術時間は延長するが,IPAA群と同様に低位吻合を達成しつつ、縫合不全は認めなかった。またIPAA群と比較して良好な肛門機能温存が期待された.更なる症例数の積み重ねを要する.

©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21日(土) 10:15 ~ 11:10 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 23　炎症性腸疾患 4
座長：富永 哲郎（諫早総合病院）

[O23-5] 当科における潰瘍性大腸炎関連大腸癌の検討

*浅井 竜一[1]、田島 ジェシー雄[2]、横井 亮磨[2]、加藤 京[2]、外村 俊平[2]、杉江 雄斗[2]、松本 圭太[2]、水谷 千佳[2]、鷹尾 千佳[2]、深田 真宏[2]、佐藤 悠太[2]、安福 至[2]、田中 善宏[2]、松橋 延壽[2] (1. 岐阜大学大学院医学系研究科先端ゲノム医療開発学講座・消化器外科、2. 岐阜大学大学院医学系研究科消化器外科・小児外科)

【背景】潰瘍性大腸炎関連大腸癌は、散発性大腸癌とは異なった発癌機序を有し低分化な組織型を有することも多く、特にStageIII以上では予後が悪いとされている。再発と関連する因子についても報告が散見されるが未だ不明な部分も多い。今回我々は、当院にて手術を施行した潰瘍性大腸炎関連大腸癌について検討を行ったため報告する。
【対象】2011年～2025年までの間に当院にて治療を行った潰瘍性大腸炎関連大腸癌29例を対象とし臨床病理学的因子を検討した。また、pStageI/II/III 22例を抽出し再発と関連がある因子を検討した。以下、中央値（範囲）にて示す。
【結果】男性:20例、女性:9例、年齢:61歳(39-84)、潰瘍性大腸炎診断:39歳(7-65)、UC罹病期間:20年(1-47)、全大腸炎型:25例、左側大腸炎型:4例、癌の局在:右側6例、左側23例、低分化な組織型(muc/por/sig)を有する症例10例、pStage0/I/II/III/IV:5/7/5/7/2例。根治切除を施行した27例中7例に再発（Stage II/III: 3/4）を認めた。術後補助化学療法は8例に施行し4例で再発を認めた。観察期間中央値43ヶ月（5-122）。pStage I-III 22例において、内視鏡的サーベイランスの有無、術前Dysplasia診断、全周性狭窄、深達度T3以上、リンパ節転移陽性、pStageII以上、脈管侵襲中等度以上、INFｂまたはcの各因子と再発との間に有意な相関を認めた。
【結語】内視鏡的サーベイランスを行っている症例や、生検上Dysplasiaの時点での根治手術例は術後に癌診断となっても予後は良好であった。全周性狭窄病変や脈管侵襲中等度以上は再発と相関しており、pStageIIおよびIIIは観察期間が短い症例を含む中でも再発率 50%を超えていた。進行癌の再発率は散発性大腸癌に比して高い傾向があり、かつ術後補助化学療法の効果も限定的と考えられるため、定期的なサーベイランスによる早期発見が重要と考える。

©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21日(土) 10:15 ~ 11:10 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 23　炎症性腸疾患 4
座長：富永 哲郎（諫早総合病院）

[O23-6] 腹腔鏡下手術を施行したUCに合併したColitis-associated cancerの臨床的特徴とロボット支援下ＡＰＲの手術ビデオ

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

【背景】潰瘍性大腸炎(UC)の長期罹患はcolitis-associated cancer (CAC)の発症リスクであるが、内視鏡的に検出・認識するのが難しい。CACは粘膜内病巣が低異型度の高分化腺癌(tub)であっても、癌発育先進部では低分化腺癌/印環細胞癌/粘液癌(por/sig/muc)を呈する特徴があるため、内視鏡下生検組織は癌発育先進部をかならずしも反映していないことを念頭においた術式選択が求められる。当科のCACにたいする外科治療方針は①内視鏡で肛門管粘膜の観察、生検を全例に行い、②大腸全摘、③stapled ileal pouch anal anastomosisを基本としているが、④①でHGDまたはCaを認めた場合は上記の理由から腹会陰式直腸切断術(APR)を選択している。組織型に注目して外科的切除例の臨床的特徴を検証しその臨床的特徴を示し、④にたいするロボット支援下APRの実際をビデオで提示する。【対象と方法】2018年～2026年4月に当院で外科的切除を施行したCAC22例を腫瘍の病理組織に(por/sig/muc)を含むものと含まない(HGD/tub)群に分類し、後方視的に検討した。【結果】4例のロボット支援下を含む20例に腹腔鏡下大腸全摘術(APR:6例、IACA:13例、IAA:1例)を施行し、全例で全割組織標本が作製され病理学的評価をされた。12例がtub群、10例がpor/sig/muc群に分類され、年齢中央値はHGD/tub群が51歳、por/sig/muc群が55歳であった。HGD/tub群は１例がHGDで、tubの8例が早期癌であった。一方por/sig/muc群の早期癌は1例のみであった。術前診断がHGDは３例で、全割組織標本でもHGDは１例であった。２例はtubでそのうち1例はpT2進行癌であった。術前診断がtubであった。15例のうち6例はpor/sig/muc群であり、por/sig/muc群を術前内視鏡下生検で正しく診断できたのは4/10例(40%)にとどまった。病期毎のpor/sig/muc群はStage0(HGD含む):0/7、StageⅠ:2/5、StageⅡ:3/4、StageⅢ:4/5、StageⅣ: 1/1（腹膜播種）であった。観察期間中にpor/sig/muc群で骨転移、領域外リンパ節転移、肺肝同時転移を各1例ずつ認め、3例が死亡している。【結語】CACを早期に診断するあらたなアプローチ、進行例にたいする治療法の開発がのぞまれる。

©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21日(土) 10:15 ~ 11:10 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 23　炎症性腸疾患 4

座長：富永 哲郎（諫早総合病院）

[O23-7] 潰瘍性大腸炎術後回腸嚢悪性腫瘍の現状と予後からみた治療方針の検討

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

【目的】潰瘍性大腸炎に対する標準術式である大腸全摘、回腸嚢手術後の回腸嚢関連疾患のうち、生命予後に関わる悪性腫瘍の診断、治療、予後から治療方針を検討した。
【方法】当科で回腸嚢手術を施行した潰瘍性大腸炎のうち今回集計した1403例は回腸嚢肛門吻合術216例、回腸嚢肛門管吻合術1187例で、手術適応は重症28%、難治57%、大腸癌、dysplasia15%であった。回腸嚢関連疾患のうち、悪性腫瘍について自験例で診断、治療、予後を後方視的に分析し、治療方針を検討した。
【成績】回腸嚢悪性腫瘍は13例(0.9%)にみられ、部位は回腸嚢本体が6例、筋筒および&ATZが6例、吻合部からの瘻管が1例であった。1）回腸嚢本体(6例、0.4%))：High grade dysplasiaが2例、腺癌が4例で、初回手術術式は回腸嚢肛門吻合術2例、回腸嚢肛門管吻合術4例、初回手術適応は中毒性巨大結腸症1例、難治5例、初回手術から悪性腫瘍診断までの期間は中央値28年であった。診断方法は5例(83%)が定期的surveillance endoscopyであった。癌症例の進行度(TNM分類)はI、IIA,IIC, IVがそれぞれ1例で、治療はIVを除いた5例に回腸嚢切除術、IV症例には化学療法を行い、癌死が1例、生存が5例であった。2）筋筒および&ATZ（6例、0.4%）：High grade dysplasiaが2例、腺癌が4例で、初回手術術式は全例、回腸嚢肛門管吻合術、初回手術適応は重症2例、難治2例、悪性腫瘍性病変2例、初回手術から悪性腫瘍診断までの期間は中央値10年であった。診断方法は3例(50%)が定期的surveillance endoscopyであった。癌症例の進行度(TNM分類)は0，I、IIIC, IVがそれぞれ1例で、全例に回腸嚢切除術を行い、癌死が2例、生存が3例（1例は不明）であった。
【結論】潰瘍性大腸炎術後回腸嚢関連疾患のうち、悪性腫瘍は0.9%の症例にみられ、回腸嚢本体と筋筒および&ATZがそれぞれ0.4%で同頻度であった。悪性腫瘍は定期的pouch endoscopyで診断されることが多く、本法により症状を伴わない早期の腫瘍性病変を発見して回腸嚢切除術を行うことが良好な長期予後のために有効と考えられた。

©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21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 24　ロボット手術 5

座長：沖田 憲司（公益財団日本海員掖済会小樽掖済会病院）

[O24-1] ロボット支援下右側結腸切除における体腔内吻合の有用性の検討

*丸山 圭三郎[1]、富山 哲宏[1]、稲尾 綾乃[1]、銕尾 智幸[1]、町野 隆介[1]、國﨑 真己[1]、草場 隆史[1]、碇 秀樹[1] (1. 佐世保中央病院)

[O24-2] 当院のロボット支援結腸癌手術における体腔内吻合の安全性および短期・中期成績の検討

*加藤 瑛[1]、加藤 潤紀[1]、澤井 美里[1]、浅井 宏之[1]、上原 崇平[1]、鈴木 卓弥[1]、牛込 創[1]、山川 雄士[1]、高橋 広城[1]、瀧口 修司[1] (1. 名古屋市立大学消化器外科)

[O24-3] Pathological T4結腸癌に対するロボット支援下手術は有用な選択肢となり得るか？ 腹腔鏡下手術との短期・中期成績の比較

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

[O24-4] 脾彎曲部癌に対するロボット支援下手術の安全性の検討～腹腔鏡下手術との比較～

*國友 愛奈[1]、松村 卓樹[1]、余語 孝乃助[1]、浅野 瑠水[1]、本村 理子[1]、齋藤 美和[1]、大岩 立学[1]、白井 信太郎[1]、倉橋 岳宏[1]、松下 希美[1]、福山 貴大[1]、戸田 瑤子[1]、安井 講平[1]、上田 翔[1]、篠原 健太郎[1]、大澤 高陽[1]、安藤 公隆[1]、金子 健一朗[1]、深見 保之[1] (1. 愛知医科大学病院消化器外科)

[O24-5] ロボット支援結腸切除における教育環境の違いと習熟度：CUSUM による比較検討

*鶴田 雅士[1]、石田 隆[1]、田村 卓也[1]、竹谷 健[1]、西嶋 亜未[1]、小野 祐実[1]、板野 理[1] (1. 国際医療福祉大学成田病院消化器外科)

[O24-6] Robot支援下結腸癌手術におけるIndocyanine Greenを用いた腸管血流評価の有用性

*成廣 哲史[1]、髙田 直樹[1]、羽田 丈紀[1]、渡部 通章[1]、北澤 征三[1]、真柄 那々子[1]、飯田 航希[1] (1. 厚木市立病院)

[O24-7] 横行結腸癌に対するロボット手術における術前CT画像シミュレーションの有用性

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

[O24-8] ロボット支援下S状結腸切除術における切開ライン予測AIモデルの開発

*門野 政義[1]、中山 史崇[1]、大橋 弥貴子[1]、竹内 優志[1]、森田 覚[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21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 24　ロボット手術 5

座長：沖田 憲司（公益財団日本海員掖済会小樽掖済会病院）

[O24-1] ロボット支援下右側結腸切除における体腔内吻合の有用性の検討

*丸山 圭三郎[1]、富山 哲宏[1]、稲尾 綾乃[1]、銕尾 智幸[1]、町野 隆介[1]、國﨑 真己[1]、草場 隆史[1]、碇 秀樹[1] (1. 佐世保中央病院)

【背景】右側結腸切除における吻合法として体腔内吻合（IA）を選択する施設は増えている。当院では2020年4月よりIAを導入し、低侵襲性の向上に寄与してきた。さらに2024年8月からロボット支援手術を導入し、より精緻な操作が可能となった。当院ではこれまで腹腔鏡下右側結腸切除に対するIAは体腔外吻合(EA)と比し遜色ない結果で安全に施行可能であることを報告してきた。本研究ではロボット支援下右側結腸切除におけるIAの有用性を検討した。【対象と方法】2024年8月以降に当院で施行したロボット支援下右側結腸切除15例を対象とした。全例にIAを施行した。これらの症例について手術成績、術後短期成績について後方視的に検討した。また、従来の腹腔鏡下手術におけるIAの成績と比較し、安全性および有用性を評価した。【結果】ロボット支援下手術15例はいずれも開腹移行なく完遂可能であった。平均手術時間は延長を認めたが、出血量はいずれも少量であった。術後経過は概ね良好で、在院日数も遜色ないものであった。縫合不全や吻合部出血などの重篤な合併症は認めず、創部感染も低率であった。腹腔鏡下手術導入初期と比較しても、ロボット支援下では操作性の向上により安定した吻合操作が可能であった。
【考察】IAは腸管の過度な牽引を回避し、小切開での標本摘出を可能とする点で低侵襲性に優れると考える。ロボット支援手術は多関節機構と安定した視野により、体腔内での縫合・吻合操作をより安全かつ確実に行うことができると考えられた。症例数は限られるものの、導入早期から良好な短期成績が得られており、IAとの相性の良さが示唆された。【結論】ロボット支援下右側結腸切除における体腔内吻合は安全に施行可能であり、良好な短期成績を示した。低侵襲性および手技の安定性の観点から、有用な術式であると考えられる。今後さらなる症例の蓄積と長期成績の検討が必要である。実際の手術手技を供覧し若干の文献的考察も踏まえて報告する。

©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21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 24　ロボット手術 5
座長：沖田 憲司（公益財団日本海員掖済会小樽掖済会病院）

[O24-2] 当院のロボット支援結腸癌手術における体腔内吻合の安全性および短期・中期成績の検討

*加藤 瑛[1]、加藤 潤紀[1]、澤井 美里[1]、浅井 宏之[1]、上原 崇平[1]、鈴木 卓弥[1]、牛込 創[1]、山川 雄士[1]、高橋 広城[1]、瀧口 修司[1] (1. 名古屋市立大学消化器外科)

【目的】
当院におけるロボット支援結腸癌手術での体腔内吻合（intracorporeal anastomosis：IA）の短期・中期成績を明らかにする。
【方法】
2022年4月から2025年12月までに当院で結腸癌に対してロボット支援手術を施行した174例を対象とし、体腔内吻合群（IA群）と体腔外吻合群（EA群）の短期・中期成績を後方視的に比較検討した。
【結果】
男性78例、女性96例、年齢中央値は76（37–93）歳で、IA群115例、EA群59例であった。BMIはIA群で有意に高値であった（p=0.015）。手術時間はIA群261分、EA群249分で有意差を認めなかった（p=0.07）。Clavien-Dindo分類Grade II以上の術後合併症発生率に有意差を認めなかった。正中創長はIA群5 cm、EA群6 cmとIA群で有意に短く（p<0.001）、術後在院日数もIA群9日、EA群11日とIA群で有意に短かった（p<0.001）。2年OSはIA群93.8%、EA群87.8%（p=0.60）、2年RFSはIA群91.8%、EA群87.2%（p=0.60）であり、いずれも有意差を認めなかった。
【結論】
ロボット支援結腸癌手術における体腔内吻合は、体腔外吻合と比較して短期・中期成績ともに同等以上の成績を示し、安全かつ有用な手技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21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 24　ロボット手術 5
座長：沖田 憲司（公益財団日本海員掖済会小樽掖済会病院）

[O24-3] Pathological T4結腸癌に対するロボット支援下手術は有用な選択肢となり得るか？ 腹腔鏡下手術との短期・中期成績の比較

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

背景
近年、大腸癌に対するロボット支援下手術は急速に普及しており、結腸癌においても保険収載以降、本邦で適応が拡大している。一方で、直腸癌と比較すると、結腸癌に対するロボット支援下手術の有用性に関する報告は限られている。今回、進行結腸癌に対するロボット支援下手術と腹腔鏡下手術の短期および中期成績を比較検討した。
対象と方法
2022年7月から2025年4月までに原発巣切除を施行した1,460例のうち、Stage IV症例を除外したpathological T4結腸癌82例を対象とした。
結果
開腹手術例の３例を除外し、Lap群49例とda Vinci群（Xi、SP）30例を比較した。患者背景では、年齢、性別、BMI、病変部位に両群間で有意差を認めなかった。手術時間はLap群196.0分（150.0–224.0）、da Vinci群175.5分（155.5–209.0）であり、有意差を認めなかった。術後合併症（Clavien–Dindo分類 Grade II以上）はLap群9例（18.4%）、da Vinci群3例（10.0%）であり、有意差を認めなかった。術後在院日数はLap群7.0日（7.0–11.0）に対し、da Vinci群7.0日（6.0–7.0）であり、da Vinci群で有意に短かった（P=0.017）。3年の全生存率はLap群95.3%、da Vinci群100%、3年の無病生存率はLap群92.1%、da Vinci群96.0%であり、中期成績に有意差を認めなかった。観察期間中央値は24か月（15.5–34.0）であった。
結語
Pathological T4結腸癌に対するロボット支援下手術は、腹腔鏡下手術と同等の短期および中期腫瘍学的成績を示し、安全に施行可能であった。また、術後在院日数の短縮が認められ、進行結腸癌における低侵襲手術として有用な選択肢となる可能性が示唆された。今後は長期成績を含めたさらなる検討により、その適切な適応と位置づけを明らかにする必要がある。

©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21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 24　ロボット手術 5
座長：沖田 憲司（公益財団日本海員掖済会小樽掖済会病院）

[O24-4] 脾彎曲部癌に対するロボット支援下手術の安全性の検討～腹腔鏡下手術との比較～

*國友 愛奈[1]、松村 卓樹[1]、余語 孝乃助[1]、浅野 瑠水[1]、本村 理子[1]、齋藤 美和[1]、大岩 立学[1]、白井 信太郎[1]、倉橋 岳宏[1]、松下 希美[1]、福山 貴大[1]、戸田 瑤子[1]、安井 講平[1]、上田 翔[1]、篠原 健太郎[1]、大澤 高陽[1]、安藤 公隆[1]、金子 健一朗[1]、深見 保之[1] (1. 愛知医科大学病院消化器外科)

【背景】脾彎曲部結腸癌は至適リンパ節郭清範囲および血管処理方法が多様で手術難易度が高い。当科では術前画像と術中所見から腫瘍へのfeederを同定し、feeder がMCA左枝の場合は #223 まで郭清、LCAの場合はSRA温存下に #253 まで郭清、必要に応じて両者を併施する方針で定型化された腹腔鏡手術をおこなってきた。現在は全結腸癌をロボット支援手術適応としており、脾彎曲部結腸癌においても2025年8月から導入しており手技の定型化を図っている。

【目的】当科での脾彎曲部結腸癌に対する腹腔鏡・ロボット支援手術手技の安全性を検証する。

【方法】2017年1月-2026年3月の間にMCA左枝またはLCAがfeederの原発性大腸癌に対して根治切除を施行した61例のうち開腹手術3例を除く58例の短期成績を検討した。

【結果】年齢中央値は73.5歳、男:女が33:25で、58例全例で脾彎曲授動を行い吻合はFEEAだった。郭清リンパ節数13個(range:2-33)で、stageIVの2例を除く56例でR0切除が達成された。

腹腔鏡下(L群)52例の処理血管：Lt.MCAのみ：9例、LCAのみ24例、両方19例、リンパ節郭清：D2:D3=16:36。ロボット支援下(R群)6例の処理血管：LCAのみ4例、両方2例、リンパ節郭清は6例ともD3郭清。開腹移行はL群で3例認めたが R群はなし。手術時間中央値(L群：236分, R群：306分)(p=0.048)、出血量中央値(L群：17mL, R群：8mL)(p=0.13)、術後合併症：(L群：11例(21.2%), R群：0例)(p=0.58)、術後在院日数中央値(L群：9日, R群：7日）(p=0.025)。58例全体の病理結果はtub1:tub2=13:45、pT1:2:3:4=16:4:34:4、pN0:1:2:=40:15:3、pStage=I:II:III:IV=19:19:18:2であった。

【結語】ロボット支援手術はまだ数が少ないが、手術時間の延長は認めるものの術後在院日数は少なく、定型化された腹腔鏡手術と比較しても導入時の短期成績としては許容できるものであった。さらなる症例の蓄積で手技を定型化し、手術時間の短縮を図ることが望まれる。

©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21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 24　ロボット手術 5
座長：沖田 憲司（公益財団日本海員掖済会小樽掖済会病院）

[O24-5] ロボット支援結腸切除における教育環境の違いと習熟度：CUSUM による比較検討

*鶴田 雅士[1]、石田 隆[1]、田村 卓也[1]、竹谷 健[1]、西嶋 亜未[1]、小野 祐実[1]、板野 理[1] (1. 国際医療福祉大学成田病院消化器外科)

【背景】 ロボット支援大腸切除術は国内でも普及が進んでいるが、術者間の習熟過程の差異についての報告は十分ではない。当施設では術者 A が 2022 年 5 月よりロボット支援結腸切除を導入し、導入期の症例を担当した。その後、A がプロクター資格を取得した 2022 年 11 月から術者 B がロボット手術を開始した。すなわち、A は導入期の環境下で経験を積み、B は教育体制が整備された成熟期に手術を開始したという背景がある。本研究では、この開始時期と教育環境の違いが術者のラーニングカーブに与える影響を明らかにすることを目的とした。
【方法】 2022 年 5 月～2025 年 10 月に当院で施行したロボット支援結腸切除 118 例のうち、A が担当した 56 例、B が担当した 35 例を対象とした。アウトカムは手術時間とし、術者別に症例順で並べ、術者ごとの平均手術時間を基準とした CUSUM（cumulative sum）解析を行った。CUSUM の上昇は平均より長い手術時間の蓄積、下降は短縮を示し、ピーク位置を習熟到達点として評価した。
【結果】 A は初期症例で手術時間が長く、CUSUM は症例 20 前後で明瞭なピークを形成した。その後は下降に転じ、後半 10 例の平均手術時間は 321 分で、初期 10 例の 366 分と比較して明らかな短縮を認めた。これは導入期に特有の学習過程を反映した典型的なラーニングカーブと考えられた。一方、B は全期間を通じて手術時間の変動が小さく、CUSUM は大きな上昇・下降を示さず緩やかに推移した。初期から安定した手術時間が維持されており、習熟過程に顕著なピークは認められなかった。
【結論】 A は導入期に手術を開始したため初期のばらつきが大きく、症例蓄積に伴う明確な手術時間短縮を示した。一方、B はプロクターの指導のもと成熟した教育環境で手術を開始したことで、初期から安定した成績を示した可能性がある。これらの結果は、術者個人の技量差のみならず、教育体制の成熟度がラーニングカーブに大きく影響することを示唆しており、ロボット手術導入施設における教育戦略構築に有用な知見と考えられた。

©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21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 24　ロボット手術 5
座長：沖田 憲司（公益財団日本海員掖済会小樽掖済会病院）

[O24-6] Robot支援下結腸癌手術におけるIndocyanine Greenを用いた腸管血流評価の有用性

*成廣 哲史[1]、髙田 直樹[1]、羽田 丈紀[1]、渡部 通章[1]、北澤 征三[1]、真柄 那々子[1]、飯田 航希[1] (1. 厚木市立病院)

【背景】
消化管縫合不全は消化器外科手術における重大な合併症の一つである．縫合不全のリスク因子の一つとして吻合部血流が挙げられ，術中の腸管血流評価法として，インドシアニングリーン（ICG）蛍光法が保険収載されている．結腸癌手術における吻合法は，近年の体腔内吻合普及も含め施設間でさまざまである．
【目的】
結腸癌手術症例を術式により右側群，左側群に分類し，周術期合併症を比較検討した．
【対象・方法】
2022年1月から2025年12月までに体腔内もしくは体腔外吻合を施行した結腸癌手術139例を対象とし，小腸-結腸吻合を施行した114例を右側群，結腸-結腸吻合を施行した25例を左側群とし，周術期成績について後方視的に検討した．
【結果】
右側群の術式は，回盲部切除/結腸右半切除/拡大結腸右半切除＝52：56：6，左側群は，結腸部分切除（横行結腸）/結腸部分切除（下行結腸）/結腸左半切除/S状結腸切除＝5：7：12：1であった．左側群ではRobot手術症例が有意に多く（P＝0.01），体腔内吻合も多い傾向であった（P＝0.07）．患者背景では，左側群で男性およびAmerican Society of Anesthesiologists physical status (ASA-PS)＞2が有意に多かった（いずれもP＝0.01）．年齢，body mass index（BMI），術前腸閉塞，腫瘍径，進行度に有意差は認めなかった．周術期成績では，手術時間は右側群：261.5分 (101- 490), 左側群：298分 (202-490）と左側群で有意に延長していた（P＜0.02）. 出血量や術中ICG施行率は両群で差はなかったが，ICG施行後の追加腸管切離は左側群で有意に多かった（P＝0.01）．縫合不全，術後腸閉塞，SSIなどの術後合併症および術後在院日数に有意差は認めなかった．
【結論】
左側群ではRobot手術及び体腔内吻合が多く，ICGによる血流評価後の追加腸管切離も多かった．左側結腸癌に対するRobot支援下体腔内吻合において，縫合不全予防の観点からICG蛍光法による腸管血流評価は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21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 24　ロボット手術 5
座長：沖田 憲司（公益財団日本海員掖済会小樽掖済会病院）

[O24-7] 横行結腸癌に対するロボット手術における術前CT画像シミュレーションの有用性

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

【背景】横行結腸癌手術においては、腫瘍の局在により血管支配や郭清領域が異なってくる。特にロボット手術においてはポート配置の設定により操作性が大きく異なるため、術前のシミュレーションが欠かせない。【目的】当科における横行結腸癌に対するロボット手術における術前シミュレーションの有用性について考察する。【方法】当科では2022年11月よりロボット結腸癌手術を導入し、2026年4月までに66例施行した。そのうち、横行結腸癌に対するロボット手術を11例経験した。当科では大腸癌手術症例全例にCT angiography (CTA)およびCT colonography (CTC)画像を作成し、郭清領域、血管処理部位、腸管切離範囲を、術前にシミュレーションして設定している。術前プランに則した手術の実施状況について検証した。【結果】横行結腸癌症例11例のうち、腫瘍の局在は、肝弯曲部5例、中央部4例、脾弯曲部2例であった。支配血管・郭清領域は、RCA 1例、MCA 9例、AMCA 0例、LCA 2例であった（重複あり）。術式は、結腸みぎ半切除術5例、結腸部分切除術6例で、ひだり半結腸切除術に至った症例は認めなかった。ポート配置は以下のごとく、腫瘍局在、処理血管に応じて設定された。肝弯曲部症例に対しては、RCA、MCA、場合によってはICAにもアプローチできるよう、みぎ下からひだり上に向かうポート配置とした。中央部の症例に対しては、主にMCAに対応できるよう横一列のポート配置とした。脾弯曲部症例に対しては、MCA、AMCA、LCAにまで対応できるよう、みぎ縦一列のポート配置とした。全例で良好なロボットアームの操作性が得られた。また、全例術前CTA、CTCに基づいた血管処理及び郭清が実施された。【結語】当科における横行結腸癌に対するロボット手術においては、CTA、CTCを用いた綿密な術前シミュレーションによるポート配置設定により、良好な操作性のもとでのプラン通りの手術が実施されていた。

©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21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 24　ロボット手術 5
座長：沖田 憲司（公益財団日本海員掖済会小樽掖済会病院）

[O24-8] ロボット支援下S状結腸切除術における切開ライン予測AIモデルの開発

*門野 政義[1]、中山 史崇[1]、大橋 弥貴子[1]、竹内 優志[1]、森田 覚[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)

【目的】これまでの手術AI研究は、術中映像から手技工程や臓器・血管を認識する技術が中心であった。術中リアルタイム支援の実現には、次にどこを切るかを予測する技術への発展が不可欠である。本研究では、ロボット支援下S状結腸切除術の内側アプローチにおいて、将来時刻の切開ラインを予測するAIモデルを開発し、その実現可能性を検証した。【方法】ロボット支援下S状結腸切除術および高位前方切除術の術中映像を対象とした。Monopolar Curved Scissors先端軌跡を自動追跡し、30 fpsで最大61点の正解データとした。単一フレーム入力から61点の未来時刻到達点を予測するAIモデルを構築し、独立した3動画(計8,753フレーム、306,248点)で評価した。評価指標は、検出距離閾値60 pixelに基づく適合率・再現率、および予測切開方向と実切開方向の角度誤差とした。【結果】予測精度は予測時刻に依存し、現在時刻に近い予測点ほど検出率が高く、未来時刻に向かって低下する傾向を認めた。0.5秒先までの短期予測では、再現率0.58–0.74、適合率0.62–0.69と良好な精度を示した一方、2秒先までを含む全体精度は再現率0.23–0.34、適合率0.39–0.58と低下した。平均角度誤差は25–37度であり、±10度以内の高精度予測例が一定数存在する一方、大きく外れる例もみられた。動画間でも精度のばらつきが認められた。【結語】ロボット支援下S状結腸切除術および高位前方切除術における切開ライン予測の最初の実現可能性研究として、短期予測の有用性を示した。本知見は、手術AIの応用範囲を「現在の認識」から「未来の予測」へと拡張するものであり、若手外科医への術中ガイダンスや将来的な半自律的切開支援への基盤技術となりうる。

©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21日(土) 9:30 ~ 10:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 25　ロボット手術 6

座長：栗生 宜明（京都第一赤十字病院消化器外科）

[O25-1] 肥満症例におけるロボット支援結腸癌切除は有用か？

*市川 伸樹[1]、江本 慎[2]、石黒 友唯[3]、小丹枝 裕二[4]、加藤 紘一[5]、阪田 敏聖[6]、谷 安弘[7]、下國 達志[8]、山田 健司[9]、武冨 紹信[1] (1. 北海道大学消化器外科I、2. 釧路労災病院外科、3. 札幌厚生病院外科、4. 北海道医療センター外科、5. 岩見沢市立総合病院外科、6. 帯広協会病院外科、7. 苫小牧市立総合病院外科、8. 市立函館病院外科、9. 砂川市立病院外科)

[O25-2] デュアルドッキング不要の脾弯曲授動を伴うロボット左側大腸癌手術

*藤田 悠司[1]、曽我 耕次[2]、石本 武史[3]、生内 雅人[1]、永守 遼[1]、市川 カノン[1]、小川 聡一朗[1]、松本 順久[1]、大橋 拓馬[1]、松尾 久敬[1]、小松 周平[1]、生駒 久視[1]、栗生 宜明[1]、岡本 和真[1]、大辻 英吾[1] (1. 京都第一赤十字病院消化器外科、2. 京都中部総合医療センター消化器外科、3. 済生会滋賀県病院外科)

[O25-3] ロボット支援下右側結腸切除術における体腔内吻合と体腔外吻合の比較検討

*平澤 壮一朗[1]、外岡 亨[1]、早田 浩明[1]、成島 一夫[1]、天海 博之[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)

[O25-4] 安全なロボット手術普及に向けた多施設での定型化の取り組み

*西沢 佑次郎[1]、植村 守[2]、賀川 義規[3]、浜部 敦史[2]、平木 将之[4]、波多 豪[3]、安井 昌義[1]、柳澤 公紀[1]、在田 麻美[1]、春名 健伍[1]、末田 聖倫[3]、北風 雅敏[3]、小林 雄太[3]、畑 泰司[4]、森本 祥悠[4]、加藤 伸弥[4]、橋本 雅弘[4]、三吉 範克[2]、荻野 崇之[2]、江口 英利[2] (1. 関西労災病院、2. 大阪大学医学部附属病院消化器外科、3. 大阪国際がんセンター消化器外科、4. 大阪急性期・総合医療センター消化器外科)

[O25-5] 結腸癌に対するロボット支援下体腔内吻合導入初期の短期治療成績-体腔外吻合との比較-

*髙田 直樹[1]、成廣 哲史[1]、飯田 航希[1]、真柄 那々子[1]、北澤 征三[1]、渡部 通章[1] (1. 厚木市立病院外科)

[O25-6] 地域中核病院における結腸癌に対するロボット支援手術の強みと手技の工夫

*西川 武司[1]、阿部 真也[1]、松永 圭悟[1]、孫 敏莉[1]、小谷 樹生[1]、近藤 里江[1]、松田 圭二[1] (1. 同愛記念病院外科)

[O25-7] 結腸癌に対するロボット支援下手術の治療成績と課題

*井上 隆[1]、小山 文一[1,2]、岩佐 陽介[1,2]、高木 忠隆[1]、藤本 浩輔[1]、田村 昴[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)

[O25-8] ロボット支援下回盲部切除における吻合法別での比較と至適アプローチの検討

*庄司 良平[1]、松三 雄騎[1]、松本 祐[1]、森分 和也[1]、片山 哲也[1]、安井 雄一[1]、金谷 信彦[1]、近藤 喜太[1]、重安 邦俊[1] (1. 岡山大学病院消化管外科)

©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21日(土) 9:30 ~ 10:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 25　ロボット手術 6

座長：栗生 宜明（京都第一赤十字病院消化器外科）

[O25-1] 肥満症例におけるロボット支援結腸癌切除は有用か？

*市川 伸樹[1]、江本 慎[2]、石黒 友唯[3]、小丹枝 裕二[4]、加藤 紘一[5]、阪田 敏聖[6]、谷 安弘[7]、下國 達志[8]、山田 健司[9]、武冨 紹信[1] (1. 北海道大学消化器外科I、2. 釧路労災病院外科、3. 札幌厚生病院外科、4. 北海道医療センター外科、5. 岩見沢市立総合病院外科、6. 帯広協会病院外科、7. 苫小牧市立総合病院外科、8. 市立函館病院外科、9. 砂川市立病院外科)

【背景・目的】肥満は大腸外科領域における重要なリスク因子であり、視野確保の困難さ、脂肪組織の厚さ、解剖学的ランドマークの不明瞭化などにより、腹腔鏡手術の難易度が高くなる。ロボット支援手術では肥満症例における手術成績改善への寄与が期待され、開腹移行率の低減させる報告などが散見される。今回、肥満症例におけるロボット支援手術の有用性を検討した。
【方法】当教室および関連病院20施設で2023年1月-2025年3月に行われた結腸癌手術1511例のうちBMI25以上の症例374例における腹腔鏡下手術(L群)とロボット支援下手術(R群)の手術成績を、1:1傾向スコアマッチングを用いて比較した.
【結果】L/R群はそれぞれ318/56例であった.ロボット支援手術は9施設で行われた．年齢、性別、BMI、ASA、開腹歴、臨床病期、腫瘍部位、施設を用いて傾向スコアを作成しマッチング後コホートでLvsR群（各54例）を比較すると、年齢平均67.0vs68.9歳、男性31女性23例vs男性29女性25例、BMI27.6vs27.9で、 ASA3以上はともに8例、開腹歴24vs39例、cStageはI/II/III/IVが24/10/15/5vs23/10/17/4例、腫瘍部位C/A/T/D/Sは2/21/7/1/23例vs5/19/7/3/20例でであった。D3郭清は36対44例(P=0.04)、体腔内吻合は0対6例（p=0.03）に行われ、手術時間231vs283min(p=0.01)であった。出血量92vs108ml、開腹移行は11.3%vs7.4%、術後合併症GradeII以上16%vs20%、R0切除50vs49例、術後在院期間11.4vs11.6に差を認めなかった。
【結論】手術難易度の高い肥満症例においてもロボット支援手術で適切な郭清が行え得る可能性が考えられた。教室でのロボット支援手術は成長期にあり、円熟期での更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21日(土) 9:30 ~ 10:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 25　ロボット手術 6

座長：栗生 宜明（京都第一赤十字病院消化器外科）

[O25-2] デュアルドッキング不要の脾弯曲授動を伴うロボット左側大腸癌手術

*藤田 悠司[1]、曽我 耕次[2]、石本 武史[3]、生内 雅人[1]、永守 遼[1]、市川 カノン[1]、小川 聡一朗[1]、松本 順久[1]、大橋 拓馬[1]、松尾 久敬[1]、小松 周平[1]、生駒 久視[1]、栗生 宜明[1]、岡本 和真[1]、大辻 英吾[1] (1. 京都第一赤十字病院消化器外科、2. 京都中部総合医療センター消化器外科、3. 済生会滋賀県病院外科)

【はじめに】ロボット大腸癌手術でda Vinci Surgical Systemを使用した脾弯曲授動を伴うS状結腸癌や直腸癌に対する手術ではデュアルドッキングが一般的だが、現在当院を含めた3施設では中結腸動脈領域リンパ節郭清を伴わない症例でデュアルドッキング不要の脾弯曲授動を行っている。手術手技と工夫を供覧し、結腸癌に対する手術成績を報告する。
【手術手技】3施設ともにda Vinci Xiを使用している。臍小切開は臍下端から頭側4cmとして小切開上端をNo.2アーム (カメラポート)とする。No.4アーム(右手2)は通常通り、No.3アーム(右手1)は臍とNo.4の中点より2横指頭側として、No.1(左手)は通常の斜め一直線での位置より内側頭側、助手ポートは右上腹部としている。通常通りIMAの中枢郭清を行った後に腎前筋膜を背側に温存する剥離層で頭側外側へと剥離授動を進めて、頭側でIMVを切離した後に内側から膵下縁を切開して可能な時には網嚢内に到達する。外側からも下行結腸の授動を頭側に進めて内側からの剥離層を確認しながら脾弯曲では結腸よりで付着部を切離していき網嚢内に到達する。ここから横行結腸付着部で大網を中央部付近まで切離していく。この時、No.4アームと助手で横行結腸と大網を手前に手前に引き下ろしながら切離することが肝要である。そのまま横行結腸を尾側に牽引して腹側からも膵下縁の切開を追加して脾弯曲授動を完了する。頭低位右側低位のままで体位変換も不要である。骨盤内操作は通常通りに施行する。
【手術成績】2024年8月から2026年2月までに3施設で合計38例施行し、そのうち結腸癌を含む症例は22例であった。男性14例女性8例、中央値で年齢67歳、BMI22.6、抗血栓薬内服7例(32%)、術前大腸ステント留置7例(32%)、腫瘍部位D/S/RS/Ra/Rb:3/19/2/2/4、重複癌7例(32%)、術式S/HAR/LAR/APR:14/3/3/2、他臓器合併切除2例(9%)、手術時間313分、コンソール187分、出血量5g、術後在院日数10日、術後合併症CD gradeIIが2例(9%)、 pStage I/II/III/IV:6/10/3/3であった。
【結語】中結腸動脈領域リンパ節郭清不要の左側大腸癌に対するda Vinci Xiでの脾弯曲授動はシングルドッキングのみで安全に施行されており、定型化も可能である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 9:30 ~ 10:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 25　ロボット手術 6
座長：栗生 宜明（京都第一赤十字病院消化器外科）

[O25-3] ロボット支援下右側結腸切除術における体腔内吻合と体腔外吻合の比較検討

*平澤 壮一朗[1]、外岡 亨[1]、早田 浩明[1]、成島 一夫[1]、天海 博之[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)

【背景】
ロボット支援下右側結腸切除術における吻合方法として、体腔外吻合（EA）と体腔内吻合（IA）が用いられているが、その有用性については明確な結論が得られていない。本研究では両者の周術期成績を比較検討した。

【対象と方法】
2022年11月から2026年3月までに当院で施行したStage I〜III右側結腸癌に対するロボット支援下手術38例を対象とした。EA群25例、IA群13例に分類し、患者背景、手術成績および術後経過について後方視的に比較検討した。連続変数はMann–Whitney U検定、カテゴリ変数はχ^2検定またはFisher正確確率検定を用いた。

【結果】
年齢はEA群73（69–79）歳、IA群66（59–74）歳で有意差を認めた（p=0.031）が、性別、占居部位、術式、pStageに有意差は認めなかった。プロクター介入はEA群0例、IA群12例で有意差を認めた（p＜0.001）。手術時間はEA群358（327–396）分、IA群295（286–343）分（p=0.030）、コンソール時間は207（174–236）分、148（128–166）分（p=0.002）、出血量は36（28–60）mL、13（10–20）mL（p＜0.001）であり、いずれもIA群で有意に低値であった。術後在院期間もEA群10（8–16）日、IA群8（8–9）日とIA群で短かった（p=0.036）。術後合併症、感染性合併症、Clavien–Dindo grade III以上、再発率に有意差は認めなかった。

【考察】
IA群では手術時間、コンソール時間、出血量および術後在院期間の短縮を認めた。一方、術後合併症に差は認めず、安全性は同等であった。ただしIA群ではプロクター介入が多く、術者背景の影響が示唆された。

【結論】
ロボット支援下右側結腸切除術において、IAはEAと比較して低侵襲である可能性が示唆された。一方、安全性は同等であり、術者背景を考慮した更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21日(土) 9:30 ~ 10:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 25　ロボット手術 6
座長：栗生 宜明（京都第一赤十字病院消化器外科）

[O25-4] 安全なロボット手術普及に向けた多施設での定型化の取り組み

*西沢 佑次郎[1]、植村 守[2]、賀川 義規[3]、浜部 敦史[2]、平木 将之[4]、波多 豪[3]、安井 昌義[1]、柳澤 公紀[1]、在田 麻美[1]、春名 健伍[1]、末田 聖倫[3]、北風 雅敏[3]、小林 雄太[3]、畑 泰司[4]、森本 祥悠[4]、加藤 伸弥[4]、橋本 雅弘[4]、三吉 範克[2]、荻野 崇之[2]、江口 英利[2] (1. 関西労災病院、2. 大阪大学医学部附属病院消化器外科、3. 大阪国際がんセンター消化器外科、4. 大阪急性期・総合医療センター消化器外科)

【はじめに】大阪大学には約50の関連施設があり、主要38関連施設で年間5100例以上の大腸癌手術を施行している。2019年からは技術認定対象症例である腹腔鏡下S状結腸切除術において、関連施設間で手技統一の取り組みを推進してきた。大腸癌に対するロボット手術は急速に普及しており、若手外科医がロボット手術を執刀する機会も増加している。我々の関連施設も年間の大腸癌ロボット手術割合が39.4%（2013例）と年々上昇している。
【目的】若手外科医に対するロボット手術の安全な普及を目的に、関連施設間で小ワーキンググループを立ち上げ、各施設で共有可能な標準的手技の統一を図ることとした。
【取り組み】
S状結腸癌～直腸癌に対するロボット支援手術では、助手ポートを2本（心窩部やや左側に5 mm、右側腹部に12 mm）配置し、ロボット鉗子との干渉を抑えながら、助手が2本の鉗子を用いて腹腔鏡下手術と同様のコンセプトで視野展開を行うことを可能とした。同法では指導的助手の術操作への関与/サポートが容易であり、右側腹部の12 mmポートからは腹腔鏡手術用の自動縫合器も挿入できるため、腸管切離や再建時の選択肢が広がり、より柔軟な手術操作が可能となっている。
【期待される効果】
標準化されたポート配置と手術手技を共有することで、どの施設でも若手外科医が早期から安全にロボット手術を習得し、執刀機会を得やすい体制を構築できる。また、施設間で手技を統一することにより、指導内容が明確となり、効率的な教育が可能となる。さらに、人事異動に伴う手技変更の混乱が少なく、継続性のあるロボット手術教育と診療体制の維持が期待される。
【今後の展望】
若手外科医へのアンケートや手術データ・短期成績の収集も実施し、改善点などあれば適宜更新していく。取り組みが浸透すれば、左側結腸だけでなく、右側結腸についても手技統一を進めていく。
【結語】
若手外科医によるロボット手術の安全な普及は非常に重要な課題であり、多施設での手技統一の取り組みがその課題克服の一助になると思われる。

©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21日(土) 9:30 ~ 10:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 25　ロボット手術 6
座長：栗生 宜明（京都第一赤十字病院消化器外科）

[O25-5] 結腸癌に対するロボット支援下体腔内吻合導入初期の短期治療成績-体腔外吻合との比較-

*髙田 直樹[1]、成廣 哲史[1]、飯田 航希[1]、真柄 那々子[1]、北澤 征三[1]、渡部 通章[1] (1. 厚木市立病院外科)

【はじめに】2022年4月より結腸癌に対するロボット支援下手術が保険収載され，当院でも2024年より結腸癌に対してロボット支援下手術を導入した．導入当初より再建時には体腔内吻合(Intra-corporeal anastomosis；IA)を施行している．適応は腫瘍の進行度に関わらず，閉塞性病変以外の症例としている.

【目的】ロボット支援下結腸癌手術におけるIAの短期成績を体腔外吻合(Extra-corporeal anastomosis；EA)と比較検討する.

【対象と方法】2024年4月から2026年3月まで結腸癌に対して待機的ロボット支援下手術を施行した40例(IA群20例, EA群20例)を対象とした．DST吻合症例は除外し，患者背景，手術成績，病理学的所見，術後短期成績について後方視的に比較検討した.

【結果】患者背景ではIA群で結腸右半切除術または拡大結腸右半切除術が多かった (p=0.038).またIA群で術中出血量が有意に少なかった〔IA群 0(0-7.5)ml vs. EA群19.0(0-72.8)ml，p=0.044〕．年齢，性別，BMI，American Society of. Anesthesiologists physical status(ASA-PS)，腫瘍局在，cTNM，cStage，手術時間は両群間に差は認めなかった．吻合方法はIA群でデルタ吻合19例, overlap法 1例, EA群で機能的端々吻合 5例，三角吻合14例，手縫い吻合1例であった.病理結果はEA群でpT4症例を多く認めた(p=0.029)．口側断端距離はIA群の方が長かった〔IA群 111.5(94.5-236.3)cm vs. EA群109.0(88.8-129.3)cm，p=0.034〕．しかし小腸-結腸吻合，結腸-結腸吻合で分けると口側断端距離は両群間に差は認めなかった．肛門側断端距離，pN，pStage，郭清リンパ節個数に差はなかった．術後在院日数はIA群で短い傾向にあった〔IA群 8.5(8.0-10.0)日vs. EA群10.0(9.0-13.8)日，p=0.052〕．SSI，麻痺性イレウスを含めた術後合併症も両群間で差は認めなかった.

【結語】結腸癌に対するロボット支援下手術におけるIAはEAよりも術中出血量が少なく, 安全に施行可能であった.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 9:30 ~ 10:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 25　ロボット手術 6
座長：栗生 宜明（京都第一赤十字病院消化器外科）

[O25-6] 地域中核病院における結腸癌に対するロボット支援手術の強みと手技の工夫

*西川 武司[1]、阿部 真也[1]、松永 圭悟[1]、孫 敏莉[1]、小谷 樹生[1]、近藤 里江[1]、松田 圭二[1] (1. 同愛記念病院外科)

【目的】2022年結腸癌に対するロボット支援手術（RACS）が保険収載されたが、病変部位の多様性（右側結腸・左側結腸・S状結腸）のため、ポート配置・手術手技のバリエーションが多く、 完全な定型化が困難といわれている。今回当院におけるRACSの導入成績と、若手外科医が多い地域中核病院における強みを提示する。
【方法】当院では2024年7月より結腸癌に対するRACSを開始しており、2026年1月までの22例を対象とし、同時期の腹腔鏡手術（LAC）49例と比較検討した。
【結果】RACSはLACと比べて手術時間は中央値238分 vs 243分（P=0.8）と差がなく、コンソール時間は124分であった。両群とも開腹移行は認めなかった。出血量はRACS 0ml vs LAC 8ml（P=0.04）とRACSで有意に少なかった。腫瘍の部位（P=0.96）、術式（P=0.81）に差はなかったが、深達度はLACで進行したものが多かった（P=0.04）。リンパ節転移に差はなく（P=0.33）、リンパ節郭清数はRACS 平均17.9個 vs LAC 20.4個（P=0.38）と差はなかった。術後5分粥開始日は3日 vs 5日（P<0.01）、術後在院日数は7日 vs 11日（P＜0.01）とともにRACSが有意に短かった。術後合併症に関しては全gradeで18.2% vs 20.4%（P=1.0）、gradeIII以上は0% vs 6.1%（P=0.55）と差を認めなかった。
【工夫と強み】部位別にポート配置を固定化（右側結腸：逆L字、左側結腸：左斜め線、S状結腸：右斜め線）し、内側アプローチを基本とした。RACSはLACと異なり助手へのミラーイメージ操作を強いる必要がなく、多関節機能付き鉗子により血管処理が容易であった。また、外科医3名を要したLACに対し、RACSは2名体制での完遂が可能であり、マンパワーの最適化に寄与した。
【結語】地域中核病院において、RACSは外科医の負担軽減と周術期成績の向上を両立する有用な選択肢となりう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21日(土) 9:30 ~ 10:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 25　ロボット手術 6
座長：栗生 宜明（京都第一赤十字病院消化器外科）

[O25-7] 結腸癌に対するロボット支援下手術の治療成績と課題

*井上 隆[1]、小山 文一[1,2]、岩佐 陽介[1,2]、高木 忠隆[1]、藤本 浩輔[1]、田村 昴[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】当科における結腸癌に対するロボット支援下手術の治療成績と課題を検討する。【対象と方法】当科で結腸癌に対しロボット支援下手術を導入した2022年12月から2026年3月までの29例をretrospectiveに検討した。【結果】年齢は74(54-86)歳、性別は男性/女性が17/12例、BMIは23.7(21.0-28.7)kg/m2、占拠部位は盲腸/上行結腸/横行結腸/下行結腸/S状結腸が3/12/7/2/5例、cStageは0/Ⅰ/Ⅱ/Ⅲが1/11/8/9例であった。術式は結腸部分切除/回盲部切除/結腸右半切除/結腸左半切除/S状結腸切除が5/12/6/1/5例、郭清はD2/D3が7/22例であった。総手術時間は306(171-493)分、コンソール時間は159(82-315)分、術中出血量は0(0-1035)mlであった。術後合併症を5例(17.2%)に認め、CD3以上が1例(3.4%)、創部感染が1例(3.4%)、腹腔内膿瘍が1例(3.4%)、イレウスが1例(3.4%)、縫合不全が1例(3.4%)で、術後在院日数は7(5-25)日であった。PMが115(40-330)cm、DMが115(48-330)cm、全例R0、リンパ節郭清個数は28(8-62)個であった。fStageはⅠ/Ⅱ/Ⅲが13/8/8例、術後補助化学療法は7例(24.1%)に施行されていた。フォロー期間は24.4(0.5-35.7)ヶ月で、再発は腹膜転移再発1例、死亡は他病死1例であった。【結論】当科における結腸癌に対するロボット支援下手術の治療成績は既報と同程度であった。当科では導入から助手の補助によるSolo Surgeryを施行してきたが、コスト削減や手術時間短縮、教育を考慮したFusion Surgeryも導入し、Solo Surgeryとの棲み分けも検討していく必要がある。

©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21日(土) 9:30 ~ 10:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 25　ロボット手術 6
座長：栗生 宜明（京都第一赤十字病院消化器外科）

[O25-8] ロボット支援下回盲部切除における吻合法別での比較と至適アプローチの検討

*庄司 良平[1]、松三 雄騎[1]、松本 祐[1]、森分 和也[1]、片山 哲也[1]、安井 雄一[1]、金谷 信彦[1]、近藤 喜太[1]、重安 邦俊[1] (1. 岡山大学病院消化管外科)

ロボット導入以前より我々は、腹腔鏡下回盲部切除では後腹膜アプローチによる剥離授動先行操作、臍小開腹創での機能的端々吻合(FEEA法)を用いた体腔外吻合を採用しており、ロボット支援下回盲部切除においても導入期まずはこのアプローチの再現に取り組んできた。加えて、結腸癌手術における体腔内吻合についても症例を選択し導入を始めた。結果、2023年4月から2026年3月の期間、後腹膜アプローチによるロボット支援下回盲部切除において、13例で体腔外吻合(体腔外群)、10例で体腔内吻合(体腔内群)を施行した。
この2群間では手術時間の中央値は体腔外群247分、体腔内群269.5分と有意差は認めなかった(p=0.20)が、コンソール時間の中央値は体腔外群132分に対し体腔内群は185.5分と有意に延長した(p<0.01)。手術工程を詳細に検討すると、手術開始から後腹膜授動、回結腸動静脈の処理までの時間で２群間に有意な差を認めなかった。血管処理から腸管吻合開始までの工程は、体腔外群では肝弯曲の授動、ロールアウト、体外での腸間膜処理に対し、体腔内群では体腔内での腸間膜処理と腸管切離、腹腔内洗浄であったが、所要時間の中央値はそれぞれ53分、61分と有意差を認めなかった(p=0.11)。さらに、腸管吻合開始から閉創までの時間の中央値は体腔外群30分に対し体腔内群45分と有意に延長した(p=0.04)。従来行ってきた体外操作に対する体腔内での腸間膜処理や吻合手技の習熟不足を再認識すると同時に、体腔外吻合にあたって必要であった右側結腸の広範な剥離範囲を縮小できるという体腔内吻合の利点をより活用できるアプローチを再考し、2025年10月より早期癌に対するロボット支援下回盲部切除において、内側アプローチと体腔内デルタ吻合を採用した手術手技を採用した。限られた数の施行例であるが、血管処理を先行し肛門側切離予定線に向かって最小限の剥離授動とすることで、手術手順の簡略化、手術時間短縮が期待できる結果を得られているので今回報告する。

©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21日(土) 10:30 ~ 11:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 26　ロボット手術 7

座長：賀川 弘康（東京科学大学消化管外科学分野）

[O26-1] 市中病院における持続可能なロボット支援結腸癌手術―精密性とコストの両立を目指して

*西舘 敏彦[1,2]、鶴間 哲弘[1]、待木 隆志[1]、秋月 恵美[2]、平田 公一[1] (1. JR札幌病院外科、2. 札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野)

[O26-2] 腹腔鏡手術と比較したロボット支援下結腸切除の妥当性の検証と手術手技の工夫

*下村 学[1]、矢野 琢也[1]、佐田友 藍[1]、田口 和浩[1]、松原 啓壮[1]、石川 聖[1]、渡邉 淳弘[1]、佐藤 沙希[1]、森内 俊行[1]、塩崎 翔平[1]、松原 一樹[1]、山口 瑞生[1]、篠原 充[1]、森田 隼人[1]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学病院　消化器外科)

[O26-3] 結腸癌ロボット手術におけるda Vinci SPの位置づけ ― Multi-portの課題から考える適応の最適化

*佐藤 雄介[1]、梅田 晋一[1]、赤座 賢[1]、村田 悠記[1]、小倉 淳司[1]、田中 千恵[1]、神田 光郎[1] (1. 名古屋大学医学部附属病院　消化器・腫瘍外科)

[O26-4] da Vinci 5におけるForce Feedback Technologyがロボット支援下大腸癌手術のforce modulationに与える影響

*大矢 浩貴[1]、田 鍾寛[1]、田中 宗伸[1]、皆川 結明[1]、舩津屋 拓人[1]、額田 卓[2]、江畑 信孝[1]、武井 将伍[2]、前橋 学[2]、太田 絵美[2]、渥美 陽介[1]、風間 慶祐[1]、佐藤 渉[1]、沼田 正勝[2]、青山 徹[1]、小澤 真由美[2]、小坂 隆司[1]、菅野 伸洋[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学医学部消化管外科学教室、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)

[O26-5] 当院での横行結腸癌（中央）に対するロボット支援下結腸切除時の#223郭清手技

*小林 利行[1]、坂井 利規[1]、小見山 聡介[1]、大陽 宏明[1]、荻野 史朗[1]、玉井 秀政[1] (1. 大阪鉄道病院消化器・一般外科)

[O26-6] 市中病院でのロボット支援下結腸切除の初期導入成績

*堀 直人[1,2]、大林 寛[1]、岡 詠吾[1]、二神 花菜[1]、佐藤 真歩[1]、大倉 友博[1]、小川 俊博[1]、勝田 浩[1]、青木 秀樹[1]、田中屋 宏爾[1] (1. 国立病院機構　岩国医療センター外科、2. 鳥取市立病院外科)

[O26-7] 当院におけるロボット支援結腸切除術の現状

*馬場 研二[1]、中嶋 太極[1]、奥村 隆志[1]、和田 真澄[1]、黒島 直樹[1]、大塚 隆生[1] (1. 鹿児島大学消化器外科)

[O26-8] BMI別にみたロボット支援下直腸癌手術の治療成績

*西村 潤也[1]、瀬良 知央[1]、福岡 達成[1]、西居 孝文[1]、小林 弘和[1]、森田 智也[1]、坂元 寿美礼[1]、金城 あやか[1]、丸尾 晃司[1]、谷 直樹[1]、西 智史[1]、江口 真平[1]、田嶋 哲三[1]、濱野 玄弥[1]、村田 哲洋[1]、高台 真太郎[1]、櫻井 克宣[1]、久保 尚士[1]、清水 貞利[1] (1. 大阪市立総合医療センター)

©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21日(土) 10:30 ~ 11:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 26　ロボット手術 7
座長：賀川 弘康（東京科学大学消化管外科学分野）

[O26-1] 市中病院における持続可能なロボット支援結腸癌手術―精密性とコストの両立を目指して

*西舘 敏彦[1,2]、鶴間 哲弘[1]、待木 隆志[1]、秋月 恵美[2]、平田 公一[1] (1. JR札幌病院外科、2. 札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野)

【はじめに】2022年度に結腸癌に対するロボット支援下手術が保険収載され、当院はロボット支援手術の教育にも重点を置いてきた。高精度な操作性と優れた視認性により、近年では良好な術後成績の報告が散見されている。一方で、高額な医療費や手術時間の延長といった課題もある。本年度より内視鏡手術用支援機器加算が新設されたが、200例に達しない中小病院は加算を受けられないのが現状である。当院では、ロボット結腸手術導入当初はMonopolar curved scissors/Maryland bipolar/Vessel sealerを併用していたがMonopolar curved scissorsのみの手技を定型化し、またVessel sealerの代わり助手が超音波凝固切開装置を用い、さらに助手がstaplerを使うhybrid surgeryも積極的に導入しコストを抑えている。【目的】今回、当院におけるロボット支援結腸癌手術の治療成績を後方視的に解析し、医療経済を配慮しながらのロボット支援結腸癌手術の指導体制を検討することを目的とした。【対象】2022年3月から2026年3月までのロボット支援S状結腸切除術28例を対象とした。【結果】修練医/指導医両群の背景因子に差は認めず。手術時間、コンソール時間の中央値(min)は198/200、108/107であり、また出血量、術後合併症頻度に有意差を認めなかった。検討期間中の粗利益差で約6万円の医療材料費削減に繋がった。【結語】ロボット手術は若手の術者教育にも有用と考えているが、医療経済を考慮した手術の定型化、指導法などの工夫が必要であり、当科の取り組みについても報告する。hybrid surgery導入によりコスト削減をはかりながらの手術教育を行うことによりsustainableなロボット支援結腸切除が可能と考える。

©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21日(土) 10:30 ~ 11:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 26　ロボット手術 7
座長：賀川 弘康（東京科学大学消化管外科学分野）

[O26-2] 腹腔鏡手術と比較したロボット支援下結腸切除の妥当性の検証と手術手技の工夫

*下村 学[1]、矢野 琢也[1]、佐田友 藍[1]、田口 和浩[1]、松原 啓壮[1]、石川 聖[1]、渡邉 淳弘[1]、佐藤 沙希[1]、森内 俊行[1]、塩崎 翔平[1]、松原 一樹[1]、山口 瑞生[1]、篠原 充[1]、森田 隼人[1]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学病院　消化器外科)

【背景】 当院では2022年よりロボット支援下結腸切除を導入し、現在は4台体制で手技の定型化と若手育成を推進している。本術式が標準治療としての「着地点」を見出すためには、既存の腹腔鏡手術（以下LAP）に対する妥当性の検証が必要である。本研究では、当院の導入初期成績をLAPと比較検討し、その有用性と課題を考察した。
【対象と方法】 2022年から2025年に施行したロボット支援下結腸切除（以下Ro群）93例を対象とした。2016年からのLAP群346例を対照とし、Propensity score matchingを用いて背景因子を調整後、各82例を抽出し比較検討した。
【結果】 Ro群の術式は、術式は、回盲部切除：35例、右半切除：18例、左半切除：4例、部分切除：16例、 S 状結腸切除14例、前方切除：2例、全摘：2例、ハルトマン手術：2例だった。PSM後の比較で、手術時間中央値はRo群279.5分、LAP群236.5分とRo群で有意に長かったが、出血量は同等であった。術後経過では、食事開始時期に差はないものの、初回排便日はRo群で有意に早く（2日 vs 3日, $p<0.05$）、術後在院日数も有意に短縮した（9日 vs 10日, $p<0.05$）。術後合併症率（Clavien-Dindo III以上）は両群同等であった。 Ro群特有の課題として、初期に吻合部出血を2例認めたが、Staplerの選択および腸間膜側の補強縫合を追加する手技の工夫により、以降は認めていない。また、Ro群内での検討（DST除く71例）では、体腔内吻合（ICA）が体腔外吻合に比べ初回排便日が早い傾向（2日 vs 3日, $p=0.13$）にあり、低侵襲性の寄与因子として示唆された。2年無再発生存率はRo群92%、LAP群86.7%と、中期的予後も遜色ない結果であった。
【結語】 当院のロボット支援下結腸切除は、安全かつ根治性を担保して導入されており、早期の腸管機能回復においてLAPを上回る可能性が示された。多関節鉗子のメリットを生かし、結腸癌手術においより精緻なリンパ節郭清や、安定した体腔内吻合の実施に利点がある。手技の工夫やピットフォールを含めて発表する。

©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21日(土) 10:30 ~ 11:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 26　ロボット手術 7
座長：賀川 弘康（東京科学大学消化管外科学分野）

[O26-3] 結腸癌ロボット手術におけるda Vinci SPの位置づけ ― Multi-portの課題から考える適応の最適化

*佐藤 雄介[1]、梅田 晋一[1]、赤座 賢[1]、村田 悠記[1]、小倉 淳司[1]、田中 千恵[1]、神田 光郎[1] (1. 名古屋大学医学部附属病院　消化器・腫瘍外科)

結腸癌に対するロボット支援手術は普及しつつあるが、腹腔鏡手術に対する明確な優位性は確立されていない。ロボットの精密性や安定性は魅力であるが、multi-port（MP）型ではポート径の太さや本数の増加により低侵襲性が損なわれうる。また、ポート配置への依存、到達方向の制約、アームと助手操作の干渉といった固有の課題もある。da Vinci SP(SP)は単一アクセスから多方向へ到達可能な構造を有し、これらの課題を補完し得るプラットフォームである。

当院では2025年11月にSPを導入し、結腸癌を含む23例の大腸手術を経験した。現時点ではMPとの統計学的比較に足る症例数ではないが、本演題ではこれらの手術動画を供覧し、MPとの操作特性の違いと、SPが有用となり得る局面について考察する。

SPではポート配置やターゲッティング変更への依存がなく、常に最適な鉗子角度でアクセスしやすく、アーム間の干渉も少ない。この特性は、拡大右半結腸切除のように広範な操作を要する症例、脾湾曲部癌のようにLCA・MCA双方へのアプローチを要する症例、大腸全摘のような全象限操作を要する手術において、MPで生じるポート配置上の課題を軽減し得ると考えられた。比較的狭いスペースでの操作性に優れ、脾湾曲・肝湾曲の授動を尾側から無理なく行え、ロボットが苦手な腸管排除を伴うアプローチの切り替えも少なく済む。助手ポートの配置自由度が高く、アーム干渉が少ないため、助手は通常の腹腔鏡手術に近い感覚で操作可能であり、教育的にも有用と考えられた。現状SPにエネルギーデバイスはないが、助手がデバイスを使用することで、SP導入済み施設ではコスト面の利点となる。小開腹創と1〜2ポートで手術が完遂可能であり、腹壁侵襲の軽減や整容性の面でも腹腔鏡手術に対する利点となる可能性がある。一方、MPに比べてパワーや広範な展開力に劣り、MPのように一気に面を展開する操作は難しく、細かく段階的に進める手術となる傾向がある。

da Vinci SPはMPの課題を補い得る特性を有し、到達方向の柔軟性が求められる症例でその強みが発揮される。両者の特性を踏まえ、症例ごとに適応を最適化していくことが、結腸癌ロボット手術の着地点の一つと考える。

©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21日(土) 10:30 ~ 11:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 26　ロボット手術 7
座長：賀川 弘康（東京科学大学消化管外科学分野）

[O26-4] da Vinci 5におけるForce Feedback Technologyがロボット支援下大腸癌手術のforce modulationに与える影響

*大矢 浩貴[1]、田 鍾寛[1]、田中 宗伸[1]、皆川 結明[1]、舩津屋 拓人[1]、額田 卓[2]、江畑 信孝[1]、武井 将伍[2]、前橋 学[2]、太田 絵美[2]、渥美 陽介[1]、風間 慶祐[1]、佐藤 渉[1]、沼田 正勝[2]、青山 徹[1]、小澤 真由美[2]、小坂 隆司[1]、菅野 伸洋[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学医学部消化管外科学教室、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)

【背景】da Vinci 5(DV5)は力覚フィードバック技術(Force Feedback Technology：FFB)が搭載されたが，実臨床での作用力制御(Force modulation)への影響は十分検討されていない．当院は2026年1月よりDV5を導入しており，導入初期症例を対象に検討した．
【方法】DV5を用いた大腸癌手術症例を対象とした．Telemetry dataを用い，牽引用アーム(Retraction arm：Ret-arm)および左手操作アーム(Left-hand arm：Left-arm)の平均作用力(Average force：Ave-F)を解析した．FFB設定はMedium，Low，Offを使用し，FFB ON-OFF差をΔAve-Fとした．また，Endoscope clutch(EsC)およびHand controller clutch(HcC)はConsole timeで除した値で比較し, 術者経験別(Mid/Proctor群 vs Novice群）でも比較検討した．
【結果】解析対象は9例であった. 患者背景は平均年齢74±12歳，男性4例，BMI中央値22.2［21.4-22.6］, 臨床病期 I/II/III：4/1/4，Console time 158分［121-212］であった．術者は3名で，2名は日本内視鏡外科学会技術認定医かつ30例以上のロボット支援下大腸癌手術経験を有するMid/Proctor，1名は経験10例未満のNoviceであった．Ave-F (N)はFFB Medium / Low / OffでRet-arm 2.0±0.3 / 2.4±0.6 / 3.0±0.5，Left-arm 2.0±0.8 / 1.8±0.2 / 2.2±0.3であった. Ret-armのΔAve-FはMed -1.0±0.8 / Low +0.2±0.5であり，Medで作用力低下が顕著であった．一方，Left-armではMed -0.2±1.1 / Low -0.4±0.1であり, Ret-armと比較するとFFBの影響は限定的であった。 Mid/Proctorと比較して, NoviceのAve-FはRet-arm 2.3 vs 3.4N, Left-arm 1.8 vs 2.7Nでありいずれも高い傾向であった．またRet-armのΔAve-FはMid/Proctorで-0.8N，Noviceで-2.1Nであり，NoviceでFFBによる作用力低下効果を大きく認めた．Left-armでもも Mid/Proctorで-0.4N，Noviceで-1.3Nであり同様の傾向であった．さらにNoviceではEsC/minおよびHcC/minは低値であった.
【結語】FFBは，特にRet-armにおける作用力制御に関与していた．FFBは視野外操作やNovice症例など視覚による適切な作用力制御が困難な状況において，触覚情報を補完することでExpert-like force modulationを誘導する可能性がある．

©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21日(土) 10:30 ~ 11:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 26　ロボット手術 7
座長：賀川 弘康（東京科学大学消化管外科学分野）

[O26-5] 当院での横行結腸癌（中央）に対するロボット支援下結腸切除時の#223郭清手技

*小林 利行[1]、坂井 利規[1]、小見山 聡介[1]、大陽 宏明[1]、荻野 史朗[1]、玉井 秀政[1] (1. 大阪鉄道病院消化器・一般外科)

【背景】横行結腸の支配血管である中結腸動静脈は解剖学的バリエーションに富んでおり、さらに周囲には膵臓や十二指腸などの重要臓器が極めて近接している。そのため、横行結腸癌に対する中結腸動脈根部（#223）リンパ節郭清は、周囲組織への損傷リスクが高く、高難度手技とされている。近年導入が進む手術支援ロボットは、従来の腹腔鏡手術が持つ優れた拡大視効果に加え、手振れ軽減機能や多関節機能を有しているため、安全かつ確実な操作をサポートする極めて重要な役割を担う可能性が期待されている。安全で確実な＃223郭清を行うための当院での郭清手順について概説する。
【手術手技】横行結腸間膜を頭側腹側方向へと十分に牽引し、扇状に展開する。回結腸動脈（ICA）の起始部を確認し、その頭側から結腸間膜を切開して上腸間膜動静脈（SMAおよびSMV）の走行を確認した後、SMV前面およびSMA周囲神経叢の前面の剥離層で頭側へと進める。この過程でSMAやSMVから立ち上がる血管を順に処理していくことで、#223郭清の底面（背面境界）を決定する。膵下縁から膵背面が確認できるまで十分に授動を行った後、網嚢を開放する。横行結腸間膜を尾側方向へ牽引して膵下縁の腹膜を切開することで郭清の頭側境界を決定し、#223郭清を完成させる。
【結語】手術支援ロボットの多関節機能や手振れ軽減機能は、狭小かつ複雑な解剖空間における微細な剥離操作を可能とし、#223郭清の安全性向上に寄与する。当院における横行結腸癌（中央）に対するロボット支援下結腸切除の手術手技について供覧する。

©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21日(土) 10:30 ~ 11:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 26　ロボット手術 7
座長：賀川 弘康（東京科学大学消化管外科学分野）

[O26-6] 市中病院でのロボット支援下結腸切除の初期導入成績

*堀 直人[1,2]、大林 寛[1]、岡 詠吾[1]、二神 花菜[1]、佐藤 真歩[1]、大倉 友博[1]、小川 俊博[1]、勝田 浩[1]、青木 秀樹[1]、田中屋 宏爾[1] (1. 国立病院機構　岩国医療センター外科、2. 鳥取市立病院外科)

【目的】演者は1施設目で結腸からロボット手術を導入した. 2施設目では直腸で導入済の状況で結腸を新たに導入した. 市中病院でのロボット支援下結腸切除の初期導入成績を検討する.
【方法】原発性結腸癌に対する結腸切除の短期成績を, ロボット手術群（Ro群）と腹腔鏡下手術群（Lap群）に分けて比較検討した. 2023年1月から2025年1月までの1施設目の症例と, 2025年4月から2026年4月までの2施設目の症例を合算した. 開腹手術, 他領域の同時手術, 2か所以上の吻合を伴う症例を除外した.
【結果】Ro群33例, Lap群94例だった. 年齢, 性別, BMI, ASA分類に差はなかったが, PNIはRo群で高かった（47.3 vs 44.6, p=0.006）. 局在にはやや偏りがあり（V/C/A/T/D/S: 0/7/4/7/2/13 vs 2/6/29/21/10/26, p=0.058）, Stageに差はなかった（0/1/2/3/4: 1/8/16/6/2 vs 3/18/35/25/13, p=0.548）. 技術認定医の執刀割合に差を認めた（100% vs 47.9%, p＜0.001）. Ro群で手術時間が長かった（296分 vs 268分, p=0.020）. 手術時間を腫瘍の局在別に見てみるとV～A, Sでは差はなかった（277分 vs 266分, 288分 vs 262分）が, T～Dでは大きく差を認めた（490分 vs 269分, p=0.000）. 開腹移行率（3.0% vs 5.3%, p=1.000）, 出血量（10ml vs 10ml, p=0.657）に差はなく, Ro群で体腔内吻合が多かった（36.4% vs 5.3%, p＜0.001）. CD3以上の合併症に差はなく（3.0% vs 6.4%, p=0.676）, Ro群で初回排ガスが早く（1日 vs 2日, p=0.041）, 術後在院日数が短かった（8日 vs 10日, p=0.017）.
【考察】ロボット支援下手術は手術時間が有意に延長していた. 腫瘍の局在別にみてみると, 肝彎曲までの右側結腸やS状結腸ではほぼ同等の時間でできており, 定型化ができつつあると思われる. 一方で肝彎曲～SDJまでの腫瘍では極端に手術時間が延長していた. 中結腸動脈周囲の細かな郭清操作はロボットの精緻な操作性が生きる一方, 定型化ができていないこと, 広い範囲の授動への対応ができていないこと, 体腔内吻合が多かったことが手術時間延長に関与していると考えられる. 出血量や開腹移行率は従来の腹腔鏡手術と同等で, 合併症の増加も認めなかった.
【結論】ロボット支援下結腸切除を安全に導入できた. 脾彎曲領域でも定型化を進め手術時間短縮を目指す.

©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21日(土) 10:30 ~ 11:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 26　ロボット手術 7
座長：賀川 弘康（東京科学大学消化管外科学分野）

[O26-7] 当院におけるロボット支援結腸切除術の現状

*馬場 研二[1]、中嶋 太極[1]、奥村 隆志[1]、和田 真澄[1]、黒島 直樹[1]、大塚 隆生[1] (1. 鹿児島大学消化器外科)

【はじめに】ロボット支援結腸切除術は保険収載されているものの、その有効性に関するエビデンスは未だ十分とは言えない。また、ロボット手術枠の制限などから、直腸手術が優先され、結腸切除への導入は限定的である。当院では2023年よりロボット支援結腸切除術を導入しており、その短期成績について検討した。
【目的】当院におけるロボット支援結腸切除術の安全性および短期成績を明らかにする。
【対象・方法】当院で施行した結腸癌に対するロボット支援結腸切除術35例と、2015年1月以降に施行した腹腔鏡下結腸切除術389例を対象とし、後方視的に手術成績を比較検討した。
【結果】患者背景では、性別、年齢、BMI、糖尿病、ASA-PSに有意差を認めなかった。開腹手術既往はロボット群で多い傾向を認めた（p=0.066）。腫瘍局在（右側・横行・左側）、内視鏡治療後症例、術前治療歴、腫瘍径、深達度、リンパ節転移、pStageに有意差を認めなかった。手術成績では、術式、他臓器合併切除の有無、手術時間、郭清リンパ節個数、術後合併症（Clavien-Dindo grade II以上）、術後在院日数に有意差を認めなかった。一方、出血量はロボット群で有意に少なかった（p=0.015）。また、術者別検討では、技術認定医取得者による執刀がロボット群で有意に多かった（p<0.001）。また当院ではdaVinci Xiに加え、新規ロボットとしてhinotoriによる手術も開始したが、ロボットデバイスによる手術成績の差はなかった。
【結語】当院におけるロボット支援結腸切除術は、経験を有する外科医が施行することで、安全に導入可能であった。特に出血量の低減が示され、低侵襲手術としての有用性が示唆された。今後さらなる症例蓄積により、本術式の有効性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21日(土) 10:30 ~ 11:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 26　ロボット手術 7

座長：賀川 弘康（東京科学大学消化管外科学分野）

[O26-8] BMI別にみたロボット支援下直腸癌手術の治療成績

*西村 潤也[1]、瀬良 知央[1]、福岡 達成[1]、西居 孝文[1]、小林 弘和[1]、森田 智也[1]、坂元 寿美礼[1]、金城 あやか[1]、丸尾 晃司[1]、谷 直樹[1]、西 智史[1]、江口 真平[1]、田嶋 哲三[1]、濱野 玄弥[1]、村田 哲洋[1]、高台 真太郎[1]、櫻井 克宣[1]、久保 尚士[1]、清水 貞利[1] (1. 大阪市立総合医療センター)

【はじめに】ロボット支援下手術は多関節機能を有し操作性も安定しており、直腸癌手術に有用である。しかしロボット支援下手術においても、肥満・狭骨盤患者では高度な手術操作を要し、難渋することがばしばしばある。今回肥満患者に対するロボット支援下直腸癌手術の短期・長期的成績について検討した。【対象と方法】当院で2018年から2022年に直腸癌に対してロボット支援下低位前方切除術を行った104例を対象とした。肥満群（BMI 25以上）32例と非肥満群（BMI 25未満）72例の治療成績に関してretrospectiveに検討を行った。【結果】以下、肥満群vs 非肥満群で記載する。出血量74ml vs 49ml(p=0.13)、手術時間 440分 vs 365分(p=0.20)と有意差はなし。直腸切離時のリニアステープラー使用数に関しては、3回以上使用の割合が39% vs 14%(p<0.01)と肥満群が多く、腫瘍の肛門側切離断端部からの距離が2cm未満の割合が30% vs 11%(p=0.04)と肥満群で有意に多かった。Clavien-Dindo分類III以上の合併症発生率は19% vs 22%(p=0.80)と有意差は認めなかった。5年無再発生存率は両群で有意差は認めなかった(p=0.30)。男女別でみると、短期成績では直腸切離時のリニアステープラー使用数に関して、男性では3回以上使用の割合が42% vs 12%(p=0.01)と肥満群で多かったが、女性では有意差は認めなかった(p=0.60)。短期成績ではリニアステープラー使用回数以外で、男女別の検討において有意差を認める項目はなかった。長期成績では男女ともに5年無再発生存率は両群間で有意差は認めなかった。【結語】肥満症例に対するロボット直腸癌手術は術後短期成績や長期成績には影響を与えないものの、直腸の切離に難渋し切離長が不十分になる傾向があるため、特に男性においてはより余裕を持ったmarginでの切離を心がけ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21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 27　結腸癌の治療戦略 2

座長：大塚 幸喜（藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学）

[O27-1] 切除可能high-risk Stage II/Stage III結腸癌におけるバイオマーカーの予後予測因子としての有用性の検討

*武井 将伍[1]、小澤 真由美[1]、工藤 孝迪[1]、額田 卓[1]、大矢 浩貴[2]、前橋 学[1]、田 鍾寛[2]、太田 絵美[1]、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. 横浜市立大学医学部消化器・腫瘍外科、3. 横須賀共済病院外科)

[O27-2] 当院における原発性大腸癌に対する骨盤内臓全摘術の治療成績

*山本 祥馬[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]、高嶋 祐助[1]、辻尾 元[1]、横山 希生人[1]、八尾 健太[1]、小林 尚輝[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)

[O27-3] 腹腔鏡下手術における右側結腸癌に対する頭側アプローチ先行の有用性の検討

*後藤 圭佑[1]、鎌田 哲平[1]、鈴木 佑磨[1]、山澤 海人[1]、月原 秀[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外科学講座)

[O27-4] ICG蛍光法により術前評価と相違する適切なリンパ節郭清を施行しえた上行結腸癌の1例

*岩本 和哉[1]、石川 慧[2]、朴 正勝[2]、高橋 秀和[2]、大里 祐樹[1]、鈴木 陽三[1]、冨田 尚裕[1]、竹政 伊知朗[2] (1. 市立豊中病院消化器外科、2. 大阪けいさつ病院消化器外科)

[O27-5] 体腔内吻合を用いた大腸癌手術における術後麻痺性イレウスのリスク因子の検討

*本庄 優衣[1]、虫明 寛行[2]、福田 桃子[2]、藤原 淑恵[2]、朱 美和[2]、内山 護[2]、有坂 早香[2]、土田 知史[2]、長谷川 誠司[2]、鈴木 紳祐[1]、吉川 貴己[3] (1. 藤沢湘南台病院外科、2. 済生会横浜市南部病院外科、3. 横浜市立大学外科治療学)

[O27-6] 局所進行大腸癌に対する術前化学療法の治療成績

*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]、村山 倫太郎[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外科)

[O27-7] 結腸癌における壁外血管侵襲(EMVI)の画像評価と病理組織学的評価，予後との関係

*富田 祐輔[1]、茂田 浩平[1]、大橋 弥貴子[1]、門野 政義[1]、池端 昭慶[1]、森田 覚[1]、岡林 剛史[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学外科学（一般・消化器))

[O27-8] 超高齢者に対する上腸間膜静脈腫瘍塞栓を伴う上行結腸癌の手術報告

*北條 大輔[1]、原 慧一郎[1]、中田 博[1]、中山 洋[1] (1. 国立病院機構東京病院消化器外科)

©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21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 27　結腸癌の治療戦略 2
座長：大塚 幸喜（藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学）

[O27-1] 切除可能high-risk Stage II/Stage III結腸癌におけるバイオマーカーの予後予測因子としての有用性の検討

*武井 将伍[1]、小澤 真由美[1]、工藤 孝迪[1]、額田 卓[1]、大矢 浩貴[2]、前橋 学[1]、田 鍾寛[2]、太田 絵美[1]、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. 横浜市立大学医学部消化器・腫瘍外科、3. 横須賀共済病院外科)

【背景】切除可能結腸癌の再発リスク評価は主に病理学的因子に基づいており、*RAS*変異、BRAF V600E変異、Microsatellite instability（MSI）、Mismatch repair（MMR）などのバイオマーカー情報は組み込まれていない。近年、切除不能進行再発大腸癌ではこれらの分子学的背景に基づく治療選択が行われているが、切除可能症例における予後予測因子としての意義は十分に明らかではない。
【目的】切除可能high-risk Stage II/Stage III結腸癌におけるバイオマーカーの予後予測因子としての有用性を検討した。
【方法】
2019年1月～2023年4月に当院で根治切除されたhigh-risk Stage IIまたは Stage IIIの結腸癌症例(直腸RSを含む)を後ろ向きに解析した。RAS、BRAF、MSI/MMRが評価され、かつ術後追跡情報を有する症例とした。MSI-High/deficient MMR(MSI-H群)、MSSかつBRAF変異型(BRAF群)、MSSかつRAS変異型(RAS群)、MSSかつRAS/BRAF野生型(WT群)の4群に分類し、無再発生存（RFS）および全生存（OS）を比較した。生存解析はKaplan–Meier法、log-rank検定を用いて、再発リスク因子の検討にはCox比例ハザードモデルを用いた。
【結果】
対象は82例で、MSI-H群12例、BRAF群6例、RAS群31例、WT群33例であった。全体集団の年齢中央値は71歳、男性38例（46.3%）、右側結腸33例（40.2%）、pStage III 44例（53.7%）であった。再発は12例（14.6%）、死亡は7例（8.5%）に認めた。3年RFSはMSI-H群91.7%、BRAF群50.0%、RAS群82.5%、WT群82.3%であった（p=0.223）。3年OSはそれぞれ100%、50.0%、95.7%、92.0%であり、有意差を認めた（p=0.0039）。再発リスク因子の検討(単変量)ではhigh-risk Stage III（HR 3.17, p=0.0287）は有意であったが、BRAF群は有意ではなかった（HR 3.24, p=0.0702）。
【結語】
切除可能high-risk Stage II/Stage III結腸癌において、BRAF群は予後不良な傾向を示した。バイオマーカー情報は術後再発リスク予測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21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 27　結腸癌の治療戦略 2

座長：大塚 幸喜（藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学）

[O27-2] 当院における原発性大腸癌に対する骨盤内臓全摘術の治療成績

*山本 祥馬[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]、高嶋 祐助[1]、辻尾 元[1]、横山 希生人[1]、八尾 健太[1]、小林 尚輝[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】局所進行大腸癌において、完全切除は根治を目指す上で重要であり、骨盤内臓全摘術(Pelvic exenteration: PE)はR0切除を達成する唯一の術式となることがある。一方で、PEは高侵襲かつ高合併症率であることが報告されている。
【目的】当院における原発性大腸癌に対するPEの治療成績を明らかにすること。
【対象と方法】2010年4月から2024年6月までに大腸癌に対してPEを施行した症例のうち、再発癌、後方骨盤内臓全摘術、他術式併施、ロボット支援手術を除いた72例を対象とし、短期・長期成績を評価した。また、出血量と手術時間に関して重回帰分析、および術後合併症に関してロジスティック回帰分析を行い、短期成績に関わる因子を検討した。
【結果】対象の年齢中央値は64歳、性別は男/女: 60/12例であった。術前治療として、10例に薬物療法、17例に化学放射線療法が施行された。術式はPEが58例、前方PEが14例で、仙骨合併切除例はなく、1例のみ皮弁による会陰再建が施行された。手術時間中央値537分、出血量中央値1054mLで、42例に術中輸血を要した。Clavien-Dindo Grade II以上の合併症は38例、Grade III以上の合併症は6例であった。最も多い合併症は尿路感染症で19例、次いで腹腔内膿瘍11例、イレウス10例で、術後在院日数中央値は18日であった。病理所見は、p/ypTX, 2/3/4: 3/17/52例、p/ypN0/1/2: 40/21/11例、p/ypStage X, I/II/III/IV: 2/33/25/12例であり、局所のR1およびR2切除を1例ずつに認めた。遠隔転移を含むR2切除例を除いた67例のうち、再発を21例に認めた。最も多い再発部位は肺9例、次いで肝臓7例であった。術後補助化学療法は28例に施行された。観察期間中央値は60ヶ月で、5年全生存率は81.0%、無再発生存率は69.0%であった。出血量および手術時間に関して多変量解析を行った結果、腫瘍最大径10cm以上が出血量増加、手術時間延長の独立因子として同定された(出血量:β567.4, p=0.023; 手術時間:β49.53, p=0.048)。術後合併症に関連する有意な因子は同定されなかった。
【結語】当院におけるPEの短期および長期成績を示した。手術侵襲と手術困難因子を考慮しながら、慎重に適応を検討していく必要がある。

©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21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 27　結腸癌の治療戦略 2
座長：大塚 幸喜（藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学）

[O27-3] 腹腔鏡下手術における右側結腸癌に対する頭側アプローチ先行の有用性の検討

*後藤 圭佑[1]、鎌田 哲平[1]、鈴木 佑磨[1]、山澤 海人[1]、月原 秀[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外科学講座)

【背景】
右側結腸癌に対する手術においてcomplete mesocolic excisionやembryological planeを意識した剥離が重要となる．当院では従来，後腹膜アプローチ先行を施行してきたが，#223リンパ節郭清範囲の上縁である膵下縁レベルで横行結腸間膜との癒合を先に切開し，SMV前面を視認し郭清組織と膵臓を分離する頭側アプローチ先行がD3郭清に寄与すると考え導入を始めた．
【目的】
当院での腹腔鏡下手術における右側結腸癌切除症例の頭側アプローチ先行と後腹膜アプローチ先行の手術成績を検討した．
【対象と方法】
当院で2023年1月から2026年3月までに上行結腸癌または右側横行結腸癌に対して腹腔鏡下結腸右半切除術もしくは腹腔鏡下拡大結腸右半切除術で#223を郭清した36例を対象とした．頭側アプローチ先行群(A群:12例)と後腹膜アプローチ先行群(B群：24例)の2群間に分けて後方視的に比較検討した．
【結果(中央値[四分範囲値])】
年齢はA/B群で66.5【56.5-75】歳/74.5【69.5-82.5】歳とB群において高齢であった(P =0.013)．性別はA群：男性5例，女性7例でB群:男性15例，女性9例と有意差を認めなかった（p=0.236）．総リンパ節個数はA群で50.5【39.5-70】個，B 群で35.5【20-50.5】個とA群において有意に多かった (p=0.032)．MCA領域リンパ節(=#223)郭清個数においても，A群で 6【4-10】個，B群で 3【2-5.5】個とA群で有意に多かった (p=0.009)．手術時間はA群で265【218-291】分，B群で269.5【226-329】分と有意差は認めなかった(p=0.928)．出血量においても有意差を認めなかった (p=0.149)．
【考察】
横行結腸間膜の基部および膵下縁を認識し，SMV前面を視認することで郭清の上縁を明確化でき，MCAリンパ節領域を含む郭清を過不足なく行うことが可能であったと考える．
【結語】
右側結腸癌に対する腹腔鏡下手術において頭側アプローチ先行は，後腹膜アプローチ先行と比較して総リンパ節郭清個数とMCA領域のリンパ節郭清個数が有意に多く，郭清の観点から有用な術式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21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 27　結腸癌の治療戦略 2
座長：大塚 幸喜（藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学）

[O27-4] ICG蛍光法により術前評価と相違する適切なリンパ節郭清を施行しえた上行結腸癌の1例

*岩本 和哉[1]、石川 慧[2]、朴 正勝[2]、高橋 秀和[2]、大里 祐樹[1]、鈴木 陽三[1]、冨田 尚裕[1]、竹政 伊知朗[2] (1. 市立豊中病院消化器外科、2. 大阪けいさつ病院消化器外科)

今回われわれは、ICG蛍光法により術前評価と相違する適切なリンパ節郭清を施行しえた上行結腸癌に対する単孔式ロボット支援手術を経験したため報告する。
症例は38歳、女性。便潜血陽性の精査で近医を受診され、下部内視鏡検査で上行結腸に全周性の3型腫瘍を認め、生検にて上行結腸癌の診断となった。精査にて明らかな遠隔転移を認めず、根治切除可能と判断した。術前の造影CTより作成した血管構築像では腫瘍の栄養血管は回結腸動脈と考えられ、右結腸動脈は欠損している所見であったため、単孔式ロボット支援腹腔鏡下回盲部切除術を行う方針とした。術前日に下部内視鏡下に腫瘍近傍の肛門側粘膜下に0.25%ICG溶解液を0.1ml注入した。術中所見では術前診断通り、回盲部よりやや口側の上行結腸に腫瘍近傍のICG蛍光を認めた。また回結腸動脈と中結腸動脈のいずれにも沿ったリンパ流の蛍光を認めた。そこで中結腸動脈根部のリンパ節郭清を伴う、右半結腸切除術に切り替えた。術後の病理結果では中結腸動脈領域のリンパ節転移陽性の結果であった。ICG蛍光法による術中リンパ流評価の有用性は明らかではないが、文献的考察を含め報告する。

©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21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 27　結腸癌の治療戦略 2
座長：大塚 幸喜（藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学）

[O27-5] 体腔内吻合を用いた大腸癌手術における術後麻痺性イレウスのリスク因子の検討

*本庄 優衣[1]、虫明 寛行[2]、福田 桃子[2]、藤原 淑恵[2]、朱 美和[2]、内山 護[2]、有坂 早香[2]、土田 知史[2]、長谷川 誠司[2]、鈴木 紳祐[1]、吉川 貴己[3] (1. 藤沢湘南台病院外科、2. 済生会横浜市南部病院外科、3. 横浜市立大学外科治療学)

【背景】

鏡視下結腸切除術において，体腔内吻合は術後腸管蠕動の回復が早く，術後麻痺性イレウスが少ないと報告されている．

当科でも体腔内吻合を導入しており，術後合併症は麻痺性イレウスが最多であった．

【目的】

当科で施行した結腸癌に対する体腔内吻合を用いた根治切除術後の麻痺性イレウスのリスク因子を検証すること．

【対象と方法】

2020/1月から2025/12月までに当院で結腸癌に対して根治的に鏡視下結腸切除術および体腔内吻合を施行した229症例を対象とし，Clavien-Dindo分類Grade2以上の術後麻痺性イレウスのリスク因子を後方視的に検討した．

【結果】

患者背景因子は，年齢中央値 78歳，性別は男性/女性＝107/122例，BMI中央値 22.2 kg/m2，腫瘍占拠部位はV/C/A/T/D/S＝2/39/119/46/17/6であった．

術後合併症を41例（18%）に認め，麻痺性イレウスは17例（7%）であった．

術後麻痺性イレウスの有無で比較すると（麻痺性イレウスあり群（POI群） vs なし群（non-POI群），中央値），年齢は77 vs 76歳，性別は男性/女性＝107/105 vs 15/2例（p<0.01），BMIは23.0 vs 22.1 kg/m2，併存疾患は高血圧症が14（82%） vs 117（55%）例（p=0.04），呼吸器疾患が4（24%）vs 17（8%）例（P=0.047），腫瘍占拠部位はV/C/A/T/D/S＝0/4/6/6/0/1 vs 2/35/113/40/17/5例，腫瘍径は40 vs 45mm，術前深達度はcT1/2/3/4=0/4/8/5 vs 31/36/71/73例，cStageI/II/III/IV＝3/4/10/0 vs 61/35/99/17例であった．

手術因子は，腹腔鏡/ロボット＝17/0 vs 191/21例，吻合は小腸結腸/結腸結腸＝15/2 vs 173/38例，リンパ節郭清度はD0/1/2/3=1/0/0/16 vs 0/0/10/202例，手術時間が 289 vs 270分，出血量は32 vs 19 ml，吻合時間は25 vs 20分，気腹時間は247 vs 235分，術中in/out バランスは1895 vs 1650 ml（p=0.02）であった．多変量解析では，男性（p=0.03），併存疾患の高血圧（p=0.04），術中in/out バランス（p=0.02）が術後麻痺性イレウスの独立したリスク因子であった．

【結語】

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

結腸癌に対する鏡視下結腸切除術および体腔内吻合の術後麻痺性イレウスは，男性，併存疾患に高血症を有すること，術中in/out バランスが多いことが独立したリスク因子であった．

©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21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 27　結腸癌の治療戦略 2
座長：大塚 幸喜（藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学）

[O27-6] 局所進行大腸癌に対する術前化学療法の治療成績

*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]、村山 倫太郎[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外科)

【はじめに】
進行大腸癌に対する術前化学療法(NAC)はエビデンスが乏しく、その有効性は明らかではない。当科では、原発・転移リンパ節がbulkyな症例やリンパ節転移が高度な症例(N3)、あるいは複数の他臓器浸潤(T4b)を伴う大腸癌に対し、確実なR0切除のためNACを行うことが多い。そこで、局所進行大腸癌に対するNACの治療成績をretrospectiveに検討した。
【対象】
2020年1月から2025年10月に当科でNAC施行後に根治切除を行った大腸癌12例。
【結果】
年齢中央値は72歳(57-81)、男性11例、女性1例。術前減圧を要したものが10例あり、内訳は人工肛門8例、ステント2例であったが、大腸閉塞を来したのは5例であった。腫瘍の局在は、盲腸1例、S状結腸6例、RS/Ra/Rb：3/1/1例であった。NAC期間の中央値は5ヶ月であった。術前診断はcT3/T4b：1/11、cN1/2/3：7/4/1、cStageⅢc/Ⅳ：11/1であった。NACレジメンはFOLFOX 11例、IRIS 1例であり、血管新生阻害薬または分子標的薬が適宜追加されていた。手術アプローチは開腹/腹腔鏡：11/1、術式はTPE 6例、LAR 2例、APR 1例、S状結腸切除 1例、ICR 1例、結腸亜全摘 1例であり、全例R0切除が達成されていた。合併切除臓器数は、0/1/2臓器以上：1/1/10(83.3%)であった。手術時間475.5分、出血量676.5mlで、術後在院日数 31日(12-59)であった。病理学的因子は、type1/2/3/5：3/5/2/2、tub1/2：2/10、腫瘍径 66mm(1.9-100)、ypT2/3/4b：1/2/9、ypN0/1：9/3、ypStageⅠ/Ⅱc/Ⅲb/Ⅲc：1/8/1/2、Grade0/1/2/X：3/2/2/5であり、10例(83.3%)でdown stagingが得られていた。術後合併症はClavien-Dindo GradeⅡ/Ⅲ：4/6例に認めた。術後補助化学療法は10例(83.3%)に施行されており、施行期間中央値8コース(5-11)、レジメンはUFT/LV 4例、Capeベース 5例、FOLFOX 1例であった。観察期間中央値は877日(451-2006)、再発は1例(8.3%)のみに認めたが腹膜播種再発であり、2年以上のOSを得られている。
【考察】
高度進行大腸癌に対するNAC は忍容性が高く、腫瘍縮小が得られる可能性が高かった。これにより安全な切除が可能になり、高いR0切除率が得られた。今後症例を集積し適応基準やレジメンの種類・期間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21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 27　結腸癌の治療戦略 2
座長：大塚 幸喜（藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学）

[O27-7] 結腸癌における壁外血管侵襲(EMVI)の画像評価と病理組織学的評価，予後との関係

*富田 祐輔[1]、茂田 浩平[1]、大橋 弥貴子[1]、門野 政義[1]、池端 昭慶[1]、森田 覚[1]、岡林 剛史[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学外科学（一般・消化器))

【背景】局所進行直腸癌では，術前化学放射線療法が施行されており，その方針決定にMRIによる壁外血管侵襲(EMVI)の術前評価が重要視されている．一方，結腸癌における EMVIも術後再発における予後予測因子となることが報告されてきているが，結腸癌ではまだ画像評価基準が定まっていない．本研究では，結腸癌におけるEMVIの評価について，CT画像での評価(CT-EMVI)と病理組織学的評価(pEMVI)，予後との関係を検証することを目的とした．
【方法】2012年～2024年までの期間において，当科で手術を施行したpStage II, III結腸癌を対象とした．全例にCT Colonography(CTC)を施行し，CT画像所見で腫瘍から連続する等輝度の腸管壁外静脈拡張(2mm以上)をEMVI陽性(CT-EMVI(+))と定義した．Primary outcomeを無再発生存期間(RFS)とし，Kaplan Meier曲線とCox回帰分析を用いて統計学的解析を行った．
【結果】対象は481例であり，CT-EMVI(+)は162例(34%)，CT-EMVI(-)は319例(66%)観察期間の平均値は47.9±28.3か月であった．pStage IIが237例(49%)，ｐStage IIIが244例(51%)であった．観察期間中に再発は69例認めた．術後補助化学療法施行例は，215例（45%）であった．pEMVI陽性は，CT-EMVI陽性群で108例(67%)，CT-EMVI陰性群で39例(12%)であり，両群でCT-EMVI群にpEMVI陽性例が有意に多かった(p<0.001)．pEMVI陽性に対して，CT-EMVIは感度73.5%，特異度83.8%，陽性的中率66.7%であった．Kaplan Meier曲線を用いてRFSを比較したところ，CT-EMVI陽性群は陰性群に対して有意にRFSの短縮を認めた(p<0.0001)．Cox回帰分析を用いて単変量解析を行った結果，性別，術後補助化学療法の有無，cT4以上，pT4以上，pN陽性，CT-EMVI陽性が有意にRFSと関連することが認められた（CT-EMVI(+): Hazard ratio（HR） 1.83, 95%CI 1.21-2.78, p=0.004)．
【結語】pStageII,III結腸癌において，CT-EMVI(+)は有意にRFSを短縮させ，術前の予後予測に有用な可能性があることが示された．

©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21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 27　結腸癌の治療戦略 2
座長：大塚 幸喜（藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学）

[O27-8] 超高齢者に対する上腸間膜静脈腫瘍塞栓を伴う上行結腸癌の手術報告

*北條 大輔[1]、原 慧一郎[1]、中田 博[1]、中山 洋[1] (1. 国立病院機構東京病院消化器外科)

【背景】 大腸癌における門脈・上腸間膜静脈（SMV）内腫瘍塞栓は稀であり、血行性転移、特に肝転移との関連が強く予後不良とされる。近年、進行する高齢化社会の中、高齢者に対する手術の意義が再考されているが、根治性と共に生活の質(QOL)を維持する事が重要である。今回、SMV内腫瘍塞栓を伴う超高齢者の上行結腸癌に対し、腫瘍塞栓摘出を伴う結腸右半切除術を施行した1例を経験したため報告する。
【症例】 日常生活動作(ADL)良好で併存疾患のない89歳男性。高度貧血(Hb4.7g/dl)と腸管狭窄を伴う上行結腸癌と診断した。造影CTでは原発巣から回結腸静脈(ICV)を経由しSMV本幹内に至る連続した造影欠損を認め、腫瘍塞栓が疑われた。胃結腸静脈管(GCT)は温存されていたが、ICV分岐末梢側のSMV内にも腫瘍塞栓の進展を認めていたため、支配領域の回腸も合併切除することとした。手術は開腹下に結腸右半切除術を行った。SMVの処理はエコーで腫瘍塞栓の位置を確認した上で、SMVの中枢側と分岐する回腸枝・下膵十二指腸静脈をクランプして、血管内に残存する腫瘍塞栓を洗浄・摘出したうえで、ICVを含むSMVを切離した。合併症なく、術後13日目に自宅退院した。最終診断はT3N1bM0 stageⅢbだったが、高齢であることから術後補助化学療法は行わなかった。ADLが低下する事なく、自宅から独歩で通院していたが、術後1年で肺転移再発を認めた。
【考察】 血管内腫瘍塞栓を伴う大腸癌は再発高リスク群と考えられ、実際に本症例でも術後転移再発を認めた。既報では、腫瘍塞栓を含む根治切除を施行し、術後補助化学療法を行った場合の無再発症例や、腫瘍塞栓を残して大腸切除を行なった場合の残存腫瘍が進展し腹部症状が出現した症例が報告されている。本症例では、手術により大腸癌の随伴症状が緩解し、術後のQOLも維持できており、姑息的治療ではない外科手術が健康寿命の延長に寄与できたと考えられた。
【結語】 超高齢者に対して血管内腫瘍摘出術を伴う結腸右半切除術を安全に施行しえ、QOL維持と健康寿命の延長の観点からも意義のある治療選択肢であった。

©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21日(土) 9:35 ~ 10:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 28　大腸癌の転移・再発治療３

座長：石塚 満（獨協医科大学下部消化管外科）

[O28-1] 大腸癌肝転移切除症例における化学療法の検討

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

[O28-2] 大腸癌肝転移に対する肝切除例の治療成績

*島田 麻里[1]、野田 隆元[1]、長谷川 航大[1]、坂口 俊樹[1]、吉川 侑吾[1]、奥田 圭一郎[1]、郡司掛 勝也[1]、岩城 吉孝[1]、美並 輝也[1]、杉田 浩章[1]、金本 斐子[1]、奥田 俊之[1]、石川 暢己[1]、前田 一也[1]、宮永 太門[1]、二宮 致[1] (1. 福井県立病院外科)

[O28-3] StageII大腸癌における再発高リスク群の再評価

*古屋 一茂[1]、渡邊 英樹[1] (1. 山梨県立中央病院　消化器外科)

[O28-4] 大腸癌局所再発に対してR0切除行った症例の患者背景と治療成績-長崎県下多施設データベースを用いた検討-

*片山 宏己[1,2]、井上 悠介[1,2]、石井 光寿[1,2]、足立 利幸[1,2]、高村 祐磨[1,2]、山口 峻[1,2]、丸田 浩志[1,2]、富永 哲郎[4]、久永 真[5]、竹下 浩明[6]、黨 和夫[7]、福田 明子[8]、江口 晋[9]、松本 桂太郎[1]、野中 隆[1,2,3] (1. 長崎大学大学院　外科学講座腫瘍外科学分野、2. 長崎大学病院外科学講座　大腸・肛門外科、3. 長崎大学病院　低侵襲手術センター、4. JCHO諫早総合病院、5. 佐世保市総合医療センター、6. 長崎医療センター、7. 嬉野医療センター、8. 長崎原爆病院、9. 長崎大学大学院　外科学講座　移植・消化器外科分野)

[O28-5] 大腸癌肝転移の術後再発リスク因子と術前化学療法の及ぼす影響

*北川 隆洋[1]、諏訪 勝仁[1]、岡本 敦子[1]、佐々木 茂真[1]、松本 倫[1]、衛藤 謙[2] (1. 東京慈恵会医科大学西部医療センター、2. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

[O28-6] 直腸癌局所再発症例における術前化学放射線療法の意義について

*楠 誓子[1]、植村 守[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[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]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部消化器外科)

[O28-7] 大腸癌同時性肝転移に対するR0同時切除後の再発時期と再発後予後の関連について

*前田 裕斗[1,2]、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]、桐谷 翔[2]、小林 光助[2]、伊藤 寛倫[2]、小野 嘉大[2]、髙橋 祐[2]、秋吉 高志[1] (1. がん研有明病院大腸外科、2. がん研有明病院肝胆膵外科)

©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21日(土) 9:35 ~ 10:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 28　大腸癌の転移・再発治療 3
座長：石塚 満（獨協医科大学下部消化管外科）

[O28-1] 大腸癌肝転移切除症例における化学療法の検討

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

【目的】
大腸癌肝転移に対する治療戦略において、術前化学療法（NAC）は腫瘍縮小による切除率向上のみならず、微小転移の制御や生物学的悪性度の評価に基づく切除適応の選別に寄与するとされる。本研究では、当科で経験した肝切除症例の予後をレトロスペクティブに解析し、遠隔転移制御におけるNACの役割と戦略的意義を検討することを目的とする。

【対象と方法】
2016年から2025年までに当科で肝切除を施行した大腸癌肝転移症例のうち、解析可能な57例を対象とした。初回診断後に直接手術を施行した群（UPFRONT群、n=29）と、術前に化学療法を施行した群（ケモ群、n=28）の2群に分け、臨床背景、手術因子、および予後について比較検討した。

【結果】
全症例における術後5年生存率は48%であった。群別解析では、5年生存率はUPFRONT群で47%、ケモ群で50%であり、両群間に有意差を認めなかった。臨床的背景の比較では、ケモ群においてH3症例や最大腫瘍径5cm超といった高度進行症例を多く含む傾向にあったが、化学療法による適切な病勢制御の後に切除を完遂することで、比較的低リスクな症例群であるUPFRONT群と同等の長期予後が得られた。
また、ケモ群における詳細な検討では、化学療法中に病勢進行（PD）を認めず切除に到達できた症例において良好なPFS（無増悪生存期間）を維持する傾向が確認された。一方で、術前マーカーの正常化が得られなかった症例や、奏効が得られずSD以下であった症例では、術後早期の残肝再発率が高い傾向にあった。

【結語】
大腸癌肝転移に対し、術前化学療法は高度進行例に対してもUPFRONT切除群と遜色のない長期生存をもたらしており、遠隔転移制御における中核的な役割を果たしている。個々の症例の生物学的悪性度に応じた適切な化学療法の導入と、その奏効を見極めた最適なタイミングでの外科的介入の組み合わせこそが、集学的治療における肝転移制御の最適戦略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
2026年11月21日(土) 9:35 ~ 10:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 28　大腸癌の転移・再発治療 3
座長：石塚 満（獨協医科大学下部消化管外科）

[O28-2] 大腸癌肝転移に対する肝切除例の治療成績

*島田 麻里[1]、野田 隆元[1]、長谷川 航大[1]、坂口 俊樹[1]、吉川 侑吾[1]、奥田 圭一郎[1]、郡司掛 勝也[1]、岩城 吉孝[1]、美並 輝也[1]、杉田 浩章[1]、金本 斐子[1]、奥田 俊之[1]、石川 暢己[1]、前田 一也[1]、宮永 太門[1]、二宮 致[1] (1. 福井県立病院外科)

【背景】大腸癌における肝転移は、最も高頻度に認められる転移形式であり、その治療戦略は患者の予後に大きな影響を及ぼすことが知られている。肝転移が切除可能である場合、肝切除は長期生存および治癒の可能性をもたらす根治的治療法であるが、肝転移巣切除後の再発率は45～79%と極めて高く早期再発を来す症例もしばしば経験し、転移巣切除のタイミングや周術期化学療法に関しては議論が絶えない。当院で肝転移巣切除を施行した症例を検討し治療戦略について考察する。
【対象と方法】2020年1月～2026年3月に大腸癌肝転移に対し手術加療を行った56例を対象とし後方視的に検討した。肝転移切除後6ヶ月未満の早期再発群における再発予測因子について検討した。
【結果】男性42例、女性14例。年齢73（42-85）歳、原発巣局在はC/A/T/D/S/Rs/Ra/Rb=4/7/5/9/15/7/2/6例、多発癌1例であった。肝転移診断は同時性24例、異時性32例、原発巣切除と同時切除を施行した症例は3例であった。2回以上の肝切除を施行した症例は10例であった。肝転移診断時の肝転移個数は1（1-13）個、最大径は20（7-150）mm、肝転移切除前に化学療法を施行した症例は12例、術後補助化学療法を施行した症例は19例であった。腹腔鏡もしくはロボット手術を施行した症例41例（61.2%）、術後合併症は全Gradeで11例、Grade3以上は5例で再手術や周術期死亡例はなかった。断端陰性率は85.1%、術後再発は70.1%で、初回再発臓器は肝/肺/腹膜/リンパ節/骨/脾＝30/16/8/4/3/2例（重複あり）、術後6ヶ月未満の早期再発は16例（23.9%）であった。早期再発に関連する因子は肝転移診断時のCEA値、肝転移巣のサイズ、手術時間、出血量、開腹手術、術後補助化学療法であった。
【考察】当院での大腸癌肝転移に対する手術は安全に施行されており、低侵襲手術の割合は増えている。腫瘍マーカー、肝転移巣のサイズは早期再発の予測因子となりうると考えられた。本検討では肝手術のアプローチ、手術時間、出血量の手術因子で有意差があり肝転移の数、サイズ、局在など総合的に判断して手術適応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21日(土) 9:35 ~ 10:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 28　大腸癌の転移・再発治療 3
座長：石塚 満（獨協医科大学下部消化管外科）

[O28-3] StageII大腸癌における再発高リスク群の再評価

*古屋 一茂[1]、渡邊 英樹[1] (1. 山梨県立中央病院　消化器外科)

【背景】
StageⅡ大腸癌の再発高リスク因子として、ESMOガイドラインではT4症例、穿孔、郭清リンパ節12個未満が主要因子とされ、低分化腺癌、粘液癌、閉塞、脈管侵襲などが副次的因子として提示されている。NCCNガイドラインでもtumor buddingや断端陽性を含めた高リスク因子が提示されているが、どの因子に対して術後補助化学療法が有効であるかは明らかでない。
【目的】
当院におけるStageⅡ大腸癌の再発高リスク因子を再検討し、再発高リスク群の同定および術後補助化学療法の有効性を検討する。
【対象】
2005年～2023年に根治的切除を施行したStageⅡ大腸癌589例。重複癌、術前治療施行例、神経内分泌腫瘍は除外した。
【方法】
主要評価項目を無再発生存期間（RFS）とし、臨床病理学的因子および既報の再発高リスク因子について後方視的に検討した。リンパ管侵襲、静脈侵襲は中等度以上で分類した。Cox比例ハザードモデルを用いてRFSおよび全生存期間（OS）の独立予後因子を解析し、生存曲線はKaplan-Meier法を用いて評価した。
【結果】
再発は82例（13.9%）に認めた。RFSに関する多変量解析では、年齢、性別、pT4、穿孔、v1b以上の静脈侵襲、術前CA19-9高値が独立した再発リスク因子であった。
術後補助化学療法の有効性をサブグループ解析で検討したところ、v1b以上の静脈侵襲症例においてRFSの有意な改善を認めた（HR 0.41, 95%CI 0.21–0.80, p<0.01）。一方、CA19-9高値症例では術後補助化学療法による明らかな利益を認めなかった。
以上より、既報で高リスク因子として広く用いられるpT4、穿孔に、静脈侵襲v1b以上を加え、いずれかを有する症例を再発高リスク群と定義した。高リスク群は324例であり、5年RFSおよび5年OSはそれぞれ69.7%、81.9%で、低リスク群（85.6%、89.9%）と比較して有意に不良であった。
また高リスク群324例中61例に術後補助化学療法が施行され、5年RFSは補助療法施行群で有意に良好であった（79.1% vs 67.2%, p=0.037）。
【結語】
pT4、穿孔、v1b以上の静脈侵襲を有するStageⅡ大腸癌は再発高リスク群である可能性が示唆された。特にv1b以上の静脈侵襲症例では、術後補助化学療法を積極的に考慮すべき集団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) | 外科
2026年11月21日(土) 9:35 ~ 10:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 28　大腸癌の転移・再発治療 3
座長：石塚 満（獨協医科大学下部消化管外科）

[O28-4] 大腸癌局所再発に対してR0切除行った症例の患者背景と治療成績-長崎県下多施設データベースを用いた検討-

*片山 宏己[1,2]、井上 悠介[1,2]、石井 光寿[1,2]、足立 利幸[1,2]、高村 祐磨[1,2]、山口 峻[1,2]、丸田 浩志[1,2]、富永 哲郎[4]、久永 真[5]、竹下 浩明[6]、黨 和夫[7]、福田 明子[8]、江口 晋[9]、松本 桂太郎[1]、野中 隆[1,2,3] (1. 長崎大学大学院 外科学講座腫瘍外科学分野、2. 長崎大学病院外科学講座　大腸・肛門外科、3. 長崎大学病院　低侵襲手術センター、4. JCHO諫早総合病院、5. 佐世保市総合医療センター、6. 長崎医療センター、7. 嬉野医療センター、8. 長崎原爆病院、9. 長崎大学大学院　外科学講座　移植・消化器外科分野)

背景：
大腸癌局所再発（local recurrence: LR）に対する標準治療は、可能な限りの根治的切除であり、R0切除は予後改善に寄与すると報告されている。しかし、LRは再発部位や進展範囲、治療方針が多様であり、根治切除は複雑かつ高難度であるため、実際の切除率は13〜23%と低率である。そこで当院における局所再発に対する治療戦略および手術手技を供覧するとともに、長崎県下多施設における局所再発手術症例の患者背景と治療成績について検討した。
対象：
2016年4月から2025年3月までに長崎大学および関連4施設で施行された原発性結腸直腸癌手術症例4836例のうち、術後LRを認め、根治切除を施行した24例（0.5%）を対象に後方視的検討を行った。
結果：
局所再発24例の原発巣は、直腸癌12例（50.0%）、上行結腸癌9例（37.5%）、盲腸癌1例（4.2%）、下行結腸癌1例（4.2%）、S状結腸癌1例（4.2%）であった。初回手術時の病理学的所見では、T4症例を9例（37.5%）、リンパ節転移陽性を14例（58.3%）、リンパ管・血管浸潤陽性を17例（70.8%）に認めた。CRM陽性は2例（8.3%）であった。術後補助化学療法は11例（45.8%）に施行されていた。初回手術からLR診断までの期間中央値は24か月であり、再発術前治療は14例に施行され、その内訳は放射線治療8例、化学療法6例であった。再発に対する手術アプローチは、腹腔鏡手術17例（70.8%）、開腹手術5例（20.8%）、ロボット支援手術2例（8.3%）であった。多臓器合併切除は8例（33.3%）に施行されたが、全例でR0切除を達成した。再発切除後、9例（37.5%）に再再発を認め、その内訳は腹膜転移5例、肝転移1例、肺転移1例、副腎転移1例、臼蓋骨転移1例であった。再発切除後の5年無再発生存率（RFS）は39.4%、5年全生存率（OS）は52.2%であった。
結語：
大腸癌術後局所再発に対しては、R0切除により比較的良好な予後が期待できる。局所再発は初回手術後3年以内に発生することが多く、特に高リスク症例では慎重な術後経過観察が重要である。

©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21日(土) 9:35 ~ 10:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 28　大腸癌の転移・再発治療 3
座長：石塚 満（獨協医科大学下部消化管外科）

[O28-5] 大腸癌肝転移の術後再発リスク因子と術前化学療法の及ぼす影響

*北川 隆洋[1]、諏訪 勝仁[1]、岡本 敦子[1]、佐々木 茂真[1]、松本 倫[1]、衛藤 謙[2] (1. 東京慈恵会医科大学西部医療センター、2. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

目的: 大腸癌肝転移に対する肝切除後の生存率・再発率におけるリスク因子を特定し, 術前化学療法(NAC)が予後に及ぼす影響を検討する.
方法: 2016年1月から2025年12月までに当科で大腸癌肝転移に対し外科的切除を施行した90例のうち, 初回手術症例を対象とし, 他臓器転移の同時切除例を除外した66例を解析対象とした. 臨床背景因子および病理学的因子について, 生存率・再発率への関与を検討した. 連続変数のカットオフ値はROC曲線より算出した. 生存時間解析はカプランマイヤー法を用い, 単変量解析でp<0.2であった因子をコックス比例ハザードモデルによる多変量解析に投入し, p<0.05を有意とした.
結果: 3年生存率はNACなし群69.7%, あり群70.1%であり, 有意差を認めなかった(p=0.6274). 生存期間に関する単変量解析では70歳以上, 肝転移3個以上, 最大径32mm以上, T4, 原発リンパ節転移4個以上, 他臓器転移あり, 術後化学療法ありが抽出されたが, 多変量解析では有意な独立リスク因子を認めなかった. 無再発生存期間（RFS）解析において, 術後1年および3年RFS率はNACなし群で51.8%および9.9%, あり群で35.6%および27.5%であり, 有意差を認めなかった(p=0.7332). 単変量解析でp<0.2となった因子のうち, 多変量解析にて肝転移3個以上(Hazard Ratio [HR]: 3.71, 95% Confidence Interval [CI]: 1.74–7.92, p=0.0007), 術後化学療法あり(HR: 2.22, CI: 1.02–4.86, p=0.0453)が独立した再発危険因子であった. これらの独立危険因子とNACの有無を多変量解析に投入すると, NACの有無のp値は単変量解析より低下した(HR: 0.59, CI: 0.29–1.19, p=0.1407). さらに, 肝転移3個以上とNACの有無で解析を行うと, NACの有無はさらにp値が低下し, 有意差に近い傾向を示した(HR: 0.53, CI: 0.27–1.06, p=0.0745).
結語: 単一施設による症例数の制限から統計学的有意差には至らなかったものの, 背景因子を調整した解析結果より, NACの効果は肝転移個数3個以上の高リスク症例において顕著になる傾向が示唆された.

©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21日(土) 9:35 ~ 10:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 28　大腸癌の転移・再発治療 3
座長：石塚 満（獨協医科大学下部消化管外科）

[O28-6] 直腸癌局所再発症例における術前化学放射線療法の意義について

*楠 誓子[1]、植村 守[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[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]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部消化器外科)

【背景】
我々はこれまでにも直腸癌局所再発(LRRC)に対する腹腔鏡/ロボット支援手術の安全性や有用性に関して報告してきた。今回LRRC症例における術前化学放射線療法(CRT)の治療成績について検討することを目的とした。

【目的と対象】
1998年から2025年に根治切除術を施行した全277例の直腸癌局所再発症例を対象とした。術前治療は180例に施行され、その内訳はCRT/RT/化学療法単独が139/6/35例であった。RT/化学療法単独を除いた手術単独群97例と術前CRT群139例の計236例の比較検討を行った。

【結果】
患者背景に関しては、腫瘍占拠部位は手術単独群vs術前CRT群でCentral(吻合部・残存直腸などの骨盤中央部)は45例(46.4%)vs36例(25.9%)(p=0.0014)と有意差を認めた。また、短期成績に関しては、開腹手術/腹腔鏡手術は57(58.8%)/40(41.2%)vs63(45.3%)/76(54.7%)(p=0.0477)、術後在院期間の中央値は33日(17.5-49日)vs40日(27-65日)(p=0.0087)と有意差を認めた。R0切除率に関しては、83例(85.6%)vs125例(89.9%)(p=0.3148)、Clavien-Dindo分類3a以上の合併症に関しては、30例(30.9%)vs52例(37.4%)(p=0.3327)と有意差を認めなかった。5年生存率に関しては43.6%vs55.9%(p=0.0418)、5年局所無再発生存率に関しては44.3%vs73.3%(p<.0001)と有意差を認めた。

【考察】
局所再発症例において術前CRTの施行は生存率、局所再々発率を改善し、有用な治療選択肢となりうる。

©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21日(土) 9:35 ~ 10:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 28　大腸癌の転移・再発治療 3
座長：石塚 満（獨協医科大学下部消化管外科）

[O28-7] 大腸癌同時性肝転移に対するR0同時切除後の再発時期と再発後予後の関連について

*前田 裕斗[1,2]、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]、桐谷 翔[2]、小林 光助[2]、伊藤 寛倫[2]、小野 嘉大[2]、髙橋 祐[2]、秋吉 高志[1] (1. がん研有明病院大腸外科、2. がん研有明病院肝胆膵外科)

背景: 大腸癌同時性肝転移に対するR0同時切除手術は根治を目指し得る一方で、再発症例に対しては再切除を含む集学的治療が行われている。近年、再発病変に対する再切除や局所治療の適応拡大により、再発後長期生存例も報告されている。再発時期が腫瘍biologyを反映する可能性が指摘されており、初回再発までの期間が再発後治療成績に与える影響については十分に検討されていない。
目的：大腸癌同時性肝転移に対するR0同時切除後の再発症例において、初回再発時期と再発後予後との関連を検討する。
対象と方法：2016年から2020年までに当院で大腸癌同時性肝転移に対してR0同時切除を施行した155症例のうち、再発を認めた97例を対象とした。初回再発までの期間により、R0切除後1年未満で再発した症例を早期再発群（E群）、1年以上で再発した症例を晩期再発群（L群）と定義した。患者背景、再発後治療、再再発およびpost-recurrence survival（PRS）を後方視的に比較検討した。
結果：対象は、年齢中央値64歳(54歳-70歳)、男性/女性=59/38例、原発巣の腫瘍局在は右側大腸（盲腸-横行結腸）/左側大腸（下行結腸-直腸）が21/76例であった。 E 群68例、 L 群29例で、術前治療症例は67例（ E 群50例、 L 17例、p=0.14）であった。術後治療症例は66例（ E 群41例、 L 25例、p=0.01）であり、有意にE群が少なかった。初回再発部位は残肝74例、肺33例、リンパ節8例、腹膜播種9例、その他10例であった（重複例を含む）。再発後、再度R0まで到達できたのは、60例（ E 群37例、 L 23例、p=0.02）であり、有意にE群が少なかった。E群ではPRSは有意に不良であった(p=0.02)。再発巣に対して手術を施行できた60症例においては、PRSに有意差を認めなかった（p=0.51）が、再再発までの期間はE群で有意に短かった(p=0.03)。
結論：大腸癌同時性肝転移R0切除後における初回再発時期は，再発後予後および再々再発までの期間を反映する指標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21日(土) 10:35 ~ 11:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 29　直腸NETの治療成績

座長：髙橋 孝夫（岐阜・西濃医療センター　西濃厚生病院　外科）

[O29-1] 若年者直腸NET G2に対する外科治療戦略 ―初期診断の不確実性と長期予後を見据えた集学的介入―

*近藤 喜太[1]、金谷 信彦[1]、庄司 良平[1]、松三 雄騎[1] (1. 岡山大学学術研究院医療開発領域消化管外科)

[O29-2] 直腸神経内分泌腫瘍切除症例における病理組織学的特徴とリンパ節転移関連因子の検討

*四元 拓宏[1]、近藤 彰宏[1]、馮 東萍[1]、竹谷 洋[1]、松川 浩之[1]、西浦 文平[1]、安藤 恭久[1]、須藤 広誠[1]、岸野 貴賢[1]、大島 稔[1]、隈元 謙介[1]、岡野 圭一[1] (1. 香川大学医学部消化器外科)

[O29-3] 直腸NETにおけるリンパ節転移予測因子の検討

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

[O29-4] 直腸NETにおける内視鏡切除後追加切除適応の再検討―リンパ節転移リスク因子とその組み合わせの意義―

*夏目 壮一郎[1]、牧野 七海[1]、川崎 一生[1]、吉岡 佑一郎[1]、大井 悠[1]、大野 吏輝[1]、長嵜 寿矢[1] (1. 埼玉県立がんセンター　消化器外科)

[O29-5] 直腸神経内分泌腫瘍NET G1/2におけるリンパ節転移陽性症例の検討

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

[O29-6] 当院における直腸NET外科切除例の治療成績

*安藤 秀一郎[1]、木下 敬史[1]、小森 康司[1]、大内 晶[1]、岸田 貴喜[1]、安岡 宏展[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　消化器外科部)

[O29-7] 直腸NETに対するTransanal approachを用いた手術戦略

*杉山 雅彦[1]、横溝 玲奈[1]、寺師 宗秀[1]、久保 佑樹[1]、岩永 彩子[1]、廣瀬 皓介[1]、南原 翔[1]、木村 和恵[1]、森田 勝[1] (1. NHO九州がんセンター消化管外科)

[O29-8] 直腸神経内分泌腫瘍(neuroendocrine tumor:NET)におけるリンパ節転移リスクの検討

*金光 聖哲[1]、古谷 晃伸[1]、若原 智之[1]、貞吉 正彦[1]、藤井 克成[1]、上田 健斗[1]、三宅 泰一郎[1]、粟津 正英[1]、椋棒 英世[1] (1. 淀川キリスト教病院外科)

©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21日(土) 10:35 ~ 11:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 29　直腸NETの治療成績
座長：髙橋 孝夫（岐阜・西濃医療センター　西濃厚生病院　外科）

[O29-1] 若年者直腸NET G2に対する外科治療戦略 ―初期診断の不確実性と長期予後を見据えた集学的介入―

*近藤 喜太[1]、金谷 信彦[1]、庄司 良平[1]、松三 雄騎[1] (1. 岡山大学学術研究院医療開発領域消化管外科)

【目的】
直腸神経内分泌腫瘍（NET）は、小型病変であってもリンパ節転移を来し得る生物学的悪性度を有しており、治療戦略の立案に苦慮する症例が少なくない。特に若年症例においては、根治性の確保と術後QOLに直結する肛門機能維持の両立が極めて重要な課題となる。今回、TaTME（経肛門的全直腸間膜切除術）により機能温存を図り、再発時にも外科的介入を含む集学的加療を行った若年2症例を経験した。その経過から、本疾患における最適な治療戦略について検討する。
【症例】
症例1：18歳、男性。 下部直腸（Rb）に3cm大の隆起性病変を認め、術前生検ではNET G1であったが、cT2N1の診断にて腹腔鏡下TaTMEを施行した。最終病理診断はNET G2（Ki-67 3.3%）、pT2N1（3/12）であった。術後の肛門機能は良好に維持されたが、術後3年3ヶ月で多発肝転移を認め、ロボット支援下肝切除術を施行した。現在、術後経過観察中である。 症例2：30代、男性。 直腸RbのNET（9mm）に対するESD施行後、G2、pT1b、V(+)の診断にて追加切除目的に当科紹介となった。腹腔鏡下TaTMEを施行し、sN0で根治切除を得た。術後1年現在、無再発生存中であり、排便機能も術後1年で肛門痛が消失するなど順調に回復している。
【考察】
直腸NETにおいては、術前生検や腫瘍径のみではリンパ節転移リスクの正確な評価が困難な例が存在する。若年者において、TaTMEは骨盤深部での緻密な剥離による神経温存と確実な切除縁確保を可能にする有用な術式選択と考えられた。また、症例1が示すように、低グレードのG2であってもリンパ節転移陽性例では長期的な再発リスクが潜在しており、遠隔転移出現時にも外科的切除を組み込んだ一貫した集学的治療を継続することが、予後寄与において重要である。若年発症は、長期にわたる治療侵襲や再発リスクを考慮すべき重要な治療修飾因子であり、個々の病態に応じた柔軟かつ一貫性のある治療戦略が求められる。
【結語】
若年者直腸NET G2に対し、TaTMEは機能温存と根治性を両立する重要な選択肢である。予後の不確実性を念頭に置いた、長期的なサーベイランスに基づく集学的外科治療戦略の構築が不可欠である。

©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21日(土) 10:35 ~ 11:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 29　直腸NETの治療成績
座長：髙橋 孝夫（岐阜・西濃医療センター　西濃厚生病院　外科）

[O29-2] 直腸神経内分泌腫瘍切除症例における病理組織学的特徴とリンパ節転移関連因子の検討

*四元 拓宏[1]、近藤 彰宏[1]、馮 東萍[1]、竹谷 洋[1]、松川 浩之[1]、西浦 文平[1]、安藤 恭久[1]、須藤 広誠[1]、岸野 貴賢[1]、大島 稔[1]、隈元 謙介[1]、岡野 圭一[1] (1. 香川大学医学部消化器外科)

【背景】当院では直腸神経内分泌腫瘍(NET)に対し、10mm未満は内視鏡的切除、10mm以上は外科切除、内視鏡切除後の脈管侵襲陽性例では追加外科切除を基本方針としている。本研究では、当院における直腸NETの治療成績および病理組織学的特徴を後方視的に検討し、リンパ節転移に関連する因子を明らかにすることを目的とした。
【方法】2012年から2026年4月までに切除された直腸NET70例を対象とした。内視鏡切除単独群(E群)、内視鏡切除後追加外科切除群(A群)、外科切除群(S群)に分類し、病理組織学的因子について比較検討した。さらに手術施行群(A＋S群)を対象にリンパ節転移陽性例(N+群)と陰性例(N-群)に分け、リンパ節転移に関連する因子を検討した。
【結果】E/A/S群=44/18/8、組織型(G2)はE群:3(7%)、A群:5(28%)、S群:5(63%)。腫瘍径10mm以上はE群:5(11%)、A群:5(28%)、S群:3(38%)。脈管侵襲陽性はE群:16(36%)、A群:18(100%)、S群:6(75%)で、内訳(Ly/V)はE群:6/14、A群:13/15、S群:5/6。手術施行群(26例)のうちN+群:10(38%)/N-群:16(62%)。
リンパ節転移に関連する因子について検討を行ったところ、腫瘍径10mm以上、中心陥凹あり、組織型(G2)、静脈侵襲陽性では有意差を認めなかった一方、深達度(T2以深)はN+群:3(30%)/N-群:0(p=0.02)で有意差を認め、リンパ管侵襲陽性=N+群:9(90%)/N-群:9(56%)(p=0.07)で関連する傾向を認めた。なお、「深達度T2以深」かつ「リンパ管侵襲陽性」は3例であり、全例でリンパ節転移陽性であった。E群の観察期間(中央値)は19ヶ月、1例(G1,4mm,pT1a,Ly1,V1）で局所再発を認めた。手術施行群の観察期間(中央値)は27ヶ月、遠隔再発を3例(12%,いずれもS群)に認め、全て肝転移再発であった。
【考察】E群では脈管侵襲陽性であっても手術拒否等の理由で経過観察となっている症例を16例(36%)に認めていた。症例数は少ないものの、「深達度T2以深」および「リンパ管侵襲陽性」でリンパ節転移を有する可能性があり、追加切除を考慮すべき所見と考えられた。

©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21日(土) 10:35 ~ 11:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 29　直腸NETの治療成績
座長：髙橋 孝夫（岐阜・西濃医療センター　西濃厚生病院　外科）

[O29-3] 直腸NETにおけるリンパ節転移予測因子の検討

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

【目的】直腸神経内分泌腫瘍（NET）に対する外科切除の適応は欧米と日本では異なっている。リンパ節転移の予測因子を検討し、適切な切除適応を明らかにすることを目的とした。
【方法】当科で2010年1月～2025年7月に直腸NETに対し外科切除術を施行した症例を対象に、リンパ節転移予測因子を後ろ向きに解析した。ROC解析により術前CTでの所属リンパ節最大長径 (LN径)のカットオフを決定した。LN径および病理学的因子（腫瘍径・深達度・リンパ管侵襲・静脈侵襲・切除断端・グレード）について単変量解析および多変量ロジスティック回帰分析を行い、リスクスコアを作成した。
【結果】対象は64例であった。平均年齢は55歳、男性が30例、女性が34例、LN径の中央値は3.9mm(0-27mm)であった。リンパ節転移陽性は22例（34%）であり、LN径の中央値は9.0mm(3.8-27mm)であった。リンパ節転移陰性は42例（66%）であり、LN径の中央値は2.0mm（0～7.9mm）であった。ROC解析において感度・特異度のバランスからLN径5mmを最適カットオフとした（感度0.68、特異度0.93、AUC 0.92）。単変量解析ではLN径5mm以上、腫瘍径10mm以上、固有筋層浸潤、静脈侵襲陽性が有意な予測因子であった（各p<0.05）。多変量解析ではLN径5mm以上（OR 50、p<0.001）と静脈侵襲陽性（OR 41、p<0.001）が独立した予測因子であった。この2因子を用いたリスクスコア（各1点）では、0点（18例）でリンパ節転移率0%、1点（31例）で26%、2点（15例）で93%であった (AUC 0.89)。リスクスコア0点（LN径5mm未満かつ静脈侵襲陰性）の18例中13例（72%）は他の病理学的リスク因子を有していたが、全例でリンパ節転移を認めなかった。
【結論】LN径5mm以上と静脈侵襲陽性は直腸NETのリンパ節転移に対する独立した予測因子であり、両因子が陰性であれば他の病理学的因子が陽性でも経過観察が許容され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21日(土) 10:35 ~ 11:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 29　直腸NETの治療成績
座長：髙橋 孝夫（岐阜・西濃医療センター　西濃厚生病院　外科）

[O29-4] 直腸NETにおける内視鏡切除後追加切除適応の再検討―リンパ節転移リスク因子とその組み合わせの意義―

*夏目 壮一郎[1]、牧野 七海[1]、川崎 一生[1]、吉岡 佑一郎[1]、大井 悠[1]、大野 吏輝[1]、長嵜 寿矢[1] (1. 埼玉県立がんセンター　消化器外科)

【目的】
膵・消化管NEN診療ガイドラインにおいて, 直腸NETの内視鏡切除後追加切除を考慮する因子が明示されている. ただし, 各因子が一つでも陽性の全症例に追加手術が必須であるかについては更なる検証を要する. 当院の治療成績を基に治療戦略を再考した.
【対象と方法】
2014–2024年に当院で治療した大腸神経内分泌腫瘍74例のうち, 内分泌細胞癌14例と盲腸原発1例を除く直腸NET59例を対象とした. リンパ節転移リスク因子および長期予後を後方視的に検討した. リスク因子はグレード, 腫瘍径>10mm, MP浸潤, 中心陥凹, リンパ管侵襲, 静脈侵襲, 垂直断端(VM)陽性とした. 内視鏡切除後経過観察例ではCTでリンパ節再発の有無を評価した.
【結果】
年齢中央値59歳, 男/女=34/25, Ra/Rb=7/52, G1/G2=47/12, 腫瘍径中央値6mm, 壁深達度T1a/1b/2/3＝8/33/3/2, 中心陥凹5例(8.5%), リンパ管侵襲9例(15.3%), 静脈侵襲16例(27.1%), VM陽性5例, 遠隔転移7例. 治療は経過観察24例, 局所切除1例, 追加TME19例, 初回TME7例であった. 遠隔転移例を除いた52例中, リンパ節転移は10例（19.2%）に認めた. 単変量解析で腫瘍径>10mm(p=0.01), MP浸潤(p=0.004), リンパ管侵襲(p=0.002), VM陽性(p=0.002)が有意なリスク因子で, 中心陥凹は頻度が多い傾向を認めた(p=0.08). 多変量解析では腫瘍径>10mm(p=0.037)とリンパ管侵襲(p=0.031)が独立したリスク因子として抽出された. 独立したリスク因子数別の転移率は0個:5.3%,1個:50%,2個:100%であった. G1かつ腫瘍径10mm未満, pT1症例においてもリンパ管侵襲陽性例では5例中2例（40%）にリンパ節転移を認めた. また, 検討項目とした6つのリスク因子数別の転移率は, 0個:0%, 1個: 11.8%, 2個: 42.9%, 3個:80%, 4個:100%であった. 再発例は4例, 転移臓器は肝/肺/リンパ節=3/0/2, 単変量解析でRFSにてグレード(p<0.0001), MP浸潤(p=0.034)で有意差を認めた.
【結語】
腫瘍径>10mmおよびリンパ管侵襲は直腸NETにおける独立したリンパ節転移リスク因子であった. リンパ管侵襲陽性例では転移リスクを認め, 少なくとも当因子陽性例での追加手術の回避については慎重な判断を要する. リスク因子の組み合わせに基づく個別化が重要であり, 今後さらなる症例の蓄積による検証が必要である.

©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21日(土) 10:35 ~ 11:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 29　直腸NETの治療成績
座長：髙橋 孝夫（岐阜・西濃医療センター　西濃厚生病院　外科）

[O29-5] 直腸神経内分泌腫瘍NET G1/2におけるリンパ節転移陽性症例の検討

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

【背景】神経内分泌腫瘍（neuroendocrine tumor；NET）は比較的まれな疾患であるが、直腸NETでは腫瘍径が小さい症例や粘膜下層浸潤にとどまる症例であってもリンパ節転移を来すことがある。そのため局所切除後に追加の系統的直腸切除を行うべきかの判断は難しい。
【目的】本研究では、当科における直腸NET切除症例を対象に、リンパ節転移に関連する因子を後方視的に検討した。
【対象と方法】
2007年から2025年までに当科で直腸切除を施行したNET 15例を対象とした。虫垂NETや、神経内分泌癌(neuroendocrine carcinoma；NEC)、局所切除後再発症例は解析から除外した。患者背景、腫瘍径、深達度、組織学的grade、内視鏡所見、内視鏡的切除先行例における脈管侵襲および切除断端所見とリンパ節転移の関連を検討した。
【結果】
リンパ節転移は全15例中6例（40%）に認めた。深達度別ではT1a/T1b/T2がそれぞれ5/7/3例であり、リンパ節転移率は20/42/66%で、深達度が進むにつれて転移率が高い傾向を認めた。腫瘍径別では1cm未満/1cm以上1.5cm未満/1.5cm以上がそれぞれ6/5/4例であり、転移率は33/40/50%であった。組織学的grade別ではG1/G2が10/5例で、転移率は30/60%であった。内視鏡所見では、腫瘍部に中央陥凹または表面不整を認めた4例全例にリンパ節転移を認めた。内視鏡的切除が先行された10例において、ly浸潤陽性例およびv浸潤陽性例はいずれも5例中1例（20%）にリンパ節転移を認めた。またVM1症例では2例中1例（50%）にリンパ節転移を認めた。
【結論】直腸NETにおけるリンパ節転移は、深達度、腫瘍径、組織学的gradeと関連する傾向を示した。さらに、中央陥凹や表面不整を伴う症例ではリンパ節転移を高率に認め、追加切除適応を検討するうえで注意すべき内視鏡所見と考えられた。ただし、本研究は少数例の後方視的検討であり、今後さらなる症例集積による検証が必要である。

©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21日(土) 10:35 ~ 11:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 29　直腸NETの治療成績
座長：髙橋 孝夫（岐阜・西濃医療センター　西濃厚生病院　外科）

[O29-6] 当院における直腸NET外科切除例の治療成績

*安藤 秀一郎[1]、木下 敬史[1]、小森 康司[1]、大内 晶[1]、岸田 貴喜[1]、安岡 宏展[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　消化器外科部)

【背景】直腸神経内分泌腫瘍（NET）は比較的まれではあるが、近年、内視鏡技術の進歩や普及により増加傾向にある。膵・消化管NET診療ガイドラインでは腫瘍径10mm超、固有筋層浸潤、脈管侵襲を認める場合は直腸切除＋リンパ節郭清が推奨されている。直腸NETの多くは下部直腸に存在し、治療選択は臓器機能温存の観点からも重要である。
【目的】当院における直腸NET外科切除症例の腫瘍因子と治療成績を解析する。
【対象と方法】2007〜2025年に当院でリンパ節郭清を伴う外科切除を施行した直腸NET 37例を対象とし、臨床病理学的因子と治療経過を後方視的に検討した。
【結果】男性21例、女性16例、年齢中央値60歳。部位はRa 6例、Rb 31例。腫瘍径中央値9mm、p深達度はSM 28例、MP 7例、A2例。NET G2は11例で、肛門温存率は97.3%（36/37例）であった。リンパ節転移は全体の18例（48.6%）に認め、腫瘍径別のリンパ節転移率は＜5mm：0%、5〜10mm：18.9%、≥10mm：29.7%であった。脈管侵襲陽性例におけるリンパ節転移率は60.0%であり、腫瘍径10mm未満かつSM浸潤例においては40.0%に転移を認めた。脈管侵襲陰性例でも10mm以上では25.0%に転移を認めた。リンパ節転移部位は多くが腸管傍リンパ節に限局し、側方リンパ節転移は3例にとどまった。Stage I/II/III/IVは19/0/11/8例、curA/B/Cは30/0/7例で、再発は5例（全例G2）に認め、主に肝転移の形式であった。
【結論】直腸NETは腫瘍径や脈管侵襲によりリンパ節転移リスクが高く、ガイドラインに準じた切除・郭清が妥当である。多くの症例で肛門温存は可能であり、適切な外科治療によ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
2026年11月21日(土) 10:35 ~ 11:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 29　直腸NETの治療成績
座長：髙橋 孝夫（岐阜・西濃医療センター　西濃厚生病院　外科）

[O29-7] 直腸NETに対するTransanal approachを用いた手術戦略

*杉山 雅彦[1]、横溝 玲奈[1]、寺師 宗秀[1]、久保 佑樹[1]、岩永 彩子[1]、廣瀬 皓介[1]、南原 翔[1]、木村 和恵[1]、森田 勝[1]
(1. NHO九州がんセンター消化管外科)

【はじめに】直腸NETは下部直腸に好発することが多く、外科切除に際して根治性と肛門温存の両立に苦慮することが少なくない。単孔式腹腔鏡手術用デバイスを応用したTrans anal approachとして経肛門的低侵襲手術（TAMIS）や、経肛門的に全直腸間膜切除を行うTaTMEは肛門からの良好な視野と遠位側マージンの確保によって、直腸NET特有の課題を克服しうる手技である。当院では2015年より主として腫瘍が肛門縁より4〜7㎝に位置する腫瘍に対し、ISR施行時に腹腔アプローチにTaTMEを併用し、直腸NETに対しても同様の方針で手技を施行している。TAMISは原則として局所切除が許容される10mm未満のNET G1症例に対する全層局所切除として適応している。
【目的】直腸NETに対する根治術について腫瘍の状況、アプローチ、術式、病理診断に関して後方視的に検討した。
【結果】2019年から2026年までに施行した直腸NET切除術は15例であった。平均年齢は56.2歳（42–73歳）で、男性7例、女性8例であった。NET G1が10例、G2が5例であり、腫瘍最大径中央値は9 mm（4–15 mm）であった。11例は内視鏡治療後の追加切除適応症例であり、そのうち10例は少なくとも脈管侵襲陽性で、1例は分割切除により断端評価不能であった。
術式はISR 7例、TAMIS 3例、LAR 4例、APR 1例であった。肛門縁から腫瘍（またはESD瘢痕）までの距離中央値（cm）は、APR 1.0、ISR 4.5、LAR 8.2、TAMIS 4.0であった。手術時間中央値（分）はAPR 273、ISR 242、LAR 254、TAMIS 61であり、出血量中央値（mL）はAPR 50、ISR 20、LAR 17.5、TAMIS 0であった。
術後合併症として、ISR後にGrade 2神経因性膀胱を1例、LAR後にGrade 2 SSIを1例認めた。病理学的断端は全例陰性であった。TAMISを除くリンパ節郭清施行12例中、リンパ節転移陽性は2例であった。TAMIS施行例のうち1例は、NET G2、腫瘍径9 mm、脈管侵襲陰性であり、患者本人と相談のうえeverolimusを投与中である。TAMIS施行例1例が術後3年で他病死（循環器疾患）した以外は、全例無再発生存中である。
【考察】直腸NETに対するTransanal approachを用いた手術は、肛門温存を図りつつ、高い手術精度と良好な短期成績を両立し得る有用な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21日(土) 10:35 ~ 11:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 29　直腸NETの治療成績
座長：髙橋 孝夫（岐阜・西濃医療センター　西濃厚生病院　外科）

[O29-8] 直腸神経内分泌腫瘍(neuroendocrine tumor:NET)におけるリンパ節転移リスクの検討

*金光 聖哲[1]、古谷 晃伸[1]、若原 智之[1]、貞吉 正彦[1]、藤井 克成[1]、上田 健斗[1]、三宅 泰一郎[1]、粟津 正英[1]、椋棒 英世[1] (1. 淀川キリスト教病院外科)

【背景】膵・消化管神経内分泌腫瘍(NEN)診療ガイドライン(2019)では、腫瘍径1cm以上のNETに対してはリンパ節郭清を伴う外科切除術が推奨されている。また内視鏡切除例で脈管侵襲、多数の核分裂像、Ki67指数高値などを認める場合は追加切除の検討を行うと記載されている。
【目的】直腸NETにおけるリンパ節転移のリスク因子を明らかとすること
【方法】直腸NET加療例の臨床病理学的因子、治療法、リンパ節転移の有無、予後について解析する
【対象】2008年4月から2026年3月までの期間に当院で治療した直腸NET85例
【結果】
腫瘍の局在は、RS7例、Ra15例、Rb63例であった。
初回外科切除例が7例、内視鏡切除後のリンパ節郭清を伴う追加切除例が6例、内視鏡的根治切除例（局所追加切除例を含む）が61例、内視鏡切除後追加切除が検討される因子を有するが経過観察の例が11例であった。リンパ節郭清を伴う外科切除術が施行された13例中、8例（62%）でリンパ節転移を認めた。リンパ節転移例は全例腫瘍径が1cm以上であり、かつ脈管浸潤、Ki67指数高値などのハイリスク因子を1つ以上有していた。リンパ節転移例8例中2例(25%)で遠隔転移再発（膵再発、側方リンパ節再発）を生じ、転移切除が行なわれた。1例は原腫瘍死、1例は担腫瘍生存中である。内視鏡的根治切除例61例、経過観察例11例中で再発例は認めなかった。経過観察例のうち、腫瘍径が1cm以上でかつハイリスク因子を有する例が2例であった。最終的な腫瘍因子とリンパ節転移率を検討すると、腫瘍径1cm以上では14例中8例（57%）、腫瘍径1cm以上かつハイリスク因子ありでは10例中8例（80%）であった。腫瘍径1cm未満では、ハイリスク因子を有する10例を含め、リンパ節転移は71例中0例（0%）であった。
【まとめ】直腸NETにおいては腫瘍径がリンパ節転移の最も大きなリスク因子と考えられた。腫瘍径1cm以上の例では確実な郭清を伴った切除術を要する。一方直腸NETは下部直腸例が多数であり、手術による肛門機能障害や神経障害も懸念される。腫瘍径1cm未満の例では、ハイリスク因子を有していても経過観察とすることも選択肢となりうるが、十分なインフォームドコンセントと厳重な経過観察を要する。

©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21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 30　直腸脱・骨盤臓器脱 2

座長：日高 仁（ひだか医院）

[O30-1] 直腸脱手術術式選択の妥当性を治療成績から考える

*磯部 秀樹[1]、中野 亮[1]、浦山 雅弘[1]、藤本 博人[1]、太田 圭治[1]、川口 清[1] (1. 済生会山形済生病院外科)

[O30-2] 直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術±Thiersch法の短期成績に関する検討

*三浦 智也[1]、辻仲 眞康[1]、北村 洋[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)

[O30-3] 直腸脱に対する術式選択の工夫と治療成績

*井出 義人[1]、知念 良直[1]、宮崎 葉月[1]、日向 聖[1]、宮垣 博道[1] (1. 国家公務員共済組合連合会　大手前病院)

[O30-4] 直腸脱に対する右側腹膜切開のみを用いた腹腔鏡下suture rectopexyの治療成績

*大迫 えれな[1]、上神 慎之介[1]、土井 寛文[1]、久原 佑太[1]、新原 健介[1]、大毛 宏喜[1]、髙橋 信也[1] (1. 広島大学病院外科学)

[O30-5] 当院における直腸脱手術の治療成績

*金子 高明[1]、竹内 男[1]、三浦 世樹[1]、神谷 潤一郎[1]、山田 千寿[1]、鈴木 崇之[1]、森中 孝至[1]、坂田 治人[1]、小杉 光世[1]、尾形 章[1] (1. 松戸市立総合医療センター　外科)

[O30-6] 当院におけるDelorme手術の工夫と治療成績

*谷口 正展[1]、仁科 勇佑[1]、塩見 尚礼[1] (1. 長浜赤十字病院外科)

[O30-7] 当科における直腸脱診療の変遷とAltemeier法の治療成績について

*三ノ宮 寛人[1]、新田 拳助[1]、古賀 敦大[1]、秋山 泰樹[1]、山内 潤身[1]、永田 淳[1]、川北 康貴[2]、矢吹 慶[2]、秋山 正樹[2]、平田 敬治[1,2] (1. 産業医科大学第1外科、2. 産業医科大学若松病院消化器・一般外科)

[O30-8] 当院のSture Rectopexyによる腹腔鏡下直腸吊り上げ固定術の治療成績

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 30　直腸脱・骨盤臓器脱 2

座長：日高 仁（ひだか医院）

[O30-1] 直腸脱手術術式選択の妥当性を治療成績から考える

*磯部 秀樹[1]、中野 亮[1]、浦山 雅弘[1]、藤本 博人[1]、太田 圭治[1]、川口 清[1] (1. 済生会山形済生病院外科)

【背景】直腸脱に対する手術術式に関し、経腹手術では腹腔鏡下直腸固定術が保険収載され、経会陰手術ではDelorme法やAltemeier法の診療報酬点数改訂があった。当院でも2014年から腹腔鏡下直腸固定術、2016年からDelorme法を取り入れている。【目的】前述の術式施行後の手術成績を明らかにし、後方視的に手術術式選択の妥当性を再検討する。【対象と方法】2016年1月から2025年12月までの間に直腸脱手術を行った62例（女性52例、男性10例）を対象とし、術式別に患者背景、術中・術後成績を比較検討した。【結果】経腹手術は32例(52%)、経会陰手術は30例(48%)であった。経腹手術の術式は、腹腔鏡下直腸固定術(Wells変法)12例、腹腔鏡下直腸前方固定術(LVR)11例、腹腔鏡下直腸縫合固定術(LSR)6例、腹腔鏡下直腸固定術(Wells変法)＋Thiersch法、腹腔鏡下直腸前方固定術(LVR)＋腹腔鏡下仙骨膣固定術(LSC)、開腹直腸縫合固定術各々1例であった。経会陰手術の術式は、Delorme法23例、Gant-Miwa Thiersch法(GMT)5例、Gant-Miwa法、Thiersch法各々1例であった。術式別に中央値を比較すると、年齢：腹腔鏡下直腸固定術(Wells変法)78.5歳、LVR80歳、LSR46歳、Delorme法74歳、GMT88歳、手術時間：腹腔鏡下直腸固定術(Wells変法)172.5分、LVR176分、LSR155分、Delorme法98分、GMT46分、出血量：腹腔鏡下直腸固定術(Wells変法)5ml、LVR5ml、LSR10ml、Delorme法63ml、GMT10ml、術後在院期間：腹腔鏡下直腸固定術(Wells変法)9日、LVR7日、LSR6日、Delorme法5日、GMT4日であった。再発は腹腔鏡下直腸固定術(Wells変法)2例(16%)、LVR再発なし、LSR1例(16%)、Delorme法11例(47%)、GMT2例(40%)であった。Delorme法で再発を来たした11例中5例に、LVRを施行したがいずれも再発を認めていない。【考察】現在当院では直腸脱診療ガイドラインの術式決定のフローチャートに準じているが、以前高齢者で合併症を有する症例は経会陰手術に回避してしまうことがあった。Delorme法施行後再発を来たし、その後に全身麻酔でLVRを行った症例は、当初の術式選択が甘かったと言える。【結語】全身麻酔が可能な高齢者を的確に選択し腹腔鏡下手術を行うことが重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 30　直腸脱・骨盤臓器脱 2
座長：日高 仁（ひだか医院）

[O30-2] 直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術±Thiersch法の短期成績に関する検討

*三浦 智也[1]、辻仲 眞康[1]、北村 洋[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)

【緒言】直腸脱は高齢女性に多く、外科治療として経肛門および経腹手術がある。再発率や手術侵襲を考慮し、当院では腹腔鏡下直腸固定術±Thiersch法を第一選択としている。今回、同術式の短期成績について後方視的に検討した。
【対象】2021年4月～2026年3月までに8例に対して実施した。女性が7例で年齢中央値82歳(57-90歳)、男性が１例で37歳であった。腸管脱出の中央値は6cm(3-10cm)であった。
【結果】全例腹腔鏡下で手術を完遂した。１例を除き、直腸を挙筋上腔まで授動し、側方靱帯を切離した。直腸固定は、2例にメッシュを用い、仙骨前面にコンポジットメッシュをタッキングした後に直腸とメッシュを縫合固定した。他６例は、直腸前壁右側を岬角に3カ所縫合固定した。直腸固定後に、癒着防止目的で骨盤腹膜と直腸間膜を縫合閉鎖し、さらに癒着防止材を貼付した。脱出長が10cmの1例および肛門括約筋の弛緩が明らかな3例にThiersch法を追加した。手術時間は中央値179分(120-217分)で、出血はいずれも少量であった。術後合併症として、神経因性膀胱を１例に認めた。側方靱帯を温存かつメッシュを用いた１例に再発を認め、経肛門手術としてDelorme法を行ったが、術後4cm長の再脱出を来し経過観察中である。Thiersch法を用いた症例には再発は認めなかった。再発のない3例で術後にCT検査が行われたが、直腸縫合固定例に直腸壁の「ひきつれ像」を認めた一方で、メッシュ固定例では同所見を認めなかった。
【考察】再発の原因として、側方靱帯温存による授動不十分、あるいはメッシュと直腸縫合固定の強度が関与した可能性が考えられた。脱出長が長い症例や肛門括約筋の弛緩が明らかな症例に対するThiersch法の併用は有効な可能性が示唆された。また、岬角への直接縫合固定は直腸壁の「ひきつれ」を伴う変形を来す可能性があり、内視鏡検査等への影響を考慮する必要がある。
【結語】
当院における腹腔鏡下直腸固定術±Thiersch法は安全に施行可能であった。再発予防の観点から、メッシュ使用の有無や側方靱帯切離の必要性について、今後も検討が必要である。

©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21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 30　直腸脱・骨盤臓器脱 2

座長：日高 仁（ひだか医院）

[O30-3] 直腸脱に対する術式選択の工夫と治療成績

*井出 義人[1]、知念 良直[1]、宮崎 葉月[1]、日向 聖[1]、宮垣 博道[1] (1. 国家公務員共済組合連合会　大手前病院)

【背景】直腸脱は高齢者に多くみられ、QOLを著しく損なう疾患である。手術による治療が標準であるが、高齢者では低侵襲かつ安全な術式が求められる。当院では、脱出長5cm以上で全身麻酔が可能な症例に対し、メッシュを使用しないLaparoscopic suture rectopexy（LSR）を第一選択としている。また、脱出が軽度の症例、経腹手術の再発例などは経肛門手術としてDelorme法を選択している。【方法】2025年4月から2026年4月までに当院で施行した直腸脱手術9例を後方視的に検討した。【結果】9例中男性2例、女性7例で、年齢中央値は85歳（78–95歳）であった。PSは0/1/2が1/5/4例、全例に何らかの併存疾患を認めた。初発が8例、経腹手術の再発が1例であった。脱出長の中央値は5 cm（5.0–10.0 cm）であった。術式は初発の8例にLSRを、再発例にDelorme手術を施行した。LSRは5portで行い、TMEの層で背側は肛門挙筋まで剥離授動する。両側の骨盤神経直腸枝はできる限り温存し、授動が足りない場合は左右に差をつけるようにしている。岬角付近の前縦靱帯と直腸漿膜筋層をモノフィラメント非吸収糸で2か所固定している。Delormeは脱出長の2倍以上粘膜を剥離するように心がけている。それぞれの手術の工夫をビデオにて供覧する。手術時間の中央値は150分（133–183分）、出血量は全例少量であった。合併症は認めず、術後入院期間の中央値は6日（4–8日）であった。観察期間の中央値は210日（14-283）であり、全例で再発を認めなかった。【結論】直腸脱に対するLaparoscopic suture rectopexy は、高齢者にも安全に施行可能であり、再発率が低く、非常に有用な術式の一つであると考える。

©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21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 30　直腸脱・骨盤臓器脱 2
座長：日高 仁（ひだか医院）

[O30-4] 直腸脱に対する右側腹膜切開のみを用いた腹腔鏡下suture rectopexyの治療成績

*大迫 えれな[1]、上神 慎之介[1]、土井 寛文[1]、久原 佑太[1]、新原 健介[1]、大毛 宏喜[1]、髙橋 信也[1] (1. 広島大学病院外科学)

【目的】
完全直腸脱に対する腹腔鏡下直腸吊り上げ固定術（Suture rectopexy）において，直腸左側腹膜を切開せず，右側腹膜切開のみで直腸を授動する術式の治療成績と課題を検証する．

【対象と方法】
2019年4月から2026年4月までに本術式を施行した完全直腸脱25例を対象とし，患者背景，手術時間，出血量，周術期合併症および術後成績を後方視的に検討した．

【術式】
5ポートで手術を開始する．岬角近傍から直腸右側の腹膜を切開し，下腹神経を温存しながらTMEの層に入り，背側から右側の剥離を骨盤側に進め，挙筋上腔まで到達する．右側の腹膜切開は腹膜翻転部まで行ったのち、翻転部左側まで前方の腹膜を切開して剥離を進め，前後から側方の剥離を行い挙筋上腔に到達し亜全周性に直腸を授動する．直腸の左側腹膜は切開せず，骨盤内臓神経を確実に温存する．直腸を直線化し，直腸間膜右側と岬角レベルの仙骨骨膜を非吸収糸で2針縫合固定する．腹膜は連続縫合閉鎖し，翻転部を再形成する．なお子宮脱，膣脱，膀胱瘤を合併した症例については，婦人科あるいは泌尿器科と同時に仙骨膣固定術を行っている．

【結果】
年齢中央値は79歳，性別は女性が22例と多く，膀胱瘤合併の１例のみロボット支援下手術が施行されていたが，残りの24例では腹腔鏡下手術が施行されていた．5例は直腸脱に対する手術歴があり，10例で他の骨盤臓器脱を合併していた．手術時間中央値は247.5分，出血量中央値は12.5mLであり，術中偶発症や開腹移行例は認めなかった．術後合併症はClavien-Dindo Grade1の便秘を4例，Grade2の腸炎を１例認めた．縫合糸関連合併症は認めず，術後在院日数中央値は9日であった．術後観察期間中央値34カ月において，再発を3例（12%）に認めた．全例に対しAltemeier法での再手術を施行したが，さらに１例で再々発を認めたため，メッシュを用いた腹腔鏡下ventral rectopexyを施行し，術後3ヶ月だが再発は認めていない．

【結論】
直腸左側の神経温存と根治性のバランスを考慮した本術式は，安全かつ良好な周術期成績を示した．一方で中長期的には再発症例も認められ，再発形式の検証および固定方法の改良による再発率低下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) | 外科・肛門科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 30　直腸脱・骨盤臓器脱 2

座長：日高 仁（ひだか医院）

[O30-5] 当院における直腸脱手術の治療成績

*金子 高明[1]、竹内 男[1]、三浦 世樹[1]、神谷 潤一郎[1]、山田 千寿[1]、鈴木 崇之[1]、森中 孝至[1]、坂田 治人[1]、小杉 光世[1]、尾形 章[1] (1. 松戸市立総合医療センター　外科)

【はじめに】直腸脱に対する当院の治療法は経肛門手術としてDelorme法±Thiersch法（DEL、DEL+T）を、経腹的手術ではメッシュを用いない腹腔鏡下直腸固定術(LSR: Laparoscopic suture rectopexy)を行っている。専門病院ではなく総合病院としての当院での各術式の手術成績を検討し考察した。【対象と方法】2016年4月より2026年3月の10年間に行った新規直腸脱手術症例39例を対象とした。経肛門的、経腹的手術のそれぞれの成績について検討を行った。経肛門的手術、経腹的手術の適応基準は設定してないが、全身麻酔が不可能な症例やADL低下症例は経肛門的手術を選択されていた。経肛門的手術は、Delorme法のみ（DEL）9例とDelorme法にThiersch法(Leeds-Keio補強用メッシュ)を加えた(DEL+T)18例、LSRは12例で、経腹的手術は直腸授動を肛門管上縁まで剥離してメッシュを用いず仙骨前面と直腸漿膜筋層を非吸収糸にて直接縫合固定する。子宮脱を合併した同時手術の場合はDEL群、DEL+T群、LSR群共に経膣的な膣閉鎖術を先に行っている。【結果】年齢の中央値はDEL群、DEL+T群、LSR群で87歳(72-89)、82歳(43-99)、82.5歳(36-96)、手術時間は86分(55-121)、109.5分(79-188)、164分(87-295)、出血量の中央値は6g(0-96)、11.5g(0-156)、0g(0-47)、再発率は22.2%(2/9例)、22.2%(4/18例)、16.7%(2/12例)で、DEL群の1例は再度DEL施行、1例は1年後再発、手術希望なく経過観察。DEL+T群の1例は外来で再度Thiersch法（1-PROLENE）、1例は再発中に腸管穿孔でハルトマン手術、1例は再発中に他病死、1例は他院紹介でLVR。LSR群の1例はDEL+Tを施行、1例はDEL施行後再再発でThiersch法施行した。脱出腸管長の中央値は4cm(2-5)、4.25cm(3-9)、5cm(4-7)であった。また、DEL法において剥離粘膜長/脱出腸管長の比率の中央値はDEL群、DEL+T群で3.6(2-4.5)、3(1-3.75)であった。【まとめ】再発率はLSR群で若干低く、DEL群とDEL+T群で同等であった。腸管切除を伴う術式は施行されなかった。比較的安全に全身麻酔をかけられる総合病院の当院においても経肛門手術と経腹的手術はそれぞれメリット・デメリットがあり、今後も患者に応じて手術を選択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21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 30　直腸脱・骨盤臓器脱 2
座長：日高 仁（ひだか医院）

[O30-6] 当院におけるDelorme手術の工夫と治療成績

*谷口 正展[1]、仁科 勇佑[1]、塩見 尚礼[1] (1. 長浜赤十字病院外科)

＜はじめに＞直腸脱に対する経肛門的手術には様々な方法があるが、一定の確率で再発を認めると言われている。当院では以前よりGant-Miwa+Thiersch法が行われていたが、より再発の少ない方法を目指しDelorme手術を導入した。当院での手術の工夫と治療成績について報告する。＜方法＞過去5年間で当院にて完全直腸脱に対しDelorme手術を施行した症例について検討した。＜結果＞Delorme手術が行われたのは14症例であった。1例直腸癌の診断で括約筋間切除を施行し、術後の直腸脱症例であったが、それ以外は初発症例であった。平均年齢は80歳で男性1例、女性13例であった。麻酔は初期の6症例は脊椎麻酔下で行われたが、術中直腸牽引によると考えられる腹痛を認めた症例を経験したため、その後の8例は全例全身麻酔下で行った。また初期の症例で肛門括約筋による弛緩によると考えられる再発症例を認めた。このためDelorme手術後に必要と判断した8例にThiersch法を併用した。平均手術時間は116分で平均出血量は66mlであった。切除した腸管粘膜長の平均は146cmであった。術後短期的な合併症は吻合部の出血、排尿障害、左膝関節炎であったがいずれも重篤なものは認めなかった。術後平均入院期間は6.8日であった。術後観察期間中央値は54日であり、再発例は2例認めた。再発症例に対して1例はThiersch法を行い、1例は腹腔鏡下直腸固定術を行った。当院でのDelorme手術の工夫としてまず術中出血予防のためには直腸脱出によるうっ血を予防することが重要と考えている。このため直腸を環納させながら粘膜剥離を開始している。またより多くの粘膜を切除するためにローンスターを剥離部位の直腸壁の筋層にかけて引っ張って展開し、適宜牽引する部位を変えてより長く粘膜を剥離するように心がけている。手術動画を供覧して報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 30　直腸脱・骨盤臓器脱 2
座長：日高 仁（ひだか医院）

[O30-7] 当科における直腸脱診療の変遷とAltemeier法の治療成績について

*三ノ宮 寛人[1]、新田 拳助[1]、古賀 敦大[1]、秋山 泰樹[1]、山内 潤身[1]、永田 淳[1]、川北 康貴[2]、矢吹 慶[2]、秋山 正樹[2]、平田 敬治[1,2] (1. 産業医科大学第1外科、2. 産業医科大学若松病院消化器・一般外科)

【はじめに】直腸脱は高齢者に多い肛門疾患であり、脱出に伴う違和感や疼痛等は患者のQOLを低下させる。
直腸脱に対する外科治療はさまざまな術式が報告されているが、2020年にはガイドラインが作成され、全身麻酔が可能であれば経腹手術、不可能であれば経会陰手術が推奨されている。また、脱出腸管長が5cm以上であればAltemeier法が推奨されている。
【対象と方法】2015年3月から2026年3月まで産業医科大学病院および産業医科大学若松病院で実施した直腸脱に対する手術症例158例を対象として、術式の変遷および当科で施行割合の高いAltemeier法の治療成績について後方視的に検討した。
【結果】当科での直腸脱症例は、近隣の肛門科からの紹介症例がほとんどを占め、年齢も70歳以上が大半を占めていた。2021年頃まではGant-Miwa+Thiersch法をはじめ、Altemeier法やDelorme法を行う症例のほか、腹腔鏡下直腸前方固定術も症例を選択して行っていたが、2022年以降は特にAltemeier法が選択される傾向が強くなった。
Altemeier法は125例に施行されており、男性が3例、再発手術例は31例であった。術後再発は37例に認めた。術後合併症として、術後出血が2例、骨盤内膿瘍が2例であり、骨盤内膿瘍の1例で人工肛門造設術が施行された。
【考察】Altemeier法の施行割合が高かった理由は、経会陰手術は経腹手術よりもより低侵襲であること、それに加えてAltemeier法について安定した手技が行えるようになったことが大きく関係していると考える。Altemeier法は、高齢者や全身麻酔困難な症例では比較的安全に施行できる術式であり、今回、当科における直腸脱診療の変遷や術式選択について画像や動画を交え報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 30　直腸脱・骨盤臓器脱 2
座長：日高 仁（ひだか医院）

[O30-8] 当院のSture Rectopexyによる腹腔鏡下直腸吊り上げ固定術の治療成績

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

（背景）直腸脱は，比較的中高年の女性に多い肛門疾患で日常のQOLを著しく低下させる．人口の高齢化により直腸脱に対する治療を行う機会が増えてきている．当院では近隣関連施設から，経会陰的治療適応外となる症例や再発症例が紹介される事が多く，耐術能があるかぎり積極的に経腹的に直腸吊り上げ固定術を行っている．吊り上げ固定の方法として，Ventral Mesh Rectopexy (VMR)，Suture Rectopexy (SR)など複数の方法が提唱されている中，当院ではメッシュを用いずSRによる固定術を行なっている．過去の再発症例の経験から，SRにおいて直腸固定不良が重要な因子と考え，2022年以降は固定手技の標準化に努め，原則２箇所の強固な固定のみとしたシンプルなSRを行なっている．当院でのSRの手術手技を供覧するとともに，その治療成績を発表すると．
（方法）2014年10月から2026年2月までに行われた，34例の腹腔鏡下直腸吊り上げ固定術の治療成績を検証した．2022年以降，標準化した固定手技のポイントとして，左右の尿管，下腹神経を剥離同定し重要構造物を確認し，仙骨前面の静脈を視認できるまで剥離し，場合によってはソフト凝固で処理を行い，仙骨前面の前縦靱帯を露出し強固な組織に運針し直腸を固定している．十分な吊り上げができていれば原則２箇所のみの固定としている．
（結果）平均年齢は76歳，女性31例，男性3例の直腸脱に腹腔鏡下直腸吊り上げ固定術を行った．1例で開腹移行となったが，残る33例では腹腔鏡下でのSuture Rectopexyを施行した．平均手術時間は208分，平均出血量は0mlであった．術後平均在院日数は7日で，1例（2.9%）に術後腸閉塞を認めた．平均観察期間14ヶ月で，再発は2例（5.9%）に認められた．手術手技を見直した2022年以降の20例では,平均観察期間10ヶ月で再発は１例（５％）認められ，術後合併症は認められていない．
（考察）術後合併症は極めて低く，再発率は既報（4–8%）と同程度で，再発症例が多い中良好な結果であった．SRにおいて，２箇所の固定であっても確実な固定を行うことで再発率を低く抑える事ができ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21日(土) 9:35 ~ 10:35 | 🏛第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 31　その他の大腸・肛門疾患 2

座長：内山 周一郎（串間市民病院外科）

[O31-1] 腸回転異常症を背景とした高齢者の盲腸軸捻転症の1例

*千野 慎一郎[1]、惠木 浩之[1]、太田 凌[1]、鈴木 和臣[1]、丸山 正裕[1]、中馬 基博[1]、近藤 康史[1]、海津 貴史[1]、玉川 達[2]、内藤 剛[3] (1. 北里大学メディカルセンター外科、2. 北里大学メディカルセンター呼吸器外科、3. 北里大学下部消化管外科学)

[O31-2] 集学的治療により長期生存が得られている進行再発直腸NETの2例

*蔦保 暁生[1]、竹野 巨樹[1]、福田 啓人[1]、櫛谷 洋樹[1]、水沼 謙一[1]、角谷 昌俊[1]、平岡 圭[1]、池田 篤[1]、狭間 一明[1]、渡邉 幹夫[1]、岩井 和浩[1] (1. 王子総合病院　外科)

[O31-3] 急性虫垂炎を契機に診断された虫垂goblet cell adenocarcinomaの4例

*萩原 清貴[1]、岡村 修[1]、植田 隆太[1]、藤本 直斗[1] (1. 市立吹田市民病院外科)

[O31-4] 単純性虫垂炎に対する緊急手術の臨床的妥当性についての検討

*中島 晋[1]、半谷 圭吾[1]、石田 怜[1]、中林 雄大[1]、高畠 和也[1]、小西 智規[1]、水谷 融[1]、中村 吉隆[1]、武村 学[1]、小池 浩志[1]、谷口 史洋[1] (1. 京都第二赤十字病院外科)

[O31-5] 当院における成人腸重積23例の検討

*東川 純子[1]、大石 達郎[1]、引地 萌々[1]、遠藤 通意[1]、中澤 城[1]、雜賀 柾哉[1]、杉本 貴史[1]、草野 俊亮[1]、沢 秀博[1]、高橋 応典[1]、宮本 勝文[1] (1. 兵庫県立淡路医療センター外科・消化器外科)

[O31-6] S状結腸軸捻転症における栄養状態および骨格筋量と再発・手術移行との関連の検討

*黒河 聖[1]、秦 史壯[2]、矢嶋 知己[2]、西森 英史[2] (1. 札幌道都病院内科、2. 札幌道都病院外科)

[O31-7] よりよい地域医療や肛門科診療への取り組みー医療DX令和ビジョン2030を踏まえてー

*宮本 英典[1] (1. 宮本病院外科肛門科)

[O31-8] 肛門小窩炎に伴う肛門痛に対する内服治療の有効性について

*矢野 孝明[1] (1. ヤノ肛門外科クリニック)

©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21日(土) 9:35 ~ 10:35 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 31　その他の大腸・肛門疾患 2
座長：内山 周一郎（串間市民病院外科）

[O31-1] 腸回転異常症を背景とした高齢者の盲腸軸捻転症の1例

*千野 慎一郎[1]、惠木 浩之[1]、太田 凌[1]、鈴木 和臣[1]、丸山 正裕[1]、中馬 基博[1]、近藤 康史[1]、海津 貴史[1]、玉川 達[2]、内藤 剛[3] (1. 北里大学メディカルセンター外科、2. 北里大学メディカルセンター呼吸器外科、3. 北里大学下部消化管外科学)

【はじめに】
腸回転異常症は胎生期の腸管が腹腔内で固定される際の回転異常・固定不良と定義される．多くは小児期に腸閉塞症状で発見されることが多いが，稀に成人後に初発症状を来たす場合がある．今回我々は腸回転異常症から盲腸軸捻転を来した症例を経験したので報告する．
【症例】
70歳台女性．腹痛を主訴に近医を受診した．CT検査にて十二指腸球部より肛門測の腸管が体の右側を下行する所見を認め，またその後終末回腸から結腸が左上腹部にclosed loopを伴う腸管拡張を来していた．腸回転異常症と絞扼性腸閉塞の診断で，手術目的で当院に紹介となった．正中切開で開腹し腹腔内を観察すると，十二指腸水平脚からTreitz靭帯を形成することなく，空腸は正中椎体より右側を右下腹部に向けて下行し，回盲部は正中より左側で回結腸動静脈を中心に軸捻転していた．穿孔は来していなかったが，終末回腸から盲腸・上行結腸腸管壁は虚脱・菲薄化していたため，同部位を切除（回盲部切除）した．Ladd靭帯は認めず，腸管固定術は施行しなかった．手術時間は124分，出血量は少量であった．術後はGrade Ⅰ の創部感染を来したが，それ以外は問題なく術後24病日に退院となった．
【考察】
胎生期に内胚葉の一部が原始腸管を形成し咽頭，前腸，中腸，後腸に区分けされる．そのうち中腸は総胆管開口部より尾側十二指腸から横行結腸近位2/3へと分化する．中腸はその全長にわたり上腸間膜動脈から血液の供給を受けるが，発生第5-6週にかけて上腸間膜動脈を軸として腸及び腸間膜の急速な伸長から一次腸ループを形成する．前方から反時計回りに回転し270度に達し，腸ループ頭側脚は空・回腸ループを形成し，尾側脚は盲腸から横行結腸を形成する．その過程において，回転と腹膜・後腹膜への固定異常の結果として症状を来すものが腸回転異常症である．多くは小児期に発症するため高齢者で初発・発見されることは多くは無いが，剖検例による評価では 500 人に 1 人と報告されており，無症状のまま一生を終える症例も一定数存在することが考えられる．腹部手術歴の無い腸閉塞などの急性腹症症例は，高齢者であっても先天性疾患を念頭に置いて診察すべきである．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月21日(土) 9:35 ~ 10:35 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 31　その他の大腸・肛門疾患 2
座長：内山 周一郎（串間市民病院外科）

[O31-2] 集学的治療により長期生存が得られている進行再発直腸NETの2例

*蔦保 暁生[1]、竹野 巨樹[1]、福田 啓人[1]、櫛谷 洋樹[1]、水沼 謙一[1]、角谷 昌俊[1]、平岡 圭[1]、池田 篤[1]、狭間 一明[1]、渡邉 幹夫[1]、岩井 和浩[1] (1. 王子総合病院　外科)

Neuroendocrine neoplasm(NEN)は，神経内分泌細胞に由来する腫瘍であり，WHO分類では核分裂像数やKi-67指数によって，NET(G1,G2,G3)とNECに分類される．本邦における消化管NENの有病患者数は3.5人/10万人，新規発症数は2.1人/年と比較的稀な疾患である．消化管NETの発育は比較的緩徐である一方，早期よりリンパ節転移や肝転移をきたすことが知られている．
【症例1】72歳，男性．スクリーニング目的の下部消化管内視鏡検査にて，直腸Rbに20mm大の1型病変を認めた．生検の結果，NETの診断でロボット支援下腹会陰式直腸切断術施行．病理結果は，NET/G2，pT2(MP),pN0,pStage ⅡAであった．術後6か月に施行したCT検査で多発転移性肝腫瘍を認め，エベロリムス投与開始となったが，7か月後にPDの判定となり，ランレオチド投与開始．SDを維持し投与継続していたが2年後にPDの判定となり，ペプチド受容体放射性核種療法（peptide receptor radionuclide therapy:以下PRRT）開始となった．
【症例2】69歳，男性．スクリーニング目的の腹部超音波検査で，肝S2とS8に腫瘤を認めた．全身検索目的の下部消化管内視鏡で，直腸Rbに20mm大の1型病変を認めた．生検の結果，NETの診断となり，化学療法施行後の肝腫瘍切除を見込んで，原発巣切除目的にロボット支援下腹会陰式直腸切断術施行．病理結果は，NET/G2，pT3(SS),pN2b,cM1a(H1),pStageⅣaであった．術後オクトレオチド投与開始し，術後3か月のCTで肝転移増大認めたため，PRRT施行となった．PRRT終了後にオクトレオチド再開したが，副作用のためランレオチドに変更し，術後1年4か月のCT検査では，転移性肝腫瘍の縮小を認めた．
消化管NETは，リンパ節転移や遠隔転移を有する場合は腺癌患者と同等の予後と報告されている．今回我々は，集学的治療により長期生存が得られている直腸NETを経験したため，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) | 全診療科
2026年11月21日(土) 9:35 ~ 10:35 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 31　その他の大腸・肛門疾患 2
座長：内山 周一郎（串間市民病院外科）

[O31-3] 急性虫垂炎を契機に診断された虫垂goblet cell adenocarcinomaの4例

*萩原 清貴[1]、岡村 修[1]、植田 隆太[1]、藤本 直斗[1] (1. 市立吹田市民病院外科)

【緒言】虫垂goblet cell adenocarcinomaは悪性上皮性腫瘍に分類される比較的稀な腫瘍である。虫垂切除術後に病理組織学的検査で診断されることが多く、虫垂切除術症例のうち0.05%の頻度と報告されている。【症例】当院で急性虫垂炎に対する腹腔鏡下虫垂切除術、または盲腸部分切除術後に、病理組織学的検査で虫垂goblet cell adenocarcinomaと診断された症例を4例経験した。症例の年齢中央値54歳(48～64)、男性1例、女性3例であった。主訴は右下腹部痛4例で、急性虫垂炎に対する術式は腹腔鏡下虫垂切除術3例、盲腸部分切除術1例であった。4例ともに追加切除として腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。最終診断は4例ともpT3 N0 M0 pStage Ⅱa で、4例のうち3例で回盲部切除標本に腫瘍の遺残を認めた。術後補助化学療法は行わず、無再発期間中央値31ヶ月(26-60)で4例ともに再発を認めていない。【考察】虫垂goblet cell adenocarcinomaは神経内分泌腫瘍と腺癌の特徴を併せ持つ腫瘍で、リンパ節転移率が23%と高い。切除断端陽性やリンパ節転移が予後不良因子で、虫垂切除後にgoblet cell adenocarcinomaと診断された症例では回盲部切除術によるリンパ節郭清を伴う追加切除が望ましい。【結語】急性虫垂炎を契機にgoblet cell adenocarcinomaと診断された4例を経験したので報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月21日(土) 9:35 ~ 10:35 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 31　その他の大腸・肛門疾患 2
座長：内山 周一郎（串間市民病院外科）

[O31-4] 単純性虫垂炎に対する緊急手術の臨床的妥当性についての検討

*中島 晋[1]、半谷 圭吾[1]、石田 怜[1]、中林 雄大[1]、高畠 和也[1]、小西 智規[1]、水谷 融[1]、中村 吉隆[1]、武村 学[1]、小池 浩志[1]、谷口 史洋[1] (1. 京都第二赤十字病院外科)

【はじめに】近年、急性虫垂炎に対する治療方針は多様化しているが、単純性虫垂炎に対する治療の原則は依然として外科手術とされている。しかしながら、術前診断とは異なり実際には術中所見で穿孔や膿瘍を伴う症例も認められ、このような症例では早期手術よりも抗菌薬治療を先行した方が望ましいと考えられる。今回我々は，当院における単純性虫垂炎に対する治療成績について後方視的に解析し，単純性虫垂炎に対する治療選択の妥当性について検討した。【対象と方法】2021年1月～2025年6月までに当院で手術を施行した急性虫垂炎332例のうち術前に単純性虫垂炎と診断して緊急手術を施行した185を対象として、その臨床病理学的因子と手術成績について比較検討した。【結果】対象の患者背景は、年齢中央値:33(19-53)歳、男性/女性:94/91例、虫垂炎既往なし/あり:165/20例、発症からの経過時間:19(11-39)時間、WBC:13300(10650-15850)/ μL、CRP:2.26(0.415-6.91)mg/dLであった。術前に単純性虫垂炎と診断したにも関わらず術後の病理診断で穿孔性・壊疽性虫垂炎と診断された症例は77例(41.6%)であり、これらの症例(壊疽群)に対する手術成績はそうでない症例(非壊疽群)に比較して有意に劣っていた(手術時間:84/61分, p=<.0001, 出血量:5/3ml, p=0.0048, 術後合併症(CD2≧)あり:7/1例, p=0.0057)。臨床病理学的因子の検討では、壊疽群では非壊疽群に比して年齢(高齢)、WBC・CRP高値、発症からの経過時間が長い症例を有意に多く認めた。【結語】画像診断で単純性虫垂炎と診断された場合でも、高齢、炎症反応高値、発症からの経過時間が長い症例では穿孔や壊疽性変化を来している可能性があることから手術操作が困難になることが予想される。このような症例では緊急手術を回避して抗菌薬治療先行の適応とし得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) | 全診療科
2026年11月21日(土) 9:35 ~ 10:35 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 31　その他の大腸・肛門疾患 2
座長：内山 周一郎（串間市民病院外科）

[O31-5] 当院における成人腸重積23例の検討

*東川 純子[1]、大石 達郎[1]、引地 萌々[1]、遠藤 通意[1]、中澤 城[1]、雜賀 柾哉[1]、杉本 貴史[1]、草野 俊亮[1]、沢 秀博[1]、高橋 応典[1]、宮本 勝文[1] (1. 兵庫県立淡路医療センター外科・消化器外科)

【背景】成人腸重積は原因疾患により郭清の有無など術式が異なるが、術前に確定診断が得られないことも多い。また、緊急手術が必要な急性腹症と位置付けられているが、近年は待機的な手術の報告も増えている。手術のタイミングや整復の必要性についてのコンセンサスは得られていないため、当院での腸重積症23例を後方視的に検討した。
【方法】2019年4月から2026年3月までに当院で腸重積と診断された23例を対象として、患者背景、原因疾患、治療方法、治療成績について後方視的に検討した。
【結果】平均年齢は73歳、男：女は9：14で女性に多い傾向にあった。原因疾患は悪性疾患が17例（大腸癌14例、悪性リンパ腫3例）、良性疾患が5例（良性腫瘍3例、腸炎2例）、特発性が1例であった。治療は15例で整復を行い、整復不可もしくは再発例は11例で、緊急手術となったのは5例、待機手術は6例であった。整復後に待機手術を行なった8例中6例で術前内視鏡下生検により確定診断が得られていた。
大腸癌症例については隆起性病変（1型、0-Ⅰp型）が9例、Ｔ3以下が13例と大半を占めていた。腹膜播種を認めた1例とPS3以下の3例を除き10例でD3郭清を施行しており、その10例は他病死を除く8例で無再発生存を得られている。
【結語】成人腸重積では74%で悪性腫瘍を認めた。結果より、整復により術前に病理学的診断をつけることで過不足のないリンパ節郭清が可能となったと言え、術前整復は有用であると考える。当院では整復困難例は緊急手術となる傾向にあったが、緊急手術の際に壊死や穿孔の所見を認めた症例はなく、他施設の報告でも待機的手術を行う報告が増えてきており、緊急性は必ずしも高くないと考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月21日(土) 9:35 ~ 10:35 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 31　その他の大腸・肛門疾患 2
座長：内山 周一郎（串間市民病院外科）

[O31-6] S状結腸軸捻転症における栄養状態および骨格筋量と再発・手術移行との関連の検討

*黒河 聖[1]、秦 史壮[2]、矢嶋 知己[2]、西森 英史[2] (1. 札幌道都病院内科、2. 札幌道都病院外科)

【目的】
S状結腸軸捻転症は高齢者に多く、再発率が高い一方で、手術適応の判断は全身状態に依存することが多い。本研究では、栄養状態および骨格筋量（SMI）が再発率および手術移行に与える影響を検討した。
【方法】
当院で診断されたS状結腸軸捻転症患者41例を対象に後方視的検討を行った。骨格筋量はInBodyによるSMIを用いて評価し、サルコペニアの有無を判定した。栄養指標として血清アルブミン（Alb）および予後栄養指数（PNI）を用いた。再発および手術移行の有無をアウトカムとし、単変量解析およびロジスティック回帰分析を行った。
【結果】
再発は17例（41%）、手術移行は24例（59%）に認めた。SMIおよびサルコペニアの有無は再発率および手術移行と有意な関連を認めなかった。一方、手術群は非手術群と比較してAlbおよびPNIが有意に高値であった（Alb: p=0.020、PNI: p=0.024）。多変量解析では、Albは手術移行と関連する傾向を示した（p=0.067）が、SMIは独立した関連因子とはならなかった。
【結論】
S状結腸軸捻転症において、骨格筋量やサルコペニアは再発および手術移行と関連を認めなかった。一方、栄養状態は手術選択に影響する可能性が示唆され、サルコペニアよりも全身状態が治療方針決定に重要であると考えられた。本結果は、高齢者における治療選択の実臨床を反映したものと考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月21日(土) 9:35 ~ 10:35 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 31　その他の大腸・肛門疾患 2
座長：内山 周一郎（串間市民病院外科）

[O31-7] よりよい地域医療や肛門科診療への取り組みー医療DX令和ビジョン2030を踏まえてー

*宮本 英典[1] (1. 宮本病院外科肛門科)

「医療DX令和ビジョン2030」において、デジタル技術の活用により、2030年までに日本の医療提供体制を根本からアップデートすることが掲げられ、医療DX推進本部から出された工程表に沿って進められている。さらに2026年3月12日に公開された厚生労働省からの資料「電子カルテの普及について」では、地域医療介護総合確保法の中で、2030年12月31日までに、電子カルテの普及率が約100%となることを達成するよう、クラウド・コンピューティング・サービス関連技術その他の先端的な技術の活用を含め、医療機関の業務における情報の電子化を実現しなければならない、という規定が修正追加されたことが示された。このような方針に対応するべく、当院ではネットワーク環境を整えて、デジタル化した情報の共有や業務効率化を行っているので、代表的なものを提示する。
一つ目は、クラウドネイティブ型電子カルテである。これはインターネット上のブラウザで動くので、ノートPCとモバイルwifiがあればどこでも業務ができる。また、API連携をすれば様々な機能を拡張していくこともできる。当院では、費用対効果を考えて外注検査（血液、尿、培養、病理など）のみAPI連携を行っている。
二つ目は、グーグルアプリを使った院内の情報共有である。院内のPCは共通のアカウントにしているため、グーグルドライブやカレンダーの情報は誰でもいつでも確認できる。業務効率化の一例をあげると、グーグルカレンダーで医師の院内外の全ての予定（診療予約、患者への説明、会議など）が一目瞭然なので、受付や看護師が予定を入れる際に、医師に空き時間を確認する作業は不要になった。
三つ目は、ウェブアプリを使った基幹病院との病診連携や地域での医療介護連携である。クラウドネイティブ型電子カルテなので、同じPCでウェブアプリも動かせる。このため情報の入力は簡便で、時間差のない情報共有ができる。
このように、データをインターネット上で共有することで、より働きやすい環境を作ることができる。このような環境が、地域医療や肛門科の専門的な診療をより円滑に効率よく行うDX化につながると考えている。

©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21日(土) 9:35 ~ 10:35 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 31　その他の大腸・肛門疾患 2
座長：内山 周一郎（串間市民病院外科）

[O31-8] 肛門小窩炎に伴う肛門痛に対する内服治療の有効性について

*矢野 孝明[1] (1. ヤノ肛門外科クリニック)

【はじめに】肛門小窩炎は歯状線上に肛門小窩に炎症をきたす疾患である。症状は肛門痛であり、治療方法として薬剤治療が主に行われている。ブロメライン・トコフェロール酢酸エステル配合剤（商品名：ヘモナーゼ）の内服と痔疾注入軟膏の併用が有効であることが報告されたものの、痔疾注入軟膏のみでも有効である可能性がある。
【目的】本研究では痔疾注入軟膏のみの群（単独群）と痔疾注入軟膏と内服治療を併用した群（併用群）について、肛門痛の軽減効果を比較することで、内服治療が肛門痛の軽減に寄与しているかどうかを調べた。
【対象と方法】2025年5月から11月の期間に肛門痛を訴えて、肛門小窩炎との診断を受けた患者75例（軟膏のみ群：25例、内服と併用した群：50例）について後ろ向き観察研究を行った。目的変数は治療前後における痛みの変動値とし、単変量解析と多変量解析を用いて比較した。
【結果】単変量解析と多変量解析を行ったところ、単変量解析では併用群が有意に痛みの軽減が優れていたものの、多変量解析では有意差を認めなかった。
【考察】肛門小窩炎に伴う肛門痛に対しては、内服治療を併用しても痛みの軽減にさほど寄与してい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21日(土) 10:35 ~ 11:30 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 32　高齢者に対する大腸癌治療戦略 2

座長：小澤 平太（宇都宮記念病院）

[O32-1] 81歳以上の高齢者におけるロボット支援下結腸癌手術における 体腔内吻合と体腔外吻合の周術期成績の検討

*白石 壮宏[1]、松山 貴俊[1]、近 範泰[1]、母里 淑子[2]、髙岡 亜弓[1]、杉野 葵[1]、入江 直子[1]、石田 秀行[2] (1. 埼玉医科大学総合医療センター消化管・一般外科、2. 埼玉医科大学総合医療センターゲノム診療科)

[O32-2] 根治切除を行った高齢者大腸癌患者における予後予測因子としてのCALLY indexの有用性

*市原 もも子[1]、小森 孝通[1]、辻野 将生[1]、早瀬 志門[1]、加藤 雅也[1]、麻本 翔子[1]、加藤 一哉[1]、住本 知子[1]、橋本 和彦[1]、岸 健太郎[1]、福永 睦[1] (1. 兵庫県立西宮病院)

[O32-3] ASA-PS 3以上の大腸癌手術における短期成績の検討：85歳以上高齢者と85歳未満患者の比較

*白川 智沙斗[1]、松本 陽[1]、目谷 勇貴[1]、佐々木 明洋[1]、沢田 尭史[1]、脇坂 和貴[1]、石黒 友唯[1]、折茂 達也[1]、長 靖[1]、田原 宗徳[1]、秦 庸壮[1]、本間 重紀[1] (1. JA北海道厚生連　札幌厚生病院)

[O32-4] 超高齢者大腸癌患者における患者評価指標を用いた術後自宅退院困難の術前予測

*松本 弥生[1]、木下 正一[1]、橋本 悠平[1]、武田 友希[1]、南 永里加[1]、佐多 律子[1]、中谷 充宏[1]、鬼頭 祥悟[1]、中川 顕志[1]、加藤 達史[1]、久下 博之[1]、向川 智英[1] (1. 大和高田市立病院)

[O32-5] 高齢者StageIII大腸癌における補助化学療法の有効性とCAPOX療法の安全性の検討

*近藤 賢史[1]、原 鐵洋[1]、香山 茂平[1]、川相 紘平[1]、宮首 翔馬[1]、森 政悠[1]、山口 拓朗[1]、河毛 利顕[1]、杉山 陽一[1]、田﨑 達也[1]、中光 篤志[1]、佐々木 秀[1] (1. 広島県厚生農業協同組合連合会JA広島総合病院外科)

[O32-6] 高齢者pStageIII大腸癌 の術後補助化学療法の検討

*舩津屋 拓人[1]、田 鍾寛[1]、皆川 結明[1]、額田 卓[2]、大矢 浩貴[1]、江畑 信孝[1]、武井 将伍[2]、前橋 学[2]、太田 絵美[2]、渥美 陽介[1]、風間 慶祐[1]、沼田 正勝[2]、小澤 真由美[2]、諏訪 宏和[3]、菅野 伸洋[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学附属病院消化管外科学、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. 横須賀共済病院外科)

[O32-7] 80歳以上の高齢者に対する大腸癌腹腔鏡下手術の治療成績の検討

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

©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21日(土) 10:35 ~ 11:30 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 32　高齢者に対する大腸癌治療戦略 2
座長：小澤 平太（宇都宮記念病院）

[O32-1] 81歳以上の高齢者におけるロボット支援下結腸癌手術における 体腔内吻合と体腔外吻合の周術期成績の検討

*白石 壮宏[1]、松山 貴俊[1]、近 範泰[1]、母里 淑子[2]、髙岡 亜弓[1]、杉野 葵[1]、入江 直子[1]、石田 秀行[2] (1. 埼玉医科大学総合医療センター消化管・一般外科、2. 埼玉医科大学総合医療センターゲノム診療科)

【はじめに】
ロボット支援下結腸切除術における体腔内吻合(IA)と体腔外吻合(EA)の報告は増加しているが、81歳以上の高齢者を対象とした検討は限られている。今回、当科で施行した81歳以上の高齢者におけるロボット支援下結腸切除術においてIAとEAの周術期成績を比較検討した。
【対象・方法】
2022年9月から2026年3月までに、当科で原発性結腸癌に対してロボット支援下手術を施行したIA群: 26例とEA群: 47例の患者背景、手術因子、病理学的因子、術後経過を後方視的に検討した。当科では、IAは原則Overlap法で、EAはFEEA法で施行している。
【結果】
患者背景ではIA群で年齢が高く(中央値84歳 vs 83歳、p=0.02)、上行結腸癌が多く(p=0.029)、術前Stage III-IV症例が少なかった(p=0.0006)。性別、BMI、ASA、大腸ステント・抗凝固療法・ステロイド内服・糖尿病・腹部手術歴・癌の既往の有無は両群間に有意差は認めなかった。
手術因子では、IA群でコンソール時間が長かった(中央値171分 vs 114分、p=0.0009)が、手術時間に有意差は認めなかった。両群間で出血量、術式、郭清度に有意差は認めなかったが、EA群で他臓器合併切除症例が多かった(0例 vs 5例、p=0.032)。
病理学的因子では、IA群で肛門側断端距離が長かった(中央値105mm vs 117.5mm、p=0.023)が、最終Stage、リンパ節郭清個数、口側断端距離は両群間に有意差は認めなかった。
術後因子では、両群間で経口摂取開始時期、在院日数、合併症に有意差は認めず、縫合不全および死亡例を認めなかった。
【結語】
高齢者に対するロボット支援下結腸切除術ではIA群とEA群の周術期成績はほぼ同等であり、安全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21日(土) 10:35 ~ 11:30 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 32　高齢者に対する大腸癌治療戦略 2
座長：小澤 平太（宇都宮記念病院）

[O32-2] 根治切除を行った高齢者大腸癌患者における予後予測因子としてのCALLY indexの有用性

*市原 もも子[1]、小森 孝通[1]、辻野 将生[1]、早瀬 志門[1]、加藤 雅也[1]、麻本 翔子[1]、加藤 一哉[1]、住本 知子[1]、橋本 和彦[1]、岸 健太郎[1]、福永 睦[1] (1. 兵庫県立西宮病院)

【背景・目的】近年、いくつかの癌種における新しい予後因子として術前CRP-albumin-lymphocyte index（以下CALLY index=血中アルブミン濃度×血中リンパ球数/CRP×104）の有用性が報告されてきている。しかしながら高齢者のみを対象とした報告は未だ少ない。今回、我々は80歳以上の大腸癌患者においてCALLY indexが予後に影響するか否かを検討した。
【方法】2020年1月から2024年5月に当科で大腸癌に対して手術を行った478例のうち、80歳以上・腹腔鏡下もしくはロボット支援手術・非緊急手術・R0手術・pStageI/II/III症例であった98例を対象とした。ROC解析を行いカットオフ値を定め、患者をHigh群、Low群の2群に分け周術期結果・病理学的因子・無再発生存期間(RFS)・全生存期間(OS)の相関について検討した。
【結果】全98例の患者背景として、年齢中央値は83.5歳、男性48/女性50例、BMI中央値は21.9kg/m2、CALLY indexの中央値は3.2であった。CALLY index のカットオフ値は1.9（曲線下面積=0.64）、High群は58例、Low群は40例であった。術式は、回盲部切除術27例/結腸右半切除術19例/拡大右半結腸切除術6例/結腸左半切除術1例/結腸部分切除術11例/S状結腸切除術11例/高位前方切除術5例/低位前方切除術10例/ハルトマン手術5例/腹会陰式直腸切断術3例であった。High群とLow群で性別・BMI・ASA-PS・pStageに有意差は認めなかったが、High群の方がLow群より、有意に年齢が低く(p=0.03)、術前CEA・CA19-9は共に有意に低かった(各々p<.0001, 0.03)。術後合併症有無・術後在院日数について有意差は認めなかった。予後については、High群の方がLow群よりもRFS・OSともに有意に良好であった（それぞれp=0.007、p=0.003）。また、DFSにおける多変量解析では、CALLY index 1.9未満は独立した予後リスク因子であった(p=0.04)。
【結語】高齢者大腸癌患者における術前CALLY index 1.9未満は予後予測因子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21日(土) 10:35 ~ 11:30 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 32　高齢者に対する大腸癌治療戦略 2
座長：小澤 平太（宇都宮記念病院）

[O32-3] ASA-PS 3以上の大腸癌手術における短期成績の検討：85歳以上高齢者と85歳未満患者の比較

*白川 智沙斗[1]、松本 陽[1]、目谷 勇貴[1]、佐々木 明洋[1]、沢田 尭史[1]、脇坂 和貴[1]、石黒 友唯[1]、折茂 達也[1]、長靖[1]、田原 宗徳[1]、秦 庸壮[1]、本間 重紀[1] (1. JA北海道厚生連　札幌厚生病院)

【背景】
高齢化に伴い、全身状態不良患者に対する大腸癌手術の機会は増加している。術前評価としてASA Physical Status（ASA-PS）分類が広く用いられるが、ASA 3以上の高齢患者における周術期成績に関する報告は限られている。
【目的】
当院におけるASA 3以上の大腸癌手術症例を対象とし、85歳以上（高齢者群）と85歳未満（非高齢者群）における周術期因子や短期成績について検討する。
【対象と方法】
2020年1月から2024年12月に当院で結腸癌・直腸癌に対し手術を施行したASA 3以上の131例を対象とした。85歳以上を高齢者群（36例）、85歳未満を非高齢者群（95例）とし、患者背景、手術因子、周術期成績を後方視的に比較検討した。
【結果】
患者背景では、高齢者群で女性が有意に多かった（66.7% vs 36.8%、P=0.003）。手術アプローチ（開腹／腹腔鏡／ロボット）は両群間で差を認めなかった。手術因子では、高齢者群でD3郭清施行率が低く（52.8% vs 79.0%、P=0.005）、手術時間は短かった（中央値188分 vs 253分、P=0.004）。出血量および術後合併症発生率（Clavien-Dindo ≧III：8.3% vs 9.5%）に差はなかった。一方、術後在院日数は高齢者群で延長し（中央値20日 vs 12日、P=0.004）、自宅退院率は有意に低かった（69.4% vs 98.9%）。生存成績はOS（P=0.34）、RFS（P=0.72）ともに差を認めなかった。
【結語】
ASA 3以上の高齢大腸癌患者に対しては、郭清範囲の縮小や手術時間短縮といった低侵襲化により、合併症を増加させることなく安全に手術施行可能であった。一方で、自宅退院率の低下および在院日数の延長を認めており、術後回復支援や退院支援を含めた周術期管理の最適化が重要である。

©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21日(土) 10:35 ~ 11:30 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 32　高齢者に対する大腸癌治療戦略 2
座長：小澤 平太（宇都宮記念病院）

[O32-4] 超高齢者大腸癌患者における患者評価指標を用いた術後自宅退院困難の術前予測

*松本 弥生[1]、木下 正一[1]、橋本 悠平[1]、武田 友希[1]、南 永里加[1]、佐多 律子[1]、中谷 充宏[1]、鬼頭 祥悟[1]、中川 顕志[1]、加藤 達史[1]、久下 博之[1]、向川 智英[1] (1. 大和高田市立病院)

近年、「85歳問題」が注目される中、超高齢者大腸癌患者は増加傾向にある。超高齢者は虚弱で併存疾患が多く、手術侵襲により療養型病院や施設への退院を余儀なくされる症例も少なくない。そこで今回、患者評価指標と自宅退院困難症例との関連性から、これらの指標を用いた術前評価の有用性について検討した。
【対象と方法】
2015年から2025年までに当科で原発巣切除術を施行した85歳以上の超高齢者大腸癌患者87例を対象とした。指標は修正虚弱指数（mFI-11）、予後栄養指数（PNI）、米国麻酔科学会全身状態分類（ASA-PS）、日常生活動作(ADL)指標（Barthel Index : BI）を用いて評価した。カットオフ値はmFI-11＞2、PNI＜40、ASA-PS≧3、BI＜60とした。自宅から入院し施設または病院へ退院したものを自宅退院困難例とした。
【結果】
患者背景は年齢中央値が88歳（85–95歳）女性が53名(61%)、結腸癌/直腸癌が66/21例であった。fStage I/II/III/IVは17/27/29/14例であり、ストマ造設は13例（15%）に施行された。術後合併症はClavien-Dindo分類 II 以上が19例(22%)、術後在院日数中央値が15日（7–100日）であった。
入院経路は自宅（転院含む）/施設が82/5例、退院経路は自宅/施設または病院が69/18例であった。このうち、自宅退院困難症例は14例(16%)であった。
自宅退院困難例では、その他の症例と比較してストマ造設率が高率であった（35.7% vs. 11.0%、p＝0.032）。一方で、C-D分類II以上の術後合併症発症率やfStage IV症例の割合に有意差は認めなかった。また、退院時のADL低下(BI<60)率が高率であった(85.7% vs. 21.9%、p<.001)。
各指標はいずれも単独で有意に自宅退院困難を予測でき、mFI-11：24.5%(p=0.015)、PNI：29.7%(p<.001)、ASA-PS：33.3%(p=0.009)、BI：34.4%(p<.001)だった。更に指標を組み合わせることでより正確に予測可能となり、最も高く予測できたのが、PNI+ASA-PS＋BI：58.3%(p＜.001)であった。
【結語】
超高齢者大腸癌患者において、患者評価指標は自宅退院困難例の予測に有用であった。いずれの指標も簡便に実施できるため、治療方針や意思決定の一助となり得ると考えられた。

©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21日(土) 10:35 ~ 11:30 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 32　高齢者に対する大腸癌治療戦略 2
座長：小澤 平太（宇都宮記念病院）

[O32-5] 高齢者StageIII大腸癌における補助化学療法の有効性とCAPOX療法の安全性の検討

*近藤 賢史[1]、原 鐵洋[1]、香山 茂平[1]、川相 紘平[1]、宮首 翔馬[1]、森 政悠[1]、山口 拓朗[1]、河毛 利顕[1]、杉山 陽一[1]、田﨑 達也[1]、中光 篤志[1]、佐々木 秀[1] (1. 広島県厚生農業協同組合連合会JA広島総合病院外科)

背景：高齢者に対する補助化学療法は個々の状態を考慮して行われるが、有効性や安全性に関するエビデンスは限定的である。
目的：当院のStageIII大腸癌における補助化学療法の有効性および高齢者に対するCAPOX療法の安全性を検討する。
対象・方法：2017年4月～2023年3月のPS0–1の171例（高齢60例、非高齢111例）を対象とした。後ろ向きに再発危険因子をCox比例ハザードモデルで解析した。さらにCAPOX療法施行例において投与量（RDI）、完遂率および有害事象を比較検討した。
結果：全再発イベントは48例であった。補助化学療法は再発リスク低下と関連する因子であり、年齢は有意な因子とはならなかった。高齢群では補助化学療法施行割合が低い傾向であった。CAPOX療法の検討では、高齢群でカペシタビンのRDIは低い傾向であったが、オキサリプラチンの投与強度および累積投与量は維持されていた。完遂率および有害事象の発生割合に有意差は認めなかった。
結論：高齢者においても全身状態を考慮したうえで、CAPOX療法は選択肢となり得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21日(土) 10:35 ~ 11:30 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 32　高齢者に対する大腸癌治療戦略 2
座長：小澤 平太（宇都宮記念病院）

[O32-6] 高齢者pStageIII大腸癌 の術後補助化学療法の検討

*舩津屋 拓人[1]、田 鍾寛[1]、皆川 結明[1]、額田 卓[2]、大矢 浩貴[1]、江畑 信孝[1]、武井 将伍[2]、前橋 学[2]、太田 絵美[2]、渥美 陽介[1]、風間 慶祐[1]、沼田 正勝[2]、小澤 真由美[2]、諏訪 宏和[3]、菅野 伸洋[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学附属病院消化管外科学、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. 横須賀共済病院外科)

【背景】高齢者に対する術後補助化学療法の安全性・有効性は明らかではない.
【方法】2013年1月～2022年12月に当院関連2施設で治癒切除を施行した70歳以上のpStageIII症例 423例を対象とした．術後補助化学療法施行群（AC群　137例）と非施行群（nAC群　286例）に分け, 年齢, 性別, 腫瘍局在, Clavien Dindo Grade II 以上の合併症, high risk(pT4,pN2のいずれか)を因子として, 傾向スコアマッチングを行い, 症例を抽出した.抽出された症例を基に, 臨床病理学的因子および予後について後方視的に比較検討した.
【結果】
マッチングの結果, 両群102例ずつが抽出された.
ECOG-PS=0の症例は90.2% vs 80.4%（p=0.05）であり, 有意にAC群でECOG-PSが良好であった.
背景疾患に関しては, 高血圧53.9% vs. 52.0%（p=0.78）, 糖尿病22.5% vs. 26.5%（p=0.52）, 心疾患10.8% vs. 16.7%（p=0.22）といずれも有意差はなかった. eGFRの中央値は67.0[58.5-75.9] ml/分/m2 vs. 66.5[52.9-73.8] ml/分/m2（p=0.17）と有意差はなかった.
アルブミンの中央値は4.2[3.9-4.5]g/dL vs. 4.1[3.9-4.3]g/dL（p=0.02）, PNI（10×血清アルブミン値 + 0.005 × 総リンパ球数）の中央値は50.1[46.8-53.7] vs. 48.5[45.3-52.3]（p=0.04）といずれもAC群で有意に高かった. BMIの中央値は23.1[21.4-25.2]kg/m2 vs. 23.0[20.6-25.3]kg/m2（p=0.57）と有意差はなかった.
術後入院期間の中央値は8[6-13]日 vs. 8[6-13]日（p=0.38）, 出血量の中央値は10[0-42]ml vs. 5[0-26]ml（p=0.11）と有意差はなかった.
AC群のレジメンはCAPOX 65例, UFT/LV 19例, Capecitabine 18例であり, 完遂率は76.5%だった.
観察期間中央値はAC群51.5ヶ月 vs. nAC群42ヶ月で，3年無再発生存率は77.4% vs. 78.0%（p=0.45）, 3年生存率は90.7% vs. 89.9%（p=0.88）でどちらも有意差はなかった.
【結論】高齢者において術後補助化学療法施行の有無で, 3年無再発生存率, 3年生存率のどちらも有意差を認めなかった. 術後補助化学療法はECOG-PSや栄養状態が良好な症例に施行される傾向にあったが, 必ずしも予後に直結しない可能性が考えられ, 適応は症例ごとに検討すべきである.

©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21日(土) 10:35 ~ 11:30 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 32　高齢者に対する大腸癌治療戦略 2
座長：小澤 平太（宇都宮記念病院）

[O32-7] 80歳以上の高齢者に対する大腸癌腹腔鏡下手術の治療成績の検討

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

【背景】
高齢者に対する大腸癌手術は年々増加しており、当院でも80歳以上の高齢者に対する大腸癌手術の件数は増加傾向である。しかし高齢者に対する腹腔鏡下大腸癌の治療成績や安全性については一定の見解を得られていない。

【目的】
80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を検討し、その妥当性および安全性を明らかにする。

【対象・方法】
2010年4月から2025年6月に大腸癌に対して、耐術可能と判断し、腹腔鏡下根治切除術を施行した大腸癌手術症例1430例について、80歳以上（O群）の284例（19.9%）と80歳未満（Y群）1146例（80.1%）における、患者背景因子や手術因子、術後成績について後方視的に比較検討した。

【結果】
患者背景因子に関して、年齢中央値はO群84歳（80-100歳）、Y群67歳（21-79歳）で、男性はO群：Y群で50.4%：56.7%（p=0.06）だった。糖尿病は20.8%：17.5%（p=0.36）と有意差を認めなかったが、ASA-PS 3以上は15.8%：6.3%（p<0.01）、高血圧は56.3%：37.1%（p<0.01）、心疾患は18.0%：11.1%（p<0.01）と有意差を認めた。手術因子では、手術時間は227.9分：246.7分（p<0.01）とO群で短時間だったが、出血量は58.1mL：86.9mL（p=0.29）、人工肛門造設の割合は6.4%：8.4%（p=0.33）と有意差を認めなかった。また、ハルトマン手術を選択した症例に関しても2.5%：1.2%（p=0.09）と有意差は認めなかった。術後成績では、術後合併症発生率は8.8%：9.3%（p=0.91）、Clavien-Dindo分類Grade3以上では3.9%：5.4%(p=0.37)といずれも有意差を認めず、その内訳についてもSSI（1.1%：1.8%、p=0.45）、縫合不全（0.7%：1.9%、p=0.20）、肺炎（0.4%：0.3%、p=0.59）、せん妄（1.1%：0.2%、p=0.06）と有意差を認めなかった。術後在院日数は10.2日：10.5日（p=0.65）と有意差を認めなかった。5年生存率は82.5%：87.9%（p=0.003）と有意差を認めたが、5年無再発生存率は85.7%：83.9%（p=0.466）と有意差を認めなかった。

【結語】
耐術可能な80歳以上の高齢者に対する腹腔鏡下大腸癌手術は、術後合併症発生率を増加させずに安全に実施可能であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月21日(土) 14:35 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）

一般演題（口演） 33　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略２

座長：浜本 康夫（東京科学大学臨床腫瘍学分野）

[O33-1] 大腸癌におけるprecision medicineは実現しているのか？―CGPの結果到達率と治療実装の実態―

*和田 範子[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[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]、佐藤 太郎[2] (1. 大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学、2. 大阪大学附属病院がんゲノム医療センター)

[O33-2] 大腸癌におけるコンパニオン診断と包括的がんゲノムプロファイリング検査の不一致に関する検討

*中野 麻恵[1,2]、島田 能史[1,2]、田中 裕太郎[2]、末森 理美[2]、大関 瑛[2]、安部 舜[2]、宗岡 悠介[2]、廣瀬 雄己[2]、石川 博補[2]、加納 陽介[2]、市川 寛[2]、滝沢 一泰[2]、中野 雅人[2]、坂田 純[2]、中川 悟[3]、横山 直行[4]、谷 達夫[5]、小林 由夏[6]、若井 俊文[1,2] (1. 新潟大学医歯学総合病院ゲノム医療部、2. 新潟大学大学院医歯保健学研究科消化器・一般外科学分野、3. 新潟県立がんセンター新潟病院消化器外科、4. 新潟市民病院消化器外科、5. 長岡赤十字病院消化器外科、6. 長岡中央綜合病院腫瘍内科)

[O33-3] 切除不能進行・再発大腸癌におけるFTD/TPI＋Bevacizumab療法の検討：Bevacizumabの投与継続と治療成績の関連

*月田 智也[1,2]、渋谷 雅常[1]、丹田 秀樹[1]、関 由季[1]、笠島 裕明[1]、前田 清[1]、西村 潤也[2]、井関 康仁[2]、福岡 達成[2]、西居 孝文[2] (1. 大阪公立大学大学院医学研究科消化器外科学、2. 大阪市立総合医療センター消化器外科)

[O33-4] 切除不能局所進行再発大腸癌に対する薬物療法中止基準としての栄養指標の有用性

*関 由季[1]、渋谷 雅常[1]、遠藤 秀生[1]、月田 智也[1]、丹田 秀樹[1]、内藤 信裕[1]、小澤 慎太郎[1]、大森 威来[1]、多田 隆馬[1]、西山 毅[1]、米光 健[1]、福井 康裕[1]、笠島 裕明[1]、福岡 達成[2]、前田 清[1] (1. 大阪公立大学大学院消化器外科学、2. 大阪市立総合医療センター消化器外科)

[O33-5] 直腸癌再発化学療法中に傍ストマ静脈瘤から出血を来した1例

*水谷 千佳[1,2]、加藤 京[2]、外村 俊平[2]、杉江 雄斗[2]、横井 亮磨[2]、村瀬 佑介[2]、鷹尾 千佳[2]、浅井 竜一[2]、田島 ジェシー雄[2]、松橋 延壽[2] (1. 岐阜大学大学院医学系研究科 消化器外科・小児外科学 がん先端治療国際地域支援講座、2. 岐阜大学外科学講座 消化器外科・小児外科学分野)

[O33-6] 大腸癌腹膜播種に対するcytoreductive surgery　～手術適応を長期生存例から検討する～

*今神 透[1]、大江 康光[1]、松永 隆志[1]、平田 篤史[1]、寒川 玲[1]、安 炳九[1]、戸川 剛[1]、高尾 信行[1]、水本 明良[1] (1. 淡海医療センター消化器外科・腹膜播種センター)

[O33-7] 当院におけるMSI-high大腸癌の臨床病理学的特徴と周術期予後の検討

*原 鐵洋[1]、香山 茂平[1]、川相 紘平[1]、宮首 翔馬[1]、森 政悠[1]、近藤 賢史[1]、河毛 利顕[1]、山口 拓朗[1]、杉山 陽一[1]、田崎 達也[1]、中光 篤志[1]、佐々木 秀[1] (1. JA広島総合病院一般外科治療センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 14:35 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）
一般演題（口演） 33　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 2
座長：浜本 康夫（東京科学大学臨床腫瘍学分野）

[O33-1] 大腸癌におけるprecision medicineは実現しているのか？―CGPの結果到達率と治療実装の実態―

*和田 範子[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[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]、佐藤 太郎[2] (1. 大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学、2. 大阪大学附属病院がんゲノム医療センター)

【背景】 大腸癌においてはバイオマーカーに基づく個別化治療が進んでいるが、実臨床におけるがんゲノムプロファイリング（CGP）検査の最適な導入時期や治療到達率は十分に明らかではない。そこで当院における大腸癌CGP施行症例の解析を通じ、実臨床での有用性と課題を検討した。
【方法】 2019年9月から2026年2月に当院でCGPを施行した結腸・直腸癌症例168例を対象とし、患者背景、検査から結果説明までの期間、既知情報との乖離、および実際の治療到達率を後方視的に検討した。
【結果】 解析対象は168例で、年齢中央値は63歳(12-85歳)、CGP施行時の治療ライン数は3次治療以降が62%に及んでいた。検査オーダーから結果説明までの日数は中央値77日(42-551日)であった。結果説明に至った症例は155例(93%)で、説明に至らなかった13例(7%)の主な理由はPS低下(8例)、死亡(2例）であった。RAS、BRAF、MSIの多くはCGP施行前に既に判明しており、CGPによる新規同定は限定的であった。RAS変異がないことが判明したのが3例、BRAF変異は新たに4例が同定されたが、治療方針の変更に至った症例は、RASで1例、BRAFで2例にとどまった。MSI-H症例では2例が新規同定されたが、1例はエキスパートパネル施行前に死亡し治療機会を逸していた。HER2増幅は7例で新規同定され、2例で抗HER2療法が導入された。受け皿試験の対象ともなりうるエベロリムスに紐づく遺伝子異常は38例(23%)に認められたが、他のdriver遺伝子変異の併存、紹介元での標準治療の継続やPS低下のため、投与に至った症例は認めなかった。エキスパートパネルを経て新規遺伝子異常に基づく治療に実際に到達した症例は7例(4%)に留まった。
【結論】 大腸癌におけるCGPは新規治療標的の同定に一定の役割を有するものの、実臨床において治療介入に至る割合は4%と低率であり、precision medicineの実装は限定的である可能性が示唆された。結果説明前に臨床的機会を逸する症例も存在しており、検査導入時期の最適化と治療アクセスの改善が必要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 14:35 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）
一般演題（口演） 33　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 2
座長：浜本 康夫（東京科学大学臨床腫瘍学分野）

[O33-2] 大腸癌におけるコンパニオン診断と包括的がんゲノムプロファイリング検査の不一致に関する検討

*中野 麻恵[1,2]、島田 能史[1,2]、田中 裕太郎[2]、末森 理美[2]、大関 瑛[2]、安部 舜[2]、宗岡 悠介[2]、廣瀬 雄己[2]、石川 博補[2]、加納 陽介[2]、市川 寛[2]、滝沢 一泰[2]、中野 雅人[2]、坂田 純[2]、中川 悟[3]、横山 直行[4]、谷 達夫[5]、小林 由夏[6]、若井 俊文[1,2] (1. 新潟大学医歯学総合病院ゲノム医療部、2. 新潟大学大学院医歯保健学研究科消化器・一般外科学分野、3. 新潟県立がんセンター新潟病院消化器外科、4. 新潟市民病院消化器外科、5. 長岡赤十字病院消化器外科、6. 長岡中央綜合病院腫瘍内科)

【背景】切除不能再発進行大腸癌の薬物療法において、*RAS*・*BRAF*V600E検査、マイクロサテライト不安定性（MSI）検査、HER2検査は重要な治療選択バイオマーカーである。近年、包括的がんゲノムプロファイリング（CGP）検査の普及に伴い、コンパニオン診断との結果不一致を経験する機会がある。
【目的】大腸癌におけるコンパニオン診断とCGP検査の不一致について検討する。
【対象と方法】2020年1月～2025年7月までに、がんゲノム医療連携病院を含む当院でエキスパートパネルを実施した大腸癌309例（肉腫を除く）を対象とした。CGP検査前に実施されたコンパニオン診断（*RAS*・*BRAF*・MSI・HER2検査）とCGP検査結果を比較した。HER2検査は、HER2阻害薬投与を前提として実施されることから、HER2未検査で*RAS*、*BRAF*、MSI検査のみ施行済み症例もコンパニオン診断実施例として扱った。また、コンパニオン診断でHER2陽性（HER2-IHC 3+またはHER2-FISH陽性）の場合、CGP検査でERBB2増幅を認めた場合を一致と判定した。
【結果】コンパニオン診断とCGP検査結果が一致した症例は260例（84.1%）、不一致は48例（15.5%）、判定不能は1例であった。不一致の内訳は、新たな遺伝子変異の追加が26例、コンパニオン診断で検出されていた遺伝子変異の消失が16例、コンパニオン診断とCGP検査で検出遺伝子または遺伝子バリアントの相違が6例、判定不能例は、コンパニオン診断でMSI-Highであったが、GenMineTOPでMSIが解析対象外であった1例であった。
【結語】本研究では、コンパニオン診断とCGP検査の不一致を15.5%に認めた。空間的腫瘍内不均一性や経時的腫瘍内不均一性が不一致の一因である可能性が考えられたが、本研究では使用検体の詳細な検討は行えていない。CGP検査結果の解釈においては、コンパニオン診断結果や検体採取時期を含めた総合的評価が重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 14:35 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）
一般演題（口演） 33　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 2
座長：浜本 康夫（東京科学大学臨床腫瘍学分野）

[O33-3] 切除不能進行・再発大腸癌におけるFTD/TPI＋Bevacizumab療法の検討：Bevacizumabの投与継続と治療成績の関連

*月田 智也[1,2]、渋谷 雅常[1]、丹田 秀樹[1]、関 由季[1]、笠島 裕明[1]、前田 清[1]、西村 潤也[2]、井関 康仁[2]、福岡 達成[2]、西居 孝文[2] (1. 大阪公立大学大学院医学研究科消化器外科学、2. 大阪市立総合医療センター消化器外科)

【目的】
切除不能進行・再発大腸癌（mCRC）の後方ラインにおいて、FTD/TPI＋ベバシズマブ（Bev）療法は重要な選択肢の一つであるが、フロントライン治療で使用された抗VEGF抗体製剤の使用による累積的な腎毒性から、本治療中に高度な蛋白尿を発症し、Bevの休薬や中止を余儀なくされることも少なくない。本研究は、Bevの投与量不足が臨床成績に与える影響を調査することが目的である。
【方法】
2016年4月から2025年5月に当院で本療法を施行したmCRC患者104例を対象とした。ROC解析よりBevの相対用量強度（RDI）のカットオフ値を70%に設定し、70%以上を十分量投与群（SD群）、70%未満を投与量不足群（ID群）に分類した。両群の無増悪生存期間（PFS）、全生存期間（OS）、病勢コントロール率（DCR）を比較し、Bevの投与継続の阻害要因を後方視的に解析した。
【結果】
SD群は75例、ID群は29例であった。年齢、性別、ECOG-Performance status (PS)、RASステータス、転移臓器数、原発巣の局在、などの患者背景には有意差は認めなかった。SD群のPFS(中央値：131日)はID群のPFS(中央値：70日)と比較して有意に良好であった(p=0.001)。同様にOSに関してもSD群(中央値：243日)はID群(中央値：184日)と比較して有意に良好であった(p=0.045)。DCRもSD群がID群よりも高かった(46.7 vs. 20.7%, P=0.038)。2群間でFTD/TPIのRDIに有意差は認めなかった(85% vs. 75%, p=0.29)。Bevの休薬の最も多かった原因は蛋白尿であったが、前治療における高度な蛋白尿(定性3+以上)の出現はFTD/TPI＋Bev療法中の高度な蛋白尿(定性３＋以上)の出現と有意に相関した(p<0.001)。前治療で高度の蛋白尿を呈した症例ではFTD/TPI＋Bev療法の導入早期より高度の蛋白尿が出現する傾向にあった。
【考察と結論】
mCRCに対するFTD/TPI＋Bev療法において、十分な併用効果を得るためにはBevの投与量を一定以上に保つ必要がある。Bev継続を阻害する主因は蛋白尿であり、前治療での高度蛋白尿既往が強力な予測因子であったことから、本療法のベネフィットを最大化するためには導入後の厳密な管理に加え後治療を見据えたフロントラインからのシームレスな蛋白尿マネジメントが極めて重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 14:35 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）
一般演題（口演） 33　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 2
座長：浜本 康夫（東京科学大学臨床腫瘍学分野）

[O33-4] 切除不能局所進行再発大腸癌に対する薬物療法中止基準としての栄養指標の有用性

*関 由季[1]、渋谷 雅常[1]、遠藤 秀生[1]、月田 智也[1]、丹田 秀樹[1]、内藤 信裕[1]、小澤 慎太郎[1]、大森 威来[1]、多田 隆馬[1]、西山 毅[1]、米光 健[1]、福井 康裕[1]、笠島 裕明[1]、福岡 達成[2]、前田 清[1] (1. 大阪公立大学大学院消化器外科学、2. 大阪市立総合医療センター消化器外科)

【背景】悪液質は切除不能進行再発大腸癌(Metastatic colorectal cancer: mCRC)の予後不良因子であり全生存期間（Overall Survival: OS）短縮と有意に関連する。終末期の不可逆的悪液質は、治療抵抗性、高度異化状態、全身状態不良を背景とし予測予後3ヶ月未満とされる。この段階での薬物療法は有害事象により患者の生活の質を低下させるだけで有益性が乏しい可能性があるが、どのタイミングでBest Supportive Care(BSC)へ移行するかは明確な基準がない。今回、薬物療法中止のタイミングを客観的に評価する一助としての栄養指標の有用性に関して検討した。【方法】対象は2016年9月～2026年3月に当院でmCRCに対し薬物療法を施行しBSCを選択した72例。BSC決定時の免疫栄養指数として血清アルブミン濃度(ALB)、Neutrophile-lymphocyte Ratio(NLR)、Prognostic Nutritional Index(PNI)、Geriatric Nutritional Risk Index(GNRI)、Cachexia Index(CXI)を算出し、BSC決定時からの予後、また決定後90日未満での癌死との関連を調査した。各指標はBSC決定時の血液検査、直前のCT画像より算出した。NLR=好中球数/リンパ球数、PNI＝10×ALB＋0.005×末梢リンパ球数、GNRI＝14.89×ALB＋41.7×現在体重/理想体重、CXI=腸腰筋指数(腸腰筋面積/身長2[cm2/m2])×ALB(g/dL)/NLR。腸腰筋面積はCT画像解析システムで測定した。BSC決定後90日未満の死亡群を短期生存群、90日以上での死亡群を長期生存群とした。各指数のカットオフ値は90日未満での死亡をエンドポイントとしROC曲線を用いて設定した。【結果】短期生存群は53例、長期生存群は19例。BSC決定時のALB、NLR、PNI、CXI は短期生存群で有意に不良だった。(中央値3.3g/dl vs.2.9 g/dl, p=0.008, 中央値3.1 vs.4.6, p=0.025, 中央値41.4 vs.34.4 , p=0.005, 中央値:5.43 vs.3.02, p=0.004)。カットオフ値はALBが2.9 g/dl、CXIが 3.50であり、ALB低値群、CXI低値群においてBSC決定時からのOSは有意に短かった (中央値33日vs.59日, p=0.024, 中央値35日vs.65日, p=0.006)。【結論】各指標の精度に関しては検討を重ねる必要があるが、mCRCにおいて薬物療法中止のタイミングの客観的評価として免疫栄養指数が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21日(土) 14:35 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）
一般演題（口演） 33　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 2
座長：浜本 康夫（東京科学大学臨床腫瘍学分野）

[O33-5] 直腸癌再発化学療法中に傍ストマ静脈瘤から出血を来した1例

*水谷 千佳[1,2]、加藤 京[2]、外村 俊平[2]、杉江 雄斗[2]、横井 亮磨[2]、村瀬 佑介[2]、鷹尾 千佳[2]、浅井 竜一[2]、田島 ジェシー雄[2]、松橋 延壽[2] (1. 岐阜大学大学院医学系研究科 消化器外科・小児外科学 がん先端治療国際地域支援講座、2. 岐阜大学外科学講座 消化器外科・小児外科学分野)

【症例】52歳男性、7年前に直腸癌に対し腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術＋D3郭清施行、Rb,type2,ypT3(A),ypN0,Mm,fStage Ⅱ a(ypPM0(160mm)DM(35mm),ypRM0,CurA,Grade2であった。術後3年10カ月で傍大動脈リンパ節再発をきたし、FOLFOX＋Pmab施行、病勢悪化でFOLFIRI＋RAMへレジメン変更し治療中であった。16コース目day8に全身倦怠感を主訴に来院、高度貧血の進行を認め、緊急入院となった。来院時にHR88bpm BP160/84mmHg, SpO2 96%(RA) BT36.6度とバイタルは安定していたものの、眼瞼結膜蒼白、腹部膨満、上下肢浮腫を認めた。ストマ浮腫およびパウチ暗赤色の排液を認めた。腹部CTでストマ部に下腸間膜静脈から連続する拡張した静脈および腹水の急激な増加を認め、血液検査で高度な貧血の進行を認めた。ストマ静脈瘤であり出血源として矛盾しない所見と判断し、当院放射線科と相談しIVR治療を行う方針とした。超音波ガイド下に傍ストマから拡張した静脈瘤へ直接穿刺を行い、下腸間膜静脈から連続する病変部を造影、静脈瘤に対し塞栓術を施行した（コイル＋5%EOI＋NBCA併用）。術後同日より傍ストマ出血は再燃なく経過し、ストマ浮腫も改善を認めた。またアルブミン製剤投与および利尿剤による腹水コントロールを行った結果腹水も改善し術後10日目で退院となった。治療1カ月後の腹部ＣＴで傍ストマ静脈瘤の造影増強効果は認めず良好な塞栓効果を継続、腹水は肝表にわずかに残存するのみにまで改善を確認し、FOLFIRIによる化学療法再開、現在も治療継続中である。【考察】傍ストマ静脈瘤による出血は比較的稀ながら重篤な合併症であり、画像診断と血管塞栓術を用いた治療が有効であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 14:35 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）
一般演題（口演） 33　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 2
座長：浜本 康夫（東京科学大学臨床腫瘍学分野）

[O33-6] 大腸癌腹膜播種に対するcytoreductive surgery　～手術適応を長期生存例から検討する～

*今神 透[1]、大江 康光[1]、松永 隆志[1]、平田 篤史[1]、寒川 玲[1]、安 炳九[1]、戸川 剛[1]、高尾 信行[1]、水本 明良[1] (1. 淡海医療センター消化器外科・腹膜播種センター)

【背景】
海外では大腸癌腹膜播種に対するcytoreductive surgery (CRS)は治療選択肢の一つとして位置づけられている一方で、本邦では普及していない。その一因として、どのような症例に対して手術をするべきか、という点が明確でないことが挙げられる。当院では大腸癌腹膜播種に対して積極的にCRSを施行し、その治療成績を報告してきた。今回我々は、当院でCRSを施行し長期生存を得ている症例を集積し、その臨床所見を検討することとした。
【対象と方法】
2019年8月から2022年1月の2年6か月間に、当院にてCRSを施行した大腸癌腹膜播種の70例を対象とした。CRSの術中にPeritoneal cancer index (PCI)を算出した。手術時の腫瘍の遺残についてはcompleteness of cytoreduction (CC) scoreを用いて評価した（CC-0;肉眼的残存腫瘍なし）。また、3年以上生存を得た症例を抽出し比較検討を加えた。
【結果】
対象の70例では、年齢60歳で、男性36例女性34例であった。右側結腸が40例、左側結腸と直腸があわせて30例であった。腫瘍マーカーはCEA 10.95μg/mL、CA19-9 34.7 U/mLであった。PCIは14点で、CC-0が40例(57.1%)に得られていた。このうち、3年以上の生存が得られたのは16例(22.9%)であった。この16例においては、年齢57歳で男性10例女性6例であった。右側結腸が9例で左側結腸・直腸が7例であった。CEA 3.95μg/mL、CA19-9 24.7 U/mL、PCI 9点、CC-0が15例(93.8%)であった。CEAが低い、PCIが低い、CC-0が達成できる、これらが3年以上の生存に関して良好な因子であった。
【結語】
予後不良とされる大腸癌腹膜播種であるが、CRSにより長期の生存が得られる症例が存在する。3年生存した症例をみるとCEA正常、PCI<10、CC-0が達成できる、ということが手術適応の一つの目安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) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 14:35 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）
一般演題（口演） 33　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 2
座長：浜本 康夫（東京科学大学臨床腫瘍学分野）

[O33-7] 当院におけるMSI-high大腸癌の臨床病理学的特徴と周術期予後の検討

*原 鐵洋[1]、香山 茂平[1]、川相 紘平[1]、宮首 翔馬[1]、森 政悠[1]、近藤 賢史[1]、河毛 利顕[1]、山口 拓朗[1]、杉山 陽一[1]、田崎 達也[1]、中光 篤志[1]、佐々木 秀[1] (1. JA広島総合病院一般外科治療センター)

【背景・目的】 切除不能進行・再発大腸癌におけるMicrosatellite instability（MSI)-highの頻度は約4%と報告されている。近年、免疫チェックポイント阻害薬（ICI）の登場によりその治療成績は向上したが、一方で周術期におけるMSIステータスの予後規定因子としての意義については、症例ごとの詳細な検討が求められている。
【方法】 2021年4月から2025年3月までに当院でMSI検査を施行した236例を対象とした。このうち、根治切除を施行したハイリスクStage II（29例）とStage III（51例）の計80例（MSS群67例、MSI-high群13例）について、臨床背景および予後を比較検討した。なお、Stage IIのハイリスク因子はT4、閉塞・穿孔、組織型、高度脈管侵襲と定義した。
【結果】 臨床背景としてはMSI-high群はMSS群と比較し、右側結腸癌（92.3% vs 44.3%, p=0.0005）、およびtub1/2以外の組織型（69.2% vs 9.0%, p<0.0001）を有意に多く認めた。術後化学療法はMSS群でMSI-high群に対し，施行率は有意に高かった（76.1% vs 23.1%; p=0.0003）. 予後解析において、症例数が限定的ではあるがMSI-high群の3年無再発生存率（RFS）および3年全生存率（OS）はいずれも100%であり、MSS群（3年RFS 61%, 3年OS 88%）に対し良好であった。特にT4症例やIDEA高リスク相当（T4 or N2）の予後不良群においても、MSI-high群では再発を認めず、MSS群（3年RFS 50% および 49%）と比較し良好な経過を維持していた。
【考察・結語】 当院の検討においてMSI-high大腸癌は病理学的な高リスク因子を有する場合でも術後予後は極めて良好であった。Stage II/III大腸癌の周術期治療戦略において、MSIステータスに基づいたリスク評価は、術後化学療法の回避や治療個別化の観点から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) | 内科・外科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 34　炎症性腸疾患 5

座長：小林 拓（北里大学北里研究所病院 炎症性腸疾患先進治療センター）

[O34-1] IBD関連脊椎関節炎の診療科連携と診療の実際

*清原 裕貴[1]、三上 洋平[1]、杉本 真也[1]、吉松 裕介[1]、近藤 泰[2]、筋野 智久[3]、髙林 馨[4]、細江 直樹[5]、岩男 泰[5]、金子 祐子[2]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学(消化器)、2. 慶應義塾大学医学部内科学(リウマチ膠原病)、3. 慶應義塾大学医学部坂口光洋記念講座消化器生体機能多次元解析講座、4. 慶應義塾大学医学部内視鏡センター、5. 慶應義塾大学予防医療センター)

[O34-2] 感染性胃腸炎診断に対するリンパ球数測定の有用性の検討

*野口 光徳[1] (1. 野口胃腸内科医院)

[O34-3] 当科における小児IBD診療の現状と課題

*藤本 浩輔[1]、小山 文一[1,2]、井上 隆[1]、岩佐 陽介[1,2]、高木 忠隆[1]、田村 昂[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)

[O34-4] 重症潰瘍性大腸炎における術前腸管超音波所見と切除腸管の全層病理所見との比較

*三好 潤[1]、森久保 拓[1]、林 玲匡[2]、小松 悠香[1]、米澤 広美[1]、松浦 稔[1]、柴原 純二[3]、久松 理一[1] (1. 杏林大学医学部消化器内科学、2. 杏林大学医学部統合生理学、3. 杏林大学医学部病理学)

[O34-5] 潰瘍性大腸炎関連腫瘍手術症例における術前BMIと臨床病理学的特徴との関連

*中山 史崇[1]、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))

©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21日(土) 13:30 ~ 14:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 34　炎症性腸疾患 5

座長：小林 拓（北里大学北里研究所病院 炎症性腸疾患先進治療センター）

[O34-1] IBD関連脊椎関節炎の診療科連携と診療の実際

*清原 裕貴[1]、三上 洋平[1]、杉本 真也[1]、吉松 裕介[1]、近藤 泰[2]、筋野 智久[3]、髙林 馨[4]、細江 直樹[5]、岩男 泰[5]、金子 祐子[2]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学(消化器)、2. 慶應義塾大学医学部内科学(リウマチ膠原病)、3. 慶應義塾大学医学部坂口光洋記念講座消化器生体機能多次元解析講座、4. 慶應義塾大学医学部内視鏡センター、5. 慶應義塾大学予防医療センター)

【背景】脊椎関節炎(SpA)は炎症性腸疾患(IBD)の主要な腸管外合併症である。体軸性SpAにおいては、適切な管理がなされないことで関節破壊を来しうるほか、末梢性SpAにおいても、腸管病変とSpAの活動性が一致しないことがあり、SpAの診療においてはリウマチ膠原病内科医との診療科連携が重要である。本研究では、リウマチ膠原病内科医によってSpAと確定診断されたIBD患者の診療の実際と治療成績を明らかにすることを目的とした。【方法】当院で潰瘍性大腸炎(UC)もしくはクローン病(CD)と診断されており、2021年5月から2022年5月の間に、リウマチ膠原病内科でIBD関連SpAと診断された患者について単施設後方視的観察研究を実施した。IBD関連SpAの臨床的特徴、SpA診断時の関節エコーにおける有所見の割合、SpAに対して有効であった薬剤の内訳を記述統計として評価した。【結果】52名がIBD関連SpAと診断され、本研究の解析対象となった。UCは41名、CDは11名であり、末梢性SpA(pSpA)は43名、体軸性SpA(aSpA)は5名、pSpAとaSpAの混合性SpAは4名該当した。pSpAのうち34名(79.1%)で関節エコーが実施され、このうち30名(88.2%)が腱付着部炎などの有所見であった。SpAに対して有効であった治療の内訳として、抗TNF-α抗体製剤を含むレジメンが28名(53.8%)で、このうち20名は抗TNF-α抗体製剤単独でSpAが改善していた。非ステロイド性消炎鎮痛薬、副腎皮質ステロイド全身投与のみでSpAが改善した症例は、それぞれ6名(14.0%)、5名(9.6%)であった。関節症状が寛解に至らない症例は2名(3.9%)のみであった。なお、抗TNF-α抗体製剤使用下で関節症状が出現した症例が12例(23%)存在し、腸管病変の活動性とは必ずしも一致していなかった。【結語】IBD関連SpAの確定診断例において、リウマチ膠原病内科医による関節エコー検査では高い有所見率であり、診断に有用と考えられた。さらに、適切な治療により、関節症状の高い寛解率が達成されており、診断と治療における診療科連携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) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 34　炎症性腸疾患 5
座長：小林 拓（北里大学北里研究所病院 炎症性腸疾患先進治療センター）

[O34-2] 感染性胃腸炎診断に対するリンパ球数測定の有用性の検討

*野口 光徳[1] (1. 野口胃腸内科医院)

[背景] 2024/25年シーズン以降、ノロウイルス変異型GIIが主体となった感染性胃腸炎患者が大流行をきたしている。しかし、便中抗原の免疫測定法は、感度が低いため、複数の検体を検査する集団感染の診断に用いられてきた。またPCRを用いた遺伝子検査は、ロタや他の感染性ウイルス検査も要し、費用のために汎用が困難である。そこで、感染患者の免疫反応性に着目し、その特徴と補助診断の有用性を検討した。
[目的]　２０２６年冬季に受診した急性胃腸炎患者の血液学的特徴と臨床的重症度、要した治療法、有用性などを、流行期の２０２６年１月から３月に来院した患者について検討をおこなった。[対象] 下痢・嘔吐、腹痛などで来院した患者101名（男44、女57）に対し、白血球3分類を含む血算が可能な自動血球計数測定器 (Microsemi LC-767 Horiba)を用いて、血液学的検査を検討した。このうち、カキや二枚貝の生食、家族内感染など起点が明らかな感染性胃腸炎患者(infectious gastroenteritis: IGE) 72名、それ以外の急性胃腸炎患者(acute gastroenteritis: AGE)29名を対照として、検討を行った。
[結果] ① 発症後８時間から２日以内の採血検査上、感染性胃腸炎IGE患者では、リンパ球比率の減少（IGE 平均7.07% vs. AGE 29.9%）とリンパ球数の減少（平均579 vs.1810）を全例に認めた。② IGE ３7.5度以上の発熱30例、Hypovolemic shock 指数 (脈拍数/収縮時血圧) IGE:1以上17例・平均0.85 >AGE:0.69とIGEで高かった。③ 500ml以上の輸液療法を要したIGE患者 66例、就業者が１日以上の休職を要したIGE患者45例であった。ウイルス性胃腸炎が示唆されたIGE72例は、抗生剤を投与せず軽快した。④　IGEのうち、カキの生食などが発病の起因を示唆する患者28例、家族や子供からの感染を示唆された患者44例であった。
[結語]　ウイルス性感染性胃腸炎の診断に、リンパ球のウイルス感染による減少を採血で確認することは、不必要な抗生剤の投薬を避けることに有用であった。小腸炎を伴う脱水症合併例には、輸液療法が有効であった。感染者に対し、ウイルス感染を家族・職場に広めぬように、感染伝播防止指導をおこなう際にも、リンパ球減少を確認することは有用であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 34　炎症性腸疾患 5

座長：小林 拓（北里大学北里研究所病院 炎症性腸疾患先進治療センター）

[O34-3] 当科における小児IBD診療の現状と課題

*藤本 浩輔[1]、小山 文一[1,2]、井上 隆[1]、岩佐 陽介[1,2]、高木 忠隆[1]、田村 昂[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)

【背景】小児IBD（PIBD）の診断において、改訂Porto基準では全例での上下部内視鏡検査と組織診が推奨されている。しかし、実地臨床では、診断時にそのすべてを完遂することは容易ではない。当科は成人IBD患者を主とするが、地域医療の特性から小児例の診療も積極的に担っている。
【対象・目的】2010年1月から2025年12月までに当科を初診した17歳未満の小児IBD患者24例（初診時データ欠損例を除く）を対象と、当科における小児IBDの診断・治療の現状を把握し、初診時の所見から予後予測が可能か検討するとともに、現状の課題を抽出する。
【結果】男児16例、女児8例、発症年齢中央値は12歳（2-16歳）。診断時重症度は軽症7例、中等症8例、重症9例であった。診断時の下部消化管内視鏡検査（CS）は全例で施行され、全例で組織診が行われたが、回腸末端までの到達は17例、全身麻酔下の施行は10例（41.7%）であった。一方、診断時の上部消化管内視鏡検査は4例、小腸画像検査は3例にとどまり、PIBD遺伝子パネル検査は2例であった。 初診時診断はUC 12例、CD 10例、IBD-U 2例（最終診断はいずれもCD）であり、最終診断との一致率は91.7%と高率であった。治療ではステロイド使用12例、免疫調節薬使用9例であり、87.5%（21例）で分子標的薬等のAdvanced Therapy（以下AT）を導入した。ATを2剤以上使用した群は、診断時の重症度が有意に高い傾向を認めた。
【結語】当科における小児例への初診時上部消化管検査施行率は低かったが、CSと組織診により比較的高い正診率が得られた。初診時の重症度はその後の治療強化（ATの多剤使用）の予測因子となる可能性が示唆された。診断時に確診に至らない症例や重症例に対しては、上部消化管・小腸精査や遺伝子解析を速やかに追加する診療体制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21日(土) 13:30 ~ 14:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 34　炎症性腸疾患 5

座長：小林 拓（北里大学北里研究所病院 炎症性腸疾患先進治療センター）

[O34-4] 重症潰瘍性大腸炎における術前腸管超音波所見と切除腸管の全層病理所見との比較

*三好 潤[1]、森久保 拓[1]、林 玲匡[2]、小松 悠香[1]、米澤 広美[1]、松浦 稔[1]、柴原 純二[3]、久松 理一[1] (1. 杏林大学医学部消化器内科学、2. 杏林大学医学部統合生理学、3. 杏林大学医学部病理学)

【背景・目的】経腹的腸管超音波検査（IUS）は非侵襲的な画像検査であり、潰瘍性大腸炎（UC）診療におけるモニタリングツールとして注目されている。IUSは、腸管壁厚・層構造や血流、腸管周囲組織を含めた全層評価が可能という特徴がある。一方、活動期UCで認められるIUS所見がどのような病理像を反映しているかの対比は十分に行われていない。そこで、本研究では、大腸全摘術を施行した重症潰瘍性大腸炎（ASUC）について、手術直前のIUS所見と切除検体の病理組織学的所見とを比較することを目的とした。【方法】ASUCに対して大腸全摘術を施行し、術前1週間以内にIUSを施行した症例を対象とした。IUS所見と切除標本の病理所見を、上行結腸、横行結腸、下行結腸、S状結腸の各部位で比較した。IUS所見として腸管壁厚、壁層構造、血流（modified Limberg score, mLS）、腸管周囲脂肪織高エコー化（i-fat）を評価した。病理所見として炎症細胞浸潤、血管増生、浮腫、筋層肥厚、線維化を評価した。【結果】4症例、16部位を解析対象とした。左側型１例、全大腸炎型3例で、IUSは術前3−6日で施行されていた。腸管壁肥厚を認めた全ての部位で高度の全層性炎症を認めていた。壁層構造消失は9部位に認め、いずれも高度の全層性炎症および血管増生を伴っていた。mLS高値は血管増生と関連し、一部で浮腫を伴っていた。i-fatは14部位で認め、その多くで漿膜下血管増生が確認されたが、漿膜下脂肪増生は5部位であった。粘膜下層の線維化や筋層肥厚は炎症部位・非炎症部位のいずれでも認めたが、それらを推定するIUS所見は明らかではなかった。【結論】ASUCにおいて、IUS所見が腸管全層性炎症の病理像の推測に有用である一方、腸管壁線維化の推定については通常観察では困難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) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 34　炎症性腸疾患 5
座長：小林 拓（北里大学北里研究所病院 炎症性腸疾患先進治療センター）

[O34-5] 潰瘍性大腸炎関連腫瘍手術症例における術前BMIと臨床病理学的特徴との関連

*中山 史崇[1]、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))

【目的】散発性大腸癌（sporadic Colorectal Cancer: sCRC）では、肥満と病理組織学的悪性度との関連が報告されている。一方で、潰瘍性大腸炎関連腫瘍（Ulcerative Colitis-Associated Neoplasia: UCAN）において、術前BMI高値症例を散見するが、BMIが病理組織学的悪性度に関連するかは明らかでない。加えて、術後の主要合併症である回腸嚢炎との関連も明らかでない。そこで本研究は、UCAN手術症例における術前BMIと臨床病理学的特徴の関連を検討することを目的とした。
【方法】2002年から2025年までに当院で手術を施行したUCAN症例を母集団とし、dysplasiaを除いた癌症例を対象として後方視的観察研究を行った。BMI≧25群とBMI＜25群で、主要評価項目として病理組織学的特徴を比較した。さらにT1-2早期癌で感度解析を行った。副次解析として回腸嚢炎関連因子を単変量・多変量ロジスティック回帰で検討した。
【結果】全体症例はBMI高値群19例（21.8%）、低値群68例（78.2%）で、患者背景では年齢のみ高値群で高かった（54歳 vs 46歳, p=0.005）。肉眼型、組織型、腫瘍径、Stage、リンパ節転移、脈管侵襲、神経浸潤、簇出、RFS/OSに群間差を認めなかった。T1-2早期癌（13例 vs 38例）でも同様であった。一方で、回腸嚢炎は全体でBMI高値群に少ない傾向を認めた（21.1% vs 47.1%, p=0.064）。BMIに加えて術前内視鏡的MayoスコアとAlb値を調整変数として行った多変量解析ではBMI低値は独立したリスク因子である可能性が示唆された（OR 4.72, 95%CI 1.28–21.90, p=0.029）。T1-2早期癌でも同様の傾向が見られた（OR 15.41, 95%CI 2.28–192.48, p=0.013）。
【考察】本研究では、BMIとUCANの病理組織学的悪性度との明確な関連は認めなかった。一方で、BMI低値群で回腸嚢炎が高頻度であった。以上より、sCRCで報告される肥満と病理組織学的悪性度の知見をUCANにそのまま外挿すべきではない可能性が示唆された。一方で、BMIと回腸嚢炎の関連の解釈には症例蓄積が必要である。BMIは内臓脂肪量や筋量を直接反映していない。そのため、分子生物学的解析に加えて内臓脂肪面積、骨格筋量指数／腸腰筋面積指数を用いた体組成評価などの詳細な検証が望まれる。

©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21日(土) 14:25 ~ 15:05 | 🏛第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 35　大腸内視鏡診断・治療

座長：榎本 俊行（東邦大学医療センター大橋病院　外科）

[O35-1] S状結腸軸捻転症に対する大腸内視鏡を用いない透視下経肛門イレウス管挿入についての検討

*服部 桜子[1,2]、荒牧 修[1,2]、岡村 行泰[1]、渡邉 善広[2]、加茂 知久[2]、牛久 敬史[2]、黒沼 明子[2]、村山 公[2] (1. 日本大学医学部外科学系消化器外科学分野、2. 苑田第一病院外科)

[O35-2] 当院における閉塞性大腸癌に対するステント留置の適応と治療成績

*齊藤 浩志[1]、加藤 秀明[1]、今川 りさ[1]、舘野 桂[1]、南川 友理[1]、木村 花梨[1]、川口 雅彦[1]、谷口 桂三[1]、渡邊 透[1] (1. 横浜栄共済病院)

[O35-3] 大腸ステント留置後の閉塞性大腸がんに対する治療成績について

*片岡 淳[1]、川崎 誠康[1]、田中 涼太郎[1]、村田 裕子[1]、藤本 浩之[1]、魚住 のぞみ[1]、石原 敦[1]、白井 大介[1]、前田 詠理[1]、山本 堪介[1]、奥村 哲[1]、福田 進太郎[1]、土橋 洋史[1]、小川 雅生[1]、亀山 雅男[1] (1. 生長会ベルランド総合病院 外科・消化管外科)

[O35-4] 緩和目的に大腸ステント留置した５４例の検討

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

[O35-5] 左側悪性大腸閉塞症例に対する経鼻内視鏡を利用した大腸ステント留置

*野宮 洋樹[1,2]、花畑 憲洋[1]、金橋 もも花[1]、福徳 友香理[1]、高 昌良[1]、澤田 洋平[1]、五十嵐 剛[1]、島谷 孝司[1]、沼尾 宏[1]、櫻庭 裕丈[2] (1. 青森県立中央病院消化器・腫瘍内科、2. 弘前大学大学院医学研究科消化器血液免疫内科学講座)

©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21日(土) 14:25 ~ 15:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 35　大腸内視鏡診断・治療

座長：榎本 俊行（東邦大学医療センター大橋病院　外科）

[O35-1] S状結腸軸捻転症に対する大腸内視鏡を用いない透視下経肛門イレウス管挿入についての検討

*服部 桜子[1,2]、荒牧 修[1,2]、岡村 行泰[1]、渡邉 善広[2]、加茂 知久[2]、牛久 敬史[2]、黒沼 明子[2]、村山 公[2] (1. 日本大学医学部外科学系消化器外科学分野、2. 苑田第一病院外科)

【背景】本邦ではS状結腸軸捻転症(Sigmoid Volvulus: SV)の治療ガイドラインは存在せず, 腸管壊死を伴わないSVに対しては主として大腸内視鏡(Colonoscope: CS)を用いた整復術・減圧術が行われている. 我々の施設ではSVに対する非手術的治療として経肛門イレウス管(transanal decompression tube: TDT)の留置を行っており, その有用性や安全性,再発率が低いことについて報告した (J Anus Rectum Colon. 2024). また, SVに対するTDTの留置法としてCSを用いる方法, 用いない方法のいずれかを行っている.
【目的】本研究は, SVに対してCSを用いずに透視下でTDT挿入を行う方法の有効性と安全性を評価することを目的として施行した.
【方法】2008年から2024年の間に苑田第一病院で治療したSVの患者 90例(再発時を含め計136回治療)について後方視的に解析を行った. 90例のうち4例は腹膜刺激徴候を認めたため非手術的治療は行わなかった. 残りの86例について, 以下の3群に分けて検討した: CSによる減圧のみ(n=4), CSなしでTDT挿入(n=25), CSありでTDT挿入(n=57). 評価項目は治療による合併症, 再発までの期間, 処置の所要時間とした.
【結果】90例のうち4例は腹膜刺激徴候を認めたため非手術的治療の対象とならなかった.残りの86例が非手術的に減圧治療を受け, そのうち14例が減圧治療後に手術を必要となった. 初回に手術を受けなかった72例のうち25例(34.7%)が再発し, 再発時に非手術的に管理された回数をあわせ計136回の減圧処置を行った.　CSなしのTDT群では合併症は発生せず, CSを用いたTDT群では1例に大腸穿孔が認められた($p = 0.69$). CSなしのTDT群とCSありのTDT群との比較で, 再発までの期間に有意差は認められなかった($p = 0.49$). 所要時間は CSなしのTDT挿入では中央値11分, CSを用いたTDT挿入では中央値40分であり, CSなしのTDT挿入で有意に短かった($p < 0.001$).
【結論】大腸内視鏡を用いずに透視下で行うTDT挿入は, SVの安全かつ効率的な非手術的治療の選択肢となると考える.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 14:25 ~ 15:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 35　大腸内視鏡診断・治療
座長：榎本 俊行（東邦大学医療センター大橋病院　外科）

[O35-2] 当院における閉塞性大腸癌に対するステント留置の適応と治療成績

*齊藤 浩志[1]、加藤 秀明[1]、今川 りさ[1]、舘野 桂[1]、南川 友理[1]、木村 花梨[1]、川口 雅彦[1]、谷口 桂三[1]、渡邊 透[1]
(1. 横浜栄共済病院)

【背景】本邦において閉塞性大腸癌に対するステント留置は2012年の保険収載以降普及し, 緊急手術を回避する手段としての有用性が報告されている. 当院では保険収載以降BTS (Bridge to surgery)目的, また緩和目的に大腸ステント留置を行っており, その適応と短期成績を報告する.

【方法】2013年12月から2026年2月までの期間に閉塞性大腸癌に対してステント留置を試みた151例を対象とした. 適応はCROSS分類0~3の閉塞性大腸癌, スコープ通過困難例とし, 腫瘍部位は右側結腸も適応としている. BTS及び緩和目的に分類し, 後方視的に治療成績を検討した.

【結果】 151例中BTS目的は141例, 緩和目的は10例であった. BTS症例の年齢は76.5 (36-89)歳であり, 腫瘍部位は右側結腸が39例, 左側結腸が102例であった, CROSS分類は3が最も多く67%であり, 技術的成功率は96%, 臨床的成功率は94%であった. ステント留置関連合併症は9例 (6.3%)であり, 6例 (4%)が留置できずに緊急手術へ移行していた. BTS完遂例は134例 (95%)であり, BTS期間は17 (4-209)日であった. 手術アプローチは開腹72例, 腹腔鏡47例, ロボット15例であった, 手術時間は155 (80-243)分, 出血量は5(1-320), Clavien-Dindo分類Grade3以上の術後合併症は6例(4%)認めた. 術後在院日数は11 (8-51)日であった. 単変量解析において, cT4はステント留置の技術的失敗と優位に関連していた. 一方緩和例は年齢が87 (65-96)歳であり, 腫瘍部位は右側が3例, 左側が7例であった. 技術的成功率及び臨床的成功率はそれぞれ100%, 100%であった.

【結語】大腸ステント留置はBTS及び緩和目的において良好な短期成績を示した. 特にcT4症例では技術的失敗のリスクが高く, 適応決定において重要な因子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) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 14:25 ~ 15:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 35　大腸内視鏡診断・治療
座長：榎本 俊行（東邦大学医療センター大橋病院　外科）

[O35-3] 大腸ステント留置後の閉塞性大腸がんに対する治療成績について

*片岡 淳[1]、川崎 誠康[1]、田中 涼太郎[1]、村田 裕子[1]、藤本 浩之[1]、魚住 のぞみ[1]、石原 敦[1]、白井 大介[1]、前田 詠理[1]、山本 堪介[1]、奥村 哲[1]、福田 進太郎[1]、土橋 洋史[1]、小川 雅生[1]、亀山 雅男[1] (1. 生長会ベルランド総合病院外科・消化管外科)

背景
大腸がんは年間15万人以上で診断されているが、大阪府堺市での2022年の大腸がん検診受診率は13.5%と低値である。堺市中核病院での当院でも年間200例の大腸癌を扱っており、その半数は進行がんで、閉塞性大腸炎症状を呈する患者も多い。2012年より自己拡張型金属ステントが保険収載され、ランダム化第III相試験COBRA Trialの結果こそ待たれるが、2024年大腸癌治療ガイドラインならびに2020年欧州消化器内視鏡学会ガイドラインではBridge to Surgeryとしてのステント治療の推奨度は上がり、術前減圧から鏡視下大腸切除の流れが実臨床の指針となっている。当院もその指針に従い、近年ではロボット手術にも適応している。今回その治療成績について報告する。
目的
当院でのステント留置後の大腸がん手術成績を解析し、安全性を確認するとともに予後にも焦点を当てる。
対象・方法
2020年1月から2025年12月までに当科で大腸切除を施行したステント治療後の閉塞性大腸がん35例の患者因子・手術成績・予後を後方視的に検討した。
結果
男性11例、女性24例、年齢74.0歳[43-92歳] (中央値[範囲])、左側/右側結腸が30例/5例、ステント留置による減圧成功率が94.3%、成功例でのステント留置から手術までの待機期間が14日[5-38歳] (中央値[範囲])で、その間、穿孔や逸脱はなかった。減圧不良2例はS状結腸癌で開腹Hartmann手術を施行している一方で、成功例は開腹3例、腹腔鏡26例(開腹移行2例含む)、ロボット支援4例であった。術後食事開始は術後5日目[3-7日目] (中央値[範囲])、術後在院日数は17日[9-34日] (中央値[範囲])、Clavien Dindo Grade III以上の合併症は3例(8.6%)認めたが、吻合部関連合併症は0%であった。pStage II/III/IVの内訳は17例(48.6%)/7例(20.0%)/11例(31.4%)/で、R0切除率は68.6%であった。pStage II,IIIとpStage IVの3年全生存割合は76.4%、31.2%で、pStageII-IIIの3年無再発生存割合は73.0%であった。pStage IV症例でR0切除しえたのは3例(8.6%)だが、いずれも初回手術より1年未満に再発している。
結論
ステント留置を行った症例でも安全に手術が遂行可能であった。やはりpStageIVは予後不良で、R0切除しても再発する傾向にある。

©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21日(土) 14:25 ~ 15:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 35　大腸内視鏡診断・治療
座長：榎本 俊行（東邦大学医療センター大橋病院　外科）

[O35-4] 緩和目的に大腸ステント留置した５４例の検討

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

【背景】
本邦では，大腸悪性狭窄に対する自己拡張型金属ステント（self-expandable metallic stent：SEMS）留置が2012年に保険収載されて以降，bridge to surgery（BTS）や緩和治療目的に広く施行されている。一方，緩和目的SEMSでは長期留置に伴う再閉塞や逸脱などの合併症も課題である。今回，当院における緩和目的SEMS留置症例の治療成績を後方視的に検討した。
【対象・方法】
2012年9月から2024年11月までに，大腸悪性狭窄に対し緩和目的にSEMS留置を施行した54例を後方視的に検討した。
【結果】
男性34例,女性20例,年齢77.5 歳であった.狭窄部位は上行結腸5例,横行結腸13例,下行結腸8例,S状結腸18例,直腸RS 6例,直腸Ra４例であった.原因疾患は初発大腸癌46例,再発病変８例 であり,初発大腸癌46例のステージはⅠ:Ⅱ:Ⅲ:Ⅳ＝0:16:2:28であった.SEMS留置の技術成功率は100%であった.
SEMS留置後の経口摂取開始時期中央値は1日（1-14日）であり,42例(78%)はbest supportive careへ移行した。一方結果的に12例(22%)は全身状態改善により化学療法導入が可能となった.SEMS関連合併症は11例(20%)に認められ内訳は閉塞9例,逸脱２例６例は経口摂取不能であった。４例で30日以内死亡を認めたがいずれもSEMS関連死ではなかった.逸脱２例はいずれも播種病変による狭窄症例であった.
【結語】
緩和目的SEMSは悪性大腸閉塞に対する有効な減圧手段であり，一部症例ではPS改善を介して化学療法導入にも寄与しうる。一方で合併症率は一定程度存在し，特に播種病変症例では慎重な適応判断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) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 14:25 ~ 15:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 35　大腸内視鏡診断・治療
座長：榎本 俊行（東邦大学医療センター大橋病院　外科）

[O35-5] 左側悪性大腸閉塞症例に対する経鼻内視鏡を利用した大腸ステント留置

*野宮 洋樹[1,2]、花畑 憲洋[1]、金橋 もも花[1]、福徳 友香理[1]、高 昌良[1]、澤田 洋平[1]、五十嵐 剛[1]、島谷 孝司[1]、沼尾 宏[1]、櫻庭 裕丈[2] (1. 青森県立中央病院消化器・腫瘍内科、2. 弘前大学大学院医学研究科消化器血液免疫内科学講座)

【背景】悪性大腸閉塞に対する大腸ステント(SEMS)留置は広く行われているが、腹膜播種や腸管の屈曲・癒着を伴う症例、SEMS閉塞に対する再留置などの留置困難例をしばしば経験する。播種や癒着を認める症例は時に閉塞部位までの到達が困難となり、SEMS閉塞に対する再留置例ではガイドワイヤーがメッシュの間を通過するなどガイドワイヤーの誘導に難渋することがある。【目的】当科における左側大腸の悪性閉塞に対する経鼻内視鏡を利用したSEMS留置の有用性および安全性について検討する。【方法】腫瘍への到達困難例に対しては細径内視鏡を用いて狭窄部もしくは狭窄の口側まで挿入し、ガイドワイヤーを留置し、細径内視鏡を抜去する。次にERCP用カテーテルを大腸内視鏡のチャンネル内にpreloadした状態で、カテーテル単独をガイドワイヤー上に沿って先行させ、カテーテル上を大腸内視鏡で追従させることにより深部挿入を可能とし、SEMS留置を行う。SEMS閉塞による再留置例に対しては経鼻内視鏡をステント内腔まで進め腫瘍を突破し口側腸管を確認して直接ガイドワイヤーを留置した後、スコープを抜去、大腸内視鏡に置き換えてSEMSを留置した。当科で経験した経鼻内視鏡を利用した左側大腸SEMS留置を施行した症例に対して、患者の背景、留置困難の原因、手技時間、偶発症について検討した。【結果】症例は6例で閉塞部位はS状結腸が4例、下行結腸が1例、直腸Raが1例で、閉塞原因は大腸癌5例、膵癌腹膜播種1例であった。留置困難と判断した原因は播種や癒着による到達困難4例、ガイドワイヤーの深部への留置困難1例、SEMS再留置目的1例であった。平均手技時間は14分、全例で留置成功し偶発症は認めなかった。【結論】本手技はスコープ到達困難例のみではなく、ステント閉塞による再留置時にガイドワイヤーのステントのメッシュ間への迷入を防止し得る点においても有用であった。左側大腸の悪性閉塞に対する経鼻内視鏡を利用した大腸SEMS留置は、SEMS留置困難例に対する有用かつ安全な手技と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月21日(土) 15:05 ~ 15:50 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 36　早期大腸癌に対する診断・治療戦略

座長：飯塚 敏郎（がん・感染症センター　都立駒込病院　消化器内科）

[O36-1] 大腸T1癌内視鏡切除後に対する追加外科手術後の転移再発リスクに関する検討

*下立 雄一[1,11]、山内 健司[2,11]、原田 馨太[3,11]、大森 正泰[4,11]、根岸 慎[5,11]、竹中 龍太[6,11]、永原 照也[7,11]、豊川 達也[8,11]、景山 宏之[9,11]、毛利 裕一[1,11]、水野 元夫[1,11]、大塚 基之[10,11] (1. 倉敷中央病院消化器内科、2. 香川県立中央病院消化器内科、3. 岡山済生会病院消化器内科、4. 広島市民病院内科、5. 福山市民病院内科、6. 津山中央病院内科、7. 三豊総合病院消化器内科、8. 福山医療センター消化器内科、9. 岡山市民病院内科、10. 岡山大学学術研究院医歯薬学域　消化器・肝臓内科学、11. Okayama gut study group)

[O36-2] 大腸癌内視鏡切除後断端陽性における腫瘍切り込みの臨床的意義

*澤井 美里[1]、牛込 創[1]、加藤 潤紀[1]、浅井 宏之[1]、上原 崇平[1]、加藤 瑛[1]、鈴木 卓弥[1]、山川 雄士[1]、瀧口 修司[1] (1. 名古屋市立大学病院)

[O36-3] トレイニーによるMulti Loop Traction Deviceを使用した大腸内視鏡的粘膜下層剥離術の検討

*一箭 空伸[1]、髙雄 暁成[1]、岩城 公人[1]、細井 萌々子[1]、今枝 駿介[1]、岡 靖紘[1]、井関 真理[1]、森口 義亮[1]、野間 絵梨子[1]、石川 裕美子[1]、柴田 理美[1]、岩谷 勇吾[1]、後藤 修[1]、飯塚 敏郎[1] (1. 東京都立駒込病院)

[O36-4] 早期大腸癌におけるGenesis system®を用いたCTC検出の検討

*豊田 尚潔[1]、島田 岳洋[2]、崎本 優里[1]、坂本 恭子[2]、宮倉 安幸[1]、藤田 伸[1]、太田 剛志[3] (1. 栃木県立がんセンター　大腸骨盤外科、2. 国立病院機構東京医療センター　一般・消化器外科、3. 株式会社セルクラウド)

[O36-5] 早期直腸癌に対するTAMISの可能性と手技の工夫

*足立 利幸[1]、井上 悠介[1]、山口 峻[1]、山﨑 翔斗[1]、小野 李香[1]、丸田 浩志[1]、片山 宏己[1]、髙村 祐磨[1]、石井 光寿[1]、野中 隆[1] (1. 長崎大学外科学講座)

[O36-6] 当院における大腸癌内視鏡治療後の追加外科的切除例の検討

*國料 美月[1]、宇野 泰朗[1]、近藤 優里奈[1]、加藤 希[1]、大重 英昭[1]、安井 知樹[1]、野地 雄太[1]、桑野 誠也[1]、浅野 智成[1]、間下 直樹[1]、望月 能成[1] (1. 小牧市民病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 15:05 ~ 15:50 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 36　早期大腸癌に対する診断・治療戦略
座長：飯塚 敏郎（がん・感染症センター　都立駒込病院　消化器内科）

[O36-1] 大腸T1癌内視鏡切除後に対する追加外科手術後の転移再発リスクに関する検討

*下立 雄一[1,11]、山内 健司[2,11]、原田 馨太[3,11]、大森 正泰[4,11]、根岸 慎[5,11]、竹中 龍太[6,11]、永原 照也[7,11]、豊川 達也[8,11]、景山 宏之[9,11]、毛利 裕一[1,11]、水野 元夫[1,11]、大塚 基之[10,11] (1. 倉敷中央病院消化器内科、2. 香川県立中央病院消化器内科、3. 岡山済生会病院消化器内科、4. 広島市民病院内科、5. 福山市民病院内科、6. 津山中央病院内科、7. 三豊総合病院消化器内科、8. 福山医療センター消化器内科、9. 岡山市民病院内科、10. 岡山大学学術研究院医歯薬学域　消化器・肝臓内科学、11. Okayama gut study group)

【背景】大腸T1癌に対する外科手術後の再発リスクに関するこれまでの報告は、初期治療として外科手術が行われた症例での検討が多く、内視鏡切除されたT1癌に対して追加外科手術を行った場合の転移再発リスクについてはまだ報告が少ない。そこで初期治療として内視鏡治療が行われた大腸T1癌に対して追加外科手術をした場合の再発率とそのリスク因子を検討した。
【対象と方法】2006年1月から2022年5月までの間に中四国地方内の9施設で、内視鏡切除を行い一括切除かつ深部断端陰性が得られた大腸T1癌920例のうち、追加外科手術を行った424例を対象とした。手術理由となった粘膜下層浸潤1000μm以上（T1b）、ly1、v1、低分化型、budding (BD)2/3の各非治癒因子と、1.手術標本中のリンパ節転移と局所遺残リスク、2.転移再発リスクおよび3.長期予後との関連を検討した。
【結果】424例の内訳は、内視鏡的治癒切除9例(2.1%) /非治癒切除416例(97.9%)、年齢中央値66歳で男性が263例(61.9%)であった。内視鏡切除(ESD:116例/EMR:309例)、腫瘍径中央値(15mm)、非治癒切除因子はT1b:353例(83.1%)、ly1:142例(33.4%)、v1:95例(22.4%)、低分化型:3(0.7%)、BD2/3:47例(11.1%)であった。38例で手術標本中の局所遺残またはリンパ節転移陽性を認め、ly1(p=0.01)およびv1(p=0.016)が独立したリスク因子であった(Logistic回帰分析)。術後経過観察中7例(1.65%)に再発を認め、うち6例は他臓器への転移であった。v1(p＜0.001,HR 11.7[1.8-75])とBD2/3(p=0.004,HR 9.8[2.1-46.4])が独立した転移再発リスクであった(cox比例ハザードモデル)。v1またはBD2/3の因子を有する症例は、いずれも陰性の症例と比較して有意に5年無再発生存率が低値であった(95.8% vs 99.6%, p＜0.001, Log-rank test)。
【結語】ly1とv1は追加手術標本におけるリンパ節転移と局所遺残リスク、v1とBD2/3は術後の遠隔転移再発リスクであった。v1またはBD2/3を有する症例は遠隔転移再発に留意した術後経過観察が重要であり、術後補助化学療法の検討することも必要と思われた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 15:05 ~ 15:50 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 36　早期大腸癌に対する診断・治療戦略
座長：飯塚 敏郎（がん・感染症センター　都立駒込病院　消化器内科）

[O36-2] 大腸癌内視鏡切除後断端陽性における腫瘍切り込みの臨床的意義

*澤井 美里[1]、牛込 創[1]、加藤 潤紀[1]、浅井 宏之[1]、上原 崇平[1]、加藤 瑛[1]、鈴木 卓弥[1]、山川 雄士[1]、瀧口 修司[1]
(1. 名古屋市立大学病院)

【背景】早期大腸癌に対する内視鏡的切除（endoscopic resection：ER）は低侵襲治療として広く普及しているが、切除断端陽性例では腫瘍遺残や局所再発のリスクが懸念され、外科的追加切除が選択されることが多い。一方、断端陽性には腫瘍の取り残しだけでなく、切除操作に伴う腫瘍内切り込みや腫瘍露出といった手技的要因も含まれるが、これらが腫瘍学的予後に及ぼす影響は明らかでない。
【目的】ER後に外科的追加切除を要した大腸癌症例を対象に、断端陽性に伴う腫瘍切り込みの臨床的意義を検討する。
【方法】2001年1月から2025年12月までにER後に外科的追加切除を施行した原発性大腸癌202例を対象とした。肉眼的または病理学的断端陽性を認めた57例を不完全ER群、断端陰性であるが組織型・脈管侵襲・粘膜下層浸潤距離などにより追加切除の適応となった145例を完全ER群とした。propensity score matchingにより背景因子を調整し、各群40例を解析対象とした。主要評価項目は追加切除標本における残存腫瘍およびリンパ節転移とした。
【結果】背景因子（不完全ER群：完全ER群）は年齢中央値68：69歳、男女比26/14：19/21、占拠部（結腸/直腸）26/14：25/15、腫瘍径中央値15.0：15.5 mm、深達度（Tis/T1a：T1b）40/0：40/0、リンパ管侵襲（陽性/陰性）14/26：17/23、静脈侵襲（陽性/陰性）4/36：5/35、EMR/ESD 31/9：33/7、手術までの期間中央値51.5：42.5日であった。追加切除標本ではリンパ節転移（陽性/陰性）3/37：7/33、病期（pStage 0/Ⅰ/Ⅲa）1/36/3：1/32/7であった。残存腫瘍は不完全ER群で5例（12.5%）に認め、完全ER群では認めなかった。5年無再発生存率は両群で同等であった。残存腫瘍を認めた5例では、腫瘍分化度に変化はなく、脈管侵襲および腫瘍増殖能（核分裂像数、MIB-1〔Ki-67〕標識率）はいずれも低下傾向を示した。
【結語】断端陽性を伴う不完全ERでは残存腫瘍を一定頻度で認めるものの、背景因子調整後のリンパ節転移や無再発生存率は完全ER例と同等であった。腫瘍切り込みが生物学的悪性度を増強し予後を悪化させる可能性は限定的であり、ER後の病理学的リスク評価に基づく追加治療戦略の妥当性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 15:05 ~ 15:50 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 36　早期大腸癌に対する診断・治療戦略
座長：飯塚 敏郎（がん・感染症センター　都立駒込病院　消化器内科）

[O36-3] トレイニーによるMulti Loop Traction Deviceを使用した大腸内視鏡的粘膜下層剥離術の検討

*一箭 空伸[1]、髙雄 暁成[1]、岩城 公人[1]、細井 萌々子[1]、今枝 駿介[1]、岡 靖紘[1]、井関 真理[1]、森口 義亮[1]、野間 絵梨子[1]、石川 裕美子[1]、柴田 理美[1]、岩谷 勇吾[1]、後藤 修[1]、飯塚 敏郎[1] (1. 東京都立駒込病院)

背景
内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）では、病変に適度な牽引を加え、粘膜下層を展開しながら切開を行うことで処置効率の向上が期待される。2021年2月よりBoston Scientific Japanから Multi Loop Traction Device（MLTD）が発売され、トラクション補助下ESD（traction-assisted ESD：TA-ESD）により処置時間が短縮することが報告されている。今回トレイニー（ESD経験200件未満）にとって大腸ESDにおけるMLTD使用が及ぼす効果を検討した。

対象と方法
2019年1月から2021年11月までにトレイニー10名が主施行医としてMLTDを使用せず大腸ESDを施行した94例（MLTD非使用群）と、2021年12月から2024年1月までにトレイニー4名が主施行医としてMLTDを使用して大腸ESDを施行した58例（MLTD使用群）を後方視的に比較検討した。主要評価項目は剥離速度中央値とした。

結果
MLTD非使用群の年齢中央値は72歳で、男性45例、女性49例、病変の局在は右側結腸49例、左側結腸30例、直腸15例、切除標本径中央値30 mm、腫瘍径中央値22 mm、剥離速度中央値は13.2 mm^2/min (右側結腸13.5 mm^2/min、左側結腸13.2 mm^2/min、直腸13.8 mm^2/min)であった。病理結果では、pTis79例、pT1a 5例、pT1b 5例、その他5例であった。後出血0例、穿孔1例、発熱6例であった。
MLTD使用群の年齢中央値は71歳で、男性29例、女性29例、病変の局在は右側結腸27例、左側11結腸例、直腸19例、切除標本径中央値29.5 mm、腫瘍径中央値23 mm、剥離速度中央値は13.8 mm^2/minであり、部位別では右側結腸13.1 mm^2/min（p=0.409）、左側結腸14.5 mm^2/min（p=0.662）、直腸14.1 mm^2/min（p=0.716）であった。病理結果ではpTis 45例、pT1a 3例、その他8例であった。後出血１例、発熱3例、穿孔0例であった。MLTD群は指導医と交代した症例は2/58例（3.4%）であるのに対し、非MLTD群は指導医と交代した症例は少なくとも15/94例（16%）認めた。

結論
トレイニーによる大腸ESDにおいて、MLTD使用による剥離速度の明らかな改善は認めなかった一方で、有害事象の増加は認めず、完遂率の上昇が認められた（p=0.02）。

©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21日(土) 15:05 ~ 15:50 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 36　早期大腸癌に対する診断・治療戦略
座長：飯塚 敏郎（がん・感染症センター　都立駒込病院　消化器内科）

[O36-4] 早期大腸癌におけるGenesis system®を用いたCTC検出の検討

*豊田 尚潔[1]、島田 岳洋[2]、崎本 優里[1]、坂本 恭子[2]、宮倉 安幸[1]、藤田 伸[1]、太田 剛志[3] (1. 栃木県立がんセンター　大腸骨盤外科、2. 国立病院機構東京医療センター　一般・消化器外科、3. 株式会社セルクラウド)

背景
大腸癌において腫瘍マーカーは診断に有用な指標であるが、早期癌における陽性率は10–30%程度とされ、その診断的意義は限定的である。一方、Circulating Tumor Cells（CTCs）は癌の早期発見を目的としたスクリーニング指標として注目されている。しかし、従来の上皮細胞接着分子（epithelial cell adhesion molecule：EpCAM）に対する抗体を用いた検出法では上皮性腫瘍におけるCTCsの検出感度が低いことが課題とされていた。近年開発されたGenesis system®は、複数の細胞トラッピングチャンバーを有し、血液サンプルからCTCsを迅速かつ高精度に捕捉可能であり、細胞のサイズや変形能の違いに基づいてCTCsを選別することで、検出能の向上が期待されている。

方法
2025年9月から2026年4月までの期間に、cStage I大腸癌と診断され原発巣切除術を施行した7例を対象とした。Genesis system®を用いて術前および術後に採血を行い、CTCs検出率ならびに腫瘍マーカー陽性率について検討した。

結果
7例中CEA陽性例は認めず、陽性率は0%であった。一方、CTCsはcStage I症例の術前採血において7例中4例で検出され、検出率は57.1%であった。CTCs陽性4例のうち3例では術後に陰性化を認めたが、1例では術後も陽性が持続した。また術前採血では陰性であったものの、術後採血で陽性化した症例を1例認めた。

結語
Genesis system®を用いたCTCs検出は、早期大腸癌においてCEAと比較して高い検出率を示し、既報と比較しても良好な検出能を有する可能性が示唆された。一方で、Stage I症例において術後CTCs陽性持続例を認めたこと、術後に陽性化した症例を認めたことから、微小残存病変や重複癌との関連も考慮する必要がある。今後はさらなる症例集積および長期フォローアップを行い、周術期のCTCs検出の臨床的意義を慎重に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) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 15:05 ~ 15:50 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 36　早期大腸癌に対する診断・治療戦略
座長：飯塚 敏郎（がん・感染症センター　都立駒込病院　消化器内科）

[O36-5] 早期直腸癌に対するTAMISの可能性と手技の工夫

*足立 利幸[1]、井上 悠介[1]、山口 峻[1]、山﨑 翔斗[1]、小野 李香[1]、丸田 浩志[1]、片山 宏己[1]、髙村 祐磨[1]、石井 光寿[1]、野中 隆[1] (1. 長崎大学外科学講座)

【背景】
進行直腸癌に対する標準術式であるTotal mesorectal excision（TME）は、十分なリンパ節郭清を伴う根治術である。一方、T1直腸癌におけるリンパ節転移頻度は約10%とされ、高齢者や重度併存疾患を有する患者では、低侵襲な経肛門的局所切除が治療選択肢となり得る。今回われわれは、早期直腸癌に対する局所切除の治療成績を検討するとともに、内視鏡的切開を先行させるEndoscopy-assisted TAMIS（Transanal Minimally Invasive Surgery）の手技的工夫を報告する。
【目的】
Endoscopy-assisted TAMISの有用性および手技的工夫を提示し、当科におけるTAMISの治療成績を検討する。
【手術手技】
① 内視鏡下に病変口側半周をESD手技に準じて粘膜切開する。
② GelPOINT®を装着し、3ポートTAMISを施行する。肛門側より粘膜、輪走筋、縦走筋、直腸間膜脂肪（後壁病変）へ順次切離を進める。
③ 全層切開ラインを内視鏡側の切開ラインと連続させ、病変を摘出する。
④ 剥離面を十分洗浄後、腸管欠損部を全層縫合にて閉鎖する。
【結果】
経肛門的局所切除を11例に施行した。年齢中央値は73歳で、9例に内科的併存疾患を認めた。手術時間中央値は90分、出血量中央値は10 mLであった。Clavien–Dindo分類Grade III以上の術後合併症は認めず、全例でR0切除を達成した。観察期間中央値は短いものの、現時点で局所再発は認めていない。術前深達度診断と病理学的診断の一致率は81.8%であった。
【考察】
重度の内科的併存疾患を有する患者では、長時間の全身麻酔や腸管吻合を伴うTMEは重篤な術後合併症のリスクとなり得る一方、癌治療介入を回避することも困難である。TAMISは低侵襲性と根治性の両立を目指した有効なアプローチと考えられるが、適応決定に際しては術前画像診断による深達度評価やリンパ節転移リスクを十分考慮した患者選択が重要である。
【結語】
Endoscopy-assisted TAMISは、内視鏡的切開を先行させることで適切な切離ラインの設定が可能となり、安全な局所切除に寄与すると考えられた。TMEリスクの高い内科的併存疾患を有する患者に対する低侵襲な治療選択肢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21日(土) 15:05 ~ 15:50 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 36　早期大腸癌に対する診断・治療戦略
座長：飯塚 敏郎（がん・感染症センター　都立駒込病院　消化器内科）

[O36-6] 当院における大腸癌内視鏡治療後の追加外科的切除例の検討

*國料 美月[1]、宇野 泰朗[1]、近藤 優里奈[1]、加藤 希[1]、大重 英昭[1]、安井 知樹[1]、野地 雄太[1]、桑野 誠也[1]、浅野 智成[1]、間下 直樹[1]、望月 能成[1] (1. 小牧市民病院消化器外科)

【はじめに】大腸癌治療ガイドラインでは、内視鏡切除されたpT1大腸癌の追加切除の適応は、垂直断端陽性、T1b (SM浸潤 1000μm以上)、脈管浸潤陽性、低分化腺癌・印環細胞癌・粘液癌、簇出Grade 2/3のいずれかを認めた場合とされている。また追加切除におけるリンパ節転移陽性率は10%ほどされており、高齢者などへの追加切除の適応は議論の余地がある。【対象と方法】2016年1月から2025年12月までの間に当院で外科的切除をした大腸癌のうち内視鏡治療後の追加切除症例31例の、患者背景、腫瘍学的背景、予後について後方視的検討を行った。【結果】年齢は中央値76歳（40-83歳）、男女比17:14であった。占拠部位はA/T/D/S/Rs/Ra/Rb=6/3/2/13/3/1/3、大きさは中央値15㎜(10-40)であった。内視鏡治療はEMR/ESD＝25:6で、追加切除の要因は、垂直断端陽性 8例、T1b 16例（うち2000μm以上は8例）、脈管侵襲 13例、簇出Grade2/3 1例であった（重複あり）。手術は開腹/腹腔鏡/ロボット＝2/20/9、郭清はD1/D2/D3＝4/16/11、術後合併症は4例に認め、Clavien-Dindo Ⅲ以上の合併症は2例（縫合不全1例、イレウス1例）認めた。原発巣の癌遺残は3例（垂直断端陽性例の37.5%）に認め、リンパ節転移は8例（25.8%）に認め、陽性リンパ節個数は全例1個でN1aであった。リンパ節転移陽性例では垂直断端陽性2例、脈管侵襲6例、T1b 6例であった（重複あり）。リンパ節転移陽性例8例のうち5例は術後補助化学療法を施行している。リンパ節転移陽性例は全例無再発で経過しているが、リンパ節転移陰性例のうち垂直断端陽性例の1例で肺転移肝転移再発している。【考察】当院の大腸癌内視鏡治療後の追加外科的切除例につき検討した。治療成績や長期予後は良好な結果であるが、リンパ節転移の陽性率が既報より高めであった。脈管侵襲陽性例や追加切除の要因が複数ある症例はリンパ節転移陽性率が高い傾向が認められた。ガイドライン通りに追加切除を施行することが推奨されるが、脈管侵襲陽性例などは特に推奨されうる。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 37　術中手技

座長：清島 亮（藤田医科大学総合消化器外科）

[O37-1] 大腸癌手術における腹腔鏡下大動脈周囲リンパ節郭清の検討

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

[O37-2] AIによる内側アプローチでの重要臓器の解剖認識

*大橋 弥貴子[1]、門野 政義[1]、富田 祐輔[1]、竹内 優志[1]、森田 覚[1]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学外科)

[O37-3] Laser Speckle Flowgraphyを用いた吻合部腸管血流低下因子の検討

*金子 奉暁[1]、的場 周一郎[1]、牛込 充則[1]、鏡 哲[1]、鈴木 孝之[1]、長嶋 康雄[1]、三浦 康之[1]、池田 裕一[1]、渡邉 健太郎[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院消化器外科)

[O37-4] AI・ICG蛍光法を併用した大腸癌ナビゲーション手術と専攻医執刀手術でのAI使用の有用性について

*渡邊 良平[1]、青木 武士[1]、田代 良彦[1]、井関 貞仁[1]、長石 将大[1]、門 威志[1]、茂木 健太郎[1]、望月 清孝[1]、広本 昌裕[1]、冨岡 幸大[1]、野垣 航二[1]、山下 剛史[1]、有吉 朋丈[1]、伊達 博三[1]、松田 和広[1]、草野 智一[1]、藤森 聰[1]、五藤 哲[1]、山崎 公靖[1]、渡辺 誠[1] (1. 昭和医科大学医学部外科学講座　消化器一般外科学部門)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 37　術中手技
座長：清島 亮（藤田医科大学総合消化器外科）

[O37-1] 大腸癌手術における腹腔鏡下大動脈周囲リンパ節郭清の検討

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

（はじめに）大腸癌の大動脈周囲リンパ節(PALN)転移は予後不良であり、その郭清効果に関しては明確なエビデンスはない。ただ、大動脈周囲リンパ節郭清術(PALND)の恩恵を得られる症例があることは確かである。近年、大腸癌に対する腹腔鏡手術は標準治療となり、PALNDも腹腔鏡下に行う施設も増えている。
（目的）当科における大腸癌に対する腹腔鏡下PALNDの手術手技を供覧し、周術期成績を明らかにすることでその安全性・有用性を明らかにする。
（対象と方法）2010年7月から2026年4月までに当科で大腸癌に対し、原発巣切除に加えPALNDを併施した症例を開腹群(OP)と腹腔鏡群(LAP)で後方視的に比較検討した。
（結果）PALNDを施行した症例は41例（OP 7 vs LAP 34例）。性別は（OP vs LAP; 男性14.3 vs 38.2%）。年齢は（OP vs LAP; 66 vs 64.5歳）。腫瘍占拠部位は（OP vs LAP; 右側/左側/直腸: 2/4/1 vs 1/10/23）。術式は（OP vs LAP; RHC/S/LAR/APR:2/2/1/2 vs LHC/S/HAR/LAR/APR/TPE/pPE /: 2/5/9/5/9/2/2/）。手術時間は（OP vs LAP; 250vs 316.5分）。出血量は（OP vs LAP; 255 vs 50g）。LAP群で開腹移行はなかった。術後在院日数は（OP vs LAP; 25 vs 20.5日）。傍大動脈リンパ節の摘出個数中央値は（OP vs LAP; 5 vs 9個）。病理学的転移陽性個数は（OP vs LAP; 1 vs 1個）。腹腔鏡群における5年生存率は、PALN転移陰性例で77.8%、陽性例で39.0%と明らかな差を認めた。この中で、PALN以外の遠隔転移があった症例では５年生存率は21.2%、なかった症例では74.7%であった。
（考察）腹腔鏡下大動脈周囲リンパ節郭清術は安全に施行でき、症例を選択することにより、有用な治療法のひとつ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) | 外科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 37　術中手技
座長：清島 亮（藤田医科大学総合消化器外科）

[O37-2] AIによる内側アプローチでの重要臓器の解剖認識

*大橋 弥貴子[1]、門野 政義[1]、富田 祐輔[1]、竹内 優志[1]、森田 覚[1]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学外科)

目的

S状結腸切除術および直腸前方切除術における内側アプローチでは、重篤な合併症につながる重要臓器として下腸間膜動脈（IMA）や性腺動静脈などの血管、尿管、下腹神経などが存在する。これらの損傷は出血、排尿・性機能障害などの重篤な合併症につながる可能性がある。近年、人工知能（AI）を用いた画像認識技術の進展により、術中ナビゲーションへの応用が期待されている。本研究では、当施設で開発中の手術支援AIを用い、IMA、尿管、下腹神経、性腺動静脈を対象とした自動認識精度を評価し、その臨床応用の可能性を検討することを目的とした。
方法

腹腔鏡下あるいはロボット支援下に内側アプローチを施行した164症例の手術動画から静止画像を抽出した。各画像に対し、IMA、尿管、下腹神経、性腺動静脈の走行を対象としてアノテーションを実施した。アノテーションは2名の外科医により行い、そのうち1名は内視鏡外科技術認定医かつ大腸肛門病外科専門医であり、相互確認により妥当性を担保した。これらのデータセットを用いてAIモデルを構築し、構築したAIモデルの性能評価にはIntersection over Union（IoU）を用いた。
結果

構築したAIモデルにおける下腹神経のIoUは0.20であった。オーバーレイ画像の肉眼的評価では、IMAおよび下腹神経、性腺動静脈については多くの症例で概ね良好に描出され、認識が可能であった。一方、尿管については症例間で認識精度にばらつきが認められ、一部症例では十分な同定が困難であった。
考察

本研究は比較的限定された症例数での検討ではあるが、内側アプローチにおいて損傷回避が重要な構造物に対するAIによる自動認識の可能性を示した。特に血管および神経構造に関しては一定の精度での認識が可能であり、術中の意思決定支援や安全性向上への寄与が期待される。尿管認識の精度向上には、症例数の拡充と多様な術野条件を反映したデータの追加収集が有効と考える。将来的にはリアルタイムでの術中支援システムへの発展が期待される。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 37　術中手技
座長：清島 亮（藤田医科大学総合消化器外科）

[O37-3] Laser Speckle Flowgraphyを用いた吻合部腸管血流低下因子の検討

*金子 奉暁[1]、的場 周一郎[1]、牛込 充則[1]、鏡 哲[1]、鈴木 孝之[1]、長嶋 康雄[1]、三浦 康之[1]、池田 裕一[1]、渡邉 健太郎[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院消化器外科)

【背景】腸管血流は縫合不全に関与する重要な因子であるが、血流を定量評価し患者背景や手術因子との関連を検討した報告は少ない。Laser Speckle Flowgraphy（LSFG）は赤血球のスペックル現象を利用した血流測定法であり、Mean Blur Rate（MBR）として血流を数値化できる。今回、LSFGを用いて吻合部腸管血流低下因子を検討した。
【対象・方法】2018年5月～2026年4月に左側結腸・直腸切除術を施行した153例を対象とした。術中に口側切離予定線近傍の腸管血流をLSFGで測定した。切離線口側3点の平均MBRから肛門側1点のMBRを減じた値をmodified MBR（mMBR）として評価した。検討項目は年齢、性別、BMI≧25、糖尿病（HbA1c＞6.4%）、腎障害（eGFR＜45 mL/min）、低アルブミン血症（Alb＜3.5 g/dL）、術前治療（放射線、化学療法）、血管処理（高位/低位結紮）、吻合部位（高位前方切除、低位前方切除、超低位前方切除）とした。単変量解析にはMann-Whitney U検定を用い、有意因子を重回帰分析に投入した。
【結果】単変量解析では、吻合部位および血管処理方法が腸管血流と有意に関連した（いずれもp＜0.001）。高位前方切除、低位前方切除、超低位前方切除の順に血流は低下した。また、高位結紮群は低位結紮群と比較し有意に血流が低値であった。重回帰分析では、低位吻合（β＝−113.8, p＝0.006）、超低位吻合（β＝−215.5, p＜0.001）、高位結紮（β＝−147.5, p＜0.001）が腸管血流低下と独立して関連していた。
【結語】高位結紮および低位吻合は、吻合部腸管血流低下の独立因子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21日(土) 13:30 ~ 14:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 37　術中手技
座長：清島 亮（藤田医科大学総合消化器外科）

[O37-4] AI・ICG蛍光法を併用した大腸癌ナビゲーション手術と専攻医執刀手術でのAI使用の有用性について

*渡邊 良平[1]、青木 武士[1]、田代 良彦[1]、井関 貞仁[1]、長石 将大[1]、門 威志[1]、茂木 健太郎[1]、望月 清孝[1]、広本 昌裕[1]、冨岡 幸大[1]、野垣 航二[1]、山下 剛史[1]、有吉 朋丈[1]、伊達 博三[1]、松田 和広[1]、草野 智一[1]、藤森 聰[1]、五藤 哲[1]、山崎 公靖[1]、渡辺 誠[1] (1. 昭和医科大学医学部外科学講座　消化器一般外科学部門)

【緒言】
Artificial intelligence（AI）による剥離可能層と神経同定により過不足ない郭清ラインの同定の可能性がある。またインドシアニングリーン（ICG）蛍光法を用いたリンパ流同定を併用することで、郭清リンパ節および郭清剥離ラインを同定し精緻なナビゲーション手術が可能と考えられる。AIとICG蛍光法を併用した大腸癌ナビゲーション手術と専攻医執刀手術でのAI使用の有用性について報告する。

【方法】
手術支援AIは、術中解析はEUREKAα（Anaut）、術後解析はEUREKA X を使用。EUREKA X による神経・剥離可能層同定とICG蛍光法によるリンパ流同定を理解した外科専攻医5人を対象に臨床応用可能なAI（EUREKAα）を用いて、腹腔鏡下大腸手術においてAIが手術成績の向上に寄与するかについて、AI使用の有無で比較検討した。

【結果】
AIなし群の術式内訳は、腹腔鏡下結腸右半切除術3例、腹腔鏡下回盲部切除術3例、腹腔鏡下S状結腸切除術1例、腹腔鏡下高位前方切除術3例、腹腔鏡下低位前方切除術1例。平均手術時間は、211分、平均出血量は、69.8mlであった。
AIあり群の術式内訳は、腹腔鏡下結腸右半切除術4例、腹腔鏡下回盲部切除術3例、腹腔鏡下高位前方切除術2例、腹腔鏡下低位前方切除術1例。平均手術時間は、269分、平均出血量は、16.4mlであった。手術時間（p=0.6334）、出血量（p=0.1011）ともに有意差は認めなかった。

【結語】
手術時間、出血量に有意差は認めなかったが、出血量が減る可能性や指導者のストレス軽減に寄与する可能性があり、今後症例を重ね検討が必要と考えらる。

©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21日(土) 14:05 ~ 15:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 38　大腸憩室疾患・虫垂炎

座長：小林 美奈子（三重大学臨床外科感染制御学）

[O38-1] 下部消化管穿孔に対する腸管切除の治療成績および大腸肛門病専門医関与の影響

*南角 哲俊[1]、守山 愛子[1]、後藤田 美優[1]、後藤 佳名子[1]、小泉 綾香[1]、山崎 健司[1]、豊田 啓恵[1]、高島 順平[1]、杉本 斉[1]、藤本 大裕[1]、三浦 文彦[1]、小林 宏寿[1] (1. 帝京大学溝口病院)

[O38-2] 大腸憩室出血に対する内視鏡施行時期とSRH同定率の後ろ向き検討

*藤井 一生[1]、岩城 公人[1]、細井 桃々子[1]、一箭 空伸[1]、今枝 駿介[1]、井関 真理[1]、岡 靖紘[2]、森口 義亮[1]、野間 絵梨子[1]、柴田 理美[1]、岩谷 勇吾[1]、後藤 修[2]、飯塚 敏郎[1] (1. 東京都立駒込病院消化器内科、2. 東京都立駒込病院内視鏡科)

[O38-3] 大腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対する腹腔鏡下手術導入後の治療成績の検討

*河野 慎[1]、江坂 和大[1]、瀬津 海斗[1]、山本 慧[1]、岡本 健太[1]、平野 哲多[1]、伊藤 翔[1]、田中 伸孟[1]、寺本 仁[1]、水野 豊[1]、蜂須賀 丈博[1] (1. 市立四日市病院外科)

[O38-4] 単孔式腹腔鏡下回盲部切除術を施行した急性虫垂炎24例の検討

*奥村 元紀[1]、森本 祥悠[1]、橋本 雅弘[1]、加藤 伸弥[1]、平木 将之[1]、畑 泰司[1]、寺西 立冴[1]、東口 公哉[1]、古川 健太[1]、広田 将司[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. 大阪急性期・総合医療センター)

[O38-5] 高度炎症を伴う大腸憩室炎に対する腹腔鏡下手術におけるICG蛍光尿管カテーテルの有用性

*齋藤 美和[1]、松村 卓樹[1]、國友 愛奈[1]、余語 孝乃助[1]、戸田 瑶子[1]、浅野 瑠水[1]、本村 理子[1]、大岩 立学[1]、白井 信太郎[1]、倉橋 岳宏[1]、松下 希美[1]、福山 貴大[1]、加藤 翔子[1]、安井 講平[1]、上田 翔[1]、篠原 健太郎[1]、大澤 高陽[1]、安藤 公隆[1]、金子 健一朗[1]、深見 保之[1] (1. 愛知医科大学病院消化器外科)

[O38-6] 当院における憩室穿孔に対する術式選択の検討 ―一期的吻合の適応と術後再発の観点から―

*山城 直嗣[1]、堀 義城[1]、新垣 淳也[1]、古波倉 史子[1]、佐村 博範[1] (1. 浦添総合病院外科)

[O38-7] 急性複雑性虫垂炎診療における大腸肛門病学会専門医の意義について

*古賀 千絢[1]、岩本 和哉[1]、橋本 瑞己[1]、大里 祐樹[1]、野間 俊樹[1]、松下 克則[1]、新野 直樹[1]、中島 慎介[1]、鈴木 陽三[1]、清水 潤三[1]、川瀬 朋乃[1]、冨田 尚裕[1]、今村 博司[1] (1. 市立豊中病院　消化器外科)

[O38-8] 左側憩室穿孔に対するハルトマンリバーサル施行症例の特徴と腹腔内癒着関連因子の検討

*川村 崇文[1]、中山 百合[1]、鈴木 麻耶[1]、小山 夏輝[1]、井田 進也[1]、大菊 正人[1]、原田 岳[1]、稲葉 圭介[1]、田村 浩章[1]、平山 一久[2]、落合 秀人[1] (1. 浜松医療センター消化器外科、2. 浜松医療センター臨床検査科)

©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
2026年11月21日(土) 14:05 ~ 15:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 38　大腸憩室疾患・虫垂炎
座長：小林 美奈子（三重大学臨床外科感染制御学）

[O38-1] 下部消化管穿孔に対する腸管切除の治療成績および大腸肛門病専門医関与の影響

*南角 哲俊[1]、守山 愛子[1]、後藤田 美優[1]、後藤 佳名子[1]、小泉 綾香[1]、山崎 健司[1]、豊田 啓恵[1]、高島 順平[1]、杉本 斉[1]、藤本 大裕[1]、三浦 文彦[1]、小林 宏寿[1] (1. 帝京大学溝口病院)

【背景】下部消化管穿孔は死亡率10–50%とされる重篤な急性腹症であり、敗血症を伴うことも多く、迅速な外科的介入が予後を左右する。一方、救命を優先しつつ原疾患の根治性、特に悪性腫瘍症例では切除範囲や再建方法まで考慮した術式選択が求められる。しかし実臨床では、術中診断となる症例も少なくなく、夜間・休日の限られた人的資源下では大腸肛門病専門医が常に関与できるとは限らない。
【目的】腸管切除を施行した下部消化管穿孔症例における大腸肛門病専門医関与の影響を検討する。
【方法】2020年4月～2025年12月に下部消化管穿孔に対し緊急手術にて腸管切除を施行した30例を対象とした。専門医関与群17例、非関与群13例に分け、周術期成績を後方視的に比較した。
【結果】患者背景に有意差はなかった。関与群では切除吻合が多く〔11/17例（64.7%）vs 2/13例（15.4%)〕、非関与群ではHartmann手術が多かった〔11/13例（84.6%）vs 6/17例（35.3%）, p=0.020〕。手術時間は214 vs 160分（p=0.004)、ICU入室期間は3 vs 1.5日（p=0.023）で関与群が長かったが、術後在院日数、30日死亡、Clavien-Dindo grade III以上合併症、ストマ閉鎖率に差を認めなかった。多変量解析では、専門医非関与がHartmann選択の独立因子であった（OR 17.1, 95%CI 1.57-584, p=0.043)。
悪性疾患は11例で、関与群8例、非関与群3例であった。悪性例に限ると、術式はHartmann/切除吻合が3/5例 vs 2/1例、リンパ節郭清度はD1/2/3が0/5/3例 vs 1/1/1例、最終的根治切除達成は5例 vs 0例で、いずれも有意差は認めないものの専門医関与群でより根治度が高い傾向であった。
【結語】大腸肛門病専門医の関与は切除吻合選択と関連した。一方、悪性疾患に対する緊急手術の治療内容には専門医の有無で差がなかった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 14:05 ~ 15:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 38　大腸憩室疾患・虫垂炎
座長：小林 美奈子（三重大学臨床外科感染制御学）

[O38-2] 大腸憩室出血に対する内視鏡施行時期とSRH同定率の後ろ向き検討

*藤井 一生[1]、岩城 公人[1]、細井 桃々子[1]、一箭 空伸[1]、今枝 駿介[1]、井関 真理[1]、岡 靖紘[2]、森口 義亮[1]、野間 絵梨子[1]、柴田 理美[1]、岩谷 勇吾[1]、後藤 修[2]、飯塚 敏郎[1] (1. 東京都立駒込病院消化器内科、2. 東京都立駒込病院内視鏡科)

【背景】
大腸憩室出血は下部消化管出血の主要な原因であるが大腸内視鏡検査（CS）におけるstigmata of recent hemorrhage（SRH）の同定率は20–40%と低く、内視鏡的止血術に繋がらない症例も多い。SRH同定率を向上させる因子には発症からCS施行までの時間などが示唆されている。本研究では大腸憩室出血の発症からCS施行までの経過時間とSRH同定率及び再出血率の関連を検討した。
【方法】
2016年から2025年に大腸憩室出血と診断されCSを施行した259例を対象とした。発症からCS施行までの時間で≤24時間群と>24時間群の2群に分類した。主要評価項目はSRH同定率、副次評価項目は技術的成功率、30日以内再出血率、内視鏡的止血術および術式、抗血栓薬使用と30日以内再出血との関連とした。
【結果】
対象は259例（男性166例、女性93例、年齢中央値77歳［28-99歳］）でSRH同定率は22.8%（59/259例）であった。内視鏡的止血術は77例に施行され、クリップ法54例、EBL法23例であった。SRH同定例への技術的成功率は91.5%(54/59例)で、30日以内の再出血率は18.1%(47/259例)であった。
SRH同定の有無と再出血率は、SRH同定群25.4%、非同定群16.0%であった(OR 1.79, 95%CI 0.82–3.75, p=0.12)。止血術の有無（19.5% vs 17.6%, p=0.73）、術式（EBL 17.4%、クリップ 20.4%, p>0.99）、抗血栓薬使用（20.2% vs 17.1%, p=0.61）は再出血率との関連を認めなかった。
≤24時間群vs>24時間群の症例数は55例vs204例で、SRH同定率は20例(36.4%)vs39例(19.1%)（p=0.01）、技術的成功率は18例(90.0%)vs36例(92.3%)(p>0.99)、30日以内再出血率は13例(23.6%)vs34例(16.7%)（p=0.24）であった。30日以内の再出血例をきたした13例vs34例では初回のCS時にSRHを同定できなかった症例が≤24時間vs>24時間で9例(25.7%)vs23例(13.9%)(p=0.12)と大半を占めた一方で、SRHを同定でき技術的に成功した症例でも再出血例は≤24時間vs>24時間それぞれ、3例(16.7%)vs8例(22.2%)（p=0.73）であった。
【結論】
大腸憩室出血において発症24時間以内のCS施行はSRH同定率向上に寄与する一方、再出血率は23.6%と24時間以降の介入と差がなく、早期の段階での内視鏡による介入の必要性が高くな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) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 14:05 ~ 15:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 38　大腸憩室疾患・虫垂炎
座長：小林 美奈子（三重大学臨床外科感染制御学）

[O38-3] 大腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対する腹腔鏡下手術導入後の治療成績の検討

*河野 慎[1]、江坂 和大[1]、瀬津 海斗[1]、山本 慧[1]、岡本 健太[1]、平野 哲多[1]、伊藤 翔[1]、田中 伸孟[1]、寺本 仁[1]、水野 豊[1]、蜂須賀 丈博[1] (1. 市立四日市病院外科)

【目的】本邦では大腸憩室症の増加に伴い、比較的まれとされてきた大腸憩室炎による結腸膀胱瘻の報告も増加している。保存的治療で瘻孔の自然閉鎖を得ることは困難で、根治には手術を要する。術式について一定の見解はないが、近年は腹腔鏡下手術の有用性を示す報告も散見される。当科では2021年4月以降、腹腔鏡下手術を導入し、結腸病変を切除吻合したうえで、膀胱側は術中リークテストで漏出がなければ瘻管離断のみ、漏出があれば単純縫合閉鎖を追加する方針としている。これまでの治療成績を後方視的に検討し、その有効性、安全性を明らかにする。
【方法】2013年10月から2026年2月までに、大腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対して手術を施行した15例を対象とした。2021年3月までの開腹手術6例と、2021年4月以降の腹腔鏡下手術9例に分けて検討を行った。
【結果】男性14例、女性1例、年齢中央値63歳（41-86歳）、BMI中央値24.0（20.1-35.0）であった。CTで膀胱内気腫を11例に認め、膀胱鏡では瘻孔または限局性浮腫を全例で認めた。下部消化管内視鏡で瘻孔を確認できた症例は1例、注腸造影で膀胱への造影剤流入を認めた症例は3例であった。術式はS状結腸切除13例、Hartmann手術1例、高位前方切除1例であった。手術時間中央値は開腹群180分（123-309分）、腹腔鏡群238分（143-369分）、出血量中央値は開腹群236.5 mL（26-418 mL）、腹腔鏡群29 mL（1-307 mL）であった。術後在院日数中央値は開腹群10日（8-18日）、腹腔鏡群9日（8-35日）であった。膀胱処置は開腹群で縫合閉鎖5例、瘻管離断のみ1例、腹腔鏡群で縫合閉鎖3例、瘻管離断のみ6例であった。腹腔鏡群のClavien-Dindo分類Grade II以上の合併症は腹腔内膿瘍1例のみであった。膀胱関連の重篤な合併症や瘻孔再発は認めなかった。
【結語】2021年4月以降の腹腔鏡下手術は、開腹手術と比較しても安全に施行できていた。膀胱側はリークテストで漏出があっても、縫合閉鎖を追加することで良好に治療できる可能性がある。

©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21日(土) 14:05 ~ 15:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 38　大腸憩室疾患・虫垂炎
座長：小林 美奈子（三重大学臨床外科感染制御学）

[O38-4] 単孔式腹腔鏡下回盲部切除術を施行した急性虫垂炎24例の検討

*奥村 元紀[1]、森本 祥悠[1]、橋本 雅弘[1]、加藤 伸弥[1]、平木 将之[1]、畑 泰司[1]、寺西 立冴[1]、東口 公哉[1]、古川 健太[1]、広田 将司[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. 大阪急性期・総合医療センター)

【はじめに】
当センターでは、すべての虫垂炎に対して、単孔式アプローチで腹腔鏡手術を施行している。虫垂根部の壊死や膿瘍形成、結腸間膜への炎症波及などで虫垂切除術や盲腸部分切除術が困難と考えられる症例には回盲部切除術を施行している。

【目的】
当センターにおいて、急性虫垂炎に対し回盲部切除術を行った症例に関して、単孔式アプローチの手術成績を検討する。

【方法】
当センターで2021年1月から2025年9月までに急性虫垂炎に対し単孔式アプローチで手術を開始した171例において、回盲部切除術を施行した24例（以下回盲切群）と、虫垂切除術/盲腸部分切除術を施行した147例（以下非回盲切群）の2群に分け、患者背景および術後短期成績について比較検討し、単孔式回盲部切除術の安全性・妥当性について後ろ向きに検討した。

【結果】
年齢中央値は回盲切群 vs 非回盲切群 = 66.5歳 vs 49.0歳（p=0.001）、男：女＝72：75 vs 15：9（p=0.273）、BMIの中央値は20.9 vs 22.2（p=0.046）であった。ポート追加は 1/23(4.3%) vs 1/147(0.68%)（p=0.262）、開腹移行は2/22(9.1%） vs 0/147(0.0%)（p=0.019）であった。病理所見はカタル性：蜂窩織炎性：壊疽性：穿孔性：その他＝ 0/1/15/7/1 vs 14/67/38/17/11（p<0.001）であった。
手術時間中央値は169分（111-247）vs 75分（25-219）（p<0.001）で、術中出血量中央値は105ml（0-690） vs 0ml （0-350）であった。CD GradeIII以上の合併症は、6/24（25%, 麻痺性イレウス3例, SSI 1 例, 遺残膿瘍1例, 術後出血1例） vs 6/141（4.1%）（p=0.002）であった。

【結語】
本検討では、急性虫垂炎に対する回盲切群は非回盲切群と比較して、高齢やせ型が多く、壊疽性や穿孔性の症例が有意に多かった。術後合併症率について非回盲切群と比較して有意に高値であった。一方、虫垂炎に対する回盲部切除のCD GradeIII以上の合併症率は、既報では10%から20%程度と報告される。当院における回盲切群の術後合併症 CD gardeIIIの半数は、イレウス管留置にて軽快した麻痺性イレウスであり、当センターにおいて、虫垂炎に対する単孔式腹腔鏡下回盲部切除術は比較的安全に実施可能と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 14:05 ~ 15:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 38　大腸憩室疾患・虫垂炎
座長：小林 美奈子（三重大学臨床外科感染制御学）

[O38-5] 高度炎症を伴う大腸憩室炎に対する腹腔鏡下手術におけるICG蛍光尿管カテーテルの有用性

*齋藤 美和[1]、松村 卓樹[1]、國友 愛奈[1]、余語 孝乃助[1]、戸田 瑶子[1]、浅野 瑠水[1]、本村 理子[1]、大岩 立学[1]、白井 信太郎[1]、倉橋 岳宏[1]、松下 希美[1]、福山 貴大[1]、加藤 翔子[1]、安井 講平[1]、上田 翔[1]、篠原 健太郎[1]、大澤 高陽[1]、安藤 公隆[1]、金子 健一朗[1]、深見 保之[1] (1. 愛知医科大学病院消化器外科)

【背景】大腸憩室炎に対する手術では高度炎症や膿瘍形成に伴う線維化・炎症性癒着によって解剖学的層の同定が困難となり尿管損傷のリスクが高まる。従来尿管損傷予防目的に尿管ステント留置が用いられてきたが、触覚を有さない腹腔鏡下手術においてはその有用性は限定的である。今回、高度炎症を伴う大腸憩室炎に対する腹腔鏡下手術におけるICG蛍光尿管ステントの有用性について検討した。

【方法】2023年1月から2026年1月までに大腸憩室炎に対して手術を施行した63例のうち、腹腔鏡手術を施行した34例を対象とした。このうち術前画像評価で高度炎症に伴う尿管周囲の癒着が予測され、術前にICG蛍光尿管ステントを留置した10例について後方視的に比較検討を行った。

【結果】年齢中央値は56歳、男性6例、女性4例であった。術前診断はいずれもS状結腸憩室炎であり、瘻孔形成を2例、膿瘍形成を4例認めた。蛍光尿管ステントは左側9例、両側1例に留置した。全例において術中に近赤外光観察下に尿管走行の視認が可能であった。手術時間中央値は294分（204－336)、出血量中央値は20 mL（3–150)、全例腹腔鏡下で完遂可能であり、開腹移行や尿管損傷は認めなかった。術後在院日数中央値は13日であった。術後合併症はClavien-Dindo分類 grade2の尿路感染1例、Grade3bの虫垂穿孔に対し再手術した症例1例に認めた。

【考察】膿瘍形成や骨盤内炎症を伴う症例では、尿管周囲組織の線維化や炎症性癒着により尿管同定が困難となる。ICG蛍光尿管カテーテルを用いることでリアルタイムに尿管走行を視認可能となり、安全な剥離層の確認および骨盤内操作の安全性向上に寄与した可能性が示唆された。

【結語】ICG蛍光尿管カテーテルは、高度炎症を伴う憩室炎手術に対する腹腔鏡下手術において、術中尿管同定を容易にし、尿管損傷回避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) | 内科・外科

2026年11月21日(土) 14:05 ~ 15:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 38　大腸憩室疾患・虫垂炎

座長：小林 美奈子（三重大学臨床外科感染制御学）

[O38-6] 当院における憩室穿孔に対する術式選択の検討 ―一期的吻合の適応と術後再発の観点から―

*山城 直嗣[1]、堀 義城[1]、新垣 淳也[1]、古波倉 史子[1]、佐村 博範[1] (1. 浦添総合病院外科)

【背景】
憩室穿孔に対する緊急手術では、一期的吻合とHartmann手術のいずれを選択するかがしばしば問題となる。術中の腸管コンディションに応じた術式変更の柔軟性や、術後の憩室炎再発も重要な課題である。
【目的】
憩室穿孔に対する術式選択について、短期成績および術後再発の観点から検討する。
【対象と方法】
2019年1月～2025年12月に当院で憩室穿孔に対し緊急手術を施行した33例を対象とし、患者背景、Hinchey分類、術式、術後合併症、再発について後方視的に検討した。
【結果】
男性26例、女性7例で、穿孔部位は左側28例、右側5例であった。Hinchey分類はII：17例、III：15例、IV：1例であった。術式は一期的吻合11例、Hartmann手術20例、その他2例であった。ストーマ造設は26例（79%）に施行された。術後合併症は7例（21%）、院内死亡は2例（6%）であった。一期的吻合症例では縫合不全を認めなかった。一方、術中に吻合を施行したものの、腸管壁の硬化や脆弱性を認め、covering ileostomy追加やHartmann手術へ変更した症例を認めた。また、一期的吻合後に残存S状結腸憩室による憩室炎再発を繰り返し、再入院を要した症例も経験した。
【結語】
一期的吻合は適切な症例選択のもとでは安全に施行可能であるが、必ずしも最適解とは限らない。術後の憩室炎再発も重要な問題であり、Hartmann手術は炎症沈静後に切除範囲を再評価できる点で、有用な戦略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21日(土) 14:05 ~ 15:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 38　大腸憩室疾患・虫垂炎
座長：小林 美奈子（三重大学臨床外科感染制御学）

[O38-7] 急性複雑性虫垂炎診療における大腸肛門病学会専門医の意義について

*古賀 千絢[1]、岩本 和哉[1]、橋本 瑞己[1]、大里 祐樹[1]、野間 俊樹[1]、松下 克則[1]、新野 直樹[1]、中島 慎介[1]、鈴木 陽三[1]、清水 潤三[1]、川瀬 朋乃[1]、冨田 尚裕[1]、今村 博司[1] (1. 市立豊中病院　消化器外科)

【はじめに】働き方改革で時間外診療の削減に努めるにあたって，腸切除が必要な緊急手術 を大腸外科医が全て担うのは難しいのが現状である．当院では，急性虫垂炎診療において腸 切除を要すると予想される場合は保存的加療後の待機的手術(IA)を選択し，IAは基本的に大腸外科医が手 術を担当しより安全な手術ができるよう努めている．当院における急性複雑性虫垂炎に対する緊急手術(EA)および待機的手術の選択の現状と転帰について解析した．
【対象と方法】2020年1月から2023年5月に急性複雑性虫垂炎と診断され手術を施行し た症例を対象に診療録・手術記録を用いて検索し，EA:IAの割合，術式，合併症率について 検討した．ここで急性複雑性虫垂炎とは診断時CTで最大径30mm以上の膿瘍形成あるい は穿孔を伴う虫垂炎と定義した．
【結果】43例が同定された．男:女=29例:14例, 年齢(中央値):53歳, EA:IA=33例:10例で あった．施行術式はEA 群で虫垂切除(APPY):盲腸部分切除･回盲部切除(C/ICA)=28例:5 例, IA群で APPY:C/ICA= 3例:7例とIA群でAPPYの割合は有意に低かった(p=0.002)． 術後合併症はEA:15例(45%), IA:1例(10%)と有意差は無いがIA 群で少ない傾向がみられ (p=0.064), C/ICA 症例に限ってもEA:2 例(40%), IA:1例(14%)とやはりIA 群で少ない傾 向がみられた．ICAを施行した症例について，大腸外科医が待機手術を行った群(A群)と非専門医が緊急手術を行った群(B群)について比較した．術後在日日数(平均)はA:B=8.6日:11日(p=0.189)，手術時間(平均)はA:B=171.6分:204.8分(p=0.167)，出血量(平均)はA:B=72ml:141.3ml(p=0.170)であり，有意差は認めないものの大腸外科医が実施した症例の方が術後の在院日数が少なく，手術時間・出血量ともに少ない結果となった．
【結語】診断時点で C/ICA を要すると予想される虫垂炎症例については，緊急手術を回避し大腸肛門病学会専門医による待機的手術を実施することで，手術成績が向上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21日(土) 14:05 ~ 15:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 38　大腸憩室疾患・虫垂炎
座長：小林 美奈子（三重大学臨床外科感染制御学）

[O38-8] 左側憩室穿孔に対するハルトマンリバーサル施行症例の特徴と腹腔内癒着関連因子の検討

*川村 崇文[1]、中山 百合[1]、鈴木 麻耶[1]、小山 夏輝[1]、井田 進也[1]、大菊 正人[1]、原田 岳[1]、稲葉 圭介[1]、田村 浩章[1]、平山 一久[2]、落合 秀人[1] (1. 浜松医療センター消化器外科、2. 浜松医療センター臨床検査科)

【背景】ハルトマンリバーサル（Hartmann reversal :HR）は,主に大腸穿孔に対して緊急ハルトマン手術（Hartmann procedure : HP）時に造設された人工肛門を閉鎖する術式である.HRは腹膜炎術後に施行されるため腹腔内癒着を伴うことが多く,他臓器損傷など合併症のリスクを有する.今回我々は,左側憩室穿孔に対するHP後にHRを施行した症例の特徴を明らかにし,特にHR施行時の腹腔内癒着に関連する因子について検討した.【方法】2013年1月から2025年12月までに,当院で左側憩室穿孔に対して緊急HPを施行した28例を対象とした.周術期死亡2例を除く26例をHR施行群（16例）と非施行群（10例）に分け,臨床学的特徴を比較検討した.さらにHR施行群16例をAASTによるASBOの術中分類に基づき癒着軽度群（8例）と癒着中等度以上群（8例）に分け,HP時の背景因子および周術期成績について解析した.【結果】HR非施行群は施行群と比べて年齢が有意に高く〔中央値76歳 vs 64歳, p=0.016〕,BMIは有意に低値であった〔18.6 vs 23.7, p＜0.001〕.一方,憩室炎の重症度分類（Hinchey分類）や術後合併症の有無,術後入院期間に有意差を認めなかった.HR施行群内における腹腔内の癒着程度の比較では,HP時の出血量は中等度以上群で有意に多かった〔404ml vs 200ml, p＜0.045〕.一方,HP時のHinchey分類,術後腹腔内膿瘍の有無,HPからHRまでの期間に有意差は認めなかった.またHR時の出血量も癒着中等度以上群で有意に多かった〔355ml vs 144ml, p＜0.021〕.癒着の程度によるHR後の術後合併症および術後入院期間に差を認めなかった.【考察】HR時の腹腔内癒着は,憩室炎の重症度を反映するHinchey分類ではなく,HP時の出血量に関連していた.腹腔内癒着はHR時の出血量増加に関与したものの,術後合併症や術後入院期間に影響を及ぼさなかった.左側憩室穿孔術後のHRは,患者の全身状態を十分に評価したうえで,安全に施行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21日(土) 15:10 ~ 16:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 39　大腸癌の周術期管理・予後予測 3

座長：清松 知充（国立国際医療センター　外科）

[O39-1] Monocyte to Albumin ratioによる大腸癌予後予測の検討

*小川 真平[1]、番場 嘉子[1]、金子 由香[1]、二木 了[1]、松尾 夏来[1]、腰野 蔵人[1]、前田 文[1]、谷 公孝[1]、山口 茂樹[1] (1. 東京女子医科大学消化器・一般外科)

[O39-2] Stage IV大腸癌における原発巣切除後重症合併症の術前予測因子の検討：多施設データベースを用いた解析

*塩崎 翔平[1]、下村 学[1]、松原 啓壮[1]、田口 和浩[1]、佐田友 藍[1]、矢野 琢也[1]、清水 亘[2]、三口 真司[3]、池田 聡[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 正一郎[11]、高倉 有二[12]、赤羽 慎太郎[13]、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　外科・内視鏡外科、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. JR広島病院　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)

[O39-3] 大腸癌術後再発症例の予後について

*原田 優香[1]、門野 政義[1]、岡田 純一[1]、中山 史崇[1]、森田 覚[1]、茂田 浩平[1]、菊池 弘人[2]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部外科学教室（一般消化器)、2. 川崎市立川崎病院)

[O39-4] 大腸癌同時性腹膜播種症例における予後規定因子の検討：24年間の長期解析に基づく治療戦略の考察

*大地 貴史[1]、菊池 真亜子[1]、久田 かほり[1]、執行 ひろな[1]、髙木 健太[1]、髙松 正行[1]、仕垣 隆浩[1]、藤吉 健司[1]、吉田 直裕[1]、吉田 武史[1]、主藤 朝也[1]、石橋 生哉[1]、藤田 文彦[1] (1. 久留米大学外科学講座)

[O39-5] 当院でのStage I～III大腸癌における術後合併症の発症と長期予後との関連

*玉井 瑞希[1]、原田 恭一[1]、柏本 錦吾[1]、山口 明浩[1] (1. 京都山城総合医療センター)

[O39-6] 大腸がん後方治療における宿主因子に基づいたプレシジョンメディスンの検討：mCONUTスコアによる「Invisible Frailty」の同定と治療最適化への寄与

*渋谷 雅常[1]、遠藤 秀生[1]、月田 智也[1]、丹田 秀樹[1]、西山 毅[1]、関 由季[1]、笠島 裕明[1]、西村 潤也[2]、福岡 達成[2]、西居 孝文[2]、前田 清[1] (1. 大阪公立大学消化器外科、2. 大阪市立総合医療センター外科)

[O39-7] Sarcopenic Obesityと宿主関連血液学的指標の統合によるスコアリングシステムを用いたStageII/III大腸癌の予後予測

*皆川 結明[1]、大矢 浩貴[1]、舩津屋 拓人[1]、額田 卓[2]、江畑 信孝[1]、武井 将伍[2]、前橋 学[2]、太田 絵美[2]、田 鍾寛[1]、渥美 陽介[1]、風間 慶祐[1]、佐藤 渉[1]、沼田 正勝[2]、小澤 真由美[2]、小坂 隆司[1]、菅野 伸洋[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学医学部　消化管外科学教室、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)

©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21日(土) 15:10 ~ 16:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 39　大腸癌の周術期管理・予後予測 3
座長：清松 知充（国立国際医療センター　外科）

[O39-1] Monocyte to Albumin ratioによる大腸癌予後予測の検討

*小川 真平[1]、番場 嘉子[1]、金子 由香[1]、二木 了[1]、松尾 夏来[1]、腰野 蔵人[1]、前田 文[1]、谷 公孝[1]、山口 茂樹[1] (1. 東京女子医科大学消化器・一般外科)

【目的】大腸癌に対して様々な炎症マーカーや栄養指標による予後予測の検討が行われている。今回、Monocyte to Albumin ratio(MAR)による大腸癌予後予測の可能性について検討した。
【対象・方法】当科で経験した大腸癌治癒切除1297例を対象とした。炎症マーカーや栄養指標であるNeutrophil(Neu)、Lymphocyte(Lym)、Monocyte(Mono)、Platelet(Plt)、Alubumin(Alb)、C-reactive protein(CRP)のうち予後と関連が強い因子を抽出し以下の項目について検討した。1)治療成績(RFS, OS)、2) risk因子としての他臨床病理学的因子との比較(Cox比例ハザード分析)。イベントに対する各指標のcut off値はROC曲線から算出し高値群(high)と低値群(low)に分類した。観察期間の中央値は2083日であった。
【結果】各指標におけるAUC値(RFS・OS)は、Neu:0.53020,0.49083、Lym:0.52591,0.51320、Mono:0.56809,0.57693、Plt:0.52591,0.51817、Alb:0.56071,0.59399、CRP:0.54920, 0.57595でMonoとAlbが高値であった。AICはMonoとAlb が低値であった。また、MARのAUC値(RFS・OS)は、0.57917,0.59507で、MonoおよびAlb に比べ高値、AICは低値であった。治療成績は、5年RFS: MAR (high) 73.3%, MAR (low) 83.7%、5年OS: MAR (high) 85.1%, MAR (low) 94.2%でMAR(high)は有意に不良であった。risk因子の検討では、年齢、性別、占居部位、組織型、V、CEA、郭清リンパ節個数、T、N、PNIとともにMARは独立した予後予測因子として抽出された。LMRは抽出されなかった。HRは、MAR: RFS 1.47,OS 1.74、PNI: RFS 1.33,OS 1.69、対数価値は、MAR: RFS 2.263,OS 2.472、PNI RFS 1.498,OS 2.388でMARが高値であった。
【考察】様々な炎症マーカーや栄養指標による大腸癌予後予測の有用性が報告されているが、MARはHRや対数価値の値が高く、有用な予後予測の指標になり得る可能性が考えられた。

©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21日(土) 15:10 ~ 16:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 39　大腸癌の周術期管理・予後予測 3

座長：清松 知充（国立国際医療センター　外科）

[O39-2] Stage IV大腸癌における原発巣切除後重症合併症の術前予測因子の検討：多施設データベースを用いた解析

*塩崎 翔平[1]、下村 学[1]、松原 啓壮[1]、田口 和浩[1]、佐田友 藍[1]、矢野 琢也[1]、清水 亘[2]、三口 真司[3]、池田 聡[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 正一郎[11]、高倉 有二[12]、赤羽 慎太郎[13]、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　外科・内視鏡外科、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. JR広島病院　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)

切除不能Stage IV大腸癌では全身化学療法が治療の主体であり、大腸癌ガイドラインでも無症候例に対する予防的原発巣切除は推奨されていない。一方、原発巣に起因する症状や局所進行例では外科的介入が選択されるが、術後重篤合併症は化学療法導入遅延や治療継続性低下を介して予後に影響し得る重要な臨床課題である。そのため、術前時点で評価可能な因子を用いた重篤合併症リスク評価および治療戦略の検討が重要と考えられる。
Stage IV大腸癌に対する原発巣切除後重篤合併症（Clavien–Dindo分類Grade III以上）のリスク因子を明らかにし、術前評価可能な因子の臨床的意義を検討する。
2017年から2023年にHiSCO大腸癌データベースに登録されたStage IV大腸癌原発巣切除症例1208例を対象とした。主要評価項目はClavien–Dindo分類Grade III以上の術後合併症発生とした。患者背景因子および腫瘍因子について単変量解析を行い、有意差を認めた因子を用いて多変量ロジスティック回帰解析を実施した。さらに独立リスク因子数に基づく層別解析を行った。
重篤合併症は101例（8.3%）に認め、縫合不全およびイレウスが主要であった。多変量解析では、ECOG-PS≥2（OR 1.90, p=0.02）、緊急・準緊急手術（OR 2.27, p<0.01）、直腸原発（OR 2.02, p<0.01）、さらにStage IV症例に特徴的な因子としてcH3（OR 2.15, p<0.01）が独立したリスク因子として抽出された。独立リスク因子数の増加に伴い、Clavien–Dindo分類Grade III以上合併症発生率は段階的に上昇した。特に独立リスク因子を2項目以上有する症例では術後在院日数延長および術後30日以内死亡の増加も認めた。これらの関連は結腸癌症例および待機手術症例に限定した解析でも一貫して認められた。
Stage IV大腸癌に対する原発巣切除後の重篤合併症には、全身状態不良、緊急手術、直腸原発、高度肝転移（cH3）が独立して関連し、独立リスク因子数の増加に伴い重篤合併症発生率は段階的に上昇した。特にcH3は、Stage IV大腸癌に特有の因子として重要である可能性が示唆された。術前評価可能な因子に基づく重篤合併症リスク評価は、周術期管理戦略の検討に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21日(土) 15:10 ~ 16:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 39　大腸癌の周術期管理・予後予測 3
座長：清松 知充（国立国際医療センター　外科）

[O39-3] 大腸癌術後再発症例の予後について

*原田 優香[1]、門野 政義[1]、岡田 純一[1]、中山 史崇[1]、森田 覚[1]、茂田 浩平[1]、菊池 弘人[2]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部外科学教室（一般消化器）、2. 川崎市立川崎病院)

【目的】大腸癌術後再発は術後3年以内に約85%以上，術後5年以内に95%以上が出現すると報告されている．再発までに要する時間は症例により異なるが，pStageが再発に与える影響に関する検討は乏しい．今回われわれは，pStageおよびその構成因子が再発時期や再発後の予後にどのような影響を与えるのかについて明らかにすることを目的とした．【方法】大腸癌手術症例の多施設共同データベース（K-SEER）を用い，後方視的に検討を行った．2015年1月～2017年12月にpStage I/II/III/IVの大腸癌に対して根治手術を施行した症例のうち再発した症例を対象とし，pStageおよびその構成因子別に術後再発の累積発生率を算出し，比較検討を行った．また，pStage I/II/IIIの症例に対して，再発後の全生存期間についてlog-rank検定によるpStage間の比較を行った。【結果】全5195例のうち再発は851例（女性357例，男性494例）であった．術後3年の累積再発率はpStage I/II/III/IVでそれぞれ0.611[95%CI:0.457-0.767]，0.857[0.810-0.897]，0.902[0.870-0.928]，0.920[0.872-0.955]，pT1/2/3/4でそれぞれ0.75[0.568-0.898]，0.759[0.639-0.863]，0.868[0.837-0.895]，0.939[0.905-0.964]，pN0/1/2/3でそれぞれ0.829[0.786-0.868]，0.881[0.842-0.914]，0.936[0.896-0.965]，0.970[0.869-0.998]，pM0/1でそれぞれ0.866[0.839-0.890]，0.920[0.872-0.955]であり，深達度およびリンパ節転移が進行しているほど再発が早い傾向にあった．また，再発後の全生存期間中央値はpStage Iで4.18年[2.44–NA]，pStage IIで3.95年[3.37–4.73]，pStage IIIで3.03年[2.39–3.57]であった。全体のlog-rank検定では3群間に有意差を認めた(p = 0.0311)。Holm補正によるpairwise比較では，pStage IIIはpStage IIと比較して再発後全生存期間が有意に短かった(p = 0.045)一方，pStage IとpStage IIの間(p = 0.785)およびpStage IとpStage IIIの間(p = 0.358)には有意差を認めなかった。【結論】より進行したpStageおよびその構成因子を有する大腸癌では，早期の術後再発を来し，再発時の全生存期間も短かった。これらをもとに効率的な大腸癌術後サーベイランスの間隔設定を再検討すべきと考えられた．

©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21日(土) 15:10 ~ 16:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 39　大腸癌の周術期管理・予後予測 3
座長：清松 知充（国立国際医療センター　外科）

[O39-4] 大腸癌同時性腹膜播種症例における予後規定因子の検討：24年間の長期解析に基づく治療戦略の考察

*大地 貴史[1]、菊池 真亜子[1]、久田 かほり[1]、執行 ひろな[1]、髙木 健太[1]、髙松 正行[1]、仕垣 隆浩[1]、藤吉 健司[1]、吉田 直裕[1]、吉田 武史[1]、主藤 朝也[1]、石橋 生哉[1]、藤田 文彦[1] (1. 久留米大学外科学講座)

【目的】 大腸癌同時性腹膜播種は、Stage IV症例の中でも極めて予後不良な病態である。本研究では、自施設における24年間の長期データに基づき、腹膜播種進展度（P因子）や原発巣切除が予後に与える影響を解析し、最適な治療戦略を検討することを目的とした。
【対象と方法】 2000年から2024年に当院で経験した同時性腹膜播種を伴う大腸癌症例を対象とした。大腸癌取扱い規約に基づくP因子（P1, P2, P3）、原発巣切除の有無、肉眼的根治度、術前腫瘍マーカー（CEA, CA19-9）などの臨床病理学的因子について、Kaplan-Meier法およびCox比例ハザードモデル（ステップワイズ法）を用いて予後解析を行った。
【結果】 全症例の解析において、P因子別の生存期間中央値（MST）は、P1で37ヶ月、P2で29ヶ月、P3で14ヶ月であり、P因子の進展に伴い統計学的に有意な予後悪化を認めた（p=0.0011）。 単変量解析では、原発巣切除の有無が予後を分ける決定的な要因であり、切除群のMST 30ヶ月に対し、非切除群は2ヶ月であった（p < 0.0001）。層別解析では、P3症例においても原発巣切除によりMSTが7.5ヶ月から16ヶ月へ改善する傾向が確認された（p=0.0916）。ステップワイズ法を用いた多変量解析の結果、P因子（P3 vs P1, ハザード比 3.579, p=0.0025）および術前CEA値（異常 vs 正常, ハザード比 2.527, p=0.0284）が独立した予後規定因子として抽出された。
【結論】 大腸癌腹膜播種症例において、P因子と術前CEA値は極めて強力な独立予後因子である。原発巣切除は多変量解析では独立因子とならなかったものの、生存期間を劇的に延長させる（MST 30ヶ月 vs 2ヶ月）実態があり、高度な播種を伴うP3症例であっても、全身状態が許容されれば積極的な切除介入を検討すべきである。正確なP因子の把握と集学的治療の組み合わせが、長期予後改善に不可欠である。

©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21日(土) 15:10 ~ 16:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 39　大腸癌の周術期管理・予後予測 3
座長：清松 知充（国立国際医療センター　外科）

[O39-5] 当院でのStage I～III大腸癌における術後合併症の発症と長期予後との関連

*玉井 瑞希[1]、原田 恭一[1]、柏本 錦吾[1]、山口 明浩[1] (1. 京都山城総合医療センター)

【緒言】近年、術後合併症の発症が消化器癌の長期予後に関連があるとの報告を散見する。今回我々は、原発切除術を行ったStage I～III大腸癌について、術後合併症の発症と長期予後との関連について検討した。
【方法】2021年4月から2026年3月に当院で原発切除術を行ったStage I～III大腸癌189例を対象に、生存期間および臨床病理学的背景について後方視的に検討した。なお、術前化学放射線療法等を行った症例は除外した。
【結果】平均年齢は73.8歳（36-93歳、中央値75歳）、男女比は男/女：101/88例であった。病理学的進行度はpStage I/II/III：56/60/71例、腫瘍局在はC/A/T/D/S/Rs/Ra/Rb：12/45/20/7/44/24/27/10例であり、術後補助化学療法は78例（pStage I/II/III：1（強い患者希望のため）/26/51例）に施行された。術後合併症はClavien-Dindo分類 grade II以上が25例（13.2%）にみられた。
術後合併症の発症なし、およびClavien-Dindo分類 grade I以下の発症をA群（164例）、Clavien-Dindo分類 grade II以上の発症をB群（25例）とした。
3年全生存率はA群/B群：93.3%/75.2%（p<0.05*）、3年無再発生存率はA群/B群：75.7%/58.9%（p<0.05*）であり、いずれにおいてもA群が良好な長期予後を呈した。
患者背景として2群間で年齢や性別、術前の腸閉塞の有無には差が認められなかったが、小野寺の予後栄養指数40以下、腫瘍局在（直腸）、深達度pT4以上、PS3以上、手術時間が、術後合併症Clavien-Dindo分類 grade II以上発症のリスク因子として選択された。
【結論】術後合併症Clavien-Dindo分類 grade II以上の発症は、大腸癌の長期予後と関連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21日(土) 15:10 ~ 16:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 39　大腸癌の周術期管理・予後予測 3
座長：清松 知充（国立国際医療センター　外科）

[O39-6] 大腸がん後方治療における宿主因子に基づいたプレシジョンメディスンの検討：mCONUTスコアによる「Invisible Frailty」の同定と治療最適化への寄与

*渋谷 雅常[1]、遠藤 秀生[1]、月田 智也[1]、丹田 秀樹[1]、西山 毅[1]、関 由季[1]、笠島 裕明[1]、西村 潤也[2]、福岡 達成[2]、西居 孝文[2]、前田 清[1] (1. 大阪公立大学消化器外科、2. 大阪市立総合医療センター外科)

【目的】 大腸がん治療におけるプレシジョンメディスンはゲノムプロファイリング等の「腫瘍側の因子」を中心に発展してきたが、後方治療においては高齢者やフレイルを含む「宿主側の因子」を精密に評価し個別化することが極めて重要である。本研究では従来のPerformance Status(PS)に代わる客観的な宿主評価指標として、血清アルブミン値、リンパ球数、ヘモグロビン値を用いたmodified Controlling Nutritional Status（mCONUT）スコアの有用性を検証した。
【対象と方法】 切除不能進行再発大腸がんに対し、後方治療としてFTD/TPI＋Bev療法を施行した104例を対象とした。mCONUTスコア4点以上をHigh群、4点未満をLow群と定義し、臨床背景および予後との関連を後方視的に解析した。
【結果】 解析の結果、Low-mCONUT群はHigh群と比較して無増悪生存期間（PFS: median 5.0 vs 2.4ヶ月, p=0.009）および全生存期間（OS: 14.2 vs 7.4ヶ月, p=0.022）が有意に良好であった。多変量解析においてもmCONUTスコアは独立した予後予測因子であった。注目すべき点として、PS 0-1の「一見良好な集団」においてもHigh-mCONUT群は有意に予後不良であり、PSでは捉えきれない「潜在的脆弱性」を抽出できる可能性が示唆された。さらに、High-mCONUT群では病勢制御率が有意に低く、宿主の栄養・免疫状態が薬剤の治療効果自体に影響を及ぼしている可能性が示された。
【結語】 mCONUTスコアは簡便かつ客観的に宿主の生物学的予備能を評価できる強力なバイオマーカーである。ゲノム情報のみならずmCONUTを用いた宿主因子の評価を組み合わせることで、後方治療における最適な症例選択や介入時期の決定が可能となり、宿主因子まで考慮した真の個別化医療の最適化を実現しうる。

©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21日(土) 15:10 ~ 16:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 39　大腸癌の周術期管理・予後予測 3
座長：清松 知充（国立国際医療センター　外科）

[O39-7] Sarcopenic Obesityと宿主関連血液学的指標の統合によるスコアリングシステムを用いたStageII/III大腸癌の予後予測

*皆川 結明[1]、大矢 浩貴[1]、舩津屋 拓人[1]、額田 卓[2]、江畑 信孝[1]、武井 将伍[2]、前橋 学[2]、太田 絵美[2]、田 鍾寛[1]、渥美 陽介[1]、風間 慶祐[1]、佐藤 渉[1]、沼田 正勝[2]、小澤 真由美[2]、小坂 隆司[1]、菅野 伸洋[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学医学部　消化管外科学教室、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)

【背景】Sarcopenic Obesity(SO)は骨格筋量減少と内臓脂肪蓄積が併存する病態であり、大腸癌の予後不良因子と考えられている。しかし、SO単独では形態学的な評価の一側面にとどまることから宿主の全身状態を十分に反映できない。当科ではSOに宿主関連血液学的指標を統合したSO–Prognostic Assessment Scoring System(SO-PASS)を新たな予後予測システムとして提唱している。本研究では、SO-PASSとStage Ⅱ/Ⅲ大腸癌の予後との関連について検討を行った。

【方法】2018年～2021年に当院で根治切除された18歳以上のStage Ⅱ/Ⅲ原発性大腸癌を対象とした。術前CT(L3)でSkeletal muscle index (SMI)およびVisceral fat area (VFA)を測定し、SMI低値(男性＜52.4 cm^2/m^2、女性＜38.5 cm^2/m^2)かつVFA高値(男性≧130 cm^2、女性≧90 cm^2)をSO陽性と定義した。Prognostic Nutritional Index＜45、CEA≧3.9、および直腸局在を各1点とするSO-PASSでLow(0点)、Intermediate(1点)、High(2–4点)の3群に分類し、後方視的に検討を行った。再発または死亡をEvent とした3年Event-Free Survival (EFS)を主要評価項目とした。

【結果】解析対象は138例であった。男性78例(56.5%)、直腸57例(41.3%)、SO陽性50例(36.2%)であった。SO-PASSによりLow群(25例)、Intermediate群(50例)、High(63例)の3群に分けられた。3群間において、手術時間(中央値 183.5/ 250/ 266)分、出血量(中央値 5/ 18/ 34)ml、術後在院日数(中央値7/10/14)に有意差を認めた(p<0.01)が、術後合併症、術後補助化学療法施行は有意差を認めなかった。
3年EFSはそれぞれ100%(95%CI 100-100)、95.7%(90-100)、64.2%(51.9-76.5)と、High群で有意に低下を示した(p<0.001)。術後補助化学療法を施行した53例において、3年EFSはそれぞれ100%(95%CI 100-100)、95.2%(70.7-99.3)、50.0%(25.9-70.1)とHigh群で低下を示した(p<0.001)。

【結語】SO-PASSはStage Ⅱ/Ⅲ大腸癌根治切除例においても有用な予後予測因子となりうる。特にHigh群では3年EFSが有意に低下し、術後補助化学療法例においても同様の傾向を認めたことから、SO-PASSは予後不良群の層別化に有用である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月21日(土) 16:05 ~ 16:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 40　大腸癌の周術期管理・予後予測 4

座長：硲 彰一（周南記念病院消化器病センター外科）

[O40-1] 若年者大腸癌の臨床病理学的特徴と予後に関する検討

*馮 東萍[1]、近藤 彰宏[1]、竹谷 洋[1]、松川 浩之[1]、西浦 文平[1]、安藤 恭久[1]、須藤 広誠[1]、岸野 貴賢[1]、大島 稔[1]、隈元 謙介[2]、岡野 圭一[1] (1. 香川大学消化器外科、2. 香川大学ゲノム医科学・遺伝医学)

[O40-2] Stage II/III穿孔性大腸癌の再発リスク因子

*茅野 新[1]、西田 莉子[1]、大宜見 崇[1]、岡林 剛史[1]、宮北 寛士[1]、山本 聖一郎[1] (1. 東海大学医学部消化器外科学)

[O40-3] CEA Recurrence Score のStage III大腸癌における再発予測能の評価

*石川 聖[1]、田口 和浩[1]、下村 学[1]、矢野 琢也[1]、佐田友 藍[1]、松原 啓壮[1]、渡邊 淳弘[1]、森内 俊行[1]、佐藤 沙希[1]、塩崎 翔平[1]、松原 一樹[1]、山口 瑞生[1]、篠原 充[1]、森田 隼登[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)

[O40-4] 大腸癌患者における術前血清Midkine値の臨床的意義：CEAとの併用による予後予測の検討

*牛込 充則[1,2]、伊藤 正朗[1]、島田 英昭[1]、渡邊 健太郎[1]、池田 裕一[1]、三浦 康之[1]、鈴木 孝之[1]、鏡 哲[1]、金子 奉暁[1]、長嶋 康雄[1]、的場 周一郎[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院、2. 池上総合病院外科)

[O40-5] 50歳未満の若年性大腸癌の臨床病理学的特徴の検討

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

[O40-6] 大腸癌におけるCALLY indexの予後予測能の検討―他の栄養・炎症指標との比較―

*福井 康裕[1]、笠島 裕明[1]、田中 章博[1]、内藤 信裕[1]、月田 智也[1]、遠藤 秀生[1]、大森 威来[1]、丹田 秀樹[1]、米光 健[1]、関 由季[1]、澁谷 雅常[1]、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)

©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21日(土) 16:05 ~ 16:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 40　大腸癌の周術期管理・予後予測 4
座長：裕 彰一（周南記念病院消化器病センター外科）

[O40-1] 若年者大腸癌の臨床病理学的特徴と予後に関する検討

*馮 東萍[1]、近藤 彰宏[1]、竹谷 洋[1]、松川 浩之[1]、西浦 文平[1]、安藤 恭久[1]、須藤 広誠[1]、岸野 貴賢[1]、大島 稔[1]、隈元 謙介[2]、岡野 圭一[1] (1. 香川大学消化器外科、2. 香川大学ゲノム医科学・遺伝医学)

【背景】
若年者大腸癌は、非若年発症例と比較して予後不良とされており、その臨床病理学的特徴の解明が予後の向上に重要である。本発表では若年者大腸癌に特徴的な臨床病理学的因子を明らかにすることで、その治療戦略について検討する。
【方法】
2014年 から2023年までに原発巣切除を施行した大腸癌663症例を対象とし、若年者群(50歳未満、Y群:40例)と非若年者群(50歳以上、N群:623例)に分け、臨床病理学的因子および治療成績を後方視的に比較検討した。
【結果】年齢(中央値)はY/N群=45/71歳。性別(男)はY/N群= 22(55%)/369(59%)、BMI(中央値)はY/N群=22.47/22.73、遺伝性大腸癌(FAP/LS/その他)はY群:1(2.5%)/0/0、N群:2(0.3%)/1(0.2%)/0(p=0.1)、MMR遺伝子検査施行はY/N群=10(25%)/148(23%)で有意差は認めず。腫瘍局在(右側/左側/直腸/多発)はY群: 4(10%)/6(15%)/30(75%)/0、N群: 203(33%)/195(31%)/220(35%)/5(1%)(p<0.05)、組織型(低分化型)はY/N群=3(7%)/46(7%)(p=0.9)、リンパ管侵襲陽性はY/N群=28(70%)/392(62%)(p=0.3)、静脈侵襲陽性はY/N群:30(75%)/499(70%)(p=0.6)、pStage(0/I/II/III/IV)はY群:1/9/6/15/9(3/22/15/28/22%)、N群:15/189/154/173/92(2/30/24/28/15%)であった(p=0.3)。
StageII/III症例の術後補助化学療法はY/N群=16(76%)/137(42%)(p<0.05)。StageIV症例のRAS変異(測定症例のみ)はY/N群=4(44%)/34(54%)(p=0.5)、術後化学療法はY/N群=7(78%)/77(84%)(p=0.6)であった。
5年OSはY/N群=59.7/81.1%(p<0.05)とY群で有意に不良であった。Stage別検討において、Stage0-IIIでは5年OS・5年DFSともに有意差を認めなかったが、Stage IVの5年OSはY/ N群=0/40.1%(p<0.05)とY群で有意に不良であった。
【考察】
若年者大腸癌は腫瘍の局在が有意に直腸に多く、Stage IV症例では有意に予後不良であった。そのため若年から大腸がん検診受診推奨及びS状結腸までの内視鏡検査によりstageIVに至る前の早期発見により予後の改善が期待し得る。一方で家族歴を考慮して積極的に遺伝学的検査を行い、若年から内視鏡検査を勧める対象を抽出する必要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21日(土) 16:05 ~ 16:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 40　大腸癌の周術期管理・予後予測 4
座長：裕 彰一（周南記念病院消化器病センター外科）

[O40-2] Stage II/III穿孔性大腸癌の再発リスク因子

*茅野 新[1]、西田 莉子[1]、大宜見 崇[1]、岡林 剛史[1]、宮北 寛士[1]、山本 聖一郎[1] (1. 東海大学医学部消化器外科学)

<背景>
穿孔性大腸癌は、癌細胞の腹腔内への散布や進行した腫瘍の他臓器浸潤による周囲臓器に残存した癌細胞により非穿孔性大腸癌と比較し長期予後が不良であるとされている。
<目的>
本研究の目的は、StageⅡ/Ⅲ穿孔性大腸癌に対する根治的大腸切除術後の腫瘍学的転帰を分析した後、さらに術後再発に影響を与える予後因子を同定することである。
<対象>
大腸癌研究会プロジェクト研究参加24施設から登録された2010年11月から2025年4月までの穿孔性大腸癌554例中、根治切除術を施行されたStageⅡ症例202例およびStageⅢ症例134例を対象とした。
<方法＞
(1) 術後長期成績の検討
各腫瘍ステージの予後を評価するために、5年全生存率および5年無再発生存率を算出した。
(2)術後再発に影響する因子の同定
①患者因子; 性別、年齢、BMI、基礎疾患、PS-ASA、Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio、Platelet-to-Lymphocyte Ratio、Prognostic Nutritional Index ②腫瘍因子; 腫瘍占拠部位、穿孔部位、穿孔形態、便汚染、CEA、CA19-9、分化度、腫瘍径、深達度、リンパ節転移、リンパ管侵襲、静脈侵襲 ③治療因子; 発症から手術までの時間、原発巣切除術手術アプローチ、原発巣切除術大腸肛門病学会専門医指導医の手術参加、2期手術、リンパ節郭清範囲、リンパ節郭清個数、腹腔内洗浄量、癌遺残、輸血、術後補助化学療法とした。
<結果＞
(1)術後長期成績
5年再発率は、StageⅡが33.8%（68/201）、StageⅢが37.7%（51/135）であった。5年全生存率は、StageⅡが70.9%、StageⅢが65.4%であり、5年無再発生存率はStage Ⅱが50.8%、StageⅢが44.7%であった。
(2))術後再発に影響する因子
Stage Ⅱにおいては、CA19-9(p=0.0047)のみが有意な再発予測因子であった。StageⅢにおいては、Grade(p=0.0001)、リンパ節郭清個数(p=0.0405)、輸血(p=0.0274)、術後補助化学療法(p=0.0118)であった。
<結語>
穿孔性大腸癌の長期予後の改善を目指し、StageⅡ症例においては、術前CA19-9の上昇を認める症例は補助化学療法を行うべきである。StageⅢ症例においては、適切なリンパ節郭清を含む根治手術を行った後に、補助化学療法を行うべきである。

©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21日(土) 16:05 ~ 16:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 40　大腸癌の周術期管理・予後予測 4
座長：裕 彰一（周南記念病院消化器病センター外科）

[O40-3] CEA Recurrence Score のStage III大腸癌における再発予測能の評価

*石川 聖[1]、田口 和浩[1]、下村 学[1]、矢野 琢也[1]、佐田友 藍[1]、松原 啓壮[1]、渡邊 淳弘[1]、森内 俊行[1]、佐藤 沙希[1]、塩崎 翔平[1]、松原 一樹[1]、山口 瑞生[1]、篠原 充[1]、森田 隼登[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)

【目的】
ステージIII大腸癌において、術後補助化学療法（ACT）施行後の再発を正確に予測することは、適切なサーベイランス戦略を構築する上で重要である。しかし、治療後の腫瘍マーカーの動態を反映し、予後予測に直結する簡便な指標は十分に確立されていない。本研究は、CEAの動態的変化を取り入れた新たな指標「CEA Recurrence Score（CRS）」を考案し、その臨床的有用性と再発予測能を評価することを目的とした。

【方法】
2015年4月から2022年12月までの期間に広島大学病院で根治切除術を受けたStage III大腸癌患者164例を対象とした。CRSは、①術前CEA≧5 ng/mL、および②手術直後に対する術後9か月時点のCEAの比＞0.9を満たす場合に各1点を加算し、0〜2点の3段階でスコア化した。RFSの層別化を評価した。さらに、年齢、性別、ASA-PS、組織型等の臨床病理学的因子を含めたCox比例ハザードモデルにより、独立した再発リスク因子の同定を試みた。

【結果】
対象164例の内訳は、ACT群123例、非ACT群41例であった。ACT群は非ACT群と比較し有意に若年、PS良好で、RFSも優れていた（P=0.0003）。ACT群における検討では、非再発群99例、再発群23例であり再発群でCRSが有意に高値であり（P=0.0012）、ランドマーク解析においてCRSはRFSを有意に層別化した（P=0.0002）。ACT群において、オキサリプラチン含有レジメン使用の有無に分けたサブグループ解析でも、共にCRSによる明確な予後層別化を認めた。多変量解析では、CRS 2点（vs 0点: HR 16.9, 95% CI 2.1-134.5, P=0.0074）および組織型低分化癌または粘液癌（HR 2.8, P=0.0455）が独立した予後不良因子として同定された。

【結語】
ACT施行後のステージIII大腸癌患者において、CEA値の動態変化を反映したCRSは、独立した強力な予後予測因子であることが示された。本指標は日常診療で汎用されるCEA検査に基づく簡便なスコアリングであり、ACT終了後の患者個々の再発リスクに応じた個別化サーベイランス戦略の最適化に寄与することが期待される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 16:05 ~ 16:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 40　大腸癌の周術期管理・予後予測 4
座長：裕 彰一（周南記念病院消化器病センター外科）

[O40-4] 大腸癌患者における術前血清Midkine値の臨床的意義：CEAとの併用による予後予測の検討

*牛込 充則[1,2]、伊藤 正朗[1]、島田 英昭[1]、渡邊 健太郎[1]、池田 裕一[1]、三浦 康之[1]、鈴木 孝之[1]、鏡 哲[1]、金子 奉暁[1]、長嶋 康雄[1]、的場 周一郎[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院、2. 池上総合病院外科)

【はじめに】
多くの癌腫で発現の上昇が確認されているMidkine（MDK）の癌での役割は、血管新生と細胞増殖に作用するとされる。血清MDKの大腸癌における臨床的意義は十分に解明されていない。
【目的】術前の血清MDKを測定し、既存のCEA,CA19-9,p53抗体との検出力と予後への影響を検討する。
【方法】 研究の同意を得られた大腸癌患者75人（pStage0/1:19人, II:25人III:23人, IV:8人）を対象に、術前血清MK値をELISA法で測定。421 pg/mLをカットオフ値とし、臨床病理学的因子および予後（RFS）を検討した。
【結果】 陽性率はCEA 48%、MDK 32%、CA19-9 21%、p53抗体 24%であった。単変量解析ではMK(+)群は予後不良の傾向（$p = 0.07$）に留まったが、MDK(+)/CEA(+)併用群は、他の群に比べ有意に無再発生存率が低かった（$p < 0.01$）。根治手術例（R0:n=69）では、多変量解析において、MDK(+)/CEA(+)はリンパ節転移とともに独立した予後不良因子であった（HR: 3.3, $p < 0.05$）。
【結論】 術前血清MDKはCA19-9より高い検出力を示した。術前血清MDKとCEAの組み合わせは、大腸癌術後の予後予測において有用な指標となる可能性示唆された。

©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21日(土) 16:05 ~ 16:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 40　大腸癌の周術期管理・予後予測 4
座長：硲 彰一（周南記念病院消化器病センター外科）

[O40-5] 50歳未満の若年性大腸癌の臨床病理学的特徴の検討

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

【背景】
近年若年性大腸癌が増加傾向にあることが報告されている。当院における50歳未満の若年者における大腸癌の臨床病理学的特徴について検討する。
【対象・方法】
2015年1月1日から2024年6月31日に外科的治療を施行した大腸癌症例について、50歳未満（Y群）55例と50歳以上（O群）1247例にわけ、臨床病理学的因子について後方視的に比較検討した。
【結果】
患者背景因子に関して、年齢中央値はY群44歳、O群73歳であり、性別は(男性/女性)31/24 vs 550/697(P=0.074)であった。発見契機は(有症状/検診契機)31/24 vs 532/715(P=0.047)と若年者群で有症状発見の割合が有意に高かった。腫瘍局在は(右側結腸/左側結腸/直腸)8/24/23 vs 410/460/377(P=0.015)であり若年者群では左側・直腸が多い傾向であった。
組織型は(tub/por/muc)52/3/0 vs 1155/54/34(P=0.435)、pStageは(pStage0-Ⅱ/Ⅲ-Ⅳ)19/36 vs 790/455(P=0.00015)と若年者群ではStage Ⅲ以上の進行癌の割合が有意に高かった。
遺伝子関連では、検査を施行した症例のみの検討となるが、RAS(wild/mutant)10:11 vs 14/115(P=0.0002)、BRAF(wild/mutant)15/0 vs 200/3(P=1.0)、MSI(MSS/MSI-H)13/2 vs 139/12(P=0.268)であった。若年者のMSI-H症例はいずれも同時性または異時性の大腸癌を認め、さらに家族歴を有していた。そのうち1例では病的MLH1病的変異を認めたことから、若年者大腸癌における遺伝性腫瘍の関与が示唆された。
【結語】
若年者大腸癌は高齢者と比較して、有症状で発見される割合が高く、左側結腸・直腸に多く、進行した病期で診断される傾向を認めた。若年者においても大腸癌を念頭に置いた早期診断は重要であり、MSI-H症例では遺伝性腫瘍を考慮した評価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21日(土) 16:05 ~ 16:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 40　大腸癌の周術期管理・予後予測 4
座長：裕 彰一（周南記念病院消化器病センター外科）

[O40-6] 大腸癌におけるCALLY indexの予後予測能の検討―他の栄養・炎症指標との比較―

*福井 康裕[1]、笠島 裕明[1]、田中 章博[1]、内藤 信裕[1]、月田 智也[1]、遠藤 秀生[1]、大森 威来[1]、丹田 秀樹[1]、米光 健[1]、関 由季[1]、澁谷 雅常[1]、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)

【背景】CALLY index（CRP-Albumin-Lymphocyte Index）は，炎症（CRP），栄養状態（アルブミン），免疫機能（リンパ球数）を統合的に評価する指標であり，癌患者の予後予測や治療効果判定に有用とされる．炎症と栄養の不均衡は腫瘍進展や免疫抑制に関与しており，それらを簡便に評価可能な指標として注目されている．しかし、既存の予後指標とCALLY indexとの直接的な比較を行った研究は少ない.また,報告されているCALLY indexのカットオフ値に関してはばらつきがあり、症例数も数百例のコホートでの報告が多い.本研究では，大腸癌患者におけるCALLY indexの有用性を検討し，他の栄養関連指標と比較した．
【対象・方法】2008年～2022年に当院で根治切除を施行したStage I～III大腸癌1170例を対象に後方視的に検討した．術前血液検査よりCALLY indexを算出し，5年全生存（OS）に対するROC曲線からcut-off値5.9を設定しHigh群とLow群に分類した．臨床病理学的因子および予後を比較した．さらにNLR，PLR，CARを算出し，予後予測能を比較した．
【結果】ROC解析におけるAUCはCALLY 0.584，NLR 0.572，PLR 0.523，CAR 0.574であった．Low群は有意に高齢・男性が多く，BMI高値，右側結腸癌および未分化型の割合が高かった．5年OSおよびRFSはいずれもLow群で有意に不良であった．多変量解析にてCALLY indexはOSの独立予後因子であった（HR 1.68，95%CI 1.20–2.35，P=0.028）．多変量解析ではNLR（HR 1.55）およびCAR（HR 1.54）も独立因子であったが，PLRは有意ではなかった．
【結語】術前CALLY index低値は大腸癌患者の予後不良と関連した．CALLY indexは他の栄養指標と同様に有用な予後予測バイオマーカー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21日(土) 13:30 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 41　大腸癌の転移・再発治療 4

座長：赤木 智徳（大分大学 消化器・小児外科）

[O41-1] 原発性大腸癌における分子サブタイプと病理学的リンパ節転移との関連

*横山 希生人[1]、笠井 俊輔[1]、塩見 明生[1]、眞部 祥一[1]、田中 佑典[1]、小嶋 忠浩[1]、森 千浩[1]、高嶋 祐助[1]、辻尾 元[1]、八尾 健太[1]、小林 尚輝[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 峻助[1]、畠山 慶一[2]、山口 建[3] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科、2. 静岡がんセンター研究所ゲノム解析研究部、3. 静岡県立静岡がんセンター)

[O41-2] 直腸癌術後局所再発症例に対する当科での治療戦略

*藤野 紘貴[1]、奥谷 浩一[1]、甲田 英暁[1]、石村 陸[1]、岡本 行平[1]、豊田 真帆[1]、石井 雅之[1,2]、秋月 恵美[1,3]、西舘 敏彦[1]、穴澤 貴行[1] (1. 札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野、2. 東札幌病院外科、3. 札幌いしやま病院)

[O41-3] 直腸癌術後局所再発に対する手術治療成績

*有馬 浩太[1]、宮本 裕士[1]、荒木 健吾[1]、秋山 貴彦[1]、小川 克大[1]、澤山 浩[1]、岩槻 政晃[1] (1. 熊本大学大学院消化器外科学)

[O41-4] 直腸癌局所再発に対する集学的治療戦略におけるR0切除の意義と課題

*永井 雄三[1]、白鳥 広志[1]、野澤 宏彰[1]、江本 成伸[1]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[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]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科)

[O41-5] 局所再発出現時期・術式に着目した直腸癌術後局所再発手術症例の検討

*後藤 健太郎[1]、岡村 亮輔[1]、水野 良祐[1]、尾地 伸悟[1]、藤田 覇留久[1]、青山 龍平[1]、吉田 祐[1]、山本 健人[1]、前田 将宏[1]、笠原 桂子[1]、星野 伸晃[1]、板谷 喜朗[1]、小濵 和貴[1] (1. 京都大学消化管外科)

[O41-6] CTラジオミクスを用いた大腸癌肝転移切除後の肝内再発予測：肝実質および腫瘍特徴量の統合解析

*正源 勇朔[1]、森田 覚[1]、岡林 剛史[2]、坂本 恭子[3]、門野 政義[1]、中野 容[1]、長谷川 康[1]、阿部 雄太[1]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部外科（一般・消化器)、2. 東海大学医学部消化器外科、3. 国立病院機構東京医療センター一般・消化器外科)

[O41-7] 大腸癌骨盤内再発病変に対する術前短期放射線照射施行後の外科的切除の治療成績

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

©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21日(土) 13:30 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 41　大腸癌の転移・再発治療 4
座長：赤木 智徳（大分大学 消化器・小児外科）

[O41-1] 原発性大腸癌における分子サブタイプと病理学的リンパ節転移との関連

*横山 希生人[1]、笠井 俊輔[1]、塩見 明生[1]、眞部 祥一[1]、田中 佑典[1]、小嶋 忠浩[1]、森 千浩[1]、高嶋 祐助[1]、辻尾 元[1]、八尾 健太[1]、小林 尚輝[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 峻助[1]、畠山 慶一[2]、山口 建[3] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科、2. 静岡がんセンター研究所ゲノム解析研究部、3. 静岡県立静岡がんセンター)

【背景】
大腸癌におけるリンパ節転移は重要な予後因子であり、術前画像診断に基づく臨床的リンパ節転移（cN）は治療方針決定に用いられる。しかし、その診断能には限界がある。近年、Consensus Molecular Subtype（CMS）分類は大腸癌の生物学的特性を反映する遺伝子発現に基づく分子分類として報告されているが、病理学的リンパ節転移（pN）との関連は十分に明らかでない。当院ではProject HOPE（High-tech Omics based Patient Evaluation）として外科的切除標本に対するマルチオミクス解析を行っており、これまでもCMS分類に関連するさまざまな報告を行ってきた。
【目的】
大腸癌のCMS分類と病理学的リンパ節転移の関連を明らかにすること。
【対象と方法】
2014年1月から2024年10月までにProject HOPEに登録され、cStage II/III大腸癌に対して根治術を施行した症例のうち、虫垂癌を除外した2366例を対象とした。cN+はCT検査で短径6 mm以上のリンパ節を認める場合と定義した。CMS分類はCMScallerを用い、False Discovery Rate（FDR）<0.05を満たすサブタイプを採用した。主要評価項目はpN+とし、pN+に関連する因子をロジスティック回帰により検討した。
【結果】
対象の年齢中央値は69歳、男性1368例／女性998例、cStage II／IIIは744例／1622例であった。pN+は1128例（48％）であり、cN+の感度／特異度／陽性的中率／陰性的中率／正診率は78.4％／40.1％／54.4％／67.1％／58.4％であった。CMS分類可能例は2036例で、CMS1／2／3／4は328例／620例／470例／618例であった。pN+率はCMS1／2／3／4で44.8％／40.3％／50.0％／55.2％と有意差があった（$p < 0.001$）。多変量解析では、CEA ≥ 5（OR: 1.40, $p < 0.001$）、cN+（OR: 2.18, $p < 0.001$）、CMS4（OR: 1.36, $p = 0.002$）がpN+に関連する独立した因子であった。pN+予測のAUCは、cN単独で0.593、cN+CEAで0.615、cN+CEA+CMS4で0.625であり、CMS4の追加により有意に改善した（DeLong検定 $p < 0.001$）。
【結語】
cStage II/III大腸癌において、CMS4はpN+に関連する独立した因子であった。CMS4の追加によりpN+予測能は有意に改善したが、臨床応用における有用性についてはさらなる検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 41　大腸癌の転移・再発治療 4
座長：赤木 智徳（大分大学 消化器・小児外科）

[O41-2] 直腸癌術後局所再発症例に対する当科での治療戦略

*藤野 紘貴[1]、奥谷 浩一[1]、甲田 英暁[1]、石村 陸[1]、岡本 行平[1]、豊田 真帆[1]、石井 雅之[1,2]、秋月 恵美[1,3]、西舘 敏彦[1]、穴澤 貴行[1] (1. 札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野、2. 東札幌病院外科、3. 札幌いしやま病院)

【はじめに】 直腸癌術後の局所再発は、R0切除が予後を規定する重要な因子であるが、初回手術による解剖学的改変や非解剖学的な腫瘍進展により、剥離層の同定や周辺臓器合併切除の判断は困難である。当科では、遠隔転移がなく骨盤内に限局した直腸癌の局所再発に対して術前治療による腫瘍縮小と微小転移の制御を図った上で、ロボット支援下手術やTa/Tpアプローチを駆使した集学的治療を導入している。
【対象と方法】2017年1月から2026年3月までに当科で施行された遠隔転移を伴わない直腸癌術後局所再発に対する切除症例20例を対象とし、その短期成績および長期成績を検討した。
【結果】初回切除時の術式はHAR1例、LAR10例、ISR8例、APR1例であった。pStageはI/II/III/IV＝3:9:6:2、CRM陽性は2例であった。初回手術から再発診断までの期間は中央値528日(339-833日)で再発診断後に術前治療が17例(CRT9例、化学療法単独6例、化学療法＋CRT2例)に施行された。 再発切除術のアプローチはロボット支援が12例と最も多く、腹腔鏡5例、開腹3例であった。また、骨盤深部の剥離操作を確実に行うため、15例でTa/Tpアプローチを併用した。手術時間は616分(397-833分)、出血量は95ml(30-522ml)であった。他臓器合併切除は12例であり、R0切除は95%であった。Clavien-dindo分類≧3の合併症は4例であったが周術期死亡はなく、術後在院日数の中央値は30日(21-39日)であった。長期予後については観察中央値895日(614-1932日)で再再発症例は10例であった。いずれも遠隔転移再発であり1例のみ局所再発も併発した。
【結語】 本検討において、局所再発巣に対し術前治療およびTa/Tpアプローチを用いることで良好なR0切除率が得られる可能性が示唆された。局所再発に対する手術は長時間手術とはなるが、ロボット支援下手術の精密な操作性と、Ta/Tpアプローチを併用することによる遠位側からの剥離層同定を組み合わせることで、高いR0切除率が達成できた。一方、R0切除症例においてもその後遠隔転移を伴う症例が半数に見られ集学的アプローチについての課題と考えられた。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 41　大腸癌の転移・再発治療 4
座長：赤木 智徳（大分大学 消化器・小児外科）

[O41-3] 直腸癌術後局所再発に対する手術治療成績

*有馬 浩太[1]、宮本 裕士[1]、荒木 健吾[1]、秋山 貴彦[1]、小川 克大[1]、澤山 浩[1]、岩槻 政晃[1] (1. 熊本大学大学院消化器外科学)

【背景】直腸癌は他癌種と比較して局所再発率が5-10%と高いが、外科的切除により長期生存や治癒の可能性があり、大腸癌ガイドライン2024においてはR0切除が可能と判断した場合には手術を行うことが弱く推奨されている。一方、局所再発巣切除は拡大手術を伴い、高難度かつ高侵襲である。

【対象と方法】2004年4月～2026年3月に当院で直腸癌局所再発に対して手術治療を施行した39例を対象とした。Memorial Sloan Kettering Cancer Center（MSKCC）の再発部位分類に基づいて分類し、治療成績を後方視的に検討した。

【結果】男性26例、女性13例、再発時年齢の中央値は67歳（36-83）であった。局所再発までの期間の中央値は24.8か月（3.3-212.9）で、局所再発切除前に22例に前治療が施行された。MSKCCの再発部位分類では、axial型6例、anterior型10例、posterior型11例、lateral型12例であった。局所再発に対する術式として、骨盤内蔵全摘15例、腹会陰式直腸切断術11例、低位前方切除術6例、リンパ節郭清6例、Hartmann手術1例を施行した。局所切除術後の再々発を22例に認め、部位は局所11例、肺11例、肝2例、大動脈周囲リンパ節2例、鼠径リンパ節2例、腹膜播種1例（重複あり）であった。再発部位と術前治療の有無、再々発形式には明らかな差は認めなかった。Lateral型再発症例では、他部位症例と比較して有意に無再発生存率（p=0.045）、全生存率（p=0.025）が短縮していた。

【考察】今回の検討における直腸癌局所再発の切除症例では、lateral型再発症例における治療成績が最も悪かった。Lateral型再発症例ではR0切除の達成が難しいことが予後悪化の要因と報告されており、局所再発手術前後の集学的治療を併用した治療戦略開発が望まれる。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 41　大腸癌の転移・再発治療 4
座長：赤木 智徳（大分大学 消化器・小児外科）

[O41-4] 直腸癌局所再発に対する集学的治療戦略におけるR0切除の意義と課題

*永井 雄三[1]、白鳥 広志[1]、野澤 宏彰[1]、江本 成伸[1]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[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]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科)

【目的】
直腸癌局所再発に対するR0切除の達成と再々発の制御は臨床上の重要な課題である。当科における局所再発例の治療成績を後方視的に分析し、現行の集学的治療の現状と今後の課題を明らかにすることを目的とした。
【方法】
2011年から2022年の期間に当科で根治切除（CurAまたはCurB）を施行した直腸癌1203例のうち、初回再発形式として局所再発を認めた70例（5.8%）を対象とした。治療方針(手術群27例、非手術群43例)、R0切除率、再々発率、生存期間(OS)等を検討した。
【結果】
手術群は非手術群と比較し、有意に局所再発以外の遠隔転移を伴う症例が少なく、単発再発が多く、CEA/CA19-9値が低値であった。局所再発診断日からの5年生存率は、非手術群15.0%に対し手術群60.1%であり、手術群で有意に良好であった(P=0.0004)。手術群27例中、術前治療は12例に実施され（CRT 10例 + NAC 2例）、R0切除は18例(66.7%)で達成された。手術群における切除後の予後を比較すると、R0切除群はR1/RX群と比較して有意に予後良好であった（切除後5年生存率：R0切除群71.3% vs R1/RX群 43.8%、P = 0.03）。特に、再々発に対する追加切除後を含め、最終的に3年以上の無再発生存を得た7例は全例R0切除達成例であった。また、局所再発時に骨盤外遠隔転移を有する高度進行例6例のうち、遠隔転移切除を含む集学的治療により2例で長期無再発生存が得られていた。
一方で、R0切除を達成した18例中、術後に再々発をきたした症例は14例（77.8%）と非常に高率であった。R0切除例における再々発率を術前治療の有無で比較すると、術前治療あり群で75.0%（6/8例）、なし群で80.0%（8/10例）であり、本検討では現行の術前治療による明らかな再々発抑制効果は認められなかった。
【結語】
直腸癌局所再発においてR0切除の達成は長期生存に重要であり、骨盤外転移を併存する症例であっても遠隔転移切除を含む集学的治療により長期生存が得られる可能性が示唆された。一方、R0切除達成例であっても高率に再々発をきたす現状は問題である。JCOG1801の結果を踏まえた術前治療の最適化や、再々発制御を見据えた周術期治療戦略の構築が必要である。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 41　大腸癌の転移・再発治療 4
座長：赤木 智徳（大分大学 消化器・小児外科）

[O41-5] 局所再発出現時期・術式に着目した直腸癌術後局所再発手術症例の検討

*後藤 健太郎[1]、岡村 亮輔[1]、水野 良祐[1]、尾地 伸悟[1]、藤田 覇留久[1]、青山 龍平[1]、吉田 祐[1]、山本 健人[1]、前田 将宏[1]、笠原 桂子[1]、星野 伸晃[1]、板谷 喜朗[1]、小濵 和貴[1] (1. 京都大学消化管外科)

【緒言】大腸癌治療ガイドライン2024年版では，直腸癌術後局所再発は完全切除が可能と判断された場合に手術を行うことが弱く推奨されているが，術前治療の意義・適応については明確なエビデンスがない．
【目的】当院における直腸癌術後局所再発に対する集学的治療の短期・長期手術成績を検討する．
【方法】直腸癌に対する直腸間膜切除を伴う根治目的手術（R0/1）後に，臨床的に直腸癌局所再発と診断され，2011年1月から2023年7月に当院で加療が行われた38例のうち，手術加療が行われた17症例を対象とした．局所再発に対する手術時にリンパ節郭清のみをおこなった症例をA群，それ以外の術式を行った症例をB群とした．両群の臨床病理学的因子の検討及びKaplan-Meier法での生存期間解析を行った．
【結果】対象となった17例中，男性/女性は12/5例で，年齢の中央値は71歳，BMIの中央値は23.1，A群/B群は5/12例であった．A群は4例(80%)が側方郭清，1例が側方郭清・大動脈周囲リンパ節郭清を行った症例で，B群の内訳は骨盤内臓全摘術が5例・Hartmann手術を含めた低位前方切除術が2例・直腸切断術が3例で，4例(33%)で骨合併切除を要した．原発巣の術前化学療法・放射線化学療法はB群のみで3例(25%)，局所再発術前の化学療法・放射線化学療法はA群で2例(40%)・B群で7例(58%)に行われていた．GradeⅢa以上の合併症はB群のみで2例に発生したが，周術期の死亡は認めなかった．局所再発巣切除後の3年全生存期間(OS)がそれぞれA群で80%，B群で53%であり，3年無再発生存期間(RFS)がA群で50%，B群で30%であった．また，A群B群ともに、局所再発までの期間が短い症例で再発巣切除術後OSが不良であった（>２年 vs. ≤2年，A群：100% vs. 75%，B群：67% vs. 40%）．
【考察】当院での直腸癌術後局所再発術後の長期予後については，局所再発の形式・原発巣から局所再発診断確定までの期間がOSに関わっている可能性が示唆され，特に2年以内再発例や拡大手術を要する症例では，切除可能性のみで手術先行を判断するのではなく術前治療を含めた集学的治療を検討する必要があると考えられた．本検討は単施設・少数例での検討であることから，多機関での検討結果が待たれる．

©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21日(土) 13:30 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 41　大腸癌の転移・再発治療 4
座長：赤木 智徳（大分大学 消化器・小児外科）

[O41-6] CTラジオミクスを用いた大腸癌肝転移切除後の肝内再発予測：肝実質および腫瘍特徴量の統合解析

*正源 勇朔[1]、森田 覚[1]、岡林 剛史[2]、坂本 恭子[3]、門野 政義[1]、中野 容[1]、長谷川 康[1]、阿部 雄太[1]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部外科（一般・消化器)、2. 東海大学医学部消化器外科、3. 国立病院機構東京医療センター一般・消化器外科)

【背景・目的】大腸癌肝転移（CRLM）に対する肝切除後は高率に再発を認め、特に肝内再発の予測は治療戦略の最適化に重要である。本研究では、CTラジオミクスを用いてCRLM切除後の肝内再発予測モデルを構築し、その臨床的有用性を検討した。
【方法】当院にてCRLMに対して肝切除を施行した35例を対象とした。術前肝Dynamic CTの門脈相を用い、腫瘍病変および背景肝実質からラジオミクス特徴量を抽出した。単変量Cox回帰スクリーニング（p<0.05)、LASSO-Cox回帰により特徴量選択を行った。選択された特徴量を用いてCox比例ハザードモデルを構築し、その線形予測子をRadiomicsスコア(RS)として定義した。さらにKaplan–Meier解析および多変量Cox回帰解析を行い、臨床因子との統合モデルを検討した。
【結果】35例中18例に肝内再発を認めた。各症例で腫瘍・肝実質のそれぞれから851特徴量ずつ抽出し、単変量解析スクリーニングとLASSO-Cox回帰により6特徴量（肝臓2項目、腫瘍4項目）が選択された。これらを用いたRSは肝内再発までの時間と有意に関連し（HR 2.72, 95%CI 1.73–4.28, p<0.001)、識別能はC-index 0.82 (SE 0.05)であった。内部検証としてBootstrap法およびleave-one-out cross-validationを行い、C-indexはそれぞれ0.86（95%CI 0.75–0.94）および0.77（SE 0.05）と良好な再現性を示した。中央値により高リスク群および低リスク群に分類したところ、Kaplan–Meier解析において肝内無再発生存に明確な群間差を認め（log-rank p<0.001)、24か月無再発率は低リスク群88.2%、高リスク群14.1%であった。多変量Cox回帰解析においてもRSは独立した予測因子であり（HR 2.64, 95%CI 1.66–4.21, p<0.001)、臨床因子のみのモデルと比較して統合モデルは有意に予測性良好であった（C-index 0.64 vs 0.84, p<0.001)。
【結論】CTラジオミクスにより構築されたRadiomicsスコアは、CRLM切除後の肝内再発までの時間を予測し、臨床因子に対する付加的価値を示した。本手法は術前に高リスク症例を同定し、個別化治療戦略に寄与する可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 41　大腸癌の転移・再発治療 4
座長：赤木 智徳（大分大学 消化器・小児外科）

[O41-7] 大腸癌骨盤内再発病変に対する術前短期放射線照射施行後の外科的切除の治療成績

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

背景：大腸癌術後の骨盤内再発病変に対する局所治療戦略には議論がある。当科では、切除可能病変に対しては外科切除を基本とするが、切除断端の確保が不確実な可能性がある場合は、術前治療として短期放射線照射を選択している。
目的：大腸癌骨盤内再発病変に対する術前短期放射線照射とその後の外科的切除の短期治療成績を明らかにする。
方法：2024年4月から2025年12月の期間で、当科にて、大腸癌術後の骨盤内再発病変に対して、短期放射線照射（5Gy x 5日間）後の外科的切除を計画した6例の治療関連成績について検討を行った。
結果：患者背景は年齢の中央値が71歳、性別(男/女)が2/4例、病変位置(前/後/側)は2/1/3例であった。短期放射線照射は5例すべてで計画通り完遂できたが、1例で照射後に、照射外病変の出現により切除不能と判断された。外科的切除が施行された5例の術式は、I.腹腔鏡下マイルズ手術＋仙骨合併切除（TpTME併用）、II.ロボット支援下マイルズ手術＋子宮膣合併切除、III.開腹ハルトマン手術＋左外腸骨動静脈・大腰筋合併切除、IV.ロボット支援下骨盤内蔵全摘（TpTME併用）、臀溝皮弁による骨盤底形成、V.開腹右側方リンパ節摘出＋右外腸骨静脈合併切除であった。手術時間・出血量はそれぞれ、I.806分・140ml、II.442分・250ml、III.736分・730ml、IV.769分・760ml、V.312分・50mlであった。術後合併症は、仙骨合併切除を施行した症例で、Clavien dindo分類Grade 4の大腸炎による敗血症を認めたが、その他にGrade 3以上の合併症の発症はなく、術後在院日数はそれぞれ、I.39日、II.20日、III.39日、IV.37日、V.13日であった。病理所見では、いずれも切除断端は陰性であった。CEA（ng/ml）の治療前・治療後・手術後の推移はそれぞれ、I.78.5→32.5→2.2、II.5.4→5.4→1.8、III.15→7.6→4.3、IV.5.1→1.9→1.8、V.12.4→9.2→3.7で、いずれも手術後は正常範囲となった。
結論：大腸癌骨盤内再発病変に対する術前短期放射線照射後の外科的切除は、術後の感染性合併症の発生には注意を要するが、安全な手術が可能であり、切除断端の確保に寄与する可能性がある。骨盤内再発病変に対する局所治療戦略の一つになりうる。

©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21日(土) 14:30 ~ 15:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 42　直腸癌の治療戦略 4

座長：澤井 照光（長崎大学生命医科学域）

[O42-1] 当院におけるTNT治療成績と放射線増感剤を用いたNOMの効果

*濱元 宏喜[1]、島 卓史[1]、北田 和也[1]、鈴木 重徳[1]、田中 亮[1]、今井 義朗[1]、川口 直[1]、富岡 淳[1]、朝隈 光弘[1]、李 相雄[1] (1. 大阪医科薬科大学一般・消化器外科)

[O42-2] 進行下部直腸癌に対する術前治療後選択的側方郭清の妥当性の検討

*矢野 琢也[1]、下村 学[1]、佐田友 藍[1]、田口 和浩[1]、松原 啓壮[1]、石川 聖[1]、佐藤 沙希[1]、渡邊 淳弘[1]、森内 俊行[1]、塩崎 翔平[1]、松原 一樹[1]、山口 瑞生[1]、篠原 充[1]、森田 隼登[1]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学病院消化器・移植外科)

[O42-3] 当科における進行直腸癌に対するTNTの治療成績

*金子 由香[1]、前田 文[1]、谷 公孝[1]、松尾 夏来[1]、腰野 蔵人[1]、近藤 侑鈴[1]、二木 了[1]、番場 嘉子[1]、小川 真平[1]、山口 茂樹[1] (1. 東京女子医科大学消化器一般外科)

[O42-4] 術前化学療法を施行した局所進行直腸癌におけるCALLY indexと病理学的治療効果の関連の検討

*秋山 泰樹[1]、沢津橋 佑典[2]、矢吹 慶[3]、三ノ宮 寛人[1]、新田 挙助[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、2. くらて病院　外科、3. 産業医科大学若松病院　消化器・一般外科)

[O42-5] 術前化学療法後直腸癌における肛門側壁内進展の再発リスク因子としての可能性

*横山 康行[1]、山田 岳史[1]、上原 圭[1]、進士 誠一[1]、高橋 吾郎[1]、岩井 拓磨[1]、香中 伸太郎[1]、菊池 悠太[1]、松井 隆典[1]、林 光希[1]、大橋 隆治[2]、松田 明久[1] (1. 日本医科大学付属病院消化器外科、2. 日本医科大学付属病院病理診断科)

[O42-6] 局所進行直腸癌におけるMRI粘液貯留がTNT治療効果に与える影響

*春日 聡[1]、佐藤 健太郎[1]、坂田 征士[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. 公益財団法人がん研究会 有明病院消化器センター大腸外科、2. 公益財団法人がん研究会 有明病病理部)

©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21日(土) 14:30 ~ 15:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 42　直腸癌の治療戦略 4
座長：澤井 照光（長崎大学生命医科学域）

[O42-1] 当院におけるTNT治療成績と放射線増感剤を用いたNOMの効果

*濱元 宏喜[1]、島 卓史[1]、北田 和也[1]、鈴木 重徳[1]、田中 亮[1]、今井 義朗[1]、川口 直[1]、富岡 淳[1]、朝隈 光弘[1]、李 相雄[1] (1. 大阪医科薬科大学一般・消化器外科)

【背景】局所進行直腸癌に対して、Total Neoadjuvant Therapy(TNT)の有用性が欧米を中心に報告されている。【当院の治療方針】AV5cm以下の症例と高リスク因子を有する症例(T4b、CRM＜1mm、MRF involved、EMVI+、N2、LLN+)でTNTを施行し、CRT(50.4Gy+カペシタビン)と地固め化学療法（CAPOX 4C）を標準治療としている。また、AV5cm以下の症例で、肛門温存を強く希望し、かつ同意を得られた症例では、放射線増感剤(KORTUC)を用いて、cCR率の向上を目指している。TNT終了後、cCRであればNon-Operative Management(NOM)を行う。【目的】当院における放射線増感剤であるKORTUCを用いたTNTの有効性と治療成績を明らかにする。また、KORTUC併用療法の安全性と局所制御に与える影響について検討した（UMIN: 000003734)。【方法】2023年7月から2026年3月までに当院でTNTを施行した進行直腸癌20例を検討対象とした。KORTUC症例は、CRT開始後、RT20Gy経過後より週1回、大腸内視鏡下に12mlを腫瘍内に局注した。【結果】TNT終了時点でのcCRは20例中11例（55%）であり、11例全例でNOMとした。11例中5例でlocal regrowthを認めた（治療後3か月：2例および6か月時点：3例）が、5例ともR0切除が可能であった。Incomplete responseであった9例は全例、ロボット支援下手術を施行し（LAR: 5例、ISR: 2例、APR: 2例)、全例CRM陰性であった。KORTUC併用療法は13例に施行し、8例（62%）が治療終了後cCRであった。13例全例で重篤な有害事象は認めず、安全に施行可能であった。６か月TME free率は、KORTUC併用群で13例中５例（39%)、KORTUC非併用群で７例中１例（14%）であり（p=0.06)、限られた症例数であるが、KORTUC併用群で６か月TME free率が高い傾向にあった。【考察】TNTはハイリスク症例であっても、CRM陰性を達成することができ、局所制御に有望な治療選択肢である可能性がある。【結語】進行直腸癌に対するTNTは、有効性と安全性の両面で一定の効果を確認できた。KORTUC併用TNTは大きな副作用なく施行可能で、併用により高率に６か月TME freeを達成できる可能性がある。今後も症例の蓄積、長期成績の評価が必要である。

©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21日(土) 14:30 ~ 15:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 42　直腸癌の治療戦略 4
座長：澤井 照光（長崎大学生命医科学域）

[O42-2] 進行下部直腸癌に対する術前治療後選択的側方郭清の妥当性の検討

*矢野 琢也[1]、下村 学[1]、佐田友 藍[1]、田口 和浩[1]、松原 啓壮[1]、石川 聖[1]、佐藤 沙希[1]、渡邊 淳弘[1]、森内 俊行[1]、塩崎 翔平[1]、松原 一樹[1]、山口 瑞生[1]、篠原 充[1]、森田 隼登[1]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学病院消化器・移植外科)

【はじめに】進行下部直腸癌に対する側方リンパ節郭清（LLND）の適応は術前化学放射線療法（CRT）やTotal Neoadjuvant Therapy（TNT）の普及により個別化が求められている．当科ではRb，cT3以深またはTxN(+)に対しCRT（50.4Gy/28fr+S-1）を行う戦略をとっており，TNTは臨床試験として行っている．診断時画像診断（MRI/CT/PET）で側方リンパ節転移を疑う症例に対し患側の選択的LLNDを行っている．術前治療後の選択的LLNDが短期成績と長期予後に与える影響を検討する．
【対象と方法】2013年1月から2026年3月に術前治療後に根治切除を施行したStage II-IIIの下部直腸癌97例を対象とした．LLND施行群（L群：23例，うち両側2例）と非施行群（非L群：74例）の臨床病理学的背景および治療成績を後方視的に比較検討した．
【結果】術前治療の内訳はCRT 94例，TNT 3例で，術後補助化学療法は53例（54.6%）に施行した．L群で手術時間が有意に延長したが（522分 vs 411分, p<0.01），出血量に差はなかった(127ml vs 117ml)．病理因子では，L群で低分化腺癌/粘液癌の比率が有意に高く（p=0.04），リンパ節転移陽性率も高い傾向（L群34.8% vs 非L群17.6%, p=0.09）を認めた．L群のうち4例（17.3%）に病理学的側方リンパ節転移を認めた．Clavien-Dindo分類Grade III以上の合併症は両群間で差はなく（L群8.7% vs 非L群23.0%），SSIや腸閉塞，縫合不全等の発生率にも差は認めず，LLNDによる安全性への懸念は示されなかった．観察期間中央値48.5ヵ月で再発率は有意差を認めなかった（L群5例 vs 非L群18例）．局所再発は8例（L群3例，非L群5例）で，局所再発部位として側方3例，中央部3例，後方2例で，側方再発のうち1例は，LLNDの対側側方リンパ節領域に出現した．
【考察】
術前治療後の選択的LLNDは，手術時間は延長するが安全に施行可能であった．L群はリンパ節転移が多い傾向があったが，再発率において非L群と同等で，画像診断に基づいた選択的郭清の妥当性が示唆された．一方で，LLND非施行側からの再発も認めた．
【結論】
術前治療後の選択的側方郭清は，良好な生存成績と安全性を両立し得る妥当な戦略であるが，郭清省略の是非についてはさらなる検討が必要である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 42　直腸癌の治療戦略 4
座長：澤井 照光（長崎大学生命医科学域）

[O42-3] 当科における進行直腸癌に対するTNTの治療成績

*金子 由香[1]、前田 文[1]、谷 公孝[1]、松尾 夏来[1]、腰野 蔵人[1]、近藤 侑鈴[1]、二木 了[1]、番場 嘉子[1]、小川 真平[1]、山口 茂樹[1] (1. 東京女子医科大学消化器一般外科)

【背景】局所進行直腸癌は手術の難易度が高く、再発率も高い。近年局所再発や遠隔転移再発の制御を目的とし集学的治療としてTotal neoadjuvant therapy(TNT)の有用性が報告されつつある。また術前治療後に臨床的完全奏功（Clinical complete response: cCR）が得られた症例に対するnon-operating management（NOM）により臓器温存が期待されている。【目的】今回当院におけるTNTを行った局所進行直腸癌の治療成績について報告する。【対象と方法】当科では2021年から再発ハイリスク症例（cT4,CRM≦1㎜,cN2,EMVI+）、または歯状線から近く肛門の温存が不可能で術前加療を希望する症例を中心にTNTを行っている。今回TNT導入後の2021年から2026年4月までにTNTを施行した局所進行直腸癌の治療成績を検討した。【結果】TNTを施行した症例は21例であった。腫瘍部位cT因子はT2：T3：T4＝1:11:9、cN因子はN0:N1:N2:N3＝3:7:8:3であった。8例はTNT後の評価でCRまたはnearCRが得られ、患者の希望から2例でNOMを選択したが、1例で再増大を認め手術を行った。残りの6例で手術を行い、4例はpCRであったが2例は深部に癌細胞が遺残していた。また、術前評価がPRであったがpCRであった症例が1例あり、CR rateは28.6%であった。再発は23.8%の5例であり、1例を除き遠隔転移再発であった。再発リスク因子としてDownStageが得られなかったもの、TNT完遂不可、iCRがあげられた。【結論】TNTでCR rateは28.6%であり、またCRを得られた患者の予後は良好であった。一方、効果が乏しい症例は再発率が高く、TNTのプロトコールについては更なる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21日(土) 14:30 ~ 15:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 42　直腸癌の治療戦略 4
座長：澤井 照光（長崎大学生命医科学域）

[O42-4] 術前化学療法を施行した局所進行直腸癌におけるCALLY indexと病理学的治療効果の関連の検討

*秋山 泰樹[1]、沢津橋 佑典[2]、矢吹 慶[3]、三ノ宮 寛人[1]、新田 挙助[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、2. くらて病院　外科、3. 産業医科大学若松病院　消化器・一般外科)

【背景】
局所進行直腸癌に対する術前治療として化学放射線療法やtotal neoadjuvant therapyが広く行われているが、放射線照射は術後合併症の増加が懸念される。当科では放射線関連有害事象を回避する目的で術前化学療法（NAC）を導入してきたが、治療効果には個人差があり、術前に奏効を予測できる指標の確立が求められている。近年、全身炎症反応を反映する指標が腫瘍の生物学的悪性度や治療反応性と関連することが報告されており、CRP、アルブミン、リンパ球数を統合したCALLY indexは新たな炎症・栄養・免疫指標として注目されている。本研究ではNAC施行例におけるCALLY indexと病理学的治療効果との関連を検討した。
【対象と方法】
2018年から2026年までに臨床Stage II–III直腸癌に対してNAC後に手術を施行した59例を対象とした。治療前のCRP、アルブミン、リンパ球数からCALLY indexを算出した。病理学的治療効果は大腸癌取扱い規約第9版に基づき評価し、Grade2/3を奏効群、Grade0/1を非奏効群とした。炎症性マーカーと治療効果との関連をMann–Whitney U検定およびロジスティック回帰分析で検討し、ROC解析により判別能を評価した。
【結果】
59例中24例（40.7%）でGrade2/3の奏効を認めた。奏効群ではNACコース数が有意に多く、分子標的薬併用率も高かった。log変換した炎症性マーカーではCRPおよびCARが有意差を示し、CALLY indexも奏効との関連傾向を認めた。単変量ロジスティック回帰分析ではlog(CRP)、log(CAR)、log(CALLY)がいずれも奏効と関連する傾向を示した。ROC解析では各指標のAUCは0.65前後であり、CALLY indexは他の炎症性マーカーと同程度の判別能を示した。
【考察】
術前CALLY indexはNAC施行直腸癌における病理学的治療効果を予測し得る可能性があり、治療戦略決定に有用な簡便な指標となる可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 42　直腸癌の治療戦略 4
座長：澤井 照光（長崎大学生命医科学域）

[O42-5] 術前化学療法後直腸癌における肛門側壁内進展の再発リスク因子としての可能性

*横山 康行[1]、山田 岳史[1]、上原 圭[1]、進士 誠一[1]、高橋 吾郎[1]、岩井 拓磨[1]、香中 伸太郎[1]、菊池 悠太[1]、松井 隆典[1]、林 光希[1]、大橋 隆治[2]、松田 明久[1] (1. 日本医科大学付属病院消化器外科、2. 日本医科大学付属病院病理診断科)

【背景と目的】直腸癌における肛門側壁内進展は再発危険因子とされるが、術前化学療法（NAC）後症例における検討は少なく、再発との関連は明らかでない。本研究では、NAC後直腸癌における肛門側壁内進展と予後との関連を検討した。【対象と方法】2012年3月～2022年12月に当院でNAC後に根治切除を施行した直腸癌症例を対象に後方視的に解析した。NACの適応は腫瘍の下縁がRaよりも肛門側にかかるcT3以深またはcN(+)症例とした。＜NAC後の内視鏡での肉眼形態の分類＞Type A：肛門側辺縁が隆起し腫瘍に覆われる形態、Type B：肛門側辺縁が隆起し表面が正常粘膜で覆われる形態、Type C：肛門側辺縁が平坦化し中心部が陥凹する形態に分類した。＜壁内進展の評価＞切除標本で腸管長軸方向切片を作成した。Type A/Bでは隆起基部から、Type Cでは陥凹辺縁から肛門側壁内進展距離を測定した。【結果】対象は79例で、ypT3以深は51例（64.6%）、ypN（＋）は31例（39.2%）であった。肛門側壁内進展は12例（15.2%）に認め、進展距離中央値は3 mm（1–7 mm）であった。3年無再発生存率は壁内進展陽性群で50.0%、陰性群で79.7%であり、陽性群で有意に不良であった（P=0.008）。単変量解析でp<0.05であった４つの因子を共変量として多変量COX比例ハザード解析を行ったところ、化学療法効果Grade 1a（HR 3.1、95%CI 1.2–8.2、P=0.023）およびypN（＋）（HR 4.7、95%CI 1.4–15.1、P=0.009）が独立再発危険因子であった。一方、肛門側壁内進展陽性は予後不良傾向を示した（HR 2.4、95%CI 0.9–6.7、P=0.074）。術後補助化学療法施行の予後への影響は限定的であった（HR 1.3、95%CI 0.3–7.1、P=0.71）。【結語】NAC後直腸癌における肛門側壁内進展は、化学療法抵抗性を反映する腫瘍生物学的特徴であり、再発リスク評価に有用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21日(土) 14:30 ~ 15:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 42　直腸癌の治療戦略 4
座長：澤井 照光（長崎大学生命医科学域）

[O42-6] 局所進行直腸癌におけるMRI粘液貯留がTNT治療効果に与える影響

*春日 聡[1]、佐藤 健太郎[1]、坂田 征士[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. 公益財団法人がん研究会 有明病院消化器センター大腸外科、2. 公益財団法人がん研究会 有明病病理部)

【背景】
局所進行直腸癌に対するTotal neoadjuvant therapy（TNT）の普及に伴い、治療効果予測に基づく治療戦略の重要性が高まっている。一方でMRI上の粘液成分（mucin）の臨床的意義については一定の見解が得られていない。本研究では、TNT前後においてMRIで持続して認められるmucinに着目し、その臨床的意義を検討した。
【対象・方法】
2011年から2022年に当院でTNTを施行したStage II–III直腸癌224例を対象に後方視的検討を行った。治療前後MRIでともにmucinを認めた症例をpersistent mucin群と定義した。主要評価項目はpCRおよびcCRを含むcomplete response（CR）率とし、副次評価項目として5年overall survival（OS）、relapse-free survival（RFS）、local recurrence-free survival（LRFS）、distant recurrence-free survival（DRFS）を評価した。
【結果】
persistent mucinは29例（12.9%）に認めた。persistent mucin群では非persistent mucin群と比較し、CR率が有意に低値であった（10.3% vs 30.8%、p=0.03）。また5年OS（71.1% vs 93.8%、p＜0.001）、5年RFS（65.5% vs 83.9%、p=0.008）、5年LRFS（86.1% vs 95.9%、p=0.02）、5年DRFS（69.0% vs 83.7%、p=0.03）はいずれも有意に不良であった。多変量解析ではpersistent mucinはCR非達成（OR 0.23，p=0.02）およびOS不良（HR 4.59、p=0.002）の独立因子であった。
【結論】
MRIでpersistent mucinを認める局所進行直腸癌は、治療抵抗性および予後不良と関連しており、TNT後の治療効果や予後を予測する有用な指標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21日(土) 15:15 ~ 16:00 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 43　直腸癌の治療戦略 5

座長：諏訪 雄亮（関西医科大学下部消化管外科学講座）

[O43-1] 直腸粘液腺癌における長期成績と再発形式-多機関共同後ろ向き観察研究-

*甲津 卓実[1,2]、岡村 亮輔[1,2]、岡田 倫明[2,3]、水野 礼[2,4]、本間 周作[2,5]、吉冨 摩美[2,6]、山浦 忠能[2,7]、佐々木 勉[2,8]、塩田 哲也[2,9]、村上 哲平[2,10]、髙橋 亮[2,11]、松末 亮[2,12]、前川 久継[2,13]、長山 聡[2,14]、平田 渉[2,15]、出口 靖記[2,16]、大越 香江[2,17]、花田 圭太[2,18]、板谷 喜朗[1,2]、小濵 和貴[1,2] (1. 京都大学消化管外科、2. 京都大腸手術研究グループ（KCRG)、3. 大阪赤十字病院消化器外科、4. 京都医療センター外科、5. 神戸市立医療センター中央市民病院外科・移植外科、6. 兵庫県立尼崎総合医療センター外科・消化器外科、7. 姫路医療センター消化器外科、8. 滋賀県立総合病院外科、9. 神戸市立西神戸医療センター外科・消化器外科、10. 神戸市立医療センター西市民病院消化器外科、11. 京都桂病院外科、12. 天理よろづ相談所病院消化器外科、13. 医学研究所北野病院消化器外科、14. 宇治徳洲会病院外科、15. 大津赤十字病院外科、16. 武田総合病院外科、17. 日本バプテスト病院乳腺・一般外科、18. 洛和会音羽病院外科)

[O43-2] 当院における進行下部直腸癌に対する術前治療後の側方郭清の意義と治療成績

*鈴村 博史[1]、足立 陽子[1]、松本 健司[1]、笹倉 勇一[1]、吉川 貴久[1]、寺内 寿彰[1]、松井 淳一[1]、篠崎 浩治[1] (1. 済生会宇都宮病院外科)

[O43-3] 根治度B切除し得たStageIV下部直腸癌における予防的側方リンパ節郭清の意義

*森 千浩[1]、眞部 祥一[1]、塩見 明生[1]、小嶋 忠浩[1]、田中 佑典[1]、笠井 俊輔[1]、髙嶋 祐助[1]、辻尾 元[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)

[O43-4] 局所進行下部直腸癌に対するupfront surgeryにおける予後因子の検討

*八尾 健太[1]、笠井 俊輔[1]、塩見 明生[1]、眞部 祥一[1]、田中 佑典[1]、小嶋 忠浩[1]、森 千浩[1]、髙嶋 祐助[1]、辻尾 元[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)

[O43-5] 当院における進行直腸癌に対する術前治療の短期成績

*岡田 和丈[1]、田村 瞳[1]、武尾 重也[1]、陳 凌風[1]、向井 正哉[1] (1. 東海大学医学部付属八王子病院)

[O43-6] 術前化学放射線療法後直腸癌における病理学的奏功度と長期予後の検討

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

©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21日(土) 15:15 ~ 16:00 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 43　直腸癌の治療戦略 5

座長：諏訪 雄亮（関西医科大学下部消化管外科学講座）

[O43-1] 直腸粘液腺癌における長期成績と再発形式-多機関共同後ろ向き観察研究-

*甲津 卓実[1,2]、岡村 亮輔[1,2]、岡田 倫明[2,3]、水野 礼[2,4]、本間 周作[2,5]、吉冨 摩美[2,6]、山浦 忠能[2,7]、佐々木 勉[2,8]、塩田 哲也[2,9]、村上 哲平[2,10]、髙橋 亮[2,11]、松末 亮[2,12]、前川 久継[2,13]、長山 聡[2,14]、平田 渉[2,15]、出口 靖記[2,16]、大越 香江[2,17]、花田 圭太[2,18]、板谷 喜朗[1,2]、小濵 和貴[1,2] (1. 京都大学消化管外科、2. 京都大腸手術研究グループ（KCRG)、3. 大阪赤十字病院消化器外科、4. 京都医療センター外科、5. 神戸市立医療センター中央市民病院外科・移植外科、6. 兵庫県立尼崎総合医療センター外科・消化器外科、7. 姫路医療センター消化器外科、8. 滋賀県立総合病院外科、9. 神戸市立西神戸医療センター外科・消化器外科、10. 神戸市立医療センター西市民病院消化器外科、11. 京都桂病院外科、12. 天理よろづ相談所病院消化器外科、13. 医学研究所北野病院消化器外科、14. 宇治徳洲会病院外科、15. 大津赤十字病院外科、16. 武田総合病院外科、17. 日本バプテスト病院乳腺・一般外科、18. 洛和会音羽病院外科)

【背景】粘液腺癌は大腸癌の予後不良因子とされるが、直腸粘液腺癌の臨床像、特に進行度や術前治療の奏効率、浸潤様式および再発形式に関する包括的検討は限られている。

【方法】京都大腸手術研究グループ19施設による多機関共同データベースを用い、2018年から2022年に原発巣切除をしたcStageII/IIIの直腸癌患者1311例を対象とした。直腸粘液腺癌群（RMA）と非粘液腺癌群（RNMA）の、患者背景、治療経過、予後、および再発形式を探索的に検討した。

【結果】42例（3.2%）がRMAであった。cT4はRMA21例（50%)、RNMA353例（27.8%）であった。術前治療（NAC/CRT）施行例において、poor response（Grade 0/1）の割合はRMA78.6%、RNMA56.6%であった。他臓器合併切除はRMAで多い傾向にあり、pT4bはRMA5例（11.9%)、RNMA70例（5.5%）であった。また、非根治切除（R1/R2切除）はRMAで多かった（リスク差 13.3%、95%CI 2.0-24.6)。
cTとpTの一致性の比較では、腹膜翻転部より口側において、RMAで全体としてupstage（cT＜pT）が多く、T4へのupstageに限定すると、RMA28.6%、RNMA14.4%（リスク差 14.2%、95%CI -3.0 to 40.4）であった。
5年累積腹膜播種再発率はRMAで有意に高く（12.9% vs. 3.1%、 p=0.001)、局所（6.1% vs. 4.4%、 p=0.422)、肝転移（9.3% vs. 7.8%、 p=0.562)、肺転移（9.6% vs. 10.0%、 p=0.813）には差がなかった。また、5年全生存率（71.5% vs. 84.6%）および5年無再発生存率（57.5% vs. 70.7%）はいずれもRMAで不良であった。

【結論】本コホートにおいて直腸粘液腺癌は、進行度が高く、腹膜播種再発を主体とし、術前治療への反応性も低く、これらが予後不良に関与している可能性が示唆された。また、T4へのupstageは粘液腺癌で多い傾向がみられ、深達度の過小評価が一因である可能性が考えられた。一方で、T4へのupstageは組織型によらず一定数認められたが、腹膜播種再発は粘液腺癌で有意に多かったことから、術前診断の限界のみならず、粘液腺癌特有の生物学的特性の関与が示唆される。今後は、画像診断精度の向上と再発リスクを踏まえた治療戦略の確立が重要である。

©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21日(土) 15:15 ~ 16:00 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 43　直腸癌の治療戦略 5
座長：諏訪 雄亮（関西医科大学下部消化管外科学講座）

[O43-2] 当院における進行下部直腸癌に対する術前治療後の側方郭清の意義と治療成績

*鈴村 博史[1]、足立 陽子[1]、松本 健司[1]、笹倉 勇一[1]、吉川 貴久[1]、寺内 寿彰[1]、松井 淳一[1]、篠崎 浩治[1] (1. 済生会宇都宮病院外科)

【背景】本邦治療ガイドラインおよびJCOG0212の結果から、進行下部直腸癌では直腸間膜全切除（TME）に加えて側方郭清（LLND）の適応となるが、術前治療後のLLND適応や診断基準は確立していない。当院では術前MRI検査にて短径7mm以上の側方リンパ節腫大を有意腫大と定義し、2020年以降は術前化学放射線療法または化学療法後にTME＋選択的LLNDを施行している。今回、術前治療後に根治手術を施行した進行下部直腸癌の治療成績につき検討した。
【方法】2018年から2026年3月までに術前治療後に根治手術を施行した進行下部直腸癌26例を対象とし、術前MRI検査にて側方リンパ節の有意腫大を認めTME＋選択的LLNDを施行したLLND群（n=10）と、側方郭清を省略した非LLND群（n=16）の臨床病理学的背景因子および短期治療成績につき比較検討した。
【結果】LLND群vs非LLND群：年齢中央値は71歳vs 67歳、男性7例vs 12例、cStageⅢc 10例 vs 3例、Total Neoadjuvant Therapy施行症例 6例vs 4例であった。手術時間中央値は524分vs 357分（p=0.002）とLLND群で有意に長く、出血量100ml vs 145ml（中央値）、術後在院日数中央値15日vs 15日で両群間に有意差は認めなかった。Clavien-Dindo分類 II 以上の術後合併症は2例（20%）vs 3例（19%）であり、排尿障害は両群間で有意差は認めなかった。病理学的側方リンパ節転移陽性はLLND群1例（10%）であった。CRM<1mmは非LLND群のみに3例認めた。観察期間中央値11ヶ月（LLND群）および24ヶ月（非LLND群）の時点で、局所再発は両群ともに認めなかった。遠隔転移はLLND群2例、非LLND群4例であった。
【結語】術前治療後の進行下部直腸癌に対するMRI所見に基づく選択的LLNDは、有意な合併症の増加なく施行可能であり、全例で根治切除が得られた。観察期間中央値11ヶ月の時点で局所再発は認めておらず、良好な局所制御が得られた。本検討からMRI所見に基づく選択的LLNDの意義が示唆されたが、症例の蓄積と長期成績の検討が今後の課題である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 15:15 ~ 16:00 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 43　直腸癌の治療戦略 5
座長：諏訪 雄亮（関西医科大学下部消化管外科学講座）

[O43-3] 根治度B切除し得たStageIV 下部直腸癌における予防的側方リンパ節郭清の意義

*森 千浩[1]、眞部 祥一[1]、塩見 明生[1]、小嶋 忠浩[1]、田中 佑典[1]、笠井 俊輔[1]、髙嶋 祐助[1]、辻尾 元[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)

【背景】 切除可能なStageIV下部直腸癌では予防的な側方リンパ節郭清(LLND)の施行の必要性は明らかでない。当科では、StageIV下部直腸癌で原発巣および遠隔転移切除により根治度Bが期待できる症例にはガイドラインに準じたLLNDを施行している。短径≧6mmを側方リンパ節転移(LLNM)陽性とし、75歳以上、または重篤な併存症を有する症例はLLNDを省略している。
【目的】根治度B切除し得たcStage IV下部直腸癌における予防的LLNDの安全性、病理学的な側方リンパ節転移(LLNM)の頻度、および長期成績への影響を検討する。
【対象と方法】2003年1月から2024年3月に原発+遠隔転移切除した切除可能なcStageIV 下部直腸癌のうち根治度B切除し得た97例を対象とした。pStageI-III、Conversion手術、LD1郭清、cT1-2 N0かつcLLNM陰性、cLLNM陽性は除外した。原発巣切除時のLLND施行なしをTME群、LLND施行ありをLLND群とし、短期・長期成績を比較検討した。
【結果】対象は52例でTME群27例、LLND群25例であった。患者背景はTME群/LLND群で年齢中央値:69/61歳(p<0.01)、肛門縁から腫瘍下縁までの距離(AV)中央値:7/5cm(p<0.01)、転移臓器は肝、肺、腹膜、遠隔リンパ節、卵巣で各臓器の転移率や転移臓器数にも有意差はなかった。原発手術はTME/LLND群で手術時間:283/474分(p<0.01)、Clavien-Dindo Grade(CD)II以上の合併症:37.0/52.0%(p=0.40)、CDII以上の縫合不全;3.7/0%(p=1)、CDII以上の骨盤内膿瘍:11.1/8.0%(p=1)、術後残尿>50mlの全排尿障害:18.5/32%(p=0.34)で、その他の術後合併症、出血量などに有意差はなかった。病理はLLND群でpLLNM:5例(20.0%)、外科的剥離面RM1あるはX:7.4/4.0%(p=1)で有意差はなかった。TME群/LLND群で術後補助化学療法施行:33.3/56.0%(p=0.16)であった。長期予後(観察期間中央値61.7か月)はTME群/LLND群で3年全生存率:79.8/82.1%(p=0.49)、3年無再発生存率:16.3/36.0%(p=0.04)、3年累積局所再発率:12.8/8.4%(p=0.61)であった。
【結語】根治度B切除し得たStageIV下部直腸癌において予防的側方郭清は安全に施行可能で、20%に病理学的側方リンパ節転移を認め、良好なRFSと関連する可能性がある。

©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21日(土) 15:15 ~ 16:00 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 43　直腸癌の治療戦略 5
座長：諏訪 雄亮（関西医科大学下部消化管外科学講座）

[O43-4] 局所進行下部直腸癌に対するupfront surgeryにおける予後因子の検討

*八尾 健太[1]、笠井 俊輔[1]、塩見 明生[1]、眞部 祥一[1]、田中 佑典[1]、小嶋 忠浩[1]、森 千浩[1]、髙嶋 祐助[1]、辻尾 元[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)

【背景】局所進行下部直腸癌に対しては、日本ではtotal mesorectal excisionと側方郭清によるupfront surgeryが標準治療であるが、欧米ではtotal neoadjuvant therapyによる術前治療が標準治療となった。当院ではupfront surgeryによるロボット支援手術が第一選択だが、新規治療戦略を導入する上で、真に術前治療が必要な症例を過不足なく選択することが肝要となる。本研究ではupfront surgeryが施行された局所進行下部直腸癌の予後因子を術前検査所見から明らかにすることを目的とした。
【方法】2014年1月から2018年3月までにcStage II/IIIかつ占居部位に直腸Rbを含む原発性直腸癌に対してロボット支援手術によって根治切除された症例を対象とした。多発大腸癌、術前治療施行例、MRI非施行例を除外した。患者背景、腫瘍学的背景に加えて術前MRI所見（tumor deposit [mrTD]、extramural venous invasion [mrEMVI]、mesorectal fascia involvement [mrMRF]、側方リンパ節転移 [mrLLNM]）を検討した。
【結果】対象症例167例のうち男性が117例、年齢中央値が66歳、肛門縁から腫瘍下縁までの距離の中央値が 5cm、cStage II/IIIが37/130例であり、低位前方切除術/括約筋間直腸切除術/腹会陰式直腸切断術/Hartmann手術が109/26/30/2例、側方郭清は121例に施行された。術後補助化学療法は63例に施行された。全症例のうち49例に再発を認め、5年無再発生存率（RFS）は68.0%、5年全生存率（OS）は89.3%であった。再発群では術前CEA/CA19-9が高く、mrTDが多かったが、mrEMVI / mrMRF / mrLLNDは両群で同等であった。多変量解析では、mrTDが独立したRFSに寄与するリスク因子として同定された。mrTD陽性症例はmrTD陰性症例と比較して有意にRFS（5年RFS: 73.9 vs 43.8%）が不良であったが、局所再発は同等であった。pStage III症例に限って術後化学療法の有無でRFS / OSを比較しても術後化学療法による予後改善は見られなかった。
【考察】mrTD陽性症例において、局所再発は同等で遠隔転移再発が増加するため、これらは遠隔転移制御を目的とした術前治療の対象となり得る。一方でupfront surgeryで良好な予後を示す症例群に対して、一律に術前治療を導入すべきかは議論の余地がある。

©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21日(土) 15:15 ~ 16:00 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 43　直腸癌の治療戦略 5
座長：諏訪 雄亮（関西医科大学下部消化管外科学講座）

[O43-5] 当院における進行直腸癌に対する術前治療の短期成績

*岡田 和丈[1]、田村 瞳[1]、武尾 重也[1]、陳 凌風[1]、向井 正哉[1] (1. 東海大学医学部付属八王子病院)

【目的】局所進行直腸癌に対する術前化学放射線療法 (CRT) は局所制御に有効だが, 全生存への寄与は限定的とされる. 近年 total neoadjuvant therapy (TNT) が pCR 率を高め長期予後を改善するとの報告がある. 当院での進行直腸癌に対する術前治療の安全性と短期成績を報告する.
【対象と方法】2023年8月～2025年7月に当院で術前治療を経て手術を施行した進行直腸腺癌28例(うち局所進行 27例, StageIV 1例)を後方視的に検討した. 当院では基本的にRb, cT3症例には long-course CRT (LCRT: capecitabine+45Gy) を, cT4a/bまたはCRM確保困難症例にはTNT (induction CAPOX±bevacizumab 4回 → LCRT) を施行している.
【結果】術前治療の内訳は CRT 19 例, TNT 7例, NAC 2 例で, 全例が予定治療を完遂した. 男性 21例, 女性 7例, 年齢中央値 71.5 (42-87) 歳, 癌の占居部位は Ra 6例, Rb 22例, cT4b は 6 例だった. 術式は LAR 7例, VLAR 7例, APR 9例, Hartmann 5例で, 全例腹腔鏡によるアプローチを行った. cT4b 6例のうち 4例で合併切除 (子宮・付属器, 尾骨, 回腸, 虫垂を含む) を要し, TNT を施行した子宮および前立腺浸潤の 2例では腫瘍縮小により合併切除を回避し得た. 手術時間中央値 365 (216-622) 分, 出血量 45 (0-572) ml, 在院日数中央値 14 (10-96) 日, Clavien-Dindo Grade ≧ 3 の合併症は会陰創離開 1例, 絞扼性腸閉塞 1例の2例 (7%) で周術期死亡はなかった. 病理学的に pCR は CRT群 3/19例 (16%), TNT群 1/7例 (14%), NAC群 1/2例 (50%), 組織学的効果判定 Grade 2/3は, CRT群 9/19例 (47%), TNT群 3/7例 (43%), NAC 群 2/2例 (100%) であり, pDM および pCRM陽性例はなかった. 観察期間中央値 435日で再発 2例 (骨転移, 左鎖骨上リンパ節 各1例), 原癌死 1例だった.
【結語】当院での進行直腸癌に対する術前治療は安全に施行可能であった. TNT 群は期待より pCR率は低かったものの, 顕著な腫瘍縮小により手術手技が容易化し, 合併切除の回避や CRM の確保に寄与したと考えられる. 今後は TNT の適応拡大を図りつつ症例を集積し, 長期予後への寄与を検証する.

©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21日(土) 15:15 ~ 16:00 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 43　直腸癌の治療戦略 5
座長：諏訪 雄亮（関西医科大学下部消化管外科学講座）

[O43-6] 術前化学放射線療法後直腸癌における病理学的奏功度と長期予後の検討

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

【はじめに】
局所進行直腸癌に対する術前化学放射線療法（nCRT）は、局所制御の向上を目的として本邦でも広く行われている。術前治療後の病理学的奏功度は長期予後に影響する可能性があるが、その臨床的意義は十分に明らかではない。本研究では、術前治療後に根治切除を施行した進行直腸癌症例を対象に、病理学的奏功度と術後病理因子および長期予後との関連を検討した。
【対象と方法】
2014年から2024年に当科で術前治療後に根治切除を施行したcStage II–III直腸癌85例を対象に、後方視的検討を行った。病理学的治療効果判定Grade 1a/1bを低奏功群（LR群）、Grade 2/3を奏功群（R群）に分類し、患者背景、周術期因子、術後病理因子、無再発生存期間（RFS）および全生存期間（OS）を比較した。生存解析にはKaplan–Meier法およびlog-rank検定を用い、RFSに対する病理学的奏功度の影響をCox比例ハザード解析で検討した。統計学的有意水準はp＜0.05とした。
【結果】
LR群44例、R群41例であった。患者背景ではR群で年齢が有意に低かったが、その他の背景因子に有意差を認めなかった。周術期因子および合併症発生率に有意差を認めなかった。術後病理因子では、R群でpStageおよびpTが有意に低く、腫瘍径も有意に小さかった。またR群ではリンパ管侵襲、静脈侵襲、神経周囲浸潤陽性例が少なかった。RFSはR群で有意に良好であり（log-rank p=0.010）、年齢調整Cox解析でもR群は再発リスク低下と関連した（adjusted HR 0.21, 95%CI 0.06–0.73, p=0.015）。OSはR群で良好な傾向を認めたが、有意差には至らなかった（p=0.095）。
【結語】
奏功群では脈管侵襲・神経周囲浸潤陽性例が少なく、RFSも良好であった。術前治療後の病理学的奏功度は、再発リスク層別化に有用な指標となる可能性が示唆された。今後は症例数の蓄積と長期追跡により、OSへの影響や再発リスク評価における有用性をさらに検証する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

🗓2026年11月21日(土) 16:00 ~ 16:45 | 🏛第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 44　直腸癌の治療戦略 6

座長：澤山 浩（熊本大学病院　消化器外科）

[O44-1] 痔瘻癌43例の周術期成績の検討

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

[O44-2] 側方リンパ節転移診断および術前化学放射線療法と予防的側方郭清との関係性

*成島 一夫[1]、外岡 亨[1]、早田 浩明[1]、天海 博之[1]、平澤 壮一朗[1]、千葉 聡[1]、磯崎 哲朗[2]、桑山 直樹[1]、加野 将之[1]、鍋谷 圭宏[1] (1. 千葉県がんセンター食道・胃腸外科、2. 量子科学技術研究開発機構QST病院治療診断部)

[O44-3] 当科における直腸癌手術の術後合併症リスク因子の検討

*青柳 康子[1]、黒川 芽生[1]、川島 由莉[1]、林 一真[1]、山田 圭寛[1]、西岡 龍太郎[1]、芥田 壮平[1]、松永 史穂[1]、田澤 美也子[1]、石井 武[1]、齊藤 稔史[1]、佐々木 恵[1]、海藤 章郎[1]、光法 雄介[1]、伊東 浩次[1] (1. 総合病院土浦協同病院消化器外科)

[O44-4] 下部進行直腸癌に対する側方リンパ節郭清における術前治療の意義

*坂井 義博[1]、石山 泰寛[1]、北野 友里絵[1]、伊藤 望[1]、中西 彬人[1]、西 雄介[1]、田中 裕人[1]、林 久志[1]、庫本 達[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　消化器外科)

[O44-5] 超低位前方切除術における一時的人工肛門の選択―高齢者における急性腎機能障害の検討―

*梅本 岳宏[1]、喜島 一博[1]、竹原 雄介[1]、田中 邦哉[1] (1. 昭和医科大学藤が丘病院消化器・一般外科)

[O44-6] 根治性向上と肛門温存を目指した直腸癌術前治療戦略の成績

*戸田 重夫[1,2]、柏木 惇平[1]、髙橋 泰宏[1]、前田 裕介[1]、岡崎 直人[1,2]、平松 康輔[1]、福井 雄大[1,2]、花岡 裕[1]、上野 雅資[1]、的場 周一郎[3]、黒柳 洋弥[1] (1. 虎の門病院消化器外科、2. 虎の門病院分院消化管センター外科、3. 東邦大学医療センター大森病院消化器外科)

©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21日(土) 16:00 ~ 16:45 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 44　直腸癌の治療戦略 6
座長：澤山 浩（熊本大学病院　消化器外科）

[O44-1] 痔瘻癌43例の周術期成績の検討

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

【背景】
痔瘻癌は比較的稀な疾患で症例集積に基づく報告も限られており，治療方針に関して一定の見解が得られていない．
【目的】
痔瘻癌に対する過去13年間の当院の手術症例の短期および長期成績を報告する．
【対象と方法】
2013年1月から2025年10月の間に臨床的に痔瘻癌と診断され，手術を施行した43例を対象とした．クローン病合併症例は除外し，後方視的に周術期成績を検討した．
【結果】
患者背景は男性42例，女性1例で，平均年齢は63歳（33-82歳）であった．臨床症状は肛門部痛72%，コロイド流出56%，腫瘤触知33%であった．痔瘻病悩期間は平均8年(0-40年)であった．痔瘻型はⅡ型7例，Ⅲ型15例，Ⅳ型15例，分類不能6例であり，67%に画像上悪性所見を認めた．術前治療は4例に施行し，術式は直腸切断術40例(腹腔鏡11例)，骨盤内臓全摘術3例であった．合併切除臓器は尾骨8例，膀胱・精嚢・前立腺3例，臀筋2例であった．組織型は粘液癌26例，腺癌13例，扁平上皮癌4例であった．腫瘍最大径中央値は62.5mm（12-175mm）であり，病理病期（UICC 第8版）はStage Ⅰ 1例，StageⅡ30例，StageⅢ11例であった．他浸潤臓器は臀筋2例，前立腺2例，精嚢1例に認めた．R0切除は25例で達成された．短期成績は出血量中央値470ml（30-2250ml），手術時間中央値 272分（125-614分），術後在院日数中央値26日（13-144日）であり，Grade 3以上の合併症は3例（イレウス2例，尿管損傷1例）に認めた．再発は14例に認め，局所7例，肺転移5例，鼠径リンパ節転移3例，肝転移1例，腹膜播種1例であった．再発までの期間中央値は21ヶ月であり，5年以降の再発も5例に認めた．長期成績は5年RFS 75.5%，5年OS 91.5%であった．R0症例の5年OSは100%，R1症例の5年OSは79.5%であり，R1症例の5年OSはR0症例と比較して有意に不良であった(p=0.046)．また，術中に腫瘍またはコロイドの露出を認めた症例は16例であり，その75%がR1切除であった．
【結語】
再発率に比して，長期予後は比較的良好であった．一方で，R0切除が達成されない症例では長期予後が不良となる傾向があり，確実なR0切除が重要である．また，再発までの期間が長い症例も見られ，長期的なフォローアップが必要である．

©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21日(土) 16:00 ~ 16:45 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 44　直腸癌の治療戦略 6
座長：澤山 浩（熊本大学病院　消化器外科）

[O44-2] 側方リンパ節転移診断および術前化学放射線療法と予防的側方郭清との関係性

*成島 一夫[1]、外岡 亨[1]、早田 浩明[1]、天海 博之[1]、平澤 壮一朗[1]、千葉 聡[1]、磯崎 哲朗[2]、桑山 直樹[1]、加野 将之[1]、鍋谷 圭宏[1] (1. 千葉県がんセンター食道・胃腸外科、2. 量子科学技術研究開発機構QST病院治療診断部)

【背景と目的】側方リンパ節(LLN)転移の診断基準は確立されておらず、予防的側方郭清(proLLND)は弱い推奨に止まる。またproLLNDと術前治療との関係も明らかでない。LLN転移診断およびpLLND と術前治療との関係を検討する。
【対象と方法】2013年から2025年まで下部直腸癌cStage II-III手術 147例。側方郭清(LLND) 75例。術前側方リンパ節転移陽性(cLLN+)診断基準はMRIで短径≥7mm。NAは術前化学放射線療法(NACRT) 32例。LLN転移の診断精度および術前側方リンパ節転移陰性(cLLN-)における NACRT+/proLLND-：NACRT群 (n=15)、NACRT-/proLLND+：proLLND 群(n=47)、NACRT-/proLLND-：UT群 (n=57)の3群を検討。-
【結果】LLND 75例におけるcLLN+の病理学的側方転移陽性(pLLN+)診断精度はsensitivity 44.4%, specificity 70.2%, accuracy 64.0%、cLLN-の20.0%がpLLN+。
NACRT群、proLLND群、UT群を比較。
患者背景：年齢68歳（43-82）vs 67歳（40-85）vs 74歳（35-89）（p<0.05）、性別（男性/女性）10/5例 vs 36/11例 vs 34/23例（p=0.18）、腫瘍径 45mm（18-78）vs 50 mm（32-92）vs 50 mm（24-90）（p=0.39）、深達度（cT1/2/3/4）0/2/42/5例 vs 2/3/56/2例 vs 2/3/56/2例（p=0.10）、進行度（cStage II/III）3/12例 vs 31/16例 vs 43/14例（p<0.05）。
手術成績：術式（LAR/sLAR/ISR/APR/PE/Hartmann）1/8/0/5/1/0例 vs 5/15/7/17/2/1例 vs 10/24/3/16/0/4例（p=0.25）、手術アプローチ（開腹/腹腔鏡/ロボット）3/1/11例vs 21/18/8例 vs 5/20/32例（p<0.05）、手術時間355分（223-607）vs 432分（196-690）vs 343分（220-696）（p<0.05）、出血量30 g (5-1350）vs 200 g（5-1840）vs 35 g（2-744）（p<0.05）、手術根治度(CurA/B/C) 13/1/1例 vs 46/0/1例 vs 51/5/1例（p=0.11）、全合併症(CD≥III) 2例（13.3%）vs 15例（31.9%）vs 18例（31.6%）（p=0.37）、術後在院期間9日（9-17）vs 14日（8-45）vs 12日（9-64）（p<0.05）。
予後：4y-RFS 86.2% vs 81.8% vs 70.7%（p=0.27）、4y-DSS 100.0% vs 97.6% vs 85.2%（p=0.32）。
【結語】下部直腸癌cStage II-IIIにおけるNACRTのproLLNDの省略は、proLLNDに伴う手術時間・出血量・術後在院期間を減少させ、proLLNDと同等の予後改善効果をもたらす可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 16:00 ~ 16:45 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 44　直腸癌の治療戦略 6
座長：澤山 浩（熊本大学病院　消化器外科）

[O44-3] 当科における直腸癌手術の術後合併症リスク因子の検討

*青柳 康子[1]、黒川 芽生[1]、川島 由莉[1]、林 一真[1]、山田 圭寛[1]、西岡 龍太郎[1]、芥田 壮平[1]、松永 史穂[1]、田澤 美也子[1]、石井 武[1]、齊藤 稔史[1]、佐々木 恵[1]、海藤 章郎[1]、光法 雄介[1]、伊東 浩次[1] (1. 総合病院土浦協同病院 消化器外科)

【背景】直腸癌手術における術後合併症は長期成績にも影響を及ぼす重要な因子であり、各施設でのそのリスク因子の同定は術後成績の向上に寄与する。
【目的】当科における直腸癌手術の術後合併症リスク因子を検討する。
【方法】2021年4月から2025年12月までに当科で直腸切除術を施行した原発性直腸癌279例を対象に後方視的に検討した。
【結果】患者背景に関して、年齢中央値69歳、男/女=179/100、BMI22.7、ASA-PS1/2/3/4/5=47/192/37/2/1、病変主座RS/Ra/Rb=142/64/73、術前治療はChemoradiotherapy/Total Neoadjuvant Therapy/Chemotherapy=25/8/11、cStage I/II/III/IV=74/59/129/17であった。術式は高位前方切除/低位前方切除/括約筋間直腸切除/直腸切断術/Hartmann手術=91/126/3/35/24、到達法は開腹/腹腔鏡/ロボット=13/105/161、手術時間286(114-650)分、出血量10(0-1260)ml、開腹移行2例、輸血7例、術後在院日数6(5-48)日、Clavien-Dindo (CD)Grade II以上の合併症は33例(11.8%)、縫合不全は7例(2.5%)であった。CD Grade II以上の合併症に関して、単変量解析では、性別、ASA-PS、病変主座、術前治療、術式、手術時間、出血量などが関連した。これらのうち臨床的妥当性と多重共線性を考慮して多変量解析を行った結果、Rb(OR2.1, p=0.03)および手術時間(OR1.003, p=0.009)が独立したリスク因子であった。CD Grade II以上の合併症を認めた症例では手術時間が有意に長く（346分 vs 282分、p＜0.001）、ROC解析により337分がカットオフ値として同定された（AUC＝0.688）。337分以上の症例では合併症発生率が有意に高かった。
【結語】当科における直腸癌手術では、手術時間および病変主座(Rb)が術後合併症と関連していた。手術時間は修正可能な因子であり、術前リスク評価および手術戦略の工夫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・肛門科

2026年11月21日(土) 16:00 ~ 16:45 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 44　直腸癌の治療戦略 6

座長：澤山 浩（熊本大学病院　消化器外科）

[O44-4] 下部進行直腸癌に対する側方リンパ節郭清における術前治療の意義

*坂井 義博[1]、石山 泰寛[1]、北野 友里絵[1]、伊藤 望[1]、中西 彬人[1]、西 雄介[1]、田中 裕人[1]、林 久志[1]、庫本 達[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　消化器外科)

【背景】側方リンパ節腫大を伴う下部進行直腸癌では腫瘍の縮小やdown stagingを狙い術前治療が施行されることがあるが、組織の線維化や浮腫などで手術が難渋するデメリットもある。当科で術前治療後の側方郭清を伴う鏡視下下部直腸癌手術施行症例の短期治療成績を非施行例と比較検討したので報告する。
【方法】当科にて2020年1月から2026年3月までの期間に、術前画像診断で側方リンパ節転移を疑う下部進行直腸癌に対して原発切除と側方リンパ節郭清を行った55症例を対象とした。術前治療を施行した34例（術前治療群）と非施行症例21例（手術先行群）の短期治療成績・臨床病理学的因子を後方視的に比較検討した。当科における術前治療の適応は、cT3以深かつリンパ節転移陽性と診断した症例としている。
【結果】年齢中央値は術前治療群で70歳、手術先行群は73歳（p=0.278）、男/女比は術前治療群 23/11人、手術先行群 13/8人（p=0.773）であった。術式はLAR/ISR/APR/Hartmannは、術前治療群 17/1/13/3例, 手術先行群 10/0/9/2（p=1.000）であった。全例にD3郭清を施行し、側方郭清の郭清度はLD1/LD2は術前治療群 27/7例、手術先行群 14/7例であった（p=1.000）。術前治療の内訳はTNT 22例、化学放射線療法 7例、化学療法 5例であった。手術時間中央値は、術前治療群 360分、手術先行群 356分（p=0.684）、出血量中央値は術前治療群 49ml、手術先行群 47ml（p=0.910）、術後在院日数中央値は術前治療群 12日、手術先行群 12日（p=0.855）、Grade2以上の術後合併症は術前治療群 8 例、手術先行群 7例（p=0.529）、R0/1は術前治療群 33/1例、手術先行群 21/0例（p=1.000)で、術後短期成績に有意差はなかった。p（yp）T stageはT0/T1/T2/T3/T4は術前治療群 10/1/5/15/3例、手術先行群 0/3/2/15/1例（p=0.048）で、p(yp)N stageはN0/N1/N2/N3は術前治療群 22/7/2/3例, 手術先行群 7/7/4/3例（p=0.029）、p(yp)StageはpCR/pStageⅠ/Ⅱ/Ⅲは術前治療群 9/4/9/12例、手術先行群 0/5/2/14例であった（p=0.007）。
【結語】術前治療施行症例はdown stageが実現でき、術後短期治療成績は両群で同等であった。今後は更なる症例の蓄積と長期成績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・肛門科

2026年11月21日(土) 16:00 ~ 16:45 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 44　直腸癌の治療戦略 6

座長：澤山 浩（熊本大学病院　消化器外科）

[O44-5] 超低位前方切除術における一時的人工肛門の選択―高齢者における急性腎機能障害の検討―

*梅本 岳宏[1]、喜島 一博[1]、竹原 雄介[1]、田中 邦哉[1] (1. 昭和医科大学藤が丘病院消化器・一般外科)

【背景】直腸癌に対する超低位前方切除術では、縫合不全の重症化予防として一時的人工肛門が広く用いられるが、その術式選択には一定の見解がない。
【目的】高齢者における人工肛門の選択と周術期成績を検討する。
【方法】2020年から2025年に当科で施行した超低位前方切除術23例を対象に、一時的人工肛門の種類（小腸瘻／結腸瘻）と術後合併症および閉鎖手術成績を後方視的に検討した。
【結果】小腸瘻20例、結腸瘻3例であった。65歳以上は8例で、全体の5例（21.7%）に急性腎機能障害（AKI）を認め、そのうち4例は65歳以上であった。いずれも小腸瘻における飲水不足とハイアウトプットに伴う脱水が原因と考えられた。このため2024年より腎機能低下・脱水リスクの高い高齢者に対し結腸瘻を選択している。ストマ閉鎖に関する検討では、小腸瘻と結腸瘻の間で手術時間および合併症発生率に有意差を認めなかった。
【結論】超低位前方切除術における一時的人工肛門は小腸瘻が一般的であるが、高齢者では脱水および腎機能障害のリスクを踏まえ結腸瘻の選択も有用と考えられる。

©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21日(土) 16:00 ~ 16:45 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 44　直腸癌の治療戦略 6
座長：澤山 浩（熊本大学病院　消化器外科）

[O44-6] 根治性向上と肛門温存を目指した直腸癌術前治療戦略の成績

*戸田 重夫[1,2]、柏木 惇平[1]、髙橋 泰宏[1]、前田 裕介[1]、岡崎 直人[1,2]、平松 康輔[1]、福井 雄大[1,2]、花岡 裕[1]、上野 雅資[1]、的場 周一郎[3]、黒柳 洋弥[1] (1. 虎の門病院消化器外科、2. 虎の門病院分院消化管センター外科、3. 東邦大学医療センター大森病院消化器外科)

【背景】我々は主に根治性向上、副次的に肛門温存を目指し2010年からcStageII/III下部直腸癌に対して術前放射線治療を開始した。2011年からは剥離断端陽性危惧例や両側側方リンパ節腫大例に全身化学療法も併せて行うTotal Neoadjuvant Therapy(TNT)を導入した。
【方法】放射線治療は経口化学療法併用の長期照射(45~50.4Gy)と化学療法なしの短期照射(25Gy)を使い分けた。TNTはオキサリプラチンベースの化学療法を12週施行後に放射線治療を行う導入化学療法を基本としたが、後期には臨床試験に参加し、放射線治療先行の強化化学療法も導入した。肛門温存は直腸指診や画像診断結果で妥当と判断され、十分な説明の上で患者希望がある場合に行った。2022年より手術拒否例、臨床試験登録例で非手術療法(Non-operative Management：NOM)を施行した。2010年から2026年にStage II/III下部進行直腸腺癌に対して術前放射線治療を施行した症例を対象とし、その成績を検討した。
【結果】手術例は441例、年齢中央値は64歳、男性290例 女性152例。長期照射を300例、短期照射を141例に施行。TNTは96例で、レジメンはDoublet 79例、Triplet 17例で治療期間中央値は12週間。手術時間・出血量の中央値は392分、70mlであった。術式は低位前方切除223例、ISR 123例、APR 76例、ハルトマン手術12例、TPE 7例で、腹腔鏡384例ロボット手術57例(開腹移行なし)、肛門温存率78%であった。Grade II 以上の合併症を21%に認め、術後在院日数中央値は15日であった。病理学的CRは8%であり、CRM＜1mmは6%に認めた。観察期間中央値は48か月で再発は23% (101例)にあり、そのうち局所再発は3.8%(17例)に認めた。肛門温存した346例中、一時的人工肛門閉鎖非施行を1%(4例)に、人工肛門再造設を3.5% (12例)に認めた。同時期にNOM施行は9例あり、3例にRegrowthありSalvage手術を行い、2例は肛門温存が可能であった。
【結語】下部進行直腸癌に対しても術前治療を適切に行うことで、腫瘍学的成績は妥当であり、比較的良好な肛門温存率が達成できる。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:25 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 45　痔瘻の治療

座長：小原 誠（OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック）

[O45-1] 内外括約筋間に存在する原発巣膿瘍を意識した、坐骨直腸窩痔瘻に対するseton法

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

[O45-2] 当院における上皮括約筋温存術の術式の検討

*宗村 岳人[1]、宗村 由紀[1]、今里 真[1] (1. むねむら大腸肛門病院)

[O45-3] 痔瘻根治術後の再治療症例の検討

*渡辺 伸和[1,2]、早川 一博[1]、森田 隆幸[2] (1. 早川内科肛門科、2. 青森厚生病院外科)

[O45-4] 当院の痔瘻根治手術「2段階離断法」の成績

*谷村 修[1]、荒木 靖三[1]、別府 理智子[1]、平瀬 りさこ[1]、藤木 健太郎[1] (1. 福西会病院 大腸肛門科)

[O45-5] Transsphincteric fistula はIntersphincteric fistulaよりQOLが不良 ―Anal Fistula Quality of Life scale日本語版の妥当性―

*角田 明良[1]、田中 良明[2] (1. 安房地域医療センター外科、2. 寺田病院肛門科)

[O45-6] 分娩外傷後直腸膣瘻に対する両側球海綿体縫縮を伴う会陰体再建術の検討

*田邊 太郎[1]、安藤 熙典[1]、若生 彩佳[1]、木村 熙伸[1]、北條 真鈴[1]、徳永 良太[1]、保母 貴宏[1]、出口 義雄[1]、横山 登[1]、井上 晴洋[1] (1. 昭和医科大学江東豊洲病院消化器センター)

[O45-7] 肛門周囲膿瘍切開時の麻酔法による術後成績の比較検討

*知久 毅[1]、篠田 公生[1] (1. 厚生連上都賀総合病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:25 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 45　痔瘻の治療
座長：小原 誠（OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック）

[O45-1] 内外括約筋間に存在する原発巣膿瘍を意識した、坐骨直腸窩痔瘻に対するseton法

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

諸言：坐骨直腸窩痔瘻の治療を行う上で、主たる痔瘻の発生形態であるCrypt-glandular infection theoryに基づいた病理学的・解剖学的理解は重要である。肛門洞内にある肛門陰窩より肛門腺に感染が生じ、比較的疎なpotential spaceで原発巣膿瘍を形成して、遠位の二次瘻管を形成する。肛門腺の進展は長くても連合縦走筋レベルまでであると既報で示されており、坐骨直腸窩痔瘻の原発巣膿瘍は内外括約筋間にあると考えられる。この視点に立って、われわれはseton法による坐骨直腸窩痔瘻の治療を行っている。手術法と、手術成績について報告する。
方法：浅外肛門括約筋もしくは恥骨直腸筋の硬化を後方に触れる痔瘻に対して、両側側方アプローチを行い、外肛門括約筋の外縁を露出する。内外括約筋間にある原発巣膿瘍の最深部で内外括約筋間を解放して左右にドレナージのゴムを留置する(原発巣膿瘍深部のドレナージ)。そこから坐骨直腸窩(もしくは骨盤直腸窩)に瘻管が進展する場合は、それらを可及的に切除もしくは解放・掻爬する。続いて原発口の処理に移る。浅外肛門括約筋を筋束に沿って鋭的に遊離させた後、肛門管内6時方向に触れる原発口より内外括約筋間の原発巣膿瘍に向けて小児用ケリー鉗子を挿入する。そのまま、小児用ケリー鉗子の先端を遊離させた浅外肛門括約筋の内側より導出し、ゴムを留置する。これにより、浅外肛門括約筋の損傷を防ぐことができる。この位置の内外括約筋間に左右にドレナージのゴムを留置する(原発巣膿瘍浅部のドレナージ)。
対象：2022年1月から2024年12月までの3年間に当科で上記術式による坐骨直腸窩痔瘻根治手術を施行し、治癒を確認できた286例を検討した。クローン病と痔瘻癌の症例は除外した。
結果：男性85例、女性44例で年齢の平均は46.8歳、BMIの中央値は24.2であった。手術時間の中央値は21分で、術中の平均出血量は5mlであった。術後入院日数の中央値は2日で、ゴムが脱落するまでの期間の中央値は術後186日であった。再発症例は無く、深部に遺残膿瘍を来した症例は24例であったが、いずれも保存加療やドレナージで治癒した。
結語：当院での坐骨直腸窩痔瘻に対するseton法は良好な治療成績を示した。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:25 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 45　痔瘻の治療
座長：小原 誠（OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック）

[O45-2] 当院における上皮括約筋温存術の術式の検討

*宗村 岳人[1]、宗村 由紀[1]、今里 真[1] (1. むねむら大腸肛門病院)

【背景・目的】
痔瘻根治術において、再発の防止と肛門機能の温存は常に相克する課題である。当院では、括約筋機能を最大限に維持すべく、ほぼ全症例で括約筋温存術を積極的に採用してきた。
2005年に当会にて報告した当院における括約筋温存術をBrush upし、肛門上皮を最大限温存した術式を考案し、症例を集積した。
短期成績は良好であり、動画を供覧しながらここに報告する。

【対象と方法】
2026年に当院にて括約筋温存術を施行した症例を対象とした。
• 対象術式： 括約筋温存術

• 検討項目：
1. 症例背景（隅越分類、瘻管走行）
2. 手術時間および術中出血量
3. 術後在院日数
4. 治癒率および再発率

【考察】
当院における上皮括約筋温存術の成績は概ね良好であり、術後の機能温存において極めて低侵襲かつ有効な術式であると考える。
【結語】
痔瘻に対する上皮括約筋温存術は、肛門機能を損なうことなく低侵襲であり、根治を期待できる優れた術式であると考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:25 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 45　痔瘻の治療
座長：小原 誠（OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック）

[O45-3] 痔瘻根治術後の再治療症例の検討

*渡辺 伸和[1,2]、早川 一博[1]、森田 隆幸[2] (1. 早川内科肛門科、2. 青森厚生病院外科)

【はじめに】当院では、原則、痔瘻の初発例に対して原発口と原発巣を含めて切除する瘻管切除術（切除）をおこなう。今回、当院で経験した痔瘻根治術後の再治療症例を検討した。【対象と方法】2003年1月から2026年4月に施行した痔瘻根治術は2025例で、再治療症例は29例（1.4%）たった。それらの症例に関して、初回治療の隅越分類、再治療回数、初回治療法、再治療法、同じ治療部位または別の治療部位における前回治療から次治療までの期間に関して検討した。なお、部位の定義は、後方は5時～7時、前壁は11時～1時、それ以外を側方とした。根治術後の治癒の定義は創部の完全上皮化と感染徴候の無いこととした。また、クローン病症例は除外した。【結果】男性28例（4例は二病変症例）、女性1例。平均年齢44.7歳（18～77歳）。再治療回数の1回は23例、2回は5例、4回は1例だった。全例がⅡ型痔瘻だった。初回治療は切除が27病変、setonが 3病変、coring outが4病変だった。初回→再治療1回目では、切除→切除が24病変、切除→setonが1病変、seton→切除が3病変、coring-out→切除が1病変。再治療以降では、切除→切除（同じ部位：13病変、違う部位：15病変）、seton→切除（同じ部位：3病変）、coring out→切除（同じ部位：1病変、違う部位：1病変）、切除→seton（同じ場所：2病変）、seton→lay open（同じ部位：1病変）だった。同じ部位に対する再治療は23病変（60.1%）あり、治療間隔は29.0ヶ月だった。別部位に対する治療は15病変（39.9%）で治療間隔は25.4ヶ月だった。なお、同じ部位の再治療例のうち、非治癒で再手術を行った症例は認めなかった。【考察】痔瘻根治術は複数の手技があるが、再発は一定の頻度で存在する。当科では瘻孔切除術を第一選択としており、再発率は諸家の報告と比べても良好な成績だったが、再治療の症例を認めた。当院で経験した痔瘻根治術後の再治療症例の治療方針を中心に、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) | 肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:25 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 45　痔瘻の治療
座長：小原 誠（OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック）

[O45-4] 当院の痔瘻根治手術「2段階離断法」の成績

*谷村 修[1]、荒木 靖三[1]、別府 理智子[1]、平瀬 りさこ[1]、藤木 健太郎[1] (1. 福西会病院 大腸肛門科)

痔瘻の手術は今日まで肛門括約機能温存と根治性を両立するため様々な術式が考案されてきた。我々の痔瘻手術は、原発巣の開放を含めたドレナージルートを作成した後、内肛門括約筋内で１次瘻管を結紮離断しさらに粘膜下を剥離し１次口を有する陰窩の離断を行う。そして粘膜筋皮弁を閉鎖するこの方法は、２段階離断法として2024年当学会誌にて報告した。
2019年5月～2025年12月まで当院での痔瘻根治手術は537例である。そのうち2段階離断法を施行したものは405例であった。（隅越分類 II 型：307例、III＋IV型：98例）
現在適応ある症例はⅠ型以外全例2段階離断法を施行している。（全身状態不良例や、内肛門括約筋が著明に線維化した症例、1次瘻管が非常に太い症例は本術式の適応外としている。）2段階離断法での再発症例は、2026年2月現在405例中16例認めた。（ II 型：8例/308例　2.6%、III+IV型：8例/97例　8.2%）術後3か月目に肛門機能評価を行ったが、II 型、III＋IV型ともMRPの低下を認めたが全例正常範囲内での低下であり、Cleveland Clinic Fecal Incontinence Score(Wexner’s score)では II 型では3.6%、III＋IV型では7.9%に点数の増悪が見られた。ただ全例日常に支障をきたすような排便障害は認めていない。
術後重篤な機能障害や合併症もなく根治性を得られており、この方法は痔瘻に対して有効な手技のひとつであると考えている。その手技を紹介するとともに、その治療成績を供覧する。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:25 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 45　痔瘻の治療
座長：小原 誠（OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック）

[O45-5] Transsphincteric fistula はIntersphincteric fistulaよりQOLが不良 ―Anal Fistula Quality of Life scale日本語版の妥当性―

*角田 明良[1]、田中 良明[2] (1. 安房地域医療センター外科、2. 寺田病院肛門科)

目的：痔瘻患者に対するQOL調査票であるAnal Fistula Quality of Life scale（AF-QoL）の日本語版の妥当性を検証する。AF-QoL は 22 項目からなりスコアは 0〜100 点の範囲で算出され、低得点ほどQoL は不良である。
方法：日本語版 AF-QoL を 患者に配布しBaseline時および 2〜3 週間後に再度回答を求めた(Retest)。Baseline時には、Perineal Disease Activity Index（PDAI）、Hospital Anxiety and Depression Scale（HADS）および SF-12も併せて実施した。診断からの期間、痔瘻のtype、痔瘻の手術歴回数を記録した。内的整合性（Cronbach の α係数）、構成妥当性（Pearson の相関係数）および反応性を評価した。信頼性は症状が安定している患者を対象にして、BaselineとRetest間のスコアを用いてIntra-class correlation (ICC)およびPearson の相関係数を評価した。データはmean (SD)で示す。
結果：対象患者は110名で男女比は102:8、年齢は46 (16)歳であった。痔瘻のtypeはIntersphinctyeric type 53例、 Transsphincteric type 57例で、7例(6%)に2回以上の痔瘻手術歴があった。 BaselineのAF-QoL scoreは全例では66.5 (23.7)であった。内的整合性は高くCronbach α係数は 0.92 であった。構成概念妥当性は、PDAI（–0.37）、HADS の不安（–0.46）および抑うつ（–0.47）下位尺度、ならびに SF-12 Mental Component（0.19）との相関により確認された。Retestの回答者106 名中 83 名（78%）は症状が安定しており、BaselineとRetest間のスコアの相関係数は 0.93、ICCは0.93と高く優れた信頼性が示された。一方、23 名（22%）では症状の変化（改善または悪化）が報告された。Baseline score : Retest scoreは改善例13例では58.8 (20.0) : 72.2 (20.6)、悪化例10例では74.2 (17.6) : 64.6 (14.7)とBaselineとRetest間のスコアに有意差が認められ（P＜0.05）良好な反応性が確認された。BaselineのAF-QoLスコアはTranssphincteric type (n=57) はIntersphincteric type (n=53)よりQOLが不良であった [60.8 (25.2) vs. 72.6 (20.6), P=0.009]。また、診断からの期間が4年以上の群、痔瘻の手術歴回数が2回以上の群は、おのおの他の群よりQOLが不良であった。
結論：AF-QoL 日本語版の信頼性と妥当性が明らかになった。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:25 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 45　痔瘻の治療
座長：小原 誠（OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック）

[O45-6] 分娩外傷後直腸膣瘻に対する両側球海綿体縫縮を伴う会陰体再建術の検討

*田邊 太郎[1]、安藤 熙典[1]、若生 彩佳[1]、木村 熙伸[1]、北條 真鈴[1]、徳永 良太[1]、保母 貴宏[1]、出口 義雄[1]、横山 登[1]、井上 晴洋[1] (1. 昭和医科大学江東豊洲病院消化器センター)

【背景】 分娩外傷後直腸膣瘻は、分娩時の会陰裂傷を契機に発生し、患者QOLを著しく損なう。当科では解剖学的知見に基づき、両側球海綿体縫縮を伴う会陰体再建術を施行しており、その成績を報告する。
【対象・方法】 2024年4月から2025年12月の間に分娩外傷後膣瘻に対して会陰体再建術を施行した9例を対象とした。年齢27～49歳（中央値38歳）。全例が経腟分娩後であり、うち1例は他院での初回手術後に再発し当院に紹介された再手術症例であった。術式は会陰アプローチで瘻管を切離し、それぞれの瘻孔を修復したのち、両側球海綿体筋を正中に寄せ縫縮することで直腸膣間の組織量を増加させ補強することで再発予防とした。
【結果】 出産から手術までの期間中央値は625日（47日～6250日）、フォロー期間中央値は102日(78-299日)、術後症状再燃は1例であった。
【考察】 Muroらの解剖学的研究によれば、会陰体は独立した腱性結節ではなく、球海綿体筋・浅会陰横筋・外肛門括約筋複合体が占める領域であり、産科的外傷ではこの複合体が断裂する。女性の球海綿体筋は正中には付着せずEASの外側面に付着するため、これを正中に寄せ縫合することで直腸膣間の組織量を増加させる本術式は解剖学的に理にかなったアプローチであると考える。再発例は術後感染が原因と考えられ、感染制御が成否の重要な因子と考えられた。
【結語】 分娩外傷後直腸膣瘻に対する両側球海綿体筋寄せ縫合を伴う会陰体再建術は、再手術や産後数年以上経過した陳旧性症例でも人工肛門なく治癒が望める有効な術式と考えられる。さらなる症例の蓄積と長期成績の評価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) | 肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:25 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 45　痔瘻の治療
座長：小原 誠（OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック）

[O45-7] 肛門周囲膿瘍切開時の麻酔法による術後成績の比較検討

*知久 毅[1]、篠田 公生[1] (1. 厚生連上都賀総合病院外科)

【はじめに】肛門周囲膿瘍は、外科的に緊急の介入を要する疾患で、一般的には、その治療の原則は、切開排膿である。症例により局所麻酔下に行われる場合と脊椎麻酔（サドルブロック）下に行われる場合がある。麻酔法によって再発率、痔瘻発生率が異なるかどうかは明らかではないため、自施設での症例に関して比較検討した。【対象と方法】2010年1月から2025年12月までに肛門周囲膿瘍に対して切開排膿を行った18歳以上のすべての症例69例を対象とし、麻酔法による再発率、痔瘻発生率について後ろ向きに比較した。【結果】全体の平均年齢は47.4±17.6（18～95）歳、男女比は、60:9であった。麻酔法の選択は、膿瘍の部位や大きさ、患者の希望、併存疾患、内服薬の種類を考慮し、術者が判断した。膿瘍の局在については、全方向に分布し、偏りはなかった。局所麻酔下に切開排膿を行ったのが41例（以下L群）、腰椎麻酔下に行ったのが21例（以下S群）である。（両群とも初発例、再発例を含むが有意差はなし）。両群間で、年齢、性別に差を認めなかった。術後観察期間の中央値は、4か月である。切開直後（術後1か月以内）に再切開を要したのは、69例中5例（7.2%）で、有意差はないが、L群の方が多かった（L:S＝4:1）。全体の再発率は、18.8%（13/69）であり、麻酔法による差はなかった（L:S＝7:6）。痔瘻の発生率は、26.1%（17／69）であった。S群の方が、痔瘻の発生が有意に多かった（L:S＝6:11、p＜0.05）。ただし、痔瘻と診断されるまでの術後観察期間中央値は、局麻例で1か月、腰麻例で3か月であった。【結語】後ろ向きの観察研究であることから、麻酔法の選択については選択バイアスがある可能性は否定できないが、再発率には差がなかった。痔瘻の発生が腰麻例の方で多かったことの理由については、当科では、切開排膿後3か月時点での再診をルーチンとして行っているが、術後の観察期間が局麻例ではそれよりも短く、局麻群で実際の痔瘻の発生率よりも低く見積もられていいた可能性が考えられる。今回の研究からは、肛門周囲膿瘍に対する麻酔法により再発率についてに関して優劣はないものと考えられたが、今後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21日(土) 14:30 ~ 15:10 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 46　術後合併症・周術期管理３

座長：吉田 直裕（久留米大学外科学講座）

[O46-1] 腹腔鏡下直腸癌手術時の一時的回腸瘻造設におけるStoma Outlet Obstruction症候群のリスク因子の検討

*大野 陽介[1]、市川 伸樹[1]、吉田 雅[1]、柴田 賢吾[1]、今泉 健[1]、武冨 紹信[1] (1. 北海道大学 消化器外科１)

[O46-2] 一時的回腸人工肛門におけるoutlet obstructionにおけるリスク因子の検討

*石井 雅之[1,2]、奥谷 浩一[3]、西舘 敏彦[2]、秋月 恵美[2,4]、藤野 紘貴[2]、豊田 真帆[2]、岡本 行平[2]、穴澤 貴行[2] (1. 東札幌病院、2. 札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野、3. JR札幌病院、4. 札幌いしやま病院)

[O46-3] ストーマ造設後合併症低減に向けた当院における造設手技の工夫

*滝口 光一[1]、古屋 信二[1]、白石 謙介[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. 山梨大学第１外科)

[O46-4] 回腸stomaにおけるoutlet obstructionのリスク因子の検討

*藤森 大輔[1]、北林 大暉[1]、三田 和芳[1]、加藤 一希[1]、林 雅人[1]、蒲田 亮介[1]、澤田 幸一郎[1]、尾山 佳永子[1]、小竹 優範[1]、原 拓央[1] (1. 厚生連高岡病院 外科)

[O46-5] 結腸直腸腫瘍手術における一時的回腸人工肛門閉鎖後の長期腎機能予後と慢性腎不全発症のリスク因子の検討

*太田 絵美[1]、小澤 真由美[1]、山本 俊也[1]、工藤 孝迪[1]、武井 将伍[1]、前橋 学[1]、皆川 結明[2]、船津屋 拓人[2]、大矢 浩貴[2]、田 鐘寛[2]、諏訪 宏和[3]、額田 卓[1]、沼田 正勝[1]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属 市民総合医療センター、2. 横浜市立大学附属病院　消化管外科学、3. 横須賀共済病院　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21日(土) 14:30 ~ 15:10 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 46　術後合併症・周術期管理 3
座長：吉田 直裕（久留米大学外科学講座）

[O46-1] 腹腔鏡下直腸癌手術時の一時的回腸瘻造設におけるStoma Outlet Obstruction症候群のリスク因子の検討

*大野 陽介[1]、市川 伸樹[1]、吉田 雅[1]、柴田 賢吾[1]、今泉 健[1]、武冨 紹信[1] (1. 北海道大学 消化器外科１)

【背景】直腸癌に対する腹腔鏡下手術は広く普及している。消化管再建時に吻合部の安静を保つためにdiverting loop ileostomyがしばしば造設されるがStoma Outlet Obstruction(以下SOO)は注意すべき術後合併症の１つである。
【目的と方法】2009年10月から2025年4月の間に北海道大学病院にて施行された腹腔鏡下直腸癌手術においてdiverting loop ileostomyを造設した症例114例について臨床病理学的因子、術前CTにおける腹直筋の厚さを後視的に解析しSOO発生リスク因子について検討する
【結果】対象症例114例の内訳は年齢中央値64歳（37-80）、男女比：77/37、cStage(1/2/3/4):46/24/33/12、術式(LAR/ISR):106/8、術前治療(-/NAC/CRT/TNT):82/6/21/5、手術支援ロボットの使用(なし/あり):56/58であった。SOOは17例(14.9%)に認めた。発生日の中央値は術後3日目（2-20）であった。単変量解析にてBMI≦20であることがSOO発生に有意にそう関連した。(p<0,01)　また腹壁厚さはSOO発生群において有意に薄かった。(SOO+:25.4mm vs SOO-;29.5mm, p=0.03)　多変量解析においてBMI≦2はが独立したリスク因子であった。（OR4.28, 95%CI:1.12-16.40, p<0.03）　BMI≦20群のサブグループ解析においてSOO(+)群でSOO(-)群と比較して有意に腹直筋が厚く（11.1mm v.s 9.1mm, p=0.03）、多変量解析においてもSOO発生の有意なリスク因子であった。（Odds比:1.71 95%CI:1.01-2.90, p=0.05）BMI≦20群ではBMI>20群と比較して3POD,4POD,5PODのストマ排液量が有意に多かった。（3POD:1031g v.s 735g, p=0.04. 4POD:1190g v.s 825g, p<0.01. 5POD:1046g v.s 772g, p=0.02）
【結語】腹腔鏡下直腸癌手術におけるdiverting loop ileostomy においてBMI≦20はSOO発生のリスク因子である。特にBMI≦20の患者群では腹直筋厚がSOO発生に関与する可能性が示唆された。また、BMI≦20群はストマ排液量が多く、SOO発生機序に関与している可能性がある。

©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21日(土) 14:30 ~ 15:10 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 46　術後合併症・周術期管理 3
座長：吉田 直裕（久留米大学外科学講座）

[O46-2] 一時的回腸人工肛門におけるoutlet obstructionにおけるリスク因子の検討

*石井 雅之[1,2]、奥谷 浩一[3]、西舘 敏彦[2]、秋月 恵美[2,4]、藤野 紘貴[2]、豊田 真帆[2]、岡本 行平[2]、穴澤 貴行[2] (1. 東札幌病院、2. 札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野、3. JR札幌病院、4. 札幌いしやま病院)

【背景】直腸癌手術における一時的回腸人工肛門は縫合不全重症化の回避に有用であるが，合併症の一つであるoutlet obstruction(OO)は入院期間延長や再介入を要する重要な合併症である。これまで手技関連因子の報告はある一方，患者解剖学的因子の影響は十分に検討されていないため、患者解剖学的因子に着目した危険因子を同定し，術前CT所見に基づく造設法修正の有効性を検証することを目的とした。
【方法】2015年4月から2024年12月までに腹腔鏡下またはロボット支援下直腸癌手術後に回腸人工肛門を造設した318例を後方視的に解析した。2015～2020年の対照コホートでOOの危険因子を検討し，得られた結果に基づき人工肛門造設法を修正し，2020～2024年の検証コホートで有効性を評価した。
【結果】OOは23例（7.2%）に発生した。多変量解析によりストマ造設部位のCTで測定した腹直筋厚（TAM）および臍部の内臓脂肪面積（AVF）がOOの独立した危険因子として同定された。対照群では、TAM≥11.0 mmかつAVF≥123 cm^2の症例ではOO発生率が最も高率であった（52.6%）。これら高リスク症例に対し筋膜切開幅を調整した人工肛門造設を行うことで，OO発生率は有意に低下した（8.3%，p=0.003）。傍ストマヘルニア等の他の合併症に有意差は認めなかった。
【結論】TAMおよびAVFは回腸人工肛門アウトレット閉塞の有用な患者関連予測因子であった。術前CTによるリスク評価に基づいた造設法の工夫は，OO予防に有効である可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:10 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 46　術後合併症・周術期管理 3
座長：吉田 直裕（久留米大学外科学講座）

[O46-3] ストーマ造設後合併症低減に向けた当院における造設手技の工夫

*滝口 光一[1]、古屋 信二[1]、白石 謙介[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. 山梨大学第１外科)

背景：ストーマ造設後合併症は患者QOLを低下させ、術後管理、装具選択、退院支援にも影響する。特にストーマ離開、出口イレウス、粘膜壊死、ストーマ脱落、皮膚障害などの早期合併症は、造設時の手技や患者背景と関連する可能性があり、発生状況と関連因子を明らかにすることは重要である。
目的：当院におけるストーマ造設後合併症の発生状況と関連因子を後方視的に検討し、現在実施している造設手技の工夫を報告する。
方法：2022年から2024年までに当院でストーマ造設を施行した144例を対象とした。術後30日以内に発生した合併症を早期合併症と定義し、患者背景や合併症の内容を検討し、年齢、性別、BMI、緊急手術の有無、ストーマ造設部位と早期合併症との関連を解析した。
結果：平均年齢は67.7±12.3歳、BMIは22.2±4.24 kg/m^{2}であった。男性63.2%、女性36.8%、緊急手術は51例（35.4%）であった。ストーマの内訳は回腸ストーマ57例（39.6%）、結腸ストーマ87例（60.4%）であった。早期合併症は34例（23.6%）に認め、主な内訳はストーマ離開15例（10.4%）、出口イレウス7例（4.9%）、粘膜壊死3例（2.1%）であった。年齢、性別、緊急手術の有無、ストーマ種類と早期合併症との間に有意な関連は認めなかったが、BMI高値は早期合併症発生と有意に関連していた（p=0.017）。
考察：BMI高値例では、腸管挙上距離、ストーマ高、皮膚粘膜接合部への張力、皮下での腸管走行などが早期合併症に関与し得る。当院ではBMI高値例でも合併症が起こりにくいストーマ造設を目指し、緊急時を含めたストーマサイトマーキング、腹壁厚を考慮したストーマ孔径の標準化、腹直筋前鞘の十字切開回避、小腸ストーマでは過度な牽引や屈曲を避ける目的で筋鞘固定の省略、腹腔鏡下での確実な腸管挙上と直線的な皮膚切開を重視している。
結語：BMI高値と早期ストーマ合併症発生と関連しており、皮下脂肪の厚い症例にも対応し得る再現性の高い造設手技の標準化が必要である。

©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21日(土) 14:30 ~ 15:10 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 46　術後合併症・周術期管理 3
座長：吉田 直裕（久留米大学外科学講座）

[O46-4] 回腸stomaにおけるoutlet obstructionのリスク因子の検討

*藤森 大輔[1]、北林 大暉[1]、三田 和芳[1]、加藤 一希[1]、林 雅人[1]、蒲田 亮介[1]、澤田 幸一郎[1]、尾山 佳永子[1]、小竹 優範[1]、原 拓央[1] (1. 厚生連高岡病院 外科)

【目的】一時的回腸stomaにおけるoutlet obstruction（OO）の発生率や背景因子を明らかにし、その予防策を講じる。
【方法】当院において直腸切除術に一時的回腸stoma造設を併施した症例を対象に後方視的な検討を行なった。
【結果】2020年1月～2025年12月までの間に該当した症例は77例であり、うち11例でOOの発症を認めていた。全体での内訳として、stoma造設部位はそれぞれ臍59例、右下腹部11例、左下腹部7例であり、排泄孔の位置は頭側36例、尾側41例、そしてHigh Output Stoma（HOS）を生じたものが14例であった。排泄孔が尾側の群では9例（22%）でOOを認めていたが、排泄孔が頭側の群でOOを生じたのは2例（5.6%）のみであった。また、HOSを併発していたのはOO群55%、対照群12%であった(p=0.0035)。多変量解析において、尾側での排泄孔形成、HOS併発の２項目がOO発症の独立した危険因子であった。ほか、男女比、皮下脂肪厚、腹直筋厚、腹壁貫通孔の面積、BMIといった項目において有意差は見られなかった。OOへの対処としては全例で減圧チューブ挿入での改善を図っていたが、1例においてのみ同一入院中の早期stoma閉鎖に至っていた。
【考察】本検討においては、尾側での排泄孔形成、およびHOSの併発の2項目がOOの発症と相関を認めていた。HOSを呈するような過剰な腸液による腸管拡張が腹壁レベルでのstoma腸管の屈曲を引き起こし、OO発症に影響している可能性が考えられた。
【結論】OOの発症リスクについて検討した。排泄孔の向きに留意することでOO発生を低減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21日(土) 14:30 ~ 15:10 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 46　術後合併症・周術期管理 3
座長：吉田 直裕（久留米大学外科学講座）

[O46-5] 結腸直腸腫瘍手術における一時的回腸人工肛門閉鎖後の長期腎機能予後と慢性腎不全発症のリスク因子の検討

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

【背景】結腸直腸手術における一時的回腸人工肛門造設後は、high output stoma(HOS)や急性腎障害(AKI)が問題となる. 一方で、人工肛門閉鎖後の腎機能の予後については十分な検討がなされていない.人工肛門造設後に閉鎖まで施行した症例を対象に,長期的な腎機能及び慢性腎不全(CKD)のリスク因子について検討した.
【対象と方法】2013年1月から2020年12月に,結腸直腸腫瘍に対して根治切除及び一時的人工肛門を造設し,閉鎖まで完遂した症例を対象とした. 人工肛門閉鎖後3年間,血清Cre及びeGFRを後方視的に追跡し, この期間に発症したAKIをileostomy-associated kidney injuryと定義した.診断基準についてはKDIGO基準(sCr 0.3mg/dL以上またはsCrの基礎値から1.5倍以上の上昇)を用いた. CKDはeGFR<60mL/min/1.73m2と定義し,予後因子として年齢,性別, ASA-PS, BMI, 喫煙,高血圧,心疾患,糖尿病,術前治療,術前Alb,PNI,Ccr,HbA1c,HOS,ileostomy-associated kidney injury,術後合併症,術後補助化学療法,人工肛門閉鎖までの期間について単変量および多変量解析を行った.
【結果】術前にCKDを有する症例を除外した421例のうち,人工肛門閉鎖後3年間腎機能が追跡可能であった322例を対象とした.
年齢中央値67.0歳,男性235例(73.0%),女性87例(27.0%), ileostomy-associated kidney injuryは82例(25.5%)に認めた.
血清Cre及びeGFRは人工肛門閉鎖後3年間持続的な悪化を認めた.人工肛門閉鎖3年後のeGFRに基づき,CDK群73例,non-CKD群249例に分類したところ,単変量解析では年齢70歳以上,高血圧,術前治療,術前eGFR<90mL/min/1.73m2,ileostomy-associated kidney injuryがCKDの有意なリスク因子として抽出された.多変量解析において,年齢70歳以上(HR2.28,95%CI1.24-4.20,p=0.008),術前eGFR<90mL/min/1.73m2(HR10.1,95%CI2.92-35.0,p<0.001),ileostomy-associated kidney injury(HR4.73,95%CI2.55-8.78,p<0.001)が独立リスク因子であった.
【結論】結腸直腸腫瘍手術に対して一時的人工肛門を造設する際には,人工肛門閉鎖後も長期に腎機能が低下する可能性があり,特に年齢70歳以上,eGFR<90mL/min/1.73m2,ileostomy-associated kidney injuryの患者に対しては慎重な腎機能フォローを要する.

©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21日(土) 15:10 ~ 15:55 | 🏛第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 47　術後合併症・周術期管理 4

座長：竹下 浩明（国立病院機構長崎医療センター外科）

[O47-1] 高齢者の下部消化管穿孔に対する緊急手術の検討

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

[O47-2] 精神疾患合併大腸癌患者に対する外科治療の臨床的特徴と術後経過の検討

*勝又 佳織[1]、矢作 雅史[1]、似鳥 修弘[1] (1. 立川病院消化器外科)

[O47-3] 腹会陰式直腸切断術後の骨盤死腔炎におけるリスク因子の検討

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

[O47-4] 当院におけるAPR後会陰ヘルニアに関する後方視的検討

*松村 卓樹[1]、國友 愛奈[1]、余語 孝乃介[1]、戸田 揺子[1]、齋藤 美和[1]、浅野 留水[1]、本村 理子[1]、大岩 立学[1]、白井 信太郎[1]、倉橋 岳宏[1]、福山 貴大[1]、安井 講平[1]、上田 翔[1]、篠原 健太郎[1]、大澤 高陽[1]、安藤 公隆[1]、金子 健一朗[1]、深見 保之[1] (1. 愛知医科大学消化器外科)

[O47-5] 大腸癌術後乳糜腹水に対する治療方針の検討

*堤 伸二[1]、坂本 義之[1]、濱本 周[1]、菊池 日菜子[1]、山﨑 慶介[1]、久保田 隼介[1]、赤坂 治枝[1]、柴田 滋[1] (1. 弘前総合医療センター消化器外科)

[O47-6] 手術アプローチからみる大腸癌術後乳び腹水の検討

*瀬良 知央[1]、福岡 達成[1]、西村 潤也[1]、西居 孝文[1]、江口 真平[1]、西 智史[1]、関 由季[2]、田嶋 哲三[1]、濱野 玄弥[1]、笠島 裕明[2]、村田 哲洋[1]、澁谷 雅常[2]、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医学研究科消化器外科)

©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21日(土) 15:10 ~ 15:55 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 47　術後合併症・周術期管理 4
座長：竹下 浩明（国立病院機構長崎医療センター外科）

[O47-1] 高齢者の下部消化管穿孔に対する緊急手術の検討

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

背景：下部消化管穿孔は、予備能が低下した高齢者において特に重篤化しやすく、その緊急手術は可及的短時間かつ術後合併症の少ない術式を選択することが重要とされる。
目的：高齢者の下部消化管穿孔に対する緊急手術の周術期成績を若年者と比較し、特徴を明らかにする。
対象と方法：2011年4月から2026年3月までに、下部消化管穿孔に対して耐術可能と判断して緊急で開腹ハルトマン手術を施行した53例のうち、75歳以上の高齢者A群33例と、75歳未満の若年者B群20例に関して、患者背景因子、手術因子、術後成績を後方視的に検討した。
結果：患者背景因子では、性別、喫煙、透析、糖尿病、ステロイド使用、術前BMI、術前ショックバイタル、術前アルブミン値、穿孔の局在に差はなかった。穿孔原因が癌の症例はB群で多かった(30.3% vs 60.0%、p=0.046)。手術因子では、出血量に差はなく、手術時間はA群で短かった(177分 vs 244分、p<0.001)。術後成績では、術後合併症、NPWT期間、ICU在室日数、術後1年生存率に差はなく、術後在院日数はA群で長く(29日 vs 23日、p=0.035)、他施設への転院はA群で多かった(39.4% vs 5.0%、p=0.007)。
結語：高齢者の下部消化管穿孔に対する緊急手術は、術後合併症は増えなかったが、術後在院日数が長く自宅退院が困難になりやすいため、術後早期のリハビリ介入やMSWへの連携が重要と思われた。

©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21日(土) 15:10 ~ 15:55 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 47　術後合併症・周術期管理 4
座長：竹下 浩明（国立病院機構長崎医療センター外科）

[O47-2] 精神疾患合併大腸癌患者に対する外科治療の臨床的特徴と術後経過の検討

*勝又 佳織[1]、矢作 雅史[1]、似鳥 修弘[1] (1. 立川病院消化器外科)

当院は東京都精神障害者身体合併症事業指定病院として,精神疾患患者の身体合併症治療を担っている.精神疾患を有する場合,標準治療の遂行に難渋することや術後合併症率が高いことが知られている.当院で腹部手術を施行した大腸癌患者の臨床的特徴や術後経過について後方視的に検討した.
対象は過去10年間に当院で大腸癌に対して手術を施行した精神科身体合併症患者40例.男性23例(58%),年齢中央値71歳(27–92)であった.精神疾患は統合失調症24例(60%),認知症7例(18%)などで,25例(63%)が定期的に抗精神病薬を内服していた.CCI(チャールソン併存疾患指数)中央値6(2–11),PNI(予後推定栄養指数)中央値34(15–42)であった.診断契機は有症状が36例（90%）と多数を占め,血便12例(30%),腸閉塞症状9例(23%),貧血9例(23%)であり,検診契機は4例(10%)にとどまった.結腸癌31例(78%),直腸癌9例(22%)で,病期はStage I/II/III/IV＝6/15/13/6例であった.手術は開腹/腹腔鏡/ロボット支援下＝17/20/3例であった.
術後に身体拘束を要したのは22例(55%)であった.術後合併症は,麻痺性イレウス16例(40%),せん妄12例(30%)を認めた.Clavien-Dindo分類IIIa以上は6例(15%)で,1例は自傷行為によるストマ破壊で再手術を要した.術後在院日数中央値20日(9–119),術後30日生存率97%,再入院率0%であった.
合併症として最も多かった麻痺性イレウス発症に関連する因子について検討した.単変量解析では,抗精神病薬内服/身体拘束/開腹手術,のいずれも有意差を示さなかった(p=0.079/0.20/0.10).これらの因子で行った多変量解析でも統計学的有意差は認めなかったが,身体拘束群(OR=3.29,p=0.16)ではリスク増加傾向を示した.また,3項目全てを有する患者では2項目以下と比較し発症率が有意に高かった(6/7 vs 10/33, p=0.011).
精神疾患患者は有症状で癌が発見される割合が高く,進行例が一定数含まれていた.また,術後麻痺性イレウスの頻度が高い傾向を認め,身体拘束はイレウスを助長している可能性が示された.一方で,適切な周術期管理により重篤な転帰は抑制され,短期成績は概ね良好であり,専門施設での集学的管理により安全な外科治療が可能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21日(土) 15:10 ~ 15:55 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 47　術後合併症・周術期管理 4
座長：竹下 浩明（国立病院機構長崎医療センター外科）

[O47-3] 腹会陰式直腸切断術後の骨盤死腔炎におけるリスク因子の検討

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

【はじめに】骨盤死腔炎は,下部直腸や肛門管癌に対する腹会陰式直腸切断術（abdominoperineal resection：APR）後の代表的な合併症であり, 補助化学療法開始の遅延，癌再発，長期予後不良との関連性が指摘されている. それ故, 骨盤死腔炎に関するリスク因子の同定は，重要な臨床的意義を持つ.
【対象】2012年1月から2023年12月に当科で根治的に直腸癌・肛門管癌に対して腹会陰式直腸切断術を施行した109例を対象とし、骨盤死腔炎 (Clavien-Dindo GradeII以上)の発症に関する因子をretrospectiveに解析した.
【結果】年齢69（41-90）歳，男/女が66/43例，pStage0/I/II/IIIは6/26/31/46例であり，骨盤死腔炎は重症度別にClavien-Dindo Grade II/IIIa/IIIbが22/10/2例であった．術後在院日数は骨盤死腔炎あり/骨盤死腔炎なしが23(14-106)日/19(10-89)日（p=0.003）と, 骨盤死腔炎を来した症例で有意に長かった．骨盤死腔炎の発症に関与する因子は，単変量解析でBody Mass Index (BMI)≧25（p=0.013）がリスク因子として抽出された他, cN1以上（p=0.076）, eGFR<60（p=0.072）, Alb<4.0g/dl（p=0.074）で骨盤死腔炎のリスクとなる傾向にあった. 多変量解析でもBMI≧25は独立した因子であった．糖尿病や術前補助化学療法の有無，開腹手術，側方郭清の有無，手術時間，出血量, 腫瘍最大径は骨盤死腔炎の発症に関連を認めなかった．また, 骨盤死腔炎あり群となし群での全生存期間（OS : Overall survival）（p=0.329）に有意差はなかったが, 無再発生存期間（RFS : Relapse-free survival）（p=0.028）で有意差を認めた.
【結論】APR後の骨盤死腔炎は術後在院日数の延長に加え，RFSの低下と関連していた．BMI≧25が骨盤死腔炎発症の独立したリスク因子であり, 肥満症例では骨盤死腔炎の発症を念頭に置いた慎重な周術期管理が重要である.

©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21日(土) 15:10 ~ 15:55 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 47　術後合併症・周術期管理 4
座長：竹下 浩明（国立病院機構長崎医療センター外科）

[O47-4] 当院におけるAPR後会陰ヘルニアに関する後方視的検討

*松村 卓樹[1]、國友 愛奈[1]、余語 孝乃介[1]、戸田 揺子[1]、齋藤 美和[1]、浅野 留水[1]、本村 理子[1]、大岩 立学[1]、白井 信太郎[1]、倉橋 岳宏[1]、福山 貴大[1]、安井 講平[1]、上田 翔[1]、篠原 健太郎[1]、大澤 高陽[1]、安藤 公隆[1]、金子 健一朗[1]、深見 保之[1] (1. 愛知医科大学消化器外科)

【背景】腹会陰式直腸切断術（abdominal perineal resection）後会陰ヘルニアは7-45%に発症するとされる。無症状の患者は通常経過観察されることが多いが、脱出が大きくなると会陰の不快感、痛みなどが出現し、QOLの低下につながり手術が選択される。しかし、その解剖学的な特徴や高度癒着なども相まって治療に難渋することもある。
【目的】当院におけるAPR後会陰ヘルニアの発生率を明らかにし、その危険因子について検討する。
【対象・方法】2019年1月から2025年7月までに当院で施行したAPR58例のうち、最低でも半年以上のフォローを行っている54例を対象とし、後方視的に検討した。
【結果】男性30例、女性24例、年齢の中央値は71歳（48－90）。会陰ヘルニアを13例（24.1%）に認めた。13例中、1例で会陰ヘルニア嵌頓を呈し、用手整復の後、メッシュを用いた修復術が行われたが、残り12例は経過観察となっている。ヘルニアに関係する要因として、本検討において唯一、会陰創閉鎖時の肛門挙筋縫合の有無が有意差を認めた（p＝0.011）。その他性別、BMI、術前化学/放射線療法の有無、開腹/腹腔鏡、糖尿病の有無、ステロイド使用の有無、会陰感染の有無などに関してはいずれも有意差は認めなかった。
【考察】本検討では会陰ヘルニアを24.1%に認め、既報と同程度の発生率であった。また肛門挙筋の閉鎖がヘルニア予防に寄与する可能性が示唆された一方、既報で危険因子と報告されている女性、低BMI、術前化学放射線療法、腹腔鏡手術などについては有意差を認めなかった。症例数が限られていることや、単施設後方視的検討であることが影響している可能性があるが、会陰ヘルニアに影響する因子として、数値化はしにくいが小腸間膜の長さが大きな要因なのではないかとも考えられた。
【結語】APR後会陰ヘルニアは一定頻度で発生し、時に外科的治療を要する合併症である。今後さらなる発生率の低下を目指すため、症例集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21日(土) 15:10 ~ 15:55 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 47　術後合併症・周術期管理 4
座長：竹下 浩明（国立病院機構長崎医療センター外科）

[O47-5] 大腸癌術後乳糜腹水に対する治療方針の検討

*堤 伸二[1]、坂本 義之[1]、濱本 周[1]、菊池 日菜子[1]、山﨑 慶介[1]、久保田 隼介[1]、赤坂 治枝[1]、柴田 滋[1] (1. 弘前総合医療センター消化器外科)

【背景】

大腸癌術後乳糜腹水は比較的稀な術後合併症であるが，遷延化により低栄養や在院日数延長を来すため，適切な治療介入が重要である．一方で，その治療方針については一定の見解は得られていない．

【目的】

当院で経験した大腸癌術後難治性乳糜腹水2例を中心に，その治療方針について検討した．

【症例】

2例はいずれも大腸癌術後早期に乳糜腹水を発症し，腹腔ドレーン排液の白濁を契機に診断された．脂質制限食，絶食，中心静脈栄養，オクトレオチド・エチレフリン投与などの保存的治療を施行した．いずれの症例も一時的な排液減少を認めたものの再燃し，排液遷延を認めた．そのため，1例ではリンパ管造影を施行し軽快した．一方，もう1例ではリンパ管造影を試みたが責任リンパ管の同定に至らず，最終的に手術加療を施行し軽快した．

【考察】

大腸癌術後乳糜腹水に対しては，まず保存的治療を基本とするが，難治例では病態に応じてリンパ管造影や手術介入を適切なタイミングで検討する必要があると考えられた．特に長期間排液が持続する症例では，治療介入のタイミングを逸しないことが重要と考えられた．

【結語】

大腸癌術後乳糜腹水に対しては段階的治療戦略が重要であり，保存的治療抵抗例ではリンパ管造影や手術治療が有効な治療選択肢となり得る．

©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21日(土) 15:10 ~ 15:55 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 47　術後合併症・周術期管理 4
座長：竹下 浩明（国立病院機構長崎医療センター外科）

[O47-6] 手術アプローチからみる大腸癌術後乳び腹水の検討

*瀬良 知央[1]、福岡 達成[1]、西村 潤也[1]、西居 孝文[1]、江口 真平[1]、西 智史[1]、関 由季[2]、田嶋 哲三[1]、濱野 玄弥[1]、笠島 裕明[2]、村田 哲洋[1]、澁谷 雅常[2]、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医学研究科消化器外科)

【はじめに】大腸癌手術は開腹手術から腹腔鏡手術へ移行し，近年ではロボット支援下手術の割合が全国的に増加している．それに伴い，術後合併症の様相にも変化がみられ，その一つとして乳び腹水が挙げられる．しかし，手術アプローチ別に乳び腹水の発生率を比較検討した報告は少ない．今回われわれは，開腹，腹腔鏡，ロボット支援下手術における術後乳び腹水の発生率について検討した．
【方法】2014年から2024年までに当院で大腸癌に対しリンパ節郭清を伴う手術加療を実施し，腹腔内ドレーンを留置していない症例を除外した2047例を対象とした．
【結果】2047例中，術後乳び腹水を生じた症例は74例認め，3.62%の発生率であった．男性は1128例中47例(4.17%)，女性は919例中27例（2.94%）に術後乳び腹水を認めた（p=0.154）．BMI22以上の症例は1159例中41例(3.54%)，22未満は888例中33例(3.72%)に乳び腹水を認めた(p=0.905)．右側結腸癌に対する手術を実施した症例は759例あり，うち37例(4.87%)に乳び腹水を認めた．それに対し左側結腸癌は1288例中37例(2.87%)であり，優位に右側結腸癌手術で乳び腹水を生じる結果となった(p=0.027)．右側結腸癌において，手術アプローチ方法は開腹/腹腔鏡/ロボット手術=114/613/32例に分類され，うち 1 (0.88%)/32(5.22%)/4(12.50%)に乳び腹水を認め，ロボット手術に多く合併する傾向を認めた．左側結腸癌では開腹/腹腔鏡/ロボット手術=106/907/275例中，1(0.94%)/22(2.43%)/14(5.09%)例に乳び腹水を認め，右側と同様にロボット手術に多く合併する傾向を認めた．
【結語】右側結腸癌手術は左側結腸癌手術と比較して有意に多く術後乳び腹水を合併していた．また，手術アプローチ別では，ロボット支援下手術，腹腔鏡手術，開腹手術の順に乳び腹水の発生率が高い傾向を認めた．当院では，血管周囲リンパ節郭清時に，開腹および腹腔鏡手術ではシーリングデバイスや超音波凝固切開装置を使用する一方，ロボット支援下手術では電気メスを用いることが多く，これが乳び漏発生に関与している可能性が示唆された．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科

2026年11月21日(土) 15:55 ~ 16:50 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 48　術後合併症・周術期管理 5

座長：齊藤 修治（横浜新緑総合病院　消化器センター　外科）

[O48-1] 当院における大腸癌術前処置パスの変遷と術後感染性合併症の推移

*渡部 かをり[1]、佐藤 菜生[1]、重森 春花[1]、奥山 晃世[1]、山本 誠也[1]、中島 亮[1]、原田 真之資[1]、社本 智也[1]、志賀 一慶[1]、田中 達也[1]、松尾 洋一[1]、瀧口 修司[2] (1. 名古屋市立大学医学部附属東部医療センター消化器外科、2. 名古屋市立大学大学院医学研究科消化器外科学)

[O48-2] 当院における直腸癌術後排尿障害のリスク因子に関する検討

*筋野 博喜[1]、真崎 純一[1]、永山 可琳[1]、永松 竜[1]、久保山 侑[1]、有働 竜太郎[1]、田子 友哉[1]、笠原 健大[1]、刑部 弘哲[1]、桑原 寛[1]、岩崎 謙一[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)

[O48-3] 当科における大腸癌低侵襲手術の術後短期成績

*長嵜 寿矢[1]、牧野 七海[1]、川﨑 一生[1]、吉岡 佑一郎[1]、夏目 壮一郎[1]、大井 悠[1]、大野 吏輝[1] (1. 埼玉県立がんセンター　消化器外科)

[O48-4] ISR後吻合部完全閉塞に対する内視鏡補助下内科外科合同手術による再開通の1例

*北條 真鈴[1]、田邊 太郎[1]、安藤 熙典[1]、若生 彩佳[1]、木村 熙伸[1]、德永 良太[1]、田邊 万葉[1]、保母 貴宏[1]、浦上 尚之[1]、横山 登[1] (1. 昭和医科大学江東豊洲病院)

[O48-5] taTME（経肛門的直腸間膜全切除）後の排便障害および肛門機能の評価

*寺村 紘一[1]、奥田 夢[1]、大川 裕貴[1]、関谷 翔[1]、櫛引 敏寛[1]、才川 大介[1]、海老原 裕磨[1]、鈴木 善法[1]、川原田 陽[1]、北城 秀司[1]、奥芝 俊一[1] (1. 斗南病院外科)

[O48-6] 直腸癌術後低位前方切除症候群（LARS）に伴う肛門周囲皮膚トラブルに関する検討

*仕垣 隆浩[1]、髙松 正行[1]、高木 健太[1]、久田 かほり[1]、執行 ひろな[1]、菊池 麻亜子[1]、藤吉 健司[1]、吉田 直裕[1]、大地 貴史[1]、吉田 武史[1]、主藤 朝也[1]、藤田 文彦[1] (1. 久留米大学外学講座消化管外科)

[O48-7] 機能性直腸肛門痛に対する大建中湯を基盤とした治療戦略 ―漢方医学的病態評価を取り入れた集学的アプローチ―

*吉川 徹[1] (1. 五稜郭ネフロクリニック 外科・肛門外科・漢方外科)

©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21日(土) 15:55 ~ 16:50 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 48　術後合併症・周術期管理 5
座長：齊藤 修治（横浜新緑総合病院　消化器センター　外科）

[O48-1] 当院における大腸癌術前処置パスの変遷と術後感染性合併症の推移

*渡部 かをり[1]、佐藤 菜生[1]、重森 春花[1]、奥山 晃世[1]、山本 誠也[1]、中島 亮[1]、原田 真之資[1]、社本 智也[1]、志賀 一慶[1]、田中 達也[1]、松尾 洋一[1]、瀧口 修司[2] (1. 名古屋市立大学医学部附属東部医療センター消化器外科、2. 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】Surgical Site Infection（SSI）は大腸外科手術において頻度の高い合併症であり、その対策は周術期管理の重要課題である。近年，国内外のガイドラインでは、機械的前処置（MBP）に経口抗菌薬を併用する術前処置（OAMBP）がSSI低減に有用と報告されているが、本邦では術前経口抗菌薬は保険適用外であり導入状況は施設間で異なる。当院では2025年5月より、MBPにカナマイシンおよびメトロニダゾール内服を併用したOAMBPをクリニカルパスに導入した。本研究ではその有用性を後方視的に検討した。
【対象と方法】2023年1月から2026年3月に、当院で結腸直腸癌に対して前処置施行後に低侵襲手術（ロボット支援または腹腔鏡下切除術）を施行した302例を対象とした。ストーマ造設例および既設例は除外した。MBP単独施行群（MBP群：221例）と経口抗菌薬を併用した群（OAMBP群：81例）の2群に分け、術後短期成績を比較検討した。
【結果】患者背景および術式に有意差は認めなかった。手術時間中央値はMBP群 306分（151-458分）、OAMBP群 263分（155-526分）でありMBP群で長い傾向を認めたが（p=0.07）、出血量に差はなかった。Clavien-Dindo分類Grade II以上の術後合併症は35例（16.0％） vs 9例（11.1％）（p=0.35）であった。SSIは15例（6.8％） vs 3例（3.7％）（p=0.417）、縫合不全は10例（4.5％） vs 1例（1.2％）（p=0.299）であり、いずれもOAMBP群で低い傾向を示した。術後3日目のCRP値は 5.87 mg/dL（0.65-21.34 mg/dL）vs 3.55 mg/dL（0.66-22.64 mg/dL）であり、これもOAMBP群で低い傾向を認めた（p=0.076）。
【結語】待機的大腸癌手術において、MBPに経口抗菌薬を併用したOAMBPは、術後早期の炎症反応を抑制し、SSIおよび縫合不全といった感染性合併症を低減する可能性が示唆された。今後はさらに症例を蓄積し、大腸癌手術における最適な周術期管理プロトコルとしての確立を目指したい。

©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21日(土) 15:55 ~ 16:50 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 48　術後合併症・周術期管理 5
座長：齊藤 修治（横浜新緑総合病院　消化器センター　外科）

[O48-2] 当院における直腸癌術後排尿障害のリスク因子に関する検討

*筋野 博喜[1]、真崎 純一[1]、永山 可琳[1]、永松 竜[1]、久保山 侑[1]、有働 竜太郎[1]、田子 友哉[1]、笠原 健大[1]、刑部 弘哲[1]、桑原 寛[1]、岩崎 謙一[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)

[背景]
排尿障害は、直腸癌手術後における重要な機能障害の一つであり、患者のQOLを著しく低下させる合併症である。近年、腹腔鏡手術やロボット支援手術の普及により骨盤神経温存手技は進歩しているものの、依然として一定頻度で術後排尿障害が発生し、その発症機序は明らかではない。本研究では、神経温存が可能であった直腸癌根治手術に限定し、排尿障害の発生率および危険因子について後方視的に検討した。
[対象・方法]2023年1月から2025年12月に東京医科大学病院にて直腸癌・肛門管癌pStageⅠ～Ⅲに対し根治手術を施行した88例を対象とし、後方視的に解析を施行した。本研究では術後尿閉によりバルーンを再挿入した症例を排尿障害と定義した。解析にはχ2検定・多変量ロジスティック解析を用い、カットオフ値はROC曲線で決定した。
[結果] 排尿障害は13例（14.7%）に認めた。患者背景は年齢中央値：66歳、男性/女性：50/38、手術時間中央値：360min、出血量中央値：52mlであった。単変量解析では、術中点滴量（35.3ml/kg・P=0.001）、腫瘍深達度（T3/4・P=0.001）、腫瘍最大径(≥52mm・P=0.008)、出血量(≥125・P=0.019)、手術時間（≥458・p=0.007）、腫瘍位置(下部直腸・p=0.015)、側方郭清（あり・p=0.001）に有意差を認めた。多変量解析において、術中点滴量(OR: 42.20 ; 95%CI : 2.320 – 766.0; p= 0.002)、腫瘍深達度(OR: 42.20 ; 95%CI : 1.660 – 1060.0; p= 0.002）のみが独立した予後因子であった。
[結論] これまでの報告に加え、術中点滴量が排尿障害に関与する可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月21日(土) 15:55 ~ 16:50 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 48　術後合併症・周術期管理 5
座長：齊藤 修治（横浜新緑総合病院　消化器センター　外科）

[O48-3] 当科における大腸癌低侵襲手術の術後短期成績

*長嵜 寿矢[1]、牧野 七海[1]、川﨑 一生[1]、吉岡 佑一郎[1]、夏目 壮一郎[1]、大井 悠[1]、大野 吏輝[1] (1. 埼玉県立がんセンター　消化器外科)

【緒言】
大腸癌に対する低侵襲手術の短期成績改善に向けた当科の取組みに関して、後方視的に検討した。
【背景、術前処置】
2026年現在、当科では原発性大腸癌根治切除のうち97.7%が低侵襲手術である。2024年10月以降、腸管狭窄のない症例には術前機械的腸管処置と化学的腸管処置を行っている。double stapling technique(DST)吻合再建症例の場合、術中内視鏡による出血の確認とleakage testを行い、経肛門減圧チューブ留置を行っている。
【前処置の違いによる比較】
2024年1月から2024年10月の機械的前処置のみを行った303例のうち、SSI発生例は10例(3.3%)であったが、2024年10月から2025年1月までに機械的前処置と化学的前処置を行った111例のうちSSI発生は0例であった(p=0.069)。術後48時間を超える抗菌薬投与が行われたのは、機械的前処置のみの症例中27例(8.9%)で、化学的前処置を加えた111例中2例(1.8%)と有意差を認めた(p=0.009)。
【大腸癌症例全体の短期成績】
2018年4月から2025年3月までに原発巣切除施行された大腸癌1507例のうち、低侵襲手術1361例の術後短期成績について検討を行った。Clavien-Dindo grade 2以上の55例(4%)と、合併症のなかった1306例の比較では、合併症あり群で男性の割合が有意に多く、手術時間が長く出血量が多かった。機能的端々吻合では有意に合併症が少なかった。
【DST吻合症例の検討】
2019年1月から2022年12月に直腸癌手術、DST吻合再建を行った症例は194例あり、有症状縫合不全を9例(4.6%)に認めた。縫合不全あり群となし群で比較すると、あり群で75歳以上が多い傾向にあり(p=0.058)、術前アルブミン値3.8g/dL未満の症例が有意に多かった(p=0.007)。術中リークテスト陽性例を12例認め、吻合部に補強法を行い、6例にdiverting stoma造設を追加した。12例中1例に有症状縫合不全を認めた。
【結語】
大腸癌低侵襲手術における合併症予防に向けた当科の取組みについて検討した。合併症予防の決定的な因子が抽出されたわけではないが、細かな工夫を積み上げて、手術クオリティーの向上、合併症発生予防に努めたい.

©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21日(土) 15:55 ~ 16:50 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 48　術後合併症・周術期管理 5
座長：齊藤 修治（横浜新緑総合病院　消化器センター　外科）

[O48-4] ISR後吻合部完全閉塞に対する内視鏡補助下内科外科合同手術による再開通の1例

*北條 真鈴[1]、田邊 太郎[1]、安藤 熙典[1]、若生 彩佳[1]、木村 熙伸[1]、德永 良太[1]、田邊 万葉[1]、保母 貴宏[1]、浦上 尚之[1]、横山 登[1] (1. 昭和医科大学江東豊洲病院)

【背景】 括約筋間直腸切除術（ISR）後の吻合部狭窄は8〜23%に発生すると報告されており、一定の頻度で見られる合併症である。しかし完全閉塞に至る症例は稀であり、確立された治療法はない。肛門側からの内視鏡的アプローチが不可能な完全閉塞例において、いかに安全に再開通を図るかは臨床上の重要な課題である。
【症例】 60歳女性。直腸癌に対してISR・右側方リンパ節郭清・回腸人工肛門造設術を施行した。病理組織学的検査でpStage IIIbと診断され、術後補助化学療法（CapeOX療法・8コース）を完遂した。再発を認めず経過したため、補助化学療法終了後に人工肛門閉鎖術を予定した。術前精査として施行した透視下下部消化管内視鏡検査において、肛門側からの口側腸管内腔の確認が困難であり、吻合部完全閉塞と診断された。閉塞距離は約2cmと評価された。外科単独での再開通は困難と判断し、内科外科合同手術の方針とした。
【治療】 全身麻酔下に、消化器内科医が回腸人工肛門より順行性に内視鏡を挿入し、口側閉塞端を可視化した。超音波内視鏡による精査では閉塞長は約3cmであり、術前評価よりやや延長していた。内科医が内視鏡下に口側腸管の盲端を確認しながら、外科医が経肛門的に肛門側腸管盲端をカテラン針で穿刺し、口側腸管との交通を確立した。カテラン針を介してガイドワイヤーを留置し、段階的にブジー拡張を行い、示指が通過可能な内腔を確保した。肛門側からの内視鏡で腸管通過を確認後、同部位にドレーンを留置し手術を終了した。
【結語】 ISR後吻合部完全閉塞に対し、内視鏡補助下内科外科合同アプローチにより安全かつ確実な再開通が得られた。本術式は完全閉塞例に対する有効な治療戦略となりえると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月21日(土) 15:55 ~ 16:50 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 48　術後合併症・周術期管理 5
座長：齊藤 修治（横浜新緑総合病院　消化器センター　外科）

[O48-5] taTME（経肛門的直腸間膜全切除）後の排便障害および肛門機能の評価

*寺村 紘一[1]、奥田 夢[1]、大川 裕貴[1]、関谷 翔[1]、櫛引 敏寛[1]、才川 大介[1]、海老原 裕磨[1]、鈴木 善法[1]、川原田 陽[1]、北城 秀司[1]、奥芝 俊一[1] (1. 斗南病院外科)

【背景】肛門温存手術後の排便障害は患者QOLに大きく影響するが、症状、QOL、肛門機能を術前から術後12か月まで経時的に評価した報告は少ない。【目的】当院におけるtaTME後の排便障害および肛門機能の経時的変化を明らかにする。【対象】当院でtaTMEを施行した症例のうち、術前、術後1、3、6、12か月にLARS score、Wexner score、FIQL、肛門内圧検査による評価が可能であった19例を対象とした。【結果】各中央値（範囲）は、年齢61（27-83）歳、BMI23.1(17.9-33.8)、吻合部の高さはAVから4(2-8)cm、手術時間220(134-516)分であった。手術術式は、LAR:9例、uLAR:4例、ISR:3例、大腸全摘・回腸嚢肛門吻合:3例であった。側方郭清は1例に実施。Diverting stomaは9例に作成した。吻合方法は、回腸嚢肛門吻合以外はすべてSSTを実施した。術前と比べ、LARS、Wexner、FIQL、最大静止圧は術後1、3、6、12か月で差を認め、最大随意収縮圧は術後1か月で低下が目立った。重症LARS割合は術前5.3%、術後1か月72.2%、3か月52.6%、6か月64.7%、12か月31.6%であった。12か月時点では、FIQLはLARSおよびWexnerと関連し、Wexnerは最大静止圧とも関連を認めた。【結語】taTME後の排便障害は術後早期に強く出現し、その後12か月までに一定の改善を示したが、機能障害が残る症例もみられた。症状、QOL、肛門機能を組み合わせた経時的評価は、術後機能障害の実態把握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) | 全診療科
2026年11月21日(土) 15:55 ~ 16:50 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 48　術後合併症・周術期管理 5
座長：齊藤 修治（横浜新緑総合病院　消化器センター　外科）

[O48-6] 直腸癌術後低位前方切除症候群（LARS）に伴う肛門周囲皮膚トラブルに関する検討

*仕垣 隆浩[1]、髙松 正行[1]、高木 健太[1]、久田 かほり[1]、執行 ひろな[1]、菊池 麻亜子[1]、藤吉 健司[1]、吉田 直裕[1]、大地 貴史[1]、吉田 武史[1]、主藤 朝也[1]、藤田 文彦[1] (1. 久留米大学外学講座消化管外科)

背景:低位前方切除術症例などのLARS（低位前方切除症候群）患者では、頻回排便や便漏れにより肛門周囲皮膚が持続的に便汁へ曝露されることで、肛門周囲びらんや疼痛を生じることがある。特にmajor LARS症例では、疼痛や皮膚障害による排便困難、清潔保持困難、社会生活制限を伴う場合があり臨床上重要な問題となる。しかし、これまでLARSそのものに関する研究は数多く報告されている一方で、LARSに伴う肛門周囲皮膚障害に着目した検討は限られている。
目的:直腸癌術後LARS患者における肛門周囲皮膚トラブル（PD: perianal dermatitis）の臨床的特徴および肛門機能QOLとの関連性を明らかにする。
方法:2024年1月から2025年10月に直腸癌に対して肛門温存手術を施行し、人工肛門閉鎖後3-6ヶ月までにLARS、Wexnerスコア、EORTC QLQ-CR29のアンケート調査を行うことができた37例を対象とした。EORTC QLQ-CR29の質問項目に基づき、PD（ひりひり感）の有無で2群に分け、臨床病理学的因子、手術因子、術後排便機能について後方視的に検討した。
結果:対象37例中、PD群は21例（56.8%）に認めら、年齢中央値が64歳と、非PD群の73歳に比して有意に若年であった（P=0.021）。その他の因子（性別、BMI、術前化学放射線療法の有無、術式、手術時間、出血量、ロボット手術の有無、および病期）には両群間で有意差を認めなかった。排便機能・QOL評価との関連では、PD群において日中頻便（P=0.020）および夜間頻便（P=0.012）が有意に不良であった。一方で、Wexnerスコア10点以上（P=0.086）やLARSスコア20以上（P=0.29）との間には有意な関連を認めなかった。
結語:直腸癌肛門温存術後におけるPDは、若年症例や、術後の日中・夜間の頻便と強く関連していることが明らかとなった。高LARSスコアや便失禁の重症度そのものよりも、排便回数による物理的・化学的刺激がリスク因子となる可能性があり、早期からの積極的な肛門周囲スキンケア介入の重要が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月21日(土) 15:55 ~ 16:50 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 48　術後合併症・周術期管理 5
座長：齊藤 修治（横浜新緑総合病院　消化器センター　外科）

[O48-7] 機能性直腸肛門痛に対する大建中湯を基盤とした治療戦略 ―漢方医学的病態評価を取り入れた集学的アプローチ―

*吉川 徹[1] (1. 五稜郭ネフロクリニック 外科・肛門外科・漢方外科)

機能性直腸肛門痛（FAP）は器質的異常を認めないにもかかわらず強い疼痛を呈し、一般外科外来においても診療に難渋することが多い。骨盤底筋の過緊張や内臓機能異常など複合的な病態が関与するとされるが、実臨床では便秘を背景とする症例も少なくない。当院の外科・肛門外科・漢方外科外来では、FAPを内臓要因と骨盤底筋要因が連続的に関与する病態と捉え、漢方医学的評価を取り入れた治療戦略を実践している。
今回、器質的疾患を除外したFAPの3症例を対象とし、直腸指診による肛門挙筋の圧痛・筋緊張、排便状況に加え、冷えや体力など漢方医学的視点から全身状態を評価した。症例①は肛門挙筋の圧痛・過緊張が強く、大建中湯と疎経活血湯の投与に加え、肛門マッサージおよび肛門管電気刺激療法（AES）を併用し症状が改善した。症例②は高度便秘を伴い、浣腸や摘便を含む排便管理と大建中湯の投与により速やかに疼痛が改善し、理学療法は症状の強い初期に短期間のみ併用した。症例③は軽度便秘と中等度の挙筋圧痛を認め、大建中湯と疎経活血湯、理学療法を導入し現在経過観察中である。
自験例の評価から、FAPは虚証寄りの背景に便秘や腸管機能低下を伴い、そこに骨盤底筋の過緊張が重積して発症する症例があると考えられた。したがって、排便管理と大建中湯による腸管機能の調整を治療の基盤とし、骨盤底筋緊張が強い症例には疎経活血湯や理学療法を段階的に組み合わせる戦略が有用と考えられた。FAPは単一病態ではなく、詳細な機能検査を行わない一般外科外来においても、内臓要因と筋要因の関与を丁寧な診察で評価しながら個別化治療を行うことが重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会