# 2026年11月20日(金)

一般演題(ポスター)

13:00 ~ 14:00 | ポスター1

## 一般演題（ポスター）1　進行大腸癌に対する手術 1

座長：辻仲 眞康（東北医科薬科大学 消化器外科）

[P1-1] 当院における腹部大動脈瘤を合併する左側大腸癌に対する低侵襲手術の検討

*市川 カノン[1]、藤田 悠司[1]、生内 雅人[1]、永守 遼[1]、福浦 一悠[1]、小川 聡一朗[1]、松本 順久[1]、松尾 久敬[1]、大橋 拓馬[1]、小松 周平[1]、栗生 宜明[1]、生駒 久視[1]、岡本 和真[1]、大辻 英吾[1] (1. 京都第一赤十字病院外科)

[P1-2] 同時性肝肺転移を伴う閉塞性S状結腸癌に対しSEMS挿入後に3期的切除を行いR0を得た1例

*加藤 俊一郎[1]、桑原 博[1]、大沼田 洵[1]、伊藤 奈々子[1]、鎌田 悠子[1]、小川 康介[1]、光岡 明人[1]、真田 貴弘[1]、中村 典明[1] (1. 秀和総合病院外科)

[P1-3] 臍部より腹腔内留置された脳室腹腔シャント留置下の大腸癌に対し腹腔鏡下手術を施行した1例

*鈴木 克徳[1]、深澤 貴子[1]、宇野 彰晋[1] (1. 磐田市立総合病院)

[P1-4] 膿瘍形成を伴う虫垂粘液癌に対しHALS虫垂切除術が有効であった1例

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

[P1-5] 待機的低侵襲手術症例からみた閉塞性大腸癌の臨床的意義

*加藤 龍太郎[1]、藤井 善章[1]、平野 直樹[1]、山田 拓実[1]、島田 雄太[1]、宮池 哲郎[1]、上野 修平[1]、青山 佳永[1]、今藤 裕之[1]、廣川 高久[1]、宮井 博隆[1]、田中 守嗣[1]、木村 昌弘[1] (1. 刈谷豊田総合病院消化器外科)

[P1-6] 切除不能閉塞性結腸癌に対する腹腔鏡下バイパス手術

*川原 大輔[1]、丸屋 安広[1] (1. 十善会病院　外科)

[P1-7] 左側腹直筋浸潤した進行横行結腸癌に対して、開腹結腸切除・腹直筋部分切除及び大腿筋膜張筋筋膜移植した一例

*安井 知樹[1]、間下 直樹[1]、石田 大登[1]、近藤 優里奈[1]、加藤 希[1]、劉 麗[1]、大重 英昭[1]、岩崎 真由子[1]、野地 雄太[1]、桑野 誠也[1]、宇野 泰朗[1]、浅野 智成[1]、杉本 博行[1]、望月 能成[1] (1. 小牧市民病院)

[P1-8] 内視鏡ホルダ（ロックアーム）を用いた直腸癌DST吻合における吻合部の評価と安定性の検討

*服部 竜也[1]、堀田 正啓[1]、加瀬 晃志[1]、山口 裕平[1]、宮川 真央[1]、鶴田 健太[1]、風間 洸哉[1]、寺谷 大弥[1]、春名 孝洋[1]、安藤 文彦[1]、古木 裕康[1]、野村 聡[1]、神田 知洋[1]、柿沼 大輔[1]、横山 正[1]、牧野 浩司[1]、松田 明久[2] (1. 日本医科大学多摩永山病院消化器外科、2. 日本医科大学付属病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:00 ~ 15:00 | ポスター1

## 一般演題（ポスター）2　進行大腸癌に対する手術 2

座長：田中 慶太朗（市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科）

[P2-1] 直腸癌術後縫合不全部における難治性瘻孔治療に難渋した一例

*呉林 秀崇[1]、小林 泰三[1]、廣野 靖夫[2]、五井 孝憲[3] (1. 春江病院外科、2. 福井大学附属病院がん診療推進センター、3. 福井大学医学部第一外科)

[P2-2] S状結腸下行結腸接合部結腸癌に対するD3リンパ節郭清での下腸間膜動脈根部切離と温存の成績の検討

*中道 脩介[1]、清水 浩紀[1]、有田 智洋[1]、名西 健二[1]、木内 純[1]、倉島 研人[1]、塩﨑 敦[1] (1. 京都府立医科大学消化器外科)

[P2-3] non-touch isolation法による腹腔鏡下結腸右半切除術のポイント

*原口 直紹[1]、南 壮一郎[1]、土橋 果実[1]、古賀 睦人[1]、三上 希実[1]、山平 陽亮[1]、額原 敦[1]、伊丹 偉文[1]、木村 豊[1] (1. 近畿大学奈良病院消化器外科)

[P2-4] T4b大腸癌に対する腹腔鏡下手術の短期・中期成績

*鳥居 翔[1]、小林 靖幸[1]、浜野 孝[1] (1. 総合病院聖隷浜松病院)

[P2-5] 右側結腸切除に対する体腔内吻合の短期成績

*古谷 晃伸[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]、若原 智之[1]、金光 聖哲[1] (1. 淀川キリスト教病院外科)

[P2-6] 腹腔鏡下大腸切除術における腹壁瘢痕ヘルニアのリスク因子の検討

*小森 孝通[1]、市原 もも子[1]、加藤 雅也[1]、麻本 翔子[1]、辻野 将生[1]、早瀬 志門[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. 兵庫県立西宮病院外科)

[P2-7] 直腸癌に対するTaTME併用6症例の検討

*岩井 周作[1]、中澤 幸久[1]、池田 耕介[1]、高木 拓実[1]、南 雄介[1]、堤 純[1]、原 春久[1] (1. みなと医療生活協同組合協立総合病院)

[P2-8] 当院における高度肥満を伴う大腸癌症例に対する手術成績の検討

*野地 雄太[1]、宇野 泰朗[1]、石田 大登[1]、近藤 優里奈[1]、加藤 希[1]、劉 麗[1]、大重 英昭[1]、岩崎 真由子[1]、安井 知樹[1]、桑野 誠也[1]、小池 翠[1]、浅野 智成[1]、間下 直樹[1]、野田 純代[1]、杉本 博行[1]、望月 能成[1] (1. 小牧市民病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:00 ~ 14:00 | ポスター2

## 一般演題（ポスター）3　遺伝性大腸癌・ポリポーシス

座長：永田 信二（広島市立北部医療センター安佐市民病院　消化器内科）

[P3-1] MSH2体細胞モザイクにより引き起こされたMSH2欠損大腸癌

*佐田 春樹[1,2]、新津 宏明[2,3]、中原 輝[3]、嶋田 徳光[1]、清水 洋祐[1,2]、大段 秀樹[2]、新井田 要[4]、檜井 孝夫[2,3] (1. 独立行政法人国立病院機構 呉医療センター 外科、2. 広島大学大学院医系科学研究科消化器移植外科学、3. 広島大学病院遺伝子診療科、4. 金沢医科大学病院ゲノム医療センター)

[P3-2] 大腸癌による腸重積を発症したリンチ症候群の1例

*宮宗 秀明[1]、加藤 雄也[1]、高橋 立成[1]、岡林 弘樹[1]、内海 方嗣[1]、北田 浩二[1]、濱野 亮輔[1]、徳永 尚之[1]、寺石 文則[1]、常光 洋輔[1]、大塚 眞哉[1]、稲垣 優[1] (1. 福山医療センター外科)

[P3-3] 血縁者の大腸癌診断を契機に診断し得たリンチ症候群を疑う10歳代早期直腸癌症例

*定光 ともみ[1]、竹井 健[1]、中原 啓貴[1]、切畑屋 友希[1]、西和田 敏[1]、田仲 徹行[1]、吉村 淳[1]、中川 正[1] (1. 南奈良総合医療センター外科)

[P3-4] 家族性大腸腺腫症関連デスモイド腫瘍における部位別治療成績―腹腔内病変と腹腔外病変の比較―

*伊勢 一郎[1]、皆瀬 翼[1]、村上 恵[1]、佐藤 好宏[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. 東北大学大学院消化器外科学)

[P3-5] 当院で手術を施行した若年性大腸癌37例の検討

*金城 あやか[1]、西居 孝文[1]、坂元 寿美礼[1]、瀬良 知央[1]、西村 潤也[1]、井関 康仁[2]、福岡 達成[1]、西 智史[1]、櫻井 勝宣[1]、久保 尚士[1]、清水 貞利[1] (1. 大阪市立総合医療センター　消化器外科、2. 和泉市立総合医療センター　消化器外科)

一般演題(ポスター)

14:00 ~ 15:00 | ポスター2

## 一般演題（ポスター）4　大腸癌の転移・再発治療

座長：須並 英二（杏林大学医学部消化器・一般外科）

[P4-1] 当科における大腸癌脳転移の治療成績

*山本 学[1]、田部 博山[1]、尾崎 晃太郎[1]、安井 千晴[1]、柳生 拓輝[1]、河野 友輔[1]、木原 恭一[1]、藤原 義之[1] (1. 鳥取大学医学部消化器・小児外科)

[P4-2] Stage I-III大腸癌術後の画像上再発診断時の腫瘍マーカーCEAの値と再発後生命予後の関係

*澤山 浩[1]、宮本 裕士[1]、有馬 浩太[1]、秋山 貴彦[1]、荒木 健吾[1]、岩槻 政晃[1] (1. 熊本大学病院)

[P4-3] 大腸癌脳転移の臨床的特徴および治療成績

*外村 俊平[1]、田島ジェシー 雄[1]、加藤 京[1]、杉江 雄斗[1]、横井 亮磨[1]、村瀬 佑介[1]、水谷 千佳[1]、鷹尾 千佳[1]、浅井 竜一[1]、松橋 延壽[1] (1. 岐阜大学医学部附属病院消化器外科)

[P4-4] 大腸癌肝転移切除後に対する残肝再発切除の意義の検討

*長谷川 昂[1]、三吉 範克[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]、植村 守[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部附属病院消化器外科)

[P4-5] 大腸癌転移巣に対する放射線療法

*佐村 博範[1]、新垣 淳也[1]、堀 義城[1]、山城 直嗣[1]、野明 純汰[1]、原 諒一[1]、本成 永[1]、金城 直[1]、伊禮 俊充[1]、亀山 眞一郎[1]、長嶺 義哲[1]、古波倉 史子[1]、伊志嶺 朝成[1] (1. 浦添総合病院)

[P4-6] 耐糖能が大腸がん患者の術後長期予後の関係に与える影響について

*倉島 研人[1]、有田 智洋[1]、中道 脩介[1]、名西 健二[1]、木内 純[1]、清水 浩紀[1]、柴田 梨恵[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 有祐[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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:00 ~ 14:00 | ポスター3

## 一般演題（ポスター）5　術前化学療法・放射線治療 1

座長：佐藤 武郎（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）

[P5-1] 膀胱浸潤を伴う局所進行大腸癌に対する術前化学療法の功罪：3例の検討

*園田 寛道[1]、箱崎 智樹[1]、代永 和秀[1]、寺西 宣央[1]、田村 徳康[1]、梅谷 直亨[1] (1. 河北総合病院消化器外科)

[P5-2] 局所進行結腸・直腸S状部癌における術前化学療法の意義と治療戦略

*大原 みずほ[1]、庄中 達也[1]、佐藤 進之介[1]、岩田 浩義[1]、大谷 将秀[1]、谷 誓良[1]、湯澤 明夏[2]、市原 真[2]、長谷川 公治[1]、横尾 英樹[1] (1. 旭川医科大学外科学講座消化器・移植外科学分野、2. 旭川医科大学病院病理部)

[P5-3] 術前化学放射線療法により切除範囲の適正化を図り得たPagetoid spreadを伴う下部直腸癌の1例

*岩井 貴寛[1]、土谷 祐樹[1]、小林 清洋[1]、市川 竣太[1]、濱田 篤彦[1]、藤崎 隆[1]、仲川 裕喜[1]、安藤 裕二[1]、幸地 彩貴[1]、十朱 美幸[1]、百瀬 裕隆[1]、塚本 亮一[1]、本庄 薫平[1]、盧 尚志[1]、冨木 裕一[1]、杉本 起一[1] (1. 順天堂大学医学部下部消化管外科)

[P5-4] 術前化学療法により病理学的完全奏功を得られた進行大腸癌の２例

*多代 尚広[1]、花井 恒一[1]、荒川 敏[2]、小池 大助[3]、安岡 宏展[4]、国村 祥樹[1]、今中 孝[1]、谷 大輝[1]、堀口 和真[1]、岡田 紫甫[1]、北川 結惟[1]、望月 皓介[1]、佐藤 美信[1]、諸原 浩二[1]、加藤 宏之[1]、伊東 昌広[1]、守瀬 善一[1]、堀口 明彦[1]、勝野 秀稔[1] (1. 藤田医科大学ばんたね病院、2. 藤田医科大学医学部 医学教育開発学、3. 名古屋大学医学部附属病院　患者安全推進部、4. 愛知県がんセンター　消化器外科部)

[P5-5] Pembrolizmab療法が奏功し原発巣切除およびRFAを施行した多発転移を有する下行結腸癌の1例

*石村 菜穂[1]、坪井 葵[1]、沖川 昌平[1]、神崎 雅之[1]、永岡 智之[1]、渡部 美弥[1]、大畠 将義[1]、松野 裕介[1]、發知 将規[1]、古手川 洋志[1]、吉山 広嗣[1] (1. 愛媛県立中央病院)

一般演題(ポスター)

14:00 ~ 15:00 | ポスター3

## 一般演題（ポスター）6　早期大腸癌・内視鏡治療 1

座長：樫田 博史（川西市立総合医療センター）

[P6-1] 有茎性ポリープの大部分が脱落し、残存部を内視鏡切除後にＳＭ高度浸潤癌であったと判明した一例

*有田 宗史[1]、宮原 悠三[1]、山田 恭子[1]、下地 信[1]、東 博[1] (1. 宇都宮肛門・胃腸クリニック)

[P6-2] 当院における大腸underwater ESDの治療成績

*田丸 弓弦[1]、水本 健[1]、宮﨑 亘[1]、関本 慶太朗[1]、安居 みのり[1]、中村 一樹[2]、寺岡 雄吏[2]、岡崎 彰仁[2]、畠山 剛[1]、髙木 慎太郎[2]、吉田 成人[1] (1. NHO呉医療センター・中国がんセンター内視鏡内科、2. NHO呉医療センター・中国がんセンター消化器内科)

[P6-3] 虫垂開口部腫瘍に対する腹腔鏡・内視鏡合同手術（Laparoscopy Endoscopy Cooperative Surgery：LECS）10例の治療成績

*柿崎 奈々子[1]、榎本 俊行[1]、長尾 さやか[1]、佐藤 二郎[1]、今井 よい[1]、横内 幸[2]、斉田 芳久[1] (1. 東邦大学医療センター大橋病院外科、2. 東邦大学医療センター大橋病院病理診断科)

[P6-4] 便潜血検査2回法と1回法での比較検討

*松本 美桜[1]、津田 桃子[1]、佃 曜子[1]、加賀谷 英俊[1]、江原 亮子[1]、加藤 元嗣[1] (1. 公益財団法人北海道対がん協会札幌がん検診センター)

[P6-5] 虫垂腫瘍に対する協働型助手ロボットANSURを用いた腹腔鏡・内視鏡合同手術LECSの経験

*浅井 宏之[1]、山川 雄士[1]、澤井 美里[1]、加藤 潤紀[1]、上原 崇平[1]、加藤 瑛[1]、鈴木 卓弥[1]、牛込 創[1]、高橋 広城[2]、瀧口 修司[1] (1. 名古屋市立大学病院、2. 名古屋市立大学医学部附属西部医療センター)

[P6-6] 当院における大腸内視鏡的粘膜切除術の切除病変数と合併症の検討

*松澤 宏和[1]、丹羽 浩一郎[1]、吉野 耕平[1]、齊田 将之[1]、関 英一郎[1] (1. 太田総合病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:00 ~ 14:00 | ポスター4

## 一般演題（ポスター）7　周術期管理と術後合併症 1

座長：小竹 優範（厚生連高岡病院）

[P7-1] 腹腔鏡下結腸部分切除術（横行結腸）後に腹膜前腔膿瘍として発症した縫合不全の一例

*福田 啓之[1]、岡屋 智久[1]、新井 周華[1]、中村 祐介[1]、佐藤 駿介[1] (1. 千葉県済生会習志野病院外科)

---

[P7-2] 90歳以上超高齢患者に対する消化器外科手術の短期成績の検討

*竹谷 健[1]、田村 卓也[1]、鶴田 雅士[1]、石田 隆[1]、西嶋 亜未[1]、篠田 昌宏[1]、大山 隆史[1]、平野 佑樹[1]、皆川 卓也[1]、島田 理子[1]、菅原 俊喬[1]、藤井 康矢[1]、藤澤 直人[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)

---

[P7-3] 直腸癌における術前治療が栄養指標PNIに与える影響と術後合併症との関連

*村上 克宏[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]、吉岡 康多[1]、岩本 哲好[1]、大東 弘治[1]、所 忠男[1]、上田 和毅[1]、川村 純一郎[1] (1. 近畿大学病院)

---

[P7-4] 当院における直腸癌術後の静脈血栓塞栓症と側方リンパ節郭清との関係に関する検討

*草深 弘志[1]、植村 守[1]、佐伯 崇史[1]、楠 誓子[1]、瀧口 暢生[1]、小林 雄太[1]、朴 正勝[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)

---

[P7-5] 前立腺・精嚢合併切除を伴う直腸癌術後の直腸尿道瘻に対して, 薄筋筋弁を用いて根治術を施行した一例

*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)

---

[P7-6] 局所陰圧閉鎖療法により縫合閉鎖が可能となった直腸癌術後骨盤死腔炎の1例

*田島 佑樹[1]、山本 聖一郎[1,2]、本郷 久美子[1]、栗原 佑一[3]、堤内 教子[4]、大谷 理紗[1]、室井 貴子[1]、佐野 淳一[1]、藤崎 洋人[1]、中川 基人[1]、高野 公徳[1] (1. 平塚市民病院外科、2. 東海大学医学部付属病院消化器外科、3. 平塚市民病院皮膚科、4. 平塚市民病院看護部)

---

[P7-7] 当科における直腸癌術後遅発性縫合不全4例の検討

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

---

[P7-8] 大腸術後合併症早期発見のための術後連日採血とCT検査の検討

*清家 和裕[1]、秋山 貴洋[1] (1. 小田原市立病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:00 ~ 15:00 | ポスター4

## 一般演題（ポスター）8　進行大腸癌に対する化学療法 1

座長：古畑 智久（札幌禎心会病院）

[P8-1] CapeOXによる術後補助化学療法中に多量の腹水を認め診断に苦慮した1例

*藤田 敏忠[1]、樋口 青空[1]、太田 里菜[1]、有川 浩貴[1]、寺井 祥雄[1]、岸 淳彦[1]、藤田 恒憲[1] (1. 兵庫県立丹波医療センター外科)

[P8-2] Pembrolizumabが著効し,治療終了後も無増悪を維持しているMSI-high StageIV上行結腸癌の1例

*瀧口 暢生[1]、三宅 正和[1]、吉村 大士[1]、古川 陽菜[1]、東 重慶[1]、小川 久貴[1]、大村 仁昭[1]、種村 匡弘[1] (1. りんくう総合医療センター)

[P8-3] 当院におけるfStage II結腸癌に対する術後補助化学療法の治療成績

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

[P8-4] 遠隔リンパ節転移に対してPembrolizumabが著効したMSI−High大腸癌患者の1例

*田村 卓也[1]、立川 伸雄[2]、竹谷 健[1]、石田 隆[1]、鶴田 雅士[1]、板野 理[1] (1. 国際医療福祉大学成田病院、2. 水戸赤十字病院外科)

[P8-5] 大腸癌StageIVまたは遠隔転移再発症例に対して2nd line治療中に切除に至った大腸癌症例の特徴と転帰

*進藤 実希[1]、浜部 敦史[1]、森 良太[1]、三代 雅明[1]、竹田 充伸[1]、関戸 悠紀[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消化器外科)

[P8-6] トリフルリジン/チピラシル＋ベバシズマブ療法後の切除不能進行再発大腸癌に対する経口チロシンキナーゼ阻害薬の安全性と有効性の検討

*闇彌 一貴[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]、石田 典仁[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. 慶應義塾大学医学部　内科学教室(消化器)、2. 慶應義塾大学医学部　腫瘍センター)

一般演題(ポスター)

13:00 ~ 14:00 | ポスター5

## 一般演題（ポスター）9　憩室疾患 1

座長：吉満 政義（広島市立広島市民病院外科）

[P9-1] 当院における穿孔・穿通を伴う合併症性結腸憩室炎の治療選択の検討

*山田 光成[1] (1. 大阪府済生会富田林病院)

[P9-2] S状結腸憩室穿孔に対するハルトマン手術後，残存直腸癌が発生した一例

*小倉 皓一郎[1]、里見 大介[1]、榊原 舞[1]、土岐 朋子[1] (1. 国立病院機構千葉医療センター)

[P9-3] 結腸膀胱瘻症例の臨床的検討

*武田 幸樹[1]、太田 竜[1]、関口 久美子[1]、清水 貴夫[1]、谷合 信彦[1]、山田 岳史[2]、松田 明久[2] (1. 日本医科大学武蔵小杉病院消化器外科、2. 日本医科大学付属病院消化器外科)

[P9-4] S状結腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対する術式の工夫

*西谷 健太[1]、橋本 洋右[1]、溝口 和弥[1]、中 悠汰郎[1]、近森 健太郎[1]、矢崎 真澄[1]、多田 誠一郎[1]、高柳 智保[1]、川守田 啓介[1]、小林 敏樹[1]、佐々木 直也[1]、米沢 圭[1]、前田 賢人[1] (1. 静岡市立静岡病院)

[P9-5] 術前に診断しえた終末回腸の仮性憩室穿孔の１例

*山寺 勝人[1]、阿尾 理一[1]、假屋 理沙[1]、松永 絢乃[2]、市沢 展真[1]、一尾 幸輝[1]、安部 紘生[1]、小岩井 智美[1]、西川 誠[1]、西山 潔[1]、神藤 英二[1] (1. KKR三宿病院外科、2. KKR三宿病院病理)

[P9-6] 保存的加療後にInterval appendectomyを行った虫垂憩室炎の一例

*村上 大輔[1]、稲田 佳紀[1]、佐原 稚基[1] (1. ひだか病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:00 ~ 15:00 | ポスター5

## 一般演題（ポスター）10　炎症性腸疾患 1

座長：山本 章二朗（いきめ大腸・肛門外科内科）

[P10-1] 当院で手術を施行したクローン病合併消化管腫瘍の検討

*中田 美佳[1]、山内 慎一[1]、岩井 美穂[1]、上野 啓輔[1]、内村 良平[1]、林 祐美子[1]、國本 真由[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)

---

[P10-2] クローン病、肛門部瘻孔に対するダルバドストロセルの効果

*内野 基[1]、堀尾 勇規[1]、桑原 隆一[1]、楠 蔵人[1]、長野 健太郎[1]、友尾 祐介[1]、福本 結子[1]、今田 絢子[1]、宋 智亨[1]、木村 慶[1]、片岡 幸三[1]、池田 正孝[1]、池内 浩基[1] (1. 兵庫医科大学消化器外科学講座)

---

[P10-3] クローン病関連痔瘻癌に対するPelvic Exenterationの治療成績と手術手技の工夫

*今田 絢子[1,2]、木村 慶[1]、奥村 兼汰[1]、松下 和輝[1]、福本 結子[1]、大谷 雅樹[1]、宋 智亨[1]、桑原 隆一[2]、堀尾 勇規[2]、片岡 幸三[1]、内野 基[2]、池内 浩基[2]、池田 正孝[1] (1. 兵庫医科大学消化器外科学下部消化管外科、2. 兵庫医科大学外科学講座炎症性腸疾患外科)

---

[P10-4] クローン病の腸管皮膚瘻に合併した扁平上皮癌の1例

*河野 貴博[1]、井原 啓佑[1]、石田 和之[2]、宮下 将太郎[1]、上野 綸[1]、蜂谷 裕之[1]、石塚 満[1]、水島 恒和[1] (1. 獨協医科大学病院下部消化管外科、2. 獨協医科大学病院病理診断科)

---

[P10-5] クローン病直腸切断術後の長期経過中に遺残瘻管由来痔瘻癌を認めた1例

*工代 哲也[1]、岡本 欣也[2] (1. こにし胃腸内視鏡・肛門クリニック武蔵野院、2. 東京山手メディカルセンター)

---

[P10-6] 炎症性線維芽細胞に寄与する刺激因子の検討

*井上 湧斗[1]、三上 洋平[1]、水島 一郎[1]、田島 百合[1]、伊藤 虎太郎[1]、吉松 裕介[1]、清原 裕貴[1]、杉本 真也[1]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学（消化器）)

---

[P10-7] 直腸肛門管粘液癌に対する術前治療後の画像学的効果判定と組織学的効果の 乖離に関する検討

*福田 健太[1]、荻野 崇之[1]、赤澤 英[1]、辻 嘉人[1]、深田 晃生[1]、関戸 悠紀[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:00 ~ 14:00 | ポスター6

## 一般演題（ポスター）11　小腸疾患

座長：大地 貴史（久留米大学外科学講座）

[P11-1] 腸閉塞を契機に見つかった小腸濾胞性リンパ腫の１例

*池田 純[1]、川島 市郎[1] (1. 京都民医連中央病院外科)

[P11-2] 腸重積と高度貧血を契機に発見された小腸神経鞘腫に対し腹腔鏡下切除を施行した1例

*武田 和[1]、能浦 真吾[1]、内藤 敦[1]、吉原 輝一[1]、廣濱 匠[1]、北川 彰洋[1]、原 豪男[1]、武岡 奉均[1]、原 尚志[1]、富原 英生[1]、村上 昌裕[1]、宮本 敦史[1] (1. 堺市立総合医療センター消化器外科)

[P11-3] 集学的治療を行った高度進行小腸癌の1例

*小岩井 智美[1,2,3]、阿尾 理一[1]、小川 均[1]、西山 潔[1]、西川 誠[1]、山寺 勝人[1]、安部 紘生[1]、假屋 理沙[1]、一尾 幸輝[1]、市沢 展真[1]、國島 直晃[2]、松永 絢乃[3]、猛尾 弘照[3]、神藤 英二[1] (1. 自衛隊中央病院外科、2. 自衛隊中央病院放射線科、3. 自衛隊中央病院病理診断科)

[P11-4] リンパ節転移を伴う原発性小腸腺癌の1例

*米田 直樹[1]、廣田 昌紀[2]、木村 泰斗[1]、谷澤 佑理[1]、長江 歩[1]、藤野 志季[1]、木戸上 真也[2]、澤田 元太[1]、文 正浩[1]、永井 健一[2]、福永 浩紀[1]、森本 修邦[1]、森田 俊治[1]、福地 成晃[2] (1. 市立伊丹病院外科、2. JCHO星ヶ丘医療センター外科)

[P11-5] 小腸重積を契機に診断された小腸炎症性線維性ポリープの1例

*真鍋 和也[1]、大野 陽介[1]、数井 啓蔵[1]、正村 裕紀[1]、若山 顕治[1]、城ノ口 悠生[1]、城ノ口 はるな[1]、檜山 周作[1] (1. JCHO北海道病院外科)

[P11-6] 画像所見から術前に神経鞘腫を疑い得た小腸間膜原発神経鞘腫の1例

*板倉 弘明[1]、吉田 将真[1]、梶原 淳[1]、新井 勲[1]、木村 聡宏[1]、谷川 隆彦[1] (1. 医療法人　川崎病院　外科)

一般演題(ポスター)

14:00 ~ 15:00 | ポスター6

## 一般演題（ポスター）12　痔瘻

座長：樽見 研（札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック）

[P12-1] 摘出痔瘻組織より見た痔瘻治療に対する今後の展望

*宇都宮 高賢[1]、兼清 信介[1]、竹尾 幸子[2] (1. 兼清外科、2. 防府消化器病センター防府胃腸病院)

[P12-2] III型深部痔瘻の手術成績

*鈴木 麻未[1]、野明 俊裕[1]、荒木 靖三[1]、白水 良征[1]、石井 正之[1]、長田 和義[1]、石橋 英樹[1] (1. 社会医療法人社団高野会くるめ病院)

[P12-3] 複雑痔瘻に対する温存術ー当院でのSIFT・ISの治療成績ー

*助川 晋作[1]、中田 拓也[2]、大島 康介[1] (1. 北毛保健生活協同組合北毛病院、2. 中田医院)

[P12-4] 多発痔瘻の手術経験について

*吉岡 将史[1]、田中 良明[1]、寺田 俊明[1]、神山 剛一[1]、武田 崇志[1]、村越 雄介[1]、安川 佳美[1]、増田 有香[1]、土屋 洋道[1]、前田 文[1]、山田 麻子[1]、佐藤 兼敏[1]、下里 あゆ子[1]、原 聖佳[1] (1. 寺田病院大腸肛門病センター)

[P12-5] 複雑痔瘻に対するStepwise Pull-Through Anal Ultrasonography（SP-AUS）の診断能の検討：ＭＲＩとの比較検討

*森本 幸治[1]、小泉 岐博[2]、立岡 哲平[1]、田村 周三[1]、久保田 和[1]、菅又 奈々[1]、金澤 周[3]、大塚 新一[1]、久保田 至[1] (1. 西新井大腸肛門科、2. 北千住大腸肛門クリニック、3. 草加西口肛門胃腸クリニック)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:00 ~ 14:00 | ポスター7

## 一般演題（ポスター）13　高齢者 1

座長：宮本 裕士（熊本大学病院消化器外科）

[P13-1] 大腸癌と血液がんという2重がんにたいしてがん薬物療法をおこなった高齢者の１例

*岡野 美穂[1]、真貝 竜史[2]、松本 謙一[1]、佐々木 亨[1]、野呂 浩史[1] (1. 市立芦屋病院外科、2. 川西市立総合医療センター外科)

---

[P13-2] 高齢大腸癌症例に対する腹腔鏡下手術の治療成績の検討

*南 壮一郎[1]、原口 直紹[1]、三上 希実[1]、山平 陽亮[1]、伊丹 偉文[1]、土橋 果実[1]、藤井 渉[1]、額原 敦[1]、古賀 睦人[1]、木村 豊[1] (1. 近畿大学奈良病院消化器外科)

---

[P13-3] 貧血精査で診断され、経過観察後に再出血を来し、小腸部分切除術を施行した小腸リンパ管腫の一例

*伊勢 夏[1]、水内 祐介[1]、江嵜 就[1]、安藤 陽平[1]、藤本 崇聡[1]、永吉 絹子[1]、松本 奏吉[1]、堀岡 宏平[1]、大内田 研宙[1]、安藤 幸滋[1]、沖 英次[1] (1. 九州大学病院消化管外科)

---

[P13-4] 85歳以上大腸癌患者における炎症・栄養・サルコペニア複合スコアを用いた術後合併症予測の検討

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

---

[P13-5] 高齢者肛門管扁平上皮癌に対し化学放射線療法にて臨床的完全奏効が得られた2例

*遠藤 秀生[1]、渋谷 雅常[1]、月田 智也[1]、丹田 秀樹[1]、西山 毅[1]、米光 健[1]、関 由季[1]、笠島 裕明[1]、前田 清[1] (1. 大阪公立大学大学院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:00 ~ 15:00 | ポスター7

## 一般演題（ポスター）14　ストーマ１

座長：永吉 絹子（九州大学臨床・腫瘍外科）

[P14-1] 傍ストーマヘルニアに対するsymbotexTM composite meshを用いた腹腔鏡下sugarbeker法の経験

*長谷部 達也[1]、大橋 大成[1]、谷地 孝文[1]、橋本 直樹[1]、木村 昭利[1]、井川 明子[1]、髙橋 義也[1]、笠井 大貴[1]、外崎 龍一[1]、梅原 豊[1] (1. 青森県立中央病院　外科)

---

[P14-2] 嵌頓を伴う30cmに及ぶ横行結腸ループストーマ脱出に対し自動縫合器を用いた局所修復術を施行した1例

*小針 大輝[1]、小野澤 寿志[1]、渡邊 匠[1]、山下 大和[1]、菅家 康之[1]、本山 一夫[1]、伊藤 泰輔[1]、石井 芳正[1]、河野 浩二[2] (1. 太田西ノ内病院、2. 福島県立医科大学消化管外科学講座)

---

[P14-3] 横行結腸ストーマ脱出に対し腹腔鏡下結腸固定術を行った1例

*田中 芳憲[1]、宮本 凌[1]、土谷 將悟[1]、庄司 太一[1]、寺岡 均[1]、大平 雅一[1] (1. 社会医療法人ペガサス　馬場記念病院　外科)

---

[P14-4] ロボット支援下直腸切断術におけるストマ造設の工夫

*加藤 滋[1]、銘苅 正行[1]、知念 徹[1]、国吉 史雄[1]、石野 信一郎[1]、阿嘉 裕之[1]、比嘉 宇郎[1]、宮平 工[1]、花城 直次[1]、西原 実[1]、奥島 憲彦[1] (1. ハートライフ病院)

---

[P14-5] 一時的人工肛門造設を回避した高リスク直腸癌手術における周術期管理の検討

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

---

[P14-6] Hartmann術後の反復するイレウスを、ストマ経路を腹腔内経路から腹膜外経路に変更することで予防できた1症例

*宮永 克也[1]、古元 克好[1] (1. 林病院外科)

---

[P14-7] 人工肛門造設後に胃下垂により胃内容排出障害を来した1例

*伊藤 諒[1]、門野 政義[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(一般・消化器))

---

[P14-8] ロボット支援下直腸切断術後に人工肛門造設時の腹膜外経路に小腸内ヘルニアを来した1例

*宮内 俊策[1]、國末 浩範[1]、杉原 太一[1]、吉浦 雄飛[1]、藤原 亮太[1]、高橋 達也[1]、伊達 慶一[1]、久保 孝文[1]、野﨑 功雄[1]、太田 徹哉[1] (1. 岡山医療センター外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:00 ~ 14:00 | ポスター8

## 一般演題（ポスター）15　稀少腫瘍 1

座長：田原 真紀子（とちぎメディカルセンターしもつが）

[P15-1] 腸重積を契機に発見された骨形成性上行結腸癌の１例

*坂元 寿美礼[1]、西居 孝文[1]、西村 潤也[1]、福岡 達成[1]、久保 尚士[1]、清水 貞利[1] (1. 大阪市立総合医療センター)

[P15-2] 放射線関連大腸癌に外科的治療を施行した1例

*嵩原 一裕[1]、永仮 邦彦[1]、吉本 次郎[1]、岡 伸一[1]、大内 昌和[1]、小濱 信太郎[1]、野本 潤[1]、大塚 知博[1]、八田 亮輔[1]、五十嵐 萌子[1]、河添 晶[1]、橋爪 茜[2] (1. 順天堂大学医学部附属浦安病院消化器・一般外科、2. 順天堂大学医学部附属浦安病院病理診断科)

[P15-3] 巨大虫垂粘液腫に対するロボット支援下・腹腔鏡併用回盲部切除術の1例

*菅野 優貴[1]、江成 萌[1]、林 くらら[1]、永井 健[1]、吉田 淳[1]、岩﨑 喜実[1]、大目 祐介[1] (1. 筑波記念病院消化器外科)

[P15-4] ロボット支援回盲部切除で切除しえた後腹膜デスモイド腫瘍の1例

*喜多 芳昭[1]、宇都宮 麻子[1]、飯尾 俊也[1]、鶴田 祐介[1]、平野 拓郎[1]、飯野 聡[1]、松田 良一郎[2]、五反田 丈徳[2]、前村 公成[1] (1. 鹿児島市立病院　消化器外科、2. 鹿児島市立病院　泌尿器科)

[P15-5] capecitabine・mitomycin-Cを用いた化学放射線療法を施行し臨床的緩解を得た直腸扁平上皮癌の1例

*鈴木 陽三[1]、大里 祐樹[1]、岩本 和哉[1]、野間 俊樹[1]、松下 克則[1]、新野 直樹[1]、中島 慎介[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)

[P15-6] 原発巣術後に鼠経リンパ節の自然縮小を認めた肛門管腺癌の1例

*出川 佳奈子[1]、西川 元[1]、小澤 寛太朗[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. 国立病院機構京都医療センター外科)

[P15-7] 当院における3例の低異型度虫垂粘液性腫瘍手術症例についての検討

*塩田 規帆[1]、山本 幸司[1]、四方 祐子[1]、竿尾 光祐[1] (1. 社会医療法人財団大樹会総合病院回生病院)

一般演題(ポスター)

14:00 ~ 15:00 | ポスター8

## 一般演題（ポスター）16　診療の工夫とその他疾患 1

座長：林 奈那（広島生活習慣病・がん健診所／ひろしま内視鏡内科クリニック）

[P16-1] 回腸人工肛門から反転脱出した回腸に発症した特発性回腸重積症の１例

*長﨑 高也[1]、佐藤 幹則[1] (1. 蒲郡市民病院)

[P16-2] オンプレミス電子カルテ環境におけるローカルAIを用いたツールの自主開発

*長田 和義[1]、野明 俊裕[1]、石井 正之[1]、石橋 英樹[1]、鈴木 麻未[1]、白水 良征[1]、入江 朋子[1]、荒木 靖三[1] (1. 社会医療法人社団高野会くるめ病院)

[P16-3] 当院における免疫チェックポイント阻害薬関連大腸炎の臨床的検討

*網岡 勝平[1]、福本 晃平[1]、安井 輝[1]、山本 明日香[1]、宮地 真由[1]、依岡 良往[1]、木村 英富[1]、藤石 慎作[1]、藤波 真帆[1]、野中 貴裕[1]、高橋 佑輔[1]、三浦 高裕[1]、寺崎 慶[1]、大矢 寛久[1]、光本 保英[1]、島 俊英[1]、岡上 武[1] (1. 大阪府済生会吹田病院)

[P16-4] 簡易検査としての経口バリウム法の有用性

*野副 安宏[1,2]、緒方 裕[1]、高田 晃男[1] (1. 神代病院、2. 甘木中央病院)

[P16-5] 高密度焦点式電磁技術を用いた骨盤底筋トレーニング機器の導入経験

*藤田 定則[1] (1. 楽クリニック)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:00 ~ 14:00 | ポスター9

## 一般演題（ポスター）17　症例：進行大腸癌 1

座長：水内 祐介（九州大学臨床・腫瘍外科）

[P17-1] Persistent Descending Mesocolonを伴う閉塞性S状結腸癌の一例

*北田 和也[1]、高山 昇一[1]、肥満 智紀[1]、藤本 直斗[1]、奥田 準二[1] (1. 豊中敬仁会病院内視鏡ロボット手術センター)

[P17-2] 下腸間膜動脈の血管分岐異常を伴う腸回転異常症を合併したS状結腸癌の一例

*兼定 航[1]、小畑 裕一[1]、近藤 潤也[1]、爲佐 卓夫[1] (1. 宇部中央病院外科)

[P17-3] 先天性第V因子欠乏症を合併した下行結腸癌に対して腹腔鏡下結腸左半切除を施行した1例

*石井 健一[1]、樫山 基矢[1]、河島 秀昭[1] (1. 勤医協中央病院外科)

[P17-4] 腹腔鏡下S状結腸切除後の異時性横行結腸癌に対し静脈還流温存を意識し腹腔鏡下結腸右半切除を行なった１例

*八幡 和憲[1]、池野 玄[1]、河合 純兵[1]、石原 優圭[1]、藤林 勢世[1]、田中 秀治[1]、佐野 仁哉[1]、丹羽 真佐夫[1]、今井 健晴[1]、棚橋 利行[1]、佐々木 義之[1]、奥村 直樹[1]、山田 誠[1] (1. 岐阜市民病院外科)

[P17-5] 集学的治療で根治手術を施行した皮下穿通を伴う上行結腸癌の1例

*山下 晋也[1]、中村 賢[1]、乾 元晴[1]、星野 宏光[1]、川田 純司[1]、玉川 浩司[1] (1. 日本生命病院消化器外科)

[P17-6] 直腸癌が先進部となった直腸重積症の1例

*南部 弘太郎[1]、塩谷 猛[1]、小峯 修[1]、蓬原 一茂[1]、渋谷 肇[1]、島田 竜[1]、濱口 暁[1]、笠谷 峻[1]、山田 太郎[1]、渡邉 善正[1] (1. さいたま市民医療センター外科)

[P17-7] 術中ICG蛍光リンパ管造影により責任病変を同定した直腸癌術後難治性リンパ漏の一例

*柴田 凌吾[1]、高橋 佑典[1]、瀧口 暢生[1]、河合 賢二[1]、宮崎 道彦[1]、江口 聡[1]、俊山 礼志[1]、山本 昌明[1]、竹野 淳[1]、濱 直樹[1]、平尾 素宏[1]、加藤 健志[1] (1. 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:00 ~ 15:00 | ポスター9

## 一般演題（ポスター）18　症例：進行大腸癌２

座長：進士 誠一（日本医科大学消化器外科）

[P18-1] Birt-Hogg-Dube症候群に合併した大腸癌に手術加療を行った一例

*小野 奎一郎[1]、吉川 祐輔[1]、小木曽 匡[1]、徳山 丞[1]、飯田 修平[1]、栗原 直人[1] (1. 練馬総合病院外科)

[P18-2] 腸重積を契機に発見された結腸原発Signet ring cell carcinomaの検討

*山平 陽亮[1] (1. 近畿大学奈良病院)

[P18-3] 粗大な同時性肝転移を伴うS状結腸癌に対して長期化学療法後にconversion surgeryを施行した1例

*八子 博貴[1]、鈴木 喜貴[1]、金田 晃尚[1]、石井 恒[1]、宮澤 正紹[1]、又吉 一仁[1]、武藤 淳[1] (1. 福島労災病院　外科)

[P18-4] 大腸癌イレウスの腫瘍周囲膿瘍症例に対する大腸ステント留置した３例を通した安全性の検討

*冨田 明宏[1]、服部 正興[1]、平田 明裕[1]、荒川 拓也[1]、鈴木 真理香[1]、吉原 基[1] (1. 公立西知多総合病院)

[P18-5] 胃・S状結腸に浸潤・穿通を来したMSI-high 局所進行横行結腸癌の1例

*竹ノ谷 隆[1]、亀山 香織[2]、大西 一平[1]、水野 翔大[1]、筒井 麻衣[1]、尾戸 一平[1]、大住 幸司[1]、遠藤 高志[1]、亀山 哲章[1] (1. 医療法人財団　荻窪病院　外科、2. 昭和医科大学横浜市北部病院　臨床病理診断科)

[P18-6] 胆管空腸吻合術後横行結腸癌に対する腹腔鏡下右半結腸切除の1例

*秋山 貴洋[1]、牧野 裕庸[1]、深田 忠臣[1]、宮原 洋司[1]、粕川 宗太郎[1]、石見 和嗣[1]、藤木 賢伸[1]、亀高 尚[1] (1. 小田原市立病院外科)

[P18-7] 術前診断し得なかった小腸浸潤・膀胱瘻を伴う５型S状結腸癌の１例

*臼井 創大[1]、内藤 正規[1]、山口 大輝[1]、磯村 香介[1]、天野 優希[2]、勝又 健太[3]、浜辺 太郎[2]、根岸 宏行[2]、大島 隆一[3]、四万村 司[3]、牧角 良二[2]、杉浦 善弥[4]、小池 淳樹[4]、民上 真也[1] (1. 聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科、2. 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科、3. 川崎市立多摩病院　消化器・一般外科、4. 聖マリアンナ医科大学病理診断科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:00 ~ 14:00 | ポスター10

## 一般演題（ポスター）19　症例：大腸良性疾患その他 1

座長：田中 玲子（道仁病院）

[P19-1] 分離型腸瘻造設（Divided Stoma Construction：DSC)を施行した壊死型虚血性大腸炎の2例

*橋本 拓造[1]、中島 雅輝[1]、一万田 充洋[1]、地原 想太郎[1]、安田 一弘[1]、白鳥 敏夫[1] (1. 大分市医師会立アルメイダ病院外科)

[P19-2] 盲腸捻転症に対しICG蛍光法による血流評価を併用し腹腔鏡下回盲部切除術を施行した1例

*黒川 恭成[1]、下山 雄也[1]、般若 祥人[1]、栗田 紗裕美[1]、隈本 智卓[1]、北川 和男[1]、衛藤 謙[2] (1. 東京慈恵会医科大学附属柏病院、2. 東京慈恵会医科大学附属病院)

[P19-3] S状結腸子宮内膜症により全周性狭窄をきたした1例

*橋本 瑞己[1]、鈴木 陽三[1]、大里 祐樹[1]、岩本 和哉[1]、野間 俊樹[1]、松下 克則[1]、新野 直樹[1]、中島 慎介[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)

[P19-4] 閉塞性大腸癌との鑑別が困難で高度大動脈弁狭窄症を合併した超高齢者横行結腸良性潰瘍狭窄の1例

*大川 尚臣[1]、高城 克暢[1]、松村 富士夫[1] (1. 社会保険大牟田天領病院外科)

[P19-5] 便潜血陽性で発見された腸管子宮内膜症の1例

*堀 優太[1]、澤谷 学[1]、工藤 智拓[1]、長山 翼[1,2]、宮代 楓[1,2]、相馬 郷[1,2]、佐竹 美和[1,2]、五十嵐 崇徳[1]、松木 明彦[1]、石黒 陽[1] (1. 弘前総合医療センター消化器・血液内科、2. 弘前大学大学院医学研究科消化器血液免疫内科)

[P19-6] 内視鏡治療にて保存的に軽快した、魚骨による大腸穿孔の1例

*小山 剛[1]、小阪 聡[2]、己野 綾[1]、中川 泰生[1]、越智 正博[2] (1. 明治橋病院外科、2. 明治橋病院消化器内科)

[P19-7] 診断が遅れた腸結核の1例

*新谷 裕美子[1]、西尾 梨沙[1]、丹野 侑杜[1]、井上 英美[1]、大城 泰平[1]、古川 聡美[1]、岡本 欣也[1]、深田 雅之[2]、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、2. JCHO東京山手メディカルセンター炎症性腸疾患内科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:00 ~ 15:00 | ポスター10

## 一般演題（ポスター）20　症例：大腸良性疾患その他２

座長：星野 伸晃（京都大学消化管外科）

[P20-1] 上行結腸の固定異常に伴う上行結腸捻転症の１例

*山口 瑛大[1]、久戸瀬 洋三[1]、河本 知樹[1]、廣部 雅臣[1]、大竹 弘泰[1]、真鍋 裕宇[1]、加藤 弘記[1]、松井 佑起[1]、細田 洋平[1]、金 浩敏[1]、土屋 康紀[1]、西 敏夫[1]、小川 淳宏[1]、森 琢児[1]、小川 稔[1] (1. 多根総合病院)

---

[P20-2] axial torsion型の上行結腸軸捻転に対して腹腔鏡下に手術加療を行なった２例報告

*濱田 健太郎[1]、加藤 瑛[1]、浅井 宏之[1]、上原 崇平[1]、加藤 潤紀[1]、澤井 美里[1]、牛込 創 [1]、鈴木 卓弥[1]、山川 雄士[1]、藤本 風花[1] (1. 名古屋市立大学大学院医学研究科消化器外科学)

---

[P20-3] 直腸閉塞を契機に診断された脳膿瘍、肝膿瘍を伴うアメーバ性大腸炎の一例

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

---

[P20-4] 人工肛門造設後に改善した直腸偽肉種様病変の1例

*柳沢 直恵[1]、片桐 忍[1]、林 和輝[1]、荒井 沙紀[1]、角岡 信男[1]、成田 淳[1]、彈塚 孝雄[1]、桑原 蓮[2]、大野 順弘[3] (1. 長野中央病院外科、2. 長野中央病院消化器内科、3. 長野中央病院病理診断科)

---

[P20-5] 下行結腸一腎盂尿管移行部癒に対し結腸部分切除を施行した1例

*籠田 進之介[1]、星野 滉大[1]、増原 紗希[1]、中村 勇太朗[1]、谷 博樹[1]、浅生 義人[1] (1. 白十字病院)

---

[P20-6] 糞便嵌塞における治療失敗の複合的画像予測因子：結腸拡張および糞便CT吸収値の役割

*黒岩 英倫[1,2]、上野 昌樹[1]、廣川 文鋭[1]、重河 嘉靖[1]、木村 正道[1]、田端 宏尭[1]、出口 真影[1]、川井 学[2] (1. 国立病院機構大阪南医療センター、2. 和歌山県立医科大学)

---

[P20-7] 腹腔鏡下高位前方切除術後に繰り返した下行結腸軸捻転に対して腹腔鏡下下行結腸切除術を行った1例

*八木 佑樹[1]、森 貴志[1]、綿貫 義久[1]、田口 航大[1]、須賀 悠介[1]、永井 元樹[1] (1. 総合病院国保旭中央病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:00 ~ 14:00 | ポスター11

## 一般演題（ポスター）21　症例：肛門疾患その他 1

座長：畑 嘉高（畑肛門医院）

[P21-1] 異時性の鼠経リンパ節転移を来したS状結腸人工肛門部癌の1例

*白川 賢司[1]、小林 弘典[1]、石井 貴大[1]、柴田 浩輔[1]、倉岡 憲正[1]、豊田 和宏[1]、矢野 雷太[1]、橋本 泰司[1]、坂下 吉弘[1]、村上 義昭[1]、宮本 勝也[1] (1. 広島記念病院外科)

---

[P21-2] 分娩時肛門括約筋損傷（OASIS）による重度便失禁に対し、会陰横筋・球海綿体筋を含めた括約筋形成術が奏功した1例

*木村 熙伸[1]、田邊 太郎[1]、安藤 熙典[1]、若生 彩佳[1]、生沼 慎一郎[1]、笠木 紳矢[1]、北條 真鈴[1]、徳永 良太[1]、保母 貴宏[1]、大塚 耕司[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)

---

[P21-3] 陳旧性会陰裂傷に合併した直腸粘膜脱に対し二期的手術にて根治術を施行した1例

*中本 貴透[1]、植田 剛[1]、佐井 壯謙[1] (1. 佐井胃腸科肛門科)

---

[P21-4] 肛門部に発生した偽上皮腫様過形成の1例

*那須 聡果[1] (1. ウィメンズクリニック浦和)

---

[P21-5] 化学放射線療法で完全奏効を得た肛門管扁平上皮癌に対し、難治性放射線性会陰潰瘍のため腹会陰式直腸切断術を施行した1例

*西子 瑞規[1]、大島 健志[1]、小井土 耕平[1]、中村 和正[1]、間 浩之[1]、大端 考[1] (1. 静岡県立総合病院　消化器外科)

---

[P21-6] 経肛門的に摘出可能であった直腸異物(青パパイヤ)の1例

*増子 慧[1,2]、大町 貴弘[1,2]、阿部 正[1,2]、荒井 晶聖[1,2]、鈴木 衛[1]、衛藤 謙[2] (1. 三島中央病院、2. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

---

[P21-7] 肛門狭窄による排出障害を契機に発症したハルトマン術後残存直腸膿瘍および断端漏に対し側方内括約筋切開術（LSIS）が有効であった1例

*佐々木 春菜[1,2]、三國 夢人[2]、正司 裕隆[2]、小丹枝 裕二[2]、本間 直健[3]、川村 秀樹[2] (1. イムス札幌消化器中央総合病院外科、2. 北海道医療センター外科、3. 北海道医療センター呼吸器外科)

---

[P21-8] 肛門部二次性（疑い）乳房外Paget病の３症例

*須田 和義[1]、川﨑 俊一[1,2]、本橋 行[1,2]、田渕 崇伸[1,2,3]、菊田 信一[1,4]、後藤 悦久[2] (1. 川﨑病院肛門外科、2. 川崎病院、3. みと肛門クリニック、4. いわき泉肛門クリニック)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:00 ~ 15:00 | ポスター11

## 一般演題（ポスター）22　症例：転移・再発 1

座長：野中 隆（長崎大学　外科学講座　大腸・肛門外科）

[P22-1] 早期大腸癌EMR13年後のリンパ節再発と判明した巨大腸間膜腫瘍の一例

*日笠 兼太郎[1]、岡田 倫明[1]、堀田 健太[1]、西田 和樹[2]、野村 明成[1] (1. 大阪赤十字病院消化器外科、2. 京都大学大学院医学研究科外科学講座肝胆膵・移植外科学分野)

[P22-2] 尿管浸潤を伴う直腸癌局所再発に対して回腸間置による尿路再建を併施した腹腔鏡下salvage手術の1例

*山本 匠[1]、福長 洋介[1]、北川 祐資[1]、三城 弥範[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]、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. 関西医科大学附属病院下部消化管外科)

[P22-3] 上行結腸癌術後に出現した孤立性脾転移に対し脾門リンパ節を含めたen bloc切除を施行した1例―非典型的画像所見を呈した脾病変に対する診断的治療の意義―

*藤野 聖人[1]、榎本 正統[1]、渡邉 賢之[1]、笠井 麻衣[1]、永山 可琳[1]、下田 陽太[1]、瀧下 智恵[1] (1. 戸田中央総合病院)

[P22-4] 左側大腸癌根治切除後5年で傍大動脈リンパ節再発をきたし、化学療法後に切除を施行した1例

*長田 俊一[1]、貴島 孝[1]、船橋 公彦[1] (1. 横浜総合病院　消化器外科)

[P22-5] 直腸癌術後10年で切除した結腸人工肛門部再発の1例

*松本 遼平[1]、小林 徹夜[1]、田辺 義明[1]、金井 秀樹[1]、菅野 宏[1] (1. 新百合ヶ丘総合病院消化器外科)

[P22-6] 閉塞性大腸癌のステント逸脱後にS状結腸癌切除術施行後、早期吻合部再発を来した1例

*藤井 あゆみ[1]、氏家 大輔[1]、八子 博貴[1]、川又 崇弘[1]、深井 智司[1]、佐藤 孝洋[1]、伊藤 美郷[1]、門馬 智之[1] (1. 福島県立医科大学付属病院消化管外科学講座)

[P22-7] 術後6年2か月無再発生存中の横行結腸癌術後孤立性大網転移の１例

*小野 千尋[1]、青木 一浩[1]、杉田 久記[1] (1. 三和会東鷲宮病院　外科)

[P22-8] 肛門痛と解釈された症状に潜む診断バイアス―再評価により仙骨転移性骨腫瘍を診断した一例―

*山口 恵実[1] (1. 出雲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(ポスター)

13:00 ~ 14:00 | ポスター12

## 一般演題（ポスター）23　症例：直腸肛門術後合併症

座長：福永 光子（大腸肛門病センター高野病院消化器外科）

[P23-1] 直腸癌術後会陰ヘルニアに対するbarbed sutureによる全周連続縫合とICG蛍光尿管同定を併用した腹腔鏡下修復術の1例

*米澤 博貴[1] (1. 太田西ノ内病院外科)

---

[P23-2] 直腸癌術後の吻合部完全閉塞に対して双方向的内視鏡下穿刺切開拡張術が有効であった1例

*東條 峰之[1]、篠原 翔一[1]、利府 数馬[1]、本間 祐子[1]、太白 健一[1]、伊藤 誉[1]、味村 俊樹[1]、山下 裕玄[1]、山口 博紀[1]、林 芳和[2]、矢野 智則[2] (1. 自治医科大学消化器一般移植外科、2. 自治医科大学消化器肝臓内科)

---

[P23-3] 自動吻合器のチタン合金に対する過剰な異物反応を起点とし、広範な腸間膜硬化を来した1例

*松村 篤[1]、田中 光来[1]、安藤 淳仁[1]、松原 大樹[1]、望月 聡[1]、宮川 公治[1] (1. 京都済生会病院)

---

[P23-4] ALTA療法後に膿瘍形成を来した３例

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

---

[P23-5] 痔核硬化治療剤ALTA投与後の直腸潰瘍に対し、漢方治療が著効した1例

*田澤 賢一[1]、松本 茂樹[1]、飯島 靖博[1]、山野 格寿[1]、神山 公希[1]、志村 国彦[1]、新井 圭一[2]、長谷川 亮[2]、山下 巌[3]、川井 貴美子[2]、松嶋 成志[2]、藤井 努[4] (1. 社会医療法人社団三思会東名厚木病院消化器外科、2. 社会医療法人社団三思会東名厚木病院消化器内科、3. 社会医療法人社団三思会冬目宇厚木病院救急科、4. 富山大学附属病院消化器・腫瘍・総合外科)

---

[P23-6] ロボット支援下直腸手術における尿道損傷の2例 ― 多関節機能に伴う新たなpitfall ―

*森 貴志[1]、田口 航大[1]、小玉 爽太[1]、西村 隆則[1]、須賀 悠介[1]、永井 元樹[1] (1. 国保旭中央病院)

---

[P23-7] Delorme＋Thiersch法後に再発をきたし、脱出腸管穿孔を認めた1例

*杉本 光司[1]、山下 祥子[1]、高田 厚史[1]、鷹村 和人[1]、佐藤 宏彦[1] (1. JA徳島厚生連吉野川医療センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:00 ~ 15:00 | ポスター12

## 一般演題（ポスター）24　症例：ロボット手術 1

座長：平能 康充（埼玉医科大学国際医療センター　消化器外科）

[P24-1] ロボット支援下右半結腸切除・右腎切除・十二指腸部分切除を施行した局所進行上行結腸癌の1例

*渡邉 克隆[1] (1. 大同病院外科)

---

[P24-2] 開腹膀胱全摘後の上行結腸癌に対し、回結腸動静脈温存ロボット支援下結腸部分切除施行した一例

*渋谷 紀介[1] (1. 行田総合病院　外科)

---

[P24-3] bulkyリンパ節を伴う進行上行結腸癌に対しSMV遮断下に血管処理を行ったロボット支援下右半結腸切除の1例

*黒岩 光[1,2]、北里 賢司郎[1]、太田 智之[1]、アディクリスナ ラマ[1]、伊古田 正憲[1]、村田 一平[1]、坂本 承[1]、篠塚 恵理子[1]、峯田 章[1]、鶴田 好彦[1] (1. 千葉徳洲会病院、2. 獨協医科大学埼玉医療センター)

---

[P24-4] 13cm大膀胱浸潤直腸癌に対しロボット支援下腹側操作とtransanal approachを併用してtotal pelvic exenterationを施行した1例

*内藤 敦[1]、能浦 真吾[1]、吉原 輝一[1]、武田 和[1] (1. 堺市立総合医療センター)

---

[P24-5] 術前診断しロボット支援下直腸高位前方切除術を施行したPDM合併直腸癌の一例

*遠藤 英成[1]、城島 陽樹[1]、永山 敬士[1]、芦澤 舞[1]、長谷川 翔[1]、矢澤 貴[1]、旭 修司[1]、天野 穂高[1]、井上 典夫[1]、河野 浩二[2] (1. 会津中央病院外科、2. 福島県立医科大学消化管外科学講座)

---

[P24-6] ロボット支援下側方リンパ節郭清術後にドレーンの物理的刺激が原因と考えられた遅発性尿管損傷に対し、尿管ステント留置で保存的に治癒し得た1例

*森 友輔[1,2]、千田 峻[1]、北堀 有希[1]、滝口 千晶[1]、片方 雅紀[1]、佐藤 孝洋[1]、松本 拓朗[1]、氏家 大輔[1]、岡山 洋和[1]、門馬 智之[1]、河野 浩二[1] (1. 福島県立医科大学消化管外科学講座、2. 福島県立医科大学　会津医療センター　消化器外科)

---

[P24-7] 内臓脂肪型肥満症例に対するロボット支援下左側大腸癌手術における、エンドラクターおよびインターナルオーガンリトラクターを用いた術野展開の工夫

*宮城 幹史[1]、江口 征臣[1]、平安名 智貴[1]、内間 恭武[2] (1. 南部徳洲会病院消化器外科、2. 中部徳洲会病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:00 ~ 14:00 | ポスター13

## 一般演題（ポスター）25　ロボット手術 1

座長：岡田 和丈（東海大学医学部付属八王子病院）

[P25-1] 市中病院2施設におけるロボット支援下結腸癌手術導入後の短期成績

*星野 啓太[1]、小野澤 寿志[2]、藤田 正太郎[1]、渡邊 匠[2]、小針 大輝[2]、圓谷 秀哲[1]、菅家 康之[2]、早瀬 傑[1]、伊藤 泰輔[2]、八島 玲[1]、石井 芳正[2]、河野 浩二[3] (1. 公益財団法人　星総合病院、2. 一般財団法人　太田西ノ内病院、3. 福島県立医科大学　消化管外科学講座)

[P25-2] 当院における横行結腸癌に対するロボット支援下手術の短期成績

*名幸 義仁[1]、満田 雅人[1]、竹下 宏樹[1]、石井 博道[1]、中西 正芳[1] (1. 松下記念病院外科)

[P25-3] 経会陰アプローチ併用ロボット直腸癌手術における3Dヘッドマウントディスプレイの使用経験

*岡田 倫明[1]、堀田 健太[1]、野村 明成[1] (1. 大阪赤十字病院消化器外科)

[P25-4] 頭側アプローチ先行のリンパ節郭清と体腔内吻合を目標としたロボット支援下結腸右半切除術導入初期の短期・中期成績の検討

*大住 渉[1]、吉田 遼[1]、南 裕樹[1]、駕田 修史[1]、廣川 文鋭[1]、田中 慶太朗[1] (1. 市立大津市民病院　一般消化器外科)

[P25-5] 大腸癌に対するDa Vinci Xiを用いた単孔式ロボット支援下回盲部切除術の工夫

*河合 賢二[1]、瀧口 暢生[1]、高橋 佑典[1]、江口 聡[1]、俊山 礼志[1]、山本 昌明[1]、竹野 淳[1]、濵 直樹[1]、宮崎 道彦[1]、平尾 素宏[1]、加藤 健志[1] (1. 国立病院機構大阪医療センター外科)

[P25-6] 当院におけるロボット支援下右側結腸切除術の短期成績の検討

*沢田 尭史[1]、松本 陽[1]、目谷 勇貴[1]、白川 智沙斗[1]、脇坂 和貴[1]、石黒 友唯[1]、折茂 達也[1]、田原 宗徳[1]、本間 重紀[1] (1. 札幌厚生病院外科)

[P25-7] 当院における結腸癌に対するロボット支援下手術と腹腔鏡下手術の比較検討

*小川 博臣[1]、櫻澤 みなみ[1]、柴崎 雄太[1]、田中 寿明[1]、山中 崇弘[1]、富澤 直樹[1]、保田 尚邦[1] (1. 伊勢崎市民病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:00 ~ 15:00 | ポスター13

## 一般演題（ポスター）26　ロボット手術２

座長：市川 伸樹（北海道大学消化器外科 1）

[P26-1] 当院におけるロボット支援下左側大腸切除術の短期成績：hinotoriとda Vinciの比較

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

[P26-2] 右側結腸癌に対するロボット支援手術の運用と手術手技の工夫

*久保 陽香[1]、南 宏典[1]、徳楽 正太郎[1]、野島 晃己[1]、淺川 哲也[1]、林 沙貴[1]、加藤 嘉一郎[1]、山口 貴久[1]、寺井 志郎[1]、林 泰寛[1]、北村 祥貴[1]、角谷 慎一[1] (1. 石川県立中央病院消化器外科)

[P26-3] Hugo RAS systemから始めるロボット結腸癌手術とその短期成績

*鏡 哲[1]、渡邊 健太郎[1]、池田 裕一[1]、三浦 康之[1]、長嶋 康雄[1]、鈴木 孝之[1]、金子 奉暁[1]、牛込 充則[1]、的場 周一郎[1]、大塚 由一郎[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院　一般・消化器外科)

[P26-4] レジデント執刀によるロボット支援下手術のS状結腸癌における安全性および長期成績の検討

*小川 聡一朗[1]、栗生 宜明[1]、藤田 悠司[1]、生内 雅人[1]、永守 遼[1]、市川 カノン[1]、松本 順久[1]、松尾 久敬[1]、大橋 拓馬[1]、小松 周平[1]、生駒 久視[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)

[P26-5] 修練医による結腸癌に対する腹腔鏡・ロボット支援下手術の検討

*馬場 裕信[1]、石原 加葉[1]、柴野 潤[1]、小山 照央[1]、藤田 孝尚[1]、山崎 嘉美[1]、石原 早希子[1]、杉下 哲夫[1]、梅林 佑弥[1]、千代延 記道[1] (1. 草加市立病院)

[P26-6] 右側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成績の比較検討

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

[P26-7] ロボット支援下結腸右半切除術を施行した右腎移植後横行結腸MiNENの1例

*池田 裕一[1]、渡邉 健太郎[1]、三浦 康之[1]、長嶋 康雄[1]、鈴木 孝之[1]、鏡 哲[1]、金子 奉暁[1]、牛込 充則[1]、的場 周一郎[1]、園部 聡[2]、三上 哲夫[2]、本間 尚子[2]、大塚 由一郎[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院　一般・消化器外科、2. 東邦大学医療センター大森病院　病理診断科・病院病理部)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:00 ~ 14:00 | ポスター14

## 一般演題（ポスター）27　ロボット手術３

座長：藤井 正一（湘南鎌倉総合病院外科）

[P27-1] ロボット支援下結腸癌手術の導入と短期成績について

*吉岡 隆文[1]、丸山 尚嗣[1]、夏目 俊之[1]、野手 洋雅[1]、遠藤 悟史[1]、大塚 亮太[1]、小林 拓史[1]、米川 知里[1]、高木 大地[1]、榎本 崚冴[1]、川平 悠理[1] (1. 船橋市立医療センター)

---

[P27-2] 地方中規模私立病院におけるロボット支援下直腸癌手術導入後短期成績の検討

*上原 拓明[1]、後藤 崇[1]、安藤 有里恵[1]、三木 爽慈[1]、三瓶 康喜[1]、山本 森太郎[1]、黒木 直美[1]、菅瀬 隆信[1]、指宿 一彦[1]、谷口 正次[1]、古賀 倫太郎[1] (1. 社会医療法人同心会　古賀総合病院)

---

[P27-3] 完全内蔵逆位を伴う直腸癌に対してロボット支援腹腔鏡下直腸切断術を施行した1例

*宇野 彰晋[1]、深澤 貴子[1]、鈴木 克徳[1] (1. 磐田市立総合病院消化器外科)

---

[P27-4] 他科のロボット支援下手術時における直腸穿孔の経験

*美並 輝也[1]、郡司掛 勝也[1]、金本 斐子[1]、島田 麻里[1] (1. 福井県立病院　外科・がん治療センター)

---

[P27-5] ロボットを用いた従来の腹腔鏡手術の指導

*陳 開[1]、奈良 悠之介[1]、矢吹 理人[1]、鈴木 広大[1]、茂木 はるか[1]、栗原 由騎[1]、佐々木 勇人[1]、新保 知規[1]、菊地 功[1]、若林 俊樹[1]、打波 宇[1] (1. 市立秋田総合病院消化器外科)

---

[P27-6] ロボット支援直腸癌手術導入初期の短期成績 ― 技術認定資格の有無による比較検討 ―

*赤崎 卓之[1]、堀之内 浩介[1]、入江 久世[1]、塚原 崇夫[1]、坂本 恭平[1]、上床 崇吾[1]、和田 英雄[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(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター1

## 一般演題（ポスター）1　進行大腸癌に対する手術 1

座長：辻仲 眞康（東北医科薬科大学 消化器外科）

[P1-1] 当院における腹部大動脈瘤を合併する左側大腸癌に対する低侵襲手術の検討

*市川 カノン[1]、藤田 悠司[1]、生内 雅人[1]、永守 遼[1]、福浦 一悠[1]、小川 聡一朗[1]、松本 順久[1]、松尾 久敬[1]、大橋 拓馬[1]、小松 周平[1]、栗生 宜明[1]、生駒 久視[1]、岡本 和真[1]、大辻 英吾[1] (1. 京都第一赤十字病院外科)

---

[P1-2] 同時性肝肺転移を伴う閉塞性S状結腸癌に対しSEMS挿入後に3期的切除を行いR0を得た1例

*加藤 俊一郎[1]、桑原 博[1]、大沼田 洵[1]、伊藤 奈々子[1]、鎌田 悠子[1]、小川 康介[1]、光岡 明人[1]、真田 貴弘[1]、中村 典明[1] (1. 秀和総合病院外科)

---

[P1-3] 臍部より腹腔内留置された脳室腹腔シャント留置下の大腸癌に対し腹腔鏡下手術を施行した1例

*鈴木 克徳[1]、深澤 貴子[1]、宇野 彰晋[1] (1. 磐田市立総合病院)

---

[P1-4] 膿瘍形成を伴う虫垂粘液癌に対しHALS虫垂切除術が有効であった1例

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

---

[P1-5] 待機的低侵襲手術症例からみた閉塞性大腸癌の臨床的意義

*加藤 龍太郎[1]、藤井 善章[1]、平野 直樹[1]、山田 拓実[1]、島田 雄太[1]、宮池 哲郎[1]、上野 修平[1]、青山 佳永[1]、今藤 裕之[1]、廣川 高久[1]、宮井 博隆[1]、田中 守嗣[1]、木村 昌弘[1] (1. 刈谷豊田総合病院消化器外科)

---

[P1-6] 切除不能閉塞性結腸癌に対する腹腔鏡下バイパス手術

*川原 大輔[1]、丸屋 安広[1] (1. 十善会病院　外科)

---

[P1-7] 左側腹直筋浸潤した進行横行結腸癌に対して、開腹結腸切除・腹直筋部分切除及び大腿筋膜張筋筋膜移植した一例

*安井 知樹[1]、間下 直樹[1]、石田 大登[1]、近藤 優里奈[1]、加藤 希[1]、劉 麗[1]、大重 英昭[1]、岩崎 真由子[1]、野地 雄太[1]、桑野 誠也[1]、宇野 泰朗[1]、浅野 智成[1]、杉本 博行[1]、望月 能成[1] (1. 小牧市民病院)

---

[P1-8] 内視鏡ホルダ（ロックアーム）を用いた直腸癌DST吻合における吻合部の評価と安定性の検討

*服部 竜也[1]、堀田 正啓[1]、加瀬 晃志[1]、山口 裕平[1]、宮川 真央[1]、鶴田 健太[1]、風間 洸哉[1]、寺谷 大弥[1]、春名 孝洋[1]、安藤 文彦[1]、古木 裕康[1]、野村 聡[1]、神田 知洋[1]、柿沼 大輔[1]、横山 正[1]、牧野 浩司[1]、松田 明久[2] (1. 日本医科大学多摩永山病院消化器外科、2. 日本医科大学付属病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター1

**一般演題（ポスター）1　進行大腸癌に対する手術 1**

座長：辻仲 眞康（東北医科薬科大学 消化器外科）

## [P1-1] 当院における腹部大動脈瘤を合併する左側大腸癌に対する低侵襲手術の検討

*市川 カノン[1]、藤田 悠司[1]、生内 雅人[1]、永守 遼[1]、福浦 一悠[1]、小川 聡一朗[1]、松本 順久[1]、松尾 久敬[1]、大橋 拓馬[1]、小松 周平[1]、栗生 宜明[1]、生駒 久視[1]、岡本 和真[1]、大辻 英吾[1] (1. 京都第一赤十字病院外科)

【はじめに】近年高齢化に伴い腹部大動脈瘤（ＡＡＡ）を合併している左側大腸癌の症例を経験することがある。そのような症例の低侵襲手術における内側アプローチや骨盤内操作では、ＡＡＡを損傷しないような安全性を確保するべき手術手技の工夫かつ腫瘍学的根治性の担保が求められる。今回我々は、当院におけるＡＡＡを合併した左側大腸癌患者に対する低侵襲手術の工夫について検討した。

【患者背景】2019年1月から2026年4月までに当院で左側大腸癌手術を施行した症例のうちＡＡＡを合併している症例について後方視的に検討を行った。

【結果】同期間中の左側大腸癌483例のうちＡＡＡを合併している患者は8例(1.6%)であった。患者背景は、全例男性、年齢中央値74.5歳、BMI中央値22.5、全例ASA-PS2、腫瘍首座はD/RS/Ra= 1/4/3であった。腹部大動脈瘤の最大径中央値は39.8mmで、紡錘6例嚢状2例で、侵襲的治療は開腹グラフト置換術2例、ステント留置術2例であった。手術アプローチは腹腔鏡4例、ロボット3例で、1例は上腹部を腹腔鏡で骨盤内をロボットで施行した。手術時間中央値330分、出血量中央値5g、術後在院日数中央値8日で、いずれも術後合併症は認めなかった。腹腔鏡は通常5ポートで行い、術者ポートは通常よりは内側よりとしたが1例のみポートを追加した。ロボットでは定型的なポート配置のみで追加ポートやデュアルドッキングを必要とした症例はなかった。腫瘍深達度はpT2/T3=1/7、剥離面陽性症例は認めなかった。術後は2例において遠隔転移を認めたが、局所再発した症例はなかった。

【結語】当院でのAAAを合併した左側大腸癌に対する低侵襲手術は比較的安全に施行されている。安全性と根治性を保つためにAAAの状態や侵襲的治療の有無に応じて、ポートの配置や追加、腹腔鏡ロボット併用の検討が肝要であると考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター1

**一般演題（ポスター）1　進行大腸癌に対する手術 1**

座長：辻仲 眞康（東北医科薬科大学 消化器外科）

## [P1-2] 同時性肝肺転移を伴う閉塞性S状結腸癌に対しSEMS挿入後に3期的切除を行いR0を得た1例

*加藤 俊一郎[1]、桑原 博[1]、大沼田 洵[1]、伊藤 奈々子[1]、鎌田 悠子[1]、小川 康介[1]、光岡 明人[1]、真田 貴弘[1]、中村 典明[1] (1. 秀和総合病院外科)

【はじめに】2024年版大腸癌治療ガイドラインではcStageIV大腸癌の治療方針として遠隔転移巣及び原発巣が切除可能であれば原発巣＋遠隔転移巣切除が推奨されている．実際の臨床現場では様々な要素が考慮された上で治療方針が決定されており，化学療法を行ったうえで手術を行っている症例も少なくない．今回，同時性肝肺転移を伴う閉塞性S状結腸癌に対しSEMS(Self Expandable Metalic Stent)を挿入した後に3期的切除を行いR0を得た1例を経験したので報告する．【症例】76歳男性．X日に便秘を主訴に近医を受診しイレウスを指摘され同日当院紹介初診となった．精査を行いS状結腸癌イレウス，同時性肝肺転移疑いで緊急入院となった．X+2日に透視下下部消化管内視鏡検査を行いAV 30cmにscope不通過の全周性潰瘍性病変を認め，生検施行後にSEMSを留置した．留置直後から排便を認めX+10日に自宅退院となった．その後PET-CTを含め精査を行いS状結腸癌，tub1>tub2>>por2，cT4aN1bM2b(H2PUL1)，cStageIVb，RAS G12D，BRAF wild，MSSと診断した．当院に呼吸器外科がなく他院の呼吸器外科含め相談し総合的に化学療法を行わずに3期的に切除を行いR0を目指す方針となった．X+26日，腹腔鏡下S状結腸切除 D3郭清を施行しX+34日に退院．X+46日に開腹肝S7部分切除を施行しX+57日に退院，X+93日に他院で胸腔鏡下右上葉部分切除を施行しX+100日に退院となった．いずれの手術でも合併症は認めなかった．病理学的診断はpT4aN1bM1b(H2PUL1)，pStageIVbで肝肺はいずれも大腸癌の転移として矛盾しない所見，marginは陰性であった．X+118日に胸腹部造影CT検査を行い現時点でR0，CurBであることを確認し術後補助化学療法としてカペシタビン単剤内服を開始した．現在R0となってから術後2か月経過し無再発生存中である．【考察】cStageIV大腸癌の治療方針はガイドラインで記載されている癌の進行度以外に，自施設でできることや患者自身の要素も大きく影響しその方針を決めるのは簡単ではない．今回の症例でも方針に悩んだが，近医呼吸器外科との連携がスムーズにとれたことなどからご本人やご家族と相談し，切除を迅速で安全に行うことができた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター1

**一般演題（ポスター）1　進行大腸癌に対する手術 1**

座長：辻仲 眞康（東北医科薬科大学 消化器外科）

## [P1-3] 臍部より腹腔内留置された脳室腹腔シャント留置下の大腸癌に対し腹腔鏡下手術を施行した1例

*鈴木 克徳[1]、深澤 貴子[1]、宇野 彰晋[1] (1. 磐田市立総合病院)

【はじめに】近年大腸癌は増加傾向にあり、様々な併存疾患を有する患者の手術を余儀なくされる。脳室腹腔シャント造設術は水頭症に対する治療として、多くは脳神経外科医により行われ、脳室からのカテーテルは腹腔内に留置される。腹腔側の穿刺部位は胸骨下の正中切開や傍正中切開などが知られているが、臍部から挿入されることもある。腹腔内カテーテルが術中操作に影響するのみならず、挿入部位により開腹時にも注意が必要である。【症例】60代男性。鮮血便を主訴に近医受診し、S状結腸癌の診断で手術目的に当科紹介となった。既往に高血圧、糖尿病に加え、海面状血管腫後の急性閉塞性水頭症に対し27年前に脳室腹腔シャント施行されており、さらに腹腔側カテーテルは臍部から腹腔内に挿入されていた。手術は臍部を注意しながら切開しカメラポートを挿入した後、腹腔内カテーテル損傷に十分注意しながら、定型的な腹腔鏡下S状結腸切除術を施行した。小開腹のために皮膚切開を延長するにあたり、カテーテル損傷のリスクがあるため脳外科医立ち合いのもと、腹腔側のカテーテルを胸骨下で再挿入し、右傍結腸溝に先端を留置し手術終了とした。術後7日目に頭部CTを施行し明らかな増悪所見ないことを確認し、術後12日目に退院、現在外来通院中である。【考察】大腸癌症例の増加に伴い、併存疾患を有する患者の手術も増加傾向であり、VPシャントを有する患者の腹腔鏡下手術に関する報告は散見される。今回われわれは臍部より挿入されたVPシャントカテーテルを損傷することなく、また術中鏡視下に再挿入することで安全に手術を施行し、良好な経過をたどった症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(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター1

**一般演題（ポスター）1　進行大腸癌に対する手術 1**

座長：辻仲 眞康（東北医科薬科大学 消化器外科）

## [P1-4] 膿瘍形成を伴う虫垂粘液癌に対しHALS虫垂切除術が有効であった1例

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

【はじめに】原発性虫垂癌は多くは急性虫垂炎と診断され、手術を施行された結果、虫垂癌と診断される症例が多い。特に膿瘍形成性急性虫垂炎で発症した症例の場合、癌の併存を疑わず虫垂切除を施行することで手術操作により病変を播種させる可能性も考えられる。【症例】症例は57歳男性。腹痛の精査で急性虫垂炎、腹腔内膿瘍で紹介となった。腹腔内膿瘍に対しCTガイド下ドレナージ施行後、一旦は膿瘍の縮小を認めたが再増大あり、経過中にS状結腸と瘻孔形成を認めた。悪性腫瘍を念頭に膿瘍に接する範囲を合併切除する方針でHALS虫垂切除術、小腸部分切除、S状結腸部分切除術を施行した。術中所見で明らかな腹膜播種病変は認めなかった。腫瘍は直腸間膜に乗っている形であった。小腸部分切除後に腫瘍を触知しながら切除範囲を決定した。直腸間膜の腹膜とS状結腸瘻孔形成部を合併切除した。病理診断はMucinous adenocarcinoma, pT4b（S状結腸）Ly0, V0, Pn0, pPM0, pRM0であった。【考察】HALS（Hand assisted laparoscopic surgery）手技は術者の左手を腹腔内に挿入することによって触覚を用いた手術が可能であるため、大きな腫瘍や術野オリエンテーションのつきづらい症例において、安全に手術を行う一助になると考える。本症例では腹腔内の癒着の状況や腫瘍局在が触覚により把握できたことにより、腫瘍露出のない腫瘍切除に有効であったと考える。【結語】膿瘍形成性虫垂炎で発症し、保存的加療後に虫垂腫瘍を疑い、HALS手技が有効であった虫垂粘膜癌の1例を報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター1

**一般演題（ポスター）1　進行大腸癌に対する手術 1**

座長：辻仲 眞康（東北医科薬科大学 消化器外科）

## [P1-5] 待機的低侵襲手術症例からみた閉塞性大腸癌の臨床的意義

*加藤 龍太郎[1]、藤井 善章[1]、平野 直樹[1]、山田 拓実[1]、島田 雄太[1]、宮池 哲郎[1]、上野 修平[1]、青山 佳永[1]、今藤 裕之[1]、廣川 高久[1]、宮井 博隆[1]、田中 守嗣[1]、木村 昌弘[1] (1. 刈谷豊田総合病院消化器外科)

【背景】閉塞性大腸癌の臨床的意義は，緊急手術や開腹手術を含む報告が多く，待機的低侵襲手術症例に限定した検討は少ない．
【目的】待機的低侵襲手術を施行した大腸癌症例において，閉塞の程度と短期成績・長期予後との関連を検討する．
【対象・方法】2009年1月～2023年12月に当院で原発性大腸癌に対し腹腔鏡またはロボット支援下手術を施行した1726例を後方視的に解析した．開腹手術，Stage Ⅳ，術前化学（放射線）療法，穿孔・膿瘍形成，緊急切除，虫垂癌，Tis症例を除外した．術前内視鏡・CT所見および症状から，非閉塞群（NO）1229例，内視鏡的閉塞群（EO）406例，腸閉塞群（BO）91例に分類した．短期成績，無再発生存率（RFS），癌特異的生存率（CSS），予後因子を検討した．
【結果】病理病期，リンパ管侵襲，静脈侵襲はNO，EO，BOの順に有意に進行していた（いずれもp for trend＜0.001）．出血量，Clavien-Dindo III以上合併症，術後在院日数はEO/BO群で高値であったが，手術時間，開腹移行率に差はなかった．5年RFSは86.5%，76.4%，67.4%，5年CSSは93.5%，86.2%，79.2%で，いずれも群間差を認めた（ともにp＜0.0001）．一方，多変量解析ではEO，BOはいずれもRFS，CSSの独立予後因子ではなかった．
【結語】待機的低侵襲手術症例においてEO/BOは独立した予後規定因子ではなく，より進行した腫瘍学的背景を反映する所見と考えられた．適切な減圧後であれば，BO症例に対しても待機的低侵襲手術は実施可能である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター1

**一般演題（ポスター）1　進行大腸癌に対する手術 1**

座長：辻仲 眞康（東北医科薬科大学 消化器外科）

## [P1-6] 切除不能閉塞性結腸癌に対する腹腔鏡下バイパス手術

*川原 大輔[1]、丸屋 安広[1] (1. 十善会病院　外科)

閉塞性大腸癌の治療は、癌の進行度、閉塞部位、患者背景などをもとに決定される。根治不可能な場合に姑息治療が必要になるが、大腸ステント留置、姑息的原発巣切除、人工肛門造設、バイパス術など治療法の選択は様々である。今回、切除不能結腸癌に対しバイパス手術が有用であったと思われた2症例を提示する。症例１）78歳、男性。腹痛、食欲不振を主訴に救急外来受診。精査で上行結腸癌イレウス、十二指腸浸潤、癌性腹膜炎の診断。緩和目的に腹腔鏡下盲腸-横行結腸バイパス術を施行した。るい痩著明で全身状態不良であったが、術後は速やかに全身状態改善し、10日目に退院となった。現在、外来通院で化学療法中。
症例2）82歳、男性。前立腺癌の全身精査にて偶発的に指摘された下行結腸癌、脾臓浸潤、肝転移、肺転移。自覚症状は認めなかったが、大腸ファイバーの通過不良、口側結腸の拡張を認め、化学療法導入前に姑息治療が必要と判断し、腹腔鏡下横行結腸-下行結腸バイパス手術を施行した。術後11日目に退院し、現在外来で化学療法を継続中。
閉塞性大腸癌の姑息手術として、人工肛門造設術を選択することが多いため、本症例に対しては回腸人工肛門造設、および横行結腸人工肛門造設が一般的であると思われる。今回の2症例を経験し、術後のQOLの観点から、症例によってはバイパス手術が最善の姑息手術になりうると思われた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター1

**一般演題（ポスター）1　進行大腸癌に対する手術 1**

座長：辻仲 眞康（東北医科薬科大学 消化器外科）

## [P1-7] 左側腹直筋浸潤した進行横行結腸癌に対して、開腹結腸切除・腹直筋部分切除及び大腿筋膜張筋筋膜移植した一例

*安井 知樹[1]、間下 直樹[1]、石田 大登[1]、近藤 優里奈[1]、加藤 希[1]、劉 麗[1]、大重 英昭[1]、岩崎 真由子[1]、野地 雄太[1]、桑野 誠也[1]、宇野 泰朗[1]、浅野 智成[1]、杉本 博行[1]、望月 能成[1] (1. 小牧市民病院)

症例は77歳、女性、2026年4月に腹部腫瘤・左下腹部痛を自覚し前医受診した。
精査目的に当院紹介受診で横行結腸癌・腹直筋浸潤の診断となった。病期はT4bN0M0, StageIIcだった。
2026年5月1日、横行結腸切除D3郭清、腹直筋部分切除を施行した。その後、大腿筋膜張筋筋膜を12cm×6cm摘出し、腹直筋欠損部位に3-0吸収糸縫合にて筋膜移植し、ドレーン陰圧管理とし手術を終了した。術後経過良好で合併症なく退院した。

筋膜移植の部位として大腿筋膜張筋や腹直筋鞘、側頭筋などの筋膜が使用されることが多い。本症例のような手術で腹直筋筋膜欠損した場合、腹壁瘢痕ヘルニアになるため同時に筋膜移植で腹壁修復することがあり、大腿筋膜張筋筋膜を使用した。

筋膜移植のメリットとして自己組織であるため、異物反応がなく、感染症の合併症が少ない。一方で、採取した部位に傷跡や機能低下が残存する可能性がある。また、長期的に見て移植した組織が吸収や縮小、変形などするリスクがあり、追加の修正手術が必要になることもある。大腸癌手術と同時に行う筋膜移植は欠損部位と大きさで症例毎に検討する必要がある。
今回我々は左側腹直筋浸潤した進行横行結腸癌に対して、横行結腸切除・腹直筋部分切除及び大腿筋膜張筋筋膜移植した一例を経験したため, 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(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター1

**一般演題（ポスター）1　進行大腸癌に対する手術 1**

座長：辻仲 眞康（東北医科薬科大学 消化器外科）

## [P1-8] 内視鏡ホルダ（ロックアーム）を用いた直腸癌DST吻合における吻合部の評価と安定性の検討

*服部 竜也[1]、堀田 正啓[1]、加瀬 晃志[1]、山口 裕平[1]、宮川 真央[1]、鶴田 健太[1]、風間 洸哉[1]、寺谷 大弥[1]、春名 孝洋[1]、安藤 文彦[1]、古木 裕康[1]、野村 聡[1]、神田 知洋[1]、柿沼 大輔[1]、横山 正[1]、牧野 浩司[1]、松田 明久[2] (1. 日本医科大学多摩永山病院消化器外科、2. 日本医科大学付属病院消化器外科)

【はじめに】
直腸癌での経肛門的なDST（Double Stapling Technique）吻合におけるサーキュラーステープラーの操作の安定性は吻合部の形成に影響し，それは縫合不全の発生率に影響すると考えられる．また吻合は不潔野からの経肛門的操作も必要であり手術人員の追加が必要となる．今回腹腔鏡下手術時のスコピストの補助などに使われる内視鏡ホルダでサーキュラーステープラーを固定しDST吻合を行うことがステープラーを扱う助手の吻合時の手ぶれの軽減となり吻合部形成の安定に寄与できるか，またステープラーの固定に伴いロボット手術時での執刀医自身による不潔野からの操作で吻合も行うことが可能となり，追加人員の削減にも貢献できるか検討した．
【方法】
当施設で施行した直腸癌手術において経肛門的なDST吻合を行う20例(高位前方切除，低位前方切除術)を対象とした．
それぞれをシステム・ジェーピー社の内視鏡ホルダ（ロックアーム F-20X）を用いサーキュラーステープラーを固定し吻合を行う（ホルダ群）10例と，その固定を行わずDST吻合を行う（従来群）10例に割り当て比較および検討を行った．
吻合部の評価はステープルラインを肉眼・腹腔鏡下での吻合漿膜側と術中内視鏡での吻合粘膜側からのそれぞれで観察を行うことで評価した．
漿膜側はステープルの露出の程度，最外側のステープルラインの配列の乱れや組織の滑脱などで評価し，粘膜側は術中内視鏡像にて粘膜の虚血やうっ血の程度や粘膜の密着の程度を評価し，それぞれをGrade1-3で分類し対象の2群間で比較および検討した．
【考察】
内視鏡ホルダによるステープラーの固定が吻合の安定性の向上ひいては手術人員の削減に貢献されるか，既報との違いを考察する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター1

## 一般演題（ポスター）2　進行大腸癌に対する手術 2

座長：田中 慶太朗（市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科）

[P2-1] 直腸癌術後縫合不全部における難治性瘻孔治療に難渋した一例

*呉林 秀崇[1]、小林 泰三[1]、廣野 靖夫[2]、五井 孝憲[3] (1. 春江病院外科、2. 福井大学附属病院がん診療推進センター、3. 福井大学医学部第一外科)

---

[P2-2] S状結腸下行結腸接合部結腸癌に対するD3リンパ節郭清での下腸間膜動脈根部切離と温存の成績の検討

*中道 脩介[1]、清水 浩紀[1]、有田 智洋[1]、名西 健二[1]、木内 純[1]、倉島 研人[1]、塩﨑 敦[1] (1. 京都府立医科大学消化器外科)

---

[P2-3] non-touch isolation法による腹腔鏡下結腸右半切除術のポイント

*原口 直紹[1]、南 壮一郎[1]、土橋 果実[1]、古賀 睦人[1]、三上 希実[1]、山平 陽亮[1]、額原 敦[1]、伊丹 偉文[1]、木村 豊[1] (1. 近畿大学奈良病院消化器外科)

---

[P2-4] T4b大腸癌に対する腹腔鏡下手術の短期・中期成績

*鳥居 翔[1]、小林 靖幸[1]、浜野 孝[1] (1. 総合病院聖隷浜松病院)

---

[P2-5] 右側結腸切除に対する体腔内吻合の短期成績

*古谷 晃伸[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]、若原 智之[1]、金光 聖哲[1] (1. 淀川キリスト教病院外科)

---

[P2-6] 腹腔鏡下大腸切除術における腹壁瘢痕ヘルニアのリスク因子の検討

*小森 孝通[1]、市原 もも子[1]、加藤 雅也[1]、麻本 翔子[1]、辻野 将生[1]、早瀬 志門[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. 兵庫県立西宮病院外科)

---

[P2-7] 直腸癌に対するTaTME併用6症例の検討

*岩井 周作[1]、中澤 幸久[1]、池田 耕介[1]、高木 拓実[1]、南 雄介[1]、堤 純[1]、原 春久[1] (1. みなと医療生活協同組合協立総合病院)

---

[P2-8] 当院における高度肥満を伴う大腸癌症例に対する手術成績の検討

*野地 雄太[1]、宇野 泰朗[1]、石田 大登[1]、近藤 優里奈[1]、加藤 希[1]、劉 麗[1]、大重 英昭[1]、岩崎 真由子[1]、安井 知樹[1]、桑野 誠也[1]、小池 翠[1]、浅野 智成[1]、間下 直樹[1]、野田 純代[1]、杉本 博行[1]、望月 能成[1] (1. 小牧市民病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター1

**一般演題（ポスター）2　進行大腸癌に対する手術 2**

座長：田中 慶太朗（市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科）

## [P2-1] 直腸癌術後縫合不全部における難治性瘻孔治療に難渋した一例

*呉林 秀崇[1]、小林 泰三[1]、廣野 靖夫[2]、五井 孝憲[3] (1. 春江病院外科、2. 福井大学附属病院がん診療推進センター、3. 福井大学医学部第一外科)

症例：65歳男性　X年9月急性腹症にて当院救急搬送され、急性虫垂炎の診断で、腹腔鏡下虫垂切除術を施行した。その4ヶ月後より排便時出血を認め、当院を再度受診。精査にてRaを主体とした半周性の進行直腸癌を指摘し、X+1年2月に腹腔鏡下直腸低位前方切除術、3群リンパ節および両側側方リンパ節郭清、DST吻合、covering ileostomyを行った。下部消化管内視鏡を用いた術中Leak testでは問題を認めなかった。最終診断はRectal cancer RaRb type2 5×3.5cm muc>sig>tub2 T3(SS) N1b(251) M0 StageIIIbとした。術後outlet obstructionを認めチューブ留置を一時的に行い、18PODで退院となった。退院後、術後補助化学療法としてCAPOX療法を開始した。術後4ヶ月にcovering ileostomy閉鎖を検討するために、下部消化管内視鏡検査と腹部CT検査を行ったところ、DST吻合部のステイプルラインが重なる部分での縫合不全とそれにともなった仙骨前面への小瘻孔、小膿瘍を疑う所見を認めた。この時点でのcovering ileostomyの閉鎖は断念し、化学療法ごとに瘻孔部の洗浄治療を行った。半年間の術後補助化学療法終了後も、瘻孔は残存し、ベリプラストを用いた内視鏡下での瘻孔閉鎖も試行したが、結果として改善は認めなかった。以後も瘻孔部の改善を認めず、covering ileostomy周囲の皮膚障害など管理も困難であったために、本人と相談し、直腸手術から1年後に、瘻孔部を含めた吻合部切除として直腸切断術および人工肛門造設を施行した。病理検査では瘻孔部および軟部組織には悪性所見は認めなかった。
縫合不全は直腸手術における最大の合併症であり、治療が難しいばかりか、患者予後にも寄与する因子である。またその治療法は一定ではなく、難渋することも多い。今回、治療に難渋し、結果として永久ストマとなった教訓的な症例と考え、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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター1

**一般演題（ポスター）2　進行大腸癌に対する手術 2**

座長：田中 慶太朗（市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科）

## [P2-2] S状結腸下行結腸接合部結腸癌に対するD3リンパ節郭清での下腸間膜動脈根部切離と温存の成績の検討

*中道 脩介[1]、清水 浩紀[1]、有田 智洋[1]、名西 健二[1]、木内 純[1]、倉島 研人[1]、塩﨑 敦[1] (1. 京都府立医科大学消化器外科)

【目的】
S状結腸下行結腸接合部（Sigmoid-Descending colon Junction; SDJ）結腸癌に対する腹腔鏡下D3リンパ節郭清において、責任血管である下腸間膜動脈（IMA）根部結紮の要否については一定の見解が得られていない。今回、当院におけるIMA根部結紮とIMA温存（左結腸動脈および／またはS状結腸動脈結紮）による術式の違いが短期・長期成績に与える影響を比較検討した。

【方法】
SDJ結腸癌は術前の注腸造影検査もしくはCT colonography検査にて、左腸骨稜から5cm以内に存在する結腸癌と定義した。2010年1月から2025年12月までに、当院でSDJ結腸癌に対し腹腔鏡下もしくはロボット支援下でD3リンパ節郭清を施行した症例を後方視的に解析した。緊急手術症例、遠隔転移症例、他臓器同時切除例、開腹手術症例は除外した。患者をIMA根部切離群とIMA温存群に分け、臨床病理学的背景因子、短期成績、長期成績について比較検討した。

【成績】
対象は46例で、IMA根部切離群27例、IMA温存群19例であった。腫瘍局在としては下行結腸、S状結腸がそれぞれ20例、26例であった。吻合法は主に機能的端端吻合(FEEA)もしくはDST吻合が用いられ、IMA根部切離群ではDST吻合が92.6%を占めたのに対し、IMA温存群ではFEEAが88.2%と多かった。両郡間では、術後合併症率は (11.1% vs 26.3%、p=0.180)でIMA温存群で合併症率が高い傾向にあったが、有意差は認めなかった。縫合不全は両群とも認めなかった。また中央値で比較し、手術時間（237分 vs 244分、p=0.991や主リンパ節郭清個数に差は認めなかった（3個 vs 2個、p=0.212）。長期成績としては、5年無再発生存率は両群間で同等であった（83.6% vs 94.7%、p=0.253）。

【結論】
当院でのSDJ結腸癌における腹腔鏡下D3リンパ節郭清下でのIMAの温存の有無による成績の比較を行った。両者の安全性と長期成績に関して今後もさらなる症例の蓄積と検証が望まれる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター1

**一般演題（ポスター）2　進行大腸癌に対する手術 2**

座長：田中 慶太朗（市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科）

## [P2-3] non-touch isolation法による腹腔鏡下結腸右半切除術のポイント

*原口 直紹[1]、南 壮一郎[1]、土橋 果実[1]、古賀 睦人[1]、三上 希実[1]、山平 陽亮[1]、額原 敦[1]、伊丹 偉文[1]、木村 豊[1]
(1. 近畿大学奈良病院消化器外科)

右側結腸は左側結腸と比べ、低分化腫瘍が多く、また、リンパ節転移陽性症例が多い。故に右側結腸癌そのものが全生存率に対するリスク因子となることが知られている。non-touch isolation techniqueとは、癌病巣の剝離・授動操作に先立って、腫瘍領域の支配血管の結紮・切離を行う手術手技であり、血管内や腹腔内への癌細胞の散布を防止することが期待されている。故に、non-touch isolation techniqueを用いた手術手技は、独立予後因子となり得る右側結腸癌、特に進行癌において、予後の改善に寄与出来るのではないかと期待できる。加えて、近年では体腔内吻合技術の普及により、腫瘍近傍の授動に先んじての辺縁血管の処理・体腔内での腸管切離は技術的ハードルが低くなっている（吻合を体腔外とするのか体腔内とするのかは、腫瘍細胞の散布のリスクを考慮する必要がある）。ここでは、non-touch isolation法による腹腔鏡下結腸右半切除術で重要となるポイントを紹介する。手術のポイントは、上腸間膜静脈（SMV）の腹側へのアプローチと、medialからlateral、つまり、SMVから後腹膜へ向けたアプローチである。回盲部から口側の小腸間膜を骨盤内に広げ上腸間膜血管索を頭尾側に一直線に進展させることが重要であり、また、膜切開の開始点は、無血管野と回結腸血管索をメルクマールにし、回結腸静脈 (ICV)の分岐部より尾側から行う。回腸枝腹側から行った場合は、静脈右縁に回り込み、小腸間膜を解放することで、小腸間膜根から頭側に向かって十二指腸腹側に入ることが容易となる。ICVの分岐部に近い領域で入る場合には、後腹膜側に入る難易度は上がるが、SMV周囲を覆う薄膜を腹側で切開し郭清領域につけて外側に牽引し、SMV右側で頭側に向かって、この薄膜を頭側に切離し、さらに結腸間膜後膜と十二指腸前面の筋膜を切離すると、膵被膜を温存する形で膵十二指腸前面に入ることができる。この際、膜を一枚ずつ切っていくという操作が肝要である。血管軸に対して頭尾側に対して水平な術者右手鉗子操作が有利となる為、術者は脚間に立ち、右手ポートは下腹部正中に置いている。予後データは未だないが、手術の手技について提示を行いたい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター1

**一般演題（ポスター）2　進行大腸癌に対する手術 2**

座長：田中 慶太朗（市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科）

## [P2-4] T4b大腸癌に対する腹腔鏡下手術の短期・中期成績

*鳥居 翔[1]、小林 靖幸[1]、浜野 孝[1] (1. 総合病院聖隷浜松病院)

【緒言】T4b大腸癌に対する腹腔鏡下手術の予後は、開腹手術よりも劣る可能性が報告されている。当院でのT4b大腸癌に対する腹腔鏡下手術（ロボット支援手術含む）の短期・中期成績を明らかにすることを目的とした。【対象と方法】2023年5月から2024年6月までのcStage II/ III大腸癌に対する腹腔鏡下手術を対象にT4b群10例とそれ以外103例に分けて短期・中期成績を評価した。【結果】年齢中央値67.5歳、男女比57:56、BMI中央値22.1。既往歴は心疾患/ 糖尿病/ 呼吸器疾患27/ 25/ 23例。原発巣の深達度T1/ T2/ T3/ T4が1/ 5/ 74/ 33例。リンパ節転移N0/ N1/ N2/ N3が45/ 46/ 17/ 5例。Stage 2/ 3が44/ 69例。アプローチ法は腹腔鏡60例、ロボット53例。術式は部分切除7例、回盲部切除22例、結腸右半切除26例、結腸左半切除8例、 S 状結腸切除20例、高位前方切除5例、低位前方切除20例、腹会陰式直腸切断術3例、ハルトマン手術1例。手術時間中央値251分、出血量中央値10 ml、開腹移行は7例。Clavien-Dindo (CD)分類≧grade IIの合併症は29例(25.6 %)で、SSI 12例、イレウス9例、肺炎5例、心疾患2例、出血1例、脳梗塞1例、その他4例（重複あり）。在院死は1例、術後在院期間中央値10日。T4b群で手術時間が有意に長く、合併症は有意に多く、grade IIIの合併症は十二指腸狭窄1例、心不全1例であった。また在院期間は有意に長かった。中期成績は術後補助療法16例、観察期間中央値2年1ヶ月で再発20例、2年全生存率97.1%、術後診断がStage IVであったものを除く2年無再発生存率84.2%。2年無再発生存率はT4b群で 75.0% (vs 85.1%, p=0.02)、CD 分類≧grade IIの合併症例で 76.4% (vs 86.8%, p=0.02)と有意に低下した。【考察】当科でT4b大腸癌に対する腹腔鏡下手術は手術時間が長く、合併症が多かったが、grade3の合併症に有意差は無かった。中期成績はT4b群、CD分類≧grade IIの合併症例で再発率が上昇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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター1

**一般演題（ポスター）2　進行大腸癌に対する手術 2**

座長：田中 慶太朗（市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科）

## [P2-5] 右側結腸切除に対する体腔内吻合の短期成績

*古谷 晃伸[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]、若原 智之[1]、金光 聖哲[1] (1. 淀川キリスト教病院外科)

【はじめに】結腸癌手術において従来は小開腹創で腸管を切除し体腔外吻合を行ってきたが、近年では体腔内で切除吻合を行うことが普及しつつある。当科でも2024年9月から右側結腸切除に対して体腔内吻合再建を開始した。
【目的】当科の右側結腸切除に対する体腔内吻合再建の短期成績を明らかにすること。
【対象・方法】対象は2024年9月から2026年3月までに当科で施行した腹腔鏡下およびロボット支援下右側結腸切除術60例。緊急手術症例は除外した。体腔内吻合再建群（IA）と体腔外吻合再建群（EA）の短期成績を比較検討した。なお当科の体腔内吻合はoverlap法、切除標本は臍部小切開から回収としている。
【結果】60例中でIA群は18例、EA群は42例。IA vs EAで年齢中央値（歳）：82（56　—　91）vs 73（21 — 90）（p＝0.01）、性別（男／女）：9／9 vs 25／17（p＝0.58）、BMI：23.0（ 18.3　—　30.4）vs 21.9（15.6　—　28.9）（p＝0.15）、HbA1c（%）：5.7（5.0 — 7.7）vs 5.7（4.7　—　9.0）（p＝0.68）、cStageI／II／III／IV／other：3／2／11／1／1 vs 9／6／18／3／6（p＝0.84）、アプローチ（腹腔鏡／ロボット）：7／11 vs 33／9（p＜0.01）、術式（回盲部切除／結腸右半結腸切除）：7／11 vs 27／15（p＝0.09）、術者（技術認定医／それ以外）8／10 vs 12／30（p＝0.25）、手術時間（分）：364（229 — 531）vs 274（158 — 742）（p＜0.01）、出血量（g）：0（0 — 175）vs 0（0 — 1773）（p＝0.12）、術中血管損傷（あり／なし）：0／18 vs 2／40（p＝1.0）排ガスまでの日数：2（1 — 3）vs 3（1 — 5）（p＝0.02）、術後1日目の白血球数（／μL）：10400（5800 — 12500）vs 9000（5000 — 22400）（p＝0.11）、術後1日目のCRP（／μL）：4.70（2.09 — 10.38）vs 3.00（0.51 — 18.30）（p＜0.01）、術後合併症（CD≧2　あり／なし）3／15 vs 10／32（p＝0.74）、総感染（あり／なし）2／16 vs 3／39（p＝0.63）術後在院日数：7（6 — 16）vs 7（6 — 37）（p＝0.28）。
【考察】IA群はEA群と比較して、ロボット支援下手術が多く手術時間が90分長かった。術後のCRPは高いが排ガスは1日早く術後在院日数に差を認めなかった。今後さらなる症例の集積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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター1

**一般演題（ポスター）2　進行大腸癌に対する手術 2**

座長：田中 慶太朗（市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科）

## [P2-6] 腹腔鏡下大腸切除術における腹壁瘢痕ヘルニアのリスク因子の検討

*小森 孝通[1]、市原 もも子[1]、加藤 雅也[1]、麻本 翔子[1]、辻野 将生[1]、早瀬 志門[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. 兵庫県立西宮病院外科)

【背景】腹壁瘢痕ヘルニア（incisional hernia：IH）は，大腸癌の腹腔鏡下手術においても比較的多くみられる術後合併症のひとつである．整容性やQOLに影響を及ぼすうえに，治療は全身麻酔下での手術となり患者の負担が大きく，その発生頻度を減らす対策が求められている．
【目的】当院における腹腔鏡下大腸癌切除術後のIHのリスク因子を明らかにし，有棘連続縫合糸による閉腹の有効性を検討する．
【方法】2020年1月から2024年3月までに，当科で腹腔鏡下切除術を施行した大腸癌症例のうち，CTにて術後2年以上の経過観察ができた症例について，IHの発生と臨床病理学的因子の関連を後方視的に検討した．
手術時の小開腹は臍部におき，閉腹は創直下に癒着防止材を貼付後，2022年3月までは腹膜・腹直筋鞘を抗菌性モノフィラメント吸収性縫合糸で結節縫合，2022年4月以降は抗菌性モノフィラメント吸収性有棘連続縫合糸で連続縫合し，皮膚は埋没縫合した．術後のIHの有無はCTで診断した．
【結果】全244例のうち，IHは32例（13%）に認められた．年齢・性別・PS・BMI・喫煙歴・糖尿病・ステロイド内服・抗血栓剤内服・術前Alb値・開腹手術歴・腫瘍の局在・腫瘍の大きさ・腹腔鏡/ロボット手術・硬膜外麻酔・手術時間・出血量・癌の進行度・根治度・術後創感染・術後の化学療法などの因子について検討した．
単変量解析では，75歳未満・BMI25以上・ASA-PS 1/2・術前Alb値3.5以上・根治度CがIHの有意なリスク因子（$p<0.05$）となり，有棘連続縫合糸の使用の有無による違いは認められなかった（$p=0.81$）．多変量解析では，BMI25以上（HR：3.1，95%CI：1.5-6.6，$p=0.0030$）と根治度C（HR：3.6，95%CI：1.2-11，$p=0.022$）がIHの独立したリスク因子として抽出された．術後創感染については，有棘連続縫合糸の使用の有無で有意差は認められなかった．
【結論】当院の検討では，BMI25以上と根治度CがIHのリスク因子であり，有棘連続縫合糸による閉腹はIHのリスクを減少させなかった．今後は，さらにIHを減少させる対策が求められる．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター1

**一般演題（ポスター）2　進行大腸癌に対する手術 2**

座長：田中 慶太朗（市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科）

## [P2-7] 直腸癌に対するTaTME併用6症例の検討

*岩井 周作[1]、中澤 幸久[1]、池田 耕介[1]、高木 拓実[1]、南 雄介[1]、堤 純[1]、原 春久[1] (1. みなと医療生活協同組合協立総合病院)

【はじめに】
直腸癌は骨盤内の狭い術野での手術が必要であり技術的に難易度が高い.根治性を保ちつつ機能温存するために経肛門的鏡視下手術：Transanal total mesorectal excision(以下TaTME)が期待されている.当院では2024年9月から2026年5月までにTaTME併用直腸癌手術を6例経験した.
【患者背景】
年齢は54-92(中央値64),性別は男性4例と女性2例, ASAPS Ⅱ が5例,Ⅲが１例,BMIは18.8-34.4(中央値23).腫瘍局在はRb4例,Ra2例で術前UICC病期分類(第8版)はStage Ⅱ 5例,StageⅢbで1例術前化学療法を施行した.
【結果】
術式はLAR5例,ICR＋Hartmann 1例.手術時間(分)：303-506(中央値441),出血量(ml)：19-358(中央値116), 吻合高AV(cm)：3-5(中央値4),自律神経は全て温存した.術後合併症はClavien-Dindo(CD)Ⅲbのストマ出口部狭窄1例,CDⅢaの骨盤内膿瘍1例,CD Ⅱ の術後小腸閉塞と尿路感染1例を認めた.排尿障害は認めなかった.腫瘍径(mm):40-90(中央値50),遠位断端までの距離(mm)：15-50(中央値22.5),CRMはいずれも十分に確保されていた.最終病理診断はStage Ⅰ が2例,StageⅡaが2例,StageⅢaが1例,StageⅢb1例であった.術後在院日数(日)は15-27(中央値18.5)であった.ストマ閉鎖までの期間はそれぞれ3.5ヵ月,7ヵ月(補助化学療法施行),4.5ヵ月,13日であった.1例はハルトマン手術,1例は閉鎖時期未定である.ストマ閉鎖例では日常生活に支障が出る排便障害を認めていない.
【考察】
手術時間は全体に長く,腹腔側の難渋例(腸管癒着症例,多発癌,肥満症例)があったことを考慮しても,まだ改善の余地がある.従来の腹腔鏡下TMEでは直腸剥離からの切離と吻合でかなりのストレスがあったが,遠位マージンを確実に確保できること,腹腔側と協調して神経温存を確認できること, single stapling technique(SST)吻合に手縫い補強が可能なことでTaTMEには利点がある. 全例排尿障害なくR0切除可能であった.術後合併症は1例ストマの早期閉鎖せざるを得ない症例を経験した.長期予後に関しては今後も慎重なフォローを要する.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター1

**一般演題（ポスター）2　進行大腸癌に対する手術 2**

座長：田中 慶太朗（市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科）

## [P2-8] 当院における高度肥満を伴う大腸癌症例に対する手術成績の検討

*野地 雄太[1]、宇野 泰朗[1]、石田 大登[1]、近藤 優里奈[1]、加藤 希[1]、劉 麗[1]、大重 英昭[1]、岩崎 真由子[1]、安井 知樹[1]、桑野 誠也[1]、小池 翠[1]、浅野 智成[1]、間下 直樹[1]、野田 純代[1]、杉本 博行[1]、望月 能成[1] (1. 小牧市民病院)

高度肥満症例（Body mass index(BMI)35kg/m2以上）では一般的に周術期合併症、死亡率は比較的高率であり、手術難易度も上昇するとされる。近年、腹腔鏡下・ロボット支援下手術の適応拡大が進む中で、当院で施行した高度肥満大腸癌症例の治療成績の検討を行なった。

【対象・方法】

2018年1月から2025年12月までに手術を施行したBMI≧35の原発性大腸癌患者9例を対象に後方視的検討を行った。

【結果】

年齢38~81歳（中央値65歳）、性別は男性4例・女性5例、身長140~171cm（中央値158.6cm）、体重69.5~107.6kg（中央値94kg）、BMI 35.1~40.2kg/m2（中央値36.7kg/m2）であった。局在は上行結腸2例、横行結腸１例、下行結腸１例、S状結腸４例、Rs直腸１例であり、臨床病期はStageⅠ１例、StageⅡ1例、StageⅢ7例の診断であった。アプローチ法は開腹手術3例、腹腔鏡下手術2例、ロボット支援下手術4例であり、手術時間は193~345分（中央値244分）、出血量は1~427ml（中央値18ml）、Clavien-Dindo分類GradeⅢ以上が1例、在院日数は5~19日（中央値9日）であった。

【考察・結語】

近年、ロボット支援下手術の導入が進み、当院では高度肥満症例に対しても積極的に適応としている。本検討では、術式、Stage、担当医手技などの差はあるものの腹腔鏡下・ロボット支援下手術は開腹手術に比べ出血量が少なく、在院日数も短い傾向にあった。腹腔鏡下・ロボット支援下での手術適応が拡大している昨今において高度肥満患者に対しても選択肢となり得るが、今後も引き続きの症例集積・検討が望まれる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター2

## 一般演題（ポスター）3　遺伝性大腸癌・ポリポーシス

座長：永田 信二（広島市立北部医療センター安佐市民病院　消化器内科）

### [P3-1] MSH2体細胞モザイクにより引き起こされたMSH2欠損大腸癌

*佐田 春樹[1,2]、新津 宏明[2,3]、中原 輝[3]、嶋田 徳光[1]、清水 洋祐[1,2]、大段 秀樹[2]、新井田 要[4]、檜井 孝夫[2,3] (1. 独立行政法人国立病院機構 呉医療センター 外科、2. 広島大学大学院医系科学研究科消化器移植外科学、3. 広島大学病院遺伝子診療科、4. 金沢医科大学病院ゲノム医療センター)

### [P3-2] 大腸癌による腸重積を発症したリンチ症候群の1例

*宮宗 秀明[1]、加藤 雄也[1]、高橋 立成[1]、岡林 弘樹[1]、内海 方嗣[1]、北田 浩二[1]、濱野 亮輔[1]、徳永 尚之[1]、寺石 文則[1]、常光 洋輔[1]、大塚 眞哉[1]、稲垣 優[1] (1. 福山医療センター外科)

### [P3-3] 血縁者の大腸癌診断を契機に診断し得たリンチ症候群を疑う10歳代早期直腸癌症例

*定光 ともみ[1]、竹井 健[1]、中原 啓貴[1]、切畑屋 友希[1]、西和田 敏[1]、田仲 徹行[1]、吉村 淳[1]、中川 正[1] (1. 南奈良総合医療センター外科)

### [P3-4] 家族性大腸腺腫症関連デスモイド腫瘍における部位別治療成績―腹腔内病変と腹腔外病変の比較―

*伊勢 一郎[1]、皆瀬 翼[1]、村上 恵[1]、佐藤 好宏[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. 東北大学大学院消化器外科学)

### [P3-5] 当院で手術を施行した若年性大腸癌37例の検討

*金城 あやか[1]、西居 孝文[1]、坂元 寿美礼[1]、瀬良 知央[1]、西村 潤也[1]、井関 康仁[2]、福岡 達成[1]、西 智史[1]、櫻井 勝宣[1]、久保 尚士[1]、清水 貞利[1] (1. 大阪市立総合医療センター　消化器外科、2. 和泉市立総合医療センター　消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター2

**一般演題（ポスター）3　遺伝性大腸癌・ポリポーシス**

座長：永田 信二（広島市立北部医療センター安佐市民病院　消化器内科）

## [P3-1] MSH2体細胞モザイクにより引き起こされたMSH2欠損大腸癌

*佐田 春樹[1,2]、新津 宏明[2,3]、中原 輝[3]、嶋田 徳光[1]、清水 洋祐[1,2]、大段 秀樹[2]、新井田 要[4]、檜井 孝夫[2,3] (1. 独立行政法人国立病院機構 呉医療センター 外科、2. 広島大学大学院医系科学研究科消化器移植外科学、3. 広島大学病院遺伝子診療科、4. 金沢医科大学病院ゲノム医療センター)

【背景】大腸癌におけるミスマッチ修復（MMR）タンパクの発現消失は、MLH1プロモーターのメチル化によるものを除き、リンチ症候群を示唆する。リンチ症候群の確定診断には末梢血を用いた遺伝学的検査が行われるが、病的バリアントが同定されない症例も一定数存在し、体細胞モザイクバリアントの関与が報告されている。
【症例】49歳男性。横行結腸癌に対して手術を施行した。病理所見では、漿膜下層まで浸潤する粘液成分およびmedullary-like所見を伴う中分化腺癌であった。免疫染色ではMLH1およびPMS2は保持され、MSH2およびMSH6の発現消失を認め、MSH2機能喪失によるMMR欠損が示唆された。リンチ症候群が疑われ、遺伝カウンセリング後に末梢血DNAを用いてUMIを用いたlong-PCRベースのターゲット超高深度シークエンス（x4000）を施行した。その結果、MSH2にc.1528C>T（p.Gln510*）の病的バリアントをVAF 3.9%を検出し、nested PCR-RFLP法により確認した。両親の血液には同バリアントを認めず、postzygotic originが示唆された。
【考察】本症例はMSH2モザイクバリアントによるMMR欠損大腸癌と考えられた。バリアントは始原生殖細胞分化前後に生じた可能性があり、生殖細胞系列への関与は否定できない。通常の遺伝学的検査では低頻度バリアントの検出が困難な場合があり、リンチ症候群が疑われる症例においては体細胞モザイクバリアントの存在を考慮する必要がある。
【結論】リンチ症候群が疑われるにもかかわらずサンガー法による遺伝学的検査で生殖細胞系列病的バリアントが同定されない症例では、高感度シークエンスによるモザイク変異の検索が有用である。MMR遺伝子におけるモザイクバリアントの報告は稀であるが、本症例のように生殖細胞系列への関与が否定できない場合、次世代への伝播リスクも考慮し、厳格なサーベイランスが必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター2

**一般演題（ポスター）3　遺伝性大腸癌・ポリポーシス**

座長：永田 信二（広島市立北部医療センター安佐市民病院　消化器内科）

## [P3-2] 大腸癌による腸重積を発症したリンチ症候群の1例

*宮宗 秀明[1]、加藤 雄也[1]、高橋 立成[1]、岡林 弘樹[1]、内海 方嗣[1]、北田 浩二[1]、濱野 亮輔[1]、徳永 尚之[1]、寺石 文則[1]、常光 洋輔[1]、大塚 眞哉[1]、稲垣 優[1] (1. 福山医療センター外科)

リンチ症候群は、DNAミスマッチ修復遺伝子の生殖細胞系列バリアントを主な原因とする常染色体優性遺伝性疾患であり、大腸癌を好発し若年発症を特徴とする。一方、成人腸重積は全腸重積の約5%と比較的まれであり、大腸癌を原因とすることが多いとされる。成人大腸癌のうち20～40才未満の若年性大腸癌の頻度は低率であり、腸重積を契機として若年成人に大腸癌が発見されることは極めてまれである。今回、我々は、大腸癌による
腸重積を発症したリンチ症候群の1例を経験したので報告する。症例は、31歳、女性、腹痛にて近医を受診、直腸診にて腫瘤を触れ、直腸癌の疑いにて紹介となった。18歳にてリンチ症候群(MSH2 exon14 c.2445G>T)と診断されていたがスクリーニングは行っていなかった。腹部CT検査にて腸重積が疑われ、下部内視鏡検査を施行したところ、1型腫瘍を認め送気にて口側に移動したが、完全には重積が解除されず、入院のうえ経過観察を行った。通過障害の症状が改善したため、待機的に腹腔鏡下S状結腸切除術を施行し、術後診断は、pT3N0M0-pStageⅡaであった。術後経過良好にて、術後11日目に退院した。現在、転移、再発なく、重複癌も認めていない。本邦における遺伝性大腸癌診療ガイドラインにおいては、MLH1/MSH2にバリアントを有する場合、20～25歳からの大腸内視鏡検査による大腸癌スクリーニングが推奨されている。一方、本邦にて報告された若年性大腸癌による腸重積33例では、女性に多く、平均腫瘍径55mm、部位では盲腸、S状結腸の順に、肉眼型は1型、深達度はssが多く、既報の成人における大腸癌による腸重積と同様であった。今回われわれは、若年にて大腸癌による腸重積を発症したリンチ症候群の1例を経験したので報告した。リンチ症候群では、若年での癌発症の可能性があり、ガイドラインに則ったサーベイランスの施行が妥当であると思われた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター2

**一般演題（ポスター）3　遺伝性大腸癌・ポリポーシス**

座長：永田 信二（広島市立北部医療センター安佐市民病院　消化器内科）

## [P3-3] 血縁者の大腸癌診断を契機に診断し得たリンチ症候群を疑う10歳代早期直腸癌症例

*定光 ともみ[1]、竹井 健[1]、中原 啓貴[1]、切畑屋 友希[1]、西和田 敏[1]、田仲 徹行[1]、吉村 淳[1]、中川 正[1] (1. 南奈良総合医療センター外科)

【背景】近年増加の一途を辿る大腸癌の中で，約5%は原因遺伝子の明らかな遺伝性大腸癌と報告されている．その中ではリンチ症候群が最も頻度が高く，特に若年者の大腸癌では注意が必要な疾患である．今回，血縁者の大腸癌診断を契機に発見できた，リンチ症候群を強く疑う10歳代の早期直腸癌症例を経験したので報告する．
【症例】18歳男性．症例の実父が発見契機となる．父は40歳代で，X年12月に腹痛，腹部膨満感を主訴に当院を受診した．腹部CT，全大腸内視鏡検査で進行上行結腸癌と診断され当科紹介，同月に腹腔鏡下回盲部切除術，D3郭清を施行した．病理結果はAdenocarcinoma, tub2>por1, T3N1bM0 pStageⅢbであり，遺伝子検査では，RAS/BRAF wild，HER 1+，MSI-highであった．また家族歴として，第1度近親者に大腸癌が1名，子宮体癌が2名，第2度近親者に大腸癌が少なくとも3名存在し，多くが40歳代までに診断されていた．アムステルダム診断基準 IIを満たし，MSI結果と併せてリンチ症候群が強く疑われた．症例はこの経過を契機として，X年7月頃からの排便時出血を主訴にX+1年2月に当科受診．全大腸内視鏡検査を施行したところ，下部直腸に20mm大の腫瘍を認めたため，同年3月にEMR施行した．病理結果はCarcinoma in adenoma, pTis , INFb, Ly0, V0, BD1, pHM0, pVM0, pER0であり，内視鏡的に治癒切除できた．父の結果をもとに遺伝子検査を行ったところ，MSI-highであった．
【考察】 リンチ症候群は全大腸癌の2〜4%を占めると推定され，若年発症が多いことが特徴である．その大腸癌サーベイランスとして，大腸内視鏡検査は20歳〜25歳から開始することが推奨されているが，自験例は10歳代後半でありそれよりも若年の発症という稀な症例であった．しかし，血縁者の大腸癌発症を契機に家族内での情報共有を行い，自覚症状の申告から早期発見に繋げることができた．リンチ症候群が強く疑われる家系では，サーベイランス推奨年齢未満であるような若年者に対しても，症状聴取等の介入が必要であると考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター2

**一般演題（ポスター）3　遺伝性大腸癌・ポリポーシス**

座長：永田 信二（広島市立北部医療センター安佐市民病院　消化器内科）

## [P3-4] 家族性大腸腺腫症関連デスモイド腫瘍における部位別治療成績―腹腔内病変と腹腔外病変の比較―

*伊勢 一郎[1]、皆瀬 翼[1]、村上 恵[1]、佐藤 好宏[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. 東北大学大学院消化器外科学)

背景：家族性大腸腺腫症（FAP: familial adenomatous polyposis）関連デスモイド腫瘍は局所浸潤性を有する稀な線維性腫瘍であり、腹腔内病変では腸管・尿管閉塞や血管浸潤などを来し予後に影響する。近年は自然退縮例や高い再発率を背景に、active surveillanceを基本とし、進行例・症候例に対して集学的治療を行う方針へ変化している。一方、腹腔内病変と腹腔外病変では治療介入の考え方が異なるものの、FAP関連デスモイド腫瘍に限定した比較検討は十分ではない。

対象・方法：1984年から2025年までに当科で治療したFAP77例中、デスモイド腫瘍を発症した6例（7.8%）を対象とし、腹腔内群（I群）・腹腔外群（O群）に分類し、臨床的特徴および治療成績を検討した。結果：I群3例（小腸間膜3例、後腹膜1例［重複あり］）、O群3例（腹壁2例、僧帽筋1例）であった。発症時期はI群で大腸切除後中央値33か月、O群で13か月であった（p=1.0）。I群では2例に切除が施行され、1例は腸閉塞による小腸穿孔を契機に手術介入を要した。切除例2例はいずれも腹腔内再発を認め、薬物療法が施行された（術後観察期間中央値50.2か月）。一方、O群では全例切除され、1例に腹壁再発を認めたが経過観察中である（術後観察期間中央値68.9か月）。大腸外随伴病変は両群ともに全例で認め、胃癌１例、胃底腺ポリポーシス5例、十二指腸腺腫6例、十二指腸癌1例、乳頭部癌1例、胆管癌1例、脳腫瘍1例と多彩な病変を認めた。

結語：FAP関連デスモイド腫瘍では、腹腔内病変は切除後再発リスクが高かった。一方、腹腔外病変では外科切除による局所制御が比較的良好であり、発生部位や症候性の有無、腫瘍増大傾向を踏まえた治療方針選択が重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター2

**一般演題（ポスター）3　遺伝性大腸癌・ポリポーシス**

座長：永田 信二（広島市立北部医療センター安佐市民病院　消化器内科）

## [P3-5] 当院で手術を施行した若年性大腸癌37例の検討

*金城 あやか[1]、西居 孝文[1]、坂元 寿美礼[1]、瀬良 知央[1]、西村 潤也[1]、井関 康仁[2]、福岡 達成[1]、西 智史[1]、櫻井 勝宣[1]、久保 尚士[1]、清水 貞利[1] (1. 大阪市立総合医療センター　消化器外科、2. 和泉市立総合医療センター　消化器外科)

【背景】若年性大腸癌は近年欧米を中心に増加傾向が報告されており、日本でも報告が散見される。若年発症例では診断時に進行例であることが多いほか、低分化腺癌、粘液癌、印環細胞癌などの不良な組織型や、多重癌、Lynch症候群をはじめとする遺伝性腫瘍の関与が問題となる。また若年者では有症状で診断される症例も多く、早期診断に加え、遺伝学的評価や長期サーベイランスを含めた診療体制が重要である。今回、当院における若年性大腸癌の症例を臨床病理学的特徴を明らかにする目的で後方視的に検討した。【方法】2010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40歳未満の大腸癌37例を対象とした。【結果】性別は男性21例、女性16例であり、年齢中央値は32.5歳（17-39歳）であった。主訴は血便14例、検診8例、貧血5例、下痢4例、腹痛4例などで、症状を契機に診断された症例が多かった。腫瘍局在は直腸17例、S状結腸6例、上行結腸・横行結腸各3例、盲腸・下行結腸各2例で、FAP関連症例を4例認めた。組織型は中分化型管状線癌21例、高分化型管状線癌8例、低分化腺癌4例、粘液癌2例、乳頭腺癌1例、神経内分泌癌１例であった。病理学的ステージは、StageⅡが6例、StageⅢが１７例、StageⅣが８例であり、症例の多くに術後補助化学療法が行われた。StageⅣでは重複を含めて肝（5例）、肺（１例）、腹膜（2例）、傍大動脈リンパ節（３例）、骨（１例）への転移を認めた。遺伝子関連検査では、RAS遺伝子検査を施行した16例中2例にG12D変異を認め，BRAF遺伝子検査は７例中施行したが変異を認めなかった。またマイクロサテライト不安定性（MSI）検査施行8例中1例で陽性であり、Lynch症候群は2例であった。リンチ症候群と診断された症例については、他科と連携し定期的なサーベイランスを続けている。【結語】当院の若年性大腸癌では左側大腸・直腸癌が多く，進行例やリンパ節転移陽性例を少なからず認めた。若年発症例では、治療方針の検討に加え、家族歴、MSI/MMR検査結果を踏まえた遺伝性腫瘍の拾い上げと長期的サーベイランス体制が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター2

## 一般演題（ポスター）4　大腸癌の転移・再発治療

座長：須並 英二（杏林大学医学部消化器・一般外科）

### [P4-1] 当科における大腸癌脳転移の治療成績

*山本 学[1]、田部 博山[1]、尾崎 晃太郎[1]、安井 千晴[1]、柳生 拓輝[1]、河野 友輔[1]、木原 恭一[1]、藤原 義之[1] (1. 鳥取大学医学部消化器・小児外科)

### [P4-2] Stage I-III大腸癌術後の画像上再発診断時の腫瘍マーカーCEAの値と再発後生命予後の関係

*澤山 浩[1]、宮本 裕士[1]、有馬 浩太[1]、秋山 貴彦[1]、荒木 健吾[1]、岩槻 政晃[1] (1. 熊本大学病院)

### [P4-3] 大腸癌脳転移の臨床的特徴および治療成績

*外村 俊平[1]、田島ジェシー 雄[1]、加藤 京[1]、杉江 雄斗[1]、横井 亮磨[1]、村瀬 佑介[1]、水谷 千佳[1]、鷹尾 千佳[1]、浅井 竜一[1]、松橋 延壽[1] (1. 岐阜大学医学部附属病院消化器外科)

### [P4-4] 大腸癌肝転移切除後に対する残肝再発切除の意義の検討

*長谷川 昂[1]、三吉 範克[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]、植村 守[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部附属病院消化器外科)

### [P4-5] 大腸癌転移巣に対する放射線療法

*佐村 博範[1]、新垣 淳也[1]、堀 義城[1]、山城 直嗣[1]、野明 純汰[1]、原 諒一[1]、本成 永[1]、金城 直[1]、伊禮 俊充[1]、亀山 眞一郎[1]、長嶺 義哲[1]、古波倉 史子[1]、伊志嶺 朝成[1] (1. 浦添総合病院)

### [P4-6] 耐糖能が大腸がん患者の術後長期予後の関係に与える影響について

*倉島 研人[1]、有田 智洋[1]、中道 脩介[1]、名西 健二[1]、木内 純[1]、清水 浩紀[1]、柴田 梨恵[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 有祐[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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター2

**一般演題（ポスター）4　大腸癌の転移・再発治療**

座長：須並 英二（杏林大学医学部消化器・一般外科）

## [P4-1] 当科における大腸癌脳転移の治療成績

*山本 学[1]、田部 博山[1]、尾崎 晃太郎[1]、安井 千晴[1]、柳生 拓輝[1]、河野 友輔[1]、木原 恭一[1]、藤原 義之[1] (1. 鳥取大学医学部消化器・小児外科)

【はじめに】大腸癌の脳転移はまれであり、発症するとQOLは著しく低下し、予後も厳しい。今回、当科における大腸癌脳転移の治療成績を検討した。
【対象】2010年から2025年にかけて大腸癌術後に脳転移を発症した15例。
【結果】発症時の年齢は、男性／女性は7／8例、原発巣は組織型は高・中分化型14例、低分化型１例であった。原発の局在は上行結腸／S状結腸／直腸が4／2／9例、原発切除時のStageはI／II／III／IVは1／1／8／5例であった。StageIVあるいは初回再発の診断から脳転移発症までは中央値627日（267-1891）、脳転移の診断からの生存期間中央値は74日（9-1658）、１例のみ存命である。脳転移発症時の他部位の転移状況は肺が10例で最も多く、次いでリンパ節転移が6例で、肝転移は3例のみであった。脳転移のみの症例は3例でいずれも長期生存であった。脳転移に対して初回で行われた治療は外科的切除３例、γナイフ３例、全脳照射４例、脳浮腫予防のみが5例であった。外科的切除3例中2例は症状改善して自宅退院、1例は在院死された。γナイフは全例症状が改善した。全脳照射4例中、1例は症状改善して自宅退院、残りは症状改善なく在院死あるいは転院先で死亡した。初回治療後に何らかの化学療法が導入されたのは4例であった。初回治療で外科的切除あるいはγナイフを行った症例とそれ以外の治療の生存期間はそれぞれ487日、68日（$p<0.05$）であった。単発、多発の生存期間はそれぞれ800日、59日（$P<0.05$）、30mm以下、以上での生存期間はそれぞれ74日、174日（有意差なし）であった。
【考察】脳転移は切除不能再発の診断から長期経過後に発症しており、特に肺転移を有する症例に多く認めた。脳転移診断からの予後は非常に厳しいが、脳転移のみ、単発、転移が30mm以下の症例では治療介入により生存期間の延長を認めた。
【結語】肺転移に対して長期治療している症例には脳転移発症の可能性を念頭に入れ、早期発見および早期治療に繋げることで、QOLの改善、さらに予後改善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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター2

**一般演題（ポスター）4　大腸癌の転移・再発治療**

座長：須並 英二（杏林大学医学部消化器・一般外科）

# [P4-2] Stage I-III大腸癌術後の画像上再発診断時の腫瘍マーカーCEAの値と再発後生命予後の関係

*澤山 浩[1]、宮本 裕士[1]、有馬 浩太[1]、秋山 貴彦[1]、荒木 健吾[1]、岩槻 政晃[1] (1. 熊本大学病院)

【目的】 Stage I-III大腸癌術後に画像上再発を認めた症例において、再発時の腫瘍マーカーCEAと再発後全生存期間の関係を明らかにする。

【方法】 2005から2023年に当院で根治切除を施行したStage I-III大腸癌1105例のうち、画像診断により再発が確認された184例を対象とした。このうち、再発時の血清CEA値が評価可能であった170例を解析対象とした。再発時にCEA値が施設基準(3.4単位)を超える症例をCEA上昇群（E-CEA群）と、基準値内の症例をCEA正常群（N-CEA群）と定義した。両群間で臨床病理学的因子を比較し、再発後全生存期間を評価した。

【結果】解析対象170例の背景は、年齢中央値 69歳、男性:女性＝88:82、pT1-2:pT3-4＝20:160、リンパ節転移陽性101例(56%)であった。術前の腫瘍マーカー CEAの陽性率は61.7%であった。再発時CEAは、E-CEA群が105例（66.7%）、N-CEAが65例（33.3%）であった。E-CEA群は、65歳以上の割合が高かったが(p=0.04)、性別、腫瘍深達度、リンパ節転移、脈管侵襲に有意差は認めなかった。E-CEA群は、原発手術前CEA高値が77.2%（術後正常化後に再上昇 50.6%　正常化なし 26.3%）、N-CEA群は、原発手術前CEA高値が33.3%であり、原発手術前CEA高値の症例は、再発時も有意にCEA高値の症例が多かった。手術から再発診断までの期間中央値は、E-CEA群 12.2ヶ月、N-CEA群 23.2ヶ月であり、E-CEA群で有意に短かった（P＝0.01）。再発後の5年生存率は、E-CEA群が22.9%で、N-CEA群が56.2%であり、N-CEA群は有意に良好であった（P＜0.01）。

【結論】大腸癌術後再発症例において、再発時CEA高値は不良な再発後生存と関連していた。再発時CEA値は、再発後予後を層別化する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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター2

**一般演題（ポスター）4　大腸癌の転移・再発治療**

座長：須並 英二（杏林大学医学部消化器・一般外科）

## [P4-3] 大腸癌脳転移の臨床的特徴および治療成績

*外村 俊平[1]、田島ジェシー 雄[1]、加藤 京[1]、杉江 雄斗[1]、横井 亮磨[1]、村瀬 佑介[1]、水谷 千佳[1]、鷹尾 千佳[1]、浅井 竜一[1]、松橋 延壽[1] (1. 岐阜大学医学部附属病院消化器外科)

【緒言】大腸癌における脳転移は比較的稀であり,その臨床的特徴や最適な治療戦略については十分に確立されておらず,予後不良と報告されている.一方で,近年は外科的切除や放射線治療を用いた集学的治療により予後改善の可能性が示唆されている.今回我々は,当院における脳転移を来した大腸癌症例の臨床的特徴および治療成績を検討した.
【対象と方法】2016年から2025年までの当院における大腸癌症例のうち,脳転移を認めた10例を後方視的に検討した.
【結果】年齢の中央値は65歳,男性9例,女性1例であり,原発巣は全例で切除されていた.無症候性に脳転移が診断された症例は3例であった.同時性脳転移は4例,異時性脳転移は6例であり,単発転移6例,多発転移4例であった.脳転移診断時に他臓器転移を認めなかった症例は2例であった.脳転移に対する治療として,外科的切除併用定位放射線治療を施行した症例が3例, 定位放射線治療のみが3例,定位手術的照射が3例であり,1例は全身状態が不良のためBSCとなっていた.脳転移の再発を認めた症例は6例であり,4例で定位手術的照射が施行された.初回脳転移治療から再発までの中央値は425日であった(範囲:87-1057日).全生存期間中央値は1210日(範囲:773-1756日)であり,初回脳転移診断後の生存期間中央値は769日(範囲:12-1296日)であった.
【結論】大腸癌の脳転移は他臓器転移を伴う場合が多く,予後不良と報告されてきたが,本検討では比較的良好な予後が得られた.積極的な局所治療を行うことで予後改善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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター2

**一般演題（ポスター）4　大腸癌の転移・再発治療**

座長：須並 英二（杏林大学医学部消化器・一般外科）

## [P4-4] 大腸癌肝転移切除後に対する残肝再発切除の意義の検討

*長谷川 昂[1]、三吉 範克[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]、植村 守[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部附属病院消化器外科)

【目的】大腸癌肝転移に対する肝切除は他の遠隔転移と比較し長期生存が期待されるため、根治切除可能な肝転移は切除が推奨されるが残肝再発も多く見られる。その際の再肝切除に関しては一定の見解は得られていないが他に遠隔転移がない肝転移であれば再肝切除が検討される。今回我々は、当院において大腸癌初回肝転移に対して肝切除施行後の残肝再発に対して再肝切除を施行した症例について治療成績を検討し、その意義を明らかにすることを目的とした。
【方法】2012年から2020年に当院で大腸癌初回肝転移に対して肝切除を施行した88例のうち、残肝再発に対して再肝切除を施行した26例を対象とした。患者背景に関しては原発巣手術時の因子と初回肝転移巣手術時の因子を含め、再肝切除時の術後成績を後方視的に検討した。
【結果】再肝切除を施行した症例は男性12例、女性14例、再肝切除施行時の年齢中央値は64.5歳であった。原発巣は結腸癌18例、直腸癌8例であった。肝転移初回手術での切除腫瘍数は1個が13例、2個以上が13例であった。初回肝転移切除から残肝再発までの期間中央値は287日であった。再肝切除時の切除腫瘍数は1個が13例、2個以上が11例で、17例で肝部分切除術が施行された。再肝切除術後30日以内の死亡症例は認めなかった。再肝切除後の生存期間中央値は7.9年であった。
【結論】大腸癌肝転移切除後再発例における再肝切除の治療成績を検討した。予後因子に関してさらなる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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター2

**一般演題（ポスター）4　大腸癌の転移・再発治療**

座長：須並 英二（杏林大学医学部消化器・一般外科）

## [P4-5] 大腸癌転移巣に対する放射線療法

*佐村 博範[1]、新垣 淳也[1]、堀 義城[1]、山城 直嗣[1]、野明 純汰[1]、原 諒一[1]、本成 永[1]、金城 直[1]、伊禮 俊充[1]、亀山 眞一郎[1]、長嶺 義哲[1]、古波倉 史子[1]、伊志嶺 朝成[1] (1. 浦添総合病院)

【はじめに】癌に対する三大治療は手術・薬物療法・放射線療法である。本邦では直腸癌の術前治療としての（化学）放射線療法は多く施行されているが、大腸癌の転移巣に対する放射線療法の報告は少ない。当院では大腸癌転移巣に対し十分な化学療法が施行された比較的小さな再発巣や化学療法で転移巣が縮小した症例、多回手術で手術を敬遠する症例を対象として放射線治療を施行しているので報告する。【目的】放射線療法の局所制御能を評価する。【対象・方法】2016年から2025年3月までに放射線療法を施行した症例を対象とした。主に肝・肺・リンパ節・軟部組織転移症例を対象とし、骨転移・脳転移の緩和照射は除外した。病変の増大または追加治療をもって増悪と判断し、各症例の病変毎の治療終了時から増悪までを無増悪期間とし局所制御能を評価した。初回放射線療法のみを評価対象とし、再照射例は評価対象外とした。【結果】放射線治療症例は33例でStageはⅡa1、Ⅲa4、Ⅲb4、Ⅲc3、Ⅳa18、Ⅳb3例であった。治療開始年齢は59（38-85）歳で放射線治療開始年齢は60（42-86）歳、女性15例であった。治療個数は3（1-16）個、治療回数は2（1-5）回、治療臓器数は1（1-4）臓器（肝臓13、肺11、リンパ節10、軟部組織6病変）であった。同時性病変17病変、異時性は115病変延べ135病変に放射線療法が施行されていた。治療開始時の病変径は8.9（3.3-32.1）mmであった。放射線modalityはIMRT19病変、Cyber Knife107病変、重粒子線治療4病変、トモテラピー2病変であった。初回放射線療法後の観察期間は36（9-79）か月であった。10例、17病変に増悪が認められた。3年局所制御率は83%で3年生存率は57.6%であった。Clavien-Dindo Grade3 以上の有害事象は3例に認め放射線肺臓炎とマーカー留置時の気胸と十二指腸狭窄であった。化学療法と違って放射線治療中に苦痛を訴えるものはなかった。【考察】既報の放射線治療成績の3年病勢制御率80%程度とほぼ同等の結果を得ることができた。放射線治療は有害事象発生が少なく苦痛を訴える患者はいなかった。【結語】苦痛や有害事象が少なく局所制御が期待できる放射線療法は有効に活用すべき治療法と思われた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター2

**一般演題（ポスター）4　大腸癌の転移・再発治療**

座長：須並 英二（杏林大学医学部消化器・一般外科）

## [P4-6] 耐糖能が大腸がん患者の術後長期予後の関係に与える影響について

*倉島 研人[1]、有田 智洋[1]、中道 脩介[1]、名西 健二[1]、木内 純[1]、清水 浩紀[1]、柴田 梨恵[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 有祐[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)

【背景】耐糖能異常は大腸がん患者の術後合併症と関連することは広く知られている。さらに耐糖能異常は癌の発生、進展に寄与する可能性もあるとされ、糖尿病患者は発癌リスクが高いという報告もなされている。しかし大腸がん患者の術後の長期予後と耐糖能異常の関係については未だ明瞭な見解は得られていない。本検討では耐糖能異常の大腸がんに対する役割を明らかにするため、術前のHbA1cの値と大腸がん患者の術後長期予後について検討した。
【方法と対象】2013年1月から2018年12月に当院で根治的手術を施行された結腸癌患者のうち、pStage II, IIIであった175例を対象とし、術前のHbA1cの値と各種臨床病理学的因子及びその長期予後を後方視的に解析した。
【結果】全体の術前HbA1cの平均値は5.94であった。6をcuf offとして症例をLow群 (n=111)、High群(n=64)の2群に分類した。両群で患者の性別、年齢、BMI、腫瘍の局在などの背景因子には有意差を認めなかった。組織の分化度(well/poor, low: 103/8 vs high: 58/6, p=0.6107)、深達度(pT<3/4<, low: 88/23 vs 48/16, p=0.5124)、リンパ節転移の有無(pN -/+, low: 56/55 vs high: 31/33, p=0.7976)、術後化学療法の有無(+/-, low: 49/62 vs high 36/28, p=0.1228)、Clavien-Dindo グレード 2 以上の周術期合併症の発生(+/-, low: 12/99 vs high: 10/54, p=0.3549)などにも 2 群間で有意な差を認めなかった。両群における術後の無再発生存期間を解析したところ、High群で有意に予後不良であった (5-year RFS low: 87.9% vs high: 76.8%, p=0.0496, HR: 2.190, 95%CI: 0.988~4.851)。多変量解析ではHbA1c高値は有意では無いが予後不良因子でありHR: 1.989, 95%CI: 0.9279 – 4.292であった。
【考察】両群で術後合併症の発生には有意差が見られなかったが、High群ではLow群に比べ有意に予後不良であった。周術期血糖コントロールや低侵襲手術により合併症の発生が抑えられている一方で、術後合併症の発生以外の機序で耐糖能異常が腫瘍進展に寄与することが示唆される。大腸がん患者においては周術期の合併症予防のためだけではなく、より良い長期予後のためにも血糖管理が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター3

## 一般演題（ポスター）5　術前化学療法・放射線治療 1

座長：佐藤 武郎（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）

### [P5-1] 膀胱浸潤を伴う局所進行大腸癌に対する術前化学療法の功罪：3例の検討

*園田 寛道[1]、箱崎 智樹[1]、代永 和秀[1]、寺西 宣央[1]、田村 徳康[1]、梅谷 直亨[1] (1. 河北総合病院消化器外科)

### [P5-2] 局所進行結腸・直腸S状部癌における術前化学療法の意義と治療戦略

*大原 みずほ[1]、庄中 達也[1]、佐藤 進之介[1]、岩田 浩義[1]、大谷 将秀[1]、谷 誓良[1]、湯澤 明夏[2]、市原 真[2]、長谷川 公治[1]、横尾 英樹[1] (1. 旭川医科大学外科学講座消化器・移植外科学分野、2. 旭川医科大学病院病理部)

### [P5-3] 術前化学放射線療法により切除範囲の適正化を図り得たPagetoid spreadを伴う下部直腸癌の1例

*岩井 貴寛[1]、土谷 祐樹[1]、小林 清洋[1]、市川 竣太[1]、濱田 篤彦[1]、藤崎 隆[1]、仲川 裕喜[1]、安藤 裕二[1]、幸地 彩貴[1]、十朱 美幸[1]、百瀬 裕隆[1]、塚本 亮一[1]、本庄 薫平[1]、盧 尚志[1]、冨木 裕一[1]、杉本 起一[1] (1. 順天堂大学医学部下部消化管外科)

### [P5-4] 術前化学療法により病理学的完全奏功を得られた進行大腸癌の２例

*多代 尚広[1]、花井 恒一[1]、荒川 敏[2]、小池 大助[3]、安岡 宏展[4]、国村 祥樹[1]、今中 孝[1]、谷 大輝[1]、堀口 和真[1]、岡田 紫甫[1]、北川 結惟[1]、望月 皓介[1]、佐藤 美信[1]、諸原 浩二[1]、加藤 宏之[1]、伊東 昌広[1]、守瀬 善一[1]、堀口 明彦[1]、勝野 秀稔[1] (1. 藤田医科大学ばんたね病院、2. 藤田医科大学医学部 医学教育開発学、3. 名古屋大学医学部附属病院　患者安全推進部、4. 愛知県がんセンター　消化器外科部)

### [P5-5] Pembrolizmab療法が奏功し原発巣切除およびRFAを施行した多発転移を有する下行結腸癌の1例

*石村 菜穂[1]、坪井 葵[1]、沖川 昌平[1]、神崎 雅之[1]、永岡 智之[1]、渡部 美弥[1]、大畠 将義[1]、松野 裕介[1]、發知 将規[1]、古手川 洋志[1]、吉山 広嗣[1] (1. 愛媛県立中央病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター3

**一般演題（ポスター）5　術前化学療法・放射線治療 1**

座長：佐藤 武郎（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）

## [P5-1] 膀胱浸潤を伴う局所進行大腸癌に対する術前化学療法の功罪：3例の検討

*園田 寛道[1]、箱崎 智樹[1]、代永 和秀[1]、寺西 宣央[1]、田村 徳康[1]、梅谷 直亨[1] (1. 河北総合病院消化器外科)

他臓器浸潤を伴う局所進行大腸癌に対して、欧米のガイドラインではFOLFOX療法やCAPOX療法による術前化学療法（neoadjuvant chemotherapy：NAC）が推奨されている一方、本邦では手術先行が標準治療とされている。とりわけ膀胱浸潤例では尿路変更を伴う拡大手術が必要となることが多く、NACによる腫瘍縮小により膀胱温存が可能となれば患者のQOL向上に寄与する可能性がある。今回、膀胱浸潤を伴う局所進行大腸癌3例の治療経験から、NACの意義と課題について検討した。

【症例1】71歳男性。RAS野生型S状結腸癌（cT4b（膀胱）N0M0、Stage IIc）。人工肛門造設による感染コントロール後、mFOLFOX6＋パニツムマブによるNACを開始したが、1コース終了後に消化管穿孔による急性汎発性腹膜炎を発症し、腹腔鏡下腹腔ドレナージ術を施行した。感染収束後に開腹骨盤内臓全摘術を施行した。初診から2年2か月経過した現在、肝・肺転移に対し化学療法を継続中である。

【症例2】61歳男性。RAS野生型S状結腸癌（cT4b（膀胱）N0H1、Stage IVa）。人工肛門造設後、mFOLFOX6＋パニツムマブによるNACを施行したが、8コース後に腫瘍穿孔による腹腔内膿瘍を認め、経皮的ドレナージを施行した。その後の画像検査で肝転移増悪および骨盤内再発を認め、癌性疼痛により化学療法継続困難となり、初診から1年1か月で永眠した。

【症例3】81歳女性。虫垂癌（cT4b（膀胱）N0M0、Stage IIc）。高齢であることからNACによる有害事象を懸念し、手術先行とした。開腹回盲部切除、膀胱・子宮付属器合併切除および尿路再建術を施行した。術後尿路感染を認めたが保存的加療で軽快し、術後31日目に退院した。

症例1、2では抗EGFR抗体薬併用による早期腫瘍縮小効果を期待しNACを施行したが、いずれも感染性合併症を契機に根治治療の機会を逸した。一方、症例3では手術先行により安全に根治切除が可能であった。結腸癌に対するNACのエビデンスは依然限定的であり、特に膀胱浸潤例では穿孔や感染などの重篤な有害事象のリスクを踏まえると、現時点では手術先行が妥当な治療戦略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(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター3

**一般演題（ポスター）5　術前化学療法・放射線治療 1**

座長：佐藤 武郎（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）

## [P5-2] 局所進行結腸・直腸S状部癌における術前化学療法の意義と治療戦略

*大原 みずほ[1]、庄中 達也[1]、佐藤 進之介[1]、岩田 浩義[1]、大谷 将秀[1]、谷 誓良[1]、湯澤 明夏[2]、市原 真[2]、長谷川 公治[1]、横尾 英樹[1] (1. 旭川医科大学外科学講座消化器・移植外科学分野、2. 旭川医科大学病院病理部)

【背景】局所進行結腸癌に対する標準治療は手術および術後補助化学療法であるが、根治切除が困難な症例や再発リスクの高い症例も存在する。直腸癌では各種術前治療が治療選択肢として位置づけられている一方、結腸癌に対する術前治療の意義は十分に確立されていない。近年、結腸癌に対しても術前化学療法（neoadjuvant chemotherapy：NAC）による腫瘍縮小効果や微小転移制御効果が期待されており、局所制御と根治切除率の向上を目指した治療戦略として注目されている。
【目的】局所進行結腸・直腸S状部癌に対するNAC導入例を後方視的に検討し、腫瘍縮小効果、病理学的治療効果、安全性および手術成績を明らかにすることを目的とした。
【方法】2018年8月から2026年4月までに、当院でNAC後に根治切除を施行した局所進行結腸癌および直腸S状部癌症例を対象とした。RECISTによる治療効果判定、病理組織学的治療効果、有害事象、周術期合併症、R0切除率および術後経過について検討した。
【結果】対象は6例で、結腸癌4例、直腸S状部癌2例であった。NAC導入理由は、穿孔に伴う腹腔内膿瘍3例、他臓器浸潤2例、高度リンパ節転移1例であった。NACレジメンはFOLFOX 1例、FOLFOX＋panitumumab 4例、pembrolizumab 1例であった。RECISTによる治療効果判定はSD 1例、PR 5例であった。有害事象としてCTCAE Grade 4の好中球減少を1例に認めたが、全例で根治切除が可能であり、R0切除が達成された。病理組織学的治療効果はGrade 1a、1b、2、3がそれぞれ1例、2例、1例、2例であった。Clavien-Dindo分類Grade II以上の術後合併症は認めなかった。4例に術後補助化学療法としてFOLFOXを施行した。現在まで全例が無再発生存中である。
【結語】局所進行結腸・直腸S状部癌に対するNACは、有害事象に留意する必要があるものの安全に施行可能であり、腫瘍制御およびR0切除の達成に寄与する可能性が示唆された。一方で、適応、レジメン、施行期間、術後補助化学療法の位置づけについては標準化されておらず、今後さらなる症例集積と検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター3

**一般演題（ポスター）5　術前化学療法・放射線治療 1**

座長：佐藤 武郎（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）

## [P5-3] 術前化学放射線療法により切除範囲の適正化を図り得たPagetoid spreadを伴う下部直腸癌の1例

*岩井 貴寛[1]、土谷 祐樹[1]、小林 清洋[1]、市川 竣太[1]、濱田 篤彦[1]、藤崎 隆[1]、仲川 裕喜[1]、安藤 裕二[1]、幸地 彩貴[1]、十朱 美幸[1]、百瀬 裕隆[1]、塚本 亮一[1]、本庄 薫平[1]、盧 尚志[1]、冨木 裕一[1]、杉本 起一[1] (1. 順天堂大学医学部下部消化管外科)

【はじめに】
直腸癌のPagetoid spread（PS）は、肉眼的な境界同定が困難であり、しばしば広範な皮膚・会陰切除を要する。今回、大陰唇まで及ぶ広範なPSを伴う下部直腸癌に対し、術前化学放射線療法（CRT）施行後に、根治性と機能温存を両立した切除を施行し得た1例を経験した。
【症例】
71歳、女性。排便困難を主訴に受診し、下部直腸癌によるイレウスの診断で緊急入院となった。初診時、肛門周囲から大陰唇にかけて全周性に及ぶ8cm大の湿疹様病変を認め、示指通過困難な狭窄を伴っていた。生検では、印環細胞様細胞が表皮内をPagetoidに増殖・浸潤する低分化腺癌の所見であった。画像診断では、Rbに著明な壁肥厚と筋層浸潤を認めるが、遠隔転移は認めなかった。はじめに、便路変更目的に腹腔鏡下S状結腸人工肛門造設術を先行して施行した。広範な皮膚浸潤に対し、局所制御と切除範囲縮小を目的に術前CRT（Capecitabine併用、計45Gy/25回）を施行。術前治療後、大陰唇を含む皮膚病変は著明に縮小・平坦化した。術前の生検で、瘢痕縁から1cmのマージンを確保した部位で悪性所見を認めないことを確認後、腹腔鏡下腹会陰式直腸切除術、子宮全摘、両側付属器切除、膣部分切除、および大陰唇部分切除を施行した。病理組織学的所見では、直腸Rbに90×70mm大の粘液癌を認め、ypT4bN0M0、ypStage Ⅱ cであった。組織学的治療効果判定はGrade 1aであり、他臓器への直接浸潤は認めなかった。会陰部皮膚の断端は陰性であった。術後経過は良好で、術後20日目に軽快退院となった。
【考察】
Pagetoid spreadを広範に認める症例に対し即座に骨盤内臓全摘や広範囲皮膚欠損を伴う手術を行うことは、有茎皮弁による再建を要することが多く、侵襲が極めて大きい。術前CRTによるDown-stagingは、根治性を維持しつつ、会陰部の切除範囲を最小限に留めるための有力な戦略となり得る。また、術前に多点生検を行い、病理学的に進展範囲を再評価することが、機能温存と根治性を両立させる上で不可欠であると考えられた。
【結語】
広範なPagetoid spreadを伴う直腸粘液癌に対し、術前CRTは局所制御および低侵襲化において極めて有用な選択肢である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター3

**一般演題（ポスター）5　術前化学療法・放射線治療 1**

座長：佐藤 武郎（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）

## [P5-4] 術前化学療法により病理学的完全奏功を得られた進行大腸癌の２例

*多代 尚広[1]、花井 恒一[1]、荒川 敏[2]、小池 大助[3]、安岡 宏展[4]、国村 祥樹[1]、今中 孝[1]、谷 大輝[1]、堀口 和真[1]、岡田 紫甫[1]、北川 結惟[1]、望月 皓介[1]、佐藤 美信[1]、諸原 浩二[1]、加藤 宏之[1]、伊東 昌広[1]、守瀬 善一[1]、堀口 明彦[1]、勝野 秀稔[1] (1. 藤田医科大学ばんたね病院、2. 藤田医科大学医学部 医学教育開発学、3. 名古屋大学医学部附属病院　患者安全推進部、4. 愛知県がんセンター　消化器外科部)

大腸癌に対する術前治療は、局所進行例を中心に適応が拡大している。当院では結腸癌において、局所進行例や高度リンパ節転移を伴う再発高リスク症例、直腸癌ではRM(radial margin)の確保や臓器温存を目的として術前化学療法を導入している。今回、分子生物学的背景に応じた術前治療により、病理学的完全奏功（pCR）が得られた２例を経験したので報告する。１例目は60歳代女性。横行結腸癌および高度リンパ節転移を認め、cT4aN3M0 Stage IIIcと診断した。KRAS野生型、BRAF V600E変異あり、MSI-High、HER2陰性であった。Pembrolizumab８コースを行ない原発巣、リンパ節ともに縮小はした。しかし８コース施行後の評価で原発巣の増大を認め、リンパ節への効果も不十分であったためmFOLFOX6+Bevacizumab療法に変更し４コース施行した。原発巣とリンパ節は縮小し、ロボット支援結腸右半切除術を施行した。術後経過は良好で、術後14日目に退院した。病理学的に腫瘍遺残を認めず、pCRと診断された。２例目は70歳代女性、膣浸潤を伴う下部直腸癌を認め、cT4bN1M0 Stage IIIcと診断した。KRAS変異あり、BRAF変異なし、MSS、HER2陰性であった。mFOLFOX6+Bevacizumab療法を6コース施行し、腫瘍の縮小を認め、ロボット支援低位前方切除術および膣部分切除術を施行した。術後経過は良好で術後12日目に退院した。病理学的にpCRが得られた。近年、遺伝子学的背景に基づく個別化治療が進展しており、特にMSI-High大腸癌に対する免疫チェックポイント阻害薬の有効性が報告されている。当院では術前治療を検討する症例に対して遺伝子学的評価を行い、治療選択に反映している。今回の2例は、分子生物学的背景を考慮した術前治療戦略の有用性を示唆する症例と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター3

**一般演題（ポスター）5　術前化学療法・放射線治療 1**

座長：佐藤 武郎（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）

## [P5-5] Pembrolizmab療法が奏功し原発巣切除およびRFAを施行した多発転移を有する下行結腸癌の1例

*石村 菜穂[1]、坪井 葵[1]、沖川 昌平[1]、神崎 雅之[1]、永岡 智之[1]、渡部 美弥[1]、大畠 将義[1]、松野 裕介[1]、發知 将規[1]、古手川 洋志[1]、吉山 広嗣[1] (1. 愛媛県立中央病院)

【はじめに】Microsatellite instability-high frequency (MSI-H)切除不能進行再発大腸癌に対するPembrolizumabの有効性が報告されているが, 切除不能進行大腸癌に対しPembrolizumab投与後, 原発巣切除が可能であった症例を経験したので報告する.
【症例】70歳代, 男性. 20XX-2年8月頃より食思不振出現し近医受診, 精査の結果横隔膜浸潤を伴う下行結腸癌(cT4bN0M0)による腸閉塞と診断され, 腹腔鏡下人工肛門造設術を施行した. 術後20日目に自宅退院し, 化学療法開始予定であったが左膿胸発症し腫瘍浸潤による横行結腸胸腔瘻と診断し, 20XX-2年11月～20XX-1年1月まで抗菌薬ドレナージ加療を施行した. 加療中に肝転移出現し, 遺伝子解析にてRAS野生型, BRAF V600E変異型, MSI-Hと判明し, 退院後Pembrolizumab療法を26コース施行した. 下部消化管内視鏡検査では腫瘍瘢痕による狭窄を認め, PET-CTで肝転移巣への集積亢進は消失し, 原発巣のみ集積亢進が残存していた. 治療開始後1年6か月後の20XX年7月に左半結腸切除術, 人工肛門閉鎖術を施行した. 手術時間は286分, 出血量は332mlであった. 切除標本では腫瘍は瘢痕化しており, 病理組織検査では癌細胞の残存は認めず, 病理学的完全奏功(pathological complete resoponse : pCR)であった. 退院後の20XX年11月のEOB-MRI検査で多発肝転移のうちの1か所にviabilityが残存する病変が指摘され, RFAを施行した. その後経過フォロー中であり, 術後9か月無再発生存中である.
【考察】BRAF変異陽性大腸癌はMSI-Hが比較的高率にみられ, なかでも散発性MSI-H大腸癌のみでBRAF変異が認められるが, MSI-H大腸癌は免疫チェックポイント阻害薬を使用することで優位に予後良好であることが報告されている. 本症例では治療開始前には膿胸および胸腔瘻を合併しており全身状態は不良であったが, Pembrolizumab療法が奏功し, 最大奏功時に原発巣切除が施行可能となった. また, 術後にviabilityの残存が疑われた肝転移病変にRFAを施行し, 局所制御が得られたと判断しPembrolizumabの再投与は行わず慎重に経過観察とした.
【結語】切除不能進行大腸癌に対して免疫チェックポイント阻害薬が著効することが期待され, 今後さらなる症例の蓄積が必要である.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター3

## 一般演題（ポスター）6　早期大腸癌・内視鏡治療 1

座長：樫田 博史（川西市立総合医療センター）

### [P6-1] 有茎性ポリープの大部分が脱落し、残存部を内視鏡切除後にＳＭ高度浸潤癌であったと判明した一例

*有田 宗史[1]、宮原 悠三[1]、山田 恭子[1]、下地 信[1]、東 博[1] (1. 宇都宮肛門・胃腸クリニック)

### [P6-2] 当院における大腸underwater ESDの治療成績

*田丸 弓弦[1]、水本 健[1]、宮﨑 亘[1]、関本 慶太朗[1]、安居 みのり[1]、中村 一樹[2]、寺岡 雄吏[2]、岡崎 彰仁[2]、畠山 剛[1]、髙木 慎太郎[2]、吉田 成人[1] (1. NHO呉医療センター・中国がんセンター内視鏡内科、2. NHO呉医療センター・中国がんセンター消化器内科)

### [P6-3] 虫垂開口部腫瘍に対する腹腔鏡・内視鏡合同手術（Laparoscopy Endoscopy Cooperative Surgery：LECS）10例の治療成績

*柿崎 奈々子[1]、榎本 俊行[1]、長尾 さやか[1]、佐藤 二郎[1]、今井 よい[1]、横内 幸[2]、斉田 芳久[1] (1. 東邦大学医療センター大橋病院外科、2. 東邦大学医療センター大橋病院病理診断科)

### [P6-4] 便潜血検査2回法と1回法での比較検討

*松本 美桜[1]、津田 桃子[1]、佃 曜子[1]、加賀谷 英俊[1]、江原 亮子[1]、加藤 元嗣[1] (1. 公益財団法人北海道対がん協会札幌がん検診センター)

### [P6-5] 虫垂腫瘍に対する協働型助手ロボットANSURを用いた腹腔鏡・内視鏡合同手術LECSの経験

*浅井 宏之[1]、山川 雄士[1]、澤井 美里[1]、加藤 潤紀[1]、上原 崇平[1]、加藤 瑛[1]、鈴木 卓弥[1]、牛込 創[1]、高橋 広城[2]、瀧口 修司[1] (1. 名古屋市立大学病院、2. 名古屋市立大学医学部附属西部医療センター)

### [P6-6] 当院における大腸内視鏡的粘膜切除術の切除病変数と合併症の検討

*松澤 宏和[1]、丹羽 浩一郎[1]、吉野 耕平[1]、齊田 将之[1]、関 英一郎[1] (1. 太田総合病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター3

**一般演題（ポスター）6　早期大腸癌・内視鏡治療 1**

座長：樫田 博史（川西市立総合医療センター）

## [P6-1] 有茎性ポリープの大部分が脱落し、残存部を内視鏡切除後にＳＭ高度浸潤癌であったと判明した一例

*有田 宗史[1]、宮原 悠三[1]、山田 恭子[1]、下地 信[1]、東 博[1] (1. 宇都宮肛門・胃腸クリニック)

今回我々は、腺腫と考えられた有茎性大腸ポリープが捻転を起こして病変の大部分が脱落、残存病変を内視鏡的に切除したところ、ＳＭ高度浸潤癌であった症例を経験したので、報告する。症例は30歳男性、既往歴・家族歴は特記すべきことなし。検診便潜血陽性にて当院を受診し、下部消化管内視鏡検査を施行した。Ｓ状結腸に大きさ20mmのＩｐポリープを認めた。内視鏡的には腺腫と判断し、後日改めての切除を予定した。初回検査の2カ月後に同検査を施行したところ、上記病変は確認できなかった。Ｓ状結腸に大きさ３mmの一部びらんを有するＩsポリープを認めた。他には病変は認めなかった。患者本人に確認したところ、大腸ポリープを内視鏡切除予定する1週間前に下血したことが判明した。初回内視鏡施行時に確認されたＩpポリープが千切れて切断され、残存病変部分が上記の様に存在している状態が考えられた。ＥＭＲを施行した。病理結果は、Carcinoma in adenoma，tub2>tub1，pT1b(2000m)，INFb，int，BD2，Ly1a，V1a，pHM0，pVM0であった。追加切除適応と判断し高次医療機関に紹介し、ロボット支援Ｓ状結腸切除術(D3)施行となった。最終病理結果では、切除標本に癌組織の残存は認めず、郭清リンパ節にも癌の転移は認めなかった。T1b,N0,M0,fStageⅠであった。術後は問題なく経過し、術後2年経過時点では転移及び再発は認めていない。有茎性ポリープを確認した際には、表面構造を詳細に観察することにより、大腸癌であるかどうか、またそうであった場合は深達度診断を行うことが重要であるが、本症例の様に内視鏡的に癌の診断に至らずとも、早期癌の可能性はあり、また捻転等により病変が脱落してしまうと、その後に病変として認識できなくなる恐れはある。このような病変を認めた際には、期間を開けずに速やかに切除すること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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター3

**一般演題（ポスター）6　早期大腸癌・内視鏡治療 1**

座長：樫田 博史（川西市立総合医療センター）

## [P6-2] 当院における大腸underwater ESDの治療成績

*田丸 弓弦[1]、水本 健[1]、宮﨑 亘[1]、関本 慶太朗[1]、安居 みのり[1]、中村 一樹[2]、寺岡 雄吏[2]、岡崎 彰仁[2]、畠山 剛[1]、髙木 慎太郎[2]、吉田 成人[1] (1. NHO呉医療センター・中国がんセンター内視鏡内科、2. NHO呉医療センター・中国がんセンター消化器内科)

【目的】浸水下で大腸ESDを行うunderwater ESD(UESD)の有用性の報告が近年増えてきている。今回我々は大腸ESDの治療成績に関してUESDと$CO_2$送気下ESD(conventional ESD; CESD)で比較検討し、UESDの有効性について明らかにする。【方法】対象は2024年4月～2026年1月に当院で大腸ESDを施行した113病変98症例(男性57例; 平均72.7歳)のうち、中断例・先端系ナイフ以外使用・デバイス併用・粘膜下腫瘍であった症例を除き、UESDを施行した41病変(UESD群)とCESDを施行した54病変(CESD群)に分類した。検討項目は一括切除率、完全一括切除率、治癒切除率、切除時間、切除スピード(切除面積/分)、鎮静剤(ミダゾラム)追加投与量・回数および偶発症発生割合で、これらを腫瘍径、局在、病型、牽引法併用有無を共変量としたプロペンシティスコアマッチング(PSM)法を使用しUESD群およびCESD群とで比較検討した。なお、当院では鎮静剤としてミダゾラムを、鎮痛剤としてデクスメデトミジンもしくはペンタゾシンを使用している。【成績】PSM後の対象は各群30病変となり、平均腫瘍径はUESD群: 33.2mm、CESD群: 32.3mm、平均切除径はUESD群: 38.7mm、CESD群: 37.3mmであった。一括切除率・完全一括切除率はいずれの群も100%(30/30)、治癒切除率はUESD群: 93.3%(28/30)、CESD群: 96.7%(29/30)であり両群間で有意差は認めなかった(p=1.00)。高度線維化はUESD群: 6.7%(2/30)、CESD群:3.3%(1/30)、牽引法併用はいずれの群も0%(0/30)であった。平均切除時間はUESD群: 52.4±33.1分、CESD群: 49.0±25.8分(p=0.66)、平均切除スピードはUESD群: 21.8±10.8 $mm^2$/分、CESD群: 22.9±16.0 $mm^2$/分(p=0.77)でありいずれも有意差は認めなかった。ミダゾラム追加投与量はUESD群: 0.9±1.2mg、CESD群: 1.2±1.3mg(p=0.37)であり有意差は認めなかったが、ミダゾラム追加投与回数はUESD群: 0.6±0.7回、CESD群: 1.1±1.1回(p=0.045)でありUESD群で有意に少なかった。偶発症は後出血をUESD群で1例(3.3%)に認めたが、術中および遅発性穿孔はいずれの群でも認めなかった。【結論】UESDおよびCESDはいずれも安全で良好な成績であり、UESDにて鎮静剤の追加頻度を減らすことができる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター3

**一般演題（ポスター）6　早期大腸癌・内視鏡治療 1**

座長：樫田 博史（川西市立総合医療センター）

## [P6-3] 虫垂開口部腫瘍に対する腹腔鏡・内視鏡合同手術（Laparoscopy Endoscopy Cooperative Surgery：LECS）10例の治療成績

*柿崎 奈々子[1]、榎本 俊行[1]、長尾 さやか[1]、佐藤 二郎[1]、今井 よい[1]、横内 幸[2]、斉田 芳久[1] (1. 東邦大学医療センター大橋病院外科、2. 東邦大学医療センター大橋病院病理診断科)

【はじめに】近年、大腸における腹腔鏡・内視鏡合同手術（Laparoscopy Endoscopy Cooperative Surgery：以下LECS）が報告されている。適応は内視鏡的切除が困難で、かつリンパ節郭清の必要がない病変である。われわれは2017年より良性の虫垂開口部腫瘍に対し大腸LECSを実施しており、今回報告する。【症例】症例は10例で、年齢は43歳～77歳、男性5名、女性5名であった。術前診断は腺腫が多く、手術時間は101～209分（中央値: 139分）、出血量はいずれも少量であった。入院期間は４～9日（中央値：6日）であった。術後病理診断にてAdenocarcinomaとHigh/Low grade appendiceal mucinous neoplasmをそれぞれ1例ずつ認めたが、播種・再発なく経過している。【手術】全身麻酔下に下部消化管内視鏡を盲腸まで挿入し、その後手術開始する。次に、臍部に12mmポート、左側腹部に５mmポート２本を挿入し腹腔鏡下に盲腸を授動する。超音波凝固切開装置を用いて虫垂間膜を処理し、3-0縫合糸を用いて盲腸を腹壁へ３点で吊り上げ固定する。腸液流出防止のため終末回腸に腸管クリップでクランプする。続いて内視鏡下に粘膜下に濃グリセリン・果糖注射液を局注し、切離線のマーキングを行う。マーキングに沿って全周性に粘膜下層まで切開した後、腹腔側へ意図的に大腸壁を穿通させ全層切開とする。最後に腹腔鏡下にて穿通部へ超音波切開装置を挿入し、粘膜切離ラインに沿って全周性に切離、検体を切除する。切除検体は内視鏡下に経肛門的に回収し、腸壁欠損部は縫合閉鎖又は自動吻合器を用いて閉鎖する。【考察】虫垂開口部腫瘍に対する大腸LECSは最少の切除範囲で、バウヒン弁を温存した切除が可能であった。また回盲部切除と比較して、小さな傷で手術可能であった。一方で手術時間は回盲部切除と同等で、虫垂切除と比較して長かった。特に虫垂切除後など腫瘍の位置が漿膜側からは同定困難な症例において、下部消化管内視鏡の併用により腫瘍の位置を同定が可能となり、過不足のない切除が可能となると考えられる。【結語】大腸LECSは虫垂開口部腫瘍の治療において選択肢の１つとなりうる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター3

**一般演題（ポスター）6　早期大腸癌・内視鏡治療 1**

座長：樫田 博史（川西市立総合医療センター）

## [P6-4] 便潜血検査2回法と1回法での比較検討

*松本 美桜[1]、津田 桃子[1]、佃 曜子[1]、加賀谷 英俊[1]、江原 亮子[1]、加藤 元嗣[1] (1. 公益財団法人北海道対がん協会札幌がん検診センター)

【背景】2026年３月の第46回がん検診のあり方に関する検討会にて、大腸がん検診の便潜血検査については１回の検査で採取する便を従来の２日分から、１日分に変更とする方針となった。一方、当検診センターでは、便潜血陽性の要精検における大腸内視鏡検査で、大腸がん予防目的として適応病変に対し即日のCold Polypectomy(CP)を施行している。
【目的】自施設での便潜血検査の成績を元に便潜血検査1回法と2回法を比較検討する。
【方法】2025年4月～2026年３月の期間に、便潜血で陽性となり、自施設で精密検査として大腸内視鏡検査を受けた症例に対して、便潜血検査結果が１回陽性群と２回陽性群に分け、それぞれの癌発見率・CP施行率について後方視的に検討した。
【結果】便潜血陽性となり自施設で大腸内視鏡検査を受けた対象者は533例であった。そのうち、便潜血１回陽性群は447例（83.9%）、２回陽性群は86例（16.1%）であった。全体でのがん発見数は９例（1.6%）、内訳は１回陽性群が２例（22.2%）、２回陽性群が７例（77.8%）であった。進行癌は５例で全て２回陽性群であった。また、早期癌４例中２例は２回陽性群であり、大腸癌の78%以上は１回法においても癌の発見に至ったものと考えられた。一方で、10mm以下の腺腫に対し同日CP施行したものは210例であった。内訳は１回陽性群で180例（85.7%）、２回陽性群で30例（14.3%）であった。
【考察】国立がん研究センターによるメタ解析によると、１回法と２回法による大腸がん発見の感度特異度には統計学的な差はなかったとされる。本検討でもそれに類似した結果であった。「がん発見」の観点のみであれば１回法でも問題はないが、クリーンコロンを目指す「大腸がん予防」の観点から考えると、１回法にすることで今回CP施行されたうちの最大８５%がCSの機会を失う可能性がある。
【結語】便潜血検査１回法はがん発見には有用だが、がん予防の機会を減らす可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター3

**一般演題（ポスター）6　早期大腸癌・内視鏡治療 1**

座長：樫田 博史（川西市立総合医療センター）

## [P6-5] 虫垂腫瘍に対する協働型助手ロボットANSURを用いた腹腔鏡・内視鏡合同手術LECSの経験

*浅井 宏之[1]、山川 雄士[1]、澤井 美里[1]、加藤 潤紀[1]、上原 崇平[1]、加藤 瑛[1]、鈴木 卓弥[1]、牛込 創[1]、高橋 広城[2]、瀧口 修司[1] (1. 名古屋市立大学病院、2. 名古屋市立大学医学部附属西部医療センター)

【目的】
腹腔鏡・内視鏡合同手術（LECS）は，内視鏡的切除が困難な大腸腫瘍に対し，全層切除を行いつつ腸管機能温存が可能な低侵襲手術である。特に虫垂開口部病変は良好な適応であるが，術中の安定した術野展開と精緻な協調操作が課題とされる。当院では協働型助手ロボットANSURを併用したLECSを導入しており，本症例を通じてその臨床的有用性を検討する。

【症例】
84歳女性。便潜血陽性を契機に施行した下部消化管内視鏡検査で，虫垂開口部から虫垂内にかけて4 mm大の腫瘍を認めた。内視鏡的切除は困難と判断しLECSを施行した。腹腔鏡下に盲腸を授動後，オーガンリトラクターおよびANSUR鉗子により術野を安定化させた。内視鏡下に粘膜切開を開始し全層切開へ移行，最終的に腹腔鏡下に全周性切離を行った。標本は経腸管的に回収し，切開部は縫合閉鎖した。手術時間158分，出血少量で，術後合併症なく退院した。

【考察】
虫垂開口部腫瘍は内視鏡的切除の難易度が高く，ESDでは穿孔リスクが問題となる。一方，局所切除が可能な症例に対しても回盲部切除が選択されることがあり，過大侵襲となり得る。LECSは内腔側から切離ラインを規定しつつ全層切除を行うことで，過不足のない切除と機能温存の両立を可能とする有用な術式である。しかし，内視鏡と腹腔鏡の協調操作には安定した牽引と術野固定が不可欠であり，従来は助手の熟練度に依存する側面があった。本症例ではANSURを用いることで術者自身が牽引操作を制御可能となり，安定した術野展開と精緻な操作が実現された。これにより手技の再現性向上および術者主導の操作体系構築に寄与する可能性が示唆された。

【結論】
ANSURを併用したLECSは，虫垂腫瘍に対する低侵襲かつ機能温存を可能とするだけでなく，術野安定性と手技の再現性を高める新たな手術支援戦略として有用である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター3

**一般演題（ポスター）6　早期大腸癌・内視鏡治療 1**

座長：樫田 博史（川西市立総合医療センター）

## [P6-6] 当院における大腸内視鏡的粘膜切除術の切除病変数と合併症の検討

*松澤 宏和[1]、丹羽 浩一郎[1]、吉野 耕平[1]、齊田 将之[1]、関 英一郎[1] (1. 太田総合病院外科)

【はじめに】大腸腫瘍性病変に対して行う内視鏡的粘膜切除術（EMR）は一般的な内視鏡的治療の一つである。しかし、通電しながら切除を行うため、burning　effectによる後出血や穿孔が一定の割合で起こることが報告されている。大腸EMRを行う際に大腸腫瘍性病変を複数か所で認めることは頻回に日常臨床で経験する。切除個数が増えればそれに伴い合併症が起こる危険が増加してしまうことは当然である。しかし、1回の内視鏡治療で何病変までが安全に処置できるかなどの提言は特にされていない。今回当院で大腸EMRを施行した症例に対して、EMRを行った切除病変数と合併症発生に相関性があるかを検討した。
【方法・対象】対象は2024年9月から2025年6月まで当院で施行した大腸EMR症例163例を対象とした。EMRの処置数で1か所（I)、2か所（II)、3か所（III)、4か所以上（IV）の4群に分けて患者背景や術後合併症を比較検討した。
【結果】症例数はI：97例、II：34例、III：21例、IV：11例であった。年齢に各群間で有意差を認めなかった。男女比（M：F）はI（41：56）に対してII（9：25)、III（3：18)、IV（2：9）と複数カ所の群で男性が有意に多かった（p＝0.034)。抗血栓薬内服継続していた症例数はI/II/III/IV＝7/7/6/1例でp＝0.025とIIとIIIに多かった。切除した病変の最大径、切除後粘膜へのクリップの数、病理所見の良悪性はどれも優位な差は認められなかった。合併症は全部で5例に認め、すべて後出血であった。各群の合併症発生数はI/II/III/IV＝2/0/2/1例でp＝0.128と各群間で有意差を認めなかった。後出血症例は全例で内視鏡的止血術で止血できており、輸血が必要となるような症例は認めなかった。
【結語】今回の検討では、大腸腫瘍病変に対してEMRを施行する際に切除病変数と術後の合併症に相関性は認められなかった。１回の内視鏡的治療で複数病変に対してのEMRは安全に施行できると考える。しかし、切除病の増加は処置時間の延長を伴う。時間の経過と共に術者の疲弊や集中力の低下を招く。安全な処置を行っていくためにも、無理をして全病変の一括切除に拘るのではなく、計画的な大腸EMRを行っていくことが望ましいと考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター4

## 一般演題（ポスター）7　周術期管理と術後合併症１

座長：小竹 優範（厚生連高岡病院）

[P7-1] 腹腔鏡下結腸部分切除術（横行結腸）後に腹膜前腔膿瘍として発症した縫合不全の一例

*福田 啓之[1]、岡屋 智久[1]、新井 周華[1]、中村 祐介[1]、佐藤 駿介[1] (1. 千葉県済生会習志野病院外科)

---

[P7-2] 90歳以上超高齢患者に対する消化器外科手術の短期成績の検討

*竹谷 健[1]、田村 卓也[1]、鶴田 雅士[1]、石田 隆[1]、西嶋 亜未[1]、篠田 昌宏[1]、大山 隆史[1]、平野 佑樹[1]、皆川 卓也[1]、島田 理子[1]、菅原 俊喬[1]、藤井 康矢[1]、藤澤 直人[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)

---

[P7-3] 直腸癌における術前治療が栄養指標PNIに与える影響と術後合併症との関連

*村上 克宏[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]、吉岡 康多[1]、岩本 哲好[1]、大東 弘治[1]、所 忠男[1]、上田 和毅[1]、川村 純一郎[1] (1. 近畿大学病院)

---

[P7-4] 当院における直腸癌術後の静脈血栓塞栓症と側方リンパ節郭清との関係に関する検討

*草深 弘志[1]、植村 守[1]、佐伯 崇史[1]、楠 誓子[1]、瀧口 暢生[1]、小林 雄太[1]、朴 正勝[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)

---

[P7-5] 前立腺・精嚢合併切除を伴う直腸癌術後の直腸尿道瘻に対して, 薄筋筋弁を用いて根治術を施行した一例

*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)

---

[P7-6] 局所陰圧閉鎖療法により縫合閉鎖が可能となった直腸癌術後骨盤死腔炎の1例

*田島 佑樹[1]、山本 聖一郎[1,2]、本郷 久美子[1]、栗原 佑一[3]、堤内 教子[4]、大谷 理紗[1]、室井 貴子[1]、佐野 淳一[1]、藤崎 洋人[1]、中川 基人[1]、高野 公徳[1] (1. 平塚市民病院外科、2. 東海大学医学部付属病院消化器外科、3. 平塚市民病院皮膚科、4. 平塚市民病院看護部)

---

[P7-7] 当科における直腸癌術後遅発性縫合不全4例の検討

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

---

[P7-8] 大腸術後合併症早期発見のための術後連日採血とCT検査の検討

*清家 和裕[1]、秋山 貴洋[1] (1. 小田原市立病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター4

**一般演題（ポスター）7　周術期管理と術後合併症 1**

座長：小竹 優範（厚生連高岡病院）

## [P7-1] 腹腔鏡下結腸部分切除術（横行結腸）後に腹膜前腔膿瘍として発症した縫合不全の一例

*福田 啓之[1]、岡屋 智久[1]、新井 周華[1]、中村 祐介[1]、佐藤 駿介[1] (1. 千葉県済生会習志野病院外科)

【症例】78歳、女性。既往歴に、虫垂切除術、子宮全摘術、左半結腸切除術、胆嚢摘出術、盲腸部分切除術など多数の腹部手術歴があった。今回、横行結腸癌に対して、腹腔鏡下癒着剥離術、腹腔鏡下結腸部分切除術（横行結腸）を行った。大腸切除術の既往があったため、血流温存目的で小範囲切除に留めた。ICGで血流を確認し体腔内オーバーラップ吻合で再建した。
【術後経過】臍部小開腹創に創感染を認めたが、発赤腫脹は軽度で排膿は少量のみであった。全身状態が安定しており、局所処置により改善したため17PODに退院となった。退院後（29POD）に微熱、炎症反応高値、右側腹部痛が出現し、CTで右腹直筋背側の腹膜前腔に限局した膿瘍形成を認めたが、腹腔内への明らかな波及はなかった。創感染からの波及を考え、同日に入院し、超音波ガイド下経皮ドレナージを施行し、8Frピッグテールを留置した。その後のドレーン造影で吻合部が逆行性に造影されたことから縫合不全と診断した。縫合不全の部位としては、共通孔閉鎖部の漏出を疑った。腹膜刺激症状や全身性炎症所見はなく、ドレーン管理を継続し、ドレナージから11日後（40POD）にドレーン抜去し、47PODに軽快退院した。【考察】本症例では、癒着剥離操作により生じた腹膜欠損部を介して、縫合不全部から腹膜前腔へ感染が波及し膿瘍を形成し、さらに、腹膜前腔膿瘍から臍部小開腹創へ感染が拡がった可能性が考えられた。縫合不全は通常、腹腔内膿瘍や腹膜炎として発症することが多く、腹膜前腔膿瘍として顕在化することは非常に稀である。術後に非典型的な感染徴候を呈した場合には、創部感染のみならず縫合不全を念頭に置いた慎重な評価が重要である。【結語】腹腔鏡下結腸切除術後に腹膜前腔膿瘍を認めた場合、縫合不全が潜在している可能性があり、画像所見を踏まえた的確な診断と、病態に応じた適切な治療介入が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター4

**一般演題（ポスター）7　周術期管理と術後合併症 1**

座長：小竹 優範（厚生連高岡病院）

## [P7-2] 90歳以上超高齢患者に対する消化器外科手術の短期成績の検討

*竹谷 健[1]、田村 卓也[1]、鶴田 雅士[1]、石田 隆[1]、西嶋 亜未[1]、篠田 昌宏[1]、大山 隆史[1]、平野 佑樹[1]、皆川 卓也[1]、島田 理子[1]、菅原 俊喬[1]、藤井 康矢[1]、藤澤 直人[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・目的】
高齢化に伴い，90歳以上の超高齢患者に対する消化器外科手術症例は増加している。一方で，超高齢患者では身体予備能低下や併存疾患を背景に周術期リスクが高く，手術適応には慎重な判断が求められる。今回，当院における90歳以上患者に対する消化器外科手術症例の短期成績について後方視的に検討した。

【対象と方法】
2020年から2025年までに当院で施行した90歳以上の消化器外科手術症例9例を対象とした。このうち1例は他院加療となり十分な術後経過観察が困難であったため除外し，8例を解析対象とした。年齢中央値は91.5歳（90–97歳），男性6例，女性2例であった。ASA-PSは2が6例，3が2例であった。検討項目は手術時間，出血量，術後在院日数，術後合併症とした。

【結果】
全例で手術を完遂可能であり，開腹移行は認めなかった。手術時間中央値は335.5分（283–419分），出血量中央値は35mL（5–250mL）であった。術後在院日数中央値は9日（5–28日）であった。術後合併症は2例に認め，いずれも尿路感染症であり，Clavien–Dindo grade 1–2であった。Grade III以上の重篤合併症，再手術，周術期死亡は認めなかった。

【結論】
90歳以上の超高齢患者に対する消化器外科手術は，適切な症例選択および周術期管理を行うことで，比較的安全に施行可能であると考えられた。年齢のみを理由に手術適応を制限すべきではなく，全身状態を踏まえた個別化治療戦略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(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター4

**一般演題（ポスター）7　周術期管理と術後合併症 1**

座長：小竹 優範（厚生連高岡病院）

## [P7-3] 直腸癌における術前治療が栄養指標PNIに与える影響と術後合併症との関連

*村上 克宏[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]、吉岡 康多[1]、岩本 哲好[1]、大東 弘治[1]、所 忠男[1]、上田 和毅[1]、川村 純一郎[1] (1. 近畿大学病院)

背景：
近年，局所進行直腸癌に対して，腫瘍縮小や局所制御率向上を目的に術前化学療法（NAC）や化学放射線療法（CRT）が広く行われている。さらに，化学療法と放射線治療を術前に集中的に行うTotal neoadjuvant therapy（TNT）が導入され，腫瘍退縮の促進やpCR率の向上が報告されている。一方，栄養指標であるPNIは術後合併症や予後（OS，DFS）と関連することが知られているが，TNTを含む術前治療が栄養状態に与える影響は十分に検討されていない。本研究では，術前治療がPNIに与える影響を検討した。
方法：
2020年から2025年に当院で術前治療後に手術を施行した直腸癌67例を対象に後ろ向きに解析した。術前治療前後のPNIを比較し，術後合併症（Clavien-Dindo分類GradeⅢ以上）予測における術前治療後PNIのカットオフ値をROC曲線で算出した。さらに，カットオフ値以下症例の特徴を検討した。
結果：
術前治療はNAC10例，CRT46例，TNT11例であった。PNIは術前49.8から術前治療後45.3へ有意に低下した（p<0.001）。GradeⅢ以上の合併症は10例（14.9%）に認めた。ROC解析では術前治療後PNIのカットオフ値は40.3（感度0.300，特異度0.912）であった。PNI≦40.3群は＞40.3群と比較して合併症が多い傾向を示した（37.5% vs 11.9%，p=0.091）。PNI低値群8例中6例は術前PNIがカットオフ以上であった。
結語：
術前治療はPNIを有意に低下させ，術前治療後PNIは術後重篤合併症の予測因子となる可能性が示唆された。特に，術前には良好な栄養状態であっても治療後に低下する症例が認められたことから，治療期間中の継続的な栄養評価と早期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(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター4

**一般演題（ポスター）7　周術期管理と術後合併症 1**

座長：小竹 優範（厚生連高岡病院）

## [P7-4] 当院における直腸癌術後の静脈血栓塞栓症と側方リンパ節郭清との関係に関する検討

*草深 弘志[1]、植村 守[1]、佐伯 崇史[1]、楠 誓子[1]、瀧口 暢生[1]、小林 雄太[1]、朴 正勝[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)

【はじめに】術後静脈血栓塞栓症（Venous thromboembolism; VTE）は周術期における致死性合併症の一つである。 本邦のVTE ガイドラインにおいて、VTEのリスクとして50歳以上、心筋梗塞既往、糖尿病、肥満、悪性疾患が挙げられている。悪性腫瘍手術はVTE高リスク群に分類されるが、腫瘍の部位や術式によりそのリスクは異なる。大腸癌術後のVTEの発生率としては1.4-2.4%と報告されている。下部進行直腸癌に対しては側方リンパ節郭清（Lateral lymph node dissection; LLND）が標準術式とされているが、LLNDでは出血量増加や手術時間延長、腸骨静脈系への直接的な物理刺激などが問題となる。しかしLLNDとVTE発症の関連性については十分に検討されていない。本研究ではLLNDと術後VTE発症との関係を明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】2010年4月から2022年3月の間に、当院で施行した直腸癌切除症例（n=847）を対象とし、LLND実施症例と非実施症例の2群に分け、臨床病理学的背景およびVTE発症率を比較検討した。

【結果】全847例の内、LLNDを実施した症例は192例（22.7%）であった。LLND群（n=192）および非LLND群（n=655）における比較ではBMIには有意差はなく、性別(男性 67.2 % vs 59.1%, p=0.041)、年齢（中央値; 63歳 vs 65歳, p=0.002）やASA-PS 3以上の割合（ 4.2% vs 8.6%, p=0.032）に有意差を認めた。手術因子では、LLND群で開腹手術症例の割合が高く（16.2% vs 3.4%, p<0.001）、出血量（中央値; 200ml vs 30ml, p<0.001）および手術時間（中央値; 637.5分 vs 315分, p<0.001）においても有意差を認めた。術前治療を行なった症例 (75.5% vs 10.8%, p<0.001)や、術後薬物的VTE予防を実施した症例（58.3% vs 32.1%, p<0.001）はLLND群で高かった。術後VTEは LLND群で8例（4.2%）、非LLND群で4例（0.6%）に発症し、LLND群で有意に高率であった（p=0.001）。

【考察】直腸癌切除症例において、症例全体での術後VTEの発症率は1.4%と既報と同程度であった。LLNDは術後VTE発症の高リスク因子である可能性が示唆された。LLND群と非LLND群では臨床背景が大きく異なっており、傾向スコアマッチングを用いたLLNDとVTE発症との関連性の詳細な解析を予定している。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター4

**一般演題（ポスター）7　周術期管理と術後合併症 1**

座長：小竹 優範（厚生連高岡病院）

## [P7-5] 前立腺・精嚢合併切除を伴う直腸癌術後の直腸尿道瘻に対して, 薄筋筋弁を用いて根治術を施行した一例

*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)

症例はADL自立の70歳男性. 虫垂炎術後で高血圧を併存していた. X年11月,排便習慣の変化を契機に局所進行直腸癌(Rb, 肛門縁から5cm)と診断され当院紹介となった. cT4b(前立腺・精嚢)N1bM0と診断し, 患者と相談のうえTotal Neoadjuvant Therapy(TNT)の方針とした. Capecitabine併用放射線療法(50.4Gy)後, Capecitabine+Oxaliplatin6コースを施行し, 部分奏功(PR)を得たため手術の方針とした.
X＋1年8月, ロボット支援下低位前方切除(D3郭清)＋前立腺・精嚢合併切除＋膀胱尿道吻合＋一時的回腸人工肛門造設術を施行した. 術後, 直腸吻合部縫合不全および膀胱尿道吻合部縫合不全を認め, ドレナージおよび抗菌薬加療を要した. 術後66日目にドレーンと尿道カテーテルを留置したまま退院し, 外来管理のもと術後3ヶ月でドレーン抜去となった.
その後一旦軽快したが, X＋2年3月に肛門からの排尿を認め, CT, MRIおよび造影検査で直腸尿道瘻と診断した. QOL改善および人工肛門閉鎖を目的に瘻孔閉鎖を希望された. X＋2年6月および10月にヒストアクリルを用いた内視鏡的瘻孔閉鎖術を施行したが奏功せず, X＋3年4月に根治手術の方針となった.
手術は経会陰アプローチで行い, まず直腸側より内視鏡下に瘻孔へカテーテルを挿入し, 膀胱鏡下に尿道側へ誘導した. 会陰部に6cmの横切開を置き, 直腸尿道間を瘻孔方向に剥離を進め, カテーテルを指標として瘻孔への到達を確認した. 瘻孔を切離し, 直腸側瘻孔を3-0PDSで, 尿道側瘻孔を3-0Vicrylでそれぞれ単結節縫合し閉鎖した. さらに形成外科にて左薄筋を有茎筋弁として挙上し, 尿道と直腸の縫合部間に介在させるように被覆し縫合固定した. 会陰部・皮下ドレーンを留置し閉創した. 手術時間は353分, 出血量は200mlであった.
術後経過は良好で術後9日目に退院した. 現在術後1ヶ月で再発所見は認めておらず, 今後人工肛門閉鎖を予定している.
術後直腸尿道瘻は難治性であり治療に難渋することが多い. 本症例では内視鏡的治療は奏功しなかったが, 瘻孔の確実な同定と薄筋筋弁による被覆を併用し根治に至った. 本術式は直腸尿道瘻に対する有用な選択肢と考えられた.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター4

**一般演題（ポスター）7　周術期管理と術後合併症 1**

座長：小竹 優範（厚生連高岡病院）

## [P7-6] 局所陰圧閉鎖療法により縫合閉鎖が可能となった直腸癌術後骨盤死腔炎の1例

*田島 佑樹[1]、山本 聖一郎[1,2]、本郷 久美子[1]、栗原 佑一[3]、堤内 教子[4]、大谷 理紗[1]、室井 貴子[1]、佐野 淳一[1]、藤崎 洋人[1]、中川 基人[1]、高野 公徳[1] (1. 平塚市民病院外科、2. 東海大学医学部付属病院消化器外科、3. 平塚市民病院皮膚科、4. 平塚市民病院看護部)

症例は72歳男性。1か月前からの臀部痛を主訴に当院紹介受診となった。直腸穿通、肛門周囲膿瘍の診断に対し、緊急S状結腸人工肛門造設術、膿瘍ドレナージ術を施行した。術中検体及び術後大腸内視鏡検査で直腸癌の診断となった。CT画像上は肛門挙筋及び仙骨への浸潤が疑われた。化学放射線療法(S-1内服＋50.4Gy)を施行し、腫瘍の縮小を得られたため、腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術(D3郭清)及び仙骨合併切除術を施行した。最終病理診断は、ypT3N0M0 Stage Ⅱ aで、治療効果判定はGrade2であった。術後9病日骨盤腔ドレーンを抜去し、術後11病日に退院とした。退院後初回外来(術後19病日)の血液検査上、炎症反応の上昇を認め、CT検査を施行したところ、仙骨断端部に膿瘍形成を認めた。同日再入院とし、ドレナージ加療を行った。術後38病日退院としたが、その後結石性腎盂腎炎に対し内科入院中に創部の離開が顕在化した(術後75病日)。骨盤内の死腔炎も遷延しており局所陰圧閉鎖療法(negative pressure wound therapy(NPWT))を開始したところ、死腔は縮小傾向であったものの、完全な消失には至らなかった。術後112病日仙骨後面の創部を開創し、創内及び仙骨の不良肉芽をデブリした。周期的自動注入機能付き陰圧創傷治療システム(NPWTi-d(instillation and dwelling))を開始し、また創部の離開が顕在化して以降、線維芽細胞増殖因子を含む皮膚潰瘍治療剤や、抗菌性創傷被覆保護剤の投与も継続した。創部からの排膿も改善してきたため、術後124病日局所麻酔下に縫合閉鎖術を施行した。術後一部癒合不全を認めたものの、術後138病日縫合を追加し、術後152病日に完全治癒を確認した。難治性骨盤死腔炎、創部離開に対し、局所陰圧閉鎖療法を含めた局所療法の後に縫合閉鎖が可能となった1例を経験したので、若干の文献的報告を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター4

**一般演題（ポスター）7　周術期管理と術後合併症 1**

座長：小竹 優範（厚生連高岡病院）

## [P7-7] 当科における直腸癌術後遅発性縫合不全4例の検討

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

【はじめに】直腸癌術後縫合不全は一般に術後早期に発症するが、術後3週以降に発症する遅発性縫合不全も存在し診断や治療に難渋することがある。今回遅発性縫合不全4例を経験したため、文献的考察を含め報告する。
症例1：68歳男性．StageⅣ直腸癌に対し低位前方切除および回腸人工肛門造設術を施行した．原発巣切除の2年後人工肛門閉鎖術を施行し,外来フォローアップとなっていた．人工肛門閉鎖術後5年経過し肛門痛が出現し,精査にて直腸吻合部縫合不全に伴う直腸周囲膿瘍と診断され横行結腸人工肛門を造設した．症例2：74歳女性．StageⅢ直腸癌に対し腹腔鏡下低位前方切除術を施行した．術後経過は良好で10病日に退院されたがイレウスの診断で再入院となった．下部消化管造影検査にて吻合部縫合不全と診断され，原発巣切除術から25日後に横行結腸人工肛門造設術を施行した．症例3：65歳男性．StageⅢ直腸癌に対し低位前方切除術，左精嚢合併切除，回腸人工肛門造設術を施行した．50病日に退院された．退院後5ヶ月で回腸人工肛門閉鎖術を施行したところ，閉鎖術から27病日に発熱にて緊急入院となった．精査にて直腸吻合部縫合不全に伴う膿瘍形成と診断された．経皮的ドレナージで徐々に軽快し，再入院後46病日に退院された．症例4：78歳男性. StageⅠ直腸癌に対し腹腔鏡下低位前方切除術施行した. Diverting ileostomyを勧めたが拒否された。術後経過は良好で10病日に退院された. 術後11ヶ月後CT検査で吻合部周囲のAir像を認め遅発性縫合不全と診断された。遷延する肛門痛があったが発熱なく採血上も高い炎症反応は認めず、やはり人工肛門は拒否されたため画像フォローとした。1年以上経過しAir像や膿瘍像は消失している。
【まとめ】直腸癌術後の遅発性縫合不全は稀であるが、化学放射線療法、低位吻合、血流障害、diverting stoma閉鎖後などが危険因子として報告されている。発症時期のため診断の遅れにつながる可能性があり、リスクを有する症例については術後長期にわたる慎重な経過観察を要する。軽微な発熱や肛門痛、会陰痛など非特異的所見のみで発症する場合もあり、遅発性縫合不全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(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター4

**一般演題（ポスター）7　周術期管理と術後合併症１**

座長：小竹 優範（厚生連高岡病院）

## [P7-8] 大腸術後合併症早期発見のための術後連日採血とCT検査の検討

*清家 和裕[1]、秋山 貴洋[1] (1. 小田原市立病院外科)

はじめに：大腸疾患における縫合不全などの術後合併症は早期診断が重要であり、今回我々は術後採血とCT検査で術後合併症を予測できるか検討した。
対象：2012年10月～2025年8月までに大腸疾患にて吻合を伴う手術を施行した300例を対象とした。男性179例、女性121例で、疾患は大腸癌291例（結腸癌187例、直腸癌100例、結腸癌と直腸癌の重複癌4例）、良性疾患9例だった。
方法：第1から5病日まで毎日採血し、白血球数やCRP値等を検査した。また、第3～4病日に腹部単純ＣＴ検査を施行し、吻合部周囲遊離ガスや小腸液貯留等と術後合併症との関連を検討した。
結果：術後合併症は縫合不全22例、麻痺性（亜）イレウス18例、創感染5例、下血3例、乳び瘻2例、吻合部狭窄1例だった。白血球数は最多となったのが、第1病日144例と最も多く、第２病日が99例、第３病日が52例、第４病日が４例、第5病日が1例だった。再上昇したのが4例あり、2例が縫合不全例だった。CRPは最大となったのが、第2病日246例と最も多く、第3病日が29例、第4病日が12例、第1病日が11例、第5病日が2例だった。再上昇したのが 9例あり、2例が縫合不全例だった。CTにて吻合部近傍に遊離ガスを27例に認め、10例が縫合不全症例だった。縫合不全は術後第3~13病日に診断されたが、第7病日以降に診断された13例中7例に吻合部周囲遊離ガスを認めた。CTで小腸液貯留を31例に認め、17例が麻痺性（亜）イレウスで、1例が吻合部狭窄、下痢症例だった。麻痺性（亜）イレウス18例中17例に小腸液貯留を認めた。
考察：白血球数とCRP値が再上昇時した際は何らかの合併症を併発している可能性があり、その検索が必要である。ただ、第5病日までの採血では縫合不全の予測は難しかった。第7病日目以降に診断された縫合不全例でも半数に吻合部周囲遊離ガスを認め、また、イレウス症例に高率に小腸液貯留を認めた。
まとめ：術後連続採血とCTは術後早期合併症の予測に有用な症例がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター4

## 一般演題（ポスター）8　進行大腸癌に対する化学療法 1

座長：古畑 智久（札幌禎心会病院）

[P8-1] CapeOXによる術後補助化学療法中に多量の腹水を認め診断に苦慮した1例

*藤田 敏忠[1]、樋口 青空[1]、太田 里菜[1]、有川 浩貴[1]、寺井 祥雄[1]、岸 淳彦[1]、藤田 恒憲[1] (1. 兵庫県立丹波医療センター外科)

---

[P8-2] Pembrolizumabが著効し,治療終了後も無増悪を維持しているMSI-high StageIV上行結腸癌の1例

*瀧口 暢生[1]、三宅 正和[1]、吉村 大士[1]、古川 陽菜[1]、東 重慶[1]、小川 久貴[1]、大村 仁昭[1]、種村 匡弘[1] (1. りんくう総合医療センター)

---

[P8-3] 当院におけるfStage II結腸癌に対する術後補助化学療法の治療成績

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

---

[P8-4] 遠隔リンパ節転移に対してPembrolizumabが著効したMSI−High大腸癌患者の1例

*田村 卓也[1]、立川 伸雄[2]、竹谷 健[1]、石田 隆[1]、鶴田 雅士[1]、板野 理[1] (1. 国際医療福祉大学成田病院、2. 水戸赤十字病院外科)

---

[P8-5] 大腸癌StageIVまたは遠隔転移再発症例に対して2nd line治療中に切除に至った大腸癌症例の特徴と転帰

*進藤 実希[1]、浜部 敦史[1]、森 良太[1]、三代 雅明[1]、竹田 充伸[1]、関戸 悠紀[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消化器外科)

---

[P8-6] トリフルリジン/チピラシル＋ベバシズマブ療法後の切除不能進行再発大腸癌に対する経口チロシンキナーゼ阻害薬の安全性と有効性の検討

*闇彌 一貴[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]、石田 典仁[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. 慶應義塾大学医学部　内科学教室(消化器)、2. 慶應義塾大学医学部　腫瘍センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター4

**一般演題（ポスター）8　進行大腸癌に対する化学療法１**

座長：古畑 智久（札幌禎心会病院）

## [P8-1] CapeOXによる術後補助化学療法中に多量の腹水を認め診断に苦慮した1例

*藤田 敏忠[1]、樋口 青空[1]、太田 里菜[1]、有川 浩貴[1]、寺井 祥雄[1]、岸 淳彦[1]、藤田 恒憲[1] (1. 兵庫県立丹波医療センター外科)

StageⅢ進行大腸癌術後にはオキサリプラチンを併用した術後補助化学療法が推奨されている。今回我々は盲腸癌術後にCapeOXによる術後補助化学療法中に血清CEA値の上昇とともに多量の腹水を認め、漿膜浸潤を伴う進行盲腸癌であったことから術後再発、とりわけ腹膜播種再発との鑑別に苦慮したオキサリプラチンによる類洞閉塞症が原因と考えられる多量の腹水貯留をきたした1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

　症例は70歳代の男性。盲腸癌とS状結腸癌に対し、腹腔鏡下回盲部切除術＋S状結腸切除術を施行した。病理組織診断で盲腸癌はtub2,pT4a,pN2a,M0,pStage3ｃ、S状結腸癌はpap,pTis,pN0,M0,pStage0でいずれもPM0,DM0,RM0,R0,CurAであった。術後1ヶ月よりCapeOXによる術後補助化学療法を開始した。5サイクルを施行後におこなったCTで軽度の脾腫と共に多量の腹水を認めた。また血液検査ではCEA7.5ng/mlと上昇を認めた他、Grade１の肝障害と血小板減少を認めた。胸腹部ＣＴで明らかな再発病巣が指摘できなかったため6サイクル目を継続した。その後腹水による腹部膨満感と両下肢の浮腫を認め、術後補助化学療法を中止した。2度にわたる腹水細胞診でいずれも悪性所見は認めず、心臓超音波検査では心不全徴候なく、血小板減少と軽度の脾腫、腹水検査で漏出性腹水が疑われたため、オキサリプラチンによる類洞閉塞症候群とそれに伴う腹水と診断し、利尿剤で加療をおこなったところ、腹水と両下肢の浮腫は消退した。血清CEA値も正常化し、術後9ヶ月経過した現在再発徴候なく、術後補助化学療法は再開せず外来で経過観察中である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター4

**一般演題（ポスター）8　進行大腸癌に対する化学療法１**

座長：古畑 智久（札幌禎心会病院）

## [P8-2] Pembrolizumabが著効し,治療終了後も無増悪を維持しているMSI-high StageIV上行結腸癌の1例

*瀧口 暢生[1]、三宅 正和[1]、吉村 大士[1]、古川 陽菜[1]、東 重慶[1]、小川 久貴[1]、大村 仁昭[1]、種村 匡弘[1] (1. りんくう総合医療センター)

【背景】MSI-high転移性大腸癌に対する免疫チェックポイント阻害薬（ICI）は高い奏効率を示し，標準治療として確立されている。 一方で，完全奏効あるいは長期奏効が得られた症例における至適投与期間については，いまだ明確なコンセンサスは得られていない。 今回，MSI-high StageIV上行結腸癌に対してPembrolizumabが著効し，治療終了後も無増悪を維持している症例を経験したため報告する。

【症例】70代女性。 嘔吐および右下腹部痛を主訴に受診した。 身長156 cm，体重69 kg，BMI 28.4 kg/m$^2$，ECOG PS 1であった。 血液検査ではCEA 153.5 ng/mL，CA19-9 2104.1 U/mLと腫瘍マーカーは著明な高値を認めた。 造影CTでは，周囲脂肪織濃度上昇を伴う上行結腸の壁肥厚，所属リンパ節腫大，多発肝転移および腹膜播種を認め，上行結腸癌 cT4aN2bM1c（H3，P3） StageIVcと診断した。 腸閉塞症状を伴っていたため，開腹結腸右半切除術を施行した。 病理診断は上行結腸癌 pT4aN2bM1c（H3，P3） StageIVcであり，切除標本を用いた検査でMSI-highと判明した。 術後，Pembrolizumab（200 mg，3週毎）を開始した。 明らかな免疫関連有害事象は認めなかった。 4コース後より肝転移および腹膜播種は著明に縮小し，14コース後には腫瘍マーカーは正常化，画像上も病変の縮小が維持されていた。 その後も治療を継続したが，35コース施行後，患者希望により治療を終了した。 現在，治療終了後1年2か月が経過しているが，腫瘍マーカーおよび画像所見のいずれにおいても再燃を認めず，無増悪を維持している。

【結語】MSI-high StageIV上行結腸癌に対してPembrolizumabが著効し，約2年3か月間のPembrolizumab投与の終了後も無増悪を維持している1例を経験した。 ICI奏効例における至適投与期間を検討するうえで，示唆に富む症例と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター4

**一般演題（ポスター）8　進行大腸癌に対する化学療法１**

座長：古畑 智久（札幌禎心会病院）

## [P8-3] 当院におけるfStage II結腸癌に対する術後補助化学療法の治療成績

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

【背景と目的】2024年版大腸癌治療ガイドラインではStage II大腸癌には術後補助化学療法は行わないことを弱く推奨しており, かつ, 再発高リスクの場合には補助化学療法を行うことを弱く推奨している. 症例ごとに患者背景や腫瘍特徴を考慮するが, その実施の判断には苦慮することも多い. 当院におけるfStage II結腸癌に対する術後補助化学療法の成績について検討することを本研究の目的とした.
【対象と方法】2016年6月から2020年5月に, 当院で施行された待機的結腸癌手術症例のうち, fStage IIの結腸癌107例を対象とした. なお, 前治療を施行している（Conversionとして手術を施行している）症例や緊急手術等いくつかの除外基準を設けた. 高リスク因子は, ①郭清リンパ節個数12個未満, ②T4, ③por/sig/muc症例, ④穿孔例, ⑤脈管侵襲, ⑥リンパ管侵襲, ⑦断端陽性, ⑧CEA高値の8項目とした. 高リスク症例のうち, 術後補助化学療法を施行した群（Adj群）と施行していない群（Non-Adj群）で比較検討を行った.
【結果】全症例107例の年齢中央値は73歳（38-93歳）, 性別は男性：女性=73：34例. 高リスク因子を1項目以上認める症例は96例で, その中で術後補助化学療法を施行した症例は35例（全症例の32.7%, 高リスク症例の36.5%）であった. 術後補助化学療法の種類はUFT/LVが22例, カペシタビン単剤が7例, CAPOXが6例であった. 高リスク症例96例で, 5年無病生存率は, Adj群（35例）vs Non-Adj群（61例）= 90.8% vs 70.7%（p=0.015）であった. なお, 年齢中央値は, Adj群 vs Non-Adj群 = 69歳（38-85歳）vs 77歳（46-93歳）であった. 一方で, 高リスク因子を1項目も認めない症例（11例）は打ち切りの症例はあるものの, 5年無病生存率は100%であった.
【結語】限られた症例ではあるものの, 当院におけるStage II結腸癌に対する術後補助化学療法の治療成績を検討し, その有用性が示唆された.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター4

**一般演題（ポスター）8　進行大腸癌に対する化学療法１**

座長：古畑 智久（札幌禎心会病院）

## [P8-4] 遠隔リンパ節転移に対してPembrolizumabが著効したMSI−High大腸癌患者の1例

*田村 卓也[1]、立川 伸雄[2]、竹谷 健[1]、石田 隆[1]、鶴田 雅士[1]、板野 理[1] (1. 国際医療福祉大学成田病院、2. 水戸赤十字病院外科)

症例は52歳、男性。上行結腸癌、遠隔リンパ節転移（左鎖骨上窩、左肺門部、傍大動脈領域）を認め、腸閉塞症状を伴っていた。回腸横行結腸バイパス術を施行後、SOX＋bevacizumab療法を開始した。しかし3コース終了時点で原発巣および転移巣の増大を認めPDと判定した。遺伝子検査にてMicrosatellite instability-high（MSI-H）と判明したため、二次治療としてPembrolizumab療法へ変更した。Pembrolizumab投与後、6コース時点で遠隔リンパ節転移巣は著明に縮小し、12コース終了時には原発巣、転移巣ともにさらに縮小を認めた。PET-CTでは遠隔転移巣のFDG集積は消失しており、根治切除可能と判断し、腹腔鏡下右半結腸切除術を施行した。術後経過は良好であり、術後補助化学療法は施行しなかった。現在、術後12ヵ月無再発生存中である。遠隔リンパ節転移を伴うMSI-H進行大腸癌に対してPembrolizumab療法が著効し、conversion surgeryにより根治切除し得た1例を経験した。MSI-H大腸癌に対する免疫療法は、高度進行例においても長期予後改善や根治切除につながる可能性が示唆された。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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター4

**一般演題（ポスター）8　進行大腸癌に対する化学療法１**

座長：古畑 智久（札幌禎心会病院）

## [P8-5] 大腸癌StageIVまたは遠隔転移再発症例に対して2nd line治療中に切除に至った大腸癌症例の特徴と転帰

*進藤 実希[1]、浜部 敦史[1]、森 良太[1]、三代 雅明[1]、竹田 充伸[1]、関戸 悠紀[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消化器外科)

【背景】
大腸癌Stage IVまたは転移再発症例に対して、R0切除を達成できた場合に予後改善が期待できる。化学療法が実施される場合、多くは1st line治療後にR0切除が行われ、2nd line化学療法中に切除に至る症例の臨床的意義については明らかでない。
【目的】
2nd line化学療法中に外科的切除に至った大腸癌症例の臨床的特徴および転帰を明らかにする。
【対象と方法】
当院において大腸癌Stage IVまたは転移再発に対し2nd line化学療法中に、R0切除を企図して外科的切除を施行した症例を対象とした。患者背景、臨床病理学的因子、治療内容、ならびに予後について後方視的に検討した。
【結果】
2016年1月から2026年1月までに、当院で大腸癌の肝転移、あるいは肺転移に対して手術を行った症例は101例であった。そのうち、2nd line化学療法中に外科的切除を施行した症例は7例で、そのうち6例でR0切除が得られた。2nd lineで手術を行った時点での年齢中央値は61歳、男性3例、女性4例であった。原発部位は右側が1例、左側が6例で、転移部位は肝臓5例、肺1例、肝臓・肺の両方転移が1例であった。肝転移症例5例のうち、1例は直腸癌の症例で、骨盤左側方リンパ節転移も同時に認めており、肝転移切除したのちに左側方リンパ節郭清を行いR0切除が得られた。R0切除を達成できなかった1例もまた、直腸癌の症例で肝臓・肺の両方転移を認めており、肝転移切除したのちに原発巣切除を行った。肺切除を目指していたが、術後化学療法施行中にも腹膜播種、新たな肝転移出現にてR0切除には至らなかった。
2nd line化学療法のbest responseはPR2例、SD5例であった。R0切除後の観察期間中央値は419.5日、RFS中央値は244日、OS中央値は1186日であった。再再発は4例に認め、再発部位は肝臓3例、肺1例で肝転移症例3例のうち、1例は肝門部リンパ節再発も認めていた。再再発に対して切除や化学療法を行い、3例は現在無再発生存中である。
【結語】
2nd line化学療法中にR0切除に至る大腸癌症例は一定数存在し、その一部では良好な予後が得られる可能性が示唆された。適切な症例選択により、2nd line治療中においても外科的切除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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター4

**一般演題（ポスター）8　進行大腸癌に対する化学療法１**

座長：古畑 智久（札幌禎心会病院）

## [P8-6] トリフルリジン/チピラシル＋ベバシズマブ療法後の切除不能進行再発大腸癌に対する経口チロシンキナーゼ阻害薬の安全性と有効性の検討

*闇彌 一貴[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]、石田 典仁[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. 慶應義塾大学医学部　内科学教室(消化器)、2. 慶應義塾大学医学部　腫瘍センター)

【背景と目的】経口チロシンキナーゼ阻害薬であるレゴラフェニブ（REG）とフルキンチニブ（FRU）は，切除不能進行再発大腸癌の後方ライン治療として広く使用されている。現在、これらの薬剤はトリフルリジン/チピラシル（FTD/TPI）+ベバシズマブ（BV）治療後に使われることが多いが、REGおよびFRUの主要な第Ⅲ相試験はいずれもFTD/TPI+BVの普及以前に実施されたものであるため、血管新生阻害薬を一次治療開始時から逐次的に使用するようになった現在の実臨床における有効性や安全性の情報は限られている。本研究はFTD/TPI+BV治療直後にREGまたはFRUを逐次投与した際の、実臨床における有効性および安全性を検討することを目的とした。
【対象と方法】2023年6月6日から2026年5月30日に自施設でFTD/TPI+BV療法の後治療としてREGまたはFRUの投与を受けた切除不能・再発大腸癌患者を対象に，有効性と安全性について診療録から後方視的に解析した。
【結果】対象患者はREG群21人、FRU群9人であった。患者背景ではFRU群において年齢中央値と抗EGFR抗体使用歴を有する割合が有意に高かった。有害事象発症割合は全グレードで手掌・足底発赤知覚不全症候群（REG 81.0% / FRU 66.7%）、蛋白尿（REG 85.7% / FRU 88.9%），高血圧（REG 38.1% / FRU 44.4%）と、主要第三相試験の結果と比較して両群とも高い傾向にあったが、両群での有意差は認めなかった。不耐中止となった患者の割合はREG 28.6%, FRU 11.1%であり、減量により多くの症例は治療継続が可能であった。有効性については、OS中央値はREG 4.9ヶ月（95%信頼区間 2.9-11.8）、FRU 8.2ヶ月（95%信頼区間 1.1-未到達）、PFS中央値はREG 1.6ヶ月（95%信頼区間 1.1-2.1）、FRU 2.6ヶ月(95%信頼区間0.46-未到達)。発表時には一部情報をUpdateしたものを提示予定である。
【結語】切除不能・再発大腸癌に対するFTD/TPI+BV治療後のREGとFRUは，実臨床において十分な安全性と有効性を期待できると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター5

## 一般演題（ポスター）9　憩室疾患 1

座長：吉満 政義（広島市立広島市民病院外科）

[P9-1] 当院における穿孔・穿通を伴う合併症性結腸憩室炎の治療選択の検討

*山田 光成[1] (1. 大阪府済生会富田林病院)

[P9-2] S状結腸憩室穿孔に対するハルトマン手術後，残存直腸癌が発生した一例

*小倉 皓一郎[1]、里見 大介[1]、榊原 舞[1]、土岐 朋子[1] (1. 国立病院機構千葉医療センター)

[P9-3] 結腸膀胱瘻症例の臨床的検討

*武田 幸樹[1]、太田 竜[1]、関口 久美子[1]、清水 貴夫[1]、谷合 信彦[1]、山田 岳史[2]、松田 明久[2] (1. 日本医科大学武蔵小杉病院消化器外科、2. 日本医科大学付属病院消化器外科)

[P9-4] S状結腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対する術式の工夫

*西谷 健太[1]、橋本 洋右[1]、溝口 和弥[1]、中 悠汰郎[1]、近森 健太郎[1]、矢崎 真澄[1]、多田 誠一郎[1]、高柳 智保[1]、川守田 啓介[1]、小林 敏樹[1]、佐々木 直也[1]、米沢 圭[1]、前田 賢人[1] (1. 静岡市立静岡病院)

[P9-5] 術前に診断しえた終末回腸の仮性憩室穿孔の１例

*山寺 勝人[1]、阿尾 理一[1]、假屋 理沙[1]、松永 絢乃[2]、市沢 展真[1]、一尾 幸輝[1]、安部 紘生[1]、小岩井 智美[1]、西川 誠[1]、西山 潔[1]、神藤 英二[1] (1. KKR三宿病院外科、2. KKR三宿病院病理)

[P9-6] 保存的加療後にInterval appendectomyを行った虫垂憩室炎の一例

*村上 大輔[1]、稲田 佳紀[1]、佐原 稚基[1] (1. ひだか病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター5

**一般演題（ポスター）9　憩室疾患 1**

座長：吉満 政義（広島市立広島市民病院外科）

## [P9-1] 当院における穿孔・穿通を伴う合併症性結腸憩室炎の治療選択の検討

*山田 光成[1] (1. 大阪府済生会富田林病院)

【目的】穿孔・穿通を伴う合併症性結腸憩室炎症例を後方視的に検討し、画像所見および腹膜炎所見に着目して、治療選択に関連する特徴を検討する。
【方法】2020年9月から2025年12月までに病名検索で抽出した結腸憩室炎381例を後方視的に検討した。このうちカルテおよび画像所見の再評価で穿孔・穿通を認めた24例を解析対象とした。侵襲的介入は経皮ドレナージまたは緊急手術と定義し、主解析は保存的加療群と侵襲的介入群で比較した。副次解析として保存的加療群、経皮ドレナージ群、緊急手術群の3群で検討した。画像所見としてガス位置、free fluid、膿瘍形成の有無・最大径、腹膜炎所見との関連を評価した。
【結果】対象24例の年齢中央値は54歳、男性18例、女性6例であった。病変部位は左側18例、右側6例であった。保存的加療群は20例、侵襲的介入群は4例であった。副次解析では保存的加療群20例、経皮ドレナージ群1例、緊急手術群3例であった。院内死亡は認めなかった。侵襲的介入群ではfree fluid、瘻孔、腹膜炎所見などの進展所見を伴う症例を認め、画像所見および臨床所見が治療選択に関連する可能性が示唆された。
【結論】穿孔・穿通を伴う合併症性結腸憩室炎では、画像所見および腹膜炎所見を踏まえた評価が、保存的加療群と侵襲的介入群の層別化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(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター5

**一般演題（ポスター）9　憩室疾患 1**

座長：吉満 政義（広島市立広島市民病院外科）

## [P9-2] S状結腸憩室穿孔に対するハルトマン手術後，残存直腸癌が発生した一例

*小倉 皓一郎[1]、里見 大介[1]、榊原 舞[1]、土岐 朋子[1] (1. 国立病院機構千葉医療センター)

【はじめに】
ハルトマン手術後の残存直腸癌は，直腸癌術後の再発や大腸癌のリスク因子を有する症例では報告がある．一方，良性疾患のためにハルトマン手術を行った後，残存直腸癌が発生した報告はほとんどみられない．今回，S状結腸憩室穿孔に対するハルトマン手術後の残存直腸癌を経験し治療を行ったため報告する．
【症例】
67歳男性、既往歴はS状結腸憩室穿孔術後（ハルトマン手術），クモ膜下出血，糖尿病、高血圧があった．現病歴として，ハルトマン手術12年後に旧肛門から下血を認め当科紹介となった．下部消化管内視鏡検査にて残存直腸に隆起性病変を認め，腺癌の診断となった．これに対して腹会陰式直腸切除術および右側方リンパ節郭清を行い，術後第23病日に退院した。病理検査ではpStage Ⅰ であった．しかし術後半年で多発肺転移を認め，化学療法を行ったが，術後3年で永眠となった．
【考察】
悪性腫瘍や家族性大腸腺腫症および潰瘍性大腸炎などの大腸癌のリスク因子を有する症例に対してはハルトマン手術後も残存直腸を含めたサーベイランスが行われている．一方で，良性疾患術後の場合は残存直腸癌を想定した定期的フォローを行うことは少なく，便潜血検査による早期発見も期待できない．しかし大腸癌のリスク因子がない場合でも残存直腸癌が発生する場合はあり，本症例では，より早期に診断ができていれば術後再発しなかった可能性がある．大腸癌の好発年齢である場合は残存直腸を含めた定期検査を検討すべきである．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター5
**一般演題（ポスター）9　憩室疾患 1**
座長：吉満 政義（広島市立広島市民病院外科）

## [P9-3] 結腸膀胱瘻症例の臨床的検討

*武田 幸樹[1]、太田 竜[1]、関口 久美子[1]、清水 貴夫[1]、谷合 信彦[1]、山田 岳史[2]、松田 明久[2] (1. 日本医科大学武蔵小杉病院消化器外科、2. 日本医科大学付属病院消化器外科)

【背景】
近年、食生活の欧米化や高齢化により大腸憩室や大腸癌を原因とした結腸膀胱瘻が増加している。当院で経験した結腸膀胱瘻症例について臨床的検討を行いその治療戦略について考察した。
【方法】
対象は2021年4月から2025年12月まで当院で結腸膀胱瘻と診断された症例。患者背景、検査方法、治療内容、術後合併症、予後等について検討した。
【結果】
対象は14例。年齢の中央値は65歳(52-82)、男性11例、女性3例人。主訴として気尿・糞尿等の排尿異常を11例(84.6%)に認め、初発から診断までの期間は中央値で30日(1-90)であった。原因疾患は憩室が7例、大腸癌が7例であり瘻孔部位は全例S状結腸。CTでの膀胱内airを12例(85.7%)に認め、身体所見と合わせ最も有用な診断根拠であった。一方、術前に膀胱鏡や透視下内視鏡検査で明確に瘻孔が証明されたのは3例(21.4%)のみであった。憩室炎の7例中、6例で腸切除が施行され1例は人工肛門造設術のみ施行。腸切除が施行された6例全て腹腔鏡で行われ、修復を要する膀胱部分切除は1例もなかった。術後、Clavien-Dindo(CD)分類grade IIIの骨盤内膿瘍を1例に認めた。大腸癌の全7例で原発巣切除が行われた。そのうち4例では先行してストマ造設のみを行い、2期的に原発巣切除を施行した。また、2例では術前化学療法が施行された。開腹5例、腹腔鏡2例であり、6例で修復を要する膀胱部分切除、1例で膀胱全摘が行われた。CD grade III以上の合併症は3例で認めた。
【考察】
憩室炎に伴う結腸膀胱瘻に対しては鏡視下の結腸切除術が安全で有用な治療戦略であると考える。一方、大腸癌に伴うものは拡大手術になりやすく術後合併症率も高い。化学療法等の術前療法が拡大手術の回避、周術期成績の向上につながる可能性があり、症例の集積が重要と考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター5

**一般演題（ポスター）9　憩室疾患 1**

座長：吉満 政義（広島市立広島市民病院外科）

## [P9-4] S状結腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対する術式の工夫

*西谷 健太[1]、橋本 洋右[1]、溝口 和弥[1]、中 悠汰郎[1]、近森 健太郎[1]、矢崎 真澄[1]、多田 誠一郎[1]、高柳 智保[1]、川守田 啓介[1]、小林 敏樹[1]、佐々木 直也[1]、米沢 圭[1]、前田 賢人[1] (1. 静岡市立静岡病院)

憩室炎に伴うS状結腸膀胱瘻の自然閉鎖は困難であり、手術加療が必要となる．結腸憩室はS状結腸のみならず下行結腸まで憩室を認めることがある．その場合、憩室を含む結腸切除は手術侵襲が大きくなることが懸念され、瘻孔切離のみの術式も選択肢にあがる．今回、S状結腸膀胱瘻に対し瘻孔切離を施行した2例を報告する．
症例1は86歳女性．気尿を自覚．精査を行い、S状結腸憩室炎に伴う結腸膀胱瘻と診断した．手術は腹腔鏡下に瘻孔切離を施行した．術後3か月で気尿を自覚．再発と診断し、手術加療を行った．手術は腹腔鏡下S状結腸切除および膀胱部分切除を施行した。前回手術部とは別の部位で瘻孔形成をきたしていた．
症例2は84歳女性．繰り返す膀胱炎の精査を行い、S状結腸憩室炎に伴う結腸膀胱瘻と診断した．手術は腹腔鏡下に瘻孔切離を行い、瘻孔離断部の膀胱壁および結腸壁に大網の被覆を加えた．現在まで再発を認めていない．
手術術式に関しては、瘻孔を含む結腸切除、膀胱部分切除などが最も標準的な治療法とされる．一方で、瘻孔切離のみでの根治報告もあるが、同術式での再発の報告も散見する．瘻孔切離に大網被覆を加えることで低侵襲での治療のみならず、今後の瘻孔形成を防ぐ予防効果が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(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター5

**一般演題（ポスター）9　憩室疾患 1**

座長：吉満 政義（広島市立広島市民病院外科）

## [P9-5] 術前に診断しえた終末回腸の仮性憩室穿孔の１例

*山寺 勝人[1]、阿尾 理一[1]、假屋 理沙[1]、松永 絢乃[2]、市沢 展真[1]、一尾 幸輝[1]、安部 紘生[1]、小岩井 智美[1]、西川 誠[1]、西山 潔[1]、神藤 英二[1] (1. KKR三宿病院外科、2. KKR三宿病院病理)

小腸仮性憩室の疫学的頻度は全消化管憩室のうちの2%程度と低く、Meckel憩室を除く回腸憩室は空腸憩室に比して低頻度である。今回、回腸仮性憩室穿孔の１例を経験したので、文献的考察を含めて報告する。症例は61歳男性。2日前からの右下腹部痛を主訴に前医受診。急性虫垂炎疑いにて当院救急外来へ紹介され、緊急入院となった。理学的所見上、腹部は板状硬で、右下腹部を主体として腹部全体に圧痛および反跳痛が認められた。血液検査ではWBC 17900/μl、CRP 32.6mg/dlと炎症反応が高値で、CTでは上行結腸に憩室が散在しているほか、回腸末端部でのわずかな壁の断裂と腸間膜の脂肪濃度上昇がみられ、腸管外遊離ガス像と少量の腹水も認められた。回腸憩室穿孔による急性汎発性腹膜炎の診断にて緊急手術を施行した。開腹所見では汚染腹水が右傍結腸窩を主体に少量みられ、回盲部の腸間膜は発赤、肥厚していた。回腸末端部で便汁の漏出がみられ、穿孔部を同定した。他の消化管に穿孔等の所見がないことを確認し、回盲部切除術を施行した。切除検体の肉眼的所見では、終末回腸に小孔を1か所認めたが、同部位に潰瘍性病変や腫瘍性病変はみられなかった。術後合併症なく経過良好にて術後7日目に退院した。病理所見では、バウヒン弁から2cm口側の小腸に壁構造が不明瞭化した仮性憩室と、周囲に炎症細胞浸潤と膿瘍形成が認められた。終末回腸の仮性憩室穿孔に矛盾しない所見であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター5

**一般演題（ポスター）9　憩室疾患 1**

座長：吉満 政義（広島市立広島市民病院外科）

## [P9-6] 保存的加療後にInterval appendectomyを行った虫垂憩室炎の一例

*村上 大輔[1]、稲田 佳紀[1]、佐原 稚基[1] (1. ひだか病院)

【背景】虫垂憩室は比較的稀な疾患であり、虫垂炎の診断で手術を施行して診断されることが多い。術前診断は困難とされているものの、虫垂憩室を有する虫垂炎は穿孔のリスクが高く、近年interval appendectomyの有用性が報告されているが、虫垂憩室を伴った症例に対する適否は明らかでない。

【症例】60歳台男性

【主訴】腹痛

【現病歴】20XX年9月から上記自覚。近医で撮像されたCT検査で、膿瘍形成性の虫垂炎または虫垂腫瘍が疑われ、当科に紹介となった。

【画像所見】虫垂は11mmに腫大しており、周囲に膿瘍形成を疑う所見を認めた。

【経過】身体所見上、腹膜刺激症状はなく、白血球：7000/ml　CRP：1.75㎎/dlと炎症所見も軽度の上昇であったため、まずは保存的加療の方針とし、診断確定も兼ね、待機的に手術の方針とした。

【術中所見】保存的加療後から2ヶ月後に腹腔鏡下虫垂切除術を施行した。虫垂体部に白苔の付着を認め、同部位が腫瘤様構造に観察された。

【病理診断】虫垂は憩室形成を認め、漿膜下に線維化と炎症細胞浸潤を認めた。

【考察】虫垂憩室症は比較的稀な疾患であるが、穿孔率は急性虫垂炎と比較して高いとされており、穿孔率は33〜70.8%との報告もある。その穿孔率の高さから欧米では診断され次第手術する方針が主流となっている。本症例では症状や血液検査所見が軽微で、interval appendectomyを選択した。その後鏡視下にて手術を無事に終えることができた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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター5

## 一般演題（ポスター）10　炎症性腸疾患 1

座長：山本 章二朗（いきめ大腸・肛門外科内科）

### [P10-1] 当院で手術を施行したクローン病合併消化管腫瘍の検討

*中田 美佳[1]、山内 慎一[1]、岩井 美穂[1]、上野 啓輔[1]、内村 良平[1]、林 祐美子[1]、國本 真由[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)

### [P10-2] クローン病、肛門部瘻孔に対するダルバドストロセルの効果

*内野 基[1]、堀尾 勇規[1]、桑原 隆一[1]、楠 蔵人[1]、長野 健太郎[1]、友尾 祐介[1]、福本 結子[1]、今田 絢子[1]、宋 智亨[1]、木村 慶[1]、片岡 幸三[1]、池田 正孝[1]、池内 浩基[1] (1. 兵庫医科大学消化器外科学講座)

### [P10-3] クローン病関連痔瘻癌に対するPelvic Exenterationの治療成績と手術手技の工夫

*今田 絢子[1,2]、木村 慶[1]、奥村 兼汰[1]、松下 和輝[1]、福本 結子[1]、大谷 雅樹[1]、宋 智亨[1]、桑原 隆一[2]、堀尾 勇規[2]、片岡 幸三[1]、内野 基[2]、池内 浩基[2]、池田 正孝[1] (1. 兵庫医科大学消化器外科学下部消化管外科、2. 兵庫医科大学外科学講座炎症性腸疾患外科)

### [P10-4] クローン病の腸管皮膚瘻に合併した扁平上皮癌の1例

*河野 貴博[1]、井原 啓佑[1]、石田 和之[2]、宮下 将太郎[1]、上野 綸[1]、蜂谷 裕之[1]、石塚 満[1]、水島 恒和[1] (1. 獨協医科大学病院下部消化管外科、2. 獨協医科大学病院病理診断科)

### [P10-5] クローン病直腸切断術後の長期経過中に遺残瘻管由来痔瘻癌を認めた1例

*工代 哲也[1]、岡本 欣也[2] (1. こにし胃腸内視鏡・肛門クリニック武蔵野院、2. 東京山手メディカルセンター)

### [P10-6] 炎症性線維芽細胞に寄与する刺激因子の検討

*井上 湧斗[1]、三上 洋平[1]、水島 一郎[1]、田島 百合[1]、伊藤 虎太郎[1]、吉松 裕介[1]、清原 裕貴[1]、杉本 真也[1]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学（消化器）)

### [P10-7] 直腸肛門管粘液癌に対する術前治療後の画像学的効果判定と組織学的効果の 乖離に関する検討

*福田 健太[1]、荻野 崇之[1]、赤澤 英[1]、辻 嘉人[1]、深田 晃生[1]、関戸 悠紀[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター5

**一般演題（ポスター）10　炎症性腸疾患 1**

座長：山本 章二朗（いきめ大腸・肛門外科内科）

## [P10-1] 当院で手術を施行したクローン病合併消化管腫瘍の検討

*中田 美佳[1]、山内 慎一[1]、岩井 美穂[1]、上野 啓輔[1]、内村 良平[1]、林 祐美子[1]、國本 真由[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)

クローン病（以下CD）では一般集団と比較して小腸や大腸の消化管腫瘍発生リスクが高いことが知られている。CDは狭窄，穿通，膿瘍などさまざまな病態をとるため、確立されたサーベイランス法は存在せず診断に難渋する例が少なくない。約8割が進行癌で発見され、進行癌の症例の予後は不良である。今回、当院で経験したCD合併消化管腫瘍の症例について検討した。
【対象・方法】2018年から2025年までに当院で手術したCDに合併した消化管腫瘍13例を対象に、患者背景、病理組織学的特徴、治療、予後について後方視的に検討した。
【結果】男性8例、女性5例、CD発症から手術までの中央値は22年であり、腫瘍診断時の年齢中央値は46歳であった。小腸型が3例、小腸大腸型が10例であり、生物学的製剤使用歴は12例に認め，抗TNFα抗体製剤を中心に複数薬剤使用例も認めた。腫瘍部位は回腸3例、虫垂2例、横行結腸2例、下部直腸3例、肛門管・痔瘻3例であった。主要組織型はtub1：3例、tub2：3例、muc：3例、低異型度虫垂粘液性腫瘍：2例、GIST：1例、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫：1例であった。大腸癌8例のうち、T3/4症例が3例あるもののリンパ節転移症例はなく、全例がStage II以下であった。全ての症例で根治度はCur A、癌遺残はR0であった。再発は1例のみであり、肺転移に対し切除後は再発なく経過している。死亡例はなく、術後生存期間の中央値は2.7年で、最長8.0年となっている。
【考察】CD患者では慢性炎症を背景とした腺癌のみならず、GISTやリンパ腫など多様な腫瘍性病変を認め、粘液癌が多い傾向にあった。大腸癌に関しては当院では全てStage II以下で根治切除できており、術後も死亡例はなく既報より予後良好であった。
【結語】CD患者では多様な消化管腫瘍を合併するため、長期罹患患者は特に消化管腫瘍発生のリスクを念頭に置き、早期診断・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

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター5

**一般演題（ポスター）10　炎症性腸疾患 1**

座長：山本 章二朗（いきめ大腸・肛門外科内科）

## [P10-2] クローン病、肛門部瘻孔に対するダルバドストロセルの効果

*内野 基[1]、堀尾 勇規[1]、桑原 隆一[1]、楠 蔵人[1]、長野 健太郎[1]、友尾 祐介[1]、福本 結子[1]、今田 絢子[1]、宋 智亨[1]、木村 慶[1]、片岡 幸三[1]、池田 正孝[1]、池内 浩基[1] (1. 兵庫医科大学消化器外科学講座)

【はじめに】クローン病肛門部瘻孔に対し脂肪幹細胞（ダルバドストロセル）注入療法が選択肢となっているが、欧米の介入試験での有効性が検証できずにその使用が中止となる予定である。終了に先立ち、自験例での状況、経過を報告する。【方法】当院で2026年3月までにダルバドストロセルの投与を行った症例の背景、併存治療内容、術後経過について後方視的に検討した。痔瘻の治癒は用指的圧迫でも排液が消失したもの、再燃は排液を伴う瘻管の開放とした。複合寛解は臨床的寛解に加えてMRIでの膿瘍消失とした。【結果】20例にダルバドストロセル投与を行っていた。男女比＝12：８、年齢30.3±8.2歳。痔瘻は原発口1か所が18例、2か所が2例、二次口は1か所15例、2か所例5であった。全例肛門管の狭窄はなしまたは軽度で原発口の縫合閉鎖が可能である症例でありⅡL型または単純なⅢ型であった。併存治療はアダリムマブ、インフリキシマブ、ウステキヌマブ、グセルクマブであり、アダリムマブ治療中止し併存治療なく1年後に再燃した1例が含まれていた。手術からの経過観察期間は693.3±517日であった。8例で再燃を認めた。1年後の累積瘻孔閉鎖率は75%であった。1年以上経過観察可能であった症例は17例で８例に再燃を認めた。術後早期に瘻孔未閉鎖で排液を有する症例でもメトロニダゾールの併用により排液消失となる例も見られた。再燃症例の多くは、排液が時にあるものの、QOL低下することなく経過している。副作用は認めなかった。【結語】狭窄がなく低位の単純な肛門病変に対してダルバドストロセルの治療が行われていた。他施設の報告では瘻孔の縫合閉鎖のみでは再燃が非常に多いとも言われている。プラセボとの比較試験では有意差がなかった経緯があるが経験症例を見ると有用性があるのではと考えた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)
2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター5
**一般演題（ポスター）10　炎症性腸疾患 1**
座長：山本 章二朗（いきめ大腸・肛門外科内科）

# [P10-3] クローン病関連痔瘻癌に対するPelvic Exenterationの治療成績と手術手技の工夫

*今田 絢子[1,2]、木村 慶[1]、奥村 兼汰[1]、松下 和輝[1]、福本 結子[1]、大谷 雅樹[1]、宋 智亨[1]、桑原 隆一[2]、堀尾 勇規[2]、片岡 幸三[1]、内野 基[2]、池内 浩基[2]、池田 正孝[1] (1. 兵庫医科大学消化器外科学下部消化管外科、2. 兵庫医科大学外科学講座炎症性腸疾患外科)

はじめに

クローン病(CD)の増加に伴い、慢性炎症を背景としたCD関連大腸癌の発生も増加している。約8割が直腸肛門部に発生し、外科的切除が基本であるが、断端陽性率や局所再発率が高く、Pelvic exenteration(PE)など侵襲の高い手術が必要となる。特に肛門病変を伴う痔瘻癌ではPelvic sidewallや骨性骨盤の合併切除が求められることがあり、切除ラインの決定が困難である。今回、CD関連痔瘻癌に対するPEの治療成績と手術手技を検討した。

対象と方法

2017年-2025年、当院でCD関連痔瘻癌に対してPEを行なった11例を対象とし、治療成績を後方視的に検討した。

結果

症例は女性3例、男性8例、年齢の中央値は48歳（34–60）であった。Pelvic sidewall合併切除が9例（81.8%）、骨性骨盤切除が5例（45.5%：恥骨3、仙骨2）、筋皮弁による骨盤会陰再建が10例（90.9%）であった。手術時間の中央値は885分（783-998）、出血量は668mL（230-1750）で、R0切除は8例、R1切除は3例であった。術後合併症（Clavien–Dindo grade3以上）は6例（54.5%）に発生し、骨盤内液貯留5例、イレウス1例であった。

手術手技の要点

CD関連痔瘻癌では腫瘍が肛門挙筋を超えて、内閉鎖筋方向へ浸潤することがしばしば認められる。そのため、多くの症例で骨盤内臓全摘+内閉鎖筋合併切除が必要となる。

手術においては、腹腔側からは閉鎖孔、会陰側からは大臀筋をメルクマールに内閉鎖筋を確認し、両側から坐骨を露出しながら内閉鎖筋を処理し、閉鎖孔近傍でランデブーすることがポイントである。また、内閉鎖筋を超える浸潤が見られる際には恥骨合併切除により、十分なマージン確保が可能となる。加えて、広範な会陰切除を要することも多く、形成外科の協力は不可欠である。

結論

CD関連痔瘻癌に対するPEは侵襲が大きいが、根治を目指す上で有効な手術である。当院での治療成績と切除・再建の工夫を報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター5

**一般演題（ポスター）10　炎症性腸疾患 1**

座長：山本 章二朗（いきめ大腸・肛門外科内科）

## [P10-4] クローン病の腸管皮膚瘻に合併した扁平上皮癌の1例

*河野 貴博[1]、井原 啓佑[1]、石田 和之[2]、宮下 将太郎[1]、上野 綸[1]、蜂谷 裕之[1]、石塚 満[1]、水島 恒和[1] (1. 獨協医科大学病院下部消化管外科、2. 獨協医科大学病院病理診断科)

【緒言】クローン病は腸管全層に炎症を来す炎症性腸疾患であり, 腸管，膀胱，後腹膜に内瘻, 皮膚に外瘻を来すことがある. 炎症性腸疾患による長期炎症が消化管癌のリスクとなることが知られている, 今回我々は, クローン病による腸管皮膚瘻に合併した扁平上皮癌の1例を経験したので報告する.

【症例】67歳の男性, X-51年に急性虫垂炎の疑いに対し回盲部切除術施行され, 病理結果からクローン病（小腸大腸型）と診断された. 家族歴に特記事項はなく, 飲酒歴なし, 喫煙歴なし. クローン病以外は, 非アルコール性脂肪肝と胆嚢摘出術の既往歴あり. X-51年に十二指腸-結腸瘻, 空腸-結腸瘻, 小腸-皮膚瘻に対して瘻孔切除術が施行され, X-41年にも内瘻（回腸-横行結腸瘻）, 外瘻（小腸-皮膚瘻）が再燃し, 回腸・横行結腸切除が施行されている. X-1年より右下腹部痛を自覚し, 皮膚腫瘍の増大および腸液漏出を認め, 皮膚生検にて扁平上皮癌が検出され, X年当院紹介となった. 腹部造影CTで右下腹部に腹壁から突出する隆起性病変あり. 近傍の上行結腸から皮膚の軟部組織にかけて連続する不均一な造影効果を伴う腫瘍が認められた. 皮膚腫瘍部と瘻孔を形成する腸管の合併切除を計画し, 回腸-結腸吻合部と腹壁腫瘍を切除した. 皮膚欠損部については, 形成外科手技にて左大腿皮弁を挙上し, 皮弁移植を行った. 術後合併症として十二指腸穿孔を生じ, 手術を含めた集学的治療を行うも術後163病日に死亡退院となった.

【考察】医中誌にて,「クローン病」「扁平上皮癌」のkey wordで検索した結果, クローン病の腸管皮膚瘻に合併した扁平上皮癌の本邦での報告は1例のみであり, 本例が2例目と考えられる. 本症例は長期間にわたり外瘻に対して薬物療法がおこなわれ，軽快と増悪を繰り返す中で瘻孔から扁平上皮癌が発生したものと推測された. クローン病の腸管病変の内瘻や外瘻は薬物療法が一時的に有効であっても基本的には不可逆な病変であり，技術的難易度の高い症例が多いが, 外科的に病変を切除することが検討される. 病変部を切除することで後の薬物療法が容易になり，クローン病関連腫瘍のリスクを回避できる可能性がある.

【結語】クローン病の腸管皮膚瘻に合併した扁平上皮癌の1例を報告した.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター5

**一般演題（ポスター）10　炎症性腸疾患 1**

座長：山本 章二朗（いきめ大腸・肛門外科内科）

## [P10-5] クローン病直腸切断術後の長期経過中に遺残瘻管由来痔瘻癌を認めた1例

*工代 哲也[1]、岡本 欣也[2] (1. こにし胃腸内視鏡・肛門クリニック武蔵野院、2. 東京山手メディカルセンター)

クローン病に合併する痔瘻癌は早期診断が困難であり、進行癌として発見されることが多い。予後改善のため、根治困難な複雑痔瘻に対しては直腸切断術も治療選択肢の一つとなる。
今回、クローン病複雑痔瘻に対する直腸切断術後の長期経過中に、会陰部腫瘤を契機に遺残瘻管由来の痔瘻癌を認めた1例を経験したため報告する。
症例は43歳女性。1986年にクローン病と診断され、1987年に痔瘻を認めた。2010年に当院紹介受診となり、大腸全体の壁肥厚・短縮、回盲部内瘻、複雑痔瘻を認めたため、結腸全摘・回腸人工肛門造設術を施行した。痔瘻癌発生の可能性を考慮し、2013年に直腸切断術を施行した。その後は内科的治療下に経過観察されていたが、2024年8月頃より会陰部腫瘤を自覚した。骨盤造影MRIでは膣後壁近傍から右後方へ進展する不良肉芽様病変を認めた。また、小腸造影検査で中部回腸からストーマにかけて狭窄を認めたため、小腸切除および会陰部腫瘤切除術を施行した。術中、直腸切断術後創右側（痔瘻瘢痕部）に腫瘍露出を認め、迅速病理検査で腺癌と診断された。病変は膣右側壁から下壁近傍まで及んでおり、慎重に剥離切除を行い、迅速病理検査で断端陰性を確認した。
術後は外来にて経過観察中であり、現時点で再発を認めていない。
クローン病に対する直腸切断術後であっても、遺残瘻管を母地とした発癌を来しうるため、長期的な経過観察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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター5

**一般演題（ポスター）10　炎症性腸疾患 1**

座長：山本 章二朗（いきめ大腸・肛門外科内科）

## [P10-6] 炎症性線維芽細胞に寄与する刺激因子の検討

*井上 湧斗[1]、三上 洋平[1]、水島 一郎[1]、田島 百合[1]、伊藤 虎太郎[1]、吉松 裕介[1]、清原 裕貴[1]、杉本 真也[1]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学（消化器))

【背景】
炎症性腸疾患や腸管線維化病変では、炎症性サイトカインや微生物由来シグナルに応答して特徴的な炎症性線維芽細胞集団が出現する。われわれはこれまでに、実験的腸炎組織においてCol1a1など線維化関連遺伝子を高発現する炎症性線維芽細胞集団を同定しているが、その分化・誘導機構は十分に明らかではない。
【目的】
腸炎組織で出現する炎症性線維芽細胞の誘導に寄与する刺激因子を同定することを目的とした。
【方法】
マウス大腸由来線維芽細胞を単離し、In vitroでLPS刺激を行った。刺激後の細胞を回収し、RNA-sequencingによる網羅的遺伝子発現解析データを取得、解析を行った。さらに、実験的腸炎モデルから得られた炎症性線維芽細胞の遺伝子発現シグネチャーとの比較解析を行い、LPS刺激による炎症性線維芽細胞形質の誘導能を評価した。
【結果】
LPS刺激により線維芽細胞の遺伝子発現プロファイルは大きく変化した。特に、炎症性線維芽細胞に特徴的なコラーゲン関連遺伝子や炎症関連遺伝子群の発現上昇が認められた。遺伝子セット解析では、LPS刺激線維芽細胞が腸炎組織由来炎症性線維芽細胞の転写プログラムと高い類似性を示した。また、炎症応答や自然免疫応答に関連する経路の活性化が認められた。これらの結果から、微生物由来シグナルを介したTLR経路の活性化が、腸炎に伴う炎症性線維芽細胞の形成に重要な役割を果たすことが示唆された。
【結論】
RNA-sequencingを用いた比較解析により、LPS刺激は腸炎組織で認められる炎症性線維芽細胞の転写プログラムを再現することが示された。TLRシグナルは炎症性線維芽細胞の形成を制御する重要な経路であり、炎症性腸疾患における病態形成や線維化進展の理解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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター5

**一般演題（ポスター）10　炎症性腸疾患 1**

座長：山本 章二朗（いきめ大腸・肛門外科内科）

## [P10-7] 直腸肛門管粘液癌に対する術前治療後の画像学的効果判定と組織学的効果の 乖離に関する検討

*福田 健太[1]、荻野 崇之[1]、赤澤 英[1]、辻 嘉人[1]、深田 晃生[1]、関戸 悠紀[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院消化器外科)

【目的】
粘液癌は大腸癌の3–10%を占める稀少組織型であり, 通常型腺癌と比較して化学療法および放射線療法に対する感受性が低く, 予後不良とされる. 一方で, 術前治療後も粘液成分を反映した腫瘍像が画像上残存しうることから, 画像学的効果判定と組織学的治療効果が乖離する可能性がある. 本研究では, 直腸肛門管粘液癌に対する術前治療後のRECIST評価と組織学的治療効果の関連を検討した.
【方法】
2011-2025年までに当院で術前治療を施行した, 病理診断上mucと記載された直腸肛門管粘液癌25例を対象とした. Total neoadjuvant therapy例および病歴詳細不明例は除外した． 画像学的治療効果はRECISTに基づき評価し, CR/PRを奏効, SD/PDを非奏効と定義した. 組織学的治療効果ではGrade1b以上を奏効と定義した. 各症例において画像学的奏功の有無と組織学的奏効の有無を対応させ, 両者の一致・不一致を検討した. さらに, 術前治療内容によりCRT群と化学療法群に分け, 乖離症例の分布を検討した.
【結果】
年齢の中央値は55歳であり, 性別は男性/女性は19/6例であった. 腫瘍主座（Ra/Rb/P）はそれぞれ1/15/9例であり, 術前治療例はCRT群14例, 化学療法群11例であった. cT4b症例はCRT群 36.3%, 化学療法群 30.0%であり, N陽性症例はCRT群 54.5%, 化学療法群 70.0%であった. 画像学的効果と組織学的治療効果の不一致は13例(52.0%)と約半数に認めた. 画像学的非奏効にもかかわらず組織学的奏効を示した症例は, CRT群で12例中10例(83.3%), 化学療法群で9例中1例(11.1%)であった. 各治療群全体における組織学的奏効率もCRT群で有意に高かった（85.7% vs 9.1%, $p<0.01$）.
【結語】
本検討では, 直腸肛門管粘液癌において術前治療後の画像学的効果判定と組織学的治療効果に乖離を認めた. CRT後では画像学的非奏効例であっても組織学的奏効を示す症例が多く, 画像評価のみでは治療効果を過小評価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(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター6

## 一般演題（ポスター）11　小腸疾患

座長：大地 貴史（久留米大学外科学講座）

[P11-1] 腸閉塞を契機に見つかった小腸濾胞性リンパ腫の１例

*池田 純[1]、川島 市郎[1] (1. 京都民医連中央病院外科)

[P11-2] 腸重積と高度貧血を契機に発見された小腸神経鞘腫に対し腹腔鏡下切除を施行した1例

*武田 和[1]、能浦 真吾[1]、内藤 敦[1]、吉原 輝一[1]、廣濱 匠[1]、北川 彰洋[1]、原 豪男[1]、武岡 奉均[1]、原 尚志[1]、富原 英生[1]、村上 昌裕[1]、宮本 敦史[1] (1. 堺市立総合医療センター消化器外科)

[P11-3] 集学的治療を行った高度進行小腸癌の1例

*小岩井 智美[1,2,3]、阿尾 理一[1]、小川 均[1]、西山 潔[1]、西川 誠[1]、山寺 勝人[1]、安部 紘生[1]、假屋 理沙[1]、一尾 幸輝[1]、市沢 展真[1]、國島 直晃[2]、松永 絢乃[3]、猛尾 弘照[3]、神藤 英二[1] (1. 自衛隊中央病院外科、2. 自衛隊中央病院放射線科、3. 自衛隊中央病院病理診断科)

[P11-4] リンパ節転移を伴う原発性小腸腺癌の1例

*米田 直樹[1]、廣田 昌紀[2]、木村 泰斗[1]、谷澤 佑理[1]、長江 歩[1]、藤野 志季[1]、木戸上 真也[2]、澤田 元太[1]、文 正浩[1]、永井 健一[2]、福永 浩紀[1]、森本 修邦[1]、森田 俊治[1]、福地 成晃[2] (1. 市立伊丹病院外科、2. JCHO星ヶ丘医療センター外科)

[P11-5] 小腸重積を契機に診断された小腸炎症性線維性ポリープの1例

*真鍋 和也[1]、大野 陽介[1]、数井 啓蔵[1]、正村 裕紀[1]、若山 顕治[1]、城ノ口 悠生[1]、城ノ口 はるな[1]、檜山 周作[1] (1. JCHO北海道病院外科)

[P11-6] 画像所見から術前に神経鞘腫を疑い得た小腸間膜原発神経鞘腫の1例

*板倉 弘明[1]、吉田 将真[1]、梶原 淳[1]、新井 勲[1]、木村 聡宏[1]、谷川 隆彦[1] (1. 医療法人　川崎病院　外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター6

**一般演題（ポスター）11　小腸疾患**

座長：大地 貴史（久留米大学外科学講座）

## [P11-1] 腸閉塞を契機に見つかった小腸濾胞性リンパ腫の１例

*池田 純[1]、川島 市郎[1] (1. 京都民医連中央病院外科)

79歳女性。虫垂切除術、子宮全摘術の既往がある。腹痛で救急外来を受診され、CT検査にて小腸閉塞の診断となり入院となった。CTでは閉塞部に一致して小腸壁肥厚を認め腸間膜リンパ節が多数腫大し、腫瘍性腸閉塞を疑う所見であった。入院翌日にイレウスチューブを留置し６日目にチューブ造影を行ったところ漏斗状の閉塞部を認めた。入院７日目にCTを再検したところ、小腸壁の肥厚は改善なく固形物の通過は不可能と判断した。小腸リンパ腫を疑い、入院１２日目に腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した。約3cmの白色調に腫大した小腸を認め、これを中心に約２０ｃｍの小腸を部分切除した。病理検査ではfollicular lymphomaの診断であった。特に問題なく経過し術後１０日目に退院となった。PET-CTを撮像したところ小腸間膜以外に顎下・頸部・腋窩・肺門や胃・十二指腸・小腸にも集積が多数あり、腫瘍内科にて高腫瘍量で化学療法の適応と判断された。術後４２日目よりベンダムスチン/リツキシマブ療法（BR療法）を開始し、約６ヶ月後のPET-CTにてCRを得られた。抄録作成時点でCR確認後約４ヶ月となるが、明らかな再発徴候は認めていない。小腸原発の悪性リンパ腫のうち、腸閉塞で発見されるのは比較的進行の早いDCBCLなど高悪性度のリンパ腫が多く、濾胞性リンパ腫などの低悪性度リンパ腫はまれである。文献的考察を含めて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター6
**一般演題（ポスター）11　小腸疾患**
座長：大地 貴史（久留米大学外科学講座）

## [P11-2] 腸重積と高度貧血を契機に発見された小腸神経鞘腫に対し腹腔鏡下切除を施行した1例

*武田 和[1]、能浦 真吾[1]、内藤 敦[1]、吉原 輝一[1]、廣濱 匠[1]、北川 彰洋[1]、原 豪男[1]、武岡 奉均[1]、原 尚志[1]、富原 英生[1]、村上 昌裕[1]、宮本 敦史[1] (1. 堺市立総合医療センター消化器外科)

【背景】
消化管神経鞘腫はSchwann細胞由来の稀な間葉系腫瘍であり、胃に好発し、小腸原発例は極めて稀である。画像・内視鏡所見はいずれも非特異的で、術前診断は困難とされる。成人の腸重積は腫瘍性病変を先進部とすることが多く、器質的疾患の存在を念頭に置いた精査が重要である。
【症例】
70歳代男性。ふらつき・めまいを主訴に受診し、高度貧血（Hb 4.5 g/dL）を認めた。消化管出血を疑い精査を行ったが、上下部内視鏡検査では明らかな出血源を認めなかった。造影CT検査にて、空腸に腫瘍を先進部とする腸重積所見を認めた。ダブルバルーン内視鏡ではTreitz靱帯近傍の空腸に約4 cm大の粘膜下腫瘍を認め、生検では消化管間葉系腫瘍が疑われた。診断的治療を兼ねて腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した。腫瘍はTreitz靱帯から約15 cm肛門側の空腸に位置し、腸重積を伴っていた。腹腔鏡下に安全に整復・切除が可能であった。術後経過は良好で、術後7日目に退院した。病理組織学的には紡錘形細胞の増生を認め、免疫組織化学染色でS-100およびSOX10陽性、c-kit、CD34、DOG1陰性であり、小腸神経鞘腫と診断した。
【考察】
小腸神経鞘腫は腹痛、出血、腸重積などで発見されるが、術前に確定診断を得ることは困難である。特に腸重積を伴う小腸腫瘍では悪性腫瘍の可能性も考慮する必要があり、外科的切除が診断および治療の両面で重要となる。さらに成人腸重積は腫瘍性病変の関与が高率であることから、早期に外科的介入を検討することが臨床的に重要である。また、腹腔鏡下手術は低侵襲であり、診断的切除としても有用なアプローチと考えられる。加えて、小腸病変は内視鏡的評価が困難な場合も多く、外科的切除による確定診断の意義は大きい。本症例は高度貧血と腸重積を契機に発見された稀な小腸神経鞘腫であり、低侵襲に治療し得た。
【結語】
腸重積および高度貧血を契機に発見された小腸神経鞘腫の1例を経験した。原因不明の貧血や腸重積を伴う小腸腫瘍では本疾患も鑑別に挙げ、外科的切除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(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター6

**一般演題（ポスター）11　小腸疾患**

座長：大地 貴史（久留米大学外科学講座）

## [P11-3] 集学的治療を行った高度進行小腸癌の1例

*小岩井 智美[1,2,3]、阿尾 理一[1]、小川 均[1]、西山 潔[1]、西川 誠[1]、山寺 勝人[1]、安部 紘生[1]、假屋 理沙[1]、一尾 幸輝[1]、市沢 展真[1]、國島 直晃[2]、松永 絢乃[3]、猛尾 弘照[3]、神藤 英二[1] (1. 自衛隊中央病院外科、2. 自衛隊中央病院放射線科、3. 自衛隊中央病院病理診断科)

【症例】41歳男性。【現病歴】右精巣腫瘍の診断で当院泌尿器科へ紹介され、右高位精巣摘出術を施行した。組織学的に消化管原発腺癌の精巣転移が疑われ当科紹介となった。【血液検査】CEA、CA19-9、AFP、高感度PSA、可溶性IL-2Rはいずれも基準範囲内であった。【胸腹骨盤部造影CT】上部空腸および直腸に全周性壁肥厚を認め、頸部、縦隔、肺門、傍大動脈、腸骨動脈周囲、鼠径部に多発リンパ節腫大を認めた。肝に無数の低吸収結節、両肺に多発結節影を認めた。【小腸内視鏡検査】トライツ靭帯を越えた空腸に3型腫瘍を認め、壊死を伴う白苔付着を伴い狭窄のためファイバーは通過困難であった。造影でapple core signを呈し、生検で腺癌を認め小腸原発腺癌と診断した。【大腸内視鏡検査】直腸RS～Raに全周性浮腫状壁変化と狭窄を認めたが、上皮性変化に乏しく潰瘍・びらんは認めなかった。【経過】以上より小腸癌原発、多発肺・肝転移、遠隔リンパ節転移、腹膜播種、精巣転移および直腸転移と診断した。FOLFOX療法を開始後速やかにPRを得て12クール継続したが、末梢神経障害のためオキサリプラチンを中止しフッ化ピリミジン主体で13クール継続した。以後はSDを維持し、計25クール（約12か月）施行した。直腸転移増大に伴う排便困難を認めPDと判断し、小腸原発巣切除および腹会陰式直腸切断術を施行した。術後FOLFIRI療法を1クール導入したが、腹膜播種進行による小腸狭窄およびイレウスを発症し、小腸―横行結腸バイパス術を施行した。その後も病勢進行し、骨盤内病変（両側大殿筋、右閉鎖筋、両側梨状筋転移）および小脳転移に対する放射線治療を含む緩和治療へ移行し、診断後1年4か月で永眠された。【考察】小腸癌は稀で予後不良とされ、精巣転移および直腸転移はいずれも極めて稀な転移形式である。遠隔転移を伴う小腸癌は集学的治療が必要となるが、エビデンスの少ない領域で方針決定に苦慮することも多い。本症例の臨床経過および治療選択について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(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター6

**一般演題（ポスター）11　小腸疾患**

座長：大地 貴史（久留米大学外科学講座）

## [P11-4] リンパ節転移を伴う原発性小腸腺癌の1例

*米田 直樹[1]、廣田 昌紀[2]、木村 泰斗[1]、谷澤 佑理[1]、長江 歩[1]、藤野 志季[1]、木戸上 真也[2]、澤田 元太[1]、文 正浩[1]、永井 健一[2]、福永 浩紀[1]、森本 修邦[1]、森田 俊治[1]、福地 成晃[2] (1. 市立伊丹病院外科、2. JCHO星ヶ丘医療センター外科)

【背景】小腸癌は全消化管悪性腫瘍の1-2%と稀であり、症状も非特異的であり早期診断が困難なため、診断時にリンパ節転移や遠隔転移を伴う進行例が多い。今回、我々はリンパ節転移を伴う原発性小腸腺癌の1例を経験したので報告する。
【症例】50歳代、男性。下腹部痛を主訴に消化器内科を受診、CTにて小腸の壁肥厚を認め、小腸炎疑いと診断され、絶食抗生剤で治療を受けた。保存加療で改善せず、小腸内視鏡検査を施行、所見にて空腸に全周性狭窄を伴う粘膜肥厚および、粘膜壊死を認め、小腸腫瘍と診断された。生検では粘膜壊死であり、評価困難であったが、第一に悪性リンパ腫が疑われた。小腸腫瘍の精査、加療目的に外科紹介となり、小腸腫瘍切除術を施行した。
【手術所見】腹腔鏡下小腸腫瘍切除を試みたが、腫瘍は回腸間膜および虫垂に炎症性に強固に癒着し、浸潤が疑われたため、開腹に移行した。腫瘍周囲の小腸間膜および、浸潤が疑われる回腸間膜にリンパ節腫大を認めたため、SMA本管に沿って空腸間膜の切除と腫瘍を含む空腸を60cm切除、回腸間膜と虫垂を合併切除した。
【病理】Adenocarcinoma, Jejunum, type3, 70×100mm, por1,int, INFb, Ly1,V1,pPM0(350mm), pDM0(120mm),pRM0, pT3(SS)N1b(3/23)M0 と診断、リンパ節転移を伴う原発性小腸癌と診断された。
【術後経過】術後合併症なく第5病日に退院となった。術後外来にてXelox療法を施行、経過中にStageIV肺癌を認め、現在肺癌に対する化学免疫療法中である。
【考察】小腸癌は症状に乏しく進行例が多いが、本症例では下腹部痛を契機とした症状から、比較的早期に手術が可能であった。リンパ節転移陽性例に対する術後補助化学療法のエビデンスは限定的であり、本症例において術後補助化学療法が有効であるか、適切なフォローアップが必要である。また再発, 転移を認めた場合、MSIなどの遺伝子検査を行い、集学的に治療を図ることが重要であると考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター6
**一般演題（ポスター）11　小腸疾患**
座長：大地 貴史（久留米大学外科学講座）

## [P11-5] 小腸重積を契機に診断された小腸炎症性線維性ポリープの1例

*真鍋 和也[1]、大野 陽介[1]、数井 啓蔵[1]、正村 裕紀[1]、若山 顕治[1]、城ノ口 悠生[1]、城ノ口 はるな[1]、檜山 周作[1]
(1. JCHO北海道病院外科)

【はじめに】炎症性線維性ポリープは、消化管粘膜下層から発生する非上皮性の炎症性腫瘤である。胃に発生することが多く、小腸に発生する例は比較的まれとされている。今回我々は、小腸炎症性線維性ポリープが先進部となり、小腸重積を発症し、手術加療を要した1例を経験したため、報告する。

【症例】83歳女性。腹痛を主訴に近医を受診した。血液検査にて白血球数 12,300/μL、CRP 20.2 mg/dLと著明な炎症反応の上昇を認めた。腫瘍マーカーは正常範囲内であった。腹部造影CT検査を施行したところ、小腸内に造影効果の乏しい3〜4cm大の腫瘍性病変があり、同部位を先進部とした小腸重積が認められた。腸重積より口側の腸管は著明に拡張しており、小腸腫瘍に伴う小腸重積による腸閉塞症と診断し、緊急で腹腔鏡手術を施行する方針とした。

術中所見では、腹腔鏡下に回腸の腸重責を容易に確認できた。腹部正中を小切開し同部位を体外へ誘導した。重責した腸管の浮腫が著名で腫瘍部と含め小腸部分切除術を施行した。再建は機能的端々吻合を行った。術後に麻痺性腸閉塞を発症したが、保存的加療により術後7日目に改善を認め、術後14日目に経過良好で退院となった。組織学的検査では、粘膜下層を主体に紡錘形を呈する線維芽細胞様の細胞が増殖し、著明な血管増生と、好酸球やリンパ球を主体とする炎症細胞浸潤を認めた。免疫学的検査では、α-SMA（一部陽性）、CD34（少数陽性）を示し、desmin、S-100、c-kit、DOG-1はいずれも陰性であった。以上の所見より、小腸炎症性線維性ポリープと確定診断した。

【考察】小腸炎症性線維性ポリープは臨床的に無症状で経過することが多いが、本症例のように腫瘍が増大すると腸重積を発症し、腹痛や腸閉塞症状を契機に発見されることがある。本疾患は良性で予後良好であるが、術前診断は極めて困難であり、外科的切除後に初めて診断される例が多い。術中では診断がつかないため、悪性所見との鑑別を念頭に手術を行う必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター6

**一般演題（ポスター）11　小腸疾患**

座長：大地 貴史（久留米大学外科学講座）

## [P11-6] 画像所見から術前に神経鞘腫を疑い得た小腸間膜原発神経鞘腫の1例

*板倉 弘明[1]、吉田 将真[1]、梶原 淳[1]、新井 勲[1]、木村 聡宏[1]、谷川 隆彦[1] (1. 医療法人　川崎病院　外科)

症例は80歳代男性。腹部腫瘤を主訴に近医を受診し、精査加療目的に当院消化器内科へ紹介された。上部・下部内視鏡検査では異常所見を認めなかった。単純CTにて55×40mm大の嚢胞変性を伴う腫瘤を認め、手術加療目的に当科紹介となった。
腫瘤は小腸壁に接するが連続性はなく、造影CTでは撮影時期により位置変化を認め、小腸の蠕動に伴う受動的移動と考えられた。周囲を小腸間膜内の血管が取り巻いていたことから小腸間膜由来と判断した。腫瘤は被膜明瞭で乏血性であり、後期相でまだらな造影効果を認めた。
MRIではT2強調像で不均一ながら高信号を主体とし、T1強調像では低信号を示した。
以上より神経鞘腫を第一に疑ったが、デスモイド腫瘍や孤立性線維性腫瘍も鑑別に挙げ手術を施行した。腫瘍は小腸と近接していたため、小腸間膜および小腸の部分切除を行い再建した。
摘出標本の割面は蜂巣状で一部に出血を認めた。病理組織学的には嚢胞形成や硝子線維化、石灰化を伴い、紡錘形細胞の増生を認めた。免疫染色ではS-100陽性、c-Kit陰性、CD34陰性、αSMA陰性であり、Ki-67陽性率は1%未満であったことから神経鞘腫と診断した。
術後経過は良好で術後8日目に退院した。小腸間膜原発神経鞘腫は稀で術前診断は困難である。本症例では被膜明瞭かつ嚢胞変性を伴う乏血性腫瘤という所見が鑑別に有用であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター6

## 一般演題（ポスター）12　痔瘻

座長：樽見 研（札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック）

[P12-1] 摘出痔瘻組織より見た痔瘻治療に対する今後の展望

*宇都宮 高賢[1]、兼清 信介[1]、竹尾 幸子[2] (1. 兼清外科、2. 防府消化器病センター防府胃腸病院)

---

[P12-2] III型深部痔瘻の手術成績

*鈴木 麻未[1]、野明 俊裕[1]、荒木 靖三[1]、白水 良征[1]、石井 正之[1]、長田 和義[1]、石橋 英樹[1] (1. 社会医療法人社団高野会　くるめ病院)

---

[P12-3] 複雑痔瘻に対する温存術ー当院でのSIFT・ISの治療成績ー

*助川 晋作[1]、中田 拓也[2]、大島 康介[1] (1. 北毛保健生活協同組合北毛病院、2. 中田医院)

---

[P12-4] 多発痔瘻の手術経験について

*吉岡 将史[1]、田中 良明[1]、寺田 俊明[1]、神山 剛一[1]、武田 崇志[1]、村越 雄介[1]、安川 佳美[1]、増田 有香[1]、土屋 洋道[1]、前田 文[1]、山田 麻子[1]、佐藤 兼敏[1]、下里 あゆ子[1]、原 聖佳[1] (1. 寺田病院大腸肛門病センター)

---

[P12-5] 複雑痔瘻に対するStepwise Pull-Through Anal Ultrasonography（SP-AUS）の診断能の検討：ＭＲＩとの比較検討

*森本 幸治[1]、小泉 岐博[2]、立岡 哲平[1]、田村 周三[1]、久保田 和[1]、菅又 奈々[1]、金澤 周[3]、大塚 新一[1]、久保田 至[1] (1. 西新井大腸肛門科、2. 北千住大腸肛門クリニック、3. 草加西口肛門胃腸クリニック)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター6

**一般演題（ポスター）12　痔瘻**

座長：樽見 研（札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック）

## [P12-1] 摘出痔瘻組織より見た痔瘻治療に対する今後の展望

*宇都宮 高賢[1]、兼清 信介[1]、竹尾 幸子[2] (1. 兼清外科、2. 防府消化器病センター防府胃腸病院)

痔瘻治療に対しては、①発生の原因、②膿瘍形成、③慢性化、④予防及び治療を考慮しなければならない。従来より発表してきた痔瘻手術でenblocで得られた組織89症例のうち肛門腺を認めた症例は、54例（60%）あり、残り40%には肛門腺を認めていない。痔瘻発生には、肛門腺由来のものとそうでないものとがあることになる。【肛門腺由来の痔瘻発生】：痔瘻瘻管内に見られる肛門腺は、痔核内に見られる肛門腺と比較すると内径、外径共に3-5倍に肥大化しており、肛門腺の長さも内外括約筋を貫き最大23.4mmと長くなる。これは、何らかの誘引物質により引き起こされているものと思われる。膿瘍を形成する部位も、肛門腺の先端にあり、途中、異物で肛門腺壁の損傷部位でも炎症細胞の浸潤を認めるものの膿瘍形成はない。肛門腺先端の破壊部位の構成細胞は、増殖円柱上皮から成っている。円柱上皮である胚細胞の増加は、T-細胞由来のPGEを介してロイコトリエンにより増加する可能性もあり今後の研究に期待したい。時間とともに構成細胞である円柱上皮も移行上皮、扁平上皮へと化生する。扁平上皮に生化すると肛門腺周囲の炎症細胞の浸潤は少なくなり、瘻管は閉鎖し痔瘻の一部は終息する。今後どのようなサイトカインが関与してこのような現象が起こるのか、今後の研究課題となる。解明されれば肛門腺由来の痔瘻に対しては、予防薬、治療薬のへの応用も待たれる。【慢性化】：膿瘍形成部位は肉芽形成と膿瘍部の間にスライム状のバイオフィルムの形成を認める。肛門腺の有無にかかわらず膿瘍が形成されると細菌は、抗菌剤等の外部ストレスからの防御、免疫細胞からの攻撃回避のために、バイオフィルムを形成し細菌自体の保護、生存、増殖が可能となり慢性化へと移行する。従って、慢性化を防ぐには、早期のドレナージ、抗菌剤の投与、バイオフィルム除去が必要となる。掻把、ドレナージ、界面活性剤によるバイオフィルムの溶解と抗菌により痔瘻化を防ぐことで治療が可能となる。現在は、バイオフィルムに対する市販品もあり、その応用が期待される。さらに痔瘻瘻管に特化した蛋白溶解剤、腐食抗菌剤を使った新しい治療法が待たれる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター6

**一般演題（ポスター）12　痔瘻**

座長：樽見 研（札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック）

## [P12-2] III型深部痔瘻の手術成績

*鈴木 麻未[1]、野明 俊裕[1]、荒木 靖三[1]、白水 良征[1]、石井 正之[1]、長田 和義[1]、石橋 英樹[1] (1. 社会医療法人社団高野会　くるめ病院)

Ⅲ型深部痔瘻の術式は、ハンレイ法やセトン法、括約筋温存術などがあり、実施施設によって行われる術式はさまざまである。当院でも時期により術式の変遷を経てきた。今回、当院で変遷してきたⅢ型深部痔瘻に対する根治術式ごとの治療成績を検討した。
対象：2018年8月～2026年3月までに当院で施行したⅢ型痔瘻根治術127例のうち、再発治療症例16例・データ欠損13例・未終診/中断19例を除外した、初発Ⅲ型痔瘻根治術79例。
方法：根治術式は、①瘻管くりぬき＋1次瘻管切断、②LIFT、③瘻管くりぬき＋1次瘻管切除（筋弁法）、④瘻管くりぬき＋内括約筋切開、⑤その他(ハンレイ・セトンなど)の5種類。術式ごとの治癒日数、再発率、手術前後の肛門機能を後方視的に検討した。
結果：対象症例79例は、男：女=67例：12例、平均年齢47.1±16.3歳であった。術式による内訳は①38例／②6例／③18例／④11例／⑤6例であった。治癒までの日数(中央値)は、152日／107日／108日／128日／149日であった。再発は8例(20.5%)／3例(50.0%)／2例(9.5%)／1例(9.1%)／0例であった。術前後の静止圧(MRP)の低下率は12.1%／15.3%／17.3%／22.2%／24.3%であり、収縮圧(MSP)の低下率は6.7%／11.6%／1.1%／2.8%／-12.0%であった。(対象期間中に内圧計測器の変更あり、測定単位が変更となったため率で評価した。)MRP/MSPともに低下する症例がほとんどであったが、術後のWexner評価では0-2点程度であり、術後の排便障害はほとんど認められなかった。
以上の検討結果に加え、文献的考察も含めて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター6

**一般演題（ポスター）12　痔瘻**

座長：樽見 研（札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック）

## [P12-3] 複雑痔瘻に対する温存術ー当院でのSIFT・ISの治療成績ー

*助川 晋作[1]、中田 拓也[2]、大島 康介[1] (1. 北毛保健生活協同組合北毛病院、2. 中田医院)

はじめに
痔瘻に対する治療の要点は、術後の肛門機能低下をきたさないようにすること、再発しないよう工夫すること、治癒するまでの期間に患者が悩まされないようにすることだと考える。また痔瘻発生機序としてcrypt-glandular infectionの考え方は広くコンセンサスが得られており、その誘因として緩い便を繰り返し排出することが考えられる。
当院では、原発口の位置、原発巣の位置によらず、温存術として肛門上皮下瘻管•内括約筋切離術（Subcuteneus Incision of Fitula Tract•Internal Sphincterotomy 以下SIFT•IS）を行なっている。また二次瘻管の処理は、インジゴカルミンで染色しfistulectomyを外括約筋まで行い、可能な限り肛門周囲皮膚をのこし、原発巣を掻爬・解放することで根治性を高めるようにしている。また、術前の排便状況を確認し、術前後での排便管理にも注意をしている。当院での複雑痔瘻に対する12年間の治療成績を検討する
症例・結果
2014年4月から2026年3月までの12年間、複雑痔瘻に対しSIFT•ISを施行した50例につき検討。平均年齢53歳（21〜85）、男女比47：3。術前の問診では、確認できる範囲で緩い便を繰り返したタイミングで肛門周囲膿瘍や痔瘻を発症している症例が多かった。また痔瘻分類については隅越分類を使用した。症例数、平均治癒期間を示すと、原発口1ヶ所はⅡLC単独18例2.5ヶ月、ⅡH合併5例5.3ヶ月、原発口2ヶ所はⅡL２本13例3.6ヶ月、ⅡH合併2例7ヶ月、原発口3ヶ所はⅡL3本3例3.5ヶ月、ⅡH合併例はいなかった。また深部痔瘻はⅢB4例8ヶ月、ⅢU5例2ヶ月（治癒期間は電カル移行後2例のみ確認）。再発は原発口1ヶ所ⅡLC1例、2ヶ所のⅡL2本1例とⅡH合併1例、深部痔瘻はⅢB2例の合計5例に認めた
考察・結語
手術方法において再発5例中4例は、原発巣、二次瘻管残存からの再発と思われ、十分に行えていなかったと思われた。原発口処理においては通常の単純痔瘻と同じであるが、複雑化したものについては、再燃・感染悪化の原因となる原発巣や二次瘻管の適切な開放、切除が肝要と思われた

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター6

**一般演題（ポスター）12　痔瘻**

座長：樽見 研（札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック）

## [P12-4] 多発痔瘻の手術経験について

*吉岡 将史[1]、田中 良明[1]、寺田 俊明[1]、神山 剛一[1]、武田 崇志[1]、村越 雄介[1]、安川 佳美[1]、増田 有香[1]、土屋 洋道[1]、前田 文[1]、山田 麻子[1]、佐藤 兼敏[1]、下里 あゆ子[1]、原 聖佳[1] (1. 寺田病院大腸肛門病センター)

多発痔瘻は全痔瘻の中で11.2%とも報告されており、決して稀ではない。当院ではリニア式経肛門的超音波検査の簡便性や低侵襲性、客観性を以前より活用している。超音波では特に深部型や複雑型、再発症例などにも有用であり、複雑な症例の原発巣や病巣の広がりもイメージしやすい利点がある。しかし、今回約数ヶ月という短い期間において、全くの無症状で他の肛門疾患の受診時、また膿瘍の切開排膿後の経過観察中など異時性に多発痔瘻として認めた症例を経験したので、その根治手術術式と併せて報告する。
痔瘻の診療時は単純な病型のみでなく、多発の可能性も念頭に置き、術前、術中も注意が必要である。
さらに多発痔瘻の手術では肛門括約筋の侵襲は大きくなりやすく、術後の変形や括約筋機能障害をよりきたしやすい。高い根治性と肛門形態・機能の温存を両立するために、いくつかの手術手技を組み合わせて、症例に合った手術術式を円滑に進めていく必要がある。
また今回限りの根治手術だけに目を奪われずに今後の新しい痔瘻の発症のリスクも念頭に置き、適切な術式を選択する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター6

**一般演題（ポスター）12　痔瘻**

座長：樽見 研（札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック）

## [P12-5] 複雑痔瘻に対するStepwise Pull-Through Anal Ultrasonography（SP-AUS）の診断能の検討：ＭＲＩとの比較検討

*森本 幸治[1]、小泉 岐博[2]、立岡 哲平[1]、田村 周三[1]、久保田 和[1]、菅又 奈々[1]、金澤 周[3]、大塚 新一[1]、久保田 至[1] (1. 西新井大腸肛門科、2. 北千住大腸肛門クリニック、3. 草加西口肛門胃腸クリニック)

【背景】当院では、痔瘻患者ほぼ全例に対し肛門超音波検査を施行している。複雑痔瘻の診断には、一次口および原発巣の位置、側方への瘻管進展の把握が不可欠である。MRI検査（以下ＭＲＩ）は優れた空間分解能により、複雑痔瘻の診断において非常に有用であるが、肛門科単科の医療機関では検査が困難である場合が多い。肛門超音波検査は、低侵襲かつ外来で手軽に施行できる検査法であるが、再現性や客観性においてMRIに劣る側面がある。我々は、再現性、客観性が高く、MRIとの比較評価が可能となる肛門超音波検査法としてStepwise Pull-through Anal Ultrasonography（以下SP-AUS）を考案した。今回、複雑痔瘻症例について、その有用性を検討した。
【方法】ラジアル式肛門超音波プローベを肛門管の軸方向に挿入し、尿道を12時方向に描出する。その方向を保ちながらプローベをゆっくりと抜いて円形の内肛門括約筋とその外側でＶ字またはＵ字型に描出される恥骨直腸筋を確認する。その位置より静止画を保存し、プローベの方向を保ちながら徐々に引き抜き、一定の間隔とリズムで連続的に静止画像を保存する。内肛門括約筋が描出できなくなる肛門管下縁までこの操作を行う。保存した連続静止画像を、ＭＲＩ検査の画像を参照基準とし、①primary duct（一次瘻管）、②primary lesion（原発巣）、③lateral extension（側方進展）の描出率を評価した。
【結果】2023年から2025年に当院で手術を施行した坐骨直腸窩痔瘻症例のうち、術前にSP-AUSおよびＭＲＩを施行した9例を対象とした。男性9例、年齢44歳（平均値）。隅越分類ⅢU4例、ⅢB5例であった。静止画の撮像数は平均25枚。①primary ductの描出率は7例で78%（ＭＲＩ：9例100%）であった。同様に②primary lesion9例100%（MRI100%）、③lateral extensionは7例78%（MRI100%）であった。
【結語】SP-AUSは複雑痔瘻の病変の評価に有用であった。標準化された撮像法により、再現性の高い評価が可能であり、MRIと並び有用な検査法である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター7

## 一般演題（ポスター）13　高齢者 1

座長：宮本 裕士（熊本大学病院消化器外科）

[P13-1] 大腸癌と血液がんという2重がんにたいしてがん薬物療法をおこなった高齢者の１例

*岡野 美穂[1]、真貝 竜史[2]、松本 謙一[1]、佐々木 亨[1]、野呂 浩史[1] (1. 市立芦屋病院外科、2. 川西市立総合医療センター外科)

---

[P13-2] 高齢大腸癌症例に対する腹腔鏡下手術の治療成績の検討

*南 壮一郎[1]、原口 直紹[1]、三上 希実[1]、山平 陽亮[1]、伊丹 偉文[1]、土橋 果実[1]、藤井 渉[1]、額原 敦[1]、古賀 睦人[1]、木村 豊[1] (1. 近畿大学奈良病院消化器外科)

---

[P13-3] 貧血精査で診断され、経過観察後に再出血を来し、小腸部分切除術を施行した小腸リンパ管腫の一例

*伊勢 夏[1]、水内 祐介[1]、江嵜 就[1]、安藤 陽平[1]、藤本 崇聡[1]、永吉 絹子[1]、松本 奏吉[1]、堀岡 宏平[1]、大内田 研宙[1]、安藤 幸滋[1]、沖 英次[1] (1. 九州大学病院消化管外科)

---

[P13-4] 85歳以上大腸癌患者における炎症・栄養・サルコペニア複合スコアを用いた術後合併症予測の検討

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

---

[P13-5] 高齢者肛門管扁平上皮癌に対し化学放射線療法にて臨床的完全奏効が得られた2例

*遠藤 秀生[1]、渋谷 雅常[1]、月田 智也[1]、丹田 秀樹[1]、西山 毅[1]、米光 健[1]、関 由季[1]、笠島 裕明[1]、前田 清[1] (1. 大阪公立大学大学院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター7

**一般演題（ポスター）13　高齢者 1**

座長：宮本 裕士（熊本大学病院消化器外科）

## [P13-1] 大腸癌と血液がんという2重がんにたいしてがん薬物療法をおこなった高齢者の１例

*岡野 美穂[1]、真貝 竜史[2]、松本 謙一[1]、佐々木 亨[1]、野呂 浩史[1] (1. 市立芦屋病院外科、2. 川西市立総合医療センター外科)

我が国を含む多くの国で、高齢者は65歳と定義されており、2023年の時点で高齢化率（総人口に占める割合65歳以上の割合）は29.1%になっている。近年この高齢者の定義が現状に合わない状況 が生じており、日本老年医学会では75歳以上89歳までを高齢者と定義している。高齢者での全身化学療法の適応には、個人差が大きいため、慎重に適応する必要がある。今回、高齢者の2重がんに対して、両がん種の全身化学療法を行った症例を経験したので報告する。症例は89歳女性。貧血および高CEA血症の精査にて盲腸癌との診断となった。ロボット支援下回盲部切除術、D3、R0施行。muc>tub2, pT4(SI, small intestine), INFa, Ly0, V0, Pn0, pPM0, pDM0, pN0(0/31), pStage IIc． adjuvantなしであった。術後3か月のスクリーニングの腹部エコーにて、腹腔内リンパ節腫大（回盲部付近、関門部）および、左頬部、両側頚部のリンパ節腫大を指摘。盲腸癌の再発として一元的には考えにくいため、血液内科に精査依頼したところ、頚部リンパ節生検からB細胞性リンパ腫と診断に至った。リンパ腫に対してリツキシマブを含めた化学療法を1クール施行したところ、腹水出現および皮膚結節出現、CEA上昇をみとめた。皮膚結節生検から大腸癌との診断となり、大腸癌による病勢制御が必要と考え、大腸癌の全身化学療法の開始となった。mFOLFOX6＋Bevacitumabを 3クールで、その後FOLFIRI＋Ramucirumabを1クール施行したのち、BSCとなった。高齢者のがん薬物療法ガイドラインでは、高齢がん患者において，がん薬物療法の適応を判断する方法として，高齢者機能評価を実施することを提案しているが、実臨床ではなかなか難しい。ガイドラインと実臨床を比較して報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター7

**一般演題（ポスター）13　高齢者 1**

座長：宮本 裕士（熊本大学病院消化器外科）

## [P13-2] 高齢大腸癌症例に対する腹腔鏡下手術の治療成績の検討

*南 壮一郎[1]、原口 直紹[1]、三上 希実[1]、山平 陽亮[1]、伊丹 偉文[1]、土橋 果実[1]、藤井 渉[1]、額原 敦[1]、古賀 睦人[1]、木村 豊[1] (1. 近畿大学奈良病院消化器外科)

【背景】
高齢化の進展に伴い，高齢大腸癌患者に対する外科治療の機会は増加している。一方で，80歳以上の超高齢者に対する腹腔鏡下大腸切除術の安全性や有効性に関するエビデンスは依然として限定的である。高齢患者では併存疾患や加齢に伴う生理機能低下を背景に，周術期合併症のリスクが高いことが指摘されている。
【目的】
80歳以上の大腸癌患者に対して施行した腹腔鏡下切除術の短期成績を後方視的に検討し，本術式の安全性および高齢者特有の周術期管理上の課題を明らかにすることを目的とした。
【対象・方法】
2023年4月以降に当院で80歳以上の大腸癌患者に対して腹腔鏡下に原発巣切除を施行した症例を対象とした。患者背景，併存疾患，手術関連因子，術後経過および合併症について解析した。さらに，術前の栄養・炎症状態を反映する栄養指標を算出し，術後転帰との関連を検討した。
【結果】
年齢中央値は83歳で，女性がやや多かった。85歳以上では低BMI傾向を認めた。ASA-PS 2以上は約3割であり，認知機能低下や心疾患などの併存疾患を有する症例が多く，抗血栓薬内服例も散見された。全例で腹腔鏡下手術を完遂し，開腹移行は認めなかった。手術時間中央値は215分，出血量中央値は27mLであった。術後在院日数は14日以上となる症例が多く，医学的要因に加えて転院調整や併存疾患管理の影響が示唆された。Clavien–Dindo分類Grade 2以上の術後合併症は少数であった。PNIおよびGNRIによる検討では，低栄養群で合併症発生率が高い傾向を認めたが，統計学的有意差は認めなかった。
【結語】
80歳以上の大腸癌患者に対しても，適切な術前評価と周術期管理を行うことで腹腔鏡下切除術は安全に施行可能であり，有用な治療選択肢となり得ると考えられた。高齢者においては，手術成績のみならず栄養状態や社会的背景を含めた包括的評価に基づく治療戦略の構築が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター7

**一般演題（ポスター）13　高齢者 1**

座長：宮本 裕士（熊本大学病院消化器外科）

## [P13-3] 貧血精査で診断され、経過観察後に再出血を来し、小腸部分切除術を施行した小腸リンパ管腫の一例

*伊勢 夏[1]、水内 祐介[1]、江嵜 就[1]、安藤 陽平[1]、藤本 崇聡[1]、永吉 絹子[1]、松本 奏吉[1]、堀岡 宏平[1]、大内田 研宙[1]、安藤 幸滋[1]、沖 英次[1] (1. 九州大学病院消化管外科)

症例は86歳男性。黒色便および貧血進行の精査目的に施行した小腸カプセル内視鏡検査で小腸に出血性病変を認めた。経口ダブルバルーン小腸内視鏡検査で回腸に病変を認め、生検で小腸リンパ管腫が示唆された。手術による切除を勧めたが、下血は軽快し、高齢であることから、鉄剤内服で経過観察を希望された。初回診断から3年後、再度黒色便が出現し、既知の小腸リンパ管腫からの再出血が疑われた。再度、経口ダブルバルーン小腸内視鏡検査を施行し、既知の病変を認めた。病変表面からにじむような出血を伴っており、出血源として矛盾しない所見であった。術前に点墨およびクリッピングを行い、臍部に4cmの小開腹で小腸部分切除術を施行した。切除標本の病理組織学的検査では、粘膜から粘膜下層に拡張した大小不同の脈管増生を認め、異形が乏しく扁平なリンパ管内皮細胞を伴っていた。免疫組織化学染色ではD2-40およびERG陽性、CD34陰性であり、小腸リンパ管腫と診断された。術後経過は良好で、再出血なく経過している。小腸リンパ管腫は小腸に発生する稀な良性疾患であり、消化管出血による貧血を契機に発見されることがある。出血源として同定された小腸リンパ管腫では、症状が一旦軽快しても再出血を来す可能性があり、保存的加療を選択する場合にも再出血リスクを念頭に置き、外科的切除の時期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(ポスター)
2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター7
**一般演題（ポスター）13　高齢者 1**
座長：宮本 裕士（熊本大学病院消化器外科）

## [P13-4] 85歳以上大腸癌患者における炎症・栄養・サルコペニア複合スコアを用いた術後合併症予測の検討

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

【はじめに】
高齢化に伴い，85歳以上の超高齢大腸癌患者に対する手術機会は増加している。一方で，超高齢者ではfrailty，栄養障害，サルコペニアを背景として術後合併症リスクが高いとされる。近年，炎症指標や栄養指標，骨格筋量評価の有用性が報告されているが，85歳以上に限定した検討は少ない。今回85歳以上の超高齢者大腸癌手術症例において，炎症・栄養・サルコペニア複合スコアの術後合併症予測能を検討することを目的とした。
【対象と方法】
2019年から2026年までに当院で大腸癌に対して手術を施行した85歳以上の患者53例を対象とし，後方視的に検討した。
炎症指標としてneutrophil-lymphocyte ratio（NLR），栄養指標としてgeriatric nutritional risk index（GNRI），サルコペニア指標として腸腰筋指数を評価した。cutoff値はNLR 5以上，GNRI 98未満，腸腰筋指数低値（男性5.2 $cm^2/m^2$未満，女性3.8 $cm^2/m^2$未満）と設定した。各異常値を1点とした炎症・栄養・サルコペニア複合スコアを作成し，0点，1点，2–3点の3群に分類した。
主要評価項目はClavien-Dindo分類Grade2以上の術後合併症発生とした。
【結果】
対象53例中，Clavien-Dindo分類Grade2以上の術後合併症は14例（26.4%）に認めた。単独指標では，NLR（p=0.200），PLR（p=0.755），SII（p=0.565），mGPS（p=0.848），GNRI（p=0.552），腸腰筋指数（p=0.149）のいずれも術後合併症との有意な関連を認めなかった。一方，炎症・栄養・サルコペニア複合スコア0群，1群，2–3群におけるGrade2以上合併症発生率はそれぞれ11.1%，27.3%，57.1%と段階的に増加した。ROC解析では，本複合スコアのAUCは0.74であり，単独指標と比較して良好な術後合併症予測能を示した。
【結語】
85歳以上の超高齢大腸癌患者において，単独の炎症・栄養・サルコペニア指標では術後合併症との明らかな関連を認めなかったが，これらを統合した複合スコアは術後合併症予測に有用である可能性が示唆された。超高齢者における周術期リスク層別化への応用が期待される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター7

**一般演題（ポスター）13　高齢者 1**

座長：宮本 裕士（熊本大学病院消化器外科）

## [P13-5] 高齢者肛門管扁平上皮癌に対し化学放射線療法にて臨床的完全奏効が得られた2例

*遠藤 秀生[1]、渋谷 雅常[1]、月田 智也[1]、丹田 秀樹[1]、西山 毅[1]、米光 健[1]、関 由季[1]、笠島 裕明[1]、前田 清[1] (1. 大阪公立大学大学院消化器外科)

【背景】
肛門管癌は下部消化管悪性腫瘍の1-3%を占める比較的稀な疾患であり、そのうち扁平上皮癌は10-20%程度とされる。NCCNガイドラインでは化学放射線療法(Chemoradiotherapy: CRT)が標準治療とされるが、エビデンスの多くはperformance status(PS)良好な症例を対象としており、高齢者やPS不良症例に対する標準治療の外挿には慎重な判断を要する。今回われわれは80歳代の肛門管扁平上皮癌に対しCRTを施行し、臨床的完全奏効(clinical complete response: cCR)を得た症例を2例経験したため報告する。
【症例提示】
＜症例1＞83歳女性。肛門痛を主訴に前医を受診した。肛門部腫瘍の生検にてsquamous cell carcinoma(SCC)の診断となり、当科紹介となった。5-FU+MMC(20%減量)を2コース、放射線治療は59.4Gy/33fr(1.8Gy/fr)を施行した。化学療法2コース終了後に発熱性好中球減少症を認めたが、その他重篤な有害事象はなく治療を完遂。cCRが得られ、4ヵ月無再発生存中である。
＜症例2＞88歳女性。肛門周囲の出血性腫瘤を主訴に前医を受診した。生検にてSCCの診断で当科紹介なった。5-FU+MMC(40%減量)を2コース、放射線治療は59.4Gy/33fr(1.8Gy/fr)を施行した。治療完遂にてcCRが得られた。その後1年2ヵ月無再発生存中である。
【考察】
自験例では、高齢者に対し化学療法を適宜減量しつつ放射線治療は減量せずに完遂することでcCRが得られた。高齢者は全身状態の個人差が大きく、抗癌剤投与量の画一的な基準は存在しない。5-FUに関しては一段階減量しても治療成績に影響しないとの報告もあり、高齢者機能評価や有害事象予測ツール(CARGスコア等)を用いた個別化が肝要である。
一方、強度変調放射線治療の普及により、高齢者でも根治線量を維持できる可能性が示唆された。高齢者肛門扁平上皮癌に対し、化学療法は個別に調整し、放射線治療は標準線量にて開始する治療戦略は有効な選択肢となり得る。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター7

## 一般演題（ポスター）14　ストーマ１

座長：永吉 絹子（九州大学臨床・腫瘍外科）

[P14-1] 傍ストーマヘルニアに対するsymbotexTM composite meshを用いた腹腔鏡下sugarbeker法の経験

*長谷部 達也[1]、大橋 大成[1]、谷地 孝文[1]、橋本 直樹[1]、木村 昭利[1]、井川 明子[1]、髙橋 義也[1]、笠井 大貴[1]、外崎 龍一[1]、梅原 豊[1] (1. 青森県立中央病院　外科)

[P14-2] 嵌頓を伴う30cmに及ぶ横行結腸ループストーマ脱出に対し自動縫合器を用いた局所修復術を施行した1例

*小針 大輝[1]、小野澤 寿志[1]、渡邊 匠[1]、山下 大和[1]、菅家 康之[1]、本山 一夫[1]、伊藤 泰輔[1]、石井 芳正[1]、河野 浩二[2] (1. 太田西ノ内病院、2. 福島県立医科大学消化管外科学講座)

[P14-3] 横行結腸ストーマ脱出に対し腹腔鏡下結腸固定術を行った1例

*田中 芳憲[1]、宮本 凌[1]、土谷 將悟[1]、庄司 太一[1]、寺岡 均[1]、大平 雅一[1] (1. 社会医療法人ペガサス　馬場記念病院　外科)

[P14-4] ロボット支援下直腸切断術におけるストマ造設の工夫

*加藤 滋[1]、銘苅 正行[1]、知念 徹[1]、国吉 史雄[1]、石野 信一郎[1]、阿嘉 裕之[1]、比嘉 宇郎[1]、宮平 工[1]、花城 直次[1]、西原 実[1]、奥島 憲彦[1] (1. ハートライフ病院)

[P14-5] 一時的人工肛門造設を回避した高リスク直腸癌手術における周術期管理の検討

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

[P14-6] Hartmann術後の反復するイレウスを、ストマ経路を腹腔内経路から腹膜外経路に変更することで予防できた1症例

*宮永 克也[1]、古元 克好[1] (1. 林病院外科)

[P14-7] 人工肛門造設後に胃下垂により胃内容排出障害を来した1例

*伊藤 諒[1]、門野 政義[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(一般・消化器))

[P14-8] ロボット支援下直腸切断術後に人工肛門造設時の腹膜外経路に小腸内ヘルニアを来した1例

*宮内 俊策[1]、國末 浩範[1]、杉原 太一[1]、吉浦 雄飛[1]、藤原 亮太[1]、高橋 達也[1]、伊達 慶一[1]、久保 孝文[1]、野﨑 功雄[1]、太田 徹哉[1] (1. 岡山医療センター外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター7
**一般演題（ポスター）14　ストーマ１**
座長：永吉 絹子（九州大学臨床・腫瘍外科）

## [P14-1] 傍ストーマヘルニアに対するsymbotexTM composite meshを用いた腹腔鏡下sugarbeker法の経験

*長谷部 達也[1]、大橋 大成[1]、谷地 孝文[1]、橋本 直樹[1]、木村 昭利[1]、井川 明子[1]、髙橋 義也[1]、笠井 大貴[1]、外崎 龍一[1]、梅原 豊[1] (1. 青森県立中央病院　外科)

症例：81歳女性。
主訴：ストーマ周囲の膨隆
既往歴：子宮筋腫のため子宮全摘術後、直腸癌のためハルトマン手術・両側附属器摘出術、左膝関節置換術後。
現病歴：直腸癌のためハルトマン手術・両側附属器摘出術を受け、以後近医でフォローされていた。術後2年目から傍ストーマヘルニアによる腸閉塞を繰り返しており、術後7年目に手術のため当科へ紹介となった。
身体所見：身長149cm、体重64kg（BMI 29.4）。下腹部正中に手術痕、左下腹部に人工肛門を認める。人工肛門周囲には手拳大の傍ストーマヘルニアを認める。正中創に腹壁瘢痕ヘルニアも合併していた。
画像検査所見：CTではストーマの内側に30mmのヘルニア門を認め、小腸が脱出していた。また下腹部正中に45mmのヘルニア門を認めた。
以上より腹壁瘢痕ヘルニアを合併した傍ストーマヘルニアと診断した。繰り返す腸閉塞のため手術の方針とした。
手術所見：腹腔鏡下腹壁瘢痕ヘルニア・傍ストーマヘルニア修復術（IPOM＋sugarbaker）
右上腹部に小開腹をおき、Lap protector$^{TM}$ を装着し気腹を開始した。腹腔内を観察し、左下腹部に長径5cmの傍ストーマヘルニアと、正中に長径8cmの腹壁瘢痕ヘルニアを認めた。右側腹部・右下腹部に5mmポートを挿入した。ストーマと小腸が癒着していたため、剥離した。
30x20cmのsymbotex$^{TM}$ composite meshの両辺を2x5cm切り取った上で折り返し、コラーゲンコーティング部がストーマを覆うように形成した。メッシュを腹腔内に挿入し、傍ストーマヘルニアと正中のヘルニア門を覆い、後腹膜化した。リライアタック$^{TM}$ を用いて腹壁に固定した。手術時間2時間32分、出血量5gだった。
術後経過は良好で、術後8日目に退院となった。
考察：傍ストーマヘルニアに対する手術はsugarbaker法が代表的だが、mesh erosionなどの合併症が問題となる。またsugarbaker用のメッシュの市販も現状ではない。symbotex$^{TM}$ composite meshを用いたsugarbeker法は、これらのメッシュ関連合併症を回避する有用な方法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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター7

**一般演題（ポスター）14　ストーマ１**

座長：永吉 絹子（九州大学臨床・腫瘍外科）

## [P14-2] 嵌頓を伴う30cmに及ぶ横行結腸ループストーマ脱出に対し自動縫合器を用いた局所修復術を施行した1例

*小針 大輝[1]、小野澤 寿志[1]、渡邊 匠[1]、山下 大和[1]、菅家 康之[1]、本山 一夫[1]、伊藤 泰輔[1]、石井 芳正[1]、河野 浩二[2] (1. 太田西ノ内病院、2. 福島県立医科大学消化管外科学講座)

【背景】ストーマ脱出は造設後の代表的な晩期合併症の一つであるが、高度な脱出や還納不能な嵌頓症例では、装具装着の困難によるQOL低下のみならず、腸管虚血や壊死の危険があるため緊急手術の適応となる。今回、30cmに及ぶ著明な脱出を伴う嵌頓症例に対し、自動縫合器を用いた局所修復術（Stapler repair）を施行した1例を経験したので報告する。
【症例】50歳代、男性。頚椎損傷の既往あり。X年12月、仙骨部褥瘡による重症感染および膀胱直腸瘻の管理目的に、腹腔鏡下横行結腸双孔式人工肛門造設術を施行された。手術から3ヶ月後、ストーマ口側腸管が30cm超にわたって脱出し、受診した。脱出腸管は高度の浮腫とうっ血を呈しており、グラニュー糖散布による浸透圧療法を試みたが還納不能な嵌頓状態であった。造影CTにて血流は維持されていたものの、虚血の進行を懸念し、同日緊急手術の方針とした。
【手術手技】全身麻酔下、仰臥位で施行。脱出腸管は浮腫の影響もあり約40cmと長大であった。腸間膜に対して90°および270°方向の腸管壁を、長軸方向に約20cm電気メスで全層切開した。次いで、切開部よりリニアステープラーを挿入し、ストマ基部から2cm以上の高さを確保しつつ長軸方向に全層切離・縫合を施した。これにより脱出腸管がいわゆる「観音開き」の状態となった。続いて、半周状に展開された内外筒の腸管を、短軸方向に自動縫合器を用いてそれぞれ一括して全層切除・吻合した。ステープルラインの止血および補強を行い、最後に指診にて内腔の十分な開通性を確認し手術を終了した。
【結果】手術時間は30分、出血量は腸液を含め220mlであった。術後経過は極めて良好で、術後3日目より食事を開始し、術後7日目に合併症なく退院となった。
【結語】Stapler repairは、前田らにより報告された簡便かつ迅速に施行可能な術式であり、再発率も0〜3.8%と極めて低い。本術式は単孔式・双孔式を問わず適応可能であり、本症例のような30cmに及ぶ高度な脱出や、緊急を要する嵌頓症例に対しても、開腹を要さず安全かつ低侵襲に施行可能であった。高齢者や全身状態に不安のある症例に対しても、極めて有効な治療選択肢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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター7

**一般演題（ポスター）14　ストーマ１**

座長：永吉 絹子（九州大学臨床・腫瘍外科）

## [P14-3] 横行結腸ストーマ脱出に対し腹腔鏡下結腸固定術を行った1例

*田中 芳憲[1]、宮本 凌[1]、土谷 將悟[1]、庄司 太一[1]、寺岡 均[1]、大平 雅一[1] (1. 社会医療法人ペガサス　馬場記念病院　外科)

【はじめに】ストーマ脱出はストーマ関連合併症の中で比較的頻度の高い晩期合併症であり，横行結腸そして双孔式に多いとされる．今回我々は双孔式横行結腸ストーマ脱出に対し腹腔鏡下結腸固定術を行った1例を経験した．【症例】症例は70歳代男性．下痢を主訴とし消化管精査目的に当院へ紹介受診となった．大腸内視鏡検査で肛門縁から7 cmのRa領域に全周性の腫瘍を認め，生検より低分化型腺癌と診断された．術前精査で大動脈周囲リンパ節転移が疑われcT3N3M1stageⅣとの診断の下，腹腔鏡下に双孔式横行結腸ストーマを造設した．その後，根治切除を目指して放射線化学療法に続く化学療法を施行中，ストーマ造設から3ヶ月後に肛門側腸管のストーマ脱出が出現した．ストーマ造設から8ヶ月後，左腸骨転移が出現するに至り，本人希望で化学療法は中止となり以後，経過観察のみ継続の方針となった．ストーマ脱出はその後，脱出長が10 cmを越え，うっ血から用手還納に難渋する機会が増加したため，ストーマ造設から1年1ヶ月後，腹腔鏡下に肛門側の横行結腸をストーマから左側へ向けて腹壁にbarbed sutureを用いて連続に縫合固定した．術後経過は良好で術2日後に退院した．その後，病勢進行により手術から40日後に永眠された．【考察】ストーマ脱出では脱出腸管の出血，うっ血，虚血や疼痛といった臨床症状を有する場合やパウチ管理が困難な場合は手術適応とされる．これに対する術式は複数報告されているが確立された方法はなく，腹腔鏡下腸管固定術を行った報告は少ない．本症例のように脱出長の長い症例では体腔外で完結させる方法として脱出腸管を切除する場合は辺縁動脈を切離する可能性が高く血流障害の懸念がある．一方で切除せず短縮させるなど他の方法では十分な効果が期待できない．腹腔鏡を用いることで腹腔内を詳細に観察してその成因を把握でき，安全に有効な対処法を取ることが可能となる．そもそも脱出腸管周囲に癒着のないことが予想され，腹腔鏡下腸管固定術は低侵襲かつ簡便な方法として有用と考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター7

**一般演題（ポスター）14　ストーマ１**

座長：永吉 絹子（九州大学臨床・腫瘍外科）

## [P14-4] ロボット支援下直腸切断術におけるストマ造設の工夫

*加藤 滋[1]、銘苅 正行[1]、知念 徹[1]、国吉 史雄[1]、石野 信一郎[1]、阿嘉 裕之[1]、比嘉 宇郎[1]、宮平 工[1]、花城 直次[1]、西原 実[1]、奥島 憲彦[1] (1. ハートライフ病院)

【背景】直腸切断術におけるストマ造設方法は、腸管挙上経路の選択や固定方法など各施設や術者により多少の差異がある。
【目的】当院で行っているロボット支援下直腸切断術におけるストマ造設方法の工夫について報告する。
【方法】当院で施行したロボット支援下直腸切断術症例4例を対象とした。術前にストマサイトマーキングを行い、同部位を約3cmの紡錘形皮膚切開、腹直筋は縦方向にスプリットして開腹し、Lap ProtectorおよびEZ accessを装着して1stポートとした。標本を経会陰的に摘出したのち、ストマ予定腸管を鉗子で把持して気腹を終了した。腹壁固定用に3-0バイクリルで筋膜および腹膜をコの字にかけておき、腹腔内経路で腸管を挙上したのち、腸管壁の漿筋層と水平マットレスになるように縫合結紮した。閉創後にストマ腸管を開放し、真皮-漿膜筋層の外反縫合を行った。この際余剰な腸間膜脂肪織や腹膜垂は切除して成形することを意識した。
【結果】軽度のストマ周囲皮膚炎、肉芽腫形成はみられたが、傍ストマヘルニアやストマ脱出、粘膜皮膚離開、ストマ壊死、陥没などの重篤な合併症は認めなかった。
【結語】腹腔内経路を用いた当院でのストマ造設方法は非常に簡便であり、重篤な合併症もなく安全に施行可能で短期成績は良好であった。長期成績については今後の検討課題である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター7

**一般演題（ポスター）14　ストーマ１**

座長：永吉 絹子（九州大学臨床・腫瘍外科）

## [P14-5] 一時的人工肛門造設を回避した高リスク直腸癌手術における周術期管理の検討

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

【背景】直腸癌術後の縫合不全は重篤な合併症であり，高リスク症例では一時的人工肛門造設（diverting stoma：DS）が標準的である。しかし，解剖学的制約や社会的背景によりDS造設回避を余儀なくされる場合がある。今回，DS造設を回避し，厳重なドレナージと全身管理により良好な経過を得た高リスクの2例を経験したため報告する。

【症例1】45歳男性。BMI 42の高度肥満。ステント留置後のRs直腸癌に対しロボット支援下低位前方切除術を施行した。高度の内臓脂肪により術野展開に難渋した。吻合後のエアリークテストで1/5周性の吻合部欠損を認め，縫合補強を行った。腹壁の厚さからDS造設が技術的に困難と判断し回避した。骨盤内および経肛門ドレーンを留置し，術後7日間は厳重な絶食・中心静脈栄養管理を行った。術後11日目に合併症なく退院となった。

【症例2】61歳男性。亜閉塞のRa直腸癌で，心機能低下（EF 30%台）およびコントロール不良な糖尿病（HbA1c 11.5%）を合併していた。術前管理後にロボット支援下低位前方切除術を施行した。低位吻合となり縫合不全高リスクと考えられたが，患者のセルフケア能力および家族の支援体制からストーマ管理が困難と判断し，DS造設を回避した。症例1と同様に，骨盤内・経肛門ドレナージと厳密な血糖・栄養管理を継続した。術後10日目に合併症なく退院となった。

【結語】DS造設が困難，あるいは回避が求められる高リスク症例においても，適切なドレナージと術後の徹底した腸管安静・全身管理を組み合わせることで，安全に周術期を管理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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター7

**一般演題（ポスター）14　ストーマ 1**

座長：永吉 絹子（九州大学臨床・腫瘍外科）

## [P14-6] Hartmann術後の反復するイレウスを、ストマ経路を腹腔内経路から腹膜外経路に変更することで予防できた1症例

*宮永 克也[1]、古元 克好[1] (1. 林病院外科)

症例：91歳女性
既往歴：内痔核手術、子宮脱手術、 アルツハイマー型認知症、高血圧、白内障、緑内障
2020年1月直腸癌にて、腹腔鏡下ハルトマン手術施行。病理結果：R,type3,8.3×6.7cm,pT3(SS),PN2a(5/7),Mo,pPMo,PDMo,pRMo,Ro,CurA,tub2>tub1,INFa,Ly1c,V1b,Pno,StageⅢb。術後、入院中に小腸イレウスを併発したが保存的に軽快し退院。高齢なので、補助化学療法は施行せず。
同年3月、2021年7月、小腸イレウスにて当院入院し、保存的に軽快。2023年8月、小腸イレウスにて来院。イレウス管挿入し軽快。2023年11月、小腸イレウスにて入院。ストマの挙上腸管近傍にbeakを認め、同部から口側に拡張がみられた。イレウス管挿入し、軽快した。今までイレウスを発症しても、保存的、またはイレウス管挿入で軽快するため、90歳も超えており、家人は手術には消極的であったが、今回は手術を希望され、2023年11月、腹腔鏡下癒着剥離術を施行した。術中所見として、挙上腸管と左側腹部の空間に小腸が嵌りこむことを繰り返していたせいか、小腸と挙上腸管の一部癒着がみられた。同部を剥離し整復し、手術は終えた。術後は順調経過し、退院した。2023年12月再度小腸イレウスにて来院。 CTでは閉塞部位は、ストマ直下、挙上結腸の周囲で小腸の閉塞であった。イレウス管挿入し、軽快し退院した。
2024年4月小腸イレウスにて入院。CTでは依然と同様の小腸イレウスであった。保存的軽快するが、家人に説明し、手術に同意され、同年5月、腹腔鏡下癒着剥離術、人工肛門経路変更術(人工肛門挙上腸管の腹腔内経路から腹膜外経路へ変更)施行。術後は順調経過し、無事退院。以後、イレウスを再発することはなく、癌の再発もなく経過中である。
　腹腔鏡下マイルズ手術やハルトマン手術において、安易に腹腔内経路による単孔式人工肛門造設をしがちであるが、医中誌で検索すると、本症例と同様に挙上腸管と腹壁との間の間隙に小腸が嵌まり込まれイレウスを生じる報告が散見され、今回の当症例は貴重な症例であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター7

**一般演題（ポスター）14　ストーマ１**

座長：永吉 絹子（九州大学臨床・腫瘍外科）

## [P14-7] 人工肛門造設後に胃下垂により胃内容排出障害を来した1例

*伊藤 諒[1]、門野 政義[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(一般・消化器))

【背景】
人工肛門造設後の摂食障害は臨床上しばしば経験されるが、その多くは腸管由来であり、胃が関与する機序の報告は少ない。特に胃下垂に起因した胃内容排出障害は稀である。
【症例】
症例は90歳男性。上行結腸癌およびS状結腸捻転解除後の良性狭窄に対し、結腸右半切除およびHartmann術を施行した。術後10日目に食後の頻回嘔吐を認めた。禁食としたところ症状は軽快し、術後14日目に食事再開したが、術後18日目に再度嘔吐を認めた。腹部CT検査にて胃の骨盤内まで及ぶ著明な下垂を認め、上部消化管内視鏡では送気により胃体下部大弯の屈曲を認めたことから胃内容排出障害が示唆された。なお、腸閉塞を示唆する所見は認めなかった。胃管挿入により症状は速やかに改善し、食事を分割食としたところ症状の再燃なく経過し退院となった。
【考察】
人工肛門造設後に胃通過障害を来した報告は少なく、既報では人工肛門の挙上腸管と腹壁との間隙に胃が嵌入することで外的圧排を受ける機械的機序が示されている。本症例では明らかな嵌入は指摘し得なかったが、胃が骨盤内まで下垂する著明な位置異常を呈しており、人工肛門との位置関係により胃内容排出障害を来した可能性が考えられた。高齢者においては胃下垂を背景とした本病態が潜在する可能性があり、術後の摂食障害において鑑別として考慮すべきである。また、本症例では分割食により症状の再燃を認めず経過したことから、再手術に先立ち保存的加療を試みる意義が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター7

**一般演題（ポスター）14　ストーマ１**

座長：永吉 絹子（九州大学臨床・腫瘍外科）

## [P14-8] ロボット支援下直腸切断術後に人工肛門造設時の腹膜外経路に小腸内ヘルニアを来した1例

*宮内 俊策[1]、國末 浩範[1]、杉原 太一[1]、吉浦 雄飛[1]、藤原 亮太[1]、高橋 達也[1]、伊達 慶一[1]、久保 孝文[1]、野﨑 功雄[1]、太田 徹哉[1] (1. 岡山医療センター外科)

症例は91歳，男性．直腸癌の診断でロボット支援腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術を施行した．術中所見で腹膜播種を認めたため退院後は近医で化学療法を継続されていた．経過で会陰ヘルニアを認めたため，加療目的に術後9か月目に当科紹介，入院となっていた．入院後に複数回の嘔吐と左側腹部痛を認めたためCTを撮影したところ人工肛門造設時に作成した腹膜外経路へ小腸が嵌頓した内ヘルニアによる腸閉塞の所見を認めた．同日緊急で腹腔鏡下腸閉塞解除術を施行した．術中所見では腹腔鏡で観察した時点ですでに嵌頓は自然解除されていたが，人工肛門として挙上したS状結腸と腹膜の間隙に2㎝大のヘルニア門を認めた．Barbed　Sutureでヘルニア門を縫縮して手術終了した．術後経過は良好で術後2日目に経口摂取を開始し，術後9日目に紹介元へ転院となった．
腹膜外経路での人工肛門造設は傍ストーマヘルニアやストーマ脱出などの合併症が少なく，永久人工肛門造設時に選択されることが多い．今回我々は，腹膜外経路での人工肛門造設後に小腸内ヘルニアを来した稀な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(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター8

## 一般演題（ポスター）15　稀少腫瘍 1

座長：田原 真紀子（とちぎメディカルセンターしもつが）

### [P15-1] 腸重積を契機に発見された骨形成性上行結腸腸癌の１例

*坂元 寿美礼[1]、西居 孝文[1]、西村 潤也[1]、福岡 達成[1]、久保 尚士[1]、清水 貞利[1] (1. 大阪市立総合医療センター)

### [P15-2] 放射線関連大腸癌に外科的治療を施行した1例

*嵩原 一裕[1]、永仮 邦彦[1]、吉本 次郎[1]、岡 伸一[1]、大内 昌和[1]、小濱 信太郎[1]、野本 潤[1]、大塚 知博[1]、八田 亮輔[1]、五十嵐 萌子[1]、河添 晶[1]、橋爪 茜[2] (1. 順天堂大学医学部附属浦安病院消化器・一般外科、2. 順天堂大学医学部附属浦安病院病理診断科)

### [P15-3] 巨大虫垂粘液腫に対するロボット支援下・腹腔鏡併用回盲部切除術の1例

*菅野 優貴[1]、江成 萌[1]、林 くらら[1]、永井 健[1]、吉田 淳[1]、岩﨑 喜実[1]、大目 祐介[1] (1. 筑波記念病院消化器外科)

### [P15-4] ロボット支援回盲部切除で切除しえた後腹膜デスモイド腫瘍の1例

*喜多 芳昭[1]、宇都宮 麻子[1]、飯尾 俊也[1]、鶴田 祐介[1]、平野 拓郎[1]、飯野 聡[1]、松田 良一郎[2]、五反田 丈徳[2]、前村 公成[1] (1. 鹿児島市立病院　消化器外科、2. 鹿児島市立病院　泌尿器科)

### [P15-5] capecitabine・mitomycin-Cを用いた化学放射線療法を施行し臨床的緩解を得た直腸扁平上皮癌の1例

*鈴木 陽三[1]、大里 祐樹[1]、岩本 和哉[1]、野間 俊樹[1]、松下 克則[1]、新野 直樹[1]、中島 慎介[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)

### [P15-6] 原発巣術後に鼠経リンパ節の自然縮小を認めた肛門管腺癌の1例

*出川 佳奈子[1]、西川 元[1]、小澤 寛太朗[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. 国立病院機構京都医療センター外科)

### [P15-7] 当院における3例の低異型度虫垂粘液性腫瘍手術症例についての検討

*塩田 規帆[1]、山本 幸司[1]、四方 祐子[1]、竿尾 光祐[1] (1. 社会医療法人財団大樹会総合病院回生病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター8

**一般演題（ポスター）15　稀少腫瘍 1**

座長：田原 真紀子（とちぎメディカルセンターしもつが）

## [P15-1] 腸重積を契機に発見された骨形成性上行結腸癌の１例

*坂元 寿美礼[1]、西居 孝文[1]、西村 潤也[1]、福岡 達成[1]、久保 尚士[1]、清水 貞利[1] (1. 大阪市立総合医療センター)

骨形成を伴う大腸癌は全体の0.4%程度と非常に稀とされる．また，成人の腸重積も比較的稀であり，小児例を併せた全腸重積症例の2〜5%程度と報告されている．今回われわれは，腸重積を契機に発見された骨形成を伴う上行結腸癌の１例を経験したので報告する．
症例は63歳男性．動機、頻脈、発熱を主訴に当院循環器内科を受診した．原因精査目的に施行した胸腹部CT検査で，発熱の原因となる所見は不明だったが，回盲部に石灰化を伴う腫瘤を先進部とする腸重積を認め、当科紹介となった．腸閉塞症状を認めなかったため術前精査を行った．下部消化管内視鏡検査では，上行結腸に1型の隆起性病変を認め，内視鏡の通過は不可能であった．同部位より生検し、結果はTubler adenocarcinoma, Group5であった．待機的手術の方針とし，上行結腸癌cT2N0M0，cStage Iに対してロボット支援下腹腔鏡下回盲部切除術，D3リンパ節郭清を施行した．腫瘍径は92×76mmで，病理組織学的検査では，pT3（SS）N0M0，pStage Ⅱa，Tublar adenocarcinoma, moderately differented typeで，腫瘍内に化生性骨形成を認めた．術後2日目に麻痺性イレウスを認めたが，イレウス管を留置し速やかに改善し，術後15日で退院した．現在術後２ヶ月が経過し，外来にてフォローを継続している．
大腸癌における骨形成の発生機序は未だ明確ではない. 腫瘍細胞や間質細胞から分泌されるbone morphogenetic protein（BMP）などの骨形成因子の関与により，間質細胞が骨芽細胞様に分化することが示唆されている．S状結腸や盲腸など可動性の高い部位は腸重積を生じやすい．上行結腸は通常後腹膜に固定され可動性が低いため，上行結腸を先進部とする腸重積は全大腸腸重積の約６％程度と比較的稀である．骨形成を伴う大腸癌の予後については不明で、播種や遠隔転移のある症例も報告されている．
骨形成を伴う大腸癌で腸重積を併発した症例の報告は極めて少なく，貴重な症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(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター8

**一般演題（ポスター）15　稀少腫瘍 1**

座長：田原 真紀子（とちぎメディカルセンターしもつが）

## [P15-2] 放射線関連大腸癌に外科的治療を施行した1例

*嵩原 一裕[1]、永仮 邦彦[1]、吉本 次郎[1]、岡 伸一[1]、大内 昌和[1]、小濱 信太郎[1]、野本 潤[1]、大塚 知博[1]、八田 亮輔[1]、五十嵐 萌子[1]、河添 晶[1]、橋爪 茜[2] (1. 順天堂大学医学部附属浦安病院消化器・一般外科、2. 順天堂大学医学部附属浦安病院病理診断科)

症例は70歳台、女性。33年前に子宮頸癌に対し広汎子宮全摘術・術後放射線治療(50Gy)の施行歴がある。便潜血陽性に対し下部消化管内視鏡検査を施行したところ、横行結腸に全周性狭窄病変、直腸Raに25mm大LST-NGを指摘された。横行結腸病変は腸閉塞症状なく生検でepithelial neoplasia, Group3-4、直腸Ra病変はESDで0-IIa, 15×9×3mm, epithelial neoplasia(suspicious extremely well differentiated tubular adenocarcinoma), pT1a(SM 800μm), INFa, BD1, Ly0, V0, pHM1, pVM1, ER1の診断となり、外科的治療の方針となった。ご本人より肛門温存の希望があり、腹腔鏡下Hartmann手術・結腸左半切除術(D3郭清)・人工肛門造設術(T/C)を施行した。病理組織診断はT： Type5, 15×15mm, tub1, T2/MP, INFb, Ly0, V0, Pn0, PM0, DM0, N0、Ra：癌遺残なし、であった。横行結腸、直腸ともに全ての切片に放射線性腸炎に合致する所見を認めた。術後経過は良好であった。術後3か月で施行した下部消化管内視鏡検査で残存する盲腸～横行結腸、直腸Rbに放射線性腸炎の所見を認め、隆起性変化からの生検でepithelial neoplasia, Group3-4の診断となった。発癌のリスクを考慮し、再度の外科的治療でロボット支援下直腸切断術・結腸右半切除術(D3郭清)・回腸瘻造設術を施行した。病理組織診断はRb：0-Ⅱa, 25×20mm, tub1, T1a/SM(200μm), INFb, Ly0, V0, Pn0, PM0, DM0, N0、Cecum・C, T： adenomatous lesionであった。前回同様に放射線性腸炎の所見が認められ、放射線関連大腸癌の診断となった。現在、術後1年を無再発経過中である。
放射線関連大腸癌は骨盤内放射線治療から4～10年以上経過して照射範囲内で誘発・発症した大腸癌で、比較的稀とされる。放射線性腸炎の粘膜において内視鏡検査で炎症と癌の識別は困難なことがあり、放射線関連大腸癌の早期診断が遅れることがある。本症例は大腸全体に放射線性腸炎を発症しており、一部で放射線関連大腸癌が誘発され結果的に大腸全摘を施行した症例である。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(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター8

**一般演題（ポスター）15　稀少腫瘍 1**

座長：田原 真紀子（とちぎメディカルセンターしもつが）

## [P15-3] 巨大虫垂粘液腫に対するロボット支援下・腹腔鏡併用回盲部切除術の1例

*菅野 優貴[1]、江成 萌[1]、林 くらら[1]、永井 健[1]、吉田 淳[1]、岩﨑 喜実[1]、大目 祐介[1] (1. 筑波記念病院消化器外科)

【背景】
虫垂粘液腫は比較的稀な疾患であり、背景に低異型度虫垂粘液性腫瘍（LAMN）などを含む。術中破裂による腹膜偽粘液腫を回避するため、愛護的操作が重要である。近年、低侵襲手術の報告が増加しているが、巨大病変では操作制限を来す場合がある。
【症例】
75歳、男性。健康診断のCT検査で虫垂の嚢胞状拡張を指摘された。下部消化管内視鏡検査では虫垂口に異常を認めなかったが、腫瘍マーカー上昇傾向のため加療目的に当院紹介となった。病変は10×4cm大で、腹水、播種、破裂所見は認めなかった。虫垂粘液腫の診断で、虫垂癌の可能性も考慮しロボット支援下回盲部切除術、D2郭清を予定した。
【手術】
ポート配置は初めに臍部を小切開しEZアクセス越しに8mmポートを留置し10mmHgの気腹圧で気腹。①右下腹部に8mmポート（バイポーラ）、②下腹部正中に8mmポート（30度斜視鏡）、③左下腹部に8mmポート（カーブドシザース）、④左上腹部に8mmポート（ティップアップ）、⑤助手ポートとして左側腹部に12mmポート（エアシール）とした。内側アプローチで開始し、回結腸動静脈を処理した。巨大虫垂が上行結腸背側へ広範囲に癒着しており、ロボット鉗子の操作角度および可動域に制限を認めたため、安全性を優先して一時的にロールアウトし、腹腔鏡下に外側剥離を施行した。その後再度ロールインし、上行結腸を受動後、小切開創より標本を摘出し機能的端々吻合で再建した。術後経過は良好で、第7病日に退院した。
【考察】
巨大虫垂粘液腫では、腫瘍径や癒着によりロボット操作が制限される場合がある。本症例では腹腔鏡操作を併用することで、安全に低侵襲手術を完遂し得た。巨大病変に対するハイブリッドアプローチは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(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター8

**一般演題（ポスター）15　稀少腫瘍 1**

座長：田原 真紀子（とちぎメディカルセンターしもつが）

## [P15-4] ロボット支援回盲部切除で切除しえた後腹膜デスモイド腫瘍の1例

*喜多 芳昭[1]、宇都宮 麻子[1]、飯尾 俊也[1]、鶴田 祐介[1]、平野 拓郎[1]、飯野 聡[1]、松田 良一郎[2]、五反田 丈徳[2]、前村 公成[1] (1. 鹿児島市立病院　消化器外科、2. 鹿児島市立病院　泌尿器科)

【背景】デスモイド腫瘍は，発症率が100万人あたり2.4～4.3人と比較的まれな単クローン性線維芽細胞性腫瘍で，周囲組織へ浸潤し外科的切除後も局所再発を生じうるが，遠隔転移は来さない．四肢に好発し，後腹膜に発生することはまれである．今回，左尿管周囲後腹膜に発生した孤発性デスモイド腫瘍に対して外科的切除を施行した症例を経験したので，文献的考察を含め報告する．

【症例】症例は25歳男性．左尿管狭窄を伴う後腹膜腫瘍で当院紹介となった．造影CT, 造影MRI, FDG-PET等の精査で，右総腸骨動脈・大動脈・回結腸血管近傍の腸間膜に及ぶ後腹膜腫瘍の診断，泌尿器科と合同で低侵襲手術を行った．泌尿器科は尿管癌に対する腎尿管全摘除術まで検討のため右側臥位のロボット支援下で手術を開始したが，左尿管と腫瘍は剥離可能であった．引き続き当科で回結腸血管および腸間膜を含めた回盲部切除を施行し腫瘍を切除した．病理結果はデスモイド型線維腫であった．

【考察】腹腔内デスモイド腫瘍は．また浸潤傾向が強いため，腫瘍切除の際に周囲臓器の合併切除を伴い，過大侵襲となることが多いこと，術後再発が60%以上の症例で認められること，25% の症例で自然縮小を認めることから，active surveillanceも推奨されている．一方で特徴的な画像所見に乏しいため術前診断に難渋することが多い．近年手術侵襲との関連が指摘されているが，本症例では手術既往はなかった．非常にまれな後腹膜原発のデスモイド腫瘍に対して低侵襲手術で切除しえた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(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター8

**一般演題（ポスター）15　稀少腫瘍 1**

座長：田原 真紀子（とちぎメディカルセンターしもつが）

## [P15-5] capecitabine・mitomycin-Cを用いた化学放射線療法を施行し臨床的緩解を得た直腸扁平上皮癌の1例

*鈴木 陽三[1]、大里 祐樹[1]、岩本 和哉[1]、野間 俊樹[1]、松下 克則[1]、新野 直樹[1]、中島 慎介[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)

【背景】直腸扁平上皮癌(rSqCC)は直腸悪性腫瘍の1%未満と非常に稀である．この度，われわれは直腸扁平上皮癌に対してcapecitabine (cape)・mitomycin-C (MMC)を用いた化学放射線療法(CRT)を施行し臨床的緩解を得た症例を経験したので報告する．【症例】80歳代，女性．血便を主訴に前医を受診し，精査加療目的に当科を受診された．腫瘍は肛門縁から6cmに下縁を有し後壁中心の半周性病変で，生検で扁平上皮癌と診断された．CT・MRIで右背側リンパ節転移を伴い同病変が右肛門挙筋への浸潤が疑われたが，明らかな遠隔転移は認めず，cT4b(肛門挙筋)N1aM0, cStageIIIcと診断した．日常活動性は保たれているもののポート管理や入院は困難と判断し，患者・家族・病院内で検討を行い，欧米で肛門管扁平上皮癌(aSqCC)の標準治療として採用され，本邦でも直腸癌治療の保険適用とされているcapeとMMCを併用したCRT(cape: 825mg/$m^2$，放射線治療日のみ朝夕2回内服，MMC: 10mg/$m^2$，day1, 29静脈投与，放射線照射: 54Gy/30fr)を施行した．Clavien-dindo GradeIIの皮膚びらんを認めたが治療を完遂し，術後1年無再燃経過中である．【結語】遠隔転移を伴わないrSqCCの治療は，aSqCCに準じたCRTが有効で，外科治療は救済治療としてのみ考慮されるとした認識が一般的となっている．入院・ポート管理を要さないcape・MMC併用CRTは選択肢たりうるものと考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター8

**一般演題（ポスター）15　稀少腫瘍 1**

座長：田原 真紀子（とちぎメディカルセンターしもつが）

## [P15-6] 原発巣術後に鼠経リンパ節の自然縮小を認めた肛門管腺癌の1例

*出川 佳奈子[1]、西川 元[1]、小澤 寛太朗[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. 国立病院機構京都医療センター外科)

82歳男性．受診1年前から肛門痛を自覚していたが医療機関を受診していなかった．発熱を契機に当院の救急外来を受診した際に肛門腫瘤を指摘され当科に紹介となった．肛門から10cm程度の腫瘤が突出しており，生検で腺癌を認めた．画像検査では右側の側方リンパ節および右鼠経リンパ節が複数腫大しており，領域外の右下殿血管領域にも腫大リンパ節を認めたため，肛門管癌cT4b(座骨直腸窩脂肪)N3M1(領域外リンパ節) cStageⅣaと診断した．R0切除は困難であり，人工肛門を造設した後に全身化学療法および放射線治療を検討したが，腫瘍が巨大で放射線治療での制御は困難，全身化学療法も高齢であることから薬剤の選択肢が少なく効果的ではないとの判断であった．腫瘍による肛門痛が強く，腫瘍切除の方針とし，鼠経リンパ節転移に対しては術後に放射線治療を行う予定とした．腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術，D3郭清，側方リンパ節サンプリングを施行した．肛門周囲皮膚への浸潤が疑われたため右臀部皮膚を広範に切除し，肛門皮膚の欠損部に対しては皮弁術を行った．術後に会陰創部が離開したものの，局所陰圧療法で離開部は閉鎖した．術後37日目に自宅退院した．病理結果は，深達度はpT4b（肛門挙筋）であったが摘出したリンパ節には転移を認めず，サンプリングした側方リンパ節も転移陰性であった．本人の希望で術後は追加治療を行わずに経過観察の方針としたが，フォローの過程の画像検査では鼠経リンパ節および右下殿血管沿いリンパ節の自然縮小を認め，反応性に腫大したリンパ節であったと考えられた．術後2年の時点でリンパ節は縮小を維持したまま，新規病変を認めず経過している．
肛門管癌の鼠経リンパ節転移陽性例は，転移陰性例と比較して予後不良である．転移陽性例であっても，R0切除が可能である症例に対しては鼠経リンパ節郭清が有効とされるも，本症例は領域外リンパ節への転移があると判断し，鼠経リンパ節郭清は行わず原発巣切除術にとどめた．結果として肛門管癌の病勢コントロールが得られた稀な症例となった．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター8

**一般演題（ポスター）15　稀少腫瘍 1**

座長：田原 真紀子（とちぎメディカルセンターしもつが）

## [P15-7] 当院における3例の低異型度虫垂粘液性腫瘍手術症例についての検討

*塩田 規帆[1]、山本 幸司[1]、四方 祐子[1]、竿尾 光祐[1] (1. 社会医療法人財団大樹会総合病院回生病院)

【はじめに】低異型度虫垂粘液性腫瘍(low-grade appendiceal mucinous neoplasm:以下,LAMN)は大腸癌取り扱い規約第8版より新たに分類され,頻度は虫垂腫瘍の0.08～４％と比較的稀な腫瘍である.組織学的には良性だが,破裂症例では腹膜偽粘液種となる可能性がある疾患であり,取扱いに注意が必要である.今回我々は3例のLAMN症例を経験した.

【症例1】67歳,男性.前立腺肥大のフォローアップ中に,CTで偶発的に虫垂の腫大(134mm×45mm)を指摘された.造影CTにて小範囲の造影効果を伴う壁在結節を認め,粘液産生性腫瘍が疑われ,腹腔鏡下回盲部切除術を実施した.病理組織学的所見ではLAMNと診断された.術後5年間定期的なフォローアップを行ったが無再発で経過した.

【症例2】83歳,女性.交通外傷にて撮影されたCTで偶発的に84mm×34mmの腫大した虫垂を指摘された.造影CTにて壁の造影効果は高く,粘液産生性腫瘍を疑われ,腹腔鏡下虫垂切除術を実施した.病理組織学的にLAMNと診断された.術後5年間無再発で経過した.

【症例3】46歳,女性.人間ドックにて撮影されたCTで,偶発的に17mm×50mmの虫垂腫大が指摘された.造影CTで虫垂壁に部分的な濃染を認め,粘液産生性腫瘍を指摘され腹腔鏡下虫垂切除術を実施した.病理組織委所見でLAMNを背景としたadenocarcinoma(肉眼型0-Ⅱa,pTis,大きさ43mm×30mm×3mm,INFa,Ly0,v0,Pn0,pPM0(15mm))と診断された.術後4年半無再発で経過している.

【考察】虫垂腫瘍は術前に良悪性の鑑別が困難なことが多い.今回は3例とも術前に粘液産生性腫瘍と診断はされているが,最終診断は手術による摘出をしなければ明らかにならなかった.腹膜偽粘液腫の発生を防ぐために,手術操作で虫垂を破裂させないということも重要であるが,3例のうちで最も小さかった症例3がadenocarcinomaであったことを考慮すると,虫垂切除ではなく,リンパ節郭清を伴った回盲部切除も検討すべきであった.比較的稀なLAMNの症例を経験したため,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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター8

## 一般演題（ポスター）16　診療の工夫とその他疾患 1

座長：林 奈那（広島生活習慣病・がん健診所／ひろしま内視鏡内科クリニック）

[P16-1] 回腸人工肛門から反転脱出した回腸に発症した特発性回腸重積症の１例

*長﨑 高也[1]、佐藤 幹則[1] (1. 蒲郡市民病院)

---

[P16-2] オンプレミス電子カルテ環境におけるローカルAIを用いたツールの自主開発

*長田 和義[1]、野明 俊裕[1]、石井 正之[1]、石橋 英樹[1]、鈴木 麻未[1]、白水 良征[1]、入江 朋子[1]、荒木 靖三[1] (1. 社会医療法人社団高野会くるめ病院)

---

[P16-3] 当院における免疫チェックポイント阻害薬関連大腸炎の臨床的検討

*網岡 勝平[1]、福本 晃平[1]、安井 輝[1]、山本 明日香[1]、宮地 真由[1]、依岡 良往[1]、木村 英富[1]、藤石 慎作[1]、藤波 真帆[1]、野中 貴裕[1]、高橋 佑輔[1]、三浦 高裕[1]、寺崎 慶[1]、大矢 寛久[1]、光本 保英[1]、島 俊英[1]、岡上 武[1] (1. 大阪府済生会吹田病院)

---

[P16-4] 簡易検査としての経口バリウム法の有用性

*野副 安宏[1,2]、緒方 裕[1]、高田 晃男[1] (1. 神代病院、2. 甘木中央病院)

---

[P16-5] 高密度焦点式電磁技術を用いた骨盤底筋トレーニング機器の導入経験

*藤田 定則[1] (1. 楽クリニック)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター8

**一般演題（ポスター）16　診療の工夫とその他疾患 1**

座長：林 奈那（広島生活習慣病・がん健診所／ひろしま内視鏡内科クリニック）

## [P16-1] 回腸人工肛門から反転脱出した回腸に発症した特発性回腸重積症の１例

*長﨑 高也[1]、佐藤 幹則[1] (1. 蒲郡市民病院)

成人腸重積は比較的まれな疾患であるが，その多くは腫瘍などが先進部となり発症し，先進部のない特発性回腸重積症は比較的まれである．また，人工肛門の脱出は比較的多く経験する人工肛門の合併症であるが，人工肛門部で重積することは極めてまれである．今回我々は，双孔性回腸人工肛門部で回腸重積を来したが，腹腔鏡下に整復し得た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．
症例は７７歳男性．切除不能横行結腸癌のために回腸で二孔性人工肛門を造設し，化学療法を行っていたが，有害事象のため化学療法は中止し，それ以降Best Supportive Care（BSC）の方針で外来通院中であった．日中，脚立に上っての庭木剪定作業後に人工肛門の脱出を自覚した．夕方になって腹満感と腹痛が出現したため，当院救急外来を受診した．回腸人工肛門の口側が重積脱出して人工肛門開口部で嵌頓し，そこを起点に腸閉塞を来していた．用手還納を試みたが嵌頓の解除は困難であった．浮腫状ではあったものの明らかな血流障害は認めたかったため，緊急手術とはせずに翌日の手術方針とした．手術までに腸閉塞の解除のためシリコン製チューブをステントとして口側回腸人工肛門開口部に留置し減圧を行った．手術では腹腔鏡下に口側回腸を腹腔内に牽引し整復，腸切除を行うことなく重積を解除した．術後は回腸穿孔などの合併症を来すことなく経過し，退院後は腸重積の再発を来すことなく外来通院中である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター8

**一般演題（ポスター）16　診療の工夫とその他疾患 1**

座長：林 奈那（広島生活習慣病・がん健診所／ひろしま内視鏡内科クリニック）

## [P16-2] オンプレミス電子カルテ環境におけるローカルAIを用いたツールの自主開発

*長田 和義[1]、野明 俊裕[1]、石井 正之[1]、石橋 英樹[1]、鈴木 麻未[1]、白水 良征[1]、入江 朋子[1]、荒木 靖三[1] (1. 社会医療法人社団高野会くるめ病院)

【はじめに】近年、大規模言語モデル（LLM）をベースとした人工知能（AI）が急速に発展し、医療分野への応用も広がっている。診断・治療の領域では画像診断支援や臨床意思決定支援への研究・導入が先行してきたが、医療機関の経営・業務管理への活用も進みつつある。2024年の米国の調査では、急性期病院の71%が電子カルテと統合した予測AIを活用しており、なかでも請求業務の簡素化や診療スケジューリング支援において急速な普及が報告されている。本邦においても、電子カルテを含めて様々な製品やサービスにAIが用いられるようになり、また医療機関が独自のツールを開発・運用することも可能となっている。
【当院での取り組み】当院ではこれまで、システムエンジニアの知見を有する医事課職員を中心として院内DXに取り組んできた。当院の電子カルテはオンプレミス型であり、診療に用いるすべての端末はインターネット環境から切り離されたものとなっているため、クラウド上での利用が前提となるChatGPTなどの一般的な汎用AIは利用できない。このため、Google社から無料で提供されているオープンソースのローカルAIであるGemma 4を用いて、独自ツールの開発と運用を行っている。その一例として、録画した内視鏡処置の動画を患者IDに自動で紐づけて記録し、電子カルテから簡便に参照できるアプリケーションを開発した。そのほか、外国語での文書や紹介状作成を補助するチャットアプリケーションも運用し、医師事務作業補助者の負担軽減に寄与している。
【考察】前述の独自ツールによる診療・経営上の効果検証までは行えていないが、内視鏡動画記録システムの外注を検討した時点では約600万円のコストが試算されたことから、自院でシステムを開発可能であるということ自体、一定の意義はあると考えられる。働き手の不足や、診療報酬においてもDX・AI活用を前提として人員配置基準が見直されつつあるなど、今後も継続的な取り組みが重要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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター8

**一般演題（ポスター）16　診療の工夫とその他疾患 1**

座長：林 奈那（広島生活習慣病・がん健診所／ひろしま内視鏡内科クリニック）

## [P16-3] 当院における免疫チェックポイント阻害薬関連大腸炎の臨床的検討

*網岡 勝平[1]、福本 晃平[1]、安井 輝[1]、山本 明日香[1]、宮地 真由[1]、依岡 良往[1]、木村 英富[1]、藤石 慎作[1]、藤波 真帆[1]、野中 貴裕[1]、高橋 佑輔[1]、三浦 高裕[1]、寺崎 慶[1]、大矢 寛久[1]、光本 保英[1]、島 俊英[1]、岡上 武[1] (1. 大阪府済生会吹田病院)

【背景】免疫チェックポイント阻害薬（immune checkpoint inhibitor：ICI）は、各種悪性腫瘍の治療成績向上に寄与している。一方、免疫関連有害事象（immune-related adverse events：irAE）の一つとして大腸炎を認め、重症化すると集学的治療を要する場合がある。ICI使用症例の増加に伴い、ICI関連大腸炎を経験する機会は増加している。今回、当院で経験したICI関連大腸炎症例について後方視的に検討した。
【対象と方法】2020年1月から2026年5月までに、ICI投与後にICI関連大腸炎と診断した10例を対象とした。診療録を用いて、患者背景、原疾患、使用ICI、罹患範囲、治療内容および転帰について後方視的に検討した。
【結果】患者は男性8例、女性2例で、年齢中央値は75歳（47-84歳）であった。原疾患は肺癌6例、膀胱癌1例、胆管癌1例、胸膜中皮腫1例、耳下腺癌1例であった。使用ICIはAtezolizumab 3例、Pembrolizumab 5例、Durvalumab 1例、Ipilimumab＋Nivolumab併用療法1例であった。発症までのICI投与回数中央値は3.5回（2-26回）であった。罹患範囲は直腸3例、直腸-S状結腸1例、直腸-下行結腸1例、横行結腸1例、横行結腸-盲腸1例、直腸-盲腸3例で、広範囲病変も認めた。治療内容はprednisolone（PSL）単独3例、PSL後にInfliximab（IFX）追加2例、IFX単独2例、5-ASA単独1例、5-ASA投与後にPSL追加1例、休薬のみ1例であった。多くの症例で治療介入により症状改善を認めたが、一部では生物学的製剤導入を要した。
【結語】ICI関連大腸炎は罹患範囲や重症度、治療反応性において多様な臨床経過を示した。軽症例では休薬や5-ASAで改善する一方、中等症以上ではステロイドやIFXなどの免疫抑制療法を要する症例も認めた。ICI使用症例の増加に伴い、下痢出現時には本疾患を念頭に置いた早期診断と、重症度に応じた適切な治療介入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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター8

**一般演題（ポスター）16　診療の工夫とその他疾患 1**

座長：林 奈那（広島生活習慣病・がん健診所／ひろしま内視鏡内科クリニック）

## [P16-4] 簡易検査としての経口バリウム法の有用性

*野副 安宏[1,2]、緒方 裕[1]、高田 晃男[1] (1. 神代病院、2. 甘木中央病院)

はじめに：排便機能検査としてシッツマークによる輸送能検査や便秘検査としての直腸エコー、単純レントゲン検査や注腸検査、内視鏡検査などあるが、
当院では便通異常を訴える症例に対して簡易検査として少量バリウムを内服し、２４時間後に腹部レントゲン検査を行い、IBSなどの診断などに用いている。今回これらに対してRetrospectiveに検討し排便機能推察および下剤選択に使用して有用であったのでこれを報告する。
方法：胃透視用バリウム　１０gを分包し、２５０mlの水と一緒に内服
２４時間後に腹部レントゲン立位、臥位もしくは臥位でレントゲンを撮影
生活は普段と変わらず、内服など制限しない。
バリウムによる拡張の有無、バリウム先進部の部位および形状で判断した。
症例は排便障害や腹痛（排便前後）などを訴えた患者３２例で、男性１３例、女性１９例
年齢は２０歳から９７歳までであった。検査前の下剤使用は２８例、4例が未使用であった。
結果：バリウム先進部が盲腸から横行結腸までに留まり、腸管拡張を認めるものは10例で排泄低下タイプと考えられた。
拡張を認め、先進部が直腸までの７例、下行結腸からS状までの８例は蠕動低下＋亢進と考えられた。
バリウムが直腸まで先進し、拡張がない症例は４例で過排泄タイプと考えられた
拡張がなく、下行からS状結腸に先進する１例は正常や直腸型などが考えられた。
また拡張はないが横行結腸までにとどまる２例を認めた。
主訴で便秘と下痢を訴える３例があったが蠕動低下＋亢進に含まれていた。
考察：排泄低下に対しては腸蠕動を促進する薬剤使用
過排泄タイプに対しては腸蠕動を改善する薬剤や、大建中湯、桂枝加芍薬湯などが考られた。
直腸タイプに対しては浣腸や坐薬の併用
低下＋亢進タイプなどに関しては症例に応じた選択が必要と考えられた。
結語：簡易検査により漫然と使用されがちな下剤の選択の一助に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(ポスター)
2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター8
**一般演題（ポスター）16　診療の工夫とその他疾患 1**
座長：林 奈那（広島生活習慣病・がん健診所／ひろしま内視鏡内科クリニック）

## [P16-5] 高密度焦点式電磁技術を用いた骨盤底筋トレーニング機器の導入経験

*藤田 定則[1] (1. 楽クリニック)

【目的】

骨盤底筋群の衰えは、便失禁や排便困難、骨盤臓器脱など、QOLを著しく低下させる疾患の背景要因となる。従来、骨盤底筋訓練が第一選択とされるが、自己流での実施困難や継続性の低さが課題である。今回、高密度焦点式電磁技術を用い、強力かつ不随意的な筋収縮を誘発する非侵襲的治療機器の当院における使用経験を報告し、その安全性と臨床的意義を検討する。

【対象と方法】

2026年5月から2026年7月までに、当科受診患者および職員のうち骨盤底筋群のトレーニングによる効能を説明したうえで、希望する職員6名を対象とした。機器は、骨盤的筋群トレーニングチェアー(ペルケア)を使用した。出力は、強弱の程度や施行時間によっては不快感を自覚する可能性もあることから、個別に設定。週1-2回、8〜16回のプロトコルで治療を実施。使用2ヶ月後の自覚症状の変化、満足度を聞き取ることとした。また、使用中の痛みや有害事象の有無を確認する。

現在時点で結果は報告できないが、高密度焦点式電磁は、運動神経への深層刺激により、通常の骨盤底筋訓練が到達困難な強度と頻度の筋収縮を可能にすることを確認できたため導入した。本機器の最大の利点は、着衣のまま座っているだけという低侵襲に施行できる受動的な治療である点にあり、高齢者や従来の骨盤底筋訓練が困難な症例においても高いアドヒアランスが得られる可能性がある。本法が、大腸肛門領域における骨盤底リハビリテーションの新たな選択肢となり得る可能性を検証し報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター9

## 一般演題（ポスター）17　症例：進行大腸癌 1

座長：水内 祐介（九州大学臨床・腫瘍外科）

[P17-1] Persistent Descending Mesocolonを伴う閉塞性S状結腸癌の一例

*北田 和也[1]、高山 昇一[1]、肥満 智紀[1]、藤本 直斗[1]、奥田 準二[1] (1. 豊中敬仁会病院内視鏡ロボット手術センター)

[P17-2] 下腸間膜動脈の血管分岐異常を伴う腸回転異常症を合併したS状結腸癌の一例

*兼定 航[1]、小畑 裕一[1]、近藤 潤也[1]、爲佐 卓夫[1] (1. 宇部中央病院外科)

[P17-3] 先天性第V因子欠乏症を合併した下行結腸癌に対して腹腔鏡下結腸左半切除を施行した1例

*石井 健一[1]、樫山 基矢[1]、河島 秀昭[1] (1. 勤医協中央病院外科)

[P17-4] 腹腔鏡下S状結腸切除後の異時性横行結腸癌に対し静脈還流温存を意識し腹腔鏡下結腸右半切除を行なった１例

*八幡 和憲[1]、池野 玄[1]、河合 純兵[1]、石原 優圭[1]、藤林 勢世[1]、田中 秀治[1]、佐野 仁哉[1]、丹羽 真佐夫[1]、今井 健晴[1]、棚橋 利行[1]、佐々木 義之[1]、奥村 直樹[1]、山田 誠[1] (1. 岐阜市民病院外科)

[P17-5] 集学的治療で根治手術を施行した皮下穿通を伴う上行結腸癌の1例

*山下 晋也[1]、中村 賢[1]、乾 元晴[1]、星野 宏光[1]、川田 純司[1]、玉川 浩司[1] (1. 日本生命病院消化器外科)

[P17-6] 直腸癌が先進部となった直腸重積症の1例

*南部 弘太郎[1]、塩谷 猛[1]、小峯 修[1]、蓬原 一茂[1]、渋谷 肇[1]、島田 竜[1]、濱口 暁[1]、笠谷 峻[1]、山田 太郎[1]、渡邉 善正[1] (1. さいたま市民医療センター外科)

[P17-7] 術中ICG蛍光リンパ管造影により責任病変を同定した直腸癌術後難治性リンパ漏の一例

*柴田 凌吾[1]、高橋 佑典[1]、瀧口 暢生[1]、河合 賢二[1]、宮崎 道彦[1]、江口 聡[1]、俊山 礼志[1]、山本 昌明[1]、竹野 淳[1]、濱 直樹[1]、平尾 素宏[1]、加藤 健志[1] (1. 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター9

**一般演題（ポスター）17　症例：進行大腸癌 1**

座長：水内 祐介（九州大学臨床・腫瘍外科）

## [P17-1] Persistent Descending Mesocolonを伴う閉塞性S状結腸癌の一例

*北田 和也[1]、高山 昇一[1]、肥満 智紀[1]、藤本 直斗[1]、奥田 準二[1] (1. 豊中敬仁会病院内視鏡ロボット手術センター)

【はじめに】Persistent Descending Mesocolon（PDM）は、胎生期に左側結腸が後腹膜に固定されないことにより、下行結腸が内側へ偏位する比較的稀な解剖学的異常である。PDMを伴うS状結腸癌では、腸管走行異常や血管分岐の変異を伴うため、個々の症例に応じた治療戦略が求められる。
【症例】症例は62歳女性。腹痛を主訴に救急搬送された。腹部CT検査で腸閉塞およびS状結腸に閉塞起点を認めた。S状結腸は右上腹部に位置し、下行結腸は左腎内側へ偏位しており、PDMが示唆された。下部消化管内視鏡検査にて全周性2型腫瘍を認め、大腸ステントを留置したが、十分な減圧効果が得られなかった。このため、3日後に腹腔鏡下人工肛門造設術を施行した。
術中所見では、遠位S状結腸は上行結腸前面と癒合し、最頭側部は肝弯曲部前面よりさらに頭側で後腹膜と癒着していた。また、近位S状結腸は横行結腸間膜と癒合しており、著明な腸間膜癒着を認めた。腫瘍は遠位S状結腸に存在していたため、口側S状結腸を人工肛門とし、根治手術時に人工肛門部を合併切除する方針とした。S状結腸周囲の癒着を可及的に剥離した後、右上腹部にストマ孔を作成し、S状結腸双孔式人工肛門を造設した。術後25日、十分な減圧が得られたため、S状結腸切除術を施行した。癒着剥離により腫瘍を含むS状結腸を左側へ授動した。血管処理は左結腸動脈（LCA）を温存し、上直腸動脈（SRA）を切離した。直腸は腹膜翻転部口側で切離した。人工肛門造設部の口側を切離予定線とし間膜処理を行い、ICG蛍光法にて血流を評価後、標本を摘出した。再建はDST吻合で行った。術後経過は良好で、合併症なく退院した。
【結語】PDMを伴う閉塞性S状結腸癌の1例を経験した。腸管走行異常および高度癒着を伴う本症例においては、二期的手術および人工肛門造設部位と挙上腸管の工夫により、安全な根治手術が可能であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター9

**一般演題（ポスター）17　症例：進行大腸癌 1**

座長：水内 祐介（九州大学臨床・腫瘍外科）

## [P17-2] 下腸間膜動脈の血管分岐異常を伴う腸回転異常症を合併したS状結腸癌の一例

*兼定 航[1]、小畑 裕一[1]、近藤 潤也[1]、爲佐 卓夫[1] (1. 宇部中央病院外科)

【症例】76歳、男性。嘔吐、腹部膨満を主訴に他院にて大腸イレウスを伴うS状結腸癌と診断された。加療目的に当院に紹介となり、下部消化管内視鏡検査でS状結腸に全周性の腫瘍性病変を認め、同病変に対して大腸ステントが留置された。消化管減圧後に根治手術前のCT angiography (CTA)にて、右側結腸へ分布する動脈が下腸間膜動脈（IMA）根部から分岐する破格を認めた。上腸間膜動脈 (SMA)は通常分岐で十二指腸から小腸に分岐していた。中枢郭清は先述した分岐血管を温存してIMA末梢での血管処理を行う郭清を術前計画として手術に臨んだ。腹腔鏡手術にて原発巣は一部腹壁へ浸潤を疑う所見を認め、腹壁の一部を合併切除した。中枢側にて腸間膜越しにIMAからの分岐異常を視認でき、術前からの計画通りに血管処理および中枢郭清を施行した。S状結腸切除および体外での腸管吻合をした後に再度腹腔内検索すると、Treitz靭帯の形成がなく全小腸が右側に位置、盲腸および右側結腸が内側へ偏移を認めるnon-rotation typeの腸回転異常症を合併していた。本症例ではLadd靭帯を認めたが、腸回転異常による症状はないため観察のみとした。術後にCT画像を見直すとSMAが上腸間膜静脈 (SMV)の右側に存在する腸回転異常症に特徴的なSMV rotation signを有していた。術後は認知症による食思不振で転院となるも、縫合不全含めた重篤な合併症を認めなかった。【考察】腸回転異常症は胎生期における消化管の回転異常により引き起こされる先天性疾患であり、成人例では偶発的に診断されることが多い。腸回転異常症の場合はSMA領域の動脈を扱う際には走行異常を意識する必要があるが、IMA領域の操作ではそれほど影響はないとされている。しかし本症例ではCTAによりIMAから右側腸間膜へ走行する血管分岐異常を術前より認知でき、過不足のない中枢の血管処理および郭清操作を行うことができた。【結語】術前のCTAによりIMAの血管分岐異常を的確に認識でき、腸回転異常症を合併した稀な大腸癌手術症例を経験した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター9

**一般演題（ポスター）17　症例：進行大腸癌 1**

座長：水内 祐介（九州大学臨床・腫瘍外科）

## [P17-3] 先天性第V因子欠乏症を合併した下行結腸癌に対して腹腔鏡下結腸左半切除を施行した1例

*石井 健一[1]、樫山 基矢[1]、河島 秀昭[1] (1. 勤医協中央病院外科)

症例は85歳男性．入院3日前から嘔吐を繰り返し，経口摂取困難となり前医へ救急搬送され，CT検査所見から下行結腸癌による癌性腸閉塞の診断となり，当院へ紹介され，大腸ステントを留置後に当院へ入院した．併存症に先天性第V因子欠乏症があり，術前検査で PT活性値 26%，PT-INR 1.76, APTT 60.3秒，第V因子活性（以下，CFVと略記）9% と延長していた．絶食補液管理で経過観察を行なっていたが，大腸ステント留置後も麻痺性イレウスが遷延し，入院18日目に手術を行なった．また，来院時に高度の貧血（Hb 6.5 g/dl）を認めていたため，鉄剤による補正を行い，手術3日前と2日前に赤血球濃厚液（red blood concentrate；以下 RBC と略記）をそれぞれ2単位ずつ輸血し，術後1日目にRBC 2単位輸血した．先天性V因子欠乏症に対しては，手術6時間前から新鮮凍結血漿（fresh frozen plasma；以下FFP と略記）を6単位輸血した．術直前の血液検査で PT-INR 1.59, APTT 47.7秒，CF V 11% と凝固機能は十分ではかったが，術中の異常出血や止血困難をきたすことなく，予定通り腹腔鏡下結腸左半切除D3郭清を施行可能だった．術直後に FFP を2単位輸血し，術後3日目まで6単位ずつ連日投与した. 術後1日目の血液検査で PT-INR 1.33, APTT 38.5秒，CF V 29% と凝固機能の改善を確認した．しかし，術後3日目のFFP輸血中に紅斑を伴う皮疹が出現し，輸血を中止した．その後も術後出血を発症することなく経過良好で，術後14日目にリハビリ目的で転院した．先天性第V因子欠乏症の頻度は100万人に1人とまれな疾患である．また，第V因子欠乏症は日常生活では出血症状が軽微で未診断の症例もある．今回，先天性第V因子欠乏症を合併した下行結腸癌に対して，新鮮凍結血漿輸血併用により腹腔鏡下結腸左半切除を安全に施行できた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(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター9

**一般演題（ポスター）17　症例：進行大腸癌 1**

座長：水内 祐介（九州大学臨床・腫瘍外科）

## [P17-4] 腹腔鏡下S状結腸切除後の異時性横行結腸癌に対し静脈還流温存を意識し腹腔鏡下結腸右半切除を行なった１例

*八幡 和憲[1]、池野 玄[1]、河合 純兵[1]、石原 優圭[1]、藤林 勢世[1]、田中 秀治[1]、佐野 仁哉[1]、丹羽 真佐夫[1]、今井 健晴[1]、棚橋 利行[1]、佐々木 義之[1]、奥村 直樹[1]、山田 誠[1] (1. 岐阜市民病院外科)

【緒言】超高齢化社会に伴い異時性に大腸癌に罹患する患者も稀ではなくなった。また、大腸癌に対する腹腔鏡下手術が普及して長期間が経過し、前回手術にて腹腔鏡下大腸切除を施行後の異時性大腸癌に対して腹腔鏡下大腸切除が選択されることも増えている。特に繰り返す大腸切除の際、残存結腸への血流維持のため動脈温存は必須だが静脈が鬱滞することで血流障害を来しえるため注意を要する。今回、腹腔鏡下S状結腸切除後の異時性の横行結腸癌に対し血流温存、特に静脈還流の温存を意識して腹腔鏡下結腸右半切除を施行した１例を経験したため報告する。

【症例】80歳代後半、女性。17年前にS状結腸癌に対し当科にて腹腔鏡下S状結腸切除・D2郭清の既往あり( pStage Ⅲａ)。併存疾患に動脈硬化症、高血圧症、緑内障あり。S状結腸癌は術後無再発にて終診となっていたが、最近下痢を繰り返すようになり、精査にて横行結腸肝弯曲部寄りに全周性狭窄を伴う2型腫瘍を認め、横行結腸癌( cT4aN2aM0, cStage Ⅲｃ)の診断で当科紹介となった。造影CTにて腫瘍への栄養血管はRCAとMCA-rtであり、当科にて腹腔鏡下結腸右半切除・D3郭清を施行した。前回の手術時にIMAはLCA分岐部直下にて切離されており、IMVはLCA分岐部の高さにて切離されていた。IMVは中枢付近まで血栓化しており、左側結腸の静脈は辺縁静脈からAMCV経由でIMVやMCV経由でSMVに流入しているものと思われた。そのため残存結腸の十分な血流温存のためにはMCA-ltの温存のみならず、MCV-ltの温存が必要と判断し、これらを確実に温存しつつD3郭清し、機能的端々吻合にて再建した。なお前回の腹腔鏡下手術後の癒着はごく軽度のみであった。手術時間は303分、出血量は1mlであった。術後は腹部合併症なく経過良好で、術後11日目に自宅退院した。

術後病理組織結果はpT3N0M0, pStage Ⅱａで術後補助化学療法はなしで経過観察中であり、術後1ヶ月が経過した現在、明らかな血流障害の兆候は認めていない。

【結語】繰り返す大腸切除においては十分な郭清を行いつつ動脈血流のみならず確実に静脈温存を行い残存腸管の鬱血を回避することが術後合併症予防に重要と思われ、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(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター9

**一般演題（ポスター）17　症例：進行大腸癌 1**

座長：水内 祐介（九州大学臨床・腫瘍外科）

## [P17-5] 集学的治療で根治手術を施行した皮下穿通を伴う上行結腸癌の1例

*山下 晋也[1]、中村 賢[1]、乾 元晴[1]、星野 宏光[1]、川田 純司[1]、玉川 浩司[1] (1. 日本生命病院消化器外科)

70台女性。腹部腫瘤で紹介受診となった。精査の結果、右下腹部皮下膿瘍を伴う局所進行上行結腸癌の疑いで紹介となった。切開排膿後に下部内視鏡検査を施行し、上行結腸癌（tub2）の診断であり、造影検査でも通過障害も認めていた。cT4b（Si 腹壁）N1M0/cStageⅢcの診断で人工肛門造設ではなく回腸-横行結腸バイパス手術を施行した。PSを考慮しCVポート造設後にFOLFOXIRI（80%）+B-mabを3クール施行し、大きな副作用はなく終了。効果判定はPR。再発リスクも考慮したうえで腹壁合併切除を伴うロボット支援下回盲部切除術+D3郭清術を施行。ypT3（SS）ypN0M0/ypStageⅡa、化学療法効果判定はGrade1a。術後経過は良好で退院。再発高リスクであり本人と相談のうえでCapeOx療法による術後補助化学療法を施行し、再発なく経過観察中である。
腹壁膿瘍を伴う局所進行結腸癌の手術は再発危険性が高いものの集学的治療で根治性は十分にあり、積極的に治療を考慮するべきである。局所再発リスクを考慮した膿瘍腔を含めた合併切除と皮弁形成の報告はあるものの高齢患者などは総合的な判断が重要であり、腹壁合併切除症例に対して多関節機能を有するロボット支援下手術は腹腔鏡手術より施行しやすいもののT4b進行大腸癌に対するロボット支援下手術の安全性の報告は少なく、さらなる症例の蓄積が必要であると思われた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター9

**一般演題（ポスター）17　症例：進行大腸癌 1**

座長：水内 祐介（九州大学臨床・腫瘍外科）

## [P17-6] 直腸癌が先進部となった直腸重積症の1例

*南部 弘太郎[1]、塩谷 猛[1]、小峯 修[1]、蓬原 一茂[1]、渋谷 肇[1]、島田 竜[1]、濱口 暁[1]、笠谷 峻[1]、山田 太郎[1]、渡邉 善正[1] (1. さいたま市民医療センター外科)

症例は64歳、男性。1ヶ月前から下痢が続いているため近医を受診。下部大腸の狭窄疑いで紹介となる。既往歴はなし。直腸診で後壁に腫瘤を触知した。血液検査所見では軽度の貧血を認めた。腹部単純レントゲン検査所見では横行結腸にニボーを認めた。造影CT検査所見では直腸に不整に造影される腫瘤が疑われ、腸重積症と思われるTarget　signを認めた。

またその口側に便塊が著明に貯留していた。下部消化管内視鏡検査所見では直腸に全周を占拠する隆起性病変を認め内視鏡の通過ができなかった。この時のガストログラフィン造影検査所見では直腸Raに長径約45㎜の楕円形の陰影欠損像を認め造影剤の口側への通過はなかった。以上より直腸腫瘍による直腸重積症の診断で入院3日後に手術を行った。

手術所見では重積部位は腹膜反転部より肛門側で整復を試みたが困難であった。腫瘍の肛門側で直腸を切離してハルトマン手術を行った。術後はイレウスを併発したがイレウス管で改善し第23病日に退院となり社会復帰した。病理診断所見では粘液性腺癌でRs、Type1、80×60×45㎜、pT3、pN0、M0、StageⅡa、CurAだった。成人腸重積症は小児に比べて比較的稀である。小児では90%が特発性であるのに対して成人では約70〜90%が腫瘍や憩室など器質性疾患を有している。好発部位は盲腸、S状結腸が約80%で直腸癌の腸重積症はまれである。医学中央雑誌で『腸重積』、『直腸癌』をキーワードで検索したところ2000年以降では23例（会議録を除く）の報告があった。部位はRs16例、Rs〜Ra3例、Ra2例、Rb1例、肛門縁より10㎝が1例であった。術式は13例にハルトマン手術が行われていた。若干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(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター9

**一般演題（ポスター）17　症例：進行大腸癌 1**

座長：水内 祐介（九州大学臨床・腫瘍外科）

## [P17-7] 術中ICG蛍光リンパ管造影により責任病変を同定した直腸癌術後難治性リンパ漏の一例

*柴田 凌吾[1]、高橋 佑典[1]、瀧口 暢生[1]、河合 賢二[1]、宮崎 道彦[1]、江口 聡[1]、俊山 礼志[1]、山本 昌明[1]、竹野 淳[1]、濱 直樹[1]、平尾 素宏[1]、加藤 健志[1] (1. 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター消化器外科)

【はじめに】
大腸癌術後リンパ漏に対する治療が必要になることは稀であるが，外科的処置が必要な場合がある．インドシアニングリーン(ICG)は様々な病態におけるリンパ管造影での有用性が報告されている．今回ICG蛍光リンパ管造影を併用した腹腔鏡手術によりリンパ漏責任病変を容易に同定し治癒を得た難治性リンパ漏の一例を経験したので文献的考察を加えて報告する．
【症例】
症例は59歳，男性．直腸S状部癌に対してロボット支援前方切除術，D3郭清を行った．術後21日から腹部膨満感が出現し，術後26日のCTで腹水の貯留を認め，穿刺ドレナージにて乳び腹水を認めリンパ漏と診断した．保存的加療では改善は乏しく，またリピオドールによるリンパ管造影を複数回行ったが治癒は得られず，術後60日に手術加療を行った．入室1時間前に乳製品(エンシュアH)を摂取し，手術開始直前に左鼠径部皮下にICG1ml(2.5mg)を注射した．腹腔内には近赤外光で蛍光を発する緑白色腹水が貯留していた。白色光と蛍光のoverlayモードでの観察で、傍大動脈左側の漏出部位を容易に同定できクリッピングにて閉鎖することができた．現在術後10ヵ月であるが再燃なく経過している．
【結語】
術後難治性リンパ漏におけるリンパ液漏出部位の特定にICG蛍光リンパ管造影を併用した腹腔鏡手術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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター9

## 一般演題（ポスター）18　症例：進行大腸癌 2

座長：進士 誠一（日本医科大学消化器外科）

[P18-1] Birt-Hogg-Dube症候群に合併した大腸癌に手術加療を行った一例

*小野 奎一郎[1]、吉川 祐輔[1]、小木曽 匡[1]、徳山 丞[1]、飯田 修平[1]、栗原 直人[1] (1. 練馬総合病院外科)

[P18-2] 腸重積を契機に発見された結腸原発Signet ring cell carcinomaの検討

*山平 陽亮[1] (1. 近畿大学奈良病院)

[P18-3] 粗大な同時性肝転移を伴うS状結腸癌に対して長期化学療法後にconversion surgeryを施行した1例

*八子 博貴[1]、鈴木 喜貴[1]、金田 晃尚[1]、石井 恒[1]、宮澤 正紹[1]、又吉 一仁[1]、武藤 淳[1] (1. 福島労災病院　外科)

[P18-4] 大腸癌イレウスの腫瘍周囲膿瘍症例に対する大腸ステント留置した３例を通した安全性の検討

*冨田 明宏[1]、服部 正興[1]、平田 明裕[1]、荒川 拓也[1]、鈴木 真理香[1]、吉原 基[1] (1. 公立西知多総合病院)

[P18-5] 胃・S状結腸に浸潤・穿通を来したMSI-high 局所進行横行結腸癌の1例

*竹ノ谷 隆[1]、亀山 香織[2]、大西 一平[1]、水野 翔大[1]、筒井 麻衣[1]、尾戸 一平[1]、大住 幸司[1]、遠藤 高志[1]、亀山 哲章[1] (1. 医療法人財団　荻窪病院　外科、2. 昭和医科大学横浜市北部病院　臨床病理診断科)

[P18-6] 胆管空腸吻合術後横行結腸癌に対する腹腔鏡下右半結腸切除の1例

*秋山 貴洋[1]、牧野 裕庸[1]、深田 忠臣[1]、宮原 洋司[1]、粕川 宗太郎[1]、石見 和嗣[1]、藤木 賢伸[1]、亀高 尚[1] (1. 小田原市立病院外科)

[P18-7] 術前診断し得なかった小腸浸潤・膀胱瘻を伴う５型S状結腸癌の１例

*臼井 創大[1]、内藤 正規[1]、山口 大輝[1]、磯村 香介[1]、天野 優希[2]、勝又 健太[3]、浜辺 太郎[2]、根岸 宏行[2]、大島 隆一[3]、四万村 司[3]、牧角 良二[2]、杉浦 善弥[4]、小池 淳樹[4]、民上 真也[1] (1. 聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科、2. 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科、3. 川崎市立多摩病院　消化器・一般外科、4. 聖マリアンナ医科大学病理診断科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター9

**一般演題（ポスター）18　症例：進行大腸癌 2**

座長：進士 誠一（日本医科大学消化器外科）

## [P18-1] Birt-Hogg-Dube症候群に合併した大腸癌に手術加療を行った一例

*小野 奎一郎[1]、吉川 祐輔[1]、小木曽 匡[1]、徳山 丞[1]、飯田 修平[1]、栗原 直人[1] (1. 練馬総合病院外科)

Birt-Hogg-Dubé（BHD）症候群は,FLCN遺伝子変異を原因とする常染色体顕性（優性）遺伝疾患である。臨床的には皮膚・肺・腎臓に病変を認めることが特徴であり,皮膚では顔面や頸部に多発する線維毛包腫,肺では肺底部優位の多発性肺嚢胞およびそれに伴う自然気胸（生涯発症リスク24～48%）,腎臓では腎細胞癌（同15～30%）の発生が知られている。従来大腸癌との関連は一定の見解が得られていなかったが,近年の大規模研究で大腸癌発症リスクが一般の5.44倍に上ることが報告された。また本疾患はこれまで20万人に1人の稀な疾患とされてきたが,最新のゲノム解析により従来の想定より実際は40倍以上多く（約3,200人に1人）,その約9割が未診断となっていると言われている。今回,BHD症候群に合併した直腸癌に対し手術加療を施行した一例を経験したため報告する。

症例
68歳男性。X-13,X-9,X-8年に自然気胸を発症し,X-8年に遺伝子検査でBHD症候群と診断された。他院で年1回MRIによる腎腫瘍サーベイランス中であった。X年Y-3月から血便を自覚し,健診で便潜血陽性を指摘された。下部消化管内視鏡で肛門縁から約10cmの直腸に2/3周性の2型腫瘍(径5.5cm)を認め,生検でtub1,tub2と診断された。造影CTで両側肺野に多発肺嚢胞を認めたが,リンパ節腫大や遠隔転移,腎腫瘍はなく,cT3N0M0,cStage IIaと診断した。腹腔鏡下低位前方切除術（D3郭清）および回腸人工肛門造設術を施行。合併症なく術後13日で退院した。最終病理診断はpT3N2aM0, pStage IIIcであった。現在術後補助化学療法（XELOX）を施行中であり,現時点で再発は認めていない。

考察
BHD症候群に合併した直腸癌の一例を経験した。本症例は既診断例であったが,一般臨床において,外科医が大腸がんの術前や術後フォロー中に肺嚢胞や皮膚所見などの特徴的所見に着目し,BHD症候群を疑うことは,過小診断されている本疾患の診断に至る契機となり得ると考えられた。そして診断後に致死的な腎癌に対する生涯の定期サーベイランスへ繋げること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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター9

**一般演題（ポスター）18　症例：進行大腸癌 2**

座長：進士 誠一（日本医科大学消化器外科）

## [P18-2] 腸重積を契機に発見された結腸原発Signet ring cell carcinomaの検討

*山平 陽亮[1] (1. 近畿大学奈良病院)

症例は50歳代男性。腹部膨満感および上腹部痛を主訴に前医を受診した。腹部CT検査で横行結腸に腫瘤性病変認め、それに伴う腸閉塞が疑われ、精査加療目的に当院紹介となった。来院時の血液検査ではCEA 11.4 ng/mLと上昇を認めた。造影CT検査で横行結腸肝弯曲部に造影効果を伴う壁肥厚、および周囲リンパ節腫大を認め、同部を先進部とする腸重積所見を認めた。腸重積に対して内視鏡的整復を試みたが解除困難であったため、可及的に減圧を行い手術の方針とした。

術中所見では、肝弯曲部から中程にかけて横行結腸重積所見を認めた。腫瘍が結腸間膜に浸潤しており、腹腔鏡下拡大右半結腸切除術（D3郭清）を施行した。術後経過は良好で術後14日目に退院となった。病理組織学的検査でSignet ring cell carcinoma、pT4aN1bM0、pStageⅢBの診断で、遺伝子学的所見を踏まえて術後化学療法を検討中である。大腸癌はその多くが高分化型腺癌または中分化型腺癌である。印環細胞癌の報告例は本邦では0.2-0.64%と非常に稀である。結腸原発の印環細胞癌の特徴として、脈管侵襲が高度で浸潤速度が早い一方で、びまん浸潤型を呈し、症状が出現しにくい。多くが進行期での発見やリンパ節転移や腹膜播種を伴う報告が散見される。また発症年齢が若年傾向であり、予後不良が指摘される。本症例も高度なリンパ管浸潤および静脈浸潤（Ly1c、V1c）を伴う、進行癌であった。結腸原発のSignet ring cell carcinomaは比較的稀であり、さらに腸重積症を呈して診断された一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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター9

**一般演題（ポスター）18　症例：進行大腸癌 2**

座長：進士 誠一（日本医科大学消化器外科）

## [P18-3] 粗大な同時性肝転移を伴うS状結腸癌に対して長期化学療法後にconversion surgeryを施行した1例

*八子 博貴[1]、鈴木 喜貴[1]、金田 晃尚[1]、石井 恒[1]、宮澤 正紹[1]、又吉 一仁[1]、武藤 淳[1] (1. 福島労災病院　外科)

近年、切除不能大腸癌に対しては化学療法により腫瘍縮小を得た後にconversion surgeryを施行することで、予後改善が期待されている。今回、化学療法開始から2年10カ月後にconversion surgeryを施行し、R0切除を達成したS状結腸癌同時性肝転移の1例を経験したので報告する。
症例は61歳女性。右季肋部腫瘤を主訴に当院を紹介受診した。下部消化管内視鏡検査ではS状結腸に全周性の2型病変を認め、生検にてtub1＞tub2と診断された。治療開始前のCEAは3937 ng/mLと高値であった。造影CTでは肝内側区域から前区域を占拠する粗大な肝転移を2病変認め、最大径はそれぞれ115 mm、73 mmであった。遺伝子検査ではRAS野生型、BRAF野生型、HER2陰性、MSI陰性であった。以上より、S状結腸癌 cT4a, N2a, M1a（H2）, cStage IVAと診断した。腫瘍の大きさから切除断端の確保が困難であり、またCEA高値であることから切除不能と判断した。横行結腸双孔式人工肛門造設後、一次治療としてFOLFOX＋panitumumab療法を開始した。一次治療により腫瘍縮小を認めたが、CEAが再度上昇に転じた。二次治療としてFOLFIRI＋ramucirumab療法、三次治療としてtrifluridine/tipiracil＋bevacizumab療法を施行したが、腫瘍制御は困難であった。四次治療としてregorafenib療法を開始したが、Stevens-Johnson症候群を発症し中止となった。
その後、liquid biopsyにてRAS遺伝子変異を認めなかったため、抗EGFR抗体薬リチャレンジとしてFOLFOX＋cetuximab療法を開始した。腫瘍縮小およびCEA低下を認め、切除可能と判断した。8コース施行後、conversion surgeryとしてS状結腸切除および肝中央2区域切除を施行し、R0切除を達成した。
病理診断はypT3, N0, M1a(H), P0, CY0, ypStage IVAであり、治療効果判定はGrade 2であった。術後合併症としてClavien-Dindo分類Grade IIIaの胆汁漏およびGrade IIIbの癒着性腸閉塞を認めたが、術後99日目に退院となった。術後6カ月経過時点で無再発生存中である。
S状結腸癌同時性肝転移に対して長期化学療法後にconversion surgeryが奏効した貴重な症例と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター9

**一般演題（ポスター）18　症例：進行大腸癌２**

座長：進士 誠一（日本医科大学消化器外科）

## [P18-4] 大腸癌イレウスの腫瘍周囲膿瘍症例に対する大腸ステント留置した３例を通した安全性の検討

*冨田 明宏[1]、服部 正興[1]、平田 明裕[1]、荒川 拓也[1]、鈴木 真理香[1]、吉原 基[1] (1. 公立西知多総合病院)

【はじめに】
大腸ステント安全手技研究会において〈慎重に適応を検討すべき病態〉の中で切迫破裂が書かれているが、大腸癌イレウスに対して当院でステント留置適応を少し超えて腫瘍周囲膿瘍症例に対して３例に大腸ステントを留置しており、その経験を報告すると共に大腸ステントの適応について検討した。
【症例】
１、 85歳女性　S状結腸癌　cT3N0M0, cStageⅡ
膿瘍は腫瘍腹側外側に限局していた。手術希望なく、リスクを承知の上で大腸ステント留置した。手技は問題なく行われ、leakも認めなかった。留置後はTAZ／PIPCを投与しながら経過観察し、留置後１週間から食事を開始した。その後問題なく転院した。
２、58歳男性　RSRa直腸癌　cT4aN1M0 cStageⅢ
膿瘍は腹側の精嚢側に限局しておりステント留置を行い、トラブルがあれば外科対応として留置した。手技は問題なく行われ、leakも認めなかった。留置後はTAZ／PIPCを投与し、翌日には採血や症状は改善したため、留置後３日目から食事開始とした。留置後11日目で一旦退院とし、留置後1ヶ月で手術（ロボット支援下低位前方切除術、左精嚢合併切除、回腸人工肛門造設術）を行なった。合併症なく退院し、術後１年無再発生存中。
３、72歳、女性　S状結腸癌　cT3N1M0, cStageⅢ
膿瘍は腫瘍頭側に限局しており外科のバックアップありでのステント留置を行なった。手技は問題なく行われ、leakも認めなかった。留置後はTAZ／PIPCを投与し、翌日には採血や症状は改善したため、留置後２日目から食事開始とした。留置後14日で退院し、留置後１ヶ月で手術（ロボット支援下S状結腸切除術）を行なった。合併症なく退院した。術前にCTを再検したところ肝S7に不整形腫瘤を認め、後の精査で肝転移と診断した。肝部分切除を行い、その後は無再発生存中。
【まとめ】
微小穿孔や少量膿瘍形成している症例に対しては基本的には刺激をせずストマ造設で減圧を図ることが安全と思われるが、今回のステント留置症例は危険な経過ではなく安全に大腸ステントを留置できた。ただし、消化器内科がステント留置に精通していること、腫瘍学的な問題や化学療法予定の有無など必ず外科とのコンセンサスは必要であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター9

**一般演題（ポスター）18　症例：進行大腸癌 2**

座長：進士 誠一（日本医科大学消化器外科）

## [P18-5] 胃・S状結腸に浸潤・穿通を来したMSI-high 局所進行横行結腸癌の1例

*竹ノ谷 隆[1]、亀山 香織[2]、大西 一平[1]、水野 翔大[1]、筒井 麻衣[1]、尾戸 一平[1]、大住 幸司[1]、遠藤 高志[1]、亀山 哲章[1] (1. 医療法人財団　荻窪病院　外科、2. 昭和医科大学横浜市北部病院　臨床病理診断科)

症例は83歳，女性．貧血，便通異常の精査目的に当院紹介受診した．血液検査では，Hb 9.9 g/dlと貧血が認められ，腫瘍マーカーはCEA 9.3 ng/mlであった．造影CT検査で横行結腸中央に7cm大の腫瘍性病変が認められ，胃前庭部，S状結腸に浸潤・穿通の所見が認められた．遠隔転移を疑う所見は認めなかった．上部消化管内視鏡検査で，胃前庭部後壁に潰瘍性病変が認められ，生検は結腸癌の浸潤を疑う異型上皮であった．また、下部消化管内視鏡検査では，肛門縁より40cmのS状結腸に2型病変が認められ，スコープは通過困難で，生検は粘液癌であった．RAS/BRAF遺伝子野生型，高頻度マイクロサテライト不安定性(MSI-high)であった．横行結腸癌 cT4b(胃・S状結腸) cN1 cM0 cStage IIIc (大腸癌取扱い規約第9版)と診断した．審査腹腔鏡で，腹膜播種は認めず，根治的切除適応と判断した．開腹結腸左半切除術，幽門側胃切除術を施行した．再建は，上行結腸肝弯曲部―S状結腸吻合，Billroth II法，Braun吻合を施行した．病理組織診断結果は，粘液癌成分を含む中分化管状腺癌で胃・S状結腸に浸潤を来していた．郭清リンパ節は38個で，リンパ節転移は認められなかった．横行結腸癌pT4b(胃・S状結腸) pN0 cM0 pStage IIcであった．断端は陰性で，R0切除を施行し得た．術後補助化学療法は施行せず，術後2年間無再発生存中である．他臓器浸潤を伴う局所進行大腸癌では，MSI-high症例が含まれている可能性があることを念頭におく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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター9

**一般演題（ポスター）18　症例：進行大腸癌 2**

座長：進士 誠一（日本医科大学消化器外科）

## [P18-6] 胆管空腸吻合術後横行結腸癌に対する腹腔鏡下右半結腸切除の1例

*秋山 貴洋[1]、牧野 裕庸[1]、深田 忠臣[1]、宮原 洋司[1]、粕川 宗太郎[1]、石見 和嗣[1]、藤木 賢伸[1]、亀高 尚[1] (1. 小田原市立病院外科)

【はじめに】腹部手術既往を有する症例では解剖学的変化により手術難易度が上昇する。特に後結腸経路再建術後の横行結腸癌では、郭清対象である横行結腸間膜を挙上空腸が通過するため、手術操作は複雑となる。今回我々は、開腹による後結腸経路での胆管空腸吻合術後に発生した横行結腸癌に対し、郭清を伴う腹腔鏡下結腸右半切除術を施行した1例を経験したので報告する。【症例】78歳、男性。13年前に胆嚢結石症および総胆管結石症に対して開腹胆嚢摘出術、後結腸経路のRoux-en-Y再建による胆管空腸吻合術を施行した既往がある。便秘および腹痛を主訴に近医を受診し、精査の結果横行結腸癌イレウスの診断となり手術目的に当科を紹介受診された。【血液検査】腫瘍マーカーは正常範囲内。【画像所見】下部消化管内視鏡：横行結腸肝弯曲近傍に全周性2型腫瘍を認め、大腸ステントを留置した。生検結果は中分化管状腺癌の診断。腹部造影CT：腫瘍の栄養血管は中結腸動脈右枝で2群リンパ節までの転移が疑われる。挙上空腸は中結腸動静脈右枝と左枝の間を通過しており、腫瘍とは近接していない。腹水なし、肝転移なし、肺転移なし。中結腸動静脈を切離して挙上空腸の右側の横行結腸間膜を切除することにより十分な郭清か可能であると判断した。【手術】術前診断：横行結腸癌(T4a, N1, M0, cStageIIIb)。予定術式：腹腔鏡下結腸右半切除術。手術所見：頭側アプローチより開始して癒着を剥離して挙上空腸を同定した。後腹膜アプローチに続いて内側アプローチにより血管処理を行った。挙上空腸を確認して横行結腸間膜より十分に剥離することにより、安全に中結腸動静脈を切離して横行結腸間膜を郭清することが可能であった。【病理組織学的診断】T, Type 5, 50x30x10 mm (83%), tub2>tub1>muc+por2+sig, pT4a (SE), ly1a, v1a (EVG stain), Ph0, pN2a (4/40), pPM0 (230 mm), pDM0 (70 mm), M0, StageIIIc【術後経過】術後経過は良好で、特記すべき合併症なく術後7 日目に退院となった。【考察】術前に造影CTで十分に解剖を確認して手術プランを立てることで、手術操作が不雑となる後結腸経路胆管空腸吻合術後の結腸右半切除術を腹腔鏡で遂行する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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター9

**一般演題（ポスター）18　症例：進行大腸癌２**

座長：進士 誠一（日本医科大学消化器外科）

## [P18-7] 術前診断し得なかった小腸浸潤・膀胱瘻を伴う５型S状結腸癌の１例

*臼井 創大[1]、内藤 正規[1]、山口 大輝[1]、磯村 香介[1]、天野 優希[2]、勝又 健太[3]、浜辺 太郎[2]、根岸 宏行[2]、大島 隆一[3]、四万村 司[3]、牧角 良二[2]、杉浦 善弥[4]、小池 淳樹[4]、民上 真也[1] (1. 聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科、2. 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科、3. 川崎市立多摩病院　消化器・一般外科、4. 聖マリアンナ医科大学病理診断科)

症例は60歳代男性。既往歴は高血圧のみで悪性腫瘍の家族歴はなかった。6ヶ月前からの下痢と排尿時痛で内科を受診した。抗菌薬加療されたが改善なく腹部CT検査を施行したところS状結腸膀胱瘻を指摘された。小腸とも瘻孔を形成している可能性もあったことから透視下下部消化管内視鏡を施行した。膀胱との瘻孔は確認できたものの明らかな腫瘍性病変は認めず、瘻孔周囲の発赤部からの生検結果もgroup1であり、明らかなクローン病を示唆する所見も認めなかった。同時に造影検査も施行したところ小腸・膀胱が造影された。以上の結果から組織的診断はついていないもののクローン病を疑い生物学的製剤の投与開始を検討された。しかし尿路感染症による発熱・炎症反応上昇により導入できず、外科的切除目的に当科依頼となった。手術は腹腔鏡下に行い、S状結腸と瘻孔を形成していた小腸も合併切除し、膀胱との瘻孔を形成していた箇所は膿瘍を認め膿瘍壁を削るかたちで切除し、下行結腸単孔式人工肛門を造設し手術終了とした。術後病理では小腸との瘻孔部に腺癌を認めた。膿瘍部と思われる箇所からは悪性所見は認めなかった。背景疾患としてのクローン病の存在は明らかではなかった。術前に診断し得なかったS状結腸癌を経験した。クローン病は組織診断に至らない場合も存在し、またクローン病を背景にした大腸癌は0.5～2%と言われ非常に稀である。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(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター10

## 一般演題（ポスター）19　症例：大腸良性疾患その他 1

座長：田中 玲子（道仁病院）

[P19-1] 分離型腸瘻造設（Divided Stoma Construction：DSC)を施行した壊死型虚血性大腸炎の2例

*橋本 拓造[1]、中島 雅輝[1]、一万田 充洋[1]、地原 想太郎[1]、安田 一弘[1]、白鳥 敏夫[1] (1. 大分市医師会立アルメイダ病院外科)

---

[P19-2] 盲腸捻転症に対しICG蛍光法による血流評価を併用し腹腔鏡下回盲部切除術を施行した1例

*黒川 恭成[1]、下山 雄也[1]、般若 祥人[1]、栗田 紗裕美[1]、隈本 智卓[1]、北川 和男[1]、衛藤 謙[2] (1. 東京慈恵会医科大学附属柏病院、2. 東京慈恵会医科大学附属病院)

---

[P19-3] S状結腸子宮内膜症により全周性狭窄をきたした1例

*橋本 瑞己[1]、鈴木 陽三[1]、大里 祐樹[1]、岩本 和哉[1]、野間 俊樹[1]、松下 克則[1]、新野 直樹[1]、中島 慎介[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)

---

[P19-4] 閉塞性大腸癌との鑑別が困難で高度大動脈弁狭窄症を合併した超高齢者横行結腸良性潰瘍狭窄の1例

*大川 尚臣[1]、高城 克暢[1]、松村 富士夫[1] (1. 社会保険大牟田天領病院外科)

---

[P19-5] 便潜血陽性で発見された腸管子宮内膜症の1例

*堀 優太[1]、澤谷 学[1]、工藤 智拓[1]、長山 翼[1,2]、宮代 楓[1,2]、相馬 郷[1,2]、佐竹 美和[1,2]、五十嵐 崇徳[1]、松木 明彦[1]、石黒 陽[1] (1. 弘前総合医療センター消化器・血液内科、2. 弘前大学大学院医学研究科消化器血液免疫内科)

---

[P19-6] 内視鏡治療にて保存的に軽快した、魚骨による大腸穿孔の1例

*小山 剛[1]、小阪 聡[2]、己野 綾[1]、中川 泰生[1]、越智 正博[2] (1. 明治橋病院外科、2. 明治橋病院消化器内科)

---

[P19-7] 診断が遅れた腸結核の1例

*新谷 裕美子[1]、西尾 梨沙[1]、丹野 侑杜[1]、井上 英美[1]、大城 泰平[1]、古川 聡美[1]、岡本 欣也[1]、深田 雅之[2]、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、2. JCHO東京山手メディカルセンター炎症性腸疾患内科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター10

**一般演題（ポスター）19　症例：大腸良性疾患その他 1**

座長：田中 玲子（道仁病院）

## [P19-1] 分離型腸瘻造設（Divided Stoma Construction：DSC)を施行した壊死型虚血性大腸炎の2例

*橋本 拓造[1]、中島 雅輝[1]、一万田 充洋[1]、地原 想太郎[1]、安田 一弘[1]、白鳥 敏夫[1] (1. 大分市医師会立アルメイダ病院外科)

壊死型虚血性大腸炎では壊死腸管の切除後にも異時性に残存腸管壊死(On-Going Ischemia: OGI)するリスクがある. 今回, 壊死腸管を切除して結腸瘻を造設し, さらに口側で小腸瘻を造設する分離型腸瘻造設(Divided Stoma Construction: DSC)を施行した2例を報告する.
(症例-1)90才, 女性. 主訴は前日からの腹痛. CTにてS状結腸に便塊貯留と口側結腸の液状便および終末回腸の拡張を認めた. 術中所見では脾弯曲を含む左半結腸が全層壊死に陥り, 横行結腸中間位にも虚血を認めたが肝弯曲からの右半結腸に虚血性変化は認めなかった. 壊死型虚血性大腸炎(限局型)の診断で左半結腸切除+空置結腸瘻+回腸瘻造設術を施行. 術後に空置結腸瘻の壊死を来たしたが, 全身状態は改善傾向を認めて初回術後から24日目に日に腸瘻閉鎖を含む右結腸-直腸吻合術を施行した.
(症例-2)77才, 女性. 主訴は嘔吐・下痢・腹痛. CTにて下行結腸からS状結腸の造影効果不良と下部内視鏡でS状結腸を中心に縦走潰瘍と粘膜壊死を認めた. 術中所見では肝弯曲部横行結腸から下行結腸まで全層壊死所見があり, S状結腸遠位にも一部漿膜の虚血所見を認めた. 壊死型虚血性大腸炎(全結腸型)の診断にて拡大左半結腸切除+空置結腸瘻+回腸瘻造設術を施行. 術後の下部内視鏡では残存結腸に虚血性変化は認められず初回術後から20日目に回腸瘻および結腸瘻の閉鎖術を施行した.
壊死型虚血性大腸炎の治療戦略として壊死腸管からのBacterial translocationや穿孔およびOGIの回避は重要である. この意味において壊死腸管を切除し切除部近傍の腸管を粘液瘻とした上で更に口側に腸瘻を造設するDSCは病変部近傍の腸管と健常腸管との連続性を離断することに加えて残存結腸を安静に保つことでOGI発症のリスク低減および機能温存が期待できる術式であると思われた.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)
2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター10
**一般演題（ポスター）19　症例：大腸良性疾患その他 1**
座長：田中 玲子（道仁病院）

## [P19-2] 盲腸捻転症に対しICG蛍光法による血流評価を併用し腹腔鏡下回盲部切除術を施行した1例

*黒川 恭成[1]、下山 雄也[1]、般若 祥人[1]、栗田 紗裕美[1]、隈本 智卓[1]、北川 和男[1]、衛藤 謙[2] (1. 東京慈恵会医科大学附属柏病院、2. 東京慈恵会医科大学附属病院)

【はじめに】盲腸捻転症は比較的稀な腸閉塞の原因であり，腸管虚血や穿孔を来し得るため迅速な対応が求められる．近年，腹腔鏡下手術の有用性が報告されているが，術中に腸管血流を客観的に評価する方法については一定の見解が得られていない．ICG蛍光法は血流評価に有用とされるが，盲腸捻転症への応用報告は少ない．今回，ICG蛍光法にて血流評価を行い，腹腔鏡下回盲部切除術を施行した1例を経験したため報告する．

【症例】60歳代，女性．下腹部痛を主訴に近医を受診し，盲腸捻転症と診断された．内視鏡的整復では捻転解除には至らず当院紹介となった．来院時も盲腸捻転は変わらず存在し，下腹部痛は継続していた．腸閉塞や消化管穿孔，盲腸血流障害の危険性があると判断し手術を施行した．腹腔鏡下に観察したところ，回結腸動静脈を軸に回盲部の捻転を認めた．捻転解除前に体腔内でICG蛍光法により血流評価を行い，捻転部の腸管虚血がないことを確認した．回結腸動静脈を切離後，Pfannenstiel切開より回盲部を体腔外に誘導し回盲部切除術を施行した．

【考察】盲腸捻転症は盲腸の可動性亢進を背景に発症し，進行すると腸管虚血や穿孔に至る可能性があるため外科的治療が基本となる．他の治療法として整復固定術があるが，再発や虚血のリスクが高く，回盲部切除術が選択されることが多い．近年は腹腔鏡下手術の有用性も報告されており，低侵襲で安全に施行可能とされる．一方で，術中の腸管血流評価は術式選択や切除範囲の決定において重要であるが，従来は色調や蠕動などの肉眼所見に依存することが多く，客観性に乏しいという課題があった．ICG蛍光法はリアルタイムに腸管血流を可視化でき，吻合部血流評価などで広く応用されている．本症例では捻転解除前にICG蛍光法を用いて血流評価を行うことで，捻転部腸管の虚血がないことを客観的に確認できるとともに，過不足ない腸管切除が可能になった。盲腸捻転症におけるICG蛍光法の応用は報告が限られており，本手法は治療戦略の一助となる可能性がある．

【結語】盲腸捻転症に対しICG蛍光法を併用することで，より安全に腹腔鏡下回盲部切除術を施行し得た．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター10

**一般演題（ポスター）19　症例：大腸良性疾患その他 1**

座長：田中 玲子（道仁病院）

## [P19-3] S状結腸子宮内膜症により全周性狭窄をきたした1例

*橋本 瑞己[1]、鈴木 陽三[1]、大里 祐樹[1]、岩本 和哉[1]、野間 俊樹[1]、松下 克則[1]、新野 直樹[1]、中島 慎介[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】腸管子宮内膜症は異所性の子宮内膜組織が腸管に存在する疾患で，腹痛や出血，閉塞などの症状を呈することがあり，悪性腫瘍との鑑別が困難なことがある．今回，われわれはS状結腸子宮内膜症により全周性狭窄をきたした1例を経験したので報告する．【症例】40歳，女性．下腹部痛と嘔吐を主訴に救急外来を受診され，腹部造影CTでS状結腸に造影効果を伴う全周性の壁肥厚と狭窄を認めた．同日S状結腸の全周性の狭窄に対して緊急で内視鏡的にステントを留置した．生検結果はGroup 2であった．婦人科を受診したが内診、経腟エコー施行し子宮内膜症は積極的には疑われないと判断され，11週間後に腹腔鏡下S状結腸切除術，D2郭清を施行した．病理組織学的検査で粘膜下層，固有筋層，漿膜下組織内に子宮内膜組織が散見され，S状結腸子宮内膜症と診断され，所属リンパ節にも子宮内膜組織を認めた．合併症なく経過し術後6日目に退院し,現在も外来フォロー中である．【考察】子宮内膜症は閉経前女性の約10%にみられ，そのうち約10%に腸管子宮内膜症を認めたという報告がある．腸管での発生頻度は，本症例のように子宮と近い直腸・S状結腸が75-90%と最も高いという報告がある．下部消化管内視鏡検査で腸管子宮内膜症に特異的な所見は乏しく，病変部位は漿膜から固有筋層が中心のため生検での術前診断は困難である．発生機序については諸説あるが，腹腔内に逆流した子宮内膜細胞がS状結腸漿膜面に付着し腸管壁に浸潤・増殖し，更に出血・炎症を繰り返し瘢痕化・線維化することで狭窄を来し，また一部がリンパ管に侵襲し傍腸管リンパ節へ転移したものと推測された．【結語】腸管子宮内膜症の術前診断は非常に困難であり，閉経前女性の直腸・S状結腸の術前診断が得られていない腫瘤性病変については悪性腫瘍のほか腸管子宮内膜症を念頭に置き診療にあたる必要があるものと考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター10

**一般演題（ポスター）19　症例：大腸良性疾患その他 1**

座長：田中 玲子（道仁病院）

## [P19-4] 閉塞性大腸癌との鑑別が困難で高度大動脈弁狭窄症を合併した超高齢者横行結腸良性潰瘍狭窄の1例

*大川 尚臣[1]、高城 克暢[1]、松村 富士夫[1] (1. 社会保険大牟田天領病院外科)

原発性の大腸狭窄の原因としては悪性疾患による腫瘍性狭窄のほか良性狭窄とし潰瘍性病変や炎症性腸疾患、炎症治癒後の瘢痕に伴うものが考えられる。今回我々は超高齢者に発症し、大腸癌を疑い切除した横行結腸良性潰瘍の1例を経験したので報告する。症例は95歳女性。既往歴は高血圧と慢性腎障害で抗血栓薬も内服していた。腹痛と便秘、嘔吐を主訴に救急外来を受診された。腹部膨満が顕著でCTを施行したところ横行結腸肝弯曲に顕著な壁肥厚を認め、口側の腸管には拡張し多量の便塊が貯留していた。大腸癌による閉塞性腸炎を疑い精査加療目的に入院となった。翌日下部消化管内視鏡および造影検査を行い、横行結腸間弯曲近傍に周堤を有する潰瘍性病変と約5㎝の狭窄を認めた。ファイバーは通過せず強く大腸癌を疑い生検後大腸ステントを留置した。生検では癌細胞は検出されず、閉塞性腸炎の診断であった。CT上傍腸管リンパ節種大は認めるものの明らかな遠隔転移は認めなかった。手術を念頭にいれ精査を行ったところ高度大動脈弁狭窄（以下AS）を認め、ASの治療を先行すべきと判断された。超高齢者であり開心手術は高リスクと考えられ、他医にて経カテーテル的大動脈弁置換術（以下TAVI）を行った。画像診断上閉塞性大腸癌は否定できず、超高齢者であるが日常生活は介助なくできており、ご本人、家人も手術を希望されたため、TAVI施行１か月後腹腔鏡補助下結腸右半切除＋D3郭清を行った。術後は特に合併症なく順調に軽快され、リハビリの上術後28日目に軽快退院となった。病理検査では悪性所見は認めず、非特異性潰瘍の診断であった。良性疾患でも保存的治療で軽快しない場合や悪性腫瘍を否定しきれない場合、疼痛などの有症状例や高度の 狭窄、穿孔の危険性がある場合には手術が選択される。本症例は結果として良性疾患でありステント治療の適応ではなかった点、術前の生検では悪性所見はないものの画像診断では大腸癌も否定できなかった点、超高齢でTVAIによりAS治療後に外科的切除を行ったが良性潰瘍であり過侵襲であったことは否めない点など示唆に富む症例と考えられ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(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター10

**一般演題（ポスター）19　症例：大腸良性疾患その他 1**

座長：田中 玲子（道仁病院）

## [P19-5] 便潜血陽性で発見された腸管子宮内膜症の1例

*堀 優太[1]、澤谷 学[1]、工藤 智拓[1]、長山 翼[1,2]、宮代 楓[1,2]、相馬 郷[1,2]、佐竹 美和[1,2]、五十嵐 崇徳[1]、松木 明彦[1]、石黒 陽[1] (1. 弘前総合医療センター消化器・血液内科、2. 弘前大学大学院医学研究科消化器血液免疫内科)

【症例】39歳、女性【既往歴・併存疾患】2型糖尿病（内服加療中）、月経困難症（近医婦人科へ通院中）【現病歴】2025年4月、大腸がん検診で便潜血陽性を契機に当科初診。腹部症状や血便はなかった。CSを施行したところ、S状結腸に片側性の粘膜下腫瘍様隆起がみられ、表面には3か所の発赤調隆起を伴っていた。生検では炎症性ポリープの所見であったため経過観察となった。12月にフォローCSを施行したところ粘膜下腫瘍様隆起は著変なかったが、3か所の陥凹がみられ、うち1か所には微小な乳頭状隆起を認めた。生検を施行したところ、ER陽性、CK7陽性の子宮内膜腺管およびER陽性、CD10陽性の子宮内膜間質がみられ、腸管子宮内膜症の診断となった。改めて病歴を聴取すると、月経中は下痢が多く、10-14日間と過長月経がみられていた。CTでは腸管や子宮、附属器に所見はなく、婦人科へ紹介。経腟超音波検査では、小さな子宮筋腫があるのみであった。ご本人と相談のうえジエノゲストを投与することとなり、経過観察中である。【考察】腸管子宮内膜症は子宮内膜症全体の12-37%を占め、月経周期と関連して腹痛や血便などが出現する。多くは漿膜下層から固有筋層を主座とするため、生検による確定診断は10%前後と報告されている。本症例では、粘膜下腫瘍様隆起の中に発赤調隆起がみられ比較的典型的な腸管子宮内膜症と考えられたが初回生検では診断に至らなかった。しかし、腸管子宮内膜症を強く疑い再検したところ、確定診断に至った症例であった。【まとめ】便潜血陽性を契機に発見された腸管子宮内膜症の1例を経験したので報告した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター10

**一般演題（ポスター）19　症例：大腸良性疾患その他 1**

座長：田中 玲子（道仁病院）

## [P19-6] 内視鏡治療にて保存的に軽快した、魚骨による大腸穿孔の1例

*小山 剛[1]、小阪 聡[2]、己野 綾[1]、中川 泰生[1]、越智 正博[2] (1. 明治橋病院外科、2. 明治橋病院消化器内科)

今回我々は、内視鏡治療にて保存的に軽快した、魚骨によるS状結腸穿孔の1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。症例は90歳女性。数日間少量の下血があり当院受診され、その後下腹部痛も出現したため、当院再診となった。その際の腹部CTにて、約4cmの線状の高吸収像がS状結腸を貫通しており、翌日当科紹介となった。CT上、腹水・free airは認めず、血液検査上WBC/CRP 8000/2.49であった。腹部は平坦軟で腹膜炎所見なく、排便時に下腹部痛を認めるのみであった。胃癌・両側卵巣・腸閉塞手術の既往があり、剣状突起から恥骨上までの正中創瘢痕と左側腹部の横切開瘢痕を認めた。画像上魚骨によるS状結腸穿孔が強く疑われ、緊急手術を検討したが、複数回の腹部手術歴があり、炎症も軽度で腹膜炎所見も認めないことから、十分なｲﾝﾌｫｰﾑﾄﾞｺﾝｾﾝﾄの後、待機的に大腸内視鏡による異物除去を試みる方針とした。絶食・抗生剤投与の上、ｸｴﾝ酸ﾏｸﾞﾈｼｳﾑによる前処置を行い、数日後大腸内視鏡を施行した。内視鏡を挿入すると、S状結腸に魚骨と思われる異物が刺さっており、刺入点周囲から少量の膿汁を認めた。観察中に異物は腸管内へ自然脱落し、刺入点はｸﾘｯﾌﾟにて縫縮した。その後、内視鏡下造影ならびにCT再検も行ったが、free airや造影剤の漏出は認めなかった。処置直後は軽度の下腹部痛を認めたが、翌日には消失し、処置後5日目に軽快退院された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター10

**一般演題（ポスター）19　症例：大腸良性疾患その他１**

座長：田中 玲子（道仁病院）

## [P19-7] 診断が遅れた腸結核の1例

*新谷 裕美子[1]、西尾 梨沙[1]、丹野 侑杜[1]、井上 英美[1]、大城 泰平[1]、古川 聡美[1]、岡本 欣也[1]、深田 雅之[2]、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、2. JCHO東京山手メディカルセンター炎症性腸疾患内科)

【背景】腸結核は本邦ではまれであるが東南アジア諸国では現在でも比較的多くみられ，回盲部に好発し腹痛や発熱などの症状を呈するためクローン病との鑑別を要する．今回，クローン病の診断で手術を施行し，術後に腸結核と診断した１例を経験したので報告する．
【症例】38歳，タイ出身の女性．X年8月，便潜血陽性を指摘され近医にて下部消化管内視鏡検査を施行したところ，横行結腸に潰瘍を伴う全周性狭窄の所見を認めた．同部の生検にて類上皮細胞肉芽腫を認めクローン病と診断された．12月，精査加療目的に当院内科紹介受診．小腸造影検査で終末回腸から回盲部に敷石状変化を伴う狭窄を認めた．T-Spotおよび糞便の抗酸菌培養は陰性であった．X+1年1月右下腹部痛が出現，CT検査にて回盲部近傍の腹腔内膿瘍と診断され入院した．下部消化管内視鏡検査にて上行結腸に敷石像と狭窄，回腸末端に瘻孔所見を認め，終末回腸の生検より類上皮細胞肉芽腫を認めた．4月からアダリムマブを開始するも2ヶ月後に回盲部の膿瘍が悪化したため，X+１年7月腹腔鏡補助下回盲部切除術を施行した．術中所見では腹膜に白色結節を認め，切除検体では回盲部に全周性の炎症性ポリープと狭窄を認めた．術後病理組織診断にて腸管壁とリンパ節内に乾酪壊死を伴う肉芽腫，Ziehl-Neelsen染色では抗酸菌を疑う菌体を認め，術後施行したT-Spot，喀痰の結核菌培養，胃液の核酸増幅法はいずれも陽性であったため腸結核と診断した．腹膜に結節を認めたことから結核性腹膜炎の併発も疑われた．腸結核として術後1年間抗結核療法を施行し，現在まで臨床的な腸結核の再燃は認めていない．
【結語】本症例は炎症性腸疾患として腸結核を鑑別診断にあげたが術前T-Spotおよび糞便の抗酸菌培養は陰性であり，組織学的には乾酪壊死を伴わない肉芽腫が2回確認されたためクローン病と診断された．しかしアダリムマブ導入後病状が悪化したことやクローン病に特徴的な縦走潰瘍や偏側性変形を認めなかったこと，患者が東南アジア出身者であったことなどから鑑別診断を再検討する必要があったと考えられる．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター10

## 一般演題（ポスター）20　症例：大腸良性疾患その他２

座長：星野 伸晃（京都大学消化管外科）

[P20-1] 上行結腸の固定異常に伴う上行結腸捻転症の１例

*山口 瑛大[1]、久戸瀬 洋三[1]、河本 知樹[1]、廣部 雅臣[1]、大竹 弘泰[1]、真鍋 裕宇[1]、加藤 弘記[1]、松井 佑起[1]、細田 洋平[1]、金 浩敏[1]、土屋 康紀[1]、西 敏夫[1]、小川 淳宏[1]、森 琢児[1]、小川 稔[1] (1. 多根総合病院)

---

[P20-2] axial torsion型の上行結腸軸捻転に対して腹腔鏡下に手術加療を行なった２例報告

*濱田 健太郎[1]、加藤 瑛[1]、浅井 宏之[1]、上原 崇平[1]、加藤 潤紀[1]、澤井 美里[1]、牛込 創[1]、鈴木 卓弥[1]、山川 雄士[1]、藤本風花[1] (1. 名古屋市立大学大学院医学研究科消化器外科学)

---

[P20-3] 直腸閉塞を契機に診断された脳膿瘍、肝膿瘍を伴うアメーバ性大腸炎の一例

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

---

[P20-4] 人工肛門造設後に改善した直腸偽肉種様病変の1例

*柳沢 直恵[1]、片桐 忍[1]、林 和輝[1]、荒井 沙紀[1]、角岡 信男[1]、成田 淳[1]、彈塚 孝雄[1]、桑原 蓮[2]、大野 順弘[3] (1. 長野中央病院外科、2. 長野中央病院消化器内科、3. 長野中央病院病理診断科)

---

[P20-5] 下行結腸ー腎盂尿管移行部癒に対し結腸部分切除を施行した1例

*籠田 進之介[1]、星野 滉大[1]、増原 紗希[1]、中村 勇太朗[1]、谷 博樹[1]、浅生 義人[1] (1. 白十字病院)

---

[P20-6] 糞便嵌塞における治療失敗の複合的画像予測因子：結腸拡張および糞便CT吸収値の役割

*黒岩 英倫[1,2]、上野 昌樹[1]、廣川 文鋭[1]、重河 嘉靖[1]、木村 正道[1]、田端 宏尭[1]、出口 真影[1]、川井 学[2] (1. 国立病院機構大阪南医療センター、2. 和歌山県立医科大学)

---

[P20-7] 腹腔鏡下高位前方切除術後に繰り返した下行結腸軸捻転に対して腹腔鏡下下行結腸切除術を行った1例

*八木 佑樹[1]、森 貴志[1]、綿貫 義久[1]、田口 航大[1]、須賀 悠介[1]、永井 元樹[1] (1. 総合病院国保旭中央病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター10

**一般演題（ポスター）20　症例：大腸良性疾患その他 2**

座長：星野 伸晃（京都大学消化管外科）

## [P20-1] 上行結腸の固定異常に伴う上行結腸捻転症の１例

*山口 瑛大[1]、久戸瀬 洋三[1]、河本 知樹[1]、廣部 雅臣[1]、大竹 弘泰[1]、真鍋 裕宇[1]、加藤 弘記[1]、松井 佑起[1]、細田 洋平[1]、金 浩敏[1]、土屋 康紀[1]、西 敏夫[1]、小川 淳宏[1]、森 琢児[1]、小川 稔[1] (1. 多根総合病院)

上行結腸捻転は稀な疾患であり、本邦報告はわずかである。今回、上行結腸の固定異常を背景とした1例を経験したため報告する。
症例は58歳女性。腹部膨満感および胸腹部痛を主訴に前医受診し、CTで上行結腸捻転が疑われ当院紹介となった。来院時、腹部全体に圧痛および腹膜刺激徴候を認めた。CTで盲腸から上行結腸の著明な拡張と横行結腸でのcaliber changeを認め、腸管壊死を疑い緊急手術を施行した。腹腔鏡下に観察するも術野確保困難のため開腹へ移行した。上行結腸は肝弯曲部に一部付着するのみで固定不全を認め、同部を軸に360度捻転していた。以上より上行結腸捻転症と診断し、右半結腸切除術を施行した。術後は軽度の麻痺性イレウスを認めたが保存的に軽快し、術後13日目に退院した。
上行結腸捻転は稀であり術前診断が困難な場合があるが、成人においても固定異常を背景に発症しうるため、早期診断と外科的介入が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター10

**一般演題（ポスター）20　症例：大腸良性疾患その他 2**

座長：星野 伸晃（京都大学消化管外科）

## [P20-2] axial torsion型の上行結腸軸捻転に対して腹腔鏡下に手術加療を行なった２例報告

*濱田 健太郎[1]、加藤 瑛[1]、浅井 宏之[1]、上原 崇平[1]、加藤 潤紀[1]、澤井 美里[1]、牛込 創[1]、鈴木 卓弥[1]、山川 雄士[1]、藤本風花[1] (1. 名古屋市立大学大学院医学研究科消化器外科学)

上行結腸軸捻転は比較的稀な疾患であり、その形態は大きくaxial torsion型とcecal bascule型の2つに分類される。特にaxial torsion型は腸間膜を軸とした回転により腸管の閉塞に加えて血流障害を来しやすく、壊死や穿孔に至る可能性があるため、迅速な診断と治療が求められる重篤な病態である。
本疾患の発症には複数の因子が関与する。最も重要なのは盲腸および上行結腸の後腹膜への固定不全、いわゆる移動性盲腸であり、これにより腸管の過剰な可動性が生じる。この解剖学的素因に加え、慢性便秘や腸管運動異常、神経筋疾患などによる腸内容物の停滞や腸管拡張が回転の契機となる。また、腹腔鏡手術後などの術後変化に伴う腸管の可動性増大や癒着形態の変化、妊娠や腹圧上昇といった環境因子も誘因として報告されている。すなわち、解剖学的異常に機能的・環境的要因が重なることで腸管の不安定性が増し、軸捻転に至ると考えられている。
今回我々は、血流障害を惹起しやすいaxial torsion型の上行結腸軸捻転を2例経験したため報告する。症例1は73歳女性。腹痛および嘔吐を主訴に来院し、腹部CT検査にて結腸軸捻転が疑われた。内視鏡的整復を試みたが改善を認めず、緊急手術を施行した。術中所見より血流障害が懸念されたため回盲部切除術を行った。症例2は81歳男性。腹痛を主訴に来院し、同様に画像所見から診断した。捻転解除、盲腸固定術を施行した。いずれの症例も術後経過は良好であり、6か月の経過観察において再発は認めていない。
文献的には、盲腸軸捻転に対する治療は内視鏡的整復の成功率が低く、再発率も高いことから、特にaxial torsion型においては外科的治療が第一選択とされることが多い。術式としては、血流障害を伴う場合には腸管切除が推奨され、血流が保たれている場合でも再発予防の観点から固定術に加えて切除術を選択する報告が増加している。また近年では腹腔鏡下手術の有用性も報告されており、全身状態や腸管虚血の程度に応じた適切な術式選択が重要とされる。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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター10

**一般演題（ポスター）20　症例：大腸良性疾患その他 2**

座長：星野 伸晃（京都大学消化管外科）

## [P20-3] 直腸閉塞を契機に診断された脳膿瘍、肝膿瘍を伴うアメーバ性大腸炎の一例

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

【はじめに】赤痢アメーバ症は腸管寄生原虫Entamoeba histolyticaによる感染症である。腸管外病変として肝膿瘍は比較的多いが、脳膿瘍の合併は稀である。今回、直腸閉塞を契機に診断され、脳膿瘍・肝膿瘍を合併したアメーバ性大腸炎の一例を経験したため報告する.
【症例】48歳、男性. 全身倦怠感と意識障害を主訴に受診し、尿路感染症として内科入院となった.入院5日目のCTで直腸閉塞を認め、経肛門イレウス管を留置したが改善なく、当科紹介となり、入院8日目に人工肛門造設術を施行した.電解質異常なども強く認め、術後は集中治療室での加療を行った.入院13日目に生検検体からアメーバ赤痢の虫卵を確認したため、メトロニダゾール投与開始.その後全身状態や炎症所見は改善傾向を示したが、意識レベルの改善を認めず入院19日目に頭部MRIでの精査を行ったところアメーバ性脳膿瘍を疑う所見とともに浸透圧性脱髄症候群も疑われた.入院22日目に施行した腹部CTでは肝S6に肝膿瘍形成を認めた.8週間のメトロニダゾール投与を実施したところ、徐々に意識状態は改善、当初構音障害や四肢脱力も著明であったがこちらも改善傾向を示し、入院後61日目にリハビリテーション目的に転院となる際には意識清明、経口摂取可能、歩行訓練が施行できるレベルまでのADL改善を認めた.
【考察】アメーバ性大腸炎は盲腸・上行結腸およびS状結腸～直腸に病変を形成し、時にamebomaや壊死性腸炎を呈する.腸管外病変として肝膿瘍は知られるが、脳膿瘍の合併は稀であり、診断の遅れが致命的となる.本症例ではアルコール多飲歴に伴う意識障害が鑑別を困難にし、診断遅延の一因となった.直腸閉塞を契機に発見されたアメーバ性大腸炎に脳膿瘍・肝膿瘍を合併した稀な症例であり、早期診断と治療介入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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター10

**一般演題（ポスター）20　症例：大腸良性疾患その他 2**

座長：星野 伸晃（京都大学消化管外科）

## [P20-4] 人工肛門造設後に改善した直腸偽肉種様病変の1例

*柳沢 直恵[1]、片桐 忍[1]、林 和輝[1]、荒井 沙紀[1]、角岡 信男[1]、成田 淳[1]、彈塚 孝雄[1]、桑原 蓮[2]、大野 順弘[3] (1. 長野中央病院外科、2. 長野中央病院消化器内科、3. 長野中央病院病理診断科)

【症例】70歳代女性。数か月前より高度便秘を認め、浣腸を繰り返していた。血便を契機に前医で下部消化管内視鏡検査を施行され、直腸膣瘻を指摘され当科紹介となった。婦人科診では膣入口部6時方向に瘻孔を認めたが、その他の膣壁に異常所見は認めなかった。注腸造影検査では下部直腸から膣側へ交通する約10mm大の瘻孔を認めた。CTでは下部直腸の壁肥厚が疑われたが、明らかな腫瘤形成や遠隔転移所見は認めなかった。下部消化管内視鏡検査では、歯状線直上の直腸前壁に瘻孔を認め、下部直腸全周性に浮腫性変化を伴う易出血性粘膜を認めた。NBI拡大観察では腫瘍血管様の異常血管増生を認め、悪性腫瘍が疑われた。生検では好中球主体の炎症細胞浸潤とフィブリン析出を背景に、核・核小体腫大を伴う比較的大型の短紡錘形細胞の増殖を認めた。免疫染色ではCD68部分陽性、CK7、CK20、S-100、HMB45、CD30、SMA陰性であり、Ki-67陽性率は約50%であった。以上より直腸偽肉腫様病変と考えられた。炎症の鎮静化および病変の経時的評価を目的として人工肛門造設術を施行した。術後3か月の内視鏡検査では、下部直腸全体に認めた異常血管像は消失し、軽度瘢痕を認めるのみで、粘膜所見は著明に改善していた。

【考察】直腸偽肉腫様病変は稀であり、内視鏡的に悪性腫瘍との鑑別が困難となる場合がある。本症例ではNBIで異常血管像を呈し、さらにKi-67高値であったことから悪性病変との鑑別に苦慮した。一方、便流遮断後に病変が速やかに改善した経過は、炎症に伴う反応性変化を支持する所見と考えられた。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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター10

**一般演題（ポスター）20　症例：大腸良性疾患その他 2**

座長：星野 伸晃（京都大学消化管外科）

## [P20-5] 下行結腸ー腎盂尿管移行部瘻に対し結腸部分切除を施行した1例

*籠田 進之介[1]、星野 滉大[1]、増原 紗希[1]、中村 勇太朗[1]、谷 博樹[1]、浅生 義人[1] (1. 白十字病院)

【背景】結腸と尿路系との瘻孔形成の報告は少ない。腎盂尿管移行部（ureteropelvic junction：UPJ）との交通の報告は極めて少なく、診断および治療方針の決定に難渋することがある。今回、下行結腸とUPJとの瘻孔を形成した症例に対し外科的切除を行い良好な経過を得たため、若干の文献的考察を加えて報告する。
【症例】70代男性。発熱および排尿時痛を主訴に前医受診し尿路感染症と診断された。抗菌薬加療で一時軽快したが再燃し、CTで下行結腸穿孔が疑われ当院紹介となった。精査の結果、下行結腸と左腎盂尿管移行部との瘻孔形成が疑われ、左尿管ステント留置のうえ保存的加療を行った。症状は軽快し退院したが、その後気尿（pneumaturia）および発熱を認め再入院となった。CTで瘻孔遺残が疑われ炎症反応も高値であったため、保存的加療のみでは根治困難と判断し外科的加療の方針となった。
【手術】腹腔鏡下に下行結腸部分切除を施行した。内側アプローチで結腸を授動し、IMV分枝および左結腸動脈を処理した。瘻孔部は後腹膜と強固に癒着しており剥離に難渋したため、自動縫合器で切離した。ICG蛍光法により腸管血流を確認した後、機能的端々吻合（FEEA）で再建した。
【経過】術後経過は良好で、重篤な合併症なく退院となった。以降、発熱や気尿の再燃は認めておらず、現在まで良好に経過している。
【病理】摘出標本に明らかな腫瘍性病変は認めず、瘻孔部周囲に軽度の出血および炎症細胞浸潤を認めたが、原因の特定には至らなかった。
【結語】下行結腸―腎盂尿管移行部瘻という極めて稀な病態に対し、腹腔鏡下結腸部分切除により良好な治療成績を得た。本症例のように保存的加療後に再燃を認める尿路系瘻孔例では、外科的切除が有効な治療選択肢となり得る。また、炎症に伴う強固な癒着を伴う症例においても、適切な術前評価と慎重な操作により腹腔鏡下手術は安全に施行可能であり、有用な治療手段となると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター10

**一般演題（ポスター）20　症例：大腸良性疾患その他 2**

座長：星野 伸晃（京都大学消化管外科）

## [P20-6] 糞便嵌塞における治療失敗の複合的画像予測因子：結腸拡張および糞便CT吸収値の役割

*黒岩 英倫[1,2]、上野 昌樹[1]、廣川 文鋭[1]、重河 嘉靖[1]、木村 正道[1]、田端 宏尭[1]、出口 真影[1]、川井 学[2] (1. 国立病院機構大阪南医療センター、2. 和歌山県立医科大学)

［背景］
糞便性大腸炎（stercoral colitis：SC）は、糞便嵌塞（fecal impaction：FI）に伴う致死的となり得る合併症である。しかしながら、保存的治療の失敗を予測する画像所見は十分に明らかになっていない。本研究では、治療失敗に関連する可能性のあるCT所見の同定を目的とした。
［症例提示］
2025年4月から2026年3月までの1年間に、当院で外科的治療を要したstercoral colitis（SC）4例を検討した。全例が高齢（78〜81歳）で、腹痛や腹部膨満を主訴に受診した。CTではいずれの症例においても、60 mm以上の著明な結腸拡張と100 HU以上の高吸収値を示す糞便貯留を認め、加えて腸管壁肥厚および周囲脂肪織濃度上昇を伴っていた。保存的治療として下剤投与、浣腸、用手的または内視鏡的排便解除を施行したが、いずれも改善を認めなかった。1例では経過観察中に穿孔を来した。全例に対して緊急手術を施行し、虚血または穿孔部位の切除および人工肛門造設を行った。術後経過はいずれも良好で、全例が退院可能であった。
［考察］
高度な結腸拡張は腸管内圧の上昇を介して腸管壁の微小循環を障害し、毛細血管灌流の低下を引き起こすことで粘膜血流を障害し、虚血や壊死等の合併症の発生に関与すると考えられる。特に結腸径60 mm以上は血流障害のリスクを示す指標とされている。一方、CTにおける糞便の高吸収値は水分含量の低下を反映し、便の硬化を示唆する所見であり、局所圧迫の持続により虚血や穿孔といった重篤な合併症リスクを増大させる可能性がある。本症例では全例でこれら2所見を認め、保存的治療が無効であったことから、結腸拡張と高吸収値の組み合わせは治療抵抗性や重症化の指標となり得る可能性が示唆された。ただし本検討は外科治療例のみを対象とした小規模検討であり、選択バイアスを有するため、今後さらなる検証が必要である。
［結論］
結腸拡張（≧60 mm）と高吸収値の糞便の組み合わせは、早期の外科的評価を考慮すべき症例を示唆する可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター10

**一般演題（ポスター）20　症例：大腸良性疾患その他 2**

座長：星野 伸晃（京都大学消化管外科）

## [P20-7] 腹腔鏡下高位前方切除術後に繰り返した下行結腸軸捻転に対して腹腔鏡下下行結腸切除術を行った1例

*八木 佑樹[1]、森 貴志[1]、綿貫 義久[1]、田口 航大[1]、須賀 悠介[1]、永井 元樹[1] (1. 総合病院国保旭中央病院外科)

【背景】
結腸軸捻転は腸間膜を軸とした結腸の回転により腸閉塞をきたす疾患であり、その多くはS状結腸に発生する。初期治療は内視鏡的整復が推奨されるが、再発例や整復困難例では外科的治療が必要となる。直腸癌術後の残存結腸に発生する軸捻転は稀である。
【症例】
75歳男性。71歳時に直腸RS癌（pT3N0M0, pStage II）に対し腹腔鏡下高位前方切除術を施行した。術後は局所や転移再発なく経過していた。74歳時より腹痛、腹部膨満を繰り返し、下行結腸閉塞の診断で保存的加療を行っていたが、1年間で4回再発した。再発を繰り返す間に内視鏡検査で閉塞の原因が残存下行結腸軸捻転であると判明したため、待機的に手術を施行した。
【手術所見】腹腔鏡下、4ポートで手術とした。腹腔内癒着は乏しく、前回手術で脾湾曲受動されており、下行結腸から脾彎曲にかけて固定はなかった。直腸吻合部よりやや口側腸管は骨盤壁に癒着しており、同部と肝湾曲の2箇所は固定され、その間の結腸が高い可動性を有していた。過長かつ可動性の高い腸管が捻転の原因と判断し、吻合部を温存したままその口側の下行結腸を部分切除した。ICG蛍光法を用いて残存腸管の血流を確認し、小開腹創から機能的端々吻合で再建した。術後経過は良好で第13病日に退院し、以後再発は認めていない。
【考察】
左側結腸癌手術後の残存結腸軸捻転は稀であり、授動による腸管可動性の増大や固定性低下が発症に関与すると考えられる。既報は小数例にとどまるものの、内視鏡的整復や固定術、腸管切除などの治療戦略が報告されており、再発例では腸管切除が根治的と考えられる。本症例は発症当初は診断がつかなかったが、のちの内視鏡所見で軸捻転の診断に至った。原因不明の術後結腸閉塞は、残存結腸軸捻転の可能性も考慮すべきである。術式選択においては、腸管切除が可能な耐術能の有無、前回吻合部の位置、結腸の固定性や長さなどから、最善の方法を選択すべきである。また腸管切除時は、再建腸管の血流にも注意する必要がある。本症例では吻合部を温存した腸管部分切除を選択し、良好な経過を得た。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター11

## 一般演題（ポスター）21　症例：肛門疾患その他１

座長：畑 嘉高（畑肛門医院）

[P21-1] 異時性の鼠経リンパ節転移を来したS状結腸人工肛門部癌の1例

*白川 賢司[1]、小林 弘典[1]、石井 貴大[1]、柴田 浩輔[1]、倉岡 憲正[1]、豊田 和宏[1]、矢野 雷太[1]、橋本 泰司[1]、坂下 吉弘[1]、村上 義昭[1]、宮本 勝也[1] (1. 広島記念病院外科)

---

[P21-2] 分娩時肛門括約筋損傷（OASIS）による重度便失禁に対し、会陰横筋・球海綿体筋を含めた括約筋形成術が奏功した1例

*木村 熙伸[1]、田邊 太郎[1]、安藤 熙典[1]、若生 彩佳[1]、生沼 慎一郎[1]、笠木 紳矢[1]、北條 真鈴[1]、徳永 良太[1]、保母 貴宏[1]、大塚 耕司[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)

---

[P21-3] 陳旧性会陰裂傷に合併した直腸粘膜脱に対し二期的手術にて根治術を施行した1例

*中本 貴透[1]、植田 剛[1]、佐井 壯謙[1] (1. 佐井胃腸科肛門科)

---

[P21-4] 肛門部に発生した偽上皮腫様過形成の1例

*那須 聡果[1] (1. ウィメンズクリニック浦和)

---

[P21-5] 化学放射線療法で完全奏効を得た肛門管扁平上皮癌に対し、難治性放射線性会陰潰瘍のため腹会陰式直腸切断術を施行した1例

*西子 瑞規[1]、大島 健志[1]、小井土 耕平[1]、中村 和正[1]、間 浩之[1]、大端 考[1] (1. 静岡県立総合病院　消化器外科)

---

[P21-6] 経肛門的に摘出可能であった直腸異物(青パパイヤ)の1例

*増子 慧[1,2]、大町 貴弘[1,2]、阿部 正[1,2]、荒井 晶聖[1,2]、鈴木 衛[1]、衛藤 謙[2] (1. 三島中央病院、2. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

---

[P21-7] 肛門狭窄による排出障害を契機に発症したハルトマン術後残存直腸膿瘍および断端漏に対し側方内括約筋切開術（LSIS）が有効であった1例

*佐々木 春菜[1,2]、三國 夢人[2]、正司 裕隆[2]、小丹枝 裕二[2]、本間 直健[3]、川村 秀樹[2] (1. イムス札幌消化器中央総合病院外科、2. 北海道医療センター外科、3. 北海道医療センター呼吸器外科)

---

[P21-8] 肛門部二次性（疑い）乳房外Paget病の３症例

*須田 和義[1]、川﨑 俊一[1,2]、本橋 行[1,2]、田渕 崇伸[1,2,3]、菊田 信一[1,4]、後藤 悦久[2] (1. 川﨑病院肛門外科、2. 川崎病院、3. みと肛門クリニック、4. いわき泉肛門クリニック)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター11

**一般演題（ポスター）21　症例：肛門疾患その他 1**

座長：畑 嘉高（畑肛門医院）

## [P21-1] 異時性の鼠経リンパ節転移を来したS状結腸人工肛門部癌の1例

*白川 賢司[1]、小林 弘典[1]、石井 貴大[1]、柴田 浩輔[1]、倉岡 憲正[1]、豊田 和宏[1]、矢野 雷太[1]、橋本 泰司[1]、坂下 吉弘[1]、村上 義昭[1]、宮本 勝也[1] (1. 広島記念病院外科)

【はじめに】結腸腺癌からの鼠径リンパ節転移は極めて稀である。人工肛門癌は比較的稀であり、鼠径リンパ節転移を含むリンパ節転移を伴う症例はさらに稀である。その稀少性ゆえに、人工肛門癌に対する確立された手術手技は存在しない。本報告では、S状結腸人工肛門癌からの異時性鼠径リンパ節転移に対して鼠経リンパ節郭清術を施行し、良好な治療経過を得た症例を経験したので報告する。

【症例】症例は87歳の男性。患者は、28歳の時に直腸癌に対し腹会陰式直腸切断術を受けていた。人工肛門の腫脹および出血を主訴として当院を受診された。大腸内視鏡検査で人工肛門部位に出血を伴うType 2の腫瘍を認めた。生検の結果、中分化型管状腺癌が検出された。S状結腸人工肛門癌と診断し、腹腔鏡補助下S状結腸切除術(D3郭清)、人工肛門再造設術を施行した。術後6ヶ月時点の造影CT検査で、左鼠径部にリンパ節の腫大が認められた。血液検査では腫瘍マーカーCEAの増大を認めた。S 状結腸人工肛門癌の左鼠径リンパ節再発と診断し、左鼠径リンパ節郭清術を実施した。病理組織学的検査の結果、中分化型管状腺癌と判明した。組織学的所見は人工肛門癌に類似しており、S状結腸人工肛門癌からの異時性鼠径リンパ節転移と診断した。術後補助化学療法は患者の希望から施行しなかった。鼠経リンパ節郭清手術後から18カ月が経過しているが、再発することなく生存している。

【結語】本症例は、S状結腸人工肛門癌からの異時性鼠径リンパ節転移の最初の報告例であった。人工肛門癌の鼠径リンパ節転移に対しては、R0手術が可能であれば、鼠径リンパ節郭清が有効な治療法となりえる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)
2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター11
**一般演題（ポスター）21　症例：肛門疾患その他 1**
座長：畑 嘉高（畑肛門医院）

## [P21-2] 分娩時肛門括約筋損傷（OASIS）による重度便失禁に対し、会陰横筋・球海綿体筋を含めた括約筋形成術が奏功した1例

*木村 熙伸[1]、田邊 太郎[1]、安藤 熙典[1]、若生 彩佳[1]、生沼 慎一郎[1]、笠木 紳矢[1]、北條 真鈴[1]、徳永 良太[1]、保母 貴宏[1]、大塚 耕司[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)

【はじめに】
分娩時肛門括約筋損傷（Obstetric anal sphincter injuries：OASIS）は産後便失禁の主要な原因であるが、診断遅延例では括約筋の萎縮や周囲組織の瘢痕化により、機能再建が困難となることがある。今回、外・内肛門括約筋に加え、会陰横筋および球海綿体筋の連続性を意識した再建を行い、良好な肛門機能の回復を得た1例を経験したため報告する。
【症例】
34歳女性。初産。妊娠40週にて3,380gの男児を経膣分娩にて出産した。産後より便失禁を認めたが経過観察とされ、症状は遷延した。産後1年半で当院紹介となった。肛門内圧検査では最大随意収縮圧の著明な低下を認め、肛門超音波検査では外肛門括約筋および内肛門括約筋の断裂を認めた。陳旧性OASISによる便失禁と診断し手術を施行した。術中、外・内肛門括約筋の断裂に加え、会陰横筋および球海綿体筋の連続性の破綻を認めたため、これらを含めた解剖学的再建を行った。術後は便失禁症状の消失を認め、良好な経過を得ている。
【結語】
陳旧性OASISにおいては、単純な括約筋縫合にとどまらず、会陰横筋や球海綿体筋を含めた会陰体の再建を行うことが、肛門機能の回復に寄与する可能性がある。産後時間が経過した症例においても、適切な解剖学的再建により良好な機能改善が期待できる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)
2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター11
**一般演題（ポスター）21　症例：肛門疾患その他 1**
座長：畑 嘉高（畑肛門医院）

# [P21-3] 陳旧性会陰裂傷に合併した直腸粘膜脱に対し二期的手術にて根治術を施行した1例

*中本 貴透[1]、植田 剛[1]、佐井 壯謙[1] (1. 佐井胃腸科肛門科)

【はじめに】分娩時の会陰裂傷として直腸肛門に損傷が及ぶ第３度および第４度の高度なものは0.5%から7%に発症し，損傷直後に縫合処置されてもその後に便失禁・直腸膣瘻・総排泄腔様変形が発症することが知られている．今回，会陰裂傷後に総排泄腔様変形を伴った陳旧性会陰裂傷に発症した直腸粘膜脱に対し，二期的手術にて修復し得た1例を経験したので報告する。
【症例】75歳女性．約40年前の分娩時に会陰裂傷を発症し経過されていた．10数年前より便失禁を認めるようになり，排便時脱肛も認めるためかかりつけ医より当院紹介受診．受診時，膣と肛門間の皮膚及び括約筋は欠損し総排泄腔様変形を伴っており，また直腸粘膜脱も併発していた．直腸粘膜脱は11時方向に認め，膣と肛門間の皮膚が存在しないため粘膜脱部と膣粘膜が接するようになっており一期的に修復は困難と判断し，まずは皮弁形成および括約筋修復術にて会陰形成を行うこととした．皮弁形成のため皮膚をX字切開し，膣および直腸間を切離し剥離，外肛門括約筋断端を出来る限り剥離し直腸に巻き付けるように縫合し，皮弁は正中でオーバーラップするように縫合した．6か月経過し膣と肛門間の創部が安定した後に直腸粘膜脱に対し結紮切除術を施行し，術後２か月現在創部は問題なく経過している．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター11

**一般演題（ポスター）21　症例：肛門疾患その他 1**

座長：畑 嘉高（畑肛門医院）

## [P21-4] 肛門部に発生した偽上皮腫様過形成の1例

*那須 聡果[1] (1. ウィメンズクリニック浦和)

【背景】

偽上皮腫様過形成（pseudoepitheliomatous hyperplasia：PEH）は，慢性炎症，感染，外傷，腫瘍など様々な刺激に対する反応として生じる扁平上皮の著明な増殖性変化であり，組織学的に高分化型扁平上皮癌と類似する像を呈することがあるため鑑別診断上重要である。皮膚や口腔粘膜では比較的知られているが，肛門・肛囲領域における臨床報告は少なく，その臨床像は十分に明らかではない。

【症例】

症例は58歳女性。約1年前より肛門部の腫脹と疼痛を自覚していたが未受診で経過していた。約2か月前より排便後および清拭時の疼痛が増悪したため当院を受診した。肛門縁に軽度隆起した限局性病変を認め，触診で圧痛を伴っていた。明らかな膿瘍形成や痔瘻開口部は認めなかったが，腫瘍性病変の可能性も否定できなかったため，診断目的に局所麻酔下で切除生検を施行した。病理組織学的には扁平上皮の著明な肥厚と不規則な下方増殖を認めたが，細胞異型は軽度で異常分裂像や浸潤性増殖を欠いており，PEHと診断した。術後経過は良好で，疼痛は速やかに改善し，術後12か月の時点で再発は認めていない。

【考察】

本症例は，明らかな腫瘍性・感染性背景を伴わないにもかかわらず，疼痛を伴う限局性肛門病変として発症し，腫瘍性病変との鑑別を要した点が特徴的である。肛門部は排便や清拭などにより慢性的な機械刺激を受けやすく，本症例においてもこれらの持続的刺激が発生に関与した可能性が示唆された。また，PEHは臨床的・組織学的に扁平上皮癌やPaget病，尖圭コンジローマなどの悪性・前癌病変と類似する像を呈することがあり，診断に苦慮する場合がある。

【結語】

肛門部の限局性病変において腫瘍性病変を否定できない場合には，PEHも鑑別に考慮し，積極的な切除生検による病理学的評価が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター11

**一般演題（ポスター）21　症例：肛門疾患その他 1**

座長：畑 嘉高（畑肛門医院）

## [P21-5] 化学放射線療法で完全奏効を得た肛門管扁平上皮癌に対し、難治性放射線性会陰潰瘍のため腹会陰式直腸切断術を施行した1例

*西子 瑞規[1]、大島 健志[1]、小井土 耕平[1]、中村 和正[1]、間 浩之[1]、大端 考[1] (1. 静岡県立総合病院　消化器外科)

【はじめに】肛門管扁平上皮癌の標準治療は化学放射線療法（chemoradiotherapy：CRT）であり，高い完全奏効率により肛門機能温存が期待される。一方，CRT後に残存腫瘍や局所再発を認めた場合には，腹会陰式直腸切断術（abdominoperineal resection：APR）が救済手術として選択される。CRT後の残存・再発病変に対するAPRは確立した治療選択肢であるが，臨床的完全奏効（clinical complete response：cCR）例において放射線による難治性会陰潰瘍を原因としてAPRを要する症例はまれである。今回われわれは，CRT後cCRを得た肛門管扁平上皮癌において，難治性会陰潰瘍を認めたためAPRを施行した1例を報告する。
【症例】68歳女性。関節リウマチに対してプレドニゾロンを内服中であった。肛門管扁平上皮癌 cT2N1aM0 cStage IIIAに対し，マイトマイシンCおよび5-FU併用CRT（59.4Gy/33回）を施行しcCRを得た。CRT終了後より臀部痛が出現し，2か月後に肛門周囲に全周性皮膚潰瘍を認めた。皮膚科で放射線性皮膚潰瘍と診断され外用治療を行ったが改善に乏しく，潰瘍は進行した。生検では悪性所見を認めなかったが，癌遺残を完全には否定できなかった。また，疼痛による著しいQOL低下と日常生活制限を認めたため，腫瘍学的根治性と症状改善から手術適応と判断した。CRT施行6か月後，難治性会陰潰瘍に対しロボット支援APR＋左薄筋皮弁再建術を施行した。手術時間は10時間38分，出血量は100 mLであった。摘出標本に癌遺残はなく，病理学的にも完全奏効と判断された。術後は会陰創治癒に時間を要したが，術後80日目に退院し，術後6か月で創部は治癒した。現在，CRT後2年6か月で再発は認めていない。
【考察・結語】本症例ではCRT後にcCRを得たにもかかわらず，難治性会陰潰瘍と疼痛により著しいQOL低下を来した。cCR後でも癌遺残を完全には否定できず，症状改善と腫瘍学的根治性からAPRを選択した。関節リウマチおよびステロイド内服が放射線性皮膚障害の重症化に関与した可能性がある。CRT後cCR例でも，患者背景によっては重篤な放射線障害により外科的介入を要する症例がある。腫瘍制御のみならず，有害事象やQOLを踏まえた治療方針決定が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター11

**一般演題（ポスター）21　症例：肛門疾患その他 1**

座長：畑 嘉高（畑肛門医院）

## [P21-6] 経肛門的に摘出可能であった直腸異物(青パパイヤ)の1例

*増子 慧[1,2]、大町 貴弘[1,2]、阿部 正[1,2]、荒井 晶聖[1,2]、鈴木 衛[1]、衛藤 謙[2] (1. 三島中央病院、2. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

45歳男性。反復する直腸異物挿入歴あり。X年Y月、自慰目的に青パパイヤを経肛門的に挿入後、自己抜去不能となり救急要請された。腹部CT検査にて直腸内に直径９cmの表面整な楕円形異物を認めた。遊離ガスや腹水貯留は認めず、消化管穿孔は否定的であった。救急外来にて無麻酔下に用手的摘出を試みたが困難であったため緊急手術の方針とした。ジャックナイフ位、全身麻酔下にて筋弛緩を得たうえで肛門鏡を用いて視野を確保した。整形外科手術器械（単鋭鉤、単鈍鉤、骨把持鉗子、二双鉤）を使用して異物を把持し、操作中に裂けた異物は適宜摘出しつつ、腹部からの愛護的圧迫を併用することで経肛門的に摘出可能であった。摘出後に直腸粘膜の一部に損傷を認めたが軽度であり、術後に排便を確認したのち術翌日に退院となった。経肛門的直腸異物は性的嗜好を背景に男性に多いとされ、挿入される異物は多岐にわたる。医中誌Webにて「異物　パパイヤ」をキーワードに検索したところ該当する報告は認められなかった。摘出方法は症例により様々であり、経肛門的摘出、内視鏡的摘出、開腹手術などから状況に応じて選択される。経肛門的摘出においては、一般的な外科手術器械に限らず、異物の形状や材質に応じて他科の器械を工夫して使用した報告も散見される。直腸異物は報告に至らない症例も多いと推測されるが、羞恥心による受診遅延や異物形状により用手摘出が困難となり、腸管損傷や穿孔を来した例も報告されている。今回我々は青パパイヤによる直腸異物に対し、整形外科手術器械を用いることで開腹手術に至らず経肛門的に摘出することができた症例を経験した。比較的稀な症例であると考えられ、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(ポスター)
2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター11
**一般演題（ポスター）21　症例：肛門疾患その他 1**
座長：畑 嘉高（畑肛門医院）

## [P21-7] 肛門狭窄による排出障害を契機に発症したハルトマン術後残存直腸膿瘍および断端漏に対し側方内括約筋切開術（LSIS）が有効であった1例

*佐々木 春菜[1,2]、三國 夢人[2]、正司 裕隆[2]、小丹枝 裕二[2]、本間 直健[3]、川村 秀樹[2] (1. イムス札幌消化器中央総合病院外科、2. 北海道医療センター外科、3. 北海道医療センター呼吸器外科)

【諸言】

側方内肛門括約筋切開術（LSIS）は慢性裂肛に伴う肛門狭窄に対し，肛門内圧を低下させる目的で施行される術式である．今回，ハルトマン術後に肛門狭窄を契機として残存直腸内に膿瘍形成および直腸断端漏を来した症例に対し，LSISが有効であった1例を経験したので報告する．

【症例】

73歳女性．心肺停止で搬送され蘇生後，冠動脈造影にて急性心筋梗塞と診断されPCIを施行された．その後，全身状態不良の中でNOMIに伴う直腸穿孔を発症し，緊急でハルトマン手術が施行された．全身状態改善後，嚥下リハビリ目的に転院となった．転院後4ヶ月で臀部痛および発熱を主訴に当院を受診し，CTで残存直腸内に著明な液体貯留と直腸断端漏を認めた．

直腸診では肛門狭窄を認め，示指の挿入も困難であった．ネラトンチューブを挿入すると膿汁の排出を認めたことから，肛門狭窄による排出障害を背景に残存直腸内で内容物が貯留し感染を来し，残存直腸内圧上昇により断端漏を生じたと考えた．

ドレナージおよび抗菌薬投与により炎症は軽快したが，チューブ抜去後は再貯留が懸念された．根本的な排出障害の解除を目的としてLSISを施行し，術後は肛門の拡張が得られた．術後経過は良好で自宅退院となり，術後8ヶ月の経過で膿瘍再発や残存直腸内の液体貯留は認めていない．

【結語】

肛門狭窄に起因する残存直腸の排出障害に対して，LSISは低侵襲かつ有効な治療選択肢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(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター11

**一般演題（ポスター）21　症例：肛門疾患その他１**

座長：畑 嘉高（畑肛門医院）

## [P21-8] 肛門部二次性（疑い）乳房外Paget病の３症例

*須田 和義[1]、川﨑 俊一[1,2]、本橋 行[1,2]、田渕 崇伸[1,2,3]、菊田 信一[1,4]、後藤 悦久[2] (1. 川﨑病院肛門外科、2. 川崎病院、3. みと肛門クリニック、4. いわき泉肛門クリニック)

肛門外科診療において、二次性疑い乳房外Paget病３例を経験したので報告する。
【症例１】７２歳、女性
【主訴】かゆみ、ただれ感
【既往歴】高脂血症、ドライアイ
【現病歴】１ヶ月前よりかゆみ生じ、皮膚科診療受けるも良くならず受診。
【当科所見・経過】びらん伴い、浸潤した、比較的境界明瞭な皮疹を認め、軟膏治療で軽快せず、乳房外Paget病も疑い他の皮膚科紹介、生検の結果乳房外Paget病判明し、高次施設紹介となった。直腸、肛門に腫瘍認めず、免疫染色、mapping biopsyからpagetoid spread疑われ、直腸切断術施行されたが、術後病理では原発巣確認されず、最終診断：肛門部皮膚原発乳房外Paget病。術後11年現在再発なし。
【症例２】７１歳、女性
【主訴】肛門の周りがピリピリ
【既往歴】高血圧、高脂血症、不眠症
【現病歴】数週間来肛門の周りがピリピリし受診。
【当科所見・経過】辺縁がやや隆起し浸潤した境界明瞭な発赤を認めた。当科治療で改善なく、乳房外Paget病も疑い皮膚科紹介、生検の結果乳房外Paget病判明し、高次施設紹介となった。直腸、肛門に腫瘍認めず、免疫染色からはpagetoid spreadが疑われた。しかし、mapping biopsyの結果、口側病変歯状線レベルのため、肛門周囲皮膚、肛門管粘膜切除術、分層植皮、回腸瘻増設術施行された。術後病理では原発巣確認されず、最終診断：肛門部皮膚原発乳房外Paget病。術後9年現在再発なし。
【症例３】６０歳、女性
【主訴】肛門付近のできもの
【既往歴】3、4年前、子宮頚がん：広汎子宮全摘、膣断端再発放射線治療後
【現病歴】1年前から『あせも』様のできもの。一時膿様分泌液あり受診。
【当科所見・経過】やや隆起、硬結を伴う境界明瞭な発赤局面認めた。乳房外Paget病を疑い生検し乳房外Paget病判明し、高次施設紹介となった。直腸、肛門に腫瘍認めないが、免疫染色からはpagetoid spreadが疑われ、直腸切断術提案されたが、患者さん希望で、他高次施設紹介され、肛門管ESD、皮膚局所切除術施行された。術後病理では円柱上皮領域にcarcinoma確認され、今後残存粘膜に病変出現注視の方針。
肛門皮疹だけであっても、乳房外Paget病も二次性含め、鑑別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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター11

## 一般演題（ポスター）22　症例：転移・再発 1

座長：野中 隆（長崎大学　外科学講座　大腸・肛門外科）

[P22-1] 早期大腸癌EMR13年後のリンパ節再発と判明した巨大腸間膜腫瘍の一例

*日笠 兼太郎[1]、岡田 倫明[1]、堀田 健太[1]、西田 和樹[2]、野村 明成[1] (1. 大阪赤十字病院消化器外科、2. 京都大学大学院医学研究科外科学講座肝胆膵・移植外科学分野)

[P22-2] 尿管浸潤を伴う直腸癌局所再発に対して回腸間置による尿路再建を併施した腹腔鏡下salvage手術の1例

*山本 匠[1]、福長 洋介[1]、北川 祐資[1]、三城 弥範[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]、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. 関西医科大学附属病院下部消化管外科)

[P22-3] 上行結腸癌術後に出現した孤立性脾転移に対し脾門リンパ節を含めたen bloc切除を施行した1例―非典型的画像所見を呈した脾病変に対する診断的治療の意義―

*藤野 聖人[1]、榎本 正統[1]、渡邉 賢之[1]、笠井 麻衣[1]、永山 可琳[1]、下田 陽太[1]、瀧下 智恵[1] (1. 戸田中央総合病院)

[P22-4] 左側大腸癌根治切除後5年で傍大動脈リンパ節再発をきたし、化学療法後に切除を施行した1例

*長田 俊一[1]、貴島 孝[1]、船橋 公彦[1] (1. 横浜総合病院　消化器外科)

[P22-5] 直腸癌術後10年で切除した結腸人工肛門部再発の1例

*松本 遼平[1]、小林 徹夜[1]、田辺 義明[1]、金井 秀樹[1]、菅野 宏[1] (1. 新百合ヶ丘総合病院消化器外科)

[P22-6] 閉塞性大腸癌のステント逸脱後にS状結腸癌切除術施行後、早期吻合部再発を来した1例

*藤井 あゆみ[1]、氏家 大輔[1]、八子 博貴[1]、川又 崇弘[1]、深井 智司[1]、佐藤 孝洋[1]、伊藤 美郷[1]、門馬 智之[1] (1. 福島県立医科大学付属病院消化管外科学講座)

[P22-7] 術後6年2か月無再発生存中の横行結腸癌術後孤立性大網転移の１例

*小野 千尋[1]、青木 一浩[1]、杉田 久記[1] (1. 三和会東鷲宮病院　外科)

[P22-8] 肛門痛と解釈された症状に潜む診断バイアス―再評価により仙骨転移性骨腫瘍を診断した一例―

*山口 恵実[1] (1. 出雲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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター11

**一般演題（ポスター）22　症例：転移・再発 1**

座長：野中 隆（長崎大学　外科学講座　大腸・肛門外科）

## [P22-1] 早期大腸癌EMR13年後のリンパ節再発と判明した巨大腸間膜腫瘍の一例

*日笠 兼太郎[1]、岡田 倫明[1]、堀田 健太[1]、西田 和樹[2]、野村 明成[1] (1. 大阪赤十字病院消化器外科、2. 京都大学大学院医学研究科外科学講座肝胆膵・移植外科学分野)

【はじめに】大腸癌治癒切除後の再発は95%以上が5年以内であり、5年を超えて再発を来すことはまれである。今回我々は巨大腸間膜腫瘍として発見され、後に13年前に施行されたEMR後の大腸癌リンパ節再発と判明した1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。【症例】70歳代男性。嘔気を主訴に来院され、CT検査でS状結腸間膜内に60mm大の腫瘍を認めた。上下部内視鏡で腫瘍性病変は指摘されず、PET/CTで異常集積（SUV max：10.3）を認めた。悪性リンパ腫、転移性リンパ節、GIST、神経原性腫瘍などを鑑別に挙げ、診断的治療目的に郭清を伴う腹腔鏡補助下S状結腸切除術を施行した。病理結果は中分化腺癌で、大腸癌のリンパ節転移を疑う所見であった。切除腸管には腫瘍性病変を認めなかった。術後の詳細な問診により13年前にS状結腸Ip早期癌に対するEMR歴が判明した。切除時の病理結果はSM 3mm、ly（+）、断端陰性で追加切除適応であったが切除は行わず通院を自己中断していた。EMR切除標本と切除リンパ節標本の組織学的な形態が類似しており、EMR後のリンパ節再発と診断した。術後補助化学療法は行わず、現在術後3年半で無再発経過中である。【考察】T1大腸癌の内視鏡切除後のうち、SM深部浸潤や脈管侵襲陽性であれば外科的な追加切除が推奨される。EMR後追加切除適応の症例では再発率において、追加切除非施行群では7.1%と追加切除施行群での2.5%と比較して再発率が高いことが報告されている。追加切除適応で追加切除非施行の場合は、内視鏡のみならずCTや腫瘍マーカーを定期的に測定し、5年間のフォローアップが推奨されている。本例は大腸癌EMR後の外科的追加切除未施行例に生じた晩期リンパ節再発であり、文献的にもまれである。腸間膜腫瘍の鑑別では、患者が内視鏡治療を癌治療と認識していない可能性を念頭に、過去の内視鏡治療歴まで確認すべきである。【結語】S状結腸早期癌に対するEMR後13年でリンパ節再発を来した1例を経験した。腸間膜腫瘍では大腸癌晩期再発を鑑別に挙げ、治療歴を丁寧に聴取することが重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター11

**一般演題（ポスター）22　症例：転移・再発 1**

座長：野中 隆（長崎大学　外科学講座　大腸・肛門外科）

## [P22-2] 尿管浸潤を伴う直腸癌局所再発に対して回腸間置による尿路再建を併施した腹腔鏡下salvage手術の1例

*山本 匠[1]、福長 洋介[1]、北川 祐資[1]、三城 弥範[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]、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. 関西医科大学附属病院下部消化管外科)

【はじめに】直腸癌局所再発（local recurrence of rectal cancer：LRRC）に対する根治切除では，周囲浸潤臓器の合併切除と再建を要することがあり，手術難度は高い．今回，総腸骨動脈前面に再発し左尿管浸潤を伴ったLRRCに対し，腹腔鏡下低位前方切除術，尿管合併切除，回腸間置による尿路再建を施行したので報告する．

【症例】81歳男性. 3年前に直腸S状部癌に対して腹腔鏡下高位前方切除術が施行された. 病理診断はpT3N1bM0，pStage IIIBであったが, 患者希望により術後補助化学療法は施行されなかった. 術後サーベイランスのCT画像検査で左総腸骨動脈分岐部前面に約20mmの再発病変を認め, 直腸, 左尿管への浸潤を認めた．左水腎症をきたしていたため, 腎瘻造設後, 化学療法（FOLFOX＋Bmab）が施行されたが, 3コ―ス目に副作用のため継続困難となった. PET-CTで遠隔転移を認めなかったことから根治切除の方針となり, 腹腔鏡下低位前方切除術および左尿管合併切除術が施行された.左尿管切除後は, 約10cmの回腸間置で尿路再建が行われた. 手術時間は441分，出血量は102mLであった．術後は麻痺性イレウスを認めたが保存的加療で軽快し，腎機能低下もなく経過し, 術後20PODに軽快退院となった．病理学的検索においては, 右総腸骨動脈剥離断端近くまで腺癌細胞を認めたが, 肉眼的には剥離面は陰性と判断した. 術後1年時点で無再発生存中である．

【考察】LRRCに対する外科的切除ではR0切除が予後改善に重要であり，外科的侵襲度を考慮したうえで切除可能例では手術を検討すべきである．本症例では，術前診断において，尿管欠損長を踏まえて回腸間置を選択することで，腎機能を温存できた. また温存すべき臓器との剥離に関しても術前診断が重要となり, 本症例では剥離面陰性が腹腔鏡下手術で可能であった.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター11

**一般演題（ポスター）22　症例：転移・再発 1**

座長：野中 隆（長崎大学　外科学講座　大腸・肛門外科）

## [P22-3] 上行結腸癌術後に出現した孤立性脾転移に対し脾門リンパ節を含めたen bloc切除を施行した1例―非典型的画像所見を呈した脾病変に対する診断的治療の意義―

*藤野 聖人[1]、榎本 正統[1]、渡邉 賢之[1]、笠井 麻衣[1]、永山 可琳[1]、下田 陽太[1]、瀧下 智恵[1] (1. 戸田中央総合病院)

大腸癌の遠隔転移は肝・肺に多く、脾転移は稀である。特に孤立性脾転移は報告が限られており、画像所見が非典型的な場合には良性脾病変との鑑別に難渋する。今回われわれは、上行結腸癌術後の経過観察中に出現し、診断的切除により確定診断に至った孤立性脾転移の1例を経験したため報告する。
症例は80歳代男性。上行結腸癌に対して腹腔鏡下回盲部切除術・D3郭清を施行した。病理組織学的診断は粘液癌成分を伴う腺癌、pT4aN1bであり、リンパ節転移を3/23個に認めた。術後補助化学療法としてCapOX療法を8コース施行した。術後約3年の経過観察中、CTで脾臓に低吸収性腫瘤を認め、MRIではT2高信号、ADC高値を示し、造影効果は明らかでなかった。PET-CTでは軽度FDG集積にとどまり、腫瘍マーカーの明らかな上昇も認めなかったため、嚢胞性病変やリンパ管腫などの良性疾患も鑑別に挙がった。一方で、上行結腸癌術後であり転移性病変を否定できなかった。画像上、他臓器転移を認めず、切除可能な孤立性脾病変と判断した。さらに病変が脾門部に近接していたことから、脾門部リンパ節転移の可能性も考慮し、診断的治療を目的として、腹腔鏡下に脾門リンパ節を含めて脾臓および膵尾部をen blocに切除した。
病理組織学的には大腸癌由来の転移性腺癌と診断され、脾門リンパ節にも転移を認めた。免疫組織化学的にはCK20陽性、CDX-2一部陽性であり、大腸癌由来として矛盾しない所見であった。術後経過は良好であり、術後7ヶ月現在、明らかな再発を認めていない。
大腸癌の孤立性脾転移は稀であり、画像上良性病変を示唆する所見を呈する場合には診断が困難である。本症例では、T2高信号、ADC高値、軽度FDG集積といった非典型的所見を呈しており、画像診断のみで転移を除外することは困難であった。大腸癌術後に出現した孤立性脾病変では、画像上良性様所見を呈する場合でも転移を念頭に置く必要があり、診断困難例においては外科的切除が確定診断および局所制御の両面で有用な選択肢となり得る。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター11

**一般演題（ポスター）22　症例：転移・再発 1**

座長：野中 隆（長崎大学　外科学講座　大腸・肛門外科）

## [P22-4] 左側大腸癌根治切除後5年で傍大動脈リンパ節再発をきたし、化学療法後に切除を施行した1例

*長田 俊一[1]、貴島 孝[1]、船橋 公彦[1] (1. 横浜総合病院　消化器外科)

【はじめに】
大腸癌術後の傍大動脈リンパ節（PALN）再発は比較的まれであり、特に術後5年以降の晩期再発の報告は少ない。今回、左側大腸癌根治切除後5年でPALN再発をきたし、化学療法後に切除を施行しえた1例を経験したので報告する。
【症例】
50代女性。2019年、左側結腸癌に対して根治切除を施行（pStage IIa）。術後補助化学療法はUFT/UZEL施行し、外来経過観察中であった。術後5年目の定期検査にてCEA上昇および画像上傍大動脈リンパ節腫大を認め、PET/CTで腹部大動脈左側にFDGの集積を認める腫大リンパ節を認め、PALN再発と診断した。全身検索では他部位への転移を認めなかった。再発後は全身化学療法を開始し、FOLFOX3コース後に、切除（PALN郭清術）を施行した。可及的に硬結したリンパ節をen blocに切除した。切除標本の病理組織学的検索では、リンパ節転移巣は中分化腺癌であり、切除縁まで腫瘍の露出を認めた。術後補助化学療法は希望されず、現在術後1年無再発生存中である。
【考察・結語】
大腸癌術後の晩期PALN再発に対しては、化学療法による腫瘍縮小後の転換切除がR0切除達成に有用である可能性がある。孤立性再発例においては積極的な局所治療を検討する意義があり、今後の症例の蓄積と長期予後の検討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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター11

**一般演題（ポスター）22　症例：転移・再発 1**

座長：野中 隆（長崎大学　外科学講座　大腸・肛門外科）

## [P22-5] 直腸癌術後10年で切除した結腸人工肛門部再発の1例

*松本 遼平[1]、小林 徹夜[1]、田辺 義明[1]、金井 秀樹[1]、菅野 宏[1] (1. 新百合ヶ丘総合病院消化器外科)

【背景】
直腸癌術後の人工肛門部再発は比較的稀な病態であり，特に術後10年という長期経過後の発生は極めて稀である．今回我々は、直腸癌に対する腹会陰式直腸切断術(Miles手術)後10年で人工肛門部再発を来した1例を経験したので，文献的考察を加えて報告する．
【症例提示】
患者は82歳男性である．10年前に便通異常を主訴に当科外来受診され，精査の結果，局所進行直腸癌と診断された．術前化学療法施行後にMiles手術が施行された．病理組織学的診断はRa, type5, 37×33 mm, 50%, tub1, pT3(SS), INF b, Ly0, v0, pPM0, pDM0, pRM0, pN0, pStage Ⅱ aであった．その後定期的な通院およびストマ外来でのフォローアップを継続し術後8年無再発で経過され．当科終診となっていた．
術後10年目に人工肛門周囲部の腫瘤を主訴に当科外来受診された．人工肛門４時方向に30×30mm大の腫瘤性病変を認めた．同部位から生検したところ，初回手術時と同様の組織像を認め，病理学的に直腸癌の人工肛門部再発と診断された．全身検索で明らかな遠隔転移やその他切除不能因子を認めなかったため，手術にて切除の方針とした．腫瘍切除術，人工肛門閉鎖術および人工肛門再造設術を施行した．手術時間は114分，出血量は少量であった．術中特記すべき有害事象なく終了した．術後経過良好であり術後15日目に自宅退院された．現在まで定期診察を継続しているが，術後3年間無再発経過中である．
【結論】
直腸癌術後10年での人工肛門部再発という稀な病態を経験した．長期経過後であっても人工肛門部の観察は重要である．再発の可能性を念頭に置いたフォローアップが必要であり，多職種連携による継続的な観察が早期発見において極めて重要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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター11

**一般演題（ポスター）22　症例：転移・再発 1**

座長：野中 隆（長崎大学　外科学講座　大腸・肛門外科）

## [P22-6] 閉塞性大腸癌のステント逸脱後にS状結腸癌切除術施行後、早期吻合部再発を来した1例

*藤井 あゆみ[1]、氏家 大輔[1]、八子 博貴[1]、川又 崇弘[1]、深井 智司[1]、佐藤 孝洋[1]、伊藤 美郷[1]、門馬 智之[1] (1. 福島県立医科大学付属病院消化管外科学講座)

はじめに：閉塞性大腸癌に対するステントの逸脱率は3~22%と報告されているが、ステント逸脱と術後の吻合部再発との関連を示唆する報告は少ない。今回我々はステント逸脱が関与した可能性のある術後早期吻合部再発を経験したので報告する。
症例：73歳女性、濾胞性リンパ腫寛解後で当院血液内科にてフォロー中。2024年X-1月腹痛を主訴に当院を受診し、下部消化管内視鏡検査でS状結腸に全周性の3型腫瘍を認めステント留置を施行した(生検:tub1-tub2)。1本目のステントは口側に逸脱したため再度狭窄部にステントを留置した。X月に開腹S状結腸切除術(DST再建)施行、術後16日目に退院した。病理はpT3N2bM0 pStageIIIc, RAS/BRAF:野生型, MSI:陰性, HER2:陰性であった。術後は低栄養とPS低下持続のため補助療法は行わずに経過観察していたが、排便過多が持続しておりX+5月に下部内視鏡検査を施行したところ吻合部に全周性潰瘍・肉芽形成を認め、生検でtub2、吻合部再発の診断となった。X+6月に開腹ハルトマン手術を施行し、病理はtub2, T3,Ly0, V1b, R0で初回手術の再発として矛盾しなかった。術後X+1年のCTで肝転移、大動脈周囲リンパ節再発疑いの診断で分子標的薬併用化学療法施行中である。
考察：閉塞性大腸癌に対するステント逸脱率は約3〜22%と報告されている。一方、大腸癌術後の吻合部再発は1〜3%と比較的稀であり、再発までの期間は通常6〜24ヶ月とされる。本症例は術後5ヶ月と極めて早期に吻合部再発を来しており、吻合部再発のリスク因子として知られる腫瘍細胞のimplantationが関与した可能性が考えられる。特に本例ではステント逸脱および再留置に伴う機械的刺激や腫瘍細胞の散布が、吻合部への生着を促進し短期間での再発につながった可能性も疑われた。
結論：ステント逸脱による影響が考えられた、術後早期に吻合部再発を来したS状結腸癌の1例を経験した。ステント留置の腫瘍への影響は未だ議論がの余地があるが、ステント留置後合併症と再発との関連について文献的考察を踏まえて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター11

**一般演題（ポスター）22　症例：転移・再発 1**

座長：野中 隆（長崎大学　外科学講座　大腸・肛門外科）

## [P22-7] 術後6年2か月無再発生存中の横行結腸癌術後孤立性大網転移の１例

*小野 千尋[1]、青木 一浩[1]、杉田 久記[1] (1. 三和会東鷲宮病院　外科)

術後6年2か月無再発生存中の横行結腸癌術後孤立性大網転移の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。症例は44歳女性。2018年4月脾弯曲部横行結腸癌に対して腹腔鏡補助下結腸左半切除術を施行した（肉眼所見はpT4、病理所見はType 2, 30x25mm, 71%, 中分化型腺癌, pT3, ly0, v1, PN1a, pNo(0/14), StageⅡ）。その後外来で経過観察を受けていたが、2019年1月術後正常値化していたCEA値（術前39.7ng/mL）が5.5ng/mLに再上昇した。腹部CT検査を施行したところ左側腹部に14.5x13.7mm大の腫瘤を認めた。PET-CT検査を追加施行したところ同部位のみに12x10mm大の集積を認め孤立性腹膜再発と診断した。同年2月手術目的に入院となった。手術所見は臍部と下腹部に2ポートを挿入し腹腔内を観察した。ダグラス窩に少量の腹水貯留を認め洗浄細胞診を行ったが(結果ClassⅢ)ダグラス窩や横隔膜面など観察可能範囲に転移を思わせる所見は認めなかった。左傍結腸溝に落ち込んでいた大網を引き出すと表面に血管増生を伴う腫瘤を認め孤立性大網転移と診断した。小開腹をおき腫瘤とともに大網を部分切除した。病理所見は20x15x10mm大の充実性腫瘍で一部粘液を産生する中分化型腺癌であった。初回手術の腫瘍と同一の組織像で大網転移と診断した。術後SOX療法を行ったが副作用により1コースで終了、S-1単剤投与に変更するも4コースで中止を余儀なくされた。現在術後6年2か月経過しているが再発所見は認めていない。孤立性大網転移の報告例は少なく医学中央雑誌等で検索した結果本症例が3例目と考えられたが本症例のような6年を超える長期経過観察例の報告はなかった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター11

**一般演題（ポスター）22　症例：転移・再発 1**

座長：野中 隆（長崎大学　外科学講座　大腸・肛門外科）

## [P22-8] 肛門痛と解釈された症状に潜む診断バイアス―再評価により仙骨転移性骨腫瘍を診断した一例―

*山口 恵実[1] (1. 出雲市立総合医療センター)

【はじめに】肛門痛は日常診療で頻繁に遭遇するが、患者表現の医療用語への置換に伴う認識のずれや、症状名による先入観が診断過程に影響することがある。今回、用語の固定化が診断の盲点となり、再評価により仙骨転移性骨腫瘍と判明した一例を報告する。
【症例】70歳代男性。1年前より「おしりの痛み」を自覚し、複数の医療機関を受診したが、肛門に器質的異常は認めなかった。初診時に医療者が症状を「肛門痛」と言い換え、以降は患者も同表現を用いていた。激痛のため当院へ救急搬送され、肛門痛として外科へ紹介された。直腸診・肛門鏡検査で異常を認めず、疼痛の再現も得られなかった。神経障害性疼痛や機能性直腸肛門痛も念頭に置きつつ、骨盤部MRI検査を予定した。1週間後に食事摂取困難で入院となった。入院時の胸腹部CT検査で肝腫瘍を認めた。骨盤部MRI検査では前立腺病変が疑われたが疼痛の原因は不明であった。入院中、診察中に疼痛の訴えがあり、痛みは肛門ではなく腰仙部から左臀部・大腿に及ぶことが判明し、腰仙椎CT検査で仙骨転移性骨腫瘍を認めた。肝腫瘍生検では胆管癌や神経内分泌腫瘍が疑われたが確定診断には至らず、原発不明癌と診断した。骨腫瘍に対し放射線治療が施行されたが、その後全身状態悪化により永眠された。
【考察】本症例では、初診時の「おしりの痛み」という局在の広い訴えが「肛門痛」という医療用語へ集約されたことで、診断バイアスが生じたと考えられる。この用語の固定化により、病変の想定部位が肛門周囲に限定され、結果として病変部位の再検討が十分になされなかった可能性がある。また、診察時に疼痛が再現されなかったことも、局在評価を困難にした一因である。器質的異常を認めない場合には、症状表現が実際の病態や解剖学的広がりを十分に反映していない可能性を常に考慮する必要がある。
【結語】主訴の医療用語への置換は診断バイアスを生じ得る。「肛門痛」という言葉に固執せず、患者の言葉に立ち返った症状の再評価と局在の再確認が重要である。非典型例や難治例では、広範な鑑別と適切な画像検査を行うことが、診断精度の向上や適切な治療介入に不可欠である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター12

## 一般演題（ポスター）23　症例：直腸肛門術後合併症

座長：福永 光子（大腸肛門病センター高野病院消化器外科）

[P23-1] 直腸癌術後会陰ヘルニアに対するbarbed sutureによる全周連続縫合とICG蛍光尿管同定を併用した腹腔鏡下修復術の1例

*米澤 博貴[1] (1. 太田西ノ内病院外科)

---

[P23-2] 直腸癌術後の吻合部完全閉塞に対して双方向的内視鏡下穿刺切開拡張術が有効であった1例

*東條 峰之[1]、篠原 翔一[1]、利府 数馬[1]、本間 祐子[1]、太白 健一[1]、伊藤 誉[1]、味村 俊樹[1]、山下 裕玄[1]、山口 博紀[1]、林 芳和[2]、矢野 智則[2] (1. 自治医科大学消化器一般移植外科、2. 自治医科大学消化器肝臓内科)

---

[P23-3] 自動吻合器のチタン合金に対する過剰な異物反応を起点とし、広範な腸間膜硬化を来した1例

*松村 篤[1]、田中 光来[1]、安藤 淳仁[1]、松原 大樹[1]、望月 聡[1]、宮川 公治[1] (1. 京都済生会病院)

---

[P23-4] ALTA療法後に膿瘍形成を来した３例

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

---

[P23-5] 痔核硬化治療剤ALTA投与後の直腸潰瘍に対し、漢方治療が著効した1例

*田澤 賢一[1]、松本 茂樹[1]、飯島 靖博[1]、山野 格寿[1]、神山 公希[1]、志村 国彦[1]、新井 圭一[2]、長谷川 亮[2]、山下 巌[3]、川井 貴美子[2]、松嶋 成志[2]、藤井 努[4] (1. 社会医療法人社団三思会東名厚木病院消化器外科、2. 社会医療法人社団三思会東名厚木病院消化器内科、3. 社会医療法人社団三思会冬目宇厚木病院救急科、4. 富山大学附属病院消化器・腫瘍・総合外科)

---

[P23-6] ロボット支援下直腸手術における尿道損傷の2例 ― 多関節機能に伴う新たなpitfall ―

*森 貴志[1]、田口 航大[1]、小玉 爽太[1]、西村 隆則[1]、須賀 悠介[1]、永井 元樹[1] (1. 国保旭中央病院)

---

[P23-7] Delorme＋Thiersch法後に再発をきたし、脱出腸管穿孔を認めた1例

*杉本 光司[1]、山下 祥子[1]、高田 厚史[1]、鷹村 和人[1]、佐藤 宏彦[1] (1. JA徳島厚生連吉野川医療センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター12

**一般演題（ポスター）23　症例：直腸肛門術後合併症**

座長：福永 光子（大腸肛門病センター高野病院消化器外科）

## [P23-1] 直腸癌術後会陰ヘルニアに対するbarbed sutureによる全周連続縫合とICG蛍光尿管同定を併用した腹腔鏡下修復術の1例

*米澤 博貴[1] (1. 太田西ノ内病院外科)

【背景】会陰ヘルニアは稀な合併症であるが，近年は腹腔鏡手術の普及に伴い発生頻度の増加が報告されており，術後癒着の軽減もその一因と考えられている。メッシュ固定方法には一定の見解がなく，タッカーは簡便である一方，臓器損傷のリスクが指摘されている。
【症例】症例は76歳男性。直腸癌に対して腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術を施行後，6か月で会陰部膨隆を認め，増大傾向のため手術加療の方針とした。
【手術】骨盤内再手術であり解剖学的構造の同定が困難となる可能性を考慮し，術前にICG蛍光尿管ステントを留置した。腹腔鏡下に手術を施行し，ヘルニア門は約7×5 cmであった。ベントトラライトSTをヘルニア門に合わせてトリミングし，仙骨前面に固定した後，V-Loc™を用いて全周連続縫合によりメッシュ固定を行った。
【結果】術後に漿液腫を認めたが外来で1回のドレナージで軽快し，術後9か月時点で再発は認めていない。
【考察】会陰ヘルニア修復におけるメッシュ固定はタッカーや結節縫合が主流であるが，固定時の臓器損傷やテンションのばらつきが問題となる。本症例ではbarbed sutureによる全周連続縫合を用いることで簡便かつ均一なテンションでの固定が可能であった。またICG蛍光尿管同定を併用することで安全に施行し得た。
【結語】本手技は会陰ヘルニア修復における再現性の高い有用な選択肢となり得る。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター12

**一般演題（ポスター）23　症例：直腸肛門術後合併症**

座長：福永 光子（大腸肛門病センター高野病院消化器外科）

## [P23-2] 直腸癌術後の吻合部完全閉塞に対して双方向的内視鏡下穿刺切開拡張術が有効であった1例

*東條 峰之[1]、篠原 翔一[1]、利府 数馬[1]、本間 祐子[1]、太白 健一[1]、伊藤 誉[1]、味村 俊樹[1]、山下 裕玄[1]、山口 博紀[1]、林 芳和[2]、矢野 智則[2] (1. 自治医科大学消化器一般移植外科、2. 自治医科大学消化器肝臓内科)

症例は55歳男性。同時性肺転移を伴う直腸癌に対し、腹腔鏡下低位前方切除術および回腸人工肛門造設術を施行した。術後経過は良好で第14日目に退院した。初回手術2か月後に胸腔鏡下肺部分切除術を施行し、R0切除を得た。その後、カペシタビンによる術後補助化学療法を8コース施行した。化学療法終了、人工肛門閉鎖前評価の直腸造影で吻合部から口側へ造影剤通過を認めなかった。大腸内視鏡検査で直腸は完全閉塞し、吻合部は不明瞭であった。直腸癌術後であり再吻合は困難と判断し、内視鏡的治療を選択した。回腸人工肛門から内視鏡を肛門側へ挿入し、吻合部近傍まで到達した。さらに経肛門的にも内視鏡を挿入し、双方向から透過光を用いて閉塞部位を確認した。口側内視鏡から透過光を照射し、肛門側内視鏡で閉塞部位を同定した。口側腸管と肛門側閉塞部の軸が一致していることを双方向から確認したうえで、肛門側から穿刺針を用いて閉塞部を穿通した。続いてニードルナイフで切開し、ITナイフナノで経約7㎜程度まで切開を拡大した後、拡張バルーンで12㎜まで拡張し、内視鏡通過が可能になった。造影剤の腸管外漏出がないことを確認し、経肛門的に吻合部指診でも吻合部が触知可能になった。処置後1週間は慎重に観察し、狭窄再燃や穿孔所見がないことを確認した。内視鏡で吻合部の開存を確認後、人工肛門閉鎖術を施行し、術後9日目に退院した。閉鎖後6か月の大腸内視鏡検査では、吻合部は良好に開大し、内視鏡の通過も容易であった。直腸癌術後の吻合部狭窄は時に経験するが、完全狭窄は稀である。完全閉塞では通常のバルーン拡張のみでは対応できず、閉塞部の穿通と切開を併用する必要がある。しかしながら、直腸術後の吻合部は肛門部と口側腸管の軸合わせが難しく、口側腸管の位置確認が不十分の切開は穿孔の危険を伴う。本症例では双方向的内視鏡アプローチにより口側腸管の位置と軸を確認し、透過光を指標として安全に穿刺・切開・拡張を行うことが可能であった。直腸癌術後の吻合部完全閉塞に対する本法は、低侵襲かつ有効な治療選択肢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(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター12

**一般演題（ポスター）23　症例：直腸肛門術後合併症**

座長：福永 光子（大腸肛門病センター高野病院消化器外科）

## [P23-3] 自動吻合器のチタン合金に対する過剰な異物反応を起点とし、広範な腸間膜硬化を来した1例

*松村 篤[1]、田中 光来[1]、安藤 淳仁[1]、松原 大樹[1]、望月 聡[1]、宮川 公治[1] (1. 京都済生会病院)

【はじめに】 チタン合金は生体適合性が高いとされるが、稀に過剰な異物反応を来す。今回、自動吻合器のステープルに対し劇症型の硬化性腸間膜炎を呈し、外科的切除を要した稀な1例を経験したため報告する。

【症例】 64歳女性。既往歴として3ヶ月前に人工内耳埋込術。下行結腸癌に対しロボット支援下結腸部分切除術（DST吻合）を施行した。術後9日目に退院したが、19日目に吻合部狭窄による通過障害で再入院となった。保存的治療に抵抗し、29日目に再手術を施行した。吻合部周囲の腸間膜は著明に硬化・肥厚し、後腹膜と強固に癒着していた。吻合部切除および再建（DST吻合）を行ったが、術後、横行結腸間膜血管茎の異常肥厚による十二指腸水平脚の圧迫閉塞と小腸閉塞を併発した。さらに、吻合部が再び狭窄した。再手術の病理組織学的所見は「異物反応とケロイド様の膠原線維過剰産生」であり、ステープルのチタン合金に対する過剰反応を疑った。 再手術後35日目に再々手術を施行した。吻合部から膵下縁に及ぶ中結腸動脈茎の著明な硬化・短縮を認め、これが十二指腸を圧迫し、吻合部が小腸を巻き込む複雑な腸閉塞を呈していた。金属ステープラーの使用を一切禁忌とし、吻合部および癒着小腸を摘出後、全て手縫いで再建した。術後、SSI等の合併症を認めたが、腸閉塞や狭窄は消失し、再々手術後34日目に退院となった。

【考察】 術後のチタン合金に対するパッチテストは陰性であったが、再々手術検体の偏光顕微鏡観察では微小金属片を貪食する異物肉芽腫が確認された。本症例は、チタン合金に対する金属アレルギー（IV型）は否定されたものの、ステープルという異物を起点として短期間に劇烈な組織増殖を来した硬化性腸間膜炎（Sclerosing mesenteritis）の病態と考えられた。本症例のように、金属テストが陰性であっても異物に対する過剰な線維化素因（Diathesis）を持つ症例が存在し、その場合は金属製デバイスの完全排除が唯一の根治策となり得ることが示唆された。

【結語】 ステープルへの過剰な異物反応から広範な腸間膜硬化を来した稀な1例を経験した。難治性の術後腸間膜線維化に対し、金属排除と手縫い再建が有効であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター12

**一般演題（ポスター）23　症例：直腸肛門術後合併症**

座長：福永 光子（大腸肛門病センター高野病院消化器外科）

## [P23-4] ALTA療法後に膿瘍形成を来した３例

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

【背景】
ALTA（硫酸アルミニウムカリウム・タンニン酸）注射療法は内痔核に対する低侵襲治療として広く普及しているが、注入層や投与量により合併症を来すことがある。今回、ALTA関連と考えられる膿瘍形成を呈した3例を経験したため報告する。
【症例】
症例1：46歳男性。ALTA（3時・7時 各10mL、計20mL）施行後より発熱・下血が持続。直腸潰瘍、穿孔および仙骨前～後腹膜膿瘍を形成し、2回のドレナージを要した。最終的に穿孔は改善し、痔瘻化は認めなかった。
症例2：39歳女性。ALTA（11時4mL、3時5mL、7時5mL）および外痔核切除後、約1か月で左臀部に硬結・疼痛出現。蜂窩織炎として加療されるも筋間膿瘍が疑われ、自壊排膿を認めた。排液は約3か月持続したが、痔瘻化は認めなかった。
症例3：39歳女性。痔核手術（11時切除＋ALTA3mL、3時5mL、7時5mL）後、約1か月で疼痛出現。画像上、括約筋周囲に及ぶ膿瘍形成を認め、切開排膿およびドレナージを施行し速やかに改善した。
【考察】
3例はいずれもALTA施行後数週以内に発症しており、薬剤の深達による組織障害と感染の関与が示唆される。特に症例1では1部位10mLと比較的高用量であり、筋層深部への影響が重篤化の一因と考えられた。一方、症例2・3のように比較的少量でも膿瘍形成を認めており、注入層の逸脱や局所循環障害も重要である。術後の発熱や疼痛持続は軽微な反応とせず、早期画像評価が必要である。
【結語】
ALTA治療後には重篤な膿瘍形成や穿孔を来すことがあるが、膿瘍形成を認めても必ずしも痔瘻化するとは限らない。適切なドレナージと保存的加療により改善が期待でき、注入手技の厳密な管理と慎重な術後観察が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター12

**一般演題（ポスター）23　症例：直腸肛門術後合併症**

座長：福永 光子（大腸肛門病センター高野病院消化器外科）

## [P23-5] 痔核硬化治療剤ALTA投与後の直腸潰瘍に対し、漢方治療が著効した1例

*田澤 賢一[1]、松本 茂樹[1]、飯島 靖博[1]、山野 格寿[1]、神山 公希[1]、志村 国彦[1]、新井 圭一[2]、長谷川 亮[2]、山下 巌[3]、川井 貴美子[2]、松嶋 成志[2]、藤井 努[4] (1. 社会医療法人社団三思会東名厚木病院消化器外科、2. 社会医療法人社団三思会東名厚木病院消化器内科、3. 社会医療法人社団三思会冬目宇厚木病院救急科、4. 富山大学附属病院消化器・腫瘍・総合外科)

症例は70歳代、男性。既往症：心筋梗塞、DOAC内服中。30年以上の内痔核の肛門脱出を主訴に他院受診、0時方向に`III度の内痔核を認め、同部に計16ml(4-4-4-4)の硫酸アルミニウムカリウム・タンニン酸注射液(以下、ALTA)を局所注入した。術後経過は良好も、術後35日目(以下、POD35と表記)に消化管出血を来し、約半周性の直腸潰瘍を認めた。ボスミンガーゼを肛門部に留置も継続的に出血、翌日(POD36)、潰瘍底部の露出血管に対し、凝固止血（バイポーラ）を行うも止血を得られず、POD40に再度出血、ふらつき転倒し、当院救急外来に救急搬送、肛門診察上、6時方向の直腸粘膜に潰瘍性病変を認め、ボスミンガーゼ留置した。絶飲食、補液、DOAC中止を行い、入院後4日目(POD43)にCF施行、6時方向に巨大な直腸潰瘍を認めた。ヘパリンNaを6,000単位/dayで再開、末梢静脈点滴のカロリーアップ(800kcal/day)を行うも組織修復不良であり、入院後13日目(POD52)からT-077(芎帰膠艾湯（きゅうききょうがいとう）内服、ボラザG軟膏、ヘルミチンS座薬を当よ開始、入院後21日目(POD60)、CF再度施行、直腸潰瘍底部は閉鎖、経口摂取再開、入院後24日目(POD63)にDOAC再開、再出血の無いことを確認後、入院後27日目(POD66)に退院可能となった。ALTA治療後の直腸潰瘍発生率は0.4-4.6%と報告され、多くは保存加療が可能である。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(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター12

**一般演題（ポスター）23　症例：直腸肛門術後合併症**

座長：福永 光子（大腸肛門病センター高野病院消化器外科）

## [P23-6] ロボット支援下直腸手術における尿道損傷の2例 ― 多関節機能に伴う新たなpitfall ―

*森 貴志[1]、田口 航大[1]、小玉 爽太[1]、西村 隆則[1]、須賀 悠介[1]、永井 元樹[1] (1. 国保旭中央病院)

【はじめに】
尿道損傷は、直腸癌手術に対するTaTME(transanal total mesorectal excision)において重大な合併症として知られている。一方，ロボット支援下直腸手術における尿道損傷は十分認識されていない。ロボット手術では多関節機能により骨盤深部の操作性が向上し、従来では腹腔側からは到達困難な前立腺・尿道側へのアプローチも可能にした。今回，腹腔側ロボット操作に起因した尿道損傷の2例を経験したため報告する。

【症例】
症例１：術前治療未施行の直腸癌Rbに対しロボット支援下腹会陰式直腸切断術(RAAPR)を施行した。検体の切除はできたが、直腸前壁剥離時に剥離層を誤認しており、切除後の観察で前立腺背側が正中で裂開し，中間部から尖部にかけて尿道が露出していた。尿道粘膜の一部裂傷と尿道カテーテル露出を認め，会陰側より鏡視下に前立腺を縫合し尿道を被覆後，術中膀胱瘻を造設した。術後4か月で治癒し膀胱瘻を抜去した。

症例2：直腸癌Rb，前立腺浸潤に対しTotal Neoadjuvant Therapy(TNT)後、縮小が得られ，前立腺温存を企図したRAAPRを施行した。会陰は鏡視下併用で行った。会陰操作は尿道損傷を懸念して、前壁の剥離は最小限にした。腹腔側ロボット操作では、前立腺浸潤部の直腸前壁がTNTによる縮小で高度線維化を伴い剥離困難で，固い組織に切り込みながら検体を切除した。術中不明だったが、術後8日目に尿道損傷の診断となった。術中動画や病理検体を確認すると、腹腔側から前立腺側へ切り込んで尿道損傷を生じていた。長期尿道カテーテル留置でも改善せず膀胱瘻を造設した。術後9か月で臨床的に治癒と判断し膀胱瘻を抜去した。

【考察】
開腹手術や腹腔鏡手術では鉗子角度の制約から，膀胱授動なしに腹腔側から前立腺後面を切り込むことは容易でなかった。一方，ロボット手術では深部の操作性が向上した反面，意図せず前立腺・尿道側へ切り込む危険性がある。そのため厳密な術前画像や術式計画が求められるとも言える。検索した範囲では、ロボット支援下直腸手術での腹腔側からの尿道損傷は報告がなく、新たなピットフォールとして認識すべきと考えられ、術中動画や文献的考察を含めて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター12

**一般演題（ポスター）23　症例：直腸肛門術後合併症**

座長：福永 光子（大腸肛門病センター高野病院消化器外科）

## [P23-7] Delorme＋Thiersch法後に再発をきたし、脱出腸管穿孔を認めた1例

*杉本 光司[1]、山下 祥子[1]、高田 厚史[1]、鷹村 和人[1]、佐藤 宏彦[1] (1. JA徳島厚生連吉野川医療センター)

背景：
直腸脱に対する経肛門手術は、高齢者や全身状態の悪い患者にも比較的安全に施行できると考えられるため、術式選択での利点がある。しかしながら直腸脱の再発に加えて、Thiersch法に関連する合併症として、感染、緩み、露出などがある。今回、直腸脱再発時にThiersch法で使用したテープが露出し、脱出した直腸を絞扼して腸管穿孔を起こした症例を経験したので報告する。
症例：
70歳代、女性。当科受診10年前に直腸脱に対して、経肛門手術 (Delorme＋Thiersch法) が施行された。その後頻回に直腸脱を繰り返し、子宮脱も出現するようになっていたが、治療されていなかった。当科受診1週間前より直腸脱が強くなり、前日より痛み、発熱を認めた。全身状態良好であったが直腸脱の再発、子宮脱があり、脱出した直腸壁にThiersch法のテープが露出して絞扼しており、直腸後壁が切断されていた。手術は直腸後壁切断部の高さで全周性に脱出した腸管を切除し、腸管吻合を行い再建した。吻合部の状態を保つため、横行結腸人工肛門造設を行い、婦人科にて経膣的子宮全摘術を施行した。術後ストーマ管理に難渋したため、術後1ヶ月後に横行結腸人工肛門の閉鎖を行い、Wells変法にて直腸脱を修復した。術後2日目に排ガスあり、術後5日目より食事開始した。緩下剤を定期的に使用し、術後11日目に排便を認めた。術後17日目に自宅退院されたが、術後1ヶ月目の診察では緩下剤の使用下で定期的な排便、便意自覚の改善を認めた。術後3ヶ月目の診察では緩下剤使用なく、定期的な排便を認めた。肛門括約筋の働きは良く、一部に少し粘膜脱があるものの明らかな再発は認めなかった。
結語：
Delorme＋Thiersch法後に再発をきたし、脱出腸管穿孔を認めた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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター12

## 一般演題（ポスター）24　症例：ロボット手術 1

座長：平能 康充（埼玉医科大学国際医療センター　消化器外科）

[P24-1] ロボット支援下右半結腸切除・右腎切除・十二指腸部分切除を施行した局所進行上行結腸癌の1例

*渡邉 克隆[1] (1. 大同病院外科)

---

[P24-2] 開腹膀胱全摘後の上行結腸癌に対し、回結腸動静脈温存ロボット支援下結腸部分切除施行した一例

*渋谷 紀介[1] (1. 行田総合病院　外科)

---

[P24-3] bulkyリンパ節を伴う進行上行結腸癌に対しSMV遮断下に血管処理を行ったロボット支援下右半結腸切除の1例

*黒岩 光[1,2]、北里 賢司郎[1]、太田 智之[1]、アディクリスナ ラマ[1]、伊古田 正憲[1]、村田 一平[1]、坂本 承[1]、篠塚 恵理子[1]、峯田 章[1]、鶴田 好彦[1] (1. 千葉徳洲会病院、2. 獨協医科大学埼玉医療センター)

---

[P24-4] 13cm大膀胱浸潤直腸癌に対しロボット支援下腹側操作とtransanal approachを併用してtotal pelvic exenterationを施行した1例

*内藤 敦[1]、能浦 真吾[1]、吉原 輝一[1]、武田 和[1] (1. 堺市立総合医療センター)

---

[P24-5] 術前診断しロボット支援下直腸高位前方切除術を施行したPDM合併直腸癌の一例

*遠藤 英成[1]、城島 陽樹[1]、永山 敬士[1]、芦澤 舞[1]、長谷川 翔[1]、矢澤 貴[1]、旭 修司[1]、天野 穂高[1]、井上 典夫[1]、河野 浩二[2] (1. 会津中央病院外科、2. 福島県立医科大学消化管外科学講座)

---

[P24-6] ロボット支援下側方リンパ節郭清術後にドレーンの物理的刺激が原因と考えられた遅発性尿管損傷に対し、尿管ステント留置で保存的に治癒し得た1例

*森 友輔[1,2]、千田 峻[1]、北堀 有希[1]、滝口 千晶[1]、片方 雅紀[1]、佐藤 孝洋[1]、松本 拓朗[1]、氏家 大輔[1]、岡山 洋和[1]、門馬 智之[1]、河野 浩二[1] (1. 福島県立医科大学消化管外科学講座、2. 福島県立医科大学　会津医療センター消化器外科)

---

[P24-7] 内臓脂肪型肥満症例に対するロボット支援下左側大腸癌手術における、エンドラクターおよびインターナルオーガンリトラクターを用いた術野展開の工夫

*宮城 幹史[1]、江口 征臣[1]、平安名 智貴[1]、内間 恭武[2] (1. 南部徳洲会病院消化器外科、2. 中部徳洲会病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター12

**一般演題（ポスター）24　症例：ロボット手術 1**

座長：平能 康充（埼玉医科大学国際医療センター　消化器外科）

## [P24-1] ロボット支援下右半結腸切除・右腎切除・十二指腸部分切除を施行した局所進行上行結腸癌の1例

*渡邉 克隆[1] (1. 大同病院外科)

【諸言】
局所進行大腸癌に対する標準治療は他臓器合併切除を伴うR0切除である。右腎や十二指腸への浸潤例は解剖学的複雑性から開腹術が選択されやすいが、今回我々はロボット支援下に右腎・十二指腸の同時合併切除を完遂した。術後に機能的通過障害を経験したため、その教訓を含め報告する。

【症例】
80代、男性。主訴は右腹部痛と貧血。精査にて上行結腸に全周性の2型腫瘍を認め、CTで右腎前面への直接浸潤を疑うcStage IIB（T4bN0M0）の局所進行癌と診断した。高齢だがADLは自立しており、低侵襲性と精緻な解剖剥離の両立を目的として、泌尿器科合同でのロボット支援下手術を計画した。

【手術所見】
da Vinci Xiを用い、後腹膜アプローチで開始。腫瘍は右腎筋膜に強固に固定されていた。術中に十二指腸下降脚への浸潤も判明したため、十分なマージンを確保し自動縫合器で十二指腸部分切除を施行。術中内視鏡で狭窄がないことを確認した。泌尿器科に右腎摘出術施行してもらい、手術を完遂した。手術時間640分、出血量10mlであった。

【術後経過】
術後7日に一旦退院したが、経口摂取不良のため再入院となった。内視鏡検査で機械的狭窄は認めなかったが、十二指腸の蠕動・排泄能低下による機能的通過障害と診断。腹腔鏡下胃空腸吻合術を追加施行したところ、速やかに症状は改善した。病理結果はpT4b（腎・十二指腸）N0M0でR0切除が得られた。術後6ヶ月無再存存中である。

【考察】
多臓器浸潤例において、ロボット手術の拡大視効果は後腹膜の剥離層同定に極めて有用である。一方、本症例のように機械的狭窄がなくとも機能的通過障害を来す点は、高齢者の十二指腸合併切除における留意点である。予防的胃空腸吻合の是非については、今後の検討課題である。

【結語】
高度局所進行結腸癌に対し、ロボット支援手術は精密な根治切除を可能にする有効な選択肢である。術後の機能不全に対しても適切な追加処置を行うことで、高齢者においても安全に根治性を追求できる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター12

**一般演題（ポスター）24　症例：ロボット手術 1**

座長：平能 康充（埼玉医科大学国際医療センター　消化器外科）

## [P24-2] 開腹膀胱全摘後の上行結腸癌に対し、回結腸動静脈温存ロボット支援下結腸部分切除施行した一例

*渋谷 紀介[1] (1. 行田総合病院　外科)

症例：80代男性。23年前に膀胱癌に対し開腹膀胱全摘・回腸導管造設施行。20年前に骨盤内再発で抗がん剤治療を行ったのちは無再発で経過。既往に高血圧、心房細動、慢性腎障害。貧血精査で当院に紹介受診、精査で回盲弁対側のやや肛門側の上行結腸に腫瘍を認め当科紹介。組織検査では、印環細胞癌が検出。上部消化管内視鏡やPET-CTでは他の原発巣は指摘できず、cT3N0M0の原発性大腸癌の診断でロボット支援下結腸部分切除術の方針とした。CTでは回腸導管部位はストーマ傍ヘルニアを認め、横行結腸が嵌入していた。慢性腎障害で術前の造影CTは施行できず血管評価はできなかった。術前の戦略では、骨盤内の癒着を剥離して、小腸吻合部ごと切除する方針とした。
術中所見：上腹部に小切開を置きリトラクターを装着し8㎜ポート挿入し気腹。左腹部にさらに3本のポートを挿入して、ロボット下に大網とヘルニア内の癒着を剥離。小腸吻合部すぐ口側の腸管が骨盤壁に癒着していた。骨盤壁と小腸との癒着の剥離を試みたが、癒着が高度で剥離は危険と判断。小腸吻合部まで切離は難しいと判断した。肝彎曲から右側結腸の授動を行い、回盲部付近まで授動。この時点で回結腸動静脈を切離してよいか判断ができず、体腔内での血管クランプ鉗子もなかったため、回結腸動静脈を温存して郭清する方針とした。回結腸動静脈の中間部の腹側面からリンパ節を含む脂肪組織のみを剥離して、回結腸動静脈から分岐する結腸枝のみをクリップ切離し小腸間膜を処理した。結腸間膜を処理後にICGで血流を確認し、体腔内で小腸と結腸を切離した。体腔内吻合を考慮したが小腸の可動性が悪かったため断念し、下腹部正中に3㎝の小切開を置いて体腔外FEEAで吻合した。術後は麻痺性腸閉塞を認めたが胃管で改善し、9日で退院した。
開腹膀胱全摘後は骨盤内の高度癒着が予想され小腸吻合部や回腸導管の血流温存を考慮しなければならず、安易な回結腸動静脈の切離は避けなければならない。
今回、膀胱全摘後に回結腸動静脈を温存し安全にロボット支援下に結腸部分切除を行えた症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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター12

**一般演題（ポスター）24　症例：ロボット手術 1**

座長：平能 康充（埼玉医科大学国際医療センター　消化器外科）

## [P24-3] bulkyリンパ節を伴う進行上行結腸癌に対しSMV遮断下に血管処理を行ったロボット支援下右半結腸切除の1例

*黒岩 光[1,2]、北里 賢司郎[1]、太田 智之[1]、アディクリスナ ラマ[1]、伊古田 正憲[1]、村田 一平[1]、坂本 承[1]、篠塚 恵理子[1]、峯田 章[1]、鶴田 好彦[1] (1. 千葉徳洲会病院、2. 獨協医科大学埼玉医療センター)

右側結腸癌に対するD3郭清では、surgical trunk周囲の血管処理が重要となる。今回、bulkyリンパ節によりICV根部処理が困難であり、SMVを一時遮断し血管処理を行ったロボット支援結腸右半切除の1例を経験したため報告する。
症例は51歳男性。1年前より高度貧血を指摘されていた。1ヶ月前から腹痛を認め、腹部CT検査で上行結腸腫瘍を指摘され当院紹介となった。下部消化管内視鏡検査では上行結腸に全周性2型腫瘍を認め、生検で中分化型管状腺癌と診断された。腹部造影CTでは領域リンパ節腫大を認め、上行結腸癌 cT3N2M0 cStage IIIと診断し、ロボット支援結腸右半切除＋D3郭清を施行した。
内側アプローチにて郭清を開始すると、ICV根部は腫大したリンパ節と一塊となっており、クリッピングに必要な全周性剥離が困難であった。そのためSMVをICV分岐部の口側・肛門側でテーピングし、一時遮断下にICVをSMV流入部で切離し5-0prolineで縫合閉鎖した。遮断時間は9分であった。その後もロボット手術を継続し、D3郭清およびFEEA再建を施行した。
bulkyリンパ節を伴う進行右側結腸癌では、ICV根部処理に難渋することがある。特にsurgical trunk近傍では、適切なvascular controlを念頭に置いた手術戦略が重要と考えられる。本症例ではSMVを一時遮断することで安全な血管処理を行うことが可能であった。ロボット支援手術は、拡大視効果および多関節機能により、精緻な血管操作に有用と考えられたため報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)
2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター12
**一般演題（ポスター）24　症例：ロボット手術 1**
座長：平能 康充（埼玉医科大学国際医療センター　消化器外科）

# [P24-4] 13cm大膀胱浸潤直腸癌に対しロボット支援下腹側操作とtransanal approachを併用してtotal pelvic exenterationを施行した1例

*内藤 敦[1]、能浦 真吾[1]、吉原 輝一[1]、武田 和[1] (1. 堺市立総合医療センター)

【はじめに】
骨盤内巨大腫瘍や隣接臓器浸潤を伴う進行直腸癌に対するtotal pelvic exenteration（TPE）では、深部骨盤での剥離や尿道切離に難渋することがある。今回、13cm大で膀胱浸潤を伴う巨大直腸癌に対し、ロボット支援下腹側操作とtransanal approach（Ta）を併用してTPEを施行した1例を報告する。
【症例】
82歳、男性。RS-Rb直腸癌。13cm大の巨大腫瘍を認め、膀胱浸潤を伴っていた。閉塞・感染のため先行ストマ造設を行い、全身状態改善後に根治切除を行った。
【手術所見】
腹部操作：仰臥位にて手術を開始し、横行結腸ストマの閉鎖を行った。IMAのリンパ節郭清を施行後、骨盤内操作に移行したが、巨大腫瘍および膀胱浸潤のため、腹側操作のみでは腫瘍肛門側の剥離および尿道切離に十分な視野確保が困難であった。
会陰操作：直視下に歯状線のレベルで直腸全層切開を行い外肛門括約筋の外側に至った。直腸断端を全層連続縫合し、GelPOINT　Pathを装着し鏡視下操作を行った。背側で直腸尾骨筋を切離し肛門挙筋頭側のTMEの層に至り背側から左右に剥離を延長した。11時1時方向で恥骨直腸筋を切離し、前立腺を確認した。前立腺のシルエットを確認し、尾側に剥離した後、尿道周囲の平滑筋を切離し尿道を同定、クリップし切離した。DVCをソフト凝固で止血しつつRetzius腔に至り、副側からの剥離と繋げ標本を摘出した。S状結腸ストマおよび回腸導管造設を行い、手術を修了した。手術時間は15時間22分、出血量は1950mLであった。
【病理・術後経過】
病理診断はtubular adenocarcinoma, moderately differentiated, tub2、腫瘍径13cm、pT4b（urinary bladder）、Ly0、V1c、Pn0、pPM0、pDM0、pN0であった。術後はPOD1より飲水開始、POD4にICU退室および食事開始、POD10に骨盤底ドレーンを抜去し、POD15に退院した。
【まとめ】
膀胱浸潤を伴う巨大直腸癌に対するTPEにおいて、Taの併用は、腹側操作のみでは困難な肛門側剥離および尿道切離の視野確保に有用で安全に施行できた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター12

**一般演題（ポスター）24　症例：ロボット手術 1**

座長：平能 康充（埼玉医科大学国際医療センター　消化器外科）

## [P24-5] 術前診断しロボット支援下直腸高位前方切除術を施行したPDM合併直腸癌の一例

*遠藤 英成[1]、城島 陽樹[1]、永山 敬士[1]、芦澤 舞[1]、長谷川 翔[1]、矢澤 貴[1]、旭 修司[1]、天野 穂高[1]、井上 典夫[1]、河野 浩二[2] (1. 会津中央病院外科、2. 福島県立医科大学消化管外科学講座)

【症例】 症例は67歳、女性。1年前より便秘を自覚し、2ヶ月前からの血便を主訴に前医を受診した。下部消化管内視鏡検査でRSからRaにかけての半周性2型腫瘍を認めたため手術目的に当院を紹介受診した。造影CT検査でRSに壁肥厚を認めたが、明らかなリンパ節転移や遠隔転移を認めなかった。下行結腸が内側に偏位していたためPersistent Descending Mesocolon（PDM）が疑われた。血液検査では異常所見を認めず、腫瘍マーカーも陰性だった。当院で施行された下部消化管内視鏡検査で同部に腫瘍による狭窄を認めたため、大腸ステントを留置し待機的に手術を行った。術前診断RS, cT4aN0M0, cStage Ⅱ bの診断で、ロボット支援下直腸高位前方切除術を施行した。術中所見として通常の直腸セッティングでロボット操作を開始し、IMAを根部処理しD3郭清を行った。下行結腸は内側偏位しておりPDMの診断とした。内側アプローチは比較的容易に外側まで至った。S状結腸は折りたたまれた状態で間膜同士が癒着しており癒着を剥離した上で、直腸を切離し、DSTにて吻合した。手術時間は4時間2分、出血は10 ml。術後合併症なく術後9日目に退院した。病理学的にはpT3N0M0,pStage Ⅱ aであった。術後6ヶ月無再発で経過している。

【考察】 PDMは下行結腸間膜が壁側腹膜と癒合しない固定異常と定義され、頻度は1.2〜2.4%とされている。小腸間膜や骨盤右側の広範なS状結腸癒着や左結腸動脈関連のトラブルを引き起こす可能性があり、手術時間延長と出血量を増加させるリスク因子となりうる。術前にPDMと診断できたのは8.3%に過ぎないとの報告があるが、本症例では術前にCT検査でPDMを疑うことができたためPDMの解剖学的特徴を念頭に置いた上で、安全にロボット支援下手術を施行できた。PDM症例はこれまで計4症例の経験があるため、手術の注意点をまとめ報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター12

**一般演題（ポスター）24　症例：ロボット手術 1**

座長：平能 康充（埼玉医科大学国際医療センター　消化器外科）

## [P24-6] ロボット支援下側方リンパ節郭清術後にドレーンの物理的刺激が原因と考えられた遅発性尿管損傷に対し、尿管ステント留置で保存的に治癒し得た1例

*森 友輔[1,2]、千田 峻[1]、北堀 有希[1]、滝口 千晶[1]、片方 雅紀[1]、佐藤 孝洋[1]、松本 拓朗[1]、氏家 大輔[1]、岡山 洋和[1]、門馬 智之[1]、河野 浩二[1] (1. 福島県立医科大学消化管外科学講座、2. 福島県立医科大学　会津医療センター消化器外科)

【はじめに】進行下部直腸癌における側方リンパ節郭清（LLND）は、局所制御向上に寄与する一方で、尿管周囲組織の郭清を伴うため術後の虚血や物理的刺激による尿管損傷のリスクを伴う。特にロボット支援手術では尿管周囲の精緻な郭清が可能な反面、物理的刺激に対して脆弱となる可能性がある。今回、我々は術後ドレーンの物理的刺激が原因と考えられる遅発性尿管損傷に対し、保存的治療で治癒し得た1例を経験した。
【症例】 67歳男性。TNT後の直腸癌（RaRb, ysT4aN3M0 ysStageⅢｃ）に対し、ロボット支援下超前低位方切除術、両側側方リンパ節郭清術、回腸人工肛門造設術を施行した。手術時間571分、出血量50mlであった。ドレーンは4番ポート孔より6.5mmマルチチャネルドレーンを右側方領域および吻合部背側を経由し、左側方領域が先端になるように留置した。術後経過は良好であったが、ドレーン排液が500ml/日より減少せず、術後第15病日にドレーン排液が尿様に性状変化を認めた。ドレーン排液のCr高値を確認し、造影CTおよび逆行性尿管造影にて右尿管からドレーン走行に沿った造影剤漏出を認め、ドレーンの物理的刺激による遅発性の右尿管穿孔と診断した。
【経過】 第17病日に逆行性右尿管ステントを留置するとドレーン排液量は速やかに減少した。CT、エコーで腹腔内液体貯留がないことを確認し、第27病日にドレーンを完全に抜去し第29病日に退院された。
【考察】LLNDでは尿管周囲の剥離操作により組織が脆弱化しやすい。本症例では周囲組織郭清後の尿管にドレーンが直接干渉したこと、その期間が長期化したことが穿孔の原因と考えられた。排液Cr測定による早期診断と、迅速な尿管ステント留置は再手術回避に有効であった。物理的刺激による遅発性尿管損傷の予防としてソフトシリコンドレーンの使用や、尿管と直接接触しないドレーン留置経路の選択、排液減少後の早期抜去などが考えられる。本合併症は稀ではあるが重篤化し得るため、ロボット支援下側方リンパ節郭清の術後管理において尿管損傷を念頭に置いた慎重なドレーン管理が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター12

**一般演題（ポスター）24　症例：ロボット手術 1**

座長：平能 康充（埼玉医科大学国際医療センター　消化器外科）

## [P24-7] 内臓脂肪型肥満症例に対するロボット支援下左側大腸癌手術における、エンドラクターおよびインターナルオーガンリトラクターを用いた術野展開の工夫

*宮城 幹史[1]、江口 征臣[1]、平安名 智貴[1]、内間 恭武[2] (1. 南部徳洲会病院消化器外科、2. 中部徳洲会病院消化器外科)

【背景】肥満症例に対する左側大腸癌の低侵襲手術では、小腸の落ち込みや内臓脂肪過多により、内側アプローチの際に安定した術野確保が困難となる場合がある。その際は助手鉗子を用いて術野を展開し操作を行うが、安定した術野の維持、出血時など不測の事態への対応を考慮すると、助手の操作なしでも術野が維持できるセッティングは重要と考えられる。今回、hinotoriを用いたロボット支援下左側大腸癌手術において、エンドラクターとオーガンリトラクターを併用し術野展開を工夫した症例を経験したので報告する。
【症例】症例1は48歳男性。BMI 33.2kg/m$^2$、内臓脂肪面積184cm$^2$、内臓脂肪/皮下脂肪面積比0.68で、下行結腸癌に対してロボット支援下結腸左半切除術を施行した。症例2は64歳男性。BMI 29.7kg/m$^2$、内臓脂肪面積145cm$^2$、内臓脂肪/皮下脂肪面積比0.60で、下部直腸癌に対して、ロボット支援下低位前方切除術を経肛門的アプローチを併用して施行した。いずれの症例も頭低位20度、右ローテーション10度での小腸展開でも視野確保困難であったため、内側アプローチの開始前に12mmポートからエンドラクターType Jを挿入し、生食で膨潤させ小腸を右上腹部へ圧排した。その後、十二指腸水平脚近傍と、右総腸骨動脈近傍の結合組織2点を無外傷性クリップで把持してオーガンリトラクターで腹壁に牽引固定した。これにより助手の操作を必要とせず安定した術野を得た。手術時間はそれぞれ459分、329分、コンソール時間は249分、140分、出血量は50g、20gで、いずれもロボット支援下手術を完遂した。エンドラクターやオーガンリトラクターを挿入することによる臓器損傷や、ロボットアーム、助手鉗子との干渉は認めなかった。
【結語】本法は、内臓脂肪優位症例に対するロボット支援下左側大腸癌手術において、追加ポートや助手の操作を要さず安定した術野確保を可能とする有用な工夫と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター13

## 一般演題（ポスター）25　ロボット手術 1

座長：岡田 和丈（東海大学医学部付属八王子病院）

### [P25-1] 市中病院2施設におけるロボット支援下結腸癌手術導入後の短期成績

*星野 啓太[1]、小野澤 寿志[2]、藤田 正太郎[1]、渡邊 匠[2]、小針 大輝[2]、圓谷 秀哲[1]、菅家 康之[2]、早瀬 傑[1]、伊藤 泰輔[2]、八島 玲[1]、石井 芳正[2]、河野 浩二[3] (1. 公益財団法人　星総合病院、2. 一般財団法人　太田西ノ内病院、3. 福島県立医科大学　消化管外科学講座)

### [P25-2] 当院における横行結腸癌に対するロボット支援下手術の短期成績

*名幸 義仁[1]、満田 雅人[1]、竹下 宏樹[1]、石井 博道[1]、中西 正芳[1] (1. 松下記念病院外科)

### [P25-3] 経会陰アプローチ併用ロボット直腸癌手術における3Dヘッドマウントディスプレイの使用経験

*岡田 倫明[1]、堀田 健太[1]、野村 明成[1] (1. 大阪赤十字病院消化器外科)

### [P25-4] 頭側アプローチ先行のリンパ節郭清と体腔内吻合を目標としたロボット支援下結腸右半切除術導入初期の短期・中期成績の検討

*大住 渉[1]、吉田 遼[1]、南 裕樹[1]、駕田 修史[1]、廣川 文鋭[1]、田中 慶太朗[1] (1. 市立大津市民病院　一般消化器外科)

### [P25-5] 大腸癌に対するDa Vinci Xiを用いた単孔式ロボット支援下回盲部切除術の工夫

*河合 賢二[1]、瀧口 暢生[1]、高橋 佑典[1]、江口 聡[1]、俊山 礼志[1]、山本 昌明[1]、竹野 淳[1]、濵 直樹[1]、宮崎 道彦[1]、平尾 素宏[1]、加藤 健志[1] (1. 国立病院機構大阪医療センター外科)

### [P25-6] 当院におけるロボット支援下右側結腸切除術の短期成績の検討

*沢田 尭史[1]、松本 陽[1]、目谷 勇貴[1]、白川 智沙斗[1]、脇坂 和貴[1]、石黒 友唯[1]、折茂 達也[1]、田原 宗徳[1]、本間 重紀[1] (1. 札幌厚生病院外科)

### [P25-7] 当院における結腸癌に対するロボット支援下手術と腹腔鏡下手術の比較検討

*小川 博臣[1]、櫻澤 みなみ[1]、柴崎 雄太[1]、田中 寿明[1]、山中 崇弘[1]、富澤 直樹[1]、保田 尚邦[1] (1. 伊勢崎市民病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター13

**一般演題（ポスター）25　ロボット手術 1**

座長：岡田 和丈（東海大学医学部付属八王子病院）

## [P25-1] 市中病院2施設におけるロボット支援下結腸癌手術導入後の短期成績

*星野 啓太[1]、小野澤 寿志[2]、藤田 正太郎[1]、渡邊 匠[2]、小針 大輝[2]、圓谷 秀哲[1]、菅家 康之[2]、早瀬 傑[1]、伊藤 泰輔[2]、八島 玲[1]、石井 芳正[2]、河野 浩二[3] (1. 公益財団法人　星総合病院、2. 一般財団法人　太田西ノ内病院、3. 福島県立医科大学　消化管外科学講座)

【緒言】
本邦では2022年4月に結腸癌に対するロボット支援手術が保険収載され，普及している。福島県郡山市の2施設では2022年度より大腸癌に対するロボット支援手術を導入した。本研究では導入後の周術期短期成績について検討した。
【対象】
2022年11月から2026年2月までに原発性結腸癌に対してロボット支援下手術を施行した症例のうち，DST吻合症例を除外した107例を対象とし，周術期短期成績を後方視的に解析した。
【結果】
年齢中央値は71歳（31–90），男女比は57例：50例，BMI中央値は22.6 kg/m²（16.7–39）であった。原発巣の局在は盲腸35例，上行結腸28例，横行結腸28例，下行結腸12例，S状結腸4例であり，16例は術前にステント留置が施行されていた。
再建法は体腔内overlap吻合が31例，体腔外機能的端々吻合が76例であった。
手術時間中央値は299分（131–552），出血量中央値は0 mL（0–1970）であった。
術中に十二指腸浸潤が疑われた上行結腸癌1例と，副中結腸静脈損傷による出血を認めた上行結腸癌1例の計2例で開腹移行した。
術後合併症はClavien–Dindo分類Grade IIを19例（17.8%）に認め，Grade III以上は認めなかった。術後在院日数中央値は8日（5–21）であった。
病理学的にはPM中央値110 mm（20–520），DM中央値95 mm（30–443）であった。
【結語】
2施設における結腸癌に対するロボット支援下手術導入後の短期成績を報告した。重篤な術後合併症は認めず，腫瘍学的にも十分な切離マージンが確保されており，本術式は安全に導入可能であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター13

**一般演題（ポスター）25　ロボット手術１**

座長：岡田 和丈（東海大学医学部付属八王子病院）

## [P25-2] 当院における横行結腸癌に対するロボット支援下手術の短期成績

*名幸 義仁[1]、満田 雅人[1]、竹下 宏樹[1]、石井 博道[1]、中西 正芳[1] (1. 松下記念病院外科)

【はじめに】2022年4月に結腸癌に対するロボット支援下手術が保険収載され、良好な操作性や拡大視野などの特徴から現在では多くの施設で導入されている。結腸癌の中で横行結腸癌は臓器の可動性や複雑な血管走行から腹腔鏡下では難易度の高い手術とされているが、ロボットの特徴を生かせる部分が多くあると考えられる。当科では2022年12月より同手術を開始しており、その短期成績結果を報告する。
【対象・方法】2022年12月から2026年4月までDa Vinci Xi surgical systemを用いて横行結腸癌に対して施行したロボット支援下手術13例を対象として後方視的に検討した。
【結果】患者背景は年齢76（以下全て中央値）歳、男性6例、女性7例、BMI 21.9であった。臨床学的StageⅠが1例、Ⅱが7例、Ⅲが4例、Ⅳが1例であった。術前治療を行った症例はなく、術式は結腸部分切除術が6例、右半結腸切除術6例、左半結腸切除術1例であった。体腔内吻合4例、体腔外吻合９例であった。手術成績は手術時間285分、コンソール時間192分、出血量0g、開腹移行症例は認めなかった。術後在院日数8日、術後合併症Clavien-Dindo分類（CD）Ⅱ以上は2例(15%)に認め、CDⅢ以上は認めず、縫合不全は認めなかった。病理学的StageⅠが2例、Ⅱが７例、Ⅲが4例であった。現段階で術後再発はなく、全例生存を認めている。同時期に施行した腹腔鏡下横行結腸切除術9症例との比較検討では、ロボット群において有意差をもって手術時間が長い結果以外は、出血量、術後在院日数、CDⅡ以上の合併症率において有意差を認めなかった。
【考察】当院における短期成績についてみると、開腹移行例や縫合不全を含めたCDⅢ以上の合併症は認めなかった。また、腹腔鏡下群との比較でもロボット支援下手術に共通する手術時間の延長以外は同等の成績であり、ロボットの特性である精微な操作により手術は安全性に問題なく施行できていた。今後、ロボット支援下手術はさらなる増加が予測され、手術難易度が高いとされる横行結腸癌手術においても治療成績の向上が重要であり、安全性を重視しつつロボットの特徴を生かしたさらなる技術研鑽を重ね検討を行っていく。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター13
**一般演題（ポスター）25　ロボット手術 1**
座長：岡田 和丈（東海大学医学部付属八王子病院）

## [P25-3] 経会陰アプローチ併用ロボット直腸癌手術における3Dヘッドマウントディスプレイの使用経験

*岡田 倫明[1]、堀田 健太[1]、野村 明成[1] (1. 大阪赤十字病院消化器外科)

背景：当院では、男性に対する腹会陰式直腸切断術（APR）や骨盤内臓全摘術（TPE）において、ロボット（da Vinci Xi）と経会陰アプローチを併用したハイブリッド手術を導入している。本術式ではロボットアームが患者腹部上方を覆うため、経会陰チームのモニターは患者左右に配置されることが多い。その結果、術者はモニター視認のために頸部を過度に回旋した姿勢を強いられ、身体的負担が大きい。この問題を解決するため、3Dヘッドマウントディスプレイ（3D-HMD）を導入し、その使用経験を報告する。
方法：3次元視が可能なヘッドマウントディスプレイである3D View Vision system（FA System Engineering, Ehime）を使用した。解像度は3840×1080ピクセル、重量は280gである。経会陰術者は本機器を装着し、腹腔側ロボットチームと連携して手術を行った。
結果：APR 5例およびTPE 2例を施行し、全例で両側側方リンパ節郭清を併施した。手術時間の中央値は572分［458–601（IQR）］であり、3D-HMDの使用時間は318分［210–344］であった。手術中の他臓器損傷や術後合併症(Clavien-Dindo≥3)は認めず、術後在院日数は18[17-20]日であった。手術中、身体的疲労や視認性の問題に起因する装置の着脱を要することなく、長時間の連続使用が可能であった。
結論：3D-HMDを用いたハイブリッド手術は安全に施行可能であり、術者の主観的評価において良好な耐容性を示すとともに、頸部負担の軽減に寄与する可能性が示唆された。今後はNASA-TLXなどの指標を用いた術者負担の客観的評価を行う予定である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター13

**一般演題（ポスター）25　ロボット手術 1**

座長：岡田 和丈（東海大学医学部付属八王子病院）

## [P25-4] 頭側アプローチ先行のリンパ節郭清と体腔内吻合を目標としたロボット支援下結腸右半切除術導入初期の短期・中期成績の検討

*大住 渉[1]、吉田 遼[1]、南 裕樹[1]、駕田 修史[1]、廣川 文鋭[1]、田中 慶太朗[1] (1. 市立大津市民病院　一般消化器外科)

【はじめに】腹腔鏡下結腸右半手術では、GCT周囲の血管分岐の確認と確実なsurgical trunkの郭清を行うため頭側アプローチを先行して行い、吻合は体腔内吻合（overlap）で行ってきた。結腸癌に対してロボット支援下手術を2023年3月より開始した。導入期から施行した手技の工夫や短期・中期成績について報告する。【対象と方法】現在までに25症例を施行した。【術式】結腸右半切除では、腹腔鏡下手術と同様に郭清に関しては頭側アプローチ先行で行い、吻合は体腔内で行う事を第一選択とした。体位に関しては、頭側アプローチにおける体位に関しては、頭低位における3番アームと患者左脚との干渉が問題となるためフラットで施行している。頭側アプローチの際にアシストポートからの助手の鉗子操作はロボットアームとの干渉が大きく困難である。オーガンリトラクター®にて幽門近傍の胃壁を牽引する事で、頭側アプローチによる郭清操作の補助を行う。体腔内吻合では、ロボット操作でアシストを行い、助手ポートからの自動縫合器の挿入で大きな問題は認めていない。【結果】年齢中央値は78(58〜88)歳、男性13例、女性12例。術式は右半結腸切除術(D3)/拡大右半切除術(D3):22/3。周術期死亡例はなく、Clavien-Dindo GradeIII以上の術後合併症は2例(0.8%)で、ポートサイトヘルニア/イレウス：1/1であった。術後観察期間中央値は24(2〜36)ヵ月、無再発生存が22例で、再発は3例(0.9%)認め、初発再発部位は肝臓/腹膜播種:1/2であった。
【結語】ロボット支援下結腸切除術を定型化し、より精密に行うため更なる症例の蓄積、手技の改善が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター13

**一般演題（ポスター）25　ロボット手術 1**

座長：岡田 和丈（東海大学医学部付属八王子病院）

## [P25-5] 大腸癌に対するDa Vinci Xiを用いた単孔式ロボット支援下回盲部切除術の工夫

*河合 賢二[1]、瀧口 暢生[1]、高橋 佑典[1]、江口 聡[1]、俊山 礼志[1]、山本 昌明[1]、竹野 淳[1]、濵 直樹[1]、宮崎 道彦[1]、平尾 素宏[1]、加藤 健志[1] (1. 国立病院機構大阪医療センター外科)

【背景】当院ではDa Vinci Xiを用いて大腸癌に対するロボット支援手術を積極的に行っている。手術手技の定型化を進め若手医師の指導も行う一方で、更なる低侵襲手術を目指しreduced port robotic surgeryにも取り組んでおり、Da Vinci Xiを用いた単孔式で行うロボット支援下回盲部切除術の手技の工夫を紹介する。【手術手技】手術は、臍部小開腹を先行させてラッププロテクター・EZアクセスを用いて8mm Da Vinci用ポート３本を正三角形の頂点になるように挿入して気腹を開始する。三角に留置した３本のポートの頂点を2nd armとして斜視鏡を挿入し肝弯曲にターゲッティング、鉗子は1st arm: Fenestrated Bipolar Forceps、3rd arm: Monopolar Curved Scissorsを用いる。4th armは術野から離してドッキングせず、頭低位・左側低位とし手術を開始する。術中は4th armがフリーなのでいつでも体位変換が可能である利点を活かして適宜体位を変えながら手術を行う。小腸を左上腹部に排除したのち十二指腸近傍から後腹膜アプローチを開始する。広い範囲にテンションをかけることは困難なので十二指腸近傍から入り、可及的に肝下面まで剥離を進めておく。一つの視野でできることを終えてから展開を変えることを意識して授動をすすめ、その後ある程度盲腸側に授動を進めておく。続いて内側アプローチにうつり、上腸間膜静脈左縁まで回結腸動静脈領域のリンパ節廓清を行い、頭高位にして頭側外側から結腸の授動を追加してロボット操作を終え、体外にて腸管切離・機能的端々吻合を行う。【まとめ】大腸癌に対するDa Vinci Xiを用いた単孔式ロボット支援下回盲部切除術は整容性に優れ、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(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター13

**一般演題（ポスター）25　ロボット手術 1**

座長：岡田 和丈（東海大学医学部付属八王子病院）

## [P25-6] 当院におけるロボット支援下右側結腸切除術の短期成績の検討

*沢田 尭史[1]、松本 陽[1]、目谷 勇貴[1]、白川 智沙斗[1]、脇坂 和貴[1]、石黒 友唯[1]、折茂 達也[1]、田原 宗徳[1]、本間 重紀[1] (1. 札幌厚生病院外科)

【背景】ロボット支援下右側結腸切除術（RRC）は3D高解像度視野と安定した術野、多関節鉗子を用いた精緻な操作が可能で近年普及しつつあるが、腹腔鏡下右側結腸切除術（LRC）との短期成績の比較に関する報告はなお限られている。【目的】当院におけるRRCとLRCの短期成績を比較検討することで、RRCの安全性を評価することを目的とした。【方法】2022年4月から2026年4月までに右側大腸癌に対して回盲部切除または結腸右半切除術を施行した95例を対象とした。内訳はRRC群23例、LRC群72例であった。患者背景として年齢、性別、BMI、ASA分類、pStage、郭清範囲、術式を、短期成績として手術時間、出血量、開腹移行、術後在院日数、術後合併症を比較した。【結果】患者背景に両群間で有意差は認めなかった。手術時間中央値はRRC群182.0分、LRC群177.5分（p=0.990）、出血量中央値はいずれも0mL（p=0.130）であった。開腹移行はRRC群0例、LRC群4例で有意差は認めなかった（p=0.569）。術後在院日数中央値はRRC群9.0日、LRC群11.0日で、RRC群で短い傾向を認めたが有意差は認めなかった（p=0.051）。術後全合併症発生率はRRC群6例（26.1%）、LRC群12例（16.7%）で有意差は認めず（p=0.363）、Clavien-Dindo分類Grade3a以上もRRC群２例（8.7%）、LRC群1例（1.4%）で両群間に有意差を認めなかった（p=0.144）。【結語】RRCはLRCと同等の短期成績を示し、右側大腸癌に対して安全に施行可能な術式であることが示唆された。今後は症例数の集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(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター13

**一般演題（ポスター）25　ロボット手術 1**

座長：岡田 和丈（東海大学医学部付属八王子病院）

## [P25-7] 当院における結腸癌に対するロボット支援下手術と腹腔鏡下手術の比較検討

*小川 博臣[1]、櫻澤 みなみ[1]、柴崎 雄太[1]、田中 寿明[1]、山中 崇弘[1]、富澤 直樹[1]、保田 尚邦[1] (1. 伊勢崎市民病院)

【背景】
直腸癌に対するロボット支援下手術の保険収載に続き，2022年4月から結腸癌に対するロボット支援下手も術保険収載された．急速に実施施設や症例数が増加する中でその安全性を検証することが必要である．
【目的】
当院ではロボット支援下直腸手術の導入に続き、2022年4月から結腸癌に対するロボット支援下手術を導入した．今回，結腸癌に対するロボット支援下手術の安全性を明らかにすることを目的とした．
【方法】
2022年4月から2024年8月までの間に，原発性結腸癌に対しロボット支援下手術(Ro)と腹腔鏡手術(La)を施行した症例を対象とした．浸潤臓器切除以外の複数臓器同時切除症例は除外し，Ro群とLa群に別けて患者背景，腫瘍因子，手術因子など短期成績を比較検討した．
【結果】
Ro群とLa群で症例数は44: 95、年齢中央値は67.5(42-96)と73(37-89)で有意差はなく、性別は男性/女性＝18/26:65/30で有意にRo群で女性が多かった(p=0.003)。臨床病期はⅠ/Ⅱ/Ⅲ/Ⅳ=18/8/18/0:21/28/39/7とRo群で有意に進行度が低かった(p=0.038)。術式はICR/LC/RHC/LHC/S/LAR/Har/TPE＝13/10/3/1/16/1/1/0vs20/12/18/9/31/0/4/1と多岐にわたっていた。手術時間中央値(分)は226(136-327):197(79-505)と有意にRo群で長かったが(p＜0.001)，出血量(ml)は0(0-0)vs0(0-1760) (p=0.045)と有意にRo群で少なかった．術後合併症は1例(2.4%)と12例(12.6%)で有意差は無かった。術後在院日数は8(6-34)vs8(6-22)で中央値は同じだが有意差を認めた (p=0.019)．またLa群で腹膜播種による開腹移行を2例認めた．
【考察】
本検討ではロボット支援手術は手術時間が長くなるものの出血量は有意に少なく、術後合併症は少ない傾向があり安全に導入された可能性があるが、患者背景に差を認めておりロボット手術への移行期による患者選択が強く影響していると考えられることから、さらなる症例の蓄積が必要と考えられた。
【結語】
結腸癌に対するロボット支援下手術は安全に行い得る術式の可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター13

## 一般演題（ポスター）26　ロボット手術２

座長：市川 伸樹（北海道大学消化器外科 1）

### [P26-1] 当院におけるロボット支援下左側大腸切除術の短期成績：hinotoriとda Vinciの比較

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

### [P26-2] 右側結腸癌に対するロボット支援手術の運用と手術手技の工夫

*久保 陽香[1]、南 宏典[1]、徳楽 正太郎[1]、野島 晃己[1]、淺川 哲也[1]、林 沙貴[1]、加藤 嘉一郎[1]、山口 貴久[1]、寺井 志郎[1]、林 泰寛[1]、北村 祥貴[1]、角谷 慎一[1] (1. 石川県立中央病院消化器外科)

### [P26-3] Hugo RAS systemから始めるロボット結腸癌手術とその短期成績

*鏡 哲[1]、渡邊 健太郎[1]、池田 裕一[1]、三浦 康之[1]、長嶋 康雄[1]、鈴木 孝之[1]、金子 奉暁[1]、牛込 充則[1]、的場 周一郎[1]、大塚 由一郎[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院　一般・消化器外科)

### [P26-4] レジデント執刀によるロボット支援下手術のS状結腸癌における安全性および長期成績の検討

*小川 聡一朗[1]、栗生 宜明[1]、藤田 悠司[1]、生内 雅人[1]、永守 遼[1]、市川 カノン[1]、松本 順久[1]、松尾 久敬[1]、大橋 拓馬[1]、小松 周平[1]、生駒 久視[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)

### [P26-5] 修練医による結腸癌に対する腹腔鏡・ロボット支援下手術の検討

*馬場 裕信[1]、石原 加葉[1]、柴野 潤[1]、小山 照央[1]、藤田 孝尚[1]、山崎 嘉美[1]、石原 早希子[1]、杉下 哲夫[1]、梅林 佑弥[1]、千代延 記道[1] (1. 草加市立病院)

### [P26-6] 右側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成績の比較検討

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

### [P26-7] ロボット支援下結腸右半切除術を施行した右腎移植後横行結腸MiNENの1例

*池田 裕一[1]、渡邉 健太郎[1]、三浦 康之[1]、長嶋 康雄[1]、鈴木 孝之[1]、鏡 哲[1]、金子 奉暁[1]、牛込 充則[1]、的場 周一郎[1]、園部 聡[2]、三上 哲夫[2]、本間 尚子[2]、大塚 由一郎[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院　一般・消化器外科、2. 東邦大学医療センター大森病院　病理診断科・病院病理部)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター13

**一般演題（ポスター）26　ロボット手術 2**

座長：市川 伸樹（北海道大学消化器外科 1）

## [P26-1] 当院におけるロボット支援下左側大腸切除術の短期成績：hinotoriとda Vinciの比較

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

【目的】当院では以前よりda Vinciを用いたロボット支援下大腸手術を導入していたが、2025年9月よりhinotoriでの大腸手術も導入した。当院におけるhinotori導入初期のロボット支援下大腸切除術の短期成績をda Vinciと比較し評価することを目的とした。
【対象と方法】2025年9月から2026年3月までに当院にてロボット支援下に施行されたDST吻合を伴う左側大腸手術47例（hinotori［H群］：13例、da Vinci［DV群］：34例）を対象とし、短期成績を後方視的に検討した。手術時間に関しては手術開始/コンソール操作開始/内側授動開始/IMA切離/内側授動終了/直腸切離に区切り、各手術パートの所要時間を算出した。連続変数は中央値［IQR］で示す。
【結果】年齢、性別、BMIに差は認めなかった。腫瘍局在［S/RS/Ra/Rb］は、H群［6/1/4/2］、DV群［11/3/6/14］と統計学的有意差は認めないものの、DV群で低位症例が多かった。cStage［Ⅰ/Ⅱ/Ⅲ/Ⅳ］は、H群［6/4/2/1］、DV群［15/6/8/3］であった。手術時間はH群222分［181–239］、DV群253分［222–290］とH群で短く(p=0.02)、コンソール操作時間はH群109分［87–141］、DV群136分［112–160］とH群で短い傾向を認めた(ｐ＝0.089)。一方、手術開始からコンソール操作開始までの時間はH群28分［23–31］、DV群20分［17–22］とH群で長かった(p=0.011)。その他の手術パート別所要時間、出血量、covering stoma造設率、術後合併症、郭清リンパ節数に差を認めなかった。術後在院日数はH群11日［10–12］、DV群13日［12–19］とH群で短かった(p<0.001)。
【結語】hinotoriではセットアップ時間の延長を認めるが、コンソール操作および主要手術操作時間、短期成績はda Vinciと同等であった。導入初期のため、H群では手術難度の低い症例が選択されていることや、DV群で低位症例が多いなど、症例や術式の偏りを考慮する必要はあるが、hinotoriによる左側大腸切除術は比較的安全に導入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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター13

**一般演題（ポスター）26　ロボット手術 2**

座長：市川 伸樹（北海道大学消化器外科 1）

## [P26-2] 右側結腸癌に対するロボット支援手術の運用と手術手技の工夫

*久保 陽香[1]、南 宏典[1]、徳楽 正太郎[1]、野島 晃己[1]、淺川 哲也[1]、林 沙貴[1]、加藤 嘉一郎[1]、山口 貴久[1]、寺井 志郎[1]、林 泰寛[1]、北村 祥貴[1]、角谷 慎一[1] (1. 石川県立中央病院消化器外科)

結腸癌に対するロボット支援手術は近年普及が急速に進んでいるが、手術枠の制約や費用対効果などの課題もあり全ての手術をロボットで行うことは難しいのが現状である。そこで今回、当院でのロボット支援右側結腸切除の運用と手術手技の工夫と実際を報告する。
当院ではda Vinci Xi Surgical systemTMが2台運用されており、大腸切除は1週間に終日2日が割り当てられている。大腸切除では下部直腸症例を優先してロボット手術で行い、結腸癌手術はロボットまたは腹腔鏡で行っている。ロボット支援右側結腸切除においては1日に2件を目標に施行している。
右側結腸癌のロボット手術においては、時間短縮・コスト削減の観点から助手の両手を積極的に活用するHybrid RASで行っている。下腹部正中にPfannenstiel切開を置き、8mm da Vinciポート及び12mm AirSealポートを留置する。右下腹部・左上腹部・左側腹部に8mm da Vinciポートを、左下腹部に12mm 助手ポートを留置する。頭低位・左側低位とし、小腸を頭側・左側に排除後患者右側よりロールインする。後腹膜アプローチ先行で結腸を授動し、リンパ節郭清の際は助手がクリップを行う。間膜処理においては術者が間膜を展開し、助手がシーリングデバイスを用いて切離する。吻合は体腔内で行い、助手は左手で鉗子を操作しつつ右手で自動縫合器を挿入し、FEEAで吻合する。
2025年4月から2026年4月の期間にロボット支援右側結腸切除を行った11例を後方視的に検討した。男性3例、女性8例、年齢中央値72(42-94)歳であった。癌の局在は虫垂1例、盲腸1例、上行結腸7例、横行結腸2例で、術式は回盲部切除7例、右半結腸切除4例であった。アプローチは全例後腹膜アプローチで、郭清範囲はD2郭清が1例、D3郭清が10例であり、吻合法は全例FEEAであった。手術時間、コンソール時間、出血量はそれぞれ中央値240(204-286)分、179(149-222)分、5(5-50)gであり、術中合併症は認めなかった。術後在院日数は中央値9（8-13）日で、Grade3以上の合併症は認めなかった。
助手の両手を活用したロボット支援切除は、右側結腸癌に対する有効な手術の一つ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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター13

**一般演題（ポスター）26　ロボット手術 2**

座長：市川 伸樹（北海道大学消化器外科 1）

## [P26-3] Hugo RAS systemから始めるロボット結腸癌手術とその短期成績

*鏡 哲[1]、渡邊 健太郎[1]、池田 裕一[1]、三浦 康之[1]、長嶋 康雄[1]、鈴木 孝之[1]、金子 奉暁[1]、牛込 充則[1]、的場 周一郎[1]、大塚 由一郎[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院　一般・消化器外科)

【背景】
2022年に本邦で保険収載されたロボット支援結腸癌手術は、da Vinci Surgical Systemが広く普及しているが、当院では手術枠の問題から結腸癌については導入が遅れていた。近年、複数の新規手術支援ロボットが使用可能となり、大腸領域で2023年5月に保険収載されたHugo RAS System(Hugo)が2025年1月当院に導入され、本格的にロボット支援結腸癌手術を開始した。
【対象と方法】
当院で2025年１月から2026年4月にかけてHugoによる大腸癌手術を100例行った。そのうち、結腸癌手術34例の短期成績を後方視的に検討した。
Hugoの特徴はロボットアームが独立していること、アームの可動域が広いことであり、これらの特徴を最大限に生かしつつ、従来の腹腔鏡下手術の手技やデバイスを用いて助手と協調して手術を行っている。初学者にもわかりやすいように、カメラポートは臍の小切開創から留置し、できるだけ一直線のポート配置で、助手ポートは1本で行っている。
【結果】男性14例、女性20例、年齢中央値は75歳(29-87歳)、BMI中央値22.3(15.5-32.1)。術式は 回盲部切除: 22例、結腸右半切除:7例、結腸左半切除: 3例、横行結腸切除:2例であった。手術時間中央値は378分（273-838分）、コンソール時間中央値258分(128-582分)、ドッキング時間中央値12分(11-19分)、出血量中央値は10ml(0-421ml)であった。術中有害事象や開腹移行は認めず、全例R0切除であった。C-D分類grade3の合併症は認めず、術後在院期間は9日であった。
【結語】ロボット支援結腸癌手術はHugo RAS Systemから開始しても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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター13
**一般演題（ポスター）26　ロボット手術 2**

座長：市川 伸樹（北海道大学消化器外科 1）

## [P26-4] レジデント執刀によるロボット支援下手術のS状結腸癌における安全性および長期成績の検討

*小川 聡一朗[1]、栗生 宜明[1]、藤田 悠司[1]、生内 雅人[1]、永守 遼[1]、市川 カノン[1]、松本 順久[1]、松尾 久敬[1]、大橋 拓馬[1]、小松 周平[1]、生駒 久視[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)

【背景と目的】2022年より、結腸癌に対するロボット支援下手術 (Robot-assisted surgery: Ro)が保険収載され、Roにおける術者条件も緩和されたため、レジデント (Re)でも執刀可能となった。しかし、Reが執刀するRoの安全性や長期成績は明らかではない。当院では2024年より卒後４年目のReによるS状結腸癌に対するRoを開始しており、周術期および長期成績について同時期の内視鏡外科学会技術認定医 (Qualified surgeon: Qs)が執刀した症例と比較し、安全性を明らかにする。
【対象と方法】
2022年から2026年3月までに当院でS状結腸癌に対してRoにより原発巣切除を施行した症例(n=36)に対して、Qs群 (n=31)とRe群 (n=5)に分け、後方視的に検討した。
【結果】
Qs群とRe群で年齢はQs/Re＝73歳 (55-92)/63歳 (51-71), ASAはQs/Re＝2 (1-3)/2 (1-2)とRe群で有意に低く、術前AlbはQs/Re＝4.0g/dL (2.5-4.4)/ 4.4g/dL (4.2-4.5)とRe群で有意に高かった。性別、BMI、術前CEA,術前CA19-9に二群で差はなかった。手術時間はQs/Re＝266分 (142-492)/443分 (256-455)とRe群で有意にながかったが (p=0.04)、出血量はQs/Re＝5g (1-100)/1g (1-50)と差はみられなかった。両群において開腹移行はみられなかった。Clavien-Dindo GradeII以上の術後合併症は、Qs/Re＝6/0で差はなく、両群において縫合不全はみられなかった。術後在院日数は、Qs/Re＝7日 (4-35)/8日 (7-10)と差はなかった。病期はpStage0/Ⅰ/Ⅱ/Ⅲ/Ⅳ= Qs: 1/10/11/5/4, Re: 1/2/2/0/0で、RM1はQs/Re＝0/0であった。PM,DMはQs/Re＝83mm (20-215)/84mm (55-175), 127mm (25-350)/115mm (68-220)で差はなかった。長期成績は、pStageIIにおいて、1年OS: Qs/Re＝90.9%/100% で差はなく、両群で再発はみられなかった。
【結語】当院での卒後４年目のレジデントが執刀するS状結腸癌に対するロボット支援下手術は、症例選択において年齢が低く、ASAが良好で術前栄養状態が良好な患者が選択されてはいるも、内視鏡外科学会技術認定医の指導の下で施行すれば、内視鏡外科学会技術認定医が執刀する場合と比較しても差はなく、安全に施行されていた。長期成績でも差はみられず、ロボット支援下手術は若手教育におい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(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター13

**一般演題（ポスター）26　ロボット手術 2**

座長：市川 伸樹（北海道大学消化器外科 1）

## [P26-5] 修練医による結腸癌に対する腹腔鏡・ロボット支援下手術の検討

*馬場 裕信[1]、石原 加葉[1]、柴野 潤[1]、小山 照央[1]、藤田 孝尚[1]、山崎 嘉美[1]、石原 早希子[1]、杉下 哲夫[1]、梅林 佑弥[1]、千代延 記道[1] (1. 草加市立病院)

背景
当院ではロボット支援下大腸癌手術を2023年4月より開始した。大腸癌手術は主に修練医が執刀しており、そのアプローチ法はロボット支援下手術を第一選択としている。手術枠の問題からロボット手術枠は直腸癌を優先とし、枠外となった症例を腹腔鏡で行っている。修練医の導入術式として回盲部切除術やS状結腸切除術が一般的であるが、大腸癌手術の経験の少ない修練医におけるロボット支援下手術の有用性や安全性の検討は十分なされていない。
目的
修練医による結腸癌に対する腹腔鏡およびロボット支援下手術の周術期短期成績を比較し、その有用性や安全性を検討する。
対象・方法
2023年4月から2026年3月までの間に修練医（10年目以下）が執刀した結腸癌手術88例を対象とし、そのうち回盲部切除術（右結腸切除含む）52例、S状結腸切除（脾弯曲授動を伴わない）36例をそれぞれ腹腔鏡（La）群、ロボット（Ro）群に分け、その短期成績を比較検討する。
結果
修練医の執刀した回盲部切除術52例はLa群19例、Ro群33例であり、手術時間（La 183/Ro 214分）においてRo群で延長したが、出血量（La 5/Ro 10ml）や術後合併症に差を認めなかった。一方、S状結腸切除術36例の内訳はLa群24例、Ro群12例であり、手術時間（La 210/Ro 213分）および出血量（La 4/Ro 4ml）、術後合併症に差を認めなかった。
考察・結語
本検討において経験の少ない修練医が執刀する大腸癌手術のアプローチ法として、十分な指導下においては回盲部切除術やS状結腸切除術などの術式をロボット支援下に安全に施行可能であり、短期成績も良好であった。一方、回盲部切除術では右側結腸の解剖学的要因などから手術時間が延長しており、導入術式としてはS状結腸切除術の方が良好であ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(ポスター)
2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター13
**一般演題（ポスター）26　ロボット手術 2**
座長：市川 伸樹（北海道大学消化器外科 1）

## [P26-6] 右側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成績の比較検討

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

【目的】 本邦において、2022年4月の診療報酬改定により結腸癌に対するロボット支援下手術の保険適応が拡大された。しかし、腹腔鏡下手術と比較したロボット支援の有用性や安全性については未だ検討の余地がある。本研究では、当科で施行した右側結腸切除術におけるロボット支援下手術（R群）と腹腔鏡下手術（L群）の短期成績を後方視的に比較検討し、その有用性を評価することを目的とした。
【対象と方法】 2022年4月から2026年3月までに、当科で右側結腸切除術（右半結腸切除術または回盲部切除術）を施行した全120例を対象とした。ロボット支援下手術施行の48例をR群、腹腔鏡下手術施行の72例をL群とし、患者背景、手術時間、出血量、郭清リンパ節個数、術後入院日数などの短期成績を比較した。
【結果】 患者背景（年齢中央値：R群72歳 vs L群76.5歳、BMI中央値：21.1 vs 21.5）に両群間で大きな差は認めなかった。手術成績は、手術時間中央値がR群219分（コンソール時間126分）、L群188.5分とR群で延長傾向であったが、出血量中央値は両群ともに0mlであった。開腹移行はR群1例、L群3例に認めた。腫瘍学的評価である郭清リンパ節個数中央値はR群22個、L群22.5個と同等であった。術後入院日数中央値はR群9日、L群10日と、R群で早期退院が可能となる傾向が示された。R群にClavien-Dindo分類Grade III以上の重篤な合併症は認めず、安全に施行可能であった。
【考察】 R群はL群に比べ手術時間が延長するものの、低侵襲性を維持し、術後入院日数を短縮できる可能性が示唆された。導入初期はプロクターが執刀したが、現在は非プロクターも交えて定型化を進めており、教育的側面からも有用性は高い。今後は手技の習熟による手術時間の短縮と、長期予後の慎重な検討が課題である。
【結語】 ロボット支援下右側結腸切除術は、腹腔鏡下手術と比較して遜色なく安全に導入可能であり、良好な短期成績が得られた。今後は症例の蓄積を通じて、長期予後の向上も目指す。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター13

**一般演題（ポスター）26　ロボット手術 2**

座長：市川 伸樹（北海道大学消化器外科 1）

## [P26-7] ロボット支援下結腸右半切除術を施行した右腎移植後横行結腸MiNENの1例

*池田 裕一[1]、渡邉 健太郎[1]、三浦 康之[1]、長嶋 康雄[1]、鈴木 孝之[1]、鏡 哲[1]、金子 奉暁[1]、牛込 充則[1]、的場 周一郎[1]、園部 聡[2]、三上 哲夫[2]、本間 尚子[2]、大塚 由一郎[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院　一般・消化器外科、2. 東邦大学医療センター大森病院　病理診断科・病院病理部)

【背景】

腎移植後患者に対する大腸切除では、移植腎や移植血管損傷の回避に加え、免疫抑制状態への配慮が必要である。また、腎移植後患者に対するロボット支援下結腸右半切除術の報告は稀である。今回、右腎移植後患者に発症した横行結腸癌に対し、ロボット支援下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】

29歳女性。右副腎原発神経芽腫(Stage IVb)に対する化学療法後の血栓性微小血管症により腎不全となり、20年前に右腸骨窩への腎移植術を施行されていた。免疫抑制薬としてグラセプター、サーティカン、セルセプトを内服中であった。体重減少を契機に精査を施行し、横行結腸癌(cStage IVa)と診断した。右腸骨窩に移植腎を認める解剖学的特徴を有していたが、ロボット支援下結腸右半切除術およびD3郭清を施行した。手術時間は5時間39分、出血量は0mLで、開腹移行は認めなかった。術後乳糜漏を認めたが保存的加療で軽快し、Clavien-Dindo分類 Grade Iであった。腎機能増悪や感染性合併症は認めず、術後12日目に退院した。病理診断はmixed adenoneuroendocrine carcinoma、pStage IVaであった。

【考察】

腎移植後患者に対する結腸切除では、移植腎および移植血管への配慮が重要となる。本症例では、ロボット支援手術の高い操作性により、安全にD3郭清を伴う結腸右半切除術を完遂し得た。免疫抑制状態においても重篤な周術期合併症や腎機能障害を認めず、ロボット支援手術は腎移植後患者に対する低侵襲手術として有用な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(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター14

## 一般演題（ポスター）27　ロボット手術３

座長：藤井 正一（湘南鎌倉総合病院外科）

[P27-1] ロボット支援下結腸癌手術の導入と短期成績について

*吉岡 隆文[1]、丸山 尚嗣[1]、夏目 俊之[1]、野手 洋雅[1]、遠藤 悟史[1]、大塚 亮太[1]、小林 拓史[1]、米川 知里[1]、高木 大地[1]、榎本 崚冴[1]、川平 悠理[1] (1. 船橋市立医療センター)

---

[P27-2] 地方中規模私立病院におけるロボット支援下直腸癌手術導入後短期成績の検討

*上原 拓明[1]、後藤 崇[1]、安藤 有里恵[1]、三木 爽慈[1]、三瓶 康喜[1]、山本 森太郎[1]、黒木 直美[1]、菅瀬 隆信[1]、指宿 一彦[1]、谷口 正次[1]、古賀 倫太郎[1] (1. 社会医療法人同心会　古賀総合病院)

---

[P27-3] 完全内蔵逆位を伴う直腸癌に対してロボット支援腹腔鏡下直腸切断術を施行した1例

*宇野 彰晋[1]、深澤 貴子[1]、鈴木 克徳[1] (1. 磐田市立総合病院消化器外科)

---

[P27-4] 他科のロボット支援下手術時における直腸穿孔の経験

*美並 輝也[1]、郡司掛 勝也[1]、金本 斐子[1]、島田 麻里[1] (1. 福井県立病院　外科・がん治療センター)

---

[P27-5] ロボットを用いた従来の腹腔鏡手術の指導

*陳 開[1]、奈良 悠之介[1]、矢吹 理人[1]、鈴木 広大[1]、茂木 はるか[1]、栗原 由騎[1]、佐々木 勇人[1]、新保 知規[1]、菊地 功[1]、若林 俊樹[1]、打波 宇[1] (1. 市立秋田総合病院消化器外科)

---

[P27-6] ロボット支援直腸癌手術導入初期の短期成績 ― 技術認定資格の有無による比較検討 ―

*赤崎 卓之[1]、堀之内 浩介[1]、入江 久世[1]、塚原 崇夫[1]、坂本 恭平[1]、上床 崇吾[1]、和田 英雄[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(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター14

**一般演題（ポスター）27　ロボット手術 3**

座長：藤井 正一（湘南鎌倉総合病院外科）

## [P27-1] ロボット支援下結腸癌手術の導入と短期成績について

*吉岡 隆文[1]、丸山 尚嗣[1]、夏目 俊之[1]、野手 洋雅[1]、遠藤 悟史[1]、大塚 亮太[1]、小林 拓史[1]、米川 知里[1]、高木 大地[1]、榎本 崚冴[1]、川平 悠理[1] (1. 船橋市立医療センター)

当院では2023年8月から直腸癌に対してロボット手術を導入し、プロクター取得後、2025年5月に結腸癌に対してロボット手術を導入した。抄録時点(2026年4月末)で25例の結腸癌に対して、ロボット手術を行った。術式の内訳は、回盲部切除7例、右半結腸切除8例、左結腸切除3例、S状結腸切除6例であった。Clavian-Dindo分類Ⅲ以上の合併症では、吻合部出血が2例あったが、縫合不全はなかった。術後在院日数中央値は8日であった。
ロボット支援下結腸癌手術では、コストの面からFusion surgeryを可能な限り行い、保険請求可能となってからも継続している。また当院はdaVinci X1台で泌尿器科週３日、婦人科週1日、外科週1日のロボット手術枠となっているが、結腸癌導入以前は院内のロボット枠の稼働率は70−80%であったため、ロボット支援下結腸癌手術は外科と他科のロボット枠の空きを埋められるようにすることで、2026年1月-3月のロボット稼働率は100%となった。また、保険請求可能となって以降は若手の執刀機会確保のために、プロクター指導下でレジデント3年目からのロボット手術の執刀を開始することができた。
2025年10月から１名、2026年1月から１名の計２名のレジデントがcertificateを取得し、結腸癌・直腸癌の部分執刀から開始した。レジデントAは13例術者を行い、その内結腸癌3例(S状結腸切除2例、左結腸切除1例)を完遂した。レジデントBは5例術者を行い、結腸癌1例(回盲部切除)を完遂した。完遂した手術時間の中央値は324分で、コンソール時間は190分、部分執刀時間の中央値は87分であった。
当院でのロボット支援下結腸癌手術は比較的安全に導入できており、レジデントのロボット手術の執刀機会を提供できている。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター14

**一般演題（ポスター）27　ロボット手術 3**

座長：藤井 正一（湘南鎌倉総合病院外科）

## [P27-2] 地方中規模私立病院におけるロボット支援下直腸癌手術導入後短期成績の検討

*上原 拓明[1]、後藤 崇[1]、安藤 有里恵[1]、三木 爽慈[1]、三瓶 康喜[1]、山本 森太郎[1]、黒木 直美[1]、菅瀬 隆信[1]、指宿 一彦[1]、谷口 正次[1]、古賀 倫太郎[1] (1. 社会医療法人同心会　古賀総合病院)

【背景】 ロボット支援下直腸癌手術は，骨盤深部における安定した視野展開および高い操作自由度を有し，近年急速に普及している．一方で，地方中規模病院における導入後成績や，複数術者への安全な展開に関する報告は未だ限定的である．当院では2024年11月より手術支援ロボットda Vinci Xiを導入し，外科主導でロボット支援下大腸癌手術を開始した．
【目的】 地方中規模私立病院におけるロボット支援下直腸癌手術導入後短期成績および段階的術者育成体制について検討すること．
【対象・方法】 2024年11月から2026年5月までに当院で施行したロボット支援下直腸癌手術43例を対象とした．患者背景，腫瘍占拠部位，術式，周術期短期成績，病理学的因子について後方視的に検討した．導入初期は症例を特定術者へ集約し，その後段階的に術者拡大を行った．
【結果】 年齢中央値は70歳，BMI中央値は21.4 kg/m2であった．腫瘍占拠部位はRS 15例，Ra 15例，Rb 13例であった．術式は高位前方切除術9例，低位前方切除術28例，超低位前方切除術5例，腹会陰式直腸切断術1例であった．吻合症例42例中，一時的回腸人工肛門造設は11例（26.2%）に施行し，超低位前方切除術では4例（80%），低位前方切除術では7例（25.0%）に造設した．術前CRT施行例は1例，側方郭清施行例はなしであった．手術時間中央値は299分，コンソール時間中央値は171分，出血量中央は10 mL，術後在院日数中央値は12日であった．Clavien-Dindo分類III以上の術後合併症は5例に認め，縫合不全は吻合症例42例中2例（4.8%）であった．排尿障害は2例（4.7%）に認め1例のみ長期持続導尿を要した．郭清リンパ節個数中央値は21個であり， RM陽性例は認めなかった．術者拡大後も重篤な合併症増加を認めず，安全な導入および教育体制構築が可能であった．
【結語】 地方中規模私立病院においても，適切な導入戦略および段階的術者育成体制により，ロボット支援下直腸癌手術は安全に導入可能であった．導入初期においても許容可能な短期成績および良好な腫瘍学的切除成績が得られた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター14

**一般演題（ポスター）27　ロボット手術 3**

座長：藤井 正一（湘南鎌倉総合病院外科）

## [P27-3] 完全内蔵逆位を伴う直腸癌に対してロボット支援腹腔鏡下直腸切断術を施行した1例

*宇野 彰晋[1]、深澤 貴子[1]、鈴木 克徳[1] (1. 磐田市立総合病院消化器外科)

【緒言】完全内臓逆位は胸腹部臓器の全てが矢状面に対して鏡像的位置にあり、3000～10000にひとりといわれる比較的まれな先天性疾患である。内臓逆位自体には病的意義はないが、悪性腫瘍との併存例の報告も増加しており、手術操作における特異性も報告されている。特にロボット支援下手術に際しては通常とは異なるポート配置、デバイスセッティングでの手術が必要である。完全内臓逆位症を伴う直腸癌に対してロボット支援腹腔鏡下腹会陰直腸切除術を行った1例について報告する。
【症例】症例は74歳男性。下血の精査で、近医で直腸癌と診断されて当院に紹介となった。直腸Rb-Pに1/2周性の2型病変を認め、精査でcT2cN0cM0 cStage Iの直腸癌と診断された。またCTで完全内臓逆位を認めた。逆位以外の血管走行異常を認めないことを確認し、da Vinci　Xi surgical　systemを用いたロボット支援下直腸切断術を行った。ロールインを患者右下から行い、ポートは通常の鏡像位置 に配置し、アームは左下腹部外側に1番、左下腹部内側に2番、臍部ポートに3番、右上腹部に4 番をセットし、左上腹部に助手ポートを配置した。3番にカメラを装着し、１番にTip-up フェネ ストレイテッドグラスパ、2番にフェネストレイテッドバイポーラ、4番にモノポーラシザース を装着した。下腸間膜動脈を根部で切離するD3リンパ節郭清を行った。骨盤内操作では可及的に直腸受動を行い、肛門挙筋も腹腔内から切離後に会陰操作を行い、直腸切断術を行った。総手術時間は471分、コンソー ル時間は287分、出血は少量であった。術後経過は概ね良好で術後16日目に退院となった。 病理結果ではpT2pN0cM0 pStage Iであった。
【考察】完全内臓逆位を伴う直腸癌に対し、十分な術前シュミレーションを行い、鏡像的位置にポートを配置しデバイスのセッティングを工夫することで通常とほぼ同じ感覚で問題なく施行することが可能であったが、通常手術より特に直腸受動に至るまでの操作は難渋した印象であった。 完全内臓逆位を伴う直腸癌に対する手術の報告は散見されるが、ロボット支援下に手術を行った症例の報告はいまだ少なく貴重な症例であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター14

**一般演題（ポスター）27　ロボット手術 3**

座長：藤井 正一（湘南鎌倉総合病院外科）

## [P27-4] 他科のロボット支援下手術時における直腸穿孔の経験

*美並 輝也[1]、郡司掛 勝也[1]、金本 斐子[1]、島田 麻里[1] (1. 福井県立病院　外科・がん治療センター)

【緒言】近年，ロボット支援下手術は診療科に関わらず盛んに行われており，多関節機能による操作性と拡大視野や術野の固定性などの利点がある一方で，触覚欠如や牽引の強さから予期せぬ術後合併症を経験することがある．他科のロボット支援下手術時の下部消化管領域の術後合併症に対するトラブルシューティングを２例経験したので文献的考察を踏まえて報告する．【症例】症例①77歳，男性．進行膀胱がんの診断で，術前化学療法後にロボット支援下根治的膀胱全摘術（RARC）および尿管皮膚瘻術が行われた．術中に直腸前壁を全層損傷し，小孔を認めた．術中の修復依頼があり，同部を２層で修復した．骨盤部と経肛門ドレーンを留置し手術終了した．術後１週間絶食とし，その後食事再開し，術後合併症なく第28日目軽快退院した．症例②81歳，男性．進行膀胱がんの診断で，こちらも術前化学療法後のRARCおよび回腸導管造設術を行われ，外科で腸管の切り出しを併施した．術後5日目から骨盤内ドレーンから腸液を認め，当科へコンサルトがあり，消化管穿孔による腹膜炎の診断で緊急開腹術を行った．術中所見で腸液の腹腔内汚染を認め，回腸再建部や前回手術時の小腸損傷を疑ったが，明らかな穿孔部を同定できなかった．腹腔内洗浄および回腸再建部の口側で回腸ストマを造設した．術後経過で，骨盤底に留置したドレーン造影で膿瘍腔-直腸腔が造影されたため，初回手術時の直腸損傷や遅発性直腸穿孔が原因であった．徐々に全身状態は改善し，再手術後50日目軽快退院した．【結語】今回我々は他科ロボット手術時の直腸穿孔を経験した．昨今，骨盤外科として横断的治療を行うなか，今回のように術中直腸損傷が疑われた際は術中内視鏡や直腸剥離部の縫合で未然に回避できる場合もあり，今回の経験から上記の対応策が肝要と考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター14

**一般演題（ポスター）27　ロボット手術 3**

座長：藤井 正一（湘南鎌倉総合病院外科）

## [P27-5] ロボットを用いた従来の腹腔鏡手術の指導

*陳 開[1]、奈良 悠之介[1]、矢吹 理人[1]、鈴木 広大[1]、茂木 はるか[1]、栗原 由騎[1]、佐々木 勇人[1]、新保 知規[1]、菊地 功[1]、若林 俊樹[1]、打波 宇[1] (1. 市立秋田総合病院消化器外科)

【はじめに】ロボット手術の術者要件が緩和され、ロボット手術の指導が増えていく中、ロボットが導入されていない施設もまだ多い。さらにロボット手術に対する診療報酬の加算もあり、ロボットを導入している施設ではロボット手術が増えるため、従来の腹腔鏡手術が減ることが予想される。そのような施設では従来の腹腔鏡手術の手技をいかに効率よく習得するかは重要な課題である。
ロボットを用いない従来の腹腔鏡手術において、指導者は助手として術野に入っていることが多く、両手が塞がっており、ピンポイントな指導が困難である。ロボット手術で従来の腹腔鏡手術を指導すると、鉗子やポインターを用いることができ、的確な指導が容易となる。当院のロボット手術における従来の腹腔鏡手術の指導の工夫を示す。
【当院の手技】ロボット大腸手術の際に、ロボットのアームを1ヵ所または2ヵ所外し、修練医が両手を用いて内側授動や間膜処理などを行う。指導者はコンソールから指導し、修練医はペイシェントサイドで従来の腹腔鏡手術の手技を行う。
【方法】当院の修練医3名に対し、ロボット手術で従来の腹腔鏡手術の指導を行った症例を後方視的に検討した。
【結果】指導を受けた後、指導を受けたパートの手技を従来の腹腔鏡手術で完全単独執刀できた。
【考察】ロボットを用いるメリットはピンポイントな指導ができる点である。シングルコンソールの場合はタッチパネルを、デュアルコンソールの場合はポインターを使用することで、どこをどう持つかなど的確に指導することが可能となる。従来の腹腔鏡手術の場合、指導医は両手が塞がっており、口頭で指導するか、場を崩して指導するしかなかったが、ロボット手術ではリアルタイムに問題点を指摘でき、正しい手技を見せ、細やかな修正もできるため、修練医の理解が早まり、いざ腹腔鏡手術の執刀機会が回った時でも、正しい手技で執刀できると考えられる。
【結語】ロボット手術で従来の腹腔鏡を指導すると、的確な指導ができ、ラーニングカーブが早くなる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター14

**一般演題（ポスター）27　ロボット手術 3**

座長：藤井 正一（湘南鎌倉総合病院外科）

## [P27-6] ロボット支援直腸癌手術導入初期の短期成績 ― 技術認定資格の有無による比較検討 ―

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

ロボット支援直腸癌手術導入初期の短期成績 ― 技術認定資格の有無による比較検討 ―

2023年より技術認定審査の対象にロボット支援手術が加えられ、導入初期における安全性の担保が重要な課題となっている。本研究では、ロボット支援直腸癌手術導入初期における安全性および短期成績について、術者の技術認定資格の有無による差異を検証した。

プロクター1名の立ち会いのもとロボット手術を導入し、2025年4月から2025年12月までに施行した直腸癌30例を対象とした。なおプロクターの執刀症例は除外した。術者は非技術認定医1名（19例）および技術認定医2名（計11例）であった。非技術認定医に対しては、同一動作の反復や進行方向の統一による手技の標準化、助手の固定化、さらに各症例後のビデオレビューを通じたフィードバックを実施した。

患者背景因子（年齢、性別、BMI、開腹歴）、腫瘍因子（腫瘍局在、Stage）および短期成績として手術時間、出血量、術後合併症（Clavien–Dindo分類）、入院日数を比較検討した。患者背景因子および腫瘍因子に両群間で有意差は認めなかった。手術時間の中央値（IQR）は認定群447分（386–588）、非認定群371分（317–498）であり、非認定群で短い傾向を認めた（p=0.028）。この結果には導入初期における症例選択バイアスの影響が含まれている可能性がある。出血量の中央値（IQR）は認定群25 mL（5–127）、非認定群5 mL（5–75）であり、両群間に有意差は認めなかった（p=0.653）。術後合併症発生率（0% vs 5.3%, p=1.000）および入院日数の中央値（IQR）（12日［12–19］ vs 12日［10–17］, p=0.986）にも有意差を認めなかった。

ロボット支援直腸癌手術導入初期において、非技術認定医においても技術認定医と同等の短期成績が得られ、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