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

2026年11月21日(土)

一般演題(ポスター)

13:30 ~ 14:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）28　周術期管理と術後合併症２

座長：惠木 浩之（北里大学メディカルセンター外科）

[P28-1] 上行結腸癌術後の右総腸骨リンパ節再発に対する腹腔鏡下リンパ節摘出術後難治性リンパ漏の1例

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

[P28-2] 直腸癌CRT後のLow Anterior Resection Syndromeリスク因子についての検討

*中山 快貴[1]、吉敷 智和[1]、麻生 喜祥[1]、飯岡 愛子[1]、若松 喬[1]、本多 五奉[1]、片岡 功[2]、磯部 聡史[1]、代田 利弥[1]、石井 俊[1]、後藤 充希[1]、須並 英二[1] (1. 杏林大学医学部付属病院、2. 杏林大学医学部付属杉並病院)

[P28-3] 大腸癌手術におけるDST吻合に用いるデバイスの選択が縫合不全に与える影響の検討

*西嶋 亜未[1]、鶴田 雅士[1]、石田 隆[1]、田村 卓也[1]、竹谷 健[1]、小野 祐実[1]、藤澤 直人[1]、菅原 俊喬[1]、皆川 卓也[1]、島田 理子[1]、平野 佑樹[1]、大山 隆史[1]、篠田 昌宏[1]、板野 理[1] (1. 国際医療福祉大学医学部消化器外科)

[P28-4] 大腸癌術前貧血に対する静注鉄剤の種類による治療成績

*額田 卓[1]、沼田 正勝[1]、風間 慶祐[2]、渥美 陽介[2]、伊豆川 翔太[1]、石黒 哲史[1]、横山 亘[1]、福田 敏之[1]、古山 和樹[1]、田 鍾寛[2]、大矢 浩貴[2]、山本 俊也[1]、工藤 孝迪[1]、武井 将伍[1]、前橋 学[1]、太田 絵美[1]、小澤 真由美[1]、野﨑 昭人[3]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科、2. 横浜市立大学医学部附属病院消化管外科、3. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター内科)

[P28-5] 大腸癌術後縫合不全・汎発性腹膜炎に対する腹腔鏡手術―定型化手技による6例の検討―

*小野 祐実[1]、石田 隆[1]、鶴田 雅士[1]、田村 卓也[1]、竹谷 健[1]、西嶋 亜未[1]、藤澤 直人[1]、藤井 康矢[1]、菅原 俊喬[1]、皆川 卓也[1]、島田 理子[1]、平野 佑樹[1]、大山 隆史[1]、篠田 昌宏[1]、板野 理[1] (1. 国際医療福祉大学成田病院)

[P28-6] S状結腸癌術後乳糜瘻に対してオクレオチド投与が有用であった１例

*西谷 太助[1] (1. 若草第一病院)

[P28-7] 直腸癌側方リンパ節郭清後の難治性リンパ嚢胞に対しリンパ管造影と塞栓術が奏功した1例

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

[P28-8] 高齢者肛門手術における術後排尿障害の発生頻度とリスク因子の検討

*山崎 裕人[1]、吉田 貢一[1]、田畑 敏[1] (1. 市立砺波総合病院大腸・肛門外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:30 ~ 15:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）29　進行大腸癌に対する手術 3

座長：宮北 寛士（東海大学医学部消化器外科）

[P29-1] 腹腔鏡下大腸切除術における体腔内腸管切離・体腔外腸管吻合法の有用性についての検討

*内藤 正規[1]、福岡 麻子[1]、佐々木 大祐[1]、臼井 創大[1]、磯村 香介[1]、根岸 宏行[2]、浜辺 太郎[2]、天野 優希[2]、勝又 健太[3]、大島 隆一[3]、四万村 司[3]、牧角 良二[2]、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)

[P29-2] 閉塞性大腸癌に対する大腸ステント留置の安全性と有用性の検討

*佐藤 清哉[1]、千田 圭悟[1]、瀬戸 大市[1]、由良 健太郎[1]、大嶋 理香[1]、清水 美菜子[1]、田村 裕子[1]、矢澤 慶一[1]、佐藤 圭[1]、杉田 光隆[1] (1. 横浜市立みなと赤十字病院外科)

[P29-3] 進行結腸癌に対する術前化学療法の有用性の検討

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

[P29-4] 下行結腸癌の再発を疑った、腸間膜に発生したデスモイド腫瘍の一例

*本郷 久美子[1]、山本 聖一郎[2]、田島 佑樹[1]、大谷 理紗[1]、室井 貴子[1]、藤崎 洋人[1]、高野 公徳[1]、中川 基人[1] (1. 平塚市民病院外科、2. 東海大学医学部消化器外科)

[P29-5] 閉塞性大腸癌に対し横行結腸ストーマ造設後も制御困難で大腸亜全摘を要した１例

*澤崎 純哉[1]、真貝 竜史[1]、大﨑 真央[1]、村西 耕太郎[1]、馬場谷 彰仁[1]、西垣 貴彦[1]、中塚 梨絵[1]、太田 英夫[1]、杉本 圭司[1]、大西 直[1]、松下 一行[1] (1. 川西市立総合医療センター外科)

[P29-6] 直腸癌に対する術前治療後手術における術中出血量過大評価の可能性の検討

*岸 和希[1]、浜部 敦史[1]、森 良太[1]、関戸 悠紀[1]、竹田 充伸[1]、三代 雅明[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学)

[P29-7] 前立腺浸潤直腸癌摘除における尿路再建としての膀胱瘻の有用性について

*沼畑 健司[1]、須藤 剛[2]、深瀬 正彦[2]、佐藤 圭祐[2]、望月 秀太郎[2]、平田 祥太郎[2] (1. 山形県立中央病院泌尿器科、2. 山形県立中央病院外科)

[P29-8] 大腸癌におけるサイトグロビン発現の意義

*仲山 孝[1]、滝口 光一[1]、白石 謙介[1]、古屋 信二[1]、齊藤 亮[1]、丸山 傑[1]、出雲 渉[1]、庄田 勝俊[1]、中山 裕子[1]、河口 賀彦[1]、雨宮 秀武[1]、市川 大輔[1] (1. 山梨大学医学部外科学講座第一教室)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:30 ~ 14:30 | ポスター2

一般演題（ポスター）30　術前化学療法・放射線治療２

座長：大平 学（千葉大学大学院医学研究院先端応用外科）

[P30-1] 局所進行直腸癌におけるTNT治療効果は術前MRIで予測できるか？

*関口 久美子[1]、清水 貴夫[1]、武田 幸樹[1]、太田 竜[1]、山田 岳史[2]、福本 崚[3]、仲座 方辰[3]、関根 鉄朗[3]、谷合 信彦[1]、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、3. 日本医科大学付属病院放射線科)

[P30-2] 局所進行直腸癌に対する術前FOLFOXIRI＋Bevacizumab療法の検討

*藤井 敏之[1]、北原 正博[1]、原口 大希[1]、硲 彰一[1] (1. 周南記念病院消化器病センター外科)

[P30-3] total neoadjuvant therapy後Non-Operative Managementを施行中の直腸粘液癌の1例

*原 聖佳[1]、木暮 千碩[1]、木村 直暉[1]、小倉 道一[1]、杉山 順子[1]、大原 守貴[1]、三宅 洋[1]、瀧本 壽郎[2] (1. 春日部市立医療センター外科、2. 春日部市立医療センター病理部診断科)

[P30-4] 局所進行直腸肛門管癌に対し集学的治療を行った経験

*新垣 淳也[1]、佐村 博範[1]、堀 義城[1]、山城 直嗣[1]、古波倉 史子[1]、長嶺 義哲[1]、星原 祐輝[1]、野明 純太[1]、原 諒一[1]、宮城 由衣[1]、原田 哲嗣[1]、本成 永[1]、金城 直[1]、伊禮 俊充[1]、亀山 眞一郎[1]、伊志嶺 朝成[1] (1. 浦添総合病院消化器病センター外科)

[P30-5] 直腸癌局所浸潤、肝転移に対し集学的治療後に根治手術をしえた症例

*馬場谷 彰仁[1]、澤崎 純哉[1]、大崎 真央[1]、村西 耕太郎[1]、西垣 貴彦[1]、中塚 梨絵[1]、太田 英夫[1]、真貝 竜史[1]、杉本 圭司[1]、大西 直[1]、松下 一行[1] (1. 川西市立総合医療センター外科)

一般演題(ポスター)

14:30 ~ 15:30 | ポスター2

一般演題（ポスター）31　進行大腸癌に対する化学療法２

座長：牧角 良二（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器一般外科）

[P31-1] FOLFOX＋パニツムマブ療法中に炎症性腸疾患様腸炎を呈し鑑別に苦慮したS状結腸癌の1例

*吉留 しずか[1]、柳田 茂寛[2]、米倉 圭[2]、鶴 智太[2]、濱田 由紀[2]、肥後 直倫[2]、奥村 隆志[1]、馬場 研二[1]、大塚 隆生[1] (1. 鹿児島大学病院消化器外科、2. 川内済生会病院)

[P31-2] 化学療法により原病巣の完全奏功が得られ，扁平上皮化生および腺腫成分のみが遺残した直腸腺癌の1例

*木戸 知紀[1]、武藤 靖英[1]、原 仁司[1]、岩本 一亜[1]、小池 太郎[1]、板橋 道朗[1] (1. 埼玉県済生会加須病院外科)

[P31-3] 耐術不能のため化学療法を先行した後に耐術可能となり、骨盤内臓全摘術を施行し得た高度進行直腸癌の1例

*井田 智之[1]、西川 元[1]、小澤 寛太朗[1]、酒江 礼菜[1]、井上 広海[1]、庭野 公聖[1]、出川 佳奈子[1]、堀 佑太郎[1]、喜多 亮介[1]、横山 大受[1]、中西 保貴[1]、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)

[P31-4] KRAS G12DからG12Cへの変化を認めsotorasib＋panitumumab療法が有効であった再発直腸癌の1例

*横井 亮磨[1]、浅井 竜一[1]、田島 ジェシー雄[1]、加藤 京[1]、外村 俊平[1]、杉江 雄斗[1]、村瀬 佑介[1]、松本 圭太[1]、水谷 千佳[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. 岐阜大学大学院医学系研究科消化器外科)

[P31-5] 直腸癌同時性肝転移のprimary-first approach中に5-FU誘発高アンモニア血症性脳症を発症し補液の予防的意義が示唆された1例

*竹本 健一[1]、森下 紗衣[1]、小城 正大[1]、長田 寛之[1]、内藤 慶[1]、中野 且敬[1] (1. 近江八幡市立総合医療センター外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:30 ~ 14:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）32　稀少腫瘍 2

座長：西沢 佑次郎（関西労災病院消化器外科）

[P32-1] 直腸GISTとの鑑別を要した卵巣高異型度漿液性癌直腸壁外転移の1例

*笠島 浩希[1]、笠島 浩行[2]、下國 達志[2] (1. 市立函館病院初期研修医、2. 市立函館病院消化器外科)

[P32-2] 肛門皮膚病変から診断に至ったPagetoid spread合併肛門管癌の2例

*佐々木 大祐[1]、内藤 正規[1]、山口 大輝[1]、磯村 香介[1]、臼井 創大[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]、渡邊 麗子[4]、豊田 名津美[4]、柳澤 信之[4]、四万村 司[3]、小泉 宏隆[4]、牧角 良二[2]、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)

[P32-3] 術前に原発巣同定が困難であったPagetoid spreadを伴う肛門管癌の1例

*篠原 翔一[1]、伊藤 誉[1]、利府 数馬[1]、太白 健一[1]、東條 峰之[1]、味村 俊樹[1]、山下 裕玄[1]、山口 博紀[1] (1. 自治医科大学消化器一般移植外科)

[P32-4] 腹腔鏡下に切除し得た小腸腸間膜血管腫の1例

*清水 公雄[1]、近藤 英介[1]、横山 航也[1] (1. 成田赤十字病院)

[P32-5] S状結腸間膜に認めた子宮外腺筋腫の1例

*田中 能展[1]、佐々木 愼[1]、豊島 明[1]、金子 学[1]、赤井 隆司[1]、裴 有安[2] (1. 日本赤十字社医療センター大腸肛門外科、2. 日本赤十字社医療センター病理部)

[P32-6] 偶発的に発見され腹腔鏡下切除により診断し得た小腸間膜デスモイド型線維腫症の1例

*鈴木 佑麿[1]、大熊 誠尚[1]、山澤 海人[1]、後藤 圭佑[1]、月原 秀[1]、鎌田 哲平[1]、武田 泰裕[1]、小菅 誠[1]、衛藤 謙[1] (1. 東京慈恵会医科大学　外科学講座　消化管外科)

[P32-7] 当科での大腸癌KRAS　G12C変異症例の検討

*水本 有紀[1]、松田 健司[1]、岩本 博光[1]、中村 有貴[1]、三谷 泰之[1]、上田 勝也[1]、堀 雄哉[1]、下村 和輝[1]、黒岩 英倫[1]、川井 学[1] (1. 和歌山県立医科大学　第２外科)

[P32-8] 直腸に発生した癌肉腫の1例

*大重 英昭[1]、筒山 将之[1]、間下 直樹[1] (1. 小牧市民病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:30 ~ 15:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）33　稀少腫瘍 3

座長：永田 淳（産業医科大学）

[P33-1] 下行結腸神経鞘腫に対して完全腹腔鏡下結腸部分切除術を施行し得た1例

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

[P33-2] 増大傾向を示した上行結腸神経鞘腫の1切除例

*天下井 恵理[1]、瀬尾 雄樹[1]、泉 陽光[1]、近藤 直樹[1]、松川 雄太[1]、須田 光太郎[1]、野川 優衣[1]、武居 友子[1]、浜野 郁美[1]、戸倉 英之[1]、清水 健[2]、清水 和彦[2]、高橋 孝行[1] (1. 足利赤十字病院 外科、2. 足利赤十字病院病理診断科)

[P33-3] ロボット支援下切除を行った傍直腸孤立性線維腫瘍の1例

*堀口 晃平[1]、濱元 宏喜[1]、上田 恭彦[1]、鈴木 重徳[1]、萩原 精太[1]、渡邊 創太[1]、鈴木 悠介[1]、吉本 秀郎[1]、廣畑 吉昭[1]、北田 和也[1]、島 卓史[1]、松尾 謙太郎[1]、富岡 淳[1]、川口 直[1]、今井 義朗[1]、田中 亮[1]、朝隈 光弘[1]、富山 英紀[1]、李 相雄[1] (1. 大阪医科薬科大学一般・消化器外科)

[P33-4] 腹腔鏡下回盲部切除術を施行した回盲部lipohyperplasiaの1例

*武藤 靖英[1]、木戸 知紀[1]、原 仁司[1]、岩本 一亜[1]、板橋 道朗[1]、小池 太郎[1] (1. 済生会加須病院)

[P33-5] 上行結腸グロムス腫瘍の1例

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

[P33-6] 大動脈バルーンオクルージョン併用根治切除後9年で再発、17年後に不幸な転帰をとった骨盤内巨大 solitary fibrous tumor の一例

*早田 浩明[1]、外岡 亨[1]、成島 一夫[1]、天海 博之[1]、平澤 壮一朗[1] (1. 千葉県がんセンター食道胃腸外科)

[P33-7] 術後7年目に肺転移を来し切除し得た直腸Mixed Adenoneuroendocrine Carcinoma（MANEC）の1例

*永山 可琳[1,2]、渡邉 賢之[1,2]、笠井 麻衣[1,2]、藤野 聖人[1,2]、下田 陽太[1,2]、瀧下 智恵[1,2]、榎本 正統[1,2]、永川 裕一[2] (1. 戸田中央総合病院消化器外科、2. 東京医科大学病院消化器・小児外科学)

[P33-8] 大腸原発の胎児消化管類似癌の2例

*郡司掛 勝也[1]、座主 真衣佳[1]、一宮 佑輔[1]、鳥居 真行[1]、浅川 哲也[1]、南 宏典[1]、山口 貴久[1]、大畠 慶直[1]、寺井 志郎[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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:30 ~ 14:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）34　症例：進行大腸癌 3

座長：浅原 史卓（東京都済生会中央病院　一般・消化器外科）

[P34-1] Deficient Mismatch Repair(dMMR)を有する横行結腸大細胞型神経内分泌癌の1例

*長谷川 竣大[1,2]、市原 もも子[1,3]、小森 孝通[1,3]、辻野 将生[1,3]、早瀬 志門[1,3]、加藤 雅也[1,2,3]、麻本 翔子[1,2,3]、加藤 一哉[1,3]、住本 知子[1,3]、橋本 和彦[1,3]、岸 健太郎[1,3]、福永 睦[1,3] (1. 兵庫県立西宮病院、2. 大阪大学医学部附属病院、3. 兵庫県立西宮総合医療センター)

[P34-2] 術前BRTOにより血行動態制御を行い安全に切除し得た直腸静脈瘤合併直腸癌の1例

*隈本 智卓[1]、北川 和男[1]、般若 祥人[1]、栗田 紗裕美[1]、下山 雄也[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外科学講座)

[P34-3] TNT後のNOM経過中に側方リンパ節孤立性再燃を来し、サルベージ側方郭清によりTME-free長期生存を得た下部進行直腸癌の1例

*奥田 賢司[1]、小倉 淳司[1]、村田 悠記[1]、服部 憲史[1]、佐藤 雄介[1]、梅田 晋一[1]、田中 千恵[1]、江畑 智希[1]、神田 光郎[1] (1. 名古屋大学医学部附属病院)

[P34-4] 術前機械的腸管前処置後に急速増悪した閉塞性大腸炎に対し大腸亜全摘を要し根治切除機会を逸した進行下部直腸癌の1例

*谷尾 彬充[1]、牧田 大瑚[1]、津田 亜由美[1]、和田 大和[1]、植嶋 千尋[1]、徳安 成郎[1]、尾﨑 知博[1]、遠藤 財範[1]、建部 茂[1] (1. 鳥取県立中央病院)

[P34-5] 蛋白漏出性胃腸症が疑われ腸重積を伴った直腸癌に対して腹腔鏡下ハルトマン手術を施行した1例

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

[P34-6] 他臓器転移をきたした直腸原発絨毛癌の1例

*倉岡 憲正[1]、豊田 和宏[1]、矢野 雷太[1]、小林 弘典[1]、橋本 泰司[1]、坂下 吉弘[1]、宮本 勝也[1] (1. 広島記念病院外科)

[P34-7] ICG蛍光法を活用した直腸癌手術の経験

*川上 次郎[1]、加藤 祐一郎[1]、木村 桂子[1]、山口 直哉[1]、水谷 文俊[1]、山本 美里[1]、鳥居 直矢[1]、荻原 康友[1]、杉田 洋之[1]、川合 毅[1]、村上 倫彦[1]、水谷 真也[1]、伊藤 博崇[1]、清水 遼一[1]、伊藤 謙太郎[1]、森 大介[1]、大西 美薫[1]、河野 弘[1] (1. 名古屋掖済会病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:30 ~ 15:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）35　症例：進行大腸癌 4

座長：下村 学（広島大学病院　消化器外科）

[P35-1] 直腸癌術後縫合不全に対するOver-The-Scope Clip systemを用いた瘻孔閉鎖の治療経験

*田口 航大[1]、森 貴志[1]、宮川 明祐[2]、須賀 悠介[1]、宮下 将太郎[1]、小玉 爽太[1]、田中 宥暉[1]、永井 元樹[1] (1. 総合病院国保旭中央病院外科、2. 総合病院国保旭中央病院消化器内科)

[P35-2] 肛門脱出により発見された進行直腸癌の1切除例

*治田 賢[1]、今西 謙太郎[1] (1. 姫路聖マリア病院外科)

[P35-3] 胎児性消化管類似直腸癌の一例

*川島 市郎[1]、池田 純[1] (1. 京都保健会京都民医連中央病院)

[P35-4] ベバシズマブ投与目的のためにCovered stentを抜去した閉塞性直腸癌

*宮島 綾子[1]、齊藤 修治[1]、植田 吉宣[1]、佐々木 一憲[1]、江間 玲[1]、平山 亮一[1]、大塚 亮[1]、白井 孝之[2] (1. 横浜新緑総合病院外科、2. 横浜新緑総合病院消化器内科)

[P35-5] 膀胱浸潤を伴うS状結腸癌術後腹直筋転移に対し切除・腹壁再建を行った1例

*大﨑 真央[1]、真貝 竜史[1]、澤崎 純哉[1]、村西 耕太朗[1]、馬場谷 彰仁[1]、西垣 貴彦[1]、中塚 梨絵[1]、太田 英夫[1]、杉本 圭司[1]、大西 直[1]、松下 一行[1] (1. 川西市立総合医療センター外科)

[P35-6] Leriche症候群に対する左腋窩動脈-両側総大腿動脈バイパス施行後に下行結腸癌に対して腹腔鏡下下行結腸切除術を施行した1例

*中本 裕紀[1]、矢野 雄一[1]、大橋 慶太[1]、石川 倫啓[1] (1. 市立稚内病院　外科)

[P35-7] Persistent descending mesocolonを伴う大腸癌の3例

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:30 ~ 14:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）36　症例：転移・再発２

座長：落合 大樹（帝京大学医学部外科学講座）

[P36-1] POLE変異によるUltramutated phenotypeを呈した再発大腸癌の1例

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

[P36-2] Bevacizumab単剤にて病勢コントロールを得ている盲腸癌腹膜播種の1例

*宮永 章平[1]、中村 友祐[1]、飯田 優理香[1]、今川 健久[1]、堀川 直樹[1]、福島 亘[1] (1. 高岡市民病院外科)

[P36-3] MSI-highを認める上行結腸癌術後腹壁転移再発に対し一次治療Nivolumab＋Ipilimumab療法が著効した1例

*田中 健士郎[1]、河田 光貴[1]、景山 創[1]、武田 洋平[1]、武藤 俊博[1]、吉田 滋[1] (1. 中濃厚生病院外科)

[P36-4] 肝硬変を伴うMSI-HかつBRAFV600E変異陽性盲腸癌術後再発の治療経験

*早稲田 貴斗[1]、川上 次郎[1]、加藤 祐一郎[1]、木村 桂子[1]、山口 直哉[1]、水谷 文俊[1]、山本 美里[1]、鳥居 直矢[1]、萩原 康友[1]、杉田 洋之[1]、川合 毅[1]、村上 倫彦[1]、水谷 真也[1]、伊藤 博崇[1]、清水 遼一[1]、伊藤 謙太郎[1]、森 大介[1]、上田 里菜[1]、大西 美薫[1]、河野 弘[1] (1. 名古屋掖済会病院)

[P36-5] 超高齢者結腸癌肺転移に対して肺葉切除を施行した一例

*尾崎 邦博[1]、衣笠 哲矢[1]、森田 祐司[1]、田尻 健亮[1]、林田 良三[1] (1. 大分県済生会日田病院外科)

[P36-6] 巨大粘膜下腫瘍様の形態を示した大腸癌の一例

*中林 瑠美[1]、中嶋 健太郎[1]、嘉陽田 朝暉[1]、武田 瑞希[1]、験馬 悠介[1]、関沢 悠紀彦[1]、吉本 岳瑠[1]、林 美希[1]、廣瀬 雄一[1]、平井 公也[1]、齋藤 範之[1]、真木 治文[1]、谷島 翔[1]、樅山 将士[1]、長尾 厚樹[1]、佐藤 彰一[1] (1. NTT東日本関東病院外科)

[P36-7] 横行結腸癌同時性多発肝転移に対し原発巣切除後、肝転移巣の自然退縮を認めた１例

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

[P36-8] 透析患者における転移、再発大腸癌に対して薬物療法を施行した2例

*宮脇 黎央[1]、岡本 浩直[1]、関口 涼音[1]、島田 清子[1]、福井 綺夏[1]、森田 順也[1]、上岡 祐人[1]、中山 博貴[1]、山仲 一輝[1]、羽鳥 慎祐[1]、谷 和行[1] (1. 平塚共済病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:30 ~ 15:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）37　症例：転移・再発３

座長：二宮 繁生（大分大学消化器・小児外科学講座）

[P37-1] 直腸癌傍大動脈リンパ節転移に対する術前化学療法後の腹腔鏡下リンパ節郭清とFDG-PET/CT評価の意義

*谷 公孝[1]、伊藤 俊一[1]、前田 新介[1]、前田 文[1]、腰野 蔵人[1]、二木 了[1]、近藤 侑鈴[1]、松尾 夏来[1]、金子 由香[1]、番場 嘉子[1]、小川 真平[1]、山口 茂樹[1] (1. 東京女子医科大学消化器一般外科)

[P37-2] 大動脈周囲リンパ節転移を伴うBRAF陽性横行結腸癌の1例

*福島 正之[1]、岡村 圭祐[1]、藤田 美芳[1]、井上 綾乃[1]、小野 雅人[1]、渡邊 一永[1]、藤井 正和[1]、本吉 章嵩[1] (1. 北海道消化器科病院)

[P37-3] 下部直腸癌に対する括約筋間腹会陰式直腸切断術後に会陰部再発を来した1例

*武田 智宏[1,2]、千葉 周[1,2]、堀川 大介[1,2,3]、谷 誓良[1,2]、藤原 康博[1,4]、星 智和[1] (1. 富良野協会病院外科、2. 旭川医科大学外科学講座　肝胆膵・移植・消化管外科学分野、3. 栃木県立がんセンター研究所、4. 美瑛町立病院)

[P37-4] 盲腸癌術後に発生し播種性再発との鑑別が困難であったデスモイド腫瘍の1例

*田上 修司[1]、中川 大佑[1]、松村 向日葵[1]、清水 将来[1]、木許 健生[1] (1. 大阪府済生会茨木病院消化器外科)

[P37-5] 直腸癌術後に右閉鎖領域腫瘤として発見された前立腺癌転移の1例

*平野 直樹[1]、藤井 善章[1]、山田 拓実[1]、島田 雄太[1]、宮池 哲郎[1]、加藤 龍太郎[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. 医療法人豊田会刈谷豊田総合病院)

[P37-6] 直腸癌術後大動脈周囲リンパ節再発に対し、化学療法後に後腹膜アプローチによるリンパ節摘出術を施行した1例

*藤原 亮太[1]、國末 浩範[1]、宮内 俊策[1]、杉原 太一[1]、吉浦 雄飛[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)

[P37-7] 薬物療法のみで完全奏効している直腸癌術後局所再発の2例

*川原 聖佳子[1]、西村 淳[1]、長谷川 潤[1]、平井 裕美子[1] (1. 長岡中央綜合病院　消化器病センター外科)

[P37-8] 術後５年以上経過後に右内腸骨静脈内腫瘍栓として再発したHER2陽性直腸癌の１例

*安部 紘生[1]、市沢 展真[1]、一尾 幸輝[1]、假屋 理沙[1]、小岩井 智美[1]、阿尾 理一[1]、山寺 勝人[1]、西川 誠[1]、西山 潔[1]、小川 均[1]、神藤 英二[1] (1. 自衛隊中央病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:30 ~ 14:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）38　症例：肛門疾患その他２

座長：鉢呂 芳一（くにもと病院肛門外科）

[P38-1] 診断に脊椎くも膜下麻酔下の生検と経肛門エコーを要した肛門腺由来腺癌の１例

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

[P38-2] 異なる術式後に再発を来した直腸脱2例の検討 ― 骨盤底障害との関連に着目して ―

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

[P38-3] 腹膜透析導入後に発症した直腸脱に対しAltemeier法を施行した1例

*伊藤 孝[1]、向井 周[1]、吉村 直生[1]、花田 圭太[1]、松下 貴和[1] (1. 洛和会音羽病院)

[P38-4] 直腸脱陥頓に対して緊急で直腸固定術を施行した一例

*古山 和樹[1]、中園 真聡[1]、小屋原 健斗[1]、神谷 夏海[1]、小野 由香利[1]、鈴木 紳祐[1]、五代 天偉[1]、熊切 寛[1]、鈴木 紳一郎[1]、齋藤 綾[2] (1. 藤沢湘南台病院外科、2. 横浜市立大学附属病院外科治療学教室)

[P38-5] 交通外傷でデグロービング外傷を受傷し肛門裂傷を生じた一例

*服部 公博[1]、髙橋 孝夫[1]、中島 翔太[1]、坂本 倫太郎[1]、王 蓓[1]、水野 万知[1]、櫻谷 卓司[1]、池庄司 浩臣[1]、西尾 公利[1]、飯田 辰美[1] (1. 岐阜・西濃医療センター西濃厚生病院外科)

[P38-6] 局所麻酔下日帰り手術で切除し得た肛門部Hidradenomaの一例

*清松 裕子[1,2]、小村 憲一[1]、杉山 順子[1,3]、宇野 能子[1,4] (1. 小村肛門科医院、2. 清松クリニック、3. 春日部市立医療センター、4. 鵜戸西クリニック)

[P38-7] 10年以上の経過で扁平上皮乳頭腫から発生したAIN2（Anal Intraepithelial Neoplasia2）の一例

*瀧山 亜希[1]、齋藤 晋祐[1]、磯部 陽[1] (1. 医療法人財団順和会山王病院)

[P38-8] 緊急手術を行った感染性坐骨直腸窩epidermoid cyst の一例

*宮田 敏弥[1]、野澤 慶次郎[1]、近藤 悟[1]、内山 真[1]、浅田 祐介[1]、福島 慶久[1]、藤井 晶子[2]、笹島 ゆう子[2]、落合 大樹[1] (1. 帝京大学医学部外科、2. 帝京大学医学部病理診断科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:30 ~ 15:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）39　ストーマ 2

座長：近藤 圭策（鳳胃腸病院外科）

[P39-1] 局所陰圧閉鎖療法を用いた人工肛門閉鎖術後SSI予防への当科の取り組み

*阿部 真也[1,2]、西川 武司[1]、大道 清彦[1]、松永 圭悟[1]、近藤 里江[1]、阿部 健太郎[1]、小谷 樹生[1]、松田 圭二[1] (1. 同愛記念病院外科、2. 国立国際医療センター外科)

[P39-2] 特発性回腸人工肛門脚穿孔の1例

*原 貴生[1]、川口 蓮太[1]、渡邉 淳平[1]、武内 裕[1] (1. 地域医療機能推進機構南海医療センター外科)

[P39-3] ハルトマンリバーサルにおける腸管再建の工夫と治療成績

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

[P39-4] 人工肛門閉鎖術における合併症の危険因子に関する検討

*江畑 信孝[1]、小澤 真由美[2]、田 鍾寛[1]、舩津屋 拓人[1]、皆川 結明[1]、額田 卓[2]、大矢 浩貴[1]、武井 将伍[2]、前橋 学[2]、太田 絵美[2]、渥美 陽介[1]、風間 慶祐[1]、佐藤 渉[1]、沼田 正勝[2]、青山 徹[1]、小坂 隆司[1]、菅野 伸洋[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学医学部消化管外科、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター外科)

[P39-5] 傍ストーマヘルニア発生のリスク因子についての検討

*在田 麻美[1]、春名 健伍[1]、柳澤 公紀[1]、西沢 佑次郎[1]、安井 昌義[1]、武田 裕[1] (1. 独立行政法人労働者健康安全機構　関西労災病院)

[P39-6] 化学療法継続中に回腸人工肛門部 outlet obstruction を来し，経ストーマ減圧および柴苓湯併用により改善した Stage Ⅳ大腸癌の1例

*江嵜 就[1]、永吉 絹子[1]、伊勢 夏[1]、松本 奏吉[1]、安藤 陽平[1]、藤本 崇聡[1]、堀岡 宏平[1]、水内 祐介[1]、大内田 研宙[1] (1. 九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科)

[P39-7] 診察前情報環境における人工肛門情報の片側提示:共有意思決定の前提形成に着目した5媒体横断的パイロット研究

*須田 竜一郎[1]、石井 光子[2]、及川 芳徳[3]、町田 拓[1]、青木 沙弥佳[4]、笠原 啓介[5]、飯川 雄[5]、下田 辰也[5]、渡邉 大輔[5]、丹羽 夏海[1]、近藤 尚[1]、飯澤 勇太[1]、大野 幸恵[1]、中臺 英里[1]、岡庭 輝[1]、小林 壮一[1]、西村 真樹[1]、片岡 雅章[1]、柳澤 真司[1]、海保 隆[1] (1. 君津中央病院外科、2. 石川県立看護大学附属看護キャリア支援センター、3. 医療法人社団徳静会横畠病院、4. 亀田総合病院消化器外科、5. 君津中央病院リハビリテーション科)

[P39-8] 小腸人工肛門粘膜移植より発生した腺癌の1例

*竹原 朗[1]、渡邉 和英[1]、芝原 一繁[1] (1. 富山赤十字病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:30 ~ 14:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）40　痔核・裂肛

座長：那須 聡果（ウィメンズクリニック浦和）

[P40-1] 嵌頓痔核に対する保存的治療の有効性と長期成績および患者背景の検討

*青木 沙弥佳[1]、高橋 知子[1] (1. 亀田総合病院)

[P40-2] 痔核に対する結紮切除術

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

[P40-3] 急性増悪を伴う脱出性痔核に対する病態別治療戦略の検討

*丸屋 安広[1]、川原 大輔[1]、黒濱 大和[2] (1. 十善会病院 外科、2. 長崎大学原研病理)

[P40-4] 姑息的なALTA単独療法

*白畑 敦[1] (1. しらはた胃腸肛門クリニック横浜)

[P40-5] Sliding Skin Graft法 (SSG)に見られる縫合不全がExtended Sliding Flap Grafting法(ESG)で見られない3つの理由

*早川 一博[1] (1. 早川内科肛門科)

[P40-6] 当院における日帰り裂肛手術の現状と工夫

*井藤 尚武[1]、小泉 明博[1]、井田 在香[1]、井藤 尚文[1] (1. 八王子クリニック外科)

[P40-7] 急性肛門疾患に対するデルマパンチを用いた切開術の有用性

*及能 拓朗[1]、及能 達男[1] (1. 杉並肛門科クリニック)

一般演題(ポスター)

14:30 ~ 15:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）41　早期大腸癌・内視鏡治療 2

座長：藤田 浩（出水総合医療センター）

[P41-1] ESD施行後追加切除を行なったStageI直腸癌術後6年目にCA19-9の上昇を伴う総腸骨動脈分岐部リンパ節転移をきたした1例

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

[P41-2] AFPおよびSALL4陽性を示した粘膜下層深部浸潤直腸癌の1例

*飯澤 勇太[1]、須田 竜一郎[1]、片岡 雅章[1]、西村 真樹[1]、小林 壮一[1]、岡庭 輝[1]、中臺 英里[1]、大野 幸恵[1]、近藤 尚[1]、丹羽 夏海[1]、根本 理史[1]、前田 笑里佳[1]、福永 由佳[1]、柳澤 真司[1]、海保 隆[1]、板垣 信吾[2]、熊谷 恵里菜[3]、吉田 有[3] (1. 国保直営総合病院　君津中央病院　外科、2. 国保直営総合病院　君津中央病院　病理診断科、3. 国保直営総合病院　君津中央病院　消化器内科)

[P41-3] 早期下部直腸癌におけるMRIによる側方リンパ節評価の重要性を示唆する1例

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

[P41-4] 直腸癌に対してESD施行後第38病日目に動脈性の後出血を発症した１例

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

[P41-5] 前回大腸内視鏡所見からみた当院健診センター便潜血陽性者の再検大腸内視鏡における高度病変検出率の検討

*山田 光成[1] (1. 大阪府済生会富田林病院)

[P41-6] 市中病院における大腸内視鏡治療成績

*河合 雅也[1]、矢島 沙織[1]、丸山 弘[1]、山口 真彦[1]、黒田 徹[1]、松本 力雄[1] (1. 赤心堂病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:30 ~ 14:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）42　症例：大腸良性疾患その他３

座長：岩田 乃理子（江戸川病院外科）

[P42-1] 大腸pyogenic granulomaの1例

*工藤 智拓[1]、澤谷 学[1]、堀 優太[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)

[P42-2] 虫垂水腫状を呈した慢性虫垂炎の1例

*福 昭人[1] (1. 医療法人福慈会　福外科病院)

[P42-3] 脊柱管狭窄症による膀胱直腸障害に続発した宿便性大腸穿孔の一例

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

[P42-4] 高度便秘症に対し仙骨硬膜外麻酔下に外来摘便を施行した1例

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

[P42-5] 鉗子分娩後早期に発症した直腸膣瘻の1例

*美甘 麻裕[1]、杉原 守[1]、高木 徹[1]、岩瀬 友哉[1]、立田 協太[1]、杉山 洸裕[1]、赤井 俊也[1]、竹内 裕也[1] (1. 浜松医科大学外科学第二講座)

[P42-6] 血液透析移行後に発症した被嚢胞性腹膜硬化症(EPS)に対する外科的膜剥離術の1例

*大里 祐樹[1]、鈴木 陽三[1]、清水 潤三[1]、岩本 和哉[1]、富田 尚裕[1] (1. 市立豊中病院　消化器外科)

[P42-7] 妊娠30週に発症した急性虫垂炎に対して腹腔鏡下虫垂切除術を施行した1例

*山澤 海人[1]、後藤 圭佑[2]、鈴木 佑磨[2]、月原 秀[2]、鎌田 哲平[2]、武田 泰裕[2]、大熊 誠尚[2]、小菅 誠[2]、衛藤 謙[2] (1. 東京慈恵会医科大学外科学講座、2. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:30 ~ 15:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）43　症例：ロボット手術２

座長：石田 秀行（埼玉医科大学総合医療センターゲノム診療科/消化管・一般外科）

[P43-1] 100歳患者の横行結腸癌に対するロボット支援下横行結腸切除術

*片岡 基紘[1]、岩田 至紀[1]、田中 千弘[1]、河合 雅彦[1]、大野 慎也[1]、末次 智成[1]、多和田 翔[1]、永田 幸聖[1]、宮川 詩央[1]、宮崎 翔[1]、小森 充嗣[1]、田尻下 敏弘[1] (1. 岐阜県総合医療センター)

[P43-2] 腸回転異常を伴う多発大腸癌に対してロボット支援下拡大結腸左半切除術を施行した１例

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

[P43-3] ミスマッチ修復機能欠損を有するcT4b直腸癌に対し、Pembrolizumab投与後にロボット支援下腹会陰式直腸切断術でpCRを得た1例

*美濃地 貴之[1]、吉岡 慎一[1]、池嶋 遼[1]、大澤 日出樹[1]、水野 剛志[1]、丸川 大輝[1]、桂 宜輝[1]、益澤 徹[1]、赤丸 祐介[1]、藤田 淳也[1]、田村 茂行[1]、佐々木 洋[1] (1. 八尾市立病院　消化器外科)

[P43-4] 痔核手術後の肛門狭窄を伴う直腸癌に対してロボット支援下にSST吻合を行った1例

*植嶋 千尋[1]、谷尾 彬充[1]、牧田 大瑚[1]、津田 亜由美[1]、和田 大和[1]、徳安 成郎[1]、尾﨑 知博[1]、遠藤 財範[1]、建部 茂[1] (1. 鳥取県立中央病院消化器外科)

[P43-5] 子宮筋腫の圧排に伴う肛門脱出で発見されたS状結腸癌に対してロボット支援下S状結腸切除術を施行した1例

*郷 雅[1]、青柳 佑亮[1]、竹内 尚樹[1]、篠原 良仁[1]、武藤 潤[1]、山村 喜之[1]、市之川 正臣[1]、吉岡 達也[1]、松本 譲[1]、大竹 節之[1]、村川 力彦[1] (1. JA北海道厚生連帯広厚生病院　外科)

[P43-6] 脾弯曲授動を要したロボット支援下S状結腸切除術後内ヘルニアを呈した症例

*雪本 龍平[1]、松田 宙[1]、徳山 信嗣[1]、野中 亮児[1]、高 太輔[1]、鎌田 大喜[1]、高石 周太[1]、斎藤 百合奈[1]、山中 千尋[1]、和田 浩志[1]、出村 公一[1]、西田 俊朗[1] (1. JCHO大阪病院)

[P43-7] ロボット支援腹腔鏡下低位前方切除術後に直腸精嚢瘻をきたした1例

*松田 直樹[1,2]、國末 浩範[1]、宮内 俊策[1]、吉浦 雄飛[1]、園部 奏生[1]、谷口 もこ[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、2. 四国がん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)

13:30 ~ 14:30 | ポスター9

一般演題（ポスター）44　ロボット手術４

座長：鶴田 雅士（国際医療福祉大学成田病院消化器外科）

[P44-1] 横行結腸癌に対するロボット支援下結腸切除術におけるダブルバイポーラ法と体腔内吻合の工夫

*本坊 拓也[1]、藤本 禎明[1]、吉田 倫太郎[1]、定永 倫明[1] (1. 済生会福岡総合病院外科)

[P44-2] ロボット支援右側結腸切除における体腔内機能的端々吻合（FEEA）の手術手技と短期成績

*南 宏典[1]、徳楽 正太郎[1]、久保 陽香[1]、野島 晃己[1]、淺川 哲也[1]、林 沙貴[1]、山口 貴久[1]、加藤 嘉一郎[1]、寺井 士郎[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)

[P44-3] 大腸癌イレウス症例に対して自己拡張型ステントによる術前減圧処置後にロボット補助下直腸切除を施行した2例

*林 伸泰[1]、石村 昂誠[1]、大亀 正義[1]、橋田 真輔[1]、池田 宏国[1]、山本 澄治[1]、佃 和憲[1] (1. 岡山市立市民病院　外科)

[P44-4] ロボット支援下大腸癌手術における体腔内縫合を用いたトラブルシューティング

*杉浦 清昭[1]、佐藤 永規[1]、青山 純也[1]、岸田 憲弘[1]、愛甲 聡[1] (1. 永寿総合病院外科)

[P44-5] ロボット支援下術中のIMA根部出血に対する圧迫と連続縫合による止血手技

*鎌田 哲平[1]、大熊 誠尚[1]、鈴木 佑麿[1]、山澤 海人[1]、後藤 圭佑[1]、月原 秀[1]、高野 靖大[1]、武田 泰裕[1]、小菅 誠[1]、衛藤 謙[1] (1. 東京慈恵会医科大学外科学講座　下部消化管外科)

[P44-6] 当センターにおけるロボット支援大腸癌手術のトラブルシューティングとその対策

*加藤 伸弥[1]、橋本 雅弘[1]、森本 祥悠[1]、西沢 佑次郎[1]、平木 将之[1]、畑 泰司[1]、中村 賢介[1]、竹内 一将[1]、寺西 立冴[1]、東口 公哉[1]、広田 将司[1]、古川 健太[1]、宮崎 安弘[1]、友國 晃[1]、本告 正明[1]、藤谷 和正[1]、土岐 祐一郎[1] (1. 大阪急性期・総合医療センター消化器外科)

[P44-7] ロボット支援下に大腸亜全摘を行った症例(様々な術野を想定した大腸癌に対するロボット支援手術のポート配置の定型化)

*北村 謙太[1]、小山 基[1]、左近 龍太[1]、阿部 由督[1]、岩崎 健一[1]、松村 知憲[1]、名取 健[1]、薄井 信介[1]、刈込 和裕[1]、諏訪 達志[1] (1. 柏厚生総合病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:30 ~ 15:30 | ポスター9

一般演題（ポスター）45　ロボット手術 5

座長：久留宮 康浩（豊田厚生病院　外科）

[P45-1] 同時多発大腸癌に対するロボット支援下結腸切除術の使用経験

*野村 雅俊[1]、森脇 楓子[1]、深田 唯史[1]、團野 克樹[1]、平尾 隆文[1]、関本 貢嗣[1]、岡 義雄[1] (1. 箕面市立病院　外科)

[P45-2] 地域基幹病院で新規導入した手術支援ロボットhinotori™によるロボット支援下大腸癌手術の立ち上げ経験

*真貝 竜史[1]、澤崎 純哉[1]、大﨑 真央[1]、村西 耕太朗[1]、馬場谷 彰仁[1]、西垣 貴彦[1]、中塚 梨絵[1]、太田 英夫[1]、杉本 圭司[1]、大西 直[1]、松下 一行[1] (1. 川西市立総合医療センター外科)

[P45-3] 肥満直腸癌手術症例におけるロボット支援下手術の治療成績

*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]、西岡 龍太郎[1]、松永 史穂[1]、田澤 美也子[1]、石井 武[1]、齋藤 稔史[1]、青柳 康子[1]、海藤 章郎[1]、光法 雄介[1]、伊東 浩次[1] (1. 総合病院土浦協同病院消化器外科)

[P45-4] 当院でのロボット支援下大腸切除術1日縦2件の運用

*瀬尾 雄樹[1]、泉 陽光[1]、松川 雄太[1]、天下井 恵理[1]、須田 光太郎[1]、野川 優衣[1]、武居 友子[1]、浜野 郁美[1]、戸倉 英之[1]、高橋 孝行[1] (1. 足利赤十字病院外科)

[P45-5] ロボット支援下直腸癌手術における合併症発症例の検討

*横溝 肇[1]、岡山 幸代[1]、岩本 隼輔[1]、川畑 花[1]、塩澤 俊一[1] (1. 東京女子医科大学附属足立医療センター外科)

[P45-6] 結腸・直腸癌に対する単孔式ロボット手術導入初期経験の検討

*田 鍾寛[1]、大矢 浩貴[1,2]、舩津屋 拓人[1]、皆川 結明[1]、額田 卓[2]、工藤 孝迪[2]、江畑 信孝[1]、武井 将伍[2]、前橋 学[2]、渥美 陽介[2]、太田 絵美[2]、風間 慶祐[1]、佐藤 渉[1]、沼田 正勝[2]、小坂 隆司[1]、小澤 真由美[2]、菅野 伸洋[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学医学部医学科消化管外科学講座、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科)

一般演題(ポスター)

13:30 ~ 14:30 | ポスター10

一般演題（ポスター）46　手術手技

座長：高橋 宏幸（福岡大学病院消化器外科）

[P46-1] 小規模病院における下部直腸癌に対するTaTMEの導入と腹腔鏡下低位前方切除術との治療成績の検討

*田地野 将太[1,2]、高野 裕樹[1]、衛藤 謙[2] (1. 葛西昌医会病院消化器外科、2. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

[P46-2] 腹腔鏡下虫垂切除術における虫垂根部処理法の検討

*南浦 翔子[1]、玉井 皓己[1]、室谷 昌俊[1]、大原 信福[1]、鄭 充善[1] (1. 大阪ろうさい病院外科)

[P46-3] 緊急Hartmann手術後に施行したHartmann reversal 8例の短期成績

*春名 健伍[1]、安井 昌義[1]、在田 麻美[1]、柳澤 公紀[1]、西沢 佑次郎[1]、武田 裕[1] (1. 関西労災病院消化器外科)

[P46-4] 腹腔鏡下Hartmann reversalの短期成績と初回手術因子の検討

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

[P46-5] ICG蛍光法非使用下のS状結腸・直腸癌手術における左結腸動脈温存の短期成績：非温存例との比較検討

*宮坂 衛[1]、川瀬 寛[1]、矢野 智之[1] (1. 札幌清田病院外科)

[P46-6] 腹腔鏡下ハルトマンリバーサルに対する経肛門アンビルヘッド挿入吻合術の導入

*鴨 政充[1]、雨宮 隆介[1]、池端 昭慶[1]、田島 萌[1]、小桐 雅世[1]、江頭 有美[1]、津和野 伸一[1]、早津 成夫[1] (1. 独立行政法人 国立病院機構 埼玉病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:30 ~ 15:30 | ポスター10

一般演題（ポスター）47　診療の工夫とその他疾患 2

座長：馬場 研二（鹿児島大学消化器外科）

[P47-1] 下部消化管異物に対する治療の検討

*小南 裕明[1]、生田 肇[1] (1. 市立加西病院)

[P47-2] 術前に絞扼性イレウスとの鑑別が困難であったメッケル憩室捻転の1例

*住谷 大輔[1]、徳永 真和[1]、小野 紘輔[1]、森田 隼登[1] (1. 県立二葉の里病院)

[P47-3] 大腸癌周術期におけるAI支援機能の実装要件：患者と医療従事者の関心構造の非対称性に着目した探索的検討

*町田 拓[1]、須田 竜一郎[2]、笠原 啓介[3]、飯川 雄[3]、下田 辰也[3]、渡邉 大輔[3]、丹羽 夏海[2]、近藤 尚[2]、飯澤 勇太[2]、大野 幸恵[2]、中臺 英里[2]、岡庭 輝[2]、小林 壮一[2]、西村 真樹[2]、片岡 雅章[2]、柳澤 真司[2]、海保 隆[2]、青木 沙弥佳[4] (1. 君津中央病院客員研究員、2. 君津中央病院外科、3. 君津中央病院リハビリテーション科、4. 亀田総合病院消化器外科)

[P47-4] 肛門日帰り手術におけるShared decision makingの重要性

*日高 元[1] (1. 医療法人　日高クリニック福岡)

[P47-5] 成人腸管不全症例における静脈栄養から離脱可能となる因子の検討

*赤澤 英[1]、荻野 崇之[1]、福田 健太[1]、辻 嘉斗[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]、水島 恒和[2]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院医学研究科消化器外科学、2. 獨協医科大学下部消化管外科)

一般演題(ポスター)

13:30 ~ 14:30 | ポスター11

一般演題（ポスター）48　炎症性腸疾患 2

座長：本谷 聡（札幌厚生病院　IBDセンター）

[P48-1] 潰瘍性大腸炎におけるブデソニド腸溶性徐放錠の有効性と臨床的寛解予測因子の検討

*中野 省吾[1] (1. 日本赤十字社和歌山医療センター)

[P48-2] Polysorbate80が関与した過敏性反応が疑われ薬剤選択に難渋した潰瘍性大腸炎の一例

*山下 芳恵[1]、西俣 伸亮[1]、濱元 ひとみ[1]、平川 あさみ[1]、鮫島 由規則[1]、鮫島 隆志[2]、平井 郁仁[3]、猿渡 浩[4] (1. 鮫島病院内科、2. 鮫島病院肛門科、3. 福岡大学医学部消化器内科、4. 猿渡ひふ科クリニック)

[P48-3] 当院における活動期潰瘍性大腸炎に対する抗IL-23p19抗体製剤の使用経験

*白木 学[1]、枡 悠太郎[1]、羽根田 祥[1]、高橋 賢一[1] (1. 東北労災病院IBDセンター)

[P48-4] 炎症性マクロファージ誘導に寄与するサイトカインの検討

*長谷川 晃一[1]、三上 洋平[1]、角田 潤哉[1,2]、伊藤 虎太郎[1]、田島 百合[1]、杉本 真也[1]、清原 裕貴[1]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学（消化器）、2. 慶應義塾大学医学部一般・消化器外科)

[P48-5] 神経ベーチェット病に対する免疫抑制療法中に発症した同時性多発大腸癌の1例

*加藤 秀明[1]、斉藤 浩志[1]、川口 雅彦[1]、渡邊 透[1] (1. 横浜栄共済病院外科)

[P48-6] 潰瘍性大腸炎に伴う肛門周囲膿瘍に対して、Seton法が著効した1例

*亀髙 真由子[1,2]、藤田 正太郎[2]、星野 啓太[2]、圓谷 秀哲[2]、早瀬 傑[2]、八島 玲[2]、坂本 渉[1,2]、河野 浩二[2] (1. 福島県立医科大学会津医療センター消化器外科、2. Department of Gastrointestinal Tract Surgery, Fukushima Medical University Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:30 ~ 15:30 | ポスター11

一般演題（ポスター）49　炎症性腸疾患 3

座長：大北 喜基（三重大学医学部消化管・小児外科）

[P49-1] 高齢潰瘍性大腸炎手術症例における臨床的特徴と短期成績の検討

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

[P49-2] 潰瘍性大腸炎に対する2期分割手術後の人工肛門閉鎖後5年間における腎機能低下の検討

*二木 了[1]、小川 真平[1]、伊藤 俊一[1]、前田 新介[1]、前田 文[1]、谷 公孝[1]、松尾 夏来[1]、腰野 蔵人[1]、近藤 侑鈴[1]、金子 由香[1]、番場 嘉子[1]、山口 茂樹[1] (1. 東京女子医科大学消化器・一般外科)

[P49-3] ロボット支援大腸全摘術における多領域操作戦略と教育モデルの検討

*鈴木 卓弥[1]、山川 雄士[1]、加藤 潤紀[1]、浅井 宏之[1]、上原 崇平[1]、加藤 瑛[1]、牛込 創[1]、髙橋 広城[2]、瀧口 修司[1] (1. 名古屋市立大学消化器外科、2. 名古屋市立大学附属西部医療センター消化器外科)

[P49-4] 潰瘍性大腸炎診断時の便培養検査の実態と意義

*白井 孝之[1]、垣迫 健介[1]、五十嵐 亮[1]、塩沢 牧子[1]、石垣 智之[1]、権 勉成[1]、宮島 綾子[2]、植田 吉宣[2]、佐々木 一憲[2]、江間 玲[2]、平山 亮一[2]、大塚 亮[2]、齊藤 修治[2]、白畑 敦[3] (1. 横浜新緑総合病院消化器内科、2. 横浜新緑総合病院消化器センター・外科、3. しらはた胃腸肛門クリニック横浜)

[P49-5] 潰瘍性大腸炎に対する2/3期手術後の発熱と術後合併症に関する検討

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

[P49-6] 潰瘍性大腸炎術後High-Output Syndromeの予測因子と診断基準に関する検討

*池田 堅登[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教室（一般・消化器）)

[P49-7] 集約的全身管理後に手術を施行し、救命し得たMODS合併劇症UC（ASUC）の一例

*鳥谷 建一郎[1]、木村 英明[1]、今西 康太[1]、本間 実[1]、山本 峻也[1]、紫葉 裕介[1]、古要 優樹[1]、春山 芹奈[1]、谷口 勝城[1]、中森 義典[1]、国崎 玲子[1]、諏訪 雄亮[2]、小澤 真由美[2]、遠藤 格[3] (1. 横浜市立大学市民総合医療センター炎症性腸疾患センター、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター、3. 横浜市立大学附属病院消化器・腫瘍外科学)

一般演題(ポスター)

13:30 ~ 14:30 | ポスター12

一般演題（ポスター）50　憩室疾患 2

座長：柳 舜仁（川口市立医療センター消化器外科）

[P50-1] 大腸憩室炎に対する外科治療を考える

*近藤 圭策[1]、天上 俊之[1]、河合 功[1]、杉 朋樹[1]、中田 英二[1] (1. 鳳胃腸病院外科)

[P50-2] 当院における結腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対する腹腔鏡下手術の治療成績の検討

*穂坂 美樹[1]、山下 愛矢[1]、村石 龍[1]、小堀 秀一[1]、吉田 隼人[1]、木村 友洋[1]、堂本 佳典[1]、牛久 秀樹[1]、若林 正和[1]、相崎 一雄[1]、船津 健太郎[1] (1. 相模原協同病院)

[P50-3] 腹腔内膿瘍・敗血症を併発したが、保存的治療にて救命し得た高CEA血症を伴うS状結腸憩室穿通の1例

*鈴木 伸一[1]、堤 靖彦[1]、岡山 政由[1]、中村 律子[2] (1. 東海記念病院消化器内科、2. 愛知医科大学病理学講座)

[P50-4] 虫垂憩室を伴う虫垂穿孔の１例

*矢島 沙織[1]、河合 雅也[1]、丸山 弘[1]、山口 真彦[1]、黒田 徹[1]、松本 力雄[1] (1. 赤心堂病院)

[P50-5] 虫垂腫瘍との鑑別が困難であった虫垂憩室症の1例

*竹内 正昭[1] (1. 武蔵ケ丘病院外科)

[P50-6] 術前に悪性腫瘍が疑われた上行結腸憩室穿通による胆嚢結腸瘻の一例

*巷野 佳彦[1]、宮倉 安幸[2]、森田 大作[1]、武藤 雄太[1]、内藤 善久[1]、今井 順[1] (1. 白岡中央総合病院外科、2. 栃木県立がんセンター大腸骨盤外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:30 ~ 15:30 | ポスター12

一般演題（ポスター）51　虫垂炎・腹膜炎

座長：茅野 新（東海大学医学部消化器外科学）

[P51-1] 上部消化管バリウム造影検査後にS状結腸穿孔を来し、穿孔部腸切除と一期的吻合を行った1例

*徳永 真和[1]、森田 隼登[1]、小野 紘輔[1]、住谷 大輔[1] (1. 県立二葉の里病院外科・消化器外科)

[P51-2] 急性汎発性腹膜炎における宿便性大腸穿孔の臨床的特徴と治療成績の検討

*清住 雄希[1]、島﨑 雅士[1]、松石 梢[1]、堀之内 誠[1]、八木 泰佑[1]、中村 健一[1]、甲斐田 剛圭[1]、山村 謙介[1]、辛島 龍一[1]、今井 克憲[1] (1. 済生会熊本病院　外科)

[P51-3] 宿便性大腸穿孔の開腹手術治療成績

*佐々木 勉[1]、高澤 博人[1]、谷 明恵[1]、大嶺 孝仁[1]、栗本 信[1]、持田 郁己[1]、谷 昌樹[1]、稲本 将[1]、戸田 孝祐[1]、大江 秀典[1]、山中 健也[1] (1. 滋賀県立総合病院外科)

[P51-4] 敗血症性ショックと播種性血管内凝固を呈した腹部自覚症状に乏しい汎発性腹膜炎を伴う穿孔性急性虫垂炎の一例

*小林 豊[1]、梅谷 有希[1]、加藤 真司[1] (1. 医療法人医仁会さくら総合病院消化器病センター)

[P51-5] 急性虫垂炎における重症度診断の不確実性　―汎発性腹膜炎症例について―

*多木 雅貴[1]、濱口 拓哉[1]、宮本 好晴[1]、豊田 昌夫[1] (1. 北摂総合病院一般消化器外科)

[P51-6] 当院における汎発性腹膜炎を伴う急性虫垂炎手術症例29例の検討

*平田 祥太郎[1]、須藤 剛[1]、望月 秀太郎[1]、佐藤 圭佑[1]、深瀬 正彦[1]、飯澤 肇[1] (1. 山形県立中央病院外科)

一般演題(ポスター)

13:30 ~ 14:30 | ポスター13

一般演題（ポスター）52　イレウス・腸閉塞

座長：中山 善文（北九州宗像中央病院）

[P52-1] 再発性傍ストーマヘルニアによる嵌頓性イレウスに対しストーマ再造設を要した一例

*宮岡 陽一[1]、齋藤 智哉[1]、横山 良司[1] (1. JA北海道厚生連網走厚生病院外科)

[P52-2] 移動盲腸を背景に大網索状物により肝弯曲部が絞扼された絞扼性結腸イレウスの1例

*芳澤 淳一[1]、唐澤 斉秀[1]、中村 健也[1]、福島 健太郎[1]、竹内 信道[1]、中山 中[1] (1. 伊那中央病院)

[P52-3] 下行結腸癌による腸重積症にて腸閉塞を来した1例

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

[P52-4] 癒着性腸閉塞の保存管理におけるイレウス管挿入の前に経鼻胃管挿入を行うことの安全性と有効性の検討

*片貝 朔也[1]、春日 健吾[1]、清水 萌[1]、細井 愛美[1]、吉成 夫希子[1]、甲賀 達也[1]、一色 綾希[1]、松井 綾子[1]、飯塚 圭介[1]、石原 眞悟[1]、上野 敬史[1]、麻 興華[1]、増尾 貴成[1] (1. 伊勢崎市民病院内科)

[P52-5] 上行結腸への内視鏡下の点墨が原因と思われた腸閉塞の1例

*森本 雄貴[1]、尾嶋 英紀[1]、水野 成紀[1]、安田 飛翔[1]、内山 燿[1]、山下 真司[1]、横江 毅[1]、内田 恵一[2]、毛利 靖彦[1] (1. 三重県立総合医療センター　消化器・一般外科、2. 三重県立総合医療センター小児外科)

[P52-6] 子宮頸癌術後放射線療法後に小腸閉塞を来した一例

*沖村 駿平[1]、小田切 数基[1]、杉本 聡[1]、鈴木 玲[1]、樋口 一郎[1]、横山 茂和[1]、福崎 孝幸[1] (1. 済生会千里病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:30 ~ 15:30 | ポスター13

一般演題（ポスター）53　直腸脱

座長：白水 良征（社会医療法人　社団　高野会　くるめ病院）

[P53-1] 当院における直腸脱治療の変遷

*柴崎 泰[1]、小坂 隼人[1]、金子 猛[1]、三枝 直人[2] (1. 新城市民病院外科、2. 増子記念病院　大腸肛門外科)

[P53-2] 直腸脱に対するLVR＋粘膜焼灼・筋層縫縮のFeasibility study

*角田 明良[1] (1. 安房地域医療センター外科)

[P53-3] 当院における直腸脱の治療法についての検討

*大澤 るみ[1]、能見 伸八郎[1] (1. JCHO京都鞍馬口医療センター)

[P53-4] 当院における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の治療成績

*安山 陽信[1]、野瀬 陽平[1]、眞木 良祐[1]、東 重慶[1]、武元 浩新[1]、金 鏞国[1]、長谷川 順一[1] (1. 市立貝塚病院外科)

[P53-5] 当科における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術症例の検討

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

一般演題(ポスター)

13:30 ~ 14:30 | ポスター14

一般演題（ポスター）54　高齢者 2

座長：宮澤 秀彰（秋田赤十字病院消化器外科）

[P54-1] UFT/LV療法による術後補助化学療法中にDPD活性低下が疑われる致死的重症腸炎をきたした１例

*鳥居 剛[1]、宇治 誠人[1]、三浦 泰智[1]、青木 優大[1]、小野島 功[1]、松岡 和政[1]、佐々木 諒[1]、杢野 泰司[1] (1. 社会医療法人財団新和会八千代病院)

[P54-2] S状結腸軸捻転の治療成績と高齢患者の管理の実際

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

[P54-3] 当院における高齢者の結腸癌患者に対するロボット支援下手術の短期治療成績

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

[P54-4] ロボット支援大腸切除術の高齢者における安全性の検討

*上野 峰[1]、石堂 敬太[1]、倉谷 友崇[1]、溝田 知子[1]、岡村 国茂[1]、村上 慶洋[1]、笹村 裕二[1] (1. 市立旭川病院　外科)

[P54-5] 認知症を有する80代高齢者で発症した5型大腸癌の1例

*守山 宏一[1] (1. 八潮中央総合病院　訪問診療科)

©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

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）28　周術期管理と術後合併症２

座長：惠木 浩之（北里大学メディカルセンター外科）

[P28-1] 上行結腸癌術後の右総腸骨リンパ節再発に対する腹腔鏡下リンパ節摘出術後難治性リンパ漏の1例

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

[P28-2] 直腸癌CRT後のLow Anterior Resection Syndromeリスク因子についての検討

*中山 快貴[1]、吉敷 智和[1]、麻生 喜祥[1]、飯岡 愛子[1]、若松 喬[1]、本多 五奉[1]、片岡 功[2]、磯部 聡史[1]、代田 利弥[1]、石井 俊[1]、後藤 充希[1]、須並 英二[1] (1. 杏林大学医学部付属病院、2. 杏林大学医学部付属杉並病院)

[P28-3] 大腸癌手術におけるDST吻合に用いるデバイスの選択が縫合不全に与える影響の検討

*西嶋 亜未[1]、鶴田 雅士[1]、石田 隆[1]、田村 卓也[1]、竹谷 健[1]、小野 祐実[1]、藤澤 直人[1]、菅原 俊喬[1]、皆川 卓也[1]、島田 理子[1]、平野 佑樹[1]、大山 隆史[1]、篠田 昌宏[1]、板野 理[1] (1. 国際医療福祉大学医学部消化器外科)

[P28-4] 大腸癌術前貧血に対する静注鉄剤の種類による治療成績

*額田 卓[1]、沼田 正勝[1]、風間 慶祐[2]、渥美 陽介[2]、伊豆川 翔太[1]、石黒 哲史[1]、横山 亘[1]、福田 敏之[1]、古山 和樹[1]、田 鍾寛[2]、大矢 浩貴[2]、山本 俊也[1]、工藤 孝迪[1]、武井 将伍[1]、前橋 学[1]、太田 絵美[1]、小澤 真由美[1]、野﨑 昭人[3]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科、2. 横浜市立大学医学部附属病院消化管外科、3. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター内科)

[P28-5] 大腸癌術後縫合不全・汎発性腹膜炎に対する腹腔鏡手術―定型化手技による6例の検討―

*小野 祐実[1]、石田 隆[1]、鶴田 雅士[1]、田村 卓也[1]、竹谷 健[1]、西嶋 亜未[1]、藤澤 直人[1]、藤井 康矢[1]、菅原 俊喬[1]、皆川 卓也[1]、島田 理子[1]、平野 佑樹[1]、大山 隆史[1]、篠田 昌宏[1]、板野 理[1] (1. 国際医療福祉大学成田病院)

[P28-6] S状結腸癌術後乳糜瘻に対してオクレオチド投与が有用であった１例

*西谷 太助[1] (1. 若草第一病院)

[P28-7] 直腸癌側方リンパ節郭清後の難治性リンパ嚢胞に対しリンパ管造影と塞栓術が奏功した1例

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

[P28-8] 高齢者肛門手術における術後排尿障害の発生頻度とリスク因子の検討

*山崎 裕人[1]、吉田 貢一[1]、田畑 敏[1] (1. 市立砺波総合病院大腸・肛門外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）28　周術期管理と術後合併症 2

座長：惠木 浩之（北里大学メディカルセンター外科）

[P28-1] 上行結腸癌術後の右総腸骨リンパ節再発に対する腹腔鏡下リンパ節摘出術後難治性リンパ漏の1例

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

【緒言】上行結腸癌術後の右総腸骨リンパ節転移は極めて稀である。今回同病変に対して腹腔鏡下リンパ節摘出術を行い、術後に難治性リンパ漏を発症し、外科的に修復し得た1例を経験したので報告する。
【症例】20XX-6年12月に前医で上行結腸癌に対して、腹腔鏡下右半結腸切除術が行われ、pT4aN2bM0 stageⅢc（BRAF変異陽性）の病理診断で術後補助化学療法としてCapeOX療法8コースを施行された。以降、再発なく経過していたが、20XX-1年7月に腫瘍マーカーの上昇があり、右総腸骨リンパ節の増大を認めたため、再発と診断し、半年間化学療法を施行された。これにより、同リンパ節は縮小したものの残存している状態であり、新規病変を認めなかったため、手術目的で当科紹介受診となる。20XX年4月に腹腔鏡下右総腸骨リンパ節摘出術を実施し、術後2日目に自宅退院された。病理結果は上行結腸癌の再発であった。しかし、術後約1ヶ月に腹部膨満感を主訴に前医を受診され、リンパ瘻と診断された。保存的加療にて改善乏しく、20XX年4月に当院紹介入院となる。入院後は絶食とし、中心静脈栄養を開始、オクトレオチド皮下投与や、リンパ管造影・塞栓術を計3度実施したが、リンパ漏は改善せず、次第に栄養状態の悪化を認めたため、リンパ節摘出術後86日目に腹腔鏡補助下リンパ漏修復術を実施した。術中、リンパ節摘出箇所よりリンパ漏を認めたが、漏出するリンパ管の同定は困難であったため、PGAシートを充填しながら、周囲組織を縫縮し、最後に大網を被覆し、フィブリノゲン加第XIII因子を散布して終了した。手術によりリンパ漏は停止し、食事再開後も再燃なく経過したため、術後18日目に自宅退院された。退院後もリンパ漏の再燃は認めず、腫瘍に関しても無再発で経過している。
【結語】上行結腸癌術後の右総腸骨リンパ節転移に対して腹腔鏡下リンパ節摘出術を実施し、術後難治性リンパ漏を来した1例を経験した。右側結腸癌術後の右総腸骨リンパ節転移は非常に稀であり、また、腸骨リンパ節郭清後の難治性リンパ漏の治療についても確立されたものはないため、これらについて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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）28　周術期管理と術後合併症 2

座長：惠木 浩之（北里大学メディカルセンター外科）

[P28-2] 直腸癌CRT後のLow Anterior Resection Syndromeリスク因子についての検討

*中山 快貴[1]、吉敷 智和[1]、麻生 喜祥[1]、飯岡 愛子[1]、若松 喬[1]、本多 五奉[1]、片岡 功[2]、磯部 聡史[1]、代田 利弥[1]、石井 俊[1]、後藤 充希[1]、須並 英二[1] (1. 杏林大学医学部付属病院、2. 杏林大学医学部付属杉並病院)

【始めに】Low Anterior Resection Syndrome（LARS）は、直腸切除後に生じる排便機能障害であり、患者のQOLを著しく低下させる重要な問題である。当院では下部直腸癌に対する化学放射線療法（CRT）施行例に対し、一時的人工肛門を造設し、術後約6か月で閉鎖を行っているが、閉鎖後の排便機能障害が臨床上の課題となっている。

【目的】CRT施行直腸癌症例におけるLARS発症のリスク因子を明らかにし、その予測および対策に資することを目的とした。特に骨盤底筋群および骨格筋量に着目し、臨床病理学的因子を含めて検討した。

【方法】

2019年6月から2025年3月までに当院でRb直腸癌に対してCRTを施行し、原発巣切除後に人工肛門閉鎖まで至った20例を対象とした。人工肛門閉鎖後1年時点のLARSスコアに基づき、LARS群（≧30点）と非LARS群（≦29点）に分類した。術前CT画像を用い、CRT前および人工肛門閉鎖前の2時点における恥骨下縁レベルでの内閉鎖筋断面積をSYNAPSE VINCENTで計測し、大腰筋体積も算出した。これらの変化率および臨床病理学的因子とLARS発症との関連を解析した。

【結果】

対象は男性16例、女性4例、年齢中央値64.5歳（38–89歳）であった。LARSは14例（70%）に認められた。単変量解析では、内閉鎖筋および大腰筋体積の変化率が有意な関連因子であった（いずれもp＜0.05）。さらにLARS各症状別の解析では、大腰筋体積の低下は漏出性便失禁と有意に相関し（p＜0.05）、内閉鎖筋の低下は切迫性便失禁と有意な関連を認めた（p＜0.05）。

【結語】

骨盤底筋群の機能低下に加え、大腰筋体積の減少がLARS発症に関与する可能性が示唆された。さらに症状別解析により、それぞれが異なる機序に関与する独立した因子である可能性が示された。骨盤底筋群評価に加え、骨格筋量および臨床因子を組み合わせた複合的評価は、LARS発症予測および周術期介入戦略の構築に有用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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）28　周術期管理と術後合併症 2

座長：惠木 浩之（北里大学メディカルセンター外科）

[P28-3] 大腸癌手術におけるDST吻合に用いるデバイスの選択が縫合不全に与える影響の検討

*西嶋 亜未[1]、鶴田 雅士[1]、石田 隆[1]、田村 卓也[1]、竹谷 健[1]、小野 祐実[1]、藤澤 直人[1]、菅原 俊喬[1]、皆川 卓也[1]、島田 理子[1]、平野 佑樹[1]、大山 隆史[1]、篠田 昌宏[1]、板野 理[1] (1. 国際医療福祉大学医学部消化器外科)

【背景】直腸癌やS状結腸癌に対する腸切除後の吻合法としては、自動縫合器と自動吻合器の2つのデバイスを使用するダブルステープリング(DST)吻合が一般的であるが、縫合不全率は約10%と報告されている。我々は昨年、ロボット支援大腸癌手術におけるDST吻合でのデバイスの組み合わせと縫合不全の関連について検討したが有意な影響は認められなかった。今年新たな自動吻合器が市場に出ることが予定されており、さらなるデバイスの組み合わせの多様化が予想される。今回、症例を増やして改めてデバイスの組み合わせが術後縫合不全に与える影響について検討した。
【方法】2020年6月から2026年3月までに当科で大腸癌に対して手術を施行した症例のうちDST吻合を行った285例を対象とした。主評価項目を術後の縫合不全の発症率とした。対象を同じ製造元のデバイスを組み合わせてDST吻合を行ったSame Products (SP)群と異なるDifferent Products (DP)群の2群にわけて、患者背景および縫合不全の発生率について後方視的に比較検討した。
【結果】SP群は230例、DP群は55例であった。年齢の中央値(範囲)は、SP群が71(28-97)歳、DP群が68(36-89)歳で有意差を認めた(p=0.021)が、性別、BMI、術前治療の有無等のその他の背景因子は両群間に有意差は認めなかった。原発巣が直腸癌の症例はSP群で156例(67.8%)、DP 群で40例(72.7%)であり、有意差は認めなかった(p=0.521)。術後縫合不全を認めた症例は全体で29例(10.2%)であり、SP群が24例(10.4%)であったのに対しDP群は5例(9.1%)であり、有意差は認めなかった(p=1.000)。
【結論】DST吻合では2つのデバイスを用いるが、選択肢が多様化し、それぞれに縫合不全を防ぐための工夫が施されているため、使用するデバイスの選択に迷うこともある。DST吻合におけるデバイスの組み合わせが治療成績に影響を及ぼす可能性も懸念されたが、新規デバイス参入後の症例を含めた今回の検討においても術後縫合不全発症率に有意な影響は認めなかった。大腸癌術後の縫合不全は、患者のQOLや短期成績に大きく影響する重要な合併症であり、今後もさらなる予防策の検討が望まれる。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）28　周術期管理と術後合併症 2

座長：惠木 浩之（北里大学メディカルセンター外科）

[P28-4] 大腸癌術前貧血に対する静注鉄剤の種類による治療成績

*額田 卓[1]、沼田 正勝[1]、風間 慶祐[2]、渥美 陽介[2]、伊豆川 翔太[1]、石黒 哲史[1]、横山 亘[1]、福田 敏之[1]、古山 和樹[1]、田 鍾寛[2]、大矢 浩貴[2]、山本 俊也[1]、工藤 孝迪[1]、武井 将伍[1]、前橋 学[1]、太田 絵美[1]、小澤 真由美[1]、野﨑 昭人[3]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科、2. 横浜市立大学医学部附属病院消化管外科、3. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター内科)

【はじめに】大腸癌術前の貧血は、短期、長期成績に影響を及ぼすことから術前是正の重要性が認識されている。進行症例では、経口鉄剤は吸収障害や消化管通過障害の影響を受ける可能性があり、静注鉄剤は有用な選択肢である。近年、従来の低用量静注鉄剤に加え、高容量投与が可能なカルボキシマルトース第二鉄も使用可能となっており、限られた術前待機時間の中で効率よく貧血を改善できる可能性がある。一方、大腸癌領域においての貧血是正投与方法に関するガイドラインは存在せず、各担当医により最良と判断される方法で治療が実施されている。
【目的】鉄欠乏性貧血を合併した大腸癌患者において、高容量静注鉄剤であるカルボキシマルトース第二鉄と、低用量静注鉄剤である含糖酸化鉄の術前貧血改善効果を比較検討する。
【対象と方法】2021年1月から2025年12月までに、術前貧血を認める大腸癌に対して静注鉄剤治療後、原発巣切除を行った症例を後ろ向きに検討した。当科初診までに輸血療法が施行されていた症例は除外した。改善効果は、初診時Hbから手術直前Hbの差とした。
【結果】
カルボキシマルトース第二鉄（1管中鉄含有量500 mg）（n=96）、含糖酸化鉄（1管中鉄含有量40 mg）（n=30）を比較した。年齢中央値：74歳vs. 75歳 (p=0.47)、男性：50% vs. 48% (p=1.00)、cT 3以深：90% vs. 81%(p=0.40)、術前治療あり：10% vs. 7% (p=0.70)。Hb改善平均値：+1.12（標準偏差1.9）vs. -0.11（標準偏差1.3） g/dL (p＜0.01)。術前輸血施行率：14 vs. 27 % (p=0.10)。術後合併症Clavien-Dindo Grade≧III：1.0 vs. 10.0 % (p=0.04)であった。
【結語】鉄欠乏性貧血を合併した大腸癌患者に対する術前静注鉄療法において、高容量投与が可能なカルボキシマルトース第二鉄は、含糖酸化鉄と比較して良好な貧血改善効果を示した。術前期間が限られる事が多い大腸癌診療において、高容量静注鉄剤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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）28　周術期管理と術後合併症 2

座長：惠木 浩之（北里大学メディカルセンター外科）

[P28-5] 大腸癌術後縫合不全・汎発性腹膜炎に対する腹腔鏡手術―定型化手技による6例の検討―

*小野 祐実[1]、石田 隆[1]、鶴田 雅士[1]、田村 卓也[1]、竹谷 健[1]、西嶋 亜未[1]、藤澤 直人[1]、藤井 康矢[1]、菅原 俊喬[1]、皆川 卓也[1]、島田 理子[1]、平野 佑樹[1]、大山 隆史[1]、篠田 昌宏[1]、板野 理[1] (1. 国際医療福祉大学成田病院)

大腸癌術後の縫合不全・汎発性腹膜炎は、敗血症から致死的経過をたどり得る重篤な合併症である。手術介入を要する症例では全身状態不良であることが多く、過大な侵襲回避の観点から腹腔鏡手術の有用性が期待されるが、高度炎症に伴う癒着や視野不良により手技の煩雑化や手術時間延長が課題であり、その適応は一定していない。
当科では、Clavien-Dindo分類Grade IIIb以上の術後縫合不全・汎発性腹膜炎に対しても腹腔鏡手術を導入し、手技の定型化により短時間かつ有効な感染制御を目指している。本研究では治療成績を検討し、手術手技の要点と工夫を報告する。
手技の要点は以下の3点である。①臍部またはストマ造設予定部の小開腹創から直視下に腹水回収および洗浄を先行し、時間短縮を図る。②体位変換およびポート追加・移動を行いながら鏡視下洗浄を追加し、両側横隔膜下およびダグラス窩に確実にドレーンを留置する。③創縁保護ドレープおよび皮膚表面接着剤を使用し、創部感染予防を徹底する。
2022年4月から2025年12月までに当院で施行した原発性大腸癌手術444例中、Grade IIIb以上の縫合不全・汎発性腹膜炎は6例（1.4%）に認め、全例に腹腔鏡手術を施行した。男性5例、女性1例、年齢66±7歳、結腸2例、直腸4例であった。初回手術は腹腔鏡2例、ロボット4例であり、再手術時間100±16分、出血量4±4ml、再手術後在院日数31±13日であった。開腹移行例はなく、再手術後Grade III以上の合併症は認めなかった。
適切な症例選択および手技の定型化により、術後縫合不全・汎発性腹膜炎に対する腹腔鏡手術は、安全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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）28　周術期管理と術後合併症 2

座長：惠木 浩之（北里大学メディカルセンター外科）

[P28-6] S状結腸癌術後乳糜瘻に対してオクレオチド投与が有用であった１例

*西谷 太助[1] (1. 若草第一病院)

症例は76歳男性。閉塞性S状結腸癌に対し,self-expanding metallic stent留置し腸管減圧した後に腹腔鏡下S状結腸切除術(D3郭清,FEEA)を施行した。
術後経過は概ね良好であったが,POD6にDouglas窩に留置していたJ-VACドレーンから白色排液を認め,中性脂肪(TG)値を計測するとTG:254mg/dlと高値をであり術後乳糜瘻の診断となった。この時点で絶食に切り替え,オクレオチド皮下注射200μg量を1日2回投与開始した。投与後2日目から白色排液は漿液性に変化しTG値も105mg/dlと低下を認めたため、脂肪制限食を開始した。その後は白色排液を認めることなくPOD10にドレーンを抜去し,POD13に退院となった。
乳糜腹水の原因は腹部手術や血管手術の際に乳糜槽やリンパ管の損傷によるものや単純に悪性腫瘍によるリンパ管閉塞、肝硬変症によるものが知られている。
診断基準に関してはTG:110mg/dl以上(または総脂質200mg/dl以上)かつ、外観が乳白色～白濁していること、腹腔内感染がない事が診断基準となる。
治療に関しては一定の見解はなく保存的治療(絶飲食下で完全中心静脈栄養,脂肪制限食などの食事療法,薬物療法)や外科的治療(リンパ管結紮,腹腔静脈シャント術)などがコンセンサスとしてある。
今回は薬物療法が早期に著効した比較的稀有な症例を経験したため,文献的考察とともに発表する。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）28　周術期管理と術後合併症 2

座長：惠木 浩之（北里大学メディカルセンター外科）

[P28-7] 直腸癌側方リンパ節郭清後の難治性リンパ嚢胞に対しリンパ管造影と塞栓術が奏功した1例

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

【はじめに】直腸癌に対する側方リンパ節郭清後には，ときに骨盤内リンパ嚢胞を認める．無症候性リンパ嚢胞は経過観察可能であるが，有症候性の場合は治療対象となる．
直腸癌側方リンパ節郭清術後に生じた難治性リンパ嚢胞に対し，リピオドールリンパ管造影およびN-butyl-2-cyanoacrylate(NBCA)による塞栓術を施行し，良好な経過を得た一例を経験したので報告する．
【症例】40歳代，女性．血便の精査加療目的に当院紹介受診した．精査でMSI-High，下部直腸癌，cT3N3M0, cStage IIIcの診断となった．患者希望により化学療法が選択されたが，治療経過中に手術希望となり，ロボット支援腹腔鏡下ハルトマン手術およびリンパ節郭清（上方および両側側方）を施行した．術後20日目より持続する発熱を認め，腹部CT検査で側方郭清領域の両側骨盤腔にリンパ嚢胞を認めた．発熱の持続とリンパ嚢胞によって総腸骨静脈が圧排されていたことから，術後26日目に両側リンパ嚢胞に対してCTガイド下穿刺ドレナージを施行した．ドレーンからは連日100mlほどの排液が持続し，また，ドレナージ不良域も残存したため，ドレナージ後16日目に両側鼠径リンパ節穿刺によるリピオドールリンパ管造影を施行した．左側は少量の漏出で，リンパ嚢胞内にリピオドールが沈着したことを確認して手技終了した．右側の漏出は自然閉鎖困難と判断し，NBCAによる塞栓術を追加した．処置翌日よりドレーン排液量の著明な減少を認めたためドレーンを抜去した．処置後後1か月以上経過した現在も症状改善を維持している．
【考察】有症候性の術後リンパ嚢胞は，穿刺ドレナージで軽快する症例もあるが，ときに治療に難渋し外科的介入を要する症例もある．リンパ管造影は漏出部位の特定とその程度の評価，また治療（塞栓術）を同時に行えるより低侵襲な手技であり，術後難治性リンパ嚢胞に対する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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）28　周術期管理と術後合併症 2

座長：惠木 浩之（北里大学メディカルセンター外科）

[P28-8] 高齢者肛門手術における術後排尿障害の発生頻度とリスク因子の検討

*山崎 裕人[1]、吉田 貢一[1]、田畑 敏[1] (1. 市立砺波総合病院大腸・肛門外科)

【背景】高齢者では加齢に伴う排尿機能低下や併存疾患の影響により, 術後排尿障害（postoperative urinary retention: POUR）のリスクが高いと考えられる. POURはQOLの低下, 尿路感染症, 在院日数延長の要因となり得るが, 肛門手術領域, とくに高齢者を対象とした検討は十分ではない. 【目的】高齢者肛門手術におけるPOURの発生頻度およびリスク因子を検討する. 【対象と方法】2020年1月から2024年12月までに当院で施行した65歳以上の肛門手術235例を対象とした. 術後または尿道カテーテル抜去後24時間以内に導尿を要した症例をPOURと定義した. 年齢, 性別, BMI, 併存疾患, performance status（PS）, 術式, 手術時間, 術中輸液量, 痔核切除数を検討項目とし, 単変量解析を行った. さらに有意差を認めた因子について, 痔核手術群および痔核手術以外の群に分けて多変量解析を行った. 【結果】POURは51例（21.7%）に認めた. 単変量解析では糖尿病, PS高値, 痔核切除数でPOUR発生率に有意差を認めた. 痔核手術90例を対象とした多変量解析では, 痔核切除数のみが独立した危険因子であった（OR 2.46，95%CI 1.21–5.00，p=0.012）. 一方, 痔核手術以外145例を対象とした多変量解析では, PS 3以上が独立した危険因子であった（OR 2.34，95%CI 1.04–5.24，p=0.040）. 【結論】高齢者肛門手術ではPOURは比較的高頻度に発生した. 痔核手術では痔核切除数が, 痔核手術以外ではPS高値が独立した危険因子であり, 高リスク症例では術前評価と慎重な周術期管理, ならびに痔核切除範囲の調整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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）29　進行大腸癌に対する手術３

座長：宮北 寛士（東海大学医学部消化器外科）

[P29-1] 腹腔鏡下大腸切除術における体腔内腸管切離・体腔外腸管吻合法の有用性についての検討

*内藤 正規[1]、福岡 麻子[1]、佐々木 大祐[1]、臼井 創大[1]、磯村 香介[1]、根岸 宏行[2]、浜辺 太郎[2]、天野 優希[2]、勝又 健太[3]、大島 隆一[3]、四万村 司[3]、牧角 良二[2]、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)

[P29-2] 閉塞性大腸癌に対する大腸ステント留置の安全性と有用性の検討

*佐藤 清哉[1]、千田 圭悟[1]、瀬戸 大市[1]、由良 健太郎[1]、大嶋 理香[1]、清水 美菜子[1]、田村 裕子[1]、矢澤 慶一[1]、佐藤 圭[1]、杉田 光隆[1] (1. 横浜市立みなと赤十字病院外科)

[P29-3] 進行結腸癌に対する術前化学療法の有用性の検討

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

[P29-4] 下行結腸癌の再発を疑った、腸間膜に発生したデスモイド腫瘍の一例

*本郷 久美子[1]、山本 聖一郎[2]、田島 佑樹[1]、大谷 理紗[1]、室井 貴子[1]、藤崎 洋人[1]、高野 公徳[1]、中川 基人[1] (1. 平塚市民病院外科、2. 東海大学医学部消化器外科)

[P29-5] 閉塞性大腸癌に対し横行結腸ストーマ造設後も制御困難で大腸亜全摘を要した１例

*澤崎 純哉[1]、真貝 竜史[1]、大﨑 真央[1]、村西 耕太郎[1]、馬場谷 彰仁[1]、西垣 貴彦[1]、中塚 梨絵[1]、太田 英夫[1]、杉本 圭司[1]、大西 直[1]、松下 一行[1] (1. 川西市立総合医療センター外科)

[P29-6] 直腸癌に対する術前治療後手術における術中出血量過大評価の可能性の検討

*岸 和希[1]、浜部 敦史[1]、森 良太[1]、関戸 悠紀[1]、竹田 充伸[1]、三代 雅明[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学)

[P29-7] 前立腺浸潤直腸癌摘除における尿路再建としての膀胱瘻の有用性について

*沼畑 健司[1]、須藤 剛[2]、深瀬 正彦[2]、佐藤 圭祐[2]、望月 秀太郎[2]、平田 祥太郎[2] (1. 山形県立中央病院泌尿器科、2. 山形県立中央病院外科)

[P29-8] 大腸癌におけるサイトグロビン発現の意義

*仲山 孝[1]、滝口 光一[1]、白石 謙介[1]、古屋 信二[1]、齊藤 亮[1]、丸山 傑[1]、出雲 渉[1]、庄田 勝俊[1]、中山 裕子[1]、河口 賀彦[1]、雨宮 秀武[1]、市川 大輔[1] (1. 山梨大学医学部外科学講座第一教室)

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）29　進行大腸癌に対する手術 3

座長：宮北 寛士（東海大学医学部消化器外科）

[P29-1] 腹腔鏡下大腸切除術における体腔内腸管切離・体腔外腸管吻合法の有用性についての検討

*内藤 正規[1]、福岡 麻子[1]、佐々木 大祐[1]、臼井 創大[1]、磯村 香介[1]、根岸 宏行[2]、浜辺 太郎[2]、天野 優希[2]、勝又 健太[3]、大島 隆一[3]、四万村 司[3]、牧角 良二[2]、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)

【はじめに】腹腔鏡下大腸切除術では，腸管の授動が広範囲に行うことができる利点を活かして，消化管吻合は体腔外で行われることが多い．近年，体腔内での消化管吻合の有用性に関する報告が増えているが，消化管内容の流出による腹腔内汚染の危険性について懸念が残る．
【目的・対象】2023年1月から2026年4月までの期間に，結腸癌の診断で腹腔鏡下大腸切除術を施行し，体腔内腸管切離・体腔外吻合法による機能的端々吻合を行った28症例を対象とした．周術期の成績を解析し，本法の有用性を明らかにすることを目的とした．
【結果】本法の手術手技は、腸管の剥離・授動後に腸間膜の処理を行い、自動縫合器により体腔内で腸管切離を行った．切離腸管断端は臍部正中創より体腔外に吊り上げてclosed法で機能的端々吻合を行った．男性11例，女性17例であり，平均年齢は70.9±13.1歳であった．結腸右半切除術（拡大含む）が9例，回盲部切除術が8例，結腸部分切除は横行結腸が6例、下行結腸が5例であった．体腔内での腸管切離は，肛門側のみ行った症例が17例，両側が7例，口側のみが3例であった．手術時間は164.5（97-968）分であり，出血量は5（5-75）mlであった． 創長は40（25-70）mmであり，切離断端までの距離は近位側が72.5（25-260）mmであり，遠位側が67.5（30-240）mmであった．C-D Grade-II以上の合併症は麻痺性イレウスの1例（3.6%）のみであり，再発は2例（7.1%）であった．
【結語】本法は，体腔内汚染の懸念がない吻合法であるとともに，整容性も十分に保てる手技であることが示された．複雑な手技を必要としないことから，消化管吻合の1つの方法として会得するべき手技である．

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）29　進行大腸癌に対する手術 3

座長：宮北 寛士（東海大学医学部消化器外科）

[P29-2] 閉塞性大腸癌に対する大腸ステント留置の安全性と有用性の検討

*佐藤 清哉[1]、千田 圭悟[1]、瀬戸 大市[1]、由良 健太郎[1]、大嶋 理香[1]、清水 美菜子[1]、田村 裕子[1]、矢澤 慶一[1]、佐藤 圭[1]、杉田 光隆[1] (1. 横浜市立みなと赤十字病院外科)

【背景・目的】2012年に大腸用self expandable metallic stent（SEMS）が保険適応となり，閉塞性大腸癌に対しSEMS留置により緊急手術を回避するbridge to surgery（BTS）が普及しつつある。当院では原発切除可能な閉塞性結腸癌およびRS直腸癌に対するBTSとしてSEMS留置を第一選択としており、BTSとしてのSEMSの安全性と有用性について検討を行った。
【対象・方法】2023年4月から2026年3月までの期間に当院で大腸癌の原発切除を行った症例のうち、初発の閉塞性大腸癌に対して術前にSEMSを留置した14例を後方視的に検討した。
【結果】年齢中央値は74(51-93)歳、男性9例、女性5例であった。原発部位は上行結腸2例、横行結腸2例、下行結腸4例、S状結腸4例、直腸2例であった。技術的成功率は100%、臨床的成功率は92.9%であり、1例でステント追加留置を要した。ステント留置に伴う合併症は認めなかった。ステント留置から原発切除までの期間中央値は34（18-83）日であり、全例で原発切除術前に一時退院可能であった。11例で腹腔鏡手術、2例でロボット手術、1例で開腹手術が施行された。全例で腸管吻合可能であり、一時的および永久人工肛門造設を行った症例はなかった。Clavien-Dindo分類Grade2以上の術後合併症は3例に認め、内訳は麻痺性イレウス2例、尿路感染症2例、腹腔内膿瘍１例であった。縫合不全は認めなかった。術後在院日数中央値は8（6-28）日であった。病理学的進行度分類はStageIIが6例、StageIIIが6例、StageIVが2例であった。StageIV症例のうち、1例は同時性肝転移に対する治癒切除を行い、1例は術中に切除不能腹膜播種を認めたため緩和的化学療法を行った。術後再発を認めた症例はなかった。
【結語】閉塞性大腸癌に対するBTSとしてのSEMS留置は安全かつ有効な減圧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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）29　進行大腸癌に対する手術 3

座長：宮北 寛士（東海大学医学部消化器外科）

[P29-3] 進行結腸癌に対する術前化学療法の有用性の検討

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

【背景】近年進行結腸癌に対して治療成績向上のため、術前化学療法が行われているが中・長期成績の有用性については明らかではない。
【目的】進行結腸癌に対する術前化学療法の有用性を明らかにする。
【対象と方法】2010年4月から2023年4月に当科で手術を施行した直腸S状部癌を含む結腸癌1590例のうち、化学療法施行後に原発巣切除術を行った15例を対象に、臨床病理学的因子、化学療法の効果、予後を後方視的に検討した。
当科における術前化学療法の適応は、外科的切除断端の確保が困難、術前穿孔による膿瘍形成、または切除可能な遠隔転移症を有する症例としている。
【結果】術前化学療法を施行した15例の年齢中央値は70歳(63-76)、男女比は8：7、腫瘍の局在はA 2例/T 1例/S 7例/RS 5例、平均腫瘍径は48.8㎜、cStageはⅢB 1例/ⅢC 7例/ⅣA 6例/ⅣB 1例、8例で化学療法施行前に人工肛門を造設していた。化学療法レジメンはCAPOX + BV 4例、mFOLFOX6 + BV 5例、mFOLFOX6 + Pmab 2例、FOLFIRI + Pmab 4例で、化学療法完遂率は93.3%、相対投薬強度は85.5%であった。RECIST v1.1による最良効果判定はPR 9例、SD 5例、PD 1例で、奏効率は93.3%であった。CTCAEでGrade3以上の有害事象は5例(33.4%)に認め、好中球減少が3例、末梢神経障害が1例、ざ瘡様皮疹が1例であった。術前化学療法を施行した全例で原発巣切除が行われており、Clavien-Dindo分類 Grade Ⅲ以上の術後合併症はGrade Ⅲaのイレウスと乳び腹水の2例(13.3%)であった。組織学的治療効果判定はGrade 1a 5例/1b 7例/2 3例であった。ypStageはIIA 3例/IIIB 3例/ⅣA 7例/ⅣB 1例/ⅣC 1例で、40%でdown stagingされており、局所の癌遺残はR0 14例/R1 1例だった。術前遠隔転移を認めた7例中5例は一期的あるいは二期的に遠隔転移の切除を行い根治度CurBが得られ、全ての症例で術後化学療法が行われていた。観察期間は中央値で53.4カ月、3年PFSは64.6%、3年OSは83.6%であった。
【結語】高度進行結腸癌に対する術前化学療法は比較的安全に施行されており、中期成績も妥当であった。術前化学療法は症例によっては良好な腫瘍縮小効果が得られ、治療選択肢の一つになると考えられた。

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）29　進行大腸癌に対する手術 3

座長：宮北 寛士（東海大学医学部消化器外科）

[P29-4] 下行結腸癌の再発を疑った、腸間膜に発生したデスモイド腫瘍の一例

*本郷 久美子[1]、山本 聖一郎[2]、田島 佑樹[1]、大谷 理紗[1]、室井 貴子[1]、藤崎 洋人[1]、高野 公徳[1]、中川 基人[1] (1. 平塚市民病院外科、2. 東海大学医学部消化器外科)

【症例】35歳男性【既往】なし【現病歴】下行結腸癌に対して腹腔鏡下下行結腸切除、郭清はIMA本幹を温存して根部のみを郭清するD3郭清を施行した。（T3N0stage Ⅱ）。術後補助化学療法は試行していない。術後6カ月のCTで結腸間膜内に結節を認め、術後11カ月目に再発を疑って切除の方針とした。【検査所見】採血検査では腫瘍マーカーその他に異常値を認めなかった。CTでは、LCA切離断端近傍の腸間膜内に増大傾向のある結節状の軟部陰影を認めた。PET検査で同部位は淡い集積を認め、他に集積を示す部位は認めなかった。【方針】下行結腸癌の再発を疑い、切除の方針とした。【手術】腹腔鏡下に傍大動脈リンパ節郭清、IMA根部を含む腸間膜、下行結腸、前回吻合部切除を行った。吻合は　Retro- ileal pull- through technique　を用いて吻合した。【術後経過】特に合併症なく、術後第7病日に退院した。【病理組織診断】病理検査では、SMA（＋）、Desmin（±）、CD34 （‐）、S100 （‐）、β‐Catenin（核内集積）、Ki‐67 5%の結果であり、スモイド腫瘍の診断であった。【考察】デスモイド腫瘍はこれまで切除適応とされてきたが、腫瘍の大きさや増大速度によっては経過観察が可能ともいわれている。本症例では癌の再発の可能性を第一に考え、切除を行った。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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）29　進行大腸癌に対する手術 3

座長：宮北 寛士（東海大学医学部消化器外科）

[P29-5] 閉塞性大腸癌に対し横行結腸ストーマ造設後も制御困難で大腸亜全摘を要した１例

*澤崎 純哉[1]、真貝 竜史[1]、大﨑 真央[1]、村西 耕太郎[1]、馬場谷 彰仁[1]、西垣 貴彦[1]、中塚 梨絵[1]、太田 英夫[1]、杉本 圭司[1]、大西 直[1]、松下 一行[1] (1. 川西市立総合医療センター外科)

【緒言】

閉塞性大腸癌に合併する閉塞性大腸炎は、腸管内圧上昇に伴う虚血性変化により発症し、壊死や穿孔へ進展する重篤な病態である。減圧目的としてステント留置や経肛門的イレウス管、人工肛門造設などが選択されるが、これら段階的減圧が奏功せず炎症の進行を必ずしも抑制できない症例も存在する。特に直腸Rb病変ではステント留置が困難な場合もあり、治療戦略に難渋する。

【症例】

57歳男性。腹痛および腹部膨満を主訴に当院を受診した。腹部単純CTで直腸Rbに閉塞性大腸癌を認め、口側結腸の著明な拡張と壁肥厚、浮腫性変化を伴い閉塞性大腸炎の合併が疑われた。内視鏡的ステント留置は部位的に困難であり、経肛門的イレウス管（コロレクタルチューブ）を留置したが十分な減圧は得られなかったため、同日緊急で横行結腸人工肛門造設術を施行した。しかし術後２日が経過するも腹部症状の改善乏しく、保存的治療では改善困難と考え、再手術として大腸亜全摘術を行う方針とした。原発巣は直腸Rbの局所高度進行癌であったため切除は行わず、回腸末端からS状結腸まで大腸亜全摘を行い、回腸人工肛門造設とS状結腸での結腸瘻を作成した。切除標本は、広範囲にわたる粘膜の虚血性変化を認めた。術後経過は概ね良好であり術後34日で退院となった。

【考察】

閉塞性大腸炎は腸管内圧上昇に伴う血流障害を背景に発症し、重症化すると壊死や穿孔を来たし得る。本症例では、腸管拡張による蠕動低下や閉塞性大腸炎の合併により横行結腸人工肛門造設後も十分な減圧が得られなかった。閉塞性大腸炎を伴う閉塞性大腸癌症例では、人工肛門造設のみでは減圧が不十分となる場合があり、病態に応じて大腸亜全摘を含めた外科的介入を早期に検討する必要がある。本症例を踏まえ、閉塞性大腸炎を伴う閉塞性大腸癌に対する治療戦略および減圧手段の限界について、文献考察を加えて検討した。

【結語】

直腸Rb閉塞性大腸癌に閉塞性大腸炎を合併した症例では、ステント留置困難例においても
人工肛門造設のみでは不十分となる可能性があり、早期の外科的介入を念頭に置いた治療戦略が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）29　進行大腸癌に対する手術 3

座長：宮北 寛士（東海大学医学部消化器外科）

[P29-6] 直腸癌に対する術前治療後手術における術中出血量過大評価の可能性の検討

*岸 和希[1]、浜部 敦史[1]、森 良太[1]、関戸 悠紀[1]、竹田 充伸[1]、三代 雅明[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学)

【背景】
術前放射線化学療法（nCRT）後の直腸癌手術症例では手術先行症例と比較して術中出血量が増加し、さらにtotal neoadjuvant therapy（TNT）後の症例ではnCRT後の症例と比較して術中出血量が増加することが報告されている。しかし、nCRT/TNT後の手術では、術前治療による骨盤内の炎症や浮腫などの影響で腹水等の非血液成分が術野に漏出し、それらが術中出血量の計算に含まれることで、出血量が過大評価されている可能性がある。
【方法】
2022年1月～2026年3月までに手術を施行されたRa/Rbを主座とする切除可能直腸癌160例を対象とした。手術先行群110例、術前治療群50例で、術前治療群はTNT34例、CRT16例であった。術中出血量は、ガーゼ重量増加分と吸引液から洗浄液量を差し引いた値の合計とした。総血液量と推定出血量は以下の式で計算した。
男性の総血液量(mL)=366.9×(身長(m)3)+32.19×体重(kg)+604.1
女性の総血液量(mL)=356.1×(身長(m)3)+33.08×体重(kg)+183.3
推定出血量(mL)=血液量(mL)×((術前Ht(%)-術後Ht(%))/平均Ht(%))+輸血量(mL)（輸血量は濃厚赤血球液1単位＝200 mL として換算）
【結果】
術前治療群では、手術時間が長く、ISRやAPRの施行率が高く、術中の体液バランスが多く、術後1日目までのドレーン排液が多かった。術中輸血症例の頻度には差を認めなかった。術中出血量と推定出血量には有意な正の相関を認め、両群で推定出血量は術中出血量よりも多かった。しかし、術中出血量は術前治療群で有意に多かったが、推定出血量は両群で有意差を認めなかった。術中出血量を線形回帰で多変量解析すると、手術時間が出血量増加と関連していたが、その影響は術前治療群において減弱していた。
【結論】
術中出血量と推定出血量は相関しつつも乖離を有する可能性がある。術前治療群推定出血量が、輸液不足で血液濃縮が生じ過小評価されたという可能性は低かった。手術時間に伴う術中出血量増加は群間で異なり、術前治療群の術中出血量が手術時間のみでは十分に説明できない可能性がある。術後1日目までのドレーン排液は術前治療群で有意に多かったが、術中にも非血液成分が多く漏出し、術中出血量の計算に含まれた可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）29　進行大腸癌に対する手術 3

座長：宮北 寛士（東海大学医学部消化器外科）

[P29-7] 前立腺浸潤直腸癌摘除における尿路再建としての膀胱瘻の有用性について

*沼畑 健司[1]、須藤 剛[2]、深瀬 正彦[2]、佐藤 圭祐[2]、望月 秀太郎[2]、平田 祥太郎[2] (1. 山形県立中央病院泌尿器科、2. 山形県立中央病院外科)

【緒言】前立腺浸潤を来した直腸癌に対する骨盤内臓全摘は尿路再建が必要で、回腸導管が選択されることが多い。しかし、回腸導管では吻合部狭窄、ストーマトラブル、イレウスなどのリスクも多少であるが散見される。それに対し膀胱瘻造設した場合、上部尿路トラブル、吻合部リークがなく、腸管使用不要のメリットがあり、定期カテーテル交換の不便を除くといい適応となる。我々の施設での９症例の経験を報告する。
【対象と方法】
山形県立中央病院にて2018年2月から2026年2月までに骨盤内臓全摘を行った22例のうち尿路再建に膀胱瘻造設を行った9例を対象とした。
尿路再建では基本的に膀胱尿道吻合、回腸導管、膀胱瘻を提示し病状に合わせ説明、選択した。
膀胱瘻造設は前立腺、精嚢（症例により尿道、括約筋）を合併切除し膀胱頸部を2層に閉じ、下腹壁に膀胱を固定しリーク予防を行い膀胱ろうカテーテル留置した。
【結果】
年齢は41-88歳(中央値61)、疾患は直腸癌６例、肛門管癌２例であった。原発巣摘除6例、再発巣摘除2例である。
尿路再建に伴う合併症として術後腎機能低下は骨盤内膿瘍を来した1例のみで水腎症は来さなかった。
膀胱頸部閉鎖のリークは局所再発症例の重粒子線治療後の手術で生じた。照射線量分布に十分注意し切除範囲を決定したが術後7か月と時間をおいてリークが発生した。幸い保存的に治癒した。
【考察】
膀胱瘻でのトラブルは重粒子線治療後の1例に生じた。放射線、粒子線治療後は創傷治癒に不安要素があり膀胱頸部の切除範囲を広範囲にするか回腸導管を選択することも必要である。全例、水腎は来さなかったが、1例、骨盤膿瘍に伴う両側膿腎症で腎不全が生じた。
また、手術の工夫として、骨盤死腔を減らすため、2例において膀胱を小骨盤におきBoariフラップのように腹壁に尿路をのばした症例を経験した。
しかし、術後、定期カテーテル交換は必要で、安定した回腸導管のメリットは依然あり、術前によく相談し選択する必要はある。
【まとめ】
直腸癌前立腺浸潤における骨盤内臓全摘においては尿路再建として膀胱瘻は有用であり、症例を選び選択することが可能である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）29　進行大腸癌に対する手術 3

座長：宮北 寛士（東海大学医学部消化器外科）

[P29-8] 大腸癌におけるサイトグロビン発現の意義

*仲山 孝[1]、滝口 光一[1]、白石 謙介[1]、古屋 信二[1]、齊藤 亮[1]、丸山 傑[1]、出雲 渉[1]、庄田 勝俊[1]、中山 裕子[1]、河口 賀彦[1]、雨宮 秀武[1]、市川 大輔[1] (1. 山梨大学医学部外科学講座第一教室)

【背景・目的】
サイトグロビン（Cytoglobin：Cygb）は酸素代謝や酸化ストレス防御に関与するヘム蛋白であり、腫瘍との関連が注目されているが、大腸癌における臨床的意義は明らかでない。本研究では大腸癌組織におけるCygb発現を評価し、臨床病理学的因子および予後との関連を検討した。

【対象・方法】
2007年1月～2014年12月に当科でR0切除を施行した臨床病期II/III大腸癌145例を対象とし、術前治療例は除外した。パラフィン包埋標本に対し抗Cygb抗体による免疫組織化学染色を行い、染色強度を0～3の4段階で評価した。0・1を低発現群、2・3を高発現群とし、臨床病理学的因子との関連を検討した。さらに再発無病生存（RFS）および全生存（OS）との関連をCox比例ハザードモデルで解析した。

【結果】
高発現群95例、低発現群50例であった。年齢、性別、腫瘍部位、腫瘍径、リンパ節転移、脈管侵襲などに有意差は認めなかった。一方、低発現群では低分化癌の頻度が有意に高く、ロジスティック回帰解析でもCygb発現と分化度との有意な関連を認めた。Cygb発現はRFS、OSのいずれとも有意な関連を認めなかった。

【結論】
大腸癌におけるCygb発現は予後との関連は認めないが、腫瘍分化度と関連し、分化状態を反映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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター2

一般演題（ポスター）30　術前化学療法・放射線治療２

座長：大平 学（千葉大学大学院医学研究院先端応用外科）

[P30-1] 局所進行直腸癌におけるTNT治療効果は術前MRIで予測できるか？

*関口 久美子[1]、清水 貴夫[1]、武田 幸樹[1]、太田 竜[1]、山田 岳史[2]、福本 崚[3]、仲座 方辰[3]、関根 鉄朗[3]、谷合 信彦[1]、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、3. 日本医科大学付属病院放射線科)

[P30-2] 局所進行直腸癌に対する術前FOLFOXIRI＋Bevacizumab療法の検討

*藤井 敏之[1]、北原 正博[1]、原口 大希[1]、硲 彰一[1] (1. 周南記念病院消化器病センター外科)

[P30-3] total neoadjuvant therapy後Non-Operative Managementを施行中の直腸粘液癌の1例

*原 聖佳[1]、木暮 千碩[1]、木村 直暉[1]、小倉 道一[1]、杉山 順子[1]、大原 守貴[1]、三宅 洋[1]、瀧本 壽郎[2] (1. 春日部市立医療センター外科、2. 春日部市立医療センター病理部診断科)

[P30-4] 局所進行直腸肛門管癌に対し集学的治療を行った経験

*新垣 淳也[1]、佐村 博範[1]、堀 義城[1]、山城 直嗣[1]、古波倉 史子[1]、長嶺 義哲[1]、星原 祐輝[1]、野明 純太[1]、原 諒一[1]、宮城 由衣[1]、原田 哲嗣[1]、本成 永[1]、金城 直[1]、伊禮 俊充[1]、亀山 眞一郎[1]、伊志嶺 朝成[1] (1. 浦添総合病院消化器病センター外科)

[P30-5] 直腸癌局所浸潤、肝転移に対し集学的治療後に根治手術をしえた症例

*馬場谷 彰仁[1]、澤崎 純哉[1]、大崎 真央[1]、村西 耕太郎[1]、西垣 貴彦[1]、中塚 梨絵[1]、太田 英夫[1]、真貝 竜史[1]、杉本 圭司[1]、大西 直[1]、松下 一行[1] (1. 川西市立総合医療センター外科)

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター2

一般演題（ポスター）30　術前化学療法・放射線治療 2

座長：大平 学（千葉大学大学院医学研究院先端応用外科）

[P30-1] 局所進行直腸癌におけるTNT治療効果は術前MRIで予測できるか？

*関口 久美子[1]、清水 貴夫[1]、武田 幸樹[1]、太田 竜[1]、山田 岳史[2]、福本 崚[3]、仲座 方辰[3]、関根 鉄朗[3]、谷合 信彦[1]、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、3. 日本医科大学付属病院放射線科)

【背景・目的】局所進行直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapy（TNT）は、従来の化学放射線療法と比較して治療強度が強く、局所制御能の向上などが期待できる一方、有害事象の増加も報告されている。治療前のMRIで治療効果を的確に予測することは、TNT適応症例の適切な選択に寄与すると考えられる。本研究では、局所進行直腸癌に対するTNT前のMRI所見を用いて、治療効果を予測する因子を後ろ向きに検討した。
【対象・方法】2020年10月から2023年6月までに当院でTNTを行い、その後に手術を施行した25例およびNOM（Non-Operative Management）を選択した7例の計32例の局所進行直腸癌を対象とした。治療前MRIにおいて、壁深達度、筋層外静脈侵襲（Extramural venous invasion ; EMVI）、腫瘍結節（Tumor deposit; TD）、粘液成分を評価し、主要評価項目として手術症例の病理学的完全奏功（pCR）およびNOM症例の臨床的完全奏功（cCR）の達成（(c+p) CR）との関連を検討した。
【結果】平均年齢は62.2 (31-78)歳。男性20例，女性12例であった．TNTは全症例でshort courseの放射線治療を行った後（25 Gy / 5 fractions）、化学療法を施行した。手術群25例の平均手術時間は15.6 (8-44)日だった．術後合併症は9例（36.0%）に認め，Clavien-Dindo分類≧3の重症合併症は4例（16.0%）に認めた．術後30日以内の死亡はなかった．全症例の(c+p) CRは15例（46.9%）であり、手術群のpCRは8例（32%）、NOM群のcCRは7例全例だった。解析の結果、壁深達度と(c+p) CR達成率との間には有意な関連は認められなかった（p=0.563）。しかし、EMVI陰性群（p=0.018）およびEMVIスコアが低い群（p=0.029）において、(c+p) CR達成率は有意に高かった。また、EMVIとTDがともに陰性である症例も、(c+p) CR達成率が有意に高かった（p=0.028）。
【結語】EMVI陰性およびTD陰性の症例ではTNT後の完全奏功率が有意に高いことが示された。治療前MRIによるこれらの所見の評価は、TNT後の予後予測において重要な役割を果たすと考えられた。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター2

一般演題（ポスター）30　術前化学療法・放射線治療 2

座長：大平 学（千葉大学大学院医学研究院先端応用外科）

[P30-2] 局所進行直腸癌に対する術前FOLFOXIRI＋Bevacizumab療法の検討

*藤井 敏之[1]、北原 正博[1]、原口 大希[1]、硲 彰一[1] (1. 周南記念病院消化器病センター外科)

（緒言）
直腸癌では結腸癌と比べて局所再発率が高く、欧米では化学放射線療法（CRT）が標準治療だが、本邦では未だ確立した術前治療はない。我々は、CRMの確保が困難な巨大腫瘍や、側方リンパ節転移が疑われる局所進行直腸癌に対し、RASステータスの結果を待たずに導入可能なFOLFOXIRI＋Bmab療法を用いた術前治療の有用性について検討した。
（方法）
治療レジメンは、FOLFOXIRI＋Bmabを２週間毎に３サイクル、４サイクル目はFOLFOXIRI単独で行い、４サイクル目投与から約４週間後に手術とした。
（結果）
2021年7月から2026年4月までに13例にFOLFOXIRI＋Bmab療法を行い、2例が本人の不耐とIRIのアナフィラキシーで脱落した。完遂した11例（84.6%）について解析した。11例の腫瘍占拠部位はRa 3例、Rb 5例、Rb/P 3例であった。術前治療後のCT検査で、11例全例に著明な縮小効果を認め根治手術を施行した。治療前のcStageは、Ⅱａ1例、Ⅱｃ1例、Ⅲｂ1例、Ⅲｃ8例、Ⅳａ(肝転移)1例であった。治療後のypStageは、Ⅰ:4例、Ⅱa: ４例、Ⅲc: 2例、Ⅳa: 1例で、down stageを7例（63%）に認めた。stageが変わらなかった4例のうち2例は、T4からT3へ深達度の改善を認めた。術後再発については、傍大動脈リンパ節再発1例、肺転移再発1例を認め、局所再発は今のところ認めていない。
（考察）
本検討では、局所進行直腸癌に対する術前FOLFOXIRI＋Bmab療法により、高い奏功率と良好なdown stageが得られた。また、RbまたはRb/Pで、当初Miles手術が必要と思われた症例のうち、4例で肛門温存された点は臨床的に意義が大きい。脱落した2症例でも、他の化学療法を行って切除可能であった。FOLFOXIRI＋Bmab療法は、全例で腫瘍縮小が得られており、R0切除率への寄与が期待される。さらにCRTと異なり、原発巣のみならず全身治療的として潜在的な微小転移に対しても高い抗腫瘍効果が見込まれるため、遠隔再発抑制の観点からも治療効果が期待される。まだ症例数が少なく観察期間も短いことから、今後の症例の積み重ねが必要である。
（結語）
局所進行直腸癌に対する術前FOLFOXIRI＋Bmab療法は、根治切除および局所制御の向上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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター2

一般演題（ポスター）30　術前化学療法・放射線治療 2

座長：大平 学（千葉大学大学院医学研究院先端応用外科）

[P30-3] total neoadjuvant therapy後Non-Operative Managementを施行中の直腸粘液癌の1例

*原 聖佳[1]、木暮 千碩[1]、木村 直暉[1]、小倉 道一[1]、杉山 順子[1]、大原 守貴[1]、三宅 洋[1]、瀧本 壽郎[2] (1. 春日部市立医療センター外科、2. 春日部市立医療センター病理部診断科)

【はじめに】大腸癌診療ガイドライン2024年版ではNon-Operative Management (NOM)は評価法や治療成績に関するエビデンスが十分でないことから，「行わないことを弱く推奨」とされている.今回直腸粘液癌に対してtotal neoadjuvant therapy（TNT）を施行後，clinical complete responseに至り，NOMを継続している1例を経験したため報告する．
【症例】77歳, 男性．【主訴】下血．【現病歴】2年前より血便を自覚していたが，頻回となったため近医で下部消化管内視鏡検査を施行した. 直腸に2型腫瘍を認め, 生検でGroup 5，mucinous adenocarcinomaの診断で治療目的に当科紹介となった.
直腸診では左側優位の2/3周性腫瘍を認め，肛門管内へ進展していた．下部内視鏡検査では肛門側断端が歯状線におんでいた. 画像検査では, リンパ節腫大や遠隔転移は認めず, 術前診断は直腸癌RbP, muc, cT3N0M0であった. 患者は強く肛門温存を希望したため, 術前化学放射線治療（Capecitabine併用:39.6 Gy/22Fr）を施行した．治療後の効果判定では腫瘍縮小を認めたものの腫瘍は残存，ycT2N0M0と診断した．手術を予定していたが人工肛門を受容できず手術を拒否されたため, 化学療法の方針とした. FOLFOX+P-mab療法を計10コース施行し, 下部内視鏡検査では腫瘍は消退し, 白色瘢痕変化のみであった. 生検でも悪性所見なく, CT/MRI画像評価で明らかな腫瘍性病変を認めなかったことからnear complete responseと判断した. リスクを理解した上でNOMを強く希望され, 以後2-3ヶ月ごとに評価を行い, 経過観察している. 現時点で治療終了後1年が経過しているが, 再発を認めない．
【考察】直腸癌に対するNOMは，現時点では標準治療として確立されていないものの，厳格なサーベイランスを前提とすれば，治療選択肢の一つとなり得る可能性が示唆された.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター2

一般演題（ポスター）30　術前化学療法・放射線治療 2

座長：大平 学（千葉大学大学院医学研究院先端応用外科）

[P30-4] 局所進行直腸肛門管癌に対し集学的治療を行った経験

*新垣 淳也[1]、佐村 博範[1]、堀 義城[1]、山城 直嗣[1]、古波倉 史子[1]、長嶺 義哲[1]、星原 祐輝[1]、野明 純太[1]、原 諒一[1]、宮城 由衣[1]、原田 哲嗣[1]、本成 永[1]、金城 直[1]、伊禮 俊充[1]、亀山 眞一郎[1]、伊志嶺 朝成[1] (1. 浦添総合病院消化器病センター外科)

(はじめに)下部進行直腸癌に対しTotal neoadjuvant therapy(TNT)が導入され、その有用性が報告されている．
(対象)当院で2021年～2025年までTNTを行った進行直腸肛門管癌4症例について報告する．
(症例1) 44歳，女性．脱出，疼痛あり肛門部腫瘍生検で腺癌認めた．CT検査で直腸肛門管に8cm腫瘤，傍直腸や右側方リンパ節，右鼠経リンパ節腫大を認めた．2021年9月S状結腸人工肛門造設術施行．cT4a N3 M0 StageIIIc．TNT施行．2022年6月，腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術(APR)，膣後壁合併切除術，右側方リンパ節郭清術施行．病理検査：pCR, 治療効果判定:Grade3であった． (症例2) 55歳，男性. 2021年8月，肛門痛，発熱あり近医より紹介．CT検査で肛門周囲膿瘍形成あり．手術：肛門周囲切開排膿術，S状結腸人工肛門造設術施行した．生検で中分化腺癌認め，cT4a, N2a, M0, StageIIIcと診断した．TNT施行．2022年7月，腹腔鏡下APR，前立腺全摘，精嚢切除，膀胱瘻造設，臀溝皮弁術施行．病理検査：muc, ypT4a N0 M0 Stage IIb. 治療効果判定:Grade2であった．(症例3) 60歳，男性.2022年8月肛門から脱出する腫瘍あり生検で中分化腺癌を認めた. 2022年10月，肛門痛強くなり再受診．CT検査:肛門周囲膿瘍形成認めた．手術：肛門周囲切開排膿術，S状結腸人工肛門造設術施行．cT4a, N1b, M0, StageIIIb診断した．TNT施行．2023年8月，腹腔鏡下APR施行．病理検査：tub1, ypT2, N0, cM0, StageI. 治療効果判定:Grade1bであった．(症例4)69歳，男性．2024年5月肛門狭窄で紹介受診．検査で直腸肛門管癌の診断cT4b, N3, M0 StageIIIcであった． 2024年6月S状結腸人工肛門造設術後， TNT施行．2025年5月，腹腔鏡下APR，左側方リンパ節郭清術施行．病理検査：pCR, 治療効果判定:Grade3であった．(結果) 男性3例、女性1例で、平均年齢59.6歳であった．cStageはIIIb 1例,IIIc3例であった．全身化学療法FOLFOXIRI+アバスチン 4例(Induction), 治療後全例手術が行われ，術後病理診断ypCR 2例, ypStageI 1，ypStageIIb 1例, 治療効果判定 Grade3 2例，Grade2 1例，Grade1b 1例であった．症例3に再発を認めた．(考察)4症例ともにdown stageの治療効果が得られた．
(結語)進行直腸肛門管癌にTNT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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター2

一般演題（ポスター）30　術前化学療法・放射線治療 2

座長：大平 学（千葉大学大学院医学研究院先端応用外科）

[P30-5] 直腸癌局所浸潤、肝転移に対し集学的治療後に根治手術をしえた症例

*馬場谷 彰仁[1]、澤崎 純哉[1]、大崎 真央[1]、村西 耕太郎[1]、西垣 貴彦[1]、中塚 梨絵[1]、太田 英夫[1]、真貝 竜史[1]、杉本 圭司[1]、大西 直[1]、松下 一行[1] (1. 川西市立総合医療センター外科)

【はじめに】StageⅣ大腸癌に対しては化学療法のみならず外科切除により予後が延長することが知られている。
【症例】68歳　男性【主訴】持続する下痢
【既往歴】内臓逆位、尋常性乾癬
【現病歴】上記主訴にて当院消化器内科を受診。下部消化管内視鏡にて下部直腸癌を指摘され外科へ紹介となった。
【画像所見】外科初診時の造影CTにて直腸癌壁外浸潤、肝転移疑い（S4）を指摘。MRIでも同様であった。
【受診後経過】局所浸潤及び肝転移を認めたため、横行結腸人工肛門造設後にmFOLFOX6+Pmabによる化学療法を6コース施行した。効果判定の造影CTにて原発巣および肝転移の著名な縮小を認めたため、腹腔鏡補助下LAR（ta-TME併用）を施行した。
【術後経過】退院後に肝切除を目指し、mFOLFOX6+Pmabによる化学療法を4コース施行したところ、画像上肝転移が消失した。人工肛門の閉鎖手術を計画したが、術前検査で右下肢の広範なDVTを認めたため手術を延期し、抗凝固療法を行った。3か月後にDVTはほぼ消失し、改めて画像検索するも腫瘍は消失したままであったため、人工肛門閉鎖手術を行った。術後約3か月のCTでも肝転移は消失を維持できている。
【結語】StageⅣ進行直腸がんに対し、集学的治療後に根治手術をしえた症例を経験した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター2

一般演題（ポスター）31　進行大腸癌に対する化学療法２

座長：牧角 良二（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器一般外科）

[P31-1] FOLFOX＋パニツムマブ療法中に炎症性腸疾患様腸炎を呈し鑑別に苦慮したS状結腸癌の1例

*吉留 しずか[1]、柳田 茂寛[2]、米倉 圭[2]、鶴 智太[2]、濱田 由紀[2]、肥後 直倫[2]、奥村 隆志[1]、馬場 研二[1]、大塚 隆生[1] (1. 鹿児島大学病院消化器外科、2. 川内済生会病院)

[P31-2] 化学療法により原病巣の完全奏功が得られ，扁平上皮化生および腺腫成分のみが遺残した直腸腺癌の1例

*木戸 知紀[1]、武藤 靖英[1]、原 仁司[1]、岩本 一亜[1]、小池 太郎[1]、板橋 道朗[1] (1. 埼玉県済生会加須病院外科)

[P31-3] 耐術不能のため化学療法を先行した後に耐術可能となり、骨盤内臓全摘術を施行し得た高度進行直腸癌の1例

*井田 智之[1]、西川 元[1]、小澤 寛太朗[1]、酒江 礼菜[1]、井上 広海[1]、庭野 公聖[1]、出川 佳奈子[1]、堀 佑太郎[1]、喜多 亮介[1]、横山 大受[1]、中西 保貴[1]、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)

[P31-4] KRAS G12DからG12Cへの変化を認めsotorasib＋panitumumab療法が有効であった再発直腸癌の1例

*横井 亮磨[1]、浅井 竜一[1]、田島 ジェシー雄[1]、加藤 京[1]、外村 俊平[1]、杉江 雄斗[1]、村瀬 佑介[1]、松本 圭太[1]、水谷 千佳[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. 岐阜大学大学院医学系研究科消化器外科)

[P31-5] 直腸癌同時性肝転移のprimary-first approach中に5-FU誘発高アンモニア血症性脳症を発症し補液の予防的意義が示唆された1例

*竹本 健一[1]、森下 紗衣[1]、小城 正大[1]、長田 寛之[1]、内藤 慶[1]、中野 且敬[1] (1. 近江八幡市立総合医療センター外科)

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター2

一般演題（ポスター）31　進行大腸癌に対する化学療法 2

座長：牧角 良二（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器一般外科）

[P31-1] FOLFOX＋パニツムマブ療法中に炎症性腸疾患様腸炎を呈し鑑別に苦慮したS状結腸癌の1例

*吉留 しずか[1]、柳田 茂寛[2]、米倉 圭[2]、鶴 智太[2]、濱田 由紀[2]、肥後 直倫[2]、奥村 隆志[1]、馬場 研二[1]、大塚 隆生[1] (1. 鹿児島大学病院消化器外科、2. 川内済生会病院)

背景：結腸癌に対する化学療法では薬剤性腸炎を来すことがあるが、炎症性腸疾患(IBD)様の内視鏡像を呈する症例は稀である。今回、FOLFOX＋パニツムマブ療法中にIBD様変化と高度腸管浮腫を呈し、治療方針決定に難渋した症例を経験したため報告する。症例：39歳男性。下腹部痛を主訴に受診し、腫瘍性腸閉塞と診断され、腹腔鏡下人工肛門造設を施行した。術中、骨盤腔に播種を疑う結節を認めたが、組織診断では明らかな腫瘍細胞は指摘されず、sT4aN2bM0 StageⅢcの診断であった。ただし、他の骨盤内結節が播種である可能性も十分に考えられたため、FOLFOX＋パニツムマブ療法を開始した。治療中、皮膚障害を認めたためパニツムマブを中止した。原発巣切除を予定するも、術前CTで腸管全体に著明な浮腫を認め手術は延期とした。精査でFOLFOXおよびパニツムマブがDLST陽性であり薬剤性腸炎の関与が示唆された。術前大腸内視鏡検査ではびらんや縦走潰瘍を散在性に認めIBD様所見を呈しており、粘膜生検でも杯細胞減少や炎症細胞浸潤などIBDを示唆しうる所見であった。化学療法中止後も粘膜びらんと腸管浮腫の改善は認めなかったが、全身状態が保たれていたため手術リスクを考慮の上で原発巣切除に踏み切り、S状結腸切除＋D3郭清を施行した。最終病理診断はpT4aN2bM1c1 pStageⅣc (CurC)であった。考察：化学療法による腸炎は多彩な内視鏡像を呈しうるが、本症例のようにIBD様変化は鑑別を困難にする。人工肛門造設後であり空置結腸炎も鑑別に挙がるが、内視鏡所見や臨床経過から単独では説明困難と考えられた。一般に薬剤性腸炎は休薬により改善することが多いが、本症例ではパニツムマブや化学療法中止後も粘膜びらんと腸管浮腫の改善は乏しく、腸管障害が遷延した点が特徴的であった。病理学的にはIBDを示唆しうる所見を認めたものの、発症時期や化学療法との時間的関連からは薬剤性腸炎が最も疑われた。結語：薬剤性腸炎は内視鏡的・病理学的にIBDと類似しうえ、改善が遷延する場合もあり、慎重な治療判断が求められる。

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター2

一般演題（ポスター）31　進行大腸癌に対する化学療法 2

座長：牧角 良二（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器一般外科）

[P31-2] 化学療法により原病巣の完全奏功が得られ，扁平上皮化生および腺腫成分のみが遺残した直腸腺癌の1例

*木戸 知紀[1]、武藤 靖英[1]、原 仁司[1]、岩本 一亜[1]、小池 太郎[1]、板橋 道朗[1] (1. 埼玉県済生会加須病院外科)

症例は74歳，男性．血便を主訴に前医を受診し，下部消化管内視鏡検査で直腸癌と診断された．治療目的に当科へ紹介され，CT検査を施行したところ，肺にも腫瘍性病変を認め，気管支鏡を用いた生検で大腸癌の肺転移と診断された．原病巣・肺転移ともに根治切除は可能であったものの，呼吸機能検査で1秒量 1090 ml，1秒率 44.47 %，肺活量 2630 ml，%肺活量 71.5 %と混合性換気障害がみられ，術前化学療法を施行しながら呼吸訓練を行う方針とした．CAPOX＋BEV療法を5コース施行し，3ヶ月後のCTで治療効果はPRであった．呼吸機能の改善もみられ，まずは原病巣を切除する方針とし，腹腔鏡下低位前方切除術を施行した．病理所見では癌成分は消失しており，組織学的効果判定基準ではGrade 3であった．肉眼的な粘膜隆起部と一致して低～高異型度管状絨毛腺腫相当の所見がみられた．また，粘膜陥凹部分は広くびらん～潰瘍形成がみられ，固有筋層内～漿膜下層にかけて粘液塊の貯留と卵円形～紡錘形核を有する細胞からなる充実胞巣を散在性に認めた．充実胞巣は免疫染色でAE1/AE3(+)，CK5/6(+)，Ki-67染色で陽性細胞はごく少数で，p53染色で過剰発現もみられず扁平上皮化生巣と診断された．化学療法により癌成分は消失し，腺腫成分および扁平上皮化生巣のみが残存している状態であった．また腺腫部分の一部に扁平化生巣が併存しており，扁平上皮化生を伴う腺腫から発生した癌であったと考えられた．
大腸癌に対する化学療法後に病理学的完全奏功を得る症例は散見されるが，本症例のように扁平上皮化生および腺腫成分のみが遺残した症例は極めて稀であり，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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター2

一般演題（ポスター）31　進行大腸癌に対する化学療法 2

座長：牧角 良二（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器一般外科）

[P31-3] 耐術不能のため化学療法を先行した後に耐術可能となり、骨盤内臓全摘術を施行し得た高度進行直腸癌の1例

*井田 智之[1]、西川 元[1]、小澤 寛太朗[1]、酒江 礼菜[1]、井上 広海[1]、庭野 公聖[1]、出川 佳奈子[1]、堀 佑太郎[1]、喜多 亮介[1]、横山 大受[1]、中西 保貴[1]、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)

骨盤内臓全摘術（TPE）は大腸癌手術の中で侵襲の高い術式の一つである.手術合併症発生率も50%以上と報告され,術後のQOLにも大きく影響する.そのため手術適応についても全身状態（PS）,既往歴及び合併症,社会環境などを考慮し慎重に判断する必要がある.腫瘍関連症状,感染症,疼痛,低栄養状態によりPS3と極度に全身状態が悪化した局所高度進行直腸癌患者に対して,全身化学療法後にPS1まで改善しTPEを施行し根治し得た症例を経験したため報告する.
症例は66歳女性.3年以上前からの下血を認め受診せずにいたが,便失禁や肛門部痛の自覚症状と,全身状態の悪化のため近医を受診し,当院紹介となった.受診時にはトイレ,風呂以外は日中ほぼ臥床状態でECOG PSで３程度の全身状態であった.腫瘍は肉眼的に会陰部をほぼ置換していた.尿道は開存し,肛門は辛うじて開存しているものの左右の外陰唇,膣後壁,肛門部は浸潤した腫瘍により置換されていた.画像所見では,両側鼠径リンパ節郭と右閉鎖リンパ節転移を認めた.全身状態不良で耐術能はないと判断されたため,人工肛門を造設した後に全身化学療法mFOLFOX6を開始した.その後,副作用は軽度で認容性があり継続することが可能であった.6コース終了時には腫瘍関連症状,疼痛,栄養不良も改善し,PS1まで全身状態の改善を認めた.腫瘍効果判定はSDを維持しているもののオキサリプラチンに対するアレルギーのため,イリノテカンベースのFOLFIRIに変更し全身化学療法継続後もSDを維持し,治療開始1年3ヶ月目に根治切除を施行した.骨盤内臓全摘術,両側鼠径リンパ節郭清術を施行した.病理結果からは右側方リンパ節転移と両側鼠径リンパ節転移は残存し,ypStageIIIcの病期であった.術後半年目に右総腸骨動脈周囲リンパ節から仙骨右側の大動脈周囲リンパ節に転移再発を認めた.右総腸骨動脈への浸潤も疑われ,down staging目的にFOLFIRI+BV療法を4コース施行し,傍大動脈リンパ郭清,左鼠径リンパ節郭清を施行した.術後1年目で再発は認めていない.
PS不良の症例であっても,化学療法が奏功すればTPEの様な高侵襲手術への耐術が可能となり,根治術が施行可能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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター2

一般演題（ポスター）31　進行大腸癌に対する化学療法 2

座長：牧角 良二（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器一般外科）

[P31-4] KRAS G12DからG12Cへの変化を認めsotorasib＋panitumumab療法が有効であった再発直腸癌の1例

*横井 亮磨[1]、浅井 竜一[1]、田島 ジェシー雄[1]、加藤 京[1]、外村 俊平[1]、杉江 雄斗[1]、村瀬 佑介[1]、松本 圭太[1]、水谷 千佳[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. 岐阜大学大学院医学系研究科消化器外科)

75歳女性。血便を主訴に受診し、下部直腸に4cm大の直腸癌を認め、Rb, cT3N1M0, cStage IIIb（大腸癌取扱い規約第9版）と診断された。初診時の生検ではKRAS G12D変異を認め、BRAF V600E変異およびMSIはいずれも陰性であった。肛門温存目的に術前治療としてCAPOX療法を開始したが、2コース目にoxaliplatinによるアナフィラキシーを発症したため、以降capecitabine単剤を2コース施行し、ロボット支援下内肛門括約筋切除術（D3/LD2）を施行した。病理診断はypT2N1aM0, ypStage IIIaであり、組織学的効果判定はGrade 0であった。術後補助化学療法は施行せず経過観察とした。術後1年6カ月で異時性肝転移2病変（S6/S7）に対して腹腔鏡下肝部分切除術を施行したが、その後術後2年で多発肝転移、腹膜播種、リンパ節転移を認めた。FOLFIRI＋bevacizumab療法を導入したが、腸閉塞を発症したため2コースで中止した。続いてTAS-102＋bevacizumab療法を6コース施行したが、腹膜播種の増悪によりPDと判定した。肝切除検体を用いた包括的がんゲノムプロファイリング検査では、KRAS G12C変異をVAF 40%で認め、初診時生検で検出されたKRAS G12D変異とは異なる変異プロファイルを示した。Sotorasib＋panitumumab療法を開始し、5コース後のCTでは転移巣の軽度縮小を認め（RECIST: SD）、治療開始時CEA 73.0 ng/mL、CA19-9 853.0 U/mLであった腫瘍マーカーは、6コース後にCEA 4.3 ng/mL、CA19-9 34.9 U/mLまで低下し正常化した。有害事象としてCTCAE Grade 3の低Mg血症を認め、panitumumabを1段階減量して継続している。本症例では、原発巣と転移巣でKRAS変異が異なっており、腫瘍内不均一性や治療経過に伴うクローン選択が示唆された。また、再発進行中の転移巣を用いた遺伝子パネル検査が治療選択に大きく寄与し、KRAS G12Cを標的とした治療により病勢制御を得られた点は重要である。進行再発大腸癌においては、原発巣の遺伝子変異のみに基づく治療選択では腫瘍の分子プロファイルを十分に反映できない可能性があり、再発時には活動性病変からの再生検およびがんゲノムプロファイリング検査を行うことの臨床的意義を示す症例と考えられた。

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター2

一般演題（ポスター）31　進行大腸癌に対する化学療法 2

座長：牧角 良二（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器一般外科）

[P31-5] 直腸癌同時性肝転移のprimary-first approach中に5-FU誘発高アンモニア血症性脳症を発症し補液の予防的意義が示唆された1例

*竹本 健一[1]、森下 紗衣[1]、小城 正大[1]、長田 寛之[1]、内藤 慶[1]、中野 且敬[1] (1. 近江八幡市立総合医療センター外科)

【はじめに】
5-FU持続静注に伴う高アンモニア血症性脳症は稀だが重篤な合併症であり、脱水がリスク因子として報告されている。同一患者で入院管理下（補液あり）では発症せず、外来（補液なし）で発症した症例を経験したため報告する。

【症例】
60歳代、男性。eGFR 40台（CKD G3）。直腸癌（亜閉塞）、同時性肝転移に対しprimary-first approachの方針とし、ロボット支援下ハルトマン手術で原発巣を先行切除した。肝切除前の化学療法としてmFOLFOX6を開始した。第1回は入院で施行し嘔吐が強く補液を行い入院継続としたが脳症は発症しなかった。第2回は入院で減量・制吐薬調整・補液併用で施行し問題なく退院した。第3回は外来で補液なしに施行したところ、意識障害が出現した。血液ガスでpH 7.117、SBEc -17、Lac 139 mg/dLと著明な乳酸アシドーシスを認め、血中アンモニア318 μg/dLと高値であり5-FU誘発高アンモニア血症性脳症と診断した。血液透析を施行しデータは速やかに改善、意識障害は第3病日より改善し後遺症なく回復した。

【考察】
5-FUの代謝産物fluoroacetateから変換されたfluorocitrateはTCA回路のアコニターゼを阻害し、ATP依存性の尿素回路を障害することで高アンモニア血症を惹起する。本症例の著明な乳酸アシドーシスはTCA回路阻害による嫌気性代謝亢進を反映しており、fluoroacetateの蓄積を示唆する所見と考えられた。これらの代謝産物は腎排泄性であり、本症例のようなCKD G3症例では排泄遅延が生じやすい。入院時の補液が腎血流を維持し代謝産物のクリアランスを保つことで脳症発症を予防した可能性がある。本症例の意識障害は第3病日より改善したが、これは既報における治療後の意識回復までの中央値2日と一致する所見であった。Liawらは32エピソード中81%に腎前性高窒素血症を報告しており、脱水・体液不足が本病態の重要な増悪因子であることを示している。外来化学療法施行時には、腎機能低下例や嘔吐リスクの高い症例において補液併用を考慮すべきである。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）32　稀少腫瘍２

座長：西沢 佑次郎（関西労災病院消化器外科）

[P32-1] 直腸GISTとの鑑別を要した卵巣高異型度漿液性癌直腸壁外転移の1例

*笠島 浩希[1]、笠島 浩行[2]、下國 達志[2] (1. 市立函館病院初期研修医、2. 市立函館病院消化器外科)

[P32-2] 肛門皮膚病変から診断に至ったPagetoid spread合併肛門管癌の2例

*佐々木 大祐[1]、内藤 正規[1]、山口 大輝[1]、磯村 香介[1]、臼井 創大[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]、渡邊 麗子[4]、豊田 名津美[4]、柳澤 信之[4]、四万村 司[3]、小泉 宏隆[4]、牧角 良二[2]、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)

[P32-3] 術前に原発巣同定が困難であったPagetoid spreadを伴う肛門管癌の1例

*篠原 翔一[1]、伊藤 誉[1]、利府 数馬[1]、太白 健一[1]、東條 峰之[1]、味村 俊樹[1]、山下 裕玄[1]、山口 博紀[1] (1. 自治医科大学消化器一般移植外科)

[P32-4] 腹腔鏡下に切除し得た小腸腸間膜血管腫の1例

*清水 公雄[1]、近藤 英介[1]、横山 航也[1] (1. 成田赤十字病院)

[P32-5] S状結腸間膜に認めた子宮外腺筋腫の1例

*田中 能展[1]、佐々木 愼[1]、豊島 明[1]、金子 学[1]、赤井 隆司[1]、裴 有安[2] (1. 日本赤十字社医療センター大腸肛門外科、2. 日本赤十字社医療センター病理部)

[P32-6] 偶発的に発見され腹腔鏡下切除により診断し得た小腸間膜デスモイド型線維腫症の1例

*鈴木 佑麿[1]、大熊 誠尚[1]、山澤 海人[1]、後藤 圭佑[1]、月原 秀[1]、鎌田 哲平[1]、武田 泰裕[1]、小菅 誠[1]、衛藤 謙[1] (1. 東京慈恵会医科大学　外科学講座　消化管外科)

[P32-7] 当科での大腸癌KRAS　G12C変異症例の検討

*水本 有紀[1]、松田 健司[1]、岩本 博光[1]、中村 有貴[1]、三谷 泰之[1]、上田 勝也[1]、堀 雄哉[1]、下村 和輝[1]、黒岩 英倫[1]、川井 学[1] (1. 和歌山県立医科大学　第２外科)

[P32-8] 直腸に発生した癌肉腫の1例

*大重 英昭[1]、筒山 将之[1]、間下 直樹[1] (1. 小牧市民病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）32　稀少腫瘍 2

座長：西沢 佑次郎（関西労災病院消化器外科）

[P32-1] 直腸GISTとの鑑別を要した卵巣高異型度漿液性癌直腸壁外転移の1例

*笠島 浩希[1]、笠島 浩行[2]、下國 達志[2] (1. 市立函館病院初期研修医、2. 市立函館病院消化器外科)

【症例】40代女性、X年1月より便の狭小化および下痢症状が持続し、同年2月より下腹部痛および腰背部痛を認めたため当院を受診した。CTおよびMRIでは直腸右側に境界明瞭で内部均一に造影される37㎜大の壁外性腫瘤を認め、左卵巣には嚢胞性病変を認めた。下部消化管内視鏡検査では直腸粘膜面に明らかな異常所見を認めず、壁外からの圧排像をのみを認めたため生検は施行しなかった。直腸診では肛門縁から約7㎝の後壁に可動性不良な壁外性腫瘤を触知した。以上より直腸GIST疑いおよび左卵巣腫瘍疑いと診断し、同時切除の方針とした。
手術はロボット支援下に施行した。まず左卵巣摘出術を行い、続いて直腸低位前方切除術および予防的回腸ストーマ造設術を施行した。手術時間は3時間46分、出血量は20mLであった。術後経過は良好で、第15病日に退院した。病理組織学的検査では、直腸壁外組織に高異型度漿液性癌を認め、左卵巣病変も同様の組織像を呈していたことから、卵巣高異型度漿液性癌（high-grade serous carcinoma:HGSC）の直腸壁外転移と診断した。
【考察】卵巣高異型度漿液性癌は上皮性卵巣癌の中で最も頻度が高く、腹膜播種を主体に進展する高侵襲性腫瘍である。一方、本症例のように直腸壁外腫瘤として発見されることは稀であり、術前に直腸GISTとの鑑別を要した。特に粘膜面に異常を認めない壁外性病変では内視鏡生検による診断が困難であり、術前診断に苦慮する場合がある。直腸壁外腫瘤を認めた際には、婦人科悪性腫瘍の転移も鑑別診断として考慮する必要があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）32　稀少腫瘍 2

座長：西沢 佑次郎（関西労災病院消化器外科）

[P32-2] 肛門皮膚病変から診断に至ったPagetoid spread合併肛門管癌の2例

*佐々木 大祐[1]、内藤 正規[1]、山口 大輝[1]、磯村 香介[1]、臼井 創大[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]、渡邊 麗子[4]、豊田 名津美[4]、柳澤 信之[4]、四万村 司[3]、小泉 宏隆[4]、牧角 良二[2]、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)

Pagetoid spreadを伴う肛門管癌は比較的稀な病態であり、湿疹様病変や難治性皮膚炎として発症することから診断に難渋することがある。今回われわれは、肛門皮膚病変を契機に発見されたPagetoid spreadを伴う肛門管癌の2例を経験したので報告する。
症例1：50歳代男性。肛門部痛を主訴に前医を受診し、肛門周囲皮膚の発赤を認めたため下部消化管内視鏡検査（CS）を施行され、肛門縁にかかる腫瘤を認めた。同部生検では扁平上皮内に異型細胞を認め、PAS陽性、Alcian blue陽性、CK7陰性、CK20陽性であった。肛門管癌が疑われ当院紹介となった。乳房外Paget病の可能性も否定できなかったが、皮膚科と合同で検討しPagetoid spreadを伴う肛門管癌と診断した。遠隔転移を認めず、腹腔鏡下直腸切断術（D3郭清）を施行した。病理組織学的にtub2を認め、免疫染色でCK7陽性、CK20陽性、CDX2陽性、GCDFP-15陰性であり、肛門管癌T3N1aM0、StageⅢCと診断した。術後18か月でリンパ節、肺、骨転移を認め、現在化学療法施行中である。
症例2：70歳代男性。下部直腸粘膜内癌に対する内視鏡治療の既往あり。肛門部掻痒感が出現し前医でCSを施行されたが明らかな悪性所見は認めなかった。症状が約6か月持続したため近医皮膚科を受診し、乳房外Paget病が疑われ当院皮膚科へ紹介となった。Pagetoid spreadの可能性も考慮しCSを施行したところ、肛門管内に腫瘍性病変を認めた。同部生検で印環細胞癌および低分化腺癌（sig、por）を認め、肛門管癌と診断した。PET-CTで左鼠径リンパ節転移が疑われ、腹腔鏡下直腸切断術（D3郭清および左鼠径リンパ節郭清）を施行した。術後病理ではCK7陽性、CK20陽性、CDX2陽性、p40陰性であり、肛門管癌T1bN1bM0、StageⅢAと診断した。術後補助化学療法を施行し、術後約19か月現在、無再発生存中である。
Pagetoid spreadを伴う肛門管癌では皮膚病変が先行し、診断遅延を来す可能性がある。肛門皮膚病変を認めた際には原発性乳房外Paget病との鑑別を常に念頭に置き、免疫組織学的評価に加えて下部消化管の精査を含めた原発巣検索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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）32　稀少腫瘍 2

座長：西沢 佑次郎（関西労災病院消化器外科）

[P32-3] 術前に原発巣同定が困難であったPagetoid spreadを伴う肛門管癌の1例

*篠原 翔一[1]、伊藤 誉[1]、利府 数馬[1]、太白 健一[1]、東條 峰之[1]、味村 俊樹[1]、山下 裕玄[1]、山口 博紀[1] (1. 自治医科大学消化器一般移植外科)

症例は79歳男性。2年前より肛門部違和感を自覚し、近医で痔瘻疑いとして加療されていた。肛門腫脹・疼痛が増悪し前医を受診したところ、肛門周囲に発赤・硬結を伴う境界明瞭な隆起性病変を認め、精査加療目的に当院紹介となった。直腸診では肛門管左側から肛門周囲皮膚へ連続する硬結を触知した。大腸内視鏡検査では直腸粘膜に異常を認めず、肛門周囲に発赤を伴う境界明瞭な乳頭状隆起性病変を認め、一部びらんを伴っていた。生検では上皮内に淡好酸性細胞質を有する異型細胞が増殖し、免疫染色でCK7陰性、CK20陰性、CDX-2陽性、GCDFP15陰性であり、消化管腺癌由来のPagetoid spreadが示唆された。CT・MRIでは肛門管左側から会陰部皮膚へ進展する不整な壁肥厚を伴う腫瘤および両側鼠径リンパ節腫大を認め、遠隔転移は認めなかった。Pagetoid spreadを伴う鼠径リンパ節転移陽性肛門管癌と診断し、肛門周囲皮膚のマッピング生検施行後、腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術、D3リンパ節郭清、両側鼠径リンパ節郭清を施行した。病理組織学的には肛門管重層扁平上皮領域を主座とする腺癌で、免疫組織学的に腸型形質を示した。一方、直腸粘膜に病変は認めず、痔瘻治療歴から痔瘻癌由来の可能性が示唆された。最終診断は肛門管癌 pT3N3M0 pStage ⅢCであった。肛門周囲皮膚病変では、原発性Paget病とPagetoid spreadの鑑別のため、直腸・肛門管病変の検索が重要であり、原発巣同定が困難なPagetoid spreadの存在も念頭に置く必要がある。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）32　稀少腫瘍 2

座長：西沢 佑次郎（関西労災病院消化器外科）

[P32-4] 腹腔鏡下に切除し得た小腸腸間膜血管腫の1例

*清水 公雄[1]、近藤 英介[1]、横山 航也[1] (1. 成田赤十字病院)

腸間膜に発生する血管腫は比較的稀な疾患である。今回我々は、経時的に増大する小腸腸間膜血管腫に対し腹腔鏡下摘出術を施行した1例を経験したので報告する。
症例は69才女性。既往症として、甲状腺癌術後、S状結腸癌術後（腹腔鏡下S状結腸切除術）があり、定期的検査を施行していた。
S状結腸癌術後12年目定期検査の腹部造影CT検査にて、小腸近傍に境界明瞭で不均一な造影効果を認める6㎝大の腫瘍を認め、経時的増大傾向を認めた。GIST等の小腸原発腫瘍を念頭に施行した小腸造影検査では、異常所見は認めなかった。PET検査にて同腫瘍への集積は乏しかった。小腸腸間膜原発腫瘍の診断にて腹腔鏡下手術を施行した。手術所見では、空腸腸間膜から突出する6㎝大の赤色腫瘍を認めた。空腸辺縁動静脈は腫瘍に巻き込まれており、腫瘍とともに約10㎝の空腸を合併切除した。病理組織学的検査では悪性所見は認めず小腸腸間膜血管腫の診断であった。
小腸腸間膜に発生した血管腫を腹腔鏡下に切除した1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）32　稀少腫瘍 2

座長：西沢 佑次郎（関西労災病院消化器外科）

[P32-5] S状結腸間膜に認めた子宮外腺筋腫の1例

*田中 能展[1]、佐々木 愼[1]、豊島 明[1]、金子 学[1]、赤井 隆司[1]、裴 有安[2] (1. 日本赤十字社医療センター大腸肛門外科、2. 日本赤十字社医療センター病理部)

【緒言】子宮腺筋症とは、子宮筋層内に子宮内膜腺と内膜間質が存在する状態を指す。子宮腺筋症の限局性病変は子宮腺筋腫と呼び、子宮外に発生することは稀で、これを子宮外腺筋腫と呼ぶ。子宮外腺筋腫の本邦での症例報告はなく、海外でも報告例は少ない。主な発生部位は骨盤腔内で、特に子宮付属器での発生が多い。結腸間膜での発症例は2025年までの医中誌・Pubmed上にはなく、今回我々はS状結腸間膜に発生した子宮外腺筋腫の1例を経験したので報告する。
【症例】46歳女性
【既往歴】子宮筋腫に対し2010年に腹腔鏡下子宮筋腫核出術、甲状腺乳頭癌に対し2011年に甲状腺右葉切除術を施行。
【現病歴・経過】2018年に検診の単純CTで、左総腸骨動脈近傍に18mm大の腫瘤を認め、その後MRIで緩徐な増大を認めていた。2025年には下腹部痛と腹部膨満感が出現し、前医の救急外来受診。造影CT・MRIにて小腸近傍に55mm大の腫瘤を認め、小腸間膜腫瘍の診断で外科的切除を予定された。術中S状結腸間膜に腫瘤を認めたが、前処置未施行にて手術は中断。その後当院紹介となり、Ｓ状結腸間膜腫瘍の診断で手術の方針となった。術前の鑑別疾患として、GIST、孤立性線維性腫瘍、神経原性腫瘍等が挙げられ、腹腔鏡下Ｓ状結腸切除術の方針となった。
【手術】肝転移はなく、S状結腸間膜に60mm大の白色調の球状腫瘤を認め、腹腔鏡下S状結腸切除術を施行。腹壁にも白色結節を認め、別途切除した。
【結果】大きな合併症なく第11病日に退院。病理組織学的には、紡錘形細胞の増殖、子宮内膜腺様の腺管構造と内膜間質を認め、子宮外腺筋腫と診断された。
【考察】今回我々は術前診断に難渋した子宮外腺筋腫の１例を経験した。過去の子宮外腺筋腫の症例報告では、子宮摘出、子宮筋腫核出、卵巣嚢腫摘出などの婦人科手術歴のある症例が多い。子宮外腺筋腫の明確な発生機序や誘発因子は解明されていないが、手術時の組織の飛散や子宮壁の脆弱化などが考えられる。悪性転化の報告もあり、治療に際してその可能性も念頭に置いて治療する必要がある。
【結語】婦人科手術歴を有する骨盤腔内腫瘤を認めた場合、鑑別診断として子宮外腺筋腫を考慮する必要があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）32　稀少腫瘍 2

座長：西沢 佑次郎（関西労災病院消化器外科）

[P32-6] 偶発的に発見され腹腔鏡下切除により診断し得た小腸間膜デスモイド型線維腫症の1例

*鈴木 佑麿[1]、大熊 誠尚[1]、山澤 海人[1]、後藤 圭佑[1]、月原 秀[1]、鎌田 哲平[1]、武田 泰裕[1]、小菅 誠[1]、衛藤 謙[1] (1. 東京慈恵会医科大学　外科学講座　消化管外科)

症例は70歳代，男性．葉巻の誤飲疑いで当院に救急搬送された．精査目的に施行した腹部造影CT検査で，腹腔内に辺縁の造影増強効果を伴う径67 mmの小腸と連続する腫瘍を認めた．6か月前のCT検査と比較して増大傾向を示しており，小腸もしくは小腸間膜原発悪性腫瘍も疑われたため，診断および治療目的に腹腔鏡下小腸腫瘍切除術を施行した．
術中所見では，辺縁不整な腫瘍が小腸間膜内に存在していた．明らかな周囲腸間膜内リンパ節の腫大や腹水貯留，播種性病変は認めなかった．腫瘍は小腸に近接しており，腫瘍を含めた小腸部分切除術を行った．病理組織学的所見では，紡錘形細胞の増殖を認め，βカテニン核内集積陽性であり，デスモイド型線維腫症と診断された．術後経過は特に問題なく，第11病日に退院となった．現在，外来で経過観察中である．
デスモイド型線維腫症は遠隔転移を来さない一方，局所浸潤性や再発傾向を有し，100万人あたり2.4〜4.3人の発生頻度とされる．発生部位による分類では腹壁（49%），腹壁外（43%）腹腔内（8%）とされており，腹腔内デスモイド型線維腫症は非常に稀な疾患である．腫瘍発生の原因は手術の既往などの機械的刺激，妊娠，家族性大腸腺腫症の合併などが指摘されているが、本症例ではこれらの既往や家族歴は認めなかった．腹腔内発生例では生検困難なために術前診断が困難なことが多い．本症例でも画像検査にて確定診断が得られず、悪性腫瘍鑑別目的に摘出したことで確定診断を得ることができた．今回我々は，偶発的に発見され，腹腔鏡下切除により診断に至った小腸間膜デスモイド型線維腫症の1例を経験したため，文献的考察を加えて報告する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）32　稀少腫瘍 2

座長：西沢 佑次郎（関西労災病院消化器外科）

[P32-7] 当科での大腸癌KRAS　G12C変異症例の検討

*水本 有紀[1]、松田 健司[1]、岩本 博光[1]、中村 有貴[1]、三谷 泰之[1]、上田 勝也[1]、堀 雄哉[1]、下村 和輝[1]、黒岩 英倫[1]、川井 学[1] (1. 和歌山県立医科大学　第２外科)

背景： KRAS G12C遺伝子変異陽性の治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌に対し、ソトラシブが2025年9月に適応となりRAS変異部位にも注目が必要となった。KRAS G12C変異陽性は全大腸癌の約3%とまれであり、RAS変異のなかでも予後不良といわれている。今回、当科でKRAS G12C変異陽性患者に対し根治切除術を行った症例について検討する。
対象と結果：当院では2022年4月から2026年3月までにRAS検査を提出した大腸癌562例のうち、KRAS G12C変異陽性は12例、2.1%であった。このうち、遠隔転移なく原発の根治切除術を行えた症例は7例であり1例は直腸癌に対し術前化学放射線療法を行った後に根治切除となった。周術期合併症は1例でGradeAの縫合不全を認めたのみであった。観察期間中央値は25カ月(6.7-41カ月)。平均年齢は70歳、男性:女性=3:4、腫瘍部位は左:右=3:4、StageⅡ:Ⅲ=2:5、組織型は高分化：低分化=6:1であり脈管侵襲は4例で認め腫瘍径の中央値は68㎜(45-145)であった。術前腫瘍マーカー中央値はCEA:CA19-9=3.0:11.1、MSI検査は6例で行われ、いずでも陰性であった。術後補助化学療法は2例で行われた。2年OS は83.3%であり、2年RFSは 50%であった。３例で再発をきたし、再発形式は肝転移1例、播種1例、腸間膜リンパ節1例であった。
考察：観察期間は短いが、根治術後のStageⅡ、Ⅲ大腸癌としてRFSは低く、予後不良であることが示唆された。今後、KRAS G12C変異症例に対するソトラシブの使用による予後改善が期待される。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）32　稀少腫瘍 2

座長：西沢 佑次郎（関西労災病院消化器外科）

[P32-8] 直腸に発生した癌肉腫の1例

*大重 英昭[1]、筒山 将之[1]、間下 直樹[1] (1. 小牧市民病院外科)

癌肉腫は1864年に初めて報告された極めて稀な悪性腫瘍であり，上皮成分と非上皮成分が混在することを特徴とする．発生部位としては女性生殖器や頭頸部が多く，消化管発生は稀である．一般に進行が速く，予後不良とされる．今回，直腸原発の癌肉腫の1例を経験したため報告する．

症例は32歳男性で，血便及び肛門痛を主訴に受診した．下部消化管内視鏡検査にて直腸Raを主座とし，一部Rbに及ぶ1型腫瘍を認め，生検にて腺癌と診断された．造影CT検査では直腸Raに不整な壁肥厚及び腫瘍近傍に最大径58mmの腫大リンパ節を認めた．骨盤MRI検査では直腸の固有筋層への浸潤を認めたが，側方リンパ節腫大は認めなかった．以上より直腸癌StageIIIと術前診断し，ロボット支援下超低位前方切除術・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．手術時間は8時間2分，出血量は1mlであった．術後はストマ部に通過障害を認めたが，経ストマ的に減圧チューブを挿入したところ，速やかに症状の軽快を認め，術後17日目に退院した．病理組織学的所見には粘膜に異型高円柱上皮が管状腺管，癒合腺管，篩状腺管を形成し，腺管周囲に短紡錘形細胞や楕円形核を有する細胞が密に増生する像を認めた．免疫組織学的所見には腺管形成する成分と周囲の小型細胞の一部にてAE1/AE3陽性，CK20陽性，CDX2弱陽性～陰性，CK7陰性であった．一方，上皮マーカー陽性を示さない小型細胞はVimentin陽性を示した．間質成分はDesmin陽性，S-100陽性を示す細胞を少数認めた．以上より明確な分化傾向を示さない癌肉腫と診断した．癌肉腫の術後補助化学療法は確立されていないが，本症例では腺癌成分に対してCAPOX療法を提案した．しかし患者の希望により施行せず，経過観察とした．術後3ヶ月現在，再発初見は認めていない．

本症例について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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）33　稀少腫瘍 3

座長：永田 淳（産業医科大学）

[P33-1] 下行結腸神経鞘腫に対して完全腹腔鏡下結腸部分切除術を施行し得た1例

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

[P33-2] 増大傾向を示した上行結腸神経鞘腫の1切除例

*天下井 恵理[1]、瀬尾 雄樹[1]、泉 陽光[1]、近藤 直樹[1]、松川 雄太[1]、須田 光太郎[1]、野川 優衣[1]、武居 友子[1]、浜野 郁美[1]、戸倉 英之[1]、清水 健[2]、清水 和彦[2]、高橋 孝行[1] (1. 足利赤十字病院 外科、2. 足利赤十字病院病理診断科)

[P33-3] ロボット支援下切除を行った傍直腸孤立性線維腫瘍の1例

*堀口 晃平[1]、濱元 宏喜[1]、上田 恭彦[1]、鈴木 重徳[1]、萩原 精太[1]、渡邊 創太[1]、鈴木 悠介[1]、吉本 秀郎[1]、廣畑 吉昭[1]、北田 和也[1]、島 卓史[1]、松尾 謙太郎[1]、富岡 淳[1]、川口 直[1]、今井 義朗[1]、田中 亮[1]、朝隈 光弘[1]、富山 英紀[1]、李 相雄[1] (1. 大阪医科薬科大学一般・消化器外科)

[P33-4] 腹腔鏡下回盲部切除術を施行した回盲部lipohyperplasiaの1例

*武藤 靖英[1]、木戸 知紀[1]、原 仁司[1]、岩本 一亜[1]、板橋 道朗[1]、小池 太郎[1] (1. 済生会加須病院)

[P33-5] 上行結腸グロムス腫瘍の1例

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

[P33-6] 大動脈バルーンオクルージョン併用根治切除後9年で再発、17年後に不幸な転帰をとった骨盤内巨大solitary fibrous tumor の一例

*早田 浩明[1]、外岡 亨[1]、成島 一夫[1]、天海 博之[1]、平澤 壮一朗[1] (1. 千葉県がんセンター食道胃腸外科)

[P33-7] 術後7年目に肺転移を来し切除し得た直腸Mixed Adenoneuroendocrine Carcinoma（MANEC）の1例

*永山 可琳[1,2]、渡邉 賢之[1,2]、笠井 麻衣[1,2]、藤野 聖人[1,2]、下田 陽太[1,2]、瀧下 智恵[1,2]、榎本 正統[1,2]、永川 裕一[2] (1. 戸田中央総合病院消化器外科、2. 東京医科大学病院消化器・小児外科学)

[P33-8] 大腸原発の胎児消化管類似癌の2例

*郡司掛 勝也[1]、座主 真衣佳[1]、一宮 佑輔[1]、鳥居 真行[1]、浅川 哲也[1]、南 宏典[1]、山口 貴久[1]、大畠 慶直[1]、寺井 志郎[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)

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）33　稀少腫瘍 3

座長：永田 淳（産業医科大学）

[P33-1] 下行結腸神経鞘腫に対して完全腹腔鏡下結腸部分切除術を施行し得た1例

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

神経鞘腫はSchwann細胞から発生する腫瘍で消化管発生は全体の10%未満と稀であり,なかでも大腸原発の腫瘍は約5%程度と報告されている. 今回我々は,下行結腸に発生した神経鞘腫に対して完全腹腔鏡下結腸部分切除術 D0 郭清, 体腔内吻合を施行し, 術後8日目で有害事象なく退院した１例を経験したので報告する. 症例は71歳, 男性. 検診を契機にして下行結腸に粘膜下腫瘍を指摘されていたが, 生検で悪性所見を認めず以後経過観察を行なっていた. 経過観察中に施行した大腸内視鏡検査で腫瘍の増大を認め, またCT上GISTが疑われたため精査加療目的に当院紹介となった. 術前大腸内視鏡検査では, 下行結腸に25mm大の粘膜下腫瘍を認め, EUSでは第4層由来の境界明瞭で内部均一な低エコー腫瘤であった. FNAの所見では, 紡錘形細胞の増殖を認め免疫染色では, S-100陽性, SMA陰性, Desmin陰性, c-kit陰性, CD34陰性であることから神経鞘腫の診断とされた. 今回我々は術前に確定診断に至ったため, 上記の通り過不足のない低侵襲手術で患者治療をすることが可能であった. 大腸神経鞘腫は大半が良性であり, 術前に確定診断されればリンパ節郭清は不要であるため, 可能な限り術前に診断をつけることがover surgeryを避ける上で重要と考えられた.

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）33　稀少腫瘍 3

座長：永田 淳（産業医科大学）

[P33-2] 増大傾向を示した上行結腸神経鞘腫の1切除例

*天下井 恵理[1]、瀬尾 雄樹[1]、泉 陽光[1]、近藤 直樹[1]、松川 雄太[1]、須田 光太郎[1]、野川 優衣[1]、武居 友子[1]、浜野 郁美[1]、戸倉 英之[1]、清水 健[2]、清水 和彦[2]、高橋 孝行[1] (1. 足利赤十字病院 外科、2. 足利赤十字病院病理診断科)

【背景】
神経鞘腫はSchwann細胞に由来する腫瘍であり大腸に発生する症例は稀である。今回我々は、発見後から3年後に腹部症状を呈し切除に至った上行結腸神経鞘腫を経験したため報告する。
【症例】
78歳、女性。75歳の時に下部消化管内視鏡検査で上行結腸に粘膜下腫瘍を指摘され、当院へ紹介受診となった。直ちに手術を希望されず、半年おきの外来経過観察を指示したが、受診を自己中断していた。その3年後に食後の腹痛を契機に近医で下部消化管内視鏡検査を施行し、再度粘膜下腫瘍指摘され、当院紹介受診となった。下部消化管検査では肝彎曲部よりの上行結腸に粘膜下腫瘍を認め、大きさは明らかに増大していた。腹部造影CT検査では上行結腸に壁肥厚を認めた。GISTをはじめとする粘膜下腫瘍疑い、腹腔鏡下結腸右半切除術を施行した。術後合併症なく12日で退院した。病理検査では紡錘型細胞増殖を認め、免疫染色ではc-kit、CD34、α-SMAは陰性でありかつS100陽性であり、神経鞘腫と診断された。
【考察】
神経鞘腫は文献的には良性腫瘍とされ、好発部位は脊髄神経，頸部，四肢であり消化管に発生することは稀である。また消化管で発症した場合も胃や小腸がほとんどである。形態的には粘膜下腫瘍であり、特徴的な画像所見はなく、画像での診断は困難とされる。本症例は、初診から治療まで3年間期間が開いた結果、腫瘍の増大を認め、腹部症状が出現したため手術の方針とした。
上行結腸神経鞘腫の1切除例を経験したため文献的考察を加えて報告した。

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）33　稀少腫瘍 3

座長：永田 淳（産業医科大学）

[P33-3] ロボット支援下切除を行った傍直腸孤立性線維腫瘍の1例

*堀口 晃平[1]、濱元 宏喜[1]、上田 恭彦[1]、鈴木 重徳[1]、萩原 精太[1]、渡邊 創太[1]、鈴木 悠介[1]、吉本 秀郎[1]、廣畑 吉昭[1]、北田 和也[1]、島 卓史[1]、松尾 謙太郎[1]、富岡 淳[1]、川口 直[1]、今井 義朗[1]、田中 亮[1]、朝隈 光弘[1]、富山 英紀[1]、李 相雄[1] (1. 大阪医科薬科大学一般・消化器外科)

【はじめに】
孤立性繊維腫瘍（solitary fibrous tumor; 以下SFT）は間葉系組織由来の稀な腫瘍である。大部分が胸膜に発生するとされているが、近年、胸膜外発生した症例が報告されている。今回われわれは、傍直腸に発生したSFTをロボット支援下手術で摘出した1例を経験したので、報告する。
【症例提示】
症例は60歳、男性。X年3月に前医で発熱の精査で施行された腹部CT検査で偶発的に傍直腸に40mm大造影される表面平滑な腫瘤を認めた。下部消化管内視鏡検査で同部位に粘膜病変は認めず、直腸からEUS-FNAを行ったところSTAT6が陽性でありSFTの診断となった。周囲への浸潤や遠隔転移を疑う所見はなく、無症状であり経過観察としていたが、11月のフォローの腹部CT検査で45mmと増大傾向を認めたため手術加療目的に当院に紹介となった。腫瘍による直腸の圧排を認めていたが、遠隔転移はなく腫瘍切除可能と判断し手術に臨んだ。ロボット支援下に直腸背側の授動を骨盤底まで進めていき、肛門挙筋を広く露出させた。この時点で腫瘍は直腸とは関連がないことが確認でき、右側方郭清を行う要領で腫瘍切除を行った。
【考察】
SFTの多くは組織学的に良性であるが再発症例も報告されている。断端陽性例で再発が多いことからは完全切除がのぞましいが、骨盤内原発では周囲組織との癒着も予想され、狭い骨盤内で安定して視野で操作できるロボット手術は非常に有用であると考えられる。また完全切除に至った症例でも再発する可能性はあるため長期のフォローアップが必要である。
【結語】
傍直腸孤立性繊維腫瘍をロボット支援下に安全に切除できた症例を経験した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）33　稀少腫瘍 3

座長：永田 淳（産業医科大学）

[P33-4] 腹腔鏡下回盲部切除術を施行した回盲部lipohyperplasiaの1例

*武藤 靖英[1]、木戸 知紀[1]、原 仁司[1]、岩本 一亜[1]、板橋 道朗[1]、小池 太郎[1] (1. 済生会加須病院)

【はじめに】腸管lipohyperplasiaは通常回盲弁の粘膜下にできる過誤腫的病変であり、まれである。消化管粘膜下層に生じる脂肪織の増生がlipohyperplasiaと呼ばれ、脂肪腫とは被膜の有無によって区別される。今回、われわれは腹腔鏡下回盲部切除術を施行した回盲部lipohyperplasiaの1例を経験したので報告する。
【症例】65歳、男性。右下腹部痛を主訴に来院した。下部消化管内視鏡検査で盲腸およびバウヒン弁に発赤調の10㎜大程の粘膜下腫瘍の散在を認めた。造影CTで盲腸に腸重積を伴う腫瘤像を認めた。脂肪腫による腸重積を疑い腹腔鏡下回盲部切除を施行した。術後10病日に軽快退院となった。切除標本の病理学的検査所見でlipohyperplasiaの診断となった。
【考察】
医学中央雑誌で「lipohyperplasia」で検索（会議録を除く）したところ1997年から2026年までに13例の報告例を認め、自験例を加えて検討した。年齢中央値は70歳（31-89）で男性12例、女性2例であった。発見契機は腹痛などの腹部症状が11例、便潜血陽性が2例、定期的な大腸内視鏡が1例であった。部位は回盲弁が8例、回腸が2例、回盲弁および右側結腸の多発例が3例、S状結腸が1例であった。治療前診断しえた症例は1例であり、切除標本の病理学的検査所見で診断に至った症例がほとんどであった。治療は内視鏡的切除が2例、手術が12例であった。腹腔鏡手術は7例で、そのうち2例で癒着により開腹手術に移行していた。
【結語】腸管lipohyperplasiaは術前診断が困難なまれな疾患である。腹痛などの症状をきたすことで治療がなされ、切除標本の病理学的検査所見で診断に至ることが多い。

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）33　稀少腫瘍 3

座長：永田 淳（産業医科大学）

[P33-5] 上行結腸グロムス腫瘍の1例

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

【はじめに】
グロムス腫瘍は皮膚血流調節に関与するグロムス小体由来の腫瘍であり、四肢末端に好発し、多くは良性である。消化管発生は稀であり、とくに大腸原発例は極めて少ないため、術前診断および治療方針は確立されていない。今回、貧血で発症し、切除後に診断された大腸グロムス腫瘍の1例を経験したので報告する。
【症例】
40歳代女性。血便を主訴に受診し、Hb 4.7 g/dLの高度貧血を認めた。造影CTにて上行結腸に造影効果を伴う腫瘤を認め、下部消化管内視鏡では同部位に約2.5 cm大の粘膜下腫瘍を認めた。生検では確定診断に至らなかったが、悪性腫瘍を否定できず、貧血の進行も認めたため、上行結腸腫瘍の診断で腹腔鏡下右結腸切除術およびリンパ節郭清を施行した。病理組織学的には類円形細胞の索状・胞巣状増殖を認め、免疫染色ではα-SMA陽性、c-kit陰性であった。核異型や腫瘍径などを総合的に評価し、uncertain malignant potentialを有するグロムス腫瘍と診断した。術後経過は良好であり、現在まで再発・転移を認めていない。
【結語】
大腸グロムス腫瘍は粘膜下腫瘍として発見されることが多く、生検による術前診断は困難である。そのため、悪性腫瘍を否定できない症例では外科的切除が選択され、術後に確定診断に至ることが多い。本疾患は大腸粘膜下腫瘍の鑑別疾患として重要であり、今後の症例集積による術前診断および治療戦略の確立が望まれる。

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）33　稀少腫瘍 3

座長：永田 淳（産業医科大学）

[P33-6] 大動脈バルーンオクルージョン併用根治切除後9年で再発、17年後に不幸な転帰をとった骨盤内巨大solitary fibrous tumor の一例

*早田 浩明[1]、外岡 亨[1]、成島 一夫[1]、天海 博之[1]、平澤 壮一朗[1] (1. 千葉県がんセンター食道胃腸外科)

緒言：Solitary fibrous tumor (SFT)は希な腫瘍だが様々な部位からの発生の報告がある。小児頭大の骨盤内SFTをR0切除でき長期生存したが、最後は不幸な転帰となった一例を報告する。
症例と経過：27才女性で膝関節治療のため前院の整形外科通院中に便秘を相談し骨盤内腫瘍を指摘。卵巣腫瘍を疑われ、同院の産婦人科で2008年2月に開腹手術となったが、両側卵巣は健在で骨盤内を占拠する巨大腫瘍で摘出不能と判断され、そのまま閉腹。10日後に当院に紹介された。入院精査し、腫瘍は直腸間膜から発生した135×150mm巨大腫瘍で経肛門生検にてSFTと診断した。血管造影で支配動脈はIMA、両側内腸骨動脈で血流豊富、切除時には強固な止血対策が必要と思われた。若年症例で妊孕性と肛門温存の可能性を考え、同年4月14日に手術を施行。経仙骨的アプローチから開始し、腫瘍の圧力で視野確保は困難だったが、直腸と肛門管を先に切り離し体位変換後、大動脈オクルージョン（REBOA）を挿入し腎動脈分岐より尾側に留置して大量出血に備え開腹した。子宮卵巣は温存し直腸合併で腫瘍をR0で切除したが、REBOA併用でも出血量13600mlとなり、止血困難状態のためガーゼパッキングして仮閉腹しICU入室。凝固能の回復を待ち翌々日開腹したが腸管再建は危険と判断しHartmann氏手術とした。術後75日目に退院。有効な補助療法の報告はなく、術後経過観察を行い5年間は無再発で経過し結婚もされたが、腸管再建は望まれなかった。人工肛門での生活を続けた9年目にスノボでの転倒から右腸骨仙骨座骨の再発と肝外側区域に再発を確認。肝左葉切除と腸骨広範囲切除したが、12年目に肝再々発と右腸骨動脈付近に再発した。この再発巣も切除したがその後、肺、肋骨、腰椎、膵、肝など転移再発し初回手術から17年後に永眠された。
考察：SFTは希な腫瘍であるが巨大腫瘍の報告が多い。また悪性良性ともにあり、本症例は術後8年までは無再発で経過し根治できたかと思ったが、9年目以降に多発する再発となり17年で不幸な転帰となった。SFTには長期の定期的サーベイランスが必要と思われた。
結語：貴重な巨大骨盤内SFTを経験した。SFTは切除後10年以上の経過を慎重に見る必要がある。

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）33　稀少腫瘍 3

座長：永田 淳（産業医科大学）

[P33-7] 術後7年目に肺転移を来し切除し得た直腸Mixed Adenoneuroendocrine Carcinoma（MANEC）の1例

*永山 可琳[1,2]、渡邉 賢之[1,2]、笠井 麻衣[1,2]、藤野 聖人[1,2]、下田 陽太[1,2]、瀧下 智恵[1,2]、榎本 正統[1,2]、永川 裕一[2] (1. 戸田中央総合病院消化器外科、2. 東京医科大学病院消化器・小児外科学)

【緒言】 直腸MANECは悪性度が高く予後不良な疾患として知られる。今回、術後7年目に孤発性肺転移を来したが、切除により長期無再発生存を得ている1例を経験したので報告する。
【症例】 初回治療時42歳の男性。11年前に近医で直腸粘膜下腫瘍(SMT）に対し内視鏡的切除術が施行され直腸カルチノイドと診断された。その後経過観察を自己中断していたが、4年後の検診で便潜血陽性を指摘され当院受診となった。下部消化管内視鏡検査にて直腸S状部に多発する黄色調のSMT様隆起に加え、直腸Rb部に35mm大の2型腫瘍を認めた。生検にてSMTはカルチノイド、2型腫瘍は腺癌と診断した。 cT2N1bM0 stage IIIbの診断に対し、腹腔鏡下内肛門括約筋間直腸切除術（ISR）＋D3郭清＋両側側方リンパ節郭清を施行した。病理組織学的検査にて、腺癌成分と神経内分泌癌成分が混在するMANECの診断となった。リンパ節転移（#251, 252, 253）はカルチノイドが主体であった。術後補助化学療法としてCDDP＋CPT-11療法を7コース施行した。 その後無再発で経過していたが、術後7年目のCT検査で右肺下葉に小結節を認めた。診断的治療目的に胸腔鏡下右下葉部分切除術を施行したところ、腺癌の肺転移と診断された。現在、肺切除後1年（初回術後8年）が経過し、無再発生存中である。
【考察】 直腸MANECは遠隔転移を来しやすく、集学的治療を行っても早期に再発する例が多い。本症例では初回手術時のリンパ節転移は神経内分泌成分であったのに対し、術後7年目の遠隔転移は腺癌成分であった点が特徴的であった。
【結語】 MANEC術後の長期経過において、転移再発の可能性を念頭に置いた慎重なフォローアップと、再発に対する積極的な切除介入が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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）33　稀少腫瘍 3

座長：永田 淳（産業医科大学）

[P33-8] 大腸原発の胎児消化管類似癌の2例

*郡司掛 勝也[1]、座主 真衣佳[1]、一宮 佑輔[1]、鳥居 真行[1]、浅川 哲也[1]、南 宏典[1]、山口 貴久[1]、大畠 慶直[1]、寺井 志郎[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)

【はじめに】胎児消化管類似癌は胎児初期の消化管上皮に類似した組織形態を示す腺癌であり，大腸癌での頻度は稀である．高度の脈管侵襲を認める場合や，肝転移を高率に認めることがあり，予後不良の組織型であると考えられる．今回、我々は，大腸原発の胎児消化管類似癌の2例を経験したので報告する．

【症例1】47歳男性．排便時の出血を主訴に受診され，精査にて直腸癌を認めた．下部消化管内視鏡では，上部直腸に1/2周性の2型腫瘍を認めた．腫瘍からの生検は，中文化～高分化腺癌であった．胸腹部造影CT検査で，遠隔転移は認めなったが，原発巣は漿膜外への浸潤を疑う所見を認めた．また，周囲に多数の転移を疑うリンパ節腫大を認めた．術前化学療法の方針とし，CAPOXを4コース後に，腹腔鏡下低位前方切除術を施行した．病理組織学的所見は，ypT2N0M0 pStage Iであった．腫瘍細胞は淡明な細胞質を有し，Glypican3(+)，AFP(-)，SALL4(+)であり，胎児消化管類似癌と診断した．

【症例2】50歳女性．検診の便潜血陽性の精査にて，下行結腸癌を認めた．下部消化管内視鏡検査では下行結腸に全周性の3型腫瘍を認めた．腫瘍からの生検では，高分化～中文化腺癌であった．腫瘍による閉塞性腸炎の所見を認め，大腸ステント留置後の手術の方針となった．手術は腹腔鏡下結腸左半切除術を施行した．病理組織学的所見は，pT3N0M0 pStage IIaであった．腫瘍細胞の大部分は淡明な細胞質を有し，Glypican3(+)，AFP(+)，SALL4(-)であり，胎児消化管への分化を伴い胎児消化管類似癌と診断した．

【考察】大腸原発の胎児消化管類似癌は報告例も少ないが，胃癌と同様に脈管侵襲の頻度が高く，肝転移を来すことが多い．今回報告した2症例は，どちらも高度の静脈侵襲を認めた．また，胎児消化管類似癌は一般的に化学療法に抵抗性を示す場合が多いが，症例1では，リンパ節転移が消失した所見も認めており，化学療法の効果が期待できる症例もあることが示唆される．

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）34　症例：進行大腸癌 3

座長：浅原 史卓（東京都済生会中央病院　一般・消化器外科）

[P34-1] Deficient Mismatch Repair(dMMR)を有する横行結腸大細胞型神経内分泌癌の1例

*長谷川 竣大[1,2]、市原 もも子[1,3]、小森 孝通[1,3]、辻野 将生[1,3]、早瀬 志門[1,3]、加藤 雅也[1,2,3]、麻本 翔子[1,2,3]、加藤 一哉[1,3]、住本 知子[1,3]、橋本 和彦[1,3]、岸 健太郎[1,3]、福永 睦[1,3] (1. 兵庫県立西宮病院、2. 大阪大学医学部附属病院、3. 兵庫県立西宮総合医療センター)

[P34-2] 術前BRTOにより血行動態制御を行い安全に切除し得た直腸静脈瘤合併直腸癌の1例

*隈本 智卓[1]、北川 和男[1]、般若 祥人[1]、栗田 紗裕美[1]、下山 雄也[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外科学講座)

[P34-3] TNT後のNOM経過中に側方リンパ節孤立性再燃を来し、サルベージ側方郭清によりTME-free長期生存を得た下部進行直腸癌の1例

*奥田 賢司[1]、小倉 淳司[1]、村田 悠記[1]、服部 憲史[1]、佐藤 雄介[1]、梅田 晋一[1]、田中 千恵[1]、江畑 智希[1]、神田 光郎[1] (1. 名古屋大学医学部附属病院)

[P34-4] 術前機械的腸管前処置後に急速増悪した閉塞性大腸炎に対し大腸亜全摘を要し根治切除機会を逸した進行下部直腸癌の1例

*谷尾 彬充[1]、牧田 大瑚[1]、津田 亜由美[1]、和田 大和[1]、植嶋 千尋[1]、徳安 成郎[1]、尾﨑 知博[1]、遠藤 財範[1]、建部 茂[1] (1. 鳥取県立中央病院)

[P34-5] 蛋白漏出性胃腸症が疑われ腸重積を伴った直腸癌に対して腹腔鏡下ハルトマン手術を施行した1例

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

[P34-6] 他臓器転移をきたした直腸原発絨毛癌の1例

*倉岡 憲正[1]、豊田 和宏[1]、矢野 雷太[1]、小林 弘典[1]、橋本 泰司[1]、坂下 吉弘[1]、宮本 勝也[1] (1. 広島記念病院外科)

[P34-7] ICG蛍光法を活用した直腸癌手術の経験

*川上 次郎[1]、加藤 祐一郎[1]、木村 桂子[1]、山口 直哉[1]、水谷 文俊[1]、山本 美里[1]、鳥居 直矢[1]、荻原 康友[1]、杉田 洋之[1]、川合 毅[1]、村上 倫彦[1]、水谷 真也[1]、伊藤 博崇[1]、清水 遼一[1]、伊藤 謙太郎[1]、森 大介[1]、大西 美薫[1]、河野 弘[1] (1. 名古屋掖済会病院外科)

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）34　症例：進行大腸癌３

座長：浅原 史卓（東京都済生会中央病院　一般・消化器外科）

[P34-1] Deficient Mismatch Repair(dMMR)を有する横行結腸大細胞型神経内分泌癌の1例

*長谷川 竣大[1,2]、市原 もも子[1,3]、小森 孝通[1,3]、辻野 将生[1,3]、早瀬 志門[1,3]、加藤 雅也[1,2,3]、麻本 翔子[1,2,3]、加藤 一哉[1,3]、住本 知子[1,3]、橋本 和彦[1,3]、岸 健太郎[1,3]、福永 睦[1,3] (1. 兵庫県立西宮病院、2. 大阪大学医学部附属病院、3. 兵庫県立西宮総合医療センター)

【背景】
大腸神経内分泌癌（neuroendocrine carcinoma：NEC）は大腸悪性腫瘍の約0.1～0.6%とされる稀な腫瘍であり，高率にリンパ節転移や遠隔転移を伴うことから極めて予後不良とされている．そのため切除可能な限局例として診断される症例は少ない．一方，近年では大腸癌においてミスマッチ修復機構異常（dMMR）/microsatellite instability-high（MSI-H）が重要な分子学的バイオマーカーとして注目されており，免疫チェックポイント阻害薬との関連から治療戦略の変化が期待されている．今回我々は，dMMRを有する横行結腸大細胞型神経内分泌腫瘍large cell neuroendocrine carcinoma（LCNEC）の切除例を経験したため報告する．
【症例】
患者は89歳，女性．貧血精査目的に施行した下部消化管内視鏡検査で横行結腸に2型腫瘍を認め，生検でNECと診断された．造影CTでは横行結腸の壁肥厚および所属リンパ節腫大を認め，cT3N1aM0, cStageⅢbと診断した．ロボット支援結腸部分切除術（横行結腸）・D3郭清を施行した．病理組織学的検査ではlarge cell neuroendocrine carcinoma（LCNEC）であり，最終診断はpT3N0M0 pStage Ⅱ aであった．免疫染色ではsynaptophysin陽性，chromogranin A陰性であり，NECに矛盾しなかった. MMR免疫染色ではMLH1およびPMS2のlossを認めdMMRが示唆された．高齢であることも考慮し術後補助化学療法は施行していないが、無再発生存中である。
【考察】
大腸NECは高率に遠隔転移を伴い，5年生存率15～30%と予後不良である．一方，dMMR/MSI-highを有するNECでは転移率の低下や予後改善が報告されており，生物学的に異なるサブタイプである可能性が示唆されている．さらにdMMR腫瘍では免疫チェックポイント阻害薬の有効性が知られており，大腸NECにおいても分子生物学的評価の重要性が高まっている．
【結語】
高齢女性のdMMRを伴った横行結腸LCNECを経験した．大腸NECにおいてもMMR/MSI statusの評価は，予後予測および治療戦略決定の観点から重要と考えられた．

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）34　症例：進行大腸癌３

座長：浅原 史卓（東京都済生会中央病院　一般・消化器外科）

[P34-2] 術前BRTOにより血行動態制御を行い安全に切除し得た直腸静脈瘤合併直腸癌の1例

*隈本 智卓[1]、北川 和男[1]、般若 祥人[1]、栗田 紗裕美[1]、下山 雄也[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外科学講座)

【背景】
直腸静脈瘤は門脈圧亢進症に伴う側副血行路として形成され、時に致死的出血を来し得る。直腸癌に合併した場合、腫瘍周囲の著明な静脈怒張により術中出血リスクが極めて高くなるが、標準化された治療戦略は確立されていない。
【症例】
70歳、男性。下血を主訴に受診し、下部消化管内視鏡検査で直腸Raに40mm大の2型腫瘍を認め、生検で腺癌と診断された。既往にアルコール性肝障害（Child-Pugh A）を背景とする門脈圧亢進症を有していた。造影CTでは腫瘍周囲に著明に発達した直腸静脈瘤と、下腸間膜静脈系を介した側副血行路を認め、通常の直腸切除では大量出血リスクが高いと判断した。
【治療経過】
術中出血リスク低減を目的に、まず直腸静脈瘤に対しBalloon-occluded retrograde transvenous obliteration（BRTO）を施行した。流出路をバルーン閉塞下に硬化剤を注入し、静脈瘤の血流低下と縮小を確認した。全身状態安定後、ロボット支援腹腔鏡下ハルトマン術を施行した。拡張した下腸間膜静脈の切離および中直腸静脈流出部近傍の間膜処理には、ステープルデバイスを使用した。直腸後壁の過度な剥離は静脈瘤損傷による出血リスクがあるため最小限とし、直腸間膜部分切除術とした。術前BRTOの効果により術中出血は良好にコントロールされ、顕著な出血は認めなかった。術後経過は良好で、POD9に退院した。病理診断はpT3N0M0、pStage Ⅱ aであった。
【考察】
直腸静脈瘤合併直腸癌では、側副血行路による出血制御が治療成績を左右する。本症例では術前にBRTOを施行し流出路を遮断することで、腫瘍周囲の血行動態を制御し、術中の顕著な出血を回避し得た点が重要である。直腸静脈瘤に対する内視鏡的治療やIVRによる塞栓術の報告は散見されるが、BRTOを先行させた上で根治手術を施行した報告は極めて稀である。またロボット支援手術は高精細視野と操作性により精緻な剥離操作が可能であり、本症例のような高出血リスク症例において有用である可能性が示唆された。
【結語】
直腸静脈瘤直腸癌に対し、術前BRTOによる血行動態制御を行うことで、安全な外科的切除が可能であった。本戦略は出血高リスク症例に対する有効な治療アプローチとなり得る。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）34　症例：進行大腸癌 3

座長：浅原 史卓（東京都済生会中央病院　一般・消化器外科）

[P34-3] TNT後のNOM経過中に側方リンパ節孤立性再燃を来し、サルベージ側方郭清によりTME-free長期生存を得た下部進行直腸癌の1例

*奥田 賢司[1]、小倉 淳司[1]、村田 悠記[1]、服部 憲史[1]、佐藤 雄介[1]、梅田 晋一[1]、田中 千恵[1]、江畑 智希[1]、神田 光郎[1] (1. 名古屋大学医学部附属病院)

【緒言】
Total Neoadjuvant Therapy（以下、TNT）は、早期の全身化学療法介入による遠隔転移抑制や、病理学的完全奏効（cCR）率の向上によるNon-operative management（以下、NOM）の機会拡大が大きなメリットである。一方で、過剰治療のリスクや放射線照射後の線維化による手術難度の上昇も指摘されている。今回、TNTにより原発巣はclinical CR（以下、cCR）が得られたものの、経過中に側方リンパ節のみに孤立性再燃を来し、サルベージ側方郭清によりTME-freeにて長期無再発を維持している1例を経験したため報告する。
【症例】
66歳、男性。短径12mm大の左内腸骨リンパ節転移を伴う下部進行直腸癌（Rb）に対し、FOLFOXIRI＋Bevacizumab療法6コース施行後に化学放射線療法（S-1+50.4Gy）を施行した。治療後、原発巣および側方リンパ節ともにcCRと判定しNOMを開始した。放射線照射終了から2年5か月後、腫瘍マーカーの上昇と左内腸骨リンパ節の再増大、PETでの異常集積の再燃を認めた。一方原発巣はcCRを維持していたため、孤立性側方リンパ節再燃と診断した。TME-freeは継続し腹腔鏡下サルベージ側方郭清術を施行した。手術は放射線による繊維化が強く剥離・解剖学的メルクマールの認識に難渋した。腫瘍の浸潤を疑い、左内腸骨動脈は合併切除した。手術時間は4時間9分、出血量は少量であった。病理組織学的検査では、10mmの剥離マージンを確保したR0切除であり、治療判定はGrade 1aであった。内腸骨動脈への浸潤所見は認めなかった。術後経過は良好で、TNT終了後6年、側方郭清術後3年5か月が経過した現在も無再発生存中である。
【考察】
本症例では原発巣と転移側方リンパ節でTNT後のNOMの転帰が異なったが、厳重なフォローアップにより再燃の早期診断に至り、サルベージ手術を施行し得た。TNT＋NOM後に孤立性側方リンパ節再燃時のTMEの必要性についてはcontroversialではあるが、本症例のようにTME-freeを継続できる症例が存在すること、側方リンパ節郭清はTMEと独立して施行可能術式であることから、サルベージ側方郭清のみで長期生存を得られた本症例の経過は非常に興味深い。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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）34　症例：進行大腸癌 3

座長：浅原 史卓（東京都済生会中央病院　一般・消化器外科）

[P34-4] 術前機械的腸管前処置後に急速増悪した閉塞性大腸炎に対し大腸亜全摘を要し根治切除機会を逸した進行下部直腸癌の1例

*谷尾 彬充[1]、牧田 大瑚[1]、津田 亜由美[1]、和田 大和[1]、植嶋 千尋[1]、徳安 成郎[1]、尾﨑 知博[1]、遠藤 財範[1]、建部 茂[1] (1. 鳥取県立中央病院)

63歳男性。下血・肛門痛・体重減少を契機に受診し、下部直腸癌（cT4bN3M0）と診断された。術前化学放射線療法後、骨盤内臓全摘術目的に当科紹介となった。腫瘍は狭窄を呈していたが、下部消化管内視鏡は通過可能であり、マグミット内服にて排便は維持されていた。手術前日にマグコロール内服による機械的腸管前処置を施行したところ、同日午後より腹痛・嘔気が出現し、翌日には血圧低下を伴うショック状態となった。CTでは腫瘍部での閉塞と口側腸管の著明な拡張を認め、閉塞性大腸炎に伴う敗血症性ショックと診断した。
緊急手術として横行結腸人工肛門造設術を試みたが、広範な粘膜壊死を認めたため大腸亜全摘術へ移行した。循環動態不安定および出血傾向のためopen abdomen管理とし、翌日にセカンドルック手術を施行、回腸人工肛門造設を行った。術後は集中治療により全身状態は改善した。直腸断端の縫合不全をきたしたが、CTガイド下ドレナージで軽快し、術後86日で退院した。病理では上行結腸から直腸にかけて粘膜壊死および全層性浮腫・出血を認め、閉塞性大腸炎に合致する所見であった。
本症例では救命を優先した緊急手術により根治切除の機会を逸し、その後は化学療法を継続している。閉塞性大腸炎は大腸癌による閉塞の口側に虚血性変化をきたす病態であり、機械的腸管前処置が誘因となり急速に増悪した報告は散見されるが、大腸亜全摘に至る症例は稀である。狭窄を伴う直腸癌症例では、機械的腸管前処置が腸管内圧上昇を助長し重篤化する可能性があり、適応は慎重に判断すべきである。本症例は術前前処置のリスクと治療戦略への影響を示唆する一例と考えられた。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）34　症例：進行大腸癌 3

座長：浅原 史卓（東京都済生会中央病院　一般・消化器外科）

[P34-5] 蛋白漏出性胃腸症が疑われ腸重積を伴った直腸癌に対して腹腔鏡下ハルトマン手術を施行した1例

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

【症例】66歳男性。1年前より水様性下痢があった。体動困難で救急搬送となった。身長168cm、体重39.2kg、BMI13.9とるい痩を認めた。血液検査でHb 6.0 g/dl、Alb 1.6 g/dlの高度貧血・低栄養と、Cre 3.38 mg/dlの腎機能障害があり、単純CTで直腸腫瘍・腸重積を認めた。口側腸管の拡張なく通過障害はないと考えられ、緊急手術は要さないと判断した。入院後、下部消化管内視鏡検査を行い、直腸Raに1型の大きな腫瘍がありスコープ不通過だった。造影CTでは、直腸RSに89mmの腫瘤があり肛門側へ重積しており、腫瘍の肛門側腸管は著明に太まっていた。術前診断は、直腸癌(RSRa) cT3N2bM0 cStage IIIcであり、肛門側腸管に拡張を認めることと低栄養であることを考慮し、吻合は行わないこととした。輸血や高カロリー輸液を行い、貧血と腎機能障害は改善したが、Alb 1.2 g/dlと著明低値のままだった。入院11日目に、腹腔鏡下ハルトマン手術(D3郭清)を施行した。術中も腸重積は解除できず、重積したままの状態で腫瘍を取り切れる位置で腸管切離した。術後は速やかにAlb値の改善を認め、順調に経過した。廃用で長期のリハビリを要したが、術後44日目に自宅退院された。病理結果はpT4aN0M0 pStage IIbであった。現在、術後半年が経過し体重は増加傾向にあり、再発は認めていない。本例では病変からの蛋白漏出を証明し得ておらず確定診断には至らないが、術後速やかにAlbが回復した経過からは蛋白漏出性胃腸症の存在を疑った。【考察】大腸癌に蛋白漏出性胃腸症を合併することは比較的まれで、本邦では十数例の報告があるのみだが、10㎝前後の大型の1型腫瘍でありリンパ節転移は認めない例が多いという特徴は、本例と合致していた。術前の低Alb血症は術後合併症のリスクの一つであるが、腫瘍からの蛋白漏出によることが疑われる場合は、早期に病変を切除することが重要である。また、本例は腸重積状態だったが腹腔鏡手術を施行した。肛門側腸管の拡張もあり視野不良の場面もあったが、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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）34　症例：進行大腸癌 3

座長：浅原 史卓（東京都済生会中央病院　一般・消化器外科）

[P34-6] 他臓器転移をきたした直腸原発絨毛癌の1例

*倉岡 憲正[1]、豊田 和宏[1]、矢野 雷太[1]、小林 弘典[1]、橋本 泰司[1]、坂下 吉弘[1]、宮本 勝也[1] (1. 広島記念病院外科)

【諸言】
絨毛癌は、妊娠と因果関係がある場合の妊娠性絨毛癌と、そうでない場合の非妊娠性絨毛癌に大別される。結腸・直腸原発の絨毛癌は、現在世界で35例の報告を認めるのみである。治療法の確立はなく、初診時に遠隔転移を有している場合が多く、予後は非常に不良である。非常にまれな疾患であり、若干の文献的考察を加え報告する。
【症例】
87歳、女性。1ヵ月前から続く腹部膨満感、下腹部痛を主訴に近医を受診し、精査目的に当院を紹介された。血液検査では炎症反応上昇、腫瘍マーカー（CEA、CA19-9）上昇を認めた。CT検査で直腸RSに巨大腫瘤、多発転移性肝腫瘍、大動脈周囲リンパ節転移を認めた。手術は、高位前方切除術、膀胱合併切除、リンパ節郭清、単孔式人工肛門造設術を施行した。病理組織学的検査では、hCG陽性となる多核細胞や乳頭腺管を認め、直腸原発絨毛癌と診断した。手術後しばらくは問題なく経過されていたが、急激に全身状態が悪化し、術後47日目に永眠された。
【結語】
　他臓器転移をきたした直腸原発絨毛癌の1例を経験した。症例報告数が依然として少なく、治療法は未だに確立されていない。今後の症例の蓄積と報告が待たれる状況である。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）34　症例：進行大腸癌 3

座長：浅原 史卓（東京都済生会中央病院　一般・消化器外科）

[P34-7] ICG蛍光法を活用した直腸癌手術の経験

*川上 次郎[1]、加藤 祐一郎[1]、木村 桂子[1]、山口 直哉[1]、水谷 文俊[1]、山本 美里[1]、鳥居 直矢[1]、荻原 康友[1]、杉田 洋之[1]、川合 毅[1]、村上 倫彦[1]、水谷 真也[1]、伊藤 博崇[1]、清水 遼一[1]、伊藤 謙太郎[1]、森 大介[1]、大西 美薫[1]、河野 弘[1] (1. 名古屋掖済会病院外科)

【はじめに】大腸癌領域でICG蛍光法による腸管血流評価以外に、ICGの局注による点墨やリンパ節マッピングへの応用が広がっている。ICG蛍光法を最大限活用して示唆のある症例を経験したので報告する。【方法】手術前日に腫瘍の口側肛門側の粘膜下にそれぞれICG 2.5㎎/mLを0.2mLずつ注入する。術中に4K-3D近赤外線腹腔鏡（TIPCAM1 Rubina, STORZ）のオーバーレイ機能を使用して術野に黄緑発光を確認しながら手術を行う。肛門側の切離マージンの確保、D3郭清でIMA根部周囲リンパ節の黄緑発光を観察しながら郭清を行う。【症例】66歳男性。進行胸部食道癌（MtLt cT3N3M0, cStageⅢa）のスクリーニングで直腸癌（RS-Ra, cT3N0M0）が見つかった。直腸癌手術を先行し、術前化学療法後の食道癌手術の方針となった。手術前日に後壁右側直腸癌の口側肛門側の粘膜下にICGを注入した。肛門側の注入はやや深くなった。腹腔鏡下直腸切除、D3郭清を施行した。腹腔鏡下に腫瘍は認識できず、ICGマーキングで腫瘍口側は3㎝に限局、肛門側はややびまん性に4㎝大に広がり、腸間膜組織までびまん性に黄緑発光を観察し、直腸間膜右側背側の剥離に有益であった。マーキングから腹膜反転部で3-4㎝程度の切離ラインと判断した。IMA根部の郭清で根部から少し離れて黄緑発光のリンパ節を観察し、複数追加の郭清を行った。手術時間436分、出血量少量。術後小腸イレウスがあったが保存的に軽快、術後12日で退院した。病理結果はpT3N0M0 pStageⅡで、肛門側マージンは5㎝であった。IMA根部周囲で追加郭清したリンパ節3つからSCCが検出され、食道癌の遠隔転移と判断し、食道癌は非切除、化学療法治療の方針となった。【考察】肛門側ICGの注入がやや深くなり、びまん性のマーキングとなったが、口側マーキングを勘案して腫瘍位置を想定し切除マージンを確保できた。腸間膜までびまん性に染まり、直腸間膜剥離に有用であった。IMA根部周囲のリンパ節造影は結果的に食道がんの遠隔転移を検出することとなり、その臨床的意味合いは不明である。今後も症例を集積して大腸癌手術におけるICGの活用法を検討したい。

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）35　症例：進行大腸癌 4

座長：下村 学（広島大学病院　消化器外科）

[P35-1] 直腸癌術後縫合不全に対するOver-The-Scope Clip systemを用いた瘻孔閉鎖の治療経験

*田口 航大[1]、森 貴志[1]、宮川 明祐[2]、須賀 悠介[1]、宮下 将太郎[1]、小玉 爽太[1]、田中 宥暉[1]、永井 元樹[1] (1. 総合病院国保旭中央病院外科、2. 総合病院国保旭中央病院消化器内科)

[P35-2] 肛門脱出により発見された進行直腸癌の1切除例

*治田 賢[1]、今西 謙太郎[1] (1. 姫路聖マリア病院外科)

[P35-3] 胎児性消化管類似直腸癌の一例

*川島 市郎[1]、池田 純[1] (1. 京都保健会京都民医連中央病院)

[P35-4] ベバシズマブ投与目的のためにCovered stentを抜去した閉塞性直腸癌

*宮島 綾子[1]、齊藤 修治[1]、植田 吉宣[1]、佐々木 一憲[1]、江間 玲[1]、平山 亮一[1]、大塚 亮[1]、白井 孝之[2] (1. 横浜新緑総合病院外科、2. 横浜新緑総合病院消化器内科)

[P35-5] 膀胱浸潤を伴うS状結腸癌術後腹直筋転移に対し切除・腹壁再建を行った1例

*大﨑 真央[1]、真貝 竜史[1]、澤崎 純哉[1]、村西 耕太朗[1]、馬場谷 彰仁[1]、西垣 貴彦[1]、中塚 梨絵[1]、太田 英夫[1]、杉本 圭司[1]、大西 直[1]、松下 一行[1] (1. 川西市立総合医療センター外科)

[P35-6] Leriche症候群に対する左腋窩動脈-両側総大腿動脈バイパス施行後に下行結腸癌に対して腹腔鏡下下行結腸切除術を施行した1例

*中本 裕紀[1]、矢野 雄一[1]、大橋 慶太[1]、石川 倫啓[1] (1. 市立稚内病院　外科)

[P35-7] Persistent descending mesocolonを伴う大腸癌の3例

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

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）35　症例：進行大腸癌 4

座長：下村 学（広島大学病院　消化器外科）

[P35-1] 直腸癌術後縫合不全に対するOver-The-Scope Clip systemを用いた瘻孔閉鎖の治療経験

*田口 航大[1]、森 貴志[1]、宮川 明祐[2]、須賀 悠介[1]、宮下 将太郎[1]、小玉 爽太[1]、田中 宥暉[1]、永井 元樹[1] (1. 総合病院国保旭中央病院外科、2. 総合病院国保旭中央病院消化器内科)

[背景]直腸癌術後の吻合不全(AL)は直腸癌手術における重篤な術後合併症の一つであり、発症した際には再手術・人工肛門が必要となることも多い。近年はそれらを回避する低侵襲治療として内視鏡でのOver-The-Scope Clip（OTSC）systemを用いた瘻孔閉鎖が注目されているが、施行前後の管理に関する報告は少なく明確な基準はない。今回我々は、OTSCによりALの治癒が得られた4例を経験したため報告する。
[症例]症例1:68歳女性。直腸Ra癌, 子宮浸潤に対して子宮付属器切除を伴う開腹低位前方切除術(LAR)を施行。術後14日目(POD14)にALの診断となり保存加療で治癒せず。POD32にOTSC施行し、瘻孔を完全閉鎖。POD41に注腸検査で漏出を認めず、同日食事開始。炎症再燃等なくPOD46に退院。
症例２:69歳男性。直腸Ra癌に対してロボット支援下(RA) LARを施行。POD4にALの診断となり経肛門ドレーン留置の上で保存加療としたが治癒せず。POD15にOTSC施行し、瘻孔を完全閉鎖。POD21の注腸検査で漏出認めず、翌日に食事開始。炎症再燃なくPOD26に退院。
症例３:74歳男性。直腸Ra癌に対してRALARを施行。POD8にALの診断となり保存加療で治癒せず。POD22に内視鏡下に膿瘍腔を洗浄した後OTSC施行し、瘻孔を完全閉鎖。POD28の注腸検査とCTでは縮小した膿瘍腔にごくわずかな漏出を認めたが、改善と判断し翌日から食事開始。増悪なくPOD49に転院。
症例4:67歳男性。直腸Ra癌に対してRALARを施行。POD５にALの診断となり保存加療に加え、POD６に骨盤内膿瘍に対してCTガイド下ドレナージ施行。POD20にOTSC施行したが一部瘻孔が残存。その後、炎症は改善傾向でありPOD23に食事開始したが、増悪なく膿瘍腔も縮小。POD30にCFにて微小な瘻孔は残存していたが、改善と判断して翌日に退院。
[結語/考察]4例全例で治癒し、OTSC施行後7～10日で退院可能の状態であった。OTSC施行時に完全閉鎖を得たのは3例であったが、造影剤漏出が残存した症例でも、膿瘍腔が縮小しドレナージが良好であれば食事再開後も増悪なく治癒に至った。良好なドレナージが得られている症例では完全閉鎖にこだわらず治癒が期待でき、縫合不全診断後のより早期からOTSCを検討する余地があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）35　症例：進行大腸癌 4

座長：下村 学（広島大学病院　消化器外科）

[P35-2] 肛門脱出により発見された進行直腸癌の1切除例

*治田 賢[1]、今西 謙太郎[1] (1. 姫路聖マリア病院外科)

症例は47歳、男性。5年前から他院にて痔核と診断され、頻繁な脱肛症状に対し自己還納していたが、還納できなくなったとのことで近医を受診した。医師により用手還納され、精査加療目的に当科紹介受診となった。当科での初診時も、易出血性の腫瘤が肛門から脱出しており、やや抵抗あるものの用手還納は可能であった。還納後の肛門視診、肛門鏡では、直腸腫瘍を疑い、下部消化管内視鏡検査を行ったところ、歯状線から約1㎝口側の下部直腸に、内腔を覆う大きさの粘膜不整で易出血性の隆起性病変を認めた。生検による病理組織診断で高分化型腺癌と診断された。造影CT検査では下部直腸の腹側から内腔に突出する約40mm大の表面不整な有茎性腫瘤を認め、明らかなリンパ節転移や遠隔転移を疑う所見を認めなかった。MRIでは固有筋層は保たれていた。画像診断ではSM～MP程度の浸潤を疑った。下部直腸癌、cT2N0M0，cStageIと診断し，ICの上、腹腔鏡下内肛門括約筋切除、一次回腸人工肛門造設を行った。術後病理診断は大きさ50×35mmの1型腫瘍で，pT2N0M0，pStageI，tub1 with tubular adenoma，INFb，ly1a，v1a1a，BD1，Pn0，DM0，PM0，RM0であった。
術後経過まずまずで初回手術5か月後に回腸人工肛門閉鎖を行った。術後4年経過し、現在無再発生存中で排便障害も認めていない。
肛門脱出を伴う直腸癌は稀な疾患である。脱出の機序としては本症例の様に有茎性腫瘍が脱出する場合と、腫瘍が腸重積の先端として肛門脱出する場合があるが，前者の場合は腫瘍の大きさに関わらず早期癌である可能性が高い。今回我々は肛門から脱出した進行直腸癌の1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）35　症例：進行大腸癌４

座長：下村 学（広島大学病院　消化器外科）

[P35-3] 胎児性消化管類似直腸癌の一例

*川島 市郎[1]、池田 純[1] (1. 京都保健会京都民医連中央病院)

はじめに
胎児性消化管類似腫瘍は希だが、胃癌に多く、大腸癌での報告はほとんどない。
我々は、肛門痛で発症し、緊急手術を余儀なくされた胎児性消化管類似直腸癌を経験したので報告する。
症例は６０代女性、肛門痛を主訴に当院の肛門外来受診。肛門診ではGoligher4度の肛門脱があり、手術予定となる。術前検査ではWBC:15300,Hb9.6g/dl,Ht:31.8%,CRP:26.7mg/dl TP:6.2g/dl ,alb:2.8g/dl, e-GFR:62.3と感染症が疑われた。CTで直腸周囲膿瘍を指摘された。悪感戦慄、血圧低下が見られた為、緊急手術となった。
手術所見：腹腔内には異常所見は見られなかった。直腸右側の腹膜翻転部を切開すると
便汁混じりの膿が排出された。直腸下部に腫瘍の存在が疑われ、その時点で直腸癌の穿通膿瘍と判断し、直腸切断術を行った。
病理結果：Malignant germ cell tumor like feature Type3 pT4a pN0
免疫染色でGlypcan-3(+) AFP陽性細胞（＋）悪性胚細胞腫瘍様
腫瘍は卵黄嚢腫瘍主体で腺癌とみられる部分は直腸内腔にあった。免疫染色では
胚細胞腫瘍部ではSALL４(+) CD30.CD117.Oct3/4.D2-40.AE1/3陽性　また、腺癌部分ではAE1/3陽性　EMA陽性　CK7.CK20は陰性であった。剥離断端陽性pRM1この部分は卵黄嚢腫瘍様であった。以上より胎児性消化管類似直腸癌の診断となり、R1切除となった。
CEA:1.7ng/ml CA19-9:7U/mlは正常範囲内であったが、 AFPは235ng/ml（術直腸）から4313(術後２ヶ月) 13981(術後４ヶ月)と上昇した。術後１ヶ月でhigh risk stage Ⅱ の扱いで化学療法開始。術後２ヶ月、不正性器出血精査で卵巣転移を疑い開腹手術となるも播種巣の為、卵巣摘出は断念した。術後４ヶ月目に腹膜播種が原因と思われるイレウスが出現し、以後best supportive careとなる。
考察：胎児性消化管類似大腸癌の報告はごく僅かで、大腸癌の１％以下とされている。静脈侵襲が高度で肝転移を来しやすい予後不良の癌とされている。本例は、直腸癌の穿痛で発症し、術後に確定診断に到った。腹膜播種が化学療法を阻み、予後を左右した。
結語：胎児性消化管類似直腸癌の一例を経験した。希な疾患の為、病理で確定診断がつけば予後不良の疾患であることを患者と共有しつつ治療方針を立てる必要がある。

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）35　症例：進行大腸癌 4

座長：下村 学（広島大学病院　消化器外科）

[P35-4] ベバシズマブ投与目的のためにCovered stentを抜去した閉塞性直腸癌

*宮島 綾子[1]、齊藤 修治[1]、植田 吉宣[1]、佐々木 一憲[1]、江間 玲[1]、平山 亮一[1]、大塚 亮[1]、白井 孝之[2] (1. 横浜新緑総合病院外科、2. 横浜新緑総合病院消化器内科)

【背景】大腸ｽﾃﾝﾄ(SEMS)留置中の全身化学療法に関しては、大腸癌治療ｶﾞｲﾄﾞﾗｲﾝでは行わないことを弱く推奨するとあるが、欧州消化器内視鏡学会ｶﾞｲﾄﾞﾗｲﾝでは、安全な治療法として推奨するとある。ただし、血管新生阻害薬の投与はSEMSによる穿孔のﾘｽｸを高める可能性が否定できず、当科では投与しないようにしている。今回、全身化学療法導入後に、ﾍﾞﾊﾞｼｽﾞﾏﾌﾞ(BEV)投与目的に一旦留置したｶﾊﾞｰﾄﾞSEMSを抜去した症例を経験したので報告する。
【症例】63歳、男性。治療開始前診断では、CROSS 2の閉塞性RaRbRS直腸癌　cT3(SS) cN3(263L) cM1b(H2, PUL1) cStage Ⅳb。側方リンパ節転移を伴った多発肝転移症例のため、手術先行した場合には腫瘍増悪によりその後の化学療法導入も困難になる危険性があると判断し、SEMS留置後にNACを行う方針とした。将来的にSEMSを抜去することを考慮し、ﾌﾙｶﾊﾞｰﾄﾞSEMSを選択した。MSI検査 negative、RAS遺伝子変異　G12Vに変異あり、BRAF遺伝子変異 wild。
【治療経過】当科受診第6病日、ﾌﾙｶﾊﾞｰﾄﾞｼﾞｬﾊﾞﾗ大腸ｽﾃﾝﾄを留置した。SEMS留置により腸閉塞が解除された後のCTにて、腹膜播種を指摘された。SEMS留置後第16病日にFOLFOXIRI療法を開始。6ｺｰｽ投与後のCTでは、原発巣、肝転移、肺転移、腹膜播種の縮小を認め、患者に原発巣切除を提案するも全身化学療法の継続を希望され、BEV投与目的SEMSを抜去する方針とした。下部内視鏡検査ではSEMS部の狭窄は認めなかった。SEMS留置後第137病日に、鰐口鉗子を用いてﾌﾙｶﾊﾞｰﾄﾞｼﾞｬﾊﾞﾗ大腸ｽﾃﾝﾄの肛門側ﾏｰｶｰ部を把持し、透視下にSEMSを抜去した。抜去の際に抵抗はなく、患者の疼痛訴えもなかった。再度内視鏡を挿入し観察したところ、腫瘍部からのoozingを認めたものの、容易に自然止血した。SEMS抜去後5日後にFOLFOXIRI + BEV療法を開始し、現在まで3ｺｰｽ投与を行った。
【考察】過去に当科では閉塞性大腸癌に対してSEMS留置後、化学療法の影響で腫瘍縮小が得られ、SEMSが自然逸脱したことでBEVの併用が可能であった症例を経験していた。今回は将来的にSEMSを抜去することを考慮しｶﾊﾞｰﾄﾞSEMS選択し、SEMSの内視鏡的抜去に成功した症例を経験した。文献的考察を加えて考察する。

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）35　症例：進行大腸癌 4

座長：下村 学（広島大学病院　消化器外科）

[P35-5] 膀胱浸潤を伴うS状結腸癌術後腹直筋転移に対し切除・腹壁再建を行った1例

*大﨑 真央[1]、真貝 竜史[1]、澤崎 純哉[1]、村西 耕太朗[1]、馬場谷 彰仁[1]、西垣 貴彦[1]、中塚 梨絵[1]、太田 英夫[1]、杉本 圭司[1]、大西 直[1]、松下 一行[1] (1. 川西市立総合医療センター外科)

【はじめに】
大腸癌術後再発は肝・肺・腹膜・リンパ節に多く、腹壁・腹直筋への再発は比較的稀である。今回我々は、S状結腸癌術後長期経過後に膀胱浸潤を伴う腹直筋転移を来し、化学療法後に泌尿器科・形成外科と合同で切除・腹壁再建を行った1例を経験したため報告する。
【症例】
63歳女性。2013年に他院でS状結腸癌に対してS状結腸切除術を施行されpT3N1aM0, pStage IIIbであり術後化学療法を施行された。2015年に右卵巣転移に対し両側付属器切除、2017年に右肺転移に対して右肺上葉切除を施行された。以降再発なく2023年に前医終診となった。
2024年9月に血尿、膀胱タンポナーデのため近医を受診し当院泌尿器科へ紹介受診した。腹部CTで右腹直筋に膀胱浸潤を伴う腫瘍を認めた。CTガイド下生検で腺癌であり、免疫染色でCK7(-), CK20(+), CDX-2(+)でありS状結腸癌の右腹直筋転移・膀胱浸潤と診断した。
FOLFIRI + Bev投与を5コース行い腫瘍縮小したものの血尿は持続しており、2025年3月に泌尿器科・形成外科合同で右腹直筋切除、膀胱部分切除、メッシュによる腹壁再建を施行した。術後合併症なく経過し、術後14日目に退院した。
術後半年で右下肢リンパ浮腫を認め、術後11ヶ月で皮下転移および傍大動脈リンパ節転移を認めたため、FOLFIRIによる化学療法を施行している。
【考察】
大腸癌術後の腹壁・腹直筋再発は、血行性・リンパ行性転移、腹膜播種からの進展、implantationなどが機序として考えられる。腹壁再発は腹腔内病変や全身病変を伴うことも多く、潜在的全身病変の一表現である可能性があるため、外科的切除の適応には慎重な判断を要する。本症例では膀胱浸潤に伴う血尿、膀胱タンポナーデを契機に診断され、化学療法後に切除・再建を施行した。術後早期に皮下転移、傍大動脈リンパ節転移を認め、全身制御という観点では限界があった。一方で、血尿の制御が得られた点で、症状制御を目的とした手術として意義があったと考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）35　症例：進行大腸癌 4

座長：下村 学（広島大学病院　消化器外科）

[P35-6] Leriche症候群に対する左腋窩動脈-両側総大腿動脈バイパス施行後に下行結腸癌に対して腹腔鏡下下行結腸切除術を施行した1例

*中本 裕紀[1]、矢野 雄一[1]、大橋 慶太[1]、石川 倫啓[1] (1. 市立稚内病院　外科)

【症例】
81代女性。X-1年前にLeriche症候群と診断され、左腋窩動脈-両側総大腿動脈バイパス術が施行された。X年に健診で便潜血陽性を指摘され下部内視鏡検査施行したところ下行結腸に8mm Ⅱa+Ⅱc病変を認め、ESDを施行。病理検査でtub1、pT1a、ly-、v-、水平断端陰性、垂直断端陽性であり追加腸管切除の目的で当科紹介となった。待機的に腹腔鏡下下行結腸切除術を施行した。術前CTでは動脈の有意な側腹血行路の発達は認めなかったものの左腋窩動脈から人工血管が皮下を通して留置されており、また左側腹部において人工血管が分岐しており、左右の総大腿動脈に向かって走行していた。手術は5ポートで行い、左側腹部には5mmポート2本の留置を行ったが、留置の際に皮下を走行する人工血管を損傷せぬよう留置してポート留置を行った。D1郭清、FEEA吻合を行い手術時間は2時間9分、出血量は28mlであった。術後経過良好であり術後7日目に自宅退院となった。術後病理検査では腫瘍遺残なくpT1aN0M0 pStage Ⅰであり、術後補助化学療法は施行せず経過観察を行っている。
【考察】
　Leriche 症候群は腹部大動脈から腸骨動脈に至る慢性的な動脈閉塞をきたし、間欠性跛行、勃起不全、大腿動脈の脈拍減弱を3徴とする疾患である．高度な動脈硬化を背景とし，高血圧，糖尿病，脂質代謝 異常症，喫煙などがリスク要因とされている．Leriche症候群では骨盤内臓器や下肢の血流が側副血行路で維持されており、血流を十分に考慮した治療 方針や手術方法の決定が必要となる。本症例ではLeriche症候群の診断から治療までの期間が短く、手術の際には側腹血行路の有意な発達は認めなかった。人工血管が皮下に挿入されており、術前に人工血管部分をマーキングし視認性を向上させることでポート留置の際の血管損傷を回避することができた。
【まとめ】
Leriche症候群に対する左腋窩動脈-両側総大腿動脈バイパス施行後に下行結腸癌に対して腹腔鏡下下行結腸切除術を施行した1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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）35　症例：進行大腸癌 4

座長：下村 学（広島大学病院　消化器外科）

[P35-7] Persistent descending mesocolonを伴う大腸癌の3例

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

【症例1】80歳代、男性。血便を主訴に下部消化管内視鏡検査を施行され、S状結腸癌の診断に至った。cT3N0M0, cStage Ⅱaの術前診断で腹腔鏡補助下S状結腸切除術を施行した。術中所見で下行結腸は内側へ偏位し、S状結腸間膜と小腸とが癒着しており、Persistent descending mesocolon（PDM）と判断した。
【症例2】80歳代、男性。便潜血陽性を主訴に下部消化管内視鏡検査を施行され、S状結腸癌の診断に至った。CTコロノグラフィ検査で下行結腸の内側への偏位と、下腸間膜動静脈と下行結腸が近接しておりPDMを疑った。cT1bN0M0, cStage Iの術前診断で腹腔鏡補助下S状結腸切除術を施行した。術中所見で下行結腸は内側へ偏位しておりS状結腸間膜と小腸間膜とが癒着し、下腸間膜動脈（IMA）は放射状に分布しておりPDMと判断した。
【症例3】70歳代、男性。血便を主訴に下部消化管内視鏡検査を施行され、直腸癌RSaの診断に至った。cT4aN1M0, cStgae Ⅲcの診断で腹腔鏡下前方切除術の方針となったが、術中に膀胱浸潤を認めたため、回腸双孔式人工肛門造設のみに留まり、化学療法CAPOX療法導入とした。また術中に、下行結腸の内側への偏位を認め、PDMの判断に至った。化学療法4コース施行後に、膀胱浸潤の改善および、部分奏功を認め根治切除可能と判断し、ycT4aN0M0, ycStage Ⅱcの術前診断で高位前方切除術を施行した。腹腔鏡下に手術を開始、術中所見でS状結腸間膜と小腸間膜とが癒着していた。下行結腸からS状結腸の外側の解剖の同定が困難であることから、開腹移行となった。
　PDMは、通常胎生20週までに起こる、下行結腸の後腹膜への固定が不完全なことにより、下行結腸が内側に変位した状態である。PDMの頻度は2〜4%程度と報告されている。PDMの特徴として、下行結腸の内側への変位、下行結腸の小腸間膜や後腹膜などへの癒着、下腸間膜動静脈から下行結腸までの短縮、IMAの放射状分布などが報告されている。PDM症例は非PDM症例と比較して手術の難易度が高く、手術時間の延長や出血量の増加が報告されており、その解剖学的特徴の把握や術前診断の試みが重要と考える。今回我々はPDMを伴う大腸癌を3例経験したので、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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）36　症例：転移・再発 2

座長：落合 大樹（帝京大学医学部外科学講座）

[P36-1] POLE変異によるUltramutated phenotypeを呈した再発大腸癌の1例

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

[P36-2] Bevacizumab単剤にて病勢コントロールを得ている盲腸癌腹膜播種の1例

*宮永 章平[1]、中村 友祐[1]、飯田 優理香[1]、今川 健久[1]、堀川 直樹[1]、福島 亘[1] (1. 高岡市民病院外科)

[P36-3] MSI-highを認める上行結腸癌術後腹壁転移再発に対し一次治療Nivolumab＋Ipilimumab療法が著効した1例

*田中 健士郎[1]、河田 光貴[1]、景山 創[1]、武田 洋平[1]、武藤 俊博[1]、吉田 滋[1] (1. 中濃厚生病院外科)

[P36-4] 肝硬変を伴うMSI-HかつBRAFV600E変異陽性盲腸癌術後再発の治療経験

*早稲田 貴斗[1]、川上 次郎[1]、加藤 祐一郎[1]、木村 桂子[1]、山口 直哉[1]、水谷 文俊[1]、山本 美里[1]、鳥居 直矢[1]、萩原 康友[1]、杉田 洋之[1]、川合 毅[1]、村上 倫彦[1]、水谷 真也[1]、伊藤 博崇[1]、清水 遼一[1]、伊藤 謙太郎[1]、森 大介[1]、上田 里菜[1]、大西 美薫[1]、河野 弘[1] (1. 名古屋掖済会病院)

[P36-5] 超高齢者結腸癌肺転移に対して肺葉切除を施行した一例

*尾崎 邦博[1]、衣笠 哲矢[1]、森田 祐司[1]、田尻 健亮[1]、林田 良三[1] (1. 大分県済生会日田病院外科)

[P36-6] 巨大粘膜下腫瘍様の形態を示した大腸癌の一例

*中林 瑠美[1]、中嶋 健太郎[1]、嘉陽田 朝暉[1]、武田 瑞希[1]、駿馬 悠介[1]、関沢 悠紀彦[1]、吉本 岳瑠[1]、林 美希[1]、廣瀬 雄一[1]、平井 公也[1]、齋藤 範之[1]、真木 治文[1]、谷島 翔[1]、樅山 将士[1]、長尾 厚樹[1]、佐藤 彰一[1] (1. NTT東日本関東病院外科)

[P36-7] 横行結腸癌同時性多発肝転移に対し原発巣切除後、肝転移巣の自然退縮を認めた１例

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

[P36-8] 透析患者における転移、再発大腸癌に対して薬物療法を施行した2例

*宮脇 黎央[1]、岡本 浩直[1]、関口 涼音[1]、島田 清子[1]、福井 綺夏[1]、森田 順也[1]、上岡 祐人[1]、中山 博貴[1]、山仲 一輝[1]、羽鳥 慎祐[1]、谷 和行[1] (1. 平塚共済病院)

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）36　症例：転移・再発 2

座長：落合 大樹（帝京大学医学部外科学講座）

[P36-1] POLE変異によるUltramutated phenotypeを呈した再発大腸癌の1例

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

【背景】
Tumor mutational burden（TMB）は免疫チェックポイント阻害剤（ICI）の効果予測バイオマーカーとして注目されている。特にPOLE遺伝子異常を伴う超高TMB症例では、microsatellite stable（MSS）であってもICIへの高い治療反応性が報告されている。今回、POLE変異を伴うTMB-High再発大腸癌に対してPembrolizumabを導入した1例を経験したので報告する。
【症例】
62歳男性。S状結腸癌、下部直腸癌に対し開腹低位前方切除術、さらに異時性横行結腸癌に対し開腹右半結腸切除術を施行した。術後8年で直腸再発を認め、手術希望なく化学療法を施行した。Cape＋Bev、5-FU/l-LV＋CPT-11＋RAM、TAS-102＋Bevを順次施行したがPDとなった。FoundationOne CDxによる包括的ゲノムプロファイリング検査で、TMB 166.55 muts/Mb、MS-Stable、POLE p.V411L変異を認め、POLE変異によるultramutated症例と診断した。現在4次治療としてPembrolizumabを施行中である。
【考察】
POLE変異を伴うTMB-High症例では、MSSであってもICIへの高い反応性が報告されている。本症例でもMSI陰性であったが、超高TMBおよびPOLE変異を認めたことからPembrolizumab導入に至った。MSIのみならずTMB評価を組み合わせることで、ICI治療の適切な患者選択につなが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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター5
一般演題（ポスター）36　症例：転移・再発 2
座長：落合 大樹（帝京大学医学部外科学講座）

[P36-2] Bevacizumab単剤にて病勢コントロールを得ている盲腸癌腹膜播種の1例

*宮永 章平[1]、中村 友祐[1]、飯田 優理香[1]、今川 健久[1]、堀川 直樹[1]、福島 亘[1] (1. 高岡市民病院外科)

【はじめに】切除不能進行・再発大腸癌に対する化学療法には多くの推奨レジメンが存在しているが、過去の臨床試験ではBevacizumab（Bmab）単剤での有用性は否定的である。今回我々は、腹膜播種を伴う盲腸癌に対してBmab単剤にて病勢コントロールを得ている1例を経験したため報告する。【症例】87歳女性。発熱を主訴に当院を受診した際のCTにて盲腸壁肥厚、周囲リンパ節腫大を指摘され、精査にて盲腸癌と診断した。腹腔鏡下回盲部切除術を実施したところ、術中所見にて多発腹膜播種結節（P3）を認めたため、D1郭清にとどめ手術終了とした。術後経過は良好であり、POD8に地域包括ケア病棟へ転棟した後、自宅退院とした。外来にて本人・家族より強い化学療法の希望があり、狭心症、高血圧の既往、超高齢ではあるもののPSは0であったことから、Capecitabine＋Bmab療法を行うこととした。初回はCapecitabine単剤での導入を行い2コース目より、Bmab上乗せを予定したが、好中球減少が遷延した。血液内科にて骨髄生検を施行したところ低リスクMDSと診断され、殺細胞性化学療法の再開は困難であると判断された。それでも本人家族より強い治療の希望があり、効果に乏しく副作用のみが現れる可能性を十分に説明した上で、Bmab単剤での治療を行う方針とした。約4コース毎にCT撮像するも腹膜播種結節の微増大を認めるのみで、PSの低下や副作用発現は認められず、現在までに計16コースを実施しており、今後も可能な限り継続予定である。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）36　症例：転移・再発 2

座長：落合 大樹（帝京大学医学部外科学講座）

[P36-3] MSI-highを認める上行結腸癌術後腹壁転移再発に対し一次治療Nivolumab＋Ipilimumab療法が著効した1例

*田中 健士郎[1]、河田 光貴[1]、景山 創[1]、武田 洋平[1]、武藤 俊博[1]、吉田 滋[1] (1. 中濃厚生病院外科)

【緒言】Nivolumab＋Ipilimumab療法はCheckMate 8HW試験の結果から2025年8月よりMSI-highを有する治癒切除不能な進行・再発結腸・直腸癌の一次治療での適応が可能となった。
【症例】症例は79歳、女性。X年10月、上行結腸癌に対し腹腔鏡下回盲部切除術D3郭清を施行し、病理組織学的検査でtub2, pT3N1bM0StageIIIbの診断であった。術後補助化学療法は患者希望で施行せず経過観察を行っていたが、X+1年4月の造影CT検査で左季肋部に17mm大の辺縁が造影される腹壁結節を認めた。患者希望で経過観察としたがX+1年7月に造影CT検査を再検したところ腹壁結節は28mm大に増大し、疼痛も出現したためX＋1年9月に生検目的に腹壁腫瘍摘出術を施行した。病理組織学的検査で上行結腸癌腹壁転移の診断で、一部に腫瘍の露出が認められR1切除であった。X+1年11月の造影CTで左腹壁結節と左胸膜結節を認め、上行結腸癌術後転移再発と診断し化学療法を開始した。上行結腸癌のバイオマーカーはMSI-high、RAS野生型、BRAF変異陽性であり、X+1年12月より一次治療としてNivolumab＋Ipilimumab療法を開始した。X+2年2月の造影CT検査で左腹壁結節と左胸膜結節は消失しており完全寛解（CR）と判定。化学療法開始後4ヶ月のX+2年4月でもCRを維持している。副作用は初回投与後にGrade2の皮膚障害を認めたが軟膏治療で改善し、他の有害事象は認めず、Nivolumabによる維持療法を継続中である。
【考察】Nivolumab＋Ipilimumab療法はCheckMate 8HW試験で高い奏効率が報告されており、本症例でも早期にCRを得ている。また有害事象もGrade2の皮膚障害のみで安全に治療継続できており、MSI-highを有する治癒切除不能な進行・再発結腸・直腸癌の一次治療において有用な治療選択肢の一つであると考えられる。MSI-highを有する治癒切除不能な進行・再発結腸・直腸癌に対する二次治療以降でのNivolumab＋Ipilimumab療法の著効例報告は散見されるが一次治療での報告はまだ少なく、若干の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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）36　症例：転移・再発 2

座長：落合 大樹（帝京大学医学部外科学講座）

[P36-4] 肝硬変を伴うMSI-HかつBRAFV600E変異陽性盲腸癌術後再発の治療経験

*早稲田 貴斗[1]、川上 次郎[1]、加藤 祐一郎[1]、木村 桂子[1]、山口 直哉[1]、水谷 文俊[1]、山本 美里[1]、鳥居 直矢[1]、萩原 康友[1]、杉田 洋之[1]、川合 毅[1]、村上 倫彦[1]、水谷 真也[1]、伊藤 博崇[1]、清水 遼一[1]、伊藤 謙太郎[1]、森 大介[1]、上田 里菜[1]、大西 美薫[1]、河野 弘[1] (1. 名古屋掖済会病院)

【はじめに】MSI-H大腸癌ではBRAFV600E変異陽性の頻度が比較的高いことが知られている.KEYNOTE177試験やBREAKEWATER試験の結果を踏まえ,肝硬変を伴う盲腸癌術後再発の治療経験につき報告する.【症例】63歳男性.2年前に進行盲腸癌に対し,ロボット支援下回盲部切除を施行,病理結果はpT2N2aM0 pStageⅢaであった.脂肪肝からMASH(Metabolic dysfunction Associated Steatohepatitis)を経ての肝硬変として消化器内科でフォローされており,黄疸はないものの,汎血球減少を伴い,腹水コントロールにやや難渋,利尿剤を併用しており,Child-Pugh分類B(7点)で術後補助化学療法は行われなかった.術後1年のフォローCTで右下腹部、左鎖上に腫瘤を認め,PETCTでの集積を認めた.口唇に急速に増大,出血を伴う2cm大の皮膚腫瘤が出現し,生検で盲腸癌転移であり,出血コントロール目的に切除された.多発遠隔転移と診断した.原発標本でバイオマーカーを検索してところ,MSI-H、BRAFV600E変異陽性,RAS野生型,HER2陰性であった.ペンブロリズマブを開始したところ,再発病変の縮小が得られたが,6コース終了後に右下腹壁病変のみ増大,疼痛が出現,PDと判断した.4コース終了後にirAEに伴う甲状腺機能低下症があり,チラーヂンの内服を開始した.6コース終了後にGrade2の間質性肺炎を認め,ステロイド治療を開始,改善傾向でステロイドの漸減を行っている.経過の中で汎血球減少は遷延するものの,腹水は消失し,利尿剤を離脱しており,Child-Pugh分類A(5点)に改善している.今後の治療は,腫瘍内科と協議,減量した上で慎重にFOLFOX+エンコラフェニブ+セツキシマブ療法の導入を予定している.今回の治療経験につき若干の文献的考察を踏まえ報告する.

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）36　症例：転移・再発 2

座長：落合 大樹（帝京大学医学部外科学講座）

[P36-5] 超高齢者結腸癌肺転移に対して肺葉切除を施行した一例

*尾崎 邦博[1]、衣笠 哲矢[1]、森田 祐司[1]、田尻 健亮[1]、林田 良三[1] (1. 大分県済生会日田病院外科)

大腸癌の肺転移についてガイドラインでは、適切に選択された症例に対する肺切除は他の治療法では得られない良好な成績が示されるとされている
。術式は通常侵襲が少ない胸腔鏡下肺部分切除を選択することが多いが、症例によっては肺葉切除が望まれる。今回、当院で超高齢者結腸癌術後肺転移に対して肺葉切除を施行した一例を通して大腸癌の肺転移に対する肺葉切除の適応について報告する。
症例は85歳男性。20xx年に他院で上行結腸癌に対して腹腔鏡下右結腸切除術、D3郭清を施行。術後診断はT4aN1aM0 Stage3b。術後補助化学療法は施行せず。20xx+4年8月通院中の血管外科での胸部単純CTにおいて右肺S6に14mmの肺結節を認めたが、経過観察となっていた。その後20xx+1年10月のフォローCTで35mmに増大しており当院外科紹介となった。CT所見では原発性肺癌と大腸癌の肺転移が鑑別診断にあがった。既往として左総腸骨動脈瘤に対してステントグラフト挿入術、前立腺癌に対してホルモン療法中であったが、PS0であり治療に積極的であった。年齢から薬物療法は難しいと判断し、手術の方針となった。原発性肺癌であれば肺葉切除が適応。大腸癌の肺転移であっても大きさから肺葉切除が適応と考えた。胸腔鏡か右肺下葉切除術を施行し術後経過は良好であった。術後病理診断では大腸癌の肺転移の診断であった。その後89歳まで再発を認めてなかった。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）36　症例：転移・再発 2

座長：落合 大樹（帝京大学医学部外科学講座）

[P36-6] 巨大粘膜下腫瘍様の形態を示した大腸癌の一例

*中林 瑠美[1]、中嶋 健太郎[1]、嘉陽田 朝暉[1]、武田 瑞希[1]、験馬 悠介[1]、関沢 悠紀彦[1]、吉本 岳瑠[1]、林 美希[1]、廣瀬 雄一[1]、平井 公也[1]、齋藤 範之[1]、真木 治文[1]、谷島 翔[1]、樅山 将士[1]、長尾 厚樹[1]、佐藤 彰一[1] (1. NTT東日本関東病院外科)

【諸言】大腸癌は上皮粘膜が腫瘍化して発生し、深部へ進展するのが一般的であり、粘膜下腫瘍様の形態を示すのは稀である。今回我々は、10cm大の粘膜下腫瘍様の大腸癌に対し手術を行い、術後病理で内視鏡的粘膜切除術(endoscopic mucosal resection: EMR)を施行した過去の癌の遺残再発の可能性が示唆された症例を経験したので報告する。
【症例】症例は70代女性。20年前に肛門縁から18cm口側のS状結腸の12mm大0-Ip病変に対しEMRを施行し、切除断端陰性、脈管侵襲陰性であるものの粘膜下層浸潤を伴う腺癌の診断となった。追加切除は希望せず、その後10年間下部消化管内視鏡にて明らかな再発を認めなかった。今回便柱狭窄を主訴に10年ぶりに施行した下部消化管内視鏡で、遠位S状結腸から中部直腸にかけて10cm大の正常粘膜に覆われた粘膜下腫瘍様の病変を認めた。超音波内視鏡下生検で腺癌の診断となり、全身検索を行ったが他臓器からの転移は否定的であった。遠隔転移なくR0切除可能であり、ロボット支援下低位前方切除術＋D3郭清を施行した。切除標本の組織診では粘膜下層から漿膜下脂肪織を主座とした中分化型腺癌の所見で、上皮内病変を認めず、リンパ球浸潤の程度や免疫組織化学のパターンが過去のEMR検体と類似していた。また病変の局在からも過去のS状結腸癌の再発の可能性が示唆された。術後経過は良好で、術後12日目に自宅退院となった。最終病期はpT4aN1bM0 pStage IIIbであった。術後化学療法の希望なく、慎重に経過観察中である。
【考察・結語】大腸における粘膜下腫瘍の鑑別として一般にGISTや悪性リンパ腫、カルチノイドなどが挙げられるが、原発性大腸腺癌が粘膜下腫瘍様形態をとるのは稀である。その発生機序については粘膜下の腺組織を発生母地としたもの、内視鏡切除後の遺残再発などが挙げられる。本症例は内視鏡切除後10年間再発がなかったにも関わらず、その10年後に巨大な粘膜下腫瘍様形態を示した再発病変の可能性があり、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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）36　症例：転移・再発２

座長：落合 大樹（帝京大学医学部外科学講座）

[P36-7] 横行結腸癌同時性多発肝転移に対し原発巣切除後、肝転移巣の自然退縮を認めた１例

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

【背景】悪性腫瘍の自然退縮は稀な現象であり、その発生率は癌患者6万～10万例に1例程度とされている。さらに大腸癌における自然退縮はそのうち2%未満と報告されている。今回、横行結腸癌同時性多発肝転移に対し原発巣切除後、肝転移巣の自然退縮を認めた1例を経験したため報告する。
【症例】患者は93歳女性、急激な体重減少および腹痛を主訴に近医受診した。精査加療目的に当院紹介となり、下部消化管内視鏡にて横行結腸に2型腫瘍（Adenocarcinoma, tub2）を、腹部CTでは肝両葉に腫瘤影を認めており、多発肝転移を伴う横行結腸癌の診断に至った。全身状態は比較的良好でPSも保たれており、原発巣による通過障害を伴っていたため、閉塞解除を目的に腹腔鏡下右半結腸切除術を施行した。術中所見として肝外側区域の肝表に白色腫瘤を認め、また横行結腸腫瘍は胃前庭部の辺縁血管に浸潤していたため、同脈管を一部合併切除した。術後経過は良好で、重篤な合併症なく術後13日で自宅退院となった。
術後診断は、pT3、pN1(1/17)、cM1a(H2)、StageⅣaであった。年齢を含めた患者背景を考慮し、術後化学療法は施行せず、BSCの方針とした。
術後、外来にて経過観察を行っていたが全身状態は非常に良好であり、術後2年の際に施行した腹部CTでは、肝転移巣の縮小を認めた。その後も明らかな再発や新規転移は認めておらず、腫瘍マーカーも上昇なく経過している。
【考察】悪性腫瘍の自然退縮の機序としては、腫瘍免疫の活性化、感染や炎症による免疫応答などの免疫学的機序や、原発巣切除による腫瘍微小環境の変化などが報告されているが、一定の見解は得られていない。本症例においても手術に伴う免疫学的変化が肝転移縮小に関与した可能性が示唆され、積極的な原発巣切除がQOLの維持だけでなく長期予後の改善に寄与したものと考えられた。
【結語】超高齢者においては、患者背景や全身状態を踏まえた個別化治療が重要である。積極的治療を行わず経過観察を選択した場合でも良好な経過をたど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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）36　症例：転移・再発 2

座長：落合 大樹（帝京大学医学部外科学講座）

[P36-8] 透析患者における転移、再発大腸癌に対して薬物療法を施行した2例

*宮脇 黎央[1]、岡本 浩直[1]、関口 涼音[1]、島田 清子[1]、福井 綺夏[1]、森田 順也[1]、上岡 祐人[1]、中山 博貴[1]、山仲 一輝[1]、羽鳥 慎祐[1]、谷 和行[1] (1. 平塚共済病院)

【背景】透析患者に対する薬物療法の報告は少なく確立したガイドラインはない。今回透析患者における転移、再発大腸癌に対して薬物療法を施行した2例を経験した。
【症例1】70代男性、週3回血液透析導入中。S状結腸癌に対し開腹S状結腸切除,D3郭清施行。病理はpT3N0M0 pStage IIa, RAS mutant（G13D）, BRAF wild, MSI陰性, HER2 2+であった。術後1年2ヶ月時に腹膜播種再発を認めFOLFIRI＋BV療法を開始した。25コース施行後に肝転移再発を認め2nd lineとしてFOLFIRI＋RAM療法を開始した。15コース施行しSDで経過しており肝転移,腹膜結節切除を施行した。術後5ヶ月で肝転移再発し3rd lineとしてフルキンチニブ療法を開始した。現在も投与継続中で、再発時から3年生存している。
【症例2】70代男性、週3回血液透析導入中。直腸RS癌、横行結腸癌に対し開腹高位前方切除,D3郭清、結腸部分切除（横行結腸）,D3郭清施行。病理は直腸pT1bN0M0 pStageI, RAS mutant(G12V), BRAF wild, MSI陰性, HER2 1+、横行結腸pT1aN0M0 pStageIであった。術後4年11ヶ月時のCSで直腸吻合部再発の指摘あり、CTで多発肝転移を認めた。開腹ハルトマン手術後にFOLFIRI＋BV療法を開始した。34コース施行後に肺転移出現し2nd lineとしてFOLFIRI＋RAM療法を開始した。現在も投与継続中で、再発手術後より4年10ヶ月生存している。
【結語】今回我々は透析患者に対し長期に薬物療法を継続できている症例を経験した。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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）37　症例：転移・再発 3

座長：二宮 繁生（大分大学消化器・小児外科学講座）

[P37-1] 直腸癌傍大動脈リンパ節転移に対する術前化学療法後の腹腔鏡下リンパ節郭清とFDG-PET/CT評価の意義

*谷 公孝[1]、伊藤 俊一[1]、前田 新介[1]、前田 文[1]、腰野 蔵人[1]、二木 了[1]、近藤 侑鈴[1]、松尾 夏来[1]、金子 由香[1]、番場 嘉子[1]、小川 真平[1]、山口 茂樹[1] (1. 東京女子医科大学消化器一般外科)

[P37-2] 大動脈周囲リンパ節転移を伴うBRAF陽性横行結腸癌の1例

*福島 正之[1]、岡村 圭祐[1]、藤田 美芳[1]、井上 綾乃[1]、小野 雅人[1]、渡邊 一永[1]、藤井 正和[1]、本吉 章嵩[1] (1. 北海道消化器科病院)

[P37-3] 下部直腸癌に対する括約筋間腹会陰式直腸切断術後に会陰部再発を来した1例

*武田 智宏[1,2]、千葉 周[1,2]、堀川 大介[1,2,3]、谷 誓良[1,2]、藤原 康博[1,4]、星 智和[1] (1. 富良野協会病院外科、2. 旭川医科大学　外科学講座　肝胆膵・移植・消化管外科学分野、3. 栃木県立がんセンター研究所、4. 美瑛町立病院)

[P37-4] 盲腸癌術後に発生し播種性再発との鑑別が困難であったデスモイド腫瘍の1例

*田上 修司[1]、中川 大佑[1]、松村 向日葵[1]、清水 将来[1]、木許 健生[1] (1. 大阪府済生会茨木病院消化器外科)

[P37-5] 直腸癌術後に右閉鎖領域腫瘤として発見された前立腺癌転移の1例

*平野 直樹[1]、藤井 善章[1]、山田 拓実[1]、島田 雄太[1]、宮池 哲郎[1]、加藤 龍太郎[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. 医療法人豊田会刈谷豊田総合病院)

[P37-6] 直腸癌術後大動脈周囲リンパ節再発に対し、化学療法後に後腹膜アプローチによるリンパ節摘出術を施行した1例

*藤原 亮太[1]、國末 浩範[1]、宮内 俊策[1]、杉原 太一[1]、吉浦 雄飛[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)

[P37-7] 薬物療法のみで完全奏効している直腸癌術後局所再発の2例

*川原 聖佳子[1]、西村 淳[1]、長谷川 潤[1]、平井 裕美子[1] (1. 長岡中央綜合病院　消化器病センター外科)

[P37-8] 術後５年以上経過後に右内腸骨静脈内腫瘍栓として再発したHER2陽性直腸癌の１例

*安部 紘生[1]、市沢 展真[1]、一尾 幸輝[1]、假屋 理沙[1]、小岩井 智美[1]、阿尾 理一[1]、山寺 勝人[1]、西川 誠[1]、西山 潔[1]、小川 均[1]、神藤 英二[1] (1. 自衛隊中央病院外科)

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）37　症例：転移・再発３

座長：二宮 繁生（大分大学消化器・小児外科学講座）

[P37-1] 直腸癌傍大動脈リンパ節転移に対する術前化学療法後の腹腔鏡下リンパ節郭清とFDG-PET/CT評価の意義

*谷 公孝[1]、伊藤 俊一[1]、前田 新介[1]、前田 文[1]、腰野 蔵人[1]、二木 了[1]、近藤 侑鈴[1]、松尾 夏来[1]、金子 由香[1]、番場 嘉子[1]、小川 真平[1]、山口 茂樹[1] (1. 東京女子医科大学消化器一般外科)

【背景】直腸癌傍大動脈リンパ節（PALN）転移に対する外科的切除の意義は確立していない。しかし、切除可能な限局性PALN転移では、PALN郭清（PALND）によりR0切除が得られ、予後改善に寄与する可能性が報告されている。一方、術前治療後のFDG-PET/CTでは炎症や線維化によるFDG集積が残存することがあり、画像所見のみで病理学的癌遺残を判断することは困難である。そのため、PALNDの適応判断に有用で、より正確な治療効果判定指標が求められている。今回、術前化学療法後に腹腔鏡下PALNDを施行した2例を経験したため報告する。

【症例】症例1は58歳女性。下部直腸癌に対しESD施行後、病理診断で追加切除（手術）の方針となった。術前の画像検査でPALNを含む多発リンパ節腫大を認め、PALNのSUVmaxは11.5であった。多発リンパ節転移に対して術前化学療法施行の方針となり、CAPOX＋BV療法4コース施行後、PALNは短径15.9mmから7.3mmへ縮小し、SUVmaxは1.43へ低下した（低下率88%）。しかし、FDG集積が軽度残り、癌の残存が疑われたため、腹腔鏡下超低位前方切除およびPALNDを施行した。病理診断では郭清したPALN 11個すべてに生存腫瘍細胞を認めず、病理学的完全奏効であった。症例2は56歳女性。直腸癌術後、肺転移切除後に異時性PALN転移を３個認め、SUVmaxは最大のもので5.01であった。術前化学療法としてmFOLFOX6＋Pmab療法10コース施行後、同PALNは短径10.9mmから5.5mmへ縮小し、SUVmaxは1.69へ低下した（低下率66%）。しかし、FDG集積は残存していたため、根治目的に腹腔鏡下PALNDを施行した。病理診断では郭清リンパ節3個すべてに残存転移を認めた。両症例とも腹腔鏡下にR0切除を達成し、Clavien-Dindo Grade III以上の術後合併症は認めなかった。

【結語】術前化学療法後のFDG-PET/CTでは、FDG集積の残存のみでは病理学的癌遺残を正確に判断できなかった。一方、SUVmax低下率は病理学的治療効果を反映することが示唆され、化学療法後の治療効果判定およびPALND適応判断の補助指標となる可能性があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）37　症例：転移・再発 3

座長：二宮 繁生（大分大学消化器・小児外科学講座）

[P37-2] 大動脈周囲リンパ節転移を伴うBRAF陽性横行結腸癌の1例

*福島 正之[1]、岡村 圭祐[1]、藤田 美芳[1]、井上 綾乃[1]、小野 雅人[1]、渡邊 一永[1]、藤井 正和[1]、本吉 章嵩[1] (1. 北海道消化器科病院)

【はじめに】大動脈周囲リンパ節転移を伴う大腸癌は予後不良であり、切除の適応や意義については確立されていない。近年の新規抗がん剤および分子標的薬による治療成績の向上により集学的治療の一つとして手術を施行する症例も増えてきている。
【症例】70歳台　女性。2025年7月に腹満・腹痛あり当院受診。CT検査で横行結腸癌による腸閉塞の診断で緊急入院となる。PET検査で大動脈周囲リンパ節転移（＃16b1-2）を指摘された。MRI-EOB検査で肝S4に5mmの肝転移疑いを認めた。2025年8月腹腔鏡下右半結腸切除+＃16リンパ節サンプリングを行った。所属リンパ節（2/18）と大動脈周囲リンパ節転移（1/1）・肝転移疑いがあり、StageIVbと診断した。術後麻痺性腸閉塞を認めたが、保存的治療で改善した。BRAF陽性・MSI陰性で2025年10月よりアバスチン＋mFOLFOX6療法を8コース施行。徐々に末梢神経障害も強くなり、CT検査で大動脈周囲リンパ節の縮小を認めた。MRI検査で肝の病変は変化なく、転移の可能性は低いと判断した。2026年3月腹腔鏡下大動脈周囲リンパ節郭清（＃16b1-2 late pre）を行った。＃16b1-2 lateに2個の転移性リンパ節を認めた。術後リンパ瘻があり、利尿剤投与を行った。
【考察】孤立性大動脈周囲リンパ節転移に対する外科的切除は、生存を延長させる可能性がある。予後因子として、治癒切除可能であること、病理学的陽性リンパ節数が少ないこと、組織型が高分化や中分化であること、異時性であることが挙げられている。またBRAF陽性大腸癌は新規分子標的薬ビラフトビの登場により集学的治療の一つとして手術が施行する症例が増える可能性がある。
【結語】予後不良のBRAF陽性横行結腸癌に対して原発巣切除後にアバスチン＋mFOLFOX6を施行し、同時性大動脈周囲リンパ節転移に対して切除を施行した症例を経験した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）37　症例：転移・再発 3

座長：二宮 繁生（大分大学消化器・小児外科学講座）

[P37-3] 下部直腸癌に対する括約筋間腹会陰式直腸切断術後に会陰部再発を来した1例

*武田 智宏[1,2]、千葉 周[1,2]、堀川 大介[1,2,3]、谷 誓良[1,2]、藤原 康博[1,4]、星 智和[1] (1. 富良野協会病院外科、2. 旭川医科大学　外科学講座　肝胆膵・移植・消化管外科学分野、3. 栃木県立がんセンター研究所、4. 美瑛町立病院)

【はじめに】直腸癌術後の会陰部再発はまれであり、骨盤内局所再発の進展、手術操作に伴う腫瘍細胞のimplantation、皮膚転移など複数の機序が想定される。今回、下部直腸癌に対する括約筋間腹会陰式直腸切断術後に会陰部再発を認めた1例を経験したため報告する。
【症例】70歳代男性。下部直腸癌（cT3N0M0）に対し腹腔鏡下括約筋間腹会陰式直腸切断術を施行した。経肛門操作中に肛門管前壁をわずかに損傷した。病理はpT3N0M0、剥離断端は陰性であったが最短距離は0.6mmであった。術後3か月のCTで仙骨前面に造影結節を伴う軟部陰影を認めたが、その後も増大なく術後変化として経過観察した。術後7か月にストーマ腸管穿孔に対し左側結腸切除、横行結腸人工肛門造設術を施行した。術後2年4か月、腰痛での入院時に会陰出血を契機として会陰皮膚に3cm大の易出血性腫瘍を認め、腰椎麻酔下に切除した。病理では広範な壊死を伴う中分化管状腺癌を認め、CK7陰性、CK20陽性、CDX2陽性であり、直腸癌由来と考えた。切除断端は陰性で、CT上仙骨前面病変との明らかな連続性は認めず、会陰部再発と診断した。原発切除後2年6か月現在、明らかな再発・転移や腫瘍マーカーの上昇なく経過している。
【考察】括約筋間切除そのものが局所再発率を増加させる明確な根拠は乏しい一方、低位直腸癌では剥離断端近接や術中播種が局所再発に関与しうる。本例は会陰術野に孤立して出現し、他臓器再発を認めないことや、原発手術時に肛門管損傷を伴っていたことから、真の遠隔皮膚転移よりもimplantationを含む会陰部局所再発の可能性が高いと考えられた。
【結論】直腸切断術後にはまれながら会陰部再発を来し得る。また、再発機序の厳密な分類が困難な症例もある。術後フォローアップでは、画像検査に加え、会陰部の視診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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）37　症例：転移・再発 3

座長：二宮 繁生（大分大学消化器・小児外科学講座）

[P37-4] 盲腸癌術後に発生し播種性再発との鑑別が困難であったデスモイド腫瘍の1例

*田上 修司[1]、中川 大佑[1]、松村 向日葵[1]、清水 将来[1]、木許 健生[1] (1. 大阪府済生会茨木病院消化器外科)

デスモイド腫瘍は比較的稀な軟部腫瘍であり、組織学的には良性であるが浸潤性に発育し局所再発を来すこともある境界型腫瘍である。画像上の特徴に乏しく、術前診断に難渋することが少なくない。今回、盲腸癌術後に発生し播種性再発との鑑別を要したデスモイド腫瘍の1例を経験したので報告する。
症例は51歳男性。約24か月前に盲腸癌に対して腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。病理組織学的所見はpStage I（pT1N0M0）であった。経過観察中の腹部造影CTで右骨盤腔内に約15 mmの結節を認め、PET-CTではSUVmax 2.56のFDG集積を認めた。腹膜播種再発の可能性は低いと考えられたが否定できず、診断および治療目的に腹腔鏡下手術を施行した。腫瘍は右精巣動静脈に接していたが明らかな浸潤は認めず、同血管を温存して腫瘤を摘出した。病理組織学的には紡錘形細胞が束状に錯綜して増生しており、デスモイド腫瘍と診断された。現在、再発なく外来経過観察中である。
大腸癌術後に出現する腹腔内腫瘤においては、播種性再発との鑑別として本疾患を考慮する必要がある。

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）37　症例：転移・再発 3

座長：二宮 繁生（大分大学消化器・小児外科学講座）

[P37-5] 直腸癌術後に右閉鎖領域腫瘤として発見された前立腺癌転移の1例

*平野 直樹[1]、藤井 善章[1]、山田 拓実[1]、島田 雄太[1]、宮池 哲郎[1]、加藤 龍太郎[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. 医療法人豊田会刈谷豊田総合病院)

72歳男性。Ra直腸癌（pT3N1bM0、pStage IIIb）に対しロボット支援腹腔鏡下直腸低位前方切除術を施行し、術後補助化学療法としてCAPOX療法を8コース完遂した。
術後４年の経過観察中の造影CT検査で右閉鎖領域に37×34 mmの境界明瞭な円形腫瘤を認めた。CEA、CA19-9の上昇は認めなかった。MRI検査では腫瘤はT2強調像で低信号域と高信号域が混在し、低信号域に一致して軽度の拡散制限を認め、T1強調像では低信号を呈した。PET-CTでは同部に明らかな異常集積は認められなかった。以上より直腸癌側方リンパ節再発を否定できない一方、デスモイド腫瘍、神経鞘腫、GISTなどを鑑別診断とした。
診断的治療目的に腹腔鏡下腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は被膜に覆われており、被膜を損傷することなく摘出可能であった。右閉鎖神経は温存可能であった。標本は長径48 mm、病理組織学的には、類円形核と淡明胞体を有する細胞が充実性に増殖し腺腔様構造を形成しており、直腸癌原発巣とは異なる像であった。免疫染色ではPSA、AMACR、アンドロゲン受容体が陽性、AE1/AE3、PAX8、CDX2は陰性であり、前立腺癌の転移が疑われた。術後PSAを測定したところ、33.4 ng/mLと高値であり、その後の前立腺針生検にてGleason score 4+4＝8の前立腺癌と診断された。
術前MRI検査を後方視的に再確認すると、前立腺右葉にT2強調像で低信号、DWIで高信号、ADCで低信号を呈する17×10㎜の結節を認め、前立腺癌を疑う所見であった。しかし、臨床病期はT2a相当であり、本症例のような4㎝大の孤発性転移を呈するのは非典型的であった。

直腸癌術後に閉鎖領域腫瘍を認めた場合、前立腺癌を含む骨盤内悪性腫瘍の転移を鑑別にあげる必要がある。

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）37　症例：転移・再発 3

座長：二宮 繁生（大分大学消化器・小児外科学講座）

[P37-6] 直腸癌術後大動脈周囲リンパ節再発に対し、化学療法後に後腹膜アプローチによるリンパ節摘出術を施行した1例

*藤原 亮太[1]、國末 浩範[1]、宮内 俊策[1]、杉原 太一[1]、吉浦 雄飛[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)

【背景】 直腸癌術後再発における単発の大動脈周囲リンパ節（以下、PALN）転移は比較的稀であり、その管理法は確立されていない。しかし、化学療法により病勢制御が得られた症例に対するPALN摘出術は、長期生存に寄与する可能性が報告されている。今回、肥満を伴う直腸癌術後PALN再発に対し、化学療法後に後腹膜アプローチにて安全にR0切除を完遂し、長期無増悪生存を得ている1例を経験したので報告する。

【症例】 45歳、女性。BMI：39.9。直腸癌に対し腹腔鏡下高位前方切除術、D3郭清を施行した（pT4a, N2b, pStage IIIc）。術後補助化学療法としてmFOLFOXを12コース施行したが、術後10ヶ月の画像検査にて、単発のPALN再発を認めた。再発に対する１次治療としてFOLFIRI＋パニツムマブ療法を開始した。10コース施行し、転移リンパ節は縮小し、他臓器転移も認めなかった。化学療法による良好な腫瘍制御が得られたと判断し、原発手術から1年7ヶ月後に、PALN摘出術を施行した。術後は追加治療を行わず経過観察のみとしたが、PALN摘出術後1年6ヶ月現在、無再発生存中である。

【考察】 PALN再発切除の予後改善には、R0切除の完遂と転移個数が重要とされる。本症例では、化学療法により微小転移を制御した状態で外科的介入を行ったことが奏功したと考えられた。また、手術アプローチの検討において、肥満症例では腹腔内臓器や脂肪により術野展開が困難となることが多いが、後腹膜アプローチは腸管翻転や広範な剥離を回避でき、また、最短距離で大動脈周囲へ到達できる。本アプローチは、術後の腸管合併症を軽減しつつ、大動脈周囲の安全な郭清を可能にする戦略的選択肢となり得ることが示唆された。

【結語】 直腸癌術後PALN再発に対し、化学療法後のPALN摘出術は有効な治療戦略である。特に肥満症例等の解剖学的条件に応じて後腹膜アプローチといった適切な手法を選択することが、低侵襲かつ確実な根治切除につながる。

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）37　症例：転移・再発 3

座長：二宮 繁生（大分大学消化器・小児外科学講座）

[P37-7] 薬物療法のみで完全奏効している直腸癌術後局所再発の2例

*川原 聖佳子[1]、西村 淳[1]、長谷川 潤[1]、平井 裕美子[1] (1. 長岡中央綜合病院　消化器病センター外科)

【症例1】64歳男性**【臨床経過】**1年前、直腸癌RaRb pT3N0M0 Stage IIaに対して腹腔鏡下低位前方切除術 D3 LD0施行。術後1年目のCTで骨盤右側と骨盤左側仙骨前面に腫瘤を認め、骨盤MRIでも同様の所見であり局所再発と診断した。PET-CTでは同病変に集積を認めたがその他に再発所見はなかった。切除可能だが永久人工肛門造設となる可能性が高くセカンドオピニオンをおすすめした。2カ所の施設を受診する間、Capecitabin内服治療を行うことにした。4コース後のCTで腫瘍はいずれも縮小しPRと判定、同治療を継続することになった。その後も縮小を維持し2年間内服して治療終了した。治療中止後5年8ヶ月経過しているが腫瘍再増大や新規病変は認めていない。**【症例2】**74歳男性**【臨床経過】**58歳時に直腸癌Ra pT2N0M0 Stage Iで低位前方切除術D3 LD0施行。術後は毎年CTと大腸内視鏡検査を受けていた。73歳時に前立腺癌と診断され、内分泌療法先行下で放射線療法を行う方針となった。内分泌療法開始10ヶ月後PSAは正常化し、照射前の放射線治療計画CTを行ったところ治療前に認めなかった左水腎症が出現していた。PSA再上昇はなく、尿管鏡で腫瘍を認めなかった。骨盤MRIで左骨盤壁に尿管を巻き込む軟部影を認め、PET-CTでは同部に集積があり、直腸癌再発が疑われ当科紹介となった。EUSで左骨盤壁に15mm大の腫瘤を認め、生検でtub1、CK20+ PSA-で大腸癌からの転移と診断された。遺伝子検査はKRASwt NRASmt BRAFwt MSI陰性 HER2 score0だった。切除不可能ではないが、断端確保が難しい可能性があった。局所再発の進行具合により照射範囲が変わる可能性があったため、前立腺癌照射を延期したが、将来的に照射の可能性もあり血管新生阻害剤を用いないで化学療法を行う方針とした。CapeOx療法を開始し、4コース後CTでPRと判定した。その後も縮小を維持し、8コース終了後にOxをオフ、Cape単剤でさらに4コース行った。CRと判定し治療開始から9ヶ月後に治療終了した。治療終了後2年6ヶ月経過しているが再燃していない。**【考察】**治療効果があり、患者も侵襲的な治療を望まず切除せずに経過観察中だが、再燃や他臓器転移の危険もあるため十分注意して診療にあたる必要がある。

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）37　症例：転移・再発３

座長：二宮 繁生（大分大学消化器・小児外科学講座）

[P37-8] 術後５年以上経過後に右内腸骨静脈内腫瘍栓として再発したHER2陽性直腸癌の１例

*安部 紘生[1]、市沢 展真[1]、一尾 幸輝[1]、假屋 理沙[1]、小岩井 智美[1]、阿尾 理一[1]、山寺 勝人[1]、西川 誠[1]、西山 潔[1]、小川 均[1]、神藤 英二[1] (1. 自衛隊中央病院外科)

【背景】
大腸癌の再発の多くは術後3年以内に認められ、術後5年以降の再発率は0.5%に過ぎない。また、静脈内腫瘍栓として再発する症例は稀であり、その臨床的特徴は明らかではない。近年、HER2陽性大腸癌が分子標的薬の使用法含め注目されているものの、エビデンスが不足しており、治療法の決定に苦慮することも多い。

【症例】
症例は40歳台男性。5年7ヶ月前に直腸Ra癌に対して、腹腔鏡下低位前方切除術、D3郭清を施行した。病理検査でpT3 pN1b cM0 pStage IIIbと診断され、術後補助化学療法としてCapeOX療法を8コース完遂した。補助化学療法後、標準的サーベイランスを実施し、術後5年間無再発で経過した。原発巣切除から5年5ヶ月後、血液検査にてCEAの上昇を指摘され、PET-CTを実施し、右内腸骨静脈に沿う管状の高度FDG集積（SUVmax 22.18）を認めた。また、造影CTで同部位に一致する造影欠損を確認し、右内腸骨静脈内の腫瘍栓再発と診断した。さらに、両側肺動脈にも腫瘍栓を疑う所見を認めた他、右内腸骨静脈周囲リンパ節転移およびL5椎弓への骨転移が疑われた。腫瘍は、RAS/BRAF野生型、HER2陽性であった。全身化学療法として、FOLFIRI＋セツキシマブ療法を導入し、減量調整を行いながら継続したところ、早期より腫瘍縮小を認めた。治療開始より1年後、PET-CT上すべての病変の集積が消失し、腫瘍マーカーも正常範囲内に低下したことから、臨床的完全奏効（cCR）と判断した。

【考察】
本症例は、5年以上無再発経過後に静脈内腫瘍栓として再発した点、HER 2陽性という分子背景を有した点、HER2陽性再発症例がFOLFIRI＋セツキシマブ療法によりcCRが得られた点が特徴的である。また、本症例は術後補助化学療法実施症例であり、再発時期遅延の可能性も考えられたことから、5年を超えて腫瘍マーカーの測定を継続、結果的に再発の早期発見につながった。長期無再発症例に対するフォローアップ方法、分子生物学的特性を踏まえた治療戦略などを検討する上で示唆に富む症例であり、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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）38　症例：肛門疾患その他２

座長：鉢呂 芳一（くにもと病院肛門外科）

[P38-1] 診断に脊椎くも膜下麻酔下の生検と経肛門エコーを要した肛門腺由来腺癌の１例

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

[P38-2] 異なる術式後に再発を来した直腸脱2例の検討 ― 骨盤底障害との関連に着目して ―

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

[P38-3] 腹膜透析導入後に発症した直腸脱に対しAltemeier法を施行した1例

*伊藤 孝[1]、向井 周[1]、吉村 直生[1]、花田 圭太[1]、松下 貴和[1] (1. 洛和会音羽病院)

[P38-4] 直腸脱陥頓に対して緊急で直腸固定術を施行した一例

*古山 和樹[1]、中園 真聡[1]、小屋原 健斗[1]、神谷 夏海[1]、小野 由香利[1]、鈴木 紳祐[1]、五代 天偉[1]、熊切 寛[1]、鈴木 紳一郎[1]、齋藤 綾[2] (1. 藤沢湘南台病院外科、2. 横浜市立大学附属病院外科治療学教室)

[P38-5] 交通外傷でデグロービング外傷を受傷し肛門裂傷を生じた一例

*服部 公博[1]、髙橋 孝夫[1]、中島 翔太[1]、坂本 倫太郎[1]、王 蓓[1]、水野 万知[1]、櫻谷 卓司[1]、池庄司 浩臣[1]、西尾 公利[1]、飯田 辰美[1] (1. 岐阜・西濃医療センター西濃厚生病院外科)

[P38-6] 局所麻酔下日帰り手術で切除し得た肛門部Hidradenomaの一例

*清松 裕子[1,2]、小村 憲一[1]、杉山 順子[1,3]、宇野 能子[1,4] (1. 小村肛門科医院、2. 清松クリニック、3. 春日部市立医療センター、4. 鵜戸西クリニック)

[P38-7] 10年以上の経過で扁平上皮乳頭腫から発生したAIN2（Anal Intraepithelial Neoplasia2）の一例

*瀧山 亜希[1]、齋藤 晋祐[1]、磯部 陽[1] (1. 医療法人財団順和会山王病院)

[P38-8] 緊急手術を行った感染性坐骨直腸窩epidermoid cyst の一例

*宮田 敏弥[1]、野澤 慶次郎[1]、近藤 悟[1]、内山 真[1]、浅田 祐介[1]、福島 慶久[1]、藤井 晶子[2]、笹島 ゆう子[2]、落合 大樹[1] (1. 帝京大学医学部外科、2. 帝京大学医学部病理診断科)

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）38　症例：肛門疾患その他２

座長：鉢呂 芳一（くにもと病院肛門外科）

[P38-1] 診断に脊椎くも膜下麻酔下の生検と経肛門エコーを要した肛門腺由来腺癌の１例

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

【症例】症例は54歳の男性。X年Y月排便時出血、排便時肛門部痛を主訴に当院受診。直腸肛門診では肛門10時方向に径5mmの有痛性の腫瘤と上皮下に索状物を触知した。X年Y+1月下部消化管内視鏡検査施行。直腸、肛門管共に明らかな異常所見は認めなかった。注入軟膏による保存的治療を行ったが肛門部痛は改善せず。X年Y+2月直腸肛門診で肛門10時方向に有痛性で浅い陥凹を伴う硬結を触知したが疼痛強く、観察は不十分であった。同年同月脊椎くも膜下麻酔下に肛門部を観察、肛門縁から下部直腸にかけて辺縁不整な潰瘍性病変を認め潰瘍底と辺縁部から生検を施行した。生検に先駆けて行った経肛門エコーでは内外括約筋間に中心を有する辺縁不整なlow echoic lesionを認め、肛門管外に主座を有する浸潤性の腫瘍の存在が示唆された。病理診断はAdenocarcinoma(tub1>tub2)であり、免疫染色ではCK7+、CK20+、CDX2+、MUC5AC-であった。免疫染色は非典型的なパターンであったが、肛門所見の経過や既往歴、および経肛門エコーでの所見などから肛門腺由来線癌と診断した。【考察】肛門管悪性腫瘍は消化管悪性腫瘍のうち約1%とされる稀な疾患で、組織型としては扁平上皮癌が最も多い。腺癌は5-10%とされ頻度は低く、管内型（直腸型腺癌）と管外型（肛門腺由来癌、痔瘻癌、粘膜外肛門管腺癌）に大別される。管内型は通常の直腸腺癌と同様の腫瘍であり最も頻度が高く、典型的には免疫染色でCK7-、CK20+、CDX2+を示す。管外型はその希少性などから疾患概念が完全には整理されていないが、痔瘻癌には粘液癌が多く、肛門腺由来癌はCK7+、CK20-、CDX2-を、粘膜外肛門管腺癌はCK7-、CK20+、CDX2+を示すことが多いとされる。本症例ではいずれの組織型としても非典型的な免疫染色パターンを示したが、最終的な判断は腫瘍の局在や上皮・瘻管との位置関係といった解剖学的、組織学的な観点からなされるため、本症例では経肛門エコーの所見を重視して肛門腺由来腺癌と診断した。管外型肛門管腺癌は腫瘍の主座が組織深層にあるため診断困難となりやすい。症状に応じた適切な組織採取や低侵襲かつ簡便な局在診断など柔軟な対応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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）38　症例：肛門疾患その他 2

座長：鉢呂 芳一（くにもと病院肛門外科）

[P38-2] 異なる術式後に再発を来した直腸脱2例の検討 ― 骨盤底障害との関連に着目して ―

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

直腸脱は高齢女性に多くみられる骨盤底疾患であり、便失禁、排便困難、脱出症状などによりQOLを著しく低下させる。治療の第一選択は手術であり、経腹的手術および経会陰的手術を含め多様な術式が存在するが、いまだ標準術式は確立されていない。一般に経腹的手術は再発率が低い一方、経会陰的手術は低侵襲で高齢者やfrail患者にも施行しやすく、患者背景や排便機能を考慮した術式選択が重要とされている。
一方で、直腸脱術後再発はいまだ臨床上の重要な問題であり、年齢、便秘、慢性的ないきみ、骨盤底脆弱性などの関与が指摘されている。近年では直腸脱は、子宮脱や膀胱瘤などの骨盤臓器脱（pelvic organ prolapse: POP）を伴うmulticompartment pelvic floor disorderとして捉える概念が注目されている。一方、再発症例における骨盤底全体の評価や、POPとの関連については十分に検討されていない。
今回我々は、三輪-Gant-Thiersch法後再発例および腹腔鏡下直腸後方固定術後再発例の2例を経験した。当院では2022年から現在までに12例の直腸脱患者に対して手術を施行しており、腹腔鏡下直腸後方固定術を第一選択としている。経肛門的手術に関しても説明し、全身状態が悪い症例や患者の強い希望があればそちらを選択している。1例目は、85歳の女性で、負担の少ない術式を希望したものの術後6カ月で再発した。その後腹腔鏡下直腸後方固定術を施行し術後に排便コントロールや骨盤底筋群訓練を行い42カ月無再発で経過している。2例目は77歳の女性で、腹腔鏡下後方固定術を施行したが、慢性便秘のコントロールが不良であり、その後9カ月で再発をきたした。現在は症状が軽度であり、本人希望も踏まえて保存的加療を継続している。
女性骨盤では直腸、子宮、膀胱が支持組織を共有しており、直腸のみ修復した場合に再発リスクが残存する可能性がある。何れの術式においても、便秘をむしろ増悪させる可能性もあり、直腸固定のみでは骨盤底障害全体を制御できないことを示唆する。
直腸脱再発例では、術式のみならずPOPを含めた骨盤底全体の評価を行い、必要に応じて多診療科連携を含めた治療戦略を検討することが重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）38　症例：肛門疾患その他２

座長：鉢呂 芳一（くにもと病院肛門外科）

[P38-3] 腹膜透析導入後に発症した直腸脱に対しAltemeier法を施行した1例

*伊藤 孝[1]、向井 周[1]、吉村 直生[1]、花田 圭太[1]、松下 貴和[1] (1. 洛和会音羽病院)

【背景】
直腸脱は高齢女性に多く，骨盤底筋群の脆弱化や慢性的な腹圧上昇が発症要因とされる．近年は腹腔鏡下直腸固定術など経腹的手術が広く行われているが，高齢者や重篤な併存症を有する症例では，侵襲と周術期リスクを考慮した術式選択が重要である．今回，腹膜透析（Peritoneal Dialysis: PD）導入後に直腸脱を発症した高齢女性に対し，Altemeier法を施行し，PD継続に配慮した周術期管理のもと良好な経過を得たため報告する．
【症例】
90代女性．慢性腎臓病に対して1年前よりPDを導入された．その頃から直腸脱を認めるようになり，排便後疼痛の増悪を契機に当院紹介となった．怒責時に全周性の輪状襞を伴う直腸全層脱出を認め，用手還納は可能であったが，軽度の腹圧で容易に再脱出した．腹部CTでは腹膜透析カテーテル先端は傍結腸溝に位置していた．高度円背のため腰椎麻酔は困難と判断し，全身麻酔下・砕石位で手術を施行した．腹腔内汚染を考慮して開腹操作のないGant-三輪法も検討していたが，麻酔後に約5 cmの完全直腸脱を確認したため，Altemeier法を選択した． 術後経過は良好で，術後4日目に腎臓内科へ転科した．PDはカテーテルの汚染や腹圧を考慮して透析液半量・夜間のみで術後4日目から慎重に再開し，問題なく退院となった． 術後２週間で通常量とし，以降問題なく経過している．
【考察】
PDでは透析液の持続的貯留により腹圧が上昇し，腹壁・鼠径ヘルニアの発症リスクが高まることが知られている．本症例では，高齢女性における骨盤底脆弱化に加え，PDによる慢性的腹圧負荷が直腸脱の発症・増悪に関与した可能性が示唆された．術式選択に際しては，経腹的手術による腹膜癒着に伴う透析効率低下や，メッシュ使用による感染リスクを考慮し，経肛門的手術を選択した．Altemeier法はDouglas窩の開放を伴うため腹腔内汚染の懸念があるが，根治性を優先しての術式選択とした．腎臓内科医師と連携した適切な周術期管理により感染や早期の再発を回避して安全に施行可能であった．
【結後】
PD患者における直腸脱治療では，透析継続への影響を踏まえた個別化治療戦略が重要であり，Altemeier法は治療選択の一つとして有用である．

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）38　症例：肛門疾患その他 2

座長：鉢呂 芳一（くにもと病院肛門外科）

[P38-4] 直腸脱陥頓に対して緊急で直腸固定術を施行した一例

*古山 和樹[1]、中園 真聡[1]、小屋原 健斗[1]、神谷 夏海[1]、小野 由香利[1]、鈴木 紳祐[1]、五代 天偉[1]、熊切 寛[1]、鈴木 紳一郎[1]、齋藤 綾[2] (1. 藤沢湘南台病院外科、2. 横浜市立大学附属病院外科治療学教室)

症例は53歳、女性。X年Y月Z日排便時に直腸脱および肛門痛出現し、自己還納を試みるも改善しないため当院救急搬送された。診察時直腸は8cm脱出していた。直腸粘膜は暗赤色を呈しており、軽度の刺激で容易に出血した。また腸管壁は浮腫状肥厚を呈していた。用手還納は困難であり直腸脱陥頓の診断に至った。50%ブドウ糖注射液を直腸粘膜に滴下し浸透圧を利用して腸管浮腫の改善を試みたが還納不可であった。以上より非観血的整復は困難と判断し同日緊急手術の方針とした。腹腔鏡下直腸固定術の方針で手術を開始したが、腹腔鏡下での還納も困難のため開腹移行した。腹腔内から直腸を牽引し、体外から脱出直腸を圧迫することで還納できた。直腸を授動し、仙骨前面と直腸前面を合成非吸収糸で2針固定した（Suture rectopexy）。直腸診にて直腸脱の改善および直腸が良好に牽引されていることを確認し手術を終了した。手術時間139分、出血量は少量であった。術後4日目より食事開始し、特筆すべき周術期合併症を認めず術後9日目で軽快退院された。術後1か月経過して無再発で経過観察中である。
直腸脱陥頓は比較的稀な病態である。今回緊急手術にて救命し得た症例を経験したため若干の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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）38　症例：肛門疾患その他 2

座長：鉢呂 芳一（くにもと病院肛門外科）

[P38-5] 交通外傷でデグロービング外傷を受傷し肛門裂傷を生じた一例

*服部 公博[1]、髙橋 孝夫[1]、中島 翔太[1]、坂本 倫太郎[1]、王 蓓[1]、水野 万知[1]、櫻谷 卓司[1]、池庄司 浩臣[1]、西尾 公利[1]、飯田 辰美[1] (1. 岐阜・西濃医療センター西濃厚生病院外科)

外傷性肛門裂傷は分娩外傷や異物挿入、直撃外傷など会陰部への直接的な外傷により生じ、皮膚や肛門括約筋，直腸粘膜に裂傷を来し排便障害をもたらす。今回われわれは直接的な外傷ではなく、デグロービング外傷により間接的に肛門裂傷を生じ排便機能低下を来した患者を経験した。症例は48歳男性、2トントラックの右前輪に大腿背面を轢かれて受傷し当院に救急搬送された。搬送時は会陰部痛を訴えなかったが、会陰部からの出血を認めた。肛門診察では11時から1時方向にかけて裂創を認め、皮膚と外肛門括約筋、直腸粘膜に裂傷を認めた。また内外括約筋間溝の離開を認めた。直腸指診にて肛門括約筋の収縮力低下を認めた。同日緊急で括約筋形成術を施行した。直腸粘膜を縫合し外肛門括約筋をOverlap法で縫合した後に括約筋間溝を寄せ、皮膚を縫合した。術後排便コントロールとリハビリテーション介入を行い、排便機能は徐々に改善し退院となった。稀な受傷起点による肛門裂傷に対して、早期外科治療を介入し肛門機能の回復を得たためここに報告する。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）38　症例：肛門疾患その他 2

座長：鉢呂 芳一（くにもと病院肛門外科）

[P38-6] 局所麻酔下日帰り手術で切除し得た肛門部Hidradenomaの一例

*清松 裕子[1,2]、小村 憲一[1]、杉山 順子[1,3]、宇野 能子[1,4] (1. 小村肛門科医院、2. 清松クリニック、3. 春日部市立医療センター、4. 鵜戸西クリニック)

【症例】
47歳女性。主訴：排便時疼痛。
既往歴：特記事項なし
現症：指診にて肛門管内9時方向に腫瘤を触知。肛門鏡にて外痔核様の隆起性病変を認めた。
【経過】
血栓性外痔核の可能性もあり、保存的に経過観察とした。
1か月後再診時、肛門鏡所見では膨隆の程度は不変で、表面に2mm程度の裂傷を認めた。日常生活には支障がないとのことで、軟膏塗布継続し経過観察とした。
3か月後、硬便排出後に数日痛みが続くとのことで来院。肛門鏡所見は前回と同様であり、手術の方針となった。
手術所見：局所麻酔下に9時方向膨隆に対し、痔核手術に準じてLigation and Excision（LE）法にて切除し、2層縫合し手術終了。手術は外来にて日帰りで施行した。摘出した組織は皮下腫瘤であり、割を入れると充実性であった。
【病理結果】
Hidradenoma of the anal。組織学的に異型のない重層扁平上皮の被覆を認め、上皮下に結節状変化を認める。断端陰性、悪性所見なしであった。
【考察】
Hidradenoma（孔細胞汗腺腫）はPoroma（汗孔腫）の一亜型であり、エクリン汗腺由来の良性皮膚付属器腫瘍である。1990年にAckermanらによって分類された4亜型のうち、Hidradenoma（Poroid hidradenoma）は表皮との連続性がなく、真皮内に限局する嚢腫様構造を呈するものを指す。性別はやや女性に多く、発生部位は四肢と体幹が大半を占め、次いで頭頸部・顔面と続く。皮下の汗腺由来の腫瘍であるため理論的には体表のいずれにも発生し得るが、本症例は肛門部に発生したHidradenomaとして、われわれが渉猟し得た限りでは報告のない希少な症例と考えられる。
本症例では増大傾向は認めなかったものの、腫瘍表面の皮膚に裂傷を生じ、排便時の疼痛を繰り返したため摘出手術の方針とした。Hidradenomaは表皮との連続性がなく真皮内に限局する腫瘍であることから、周囲組織との癒着が少なく、局所麻酔下での摘出が可能である。本症例においても局所麻酔下に外来日帰り手術として安全に切除し得た。良性腫瘍であっても増大傾向や症状を伴う場合は、低侵襲な局所麻酔下手術での根治摘出が望まれる。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）38　症例：肛門疾患その他 2

座長：鉢呂 芳一（くにもと病院肛門外科）

[P38-7] 10年以上の経過で扁平上皮乳頭腫から発生したAIN2（Anal Intraepithelial Neoplasia2）の一例

*瀧山 亜希[1]、齋藤 晋祐[1]、磯部 陽[1] (1. 医療法人財団順和会山王病院)

症例は61歳女性。13年前に便潜血陽性で下部消化管内視鏡検査を受け、肛門部に3mm大のポリープを認めた。生検結果はsquamous cell papilloma, suspectedで、明らかな悪性像は認めないがdysplasiaに相当する病変とも考えられるとの報告であった。その後何度かフォローの検査を勧め初回の指摘から13年後に再検査を実施し、肛門移行帯の０時方向に前回指摘のものと思われる双頭状のIs肛門ポリープを認め、後日経肛門的に肛門ポリープ切除術を施行した。ポリープは4mm大と6mm大、病理結果はAIN2で、免疫染色ではp16陽性像が斑状に広範囲に認められ、Ki-67も部位によって陽性細胞を認めた。P53の陽性細胞も散見され、上皮内癌（AIN3）までの所見はないが中等度の異型がある（AIN2）との報告であった。なお切除断端は陰性であった。

AINは肛門管扁平上皮癌（SCC）の前癌病変と考えられており、ヒトパピローマウイルス（HPV）関連腫瘍と考えられている。現在、子宮頸部・膣・外陰部・陰茎・肛門領域に発生するHPV関連扁平上皮内病変については、尖圭コンジローマや軽度異形成に相当する病変を低異型度扁平上皮内病変LSIL(low-grade squamous intraepithelial lesion)、中等度～高度異形成および上皮内癌を高異型度扁平上皮内病変HSIL(high-grade squamous intraepithelial lesion)と統一的に分類・定義されており、本症例はHSILに相当する。LSILでは主に低リスク型HPV(6型、11型など)の関与が高いとされるが、HSILでは高リスク型HPV(16型、18型など)の検出率が高く、発癌との関連性が強いことが報告されており、本症例もHPVジェノタイプ検査を検討中である。

AINはほとんどがHIV陽性や尖圭コンジローマとの関連で報告されているが、本症例は尖圭コンジローマは認めずHIVも陰性であった。また典型的なAINは扁平病変（0-IIaや0-IIb）であるが本症例は無茎性隆起型（Is）であり、最初の生検病理がなければ扁平上皮乳頭腫等良性の肛門ポリープ疑いとして切除せず経過観察とし、結果発癌に至っていた可能性も考えられる。10年以上経過観察となっていた点も併せて稀、かつ示唆的な症例と思われたため、文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）38　症例：肛門疾患その他 2

座長：鉢呂 芳一（くにもと病院肛門外科）

[P38-8] 緊急手術を行った感染性坐骨直腸窩epidermoid cyst の一例

*宮田 敏弥[1]、野澤 慶次郎[1]、近藤 悟[1]、内山 真[1]、浅田 祐介[1]、福島 慶久[1]、藤井 晶子[2]、笹島 ゆう子[2]、落合 大樹[1] (1. 帝京大学医学部外科、2. 帝京大学医学部病理診断科)

症例は75歳、男性。1年半前から臀部に腫瘤を自覚していた。
臀部の腫脹、疼痛が出現し自壊したため近医皮膚科を受診し、肛門周囲膿瘍の疑いで当科を紹介受診した。
診察上肛門9時方向の皮膚が嚢状に腫脹しており、皮膚の自壊部から膿性排液を多量に認めた。
採血検査ではCRP11.83mg/dlと炎症所見の上昇を認め、造影CT検査で6-9時方向の坐骨直腸窩から皮下にかけて膿瘍の貯留を認めた。
肛門周囲膿瘍、痔瘻を鑑別として同日緊急手術を行った。
体位はジャックナイフ位を取り、肛門9時方向の皮膚を紡錘形に切開したところ坐骨直腸窩に至る嚢胞状の構造を認め、周囲組織から剥離を行い嚢胞を一括で切除した。直腸との交通を伴う瘻孔はなかった。
病理組織検査では、角化を伴う扁平上皮に裏打ちされた嚢胞を認め、皮膚付属器の混在及び悪性所見はなくepidermoid cyst(類表皮嚢腫)と診断した。
手術後1年時点で再発を認めていない。
先天性腫瘤の中でも嚢胞性腫瘤はdevelopmental cystと定義され、組織学的にdermoid cyst、epidermoid cyst、mucus secreting cyst （tailgut cyst）が含まれる。
Epidermoid cystとdermoid cystは胎生期に外胚葉組織が迷入することで発生するとされ、全身の臓器に発生し得るが、消化器外科領域では発生過程で三胚葉全てが関与する仙骨前部での発生が多く報告されている。
Epidermoid cystを含む、developmental cystは悪性化のリスクがあるため治療は外科的な完全切除が第一選択であるが、感染を合併した場合には肛門周囲膿瘍や痔瘻と診断され処置が行われることもあり注意が必要である。
今回緊急手術で切除した感染性坐骨直腸窩epidermoid cystの一例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）39　ストーマ２

座長：近藤 圭策（鳳胃腸病院外科）

[P39-1] 局所陰圧閉鎖療法を用いた人工肛門閉鎖術後SSI予防への当科の取り組み

*阿部 真也[1,2]、西川 武司[1]、大道 清彦[1]、松永 圭悟[1]、近藤 里江[1]、阿部 健太郎[1]、小谷 樹生[1]、松田 圭二[1] (1. 同愛記念病院外科、2. 国立国際医療センター外科)

[P39-2] 特発性回腸人工肛門脚穿孔の1例

*原 貴生[1]、川口 蓮太[1]、渡邉 淳平[1]、武内 裕[1] (1. 地域医療機能推進機構南海医療センター外科)

[P39-3] ハルトマンリバーサルにおける腸管再建の工夫と治療成績

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

[P39-4] 人工肛門閉鎖術における合併症の危険因子に関する検討

*江畑 信孝[1]、小澤 真由美[2]、田 鍾寛[1]、舩津屋 拓人[1]、皆川 結明[1]、額田 卓[2]、大矢 浩貴[1]、武井 将伍[2]、前橋 学[2]、太田 絵美[2]、渥美 陽介[1]、風間 慶祐[1]、佐藤 渉[1]、沼田 正勝[2]、青山 徹[1]、小坂 隆司[1]、菅野 伸洋[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学医学部消化管外科、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター外科)

[P39-5] 傍ストーマヘルニア発生のリスク因子についての検討

*在田 麻美[1]、春名 健伍[1]、柳澤 公紀[1]、西沢 佑次郎[1]、安井 昌義[1]、武田 裕[1] (1. 独立行政法人労働者健康安全機構　関西労災病院)

[P39-6] 化学療法継続中に回腸人工肛門部 outlet obstruction を来し，経ストーマ減圧および柴苓湯併用により改善した Stage Ⅳ大腸癌の1例

*江嵜 就[1]、永吉 絹子[1]、伊勢 夏[1]、松本 奏吉[1]、安藤 陽平[1]、藤本 崇聡[1]、堀岡 宏平[1]、水内 祐介[1]、大内田 研宙[1] (1. 九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科)

[P39-7] 診察前情報環境における人工肛門情報の片側提示:共有意思決定の前提形成に着目した5媒体横断的パイロット研究

*須田 竜一郎[1]、石井 光子[2]、及川 芳徳[3]、町田 拓[1]、青木 沙弥佳[4]、笠原 啓介[5]、飯川 雄[5]、下田 辰也[5]、渡邉 大輔[5]、丹羽 夏海[1]、近藤 尚[1]、飯澤 勇太[1]、大野 幸恵[1]、中臺 英里[1]、岡庭 輝[1]、小林 壮一[1]、西村 真樹[1]、片岡 雅章[1]、柳澤 真司[1]、海保 隆[1] (1. 君津中央病院外科、2. 石川県立看護大学附属看護キャリア支援センター、3. 医療法人社団徳静会横畠病院、4. 亀田総合病院消化器外科、5. 君津中央病院リハビリテーション科)

[P39-8] 小腸人工肛門粘膜移植より発生した腺癌の1例

*竹原 朗[1]、渡邉 和英[1]、芝原 一繁[1] (1. 富山赤十字病院)

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）39　ストーマ 2

座長：近藤 圭策（鳳胃腸病院外科）

[P39-1] 局所陰圧閉鎖療法を用いた人工肛門閉鎖術後SSI予防への当科の取り組み

*阿部 真也[1,2]、西川 武司[1]、大道 清彦[1]、松永 圭悟[1]、近藤 里江[1]、阿部 健太郎[1]、小谷 樹生[1]、松田 圭二[1] (1. 同愛記念病院外科、2. 国立国際医療センター外科)

【背景】人工肛門閉鎖術後の創感染 (SSI)は高率に起こることから様々な工夫がなされている．SSIが発症すると入院期間の延長や社会復帰が遅れることから肉体的・精神的患者負担の増加につながる．当科ではSSI予防バンドルとして，局所陰圧閉鎖療法(NPWT)を2025年4月より導入したのでその有用性を検討した．
【方法】2023年5月から2026年3月の間に当科にて人工肛門閉鎖術を施行した32例を対象とし，NPWT(あり/なし)とSSI発生率を後方視的に検討した．創閉鎖時には閉創専用機器を用い、環状皮膚縫合により半閉鎖している．NPTWは術後1日目に開始し，術後3から4日にドレッシングを交換し，感染など異常がなければ術後7日目に抜去した．CD分類Grade II以上を合併症と定義した．
【結果】男性19例(59%)，年齢中央値65歳(23-79歳)であった．人工肛門造設となった背景は，憩室穿孔によるハルトマン手術後(10例，31%)，直腸手術時の一時的人工肛門造設(9例，28%)，潰瘍性大腸炎・クローン病手術時の一時的人工肛門造(6例，19%)が多くを占めた．造設部位は結腸16例(50%)であり，NPWTは13例(40%)に施行された．NPWTあり/なしの比較で患者因子(年齢，性別，BMI，人工肛門造設背景疾患，造設部位，Prognostic Nutritional Index(PNI))や手術因子(手術時間，術中出血量)に差を認めなかった．表層SSIはNPWTなし群でのみ1例生じたが，統計的有意差を認めなかった(p = 0.30)．深部/臓器SSIはNPWTあり群1例/なし群2例(p = 0.78)に生じた．術後入院期間中央値はNPWTあり群12日，なし群14日(p = 0.38)と差を認めなかった．
【結語】人工肛門閉鎖術後のNPWTはSSI予防に寄与する可能性があり，更なる症例を蓄積して検討を要する．

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）39　ストーマ 2

座長：近藤 圭策（鳳胃腸病院外科）

[P39-2] 特発性回腸人工肛門脚穿孔の1例

*原 貴生[1]、川口 蓮太[1]、渡邉 淳平[1]、武内 裕[1] (1. 地域医療機能推進機構南海医療センター外科)

【症例】77歳女性。リウマチ性多発筋痛症でPSL 5mgを服用中。横行結腸癌術後の縫合不全に対し、右下腹部に双孔式（ループ式）回腸人工肛門を造設した。その1か月後に突如として敗血症を起こし、CT検査で右下腹部に広範な皮下膿瘍を認めた。局所麻酔下に下腹部正中を切開すると便汁が漏出し、人工肛門の尾側を追加切開すると、人工肛門の口側回腸が皮下で穿孔しているのが確認出来た。応急処置として、穿孔部を縫合閉鎖し、穿孔部の口側で膀胱留置カテーテルを膨らませ穿孔部の減圧を図り、皮下膿瘍腔に陰圧ドレーンを留置し、皮膚切開部を縫合閉鎖した。しかし、翌朝には穿孔部は再開通し、膀胱留置カテーテルは押し出され、ドレーンは便汁で閉塞し、縫合した皮膚切開部は感染兆候を帯びていた。皮下膿瘍腔のドレナージ目的に皮膚切開部を開放すると、穿孔部から皮膚切開部がメインの糞路となって便汁が漏出し、絶食として皮膚切開部を人工肛門の装具で覆うも、1日と保たずに便汁が漏れる状況が続いた。横行結腸吻合部の縫合不全はまだ閉鎖しておらず、人工肛門を閉鎖する事は出来なかったため、人工肛門の口側回腸のみを腹壁から遊離して穿孔部を切り落とし、二連銃式の双孔式回腸人工肛門に再造設した。その後は便排泄が正常に戻り、横行結腸吻合部の縫合不全が閉鎖した事を確認し、再造設から3か月後に回腸人工肛門を閉鎖した。
【考察】回腸人工肛門脚の自然穿孔は非常に稀な合併症である。本症例での原因は定かでないが、ステロイド関連性合併症が続発していた事から、ステロイドの影響が考えられた。次に人工肛門脚が穿孔した場合、穿孔部が腹腔内なら明らかに緊急で人工肛門の再造設を要するが、穿孔部が腹腔外なら、上手く外瘻化する事で人工肛門の再造設を回避又は待機的に行う事が期待出来る。しかし、回腸人工肛門脚の穿孔の場合は便が水様で量も多く、外瘻化しても便を適切に管理する事が非常に難しい。よって、特に回腸の人工肛門脚穿孔の場合は、穿孔部が腹腔内か腹腔外かに関わらず緊急で人工肛門の再造設を要すると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）39　ストーマ 2

座長：近藤 圭策（鳳胃腸病院外科）

[P39-3] ハルトマンリバーサルにおける腸管再建の工夫と治療成績

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

【目的】
ハルトマンリバーサルでは，初回手術時の病態や切除範囲，残存腸管長に応じた再建経路や吻合法選択が必要となる．当科における腸管再建方法の工夫と治療成績を検証する．
【対象・方法】
ハルトマン手術時の原疾患は問わず，一期的吻合を伴わない結腸切除＋単孔式人工肛門造設術を広義のハルトマン手術として定義した．2010年1月から2026年3月までに当院でハルトマンリバーサルを施行した23例について診療記録から患者背景や周術期成績などを後方視的に検討した．
【結果】
男性15例，女性8例，年齢中央値58歳であった．原疾患は大腸憩室穿孔9例，糞便性大腸穿孔3例，交通外傷，血管炎，壊疽性腸炎，クローン病，術後穿孔が各2例，直腸癌1例で，初回手術は全例で緊急開腹手術を選択されていた．切除範囲は結腸部分切除18例（S状結腸14例，下行結腸2例，横行結腸2例），左半結腸切除3例，低位前方切除1例，結腸亜全摘1例であった．ハルトマンリバーサル時のアプローチは開腹20例，腹腔鏡3例で，手術時間中央値182分，出血量中央値92 mLであった．18例は口側及び肛門側腸管での吻合が可能であったが，5例では解剖学的制約に応じた再建経路選択を要した．左半結腸切除後の2例では，中結腸動脈切離後に結腸を180度時計回りに回転させ横行結腸-直腸吻合とした．横行結腸-左側結腸吻合2例では小腸腸間膜に小孔をあけtransmesenteric routeで再建した．また回腸-直腸吻合1例では回腸を90度時計回りに回転させて吻合していた．吻合法はDST14例，手縫い9例であり，DSTの10例（71%）では吻合器挿入のため追加直腸切除を要した．術後合併症はClavien-Dindo分類 Grade IIの表層SSIが2例，肺炎が1例で，縫合不全や術後早期腸閉塞は認めず，術後在院日数中央値は10日であった．観察期間中央値31.4カ月において，腸閉塞4例，腹壁瘢痕ヘルニア3例，直腸穿孔1例を認めたが，再建経路や吻合法に起因した合併症は認めなかった．
【結論】
ハルトマンリバーサルの治療成績は概ね良好であった．腸管再建は，高度癒着や残存腸管長を考慮し，十分な授動および解剖学的制約に応じた再建方法を選択することで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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）39　ストーマ 2

座長：近藤 圭策（鳳胃腸病院外科）

[P39-4] 人工肛門閉鎖術における合併症の危険因子に関する検討

*江畑 信孝[1]、小澤 真由美[2]、田 鍾寛[1]、舩津屋 拓人[1]、皆川 結明[1]、額田 卓[2]、大矢 浩貴[1]、武井 将伍[2]、前橋 学[2]、太田 絵美[2]、渥美 陽介[1]、風間 慶祐[1]、佐藤 渉[1]、沼田 正勝[2]、青山 徹[1]、小坂 隆司[1]、菅野 伸洋[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学医学部消化管外科、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター外科)

【背景・目的】
人工肛門閉鎖術は比較的定型化された術式である一方、SSIや腸閉塞などの術後合併症を一定頻度に認める。今回、当科における人工肛門閉鎖術症例を後方視的に検討し，術後合併症の危険因子について検討した。

【対象・方法】
2021年5月から2026年3月までに当科で施行した人工肛門閉鎖術87例を対象とした。Grade2以上の合併症の有無を目的変数とし、患者背景、，手術因子について後方視的に解析を行った。

【結果】
対象は87例、年齢中央値65.5歳（35–86歳）、男性53例（61%）であった。回腸人工肛門71例（82%），横行結腸人工肛門16例（18%）であった。Grade 2以上の合併症を16例（18%）；腸炎を4例（5%）、SSIを3例（3%）、肺炎、麻痺性イレウスを2例（2%）、ストマサイト出血、吻合部周囲炎、胆管炎、胆嚢炎、縫合不全を1例（1%）ずつ認めた。単変量解析では、術前Alb低値（p=0.057），手術時間の延長（p=0.001）および出血量の増加（p=0.003）に有意差を認めた。造設部位別では有意差を認めなかった。多変量ロジスティック回帰解析では、手術時間のみが独立危険因子であった（OR 1.03/min，p=0.003）。手術時間におけるROC解析ではAUC0.719であり、cut off値は98.5分であった。100分以上群では合併症発生率が有意に高かった（OR 8.3，p<0.001）。また、回腸人工肛門閉鎖症例における検討でも、100分以上を要した症例では合併症発生率の増加を認めた（100分未満：4/57例［7%］，100分以上：5/14例［36%］，Fisher’s exact test p=0.012）。

【結語】
人工肛門閉鎖術後合併症は手術時間の延長と関連していた。今後症例を蓄積し手術時間の延長を来した背景も含めて検討していく必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）39　ストーマ 2

座長：近藤 圭策（鳳胃腸病院外科）

[P39-5] 傍ストーマヘルニア発生のリスク因子についての検討

*在田 麻美[1]、春名 健伍[1]、柳澤 公紀[1]、西沢 佑次郎[1]、安井 昌義[1]、武田 裕[1] (1. 独立行政法人労働者健康安全機構　関西労災病院)

【目的】傍ストーマヘルニア(parastomal hernia:PSH)はストーマ関連合併症のなかで最も頻度が高く、造設後年月が長くなるとともに発生頻度も50%以上まで増加する。今回傍ストーマヘルニア発生のリスク因子を後方視的に同定することを目的に本研究を行った。
【方法】2023年1月から2025年9月に当院で回腸または結腸ストーマを造設した100例を対象とした。年齢、性別、ストーマ挙上経路、併存症、および内臓脂肪、皮下脂肪等の患者背景因子とPSH発生の関係について検討した。内臓脂肪面積(visceral fat area: VFA),皮下脂肪面積(subcutaneous fat area: SFA)、内臓脂肪面積/皮下脂肪面積比(visceral to subcutaneous fat ratio: VSR)については画像解析ソフト（SYNAPSE VINCENT）を用いて臍レベルで計測した。
【結果】年齢、性別、ストーマ挙上経路において有意差を認めなかった。一方、BMI >25（p=0.0021）、VFA >100（p=0.0004）、SFA >100（p=0.0043）の各高値群では、有意にPSH発生率が高かった。術後の体重、VFA、SFAの増加率とPSH発生に関連は認めなかったが、VFAよりもSFAが増加する症例でPSHが発生しやすい傾向にあった（p=0.11）。また、併存症では糖尿病合併群で有意にPSH発生が多かった（p=0.0011）。
【結語】肥満（BMI、VFA、SFA高値）および糖尿病合併がPSH発生の有意なリスク因子であった。術後の脂肪分布の変化、特に皮下脂肪の増加がPSH発生に関与する可能性が示唆され、今後さらなる症例の蓄積による検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）39　ストーマ 2

座長：近藤 圭策（鳳胃腸病院外科）

[P39-6] 化学療法継続中に回腸人工肛門部 outlet obstruction を来し，経ストーマ減圧および柴苓湯併用により改善した Stage IV大腸癌の1例

*江嵜 就[1]、永吉 絹子[1]、伊勢 夏[1]、松本 奏吉[1]、安藤 陽平[1]、藤本 崇聡[1]、堀岡 宏平[1]、水内 祐介[1]、大内田 研宙[1] (1. 九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科)

【はじめに】回腸人工肛門造設後のoutlet obstructionはストーマ関連合併症の一つであり、時に術後治療継続の妨げとなる．今回，Stage IV大腸癌に対する回腸人工肛門造設後，化学療法継続中にoutlet obstructionを来したが，経ストーマ減圧および柴苓湯併用による保存的治療で改善し，すみやかに化学療法継続が可能となった1例を経験したので報告する．【症例】症例はStage IV大腸癌患者．手術時に回腸人工肛門を造設した．術後2日目より食事を再開し，術後6日目よりFOLFOXを開始した．術後12日目の外泊後より腸閉塞症状が出現し，術後17日目に腹痛増強およびストーマ排液消失を認めた．CTで回腸人工肛門部での通過障害および口側腸管拡張を認め，outlet obstructionと診断した．同日経ストーマ的チューブ挿入による減圧と柴苓湯投与を行ったところ，治療開始4日後に症状は改善し食事再開が可能となった．7日後に2コース目のFOLFOX＋Pmabを投与し，10日後に自宅退院となった．【考察】本症例は，手術や化学療法のため腸管浮腫を来たしやすい背景があり、腸閉塞を契機として回腸人工肛門部outlet obstructionが顕在化した可能性が考えられた．早期の保存的治療により改善が得られたことは，再手術回避および化学療法継続の観点から臨床的意義があると考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）39　ストーマ 2

座長：近藤 圭策（鳳胃腸病院外科）

[P39-7] 診察前情報環境における人工肛門情報の片側提示:共有意思決定の前提形成に着目した5媒体横断的パイロット研究

*須田 竜一郎[1]、石井 光子[2]、及川 芳徳[3]、町田 拓[1]、青木 沙弥佳[4]、笠原 啓介[5]、飯川 雄[5]、下田 辰也[5]、渡邉 大輔[5]、丹羽 夏海[1]、近藤 尚[1]、飯澤 勇太[1]、大野 幸恵[1]、中臺 英里[1]、岡庭 輝[1]、小林 壮一[1]、西村 真樹[1]、片岡 雅章[1]、柳澤 真司[1]、海保 隆[1] (1. 君津中央病院外科、2. 石川県立看護大学附属看護キャリア支援センター、3. 医療法人社団徳静会横畠病院、4. 亀田総合病院消化器外科、5. 君津中央病院リハビリテーション科)

【目的】人工肛門に関する診察前検索は、患者が医療者との対話に持ち込む不安、期待、回避感情、治療選択の前提を形成しうる。特に人工肛門は生活・身体像・就労・家族関係に関わるため、診察前に接触する情報の方向性は共有意思決定の質に影響する可能性がある。しかし、日本語オンライン環境で患者が最初に遭遇する「人工肛門」情報の構造的特徴を、検索エンジンとSNSを横断して記述した報告は乏しい。本研究は、診察前支援の基盤知見として、日本語オンライン人工肛門情報の品質、誤解誘発性、商業的誘導性、方向性提示を記述することを目的とした。
【対象と方法】2026年4月、ログアウト・シークレット条件下で「人工肛門」と検索し、Google、Yahoo! JAPAN、YouTube、Instagram、TikTokの各上位20件を取得した(意図100件、解析対象98件)。QUEST尺度と、J1(領域別参照基準との矛盾)、J2(誤解を誘発しうる提示)、J3(商業的誘導)の3二値判定を適用した。第1著者による全件評価、候補・境界項目22件の3者独立評価、その他76件の外部評価者確認を組み合わせた段階的評価デザインを用いた。J2陽性項目には方向性を付与し、陽性率はWilson 95%信頼区間で評価した。
【結果】J1陽性は0件(0.0%; 95%CI 0.0–3.8%)、J2陽性は12件(12.2%; 7.1–20.2%)、J3陽性は12件(12.2%; 7.1–20.2%)であった。J2陽性12件はすべて候補片側提示型情報パターン(OSFP)として解釈され、商業的誘導を伴うもの6件、伴わないもの6件であった。方向性は合意到達9件中、利点偏重2件、不利益偏重7件で、3件は方向性合意不成立であった。探索的三者一致度はJ2 κ=0.754、J3 κ=0.625、方向性κ=0.570であった。
【結論】本パイロットでは明白な参照基準矛盾は観察されなかった一方、誤解を誘発しうる片側的提示が約1割に認められた。これらは商業的誘導の有無を問わず存在し、合意到達例では不利益偏重が多かった。診察前情報環境における構造的バランス欠如は、人工肛門に関する共有意思決定の前提形成に関わる検討課題である。

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）39　ストーマ 2

座長：近藤 圭策（鳳胃腸病院外科）

[P39-8] 小腸人工肛門粘膜移植より発生した腺癌の1例

*竹原 朗[1]、渡邉 和英[1]、芝原 一繁[1] (1. 富山赤十字病院)

症例は80歳代男性. 20歳代で潰瘍性大腸炎により大腸全摘術を受けており, 右腹部に回腸人工肛門が造設されていた. 肺炎で施設入所中に人工肛門の陥没が進行し周囲の炎症所見が悪化してきたため当科に紹介された. 診察すると回腸人工肛門の高さは周囲皮膚とほぼ同レベルであり, 腸液の暴露により人工肛門周囲は発赤とびらん形成が高度であった. 当院WCNと相談しつつストマ管理を開始したところ周囲の炎症所見は徐々に改善傾向となった. 当科初診から約1年経過後に回腸人工肛門周囲皮膚の7時から9時方向に肉芽が出現し出血をきたすようになったため可及的に肉芽の切除を行った. しかしながら肉芽は繰り返し再発し腫瘤状に増大してきたため生検組織診を行ったところ, 病理組織学的に不整形, 乳頭状を呈する異形腺上皮の増生を認め, 免疫組織学的にCytokeratin7:(+), Cytokeratin 20:(-), CDX2:(+), p53:(+, diffuse)であり小腸由来のadenocarcinomaが示唆された. 原発巣精査のために腹部CT検査を施行したが, 小腸を含めた消化管全域に原発巣を示唆する腫瘍性病変は指摘できず, 他部位に明らかな転移病変も認めなかった. 腫瘤自体の深達度は皮下脂肪にとどまり明らかな筋層浸潤の所見は認めなかった.
患者の全身状態を考慮して局所麻酔下に腫瘤切除を施行, 腫瘤周囲で3mmのmarginを設定して水平方向を切離し, 垂直方向は皮下脂肪から外腹斜筋腱膜をつけて切除した.
切除標本の病理組織および免疫組織学的検査では, 生検組織と同様に小腸由来のadenocarcinomaの所見を認めた. 腫瘍周囲には皮膚粘膜移植と考えられる腺管組織が見られ, 腺管組織と腫瘍組織の間に連続性が認められた。以上から小腸人工肛門粘膜移植より発生した腺癌と診断した. 現在まで術後1年半経過し明らかな再発や新規病変は認めていない.
今回, 小腸人工肛門粘膜移植より発生した腺癌の1例を経験した. 人工肛門粘膜移植から発生した腺癌は非常に稀であり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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）40　痔核・裂肛

座長：那須 聡果（ウィメンズクリニック浦和）

[P40-1] 嵌頓痔核に対する保存的治療の有効性と長期成績および患者背景の検討

*青木 沙弥佳[1]、高橋 知子[1] (1. 亀田総合病院)

[P40-2] 痔核に対する結紮切除術

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

[P40-3] 急性増悪を伴う脱出性痔核に対する病態別治療戦略の検討

*丸屋 安広[1]、川原 大輔[1]、黒濱 大和[2] (1. 十善会病院 外科、2. 長崎大学原研病理)

[P40-4] 姑息的なALTA単独療法

*白畑 敦[1] (1. しらはた胃腸肛門クリニック横浜)

[P40-5] Sliding Skin Graft法 (SSG)に見られる縫合不全がExtended Sliding Flap Grafting法(ESG)で見られない3つの理由

*早川 一博[1] (1. 早川内科肛門科)

[P40-6] 当院における日帰り裂肛手術の現状と工夫

*井藤 尚武[1]、小泉 明博[1]、井田 在香[1]、井藤 尚文[1] (1. 八王子クリニック外科)

[P40-7] 急性肛門疾患に対するデルマパンチを用いた切開術の有用性

*及能 拓朗[1]、及能 達男[1] (1. 杉並肛門科クリニック)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）40　痔核・裂肛

座長：那須 聡果（ウィメンズクリニック浦和）

[P40-1] 嵌頓痔核に対する保存的治療の有効性と長期成績および患者背景の検討

*青木 沙弥佳[1]、高橋 知子[1] (1. 亀田総合病院)

【背景】
嵌頓痔核は急性の疼痛や腫脹を呈する肛門疾患であり、日常診療で頻繁に遭遇するが、治療方針に関するエビデンスは十分ではない。保存的治療の明確な基準はなく、施設や担当医により対応が異なるのが現状である。そこで、本疾患に対する保存的治療の成績を明らかにし、再発に関連する臨床的諸因子を検討した。
【対象と方法】
2016年1月から2026年1月までに当院で専門医により嵌頓痔核と診断され、経過の追えた35例。後方視的観察研究を行い、外来終診後の追跡調査を実施した。主要評価項目は保存的治療の奏功率、副次評価項目は再発率、手術移行率および再発関連因子とした。また、保存的治療により治癒した症例を対象に、治療満足度や生活への影響に関する前向きアンケート調査を併せて実施した。
【結果】
男性14人、女性21人で平均年齢は51.8±16.3歳であった。保存的治療のみで改善した症例は33例（94.3%）であった。保存治療後にGoligher分類3以上の痔核を認めた5例では手術加療を検討し、実際に手術を行った症例は2例（5.7%)であった。なお、追跡期間中に再発を認めた症例は3例（8.6%）であった。再発に関する臨床的諸因子の比較では、年齢（p=0.68)、性別（p=1.00)、分娩歴（p=0.35)、飲酒の有無（p=0.55）に有意差を認めなかった。一方、再発例（3例）では便秘や排便時怒責、排便時間延長といった排便困難に関連する因子を全例で認め、便秘の有無は再発との関連を示す傾向を認めた（p=0.07)。
【結論】
嵌頓痔核の多くは保存的治療のみで改善し、手術を要する症例は少数であった。再発は患者背景や疾患重症度よりも排便習慣などの修正可能な因子と関連する可能性が示唆された。保存的治療後のQOLや患者満足度については、前向き調査によりさらに検討する予定である。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）40　痔核・裂肛

座長：那須 聡果（ウィメンズクリニック浦和）

[P40-2] 痔核に対する結紮切除術

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

痔核の術式は様々なものが報告されているが，多様な形態をとる痔核に対して柔軟に対応できる結紮切除術はその中心に据えるべき術式と考える．当科での結紮切除の手術手技について述べるとともに、結紮切除の短所を補うために当科で行っている工夫について述べる．
痔核手術は脊椎麻酔下，Jack-knife位で手術を施行する．痔核に対して結紮切除を行うにあたり，切除幅を不用意に拡げず上皮の温存に努めることや根部結紮を行ったのちに何度か結紮を追加することで根部の補強と吊り上げを行うなどの工夫をしている．具体的には根部を結紮したのちに根部結紮糸と粘膜切離端を縫合した糸を2回結紮して組織を根部結紮の方に集約させ，粘膜切離端の一部を根部方向に釣り上げる．その後肛門管外縁まで連続縫合して半閉鎖するが，切除個数が多い場合や肛門管が深い症例などではスリット式の肛門鏡を用いて肛門管の緊張を確認しつつ半閉鎖を行うなどの工夫も行っている．さらに結紮切除の短所を補う工夫として分離結紮や直腸粘膜の縫縮による吊り上げなどの手技を併用している．痔核の固定が肛門管部分で保たれており，牽引によりnotchを形成するような病変に対しては痔核本体のみを分離結紮する．また痔核が口側の直腸粘膜と共に大きく滑脱するような症例に対しては，MuRAL法を適応し，痔核本体から直腸粘膜の弛んだ部位までを連続的に縫縮することで弛んだ粘膜を挙上固定する．
2021年1月から2025年12月までの間に上記の手技を用いて痔核手術を行った症例は1157例であった．年齢の平均は52歳，男性583例，女性574例であった．痔核のGoligher分類はⅡ度が426例，Ⅲ度が539例，Ⅳ度が192例であった．1症例当たりの痔核は1カ所が128例，2ヶ所が191例，3か所以上が838例で，手術時間の平均は20.0分であった．施行した手技の内訳は結紮切除のみを行った症例が310例，分離結紮を併用した症例が561例で粘膜縫縮を併用した症例が569例であった．術後疼痛の目安として鎮痛薬の追加は117例（10.1%）に必要であった．止血処置を要した術後出血は29例（2.5%）に認めた．8例（0.7%）で再発を認め，2例にMuRAL手術を施行し，５例は保存的に軽快した．

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）40　痔核・裂肛

座長：那須 聡果（ウィメンズクリニック浦和）

[P40-3] 急性増悪を伴う脱出性痔核に対する病態別治療戦略の検討

*丸屋 安広[1]、川原 大輔[1]、黒濱 大和[2] (1. 十善会病院 外科、2. 長崎大学原研病理)

【背景】脱出性痔核は急性増悪により疼痛や浮腫を伴い、時に還納困難となる。病態は内痔核主体、外痔核・血栓主体、粘膜脱合併など多様であり、急性期所見に応じた治療選択が必要である。今回、当院で経験した4例について検討した。
【対象・治療方針】2023年4月から2026年5月までに経験した4例を対象とした。初診時に還納の可否、粘膜の色調、浮腫、血栓形成、外痔核成分、粘膜脱の程度を評価した。壊死が疑われる症例や、還納後も高度の外痔核成分・粘膜脱が残存する症例では手術を検討した。還納可能で壊死を認めない症例では、用手還納、温罨法、鎮痛、排便管理などの保存的加療を行った。急性期改善後も内痔核性脱出が残存する場合は、外痔核成分の程度と患者希望を考慮し、待機的ALTAまたは保存的加療を選択した。
【症例】症例1は80歳代男性。巨大脱出と高度の外痔核成分、粘膜脱を認めた。腰椎麻酔下に還納可能となったが病変が高度であり、皮膚橋を温存したLEと減張目的のSSGを施行した。病理ではうっ血と血栓形成を伴う外痔核および肛門ポリープの所見であった。症例2は20歳代男性。用手還納と保存的加療により急性炎症は改善したが、内痔核性脱出が残存したため待機的ALTAを施行した。症例3は60歳代男性。保存的加療で急性症状は改善したが脱出が残存し、手術・ALTAを希望しないため保存的加療を継続している。症例4は60歳代男性。温罨法を併用して用手還納し、急性期改善後に残存した脱出に対して待機的ALTAを施行した。
【結果】手術1例、待機的ALTA2例、保存的加療継続1例で、全例で急性症状の改善を認めた。手術例では狭窄や再脱出を認めず、ALTA施行例も再脱出なく経過している。
【結語】急性増悪を伴う脱出性痔核では、還納性、壊死所見、外痔核成分、粘膜脱の程度を評価し、急性期手術、保存的加療、待機的ALTAを選択することが重要である。還納可能で壊死を認めない症例では急性期手術を回避し、残存病変と患者希望に応じて待機的治療へ移行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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）40　痔核・裂肛

座長：那須 聡果（ウィメンズクリニック浦和）

[P40-4] 姑息的なALTA単独療法

*白畑 敦[1] (1. しらはた胃腸肛門クリニック横浜)

ALTAの長所は簡便で低侵襲であるため併用療法ではALTAの長所は十分に活かせない。単独療法において長所が最大限になるため根治性の問題はあるが貴重な治療として注目されるべきであり当院ではALTA単独治療を積極的に施行している。当院では標準術式として根治性を求めて基本的に併用療法としている。しかし根治性より様々な要因を優先して術前から姑息的手術として説明しALTA単独療法を施行する事も少なくない。2025年の当院痔核手術622例中ALTA単独療法は138例で後方視的カルテ調査では姑息的ALTA単独とインフォームドコンセントしている症例は単独治療中80例であった。ALTA単独治療を姑息的治療に応用とする事は恥ずべき事ではないと考え今回姑息的ALTA治療について報告する。痔核患者は病状の進行に伴いさまざまな症状を呈し身体的苦痛のみならず精神的・社会的苦痛を伴うためその原因を除去することが痔核を形態的に根治する事と同様に重要と考える。姑息的なALTA単独療法としては①痔核の形態的な側面：外痔核成分が大きく切除（E）が必要な症例であっても疼痛の不安が許容できない、訴えが内痔核による症状のみの場合②社会的な側面：安静ができない、時間がない、仕事が多忙で休めないなどの場合③全身状態からの側面：高齢者・癌の終末期・抗血栓薬休薬困難な場合である。姑息的な単独療法であるが手術は必ず麻酔下（当院では仙骨硬膜外麻酔）にてZ式肛門鏡で4段階法に準じて施行している。姑息的な治療であるからこそ術中麻酔下診断（Examination Under Anesthesia: EUA）が重要であり術後の経過観察、再発時のstrategyに不可欠である。姑息的なALTA治療は当然再発率が高くなることが予想される。しかし、患者の満足度は高く、当院では出血や疼痛などの症状の再燃や形態的に再発を認めても積極的に外科治療を希望する症例は少なく外用薬による保存的加療による対症療法が多かった。その理由はQOLが大幅に改善したため、治療目標を患者医師間で共有しそれを実践できたためと推測できる。今後、姑息的であっても単独治療の適応・位置付けの議論が必要でありコンセンサスの形成が必要である。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）40　痔核・裂肛

座長：那須 聡果（ウィメンズクリニック浦和）

[P40-5] Sliding Skin Graft法 (SSG)に見られる縫合不全がExtended Sliding Flap Grafting法(ESG)で見られない3つの理由

*早川 一博[1] (1. 早川内科肛門科)

1996年の本学会で初めてESG法を報告させていただいた。当時とほぼ同じ術式でその後も肛門狭窄を治療して期待に沿える術式であることは報告してきた。 ESG法には、SSG法で求められる粘膜皮膚縫合の制限がなく、SSG法で多く認められる術後縫合不全を認めない。 大きな手術でも縫合不全を認めない。 今回、その理由を私なりに3点指摘させていただく。 ①SSG法では外側に減張切開が行われているが、術後早期は術創の緊張はこれにより取れているが、減張切開部に新しい皮膚ができることはなく早期に癒合するため縫合部に離開するような緊張がかかってしまう。これに比べESG法では術後のSSG法に認められるような手術創の戻りがない。そのため、手術直後の創はその後も緊張がかからずよい状態を維持するのである。 ②SSG法にできる皮膚弁はもともと円形の皮膚を半径で切開し無理やり半円形に広げた状態で縫合するため、創自体がもとの形に戻ろうとする力がどうしても強くなってしまう。 最近ではこの負担を小さくするためにさらにSSG法の手術を小さくする術式も考えられているが、手術を小さくすれば肛門狭窄を改善する能力も小さくなってしまうだろう。 ESG法ではこの皮膚弁はかなり細い長円形を薄く半径で切開するため、術後創にかかる戻ろうとする力が起きず皮膚弁自体のかかる負担が起きないのである。 ③SSG法では術後創治癒後、肛門が拡張する皮膚の移動がなく、肛門縁に直角に切開した創を横に縫う縫合部だけに負担がかかっている。 結局名前はスライディングスキンとついているものの最終的には皮膚はスライディングしていないのである。ESG法においては肛門から2本の放射状切開が加わり、皮下剥離をすることで皮膚が伸び、この放射状切開に僧坊状の皮膚欠損部ができる。同部位にも術後新しい皮膚ができるわけでなく左右の皮膚縁が癒着して閉鎖する。 この際肛門から離れた創部の皮膚面積は縮小し、その縮小した面積分が肛門拡張に使われているのである。 一見ESG法はSSG法と似た術式に見えてしまうが理論的に考えて全く別の術式であり、その点を認識していただきたいと考えている。 今回はその理論を確実に皆様にお教えしたい。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）40　痔核・裂肛

座長：那須 聡果（ウィメンズクリニック浦和）

[P40-6] 当院における日帰り裂肛手術の現状と工夫

*井藤 尚武[1]、小泉 明博[1]、井田 在香[1]、井藤 尚文[1] (1. 八王子クリニック外科)

【背景】裂肛は出血や疼痛を伴う肛門疾患の一つであり，日常診療で頻繁に認められる. 保存的治療や排便指導で改善することが多いが，慢性化し瘢痕形成やポリープ形成，肛門狭窄を伴う症例では外科的治療が行われる. 本邦では側方内括約筋切開術（LIS）や皮膚弁移動術（SSG）が広く行われる一方, 海外ではLISを標準術式としながらも, 括約筋温存を目的とした低侵襲治療が行われており，CO_2レーザーを用いた治療の報告もみられる. また，用手肛門拡張は従来その有効性に議論があったが，近年は制御下用手肛門拡張（controlled anal dilatation: CAD）として再評価されている.

【目的】当院における日帰り裂肛手術の現状を整理し，手技および運用上の工夫を報告する.

【対象・方法】2025年1月1日から12月31日までに当院で外科的治療を要した慢性裂肛に対して日帰り手術を施行した症例を対象とし，その手技および術後経過について検討した.

【手技】当院ではCO_2レーザーによる瘢痕蒸散を基本とし，必要に応じて制御下用手肛門拡張（CAD）を併用した日帰り裂肛手術を行っている. 手術は仙骨硬膜外麻酔下，ジャックナイフ位で施行する. 慢性裂肛に伴う瘢痕および潰瘍辺縁，ポリープに対してCO_2レーザーで蒸散を行い，肛門狭窄や括約筋緊張が強い症例では制御下に肛門拡張を追加する. 肛門拡張は外径35 mmの筒形肛門鏡がスムーズに挿入可能となることを目安としている. レーザーは照射距離によりfocused beamとdefocused beamを使い分け，主にdefocused beamで蒸散し，必要に応じてfocused beamでドレナージ創を作成する.

【結果】対象とした慢性裂肛手術は88例であった. 麻酔下で再手術を要した症例は認めなかったが，術後外来で肛門鏡による拡張を要した症例を6例認めた. 重篤な合併症は認めなかった.

【結語】当院における日帰り裂肛手術の現状と工夫について報告した.

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）40　痔核・裂肛

座長：那須 聡果（ウィメンズクリニック浦和）

[P40-7] 急性肛門疾患に対するデルマパンチを用いた切開術の有用性

*及能 拓朗[1]、及能 達男[1] (1. 杉並肛門科クリニック)

肛門科診療において、肛門周囲膿瘍や血栓性外痔核は強い疼痛を伴い、迅速な外科的処置を要する代表的な急性疾患である。これらに対する標準的治療は切開排膿や血栓摘出術であり、速やかな介入が症状緩和および感染制御に直結する。一方で、従来の線形あるいは紡錘状切開は創が比較的大きく、術後疼痛や整容面への影響が課題となる場合がある。
デルマパンチは皮膚科および形成外科領域において、皮膚生検や黒子切除、粉瘤摘除などに広く用いられている円筒状刃を有する器具であり、一定径の組織切除や切開を容易に行うことができる。当院ではこの特性に着目し、上記疾患に対する迅速かつ簡便な切開法としてデルマパンチを導入した。手技としては、腫脹部に十分な局所麻酔を施行後、4mm径のデルマパンチを病変部に垂直に当て、回転操作により円形に穿破し、形成された切開口から排膿あるいは血栓摘出を行う。膿瘍にsetonを留置する際は、デルマパンチでさらに1か所追加切開を行い、2か所の切開口にゴム輪を通す。
本手技は従来法と比較して、操作が迅速かつ簡便であり、小径の円形創のみで良好なドレナージが得られる点が特徴である。また創部が最小限にとどまることで術後疼痛の軽減が期待され、創は治癒過程において目立ちにくく、整容性にも優れる。加えて、本手技は肛門周囲膿瘍および血栓性外痔核のみならず、炎症性粉瘤のドレナージにも応用可能であり、外来診療における有用性は高いと考えられる。以上より、デルマパンチを用いた切開術は、肛門科領域における簡便な切開法の一つとして有効な治療手技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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）41　早期大腸癌・内視鏡治療２

座長：藤田 浩（出水総合医療センター）

[P41-1] ESD施行後追加切除を行なったStageI直腸癌術後6年目にCA19-9の上昇を伴う総腸骨動脈分岐部リンパ節転移をきたした1例

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

[P41-2] AFPおよびSALL4陽性を示した粘膜下層深部浸潤直腸癌の1例

*飯澤 勇太[1]、須田 竜一郎[1]、片岡 雅章[1]、西村 真樹[1]、小林 壮一[1]、岡庭 輝[1]、中臺 英里[1]、大野 幸恵[1]、近藤 尚[1]、丹羽 夏海[1]、根本 理史[1]、前田 笑里佳[1]、福永 由佳[1]、柳澤 真司[1]、海保 隆[1]、板垣 信吾[2]、熊谷 恵里菜[3]、吉田 有[3] (1. 国保直営総合病院　君津中央病院　外科、2. 国保直営総合病院　君津中央病院　病理診断科、3. 国保直営総合病院　君津中央病院　消化器内科)

[P41-3] 早期下部直腸癌におけるMRIによる側方リンパ節評価の重要性を示唆する1例

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

[P41-4] 直腸癌に対してESD施行後第38病日目に動脈性の後出血を発症した１例

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

[P41-5] 前回大腸内視鏡所見からみた当院健診センター便潜血陽性者の再検大腸内視鏡における高度病変検出率の検討

*山田 光成[1] (1. 大阪府済生会富田林病院)

[P41-6] 市中病院における大腸内視鏡治療成績

*河合 雅也[1]、矢島 沙織[1]、丸山 弘[1]、山口 真彦[1]、黒田 徹[1]、松本 力雄[1] (1. 赤心堂病院外科)

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）41　早期大腸癌・内視鏡治療 2

座長：藤田 浩（出水総合医療センター）

[P41-1] ESD施行後追加切除を行なったStageI直腸癌術後6年目にCA19-9の上昇を伴う総腸骨動脈分岐部リンパ節転移をきたした1例

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

【はじめに】
大腸癌術後の再発は、その約80%が3年以内、95%以上が5年以内に発見される。今回、pStage I直腸癌術後5年無再発で経過観察終了後に、早期胃癌の精査を契機としてCA19-9の上昇を伴う孤立性の総腸骨動脈分岐部リンパ節再発をきたした、稀な晩期再発の1例を経験したため報告する。
【症例】
70代男性。X-6年5月、早期直腸癌（Rb）に対してESDを施行した。病理組織診断（pT1b, pap>muc, SM >2.5mm, Ly1a, V1a, Pn1a, pVM1, pHMX）に基づき、追加切除として腹腔鏡下直腸切断術(D2郭清）を施行した。切除腸管に癌遺残なく、リンパ節転移を認めず[#251 (0/10）, #252 (0/5)]、pStage Iと診断した。術後補助化学療法は行わず、術後5年無再発を確認して経過観察を終了した。X年1月、前医で施行した上部消化管内視鏡検査で早期胃癌と診断され、ESD施行の方針となった。スクリーニングで施行したCTにて孤立性の総腸骨動脈分岐部リンパ節腫大(15mm)を認めた。術後5年時のCA19-9 は20.7 U/mLと正常範囲であったが、157.0 U/mLと著明に上昇していた。確定診断および治療方針決定のため、腹腔鏡下リンパ節摘出生検を施行した。病理組織学的に、粘液産生を伴う腺癌の増殖を認め（muc)、直腸癌術後6年目のリンパ節再発と診断した。現在、化学療法を施行中である。
【考察】
本症例においては、ESD標本でSM深部浸潤・脈管侵襲・神経侵襲を認め、追加切除でリンパ節転移は認められなかったものの、潜在的な再発リスクを有していたと考えられる。既往手術による癒着により解剖は複雑であったが、腹腔鏡下手術により低侵襲かつ安全に組織診断が実施可能であった。

【結語】
Stage Ⅰ の直腸癌術後6年目に総腸骨動脈分岐部リンパ節再発をきたした1例を経験した。同部位に晩期かつ孤立性リンパ節再発をきたした機序について、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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）41　早期大腸癌・内視鏡治療 2

座長：藤田 浩（出水総合医療センター）

[P41-2] AFPおよびSALL4陽性を示した粘膜下層深部浸潤直腸癌の1例

*飯澤 勇太[1]、須田 竜一郎[1]、片岡 雅章[1]、西村 真樹[1]、小林 壮一[1]、岡庭 輝[1]、中臺 英里[1]、大野 幸恵[1]、近藤 尚[1]、丹羽 夏海[1]、根本 理史[1]、前田 笑里佳[1]、福永 由佳[1]、柳澤 真司[1]、海保 隆[1]、板垣 信吾[2]、熊谷 恵里菜[3]、吉田 有[3] (1. 国保直営総合病院　君津中央病院　外科、2. 国保直営総合病院　君津中央病院　病理診断科、3. 国保直営総合病院　君津中央病院　消化器内科)

【背景】
AFP（alpha-fetoprotein）産生大腸癌は稀な腫瘍であり、多くは診断時に進行癌または遠隔転移を伴い，通常型大腸癌と比較して予後不良とされる。今回、AFPおよびSALL4陽性を示したSM深部浸潤癌の一例を経験したため報告する。
【症例】
患者は60歳代男性。検診で便潜血陽性を指摘され当院を紹介受診。下部消化管内視鏡検査で上部直腸に30 mm大の隆起性病変を認めた。病変表面は分葉状かつ不整で，正常粘膜構造は消失していた。術前評価で明らかな遠隔転移を認めず，shared decision makingの結果、ESDを施行した。
【病理所見】
切除標本中に30×26mm大の腫瘍を認めた。組織学的には，淡明な胞体を有する高円柱状腫瘍細胞が不整な腺管構造を形成しながら浸潤性に増殖していた。腫瘍辺縁部には高分化腺癌と腺腫成分が混在していた。腫瘍はSM深部に浸潤し、浸潤距離は5000μmであった。静脈侵襲を軽度に認めたが、リンパ管侵襲は認めなかった。tumor buddingはBD1であった。水平断端・垂直断端はいずれも陰性であった。免疫染色ではAFPが腫瘍細胞質の一部に陽性を示し，SALL4が腫瘍細胞核に陽性を示しており，AFP産生腺癌と診断した。後日施行した追加切除標本では、原病巣切除部に腫瘍遺残を認めず、所属リンパ節転移も認めなかった。
【考察】
AFP産生大腸癌は全大腸癌のなかでも稀な腫瘍である。診断時に進行癌であることが多く，低分化腺癌成分や肝様分化を伴う頻度が高く通常型大腸癌と比較して予後不良とされている。本症例では，HE染色で通常型腺癌とは異なる，淡明な胞体を有する高円柱状腫瘍細胞を広範に認めており，AFP発現を認めた。AFP産生SM深部浸潤大腸癌の報告は極めて少なく，本症例はAFP産生大腸癌の早期病変を理解する上で貴重な症例である。
【結語】AFPおよびSALL4陽性を示したSM深部浸潤癌の1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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）41　早期大腸癌・内視鏡治療 2

座長：藤田 浩（出水総合医療センター）

[P41-3] 早期下部直腸癌におけるMRIによる側方リンパ節評価の重要性を示唆する1例

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

症例は79歳、女性。便潜血陽性を契機に前医で下部消化管内視鏡検査を施行され、下部直腸に早期癌を認めたため、精査加療目的に当院紹介となった。当院での下部消化管内視鏡検査では、歯状線より1.5cm口側の下部直腸に0-Ⅱa＋Ⅱc病変を認め、粘膜下層深部浸潤が疑われた。造影CTおよびMRIでは、左側方リンパ節領域、No.283に18mm大の腫大リンパ節を認め、側方リンパ節転移が疑われた。以上より、下部直腸癌、cT1bN3M0、cStage Ⅲbの診断で、ロボット支援腹腔鏡下括約筋間切除術、上方D3郭清、両側側方リンパ節郭清、一時的回腸人工肛門造設術を施行した。手術時間は335分、出血量は10mLであった。術後はストマ管理手技の習得に時間を要したものの、重篤な合併症なく経過し、術後第15病日に退院した。病理組織学的検査では、原発巣はpT1bであり、左No.283リンパ節に転移を認め、pT1bN3M0、pStage Ⅲbと診断した。
T1b直腸癌における側方リンパ節転移は比較的まれであるが、下部直腸癌では早期癌であっても側方リンパ節転移を来す可能性がある。本症例は、術前MRIにより側方リンパ節腫大を確認し、適切な術式選択につながった症例であった。下部直腸癌では早期癌と考えられる症例においても、MRIによる側方リンパ節評価を行う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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）41　早期大腸癌・内視鏡治療 2

座長：藤田 浩（出水総合医療センター）

[P41-4] 直腸癌に対してESD施行後第38病日目に動脈性の後出血を発症した１例

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

【はじめに】早期の大腸癌に対して行う粘膜下層剥離術(ESD)は，広く普及した手技である．ESD術後の後出血は日常臨床で遭遇する可能性のある合併症である．後出血の発症は比較的早期に発症することが多く，術後１カ月以上経過して発症することはまれである．今回，我々は直腸癌に対してESD施行後第38病日目に動脈性の後出血を発症した１例を経験したので報告する．【症例】70歳代，男性．既往歴として前立腺癌に対して小線源療法施行と，肺塞栓症でアピキサバン内服中であった．直腸Rbの早期癌に対してESDを施行した．術後経過は良好で，合併症も無く第7病日目に退院となった.切除した直腸癌の病理結果はtub2 Tis Ly0 V0 で根治切除となった．ESDから第38病日目に突然血便を認めたため当科を受診した．来院時身体所見では血圧低下と，鮮血便を認めた。血液検査所見はHb10.7g/dlと貧血を認めた．CT検査では，動脈相で直腸内に造影剤の血管外漏出像を認めた．同日緊急にて止血目的に下部消化管内視鏡検査を施行した．直腸RbにESD後の潰瘍が残存し，拍動する露出血管にクリップによる止血術を施行した．内視鏡的止血術後に症状の再燃はなく退院となった．【考察】通常大腸ESD後の後出血は術後2-3日の早期に起こる事が多いとされている．今回の症例では術後第38病日目と長期間経過後に後出血を発症した．その原因として術後長期間経過していたがESD後の潰瘍が残存しており，前立腺癌に対する放射線加療による創傷治癒遅延も一因であると考えられた．また，ESDにおける後出血のリスク因子である病変部位が直腸である事、抗血栓薬服用例である事も複合的に影響したと考えられた．骨盤内の放射線加療の既往がある場合には，大腸ESDの合併症として術後長期間経過後の後出血も考慮して慎重に対応する事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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）41　早期大腸癌・内視鏡治療 2

座長：藤田 浩（出水総合医療センター）

[P41-5] 前回大腸内視鏡所見からみた当院健診センター便潜血陽性者の再検大腸内視鏡における高度病変検出率の検討

*山田 光成[1] (1. 大阪府済生会富田林病院)

【背景・目的】便潜血陽性者に対しては精密大腸内視鏡検査が必要であるが、前回大腸内視鏡所見により再検大腸内視鏡での高度病変検出率がどの程度異なるかは十分に整理されていない。そこで、当院健診センター便潜血陽性者を対象に、前回大腸内視鏡所見と今回大腸内視鏡所見との関連を後方視的に検討した。
【対象・方法】2025年4月1日から2025年12月31日までに当院健診センターで便潜血陽性となり、当院で精密大腸内視鏡検査を施行した無症状受診者のうち、前回大腸内視鏡所見が確認できた40例を対象とした。CRC術後、早期大腸癌ESD後などのサーベイランス症例および有症状症例は除外した。前回大腸内視鏡所見を、陰性または非腫瘍性病変のみの群と、ポリープ・腫瘍性病変を認めた群に分類し、今回大腸内視鏡所見を比較した。高度病変はadvanced neoplasia（AN）とし、advanced adenoma、Tis、T1以深癌を含むものと定義した。
【結果】対象40例の平均年齢は68.7歳で、男性23例、女性17例であった。今回大腸内視鏡所見は、腫瘍性病変なし22例、非advanced腺腫13例、advanced adenoma 5例で、TisおよびT1以深癌は認めず、高度病変（AN）は5例（12.5%）であった。前回陰性または非腫瘍性病変のみの症例は18例で、高度病変は1例（5.6%）であった。一方、前回ポリープ・腫瘍性病変ありの22例では高度病変を4例（18.2%）に認めた。前回陰性群のうち、前回大腸内視鏡から5年未満の10例では高度病変を認めず、5年以上の8例で1例に高度病変を認めた。
【結論】当院健診センター便潜血陽性者のうち、前回大腸内視鏡で陰性または非腫瘍性病変のみであった症例では、再検大腸内視鏡における高度病変検出率は低い傾向を示した。予定外に便潜血陽性となった症例に対する対応が一律ではない中、前回大腸内視鏡所見は再検大腸内視鏡適応を考える際の層別化因子となる可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）41　早期大腸癌・内視鏡治療 2

座長：藤田 浩（出水総合医療センター）

[P41-6] 市中病院における大腸内視鏡治療成績

*河合 雅也[1]、矢島 沙織[1]、丸山 弘[1]、山口 真彦[1]、黒田 徹[1]、松本 力雄[1] (1. 赤心堂病院外科)

【目　的】
市中病院における大腸内視鏡検査の目的は、二次検診による病変のスクリーニングである。しかし、発見された大腸腫瘍に対してそのまま治療を行う可能性もあり、統計的な診断の内訳や治療成績を認識しておくことは非常に重要である。
【対象と方法】
当院で2025年4月～2026年3月の1年間に内視鏡治療を行った454例を対象とした。処置方法、一括切除率、病理診断について解析し、さらに悪性症例についても詳細を検討した。複数個所の処置を行った症例は、最も悪性度(異形度)の高いもの、または最大の病変を選択し、重複カウントはしなかった。処置方法は、ポリペク(Cold Snare Polypectomy, Cold Forceps Polypectomy, Polypectomyの合計)、Endoscopic Mucosal Resection(以下EMR)、Endoscopic Submucosal Dissection(以下ESD)の3つの処置に分類した。
【結　果】
内訳は処置件数でポリペク：EMR：ESDが161：266：27であり、一括切除は447例 (98.5%)であった。また、悪性の病理診断は39例(8.6%)であった。
悪性疾患の詳細は、処置件数でポリペク：EMR：ESDが4：21：14であり、一括切除は34例(87.2%)であった。腫瘍占居部位は右側：左側で13：26であり、S状結腸が14例(35.9%)と最も多かった。病理診断の内訳は腺癌37例、神経内分泌腫瘍2例であった。
【考　察】
　日本消化器がん検診学会の2022年の統計データによれば、一次検診で大腸内視鏡検査を行った0.3%前後で大腸癌が指摘されている。いくつかの学会発表レベルの報告ではあるが、市中病院で内視鏡治療を行った症例の2-8%で大腸癌が指摘されており、当院での治療症例でもほぼ同様の割合で大腸癌が検出されていた。また、当院では占居部位が左側の症例と、処置がESDの症例で癌が多い結果であった。文献的な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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）42　症例：大腸良性疾患その他３

座長：岩田 乃理子（江戸川病院外科）

[P42-1] 大腸pyogenic granulomaの1例

*工藤 智拓[1]、澤谷 学[1]、堀 優太[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)

[P42-2] 虫垂水腫状を呈した慢性虫垂炎の1例

*福 昭人[1] (1. 医療法人福慈会　福外科病院)

[P42-3] 脊柱管狭窄症による膀胱直腸障害に続発した宿便性大腸穿孔の一例

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

[P42-4] 高度便秘症に対し仙骨硬膜外麻酔下に外来摘便を施行した1例

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

[P42-5] 鉗子分娩後早期に発症した直腸膣瘻の1例

*美甘 麻裕[1]、杉原 守[1]、高木 徹[1]、岩瀬 友哉[1]、立田 協太[1]、杉山 洸裕[1]、赤井 俊也[1]、竹内 裕也[1] (1. 浜松医科大学外科学第二講座)

[P42-6] 血液透析移行後に発症した被嚢胞性腹膜硬化症(EPS)に対する外科的膜剥離術の1例

*大里 祐樹[1]、鈴木 陽三[1]、清水 潤三[1]、岩本 和哉[1]、富田 尚裕[1] (1. 市立豊中病院　消化器外科)

[P42-7] 妊娠30週に発症した急性虫垂炎に対して腹腔鏡下虫垂切除術を施行した1例

*山澤 海人[1]、後藤 圭佑[2]、鈴木 佑磨[2]、月原 秀[2]、鎌田 哲平[2]、武田 泰裕[2]、大熊 誠尚[2]、小菅 誠[2]、衛藤 謙[2] (1. 東京慈恵会医科大学外科学講座、2. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）42　症例：大腸良性疾患その他 3

座長：岩田 乃理子（江戸川病院外科）

[P42-1] 大腸pyogenic granulomaの1例

*工藤 智拓[1]、澤谷 学[1]、堀 優太[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】66歳、男性【既往歴】2020年、2024年　右気胸【現病歴】2024年6月に近医外科に右気胸で入院。Hb6.5 g/dLの貧血があり同院内科へ紹介となった。EGDでは胃潰瘍瘢痕があり、CSではS状結腸に3cm大の隆起性病変があったほか、多発大腸ポリープがあり、同年7月に当科紹介となった。【経過】8月に入院のうえ9病変を内視鏡切除、病理では粘膜内癌が3病変、腺腫が3病変、SSLが1病変、過形成性ポリープが2病変であった。2025年8月にサーベイランス目的にCSを施行したところ上行結腸に10mm大の強い発赤調の亜有茎性隆起性病変がみられた。頂部には粘液が強固に付着しており観察範囲内では表面構造は消失していた。ポリペクトミーを施行ところ、病理ではpyogenic granulomaで断端陰性であった。前医CS、当院の1年前のCSでは確認できていない病変であった。【考察】pyogenic granulomaは皮膚に多くみられ、消化管では口唇、歯肉、舌、食道に多く、大腸の報告は稀である。成因としては感染、外傷、慢性刺激など局所因子が原因と考えられている。血便や貧血で発見されることが多いが、本症例では2回のCSで病変が発見されておらず偶発的に発見された。CSによる機械的刺激が成因となった可能性はあるが、見逃しの可能性も否定できず因果関係は不明である。【結語】サーベイランスCSで発見された大腸pyogenic granulomaの1例を経験した。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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）42　症例：大腸良性疾患その他 3

座長：岩田 乃理子（江戸川病院外科）

[P42-2] 虫垂水腫状を呈した慢性虫垂炎の1例

*福 昭人[1] (1. 医療法人福慈会　福外科病院)

症例は79歳の女性。主訴は便潜血陽性と右側腹部違和感。既往歴は１年前に脳梗塞で保存的治療を受けていた。昨年8月に右下腹部痛で近医を受診した。炎症所見が高度のため他院に紹介された。右下腹部腫瘤、付属器炎と診断され入院の上抗菌剤で加療された。さらなる精査で膿瘍形成を伴った虫垂炎と最終診断された。手術を勧められたが拒否した。当院には便潜血陽性で受診し、全大腸内視鏡検査を施行してポリープを認めたので切除した。初診時に胸部、腹部理学的所見を認めなかったが、前回の虫垂炎が気になり時々右側腹部違和感を感じるので精査を希望された。腹部単純CTでは虫垂の腫大が著しく内部は均一な低吸収域を呈していた。MRIでも同様の所見で虫垂水腫や粘液腫などが疑われた。手術を希望されたので腹腔鏡下虫垂切除術を施行した。虫垂はびまん性に腫脹しているが膿の付着や線維化、大網の癒着などはなかった。先端は後腹膜に埋没していたが鈍的に剥離でき順行性に虫垂切除術を施行した。虫垂内部には液体の貯留を認めなかった。病理診断は慢性虫垂炎であった。虫垂水腫のCT所見は、虫垂が嚢状に拡張し長径１５mm以上が目安となる。内部は低吸収で管状構造となり盲腸との連続性があるのが特徴である。粘液癌や腺腫との鑑別を要する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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）42　症例：大腸良性疾患その他 3

座長：岩田 乃理子（江戸川病院外科）

[P42-3] 脊柱管狭窄症による膀胱直腸障害に続発した宿便性大腸穿孔の一例

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

背景
宿便性大腸穿孔は、慢性便秘を背景に腸管内圧が上昇し、腸管壁の阻血・壊死を来すまれな外科的緊急症である。今回われわれは、脊柱管狭窄症に対する除圧術後に膀胱直腸障害が遷延し、宿便性大腸穿孔を発症した一例を経験したので報告する。
症例
83歳男性。高血圧、早期食道癌、脊柱管狭窄症（既往にTLIF施行）の既往あり。数ヶ月前より排尿困難・頻尿・便秘が急性発症した。前立腺肥大症として加療されるも改善なく尿道カテーテルを留置した。脊柱管狭窄症による膀胱直腸障害と診断し、L4/5除圧術を施行した。術後も排尿障害・便秘が遷延し、下剤調整を継続した。術後約3週間後に急性腹痛が出現、CTにてfree airを認め、宿便性大腸穿孔の診断のもと緊急手術を施行した。穿孔部位はSDjunction口側であり、腹腔内汚染を考慮しハルトマン手術を選択した。
考察
宿便性穿孔はS状結腸・直腸S状部に好発し、本症例も典型的な部位であった。脊柱管狭窄症術後に膀胱直腸障害が遷延する症例では排尿障害に注目が集まりがちであるが、排便障害も重篤な合併症に至りうる。下剤調整のみに依存せず、摘便・浣腸の実施や腹部X線による糞便貯留の定期的な評価など、積極的な排便管理が穿孔予防に重要と考えられた。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）42　症例：大腸良性疾患その他 3

座長：岩田 乃理子（江戸川病院外科）

[P42-4] 高度便秘症に対し仙骨硬膜外麻酔下に外来摘便を施行した1例

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

【背景】
高度便秘症に伴う巨大糞便塊は強い苦痛や腸閉塞様症状を呈し、対応に難渋することがある。摘便は有効であるが、疼痛のため十分な処置が困難となる場合や、入院管理を要することも少なくない。近年、仙骨硬膜外麻酔は肛門領域における有効な鎮痛法として報告されている。今回我々は、同麻酔を用いることで外来にて安全に摘便を施行し得た1例を経験したため報告する。
【症例】
18歳男性。幼少期より便秘傾向あり、下剤内服にて週1回程度の排便であったが、近時2週に1回へと悪化し、最終的に排便不能となり当院紹介となった。初診時、下腹部に巨大な楕円形腫瘤を触知した。腹部CTではS状結腸内に約11×25cmの高吸収域を認め、巨大糞便塊と診断した。
【治療経過】
仙骨硬膜外麻酔下に外来処置として摘便を施行した。計1.4kgの硬便を摘出し、処置後速やかに腹部膨満および苦痛症状は消失した。処置に伴う重篤な合併症は認めなかった。以後、排便外来にて保存的治療を継続し、1か月でConstipation Scoring Systemは20点から6点へと改善した。現在まで再発は認めていない。
【考察】
巨大糞便塊に対する摘便は疼痛のため十分な処置が困難となる場合がある。そのため入院のうえ脊髄くも膜下麻酔下に処置を行う施設も少なくない。仙骨硬膜外麻酔は肛門領域における有効な鎮痛法として報告されており、術後疼痛軽減や安全性が示されている。本症例でも疼痛軽減および括約筋弛緩により処置の安全性と確実性が向上し、外来での施行が可能であった。また、外来で完結し得た点は、患者負担軽減のみならず医療資源の効率化の観点からも有用と考えられた。
【結語】
仙骨硬膜外麻酔は高度便秘症に対する外来摘便において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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）42　症例：大腸良性疾患その他 3

座長：岩田 乃理子（江戸川病院外科）

[P42-5] 鉗子分娩後早期に発症した直腸膣瘻の1例

*美甘 麻裕[1]、杉原 守[1]、高木 徹[1]、岩瀬 友哉[1]、立田 協太[1]、杉山 洸裕[1]、赤井 俊也[1]、竹内 裕也[1] (1. 浜松医科大学外科学第二講座)

【背景】
直腸膣瘻は比較的稀な疾患であるが、その多くは分娩時外傷に起因する。特に高度会陰裂傷は診断や評価が困難な場合があり、適切な層別評価と修復が重要である。
【症例】
20歳代女性。第一子を他院にて鉗子分娩で出産し、会陰切開後に縫合修復が施行された。産後経過は一旦良好であったが、産後9日頃より膣からの便排出を自覚した。精査加療目的で産後16日目に当科紹介となった。内診および下部消化管内視鏡検査で下部直腸と膣後壁の交通を認め、直腸膣瘻と診断、産後約1か月で手術を施行した。術中、膣後壁縫合瘢痕と連続する肛門縁より約1cm口側の直腸に瘻孔（約1横指大）を認めた。浅会陰横筋および球海綿体筋は断裂し左右に離開していたが、外肛門括約筋は保たれていた。膣側より瘻孔周囲を剥離し、断裂した会陰筋群をオーバーラップ法にて再建し、直腸粘膜および膣粘膜を層別に閉鎖した。術後は膣からの排便を認めず、便失禁も認めていない。なお、退院後に会陰切開創部に膿瘍形成を認めたが保存的加療で軽快した。
【考察】
鉗子分娩は高度会陰裂傷のリスク因子であり、分娩時には損傷の正確な評価が重要である。分娩時会陰損傷に対しては早期の適切な対応が重要とされるが、産後早期の治療においては母児管理を含めた周産期特有の配慮が必要となる。本症例では浅層会陰筋群の断裂および直腸損傷の関与が示唆され、分娩時損傷の評価と初期対応の重要性が示された。また、適切な術前・術中評価のもと層別再建を行うことで、良好な機能温存が得られたと考えられた。
【結語】
産後早期に発症する直腸膣瘻では、分娩時損傷の適切な評価と治療時期の判断が重要である。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）42　症例：大腸良性疾患その他 3

座長：岩田 乃理子（江戸川病院外科）

[P42-6] 血液透析移行後に発症した被嚢胞性腹膜硬化症(EPS)に対する外科的膜剥離術の1例

*大里 祐樹[1]、鈴木 陽三[1]、清水 潤三[1]、岩本 和哉[1]、富田 尚裕[1] (1. 市立豊中病院　消化器外科)

被嚢胞性腹膜硬化症（encapsulating peritoneal sclerosis：EPS）は腹膜透析（PD）に伴う最重篤合併症の一つであり、腹膜の進行性線維化と腸管の被膜化・高度癒着により反復性あるいは難治性腸閉塞を来す。特にPD中止後に発症する症例は少なくなく、診断の遅れや治療介入の遅延が予後不良に直結することが知られている。今回、血液透析移行後に発症したEPSに対し外科的膜剥離術により腸閉塞を安全に解除し得た超高齢症例を経験したため報告する。症例は90歳女性。IgA腎症による末期腎不全に対し84歳時よりPDを導入し、約6年間継続した。90歳時に腹膜炎を発症し抗菌薬加療にて軽快したが、認知機能低下によりPD継続困難と判断され血液透析へ移行した。その後、腹痛および嘔吐が出現し当科紹介受診となった。腹部CTでは腹膜肥厚、小腸集簇像、小腸拡張および液面形成、さらに右下腹部に狭窄所見を認め、EPSによる腸閉塞と診断した。絞扼性腸閉塞の可能性も否定できず、緊急開腹手術を施行した。術中、白色で肥厚した被膜に覆われ一塊化した小腸を認め、肉眼的にEPSと診断した。腸管損傷を最小限に抑えるよう留意しつつ、鋭的・鈍的剥離を併用した広範な膜剥離術（enterolysis）により腸管の直線化と通過障害の解除を図った。漿膜損傷部は適宜縫合修復した。術後経過は良好で、術後早期に経口摂取を再開し、重篤な合併症なく術後16日目に退院した。EPSに対する治療戦略は確立されていないが、保存的治療は症状緩和にとどまることが多く、進行例では外科的治療が根治的手段となり得る。一方で高侵襲であり適応判断は慎重を要する。本症例は90歳という超高齢であったが、安全な膜剥離術により腸閉塞の完全解除と良好な短期転帰を得た点で臨床的意義が高い。さらにPD中止後に発症した典型的経過を示しており、透析移行後患者におけるEPSの早期認識と外科的介入の適切なタイミングの重要性を示唆する。EPSに対する外科的膜剥離術は、症例選択と周術期管理を適切に行うことで予後改善に寄与し得る有効な治療選択肢である。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）42　症例：大腸良性疾患その他 3

座長：岩田 乃理子（江戸川病院外科）

[P42-7] 妊娠30週に発症した急性虫垂炎に対して腹腔鏡下虫垂切除術を施行した1例

*山澤 海人[1]、後藤 圭佑[2]、鈴木 佑磨[2]、月原 秀[2]、鎌田 哲平[2]、武田 泰裕[2]、大熊 誠尚[2]、小菅 誠[2]、衛藤 謙[2] (1. 東京慈恵会医科大学外科学講座、2. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

【症例】 37歳, 妊娠30週の初産婦. 既往に双極性障害, 2型糖尿病, 胆石症(胆嚢摘出後), 妊娠性痒疹あり. 下腹部痛を主訴に来院された. 身体所見では右下腹部に圧痛を認め, 血液検査では炎症値の上昇を認めた. MRIでは明らかな虫垂の腫大は認めず, 明らかな婦人科疾患も否定的であったため画像的診断は困難であったが, 臨床所見から急性虫垂炎を強く疑い同日緊急手術の方針となった.
【手術法】全身麻酔下, 左半側臥位にて手術開始. 腹腔鏡下にて施行した. 画像上, 子宮底が臍より頭側であったため, 心窩部に12mmカメラポートをopen methodにて挿入し, 10mmHgで気腹を開始した. 腹腔内観察しながら右季肋部, 右側腹部に5mmポートを挿入した. 腹腔内に汚染腹水は認めず, 虫垂は軽度腫脹・発赤とベラークの付着を認め, 蜂窩織炎性虫垂炎と判断した. 周囲との癒着はなく, 虫垂根部をlinear staplerにて切離した後, 心窩部ポートより腹腔外へ摘出した. ドレーンは留置せず手術終了した. 手術時間は49分, 出血量は少量であった.
【術後経過】術後一時的に子宮収縮を来たしたが薬剤投与による管理を行い軽快し, その後経過問題なく, 術後6日目に退院した. 病理組織学的診断は化膿性漿膜炎の診断で, 術中所見と矛盾しない結果であった.
【考察】急性虫垂炎と診断された妊婦に対しては, 週数を問わず可能な限り手術を行うことを考慮すべきである.術中体位とポート配置を工夫し, 子宮に影響を及ぼすことなく安全に手術を完遂できた. 自験例では妊娠後期の症例に対しても腹腔鏡下手術が有用である可能性が示唆された.
【結語】今回我々は虫垂炎合併妊婦に対して腹腔鏡下虫垂切除術を施行した1例を経験したため, 若干の文献学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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）43　症例：ロボット手術２

座長：石田 秀行（埼玉医科大学総合医療センターゲノム診療科/消化管・一般外科）

[P43-1] 100歳患者の横行結腸癌に対するロボット支援下横行結腸切除術

*片岡 基紘[1]、岩田 至紀[1]、田中 千弘[1]、河合 雅彦[1]、大野 慎也[1]、末次 智成[1]、多和田 翔[1]、永田 幸聖[1]、宮川 詩央[1]、宮崎 翔[1]、小森 充嗣[1]、田尻下 敏弘[1] (1. 岐阜県総合医療センター)

[P43-2] 腸回転異常を伴う多発大腸癌に対してロボット支援下拡大結腸左半切除術を施行した１例

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

[P43-3] ミスマッチ修復機能欠損を有するcT4b直腸癌に対し、Pembrolizumab投与後にロボット支援下腹会陰式直腸切断術でpCRを得た1例

*美濃地 貴之[1]、吉岡 慎一[1]、池嶋 遼[1]、大澤 日出樹[1]、水野 剛志[1]、丸川 大輝[1]、桂 宜輝[1]、益澤 徹[1]、赤丸 祐介[1]、藤田 淳也[1]、田村 茂行[1]、佐々木 洋[1] (1. 八尾市立病院　消化器外科)

[P43-4] 痔核手術後の肛門狭窄を伴う直腸癌に対してロボット支援下にSST吻合を行った1例

*植嶋 千尋[1]、谷尾 彬充[1]、牧田 大瑚[1]、津田 亜由美[1]、和田 大和[1]、徳安 成郎[1]、尾﨑 知博[1]、遠藤 財範[1]、建部 茂[1] (1. 鳥取県立中央病院消化器外科)

[P43-5] 子宮筋腫の圧排に伴う肛門脱出で発見されたS状結腸癌に対してロボット支援下S状結腸切除術を施行した1例

*郷 雅[1]、青柳 佑亮[1]、竹内 尚樹[1]、篠原 良仁[1]、武藤 潤[1]、山村 喜之[1]、市之川 正臣[1]、吉岡 達也[1]、松本 譲[1]、大竹 節之[1]、村川 力彦[1] (1. JA北海道厚生連帯広厚生病院　外科)

[P43-6] 脾弯曲授動を要したロボット支援下S状結腸切除術後内ヘルニアを呈した症例

*雪本 龍平[1]、松田 宙[1]、徳山 信嗣[1]、野中 亮児[1]、高 太輔[1]、鎌田 大喜[1]、高石 周太[1]、斎藤 百合奈[1]、山中 千尋[1]、和田 浩志[1]、出村 公一[1]、西田 俊朗[1] (1. JCHO大阪病院)

[P43-7] ロボット支援腹腔鏡下低位前方切除術後に直腸精嚢瘻をきたした1例

*松田 直樹[1,2]、國末 浩範[1]、宮内 俊策[1]、吉浦 雄飛[1]、園部 奏生[1]、谷口 もこ[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、2. 四国がん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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）43　症例：ロボット手術 2

座長：石田 秀行（埼玉医科大学総合医療センターゲノム診療科/消化管・一般外科）

[P43-1] 100歳患者の横行結腸癌に対するロボット支援下横行結腸切除術

*片岡 基紘[1]、岩田 至紀[1]、田中 千弘[1]、河合 雅彦[1]、大野 慎也[1]、末次 智成[1]、多和田 翔[1]、永田 幸聖[1]、宮川 詩央[1]、宮崎 翔[1]、小森 充嗣[1]、田尻下 敏弘[1] (1. 岐阜県総合医療センター)

100 歳の局所進行横行結腸癌に対してロボット支援下手術を施行した 1 例

【はじめに】超高齢者に対する消化器癌手術は増加しているが、100 歳以上の患者に対するロボット支援下大腸切除術の報告は稀である。今回、100 歳の局所進行横行結腸癌患者に対してロボット支援下結腸部分切除術を施行した 1 例を経験したため報告する。

【症例】症例は 100 歳、女性。貧血の精査を契機に下部消化管内視鏡検査を施行し、横行結腸に全周性の 2 型病変を認め、生検で腺癌と診断された。造影 CT では脾彎曲近傍に約 60 mm 大の壁肥厚を認めたが、明らかな遠隔転移は認めなかった。全身状態および日常生活動作は比較的保たれており、耐術可能と判断した。低侵襲性を考慮し、ロボット支援下結腸部分切除術、体腔内吻合を施行した。術中所見で、空腸に直接浸潤を認め、小腸合併切除となった。手術時間は 198 分、出血量は少量であった。術後経過は良好で、重篤な合併症なく術後 13 日目に自宅退院となった。病理診断は横行結腸癌、pT4bN1aM0、pStageIIIc であった。

【考察】高齢者に対する手術適応決定では年齢のみならず、全身状態や機能評価を含めた総合的判断が重要である。ロボット支援手術は精緻な操作性や低侵襲性などの利点を有し、超高齢者においても周術期侵襲軽減に寄与する可能性がある。

【結語】100 歳の局所進行横行結腸癌に対し安全にロボット支援下手術を施行し得た 1 例を経験した。適切な症例選択により、超高齢者においてもロボット支援手術は有用な選択肢となる可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）43　症例：ロボット手術２

座長：石田 秀行（埼玉医科大学総合医療センターゲノム診療科/消化管・一般外科）

[P43-2] 腸回転異常を伴う多発大腸癌に対してロボット支援下拡大結腸左半切除術を施行した１例

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

【緒言】
腸回転異常は胎生期の中腸回転異常および固定不全に起因する稀な疾患であり, 成人では偶発的に発見されることが多い. 近年, 腹腔鏡手術の報告は増加しているが, ロボット支援下手術の報告は少ない. 今回, 我々は腸回転異常を伴う多発大腸癌に対しロボット支援下に切除した1例を経験したため報告する.
【症例】
症例は83歳女性. 腫瘍マーカー上昇精査の下部消化管内視鏡検査で, 盲腸に0-Is型病変(tub1), 横行結腸に0-Is型病変(tub1), S状結腸に2型病変(tub1)を認め, 多発大腸癌の診断となった. 盲腸癌はESDにて治癒切除を得た. 横行結腸癌(cT1bN0M0StageI), S状結腸癌(cT2N0M0StageI)に対してロボット支援下拡大結腸左半切除術(D2)を施行した. 砕石位, 助手5mmポートを含む計5ポート, 下行結腸中程をTargetとするSingle dockingで施行した. Treitz靭帯形成不全を認め, 小腸は右側, 結腸は左側に位置しており, 上腸間膜静脈が上腸間膜動脈の左側に位置する腸回転異常を認めた. 解剖学的誤認を避けるため, 郭清及び血管処理は大腸授動後に腫瘍との位置関係を確認してから処理する方針とした. 内側・外側・頭側授動後, 中結腸動脈左右枝, 左結腸動脈を切離し, D2郭清を行った。インドシアニングリーンで腸管血流を評価後, 腸管切離, 体腔内機能的端々吻合を施行した. 手術時間は5時間11分であった. 合併症なく術後第7病日に退院した.
【考察】
腸回転異常では, 腸係蹄の位置異常や異常固定により生じる癒着により手術難易度は上昇する. 一方で, 主要血管と支配腸管の相互関係は保たれているため, 術前画像評価により血管走行を十分に把握することで「大腸癌取扱い規約」に沿ったリンパ節郭清が可能である. また, 血管処理や郭清を授動後に行うことで, より確実な手術操作が可能になる. ロボット支援下手術ではポート配置を工夫することで多関節機能や安定した視野により, 解剖学的変異を伴う症例においても精緻な操作が可能であり, 郭清および切除・吻合をロボット支援下で完遂し得た.
【結語】
腸回転異常を合併した多発大腸癌に対してロボット支援下に安全に切除し得た１例を経験した. 術前の解剖学的評価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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター8
一般演題（ポスター）43　症例：ロボット手術 2
座長：石田 秀行（埼玉医科大学総合医療センターゲノム診療科/消化管・一般外科）

[P43-3] ミスマッチ修復機能欠損を有するcT4b直腸癌に対し、Pembrolizumab投与後にロボット支援下腹会陰式直腸切断術でpCRを得た1例

*美濃地 貴之[1]、吉岡 慎一[1]、池嶋 遼[1]、大澤 日出樹[1]、水野 剛志[1]、丸川 大輝[1]、桂 宜輝[1]、益澤 徹[1]、赤丸 祐介[1]、藤田 淳也[1]、田村 茂行[1]、佐々木 洋[1] (1. 八尾市立病院　消化器外科)

【はじめに】
マイクロサテライト不安定性/ミスマッチ修復機能欠損（MSI-H/dMMR）を有する大腸癌に対する免疫チェックポイント阻害薬（ICI）の有効性は、切除不能・再発症例において確立されている。近年では、局所進行直腸癌に対する術前ICI療法の高い奏効率が報告されており、集学的治療における新たな選択肢として注目されている。今回、肛門周囲膿瘍を伴う周辺臓器浸潤が疑われたcStage IIIc直腸癌に対し、Pembrolizumabが奏効し病理学的完全奏効（pCR）を得た1例を経験したので、報告する。
【症例】
患者は50歳代、男性。主訴は下血および肛門痛。前医で精査目的に内視鏡検査を施行し、直腸Rbに半周性の3型腫瘍を指摘され当科を紹介受診した。画像検査では直腸癌から連続する肛門周囲膿瘍を認め、腫瘍の局所進展範囲および切除範囲の判断が困難であった。総合的に局所進行直腸癌cT4bN2bM0、cStage IIIcと診断した。組織型はAdenocarcinoma, tub1-tub2、遺伝子型はRAS変異(G12D), BRAF野生型, dMMR, HER2陰性であった。
【治療経過】
肛門周囲膿瘍部に対しては切開排膿し、感染がコントロールできたうえで、dMMRであることを踏まえ、局所制御および腫瘍縮小を目的としてPembrolizumab(200mg, 3週間ごと)を計8コース導入した。免疫関連有害事象を含め、明らかな治療関連有害事象は認めなかった。治療後の画像評価では原発巣および肛門周囲病変はいずれも著明に改善し、臨床的完全奏効に近い治療効果と判断し、根治切除の方針とした。ロボット支援下腹会陰式直腸切断術（Miles術）、D3郭清術を施行した（手術時間278分、コンソール時間109分、出血量40ml）。術後は尿閉を認めたが、その他には特記すべき合併症を認めず、術後24日目に退院となった。
切除検体では直腸Rbに陥凹性の瘢痕様病変を認めた。病理診断では固有筋層から外膜側に泡沫細胞の集簇を認めたが、残存腫瘍細胞は認めず、Grade 3, pCRと判定した。術後1年が経過し、無再発生存中である。
【結語】
肛門周囲膿瘍を伴い切除範囲の判断が困難な局所進行直腸癌に対しても、MSI-H/dMMRを有する場合には、ICIによる前治療が局所制御および根治切除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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）43　症例：ロボット手術２

座長：石田 秀行（埼玉医科大学総合医療センターゲノム診療科/消化管・一般外科）

[P43-4] 痔核手術後の肛門狭窄を伴う直腸癌に対してロボット支援下にSST吻合を行った1例

*植嶋 千尋[1]、谷尾 彬充[1]、牧田 大瑚[1]、津田 亜由美[1]、和田 大和[1]、徳安 成郎[1]、尾﨑 知博[1]、遠藤 財範[1]、建部 茂[1] (1. 鳥取県立中央病院消化器外科)

【はじめに】痔核手術後の肛門狭窄は合併症の一つとして散見される．今回、痔核手術後の肛門狭窄を伴う直腸癌に対してロボット支援下にSST吻合を行った1例を経験したので、若干の考察を加えて報告する．
【症例】72歳女性．大腸がん検診で要精査となり、下部内視鏡検査で直腸S状部に2型腫瘍を認めた．直腸S状部癌cT3 cN0 cM0 cStage Ⅱ aの術前診断でロボット支援下前方切除術の方針とした．術前は機械的腸管前処置に加え、経口抗菌薬腸管前処置(カナマイシン1000mg＋メトロニダゾール750mg)を行った．肛門狭窄のため肛門からのDST(double stapling technique)吻合は困難であり、ロボット支援下に直腸断端に吻合器のアンビルヘッドを固定、結腸断端から挿入した吻合器を小切開創から体腔内に挿入、手袋法で再気腹しロボット支援下に側端でSST(single stapling technique)吻合を行った．結腸断端は自動縫合器で閉鎖、吻合部腹側はbarbed sutureで連続縫合し補強した．手術時間は6時間4分、出血量は10mlであった．術後経過は良好で、術後4日目に食事再開、術後9日目に自宅退院となった．
【考察】痔核手術後の肛門狭窄は術式により数%から50%との報告もある．肛門狭窄を伴う直腸癌手術では、永久人工肛門や開腹下の吻合が選択されやすい．今回、ロボット支援下手術により通常通りのポート配置、小切開創で吻合を行うことが可能で術後合併症もなく退院することができた．多関節を有する鉗子操作により比較的安全に施行できたように思われた．また、体腔内で腸管断端が開放されることとなったが、術前の機能的＋経口抗菌薬腸管処置により膿瘍形成などの合併症もなく退院することができた．
【おわりに】肛門狭窄を伴う直腸癌に対してロボット支援下にSST吻合を行った症例を経験した．通常と同様の手術創で比較的安全に操作が可能であり、今後も肛門狭窄を伴う症例にはロボット支援下のSST吻合が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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）43　症例：ロボット手術２

座長：石田 秀行（埼玉医科大学総合医療センターゲノム診療科/消化管・一般外科）

[P43-5] 子宮筋腫の圧排に伴う肛門脱出で発見されたS状結腸癌に対してロボット支援下S状結腸切除術を施行した1例

*郷 雅[1]、青柳 佑亮[1]、竹内 尚樹[1]、篠原 良仁[1]、武藤 潤[1]、山村 喜之[1]、市之川 正臣[1]、吉岡 達也[1]、松本 譲[1]、大竹 節之[1]、村川 力彦[1] (1. JA北海道厚生連帯広厚生病院　外科)

症例は61歳女性、血便を主訴に当院救急外来を受診した。肛門診察において肛門から脱出する易出血性の腫瘤を認めており、半年前から脱出と還納を繰り返していたとのことであった。嵌頓所見やイレウスはなく用手還納可能であったため、精査後の待機的手術の方針となった。直視下生検ではAdenocarcinoma in adenomaの診断であった。CSで肛門縁から20㎝程度口側に30㎜大の1型腫瘍があり、注腸造影においても同部位に隆起性病変を認めた。CTでは11㎝大の子宮筋腫があり、還納後の腫瘍の主座は子宮の頭側にあるS状結腸に認めた。S状結腸癌の腸重積による肛門脱出の術前診断でD3郭清を伴うロボット支援下S状結腸切除術を施行し、術後合併症なく退院した。成人の大腸腸重積症では悪性腫瘍が先進部となることが多いが、肛門外にまで脱出したS状結腸癌症例は比較的まれである。高齢女性に好発し，妊娠・出産による直腸周囲の支持組織のゆるみや骨盤底の脆弱化を背景として完全直腸脱もしくは不顕性直腸脱として観察されるとする報告が散見されるが、本症例では出産歴もなく、子宮筋腫の圧排がS状結腸癌の肛門脱出の一因と考えられた。成人腸重積症では、腸切除前に重積を整復するか否かで意見が分かれるが、肛門外脱出例では嵌頓・腸管壊死などの症例を除き、整復後に腸切除術を行うのが実際的である。また、治療法としては合併症を有する高齢者に対しては低侵襲な経肛門的腸切除術も考慮される。本症例は肛門脱出したS状結腸腫瘍を用手還納することができ、腫瘍位置を術前画像検査で認識することで安全に手術を施行することができた症例であり、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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）43　症例：ロボット手術 2

座長：石田 秀行（埼玉医科大学総合医療センターゲノム診療科/消化管・一般外科）

[P43-6] 脾弯曲授動を要したロボット支援下S状結腸切除術後内ヘルニアを呈した症例

*雪本 龍平[1]、松田 宙[1]、徳山 信嗣[1]、野中 亮児[1]、高 太輔[1]、鎌田 大喜[1]、高石 周太[1]、斎藤 百合奈[1]、山中 千尋[1]、和田 浩志[1]、出村 公一[1]、西田 俊朗[1] (1. JCHO大阪病院)

大腸癌に対する腹腔鏡下・ロボット支援下手術は年々増加しており、その低侵襲性から広く普及している。腸間膜欠損部が原因となる内ヘルニアの報告は少ないものの、吻合のために脾弯曲授動を要する左側結腸切除症例では、腸間膜に過度の緊張が生じると、内ヘルニア発症リスクが高まる可能性がある。今回われわれは、脾弯曲授動を要したロボット支援下S状結腸切除術後に腸間膜欠損部への内ヘルニアを発症した1例を経験したので報告する。
症例：80歳、男性。貧血を契機に診断されたS状結腸癌cT4aN2aM0 cStageIIIc（AV：40cm）に対して脾弯曲部授動を伴うロボット支援下S状結腸切除術+下腸間膜動脈根部で切離するD3郭清術を施行した。手術時間は305分、出血量は10mlであった。術後4日目から経口摂取を開始したが、術後15日目頃より食欲低下、排便・排ガス不良が出現した。術後17日目にCTを施行したところ、麻痺性イレウスと診断し、イレウス管を挿入した。術後24日目、腹痛の増悪、血液検査にてCRP：28mg/dLと急激な上昇を認め、再度CTを撮像したところ、消化管穿孔を疑う所見を認めたため緊急手術の方針となった。腹腔鏡下に観察すると、下行結腸間膜と後腹膜との間隙にTreitz靭帯付近の空腸から回腸末端まで小腸が嵌入していた。回腸末端は圧排により穿孔しており、愛護的に小腸を牽引し、内ヘルニアを解除後に回盲部切除術を施行した。再手術後7日目に食事を再開し、再手術後20日目に退院となった。
結語：腹腔鏡下・ロボット支援下左側結腸切除術において、脾弯曲授動を要する症例で、腸間膜に過度の緊張が生じると、術後に内ヘルニアを発症するリスクが高まる可能性がある。このような症例では、閉腹前に結腸間膜と後腹膜の間隙に小腸の迷入がないか確認し、小腸の整頓を確実に行うことが予防に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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）43　症例：ロボット手術 2

座長：石田 秀行（埼玉医科大学総合医療センターゲノム診療科/消化管・一般外科）

[P43-7] ロボット支援腹腔鏡下低位前方切除術後に直腸精嚢瘻をきたした1例

*松田 直樹[1,2]、國末 浩範[1]、宮内 俊策[1]、吉浦 雄飛[1]、園部 奏生[1]、谷口 もこ[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、2. 四国がんセンター消化器外科)

縫合不全は直腸癌の術後合併症のうち特に注意を払うべきものの一つである。縫合不全に起因して腹腔内膿瘍や腹膜炎、直腸膣瘻などが生じることが知られているが、直腸精嚢瘻の発生は非常に稀である。今回ロボット支援腹腔鏡下低位前方切除術後に直腸精嚢瘻をきたした1例を経験したため報告する。
症例は79歳男性。直腸癌に対してロボット支援腹腔鏡下低位前方切除術 D3郭清+左側方リンパ節（293lt）サンプリングを施行した。術後は問題なく経過し術後18日目に退院となった。術後36日目より左陰嚢腫大、左陰嚢痛が出現し改善しないため術後38日目に救急外来を受診した。左陰嚢は腫大し陰嚢水腫を伴っており精巣、精巣上体は弾性・硬であった。血液検査では炎症反応の軽度上昇を認め、CTを施行したところ直腸周囲および左精嚢内にairを認めた。また、左精索～輸精管は軽度腫脹し周囲脂肪織混濁を認めた。以上より直腸癌術後縫合不全に続発した直腸精嚢瘻と考え入院、絶食管理とし保存的加療を開始した。入院後2日目に施行した注腸造影では吻合部前壁より腹側へ造影剤の漏出を認めた。入院後12日目に施行したCTでは吻合部周囲の炎症像やairは軽減しており入院後13日目に施行した注腸造影では吻合部より造影剤の漏出は残存するものの広がりはほとんどなく入院後14日目より食事摂取を開始した。食事摂取開始後も問題なく経過し入院後24日目に退院となった。現在術後9か月経過しているが有害事象なく経過している。
直腸精嚢瘻は直腸癌の術後合併症としては非常にまれな病態である。過去の報告では直腸切除が行われた際にDenovillers筋膜を切除した例での報告が多いが本症例ではDenovillers筋膜は温存されていた。当施設では骨盤底の剥離の際に精嚢を刺通した絹糸を牽引することで視野確保をしている。そのような操作が直腸精嚢瘻の一因となった可能性は考えられる。直腸精嚢瘻は保存的に治療が可能であることが多く、本症例でも保存的加療にて改善が得られた。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター9

一般演題（ポスター）44　ロボット手術 4

座長：鶴田 雅士（国際医療福祉大学成田病院消化器外科）

[P44-1] 横行結腸癌に対するロボット支援下結腸切除術におけるダブルバイポーラ法と体腔内吻合の工夫

*本坊 拓也[1]、藤本 禎明[1]、吉田 倫太郎[1]、定永 倫明[1] (1. 済生会福岡総合病院外科)

[P44-2] ロボット支援右側結腸切除における体腔内機能的端々吻合（FEEA）の手術手技と短期成績

*南 宏典[1]、徳楽 正太郎[1]、久保 陽香[1]、野島 晃己[1]、淺川 哲也[1]、林 沙貴[1]、山口 貴久[1]、加藤 嘉一郎[1]、寺井 士郎[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)

[P44-3] 大腸癌イレウス症例に対して自己拡張型ステントによる術前減圧処置後にロボット補助下直腸切除を施行した2例

*林 伸泰[1]、石村 昂誠[1]、大亀 正義[1]、橋田 真輔[1]、池田 宏国[1]、山本 澄治[1]、佃 和憲[1] (1. 岡山市立市民病院　外科)

[P44-4] ロボット支援下大腸癌手術における体腔内縫合を用いたトラブルシューティング

*杉浦 清昭[1]、佐藤 永規[1]、青山 純也[1]、岸田 憲弘[1]、愛甲 聡[1] (1. 永寿総合病院外科)

[P44-5] ロボット支援下術中のIMA根部出血に対する圧迫と連続縫合による止血手技

*鎌田 哲平[1]、大熊 誠尚[1]、鈴木 佑麿[1]、山澤 海人[1]、後藤 圭佑[1]、月原 秀[1]、高野 靖大[1]、武田 泰裕[1]、小菅 誠[1]、衛藤 謙[1] (1. 東京慈恵会医科大学外科学講座　下部消化管外科)

[P44-6] 当センターにおけるロボット支援大腸癌手術のトラブルシューティングとその対策

*加藤 伸弥[1]、橋本 雅弘[1]、森本 祥悠[1]、西沢 佑次郎[1]、平木 将之[1]、畑 泰司[1]、中村 賢介[1]、竹内 一将[1]、寺西 立冴[1]、東口 公哉[1]、広田 将司[1]、古川 健太[1]、宮崎 安弘[1]、友國 晃[1]、本告 正明[1]、藤谷 和正[1]、土岐 祐一郎[1] (1. 大阪急性期・総合医療センター消化器外科)

[P44-7] ロボット支援下に大腸亜全摘を行った症例(様々な術野を想定した大腸癌に対するロボット支援手術のポート配置の定型化)

*北村 謙太[1]、小山 基[1]、左近 龍太[1]、阿部 由督[1]、岩崎 健一[1]、松村 知憲[1]、名取 健[1]、薄井 信介[1]、刈込 和裕[1]、諏訪 達志[1] (1. 柏厚生総合病院)

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター9

一般演題（ポスター）44　ロボット手術 4

座長：鶴田 雅士（国際医療福祉大学成田病院消化器外科）

[P44-1] 横行結腸癌に対するロボット支援下結腸切除術におけるダブルバイポーラ法と体腔内吻合の工夫

*本坊 拓也[1]、藤本 禎明[1]、吉田 倫太郎[1]、定永 倫明[1] (1. 済生会福岡総合病院外科)

【背景】
横行結腸癌手術は血管解剖の多様性に加え、膵前面剥離や結腸曲授動を要するため技術的難易度が高い。ロボット支援手術は精緻な操作が可能である一方、使用デバイスの多様化によるコスト増加も課題である。当院におけるダブルバイポーラ法および体腔内吻合を用いたロボット支援下横行結腸切除術の当院における工夫を紹介する。
【方法】
上前腸骨棘レベルでPfannenstiel切開を置き、軽く弧状にポートを配置する。頭側先行アプローチにより結腸曲の授動を行い、中結腸血管根部郭清を行い、術中はダブルバイポーラ法を用いて両手で把持・牽引と凝固切開を分担し、エネルギーデバイスの使用を最小限とした。吻合は体腔内で腹腔鏡用自動縫合器による機械吻合を行った。
【結果】
ダブルバイポーラ法により出血コントロールは良好で、膵前面を含め安全な剥離操作が可能であった。またデバイス数の削減によりコスト低減が可能であった。体腔内吻合は安定して施行可能であり、腸管授動範囲の最適化に寄与した。特に結腸曲の授動を最小限に抑えることが可能であった。重篤な合併症は認めなかった。
【結論】
ダブルバイポーラ法と体腔内吻合の併用は、安全性・操作性の向上に加えコスト削減にも寄与し、横行結腸癌手術における結腸曲授動の最小化に有用であった。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター9

一般演題（ポスター）44　ロボット手術 4

座長：鶴田 雅士（国際医療福祉大学成田病院消化器外科）

[P44-2] ロボット支援右側結腸切除における体腔内機能的端々吻合（FEEA）の手術手技と短期成績

*南 宏典[1]、徳楽 正太郎[1]、久保 陽香[1]、野島 晃己[1]、淺川 哲也[1]、林 沙貴[1]、山口 貴久[1]、加藤 嘉一郎[1]、寺井 士郎[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)

【はじめに】
腹腔鏡下結腸切除術における消化管再建は体腔外で行われることが一般的であったが、ロボット支援結腸切除の普及に伴い体腔内吻合を導入する施設が増加している。当院ではロボット支援右側結腸切除において体腔内で機能的端々吻合（FEEA）を行っており、今回その手術手技と短期成績について報告する。
【方法】
当院ではda Vinci Xi Surgical systemTMを導入している。下腹部正中に4cmのPfannenstiel切開をおき、8mm Da Vinciポートと12mm AirSealポートを留置して2番アームを接続する。1番、3番、4番アームはそれぞれ右下腹部8mm、左中腹部8mm、左上腹部8mmのDa Vinciポートと接続し、助手ポートとして左下腹部に12mmポートを留置する。吻合は全症例FEEAで施行している。体腔内吻合導入時はSureForm blue 60を用いたが、現在はSignia purple 60を用いて切離吻合を行っている。
【対象】
2025年4月から2026年4月に当院でロボット支援右側結腸切除術を施行した22例のうち、体腔内吻合を施行した14例を対象とし、その短期成績について後方視的に検討した。
【結果】
症例は男性5例、女性9例、年齢は中央値72.5（42-94）歳であった。腫瘍の局在は虫垂1例、盲腸2例、上行結腸9例、横行結腸2例であった。術式は回盲部切除術9例、結腸右半切除術5例で、郭清度はD2/D3がそれぞれ1例/13例であった。手術時間、コンソール時間の中央値は259.5(204-308)分、187(149-241)分で、間膜処理開始から吻合終了までに要した時間は中央値47.5(36-87)分であった。出血量、術後在院日数はそれぞれ中央値5(5-50)g、9(6-13)日であった。術中合併症は全例で認めず、2例でGrade 1の術後合併症（下血）を認めた。
【結語】
ロボット支援右側結腸切除に置いてFEEAによる体腔内吻合は安全に施行可能であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター9

一般演題（ポスター）44　ロボット手術 4

座長：鶴田 雅士（国際医療福祉大学成田病院消化器外科）

[P44-3] 大腸癌イレウス症例に対して自己拡張型ステントによる術前減圧処置後にロボット補助下直腸切除を施行した2例

*林 伸泰[1]、石村 昂誠[1]、大亀 正義[1]、橋田 真輔[1]、池田 宏国[1]、山本 澄治[1]、佃 和憲[1] (1. 岡山市立市民病院　外科)

【背景】大腸癌イレウスにおける術前減圧処置として,自己拡張型金属ステント(以下SEMS)が頻用されている【目的】閉塞性大腸癌患者に対してSEMS(WallFlex Enteral Colonic Stent（Boston Scientific 社）)挿入後にロボット補助下手術を施行した症例を通じて,手術時の注意点を検討した.【症例 1】 76 歳女性．大腸癌イレウスにて紹介．精査の結果 RS＞Raに全周性の狭窄を認め，生検で高～中分化型腺癌が検出された．SEMSを留置後10日目にロボット補助下低位前方切除術を施行した.
手術所見：骨盤底に直腸が肥厚した周辺腹膜と癒着していた.小腸,子宮付属器への癒着は認めなかった.挿入SEMSのため腫瘍が存在する腸管の体積が拡大していた.直腸を周辺腹膜と切離後,腸管を損傷することなく移動させることに難渋した.腸管破損回避のため,直腸の十分な牽引挙上が困難であった.切除腸管の体外授動に創切開を延長する必要があった.病理所見はCK（RS＞Ra）, Type 5, 45 x 53 mm, tub2, pT3, INFb, Ly1b, V1b, Pn1a, BD2, pN2a (6/16), pPM0, pDM0, pRM0. pStage IIIBであった.【症例 2】 64歳男性．大腸癌イレウスにて近医より紹介.大腸内視鏡で直腸RS＞Raの全周性狭窄を認め，生検で高～中分化型腺癌が検出された．SEMSを留置し8日目に,ロボット補助下低位前方切除術を施行した.術中所見でSEMS挿入腸管周囲の炎症を認め,右の下腹神経を巻き込み直腸周囲で神経との剥離が必要であった.また,腫瘍を乗り越えてバイポーラシザーズを使用することが難しく,直腸左側の授動,剥離に難渋した.
病理所見は RS＞Ra，Type 5，80x50mm， tub1>muc, pT4a, INFb, Ly1a, V1c, Pn1a, BD2, pN2a (5/16), pPM0, pDM0, pRM0. pStage IIICであった.であった.術後,各症例とも合併症なく退院した.化学療法を施行し現在まで再発なく経過観察中である.閉塞を伴う局所進行大腸癌においてSEMS挿入後ロボット根治術を行う際,腫瘍の取り回しが困難となり,周辺組織との癒着が問題になるため,臓器損傷や神経の巻き込みに留意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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター9
一般演題（ポスター）44　ロボット手術 4
座長：鶴田 雅士（国際医療福祉大学成田病院消化器外科）

[P44-4] ロボット支援下大腸癌手術における体腔内縫合を用いたトラブルシューティング

*杉浦 清昭[1]、佐藤 永規[1]、青山 純也[1]、岸田 憲弘[1]、愛甲 聡[1] (1. 永寿総合病院外科)

緒言
ロボット手術の利点として、多関節機能および手ぶれ補正を用いた精度の高い縫合操作が挙げられる。今回われわれはロボット支援下大腸癌手術において生じた術中トラブルに対して、ロボット支援下体腔内縫合を用いて対応した症例を報告する。

症例1
49歳男性。直腸癌(RaRb, circ, Type2, ycT3N0M0, ycStageIIa)に対して術前放射線化学療法施行後にロボット支援下低位前方切除術を施行した。腸管およびその周囲組織の繊維化が高度であり、DSTの際に吻合部離開を認めた。離開した吻合部に対してロボット支援下に体腔内再吻合を行い、一時的回腸人工肛門を造設して手術を終了した。術後は特記すべき合併症を認めなかった。
症例2
82歳男性。直腸癌(Rs, circ, Type2, cT3N1aM0, cStageIIIb)に対してロボット支援下高位前方切除術を施行した。術中に膀胱浸潤が判明したため、膀胱頂部で膀胱を切開し、膀胱内腔から尿管孔を確認、温存しながら原発巣および膀胱壁を合併切除し、ロボット支援下に体腔内縫合で膀胱壁を閉鎖した。術後は特記すべき合併症を認めなかった。

結語
ロボット支援下手術は、術中の予期しないトラブルに対しても精度の高い体腔内縫合での適切なリカバリーが可能である。特に術前治療が必要であり、隣接臓器浸潤も否定できない局所進行大腸癌手術において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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター9

一般演題（ポスター）44　ロボット手術 4

座長：鶴田 雅士（国際医療福祉大学成田病院消化器外科）

[P44-5] ロボット支援下術中のIMA根部出血に対する圧迫と連続縫合による止血手技

*鎌田 哲平[1]、大熊 誠尚[1]、鈴木 佑麿[1]、山澤 海人[1]、後藤 圭佑[1]、月原 秀[1]、高野 靖大[1]、武田 泰裕[1]、小菅 誠[1]、衛藤 謙[1] (1. 東京慈恵会医科大学外科学講座　下部消化管外科)

緒言
鏡視下大腸手術においてIMA根部出血は稀な術中合併症であるが、緊急性が高く開腹移行にて止血を要することが多い。今回我々は、当科で経験したロボット支援下直腸高位前方切除術中のIMA根部出血において、ロボット支援下にて圧迫と連続縫合を併用し適切に止血しえたので、該当ビデオを供覧しながら報告する。

症例提示
77歳、女性。既往疾患:クモ膜下出血。AV15cmのRs直腸癌に対してロボット支援下直腸高位前方切除術の方針となった。6ポート、頭低位15度、右低位10度で手術開始。型どおり内側アプローチでS状結腸間膜の授動を進め、253郭清、左右腰内臓神経を視認後、IMA根部でヘモロックMLダブルクリッピング後、モノポーラーシザースでIMAを切離。直後からクリッピング部中枢側より動脈性出血を認め、中枢側ダブルクリップは逸脱した。気腹圧を15mmHgに設定し、ガーゼ圧迫10分間施行、血腫を可及的に吸引し、視野を確保。一時止血を得られた。IMA根部は追加クリッピングが可能な血管頸は残存しておらず、大動脈のIMA分枝部に対して4-0プロリンを使用し連続縫合を施行。針穴からのoozingに対してサージセルを用いて5分間圧迫止血し完全止血を得た。その後ロボット支援下手術を継続し、術式はロボット支援下直腸高位前方切除D3郭清、手術時間は349分、出血は150mlであった。術後病理結果はtub1, pT3N0M0 stage Ⅱ aであった。術後合併症はなく、術後7日目に造影ＣＴにて仮性動脈瘤や血腫残存などないことを確認し退院となった。大腸癌に対して、再発なくサーベイランスを継続している。

結語
IMA根部出血に対してロボット支援下での圧迫と連続縫合止血は有効であった。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター9

一般演題（ポスター）44　ロボット手術 4

座長：鶴田 雅士（国際医療福祉大学成田病院消化器外科）

[P44-6] 当センターにおけるロボット支援大腸癌手術のトラブルシューティングとその対策

*加藤 伸弥[1]、橋本 雅弘[1]、森本 祥悠[1]、西沢 佑次郎[1]、平木 将之[1]、畑 泰司[1]、中村 賢介[1]、竹内 一将[1]、寺西 立冴[1]、東口 公哉[1]、広田 将司[1]、古川 健太[1]、宮崎 安弘[1]、友國 晃[1]、本告 正明[1]、藤谷 和正[1]、土岐 祐一郎[1]
(1. 大阪急性期・総合医療センター消化器外科)

【背景】ロボット支援手術は精密な手術手技を行うことができる一方、ロボット手術特有のトラブルを経験することがあり、特に体腔内吻合や術中出血には十分に注意が必要である。今回、当センターで経験した術中合併症を報告し、その対策について述べる。

【対象と方法】2022年度から2026年度4月までに大腸癌に対してロボット支援手術を施行した886例を対象とし、体腔内吻合時合併症および出血性合併症について検討した。

【結果】体腔内吻合時合併症：① 結腸右半切除術、体腔内吻合のロボットステープラーにて共通孔作成時に小腸の漿膜損傷を認めた。助手を用いた自動縫合器を使用し、再吻合を施行した。② 結腸右半切除術、体腔内吻合の際、共通孔作成時に結腸間膜と漿膜の間にロボットステープラーが迷入し結腸間膜を損傷した。再度追加切除を行い、ロボットステープラーで再吻合を行った。出血性合併症：①結腸左半切除術の症例において、IMA根部付近から#253リンパ節を郭清後、IMAを温存してLCAを切離した。その後、総腸骨動脈周囲の内側授動時にIMAが裂けて出血を認めた。IMA根部周囲の剥離を追加し、IMAの切離を行い、吻合をDSTに変更した。②直腸癌局所再発症例、正中仙骨静脈からの出血に対して1番の把持で可及的に止血した状態で4-0PDS、ラプラタイで止血を得た。③ S状結腸切除の症例において、IMA根部処理後、下行結腸間膜の内側授動時にIMVが裂け出血を認めた。可及的に凝固止血を行った。④括約筋間直腸切除術の症例において、直腸授動時に視野外でIMA根部のダブルクリップが脱落し出血を認めた。可及的に焼灼止血したのち、小開腹し直視下で結紮処理した。

【考察】体腔内吻合時合併症については、不十分な視野展開やステープラーの操作角度が原因であると考えられた。臍下ではなく肝彎曲部に十分なワーキングスペースを確保し腸管に緊張をかけないことが重要である。出血性合併症に関しては、触覚の欠如による牽引の強さや視野外でのアームの干渉、鉗子操作に起因するものと考えられた。また、出血時には素早く出血点を把持し止血することが非常に重要である。トラブル例およびその対応策を供覧し報告する。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター9

一般演題（ポスター）44　ロボット手術 4

座長：鶴田 雅士（国際医療福祉大学成田病院消化器外科）

[P44-7] ロボット支援下に大腸亜全摘を行った症例(様々な術野を想定した大腸癌に対するロボット支援手術のポート配置の定型化)

*北村 謙太[1]、小山 基[1]、左近 龍太[1]、阿部 由督[1]、岩崎 健一[1]、松村 知憲[1]、名取 健[1]、薄井 信介[1]、刈込 和裕[1]、諏訪 達志[1] (1. 柏厚生総合病院)

背景】大腸癌に対するロボット手術では癒着や多発癌などの要因で手術操作が広範囲になることがある。各術式におけるポート配置はほぼ定型化していると思われるが、複数回ドッキングによるポート配置には議論の余地があるように思われる。今回は手術範囲が広範囲となった３重癌症例を提示し、当院で定型化したダビンチXiを用いたポート配置、ドッキングの工夫について報告する。【症例】60歳代男性。横行結腸癌、下行結腸癌、直腸S状部癌の3重癌に対し大腸亜全摘を施行【ポート配置】通常の直腸癌に対する斜め1列のポート配置に加え、右上腹部に腹腔鏡用12mmポート、臍下約5～6cmやや右側と左下腹部にダビンチ用8mmポートを挿入し７ポートとする。臍右下ポートは腹腔鏡用12mmポートを用い、ポートインポートや助手用ガーゼ挿入ポート、または腸管切離の自動縫合機挿入の為に使用した。鉗子は１番：Fenestrated Bipolar Forceps、２番：camera、３番：Monopolar Curved Scissorsまたはvessel sealer、４番：Tip-Up Fenestrated Grasperで統一している。【手術手技】直腸：SD junctionにtargetting.通常の直腸癌に対する斜め一列のポート配置。左側結腸領域：脾湾曲にtargetting.カメラ用ポートは臍(または臍右下)のポートを使用。右上腹部と臍下、左下腹部ポートを鉗子用とした弓状のポート配置。右側結腸領域：肝湾曲部にtargetting.左上腹部と下腹部のポート3つ使用した逆L字型でポート使用。以上のポート配置で直腸切除から行い、口側に向かって下行結腸の授動・郭清、横行結腸～肝湾曲の授動・郭清の順で大腸亜全摘を行った【考察】当院では2～３重多発癌や広範な癒着剥離を要する症例、手術範囲が広範囲に及んだ固定異常を伴うS状結腸癌症例などでこのポート配置を使用し、ほぼ問題なく手術を完遂できた。ただし回盲部城域で１番鉗子の操作性に難があり、まだ改良の余地があると考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター9

一般演題（ポスター）45　ロボット手術 5

座長：久留宮 康浩（豊田厚生病院　外科）

[P45-1] 同時多発大腸癌に対するロボット支援下結腸切除術の使用経験

*野村 雅俊[1]、森脇 楓子[1]、深田 唯史[1]、團野 克樹[1]、平尾 隆文[1]、関本 貢嗣[1]、岡 義雄[1] (1. 箕面市立病院　外科)

[P45-2] 地域基幹病院で新規導入した手術支援ロボットhinotori™によるロボット支援下大腸癌手術の立ち上げ経験

*真貝 竜史[1]、澤崎 純哉[1]、大﨑 真央[1]、村西 耕太朗[1]、馬場谷 彰仁[1]、西垣 貴彦[1]、中塚 梨絵[1]、太田 英夫[1]、杉本 圭司[1]、大西 直[1]、松下 一行[1] (1. 川西市立総合医療センター外科)

[P45-3] 肥満直腸癌手術症例におけるロボット支援下手術の治療成績

*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]、西岡 龍太郎[1]、松永 史穂[1]、田澤 美也子[1]、石井 武[1]、齋藤 稔史[1]、青柳 康子[1]、海藤 章郎[1]、光法 雄介[1]、伊東 浩次[1] (1. 総合病院土浦協同病院消化器外科)

[P45-4] 当院でのロボット支援下大腸切除術1日縦2件の運用

*瀬尾 雄樹[1]、泉 陽光[1]、松川 雄太[1]、天下井 恵理[1]、須田 光太郎[1]、野川 優衣[1]、武居 友子[1]、浜野 郁美[1]、戸倉 英之[1]、高橋 孝行[1] (1. 足利赤十字病院外科)

[P45-5] ロボット支援下直腸癌手術における合併症発症例の検討

*横溝 肇[1]、岡山 幸代[1]、岩本 隼輔[1]、川畑 花[1]、塩澤 俊一[1] (1. 東京女子医科大学附属足立医療センター外科)

[P45-6] 結腸・直腸癌に対する単孔式ロボット手術導入初期経験の検討

*田 鍾寛[1]、大矢 浩貴[1,2]、舩津屋 拓人[1]、皆川 結明[1]、額田 卓[2]、工藤 孝迪[2]、江畑 信孝[1]、武井 将伍[2]、前橋 学[2]、渥美 陽介[2]、太田 絵美[2]、風間 慶祐[1]、佐藤 渉[1]、沼田 正勝[2]、小坂 隆司[1]、小澤 真由美[2]、菅野 伸洋[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学医学部医学科消化管外科学講座、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター9

一般演題（ポスター）45　ロボット手術 5

座長：久留宮 康浩（豊田厚生病院　外科）

[P45-1] 同時多発大腸癌に対するロボット支援下結腸切除術の使用経験

*野村 雅俊[1]、森脇 楓子[1]、深田 唯史[1]、團野 克樹[1]、平尾 隆文[1]、関本 貢嗣[1]、岡 義雄[1] (1. 箕面市立病院　外科)

【緒言】
結腸癌に対するロボット支援下手術が2022年4月より保険収載となった. 当院でも2022年4月より結腸癌に対してロボット支援下手術を開始している. また機種については2023年1月よりda Vinci SiからXi に変更されたことで, 現在では大腸癌に対してロボット支援下手術か腹腔鏡下手術のアプローチの選択は基本的に線引きがない状態である. 今回上行結腸癌とS状結腸癌に対してロボット支援下にて同時手術を行った. その使用経験つき報告する.
【症例】
症例は85歳の女性. 身長138.5cm, 体重46kg, BMI 24.0. 腹部手術歴含めて特記する既往歴は認めなかった. 上行結腸癌はcT4a,N1b,M0 cStageIIIbの進行癌, S状結腸癌はSDJ近傍でcT1b,N0,M0 cStage Iの追加切除であった. 当科の方針としてロボット支援下手術において体腔内吻合は必須としてはおらず, カメラportは臍部にラッププロテクターを装着し同部位に置くようにしている. 体位は載石位を基本としている.
大腸癌手術の際のda Vinciのロールインは全例に対して患者の左側頭側からドッキングするようにしている. 本症例においては右季肋部でtargetingした後に回盲部切除術を行い, 助手は患者左側もしくは脚間から行った. 一時左側頭側にロールアウトした後に体腔外で切除・吻合を行った. 同様に左側頭側より再度ロールインし, SDJでtargetingを行い, 左結腸切除術を行った. 脾弯曲部の授動は要さなかった. 助手は患者右側から行った. 同様にロールアウトした後に体腔外で切除・吻合を行った.
手術時間は291分, コンソール時間は155分であった. ポートについてはassistant portが1か所とda Vinci 8mm port 5本の6 portにて行った.
【結語】
同時性多発大腸癌に対するロボット支援下結腸切除術を経験したために報告した.

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター9

一般演題（ポスター）45　ロボット手術 5

座長：久留宮 康浩（豊田厚生病院　外科）

[P45-2] 地域基幹病院で新規導入した手術支援ロボットhinotori™によるロボット支援下大腸癌手術の立ち上げ経験

*真貝 竜史[1]、澤崎 純哉[1]、大﨑 真央[1]、村西 耕太朗[1]、馬場谷 彰仁[1]、西垣 貴彦[1]、中塚 梨絵[1]、太田 英夫[1]、杉本 圭司[1]、大西 直[1]、松下 一行[1] (1. 川西市立総合医療センター外科)

【はじめに・目的】
当院は2022年9月に地域基幹病院として開院し，年間約100例の大腸癌手術を施行している．ロボット支援下手術の適応拡大を背景に，他科との合同運用を目的として2026年2月に手術支援ロボットhinotori™を新規導入した．今回，新規導入に伴う準備期間と導入初期におけるアームセッティング時間の推移を評価し，新規導入施設における立ち上げの実際を報告する．
【方法】
2025年11月のメーカー認定プログラムおよび他施設見学の申し込み開始を起点として，実機によるハンズオン，多職種による他施設初回見学，術者認定プログラム受講，初症例実施までの期間を調査した．また，2026年2月から3か月間に施行したhinotori™によるロボット支援下大腸癌手術9例を対象とし，ロールイン完了からコクピット操作開始までのアームセッティング時間を評価した．
【結果】
申し込み開始から実機によるハンズオンまで49日，多職種による他施設初回見学まで55日，術者認定プログラム受講まで80日，初症例実施まで92日を要した．申し込み開始160日時点で，術者認定1名（他機種からのコンバージョン），助手認定2名を取得した．導入後3か月間に9例（右側結腸5例，S状結腸3例，RS1例）を施行した．アームセッティング時間は初回2例で21分を要したが，以降7例では中央値13分（10–20分）に短縮した．ピボットポイントを慎重に設定することで，術中のピボット再設定を要した症例は認めなかった．
【結論】
hinotori™の新規導入から初症例実施まで92日を要し，術者・助手の認定取得に加え，多職種による手術室運用の確立が必要であった．導入初期のアームセッティング時間は症例経験を重ねることで短縮傾向を認めた．新規導入施設では，機器配置や干渉回避を含めた手術室運用の標準化が，円滑なロボット支援下手術の導入に重要と考えられた．

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター9

一般演題（ポスター）45　ロボット手術 5

座長：久留宮 康浩（豊田厚生病院　外科）

[P45-3] 肥満直腸癌手術症例におけるロボット支援下手術の治療成績

*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]、西岡 龍太郎[1]、松永 史穂[1]、田澤 美也子[1]、石井 武[1]、齋藤 稔史[1]、青柳 康子[1]、海藤 章郎[1]、光法 雄介[1]、伊東 浩次[1] (1. 総合病院土浦協同病院 消化器外科)

【諸言】
肥満症例における直腸癌手術の難易度は高く, 術後合併症のリスク因子となる可能性もあるが, その手術成績についての報告は少ない. また近年は直腸癌に対するロボット支援下手術が急速に普及してきているが, 肥満直腸癌患者に対するロボット手術の有用性は明確にされていない.
【目的】
肥満直腸癌手術症例におけるロボット支援下手術と腹腔鏡下手術の短期成績を比較検討する.
【対象・方法】
2021年11月から2025年12月までの期間に当院にて直腸癌手術を施行し, かつBMI25以上であった69症例を対象とした. そのうちロボット支援下手術を施行した43例をRobot群，腹腔鏡下手術を施行した26例をLap群とし, 両群の短期成績を比較検討した.
【結果】
年齢中央値はRobot群66歳, Lap群73歳であり, 両群において男女比, BMIおよびASAに有意差を認めなかったが, Lap群で腹部手術歴が有意に多かった. (P値 0.0043) 腫瘍の局在はRobot群の方が比較的低位である傾向が見られた. 術式に関してRobot群ではLARが最多(27例)で, Lap群ではHARが最多であった.(13例)
手術時間中央値はRobot群328分, Lap群296分であり, 有意にRobot群で長かった.(P値 0.0186) 出血量, 郭清範囲, 郭清リンパ節個数, 予防的人工肛門造設の有無および術後在院日数において両群で有意差は認めなかった. Clavien-Dindo分類 Grade III以上の術後合併症はRobot群で2例(4.6%), Lap群で3例(11.5%)に認めたが, 統計学的有意差は認めなかった.
【考察】
両群の短期成績において, 手術時間以外で有意差は認めなかった.
【結語】
当院で施行した肥満直腸癌手術症例においては, ロボット支援下手術は腹腔鏡下手術と比較して同等の短期成績であった.

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター9

一般演題（ポスター）45　ロボット手術 5

座長：久留宮 康浩（豊田厚生病院　外科）

[P45-4] 当院でのロボット支援下大腸切除術1日縦2件の運用

*瀬尾 雄樹[1]、泉 陽光[1]、松川 雄太[1]、天下井 恵理[1]、須田 光太郎[1]、野川 優衣[1]、武居 友子[1]、浜野 郁美[1]、戸倉 英之[1]、高橋 孝行[1] (1. 足利赤十字病院外科)

【背景、目的】2018年に直腸癌に、また2022年に結腸癌に対するロボット支援下手術が保険収載され、ロボット支援下大腸切除術は全国的に普及した。当院では2021年11月にロボット支援下直腸切除術を導入した。当院はダヴィンチXiシステム1台の運用であり、手術室の事情等でダヴィンチ手術1日2件の運用が困難であったが、メディカルスタッフとの協議のうえ2023年12月にロボット支援下大腸切除術の1日縦2件の運用を開始した。今回、当院で経験したロボット支援下大腸切除術の縦2件での運用につき成績を検討した。【方法】2023年12月から2026年3月に、当院で縦2件腹腔鏡下大腸切除術を施行した症例のうち、1件目をロボット支援下、2件目を非ロボット支援下手術とした群（43日、計86例）と、2件ともロボット支援下手術とした群（30日、計60例）に分けて、その時間経過等を後方視的に検討した。【結果】1件目と2件目の入れ替え時間は25分対37分（p=0.08)、1件目入室から2件目退室までの時間は9時間36分対9時間19分（p=0.33)であった。2件目の退室時刻の中央値は18時27分であった。1件目、2件目の手術時間のみの合計、また入室から加刀までの時間も、それぞれの群で有意差を認めなかった。【考察】当院はダヴィンチ1台運用であり、ダヴィンチ1日2件の運用の際は同一手術使用としており、入れ替えに携わるメディカルスタッフの協力、工夫が重要と考えられる。【結果】当院でのロボット支援下大腸切除術1日縦2件の運用は、総手術時間の延長の原因とならず、多職種の協力で円滑な運用が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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター9

一般演題（ポスター）45　ロボット手術 5

座長：久留宮 康浩（豊田厚生病院　外科）

[P45-5] ロボット支援下直腸癌手術における合併症発症例の検討

*横溝 肇[1]、岡山 幸代[1]、岩本 隼輔[1]、川畑 花[1]、塩澤 俊一[1] (1. 東京女子医科大学附属足立医療センター外科)

【目的】当科における実臨床下での直腸癌に対するロボット支援下手術導入初期の治療成績を検討し，合併症発症の危険因子を明らかにする．
【対象と方法】2019年10月から2023年12月までに当科でda Vinci X surgical systemを用いてロボット支援下直腸癌手術を行った91例を対象とし，合併症発症の有無別に検討した．
【結果】対象例は男性58例，女性33例，年齢71歳，BMI 22.4 kg/m 2，PS 0 75例，1以上16例，ASA 2以下 79例，3 12例，PNI 49.355，N/L比 2.16，mGPS A群 63例，B・C・D群 26例．占居部位はRS 10例，Ra 38例，Rb 43例で，前方切除9例，低位前方切除38例，超低位前方切除14例，ISR 3例，Hartmann 7例，直腸切断術20例で，側方郭清は6例に施行し，diverting ileostomyは20例に造設．手術時間 363分，コンソール時間196分，出血量20ml．壁深達度はT2以浅 29例，T3以深 62例，進行度はStage 0 3例，I 25例，II 25例，III 30例，IV 8例．Clavian-Dindo分類 III以上の合併症を17例に認めた．合併症発症の有無別にみると，年齢，性別，BMI，PS,ASA，PNI，N/L比，術者別，占居部位，stomaの有無，出血量，Stage別では差がなく，mGPS A群に比べB・C・D群（p=0.0042），手術時間が460分以上（p=0.0289），壁深達度がT3以深（p=0.0343）に合併症が多かった．多変量解析を行うと，mGPSのみが独立した因子として抽出された（p=0.0266）．
【結語】導入初期より直腸癌症例には基本的にロボット支援下手術を行っていたが，術後の合併症が少なくなかった．合併症発症はmGPS B・C・D群，長時間手術例，壁深達度がT3以深に多く，mGPSは合併症発症の独立した危険因子であった．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター9

一般演題（ポスター）45　ロボット手術 5

座長：久留宮 康浩（豊田厚生病院　外科）

[P45-6] 結腸・直腸癌に対する単孔式ロボット手術導入初期経験の検討

*田 鍾寛[1]、大矢 浩貴[1,2]、舩津屋 拓人[1]、皆川 結明[1]、額田 卓[2]、工藤 孝迪[2]、江畑 信孝[1]、武井 将伍[2]、前橋 学[2]、渥美 陽介[2]、太田 絵美[2]、風間 慶祐[1]、佐藤 渉[1]、沼田 正勝[2]、小坂 隆司[1]、小澤 真由美[2]、菅野 伸洋[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学医学部医学科消化管外科学講座、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科)

【背景】単孔式ロボット手術は整容性や低侵襲性の向上が期待される一方、視野展開や鉗子干渉など従来の多孔式ロボット手術とは異なる特徴を有し,安全な導入には十分な準備と体制構築が必要である。
【目的】当科における単孔式ロボット手術の導入方法を供覧し、その初期成績について明らかにすることを目的とした。
【方法】2026年2月から当科で単孔式ロボットであるDa Vinci SPを用いた大腸悪性腫瘍手術を導入した。当院では高難度新規医療技術として評価部会のモニタリングのもと導入を行った。対象は切除可能大腸悪性腫瘍患者とし、他臓器合併切除や再発症例などの高難度症例やASA-PS3以上の重篤な併存疾患をもつ症例は適応外とした。初症例の前に手術室看護師および臨床工学技士とともに他院で手術見学を行い,麻酔科も含めたカンファレンスを行った。症例ごとに科内カンファレンスで適応と妥当性を検討し、その上で患者に高難度新規医療技術であることを説明し同意を取得した上で、手術に臨んだ。手術はマルチポートのロボット手術プロクターである単一術者によって施行し、３例目までは院外よりプロクターを招聘した。手術施行時、退院時、初回外来受診時に必要事項を記載し評価部会によるモニタリングを行った。導入後に施行した５例を対象に、周術期成績を後方視的に検討した。
【結果】年齢中央値は81歳（74～83）で、男性3例、女性2例であった。BMIは21.49（19.67～22.96）と肥満症例はいなかった。術式は回盲部切除術、右半結腸切除術、左半結腸切除術、ハルトマン手術、一時的回腸人工肛門造設を伴う低位前方切除術をそれぞれ１例ずつ施行した。全例でロボット支援下手術が完遂可能であり、開腹移行は認めなかった。手術時間中央値は280分、出血量中央値は35 mLであった。Clavien-Dindo分類Grade II以上の術後合併症は、肺炎球菌性肺炎の1例であった。Grade III以上の合併症は認めなかった。術後在院日数中央値は7日（7～18）であった。
【結語】単孔式ロボット手術は適切な導入準備およびチーム体制構築により、安全に導入可能であった。今後さらなる症例集積による長期成績および適応拡大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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター10

一般演題（ポスター）46　手術手技

座長：高橋 宏幸（福岡大学病院消化器外科）

[P46-1] 小規模病院における下部直腸癌に対するTaTMEの導入と腹腔鏡下低位前方切除術との治療成績の検討

*田地野 将太[1,2]、高野 裕樹[1]、衛藤 謙[2] (1. 葛西昌医会病院消化器外科、2. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

[P46-2] 腹腔鏡下虫垂切除術における虫垂根部処理法の検討

*南浦 翔子[1]、玉井 皓己[1]、室谷 昌俊[1]、大原 信福[1]、鄭 充善[1] (1. 大阪ろうさい病院外科)

[P46-3] 緊急Hartmann手術後に施行したHartmann reversal 8例の短期成績

*春名 健伍[1]、安井 昌義[1]、在田 麻美[1]、柳澤 公紀[1]、西沢 佑次郎[1]、武田 裕[1] (1. 関西労災病院消化器外科)

[P46-4] 腹腔鏡下Hartmann reversalの短期成績と初回手術因子の検討

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

[P46-5] ICG蛍光法非使用下のS状結腸・直腸癌手術における左結腸動脈温存の短期成績：非温存例との比較検討

*宮坂 衛[1]、川瀬 寛[1]、矢野 智之[1] (1. 札幌清田病院外科)

[P46-6] 腹腔鏡下ハルトマンリバーサルに対する経肛門アンビルヘッド挿入吻合術の導入

*鴨 政充[1]、雨宮 隆介[1]、池端 昭慶[1]、田島 萌[1]、小桐 雅世[1]、江頭 有美[1]、津和野 伸一[1]、早津 成夫[1] (1. 独立行政法人 国立病院機構 埼玉病院)

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター10

一般演題（ポスター）46　手術手技

座長：高橋 宏幸（福岡大学病院消化器外科）

[P46-1] 小規模病院における下部直腸癌に対するTaTMEの導入と腹腔鏡下低位前方切除術との治療成績の検討

*田地野 将太[1,2]、高野 裕樹[1]、衛藤 謙[2] (1. 葛西昌医会病院消化器外科、2. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

【目的】下部直腸癌に対する経腹的アプローチは, 進行した腫瘍や狭骨盤で術野の確保が困難となりうる. 近年, 経肛門的全直腸間膜切除術（TaTME）は下部直腸癌における視認性, 操作性の向上により注目されているが, 一般に2チーム体制で行われることが多い. 当院は常勤外科医2名の小規模病院であり, 術式に習熟した医師を招聘し, 1チーム体制でTaTMEを導入した. 本研究では, 導入初期の安全性と有用性を明らかにするため, 腹腔鏡下低位前方切除術（Lap-LAR）との治療成績を比較した. 【方法】2020年4月～2024年3月に直腸癌に対してLap-LARまたはTaTMEを施行した26例を対象とした. 術前病態, 手術成績について後方視的に比較検討した. 術後合併症はClavien–Dindo分類, Grade 3以上とした. 【結果】Lap-LAR群（L群）は16例, TaTME群（T群）は10例であった. 2群間で年齢（71歳 vs 75歳, p=0.24）, 性別（男性7症例 vs 8症例, p=0.11）, BMI（23.7 vs 24.2, p=0.67）, 術後Stageに有意差は認めなかった. T群でAV距離は有意に短く（10cm vs 4.5cm, p＜0.01）, 出血量は多かった（20ml vs 69ml, p＜0.01）. 手術時間は２群間で有意差は認めなかった（258分 vs 265分, p=0.48）. 合併症はL群で1例（縫合不全1例）,T群で3例（縫合不全1例, 麻痺性イレウス2例）に認め, T群で多い傾向にあったが有意差は認めなかった（p=0.06）. 再手術を施行した症例はなかった. また, 術後在院日数に有意差なく（18日 vs 18日, p=0.66）, 全例が軽快退院した. 【結語】少人数体制の小規模病院においてTaTMEを導入するにあたり, 下部直腸癌に対する有効な選択肢となりえる一方, 導入に際しては適切な指導体制, 支援体制を構築し, 慎重に導入する必要があると思われる.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター10

一般演題（ポスター）46　手術手技

座長：高橋 宏幸（福岡大学病院消化器外科）

[P46-2] 腹腔鏡下虫垂切除術における虫垂根部処理法の検討

*南浦 翔子[1]、玉井 皓己[1]、室谷 昌俊[1]、大原 信福[1]、鄭 充善[1] (1. 大阪ろうさい病院外科)

【背景】
急性虫垂炎に対する腹腔鏡下虫垂切除術における根部処理の方法は多岐にわたる。当院では術者判断でエンドループ、クリップまたは自動縫合器を用いた根部処理を選択しているが、違いについての検討は極めて少ない。今回、我々は根部処理法について、その治療成績を比較・検討することとした。
【対象と方法】
当院で2020年1月から2025年12月までの期間で、急性虫垂炎に対して腹腔鏡下虫垂切除術を施行した151例を対象とした。虫垂根部処理をエンドループで行った群(L群109例)とクリップで行った群(C群32例)、自動縫合器で行った群(S群10例)に分け、患者背景、手術因子、術後合併症などについて後方視的に検討した。
【結果】
年齢中央値は54歳(15-90歳)、男性72例で女性79例であった。術前の白血球数は中央値が11620/μLで、CRPの中央値は2.83mg/dLであった。糞石を認めた症例は54例、膿瘍形成を認めた症例は37例であった。術後合併症(Clavien-Dindo分類Grade1以上)は20例認め、創部SSIが6例、腹腔内膿瘍が9例、麻痺性イレウスが8例であった(重複あり)。それぞれL群10例(9.2%)、C群5例(15%)、S群5例(50%)であった。S群は術後合併症発生率が最も高かったが、重症例が多く含まれていたことから、背景因子に偏りがあると考え、L群とC群の2群で単変量解析を行った。両群間で年齢、性別、BMI、重症度に有意差は認めなかった。手術時間、出血量、術後合併症、術後在院日数、病理組織学的因子についても両群間で有意差を認めなかった。
【考察】
エンドループ及びクリップを用いた根部処理法はいずれを選択しても同等の治療成績が得られることが示された。手技の簡便さ、コスト、教育面等、複合的因子を鑑みた手技選択が重要と考えられる。
【結語】
急性虫垂炎に対する腹腔鏡下虫垂切除術において、当院で採用している根部処理法について比較した。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター10

一般演題（ポスター）46　手術手技

座長：高橋 宏幸（福岡大学病院消化器外科）

[P46-3] 緊急Hartmann手術後に施行したHartmann reversal 8例の短期成績

*春名 健伍[1]、安井 昌義[1]、在田 麻美[1]、柳澤 公紀[1]、西沢 佑次郎[1]、武田 裕[1] (1. 関西労災病院消化器外科)

【目的】
当科で緊急Hartmann手術後に施行したHartmann reversal症例の短期成績を明らかにする。
【対象と方法】
2023年1月から2026年3月までに当科でHartmann reversalを施行した8例を対象とし、患者背景、初回Hartmann手術の原因、初回手術からReversalまでの期間、Reversal術式、手術時間、出血量、術後合併症、術後在院日数、転帰について後方視的に検討した。
【結果】
対象は男性3例、女性5例で、Reversal時年齢中央値は69.5歳（49–86歳）、BMI中央値は22.3（18.7–28.8）であった。初回Hartmann手術の原因は憩室穿孔5例、大腸癌穿孔2例、S状結腸癌術後縫合不全1例であり、全例が穿孔・腹膜炎を伴う緊急手術であった。初回Hartmann手術からReversalまでの期間中央値は267.5日（174–533日）であった。Reversal時のECOG PSは0が7例、1が1例で、ADLは全例自立していた。術式は全例で腹腔鏡下に施行され、開腹移行例は認めなかった。Reversal手術について、手術時間の中央値は237分（187–306分）で、出血量の中央値0mL(0-30 mL)であり、輸血を要した症例はなかった。術後在院日数の中央値は12日（9–17日）で、全例が自宅退院した。術後合併症は癒着性腸閉塞の1例で、術後18日目に再入院し、術後59日目に再手術を要した。縫合不全、SSI、腹腔内膿瘍、30日死亡は認めなかった。
【結語】
緊急Hartmann手術後であっても、PS良好かつADL自立例を適切に選択することで、腹腔鏡下Hartmann reversalは安全に施行可能であった。症例数は限られるが、重篤な合併症は癒着性腸閉塞による再手術1例のみであり、縫合不全や30日死亡は認めなかった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター10

一般演題（ポスター）46　手術手技

座長：高橋 宏幸（福岡大学病院消化器外科）

[P46-4] 腹腔鏡下Hartmann reversalの短期成績と初回手術因子の検討

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

大腸穿孔や大腸癌に対するHartmann手術後のHartmann reversalは、人工肛門閉鎖によるQOL改善が期待される一方、高度癒着などにより手術難易度や周術期合併症リスクが高い術式とされている。当院では2017年より腹腔鏡下Hartmann reversalを第一選択としており、その短期成績および初回手術因子との関連について検討した。
対象は2017年3月から2026年3月までに当院でHartmann reversalを施行した27例のうち、初回Hartmann手術を他院で施行した2例を除外した25例とした。Hartmann reversal時年齢中央値は65歳、男性17例（68%）であった。初回手術対象疾患は良性21例（84%）、悪性4例（16%）であった。初回手術からreversalまでの待機期間中央値は200日で、全例腹腔鏡下に開始し、2例で開腹移行した。手術時間、出血量、術後在院日数中央値はそれぞれ272分、30 mL、12日であった。Clavien–Dindo grade II以上の周術期合併症は6例に認めたが、縫合不全は認めなかった。
初回手術時に周術期合併症を認めた症例では、Hartmann reversal時の手術時間（308分 vs 247分, p=0.01）および術後在院日数（14日 vs 11.5日, p=0.05）が有意に延長していた。さらに、手術時間と癒着剥離時間には有意な相関関係を認め、腹腔内癒着が手術難易度上昇の一因と考えられた。また、汎発性腹膜炎症例では初回手術時の周術期合併症率が有意に高かった（45% vs 0%, p<0.01）。
初回手術時の腹腔内感染や周術期合併症は、癒着形成や骨盤内操作困難性を介して腹腔鏡下Hartmann reversalの周術期経過に影響する可能性が示唆された。Hartmann reversalの適応および術前リスク評価において、初回手術時の病態重症度や術後経過を考慮する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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター10
一般演題（ポスター）46　手術手技
座長：高橋 宏幸（福岡大学病院消化器外科）

[P46-5] ICG蛍光法非使用下のS状結腸・直腸癌手術における左結腸動脈温存の短期成績：非温存例との比較検討

*宮坂 衛[1]、川瀬 寛[1]、矢野 智之[1] (1. 札幌清田病院外科)

【目的】
下腸間膜動脈結紮レベル（high tie／low tie）をめぐる議論は多く、左結腸動脈（LCA）温存は吻合部血流の観点から有用性が示唆されている．一方で、臨床アウトカムに関しては明確な差は示されていない．今回、ICG蛍光法を使用しない当院において、LCA温存の短期成績を非温存例と比較検討した．

【対象・方法】
2016年1月から2026年4月までに当院で施行したS状結腸癌および直腸癌手術のうち、腹腔鏡下に施行した吻合を伴う待機的根治切除例153例を対象とした．マイルズ手術、ハルトマン手術、T4bに対する他臓器合併切除例、同時性他癌手術例は除外した．LCA温存群と非温存群に分け、患者背景、手術因子および短期成績を比較した．評価項目は手術時間、出血量、術後在院日数、合併症（Clavien–Dindo分類Grade≧III）、縫合不全率とし、併せてリンパ節郭清個数を評価した．

【結果】
LCA温存群122例、非温存群31例であった．年齢は72歳 vs 67歳、男性65例 vs 13例であった．手術時間は207分 vs 232分（p＝0.10）、術後在院日数は14日 vs 13日であった（いずれも中央値）．Clavien–Dindo Grade≧IIIの合併症発生率は1.6% vs 3.2%（p＝0.50）、縫合不全率は0.8% vs 0%（p＝1.0）であり、両群ともに縫合不全率は低値であった．リンパ節郭清個数は非温存群で多く認め（17個 vs 21個、p＝0.02）、症例背景および郭清範囲の違いを反映した可能性がある．

【結語】
ICG蛍光法を用いない当院の実臨床において、症例選択下でのLCA温存は非温存例と比較して短期成績に大きな差を認めなかった．LCA温存は吻合血流や腸管長の確保を考慮した術式選択肢の一つとなり得るが、郭清範囲や腫瘍進行度を踏まえた慎重な症例選択が重要である．なお、本検討は症例選択の影響を受けている可能性があり、解釈には留意を要する結果であった．

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター10

一般演題（ポスター）46　手術手技

座長：高橋 宏幸（福岡大学病院消化器外科）

[P46-6] 腹腔鏡下ハルトマンリバーサルに対する経肛門アンビルヘッド挿入吻合術の導入

*鴨 政充[1]、雨宮 隆介[1]、池端 昭慶[1]、田島 萌[1]、小桐 雅世[1]、江頭 有美[1]、津和野 伸一[1]、早津 成夫[1] (1. 独立行政法人 国立病院機構 埼玉病院)

【背景】腹腔鏡下ハルトマンリバーサルは低侵襲である一方，腹腔内癒着や肛門側直腸断端の同定困難により，開腹移行率が高いことが知られている．また残存直腸が長い症例や屈曲が強い症例，骨盤深部での可動制限を伴う症例では，自動吻合器の挿入が困難となり，吻合に難渋することがある．そのような場合には小開腹創から直視下に吻合を行うが，肥満症例や狭骨盤症例などではなお吻合に難渋することがある．当科では吻合の選択肢の一つとして経肛門アンビルヘッド挿入吻合術を導入している．
【手術方法】術前日に経肛門的注腸造影を施行し，残存直腸長および走行を評価し，セイラムサンプチューブ先端が直腸断端となるように留置した．手術ではストマ創を1stポートして骨盤内の癒着を剥離し，セイラムサンプ先端をメルクマールとして直腸断端を同定した．経肛門的にチューブ末端にアンビルヘッドを装着し，続いて腹腔鏡下に直腸断端に小孔を開け，セイラムサンプとそれに続くアンビルヘッドを腹腔内へ誘導した．結腸断端から自動縫合器を挿入し体腔内で吻合を行った．吻合後は術中内視鏡およびエアリークテストにて吻合部の安全性を確認した．
【症例1】74歳女性．宿便性S状結腸穿孔に対するハルトマン手術後．初回手術から164日後に本手技を施行した．手術時間2時間13分，出血量5ml，術後合併症は認めず，術後4日目に食事を再開し，術後9日目に自宅退院となった．
【症例2】73歳女性．宿便性S状結腸穿孔に対するハルトマン手術後．初回手術から113日後に同様の手術を行なった．ICG蛍光法にて人工肛門側結腸の切離ラインを決定し吻合した．手術時間3時間26分，出血量116ml，術後合併症なく，術後3日目に食事を再開し，ADL低下のため術後18日目に転院となった．
【考察】2例とも結腸授動を要することなく体腔内吻合が可能であり,術後合併症も認めなかった．本手技では不潔野から清潔な体腔内へセイラムサンプチューブおよびアンビルヘッドを誘導する必要があり,汚染リスクには留意する必要がある.一方で,長い残存直腸や屈曲により経肛門的な自動吻合器シャフトの直線的挿入が困難と予想される場合には有用な再建手技の一つとなり得る．

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター10

一般演題（ポスター）47　診療の工夫とその他疾患 2

座長：馬場 研二（鹿児島大学消化器外科）

[P47-1] 下部消化管異物に対する治療の検討

*小南 裕明[1]、生田 肇[1] (1. 市立加西病院)

[P47-2] 術前に絞扼性イレウスとの鑑別が困難であったメッケル憩室捻転の1例

*住谷 大輔[1]、徳永 真和[1]、小野 紘輔[1]、森田 隼登[1] (1. 県立二葉の里病院)

[P47-3] 大腸癌周術期におけるAI支援機能の実装要件：患者と医療従事者の関心構造の非対称性に着目した探索的検討

*町田 拓[1]、須田 竜一郎[2]、笠原 啓介[3]、飯川 雄[3]、下田 辰也[3]、渡邉 大輔[3]、丹羽 夏海[2]、近藤 尚[2]、飯澤 勇太[2]、大野 幸恵[2]、中臺 英里[2]、岡庭 輝[2]、小林 壮一[2]、西村 真樹[2]、片岡 雅章[2]、柳澤 真司[2]、海保 隆[2]、青木 沙弥佳[4] (1. 君津中央病院客員研究員、2. 君津中央病院外科、3. 君津中央病院リハビリテーション科、4. 亀田総合病院消化器外科)

[P47-4] 肛門日帰り手術におけるShared decision makingの重要性

*日高 元[1] (1. 医療法人　日高クリニック福岡)

[P47-5] 成人腸管不全症例における静脈栄養から離脱可能となる因子の検討

*赤澤 英[1]、荻野 崇之[1]、福田 健太[1]、辻 嘉斗[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]、水島 恒和[2]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院医学研究科消化器外科学、2. 獨協医科大学下部消化管外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター10

一般演題（ポスター）47　診療の工夫とその他疾患 2

座長：馬場 研二（鹿児島大学消化器外科）

[P47-1] 下部消化管異物に対する治療の検討

*小南 裕明[1]、生田 肇[1] (1. 市立加西病院)

下部消化管異物自験例について手術実施の有無で分類し比較検討を行った。2002年4月から2026年3月までの24年間に当院で治療を行った下部消化管異物症例は手術実施6例、非実施10例の全16例であった。男女比は非実施例で女性、実施例で男性が多く、複数回治療を行った例は非手術例で2例確認できた。精神疾患を有する例は非手術例で半数に見られたが、手術例では1例に留まった。また異物の侵入経路については非手術例では全例が順行性であったが、手術例では1/3が逆行性に挿入されていた。確定診断にはともにCTが最も有効であったが手術例では内視鏡検査や肛門鏡での観察で異物の診断確定に至った例が複数見られた。非手術例において、異物は10例中6例で自然排泄されたが4例で内視鏡的摘出を必要とした。手術例では診断当日、もしくは翌日に手術が施行されていた。処置後、もしくは術後合併症は手術群で廃用症候群が1例に見られたのみだった。下部消化管異物はCTを中心とした画像検査を早期に実施して診断を確定し、手術適応の有無を含めた適切な治療方針を立てることで良好な経過を得られると考えられた。

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター10

一般演題（ポスター）47　診療の工夫とその他疾患 2

座長：馬場 研二（鹿児島大学消化器外科）

[P47-2] 術前に絞扼性イレウスとの鑑別が困難であったメッケル憩室捻転の1例

*住谷 大輔[1]、徳永 真和[1]、小野 紘輔[1]、森田 隼登[1] (1. 県立二葉の里病院)

【緒言】メッケル憩室は多様な合併症を呈するが、憩室自体が軸となり単独で捻転する病態は稀である。今回、臨床および画像所見から絞扼性イレウスが疑われたが、術中にメッケル憩室単独捻転と診断し得た1例を経験したため報告する。
【症例】20歳代、男性。既往歴に腹部手術歴なし。突然の心窩部痛を主訴に来院した。腹部造影CTで、小腸の限局的な拡張と、臍レベルの右側腹部に複数のcaliber changeが近接して認められ絞扼性イレウスが強く疑われた。短いclosed loopの形成と、同部位の腸管壁の造影効果減弱も疑われたため緊急手術を施行した。
【手術所見】腹腔鏡下に観察したところ、回腸末端から約100cm口側の回腸腸間膜対側に、鶏卵大の暗赤色腫瘤を認めた。トライツ靭帯までの小腸本幹に通過障害は認めなかった。腫瘤の部位と腸管との連続性からメッケル憩室と診断。憩室基部は有茎状で、その茎部を軸に捻転しており、憩室の可動性の高さが捻転の機序と考えられた。臍創を2.5cmに延長し、腹腔鏡補助下にメッケル憩室切除術（＋リンパ節生検）を施行した。
【経過・病理所見】術後経過は良好で、第4病日に退院となった。病理組織学的検査では、出血性梗塞に陥ったメッケル憩室であり、悪性所見は認めなかった。
【考察】メッケル憩室捻転は、画像所見が絞扼性イレウスと酷似するため術前診断は極めて困難である。本症例では憩室基部の授動性が高かったことが単独捻転の要因と考えられた。本症のように腸管本幹の閉塞を伴わない場合でも、臨床的には急性腹症として発症するため、迅速な外科的介入が必要不可欠である。その際、腹腔鏡下手術は低侵襲な診断・治療手段として極めて有用であった。
【結語】絞扼性イレウスとの鑑別が困難であったメッケル憩室単独捻転の1例を経験した。術前診断は困難であるが、本症を念頭に置いた迅速な対応が重要である。

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター10

一般演題（ポスター）47　診療の工夫とその他疾患 2

座長：馬場 研二（鹿児島大学消化器外科）

[P47-3] 大腸癌周術期におけるAI支援機能の実装要件：患者と医療従事者の関心構造の非対称性に着目した探索的検討

*町田 拓[1]、須田 竜一郎[2]、笠原 啓介[3]、飯川 雄[3]、下田 辰也[3]、渡邉 大輔[3]、丹羽 夏海[2]、近藤 尚[2]、飯澤 勇太[2]、大野 幸恵[2]、中臺 英里[2]、岡庭 輝[2]、小林 壮一[2]、西村 真樹[2]、片岡 雅章[2]、柳澤 真司[2]、海保 隆[2]、青木 沙弥佳[4] (1. 君津中央病院客員研究員、2. 君津中央病院外科、3. 君津中央病院リハビリテーション科、4. 亀田総合病院消化器外科)

【背景】
大腸癌周術期では、治療理解、リハビリ、退院後適応など多面的課題が生じる。医療AIは情報提供や患者教育、業務負担軽減に寄与し得るが、実装には患者ニーズと医療従事者の受容条件、ELSIを踏まえた設計が不可欠である。本研究では両者の関心構造を対照し、実装要件を探索的に検討した。
【方法】
単施設横断研究。大腸癌術後患者173例（完全回答162例）と同院医療従事者22例（看護師16、外科医5、他1）を対象とした。患者はAI支援9項目を6件法（5段階＋「分からない」）で評価し、「分からない」を除外後の79例を主要解析対象とした。医療従事者は対応する8項目を5件法で評価した。両調査は尺度が異なるため直接比較は行わず、機能領域ごとの相対的関心を対照した。
【結果】
患者では「AI医療情報への信頼」3.86点、「AIリハビリ提案」3.76点が上位で、「AI相談の気軽さ」は2.86点と最低であった。AI説明機能の「分からない」回答は35.8%で最多であり、AIの役割認識が未形成の患者層が示唆された。医療従事者では「業務負担軽減」と「法的問題・情報漏洩懸念」がともに3.95点で最上位、「リハビリ提案実行可能性」3.86点が続いた。自由記述では退院指導など標準化可能な場面への期待と、責任所在・個人情報保護への懸念が示された。看護師ではAI活用への慎重姿勢が相対的に高かったが、探索的所見にとどまる。
【考察】
両者の関心は対立ではなく異なる階層に位置していた。患者はAIに主治医や看護師の代替ではなく、診察前後の理解補助・疑問整理を期待している可能性がある。一方、医療従事者は有用性を認めつつも、法的責任、情報漏洩、信頼性、専門性の境界を実装上の前提条件として重視していた。看護師の慎重姿勢は、コミュニケーション代替への慎重な受け止めを反映した可能性がある。
【結論】
大腸癌周術期AI支援では、情報提供、患者教育、リハビリ支援が初期導入領域として有望である。相談・意思決定・心理的支援への応用には、責任境界、医療者監督、AIであることの明示を含むELSIに配慮した運用設計が求められる。

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター10

一般演題（ポスター）47　診療の工夫とその他疾患 2

座長：馬場 研二（鹿児島大学消化器外科）

[P47-4] 肛門日帰り手術におけるShared decision makingの重要性

*日高 元[1] (1. 医療法人　日高クリニック福岡)

当院は2023年に前クリニックを継承し肛門、消化器疾患を中心に診療を行っている。
継承に伴い、スタッフ、環境等の変化に沿って手術を含めた診療内容も適宜変化を持たせてきた。
肛門疾患は特に出血、脱出、疼痛など自覚症状はさまざまであり、日帰り手術の術式や麻酔法の選択は慎重に行うべきである。
とりわけ、術式選択に関しては小生のこれまでの経験やガイドライン等のエビデンスに基づき推奨する治療法の選択肢を提示した上で、自身の症状や治療過程、患者背景やご自身の価値観、希望を尊重し最終決定することが患者満足度に直結するものと考えている。
これまでのいくつかの事例をもとに当院における肛門疾患日帰り手術におけるインフォームドコンセントや術式選択までの過程について呈示させていただく。

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター10

一般演題（ポスター）47　診療の工夫とその他疾患 2

座長：馬場 研二（鹿児島大学消化器外科）

[P47-5] 成人腸管不全症例における静脈栄養から離脱可能となる因子の検討

*赤澤 英[1]、荻野 崇之[1]、福田 健太[1]、辻 嘉斗[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]、水島 恒和[2]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院医学研究科消化器外科学、2. 獨協医科大学下部消化管外科)

【目的】腸管不全(IF)は「生命維持に必要な栄養・水分・電解質を腸管から吸収できず、継続的な静脈栄養（PN）を要する病態」と定義される。IF管理では、患者のQOL低下や、頻回の静脈ルート交換による新規ルート確保が困難となることが大きな問題となる。今回、成人IF患者における臨床病理学的因子とPN離脱可能因子の検討を目的とした。
【方法】当院での診療歴のある成人IF症例45例を対象とした。患者背景、臨床病理学的因子、PN関連合併症、予後について検討した。IFALDは、1週間以上の持続するAST、ALT、γGPT＞基準上限値の1.5倍、もしくは持続するD-Bil≧1.0と定義した。値は中央値で示した。
【結果】PN開始年齢は35歳、男性22例、女性23例、PN開始日からの観察期間は19.6年であった。原因疾患は、クローン病22例、潰瘍性大腸炎2例、小腸捻転2例、慢性偽性腸閉塞9例、難治性下痢3例、放射線性腸炎、大動脈解離、絞扼性イレウス、腸管 Behcet病、Hirschsprung病、びまん性腸管神経節細胞腫症、非特異的多発小腸潰瘍が各1例であった。回盲弁残存は27%、Colon in continuityが69%、ストーマ造設状態は47%であった。PN関連合併症について、CRBSI発症例は 80%、IFALDは 29%であった。PN離脱は16例（36%）に認めた。PN離脱例では、非離脱例と比較してストーマ非造設状態の症例が多い傾向を認め（p=0.056）、残存小腸長が長い傾向を認めた（p=0.079）。
PN離脱とIFALD併存に関連は認めなかった（p=0.162）。CRBSIはPN離脱例でも75%に認めており、非離脱例と差はなかった（p=0.700）。
【結論】成人IF患者において、CRBSIは80%、IFALDは29.0%に認められた。また、PN離脱可能因子として、ストーマ非造設、残存小腸長が関連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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター11

一般演題（ポスター）48　炎症性腸疾患 2

座長：本谷 聡（札幌厚生病院　IBDセンター）

[P48-1] 潰瘍性大腸炎におけるブデソニド腸溶性徐放錠の有効性と臨床的寛解予測因子の検討

*中野 省吾[1] (1. 日本赤十字社和歌山医療センター)

[P48-2] Polysorbate80が関与した過敏性反応が疑われ薬剤選択に難渋した潰瘍性大腸炎の一例

*山下 芳恵[1]、西俣 伸亮[1]、濱元 ひとみ[1]、平川 あさみ[1]、鮫島 由規則[1]、鮫島 隆志[2]、平井 郁仁[3]、猿渡 浩[4] (1. 鮫島病院内科、2. 鮫島病院肛門科、3. 福岡大学医学部消化器内科、4. 猿渡ひふ科クリニック)

[P48-3] 当院における活動期潰瘍性大腸炎に対する抗IL-23p19抗体製剤の使用経験

*白木 学[1]、枡 悠太郎[1]、羽根田 祥[1]、高橋 賢一[1] (1. 東北労災病院IBDセンター)

[P48-4] 炎症性マクロファージ誘導に寄与するサイトカインの検討

*長谷川 晃一[1]、三上 洋平[1]、角田 潤哉[1,2]、伊藤 虎太郎[1]、田島 百合[1]、杉本 真也[1]、清原 裕貴[1]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学（消化器）、2. 慶應義塾大学医学部一般・消化器外科)

[P48-5] 神経ベーチェット病に対する免疫抑制療法中に発症した同時性多発大腸癌の1例

*加藤 秀明[1]、斉藤 浩志[1]、川口 雅彦[1]、渡邊 透[1] (1. 横浜栄共済病院外科)

[P48-6] 潰瘍性大腸炎に伴う肛門周囲膿瘍に対して、Seton法が著効した1例

*亀髙 真由子[1,2]、藤田 正太郎[2]、星野 啓太[2]、圓谷 秀哲[2]、早瀬 傑[2]、八島 玲[2]、坂本 渉[1,2]、河野 浩二[2] (1. 福島県立医科大学会津医療センター消化器外科、2. Department of Gastrointestinal Tract Surgery, Fukushima Medical University Hospital)

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター11

一般演題（ポスター）48　炎症性腸疾患 2

座長：本谷 聡（札幌厚生病院　IBDセンター）

[P48-1] 潰瘍性大腸炎におけるブデソニド腸溶性徐放錠の有効性と臨床的寛解予測因子の検討

*中野 省吾[1] (1. 日本赤十字社和歌山医療センター)

【背景】
潰瘍性大腸炎（Ulcerative Colitis：UC）は再燃と寛解を繰り返す慢性炎症性腸疾患であり、中等症例（厚生労働省重症度分類、Mayo score、Patient-Reported Outcome-2：PRO-2）ではステロイド治療が選択されることが多い。しかし、従来の全身性ステロイドは副作用が問題となる。2023年9月より本邦でもブデソニド腸溶性徐放錠（Budesonide：BUD）が使用可能となったが、実臨床における有効性や早期寛解予測因子については十分な検討がなされていない。
【目的】
当院におけるBUD導入症例の治療成績を明らかにするとともに、8週後の臨床的寛解に関連する因子を検討する。
【方法】
2024年4月から2025年2月までにBUDを導入した中等症UC患者40例を対象とした。
評価項目は、①導入後2、4、6、8週時点の臨床的寛解率および改善率、②8週時点での臨床的寛解・改善に関連する臨床因子とした。
臨床的寛解はPRO-2 1点以下かつ血便スコア0点、臨床的改善はPRO-2が2点以上改善、または血便スコア改善ありと定義した。
【結果】
対象は男性28例、女性12例であった。発症年齢中央値は36.5歳、病型は全大腸炎型22例、左側大腸炎型18例であった。併用薬は5-ASA 38例、アザチオプリン 6例、先進的治療薬7例〔Infliximab（IFX）1例、Adalimumab（ADA）1例、Vedolizumab（VDZ）3例、Mirikizumab（MIR）1例、Golimumab（GLM）1例〕であった。導入時血液検査は、Hb 13.7 g/dL（12.3–14.9）、Alb 4.0 g/dL（3.7–4.2）、CRP 0.24 mg/dL（0.10–1.16）、PLT 31.8×10^4/μL（26.6–40.7）であった。導入時PRO-2中央値は4（Interquartile Range：IQR 3–4）であった。
臨床的寛解率は2週2.5%、4週45.0%、6週45.0%、8週46.2%であった。8週寛解群では非寛解群と比較し、4週および6週時点のPRO-2が有意に低値であった（$p<0.05$）。一方、血液検査値、併用治療、病型はいずれも寛解との有意な関連を認めなかった。
【結語】
中等症UCに対するBUDは、8週時点で約半数が臨床的寛解に到達した。導入4週時点のPRO-2は8週時点の寛解予測因子となる可能性があり、早期治療反応の評価がその後の治療戦略決定に有用であることが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター11

一般演題（ポスター）48　炎症性腸疾患 2

座長：本谷 聡（札幌厚生病院　IBDセンター）

[P48-2] Polysorbate80が関与した過敏性反応が疑われ薬剤選択に難渋した潰瘍性大腸炎の一例

*山下 芳恵[1]、西俣 伸亮[1]、濱元 ひとみ[1]、平川 あさみ[1]、鮫島 由規則[1]、鮫島 隆志[2]、平井 郁仁[3]、猿渡 浩[4] (1. 鮫島病院内科、2. 鮫島病院肛門科、3. 福岡大学医学部消化器内科、4. 猿渡ひふ科クリニック)

症例は30歳代女性。下痢、出血、腹痛で発症し潰瘍性大腸炎全大腸炎型中等症の診断で加療開始となる。5-ASA(5-Aminosalicylic acid)不耐、Azathioprineで湿疹、Infliximab、Adalimumab、Golimumab、Ustekinumab、Vedolizumabに湿疹、発熱、関節痛、アナフィラキシー様反応などを呈し、Tofacitinibは副作用を認めないものの二次無効となりS1P（スフィンゴシン1-リン酸）受容体調節薬を開始した。注射製剤形態の多剤生物学的製剤にアレルギー様反応を呈したため添加剤であるPolysorubate80(PS80)の関与が疑われた。パッチテストとプリックテストは陰性であった。純粋なポリソルベートを入手できず皮内テストは施行していない。

生物学的製剤は炎症性腸疾患の治療において重要な役割を果たしているが、投与時の過敏性反応が問題となることがある。生物学的製剤投与中に生じる過敏性反応においては、主成分のみならず添加物の関与も考慮すべきである。PS80は生物学的製剤に広く含まれる非イオン性界面活性剤であるが、稀に過敏性反応との関連が報告されている。今回我々は、潰瘍性大腸炎全結腸型で複数の生物学的製剤にアレルギー反応を示し、添加物であるPS80の影響が疑われる一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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター11

一般演題（ポスター）48　炎症性腸疾患 2

座長：本谷 聡（札幌厚生病院　IBDセンター）

[P48-3] 当院における活動期潰瘍性大腸炎に対する抗IL-23p19抗体製剤の使用経験

*白木 学[1]、枡 悠太郎[1]、羽根田 祥[1]、高橋 賢一[1] (1. 東北労災病院IBDセンター)

【目的】潰瘍性大腸炎に対する治療の選択肢が多くなったがそれぞれのリアルワールドの成績を蓄積することは選択導入・継続の判断基準を確立する上で重要である。今回我々は当院で抗IL-23p19抗体製剤を使用した使用経験を報告する。
【方法】2023年12月から2026年4月までの間に当院で活動期潰瘍性大腸炎に対して抗IL-23p19抗体製剤を導入した症例について臨床的活動度を検討した。活動性は部分的Mayoスコア（PMS）で評価した。導入前PMSが3以上で活動期と判定した。投与後４週、8週、12週の時点で活動性を評価した。PMS 2ポイント以下かつ個々のサブスコアが1ポイント以下、出血サブスコア0を臨床的寛解、2ポイント以上の改善かつベースラインから25%以上の改善、更に直腸出血サブスコアがベースラインから1ポイント以上の改善、又は1ポイント以下を部分奏効、それ以外を効果不十分と定義した。
【成績】当院で潰瘍性大腸炎に対して抗IL-23p19抗体製剤が投与された症例は26例で内訳はミリキズマブ6例、リサンキズマブ11例、グセルクマブ9例だった。そのうち導入時PMS3以上の症例は男性7例、女性7例の14例で、ミリキズマブ5例、リサンキズマブ5例、グセルクマブ3例だった。症例の平均年齢は58歳、平均PMSは3.7だった。12週後臨床的寛解となっていた症例は6例、ミリキズマブ投与例2例、リサンキズマブ投与例3例、グセルクマブ1例だった。また部分奏効例は2例、ミリキズマブ1例、グセルクマブ1例だった。12週で効果不十分と判断された症例でもPMSが減少し、PGE-MUMが減少している症例はその後臨床的寛解となる症例が観られる一方で観察期間中一旦寛解となってもPGE-MUMが上昇傾向でその後再燃する症例も観られた。
【結論】薬剤別の比較は検討できないが、中等症の潰瘍性大腸炎症例に対して抗IL-23p19抗体製剤の改善率は全体で71%と比較的良好と思われた。12週の時点で効果不十分と判断されてもその後臨床的寛解となる症例が観られ、今後どのような症例が薬剤を継続できるかどうか判断する根拠の確立が必要と思われた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター11

一般演題（ポスター）48　炎症性腸疾患 2

座長：本谷 聡（札幌厚生病院　IBDセンター）

[P48-4] 炎症性マクロファージ誘導に寄与するサイトカインの検討

*長谷川 晃一[1]、三上 洋平[1]、角田 潤哉[1,2]、伊藤 虎太郎[1]、田島 百合[1]、杉本 真也[1]、清原 裕貴[1]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学（消化器）、2. 慶應義塾大学医学部一般・消化器外科)

【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組織傷害シグナルに応答して特徴的な炎症性マクロファージ集団が出現する。われわれはこれまでに、実験的腸炎組織においてIl1b、Tnfなどを高発現する炎症性マクロファージ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マクロファージの誘導に寄与するサイトカインを同定することを目的とした。
【方法】
チオグリコール酸誘導腹腔滲出細胞（PEC）由来マクロファージを回収し、TNF-α、IFN-γ、IFN-β、TGF-βなどの炎症関連サイトカインで刺激した細胞についてRNA-sequencingによる網羅的遺伝子発現解析データの再解析を行った。さらに、実験的腸炎モデルから得られた炎症性マクロファージの遺伝子発現シグネチャーとの比較解析を行い、各サイトカイン刺激が腸炎関連炎症性マクロファージの形質の誘導能につき評価した。
【結果】
サイトカイン刺激によりマクロファージの遺伝子発現プロファイルは大きく変化した。特にTNF-α刺激群では、炎症性マクロファージに特徴的な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、IFN-γ刺激およびIFN-βではインターフェロン誘導遺伝子群が優位に誘導された一方で、TNF-α刺激群が腸炎組織由来炎症性マクロファージの転写プログラムと最も高い類似性を示した。これらの結果から、腸炎に伴う炎症性マクロファージの形成にはTNFシグナルが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、腸炎組織で認められる炎症性マクロファージの転写プログラムはTNF刺激によって最も強く再現された。TNFシグナルは炎症性マクロファージの形成を制御する主要な因子であり、炎症性腸疾患における新たな病態理解および治療標的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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター11
一般演題（ポスター）48　炎症性腸疾患 2
座長：本谷 聡（札幌厚生病院　IBDセンター）

[P48-5] 神経ベーチェット病に対する免疫抑制療法中に発症した同時性多発大腸癌の1例

*加藤 秀明[1]、斉藤 浩志[1]、川口 雅彦[1]、渡邊 透[1] (1. 横浜栄共済病院外科)

（はじめに）
ベーチェット病（BD）に悪性腫瘍を合併することは比較的稀であり，特に同時性多発癌の報告は数%以下と極めて少ない．今回我々は，神経BDに対し長期免疫抑制療法中に発症した同時性多発大腸癌の1例を経験したため，文献的考察を加えて報告する．
（症例）
50代，男性．貧血の精査目的で行われた下部消化管内視鏡検査（TCS）にて，上行結腸およびS状結腸に進行癌を認め，精査加療目的に当科紹介となった．
既往歴として神経BDがあり，視覚障害と糖尿病を合併していた．腸管病変は認めないが，神経症状の維持治療としてプレドニゾロン（5mg/日），メトトレキセート（5mg/週），インフリキシマブ（5mg/kg，6週毎），およびコルヒチンの長期投与を受けていた．
TCSでは，上行結腸に4cm大の2型病変，S状結腸に5cm大の2型病変を認め，いずれも生検で高分化型腺癌と診断された．また，計10個のポリープに対しEMRを施行し，すべて管状腺腫であった．CT検査で遠隔転移や有意なリンパ節腫大を認めず，cStage II（T3N0M0）の同時性多発大腸癌と診断した．
（手術・経過）
周術期管理としてステロイドカバーを施行し，腹腔鏡補助下結腸右半切除術およびS状結腸切除術を施行した．術後2日目に顔面のしびれを自覚したが，頭部MRIで異常を認めず，一過性の神経症状と判断した．その後は順調に経過し，術後12日目に軽快退院となった．術後病理結果は，上行結腸癌（pT2N1M0, pStage IIIa），S状結腸癌（pT3N0M0, pStage IIa）であった．
（考察）
BDにおける発癌メカニズムとして，抗TNF-α製剤を含む長期的な免疫抑制状態が多発癌の発生に関与した可能性が示唆された．本症例のように高度な薬物療法下にある症例では，定期的なスクリーニング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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター11

一般演題（ポスター）48　炎症性腸疾患 2

座長：本谷 聡（札幌厚生病院　IBDセンター）

[P48-6] 潰瘍性大腸炎に伴う肛門周囲膿瘍に対して、Seton法が著効した1例

*亀髙 真由子[1,2]、藤田 正太郎[2]、星野 啓太[2]、圓谷 秀哲[2]、早瀬 傑[2]、八島 玲[2]、坂本 渉[1,2]、河野 浩二[2] (1. 福島県立医科大学会津医療センター消化器外科、2. Department of Gastrointestinal Tract Surgery, Fukushima Medical University Hospital)

【はじめに】
潰瘍性大腸炎（Ulcerative colitis：以下UC）における肛門周囲病変の合併は、クローン病（Crohn’s disease：以下CD）と比較して数%程度と比較的稀であり、その臨床的特徴や治療方針には定まった見解が少ない。
生物学的製剤で加療中のUCに膿皮症を伴う肛門周囲膿瘍を合併し、Seton法が奏効した貴重な症例を経験したので報告する。
【症例】
症例は68歳男性。当院消化器内科にてUCに対して生物学的製剤とステロイドで外来加療中であった。再燃を繰り返す難治性の全大腸型UCだった。加療開始4年後に肛門周囲の疼痛、腫脹、熱感が出現した。消化器内科にて切開排膿、抗菌薬投与を行ったが、排膿が継続し外科紹介となった。骨盤MRIで臀部皮下から肛門6時方向に膿瘍形成を認め、肛門周囲膿瘍と診断した。臀部は炎症を伴い、臀部の外観は膿皮症となっていた。高度な炎症と薬物療法の影響を考慮し、Seton法による持続ドレナージを選択した。術後、排膿の減少とともに、難治であった肛門周囲の膿皮症も徐々に改善した。半年後にSetonを抜去し、以後再発なく経過している。
【考察】
UCに伴う肛門周囲病変はCDとの鑑別が重要となるが、本症例のように全大腸炎型や難治例において発生することがある。UCに肛門周囲膿瘍が合併することは比較的稀である。医学中央雑誌で「潰瘍性大腸炎」「肛門周囲膿瘍」をキーワードに原著論文のある報告を検索すると、23例の報告を認めたのみであった。治療においては、痔瘻根治術は創治癒不全のリスクがある。しかし内科的治療のみでは局所制御が困難なことが多い。本症例では、生物学的製剤による全身管理下で、Seton法による適切な外科的ドレナージを行ったことが、随伴する皮膚病変を含めた良好な転帰に寄与したと考えられた。
【まとめ】
肛門周囲膿瘍を合併したUCの1例を経験した。UCに合併する肛門周囲膿瘍の特徴やその治療法について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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター11

一般演題（ポスター）49　炎症性腸疾患 3

座長：大北 喜基（三重大学医学部消化管・小児外科）

[P49-1] 高齢潰瘍性大腸炎手術症例における臨床的特徴と短期成績の検討

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

[P49-2] 潰瘍性大腸炎に対する2期分割手術後の人工肛門閉鎖後5年間における腎機能低下の検討

*二木 了[1]、小川 真平[1]、伊藤 俊一[1]、前田 新介[1]、前田 文[1]、谷 公孝[1]、松尾 夏来[1]、腰野 蔵人[1]、近藤 侑鈴[1]、金子 由香[1]、番場 嘉子[1]、山口 茂樹[1] (1. 東京女子医科大学消化器・一般外科)

[P49-3] ロボット支援大腸全摘術における多領域操作戦略と教育モデルの検討

*鈴木 卓弥[1]、山川 雄士[1]、加藤 潤紀[1]、浅井 宏之[1]、上原 崇平[1]、加藤 瑛[1]、牛込 創[1]、髙橋 広城[2]、瀧口 修司[1] (1. 名古屋市立大学消化器外科、2. 名古屋市立大学附属西部医療センター消化器外科)

[P49-4] 潰瘍性大腸炎診断時の便培養検査の実態と意義

*白井 孝之[1]、垣迫 健介[1]、五十嵐 亮[1]、塩沢 牧子[1]、石垣 智之[1]、権 勉成[1]、宮島 綾子[2]、植田 吉宣[2]、佐々木 一憲[2]、江間 玲[2]、平山 亮一[2]、大塚 亮[2]、齊藤 修治[2]、白畑 敦[3] (1. 横浜新緑総合病院消化器内科、2. 横浜新緑総合病院消化器センター・外科、3. しらはた胃腸肛門クリニック横浜)

[P49-5] 潰瘍性大腸炎に対する2/3期手術後の発熱と術後合併症に関する検討

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

[P49-6] 潰瘍性大腸炎術後High-Output Syndromeの予測因子と診断基準に関する検討

*池田 堅登[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教室（一般・消化器))

[P49-7] 集約的全身管理後に手術を施行し、救命し得たMODS合併劇症UC（ASUC）の一例

*鳥谷 建一郎[1]、木村 英明[1]、今西 康太[1]、本間 実[1]、山本 峻也[1]、紫葉 裕介[1]、古要 優樹[1]、春山 芹奈[1]、谷口 勝城[1]、中森 義典[1]、国崎 玲子[1]、諏訪 雄亮[2]、小澤 真由美[2]、遠藤 格[3] (1. 横浜市立大学市民総合医療センター炎症性腸疾患センター、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター、3. 横浜市立大学附属病院消化器・腫瘍外科学)

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター11

一般演題（ポスター）49　炎症性腸疾患 3

座長：大北 喜基（三重大学医学部消化管・小児外科）

[P49-1] 高齢潰瘍性大腸炎手術症例における臨床的特徴と短期成績の検討

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

【背景】近年、潰瘍性大腸炎（UC）治療は生物学的製剤の導入により大きく変化し、内科的治療成績は向上している。一方で長期経過に伴い高齢になってから手術適応に至る症例の増加が今後予想される。高齢者では術前栄養状態や併存疾患、身体機能低下などを背景に周術期合併症リスクの上昇が懸念される。そこで、当院におけるUC手術症例を対象に高齢者と非高齢者の臨床的特徴および術式・短期成績を比較検討した。
【方法】2010年4月から2025年12月までに当院でUCに対して手術を施行した65例を対象に後ろ向き解析を行った。65歳以上を高齢者群、65歳未満を非高齢者群と定義し、術前患者背景、手術適応（緊急手術、出血・穿孔、難治、癌・異形成）、術式および術後短期成績について比較した。
【結果】65例の内訳は男性41例、女性24例、年齢中央値57歳（19-82歳）、病悩期間中央値６年（0-33年）であった。高齢者群20例（30.8%）、非高齢者群45例（69.2%）であった。ASA-PSおよび 男女比に有意差は認めなかったが、術前アルブミン値は高齢者群で有意に低値であった（2.9 vs. 3.5；p=0.01）。また術前PNI、CONUTスコアはいずれも高齢者群で有意に不良であり（p=0.02,p=0.02）、術前栄養状態の低下が認められた。1期的手術が高齢者群で11例（55.0%）、非高齢者群が8例（17.8%）と高齢者群で有意に多かった（p=0.01）。手術適応については両群で有意差は認めなかった。術後合併症に関して、Clavien-Dindo分類III以上の重篤な合併症率に有意差は認めなかった一方で、SSIは高齢者群で有意に高率であった（35.0% vs.8.9%; p=0.03)。
【結語】高齢UC手術症例では、非高齢者と比較して術前栄養状態が不良であり、SSI発生率も高かった。一方、重篤な術後合併症率に差は認めず、適切な周術期管理により安全な手術遂行は可能と考えられた。高齢UC患者に対しては、周術期栄養介入およびSSI予防対策を強化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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター11

一般演題（ポスター）49　炎症性腸疾患 3

座長：大北 喜基（三重大学医学部消化管・小児外科）

[P49-2] 潰瘍性大腸炎に対する2期分割手術後の人工肛門閉鎖後5年間における腎機能低下の検討

*二木 了[1]、小川 真平[1]、伊藤 俊一[1]、前田 新介[1]、前田 文[1]、谷 公孝[1]、松尾 夏来[1]、腰野 蔵人[1]、近藤 侑鈴[1]、金子 由香[1]、番場 嘉子[1]、山口 茂樹[1] (1. 東京女子医科大学消化器・一般外科)

背景
潰瘍性大腸炎に対する大腸全摘・回腸嚢肛門管吻合術では、一時的回腸人工肛門が造設されることがある。人工肛門造設期間中には脱水や高排液に伴う腎機能低下が問題となるが、人工肛門閉鎖後の長期的な腎機能推移については十分に明らかでない。
目的
潰瘍性大腸炎に対する2期分割手術症例において、人工肛門閉鎖5年後の腎機能低下症例の特徴を明らかにする。
対象・方法
当院で潰瘍性大腸炎に対して2期分割手術を施行し、人工肛門閉鎖後5年間の腎機能を評価可能であった57例を対象とした。人工肛門閉鎖5年後のeGFRが60 mL/min/1.73 m^{2}未満となった症例を腎機能低下群、60 mL/min/1.73 m^{2}以上を維持した症例を非低下群とし、患者背景、手術関連因子、人工肛門関連因子、eGFRの推移を比較検討した。
結果
人工肛門閉鎖5年後にeGFR 60 mL/min/1.73 m^{2}未満となった症例は13例、60 mL/min/1.73 m^{2}以上を維持した症例は44例であった。腎機能低下群では、非低下群と比較して初回手術時年齢が高く、中央値はそれぞれ59歳、40歳であった。また、術前罹病期間は14年、8年、UC発症年齢は35歳、25歳であり、腎機能低下群で高い傾向を認めた。手術時間、出血量、人工肛門1日最大排泄量、初回手術から人工肛門閉鎖までの日数には明らかな差を認めなかった。eGFR中央値は、腎機能低下群で初回術前65.7、人工肛門閉鎖前48.1、閉鎖5年後50.6 mL/min/1.73 m^{2}であった。一方、非低下群ではそれぞれ99.6、85.0、80.4 mL/min/1.73 m^{2}であった。腎機能低下群では、初回術前からすでにeGFRが低値であり、人工肛門閉鎖前までに大きく低下していた。
結論
潰瘍性大腸炎に対する2期分割手術後、2割の症例が人工肛門閉鎖5年後にeGFR 60 mL/min/1.73 m^{2}未満となった。これらの症例では、初回術前から腎機能が低く、人工肛門閉鎖前までにさらなる腎機能低下を認めていた。一方、人工肛門排泄量や人工肛門閉鎖までの日数などの周術期因子には明らかな特徴を認めなかった。人工肛門造設期間中の腎機能低下が閉鎖後長期腎機能に影響する可能性があり、人工肛門造設期間中からの腎機能管理と閉鎖後の長期的な腎機能フォロー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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター11

一般演題（ポスター）49　炎症性腸疾患 3

座長：大北 喜基（三重大学医学部消化管・小児外科）

[P49-3] ロボット支援大腸全摘術における多領域操作戦略と教育モデルの検討

*鈴木 卓弥[1]、山川 雄士[1]、加藤 潤紀[1]、浅井 宏之[1]、上原 崇平[1]、加藤 瑛[1]、牛込 創[1]、髙橋 広城[2]、瀧口 修司[1]
(1. 名古屋市立大学消化器外科、2. 名古屋市立大学附属西部医療センター消化器外科)

【背景】
ロボット支援下大腸全摘術は、結腸全域から骨盤深部まで連続して操作を行う高度な手術であり、鉗子干渉の回避や適切な牽引方向の確保、各操作部位に応じたターゲティング戦略が重要となる。一方で、多領域にわたる操作を伴う本術式では、術者の負担が大きく、教育機会の確保や手術の定型化も課題である。
【目的】
当科におけるロボット支援大腸全摘術の多領域操作に対する手技的工夫と短期成績、さらに教育的有用性について検討する。
【方法】
2021年3月から2026年3月までに当科で施行したロボット支援大腸全摘術9例を対象に後方視的検討を行った。臍部EZアクセスを含む6ポートで手術を行い、下行結腸から直腸、横行結腸から脾彎曲部、右側結腸から横行結腸の各場面に応じて使用ポートおよびターゲティングを適宜変更した。特に直腸操作では左側2ポートを鉗子として使用し、臍部カメラによる正中視野を確保した。また、術野展開に応じてアーム配置を柔軟に調整することで、鉗子干渉の軽減と安定した操作性の維持を図った。
【結果】
年齢中央値66歳、男性5例・女性4例であった。原疾患は潰瘍性大腸炎関連およびポリポーシスなどであった。
手術時間中央値619分（404–929）、出血量中央値185mL（0–1040）であった。
開腹移行は認めなかった。
術後の合併症に関しては1例（Clavien-Dindo grade III以上）に認めた。
術後在院日数中央値は19日（12–40）であった。
さらに、手術工程を複数のフェーズに分けて術者間で分担するロールシェア手術を導入することで、若手医師への教育機会を確保しつつ、安全性を担保した手術遂行が可能であった。
【結語】
ロボット支援大腸全摘術において、部位ごとのターゲティング変更と左側2鉗子運用は、多領域にわたる操作において鉗子干渉の軽減と安定した視野確保に有用であった。また、手術工程の分担を取り入れたロールシェア手術は、安全性と教育性を両立し得る手術戦略であり、本術式の定型化と普及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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター11

一般演題（ポスター）49　炎症性腸疾患 3

座長：大北 喜基（三重大学医学部消化管・小児外科）

[P49-4] 潰瘍性大腸炎診断時の便培養検査の実態と意義

*白井 孝之[1]、垣迫 健介[1]、五十嵐 亮[1]、塩沢 牧子[1]、石垣 智之[1]、権 勉成[1]、宮島 綾子[2]、植田 吉宣[2]、佐々木 一憲[2]、江間 玲[2]、平山 亮一[2]、大塚 亮[2]、齊藤 修治[2]、白畑 敦[3] (1. 横浜新緑総合病院消化器内科、2. 横浜新緑総合病院消化器センター・外科、3. しらはた胃腸肛門クリニック横浜)

【背景】
　炎症性腸疾患（IBD）の診断時には、主に感染性腸炎を除外する目的で、厚労省研究班の指針にて便培養検査が強く推奨されている。 一方、IBDにおいては感染性腸炎罹患のリスクが高く、更に感染性腸炎がIBDの発症や重症化・予後に関与する可能性の報告が散見される。
【目的】
　潰瘍性大腸炎（UC）患者における感染性腸炎合併の実態および、感染と病状や経過との関連を調査し、その意義を明確にするため、以下の検討を行った。
【対象と方法】
　202４年4月より2026年3月までに、当院を初診したか、あるいは当院で診断された潰瘍性大腸炎患者76名（男：女 50：26)、（年齢：15～81歳）を対象に便培養検査を施行し、主に感染性腸炎の原因となりうる病原菌の検出頻度、菌種、臨床所見との関連および経過を検討した。
【結果】
　ＵＣの病型は、全大腸炎型17例、左側大腸炎型25例、直腸炎型29例、その他5例であった。このうち11例で病原菌が検出された。初回検出時はいずれも活動期であり、多くは中等症以上であった。検出された菌種は、病原性大腸菌8件、黄色ブドウ球菌1件、カンピロバクター1件、*K. oxytoca*1件で、3例では複数菌種が検出された。また、病原性が不明なものとして、バクテロイデス属、エンテロバクター属、シトロバクター属も検出された。大腸菌の血清型はO-1, O-8, O-25, O-26, O-114, O-159と多彩であった。経過観察中に便培養の再検を行ったところ、3例で複数回同じ菌が検出された。そのうち2例は限定的にステロイドが使用されていた。また、異なる菌種が検出された例も1例みられた。
【結語】
　感染性腸炎は、ＵＣの発症や病像に影響を与えている可能性が示唆された。また、一部の患者では菌が比較的長期間腸内より排出されない現象がみられた。

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター11

一般演題（ポスター）49　炎症性腸疾患 3

座長：大北 喜基（三重大学医学部消化管・小児外科）

[P49-5] 潰瘍性大腸炎に対する2/3期手術後の発熱と術後合併症に関する検討

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

【背景】潰瘍性大腸炎（UC）に対する術後は、合併症を認めない症例においても一般的な直腸癌手術と比較して術直後の発熱や炎症反応が高く、その後も発熱が遷延する傾向を経験する。しかし、これまでにUC術後の発熱経過を定量的に評価した報告は乏しく、術後管理における指標も確立されていない。

【方法】当科で2014年1月から2026年３月にUCに対してロボット支援もしくは腹腔鏡下に2/3期手術を施行した38例を、2024年1月から2026年3月に直腸癌に対してロボット支援低位前方切除術または括約筋間直腸切除術を施行した77例と比較し、傾向スコアマッチングを用いて患者背景を調整ののち手術成績・術後短期成績を後方視的に検討した。また、UC症例において合併症と体温の関連について検討した。

【結果】UC群はより若年・BMI低値であり、手術時間は長く出血量は多かった。Clavien-Dindo分類Grade II以上の合併症は、UC群で11例（28.9%）、直腸癌群で9例（11.7%）に認めた。年齢とBMIを共変量とした傾向スコアマッチング（UC群28例, 直腸癌群53例）においても、手術時間は長く出血量が多かった。合併症を認めなかった両群において、POD1から退院日またはPOD7までの最高体温の推移を線形混合効果モデルを用いて検討したところ、マッチング前は両群同様の推移であったがUC群ですべての経過において高体温であった。一方、マッチング後は疾患群と術後日数の交互作用を認め（POD1,3,4: p<0.05）、直腸癌群では術直後より微熱であり穏やかに解熱傾向となる一方、UC群では術直後に高熱となる（POD1: 37.7℃）がPOD3, 4より解熱し以降は直腸癌群と同程度で推移していた。また、UC群における多変量解析では、ROC解析を用いて求めたカットオフ値、POD4での最高体温37.1℃以上は合併症の独立した予測因子として抽出された（OR: 10.70, 95%CI: 1.07-108.00, p=0.04）。

【結語】UCに対する2/3期術後は、直腸癌術後と比較し、術直後により高熱となるがPOD3に解熱し以降は直腸癌群と同程度で推移していた。また、POD4最高体温37.1℃以上は、合併症精査の追加評価を検討する簡便な指標となる可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター11

一般演題（ポスター）49　炎症性腸疾患 3

座長：大北 喜基（三重大学医学部消化管・小児外科）

[P49-6] 潰瘍性大腸炎術後High-Output Syndromeの予測因子と診断基準に関する検討

*池田 堅登[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教室（一般・消化器))

【目的】小腸人工肛門造設に伴うHigh-Output Syndrome(HOS)は脱水、電解質異常を招くが予測因子は不明瞭である。本研究は潰瘍性大腸炎手術時に造設した小腸人工肛門におけるHOSの予測因子を特定するとともに、HOSの適切な診断基準を検討することを目的とした。【方法】2013年4月から2024年5月に当院で施行した潰瘍性大腸炎手術において小腸人工肛門造設を施行した112例を後ろ向きに解析した。HOSはストマ排液量が3日連続で1日1500 mL以上を満たした時点で診断した。患者背景と術後合併症についてHOSの発生に影響を与える因子を統計学的に解析した。さらに術後の電解質異常の発生や止痢剤の使用の有無についても併せて検討を行った。【結果】HOSは42例(37.5%)で認めた。HOSの発症に影響を与える背景因子について単変量解析、多変量解析を行い、年齢(P= 0.02)、男性(P= 0.02) がHOS発生の独立した予測因子であった。今回使用した診断基準でHOSと診断された症例のうち20例で電解質異常を認めた一方で、HOSの診断基準を満たさなかった症例のうち25例で電解質異常を認めた。ストマ排液量がHOSの診断基準を満たした42例に加えて、この25例を含めた67例について同様の解析を行ったところ、男性(P= 0.02)、BMI(P= 0.02)、感染性合併症(P= 0.02)が独立した予測因子として同定された。また術後の止痢剤使用に注目すると、人工肛門造設後止痢剤を要さず、人工肛門閉鎖後に止痢剤を要した症例は24症例(21%)認め、HOS群と非HOS群の間で有意差は認めなかった(P= 0.34)。【結論】本コホートでHOSの独立した予測因子は若年と男性であった。広く用いられるストマ排液量による診断基準では電解質異常をきたす症例を十分に検出しきれず、臨床像全体を反映しない可能性がある。今回の検討では、術後排液量だけでなく電解質異常についてもHOSに関連する有害事象として考慮すると、術後経過がHOS発症に影響を与える可能性についても示唆された。さらに、人工肛門閉鎖後の頻回の下痢によるQOL低下については、従来の基準ではこれを予測できなかった。ストマ排液量だけに注目するのではなく、電解質異常や患者のQOLなどを考慮した基準を検討する必要があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター11

一般演題（ポスター）49　炎症性腸疾患 3

座長：大北 喜基（三重大学医学部消化管・小児外科）

[P49-7] 集約的全身管理後に手術を施行し、救命し得たMODS合併劇症UC（ASUC）の一例

*鳥谷 建一郎[1]、木村 英明[1]、今西 康太[1]、本間 実[1]、山本 峻也[1]、紫葉 裕介[1]、古要 優樹[1]、春山 芹奈[1]、谷口 勝城[1]、中森 義典[1]、国崎 玲子[1]、諏訪 雄亮[2]、小澤 真由美[2]、遠藤 格[3] (1. 横浜市立大学市民総合医療センター炎症性腸疾患センター、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター、3. 横浜市立大学附属病院消化器・腫瘍外科学)

重症潰瘍性大腸炎（ASUC）に対する治療成績は向上しているが、多臓器障害（MODS）合併例の予後は依然不良である。MODSを伴うASUCに対し集約的全身管理後に手術を施行し救命し得た症例を経験し、治療戦略上の課題を検討した。
症例：44歳男性。UCの治療自己中断後に再燃し、前医でステロイド大量静注療法を受けるも増悪し当院転院となった。転院時、白血球増多(14700/μL)、低アルブミン血症(1.8 g/dL)、横行結腸の拡張(9 cm)を認め、中毒性巨大結腸症と診断した。腎障害（Cre 2.69 mg/dL）、高度肝障害（AST/ALT 1333/938 IU/L）、凝固異常（PT-INR 3.26）、電解質異常、たこつぼ心筋症を認め、MODSを伴う全身状態不良であったが、循環動態は保たれていた。術中死亡リスクが高いと判断し、臓器障害の可逆性を考慮して集中治療室での全身管理を優先した。集中治療によりMODSの進行は抑制されていたが、腸管拡張は改善せず、転院6日目に穿孔性腹膜炎を発症し、緊急で結腸亜全摘術を施行した。高度炎症および腸管浮腫により術野確保が困難であり、術中に副右結腸静脈を損傷し、止血に難渋した。術後は腹部コンパートメント症候群、腹腔内膿瘍、膵損傷、仮性動脈瘤破裂、肺炎、脳出血、血栓症など多彩な合併症を認めたが、集約的治療により軽快し退院した。術後早期の造影CTで門脈血栓を認め、臨床経過から術前から存在していた可能性が考えられた。
考察：本症例では臓器障害の可逆性を期待して手術を一時回避した。しかし結果的に穿孔に至り、手術タイミングの判断が課題であった。術後に判明した門脈血栓は、術前の高度肝障害および凝固異常の一因であった可能性が考えられる。また、本症例のような視野不良な腸管手術では安全な位置での腸間膜処理を含めた手術戦略が重要であることが再確認された。
結語：集約的全身管理後に手術を施行し救命し得たMODS合併ASUCを経験した。術前の臓器障害の病態評価に加え、適切な手術タイミングの判断および視野不良下での手術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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター12

一般演題（ポスター）50　憩室疾患 2

座長：柳 舜仁（川口市立医療センター消化器外科）

[P50-1] 大腸憩室炎に対する外科治療を考える

*近藤 圭策[1]、天上 俊之[1]、河合 功[1]、杉 朋樹[1]、中田 英二[1] (1. 鳳胃腸病院外科)

[P50-2] 当院における結腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対する腹腔鏡下手術の治療成績の検討

*穂坂 美樹[1]、山下 愛矢[1]、村石 龍[1]、小堀 秀一[1]、吉田 隼人[1]、木村 友洋[1]、堂本 佳典[1]、牛久 秀樹[1]、若林 正和[1]、相崎 一雄[1]、船津 健太郎[1] (1. 相模原協同病院)

[P50-3] 腹腔内膿瘍・敗血症を併発したが、保存的治療にて救命し得た高CEA血症を伴うS状結腸憩室穿通の1例

*鈴木 伸一[1]、堤 靖彦[1]、岡山 政由[1]、中村 律子[2] (1. 東海記念病院消化器内科、2. 愛知医科大学病理学講座)

[P50-4] 虫垂憩室を伴う虫垂穿孔の１例

*矢島 沙織[1]、河合 雅也[1]、丸山 弘[1]、山口 真彦[1]、黒田 徹[1]、松本 力雄[1] (1. 赤心堂病院)

[P50-5] 虫垂腫瘍との鑑別が困難であった虫垂憩室症の1例

*竹内 正昭[1] (1. 武蔵ケ丘病院外科)

[P50-6] 術前に悪性腫瘍が疑われた上行結腸憩室穿通による胆嚢結腸瘻の一例

*巷野 佳彦[1]、宮倉 安幸[2]、森田 大作[1]、武藤 雄太[1]、内藤 善久[1]、今井 順[1] (1. 白岡中央総合病院外科、2. 栃木県立がんセンター大腸骨盤外科)

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター12

一般演題（ポスター）50　憩室疾患 2

座長：柳 舜仁（川口市立医療センター消化器外科）

[P50-1] 大腸憩室炎に対する外科治療を考える

*近藤 圭策[1]、天上 俊之[1]、河合 功[1]、杉 朋樹[1]、中田 英二[1] (1. 鳳胃腸病院外科)

【はじめに】2026年2月に本邦より、大腸憩室症（憩室出血・憩室炎）ガイドライン（GL）2026が発刊された。当施設で大腸憩室炎に対して外科治療を行った症例を後方視的に検討し、新GLと照らし合わせたうえで治療方針の妥当性,および新GLの問題点を検証する。【対象と方法】2015年1月から2026年5月の間に憩室炎疾患に対して手術を行った27例を対象とする。これらの手術理由および術後成績を検証する。 また新GLと照らしわせたうえでの手術理由の妥当性についても検証を行なう。【結果】性別は、男性/女性, 16/11であった。年齢中央値は、60歳(2X-8X歳)であった。緊急手術7例,待機手術が20例であった。腹腔鏡下手術が26例,開腹手術症例が1例であった。手術に至った理由は、①反復する膿瘍を伴わない憩室炎,３例,②保存的治療に抵抗,6例, ③狭窄,13例,④汎発性腹膜炎, ２例,⑤結腸・膀胱瘻等,3例であった。選択術式は、ハルトマン手術 4例, S状結腸切除術8例,結腸左半切除術 12例,右結腸切除術1例,ドレナージ＋ストーマ造設 2例,であった。手術時間は中央値218分(64-530分),出血量は中央値20ml(5-800ml)であった。開腹移行例は3例(11.5%)であった。CD III以上の合併症は認めなかった。また①以外は、新GLに明記された理由での手術であった。【まとめ】当施設の憩室炎に対する手術の術後成績は良好であり、腹腔鏡下手術が概ね安全に行われていると言える。また手術理由に関しても、ほぼ新GLに明記されている理由であり,現時点で妥当であると考える。ただし反復する膿瘍を伴わない憩室炎に対する手術に関しては、新GLでも明言は避けられていた。当施設では、短期間に複数回の入院を繰り返す現役世代の方に対し,手術を行っていた。今後このようなケースに対する適応についても、より具体的で明確な手術適応基準が定められることを望む。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター12

一般演題（ポスター）50　憩室疾患 2

座長：柳 舜仁（川口市立医療センター消化器外科）

[P50-2] 当院における結腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対する腹腔鏡下手術の治療成績の検討

*穂坂 美樹[1]、山下 愛矢[1]、村石 龍[1]、小堀 秀一[1]、吉田 隼人[1]、木村 友洋[1]、堂本 佳典[1]、牛久 秀樹[1]、若林 正和[1]、相崎 一雄[1]、船津 健太郎[1] (1. 相模原協同病院)

食生活の欧米化や高齢化にともない, 結腸憩室保有率は増加している. それに伴い憩室に起因する結腸膀胱瘻の報告も増加傾向にある. 今回, 当院で結腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対して行った腹腔鏡下手術の治療成績を報告する.
2020年4月から2025年12月までに当院で腹腔鏡下手術を施行した結腸膀胱瘻7例を対象とし, 膀胱以外に瘻孔を認めた症例は除外した.
年齢は中央値62歳, すべて男性であった. BMIは22.1で, 1例に開腹手術の既往を認めた.
初期症状は混濁尿が多く, 尿培養を行った5例全例でE. Coliが検出された. 画像検査はCTでの気尿を全例に認め, 膀胱鏡で炎症・浮腫が3例, 瘻孔形成が4例に認めた.
注腸造影もしくは膀胱造影で結腸と膀胱の交通が確認できたのは3例のみであった.
手術は全例術前尿管ステントを留置して行い, S状結腸切除術を6例, ハルトマン手術を1例施行した. その中で1例は口側の腸管の浮腫が著明で脆弱であったため, diverting ileostomyを追加した. 手術時間中央値322分, 出血量120ml. 術中に膀胱の処置を必要としたものはなく, 瘻孔切除のみで終了した.
術後尿道カテーテルの留置期間は6日, 術後在院日数は13日であった. 合併症は腹腔内血腫が1例, 炎症の遷延が1例あったが, Clavien-Dindo分類Ⅲa以上の合併症はなかった.
治療は瘻孔の自然閉鎖が困難なことから手術が第一選択とされており, 近年は腹腔鏡下手術を行う症例が増加している. 当院でも他の臓器への影響が強い症例や膿瘍形成している症例以外は腹腔鏡下手術を第一選択としているが, 今までの症例は比較的安全に手術し得た.
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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター12

一般演題（ポスター）50　憩室疾患 2

座長：柳 舜仁（川口市立医療センター消化器外科）

[P50-3] 腹腔内膿瘍・敗血症を併発したが、保存的治療にて救命し得た高CEA血症を伴うS状結腸憩室穿通の1例

*鈴木 伸一[1]、堤 靖彦[1]、岡山 政由[1]、中村 律子[2] (1. 東海記念病院消化器内科、2. 愛知医科大学病理学講座)

【初めに】本邦の下部消化管穿孔・穿通は癌腫によるものが多く、憩室の頻度は少ないとされるが、食生活の欧米化等に伴い、憩室を原因とする穿孔・穿通が増加している。この度我々は高度な炎症所見を示し、腹腔内膿瘍・敗血症を併発したが、保存的治療にて救命し得た高CEA血症を伴うS状結腸憩室穿通の一例を経験した。若干の文献的考察を交えて報告する。【症例】60歳男性【主訴】下腹部痛【既往歴】なし【生活歴】喫煙歴：40本×40年、飲酒歴：2合/日×40年【経過】1週前より食思不振が出現し嘔吐を繰り返した。2日前より下腹部正中を中心とする腹痛を自覚し当院を受診。採血ではWBC：16,740/μL、CRP：25.63mg/dlと高度な炎症所見を示し、CEA：9.3ng/mlと高値を認めた。腹部CTではS状結腸に多発する憩室と限局性浮腫性壁肥厚像を認めると共にS状結腸間膜にairを伴う軟部影を認めた。腹腔内膿瘍を併発したS状結腸憩室穿通と診断、同日緊急入院。禁食+補液+TAZ/PIPC投与による保存的加療を開始。その後、炎症の軽快傾向と第7病日に施行した腹部CTでは膿瘍の縮小傾向を認めた。入院時に採取した血液培養からはE.coliが検出された。第19病日に上下部内視鏡を施行。上部内視鏡では十二指腸下行脚にφ10mm大の腸型の管状腺腫を認めたが胃癌や乳頭部癌は認めなかった。大腸内視鏡ではS状結腸粘膜は全体に浮腫状で憩室の多発を認めたが穿通部の指摘は困難だった。一方AV30cm近傍のS状結腸に、複数の1型腫瘍様に観察される隆起性病変や2型腫瘍様に観察される周堤を伴った陥凹性病変を認めたが、いずれもNBI拡大観察では良性病変と考えられた。病理学的所見では、杯細胞の保たれた腺管、リンパ球・形質細胞浸潤を認め、腺上皮下に好酸性物質の沈着を認めたが腺癌の所見は認めなかった。その後の経過は良好で当院退院後は憩室炎の再燃はみられていない。【結語】穿孔・膿瘍・瘻孔を合併した大腸憩室炎患者の死亡率は一般のそれと比較すると4.6倍高いとされ、入院期間が長く死亡例も多い。重篤な合併症を有する憩室炎を治療するにあたっては、診療ガイドラインを踏まえた上で、外科的治療も見据えた適時の病態に応じた適切な治療選択が必要である。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター12

一般演題（ポスター）50　憩室疾患 2

座長：柳 舜仁（川口市立医療センター消化器外科）

[P50-4] 虫垂憩室を伴う虫垂穿孔の１例

*矢島 沙織[1]、河合 雅也[1]、丸山 弘[1]、山口 真彦[1]、黒田 徹[1]、松本 力雄[1] (1. 赤心堂病院)

【はじめに】
虫垂憩室は比較的まれな疾患で、虫垂炎発症時には穿孔や膿瘍形成なとの重症化リスクが高いとされている。しかし虫垂炎発症早期から虫垂憩室を伴っていることを指摘するのは困難で、腫瘤形成性虫垂炎、虫垂腫瘍、付属器疾患との鑑別を要することがある。虫垂炎治療開始時には保存的加療や手術適応などの治療方針の決定の際には鑑別する必要がある。

【症例】
症例は48歳女性で、腹痛出現し救急搬送。前医CTで急性虫垂炎と診断され当院へ紹介転院となった。当院でCT再検し虫垂腫大と右卵巣嚢腫疑い、腹部超音波検査で虫垂腫大とともに虫垂内腔に嚢胞性病変を認めたが、右卵巣嚢胞は指摘されなかった。
保存的加療開始したが、第3病日にて腹部症状の改善乏しく、炎症高値あり、保存的加療の限界と判断し緊急手術とした。
腹腔鏡にて腹腔内観察すると骨盤内と両側傍結腸溝には混濁した腹水貯留を認めた。虫垂には発赤腫脹を認め急性虫垂炎に矛盾しない所見であり、腹腔鏡下虫垂切除術を施行することとした。虫垂間膜を順行性に処理し虫垂根部で切除した。
切除標本を観察すると虫垂中腹に球状に突出する構造を認め、虫垂憩室の存在が考えられた。病理結果では組織学的にこの突出部位について、高度の好中球浸潤を伴う腹膜脂肪組織や肉芽組織から成る炎症性に癒着した軟部組織が主体と考えられた。また穿孔部の近傍では粘膜上皮が深部方向に陥入する領域を認めており、仮性憩室を起因とする虫垂穿孔の可能性が示唆された。
術前検査で虫垂憩室の併存を指摘するに至らなかったが、CTで右卵巣嚢腫様の嚢胞性病変を認めたこと、腹部超音波検査で虫垂に嚢胞性の構造を認めたことより、後方視的には虫垂憩室の可能性があったと考えられた。

虫垂憩室は穿孔や膿瘍形成を引き起こしやすく重症化するリスクが高いとされている。急性虫垂炎において保存的加療を行う際に、虫垂憩室が早期診断困難例が多いことを認識した上で経過観察する必要があると考えられる。
今回われわれは腹腔鏡下に切除した虫垂仮性憩室を伴う虫垂穿孔の１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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター12

一般演題（ポスター）50　憩室疾患 2

座長：柳 舜仁（川口市立医療センター消化器外科）

[P50-5] 虫垂腫瘍との鑑別が困難であった虫垂憩室症の1例

*竹内 正昭[1] (1. 武蔵ケ丘病院外科)

症例は86歳、女性。嘔気と倦怠感が出現し症状改善しないため、家族が救急要請し救急車で当院搬入となった。腹部単純CTで虫垂末梢側の腫脹を認めた。腹部超音波検査で虫垂先端部のみ17mmと著明に腫大していたが、内腔は虚脱しており、不整な壁肥厚が主体のように見え、ドップラー上、血流も豊富であった。腫脹部直上での圧痛や反跳痛は全く見られず、炎症よりも虫垂腫瘍が疑われた。精査、加療目的にて当科入院となった。CEA:7.0 ng/mlと腫瘍マーカーの上昇を認め、腹部造影CTで虫垂根部から約1.2cm末梢に2.5 X 1.8cm大の造影効果を伴う腫瘤様腫大を認め、周囲中枢側に数mmのリンパ節を認めた。下部消化管内視鏡検査では、虫垂開口部がSMT様に隆起していたが、明らかな粘膜異常は認めなかった。虫垂腫瘍の診断で虫垂癌の可能性も考え腹腔鏡(補助)下回盲部切除、D3郭清を施行した。虫垂は末梢側約2/5にかけて腫大しており、虫垂の中枢側は後腹膜に、末梢側は小腸間膜に癒着していた。病理組織検査結果は盲腸憩室症で腫瘍性病変は認めなかった。虫垂憩室症は比較的まれな疾患で虫垂腫瘍との鑑別を要することもある。今回、虫垂腫瘍との鑑別が困難で虫垂癌の可能性も考え腹腔鏡(補助)下回盲部切除、D3郭清を施行したが、病理組織検査結果は虫垂憩室症であった1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター12
一般演題（ポスター）50　憩室疾患 2
座長：柳 舜仁（川口市立医療センター消化器外科）

[P50-6] 術前に悪性腫瘍が疑われた上行結腸憩室穿通による胆嚢結腸瘻の一例

*巷野 佳彦[1]、宮倉 安幸[2]、森田 大作[1]、武藤 雄太[1]、内藤 善久[1]、今井 順[1] (1. 白岡中央総合病院外科、2. 栃木県立がんセンター大腸骨盤外科)

【はじめに】
胆嚢結腸瘻は内胆汁瘻の一型であり比較的まれな疾患とされる。胆嚢結腸瘻は過去の報告では胆嚢によるものがほとんどで結腸によるものは稀である。今回我々は術前に癌が疑われ、上行結腸憩室による胆嚢結腸瘻の貴重な一例を経験したため報告する。
【症例】
75歳、女性。高血圧、糖尿病で当院かかりつけ。検診目的に施行した腹部CTで総胆管結石を認め、精査加療目的に当科紹介となった。
腹部症状は認めず、採血上炎症反応は正常で、肝胆道系酵素の上昇を認めた。CT上胆嚢は萎縮し内腔にガスと結石を認め、上行結腸と近接していた。上行結腸から横行結腸は憩室が多発し、総胆管に結石と拡張を認めた。そのため総胆管結石の採石を先行し、その後根治術の方針とした。
採石後下部消化管内視鏡検査を施行した。上行結腸に憩室が多発し、肝弯曲部に陥凹を認め、浮腫や発赤、排膿も認めたが正面視はできなかった。同部位を生検し点墨とクリップによるマーキングを行った。生検結果は炎症所見のみであった。注腸検査では、上行結腸からS状結腸にかけて憩室を認め、肝弯曲部にクリップとapple core signを疑う狭窄を認めた。
以上から上行結腸癌による胆嚢結腸瘻、慢性胆嚢炎を疑い、腹腔鏡下に胆嚢摘出術とリンパ節郭清を伴う結腸右半切除術を施行した。術中所見では胆嚢は萎縮し横行結腸および肝床部と強固に癒着していた。結腸の剥離授動を先行し胆嚢を肝床から剥離した。体外で胆嚢と結腸を一塊にして摘出し機能的端々吻合で再建を行った。術後経過良好で術後第11病日に退院した。
病理診断は結腸憩室の胆嚢への穿孔と慢性胆嚢炎を認め、悪性所見は認めなかった。
【考察】
医中誌で「胆嚢結腸瘻」のキーワードで検索(会議録は除く)すると、2000年以降で54症例の報告があった。胆嚢結腸瘻の原因はほとんどが胆嚢由来であり、大腸由来の症例報告は虚血性腸炎による1例のみであった。
また本症例では胆嚢摘出術およびリンパ節郭清を伴う結腸右半切除術を施行した。過去の報告では胆嚢炎や胆嚢癌による胆嚢結腸瘻では横行結腸部分切除にとどめていたが、本症例では悪性所見の可能性があったため妥当な術式と考える。

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター12

一般演題（ポスター）51　虫垂炎・腹膜炎

座長：茅野 新（東海大学医学部消化器外科学）

[P51-1] 上部消化管バリウム造影検査後にS状結腸穿孔を来し、穿孔部腸切除と一期的吻合を行った1例

*徳永 真和[1]、森田 隼登[1]、小野 紘輔[1]、住谷 大輔[1] (1. 県立二葉の里病院外科・消化器外科)

[P51-2] 急性汎発性腹膜炎における宿便性大腸穿孔の臨床的特徴と治療成績の検討

*清住 雄希[1]、島﨑 雅士[1]、松石 梢[1]、堀之内 誠[1]、八木 泰佑[1]、中村 健一[1]、甲斐田 剛圭[1]、山村 謙介[1]、辛島 龍一[1]、今井 克憲[1] (1. 済生会熊本病院　外科)

[P51-3] 宿便性大腸穿孔の開腹手術治療成績

*佐々木 勉[1]、高澤 博人[1]、谷 明恵[1]、大嶺 孝仁[1]、栗本 信[1]、持田 郁己[1]、谷 昌樹[1]、稲本 将[1]、戸田 孝祐[1]、大江 秀典[1]、山中 健也[1] (1. 滋賀県立総合病院外科)

[P51-4] 敗血症性ショックと播種性血管内凝固を呈した腹部自覚症状に乏しい汎発性腹膜炎を伴う穿孔性急性虫垂炎の一例

*小林 豊[1]、梅谷 有希[1]、加藤 真司[1] (1. 医療法人医仁会さくら総合病院消化器病センター)

[P51-5] 急性虫垂炎における重症度診断の不確実性　―汎発性腹膜炎症例について―

*多木 雅貴[1]、濱口 拓哉[1]、宮本 好晴[1]、豊田 昌夫[1] (1. 北摂総合病院一般消化器外科)

[P51-6] 当院における汎発性腹膜炎を伴う急性虫垂炎手術症例29例の検討

*平田 祥太郎[1]、須藤 剛[1]、望月 秀太郎[1]、佐藤 圭佑[1]、深瀬 正彦[1]、飯澤 肇[1] (1. 山形県立中央病院外科)

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター12

一般演題（ポスター）51　虫垂炎・腹膜炎

座長：茅野 新（東海大学医学部消化器外科学）

[P51-1] 上部消化管バリウム造影検査後にS状結腸穿孔を来し、穿孔部腸切除と一期的吻合を行った1例

*徳永 真和[1]、森田 隼登[1]、小野 紘輔[1]、住谷 大輔[1] (1. 県立二葉の里病院外科・消化器外科)

上部消化管バリウム造影検査後の下部消化管穿孔は極めて稀であり，その死亡率は高く非常に重篤な疾患である．今回我々は胃透視後にS状結腸穿孔・バリウム腹膜炎を来し，手術で一期的吻合を行い、良好な経過を得た一例を経験したので報告する．
症例は63歳，女性．検診による胃透視の4日後より腹痛出現し来院．下腹部全体に圧痛と筋性防御があり，腹部X 線写真，腹部CT 検査にて骨盤内で腸管外へのバリウム漏出を認め，下部消化管穿孔によるバリウム腹膜炎と診断し、緊急手術を施行した．手術所見はS状結腸に500円玉大の穿孔部を認め、骨盤内に4cm大の落下バリウム糞石を認めた。また骨盤内と左傍結腸溝にバリウム混じりの混濁腹水を認め，S状結腸穿孔と汎発性腹膜炎の診断であった。S状結腸切除・吻合、予防的虫垂切除、腹腔ドレナージを行い、手術を終了した。
術後に表層SSIを認めるも、その他大きな合併症なく術後21日目に退院となった。
下部消化管穿孔による腹膜炎手術では通常ハルトマン手術や、吻合を行った場合でも一時的人工肛門造設追加が選択されるが、患者より強く人工肛門拒否の訴えがあり、器械吻合による一期的吻合を行った。
下部消化管穿孔によるバリウム腹膜炎のこれまでの報告で、一期的吻合が行われたのは1件のみであった。
症例や穿孔部位、全身状態の程度によっては一期的吻合もひとつの選択肢となる得るものと考えられた。若干の文献的考察を行い、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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター12

一般演題（ポスター）51　虫垂炎・腹膜炎

座長：茅野 新（東海大学医学部消化器外科学）

[P51-2] 急性汎発性腹膜炎における宿便性大腸穿孔の臨床的特徴と治療成績の検討

*清住 雄希[1]、島﨑 雅士[1]、松石 梢[1]、堀之内 誠[1]、八木 泰佑[1]、中村 健一[1]、甲斐田 剛圭[1]、山村 謙介[1]、辛島 龍一[1]、今井 克憲[1] (1. 済生会熊本病院　外科)

【背景】
宿便性大腸穿孔は、慢性便秘に伴う糞便圧迫による腸管虚血・壊死を背景に発症する致死的疾患である。高齢化によるADL低下、オピオイド使用の増加等に伴い発症頻度は増加傾向とされている。 一方、術前診断に難渋することもあり、汎発性腹膜炎や敗血症を呈して緊急手術を要する症例が多く、穿孔時の死亡率は32～60%と高率である。 近年、CTによる早期診断や周術期管理の向上が報告されているが、予後規定因子は十分に解明されていない。そこで当院における急性汎発性腹膜炎の治療成績を解析し、宿便性大腸穿孔に対する現状を検証した。
【対象・方法】2020年1月～2024年8月に当院で緊急手術を施行した下部消化管穿孔による急性汎発性腹膜炎114例を対象とした。宿便性大腸穿孔（宿便群）とその他の原因による非宿便性大腸穿孔（非宿便群）に分類し短期成績を比較した。なお、大腸癌術後や内視鏡検査後などの続発性穿孔17例は本検討から除外した。
【結果】
宿便群22例、非宿便群75例。年齢は82.3±12.4歳 vs 69.2±14.3歳（p <0.01）と宿便群で高齢であり、女性が多かった（男女5/17 vs 44/31, p<0.01）。穿孔部位はいずれもS状結腸が最多で有意差は認めなかった。手術時間（165.8±51.4分 vs 165.5±58.1分）、出血量(146.7±216.5ml vs144.6±210.5mｌ)に有意差は認めなかった。術後合併症Ｃｌａｖｉｅｎ-Dindo Grade IIIa以上は13例（59.1%）vs,23例（30.7%）と宿便群で有意に効率であった（p=0.015）。死亡率は5例（22.7%） vs 7例（9.3%）と宿便群で高値であった。術後平均在院日数についても36.7±29.0日vs21.7±24.1日（p<0.01）と宿便群で有意に延長していた。
【結語】
宿便性大腸穿孔は高齢女性に多く、術後合併症および死亡率が高い予後不良な病態であった。早期診断と迅速な外科的介入、重点的な周術期管理に加え、穿孔を予防するため、普段から入念な排便コントロールに努めることが重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター12

一般演題（ポスター）51　虫垂炎・腹膜炎

座長：茅野 新（東海大学医学部消化器外科学）

[P51-3] 宿便性大腸穿孔の開腹手術治療成績

*佐々木 勉[1]、高澤 博人[1]、谷 明恵[1]、大嶺 孝仁[1]、栗本 信[1]、持田 郁己[1]、谷 昌樹[1]、稲本 将[1]、戸田 孝祐[1]、大江 秀典[1]、山中 健也[1] (1. 滋賀県立総合病院外科)

【はじめに】大腸穿孔に対する緊急手術は，近年初回手術やハルトマンリバーサルに腹腔鏡手術の有用性の報告が増えているが，アプローチ法，術式のコンセンサスは得られていない．
【対象と目的】当科で2020年1月から2025年12月までに緊急手術を施行した，膿性および糞便性大腸穿孔41例について，手術成績と死亡リスク因子を解析する．**【結果】**年齢76歳(39-93)，男/女は17/24例．Hinchey分類III/IVは23/18例で，術中に急性汎発性腹膜炎と診断された症例はIIIで11例(47.8%)，IVで17例(94.4%)であった．ASA-PSは2E/3E/4E=19/18/6例．内服既往として，抗凝固薬8例，ステロイド6例．全例に開腹手術が施行され，ハルトマン手術25例，切除吻合＋ストマ造設4例，切除吻合2例，ストマ造設8例，縫合閉鎖2例．死亡は4例(9.8%)で，術中にノルアドレナリンが投与された5例にすべて含まれ，ノルアドレナリン投与は唯一の死亡リスク因子(p=0.0036)．血液培養陰性/陽性＝16/16例で，陽性は予後不良な傾向で(p=0.10)，死亡例は全例陽性．手術時間131分(65–267)，出血量57 mL(0–943)，術後合併症はCD分類 II/IIIa/IIIb/IV＝3/2/0/0例で，SSIを2例(4.9%)に認めた．術後在院日数18日(6-97)．ハルトマンリバーサルは25例中4例(16.0%)に施行され，手術時間136分(88–176)，出血量13 mL(0–310)，CD分類 IIIa以上の合併症を認めなかった．**【考察】**当科開腹手術のSSIをはじめ周術期合併症率は，既報の腹腔鏡手術のそれに近く，周術期死亡は既報と大差なかった．しかしハルトマンリバーサル施行率は16%と既報よりも低率で，永久ストマによりQOLの低下した症例が多かった．**【結語】**当科の膿性・宿便性大腸穿孔に対する開腹手術の合併症率は低く，可及的速やかに集中治療に移行するために今後も開腹手術が基本となるが，ハルトマンリバーサルの低率さを考えると，今後ノルアドレナリン需要のない限局性腹膜炎などの限られた症例には腹腔鏡手術や一期的吻合を検討してもよいと思われた．

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター12
一般演題（ポスター）51　虫垂炎・腹膜炎
座長：茅野 新（東海大学医学部消化器外科学）

[P51-4] 敗血症性ショックと播種性血管内凝固を呈した腹部自覚症状に乏しい汎発性腹膜炎を伴う穿孔性急性虫垂炎の一例

*小林 豊[1]、梅谷 有希[1]、加藤 真司[1] (1. 医療法人医仁会さくら総合病院消化器病センター)

【はじめに】汎発性腹膜炎を伴う急性虫垂炎は緊急開腹手術で治療するのが一般的である。しかしながら、その全身状態によっては全身麻酔や開腹手術に耐えられないために十分な治療に至らずに死亡する可能性のある疾病である。
【症例】68歳、男性。前日に転倒してからの右腰部痛と下半身脱力を主訴に救急搬送された。来院時の血圧は63/50と低く重症なショック状態であり、採血で血小板5.6万と低下し、PT-INR6.39と著明な延長を認めた。ビリルビンは正常範囲で、クレアチニンは1.94であった。ノルアドレナリンを使用して何とか血圧を維持していた。意識レベルは清明であった。P/F ratioは166であった。以上から、SOFA score10点であった。CT上、腹水を中等量認め、右下腹部遊離腹腔内に内部にmicro bubbleを伴う液体貯留を認めた。上記より、汎発性腹膜炎による敗血症性ショックと播種性血管内凝固（以下、DIC）と診断したが、到底緊急手術に耐えられない状態であったため、右下腹部を穿刺ドレナージした上で、PMXとCHDFを施行し、トロンボモジュリンの投与を行った。第3病日よりエレンタールの服用から開始した。集中治療が奏功し、第53病日に退院した。救急搬送から約7ヶ月後に体力の回復など条件が揃った状態で腹腔鏡下虫垂切除術を施行し、術後合併症なく退院された。
【考察】敗血症性ショック患者の死亡率は28.5%とされており、SOFA score10点での死亡率は70%と救命が困難な病状であったが、原因である穿孔性虫垂炎による汎発性腹膜炎はドレナージで逃げてDICと敗血症性ショックの治療を優先する意外に救命は不可能であったと考えられる。DICによる線溶亢進により穿刺ドレナージも困難な状況であるが、救命のためには躊躇わずにドレナージする必要があった。本症例でも穿刺部の出血を伴ったが、ドレナージせずに救命は不可能なため、出血の合併を覚悟で穿刺することが求められる。腹部自覚症状が乏しかったのは、転倒による腰椎圧迫骨折を併発しており、この腰痛が著しかったことが一因と考えられた。
【結語】汎発性腹膜炎による併存病態が重度の場合は、原因疾患の治療を後回しにすることにより救命でき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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター12

一般演題（ポスター）51　虫垂炎・腹膜炎

座長：茅野 新（東海大学医学部消化器外科学）

[P51-5] 急性虫垂炎における重症度診断の不確実性　―汎発性腹膜炎症例について―

*多木 雅貴[1]、濱口 拓哉[1]、宮本 好晴[1]、豊田 昌夫[1] (1. 北摂総合病院一般消化器外科)

【背景】急性虫垂炎は日常的に遭遇する疾患だが、汎発性腹膜炎を伴う重症例では迅速な対応が不可欠である。一方、理学所見や画像所見に基づく術前評価と術中所見が一致しない例もあり、とくに限局性と診断されながら実際は汎発性である過小評価症例は治療遅延のリスクがある。今回、このような重症度診断の不確実性と術前診断の重症度一致率、過小評価症例の特徴を検討した。

【方法】2021年4月～2026年3月に当院で手術を施行した急性虫垂炎246例のうち、汎発性腹膜炎を伴う46例を対象とした。汎発性腹膜炎は術中にダグラス窩または広範囲の汚染腹水を認める症例と定義した。患者背景、腹部・画像所見、術直前の炎症反応を主評価項目とし、手術時間、出血量、術後在院日数、病理診断を副評価項目とした。さらに術前診断と術中所見の一致率から正診群と過小評価群に分類し比較検討した。

【結果】汎発性腹膜炎症例の平均年齢52.2歳、女性28例、男性18例。右下腹部限局痛15例、限局性筋性防御8例、非限局圧痛23例であった。CT検査では腸管浮腫16例、ダグラス窩腹水11例などを認めた。平均白血球11750/μL、平均CRP15.3mg/dLと高値であった。平均手術時間104分、平均出血量32mL、術後平均在院日数7.5日。病理は壊疽性25例、蜂窩織性13例などであった。診断一致率は正診60.9%(28例)、過小評価39.1%(18例)。過小評価群には骨盤内炎症、癒着、虫垂腫瘍を伴う症例が含まれた。嘔気や嘔吐、糞石、腸管浮腫を認めた症例は正診群で多く、過小評価群では限局痛主体や反跳痛のみの症例が多かった。

【考察】過小評価例は汎発性を示唆する所見が乏しく重症度誤認の危険があった。さらに虫垂腫瘍や保存的治療後再燃、婦人科疾患などが背景に存在し過小評価に寄与する背景因子の存在が示唆された。糞石や腸管浮腫は重症度評価に有用であったが、その欠如は過小評価につながり得る。したがって限局痛だけに依存せず、多角的評価が重要であり、過小評価は治療遅延のリスクとなるため、一定の過大評価も許容しつつ適切な介入時期を逃さない判断が求められる。

【結語】重症度診断の不確実性を踏まえ、過小評価を回避する臨床判断が重要である。

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター12

一般演題（ポスター）51　虫垂炎・腹膜炎

座長：茅野 新（東海大学医学部消化器外科学）

[P51-6] 当院における汎発性腹膜炎を伴う急性虫垂炎手術症例29例の検討

*平田 祥太郎[1]、須藤 剛[1]、望月 秀太郎[1]、佐藤 圭佑[1]、深瀬 正彦[1]、飯澤 肇[1] (1. 山形県立中央病院外科)

【緒言】
急性虫垂炎は日常診療で頻繁に経験する疾患である．膿瘍形成虫垂炎は待機的虫垂切除が行われる一方，汎発性腹膜炎症例についての検討は少ない．汎発性腹膜炎を伴う症例では虫垂炎であっても重症化し得る病態であり，当院の治療成績を検討した．

【方法】
当院にて2021年1月から2026年3月までに緊急手術を施行した急性虫垂炎症例のうち，術中所見で膿性腹水を腹腔内全体に認めたものを汎発性腹膜炎と定義し，術後成績を後方視的に比較検討した．

【結果】
急性虫垂炎緊急手術症例131例のうち29例(22.1%)に汎発性腹膜炎の所見を認め，63例(48.0%)に限局性腹膜炎の所見を認めた．汎発性腹膜炎症例の年齢中央値は70(19-95)歳，男性21例女性8例であった．発症から手術までの日数は中央値2日, 術前WBC 13,300(3,900-21,700), CRP 11.9(0.6-45.4)，ASA-PSは1Eが3例，2Eが22例，3Eが4例であった.5例が回盲部切除(開腹2例，腹腔鏡3例)，24例が虫垂切除（開腹5例，腹腔鏡19例，うち開腹移行2例）であった．開腹移行の原因は2例とも腹腔鏡下での根部処理が困難なためであった．手術時間の中央値は121(53-399)分であった．腹腔内の汚染度に応じて28例にドレーンが留置され，1本が10例，2本が11例，3本が6例，4本が1例であった．術後在院日数の中央値は10(4-43)日であった．手術部位感染(SSI)は表層SSI 2例，臓器・体腔SSI 2例，Clavien-Dindo(C-D)分類IIIa以上の合併症は開腹移行例の遺残膿瘍1例(IIIa)，開腹虫垂切除術後の敗血症1例(IVb)，心不全・呼吸不全1例(IVb)であった．
回盲部切除を行った5例を除外し，腹腔鏡下虫垂切除術17例と開腹移行例を含む開腹虫垂切除術7例を比較すると，手術時間中央値はそれぞれ109分，123分と腹腔鏡下虫垂切除術で手術時間が短いものの有意差はなく，在院日数中央値はそれぞれ8(4-13)日，13(6-43)日で有意差を認めなかった．

【結語】
当科における汎発性腹膜炎を伴う急性虫垂炎手術は，腹腔鏡手術で手術時間の短縮を認め在院日数の短縮は認めなかったが，病状による術式選択で比較的安全に施行されていた．

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター13

一般演題（ポスター）52　イレウス・腸閉塞

座長：中山 善文（北九州宗像中央病院）

[P52-1] 再発性傍ストーマヘルニアによる嵌頓性イレウスに対しストーマ再造設を要した一例

*宮岡 陽一[1]、齋藤 智哉[1]、横山 良司[1] (1. JA北海道厚生連網走厚生病院外科)

[P52-2] 移動盲腸を背景に大網索状物により肝弯曲部が絞扼された絞扼性結腸イレウスの1例

*芳澤 淳一[1]、唐澤 斉秀[1]、中村 健也[1]、福島 健太郎[1]、竹内 信道[1]、中山 中[1] (1. 伊那中央病院)

[P52-3] 下行結腸癌による腸重積症にて腸閉塞を来した1例

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

[P52-4] 癒着性腸閉塞の保存管理におけるイレウス管挿入の前に経鼻胃管挿入を行うことの安全性と有効性の検討

*片貝 朔也[1]、春日 健吾[1]、清水 萌[1]、細井 愛美[1]、吉成 夫希子[1]、甲賀 達也[1]、一色 綾希[1]、松井 綾子[1]、飯塚 圭介[1]、石原 眞悟[1]、上野 敬史[1]、麻 興華[1]、増尾 貴成[1] (1. 伊勢崎市民病院内科)

[P52-5] 上行結腸への内視鏡下の点墨が原因と思われた腸閉塞の1例

*森本 雄貴[1]、尾嶋 英紀[1]、水野 成紀[1]、安田 飛翔[1]、内山 燿[1]、山下 真司[1]、横江 毅[1]、内田 恵一[2]、毛利 靖彦[1] (1. 三重県立総合医療センター　消化器・一般外科、2. 三重県立総合医療センター小児外科)

[P52-6] 子宮頸癌術後放射線療法後に小腸閉塞を来した一例

*沖村 駿平[1]、小田切 数基[1]、杉本 聡[1]、鈴木 玲[1]、樋口 一郎[1]、横山 茂和[1]、福崎 孝幸[1] (1. 済生会千里病院)

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター13

一般演題（ポスター）52　イレウス・腸閉塞

座長：中山 善文（北九州宗像中央病院）

[P52-1] 再発性傍ストーマヘルニアによる嵌頓性イレウスに対しストーマ再造設を要した一例

*宮岡 陽一[1]、齋藤 智哉[1]、横山 良司[1] (1. JA北海道厚生連網走厚生病院外科)

【背景】傍ストーマヘルニアは人工肛門造設後にしばしば認められる晩期合併症であり、無症状例では保存的に経過観察されることも多い。一方で、疼痛、装具管理困難、腸閉塞、嵌頓を来す症例では外科的治療を要する。特に再発例では、既存メッシュ、腹腔内癒着、ストーマ腸管周囲の間隙などが問題となり、術式選択に難渋する。
【症例】70歳代男性。下部直腸癌に対して術前化学放射線療法後にロボット支援下腹会陰式直腸切断術（Miles手術）が施行され、永久単孔式S状結腸ストーマが造設されていた。初回手術から約10か月後に傍ストーマヘルニアを認め、その後腹痛を伴うようになったため、初回手術から約13か月後に腹腔鏡下メッシュ修復術を施行した。術中、ストーマ周囲に約5×4cmのヘルニア門を認め、メッシュを用いて修復した。初回修復術後16日目に腹痛およびイレウスを来し、保存的加療で改善を認めなかったため再手術を施行した。再手術では、メッシュのスリット内側から腸管が脱出・嵌頓しており、還納およびヘルニア門の縫縮を行った。その後、約4か月後に再発を認め、局所から再修復を追加した。しかし、さらに約2か月後に腹痛を伴う嵌頓を来し、救急外来で還納された。その後も腹痛・嘔吐を伴うイレウスで再入院となり、再発を繰り返していることから局所修復のみでの制御は困難と判断した。初回手術から約21か月後、腹腔鏡下癒着剥離、人工肛門閉鎖、小腸嵌頓解除、新規ストーマ再造設術を施行した。術中、既存メッシュ周囲には大網の癒着を認め、間隙に小腸が嵌頓していた。術後にポート感染に伴う血流感染、敗血症、急性期DICを来したが、集学的治療により改善し退院した。
【考察】本症例では、メッシュ修復後もストーマ腸管周囲、特にメッシュスリット内側の間隙から腸管が脱出・嵌頓し、イレウスを反復した。縫縮や局所修復を追加しても再発を制御できなかったことから、既存メッシュ周囲の癒着、腹壁欠損、ストーマ腸管周囲の間隙が複合的に関与していたと考えられた。
【結語】嵌頓性イレウスを反復する再発性傍ストーマヘルニアでは、局所修復に固執せず、ストーマ再造設を含めた治療戦略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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター13
一般演題（ポスター）52　イレウス・腸閉塞
座長：中山 善文（北九州宗像中央病院）

[P52-2] 移動盲腸を背景に大網索状物により肝弯曲部が絞扼された絞扼性結腸イレウスの1例

*芳澤 淳一[1]、唐澤 斉秀[1]、中村 健也[1]、福島 健太郎[1]、竹内 信道[1]、中山 中[1] (1. 伊那中央病院)

【はじめに】移動盲腸は右側結腸の後腹膜固定不全により可動性を有する病態であり、盲腸軸捻転の原因として知られている。一方、索状物による結腸絞扼は比較的稀である。今回、移動盲腸を背景に大網索状物により肝弯曲部が絞扼された症例を経験した。

【症例】71歳男性。腹痛、嘔吐を主訴に受診。造影CTにて右側結腸の拡張とclosed loop形成を疑う所見を認め、絞扼性イレウスと診断した。右側傍腹直筋切開で開腹すると血性腹水を認めた。盲腸から上行結腸、横行結腸に至る右側結腸は後腹膜に固定されておらず移動盲腸の所見であった。結腸肝弯曲部は、大網が上行結腸に癒着して形成された索状物により絞扼されていた。大網を切離し絞扼を解除したところ、腸管に血流障害は認めたものの壊死には至っていなかった。大網の間隙を縫合閉鎖し、肝弯曲部から上行結腸を腹壁に固定した。

【結語】移動盲腸に伴う腸閉塞は捻転として報告されることが多いが、本症例のように索状物により右側結腸が絞扼される非捻転性機序も存在する。移動盲腸を背景とする結腸絞扼は鑑別として重要であり、早期手術が予後改善に寄与すると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター13

一般演題（ポスター）52　イレウス・腸閉塞

座長：中山 善文（北九州宗像中央病院）

[P52-3] 下行結腸癌による腸重積症にて腸閉塞を来した1例

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

成人における腸重積症は，小児と比較して稀であり，その多くは大腸癌などの腫瘤性病変を先進部としたものが大半を占める．発症部位としては回盲部に多く，下行結腸などの後腹膜に固定された結腸では腸重積を起こしにくいと考えられている．今回，下行結腸癌による腸重積症にて腸閉塞を来した症例を経験したので報告する．

53歳女性，腹部膨満と血便にて近医を受診した．左下腹部に膨隆を触知し，腫瘍による腸閉塞性を疑われ当院紹介となった．CTで下行結腸に腸重積を疑うTarget signと同部位より口側の腸管拡張を認め，腸重積症による腸閉塞と診断した．下部消化管内視鏡(CS)では2型の半周性病変を認め，同部位での狭窄があると判断し，ステント留置を行った．しかし翌日の確認目的のCSにてステントの逸脱を認め，ステントの再留置は行わず，経過観察の上，待機手術の方針とした．

手術は下腸間膜動脈温存，左結腸動脈切離のD3郭清を伴う腹腔鏡下下行結腸部分切除術を施行した．術後に特記すべき有害事象は認めず，術後9日目に退院となった．術後病理診断では，肉眼型は1型，腫瘍径は51*45mm，pT1bN1a(1/21)，pStageⅢaであった．

本症例のような下行結腸での腸重積症は比較的稀であり，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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター13

一般演題（ポスター）52　イレウス・腸閉塞

座長：中山 善文（北九州宗像中央病院）

[P52-4] 癒着性腸閉塞の保存管理におけるイレウス管挿入の前に経鼻胃管挿入を行うことの安全性と有効性の検討

*片貝 朔也[1]、春日 健吾[1]、清水 萌[1]、細井 愛美[1]、吉成 夫希子[1]、甲賀 達也[1]、一色 綾希[1]、松井 綾子[1]、飯塚 圭介[1]、石原 眞悟[1]、上野 敬史[1]、麻 興華[1]、増尾 貴成[1] (1. 伊勢崎市民病院内科)

目的：絞扼や虚血を伴わない癒着性腸閉塞は通常保存的に管理される。経鼻胃管（Nasogastric Tube：NGT）挿入と比較すると、イレウス管（Long Tube：LT）挿入は手術率が低いことが示されているが、より侵襲的であり、Performance Status（PS）が高い患者では耐えられにくい場合がある。癒着性腸閉塞の治療として腸管減圧を行う際に、初期治療としてNGTおよび、その後LTを挿入する手法の安全性、有効性を検討した。

方法：2019年1月から2023年12月までの期間に当院に入院した癒着性腸閉塞337例、218名を対象とした。腸管減圧を行わずに軽快した患者等を除外し、195例について入院単位で解析を行なった。初回治療としてNGT挿入を行なったNGT群（n=135）、LT挿入を行なったLT群（n=60）に分類した。加えてNGT挿入後にLT挿入を行なった群をNGT+LT群（n=63）と定義し、臨床的特徴、治療転帰、有害事象について群間比較を行なった。

結果：NGT群はLT群と比較し高齢(76歳 vs 72歳、p=0.04)で、PS3または4の患者が多く(13% vs 1.7%、p=0.01)、嘔気を訴える患者が少なかった (49% vs 72%、p＜0.001)。NGT＋LT群はLT群と比較し高齢(78歳 vs 72歳、p=0.01)で、PS3または4の患者が多く(16% vs 1.7%、p=0.006)、腹痛を訴える患者が少なかった (71% vs 90%、p＝0.009)。NGT＋LT群は平均1.4日後にLT挿入をされた。LT挿入時間はNGT+LT群においてLT群と比較し有意に短かった(18分 vs 24分、p＜0.001)。合併症の発生率(肺炎1.5%、消化管穿孔1.5% vs 肺炎5%)、外科手術率(13% vs 12%)、平均入院日数(11日vs 10.5日)、死亡率(3.2% vs 1.6%)に統計学的な有意差はなかった。多変量ロジスティック回帰分析において、治療戦略が外科手術と関連していないことが示された。初回入院に限定し行なった感度分析においても患者背景や症状、治療成績の傾向は一次解析と概ね一致していた。

考察：癒着性腸閉塞に対してNGT挿入を用いて選択的にLT挿入を行った初期アプローチが、LT挿入を必要とする割合が低く、LT挿入時間が短かったことと関連していました。これらの発見は一部の患者の治療方針決定に役立つ可能性があります。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター13

一般演題（ポスター）52　イレウス・腸閉塞

座長：中山 善文（北九州宗像中央病院）

[P52-5] 上行結腸への内視鏡下の点墨が原因と思われた腸閉塞の1例

*森本 雄貴[1]、尾嶋 英紀[1]、水野 成紀[1]、安田 飛翔[1]、内山 燿[1]、山下 真司[1]、横江 毅[1]、内田 恵一[2]、毛利 靖彦[1]
(1. 三重県立総合医療センター　消化器・一般外科、2. 三重県立総合医療センター小児外科)

【はじめに】
下部消化管内視鏡検査で点墨されることがしばしばあるが, 点墨が原因で腸閉塞が惹起された報告は稀である. 今回点墨された部位への癒着が原因で生じた絞扼性腸閉塞に対して, 緊急に腸閉塞解除術をし得た症例を経験したため報告する

【症例】
89歳女性. 受診当日の朝, 腹痛と嘔吐が出現し近医を受診した. 診察上腹膜炎の疑いで当院へ救急搬送された.
来院時体温は37.8度, 白血球8.3×10^2/, CRP0.06mg/dl. 腹部CT検査では, 単純CTでは回腸の液体貯留と腸間膜脂肪織の濃度上昇を認め, 造影CTでは回腸の造影不良を認めたため, 絞扼性腸閉塞が疑われた.
腹部の手術歴が無い腸閉塞と診断し, 緊急手術を施行することとした.
術中所見では, 上行結腸の漿膜面に点墨の色素を認め, 点墨部位に癒着した大網と上行結腸とに生じた間隙に小腸が陥入していた. 陥入した小腸は軽度うっ血し拡張を認めた.
上行結腸や盲腸に腫瘍を触知しないことを確認して, 点墨が原因で生じた癒着による絞扼性腸閉塞と診断し, 癒着を剥離して腸閉塞解除術を施行した.
術後経過は比較的順調で, 術後11日目にリハビリ転院された.
【結論】
内視鏡下に施行される点墨による炎症, 癒着, 腹痛が生じることは報告されているが, 腸閉塞が生じた症例は比較的稀であるため報告する.

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター13

一般演題（ポスター）52　イレウス・腸閉塞

座長：中山 善文（北九州宗像中央病院）

[P52-6] 子宮頸癌術後放射線療法後に小腸閉塞を来した一例

*沖村 駿平[1]、小田切 数基[1]、杉本 聡[1]、鈴木 玲[1]、樋口 一郎[1]、横山 茂和[1]、福崎 孝幸[1] (1. 済生会千里病院)

【背景】
骨盤内放射線療法後の晩期合併症として放射線腸炎が知られており、腸管の線維化や血管障害により腸管狭窄や腸閉塞を来すことがある。これらは照射から長期間経過して発症することも多く、画像所見によっては小腸腫瘍との鑑別が困難となる場合がある。今回、子宮頸癌術後放射線療法の既往を有し、小腸壁肥厚を伴う小腸閉塞を呈したため小腸腫瘍を疑い手術を施行したが、病理組織学的に放射線性変化と診断された一例を経験したので報告する。

【症例】
85歳女性。子宮頸癌に対して手術および骨盤内放射線療法の既往があり、放射線療法施行後17年が経過していた。数年前より下痢と便秘を繰り返していたが経過観察されていた。今回、腹部膨満感を主訴にかかりつけ医を受診し、腹部単純X線検査でniveau像認めたため精査加療目的に当院紹介となった。

【経過】
腹部造影CT検査では小腸の一部に限局した壁肥厚を認め、同部位に軽度の造影効果を伴い、その口側腸管の拡張を伴っていたことから小腸腫瘍による機械的腸閉塞が疑われた。保存的加療では改善が困難と判断し、診断および治療目的にイレウス管挿入後、腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した。術中、小腸の限局した壁肥厚および狭窄を認めたが、明らかな腫瘍性病変は認めなかった。切除標本の病理組織学的検査では腸管壁の線維化や血管壁肥厚など放射線照射に伴う慢性変化を認め、悪性所見は認めなかった。

【結語】
骨盤内放射線療法後には晩期合併症として放射線腸炎を発症し、腸管狭窄や腸閉塞の原因となることがある。本症例のように画像上は小腸腫瘍との鑑別が困難で外科的切除に至る場合もあり、骨盤内放射線療法の既往を有する症例では本疾患を鑑別疾患として念頭に置く必要がある。

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター13

一般演題（ポスター）53　直腸脱

座長：白水 良征（社会医療法人　社団　高野会　くるめ病院）

[P53-1] 当院における直腸脱治療の変遷

*柴崎 泰[1]、小坂 隼人[1]、金子 猛[1]、三枝 直人[2] (1. 新城市民病院外科、2. 増子記念病院　大腸肛門外科)

[P53-2] 直腸脱に対するLVR＋粘膜焼灼・筋層縫縮のFeasibility study

*角田 明良[1] (1. 安房地域医療センター外科)

[P53-3] 当院における直腸脱の治療法についての検討

*大澤 るみ[1]、能見 伸八郎[1] (1. JCHO京都鞍馬口医療センター)

[P53-4] 当院における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の治療成績

*安山 陽信[1]、野瀬 陽平[1]、眞木 良祐[1]、東 重慶[1]、武元 浩新[1]、金 鏞国[1]、長谷川 順一[1] (1. 市立貝塚病院外科)

[P53-5] 当科における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術症例の検討

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

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター13

一般演題（ポスター）53　直腸脱

座長：白水 良征（社会医療法人　社団　高野会　くるめ病院）

[P53-1] 当院における直腸脱治療の変遷

*柴崎 泰[1]、小坂 隼人[1]、金子 猛[1]、三枝 直人[2] (1. 新城市民病院外科、2. 増子記念病院　大腸肛門外科)

【緒言】直腸脱に対する治療は外科手術が原則であるが、多くは高齢女性に発症し、耐術能や併存疾患との兼ね合いから術式選択が課題である。当院が位置する地域は高齢化率40%弱と過疎化の進んだ山間の農村地であり、比較的ADLが維持された高齢の直腸脱患者は少なくない。肛門病専門医が不在で、遠方への紹介もまた困難という状況下で当院が過去10年間で選択した術式および術後成績を後方視的に検討した。【症例と結果】再手術含め13例、年齢の中央値は86歳、全例女性であった。2024年までに全麻が困難な8例で脊椎くも膜下麻酔などにより経会陰式手術が行われ（P群）、それ以降は経腹式のWells法で5例手術を施行した（A群）。P群ではECOG PSが平均2.0と高く、8例に経会陰的手術が行われ、術式はGant-三輪-Thiersch（GMT）法2例、Delorme法4例、Thiersch法2例で、平均手術時間はGMT法 38分、Delorme法108分であった。平均12.4カ月（0.5-48）の観察期間でGMT法全例、Delorme法2例、Thiersch法1例に再発を認めた。P群およびA群においても重大な手術関連合併症は認めなかった。GMT法、Delorme法と続けて再発を繰り返す症例に対し腹腔鏡下手術を適用したのを契機に以降5例はWells法を施行しているが、A群では平均手術時間200分、麻酔時間265分と有意に長かった。比較的軽微な合併症として麻酔の覚醒遅延1例、術後せん妄１例を認めたが、平均13カ月（3-22）の観察期間で現在まで再発例はない。【考察】GMT法は再発率が高く、Delorme法は技術的に煩雑で一概に時間がかかる。また、術後成績はP群と比較しA群で明らかに良好であった。今後は全麻技術の向上を背景に、根治性の良好な経腹法を当院の標準治療に位置づけたいが、その適用は症例毎に慎重に検討すべきである。【結語】高齢直腸脱患者に対し腹腔鏡下根治術は安全に施行し得るが、手間と時間がかかるため、周術期安全性を損なうことなく患者および医療者の負担をどのように軽減してゆくかが今後の課題であると思われた。

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター13

一般演題（ポスター）53　直腸脱

座長：白水 良征（社会医療法人　社団　高野会　くるめ病院）

[P53-2] 直腸脱に対するLVR＋粘膜焼灼・筋層縫縮のFeasibility study

*角田 明良[1] (1. 安房地域医療センター外科)

背景：直腸脱に対するLaparoscopic Ventral Rectopexy (LVR)術後再発の危険因子として、male sexとlength of prolapseが挙げられるため (Tsunoda A, et al. J Anus Rectum Colon. 2021; Nugent E, et al. Dis Colon Rectum. 2021)、危険因子のある患者に対してLVR操作の前に、直腸後壁粘膜を焼灼後に筋層縫縮する術式（粘膜焼灼・筋層縫縮）を併用している。
目的：直腸脱に対する粘膜焼灼および筋層縫縮+ LVRの手技と成績を提示することである。–
対象：男性直腸脱または女性で5cm長以上の直腸脱
方法　手技：1)ジャックナイフ体位で直腸後壁に対してTissuelinkまたは、VIO3によるソフト凝固を用いて粘膜を焼灼し、その後に変性粘膜を含めた筋層の縫縮を行う。2)砕石位でLVRを行う。結果はmedian(range)で示す。
結果：症例数は７例（男女比4対3）で、年齢は64歳(20-85)、ASAは2(1-3)であった。直腸脱の長さは男性4cm(4-5)、女性8cm(7-8)であった。粘膜焼灼には、男性はTissuelink、女性はソフト凝固を行った。手術時間は192 min (148-253)、出血量は15ml (10-30)であった。ソフト凝固に要した時間は20min (17-30)であった。術後合併症はなく、術後入院期間は1日(1-3)であった。粘膜焼灼・筋層縫縮部の縫合不全は認められなかった。術後経過13か月(3-57)で直腸脱の再発は認められていない。
結論：再発危険因子を有する直腸脱の手術として、直腸後壁粘膜焼灼・筋層縫縮+ LVRは術式選択の一つと考えられる。

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター13

一般演題（ポスター）53　直腸脱

座長：白水 良征（社会医療法人　社団　高野会　くるめ病院）

[P53-3] 当院における直腸脱の治療法についての検討

*大澤 るみ[1]、能見 伸八郎[1] (1. JCHO京都鞍馬口医療センター)

直腸脱は高齢者でリスクが高い患者が多く、手術法の選択や再発の可能性など苦慮することが多い。当院ではThiersch法を中心に行ってきた。手術記録が確認できる２０１４年から２０２５年にかけての１２年間で５０名６０例手術を行った。近年は腹腔鏡下直腸つり上げ術を３例行っているが、それ以外は経肛門的手術であった。Thiersch法以外に、Delorme法１例、Delorme＋Thiersch法１例を行った。Leeds-Keio meshを縫縮せずに挿入した後再発して追加挿入したのが４例、縫縮してメッシュを挿入したのち感染して抜去したのが５例（うち２例は同一患者、１例は再手術を希望されず）あった。銀線を挿入したのが１０名１２例（うち１例はメッシュ挿入後再発はないが疼痛で鎮痛剤をやめることができなかったので銀線に入れ替えた）あった。銀線は断線しやすく再発する例がみられるが、感染や疼痛はほぼなく、断線しても銀線の露出はない。５０名のうち現在まで経過を追うことができるのは４名いる。超高齢者が余生を過ごしていくためにはどのようにしていくのがよいか、これらの症例を通して考えたい。

©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21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター13

一般演題（ポスター）53　直腸脱

座長：白水 良征（社会医療法人　社団　高野会　くるめ病院）

[P53-4] 当院における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の治療成績

*安山 陽信[1]、野瀬 陽平[1]、眞木 良祐[1]、東 重慶[1]、武元 浩新[1]、金 鏞国[1]、長谷川 順一[1] (1. 市立貝塚病院外科)

【はじめに】2012年に直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術が本邦で保険収載され、低侵襲性、根治性の観点から注目され普及しつつある。一方、その術式には多数の報告があり、患者の全身状態を考慮し、施設ごとに多様な術式が行われており、標準的な術式は確立されていない。
【目的】今回、当院における腹腔鏡下直腸固定術の治療成績を後方視的に検討した。
【対象】2019年4月から2025年12月までに腹腔鏡下直腸固定術を施行した直腸脱20例を対象とした。
【結果】年齢中央値は81.5(65-9)歳、20例全例が女性で、ASA scoreは1-2：3-4＝13：7、BMIは21(14.7-28.1)、病脳期間中央値は2.5(1-372)か月、脱出腸管長中央値は8(4-20)cm、初発/再発＝18/2例、開腹既往は10例(50%)、20例全例が完全直腸脱であり4例(20%)に骨盤臓器脱を合併していた。術式はVentral Rectopexy(以下VRP)19例(骨盤臓器脱合併3例中、2例は膣閉鎖術、1例は子宮摘出術を同時に施行)、開腹移行は1例(骨盤臓器脱合併症例で、直腸損傷あり、S状結腸切除術及び子宮摘出術を施行)だった。手術時間中央値は174(96-601)分、出血量中央値は5(5-100)ml、術後在院日数は中央値9(3-25)日、術後合併症は2例(創部感染1例、皮下出血1例。いずれもClavien-Dindo分類GradeI)、術後観察期間は19(1-55)か月で、再発症例は認めなかった。
【結語】腹腔鏡下直腸固定術は術後合併症が少なく、再発も少なく有用な術式であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター13

一般演題（ポスター）53　直腸脱

座長：白水 良征（社会医療法人　社団　高野会　くるめ病院）

[P53-5] 当科における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術症例の検討

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

直腸脱に対する術式は様々だが、高齢者が多いため、侵襲や再発率などを勘案しつつ術式を選択せざるを得ない。合併症や経過中の負担を回避するため当科では、全身麻酔を要さず比較的侵襲の少ないとされる経会陰的手術を選択しがちであったが、再発に関しては十分な結果は得られていなかった。2021年11月から腹腔鏡下直腸固定術（以下LSR）を開始し、現在まで23例経験。今回、短期成績を検討したので文献的考察を加えて報告する。2021年11月から2026年4月までにLSRを行った症例は23例である。男性女性1：22、平均年齢81歳。直腸脱術後再発症例は4例、いずれも子宮脱手術およびGant-Miwa+Thiersch後であった。子宮全摘後6例、子宮脱併存4例、認知症4例。手術は全身麻酔下、砕石位、臍部カメラポートの５ポート。直腸剥離受動は挙筋レベルまで行い側方靭帯は極力温存。直腸固定はメッシュを用いず、非吸収糸で岬角レベルと直腸右前壁漿膜・筋層を水平マットレス縫合にて固定。その際に必ず術中内視鏡にて内腔に縫合糸が露出してないことを確認している。短期成績は、手術時間中央値141（110-281）分。手術時出血量平均値0.25g。術後合併症はClavien-Dindo　GradeIII以上はポートサイトヘルニア１例、GradeII以下は誤嚥性肺炎1例、せん妄1例、便秘3例、下痢１例、なし17例。仙骨などへの骨盤内感染症は経験してない。術後在院期間中央値は8日。腹腔鏡下直腸固定術は全身麻酔を要するものの、術後経過から見れば低侵襲であり、術後再発も今のところ認めていない。当科の術式を供覧する。観察期間が短く、長期予後などはさらなる検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター14

一般演題（ポスター）54　高齢者 2

座長：宮澤 秀彰（秋田赤十字病院消化器外科）

[P54-1] UFT/LV療法による術後補助化学療法中にDPD活性低下が疑われる致死的重症腸炎をきたした１例

*鳥居 剛[1]、宇治 誠人[1]、三浦 泰智[1]、青木 優大[1]、小野島 功[1]、松岡 和政[1]、佐々木 諒[1]、杢野 泰司[1] (1. 社会医療法人財団新和会八千代病院)

[P54-2] S状結腸軸捻転の治療成績と高齢患者の管理の実際

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

[P54-3] 当院における高齢者の結腸癌患者に対するロボット支援下手術の短期治療成績

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

[P54-4] ロボット支援大腸切除術の高齢者における安全性の検討

*上野 峰[1]、石堂 敬太[1]、倉谷 友崇[1]、溝田 知子[1]、岡村 国茂[1]、村上 慶洋[1]、笹村 裕二[1] (1. 市立旭川病院　外科)

[P54-5] 認知症を有する80代高齢者で発症した5型大腸癌の1例

*守山 宏一[1] (1. 八潮中央総合病院　訪問診療科)

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター14

一般演題（ポスター）54　高齢者 2

座長：宮澤 秀彰（秋田赤十字病院消化器外科）

[P54-1] UFT/LV療法による術後補助化学療法中にDPD活性低下が疑われる致死的重症腸炎をきたした１例

*鳥居 剛[1]、宇治 誠人[1]、三浦 泰智[1]、青木 優大[1]、小野島 功[1]、松岡 和政[1]、佐々木 諒[1]、杢野 泰司[1] (1. 社会医療法人財団新和会八千代病院)

症例は84歳，女性．下行結腸癌に対して，腹腔鏡下結腸左半切除術（D3郭清）を施行した．病理診断は，中分化型腺癌，pT4a(SE)，INFc，Ly0，V0，BD1，pN0，pM0，pStageⅡbであった．84歳と高齢であったが，再発高リスク群のため，術後補助化学療法として，UFT/LV療法を開始した．投与開始後12日目に口内炎（grade2），14日目に下痢（grade3）を生じ，17日目に口内炎と血性下痢の症状が増悪したため来院した．腹部造影CTでは，回腸と大腸に広範囲の浮腫性壁肥厚を認め，UFT/LV療法による薬剤性腸炎と診断し，絶食で入院となった．入院5日目に発熱性好中球減少症（grade3）を生じたため，抗生剤とG-CSF製剤を投与し，発熱性好中球減少症は改善した．しかし，口内炎と下痢は継続し，経口摂取が困難であり，持続する血性下痢に伴い貧血も進行したため，中心静脈栄養と輸血で対応していた．入院26日目に下部消化管内視鏡検査を施行した．吻合部より口側で，浮腫，発赤，びらん，潰瘍形成を認め，正常粘膜が広範囲に脱落して粘膜の島状取り残しが散在していた．S状結腸から直腸までは血管透見像は保たれていた．生検結果では慢性炎症細胞浸潤と，再生性粘膜を認めるのみであった．その後も腸炎の改善は乏しく，全身状態は徐々に悪化し，入院88日目に死亡した．病理解剖については，同意が得られなかったため，施行しなかった．

5-FU製剤投与後に下痢をきたした既報は存在するが，その原因としてDPD欠損症やDPD活性低下症が考えられる．本邦でのDPD低活性の頻度は0.7%と比較的まれであり，検査費用が高額であり，疾患頻度からしても事前検査が困難である．自験例では，酵素活性測定や遺伝子検査は施行していないが，臨床経過からは，DPD欠損症，もしくはDPD活性低下症の可能性が高いと考えられた．頻度は低いながらも，致死的な経過になる可能性があることから，UFT/LV療法開始後，投与初期に口内炎や下痢，骨髄抑制が出現した場合は，DPD欠損症や活性低下症による重篤なフッ化ピリミジン中毒を疑い，投与中止と全身管理を要することを念頭に置くべきである．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター14

一般演題（ポスター）54　高齢者 2

座長：宮澤 秀彰（秋田赤十字病院消化器外科）

[P54-2] S状結腸軸捻転の治療成績と高齢患者の管理の実際

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

【背景】S状結腸軸捻転は高齢者や神経・精神疾患を有する患者に好発する急性腹症のひとつである。腸管壊死や穿孔が疑われない場合は初期治療として内視鏡的捻転解除を行い、早期に待機的外科手術を行うことが推奨されている。当院ではS状結腸軸捻転の患者は初期治療から外科で対応しているが、高齢などでADLが低下している患者に対する整復後の手術適応の判断は困難であり、その臨床経過をまとめた報告は少ない。
【目的】当院におけるS状結腸軸捻転の治療成績を検討し、高齢患者の管理の実際を紹介する。
【方法】院内のカルテ検索システムを使用し、2020年から2026年3月までに、S状結腸軸捻転の診断で透視下内視鏡にて整復を試みた患者64例を抽出した。このうち①他院での整復歴のない患者47例について患者背景と治療成績、初回治療からの無再発生存期間の解析、および②80歳以上の患者28例の治療経過の検討を行った。処置中透視にてS状結腸の直線化が確認できたものを整復成功、直線化できず脱気のみで終了したもののうち入院中に症状が再燃しなかったものを臨床的成功とした。
【結果】①S状結腸軸捻転初発時の年齢中央値は78歳、男:女は33(70%):14(30%)で14例(30%)が施設で生活していた。併存疾患としてパーキンソン病が5例(11%)にみられた。初発時に粘膜壊死のため緊急手術を要したのは1例(4.3%)のみであった。整復成功は29例(62%)であったが、臨床的成功は46例(98%)であった。30日、90日無再発生存率はそれぞれ92%、71%であった(観察期間中央値57日)。性別で群別すると、女性の方が有意に再発しにくかった(HR 0.27, p=0.011)。整復成功は再発リスクを下げなかった(HR 1.33, p=0.530)。②28例の高齢患者のうち、17例(61%)が再発を経験し、7例(25%)に対して経過中に手術が行われ、うち2例で待機的なハルトマン手術が選択された。初診から待機手術までの期間は中央値337日(36-1520)で、待機手術をうけた患者の内視鏡治療回数は中央値5回(1-10)であった。
【結論】S状結腸軸捻転は高齢で発症し、短期間に高い確率で再発した。高齢患者においては再発を繰り返してから手術を行う現状がみられた。再発頻度を理解して診療にあた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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター14

一般演題（ポスター）54　高齢者 2

座長：宮澤 秀彰（秋田赤十字病院消化器外科）

[P54-3] 当院における高齢者の結腸癌患者に対するロボット支援下手術の短期治療成績

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

【背景】高齢者は身体機能の減退、複数の慢性疾患を抱えやすく、術後合併症・死亡率上昇が報告されている。高齢化社会が進行するなか、高齢の大腸癌患者も増加し、今後高齢者もロボット手術を受ける機会が増えることが予想される。
【方法】2025年4月から2026年3月までに当院でロボット支援下手術を受けた結腸癌stageⅠ～Ⅲの患者67例を対象とし、80歳以上を高齢者群29例、80歳未満を非高齢者群38例の短期成績を後方視的に検討した。
【結果】対象全体の年齢中央値は75歳[45-92歳]で、性別およびBMIに有意差は認めなかった。高齢者群で高血圧、心疾患の既往が優位に多かった。高齢者群/非高齢者群の病変部位はC:A:T:D:S=2:9:5:4:9/4:6:5:5:18、出血量中央値3ml[0-20ml]/2.5ml[0-250ml](p=0.547)、手術時間中央値298分[160-472]/317分[196-462](p=0.305)、開腹移行例はなかった。術後在院日数中央値は15日[8-29日]/10日[8-16日]（p<0.05）と、高齢者群で優位に長かった。術後合併症Clavien-Dindo分類(CD分類)GradeⅡ以上5(17.2%)/2(5.3%)(p=0.225)、両群で縫合不全や、手術関連死はなかった。
【結語】高齢者群で術後在院日数が優位に長い結果となったが、術後合併症や手術成績等に有意差はなく、高齢者の結腸癌においてロボット支援下手術は手術方法の選択肢の一つになりえると考える。

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター14

一般演題（ポスター）54　高齢者 2

座長：宮澤 秀彰（秋田赤十字病院消化器外科）

[P54-4] ロボット支援大腸切除術の高齢者における安全性の検討

*上野 峰[1]、石堂 敬太[1]、倉谷 友崇[1]、溝田 知子[1]、岡村 国茂[1]、村上 慶洋[1]、笹村 裕二[1] (1. 市立旭川病院　外科)

【目的】近年大腸癌に対するロボット支援手術が普及しているが，高齢者に対する安全性についてのエビデンスについては少ない．今回，ロボット支援大腸切除術の高齢者における安全性を検討した．
【方法】当院で2021年11月から2025年12月までにロボット支援大腸癌手術を施行した221症例を対象とした．80歳以上を高齢者として定義した．対象症例に対して，性別，BMI，ASA，既往歴，心電図，採血検査所見，手術時間，コンソール時間，出血量，病期，Clavien-Dindo分類，術後在院日数，転帰について比較検討を行った．
【結果】高齢者はASA3，高血圧や弁膜症といった既往の割合が高かった．また心電図では心房細動，脚ブロックの割合が高かった．手術時間，コンソール時間は高齢者において有意に短かった．短期成績であるが，高齢であっても全生存率，無再発生存率に有意な差は認められなかった．
【考察】高齢者では既往など多く認めるも，術後合併症や，在院期間に有意差は認めなかった．ロボット手術の低侵襲性が高齢者に対しても有用である可能性が示唆された．高齢者では手術時間やコンソール時間が有意に短く，術式，手術侵襲を抑えるという判断が影響した可能性がある．年齢は有意な予後因子とはならず，高齢者であっても根治性を損なわない術式で，合併症を回避できれば，予後が期待できると考えられる．
【結語】高齢者大腸癌に対するロボット支援手術は非高齢者と比較し，安全に施行可能であり，有用な選択と考えられる．

©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21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター14

一般演題（ポスター）54　高齢者 2

座長：宮澤 秀彰（秋田赤十字病院消化器外科）

[P54-5] 認知症を有する80代高齢者で発症した5型大腸癌の1例

*守山 宏一[1] (1. 八潮中央総合病院　訪問診療科)

症例83歳女性　施設入所　認知症あり　既往　脳梗塞
2025年10月1日から食欲低下　水様便　嘔吐がみられ　10月4日当院外来受診　急性胃腸炎で内科入院となる　入院中禁食　補液を施行　症状は改善　経口摂取を開始したが　10月12日から嘔吐　水様便が再燃　10月16日腹部CTでは右側横行結腸に壁肥厚が疑われると指摘　10月24日から嘔吐　発熱が生じ　禁食　補液　抗生剤施行　再度腹部CTでは腸閉塞　横行結腸の壁肥厚を認め　大腸癌を疑い　10月28日ＣＳ　このとき横行結腸に全周性の進行癌を認め　12㎝のステント挿入した　以後　嘔吐　発熱は生じなくなり　10月31日から経口摂取を再度開始　以後外科転科となり　12月10日腹腔鏡下右半結腸術及びD3リンパ節郭清術を施行　横行結腸に6.5x5.5㎝大の2型様病変でした　病理組織ではType５6.5ｘ5.5㎝　環周率100%　muc >tub2 pT4a[SE] INFb Ly1c V1c Pn1b pPM0
22㎝ pDM07.5㎝　BD1 pN3 他に脂肪組織の中の静脈に癌細胞あり　BRAF陰性　RAS判定変異陽性　KRAS codon12 G12D 術後せん妄や肺炎は無く　12月12日から経口摂取開始　同日退院に向けてリハビリ開始　以後経過は良好であり　12月30日退院　リンパ節転移を認めるが　背景に認知症があるため家族と協議して術後化学療法は行わなかった
考察　大腸癌手術症例による高齢者が増加傾向　また手術症例による認知症患者も増加している　術後せん妄が生じ　一時的な抑制や向精神薬投与で離床が遅れ　肺炎等の合併症が増加している。高齢癌患者の脆弱性と癌治療について標準的癌治療可能なＦＩＴ群　癌治療は可能だが標準治療が困難なプレフレイル群　癌治療は困難　ＢＳＣを検討のフレイル群に分類される高齢認知症患者で癌を発症した場合　癌治療と認知症の進行　加齢現象を同時に考慮して治療方針を決める必要がある　治療にて認知機能が低下するリスクが高く　有害事象のリスクも高まる　本症例は認知症持ちで全介助の必要な患者　入院中腹部ＣＴで腸閉塞　大腸癌を認め　大腸ステント挿入　後に手術を施行した。リンパ節転移が認められ　術後化学療法は困難　ＢＳＣとした　フレイル群に相当する
　結論　認知症持ちの癌患者で治療によって副作用への対応の難しさ　ADL低下　意思決定能力の低下　薬物管理や介護環境などの多くの要因があり　治療方針の決定は容易でなく　個別化したアプローチが必要である

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会