2026年11月20日(金)

ASCRS Fellowship

13:20 ~ 13:40 | 第5会場（1F 会議室102）

ASCRS Fellowship

Moderator: Ichiro Takemasa (Osaka International Medical and Science Center, Japan)

[ASCRS] Response to Neoadjuvant Therapy Predicts Metastatic Burden and Survival After Distant Metastasis in Locally Advanced Rectal Cancer

Despoina Kanata, MD[1], Sabrina Lin, MS[2], Francesca Roufael, MD[1], Christina Lee, MD[1], Emmanouil Pappou, MD, PhD[1], Georgios Karagkounis, MD[1], Li-Xuan Qin, PhD[2], Julio Garcia-Aguilar, MD, PhD[1] (1. Department of Colorectal Surgery, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, United States of America, 2. Department of Epidemiology and Biostatistics, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, United States of America)

ESCP Fellowship

12:50 ~ 13:10 | 第5会場（1F 会議室102）

ESCP Fellowship

Moderator: Ichiro Takemasa (Osaka International Medical and Science Center, Japan)

[ESCP] Stage II and III Rectal Cancers Selected by Precision MRI Can Be Safely Managed with Upfront Total Mesorectal Excision Without Neoadjuvant Therapy

José Moreira Azevedo M.D. PhD(e) [1,2], Laura Fernandez PhD[1], Carlos Carvalho M.D.[1], Richard J. Heald[1], Amjad Parvaiz, M.D., F.R.C.S.[1,3] (1. Champalimaud Foundation, Champalimaud Clinical Center, Department of Surgical Oncology, Lisbon, Portugal, 2. Faculty of Medicine, University of Lisbon, Portugal, 3. University of Portsmouth, Portsmouth, United Kingdom)

International Session | 全診療科

12:50 ~ 13:35 | 第9会場（1F 会議室101-A）

International Session 1　Surgical Management of Severe Anorectal and Pelvic Infections

Moderator：Shota Takano（Coloproctology Center Takano Hospital, Japan）、Akihisa Matsuda（Department of Gastroenterological Surgery, Nippon Medical School, Japan）

[INTS1-1] Predisposing Factors and Clinical Outcomes of Patients with Fournier’s Gangrene in a Government Tertiary Hospital

*Ernes John Talingdan Castro[1], Clint Charl Tan Malaluan[1], Andrei Cesar Sanares Abella[1] (1. Section of Colorectal Surgery, Batangas Medical Center, Philippines)

[INTS1-2] Successful Management of Extensive Perianal Necrotizing Fasciitis with Mediastinal Involvement Using Single Radical Debridement: A Case Report

*Haoyan Li[1], Chaoyun Chen[1], Shiwei Chen[1], Yang Li[1] (1. Colorectal Surgery, The Affiliated TCM Hospital of Guangzhou Medical University, China)

[INTS1-3] From the Perspective of Whole-course Surgical Management: Debridement Strategies and Integrated Functional and Cosmetic Reconstruction for Perianal Necrotizing Fasciitis

*Ziwen Wang[1], Shiwei Chen[2] (1. Department of Coloproctology, The Affiliated Guangzhou Hospital of TCM of Guangzhou University of Chinese Medicine, China, 2. Department of Coloproctology, The Affiliated Traditional Chinese Medicine Hospital of Guangzhou Medical University, China)

[INTS1-4] Retroperitoneal Necrotizing Fasciitis Extending to the Para-esophageal Space after Procedure for Prolapse and Hemorrhoids (PPH)

*Zhiyin Deng[1], Shiwei Chen[2] (1. Department of Proctology, The Affiliated Guangzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine of Guangzhou University of Chinese Medicine, China, 2. The Affiliated Traditional Chinese Medicine Hospital of Guangzhou Medical University, China)

[INTS1-5] A Case of Necrotizing Fasciitis Caused by Penetration of a Sigmoid Diverticulum Treated with Surgery and NPWT

*Haruka Kanai[1], Daisuke Inagaki[1], Kenichi Kamachi[1], Seigi Lee[1], Yoshihito Masuoka[1], Mie Tanabe[1] (1. Department of Surgery, Tokyo Shinagawa Hospital, Japan)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 外科・肛門科

13:40 ~ 14:30 | 第9会場（1F 会議室101-A）

International Session 2　Surgical management of colorectal cancers

Moderator：Shota Takano（Coloproctology Center Takano Hospital, Japan）、Fumihiko Fujita（Department of Surgery, Kurume University School of Medicine, Japan）

[INTS2-1] Advances in Surgical Management of Rectal Cancer: Fascia-Guided Robotic Upfront Mesorectal Excision

*Masakatsu Numata[1,2], Keisuke Kazama[2], Yosuke Atsumi[1,2], Shota Izukawa[1,2], Suguru Nukada[1,2], Hiroki Ohya[2], Kanechika Den[2], Emi Ota[1,2], Mayumi Ozawa[1,2], Tsutomu Sato[1,2], Takaki Yoshikawa[2] (1. Department of Surgery, Gastroenterological Surgery, Yokohama City University Medical Center, Japan 2. Department of Gastrointestinal Surgery, Yokohama City University, Japan)

[INTS2-2] New Developments in Minimally Invasive Surgery for Colon Cancer: Outcomes and Future Challenges of Intracorporeal Anastomosis

*Hiroyoshi Iwata[1], Chikayoshi Tani[1], Shinnosuke Sato[1], Masahide Otani[1], Mizuho Ohara[1], Tatsuya Shonaka[1], Kimiharu Hasegawa[1], Hideki Yokoo[1] (1. Division of Gastroenterological and Transplant Surgery, Department of Surgery, Asahikawa Medical University, Japan)

[INTS2-3] Oncologic Outcomes of the Watch-and-Wait Strategy for Locally Advanced Rectal Cancer: Experience from a Tertiary Care University Hospital in Thailand

*Khamin Kunkrachang[1], Aitsariya Mongkhonsupphawan[1], Woramin Riansuwan[1] (1. Colorectal surgery Unit , Division of General Surgery ,Department of Surgery, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand)

[INTS2-4] Determinants of Low Anterior Resection Syndrome: Impact of Surgical Technique and Chemotherapy in Rectal Cancer — A Single-Center Study

*Alan Jasqui Bucay[1], María Dolores Hernández Gomez[1], Andrés Herrera Pineda[1], Ulises Pérez Escobedo[1], Agustín Güemes Quinto[1], Luis Enrique Bolaños Badillo[1], Eduardo Alvarado Tamez[1], Gisela Giovanna Oropeza Rodríguez[1], Jeziel Karina Ordoñez Juárez[1], Juan Antonio Villanueva Herrero[1], Billy Jiménez Bobadilla[1] (1. Hospital General de México, México)

[INTS2-6] The Impact of Low Anterior Resection Syndrome on Quality of Life After Hartmann Reversal

*Shiki Fujno[1,2], Osanna Wong[2], Naoki Yoneda[1], Ayumi Nagae[1], Genta Sawada[1], Shunji Morita[1], Thang Chien Nguyen[2], William Teoh[2], Hanumant Chouhan[2], Thomas Suhardja[2] (1. Department of surgery, Itami City Hospital, Japan, 2. Department of Colorectal Surgery, Dandenong Hospital, Monash Health)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 内科・外科

14:35 ~ 15:25 | 第9会場（1F 会議室101-A）

International Session 3　Rare situations and challenging surgeries

Moderator：Masataka Ikeda（Division of Lower Gi, Department Gastroenterological Surgery, Hyogo Medical University, Japan）、Takayuki Matsumoto（Digision of Gastroenterology, Department of Medicine, Iwate Medical University, Japan）

[INTS3-1] Laparoscopic Colectomy for Traumatic Colon Injury: A Case Series of Minimally Invasive Management

*Hyunseok Jang[1], Younggoun Jo[1], Yunchul Park[1], Euisung Jeong[1], Jungchul Kim[1], Dowan Kim[2] (1. Division of Trauma, Department of Surgery, Chonnam National University Medical School and Hospital, Republic of Korea, 2. Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery, Chonnam National University Hospital, Chonnam National University Medical School)

[INTS3-2] Post-Immunotherapy Bowel Obstruction in MSI-H Colorectal Cancer: A Case Report and Scoping Review of Predictive Factors

*Kevin Fenghua Zhang[1], Kabbyto Chen[1], Amanda Hii[1], Samwel Makanyengo[1], Richard Simpson[1] (1. Colorectal Unit, Gosford Hospital, Australia)

[INTS3-3] Clinicopathological Factors Associated with Lymph Node Metastasis and Surgical Implications in Rectal Neuroendocrine Tumors

*Takashi Okumura[1], Kenji Baba[1], Shizuka Yoshidome[1], Taiki Nakashima[1], Naohiro Koyoshi[2], Hidehito Maeda[2], Fumisato Sasaki[2], Ohtsuka Takao[1] (1. Department of Digestive Surgery, Kagoshima University, Japan 2. Department of Digestive and Lifestyle Diseases, Kagoshima University, Japan)

[INTS3-5] Clinical outcomes of surgery for multiple synchronous colorectal cancers

*Genta Sawada[1], Naoki Yoneda[1], Ayumi Nagae[1], Shiki Fujino[1], Taito Kimura[1], Yuri Tanisawa[1], Jeongho Moon[1], Hiroki Fukunaga[1], Osakuni Morimoto[1], Shunji Morita[1] (1. Department of Surgery, Itami City Hospital, Japan)

[INTS3-6] Burkitt lymphoma presenting as intestinal obstruction in a patient with long-standing indolent squamous cell carcinoma: a case report on a diagnostic pitfall in surgical oncology

*Jaram Lee[1], Joo Yeon Koo[2], Soo Young Lee[1], Hyeung-min Park[1], Chang Hyun Kim[1], Hyeong Rok Kim[1] (1. Department of surgery, Chonnam national university hwasun hosipital, Republic of Korea, 2. Department of pathology, Chonnam national university hwasun hosipital, Republic of Korea)

International Symposium | 全診療科

14:00 ~ 15:30 | 第5会場（1F 会議室102）

International Symposium　State-of-the-Art Management of IBD: Integrating Medical and Surgical Strategies in Clinical Practice

Moderator: Katsuyoshi Matsuoka (Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Inernal Medicine, Toho University Sakura Medical Center, Japan), Keisuke Hata (Toyoshima Endoscopy Clinic, Japan. Faculty of Medicine, The University of Tokyo, Japan)

[IS-1] Evolution of Treatment Strategies in IBD: Past, Present, and Future

*Stefan Wolfgang Schreiber (1. Department Medicine I, University Hospital Schleswig-Holstein, Kiel University, Germany)

[IS-2] Current Medical Management of IBD in the Era of Advanced Therapies

*Shu-Chen Wei (1. Department of Internal Medicine, National Taiwan University Hospital, Taiwan)

[IS-3] Management of Crohn's Perianal Fistula: Indications, Timing, and Outcomes

*Yong Sik Yun (1. University of Ulsan College of Medicine & Asan Medical Center, Korea)

[IS-4] Challenges and Future Perspectives of Surgery for Ulcerative Colitis

*Koji Okabayashi[1,2], Kohei Shigeta[2], Kenichi Okada[1], Kazuo Koyanagi[1], Seiichiro Yamamoto[1] (1. Department of Gastrointestinal Surgery, Tokai University School of Medicine, Japan, 2. Department of Surgery, Keio University School of Medicine, Japan)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Invited Lecture | 外科

10:35 ~ 11:05 | 第8会場（1F 会議室108）

Invited Lecture 1

Moderator: Seiichiro Yamamoto (Department of gastroenterological surgery, Tokai University, Japan)

[IL-1] Intracorporeal anastomosis in robotic colorectal surgery

*Mina Ming-yin Shen[1] (1. China Medical University Hsinchu Hospital, Taiwan)

Invited Lecture | 内科

12:50 ~ 13:20 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

Invited Lecture 2

Moderator: Akira Sugita (Yokohama Municipal Citizen’s Hospital, Japan)

[IL-2] Latest Advances and Future Directions in IBD: Precision Medicine

*Stefan Wolfgang Schreiber (1. Department Medicine I, University Hospital Schleswig-Holstein, Kiel University, Germany)

JSCP-KSCP Symposium

8:30 ~ 9:50 | 第5会場（1F 会議室102）

JSCP-KSCP Symposium 1　Which Procedure for Which Patient?

Moderator: Soon Sup Chung (Ewha Womans University, Korea), Toshiki Mimura (Jichi Medical University Hospital, Japan)

[JKS1-1] Stapled Hemorrhoidopexy ： Korean Style

*Jihoi Koo[1] (1. Songdo General Surgery, Incheon, Korea)

[JKS1-2] Pocket Dissection as a Minimally Invasive Surgery for Hemorrhoids

*Katsuhisa Ohashi[1] (1. OHASHI Clinic, Japan)

[JKS1-3] How to Deal with Unusual Anal Disease

*Woo Jung Nam[1] (1. Seoul Songdo Hospital, Korea)

[JKS1-4] LARS Management: From Physiologic Assessment to Treatment

*Yuji Nishizawa[1] (1. Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center Hospital East, Japan)

JSCP-KSCP Symposium

9:50 ~ 11:10 | 第5会場（1F 会議室102）

JSCP-KSCP Symposium 2　Precision & Extent: The Evolving Standard of Colon Cancer Surgery

Moderator: Gyu-Seog Choi (Kyungpook National University, Korea), Ichiro Takemasa (Osaka International Medical and Science Center, Japan)

[JKS2-1] T1 Colon Cancer Treatment Strategy after EMR or ESD

*Rumi Shin[1] (1. Department of Surgery, Seoul National University Boramae Medical Center / Seoul National University College of Medicine, Korea)

[JKS2-2] Which is the optimal approach for advanced transverse colon cancer, transverse colectomy or extended right hemicolectomy? -JCOG2304-

Tomonori Akagi[1], Takumi Hasegawa[1], Masafumi Inomata[1] (1. Department of Gastroenterological and Pediatric Surgery, Oita University Faculty of Medicine, Japan)

[JKS2-3] Minimally Invasive Surgery for T4 Colon Cancer: Is It Safe?

*Byung Soh Min[1] (1. Yonsei University College of Medicine, Korea)

[JKS2-4] Robot-Assisted Colon Cancer Surgery Using Various Types of Robotic Surgical Systems

*Yasumitsu Hirano[1] (1. Department of Gastroenterological Surgery, Saitama Medical University International Medical Center, Hidaka, Saitama, Japan)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

イブニングセミナー

15:40 ~ 16:30 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

Evening Seminar 1

Moderator: Takanori Kanai (Division of Gastroenterology & Hepatology, Department of Internal Medicine, Keio University School of Medicine)

[ES1-1] Advancing Management of Perianal Fistulizing Crohn's Disease: Current Challenges and Unmet Needs

*Shu-Chen Wei[1] (1. National Taiwan University Hospital and College of Medicine,Taiwan)

[ES1-2] Advancing Management of Perianal Fistulizing Crohn's Disease: Latest Evidence with Guselkumab

*Stefan Schreiber[1] (1. Department Medicine I, University Hospital Schleswig-Holstein, Kiel University, Germany)

イブニングセミナー

15:40 ~ 16:30 | 第5会場（1F 会議室102）

イブニングセミナー2　内科治療の進歩の先にあるIBD診療　～UC・CDにおける治療限界と次の一手を考える～

司会：松島 加代子（長崎大学病院　消化器内科／医療教育開発センター）

[ES2-1] 最新のクローン病治療とGMAの位置付け

*上野 伸展[1] (1. 旭川医科大学　消化器内視鏡医学講座)

[ES2-2] 多様化するUCの内科治療戦略～GMA活用方法の実際～

*横山 薫[1] (1. 北里大学医学部　消化器内科学)

イブニングセミナー

15:40 ~ 16:30 | 第6会場（1F 会議室103）

イブニングセミナー3　ロボット直腸手術を中心に、TNT・教育・合併症予防（癒着防止材）

司会：小林 宏寿（帝京大学医学部附属溝口病院　外科）

[ES3-1] CRT/TNT時代のロボットAPR　―治療成績とアドスプレーを活用した術後癒着対策―

*三浦 啓壽[1] (1. 北里大学病院　一般・消化器外科)

[ES3-2] ロボット支援大腸癌手術における治療の実際と合併症予防　―有効な癒着防止材の使用法について―

*太田 竜[1] (1. 日本医科大学武蔵小杉病院　消化器外科)

イブニングセミナー

15:40 ~ 16:30 | 第7会場（1F 会議室107）

イブニングセミナー4　未来を見据えた治療選択とは何かー内科医と肛門科医の視点からー

司会：渡辺 憲治（富山大学附属病院　炎症性腸疾患内科 IBDセンター）

[ES4-1] クローン病診療におけるモニタリングと治療最適化 ーベドリズマブの活用を含めてー

*中村 正直[1] (1. 愛知医科大学　内科学講座　消化管内科)

[ES4-2] 長期予後を見据えたクローン病の治療戦略 ～外科・肛門科医の立場から～

*太田 章比古[1] (1. 医療法人愛知会家田病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

イブニングセミナー

15:40 ~ 16:25 | 第9会場（1F 会議室101-A）

イブニングセミナー5

司会：上原 圭（順天堂大学 下部消化管外科）

[ES5-1] 大腸がん手術におけるデバイス選択～質とコストのバランスを考慮した新たな可能性～

*愛洲 尚哉[1] (1. 福岡大学医学部　消化器外科)

[ES5-2] 大腸がん手術におけるデバイス選択～質とコストのバランスを考慮した新たな可能性～

*山本 大輔[1] (1. 金沢大学附属病院　消化管外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科

8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1

司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科）、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-1] 若年発症大腸癌における年齢層別の臨床病理・分子学的特徴：東・東南アジア国際多施設レジストリ研究（ESEA CRC-01）

*大内 晶[1]、Malakorn Songphol[2]、Jirathaniruangkit Kitrawee[2]、Kim Chang Woo[3]、Jung Jin-Min[3]、高見澤 康之[4]、永田 洋士[4]、小森 康司[1]、Yang Yun[5]、Zheng Xiao-hao[5]、Shen Ming-Yin[6]、Chen William Tzu-liang[6]、Chen Lionel Hui[7]、Seow-En Isaac[7]、Ng Simon S M[8]、Lam Ray C H[8]、Wanitsuwan Worrawit[9,10]、Horpaopan Sukanya[11]、Villanueva Maureen Elvira P[12]、Koh Frederick H[13] (1. 愛知県がんセンター消化器外科部、2. Chulalongkorn Colorectal Research Unit, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University、3. Department of Surgery, Ajou University Hospital, Ajou University School of Medicine、4. 国立がん研究センター中央病院大腸外科、5. Department of General Surgery, Beijing Friendship Hospital, Capital Medical University、6. Department of Surgery, China Medical University Hsinchu Hospital、7. Department of Colorectal Surgery, Singapore General Hospital、8. Division of Colorectal Surgery, Department of Surgery, The Chinese University of Hong Kong、9. Department of Surgery, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University、10. Medical Science Research and Innovation Institute, Prince of Songkla University、11. Department of Anatomy, Faculty of Medicine, Chiang Mai University、12. Division of Colorectal Surgery, Philippine General Hospital, University of the Philippines、13. Department of Colorectal Surgery, Sengkang General Hospital)

[SY1-2] 若年発症大腸癌の臨床病理学的特徴と予後の評価 ―sporadic pMMR/MSSに限定した解析―

*門馬 智之[1]、八子 博貴[1]、川又 崇弘[1]、長谷川 誠[1]、森 友輔[1]、藤井 あゆみ[1]、滝口 千晶[1]、深井 智司[1]、佐藤 孝洋[1]、伊藤 美郷[1]、氏家 大輔[1]、千田 峻[1]、岡山 洋和[1]、齋藤 元伸[1]、河野 浩二[1] (1. 福島県立医科大学消化管外科)

[SY1-3] 若年発症大腸癌の臨床病理学的特徴とStage別予後の検討－多施設共同後ろ向き研究－

*中西 良太[1]、安藤 幸滋[2]、杉山 雅彦[3]、上原 英雄[4]、藤中 良彦[5]、吉田 大輔[6]、枝廣 圭太郎[7]、川副 徹郎[2]、永井 太一朗[1]、蓮田 博文[1]、田尻 裕匡[1]、楠元 英次[1]、太田 光彦[1]、坂口 善久[1] (1. 九州医療センター　消化管外科、がん臨床研究部、2. 九州大学　消化器・総合外科、3. 九州がんセンター　消化管外科、4. 九州中央病院　総合外科、5. 飯塚病院　外科、6. 別府医療センター　消化器外科、7. 錦病院)

[SY1-4] Early-onset colorectal cancer200例の臨床病理学的特徴と予後

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

[SY1-5] 当院における若年大腸癌の特徴

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

[SY1-6] 若年性大腸癌の臨床病理学的特徴と治療成績

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

[SY1-7] 若年者大腸癌における臨床病理学的特徴と予後および治療強度の検討

*笠島 浩行[1]、笠島 浩希[1]、下國 達志[1] (1. 市立函館病院　消化器外科)

[SY1-8] 若年発症直腸癌に対する術前化学放射線療法の効果

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

[SY1-9] 大腸癌におけるField Agingと若年発症大腸癌（EOCRC）特異的エピジェネティックシグネチャーの統合的in silico解析

*永坂 岳司[1]、山田 岳史[2] (1. 川崎医科大学先端腫瘍医学、2. 日本医科大学消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科

8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）

シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント

司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2　基調講演] 潰瘍性大腸炎関連腫瘍の臨床病理学的特徴と初期病変

*岩男 泰[1,2,3,4]、杉本 真也[2]、高林 馨[3]、吉松 裕介[2]、清原 裕貴[2]、三上 洋平[2]、下田 将之[4]、金井 隆典[2] (1. 慶應義塾大学予防医療センター、2. 慶應義塾大学医学部消化器内科、3. 慶應義塾大学医学部内視鏡センター、4. 東京慈恵会医科大学病理学講座)

[SY2-1] 潰瘍性大腸炎関連進行大腸癌における診断契機別に見た臨床病理学的特徴と予後

*大岡 達子[1]、高砂 健[1]、福田 佳保[1]、山下 賢[1]、上垣内 由季[1]、壷井 章克[1]、田中 秀典[1]、檜山 雄一[2]、岸田 圭弘[1]、瀧川 英彦[1]、卜部 祐司[1]、上野 義隆[1]、桑井 寿雄[3]、岡 志郎[1] (1. 広島大学病院消化器内科、2. 同広島臨床研究開発支援センター、3. 同消化器内視鏡医学講座)

[SY2-2] 大腸炎関連大腸癌における特異的遺伝子発現の同定と鑑別診断への応用

*衣笠 哲史[1,2]、主藤 朝也[2]、溝口 恵美子[3]、松本 太一[4]、内野 基[5]、真鍋 達也[6]、藤田 文彦[2] (1. 福岡みらい病院、2. 久留米大学医学部外科学講座、3. 久留米大学医学部免疫学講座、4. 福岡大学医学部細胞生物学講座、5. 兵庫医科大学病院消化器外科学講座炎症性腸疾患外科、6. 佐賀大学医学部外科学講座)

[SY2-3] 手術症例から振り返る潰瘍性大腸炎関連腫瘍の診断ストラテジー

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

[SY2-4] 潰瘍性大腸炎関連腫瘍の診断における内視鏡・超音波内視鏡の有用性とESDのトータルバイオプシーとしての役割

*米田 頼晃[1]、吉田 早希[1]、大東 弘治[2]、竹内 洋司[1]、川村 純一郎[2]、工藤 正俊[1] (1. 近畿大学医学部消化器内科、2. 近畿大学医学部下部消化管外科)

[SY2-5] CV-SCANを用いた潰瘍性大腸炎関連腫瘍の検出およびESDにおける有用性

*植田 浩貴[1]、冨岡 明[2]、千谷 菜花[2]、堀内 和樹[1]、古橋 廣崇[1]、成松 和幸[1]、高本 俊介[1]、穂苅 量太[1] (1. 防衛医科大学校病院消化器内科、2. 埼玉医科大学国際医療センター消化器内科)

[SY2-6] 潰瘍性大腸炎の臨床経過分類と大腸炎関連大腸癌術後再発との関連：全国多施設共同研究

*吉村 晴香[1]、水内 祐介[1]、藤本 崇聡[1]、永吉 絹子[1]、野口 竜剛[2]、杉原 健一[3]、上野 秀樹[4]、石原 聡一郎[2] (1. 九州大学臨床腫瘍外科、2. 東京大学腫瘍外科、3. 社会医療法人社団光仁会第一病院、4. 防衛医科大学校外科学講座)

[SY2-7] 炎症性腸疾患関連大腸癌に対する化学療法の適応と留意点

*荻野 崇之[1]、長谷川 昂[1]、福田 健太[1]、赤澤 英[1]、辻 嘉斗[1]、深田 晃生[1]、関戸 悠紀[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、水島 恒和[2]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学、2. 獨協医科大学外科学(下部消化管外科)講座)

[SY2-8] クローン病の肛門病変に合併する痔瘻癌、肛門管癌について

*酒匂 美奈子[1]、井上 英美[2]、大城 泰平[2]、新谷 裕美子[2]、西尾 梨沙[2]、岡野 荘[1]、園田 光[1]、岩本 志穂[1]、深田 雅之[1]、古川 聡美[2]、岡本 欣也[2]、山名 哲郎[2] (1. JCHO東京山手メディカルセンター、2. JCHO東京山手メディカルセンター　大腸肛門外科)

[SY2-9] クローン病関連直腸肛門管腫瘍に対する診断戦略とサーベイランスの課題

*重原 光那[1]、杉本 真也[1]、吉松 裕介[1]、清原 裕貴[1]、三上 洋平[1]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学（消化器）)

[SY2-10] クローン病に合併した直腸肛門部癌に対するサーベイランスの現状

*堀尾 勇規[1]、内野 基[1]、友尾 祐介[1]、長野 健太郎[1]、楠 蔵人[1]、桑原 隆一[1]、木村 慶[2]、片岡 幸三[2]、池田 正孝[2]、池内 浩基[1] (1. 兵庫医科大学炎症性腸疾患外科、2. 兵庫医科大学下部消化管外科)

[SY2-11] クローン病に合併した消化管悪性腫瘍101例の予後因子の検討

*井上 英美[1]、酒匂 美奈子[2]、丹野 侑杜[1]、新谷 裕美子[1]、西尾 梨沙[1]、大城 泰平[1]、古川 聡美[1]、岡本 欣也[1]、山名 哲郎[1] (1. JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター、2. JCHO東京山手メディカルセンター炎症性腸疾患センター)

[SY2-12] クローン病関連直腸肛門悪性腫瘍に対する骨盤内臓全摘術の治療成績

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

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

[SY2-13] クローン病関連大腸腫瘍の予後改善に向けた早期診断戦略：早期診断に向けた肉眼形態的特徴と診断経路の解析

*中尾 詠一[1]、辰巳 健志[1]、小原 尚[1]、後藤 晃紀[1]、黒木 博介[1]、小金井 一隆[1]、杉田 昭[1] (1. 横浜市立市民病院炎症性腸疾患科)

シンポジウム | 肛門科

10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割

司会：黒木 政純（くろき医院)、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-1] 診療所・病院・患者の「三方よし」を目指した肛門診療における病診連携の現状

*小泉 範明[1]、多加喜 航[1] (1. 明石市立市民病院　外科)

[SY3-2] 地方小規模肛門専門病院が担う包括的肛門疾患診療の役割と課題

*錦織 直人[1]、佐々木 義之[1]、錦織　ルミ子[1]、錦織 麻衣子[1]、尾原 伸作[2]、錦織 方人[1] (1. 一路会錦織病院、2. 国保中央病院外科)

[SY3-3] 地域医療における肛門科の役割　―大学・医師会との教育連携を中心に―

*小村 憲一[1]、岡村 行泰[2]、梶原 崇弘[4]、間崎 武郎[3]、海賀 照夫[5]、松野 順敬[4]、渡部 愛[2]、服部 桜子[2]、河合 隆治[6]、奥村 康弘[2]、渡辺 知明[9]、小泉 和也[7]、甲田 貴丸[8]、木下 和哉[10]、坂東 重浩[11]、石倉 智枝里[2]、加藤 岳晴[2]、寺本 賢一[2]、山岸 俊介[2] (1. 小村肛門科医院、2. 日本大学消化器外科、3. 同愛会病院外科、4. 板倉病院外科、5. みつわ台総合病院外科、6. 大和徳洲会病院外科、7. 小泉胃腸肛門乳腺クリニック、8. 甲田医院、9. 渡辺昭医院、10. 木下産婦人科医院、11. ばんどうクリニック堀切菖蒲園駅前)

[SY3-4] 肛門科地域連携医療の司令塔としての役割

*大橋 勝久[1]、大橋 勝英[1]、佐々木 章公[2]、太田 和美[2]、北川 一智[2]、森谷 行利[3]、玉木 孝彦[3] (1. 大橋胃腸肛門科外科医院、2. 十全総合病院、3. 森谷外科医院)

[SY3-5] 肛門科医の連携と 市民への情報発信 -“愛宕おしり研究会”の活動-

*羽田 丈紀[1]、吉田 幸平[2]、白畑 敦[3]、井藤 尚武[4]、伊東 功[5]、伊藤 大介[1]、飯田 直子[1]、中山 真緒[1]、小田 晃弘[6]、野田 大地[6]、長谷川 小百合[7] (1. おなかクリニック、2. 新宿おしりのクリニック、3. しらはた胃腸肛門クリニック横浜、4. 八王子クリニック、5. 小田原おしりとおなかのクリニック、6. 新松戸中央総合病院、7. 塩山あかおクリニック)

[SY3-6] 肛門科traineeから見た専門病院の重要性とマーケティング

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

[SY3-7] 西九州させぼ広域都市圏における肛門科の役割

*日高 仁[1]、黒木 政純[2] (1. ひだか医院、2. くろき医院)

[SY3-8] 総合病院内の一診療科としての肛門科に求められる地域医療における役割

*岡田 大介[1]、佐原 力三郎[1]、本間 祐子[1] (1. 社会医療法人財団仁医会牧田総合病院肛門病センター)

[SY3-9] 地方の肛門科専門有床診療所における肛門外科専門医の矜持

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

[SY3-10] 肛門疾患はどこに集約されるのか：地域医療構造の実態

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

その他

16:40 ~ 18:10 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

社員総会・振興会評議員会

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科・肛門科

8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション１　実地医家におけるIBD診療の現状と課題

司会：小金井 一隆（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）、山口 トキコ（マリーゴールドクリニック）

[PD1-1] 肛門病変で初発した症例がクローン病確定診断に至る実際

*三枝 直人[1,2]、三枝 純一[2] (1. 増子記念病院大腸肛門外科、2. 三枝クリニック)

[PD1-2] 市中肛門科クリニックにおけるクローン病診療の現状と課題

*福原 政作[1,2]、家田 純郎[2]、宮田 美智也[2]、太田 章比古[2]、長谷川 信吾[2]、青野 景也[2]、近藤 哲[2]、若尾 聖[2] (1. 名古屋栄駅前ふくはら大腸肛門外科・消化器内科、2. 医療法人愛知会家田病院)

[PD1-3] クローン病におけるストーマ造設後長期成績：ストーマ造設要因別予後と課題

*長野 健太郎[1]、桑原 隆一[1]、友尾 祐介[1]、楠 蔵人[1]、堀尾 勇規[1]、木村 慶[2]、片岡 幸三[2]、池田 正孝[2]、内野 基[1]、池内 浩基[1] (1. 兵庫医科大学病院　消化器外科学講座　炎症性腸疾患外科、2. 兵庫医科大学病院　消化器外科学講座　下部消化管外科)

[PD1-4] クローン病患者における初回手術および再手術のリスク因子の検討

*伊藤 貴博[1]、李 鵬[1]、松永 滉平[1]、前本 篤男[1] (1. 札幌東徳洲会病院ＩＢＤセンター)

[PD1-5] Bio/JAK時代における重症潰瘍性大腸炎手術例の現状と課題

*小原 尚[1]、辰巳 健志[1]、黒木 博介[1]、後藤 晃紀[1]、中尾 詠一[1]、小金井 一隆[1]、杉田 昭[1] (1. 横浜市立市民病院炎症性腸疾患科)

[PD1-6] 潰瘍性大腸炎術後に発生した痔瘻の現状と課題

*木村 英明[1]、鳥谷 建一郎[1]、木村 友里花[1]、国崎 玲子[1]、後藤 晃紀[2]、黒木 博介[2]、辰巳 健志[2]、小金井 一隆[2]、杉田 昭[2]、吉川 貴己[3] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター炎症性腸疾患センター、2. 横浜市立市民病院炎症性腸疾患科、3. 横浜市立大学消化管外科)

[PD1-7] 潰瘍性大腸炎術後症例における慢性回腸嚢炎発症リスク因子の検討

*深田 晃生[1]、荻野 崇之[1]、赤澤 英[1]、福田 健太[1]、辻 嘉斗[1]、関戸 悠紀[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、水島 恒和[2]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院医学系研究科外科学講座　消化器外科学、2. 獨協医科大学下部消化管外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

10:00 ~ 11:15 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

パネルディスカッション２　進行直腸癌に対するTNT　中長期治療成績と今後検証すべき点

司会：渡邉 純（関西医科大学下部消化管外科学講座）、向井 俊貴（がん研有明病院大腸外科）

[PD2-1] 局所進行直腸癌に対するSCRT＋CAPOXによるTNTの中長期成績とNOMの検証課題：ENSEMBLE-1

*賀川 義規[1]、渡邉 純[2]、安藤 幸滋[3]、植村 守[4]、諏訪 雄亮[2,5]、小沢 真由美[5]、奥谷 浩一[6]、西沢 佑次郎[7]、大庭 幸治[8]、沖 英次[9] (1. 大阪国際がんセンター　消化器外科、2. 関西医科大学下部消化管外科学講座、3. 九州大学大学院消化器・総合外科、4. 大阪大学大学院消化器外科学、5. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター、6. 札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野、7. 大阪急性期・総合医療センター消化器外科、8. 東京大学情報学環、9. 九州大学病院先端医工学診療部)

[PD2-2] 直腸癌のTNTを含む術前治療における治療効果予測の困難性とその臨床的意義

*髙山 裕司[1]、松澤 夏未[1]、福井 太郎[1]、柿澤 奈緒[1]、力山 敏樹[1] (1. 自治医科大学附属さいたま医療センター)

[PD2-3] 局所進行直腸癌に対するTNTの治療成績の検討

*堀江 智子[1,2]、平井 隆仁[1]、草野 智一[1]、小池 礼子[1]、加藤 博久[1] (1. 江東病院、2. 東京大学医科学研究所附属病院)

[PD2-4] 当院における術前治療後の進行下部直腸癌の中長期成績 ～CRTとTNTの傾向スコアマッチングによる比較～

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

[PD2-5] 直腸癌術前治療後の治療戦略：画像・内視鏡評価の限界と残存腫瘍量の重要性

*小林 壽範[1]、山田 典和[2]、上原 広樹[2]、滝井 麻美子[2]、五十嵐 優人[2]、森 至弘[2]、萩原 千恵[2]、諏訪 雄亮[2]、渡邉 純[2] (1. 関西医科大学香里病院　外科、2. 関西医科大学　下部消化管外科)

[PD2-6] R0切除を達成した進行下部直腸癌において術前化学療法は遠隔再発を抑制しうる

*山口 峻[1]、小嶋 雅之[1]、山崎 翔斗[1]、小野 李香[1]、丸田 浩志[1]、片山 宏己[1]、髙村 祐磨[1]、足立 利幸[1]、石井 光寿[1]、井上 悠介[1]、三浦 崇[1]、江口 晋[2]、松本 桂太郎[3]、野中 隆[1] (1. 長崎大学病院　大腸・肛門外科、2. 長崎大学病院　外科学講座移植・消化器外科学分野、3. 長崎大学病院　外科学講座　腫瘍外科学分野)

パネルディスカッション | 肛門科

12:50 ~ 14:20 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

パネルディスカッション３　痔核の治療（ALTA療法の適応とこだわりの手術法）

司会：田中 良明（寺田病院大腸肛門病センター肛門科）、錦織 英知（一般社団法人健英会えさか駅前にしごりおなかとおしりのクリニック）

[PD3-1] ALTA併用療法を主軸とした内痔核治療

*鉢呂 芳一[1]、安部 達也[1]、小原 啓[1]、太田 盛道[1]、渡邊 賢二[1]、國本 正雄[1] (1. くにもと病院)

[PD3-2] ALTA療法を成立させる外科的戦略～適応選択と外科的介入の質～

*小原 誠[1] (1. OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック)

[PD3-3] 当院のALTA療法の適応

*加藤 久仁之[1]、加藤 典博[1] (1. ふるだて加藤肛門外科クリニック)

[PD3-4] 日帰り痔核手術におけるALTA併用療法の進化とその実際

*小村 憲一[1] (1. 小村肛門科医院)

[PD3-5] 有床診療所における初回治療としてのALTA単独療法～その位置付けと真価について～

*日高 仁[1]、日高 久光[2] (1. ひだか医院、2. 医療法人祥久会日高大腸肛門クリニック)

[PD3-6] 当院でのALTA併用療法-分離結紮術と結紮切除術との比較-

*岡﨑 啓介[1] (1. 岡崎外科消化器肛門クリニック)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

14:00 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）

パネルディスカッション４　大腸がんにおけるプレシジョンメディスンの現状と課題

司会：田村 孝雄（近畿大学奈良病院腫瘍内科）、杉本 直俊（大阪国際がんセンター遺伝子診療部）

[PD4-1] 血中循環腫瘍DNA陰性Stage II結腸癌における残余再発リスクの層別化とRecurrence predict valueの有用性

*水野 翔大[1,2]、茂田 浩平[1]、安藤 幸滋[3]、三島 沙織[4]、門野 政義[1]、森田 覚[1]、小谷 大輔[4]、中村 能章[4]、三代 雅明[5]、浜部 敦史[5]、渡邊 純[6]、小高 雅人[7]、山﨑 健太郎[8]、加藤 健志[9]、吉野 孝之[4]、沖 英次[10]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部一般・消化器外科、2. 荻窪病院外科、3. 九州大学大学院医学研究院消化器・総合外科、4. 国立研究開発法人国立がん研究センター東病院消化管内科、5. 大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学、6. 関西医科大学下部消化管外科、7. 医療法人薫風会佐野病院消化器外科、8. 静岡県立がんセンター消化器内科、9. 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター下部消化管外科、10. 九州大学病院先端医工学診療部)

[PD4-2] 日本人大腸癌におけるMSI-H/dMMRの実態と術前MSI/MMR検査の施設間格差

*森本 祥悠[1]、畑 泰司[1]、賀川 義規[2]、高橋 秀和[3]、柳澤 公紀[4]、鈴木 陽三[5]、大澤 日出樹[6]、内藤 敦[7]、鄭 充善[8]、岡村 修[9]、高橋 佑典[10]、佐々木 優[11]、市原 もも子[12]、安山 陽信[13]、澤田 元太[14]、関戸 悠紀[15]、荻野 崇之[15]、三吉 範己[15]、植村 守[15]、江口 英利[15] (1. 大阪急性期総合医療センター消化器外科、2. 大阪国際がんセンター消化器外科、3. 大阪国際メディカル&サイエンスセンター大阪けいさつ病院消化器外科、4. 関西ろうさい病院消化器外科、5. 市立豊中病院消化器外科、6. 八尾市立病院消化器外科、7. 堺市立総合医療センター消化器外科、8. 大阪ろうさい病院消化器外科、9. 市立吹田病院消化器外科、10. 国立病院機構大阪医療センター消化器外科、11. 市立東大阪医療センター消化器外科、12. 兵庫県立西宮病院消化器外科、13. 市立貝塚病院消化器外科、14. 市立伊丹病院消化器外科、15. 大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学)

[PD4-3] 大腸癌転移再発根治切除症例における予後予測因子としてのDNAメチル化マーカーの有用性

*藤﨑 隆[1]、市川 峻太[1]、岩井 貴寛[1]、小林 清洋[1]、濱田 篤彦[1]、安藤 祐二[1]、村井 勇太[1]、幸地 彩貴[1]、十朱 美幸[1]、仲川 裕喜[1]、高橋 宏光[1]、井 祐樹[1]、河口 恵[1]、百瀬 裕隆[1]、土谷 祐樹[1]、塚本 亮一[1]、盧 尚志[1]、本庄 薫平[1]、冨木 裕一[1]、杉本 起一[1] (1. 順天堂大学医学部附属順天堂医院　下部消化管外科)

[PD4-4] 右側大腸癌に対する新たな治療戦略：高メチル化大腸癌とBRAF遺伝子変異

*川上 尚人[1] (1. 東北大学大学院医学系研究科臨床腫瘍学分野)

[PD4-5] 大腸癌に対するがん遺伝子パネル検査の有効性の検討：C-CATデータベース解析から

*西田 尚弘[1] (1. 東海大学医学部臨床腫瘍学)

[PD4-6] 当院における大腸・直腸癌CGP検査の後方視的検討

*赤羽 慎太郎[1,4]、下村 学[2]、矢野 琢也[2]、佐田友 藍[2]、田口 和浩[2]、松原 啓壮[2]、石川 聖[2]、佐藤 沙希[2]、渡邊 淳弘[2]、森内 俊行[2]、塩崎 翔平[2]、松原 一樹[2]、山口 瑞生[2]、岡本 渉[3]、石原 美紗子[1]、中原 輝[1]、新津 宏明[1]、大段 秀樹[2]、檜井 孝夫[1] (1. 広島大学病院遺伝子診療科、2. 広島大学病院消化器・移植外科、3. 広島大学病院がん化学療法科、4. 独立行政法人国立病院機構広島西医療センター外科)

[PD4-7] がん遺伝子パネル検査リアルワールドデータに基づくERBB2増幅大腸癌の臨床的意義の検討

*北嶋 貴仁[1,2]、奥川 喜永[1,2]、髙木 里英子[2]、嶌村 麻生[2]、天白 成[2]、山本 晃[2]、市川 崇[3]、長野 由佳[2]、浦谷 亮[2]、今岡 裕基[2]、志村 匡信[2]、川村 幹雄[2]、松下 航平[2]、安田 裕美[2]、小池 勇樹[2]、大北 喜基[2]、吉山 繁幸[2]、大井 正貴[2]、小林 美奈子[3]、問山 裕二[2] (1. 三重大学医学部附属病院ゲノム医療部、2. 三重大学医学部大学院消化管・小児外科学、3. 三重大学医学部大学院臨床外科感染制御学講座)

[PD4-8] JAGUAR試験（JACCRO PM-01）：切除不能進行再発大腸癌患者における循環腫瘍DNAを用いた逐次的包括的ゲノムプロファイリング検査の臨床的有用性を評価する前向き研究

*砂川 優[1]、舛石 俊樹[2]、武田 弘幸[1]、梅垣 翔[3]、横山 雄一郎[4]、朴 慶純[5]、室 圭[2]、市川 度[6]、石原 聡一郎[4] (1. 聖マリアンナ医科大学臨床腫瘍学講座、2. 愛知県がんセンター薬物療法部、3. 愛知県がんセンターゲノム医療センター、4. 東京大学医学部附属病院 腫瘍外科・血管外科、5. 国立成育医療研究センター病院臨床研究センター、6. 日本がん臨床試験推進機構)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

14:15 ~ 15:30 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション５　機能性消化管疾患・直腸肛門機能障害の診断と治療

司会：北條 麻理子（順天堂大学医学部消化器内科）、大橋 勝久（大橋胃腸肛門科外科医院）

[PD5-1] 当科における排便困難型慢性便秘症の診療の実際

*伊原 栄吉[1]、竹島 翼[2]、田中 義将[2] (1. 国際医療福祉大学成田病院消化器内科、2. 九州大学大学院医学研究院病態制御内科学)

[PD5-2] 機能性便秘症における食後大腸運動反応の異常 ーシネMRIによる食後変化量の解析ー

*竹田 努[1]、金澤 卓也[1]、沖 翔太朗[1]、上田 久美子[1]、北條 麻理子[1]、中村 駿佑[1]、上村 泰子[1]、岩野 知世[1]、山本 桃子[1]、阿部 大樹[1]、上山 浩也[1]、永原 章仁[1] (1. 順天堂大学医学部消化器内科)

[PD5-3] 直腸の拡張と慢性便秘症（排便障害）の関連性に関する検討

*力石 健太郎[1]、河原 秀次郎[1]、阿部 海斗[1]、志村 太雅[1]、平林 剛[1]、小村 伸朗[1] (1. 独立行政法人国立病院機構西埼玉中央病院外科)

[PD5-4] 慢性便秘患者における直腸内便存在と便意の有無との検討

*津田 桃子[1,2]、小野寺 友幸[2]、小西 加奈子[1]、佃 曜子[1]、松本 美櫻[1]、加賀谷 英俊[1]、江原 亮子[1]、加藤 元嗣[1] (1. 北海道対がん協会　札幌がん検診センター、2. 国立病院機構　函館医療センター)

[PD5-5] 直腸瘤に対する後腟壁会陰形成を加えたLaparoscopic Ventral Rectopexyと周術期排便機能

*加藤 健宏[1]、草薙 洋[1]、高橋 知子[1]、宮崎 彰成[1]、本城 弘貴[1]、三浦 聡美[1]、青木 沙弥佳[1] (1. 亀田総合病院消化器外科)

[PD5-6] 直腸術後排便機能障害における肛門内圧低下の意義

*松本 圭太[1]、加藤 京[1]、外村 俊平[1]、杉江 雄斗[1]、横井 亮磨[1]、村瀬 佑介[1]、水谷 千佳[1]、鷹尾 千佳[1]、浅井 竜一[1]、田島 ジェシー雄[1]、桐山 俊弥[1]、三井 範基[1]、遠藤 真英[1]、洞口 岳[1]、畑中 勇治[1]、深田 真宏[1]、安福 至[1]、佐藤 悠太[1]、田中 善宏[1]、松橋 延壽[1] (1. 岐阜大学医学部附属病院　消化器外科)

[PD5-7] 分娩時肛門括約筋損傷（OASIS）後の排便機能障害に関する診療科連携の重要性

*高橋 知子[1]、青木 沙弥佳[1]、本城 弘貴[1]、加藤 健宏[1]、宮崎 彰成[1]、草薙 洋[1] (1. 亀田総合病院　消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ビデオワークショップ１　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療1

司会：長谷川 博俊（医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院）、本郷 久美子（平塚市民病院）

[VWS1-1] 当科における人工肛門造設の手技と合併症への対応

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

[VWS1-2] TNT後低位前方切除術における縫合不全対策としての予防的一時的ストーマ造設戦略

*中野 大輔[1]、高雄 美里[1]、加藤 博樹[1]、中守 咲子[1]、坂元 慧[1]、出島 皓[1]、武井 信諭[1]、佐々木 和人[1]、川合 一茂[1] (1. がん・感染症センター都立駒込病院　大腸外科)

[VWS1-3] ロボット支援下直腸癌手術におけるストーマ造設の工夫と合併症低減への取り組み

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

[VWS1-4] 一時的回腸人工肛門における標準化した造設手技と合併症対策

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

[VWS1-5] 一時的回腸人工肛門造設における当施設のストマ出口症候群の傾向と治療

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

[VWS1-6] 合併症低減を目的とした一時的回腸人工肛門造設・閉鎖の工夫

*木下 敬史[1]、小森 康司[1]、大内 晶[1]、岸田 貴喜[1]、安岡 宏展[1]、安藤 秀一郎[1]、安部 哲也[1] (1. 愛知県がんセンター消化器外科)

[VWS1-7] ストーマ脱予防を目的とした閉塞性大腸癌に対する2連銃式ストーマ

*西居 孝文[1]、坂元 寿美礼[1]、金城 あやか[1]、瀬良 知央[1]、西村 潤也[1]、福岡 達成[1]、前田 清[2] (1. 大阪市立総合医療センター消化器外科、2. 大阪公立大学消化器外科)

[VWS1-8] 双孔式横行結腸ストーマにおけるストーマ脱予防の工夫と外科的治療法

*栃木 透[1]、大平 学[1]、丸山 哲郎[1]、岡田 晃一郎[1]、池田 優子[1]、丸山 通広[1] (1. 千葉大学　先端応用外科)

[VWS1-9] 傍ストーマヘルニアのないストーマを目指して：鏡視下腹膜外経路造設術の工夫と有用性

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

[VWS1-10] Z-plastyを応用した双口式人工肛門造設法についての考察

*本田 志延[1]、北村 文優[1]、石躍 裕之[1]、鈴木 裕紀子[1]、式地 優樹[1]、田中 荘一[2]、土居 浩一[1] (1. 宮崎県立延岡病院外科、2. 信濃町立信越病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

9:45 ~ 11:15 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ビデオワークショップ２　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？1

司会：鶴田 雅士（国際医療福祉大学成田病院）、番場 嘉子（東京女子医科大学病院）

[VWS2-1] ロボット支援下結腸癌手術を標準術式としてからの，地方中規模病院での現状と着地点

*赤本 伸太郎[1]、高木 健次[1] (1. 住友別子病院外科)

[VWS2-2] 中規模一般病院における結腸癌に対するRobot支援手術

*長谷川 芙美[1]、宇宿 真一郎[1]、木村 都旭[1]、佐藤 美咲紀[1]、淺田 恵美[1]、小倉 広子[1]、細井 則人[1]、天野 正弘[1]、宮崎 国久[1] (1. 東京北医療センター)

[VWS2-3] コスト低減を考慮したロボット支援結腸癌手術の工夫と治療成績

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

[VWS2-4] 術式難易度別にみたロボット支援下結腸癌手術におけるダブルバイポーラー法を用いた低コスト運用の可能性

*矢作 雅史[1]、勝又 佳織[1]、似鳥 修弘[1] (1. 立川病院)

[VWS2-5] 当科における安全かつ再現性の高いロボット支援下結腸右半切除術D3郭清

*岸田 貴喜[1]、木下 敬史[1]、大内 晶[1]、小森 康司[1]、稲田 亘佑[1]、細井 敬泰[1]、奥野 正隆[1]、檜垣 栄治[1]、山口 淳平[1]、伊藤 友一[1]、三澤 一成[1]、伊藤 誠二[1]、安部 哲也[1] (1. 愛知県がんセンター)

[VWS2-6] 右側結腸癌に対するロボット支援手術の適応と課題 - Lap・Xi・SP比較からみた高難度症例への有用性 –

*出嶋 皓[1]、中野 大輔[1]、武井 信諭[1]、坂元 慧[1]、中守 咲子[1]、加藤 博樹[1]、高雄 美里[1]、佐々木 和人[1]、川合 一茂[1] (1. がん・感染症センター 都立駒込病院大腸外科)

[VWS2-7] Hugo ^{TM} 手術支援ロボットシステムを用いたロボット支援結腸癌手術の短期成績

*諏訪 雄亮[1]、上原 広樹[1]、山田 典和[1]、五十嵐 優人[1]、瀧井 麻美子[1]、小林 壽範[2]、森 至弘[1]、萩原 千恵[1]、渡邉 純[1] (1. 関西医科大学下部消化管外科学講座、2. 関西医科大学香里病院外科)

[VWS2-8] 術式別短期治療成績からみたロボット支援下結腸切除術における今後の課題

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

9:45 ~ 11:15 | 第6会場（1F 会議室103）

ビデオワークショップ３　大腸憩室Hinchey分類III、IVに対する治療戦略

司会：深澤 貴子（磐田市立総合病院　消化器外科）、的場 周一郎（東邦大学医療センター大森病院一般・消化器外科（大腸肛門外科部門））

[VWS3-1] 当院での大腸憩室穿孔Hinchey III/IVによる汎発性腹膜炎に対する治療成績

*山崎 信義[1]、三ノ宮 優太[1]、浅井 大智[1]、冨田 直宏[1]、林 和貴[1]、鈴木 文武[1]、佐藤 学[1]、渡邊 智博[1]、長谷川 圭[1]、山田 典子[1]、柿本 應貴[1]、小林 昭広[1]、緒方 賢司[1] (1. 千葉西総合病院外科)

[VWS3-2] Hinchey高度大腸憩室炎に対する外科治療戦略の検討

*花岡 裕[1]、柏木 惇平[1]、高橋 泰宏[1]、前田 裕介[1]、岡崎 直人[1]、平松 康輔[1]、福井 雄大[1]、戸田 重夫[1]、上野 雅資[1]、黒柳 洋弥[1] (1. 虎の門病院　消化器外科)

[VWS3-3] 腹膜炎を伴う大腸憩室炎に対する外科的治療戦略 ―腹腔鏡手術と開腹手術の後方視的比較検討―

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

[VWS3-4] Detourアプローチ：embryological planeに基づいた大腸憩室炎に対する戦略的手術

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

[VWS3-5] 当科における膿瘍や瘻孔を伴う大腸憩室炎の腹腔鏡下治療のストラテジー

*土谷 祐樹[1]、小林 清洋[1]、岩井 貴寛[1]、市川 竣太[1]、濱田 篤彦[1]、藤﨑 隆[1]、仲川 裕喜[1]、安藤 祐二[1]、幸地 彩貴[1]、十朱 美幸[1]、髙橋 宏光[1]、井 祐樹[1]、河口 恵[1]、小針 文[1]、百瀬 裕隆[1]、塚本 亮一[1]、盧 尚志[1]、本庄 薫平[1]、冨木 裕一[1]、杉本 起一[1] (1. 順天堂大学下部消化管外科)

[VWS3-6] 80歳以下の左側大腸憩室穿孔Hinchey分類IIIに対する一期的吻合術とHartmann手術の比較検討

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

[VWS3-7] S状結腸憩室穿孔に対する低侵襲治療戦略 -合併症低減を目指した手術手技の工夫-

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

[VWS3-8] Hinchey III憩室炎に対する保存的治療の可能性-緊急手術回避症例の検討-

*中澤 充樹[1]、髙橋 広城[1]、藤本 風花[1]、加藤 匠[1]、齋藤 正樹[1]、安藤 菜奈子[1]、前田 祐三[1]、大久保 友貴[1]、三井 章[1] (1. 名古屋市立大学医学部附属西部医療センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科・肛門科

14:00 ~ 15:30 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ビデオワークショップ４　直腸脱に対する外科治療　適応と治療成績１

司会：門馬 智之（公立大学法人 福島県立医科大学附属病院）、田畑 敏（市立砺波総合病院）

[VWS4-1] 当院における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の手技と治療成績

*小野 由香利[1]、飯塚 森哉[1]、神谷 夏海[1]、船岡 健太郎[1]、古田土 高志[1]、加藤 綾[1]、本庄 優衣[1]、中園 真聡[1]、田中 求[1]、鈴木 紳祐[1]、五代 天偉[1,2]、熊切 寛[1]、鈴木 紳一郎[1] (1. 一般財団法人同友会　藤沢湘南台病院、2. 医療法人横浜博萌会西横浜国際総合病院)

[VWS4-2] 直腸脱に対する腹腔鏡下直腸縫合固定術の手技と治療成績

*高島 順平[1]、守山 愛子[1]、後藤田 美優[1]、後藤 佳名子[1]、南角 哲俊[1]、藤本 大裕[1]、小林 宏寿[1] (1. 帝京大学溝口病院外科)

[VWS4-3] 当院での直腸脱に対する手術手技と治療成績

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

[VWS4-4] 当院における腹腔鏡下直腸固定術(Well’s変法)について

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

[VWS4-5] 腹腔鏡下直腸固定術（LVR）の術式の工夫

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

[VWS4-6] 当院における直腸脱の治療戦略と術式選択 ―機能評価と排便指導を含めた包括的アプローチ―

*松木 豪志[1]、岡本 亮[1]、一瀬 規子[1]、長野 心太[1]、藤川 正隆[1]、岩崎 寿光[1]、中嶋 隆善[1]、生田 真一[1]、仲本 嘉彦[1]、相原 司[1]、柳 秀憲[1] (1. 明和病院外科・骨盤底(機能障害・臓器脱)センター)

[VWS4-7] 当院における腹腔鏡下直腸固定術の経験

*伊藤 信一郎[1]、牟田 裕貴[1]、山崎 遥[1]、進 誠也[1]、岡田 和也[1] (1. 光晴会病院)

[VWS4-8] 90歳以上の超高齢者に対する直腸脱手術例の検討

*西森 英史[1]、澤田 健[1]、三浦 秀元[1]、大野 敬祐[1]、柏木 清輝[1]、鬼原 史[1]、岡田 邦明[1]、矢嶋 知己[1]、秦 史壮[1] (1. 札幌道都病院　外科)

[VWS4-9] 当院における直腸脱治療のMRIを用いた予後予測

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

14:00 ~ 15:30 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ビデオワークショップ５　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？2

司会：松田 宙（JCHO大阪病院　外科）、髙橋 広城（名古屋市立大学医学部附属西部医療センター）

[VWS5-1] 腹腔鏡と比較したロボット結腸手術の安全性と有用性：多施設データベースを用いた後方視的解析

*富永 哲郎[1,2,3]、白石 斗士雄[3]、福岡 秀敏[3]、井上 悠介[1,2]、高村 祐磨[1,2]、足立 利幸[1,2]、片山 宏己[1,2]、山口 峻[1,2]、丸田 浩史[1,2]、橋本 慎太郎[1,2]、野田 恵佑[1,2]、松本 桂太郎[2]、野中 隆[1,2] (1. 長崎大学病院　外科学講座　大腸・肛門外科、2. 長崎大学大学院 胸部・骨盤外科学分野、3. 諫早総合病院)

[VWS5-2] 結腸癌に対するロボット支援手術の定型化と短期成績―209例の前後期比較からみた現時点での到達点―

*末田 聖倫[1]、賀川 義規[1]、西村 潤一[1]、波多 豪[1]、北風 雅敏[1]、小林 雄太[1]、河口 恵[1]、長谷川 健太[1]、萩谷 哲一[1]、東倉 賢治郎[1]、牛丸 裕貴[1]、小松 久晃[1]、柳本 喜智[1]、金村 剛志[1]、山本 和義[1]、後藤 邦仁[1]、小林 省吾[1]、宮田 博志[1]、大植 雅之[1] (1. 大阪国際がんセンター　消化器外科)

[VWS5-3] ハイボリュームセンターにおける結腸癌に対するロボット支援手術の現状と今後の展望

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

[VWS5-4] 結腸癌に対するロボット支援手術の現状と課題：標準治療としての「着地点」を見据えた当科の取り組み

*平木 将之[1,2]、安井 昌義[1]、柳澤 公紀[1]、在田 麻美[1]、森本 祥悠[2]、加藤 伸弥[2]、橋本 雅弘[2]、畑 泰司[2]、武田 裕[1]、村田 幸平[1] (1. 関西労災病院 消化器外科、2. 大阪急性期・総合医療センター)

[VWS5-5] 脾弯曲部近傍の横行結腸・下行結腸癌に対するロボット支援手術の短期成績：腹腔鏡手術との比較

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

[VWS5-6] ロボット大腸手術における体内再建の安定化戦略としてのFusion Surgery：Double Bipolar Methodを基盤としたPhase別workflowの提案

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

[VWS5-7] 結腸癌ロボット手術の現状と着地点 ― 手術成績、外科教育、force feedbackの可能性

*田村 公二[1,2]、藤本 崇聡[1]、永吉 絹子[1]、水内 祐介[1]、新川 智彦[2]、村上 聡一郎[2]、大内田 研宙[1]、内山 明彦[2] (1. 九州大学病院臨床・腫瘍外科、2. JCHO九州病院外科)

ランチョンセミナー

11:50 ~ 12:40 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

ランチョンセミナー１　IBD Expand -CD Session- ～患者さんに合った最適治療を見据えて～

司会：辰巳 健志（横浜市立市民病院　炎症性腸疾患センター）

[LS1-1] 肛門病変に対する内科治療の最適解を切り開く

*塩田 純也[1] (1. 長崎大学病院　消化器内科)

[LS1-2] クローン病治療におけるスキリージの可能性

*梅野 淳嗣[1] (1. 九州大学大学院　病態機能内科学)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

11:50 ~ 12:40 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ランチョンセミナー２　進行・再発に対する直腸がん手術　～根治性と機能温存の最適化を求めて～

司会：的場 周一郎（東邦大学医療センター大森病院 消化器センター外科）

[LS2-1]「取り切る」と「生きていく」 ― 骨盤拡大手術が抱える二つの使命

*小倉 淳司[1] (1. 国立大学法人東海国立大学機構名古屋大学医学部附属病院腫瘍外科学)

[LS2-2] 障害ゼロを目指した機能温存手術の現在地

*沼田 正勝[1] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター外科)

ランチョンセミナー

11:50 ~ 12:40 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ランチョンセミナー３

司会：加藤 健志（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター）

[LS3-1] SignateraによるMRD検査は大腸癌治療に何をもたらすか？

*沖 英次[1] (1. 九州大学病院 先端医工学診療部)

ランチョンセミナー

11:50 ~ 12:40 | 第5会場（1F 会議室102）

ランチョンセミナー４

司会：竹政 伊知朗（大阪国際メディカル＆サイエンスセンター）

[LS4-1] 暗黙知を、形式知へ。― 直腸切離・吻合術は"感覚"から"科学"へ ―

*賀川 義規[1] (1. 大阪国際がんセンター　大腸外科)

[LS4-2] 暗黙知を、形式知へ。― 直腸切離・吻合術は"感覚"から"科学"へ ―

*近藤 彰宏[1] (1. 香川大学医学部 消化器外科学)

ランチョンセミナー

11:50 ~ 12:40 | 第6会場（1F 会議室103）

ランチョンセミナー５

司会：櫻井 宏一（服部胃腸科）

[LS5-1] 大腸がん検診の新たな展開 ― 大腸カプセル内視鏡と前処置を含めた最新戦略 ―

*岡 志郎[1] (1. 広島大学大学院 医系科学研究科消化器内科学)

ランチョンセミナー

11:50 ~ 12:40 | 第7会場（1F 会議室107）

ランチョンセミナー６　潰瘍性大腸炎関連治療の最適解を求めて–内科・外科の視点から考える治療戦略と連携–

司会：松岡 克善（東邦大学医療センター 佐倉病院 消化器内科）

[LS6-1] 潰瘍性大腸炎関連大腸腫瘍に対する内視鏡診療の現状

*久部 高司[1] (1. 福岡大学筑紫病院 消化器内科)

[LS6-2] 潰瘍性大腸炎、cancer/dysplasiaに対する手術治療

*内野 基[1] (1. 兵庫医科大学 消化器外科学講座 炎症性腸疾患外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

11:50 ~ 12:40 | 第8会場（1F 会議室108）

ランチョンセミナー 7

司会：味村 俊樹（自治医科大学医学部外科学講座消化器一般移植外科学部門）

[LS7-1] 新時代を迎える便失禁診療　～私たちには、まだまだできることがある～

*矢野 雷太[1] (1. 広島記念病院　消化器外科)

ランチョンセミナー

11:50 ~ 12:40 | 第9会場（1F 会議室101-A）

ランチョンセミナー 8

司会：植村 守（大阪大学大学院医学系研究科　外科学講座　消化器外科学）

[LS8-1] hinotori™と歩む　見えてきた標準化と最適化

*茂田 浩平[1] (1. 慶應義塾大学医学部　外科学（一般・消化器）)

[LS8-2] hinotori™と歩む　見えてきた標準化と最適化

*三宅 亨[1] (1. 滋賀医科大学　消化器・一般外科学講座)

ランチョンセミナー

11:50 ~ 12:40 | 第10会場（1F 会議室101-B）

ランチョンセミナー 9

司会：平田 敬治（産業医科大学　第1外科）

[LS9-1] 大腸癌と炎症性腸疾患における鉄欠乏性貧血管理の戦略

*石原 聡一郎[1] (1. 東京大学医学部　腫瘍外科・血管外科)

ランチョンセミナー

11:50 ~ 12:40 | 第12会場（1F 会議室109）

ランチョンセミナー 10

司会：佐竹 悠良（国立大学法人 高知大学 医学部 腫瘍内科学講座）

[LS10-1] 肛門扁平上皮癌の薬物療法2026

*工藤 敏啓[1] (1. 地方独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪国際がんセンター 腫瘍内科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科

8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ワークショップ１　大腸Neuroendocrine neoplasm 治療の最適解

司会：塩谷 昭子（川崎医科大学　消化器内科）、関口 正宇（国立がん研究センター がん対策研究所 検診開発研究部）

[WS1-1] 当院における直腸NENに対する内視鏡切除後の長期成績

*加藤 尚宏[1]、岸田 圭弘[1]、網岡 祐生[1]、山根 大寛[1]、才野 正新[1]、濵田 拓郎[1]、上垣内 由季[1]、田中 秀典[1]、山下 賢[1]、桑井 寿雄[2]、岡 志郎[1] (1. 広島大学病院消化器内科、2. 広島大学病院消化器内視鏡医学講座)

[WS1-2] 当院における直腸NET内視鏡切除後ハイリスク症例における管理方針の現状

*稲田 裕[1]、宮本 和真[1]、反橋 美香[1]、篠原 美紀[1]、加藤 大貴[1]、坂本 佳織[1]、高塚 京華[1]、吉田 拓馬[1]、提中 克幸[1]、吉田 寿一郎[1]、田中 信[1]、中津川 善和[1]、西村 健[1]、藤井 秀樹[1]、戸祭 直也[1]、佐藤 秀樹[1]、奥山 祐右[1] (1. 京都第一赤十字病院消化器内科)

[WS1-3] 直腸NET G1・G2におけるリンパ節転移リスクと再発の検討

*坂元 慧[1]、武井 信諭[1]、出嶋 皓[1]、中守 咲子[1]、加藤 博樹[1]、高雄 美里[1]、中野 大輔[1]、佐々木 和人[1]、川合 一茂[1]、清水口 涼子[2]、飯塚 敏郎[2] (1. がん・感染症センター都立駒込病院大腸外科、2. がん・感染症センター都立駒込病院消化器内科)

[WS1-4] 直腸NETにおけるリンパ節転移のリスク因子と治療方針についての検討

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

[WS1-5] 10mmから20mm未満の直腸Neuroendocrine neoplasmに対する治療の検討

*水上 亮佑[1,2]、佐伯 泰愼[1]、鈴木 健太[1]、新井 貴大[1]、米村 圭介[1]、福永 光子[1]、田中 正文[1]、山田 一隆[1]、辻 順行[3]、髙野正太[3] (1. 大腸肛門病センター高野病院消化器外科、2. 防衛医科大学校外科学講座１、3. 大腸肛門病センター高野病院肛門科)

[WS1-6] 直腸神経内分泌腫瘍に対する内視鏡治療後の垂直断端陽性・判定不能例における追加内視鏡治療：初回治療内容と遺残腫瘍の検討

*楠原 光謹[1,5]、関口 正宇[1,2,3]、豊嶋 直也[1]、高丸 博之[1]、山田 真善[1]、小林 望[3]、橋本 大輝[4]、久松 理一[5]、斎藤 豊[1] (1. 国立がん研究センター中央病院内視鏡科、2. 国立がん研究センターがん対策研究所検診開発研究部、3. 国立がん研究センター中央病院検診センター、4. 国立がん研究センター病理診断科、5. 杏林大学医学部消化器内科学)

[WS1-7] 直腸神経内分泌腫瘍に対する内視鏡非治癒切除後におけるリンパ節転移関連因子および長期予後の検討

*早坂 淳之介[1]、三浦 康朗[2]、福井 雄大[3]、田中 潤治[1]、小田 実[1]、河合 優佑[1]、大和 洸[1]、落合 頼業[1]、鈴木 悠悟[1]、小田切 啓之[1]、松井 啓[1]、前田 裕介[3]、平松 康輔[3]、花岡 裕[3]、戸田 重夫[3]、上野 雅資[3]、黒柳 洋弥[3]、布袋屋 修[1] (1. 虎の門病院消化器内科、2. 虎の門病院病理診断科、3. 虎の門病院消化器外科)

[WS1-8] 直腸NETのリンパ節転移リスク因子の検討

*山本 峻也[1]、小澤 真由美[1]、工藤 孝迪[1]、武井 将伍[1]、前橋 学[1]、太田 絵美[1]、古山 和樹[1]、福田 敏之[1]、横山 亘[1]、石黒哲史[1]、額田 卓[1]、沼田 正勝[1]、船津屋 拓人[2]、皆川 結明[2]、大矢 浩貴[2]、江畑 信孝[2]、田 鐘寛[2]、諏訪 宏和[3]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科、2. 横浜市立大学医学部消化管外科学、3. 横須賀共済病院外科)

[WS1-9] 直腸NET手術におけるDistal resection marginの最適解～Short distal resection marginは許容されるか～

*佐藤 健太郎[1]、松井 信平[1]、中野 薫[2]、前田 裕斗[1]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研究会有明病院消化器センター大腸外科、2. がん研究会有明病院消化器センター病理部)

[WS1-10] 直腸NETのリンパ節転移マッピングと術後予後：外科適応最適化に向けて

*高岡 亜弓[1,2]、塚本 俊輔[2]、入江 直子[1]、杉野 葵[1]、白石 壮宏[1]、近 範泰[1]、松山 貴俊[1]、熊谷 洋一[1]、石田 秀行[1]、金光幸秀[2] (1. 埼玉医科大学総合医療センター、2. 国立がん研究センター中央病院大腸外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科

8:30 ~ 9:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ワークショップ２　大腸肛門病学会専門医が手術に参加することで治療成績に差が出るか？

司会：松田 圭二（同愛記念病院外科）、水島 恒和（獨協医科大学外科学（下部消化管）講座）

[WS2-1] 日本大腸肛門病学会専門医の関与が大腸癌手術成績に与える影響

*三代 雅明[1]、植村 守[1]、賀川 義規[2]、柳澤 公紀[3]、畑 泰司[4]、高橋 秀和[5]、佐々木 優[6]、鈴木 陽三[7]、鄭 充善[8]、大澤 日出樹[9]、高橋 佑典[10]、内藤 敦[11]、岡村 修[12]、市原 もも子[13]、澤田 元太[14]、松田 宙[15]、関戸 悠紀[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院医学系研究科 外科学講座 消化器外科学、2. 大阪国際がんセンター消化器外科、3. 関西ろうさい病院消化器外科、4. 大阪急性期・総合医療センター消化器外科、5. 大阪国際メディカル&サイエンスセンター大阪けいさつ病院消化器外科、6. 市立東大阪医療センター消化器外科、7. 市立豊中病院外科、8. 大阪ろうさい病院外科、9. 八尾市立病院外科、10. 国立病院機構大阪医療センター消化器外科、11. 堺市立総合医療センター消化器外科、12. 市立吹田市民病院外科、13. 兵庫県立西宮病院消化器外科、14. 市立伊丹病院外科、15. JCHO大阪消化器外科)

[WS2-2] 大腸肛門病学会専門医の手術参加により治療成績は向上する

*高 理奈[1]、中村 友哉[1]、松末 亮[1]、上林 峻[1]、有宗 敬祐[1]、澤田 晋[1]、石田 薫平[1]、中西 望[1]、吉田 真也[1]、森野 甲子郎[1]、後藤 俊彦[1]、山本 道宏[1]、待本 貴文[1] (1. 天理よろづ相談所病院)

[WS2-3] 大腸癌手術における大腸肛門病専門医介入の意義：プロペンシティスコアマッチング法を用いた多施設共同研究

*橋本 慎太郎[1,2]、富永 哲郎[3]、久永 真[1]、白石 斗士雄[2,3]、山﨑 翔斗[2]、小野 李香[2]、丸田 浩志[2]、山口 峻[2]、片山 宏己[2]、足立 利幸[2]、髙村 祐磨 [2]、大石 海道[4]、竹下 浩明[4]、黛 和夫[5]、森山 正章[6]、福田 明子[6]、小山 正三郎[7]、福岡 秀敏[3]、井上 悠介[2]、野中 隆[2,8] (1. 佐世保市立総合医療センター 消化器外科、2. 長崎大学病院大腸・肛門外科、3. JCHO諫早総合病院外科、4. 国立病院機構 長崎医療センター外科、5. 国立病院機構 嬉野医療センター外科、6. 長崎原爆病院外科、7. 済生会長崎病院 外科、8. 長崎大学病院 低侵襲手術センター)

[WS2-4] 直腸癌手術における大腸肛門病学会専門医関与の治療効果

*藤井 正一[1]、赤羽 祥太[1]、伊藤 慎吾[1] (1. 湘南鎌倉総合病院外科)

[WS2-5] 当院における大腸肛門病学会専門医が手術執刀することによる周術期治療成績への影響の検討

*小林 雄太[1]、賀川 義規[1]、萩谷 哲一[1]、東倉 健治郎[1]、河口 恵[1]、長谷川 健太[1]、北風 雅敏[1]、波多 豪[1]、末田 聖倫[1]、西村 潤一[1]、牛丸 裕貴[1]、百瀬 洸太[1]、小松 久晃[1]、柳本 喜智[1]、金村 剛志[1]、山本 和義[1]、後藤 邦仁[1]、小林 省吾[1]、宮田 博志[1]、大植 雅之[1] (1. 大阪国際がんセンター消化器外科)

[WS2-6] ストーマ造設術にも大腸肛門病学会専門医が参加すべきか？ -大学病院での検討-

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

[WS2-7] 大腸肛門病専門医が関与した緊急下部消化器手術の特性と短期手術成績

*井本 良敬[1]、岡本 耕一[1]、梶原 由規[1]、望月 早月[1]、守矢 恒司[1]、川内 隆幸[1]、菊家 健太[1]、相原 一紀[1]、田代 真優[1]、廣瀬 裕一[1]、大塚 泰弘[1]、森 庄平[1]、新實 優卓[1]、及川 功[1]、倉澤 秀紀[1]、豊泉 大地[1]、川本 賢明[1]、岸 庸二[1]、上野 秀樹[1] (1. 防衛医科大学校外科)

[WS2-8] 下部消化管穿孔における大腸外科医の有用性について

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

[WS2　特別発言] 特別発言

*小林 宏寿 (1. 帝京大学医学部附属溝口病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）

ワークショップ３　肛門手術における術後疼痛コントロールと排便ケア

司会：小野 朋二郎（伯鳳会大阪中央病院外科）、松島 小百合（松島病院）

[WS3-1] 当院における術後疼痛管理のアプローチ

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

[WS3-2] 当院での経験から考える痔核手術後の疼痛管理と排便コントロールについて

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

[WS3-3] 肛門手術における術後疼痛コントロールを踏まえた排便ケアの実際

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

[WS3-4] 当院の肛門疾患手術症例における術後の疼痛と排便ケアの評価

*佐原 力三郎[1]、岡田 大介[1]、本間 祐子[1] (1. 牧田総合病院肛門病センター)

[WS3-5] 肛門疾患日帰り手術における術後疼痛コントロールと排便ケアの実際

*小村 憲一[1] (1. 小村肛門科医院)

[WS3-6] 守谷・松田式痔核結紮切除術（変法）後の疼痛と排便の現状と対策

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科

9:55 ~ 11:10 | 第7会場（1F 会議室107）

ワークショップ４　BOWEL URGENCYの現状～IBD/IBSの観点から～

司会：久部 高司（福岡大学筑紫病院 消化器内科）、三上 洋平（千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学）

[WS4-1] IBD診療における便意切迫感評価の実態と課題： 医師アンケート調査から示唆される診療姿勢の重要性

*櫻庭 裕丈[1]、蓮井 桂介[1]、長堀 正和[2]、山崎 大[3]、平岡 佐規子[4]、桂田 武彦[5]、大森 鉄平[6]、加藤 真吾[7]、村井 康久[1]、太田 真二[1]、菊池 英純[1]、平賀 寛人[8]、安藤 朗[9]、久松 理一[10] (1. 弘前大学大学院医学研究科消化器血液免疫内科学講座、2. 東京科学大学病院ヘルスサイエンスR&Dセンター、3. 京都大学大学院医学研究科地域医療システム学講座、4. 岡山赤十字病院消化器内科、5. 北海道大学病院光学医療診療部、6. 杏林大学医学部附属杉並病院消化器内科、7. 埼玉医科大学総合医療センターIBDセンター、8. 弘前大学大学院保健学研究科生体検査科学領域、9. 滋賀医科大学/川西市立総合医療センター、10. 杏林大学医学部消化器内科学)

[WS4-2] 治療抵抗性潰瘍性大腸炎に対するMirikizumab追加導入療法の治療成績

*守屋 圭[1]、永松 晋作[1]、渡邉 賢[1]、久保 貴裕[1]、友岡 文優[1]、藤本 優樹[1]、中西 啓祐[1]、松尾 悠矢[1]、川西 万吏也[1]、菊池 真優子[1]、堀木 翔太[1]、倭村 睦生[1]、上嶋 昌和[1]、松尾 英城[1] (1. 地方独立行政法人奈良県立病院機構　奈良県総合医療センター消化器内科)

[WS4-3] 潰瘍性大腸炎に対するフィルゴチニブの当院における有効性と安全性の検討

*韓 可[1]、吉松 裕介[1]、清原 裕貴[1]、杉本 真也[1]、三上 洋平[1]、筋野 智久[2]、髙林 馨[3]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学消化器内科、2. 慶應義塾大学医学部 坂口光洋記念講座（消化器生体多次元解析講座）、3. 慶應義塾大学医学部 内視鏡センター)

[WS4-4] Tulisokibartを中等症から重症の活動性潰瘍性大腸炎患者に対して12週間投与した際の症状消失と臨床的反応との関連性

*坂本 雄[1], Christopher Ma[2], Brigid S Boland[3], Rupert W Leong[4], Marek Horynski[5] (1. MSD株式会社グローバル研究開発本部クリニカルリサーチ領域、2. Division of Gastroenterology & Hepatology, Departments of Medicine and Community Health Sciences, University of Calgary、3. Altman Clinical Translational Research Institute, University of California, San Diego、4. Macquarie University、5. Endoskopia sp. z o.o.)

[WS4-5] 潰瘍性大腸炎術後におけるBowel urgencyの規定因子：外科的介入と炎症の観点からみた発症と持続の機序

*岡田 純一[1]、茂田 浩平[1]、中山 史崇[1]、原田 優香[1]、門野 政義[1]、森田 覚[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部外科学（一般・消化器))

[WS4-6] 潰瘍性大腸炎難治例における bowel urgency合併症例の臨床的特徴と手術治療の有用性

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

[WS4-7] 下痢型IBSを含む慢性下痢症患者における腹痛と精神症状がQOLに与える影響

*安藤 裕子[1]、森 英毅[1]、正岡 建洋[1]、松崎 潤太郎[1]、水上 健[1]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学(消化器))

[WS4-8] 下痢型過敏性腸症候群に対する抗菌薬治療の現況

*正岡 建洋[1]、猪口 和美[2]、金井 隆典[2] (1. 川崎市立川崎病院消化器内科、2. 慶應義塾大学医学部内科学（消化器))

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

12:50 ~ 14:05 | 第8会場（1F 会議室108）

ワークショップ５　肛門診療で悩み・迷い、苦慮する肛門疾患について（第2回）

司会：辻 順行（大腸肛門病センター高野病院）、吉川 周作（社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター）

[WS5-1] 診断に苦慮した肛門・直腸血管性病変２例　―静脈石および動静脈奇形の経験―

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

[WS5-2] 直腸肛門部における水痘・帯状疱疹ウイルス・単純ヘルペスウイルス発症による様々な症状とその治療

*村山 浩之[1] (1. 医療法人村山会　むらやま大腸肛門クリニック)

[WS5-3] 同一部位に再発した壊死性筋膜炎の1例 ―縫合糸遺残と免疫低下の関与が示唆された症例―

*小野寺 一彦[1]、高橋 宏明[1]、堀江 卓[1] (1. 社会医療法人札幌北楡病院　肛門外科)

[WS5-4] 痔疾患として治療されていた肛門管癌の症例から学ぶこと

*稲垣 水美[1]、吉川 周作[1]、増田 勉[1]、寺内 誠司[1]、内田 秀樹[1]、中尾 武[1]、横尾 貴史[1]、谷 孝文[1]、岡本 光平[1]、芝田 祐輔[1]、太田 彩乃[1]、兼島 季暉[1]、宮沢 善夫[2]、稲次 直樹[1] (1. 健生会土庫病院消化器・肛門病センター、2. 健生会土庫病院病理センター)

[WS5-5] 痔核結紮切除術における抗血栓薬別術後出血リスクの検討

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

[WS5-6] 直腸膣瘻に対する治療

*塩田 哲也[1]、伊丹 淳[1]、岩﨑 純治[1]、山本 高正[1]、吉野 健史[1]、藤 浩明[1]、岡田 俊裕[1]、土佐 明誠[1]、久保 碩生[1]、近藤 史孟[1] (1. 神戸市立西神戸医療センター外科・消化器外科)

ワークショップ | 外科

14:15 ~ 15:30 | 第8会場（1F 会議室108）

ワークショップ６　大腸癌肝転移の外科治療　術前治療は必要か？その功罪

司会：塩澤 学（神奈川県立がんセンター消化器外科）、塚田 祐一郎（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS6-1] 大腸癌肝転移に対する術前治療期間を利用した併存疾患のマネジメント

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

[WS6-2] 術前化学療法を施行した大腸癌同時性肝転移症例の検討

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

[WS6-3] 切除可能大腸癌肝転移に対する手術先行治療と術前化学療法の比較検討：傾向スコアマッチング解析

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

[WS6-4] 大腸癌同時性肝転移におけるupfront surgery適応の個別化に向けたCMS分類の意義

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

[WS6-5] 切除可能な直腸癌同時性肝転移に対する治療戦略と成績

*坂本 貴志[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、松井 信平[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研有明病院消化器センター大腸外科)

[WS6-6] H2の肝限局性転移を有する大腸癌症例に対する術前化学療法後肝切除の治療成績と早期再発因子の検討

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:00 ~ 14:00 | ポスター1

一般演題（ポスター）1　進行大腸癌に対する手術 1

座長：辻仲 眞康（東北医科薬科大学 消化器外科）

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

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

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

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

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

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

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

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

[P1-5] 待機的低侵襲手術症例からみた閉塞性大腸癌の臨床的意義

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

[P1-6] 切除不能閉塞性結腸癌に対する腹腔鏡下バイパス手術

*川原 大輔[1]、丸屋 安広[1] (1. 十善会病院　外科)

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

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:00 ~ 15:00 | ポスター1

一般演題（ポスター）2　進行大腸癌に対する手術 2

座長：田中 慶太朗（市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科）

[P2-1] 直腸癌術後縫合不全部における難治性瘻孔治療に難渋した一例

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

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

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

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

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

[P2-4] T4b大腸癌に対する腹腔鏡下手術の短期・中期成績

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

[P2-5] 右側結腸切除に対する体腔内吻合の短期成績

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

[P2-6] 腹腔鏡下大腸切除術における腹壁瘢痕ヘルニアのリスク因子の検討

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

[P2-7] 直腸癌に対するTaTME併用6症例の検討

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

[P2-8] 当院における高度肥満を伴う大腸癌症例に対する手術成績の検討

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:00 ~ 14:00 | ポスター2

一般演題（ポスター）3　遺伝性大腸癌・ポリポーシス

座長：永田 信二（広島市立北部医療センター安佐市民病院　消化器内科）

[P3-1] MSH2体細胞モザイクにより引き起こされたMSH2欠損大腸癌

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

[P3-2] 大腸癌による腸重積を発症したリンチ症候群の1例

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

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

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

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

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

[P3-5] 当院で手術を施行した若年性大腸癌37例の検討

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

一般演題(ポスター)

14:00 ~ 15:00 | ポスター2

一般演題（ポスター）4　大腸癌の転移・再発治療

座長：須並 英二（杏林大学医学部消化器・一般外科）

[P4-1] 当科における大腸癌脳転移の治療成績

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

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

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

[P4-3] 大腸癌脳転移の臨床的特徴および治療成績

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

[P4-4] 大腸癌肝転移切除後に対する残肝再発切除の意義の検討

*長谷川 昂[1]、三吉 範克[1]、竹田 充伸[1]、関戸 悠紀[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、荻野 崇之[1]、植村 守[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部附属病院消化器外科)

[P4-5] 大腸癌転移巣に対する放射線療法

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

[P4-6] 耐糖能が大腸がん患者の術後長期予後の関係に与える影響について

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:00 ~ 14:00 | ポスター3

一般演題（ポスター）5　術前化学療法・放射線治療 1

座長：佐藤 武郎（北里大学医学部附属医学教育研究開発センター医療技術教育研究部門）

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

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

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

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

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

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

[P5-4] 術前化学療法により病理学的完全奏功を得られた進行大腸癌の２例

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

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

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

一般演題(ポスター)

14:00 ~ 15:00 | ポスター3

一般演題（ポスター）6　早期大腸癌・内視鏡治療 1

座長：樫田 博史（川西市立総合医療センター）

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

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

[P6-2] 当院における大腸underwater ESDの治療成績

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

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

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

[P6-4] 便潜血検査2回法と1回法での比較検討

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

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

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

[P6-6] 当院における大腸内視鏡的粘膜切除術の切除病変数と合併症の検討

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:00 ~ 14:00 | ポスター4

一般演題（ポスター）7　周術期管理と術後合併症 1

座長：小竹 優範（厚生連高岡病院）

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

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

[P7-2] 90歳以上超高齢患者に対する消化器外科手術の短期成績の検討

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

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

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

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

*草深 弘志[1]、植村 守[1]、佐伯 崇史[1]、楠 誓子[1]、瀧口 暢生[1]、小林 雄太[1]、朴 正勝[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、関戸 悠紀[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部消化器外科)

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

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

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

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

[P7-7] 当科における直腸癌術後遅発性縫合不全4例の検討

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

[P7-8] 大腸術後合併症早期発見のための術後連日採血とCT検査の検討

*清家 和裕[1]、秋山 貴洋[1] (1. 小田原市立病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:00 ~ 15:00 | ポスター4

一般演題（ポスター）8　進行大腸癌に対する化学療法 1

座長：古畑 智久（札幌禎心会病院）

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*進藤 実希[1]、浜部 敦史[1]、森 良太[1]、三代 雅明[1]、竹田 充伸[1]、関戸 悠紀[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部附属病院消化器外科)

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

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

一般演題(ポスター)

13:00 ~ 14:00 | ポスター5

一般演題（ポスター）9　憩室疾患 1

座長：吉満 政義（広島市立広島市民病院外科）

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

*山田 光成[1] (1. 大阪府済生会富田林病院)

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

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

[P9-3] 結腸膀胱瘻症例の臨床的検討

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

[P9-4] S状結腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対する術式の工夫

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

[P9-5] 術前に診断しえた終末回腸の仮性憩室穿孔の１例

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:00 ~ 15:00 | ポスター5

一般演題（ポスター）10　炎症性腸疾患 1

座長：山本 章二朗（いきめ大腸・肛門外科内科）

[P10-1] 当院で手術を施行したクローン病合併消化管腫瘍の検討

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

[P10-2] クローン病、肛門部瘻孔に対するダルバドストロセルの効果

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

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

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

[P10-4] クローン病の腸管皮膚瘻に合併した扁平上皮癌の1例

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

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

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

[P10-6] 炎症性線維芽細胞に寄与する刺激因子の検討

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:00 ~ 14:00 | ポスター6

一般演題（ポスター）11　小腸疾患

座長：大地 貴史（久留米大学外科学講座）

[P11-1] 腸閉塞を契機に見つかった小腸濾胞性リンパ腫の１例

*池田 純[1]、川島 市郎[1] (1. 京都民医連中央病院外科)

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

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

[P11-3] 集学的治療を行った高度進行小腸癌の1例

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

[P11-4] リンパ節転移を伴う原発性小腸腺癌の1例

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

[P11-5] 小腸重積を契機に診断された小腸炎症性線維性ポリープの1例

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

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

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

一般演題(ポスター)

14:00 ~ 15:00 | ポスター6

一般演題（ポスター）12　痔瘻

座長：樽見 研（札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック）

[P12-1] 摘出痔瘻組織より見た痔瘻治療に対する今後の展望

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

[P12-2] III型深部痔瘻の手術成績

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

[P12-3] 複雑痔瘻に対する温存術ー当院でのSIFT・ISの治療成績ー

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

[P12-4] 多発痔瘻の手術経験について

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:00 ~ 14:00 | ポスター7

一般演題（ポスター）13　高齢者 1

座長：宮本 裕士（熊本大学病院消化器外科）

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

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

[P13-2] 高齢大腸癌症例に対する腹腔鏡下手術の治療成績の検討

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

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

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

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

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:00 ~ 15:00 | ポスター7

一般演題（ポスター）14　ストーマ１

座長：永吉 絹子（九州大学臨床・腫瘍外科）

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

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

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

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

[P14-3] 横行結腸ストーマ脱出に対し腹腔鏡下結腸固定術を行った1例

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

[P14-4] ロボット支援下直腸切断術におけるストマ造設の工夫

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

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

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

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

*宮永 克也[1]、古元 克好[1] (1. 林病院外科)

[P14-7] 人工肛門造設後に胃下垂により胃内容排出障害を来した1例

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:00 ~ 14:00 | ポスター8

一般演題（ポスター）15　稀少腫瘍 1

座長：田原 真紀子（とちぎメディカルセンターしもつが）

[P15-1] 腸重積を契機に発見された骨形成性上行結腸癌の１例

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

[P15-2] 放射線関連大腸癌に外科的治療を施行した1例

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

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

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

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

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

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

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

[P15-6] 原発巣術後に鼠経リンパ節の自然縮小を認めた肛門管腺癌の1例

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

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

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

一般演題(ポスター)

14:00 ~ 15:00 | ポスター8

一般演題（ポスター）16　診療の工夫とその他疾患 1

座長：林 奈那（広島生活習慣病・がん健診所／ひろしま内視鏡内科クリニック）

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

*長﨑 高也[1]、佐藤 幹則[1] (1. 蒲郡市民病院)

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

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

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

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

[P16-4] 簡易検査としての経口バリウム法の有用性

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

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

*藤田 定則[1] (1. 楽クリニック)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:00 ~ 14:00 | ポスター9

一般演題（ポスター）17　症例：進行大腸癌 1

座長：水内 祐介（九州大学臨床・腫瘍外科）

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[P17-6] 直腸癌が先進部となった直腸重積症の1例

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:00 ~ 15:00 | ポスター9

一般演題（ポスター）18　症例：進行大腸癌２

座長：進士 誠一（日本医科大学消化器外科）

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

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

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

*山平 陽亮[1] (1. 近畿大学奈良病院)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:00 ~ 14:00 | ポスター10

一般演題（ポスター）19　症例：大腸良性疾患その他 1

座長：田中 玲子（道仁病院）

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

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

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

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

[P19-3] S状結腸子宮内膜症により全周性狭窄をきたした1例

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

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

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

[P19-5] 便潜血陽性で発見された腸管子宮内膜症の1例

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

[P19-6] 内視鏡治療にて保存的に軽快した、魚骨による大腸穿孔の1例

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

[P19-7] 診断が遅れた腸結核の1例

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:00 ~ 15:00 | ポスター10

一般演題（ポスター）20　症例：大腸良性疾患その他２

座長：星野 伸晃（京都大学消化管外科）

[P20-1] 上行結腸の固定異常に伴う上行結腸捻転症の１例

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

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

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

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

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

[P20-4] 人工肛門造設後に改善した直腸偽肉種様病変の1例

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

[P20-5] 下行結腸一腎盂尿管移行部癒に対し結腸部分切除を施行した1例

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

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

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:00 ~ 14:00 | ポスター11

一般演題（ポスター）21　症例：肛門疾患その他 1

座長：畑 嘉高（畑肛門医院）

[P21-1] 異時性の鼠経リンパ節転移を来したS状結腸人工肛門部癌の1例

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

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

*木村 熙伸[1]、田邊 太郎[1]、安藤 熙典[1]、若生 彩佳[1]、生沼 慎一郎[1]、笠木 紳矢[1]、北條 真鈴[1]、徳永 良太[1]、保母 貴宏[1]、大塚 耕司[1]、出口 義雄[1]、横山 登[1]、井上 晴洋[1] (1. 昭和医科大学江東豊洲病院)

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

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

[P21-4] 肛門部に発生した偽上皮腫様過形成の1例

*那須 聡果[1] (1. ウィメンズクリニック浦和)

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

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

[P21-6] 経肛門的に摘出可能であった直腸異物(青パパイヤ)の1例

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

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

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

[P21-8] 肛門部二次性（疑い）乳房外Paget病の３症例

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:00 ~ 15:00 | ポスター11

一般演題（ポスター）22　症例：転移・再発 1

座長：野中 隆（長崎大学　外科学講座　大腸・肛門外科）

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

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

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

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

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

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

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

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

[P22-5] 直腸癌術後10年で切除した結腸人工肛門部再発の1例

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

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

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

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

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

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

*山口 恵実[1] (1. 出雲市立総合医療センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:00 ~ 14:00 | ポスター12

一般演題（ポスター）23　症例：直腸肛門術後合併症

座長：福永 光子（大腸肛門病センター高野病院消化器外科）

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

*米澤 博貴[1] (1. 太田西ノ内病院外科)

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

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

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

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

[P23-4] ALTA療法後に膿瘍形成を来した３例

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

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

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

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

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:00 ~ 15:00 | ポスター12

一般演題（ポスター）24　症例：ロボット手術 1

座長：平能 康充（埼玉医科大学国際医療センター　消化器外科）

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

*渡邉 克隆[1] (1. 大同病院外科)

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

*渋谷 紀介[1] (1. 行田総合病院　外科)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:00 ~ 14:00 | ポスター13

一般演題（ポスター）25　ロボット手術 1

座長：岡田 和丈（東海大学医学部付属八王子病院）

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

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

[P25-2] 当院における横行結腸癌に対するロボット支援下手術の短期成績

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

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

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

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

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

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

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

[P25-6] 当院におけるロボット支援下右側結腸切除術の短期成績の検討

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:00 ~ 15:00 | ポスター13

一般演題（ポスター）26　ロボット手術２

座長：市川 伸樹（北海道大学消化器外科 1）

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

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

[P26-2] 右側結腸癌に対するロボット支援手術の運用と手術手技の工夫

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

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

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

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

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

[P26-5] 修練医による結腸癌に対する腹腔鏡・ロボット支援下手術の検討

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

[P26-6] 右側結腸癌に対するロボット支援下手術と腹腔鏡下手術の短期成績の比較検討

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:00 ~ 14:00 | ポスター14

一般演題（ポスター）27　ロボット手術 3

座長：藤井 正一（湘南鎌倉総合病院外科）

[P27-1] ロボット支援下結腸癌手術の導入と短期成績について

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

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

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

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

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

[P27-4] 他科のロボット支援下手術時における直腸穿孔の経験

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

[P27-5] ロボットを用いた従来の腹腔鏡手術の指導

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

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

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

一般演題(口演) | 外科

8:30 ~ 9:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演）1　炎症性腸疾患 1

座長：廣 純一郎（済生会松阪市民病院）

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

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

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

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

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

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

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

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

[O1-5] クローン病手術症例におけるCTエンテログラフィーの有用性

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

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

*山本 大輔[1] (1. 金沢大学附属病院消化管外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科

9:20 ~ 10:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 2　炎症性腸疾患 2

座長：中村 志郎（互恵会 大阪回生病院 消化器内科）

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

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

[O2-2] 肛門管内病変の形態を考慮したクローン病肛門病変の治療戦略

*植田 剛[1]、中本 貴透[1]、定光 ともみ[1,2]、佐井 壯謙[1] (1. 佐井胃腸科肛門科、2. 南奈良総合医療センター外科)

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

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

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

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

[O2-5] クローン病肛門病変におけるシートンドレナージ後の治療成績

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

10:15 ~ 11:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 3　炎症性腸疾患 3

座長：横山 薫（北里大学医学部　消化器内科学）

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

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

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

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

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

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

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

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

[O3-5] 結腸全摘術時の粘液瘻とHartmann手術の比較検討

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

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

*船越 薫子[1]、永井 雄三[1]、山本 陽子[2]、江本 成伸[1]、品川 貴秀[1]、岡田 聡[1]、斉藤 綾乃[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[1]、舘川 裕一[1]、白鳥 広志[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科、2. 東京大学医学部附属病院ゲノム診療部)

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

8:30 ~ 9:25 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 4　大腸癌の周術期管理・予後予測 1

座長：梶原 由規（防衛医科大学校外科学講座）

[O4-1] 当院における若年者大腸癌手術症例についての検討

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

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

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

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

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

[O4-4] 若年発症直腸癌は予後不良か？年齢3群間の比較検討

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

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

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

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

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

[O4-7] 腫瘍局在別にみた大腸癌術前血清LDH値の予後的意義

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

9:25 ~ 10:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 5　大腸癌の周術期管理・予後予測 2

座長：中村 隆俊（獨協医科大学埼玉医療センター外科）

[O5-1] 地域一般病院における若年大腸癌手術症例の検討

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[O5-6] 大腸癌Stage I～IIIにおける予後規定因子の検索

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

10:10 ~ 11:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 6　ロボット手術 1

座長：花岡 まりえ（東京科学大学消化管外科学分野）

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[O6-6] 多発大腸癌に対するロボット支援手術の工夫

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

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

*神山 篤史[1] (1. 仙台オープン病院外科)

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 7　結腸癌の治療戦略 1

座長：盛 真一郎（鹿児島県立大島病院）

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

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

[O7-2] 膿瘍形成性S状結腸癌に対する術前化学療法と栄養指標の変化

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

[O7-3] 膿瘍形成を伴う大腸癌に対する治療戦略の検討

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

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

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

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

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

[O7-6] 内視鏡通過困難な大腸癌に対する短期成績の検討

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

[O7-7] 外腸骨静脈の合併切除により根治切除し得た局所進行盲腸癌の1例

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

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

*内山 優史[1]、竹田 充伸[1]、森 良太[1]、関戸 悠紀[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部附属病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

9:30 ~ 10:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 8　直腸癌の治療戦略 1

座長：小山 文一（奈良県立医科大学消化器・総合外科学教室）

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

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

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

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

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

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

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

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

[O8-5] 直腸癌手術例における術中内視鏡検査の有用性

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

10:15 ~ 11:05 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 9　直腸癌の治療戦略２

座長：浜部 敦史（大阪大学医学部消化器外科）

[O9-1] 高齢直腸癌患者における術後腸腰筋体積低下と長期予後の関連

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

一般演題(口演) | 肛門科

8:30 ~ 9:10 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 10　痔核の治療

座長：谷村 修（福西会病院 大腸肛門科）

[O10-1] A・Eに『こだわる』

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

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

*野村 英明[1] (1. フラワーロードのむら肛門クリニック)

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

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

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

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

9:15 ~ 10:00 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 11　高齢者に対する大腸癌治療戦略 1

座長：田中 正文（大腸肛門病センター高野病院）

[O11-1] 当院における超高齢者大腸癌の手術治療成績の検討

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

[O11-2] 85歳以上の高齢者に対する腹腔鏡下大腸癌手術の治療成績

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

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

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

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

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

[O11-5] 当院における85歳以上高齢者大腸癌手術症例の検討

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

[O11-6] 高齢者大腸癌手術症例のGNRIの影響の検討

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科

10:00 ~ 11:10 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 12　その他の大腸・肛門疾患 1

座長：古川 聡美（JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター）

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

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

[O12-2] 当院で経肛門的洗腸療法を導入した3症例

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

[O12-3] 当院における機能性直腸肛門痛の臨床的特徴の検討

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

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

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

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

*那須 聡果[1] (1. ウィメンズクリニック浦和)

[O12-6] 肛門科クリニックで経験したエムポックス6症例の検討

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

[O12-7] 地域における当院肛門外科の役割

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

[O12-8] 大腸肛門病専門病院（肛門外科）としての地域医療における役割

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

12:50 ~ 13:50 | 第6会場（1F 会議室103）

一般演題（口演） 13　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 1

座長：平田 賢郎（慶應義塾大学病院　腫瘍センター）

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[O13-6] 当科におけるBEACONレジメンの使用経験

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

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

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

12:50 ~ 13:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 14　ロボット手術２

座長：山梨 高広（北里大学医学部下部消化管外科学）

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

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

[O14-2] 当院におけるロボット支援下結腸切除術の短期成績と定型化

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

13:50 ~ 14:40 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 15　ロボット手術 3

座長：勝野 秀稔（藤田医科大学ばんたね病院消化器外科）

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[O15-7] 肥満直腸癌患者におけるロボット支援下手術の短期成績

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

14:40 ~ 15:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 16　ロボット手術 4

座長：山岸 茂（藤沢市民病院消化器外科）

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

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

[O16-2] 当院におけるロボット支援下直腸切除術の導入後短期成績

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

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

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

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

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

[O16-5] 後期高齢者直腸癌に対するロボット支援手術の短期治療成績

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

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

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

12:50 ~ 13:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 17　直腸癌の治療戦略 3

座長：浅田 祐介（帝京大学医学部外科学講座）

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

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

[O17-2] 直腸癌術前CTのテクスチャ解析による側方リンパ節転移予測

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

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

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

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

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

[O17-5] 局所進行直腸癌に対する当科のTNTの成績

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

13:35 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 18　大腸癌の転移・再発治療 1

座長：衛藤 謙（東京慈恵会医科大学外科学講座）

[O18-1] 大動脈周囲リンパ節転移を伴う大腸癌に対する手術治療の成績

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

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

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

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

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

[O18-4] 当科における大腸癌肝転移の治療戦略

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

[O18-5] 大腸癌肝転移切除後の予後とその関連因子の検討

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

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

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

14:30 ~ 15:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 19　大腸癌の転移・再発治療 2

座長：斉田 芳久（東邦大学医療センター大橋病院外科）

[O19-1] 大腸癌異時性腹膜播種再発に対する肉眼的治癒切除の意義

*亀井 佑太郎[1]、佐藤 健太郎[1]、菅原 江美子[2]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[1]、松井 信平[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研有明病院消化器センター大腸外科、2. がん研有明病院病理部)

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

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

[O19-3] 進行大腸癌の発育様式と再発形式の関連についての検討

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

[O19-4] 直腸癌局所再発R0切除後早期再発の術前予測因子の検討

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

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

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

[O19-6] 直腸癌局所再発に対する周術期放射線治療とR0切除の意義

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

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

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

[O19-8] 大腸癌腹膜播種に対する腹腔鏡下手術成績

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

12:50 ~ 13:45 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 20　直腸脱・骨盤臓器脱 1

座長：甲田 貴丸（甲田医院）

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

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

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

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

[O20-3] 当科における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の検討

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

[O20-4] 当院における腹腔鏡下直腸前方固定術（LVR）の治療成績

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

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

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

[O20-6] 完全直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の検討

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

13:50 ~ 14:35 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 21　術後合併症・周術期管理 1

座長：浅井 慶子（JA北海道厚生連遠軽厚生病院　外科）

[O21-1] 一時的人工肛門作成時における合併症低減のための手技

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

[O21-2] 術後ストーマサイズの経時的変化に関する検討

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

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

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

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

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

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

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

14:45 ~ 15:30 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 22　術後合併症・周術期管理２

座長：香取 玲美（畠山クリニック）

[O22-1] 直腸癌肛門温存術後の就労状況と関連要因の分析

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

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

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

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

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

[O22-4] 当院での腰椎麻酔下による肛門日帰り手術の現状と問題点

*田島 雄介[1] (1. 医療法人社団育映会田島外科)

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

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

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

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

会長講演

11:10 ~ 11:40 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

会長講演

司会：日比 紀文（慶應義塾大学）

[PL] 腸は全身のはじまり

*金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学（消化器))

教育講演 | 外科

14:00 ~ 14:30 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

教育講演１

司会：平田 敬治（産業医科大学　第1外科）

[EL-1] 大腸癌診断・治療におけるMolecular Diagnosticsの役割 ―早期診断、MRD、Precision Oncologyの現状と将来展望―

*問山 裕二[1] (1. 三重大学大学院消化管・小児外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

教育講演 | 内科

14:30 ~ 15:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

教育講演２

司会：仲瀬 裕志（札幌医科大学医学部　内科学講座　消化器内科学分野）

[EL-2] クローン病の肛門病変の特徴

*岡本 欣也[1] (1. 東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター)

教育講演 | 肛門科

15:00 ~ 15:30 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

教育講演３

司会：岡本 康介（松島病院大腸肛門病センター）

[EL-3] 肛門直腸障害：Rome V 改訂のポイント

*安部 達也[1]、太田 盛道[1]、渡邉 賢二[1]、鉢呂 芳一[1]、小原 啓[1]、國本 正雄[1] (1. くにもと病院肛門科)

症例検討によるレクチャー | 外科

12:50 ~ 13:50 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

症例検討によるレクチャー１　直腸癌TNT　症例から考える

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

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

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

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

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

[CBL1-3] 直腸癌TNT後のNOM適応判定：症例から考える

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

症例検討によるレクチャー | 内科

12:50 ~ 13:50 | 第7会場（1F 会議室107）

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

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

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

*井上 詠[1] (1. 東海大学医学部総合診療学系健康管理学)

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

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 内科

10:00 ~ 11:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別企画１　日本大腸肛門病学会の未来像

司会：板橋 道朗（埼玉県済生会　加須病院）、齋藤 豊（国立がん研究センター中央病院　内視鏡センター）

[SP1-1] 2060年までにやっておきたいこと ―大腸肛門病の未来予想図―

*根本 夕夏子[1] (1. 総合病院厚生中央病院消化器病センター内科)

[SP1-2] 大腸肛門病学会専門医の現状と課題　外科医の視点から

*絹笠 祐介[1] (1. 東京科学大学　消化管外科学分野)

[SP1-3] 肛門科医から見た日本大腸肛門病学会の未来予想図

*髙野 正太[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院)

特別企画 | 内科

12:50 ~ 13:50 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

特別企画２　外科・肛門科・内科、三位一体で取り組むクローン病肛門病変の診療ストラテジー

司会：渡辺 憲治（富山大学附属病院　炎症性腸疾患内科）、大宮 直木（藤田医科大学医学部先端光学診療学講座）

[SP2-1] クローン病肛門病変のマネージメントの現状と課題　～内科の立場から～

*久松 理一[1] (1. 杏林大学医学部消化器内科学)

[SP2-2] クローン病肛門病変のマネージメント。内科医への提言。～肛門科から～

*太田 章比古[1] (1. 医療法人愛知会　家田病院)

[SP2-3] クローン病症例の長期予後から見た肛門病変のマネージメントの重要性

*池内 浩基[1] (1. 兵庫医科大学炎症性腸疾患外科)

特別企画 | 肛門科

14:30 ~ 15:30 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

特別企画３　肛門疾患ガイドライン第三版に向けた緊急討論会

司会：下島 裕寛（松島病院大腸肛門病センター）、寺田 俊明（医療法人社団俊和会　寺田病院）

[SP3-1] 生成AI時代の直腸肛門領域診療ガイドラインの役割

*佐原 力三郎[1] (1. 牧田総合病院)

[SP3-2] 肛門疾患診療ガイドラインの変遷―2014年版と2020年版の比較―

*松尾 恵五[1]、岡田 滋[1] (1. 東葛辻仲病院)

[SP3-3] 肛門疾患ガイドライン作成における問題点と課題

*下島 裕寛[1] (1. 松島病院大腸肛門病センター)

特別講演 | 外科

13:20 ~ 13:50 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別講演１

司会：田中 信治（医療法人ハートフル アマノ病院）

[SL-1] がん研究の歩みと未来　ー根治を目指してー

*森 正樹[1] (1. 東海大学医学部)

開会式

8:20 ~ 8:30 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

開会式

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

2026年11月21日(土)

International Session | 全診療科

8:30 ~ 9:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）

International Session 4　Surgical Management and Functional Preservation in Anorectal and Pelvic Floor Diseases

Moderator：Koji Okabayashi（Department of Gastrointestinal Surgery, Tokai University School of Medicine, Japan）、Keiji Koda（Oami Municipal Hospital, Japan）

[INTS4-1] Efficacy and safety of microfragmented autologous adipose tissue transplantation for perianal fistulas in Crohn’s disease (ATTIC): a phase 3 multicenter randomized controlled trial

*Silvio Laureti[1], Luigi Sofo[2], Francesco Colombo[3,4], Gaetano Luglio[5], Stefano Scaringi[6], Alberta Cappelli[7], Piergiorgio Danelli[3,4], Claudio Isopi[1], Franco Sacchetti[2], Giorgia Gualtieri[8], Michele Cricrì[9], Federico Perna[6], Alessandra Menon[10], Nikolas Konstantine Dussias[11], Paolo Gionchetti[11], Antonino Spinelli[8,12] (1. Experimental Proctology, Department of Medical and Surgical Sciences, University of Bologna, IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Bologna, Italy, 2. Dipartimento di Scienze Gastroenterologiche, Endocrino-Metaboliche e Nefro-Urologiche, Fondazione Policlinico Universitario Gemelli IRCCS, Rome, Italy , 3. General Surgery Department, Luigi Sacco University Hospital, Milan, Italy, 4. Department of Biomedical and Clinical Sciences, University of Milan, Milan, Italy, 5. Department of Public Health, University of Naples Federico II, Naples, Italy, 6. IBD Unit, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Florence, Italy, 7. Radiologia e Diagnostica per Immagini, ASST Mantova, Mantua, Italy, 8. Division of Colon and Rectal Surgery, IRCCS Humanitas Research Hospital, Rozzano, Milan, Italy, 9. Department of Clinical Medicine and Surgery, Department of Information Technology and Electrical Engineering, University of Naples Federico II, Naples, Italy, 10. Lipogems International Spa, Milan, Italy, 11. IBD Unit, Department of Medical and Surgical Sciences, University of Bologna, IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Bologna, Italy, 12. Department of Biomedical Sciences, Humanitas University, Pieve Emanuele, Milan, Italy)

[INTS4-3] Clinical Outcomes of LIFT, TROPIS, and Augmented LIFT for Complex Anal Fistula

*Pohsien Wu[1], Yi-Chiao Cheng[1] (1. Division of Colon and Rectal Surgery, Department of Surgery, Tri-Service General Hospital, National Defense Medical University, Taipei, Taiwan)

[INTS4-4] A Thrombosed Perianal Tubular Lesion Presenting as an Abscess: A Diagnostic and Surgical Dilemma

*Aynur Kamal Safiyeva[1,2] (1. Central Customs Hospital, Baku , Azerbaijan, General Surgery Department, Azerbaijan, 2. Department of General Surgery of ASATID , Baku Azerbaijan)

[INTS4-5] Chen’s Modified Ventral Rectopexy Using Non-absorbable Sutures: A Case Report

*JINGKAI WANG[1], SHIWEI CHEN[1], HAOYAN LI[1], YANG LI[1] (1. Department of Colorectal Surgery, Affiliated Traditional Chinese Medicine Hospital of Guangzhou Medical University, China)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 内科・外科

9:20 ~ 10:10 | 第9会場（1F 会議室101-A）

International Session 5　Emerging strateties for colorectal diseases

Moderator：Yojiro Hashiguchi（Omori Red Cross Hospital, Japan）、Masayuki Fukata（Inflammatory Bowel Disease Center, Tokyo Yamate Medical Center, Japan Community Healthcare Organization, Japan）

[INTS5-1] Colonoscopy as a Cornerstone in the Diagnosis and Management of Colorectal Polyps

*Aynur Kamal Safiyeva[1] (1. Central Customs Hospital, Baku , Azerbaijan, General Surgery Department, Azerbaijan)

[INTS5-2] A surgical case report of transverse colon cancer with lymph node metastasis invading into the superior mesenteric vein

*Takahiro Amano[1], Tomokazu Okazaki[1], Kanro Matsui[1], Kazuya Niwa[1], Tadaaki Shimizu[2], Tomoki Shirota[1], Kuniyuki Gomi[1] (1. Department of Surgery, Suwa Red Cross Hospital, Japan, 2. Department of gastroenteorological surgery, The University of Shinshu)

[INTS5-3] Can Local AI Match the Surgeon Pilot Study of Five AI Models in Colorectal Cancer Operative Decision-Making

*Takeshi Yanagita[1,2], Shinichiro Tsuru[1], Ryoji Umeki[1], Sawamura Naoki[1], Shuji Kurata[1], Futoshi Teranishi[2] (1. Department of Surgery, Shonan Fujisawa Tokushukai Hospital, Japan, 2. Department of Surgery, Toyokawa City Hospital)

[INTS5-4] Clinical impact of a multiplex gastrointestinal pathogen panel for rapid diagnosis of infectious enteritis in hospitalized patients

*Tomomi Yajima[1], Fumitake Hata[1], Hidefumi Nishimori[1], Kuniaki Okada[1], Chikashi Kihara[1], Kiyoteru Kashiwagi[1], Keisuke Ohno[1], Hideharu Miura[1], Takeshi Sawada[1], Chikako Iguchi[2], Yoshiya Morito[2], Kunihiro Takanashi[2], Takae Minami[2], Kimiko Ikeda[2], Sei Kurokawa[2], Yusuke Makiguchi[2] (1. Department of Surgery, Sapporo Dohto Hospital, Japan, 2. Department of Internal Medicine, Sapporo Dohto Hospital)

[INTS5-5] Relationship between the location of initial tumors and the prevalences of metachronous tumors in colonoscopic surveillance

*Seiji Kimura[1], Daisuke Nishiya[1], Kazunori Satoh[1], Hiroyuki Higuchi[1] (1. Division of Gastroenterology and Endoscopy, Aomori Rousai Hospital, Japan)

[INTS5-6] Yellow Enhancement Mode Improves Vascular Visualization in Laparoscopic Colorectal Surgery: Quantitative Image Analysis and Implications for Surgical Education

*Kohei Shigeta[1] (1. Department of Surgery, Keio University School of Medicine, Japan)

Invited Lecture | 肛門科

9:50 ~ 10:20 | 第5会場（1F 会議室102）

Invited Lecture 3

Moderator: Shota Takano (Takano Hospital, Coloproctology Center, Japan)

[IL-3] Cutting-Edge Anorectal Surgery: Multimodal Strategies, Sphincter Preservation, and Transanal Innovations

*Donglin N Ren[1] (1. The Sixth Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University, China)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科

8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）

シンポジウム４　直腸がんにおける肛門温存のための集学的治療戦略―機能温存と根治性の両立に向けて

司会：辻 晃仁（香川大学医学部臨床腫瘍学）、加藤 健志（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター）

[SY4-1] AV 5cm以下低位直腸癌におけるロボット支援手術導入後の術式変遷と術後肛門機能

*林田 一真[1]、髙見澤 康之[1]、隈本 雄大[1]、田藏 昂平[1]、塚本 史雄[1]、永田 洋士[1]、塚本 俊輔[1]、金光 幸秀[1] (1. 国立がん研究センター中央病院大腸外科)

[SY4-2] 局所進行直腸癌に対するロボット支援手術の治療成績 ―肛門温存と根治性の両立を目指した治療戦略―

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

[SY4-3] 術前化学放射線後に括約筋温存手術を施行した直腸癌の術後合併症および機能転帰の検討

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

[SY4-4] T2N0M0 Stage I直腸癌に対するTotal neaodjuvant therapyの短期成績 -AMBITION試験-

*浜部 敦史[1]、植村 守[1]、賀川 義規[2]、畑 泰司[3]、鈴木 陽三[4]、吉岡 慎一[5]、高橋 秀和[6]、小森 孝通[7]、真貝 竜史[8]、松田 宙[9]、河合 賢二[10]、末田 聖倫[2]、北風 雅敏[2]、平木 将之[3]、岩本 和哉[4]、服部 聡[11]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部消化器外科、2. 大阪国際がんセンター　消化器外科、3. 大阪急性期・総合医療センター　消化器外科、4. 市立豊中病院　外科、5. 八尾市立病院　外科・消化器外科、6. 大阪警察病院　外科、7. 兵庫県立西宮病院　外科、8. 川西市立総合医療センター　消化器外科、9. JCHO大阪病院　消化器外科、10. 国立病院機構 大阪医療センター　下部消化管外科、11. 大阪大学医学系研究科　情報統合医学講座　医学統計学)

[SY4-5] 進行直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapy：病態別レジメン設計とその治療成績

*川村 幹雄[1,2,3]、髙木 里英子[1]、山本 晃[1]、今岡 裕基[1]、志村 匡信[1]、北嶋 貴仁[2]、奥川 喜永[2]、大北 喜基[1]、吉山 繁幸[1]、小林 美奈子[3]、大井 正貴[1]、問山 裕二[1] (1. 三重大学医学部消化管小児外科、2. 三重大学医学部附属病院ゲノム診療科、3. 三重大学医学部臨床外科感染制御学講座)

[SY4-6] ＥＮＳＥＭＢＬＥ-1/2試験における直腸癌に対するTNT後のNOMの治療成績

*渡邉 純[1]、賀川 義規[2]、安藤 幸滋[3]、植村 守[4]、伊澤 直樹[5]、松橋 延壽[6]、武藤 理[7]、本坊 拓也[8]、金城 達也[9]、諏訪 雄亮[1]、西沢 佑次郎[10]、奥谷 浩一[11]、大庭 幸治[12]、沖 英次[13] (1. 関西医科大学下部消化管外科学講座、2. 大阪国際がんセンター消化器外科、3. 九州大学大学院消化器・総合外科、4. 大阪大学消化器外科、5. 聖マリアンナ医科大学臨床腫瘍学、6. 岐阜大学消化器外科、7. 秋田赤十字病院腫瘍内科、8. 済生会福岡総合病院外科、9. 琉球大学消化器・腫瘍外科、10. 大阪急性期・総合医療センター消化器外科、11. 札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野、12. 東京大学大学院情報学環、13. 九州大学病院先端医工学診療部)

[SY4-7] 切除可能局所進行直腸癌に対する免疫チェックポイント阻害薬の治療開発の現状と今後

*坂東 英明[1] (1. 国立がん研究センター東病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科

8:30 ~ 9:45 | 第5会場（1F 会議室102）

シンポジウム５　Recent advances in surgery for colorectal diseases

Moderator: Kay Uehara (Department of Coloproctological Surgery, Juntendo University, Japan), Mina Shen (China Medical University Hsinchu Hospital, Taiwan)

[SY5-1] Global benchmarks for minimally invasive right hemicolectomy for cancer

*Daichi Kitaguchi[1], Fariba Abbassi[2,3], Matthias Turina[2] (1. Department of Surgery, Institute of Medicine, University of Tsukuba, Japan, 2. Department of Visceral and Transplant Surgery, University of Zurich, 3. Institute of Epidemiology, Biostatistics and Prevention, University of Zurich)

[SY5-2] Evaluating the Efficacy of Powered Circular Staplers in Colorectal Cancer Surgery: A Meta-Analysis of 3,301 Patients

*Masatsune Shibutani[1], Hiroshi Ohtani[2], Shusei Endo[1], Tomoya Tsukida[1], Hideki Tanda[1], Yuki Seki[1], Hiroaki Kasashima[1], Jyunya Nishimura[3], Tatsunari Fukuoka[3], Takafumi Nishii[3], Kiyoshi Maeda[1] (1. Department of Gastroenterological Surgery, Osaka Metropolitan University Graduate School of Medicine, Japan, 2. Department of Surgery, Ohno Memorial Hospital, 3. Department of Surgery, Osaka City General Hospital)

[SY5-3] A novel technique; Single-Incision Plus One Robot-assisted Surgery（SIPORS）for colorectal cancer by Hugo RAS System

*Takehito Yamamoto[1], Yoshiro Itatani[1], Ryosuke Okamura[1], Haruku Fujita[1], Shingo Ochi[1], Ryuhei Aoyama[1], Yu Yoshida[1], Masahiro Maeda[1], Keiko Kasahara[1], Nobuaki Hoshino[1], Kazutaka Obama[1] (1. Department of Surgery, Kyoto University, Japan)

[SY5-4] Expanding the Boundaries of Minimally Invasive Surgery: Robotic Approach for cT4b Colorectal Cancer

*Takahisa Hirokawa[1], Naoki Hirano[1], Takumi Yamada[1], Yuta Shimada[1], Tetsuro Miyaike[1], Ryutaro Kato[1], Yoshiaki Fujii[1], Shuhei Ueno[1], Yoshinaga Aoyama[1], Hiroyuki Imafuji[1], Hirotaka Miyai[1], Moritsugu Tanaka[1], Masahiro Kimura[1] (1. Kariya Toyota General Hospital, Japan)

[SY5-5] Surgical Workflow Analysis Using AI-Based Object Recognition in Laparoscopic Colorectal Surgery

*Yoshiko Bamba[1], Shimpei Ogawa[1], Yuka Kaneko[1], ryo Futatsuki[1], Yurin Kondo[1], Kurodo Kashino[1], Natsuki Matsuo[1], Kimitaka Tani[1], Fumi Maeda[1], Shinsuke Maeda[1], Shunichi Ito[1], Shigeki Yamaguchi[1] (1. Department of Surgery, Institute of Gastroenterology Tokyo Women’s Medical University, Japan)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科

8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

シンポジウム６　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について2

司会：五井 孝憲（福井大学医学部附属病院）、松橋 延壽（岐阜大学医学部附属病院）

[SY6-1] 50歳未満の若年性大腸癌における臨床病理学的・遺伝学的特徴：GALAXY試験附随研究

*横田 満[1]、沖 英次[2]、上野 真行[3]、上野 彩子[1]、三谷 孟司[3]、諏訪 雄亮[4]、赤澤 直也[5]、小谷 大輔[6]、三島 沙織[6]、橋本 直佳[6]、坂東 英明[6,7]、竹政 伊知朗[8]、加藤 健志[9]、吉野 孝之[6] (1. 倉敷中央病院外科、2. 九州大学病院先端医工学診療部 消化管外科、3. 倉敷中央病院消化器内科、4. 関西医科大学下部消化管外科、5. 仙台オープン病院消化器外科・一般外科、6. 国立がん研究センター東病院消化管内科、7. 国立がん研究センター東病院トランスレーショナルリサーチ支援室、8. 大阪けいさつ病院消化器外科、9. 国立病院機構大阪医療センター外科)

[SY6-2] 50歳未満の若年性大腸癌における臨床病理学的特性と長期予後の検討：多施設共同データベースを用いた後方視的研究

*森内 俊行[1]、下村 学[1]、矢野 琢也[1]、佐田友 藍[1]、田口 和浩[1]、松原 啓壮[1,6]、清水 亘[2]、吉満 政義[3]、池田 聡[4]、中原 雅浩[5]、香山 茂平[6]、小林 弘典[7]、清水 洋祐[8]、奥田 浩[9]、住谷 大輔[10]、向井 正一朗[11]、高倉 有二[12]、石川 聖[1]、安達 智洋[2]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学医系科学研究科　消化器・移植外科、2. 広島市立北部医療センター　安佐市民病院、3. 広島市立広島市民病院、4. 県立広島病院、5. JA尾道総合病院、6. JA広島総合病院、7. 広島記念病院、8. 呉医療センター・中国がんセンター、9. 東広島医療センター、10. 県立二葉の里病院、11. 中国労災病院、12. 中電病院)

[SY6-3] 若年性大腸癌の臨床病理学的特徴の検討

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

[SY6-4] AYA世代大腸癌100例における臨床病理学的特徴、分子学的背景と包括的支援の現状

*長谷川 健太[1]、北風 雅敏[1]、賀川 義規[1]、河口 恵[1]、東倉 賢治郎[1]、森 良太[2]、小林 雄太[1]、福田 泰也[1]、牛丸 裕貴[1]、小松 久晃[1]、波多 豪[1]、柳本 喜智[1]、金村 剛志[1]、末田 聖倫[1]、西村 潤一[1]、山本 和義[1]、後藤 邦仁[1]、小林 省吾[1]、宮田 博志[1]、大植 雅之[1] (1. 大阪国際がんセンター消化器外科、2. 大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学)

[SY6-5] 若年性大腸癌の臨床病理学的特徴と腫瘍内細菌についての検討

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

[SY6-6] 若年性直腸癌の臨床病理学的特徴と治療成績の検討

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

[SY6-7] 若年者切除不能大腸癌に対する化学療法

*宮本 裕士[1,2]、有馬 浩太[1,2]、秋山 貴彦[1]、澤山 浩[1]、中村 尋[1]、河田 彩音[1]、岩槻 政晃[1] (1. 熊本大学病院消化器外科、2. 熊本大学病院消化器癌先端治療開発学)

[SY6-8] 若年大腸癌患者の臨床病理学的特徴と予後の検討：多施設共同後方視的研究

*髙村 祐磨[1]、富永 哲郎[3]、石井 光寿[1]、片山 宏己[1]、足立 利幸[1]、山口 峻[1]、丸田 浩志[1]、小野 李香[1]、井上 悠介[1]、白石 斗士雄[3]、大石 海道[4]、森山 正章[5]、久永 真[6]、小山 正三朗[7]、内田 史武[8]、丸山 圭三郎[9]、福田 明子[5]、江口 晋[2]、松本 桂太郎[2]、野中 隆[1] (1. 長崎大学外科学講座大腸肛門外科　、2. 長崎大学外科学講座、3. 諫早総合病院、4. 長崎医療センター、5. 長崎原爆病院、6. 佐世保市総合医療センター、7. 長崎済生会病院、8. 嬉野医療センター、9. 佐世保中央病院)

[SY6-9] 当院における若年発症大腸癌手術症例の臨床病理学的特徴の検討

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

[SY6-10] 40歳未満大腸癌の臨床病理学的特徴

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科

10:25 ~ 11:40 | 第5会場（1F 会議室102）

シンポジウム７　Gut Microbiota and Colorectal Diseases: A Future Unlocked by the Microbiome

Moderator: Hiroto Miwa (Kawanishi City Medical Center, Japan), Tomohisa Takagi (Molecular Gastroenterology and Hepatology, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine, Japan)

[SY7-1] Right-sided Predominance of Primary Sclerosing Cholangitis–Associated Colitis: Insights from Gut Microbiota

*Haruka Okada[1], Shinya Sugimoto[1], Nobuhiro Nakamoto[1], Ryosuke Kasuga[1], Hiroki Kiyohara[1], Hiroki Kiyohara[1], Yohei Mikami[1], Takanori Kanai[1] (1. Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, Keio University School of Medicine, Japan)

[SY7-2] Gut Microbiota Profiles in Reactive and Metastatic Lymphadenopathy in Colorectal Cancer

*Toru Miyake[1,2], Masatsugu Kojima[1], Soichiro Tani[1], Keiji Muramoto[1], Nobuhito Nitta[1], Reiko Otake[1], Haruki Mori[1], Hiromitsu Maehira[1], Sachiko Kaida[1], Tomoharu Shimizu[2] (1. Department of Gastrointestinal and General Surgery, Shiga University of Medical Science, Japan, 2. Medical Safety Section, Shiga University of Medical Science Hospital, Japan)

[SY7-3] Microbiome Determinants of Sustained Remission after Antibiotic-Preconditioned FMT in Ulcerative Colitis: A Prospective Multicenter Study with One-Year Follow-up

*Sayaka Mizutani[1], Kei Nomura[1,2], Masayuki Orikasa[2], Masashi Omori[2], Rina Odakura[2], Masao Koma[2], Takafumi Maruyama[2], Kentaro Ito[2], Tomoyoshi Shibuya[2], Gaku Nakato[1], Hikaru Watanabe[3], Douaa Zakaria[3], Akihito Nagahara[1,2], Dai Ishikawa[1,2,3] (1. Innovative Microbiome Therapy Research Center, Juntendo University Graduate School of Medicine, Japan, 2. Department of Gastroenterology, Juntendo University Faculty of Medicine, 3. Metagen Therapeutics, Inc.)

[SY7-4] Gut Microbiota Analysis for Predicting Clinical Relapse in Patients with Quiescent Ulcerative Colitis: Multivariate Analysis Using MaAsLin2 and Development of a Predictive Score

*Hiroaki Kitae[1], Tomohisa Takagi[1], Mariko Kajiwara[1], Kazuhiko Uchiyama[1], Yuji Naito[1,2] (1. Molecular Gastroenterology and Hepatology, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine, Japan, 2. Department of Human Immunology and Nutrition Science, Kyoto Prefectural University of Medicine)

[SY7-5] Correlation between changes in intestinal microbiota and defecatory function before and after radical resection of right-sided colon cancer.

*Sohei Akuta[1,2], Masataka Hirasaki[3], Yume Minagawa[1], Akihito Nakanishi[1], Yusuke Nishi[1], Hisashi Hayashi[1], Takatsugu Fujii[1], Yasuhiro Ishiyama[1], Hirofumi Sugita[1], Chikashi Hiranuma[1], Yasumitsu Hirano[1] (1. Department of Gastrointestinal Surgery, Saitama Medical University International Medical Center, Japan, 2. Department of Gastrointestinal Surgery, Tsuchiura Kyodo General Hospital, Japan, 3. Department of Cancer Genomics Center, Saitama Medical University International Medical Center)

[SY7-6] Analysis of Inflammasome-Related Gene Variants in Colchicine-Responsive, MEFV Mutation-Negative Patients with Inflammatory Bowel Disease Unclassified

*Kohei Wagatsuma[1], Masashi Idogawa[1,2], Motohiro Esaki[3], Taku Kobayashi[4], Fumihito Hirai[5], Katsuhiro Arai[6], Reiko Kunisaki[7], Shinichiro Shinzaki[8], Tadakazu Hisamatsu[9], Hiroshi Nakase[1] (1. Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, Sapporo Medical University School of Medicine, Japan, 2. Division of Medical Genome Sciences, Department of Genomic and Preventive Medicine, Sapporo Medical University School of Medicine, 3. Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Saga University, 4. Center for Advanced IBD Research and Treatment, Kitasato University Kitasato Institute Hospital, 5. Department of Gastroenterology, Faculty of Medicine, Fukuoka University, 6. Center for Pediatric Inflammatory Bowel Disease, Division of Gastroenterology, National Center for Child Health and Development, 7. Inflammatory Bowel Disease Center, Yokohama City University Medical Center, 8. Department of Gastroenterology, Hyogo Medical University School of Medicine, 9. Department of Gastroenterology and Hepatology, Kyorin University School of Medicine)

[SY7-7] Efficacy of Colchicine in Mild-to-Moderate Ulcerative Colitis and Identification of Treatment Response–Associated Molecular Profiles

*Hiroki Kurumi[1,2], Kohei Wagatsuma[1], Yuta Shimomori[1], Kotaro Akita[1], Yoshihiro Yokoyama[1], Tomoe Kazama[1], Hiroshi Nasuno[3], Atsushi Yawata[4], Hajime Isomoto[2], Hiroshi Nakase[1] (1. Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, Sapporo Medical University School of Medicine, Japan, 2. Division of Gastroenterology and Nephrology, Faculty of Medicine, Tottori University, Japan, 3. Department of

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Gastroenterology, Kushiro City General Hospital, 4. Department of Gastroenterology and Hepatology, Hakodate Goryoukaku Hospital)

[SY7　Special Remarks] Special Remarks

*Akira Andoh (1. Kawanishi City Medical Center, Japan)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科

13:30 ~ 14:45 | 第5会場（1F 会議室102）

シンポジウム 8　Cutting edge of endoluminal/ transanal surgery for colorectal cancer

Moderator: Kotaro Maeda (Himawari Seishinkai Izumi Clinic Medical Checkup Plaza, Japan), Motohiko Kato (Center for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Keio University School of Medicine, Japan)

[SY8-1] Re-positioning of Endoscopic Ultrasonography in Determining the Treatment Strategy for Colorectal Cancer Suspected of Submucosal Invasion

*Noriko Matsuura[1], Kaoru Takabayashi[2], Motohiko Kato[2] (1. Division of Research and Development for Minimally Invasive Treatment, Cancer Center, Keio University School of Medicine, Japan, 2. Center for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Keio University School of Medicine)

[SY8-2] Efficacy and Safety of the Water Pressure Method in Colorectal ESD: A Retrospective Comparative Study

*Yutaka Sato[1], Daisuke Minezaki[1], Koshiro Tsutsumi[1], Sotaro Ozaka[1], Masahide Fukuda[1], Yuka Hirashita[1], Kensuke Fukuda[1], Ryo Ogawa[1], Masaaki Kodama[2], Kazuhiro Mizukami[1] (1. Department of Gastroenterology, Oita University Faculty of Medicine, Japan, 2. Department of Advanced Medical Sciences, Oita University Faculty of Medicine)

[SY8-3] Clinical Efficacy and Safety of Endoscopic Submucosal Dissection for Huge Rectal Tumors

*Takashi Akutagawa[1], Daisuke Yamaguchi[2], Ryo Shimoda[1], Motohiro Esaki[2] (1. Department of Endoscopic Diagnostics and Therapeutics, Saga University Hospital, Japan, 2. Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Saga University)

[SY8-4] Technical Innovations and Outcomes of Endoscopic Submucosal Dissection for Colorectal Lesions Involving Diverticula

*Ryosuke Kobayashi[1], Kingo Hirasawa[1], Shin Maeda[2] (1. Gastroenterological Center, Yokohama City University Medical Center, Japan, 2. Gastroenterology, Yokohama City University)

[SY8-5] Dual-operator Endoscopic Tandem Surgery (DuETs) for large colorectal lesions: comparison with single-operator ESD

*Takuma Okamura[1], Tomonari Ikeda[2], Tatsuki Ichikawa[2], Toshimitsu Miyaaki[1] (1. Department of Gastroenterology and Hepatology, Nagasaki University Hospital, Japan, 2. Department of Gastroenterology, Nagasaki Harbor Medical Center)

[SY8-6] Evaluation of the effectiveness of underwater colorectal ESD

*Yuko Miura[1], Yosuke Tsuji[1], Mithuhiro Fujishiro[1] (1. Department of Gastroenterology, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, Japan)

[SY8-7] Clinical Role of PAEM/ EID for pT1b Lower Rectal Cancer

*Yu Maruyama[1], Keigo Sato[1], Moe Aung Paing[1], Nozomi Furuichi[1], Keiichi Oshima[1], Yuki Itoi[1], Hirohito Tanaka[1], Hiroko Hosaka[1], Shiko Kuribayashi[1], Toshio Uraoka[1] (1. Department of Gastroenterology and Hepatology, Gunma University Graduate School of Medicine, Japan)

[SY8-8] Feasibility of Peranal Endoscopic Myectomy for Lower Rectal Lesions: A Single-Center Prospective Observational Study

*Takashi Kanesaka[1], Yoshiaki Ando[1], Shunsuke Yoshii[1], Minoru Kato[1], Yoshimi Tanaka[1], Sachiko Yamamoto[1], Koji Higashino[1], Noriya Uedo[1], Tomoki Michida[1], Ryu Ishihara[1] (1. Department of Gastrointestinal Oncology, Osaka International Cancer Institute, Japan)

[SY8-9] Treatment Strategy for T1 Rectal Adenocarcinoma with Extensive Involvement of the Anal Canal: ESD or Surgical Resection?

*Nobuhisa Minakata[1], Makoto Arashiyama[1], Arisa Takeda[1], Yuichiro Mikuriya[1], Kazuo Shiotsuki[1], Kohei Takizawa[1] (1. Department of Gastroenterology, Kanagawa Cancer Center, Yokohama, Japan)

[SY8-10] Efficacy and Safety of Collaborative Endoscopic and Surgical Treatment for Challenging Colorectal Neoplasms

*Hidehito Maeda[1], Fumisato Sasaki[1], Kenji Baba[2] (1. Department of Digestive and Lifestyle Diseases, Kagoshima University Graduate School of Medical and Dental Sciences, Japan, 2. Department of Digestive Surgery, Kagoshima University Graduate School of Medical and Dental Sciences)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科

15:35 ~ 16:50 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

シンポジウム９　大腸癌腹膜播種に対する治療戦略

司会：小林 宏寿（帝京大学医学部附属溝口病院外科）、藤田 文彦（久留米大学医学部外科学講座）

[SY9-1] 大腸癌腹膜播種に対する包括的治療の成績

*米村 豊[1]、重里 親太朗[1]、石橋 治昭[1] (1. 岸和田徳洲会病院 腹膜播種センター)

[SY9-2] 同時性腹膜播種症例に対する治療の現状と治療戦略

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

[SY9-3] 腹膜播種再発に対する外科的治療戦略

*池田 公治[1]、徳橋 愛彦[1]、佐々木 将磨[1]、長谷川 寛[1]、山東 雅紀[1]、西澤 祐吏[1]、塚田 祐一郎[1]、伊藤 雅昭[1] (1. 国立がん研究センター東病院　大腸外科)

[SY9-4] 大腸癌腹膜播種に対する集学的治療戦略―診査腹腔鏡による切除適応選択と完全減量手術の役割―

*合田 良政[1]、武内 寛[1]、北山 丈二[1]、矢野 秀朗[1,2] (1. 国立国際医療センター腹膜センター、2. University Hospital Southampton)

[SY9-5] 大腸癌腹膜播種に対するcytoreductive surgeryの適応と治療成績

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

[SY9-6] 大腸癌腹膜播種に対する腫瘍減量手術および腹腔内温熱化学療法の治療成績

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

[SY9-7] 大腸癌腹膜播種に対する外科的切除と術後補助化学療法の意義 ―多施設共同研究による治療戦略の検討―

*野田 恵佑[1]、小野 季香[1]、丸田 浩志[1]、片山 宏己[1]、山口 峻[1]、高村 祐磨[1]、足立 利幸[1]、石井 光寿[1]、井上 悠介[1]、大石 海道[2]、小山 正三郎[3]、黨 和夫[4]、橋本 慎太郎[5]、久永 真[5]、白石 斗志雄[6]、富永 哲郎[6]、福岡 秀敏[6]、松本 桂太郎[1]、野中 隆[1] (1. 長崎大学外科学講座大腸肛門外科、2. 国立病院機構長崎医療センター外科、3. 済生会長崎病院外科、4. 国立病院機構嬉野医療センター外科、5. 佐世保市総合医療センター外科、6. JCHO諫早総合病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 肛門科

8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション６　機能性直腸肛門痛に対する集学的診療の実際

司会：小村 憲一（小村肛門科医院）、伊禮 靖苗（大腸肛門病センター高野病院 大腸肛門機能科）

[PD6-1] 肛門痛に対する神経障害性疼痛治療薬の経験

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

[PD6-2] 疎経活血湯エキス製剤を用いた 肛門部神経因性症状に対する治療

*小原 邦彦[1] (1. おばら消化器・肛門クリニック)

[PD6-3] 機能性直腸肛門痛に隠れた骨盤内うっ血症候群：造影CTによる診断と漢方治療の実際

*内原 智幸[1]、伊禮 靖苗[1]、辻 順行[1]、髙野 正太[1] (1. 大腸肛門病センター　高野病院)

[PD6-4] 肛門痛患者に対する脊髄刺激療法（SCS）の治療効果と見えた課題

*金子 秀作[1]、髙野 正太[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院)

[PD6-5] 当院における機能性直腸肛門痛の治療

*相川 佳子[1] (1. Aicoレディースクリニック)

[PD6-6] 当院における難治性直腸肛門痛142例の分析

*松田 聡[1]、新井 賢一郎[1]、松永 篤志[1]、山下 真幸[1]、木村 浩三[1]、野中 雅彦[1]、中井 勝彦[1]、川上 和彦[1] (1. 松田病院大腸肛門病センター)

[PD6-7] クリニックにおける機能性直腸肛門痛診療の試み

*河野 由紀子[1] (1. 西新駅前こうの整形外科・おしりとおなかクリニック)

[PD6　特別発言] 特別発言

*髙野 正太 (1. 大腸肛門病センター高野病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

10:10 ~ 11:25 | 第6会場（1F 会議室103）

パネルディスカッション７　直腸癌局所再発症例に対する集学的治療

司会：大植 雅之（大阪国際がんセンター）、植村 守（大阪大学大学院医学系研究科　外科学講座　消化器外科学）

[PD7-1] 直腸癌局所再発症例に対する集学的治療成績

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

[PD7-2] 直腸癌局所再発における予後不良因子としての骨盤内播種再発

*木村 慶[1]、佐々木 将磨[2]、井桁 正尭[3]、塚田 祐一郎[2]、桑原 隆一[4]、堀尾 勇規[4]、内野 基[4]、大門 貴志[3]、伊藤 雅昭[3]、池田 正孝[1] (1. 兵庫医科大学下部消化管外科、2. 国立がん研究センター東病院大腸外科、3. 兵庫医科大学医療統計学、4. 兵庫医科大学炎症性腸疾患外科)

[PD7-3] 直腸癌局所再発に対する最適な術前治療

*塚田 祐一郎[1]、佐々木 将磨[1]、長谷川 寛[1]、山東 雅紀[1]、池田 公治[1]、西澤 祐吏[1]、伊藤 雅昭[1] (1. 国立がん研究センター東病院 大腸外科)

[PD7-4] 直腸癌局所再発に対する骨盤内臓全摘術後死腔炎と再発後生存 - 集学的治療完遂の観点から

*村田 悠記[1]、小倉 淳司[1]、佐藤 雄介[1]、梅田 晋一[1]、筒山 将之[1]、宮田 一志[1]、杉田 静紀[1]、清水 大[1]、中西 香企[1]、田中 千恵[1]、江畑 智希[1]、神田 光郎[1] (1. 名古屋大学医学部附属病院　消化器・腫瘍外科)

[PD7-5] 直腸癌術後局所再発に対する放射線治療歴は局所R0切除率に影響するか

*佐伯 崇史[1]、植村 守[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、関戸 悠紀[1]、浜部 敦史[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、加藤 健志[2]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部医学研究科消化器外科学、2. 国立大阪医療センター下部消化管外科)

[PD7-6] 重粒子線（炭素イオン線）治療のための合成吸収性組織スペーサーの紹介

*瀧山 博年[1]、磯崎 哲朗[1]、山田 滋[1]、牧島 弘和[1]、今井 礼子[1]、篠藤 誠[1]、若月 優[1]、石川 仁[1] (1. 量子科学技術研究開発機構　QST病院)

[PD7-7] 直腸癌局所再発に対するR0切除と周術期成績改善を両立する集学的治療戦略

*竹田 充伸[1]、植村 守[1]、内山 優史[1]、森 良太[1]、関戸 悠紀[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、山本 浩文[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

10:10 ~ 11:40 | 第8会場（1F 会議室108）

パネルディスカッション8　遺伝性大腸腫瘍の現状と未来

司会：岡 志郎（広島大学大学院 医系科学研究科消化器内科学）、山口 達郎（がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科）

[PD8-1] 当院におけるリンチ症候群拾い上げの現状

*山口 瑞生[1]、赤羽 慎太郎[2]、下村 学[1]、矢野 琢也[1]、佐田友 藍[1]、田口 和浩[1]、松原 啓壮[1]、石川 聖[1]、佐藤 沙希[1]、渡邊 淳弘[1]、森内 俊行[1]、塩崎 翔平[1]、松原 一樹[1]、篠原 充[1]、森田 隼登[1]、利田 明日香[2]、中原 輝[2]、新津 宏明[2]、大段 秀樹[1]、檜井 孝夫[2] (1. 広島大学病院消化器移植外科、2. 広島大学病院遺伝子診療科)

[PD8-2] 当院におけるリンチ症候群ユニバーサルスクリーニング陽性例の遺伝診療への到達状況と課題

*安岡 宏展[1]、大内 晶[1]、木下 敬史[1]、岸田 貴喜[1]、安藤 秀一郎[1]、井本 逸勢[2]、高磯 伸枝[2]、小森 康司[1] (1. 愛知県がんセンター消化器外科部、2. 愛知県がんセンターゲノム医療センター)

[PD8-3] 家族性大腸腺腫症サーベイランス現況と課題：多施設共同リアルワールドデータに基づく解析とアンケート調査

*立田 協太[1]、美甘 麻裕[1]、岩泉 守哉[2]、岡本 和哉[3]、吉井 重人[4]、浅羽 雄太郎[5]、原田 岳[6]、杉原 守[1]、岩瀬 友哉[1]、高木 徹[1]、杉山 洸裕[1]、赤井 俊也[1]、倉地 清隆[1,7]、竹内 裕也[1] (1. 浜松医科大学医学部附属病院　外科学第二講座、2. 浜松医科大学　検査部、3. 藤枝市立総合病院　外科、4. 藤枝市立総合病院　消化器内科、5. JA静岡厚生連遠州病院　外科、6. 浜松医療センター　外科、7. 浜松赤十字病院　外科)

[PD8-4] 当院におけるLynch症候群のサーベイランス診療プログラムの検証

*大堂 真一郎[1]、柴田 寛至[1]、千野 晶子[1]、鈴木 桂悟[1]、井出 大資[1]、斎藤 彰一[1]、金子 景香[2]、新川 裕美[2]、幅野 愛理[2]、箕浦 祐子[2]、久我 亜沙美[2]、土橋 映仁[2]、植木 有紗[2] (1. がん研究会有明病院　下部消化管内科、2. がん研究会有明病院臨床遺伝医療部)

[PD8-5] Lynch症候群における遺伝子変異別にみた径10mm以下大腸腫瘍の臨床病理学的特徴

*迫 友紀子[1]、卜部 祐司[1]、吉田 航大[1]、宇田 昂弘[1]、操田 智之[1]、初鹿 佳輝[1]、益田 啓志[1]、中村 岳夫[1]、上垣内 由季[1]、高砂 健[1]、壷井 章克[1]、田中 秀典[1]、山下 賢[1]、檜山 雄一[1]、岸田 圭弘[1]、瀧川 英彦[1]、下村 学[2]、檜井 孝夫[3]、桑井 寿雄[4]、岡 志郎[1] (1. 広島大学病院　消化器内科、2. 広島大学大学院医系科学研究科消化器・移植外科学、3. 広島大学病院遺伝子診療科、4. 広島大学病院内視鏡医学講座)

[PD8-6] 機械学習を用いたLynch症候群予測モデルの構築

*高雄 美里[1,2]、山口 達郎[2]、武井 信嗣[1]、出嶋 皓[1]、坂元 慧[1]、中守 咲子[1]、加藤 博樹[1]、中野 大輔[1]、川合 一茂[1] (1. 都立駒込病院大腸外科、2. 都立駒込病院遺伝子診療科)

[PD8-7] 家族性大腸腺腫症の診断・治療における現状と未来

*田近 正洋[1]、田中 努[1]、伊藤 信仁[1]、高木 暁広[1]、堀 諒[1]、小森 康司[2]、木下 敬史[2]、大内 晶[2]、岸田 貴喜[2]、高磯 伸枝[3]、井本 逸勢[3] (1. 愛知県がんセンター内視鏡部、2. 愛知県がんセンター消化器外科部、3. 愛知県がんセンターゲノム医療センター)

[PD8-8] 家族性大腸腺腫症における結腸全摘・回腸直腸吻合術後の大腸腫瘍発生の検討

*吉田 直久[1]、石川 秀樹[2]、山田 真義[3]、佐藤 康史[4]、田中 信治[5]、千野 晶子[6]、田近 正洋[7]、土山 寿志[8]、高山 哲治[9]、應田 義雄[10]、堀松 高博[11]、佐野 寧[12]、田中屋 宏爾[13]、石田 秀行[14]、武藤 倫弘[2] (1. 京都府立医科大学大学院　消化器内科学、2. 京都府立医科大学大学院　分子標的予防医学、3. 国立がん研究センター中央病院　内視鏡部、4. 札幌医科大学腫瘍・血液内科、5. 広島大学 内視鏡診療科、6. がん研有明病院 下部消化管内科、7. 愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部、8. 石川県立中央病院 消化器内科、9. 徳島大学 消化器内科、10. 兵庫医科大学 消化器内科、11. 京都大学大学院腫瘍内科学講座、12. 佐野病院　消化器内科、13. 岩国医療センター 外科、14. 埼玉医科大学総合医療センター)

[PD8-9] 70歳以下の大腸癌患者における遺伝カウンセリング受診の現況

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

[PD8-10] 遺伝性消化器腫瘍に対する多施設・多職種診療ネットワークの構築とその臨床的意義

*山田 敦[1]、春山 瑳依子[2]、鳥嶋 雅子[3]、近藤 知大[1]、杉下 博基[4]、島田 咲[5]、佐藤 智佳[5]、塚口 裕康[5]、勝元 さえこ[6]、寺本 晃治[7]、福田 令[8]、安藤 孝将[9]、北嶋 貴仁[10]、奥川 喜永[10]、中島 健[11] (1. 京都大学医学部附属病院腫瘍内科、2. 京都大学医学部附属病院遺伝子診療部 、3. 京都大学大学院医学研究科ゲノム医療学講座、4. 愛媛大学医学部附属病院消化管

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

腫瘍外科、5. 関西医科大学附属病院臨床遺伝センター、6. 滋賀医科大学医学部附属病院臨床遺伝相談科、7. 滋賀医科大学医学部附属病院腫瘍内科、8. 富山大学附属病院遺伝子診療部、9. 富山大学附属病院第三内科、10. 三重大学医学部附属病院ゲノム医療部、11. 大阪国際がんセンター遺伝子診療部遺伝性腫瘍診療科)

パネルディスカッション | 外科

13:30 ~ 14:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

パネルディスカッション９　術後合併症の減少を目指した潰瘍性大腸炎治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）

司会：石原 聡一郎（東京大学医学部　腫瘍外科・血管外科)、内野 基（兵庫医科大学 消化器外科学講座 炎症性腸疾患外科）

[PD9-1] 重症潰瘍性大腸炎に対するIACAにおける分割手術選択戦略

*後藤 晃紀[1]、辰巳 健志[1]、黒木 博介[1]、中尾 詠一[1]、小原 尚[1]、木村 英明[2]、齋藤 紗由美[1]、小金井 一隆[1]、杉田 昭[1] (1. 横浜市立市民病院炎症性腸疾患科、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センターIBDセンター外科)

[PD9-2] 潰瘍性大腸炎初回手術におけるハルトマン手術と粘液瘻作成の短期成績の比較

*磯部 聡史[1]、吉敷 智和[1]、小嶋 幸一郎[1]、麻生 喜祥[1]、飯岡 愛子[1]、若松 喬[1]、本多 五奉[1]、石井 俊[1]、代田 利弥[1]、中山 快貴[1]、後藤 充希[1]、須並 英二[1] (1. 杏林大学医学部付属病院下部消化管外科)

[PD9-3] 潰瘍性大腸炎に対する回腸嚢肛門吻合術におけるストーマ出口閉塞予防のための左側ストーマ造設の有用性：単施設無作為化比較試験

*桑原 隆一[1]、内野 基[1]、友尾 祐介[1]、長野 健太郎[1]、楠 蔵人[1]、堀尾 勇規[1]、木村 慶[2]、片岡 幸三[2]、池田 正孝[2]、池内 浩基[1] (1. 兵庫医科大学　消化器外科学講座　炎症性腸疾患外科、2. 兵庫医科大学　消化器外科学講座　下部消化管外科)

[PD9-4] 潰瘍性大腸炎術後の感染性合併症に対するC-reactive proteinの有用性の検討

*久原 佑太[1,2]、上神 慎之介[1]、大迫 えれな[1]、土井 寛文[1]、新原 健介[1]、大毛 宏喜[1,2]、高橋 信也[1] (1. 広島大学大学院医系科学研究科外科学、2. 広島大学病院感染症科)

[PD9-5] 潰瘍性大腸炎手術の周術期リスクをどう管理するか―合併症低減に向けた実践的ストラテジー―

*水内 祐介[1,2]、永吉 絹子[1,2]、藤本 崇聡[1,2]、安藤 陽平[1,2]、吉村 晴香[2]、小佐井 孝彰[2]、松本 奏吉[1,2]、堀岡 宏平[1,2]、安藤 幸滋[1]、池永 直樹[2]、仲田 興平[2]、沖 英次[1]、大内田 研宙[1,2] (1. 九州大学病院消化管外科、2. 九州大学臨床・腫瘍外科)

[PD9-6] 潰瘍性大腸炎に対する経肛門的アプローチを併用した大腸全摘術後の肛門機能についての検討

*関戸 悠紀[1]、荻野 崇之[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、水島 恒和[2]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学、2. 獨協医科大学外科学（下部消化管外科))

[PD9-7] 潰瘍性大腸炎術後の回腸嚢炎, 瘻孔のリスク因子の検討

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

15:20 ~ 16:35 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

パネルディスカッション 10　術後合併症の減少を目指したクローン病治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）

司会：高橋 賢一（東北労災病院大腸肛門外科）、辰巳 健志（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）

[PD10-1] クローン病に対する術前介入後の適切な手術時期を判断する指標―CRP-アルブミン比改善の意義―

*永吉 絹子[1,2]、吉村 晴香[1]、安藤 陽平[1]、藤本 崇聡[1]、水内 祐介[1]、堀岡 宏平[1]、川副 徹郎[2]、安藤 幸滋[2]、池永 直樹[1]、仲田 興平[1]、沖 英次[2]、大内田 研宙[1] (1. 九州大学臨床・腫瘍外科、2. 九州大学病院　消化管外科)

[PD10-2] 腹部手術を行ったクローン病症例における術前のプロトロンビン時間の検討

*羽根田 祥[1]、高橋 賢一[1]、松村 直樹[2]、田中 直樹[2]、野村 良平[2]、齋藤 匠[2]、佐藤 馨[2]、添田 敏寛[2]、岡崎 由佳利[3]、成島 陽一[2]、徳村 弘実[2] (1. 東北労災病院大腸肛門外科、2. 東北労災病院外科、3. 東北労災病院看護部)

[PD10-3] 当院における術後合併症の減少を目指したクローン病治療戦略

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

[PD10-4] クローン病術後吻合部狭窄に対する内視鏡的バルーン拡張術と外科手術の使い分け

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

[PD10-5] 十二指腸瘻孔を伴うクローン病に対する外科手術の検討

*梅田 晋一[1] (1. 名古屋大学医学部附属病院消化器・腫瘍外科)

[PD10-6] クローン病直腸切断術後会陰創治癒遅延のリスク因子と難治化症例の特徴

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

[PD10-7] Crohn病におけるKONO-S式吻合の短期手術成績：縫合不全低減効果の検討

*杉山 洸裕[1,2]、杉原 守[1]、高木 徹[1]、岩瀬 友哉[1]、立田 協太[1]、赤井 俊也[1,2]、美甘 麻裕[1,2]、深澤 貴子[3]、竹内 裕也[1] (1. 浜松医科大学外科学第二講座、2. 浜松医科大学医学部附属病院IBDセンター、3. 磐田市立総合病院消化器外科)

[PD10-8] クローン病腸管病変に対するMinimally Invasive Surgeryの現状と短期成績の検討

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

[PD10-9] 当科におけるクローン病に対する腹腔鏡下手術373例の検討

*楠 蔵人[1]、友尾 祐介[1]、長野 健太郎[1]、宋 智亨[2]、桑原 隆一[1]、堀尾 勇規[1]、木村 慶[2]、片岡 幸三[2]、内野 基[1]、池田 正孝[2]、池内 浩基[1] (1. 兵庫医科大学小鍵外科学講座炎症性腸疾患外科、2. 兵庫医科大学消化器外科学講座下部消化管外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 肛門科

15:20 ~ 16:35 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション 11　それホントに手術適応？裂肛の治療：保存と手術

司会：八子 直樹（医療法人桜樹会　八子医院）、錦織 直人（一路会錦織病院）

[PD11-1] 裂肛における保存的治療と外科的治療の選択に関与する臨床的因子の検討

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

[PD11-2] 当科における裂肛診療

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

[PD11-3] 裂肛に対する肛門拡張術の適応と治療成績

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

[PD11-4] 慢性裂肛に対する外科治療の適応と術式選択 ― 肛門機能と付随病変を踏まえた個別化アプローチ

*八子 博貴[1,2]、八子 直樹[1]、齋藤 昌美[3] (1. 医療法人桜樹会　八子医院、2. 福島県立医科大学　消化管外科学講座、3. 福島県立医科大学　形成外科学講座)

[PD11-5] 当施設での裂肛手術の術式選択と術後短期成績の検討

*植田 剛[1]、中本 貴透[1]、定光 ともみ[1,2]、佐井 壯謙[1] (1. 佐井胃腸科肛門科、2. 南奈良総合医療センター外科)

[PD11-6] 裂肛に対する手術適応と術式選択

*岡田 大介[1]、佐原 力三郎[1]、本間 祐子[1] (1. 社会医療法人財団仁医会牧田総合病院肛門病センター)

ハンズオントレーニング | 肛門科

14:50 ~ 16:50 | 第8会場（1F 会議室108）

ハンズオントレーニング　OASIS（分娩時肛門括約筋損傷）診断・修復ハンズオントレーニング

高橋 知子（亀田総合病院　消化器外科）

[HOT-1] ハンズオントレーニング

*岡田 義之[1] (1. 昭和医科大学横浜市北部病院産婦人科・女性骨盤底センター)

[HOT-2] ハンズオントレーニング

*末光 徳匡[1] (1. 東京慈恵会医科大学産婦人科学講座)

[HOT-3] ハンズオントレーニング

*大原　佑介[1] (1. 筑波大学消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

8:30 ~ 10:00 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ビデオワークショップ６　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？3

司会：風間 伸介（焼津市立総合病院）、太田 竜（日本医科大学武蔵小杉病院）

[VWS6-1] 結腸癌に対するロボット支援下手術の有用性と適応

*大塚 英男[1]、浅古 謙太郎[1]、柳橋 進[1]、近藤 宏佳[1]、清家 和裕[1]、宅間 邦雄[1]、石橋 雄二[1] (1. 都立多摩総合医療センター)

[VWS6-2] ロボット支援結腸切除術の治療成績と課題：標準化に向けた検討

*谷田 司[1]、中田 健[1]、佐々木 優[1]、杢谷 友香子[1]、高山 碩俊[1]、石田 智[1]、山下 雅史[1]、松山 仁[1]、山田 晃正[1] (1. 市立東大阪医療センター　消化器外科)

[VWS6-3] 結腸癌に対するロボット手術の定型化と短期成績の検討―脾弯曲部癌に対するハイブリッド手術―

*三口 真司[1]、望月 哲矢[1] (1. 県立広島病院消化器外科)

[VWS6-4] 右側結腸癌に対するロボット支援手術の治療成績の検討－腹腔鏡下手術との比較検証－

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

[VWS6-5] 右側結腸癌に対するロボット支援手術の治療成績と問題点―手術の標準化への道筋と着地点―

*吉田 大輔[1]、池田 真一郎[2]、古庄 穂[2]、折本 大樹[2]、矢田 一宏[1]、松本 敏文[2]、川中 博文[1] (1. 国立病院機構別府医療センターロボット・内視鏡外科手術センター、2. 国立病院機構別府医療センター消化器外科)

[VWS6-6] 当科における結腸癌に対するロボット支援結腸切除術の治療成績

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

[VWS6-7] 市中病院におけるロボット支援結腸癌手術の手術成績と工夫

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

[VWS6-8] ロボット支援結腸手術におけるHugo RASシステムの有用性に関する多施設共同後ろ向き観察研究

*長山 聡[1,8]、的場 周一郎[2]、板谷 喜朗[3]、廣 純一郎[4]、平松 康輔[2]、戸田 重夫[2]、三代 雅明[5,6]、奥谷 浩一[5]、肥田 侯矢[3]、隈本 力[4]、大塚 幸喜[4]、竹政 伊知朗[5,7] (1. 三菱京都病院外科、2. 虎の門病院消化器外科、3. 京都大学医学部附属病院消化管外科、4. 藤田医科大学病院下部消化管外科、5. 札幌医科大学附属病院外科学講座消化器外科学分野、6. 大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学、7. 大阪国際メディカル＆サイエンスセンター大阪けいさつ病院消化器外科、8. 宇治徳洲会病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 内科

8:30 ~ 10:00 | 第8会場（1F 会議室108）

ビデオワークショップ７　大腸腫瘍に対する内視鏡治療; BasicからAdvencedまで

司会：浦岡 俊夫（群馬大学大学院医学系研究科内科学講座 消化器・肝臓内科学）、山口 直之（長崎大学病院　光学医療診療部）

[VWS7-1] 10 mm未満の非有茎性大腸腫瘍に対する低出力純切開波ホットスネアポリペクトミーの切除深度：単施設前向き観察研究

*木村 英憲[1]、水野 凌[2]、岩下 拓司[2] (1. 滋賀医科大学医学部附属病院光学医療診療部、2. 滋賀医科大学医学部消化器内科)

[VWS7-2] 高度線維化を伴うEMR後再発病変に対するUnderwater EMR

*吉井 新二[1]、仲瀬 裕志[1] (1. 札幌医科大学医学部内科学講座消化器内科学分野)

[VWS7-3] トレイニーの大腸ESDに関する当院における時代変遷

*遠山 昌宏[1]、市島 諒二[1]、宍戸 泰紀[1]、吉井 健大[1]、古要 優樹[1]、河村 玲央奈[1]、石川 翼[1]、水口 康彦[1]、豊嶋 直也[1]、高丸 博之[1]、山田 真善[1]、関口 正宇[1]、阿部 清一郎[1]、斎藤 豊[1] (1. 国立がん研究センター中央病院内視鏡科)

[VWS7-4] 結腸憩室上の病変に対するwater pressure methodを用いたESDの1例

*穴井 映光[1]、飽本 哲兵[2]、村田 祥磨[3]、加藤 元彦[1] (1. 慶應義塾大学医学部内視鏡センター、2. 慶應義塾大学医学部腫瘍センター低侵襲療法研究開発部門、3. 慶應義塾大学医学部消化器内科)

[VWS7-5] 大腸ESDにおけるトラクション併用の有用性：系統的レビューおよびメタアナリシス

*山崎 泰史[1]、豊澤 惇希[1]、大塚 基之[1]、竹内 洋司[2]、浦岡 俊夫[3] (1. 岡山大学病院消化器内科、2. 近畿大学消化器内科、3. 群馬大学大学院医学系研究科内科学講座消化器・肝臓内科学)

[VWS7-6] ESD切除困難病変に対するper-anal endoscopic myectomy (PAEM)の有用性

*鴫田 賢次郎[1]、進藤 源太朗[2]、門田 紘樹[2]、朝山 直樹[2]、佐野村 洋次[2]、福本 晃[1]、永田 信二[2] (1. 広島市立北部医療センター安佐市民病院内視鏡内科、2. 広島市立北部医療センター安佐市民病院消化器内科)

[VWS7-7] 下部直腸T1b以深癌に対するPAEM/EIDおよびEFTRの実際

*佐藤 圭吾[1]、Moe Aung Paing[1]、丸山 優[1]、古市 望[1]、大島 啓一[1]、糸井 祐貴[1]、田中 寛人[1]、保坂 浩子[1]、栗林 志行[1]、浦岡 俊夫[1] (1. 群馬大学大学院医学系研究科消化器・肝臓内科学)

[VWS7-8] Twist-and-drag loop clip closure (TDL) を用いた大腸ESD後粘膜欠損閉鎖

*堀川 知紀[1]、奥川 卓也[1]、米田 秀揮[1]、北野 隆之[1]、浅田 裕也[1]、今村 信子[1]、青野 颯太[1]、中西 貴士[1]、森下 大輔[1]、清裕生[1]、江田 裕嗣[1]、富田 寿彦[1]、福井 広一[1]、新﨑 信一郎[1] (1. 兵庫医科大学消化器内科学講座)

[VWS7-9] 大腸ESD術中穿孔に対して脂肪織充填を行った2例

*堀尾 高任[1]、鈴木 桂悟[1]、柴田 寛至[1]、大堂 真一郎[1]、伊藤 はるか[1]、見本 雄一郎[1]、岡嵜 惣也[1]、井出 大資[1]、千野 晶子[1]、斎藤 彰一[1] (1. がん研究会有明病院下部消化管内科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 肛門科

10:10 ~ 11:40 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ビデオワークショップ８　深部痔瘻の手術

司会：鮫島 隆志（潤愛会鮫島病院）、柴田 直哉（いきめ大腸・肛門外科内科）

[VWS8-1] リニア式経肛門的超音波検査ならではの画像イメージによる深部型痔瘻の手術～筋肉縫合術・筋肉充填術

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

[VWS8-2] ３型痔瘻膿瘍期の経肛門３Dエコーと手術所見の照らし合わせ

*大橋 勝久[1]、大橋 勝英[1]、佐々木 章公[2]、太田 和美[2]、北川 一智[2] (1. 大橋胃腸肛門科外科医院、2. 十全総合病院)

[VWS8-3] Courtney spaceに膿瘍腔を形成した 痔瘻瘻管の完全切除・括約筋再建による閉鎖術式

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

[VWS8-4] 深部複雑痔瘻に対する診断と肛門括約筋機能温存手術の工夫

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

[VWS8-5] 骨盤単純CTによる術前評価に基づく弧状切開法を用いた深部痔瘻手術

*石山 元太郎[1]、碓井 麻美[2]、秋月 恵美[1]、鈴木 崇史[1]、佐藤 綾[1]、井 翔一郎[1]、荒 桃子[1]、橋下 さつき[1] (1. 札幌いしやま病院、2. さんむ医療センター外科)

[VWS8-6] 深部痔瘻に対する括約筋温存術式

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

[VWS8-7] 痔瘻に対する診断と治療

*柴田 直哉[1]、平田 智也[1]、吉田 直樹[1]、柴田 みつみ[1]、春山 幸洋[2]、前村 幸輔[3]、山本 章二朗[1] (1. いきめ大腸・肛門外科内科、2. はるやま医院、3. 加納さくら消化器・内視鏡クリニック)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

10:10 ~ 11:40 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ビデオワークショップ９　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療２

司会：竹下 惠美子（獨協医科大学埼玉医療センター外科）、川合 一茂（東京都立駒込病院大腸外科）

[VWS9-1] カダバー研究から導かれた解剖学的知見とロボット手術が変える腹膜外経路ストーマ造設術

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

[VWS9-2] 傍ストーマヘルニアの発生率低減に向けた工夫とロボット手術の特性を生かした腹膜外経路作成手技のこだわり

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

[VWS9-3] ストーマ合併症（皮膚障害、脱出）に対する治療戦略

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

[VWS9-4] 当院における傍ストーマヘルニアに対する腹腔鏡下Sugar baker法の治療成績

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

[VWS9-5] 腹直筋中央貫通に着目した傍ストーマヘルニア発生のリスク因子の検討

*後藤 充希[1]、吉敷 智和[1]、小嶋 幸一郎[1]、麻生 喜祥[1]、飯岡 愛子[1]、若松 喬[1]、本多 五奉[1]、代田 利弥[1]、磯部 聡史[1]、中山 快貴[1]、石井 俊[1]、須並 英二[1] (1. 杏林大学医学部付属病院下部消化管外科)

[VWS9-6] 肛門温存直腸手術における一時的回腸ストーマ造設後出口部狭窄に対する術中ストーマチュービングの有用性

*山東 雅紀[1]、片岡 淳[1]、佐々木 将磨[1]、池田 公治[1]、長谷川 寛[1]、西澤 祐吏[1]、塚田 祐一郎[1]、伊藤 雅昭[1] (1. 国立がん研究センター東病院大腸外科)

[VWS9-7] 潰瘍性大腸炎に対する回腸嚢手術後ストーマ出口閉塞予防に向けた造設手技の工夫

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

[VWS9-8] 臍ストーマ造設時の工夫と治療成績および至適造設部位の検討

*森 良太[1]、賀川 義規[1]、深井 智司[1]、河口 恵[1]、長谷川 健太[1]、北風 雅敏[1]、三代 雅明[1]、末田 聖倫[1]、山本 和義[1]、後藤 邦仁[1]、小林 省吾[1]、宮田 博志[1]、大植 雅之[1] (1. 大阪国際がんセンター　消化器外科)

[VWS9-9] Da Vinci SPを用いた経ストーマ孔アプローチの短期成績とストーマ関連合併症の検討

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

[VWS9-10] 直腸癌手術における一時的人工肛門造設に対するskin bridge法の有用性―合併症低減を目指した手技の工夫と初期成績―

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

[VWS9-11] ストーマ周囲静脈瘤出血に対する血行郭清術：Oxaliplatin関連類洞障害例を含めた診断と手技の要点

*岩井 拓磨[1]、山田 岳史[1]、上原 圭[1]、進士 せいいち[1]、横山 康行[1]、高橋 吾郎[1]、香中 伸太郎[1]、金沢 義一[1]、松田 明久[1] (1. 日本医科大学消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科・肛門科

13:30 ~ 15:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ビデオワークショップ 10　直腸脱に対する外科治療　適応と治療成績 2

司会：栗原 聰元（汐田総合病院外科）、五代 天偉（西横浜国際総合病院　外科）

[VWS10-1] 直腸脱に対するDelorme 手術（変法）

*山田 英貴[1]、森 俊治[2]、田中 香織[2]、宮﨑 道彦[3] (1. 山田外科内科、2. 森外科医院、3. 道仁病院)

[VWS10-2] 直腸脱に対するAltemeier法の手技と手術成績

*花田 圭太[1,2]、向井 周[1]、吉村 直生[1]、渡部 晃大[2]、伊藤 孝[1]、松下 貴和[1]、寺嶋 宏明[1] (1. 洛和会音羽病院　外科、2. 大阪中央病院　肛門外科)

[VWS10-3] 直腸脱に対するアルテマイヤー手術

*梅枝 覚[1]、大谷 暉[1]、鈴木 桜子[1]、下山 貴寛[1]、堀 智英[1]、西川 隆太郎[1]、中山 茂樹[1]、岩永 孝雄[1]、山本 隆行[1] (1. JCHO四日市羽津医療センター外科大腸肛門病・IBDセンター)

[VWS10-4] メッシュを用いない直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の治療成績

*多加喜 航[1]、田中 幸恵[1]、藤木 博[1]、小泉 範明[1] (1. 明石市立市民病院　外科)

[VWS10-5] 直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の標準化と人的資源最適化の工夫

*鈴木 優之[1,2]、浜畑 幸弘[1]、黒崎 剛史[1]、高野 竜太朗[1]、小池 淳一[1] (1. 辻仲病院柏の葉大腸肛門科、2. 前田病院大腸肛門科)

[VWS10-6] 当院における完全直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の工夫

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

[VWS10-7] 直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術と経肛門手術の治療成績と術式選択

*米本 昇平[1]、宮島 伸宜[1]、國場 幸均[1]、大島 隆一[1,2]、紅谷 鮎美[1]、松島 小百合[1]、黒水 丈次[1]、岡本 康介[1]、下島 裕寛[1]、宋 江楓[1]、河野 洋一[1]、松村 奈緒美[1]、小菅 経子[1]、酒井 悠[1]、佐井 佳世[1]、渡部 晃子[1]、内田 ひかり[1]、ナナ― ジョージ 譲時[1]、松島 誠[1] (1. 松島病院大腸肛門病センター、2. 川崎市立多摩病院消化器・一般外科)

[VWS10-8] 病態に応じた骨盤臓器脱術式選択とアウトカム

*大橋 勝久[1]、大橋 勝英[1]、佐々木 章公[2]、太田 和美[2]、北川 一智[2]、森谷 行利[3]、玉木 孝彦[3] (1. 大橋胃腸肛門科外科医院、2. 十全総合病院、3. 森谷外科医院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

15:20 ~ 16:50 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ビデオワークショップ 11　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？4

司会：大沼 忍（東北大学病院）、金城 達也（琉球大学病院）

[VWS11-1] ロボット支援拡大結腸右半切除術における頭側アプローチと体腔内吻合の定型化による治療成績と課題の検討

*橋本 雅弘[1]、森本 祥悠[1]、加藤 伸弥[1]、西沢 佑次郎[2]、平木 将之[1]、畑 泰司[1]、寺西 立冴[1]、東口 公哉[1]、広田 将司[1]、古川 健太[1]、宮崎 安弘[1]、友國 晃[1]、本告 正明[1]、藤谷 和正[1]、土岐 祐一郎[1] (1. 大阪急性期・総合医療センター　消化器外科、2. 関西ろうさい病院　消化器外科)

[VWS11-2] 術式別にみたロボット支援結腸癌手術成績から、結腸癌手術における至適アプローチを考察する

*板谷 喜朗[1]、岡村 亮輔[1]、山本 健人[1]、星野 伸晃[1]、吉田 祐[1]、小濵 和貴[1] (1. 京都大学消化管外科)

[VWS11-3] 腫瘍部位別解析からみたロボット支援結腸癌手術の短期成績 ―ダブルバイポーラ法による手術手技の工夫―

*藤井 善章[1]、平野 直樹[1]、加藤 龍太郎[1]、廣川 高久[1]、宮井 博隆[1]、木村 昌弘[1]、小林 建司[2] (1. 刈谷豊田総合病院　、2. 函館医療センター)

[VWS11-4] 当科における結腸癌に対するロボット支援手術の治療成績 -Propensity score matchingを用いた腹腔鏡手術との比較-

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

[VWS11-5] 結腸癌ロボット手術の適応探索―多機関共同コホート研究：傾向スコアマッチング解析による腹腔鏡手術との比較―

*本間 周作[1,2]、水野 良祐[2,3]、高見 拓矢[2,3]、稲本 将[2,4,9]、前川 久継[2,5]、水野 礼[2,6]、高橋 亮[2,7]、塩田 哲也[2,8]、佐々木 勉[2,9]、松末 亮[2,10]、山浦 忠能[2,11]、吉冨 摩美[2,12]、村上 哲平[2,13]、長山 聡[2,14]、長田 圭司[2,15]、濱洲 晋哉[2,16]、花田 圭太[2,17]、岡村 亮輔[2,3]、板谷 喜朗[2,3]、小濵 和貴[2,3] (1. 神戸市立医療センター中央市民病院外科、2. 京都大腸手術研究グループ（KCRG)、3. 京都大学消化管外科、4. 大阪赤十字病院消化器外科、5. 医学研究所北野病院消化器外科、6. 京都医療センター外科、7. 京都桂病院消化器センター外科、8. 神戸市立西神戸医療センター外科・消化器外科、9. 滋賀県立総合病院外科、10. 天理よろづ相談所病院消化器外科、11. 姫路医療センター消化器外科、12. 兵庫県立尼崎総合医療センター外科・消化器外科、13. 神戸市立医療センター西市民病院消化器外科、14. 宇治徳洲会病院外科、15. 小倉記念病院外科、16. 大津赤十字病院外科、17. 洛和会音羽病院外科)

[VWS11-6] 助手に注目した脾弯曲部結腸癌に対するロボット支援手術の着地点 ― ラパロの価値を再考する ―

*伊藤 慎吾[1]、藤井 正一[1] (1. 湘南鎌倉総合病院　外科)

[VWS11-7] 結腸癌に対する全例ロボット支援手術の妥当性 ― 定型化・教育・臨床価値から見た最適戦略 ―

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

[VWS11-8] ロボット支援大腸癌手術縦2件導入の取り組みと治療成績

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

[VWS11-9] 複数機種を使用し、コストと治療成績を意識したロボット支援下結腸癌手術

*大木 悠輔[1]、越智 夢乃進[1]、井村 真[1]、竹中 僚一[1]、川本 貴康[1]、久米 達彦[1]、宇都宮 大地[1]、武智 瞳[1]、桑原 淳[1]、桝屋 隆太[1]、杉下 博基[1]、菊池 聡[1]、秋田 聡[2]、吉田 素平[1]、古賀 繁宏[1]、石丸 啓[2]、押切 太郎[1] (1. 愛媛大学医学部消化管・腫瘍外科、2. 愛媛大学医学部地域低侵襲消化器医療学)

[VWS11-10] 結腸癌に対する根治切除の定型化をda Vinic SPを用いて行うことは可能か

*高橋 秀和[1]、松田 宙[2]、石川 慧[1]、朴 正勝[1]、吉川 幸宏[1]、小林 恭子[1]、大森 健[1]、竹政 伊知朗[1] (1. 大阪けいさつ病院、2. JCHO大阪病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

モーニングセミナー

7:30 ~ 8:20 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

モーニングセミナー 1

司会：三上 洋平（千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学）

[MS1-1] 患者さんのライフイベントを見据えたIBDの長期治療

*酒匂 美奈子[1] (1. JCHO東京山手メディカルセンター　炎症性腸疾患内科)

モーニングセミナー

7:30 ~ 8:20 | 第5会場（1F 会議室102）

モーニングセミナー 2

司会：伊原 栄吉（国際医療福祉大学 医学部 消化器内科学（消化管））

[MS2-1] 慢性便秘症の二次治療とリナクロチドの使いどころ ーSwitch studyから見えた最適な患者選択とはー

*吉原 努[1] (1. 横須賀市立総合医療センター　消化器内科)

モーニングセミナー

7:30 ~ 8:20 | 第6会場（1F 会議室103）

モーニングセミナー 3

司会：齋藤 豊（国立がん研究センター中央病院　内視鏡センター）

[MS3-1] 糖尿病発症におけるショ糖による腸内環境の恒常性破綻

*川野 義長[1] (1. 慶應義塾大学医学部　腎臓内分泌代謝内科)

モーニングセミナー

7:30 ~ 8:20 | 第7会場（1F 会議室107）

モーニングセミナー 4

司会：髙野 正太（社会医療法人社団高野会 大腸肛門病センター高野病院）

[MS4-1] RomeⅤが与える日本の慢性便秘症診断・治療への影響について

*河原 秀次郎[1,2] (1. 国立病院機構 西埼玉中央病院、2. 東京慈恵会医科大学)

モーニングセミナー

7:30 ~ 8:20 | 第8会場（1F 会議室108）

モーニングセミナー 5

司会：板橋 道朗（埼玉県済生会　加須病院）

[MS5-1] 潰瘍性大腸炎治療におけるAnchor Drugの役割

*江﨑 幹宏[1] (1. 佐賀大学医学部内科学講座 消化器内科)

ランチョンセミナー

11:50 ~ 12:40 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

ランチョンセミナー 11

司会：北川 雄光（慶應義塾大学）

[LS11-1] 腸脳相関の要は腸内細菌

*金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学（消化器）)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

11:50 ~ 12:40 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ランチョンセミナー 12

司会：辰巳 健志（横浜市立市民病院）

[LS12-1] 臨床試験エビデンスから再考するクローン病治療
〜小腸・肛門病変へのアプローチと長期寛解維持を見据えたトレムフィアの可能性〜

*山本 隆行[1] (1. 独立行政法人地域医療機能推進機構四日市羽津医療センター)

[LS12-2] リアルワールドデータから再考するクローン病治療
~肛門病変と腸管病変の包括的アプローチ~

*酒匂 美奈子[1] (1. 独立行政法人地域医療機能推進機構 東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科)

ランチョンセミナー

11:50 ~ 12:40 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ランチョンセミナー 13

司会：藤井 俊光（東京科学大学　消化器連携医療学）

[LS13-1] CD診療におけるオンボーの臨床的位置づけ
〜オンボーの基礎と臨床からの考察〜

*深田 雅之[1] (1. JCHO東京山手メディカルセンター　炎症性腸疾患センター)

ランチョンセミナー

11:50 ~ 12:40 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ランチョンセミナー 14　S1P受容体調節剤が示す潰瘍性大腸炎治療の新たな可能性

司会：杉本 健（浜松医科大学 内科学第一講座）

[LS14-1] 潰瘍性大腸炎の長期的疾患コントロールに向けた新たな選択肢

*杉本 真也[1] (1. 慶應義塾大学医学部 内科学（消化器))

[LS14-2] Unmet Medical Needsから考えるUC治療戦略 ―ゼポジアをどう活かすか―

*小林 拓[1] (1. 北里大学北里研究所病院 炎症性腸疾患先進治療センター)

ランチョンセミナー

11:50 ~ 12:40 | 第5会場（1F 会議室102）

ランチョンセミナー 15

司会：髙野 正太（大腸肛門病センター高野病院）

[LS15-1] 直腸がん術後排便障害のマネジメント〜患者満足を高める治療介入のタイミングと選択〜

*岡本 亮[1] (1. 明和病院 消化器外科 骨盤底センター)

ランチョンセミナー

11:50 ~ 12:40 | 第6会場（1F 会議室103）

ランチョンセミナー 16

司会：絹笠 祐介（東京科学大学　消化管外科学分野）

[LS16-1] 大腸癌治療の最適化を目指して― TNT後のロボット手術とバイオマーカー治療の現在地 ―

*賀川 義規[1] (1. 大阪国際がんセンター　消化器外科/直腸がんセンター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

11:50 ~ 12:40 | 第7会場（1F 会議室107）

ランチョンセミナー 17　女性医師の視点から考える肛門疾患診療

司会：山口 トキコ（マリーゴールドクリニック）、野﨑 元子（のざきクリニック）

[LS17-1] 女性の裂肛診療を考える-排便障害まで診る松島病院の取り組み-

*松島 小百合[1] (1. 松島病院)

[LS17-2] 女性患者のニーズに応える肛門科診療　-女性専用肛門科クリニックにおける診療と痔核手術の工夫-

*那須 聡果[1] (1. ウィメンズクリニック浦和)

[LS17-3] 女性の肛門周囲膿瘍　この治療で間違いない??

*伊禮 靖苗[1] (1. 大腸肛門病センター　高野病院)

ランチョンセミナー

11:50 ~ 12:40 | 第8会場（1F 会議室108）

ランチョンセミナー 18　IBD Expand – UC Session – ～患者さんに合った最適治療を見据えて～

司会：中村 志郎（互恵会 大阪回生病院 IBDセンター）

[LS18-1] 臨床試験と実臨床の経験からスキリージの位置付けを考える

*小柳 亮太[1] (1. 宇都宮記念病院 炎症性腸疾患科)

[LS18-2] 臨床試験と実臨床の経験からリンヴォックの位置付けを考える

*園田 光[1] (1. 東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科)

ランチョンセミナー

11:50 ~ 12:40 | 第9会場（1F 会議室101-A）

ランチョンセミナー 19

司会：江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[LS19-1] UC診療における治療選択の新たな視点
―経口薬ベルスピティを活かす場面とは―

*横山 薫[1] (1. 北里大学医学部　消化器内科学)

[LS19-2] 多様化する潰瘍性大腸炎の治療-ベルスピティ錠®を選択する理由-

*竹内 健[1] (1. 辻仲病院柏の葉　消化器内科)

ランチョンセミナー

11:50 ~ 12:40 | 第10会場（1F 会議室101-B）

ランチョンセミナー 20　現代の直腸癌手術における経肛門アプローチの役割：TTSSからその先へ

司会：平能 康充（埼玉医科大学国際医療センター 消化器外科（下部消化管外科））

[LS20-1] 現代の直腸癌手術における
経肛門アプローチの役割と導入について

*岡村 亮輔[1] (1. 京都大学 消化管外科)

[LS20-2] TaTMEの現在地と未来
ーTTSSから切り拓く経肛門アプローチー

*塚田 祐一郎[1] (1. 国立がん研究センター東病院 大腸外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

11:50 ~ 12:40 | 第12会場（1F 会議室109）

ランチョンセミナー 21

司会：猪股 雅史（大分大学医学部 消化器・小児外科学講座）

[LS21-1] がんと宿主の相互作用に基づく腸内細菌叢、免疫栄養、漢方の協働を探る　～サルコペニア、全身性炎症制御へのアプローチ～

*問山 裕二[1] (1. 三重大学大学院　消化管・小児外科学)

ワークショップ | 外科

8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ワークショップ７　進行直腸癌に対する術前治療後の側方リンパ節転移診断基準および側方郭清の適応と治療成績

司会：安井 昌義（関西労災病院　消化器外科）、山口 智弘（がん研究会有明病院　大腸外科　直腸がん集学的治療センター）

[WS7-1] 術前画像因子を統合した側方リンパ節転移予測モデルの構築―LLNDおよび術前治療層別化に向けたリスク分類―

*久戸瀬 洋三[1,2]、田藏 昂平[2]、永田 洋士[2]、高見澤 康之[2]、塚本 俊輔[2]、金光 幸秀[2] (1. 多根総合病院、2. 国立がん研究センター中央病院大腸外科)

[WS7-2] 術前治療時代における側方リンパ節郭清の適応戦略：画像診断に基づく選択的LLNDの妥当性と治療成績

*大谷 一貴[1]、塚田 祐一郎[1]、佐々木 将磨[1]、山東 雅紀[1]、長谷川 寛[1]、池田 公治[1]、西澤 祐吏[1]、伊藤 雅昭[1] (1. 国立がん研究センター東病院大腸外科)

[WS7-3] 術前化学療法の直腸癌側方リンパ節転移への制御効果についての検討

*吉川 千尋[1]、小山 文一[1]、井上 隆[1]、岩佐 陽介[1]、高木 忠隆[1]、藤本 浩輔[1]、田村 昂[1]、江尻 剛気[1]、庄 雅之[1] (1. 奈良県立医科大学附属病院)

[WS7-4] 進行下部直腸癌における術前治療の有無に応じた側方郭清適応についての検討

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

[WS7-5] 術前治療のレジメンが術前化学放射線療法後の直腸癌に対する選択的側方郭清の適応に与える影響の検討

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

[WS7-6] Borderline resectable直腸癌に対する側方郭清の適応と治療成績

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

[WS7-7] 進行直腸癌に対する側方リンパ節転移診断基準と治療的側方郭清の適応・治療成績

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

[WS7-8] 直腸癌における術前治療が側方リンパ節郭清の適応および術後排尿機能に及ぼす影響

*武井 信諭[1]、坂元 慧[1]、出嶋 皓[1]、中守 咲子[1]、加藤 博樹[1]、高雄 美里[1]、中野 大輔[1]、佐々木 和人[1]、川合 一茂[1] (1. がん・感染症センター都立駒込病院大腸外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科

10:10 ~ 11:25 | 第7会場（1F 会議室107）

ワークショップ８　排便困難型を考慮に入れた便秘診療

司会：野明 俊裕（社会医療法人社団高野会くるめ病院）、本間 祐子（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS8-1] 患者自由記載における排便困難型便秘症を示唆する表現の検討

*矢野 雷太[1]、柴田 浩輔[1]、白川 賢司[1]、小林 弘典[1]、坂下 吉弘[1]、石田 裕[1]、宮本 勝也[1] (1. 国家公務員共済組合連合会広島記念病院)

[WS8-2] 便排出障害型（排便困難型）慢性便秘症の診断・治療の現状

*宮崎 道彦[1]、山田 真美[1]、田中 玲子[1]、高橋 佑典[2]、河合 賢二[2]、徳山 信嗣[2]、加藤 健志[2]、平尾 素宏[2] (1. どうじん会道仁病院大腸肛門病センター、2. 国立病院機構大阪医療センター外科)

[WS8-3] 当院における排便困難型便秘に対する診断方法と治療

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

[WS8-4] 直腸型便秘患者に対する骨盤底筋トレーニングの効果について

*石井 正之[1]、野明 俊裕[1]、石橋 英樹[1]、白水 良征[1]、鈴木 麻未[1]、長田 和義[1]、荒木 靖三[1] (1. 高野会くるめ病院)

[WS8-5] 便排出困難型便秘症の診療

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

[WS8-6] 排便困難型便秘症に対する外科外来主導の病態別診療―器質性・機能性・排便強迫症状への包括的対応―

*岡本 亮[1]、松木 豪志[1]、一瀬 規子[1]、中島 隆善[1]、仲本 嘉彦[1]、栁 秀憲[1] (1. 医療法人信和会明和病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

13:30 ~ 15:10 | 第7会場（1F 会議室107）

ワークショップ９　便失禁診療ガイドライン発刊がもたらした便失禁診療・ケアの変化

司会：佐藤 正美（東京慈恵会医科大学医学部看護学科）、味村 俊樹（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS9-1] 便失禁患者における皮膚障害の予防とケア：WOCの視点を踏まえた実践的提案

*磯上 由美[1] (1. フリーランスWOCナース)

[WS9-2] 皮膚・排泄ケア認定看護師として便失禁診療ガイドラインを基盤に実践する専門的スキンケア

*江川 安紀子[1]、佐藤 正美[2]、荒木 しのぶ[3]、今泉 郷子[4]、榎本 浩也[5]、岡田 みどり[6]、幸田 圭史[7]、谷山 牧[8]、深井 喜代子[9]、松原 康美[10]、三宅 映子[11]、柳 朝子[12] (1. 東京慈恵会医科大学附属病院、2. 東京慈恵会医科大学医学部看護学科、3. 川崎医科大学附属病院看護部、4. 東海大学医学部看護学科、5. 国際医療福祉大学那須医療センター、6. 川崎医療短期大学看護学科、7. 幸樹会おゆみのクリニック、8. 国際医療福祉大学小田原保健医療学部看護学科、9. 東京慈恵会医科大学大学院、10. 北里大学病院看護部、11. 川崎医療短期大学看護学科、12. 国立がん研究センター中央病院看護部)

[WS9-3] 便失禁専門外来における過去20年間の薬物療法の変化

*安部 達也[1]、太田 盛道[1]、渡邉 賢二[1]、鉢呂 芳一[1]、小原 啓[1]、國本 正雄[1]、村上 雅則[2] (1. くにもと病院肛門科、2. くにもと病院消化器内科)

[WS9-4] 便失禁診療ガイドラインとともに発展する経肛門的洗腸療法 〜長期成績から見えてくる今後の展望〜

*本間 祐子[1,2]、味村 俊樹[2]、篠原 翔一[2]、利府 数馬[2]、太白 健一[2]、東條 峰之[2]、伊藤 誉[2]、山下 裕玄[2]、山口 博紀[2] (1. 牧田総合病院肛門病センター、2. 自治医科大学消化器一般移植外科)

[WS9-5] 便失禁診療ガイドラインにおける会陰体再建術の位置付け：分娩後会陰体損傷42例の治療成績

*村上 耕一郎[1]、水黒 知行[1] (1. 総心会長岡京病院外科)

[WS9-6] 便失禁に対する仙骨神経刺激療法の治療成績と試験刺激の予測的役割

*勝野 秀稔[1]、遠藤 智美[1]、諸原 浩二[1]、柴崎 晋[1]、中村 謙一[1]、松尾 一勲[1]、辻村 和紀[1]、川瀬 貴久[1]、小出 哲也[1]、今中 孝[1]、加藤 悠太郎[1]、守瀬 善一[1] (1. 藤田医科大学岡崎医療センター外科)

[WS9-7] 仙骨神経刺激療法治療の現状と課題

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科・肛門科

15:20 ~ 16:50 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ワークショップ 10　LARS診療における課題と展望（予防と治療を含む）

司会：幸田 圭史（大網白里市立　国保大網病院）、西澤 祐吏（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS10-1] 術後早期LARSに基づく長期排便機能の層別化と介入戦略：超低位括約筋温存手術症例の縦断解析

*秋月 恵美[1,2]、奥谷 浩一[2]、藤野 紘貴[2]、豊田 真帆[2]、岡本 行平[2]、石井 雅之[2]、西舘 敏彦[2]、穴澤 貴行[2]、井 翔一郎[1]、佐藤 綾[1]、鈴木 崇史[1]、西尾 昭彦[1]、石山 勇司[1]、石山 元太郎[1] (1. 札幌いしやま病院、2. 札幌医科大学　外科学講座消化器外科学分野)

[WS10-2] 低位前方切除術後症候群を予測することは可能か？

*伊禮 靖苗[1]、髙野 正太[1]、鈴木 健太[1]、水上 亮佑[1]、新井 貴大[1]、米村 圭介[1]、田中 正文[1]、福永 光子[1]、佐伯 泰愼[1]、山田 一隆[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院　大腸肛門機能科)

[WS10-3] 外肛門括約筋の筋質・筋量統合指標と肛門機能との関連についての検討

*岩瀬 友哉[1]、美甘 麻裕[1]、杉原 守[1]、高木 徹[1]、立田 協太[1]、杉山 洸裕[1]、赤井 俊也[1]、深澤 貴子[2]、竹内 裕也[1] (1. 浜松医科大学外科学第二講座、2. 磐田市立総合病院外科)

[WS10-4] 直腸癌術後排便障害における神経温存の再考：肛門挙筋神経の解剖学的検討とSihler染色による予備的解析

*坂本 純一[1,2]、山梨 高広[1]、助川 浩士[3]、横田 和子[1]、小嶌 慶太[1]、横井 圭悟[1]、田中 俊道[1]、三浦 啓壽[1]、佐藤 武郎[4]、内藤 剛[1]、小川 元之[2] (1. 北里大学医学部下部消化管外科学、2. 北里大学医学部解剖学、3. 北里大学医学部付属医学教育研究開発センター臨床解剖教育研究部門、4. 北里大学医学部付属医学教育研究開発センター医療技術教育研究部門)

[WS10-5] TaTME低位吻合におけるSSTの有用性：人工肛門再造設リスク低減効果の検討

*川崎 千瑛[1]、佐々木 将磨[1]、山東 雅紀[1]、長谷川 寛[1]、池田 公治[1]、西澤 祐吏[1]、塚田 祐一郎[1]、伊藤 雅昭[1] (1. 国立がん研究センター東病院大腸外科)

[WS10-6] 重症LARS患者におけるセルフケア能力が精神的苦痛とQOLに与える影響

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

[WS10-7] 低位前方切除後症候群の診療・ケアのための人材育成を目指して ～ストーマ・排泄リハビリテーション講習会 「新リーダーシップ講習会」の取り組み～

*本間 祐子[1,2]、秋月 恵美[3]、井上 透[4]、小嶋 幸一郎[5]、高橋 賢一[6]、西澤 祐吏[7]、船橋 公彦[8]、味村 俊樹[2]、矢野 雷太[9]、松浦 信子[10]、山本 由利子[11]、上川 禎則[12]、衛藤 謙[13]、板橋 道朗[14] (1. 牧田総合病院肛門病センター、2. 自治医科大学消化器一般移植外科、3. 札幌いしやま病院肛門科、4. 守口生野記念病院外科、5. 杏林大学下部消化管外科、6. 東北労災病院大腸肛門外科、7. 国立がん研究センター東病院大腸外科、8. 横浜総合病院消化器外科、9. 広島記念病院外科、10. がん研究会有明病院看護部、11. 訪問看護ステーションなごみ、12. 大阪市立総合医療センター泌尿器科、13. 東京慈恵会医科大学消化管外科、14. 埼玉県済生会加須病院外科)

[WS10-8] LARSはどこで診るべきか？―地域クリニックにおける介入モデルと医療連携の構築―

*錦織 英知[1] (1. 一般社団法人健英会えさか駅前にしごりおなかとおしりのクリニック)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科

15:20 ~ 16:35 | 第5会場（1F 会議室102）

ワークショップ 11　下部消化管におけるAI内視鏡の現状と課題

司会：高林 馨（慶應義塾大学医学部内視鏡センター）、竹中 健人（東京科学大学消化器内科）

[WS11-1] 新規AIを用いた潰瘍性大腸炎の内視鏡的重症度評価の取り組み

*村田 祥磨[1,2]、高林 馨[2]、金井 隆典[1]、加藤 元彦[2] (1. 慶應義塾大学医学部消化器内科、2. 慶應義塾大学医学部内視鏡センター)

[WS11-2] 実臨床における臨床的寛解潰瘍性大腸炎に対するAI搭載超拡大内視鏡の有用性

*長沼 誠[1] (1. 関西医科大学内科学第三講座)

[WS11-3] 潰瘍性大腸炎寛解例の再燃予測におけるAI炎症分布評価の有用性

*前田 康晴[1]、髙林 馨[2]、竹中 健人[3]、三澤 将史[1]、一政 克朗[1]、緒方 晴彦[4]、大塚 和朗[1] (1. 昭和医科大学横浜市北部病院消化器センター、2. 慶応義塾大学医学部内視鏡センター、3. 東京科学大学消化器内科、4. 藤田医科大学東京 先端医療研究センター消化器内科学)

[WS11-4] MRエンテログラフィにおける深層学習モデルを用いたクローン病病変検出

*竹中 健人[1]、岡本 隆一[1]、北詰 良雄[2]、土屋 純一[3] (1. 東京科学大学消化器内科、2. 獨協医科大学埼玉医療センター放射線科、3. 東京科学大学放射線診断科)

[WS11-5] 6mm以上のJNET type 1 病変におけるEndoBRAIN-Xの腫瘍・非腫瘍鑑別診断能について

*岩館 峰雄[1]、平田 大善[1]、佐野 寧[1] (1. 佐野病院 消化器センター)

[WS11-6] 早期大腸癌における3D深部構造予測AIの構築と専用アノテーション支援ツールの開発

*高丸 博之[1]、水口 康彦[1]、豊嶋 直也[1]、山田 真善[1]、斎藤 豊[1] (1. 国立がん研究センター中央病院内視鏡科)

[WS11-7] 腹腔鏡下左側大腸癌手術におけるAIナビゲーション手術の開発

*白下 英史[1]、藤田 隼輔[2]、小山 旅人[2]、長谷川 巧[2]、青山 佳正[2]、蔀 由貴[2]、河野 洋平[2]、平塚 孝宏[3]、赤木 智徳[2]、二宮 繁生[4]、柴田 智隆[5]、上田 貴威[3]、衛藤 剛[6]、徳安 達士[7]、猪股 雅史[2] (1. 大分大学医学部高度医療人育成講座、2. 大分大学医学部消化器・小児外科学講座、3. 大分大学医学部総合外科・地域連携学講座、4. 大分大学医学教育センター、5. 大分大学救命救急センター、6. 大分大学グローカル感染症研究センター、7. 福岡工業大・情報工学部情報システム工学科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:30 ~ 14:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）28　周術期管理と術後合併症２

座長：惠木 浩之（北里大学メディカルセンター外科）

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

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

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

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

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

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

[P28-4] 大腸癌術前貧血に対する静注鉄剤の種類による治療成績

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

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

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

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

*西谷 太助[1] (1. 若草第一病院)

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

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:30 ~ 15:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）29　進行大腸癌に対する手術 3

座長：宮北 寛士（東海大学医学部消化器外科）

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

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

[P29-2] 閉塞性大腸癌に対する大腸ステント留置の安全性と有用性の検討

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

[P29-3] 進行結腸癌に対する術前化学療法の有用性の検討

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[P29-8] 大腸癌におけるサイトグロビン発現の意義

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:30 ~ 14:30 | ポスター2

一般演題（ポスター）30　術前化学療法・放射線治療２

座長：大平 学（千葉大学大学院医学研究院先端応用外科）

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

*関口 久美子[1]、清水 貴夫[1]、武田 幸樹[1]、太田 竜[1]、山田 岳史[2]、福本 崚[3]、仲座 方辰[3]、関根 鉄朗[3]、谷合 信彦[1]、松田 明久[2] (1. 日本医科大学武蔵小杉病院消化器外科、2. 日本医科大学付属病院消化器外科、3. 日本医科大学付属病院放射線科)

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

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

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

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

[P30-4] 局所進行直腸肛門管癌に対し集学的治療を行った経験

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

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

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

一般演題(ポスター)

14:30 ~ 15:30 | ポスター2

一般演題（ポスター）31　進行大腸癌に対する化学療法２

座長：牧角 良二（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器一般外科）

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

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

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

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

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

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

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

*横井 亮磨[1]、浅井 竜一[1]、田島 ジェシー雄[1]、加藤 京[1]、外村 俊平[1]、杉江 雄斗[1]、村瀬 佑介[1]、松本 圭太[1]、水谷 千佳[1]、鷹尾 千佳[1]、深田 真宏[1]、佐藤 悠太[1]、安福 至[1]、田中 善宏[1]、松橋 延壽[1] (1. 岐阜大学大学院医学系研究科消化器外科)

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:30 ~ 14:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）32　稀少腫瘍 2

座長：西沢 佑次郎（関西労災病院消化器外科）

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

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

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

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

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

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

[P32-4] 腹腔鏡下に切除し得た小腸腸間膜血管腫の1例

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

[P32-5] S状結腸間膜に認めた子宮外腺筋腫の1例

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

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

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

[P32-7] 当科での大腸癌KRAS　G12C変異症例の検討

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

[P32-8] 直腸に発生した癌肉腫の1例

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:30 ~ 15:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）33　稀少腫瘍 3

座長：永田 淳（産業医科大学）

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

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

[P33-2] 増大傾向を示した上行結腸神経鞘腫の1切除例

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

[P33-3] ロボット支援下切除を行った傍直腸孤立性線維腫瘍の1例

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

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

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

[P33-5] 上行結腸グロムス腫瘍の1例

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

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

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

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

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

[P33-8] 大腸原発の胎児消化管類似癌の2例

*郡司掛 勝也[1]、座主 真衣佳[1]、一宮 佑輔[1]、鳥居 真行[1]、浅川 哲也[1]、南 宏典[1]、山口 貴久[1]、大畠 慶直[1]、寺井 志郎[1]、北村 祥貴[1]、角谷 慎一[1] (1. 石川県立中央病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:30 ~ 14:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）34　症例：進行大腸癌 3

座長：浅原 史卓（東京都済生会中央病院　一般・消化器外科）

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[P34-6] 他臓器転移をきたした直腸原発絨毛癌の1例

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

[P34-7] ICG蛍光法を活用した直腸癌手術の経験

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:30 ~ 15:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）35　症例：進行大腸癌 4

座長：下村 学（広島大学病院　消化器外科）

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

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

[P35-2] 肛門脱出により発見された進行直腸癌の1切除例

*治田 賢[1]、今西 謙太郎[1] (1. 姫路聖マリア病院外科)

[P35-3] 胎児性消化管類似直腸癌の一例

*川島 市郎[1]、池田 純[1] (1. 京都保健会京都民医連中央病院)

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

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

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

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

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

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:30 ~ 14:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）36　症例：転移・再発２

座長：落合 大樹（帝京大学医学部外科学講座）

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

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

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

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

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

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

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

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

[P36-5] 超高齢者結腸癌肺転移に対して肺葉切除を施行した一例

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

[P36-6] 巨大粘膜下腫瘍様の形態を示した大腸癌の一例

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

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

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:30 ~ 15:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）37　症例：転移・再発３

座長：二宮 繁生（大分大学消化器・小児外科学講座）

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

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

[P37-2] 大動脈周囲リンパ節転移を伴うBRAF陽性横行結腸癌の1例

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

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

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

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

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

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

*平野 直樹[1]、藤井 善章[1]、山田 拓実[1]、島田 雄太[1]、宮池 哲郎[1]、加藤 龍太郎[1]、上野 修平[1]、青山 佳永[1]、今藤 裕之[1]、廣川 高久[1]、宮井 博隆[1]、田中 守嗣[1]、木村 昌弘[1] (1. 医療法人豊田会刈谷豊田総合病院)

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

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

[P37-7] 薬物療法のみで完全奏効している直腸癌術後局所再発の2例

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:30 ~ 14:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）38　症例：肛門疾患その他２

座長：鉢呂 芳一（くにもと病院肛門外科）

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

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

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

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

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

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

[P38-4] 直腸脱陥頓に対して緊急で直腸固定術を施行した一例

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

[P38-5] 交通外傷でデグロービング外傷を受傷し肛門裂傷を生じた一例

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

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

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

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

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:30 ~ 15:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）39　ストーマ 2

座長：近藤 圭策（鳳胃腸病院外科）

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

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

[P39-2] 特発性回腸人工肛門脚穿孔の1例

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

[P39-3] ハルトマンリバーサルにおける腸管再建の工夫と治療成績

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

[P39-4] 人工肛門閉鎖術における合併症の危険因子に関する検討

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

[P39-5] 傍ストーマヘルニア発生のリスク因子についての検討

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

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

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

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

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

[P39-8] 小腸人工肛門粘膜移植より発生した腺癌の1例

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:30 ~ 14:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）40　痔核・裂肛

座長：那須 聡果（ウィメンズクリニック浦和）

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

*青木 沙弥佳[1]、高橋 知子[1] (1. 亀田総合病院)

[P40-2] 痔核に対する結紮切除術

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

[P40-3] 急性増悪を伴う脱出性痔核に対する病態別治療戦略の検討

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

[P40-4] 姑息的なALTA単独療法

*白畑 敦[1] (1. しらはた胃腸肛門クリニック横浜)

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

*早川 一博[1] (1. 早川内科肛門科)

[P40-6] 当院における日帰り裂肛手術の現状と工夫

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

[P40-7] 急性肛門疾患に対するデルマパンチを用いた切開術の有用性

*及能 拓朗[1]、及能 達男[1] (1. 杉並肛門科クリニック)

一般演題(ポスター)

14:30 ~ 15:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）41　早期大腸癌・内視鏡治療 2

座長：藤田 浩（出水総合医療センター）

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*山田 光成[1] (1. 大阪府済生会富田林病院)

[P41-6] 市中病院における大腸内視鏡治療成績

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:30 ~ 14:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）42　症例：大腸良性疾患その他３

座長：岩田 乃理子（江戸川病院外科）

[P42-1] 大腸pyogenic granulomaの1例

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

[P42-2] 虫垂水腫状を呈した慢性虫垂炎の1例

*福 昭人[1] (1. 医療法人福慈会　福外科病院)

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

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

[P42-4] 高度便秘症に対し仙骨硬膜外麻酔下に外来摘便を施行した1例

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

[P42-5] 鉗子分娩後早期に発症した直腸膣瘻の1例

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

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

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:30 ~ 15:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）43　症例：ロボット手術２

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*松田 直樹[1,2]、國末 浩範[1]、宮内 俊策[1]、吉浦 雄飛[1]、園部 奏生[1]、谷口 もこ[1]、高橋 達也[1]、伊達 慶一[1]、久保 孝文[1]、野﨑 功雄[1]、太田 徹哉[1] (1. 岡山医療センター外科、2. 四国がんセンター消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

13:30 ~ 14:30 | ポスター9

一般演題（ポスター）44　ロボット手術４

座長：鶴田 雅士（国際医療福祉大学成田病院消化器外科）

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

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

[P44-2] ロボット支援右側結腸切除における体腔内機能的端々吻合（FEEA）の手術手技と短期成績

*南 宏典[1]、徳楽 正太郎[1]、久保 陽香[1]、野島 晃己[1]、淺川 哲也[1]、林 沙貴[1]、山口 貴久[1]、加藤 嘉一郎[1]、寺井 士郎[1]、林 泰寛[1]、北村 祥貴[1]、角谷 慎一[1] (1. 石川県立中央病院消化器外科)

[P44-3] 大腸癌イレウス症例に対して自己拡張型ステントによる術前減圧処置後にロボット補助下直腸切除を施行した2例

*林 伸泰[1]、石村 昂誠[1]、大亀 正義[1]、橋田 真輔[1]、池田 宏国[1]、山本 澄治[1]、佃 和憲[1] (1. 岡山市立市民病院　外科)

[P44-4] ロボット支援下大腸癌手術における体腔内縫合を用いたトラブルシューティング

*杉浦 清昭[1]、佐藤 永規[1]、青山 純也[1]、岸田 憲弘[1]、愛甲 聡[1] (1. 永寿総合病院外科)

[P44-5] ロボット支援下術中のIMA根部出血に対する圧迫と連続縫合による止血手技

*鎌田 哲平[1]、大熊 誠尚[1]、鈴木 佑麿[1]、山澤 海人[1]、後藤 圭佑[1]、月原 秀[1]、高野 靖大[1]、武田 泰裕[1]、小菅 誠[1]、衛藤 謙[1] (1. 東京慈恵会医科大学外科学講座　下部消化管外科)

[P44-6] 当センターにおけるロボット支援大腸癌手術のトラブルシューティングとその対策

*加藤 伸弥[1]、橋本 雅弘[1]、森本 祥悠[1]、西沢 佑次郎[1]、平木 将之[1]、畑 泰司[1]、中村 賢介[1]、竹内 一将[1]、寺西 立冴[1]、東口 公哉[1]、広田 将司[1]、古川 健太[1]、宮崎 安弘[1]、友國 晃[1]、本告 正明[1]、藤谷 和正[1]、土岐 祐一郎[1] (1. 大阪急性期・総合医療センター消化器外科)

[P44-7] ロボット支援下に大腸亜全摘を行った症例(様々な術野を想定した大腸癌に対するロボット支援手術のポート配置の定型化)

*北村 謙太[1]、小山 基[1]、左近 龍太[1]、阿部 由督[1]、岩崎 健一[1]、松村 知憲[1]、名取 健[1]、薄井 信介[1]、刈込 和裕[1]、諏訪 達志[1] (1. 柏厚生総合病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:30 ~ 15:30 | ポスター9

一般演題（ポスター）45　ロボット手術 5

座長：久留宮 康浩（豊田厚生病院　外科）

[P45-1] 同時多発大腸癌に対するロボット支援下結腸切除術の使用経験

*野村 雅俊[1]、森脇 楓子[1]、深田 唯史[1]、團野 克樹[1]、平尾 隆文[1]、関本 貢嗣[1]、岡 義雄[1] (1. 箕面市立病院　外科)

[P45-2] 地域基幹病院で新規導入した手術支援ロボットhinotori™によるロボット支援下大腸癌手術の立ち上げ経験

*真貝 竜史[1]、澤崎 純哉[1]、大﨑 真央[1]、村西 耕太朗[1]、馬場谷 彰仁[1]、西垣 貴彦[1]、中塚 梨絵[1]、太田 英夫[1]、杉本 圭司[1]、大西 直[1]、松下 一行[1] (1. 川西市立総合医療センター外科)

[P45-3] 肥満直腸癌手術症例におけるロボット支援下手術の治療成績

*佐々木 恵[1]、黒川 芽生[1]、川島 由莉[1]、林 一真[1]、山田 圭寛[1]、芥田 壮平[1]、西岡 龍太郎[1]、松永 史穂[1]、田澤 美也子[1]、石井 武[1]、齋藤 稔史[1]、青柳 康子[1]、海藤 章郎[1]、光法 雄介[1]、伊東 浩次[1] (1. 総合病院土浦協同病院消化器外科)

[P45-4] 当院でのロボット支援下大腸切除術1日縦2件の運用

*瀬尾 雄樹[1]、泉 陽光[1]、松川 雄太[1]、天下井 恵理[1]、須田 光太郎[1]、野川 優衣[1]、武居 友子[1]、浜野 郁美[1]、戸倉 英之[1]、高橋 孝行[1] (1. 足利赤十字病院外科)

[P45-5] ロボット支援下直腸癌手術における合併症発症例の検討

*横溝 肇[1]、岡山 幸代[1]、岩本 隼輔[1]、川畑 花[1]、塩澤 俊一[1] (1. 東京女子医科大学附属足立医療センター外科)

[P45-6] 結腸・直腸癌に対する単孔式ロボット手術導入初期経験の検討

*田 鍾寛[1]、大矢 浩貴[1,2]、舩津屋 拓人[1]、皆川 結明[1]、額田 卓[2]、工藤 孝迪[2]、江畑 信孝[1]、武井 将伍[2]、前橋 学[2]、渥美 陽介[2]、太田 絵美[2]、風間 慶祐[1]、佐藤 渉[1]、沼田 正勝[2]、小坂 隆司[1]、小澤 真由美[2]、菅野 伸洋[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学医学部医学科消化管外科学講座、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科)

一般演題(ポスター)

13:30 ~ 14:30 | ポスター10

一般演題（ポスター）46　手術手技

座長：高橋 宏幸（福岡大学病院消化器外科）

[P46-1] 小規模病院における下部直腸癌に対するTaTMEの導入と腹腔鏡下低位前方切除術との治療成績の検討

*田地野 将太[1,2]、高野 裕樹[1]、衛藤 謙[2] (1. 葛西昌医会病院消化器外科、2. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

[P46-2] 腹腔鏡下虫垂切除術における虫垂根部処理法の検討

*南浦 翔子[1]、玉井 皓己[1]、室谷 昌俊[1]、大原 信福[1]、鄭 充善[1] (1. 大阪ろうさい病院外科)

[P46-3] 緊急Hartmann手術後に施行したHartmann reversal 8例の短期成績

*春名 健伍[1]、安井 昌義[1]、在田 麻美[1]、柳澤 公紀[1]、西沢 佑次郎[1]、武田 裕[1] (1. 関西労災病院消化器外科)

[P46-4] 腹腔鏡下Hartmann reversalの短期成績と初回手術因子の検討

*余語 孝乃助[1]、松村 卓樹[1]、浅野 瑠水[1]、齋藤 美和[1]、戸田 瑶子[1]、國友 愛奈[1]、安井 講平[1]、本村 理子[1]、大岩 立学[1]、白井 信太郎[1]、倉橋 岳宏[1]、福山 貴大[1]、上田 翔[1]、篠原 健太郎[1]、大澤 高陽[1]、安藤 公隆[1]、金子 健一朗[1]、深見 保之[1] (1. 愛知医科大学消化器外科)

[P46-5] ICG蛍光法非使用下のS状結腸・直腸癌手術における左結腸動脈温存の短期成績：非温存例との比較検討

*宮坂 衛[1]、川瀬 寛[1]、矢野 智之[1] (1. 札幌清田病院外科)

[P46-6] 腹腔鏡下ハルトマンリバーサルに対する経肛門アンビルヘッド挿入吻合術の導入

*鴨 政充[1]、雨宮 隆介[1]、池端 昭慶[1]、田島 萌[1]、小桐 雅世[1]、江頭 有美[1]、津和野 伸一[1]、早津 成夫[1] (1. 独立行政法人 国立病院機構 埼玉病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:30 ~ 15:30 | ポスター10

一般演題（ポスター）47　診療の工夫とその他疾患 2

座長：馬場 研二（鹿児島大学消化器外科）

[P47-1] 下部消化管異物に対する治療の検討

*小南 裕明[1]、生田 肇[1] (1. 市立加西病院)

[P47-2] 術前に絞扼性イレウスとの鑑別が困難であったメッケル憩室捻転の1例

*住谷 大輔[1]、徳永 真和[1]、小野 紘輔[1]、森田 隼登[1] (1. 県立二葉の里病院)

[P47-3] 大腸癌周術期におけるAI支援機能の実装要件：患者と医療従事者の関心構造の非対称性に着目した探索的検討

*町田 拓[1]、須田 竜一郎[2]、笠原 啓介[3]、飯川 雄[3]、下田 辰也[3]、渡邉 大輔[3]、丹羽 夏海[2]、近藤 尚[2]、飯澤 勇太[2]、大野 幸恵[2]、中臺 英里[2]、岡庭 輝[2]、小林 壮一[2]、西村 真樹[2]、片岡 雅章[2]、柳澤 真司[2]、海保 隆[2]、青木 沙弥佳[4] (1. 君津中央病院客員研究員、2. 君津中央病院外科、3. 君津中央病院リハビリテーション科、4. 亀田総合病院消化器外科)

[P47-4] 肛門日帰り手術におけるShared decision makingの重要性

*日高 元[1] (1. 医療法人　日高クリニック福岡)

[P47-5] 成人腸管不全症例における静脈栄養から離脱可能となる因子の検討

*赤澤 英[1]、荻野 崇之[1]、福田 健太[1]、辻 嘉斗[1]、深田 晃生[1]、関戸 悠紀[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、水島 恒和[2]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院医学研究科消化器外科学、2. 獨協医科大学下部消化管外科)

一般演題(ポスター)

13:30 ~ 14:30 | ポスター11

一般演題（ポスター）48　炎症性腸疾患 2

座長：本谷 聡（札幌厚生病院　IBDセンター）

[P48-1] 潰瘍性大腸炎におけるブデソニド腸溶性徐放錠の有効性と臨床的寛解予測因子の検討

*中野 省吾[1] (1. 日本赤十字社和歌山医療センター)

[P48-2] Polysorbate80が関与した過敏性反応が疑われ薬剤選択に難渋した潰瘍性大腸炎の一例

*山下 芳恵[1]、西俣 伸亮[1]、濱元 ひとみ[1]、平川 あさみ[1]、鮫島 由規則[1]、鮫島 隆志[2]、平井 郁仁[3]、猿渡 浩[4] (1. 鮫島病院内科、2. 鮫島病院肛門科、3. 福岡大学医学部消化器内科、4. 猿渡ひふ科クリニック)

[P48-3] 当院における活動期潰瘍性大腸炎に対する抗IL-23p19抗体製剤の使用経験

*白木 学[1]、枡 悠太郎[1]、羽根田 祥[1]、高橋 賢一[1] (1. 東北労災病院IBDセンター)

[P48-4] 炎症性マクロファージ誘導に寄与するサイトカインの検討

*長谷川 晃一[1]、三上 洋平[1]、角田 潤哉[1,2]、伊藤 虎太郎[1]、田島 百合[1]、杉本 真也[1]、清原 裕貴[1]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学（消化器）、2. 慶應義塾大学医学部一般・消化器外科)

[P48-5] 神経ベーチェット病に対する免疫抑制療法中に発症した同時性多発大腸癌の1例

*加藤 秀明[1]、斉藤 浩志[1]、川口 雅彦[1]、渡邊 透[1] (1. 横浜栄共済病院外科)

[P48-6] 潰瘍性大腸炎に伴う肛門周囲膿瘍に対して、Seton法が著効した1例

*亀髙 真由子[1,2]、藤田 正太郎[2]、星野 啓太[2]、圓谷 秀哲[2]、早瀬 傑[2]、八島 玲[2]、坂本 渉[1,2]、河野 浩二[2] (1. 福島県立医科大学会津医療センター消化器外科、2. Department of Gastrointestinal Tract Surgery, Fukushima Medical University Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:30 ~ 15:30 | ポスター11

一般演題（ポスター）49　炎症性腸疾患 3

座長：大北 喜基（三重大学医学部消化管・小児外科）

[P49-1] 高齢潰瘍性大腸炎手術症例における臨床的特徴と短期成績の検討

*秋山 貴彦[1]、宮本 裕士[1]、荒木 健吾[1]、有馬 浩太[1]、小川 克大[1]、澤山 浩[1]、岩槻 政晃[1] (1. 熊本大学大学院　消化器外科)

[P49-2] 潰瘍性大腸炎に対する2期分割手術後の人工肛門閉鎖後5年間における腎機能低下の検討

*二木 了[1]、小川 真平[1]、伊藤 俊一[1]、前田 新介[1]、前田 文[1]、谷 公孝[1]、松尾 夏来[1]、腰野 蔵人[1]、近藤 侑鈴[1]、金子 由香[1]、番場 嘉子[1]、山口 茂樹[1] (1. 東京女子医科大学消化器・一般外科)

[P49-3] ロボット支援大腸全摘術における多領域操作戦略と教育モデルの検討

*鈴木 卓弥[1]、山川 雄士[1]、加藤 潤紀[1]、浅井 宏之[1]、上原 崇平[1]、加藤 瑛[1]、牛込 創[1]、髙橋 広城[2]、瀧口 修司[1] (1. 名古屋市立大学消化器外科、2. 名古屋市立大学附属西部医療センター消化器外科)

[P49-4] 潰瘍性大腸炎診断時の便培養検査の実態と意義

*白井 孝之[1]、垣迫 健介[1]、五十嵐 亮[1]、塩沢 牧子[1]、石垣 智之[1]、権 勉成[1]、宮島 綾子[2]、植田 吉宣[2]、佐々木 一憲[2]、江間 玲[2]、平山 亮一[2]、大塚 亮[2]、齊藤 修治[2]、白畑 敦[3] (1. 横浜新緑総合病院消化器内科、2. 横浜新緑総合病院消化器センター・外科、3. しらはた胃腸肛門クリニック横浜)

[P49-5] 潰瘍性大腸炎に対する2/3期手術後の発熱と術後合併症に関する検討

*國本 真由[1]、花岡 まりえ[1]、上野 啓輔[1]、佐藤 幸平[1]、岩井 美穂[1]、中田 美佳[1]、溝口 正子[1]、井垣 尊弘[1]、山本 雄大[1]、山内 慎一[1]、賀川 弘康[1]、谷岡 利朗[1]、絹笠 祐介[1] (1. 東京科学大学消化管外科学分野)

[P49-6] 潰瘍性大腸炎術後High-Output Syndromeの予測因子と診断基準に関する検討

*池田 堅登[1]、門野 政義[1]、森田 覚[1]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部外科学教室（一般・消化器）)

[P49-7] 集約的全身管理後に手術を施行し、救命し得たMODS合併劇症UC（ASUC）の一例

*鳥谷 建一郎[1]、木村 英明[1]、今西 康太[1]、本間 実[1]、山本 峻也[1]、紫葉 裕介[1]、古要 優樹[1]、春山 芹奈[1]、谷口 勝城[1]、中森 義典[1]、国崎 玲子[1]、諏訪 雄亮[2]、小澤 真由美[2]、遠藤 格[3] (1. 横浜市立大学市民総合医療センター炎症性腸疾患センター、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター、3. 横浜市立大学附属病院消化器・腫瘍外科学)

一般演題(ポスター)

13:30 ~ 14:30 | ポスター12

一般演題（ポスター）50　憩室疾患 2

座長：柳 舜仁（川口市立医療センター消化器外科）

[P50-1] 大腸憩室炎に対する外科治療を考える

*近藤 圭策[1]、天上 俊之[1]、河合 功[1]、杉 朋樹[1]、中田 英二[1] (1. 鳳胃腸病院外科)

[P50-2] 当院における結腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対する腹腔鏡下手術の治療成績の検討

*穂坂 美樹[1]、山下 愛矢[1]、村石 龍[1]、小堀 秀一[1]、吉田 隼人[1]、木村 友洋[1]、堂本 佳典[1]、牛久 秀樹[1]、若林 正和[1]、相崎 一雄[1]、船津 健太郎[1] (1. 相模原協同病院)

[P50-3] 腹腔内膿瘍・敗血症を併発したが、保存的治療にて救命し得た高CEA血症を伴うS状結腸憩室穿通の1例

*鈴木 伸一[1]、堤 靖彦[1]、岡山 政由[1]、中村 律子[2] (1. 東海記念病院消化器内科、2. 愛知医科大学病理学講座)

[P50-4] 虫垂憩室を伴う虫垂穿孔の１例

*矢島 沙織[1]、河合 雅也[1]、丸山 弘[1]、山口 真彦[1]、黒田 徹[1]、松本 力雄[1] (1. 赤心堂病院)

[P50-5] 虫垂腫瘍との鑑別が困難であった虫垂憩室症の1例

*竹内 正昭[1] (1. 武蔵ケ丘病院外科)

[P50-6] 術前に悪性腫瘍が疑われた上行結腸憩室穿通による胆嚢結腸瘻の一例

*巷野 佳彦[1]、宮倉 安幸[2]、森田 大作[1]、武藤 雄太[1]、内藤 善久[1]、今井 順[1] (1. 白岡中央総合病院外科、2. 栃木県立がんセンター大腸骨盤外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:30 ~ 15:30 | ポスター12

一般演題（ポスター）51　虫垂炎・腹膜炎

座長：茅野 新（東海大学医学部消化器外科学）

[P51-1] 上部消化管バリウム造影検査後にS状結腸穿孔を来し、穿孔部腸切除と一期的吻合を行った1例

*徳永 真和[1]、森田 隼登[1]、小野 紘輔[1]、住谷 大輔[1] (1. 県立二葉の里病院外科・消化器外科)

[P51-2] 急性汎発性腹膜炎における宿便性大腸穿孔の臨床的特徴と治療成績の検討

*清住 雄希[1]、島﨑 雅士[1]、松石 梢[1]、堀之内 誠[1]、八木 泰佑[1]、中村 健一[1]、甲斐田 剛圭[1]、山村 謙介[1]、辛島 龍一[1]、今井 克憲[1] (1. 済生会熊本病院　外科)

[P51-3] 宿便性大腸穿孔の開腹手術治療成績

*佐々木 勉[1]、高澤 博人[1]、谷 明恵[1]、大嶺 孝仁[1]、栗本 信[1]、持田 郁己[1]、谷 昌樹[1]、稲本 将[1]、戸田 孝祐[1]、大江 秀典[1]、山中 健也[1] (1. 滋賀県立総合病院外科)

[P51-4] 敗血症性ショックと播種性血管内凝固を呈した腹部自覚症状に乏しい汎発性腹膜炎を伴う穿孔性急性虫垂炎の一例

*小林 豊[1]、梅谷 有希[1]、加藤 真司[1] (1. 医療法人医仁会さくら総合病院消化器病センター)

[P51-5] 急性虫垂炎における重症度診断の不確実性　―汎発性腹膜炎症例について―

*多木 雅貴[1]、濱口 拓哉[1]、宮本 好晴[1]、豊田 昌夫[1] (1. 北摂総合病院一般消化器外科)

[P51-6] 当院における汎発性腹膜炎を伴う急性虫垂炎手術症例29例の検討

*平田 祥太郎[1]、須藤 剛[1]、望月 秀太郎[1]、佐藤 圭佑[1]、深瀬 正彦[1]、飯澤 肇[1] (1. 山形県立中央病院外科)

一般演題(ポスター)

13:30 ~ 14:30 | ポスター13

一般演題（ポスター）52　イレウス・腸閉塞

座長：中山 善文（北九州宗像中央病院）

[P52-1] 再発性傍ストーマヘルニアによる嵌頓性イレウスに対しストーマ再造設を要した一例

*宮岡 陽一[1]、齋藤 智哉[1]、横山 良司[1] (1. JA北海道厚生連網走厚生病院外科)

[P52-2] 移動盲腸を背景に大網索状物により肝弯曲部が絞扼された絞扼性結腸イレウスの1例

*芳澤 淳一[1]、唐澤 斉秀[1]、中村 健也[1]、福島 健太郎[1]、竹内 信道[1]、中山 中[1] (1. 伊那中央病院)

[P52-3] 下行結腸癌による腸重積症にて腸閉塞を来した1例

*藤本 直斗[1]、萩原 清貴[1]、植田 隆太[1]、岡村 修[1] (1. 市立吹田市民病院)

[P52-4] 癒着性腸閉塞の保存管理におけるイレウス管挿入の前に経鼻胃管挿入を行うことの安全性と有効性の検討

*片貝 朔也[1]、春日 健吾[1]、清水 萌[1]、細井 愛美[1]、吉成 夫希子[1]、甲賀 達也[1]、一色 綾希[1]、松井 綾子[1]、飯塚 圭介[1]、石原 眞悟[1]、上野 敬史[1]、麻 興華[1]、増尾 貴成[1] (1. 伊勢崎市民病院内科)

[P52-5] 上行結腸への内視鏡下の点墨が原因と思われた腸閉塞の1例

*森本 雄貴[1]、尾嶋 英紀[1]、水野 成紀[1]、安田 飛翔[1]、内山 燿[1]、山下 真司[1]、横江 毅[1]、内田 恵一[2]、毛利 靖彦[1] (1. 三重県立総合医療センター　消化器・一般外科、2. 三重県立総合医療センター小児外科)

[P52-6] 子宮頸癌術後放射線療法後に小腸閉塞を来した一例

*沖村 駿平[1]、小田切 数基[1]、杉本 聡[1]、鈴木 玲[1]、樋口 一郎[1]、横山 茂和[1]、福崎 孝幸[1] (1. 済生会千里病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

14:30 ~ 15:30 | ポスター13

一般演題（ポスター）53　直腸脱

座長：白水 良征（社会医療法人　社団　高野会　くるめ病院）

[P53-1] 当院における直腸脱治療の変遷

*柴崎 泰[1]、小坂 隼人[1]、金子 猛[1]、三枝 直人[2] (1. 新城市民病院外科、2. 増子記念病院　大腸肛門外科)

[P53-2] 直腸脱に対するLVR＋粘膜焼灼・筋層縫縮のFeasibility study

*角田 明良[1] (1. 安房地域医療センター外科)

[P53-3] 当院における直腸脱の治療法についての検討

*大澤 るみ[1]、能見 伸八郎[1] (1. JCHO京都鞍馬口医療センター)

[P53-4] 当院における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の治療成績

*安山 陽信[1]、野瀬 陽平[1]、眞木 良祐[1]、東 重慶[1]、武元 浩新[1]、金 鏞国[1]、長谷川 順一[1] (1. 市立貝塚病院外科)

[P53-5] 当科における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術症例の検討

*里見 大介[1]、榊原 舞[1]、小倉 皓一郎[1]、土岐 朋子[1] (1. 国立病院機構千葉医療センター外科)

一般演題(ポスター)

13:30 ~ 14:30 | ポスター14

一般演題（ポスター）54　高齢者 2

座長：宮澤 秀彰（秋田赤十字病院消化器外科）

[P54-1] UFT/LV療法による術後補助化学療法中にDPD活性低下が疑われる致死的重症腸炎をきたした１例

*鳥居 剛[1]、宇治 誠人[1]、三浦 泰智[1]、青木 優大[1]、小野島 功[1]、松岡 和政[1]、佐々木 諒[1]、杢野 泰司[1] (1. 社会医療法人財団新和会八千代病院)

[P54-2] S状結腸軸捻転の治療成績と高齢患者の管理の実際

*谷田部 悠介[1]、増田 大機[1]、新井 聡大[1]、大和 美寿々[1]、白坂 太郎[1]、羽生 舞花[1]、金城 宏武[1]、朝田 泰地[1]、鵜梶 真衣[1]、篠原 元[1]、廣瀬 俊太郎[1]、吉野 潤[1]、長野 裕人[1]、井ノ口 幹人[1] (1. 武蔵野赤十字病院外科・消化器外科)

[P54-3] 当院における高齢者の結腸癌患者に対するロボット支援下手術の短期治療成績

*魚住 のぞみ[1]、田中 涼太郎[1]、村田 裕子[1]、藤本 浩之[1]、白井 大介[1]、石原 敦[1]、前田 詠理[1]、片岡 淳[1]、山本 堪介[1]、奥村 哲[1]、福田 進太朗[1]、土橋 洋史[1]、小川 雅生[1]、川崎 誠康[1] (1. ベルランド総合病院外科)

[P54-4] ロボット支援大腸切除術の高齢者における安全性の検討

*上野 峰[1]、石堂 敬太[1]、倉谷 友崇[1]、溝田 知子[1]、岡村 国茂[1]、村上 慶洋[1]、笹村 裕二[1] (1. 市立旭川病院　外科)

[P54-5] 認知症を有する80代高齢者で発症した5型大腸癌の1例

*守山 宏一[1] (1. 八潮中央総合病院　訪問診療科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

10:15 ~ 11:10 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 23　炎症性腸疾患 4

座長：富永 哲郎（諫早総合病院）

[O23-1] 重症潰瘍性大腸炎にて大腸全摘IPAA後14年で回腸嚢関連合併症によりJ-pouch・肛門切断施行した1例の経験から、市中病院外科におけるIBD診療の現状と課題を考える

*川崎 誠康[1]、福田 進太郎[1]、奥村 哲[1]、魚住 のぞみ[1]、前田 詠理[1]、片岡 淳[1]、山本 堪介[1]、土橋 洋史[1]、小川 雅生[1] (1. ベルランド総合病院外科)

[O23-2] 潰瘍性大腸炎手術例における術後門脈血栓症発生の検討

*服部 憲史[1,2]、梅田 晋一[2]、佐藤 雄介[2]、村田 悠記[2]、小倉 淳司[2]、田中 千恵[2]、中山 吾郎[3]、神田 光郎[2] (1. JA愛知厚生連海南病院消化器外科、2. 名古屋大学医学部附属病院消化器・腫瘍外科、3. 名古屋記念病院外科)

[O23-3] 潰瘍性大腸炎合併大腸癌に対する部分切除症例の検討

*真鍋 達也[1]、堀田 千恵子[1]、大山 康博[1]、武居 晋[1] (1. 佐賀大学医学部　一般・消化器外科)

[O23-4] 潰瘍性大腸炎に対するロボット支援下IACAと鏡視下IPAAの短期成績および術後肛門機能の比較

*花岡 まりえ[1]、犬飼 瑞穂[1]、上野 啓輔[1]、鈴木 碧[1]、根本 亮[1]、林 裕美子[1]、佐藤 幸平[1]、岩井 美穂[1]、本多 正樹[1]、内村 良平[1]、溝口 正子[1]、井垣 尊弘[1]、山本 雄大[1]、山内 慎一[1]、賀川 弘康[1]、絹笠 祐介[1] (1. 東京科学大学消化管外科学分野)

[O23-5] 当科における潰瘍性大腸炎関連大腸癌の検討

*浅井 竜一[1]、田島 ジェシー雄[2]、横井 亮磨[2]、加藤 京[2]、外村 俊平[2]、杉江 雄斗[2]、松本 圭太[2]、水谷 千佳[2]、鷹尾 千佳[2]、深田 真宏[2]、佐藤 悠太[2]、安福 至[2]、田中 善宏[2]、松橋 延壽[2] (1. 岐阜大学大学院医学系研究科先端ゲノム医療開発学講座・消化器外科、2. 岐阜大学大学院医学系研究科消化器外科・小児外科)

[O23-6] 腹腔鏡下手術を施行したUCに合併したColitis-associated cancerの臨床的特徴とロボット支援下ＡＰＲの手術ビデオ

*小島 大望[1]、和田 英雄[1]、上床 崇吾[1]、赤﨑 卓之[1]、坂本 恭平[1]、塚原 崇夫[1]、入江 久世[1]、堀之内 浩介[1]、後藤 佳登[1]、宮坂 義浩[1]、渡部 雅人[1] (1. 福岡大学筑紫病院外科)

[O23-7] 潰瘍性大腸炎術後回腸嚢悪性腫瘍の現状と予後からみた治療方針の検討

*杉田 昭[1,2]、黒木 博介[1]、後藤 晃紀[1]、小原 尚[1]、中尾 詠一[1]、斎藤 紗由美[1]、荒井 勝彦[1]、木村 英明[2]、小金井 一隆[1]、辰巳 健志[1] (1. 横浜市立市民病院炎症性腸疾患科、2. 横浜市立大学市民総合医療センター炎症性腸疾患センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

8:30 ~ 9:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 24　ロボット手術 5

座長：沖田 憲司（公益財団日本海員掖済会小樽掖済会病院）

[O24-1] ロボット支援下右側結腸切除における体腔内吻合の有用性の検討

*丸山 圭三郎[1]、富山 哲宏[1]、稲尾 綾乃[1]、銕尾 智幸[1]、町野 隆介[1]、國﨑 真己[1]、草場 隆史[1]、碇 秀樹[1] (1. 佐世保中央病院)

[O24-2] 当院のロボット支援結腸癌手術における体腔内吻合の安全性および短期・中期成績の検討

*加藤 瑛[1]、加藤 潤紀[1]、澤井 美里[1]、浅井 宏之[1]、上原 崇平[1]、鈴木 卓弥[1]、牛込 創[1]、山川 雄士[1]、高橋 広城[1]、瀧口 修司[1] (1. 名古屋市立大学消化器外科)

[O24-3] Pathological T4結腸癌に対するロボット支援下手術は有用な選択肢となり得るか？ 腹腔鏡下手術との短期・中期成績の比較

*石山 泰寛[1]、北野 友里絵[1]、伊藤 望[1]、坂井 義博[1]、中西 彬人[1]、西 雄介[1]、田中 裕人[1]、林 久志[1]、庫本 達[1]、藤井 能嗣[1]、椙田 浩文[1]、平沼 知加志[1]、平能 康充[1] (1. 埼玉医科大学国際センター)

[O24-4] 脾彎曲部癌に対するロボット支援下手術の安全性の検討～腹腔鏡下手術との比較～

*國友 愛奈[1]、松村 卓樹[1]、余語 孝乃助[1]、浅野 瑠水[1]、本村 理子[1]、齋藤 美和[1]、大岩 立学[1]、白井 信太郎[1]、倉橋 岳宏[1]、松下 希美[1]、福山 貴大[1]、戸田 瑤子[1]、安井 講平[1]、上田 翔[1]、篠原 健太郎[1]、大澤 高陽[1]、安藤 公隆[1]、金子 健一朗[1]、深見 保之[1] (1. 愛知医科大学病院消化器外科)

[O24-5] ロボット支援結腸切除における教育環境の違いと習熟度：CUSUM による比較検討

*鶴田 雅士[1]、石田 隆[1]、田村 卓也[1]、竹谷 健[1]、西嶋 亜未[1]、小野 祐実[1]、板野 理[1] (1. 国際医療福祉大学成田病院消化器外科)

[O24-6] Robot支援下結腸癌手術におけるIndocyanine Greenを用いた腸管血流評価の有用性

*成廣 哲史[1]、髙田 直樹[1]、羽田 丈紀[1]、渡部 通章[1]、北澤 征三[1]、真柄 那々子[1]、飯田 航希[1] (1. 厚木市立病院)

[O24-7] 横行結腸癌に対するロボット手術における術前CT画像シミュレーションの有用性

*外岡 亨[1]、早田 浩明[1]、千葉 聡[1]、成島 一夫[1]、磯崎 哲朗[1]、天海 博之[1]、平澤 壮一朗[1]、桑山 直樹[1]、加野 将之[1]、鍋谷 圭宏[1] (1. 千葉県がんセンター　食道・胃腸外科)

[O24-8] ロボット支援下S状結腸切除術における切開ライン予測AIモデルの開発

*門野 政義[1]、中山 史崇[1]、大橋 弥貴子[1]、竹内 優志[1]、森田 覚[1]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部外科学教室)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

9:30 ~ 10:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 25　ロボット手術 6

座長：栗生 宜明（京都第一赤十字病院消化器外科）

[O25-1] 肥満症例におけるロボット支援結腸癌切除は有用か？

*市川 伸樹[1]、江本 慎[2]、石黒 友唯[3]、小丹枝 裕二[4]、加藤 紘一[5]、阪田 敏聖[6]、谷 安弘[7]、下國 達志[8]、山田 健司[9]、武冨 紹信[1] (1. 北海道大学消化器外科I、2. 釧路労災病院外科、3. 札幌厚生病院外科、4. 北海道医療センター外科、5. 岩見沢市立総合病院外科、6. 帯広協会病院外科、7. 苫小牧市立総合病院外科、8. 市立函館病院外科、9. 砂川市立病院外科)

[O25-2] デュアルドッキング不要の脾弯曲授動を伴うロボット左側大腸癌手術

*藤田 悠司[1]、曽我 耕次[2]、石本 武史[3]、生内 雅人[1]、永守 遼[1]、市川 カノン[1]、小川 聡一朗[1]、松本 順久[1]、大橋 拓馬[1]、松尾 久敬[1]、小松 周平[1]、生駒 久視[1]、栗生 宜明[1]、岡本 和真[1]、大辻 英吾[1] (1. 京都第一赤十字病院消化器外科、2. 京都中部総合医療センター消化器外科、3. 済生会滋賀県病院外科)

[O25-3] ロボット支援下右側結腸切除術における体腔内吻合と体腔外吻合の比較検討

*平澤 壮一朗[1]、外岡 亨[1]、早田 浩明[1]、成島 一夫[1]、天海 博之[1]、千葉 聡[1]、桑山 直樹[1]、磯崎 哲朗[1]、加野 将之[1] (1. 千葉県がんセンター)

[O25-4] 安全なロボット手術普及に向けた多施設での定型化の取り組み

*西沢 佑次郎[1]、植村 守[2]、賀川 義規[3]、浜部 敦史[2]、平木 将之[4]、波多 豪[3]、安井 昌義[1]、柳澤 公紀[1]、在田 麻美[1]、春名 健伍[1]、末田 聖倫[3]、北風 雅敏[3]、小林 雄太[3]、畑 泰司[4]、森本 祥悠[4]、加藤 伸弥[4]、橋本 雅弘[4]、三吉 範克[2]、荻野 崇之[2]、江口 英利[2] (1. 関西労災病院、2. 大阪大学医学部附属病院消化器外科、3. 大阪国際がんセンター消化器外科、4. 大阪急性期・総合医療センター消化器外科)

[O25-5] 結腸癌に対するロボット支援下体腔内吻合導入初期の短期治療成績-体腔外吻合との比較-

*髙田 直樹[1]、成廣 哲史[1]、飯田 航希[1]、真柄 那々子[1]、北澤 征三[1]、渡部 通章[1] (1. 厚木市立病院外科)

[O25-6] 地域中核病院における結腸癌に対するロボット支援手術の強みと手技の工夫

*西川 武司[1]、阿部 真也[1]、松永 圭悟[1]、孫 敏莉[1]、小谷 樹生[1]、近藤 里江[1]、松田 圭二[1] (1. 同愛記念病院外科)

[O25-7] 結腸癌に対するロボット支援下手術の治療成績と課題

*井上 隆[1]、小山 文一[1,2]、岩佐 陽介[1,2]、高木 忠隆[1]、藤本 浩輔[1]、田村 昴[1]、江尻 剛気[1]、吉川 千尋[1]、庄 雅之[1] (1. 奈良県立医科大学消化器・総合外科、2. 奈良県立医科大学附属病院中央内視鏡部)

[O25-8] ロボット支援下回盲部切除における吻合法別での比較と至適アプローチの検討

*庄司 良平[1]、松三 雄騎[1]、松本 祐[1]、森分 和也[1]、片山 哲也[1]、安井 雄一[1]、金谷 信彦[1]、近藤 喜太[1]、重安 邦俊[1] (1. 岡山大学病院消化管外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

10:30 ~ 11:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 26　ロボット手術 7

座長：賀川 弘康（東京科学大学消化管外科学分野）

[O26-1] 市中病院における持続可能なロボット支援結腸癌手術―精密性とコストの両立を目指して

*西舘 敏彦[1,2]、鶴間 哲弘[1]、待木 隆志[1]、秋月 恵美[2]、平田 公一[1] (1. JR札幌病院外科、2. 札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野)

[O26-2] 腹腔鏡手術と比較したロボット支援下結腸切除の妥当性の検証と手術手技の工夫

*下村 学[1]、矢野 琢也[1]、佐田友 藍[1]、田口 和浩[1]、松原 啓壮[1]、石川 聖[1]、渡邉 淳弘[1]、佐藤 沙希[1]、森内 俊行[1]、塩崎 翔平[1]、松原 一樹[1]、山口 瑞生[1]、篠原 充[1]、森田 隼人[1]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学病院　消化器外科)

[O26-3] 結腸癌ロボット手術におけるda Vinci SPの位置づけ ― Multi-portの課題から考える適応の最適化

*佐藤 雄介[1]、梅田 晋一[1]、赤座 賢[1]、村田 悠記[1]、小倉 淳司[1]、田中 千恵[1]、神田 光郎[1] (1. 名古屋大学医学部附属病院消化器・腫瘍外科)

[O26-4] da Vinci 5におけるForce Feedback Technologyがロボット支援下大腸癌手術のforce modulationに与える影響

*大矢 浩貴[1]、田 鍾寛[1]、田中 宗伸[1]、皆川 結明[1]、舩津屋 拓人[1]、額田 卓[2]、江畑 信孝[1]、武井 将伍[2]、前橋 学[2]、太田 絵美[2]、渥美 陽介[1]、風間 慶祐[1]、佐藤 渉[1]、沼田 正勝[2]、青山 徹[1]、小澤 真由美[2]、小坂 隆司[1]、菅野 伸洋[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学医学部消化管外科学教室、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科)

[O26-5] 当院での横行結腸癌（中央）に対するロボット支援下結腸切除時の#223郭清手技

*小林 利行[1]、坂井 利規[1]、小見山 聡介[1]、大陽 宏明[1]、荻野 史朗[1]、玉井 秀政[1] (1. 大阪鉄道病院消化器・一般外科)

[O26-6] 市中病院でのロボット支援下結腸切除の初期導入成績

*堀 直人[1,2]、大林 寛[1]、岡 詠吾[1]、二神 花菜[1]、佐藤 真歩[1]、大倉 友博[1]、小川 俊博[1]、勝田 浩[1]、青木 秀樹[1]、田中屋 宏爾[1] (1. 国立病院機構　岩国医療センター外科、2. 鳥取市立病院外科)

[O26-7] 当院におけるロボット支援結腸切除術の現状

*馬場 研二[1]、中嶋 太極[1]、奥村 隆志[1]、和田 真澄[1]、黒島 直樹[1]、大塚 隆生[1] (1. 鹿児島大学消化器外科)

[O26-8] BMI別にみたロボット支援下直腸癌手術の治療成績

*西村 潤也[1]、瀬良 知央[1]、福岡 達成[1]、西居 孝文[1]、小林 弘和[1]、森田 智也[1]、坂元 寿美礼[1]、金城 あやか[1]、丸尾 晃司[1]、谷 直樹[1]、西 智史[1]、江口 真平[1]、田嶋 哲三[1]、濱野 玄弥[1]、村田 哲洋[1]、高台 真太郎[1]、櫻井 克宣[1]、久保 尚士[1]、清水 貞利[1] (1. 大阪市立総合医療センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 27　結腸癌の治療戦略 2

座長：大塚 幸喜（藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学）

[O27-1] 切除可能high-risk Stage II/Stage III結腸癌におけるバイオマーカーの予後予測因子としての有用性の検討

*武井 将伍[1]、小澤 真由美[1]、工藤 孝迪[1]、額田 卓[1]、大矢 浩貴[2]、前橋 学[1]、田 鍾寛[2]、太田 絵美[1]、沼田 正勝[1]、諏訪 宏和[3]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科、2. 横浜市立大学医学部消化器・腫瘍外科、3. 横須賀共済病院外科)

[O27-2] 当院における原発性大腸癌に対する骨盤内臓全摘術の治療成績

*山本 祥馬[1]、笠井 俊輔[1]、塩見 明生[1]、眞部 祥一[1]、小嶋 忠浩[1]、田中 佑典[1]、森 千浩[1]、高嶋 祐助[1]、辻尾 元[1]、横山 希生人[1]、八尾 健太[1]、小林 尚輝[1]、仁平 高朔[1]、三浦 竣助[1] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

[O27-3] 腹腔鏡下手術における右側結腸癌に対する頭側アプローチ先行の有用性の検討

*後藤 圭佑[1]、鎌田 哲平[1]、鈴木 佑磨[1]、山澤 海人[1]、月原 秀[1]、武田 泰裕[1]、大熊 誠尚[1]、小菅 誠[1]、衛藤 謙[1] (1. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

[O27-4] ICG蛍光法により術前評価と相違する適切なリンパ節郭清を施行しえた上行結腸癌の1例

*岩本 和哉[1]、石川 慧[2]、朴 正勝[2]、高橋 秀和[2]、大里 祐樹[1]、鈴木 陽三[1]、冨田 尚裕[1]、竹政 伊知朗[2] (1. 市立豊中病院消化器外科、2. 大阪けいさつ病院消化器外科)

[O27-5] 体腔内吻合を用いた大腸癌手術における術後麻痺性イレウスのリスク因子の検討

*本庄 優衣[1]、虫明 寛行[2]、福田 桃子[2]、藤原 淑恵[2]、朱 美和[2]、内山 護[2]、有坂 早香[2]、土田 知史[2]、長谷川 誠司[2]、鈴木 紳祐[1]、吉川 貴己[3] (1. 藤沢湘南台病院外科、2. 済生会横浜市南部病院外科、3. 横浜市立大学外科治療学)

[O27-6] 局所進行大腸癌に対する術前化学療法の治療成績

*山本 陸[1]、長岡 綾[1]、濱村 宏平[1]、麻生 沙帆[1]、石塚 ジュスタン正也[1]、尾立 路輝[1]、村山 倫太郎[1]、岡本 侑大[1]、井田 善文[1]、長廻 優輝[1]、秋間 龍之介[1]、加藤 永記[1]、松本 陽介[1]、宮下 真美子[1]、櫻庭 駿介[1]、田中 顕一郎[1]、伊藤 智彰[1]、佐藤 浩一[1] (1. 順天堂大学医学部附属静岡病院外科)

[O27-7] 結腸癌における壁外血管侵襲(EMVI)の画像評価と病理組織学的評価，予後との関係

*富田 祐輔[1]、茂田 浩平[1]、大橋 弥貴子[1]、門野 政義[1]、池端 昭慶[1]、森田 覚[1]、岡林 剛史[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学外科学（一般・消化器）)

[O27-8] 超高齢者に対する上腸間膜静脈腫瘍塞栓を伴う上行結腸癌の手術報告

*北條 大輔[1]、原 慧一郎[1]、中田 博[1]、中山 洋[1] (1. 国立病院機構東京病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

9:35 ~ 10:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 28　大腸癌の転移・再発治療 3

座長：石塚 満（獨協医科大学下部消化管外科）

[O28-1] 大腸癌肝転移切除症例における化学療法の検討

*前川 展廣[1]、森川 充洋[1]、坂本 裕生[1]、松中 喬之[1]、田海 統之[1]、澤井 利次[1]、小練 研司[1]、廣野 靖夫[2]、五井 孝憲[1] (1. 福井大学　第一外科、2. 福井大学医学部附属病院　がん診療推進センター)

[O28-2] 大腸癌肝転移に対する肝切除例の治療成績

*島田 麻里[1]、野田 隆元[1]、長谷川 航大[1]、坂口 俊樹[1]、吉川 侑吾[1]、奥田 圭一郎[1]、郡司掛 勝也[1]、岩城 吉孝[1]、美並 輝也[1]、杉田 浩章[1]、金本 斐子[1]、奥田 俊之[1]、石川 暢己[1]、前田 一也[1]、宮永 太門[1]、二宮 致[1] (1. 福井県立病院外科)

[O28-3] StageII大腸癌における再発高リスク群の再評価

*古屋 一茂[1]、渡邊 英樹[1] (1. 山梨県立中央病院　消化器外科)

[O28-4] 大腸癌局所再発に対してR0切除行った症例の患者背景と治療成績-長崎県下多施設データベースを用いた検討-

*片山 宏己[1,2]、井上 悠介[1,2]、石井 光寿[1,2]、足立 利幸[1,2]、高村 祐磨[1,2]、山口 峻[1,2]、丸田 浩志[1,2]、富永 哲郎[4]、久永 真[5]、竹下 浩明[6]、黨 和夫[7]、福田 明子[8]、江口 晋[9]、松本 桂太郎[1]、野中 隆[1,2,3] (1. 長崎大学大学院　外科学講座腫瘍外科学分野、2. 長崎大学病院外科学講座　大腸・肛門外科、3. 長崎大学病院　低侵襲手術センター、4. JCHO諫早総合病院、5. 佐世保市総合医療センター、6. 長崎医療センター、7. 嬉野医療センター、8. 長崎原爆病院、9. 長崎大学大学院外科学講座　移植・消化器外科分野)

[O28-5] 大腸癌肝転移の術後再発リスク因子と術前化学療法の及ぼす影響

*北川 隆洋[1]、諏訪 勝仁[1]、岡本 敦子[1]、佐々木 茂真[1]、松本 倫[1]、衛藤 謙[2] (1. 東京慈恵会医科大学西部医療センター、2. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

[O28-6] 直腸癌局所再発症例における術前化学放射線療法の意義について

*楠 誓子[1]、植村 守[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、関戸 悠紀[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部消化器外科)

[O28-7] 大腸癌同時性肝転移に対するR0同時切除後の再発時期と再発後予後の関連について

*前田 裕斗[1,2]、松井 信平[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、桐谷 翔[2]、小林 光助[2]、伊藤 寛倫[2]、小野 嘉大[2]、髙橋 祐[2]、秋吉 高志[1] (1. がん研有明病院大腸外科、2. がん研有明病院肝胆膵外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

10:35 ~ 11:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 29　直腸NETの治療成績

座長：髙橋 孝夫（岐阜・西濃医療センター　西濃厚生病院　外科）

[O29-1] 若年者直腸NET G2に対する外科治療戦略 ―初期診断の不確実性と長期予後を見据えた集学的介入―

*近藤 喜太[1]、金谷 信彦[1]、庄司 良平[1]、松三 雄騎[1] (1. 岡山大学学術研究院医療開発領域消化管外科)

[O29-2] 直腸神経内分泌腫瘍切除症例における病理組織学的特徴とリンパ節転移関連因子の検討

*四元 拓宏[1]、近藤 彰宏[1]、馮 東萍[1]、竹谷 洋[1]、松川 浩之[1]、西浦 文平[1]、安藤 恭久[1]、須藤 広誠[1]、岸野 貴賢[1]、大島 稔[1]、隈元 謙介[1]、岡野 圭一[1] (1. 香川大学医学部消化器外科)

[O29-3] 直腸NETにおけるリンパ節転移予測因子の検討

*舘川 裕一[1]、江本 成伸[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[1]、品川 貴秀[1]、岡田 聡[1]、白鳥 広志[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科)

[O29-4] 直腸NETにおける内視鏡切除後追加切除適応の再検討―リンパ節転移リスク因子とその組み合わせの意義―

*夏目 壮一郎[1]、牧野 七海[1]、川崎 一生[1]、吉岡 佑一郎[1]、大井 悠[1]、大野 吏輝[1]、長嵜 寿矢[1] (1. 埼玉県立がんセンター消化器外科)

[O29-5] 直腸神経内分泌腫瘍NET G1/2におけるリンパ節転移陽性症例の検討

*大渕 佳祐[1]、市川 伸樹[1]、吉田 雅[1]、柴田 賢吾[1]、今泉 健[1]、佐野 修平[1] (1. 北海道大学　消化器外科I)

[O29-6] 当院における直腸NET外科切除例の治療成績

*安藤 秀一郎[1]、木下 敬史[1]、小森 康司[1]、大内 晶[1]、岸田 貴喜[1]、安岡 宏展[1]、伊藤 誠二[1]、三澤 一成[1]、伊藤 友一[1]、山口 淳平[1]、檜垣 栄治[1]、奥野 正隆[1]、細井 敬泰[1]、山田 裕宜[1]、稲田 亘佑[1]、安部 哲也[1] (1. 愛知県がんセンター　消化器外科部)

[O29-7] 直腸NETに対するTransanal approachを用いた手術戦略

*杉山 雅彦[1]、横溝 玲奈[1]、寺師 宗秀[1]、久保 佑樹[1]、岩永 彩子[1]、廣瀬 皓介[1]、南原 翔[1]、木村 和恵[1]、森田 勝[1] (1. NHO九州がんセンター消化管外科)

[O29-8] 直腸神経内分泌腫瘍(neuroendocrine tumor:NET)におけるリンパ節転移リスクの検討

*金光 聖哲[1]、古谷 晃伸[1]、若原 智之[1]、貞吉 正彦[1]、藤井 克成[1]、上田 健斗[1]、三宅 泰一郎[1]、粟津 正英[1]、椋棒 英世[1] (1. 淀川キリスト教病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

8:30 ~ 9:30 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 30　直腸脱・骨盤臓器脱 2

座長：日高 仁（ひだか医院）

[O30-1] 直腸脱手術術式選択の妥当性を治療成績から考える

*磯部 秀樹[1]、中野 亮[1]、浦山 雅弘[1]、藤本 博人[1]、太田 圭治[1]、川口 清[1] (1. 済生会山形済生病院外科)

[O30-2] 直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術±Thiersch法の短期成績に関する検討

*三浦 智也[1]、辻仲 眞康[1]、北村 洋[1]、初沢 悠人[1]、近藤 裕哉[1] (1. 東北医科薬科大学消化器外科)

[O30-3] 直腸脱に対する術式選択の工夫と治療成績

*井出 義人[1]、知念 良直[1]、宮崎 葉月[1]、日向 聖[1]、宮垣 博道[1] (1. 国家公務員共済組合連合会　大手前病院)

[O30-4] 直腸脱に対する右側腹膜切開のみを用いた腹腔鏡下suture rectopexyの治療成績

*大迫 えれな[1]、上神 慎之介[1]、土井 寛文[1]、久原 佑太[1]、新原 健介[1]、大毛 宏喜[1]、髙橋 信也[1] (1. 広島大学病院外科学)

[O30-5] 当院における直腸脱手術の治療成績

*金子 高明[1]、竹内 男[1]、三浦 世樹[1]、神谷 潤一郎[1]、山田 千寿[1]、鈴木 崇之[1]、森中 孝至[1]、坂田 治人[1]、小杉 光世[1]、尾形 章[1] (1. 松戸市立総合医療センター　外科)

[O30-6] 当院におけるDelorme手術の工夫と治療成績

*谷口 正展[1]、仁科 勇佑[1]、塩見 尚礼[1] (1. 長浜赤十字病院外科)

[O30-7] 当科における直腸脱診療の変遷とAltemeier法の治療成績について

*三ノ宮 寛人[1]、新田 拳助[1]、古賀 敦大[1]、秋山 泰樹[1]、山内 潤身[1]、永田 淳[1]、川北 康貴[2]、矢吹 慶[2]、秋山 正樹[2]、平田 敬治[1,2] (1. 産業医科大学第1外科、2. 産業医科大学若松病院消化器・一般外科)

[O30-8] 当院のSture Rectopexyによる腹腔鏡下直腸吊り上げ固定術の治療成績

*西川 元[1]、出川 佳奈子[1]、小澤 寛太郎[1]、酒江 礼菜[1]、井田 智之[1]、井上 広海[1]、庭野 公聖[1]、堀 佑太郎[1]、喜多 亮介[1]、横山 大受[1]、中西 保貴[1]、水野 礼[1]、中村 公治郎[1]、畑 啓昭[1] (1. 独立行政法人国立病院機構京都医療センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科

9:35 ~ 10:35 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 31　その他の大腸・肛門疾患 2

座長：内山 周一郎（串間市民病院外科）

[O31-1] 腸回転異常症を背景とした高齢者の盲腸軸捻転症の1例

*千野 慎一郎[1]、恵木 浩之[1]、太田 凌[1]、鈴木 和臣[1]、丸山 正裕[1]、中馬 基博[1]、近藤 康史[1]、海津 貴史[1]、玉川 達[2]、内藤 剛[3] (1. 北里大学メディカルセンター外科、2. 北里大学メディカルセンター呼吸器外科、3. 北里大学下部消化管外科学)

[O31-2] 集学的治療により長期生存が得られている進行再発直腸NETの2例

*蔦保 暁生[1]、竹野 巨樹[1]、福田 啓人[1]、櫛谷 洋樹[1]、水沼 謙一[1]、角谷 昌俊[1]、平岡 圭[1]、池田 篤[1]、狭間 一明[1]、渡邉 幹夫[1]、岩井 和浩[1] (1. 王子総合病院　外科)

[O31-3] 急性虫垂炎を契機に診断された虫垂goblet cell adenocarcinomaの4例

*萩原 清貴[1]、岡村 修[1]、植田 隆太[1]、藤本 直斗[1] (1. 市立吹田市民病院外科)

[O31-4] 単純性虫垂炎に対する緊急手術の臨床的妥当性についての検討

*中島 晋[1]、半谷 圭吾[1]、石田 怜[1]、中林 雄大[1]、高畠 和也[1]、小西 智規[1]、水谷 融[1]、中村 吉隆[1]、武村 学[1]、小池 浩志[1]、谷口 史洋[1] (1. 京都第二赤十字病院外科)

[O31-5] 当院における成人腸重積23例の検討

*東川 純子[1]、大石 達郎[1]、引地 萌々[1]、遠藤 通意[1]、中澤 城[1]、雜賀 柾哉[1]、杉本 貴史[1]、草野 俊亮[1]、沢 秀博[1]、高橋 応典[1]、宮本 勝文[1] (1. 兵庫県立淡路医療センター外科・消化器外科)

[O31-6] S状結腸軸捻転症における栄養状態および骨格筋量と再発・手術移行との関連の検討

*黒河 聖[1]、秦 史壯[2]、矢嶋 知己[2]、西森 英史[2] (1. 札幌道都病院内科、2. 札幌道都病院外科)

[O31-7] よりよい地域医療や肛門科診療への取り組みー医療DX令和ビジョン2030を踏まえてー

*宮本 英典[1] (1. 宮本病院外科肛門科)

[O31-8] 肛門小窩炎に伴う肛門痛に対する内服治療の有効性について

*矢野 孝明[1] (1. ヤノ肛門外科クリニック)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

10:35 ~ 11:30 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 32　高齢者に対する大腸癌治療戦略 2

座長：小澤 平太（宇都宮記念病院）

[O32-1] 81歳以上の高齢者におけるロボット支援下結腸癌手術における 体腔内吻合と体腔外吻合の周術期成績の検討

*白石 壮宏[1]、松山 貴俊[1]、近 範泰[1]、母里 淑子[2]、髙岡 亜弓[1]、杉野 葵[1]、入江 直子[1]、石田 秀行[2] (1. 埼玉医科大学総合医療センター消化管・一般外科、2. 埼玉医科大学総合医療センターゲノム診療科)

[O32-2] 根治切除を行った高齢者大腸癌患者における予後予測因子としてのCALLY indexの有用性

*市原 もも子[1]、小森 孝通[1]、辻野 将生[1]、早瀬 志門[1]、加藤 雅也[1]、麻本 翔子[1]、加藤 一哉[1]、住本 知子[1]、橋本 和彦[1]、岸 健太郎[1]、福永 睦[1] (1. 兵庫県立西宮病院)

[O32-3] ASA-PS 3以上の大腸癌手術における短期成績の検討：85歳以上高齢者と85歳未満患者の比較

*白川 智沙斗[1]、松本 陽[1]、目谷 勇貴[1]、佐々木 明洋[1]、沢田 尭史[1]、脇坂 和貴[1]、石黒 友唯[1]、折茂 達也[1]、長 靖[1]、田原 宗徳[1]、秦 庸壮[1]、本間 重紀[1] (1. JA北海道厚生連　札幌厚生病院)

[O32-4] 超高齢者大腸癌患者における患者評価指標を用いた術後自宅退院困難の術前予測

*松本 弥生[1]、木下 正一[1]、橋本 悠平[1]、武田 友希[1]、南 永里加[1]、佐多 律子[1]、中谷 充宏[1]、鬼頭 祥悟[1]、中川 顕志[1]、加藤 達史[1]、久下 博之[1]、向川 智英[1] (1. 大和高田市立病院)

[O32-5] 高齢者StageIII大腸癌における補助化学療法の有効性とCAPOX療法の安全性の検討

*近藤 賢史[1]、原 鐵洋[1]、香山 茂平[1]、川相 紘平[1]、宮首 翔馬[1]、森 政悠[1]、山口 拓朗[1]、河毛 利顕[1]、杉山 陽一[1]、田﨑 達也[1]、中光 篤志[1]、佐々木 秀[1] (1. 広島県厚生農業協同組合連合会JA広島総合病院外科)

[O32-6] 高齢者pStageIII大腸癌 の術後補助化学療法の検討

*舩津屋 拓人[1]、田 鍾寛[1]、皆川 結明[1]、額田 卓[2]、大矢 浩貴[1]、江畑 信孝[1]、武井 将伍[2]、前橋 学[2]、太田 絵美[2]、渥美 陽介[1]、風間 慶祐[1]、沼田 正勝[2]、小澤 真由美[2]、諏訪 宏和[3]、菅野 伸洋[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学附属病院消化管外科学、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科、3. 横須賀共済病院外科)

[O32-7] 80歳以上の高齢者に対する大腸癌腹腔鏡下手術の治療成績の検討

*多胡 行揮[1]、中川 和也[1]、飯山 慧[1]、金 睿婉[1]、本田 祥子[1]、増田 太郎[1]、森 康一[1]、山岸 茂[1] (1. 藤沢市民病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

14:35 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）

一般演題（口演） 33　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略２

座長：浜本 康夫（東京科学大学臨床腫瘍学分野）

[O33-1] 大腸癌におけるprecision medicineは実現しているのか？―CGPの結果到達率と治療実装の実態―

*和田 範子[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、関戸 悠紀[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、江口 英利[1]、佐藤 太郎[2] (1. 大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学、2. 大阪大学附属病院がんゲノム医療センター)

[O33-2] 大腸癌におけるコンパニオン診断と包括的がんゲノムプロファイリング検査の不一致に関する検討

*中野 麻恵[1,2]、島田 能史[1,2]、田中 裕太郎[2]、末森 理美[2]、大関 瑛[2]、安部 舜[2]、宗岡 悠介[2]、廣瀬 雄己[2]、石川 博補[2]、加納 陽介[2]、市川 寛[2]、滝沢 一泰[2]、中野 雅人[2]、坂田 純[2]、中川 悟[3]、横山 直行[4]、谷 達夫[5]、小林 由夏[6]、若井 俊文[1,2] (1. 新潟大学医歯学総合病院ゲノム医療部、2. 新潟大学大学院医歯保健学研究科消化器・一般外科学分野、3. 新潟県立がんセンター新潟病院消化器外科、4. 新潟市民病院消化器外科、5. 長岡赤十字病院消化器外科、6. 長岡中央綜合病院腫瘍内科)

[O33-3] 切除不能進行・再発大腸癌におけるFTD/TPI＋Bevacizumab療法の検討：Bevacizumabの投与継続と治療成績の関連

*月田 智也[1,2]、渋谷 雅常[1]、丹田 秀樹[1]、関 由季[1]、笠島 裕明[1]、前田 清[1]、西村 潤也[2]、井関 康仁[2]、福岡 達成[2]、西居 孝文[2] (1. 大阪公立大学大学院医学研究科消化器外科学、2. 大阪市立総合医療センター消化器外科)

[O33-4] 切除不能局所進行再発大腸癌に対する薬物療法中止基準としての栄養指標の有用性

*関 由季[1]、渋谷 雅常[1]、遠藤 秀生[1]、月田 智也[1]、丹田 秀樹[1]、内藤 信裕[1]、小澤 慎太郎[1]、大森 威来[1]、多田 隆馬[1]、西山 毅[1]、米光 健[1]、福井 康裕[1]、笠島 裕明[1]、福岡 達成[2]、前田 清[1] (1. 大阪公立大学大学院消化器外科学、2. 大阪市立総合医療センター消化器外科)

[O33-5] 直腸癌再発化学療法中に傍ストマ静脈瘤から出血を来した1例

*水谷 千佳[1,2]、加藤 京[2]、外村 俊平[2]、杉江 雄斗[2]、横井 亮磨[2]、村瀬 佑介[2]、鷹尾 千佳[2]、浅井 竜一[2]、田島 ジェシー雄[2]、松橋 延壽[2] (1. 岐阜大学大学院医学系研究科 消化器外科・小児外科学 がん先端治療国際地域支援講座、2. 岐阜大学外科学講座 消化器外科・小児外科学分野)

[O33-6] 大腸癌腹膜播種に対するcytoreductive surgery　～手術適応を長期生存例から検討する～

*今神 透[1]、大江 康光[1]、松永 隆志[1]、平田 篤史[1]、寒川 玲[1]、安 炳九[1]、戸川 剛[1]、高尾 信行[1]、水本 明良[1] (1. 淡海医療センター消化器外科・腹膜播種センター)

[O33-7] 当院におけるMSI-high大腸癌の臨床病理学的特徴と周術期予後の検討

*原 鐵洋[1]、香山 茂平[1]、川相 紘平[1]、宮首 翔馬[1]、森 政悠[1]、近藤 賢史[1]、河毛 利顕[1]、山口 拓朗[1]、杉山 陽一[1]、田崎 達也[1]、中光 篤志[1]、佐々木 秀[1] (1. JA広島総合病院一般外科治療センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

13:30 ~ 14:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 34　炎症性腸疾患 5

座長：小林 拓（北里大学北里研究所病院 炎症性腸疾患先進治療センター）

[O34-1] IBD関連脊椎関節炎の診療科連携と診療の実際

*清原 裕貴[1]、三上 洋平[1]、杉本 真也[1]、吉松 裕介[1]、近藤 泰[2]、筋野 智久[3]、髙林 馨[4]、細江 直樹[5]、岩男 泰[5]、金子 祐子[2]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学(消化器)、2. 慶應義塾大学医学部内科学(リウマチ膠原病)、3. 慶應義塾大学医学部坂口光洋記念講座消化器生体機能多次元解析講座、4. 慶應義塾大学医学部内視鏡センター、5. 慶應義塾大学予防医療センター)

[O34-2] 感染性胃腸炎診断に対するリンパ球数測定の有用性の検討

*野口 光徳[1] (1. 野口胃腸内科医院)

[O34-3] 当科における小児IBD診療の現状と課題

*藤本 浩輔[1]、小山 文一[1,2]、井上 隆[1]、岩佐 陽介[1,2]、高木 忠隆[1]、田村 昂[1]、江尻 剛気[1]、吉川 千尋[1]、庄 雅之[1] (1. 奈良県立医科大学　消化器・総合外科、2. 奈良県立医科大学附属病院　中央内視鏡部)

[O34-4] 重症潰瘍性大腸炎における術前腸管超音波所見と切除腸管の全層病理所見との比較

*三好 潤[1]、森久保 拓[1]、林 玲匡[2]、小松 悠香[1]、米澤 広美[1]、松浦 稔[1]、柴原 純二[3]、久松 理一[1] (1. 杏林大学医学部消化器内科学、2. 杏林大学医学部統合生理学、3. 杏林大学医学部病理学)

[O34-5] 潰瘍性大腸炎関連腫瘍手術症例における術前BMIと臨床病理学的特徴との関連

*中山 史崇[1]、森田 覚[1]、門野 政義[1]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部外科学教室（一般・消化器）)

一般演題(口演) | 内科・外科

14:25 ~ 15:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 35　大腸内視鏡診断・治療

座長：榎本 俊行（東邦大学医療センター大橋病院　外科）

[O35-1] S状結腸軸捻転症に対する大腸内視鏡を用いない透視下経肛門イレウス管挿入についての検討

*服部 桜子[1,2]、荒牧 修[1,2]、岡村 行泰[1]、渡邉 善広[2]、加茂 知久[2]、牛久 敬史[2]、黒沼 明子[2]、村山 公[2] (1. 日本大学医学部外科学系消化器外科学分野、2. 苑田第一病院外科)

[O35-2] 当院における閉塞性大腸癌に対するステント留置の適応と治療成績

*齊藤 浩志[1]、加藤 秀明[1]、今川 りさ[1]、舘野 桂[1]、南川 友理[1]、木村 花梨[1]、川口 雅彦[1]、谷口 桂三[1]、渡邊 透[1] (1. 横浜栄共済病院)

[O35-3] 大腸ステント留置後の閉塞性大腸がんに対する治療成績について

*片岡 淳[1]、川崎 誠康[1]、田中 涼太郎[1]、村田 裕子[1]、藤本 浩之[1]、魚住 のぞみ[1]、石原 敦[1]、白井 大介[1]、前田 詠理[1]、山本 堪介[1]、奥村 哲[1]、福田 進太郎[1]、土橋 洋史[1]、小川 雅生[1]、亀山 雅男[1] (1. 生長会ベルランド総合病院外科・消化管外科)

[O35-4] 緩和目的に大腸ステント留置した５４例の検討

*浅古 謙太郎[1]、近藤 宏佳[1]、柳橋 進[1]、大塚 英男[1]、宅間 邦雄[1]、清家 和裕[1] (1. 都立多摩総合医療センター 消化器・一般外科)

[O35-5] 左側悪性大腸閉塞症例に対する経鼻内視鏡を利用した大腸ステント留置

*野宮 洋樹[1,2]、花畑 憲洋[1]、金橋 もも花[1]、福徳 友香理[1]、高 昌良[1]、澤田 洋平[1]、五十嵐 剛[1]、島谷 孝司[1]、沼尾 宏[1]、櫻庭 裕丈[2] (1. 青森県立中央病院消化器・腫瘍内科、2. 弘前大学大学院医学研究科消化器血液免疫内科学講座)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

15:05 ~ 15:50 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 36　早期大腸癌に対する診断・治療戦略

座長：飯塚 敏郎（がん・感染症センター　都立駒込病院　消化器内科）

[O36-1] 大腸T1癌内視鏡切除後に対する追加外科手術後の転移再発リスクに関する検討

*下立 雄一[1,11]、山内 健司[2,11]、原田 馨太[3,11]、大森 正泰[4,11]、根岸 慎[5,11]、竹中 龍太[6,11]、永原 照也[7,11]、豊川 達也[8,11]、景山 宏之[9,11]、毛利 裕一[1,11]、水野 元夫[1,11]、大塚 基之[10,11] (1. 倉敷中央病院消化器内科、2. 香川県立中央病院消化器内科、3. 岡山済生会病院消化器内科、4. 広島市民病院内科、5. 福山市民病院内科、6. 津山中央病院内科、7. 三豊総合病院消化器内科、8. 福山医療センター消化器内科、9. 岡山市民病院内科、10. 岡山大学学術研究院医歯薬学域　消化器・肝臓内科学、11. Okayama gut study group)

[O36-2] 大腸癌内視鏡切除後断端陽性における腫瘍切り込みの臨床的意義

*澤井 美里[1]、牛込 創[1]、加藤 潤紀[1]、浅井 宏之[1]、上原 崇平[1]、加藤 瑛[1]、鈴木 卓弥[1]、山川 雄士[1]、瀧口 修司[1] (1. 名古屋市立大学病院)

[O36-3] トレイニーによるMulti Loop Traction Deviceを使用した大腸内視鏡的粘膜下層剝離術の検討

*一箭 空伸[1]、髙雄 暁成[1]、岩城 公人[1]、細井 萌々子[1]、今枝 駿介[1]、岡 靖紘[1]、井関 真理[1]、森口 義亮[1]、野間 絵梨子[1]、石川 裕美子[1]、柴田 理美[1]、岩谷 勇吾[1]、後藤 修[1]、飯塚 敏郎[1] (1. 東京都立駒込病院)

[O36-4] 早期大腸癌におけるGenesis system®を用いたCTC検出の検討

*豊田 尚潔[1]、島田 岳洋[2]、崎本 優里[1]、坂本 恭子[2]、宮倉 安幸[1]、藤田 伸[1]、太田 剛志[3] (1. 栃木県立がんセンター　大腸骨盤外科、2. 国立病院機構東京医療センター　一般・消化器外科、3. 株式会社セルクラウド)

[O36-5] 早期直腸癌に対するTAMISの可能性と手技の工夫

*足立 利幸[1]、井上 悠介[1]、山口 峻[1]、山﨑 翔斗[1]、小野 李香[1]、丸田 浩志[1]、片山 宏己[1]、髙村 祐磨[1]、石井 光寿[1]、野中 隆[1] (1. 長崎大学外科学講座)

[O36-6] 当院における大腸癌内視鏡治療後の追加外科的切除例の検討

*國料 美月[1]、宇野 泰朗[1]、近藤 優里奈[1]、加藤 希[1]、大重 英昭[1]、安井 知樹[1]、野地 雄太[1]、桑野 誠也[1]、浅野 智成[1]、間下 直樹[1]、望月 能成[1] (1. 小牧市民病院消化器外科)

一般演題(口演) | 外科

13:30 ~ 14:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 37　術中手技

座長：清島 亮（藤田医科大学総合消化器外科）

[O37-1] 大腸癌手術における腹腔鏡下大動脈周囲リンパ節郭清の検討

*永井 俊太郎[1]、山本 真大[1]、久保 顕博[1]、櫻井 翼[1]、中野 徹[1] (1. 北九州市立医療センター　外科)

[O37-2] AIによる内側アプローチでの重要臓器の解剖認識

*大橋 弥貴子[1]、門野 政義[1]、富田 祐輔[1]、竹内 優志[1]、森田 覚[1]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学外科)

[O37-3] Laser Speckle Flowgraphyを用いた吻合部腸管血流低下因子の検討

*金子 奉暁[1]、的場 周一郎[1]、牛込 充則[1]、鏡 哲[1]、鈴木 孝之[1]、長嶋 康雄[1]、三浦 康之[1]、池田 裕一[1]、渡邉 健太郎[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院消化器外科)

[O37-4] AI・ICG蛍光法を併用した大腸癌ナビゲーション手術と専攻医執刀手術でのAI使用の有用性について

*渡邊 良平[1]、青木 武士[1]、田代 良彦[1]、井関 貞仁[1]、長石 将大[1]、門 威志[1]、茂木 健太郎[1]、望月 清孝[1]、広本 昌裕[1]、冨岡 幸大[1]、野垣 航二[1]、山下 剛史[1]、有吉 朋丈[1]、伊達 博三[1]、松田 和広[1]、草野 智一[1]、藤森 聰[1]、五藤 哲[1]、山崎 公靖[1]、渡辺 誠[1] (1. 昭和医科大学医学部外科学講座　消化器一般外科学部門)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

14:05 ~ 15:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 38　大腸憩室疾患・虫垂炎

座長：小林 美奈子（三重大学臨床外科感染制御学）

[O38-1] 下部消化管穿孔に対する腸管切除の治療成績および大腸肛門病専門医関与の影響

*南角 哲俊[1]、守山 愛子[1]、後藤田 美優[1]、後藤 佳名子[1]、小泉 綾香[1]、山崎 健司[1]、豊田 啓恵[1]、高島 順平[1]、杉本 斉[1]、藤本 大裕[1]、三浦 文彦[1]、小林 宏寿[1] (1. 帝京大学溝口病院)

[O38-2] 大腸憩室出血に対する内視鏡施行時期とSRH同定率の後ろ向き検討

*藤井 一生[1]、岩城 公人[1]、細井 桃々子[1]、一箭 空伸[1]、今枝 駿介[1]、井関 真理[1]、岡 靖紘[2]、森口 義亮[1]、野間 絵梨子[1]、柴田 理美[1]、岩谷 勇吾[1]、後藤 修[2]、飯塚 敏郎[1] (1. 東京都立駒込病院消化器内科、2. 東京都立駒込病院内視鏡科)

[O38-3] 大腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対する腹腔鏡下手術導入後の治療成績の検討

*河野 慎[1]、江坂 和大[1]、瀬津 海斗[1]、山本 慧[1]、岡本 健太[1]、平野 哲多[1]、伊藤 翔[1]、田中 伸孟[1]、寺本 仁[1]、水野 豊[1]、蜂須賀 丈博[1] (1. 市立四日市病院外科)

[O38-4] 単孔式腹腔鏡下回盲部切除術を施行した急性虫垂炎24例の検討

*奥村 元紀[1]、森本 祥悠[1]、橋本 雅弘[1]、加藤 伸弥[1]、平木 将之[1]、畑 泰司[1]、寺西 立冴[1]、東口 公哉[1]、古川 健太[1]、広田 将司[1]、宮崎 安弘[1]、友國 晃[1]、本告 正明[1]、藤谷 和正[1]、土岐 祐一郎[1] (1. 大阪急性期・総合医療センター)

[O38-5] 高度炎症を伴う大腸憩室炎に対する腹腔鏡下手術におけるICG蛍光尿管カテーテルの有用性

*齋藤 美和[1]、松村 卓樹[1]、國友 愛奈[1]、余語 孝乃助[1]、戸田 瑶子[1]、浅野 瑠水[1]、本村 理子[1]、大岩 立学[1]、白井 信太郎[1]、倉橋 岳宏[1]、松下 希美[1]、福山 貴大[1]、加藤 翔子[1]、安井 講平[1]、上田 翔[1]、篠原 健太郎[1]、大澤 高陽[1]、安藤 公隆[1]、金子 健一朗[1]、深見 保之[1] (1. 愛知医科大学病院消化器外科)

[O38-6] 当院における憩室穿孔に対する術式選択の検討 ―一期的吻合の適応と術後再発の観点から―

*山城 直嗣[1]、堀 義城[1]、新垣 淳也[1]、古波倉 史子[1]、佐村 博範[1] (1. 浦添総合病院外科)

[O38-7] 急性複雑性虫垂炎診療における大腸肛門病学会専門医の意義について

*古賀 千絢[1]、岩本 和哉[1]、橋本 瑞己[1]、大里 祐樹[1]、野間 俊樹[1]、松下 克則[1]、新野 直樹[1]、中島 慎介[1]、鈴木 陽三[1]、清水 潤三[1]、川瀬 朋乃[1]、冨田 尚裕[1]、今村 博司[1] (1. 市立豊中病院　消化器外科)

[O38-8] 左側憩室穿孔に対するハルトマンリバーサル施行症例の特徴と腹腔内癒着関連因子の検討

*川村 崇文[1]、中山 百合[1]、鈴木 麻耶[1]、小山 夏輝[1]、井田 進也[1]、大菊 正人[1]、原田 岳[1]、稲葉 圭介[1]、田村 浩章[1]、平山 一久[2]、落合 秀人[1] (1. 浜松医療センター消化器外科、2. 浜松医療センター臨床検査科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

15:10 ~ 16:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 39　大腸癌の周術期管理・予後予測 3

座長：清松 知充（国立国際医療センター　外科）

[O39-1] Monocyte to Albumin ratioによる大腸癌予後予測の検討

*小川 真平[1]、番場 嘉子[1]、金子 由香[1]、二木 了[1]、松尾 夏来[1]、腰野 蔵人[1]、前田 文[1]、谷 公孝[1]、山口 茂樹[1] (1. 東京女子医科大学消化器・一般外科)

[O39-2] Stage IV大腸癌における原発巣切除後重症合併症の術前予測因子の検討：多施設データベースを用いた解析

*塩崎 翔平[1]、下村 学[1]、松原 啓壮[1]、田口 和浩[1]、佐田友 藍[1]、矢野 琢也[1]、清水 亘[2]、三口 真司[3]、池田 聡[3]、吉満 政義[4]、香山 茂平[5]、中原 雅浩[6]、小林 弘典[7]、河内 雅年[8]、清水 洋祐[9]、住谷 大輔[10]、向井 正一郎[11]、高倉 有二[12]、赤羽 慎太郎[13]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学大学院 医系科学研究科 消化器・移植外科学、2. 広島市立北部医療センター安佐市民病院　外科、3. 県立広島病院　外科、4. 広島市立広島市民病院　外科、5. JA広島総合病院　外科、6. JA尾道総合病院　外科・内視鏡外科、7. 広島記念病院　外科、8. 東広島医療センター　消化器外科、9. 呉医療センター・中国がんセンター　外科、10. JR広島病院　外科、11. 中国労災病院　外科、12. 中電病院　外科、13. 広島西医療センター　外科)

[O39-3] 大腸癌術後再発症例の予後について

*原田 優香[1]、門野 政義[1]、岡田 純一[1]、中山 史崇[1]、森田 覚[1]、茂田 浩平[1]、菊池 弘人[2]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部外科学教室（一般消化器）、2. 川崎市立川崎病院)

[O39-4] 大腸癌同時性腹膜播種症例における予後規定因子の検討：24年間の長期解析に基づく治療戦略の考察

*大地 貴史[1]、菊池 真亜子[1]、久田 かほり[1]、執行 ひろな[1]、髙木 健太[1]、髙松 正行[1]、仕垣 隆浩[1]、藤吉 健司[1]、吉田 直裕[1]、吉田 武史[1]、主藤 朝也[1]、石橋 生哉[1]、藤田 文彦[1] (1. 久留米大学外科学講座)

[O39-5] 当院でのStage I～III大腸癌における術後合併症の発症と長期予後との関連

*玉井 瑞希[1]、原田 恭一[1]、柏本 錦吾[1]、山口 明浩[1] (1. 京都山城総合医療センター)

[O39-6] 大腸がん後方治療における宿主因子に基づいたプレシジョンメディスンの検討：mCONUTスコアによる「Invisible Frailty」の同定と治療最適化への寄与

*渋谷 雅常[1]、遠藤 秀生[1]、月田 智也[1]、丹田 秀樹[1]、西山 毅[1]、関 由季[1]、笠島 裕明[1]、西村 潤也[2]、福岡 達成[2]、西居 孝文[2]、前田 清[1] (1. 大阪公立大学消化器外科、2. 大阪市立総合医療センター外科)

[O39-7] Sarcopenic Obesityと宿主関連血液学的指標の統合によるスコアリングシステムを用いたStageII/III大腸癌の予後予測

*皆川 結明[1]、大矢 浩貴[1]、舩津屋 拓人[1]、額田 卓[2]、江畑 信孝[1]、武井 将伍[2]、前橋 学[2]、太田 絵美[2]、田 鍾寛[1]、渥美 陽介[1]、風間 慶祐[1]、佐藤 渉[1]、沼田 正勝[2]、小澤 真由美[2]、小坂 隆司[1]、菅野 伸洋[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学医学部消化管外科学教室、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター　消化器病センター外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

16:05 ~ 16:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 40　大腸癌の周術期管理・予後予測 4

座長：硲 彰一（周南記念病院消化器病センター外科）

[O40-1] 若年者大腸癌の臨床病理学的特徴と予後に関する検討

*馮 東萍[1]、近藤 彰宏[1]、竹谷 洋[1]、松川 浩之[1]、西浦 文平[1]、安藤 恭久[1]、須藤 広誠[1]、岸野 貴賢[1]、大島 稔[1]、隈元 謙介[2]、岡野 圭一[1] (1. 香川大学消化器外科、2. 香川大学ゲノム医科学・遺伝医学)

[O40-2] Stage II/III穿孔性大腸癌の再発リスク因子

*茅野 新[1]、西田 莉子[1]、大宜見 崇[1]、岡林 剛史[1]、宮北 寛士[1]、山本 聖一郎[1] (1. 東海大学医学部消化器外科学)

[O40-3] CEA Recurrence Score のStage III大腸癌における再発予測能の評価

*石川 聖[1]、田口 和浩[1]、下村 学[1]、矢野 琢也[1]、佐田友 藍[1]、松原 啓壮[1]、渡邊 淳弘[1]、森内 俊行[1]、佐藤 沙希[1]、塩崎 翔平[1]、松原 一樹[1]、山口 瑞生[1]、篠原 充[1]、森田 隼登[1]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学大学院医系科学研究科消化器・移植外科学)

[O40-4] 大腸癌患者における術前血清Midkine値の臨床的意義：CEAとの併用による予後予測の検討

*牛込 充則[1,2]、伊藤 正朗[1]、島田 英昭[1]、渡邊 健太郎[1]、池田 裕一[1]、三浦 康之[1]、鈴木 孝之[1]、鏡 哲[1]、金子 奉暁[1]、長嶋 康雄[1]、的場 周一郎[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院、2. 池上総合病院外科)

[O40-5] 50歳未満の若年性大腸癌の臨床病理学的特徴の検討

*金 睿婉[1]、中川 和也[1]、飯山 慧[1]、多胡 行揮[1]、本田 祥子[1]、小崎 良平[1]、増田 太郎[1]、森 康一[1]、山岸 茂[1] (1. 藤沢市民病院　消化器外科)

[O40-6] 大腸癌におけるCALLY indexの予後予測能の検討―他の栄養・炎症指標との比較―

*福井 康裕[1]、笠島 裕明[1]、田中 章博[1]、内藤 信裕[1]、月田 智也[1]、遠藤 秀生[1]、大森 威来[1]、丹田 秀樹[1]、米光 健[1]、関 由季[1]、澁谷 雅常[1]、前田 清[1] (1. 大阪公立大学大学院医学研究科消化器外科学)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

13:30 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 41　大腸癌の転移・再発治療 4

座長：赤木 智徳（大分大学 消化器・小児外科）

[O41-1] 原発性大腸癌における分子サブタイプと病理学的リンパ節転移との関連

*横山 希生人[1]、笠井 俊輔[1]、塩見 明生[1]、眞部 祥一[1]、田中 佑典[1]、小嶋 忠浩[1]、森 千浩[1]、高嶋 祐助[1]、辻尾 元[1]、八尾 健太[1]、小林 尚輝[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 峻助[1]、畠山 慶一[2]、山口 建[3] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科、2. 静岡がんセンター研究所ゲノム解析研究部、3. 静岡県立静岡がんセンター)

[O41-2] 直腸癌術後局所再発症例に対する当科での治療戦略

*藤野 紘貴[1]、奥谷 浩一[1]、甲田 英暁[1]、石村 陸[1]、岡本 行平[1]、豊田 真帆[1]、石井 雅之[1,2]、秋月 恵美[1,3]、西舘 敏彦[1]、穴澤 貴行[1] (1. 札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野、2. 東札幌病院外科、3. 札幌いしやま病院)

[O41-3] 直腸癌術後局所再発に対する手術治療成績

*有馬 浩太[1]、宮本 裕士[1]、荒木 健吾[1]、秋山 貴彦[1]、小川 克大[1]、澤山 浩[1]、岩槻 政晃[1] (1. 熊本大学大学院消化器外科学)

[O41-4] 直腸癌局所再発に対する集学的治療戦略におけるR0切除の意義と課題

*永井 雄三[1]、白鳥 広志[1]、野澤 宏彰[1]、江本 成伸[1]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[1]、品川 貴秀[1]、舘川 裕一[1]、岡田 聡[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科)

[O41-5] 局所再発出現時期・術式に着目した直腸癌術後局所再発手術症例の検討

*後藤 健太郎[1]、岡村 亮輔[1]、水野 良祐[1]、尾地 伸悟[1]、藤田 覇留久[1]、青山 龍平[1]、吉田 祐[1]、山本 健人[1]、前田 将宏[1]、笠原 桂子[1]、星野 伸晃[1]、板谷 喜朗[1]、小濵 和貴[1] (1. 京都大学消化管外科)

[O41-6] CTラジオミクスを用いた大腸癌肝転移切除後の肝内再発予測：肝実質および腫瘍特徴量の統合解析

*正源 勇朔[1]、森田 覚[1]、岡林 剛史[2]、坂本 恭子[3]、門野 政義[1]、中野 容[1]、長谷川 康[1]、阿部 雄太[1]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部外科（一般・消化器）、2. 東海大学医学部消化器外科、3. 国立病院機構東京医療センター一般・消化器外科)

[O41-7] 大腸癌骨盤内再発病変に対する術前短期放射線照射施行後の外科的切除の治療成績

*今泉 健[1]、市川 伸樹[1]、吉田 雅[1]、柴田 賢吾[1]、佐野 修平[1]、大渕 佳祐[1]、磯川 真里奈[1]、武冨 紹信[1] (1. 北海道大学病院消化器外科1)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

14:30 ~ 15:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 42　直腸癌の治療戦略 4

座長：澤井 照光（長崎大学生命医科学域）

[O42-1] 当院におけるTNT治療成績と放射線増感剤を用いたNOMの効果

*濱元 宏喜[1]、島 卓史[1]、北田 和也[1]、鈴木 重徳[1]、田中 亮[1]、今井 義朗[1]、川口 直[1]、富岡 淳[1]、朝隈 光弘[1]、李 相雄[1] (1. 大阪医科薬科大学一般・消化器外科)

[O42-2] 進行下部直腸癌に対する術前治療後選択的側方郭清の妥当性の検討

*矢野 琢也[1]、下村 学[1]、佐田友 藍[1]、田口 和浩[1]、松原 啓壮[1]、石川 聖[1]、佐藤 沙希[1]、渡邊 淳弘[1]、森内 俊行[1]、塩崎 翔平[1]、松原 一樹[1]、山口 瑞生[1]、篠原 充[1]、森田 隼登[1]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学病院消化器・移植外科)

[O42-3] 当科における進行直腸癌に対するTNTの治療成績

*金子 由香[1]、前田 文[1]、谷 公孝[1]、松尾 夏来[1]、腰野 蔵人[1]、近藤 侑鈴[1]、二木 了[1]、番場 嘉子[1]、小川 真平[1]、山口 茂樹[1] (1. 東京女子医科大学消化器一般外科)

[O42-4] 術前化学療法を施行した局所進行直腸癌におけるCALLY indexと病理学的治療効果の関連の検討

*秋山 泰樹[1]、沢津橋 佑典[2]、矢吹 慶[3]、三ノ宮 寛人[1]、新田 挙助[1]、古賀 敦大[1]、山内 潤身[1]、永田 淳[1]、平田 敬治[1] (1. 産業医科大学　第1外科、2. くらて病院　外科、3. 産業医科大学若松病院　消化器・一般外科)

[O42-5] 術前化学療法後直腸癌における肛門側壁内進展の再発リスク因子としての可能性

*横山 康行[1]、山田 岳史[1]、上原 圭[1]、進士 誠一[1]、高橋 吾郎[1]、岩井 拓磨[1]、香中 伸太郎[1]、菊池 悠太[1]、松井 隆典[1]、林 光希[1]、大橋 隆治[2]、松田 明久[1] (1. 日本医科大学付属病院消化器外科、2. 日本医科大学付属病院病理診断科)

[O42-6] 局所進行直腸癌におけるMRI粘液貯留がTNT治療効果に与える影響

*春日 聡[1]、佐藤 健太郎[1]、坂田 征士[2]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[1]、松井 信平[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、秋吉 高志[1] (1. 公益財団法人がん研究会 有明病院消化器センター大腸外科、2. 公益財団法人がん研究会 有明病病理部)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

15:15 ~ 16:00 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 43　直腸癌の治療戦略 5

座長：諏訪 雄亮（関西医科大学下部消化管外科学講座）

[O43-1] 直腸粘液腺癌における長期成績と再発形式-多機関共同後ろ向き観察研究-

*甲津 卓実[1,2]、岡村 亮輔[1,2]、岡田 倫明[2,3]、水野 礼[2,4]、本間 周作[2,5]、吉冨 摩美[2,6]、山浦 忠能[2,7]、佐々木 勉[2,8]、塩田 哲也[2,9]、村上 哲平[2,10]、髙橋 亮[2,11]、松末 亮[2,12]、前川 久継[2,13]、長山 聡[2,14]、平田 渉[2,15]、出口 靖記[2,16]、大越 香江[2,17]、花田 圭太[2,18]、板谷 喜朗[1,2]、小濵 和貴[1,2] (1. 京都大学消化管外科、2. 京都大腸手術研究グループ（KCRG)、3. 大阪赤十字病院消化器外科、4. 京都医療センター外科、5. 神戸市立医療センター中央市民病院外科・移植外科、6. 兵庫県立尼崎総合医療センター外科・消化器外科、7. 姫路医療センター消化器外科、8. 滋賀県立総合病院外科、9. 神戸市立西神戸医療センター外科・消化器外科、10. 神戸市立医療センター西市民病院消化器外科、11. 京都桂病院外科、12. 天理よろづ相談所病院消化器外科、13. 医学研究所北野病院消化器外科、14. 宇治徳洲会病院外科、15. 大津赤十字病院外科、16. 武田総合病院外科、17. 日本バプテスト病院乳腺・一般外科、18. 洛和会音羽病院外科)

[O43-2] 当院における進行下部直腸癌に対する術前治療後の側方郭清の意義と治療成績

*鈴村 博史[1]、足立 陽子[1]、松本 健司[1]、笹倉 勇一[1]、吉川 貴久[1]、寺内 寿彰[1]、松井 淳一[1]、篠崎 浩治[1] (1. 済生会宇都宮病院外科)

[O43-3] 根治度B切除し得たStageIV 下部直腸癌における予防的側方リンパ節郭清の意義

*森 千浩[1]、眞部 祥一[1]、塩見 明生[1]、小嶋 忠浩[1]、田中 佑典[1]、笠井 俊輔[1]、髙嶋 祐助 [1]、辻尾 元[1]、八尾 健太[1]、横山 希生人[1]、小林 尚輝[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 竣助[1] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

[O43-4] 局所進行下部直腸癌に対するupfront surgeryにおける予後因子の検討

*八尾 健太[1]、笠井 俊輔[1]、塩見 明生[1]、眞部 祥一[1]、田中 佑典[1]、小嶋 忠浩[1]、森 千浩[1]、髙嶋 祐助[1]、辻尾 元[1]、横山 希生人[1]、小林 尚輝[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 竣助[1] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

[O43-5] 当院における進行直腸癌に対する術前治療の短期成績

*岡田 和丈[1]、田村 瞳[1]、武尾 重也[1]、陳 凌風[1]、向井 正哉[1] (1. 東海大学医学部付属八王子病院)

[O43-6] 術前化学放射線療法後直腸癌における病理学的奏功度と長期予後の検討

*佐藤 好宏[1]、皆瀬 翼[1]、伊勢 一郎[1]、村上 恵[1]、吉松 軍平[1]、鈴木 秀幸[1]、唐澤 秀明[1]、亀井 尚[1]、大沼 忍[1]、海野 倫明[1] (1. 東北大学消化器外科学)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

16:00 ~ 16:45 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 44　直腸癌の治療戦略 6

座長：澤山 浩（熊本大学病院　消化器外科）

[O44-1] 痔瘻癌43例の周術期成績の検討

*丹野 侑杜[1]、大城 泰平[1]、新谷 裕美子[1]、井上 英美[1]、西尾 梨沙[1]、古川 聡美[1]、岡本 欣也[1]、山名 哲郎[1] (1. JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター)

[O44-2] 側方リンパ節転移診断および術前化学放射線療法と予防的側方郭清との関係性

*成島 一夫[1]、外岡 亨[1]、早田 浩明[1]、天海 博之[1]、平澤 壮一朗[1]、千葉 聡[1]、磯崎 哲朗[2]、桑山 直樹[1]、加野 将之[1]、鍋谷 圭宏[1] (1. 千葉県がんセンター食道・胃腸外科、2. 量子科学技術研究開発機構QST病院治療診断部)

[O44-3] 当科における直腸癌手術の術後合併症リスク因子の検討

*青柳 康子[1]、黒川 芽生[1]、川島 由莉[1]、林 一真[1]、山田 圭寛[1]、西岡 龍太郎[1]、芥田 壮平[1]、松永 史穂[1]、田澤 美也子[1]、石井 武[1]、齊藤 稔史[1]、佐々木 恵[1]、海藤 章郎[1]、光法 雄介[1]、伊東 浩次[1] (1. 総合病院土浦協同病院消化器外科)

[O44-4] 下部進行直腸癌に対する側方リンパ節郭清における術前治療の意義

*坂井 義博[1]、石山 泰寛[1]、北野 友里絵[1]、伊藤 望[1]、中西 彬人[1]、西 雄介[1]、田中 裕人[1]、林 久志[1]、庫本 達[1]、藤井 能嗣[1]、石井 利昌[1]、椙田 浩文[1]、平沼 知加志[1]、平能 康充[1] (1. 埼玉医科大学国際医療センター　消化器外科)

[O44-5] 超低位前方切除術における一時的人工肛門の選択―高齢者における急性腎機能障害の検討―

*梅本 岳宏[1]、喜島 一博[1]、竹原 雄介[1]、田中 邦哉[1] (1. 昭和医科大学藤が丘病院消化器・一般外科)

[O44-6] 根治性向上と肛門温存を目指した直腸癌術前治療戦略の成績

*戸田 重夫[1,2]、柏木 惇平[1]、髙橋 泰宏[1]、前田 裕介[1]、岡崎 直人[1,2]、平松 康輔[1]、福井 雄大[1,2]、花岡 裕[1]、上野 雅資[1]、的場 周一郎[3]、黒柳 洋弥[1] (1. 虎の門病院消化器外科、2. 虎の門病院分院消化管センター外科、3. 東邦大学医療センター大森病院消化器外科)

一般演題(口演) | 肛門科

13:30 ~ 14:25 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 45　痔瘻の治療

座長：小原 誠（OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック）

[O45-1] 内外括約筋間に存在する原発巣膿瘍を意識した、坐骨直腸窩痔瘻に対するseton法

*渡部 晃大[1]、齋藤 徹[1]、光藤 傑[1]、辻村 直人[1]、竹中 雄也[1]、三宅 祐一朗[1]、小野 朋二郎[1]、安田 潤[1]、相馬 大人[1]、根津 理一郎[1]、弓場 健義[1] (1. 伯鳳会大阪中央病院外科)

[O45-2] 当院における上皮括約筋温存術の術式の検討

*宗村 岳人[1]、宗村 由紀[1]、今里 真[1] (1. むねむら大腸肛門病院)

[O45-3] 痔瘻根治術後の再治療症例の検討

*渡辺 伸和[1,2]、早川 一博[1]、森田 隆幸[2] (1. 早川内科肛門科、2. 青森厚生病院外科)

[O45-4] 当院の痔瘻根治手術「2段階離断法」の成績

*谷村 修[1]、荒木 靖三[1]、別府 理智子[1]、平瀬 りさこ[1]、藤木 健太郎[1] (1. 福西会病院 大腸肛門科)

[O45-5] Transsphincteric fistula はIntersphincteric fistulaよりQOLが不良 ―Anal Fistula Quality of Life scale日本語版の妥当性―

*角田 明良[1]、田中 良明[2] (1. 安房地域医療センター外科、2. 寺田病院肛門科)

[O45-6] 分娩外傷後直腸膣瘻に対する両側球海綿体縫縮を伴う会陰体再建術の検討

*田邊 太郎[1]、安藤 熙典[1]、若生 彩佳[1]、木村 熙伸[1]、北條 真鈴[1]、徳永 良太[1]、保母 貴宏[1]、出口 義雄[1]、横山 登[1]、井上 晴洋[1] (1. 昭和医科大学江東豊洲病院消化器センター)

[O45-7] 肛門周囲膿瘍切開時の麻酔法による術後成績の比較検討

*知久 毅[1]、篠田 公生[1] (1. 厚生連上都賀総合病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

14:30 ~ 15:10 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 46　術後合併症・周術期管理 3

座長：吉田 直裕（久留米大学外科学講座）

[O46-1] 腹腔鏡下直腸癌手術時の一時的回腸瘻造設におけるStoma Outlet Obstruction症候群のリスク因子の検討

*大野 陽介[1]、市川 伸樹[1]、吉田 雅[1]、柴田 賢吾[1]、今泉 健[1]、武冨 紹信[1] (1. 北海道大学 消化器外科１)

[O46-2] 一時的回腸人工肛門におけるoutlet obstructionにおけるリスク因子の検討

*石井 雅之[1,2]、奥谷 浩一[3]、西舘 敏彦[2]、秋月 恵美[2,4]、藤野 紘貴[2]、豊田 真帆[2]、岡本 行平[2]、穴澤 貴行[2] (1. 東札幌病院、2. 札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野、3. JR札幌病院、4. 札幌いしやま病院)

[O46-3] ストーマ造設後合併症低減に向けた当院における造設手技の工夫

*滝口 光一[1]、古屋 信二[1]、白石 謙介[1]、仲山 孝[1]、齊藤 亮[1]、丸山 傑[1]、出雲 渉[1]、庄田 勝俊[1]、雨宮 秀武[1]、河口 賀彦[1]、市川 大輔[1] (1. 山梨大学第１外科)

[O46-4] 回腸stomaにおけるoutlet obstructionのリスク因子の検討

*藤森 大輔[1]、北林 大暉[1]、三田 和芳[1]、加藤 一希[1]、林 雅人[1]、蒲田 亮介[1]、澤田 幸一郎[1]、尾山 佳永子[1]、小竹 優範[1]、原 拓央[1] (1. 厚生連高岡病院 外科)

[O46-5] 結腸直腸腫瘍手術における一時的回腸人工肛門閉鎖後の長期腎機能予後と慢性腎不全発症のリスク因子の検討

*太田 絵美[1]、小澤 真由美[1]、山本 俊也[1]、工藤 孝迪[1]、武井 将伍[1]、前橋 学[1]、皆川 結明[2]、船津屋 拓人[2]、大矢 浩貴[2]、田 鐘寛[2]、諏訪 宏和[3]、額田 卓[1]、沼田 正勝[1]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属 市民総合医療センター、2. 横浜市立大学附属病院　消化管外科学、3. 横須賀共済病院　外科)

一般演題(口演) | 外科

15:10 ~ 15:55 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 47　術後合併症・周術期管理 4

座長：竹下 浩明（国立病院機構長崎医療センター外科）

[O47-1] 高齢者の下部消化管穿孔に対する緊急手術の検討

*増田 太郎[1]、中川 和也[1]、飯山 慧[1]、多胡 行揮[1]、金 睿婉[1]、本田 祥子[1]、小崎 良平[1]、森 康一[1]、山岸 茂[1] (1. 藤沢市民病院外科)

[O47-2] 精神疾患合併大腸癌患者に対する外科治療の臨床的特徴と術後経過の検討

*勝又 佳織[1]、矢作 雅史[1]、似鳥 修弘[1] (1. 立川病院消化器外科)

[O47-3] 腹会陰式直腸切断術後の骨盤死腔炎におけるリスク因子の検討

*江尻 剛気[1,2]、岩佐 陽介[1,2]、小山 文一[1,2]、井上 隆[1]、高木 忠隆[1]、藤本 浩輔[1]、田村 昂[1]、吉川 千尋[1]、庄 雅之[1] (1. 奈良県立医科大学消化器・総合外科学教室、2. 奈良県立医科大学附属病院中央内視鏡部)

[O47-4] 当院におけるAPR後会陰ヘルニアに関する後方視的検討

*松村 卓樹[1]、國友 愛奈[1]、余語 孝乃介[1]、戸田 揺子[1]、齋藤 美和[1]、浅野 留水[1]、本村 理子[1]、大岩 立学[1]、白井 信太郎[1]、倉橋 岳宏[1]、福山 貴大[1]、安井 講平[1]、上田 翔[1]、篠原 健太郎[1]、大澤 高陽[1]、安藤 公隆[1]、金子 健一朗[1]、深見 保之[1] (1. 愛知医科大学消化器外科)

[O47-5] 大腸癌術後乳糜腹水に対する治療方針の検討

*堤 伸二[1]、坂本 義之[1]、濱本 周[1]、菊池 日菜子[1]、山﨑 慶介[1]、久保田 隼介[1]、赤坂 治枝[1]、柴田 滋[1] (1. 弘前総合医療センター消化器外科)

[O47-6] 手術アプローチからみる大腸癌術後乳び腹水の検討

*瀬良 知央[1]、福岡 達成[1]、西村 潤也[1]、西居 孝文[1]、江口 真平[1]、西 智史[1]、関 由季[2]、田嶋 哲三[1]、濱野 玄弥[1]、笠島 裕明[2]、村田 哲洋[1]、澁谷 雅常[2]、櫻井 克宣[1]、高台 真太郎[1]、久保 尚士[1]、前田 清[2]、清水 貞利[1] (1. 大阪市立総合医療センター消化器外科、2. 大阪公立大学大学院医学研究科消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科

15:55 ~ 16:50 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 48　術後合併症・周術期管理 5

座長：齊藤 修治（横浜新緑総合病院　消化器センター　外科）

[O48-1] 当院における大腸癌術前処置パスの変遷と術後感染性合併症の推移

*渡部 かをり[1]、佐藤 菜生[1]、重森 春花[1]、奥山 晃世[1]、山本 誠也[1]、中島 亮[1]、原田 真之資[1]、社本 智也[1]、志賀 一慶[1]、田中 達也[1]、松尾 洋一[1]、瀧口 修司[2] (1. 名古屋市立大学医学部附属東部医療センター消化器外科、2. 名古屋市立大学大学院医学研究科消化器外科学)

[O48-2] 当院における直腸癌術後排尿障害のリスク因子に関する検討

*筋野 博喜[1]、真崎 純一[1]、永山 可琳[1]、永松 竜[1]、久保山 侑[1]、有働 竜太郎[1]、田子 友哉[1]、笠原 健大[1]、刑部 弘哲[1]、桑原 寛[1]、岩崎 謙一[1]、小熊 潤也[1]、古賀 寛之[1]、金沢 景繁[1]、永川 裕一[1] (1. 東京医科大学消化器小児外科学分野)

[O48-3] 当科における大腸癌低侵襲手術の術後短期成績

*長嵜 寿矢[1]、牧野 七海[1]、川﨑 一生[1]、吉岡 佑一郎[1]、夏目 壮一郎[1]、大井 悠[1]、大野 吏輝[1] (1. 埼玉県立がんセンター消化器外科)

[O48-4] ISR後吻合部完全閉塞に対する内視鏡補助下内科外科合同手術による再開通の1例

*北條 真鈴[1]、田邊 太郎[1]、安藤 熙典[1]、若生 彩佳[1]、木村 熙伸[1]、德永 良太[1]、田邊 万葉[1]、保母 貴宏[1]、浦上 尚之[1]、横山 登[1] (1. 昭和医科大学江東豊洲病院)

[O48-5] taTME（経肛門的直腸間膜全切除）後の排便障害および肛門機能の評価

*寺村 紘一[1]、奥田 夢[1]、大川 裕貴[1]、関谷 翔[1]、櫛引 敏寛[1]、才川 大介[1]、海老原 裕磨[1]、鈴木 善法[1]、川原田 陽[1]、北城 秀司[1]、奥芝 俊一[1] (1. 斗南病院外科)

[O48-6] 直腸癌術後低位前方切除症候群（LARS）に伴う肛門周囲皮膚トラブルに関する検討

*仕垣 隆浩[1]、髙松 正行[1]、高木 健太[1]、久田 かほり[1]、執行 ひろな[1]、菊池 麻亜子[1]、藤吉 健司[1]、吉田 直裕[1]、大地 貴史[1]、吉田 武史[1]、主藤 朝也[1]、藤田 文彦[1] (1. 久留米大学外学講座消化管外科)

[O48-7] 機能性直腸肛門痛に対する大建中湯を基盤とした治療戦略 ―漢方医学的病態評価を取り入れた集学的アプローチ―

*吉川 徹[1] (1. 五稜郭ネフロクリニック 外科・肛門外科・漢方外科)

学会賞受賞記念講演

13:30 ~ 13:40 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

学会賞受賞記念講演

司会：山本 聖一郎（東海大学医学部消化器外科）

[AL] YAP-Syndecan-1軸の標的化による消化器癌におけるKRAS標的治療獲得耐性の克服

[1]竹田 充伸, [2]Haoqiang Ying, [3]Scott Kopetz, [4]Wantong Yao (1. 大阪大学大学院医学系研究科 消化器外科学, 2. テキサス大学MDアンダーソンがんセンター分子細胞腫瘍学部門, 3. テキサス大学MDアンダーソンがんセンター消化器腫瘍内科, 4. テキサス大学MDアンダーソンがんセンタートランスレーショナル分子病理学部門)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 外科

13:30 ~ 14:30 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

症例検討によるレクチャー３　側方リンパ節郭清 開腹、腹腔鏡、Robot

司会：伊藤 雅昭（国立がん研究センター東病院）、秋吉 高志（がん研有明病院大腸外科）

[CBL3-1] 症例から考える直腸癌側方リンパ節郭清　―ロボット支援手術による根治性と機能温存―

*賀川 弘康[1]、國本 真由[1]、中田 美佳[1]、本多 正樹[1]、岩井 美穂[1]、佐藤 幸平[1]、犬飼 瑞穂[1]、上野 啓輔[1]、鈴木 碧[1]、根本 亮[1]、林 祐美子[1]、内村 良平[1]、溝口 正子[1]、井垣 尊弘[1]、山本 雄大[1]、山内 慎一[1]、花岡 まりえ[1]、絹笠 祐介[1] (1. 東京科学大学消化管外科学分野)

[CBL3-2] 側方郭清をどう使いこなすか― 症例で学ぶ術式選択と今後の展望 ―

*金光 幸秀[1] (1. 国立がん研究センター中央病院)

[CBL3-3] 内腸骨血管本幹切離を要する高難度側方リンパ節郭清における尾骨筋をガイドにした経会陰的bottom-upアプローチの手術手技

*小倉 淳司[1]、村田 悠記[1]、佐藤 雄介[1]、梅田 晋一[1]、筒山 将之[1]、江畑 智希[1]、神田 光郎[1] (1. 名古屋大学医学部附属病院 消化器・腫瘍外科)

症例検討によるレクチャー | 肛門科

13:30 ~ 14:30 | 第6会場（1F 会議室103）

症例検討によるレクチャー４　排便機能に関する症例提示

司会：羽田 丈紀（おなかクリニック）、矢野 孝明（ヤノ肛門外科クリニック）

[CBL4-1] 排便に長時間を要し、肛門周囲の圧迫が必要であった高齢女性の一例

*岡本 亮[1]、松木 豪志[1]、一瀬 規子[1]、中島 隆善[1]、仲本 嘉彦[1]、柳 秀憲[1] (1. 医療法人信和会明和病院　外科、骨盤底(機能障害・臓器脱）センター)

[CBL4-2] 糞便塞栓に対する摘便処置において局所麻酔は有効か？

*矢野 孝明[1] (1. ヤノ肛門外科クリニック)

[CBL4-3] バイオフィードバック療法が奏効した排便困難、残便感を主訴とした骨盤底筋協調運動障害の1例

*高橋 知子[1] (1. 亀田総合病院　消化器外科)

症例検討によるレクチャー | 外科

15:45 ~ 16:45 | 第6会場（1F 会議室103）

症例検討によるレクチャー５　大腸手術ー困難症例への対処法（開腹、腹腔鏡、Robot）

司会：山本 聖一郎（東海大学医学部消化器外科）、竹政 伊知朗（社会医療法人大阪国際メディカル＆サイエンスセンター 大阪けいさつ病院）

[CBL5-1] 低侵襲直腸癌手術における困難症例への対応

*福長 洋介[1]、三城 弥範[1]、北川 祐資[1]、山本 匠[1] (1. 関西医科大学総合医療センター)

[CBL5-2] 骨盤内を占拠する局所進行直腸癌に対するTaTME/TpTMEアプローチ併用腹腔鏡下骨盤内臓全摘の工夫

*柳 舜仁[1]、今泉 佑太[1]、中嶋 俊介[1]、川元 良祐[1]、堺 将弘[1]、石川 佳孝[1]、畑 太悟[1]、伊藤 隆介[1]、後藤 圭佑[2]、衛藤 謙[2] (1. 川口市立医療センター消化器外科、2. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

[CBL5-3] ロボット手術を用いた直腸癌困難症例の実際

*野中 隆[1]、井上 悠介[1]、石井 光寿[1]、足立 利幸[1]、高村 祐磨[1]、山口 峻[1]、片山 宏己[1]、丸田 浩志[1]、小野 李香[1]、山﨑 翔斗[1]、江口 晋[2]、松本 桂太郎[3] (1. 長崎大学病院　外科学講座　大腸・肛門外科、2. 長崎大学病院　外科学講座　移植消化器外科学分野、3. 長崎大学病院　外科学講座　腫瘍外科学分野)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 内科

15:50 ~ 16:50 | 第9会場（1F 会議室101-A）

症例検討によるレクチャー６　irAE腸炎における診断と治療のコツ

司会：平田 賢郎（慶應義塾大学病院　腫瘍センター）、新﨑 信一郎（兵庫医科大学医学部消化器内科学講座）

[CBL6-1] 大腸癌免疫療法時代に求められる実践的マネジメント

*砂川 優[1] (1. 聖マリアンナ医科大学臨床腫瘍学講座)

[CBL6-2] 症例から考えるirAE腸炎診療の分岐点―疑う、調べる、治療につなぐ―

*長島 文夫[1] (1. 杏林大学医学部腫瘍内科)

[CBL6-3] 免疫チェックポイント阻害薬関連腸炎治療後に膠原線維性大腸炎を発症した一例

*梁井 俊一[1]、杉本 亮[2]、栁川 直樹[2]、松本 主之[1] (1. 岩手医科大学内科学講座消化器内科分野、2. 岩手医科大学病理診断学講座)

特別企画 | 内科・外科

8:30 ~ 9:30 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別企画４　大腸癌におけるAIの臨床応用はどこまですすむか？診断から治療まで（臓器横断、内科・外科クロストーク）

司会：山口 茂樹（東京女子医科大学消化管外科）

[SP4-1] 大腸癌手術における重要構造物認識支援の未来 ―神経認識AIと尿管口認識AIによるナビゲーション手術の新たな展開―

*近藤 彰宏[1]、馮 東萍[1]、竹谷 洋[1]、柳 舜仁[2]、今泉 佑太[2]、中嶋 俊介[2]、川元 良祐[2]、山本 健人[3]、鎌田 哲平[4]、衛藤 謙[4]、土肥 洋一郎[5]、水野 桂[6]、越智 良文[7]、佐久間 貴文[8]、遠山 健悟[9]、坂本 泰一[9]、大野 将[10]、隈元 謙介[11]、岡野 圭一[1] (1. 香川大学医学部 消化器外科学、2. 川口市立医療センター消化器外科、3. 京都大学消化管外科、4. 東京慈恵会医科大学外科学講座、5. 香川大学医学部泌尿器・副腎・腎移植外科、6. 京都大学泌尿器科、7. 倉敷成人病センター産科婦人科、8. 倉敷成人病センター泌尿器科、9. 株式会社ロッケン、10. 川口市立医療センター泌尿器科、11. 香川大学医学部ゲノム医科学・遺伝医学)

[SP4-2] 大腸癌AIの次なるステージ：治療意思決定への展開

*一政 克朗[1] (1. 昭和医科大学横浜市北部病院消化器センター)

[SP4-3] 大腸内視鏡領域におけるAI応用の展望（データ運用も含めて）

*田中 聖人[1] (1. 京都第二赤十字病院　消化器内科)

特別企画 | 外科

10:10 ~ 11:25 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

特別企画５　地域における大腸癌外科診療の持続可能性を考える

司会：佐村 博範（浦添総合病院）

[SP5-1] 地域における大腸癌外科診療の持続可能性を考える（山形県における現状と課題）

*須藤 剛[1]、平田 祥太郎[1]、望月 秀太郎[1]、佐藤 圭佑[1]、深瀬 正彦[1] (1. 山形県立中央病院外科)

[SP5-2] 沖縄県における大腸癌外科診療の現状と課題

*川上 雅代[1]、仕垣 幸太郎[1]、澤岻 安勝[1]、高江洲 亨[1]、萩池 昌信[1]、稲嶺 進[1] (1. おもと会大浜第一病院下部消化管外科)

[SP5-3] 地域における大腸癌外科診療の持続可能性 ― 北海道遠紋地区の現状から ―

*浅井 慶子[1]、瀧澤 朋紀[1]、安達 雄輝[1]、唐崎 秀則[1]、稲葉 聡[1]、横尾 英樹[2] (1. JA北海道厚生連遠軽厚生病院　外科、2. 旭川医科大学　外科学講座 消化器・移植外科学分野)

[SP5-4] 大腸外科の現況と課題　医師偏在と自治体の対策

*岩本 一亜[1]、板橋 道朗[1]、木戸 知紀[1]、武藤 靖英[1]、原 仁司[1] (1. 埼玉県済生会加須病院　外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 全診療科

13:40 ~ 14:40 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別企画６　大腸肛門領域における再生医療

司会：岡本 隆一（東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 消化器病態学分野）、金高 賢悟（長崎大学病院　再生医療・外科診療センター / 胃・食道外科）

[SP6-1] オルガノイド移植による大腸を基盤とした機能的腸管再生

*杉本 真也[1]、遠藤 龍眞[2,3]、加藤 宏周[2,4]、城崎 浩司[2,5]、和田 基[3]、金井 隆典[1]、佐藤 俊朗[2] (1. 慶應義塾大学医学部 内科学（消化器）、2. 慶應義塾大学医学部医化学、3. 東北大学大学院医学系研究科外科病態学講座小児外科学分野、4. 慶應義塾大学医学部外科学（一般・消化器）、5. 慶應義塾大学医学部外科学（小児））

[SP6-2] 炎症性腸疾患に対する再生医療の開発

*岡本 隆一[1] (1. 東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 消化器病態学分野)

[SP6-3] 肛門領域に対する幹細胞移植

*古川 聡美[1]、山名 哲郎[1]、丹野 侑杜[1]、新谷 裕美子[1]、井上 英美[1]、大城 泰平[1]、西尾 梨沙[1]、岡本 欣也[1] (1. JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター)

特別講演 | 全診療科

10:10 ~ 10:55 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別講演２

司会：江口 英利（大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学）

[SL-2] デジタル変革時代における外科系診療の未来

*北川 雄光[1] (1. 学校法人慶應義塾)

特別講演 | 外科

11:10 ~ 11:40 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別講演３

司会：猪股 雅史（大分大学医学部 消化器・小児外科学講座）

[SL-3] 腸疾患に対する内視鏡外科の黎明と将来展望

*渡邊 昌彦[1] (1. 西麻布メディカルクリニック)

特別講演 | 全診療科

14:45 ~ 15:30 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別講演４

司会：金高 賢悟（長崎大学病院　再生医療・外科診療センター / 胃・食道外科）

[SL-4] 日本近代西洋医学の誕生 ―ポンペとボードインそして彼らの弟子たち

*相川 忠臣[1] (1. 日本赤十字社長崎原爆病院)

理事長講演

12:50 ~ 13:20 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

理事長講演

司会：宮島 伸宜（松島病院大腸肛門病センター）

[CL] 日本大腸肛門病学会の未来への期待

*板橋 道朗[1] (1. 埼玉県済生会　加須病院)

閉会式

16:50 ~ 17:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

閉会式

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ASCRS Fellowship

2026年11月20日(金) 13:20 ~ 13:40 | 第5会場（1F 会議室102）

ASCRS Fellowship

Moderator: Ichiro Takemasa (Osaka International Medical and Science Center, Japan)

[ASCRS] Response to Neoadjuvant Therapy Predicts Metastatic Burden and Survival After Distant Metastasis in Locally Advanced Rectal Cancer

Despoina Kanata, MD[1], Sabrina Lin, MS[2], Francesca Roufael, MD[1], Christina Lee, MD[1], Emmanouil Pappou, MD, PhD[1], Georgios Karagkounis, MD[1], Li-Xuan Qin, PhD[2], Julio Garcia-Aguilar, MD, PhD[1] (1. Department of Colorectal Surgery, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, United States of America, 2. Department of Epidemiology and Biostatistics, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, United States of America)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ASCRS Fellowship

2026年11月20日(金) 13:20 ~ 13:40 | 第5会場（1F 会議室102）

ASCRS Fellowship

Moderator: Ichiro Takemasa (Osaka International Medical and Science Center, Japan)

[ASCRS] Response to Neoadjuvant Therapy Predicts Metastatic Burden and Survival After Distant Metastasis in Locally Advanced Rectal Cancer

Despoina Kanata, MD[1], Sabrina Lin, MS[2], Francesca Roufael, MD[1], Christina Lee, MD[1], Emmanouil Pappou, MD, PhD[1], Georgios Karagkounis, MD[1], Li-Xuan Qin, PhD[2], Julio Garcia-Aguilar, MD, PhD[1] (1. Department of Colorectal Surgery, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, United States of America, 2. Department of Epidemiology and Biostatistics, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, United States of America)

Background: Tumor response to neoadjuvant therapy is associated with the risk of distant metastasis and long-term survival in patients with locally advanced rectal cancer. These differences are thought to reflect intrinsic tumor biology. However, it remains unclear whether tumor response is also associated with survival after the development of distant metastasis.
Objective: To investigate overall survival after metastasis according to the grade of response of the primary tumor.
Design: Retrospective cohort study.
Settings: Single tertiary cancer center.
Patients: Patients with primary locally advanced rectal cancer treated with neoadjuvant therapy between 2007 and 2023 who developed distant metastasis after post-treatment restaging.
Main Outcomes Measures: Overall survival from a two-year landmark after restaging and from the date of distant metastasis.
Results: The study cohort included 389 patients (280 with incomplete response, 57 with tumor regrowth, and 52 with complete response). Metastatic burden differed significantly between groups, with oligometastatic disease observed in 65% of patients with complete response and 68% of patients with tumor regrowth, compared to 47% of patients with incomplete response (p=0.002). Median overall survival was 5.9 years in the complete response group, 4.1 years in the incomplete response group, and 3.7 years in the tumor regrowth group, with no statistically significant difference (p=0.2). Older age, high tumor grade and local recurrence development were associated with worse overall survival.
Limitations: This was a single-center retrospective study.
Conclusions: In patients with locally advanced rectal cancer who develop distant metastasis after neoadjuvant therapy, metastatic burden differs according to tumor response, but overall survival is not significantly different between response groups. Survival is primarily associated with age, tumor grade, and the development of local recurrence in addition to distant metastasis.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ESCP Fellowship

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:10 | 第5会場（1F 会議室102）

ESCP Fellowship

Moderator: Ichiro Takemasa (Osaka International Medical and Science Center, Japan)

[ESCP] Stage II and III Rectal Cancers Selected by Precision MRI Can Be Safely Managed with Upfront Total Mesorectal Excision Without Neoadjuvant Therapy

José Moreira Azevedo M.D. PhD(e) [1,2], Laura Fernandez PhD[1], Carlos Carvalho M.D.[1], Richard J. Heald[1], Amjad Parvaiz, M.D., F.R.C.S.[1,3] (1. Champalimaud Foundation, Champalimaud Clinical Center, Department of Surgical Oncology, Lisbon, Portugal, 2. Faculty of Medicine, University of Lisbon, Portugal, 3. University of Portsmouth, Portsmouth, United Kingdom)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ESCP Fellowship

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:10 | 第5会場（1F 会議室102）

ESCP Fellowship

Moderator: Ichiro Takemasa (Osaka International Medical and Science Center, Japan)

[ESCP] Stage II and III Rectal Cancers Selected by Precision MRI Can Be Safely Managed with Upfront Total Mesorectal Excision Without Neoadjuvant Therapy

José Moreira Azevedo M.D. PhD(e) [1,2], Laura Fernandez PhD[1], Carlos Carvalho M.D.[1], Richard J. Heald[1], Amjad Parvaiz, M.D., F.R.C.S.[1,3] (1. Champalimaud Foundation, Champalimaud Clinical Center, Department of Surgical Oncology, Lisbon, Portugal, 2. Faculty of Medicine, University of Lisbon, Portugal, 3. University of Portsmouth, Portsmouth, United Kingdom)

Introduction
Neoadjuvant chemoradiotherapy is widely accepted as standard treatment for locally advanced rectal cancer, reducing local recurrence but without clear survival benefit and with significant toxicity. Advances in high-resolution magnetic resonance imaging (MRI) allow more precise risk stratification, potentially identifying patients who may safely undergo upfront surgery without neoadjuvant treatment.

Methods
This was a retrospective analysis of a prospectively maintained database from a single tertiary center, including patients with clinical stage II/III rectal cancer (mrT3/T4 and/or mrN+) and clear mesorectal fascia (>1 mm), treated with upfront total mesorectal excision (TME) between 2013 and 2024. A propensity-score match (PSM) between patients that met inclusion criteria but received radiotherapy was performed, to compare outcomes with the upfront surgery group. Primary outcomes included local recurrence-free survival, distant metastasis-free survival, overall survival, and resection margin status.

Results
Among 322 patients, 141 underwent upfront surgery and 94 with stage II/III disease met inclusion criteria. R0 resection was achieved in 99% of cases. Local recurrence-free survival was 100% at 3 years and 97% at 5 years. Distant metastasis-free survival was 87% and 81% at 3 and 5 years, respectively. Overall survival reached 97% at 3 years and 95% at 5 years, with a median follow-up of 34.5 months. When PSM was performed, to compare patients that received radiotherapy and those that underwent upfront surgery, no signifcant diferences were observed. Patients in both groups had a local recurrence-free survival of 100% and 96% at 3 years and 5 years (p=0.182), respectively.

Conclusion
In selected patients with stage II/III rectal cancer and clear mesorectal fascia on high-resolution MRI, upfront TME achieves excellent oncological outcomes. These findings support a selective, MRI-based approach that may safely avoid neoadjuvant therapy in a defined subgroup of patients.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 全診療科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:35 | 第9会場（1F 会議室101-A）

International Session 1　Surgical Management of Severe Anorectal and Pelvic Infections

Moderator：Shota Takano（Coloproctology Center Takano Hospital, Japan）、Akihisa Matsuda（Department of Gastroenterological Surgery, Nippon Medical School, Japan）

[INTS1-1] Predisposing Factors and Clinical Outcomes of Patients with Fournier's Gangrene in a Government Tertiary Hospital

*Ernes John Talingdan Castro[1], Clint Charl Tan Malaluan[1], Andrei Cesar Sanares Abella[1] (1. Section of Colorectal Surgery, Batangas Medical Center, Philippines)

[INTS1-2] Successful Management of Extensive Perianal Necrotizing Fasciitis with Mediastinal Involvement Using Single Radical Debridement: A Case Report

*Haoyan Li[1], Chaoyun Chen[1], Shiwei Chen[1], Yang Li[1] (1. Colorectal Surgery, The Affiliated TCM Hospital of Guangzhou Medical University, China)

[INTS1-3] From the Perspective of Whole-course Surgical Management: Debridement Strategies and Integrated Functional and Cosmetic Reconstruction for Perianal Necrotizing Fasciitis

*Ziwen Wang[1], Shiwei Chen[2] (1. Department of Coloproctology, The Affiliated Guangzhou Hospital of TCM of Guangzhou University of Chinese Medicine, China, 2. Department of Coloproctology, The Affiliated Traditional Chinese Medicine Hospital of Guangzhou Medical University, China)

[INTS1-4] Retroperitoneal Necrotizing Fasciitis Extending to the Para-esophageal Space after Procedure for Prolapse and Hemorrhoids (PPH)

*Zhiyin Deng[1], Shiwei Chen[2] (1. Department of Proctology, The Affiliated Guangzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine of Guangzhou University of Chinese Medicine, China, 2. The Affiliated Traditional Chinese Medicine Hospital of Guangzhou Medical University, China)

[INTS1-5] A Case of Necrotizing Fasciitis Caused by Penetration of a Sigmoid Diverticulum Treated with Surgery and NPWT

*Haruka Kanai[1], Daisuke Inagaki[1], Kenichi Kamachi[1], Seigi Lee[1], Yoshihito Masuoka[1], Mie Tanabe[1] (1. Department of Surgery, Tokyo Shinagawa Hospital, Japan)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 全診療科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:35 | 第9会場（1F 会議室101-A）
International Session 1　Surgical Management of Severe Anorectal and Pelvic Infections
Moderator：Shota Takano（Coloproctology Center Takano Hospital, Japan）、Akihisa Matsuda（Department of Gastroenterological Surgery, Nippon Medical School, Japan）

[INTS1-1] Predisposing Factors and Clinical Outcomes of Patients with Fournier's Gangrene in a Government Tertiary Hospital

*Ernes John Talingdan Castro[1], Clint Charl Tan Malaluan[1], Andrei Cesar Sanares Abella[1] (1. Section of Colorectal Surgery, Batangas Medical Center, Philippines)

Purpose:
This study aimed to describe the clinico-demographic profile and clinical outcomes of patients diagnosed with Fournier's Gangrene (FG) at a government tertiary hospital. The study also evaluated the prognostic factors related with survival of patients with FG.

Methods:
This is a retrospective chart review that analyzed all FG cases from 2018 up to 2024. Data collected included medical history, comorbidities, vital signs, laboratory parameters at admission. Antibiotic use was also obtained. Number of debridement, need for bowel/urinary diversion were noted. Fournier Gangrene Severity Index (FGSI) Scores were also computed. The data were analyzed in relation between survivors and non-survivors. Descriptive statistics, Mann-Whitney U test, chi- square test, Wilcoxon signed rank test were used to compare survivors and non-survivors, whichever was applicable.

Results:
A total of 61 patients were included for analysis. Majority of the patients were male (95.08%). Mean age was 54 years old. Mean Body Mass Index was 22.28, which was in the normal range. Diabetes mellitus was the most common comorbidity seen in these patients (62.3%). There was varied use of antibiotics, with a combination of Piperacillin-tazobactam and Vancomycin as the most common choice. Majority of patients (67.2%) underwent just one debridement, while the rest needed at least two debridement, with four as the most number done. Over-all mortality rate was 18.03%. When comparing survivors vs non-survivors, age and sex did not differ between the two groups. There were statistically significant differences between the two groups in Hematocrit (p=0.002), Creatinine (p=0.039), Bicarbonate (p=0.026), number of debridement (p=0.039) and FGSI scores (p=0.0003). There were no differences in White Blood Cell, Sodium, Potassium, need for bowel diversion, and hospital length of stay.

Conclusion:
Among patients with FG, low Hematocrit, high Creatinine, decreased Bicarbonate, and increased debridement were associated with higher mortality. FGSI scores were also higher in the non-survivor group.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 全診療科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:35 | 第9会場（1F 会議室101-A）

International Session 1　Surgical Management of Severe Anorectal and Pelvic Infections

Moderator：Shota Takano（Coloproctology Center Takano Hospital, Japan）、Akihisa Matsuda（Department of Gastroenterological Surgery, Nippon Medical School, Japan）

[INTS1-2] Successful Management of Extensive Perianal Necrotizing Fasciitis with Mediastinal Involvement Using Single Radical Debridement: A Case Report

*Haoyan Li[1], Chaoyun Chen[1], Shiwei Chen[1], Yang Li[1] (1. Colorectal Surgery, The Affiliated TCM Hospital of Guangzhou Medical University, China)

Necrotizing fasciitis (NF) is a rare but rapidly progressing soft-tissue infection with high mortality if not promptly treated. We present a 34-year-old man who developed severe NF following radical drainage of a perianal abscess combined with hemorrhoid ligation. The infection extended from the perineum to the abdominal wall, gluteal region, and mediastinum. Cultures confirmed a type I polymicrobial infection with Escherichia coli, Enterococcus raffinosus, and Candida albicans. Urgent radical debridement, broad-spectrum antimicrobial therapy, intensive organ support, and nutritional care resulted in full recovery without repeat surgery. This case emphasizes the importance of early diagnosis, decisive surgical intervention, and multidisciplinary management in extensive NF.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 全診療科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:35 | 第9会場（1F 会議室101-A）

International Session 1　Surgical Management of Severe Anorectal and Pelvic Infections

Moderator：Shota Takano（Coloproctology Center Takano Hospital, Japan）、Akihisa Matsuda（Department of Gastroenterological Surgery, Nippon Medical School, Japan）

[INTS1-3] From the Perspective of Whole-course Surgical Management: Debridement Strategies and Integrated Functional and Cosmetic Reconstruction for Perianal Necrotizing Fasciitis

*Ziwen Wang[1], Shiwei Chen[2] (1. Department of Coloproctology, The Affiliated Guangzhou Hospital of TCM of Guangzhou University of Chinese Medicine, China, 2. Department of Coloproctology, The Affiliated Traditional Chinese Medicine Hospital of Guangzhou Medical University, China)

Perianal necrotizing fasciitis (PNF) is a fulminant soft tissue infection with high mortality. Traditional surgical management prioritizes life-saving radical debridement but neglects functional preservation, staged reconstruction and long-term rehabilitation. This abstract presents our center’s whole-course surgical protocol for PNF, focusing on standardized debridement and integrated functional-cosmetic reconstruction.During the acute debridement phase, we used continuous large incisions plus early vacuum sealing drainage (VSD) instead of conventional limited incisions with seton drainage. This fully exposes fascial planes, thoroughly removes necrotic tissue, and maximally preserves viable skin bridges, anal sphincters and neurovascular structures. Individualized approaches (perineal, retroperitoneal or combined) were chosen via CT imaging, with selective proximal fecal diversion for rectal perforation cases.In the reconstruction phase, staged repair began once the wound bed was infection-free, tailored to defect characteristics. Free skin grafts treated large superficial defects; local flaps (pudendal-thigh, gluteal sulcus) preserved perianal/perineal elasticity and sensation; myocutaneous flaps (gracilis, anterolateral thigh) repaired deep defects. For anal sphincter injuries, primary repair or gracilis transposition restored continence.This protocol significantly reduced secondary debridement rates and shortened wound healing, achieving satisfactory anal continence and acceptable perineal appearance. This whole-course model integrating standardized debridement and early functional-cosmetic reconstruction delivers superior long-term outcomes, balancing life-saving goals with quality of life preservation for PNF patients.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 全診療科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:35 | 第9会場（1F 会議室101-A）

International Session 1　Surgical Management of Severe Anorectal and Pelvic Infections

Moderator：Shota Takano（Coloproctology Center Takano Hospital, Japan）、Akihisa Matsuda（Department of Gastroenterological Surgery, Nippon Medical School, Japan）

[INTS1-4] Retroperitoneal Necrotizing Fasciitis Extending to the Para-esophageal Space after Procedure for Prolapse and Hemorrhoids (PPH)

*Zhiyin Deng[1], Shiwei Chen[2] (1. Department of Proctology, The Affiliated Guangzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine of Guangzhou University of Chinese Medicine, China, 2. The Affiliated Traditional Chinese Medicine Hospital of Guangzhou Medical University, China)

Background
Necrotizing fasciitis (NF) after procedure for prolapse and hemorrhoids (PPH) is rare but may progress rapidly with high morbidity and mortality. Retroperitoneal extension to the mediastinum after anorectal surgery is exceptional.
Case Presentation
A 35-year-old man with mixed hemorrhoids and anemia underwent PPH. On postoperative day (POD) 4, he developed fever, progressing to septic shock by POD 9, accompanied by exacerbated perianal pain, increased purulent discharge, and lower abdominal pain. His medicial history included a 2025 myocardial infarction (balloon angioplasty), coronary artery disease, hypertension, and hyperlipidemia. Antiplatelet therapy was discontinued one week before PPH.
Admission laboratory tests revealed marked systemic inflammation, anemia, and hypoalbuminemia: WBC 21.60×10^{9}/L, Hb 74g/L, albumin 29.1g/L, PCT 1.40ng/mL, IL-6 163.8pg/mL, and CRP182.9 mg/L. Chest-abdominal CT showed extensive gas in perirectal and abdominopelvic retroperitoneal spaces, extending to the para-esophageal region.
Emergency surgery within 6 hours included laparoscopic transverse colostomy, rectal fistula repair, extensive debridement, and drainage. Postoperatively, the patient received intensive care, mechanical ventilation, and broad-spectrum antibiotics. Purulent fluid culture grew E. coli susceptible to imipenem, ertapenem, cefoperazone/sulbactam, and tigecycline. After repeated wound care and multidisciplinary treatment, infection resolved and the patient recovered.
Discussion and Conclusion
Persistent fever and progressive pain after PPH may signal deep pelvic infection with retroperitoneal spread. When symptoms are disproportionate to the expected course, early CT enables prompt diagnosis. Timely fecal diversion, extensive debridement, adequate drainage, targeted antibiotics, and multidisciplinary intensive care are crucial for favorable outcomes. This case underscores the catastrophic progression of an anorectal anastomotic leak and highlights the importance of early recognition and aggressive surgery.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 全診療科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:35 | 第9会場（1F 会議室101-A）

International Session 1　Surgical Management of Severe Anorectal and Pelvic Infections

Moderator：Shota Takano（Coloproctology Center Takano Hospital, Japan）、Akihisa Matsuda（Department of Gastroenterological Surgery, Nippon Medical School, Japan）

[INTS1-5] A Case of Necrotizing Fasciitis Caused by Penetration of a Sigmoid Diverticulum Treated with Surgery and NPWT

*Haruka Kanai[1], Daisuke Inagaki[1], Kenichi Kamachi[1], Seigi Lee[1], Yoshihito Masuoka[1], Mie Tanabe[1] (1. Department of Surgery, Tokyo Shinagawa Hospital, Japan)

Abstract: A 64-year-old woman presented with a one-month history of abdominal pain was transferred to our hospital for further evaluation and treatment. She had previously received broad-spectrum antibiotics for two days at a local hospital, but her symptoms worsened and inflammatory markers increased. On arrival at our hospital, the patient exhibited hypotension and hypoxemia. Physical examination revealed tenderness, muscular guarding, and slight erythema extending from the lower abdomen to the left flank. Computed tomography demonstrated penetration of sigmoid diverticulum, extensive soft tissue emphysema and fat stranding throughout the subcutaneous tissue in the left lower abdominal quadrant. On the day of admission, emergency subcutaneous irrigation, debridement, and drainage were performed under general anesthesia for necrotizing fasciitis to control the rapidly progressing infection. Continuous irrigation was subsequently administered through drains. On hospital day 23, sigmoidectomy and double-barrel ileostomy were performed. Oral intake was resumed on hospital day 32, and the postoperative course was uneventful. Daily wound irrigation was continued, followed by initiation of negative pressure wound therapy (NPWT) on hospital day 67. The patient recovered favorably and was discharged on hospital day 87. Stoma closure is planned at a later date.
Discussion: Necrotizing fasciitis is a rapidly progressive soft tissue infection with a high mortality rate. Early diagnosis and prompt surgical intervention are essential for survival. We report a rare case of necrotizing fasciitis caused by penetration of a sigmoid diverticulum. Rapid debridement was performed, followed by staged partial colectomy, and the patient was successfully treated with wound irrigation and negative pressure wound therapy (NPWT). This case is discussed in the context of the relevant literature.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 外科・肛門科

2026年11月20日(金) 13:40 ~ 14:30 | 第9会場（1F 会議室101-A）

International Session 2　Surgical management of colorectal cancers

Moderator：Shota Takano（Coloproctology Center Takano Hospital, Japan）、Fumihiko Fujita（Department of Surgery, Kurume University School of Medicine, Japan）

[INTS2-1] Advances in Surgical Management of Rectal Cancer: Fascia-Guided Robotic Upfront Mesorectal Excision

*Masakatsu Numata[1,2], Keisuke Kazama[2], Yosuke Atsumi[1,2], Shota Izukawa[1,2], Suguru Nukada[1,2], Hiroki Ohya[2], Kanechika Den[2], Emi Ota[1,2], Mayumi Ozawa[1,2], Tsutomu Sato[1,2], Takaki Yoshikawa[2] (1. Department of Surgery, Gastroenterological Surgery, Yokohama City University Medical Center, Japan 2. Department of Gastrointestinal Surgery, Yokohama City University, Japan)

[INTS2-2] New Developments in Minimally Invasive Surgery for Colon Cancer: Outcomes and Future Challenges of Intracorporeal Anastomosis

*Hiroyoshi Iwata[1], Chikayoshi Tani[1], Shinnosuke Sato[1], Masahide Otani[1], Mizuho Ohara[1], Tatsuya Shonaka[1], Kimiharu Hasegawa[1], Hideki Yokoo[1] (1. Division of Gastroenterological and Transplant Surgery, Department of Surgery, Asahikawa Medical University, Japan)

[INTS2-3] Oncologic Outcomes of the Watch-and-Wait Strategy for Locally Advanced Rectal Cancer: Experience from a Tertiary Care University Hospital in Thailand

*Khamin Kunkrachang[1], Aitsariya Mongkhonsupphawan[1], Woramin Riansuwan[1] (1. Colorectal surgery Unit , Division of General Surgery ,Department of Surgery, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand)

[INTS2-4] Determinants of Low Anterior Resection Syndrome: Impact of Surgical Technique and Chemotherapy in Rectal Cancer — A Single-Center Study

*Alan Jasqui Bucay[1], María Dolores Hernández Gomez[1], Andrés Herrera Pineda[1], Ulises Pérez Escobedo[1], Agustín Güemes Quinto[1], Luis Enrique Bolaños Badillo[1], Eduardo Alvarado Tamez[1], Gisela Giovanna Oropeza Rodríguez[1], Jeziel Karina Ordoñez Juárez[1], Juan Antonio Villanueva Herrero[1], Billy Jiménez Bobadilla[1] (1. Hospital General de México, México)

[INTS2-6] The Impact of Low Anterior Resection Syndrome on Quality of Life After Hartmann Reversal

*Shiki Fujno[1,2], Osanna Wong[2], Naoki Yoneda[1], Ayumi Nagae[1], Genta Sawada[1], Shunji Morita[1], Thang Chien Nguyen[2], William Teoh[2], Hanumant Chouhan[2], Thomas Suhardja[2] (1. Department of surgery, Itami City Hospital, Japan, 2. Department of Colorectal Surgery, Dandenong Hospital, Monash Health)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 外科・肛門科
2026年11月20日(金) 13:40 ~ 14:30 | 第9会場（1F 会議室101-A）
International Session 2　Surgical management of colorectal cancers
Moderator：Shota Takano（Coloproctology Center Takano Hospital, Japan）、Fumihiko Fujita（Department of Surgery, Kurume University School of Medicine, Japan）

[INTS2-1] Advances in Surgical Management of Rectal Cancer: Fascia-Guided Robotic Upfront Mesorectal Excision

*Masakatsu Numata[1,2], Keisuke Kazama[2], Yosuke Atsumi[1,2], Shota Izukawa[1,2], Suguru Nukada[1,2], Hiroki Ohya[2], Kanechika Den[2], Emi Ota[1,2], Mayumi Ozawa[1,2], Tsutomu Sato[1,2], Takaki Yoshikawa[2] (1. Department of Surgery, Gastroenterological Surgery, Yokohama City University Medical Center, Japan 2. Department of Gastrointestinal Surgery, Yokohama City University, Japan)

Background
Rectal cancer treatment has evolved toward improved local control through two major strategies: surgery and preoperative therapy. Although total TME is the surgical cornerstone, its quality was inadequate in about 40% of cases in the 2000s. Advances in fascial anatomy and robotic technology have enabled precise fascia-based TME even in the deep pelvis. However, most recent evidence is based on preoperative therapy, and outcomes of high-quality TME alone remain unclear. Favorable results of upfront surgery, particularly in Europe, suggest a shift toward risk-adapted treatment strategies.
Objective
To evaluate the oncologic outcomes of fascia-guided ME performed as robotic upfront surgery.
Patients and Methods
We included 125 consecutive patients with pathologically confirmed T3 rectal cancer who underwent robot-assisted surgery at two institutions between June 2017 and August 2023, excluding those with preoperative therapy or stage IV disease. Indications for preoperative therapy were: unresectable cT4b, lateral MRF involvement, anterior T4b requiring downsizing for urinary preservation, lateral lymph node metastasis, and clinical trial enrollment. All procedures involved experienced surgeons. Based on tumor location and T stage, the dissection plane was selected using Denonvilliers' fascia and pre-hypogastric nerve fascia as landmarks, and fascia-guided ME was performed.
Results
Median age was 70 years, and 68.8% were male; 41.6% had lower rectal tumors. Operative time was 270 minutes and blood loss 5 g. Lateral lymph node dissection was performed in 8.8%, adjacent organ resection in 5.6%, and conversion in 0.8%. Major complications occurred in 5.6%, with anastomotic leakage in 1.6%. R0 resection was achieved in 98.4%. The 3-year local recurrence rate was 2.0% (1.8% in pStage II, 2.4% in pStage III), and overall survival 93.9% with 43 months follow-up period.
Conclusions
Fascia-guided robotic upfront TME provides favorable oncologic outcomes in pT3 rectal cancer. Further evidence, including quality of life may advance rectal cancer management.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 外科・肛門科

2026年11月20日(金) 13:40 ~ 14:30 | 第9会場（1F 会議室101-A）

International Session 2　Surgical management of colorectal cancers

Moderator：Shota Takano（Coloproctology Center Takano Hospital, Japan）、Fumihiko Fujita（Department of Surgery, Kurume University School of Medicine, Japan）

[INTS2-2] New Developments in Minimally Invasive Surgery for Colon Cancer: Outcomes and Future Challenges of Intracorporeal Anastomosis

*Hiroyoshi Iwata[1], Chikayoshi Tani[1], Shinnosuke Sato[1], Masahide Otani[1], Mizuho Ohara[1], Tatsuya Shonaka[1], Kimiharu Hasegawa[1], Hideki Yokoo[1] (1. Division of Gastroenterological and Transplant Surgery, Department of Surgery, Asahikawa Medical University, Japan)

Background: Intracorporeal anastomosis in laparoscopic colectomy has become increasingly adopted because it may reduce bowel mobilization, traction-related injury, incision length, postoperative pain, and promote earlier recovery of bowel function and oral intake. However, concerns remain regarding bacteriological and oncological safety, including intra-abdominal contamination due to intestinal spillage during anastomosis and possible peritoneal dissemination of tumor cells.
Objective: This study aimed to evaluate the initial safety and short-term outcomes of intracorporeal anastomosis for colon cancer surgery.
Methods: We retrospectively reviewed 34 patients who underwent colectomy with intracorporeal anastomosis for colon cancer at our institution. Patient characteristics, tumor factors, anastomotic procedures, operative outcomes, postoperative short-term outcomes, and recurrence were analyzed.
Results: The median age was 75 years, and the male-to-female ratio was 20:14. Tumors were located in the right colon in 23 patients and in the left colon in 11 patients, with pathological stages 0/I/II/III/IV in 2/8/13/8/4 patients, respectively. Functional end-to-end, delta-shaped, and overlap anastomoses were performed in 6/10/7 right-sided and 0/2/9 left-sided cases, respectively. The median operative time was 281 minutes, median blood loss was 0 mL, and median time to oral intake and postoperative hospital stay were 3 and 14 days, respectively. Although intraoperative intestinal spillage occurred in three patients, no intra-abdominal abscess or Clavien–Dindo grade III or higher complications were observed. Peritoneal recurrence occurred in one patient with pStage II disease.
Conclusion: Intracorporeal anastomosis may represent a new option in minimally invasive surgery for colon cancer. However, for its safe and widespread implementation, standardization of the surgical technique and further evaluation of long-term oncological outcomes are essential.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 外科・肛門科

2026年11月20日(金) 13:40 ~ 14:30 | 第9会場（1F 会議室101-A）

International Session 2　Surgical management of colorectal cancers

Moderator：Shota Takano（Coloproctology Center Takano Hospital, Japan）、Fumihiko Fujita（Department of Surgery, Kurume University School of Medicine, Japan）

[INTS2-3] Oncologic Outcomes of the Watch-and-Wait Strategy for Locally Advanced Rectal Cancer: Experience from a Tertiary Care University Hospital in Thailand

*Khamin Kunkrachang[1], Aitsariya Mongkhonsupphawan[1], Woramin Riansuwan[1] (1. Colorectal surgery Unit , Division of General Surgery ,Department of Surgery, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand)

Background: Neoadjuvant therapy for locally advanced rectal cancer can yield a clinical complete response (cCR), enabling a "watch-and-wait" (W&W) strategy that avoids surgery to preserve organ function and quality of life. However, most W&W outcomes are reported from Western countries, with limited data from Asia, particularly Thailand. We conducted this study to evaluate the oncologic outcomes of the W&W approach in Thai patients.

Methods: This retrospective study analyzed patients with rectal cancer managed via a W&W strategy at the Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Thailand, between 2011 and 2025. We evaluated the oncologic outcomes of the W&W strategy, including local regrowth, distant metastasis, and salvage surgery rates.

Results: Between 2011 and 2025, 67 rectal cancer patients who received neoadjuvant treatment and achieved a final cCR underwent the W&W protocol. Among them, 48 (71.6%) achieved early cCR, while 19 (28.4%) with a near-cCR eventually achieved late cCR. Over a median follow-up of 16.1 months (IQR: 7.4–34.0), local regrowth occurred in 9 patients (13.4%). Distant metastasis occurred in 6 patients (8.9%), 5 of whom presented with isolated lung metastases. Most local regrowth cases underwent successful salvage surgery with no mortality; however, nearly two-thirds required a permanent ostomy.

Conclusion: The W&W strategy is feasible for rectal cancer patients achieving cCR after neoadjuvant treatment, yielding acceptable oncologic outcomes. Most cases of local regrowth are amenable to successful salvage surgery. Nevertheless, a longer follow-up period and a larger cohort are necessary to further validate these findings and reduce potential bias.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 外科・肛門科
2026年11月20日(金) 13:40 ~ 14:30 | 第9会場（1F 会議室101-A）
International Session 2　Surgical management of colorectal cancers
Moderator：Shota Takano（Coloproctology Center Takano Hospital, Japan）、Fumihiko Fujita（Department of Surgery, Kurume University School of Medicine, Japan）

[INTS2-4] Determinants of Low Anterior Resection Syndrome: Impact of Surgical Technique and Chemotherapy in Rectal Cancer — A Single-Center Study

*Alan Jasqui Bucay[1], María Dolores Hernández Gomez[1], Andrés Herrera Pineda[1], Ulises Pérez Escobedo[1], Agustín Güemes Quinto[1], Luis Enrique Bolaños Badillo[1], Eduardo Alvarado Tamez[1], Gisela Giovanna Oropeza Rodríguez[1], Jeziel Karina Ordoñez Juárez[1], Juan Antonio Villanueva Herrero[1], Billy Jiménez Bobadilla[1] (1. Hospital General de México, México)

Introduction:
Low anterior resection syndrome (LARS) is a common complication following rectal cancer surgery, characterized by urgency, increased stool frequency, and fecal incontinence, with a significant impact on quality of life. Its pathophysiology is multifactorial and may be influenced by both surgical technique and oncologic treatment strategies.

Methods:
A retrospective cohort study was conducted including patients with histopathological diagnosis of rectal cancer who underwent low anterior resection (LAR), ultra-low anterior resection (uLAR), or abdominoperineal resection (APR) at a tertiary referral center between January 2024 and December 2025. Patients <18 years or without at least 12 months of follow-up were excluded. Demographic, clinical, and treatment variables—including neoadjuvant, adjuvant, or combined chemotherapy—were analyzed. Associations with LARS were assessed using Fisher's exact test.

Results:
A total of 98 patients were included (mean age 56.1 years; 44.9% female). Seven patients (7.14%) developed LARS. No statistically significant association was observed between chemotherapy exposure—neoadjuvant, adjuvant, or combined—and the development of LARS ($p > 0.05$). The incidence of LARS was similar between patients with and without neoadjuvant therapy (7.8% vs. 8.3%; $p = 1.000$).

In contrast, LARS occurred more frequently in patients undergoing uLAR compared to LAR (11.4% vs. 4.5%), although this difference did not reach statistical significance ($p = 0.43$).

Conclusions:
Chemotherapy exposure was not associated with the development of LARS in this cohort. A higher incidence observed following uLAR suggests that surgical technique and extent of pelvic dissection may play a more relevant role in postoperative bowel dysfunction. These findings, although limited by the low number of events, are consistent with known pathophysiological mechanisms and warrant further investigation in larger studies.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 外科・肛門科
2026年11月20日(金) 13:40 ~ 14:30 | 第9会場（1F 会議室101-A）
International Session 2　Surgical management of colorectal cancers
Moderator：Shota Takano（Coloproctology Center Takano Hospital, Japan）、Fumihiko Fujita（Department of Surgery, Kurume University School of Medicine, Japan）

[INTS2-6] The Impact of Low Anterior Resection Syndrome on Quality of Life After Hartmann Reversal

*Shiki Fujno[1,2], Osanna Wong[2], Naoki Yoneda[1], Ayumi Nagae[1], Genta Sawada[1], Shunji Morita[1], Thang Chien Nguyen[2], William Teoh[2], Hanumant Chouhan[2], Thomas Suhardja[2] (1. Department of surgery, Itami City Hospital, Japan, 2. Department of Colorectal Surgery, Dandenong Hospital, Monash Health)

Background: Restoration of intestinal continuity after Hartmann’s procedure (HP) is expected to improve postoperative quality of life (QoL). However, bowel dysfunction resembling low anterior resection syndrome (LARS) may occur after Hartmann reversal (HR), and its clinical impact has not been fully clarified. We evaluated postoperative QoL after HP and HR, with additional assessment of patients who developed LARS following reversal.

Methods: Patients who underwent HP or HR at a tertiary referral center were retrospectively reviewed. Approximately 1 year after surgery, QoL was assessed using the Colorectal Surgery Quality of Life Questionnaire-35 and the LARS score. Domains analyzed included physical and emotional wellbeing, work productivity, self-image, sexual function, and stoma-related burden. Comparisons between groups were performed using nonparametric and categorical statistical analyses.

Results: A total of 91 patients were included (HP, n=50; HR, n=41). Patients undergoing HR showed significantly higher scores for physical wellbeing and work productivity compared with those living with a permanent stoma. These associations remained significant after adjustment for age and sex. Major LARS was observed in 17% of HR patients. Patients with LARS demonstrated markedly impaired physical wellbeing and worse sexual function than those without LARS. In addition, all patients with LARS indicated that they would accept or prefer a stoma if given the choice.

Conclusions: HR was associated with favorable postoperative QoL overall; however, postoperative bowel dysfunction substantially affected outcomes in a subset of patients. Preoperative counseling regarding the potential risk of LARS and individualized decision-making are essential when considering reversal surgery.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 内科・外科

2026年11月20日(金) 14:35 ~ 15:25 | 第9会場（1F 会議室101-A）

International Session 3　Rare situations and challenging surgeries

Moderator：Masataka Ikeda（Division of Lower Gi, Department Gastroenterological Surgery, Hyogo Medical University, Japan）、Takayuki Matsumoto（Digision of Gastroenterology, Department of Medicine, Iwate Medical University, Japan）

[INTS3-1] Laparoscopic Colectomy for Traumatic Colon Injury: A Case Series of Minimally Invasive Management

*Hyunseok Jang[1], Younggoun Jo[1], Yunchul Park[1], Euisung Jeong[1], Jungchul Kim[1], Dowan Kim[2] (1. Division of Trauma, Department of Surgery, Chonnam National University Medical School and Hospital, Republic of Korea, 2. Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery, Chonnam National University Hospital, Chonnam National University Medical School)

[INTS3-2] Post-Immunotherapy Bowel Obstruction in MSI-H Colorectal Cancer: A Case Report and Scoping Review of Predictive Factors

*Kevin Fenghua Zhang[1], Kabbyto Chen[1], Amanda Hii[1], Samwel Makanyengo[1], Richard Simpson[1] (1. Colorectal Unit, Gosford Hospital, Australia)

[INTS3-3] Clinicopathological Factors Associated with Lymph Node Metastasis and Surgical Implications in Rectal Neuroendocrine Tumors

*Takashi Okumura[1], Kenji Baba[1], Shizuka Yoshidome[1], Taiki Nakashima[1], Naohiro Koyoshi[2], Hidehito Maeda[2], Fumisato Sasaki[2], Ohtsuka Takao[1] (1. Department of Digestive Surgery, Kagoshima University, Japan 2. Department of Digestive and Lifestyle Diseases, Kagoshima University, Japan)

[INTS3-5] Clinical outcomes of surgery for multiple synchronous colorectal cancers

*Genta Sawada[1], Naoki Yoneda[1], Ayumi Nagae[1], Shiki Fujino[1], Taito Kimura[1], Yuri Tanisawa[1], Jeongho Moon[1], Hiroki Fukunaga[1], Osakuni Morimoto[1], Shunji Morita[1] (1. Department of Surgery, Itami City Hospital, Japan)

[INTS3-6] Burkitt lymphoma presenting as intestinal obstruction in a patient with long-standing indolent squamous cell carcinoma: a case report on a diagnostic pitfall in surgical oncology

*Jaram Lee[1], Joo Yeon Koo[2], Soo Young Lee[1], Hyeung-min Park[1], Chang Hyun Kim[1], Hyeong Rok Kim[1] (1. Department of surgery, Chonnam national university hwasun hosipital, Republic of Korea, 2. Department of pathology, Chonnam national university hwasun hosipital, Republic of Korea)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 内科・外科

2026年11月20日(金) 14:35 ~ 15:25 | 第9会場（1F 会議室101-A）

International Session 3　Rare situations and challenging surgeries

Moderator：Masataka Ikeda（Division of Lower Gi, Department Gastroenterological Surgery, Hyogo Medical University, Japan）、Takayuki Matsumoto（Digision of Gastroenterology, Department of Medicine, Iwate Medical University, Japan）

[INTS3-1] Laparoscopic Colectomy for Traumatic Colon Injury: A Case Series of Minimally Invasive Management

*Hyunseok Jang[1], Younggoun Jo[1], Yunchul Park[1], Euisung Jeong[1], Jungchul Kim[1], Dowan Kim[2] (1. Division of Trauma, Department of Surgery, Chonnam National University Medical School and Hospital, Republic of Korea, 2. Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery, Chonnam National University Hospital, Chonnam National University Medical School)

Background: The therapeutic role of laparoscopy in trauma is continuously expanding. While typically reserved for strictly stable patients, we present a case series of four patients with right-sided colonic or mesocolic injuries and borderline hemodynamics, demonstrating the feasibility and safety of minimally invasive management.

Case Presentation: The series includes four patients with varying mechanisms of injury who exhibited signs of potential instability, such as persistent tachycardia and decreasing hemoglobin levels. Three patients successfully underwent a laparoscopic right hemicolectomy: one with a stab wound resulting in right colon perforation, one with blunt trauma leading to diffuse right colon ischemia, and one presenting with active bleeding. The fourth patient sustained a stab wound with active contrast extravasation from a right mesocolic vessel injury, which was effectively managed with laparoscopic exploration and hemostasis. When extensive contamination or active bleeding was encountered, strategic adjuncts such as a mini-laparotomy or utilizing the stab wound as a functional port were employed. This facilitated massive irrigation and secure hemostasis while preserving minimal invasiveness.

Clinical Outcomes: All procedures were completed successfully without the need for conversion to a formal laparotomy. Effective hemostasis and complete contamination control were achieved in all cases. The patients benefited from reduced wound sizes and expedited postoperative recovery despite their initial borderline hemodynamic status.

Conclusion: Laparoscopic right hemicolectomy and mesocolic vessel repair are safe and definitive management strategies for selected right-sided colon trauma. Employing adjuncts like mini-laparotomy enables adequate irrigation and safe surgery, proving that minimally invasive approaches remain highly effective even in patients with borderline hemodynamics, active bleeding, or peritonitis.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 内科・外科

2026年11月20日(金) 14:35 ~ 15:25 | 第9会場（1F 会議室101-A）

International Session 3　Rare situations and challenging surgeries

Moderator：Masataka Ikeda（Division of Lower Gi, Department Gastroenterological Surgery, Hyogo Medical University, Japan）、Takayuki Matsumoto（Digision of Gastroenterology, Department of Medicine, Iwate Medical University, Japan）

[INTS3-2] Post-Immunotherapy Bowel Obstruction in MSI-H Colorectal Cancer: A Case Report and Scoping Review of Predictive Factors

*Kevin Fenghua Zhang[1], Kabbyto Chen[1], Amanda Hii[1], Samwel Makanyengo[1], Richard Simpson[1] (1. Colorectal Unit, Gosford Hospital, Australia)

Immune checkpoint inhibitors (ICIs) are increasingly used in the management of microsatellite instability-high (MSI-H) or mismatch repair-deficient colorectal cancer with high response rates. Rarely, bowel obstruction may occur despite effective tumour response, complicating clinical decision-making and mimicking disease progression. We report a case study and scoping review of the literature to identify patient and tumour factors associated with post-immunotherapy obstruction.

A literature search was performed in MEDLINE and SCOPUS to identify studies that reported bowel obstruction as a primary or secondary outcome in patients treated with immune checkpoint inhibitors for colorectal cancers. Two reviewers screened the articles for eligibility. Given the nature of the studies, a narrative synthesis was undertaken.

A total of 63 articles were screened, of which 14 reviews met the inclusion criteria and reported bowel obstruction as a primary or secondary outcome. Patient factors such as age and sex, and histopathological features, were not consistently associated with obstruction risk. Tumour-specific factors, including high tumour grade, metastatic disease and significant luminal compromise, were more frequently associated with obstruction. Management was predominantly surgical, most commonly segmental resection. Conservative approaches were less frequently successful. The reported case involved a 66-year-old man with MSI-H descending colon adenocarcinoma who developed acute large bowel obstruction two weeks after completing pembrolizumab therapy, requiring emergency Hartmann’s procedure. Histopathology demonstrated complete pathological response with treatment-related changes only.

Immune checkpoint mediators have been reported to paradoxically precipitate or cause bowel obstructions. Recognition of tumour-related risk factors may allow earlier identification and proactive management. Awareness of this phenomenon is essential to avoid misinterpretation as disease progression and to guide timely surgical intervention.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 内科・外科
2026年11月20日(金) 14:35 ~ 15:25 | 第9会場（1F 会議室101-A）
International Session 3　Rare situations and challenging surgeries
Moderator：Masataka Ikeda（Division of Lower Gi, Department Gastroenterological Surgery, Hyogo Medical University, Japan）、Takayuki Matsumoto（Digision of Gastroenterology, Department of Medicine, Iwate Medical University, Japan）

[INTS3-3] Clinicopathological Factors Associated with Lymph Node Metastasis and Surgical Implications in Rectal Neuroendocrine Tumors

*Takashi Okumura[1], Kenji Baba[1], Shizuka Yoshidome[1], Taiki Nakashima[1], Naohiro Koyoshi[2], Hidehito Maeda[2], Fumisato Sasaki[2], Ohtsuka Takao[1] (1. Department of Digestive Surgery, Kagoshima University, Japan 2. Department of Digestive and Lifestyle Diseases, Kagoshima University, Japan)

Background:

Rectal neuroendocrine tumors (NETs) generally have a favorable prognosis; however, lymph node metastasis can occur even in small tumors, making treatment decisions difficult. The clinical practice guidelines for gastroenteropancreatic neuroendocrine neoplasms (NENs) were revised from the 2019 to the 2023 edition, emphasizing risk stratification based on tumor size and depth of invasion to guide the selection between endoscopic treatment and surgical resection. However, the indications for additional surgical resection after endoscopic treatment remain controversial.

Methods:

We retrospectively analyzed 15 patients who underwent rectal resection with lymph node dissection for rectal NETs at our institution between 2014 and 2026. The association between clinicopathological factors and lymph node metastasis was evaluated.

Results:

The cohort included 15 patients (9 males, 6 females) with a median age of 58 years (range, 37–78). Tumor location was Ra in 1 case and Rb in 14 cases. Three patients underwent additional surgery after endoscopic resection. Histologically, there were 9 G1, 5 G2, and 1 NEC cases. Lymph node metastasis was observed in 9 patients.

No lymph node metastasis was observed in tumors <10 mm, whereas tumors ≥10 mm showed a significantly higher rate of metastasis ($p = 0.044$). All tumors with invasion beyond the muscularis propria (≥T2) had lymph node metastasis and were significantly associated with metastasis compared with T1 tumors. In contrast, tumor grade, lymphatic invasion, and venous invasion were not significantly associated with lymph node metastasis.

Conclusions:

Tumor size and depth of invasion were significantly associated with lymph node metastasis in rectal NETs. Lymphovascular invasion alone may be insufficient to determine the indication for additional surgery.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 内科・外科

2026年11月20日(金) 14:35 ~ 15:25 | 第9会場（1F 会議室101-A）

International Session 3　Rare situations and challenging surgeries

Moderator：Masataka Ikeda（Division of Lower Gi, Department Gastroenterological Surgery, Hyogo Medical University, Japan）、Takayuki Matsumoto（Digision of Gastroenterology, Department of Medicine, Iwate Medical University, Japan）

[INTS3-5] Clinical outcomes of surgery for multiple synchronous colorectal cancers

*Genta Sawada[1], Naoki Yoneda[1], Ayumi Nagae[1], Shiki Fujino[1], Taito Kimura[1], Yuri Tanisawa[1], Jeongho Moon[1], Hiroki Fukunaga[1], Osakuni Morimoto[1], Shunji Morita[1] (1. Department of Surgery, Itami City Hospital, Japan)

Introduction

The incidence of synchronous multiple colorectal cancer is reported to account for 2–7% of all colorectal cancers. Although previous studies have suggested morbidity rates in surgical resection for multiple lesions were comparative to those for solidary lesions, evidence remains limited. We retrospectively evaluated the surgical outcomes of synchronous right- and left-sided colorectal cancer at our institution.

Patients and Methods

Among 1,263 patients who underwent primary tumor resection between January 2014 and December 2025, 16 patients (1.2%) with synchronous right- and left-sided colorectal cancers who underwent simultaneous resection were included. Short-term postoperative outcomes were retrospectively analyzed.

Results

The median age was 73 years (range, 49–87), and 13 patients were male. Tumor locations included right-sided colon + descending colon (n=1), sigmoid colon (n=5), rectosigmoid (n=3), Ra (n=2), and Rb (n=5). Preoperative colonic stenting was performed in 1 patient, neoadjuvant therapy for rectal lesions in 2 patients, and Stage IV disease was present in 3 patients. Early-stage lesions were included in 9 patients.

Surgical approaches were open in 3 patients, laparoscopic in 9, and robotic in 4. The median operative time was 489 min, median blood loss was 100 mL, and median postoperative hospital stay was 15 days. Postoperative complications occurred in 8 patients (50%), including ileus in 3, urinary dysfunction in 2, and Grade III anastomotic leakage in 3. Five of these patients underwent combined right-sided colectomy and LAR/APR, including cases with preoperative treatment, colonic stenting, or lateral lymph node dissection.

Conclusion

Postoperative complications were more common in patients with synchronous right-sided colon cancer and rectal cancer (Ra/Rb). In cases including early-stage lesions, a staged surgical approach may be a reasonable option.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 内科・外科

2026年11月20日(金) 14:35 ~ 15:25 | 第9会場（1F 会議室101-A）

International Session 3　Rare situations and challenging surgeries

Moderator：Masataka Ikeda（Division of Lower Gi, Department Gastroenterological Surgery, Hyogo Medical University, Japan）、Takayuki Matsumoto（Digision of Gastroenterology, Department of Medicine, Iwate Medical University, Japan）

[INTS3-6] Burkitt lymphoma presenting as intestinal obstruction in a patient with long-standing indolent squamous cell carcinoma: a case report on a diagnostic pitfall in surgical oncology

*Jaram Lee[1], Joo Yeon Koo[2], Soo Young Lee[1], Hyeung-min Park[1], Chang Hyun Kim[1], Hyeong Rok Kim[1] (1. Department of surgery, Chonnam national university hwasun hosipital, Republic of Korea, 2. Department of pathology, Chonnam national university hwasun hosipital, Republic of Korea)

Background
New lesions in patients with long-standing malignancies are often attributed to disease progression. However, this assumption may obscure the diagnosis of a newly emerging, biologically distinct cancer. We report a case illustrating a diagnostic pitfall in surgical oncology, in which an aggressive lymphoma presented unexpectedly in a patient with a prolonged history of indolent squamous cell carcinoma.
Case presentation
A 53-year-old man with a nearly 20-year history of multifocal, well-differentiated cutaneous and anogenital squamous cell carcinoma presented with acute abdominal pain. Contrast-enhanced abdominopelvic computed tomography demonstrated ileocecal intussusception with fluid-filled dilatation of the small bowel loops, consistent with partial intestinal obstruction. Enlarged lymph nodes were noted in the right inguinal and external iliac chains; no paraaortic or aortocaval lymphadenopathy, hepatosplenomegaly, or ascites was identified. Given the progressive obstructive symptoms, emergency surgery was performed. Ileocecectomy revealed a subepithelial mass in the terminal ileum serving as the lead point of intussusception. Histopathologic examination demonstrated Burkitt lymphoma, characterized by CD20, CD10, and BCL6 positivity, high c-Myc expression, and a Ki-67 proliferation index of approximately 90%. Simultaneous right inguinal lymph node dissection revealed metastatic squamous cell carcinoma.
Conclusions
This case highlights an important diagnostic pitfall in surgical oncology: new clinical events and imaging abnormalities in patients with long-standing indolent malignancies should not be automatically attributed to progression of the known disease. Integrated interpretation of preoperative imaging, surgical findings, and histopathology is essential for identifying unexpected, biologically distinct malignancies and ensuring appropriate multidisciplinary management.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Symposium | 全診療科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第5会場（1F 会議室102）

International Symposium　State-of-the-Art Management of IBD: Integrating Medical and Surgical Strategies in Clinical Practice

Moderator: Katsuyoshi Matsuoka (Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Inernal Medicine, Toho University Sakura Medical Center, Japan), Keisuke Hata (Toyoshima Endoscopy Clinic, Japan. Faculty of Medicine, The University of Tokyo, Japan)

[IS-1] Evolution of Treatment Strategies in IBD: Past, Present, and Future

*Stefan Wolfgang Schreiber (1. Department Medicine I, University Hospital Schleswig-Holstein, Kiel University, Germany)

[IS-2] Current Medical Management of IBD in the Era of Advanced Therapies

*Shu-Chen Wei (1. Department of Internal Medicine, National Taiwan University Hospital, Taiwan)

[IS-3] Management of Crohn's Perianal Fistula: Indications, Timing, and Outcomes

*Yong Sik Yun (1. University of Ulsan College of Medicine & Asan Medical Center, Korea)

[IS-4] Challenges and Future Perspectives of Surgery for Ulcerative Colitis

*Koji Okabayashi[1,2], Kohei Shigeta[2], Kenichi Okada[1], Kazuo Koyanagi[1], Seiichiro Yamamoto[1] (1. Department of Gastrointestinal Surgery, Tokai University School of Medicine, Japan, 2. Department of Surgery, Keio University School of Medicine, Japan)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Symposium | 全診療科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第5会場（1F 会議室102）

International Symposium　State-of-the-Art Management of IBD: Integrating Medical and Surgical Strategies in Clinical Practice

Moderator: Katsuyoshi Matsuoka (Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Inernal Medicine, Toho University Sakura Medical Center, Japan), Keisuke Hata (Toyoshima Endoscopy Clinic, Japan. Faculty of Medicine, The University of Tokyo, Japan)

[IS-1] Evolution of Treatment Strategies in IBD: Past, Present, and Future

*Stefan Wolfgang Schreiber (1. Department Medicine I, University Hospital Schleswig-Holstein, Kiel University, Germany)

IBD therapy has evolved from broad immunosuppression to an expanding repertoire of targeted drug classes. Corticosteroids, azathioprine and anti-TNF antibodies established the first effective therapeutic era: steroids induced remission, thiopurines maintained disease control in selected patients, and anti-TNF therapy changed the natural history of Crohn’s disease and ulcerative colitis by reducing inflammation, complications and the need for surgery.
The current era is defined by pathway-selective intervention. α4β7-integrin blockade provides gut-selective anti-trafficking therapy. IL-12/23 and, more specifically, IL-23 p19 inhibition have become central cytokine-directed strategies, with ongoing refinement of anti-IL-23 positioning, sequencing and use in early disease. Oral targeted therapies have added speed and flexibility: JAK inhibitors act broadly and rapidly on cytokine signalling, whereas S1P receptor modulators reduce lymphocyte egress.
The next wave will add new mechanisms rather than only more agents within existing classes. TL1A blockade may target inflammation and fibrosis-relevant pathways. Obefazimod, an oral small-molecule upregulator of miR-124, introduces an RNA-modulating therapeutic principle. Further approaches include barrier-protective therapies, epithelial protective receptor pathways, immunometabolic interventions such as the tryptophan–NAD axis, cellular therapies, organoid-based repair and rational biologic combinations, including heterofunctional antibodies.
Precision medicine should guide these choices: who receives which therapy, who needs early switching, and who should receive combination therapy. The future strategy is mechanism-based selection, early reassessment and rational escalation before irreversible damage occurs.
The current era is defined by pathway-selective intervention. α4β7-integrin blockade provides gut-selective anti-trafficking therapy. IL-12/23 and, more specifically, IL-23 p19 inhibition have become central cytokine-directed strategies, with ongoing refinement of anti-IL-23 positioning, sequencing and use in early disease. Oral targeted therapies have added speed and flexibility: JAK inhibitors act broadly and rapidly on cytokine signalling, whereas S1P receptor modulators reduce lymphocyte egress.
The next wave will add new mechanisms rather than only more agents within existing classes. TL1A blockade may target inflammation and fibrosis-relevant pathways. Obefazimod, an oral small-molecule upregulator of miR-124, introduces an RNA-modulating therapeutic principle. Further approaches include barrier-protective therapies, epithelial protective receptor pathways, immunometabolic interventions such as the tryptophan–NAD axis, cellular therapies, organoid-based repair and rational biologic combinations, including heterofunctional antibodies.
Precision medicine should guide these choices: who receives which therapy, who needs early switching, and who should receive combination therapy. The future strategy is mechanism-based selection, early reassessment and rational escalation before irreversible damage occurs.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Symposium | 全診療科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第5会場（1F 会議室102）

International Symposium　State-of-the-Art Management of IBD: Integrating Medical and Surgical Strategies in Clinical Practice

Moderator: Katsuyoshi Matsuoka (Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Inernal Medicine, Toho University Sakura Medical Center, Japan), Keisuke Hata (Toyoshima Endoscopy Clinic, Japan. Faculty of Medicine, The University of Tokyo, Japan)

[IS-2] Current Medical Management of IBD in the Era of Advanced Therapies

*Shu-Chen Wei (1. Department of Internal Medicine, National Taiwan University Hospital, Taiwan)

The therapeutic landscape for inflammatory bowel disease (IBD) has transformed dramatically, expanding from three conventional drug classes to over 15 targeted pathways within a single generation. Network meta-analyses and head-to-head trials now guide agent selection with greater precision: upadacitinib and IL-23p19 inhibitors lead for endoscopic remission in UC, while risankizumab anchors maintenance therapy in CD. Current AGA/ACG guidelines consistently prioritize early advanced therapy over step-up approaches, with treatment decisions further refined by the IOIBD disease velocity framework — distinguishing rapid progressors who require immediate top-down biologics from indolent cases suitable for conservative management. Monitoring follows the STRIDE-II treat-to-target ladder, progressing from early clinical and biomarker response toward histologic and transmural healing as the ultimate goal.

The impact of advanced therapies on surgical outcomes has been substantial. UC colectomy rates have fallen approximately 55% in the biologic era (from 35–45% to 15–20% at 10 years), and CD resection rates have declined roughly 35% (from 70–80% to 40–50%). Yet surgery has not been eliminated — its indications have shifted. Multi-biologic failure now accounts for ~60% of UC colectomies, while fibrostenotic strictures and penetrating sepsis increasingly drive CD resections.

Three high-stakes clinical scenarios demand particular attention. Acute severe UC (ASUC) requires structured inpatient protocols: IV corticosteroids, Day 3 failure prediction, and timely rescue with infliximab or tofacitinib — with colectomy decision not delayed beyond 7 days. Perianal CD management relies on a combined medical-surgical strategy: abscess drainage and seton placement before advanced immunosuppression, infliximab-based induction with therapeutic drug monitoring, and emerging regenerative options such as darvadstrocel for refractory fistulas. For dysplasia and colorectal cancer surveillance, high-definition chromoendoscopy with risk-stratified colonoscopy intervals beginning 8 years after disease onset remains mandatory; tight mucosal inflammation control is the most effective cancer risk modifier.

Across all these domains, multidisciplinary team (MDT) co-management — integrating gastroenterology, colorectal surgery, and allied specialists — remains indispensable. Even in the era of advanced biologics, optimal IBD care demands coordinated decision-making that no single specialty can deliver alone.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Symposium | 全診療科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第5会場（1F 会議室102）

International Symposium　State-of-the-Art Management of IBD: Integrating Medical and Surgical Strategies in Clinical Practice

Moderator: Katsuyoshi Matsuoka (Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Inernal Medicine, Toho University Sakura Medical Center, Japan), Keisuke Hata (Toyoshima Endoscopy Clinic, Japan. Faculty of Medicine, The University of Tokyo, Japan)

[IS-3] Management of Crohn's Perianal Fistula: Indications, Timing, and Outcomes

*Yong Sik Yun (1. University of Ulsan College of Medicine & Asan Medical Center, Korea)

Crohn's perianal fistula (CPF) remains one of the most challenging manifestations of Crohn's disease, significantly impairing quality of life and frequently requiring multidisciplinary management. Despite substantial advances in biologic therapies, surgical intervention continues to play a pivotal role in achieving durable fistula healing and controlling sepsis.

The management of CPF should be individualized according to fistula anatomy, disease activity, and the presence of rectal inflammation. Initial treatment focuses on adequate drainage and sepsis control, most commonly through seton placement. While long-term fistula closure rates with seton drainage alone remain limited, it provides an essential bridge to subsequent definitive treatment and optimization of medical therapy.

Advances in biologic agents, particularly anti-TNF therapy, have improved outcomes when combined with appropriate surgical management. However, a considerable proportion of patients continue to experience persistent or recurrent disease. Therefore, sphincter-preserving strategies have gained increasing attention. In selected patients with simple fistulas and controlled luminal disease, fistulotomy may achieve excellent long-term healing rates. For complex fistulas, regenerative approaches such as mesenchymal stem cell therapy have demonstrated promising efficacy and safety. At our institution, long-term fistula closure rates following stem cell therapy exceeded 80% in carefully selected patients. More recently, polynucleotide (PDRN) injection therapy has been utilized as an adjunctive treatment, showing accelerated healing and improved closure rates compared with conventional management.

Based on contemporary evidence and our institutional experience, successful CPF management requires appropriate patient selection, optimal timing of surgical intervention, meticulous control of perianal sepsis, and close integration with medical therapy. Future treatment strategies are expected to incorporate regenerative medicine and personalized multidisciplinary approaches to further improve long-term outcomes and quality of life in patients with Crohn's disease.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Symposium | 全診療科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第5会場（1F 会議室102）

International Symposium　State-of-the-Art Management of IBD: Integrating Medical and Surgical Strategies in Clinical Practice

Moderator: Katsuyoshi Matsuoka (Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Inernal Medicine, Toho University Sakura Medical Center, Japan), Keisuke Hata (Toyoshima Endoscopy Clinic, Japan. Faculty of Medicine, The University of Tokyo, Japan)

[IS-4] Challenges and Future Perspectives of Surgery for Ulcerative Colitis

*Koji Okabayashi[1,2], Kohei Shigeta[2], Kenichi Okada[1], Kazuo Koyanagi[1], Seiichiro Yamamoto[1] (1. Department of Gastrointestinal Surgery, Tokai University School of Medicine, Japan, 2. Department of Surgery, Keio University School of Medicine, Japan)

Restorative proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis (RPC-IPAA) is the standard surgical treatment for refractory ulcerative colitis (UC). While minimally invasive surgery (MIS) improved outcomes, challenges remain regarding abdominal wall trauma and stoma management. Previously, we evaluated various MIS approaches, including laparoscopy, hand-assisted laparoscopic surgery (HALS), and reduced port surgery with transanal total mesorectal excision (RPS+taTME), showing that tailored selection minimizes complications. Recently, we developed a unique technique: fully intracorporeal J-pouch construction with a "ghost ileostomy." The specimen is extracted transanally, and the pouch is formed completely intracorporeally to minimize additional incisions. To ensure length and perfusion, we utilize transanal transillumination of the mesentery and indocyanine green (ICG) fluorescence angiography for selective vascular division. The ghost ileostomy serves as an effective safety net, allowing us to safely omit a routine defunctioning stoma. However, achieving the standardization of this highly demanding intracorporeal approach remains the ultimate challenge, as its reproducibility currently depends on expert skills. As a future perspective, integrating robot-assisted surgery may overcome these ergonomic limitations, as its multi-joint articulation and stable instrumentation can facilitate deep pelvic dissection and intracorporeal suturing. Overcoming these technical barriers to standardize this sophisticated procedure is essential for its widespread adoption. In conclusion, this presentation discusses future perspectives in UC surgery, focusing on pathways toward standardizing next-generation intracorporeal innovations.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Invited Lecture | 外科

2026年11月20日(金) 10:35 ~ 11:05 | 第8会場（1F 会議室108）

Invited Lecture 1

Moderator: Seiichiro Yamamoto (Department of gastroenterological surgery, Tokai University, Japan)

[IL-1] Intracorporeal anastomosis in robotic colorectal surgery

*Mina Ming-yin Shen[1] (1. China Medical University Hsinchu Hospital, Taiwan)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Invited Lecture | 外科

2026年11月20日(金) 10:35 ~ 11:05 | 第8会場（1F 会議室108）

Invited Lecture 1

Moderator: Seiichiro Yamamoto (Department of gastroenterological surgery, Tokai University, Japan)

[IL-1] Intracorporeal anastomosis in robotic colorectal surgery

*Mina Ming-yin Shen[1] (1. China Medical University Hsinchu Hospital, Taiwan)



Intracorporeal anastomosis (ICA) is increasingly used in robotic colorectal surgery. Compared with extracorporeal anastomosis, ICA reduces bowel mobilization and mesenteric traction, enables flexible specimen extraction, and may decrease incision length, postoperative pain, and wound-related complications. It also allows better bowel orientation and facilitates a tension-free anastomosis. The robotic platform supports these procedures through three-dimensional visualization, wristed instruments, and precise suturing.
In right colectomy, an antiperistaltic side-to-side ileocolic anastomosis is created using a linear stapler, followed by direct closure of the common enterotomy with a single stapler firing. In left colectomy, ICA reduces the need for extensive bowel mobilization and our end-to-end technique uses a linear stapler to construct the posterior wall and a hand-sewn Connell suture for the anterior wall. After total mesorectal excision (TME), colorectal anastomosis may be performed using either the double-stapling or single-stapling technique. For single-stapling anastomosis, accurate purse-string suturing, secure anvil fixation, and reinforcement of the anastomosis are essential.
Regardless of the resection site, successful ICA requires adequate perfusion, correct bowel orientation, absence of tension, complete circumferential closure, and confirmation of luminal patency. With appropriate patient selection and standardized techniques, ICA expands reconstructive options and maximizes the benefits of robotic colorectal surgery.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Invited Lecture | 内科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:20 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

Invited Lecture 2

Moderator: Akira Sugita (Yokohama Municipal Citizen’s Hospital, Japan)

[IL-2] Latest Advances and Future Directions in IBD: Precision Medicine

*Stefan Wolfgang Schreiber (1. Department Medicine I, University Hospital Schleswig-Holstein, Kiel University, Germany)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Invited Lecture | 内科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:20 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

Invited Lecture 2

Moderator: Akira Sugita (Yokohama Municipal Citizen’s Hospital, Japan)

[IL-2] Latest Advances and Future Directions in IBD: Precision Medicine

*Stefan Wolfgang Schreiber (1. Department Medicine I, University Hospital Schleswig-Holstein, Kiel University, Germany)



Inflammatory bowel disease (IBD) care is moving from symptom-driven escalation toward early, trajectory-guided disease control. Recent work on treatment-response trajectories shows that the first weeks after starting an advanced therapy already contain critical information: rapid and sustained improvement identifies patients likely to achieve long-term comprehensive disease control, whereas slow response trajectories mark patients not achieving disease control and other deep endpoints and therefore being at higher risk of relapse, residual inflammation and damage.

This changes the therapeutic concept. Instead of waiting for late treatment failure, early clinical, biochemical, endoscopic and molecular signals should be integrated to decide whether to continue, optimise, combine or switch therapy. Comprehensive disease control becomes the relevant target: patient-reported remission, biomarker normalisation, endoscopic and histological healing, steroid-free stability that leads to favorable long-term outcomes and hence preserved function and avoidance of hospitalisation, surgery and damage.

Early use of biologics is part of this shift. In Crohn’s disease and ulcerative colitis, earlier deployment of effective advanced therapies results in higher numbers of favorable response trajectories and may therefore the disease process before chronic tissue injury and therapeutic refractoriness develop. The GUIDE-IBD study has successfully tested whether molecular-medicine care, integrating omics data and expert algorithmic interpretation, can improve week-52 comprehensive disease control compared with best standard care.

The future of precision medicine in IBD will combine baseline risk, response trajectories, pharmacodynamic molecular readouts and patient-centred digital monitoring into adaptive treatment algorithms. The goal is to recognise early whether the individual patient is on the right path long before it is done today.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

JSCP-KSCP Symposium

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:50 | 第5会場（1F 会議室102）

JSCP-KSCP Symposium 1　Which Procedure for Which Patient?

Moderator: Soon Sup Chung (Ewha Womans University, Korea), Toshiki Mimura (Jichi Medical University Hospital, Japan)

[JKS1-1] Stapled Hemorrhoidopexy：Korean Style

*Jihoi Koo[1] (1. Songdo General Surgery, Incheon, Korea)

[JKS1-2] Pocket Dissection as a Minimally Invasive Surgery for Hemorrhoids

*Katsuhisa Ohashi[1] (1. OHASHI Clinic, Japan)

[JKS1-3] How to Deal with Unusual Anal Disease

*Woo Jung Nam[1] (1. Seoul Songdo Hospital, Korea)

[JKS1-4] LARS Management: From Physiologic Assessment to Treatment

*Yuji Nishizawa[1] (1. Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center Hospital East, Japan)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

JSCP-KSCP Symposium

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:50 | 第5会場（1F 会議室102）

JSCP-KSCP Symposium 1　Which Procedure for Which Patient?

Moderator: Soon Sup Chung (Ewha Womans University, Korea), Toshiki Mimura (Jichi Medical University Hospital, Japan)

[JKS1-1] Stapled Hemorrhoidopexy ： Korean Style

*Jihoi Koo[1] (1. Songdo General Surgery, Incheon, Korea)

Stapled hemorrhoidopexy (SH) was first introduced as the Procedure for Prolapse and Hemorrhoids (PPH) by Dr. Long in 1998. Based on the concept of circular stapled hemorrhoidopexy, this technique utilizes a circular stapler for mechanical anopexy, which reduces hemorrhoidal volume by interrupting the rectal blood supply. The primary advantages of SH include minimized postoperative pain, reduced operative time, shorter hospital stays, technical ease of performance, and an accelerated return to normal daily activities. Conversely, its recognized disadvantages comprise a higher recurrence rate compared to conventional hemorrhoidectomy, limited efficacy regarding external hemorrhoids, and postoperative symptoms such as foreign body sensation and proctalgia. Following its introduction to South Korea in the early 2000s as a breakthrough surgical method, SH expanded from select large-scale hospitals to widespread proctological clinics after receiving national health insurance coverage around 2010. Through two subsequent consensus meetings, clear clinical indications for SH optimized for the Korean anthropometric profile—as distinct from Western populations—were successfully defined, and guidelines were established to prevent acute and chronic complications. Consequently, ongoing research continues to advance toward tissue-selective therapy (TST), partial stapled hemorrhoidectomy (PSH), and hybrid operations.
In conclusion, the risk of complications can be significantly mitigated through meticulous surgical technique and precise patient selection. To attain the best possible clinical outcomes, surgeons must be adequately and appropriately trained. Ultimately, SH surgery will continue to serve as a highly viable and sustainable treatment modality for hemorrhoids, contingent upon optimal patient selection combined with individualized surgical approaches.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

JSCP-KSCP Symposium

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:50 | 第5会場（1F 会議室102）

JSCP-KSCP Symposium 1　Which Procedure for Which Patient?

Moderator: Soon Sup Chung (Ewha Womans University, Korea), Toshiki Mimura (Jichi Medical University Hospital, Japan)

[JKS1-2] Pocket Dissection as a Minimally Invasive Surgery for Hemorrhoids

*Katsuhisa Ohashi[1] (1. OHASHI Clinic, Japan)

【Background】
Hemorrhoidectomy by ligation and excision (LE) provides excellent long-term control but is associated with postoperative pain and delayed bleeding. Since 2005, aluminum potassium sulfate and tannic acid (ALTA) therapy has been widely adopted as a minimally invasive treatment for internal hemorrhoids. However, recurrence and occasional severe complications remain concerns. To preserve curability while minimizing ALTA use, we perform Pocket Dissection (PD).
【Surgical Technique】
PD is based on three essential steps: division of the lateral connections, division of the ligament of Treitz, and wide posterior dissection under the hemorrhoid while preserving the internal hemorrhoidal mucosa. This permits en bloc ligation and excision without any incision of internal hemorrhoidal mucosa. ALTA is selectively injected only into residual internal hemorrhoids that cannot be adequately treated by PD.
【Results】
Following its introduction in 2019, PD significantly reduced both the frequency of combination therapy with ALTA and the amount of ALTA used, without increasing recurrence or major complications. We evaluated 319 consecutive patients treated over a recent two-year period. The ALTA combination rate was 22.3%. Three patients developed Clavien–Dindo grade III complications, all of which were anal fistulas requiring surgery. No patient required surgical hemostasis for postoperative bleeding. Postoperative pain peaked on postoperative day 1 (median NRS, 2) and improved steadily thereafter. Both the Fecal Incontinence Severity Index (FISI) and Constipation Scoring System (CSS) improved significantly after surgery.
【Conclusions】
Pocket Dissection reduced dependence on ALTA, with acceptable postoperative pain, few major complications, and no clinically significant postoperative bleeding requiring surgical intervention. Pocket Dissection may represent a practical minimally invasive surgical option for a broad spectrum of hemorrhoidal disease.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

JSCP-KSCP Symposium

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:50 | 第5会場（1F 会議室102）

JSCP-KSCP Symposium 1　Which Procedure for Which Patient?

Moderator: Soon Sup Chung (Ewha Womans University, Korea), Toshiki Mimura (Jichi Medical University Hospital, Japan)

[JKS1-3] How to Deal with Unusual Anal Disease

*Woo Jung Nam[1] (1. Seoul Songdo Hospital, Korea)

Background: Unusual perianal diseases are often mistaken for common benign conditions. This presentation reviews rare perianal diseases and highlights practical clues for earlier diagnosis.
Case Review: The cases included diffuse large B-cell lymphoma involving an anal fistula, fistula-associated squamous cell carcinoma, mucinous adenocarcinoma arising in a chronic fistula, and aggressive angiomyxoma of the anorectal and ischioanal region. Clinical findings were compared with operative, MR imaging, and histopathologic findings.
Key Findings: Several diagnostic pitfalls were identified. In the lymphoma case, the fistula tract was mainly composed of granulation tissue and inflammatory cells, and the tumor could have been missed without examination of multiple tissue sections. Immunohistochemistry confirmed diffuse large B-cell lymphoma. In squamous cell carcinoma, a persistent ulcer, mass, or non-healing fistula wound was an important warning sign. In mucinous adenocarcinoma, new pain, induration, or mucinous discharge from a long-standing fistula suggested malignant transformation; CK7(+) and CK20(-) staining supported primary anal gland origin in one case. Aggressive angiomyxoma presented as a slow-growing perineal mass and showed a myxoid tumor with desmin, estrogen receptor, and progesterone receptor positivity. MRI helped define the extent of disease, but tissue diagnosis remained essential.
Conclusion: Atypical, recurrent, rapidly enlarging, or treatment-resistant anal lesions should not be assumed to be benign. Early biopsy, adequate tissue sampling, deeper or repeated sections, and appropriate immunohistochemical studies are critical. Management should be disease-specific and multidisciplinary: chemotherapy with or without radiotherapy for lymphoma, chemoradiotherapy for anal squamous cell carcinoma, radical surgery for fistula-associated mucinous adenocarcinoma, and wide excision with long-term surveillance for aggressive angiomyxoma.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

JSCP-KSCP Symposium

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:50 | 第5会場（1F 会議室102）

JSCP-KSCP Symposium 1　Which Procedure for Which Patient?

Moderator: Soon Sup Chung (Ewha Womans University, Korea), Toshiki Mimura (Jichi Medical University Hospital, Japan)

[JKS1-4] LARS Management: From Physiologic Assessment to Treatment

*Yuji Nishizawa[1] (1. Department of Colorectal Surgery, National Cancer Center Hospital East, Japan)

With more sphincter-preserving surgery and improved rectal cancer survival, more patients worldwide live with low anterior resection syndrome (LARS). Access to assessment and treatment varies by healthcare system. We propose perioperative LARS management incorporating physiologic testing.

Preoperative counseling should explain LARS mechanisms and risk factors, including radiation, sex, and surgical procedure, with physiologic findings informing risk assessment. Information should also cover permanent stoma options, including abdominoperineal resection. Sphincter-preserving surgery may lead to LARS, whereas a permanent stoma may affect body image. Neither option provides better quality of life for all patients. Multidisciplinary shared decision-making should reflect patients' values and daily lives.

The Japanese Practice Guidelines for Fecal Incontinence provide a framework for assessing and treating incontinence associated with LARS. Serial LARS scores and a structured pathway can guide intervention. Initial management should be available at all institutions, with specialist referral when needed. Persistent symptoms or unclear mechanisms warrant consideration of anorectal manometry, rectal sensory testing, endoanal ultrasonography, or defecography.

Treatment includes dietary and medication adjustments, pelvic floor training and biofeedback, transanal irrigation, sacral neuromodulation, and, ultimately, stoma formation. Specialist collaboration is essential. Surgeons, functional specialists, nurses providing stoma and continence care, and rehabilitation staff should jointly select treatment based on symptoms, clinical and physiologic findings, and patient preferences, with continuing support through regional networks.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

JSCP-KSCP Symposium

2026年11月20日(金) 9:50 ~ 11:10 | 第5会場（1F 会議室102）

JSCP-KSCP Symposium 2　Precision & Extent: The Evolving Standard of Colon Cancer Surgery

Moderator: Gyu-Seog Choi (Kyungpook National University, Korea), Ichiro Takemasa (Osaka International Medical and Science Center, Japan)

[JKS2-1] T1 Colon Cancer Treatment Strategy after EMR or ESD

*Rumi Shin[1] (1. Department of Surgery, Seoul National University Boramae Medical Center / Seoul National University College of Medicine, Korea)

[JKS2-2] Which is the optimal approach for advanced transverse colon cancer, transverse colectomy or extended right hemicolectomy? -JCOG2304-

Tomonori Akagi[1], Takumi Hasegawa[1], Masafumi Inomata[1] (1. Department of Gastroenterological and Pediatric Surgery, Oita University Faculty of Medicine, Japan)

[JKS2-3] Minimally Invasive Surgery for T4 Colon Cancer: Is It Safe?

*Byung Soh Min[1] (1. Yonsei University College of Medicine, Korea)

[JKS2-4] Robot-Assisted Colon Cancer Surgery Using Various Types of Robotic Surgical Systems

*Yasumitsu Hirano[1] (1. Department of Gastroenterological Surgery, Saitama Medical University International Medical Center, Hidaka, Saitama, Japan)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

JSCP-KSCP Symposium

2026年11月20日(金) 9:50 ~ 11:10 | 第5会場（1F 会議室102）

JSCP-KSCP Symposium 2　Precision & Extent: The Evolving Standard of Colon Cancer Surgery

Moderator: Gyu-Seog Choi (Kyungpook National University, Korea), Ichiro Takemasa (Osaka International Medical and Science Center, Japan)

[JKS2-1] T1 Colon Cancer Treatment Strategy after EMR or ESD

*Rumi Shin[1] (1. Department of Surgery, Seoul National University Boramae Medical Center / Seoul National University College of Medicine, Korea)

Endoscopic resection is first-line for lesions that look benign, so pT1 colon cancer is usually diagnosed only after the specimen reaches pathology. The surgeon must then decide on a specimen rather than a tumour: completion colectomy, or surveillance. About 11% of pT1 colorectal cancers harbour nodal metastasis, yet the Japanese criteria flag roughly 80% of patients for additional surgery - sensitivity 100%, specificity 19% - so four in five of those operations treat node-negative disease.

Risk stratification: mutually adjusted, only lymphovascular invasion (OR 3.16), tumour budding (2.83) and poor differentiation (2.14) remain independent predictors; submucosal depth does not (1.73, 95% CI 0.96-3.12). Depth is a gradient, not a switch: 1.3-2.6% when it is the only adverse finding, 11.0% beyond 2,000 micrometres, and surgery for depth alone did not reduce recurrence.

Indications, and their cost: Japanese, Korean and Western rules draw the line in different places, and Korea itself has two guidelines that disagree. Refined criteria based on budding, poorly differentiated clusters and lymphovascular invasion reduced false positives by 41-45% without missing nodal disease, and a Korean nomogram adds a factor no guideline counts - cancer in a residual adenoma (OR 0.58).

Oncologic safety and individualised decisions: where the Japanese criteria say no, nodal metastasis is 1.8%, recurrence 0.4% and five-year disease-free survival 99.6%. Nodal risk is only one side of the equation; age, comorbidity, a low rectum and the ability to commit to surveillance change what the operation costs - which is why this belongs in a multidisciplinary discussion, not a checklist.

I will propose one minimum pT1 pathology dataset for KSCP and JSCP, reported the same way in both countries.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

JSCP-KSCP Symposium

2026年11月20日(金) 9:50 ~ 11:10 | 第5会場（1F 会議室102）

JSCP-KSCP Symposium 2　Precision & Extent: The Evolving Standard of Colon Cancer Surgery

Moderator: Gyu-Seog Choi (Kyungpook National University, Korea), Ichiro Takemasa (Osaka International Medical and Science Center, Japan)

[JKS2-2] Which is the optimal approach for advanced transverse colon cancer, transverse colectomy or extended right hemicolectomy? -JCOG2304-

Tomonori Akagi[1], Takumi Hasegawa[1], Masafumi Inomata[1] (1. Department of Gastroenterological and Pediatric Surgery, Oita University Faculty of Medicine, Japan)

Based on previous reports, transverse colectomy for Stage II/III transverse colon cancer is expected to have the same long-term outcomes as extended right hemicolectomy and to reduce postoperative loss of bowel function. Although the short-term outcomes of both techniques are controversial, transverse colectomy has been reported to reduce postoperative loss of bowel function by preserving the organs. In general, small bowel-colon anastomosis is considered more advantageous than colo-colon anastomosis in terms of blood flow after reconstruction, and this has been one of the reasons for choosing extended right hemicolectomy. However, recent advances in surgical instruments and the introduction of ICG blood flow evaluation during anastomosis have enabled stable anastomosis even with colo-colon anastomosis. A survey conducted in October 2021 by the Colorectal Cancer Group on the selection of the surgical technique for this population from 47 centers showed that 58% of the patients underwent extended right hemicolectomy and 41% underwent transverse colectomy.

We designed the JCOG2304 trial to evaluate the efficacy of a transverse colectomy compared to an extended right hemicolectomy. The target population for this study is Stage II/III transverse colon cancer patients whose tumor responsible vessel is the middle colonic artery and who require D3 lymph node dissection. The primary endpoint is recurrence-free survival, and secondary endpoints include overall survival, Wexner score, LARS score, and quality of life assessment. A total of 498 patients are planned to be enrolled, with an enrollment period of 5 years, a follow-up period of 3 years after completion of enrollment, a 1-year analysis period, and a total study period of 9 years. The results of the questionnaire survey on transverse colon cancer in the JCOG Colorectal Cancer Group and an overview of new clinical trials will be reported.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

JSCP-KSCP Symposium

2026年11月20日(金) 9:50 ~ 11:10 | 第5会場（1F 会議室102）

JSCP-KSCP Symposium 2　Precision & Extent: The Evolving Standard of Colon Cancer Surgery

Moderator: Gyu-Seog Choi (Kyungpook National University, Korea), Ichiro Takemasa (Osaka International Medical and Science Center, Japan)

[JKS2-3] Minimally Invasive Surgery for T4 Colon Cancer: Is It Safe?

*Byung Soh Min[1] (1. Yonsei University College of Medicine, Korea)

Background: T4 colon cancer carries a high risk of recurrence, particularly peritoneal metastasis (PM). The oncological safety of minimally invasive surgery (MIS) remains controversial.

Methods and Results: Recurrence rates in T4 colon cancer are 32%, 34%, and 63% for N0, N1, and N2 disease, respectively. Several retrospective studies reported higher PM rates after laparoscopic surgery. A Japanese multicenter study of 2,380 patients with pT4a cancer found higher PM incidence after laparoscopic than open surgery (13.0% vs. 7.7%, P = 0.001). However, pooled randomized trial data showed no significant difference. Preventive hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC) has yielded conflicting results: COLOPEC showed no significant benefit, whereas HIPECT4 improved locoregional control. Neoadjuvant chemotherapy in the FOXTROT trial improved tumor downstaging and R0 resection rates while reducing recurrence risk.

Conclusion: Laparoscopic colectomy may be appropriate for carefully selected patients with T4 colon cancer, although its impact on PM remains uncertain. Individualized patient selection, meticulous surgical technique, and multidisciplinary strategies are essential. Further prospective studies are needed to clarify oncological safety and establish selection criteria.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

JSCP-KSCP Symposium

2026年11月20日(金) 9:50 ~ 11:10 | 第5会場（1F 会議室102）

JSCP-KSCP Symposium 2　Precision & Extent: The Evolving Standard of Colon Cancer Surgery

Moderator: Gyu-Seog Choi (Kyungpook National University, Korea), Ichiro Takemasa (Osaka International Medical and Science Center, Japan)

[JKS2-4] Robot-Assisted Colon Cancer Surgery Using Various Types of Robotic Surgical Systems

*Yasumitsu Hirano[1] (1. Department of Gastroenterological Surgery, Saitama Medical University International Medical Center, Hidaka, Saitama, Japan)

Background and Aims: Colon cancer surgery has evolved differently in Japan and Korea, reflecting variations in surgical approaches and training systems. With the widespread adoption of robot-assisted surgery, harmonisation and standardisation of surgical techniques are increasingly important. Our department has implemented a multi-platform strategy using the da Vinci Xi, SP and 5 systems. This study evaluated their practical application in colon cancer surgery and their potential to contribute to harmonisation of surgical practices between Japan and Korea.
Patients and Methods: We retrospectively reviewed patients who underwent robot-assisted surgery for colon cancer at our institution. Technical characteristics, case-selection strategies and short-term outcomes of these systems were evaluated, focusing on procedural standardisation, minimal invasiveness, tissue-handling safety and objective assessment using digital data.
Results: Safe and precise colon cancer surgery was feasible with all three platforms. The Xi, with its versatility and established workflow, was suitable for standardised surgery and training. In selected patients, the SP enabled a single-port approach with safety comparable to the Xi, while reducing abdominal wall trauma through a shorter incision and less postoperative pain. The da Vinci 5 provided force feedback, allowing real-time awareness of tissue traction, while Case Insights enabled objective assessment of surgical performance. These findings suggest that standardisation does not require a single platform; rather, common surgical principles can be maintained while selecting the most appropriate system for each patient and procedure.
Conclusions: A multi-platform strategy using the respective strengths of the Xi, SP and 5 may achieve both minimal invasiveness and surgical safety. Shared principles of case selection, procedural standardisation and data-driven evaluation may contribute to a precise, reproducible and globally applicable standard for robotic colon cancer surgery.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

イブニングセミナー

2026年11月20日(金) 15:40 ~ 16:30 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

Evening Seminar 1

Moderator: Takanori Kanai (Division of Gastroenterology & Hepatology, Department of Internal Medicine, Keio University School of Medicine)

Sponsored by Janssen Pharmaceutical K.K.

[ES1-1] Advancing Management of Perianal Fistulizing Crohn’s Disease: Current Challenges and Unmet Needs

*Shu-Chen Wei[1] (1. National Taiwan University Hospital and College of Medicine,Taiwan)

[ES1-2] Advancing Management of Perianal Fistulizing Crohn’s Disease: Latest Evidence with Guselkumab

*Stefan Schreiber[1] (1. Department Medicine I, University Hospital Schleswig-Holstein, Kiel University, Germany)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

イブニングセミナー

2026年11月20日(金) 15:40 ~ 16:30 | 第5会場（1F 会議室102）

イブニングセミナー2　内科治療の進歩の先にあるIBD診療　～UC・CDにおける治療限界と次の一手を考える～

司会：松島 加代子（長崎大学病院　消化器内科／医療教育開発センター）

共催：株式会社JIMRO

[ES2-1] 最新のクローン病治療とGMAの位置付け

*上野 伸展[1] (1. 旭川医科大学　消化器内視鏡医学講座)

[ES2-2] 多様化するUCの内科治療戦略～GMA活用方法の実際～

*横山 薫[1] (1. 北里大学医学部　消化器内科学)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

イブニングセミナー

2026年11月20日(金) 15:40 ~ 16:30 | 第6会場（1F 会議室103）

イブニングセミナー3　ロボット直腸手術を中心に、TNT・教育・合併症予防（癒着防止材）

司会：小林 宏寿（帝京大学医学部附属溝口病院　外科）

共催：テルモ株式会社

[ES3-1] CRT/TNT時代のロボットAPR　―治療成績とアドスプレーを活用した術後癒着対策―

*三浦 啓壽[1] (1. 北里大学病院　一般・消化器外科)

[ES3-2] ロボット支援大腸癌手術における治療の実際と合併症予防　―有効な癒着防止材の使用法について―

*太田 竜[1] (1. 日本医科大学武蔵小杉病院　消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

イブニングセミナー

2026年11月20日(金) 15:40 ~ 16:30 | 第7会場（1F 会議室107）

イブニングセミナー4　未来を見据えた治療選択とは何かー内科医と肛門科医の視点からー

司会：渡辺 憲治（富山大学附属病院　炎症性腸疾患内科 IBDセンター）

共催：武田薬品工業株式会社

[ES4-1] クローン病診療におけるモニタリングと治療最適化 ーベドリズマブの活用を含めてー

*中村 正直[1] (1. 愛知医科大学　内科学講座　消化管内科)

[ES4-2] 長期予後を見据えたクローン病の治療戦略 〜外科・肛門科医の立場から〜

*太田 章比古[1] (1. 医療法人愛知会家田病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

イブニングセミナー

2026年11月20日(金) 15:40 ~ 16:25 | 第9会場（1F 会議室101-A）

イブニングセミナー5

司会：上原 圭（順天堂大学 下部消化管外科）

共催：CMT株式会社(REACH SURGICAL)

[ES5-1] 大腸がん手術におけるデバイス選択～質とコストのバランスを考慮した新たな可能性～

*愛洲 尚哉[1] (1. 福岡大学医学部　消化器外科)

[ES5-2] 大腸がん手術におけるデバイス選択～質とコストのバランスを考慮した新たな可能性～

*山本 大輔[1] (1. 金沢大学附属病院　消化管外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1

司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科)、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-1] 若年発症大腸癌における年齢層別の臨床病理・分子学的特徴：東・東南アジア国際多施設レジストリ研究（ESEA CRC-01）

*大内 晶[1]、Malakorn Songphol[2]、Jirathaniruangkit Kitrawee[2]、Kim Chang Woo[3]、Jung Jin-Min[3]、高見澤 康之[4]、永田 洋士[4]、小森 康司[1]、Yang Yun[5]、Zheng Xiao-hao[5]、Shen Ming-Yin[6]、Chen William Tzu-liang[6]、Chen Lionel Hui[7]、Seow-En Isaac[7]、Ng Simon S M[8]、Lam Ray C H[8]、Wanitsuwan Worrawit[9,10]、Horpaopan Sukanya[11]、Villanueva Maureen Elvira P[12]、Koh Frederick H[13] (1. 愛知県がんセンター消化器外科部、2. Chulalongkorn Colorectal Research Unit, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University、3. Department of Surgery, Ajou University Hospital, Ajou University School of Medicine、4. 国立がん研究センター中央病院大腸外科、5. Department of General Surgery, Beijing Friendship Hospital, Capital Medical University、6. Department of Surgery, China Medical University Hsinchu Hospital、7. Department of Colorectal Surgery, Singapore General Hospital、8. Division of Colorectal Surgery, Department of Surgery, The Chinese University of Hong Kong、9. Department of Surgery, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University、10. Medical Science Research and Innovation Institute, Prince of Songkla University、11. Department of Anatomy, Faculty of Medicine, Chiang Mai University、12. Division of Colorectal Surgery, Philippine General Hospital, University of the Philippines、13. Department of Colorectal Surgery, Sengkang General Hospital)

[SY1-2] 若年発症大腸癌の臨床病理学的特徴と予後の評価 ―sporadic pMMR/MSSに限定した解析―

*門馬 智之[1]、八子 博貴[1]、川又 崇弘[1]、長谷川 誠[1]、森 友輔[1]、藤井 あゆみ[1]、滝口 千晶[1]、深井 智司[1]、佐藤 孝洋[1]、伊藤 美郷[1]、氏家 大輔[1]、千田 峻[1]、岡山 洋和[1]、齋藤 元伸[1]、河野 浩二[1] (1. 福島県立医科大学消化管外科)

[SY1-3] 若年発症大腸癌の臨床病理学的特徴とStage別予後の検討－多施設共同後ろ向き研究－

*中西 良太[1]、安藤 幸滋[2]、杉山 雅彦[3]、上原 英雄[4]、藤中 良彦[5]、吉田 大輔[6]、枝廣 圭太郎[7]、川副 徹郎[2]、永井 太一朗[1]、蓮田 博文[1]、田尻 裕匡[1]、楠元 英次[1]、太田 光彦[1]、坂口 善久[1] (1. 九州医療センター　消化管外科、がん臨床研究部、2. 九州大学　消化器・総合外科、3. 九州がんセンター　消化管外科、4. 九州中央病院　総合外科、5. 飯塚病院　外科、6. 別府医療センター　消化器外科、7. 錦病院)

[SY1-4] Early-onset colorectal cancer200例の臨床病理学的特徴と予後

*深瀬 正彦[1]、須藤 剛[1]、平田 祥太郎[1]、望月 秀太郎[1]、佐藤 圭佑[1]、飯澤 肇[1] (1. 山形県立中央病院　外科)

[SY1-5] 当院における若年大腸癌の特徴

*米村 圭介[1]、佐伯 泰愼[1]、田中 正文[1]、福永 光子[1]、新井 貴大[1]、水上 亮佑[1]、鈴木 健太[1]、山田 一隆[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院消化器外科)

[SY1-6] 若年性大腸癌の臨床病理学的特徴と治療成績

*吉田 雅[1]、市川 伸樹[1]、柴田 賢吾[1]、今泉 健[1]、佐野 修平[1]、大渕 佳祐[1]、武冨 紹信[1] (1. 北海道大学　消化器外科Ⅰ)

[SY1-7] 若年者大腸癌における臨床病理学的特徴と予後および治療強度の検討

*笠島 浩行[1]、笠島 浩希[1]、下國 達志[1] (1. 市立函館病院　消化器外科)

[SY1-8] 若年発症直腸癌に対する術前化学放射線療法の効果

*白鳥 広志[1]、江本 成伸[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[1]、品川 貴秀[1]、館川 裕一[1]、岡田 聡[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

[SY1-9] 大腸癌におけるField Agingと若年発症大腸癌（EOCRC）特異的エピジェネティックシグネチャーの統合的in silico解析

*永坂 岳司[1]、山田 岳史[2] (1. 川崎医科大学先端腫瘍医学、2. 日本医科大学消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1

司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科）、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-1] 若年発症大腸癌における年齢層別の臨床病理・分子学的特徴：東・東南アジア国際多施設レジストリ研究（ESEA CRC-01）

*大内 晶[1]、Malakorn Songphol[2]、Jirathaniruangkit Kitrawee[2]、Kim Chang Woo[3]、Jung Jin-Min[3]、高見澤 康之[4]、永田 洋士[4]、小森 康司[1]、Yang Yun[5]、Zheng Xiao-hao[5]、Shen Ming-Yin[6]、Chen William Tzu-liang[6]、Chen Lionel Hui[7]、Seow-En Isaac[7]、Ng Simon S M[8]、Lam Ray C H[8]、Wanitsuwan Worrawit[9,10]、Horpaopan Sukanya[11]、Villanueva Maureen Elvira P[12]、Koh Frederick H[13] (1. 愛知県がんセンター消化器外科部、2. Chulalongkorn Colorectal Research Unit, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University、3. Department of Surgery, Ajou University Hospital, Ajou University School of Medicine、4. 国立がん研究センター中央病院大腸外科、5. Department of General Surgery, Beijing Friendship Hospital, Capital Medical University、6. Department of Surgery, China Medical University Hsinchu Hospital、7. Department of Colorectal Surgery, Singapore General Hospital、8. Division of Colorectal Surgery, Department of Surgery, The Chinese University of Hong Kong、9. Department of Surgery, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University、10. Medical Science Research and Innovation Institute, Prince of Songkla University、11. Department of Anatomy, Faculty of Medicine, Chiang Mai University、12. Division of Colorectal Surgery, Philippine General Hospital, University of the Philippines、13. Department of Colorectal Surgery, Sengkang General Hospital)

【背景】若年発症大腸癌（EO-CRC）は近年欧米において医学的・社会的課題として注目されており，早期診断および二次予防の改善が求められている．同様の傾向はアジア諸国でも認められつつあるが，アジアにおけるEO-CRCの臨床病理学的特徴や長期予後に関するデータは依然として限られている．

【目的】東・東南アジア（ESEA）におけるEO-CRCの臨床病理学的特徴，分子学的特徴および臨床転帰について，とくに年齢層別の異質性に着目して検討する．

【対象・方法】本研究は国際多施設共同レジストリ研究であり，2013年から2024年にかけて，ESEAの8か国・地域の11高次医療機関において外科的切除を受けた50歳未満の大腸腺癌患者を対象とした．対象患者を年齢により3群（≤34歳，35–44歳，45–49歳）に分類し，臨床病理学的特徴，治療内容，分子学的特徴〔マイクロサテライト不安定性（MSI）／ミスマッチ修復（MMR)〕および長期予後を検討した．

【結果】1,913例（年齢中央値44歳）が解析対象となった．腫瘍占居部位は直腸が最多（49.2%）であり，多くの症例が症状を契機に診断され，約半数がStage III–IVであった．34歳以下の患者では，大腸癌の家族歴，ポリポーシスおよび低分化組織型の頻度が高かった．MSI/MMR評価が可能であった1,031例のうち，MSI-H/dMMR腫瘍は128例（12.4%）に認められ，すべての年齢群で右側結腸癌に多く認められた．さらに最若年群ではMSH2/MSH6経路の欠失を疑うIHC発現消失が比較的高頻度（dMMR腫瘍の47.1%）に認められ，左側結腸および直腸癌においてもMSI-H/dMMR腫瘍が一定頻度で認められた．DFSは全ステージで有意差を認めなかったが，OSはステージ別に差異を認め，とくにStage III–IVにおいて若年ほど予後不良となる傾向を認めた．

【考察】本コホートにおいて，EO-CRCは年齢層に応じた特徴的な臨床病理学的および分子学的異質性を示した．とくに34歳以下の患者群は，それ以上の年齢群と比較して独立した生物学的サブグループを形成する可能性が示唆された．今後も本レジストリを用いた多角的検討を継続し，アジアにおけるEO-CRCのリスク層別化および治療戦略の構築に資する知見の創出を目指す．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1
司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科）、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-2] 若年発症大腸癌の臨床病理学的特徴と予後の評価 ―sporadic pMMR/MSSに限定した解析―

*門馬 智之[1]、八子 博貴[1]、川又 崇弘[1]、長谷川 誠[1]、森 友輔[1]、藤井 あゆみ[1]、滝口 千晶[1]、深井 智司[1]、佐藤 孝洋[1]、伊藤 美郷[1]、氏家 大輔[1]、千田 峻[1]、岡山 洋和[1]、齋藤 元伸[1]、河野 浩二[1] (1. 福島県立医科大学消化管外科)

【背景】若年発症大腸癌（EOCRC）は世界的に増加傾向にあるが、その予後については不良とする報告から同等あるいは良好とする報告までさまざまであり、一定の見解が得られていない。この背景には、遺伝性腫瘍、炎症性腸疾患関連癌、dMMR/MSI-H腫瘍など、生物学的に異なる集団の混在が影響している可能性がある。
【目的】EOCRCの純粋な生物学的特性を明らかにするため、これらの交絡因子を除外したsporadic pMMR/MSS大腸癌に限定し、EOCRCの臨床病理学的特徴と予後を明らかにすることを目的とした。
【対象・方法】2004年から2025年までに当院で原発巣切除を施行した大腸癌1,600例を後方視的に検討した。遺伝性腫瘍、炎症性腸疾患関連癌、dMMR/MSI-H症例およびMMR/MSI不明例を除外し、1,218例のsporadic pMMR/MSS症例を解析対象とした。50歳未満をEOCRC（n=86）、50歳以上をLOCRC（n=1,132）とし、臨床病理学的因子を比較するとともに、癌特異的生存（CSS）および再発までの期間（TTR）を評価した。
【結果】臨床病理学的特徴において、EOCRC群はLOCRC群に比し、女性の割合が有意に高く（50.0% vs 36.0%, P=0.012）、また進行例が多くStage III・IVの割合が高かった（P<0.001）。一方、腫瘍局在および組織型に有意差は認めなかった。CSSは単変量解析ではEOCRCで不良であったが（P=0.042）、Stage別解析ではいずれのStageにおいても有意差は認められず、多変量解析においても年齢は独立した予後因子ではなかった（HR 0.84, P=0.512）。また、Stage I–IIIの根治切除例におけるTTRも両群で差を認めず（P=0.510）、多変量解析ではEOCRCは再発リスク低下傾向を示した（HR 0.52, P=0.084）。
【結論】sporadic pMMR/MSS大腸癌において、EOCRCは女性比率や進行期で発見される割合が高いものの、Stage調整後の予後および再発リスクはLOCRCと同等であり、年齢そのものは独立した予後因子ではなかった。EOCRCの予後不良は、年齢自体の生物学的悪性度よりも、診断時進行度の影響が強い可能性が示唆され、早期発見のためのスクリーニング体制の構築が重要であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1
司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科）、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-3] 若年発症大腸癌の臨床病理学的特徴とStage別予後の検討－多施設共同後ろ向き研究－

*中西 良太[1]、安藤 幸滋[2]、杉山 雅彦[3]、上原 英雄[4]、藤中 良彦[5]、吉田 大輔[6]、枝廣 圭太郎[7]、川副 徹郎[2]、永井 太一朗[1]、蓮田 博文[1]、田尻 裕匡[1]、楠元 英次[1]、太田 光彦[1]、坂口 善久[1] (1. 九州医療センター　消化管外科、がん臨床研究部、2. 九州大学　消化器・総合外科、3. 九州がんセンター　消化管外科、4. 九州中央病院　総合外科、5. 飯塚病院　外科、6. 別府医療センター　消化器外科、7. 錦病院)

【背景】若年発症大腸癌（early-onset colorectal cancer）は近年増加が報告されているが、その臨床病理学的特徴および予後に関する知見は一定していない。【目的】多施設共同データベースを用いて若年大腸癌の臨床病理学的特徴およびstage別予後を明らかにすること。【方法】関連7施設において外科的切除が施行された原発性大腸癌3036例を対象とした（2021～2024年）。診断時年齢50歳以下を若年群，50歳超を非若年群と定義し，患者背景，腫瘍学的因子および予後を比較した。主要評価項目は無再発生存（RFS）および全生存（OS）とし，Kaplan–Meier法により解析した。【結果】若年群は182例（6.0%）であった。若年群では非若年群と比較して、直腸癌（42% vs 33%, p=0.01），粘液癌（5.0% vs 2.1%, p=0.048）、Lynch症候群を疑う家族歴を有する症例が多く（2.2% vs 0.7%, p=0.0009）、Stage III/IVの症例が多かった（60% vs 47%, p=0.0007）。p-Stage II/IIIにおける術後補助化学療法の施行率も高かった(p-Stage II; 50% vs 21%, p=0.03, p-Stage III; 82% vs 55%, p=0.0009)。Stage別解析では、無再発生存率(RFS)はp-Stage I，II，IIIいずれにおいても若年群と非若年群で有意差を認めなかった（P＝0.37、0.96、0.79）。術後補助化学療法の有無別にみてもRFSは同等であった。OSについても同様にp-Stage I, II, IIIいずれにおいても有意差を認めなかった（P＝0.43，0.25，0.06）。【結論】若年大腸癌は直腸癌や粘液癌の頻度が高く進行期で診断される傾向があるが，Stage別予後は非若年群と同等であった。若年大腸癌の予後不良は腫瘍生物学的差異よりも診断時Stageの影響を受けている可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1
司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科）、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-4] Early-onset colorectal cancer200例の臨床病理学的特徴と予後

*深瀬 正彦[1]、須藤 剛[1]、平田 祥太郎[1]、望月 秀太郎[1]、佐藤 圭佑[1]、飯澤 肇[1] (1. 山形県立中央病院　外科)

【背景】近年、50歳未満で発症する early-onset colorectal cancer（EOCRC）は増加傾向にあり、腫瘍学的特徴や予後が late-onset（LOCRC）と異なる可能性が指摘されている。本研究では、当院における EOCRC の臨床病理学的特徴と Stage 別予後を明らかにすることを目的とした
【対象と方法】2012年1月から2025年12月までの当院の手術データベース3040例を用いて50歳未満を EO 群（200例）、50歳以上を LO 群（2840例）として比較した。背景因子、腫瘍学的特徴、治療内容、再発形式を検討し、Stage 別に DFS および CSS を解析した。【結果】背景因子では、性別・BMI・腫瘍マーカー・自覚症状の有無に差は認めなかったが、癌家族歴および大腸癌家族歴は いずれもEO 群で有意に多く(70.1% vs 55.6%, p<0.001)、（28.6% vs 18.6%, p<0.01）、健診発見例も EO 群で多かった（44.3% vs 36.1%, p<0.05）。腫瘍学的には、右側結腸癌は EO 群で少なく（22.2% vs 41.3%）、N1 以上のリンパ節転移は EO 群で高率であった（52% vs 38.6%）。Stage 分布では、Stage II 以下は LO 群に多く（35.7% vs 55.5%）、一方で Stage IV は EO 群で高率であった（23.7% vs 14.9%）。腹腔鏡手術、郭清度、分化度、脈管侵襲には差を認めなかった。StageIIIにおける補助化学療法は EO 群で高率に施行され（92% vs 71.4%, p<0.001）)、オキサリプラチン併用レジメンの施行率も有意に高かった、（62% vs 35.6%, p<0.001）。
再発形式は EO 群で肝 11例、肺 11例、腹膜 4例、リンパ節 3例、LO 群で肝 80例、肺 28例、腹膜 23例、リンパ節 8例と大きな差を認めなかった。予後に関しては、DFSがStageII (90.5% vs 88.5%)、StageIII (63.2% vs 71.5%)と同等であった。CSS は StageII (95.5% vs 83.3%), StageIII (87.7% vs71.8%, p<0.05), Stage IV (31.2%, 27.3%)とStageIIIのみEO群で有意に良好であった。
【考察】EOCRC は左側の進行例が多いが、既報で指摘される粘液癌の増加は認めなかった。また、Stage III において EO 群の CSS が良好でありEOCRC は必ずしも予後不良とは言えず、腫瘍生物学的背景や補助化学療法の違いが関与している可能性があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1
司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科）、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-5] 当院における若年大腸癌の特徴

*米村 圭介[1]、佐伯 泰愼[1]、田中 正文[1]、福永 光子[1]、新井 貴大[1]、水上 亮佑[1]、鈴木 健太[1]、山田 一隆[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院消化器外科)

【背景・目的】近年、欧米では若年発症の大腸癌の増加が報告されている。当院における若年者の大腸癌について、その特徴を検討する。
【方法】 1982年1月から2026年3月の間に当院で切除を行った大腸腺癌症例4710例について臨床所見等について若年者症例（39歳以下）と非若年者症例（40歳以上）に分けて比較検討した。また、2006年1月から2024年12月の間にCurAまたはCurB手術を施行した大腸腺癌1933例に対し、長期予後の検討を行った。
【結果】若年者142例（平均34.5歳、19〜39歳）、中間層4071例（平均63.2歳、40〜79歳）、高齢者497例（平均84.5歳、80〜101歳）であった。年代別に1980年代29例（3.2%）、1990年代19例（2.0%）、2000年代26例（3.0%）、2010年代49例（3.8%）、2020年代19例（2.9%）であった。性別に有意差は見られず（p＝0.159）、主占居部位は若年者で左側大腸（p＝0.002）に有意位に多かった。また、若年症例で進行した症例が多く（p＝0.005）、主組織型では低分化な症例が多かった（p＝0.013）。家族性大腸腺腫症やリンチ症候群などの遺伝性疾患や、潰瘍性大腸炎、クローン病などの炎症性腸疾患と関連のある大腸癌は若年者に多く見られた（関連あり：若年者13.3%、非若年者1.0%、p＜0.001）。癌遺伝子変異には差は見られなかった。長期予後に関し、全症例では有意差は見られなかったが（5年OS：若年者88.7%（59例）、非若年者87.5%（1874例）、p＝0.379）、StageIVにおいて若年者で予後不良であった（5年RFS、0%（5例）、37.4%（95例）、p＜0.001）。
【結語】若年大腸癌では、左側が多く、進行した状態で見つかる割合が高かく、低分化腺癌の割合が高かった。遺伝性やcolitic cancerは若年症例で多かった。長期予後については、若年者はStageIVで予後不良であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1
司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科）、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-6] 若年性大腸癌の臨床病理学的特徴と治療成績

*吉田 雅[1]、市川 伸樹[1]、柴田 賢吾[1]、今泉 健[1]、佐野 修平[1]、大渕 佳祐[1]、武冨 紹信[1] (1. 北海道大学　消化器外科Ⅰ)

【背景】若年性大腸癌は増加しており、適切な治療方針を確立するためには、その特徴を明らかにし、対策を検討することが必要である。
【対象と方法】2008年から2023年までの間、当科で施行した原発性大腸癌（腺癌）切除症例の内、IBD関連癌、FAP症例を除いた1054例を対象とした。50歳未満若年群(n=85)、50歳以上高年群(n=969)に分類し、臨床病理学的特徴、後方視的に治療成績を検討した。
【結果】患者背景は、平均年齢（若年42.6 vs. 高年70.0歳, p<0.0001）、男性(55: 57%)とBMI (22.8: 22.7)は同等であった。若年群では直腸癌の割合が高く(54: 41%, p=0.02)、術前併存疾患(38: 76%, p<0.0001)、多発大腸癌(2.4: 7.4%, p=0.045)、重複癌(5.9: 15.5%, p=0.008)は高年群で高率であった。一方、大腸癌家族歴(16: 19%)、他癌家族歴(45: 47%)は同等であった。手術アプローチとしては、若年群で開腹術(12.9: 5.7%, p=0.085)、他臓器合併切除(25: 12%, p=0.002)、永久ストマ造設(24.7: 12.5%, p=0.01)が高率であった。病理学的には、T3以上(66: 62%)、ly陽性(46: 45%)、v陽性(55: 54%)、PN陽性(32: 25%)は同等であったが、若年群では、未分化や特殊系組織(15: 6.4%, p=0.007)、リンパ節転移陽性(48: 37%, p=0.04)、転移リンパ節個数(2.2: 1.4個, p=0.02)、pStage Ⅳ (31: 15%, p=0.005)が有意に多かった。K-RAS wild (67: 61%), N-RAS wild (97: 96%), BRAF V600E陽性(4.6: 11.8%), MSI (16: 8.2%)は同等であった。K-RAS変異ではG12D, N-RASではQ61K変異が最多であった。R0切除症例におけるStage別のRFS, CSS, OSはいずれも両群に有意差は認めなかった。
【考察】若年性大腸癌症例は、直腸癌の割合が高く、リンパ節転移、遠隔転移を有する進行癌が多い。一方で、他臓器合併切除などの積極的な切除でR0を達成すれば、高年症例と同様の治療成績が期待できると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1
司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科）、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-7] 若年者大腸癌における臨床病理学的特徴と予後および治療強度の検討

*笠島 浩行[1]、笠島 浩希[1]、下國 達志[1] (1. 市立函館病院　消化器外科)

【背景】若年者大腸癌は増加傾向にあり，進行例が多いとされるが，その予後や治療戦略の妥当性については一定の見解が得られていない．【目的】若年者大腸癌の臨床病理学的特徴，予後，および治療強度との関連を検討する．【対象と方法】当院において施行した大腸癌手術症例1909例を対象とし，50歳未満を若年群（n=60），それ以上を非若年群とした．臨床病理学的因子，治療内容を比較し，全生存期間（OS）および無再発生存期間（RFS）についてKaplan-Meier法を用いて解析し，log-rank検定で比較した．さらにCox比例ハザードモデルによる予後因子の検討を行った．【結果】若年群は全体の3.1%であった．進行度に有意差は認めなかった．術後補助化学療法の施行率は若年群で有意に高かった（65.0% vs 40.8%，p<0.001）．OSは若年群で良好傾向を示し（5年OS：75.0% vs 60.1%，p=0.057），多変量解析では若年は独立した予後良好因子であった（HR 0.51，p=0.011）．一方，R0かつStage 0–III症例におけるRFSは両群間で有意差を認めず（5年RFS：77.2% vs 86.0%，p=0.222），多変量解析でも若年は独立した再発リスク因子とはならなかった．【結語】若年者大腸癌は進行度に差を認めない一方で，治療強度は高い傾向にあった．再発リスクには影響を与えず，生存はむしろ良好であったことから，若年であることのみを根拠とした治療強化の妥当性については再検討が必要であり，個別化治療の重要性が示唆された．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1
司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科）、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-8] 若年発症直腸癌に対する術前化学放射線療法の効果

*白鳥 広志[1]、江本 成伸[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[1]、品川 貴秀[1]、館川 裕一[1]、岡田 聡[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科)

背景: 近年、直腸癌発症の若年化が進んでいるが、若年発症と術前CRTの治療効果の関連は不明確である。
方法: 当科で2003-2024年に術前CRTと手術を行った局所進行下部直腸癌397例を対象に、発症年齢50歳未満 (EO: 51例) と50歳以上 (LO: 346例) に分け、背景および予後を検討した。
結果: 両群で性別、BMI、c-stageに差を認めなかった。EOは術前CRTにおいてirinotecanを含むレジメン (TEGAFIRI) を多く用いていた (39% vs 23%, P=0.046)。両群でRTおよび併用薬剤の相対用量強度 (RDI) に差は無かったが、TEGAFIRIに関してはLOでRDIが低下する傾向を認めた。病理学的所見として、TRGやyp-stageには両群で差がなかったが、por/sig/mucの組織型はEOで多くみられた（16% vs 4.9%, P=0.007）。補助化学療法施行率はEOで高かった (61% vs 39%, P=0.006)。長期予後として、全生存 (OS)、無再発生存 (RFS)、無遠隔再発生存 (DRFS) および無局所再発生存 (LRFS) は両群で有意差を認めなかった。多変量ロジスティック回帰において、EOはpCRや良好なTRG (grade2/3) との相関を認めなかった。また、多変量Cox解析において、EOはOS、RFS、DRFSおよびLRFSのいずれとも相関を認めなかった。一方、低分化組織型はOS、RFS、DRFSおよびLRFSが不良である独立因子であった (各HR:3.1, 1.9, 2.1および2.4)。
結語: 局所進行下部直腸癌において、若年発症は術前CRT後の病理学的奏効および予後と関連しなかった。若年発症では低分化組織型が多い一方、治療強度は保たれており、若年であること自体は術前CRTの治療抵抗性を示す因子ではないと考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム１　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について1
司会：船橋 公彦（横浜総合病院消化器センター外科）、山田 岳史（日本医科大学消化器外科）

[SY1-9] 大腸癌におけるField Agingと若年発症大腸癌（EOCRC）特異的エピジェネティックシグネチャーの統合的in silico解析

*永坂 岳司[1]、山田 岳史[2] (1. 川崎医科大学先端腫瘍医学、2. 日本医科大学消化器外科)

【目的】大腸癌（CRC）発生の背景として、正常粘膜におけるエピジェネティックな加齢（Field Aging）が注目されている。一方、若年発症大腸癌（EOCRC）が通常発症型（LOCRC）と異なるエピジェネティックな基盤を持つかは未解明である。本研究は、公開データセットを統合し、正常粘膜のField Agingと、EOCRC特異的な腫瘍メチル化シグネチャーの双方を検証した。
【方法】2段階のin silico解析を実施。Step 1では、GSE132804（正常大腸粘膜, n=128）を用い、対象を大腸腫瘍の既往歴別にLow/Medium/Highリスクに分類し、Horvath時計（25 CpG）に基づくΔEpiAge（加齢の進行度）を算出。Step 2ではTCGA-COADを用い、同一患者の腫瘍・正常部ペア（Step 2a, n=38）およびLynch症候群を除外したEOCRC（50歳以下, n=43）と非MSI-H LOCRC（60歳以上, n=194）の腫瘍間比較（Step 2b）を実施。Step 2bでは、腫瘍化に伴うメチル化時計の破綻指標として再定義した「Epigenetic Clock Disruption Index（ECDI）」の評価に加え、差異メチル化部位（DMP）の網羅的解析、およびLINE-1メチル化評価を行った。
【結果】Step 1において、CRC既往のあるHighリスク正常粘膜は、非癌ベースラインに対し+7.34年の有意なΔEpiAgeの進行を示し、リスクに応じた段階的な加齢（Field Aging）を認めた（Trend p=0.0018）。Step 2aにおいて、腫瘍組織は自己の正常な粘膜に対しECDIが−6.18年であり、癌特異的なメチル化の再構築を示した（p<0.0001）。Step 2bにおいて、EOCRC腫瘍はLOCRCに対し、ECDIが−29.2年と著明な時計破綻を示した（p<0.0001）。さらに、DMP解析からAACSやADAMTSL2などの遺伝子領域でEOCRCに特異的なメチル化変動（p<0.001）を認めたが、LINE-1の包括的メチル化レベルに両群で有意差はなかった（p=0.962）。
【結語】CRCのエピジェネティクスは、(1) 正常粘膜における加齢（Field Aging）、(2) 癌化に伴うメチル化の再構築、(3) EOCRCで著明に増幅されるメチル化破綻（ECDIの大幅な低下）、という独立した「3コンポーネントモデル」として理解される。EOCRCはLOCRCの単なる若年発症ではなく、独自のエピジェネティックな再構築を伴う疾患単位であることが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）

シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント

司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2　基調講演] 潰瘍性大腸炎関連腫瘍の臨床病理学的特徴と初期病変

*岩男 泰[1,2,3,4]、杉本 真也[2]、高林 馨[3]、吉松 裕介[2]、清原 裕貴[2]、三上 洋平[2]、下田 将之[4]、金井 隆典[2] (1. 慶應義塾大学予防医療センター、2. 慶應義塾大学医学部消化器内科、3. 慶應義塾大学医学部内視鏡センター、4. 東京慈恵会医科大学病理学講座)

[SY2-1] 潰瘍性大腸炎関連進行大腸癌における診断契機別に見た臨床病理学的特徴と予後

*大岡 達子[1]、高砂 健[1]、福田 佳保[1]、山下 賢[1]、上垣内 由季[1]、壷井 章克[1]、田中 秀典[1]、檜山 雄一[2]、岸田 圭弘[1]、瀧川 英彦[1]、卜部 祐司[1]、上野 義隆[1]、桑井 寿雄[3]、岡 志郎[1] (1. 広島大学病院消化器内科、2. 同広島臨床研究開発支援センター、3. 同消化器内視鏡医学講座)

[SY2-2] 大腸炎関連大腸癌における特異的遺伝子発現の同定と鑑別診断への応用

*衣笠 哲史[1,2]、主藤 朝也[2]、溝口 恵美子[3]、松本 太一[4]、内野 基[5]、真鍋 達也[6]、藤田 文彦[2] (1. 福岡みらい病院、2. 久留米大学医学部外科学講座、3. 久留米大学医学部免疫学講座、4. 福岡大学医学部細胞生物学講座、5. 兵庫医科大学病院消化器外科学講座炎症性腸疾患外科、6. 佐賀大学医学部外科学講座)

[SY2-3] 手術症例から振り返る潰瘍性大腸炎関連腫瘍の診断ストラテジー

*品川 貴秀[1]、岡田 聡[1]、白鳥 広志[1]、舘川 裕一[1]、荒川 敬一[1]、原田 有三[1]、永井 雄三[1]、横山 雄一郎[1]、江本 成伸[1]、室野 浩司[1]、野澤 宏彰[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科)

[SY2-4] 潰瘍性大腸炎関連腫瘍の診断における内視鏡・超音波内視鏡の有用性とESDのトータルバイオプシーとしての役割

*米田 頼晃[1]、吉田 早希[1]、大東 弘治[2]、竹内 洋司[1]、川村 純一郎[2]、工藤 正俊[1] (1. 近畿大学医学部消化器内科、2. 近畿大学医学部下部消化管外科)

[SY2-5] CV-SCANを用いた潰瘍性大腸炎関連腫瘍の検出およびESDにおける有用性

*植田 浩貴[1]、冨岡 明[2]、千谷 菜花[2]、堀内 和樹[1]、古橋 廣崇[1]、成松 和幸[1]、高本 俊介[1]、穂苅 量太[1] (1. 防衛医科大学校病院消化器内科、2. 埼玉医科大学国際医療センター消化器内科)

[SY2-6] 潰瘍性大腸炎の臨床経過分類と大腸炎関連大腸癌術後再発との関連：全国多施設共同研究

*吉村 晴香[1]、水内 祐介[1]、藤本 崇聡[1]、永吉 絹子[1]、野口 竜剛[2]、杉原 健一[3]、上野 秀樹[4]、石原 聡一郎[2] (1. 九州大学臨床腫瘍外科、2. 東京大学腫瘍外科、3. 社会医療法人社団光仁会第一病院、4. 防衛医科大学校外科学講座)

[SY2-7] 炎症性腸疾患関連大腸癌に対する化学療法の適応と留意点

*荻野 崇之[1]、長谷川 昂[1]、福田 健太[1]、赤澤 英[1]、辻 嘉斗[1]、深田 晃生[1]、関戸 悠紀[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、水島 恒和[2]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学、2. 獨協医科大学外科学(下部消化管外科)講座)

[SY2-8] クローン病の肛門病変に合併する痔瘻癌、肛門管癌について

*酒匂 美奈子[1]、井上 英美[2]、大城 泰平[2]、新谷 裕美子[2]、西尾 梨沙[2]、岡野 荘[1]、園田 光[1]、岩本 志穂[1]、深田 雅之[1]、古川 聡美[2]、岡本 欣也[2]、山名 哲郎[2] (1. JCHO東京山手メディカルセンター、2. JCHO東京山手メディカルセンター　大腸肛門外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

[SY2-9] クローン病関連直腸肛門管腫瘍に対する診断戦略とサーベイランスの課題

*重原 光那[1]、杉本 真也[1]、吉松 裕介[1]、清原 裕貴[1]、三上 洋平[1]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学（消化器))

[SY2-10] クローン病に合併した直腸肛門部癌に対するサーベイランスの現状

*堀尾 勇規[1]、内野 基[1]、友尾 祐介[1]、長野 健太郎[1]、楠 蔵人[1]、桑原 隆一[1]、木村 慶[2]、片岡 幸三[2]、池田 正孝[2]、池内 浩基[1] (1. 兵庫医科大学炎症性腸疾患外科、2. 兵庫医科大学下部消化管外科)

[SY2-11] クローン病に合併した消化管悪性腫瘍101例の予後因子の検討

*井上 英美[1]、酒匂 美奈子[2]、丹野 侑杜[1]、新谷 裕美子[1]、西尾 梨沙[1]、大城 泰平[1]、古川 聡美[1]、岡本 欣也[1]、山名 哲郎[1] (1. JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター、2. JCHO東京山手メディカルセンター炎症性腸疾患センター)

[SY2-12] クローン病関連直腸肛門悪性腫瘍に対する骨盤内臓全摘術の治療成績

*大城 泰平[1]、丹野 侑杜[1]、新谷 裕美子[1]、井上 英美[1]、西尾 梨沙[1]、古川 聡美[1]、岡本 欣也[1]、山名 哲郎[1] (1. 東京山手メディカルセンター)

[SY2-13] クローン病関連大腸腫瘍の予後改善に向けた早期診断戦略：早期診断に向けた肉眼形態的特徴と診断経路の解析

*中尾 詠一[1]、辰巳 健志[1]、小原 尚[1]、後藤 晃紀[1]、黒木 博介[1]、小金井 一隆[1]、杉田 昭[1] (1. 横浜市立市民病院炎症性腸疾患科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2　基調講演] 潰瘍性大腸炎関連腫瘍の臨床病理学的特徴と初期病変

*岩男 泰[1,2,3,4]、杉本 真也[2]、高林 馨[3]、吉松 裕介[2]、清原 裕貴[2]、三上 洋平[2]、下田 将之[4]、金井 隆典[2] (1. 慶應義塾大学予防医療センター、2. 慶應義塾大学医学部消化器内科、3. 慶應義塾大学医学部内視鏡センター、4. 東京慈恵会医科大学病理学講座)

慢性炎症を背景に発生するUC関連腫瘍(UC-associated neoplasia; UCAN)はinflammation-dysplasia-carcinoma sequenceと呼ばれる発癌過程をとり、遺伝子異常の順序が通常大腸腫瘍と異なり炎症粘膜内で早期に*TP53*遺伝子変異を認める。初期病変は平坦型(IIb)の低異型度腫瘍(dysplasia)であり、内視鏡診断が容易ではない。新たな遺伝子変異が加わると隆起成分が発生・進展し、境界不明瞭, 顆粒状などと形容される形態を呈してくる。臨床病理学的な特徴として、通常大腸腫瘍と比較し若年発症で高率に多発し、粘膜内での急速な脱分化・低分化化や、早期から深部へ浸潤性発育を示す例も少なくない。UCANの臨床像は通常腫瘍と大きく異なるにも関わらず、UCの炎症粘膜内に発生した腫瘍はすべてUCANとして扱われているのが現状である。炎症性腸疾患関連消化管癌診療ガイドライン2024年版の用語定義でdysplasiaは炎症関連の粘膜内腫瘍に限定して用いると明記しているにもかかわらず、多くの臨床データは両者の区別がなされないまま集計・発表されたものである。UCに発生した腫瘍の診療においてovertreatment、undertreatmentにつながる大きな問題点である。初期病変と炎症性・反応性の異型との鑑別、通常腫瘍との鑑別には*TP53*遺伝子変異の有無を見るためp53蛋白免疫染色が必須である。低異型度の腫瘍でも免疫染色でp53蛋白過剰発現もしくは異型腺管に一致して完全陰性が確認された場合にはUCANの可能性が高い。隆起性病変で鑑別が難しい場合には、周囲に初期病変である平坦型dysplasiaの有無を確認することが、プラクティカルな判定方法である。近年、UCに発生した腫瘍で内視鏡的に切除可能な病変に対しESDが許容される方向にあるが、その多くが通常腫瘍と推測される病変でのデータである。真のUCANであれば隆起周囲に内視鏡診断が容易でない平坦型dysplasiaを伴っていることへの理解、正確な存在診断・範囲診断にはp53蛋白免疫染色の必須であること、何よりも腫瘍としての臨床病理学的な動態が全く異なっていることを改めて認識する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-1] 潰瘍性大腸炎関連進行大腸癌における診断契機別に見た臨床病理学的特徴と予後

*大岡 達子[1]、高砂 健[1]、福田 佳保[1]、山下 賢[1]、上垣内 由季[1]、壷井 章克[1]、田中 秀典[1]、檜山 雄一[2]、岸田 圭弘[1]、瀧川 英彦[1]、卜部 祐司[1]、上野 義隆[1]、桑井 寿雄[3]、岡 志郎[1] (1. 広島大学病院消化器内科、2. 同広島臨床研究開発支援センター、3. 同消化器内視鏡医学講座)

【背景】潰瘍性大腸炎関連大腸癌 (UCAC) の早期発見にはサーベイランス大腸内視鏡 (SCS) の重要性がガイドラインで推奨されている。一方, 実臨床ではSCSが施行されず, 腹部症状を契機として進行癌として診断される症例も一定数存在するが, 診断契機と予後との関連には十分に検討されていない。また, 術前免疫栄養指標であるprognostic nutritional index (PNI) は散発性大腸癌において予後との関連が報告されているが, UCACにおける検討は限られている。
【目的】UCACにおける診断契機 (SCS/有症状) と予後とPNIの臨床的意義について検討した。
【方法】1999年7月から2026年3月までに当院で治療されたUCACのうち, T2以深の39症例42病変を対象とした。患者背景, 臨床病理学的因子, 診断契機別の臨床経過および予後につい, SCS施行した群 (A群) 21例, 腹部症状を契機にCSをした有症状群（B群）18例別に後ろ向きに比較検討した。
【結果】B群の症状内訳は腹痛が9例, 血便6例, 下痢4例, 排便困難3例であった (重複あり)。UCAC診断までのUC罹病期間中央値はA群で192ヶ月【108-480】, B群で240ヶ月【1-432】であった。腫瘍径中央値はA群47.5 mm, B群60 mmであった。深達度に関しては A群と比べB群でT4症例の割合が有意に多かった (p＜0.001)。PNI中央値はそれぞれA群47.15, B群 41.88で両群に有意差を認めなかった (p=0.205)。CSフォロー間隔が1年であった症例はA群 52.4% (11/21例), B群 5.6% (1/18例) とA群で多かった。治療法はA群では全例大腸全摘術が施行されたが, B群では切除不能例 5例, 人工肛門造設 4例であった。 3年生存率はA群94.4%、B群 61.1%, 原病死はA群 5.6%, B群 38.9%であり，B群で有意に予後不良であった（log-rank p<0.05）。
【結論】腹部症状を契機に施行したCSで診断されたUCAC症例は, より進行した病変が多く予後不良であり, 適切なSCSが施行されていない症例が多かった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-2] 大腸炎関連大腸癌における特異的遺伝子発現の同定と鑑別診断への応用

*衣笠 哲史[1,2]、主藤 朝也[2]、溝口 恵美子[3]、松本 太一[4]、内野 基[5]、真鍋 達也[6]、藤田 文彦[2] (1. 福岡みらい病院、2. 久留米大学医学部外科学講座、3. 久留米大学医学部免疫学講座、4. 福岡大学医学部細胞生物学講座、5. 兵庫医科大学病院消化器外科学講座炎症性腸疾患外科、6. 佐賀大学医学部外科学講座)

背景／目的： 潰瘍性大腸炎（UC）患者では、散発性大腸癌（CRC）とは異なる炎症関連の発癌過程を経て大腸炎関連大腸癌（CAC）が発生し、長期罹患例ではそのリスクが増加することが知られている。しかし、CAC と CRC を鑑別するための信頼性の高い分子マーカーは依然として限られている。本研究では、CAC に特異的に発現する遺伝子を同定し、その診断的有用性を検討することを目的とした。
患者と方法： UC 患者 42 例から外科的切除標本を収集した。3 例の CAC 患者から得た正常粘膜、炎症粘膜、癌組織を対象に RNA シーケンス（RNA-seq）を実施し、1 例の CRC 組織から得た正常粘膜、癌組織と比較した。CRC と比較して CAC で特異的に発現が上昇している遺伝子を抽出し、それらの抗体を用いた免疫組織化学染色により、CRC および CAC 組織でのタンパク質発現を検証した。
結果： トランスクリプトーム解析の結果、Mucin 5AC（MUC5AC）、carcinoembryonic antigen-related cell adhesion molecule 7（CEACAM7）、dual oxidase 2（DUOX2）の 3 遺伝子が CRC と比較して CAC で高発現していた。免疫組織化学染色でも、これら 3 マーカーはいずれも CAC 組織で強い発現を示した。一方、CRC では CEACAM7 と MUC5AC の発現は低かった。これらの所見は、CAC と CRC の間で遺伝子発現パターンが異なることが示唆された。
考察：MUC5ACは胃腺窩上皮細胞に存在する分泌型ムチンであるが、遺伝子メチル化の変化により糖鎖が変化することでCACに発現するとの報告がある。CEACAM7はCRCにて発現は減少すると報告されているが、CACでの発現増強はその発現の調整機構が異なるものと考えられる。DUOX 2は腸内の活性酸素種(ROS)生成を介して粘膜の恒常性維持や炎症に関与しており、腸内炎症の慢性化に寄与している可能性が高いとされている。
結論： MUC5AC、CEACAM7、DUOX2 は、CRC とは異なる CAC 特有の発現プロファイルを示し、これらを組み合わせて評価することで CAC と CRC の鑑別診断に寄与する可能性があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-3] 手術症例から振り返る潰瘍性大腸炎関連腫瘍の診断ストラテジー

*品川 貴秀[1]、岡田 聡[1]、白鳥 広志[1]、舘川 裕一[1]、荒川 敬一[1]、原田 有三[1]、永井 雄三[1]、横山 雄一郎[1]、江本 成伸[1]、室野 浩司[1]、野澤 宏彰[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科)

【背景・目的】潰瘍性大腸炎関連腫瘍（UC associated neoplasm: UCAN）の診断で重要なのは内視鏡検査による病変の拾い上げとその後の質的評価である。「拾い上げ」には限られた検査時間における生検部位の選定が必要であり、特に表在型病変の適切な診断が重要である。そこで今回、UCAN手術症例における術前後の診断病変を評価し、診断のために有用な特徴を明らかにすることを目的として解析を行った。

【対象・方法】2010～2026年4月当科で手術を行ったUCAN69症例132病変について、術前診断病変（術前病変、術中1病変含む）の特徴を後ろ向きに解析した。また注意すべき術前未診断病変（術後病変）の特徴についても解析した。

【結果】手術時年齢中央値51歳（30-83）、罹病期間中央値16年（0-54）、全大腸炎型61例（88.4%）、初回術式は大腸全摘術61例（88.4%）（IPAA48例、TPC13例）、その他8例（11.6%）であった。術後病変は全69症例中21例（30.4%）に認め、術前に単発と診断されていた症例と比較し多発と診断された症例で多い傾向であり（11/48例（22.9%）対9/20例（45%）：p=0.08）、計31例（44.9%）に多発病変が確認された。全132病変中96病変が術前に診断され、表在型は70病変だった。表在型は59病変（84.3%）がdysplasiaまたはTis/T1だったが、11病変（15.7%）にT2以深の進行病変を認めた。肉眼的には松かさ・絨毛状所見を呈する病変が非表在型と比較し有意に多く（28病変（40%）対4病変（15.4%）：p=0.03）、非表在型では狭窄病変も多かった（0病変対11病変（42.3%）：p<0.01）。術後病変（36病変）は術前病変と比較し右側に多く（14病変（38.9%）対11病変（11.5%）：p<0.01）、組織学的にはdysplasiaが多いものの（30病変（83.3%）対36病変（37.5%）：p<0.001）、Tis：3病変の他、浸潤癌（T1：1病変、T2：1病変、T3：1病変）も認めた。浸潤癌は全て原発性硬化性胆管炎合併例で確認された。

【結語】UCAN手術症例には約3割に術前未診断病変を認め、多くはdysplasiaだが浸潤癌や右側の分布にも注意を要する。また表在型では松かさ・絨毛状所見が、非表在型の進行病変では狭窄所見が診断の契機となる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-4] 潰瘍性大腸炎関連腫瘍の診断における内視鏡・超音波内視鏡の有用性とESDのトータルバイオプシーとしての役割

*米田 頼晃[1]、吉田 早希[1]、大東 弘治[2]、竹内 洋司[1]、川村 純一郎[2]、工藤 正俊[1] (1. 近畿大学医学部消化器内科、2. 近畿大学医学部下部消化管外科)

背景・目的
潰瘍性大腸炎関連腫瘍（ulcerative colitis-associated neoplasia：UCAN）は、平坦で境界不明瞭な病変として認められることが多く、生検による診断感度にも限界がある。本研究では、UCANと散発性腫瘍の鑑別に有用な内視鏡所見を検討するとともに、超音波内視鏡検査（endoscopic ultrasonography：EUS）による深達度診断能および、内視鏡的粘膜下層剥離術（endoscopic submucosal dissection：ESD）の“total biopsy”としての役割について評価した。
方法
2016年4月から2025年1月までに、潰瘍性大腸炎罹患粘膜に発生し内視鏡治療を施行した212病変を後ろ向きに検討した。肉眼型、pit pattern分類、Japan Narrow-Band Imaging Expert Team（JNET）分類による術前診断と最終病理診断を比較した。また、UCANが疑われEUSを施行した10病変について、EUSによる深達度診断と病理学的深達度を比較した。2 cm未満の病変にはスネアによる内視鏡切除を施行し、2 cm以上の病変にはESDを施行した。
結果
2 cm未満で内視鏡切除を施行した189病変にUCANは認めなかった。ESD施行23病変のうち、散発性腫瘍疑い8病変はいずれも非UCANであった。一方、UCAN疑い15病変のうち、8病変がUCAN、6病変が散発性腫瘍、1病変が炎症性病変であった。T1b以深浸潤を陽性と定義した場合、EUSの感度、特異度、陽性的中率、陰性的中率、正診率はそれぞれ50.0%、100%、100%、88.9%、90.0%であった。EUSと病理深達度は10例中9例で一致し、9病変はT1a以下、1病変はT1bであった。第3層肥厚は2病変で認め、いずれもUCANであり、そのうち1病変はT1b癌であった。ESD症例における解析では、発赤調の色調変化およびV_I pit patternがUCANの独立関連因子であった。
結論
EUSによる深達度評価は、適切な治療方針決定に有用であると考えられた。またESDは治療のみならず、病変全体の包括的病理評価を可能とする“total biopsy”として機能し、腸管機能温存を考慮した治療戦略決定に寄与する可能性が示唆された。特に、UCANと散発性腫瘍の鑑別が困難な症例において、本戦略は不要な大腸全摘術の回避に寄与する可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-5] CV-SCANを用いた潰瘍性大腸炎関連腫瘍の検出およびESDにおける有用性

*植田 浩貴[1]、冨岡 明[2]、千谷 菜花[2]、堀内 和樹[1]、古橋 廣崇[1]、成松 和幸[1]、高本 俊介[1]、穂苅 量太[1] (1. 防衛医科大学校病院消化器内科、2. 埼玉医科大学国際医療センター消化器内科)

【背景と目的】
潰瘍性大腸炎関連腫瘍（ulcerative colitis-associated neoplasia：UCAN）は慢性炎症粘膜を背景に平坦・境界不明瞭な病変が多く、早期診断や範囲診断が困難である。我々はUCANを示唆するCV-NパターンとPaneth cell metaplasiaに対応するCV-Pパターンを識別可能な新規染色法Crystal violet staining for colitis-associated neoplasia（CV-SCAN）を報告してきた。本研究ではCV-SCANのUCAN検出能およびESD治療戦略における有用性を検討した。
【方法】
潰瘍性大腸炎患者に対するサーベイランス下部消化管内視鏡検査にCV-SCANを併用し、CV-N陽性領域より生検を施行した。UCAN診断後、CV-SCANにより病変範囲を再評価し、周囲粘膜で陰性生検を確認した上でESDを施行した。
【結果】
UCAN 4例を対象とした。全例でCV-SCANによりCV-N陽性領域として病変を検出可能であり、白色光観察では病変境界の同定が困難であった。ESDは3例で一括切除を達成した。1例では水平断端陽性であったが、追加ESD前のCV-SCANにより残存病変を明瞭に同定し得た。CV-N陽性範囲は病理学的腫瘍範囲と概ね一致し、観察期間中に再発を認めなかった。
【結論】
CV-SCANはUCANの早期病変検出および病変範囲診断に有用であり、ESDの適応判断や切除範囲設定に寄与する可能性が示唆された。UCANに対する低侵襲治療戦略の確立に資することが期待される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-6] 潰瘍性大腸炎の臨床経過分類と大腸炎関連大腸癌術後再発との関連：全国多施設共同研究

*吉村 晴香[1]、水内 祐介[1]、藤本 崇聡[1]、永吉 絹子[1]、野口 竜剛[2]、杉原 健一[3]、上野 秀樹[4]、石原 聡一郎[2] (1. 九州大学臨床腫瘍外科、2. 東京大学腫瘍外科、3. 社会医療法人社団光仁会第一病院、4. 防衛医科大学校外科学講座)

【背景】潰瘍性大腸炎（UC）の臨床経過は再燃寛解型、慢性持続型、劇症型、初回発作型に分類される。大腸炎関連癌（CAC）は慢性炎症が発癌リスク因子であり、慢性持続型の発癌リスクは高いとされる。しかし、臨床経過分類が発癌後の予後に与える影響は未検討である。そこで、UC関連大腸癌において、臨床経過分類が無再発生存率（RFS）に与える影響を全国多施設共同データで検証する。
【方法】全国多施設共同後方視的研究として、UC関連大腸癌手術症例を対象とした。再燃寛解型622例、慢性持続型201例を解析対象とし、劇症型7例、初回発作型27例は除外した。主要評価項目はRFSとし、Kaplan-Meier法およびlog-rank検定による単変量解析、多変量Cox比例ハザードモデルによる解析を施行した。pStageおよび組織型を層別化変数、年齢・性別・罹患期間・脈管侵襲の有無・術後合併症の有無を補正変数とした。さらに治療歴による感度分析を行った。
【結果】患者背景では、慢性持続型は再燃寛解型と比較してUC罹患期間が短く、進行癌やリンパ管侵襲陽性症例が多い傾向にあった。5年RFSは再燃寛解型89.4%、慢性持続型78.4%であり有意差を認めた（p=0.001）。多変量Cox回帰において、pStage・組織型・脈管侵襲を補正しても慢性持続型は独立した予後不良因子であった（HR=1.64 , 95%CI 1.06–2.55, p=0.027)。サブグループ解析では、早期癌（pStage 0-II）および若年者（45歳未満）において慢性持続型のRFSが有意に低かった。UC治療歴による感度分析では、治療歴によるRFSへの影響は少なく、一貫して慢性持続型が独立した予後不良因子であった。また、再発症例において再発部位や術後補助化学療法の有無に両群で差はなく、これらが再発率に与える影響は少ないと考えられた。
【結論】慢性持続型UCを背景に発生した大腸癌は、進行度・組織型・脈管侵襲とは独立した予後不良因子であった。これは癌の悪性度のみならず、UCの炎症背景が術後再発に寄与している可能性を示唆する。慢性持続型UC背景のCAC患者には術後フォローアップの強化を検討すべきである。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江崎 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-7] 炎症性腸疾患関連大腸癌に対する化学療法の適応と留意点

*荻野 崇之[1]、長谷川 昂[1]、福田 健太[1]、赤澤 英[1]、辻 嘉斗[1]、深田 晃生[1]、関戸 悠紀[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、水島 恒和[2]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学、2. 獨協医科大学外科学(下部消化管外科)講座)

【背景と目的】炎症性腸疾患(IBD)関連大腸癌に対する化学療法の有効性および安全性に関するエビデンスは限られており、標準的治療は確立していない。現状におけるクローン病(CD)関連大腸癌および潰瘍性大腸炎(UC)関連大腸癌に対する化学療法は、いずれも大腸癌治療ガイドラインに準じて判断されるが、術後に免疫抑制治療を要する症例では、再発リスクや安全性を踏まえた慎重な治療選択が必要になる。今回、IBD関連大腸癌に対して手術を施行した症例のうち、化学療法を施行した症例について、その適応と実施上の留意点を明らかにすることを目的とした。
【対象と方法】2008年から2024年までの期間に、CD関連大腸癌およびUC関連大腸癌に対して手術を施行した82例のうち、化学療法を施行した21例を対象とし、患者背景、治療内容、有害事象について後方視的に検討した(病歴不詳例は除外)。値は中央値[範囲]で示した。
【結果】年齢中央値は53[39-61]歳、男性16例、女性5例であった。PSは0[0-1]。疾患はCD10例、UC11例であり、主腫瘍局在は直腸癌11例、肛門管癌6例、結腸癌4例であった。術前化学(放射線)療法は6例、術後補助化学療法は8例、再発に対する化学(放射線)療法は7例であった。初回化学療法レジメンは、フルオロピリミジン単独2例、オキサリプラチンベース17例、その他2例で、分子標的薬併用は3例に認めた。投与コース数は6[1–12]。投与量減量は81%で要した。消化器関連有害事象は下痢が最多でありGrade 3は29%に認めた。CDは全例下痢を認め、その重篤度と残存小腸長は有意に相関していた(p=0.01)。血液関連有害事象は好中球減少が最多で43%に認められ、Grade 3以上は24%であった。化学療法関連死亡は認めなかった。
【まとめ】IBD関連大腸癌に対する化学療法は、適切な全身管理および有害事象モニタリングの下では実施可能と考えられる。適応に関しては、疾患活動性、腸管機能、栄養状態、さらには免疫抑制治療の必要性を含めて総合的に判断し、個別化した治療方針を策定することが求められる。とくにCD関連大腸癌症例では下痢が高頻度に認められ、その原因として残存小腸長の減少に伴う小腸機能障害の関与が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-8] クローン病の肛門病変に合併する痔瘻癌、肛門管癌について

*酒匂 美奈子[1]、井上 英美[2]、大城 泰平[2]、新谷 裕美子[2]、西尾 梨沙[2]、岡野 荘[1]、園田 光[1]、岩本 志穂[1]、深田 雅之[1]、古川 聡美[2]、岡本 欣也[2]、山名 哲郎[2] (1. JCHO東京山手メディカルセンター、2. JCHO東京山手メディカルセンター　大腸肛門外科)

【背景と目的】クローン病（Crohn’s Disease; CD）に伴う痔瘻癌および肛門管癌は稀であるが、早期診断が困難であり深刻な転帰をたどる合併症である。生物学的製剤をはじめとする内科治療の進歩がみられる現在においても長期経過に伴う悪性腫瘍の合併は重要な問題である。この研究では、CDに合併する痔瘻癌、肛門管癌の特徴、臨床経過について明らかにすることを目的とした。
【方法】当院において2016年から2025年に直腸切断術もしくは骨盤内蔵全摘術が施行されたCDに合併する痔瘻癌20例（男性15例、女性5例、平均年齢49.2歳）肛門管癌13例（男性7例、女性6例、平均年齢48.5歳）を対象とし、診断契機、罹病期間、予後について検討を行った。
【結果】
痔瘻癌においてCD診断から発癌までの期間は23.8 (9－35) 年で、95.0% (19/20) で診断前に活動性痔瘻を有していた。通院を中断していた3例を除き診断前に生物学的製剤による治療が行われていた症例は41.2% (Infliximab 4例、Adalimumab 2例、Ustekinumab 1例)であった。診断契機は、腫瘤形成25% (5) 、MRI所見20% (4) 、痔瘻手術時の生検病理診断30% (6) 、疼痛5% (1) 、直腸切断術時の病理診断20% (4) であった。切除断端陽性率は40% (8/20) 、術後10－99か月の生存率は60% (12/20)であった。肛門管癌では発癌までの罹病期間は26.3 (16-35) 年、活動性痔瘻を53.8% (7/13) 、肛門狭窄を84.6% (11/13)に認めていた（重複あり）。診断前の生物学的製剤投与率は46.2% (Infllximab 2例、Adalimumab 2例、Ustekinumab 2例) 、診断契機は腫瘤形成 53.8% (7/13)、狭窄部の生検病理診断46.2% (6/13)であった。切除断端陽性率は53.8% (7/13) 、術後2－24か月の生存率は61.5%（8/13）であった。
【結論】
CD肛門病変に関連する痔瘻癌、肛門管癌合併症例の多くは長期罹患症例で、早期診断が困難であり診断契機もまちまちで、偶発的に発見される症例も少なくない。また手術時に切除断端陽性となる場合が多く、良好な治療効果を得ることが困難であるため、発癌を意識した慢性活動性炎症に対する積極的な内科・外科治療が重要であると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-9] クローン病関連直腸肛門管腫瘍に対する診断戦略とサーベイランスの課題

*重原 光那[1]、杉本 真也[1]、吉松 裕介[1]、清原 裕貴[1]、三上 洋平[1]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学（消化器))

【背景】炎症性腸疾患関連腫瘍のサーベイランスは潰瘍性大腸炎を中心に様々な議論がなされているが，病変分布や病態が複雑なクローン病に特化した基準は十分に整理されていない。クローン病関連大腸癌は，本邦含むアジアでは直腸肛門管領域に好発し，瘻孔や狭窄を背景とした特殊な発生様式を呈する。本研究では，当院症例を解析し，同領域における診断上の課題と最適なサーベイランス戦略について検討した。
【方法】2014年5月から2026年2月までに当院で経験した直腸肛門管領域のクローン病関連腫瘍22例のうち，詳細解析可能であった19例を対象とした。前回内視鏡所見と検査間隔，観察手技（反転操作の有無），生検施行率，術前進展範囲評価，組織型および予後との関連を後方視的に検討した。
【成績】解析対象の19例の罹病期間は24年（IQR 15-34）であった。他院診断例など前回内視鏡所見を確認できなかった症例を除く14例では，前回検査から診断までの平均期間は904日であった。前回検査時には全例で潰瘍，狭窄，隆起，瘻孔瘢痕などの高リスク所見を認めたが，反転操作による詳細観察は29%，生検施行は11%にとどまっていた。Stage IVの3例（16%）はいずれも症状を契機に診断されており,予定手術前に穿孔して非切除となった１例を含む非切除症例の生存期間中央値は1.3年（IQR 0.9-1.4）と予後不良であった。一方，無症状でサーベイランス目的の検査により診断された7例（37%）は，いずれもStage II以下で比較的早期に診断されていた。術前進展範囲の過小評価は8例（42%）に認められた。組織型では粘液癌および印環細胞癌において生存率低下傾向を認めた。
【結論】直腸肛門管領域では慢性炎症や瘻孔の存在により腫瘍の視認性および進展範囲評価が困難となるが，高リスク所見を有する症例では短間隔フォローと反転操作を含む重点的観察，さらに低閾値での生検を組み合わせることで早期診断につながる可能性が示唆された。また，術前の水平・垂直進展評価の精度向上が適切な治療戦略決定に重要と考えられた。肛門病変合併例を高リスク群として位置付け，クローン病に特化した体系的サーベイランス体制を構築することが求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-10] クローン病に合併した直腸肛門部癌に対するサーベイランスの現状

*堀尾 勇規[1]、内野 基[1]、友尾 祐介[1]、長野 健太郎[1]、楠 蔵人[1]、桑原 隆一[1]、木村 慶[2]、片岡 幸三[2]、池田 正孝[2]、池内 浩基[1] (1. 兵庫医科大学炎症性腸疾患外科、2. 兵庫医科大学下部消化管外科)

【背景】クローン病（CD）に合併する痔瘻癌を含む直腸肛門管癌は早期診断が困難であり、予後不良の一因とされる。一方で、サーベイランス法および画像・内視鏡を含めた診断戦略は未だ確立されていない。そこで本研究では、CD合併直腸肛門部癌の診断契機とサーベイランスの実態を解析し、診断に寄与する因子を検討した。
【方法】2000年12月から2025年2月までに当院で手術を施行したCD合併直腸肛門部癌64例を対象に後方視的検討を行った。患者背景、診断契機、内視鏡所見、経肛門生検所見、MRI所見、サーベイランスの実施状況について解析した。
【結果】男性51例（79.7%）、女性13例（20.3%）で、癌診断時年齢中央値48.5歳（28–74歳）、病悩期間中央値23年（1–43年）であった。術前診断が可能であったのは44例（68.7%）であり、内視鏡30例、経肛門生検12例、MRI2例であった。内視鏡では高度狭窄、粘膜下進展を疑う隆起性病変と潰瘍の混在、結節状・顆粒状粘膜、粘液付着、易出血性病変が特徴的な所見であった。経肛門生検は、狭窄により内視鏡挿入が不可であった症例に特に有効であった。瘻管掻爬と粘膜生検が基本であるが、1例はskin tagからの診断となった。また、4例は内視鏡上病変は寛解を示しており、さらに痔瘻も改善しているのにも関わらず、疼痛が出現したため、診断に至った症例も1例認めた。MRIは39例に施行され、読影所見にて癌疑いとなった症例は25例(64.1%)であった。分葉状・多房性腫瘤、不均一高信号、瘻孔に沿った腫瘤形成、不均一造影が特徴的であり、他モダリティで診断困難であったが、多房性腫瘤を認めたため手術を施行した2例は、いずれも粘液癌と診断された。癌診断前年にサーベイランスが行われていた症例は24例(37.5%)にとどまったが、定期的なseton交換を行っていた症例ではhigh-grade dysplasiaでの診断も認めた。
【結論】CDに合併する直腸肛門部癌の早期診断には、内視鏡、経肛門生検、MRIを組み合わせた戦略的サーベイランスが不可欠である。一方でサーベイランスの実施率は十分とは言えず、今後その普及と標準化が求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-11] クローン病に合併した消化管悪性腫瘍101例の予後因子の検討

*井上 英美[1]、酒匂 美奈子[2]、丹野 侑杜[1]、新谷 裕美子[1]、西尾 梨沙[1]、大城 泰平[1]、古川 聡美[1]、岡本 欣也[1]、山名 哲郎[1] (1. JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター、2. JCHO東京山手メディカルセンター炎症性腸疾患センター)

【はじめに】炎症性腸疾患関連消化管癌は散発性癌と比較して予後不良である．本研究ではクローン病（以下CD）に合併した小腸癌,結腸癌，直腸肛門管癌（痔瘻癌）の予後因子を明らかにすることを目的とした．
【対象・方法】2011年1月から2025年12月にCDに合併した消化管悪性腫瘍101例（小腸癌19例，結腸癌19例,直腸癌肛門管癌・痔瘻癌63例）を対象に，臨床的背景，手術因子，病理組織学的特徴，予後を後方視的に検討した．
【結果】患者背景は男性73人，女性28人，平均年齢は49歳（42−54），CD罹患期間の中央値は22.7年（18-29）であった．術前に癌の診断がついていたのは小腸癌1例（5.3%），結腸癌10例（56%），直腸肛門管癌・痔瘻癌48例（76.2%）であった．癌の診断契機は，小腸癌の1例は遠隔転移と腫瘍マーカー高値，結腸癌は内視鏡診断7例，CT/MRI診断3例，直腸肛門管癌・痔瘻癌は32例が腰椎麻酔下生検，7例が内視鏡下生検，外来診察時の生検3例，CT/MRI診断6例であった．癌摘出標本の断端陽性は小腸癌4例（21.1%），結腸癌6例（31.6%），直腸肛門管癌・痔瘻癌28例（44.4%）に認めた．術後化学療法は小腸癌で5例，結腸癌で6例，直腸肛門管癌・痔瘻癌では放射線治療も含め25例に行われた．術後観察期間の中央値は3.0年（1.4-9.2年）で断端陽性例は小腸癌で4例中3例，結腸癌で6例中5例，直腸肛門管癌・痔瘻癌で28例中16例が死亡しており，有意に予後不良であった（$p < 0.01$）．
【結語】CDに合併した直腸肛門管癌・痔瘻癌の術前診断率は比較的高かったが，進行癌が多くR0切除困難な例を多く認めた．R0切除が可能な早期診断のためのサーベイランスが必要である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-12] クローン病関連直腸肛門悪性腫瘍に対する骨盤内臓全摘術の治療成績

*大城 泰平[1]、丹野 侑杜[1]、新谷 裕美子[1]、井上 英美[1]、西尾 梨沙[1]、古川 聡美[1]、岡本 欣也[1]、山名 哲郎[1] (1. 東京山手メディカルセンター)

【背景】
クローン病（CD）関連直腸肛門管癌は慢性炎症を背景として発生し、局所浸潤傾向が強く、切除断端陽性や局所再発のリスクが高い。通常の直腸癌手術では根治切除が困難な場合があり、骨盤内臓全摘術を含む拡大切除が必要となる。近年、欧米からはIBD関連直腸肛門管癌に対する拡大骨盤内臓器切除が周術期成績、長期予後の両面で許容可能とする報告がみられる。
【治療方針】
・MRI撮影を行い、直腸肛門管に隣接した臓器（前立腺、仙骨、挙筋）への浸潤を評価する。
・膿瘍形成例に対し人工肛門造設による感染巣コントロールを行う。
・局所進展のため剥離断端陰性を得るのが難しいと判断した場合は、術前化学療法を行う。
・痔瘻瘻管は可能な限り切除する。
・尿路再建は回腸を用いて回腸導管を作成する。
・骨盤部、会陰部の欠損に対し、大腿有茎皮弁を用いた再建を行う。
【症例】
CD関連直腸肛門管癌3例および直腸癌術後再発1例に対し骨盤内臓全摘術を施行した。
症例1：50代男性、罹患歴25年。直腸肛門管粘液癌に対し術前XELOX＋Bev 4コース後、骨盤内臓全摘＋外性器・仙骨合併切除＋回腸導管を施行。術後合併症なし。
症例2：50代男性、罹患歴21年。長期ステロイド使用、副腎不全を合併。直腸癌切除後の骨盤内再発に対し骨盤内臓全摘を施行。回腸吻合部縫合不全のため再手術を要した。
症例3：60代男性、罹患歴32年。MDS合併。痔瘻に合併した粘液癌。術前化学療法後、骨盤内臓全摘＋外性器切除＋回腸導管＋会陰部大腿有茎皮弁再建を施行。骨盤死腔炎と尿崩症を認めた。
症例4：50代男性、罹患歴26年。直腸肛門管粘液癌（回腸S状結腸瘻合併）に対し骨盤内臓全摘＋結腸亜全摘＋瘻孔切除＋回腸導管＋会陰部大腿有茎皮弁再建を施行。術後合併症なし。
【考察・結語】
CD関連直腸肛門管癌では、組織学的特徴により局所進展例が多く、断端陰性を得るには骨盤内臓全摘を含む拡大切除が有効な選択肢となり得る。今回の経験からも、術後合併症は少なくなく、基礎疾患を考慮した慎重な手術適応と周術期管理が重要である。本報告は、CD関連直腸肛門管癌および再発例に対する骨盤内臓全摘の治療戦略を考える上で貴重な症例経験である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:30 | 第8会場（1F 会議室108）
シンポジウム２　炎症性腸疾患関連腫瘍の診断とマネジメント
司会：穂苅 量太（防衛医科大学校）、江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

[SY2-13] クローン病関連大腸腫瘍の予後改善に向けた早期診断戦略：早期診断に向けた肉眼形態的特徴と診断経路の解析

*中尾 詠一[1]、辰巳 健志[1]、小原 尚[1]、後藤 晃紀[1]、黒木 博介[1]、小金井 一隆[1]、杉田 昭[1] (1. 横浜市立市民病院炎症性腸疾患科)

【目的】
クローン病関連大腸腫瘍（CDAN）は、早期であれば良好な生存率が得られる一方、進行例では著しく予後不良である。しかし、クローン病特有の狭窄や瘻孔により早期診断は困難で、有効なサーベイランス法も確立されていない。本研究では、自験例の長期解析および早期癌と進行癌の比較により、CDANの診療実態と早期診断に有用な特徴を検討した。

【対象と方法】
1994〜2025年に当院で経験したCDAN 91例を対象とし、前期（〜2009年）、中期（2010〜2017年）、後期（2018〜2025年）の3群に分け、臨床病理学的特徴と治療成績を解析した。さらに、痔瘻癌や高度異形成などを除外した切除例51例を抽出し、早期癌（pTis–T1：13例）と進行癌（pT2以深：38例）に分類して比較検討した。

【結果】
診断時期別では前期16例、中期30例、後期45例であった。腫瘍局在は直腸肛門管癌が最多であり、術前診断例は後期で増加していた。術前診断方法では内視鏡が最多で、前期16.7%、中期56.3%、後期61.3%であった。病理学的進行度では、HGD/pTisおよびstage I症例は後期で増加し、stage IV症例は減少した。生存期間中央値はStage I：187か月、II：130か月、III：41か月、IV：10か月であり、早期病変ほど予後良好であった。

51例のサブ解析では、早期癌の69.2%がType0-Iを呈したのに対し、進行癌ではType4（47.4%）およびType5（34.2%）が主体であった。早期癌は全例が分化型腺癌であった一方、進行癌では粘液癌が52.6%を占めた。診断経路では、早期癌はCSによる診断が最多（69.2%）であったが、進行癌の23.7%は術中迅速診断など術中評価を契機に診断されていた。

【結語】
近年、CDANにおける早期癌の診断頻度は増加していた。早期癌は表在隆起型形態および分化型組織を特徴としており、一部のCDANは発癌早期から肉眼的に認識可能な病変として存在する可能性が示唆された。内視鏡検査や肛門診察を含めた慎重なサーベイランスがCDANの早期診断に寄与する可能性があるが、最適なサーベイランス戦略の確立にはさらなる検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科

2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割

司会：黒木 政純（くろき医院)、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-1] 診療所・病院・患者の「三方よし」を目指した肛門診療における病診連携の現状

*小泉 範明[1]、多加喜 航[1] (1. 明石市立市民病院　外科)

[SY3-2] 地方小規模肛門専門病院が担う包括的肛門疾患診療の役割と課題

*錦織 直人[1]、佐々木 義之[1]、錦織　ルミ子[1]、錦織 麻衣子[1]、尾原 伸作[2]、錦織 方人[1] (1. 一路会錦織病院、2. 国保中央病院外科)

[SY3-3] 地域医療における肛門科の役割　―大学・医師会との教育連携を中心に―

*小村 憲一[1]、岡村 行泰[2]、梶原 崇弘[4]、間崎 武郎[3]、海賀 照夫[5]、松野 順敬[4]、渡部 愛[2]、服部 桜子[2]、河合 隆治[6]、奥村 康弘[2]、渡辺 知明[9]、小泉 和也[7]、甲田 貴丸[8]、木下 和哉[10]、坂東 重浩[11]、石倉 智枝里[2]、加藤 岳晴[2]、寺本 賢一[2]、山岸 俊介[2] (1. 小村肛門科医院、2. 日本大学消化器外科、3. 同愛会病院外科、4. 板倉病院外科、5. みつわ台総合病院外科、6. 大和徳洲会病院外科、7. 小泉胃腸肛門乳腺クリニック、8. 甲田医院、9. 渡辺昭医院、10. 木下産婦人科医院、11. ばんどうクリニック堀切菖蒲園駅前)

[SY3-4] 肛門科地域連携医療の司令塔としての役割

*大橋 勝久[1]、大橋 勝英[1]、佐々木 章公[2]、太田 和美[2]、北川 一智[2]、森谷 行利[3]、玉木 孝彦[3] (1. 大橋胃腸肛門科外科医院、2. 十全総合病院、3. 森谷外科医院)

[SY3-5] 肛門科医の連携と 市民への情報発信 -“愛宕おしり研究会”の活動-

*羽田 丈紀[1]、吉田 幸平[2]、白畑 敦[3]、井藤 尚武[4]、伊東 功[5]、伊藤 大介[1]、飯田 直子[1]、中山 真緒[1]、小田 晃弘[6]、野田 大地[6]、長谷川 小百合[7] (1. おなかクリニック、2. 新宿おしりのクリニック、3. しらはた胃腸肛門クリニック横浜、4. 八王子クリニック、5. 小田原おしりとおなかのクリニック、6. 新松戸中央総合病院、7. 塩山あかおクリニック)

[SY3-6] 肛門科traineeから見た専門病院の重要性とマーケティング

*長田 和義[1]、野明 俊裕[1]、石井 正之[1]、石橋 英樹[1]、鈴木 麻未[1]、白水 良征[1]、入江 朋子[1]、荒木 靖三[1] (1. 社会医療法人社団高野会くるめ病院)

[SY3-7] 西九州させぼ広域都市圏における肛門科の役割

*日高 仁[1]、黒木 政純[2] (1. ひだか医院、2. くろき医院)

[SY3-8] 総合病院内の一診療科としての肛門科に求められる地域医療における役割

*岡田 大介[1]、佐原 力三郎[1]、本間 祐子[1] (1. 社会医療法人財団仁医会牧田総合病院肛門病センター)

[SY3-9] 地方の肛門科専門有床診療所における肛門外科専門医の矜持

*森 俊治[1]、田中 香織[1]、山田 英貴[2] (1. 森外科医院、2. 山田外科内科)

[SY3-10] 肛門疾患はどこに集約されるのか：地域医療構造の実態

*指山 浩志[1]、浜畑 幸弘[1]、小池 淳一[1]、安田 卓[1]、中山 洋[1]、川西 輝貴[1]、坪本 敦子[1]、高野 竜太朗[1]、城後 友望子[1]、黒崎 剛史[1]、本多 舜哉[1]、堤 修[1] (1. 辻仲病院柏の葉大腸肛門外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割
司会：黒木 政純（くろき医院）、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-1] 診療所・病院・患者の「三方よし」を目指した肛門診療における病診連携の現状

*小泉 範明[1]、多加喜 航[1] (1. 明石市立市民病院　外科)

肛門疾患の潜在患者は非常に多く、急性期一般病院に勤務する一般消化器外科医であっても種々の肛門疾患に対して適切な治療が提供できるよう知識と技術を習得しておく必要がある。しかしながら、往々にして一般消化器外科医は肛門疾患に苦手意識を持つものが少なくなく、また十分な修練の機会があるとは言い難い。一方肛門科の専門クリニックはマンパワーやキャパシティが限られており、合併症を有する患者の診療や緊急時の対応には度々苦慮されている。当科では、両者の弱点を補完するため近隣の肛門科クリニックと相互協力体制で病診連携に取り組んでいるため、急性期一般病院に勤務する消化器外科医の立場からその現状を報告する。

3年前、主に手術手技の習得を目的として肛門科クリニックに出向き、手術助手を務めることから交流を開始した。現在も定期的に手術支援と専門知識の習得を継続しており、顔を合わして情報交換することを重視している。その後、クリニックで手術が施行された出血リスクの高い患者や遠方から受診した患者の術後の観察入院や、有事の際の緊急対応を病院で請け負うようになった。さらにはクリニックで手術を施行される患者の術前検査一式も病院で受託する体制を確立し、クリニックは余計な検査を省略できるようになった。これらの体制により病院は検査件数が増加し、入院患者数の増加にもつながった。さらに、併存疾患のあるハイリスク症例は当院での入院手術を引き受けることで手術件数も増加し、収益にも貢献する結果となっている。

総合病院で行う術前検査は、短時間で全ての検査が円滑に施行可能であるため患者からの評判もよく、術後に何かあった場合でも総合病院のバックアップがあることは患者の大きな安心となっており、クリニックと病院のみならず患者にとっても一定のメリットがある連携体制となっていると考える。

地域で質の高い肛門診療を行っていく上で、お互いに直接やり取りができる密な病診連携は必須である。直接クリニックに出向いて実際の診療の場を知ることでうまくニーズを発掘することができ、診療所・病院・患者の「三方よし」の連携体制が達成できている。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割
司会：黒木 政純（くろき医院）、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-2] 地方小規模肛門専門病院が担う包括的肛門疾患診療の役割と課題

*錦織 直人[1]、佐々木 義之[1]、錦織　ルミ子[1]、錦織 麻衣子[1]、尾原 伸作[2]、錦織 方人[1] (1. 一路会錦織病院、2. 国保中央病院外科)

当院は奈良県に所在する病床数30床の小規模病院であり、常勤肛門科医2名体制で診療を行っている。年間の肛門科初診患者数は約2000〜2500例で、地域診療所のみならず高次医療機関や他府県からの紹介も多い。肛門疾患の診断・内科的治療・外科治療に加え、消化管内視鏡検査、直腸肛門機能検査、排便機能診療、炎症性腸疾患（IBD）診療を包括的に行い、シームレスな診療体制を構築している。
肛門疾患の背景には排便機能異常が関与する症例が多く、排便機能障害に対する診療は重要である。特に肛門機能検査、排便造影検査、バイオフィードバック療法といった専門性の高い診療は限られた施設でのみ実施可能であり、地域医療における重要な役割であると考える。また、排便機能異常に対する診療は、自院のみならず「かかりつけ医」との連携のもと継続的に行うことが重要である。
肛門外科手術においては、肛門機能温存を考慮した根治性の高い外科手術を心掛けている。近年は高齢化に伴い心疾患合併例や抗血小板・抗凝固療法中の症例が増加しており、周術期合併症、特に術後出血の低減に向けた努力と、周辺医療機関との連携が不可欠である。
また、排便時出血が持続する症例には積極的に大腸内視鏡検査を施行し、年間約600例の大腸ポリープ切除および約30例の大腸癌を診断している。さらに毎年約30例の新規IBD症例を診断・治療導入し、現在約300例を継続診療している。IBDは肛門症状を契機に診断に至る症例も多く、肛門病変や直腸粘膜所見を契機とした早期診断は肛門科の重要な役割である。当院ではadvanced therapyを含む内科治療に加え、クローン病合併肛門病変に対する外科治療も積極的に行っている。
地方の小規模肛門専門病院は、肛門外科診療のみならず、排便機能診療や大腸腫瘍性病変の診断・治療およびIBD診療を含めた包括的診療を担う地域医療の重要な役割を果たしていると考える。本発表ではその取り組みと課題について報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科

2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割

司会：黒木 政純（くろき医院）、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-3] 地域医療における肛門科の役割　―大学・医師会との教育連携を中心に―

*小村 憲一[1]、岡村 行泰[2]、梶原 崇弘[4]、間崎 武郎[3]、海賀 照夫[5]、松野 順敬[4]、渡部 愛[2]、服部 桜子[2]、河合 隆治[6]、奥村 康弘[2]、渡辺 知明[9]、小泉 和也[7]、甲田 貴丸[8]、木下 和哉[10]、坂東 重浩[11]、石倉 智枝里[2]、加藤 岳晴[2]、寺本 賢一[2]、山岸 俊介[2] (1. 小村肛門科医院、2. 日本大学消化器外科、3. 同愛会病院外科、4. 板倉病院外科、5. みつわ台総合病院外科、6. 大和徳洲会病院外科、7. 小泉胃腸肛門乳腺クリニック、8. 甲田医院、9. 渡辺昭医院、10. 木下産婦人科医院、11. ばんどうクリニック堀切菖蒲園駅前)

肛門科領域は、痔核・裂肛・痔瘻に加え、クローン病肛門病変や排便障害など多岐にわたる。一方で、大学病院や研修施設における肛門疾患の教育機会は極めて限られており、国家試験対策テキストにおいても記載は数ページにとどまる。その結果、十分な知識や経験を得ないまま臨床現場に従事し、試行錯誤の中で診療にあたる医師が少なくないのが現状である。これらの課題を踏まえ、当院における教育・地域連携の取り組みを報告する。

大学との教育連携として、日本大学消化器外科において医局員向け講義を年3回継続的に実施している。さらに本年度より医学生講義も担当している。当院は大腸肛門病学会認定施設として、医局員の研修受け入れおよび手術指導を行い、実践的な技術教育の場を提供している。これまでに大腸肛門病学会専門医を4名育成した。大学病院において肛門疾患手術の経験が乏しい現状において、専門知識の普及と人材育成は重要な責務であると考える。

地域医師会との連携として、葛飾区医師会における「肛門関連疾患集談会」を設立した。本会設立の契機は、肛門痛を主訴とした妊婦が複数医療機関を受診したにもかかわらず診断に至らず、当院で深部肛門周囲膿瘍と診断し切開排膿を施行した症例である。本症例を通じて、肛門診療に対する苦手意識や診療体制の課題が明らかとなった。これを受け、婦人科・消化器外科・泌尿器科・消化器内科の専門医を世話人とする多科横断的な集談会を2022年6月に発足し、年2回開催している。本会は、肛門疾患のプライマリケアから関連領域までを横断的に学ぶ機会を提供し、地域医療水準の向上に寄与している。

肛門科専門医が大学および地域医師会と連携し、教育・啓発活動を推進することは、地域における肛門科診療の質の向上および患者QOLの改善に直結するものと考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割
司会：黒木 政純（くろき医院）、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-4] 肛門科地域連携医療の司令塔としての役割

*大橋 勝久[1]、大橋 勝英[1]、佐々木 章公[2]、太田 和美[2]、北川 一智[2]、森谷 行利[3]、玉木 孝彦[3] (1. 大橋胃腸肛門科外科医院、2. 十全総合病院、3. 森谷外科医院)

【背景・目的】
肛門科医は高い専門性を有する一方で地域的偏在があり、診療の集約化が求められる。しかしその反面、自施設で対応困難なハイリスク症例や排便機能障害、炎症性腸疾患、骨盤臓器脱、消化器癌などに対しても適切に対応する必要がある。そのためには患者の病態に応じて適切な医療機関へ円滑に紹介する体制、すなわち良好な地域医療連携の構築が不可欠である。当院は当該医療圏においてその役割を担っており、本発表では肛門科の「司令塔」としての役割と実践について報告する。

【医療連携構築】
医院継承前の５年間の民間総合病院外科勤務時には、消化器外科診療に限らず内視鏡治療（ESD）や炎症性腸疾患診療にも従事し、地域の消化器内科との症例検討会を通じて連携を構築した。また院内に多職種排便機能障害チームを設立し、排便造影などの検査体制整備および市民への排便障害公開講座を定期的に開催した。地方の外科系研究会には必ず演題発表し県内外科医との交流を深め、地域の外科医とは腹腔鏡手術の勉強会を毎月開催し、外科連携も強化した。

【結果】
顔の見える連携体制構築により、画像検査、がん診療、全身麻酔手術、透析患者、重度精神疾患や全身状態不良例の管理など、自院対応困難症例に対して適切かつ迅速な紹介が可能となった。また全症例の前向きデータベース登録と手術画像記録により、治療成績の評価とフィードバックを行い、例えば痔核手術後出血率は従来の1〜2%から近年は通年0%を達成している。骨盤臓器脱は症例に応じて適切に術式を選択し、経肛門手術と経腹手術とも高い根治性と排便機能の改善を追求できている。複雑なクローン病の肛門部疾患も生物学的製剤を用いて積極的に根治術を行い、潰瘍性大腸炎は疫学研究への参画を通じて地域発エビデンス創出(累積impact factor 58.8)にも寄与している。

【結語】
肛門科は専門診療の集約拠点であると同時に、地域医療をつなぐ司令塔として機能することが重要である。顔の見える連携とデータに基づく診療の両立が、その役割を強化すると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科

2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割

司会：黒木 政純（くろき医院）、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-5] 肛門科医の連携と 市民への情報発信 -“愛宕おしり研究会”の活動-

*羽田 丈紀[1]、吉田 幸平[2]、白畑 敦[3]、井藤 尚武[4]、伊東 功[5]、伊藤 大介[1]、飯田 直子[1]、中山 真緒[1]、小田 晃弘[6]、野田 大地[6]、長谷川 小百合[7] (1. おなかクリニック、2. 新宿おしりのクリニック、3. しらはた胃腸肛門クリニック横浜、4. 八王子クリニック、5. 小田原おしりとおなかのクリニック、6. 新松戸中央総合病院、7. 塩山あかおクリニック)

背景
変化する肛門診療への対応や治療技術の普遍化を目指し、また市民への情報提供や医療機関の広報を目的とし、2012年“愛宕おしり研究会”を組織した。
スローガン
“日本の肛門外科の進化・発展と おしり解放運動”
参加施設
関東圏中心に45施設（クリニック24、病院18、大学病院3）　担当医師43人（重複あり）
活動
① 対面式研究会
『愛宕おしり研究会』：3大痔疾患はじめ、興味深いテーマを担当医師が企画立案し90分ほどの学びの場として共有。講師を招いて知識を深める機会も多い。（26回開催）
『しり研IBD』：Crohn病に特化し、症例検討と招聘講師の講義で知識を深める。（10回開催）
②HP：手術動画の閲覧*や市民向けの診療情報などを掲載。“近所のおしり医”では、地図上に45の医療機関が記され、クリックすると該当施設のHPが展開。
③Face book：手術動画の閲覧*、情報共有
（* 規制あり現在は閲覧不可）
④LINE：周知のごとく、短時間で複数人が瞬時に意見交換が可能。日常診療の疑問・質問に、画像・動画とともに討論でき利用価値が高い。
⑤肛門診療ハンドブック作成（2018年出版）
⑥演題発表：内痔核治療法研究会（過去5回）　大腸肛門病学会（今回）
活動成果
学会や研究会、各地の肛門懇談会、懇話会など学びの場は数多くあるが、当研究会は参加者の心理的ハードルを下げ、発言しやすい対面の場を心がけており気軽に参加できる。招聘講師を交えた懇親会は人事交流と仲間意識の醸成に役立つ。
SNS特にLINEは、疑問や問題点を、画像とともに短時間で共有、討論でき、肛門科医の連携に大きく貢献している。単独でクリニックを運営している医師にとって、目の前の患者さんに短時間で的確な対応が可能なことは、心強い要素である。
消化器科医は開業する時、肛門診療と内視鏡検査の導入を高頻度に検討する。当研究会は24施設のクリニックが参加しており、更に毎年1〜2施設の新規開業医が参加するため、開業に際し、時代に即した的確なアドバイスが提供できる。
患者がHPを閲覧して、医療情報を得たり医療機関を選択し受診したりするケースは今のところ多くない。当学会や日本臨床肛門病学会のHPを参考に、今後は市民への情報提供の方法を改善したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科

2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割

司会：黒木 政純（くろき医院）、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-6] 肛門科traineeから見た専門病院の重要性とマーケティング

*長田 和義[1]、野明 俊裕[1]、石井 正之[1]、石橋 英樹[1]、鈴木 麻未[1]、白水 良征[1]、入江 朋子[1]、荒木 靖三[1] (1. 社会医療法人社団高野会くるめ病院)

【背景】肛門直腸疾患の有病率は高く、プライマリケアや急性期病院においても遭遇頻度の高い疾患群である。しかし専門的な診療・手術経験を積める施設は限られており、肛門科専門病院が担う教育・診療両面での役割は大きい。一方、外科を志す若手医師の減少、診療報酬改定やインフレなど、専門施設を取り巻く外部環境は厳しさを増している。新たな地域医療構想が進む中、肛門科専門施設がいかに持続可能な形で地域医療に貢献し続けるかが、重要な課題となっている。

【演者のキャリア】演者は消化器内科医として卒後12年目まで勤務した後、2024年度より当院にて肛門外科の修練を開始した。外来診療に加え、2年間で手術助手614例、執刀220例を経験し、段階的な技術習得が可能であった。計3年の修練修了後に長崎市に戻り、クリニックを承継する予定である。

【施設広報と連携】当院では主に患者支援センターが他医療機関・介護事業者等との連携業務を担い、病院ホームページ、講演活動、機関紙の発行などを通じた地域広報を行ってきた。近年、受診に際してインターネットを利用して情報収集する患者が増加していることから、2025年より公式YouTubeでの動画配信を開始し、公式LINEによる更新通知との連携を図っている。動画は最大で公開後3か月以内に6,000回以上再生された例もあり、動画を契機として受診または手術を決断した患者も認められ、一定の効果があると考えられる。

【考察】広報を含めたマーケティング戦略は、集患のみならず職員のエンゲージメント向上や人材採用にも寄与しうる。しかし医療機関においてマーケティングに精通した人材の確保・育成は容易でなく、日常診療と並行して取り組める時間・リソースも限られるため、各施設が試行錯誤を続けているのが現状であると考えられる。本演題では、肛門科専門施設のおかれる現状と、当院における取り組みの実際について報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科

2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割

司会：黒木 政純（くろき医院）、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-7] 西九州させぼ広域都市圏における肛門科の役割

*日高 仁[1]、黒木 政純[2] (1. ひだか医院、2. くろき医院)

西九州させぼ広域都市圏は平成 31（2019）年に形成された新たな枠組みの都市圏で, 佐世保市を中心とし長崎県北部と佐賀県にまたがる,離島を含む12市町で構成される連携エリアである.
演者は,本年7月に長崎県佐世保市にて有床診療所(5床)である「ひだか医院」を継承開業した.連携エリア内に肛門科専門施設が少ない為, 他の医療機関からの紹介の有無に関わらず,離島を含む広い範囲から患者が受診され,高齢化率31.8%(2020年国勢調査)という都市圏全体の事情を反映するように受診者にも高齢者が多い傾向にある為,そのような特徴を考慮し,三大疾患やその他の肛門疾患,排便障害,炎症性腸疾患など幅広い疾患の治療を行う必要がある.特に手術治療においては,仕事に多忙な青壮年の患者,漁業を生業とし出漁の予定が決まっている患者,洋上での訓練予定を有す自衛隊員の患者, 陸路や海路を利用し遠方から長時間をかけて来院される高齢患者,様々な併存疾患を有す患者など,バリエーションに富み, 5 床という限られた病床をどのように活用するかも含め,良性疾患の治療をいかにトラブルなく行うかに細心の注意を払わねばならない.
　幸いなことに,佐世保市を中枢とし,4つの地域医療支援病院や県北唯一の三次救急病院を中心に,密に連携した医療体制が構築されており,超高齢者やリスクの高い併存疾患を有す症例における治療の連携, 対応困難な場合の受け入れ先といった面では比較的恵まれており,当院でできること・できないことや,連携のタイミングについての見極めも非常に重要となる.
当院の前身である「くろき医院」(黒木政純 院長)では,平成15年(2003年)の開院以来,この都市圏における数少ない肛門科専門施設として,このような状況下において様々な対策・工夫を施し診療が行われてきた.西九州させぼ広域都市圏で肛門科に何が求められてきたかを同院でのこれまでのデータや診療の実際から振り返り,当院として今後どのように肛門科として同都市圏における役割を果たしていくか,今後の課題や将来像も含め,発表したい.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割
司会：黒木 政純（くろき医院）、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-8] 総合病院内の一診療科としての肛門科に求められる地域医療における役割

*岡田 大介[1]、佐原 力三郎[1]、本間 祐子[1] (1. 社会医療法人財団仁医会牧田総合病院肛門病センター)

【背景】当院は病床数290床の東京都大田区にある急性期総合病院であり、地域医療支援病院として、近隣の医療機関からの紹介患者に対する医療提供とかかりつけ医等への支援を行う役割を担っている。都内には肛門科専門医の勤務するクリニックは他地域と比較し多く存在するものの、総合病院で肛門科専門診療を行っている病院は少ない。
【当科に求められる役割】当科は総合病院内の一診療科である。近隣の非専門医からの肛門関連の症状を有する紹介患者の通常の診療のみならず、合併症があるためクリニックでは治療が困難な患者や日帰り手術が困難な肛門疾患を受け入れるという、いわば地域の肛門科治療の「最後の砦」としての役割を果たすことも求められる。
【当科での取り組み】当院では各専門内科や麻酔科などを有する総合病院の強みを生かして地域からのニーズに応える医療を行っている。具体的には、抗血栓薬内服中で休薬不可の症例では、循環器内科や麻酔科と連携し全身リスクを評価した上で内服続行のまま全身麻酔下手術を行っている。この他透析が必要な症例では術翌日院内で透析対応を行い、糖尿病コントロールが不良の症例では糖尿病内科と連携し先行入院で血糖コントロールを行ってから手術を行うなどの対応をしている。また当科を受診した患者で日帰り手術の適応があり、かつ本人が希望した場合は近隣の肛門科専門クリニックへ紹介し、日帰り治療に特化したクリニックとの役割分担を図るようにしている。
【当科の外来患者の現状】当科は2020年4月から肛門科専門医常勤医が赴任し、2026年度からは専門医常勤3人体制で診療を行っている。2025年4月から2026年3月の1年間で紹介患者数580例、紹介率78.8%であった。紹介元は大田区内および近隣区など東京都南部地域のクリニック、病院が多数を占めているが、近年は東京都東部や神奈川県からも紹介患者を受けている。DPCデータより抽出した2023年度の半径10km圏内のDPC病院における地域シェア率では、当院は痔核79.7%、痔瘻93.1%と高率を示しており、総合病院の肛門科として地域医療に一定の貢献をしていると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割
司会：黒木 政純（くろき医院）、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-9] 地方の肛門科専門有床診療所における肛門外科専門医の矜持

*森 俊治[1]、田中 香織[1]、山田 英貴[2] (1. 森外科医院、2. 山田外科内科)

2011年10月より自院での肛門診療と手術を開始し15年になるが，幸い大きなトラブルなく今日に至る．幅広い年齢層の患者が罹患する肛門疾患であるが，専門の医師や医療機関は限られており，特に地方ではその傾向が顕著である．当院のある岐阜県では日本臨床肛門病学会の専門医は私を含め2人で，指導医は私ひとり，認定施設は当院だけである．羞恥心の強い肛門管という臓器が対象で，視触診などの古典的な診察方法が有用である場合が多く，トラブルを避けるには経験を積んだ専門医が診療にあたるべきと考える．また，肛門疾患の手術は根治性は勿論のこと整容性と機能性を損なわないような配慮が求められ，患者の求める要望に応えるには相当の修練も必要である．当院は入院設備を有するため，よりな難易度の高い深部痔瘻などの手術にも対応している．性染色体異常や精神疾患，認知症を有する患者は一般病院では相手されず家族が途方にくれるケースに遭遇するが，できる限りこれらの患者も受け入れて手術を行なうことにしている．術後家族の方に付き添ってもらい患者が安心して入院期間を過ごせるようにしていることも有床のメリットと考える．増加が続くIBDに関連する肛門疾患への対応も研修病院での経験が生きており，痔瘻患者の手術やバイオ製剤使用による治療も行なっている．2023年より女性外科医師も加わり，肛門疾患に悩む女性患者のニーズにも応えるようにした．肛門科医育成の必要性も感じており，大垣市民病院の若手外科医が週一回手術見学に来ている．将来的に肛門疾患に携わる医師が一人でも増えてくれればという思いで指導している．今は肛門科といっても“ヘモ”だけ診ていれば良い時代でなく，機能性疾患，IBD，内視鏡検査などにも精通している必要があり，学会活動に積極的に参加し知識をアップデートするとと同時に学会発表も行い研鑽を積んでいる．Small marketであるため医院の運営は厳しいが，有床というメリットを最大限に活かし，肛門疾患については当院がこの地域の肛門疾患の最後の砦だという矜持をもって日々の診療を行なっている．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 肛門科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム３　地域医療における肛門科の役割
司会：黒木 政純（くろき医院）、松田 聡（松田病院大腸肛門病センター）

[SY3-10] 肛門疾患はどこに集約されるのか：地域医療構造の実態

*指山 浩志[1]、浜畑 幸弘[1]、小池 淳一[1]、安田 卓[1]、中山 洋[1]、川西 輝貴[1]、坪本 敦子[1]、高野 竜太朗[1]、城後 友望子[1]、黒崎 剛史[1]、本多 舜哉[1]、堤 修[1] (1. 辻仲病院柏の葉大腸肛門外科)

【背景】肛門疾患は一般診療から専門治療まで幅広いが、診療施設間で外科的専門性や入院対応など施設機能に差があり、特定施設へ症例が集約される傾向がある。
【目的】紹介症例の解析から、肛門疾患が集約される構造とその背景、地域医療における肛門科の役割を検討する。
【対象と方法】2025年度に当院大腸肛門外科へ紹介された肛門疾患1394例（他院1108例、当院系列施設286例）について、紹介元、地域分布、疾患内訳、手術率を後方視的に検討した。
【結果】紹介元はクリニック792例（173施設）、一般病院267例（85施設）、大学病院・がんセンター49例（14施設）、系列施設286例（2施設）であった。一方、系列施設を除いて10例以上の紹介は17施設に限られており、肛門科クリニックから456例、肛門専門医を有する病院から60例で計516例（約47%）を占めていた。紹介は千葉・埼玉・茨城・東京に広がり、県境を越えた流入がみられた。患者流動は地理的近接性のみならず、肛門診療専門医間の連携により形成されていた。疾患は一般肛門疾患1228例、直腸脱126例、クローン病関連肛門疾患40例であった。系列クリニックからの紹介259例中一般肛門疾患が248例を占めた一方、系列病院からの紹介27例では直腸脱が12例と多かった。一般肛門疾患はクリニック紹介主体であり、直腸脱では一般病院が増え、クローン病関連疾患は大学病院の紹介割合が高かった。一般肛門疾患の手術率は63%であったが、肛門専門医を有する施設からの紹介では70%、系列クリニックからの紹介では82%と段階的に上昇し、紹介段階の症例選別が示唆された。
【考察】紹介は広範に分散していたが、症例流入は限られた施設に集中していた。一般肛門疾患は主にクリニック経由で集約され、クローン病関連疾患は大学病院から専門施設への再集約がみられた。疾患ごとに異なる集約経路が形成されており、その背景に外科的専門性や入院対応などの施設機能差があると考えられた。
【結語】肛門疾患は医師ネットワークと施設機能に基づき専門施設へ集約されていた。一方、専門診療へ到達できない患者も潜在すると考えられ、一般医療機関が専門診療へ接続しやすい環境整備が重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

その他

2026年11月20日(金) 16:40 ~ 18:10 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

社員総会・振興会評議員会

社員総会・振興会評議員会

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科・肛門科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション１　実地医家におけるIBD診療の現状と課題

司会：小金井 一隆（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）、山口 トキコ（マリーゴールドクリニック）

[PD1-1] 肛門病変で初発した症例がクローン病確定診断に至る実際

*三枝 直人[1,2]、三枝 純一[2] (1. 増子記念病院大腸肛門外科、2. 三枝クリニック)

[PD1-2] 市中肛門科クリニックにおけるクローン病診療の現状と課題

*福原 政作[1,2]、家田 純郎[2]、宮田 美智也[2]、太田 章比古[2]、長谷川 信吾[2]、青野 景也[2]、近藤 哲[2]、若尾 聖[2] (1. 名古屋栄駅前ふくはら大腸肛門外科・消化器内科、2. 医療法人愛知会家田病院)

[PD1-3] クローン病におけるストーマ造設後長期成績：ストーマ造設要因別予後と課題

*長野 健太郎[1]、桑原 隆一[1]、友尾 祐介[1]、楠 蔵人[1]、堀尾 勇規[1]、木村 慶[2]、片岡 幸三[2]、池田 正孝[2]、内野 基[1]、池内 浩基[1] (1. 兵庫医科大学病院　消化器外科学講座　炎症性腸疾患外科、2. 兵庫医科大学病院　消化器外科学講座　下部消化管外科)

[PD1-4] クローン病患者における初回手術および再手術のリスク因子の検討

*伊藤 貴博[1]、李 鵬[1]、松永 滉平[1]、前本 篤男[1] (1. 札幌東徳洲会病院ＩＢＤセンター)

[PD1-5] Bio/JAK時代における重症潰瘍性大腸炎手術例の現状と課題

*小原 尚[1]、辰巳 健志[1]、黒木 博介[1]、後藤 晃紀[1]、中尾 詠一[1]、小金井 一隆[1]、杉田 昭[1] (1. 横浜市立市民病院炎症性腸疾患科)

[PD1-6] 潰瘍性大腸炎術後に発生した痔瘻の現状と課題

*木村 英明[1]、鳥谷 建一郎[1]、木村 友里花[1]、国崎 玲子[1]、後藤 晃紀[2]、黒木 博介[2]、辰巳 健志[2]、小金井 一隆[2]、杉田 昭[2]、吉川 貴己[3] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター炎症性腸疾患センター、2. 横浜市立市民病院炎症性腸疾患科、3. 横浜市立大学消化管外科)

[PD1-7] 潰瘍性大腸炎術後症例における慢性回腸嚢炎発症リスク因子の検討

*深田 晃生[1]、荻野 崇之[1]、赤澤 英[1]、福田 健太[1]、辻 嘉斗[1]、関戸 悠紀[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、水島 恒和[2]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院医学系研究科外科学講座　消化器外科学、2. 獨協医科大学下部消化管外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科・肛門科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）
パネルディスカッション１　実地医家におけるIBD診療の現状と課題
司会：小金井 一隆（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）、山口 トキコ（マリーゴールドクリニック）

[PD1-1] 肛門病変で初発した症例がクローン病確定診断に至る実際

*三枝 直人[1,2]、三枝 純一[2] (1. 増子記念病院大腸肛門外科、2. 三枝クリニック)

[背景・目的] 肛門科では腸管症状がない初発肛門病変（PL）からCDを疑いやすい．我が国の診断基準に則った，初発PLからCD確定診断に至る経緯を明らかにする．[方法] 我々が経験したPL発症CD確定診断101例を後方視的に解析した．[結果]男女比は82：19，PL発症時の年齢中央値は20.2歳，15-19歳が全体の36%を占めた．PLは痔瘻が96.0%と最頻であった．PLからCDを疑った理由は，外科処置後の経過不良（難治性痔瘻）が38%，CD様の裂肛/潰瘍が20%，複雑性痔瘻が18%，腸管症状の出現（下痢や腹痛）が15%であった．全例で大腸内視鏡検査が行われ，診断基準でみると，主要所見A（縦走潰瘍）/B（敷石所見）での確定診断は71名にとどまった一方で，36名の患者が主要所見Cと副所見a（消化管の広範な不整型～円形潰瘍またはアフタ）またはb（特徴的な肛門直腸病変）により診断された（11名は主要所見A/Bと重複）．また，4名は消化管にまったく病変がなく，NCEGとPLのみでCD診断された．PL発症からCD確定診断までの期間は平均8.7（0.2-511.6）ヶ月で，0-6カ月が45例（45%），7-12カ月が12例（12%），13-24カ月が11例（11%），25-36カ月が8例（8%），37カ月以上が25例（25%）であった．発症から半年以内に確定診断できた45例のうち主要所見A/Bは29例（64%）で残りの16例（36%）はC+bすなわちNCEGの検出が確定診断の決め手となっていた．一方、3年以上かかった25例中主要所見A/B確認は20例（80%）で，半年以内診断群に比し主要所見A/Bによる診断例が有意に増加していた（p=0.0159）．また，101例中主要所見C+副所見a /Bの36名におけるNCEGの検出は，消化管内視鏡下生検が23名（63.9%）、PLの切除標本が14名（38.9%）であった．NCEGの検出率は，消化管の内視鏡下生検は計75名にて23/74=31.1%，一方PLの外科的切除は計26例にて14/26=53.8%であり，後者でNCEGの検出率が高い傾向がみられた（p=0.0574）．[結論] PL初発例では半数弱がPL発症から半年以内にCD診断されていたが，一方で約1/4の例ではCD診断までに3年以上を要し，経時的に主要所見A/Bの出現頻度が高まっていた．PLの一部の外科的切除はNCEGの検出率が比較的高く，早期のCD確定診断に寄与し得る．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科・肛門科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション１　実地医家におけるIBD診療の現状と課題

司会：小金井 一隆（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）、山口 トキコ（マリーゴールドクリニック）

[PD1-2] 市中肛門科クリニックにおけるクローン病診療の現状と課題

*福原 政作[1,2]、家田 純郎[2]、宮田 美智也[2]、太田 章比古[2]、長谷川 信吾[2]、青野 景也[2]、近藤 哲[2]、若尾 聖[2] (1. 名古屋栄駅前ふくはら大腸肛門外科・消化器内科、2. 医療法人愛知会家田病院)

【はじめに】日本人のクローン病(以下CD)患者は消化器症状よりも先あるいは同時に肛門症状が現れることが多い.このため内科では消化器症状が乏しいCDの拾い上げは困難であり,肛門科クリニックが初診となるケースが一定数存在する。
【目的】肛門科クリニックにおけるCDの早期診断の意義を明らかにし,診断契機としての肛門所見の重要性を検討する。
【方法】2020年3月から2026年3月までに当院で新規診断されたCD症例38例を対象として後ろ向きに検討を行った.
【結果】38例のうち本邦CD診断基準による確診例が27例（71%）疑診例が11例（29%）. 男性比84%. 年齢中央値は確診例27（8-39）歳、疑診例20（17-30）歳であった. 年齢層別では10〜20代が全体の81%を占めた. 全例肛門症状を有しており,痔瘻を35例(92%)に認めた. その内訳はCD一次病変（特徴的な裂肛・潰瘍）が24例(63%),深部・複雑痔瘻が9例(24%),多発痔瘻が10例(26%), 痔瘻手術後再発・難治例が6例(16%)であった. 59%で消化器症状を認めなかった. 内視鏡で主要所見A(縦走潰瘍)B(敷石病変)を認めた例が19例(50%). 生検でC（非乾酪性類上皮細胞肉芽腫）を認めたのは12例（32%）. 副所見b(特徴的な肛門病変)のみの例が11例(29%). うち1例のみ肛門病変からの生検で主要所見Ｃを認め確診となった. 確診例のうち６例は肛門病変先行例であり,うち4例は自院で痔瘻根治手術後の難治例であった.
【結語】市中肛門科クリニックにおいて,若年発症,難治性・再発性痔瘻,多発病変などの特徴を有する肛門病変に対してはCDを念頭においた精査が必要である.ただし確診にいたらない肛門病変先行例が少なからず存在する.疑診例であっても専門施設と連携のもと早期診断・治療へとつなぐ体制が重要である. 肛門科診療はCD診断の最前線であり,その役割を再認識することが求められる.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科・肛門科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）
パネルディスカッション１　実地医家におけるIBD診療の現状と課題
司会：小金井 一隆（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）、山口 トキコ（マリーゴールドクリニック）

[PD1-3] クローン病におけるストーマ造設後長期成績：ストーマ造設要因別予後と課題

*長野 健太郎[1]、桑原 隆一[1]、友尾 祐介[1]、楠 蔵人[1]、堀尾 勇規[1]、木村 慶[2]、片岡 幸三[2]、池田 正孝[2]、内野 基[1]、池内 浩基[1] (1. 兵庫医科大学病院　消化器外科学講座　炎症性腸疾患外科、2. 兵庫医科大学病院　消化器外科学講座　下部消化管外科)

【背景】クローン病（Crohn’s disease：CD）では肛門病変を合併する症例があり，本邦では特に肛門病変の有病率が高いと報告されている．肛門周囲膿瘍や痔瘻は再燃を繰り返しやすく，排便機能やQOLに大きく影響する．その進行により切開排膿やseton法などの外科的治療やストーマ造設を要する場合がある．ストーマ造設は症状コントロールや感染制御を目的とした重要な治療選択肢であるが，その長期経過や予後に関する検討は十分でない．
【目的・方法】当院におけるストーマ造設症例の長期経過を解析し，ストーマ造設要因別の経過と臨床上の課題を検討した．1974年から2017年に当院で手術を施行したCD患者1440例のうち，ストーマ造設を要した422例を対象に後方視的に検討した．永久ストーマは直腸切断術施行例または24か月以上ストーマ閉鎖されなかった症例と定義した．
【結果】初回造設時に永久ストーマとなった症例は107例（25%），一時ストーマは315例（75%）であった．一時ストーマのうち閉鎖に至ったのは98例（31%）であり，133例（42%）は未閉鎖，84例（27%）は直腸切断術により永久ストーマとなった．また，一時ストーマ閉鎖後20例（20%）で再度ストーマ造設または直腸切断術を要し，そのうち85%は直腸肛門病変の再燃または進行によるものであった．ストーマ造設要因としては直腸肛門病変の悪化が224例（71%）と最多であった．直腸肛門病変の進行によりストーマ造設を要した症例でのストーマ閉鎖率は13%と著しく低く，87%が最終的に永久ストーマとなった．一方，腸管状態不良や縫合不全に対するストーマではそれぞれ56%，43%でストーマ閉鎖が可能であった．
【結語】CDにおけるストーマ造設後の長期転帰は造設要因により大きく異なり，特に直腸肛門病変の進行によりストーマ造設を要した症例では，高率に永久ストーマとなった．一時的ストーマとして造設した場合でも永久化する可能性を念頭に置いた患者説明が重要であり，今後の治療戦略の最適化が求められる．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科・肛門科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）
パネルディスカッション１　実地医家におけるIBD診療の現状と課題
司会：小金井 一隆（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）、山口 トキコ（マリーゴールドクリニック）

[PD1-4] クローン病患者における初回手術および再手術のリスク因子の検討

*伊藤 貴博[1]、李 鵬[1]、松永 滉平[1]、前本 篤男[1] (1. 札幌東徳洲会病院ＩＢＤセンター)

【背景・目的】クローン病(CD)は経過中に手術を要する症例が多いが、本邦における長期手術リスク因子と治療介入の影響を統合的に評価した報告は限られる。「初回手術」と「再手術」では病勢・治療履歴が異なるため別個の解析を要する。本研究では当院CD例の累積初回手術率・累積再手術率と関連因子を解析した。
【方法】2021年最終確認時点で当院通院中のCD460例を対象に後ろ向きコホート解析を行った。Time-to-eventは初回手術は発症から、再手術は初回手術からの日数とし、手術未施行例は最終確認日で打ち切った。Kaplan-Meier法で累積手術率を算出し、Log-rank検定とCox比例ハザードモデルで解析した。検討因子は性別、発症時年齢、病変部位、Montreal B病型、診断時肛門病変、ABO血液型、喫煙歴、生物学的製剤(Bio)使用歴、内視鏡的バルーン拡張術(EBD)施行歴、術式とした。
【結果】男性72%、発症時年齢中央値20歳、Montreal B1/B2/B3=32/38/30%、診断時肛門病変あり66%、初診時喫煙あり26%。発症から初回手術までのBio使用は59%(インフリキシマブ226例・アダリムマブ60例・ウステキヌマブ44例・ベドリズマブ8例、複数薬剤使用例あり、中央値1剤、最大4剤)、EBD施行19%(中央値2回、最大10回)、初回手術から再手術までででのBio使用69%(インフリキシマブ123例・アダリムマブ40例・ウステキヌマブ31例・ベドリズマブ9例、中央値1剤、最大4剤)、EBD施行22%(中央値2回、最大10回)と初回手術後に治療介入が強化されていた。累積初回手術率は5/10/15年で21/41/56%、累積再手術率は26/45/61%であった。多変量Cox回帰で初回手術のリスク上昇因子はMontreal B3(HR 24.0)・B2(HR 18.6)・発症時年齢＞40歳(HR 2.00)、低下因子は手術前Bio使用(HR 0.29)・EBD施行(HR 0.43)。再手術のリスク上昇因子は発症時年齢＜17歳(HR 1.76)・初回手術が人工肛門(HR 2.14)・診断時肛門病変あり(HR 1.56)、低下因子は初回手術後Bio使用(HR 0.39)・EBD施行(HR 0.47)であり、Kono-S法は再手術率低下傾向を示した(HR 0.43, P=0.065)。
【結論】CD治療において病型分類に基づくリスク層別化と、Bio使用やEBD施行が手術率低下に寄与しうることが示された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科・肛門科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション１　実地医家におけるIBD診療の現状と課題

司会：小金井 一隆（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）、山口 トキコ（マリーゴールドクリニック）

[PD1-5] Bio/JAK時代における重症潰瘍性大腸炎手術例の現状と課題

*小原 尚[1]、辰巳 健志[1]、黒木 博介[1]、後藤 晃紀[1]、中尾 詠一[1]、小金井 一隆[1]、杉田 昭[1] (1. 横浜市立市民病院炎症性腸疾患科)

【背景】近年、潰瘍性大腸炎(UC)の内科治療の進歩は著しいが、現在でも重症・劇症で手術を必要とする症例が一定数存在する。
【目的】InfliximabがUCに対して保険適応となった2010年以降の重症UC手術例の臨床経過を解析し、その現状と課題を検討する。
【方法】2010年から2025年6月までに、当科でUCに対する初回大腸切除術を施行した重症UC255例を対象とし、臨床背景、術式、術後経過について後方視的に検討した。術後合併症はClavien–Dindo分類に基づいて評価し、GradeⅢ以上を重篤な合併症と定義した。
【結果】2010年以降のUC手術例1020例のうち、重症例は255例(25%)であった。男性が172例、女性が83例で、UC発症時年齢中央値は44.0歳(IQR:25.3-59.5)、手術時年齢中央値は48.7歳(IQR;31.0-63.0)であった。UC発症から1年未満で初回手術を施行された症例は109例(43%)であった。緊急手術が210例(82%)に施行された。術前治療としてステロイドは182例(71%)、Tacrolimus/CyAは61例(24%)、Bio/JAK製剤は103例(40%)に使用されていた。初回術式は、結腸亜全摘(STC)が144例、大腸全摘・回腸嚢肛門管吻合術(IACA)が98例(うち11例に回腸人工肛門造設を併施)、大腸全摘・回腸永久人工肛門造設(TPC)が13例であった。術後合併症は170例(67%)に認め、GradeⅢ以上の重篤な合併症は41例(16%)であった。術後在院死亡は6例(2%)に認め、全例が手術時年齢70歳以上であった。死因はいずれも肺炎であり、死亡例6例中5例(83%)は術前Performance Status(PS)3-4であった。
初回手術としてSTCを施行した144例のうち、死亡退院4例を除く140例について検討すると、二期目手術を施行した症例は125例(89%)であった。一方、15例(11%)では、高齢や全身状態不良などの理由で二期目手術は施行されなかった。
【結論】Bio/JAK時代においても、UC手術例の約4分の1を重症例が占めており、約4割は発症後1年以内に手術が必要となった。重症例では術後合併症発生率が高く、術後死亡例は全例70歳以上で、多くが術前PS不良例であった。重症UC診療においては、内科治療の効果判定を適切に行い、手術時期を逸しないための内科外科連携が重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科・肛門科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション１　実地医家におけるIBD診療の現状と課題

司会：小金井 一隆（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）、山口 トキコ（マリーゴールドクリニック）

[PD1-6] 潰瘍性大腸炎術後に発生した痔瘻の現状と課題

*木村 英明[1]、鳥谷 建一郎[1]、木村 友里花[1]、国崎 玲子[1]、後藤 晃紀[2]、黒木 博介[2]、辰巳 健志[2]、小金井 一隆[2]、杉田 昭[2]、吉川 貴己[3] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター炎症性腸疾患センター、2. 横浜市立市民病院炎症性腸疾患科、3. 横浜市立大学消化管外科)

【目的】潰瘍性大腸炎（UC）術後に発生した痔瘻の現状を明らかにし、実地医家における診療上の課題を検討した。
【対象】2006～2025年にUCに対して回腸嚢肛門（管）吻合術を施行した454例（IACA 405例、IAA 49例）。厚労省診断基準によるクローン病確定診断例は除外した。患者情報を後方視的に解析した。
【結果】術後痔瘻は37例（8.1%）に認め、術後5年・10年合併率はそれぞれ8.0%、13.0%であった。発症時期を5年間ごとに区切ると2・10・11・13例と近年増加していた。
痔瘻合併例は非合併例と比較し、UC発症年齢（27歳 vs 33歳）・手術時年齢（34歳 vs 40歳）がいずれも有意に若年であった（p=0.049、0.023）。病型・ステロイド投与量・生物学的製剤／分子標的薬使用・手術適応に差はなかった。
最大治療は、抗菌薬のみ5例、切開排膿12例、seton法12例、根治術1例、人工肛門造設7例（双孔式5例・回腸嚢切除2例）であった。抗TNF製剤使用2例はいずれも無効、JAK阻害薬使用3例は1例が瘻孔閉鎖、2例で自覚症状が改善した。
再建法別痔瘻合併はIACA31例（7.7%）・IAA6例（12.2%）。術後5年合併率はIACA 6.8% vs IAA 20.7%、10年合併率は11.7% vs 20.7%で、IAAで早期発症例が多い傾向があったが有意差はなかった（p=0.106）。IACAの原発口は歯状線24例（77%）・吻合部7例(23%)と歯状線が多く、歯状線例の42%が坐骨直腸窩痔瘻でseton法を要し、13%は人工肛門造設を要した。
【結語】UC術後痔瘻は近年増加しており、新たな課題である。再建法による合併率に有意差はなかった。IACAでは歯状線原発の瘻孔が多いが、通常の痔瘻より複雑化・難治化する例が多く、根治手術の適応には慎重な判断が求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科・肛門科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション１　実地医家におけるIBD診療の現状と課題

司会：小金井 一隆（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）、山口 トキコ（マリーゴールドクリニック）

[PD1-7] 潰瘍性大腸炎術後症例における慢性回腸嚢炎発症リスク因子の検討

*深田 晃生[1]、荻野 崇之[1]、赤澤 英[1]、福田 健太[1]、辻 嘉斗[1]、関戸 悠紀[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、水島 恒和[2]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院医学系研究科外科学講座　消化器外科学、2. 獨協医科大学下部消化管外科)

【背景】回腸嚢炎は大腸全摘術，回腸嚢肛門（肛門管）吻合術後の晩期合併症であり,多くは抗生剤治療が奏効する.一方で,慢性回腸嚢炎は抗生剤治療抵抗性/依存性であり,家族性大腸腺腫症と比べて潰瘍性大腸炎（UC）の術後患者で発症率が高く,UC病態との関連性が示唆される.本研究はUC術後患者における慢性回腸嚢炎発症リスク因子の同定を目的とした.
【方法】2007年1月から2025年1月に当院でUCに対し大腸全摘術,回腸嚢肛門（管）吻合術を施行した97例を対象とし,患者背景,臨床病理学的因子を後方視的に検討した.また,慢性回腸嚢炎発症群と非発症群に分け,発症リスク因子を解析した.本研究では,modified-PDAI 5点以上を回腸嚢炎,抗生剤治療抵抗性/依存性の回腸嚢炎を慢性回腸嚢炎と定義した.
【結果】回腸瘻閉鎖術後の観察期間は60.5か月[7-209],男性61例,UC診断年齢は37歳[7-64],罹患期間は11年[0-59],手術時年齢は51歳[12-89]であった（全て中央値）.手術適応は重症・劇症20例/難治37例/癌・Dysplasia39例/穿孔1例であった.部位病型は全大腸炎型85例/左側大腸炎型11例/直腸炎型1例.術後回腸嚢炎は26例(26.8%)に,慢性回腸嚢炎は19例 (19.6%)に認めた.単変量解析ではUC診断年齢(p<0.01),手術時年齢(p<0.01),腸管外合併症(p<0.01),術後感染性合併症（p=0.023）が慢性回腸嚢炎の有意なリスク因子であった.多変量解析ではUC診断年齢(OR;0.947, 95%CI;0.901–0.986, p=0.016）が独立した関連因子として同定された.
診断年齢別に詳細検討したところ,UC診断年齢が20歳以下であり,ステロイドに加えて強力な内科的治療を要した症例の慢性回腸嚢炎発症率は61.5%であり,非常に高いリスク因子であった.
【結論】若年発症UCは疾患活動性が高く積極的な内科治療を要する症例が多い.若年UC患者の免疫学的背景が慢性回腸嚢炎発症に関与する可能性が示唆された.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

パネルディスカッション２　進行直腸癌に対するTNT　中長期治療成績と今後検証すべき点

司会：渡邉 純（関西医科大学下部消化管外科学講座）、向井 俊貴（がん研有明病院大腸外科）

[PD2-1] 局所進行直腸癌に対するSCRT＋CAPOXによるTNTの中長期成績とNOMの検証課題：ENSEMBLE-1

*賀川 義規[1]、渡邉 純[2]、安藤 幸滋[3]、植村 守[4]、諏訪 雄亮[2,5]、小沢 真由美[5]、奥谷 浩一[6]、西沢 佑次郎[7]、大庭 幸治[8]、沖 英次[9] (1. 大阪国際がんセンター　消化器外科、2. 関西医科大学下部消化管外科学講座、3. 九州大学大学院消化器・総合外科、4. 大阪大学大学院消化器外科学、5. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター、6. 札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野、7. 大阪急性期・総合医療センター消化器外科、8. 東京大学情報学環、9. 九州大学病院先端医工学診療部)

[PD2-2] 直腸癌のTNTを含む術前治療における治療効果予測の困難性とその臨床的意義

*髙山 裕司[1]、松澤 夏未[1]、福井 太郎[1]、柿澤 奈緒[1]、力山 敏樹[1] (1. 自治医科大学附属さいたま医療センター)

[PD2-3] 局所進行直腸癌に対するTNTの治療成績の検討

*堀江 智子[1,2]、平井 隆仁[1]、草野 智一[1]、小池 礼子[1]、加藤 博久[1] (1. 江東病院、2. 東京大学医科学研究所附属病院)

[PD2-4] 当院における術前治療後の進行下部直腸癌の中長期成績 〜CRTとTNTの傾向スコアマッチングによる比較〜

*野口 竜剛[1]、佐藤 健太郎[1]、坂本 貴志[1]、松井 信平[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研究会有明病院　大腸外科)

[PD2-5] 直腸癌術前治療後の治療戦略：画像・内視鏡評価の限界と残存腫瘍量の重要性

*小林 壽範[1]、山田 典和[2]、上原 広樹[2]、滝井 麻美子[2]、五十嵐 優人[2]、森 至弘[2]、萩原 千恵[2]、諏訪 雄亮[2]、渡邉 純[2] (1. 関西医科大学香里病院　外科、2. 関西医科大学　下部消化管外科)

[PD2-6] R0切除を達成した進行下部直腸癌において術前化学療法は遠隔再発を抑制しうる

*山口 峻[1]、小嶋 雅之[1]、山崎 翔斗[1]、小野 李香[1]、丸田 浩志[1]、片山 宏己[1]、髙村 祐磨[1]、足立 利幸[1]、石井 光寿[1]、井上 悠介[1]、三浦 崇[1]、江口 晋[2]、松本 桂太郎[3]、野中 隆[1] (1. 長崎大学病院　大腸・肛門外科、2. 長崎大学病院　外科学講座　移植・消化器外科学分野、3. 長崎大学病院　外科学講座　腫瘍外科学分野)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

パネルディスカッション２　進行直腸癌に対するTNT　中長期治療成績と今後検証すべき点

司会：渡邉 純（関西医科大学下部消化管外科学講座）、向井 俊貴（がん研有明病院大腸外科）

[PD2-1] 局所進行直腸癌に対するSCRT＋CAPOXによるTNTの中長期成績とNOMの検証課題：ENSEMBLE-1

*賀川 義規[1]、渡邉 純[2]、安藤 幸滋[3]、植村 守[4]、諏訪 雄亮[2,5]、小沢 真由美[5]、奥谷 浩一[6]、西沢 佑次郎[7]、大庭 幸治[8]、沖 英次[9] (1. 大阪国際がんセンター　消化器外科、2. 関西医科大学下部消化管外科学講座、3. 九州大学大学院消化器・総合外科、4. 大阪大学大学院消化器外科学、5. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター、6. 札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野、7. 大阪急性期・総合医療センター消化器外科、8. 東京大学情報学環、9. 九州大学病院先端医工学診療部)

【背景】進行直腸癌に対するtotal neoadjuvant therapy（TNT）は、腫瘍縮小、病理学的完全奏効、遠隔転移制御、さらには臓器温存の観点から治療戦略の中核になりつつある。一方で、前治療に伴う有害事象、手術難度や術後合併症への影響、non-operative management（NOM）の適応、局所regrowthの予測とsalvage治療の安全性など、未解決課題は多い。本研究では、短期放射線療法（SCRT）＋CAPOXによるTNTの中長期成績とNOM症例の経過を検討した。
【方法】ENSEMBLE-1は、肛門縁12cm以内の切除可能な局所進行直腸癌（cT3-4N0M0またはTanyN+M0）を対象とした多施設共同第II相試験である。SCRT（5Gy×5回）後にCAPOXを6コース施行し、原則total mesorectal excision（TME）を行った。再評価でclinical complete response（cCR）と判定された症例では、十分な説明とshared decision makingのもとNOMを許容した。登録30例中、同意撤回1例を除く29例を解析対象とし、Kaplan-Meier法で3年成績を算出した。
【結果】年齢中央値は62歳、主占拠部位はRa/Rb＝10/19例であった。SCRT完遂率は100%、CAPOXおよびプロトコール治療完遂率はいずれも86.2%で、最終治療はTME20例、NOM7例、その他2例であった。観察期間中央値43.8か月で、全体の3年disease-free survival（DFS）は78.9%、3年overall survival（OS）は93.1%であった。再発は肺5例、肝1例で、TME後の局所再発は認めなかった。TME群の3年DFS/recurrence-free survivalはいずれも84.4%、3年OSは100%であった。NOM群では3年DFS、TME-free、regrowth-free、OSがそれぞれ71.4%、83.3%、66.7%、85.7%であり、regrowthは2例（28.6%）に認めた。
【結語】SCRT＋CAPOXによるTNTは、日本人の局所進行直腸癌に対して海外第III相TNT試験と整合する中長期成績を示し、一部症例ではNOMによる臓器温存が可能であった。一方、遠隔転移抑制効果の強化、cCRおよびregrowth予測因子、salvage治療の成績、機能・QOL評価、最適レジメン選択は今後の重要な検証課題である。現在、SCRT＋CAPOXに対するSCRT＋CAPOXIRIの優越性を検証する第III相ENSEMBLE試験が進行中である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第2会場（2F コンベンションホール2）
パネルディスカッション２　進行直腸癌に対するTNT　中長期治療成績と今後検証すべき点
司会：渡邉 純（関西医科大学下部消化管外科学講座）、向井 俊貴（がん研有明病院大腸外科）

[PD2-2] 直腸癌のTNTを含む術前治療における治療効果予測の困難性とその臨床的意義

*髙山 裕司[1]、松澤 夏未[1]、福井 太郎[1]、柿澤 奈緒[1]、力山 敏樹[1] (1. 自治医科大学附属さいたま医療センター)

【背景】
進行直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapy（TNT）を含む術前治療は奏効率向上や臓器温存の観点から重要な治療戦略となりつつあるが、治療前に反応を予測することは依然として課題である。
【目的】
術前因子を用いて、臨床的に有効な術前治療の治療効果予測の可否を検討すること。
【対象・方法】
2014〜2025年の期間に術前CRTまたはTNT後に原発巣の切除術を施行した進行直腸癌106例を対象に、単施設後ろ向き研究を行った。治療効果はJSCCR Grade 2–3を臨床的に有効な効果と定義した。術前因子（mrEMVI、cN、CEA、PNI、治療法など）と有効な治療効果の関連を解析した。
【結果】
年齢中央値は67歳（37–85）、男性66例（62.3%）であった。cStageはStage I/II/III/IVがそれぞれ2例（1.9%）、31例（29.2%）、72例（67.9%）、1例（0.9%）であり、CRT 90例（84.9%）、TNT 16例（15.1%）であった。Grade 0–1、2、3はそれぞれ45.6%、38.8%、15.5%であり、Grade 2–3は54.3%に認めた。ypN0は70.9%、Grade 2–3かつypN0は42.7%であった。
腫瘍反応はmrEMVI陰性／陽性で56.1% vs 56.7%（P=1.000）、cN陰性／陽性で59.4% vs 50.0%（P=0.513）と有意差を認めなかった。CEA（5.1 vs 3.85, P=0.987）、PNI（47.6 vs 47.8, P=0.536）も反応と関連を認めなかった。
多変量解析では有意な予測因子は認めず、mrEMVI（OR 0.92, P=0.858）、cN（OR 0.75, P=0.538）、CEA（OR 0.99, P=0.234）、PNI（OR 0.99, P=0.806）、治療法（CRT vs TNT, OR 0.66, P=0.525）はいずれも有意でなかった。一方、再発解析ではypN陽性が再発リスクと有意に関連した（HR 3.00, P=0.001）。
【結論】
術前因子のみでは未だに治療効果の予測は困難であり、TNT時代においてもこの課題は解決されていない。臓器温存を含む治療選択においては、既存の術前因子に依存しない新たな評価戦略が必要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

パネルディスカッション２　進行直腸癌に対するTNT　中長期治療成績と今後検証すべき点

司会：渡邉 純（関西医科大学下部消化管外科学講座）、向井 俊貴（がん研有明病院大腸外科）

[PD2-3] 局所進行直腸癌に対するTNTの治療成績の検討

*堀江 智子[1,2]、平井 隆仁[1]、草野 智一[1]、小池 礼子[1]、加藤 博久[1] (1. 江東病院、2. 東京大学医科学研究所附属病院)

【目的】
局所進行直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapy (TNT)はESMOやNCCNガイドラインでは標準治療とされており、世界では広まりつつある。一方、日本のガイドラインでは、未だ標準治療としては推奨されていない。実際の臨床では、日本でも直腸癌に対するTNTは行われているが、その治療成績に関しては、まだ一定の見解を得ていない。今回、当院におけるTNTの治療成績を検討することを目的とした。
【方法】
当院で2019年11月から2026年3月までに行った、直腸癌TNTの治療成績10例を検討した。
【結果】
性別は女性３例、男性７例、年齢の中央値は６８歳(IQR,70.7-62.7)。
原発部位はRS:２例、Ra:２例、Rb：６例。
術前ステージはstage３b：2例、stage３c：８例
化学療法は、CAPOX ４例、SOX １例、Pmab＋SOX　４例、Bmab+SOX１例であった。
放射線治療は９例で50.4Gy/28fr 、1例で45Gy/15fr、直腸、骨盤領域IMRTを施行された。全例で、放射線治療を先行させるinduction chemotherapyであった。
化学療法終了から手術までの期間は中央値29日(IQR,23-31.5)であった。
手術は　腹腔鏡下高位前方切除術＋膀胱部分切除術１例、腹腔鏡下低位前方切除術＋膀胱部分切除術１例、腹腔鏡下低位前方切除術２例、腹腔鏡下低位前方切除術＋両側側方リンパ節郭清術1例、腹腔鏡下超低位前方切除５例であった。
４例で治療Gr,3のpathologic complete response (pCR)であった。
術後合併症は1例でClavien-Dindo Gr,3aの縫合不全を認めた。
最終追跡調査時(中央値31.5ヶ月)には全例で再発は認めず、1例は術後12ヶ月で間質性肺炎の急性増悪による死亡を認めた。
【結論】
直腸癌に対するTNTは安全に施行可能で、良好な予後が見込める可能性がある。
今後の症例の蓄積により、本邦における治療戦略の検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第2会場（2F コンベンションホール2）
パネルディスカッション２　進行直腸癌に対するTNT　中長期治療成績と今後検証すべき点
司会：渡邉 純（関西医科大学下部消化管外科学講座）、向井 俊貴（がん研有明病院大腸外科）

[PD2-4] 当院における術前治療後の進行下部直腸癌の中長期成績 ～CRTとTNTの傾向スコアマッチングによる比較～

*野口 竜剛[1]、佐藤 健太郎[1]、坂本 貴志[1]、松井 信平[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研究会有明病院　大腸外科)

【背景・目的】当院では腫瘍下縁がRbにかかる進行下部直腸癌に対して術前化学放射線療法(chemoradiotherapy; CRT)を以前より行っており、2012年よりtotal neoadjuvant therapy(TNT)を導入し、2017年から臨床的完全奏功が得られた症例に対するnon operative management (NOM)も行ってきた。今回、当院で術前治療後に直腸間膜全切除(Total mesorectal excision; TME)あるいはNOMを選択した症例の治療成績について明らかにすることを目的とした。
【方法】2004年7月から2022年12月までに長期放射線療法によるCRTを行ったcStageII/III進行下部直腸癌712例を対象とした。年齢、性別、腫瘍肛門縁距離、cT stage、臨床的リンパ節転移の有無、側方リンパ節転移の有無で傾向スコアマッチングを行い、CRT群とTNT群の比較を後方視的に行った。NOM症例については同期間における長期CRT後の全例の54例で検討を行った。
【結果】傾向スコアマッチングによりCRT204例、TNT 204例が抽出され、男性/女性=287（70.3%）/121（29.7%）、年齢(以下四分位範囲)57歳(49-65)、腫瘍肛門縁距離40mm(30-50)であり、TMEを374例(91.7%)に、34例(8.3%)でNOMを選択した。TNT群とCRT群ではTNT群において有意にNOMを選択する症例が多かった（16.1% vs. 1.5%, *P*<0.0001）。TMEを行った症例において、手術時間はTNT群において有意に長かったが（370分 vs. 344分, *P*=0.022）、出血量については両者で差を認めなかった（80ml vs. 60ml, *P*=0.544）。Clavien-Dindo II以上の合併症の頻度はTNT群で有意に多く（51.5% vs. 31.3%, *P*<0.0001）、Clavien-Dindo III以上の合併症の頻度もTNT群で有意に多かった（15.6% vs. 9.0%, *P*=0.049）。pCR率はTNT群で有意に高かった（22.0% vs. 11.0%, *P*=0.0038）。長期予後としては、TNT群とCRT群では差を認めなかった（5年無再発生存率(75.4% vs 72.9%, *P*=0.604)）。NOMを行った症例において2年局所無増大率は81.2%で、2年遠隔無再発生存率は94.4%であった。
【結語】マッチングによる検討ではTNTを行った症例において、NOM移行率が有意に高かったが、TMEに際して合併症の増加や手術時間の延長を認めた。術前治療後に行われたNOMは安全に施行可能であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

パネルディスカッション２　進行直腸癌に対するTNT　中長期治療成績と今後検証すべき点

司会：渡邉 純（関西医科大学下部消化管外科学講座）、向井 俊貴（がん研有明病院大腸外科）

[PD2-5] 直腸癌術前治療後の治療戦略：画像・内視鏡評価の限界と残存腫瘍量の重要性

*小林 壽範[1]、山田 典和[2]、上原 広樹[2]、滝井 麻美子[2]、五十嵐 優人[2]、森 至弘[2]、萩原 千恵[2]、諏訪 雄亮[2]、渡邉 純[2] (1. 関西医科大学香里病院　外科、2. 関西医科大学　下部消化管外科)

【背景】直腸癌に対する術前治療の進歩により、NOMを含む臓器温存戦略が広がっているが、MRIおよび内視鏡による治療効果判定の精度には限界がある。
【目的】臨床的治療効果と病理学的腫瘍残存および予後との関連を検討し、NOMの適応可能性を評価する。
【方法】術前治療（CRTまたはTNT）を施行したcStage I–III直腸癌107例を後ろ向きに解析した。MRIおよび内視鏡所見により治療効果を評価し、病理結果、治療方針、予後との関連を検討した。
【結果】MRIによるradiological CR（complete response）は22例（20.6%）、内視鏡によるendoscopic CR（complete response）は26例（24.3%）であった。CR症例のうち14例にNOMが選択され、8例は手術が施行され、いずれもcT1–2であった。NOMのうち2例（14%）にregrowthを認めたが、いずれもサルベージ手術が可能であった。PR（partial response）83例のうち46例（55.4%）はypT3に留まり、画像上の縮小は病理学的腫瘍消失を必ずしも反映しなかった。ypT0は10.3%であった。NOM症例では病理評価が行われていないため、臨床的完全奏効率との直接比較はできない。一方、ypT0およびNOMを統合したcomposite complete responseは21.5%であった。無再発生存率はypTに有意に依存した（p＝0.016）が、ypNおよび最終Stageとは関連を認めなかった。
【結論】画像および内視鏡評価のみでは腫瘍消失を正確に予測することはできず、残存腫瘍量（ypT）が予後規定因子として重要であった。NOMはcT1–2を中心とした低リスク症例で有効であった。一方、T3以上では慎重な適応判断が必要であり、進行症例ではさらなる治療強化が求められる。以上より、直腸癌術前治療後の治療戦略は、治療効果評価に依存するのではなく、残存腫瘍量および初期腫瘍背景を踏まえた個別化アプローチが必要であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:15 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

パネルディスカッション２　進行直腸癌に対するTNT　中長期治療成績と今後検証すべき点

司会：渡邉 純（関西医科大学下部消化管外科学講座）、向井 俊貴（がん研有明病院大腸外科）

[PD2-6] R0切除を達成した進行下部直腸癌において術前化学療法は遠隔再発を抑制しうる

*山口 峻[1]、小嶋 雅之[1]、山崎 翔斗[1]、小野 李香[1]、丸田 浩志[1]、片山 宏己[1]、髙村 祐磨[1]、足立 利幸[1]、石井 光寿[1]、井上 悠介[1]、三浦 崇[1]、江口 晋[2]、松本 桂太郎[3]、野中 隆[1] (1. 長崎大学病院　大腸・肛門外科、2. 長崎大学病院　外科学講座　移植・消化器外科学分野、3. 長崎大学病院　外科学講座　腫瘍外科学分野)

【背景】
進行下部直腸癌に対する術前治療として化学療法（NAC)、化学放射線療法（CRT)、total neoadjuvant therapy（TNT）が用いられている。放射線療法は局所制御に有効とされるが、R0切除症例において術前治療内容が遠隔再発や予後に与える影響は明らかでない。
【目的】
R0切除を達成した進行下部直腸癌における術前治療内容と遠隔再発および予後との関連を検討する。
【方法】
2016年1月～2025年6月に術前治療後に根治手術を施行した下部直腸癌155例を対象とした。TPE施行例、cM1症例、R1/2切除例を除外した。NAC群69例、CRT群53例、TNT群34例に分類し後方視的に検討した。さらに術前化学療法施行例（NAC/TNT）と非施行例（CRT）の2群比較を行った。
【結果】
患者背景、腫瘍Stage、組織型に有意差を認めなかった。TNT群にはロボット手術が多く（19% vs 11% vs 59%, p<0.001)、NAC群で側方郭清が多く施行されていた（67% vs 40% vs 41%, p<0.01)。周術期成績に有意差なし。病理組織所見においてRM,R0には差は認めず。pCRはNAC 2例（3%)、CRT 7例（13%)、TNT 9例（26%）で有意にRT有り例で多かった (p<0.05)が、長期予後において3群間でOS、DFS、LRFSに有意差は認めなかった。一方、術前化学療法施行例（NAC/TNT,n=103）と非施行例（CRTn=52）の2群で比較すると、DFSは化学療法施行例で有意に良好であった（p=0.04)。また遠隔転移再発は非施行例で有意に多かった（7% vs 18%, p=0.05)。一方、局所再発3例 (3%) vs 2 例(4%)で有意差を認めなかった。
【結語】
R0切除が達成された進行下部直腸癌においても、術前化学療法の導入は遠隔再発抑制および予後改善に寄与する可能性が示唆された。全身制御を考慮した術前治療戦略の重要性が示された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 肛門科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:20 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

パネルディスカッション３　痔核の治療（ALTA療法の適応とこだわりの手術法）

司会：田中 良明（寺田病院大腸肛門病センター肛門科）、錦織 英知（一般社団法人健英会えさか駅前にしごりおなかとおしりのクリニック）

[PD3-1] ALTA併用療法を主軸とした内痔核治療

*鉢呂 芳一[1]、安部 達也[1]、小原 啓[1]、太田 盛道[1]、渡邊 賢二[1]、國本 正雄[1] (1. くにもと病院)

[PD3-2] ALTA療法を成立させる外科的戦略〜適応選択と外科的介入の質〜

*小原 誠[1] (1. OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック)

[PD3-3] 当院のALTA療法の適応

*加藤 久仁之[1]、加藤 典博[1] (1. ふるだて加藤肛門外科クリニック)

[PD3-4] 日帰り痔核手術におけるALTA併用療法の進化とその実際

*小村 憲一[1] (1. 小村肛門科医院)

[PD3-5] 有床診療所における初回治療としてのALTA単独療法〜その位置付けと真価について〜

*日高 仁[1]、日高 久光[2] (1. ひだか医院、2. 医療法人祥久会日高大腸肛門クリニック)

[PD3-6] 当院でのALTA併用療法-分離結紮術と結紮切除術との比較-

*岡﨑 啓介[1] (1. 岡崎外科消化器肛門クリニック)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 肛門科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:20 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

パネルディスカッション３　痔核の治療（ALTA療法の適応とこだわりの手術法）

司会：田中 良明（寺田病院大腸肛門病センター肛門科）、錦織 英知（一般社団法人健英会えさか駅前にしごりおなかとおしりのクリニック）

[PD3-1] ALTA併用療法を主軸とした内痔核治療

*鉢呂 芳一[1]、安部 達也[1]、小原 啓[1]、太田 盛道[1]、渡邊 賢二[1]、國本 正雄[1] (1. くにもと病院)

【緒言】2005年より当院ではALTA療法を積極的に用いた内痔核治療を施行している。これまでGoligher分類IV度や外痔核を伴う内痔核症例では、ALTA単独療法の限界を報告してきた。2012年頃より、同一痔核の内痔核部位にALTA療法を行い外痔核部位を切除するALTA併用療法（A・E3法/E3・A法）を開始し、内痔核治療の主軸とするとともに随時改良を加えている。最近5年間の臨床成績を報告する。

【緒言】2005年より当院ではALTA療法を積極的に用いた内痔核治療を施行している。これまでGoligher分類IV度や外痔核を伴う内痔核症例では、ALTA単独療法の限界を報告してきた。2012年頃より、同一痔核の内痔核部位にALTA療法を行い外痔核部位を切除するALTA併用療法（A・E3法/E3・A法）を開始し、内痔核治療の主軸とするとともに随時改良を加えている。最近5年間の臨床成績を報告する。

【症例】2021年1月～2025年12月までに、少なくとも一主痔核にALTA併用療法を施行した1306例を対象とした。なお同時期に施行したALTA単独療法は108例、LE＋ALTA症例は9例であった。A・E3法は578例、E・A3法は728例。ALTA併用療法1箇所は495例、2箇所は586例、3箇所以上は225例であった。

【成績】内痔核の再脱出に対する再手術は4例（0.3%）で、再脱出部位は、ALTA単独投与部位3例、ALTA併用療法（E3・A法）部位1例であった。術後止血術は10例に施行した。術後肛門狭窄を4例に認め、用手的肛門拡張術を施行したが、すべてALTA併用療法3箇所施行症例であった。ALTA併用療法部位におけるALTA投与量を、併用療法1箇所症例（うちGoligher分類III度以上）で調べてみると、A・E3法は6.04ml、E・A3法は5.45mlとA・E3法で有意に多かった。

【考察】ALTA併用療法開始以降、徐々に併用療法個数が増加しているが、そのためか術後肛門狭窄症例を4例に認めた。ALTA併用療法の長期経過を踏まえ、A・E3法およびE3・Aにおいて最近では十分な内痔核剥離および歯状線を越えた痔核切除としている。

【結語】ALTA併用療法においては、内痔核への適切なALTA投与を行い、内痔核の十分な剥離および歯状線を越えた痔核切除を行うことで、すべての内痔核部位が治療対象になりうるものと考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 肛門科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:20 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
パネルディスカッション３　痔核の治療（ALTA療法の適応とこだわりの手術法）
司会：田中 良明（寺田病院大腸肛門病センター肛門科）、錦織 英知（一般社団法人健英会えさか駅前にしごりおなかとおしりのクリニック）

[PD3-2] ALTA療法を成立させる外科的戦略～適応選択と外科的介入の質～

*小原 誠[1] (1. OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック)

ALTA療法は2005年の保険収載以降、内痔核に対する低侵襲治療として広く普及したが、その成績は必ずしも一様ではなく、適応の拡大に伴い再発や効果不十分例が問題となっている。本ワークショップでは、ALTA療法の本質的適応を再整理するとともに、筆者が実践している術式選択と手技上のこだわりについて提示する。

ALTA単独療法は、血管成分に富み器質的変化の少ない内痔核に対して有効であり、外痔核成分を伴わないGoligher Ⅱ～Ⅲ度を基本適応とする。しかし臨床的には、肛門管内外痔核の連続性、歯状線部における支持構造の破綻による脱出、さらには内痔核の器質化や肥大乳頭・肛門ポリープの合併を認める症例が少なくない。これらを見逃したままALTA単独療法を適用することが、再発の主因となる。

このような病態に対して筆者は、ALTAを主軸としつつ適応外成分を外科的に除去する併用療法を積極的に選択している。すなわち併用療法は「ALTAのための切除」であり、内痔核上極まで切り込む従来の結紮切除術とは一線を画する戦略である。特に肛門管内外痔核や器質化病変を歯状線近傍まで適切に処理することで、残存内痔核をALTAの適応へと再構築することが可能となる。

手技上の要点としては、E3切除によりParks靱帯を処理し内痔核の還納性と固定性を高める一方、過度な切除や閉鎖時の吊り込みを避け、機能温存とのバランスを維持する点が重要である。またALTA注入においては、四段階注射法を基本としながら、薬液分布の均一化と危険領域の回避を最優先とすることで、安全性と効果の両立を図っている。

ALTA療法の成否は薬剤そのものではなく、「病態を見極め、適応へと整える外科的介入」によって規定される。本発表では、単独療法と併用療法の使い分けを再定義し、低侵襲性と根治性をいかに両立させるかについて議論したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 肛門科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:20 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
パネルディスカッション３　痔核の治療（ALTA療法の適応とこだわりの手術法）
司会：田中 良明（寺田病院大腸肛門病センター肛門科）、錦織 英知（一般社団法人健英会えさか駅前にしごりおなかとおしりのクリニック）

[PD3-3] 当院のALTA療法の適応

*加藤 久仁之[1]、加藤 典博[1] (1. ふるだて加藤肛門外科クリニック)

［はじめに］ALTA療法が開始され20年以上が経過し、ALTA単独療法（以後A）に加え、外痔核切除を併用するALTA併用療法（以後AE）もおこなわれるようになり、痔核に対する標準治療として広く普及した。今回、当院におけるALTA療法の治療成績、適応等を検討した。

［対象・方法］2000年2月から2025年12月までに当院でA、AE（E1、E2、E3）、結紮切除（以後LE）を施行し、術後6か月以上経過観察可能であった、ALTA投与量7ml以上の主痔核病変を対象とした。E1は症例数が少ないため除外した。A施行7735病変、E2施行5652病変、E3施行698病変、LE施行740病変の4群間の累積無再発率を、経過観察期間5および10年のKaplan-Meier法にて比較検討し、p＜0.05を有意差ありとした。また痔核の形態として、歯状線付近の支持組織が強固で溝を有する静脈瘤型病変（以後V病変）と、支持組織が脆弱で溝を有さない粘膜脱型病変（以後P病変）の各々において、A、E2、E3、LEの4群間の累積無再発率を同様に検討した。

［結果］術式別無再発率は5年、10年でLEとE3およびE2とE3間に統計学的な有意差は認めなかったが、LE＞A、LE＞E2、E3＞Aと有意に再発が少なかった（p＜0.05）。またE2とAの10年無再発率は有意差を認めなかった。V病変では5年、10年ともにLE＞A、LE＞E2と有意に再発が少なかった。一方でAとE2およびE3では有意差は認めなかった。P病変ではLE＞A、E3＞Aと有意に再発が少なかった。一方でLEとE3およびE2、E3とE2、E2とAでは有意差は認めなかった。

［考察］当院の痔核に対するALTA療法の適応として、E2とAに有意差を認めなかったことから、歯乗線付近の支持組織が強固な病変はAを第一選択として、外痔核切除はオプションとしている。一方で、支持組織が脆弱な病変はE3を第一選択としている。LEとE3に有意差を認めなかったことから、LEは粘膜脱症候群、ALTA療法禁忌症例等に限定して施行している。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 肛門科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:20 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
パネルディスカッション３　痔核の治療（ALTA療法の適応とこだわりの手術法）
司会：田中 良明（寺田病院大腸肛門病センター肛門科）、錦織 英知（一般社団法人健英会えさか駅前にしごりおなかとおしりのクリニック）

[PD3-4] 日帰り痔核手術におけるALTA併用療法の進化とその実際

*小村 憲一[1] (1. 小村肛門科医院)

【はじめに】 日帰り痔核手術には、快適性（疼痛制御）、安全性（出血制御）、根治性が求められる。当院におけるALTA併用療法の変遷を振り返り、現在施行している術式について報告する。
【術式の変遷】 2011年まで ALTA 主体の併用療法を行っていたが、2012 年より歯状線を越えて痔核を剥離し、外痔核成分を結紮切除（LE）、口側の内痔核に ALTA 注を行う併用療法（E3・A）を導入した。2019 年からは痔核把持鉗子を用いた E3・A を行い、2023 年からは、口側の切除範囲を拡大した際においても、術後出血のリスクを最小化するため「切除創の二層縫合」を行なっている。
【現在施行している術式の特色】
1. 痔核剥離と引き上げ効果： 痔核剥離は歯状線部の mucosal suspensory ligament を越えるまで行い、痔核を十分に遊離する。これにより ALTA 注による引き上げ効果が増大する。また、ALTA 注前に痔核を結紮していることで尾側への薬液漏出を防ぎ、少量の投与で最大の効果が得られる。
2. 痔核把持鉗子の使用： 切除すべき粘膜のたるみやポリープを痔核把持鉗子で把持することで切除範囲が明確となる。把持部に向かって直線的に切開することで、LE における痔核の切り狭め操作を要さず、紡錘状の切開創を容易に作成できる。過剰切除を防ぐとともに、緊張のない半閉鎖縫合が可能となる。
3. 二層縫合： 根部近傍の粘膜下を深く結節縫合、上皮下の結合組織を縫合、その上から粘膜、上皮を縫合し、二層縫合とすることで、切除範囲を拡大しても創哆開および術後出血を抑制できる。また、浮腫や皮垂（tag）形成の軽減、術後疼痛の緩和にも寄与する。
【成績】 痔核把持鉗子を用いたE3・Aを導入後、痔核切除数が増加し、ALTA投与量は減少したため、発熱や狭窄、膿瘍形成などのALTA特有の合併症も低減した。術後5年間の再手術率は2.6%から2.0%へと低下し、根治性の向上が示された。また、二層縫合を行なうことで、切除範囲が増えても、縫合を要するような術後出血の増加はきたさなかった。
【結論】 本術式は、低侵襲かつ形成的で安全性と根治性を兼ね備えた術式であり、あらゆる重症度の痔核に対して日帰り手術が可能である。当日はその術式の実際をビデオにて供覧する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 肛門科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:20 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

パネルディスカッション３　痔核の治療（ALTA療法の適応とこだわりの手術法）

司会：田中 良明（寺田病院大腸肛門病センター肛門科）、錦織 英知（一般社団法人健英会えさか駅前にしごりおなかとおしりのクリニック）

[PD3-5] 有床診療所における初回治療としてのALTA単独療法〜その位置付けと真価について〜

*日高 仁[1]、日高 久光[2] (1. ひだか医院、2. 医療法人祥久会日高大腸肛門クリニック)

【はじめに】演者はこれまで, 痔核治療における外科治療に関して,複数の専門医が勤務する有床診療所において,結紮切除術(LE)とALTAの互いの利点を最大限に活かすべく原則として「同一部位の内痔核と外痔核の治療法の異なる併用療法」を行わない方針の下,経験を積んできた.LE絶対適応以外の症例における術式の選択ついては,可能な限り怒責診を行なって外痔核の大きさを正確に評価し,併存疾患などのリスク・患者自身の希望や社会的背景なども考慮しながらSDMを実施し, その結果ALTA 単独療法を選択した症例に関しては,過量投与を避け,四段階注射法を遵守し,低侵襲かつ安全に治療が遂行されるよう心がけてきた.今回,同一術者による,痔核に対する初回外科治療としてのALTA単独療法の成績を振り返り,有床診療所におけるALTA単独療法の位置付けや真価について考える.

【対象と方法】 2014年1月から2025年3月までに,「医療法人祥久会 日高大腸肛門クリニック」にて, 痔核に対し,初回外科治療として同一術者(筆頭演者)によるALTA単独療法を受けた患者の診療録上の経過を,2026年4月まで追跡した. 但し,他の手技を併施した症例は除外した.

【結果】該当症例は全182例,平均年齢61.8歳(25-95歳)で,男性：女性=121例：61例,平均観察期間5.1年(1-12年)であった. 麻酔法は無麻酔:局所麻酔＝180例：2例であった.注射部位については1箇所3例：2箇所13例：３箇所166例,平均総投与量は6.7ml(1箇所)/11.9ml(２箇所)/17.3ml(3箇所)であった.観察期間内に再外科治療に至った症例は24例(13.2%)であった.術後合併症として発熱7例(3.8%),潰瘍形成6例(3.3%),糞便塞栓3例(1.6%),残便感3例(1.6%),出血2例（1.1%）を認めたが,他の重篤な合併症は認めなかった.

【まとめ】演者がこれまで行なってきた有床診療所における痔核に対する初回治療としてのALTA単独療法について報告した.結果を基に,有床診療所においてALTA療法をどのように位置付け,真価をいかに発揮させるか,術式選択や手技に関する演者の考え方を述べたい.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 肛門科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:20 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
パネルディスカッション３　痔核の治療（ALTA療法の適応とこだわりの手術法）
司会：田中 良明（寺田病院大腸肛門病センター肛門科）、錦織 英知（一般社団法人健英会えさか駅前にしごりおなかとおしりのクリニック）

[PD3-6] 当院でのALTA併用療法-分離結紮術と結紮切除術との比較-

*岡﨑 啓介[1] (1. 岡崎外科消化器肛門クリニック)

[目的] 当院でのGoligher III-IV度痔核に対する手術は2023年までは結紮切除（以下LE）（ミリガン・モルガン法）+ALTA、2024年からは分離結紮（以下DL）+ALTAを基本とするE3・A（歯状線奥まで切除）を標準手技としている。それぞれの方法での特徴を検討する。
[方法] 今回DL群(2024.6-2026.3)とLE群(2017.3-2023.12)として年齢、性別をそろえた上で、採血結果、手術時局所麻酔量、切除数（歯状線を超える切除）、併用ALTA使用量、創部の上皮化日数、鎮痛剤処方日数、排便・喫煙・飲酒状況などを検討した。統計解析はMann-Whitney 検定、 カイ2乗検定を用い、危険率5%以下をもって有意差ありとした。
[結果] DL群: n=89、LE群: n=138。年齢 (DL: 53.2±16.4, LE: 50.0±13.2)、男女比、Hb値、排便回数、いきみの有無、トイレ時間、便性状、喫煙率、飲酒率、ALTA使用量(DL: 11.39±5.06, LE: 12.19±5.14)に差はなかった。一方上皮化日数(DL: 27.5±6.7, LE: 40.5±11.7, p<0.01)はDLで短く、切除数(DL: 1.3±0.6, LE: 1.1±0.3, p<0.01)はDLが多く、麻酔量(1%メピバカイン) (DL: 16.63±2.74, LE: 18.67±3.57, p<0.01)はLEで多い。鎮痛剤処方日数は(DL: 15.4±6.8, LE: 18.8±13.5, p<0.01)とDLが短いが、追加の鎮痛はDLでの使用率が高かった。
[結論] ALTA併用療法としてのDLは、LEと比較して創の上皮化日数の短縮を認めた。鎮痛剤処方日数も短いが、その間の疼痛は強い傾向にある。DLは手技の工夫により、疼痛を軽減できる。肛門縁の外まで結紮するDLでは、結紮後の皮膚の緊張を可能な限り小さくしつつ、痔核組織は十分に結紮するなど、さらに工夫が必要である。運針や結紮法の工夫で、結紮部位脱落時に真皮浅層での創面とすることができると、脱落後2週間程度での上皮化が期待できる。DLの創面は、脱落直後に真皮浅層から深層にとどまっており上皮化が早く、一方LEでの開放創面は皮下脂肪層に達しており肉芽形成を主体に周辺から上皮化することが想定される。実際の創面をDLとLEで観察して考察する。今後群間の偏りを調整してさらに解析を行う。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）

パネルディスカッション４　大腸がんにおけるプレシジョンメディスンの現状と課題

司会：田村 孝雄（近畿大学奈良病院腫瘍内科）、杉本 直俊（大阪国際がんセンター遺伝子診療部）

[PD4-1] 血中循環腫瘍DNA陰性Stage II結腸癌における残余再発リスクの層別化とRecurrence predict valueの有用性

*水野 翔大[1,2]、茂田 浩平[1]、安藤 幸滋[3]、三島 沙織[4]、門野 政義[1]、森田 覚[1]、小谷 大輔[4]、中村 能章[4]、三代 雅明[5]、浜部 敦史[5]、渡邊 純[6]、小高 雅人[7]、山﨑 健太郎[8]、加藤 健志[9]、吉野 孝之[4]、沖 英次[10]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部一般・消化器外科、2. 荻窪病院外科、3. 九州大学大学院医学研究院消化器・総合外科、4. 国立研究開発法人国立がん研究センター東病院消化管内科、5. 大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学、6. 関西医科大学下部消化管外科、7. 医療法人薫風会佐野病院消化器外科、8. 静岡県立がんセンター消化器内科、9. 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター下部消化管外科、10. 九州大学病院先端医工学診療部)

[PD4-2] 日本人大腸癌におけるMSI-H/dMMRの実態と術前MSI/MMR検査の施設間格差

*森本 祥悠[1]、畑 泰司[1]、賀川 義規[2]、高橋 秀和[3]、柳澤 公紀[4]、鈴木 陽三[5]、大澤 日出樹[6]、内藤 敦[7]、鄭 充善[8]、岡村 修[9]、高橋 佑典[10]、佐々木 優[11]、市原 もも子[12]、安山 陽信[13]、澤田 元太[14]、関戸 悠紀[15]、荻野 崇之[15]、三吉 範己[15]、植村 守[15]、江口 英利[15] (1. 大阪急性期総合医療センター消化器外科、2. 大阪国際がんセンター消化器外科、3. 大阪国際メディカル&サイエンスセンター大阪けいさつ病院消化器外科、4. 関西ろうさい病院消化器外科、5. 市立豊中病院消化器外科、6. 八尾市立病院消化器外科、7. 堺市立総合医療センター消化器外科、8. 大阪ろうさい病院消化器外科、9. 市立吹田病院消化器外科、10. 国立病院機構大阪医療センター消化器外科、11. 市立東大阪医療センター消化器外科、12. 兵庫県立西宮病院消化器外科、13. 市立貝塚病院消化器外科、14. 市立伊丹病院消化器外科、15. 大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学)

[PD4-3] 大腸癌転移再発根治切除症例における予後予測因子としてのDNAメチル化マーカーの有用性

*藤﨑 隆[1]、市川 峻太[1]、岩井 貴寛[1]、小林 清洋[1]、濱田 篤彦[1]、安藤 祐二[1]、村井 勇太[1]、幸地 彩貴[1]、十朱 美幸[1]、仲川 裕喜[1]、高橋 宏光[1]、井 祐樹[1]、河口 恵[1]、百瀬 裕隆[1]、土谷 祐樹[1]、塚本 亮一[1]、盧 尚志[1]、本庄 薫平[1]、冨木 裕一[1]、杉本 起一[1] (1. 順天堂大学医学部附属順天堂医院　下部消化管外科)

[PD4-4] 右側大腸癌に対する新たな治療戦略：高メチル化大腸癌とBRAF遺伝子変異

*川上 尚人[1] (1. 東北大学大学院医学系研究科臨床腫瘍学分野)

[PD4-5] 大腸癌に対するがん遺伝子パネル検査の有効性の検討：C-CATデータベース解析から

*西田 尚弘[1] (1. 東海大学医学部臨床腫瘍学)

[PD4-6] 当院における大腸・直腸癌CGP検査の後方視的検討

*赤羽 慎太郎[1,4]、下村 学[2]、矢野 琢也[2]、佐田友 藍[2]、田口 和浩[2]、松原 啓壮[2]、石川 聖[2]、佐藤 沙希[2]、渡邊 淳弘[2]、森内 俊行[2]、塩崎 翔平[2]、松原 一樹[2]、山口 瑞生[2]、岡本 渉[3]、石原 美紗子[1]、中原 輝[1]、新津 宏明[1]、大段 秀樹[2]、檜井 孝夫[1] (1. 広島大学病院遺伝子診療科、2. 広島大学病院消化器・移植外科、3. 広島大学病院がん化学療法科、4. 独立行政法人国立病院機構広島西医療センター外科)

[PD4-7] がん遺伝子パネル検査リアルワールドデータに基づくERBB2増幅大腸癌の臨床的意義の検討

*北嶋 貴仁[1,2]、奥川 喜永[1,2]、髙木 里英子[2]、嶌村 麻生[2]、天白 成[2]、山本 晃[2]、市川 崇[3]、長野 由佳[2]、浦谷 亮[2]、今岡 裕基[2]、志村 匡信[2]、川村 幹雄[2]、松下 航平[2]、安田 裕美[2]、小池 勇樹[2]、大北 喜基[2]、吉山 繁幸[2]、大井 正貴[2]、小林 美奈子[3]、問山 裕二[2] (1. 三重大学医学部附属病院ゲノム医療部、2. 三重大学医学部大学院消化管・小児外科学、3. 三重大学医学部大学院臨床外科感染制御学講座)

[PD4-8] JAGUAR試験（JACCRO PM-01）：切除不能進行再発大腸癌患者における循環腫瘍DNAを用いた逐次的包括的ゲノムプロファイリング検査の臨床的有用性を評価する前向き研究

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

*砂川 優[1]、舛石 俊樹[2]、武田 弘幸[1]、梅垣 翔[3]、横山 雄一郎[4]、朴 慶純[5]、室 圭[2]、市川 度[6]、石原 聡一郎[4] (1. 聖マリアンナ医科大学臨床腫瘍学講座、2. 愛知県がんセンター薬物療法部、3. 愛知県がんセンターゲノム医療センター、4. 東京大学医学部附属病院 腫瘍外科・血管外科、5. 国立成育医療研究センター病院臨床研究センター、6. 日本がん臨床試験推進機構)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）

パネルディスカッション４　大腸がんにおけるプレシジョンメディスンの現状と課題

司会：田村 孝雄（近畿大学奈良病院腫瘍内科）、杉本 直俊（大阪国際がんセンター遺伝子診療部）

[PD4-1] 血中循環腫瘍DNA陰性Stage II結腸癌における残余再発リスクの層別化とRecurrence predict valueの有用性

*水野 翔大[1,2]、茂田 浩平[1]、安藤 幸滋[3]、三島 沙織[4]、門野 政義[1]、森田 覚[1]、小谷 大輔[4]、中村 能章[4]、三代 雅明[5]、浜部 敦史[5]、渡邊 純[6]、小高 雅人[7]、山﨑 健太郎[8]、加藤 健志[9]、吉野 孝之[4]、沖 英次[10]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部一般・消化器外科、2. 荻窪病院外科、3. 九州大学大学院医学研究院消化器・総合外科、4. 国立研究開発法人国立がん研究センター東病院消化管内科、5. 大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学、6. 関西医科大学下部消化管外科、7. 医療法人薫風会佐野病院消化器外科、8. 静岡県立がんセンター消化器内科、9. 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター下部消化管外科、10. 九州大学病院先端医工学診療部)

【背景】Stage II結腸癌における術後再発リスク層別化は依然として不十分であり、補助化学療法適応の判断に課題が残る。近年、血中循環腫瘍DNA (circulating tumor DNA(ctDNA))によるminimal residual disease (MRD) 評価が注目されているが、ctDNA陰性例でも一定割合で再発を認め、陰性結果のみでは十分なリスク評価が困難である。特に肺転移や腹膜播種再発ではctDNA検出感度の限界が指摘されている。本研究では、臨床病理学的リスクスコアであるrecurrence prediction value（RPV）がctDNA陰性患者における残余再発リスク層別化に有用であるかをGALAXY試験を用いて検討した。
【方法】GALAXY試験に登録されたStage II結腸癌のうち、術後補助化学療法非施行574例を対象とした。術後約4週のctDNA測定 (MRD window)に基づき解析を行い、RPVは既報のスコアリングに従いhighおよびlowに分類した。主要評価項目はRecurrence free survival (RFS) とし、Kaplan–Meier法およびCox比例ハザードモデルにより予後因子を評価した。またctDNA陰性群のサブグループ解析および再発部位別解析を行った。
【結果】MRD windowにおいてctDNA陽性は38例（6.6%）、陰性は536例であった。多変量解析では、ctDNA陽性はRFSの最も強い予測因子であり（HR 17.1, 95%CI 10.2–28.6, P<0.001）、RPV highも独立した予測因子であった（HR 2.80, 95%CI 1.73–4.51, P<0.001）。ctDNA陰性群のサブグループ解析では、RPV highはlowと比較して有意に再発リスクが高く（HR 3.19, 95%CI 1.75–5.81, P<0.001）、明確なリスク層別化能を示した。一方、ctDNA陽性群ではRPVによる差は認められなかった（HR 1.06, P=0.898）。再発部位の検討では、ctDNA陰性群において腹膜播種再発がRPV high群で有意に多く認められた（8.1% vs 0.9%, P<0.001）。これらの結果は、ctDNA陰性集団が不均一であり、RPVがその中の高リスク群を同定し得ることを示唆する。
【結語】RPVはctDNAによるMRD評価を補完し、ctDNA陰性患者における残余再発リスク同定に有用な指標である可能性が示唆された。臨床病理学的リスクと分子学的評価を統合することで、より精緻な術後リスク層別化および個別化治療戦略構築につながる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）

パネルディスカッション４　大腸がんにおけるプレシジョンメディスンの現状と課題

司会：田村 孝雄（近畿大学奈良病院腫瘍内科）、杉本 直俊（大阪国際がんセンター遺伝子診療部）

[PD4-2] 日本人大腸癌におけるMSI-H/dMMRの実態と術前MSI/MMR検査の施設間格差

*森本 祥悠[1]、畑 泰司[1]、賀川 義規[2]、高橋 秀和[3]、柳澤 公紀[4]、鈴木 陽三[5]、大澤 日出樹[6]、内藤 敦[7]、鄭 充善[8]、岡村 修[9]、高橋 佑典[10]、佐々木 優[11]、市原 もも子[12]、安山 陽信[13]、澤田 元太[14]、関戸 悠紀[15]、荻野 崇之[15]、三吉 範己[15]、植村 守[15]、江口 英利[15] (1. 大阪急性期総合医療センター消化器外科、2. 大阪国際がんセンター消化器外科、3. 大阪国際メディカル&サイエンスセンター大阪けいさつ病院消化器外科、4. 関西ろうさい病院消化器外科、5. 市立豊中病院消化器外科、6. 八尾市立病院消化器外科、7. 堺市立総合医療センター消化器外科、8. 大阪ろうさい病院消化器外科、9. 市立吹田病院消化器外科、10. 国立病院機構大阪医療センター消化器外科、11. 市立東大阪医療センター消化器外科、12. 兵庫県立西宮病院消化器外科、13. 市立貝塚病院消化器外科、14. 市立伊丹病院消化器外科、15. 大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学)

【背景】切除可能MSI-H/dMMR大腸癌に対する周術期ICI治療は本邦でも開発が進行しているが、その実装には術前MSI/MMR検査の普及が不可欠である。我々はこれまで、術前MSI/MMR検査の重要性を関連施設に周知し検査率の向上を図ってきた。本研究の目的は2024年から開始した多施設前向きデータベース (Clinical Study Group of The University of Osaka-Colorectal Registry, CSGO-CORE)を利用し、切除可能症例を含む全stageの大腸癌における検査状況を把握し、MSI-H/dMMRの頻度および臨床病理学的特徴を明らかにすることである。
【方法】2024年4月から2025年3月までに関連25施設で前向き登録された大腸癌2196例を対象としてMSI-H/dMMR関連因子、検査実施率、施設間格差を検討した。
【結果】1464例（66.7%）にMSI/MMR検査が実施されていた。MSI-H/dMMRは137例（9.4%）に認め、772例（52.7%）で術前にMSI/MMR検査が施行されていた。MSI-H/dMMRは高齢者、女性で有意に多く、右側結腸で22%と高頻度であり、直腸癌では1.7%と低頻度であった。Stage IV（2.6%, OR 0.22, P<0.001）およびKRAS変異（3.1%, OR 0.22, P<0.001）では有意に少なかった。さらに、BRAF V600E変異（66.3%, OR 52.41, P<0.001）、低分化腺癌（37.7%, OR 7.17, P<0.001）、粘液癌（20.8%, OR 3.10, P=0.002）と強い関連を認め、BRAF変異陽性症例は全例でMLH1欠損を伴っていた。MSI/MMR検査実施率は施設間でばらつきを認め、中央値63.6%（range 6.3%～91.7%）であった。さらに、検査実施例における施設別の術前検査率は中央値49.2%（range 0%～93.8%）であり、実施率80%以上の施設が3施設存在する一方で、20%以下の施設も9施設認められた。
【考察】MSI-H/dMMRは日本人大腸癌の9.4%を占め、その臨床病理・分子生物学的特性が示された。一方でMSI/MMR検査実施率および術前検査率には大きな施設間格差が存在し、術前ICIを含むプレシジョンメディスンの実装には検査体制の標準化が重要である。術前検査率向上に向けた各施設の取り組みや課題、治験への接続可能性を踏まえ、実臨床への実装戦略について考察する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）

パネルディスカッション４　大腸がんにおけるプレシジョンメディスンの現状と課題

司会：田村 孝雄（近畿大学奈良病院腫瘍内科）、杉本 直俊（大阪国際がんセンター遺伝子診療部）

[PD4-3] 大腸癌転移再発根治切除症例における予後予測因子としてのDNAメチル化マーカーの有用性

*藤﨑 隆[1]、市川 峻太[1]、岩井 貴寛[1]、小林 清洋[1]、濱田 篤彦[1]、安藤 祐二[1]、村井 勇太[1]、幸地 彩貴[1]、十朱 美幸[1]、仲川 裕喜[1]、高橋 宏光[1]、井 祐樹[1]、河口 恵[1]、百瀬 裕隆[1]、土谷 祐樹[1]、塚本 亮一[1]、盧 尚志[1]、本庄 薫平[1]、冨木 裕一[1]、杉本 起一[1] (1. 順天堂大学医学部附属順天堂医院　下部消化管外科)

【背景】大腸癌治療ガイドライン医師用2024年版では，転移再発病変が存在する大腸癌症例は局在が明らかで根治切除が可能と考えられる場合は外科的治療が推奨されている．しかし，転移再発巣では肉眼的根治切除に至った症例でも術後再発リスクは高く，外科的切除が患者の長期予後にどの程度寄与するかについては，依然として議論の余地がある．一方，DNAメチル化は多くの癌腫において早期発見や術後再発予測，治療効果のモニタリングにおける有用性について多くの報告がなされてきている．
【目的】大腸癌原発巣組織におけるDNAメチル化の評価が転移再発巣切除を行った大腸癌症例の予後予測因子になりうるかについて検討した．
【方法】2011年～2018年に当院で原発巣と転移再発巣に対して肉眼的根治切除を施行した大腸癌(計64例)を対象とし，原発巣癌組織における相対的DNAメチル化レベル(Relative methylation value：RMV)を測定した． 対象とした遺伝子はCHFR，SOX11，CDO1でRMVの測定を行った．RMVの測定は癌組織からDNAを抽出後にbisulfite処理を行い，定量的メチル化特異的PCR(qPCR)で行った．RMVのカットオフ値については，再発の有無をエンドポイントとしたROC解析を用いて決定し，高値群と低値群の2群に分け，Kaplan–Meier法(log-rank検定)を用いて無再発生存率(RFS)について評価を行った．
【結果】3つの遺伝子のうち，CHFR，SOX11ではRFSに有意な相関は認めなかった．一方，CDO1に関しては，CDO1-RMV高値群(n=55)の5年無再発生存率は8.2%で，低値群（n=9）の60.3%と比較すると有意に不良であった（p=0.046）．
【考察】CDO1遺伝子は細胞内システイン代謝に関与する遺伝子であるが，そのDNAメチル化は胃癌や膵癌における予後に関与していることが報告されている．本検討結果からも，大腸癌の転移再発巣に対する肉眼的根治切除症例においても，原発巣のDNAメチル化を評価することは，大腸癌におけるプレシジョンメディスンを推進する上で，有用なバイオ―マーカーになり得ることが示唆された．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）

パネルディスカッション４　大腸がんにおけるプレシジョンメディスンの現状と課題

司会：田村 孝雄（近畿大学奈良病院腫瘍内科）、杉本 直俊（大阪国際がんセンター遺伝子診療部）

[PD4-4] 右側大腸癌に対する新たな治療戦略：高メチル化大腸癌とBRAF遺伝子変異

*川上 尚人[1] (1. 東北大学大学院医学系研究科臨床腫瘍学分野)

切除不能転移再発結腸直腸癌に対する標準治療は薬物療法である。RAS/BRAF野生型左側大腸癌では抗EGFR抗体の一次治療導入が推奨され、panitumumab＋FOLFOXはbevacizumab併用を全生存期間で上回る成績が示されている。一方、右側大腸癌における抗EGFR抗体の有用性は依然としてcontroversialであり、その背景にある生物学的差異の解明が求められている。
近年、治療効果規定因子として遺伝子異常に加えエピジェネティック変化が注目されている。大腸癌にはCpG island methylator phenotype（CIMP）と呼ばれる高メチル化群が存在し、特に右側大腸癌に多いことが知られている。われわれはメチル化状態を簡便に評価可能な診断系「Epilight」を開発し臨床実装した。Retrospective解析においてCIMP-high群が抗EGFR抗体に抵抗性を示すこと、すなわち腫瘍のsidednessがメチル化状態のsurrogate markerとして機能し得ることを示した。一方で、右側大腸癌にも一定割合でCIMP-low症例が存在し、この集団では抗EGFR抗体の有効性が期待される。これらの知見を踏まえ、現在、RAS/RAF野生型右側大腸癌を対象に抗EGFR抗体＋FOLFOX療法とbevacizumab＋FOLFOX療法を比較するランダム化第II相試験（T-CORE2401）を実施している。
さらに、転移性大腸癌における予後層別化として、TP53変異サブタイプとDNAメチル化を統合した解析を行い、gain-of-function（GOF）変異かつ高メチル化群が特に予後不良であることを明らかにした。加えて、BRAF変異大腸癌は右側に多く高メチル化の代表的集団であるが、C-CATデータベースを用いた解析により、TP53 GOF変異を有する症例ではBEACONレジメンの3剤併用が有効となる可能性が示唆された。本セッションでは、メチル化および遺伝子異常に基づく右側大腸癌の精緻化医療と新規治療戦略について議論する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科
2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）
パネルディスカッション４　大腸がんにおけるプレシジョンメディスンの現状と課題
司会：田村 孝雄（近畿大学奈良病院腫瘍内科）、杉本 直俊（大阪国際がんセンター遺伝子診療部）

[PD4-5] 大腸癌に対するがん遺伝子パネル検査の有効性の検討：C-CATデータベース解析から

*西田 尚弘[1] (1. 東海大学医学部臨床腫瘍学)

【背景】進行・再発大腸癌において包括的がん遺伝子パネル検査（CGP）は、治験導出のみならず日常診療における治療最適化への応用が期待されているが、その実臨床における有効性は十分検証されていない。本研究では、本邦のCGPの結果が集約されたがんゲノム情報管理センター（C-CAT）データベースを用い、CGP検査の臨床的有用性を多面的に検討した。

【方法】C-CATに登録された大腸腺癌症例約15000例を対象とし、患者背景、遺伝子変化、エビデンスレベル別の治療推奨、治験導出状況に加え、バイオマーカー検出と治療奏効との関連を系統的に解析した。

【結果】既知のKRAS変異や原発巣の左右差に加えて、MAPK経路を含む多様な遺伝子異常が、一次治療における治療奏効と関連していることが示唆された。また、また、HER2増幅やNTRK融合遺伝子などエビデンスレベルAに基づく治療介入は少数ながらも明確な生存ベネフィットと関連していた。一方で、実際の治験導出率およびゲノム情報に基づく治療介入率はいずれも限定的であった。

【結論】CGP検査は治験導出に加え、日常診療における治療選択の高精度化にも寄与しうるが、その臨床応用は十分とは言えない。検査実施時期の最適化や治療アクセスの整備が、臨床的有用性を最大限に引き出すために重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）

パネルディスカッション４　大腸がんにおけるプレシジョンメディスンの現状と課題

司会：田村 孝雄（近畿大学奈良病院腫瘍内科）、杉本 直俊（大阪国際がんセンター遺伝子診療部）

[PD4-6] 当院における大腸・直腸癌CGP検査の後方視的検討

*赤羽 慎太郎[1,4]、下村 学[2]、矢野 琢也[2]、佐田友 藍[2]、田口 和浩[2]、松原 啓壮[2]、石川 聖[2]、佐藤 沙希[2]、渡邊 淳弘[2]、森内 俊行[2]、塩崎 翔平[2]、松原 一樹[2]、山口 瑞生[2]、岡本 渉[3]、石原 美紗子[1]、中原 輝[1]、新津 宏明[1]、大段 秀樹[2]、檜井 孝夫[1] (1. 広島大学病院遺伝子診療科、2. 広島大学病院消化器・移植外科、3. 広島大学病院がん化学療法科、4. 独立行政法人国立病院機構広島西医療センター外科)

【背景】 2019年6月にがんゲノムプロファイリング（CGP）検査が保険収載され、がん特異的な遺伝子異常を同定し治療方針に反映する取り組みが進んでいる。切除不能・進行再発大腸癌において、CGP検査は新たな治療選択肢を提示する重要なツールとして期待されている。今回、当院における大腸癌患者に対する同検査の実施状況および解析結果について、その有用性を検討した。
【対象・方法】 2020年1月から2025年12月までに当院でCGP検査を施行した大腸癌患者212例を対象とし、検査結果および臨床経過について後方視的に検討した。本解析には匿名加工情報を用いた。
【結果】 患者背景は、年齢中央値61歳（範囲：8–85歳）、男性118例/女性94例。原発部位は結腸123例、直腸・肛門管83例、虫垂6例であった。使用された検査パネルの内訳は、FoundationOne CDx：178例、F1 Liquid：18例、Guardant360：12例、NCCオンコパネル：3例、GenMineTOP：1例であった。 標準治療として保険適用のある病的バリアントは、MSI-H：4例、TMB-H：12例、*BRAF V600E*：17例、*ERBB2*（HER2）増幅：11例であった。また、患者申出療養制度や治験への登録（待機含む）に至った症例は8例（3.8%）であり、その内訳は*BRAF V600E*：2例、*KRAS*：5例（A146T：1例、G12A：1例、G12D：1例、G13D：2例）、*MET*増幅：1例であった。
【結語】 当院における大腸癌CGP検査の現状を検証した。本検査により、既存の標準治療を超えて新たな治療選択肢に到達した症例を一定数認めた。現時点では治療到達率に課題は残るものの、今後も症例を蓄積し、実際の治療成績についてさらなる検証を行う予定である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）

パネルディスカッション４　大腸がんにおけるプレシジョンメディスンの現状と課題

司会：田村 孝雄（近畿大学奈良病院腫瘍内科）、杉本 直俊（大阪国際がんセンター遺伝子診療部）

[PD4-7] がん遺伝子パネル検査リアルワールドデータに基づくERBB2増幅大腸癌の臨床的意義の検討

*北嶋 貴仁[1,2]、奥川 喜永[1,2]、髙木 里英子[2]、嶌村 麻生[2]、天白 成[2]、山本 晃[2]、市川 崇[3]、長野 由佳[2]、浦谷 亮[2]、今岡 裕基[2]、志村 匡信[2]、川村 幹雄[2]、松下 航平[2]、安田 裕美[2]、小池 勇樹[2]、大北 喜基[2]、吉山 繁幸[2]、大井 正貴[2]、小林 美奈子[3]、問山 裕二[2] (1. 三重大学医学部附属病院ゲノム医療部、2. 三重大学医学部大学院消化管・小児外科学、3. 三重大学医学部大学院臨床外科感染制御学講座)

【背景】大腸癌治療において,がん遺伝子パネル検査(CGP)を用いた個別化治療が進みつつある.ERBB2増幅固形癌に対し、トラスツズマブ デルクステカンのコンパニオン診断(CDx)としてGuardant360(G360)が承認されたが,胃癌を除く全消化器癌で本剤を検討するには,G360等のCGP受検とエキスパートパネルによる承認が必要である.しかし,大腸癌におけるERBB2増幅の検出特性や既存のCDxとの整合性については十分な検討がなされていない.本研究では, 当院における保険診療CGPの結果から,ERBB2増幅大腸癌の検出実態と臨床的意義を検討した.
【方法】2020年から2026年1月までに当院でCGPを受検した1902例のうち,大腸癌351例を対象とした.
【結果】大腸癌351例に提供し, NCCオンコパネル(NCC):33例(9.4%), FoundationOneCDx(F1):270例(76.9%),GenMineTOP(Gen):5例(1.4%),FoundationOneLiquidCDx(F1L):28例(8.0%), G360:15例(4.3%)を施行した. 解析成功率は342例(97.4%)だった.CGP検査前にHER2陽性を認めた症例は9例(IHC 3+:6例,FISH陽性:3例)であった.ERBB2増幅は13例(3.8%)で認め,検出頻度はNCC:1例(3.6%),F1:12例(4.5%),Gen:0例(0%),F1L:0例(0%),G360:0例(0%)であった.血液パネル(0%)と組織パネル(4.4%)で検出率には有意差は認めなかった(p=0.16).組織パネルでは,F1(4.5%)がそれ以外のパネル(3.0%)と比べ検出率に有意差は認めなかった(P=0.86).ただしF1ではploidyとcopy numberに基づき10例がequivocalとして検出されていることが検出率増加につながっており,それ以外の症例のCNVは増幅の傾向を認めた(p=0.08).さらにCDxとしてIHCを施行した56例の検討では,IHC強度とCNVに相関傾向を認め(P=0.08), equivocal症例でもIHC2+以上が10例中3例(30%)に認められた.
【結論】ERBB2増幅大腸癌においては,CGPにおけるequivocal判定が一定割合存在し,その一部はIHC高発現と関連する可能性が示唆された.これらの症例は治療標的となり得る可能性があり，ERBB2増幅大腸癌に対する新たな薬物の保険適用に伴い,CGPの結果解釈には留意が必要になると考えられた.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）

パネルディスカッション４　大腸がんにおけるプレシジョンメディスンの現状と課題

司会：田村 孝雄（近畿大学奈良病院腫瘍内科）、杉本 直俊（大阪国際がんセンター遺伝子診療部）

[PD4-8] JAGUAR試験（JACCRO PM-01）：切除不能進行再発大腸癌患者における循環腫瘍DNAを用いた逐次的包括的ゲノムプロファイリング検査の臨床的有用性を評価する前向き研究

*砂川 優[1]、舛石 俊樹[2]、武田 弘幸[1]、梅垣 翔[3]、横山 雄一郎[4]、朴 慶純[5]、室 圭[2]、市川 度[6]、石原 聡一郎[4] (1. 聖マリアンナ医科大学臨床腫瘍学講座、2. 愛知県がんセンター薬物療法部、3. 愛知県がんセンターゲノム医療センター、4. 東京大学医学部附属病院 腫瘍外科・血管外科、5. 国立成育医療研究センター病院臨床研究センター、6. 日本がん臨床試験推進機構)

背景
切除不能進行再発大腸癌（mCRC）において、次世代シーケンサーを用いた遺伝子パネル検査（CGP）は、治療標的となり得る遺伝子異常を同定するために推奨されている。本邦では、CGPは保険診療上、生涯に1回のみ実施可能であるため、日常臨床において経時的なゲノム変化を捉えることが困難である。循環腫瘍DNA（ctDNA）を用いたリキッドバイオプシーは、低侵襲かつ反復可能なゲノム評価を可能とし、病勢進行の過程で出現あるいは消失する遺伝子異常を検出し得る。しかし、mCRCにおいて一次化学療法前後で遺伝子異常の変化の頻度および臨床的意義を前向きに検討した研究は乏しい。
方法
本研究はがんゲノム医療中核拠点および拠点病院11施設で実施する前向き多施設共同観察研究（先進医療B）である。対象は、組織学的に診断された大腸癌(腺癌)で、18歳以上、ECOG 0–1、全身化学療法未施行、かつ主要臓器機能が保たれている症例。ctDNA解析はGuardant360® CDxアッセイを用いて、一次化学療法開始前および画像上の病勢進行確認後の2時点で実施する。主要評価項目は、一次治療前と病勢進行時における遺伝子異常の変化（OncoKB治療レベル1、2、またはR1に該当する遺伝子異常を対象とし、意義不明変異および同義変異は除外）を認める患者割合とした。副次評価項目として、各時点における遺伝子プロファイル、エキスパートパネル推奨治療と実施割合、推奨治療の有効性を評価する。既報の後ろ向き研究の結果において、約20%の症例で遺伝子異常の変化が認められたことを踏まえ、期待値15%、閾値6%、片側有意水準α＝0.025、検出力90%と設定し、必要症例数は123例となり、2回目測定逸脱および検出不可症例を考慮し、目標症例数は200例と設定した。患者登録は2026年1月に開始され登録期間は12か月、追跡期間は18か月を予定している。先進医療Bである本研究により、mCRCにおけるctDNAを用いた逐次的CGPの臨床的有用性が明らかとなり、ctDNAを用いたCGPが保険診療で複数回実施可能になることを期待する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月20日(金) 14:15 ~ 15:30 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション５　機能性消化管疾患・直腸肛門機能障害の診断と治療

司会：北條 麻理子（順天堂大学医学部消化器内科）、大橋 勝久（大橋胃腸肛門科外科医院）

[PD5-1] 当科における排便困難型慢性便秘症の診療の実際

*伊原 栄吉[1]、竹島 翼[2]、田中 義将[2] (1. 国際医療福祉大学成田病院消化器内科、2. 九州大学大学院医学研究院病態制御内科学)

[PD5-2] 機能性便秘症における食後大腸運動反応の異常 －シネMRIによる食後変化量の解析－

*竹田 努[1]、金澤 卓也[1]、沖 翔太朗[1]、上田 久美子[1]、北條 麻理子[1]、中村 駿佑[1]、上村 泰子[1]、岩野 知世[1]、山本 桃子[1]、阿部 大樹[1]、上山 浩也[1]、永原 章仁[1] (1. 順天堂大学医学部消化器内科)

[PD5-3] 直腸の拡張と慢性便秘症（排便障害）の関連性に関する検討

*力石 健太郎[1]、河原 秀次郎[1]、阿部 海斗[1]、志村 太雅[1]、平林 剛[1]、小村 伸朗[1] (1. 独立行政法人国立病院機構西埼玉中央病院外科)

[PD5-4] 慢性便秘患者における直腸内便存在と便意の有無との検討

*津田 桃子[1,2]、小野寺 友幸[2]、小西 加奈子[1]、佃 曜子[1]、松本 美櫻[1]、加賀谷 英俊[1]、江原 亮子[1]、加藤 元嗣[1] (1. 北海道対がん協会　札幌がん検診センター、2. 国立病院機構　函館医療センター)

[PD5-5] 直腸瘤に対する後腟壁会陰形成を加えたLaparoscopic Ventral Rectopexyと周術期排便機能

*加藤 健宏[1]、草薙 洋[1]、高橋 知子[1]、宮崎 彰成[1]、本城 弘貴[1]、三浦 聡美[1]、青木 沙弥佳[1] (1. 亀田総合病院消化器外科)

[PD5-6] 直腸術後排便機能障害における肛門内圧低下の意義

*松本 圭太[1]、加藤 京[1]、外村 俊平[1]、杉江 雄斗[1]、横井 亮磨[1]、村瀬 佑介[1]、水谷 千佳[1]、鷹尾 千佳[1]、浅井 竜一[1]、田島 ジェシー雄[1]、桐山 俊弥[1]、三井 範基[1]、遠藤 真英[1]、洞口 岳[1]、畑中 勇治[1]、深田 真宏[1]、安福 至[1]、佐藤 悠太[1]、田中 善宏[1]、松橋 延壽[1] (1. 岐阜大学医学部附属病院　消化器外科)

[PD5-7] 分娩時肛門括約筋損傷（OASIS）後の排便機能障害に関する診療科連携の重要性

*高橋 知子[1]、青木 沙弥佳[1]、本城 弘貴[1]、加藤 健宏[1]、宮崎 彰成[1]、草薙 洋[1] (1. 亀田総合病院　消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月20日(金) 14:15 ~ 15:30 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション５　機能性消化管疾患・直腸肛門機能障害の診断と治療

司会：北條 麻理子（順天堂大学医学部消化器内科）、大橋 勝久（大橋胃腸肛門科外科医院）

[PD5-1] 当科における排便困難型慢性便秘症の診療の実際

*伊原 栄吉[1]、竹島 翼[2]、田中 義将[2] (1. 国際医療福祉大学成田病院消化器内科、2. 九州大学大学院医学研究院病態制御内科学)

Rome V基準では、原因が明らかでないfunctional constipationはchronic constipation（慢性便秘症［狭義］）へと名称変更された。慢性便秘症（狭義）は病態に基づき、大腸通過正常型、大腸通過遅延型、便排出障害型（defecation disorder）に分類される。Defecation disorderは、便失禁（incontinence）、直腸肛門痛（anorectal pain）、排便協調障害（dyssynergic defecation）、直腸感覚低下（rectal hyposensitivity）、および直腸感覚過敏（rectal hypersensitivity）に分類される。このうち慢性便秘症（狭義）には、主に排便協調障害および直腸感覚異常が関与する。これらの系統的評価法として、4つのPartから構成されるLondon分類が提唱されている。すなわち、Part 1は直腸肛門抑制反射、Part 2は安静時肛門圧および随意収縮圧、Part 3は直腸肛門協調運動、Part 4は直腸感覚閾値の評価である。
当科ではこれらの診断基準に基づき、便失禁および便排出障害型慢性便秘症33例を対象に診療を行い、その実際を検討した。平均年齢は68.1±11.7歳で、女性が78.8%（n=26）と多数を占めた。症状は便秘69.7%（n=23）、下痢9.1%（n=3）、両者併存21.2%（n=7）であった。基礎疾患は強皮症が最多（12例）であり、次いで高血圧症8例、脂質異常症7例、逆流性食道炎5例、甲状腺機能低下症5例、脊柱管狭窄症4例、シェーグレン症候群4例であった。
機能評価では、直腸肛門協調運動障害を78.8%（n=26）、直腸感覚低下を36.4%（n=12）に認めた。さらに強皮症群と非強皮症群で比較検討したところ、強皮症群では便失禁の頻度が有意に高かった。高解像度直腸肛門内圧検査では、強皮症群は非強皮症群と比較して肛門管静止圧が有意に低値（中央値22.5 mmHg vs. 37.0 mmHg, p=0.01）であり、直腸容量も低下していた（121 mL vs. 163 mL, p=0.04）。一方、随意収縮圧、排便時肛門弛緩率、バルーン排出試験陽性率、および直腸感覚閾値には有意差を認めなかった。以上より、強皮症を基礎疾患に有する慢性便秘症患者では、肛門括約筋の線維化や直腸壁伸展性低下に起因すると考えられる肛門管静止圧低下、直腸容量減少、および便失禁が特徴的であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科
2026年11月20日(金) 14:15 ~ 15:30 | 第7会場（1F 会議室107）
パネルディスカッション５　機能性消化管疾患・直腸肛門機能障害の診断と治療
司会：北條 麻理子（順天堂大学医学部消化器内科）、大橋 勝久（大橋胃腸肛門科外科医院）

[PD5-2] 機能性便秘症における食後大腸運動反応の異常 －シネMRIによる食後変化量の解析－

*竹田 努[1]、金澤 卓也[1]、沖 翔太朗[1]、上田 久美子[1]、北條 麻理子[1]、中村 駿佑[1]、上村 泰子[1]、岩野 知世[1]、山本 桃子[1]、阿部 大樹[1]、上山 浩也[1]、永原 章仁[1] (1. 順天堂大学医学部消化器内科)

【目的】機能性便秘症（FC）は大腸の蠕動運動異常が病態に関与すると考えられるが、食事摂取に対する大腸の蠕動運動を非侵襲的に評価した報告は少ない。シネMRIは放射線被曝を伴わず、連続した任意断面の観察が可能であることから、消化管運動の評価に有用な手法として報告されている。そこで本研究では、シネMRIを用いて食事摂取による大腸運動を評価し、FC患者の大腸壁運動を健常者と比較検討することを目的とした。
【方法】2021年1月から2022年5月までにROME Ⅳ診断基準によりFCと診断された患者および健常者（HC）を対象に前方視的に検討した。吸気中に上行結腸（A）、横行結腸（T）、下行結腸（D）、S状結腸（S）、直腸（R）をシネMRI撮影し、大腸の腸管径（mm）、振幅（mm）、収縮頻度（回／min）を検査食前後で比較し評価した。各項目で食後変化量（Δ＝食後値－食前値）を算出し、HC群とFC群で比較した。
【成績】対象者は31名（HC：14名、FC：17名）、年齢(y)：44.2±21.2、M/F 17/14、BMI22.1±3.6であった。食後変化量の群間比較では、FC群はHC群と比較して、S状結腸のΔ最大腸管径（mm）が有意に低値であった（0.7 vs 4.0 mm, p=0.03）。また、下行結腸のΔ振幅（mm）はFC群で有意に低値であった（0.7 vs 6.0 mm, p＜0.01）。一方、上行結腸および横行結腸では明らかな差を認めなかった。
【結論】本研究により、FC患者ではHCと比較して、食事摂取に対する大腸蠕動運動の反応性が下行結腸からS状結腸にかけて低下していることが示唆された。シネMRIを用いた食事摂取による蠕動運動の評価は、FCの大腸機能評価に有用な非侵襲的手法となる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月20日(金) 14:15 ~ 15:30 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション５　機能性消化管疾患・直腸肛門機能障害の診断と治療

司会：北條 麻理子（順天堂大学医学部消化器内科）、大橋 勝久（大橋胃腸肛門科外科医院）

[PD5-3] 直腸の拡張と慢性便秘症（排便障害）の関連性に関する検討

*力石 健太郎[1]、河原 秀次郎[1]、阿部 海斗[1]、志村 太雅[1]、平林 剛[1]、小村 伸朗[1] (1. 独立行政法人国立病院機構西埼玉中央病院外科)

【緒言】我々はCT検査のSagittal断面像から直腸排便機能の評価を試み, 恥骨上縁と第3仙骨の下縁を結んだライン (P-S3 line)上の直腸が3cm以上拡張した場合に慢性便秘症（排便障害）が生じることを報告してきた(In Vivo. 2025;39(6):3575-3580). 今回我々は, この仮説の正当性について検討したので報告する.

【対象および方法】 2024年1月から2025年12月まで当院で胆嚢摘出術あるいは虫垂切除術を受けた207例（男性104人, 女性103人）を対象とし, 術前CT検査画像 (Axial, Sagittal) と術前の慢性便秘症（排便障害）との関係について検討した. CT検査のSagittal像で恥骨上縁とS3の下縁を結んだライン (P-S3 line)上の直腸の長径を計測し, CT検査のSagittal像で上部直腸の長径はS2下縁の高さ, 下部直腸の長径は尾骨の先端部の高さで計測した. 腸管の長径より30mm以上拡張していた場合を腸管拡張ありと判断した.

【結果】 平均年齢は52.5 (14–93)歳であった. 上部直腸の平均長径は19.9 (12–46) mm, P-S3 line上の直腸の平均長径は24.9(14-59) mm, 下部直腸の平均長径は31.1 (17–70) mmであった. 下剤を内服していたのは31例(15%)であった. 下剤を内服していた症例の平均年齢は71.9 (15-93) 歳で非内服群54.7 (14-84) 歳より有意に高齢であった. 下剤を内服していた症例の上部直腸の平均長径は 29.3 (14-46) mmで非内服群 18.3 (12-28) mmより有意に拡張していた. 下剤を内服していた症例のP-S3 line上の直腸の平均長径は40.2（31-59）mmで非内服群 22.2 (14-29) mmより有意に拡張していた. 下剤を内服していた症例の下部直腸の平均長径は 46.9 (34-70) mmで非内服群 28.3 (17-70) mmより有意に拡張していた.　年齢（70歳以上 or 未満）, 男女, 上部直腸の拡張, P-S3 line上の直腸の拡張, 下部直腸の拡張と下剤の内服の関係について重回帰分析を行ったが, 相関係数は年齢0.263, 男女0.097, 上部直腸の拡張0.591, P-S3 line上の直腸の拡張 1.000, 下部直腸の拡張 0.493で下剤の内服とP-S3 line上の直腸の拡張に高い相関がみられた.

【結語】 P-S3 line上の直腸の拡張と慢性便秘症（排便障害）との強い関連性がみられたため, 今後P-S3 line上の直腸の拡張が排便障害の指標となる可能性が示唆された.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月20日(金) 14:15 ~ 15:30 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション５　機能性消化管疾患・直腸肛門機能障害の診断と治療

司会：北條 麻理子（順天堂大学医学部消化器内科）、大橋 勝久（大橋胃腸肛門科外科医院）

[PD5-4] 慢性便秘患者における直腸内便存在と便意の有無との検討

*津田 桃子[1,2]、小野寺 友幸[2]、小西 加奈子[1]、佃 曜子[1]、松本 美櫻[1]、加賀谷 英俊[1]、江原 亮子[1]、加藤 元嗣[1] (1. 北海道対がん協会　札幌がん検診センター、2. 国立病院機構　函館医療センター)

【目的】慢性便秘症は多因子性の疾患であり，その病態の一端に直腸感覚異常の関与が示唆されている．特に直腸内便存在と便意との関係は，排便障害の臨床像を説明する上で重要であるが，評価した報告は少ない．本研究では，便秘外来において超音波で直腸内の便塊を評価し，その時点での便意の有無との関係性を分析することで，直腸感覚の過敏や鈍麻の関連を検討した．

【方法】2022年4月から2024年12月までに当院便秘外来を受診し，経腹超音波検査を施行した139例を対象とした．便意不明7例，残便感不明1例，直腸描出不良7例，データ不足8例を除外し，さらに直腸内にガスのみを認めた34例を別群とし，82例を解析対象とした．直腸便塊の有無により「直腸便なし」と「直腸便あり」に分類した．各群で便意の有無を調査し，「便意あり」と「便意なし」に分類した．「直腸便なし/便意あり」を便意過敏，「直腸便あり/便意なし」を便意鈍麻と定義した．これら便意過敏と便意鈍麻を便意異常とし，便意正常と比較検討した．

【結果】82例，平均年齢65.5歳(男16，女56人)．直腸便なし群60例，直腸便あり群29例．「直腸便なし/便意あり」の便意過敏が6例，「直腸便あり/便意なし」の便意鈍麻が22例であった．便意正常(56例)，便意異常(28例)の比較では，便意異常で年齢が低い，治療後でも残便感の訴え多い(p=0.0146)，便秘病悩期間が長い，などの特徴があった．両群で刺激性下剤の減量は可能であった．

【結論】慢性便秘患者における便意と直腸便存在の評価は，直腸感覚異常の把握に有用である．便意異常群の存在は，従来の通過時間や排便頻度のみでは説明できない便秘症の多様性を反映している可能性がある．従って，その評価を治療方針決定において取り入れることで，個別化医療につながると考える．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月20日(金) 14:15 ~ 15:30 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション５　機能性消化管疾患・直腸肛門機能障害の診断と治療

司会：北條 麻理子（順天堂大学医学部消化器内科）、大橋 勝久（大橋胃腸肛門科外科医院）

[PD5-5] 直腸瘤に対する後腟壁会陰形成を加えたLaparoscopic Ventral Rectopexyと周術期排便機能

*加藤 健宏[1]、草薙 洋[1]、高橋 知子[1]、宮崎 彰成[1]、本城 弘貴[1]、三浦 聡美[1]、青木 沙弥佳[1] (1. 亀田総合病院消化器外科)

【緒言】 直腸瘤は、努責時に直腸前壁が腟後壁を圧排し脱出する経腟骨盤臓器脱である。排便障害を伴わない症例も多いが、排便時の後腟壁用手圧迫 (splinting) や瘤内残便による便失禁等、特徴的な排便障害を呈する症例も認められる。現在当科では直腸瘤に対し、Laparoscopic Ventral Rectopexy (LVR) に腹腔側からの後腟壁縫縮、後腟壁メッシュ (小腸瘤併存例)、経腟的会陰形成を症例に応じて付加している。
【目的】 本術式の短期成績および周術期の排便機能について検討し報告する。
【結果】 2018 年から2025 年までに筆頭演者が経験した骨盤臓器脱手術症例は 197 例で、このうち排便造影で直腸瘤主体と診断した症例は 17 例、年齢 75 (62-85) 歳、最大突出距離 6.3 (2.5-9.7) cm であった。付加術式は、後腟壁縫縮 7 例、後腟壁メッシュ 4 例、経腟的会陰形成 7 例、仙骨腟固定 (膀胱子宮脱合併例) 9 例であった。手術時間 192 (115-305) 分、出血 0 (0-125) mL、Clavien-Dindo grade III 以上の周術期合併症は 1 例 (骨盤内血腫)、術後在院日数は 5 (4-10) 日であった。術後観察期間 41 (6-95) か月現在、再発例を認めていない。
排便機能の検討では、11 例は術前から残便感以外の排便障害を認めておらず、5 例術前排便時に splinting を要していたが全例術後は不要となり、3 例瘤内残便による便失禁を認めていたが全例術後軽快した。
【結論】 直腸瘤に対する LVR に後腟壁縫縮、後腟壁メッシュ、会陰形成を付加する本術式は、少数例の検討ではあるが、形態的、機能的いずれの面からも有用な術式の一つと考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月20日(金) 14:15 ~ 15:30 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション５　機能性消化管疾患・直腸肛門機能障害の診断と治療

司会：北條 麻理子（順天堂大学医学部消化器内科）、大橋 勝久（大橋胃腸肛門科外科医院）

[PD5-6] 直腸術後排便機能障害における肛門内圧低下の意義

*松本 圭太[1]、加藤 京[1]、外村 俊平[1]、杉江 雄斗[1]、横井 亮磨[1]、村瀬 佑介[1]、水谷 千佳[1]、鷹尾 千佳[1]、浅井 竜一[1]、田島 ジェシー雄[1]、桐山 俊弥[1]、三井 範基[1]、遠藤 真英[1]、洞口 岳[1]、畑中 勇治[1]、深田 真宏[1]、安福 至[1]、佐藤 悠太[1]、田中 善宏[1]、松橋 延壽[1] (1. 岐阜大学医学部附属病院　消化器外科)

直腸術後の排便機能障害は患者のQOLに大きく影響するが、その病態における肛門内圧の関与は十分に明らかではない。本研究では、直腸手術後症例における排便機能と肛門内圧の関連を明らかにすることを目的とした。対象は2022年8月から2025年12月に腹腔鏡/ロボット支援下直腸手術を施行した症例のうち、術後3か月時点で肛門内圧検査および排便機能評価（Wexner score、LARS score）が施行された108例とした。肛門内圧指標として最大静止圧（MRP）および最大随意収縮圧（MSP）を用い、便失禁の重症度評価としてWexner score、LARS scoreとの関連をSpearmanの順位相関係数により解析した。さらに、MRPおよびMSPの各中央値をカットオフとして低値群と高値群に分類し、群間でのWexner score、LARS scoreを比較した。群間比較にはMann–Whitney U検定を用いた。その結果、術後3か月においてMRPとWexner scoreの間に有意な負の相関を認めた（ρ=-0.315, p=0.00096）。同様にMSPとWexner scoreの間にも有意な負の相関を認めた（ρ=-0.283, p=0.00316）。群間比較では、MRP低値群は高値群と比較してWexner scoreが有意に高値であり（中央値8.0 vs 4.0, p=0.0139）、MSP低値群においても同様にWexner scoreが高値であった（中央値6.5 vs 4.0, p=0.0215）。一方で、MRPおよびMSPとLARS scoreの間には有意な相関を認めなかった。さらに、腫瘍下縁がRbに及ぶ症例ではMRPが低い傾向を認めた。これらの結果より、最大静止圧（MRP）および最大随意収縮圧（MSP）は便失禁症状に関与し、特にMRPは安静時の肛門閉鎖機能を反映する指標であると考えられた。また、LARSのような排便機能全体を評価する指標とは異なる側面を反映している可能性が示唆された。以上より、直腸術後において肛門内圧低下は便失禁症状の増悪と関連しており、特に静止圧低下が重要な因子であることが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科
2026年11月20日(金) 14:15 ~ 15:30 | 第7会場（1F 会議室107）
パネルディスカッション５　機能性消化管疾患・直腸肛門機能障害の診断と治療
司会：北條 麻理子（順天堂大学医学部消化器内科）、大橋 勝久（大橋胃腸肛門科外科医院）

[PD5-7] 分娩時肛門括約筋損傷（OASIS）後の排便機能障害に関する診療科連携の重要性

*高橋 知子[1]、青木 沙弥佳[1]、本城 弘貴[1]、加藤 健宏[1]、宮崎 彰成[1]、草薙 洋[1] (1. 亀田総合病院　消化器外科)

分娩時肛門括約筋損傷（Obstetric Anal Sphincter Injuries: OASIS）は、第3度・4度分娩時会陰裂傷に相当し、女性における便失禁の主要な原因とされている。近年、肛門管超音波検査や肛門内圧検査の普及により、従来見逃されていた軽微な括約筋損傷も診断されるようになり、肛門管超音波では経腟分娩の約30%で検出されるとの報告もあり、OASIS関連病態の実際の頻度は従来考えられていたより高い可能性が示唆されている。OASISが発生した場合でも、分娩直後の正確な診断と適切な初期修復により、便失禁症状の発現を低減させることが報告されている。しかしながら産科および外科領域共に診断方法や、修復技術のばらつきにより時に分娩後女性に対し長期的な排便機能に影響を及ぼす症例も存在し課題となっている。2024年に刊行された便失禁診療ガイドライン第２版では、初めて分娩後便失禁に関する２つのClinical Question（CQ）が設定された。1つ目は分娩後便失禁に対して専門施設への紹介タイミング、もう１つはOASIS受傷者における次回分娩様式の選択である。これらCQにより専門的診療介入が必要な症例の整理が進められた。しかし現状では、これらCQの認知は十分とは言えず、産科、消化器内科、外科・肛門外科の間で診療が分断されていることも多く、患者が適切な診療へ到達するまでに時間を要することが課題である。また排便機能障害には解剖学的異常のみならず、DGBIに代表される機能的要因の関与も考慮する必要がある。本演題では、OASISの診断・初期治療から長期的な排便機能評価・治療に至るまでの一連の診療プロセスを整理し、各専門領域の役割と連携の在り方について概説する。さらに、診療科横断的な連携体制の構築が、患者のQOL向上にどのように寄与するかについて考察する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ビデオワークショップ１　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療1

司会：長谷川 博俊（医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院）、本郷 久美子（平塚市民病院）

[VWS1-1] 当科における人工肛門造設の手技と合併症への対応

*溝口 正子[1]、岩井 美穂[1]、上野 啓輔[1]、佐藤 幸平[1]、林 祐美子[1]、國本 真由[1]、中田 美佳[1]、井垣 尊弘[1]、山本 雄大[1]、花岡 まりえ[1]、山内 慎一[1]、谷岡 利朗[1]、賀川 弘康[1]、絹笠 祐介[1] (1. 東京科学大学消化管外科学分野)

[VWS1-2] TNT後低位前方切除術における縫合不全対策としての予防的一時的ストーマ造設戦略

*中野 大輔[1]、高雄 美里[1]、加藤 博樹[1]、中守 咲子[1]、坂元 慧[1]、出島 皓[1]、武井 信諭[1]、佐々木 和人[1]、川合 一茂[1] (1. がん・感染症センター都立駒込病院　大腸外科)

[VWS1-3] ロボット支援下直腸癌手術におけるストーマ造設の工夫と合併症低減への取り組み

*佐々木 優[1]、中田 健[1]、杢谷 友香子[1]、藤原 英広[1]、宮東 幸輝[1]、山口 泰征[1]、小西 彩海[1]、石垣 丹音[1]、中出 真央[1]、三上 日菜子[1]、高山 碩俊[1]、石田 智[1]、山下 雅史[1]、谷田 司[1]、松山 仁[1]、山田 晃正[1] (1. 市立東大阪医療センター　消化器外科)

[VWS1-4] 一時的回腸人工肛門における標準化した造設手技と合併症対策

*番場 嘉子[1]、小川 真平[1]、金子 由香[1]、二木 了[1]、近藤 侑鈴[1]、腰野 蔵人[1]、松尾 夏来[1]、谷 公孝[1]、前田 文[1]、前田 新介[1]、伊藤 俊一[1]、山口 茂樹[1] (1. 東京女子医科大学　消化器・一般外科)

[VWS1-5] 一時的回腸人工肛門造設における当施設のストマ出口症候群の傾向と治療

*吉岡 佑一郎[1]、牧野 七海[1]、川﨑 一生[1]、大井 悠[1]、夏目 壮一郎[1]、大野 吏輝[1]、長嵜 寿矢[1] (1. 埼玉県立がんセンター)

[VWS1-6] 合併症低減を目的とした一時的回腸人工肛門造設・閉鎖の工夫

*木下 敬史[1]、小森 康司[1]、大内 晶[1]、岸田 貴喜[1]、安岡 宏展[1]、安藤 秀一郎[1]、安部 哲也[1] (1. 愛知県がんセンター消化器外科)

[VWS1-7] ストーマ脱予防を目的とした閉塞性大腸癌に対する2連銃式ストーマ

*西居 孝文[1]、坂元 寿美礼[1]、金城 あやか[1]、瀬良 知央[1]、西村 潤也[1]、福岡 達成[1]、前田 清[2] (1. 大阪市立総合医療センター消化器外科、2. 大阪公立大学消化器外科)

[VWS1-8] 双孔式横行結腸ストーマにおけるストーマ脱予防の工夫と外科的治療法

*栃木 透[1]、大平 学[1]、丸山 哲郎[1]、岡田 晃一郎[1]、池田 優子[1]、丸山 通広[1] (1. 千葉大学　先端応用外科)

[VWS1-9] 傍ストーマヘルニアのないストーマを目指して：鏡視下腹膜外経路造設術の工夫と有用性

*武田 泰裕[1]、小菅 誠[1]、鈴木 佑麿[1]、山澤 海人[1]、後藤 圭佑[1]、鎌田 哲平[1]、月原 秀[1]、大熊 誠尚[1]、衛藤 謙[1] (1. 東京慈恵会医科大学消化管外科)

[VWS1-10] Z-plastyを応用した双口式人工肛門造設法についての考察

*本田 志延[1]、北村 文優[1]、石躍 裕之[1]、鈴木 裕紀子[1]、式地 優樹[1]、田中 荘一[2]、土居 浩一[1] (1. 宮崎県立延岡病院外科、2. 信濃町立信越病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ビデオワークショップ１　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療1

司会：長谷川 博俊（医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院）、本郷 久美子（平塚市民病院）

[VWS1-1] 当科における人工肛門造設の手技と合併症への対応

*溝口 正子[1]、岩井 美穂[1]、上野 啓輔[1]、佐藤 幸平[1]、林 祐美子[1]、國本 真由[1]、中田 美佳[1]、井垣 尊弘[1]、山本 雄大[1]、花岡 まりえ[1]、山内 慎一[1]、谷岡 利朗[1]、賀川 弘康[1]、絹笠 祐介[1] (1. 東京科学大学消化管外科学分野)

人工肛門造設術は大腸肛門疾患の治療において欠かすことのできない治療選択肢であり、その手術は比較的短時間で行われる手技であるにも関わらず、患者の生活の質を大きく損なう合併症が複数存在し、慎重かつ確実な手術手技が求められる。当科における手術手技や取り組みを実際の手術ビデオとともに紹介する。
当科における、合併症低減を目指した人工肛門造設の工夫としては、緊急手術でも必ずストマサイトマーキングを行うこと、20ccシリンジを用いたスケーリングで皮膚切開の径を統一すること、死腔予防の観点から皮下脂肪は可能な限り除去しないこと、ストーマサイトヘルニア予防の観点から前鞘は縦切開とすること等である。これらを実際の手術ビデオを供覧し紹介する。
また、当科における人工肛門に関する短期手術成績についても紹介する。当科で2025年1月1日から同年12月31日までに施行した、切除不能または閉塞性大腸癌に対する姑息的人工肛門造設術、炎症性腸疾患に対する手術に併施した人工肛門造設術、肛門温存手術に併施する一時的人工肛門造設術、永久的人工肛門を要する手術など全ての人工肛門造設件数は94例であった。肛門温存を伴う直腸切除術はストーマフリーを基本としているが、化学放射線治療後など一部の症例で一時的人工肛門造設を併施している。同期間における、括約筋間直腸切除術を除く肛門温存を伴う直腸切除術(高位前方切除術、低位前方切除術)における一時的人工肛門造設率は27.0%(17/63例)、術前治療(化学療法、放射線治療)を受けたものを除くと22.0% (13/59例)であった。
低位前方切除術において、一時的人工肛門の有無により術後在院日数の有意差はみられなかった(人工肛門造設群中央値7日 vs. 非造設群中央値7日, p=0.55)。これを実現する背景には、管理のしやすい人工肛門造設術、人工肛門管理手技の獲得・早期退院に向けた術前後の皮膚・排泄ケア認定看護師および病棟看護師との協力体制があり、併せて概要を述べる。
合併症への対応として永久的人工肛門での傍ストマヘルニアに対する修復術についてもビデオを供覧する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ビデオワークショップ１　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療1

司会：長谷川 博俊（医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院）、本郷 久美子（平塚市民病院）

[VWS1-2] TNT後低位前方切除術における縫合不全対策としての予防的一時的ストーマ造設戦略

*中野 大輔[1]、高雄 美里[1]、加藤 博樹[1]、中守 咲子[1]、坂元 慧[1]、出島 皓[1]、武井 信諭[1]、佐々木 和人[1]、川合 一茂[1] (1. がん・感染症センター都立駒込病院　大腸外科)

近年，局所進行直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapy（TNT）の普及に伴い，TNT後に低位前方切除術を施行する症例が増加している。一方で，TNT後症例では放射線療法や化学療法の影響による組織脆弱性や血流低下，骨盤内線維化の進行により縫合不全リスクが高まる可能性が指摘されている。特に，一時的ストーマ閉鎖手術前の注腸造影検査では縫合不全を認めなかった症例における閉鎖術後に発症する遅発性縫合不全は、重篤な骨盤膿瘍や難治性瘻孔形成へ進展しやすく，長期的な人工肛門再造設やドレナージ手術を要するなど，患者QOLを著しく損なう臨床的課題である。

当科ではこれらの背景を踏まえ，TNT後に腸管吻合を伴う直腸切除症例に対しては，吻合部安静および重篤合併症回避の観点から予防的一時的人工肛門造設を原則としている。さらにストーマ関連合併症を最小限に抑えるため，術前ストーマサイトマーキングの徹底，皮膚・腹壁条件を考慮した腹直筋貫通経路の選択，腸管挙上時の緊張軽減と血流温存，腸管固定方法や皮膚レベルの適正化など，手技の標準化を図っている。加えて，ストーマ閉鎖時の操作性向上と腸管損傷回避を目的として，初回手術時より閉鎖を見据えた癒着防止剤の貼付範囲や配置方法にも工夫を加えている。

本ビデオワークショップでは，当科におけるTNT後低位前方切除術に対する予防的ストーマ造設手技および癒着防止の具体的工夫を供覧するとともに，遅発性縫合不全症例の経験を踏まえた適応判断と治療戦略について報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ビデオワークショップ１　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療1

司会：長谷川 博俊（医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院）、本郷 久美子（平塚市民病院）

[VWS1-3] ロボット支援下直腸癌手術におけるストーマ造設の工夫と合併症低減への取り組み

*佐々木 優[1]、中田 健[1]、杢谷 友香子[1]、藤原 英広[1]、宮東 幸輝[1]、山口 泰征[1]、小西 彩海[1]、石垣 丹音[1]、中出 真央[1]、三上 日菜子[1]、高山 碩俊[1]、石田 智[1]、山下 雅史[1]、谷田 司[1]、松山 仁[1]、山田 晃正[1] (1. 市立東大阪医療センター　消化器外科)

近年、進行直腸癌に対する集学的治療およびロボット支援手術の普及に伴い、ストーマ造設を要する症例は増加している。通過障害や出血などの症状を伴う進行症例では、diverting stoma造設後に術前治療を行い、原発巣切除および最終的なストーマ閉鎖を目指す。一方、低位吻合を伴うロボット支援手術では、縫合不全対策としてcovering stomaは重要な役割を担う。しかし、適応に応じた使用腸管や最適な造設位置については、未だ一定の見解がない。

当施設では、2022年から2025年に集学的治療を前提として造設したdiverting stomaにおいて、長期管理や永久ストーマ移行の可能性を考慮し、89%の症例で右側横行結腸を選択した。造設位置は、放射線照射野との干渉回避と原発巣切除時のロボット操作性を両立させるため、全例で術野外の右上腹部としている。

一方、covering stomaでは、造設・閉鎖手技の簡便性と閉鎖時合併症低減を目的に回腸ストーマを基本とし、右下腹部のストーマサイトマーキング部をロボットポート孔に兼用することで追加創を回避している。ポート孔でのストーマ造設は合併症増加の要因となる可能性も懸念されるが、過去10年間のcovering stomaを伴う直腸癌手術例を検討したところ、ロボット支援手術におけるポート孔利用例と、腹腔鏡手術における新切開造設例との間で、ストーマ関連合併症に有意な差は認めなかった。

また、腹会陰式直腸切断術では後腹膜経路での永久ストーマ造設を基本としている。ロボットの視野と可動域を活かした効率的な後腹膜経路作成が可能であり、癒着性腸閉塞や傍ストーマヘルニアなどの晩期合併症抑制に寄与する可能性がある。

本発表では、これらロボット支援下直腸癌手術におけるストーマ造設や関連合併症低減に向けた工夫について、実際のビデオを供覧しつつ報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）
ビデオワークショップ１　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療1
司会：長谷川 博俊（医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院）、本郷 久美子（平塚市民病院）

[VWS1-4] 一時的回腸人工肛門における標準化した造設手技と合併症対策

*番場 嘉子[1]、小川 真平[1]、金子 由香[1]、二木 了[1]、近藤 侑鈴[1]、腰野 蔵人[1]、松尾 夏来[1]、谷 公孝[1]、前田 文[1]、前田 新介[1]、伊藤 俊一[1]、山口 茂樹[1] (1. 東京女子医科大学　消化器・一般外科)

【背景】一時的回腸人工肛門造設においては、皮膚障害、排液過多、陥没、脱出、傍ストーマヘルニアなどの合併症は患者QOLを低下させ、在院日数延長の要因となる。当科では、術前評価から造設手技、術後管理までを標準化し、合併症低減に取り組んできた。本研究では、一時的回腸人工肛門における造設の工夫と合併症に対する治療戦略を検討した。【方法】一時的回腸人工肛門造設例46例を対象に、患者背景、原疾患、造設手技、術後管理、ストーマ関連合併症について後方視的に検討した。術前には専門看護師によるサイトマーキングを行い、20mlシリンジを用いたスタンプ法により切開部位をマーキングし、腹直筋直上の位置を選択した。造設時には腸管のねじれや過度な緊張を回避しつつ適切な高さを確保した。術後は装具調整、スキンケア、排液量による脱水対策を行った。【結果】男性30例女性16例。手術は低位前方切除40例、括約筋間直腸切除4例。人工肛門の早期合併症は脱水・腎不全（排液過多）5例（10.9%）、人工肛門周囲皮膚炎1例（2.2%）。陥没症例に対しては装具調整などWOCナースを含め連携し対応した。皮膚障害や排液過多の多くは保存的治療で改善したが、排液過多により脱水・腎不全症例に関しては、早期の輸液調整と止痢薬導入、食事指導を行い、改善困難な症例では早期の人工肛門閉鎖を行った。【結語】定型化した人工肛門造設とWOCナースを含む連携、また術後合併症を想定したきめ細かな観察と早期介入が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ビデオワークショップ１　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療1

司会：長谷川 博俊（医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院）、本郷 久美子（平塚市民病院）

[VWS1-5] 一時的回腸人工肛門造設における当施設のストマ出口症候群の傾向と治療

*吉岡 佑一郎[1]、牧野 七海[1]、川﨑 一生[1]、大井 悠[1]、夏目 壮一郎[1]、大野 吏輝[1]、長嵜 寿矢[1] (1. 埼玉県立がんセンター)

【背景】腸閉塞や消化管穿孔、直腸癌手術に対する縫合不全予防目的など、人工肛門造設術は日常臨床で広く施行される術式であり、その合併症の予防、治療に関しての検討は重要である。特にストマ出口症候群（SOO）は脱水や電解質異常を容易に引き起こしADLに関わることから、臨床的に重要な合併症である。【対象】当施設で2021年1月から2025年12月に直腸癌や大腸炎関連大腸癌に対して一時的回腸人工肛門造設術を施行した173例を対象に、SOOに関連した合併症の発症リスクについて検討した。【結果】SOOは173例中13例（7.5%）に認められた（S群）。S群では非発症群（C群）と比較して男性が多く、若年者が有意に多かった（57.1歳 vs 64.8歳, p=0.015）が、BMIには有意な差を認めなかった。また、17例で術後にストマ排液過多（1500ml以上/日）を認めたが、S群13例のうち6例の診断時にストマ排液過多が認められ、SOOにはストマ排液過多を有意に伴いやすいことがわかった（p=0.0004）。治療方法に関しては、SOO症例は全例で経ストマドレーン留置を行っており、全例速やかに改善を認めた。また、入院期間はS群で有意に長かった（22.1日 vs 15.9日, p=0.025）。CT画像で解剖学的特徴を比較検討したところ、腹壁や皮下脂肪の厚さによる差はないものの、S群では腹直筋の厚さが有意に厚かった(11.7cm vs 9.3cm, p=0.0004)。【結語】当施設のSOO発症率、SOO症例の術後在院日数は既報と比較しても良好な成績であり、手術操作の工夫などを共有したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）
ビデオワークショップ１　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療1
司会：長谷川 博俊（医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院）、本郷 久美子（平塚市民病院）

[VWS1-6] 合併症低減を目的とした一時的回腸人工肛門造設・閉鎖の工夫

*木下 敬史[1]、小森 康司[1]、大内 晶[1]、岸田 貴喜[1]、安岡 宏展[1]、安藤 秀一郎[1]、安部 哲也[1] (1. 愛知県がんセンター消化器外科)

【はじめに】
直腸癌手術においては手術手技の向上により，非常に低位の病変に対しても肛門温存が可能となっている．それに伴い，一時的回腸人工肛門造設術は増加している．造設においてはoutlet obstructionが術後経過に大きな影響を及ぼす代表的なstoma関連合併症であるが，当院での発生頻度は低い．また閉鎖では創感染の頻度が高いとされる．当院では皮膚単純閉鎖を行っているが，創感染は少なく良好な成績を得ている．安全かつ確実な一時的回腸人工肛門閉鎖には，造設時からの工夫が重要と考えている．当院の一時的回腸人工肛門造設・閉鎖の手技と治療成績を報告する．
【手術手技】
①造設：Outlet obstructionを回避するためには，腹壁に対して垂直な貫通孔作成が重要である．鏡視下手術・ロボット手術において，必ず気腹を解除した状態で貫通孔を作成する．正中創がある場合には，皮下および腹直筋鞘を鉗子で把持し正中へ牽引しながら作成することで，腸管の屈曲を防止している．皮膚は円形切開とし，腹直筋鞘・腹膜は縦切開を加え，貫通孔は2横指分確保する．さらに閉鎖時の腹直筋への癒着軽減を目的に，腹直筋前鞘・後鞘・腹膜を縫合し，その縫合糸を用いて挙上腸管を固定する．その後，腸管を反転させ皮膚固定を行う．
②閉鎖：まず準清潔操作で専用器械を用いて仮閉鎖を行う．ストマ周囲皮膚を切開後，ストマを内翻し，皮膚縫合により粘膜を被覆する．その後，再度消毒・ドレーピングを行い，器械交換後に清潔操作でストマ切除・吻合を行う．皮膚は十分に洗浄後，吸収糸による真皮縫合で単純閉鎖する．
【結果】
2013年から2025年までに395例の一時的回腸人工肛門造設・閉鎖を施行した．年齢中央値63歳（24–95歳），男性258例，女性137例，BMI中央値21.9 kg/m^2（15.0–43.6），腹腔鏡117例，開腹179例，ロボット99例であった．造設後outlet obstructionは4例（1.0%）のみであった．閉鎖術では手術時間中央値77分（34–247分），術後在院日数中央値9日（6–57日）であり，合併症は創感染8例（2.0%），縫合不全3例（0.8%）と良好であった．
【結語】
当院における回腸人工肛門造設・閉鎖の工夫を供覧するとともに，良好な治療成績を報告する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ビデオワークショップ１　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療1

司会：長谷川 博俊（医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院）、本郷 久美子（平塚市民病院）

[VWS1-7] ストーマ脱予防を目的とした閉塞性大腸癌に対する2連銃式ストーマ

*西居 孝文[1]、坂元 寿美礼[1]、金城 あやか[1]、瀬良 知央[1]、西村 潤也[1]、福岡 達成[1]、前田 清[2] (1. 大阪市立総合医療センター消化器外科、2. 大阪公立大学消化器外科)

【はじめに】2019～2020年に当院で閉塞性大腸癌に対しストーマを造設した患者の18.6%にストーマ脱発生を認めた。単孔式ストーマが双孔式ストーマよりもストーマ脱発生が少ない事より、2021年からストーマ脱予防を目的とし2連銃式ストーマ造設を導入した。今回ストーマ脱発生を中心に、2連銃式ストーマ造設の成果について報告する。
【対象と方法】2021年1月から2025年12月までに再発症例も含めた閉塞性大腸癌に対し結腸ストーマを造設した67例を対象とした。2連銃式ストーマ造設群(D群：18例)とループストーマ造設群(L群：49例)に分け、短期長期成績について比較検討した。2連銃式ストーマは、全周性に腸管を切離反転の後、外側3/4周を真皮と残る1/4周は隣り合う腸管壁どうしを固定した。
【結果】男性/女性：40/27例、年齢(中央値)は72歳(45-90)、原発部位は横行結腸/下行結腸/S状結腸/直腸/直腸癌再発/肛門：3/4/18/36/2/4例であった。腹腔鏡手術は61例、開腹手術は6例に施行され、11例(16.4%)のストーマ脱発生を認めた。ストーマ脱発生期間(中央値)は術後106日(12-416)であった。ストーマとして使用された結腸は横行結腸/S状結腸：54/13例で、使用腸管でのストーマ脱発生に差を認めなかった(p=0.91)。両群間の比較で性別、年齢、BMI、原発部位に差を認めなかった。手術方法(腹腔鏡/開腹)はD群(18/0例)、L群(43/6例)で、ストーマとして使用した腸管(横行結腸/S状結腸)はD群(13/5例)、L群(41/8例)と差を認めなかった。手術時間(中央値)(D群/L群)は87/83分で(p=0.79)、出血量(中央値)(D群/L群)は0/0mlといずれも差を認めなかった(p=0.52)。Clavien-Dindo 分類 II 以上の合併症発生はD群/L群：3/9例で(p=0.87)、術後在院日数(中央値)はD群/L群：11.5/12日と短期成績においても差を認めなった(p=0.68)。術後ストーマ脱の発生はD群1例(5.5%)、L群10例(20.4%)とD群で低かったが統計学的差は無かった(p=0.14)。
【まとめ】2連銃式ストーマはループストーマと比較し造設手技および短期成績での差を認めず、術式として妥当であると考える。しかし、ストーマ脱発生率は少ないものの、統計学的差は無く、今後のさらなる症例蓄積が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）
ビデオワークショップ１　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療1
司会：長谷川 博俊（医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院）、本郷 久美子（平塚市民病院）

[VWS1-8] 双孔式横行結腸ストーマにおけるストーマ脱予防の工夫と外科的治療法

*栃木 透[1]、大平 学[1]、丸山 哲郎[1]、岡田 晃一郎[1]、池田 優子[1]、丸山 通広[1] (1. 千葉大学　先端応用外科)

【背景】ストーマ脱はストーマ造設後にみられる晩期合併症の一つであり、特に双孔式横行結腸ストーマにおいて高頻度に発生する。保存的治療で改善することは少なく、患者のQOLを著しく低下させるため、予防および適切な治療戦略の確立が重要である。しかしながら標準的な予防法および治療法はいまだ確立されていない。
【目的】当科におけるストーマ脱予防の工夫および発症後の治療方法について検討する。
【方法】2019年1月から2024年12月までに当科で双孔式横行結腸ストーマを造設した症例を対象とした。従来法では腹直筋前鞘を十字切開し腸管固定を行っていたが、2023年以降は非吸収糸による筋膜の全周性篏縫いを追加しストーマ孔の拡大防止を図った。予防策導入前後でストーマ脱発生率を比較した。また、ストーマ脱症例に対してはAltemeier法を応用した局所的腸管切除・形成術を施行している。その方法についても概説する。
【結果】ストーマ脱発生率は従来法で19.5%に対し、篏縫い導入後は4.8%と低下傾向を認めた。logrank検定ではp=0.13と観察期間や症例数の制限から統計学的有意差は得られていないものの、予防効果を示唆する傾向がみられた。ストーマ脱に対する治療として施行したAltemeier法応用術は、ストーマ孔から施行可能で低侵襲かつ短時間で実施でき、良好な整復と再発抑制が得られた。
【考察】ストーマ脱の主因はストーマ孔の過大や腹壁固定不良による腸管可動性増大と考えられ、筋膜篏縫いによる開口径制御は理にかなった予防法である。本法は簡便に追加可能であり臨床的有用性が高いと考えられる。一方、発症後の治療としては、腸管切除を伴うAltemeier法応用術が低侵襲かつ再発率の低い有効な選択肢となり得る。
【結語】双孔式横行結腸ストーマにおける筋膜篏縫いはストーマ脱予防に寄与する可能性があり、発症例に対してはAltemeier法応用術が有用な治療選択肢となる。今後さらなる症例集積と長期成績の検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ビデオワークショップ１　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療1

司会：長谷川 博俊（医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院）、本郷 久美子（平塚市民病院）

[VWS1-9] 傍ストーマヘルニアのないストーマを目指して：鏡視下腹膜外経路造設術の工夫と有用性

*武田 泰裕[1]、小菅 誠[1]、鈴木 佑麿[1]、山澤 海人[1]、後藤 圭佑[1]、鎌田 哲平[1]、月原 秀[1]、大熊 誠尚[1]、衛藤 謙[1] (1. 東京慈恵会医科大学消化管外科)

【背景】
管理困難なストーマは患者のQOLを著しく低下させることを念頭にストーマを造設することが重要である。ストーマ造設後の晩期合併症の中で最も頻度が高いとされている傍ストーマヘルニアは、ストーマ造設経路が原因の一つとされている。
【方法】
2009年から2024年に当院で直腸癌または肛門管癌に対して鏡視下に腹会陰式直腸切断術を施行した患者71例を対象に、腹腔内経路群（Intraperitoneal群：I群）と腹膜外経路群（Extraperitoneal群：E群）とし、傍ストーマヘルニアの発生に関して患者因子と手術関連因子の面から後方視的に検討した。
【結果】
全体の年齢中央値は67歳で男性が48例（67.6%）を占め、8例（11.3%）に傍ストーマヘルニアを認めた。I群（15例）：E群（56例）でアプローチ法(腹腔鏡/ロボット; I群: 15/0, E群: 37/19 P = 0.008)に差を認めたが、年齢（I群: 65.7±9.6歳, E群: 66.3±12.2歳, P = 0.683）、BMI（I群: 23.0±3.2kg/m2, E群: 22.5±4.3kg/m2, P = 0.410）、術前ASA score (1/2/3；I群: 6/5/4, E群: 20/28/8, P = 0.399) および病期別割合 (Stage I-II/III-IV; I群: 7/8, E群: 32/24, P = 0.845)に差はなく、手術時間、出血量および在院日数などの手術関連因子は両群間に有意な差を認めなかった。I群の6（40.0%）、E群の2例（3.6%）に傍ストーマヘルニアを認めた。傍ストーマヘルニアの発生危険因子の単変量解析では腹膜外経路の有無（p < 0.001）およびBMI（≧22 kg/m2）（p < 0.022）に有意差を認めた。多変量解析では腹膜外経路の有無（p = 0.011）のみが独立危険因子であった。
【結語】
鏡視下手術において腹膜外経路による永久人工肛門造設術は傍ストーマヘルニアの予防に有用であることが示唆された。当施設ではストーマ関連合併症をなくすために、様々な工夫を行っている。鏡視下での腹膜外経路によるストーマ造設手技および腹壁瘢痕ヘルニアリスク軽減に向けての工夫などについても供覧する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ビデオワークショップ１　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療1

司会：長谷川 博俊（医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院）、本郷 久美子（平塚市民病院）

[VWS1-10] Z-plastyを応用した双口式人工肛門造設法についての考察

*本田 志延[1]、北村 文優[1]、石躍 裕之[1]、鈴木 裕紀子[1]、式地 優樹[1]、田中 荘一[2]、土居 浩一[1] (1. 宮崎県立延岡病院外科、2. 信濃町立信越病院外科)

Z-plastyは、皮膚を「Z」型に切開して2つの正三角形の皮弁を作り、それらを入れ替えて縫合する形成外科の基本手技である。主な目的は、傷跡のつっぱり（瘢痕拘縮）を解除したり、傷の方向を変えて目立たなくすることにある。手順としては、①切開: 修正したい傷跡を2つの正三角形の共有する1辺（2つの正三角形を合わせてできる菱形の短い方の対角線）と、その線とその両端から向かいあう2辺を「Z」型に切開する。②剥離: 2つの三角形の皮弁を皮下組織から剥離する。③皮弁の入れ替え（転換）: 2つの正三角形を互いに入れ替える。これにより、元の「Z」が鏡に映したような逆向きの「Z」となり、菱形の縦横が入れ替わることになる。④縫合: 新しい位置で皮弁を縫合する。というものであるが、②と③の間で、広い範囲の皮膚全体にかかる張力により2つの皮膚欠損部と、頂点が接する2つの皮弁からなる蝶々のような創となる。この形状を利用して、双口式人工肛門の造設を行う手技を供覧したい。双口式人工肛門の特徴として、①2本の腸管とその腸間膜が腹壁を貫く、②挙上した腸管が腹腔内に陥没する危険性がある、という事があり、単孔式に比べて手術操作がしづらい場合がある。当施設では、このZ-plastyを応用した双口式人工肛門造設法により良好な結果を得ている。1辺3㎝前後のZ切開・皮弁形成後、腹直筋前鞘をクランク型に切開して腸管を体外に導出し、前鞘による腱膜ブリッジまたは皮弁ブリッジを形成し、人工肛門を造設するという比較的シンプルなものであるが、視野が良好で、ブリッジングをしながらも締め付けすぎないという利点があると考えている。基本的に皮膚は切除していないが、必要があれば切除も追加可能である。直近2年間では全双口式人工肛門造設術21例のうち9例（右側横行結腸1例、左側横行結腸5例、S状結腸3例）にこの手技を行い、7例が永久人工肛門で、2例が一時的であった。問題となる合併症はなく、日々のストマ管理においても良好な経過をたどっている。人工肛門閉鎖術の際に若干の剥離の困難さがあるため、緩和ケア領域における低侵襲な双口式永久人工肛門造設時に特に有用であると考えている。この術式について供覧したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 9:45 ~ 11:15 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ビデオワークショップ２　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？1

司会：鶴田 雅士（国際医療福祉大学成田病院）、番場 嘉子（東京女子医科大学病院）

[VWS2-1] ロボット支援下結腸癌手術を標準術式としてからの，地方中規模病院での現状と着地点

*赤本 伸太郎[1]、高木 健次[1] (1. 住友別子病院外科)

[VWS2-2] 中規模一般病院における結腸癌に対するRobot支援手術

*長谷川 芙美[1]、宇宿 真一郎[1]、木村 都旭[1]、佐藤 美咲紀[1]、淺田 恵美[1]、小倉 広子[1]、細井 則人[1]、天野 正弘[1]、宮崎 国久[1] (1. 東京北医療センター)

[VWS2-3] コスト低減を考慮したロボット支援結腸癌手術の工夫と治療成績

*太田 竜[1]、武田 幸樹[1]、関口 久美子[1]、清水 貴夫[1]、山田 岳史[2]、谷合 信彦[1]、松田 明久[2] (1. 日本医科大学武蔵小杉病院消化器外科、2. 日本医科大学付属病院消化器外科)

[VWS2-4] 術式難易度別にみたロボット支援下結腸癌手術におけるダブルバイポーラー法を用いた低コスト運用の可能性

*矢作 雅史[1]、勝又 佳織[1]、似鳥 修弘[1] (1. 立川病院)

[VWS2-5] 当科における安全かつ再現性の高いロボット支援下結腸右半切除術D3郭清

*岸田 貴喜[1]、木下 敬史[1]、大内 晶[1]、小森 康司[1]、稲田 亘佑[1]、細井 敬泰[1]、奥野 正隆[1]、檜垣 栄治[1]、山口 淳平[1]、伊藤 友一[1]、三澤 一成[1]、伊藤 誠二[1]、安部 哲也[1] (1. 愛知県がんセンター)

[VWS2-6] 右側結腸癌に対するロボット支援手術の適応と課題 - Lap・Xi・SP比較からみた高難度症例への有用性 –

*出嶋 皓[1]、中野 大輔[1]、武井 信諭[1]、坂元 慧[1]、中守 咲子[1]、加藤 博樹[1]、高雄 美里[1]、佐々木 和人[1]、川合 一茂[1] (1. がん・感染症センター 都立駒込病院大腸外科)

[VWS2-7] Hugo ™ 手術支援ロボットシステムを用いたロボット支援結腸癌手術の短期成績

*諏訪 雄亮[1]、上原 広樹[1]、山田 典和[1]、五十嵐 優人[1]、瀧井 麻美子[1]、小林 壽範[2]、森 至弘[1]、萩原 千恵[1]、渡邉 純[1] (1. 関西医科大学下部消化管外科学講座、2. 関西医科大学香里病院外科)

[VWS2-8] 術式別短期治療成績からみたロボット支援下結腸切除術における今後の課題

*小澤 真由美[1]、太田 絵美[1]、山本 峻也[1]、工藤 孝迪[1]、武井 将伍[1]、前橋 学[1]、石黒 哲史[1]、額田 卓[1]、沼田 正勝[1]、船津屋 拓人[2]、皆川 結明[2]、江畑 信孝[2]、大矢 浩貴[2]、風間 慶祐[2]、田 鐘寛[2]、諏訪 宏和[3]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科、2. 横浜市立大学医学部消化管外科学、3. 横須賀共済病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 9:45 ~ 11:15 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ビデオワークショップ２　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？1

司会：鶴田 雅士（国際医療福祉大学成田病院）、番場 嘉子（東京女子医科大学病院）

[VWS2-1] ロボット支援下結腸癌手術を標準術式としてからの，地方中規模病院での現状と着地点

*赤本 伸太郎[1]、高木 健次[1] (1. 住友別子病院外科)

【背景】当院では，2022年11月より，結腸癌の標準術式をロボット支援下手術として現在に至っている．学年にかかわらず，6ヶ月ごとに1名の新規術者（外科専攻医，消化器外科専攻医，胃外科医）に集中的に症例を集めて修練を行ってきた．
【目的】当院のロボット結腸癌手術の現状を報告する．
【対象】2022年11月から2025/12月までに当院で施行した結腸癌手術全症例204例のうち，緊急開腹術5例，緊急および術者理由で腹腔鏡手術を施行した25例，直腸癌との多発癌6例，骨盤内に穿孔しており腹部操作のみロボットで施行した1例を除外した167例（81．9%）を対象とした．その中で，術者は指導医が46例，外科専攻医が42例，消化器外科専攻医が40例，胃外科医が39例を担当した．
【方法】新規術者は，2時間のコンソール時間を割り当てられ，指導医より1時間程度の手術時間延長でおさまると判断されたら完遂を目指して執刀時間を延長した．指導医群（S群）と新規術者群（N群）とで短期成績を比較検討した．
【結果】全体では，指導医群（S群：n=46）と新規術者群（N群：n=121）とで出血量，手術時間，console time，grade2以上の合併症頻度において有意差を認めなかった．
右側結腸癌症例の検討項目では，後腹膜アプローチ時間にのみ有意差を認めた（S群：n=25 vs N群：n=63；29分(19-51) vs 53分(26-199), p<0.001）．手術時間はS群で短い傾向にあった（p=0.054）.
DST症例の検討項目では，console timeと内側アプローチ手術時間がS群で短い傾向にあった（p=0.052, p=0.085）
【考察】半年ごとに常に新規術者を育てており，現在までに7名が術者となった．定型化により，安全に導入と修練が行われている．ロボットは手術の教育に有用であるだけではなく，2名で手術が施行できるため，少人数の外科スタッフでも並列手術や救急外来への対応を可能としている．短所は手術時間とコストであるが，症例の選択やtime managementで全体の手術時間は指導医の手術に近づけられると考える．
【結語】ロボット支援下結腸癌手術は，地方中規模病院での研修効率・人的資源の活用の面で，標準術式となり得る．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科
2026年11月20日(金) 9:45 ~ 11:15 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
ビデオワークショップ２　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？1
司会：鶴田 雅士（国際医療福祉大学成田病院）、番場 嘉子（東京女子医科大学病院）

[VWS2-2] 中規模一般病院における結腸癌に対するRobot支援手術

*長谷川 芙美[1]、宇宿 真一郎[1]、木村 都旭[1]、佐藤 美咲紀[1]、淺田 恵美[1]、小倉 広子[1]、細井 則人[1]、天野 正弘[1]、宮崎 国久[1] (1. 東京北医療センター)

Robot支援手術の保険適応が拡大されていき、中規模病院でも手術支援ロボットが増加している。しかし、国の診療報酬加算の方針から、今後はRobot支援手術の集約化が進むことが予想される。そのため、中規模一般病院は非常に難しい立場にあり、コストを意識した手術戦略が必要となる。一方で、一般病院では、虫垂炎・胆嚢炎・鼠径ヘルニアなどに対する腹腔鏡手術も数多く行われており、若手外科医への教育も重要な課題である。そこで、コスト削減と教育をともに達成するために、Fusion surgeryを積極的に取り入れている。腹腔鏡用Clip、縫合器、超音波凝固切開装置などの使用により、コスト削減、手術時間削減、教育のすべてを達成することができる。ビデオを用いて、これまでに行ってきた中規模一般病院における結腸癌に対するRobot支援手術の工夫について示す。
加えて、Robot支援手術は、ergonomicsの観点から術者にも大きな利点をもたらす。筋力や手の大きさなどの身体的制限に左右されにくく、誰でも均質な手術操作を行いやすくなり、特に女性外科医にとって、これまでとは手術環境は大きく変わった。また、外科医の70%以上が労働関連筋骨格系障害を抱えているとも報告されており、持続可能な外科医療のためにも、Robot支援手術は重要な役目を担う。結腸癌に対するRobot支援手術の着地点は、もちろん良好な治療成績を示す事であるが、それに加えて、コスト削減、教育体制の確立、さらには外科医のＱＯＬ向上を実現するためのツールとなることも、その一つと考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科
2026年11月20日(金) 9:45 ~ 11:15 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
ビデオワークショップ２　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？1
司会：鶴田 雅士（国際医療福祉大学成田病院）、番場 嘉子（東京女子医科大学病院）

[VWS2-3] コスト低減を考慮したロボット支援結腸癌手術の工夫と治療成績

*太田 竜[1]、武田 幸樹[1]、関口 久美子[1]、清水 貴夫[1]、山田 岳史[2]、谷合 信彦[1]、松田 明久[2] (1. 日本医科大学武蔵小杉病院消化器外科、2. 日本医科大学付属病院消化器外科)

【緒言】ロボット支援結腸癌手術は低侵襲で精緻な手術操作が可能であり、その導入は増加している。一方、高額な医療コストや長期成績の欠如が問題となっている。
【目的】当科で施行しているコスト低減を考慮したロボット支援結腸癌手術の工夫と治療成績について報告する
【対象と方法】2023年7月以降に当科でロボット支援結腸癌手術を行った症例のうち、術式に差異の少ないS状結腸癌、直腸S状部癌を対象とした。ロボット支援機器の標準デバイスを使用した群（SC群）とコスト削減を配慮し安価な腹腔鏡用デバイスを使用した群（LC群）に分別し、医療コストおよび手術成績について比較検討した。
【結果】対象症例は40例あり、SC群22例、LC群18例であった。患者背景に有意差は認めなかった。腫瘍占拠部位はSC群で有意に直腸S状部が多く、cStageはLC群で有意に進行症例が多かった。手術成績において、手術時間はLD群で有意差はないものの短い傾向であった。コンソール時間、出血量、術後合併症、術後在院日数については両群間で有意差は認めなかった。医療コストの観点からは、SC群と比較しLC群では有意にコスト低減が可能であった。ロボット支援機器標準デバイス使用と比較し、自動縫合器のみ腹腔鏡デバイス使用においては80.7%、全て腹腔鏡デバイスを使用した場合には61.8%までコストダウンが可能であった。
【結語】コスト低減を考慮したロボット支援結腸癌手術は標準デバイス使用の術式と遜色ない治療成績であり、医療経済的観点からロボット手術の問題点を解決できる有用な術式と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科
2026年11月20日(金) 9:45 ~ 11:15 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
ビデオワークショップ２　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？1
司会：鶴田 雅士（国際医療福祉大学成田病院）、番場 嘉子（東京女子医科大学病院）

[VWS2-4] 術式難易度別にみたロボット支援下結腸癌手術におけるダブルバイポーラー法を用いた低コスト運用の可能性

*矢作 雅史[1]、勝又 佳織[1]、似鳥 修弘[1] (1. 立川病院)

【背景】
結腸癌に対するロボット支援手術は普及しつつあるが、コストや手術時間増加が課題であり、地域中核病院における現実的かつ持続可能な運用法はいまだ明らかではない。当院では2026年よりdouble bipolar(DB)法を導入し、Vessel Sealerやmonopolar deviceの使用を最小限とした低コスト運用を行っている。今回、術式別に従来ロボット手術およびDB法によるロボット手術の妥当性について腹腔鏡手術と比較検討した。
【対象と方法】
2018年4月から2026年6月に施行した結腸癌手術のうち、緊急手術、姑息手術、開腹手術、術前治療施行例、他臓器合併切除例を除外した223例を対象とした。アプローチ別に腹腔鏡下手術(Lap)群、従来ロボット支援下手術(Robot)群、DB法を用いたロボット支援下手術(DB-Robot)群に分類した。術式については比較的定型的なS状結腸切除術および回盲部切除術をstandard群、それ以外をcomplex群とし、手術時間、出血量、術後合併症および臨床背景因子を比較検討した。
【結果】
細かな消耗品を除いた定価ベースのコストはLap群と比較しRobot群で167113円、DB-Robot群で29825円のコスト高だった。手術時間はstandard群でLap・Robot・DB-Robot群がそれぞれ193・228・176分でありRobot群で延長傾向を認めたが、complex群ではそれぞれ281・281・277分と有意差を認めず、Robot・DB-Robot群で時間的デメリットを認めなかった。出血量はstandard群でそれぞれ37・12・8mL、complex群でそれぞれ69・18・12mLであり、Robot群ではLap群と比較して低値傾向を認め、DB-Robot群でも同等の止血性が得られ、complex群ではその傾向がより顕著であった。術後合併症はLap群に比して、Robot・DB-Robot群で有意な増加を認めなかった。
【結語】
S状結腸切除術および回盲部切除術ではロボット手術の時間的デメリットが目立つ一方、それ以外の術式では時間的デメリットは限定的であり、腹腔鏡より安定した止血性も得られ、合併症も増加しなかった。さらに、DB法は低コスト化を図りつつも安全性を損なわない運用法となりうる可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科
2026年11月20日(金) 9:45 ~ 11:15 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
ビデオワークショップ２　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？1
司会：鶴田 雅士（国際医療福祉大学成田病院）、番場 嘉子（東京女子医科大学病院）

[VWS2-5] 当科における安全かつ再現性の高いロボット支援下結腸右半切除術D3郭清

*岸田 貴喜[1]、木下 敬史[1]、大内 晶[1]、小森 康司[1]、稲田 亘佑[1]、細井 敬泰[1]、奥野 正隆[1]、檜垣 栄治[1]、山口 淳平[1]、伊藤 友一[1]、三澤 一成[1]、伊藤 誠二[1]、安部 哲也[1] (1. 愛知県がんセンター)

【背景】結腸癌に対するロボット支援手術は普及しつつあるが，右側結腸癌におけるMCA領域の郭清を伴うロボット支援下結腸右半切除術D3郭清は難易度が高く，郭清範囲や手術手技に施設間差が残されているのが現状である．今回，当科が実践しているSMA左縁・神経叢前面までを郭清範囲とすることで，安全性と根治性の両立を目指したロボット支援下結腸右半切除術D3郭清の手術手技と成績について報告する．
【手術手技】逆L字型ポート配置で後腹膜アプローチにより小腸間膜を十二指腸・膵から剥離し，SMA左縁・神経叢前面まで郭清，頭側は膵下縁までとする．SMAの神経叢を露出することで剥離可能層が明瞭となり，分岐する動脈の起始部が自然に同定されるため出血のない安全な郭清を行うことができる．MCA根部を同定し処理，SMV前面でGCT・MCVを確認し，ARCVを切離する．頭側アプローチで網嚢を開放しGCTを確認，尾側の層と連続させて横行結腸間膜を剥離，MCVを切離する．SMA前面脂肪織を切除しD3郭清とする．
【結果】2023年4月から2025年12月の間に当院で右側結腸癌に対してMCA郭清を伴うロボット支援下結腸右半切除術を施行した35例を対象とした．結果は中央値で，手術時間218分，出血量10ml，郭清リンパ節個数37個であった．CD GradeIII以上の合併症は1例のみで，縫合不全・膵液瘻は認めなかった．
【結語】SMA左縁・神経叢前面までの郭清が安全かつ再現性の高いロボット支援下結腸右半切除術D3郭清と考える．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科
2026年11月20日(金) 9:45 ~ 11:15 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
ビデオワークショップ２　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？1
司会：鶴田 雅士（国際医療福祉大学成田病院）、番場 嘉子（東京女子医科大学病院）

[VWS2-6] 右側結腸癌に対するロボット支援手術の適応と課題 - Lap・Xi・SP比較からみた高難度症例への有用性 –

*出嶋 皓[1]、中野 大輔[1]、武井 信諭[1]、坂元 慧[1]、中守 咲子[1]、加藤 博樹[1]、高雄 美里[1]、佐々木 和人[1]、川合 一茂[1] (1. がん・感染症センター 都立駒込病院大腸外科)

【背景】
結腸癌に対するロボット支援手術は低侵襲性や精緻な操作性を背景として急速に普及しているが、右側結腸癌における適応や優位性については未だ一定の見解が得られていない。特に肥満症例では、surgical trunkの郭清や安定した術野展開が技術的課題となる。右側結腸癌に対する腹腔鏡手術（Lap）、Da Vinci Xiによるロボット支援手術（Xi）、DaVinci SPによるロボット支援手術（SP）の短期成績を比較し、ロボット支援手術の適応と課題を検討した。
【対象と方法】
2016年1月から2025年までに右側結腸癌に対して施行した手術症例を後方視的に検討した。Stage IV症例を除外し、Lap群590例、Xi群100例、SP群15例を対象とした。患者背景として年齢、BMI、ASA-PS、腫瘍局在、術式を比較した。短期成績、病理学的成績を比較し、さらにBMI 28以上の肥満症例における検討を行った。
【結果】
Xi/SP群では腹腔鏡よりも結腸右半切除術の割合が高かった（47例，41% vs 168例，28%）。手術時間中央値はLap群157分、Xi群232分、SP群172分であり、Xi群で有意に長かった（p<0.001）が、腹腔鏡とSPは同等であった。出血量中央値はLap群7ml、Xi群0ml、SP群0mlでありロボット支援手術群で有意に少なかった（p=0.011）。術後在院日数中央値はLap群9日、Xi群8日、SP群8日でありロボット支援手術群で短縮傾向を認めた（p=0.010）。一方major complication（Clavien-Dindo grade III以上）率、郭清リンパ節個数には差を認めなかった。BMI 28以上症例では、出血量中央値はLap群20mlに対しXi群0mlであり、Xi群で出血量減少傾向を認めた。特に肥満症例におけるロボット手術において、若手外科医でも有効な術野展開を得るTIPSを動画で供覧する。
【結語】
ロボット支援手術では安定した視野展開が得られ、腹腔鏡で難渋しがちな若手術者／肥満症例の組み合わせでもSurgical trunk周囲の郭清などの術操作を安全かつ定型的に施行可能である。またDa Vinci SPを用いることで同等の安全性を担保しつつ、手術時間の短縮が可能である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 9:45 ~ 11:15 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ビデオワークショップ２　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？1

司会：鶴田 雅士（国際医療福祉大学成田病院）、番場 嘉子（東京女子医科大学病院）

[VWS2-7] Hugo ^{TM} 手術支援ロボットシステムを用いたロボット支援結腸癌手術の短期成績

*諏訪 雄亮[1]、上原 広樹[1]、山田 典和[1]、五十嵐 優人[1]、瀧井 麻美子[1]、小林 壽範[2]、森 至弘[1]、萩原 千恵[1]、渡邉 純[1] (1. 関西医科大学下部消化管外科学講座、2. 関西医科大学香里病院外科)

【背景】2025年4月よりHugo^{TM}手術支援ロボットシステム（以下Hugo）を導入した。
【目的】結腸癌に対しHugoで施行した手術短期成績を、同時期にDa Vinci Xi（以下Xi）を用いて施行した手術の短期成績と比較検討し、安全性について検証した。
【方法】2025年4月から2026年2月に施行したロボット支援結腸癌手術のうち、Hugoもしくは Xiを用いて施行した63 例の結腸癌手術の短期成績を後ろ向きに比較検討した。
【結果】結腸癌手術症例63例のうちHugoを用いて２９例、Xiを用いて34例施行していた。患者背景は年齢中央値79 / 73.5歳 (p=0.334)、男性 : 女性 18 : 11 / 19 : 15人 (p=0.798)、BMI中央値21.7 / 22.4 (p=0.854)と患者背景に有意差は認めなかった。腫瘍の局在は右側結腸 ： 左側結腸 18:13/11:21 (p=0.0787) であった。手術時間中央値 191 (169 - 229） / 188分 (165.25-229.75) (p=0.595), コンソール時間116 (93-171) / 110 (85.75-148.75)分 (p=0.416)、出血量 15.0 (5 – 31.25) / 13.5 (4.5 – 26.0) ml (p=0.721)であった。術後全合併症は3 / 6例 (10.3/17.6%, p=0.488), Clavien-Dindo ≥IIIは0/2例 (p=0.495)認め、Grade≥IIIの内訳は腹腔内膿瘍1例、貧血1例であった。
【結語】
ロボット支援下結腸癌手術においてHugoの新規導入は安全にできている。今後も症例を集積して検討する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 9:45 ~ 11:15 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ビデオワークショップ２　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？1

司会：鶴田 雅士（国際医療福祉大学成田病院）、番場 嘉子（東京女子医科大学病院）

[VWS2-8] 術式別短期治療成績からみたロボット支援下結腸切除術における今後の課題

*小澤 真由美[1]、太田 絵美[1]、山本 峻也[1]、工藤 孝迪[1]、武井 将伍[1]、前橋 学[1]、石黒 哲史[1]、額田 卓[1]、沼田 正勝[1]、船津屋 拓人[2]、皆川 結明[2]、江畑 信孝[2]、大矢 浩貴[2]、風間 慶祐[2]、田 鐘寛[2]、諏訪 宏和[3]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科、2. 横浜市立大学医学部消化管外科学、3. 横須賀共済病院外科)

【背景】2022年4月より結腸癌に対するロボット手術が保険収載され，大腸全領域においてロボット手術が可能となった．近年，術式の定型化が進み症例数も蓄積されつつあるが，治療成績については十分な検討がなされていない．【目的】結腸癌に対するロボット支援手術と腹腔鏡手術の短期成績を術式別に比較し，ロボット支援手術の有用性と課題を検討するとともに，当科における定型化の工夫についてビデオを用いて供覧する．【対象と方法】2015年1月から2025年12月に2施設においてcStageI-IIIの結腸癌と診断され切除した1301例について後方視的に解析した。【結果】ロボット症例（Ro群）277例，腹腔鏡症例（Lap群）1024例であった．患者背景ではECOG-PSにおいてPS0はRo群：97%，Lap群83%とRo群で良好であり(p<0.001)，cStageはI/II/IIIの順にRo群 135/60/82例, Lap群378/235/411例とLap群でcStageIIIが多かった（p<0.001）．手術時間(median)はRo群206分，Lap群179分でありRo群で有意に長く(p<0.001), 出血量はいずれも0mlであった．術後入院期間は6日，7日であった（p=0.202）．術後合併症ではCD分類Grade3以上でRo群21例(7.6%), Lap群(12.0%)（p=0.040）とRo群で少なく，特に術後腸閉塞で差を認めた(p=0.034). 郭清リンパ節総数はいずれも20個と差は認めなかった．術式別検討においても全症例比較と大差はないが，手術時間は右側結腸癌（ICR, PC(AC), RHC, exRHC）：Ro（141例）196分，Lap(427例)181分(p=0.001)，2.PC(T)Ro(11例)236分，Lap(51例)179分(p=0.039)，3. 脾弯曲癌（PC(TD）, LHC) Ro(6例)284分，Lap群(53例)190分(p=0.015), 4.PC(D) Ro（19例）237分，Lap(85例)207分(p=0.056), 5. S状結腸切除：Ro群(100例)202分，Lap群(408例)173分(p<0.001)でいずれもRo群で手術時間が延長し，特に横行結腸切除や脾弯曲癌手術で差が大きかった．【結論】結腸癌に対するロボット支援手術は，術後合併症を低減する一方で，手術時間の延長が課題として挙げられる．手術時間の延長は手術室運用負担や医療コスト増加の一因となる可能性があり，安全性や根治性を担保しつつ，術式の定型化や手術手順の効率化を図ることが，今後の普及において重要と考えられる．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 9:45 ~ 11:15 | 第6会場（1F 会議室103）

ビデオワークショップ３　大腸憩室Hinchey分類III、IVに対する治療戦略

司会：深澤 貴子（磐田市立総合病院　消化器外科)、的場 周一郎（東邦大学医療センター大森病院一般・消化器外科（大腸肛門外科部門)）

[VWS3-1] 当院での大腸憩室穿孔Hinchey III/IVによる汎発性腹膜炎に対する治療成績

*山崎 信義[1]、三ノ宮 優太[1]、浅井 大智[1]、冨田 直宏[1]、林 和貴[1]、鈴木 文武[1]、佐藤 学[1]、渡邊 智博[1]、長谷川 圭[1]、山田 典子[1]、柿本 應貴[1]、小林 昭広[1]、緒方 賢司[1] (1. 千葉西総合病院外科)

[VWS3-2] Hinchey高度大腸憩室炎に対する外科治療戦略の検討

*花岡 裕[1]、柏木 惇平[1]、高橋 泰宏[1]、前田 裕介[1]、岡崎 直人[1]、平松 康輔[1]、福井 雄大[1]、戸田 重夫[1]、上野 雅資[1]、黒柳 洋弥[1] (1. 虎の門病院　消化器外科)

[VWS3-3] 腹膜炎を伴う大腸憩室炎に対する外科的治療戦略 ―腹腔鏡手術と開腹手術の後方視的比較検討―

*腰野 蔵人[1]、中川 了輔[1]、前田 文[1]、谷 公孝[1]、金子 由香[1]、二木 了[1]、松尾 夏来[1]、番場 嘉子[1]、前田 新介[1]、伊藤 俊一[1]、小川 真平[1]、山口 茂樹[1] (1. 東京女子医科大学病院　消化器・一般外科)

[VWS3-4] Detourアプローチ：embryological planeに基づいた大腸憩室炎に対する戦略的手術

*有田 智洋[1]、清水 浩紀[1]、名西 健二[1]、木内 純[1]、倉島 研人[1]、中道 脩介[1]、柴田 梨恵[1]、住吉 秀太郎[1]、井上 博之[1]、久保 秀正[1]、西別府 敬士[1]、今村 泰輔[1]、山本 有祐[1]、小西 博貴[1]、森村 玲[1]、藤原 斉[1]、塩﨑 敦[1] (1. 京都府立医科大学消化器外科)

[VWS3-5] 当科における膿瘍や瘻孔を伴う大腸憩室炎の腹腔鏡下治療のストラテジー

*土谷 祐樹[1]、小林 清洋[1]、岩井 貴寛[1]、市川 竣太[1]、濱田 篤彦[1]、藤﨑 隆[1]、仲川 裕喜[1]、安藤 祐二[1]、幸地 彩貴[1]、十朱 美幸[1]、髙橋 宏光[1]、井 祐樹[1]、河口 恵[1]、小針 文[1]、百瀬 裕隆[1]、塚本 亮一[1]、盧 尚志[1]、本庄 薫平[1]、冨木 裕一[1]、杉本 起一[1] (1. 順天堂大学下部消化管外科)

[VWS3-6] 80歳以下の左側大腸憩室穿孔Hinchey分類IIIに対する一期的吻合術とHartmann手術の比較検討

*眞鍋 裕宇[1]、久戸瀬 洋三[1]、山口 瑛大[1]、河本 知樹[1]、廣部 雅臣[1]、大竹 弘泰[1]、加藤 弘記[1]、松井 佑起[1]、細田 洋平[1]、金 浩敏[1]、土屋 康紀[1]、西 敏夫[1]、小川 淳宏[1]、森 琢児[1]、小川 稔[1] (1. 多根総合病院)

[VWS3-7] S状結腸憩室穿孔に対する低侵襲治療戦略 -合併症低減を目指した手術手技の工夫-

*赤井 俊也[1]、杉原 守[1]、岩瀬 友哉[1]、高木 徹[1]、立田 協太[1]、杉山 洸裕[1]、美甘 麻裕[1]、竹内 裕也[1] (1. 浜松医科大学医学部外科学第二講座)

[VWS3-8] Hinchey III憩室炎に対する保存的治療の可能性-緊急手術回避症例の検討-

*中澤 充樹[1]、髙橋 広城[1]、藤本 風花[1]、加藤 匠[1]、齋藤 正樹[1]、安藤 菜奈子[1]、前田 祐三[1]、大久保 友貴[1]、三井 章[1] (1. 名古屋市立大学医学部附属西部医療センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科
2026年11月20日(金) 9:45 ~ 11:15 | 第6会場（1F 会議室103）
ビデオワークショップ３　大腸憩室Hinchey分類III、IVに対する治療戦略
司会：深澤 貴子（磐田市立総合病院　消化器外科）、的場 周一郎（東邦大学医療センター大森病院一般・消化器外科（大腸肛門外科部門））

[VWS3-1] 当院での大腸憩室穿孔Hinchey III/IVによる汎発性腹膜炎に対する治療成績

*山崎 信義[1]、三ノ宮 優太[1]、浅井 大智[1]、冨田 直宏[1]、林 和貴[1]、鈴木 文武[1]、佐藤 学[1]、渡邊 智博[1]、長谷川 圭[1]、山田 典子[1]、柿本 應貴[1]、小林 昭広[1]、緒方 賢司[1] (1. 千葉西総合病院外科)

【背景】
大腸憩室炎は様々な臨床像を呈し、保存加療で改善するものや待機的手術を検討するものなどが大部分を占める。一方でHinchey分類 III, IVに至ると救命のために緊急手術を要する病態である。緊急手術時でも死亡率は9.2%と報告され、合併症率も高い疾患であるため、手術適応や術式について一定の見解はない。
【目的】
当院におけるHinchey分類 III, IVに対する手術治療の成績、低侵襲治療の可能性について検討し、その動画を供覧する。
【当院の治療方針】
当院では開腹手術を基本としているが、ショックバイタルに至っていない症例で、画像上で穿孔部が判明しない症例や明らかなHinchey分類IV症例以外では腹腔鏡手術を適宜選択している。
【対象と方法】
当院で2019年1月から2026年2月までに大腸憩室穿孔対して手術を施行した77例中、Hinchey分類 III, IVの55例を後方視的に検討した。
【結果】
男性/女性　23/32例。年齢中央値は77歳。Hinchey分類 III/IV 43/12例であった。画像上で術前診断可能/腫瘍疑い/虚血疑い/穿孔部不明48/2/1/4例であった。術前よりshock vitalを呈していたのは12例。手術は開腹手術/腹腔鏡手術を26/29例で開始し、腹腔鏡手術は6例を開腹移行した。開腹移行の理由は視野不良/広範囲癒着/小開腹下での縫合 4/1/1例であった。腹腔鏡で手術を終了できた23例は全例Hinchey分類 IIIであった。術式（腹腔鏡）はHartmann/人工肛門造設/結腸切除+人工肛門+粘液瘻/結腸切除+吻合+人工肛門/穿孔部閉鎖+人工肛門/穿孔部閉鎖/洗浄ドレナージのみ 24(5)/19(11)/2(0)/1(0)/ 2(1)/6(5)/ 1(1)例であった。Clavien-Dindo III以上の合併症は18例。転帰は自宅退院/転医/死亡 41/12/2例であった。
【結語】
Hinchey分類 IVは全例開腹手術が行われたが、Hinchey分類 IIIについては腹腔鏡手術が比較的安全に施行でき、低侵襲治療の可能性が示唆された。また少数だが人工肛門を回避できた症例も存在した。一方で術式や低侵襲治療の適応は引き続き今後の検討事項と考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 9:45 ~ 11:15 | 第6会場（1F 会議室103）

ビデオワークショップ３　大腸憩室Hinchey分類III、IVに対する治療戦略

司会：深澤 貴子（磐田市立総合病院　消化器外科）、的場 周一郎（東邦大学医療センター大森病院一般・消化器外科（大腸肛門外科部門））

[VWS3-2] Hinchey高度大腸憩室炎に対する外科治療戦略の検討

*花岡 裕[1]、柏木 惇平[1]、高橋 泰宏[1]、前田 裕介[1]、岡崎 直人[1]、平松 康輔[1]、福井 雄大[1]、戸田 重夫[1]、上野 雅資[1]、黒柳 洋弥[1] (1. 虎の門病院　消化器外科)

【背景】結腸憩室症は年々増加傾向であり、それに伴い憩室炎の症例も増加傾向にある。Hinchey分類Ⅲ・Ⅳの大腸憩室炎穿孔は，敗血症や汎発性腹膜炎を伴う重篤な病態であり，術式選択や周術期管理に難渋することが少なくない．近年は腹腔鏡手術や一期的吻合の適応拡大が進む一方，高齢者や併存疾患を有する症例では安全性との両立が課題となっている．当院では以前から結腸膀胱瘻を始めとする憩室症症例に積極的な腹腔鏡手術を導入しているが、高度炎症症例への腹腔鏡手術の妥当性は明らかではない。【目的】当院におけるHinchey高度症例の治療成績を後方視的に検討し，術式選択および短期成績について考察する．【対象・方法】2011年1月より2025年まで当院で外科的治療を行った憩室症手術202例のうち、Hinchey分類I/II群と、Hinchey分類III/IV群に分け検討を行った。患者背景，緊急手術の有無，術式，腹腔鏡使用状況，転帰について検討した．【結果】HincheyIII/IV症例は、49例。男性33例，女性16例であった．緊急手術は16例に施行された．術式は結腸切除術が最多で26例，次いで前方切除術19例、直腸切断術が3例、人工肛門造設術が7例であった。開腹症例は6例であった。手術時間中央値は236分、出血量中央値は29mL、術後在院日数中央値は10.5日であった。一方Hinchey I/II群の手術時間中央値198分、出血量中央値10mL、術後在院日数中央値は9日であったが、両群間に有意差は認めなかった。循環動態や炎症の程度，全身状態を踏まえた術式選択が行われていた．退院時転帰はHinchey I/II群は全例生存退院、Hinchey III/IV群は生存47例，死亡2例であった．腹腔鏡アプローチは高度炎症例においても一定数で導入されており，適切な症例選択により低侵襲手術が可能であった．【結語】Hinchey高度症例では，患者背景や全身状態に応じた柔軟な術式選択が重要である．腹腔鏡手術は有用な選択肢となり得る一方，重症例では人工肛門造設を含めた安全性重視の判断も不可欠である．本発表では実際の手術戦略と短期成績を提示し，重症憩室炎に対する最適な治療方針について議論したい．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 9:45 ~ 11:15 | 第6会場（1F 会議室103）

ビデオワークショップ３　大腸憩室Hinchey分類III、IVに対する治療戦略

司会：深澤 貴子（磐田市立総合病院　消化器外科）、的場 周一郎（東邦大学医療センター大森病院一般・消化器外科（大腸肛門外科部門））

[VWS3-3] 腹膜炎を伴う大腸憩室炎に対する外科的治療戦略 ―腹腔鏡手術と開腹手術の後方視的比較検討―

*腰野 蔵人[1]、中川 了輔[1]、前田 文[1]、谷 公孝[1]、金子 由香[1]、二木 了[1]、松尾 夏来[1]、番場 嘉子[1]、前田 新介[1]、伊藤 俊一[1]、小川 真平[1]、山口 茂樹[1] (1. 東京女子医科大学病院　消化器・一般外科)

【背景】
近年、大腸憩室炎に対する治療指針は改訂されつつあるが、腹膜炎を伴う重症例では依然として緊急手術および開腹手術が選択されることが多い。Hinchey分類Stage III–IV症例では高侵襲治療を要する症例も多く、術式選択は臨床上の重要な課題である。一方で、大腸憩室症は多彩な病態を呈し、腹腔内癒着や炎症の波及により手術難易度が高いことから、腹腔鏡手術の適応や治療成績に関する報告は未だ限定的である。
【目的】
当院における腹膜炎を伴う大腸憩室炎手術症例を後方視的に解析し、腹腔鏡手術と開腹手術の治療成績を比較検討することを目的とした。
【方法】
2011年4月から2026年2月までに、腹膜炎を伴う大腸憩室炎と診断され手術（人工肛門造設を含む）を施行した症例を対象とした。保存的治療のみの症例は除外した。検討項目は出血量、手術時間、術中偶発症、術後合併症、術後在院日数とした。
【結果】
Hinchey分類Stage III–IV症例では約7割が緊急手術を要し、開腹手術および人工肛門造設が約9割に選択されていた。これらの重症例では術後合併症発生率および在院日数が長い傾向を示した。一方、重症度の低い症例では腹腔鏡手術が施行可能であり、周術期成績は比較的良好であった。
【結論】
腹膜炎を伴う大腸憩室炎に対しては、重症例では依然として開腹による緊急手術が主流であるが、症例選択により腹腔鏡手術は安全かつ有効な選択肢となり得る。待機的手術が可能な症例では、術後合併症の低減や一期的吻合の可能性が期待される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 9:45 ~ 11:15 | 第6会場（1F 会議室103）

ビデオワークショップ３　大腸憩室Hinchey分類III、IVに対する治療戦略

司会：深澤 貴子（磐田市立総合病院　消化器外科）、的場 周一郎（東邦大学医療センター大森病院一般・消化器外科（大腸肛門外科部門））

[VWS3-4] Detourアプローチ：embryological planeに基づいた大腸憩室炎に対する戦略的手術

*有田 智洋[1]、清水 浩紀[1]、名西 健二[1]、木内 純[1]、倉島 研人[1]、中道 脩介[1]、柴田 梨恵[1]、住吉 秀太郎[1]、井上 博之[1]、久保 秀正[1]、西別府 敬士[1]、今村 泰輔[1]、山本 有祐[1]、小西 博貴[1]、森村 玲[1]、藤原 斉[1]、塩﨑 敦[1] (1. 京都府立医科大学消化器外科)

【緒言】大腸癌に対する手術は各施設において定型化が定着している。一方で憩室炎を含む良性炎症性疾患、特に周囲臓器への癒着を伴う症例においては、できるだけ現場に近寄らず、detourアプローチ（遠回り、後回し）で外堀を埋めて行くことで安全に切除するヒントを得ることができる。
【detourアプローチのポイント】大腸手術において、適切な剥離層に進入できる部位がいくつか存在する。下十二指腸曲、小腸間膜根、盲腸背側、ICA/V背側、十二指腸下行脚腹側、膵下縁、IMV背側、IMA背側、直腸間膜右側、腹膜翻転部などがそれに当たる。定型化手術の過程で把持、剥離困難な部位が出現する場合は隣接する他の部位からの剥離作業を追加し、外堀を埋めてから本丸に攻めるdetourアプローチによって周囲臓器損傷のリスクを最小限にすることが可能となる。また、NIRC尿管カテーテルの併用は尿管の同定や損傷の予防に極めて有用である。当然ながら術前の画像評価と綿密な手術計画が必須である。
【結語】炎症の程度に応じたアプローチを選択できるよう、様々な方向からの手術操作について習得する必要がある。実際にdetourアプローチが有用であった症例の手術動画を供覧する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科
2026年11月20日(金) 9:45 ~ 11:15 | 第6会場（1F 会議室103）
ビデオワークショップ３　大腸憩室Hinchey分類III、IVに対する治療戦略
司会：深澤 貴子（磐田市立総合病院　消化器外科）、的場 周一郎（東邦大学医療センター大森病院一般・消化器外科（大腸肛門外科部門））

[VWS3-5] 当科における膿瘍や瘻孔を伴う大腸憩室炎の腹腔鏡下治療のストラテジー

*土谷 祐樹[1]、小林 清洋[1]、岩井 貴寛[1]、市川 竣太[1]、濱田 篤彦[1]、藤﨑 隆[1]、仲川 裕喜[1]、安藤 祐二[1]、幸地 彩貴[1]、十朱 美幸[1]、髙橋 宏光[1]、井 祐樹[1]、河口 恵[1]、小針 文[1]、百瀬 裕隆[1]、塚本 亮一[1]、盧 尚志[1]、本庄 薫平[1]、冨木 裕一[1]、杉本 起一[1] (1. 順天堂大学下部消化管外科)

【背景】
膿瘍や瘻孔を伴う複雑性大腸憩室炎に対する術式選択は、依然として外科医の裁量に委ねられる部分が多い。国内外のガイドラインでは膿瘍径4cm以上をドレナージの指標としているが、当科では腹腔鏡下手術の低侵襲性を活かし、一期的腸切除・吻合（Primary Anastomosis：以下PA）を軸とした治療戦略を実践してきた。今回、膿瘍径に基づいた段階的手術の妥当性とPAの安全性について後方視的に検討した。
【対象と方法】
2020年1月から2026年4月までに当院で膿瘍または瘻孔形成を伴う大腸憩室炎と診断された18例（右側2例、左側16例）を対象とした。術前CTにて膿瘍形成、あるいは膀胱瘻を伴い炎症波及が高度と判断した症例に対し、人工肛門（DS）造設を先行して行った後に、外科的腸切除を行う段階的手術(staged resection: SR)を選択した。一方、それ以外の症例に対してはPAを第一選択とした。
【結果】
13例（72.2%）にPAを施行した（うち2例はドレナージ後の待機的一期的切除）。一方、5例(27.8%)に対しSRを選択した。PA群では、膀胱部分切除等の合併切除を要した4例を含め、縫合不全等の重大な術後合併症は認めなかった。SR群においても、炎症沈静後の外科的腸切除を経て全例でストーマ閉鎖を完遂したが、PA群はSR群と比較して総治療期間を大幅に短縮可能であった。
【結語】
巨大膿瘍や瘻孔を伴う複雑例においても、腹腔鏡の拡大視効果による精密な剥離層の同定が可能であり、PAは安全かつ有力な選択肢となり得る。今回の検討より、膿瘍形成を認める症例では、SRを考慮すべきであるが、症状に乏しい瘻孔例に対しては、穿通を認める臓器の合併切除を含めたPAを積極的に検討すべきであると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 9:45 ~ 11:15 | 第6会場（1F 会議室103）

ビデオワークショップ３　大腸憩室Hinchey分類III、IVに対する治療戦略

司会：深澤 貴子（磐田市立総合病院　消化器外科）、的場 周一郎（東邦大学医療センター大森病院一般・消化器外科（大腸肛門外科部門））

[VWS3-6] 80歳以下の左側大腸憩室穿孔Hinchey分類IIIに対する一期的吻合術とHartmann手術の比較検討

*眞鍋 裕宇[1]、久戸瀬 洋三[1]、山口 瑛大[1]、河本 知樹[1]、廣部 雅臣[1]、大竹 弘泰[1]、加藤 弘記[1]、松井 佑起[1]、細田 洋平[1]、金 浩敏[1]、土屋 康紀[1]、西 敏夫[1]、小川 淳宏[1]、森 琢児[1]、小川 稔[1] (1. 多根総合病院)

【背景】大腸憩室穿孔は汎発性腹膜炎を呈し、緊急手術の適応である。特に若年症例の術式選択においては救命のみならず術後QOLを考慮して選択することが望ましいが、その適応や有用性について明確な基準はないのが現状である。【目的】左側大腸憩室穿孔に対する手術加療の術式毎の治療成績とその有用性を比較検討する。【方法】2019年1月～2026年3月に当院で手術を施行した左側大腸憩室穿孔59例のうち、80歳以下かつHincheyⅢの17例を対象とし、後方視的に検討した。術式は患者背景および術中所見を踏まえて選択した。術式によりHartmann群（12例）と一期的吻合群（5例）に分け、患者背景および短期成績を比較した。統計学的解析にはWilcoxon順位和検定およびFisherの正確確率検定を用い、p<0.05を有意とした。【結果】HincheyⅢかつ80歳以下の2群間の比較において年齢の中央値（四分位範囲）は、Hartmann群で71（64-77）歳、一期的吻合群で51（46-56）歳であり、一期的吻合群において有意に若年であった（p=0.027）。血清アルブミン値の中央値は、Hartmann群で2.2（1.5-2.5）g/dL、一期的吻合群で3.0（2.8-3.1）g/dLであり、一期的吻合群において有意に高値であった（p=0.002）。一方で、BMI、SOFAスコア、CRP、WBCにおいて両群間に有意差は認めなかった。Clavien-Dindo分類全グレードの合併症発生率は、Hartmann群で58.3%（7/12例）、一期的吻合群で40.0%（2/5例）であり、両群間に有意差を認めなかった（p=0.62）。Clavien-Dindo分類Ⅲ以上の合併症はHartmann群２例、一期的吻合群で0例であった。術後30日以内死亡及び在院死亡は両群とも0例であった。術後在院日数の中央値（四分位範囲）は、Hartmann群で23（13-35）日、一期的吻合群で12（10-15）日であり、一期的吻合群において有意に短かった（p=0.048）。術後1年後のストマ保有率に関してはHartmann群で50%（6/12例）、一期的吻合群で0%（0/5例）であった（p=0.102）。両群で統計学的有意差はなかったが、一期的吻合群において全例でストマフリーであった。【結論】全身状態が比較的良好な症例に対して一期的吻合が選択され、その短期成績は良好な可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 9:45 ~ 11:15 | 第6会場（1F 会議室103）

ビデオワークショップ３　大腸憩室Hinchey分類III、IVに対する治療戦略

司会：深澤 貴子（磐田市立総合病院　消化器外科）、的場 周一郎（東邦大学医療センター大森病院一般・消化器外科（大腸肛門外科部門））

[VWS3-7] S状結腸憩室穿孔に対する低侵襲治療戦略 -合併症低減を目指した手術手技の工夫-

*赤井 俊也[1]、杉原 守[1]、岩瀬 友哉[1]、高木 徹[1]、立田 協太[1]、杉山 洸裕[1]、美甘 麻裕[1]、竹内 裕也[1] (1. 浜松医科大学医学部外科学第二講座)

【はじめに】Hinchey分類Ⅲ/Ⅳ大腸憩室炎は緊急性の高い病態であり，従来から開腹手術による迅速な対応が求められてきた．一方で，腹腔鏡手術や一期的吻合を選択した低侵襲治療が，術後合併症および死亡率を低減させる可能性が報告され，その有用性が注目されている．当科でも腹腔鏡下での一期的吻合を低侵襲治療戦略に位置づけ，2023年以降，Hinchey分類Ⅲ/Ⅳ大腸憩室炎に対し，積極的に適応してきた．【目的】手技の実際をビデオで供覧し，周術期治療成績を報告する．【適応基準と対象症例】重篤なショックバイタルおよび臓器障害を有する症例は適応外とした．2023年1月から2025年12月までの期間に，S状結腸憩室穿孔（Hinchey分類Ⅲ/Ⅳ）6例に対して低侵襲治療戦略を適応した．【手術手技】十分な視野確保のための体位固定は必須である．気腹後，腸管拡張の程度，穿孔部位の同定や手術遂行可能性を速やかに判断する．汚染や腸管拡張により視野確保が困難な場合は，授動操作を先行せず，自動縫合器による腸管離断，腸管沿いの間膜処理，汚染源摘出を優先して行う．これらの操作は，視野不良下における他臓器損傷回避にも有用と考える．授動範囲は吻合に必要十分な範囲に留め，吻合は体腔外で可能であれば手縫い吻合（順蠕動側側吻合）を基本とし，より低位吻合となる場合は器械吻合を選択する．ドレーンは腹腔鏡下で誘導することで，適切な部位への留置が容易となる．一時的人工肛門造設は術者判断とするが，可能な限り回避する方針とした．【結果】年齢中央値64.5歳（56-76歳），性別（男/女）：0/6，ASA-PS（2/3/4）：5/0/1であった．手術時間および出血量の中央値はそれぞれ209分（175-237分），7.5mL（3-65mL）であった．全例で一期的吻合を施行し，手縫い吻合4例，器械吻合2例であった．1例で一時的人工肛門を造設した．術後在院日数中央値は13.5日（8-28日），Clavien-Dindo≥GradeIIの合併症は認めなかった．【結語】S状結腸憩室穿孔（Hinchey分類Ⅲ/Ⅳ）に対する腹腔鏡下低侵襲治療戦略は，慎重な症例選択と手術手技の工夫により，安全に施行可能であった．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 9:45 ~ 11:15 | 第6会場（1F 会議室103）

ビデオワークショップ３　大腸憩室Hinchey分類III、IVに対する治療戦略

司会：深澤 貴子（磐田市立総合病院　消化器外科）、的場 周一郎（東邦大学医療センター大森病院一般・消化器外科（大腸肛門外科部門））

[VWS3-8] Hinchey III憩室炎に対する保存的治療の可能性-緊急手術回避症例の検討-

*中澤 充樹[1]、髙橋 広城[1]、藤本 風花[1]、加藤 匠[1]、齋藤 正樹[1]、安藤 菜奈子[1]、前田 祐三[1]、大久保 友貴[1]、三井 章[1] (1. 名古屋市立大学医学部附属西部医療センター)

【背景】
Hinchey分類IIIの憩室炎は膿性汎発性腹膜炎を伴う重症憩室炎であり、一般的には緊急手術の適応とされている。一方で、近年は画像診断や集中管理の進歩により、一部症例では保存的治療の有効性も報告されている。しかし、保存的加療の適応基準については未だ一定の見解が得られていない。今回当院におけるHinchey III憩室炎に対する保存的治療症例について検討した。
【対象と方法】
2020年1月から2025年12月までに当院でHinchey III憩室炎と診断した症例を後ろ向きに検討した。診断はCT所見および臨床所見をもとに行った。患者背景、炎症反応、CT所見、治療内容、手術移行の有無、在院日数、再発の有無について評価した。
【結果】
対象は8例で、年齢中央値は69歳（29–87歳）、男性5例、女性3例であった。全例において、初期治療として絶食、輸液、広域抗菌薬投与を行った。保存的治療のみで軽快した症例は7例であり、1例で画像所見増悪により手術移行を要した。死亡例は認めなかった。在院日数中央値は14日であり、経過観察期間中に2例で再燃を認めた。
【結語】
Hinchey III憩室炎は一般的に緊急手術適応とされるが、全身状態が安定し、厳重な全身管理および慎重な経過観察が可能な症例では、保存的治療が奏功する可能性が示唆された。保存的治療の適応については、さらなる症例集積による検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科・肛門科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ビデオワークショップ４　直腸脱に対する外科治療　適応と治療成績１

司会：門馬 智之（公立大学法人 福島県立医科大学附属病院）、田畑 敏（市立砺波総合病院）

[VWS4-1] 当院における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の手技と治療成績

*小野 由香利[1]、飯塚 森哉[1]、神谷 夏海[1]、船岡 健太郎[1]、古田土 高志[1]、加藤 綾[1]、本庄 優衣[1]、中園 真聡[1]、田中 求[1]、鈴木 紳祐[1]、五代 天偉[1,2]、熊切 寛[1]、鈴木 紳一郎[1] (1. 一般財団法人同友会　藤沢湘南台病院、2. 医療法人横浜博萌会　西横浜国際総合病院)

[VWS4-2] 直腸脱に対する腹腔鏡下直腸縫合固定術の手技と治療成績

*高島 順平[1]、守山 愛子[1]、後藤田 美優[1]、後藤 佳名子[1]、南角 哲俊[1]、藤本 大裕[1]、小林 宏寿[1] (1. 帝京大学溝口病院外科)

[VWS4-3] 当院での直腸脱に対する手術手技と治療成績

*福井 太郎[1]、藤見 公香[1]、東舘 紗貴[1]、江口 祐介[1]、松澤 夏未[1]、高山 裕司[1]、柿澤 奈緒[1]、力山 敏樹[1] (1. 自治医科大学附属さいたま医療センター一般・消化器外科)

[VWS4-4] 当院における腹腔鏡下直腸固定術(Well’s変法)について

*福岡 麻子[1]、磯村 香介[1]、臼井 創大[1]、天野 優希[2]、勝又 健太[3]、佐々木 大祐[1]、浜辺 太郎[2]、根岸 宏行[2]、大島 隆一[3]、内藤 正規[1]、四万村 司[3]、牧角 良二[2]、民上 真也[1] (1. 聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科、2. 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科、3. 川崎市立多摩病院消化器・一般外科)

[VWS4-5] 腹腔鏡下直腸固定術（LVR）の術式の工夫

*野明 俊裕[1]、石井 正之[1]、石橋 英樹[1]、鈴木 麻未[1]、白水 良征[1]、長田 和義[1]、荒木 靖三[1] (1. 社会医療法人社団高野会くるめ病院)

[VWS4-6] 当院における直腸脱の治療戦略と術式選択 ―機能評価と排便指導を含めた包括的アプローチ―

*松木 豪志[1]、岡本 亮[1]、一瀬 規子[1]、長野 心太[1]、藤川 正隆[1]、岩崎 寿光[1]、中嶋 隆善[1]、生田 真一[1]、仲本 嘉彦[1]、相原 司[1]、柳 秀憲[1] (1. 明和病院外科・骨盤底(機能障害・臓器脱)センター)

[VWS4-7] 当院における腹腔鏡下直腸固定術の経験

*伊藤 信一郎[1]、牟田 裕貴[1]、山崎 遥[1]、進 誠也[1]、岡田 和也[1] (1. 光晴会病院)

[VWS4-8] 90歳以上の超高齢者に対する直腸脱手術例の検討

*西森 英史[1]、澤田 健[1]、三浦 秀元[1]、大野 敬祐[1]、柏木 清輝[1]、鬼原 史[1]、岡田 邦明[1]、矢嶋 知己[1]、秦 史壮[1] (1. 札幌道都病院　外科)

[VWS4-9] 当院における直腸脱治療のMRIを用いた予後予測

*阿部 陽介[1]、小野 芳人[1]、竹田 正範[1]、松本 欣也[1]、渡辺 英夫[1]、鉾石 文彦[2]、石丸 啓[3]、渡辺 学[1] (1. 医療法人ミネルワ会渡辺病院、2. ほこいし医院、3. 愛媛大学医学部附属病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科・肛門科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ビデオワークショップ４　直腸脱に対する外科治療　適応と治療成績１

司会：門馬 智之（公立大学法人 福島県立医科大学附属病院）、田畑 敏（市立砺波総合病院）

[VWS4-1] 当院における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の手技と治療成績

*小野 由香利[1]、飯塚 森哉[1]、神谷 夏海[1]、船岡 健太郎[1]、古田土 高志[1]、加藤 綾[1]、本庄 優衣[1]、中園 真聡[1]、田中 求[1]、鈴木 紳祐[1]、五代 天偉[1,2]、熊切 寛[1]、鈴木 紳一郎[1] (1. 一般財団法人同友会　藤沢湘南台病院、2. 医療法人横浜博萌会　西横浜国際総合病院)

【はじめに】直腸脱に対する術式選択は施設ごとに適応が異なるのが現状である．当院では脱出腸管が5cm以上，もしくは経会陰式手術後の再発例で全身麻酔可能であれば腹腔鏡下直腸縫合固定術(Laparoscopic Suture Rectopexy 以下LSR)を行っている．LSRには確立した手技がなく，治療成績についても報告は多くないが，これらを評価することで術式選択の一助となる可能性がある．

【対象・方法】2022年7月から2026年3月までに，LSRを施行した直腸脱患者47例を対象とし手術成績を後方視的に検討した．また再発なしC群と再発ありR群の臨床的比較を行い再発リスク因子を検討した．因子は，年齢，性別，BMI，直腸脱の長さ，肛門内圧，前治療歴の有無，手術時間，出血量，縫合固定方法の違い(体外/体内)とした．

【手術】ダグラス窩の腹膜を切開しNeuro Vascular Bundleに注意しながら肛門管上縁近傍まで剥離する．左右直腸壁は側方靭帯近傍まで剥離する．剥離は前側方のみで後方剥離はなし．仙骨前面を露出し直腸前壁を2-0非吸収糸で2針固定する．

【結果】女性42例(89%)，中央値は年齢81.0歳(17-99)，BMI 19.7kg/m2(14.2-27.2)，腸管脱出長5.0cm(2-15)であった．術前直腸内圧静止圧/随意収縮圧はそれぞれ53/97mmHg(6-132/18-314)，肛門管長は53mm(29-80)であった．前治療歴は9例(19.1%)に認めた．

手術時間中央値は107分(52-183)，出血量中央値は5.0mL(1-5)であった．固定方法は体外縫合が38例(80.9%)であった．Clavien-Dindo分類GradeⅢ以上の合併症は腹腔内膿瘍で1例(2.2%)に認めた．術後再発は6例(12.8%)に認めた．再発のリスク因子を上記それぞれについて単変量解析で検討するとBMI22以上(OR=7.2, p=0.021)でのみ有意差を認めた．なお82歳以上に再発は認められなかった．再発症例に対しては，2例は多臓器脱を認めたため開腹手術を，3例は経会陰式手術を行い，1例は経過観察としている．

【考察・結語】当院におけるLSR後再発率は既存の報告と遜色なかった．82歳以上に再発も合併症も認められなかったことから，LSRは高齢者に対して有効かつ安全に施行することが可能と考えられた．BMI22以上の症例に対しては更なる手術手技の工夫が望まれる．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科・肛門科
2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第2会場（2F コンベンションホール2）
ビデオワークショップ４　直腸脱に対する外科治療　適応と治療成績１
司会：門馬 智之（公立大学法人 福島県立医科大学附属病院）、田畑 敏（市立砺波総合病院）

[VWS4-2] 直腸脱に対する腹腔鏡下直腸縫合固定術の手技と治療成績

*高島 順平[1]、守山 愛子[1]、後藤田 美優[1]、後藤 佳名子[1]、南角 哲俊[1]、藤本 大裕[1]、小林 宏寿[1] (1. 帝京大学溝口病院外科)

【背景】直腸脱は高齢者に多く、併存疾患やADL低下を伴う症例も少なくない。当科では再発率低減を目的として、耐術可能症例に対しては腹腔鏡下直腸縫合固定術（LSR）を第一選択としている。メッシュを用いる手技も広く普及しているが、当科ではメッシュは使用せず、縫合固定のみを行っており，今回その治療成績につき後方視的に検討した。
当科でのLSRの手技は以下の通りである。
1） TME層で直腸を授動後、全周性に肛門挙筋を露出するまで剥離を行う。その際，hiatal ligamentおよび側方靭帯を温存する。
2）十分に直腸を頭側へ牽引した後、腹膜反転部切開部を岬角骨膜へ非吸収糸で5針縫合固定する。固定後に直腸が岬角まで直線化していることを確認する。
【方法】2018年4月から2026年3月における直腸脱に対する手術症例を対象とし，治療成績を後方視的に検討した.
【結果】全28例中、経会陰手術は4例（Gant-三輪+Thiersh3例、Altemeier1例）で、これらは全身状態不良例3例と下部直腸癌併存1例が対象であった。LSRは24例に施行され、女性21例、年齢中央値79歳であった。全例に併存疾患を認め、11例で抗血小板剤または抗凝固薬の休薬を要し、11例で腹部手術歴を認めた。全例腹腔鏡で完遂し、開腹移行例はなかった。S状結腸切除を施行した例が1例あり、子宮脱との同時手術例は6例であった。手術時間は212分、出血量は22mL、術後在院日数は5日であった（いずれも中央値）。術後合併症は脳梗塞、排尿障害、便秘を各1例に認めた。再発は認めなかった（経会陰手術では1例）。また23例（96%）がADL低下なく、入院前と同一環境へ退院可能であり、療養型病院への転院を要した症例は脳梗塞を発症した1例のみであった。観察期間中央値は612日で、他病死1例を除き全例生存中であった（経会陰手術では3例が他病死された）。
【考察】高齢かつ併存疾患を有する直腸脱症例においても、LSRは安全に施行可能であり、ADLを維持したまま退院可能であった。観察期間は短いものの再発率も低かったことから、耐術可能な直腸脱症例に対する当科のLSRは妥当な術式と考えられた。当科のLSR手技について動画を供覧する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科・肛門科
2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第2会場（2F コンベンションホール2）
ビデオワークショップ４　直腸脱に対する外科治療　適応と治療成績１
司会：門馬 智之（公立大学法人 福島県立医科大学附属病院）、田畑 敏（市立砺波総合病院）

[VWS4-3] 当院での直腸脱に対する手術手技と治療成績

*福井 太郎[1]、藤見 公香[1]、東舘 紗貴[1]、江口 祐介[1]、松澤 夏未[1]、高山 裕司[1]、柿澤 奈緒[1]、力山 敏樹[1] (1. 自治医科大学附属さいたま医療センター一般・消化器外科)

【諸言】
直腸脱の術式は複数あるが当院で2020年に経肛門手術(Altemeier)後の重症合併症を機に脱出腸管長によらず経腹的後方固定を基本術式とした.鏡視下手術は2021年より導入.再発があり剥離範囲・縫合方法を見直し,一定の開腹手術期間を経て,2024年7月より再開.
【手術手技】
腹腔鏡下,砕石位,5ポートで直腸を肛門挙筋レベルまで剥離・授動後,直腸を牽引し仙骨骨膜と直腸の漿膜を非吸収糸で3-4針縫合固定後,腹膜反転部を再形成.
【目的・対象・方法】
2012年1月～2026年3月に当院で直腸脱手術を行った55例(再発手術を含め計58手術)を対象に,経腹と経肛門に分け,患者背景(年齢,性別,BMI,ASA-PS,術前Alb,病悩機関,脱出腸管長(cm),過去の直腸脱手術歴,抗血小板剤/抗凝固薬の有無,子宮・膣脱出(Gyne)の併存),周術期成績(経腹の腹腔鏡(Lap)割合,開腹移行,Gyne手術併施,手術時間,出血量,術後在院,術後合併症(Clavien-Dindo(CD)),CD3以上の重症合併症の有無(重症AE),術後成績(再発の有無,期間(RFS),便秘の新規発生・増悪)を評価し,経肛門と比して高侵襲とされる経腹手術の妥当性を検証.
【結果】
経腹48例49手術(Wells法:1手術,縫合固定のみ48手術),経肛門7例9手術(Altemeier 2例2手術,Delorme 4例6手術,GMT 1例).
以降,経腹/経肛門で表記.
<背景因子>平均年齢(歳)79.7/75.6(P=0.223),BMI(中央値)21.6/17.7(P<0.001),ASA-PS(1/2/3):0/36/13 vs 1/5/3(P=0.803),Gyne併存あり 10(20.4%)/0(0%)(p=0.335).その他有意差なし.
<周術期成績>経腹群Lap 29(59.2%),開腹移行1(3.4%)(癒着による),Gyne併施10(20.4%).手術時間(中央値)(分) 193/85(P<0.001),(徐：Gyneパート：170/85(P<0.001)),術後在院(中央値)(日)8/5(P=0.004),CD(0/1/2/5):31/10/8/0 vs 6/1/1/1 (P=0.557),重症AE 0/1(P=0.11).その他有意差なし.
<術後成績>再発3(6.1%)/5(55.6%)(P=0.001).RFS(月):11.3 vs 20.0.術後便秘の新規発生/増悪 28(57.1%)/ 0(0%)(p=0.004).
【考察】
経腹群で再発が既報より少なく,重症合併症なし.手術時間は長いが,Gyne手術の併施が20.4%あり,耐術があれば経腹の利点を活かせる.術後便秘が経腹で58.7%と高率.
【結論】
経腹的後方固定は安全かつ再発の低減に寄与.一方,術後便秘対策を要する.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科・肛門科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ビデオワークショップ４　直腸脱に対する外科治療　適応と治療成績１

司会：門馬 智之（公立大学法人 福島県立医科大学附属病院）、田畑 敏（市立砺波総合病院）

[VWS4-4] 当院における腹腔鏡下直腸固定術(Well’s変法)について

*福岡 麻子[1]、磯村 香介[1]、臼井 創大[1]、天野 優希[2]、勝又 健太[3]、佐々木 大祐[1]、浜辺 太郎[2]、根岸 宏行[2]、大島 隆一[3]、内藤 正規[1]、四万村 司[3]、牧角 良二[2]、民上 真也[1] (1. 聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科、2. 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科、3. 川崎市立多摩病院消化器・一般外科)

当院では2010年から直腸脱に対して腹腔鏡下直腸固定術を導入し、現在は主にWell’s変法を施行している。子宮脱、子宮摘出後の膣断端脱を合併している症例に対しては単純子宮全摘、膣壁形成術を同時に施行している。当初は直腸間膜を剥離後に引き上げ、仙骨にタッカーで固定していたが、再発、術後合併症を経験し、Well’s変法に移行し、恥骨直腸筋の縫縮、腹膜の縫合閉鎖を追加してきた。高齢者が多い疾患であるが、術前検査で全身麻酔が可能と判断され、脱出腸管が5㎝以上の症例を適応としている。術前の画像検査は下部消化管内視鏡、またはCT colonographyで悪性腫瘍を除外し、脱出腸管の長さは座位での怒責で確認している。
症例数は2010年から2025年まで、腹腔鏡下直腸固定術が68例、経肛門手術が60例であった。
手術は5ポートで施行し、直腸間膜を骨盤底まで剥離している。前壁は腹膜翻転部を開放し、多くの症例で側方靭帯まで切離している。恥骨直腸筋の縫縮は非吸収糸で2針施行している。メッシュは透見性の良いソフトメッシュ（Bard）を4－5㎝幅で使用し、腸管壁に固定後、余剰分を切離している。メッシュによる腸管狭窄を懸念し、全周性に被覆しないように留意しているが、再発予防の観点からは、腸間膜ではなく、腸管壁に固定することが肝要であると考えている。
同一の手順で行っている2021～2025年まで、腹腔鏡下直腸固定術（Well’s変法）のみを施行した症例は28例であった。患者背景は、年齢中央値　82.5歳 (25-96)、男女比　3：25、ASA-PS 2/3　23/5で、手術成績は、手術時間中央値 209.5分（131-347)、出血量　28.5ml（5-150)、術後在院日数　9日（3－22）であった。術後早期合併症は認めなかった。再発は3例に認めており、1例は術後1か月でMPSを認めた。また、術後4か月、13ヶ月で完全直腸脱を１例ずつ認め、これらは再手術をしていた。1例は腸管壁とメッシュの固定が不十分であったと思われ、デロルメ法を施行した。もう1例はＳ状結腸が脱出しており、S状結腸の固定を追加した。今後の課題として、手術時間の短縮、術前検査としてDefecographyの導入が考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科・肛門科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ビデオワークショップ４　直腸脱に対する外科治療　適応と治療成績１

司会：門馬 智之（公立大学法人 福島県立医科大学附属病院）、田畑 敏（市立砺波総合病院）

[VWS4-5] 腹腔鏡下直腸固定術（LVR）の術式の工夫

*野明 俊裕[1]、石井 正之[1]、石橋 英樹[1]、鈴木 麻未[1]、白水 良征[1]、長田 和義[1]、荒木 靖三[1] (1. 社会医療法人社団高野会くるめ病院)

【背景】我々は2013年３月から直腸脱手術においてVentral rectopexy（以下LVR）を開始し、現在LVRを基本術式としている。
【目的】LVRの治療成績と手術の工夫を示し、今後のさらなる改良や再発症例の対応など当院の取り組みを示す。
【対象】2013年1月から2024年１２月までに当院で行った直腸脱手術393例中LVRを行った249例。女性228例男性21例、平均年齢は78.2歳（28‐100歳）。平均観察期間は449日（8‐4254日）であった。
【方法】開始当初は参考文献から直腸Rb前壁のみをメッシュで縫合し岬角に吊り上げ固定していたが、弛緩した肛門挙筋から直腸を確実に遊離し直腸Rb全体を吊り上げる目的で直腸の肛門挙筋レベルまでの剥離と肛門挙筋へのメッシュ縫合を追加した。さらに口側の直腸重積を予防する目的で直腸Raの結腸紐へのメッシュ縫合を追加した。それぞれの再発率をカルテおよび当院の直腸脱データベースより検討した。またほかの骨盤内臓器脱出（以下POP）の有無と再発の有無も検討した。さらに本術式の術後便失禁、便秘への影響を検討した。
【結果】女性の再発は30例13.2%であったのに対し男性の再発は5例23.8%と高率であった。POPを伴う症例は女性226例中95例で認められ、13例で仙骨膣固定術が追加されていた。POPありの再発が11例11.6%、POPなしでは19例14.5%で有意差は認められなかった。術式別でみるとRbのみにメッシュを縫合した場合の再発率は19.2%であるのに対しRbに加え肛門挙筋とRaに縫合した場合には11.8%と再発抑制効果が認められた。
Wexnerの便失禁スコアは術前9.9から術後5.3へ、CSSは術前6.0から術後3.5へ改善し排便機能改善効果が認められた。
【考察】男性直腸脱に対してはLVRのみでは再発が多く後方への固定を追加を加えるなど区糞が必要と思われた。直腸脱に対してはLVRのみでは再発してしまう症例が10%程度存在しその対策を講じる必要があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科・肛門科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第2会場（2F コンベンションホール2）
ビデオワークショップ４　直腸脱に対する外科治療　適応と治療成績１
司会：門馬 智之（公立大学法人 福島県立医科大学附属病院）、田畑 敏（市立砺波総合病院）

[VWS4-6] 当院における直腸脱の治療戦略と術式選択 ―機能評価と排便指導を含めた包括的アプローチ―

*松木 豪志[1]、岡本 亮[1]、一瀬 規子[1]、長野 心太[1]、藤川 正隆[1]、岩崎 寿光[1]、中嶋 隆善[1]、生田 真一[1]、仲本 嘉彦[1]、相原 司[1]、柳 秀憲[1] (1. 明和病院外科・骨盤底(機能障害・臓器脱)センター)

【目的】 直腸脱はQOLを著しく損なう疾患であり、解剖学的修復と術後の排便機能維持が重要である。本発表では、当院における患者背景と局所所見に基づく術式選択、およびバイオフィードバック（BF）外来や排便習慣指導を併用した周術期管理の現状を報告する。
【対象と成績】 2022年3月から2026年4月までに当院で手術を施行した直腸脱102例を対象とした。術式の内訳は、腹腔鏡下腹側直腸固定術（LVR）77例、Delorme手術18例、腹腔鏡下縫合固定術（LSR）6例、Altemeier手術1例、Wells手術1例であった。
【治療戦略および術式選択】 当院ではLVRを基本術式としている。一方、若年症例に対しては、将来を見据えた異物（メッシュ）留置への抵抗感から、また再発症例において直腸周囲の剥離が著しく困難な場合には、LSRを選択している。さらに、全身麻酔に耐えられない超高齢者や全身状態不良の症例に対しては、低侵襲な会陰式手術（主としてDelorme手術、症例に応じAltemeier手術）を選択し、安全性を担保している。
【機能的アプローチと若年者への対応】 当院の特徴として、解剖学的修復にとどまらず、術前術後のBF外来を通した機能面へのアプローチを重視している。客観的な評価に基づく排便訓練により術後の便失禁や排便困難に対処するとともに、特に若年者に対しては、長期的なQOL維持と将来的な再発予防を見据え、排便習慣の指導を行っている。
【結語】 LVRを基本としつつ、若年者・剥離困難例へのLSR、ハイリスク例への会陰式手術など、症例ごとの柔軟な術式選択が不可欠である。これにBF外来や徹底した排便習慣指導を組み合わせることで、包括的かつ安全な直腸脱治療を実現している。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科・肛門科
2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第2会場（2F コンベンションホール2）
ビデオワークショップ４　直腸脱に対する外科治療　適応と治療成績１
司会：門馬 智之（公立大学法人 福島県立医科大学附属病院）、田畑 敏（市立砺波総合病院）

[VWS4-7] 当院における腹腔鏡下直腸固定術の経験

*伊藤 信一郎[1]、牟田 裕貴[1]、山崎 遥[1]、進 誠也[1]、岡田 和也[1] (1. 光晴会病院)

【はじめに】
近年、高齢化に伴い骨盤底筋群の筋力低下や支持組織の脆弱化により直腸脱の患者は増加傾向を認める。直腸脱には明らかに肛門から直腸が脱出する完全直腸脱と直腸が重積した状態で肛門からは脱出しない不顕性直腸脱（直腸重積症）に分類される。不顕性直腸脱により患者は肛門部の強い症状を訴えるが、一般診療では異常なしと見逃されることも多々ある。
当院では症状と排便造影から不顕性直腸脱と診断された症例には腹腔鏡下直腸固定術を行っている。また完全直腸脱症例については、経肛門手術と腹腔鏡下直腸固定術の術式適応の基準を、脱出長5㎝としている。当院での腹腔鏡下直腸固定術の工夫と成績について報告する。
【手術手技】
5ポートで手術を施行。岬角で腹膜を切開して直腸固有筋膜を確認し、直腸背側を左右から連続させる。直腸を牽引しながら肛門側に向けて直腸授動進める。神経温存しながら、中直腸動脈は切離し、肛門挙筋のレベルまで授動を進める。8×5cmのメッシュを仙骨に非吸収糸で4針縫合固定し、メッシュは直腸の左右を非吸収糸で3針ずつ固定する。腹膜は連続縫合し、メッシュが露出しないように骨盤底形成を行う。
【手術成績】
対象は2022年12月から2026年5月に当院で腹腔鏡下直腸固定術を施行した32例で、男女比2:30、年齢中央値79.5（57-91）であった。経肛門手術後再発症例は10例、不顕性直腸脱は5例であり、完全直腸脱の脱出長は5.5㎝（3-10）であった。手術時間226分、出血量少量。CD II 以上の合併症として、術翌日に骨盤内血種により輸血を要した。術後在院日数は10.5日（7-21）であった。
【まとめ】
腹腔鏡下直腸固定術は良性疾患に対する手術であり、手術の安全性と根治性に留意しながら手術を行った。今後さらに、機能性も考慮した手術を考慮することが肝要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科・肛門科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ビデオワークショップ４　直腸脱に対する外科治療　適応と治療成績１

司会：門馬 智之（公立大学法人 福島県立医科大学附属病院）、田畑 敏（市立砺波総合病院）

[VWS4-8] 90歳以上の超高齢者に対する直腸脱手術例の検討

*西森 英史[1]、澤田 健[1]、三浦 秀元[1]、大野 敬祐[1]、柏木 清輝[1]、鬼原 史[1]、岡田 邦明[1]、矢嶋 知己[1]、秦 史壯[1] (1. 札幌道都病院　外科)

緒言：高齢者社会に進行により直腸脱患者を診察する機会が増えている。直腸脱は高齢女性に多く発生する疾患であり、患者は一般に高齢で虚弱であり、その治療法は簡便で低侵襲なものが望ましい。このため経腹的手術より、より低侵襲な経会陰的手術が望まれる傾向にある。当施設では脱出長が概ね5cm以下の症例では、高齢者にはPPHを、それ以外では腹腔鏡下手術を施行している。脱出長が5cm以上であれば、年齢を問わず原則、自動縫合器を用いた会陰式脱出腸管切除術（Perineal Stapled Prolapsed Resection）を施行している。
対象：これまでに当院で手術を施行した直腸脱508症例のうち、90歳以上の超高齢者88症例（初発52例、再発36例）を検討した。
結果：平均年齢は92.2歳（90〜101歳）。男性2例、女性86例。43例（48.9%）に認知障害/認知症を認めた。手術術式は、会陰式脱出腸管切除術75例、腹腔鏡下直腸脱修復術5例、Thiersche法3例　、PPH1例、その他4例であった。平均手術時間は会陰式脱出腸管切除術19.6分、腹腔鏡下手術117.4分。CD分類でGradeⅢ以上の合併症は4例（0.45%）で、術後出血3例、肺炎1例（GradeⅤ）で、いずれも会陰式脱出腸管切除術症例であった。再発は会陰式脱出腸管切除術症例の19例（21.6%）に認めた。腹腔鏡下手術例に再発は認めていない。再発の15例は再手術、4例は経過観察となった。
考察と結語：会陰式脱出腸管切除術は簡便、短時間で施行可能であり、合併症も低率であるが、再発率は高い傾向を認めた。一方、腹腔鏡下手術は長時間を要するが再発は認めず、高い治癒率が得られた。高齢・脆弱な患者にどこまで根治性を追求すべきか、実臨床においては判断に迷う症例も少なくない。患者や家族の希望に加え、ADLや生活環境に即した術式を選択すべきであると思われる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科・肛門科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ビデオワークショップ４　直腸脱に対する外科治療　適応と治療成績１

司会：門馬 智之（公立大学法人 福島県立医科大学附属病院）、田畑 敏（市立砺波総合病院）

[VWS4-9] 当院における直腸脱治療のMRIを用いた予後予測

*阿部 陽介[1]、小野 芳人[1]、竹田 正範[1]、松本 欣也[1]、渡辺 英夫[1]、鉾石 文彦[2]、石丸 啓[3]、渡辺 学[1] (1. 医療法人ミネルワ会渡辺病院、2. ほこいし医院、3. 愛媛大学医学部附属病院消化器外科)

【初めに】直腸脱（完全直腸脱）は、直腸先進部が肛門外に全層性に脱出する。治療としては手術加療が第一に考えられるが、様々な術式が挙げられる。当院では、5㎝未満の脱出長の直腸脱に対して主にDelorme法を用い、肛門の弛緩例についてはThiersch法を追加している。術後の再発率や術後の経過について筋層を数値で示しての報告みられない。今回、当院での直腸脱に対してDelorme+Thiersch法施行後の術後経過について、MRI画像を用いて術後再発率との相関について検討を行い、手術動画も交えて結果を報告する。【術式】全身麻酔下（もしくは腰椎麻酔下）、砕石位で手術を開始する。ローンスターをかけ視野を確保する。腸管を脱出させ、腹側と背側の脱出腸管長を測定する。歯状線から口側1㎝を目安に切離ラインを決定する。脱出腸管の3倍の長さを目安に粘膜を切除する。粘膜切除前に、歯状線から5㎜を目安として、12時・3時・6時・9時で縫合糸をかけておく。粘膜を切除後、全周性に縫合を行う。縫合の際、筋層はなみなみにかけ、筋層が蛇腹状になるようにする。Thierschについては、6号ブジーが通る太さで締める。【対象・方法】2025年04月から09月までに当院で直腸脱に対して、
Delorme+Thiersch法での手術加療を施行した10例を対象とし、MRIで最も筋層の面積が大きい部位（肛門縁より約2㎝）で測定を行った。【結果】年齢は中央値83.5歳（16-88歳）、性別は男性 1例・女性 9例、術前の脱出腸管長は前壁が中央値4.25㎝（2.5-8.5㎝）・後壁が中央値4.5㎝（1.5-8.5㎝）、切除した直腸粘膜長は中央値13.75㎝（8-23㎝）、切除腸管長/脱出腸管長（前壁）は中央値2.8（1.9-5.4）であった。再発症例は2例であった。MRIを術後施行できている症例は5例であった。筋層の面積は中央値430㎜^{2}（376-785㎜^{2}）であった。再発症例との比較では、再発例は2例で中央値410㎜^{2}（390-430㎜^{2}）、無再発症例は3例で中央値714㎜^{2}（376-785㎜^{2}）であった。症例数が少なく有意差については測定不能であったが、筋層の面積としては、無再発症例の方が大きい傾向にあった。【結語】症例数が10例と少なく、有意差は測定不能であったが、今後も症例数を増やし検討を続けていく。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ビデオワークショップ５　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？2

司会：松田 宙（JCHO大阪病院　外科)、髙橋 広城（名古屋市立大学医学部附属西部医療センター）

[VWS5-1] 腹腔鏡と比較したロボット結腸手術の安全性と有用性：多施設データベースを用いた後方視的解析

*富永 哲郎[1,2,3]、白石 斗士雄[3]、福岡 秀敏[3]、井上 悠介[1,2]、高村 祐磨[1,2]、足立 利幸[1,2]、片山 宏己[1,2]、山口 峻[1,2]、丸田 浩史[1,2]、橋本 慎太郎[1,2]、野田 恵佑[1,2]、松本 桂太郎[2]、野中 隆[1,2] (1. 長崎大学病院　外科学講座　大腸・肛門外科、2. 長崎大学大学院 胸部・骨盤外科学分野、3. 諫早総合病院)

[VWS5-2] 結腸癌に対するロボット支援手術の定型化と短期成績―209例の前後期比較からみた現時点での到達点―

*末田 聖倫[1]、賀川 義規[1]、西村 潤一[1]、波多 豪[1]、北風 雅敏[1]、小林 雄太[1]、河口 恵[1]、長谷川 健太[1]、萩谷 哲一[1]、東倉 賢治郎[1]、牛丸 裕貴[1]、小松 久晃[1]、柳本 喜智[1]、金村 剛志[1]、山本 和義[1]、後藤 邦仁[1]、小林 省吾[1]、宮田 博志[1]、大植 雅之[1] (1. 大阪国際がんセンター　消化器外科)

[VWS5-3] ハイボリュームセンターにおける結腸癌に対するロボット支援手術の現状と今後の展望

*田中 佑典[1]、塩見 明生[1]、眞部 祥一[1]、笠井 俊輔[1]、小嶋 忠浩[1]、森 千浩[1]、髙嶋 祐助[1]、辻尾 元[1]、八尾 健太[1]、横山 希生人[1]、小林 尚輝[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 峻助[1] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

[VWS5-4] 結腸癌に対するロボット支援手術の現状と課題：標準治療としての「着地点」を見据えた当科の取り組み

*平木 将之[1,2]、安井 昌義[1]、柳澤 公紀[1]、在田 麻美[1]、森本 祥悠[2]、加藤 伸弥[2]、橋本 雅弘[2]、畑 泰司[2]、武田 裕[1]、村田 幸平[1] (1. 関西労災病院 消化器外科、2. 大阪急性期・総合医療センター)

[VWS5-5] 脾弯曲部近傍の横行結腸・下行結腸癌に対するロボット支援手術の短期成績：腹腔鏡手術との比較

*有賀 翔太[1]、髙見澤 康之[1]、隈本 雄大[1]、田藏 昂平[1]、塚本 史雄[1]、永田 洋士[1]、塚本 俊輔[1]、金光 幸秀[1] (1. 国立がん研究センター中央病院　大腸外科)

[VWS5-6] ロボット大腸手術における体内再建の安定化戦略としてのFusion Surgery：Double Bipolar Methodを基盤としたPhase別workflowの提案

*藤本 禎明[1]、本坊 拓也[1]、泉 琢磨[1]、吉田 倫太郎[1]、原田 昇[1]、定永 倫明[1] (1. 済生会福岡総合病院外科)

[VWS5-7] 結腸癌ロボット手術の現状と着地点 ― 手術成績、外科教育、force feedbackの可能性

*田村 公二[1,2]、藤本 崇聡[1]、永吉 絹子[1]、水内 祐介[1]、新川 智彦[2]、村上 聡一郎[2]、大内田 研宙[1]、内山 明彦[2] (1. 九州大学病院臨床・腫瘍外科、2. JCHO九州病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ビデオワークショップ５　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？2

司会：松田 宙（JCHO大阪病院　外科）、髙橋 広城（名古屋市立大学医学部附属西部医療センター）

[VWS5-1] 腹腔鏡と比較したロボット結腸手術の安全性と有用性：多施設データベースを用いた後方視的解析

*富永 哲郎[1,2,3]、白石 斗士雄[3]、福岡 秀敏[3]、井上 悠介[1,2]、高村 祐磨[1,2]、足立 利幸[1,2]、片山 宏己[1,2]、山口 峻[1,2]、丸田 浩史[1,2]、橋本 慎太郎[1,2]、野田 恵佑[1,2]、松本 桂太郎[2]、野中 隆[1,2] (1. 長崎大学病院　外科学講座　大腸・肛門外科、2. 長崎大学大学院 胸部・骨盤外科学分野、3. 諫早総合病院)

背景：結腸癌に対するロボット手術が保険収載され、現在全大腸癌に対しロボット手術の施行が可能となった。結腸癌においても、ロボット特有の精緻な手術が可能となる一方、直腸癌と比較し広範囲の授動を必要とするため様々な課題も多く、周術期成績に関する報告も限られている。
対象：2016年から2025年までに長崎大学および関連7施設において、結腸癌に対し鏡視下に結腸切除を施行した4084例を、ロボット手術群（R群：n=438）および腹腔鏡手術群（L群：n=3646）に分類した。Propensity score matchingにて背景因子を調整し、各群438例が抽出された。臨床病理学的因子および周術期成績について比較検討した。
結果：Matching前は、R群において年齢が若く（72歳 vs 73歳、p<0.001）、S状結腸切除が多く（51.4% vs 40.5%、p<0.001）、cT4が少なく（13.7% vs 20.3%、p<0.001）、cN positiveが少なく（27.2% vs 41.5%、p<0.001）、遠隔転移が少なかった（5.9% vs 11.5%、p<0.001）が、Matching後は両群間の背景に差はみられなかった。Matching後は、手術時間は同等（218分 vs 208分、p=0.905）で、R群において出血量が少なく（10ml vs 15ml、p=0.027）、術後合併症が少なく（7.5% vs 15.3%、p<0.001）、術後在院日数が短かった（10日 vs 12日、p<0.001）。
結論：結腸癌に対するロボット手術は、腹腔鏡と比較し出血量や合併症の軽減、在院日数の短縮など良好な短期成績であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ビデオワークショップ 5　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？2

司会：松田 宙（JCHO大阪病院　外科）、髙橋 広城（名古屋市立大学医学部附属西部医療センター）

[VWS5-2] 結腸癌に対するロボット支援手術の定型化と短期成績―209例の前後期比較からみた現時点での到達点―

*末田 聖倫[1]、賀川 義規[1]、西村 潤一[1]、波多 豪[1]、北風 雅敏[1]、小林 雄太[1]、河口 恵[1]、長谷川 健太[1]、萩谷 哲一[1]、東倉 賢治郎[1]、牛丸 裕貴[1]、小松 久晃[1]、柳本 喜智[1]、金村 剛志[1]、山本 和義[1]、後藤 邦仁[1]、小林 省吾[1]、宮田 博志[1]、大植 雅之[1] (1. 大阪国際がんセンター　消化器外科)

【緒言・目的】結腸癌に対するロボット支援結腸切除術の標準化には、部位別術式の定型化と再現性の高い手術体制の構築が重要である。当科では右側・左側結腸に大別してポート配置、アプローチ、手術手順を整理し、術式の定型化を進めてきた。今回、その実際をビデオで提示するとともに、短期成績を前後期で比較検討した。【手技】右側結腸癌はPfannenstiel切開を用いた4ポート＋助手1ポートで後腹膜アプローチを基本とし、体腔内吻合を標準とした。中結腸動脈領域郭清例では同一ポート配置で頭側アプローチを併用した。左側結腸癌は直腸癌手術と共通化した4ポート＋助手1ポートで行った。【対象・方法】2020年7月～2026年3月に施行した209例を対象とし、前期（2020年7月～2024年12月、107例）と後期（2025年1月～2026年3月、102例）で比較した。【結果】背景因子では性別、年齢、BMI、ASA-PS、腹部手術歴、cStageに有意差を認めなかった。一方、後期群では左側結腸癌の割合が有意に高く（65.7% vs 29.0%, p<0.01）、術前治療例も多い傾向を認めた。出血量およびリンパ節郭清個数に差は認めず、腫瘍学的妥当性は保たれていた。術中合併症、再手術に差を認めず、術後関連死亡は両群とも認めなかった。術後合併症はClavien-Dindo分類all gradeで6.5% vs 4.9%、Grade IIIa以上で4.6% vs 1.9%と、いずれも有意差を認めなかった。一方、手術時間中央値は226分から170分、コンソール時間中央値は157分から124分へと、いずれも有意に短縮し（いずれもp<0.01）、術後在院日数中央値も7日から5日へ有意に短縮した（p<0.01）。これらの改善は、後期群で左側結腸癌が多いという症例構成の違いを認めつつも、安全性を損なうことなく一貫して得られていた。【結語】右側・左側に応じた部位別術式の定型化と経験集積により、安全性および根治性を損なうことなく、手術効率の向上と早期回復が得られる可能性が示唆された。結腸癌ロボット手術の実装において、部位別に再現性の高い手順を構築することは重要な到達点と考えられる。一方、適応の最適化と教育体系の構築は今後の課題である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ビデオワークショップ５　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？2

司会：松田 宙（JCHO大阪病院　外科）、髙橋 広城（名古屋市立大学医学部附属西部医療センター）

[VWS5-3] ハイボリュームセンターにおける結腸癌に対するロボット支援手術の現状と今後の展望

*田中 佑典[1]、塩見 明生[1]、眞部 祥一[1]、笠井 俊輔[1]、小嶋 忠浩[1]、森 千浩[1]、髙嶋 祐助[1]、辻尾 元[1]、八尾 健太[1]、横山 希生人[1]、小林 尚輝[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 峻助[1] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

【背景】結腸癌に対するロボット支援手術(Ro)は腹腔鏡手術(Lap)と比較し、開腹移行率や合併症発生率の低減が示されているが、手術時間延長やコストが高いことが指摘されている。当科では2019年11月に導入し、2026年3月までに約900例を経験している。
【目的】結腸癌に対するRoの治療成績、手術教育および運用効率化に向けた取り組みと今後の展望を考察する。
【治療成績】<方法>2019年～2025年に、Stage I-III結腸癌に対して、鏡視下で根治切除を行った症例を対象とし、Lap群とRo群の背景因子を傾向スコアマッチング(PSM)で調整し、治療成績を比較した。<結果>Lap/Ro群=601/655例。短期成績はPSM後のLap/Ro群=539/539例で比較した。手術時間はLap/Ro群=183/178分で有意差はなく、出血量≧50mLの症例はLap/Ro群=44(8.2%)/23(4.3%)例、開腹移行率はLap/Ro群=1.1/0%、術後合併症発生率(CD grade≧II)はLap/Ro群=13.9/6.5%で、Ro群が有意に少なかった。中期成績は2023年までに手術を行なった症例でPSMを行い、Lap/Ro群=138/138例で比較した。3年全生存率はLap/Ro群=96.2/97.8%、3年無再発生存率はLap/Ro群=93.3/91.9%で有意差はなかった(観察期間中央値46ヶ月)。
【手術教育】修練医はシミュレータや模擬臓器を用いて、Ro特有の手技の修練を行い、プロクターのもと、定型化した手術手技で部分執刀から開始している。術後のビデオカンファレンスで、手術手技のフィードバックや共有を行なっている。2023年度よりRoでの技術認定医申請を開始し、申請した5名全員が初回で技術認定を取得した。
【運用効率化】各科毎に予定枠に対する使用率を算出し、Ro枠の稼働最適化を図り、8科で年間1000件以上のRoを施行している。また、多職種で共同し、部屋移動を排した手術室割り、手術準備、入退室時間短縮を図り、年間300例を超えるロボット支援手術大腸癌手術を1日2件連続で行っている。
【結語】長期成績は症例蓄積が待たれるが、ハイボリュームセンターにおけるRoは、懸念される手術時間の増加なく、出血量、開腹移行、術後合併症の低減がみられた。また、効果的な手術教育が可能であり、運用効率化によりコスト面のデメリットの低減が期待できると考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科
2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
ビデオワークショップ５　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？2
司会：松田 宙（JCHO大阪病院　外科）、髙橋 広城（名古屋市立大学医学部附属西部医療センター）

[VWS5-4] 結腸癌に対するロボット支援手術の現状と課題：標準治療としての「着地点」を見据えた当科の取り組み

*平木 将之[1,2]、安井 昌義[1]、柳澤 公紀[1]、在田 麻美[1]、森本 祥悠[2]、加藤 伸弥[2]、橋本 雅弘[2]、畑 泰司[2]、武田 裕[1]、村田 幸平[1] (1. 関西労災病院 消化器外科、2. 大阪急性期・総合医療センター)

【目的】
結腸癌に対するロボット支援手術（以下R-colon）は症例数は伸長しているが、術後合併症や腫瘍学的予後の検証に加え、コスト、手術時間の短縮、効率的な教育体制の構築といった課題の克服が不可欠である。自施設におけるR-colonの導入から現在までの成績を検証し、術式最適化に向けた工夫と、今後の普及に向けた「着地点」について考察する。
【対象と方法】
2021年4月より当科で施行した結腸癌手術306例（PS0-2,StageIV除く）を対象とし、腹腔鏡下手術（以下L-colon）群187例とR-colon群119例の背景因子（性別、年齢、BMI、腫瘍径）をPropensity-score matchingで調整し、手術成績を後方視的に比較検討した。
【結果】
各コホート117例で比較。R-colon群ではPfannenstiel小切開（76%）、体腔内吻合（85%）を積極的に施行。術後在院日数はR-colon群で有意に短縮した(L/R:11日/ 8.1日, p<0.01)。手術時間はR-colon群で長かったが、LHC、eRHCでは同等、Sigmoidectomyでは短かった。BMI>30の肥満症例では、L-colon群で手術時間が延長したが、R-colon群では延長しなかった。VAS score、鎮痛剤使用数、合併症（Clavien-Dindo分類 Grade II以上）は、有意差を認めなかった(L/R：6.8%/5.1%, p=0.8)。腹壁瘢痕ヘルニア発生率は、R-colon群で低かった（L/R: 4.2%/0%, p=0.03）。
【当施設の工夫】
術式の定型化： ロボットの可動域を最大限に活かすポート配置と、剥離層を維持するための術野展開の定型化。
低侵襲性の追求：Pfannenstiel小切開とDST吻合を含む完全体腔内吻合（ICA）の定型化。
コスト・マンパワーの効率化： 器材費用の適正化を目指し、Fusion surgery導入や助手マンパワー削減に向けたDST吻合を含めたICAの実施。
【結語】
R-colonは、精緻な操作と低侵襲性により、特に術後在院日数の短縮やPfannenstiel切開導入による腹壁瘢痕ヘルニア防止において優位性を有する。今後の「着地点」としては、全症例への一律な適応ではなく、肥満症例や高難度術式などロボットのメリットが最大化される症例の選択、および徹底した効率化によるコスト・マンパワーの削減が重要である。さらに今後、創部の最小化による低侵襲性の追求が望まれる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ビデオワークショップ５　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？2

司会：松田 宙（JCHO大阪病院　外科）、髙橋 広城（名古屋市立大学医学部附属西部医療センター）

[VWS5-5] 脾弯曲部近傍の横行結腸・下行結腸癌に対するロボット支援手術の短期成績：腹腔鏡手術との比較

*有賀 翔太[1]、髙見澤 康之[1]、隈本 雄大[1]、田藏 昂平[1]、塚本 史雄[1]、永田 洋士[1]、塚本 俊輔[1]、金光 幸秀[1] (1. 国立がん研究センター中央病院　大腸外科)

【背景・目的】脾弯曲部近傍の横行結腸癌および下行結腸癌は手術難度が高い領域であるが、本領域に限定した腹腔鏡手術（Lap）とロボット支援手術（Robot）の比較報告は少ない。両群の短期成績を比較し、手術手技を供覧する。
【対象・方法】2021年11月～2026年3月にcStage I–III横行結腸・下行結腸癌に対し根治切除を施行した症例のうち、結腸右半切除例およびDST再建例を除外した98例（Lap 64例、Robot 34例）を対象とした。傾向スコアによる重み付け（IPTW法）を用いて短期成績を比較した。
【結果】背景因子調整前（Lap vs Robot）では、腫瘍局在は横行結腸が28.1% vs 26.5%、脾弯曲部が48.4% vs 50.0%、下行結腸が23.4% vs 23.5%で差を認めなかった（p=1.000）。IPTW後の術式内訳(横行結腸部分/下行結腸部分/結腸左半切除)は、56.4%/39.5%/4.1% vs 43.9%/45.3%/10.8%で差はなかった（p=0.305)。Robotは手術時間が短い傾向を示し（223 vs 211分、p=0.079）、出血量は有意に少なかった（14 vs 5 mL、p<0.001）。体腔内吻合はRobotで高率であった（22.6% vs 63.0%、p<0.001）。Clavien-Dindo Grade ≥ 2合併症はRobotで認められず（11.2% vs 0%、p=0.048）、術後在院日数も短かった（7 vs 6日、p<0.001）。
【手術手技】Robotは高精細な3D視野と多関節鉗子により安定した操作が可能であり、体腔内吻合および血管周囲のリンパ節郭清を安全に施行できる。体腔内吻合により授動範囲を最小限に抑えられることが、手術侵襲軽減および手術時間短縮に寄与した可能性がある。
【結語】脾弯曲部近傍の横行結腸・下行結腸癌に対するRobotは、Lapと比較して低侵襲で良好な短期成績を示し、有用な術式である可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科
2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
ビデオワークショップ５　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？2
司会：松田 宙（JCHO大阪病院　外科）、髙橋 広城（名古屋市立大学医学部附属西部医療センター）

[VWS5-6] ロボット大腸手術における体内再建の安定化戦略としてのFusion Surgery：Double Bipolar Methodを基盤としたPhase別workflowの提案

*藤本 禎明[1]、本坊 拓也[1]、泉 琢磨[1]、吉田 倫太郎[1]、原田 昇[1]、定永 倫明[1] (1. 済生会福岡総合病院外科)

【背景】
ロボット支援下大腸手術は急速に普及しているが，特に体内再建においては術者間のばらつきや手技の属人性が依然として課題であり，安定した再建手技の標準化が求められている．とくに狭骨盤や肥満症例では展開不良やalignment不良が術中トラブルの一因となりうる．

【目的】
本研究では，Double Bipolar Method（DBM）を中核としたtraction–countertraction制御と，助手との協働によるFusion Surgeryの概念に基づき，体内再建の安定化を目的とした再現性の高いworkflowを提示する．

【方法】
ロボット支援下結腸切除術における体内再建を6つのPhase（Setup，Mesenteric division，Perfusion check，Enterotomy，Anastomosis，Closure）に分解し，各Phaseにおける操作の要点と役割分担を定義した．精密な把持と安定したtraction–countertraction制御を可能とするDBMの特性を基盤とし，助手はstapler操作および腸管安定化を担う構造とした．本workflowを連続35例に適用し，周術期成績を後方視的に評価し，本workflowの安全性および実現可能性を検証した．

【結果】
35例において縫合不全および開腹移行は認めず，重篤な術中出血や再建関連合併症も認めなかった．Major complication（Clavien–Dindo ≥IIIa）はイレウス1例（2.9%）であった．各Phaseでの視野展開および操作の一貫性が向上し，特に再建操作におけるalignmentの再現性と出血制御の安定化が得られた．さらに手技の標準化により教育的再現性の向上も示唆された．本成績は特定の症例選択に依存せず適用可能であった．また，役割分担の明確化により手術進行の停滞が減少した．

【結論】
DBMを基盤としたFusion Surgeryは，ロボット大腸手術における体内再建の安定化に寄与する実践的戦略であり，Phase別workflowの提示により再現可能な標準化への一助となる可能性が示唆された．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:30 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ビデオワークショップ５　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？2

司会：松田 宙（JCHO大阪病院　外科）、髙橋 広城（名古屋市立大学医学部附属西部医療センター）

[VWS5-7] 結腸癌ロボット手術の現状と着地点 ― 手術成績、外科教育、force feedbackの可能性

*田村 公二[1,2]、藤本 崇聡[1]、永吉 絹子[1]、水内 祐介[1]、新川 智彦[2]、村上 聡一郎[2]、大内田 研宙[1]、内山 明彦[2] (1. 九州大学病院臨床・腫瘍外科、2. JCHO九州病院外科)

近年、ロボット支援手術は直腸癌を中心に急速に普及しているが、結腸癌における適応や位置づけについては依然議論が多い。われわれの結腸癌ロボット手術の成績と工夫を提示し、その臨床的「着地点」について検討する。
九州大学病院では2025年にda Vinci 5（DV5）を導入し、Xi2台およびHinotoriを含む4台体制となった。2023年6月から段階的に結腸癌へもRoboを導入したが、ロボット（Robo）と腹腔鏡手術（LAP）を比較すると、右側結腸癌（33例 vs 129例、229.9 vs 249.8分）および直腸高位前方切除術を含むS状結腸癌（63例 vs 164例、246.1 vs 238.8分）いずれにおいても手術時間に差はなく、出血量はRoboで少ない傾向であった。CD3以上の合併症率にも差は認めなかった。
Roboではコンソール操作時の助手は原則1名でよいため、マンパワー効率の観点からも有用である。
一方、Robo普及に伴い若手外科医の執刀機会減少が課題となる。当科では結腸癌の第一選択をRoboとしつつ、一部の症例をLapでレジデント先発執刀とする教育体制を導入してきた。さらにEquivalency Certification Program開始を踏まえ、2026年4月以降は関連施設含めてレジデント執刀のRobo手術を導入予定である。結腸癌手術のロボット化は短期成績の維持に加え、マンパワー効率向上や教育体系再構築に寄与し、将来的には遠隔手術など次世代外科医療の基盤となりうる。
一方で、DV5操作中に術者がFFBの抵抗感じることは実は非常に少なく、腹腔鏡手術熟練医は経験的「視覚」でロボットの欠点である「力覚」を補っている可能性が高い。DV5導入に伴い感じた腹腔鏡手術経験の重要性も議論すべき点である。
今回、前半に結腸癌症例のロボット手術映像を提示し、レジデント助手1名体制での手術手技を供覧する。後半ではDV5に搭載されたforce feedback（FFB）機能に着目し、術中操作とともに表示されるリアルタイムforce gauge動画やMy Intuitive内のFFBデータ、Sensitivity設定や手術シーンによるForce（N値）の解析結果を供覧する。術中牽引力をN値として可視化することで、組織把持や牽引操作の客観的評価が可能となり、熟練医と若手医師の操作の違いを数値化して検討できる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

2026年11月20日(金) 11:50 ~ 12:40 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

ランチョンセミナー１　IBD Expand -CD Session- ～患者さんに合った最適治療を見据えて～

司会：辰巳 健志（横浜市立市民病院　炎症性腸疾患センター）

共催：アッヴィ合同会社

[LS1-1] 肛門病変に対する内科治療の最適解を切り開く

*塩田 純也[1] (1. 長崎大学病院　消化器内科)

[LS1-2] クローン病治療におけるスキリージの可能性

*梅野 淳嗣[1] (1. 九州大学大学院　病態機能内科学)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

🏛2026年11月20日(金) 11:50 ~ 12:40 | 🏛第2会場（2F コンベンションホール2）

ランチョンセミナー２　進行・再発に対する直腸がん手術　～根治性と機能温存の最適化を求めて～

司会：的場 周一郎（東邦大学医療センター大森病院 消化器センター外科）

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン 株式会社

[LS2-1]「取り切る」と「生きていく」 ― 骨盤拡大手術が抱える二つの使命

*小倉 淳司[1] (1. 国立大学法人東海国立大学機構名古屋大学医学部附属病院腫瘍外科学)

[LS2-2] 障害ゼロを目指した機能温存手術の現在地

*沼田 正勝[1] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

2026年11月20日(金) 11:50 ~ 12:40 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ランチョンセミナー 3

司会：加藤 健志（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター）

共催：Natera合同会社

[LS3-1] SignateraによるMRD検査は大腸癌治療に何をもたらすか？

*沖 英次[1] (1. 九州大学病院 先端医工学診療部)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

2026年11月20日(金) 11:50 ~ 12:40 | 第5会場（1F 会議室102）

ランチョンセミナー 4

司会：竹政 伊知朗（大阪国際メディカル＆サイエンスセンター）

共催：コヴィディエンジャパン株式会社

[LS4-1] 暗黙知を、形式知へ。― 直腸切離・吻合術は"感覚"から"科学"へ ―

*賀川 義規[1] (1. 大阪国際がんセンター　大腸外科)

[LS4-2] 暗黙知を、形式知へ。― 直腸切離・吻合術は"感覚"から"科学"へ ―

*近藤 彰宏[1] (1. 香川大学医学部 消化器外科学)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

2026年11月20日(金) 11:50 ~ 12:40 | 第6会場（1F 会議室103）

ランチョンセミナー 5

司会：櫻井 宏一（服部胃腸科）

共催：EAファーマ株式会社

[LS5-1] 大腸がん検診の新たな展開 ― 大腸カプセル内視鏡と前処置を含めた最新戦略 ―

*岡 志郎[1] (1. 広島大学大学院 医系科学研究科消化器内科学)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

2026年11月20日(金) 11:50 ~ 12:40 | 第7会場（1F 会議室107）

ランチョンセミナー６　潰瘍性大腸炎関連治療の最適解を求めて–内科・外科の視点から考える治療戦略と連携–

司会：松岡 克善（東邦大学医療センター 佐倉病院 消化器内科）

共催：富士製薬工業株式会社

[LS6-1] 潰瘍性大腸炎関連大腸腫瘍に対する内視鏡診療の現状

*久部 高司[1] (1. 福岡大学筑紫病院 消化器内科)

[LS6-2] 潰瘍性大腸炎、cancer/dysplasiaに対する手術治療

*内野 基[1] (1. 兵庫医科大学 消化器外科学講座 炎症性腸疾患外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

2026年11月20日(金) 11:50 ~ 12:40 | 第8会場（1F 会議室108）

ランチョンセミナー７

司会：味村 俊樹（自治医科大学医学部外科学講座消化器一般移植外科学部門）

共催：イノバセル株式会社

[LS7-1] 新時代を迎える便失禁診療　～私たちには、まだまだできることがある～

*矢野 雷太[1] (1. 広島記念病院　消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

2026年11月20日(金) 11:50 ~ 12:40 | 第9会場（1F 会議室101-A）

ランチョンセミナー 8

司会：植村 守（大阪大学大学院医学系研究科　外科学講座　消化器外科学）

共催：シスメックス株式会社

[LS8-1] hinotori™と歩む　見えてきた標準化と最適化

*茂田 浩平[1] (1. 慶應義塾大学医学部　外科学（一般・消化器))

[LS8-2] hinotori™と歩む　見えてきた標準化と最適化

*三宅 亨[1] (1. 滋賀医科大学　消化器・一般外科学講座)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

2026年11月20日(金) 11:50 ~ 12:40 | 第10会場（1F 会議室101-B）

ランチョンセミナー 9

司会：平田 敬治（産業医科大学　第1外科）

共催：ゼリア新薬工業株式会社

[LS9-1] 大腸癌と炎症性腸疾患における鉄欠乏性貧血管理の戦略

*石原 聡一郎[1] (1. 東京大学医学部　腫瘍外科・血管外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

2026年11月20日(金) 11:50 ~ 12:40 | 第12会場（1F 会議室109）

ランチョンセミナー 10

司会：佐竹 悠良（国立大学法人 高知大学 医学部 腫瘍内科学講座）

共催：インサイト・バイオサイエンシズ・ジャパン合同会社

[LS10-1] 肛門扁平上皮癌の薬物療法2026

*工藤 敏啓[1] (1. 地方独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪国際がんセンター 腫瘍内科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ワークショップ１　大腸Neuroendocrine neoplasm 治療の最適解

司会：塩谷 昭子（川崎医科大学　消化器内科)、関口 正宇（国立がん研究センター がん対策研究所 検診開発研究部）

[WS1-1] 当院における直腸NENに対する内視鏡切除後の長期成績

*加藤 尚宏[1]、岸田 圭弘[1]、網岡 祐生[1]、山根 大寛[1]、才野 正新[1]、濵田 拓郎[1]、上垣内 由季[1]、田中 秀典[1]、山下 賢[1]、桑井 寿雄[2]、岡 志郎[1] (1. 広島大学病院消化器内科、2. 広島大学病院消化器内視鏡医学講座)

[WS1-2] 当院における直腸NET内視鏡切除後ハイリスク症例における管理方針の現状

*稲田 裕[1]、宮本 和真[1]、反橋 美香[1]、篠原 美紀[1]、加藤 大貴[1]、坂本 佳織[1]、高塚 京華[1]、吉田 拓馬[1]、提中 克幸[1]、吉田 寿一郎[1]、田中 信[1]、中津川 善和[1]、西村 健[1]、藤井 秀樹[1]、戸祭 直也[1]、佐藤 秀樹[1]、奥山 祐右[1] (1. 京都第一赤十字病院消化器内科)

[WS1-3] 直腸NET G1・G2におけるリンパ節転移リスクと再発の検討

*坂元 慧[1]、武井 信諭[1]、出嶋 皓[1]、中守 咲子[1]、加藤 博樹[1]、高雄 美里[1]、中野 大輔[1]、佐々木 和人[1]、川合 一茂[1]、清水口 涼子[2]、飯塚 敏郎[2] (1. がん・感染症センター都立駒込病院大腸外科、2. がん・感染症センター都立駒込病院消化器内科)

[WS1-4] 直腸NETにおけるリンパ節転移のリスク因子と治療方針についての検討

*岩佐 陽介[1]、小山 文一[1,2]、井上 隆[1]、高木 忠隆[1]、藤本 浩輔[1]、田村 昂[1]、江尻 剛気[1]、吉川 千尋[1]、庄 雅之[1] (1. 奈良県立医科大学　消化器・総合外科、2. 奈良県立医科大学附属病院　中央内視鏡部)

[WS1-5] 10mmから20mm未満の直腸Neuroendocrine neoplasmに対する治療の検討

*水上 亮佑[1,2]、佐伯 泰愼[1]、鈴木 健太[1]、新井 貴大[1]、米村 圭介[1]、福永 光子[1]、田中 正文[1]、山田 一隆[1]、辻 順行[3]、髙野 正太[3] (1. 大腸肛門病センター高野病院消化器外科、2. 防衛医科大学校外科学講座１、3. 大腸肛門病センター高野病院肛門科)

[WS1-6] 直腸神経内分泌腫瘍に対する内視鏡治療後の垂直断端陽性・判定不能例における追加内視鏡治療：初回治療内容と遺残腫瘍の検討

*楠原 光謹[1,5]、関口 正宇[1,2,3]、豊嶋 直也[1]、高丸 博之[1]、山田 真善[1]、小林 望[3]、橋本 大輝[4]、久松 理一[5]、斎藤 豊[1] (1. 国立がん研究センター中央病院内視鏡科、2. 国立がん研究センターがん対策研究所検診開発研究部、3. 国立がん研究センター中央病院検診センター、4. 国立がん研究センター病理診断科、5. 杏林大学医学部消化器内科学)

[WS1-7] 直腸神経内分泌腫瘍に対する内視鏡非治癒切除後におけるリンパ節転移関連因子および長期予後の検討

*早坂 淳之介[1]、三浦 康朗[2]、福井 雄大[3]、田中 潤治[1]、小田 実[1]、河合 優佑[1]、大和 洸[1]、落合 頼業[1]、鈴木 悠悟[1]、小田切 啓之[1]、松井 啓[1]、前田 裕介[3]、平松 康輔[3]、花岡 裕[3]、戸田 重夫[3]、上野 雅資[3]、黒柳 洋弥[3]、布袋屋 修[1] (1. 虎の門病院消化器内科、2. 虎の門病院病理診断科、3. 虎の門病院消化器外科)

[WS1-8] 直腸NETのリンパ節転移リスク因子の検討

*山本 峻也[1]、小澤 真由美[1]、工藤 孝迪[1]、武井 将伍[1]、前橋 学[1]、太田 絵美[1]、古山 和樹[1]、福田 敏之[1]、横山 亘[1]、石黒 哲史[1]、額田 卓[1]、沼田 正勝[1]、船津屋 拓人[2]、皆川 結明[2]、大矢 浩貴[2]、江畑 信孝[2]、田 鐘寛[2]、諏訪 宏和[3]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科、2. 横浜市立大学医学部消化管外科学、3. 横須賀共済病院外科)

[WS1-9] 直腸NET手術におけるDistal resection marginの最適解～Short distal resection marginは許容されるか～

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

*佐藤 健太郎[1]、松井 信平[1]、中野 薫[2]、前田 裕斗[1]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研究会有明病院消化器センター大腸外科、2. がん研究会有明病院消化器センター病理部)

[WS1-10] 直腸NETのリンパ節転移マッピングと術後予後：外科適応最適化に向けて

*高岡 亜弓[1,2]、塚本 俊輔[2]、入江 直子[1]、杉野 葵[1]、白石 壮宏[1]、近 範泰[1]、松山 貴俊[1]、熊谷 洋一[1]、石田 秀行[1]、金光 幸秀[2] (1. 埼玉医科大学総合医療センター、2. 国立がん研究センター中央病院大腸外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ワークショップ１　大腸Neuroendocrine neoplasm 治療の最適解

司会：塩谷 昭子（川崎医科大学　消化器内科）、関口 正宇（国立がん研究センター がん対策研究所 検診開発研究部）

[WS1-1] 当院における直腸NENに対する内視鏡切除後の長期成績

*加藤 尚宏[1]、岸田 圭弘[1]、網岡 祐生[1]、山根 大寛[1]、才野 正新[1]、濵田 拓郎[1]、上垣内 由季[1]、田中 秀典[1]、山下 賢[1]、桑井 寿雄[2]、岡 志郎[1] (1. 広島大学病院消化器内科、2. 広島大学病院消化器内視鏡医学講座)

【背景と目的】 直腸NEN （Neuroendocrine neoplasia） に対する内視鏡切除は、腫瘍径10mm未満かつ深達度が粘膜下層までにとどまる病変が適応であるが、切除標本の病理組織学的評価で脈管侵襲、固有筋層浸潤、切除断端陽性、Grade2以上の場合には非治癒切除として追加切除が推奨される。しかし、長期治療成績に基づいた追加手術の必要性のエビデンスは乏しい。今回、当院における直腸NENに対する内視鏡切除後の病理組織所見と長期成績を明らかにすることを目的とした。
【対象と方法】 2001年7月から2026年2月に当院において内視鏡切除を行った直腸NEN 148症例154病変 (男性97例、平均年齢56歳) を対象とし、治癒切除群、非治癒切除追加外科切除群、および非治癒切除経過観察群別に内視鏡切除後の長期成績を後方視的に検討した。
【結果】 各群別 (治癒切除群103例/非治癒切除追加外科切除群9例/非治癒切除経過観察群42例) の検討では、腫瘍径中央値 (範囲) は、5.0mm (3.7-6.0mm)/6.0mm (4.9–10mm)/5.4mm (4.4–6.9mm) で、内視鏡切除法別では、EMR 42/2/20例, ESMR-L (Endoscopic submucosal resection using a ligation device) 43/2/12例, ESD18/5/10例で、全例一括切除が施行された。完全一括切除率は100%/44%/50%であった。なお、追加外科切除群では、局所遺残病変ならびにリンパ節転移例は認めなかった。観察期間中央値 (範囲) 38ヶ月 (1–91ヵ月)/67ヶ月 (63–97ヵ月)/71ヶ月 (4–137ヵ月) において、リンパ節転移および遠隔転移再発、原病死は1例も認めなかったが、他病死を14例（8/1/5例）に認めた。
【結論】 当院で内視鏡切除された直腸NEN病変は一括切除され、非治癒切除追加外科手術群にリンパ節転移はなく、いずれも再発や原病死を認めなかった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ワークショップ１　大腸Neuroendocrine neoplasm 治療の最適解
司会：塩谷 昭子（川崎医科大学　消化器内科）、関口 正宇（国立がん研究センター がん対策研究所 検診開発研究部）

[WS1-2] 当院における直腸NET内視鏡切除後ハイリスク症例における管理方針の現状

*稲田 裕[1]、宮本 和真[1]、反橋 美香[1]、篠原 美紀[1]、加藤 大貴[1]、坂本 佳織[1]、高塚 京華[1]、吉田 拓馬[1]、提中 克幸[1]、吉田 寿一郎[1]、田中 信[1]、中津川 善和[1]、西村 健[1]、藤井 秀樹[1]、戸祭 直也[1]、佐藤 秀樹[1]、奥山 祐右[1] (1. 京都第一赤十字病院消化器内科)

【背景】
直腸神経内分泌腫瘍（rectal NET）は小径病変が多く、腫瘍径10mm以下では内視鏡的局所切除が標準治療とされる。一方、内視鏡切除後に脈管侵襲陽性や断端陽性などのリスク因子を認めた症例では、追加外科切除の適応やフォローアップ方法について一定の見解が得られていない。
【目的】
当院における直腸NET内視鏡切除後ハイリスク症例の実臨床における管理方法を検討する。
【対象】
2012年から2025年までに当院で治療した直腸NET67例のうち、外科切除が初回治療であった2例を除いた内視鏡切除例65例を対象とした。このうち組織Grade2、脈管侵襲陽性または断端陽性のいずれかを認めた症例をハイリスク症例と定義した。
【方法】
ハイリスク症例の割合、リスク因子の内訳（Grade2、脈管侵襲陽性、断端陽性）、追加外科切除施行率、手術非施行例のフォローアップ方法および観察期間について後方視的に検討した。さらに2017年以前と2018年以降の2群に分け、管理方針の変化を比較した。
【結果】
内視鏡切除例65例中、ハイリスク症例は21例（32%）であった。リスク因子の内訳は組織Grade2 6例（29%）、脈管侵襲陽性12例（57%）、断端陽性5例（24%）であり、複数因子を併せて認める症例もみられた。追加外科切除は3例（14%）に施行され、リンパ節転移を認めた症例はなかった。手術非施行例の観察期間は最長10年であり、観察期間中に局所再発および遠隔転移再発は認めなかった。フォローアップモダリティは統一されておらず、約半数が胸腹部造影CTであったが、単純CTやMRIと胸部X線を組み合わせた症例もみられた。2017年以前は6例中2例に追加外科切除が施行されたのに対し、2018年以降は13例中1例のみであり、近年は追加外科切除よりも経過観察を選択する症例が多い傾向がみられた。
【結論】
当院における直腸NET内視鏡切除後ハイリスク症例では、近年は追加外科切除よりも画像および内視鏡による経過観察を選択する症例が多い傾向がみられた。また観察期間は概ね10年であったが、フォローアップモダリティには担当医によるばらつきがみられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ワークショップ１　大腸Neuroendocrine neoplasm 治療の最適解
司会：塩谷 昭子（川崎医科大学　消化器内科）、関口 正宇（国立がん研究センター がん対策研究所 検診開発研究部）

[WS1-3] 直腸NET G1・G2におけるリンパ節転移リスクと再発の検討

*坂元 慧[1]、武井 信諭[1]、出嶋 皓[1]、中守 咲子[1]、加藤 博樹[1]、高雄 美里[1]、中野 大輔[1]、佐々木 和人[1]、川合 一茂[1]、清水口 涼子[2]、飯塚 敏郎[2] (1. がん・感染症センター都立駒込病院大腸外科、2. がん・感染症センター都立駒込病院消化器内科)

【背景・目的】神経内分泌腫瘍（NET）は比較的稀な腫瘍で、WHO分類では細胞増殖能に基づきG1～G3に分類される。本邦ガイドラインでは、直腸NET G1のうち腫瘍径1 cm未満・粘膜下層限局・転移のない症例には内視鏡治療が推奨されるが、脈管侵襲を認める場合の追加切除の適応は明確でない。直腸切除は術後QOLに影響し得るため、過剰治療を避けつつ手術適応を判断する基準の確立が求められる。本研究では、内視鏡治療例および手術例を含む直腸NET G1・G2を対象に、リンパ節転移のリスク因子と再発を含む長期予後を検討し、治療選択に有用な指標を明らかにすることを目的とした。
【方法】2005～2025年に当院で内視鏡治療または手術を施行した直腸NET G1・G2を対象とし、臨床病理学的因子とリンパ節転移、術後再発との関連を解析した。
【結果】対象170例のうち男性80例（47.1%）、年齢中央値62歳であった。NET G1は157例（92.4%）、G2は13例（7.6%）で、局在はRb 141例（82.9%）、Ra 26例（15.3%）、RS 3例（1.8%）だった。治療は内視鏡的切除単独123例（72.4%）、手術47例（27.6%）で、うち29例は内視鏡治療後の追加切除であった。腫瘍径中央値は4.6 mmで、脈管侵襲陽性は76例（44.7%）（Ly(+) 34例、V(+) 58例）だった。リンパ節転移は27例（15.9%）に認め、術前に診断可能であったのは6例のみであった。多変量解析では、腫瘍径1 cm以上（p<0.01）、垂直断端陽性（p<0.01）、Ly(+)（p=0.04）がリンパ節転移と有意に関連した。これら3因子を基準としてリンパ節転移陽性を判定した場合の感度は92.6%、特異度は83.2%だった。
術後再発に関しては6例（3.5%）で全例G2症例であり、再発部位は肝5例、骨1例で、術後再発時期は中央値7.5年と長期経過後に発生していた。内視鏡的に治療された腫瘍径1 cm未満・粘膜下層限局のNET G1（123例）では、脈管侵襲の有無に関わらず、中央値6.4年の観察期間で再発・原病死は認めなかった。
【結語】直腸NETのリンパ節転移は腫瘍径1 cm以上、垂直断端陽性、Ly(+)と関連していた。再発例はいずれも術後長期間を経て発生しており、特にG2症例では5年以上の長期フォローアップが重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ワークショップ１　大腸Neuroendocrine neoplasm 治療の最適解
司会：塩谷 昭子（川崎医科大学　消化器内科）、関口 正宇（国立がん研究センター がん対策研究所 検診開発研究部）

[WS1-4] 直腸NETにおけるリンパ節転移のリスク因子と治療方針についての検討

*岩佐 陽介[1]、小山 文一[1,2]、井上 隆[1]、高木 忠隆[1]、藤本 浩輔[1]、田村 昂[1]、江尻 剛気[1]、吉川 千尋[1]、庄 雅之[1]
(1. 奈良県立医科大学　消化器・総合外科、2. 奈良県立医科大学附属病院　中央内視鏡部)

【はじめに】大腸NETに対し現状確立した治療指針はない．今回，直腸NET治療例の臨床病理学的特徴，治療成績について検討した．【対象】2000～2023年に当科で加療を行った99例を対象とし，retrospectiveに解析した．【結果】年齢62歳（25-86歳），男/女が54/45例，Rs/Ra/Rbが2/6/91例で，NET分類ではNET G1/G2/NECが94/5/0例であり，局所切除は内視鏡切除/経肛門的切除が85/8例であり，内視鏡切除はpolypectomy/EMR/ESD/ESMRLが2/43/31/9例に施行し，断端陽性率は50/9.3/9.7/0%であった．リンパ節郭清を伴う手術は追加切除症例7例を含め11例に施行した．術式は(s)LAR/ISRが9/2例，郭清はD2/D3が9/2例であった．腫瘍径は局所切除例6mm（2-20mm），手術例13mm（5-20mm），深達度はSM/MP以深が94/5例であった．ly1/v1は8/12例であり，リンパ節転移は8例に認めた．また遠隔転移は5例あり，肝/骨/肺が5/2/1であった．リンパ節転移のリスク因子(P<0.05)として，腫瘍径13mm以上，深達度T2以深，リンパ管侵襲陽性，NET G2が抽出された．観察期間は60.2ヶ月（0.3-255.6ヶ月）であり，再発は5例に認めたが，局所切除群で追加切除不要と判断した症例は全例に再発を認めていない．また再発例5例のうち当科で加療を施行した4例の生存期間は118.7ヶ月(72.1-211.8ヶ月)であり，他病死した1例以外は現病死された．【結語】形態変化のない腫瘍径10mm以下のNETに対しては局所切除を施行し，10-13mmに対してはEUS/CT/MRでT1かつリンパ節腫大がなければ局所切除を行い，リンパ管侵襲またはNETG2または断端陽性の場合は追加切除を検討する．また13mm以上または10-13mmのNETで，T2以深またはリンパ節転移を疑う症例はリンパ節郭清を伴った腸管切除を施行している．また，腫瘍径10mm以下，深達度T1，脈管侵襲陰性，NET G1症例に関しては術後のサーベイランスの際遠隔転移のフォローは省略できる可能性がある．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ワークショップ１　大腸Neuroendocrine neoplasm 治療の最適解
司会：塩谷 昭子（川崎医科大学　消化器内科）、関口 正宇（国立がん研究センター がん対策研究所 検診開発研究部）

[WS1-5] 10mmから20mm未満の直腸Neuroendocrine neoplasmに対する治療の検討

*水上 亮佑[1,2]、佐伯 泰愼[1]、鈴木 健太[1]、新井 貴大[1]、米村 圭介[1]、福永 光子[1]、田中 正文[1]、山田 一隆[1]、辻 順行[3]、髙野 正太[3] (1. 大腸肛門病センター高野病院消化器外科、2. 防衛医科大学校外科学講座１、3. 大腸肛門病センター高野病院肛門科)

背景
膵・消化管神経内分泌腫瘍 (NEN) 診療ガイドライン2026年において10mm以下の直腸Neuroendocrine neoplasm (NEN) は内視鏡治療の適応とされ, 10mmより大きい場合は外科的切除を推奨されている. 当院での直腸NENに対する治療及び予後を後ろ向きに検討した.

方法
2005-2024年に20mm以下の直腸NENと診断され内視鏡治療及び外科的切除をされた症例を対象とした. 各種臨床学的因子及び病理学的因子を検索し, 無再発生存期間, 全生存率について検討した.

結果
1. 当院での直腸NENへの内視鏡治療は187症例 (追跡期間中央値1406日〔5日-7466日〕) であった. 10mm以下が179例, 10mmから20mm以下が8例であった. 10mmから20mm以下の症例の完全切除率は7例 (87.5%) だった. 脈管侵襲陰性は4例(50%)であった. そのうち経過観察症例は3例で全例無再発生存しており, 追跡期間は35日, 36日, 4374日であった.
2. 当院での20mm以下のNENに対する外科的切除は42例あった. 組織型はCarcinoid / Neuroendocrine tumor (NET) G1 / NET G2 40例, Neuroendocrine carcinoma が1例, mixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasmが1例だった. 病期はstage I : 23例, stage III : 16例, stage IV : 2例だった. 術式は高位前方切除術2例, 低位前方切除術2例, 超低位前方切除術21例, 括約筋間直腸切断術12例, 直腸切断術3例, 経肛門切除術2例が選択された. 10年生存率は92.7%, 無再発生存率は88.7%であった. 人工肛門がある症例は9.5%だった.
3. 外科手術施行された10mm以下の直腸NEN (25例) と10mmから20mm以下の直腸NEN （17例） の2群にわけた. 年齢, 性別, 人工肛門有無に有意差はなく病理学的特徴では, 脈管侵襲, リンパ節転移, Ki-67指数に有意差はなかった. また10mm以下の直腸NENは全例生存していた. 2群間において生存期間及び無再発生存期間の有意差は認めなかった.

結論
10mm以下の直腸NENは内視鏡治療のみで追加切除せず経過観察できる可能性がある. 20mm以下の直腸NENではガイドライン上の腫瘍径の区別による病理学的因子及び無再発生存期間に有意差はなく内視鏡治療を考慮する余地がある. 一方で内視鏡切除はより長期の予後の追跡が必要である.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ワークショップ１　大腸Neuroendocrine neoplasm 治療の最適解

司会：塩谷 昭子（川崎医科大学　消化器内科）、関口 正宇（国立がん研究センター がん対策研究所 検診開発研究部）

[WS1-6] 直腸神経内分泌腫瘍に対する内視鏡治療後の垂直断端陽性・判定不能例における追加内視鏡治療：初回治療内容と遺残腫瘍の検討

*楠原 光謹[1,5]、関口 正宇[1,2,3]、豊嶋 直也[1]、高丸 博之[1]、山田 真善[1]、小林 望[3]、橋本 大輝[4]、久松 理一[5]、斎藤 豊[1] (1. 国立がん研究センター中央病院内視鏡科、2. 国立がん研究センターがん対策研究所検診開発研究部、3. 国立がん研究センター中央病院検診センター、4. 国立がん研究センター病理診断科、5. 杏林大学医学部消化器内科学)

【背景】
直腸神経内分泌腫瘍（rectal neuroendocrine tumor: NET）は、その存在深度や内視鏡診断の困難性により、内視鏡治療後に垂直断端陽性または判定不能（VM1/VMX）となる症例が存在する。VM1/VMX症例に対する至適対応法が確立されていない中で、当院では追加内視鏡切除を積極的に施行している。
【目的】
直腸NET内視鏡治療後VM1/VMXに対して追加内視鏡切除を行った症例における遺残腫瘍の有無を初回内視鏡治療内容に注目して検討する。
【方法】
2007年9月から2023年5月までに、初回内視鏡切除後（他院施行例を含む）にVM1/VMXと診断され当院で追加内視鏡切除を施行した直腸NET 51例54病変を対象に、後方視的検討を行った。初回治療法、病変径、VM所見、遺残腫瘍の有無、ならびに追加内視鏡切除の成績、安全性および再発の有無を検討した。
【結果】
内視鏡的に明らかな遺残は認めなかったが、病理学的に54病変中11病変（20.4%）で遺残腫瘍を認めた。初回治療別の遺残割合は、cold forceps polypectomy/cold snare polypectomy 30.8%（4/13）、hot forceps polypectomy/hot snare polypectomy 25.0%（2/8）、内視鏡的粘膜切除術（EMR）26.3%（5/19）であった。一方、EMR with cap-fitted panendoscope (EMRC)（n=3）、endoscopic submucosal resection with a ligation device (ESMR-L)（n=4）、ESD (n=7)では遺残を認めなかった。VM別ではVM1で22.7%（10/44）、VMXで10.0%（1/10）であった。5 mm未満の病変でも17.9%（5/28）に遺残を認めた。追加内視鏡切除（ESMR-L 21、EMRC 7、ESD 24、EMR 2）は全例一括切除可能で、偶発症は認めなかった。遺残11病変中10病変でR0切除が得られた。1年以上追跡可能であった28例30病変（中央値40か月）では再発を認めなかった。
【結論】
直腸NET内視鏡治療後VM1/VMX症例では追加内視鏡切除により2割強に遺残腫瘍を認めた。特に初回治療がポリペクトミーや通常EMR症例、VM1症例で遺残が見られ、これらの症例では追加内視鏡切除を考慮する意義があると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ワークショップ１　大腸Neuroendocrine neoplasm 治療の最適解
司会：塩谷 昭子（川崎医科大学　消化器内科）、関口 正宇（国立がん研究センター がん対策研究所 検診開発研究部）

[WS1-7] 直腸神経内分泌腫瘍に対する内視鏡非治癒切除後におけるリンパ節転移関連因子および長期予後の検討

*早坂 淳之介[1]、三浦 康朗[2]、福井 雄大[3]、田中 潤治[1]、小田 実[1]、河合 優佑[1]、大和 洸[1]、落合 頼業[1]、鈴木 悠悟[1]、小田切 啓之[1]、松井 啓[1]、前田 裕介[3]、平松 康輔[3]、花岡 裕[3]、戸田 重夫[3]、上野 雅資[3]、黒柳 洋弥[3]、布袋屋 修[1] (1. 虎の門病院消化器内科、2. 虎の門病院病理診断科、3. 虎の門病院消化器外科)

【背景】
直腸神経内分泌腫瘍（NET）の内視鏡切除後における追加外科切除の適応は、病理学的因子に基づき判断されているが、その妥当性には未だ議論がある。今回非治癒切除例を対象に、リンパ節転移に関連する因子および長期転帰から、追加外科切除の適応に関する検討を行った。
【方法】
2013年1月から2023年12月までに当院で内視鏡切除された直腸NET症例のうち、非治癒切除例64例を対象とした。追加外科切除群と経過観察群に分け、後方視的に検討した。追加外科切除群ではリンパ節転移の有無で比較し、SM浸潤距離を新たに評価した。SM浸潤距離についてROC解析を行い、リンパ節転移予測におけるカットオフ値を検討した。
【結果】
追加外科切除群は44例（男性26例）、年齢中央値56歳、ASA-PS中央値2であった。非治癒因子として、腫瘍径≧10 mmは5例（11.4%）、Grade 2は3例（6.8%）、リンパ管侵襲は22例(50.0%)、静脈侵襲は31例(70.5%)、VM陽性は4例（9.1%）であった。リンパ節転移は8例（18.2%）に認められた。SM浸潤距離の中央値は1.7 mmであり、LN転移例で高値を示した（中央値2.8 mm vs 1.65 mm, p=0.088）。SM浸潤距離のROC解析ではAUC 0.70であり、カットオフ値は2.75 mm（感度62.5%、特異度88.9%）であった。カットオフ別解析では、2.0 mm以上でリンパ節転移率は33.3%（6/18）と7.7%（2/26）に比し有意に高く（p=0.048）、2.5 mm以上でも41.7%（5/12）と9.4%（3/32）で有意差を認めた（p=0.025）。一方で、2.0 mm未満にも転移例を認めた。観察期間中央値は5.9年で、術後再発、遠隔転移および原病関連死亡は認めなかった。
経過観察群は17例（男性11例）、年齢中央値57歳、ASA-PS中央値2であった。観察期間中央値は7.7年であった。腫瘍径≧10 mmは6例（35.3%）、Grade 2は1例（5.9%）、リンパ管侵襲は2例(11.8%)、静脈侵襲は10例(58.8%)、VM陽性は2例（11.8%）に認めたが、再発、遠隔転移および原病関連死亡は認めなかった。
【結論】
SM浸潤距離はリンパ節転移と関連を認め、高リスク例の抽出に寄与する可能性が示唆された。また、非手術例においても長期予後は良好であり、追加外科切除の適応については再検討の余地があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ワークショップ１　大腸Neuroendocrine neoplasm 治療の最適解

司会：塩谷 昭子（川崎医科大学　消化器内科）、関口 正宇（国立がん研究センター がん対策研究所 検診開発研究部）

[WS1-8] 直腸NETのリンパ節転移リスク因子の検討

*山本 峻也[1]、小澤 真由美[1]、工藤 孝迪[1]、武井 将伍[1]、前橋 学[1]、太田 絵美[1]、古山 和樹[1]、福田 敏之[1]、横山 亘[1]、石黒 哲史[1]、額田 卓[1]、沼田 正勝[1]、船津屋 拓人[2]、皆川 結明[2]、大矢 浩貴[2]、江畑 信孝[2]、田 鐘寛[2]、諏訪 宏和[3]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科、2. 横浜市立大学医学部消化管外科学、3. 横須賀共済病院外科)

【背景】膵・消化管神経内分泌腫瘍ガイドライン2026年版では腫瘍径10mm以上の直腸NETに対してはリンパ節郭清を伴う直腸切除術が推奨されているが，そのLymphnode metastasis (LNM)のリスク因子についてはいまだ不明確である．
【目的】直腸NETのLNMリスク因子を明らかにする．
【方法】 2000年1月から2025年12月までに，当院で系統的リンパ節郭清を伴う根治的切除を行った直腸NET症例 95例を対象とし，臨床病理学的因子を後方視的に検討した．
【成績】 年齢中央値は53歳，性別は男性が50例(52.6%)．深達度はSMが86例(90.5%)，MP以深が9例(9.5%)であった．LNMは30例 (31.6%)に認め，腫瘍径が15mm以上で9/17例 (52.9%)，10mm以上15mm未満で8/29例 (25.6%)，10mm未満で13/49例 (26.5%)に認めた．単変量解析では，腫瘍径10mm以上（p=0.377）では差がなく，腫瘍径15mm以上（p=0.046）で有意差を認めた． SM浸潤距離 2000μm以上 (p=0.023) に有意差あり，脈管侵襲陽性（p=0.173），NET G2以上（p=0.323），中心陥凹あり（p=0.195），budding grade 3（p=0.371）では差がなかった．既報および臨床的意義を踏まえ，腫瘍径15mm以上，SM浸潤距離2000μm以上，脈管侵襲陽性，NET G2以上を説明変数として多変量解析を行ったところ、SM浸潤距離2000μm以上（OR 4.91, 95%CI 0.96-24.9, p=0.0498）がリスク因子として抽出された．このため腫瘍径別にSM浸潤距離におけるLNM発生リスクを評価したところ腫瘍径10mm未満で13例（32.5 %）（p=0.005），10-15mm 5例（22.7%）(p=0.411), 15mm以上9例（52.9%）(p=1.0) であった。
【結論】SM浸潤距離2000μm以上が直腸NETにおけるLMNのリスク因子であることが示唆された．腫瘍径別の探索的解析では、特に10mm未満症例においてSM2000μm以上がリンパ節転移と有意に関連しており、小型直腸NETにおけるリスク層別化因子として有用である可能性が示唆された。症例は限定的であり今後症例を蓄積してさらに検討する必要がある．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ワークショップ１　大腸Neuroendocrine neoplasm 治療の最適解

司会：塩谷 昭子（川崎医科大学　消化器内科）、関口 正宇（国立がん研究センター がん対策研究所 検診開発研究部）

[WS1-9] 直腸NET手術におけるDistal resection marginの最適解～Short distal resection marginは許容されるか～

*佐藤 健太郎[1]、松井 信平[1]、中野 薫[2]、前田 裕斗[1]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研究会有明病院消化器センター大腸外科、2. がん研究会有明病院消化器センター病理部)

【目的】直腸神経内分泌腫瘍（NET）手術において推奨される肛門側切除断端距離（Distal resection margin , DRM）は、直腸癌のようにガイドラインには明示されておらず明らかでない。直腸NETは直腸癌に比べ低悪性度であり、DRMを短くすることが可能であれば肛門機能と予後の両立に寄与する可能性がある。本研究では、根治切除を受けた直腸NET症例における適切なDRMを検討した。

【方法】2005年から2023年までに当院でTMEを伴う根治切除を施行した直腸NET患者を対象とした。局所切除症例、NEC症例、Stage Ⅳ症例は除外した。DRM < 10mmのShort DRM群とDRM > 10mmのLong DRM群に分類した。両群の再発率、長期予後および再発リスク因子に関し後方視的に検討した。

【結果】対象208例中、Short DRM群は91例（43.8%）、Long DRM群117例（56.2%）であった。5年累積再発率に有意差はなく5年累積再発率（Short DRM: 7.2% vs. Long DRM: 7.0%, p = 0.80）、局所再発は両群ともに認めなかった。多変量解析において、腫瘍径＞20mm（HR: 7.01, p = 0.01）およびNET G2（HR: 5.18, p = 0.03）が再発の独立リスク因子であった一方、Short DRMは再発リスクと関連しなかった。5年Overall survivalも両群間で有意差を認めなかった（Short DRM: 96.8% vs. Long DRM: 95.6%, p = 0.69）。

【結論】直腸NET G1/G2において、切除断端陰性でR0切除が達成されていれば10mm以下のShort DRMでも再発リスクは増加しない。腫瘍学的根治性が最も重要であることは言うまでもないが、直腸癌と比べ低悪性であるNET G1/G2では、DRMを最小限に抑えることで肛門機能に配慮した手術が可能となる可能性がある。ただし、Short DRMで断端陰性を確保するためには術前マーキング、術中内視鏡、適切な腸管クリップデバイスの選択などの適切な対策を講じることが必須であり、これらを行わず安易にShort DRMを企図した手術を行うのは適切でない。当院で行っている術中内視鏡を用いた腸管切離手技についても併せて供覧する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ワークショップ１　大腸Neuroendocrine neoplasm 治療の最適解
司会：塩谷 昭子（川崎医科大学　消化器内科）、関口 正宇（国立がん研究センター がん対策研究所 検診開発研究部）

[WS1-10] 直腸NETのリンパ節転移マッピングと術後予後：外科適応最適化に向けて

*高岡 亜弓[1,2]、塚本 俊輔[2]、入江 直子[1]、杉野 葵[1]、白石 壮宏[1]、近 範泰[1]、松山 貴俊[1]、熊谷 洋一[1]、石田 秀行[1]、金光 幸秀[2] (1. 埼玉医科大学総合医療センター、2. 国立がん研究センター中央病院大腸外科)

【背景】JNETガイドラインでは、直腸神経内分泌腫瘍（NET）に対してリンパ節転移頻度に基づき外科的切除の適応が規定されているが、切除例におけるリンパ節転移の実態や長期予後に関する報告は限られている。
【目的】外科的切除を受けた直腸NET患者におけるリンパ節転移の頻度および分布、ならびに長期予後を明らかにする。
【方法】2000年1月から2020年7月に国立がん研究センター中央病院においてTMEを伴う直腸切除術を施行した直腸NET症例51例を対象とし、単施設後ろ向きに検討した。
【結果】年齢中央値は57歳、男/女：33/18、28例（54.9%）に術前内視鏡的切除を施行した。腫瘍占拠部位はRS/Ra/Rb/P：1/5/44/1、中心陥凹は30例（58.8%）に認めた。術前深達度はT1/T2/T3/T4：38/7/2/4、術前リンパ節転移は14例（27.5%）、術前側方リンパ節転移は2例（3.9%）、遠隔転移は5例（9.8%）に認めた。術式は前方切除術/ISR/APR/TPE：42/7/1/1、リンパ節郭清度はD1/D2/D3：3/34/14で、側方リンパ節郭清は10例（19.6%）に施行し、全例R0切除であった。
病理結果は、深達度T1/T2/T3/T4：40/7/2/2、腫瘍径中央値10mm、リンパ節転移陽性20例（39.2%）、側方リンパ節転移4例（7.8%）、G1/G2/不明：11/38/2であった。G1/G2別のリンパ節転移部位の検討では、腸管傍：5例（45.5%）/11例（28.9%）、中間：0例/１例（2.7%）、主：0例/1例（9.1%）、内腸骨：0例/2例（22.9%）、閉鎖：0例/1例（11.1%）であった。
長期予後（観察期間中央値36カ月）では、5年RFSはStage IVがStage I-IIIより不良であった（40% vs. 77.2%, p=0.001）。G1/G2（87.5% vs. 65.5%, p=0.349）およびリンパ節転移陰性/陽性で有意差はなかった（90% vs. 58.1%, p=0.094）。一方、腫瘍径10mm以上で5年RFSは有意に不良であった（62% vs. 100%, p=0.035）。
【結語】TMEを伴う外科的切除を行った直腸NETではリンパ節転移率は高かったが、その多くは腸管傍リンパ節に限局しており、リンパ節転移陽性例においても良好な予後が得られていた。これらの結果は、リンパ節転移の有無に加え、その分布を踏まえた外科的切除適応の最適化の必要性を示唆する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ワークショップ２　大腸肛門病学会専門医が手術に参加することで治療成績に差が出るか？

司会：松田 圭二（同愛記念病院外科）、水島 恒和（獨協医科大学外科学（下部消化管）講座）

[WS2-1] 日本大腸肛門病学会専門医の関与が大腸癌手術成績に与える影響

*三代 雅明[1]、植村 守[1]、賀川 義規[2]、柳澤 公紀[3]、畑 泰司[4]、高橋 秀和[5]、佐々木 優[6]、鈴木 陽三[7]、鄭 充善[8]、大澤 日出樹[9]、高橋 佑典[10]、内藤 敦[11]、岡村 修[12]、市原 もも子[13]、澤田 元太[14]、松田 宙[15]、関戸 悠紀[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院医学系研究科 外科学講座 消化器外科学、2. 大阪国際がんセンター消化器外科、3. 関西ろうさい病院消化器外科、4. 大阪急性期・総合医療センター消化器外科、5. 大阪国際メディカル&サイエンスセンター大阪けいさつ病院消化器外科、6. 市立東大阪医療センター消化器外科、7. 市立豊中病院外科、8. 大阪ろうさい病院外科、9. 八尾市立病院外科、10. 国立病院機構大阪医療センター消化器外科、11. 堺市立総合医療センター消化器外科、12. 市立吹田市民病院外科、13. 兵庫県立西宮病院消化器外科、14. 市立伊丹病院外科、15. JCHO大阪消化器外科)

[WS2-2] 大腸肛門病学会専門医の手術参加により治療成績は向上する

*高 理奈[1]、中村 友哉[1]、松末 亮[1]、上林 峻[1]、有宗 敬祐[1]、澤田 晋[1]、石田 薫平[1]、中西 望[1]、吉田 真也[1]、森野 甲子郎[1]、後藤 俊彦[1]、山本 道宏[1]、待本 貴文[1] (1. 天理よろづ相談所病院)

[WS2-3] 大腸癌手術における大腸肛門病専門医介入の意義：プロペンシティスコアマッチング法を用いた多施設共同研究

*橋本 慎太郎[1,2]、富永 哲郎[3]、久永 真[1]、白石 斗士雄[2,3]、山﨑 翔斗[2]、小野 李香[2]、丸田 浩志[2]、山口 峻[2]、片山 宏己[2]、足立 利幸[2]、髙村 祐磨[2]、大石 海道[4]、竹下 浩明[4]、黨 和夫[5]、森山 正章[6]、福田 明子[6]、小山 正三郎[7]、福岡 秀敏[3]、井上 悠介[2]、野中 隆[2,8] (1. 佐世保市立総合医療センター 消化器外科、2. 長崎大学病院大腸・肛門外科、3. JCHO諫早総合病院外科、4. 国立病院機構 長崎医療センター外科、5. 国立病院機構 嬉野医療センター外科、6. 長崎原爆病院外科、7. 済生会長崎病院 外科、8. 長崎大学病院 低侵襲手術センター)

[WS2-4] 直腸癌手術における大腸肛門病学会専門医関与の治療効果

*藤井 正一[1]、赤羽 祥太[1]、伊藤 慎吾[1] (1. 湘南鎌倉総合病院外科)

[WS2-5] 当院における大腸肛門病学会専門医が手術執刀することによる周術期治療成績への影響の検討

*小林 雄太[1]、賀川 義規[1]、萩谷 哲一[1]、東倉 健治郎[1]、河口 恵[1]、長谷川 健太[1]、北風 雅敏[1]、波多 豪[1]、末田 聖倫[1]、西村 潤一[1]、牛丸 裕貴[1]、百瀬 洸太[1]、小松 久晃[1]、柳本 喜智[1]、金村 剛志[1]、山本 和義[1]、後藤 邦仁[1]、小林 省吾[1]、宮田 博志[1]、大植 雅之[1] (1. 大阪国際がんセンター消化器外科)

[WS2-6] ストーマ造設術にも大腸肛門病学会専門医が参加すべきか？ -大学病院での検討-

*野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、江本 成伸[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[1]、品川 貴秀[1]、舘川 裕一[1]、岡田 聡[1]、白鳥 広志[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学医学部腫瘍外科)

[WS2-7] 大腸肛門病専門医が関与した緊急下部消化器手術の特性と短期手術成績

*井本 良敬[1]、岡本 耕一[1]、梶原 由規[1]、望月 早月[1]、守矢 恒司[1]、川内 隆幸[1]、菊家 健太[1]、相原 一紀[1]、田代 真優[1]、廣瀬 裕一[1]、大塚 泰弘[1]、森 庄平[1]、新實 優卓[1]、及川 功[1]、倉澤 秀紀[1]、豊泉 大地[1]、川本 賢明[1]、岸 庸二[1]、上野 秀樹[1] (1. 防衛医科大学校外科)

[WS2-8] 下部消化管穿孔における大腸外科医の有用性について

*宮北 寛士[1]、西田 莉子[1]、大宜見 崇[1]、岡林 剛史[1]、茅野 新[1]、山本 聖一郎[1] (1. 東海大学消化器外科)

[WS2　特別発言] 特別発言

*小林 宏寿 (1. 帝京大学医学部附属溝口病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ワークショップ２　大腸肛門病学会専門医が手術に参加することで治療成績に差が出るか？

司会：松田 圭二（同愛記念病院外科）、水島 恒和（獨協医科大学外科学（下部消化管）講座）

[WS2-1] 日本大腸肛門病学会専門医の関与が大腸癌手術成績に与える影響

*三代 雅明[1]、植村 守[1]、賀川 義規[2]、柳澤 公紀[3]、畑 泰司[4]、高橋 秀和[5]、佐々木 優[6]、鈴木 陽三[7]、鄭 充善[8]、大澤 日出樹[9]、高橋 佑典[10]、内藤 敦[11]、岡村 修[12]、市原 もも子[13]、澤田 元太[14]、松田 宙[15]、関戸 悠紀[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院医学系研究科 外科学講座 消化器外科学、2. 大阪国際がんセンター消化器外科、3. 関西ろうさい病院消化器外科、4. 大阪急性期・総合医療センター消化器外科、5. 大阪国際メディカル&サイエンスセンター大阪けいさつ病院消化器外科、6. 市立東大阪医療センター消化器外科、7. 市立豊中病院外科、8. 大阪ろうさい病院外科、9. 八尾市立病院外科、10. 国立病院機構大阪医療センター消化器外科、11. 堺市立総合医療センター消化器外科、12. 市立吹田市民病院外科、13. 兵庫県立西宮病院消化器外科、14. 市立伊丹病院外科、15. JCHO大阪消化器外科)

【はじめに】
日本大腸肛門病学会専門医は現在2119人が登録されているが、実際にどのように手術へ関与し、成績向上に寄与しているかについては明らかでない。
【方法】
関連43施設における病床数、年間大腸癌切除数、日本内視鏡外科学会技術認定医数と、日本大腸肛門病学会専門医数との関連を検討した。また、2024年から開始し、現在34施設が参加している多施設前向きデータベース(Clinical Study Group of The University of Osaka -Colorectal Registry: CSGO-CORE）を用いて周術期成績を解析した。
【結果】
関連施設43施設に在籍する日本大腸肛門病学会専門医は70人であった。専門医数は、病床数（r=0.579, P<0.001）、年間大腸癌切除数（r=0.626, P<0.001）、日本内視鏡外科学会技術認定医数（r=0.842, P<0.001）と有意な正の相関を認めた。2025年1月から12月までに前向きデータベースに登録され、解析に必要なデータが利用可能であった原発性大腸癌切除2060例を対象に、日本大腸肛門病学会専門医数を1人以下の群と2人以上の群に分けて比較検討した。各施設の大腸癌手術症例のうち直腸癌の割合は、専門医数1人以下の施設で29.1%であったのに対し、2人以上の施設では37.3%と有意に高かった（P=0.007）。術後全合併症は416例（20.2%）に認め、専門医数1人以下の施設と2人以上の施設を比較すると、25.7% vs 19.3%（P=0.015）と、2人以上の施設で有意に低かった。Clavien-Dindo分類III以上の合併症も、6.9% vs 4.3%（P=0.070）と低い傾向を認めた。
【結語】
本研究は施設背景や症例選択など多くのバイアスを含む解析であるが、日本大腸肛門病学会専門医の関与により、安全な手術が実施可能となることが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
ワークショップ２　大腸肛門病学会専門医が手術に参加することで治療成績に差が出るか？
司会：松田 圭二（同愛記念病院外科）、水島 恒和（獨協医科大学外科学（下部消化管）講座）

[WS2-2] 大腸肛門病学会専門医の手術参加により治療成績は向上する

*高 理奈[1]、中村 友哉[1]、松末 亮[1]、上林 峻[1]、有宗 敬祐[1]、澤田 晋[1]、石田 薫平[1]、中西 望[1]、吉田 真也[1]、森野 甲子郎[1]、後藤 俊彦[1]、山本 道宏[1]、待本 貴文[1] (1. 天理よろづ相談所病院)

【背景】
近年、消化器外科領域においても専門分野の細分化が進む中、大腸肛門外科領域においては大腸肛門病学会専門医の重要性が指摘されている。
【目的】
当科では2022年9月より大腸肛門病学会専門医が赴任し、大腸癌の手術において術式の統一と厳密な周術期管理を専門医が監督した。大腸肛門病学会専門医の重要性を明らかにするため、同専門医（外科領域）を有する外科医の手術参加が、手術成績に及ぼす影響を検証した。
【対象と方法】
2018年4月から2025年12月までに大腸癌に対する手術を施行した997例を対象とした。このうち、大腸肛門病学会専門医が手術参加していない群(n=614)と手術参加した群 (n=383)に分け、患者背景、手術関連因子、手術成績を比較した。さらに二群間の患者背景差を調整するため、年齢、性別、ASA-PS、BMI、腫瘍占拠部位（結腸/直腸）、ストマ造設の有無、Clinical Stage、術前化学療法の有無、緊急手術、他臓器合併切除の有無、原発切除の有無、術前イレウスの有無、手術アプローチ（開腹または腹腔鏡・ロボット）を調整因子として傾向スコアマッチングを行い、治療成績を比較した。
【結果】
大腸肛門病学会専門医の手術参加群では手術非参加群と比較し、術後合併症発生率（All grade、grade3以上）は有意に低く（23% vs 30%, p=0.037、6% vs 10%, p＝0.041）、術後SSI（表層SSI、体腔SSI）発生率も有意に低かった（4% vs 11%, p＜0.001、2% vs 6%, p=0.025）。手術時間、出血量に関しても有意な減少を認め（平均値：282分 vs 323分, p＜0.001、平均値：47ml vs 118ml, p＜0.001）、在院日数も有意に短かった（平均値：8日 vs 11日, p=0.004）。傾向スコアマッチングでマッチした361例ずつの比較でも専門医手術参加群では非参加群と比べ、同様に術後合併症（All grade、Grade3以上）、各SSIは有意に低率であった。また、手術時間、出血量、在院日数に関しても同様に有意に低かった。
【結論】
大腸肛門病学会専門医の手術関与により治療成績は有意に向上していた。本結果は手術手技のみならず、周術期管理や術式選択を含めた包括的な意思決定が診療の質を改善し、治療成績に反映されている可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
ワークショップ２　大腸肛門病学会専門医が手術に参加することで治療成績に差が出るか？
司会：松田 圭二（同愛記念病院外科）、水島 恒和（獨協医科大学外科学（下部消化管）講座）

[WS2-3] 大腸癌手術における大腸肛門病専門医介入の意義：プロペンシティスコアマッチング法を用いた多施設共同研究

*橋本 慎太郎[1,2]、富永 哲郎[3]、久永 真[1]、白石 斗士雄[2,3]、山﨑 翔斗[2]、小野 李香[2]、丸田 浩志[2]、山口 峻[2]、片山 宏己[2]、足立 利幸[2]、髙村 祐磨[2]、大石 海道[4]、竹下 浩明[4]、黨 和夫[5]、森山 正章[6]、福田 明子[6]、小山 正三郎[7]、福岡 秀敏[3]、井上 悠介[2]、野中 隆[2,8] (1. 佐世保市立総合医療センター 消化器外科、2. 長崎大学病院大腸・肛門外科、3. JCHO諫早総合病院外科、4. 国立病院機構 長崎医療センター外科、5. 国立病院機構 嬉野医療センター外科、6. 長崎原爆病院外科、7. 済生会長崎病院 外科、8. 長崎大学病院 低侵襲手術センター)

【背景・目的】
大腸癌治療において、専門医の関与が治療成績を向上させる可能性が示唆されているが、国内多施設のデータを用いた検証は十分ではない。本研究の目的は、大腸肛門病専門医の治療方針への介入が、大腸癌原発巣切除術の術中・術後成績に与える影響を明らかにすることである.

【方法】
2016年4月から2025年6月の間に長崎大学病院関連8施設で大腸癌原発巣切除を行った6,063例を対象とした(重複癌・緊急手術を除く). 専門医が治療方針に介入した群(専門医群：1,325例)と非介入群(非専門医群：4,738例)を比較した. 背景因子の偏りを調整するため、年齢、性別、BMI、ASA-PS、腫瘍局在、術前治療、臨床病期、他臓器合併切除の有無を用いて1:1のプロペンシティスコアマッチング(PSM)を行い、各群1,300例を抽出し比較検討した.

【結果】
PSM後の比較で専門医群ではリンパ節郭清数が有意に多く(16個 vs 15個, p=0.006)、手術時間が有意に短く(206分 vs 240分, p<0.001)、術中出血量が有意に少なかった(15ml vs 22ml, p<0.001) 術後合併症(CD grade≧2)の発生率全体に差はなかったが(18.6% vs 18.6%, p>0.999)、重症合併症(CD grade≧3a) は専門医群で少なく（5.3% vs 7.6%, p=0.020)、特に再手術を要する合併症(CD 3b) は専門医群で有意に少なかった(1.6% vs 3.1%, p=0.019).

【結論】
大腸肛門病専門医による治療への介入は、手術の安全性と重症術後合併症の回避に寄与する可能性が示唆された. 本専門医制度に基づく高度な専門性は、大腸癌手術の質を担保する上で重要な要素であり、外科診療の質の向上において極めて重要な意義を有する.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
ワークショップ２　大腸肛門病学会専門医が手術に参加することで治療成績に差が出るか？
司会：松田 圭二（同愛記念病院外科）、水島 恒和（獨協医科大学外科学（下部消化管）講座）

[WS2-4] 直腸癌手術における大腸肛門病学会専門医関与の治療効果

*藤井 正一[1]、赤羽 祥太[1]、伊藤 慎吾[1] (1. 湘南鎌倉総合病院外科)

【背景】日本大腸肛門病学会専門医(以下Ⅱa専門医)は規定の診療経験、筆記試験の合格を経てその資格を得ることができるが、新専門医制度でのその位置付けは明確ではない。また直腸癌はCommon diseaseであり、必ずしも専門医の指導下で診療が行われているわけではない。
【目的】直腸癌に対するⅡa専門医関与による治療成績を解析、評価する。
【方法】当院は2023年12月にⅡa専門医が入職した。それ以前は専門医不在で日本大腸肛門病学会会員も不在であった。2000～26年4月の直腸癌外科手術に対する一般外科医診療例(一般群)とⅡa専門医関与例(Ⅱa専群)の短期・中期治療成績を比較した。Ⅱa専群はⅡa専門医が術者もしくは指導的助手として手術に参加した症例とし、非切除例は除外した。
【結果】一般群194例、Ⅱa専門医92例で、性差(男57.2:71.7%)以外に背景差なし。手術(一般群:Ⅱa専群)はアプローチ法(ロボット支援20.1:67.4%)、術式(ハルトマン手術11.3:4.3%)、前方切除術での経肛門減圧ドレーン留置(15.6:59.5%)、癒着防止材使用(73.8:96.7%)に差を認めた。Ⅱa専群は手術時間(272:295分)が長いが出血量(50:30ml)は少なかった。CRP値術後1日目(4.728:4.076mg/dl)、最高値(10.027:7.330mg/dl)ともにⅡa専群が低値であった。中枢側D3リンパ節郭清例(77.7:84.8%)に差はないが、Rb直腸癌に対する側方郭清施行(4.3:17.6%)に差を認めた。術後Grade2以上早期合併症頻度(25.8:27.2%)に差はないが、縫合不全(10.1:5.3%)はⅡa専群が少ない傾向であった。郭清リンパ節個数(12:14)、術後在院期間(13:10日)に差を認めた。中期成績(一般群:Ⅱa専群)は2年全生存率(90.4:88.8%)、2年無再発生存率(76.9:81.0%)に差はないが、pStageⅡの2年無再発生存率(70.5:100%)に差あり。2年累積再発率(21.8:19.3%)に差はないが、2年累積局所再発率(7.6:0%)に差を認めた。
【結語】直腸癌手術に対するⅡa専門医の関与は短期・中期成績を改善していた。長期成績として局所制御改善に期待できる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
ワークショップ２　大腸肛門病学会専門医が手術に参加することで治療成績に差が出るか？
司会：松田 圭二（同愛記念病院外科）、水島 恒和（獨協医科大学外科学（下部消化管）講座）

[WS2-5] 当院における大腸肛門病学会専門医が手術執刀することによる周術期治療成績への影響の検討

*小林 雄太[1]、賀川 義規[1]、萩谷 哲一[1]、東倉 健治郎[1]、河口 恵[1]、長谷川 健太[1]、北風 雅敏[1]、波多 豪[1]、末田 聖倫[1]、西村 潤一[1]、牛丸 裕貴[1]、百瀬 洸太[1]、小松 久晃[1]、柳本 喜智[1]、金村 剛志[1]、山本 和義[1]、後藤 邦仁[1]、小林 省吾[1]、宮田 博志[1]、大植 雅之[1] (1. 大阪国際がんセンター消化器外科)

【背景】大腸肛門病専門医制度は，大腸肛門病学における診療・教育・研究の向上を目的として設けられている。しかし、外科領域において大腸肛門病専門医が手術に関与することで周術期にどのような影響を及ぼすかは明らかではない。今回われわれは、日本大腸肛門病学会専門医がどのように手術に関与し、周術期成績の改善に寄与しているかを検討することとした。【対象と方法】2023年4月から2025年7月までの間に当院で施行した大腸癌原発巣切除症例762例を対象とし、大腸肛門病学会専門医資格を有する医師が執刀した症例（専門医群）と有さない医師が執刀した症例（非専門医群）の2郡に分け、周術期治療成績を比較検討した。【結果】当院において大腸肛門病専門医を有する医師は延べ6名、有さない医師はレジデントを含め6名が在籍しており、執刀数は専門医群が447例、非専門医群が315例であった。切除した大腸癌の局在を比較すると、専門医群が有意に直腸癌手術を執刀していた（233例 vs 117例、p < 0.001）。また、側方リンパ節郭清や他臓器合併切除を要する手術は有意に専門医群が多かった（28例 vs 2例、 p<0.001）。腫瘍の局在別に手術時間を比較すると、結腸癌手術では局在に関わらず2郡に差はなかったが、直腸癌手術では専門医群で有意に手術時間が長かった（平均; 287分 vs 228分、p<0.001）。術中出血量は直腸癌手術を含め2群間で有意な差を認めなかったが、S状結腸癌手術は有意に非専門医群で出血が少なかった（平均; 28.8ml vs 8.24ml、p<0.001）。一方で、術後合併症の有無については全体の比較および腫瘍の局在別の比較でいずれも2群間に差を認めなかった。【結語】日本大腸肛門病学会専門医は、直腸癌、側方リンパ節郭清、他臓器合併切除を伴う高難度症例を多く担当していたが、術中出血量および術後合併症は非専門医群と同等であった。専門医が高難度手術を担うとともに、チーム内で非専門医を支援する診療体制が、周術期成績の均てん化に寄与している可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
ワークショップ２　大腸肛門病学会専門医が手術に参加することで治療成績に差が出るか？
司会：松田 圭二（同愛記念病院外科）、水島 恒和（獨協医科大学外科学（下部消化管）講座）

[WS2-6] ストーマ造設術にも大腸肛門病学会専門医が参加すべきか？ -大学病院での検討-

*野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、江本 成伸[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[1]、品川 貴秀[1]、舘川 裕一[1]、岡田 聡[1]、白鳥 広志[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学医学部腫瘍外科)

【背景】外科手術の治療成績は疾患の種類、患者状態の他、手術に関連した因子、すなわち病院規模や手術件数によって左右されうることが知られる。加えて術者個人の因子、特に専門医の有無もアウトカムへ影響することが報告されている。わが国ではNationwide Clinical Databaseなどを用いて、食道、肝胆膵、呼吸器領域などで手術成績と各外科領域の専門医との関係についての報告が多くみられるが、大腸外科領域での同様の研究は限定的である。また一般的にmajor手術の治療成績が議論される傾向がある。本研究ではその対極として、人工肛門造設術の成績について大腸肛門病専門医の参加と関連があるかを検討することにした。
【方法】当院（大学病院）で2021-2025年に行った人工肛門造設術を対象とした。大腸切除など他の術式と同時に行われた人工肛門造設術症例は除外した。手術記録から術者と第一助手を大腸肛門病専門医取得の有無を後方視的に調査し、臨床病理学的な背景因子と手術時間、出血量、Clavien-Dindo分類に基づく術後合併症との関連を解析した。
【結果】対象は平均年齢66歳、男70名、女40名で、緊急手術は44例(40%)と多く、ASA-PS 3以上も36例(33%)という集団であった。開腹手術49例、腹腔鏡下手術61例であり、後者の1例で開腹移行となっていた。人工肛門造設部位は結腸84例、回腸26例であった。対象全体の手術時間（中央値）は75分、出血量（同）1 ml、術後合併症(grade 2以上）は定時手術では10例(15%)、緊急手術では13例(30%)に生じた。術者が大腸肛門病専門医とそれ以外を比較すると、手術時間、出血量には差はなかった。しかし術者が専門医ではgrade 2以上の合併症発生がない一方で、専門医未取得の術者の場合、定時手術で17%、緊急手術で36%の合併症発生率であった(全体で24%, p=0.04)。第一助手が大腸肛門病専門医か否かで同様の解析を行ったが、アウトカムに差はなかった。
【考察】概して全身状態が不良である閉塞性の腸疾患を有する患者において、人工肛門造設術のみの術式選択となる場合が多い。このような人工肛門造設術においてこそ、大腸肛門病専門医の術者参加がシームレスな後治療への移行に重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
ワークショップ２　大腸肛門病学会専門医が手術に参加することで治療成績に差が出るか？
司会：松田 圭二（同愛記念病院外科）、水島 恒和（獨協医科大学外科学（下部消化管）講座）

[WS2-7] 大腸肛門病専門医が関与した緊急下部消化器手術の特性と短期手術成績

*井本 良敬[1]、岡本 耕一[1]、梶原 由規[1]、望月 早月[1]、守矢 恒司[1]、川内 隆幸[1]、菊家 健太[1]、相原 一紀[1]、田代 真優[1]、廣瀬 裕一[1]、大塚 泰弘[1]、森 庄平[1]、新實 優卓[1]、及川 功[1]、倉澤 秀紀[1]、豊泉 大地[1]、川本 賢明[1]、岸 庸二[1]、上野 秀樹[1] (1. 防衛医科大学校外科)

【背景と目的】近年、外科医に求められる医療水準は高度化している。一方、人的資源の制約などにより、特に緊急手術においては大腸肛門病学会専門医以外の医師が下部消化管手術に関与する機会も少なくない。本検討では下部消化管領域の緊急手術の特性と短期手術成績の実情について、大腸肛門病専門医の関与別に調査した。
【方法】2021年から2023年に当院で施行した下部消化管緊急手術247例を対象とした。虫垂炎、大腸癌閉塞・出血、腸管穿孔・穿通、腸閉塞等に対する緊急手術を含み、上部消化管手術を除外した。術者または指導的助手が大腸肛門病専門医である専門医群、それ以外の非専門医群の間で、術式、stoma造設の有無、手術時間、術後合併症（Clavien–Dindo分類Grade3以上）、術後在院日数を後方視的に比較した。
【結果】専門医群147例、非専門医群100例で、年齢、性別、ASA-PSに有意差を認めなかった。大腸癌の閉塞・出血・穿孔を含めた大腸癌関連手術の割合は非専門医群33.0%に対し専門医群は46.9%と有意に高く（p=0.028）、そのうち原発巣切除の割合は非専門医群51.5%に対し専門医群は79.7%と有意に高率であった（p=0.004）。また、stoma造設を施行した127例のうちstoma造設のみの割合が非専門医群75.0%に対し専門医群は43.0%と有意に低率であった（p<0.001）。大腸癌原発巣切除に至った85例のうち一期的原発巣切除の割合は非専門医群69.2%に対し専門医群81.4%であり、後者に高い傾向を認めたが統計的な有意差はなかった。手術時間は非専門医群135分に対し専門医群174分と有意に長かった（p<0.001）。両群間において出血量、術後合併症発生率、術後在院日数に差を認めなかった。
【結語】症例選択に明確なバイアスがあることから結果の解釈には慎重性が求められるが、専門医群では非専門医群に対して大腸癌関連手術及び原発巣切除の割合が高く、侵襲的かつ根治性の高い術式が選択されていた。一方、緊急手術における術後短期成績では非専門医群と差を認めなかった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ワークショップ２　大腸肛門病学会専門医が手術に参加することで治療成績に差が出るか？

司会：松田 圭二（同愛記念病院外科）、水島 恒和（獨協医科大学外科学（下部消化管）講座）

[WS2-8] 下部消化管穿孔における大腸外科医の有用性について

*宮北 寛士[1]、西田 莉子[1]、大宜見 崇[1]、岡林 剛史[1]、茅野 新[1]、山本 聖一郎[1] (1. 東海大学消化器外科)

【はじめに】下部消化管穿孔の原因は悪性腫瘍や憩室炎,医原性など様々であるが,糞便による汚染によって重篤な腹膜炎をおこし,予後不良な疾患である. 緊急手術が必要となることが多く, 消化器外科医として下部消化管穿孔に対応できることは必須事項である. 待機手術であれば臓器専門医が手術を行うことが多いが, 緊急手術においては必ず臓器専門医が対応する体制を取ることは難しい. 近年では下部消化管穿孔に対する腹腔鏡手術も行われている.しかし,腹膜炎の緊急手術は待機手術に比較し視野の確保が困難であることや不十分な腹腔内洗浄,手術時間の延長による侵襲など課題とされ,腹腔鏡手術はより習熟した外科医が行う必要がある. 今回,自施設での下部消化管穿孔に対する大腸外科医の参加による下部消化管穿孔の治療成績について報告する. 【対象】2019年から2025年に左側大腸穿孔による汎発性腹膜炎に対してハルトマン手術を施行した43例を対象とした. 悪性腫瘍による穿孔は除外した. 汚染度はHinchey分類を用い, Stage３が20例, Stage4が23例であった.【手術成績】大腸外科グループの対応により差があるか各因子を検討した.腹腔鏡手術は大腸外科群75.9%,大腸外科以外は7.1%で有意に大腸外科群が多かった($p< 0.0001$). 手術時間は腹腔鏡手術が多いにも関わらず大腸外科群で有意に短かった($p=0.0097$). SSIの発生率は有意に低かった($p=0.0452$). 出血量,合併症は少ない傾向がみられ, ICU滞在日数, 在院日数は大腸外科群で短い傾向がみられたが統計学的に有意な関連を認めなかった. 救命率は有意な関連を認めなかった.【結語】大腸外科医の参加により,手術時間は短いにもかかわらず腹腔鏡手術率が高くなった. 疾患の重症感染症であるため, 統計学的に良好な結果はでなかったが, すべての項目で大腸外科医が参加した方が良好な傾向を認めた.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）

ワークショップ３　肛門手術における術後疼痛コントロールと排便ケア

司会：小野 朋二郎（伯鳳会大阪中央病院外科）、松島 小百合（松島病院）

[WS3-1] 当院における術後疼痛管理のアプローチ

*ナナー ジョージ譲時[1]、内田 ひかり[1]、佐井 佳世[1]、米本 昇平[1]、酒井 悠[1]、松島 小百合[1]、小菅 経子[1]、紅谷 鮎美[1]、大島 隆一[1]、松村 奈緒美[1]、河野 洋一[1]、宋 江楓[1]、下島 裕寛[1]、岡本 康介[1]、國場 幸均[1]、黒水 丈次[1]、宮島 伸宜[1]、松島 誠[1]、渡部 晃子[1] (1. 恵仁会松島病院)

[WS3-2] 当院での経験から考える痔核手術後の疼痛管理と排便コントロールについて

*竹中 雄也[1]、渡部 晃大[1]、光藤 傑[1]、辻村 直人[1]、三宅 祐一朗[1]、小野 朋二郎[1]、相馬 大人[1]、安田 潤[1]、齋藤 徹[1]、根津 理一郎[1]、弓場 健義[1] (1. 大阪中央病院外科)

[WS3-3] 肛門手術における術後疼痛コントロールを踏まえた排便ケアの実際

*岡本 欣也[1]、丹野 侑杜[1]、新谷 裕美子[1]、井上 英美[1]、大城 泰平[1]、西尾 梨沙[1]、古川 聡美[1]、山名 哲郎[1] (1. 東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター)

[WS3-4] 当院の肛門疾患手術症例における術後の疼痛と排便ケアの評価

*佐原 力三郎[1]、岡田 大介[1]、本間 祐子[1] (1. 牧田総合病院肛門病センター)

[WS3-5] 肛門疾患日帰り手術における術後疼痛コントロールと排便ケアの実際

*小村 憲一[1] (1. 小村肛門科医院)

[WS3-6] 守谷・松田式痔核結紮切除術（変法）後の疼痛と排便の現状と対策

*森 俊治[1]、田中 香織[1]、山田 英貴[2] (1. 森外科医院、2. 山田外科内科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）

ワークショップ３　肛門手術における術後疼痛コントロールと排便ケア

司会：小野 朋二郎（伯鳳会大阪中央病院外科）、松島 小百合（松島病院）

[WS3-1] 当院における術後疼痛管理のアプローチ

*ナナー ジョージ譲時[1]、内田 ひかり[1]、佐井 佳世[1]、米本 昇平[1]、酒井 悠[1]、松島 小百合[1]、小菅 経子[1]、紅谷 鮎美[1]、大島 隆一[1]、松村 奈緒美[1]、河野 洋一[1]、宋 江楓[1]、下島 裕寛[1]、岡本 康介[1]、國場 幸均[1]、黒水 丈次[1]、宮島 伸宜[1]、松島 誠[1]、渡部 晃子[1] (1. 恵仁会松島病院)

肛門手術後の疼痛は、排便時の機械的刺激や内肛門括約筋のスパスムス、創部炎症など複数の要因が関与する複合的病態である。また、その程度や経過は対象疾患や術式により異なる。裂肛は術前疼痛が強い一方で創部数が少なく、痔瘻に対する括約筋温存術では肛門管内の創部を伴わないため術後疼痛は比較的軽度である。一方、痔核では肛門管内に複数の創部を形成することが多く、術後疼痛が強く遷延しやすく、疼痛コントロールが臨床上の重要課題である。
当院では痔核に対して主に結紮切除術（Ligation and Excision：LE）を施行している。LE術後は、アセトアミノフェンや非ステロイド性抗炎症薬による多角的鎮痛に加え、術後早期からの軟便剤定時内服による排便コントロール、温座浴を併用している。
本検討では、当院における肛門手術症例を対象に、術後疼痛管理および排便ケアの実際を後方視的に検討する。対象は2025年3月1日から2026年3月31日までの症例とし、痔瘻に対するfistulotomy、裂肛単独手術、内痔核に対するLE（1、2、3カ所）の群に分類をして術後疼痛についての検討を行った。主要評価項目は頓用鎮痛薬使用回数とし、術後各日および総使用回数を比較した。
全例で術後早期から軟便剤を定時内服し、術後1日目より温座浴を開始する。排便性状はブリストル便性状スケールで評価し、便性状と術後疼痛（頓用鎮痛薬使用回数）の関連を検討する。創部数や術式に加え、便性状の適正化が術後疼痛に与える影響を解析する。
以上より、肛門手術後疼痛に対する多角的アプローチとして、鎮痛薬投与のみならず排便コントロールを含めた包括的管理の重要性を明らかにする。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）
ワークショップ３　肛門手術における術後疼痛コントロールと排便ケア
司会：小野 朋二郎（伯鳳会大阪中央病院外科）、松島 小百合（松島病院）

[WS3-2] 当院での経験から考える痔核手術後の疼痛管理と排便コントロールについて

*竹中 雄也[1]、渡部 晃大[1]、光藤 傑[1]、辻村 直人[1]、三宅 祐一朗[1]、小野 朋二郎[1]、相馬 大人[1]、安田 潤[1]、齋藤 徹[1]、根津 理一郎[1]、弓場 健義[1] (1. 大阪中央病院外科)

痔核に対する術式は様々なものが報告されているが、当院では多様な形態をとる痔核に対して柔軟に対応できる結紮切除術を中心としながら症例に応じて分離結紮や粘膜縫縮を併用した複合的アプローチを行なっている。
痔核手術後には疼痛により十分な怒責ができず排便が困難となることがあり、疼痛と排便管理には注意が必要である。
術後の疼痛管理にはNSAIDsを使用し、NRS（Numerical Rating Scale）に応じて神経障害性疼痛治療薬や弱オピオイドであるトラマドール塩酸塩を併用している。排便コントロールは入院中の排便状況を確認しながら、酸化マグネシウムや刺激性下剤を使用し、必要に応じてエロビキシバットやリナクロチドなどを追加している。便回数が頻回となっても疼痛管理が困難となることがあり症例に応じて整腸剤やポリカルボフィルカルシウムを使用する。
当院の術後在院日数は平均3.2日であり、退院後の初回外来診察までの期間は平均26.1日であることから退院後の疼痛管理・排便コントロールが大切と考えている。そのため退院後の疼痛や排便の状態に応じて薬剤の自己調整ができるように入院中から投与経路は経口摂取を原則とし薬剤師、看護師とも連携して患者指導に努めている。退院後に疼痛の増悪や排便コントロールが不良となった場合には速やかに肛門診察を行い必要に応じて薬剤調整や摘便などの追加処置を行っている。
今回、2025年1月から2025年12月までに当院で脱肛を主訴に来院し肛門手術を実施した909症例を対象に、手術内容、術後在院日数、入院中の排便状況と痛みの程度、退院時の投薬内容、退院後の初回外来診察までに予約外受診が必要となった症例とその内容について診療録から後方視的に検討したので報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）

ワークショップ３　肛門手術における術後疼痛コントロールと排便ケア

司会：小野 朋二郎（伯鳳会大阪中央病院外科）、松島 小百合（松島病院）

[WS3-3] 肛門手術における術後疼痛コントロールを踏まえた排便ケアの実際

*岡本 欣也[1]、丹野 侑杜[1]、新谷 裕美子[1]、井上 英美[1]、大城 泰平[1]、西尾 梨沙[1]、古川 聡美[1]、山名 哲郎[1] (1. 東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター)

肛門手術後の疼痛は患者満足度や術後経過に大きく影響する。とくに排便時疼痛は排便への恐怖を惹起し，便秘や硬便化を招き，さらなる疼痛増悪の一因となる。このため，術後疼痛コントロールと排便ケアは一体的に管理することが重要である。また，多数症例を扱う施設では，医師のみならず看護師・薬剤師を含めた多職種による統一した対応が求められる。
当センターでは，痔核手術や痔瘻手術をはじめとした多数の肛門手術を施行しており，術後疼痛管理と排便ケアの標準化に取り組んでいる。術後疼痛に対してはロキソプロフェンを基本とし，疼痛の程度や患者背景に応じてトラマドール・アセトアミノフェン配合剤を追加している。また，「疼痛が増強しやすい時期」や「通常範囲の疼痛」について術前から具体的に説明し，不安軽減にも努めている。
排便管理においては，術後早期から無理のない排便を維持することを重視している。硬便による排便時疼痛を防ぐ一方で，過度な軟便や頻便による創部刺激も回避する必要があり，患者背景や術式に応じて酸化マグネシウムを主体に調整している。さらに，排便姿勢，いきみの回避，水分摂取についても術前より指導を行っている。
また，当センターでは術後管理に関するクリニカルパスおよび共通指導内容を整備し，多職種間で共有している。これにより，患者説明および術後対応の均質化，若手医師教育，看護師対応の標準化が図られている。一方で，術後疼痛や排便状況には個人差が大きく，術式や患者背景に応じた柔軟な対応も不可欠であるため，標準化を基盤としつつ個別化を行っている。
本発表では，術後疼痛コントロールと排便ケアに関する当センターの取り組みについて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）

ワークショップ３　肛門手術における術後疼痛コントロールと排便ケア

司会：小野 朋二郎（伯鳳会大阪中央病院外科）、松島 小百合（松島病院）

[WS3-4] 当院の肛門疾患手術症例における術後の疼痛と排便ケアの評価

*佐原 力三郎[1]、岡田 大介[1]、本間 祐子[1] (1. 牧田総合病院肛門病センター)

＜背景＞肛門疾患術後疼痛は必発とされており、また術後の排便状態・便性等も含めそれらの術後管理は手術成績や患者のQOL・満足度に大きく影響しており、これらを改善させることは重要である。＜目的＞当院の肛門疾患手術は、痔瘻においては肛門管内上皮に手術侵襲を加えないこと、また痔核に対する結紮切除半閉鎖法では手術前後において肛門の進展性を損なわないように工夫しており、それらの工夫が術後の疼痛と排便状態にどのような影響を及ぼしているのかを検討する。＜対象＞2020年4月から2021年3月までの入院手術下の症例149例（A群）と、直近2026年1月から4月までの156例（B群）計305例を対象とし、疾患としては痔核114例（37.4%）と痔瘻133例（43.6%）を検討した。＜方法＞術後の創痛や排便状態は診療録を元に後方視的に検討した。術後疼痛の評価は術当日、第一病日、第二病日（午前中退院前）に病棟ラウンド時に聴取し、創痛レベルを3段階に評価した。即ち創痛レベル０：疼痛がないか創部圧迫や肛門収縮時にごく軽い疼痛を感じるレベル、創痛レベル１：持続痛あるも自制内にて追加の鎮痛処置が不要のレベル、創痛レベル２：予め処方されている鎮痛薬では不足にて追加の鎮痛薬内服か半合成オピオイドの注射が必要なレベル、の3段階に分類して評価した。手術手技を工夫した場合はその前後における疼痛のレベルを比較した。＜結果＞痔瘻においては肛門上皮を温存する手術手技のもとではA群のレベル0が48.6%に対してB群のレベル0は89.5%と改善していた。痔核に対する結紮切除半閉鎖法においてもA群のレベル0が38.2%に対してB群では67.8%と改善していた。両群の痔核痔瘻を合わせた検討でもレベル0とレベル1を合わせて216例（87.4%）が許容範囲の術後疼痛であった。排便ケアでは痔核術後では緩下剤と整腸剤の内服を基本としたが痔瘻術後では整腸剤のみとし、両群において特別な対応は必要なかった。＜まとめ＞痔核と痔瘻の手術において肛門管内の手術操作を無あるいは低侵襲にする術式は客観的術後疼痛評価において著明な改善が得られ、排便ケアにおいても難渋することなく患者にとって満足度の高い治療法であると思われた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）
ワークショップ３　肛門手術における術後疼痛コントロールと排便ケア
司会：小野 朋二郎（伯鳳会大阪中央病院外科）、松島 小百合（松島病院）

[WS3-5] 肛門疾患日帰り手術における術後疼痛コントロールと排便ケアの実際

*小村 憲一[1] (1. 小村肛門科医院)

当院は無床診療所であり、局所麻酔による日帰り手術を行っている。
【疼痛コントロール】
局所麻酔剤（リドカイン塩酸塩）は酸性で刺激が強いため、炭酸水素ナトリウムと混合しpHを中性に調整する。注射針は皮下注射に26G、深部に25Gの細針を使用し薬液をゆっくり注入することで、局所麻酔時の疼痛を軽減する。鎮静はミダゾラム（体重50kgに対し2.5mg）を用い、術後フルマゼニルで拮抗する。術直後はフルルビプロフェンアキセチル点注およびジクロフェナクナトリウム坐薬50mgを使用する。術後処方はロルノキシカム3T分３、ジクロフェナクナトリウム頓服とし、疼痛が強い場合はトラマドール塩酸塩・アセトアミノフェン配合を追加する。また痔核結紮切除半閉鎖における縫合を2層で行うことで、創の確実な閉鎖が図られ、疼痛軽減に寄与していると考えている。
【術後・排便ケア】
当院独自のセルフチェックノートに排便状況・疼痛・出血の有無等を記載させ、診察時に持参させる。術後状態を把握するコミュニケーションツールとして有用である。手術当日よりラクトミン製剤・酸化マグネシウムの内服を開始し、術後2日間排便がない場合は指診を行い、肛門内に便を認めれば浣腸を施行する。糞便塞栓をきたした場合には切除創への負担を避けるよう愛護的に摘便を行う。3日以上排便がなく肛門内に便がない場合はピコスルファートナトリウム水和物を追加する。また、術後1日目より注入軟膏（大腸菌死菌・ヒドロコルチゾン配合）を使用し、術後10日位に出血が一時的に増す可能性を患者に事前説明することで不安の軽減を図る。
【脊髄損傷患者における対応】
脊損患者は便意がなく、腹圧低下や反射消失により排便困難を来すため、日常的に摘便や浣腸を必要とする。痔核手術後はこれらの排便操作による肛門内への刺激が術後出血のリスクとなるため、慎重な対応が求められる。当院では術後2週間まで外来において3日毎に摘便を行い、術後出血なく管理し得た。自宅が車椅子生活に最適化されている脊損患者にとって、入院よりも日帰り手術の方がQOLの観点から有利である。これまで４名の脊損患者の痔核根治術を安全に日帰り手術で施行し得た。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）
ワークショップ３　肛門手術における術後疼痛コントロールと排便ケア
司会：小野 朋二郎（伯鳳会大阪中央病院外科）、松島 小百合（松島病院）

[WS3-6] 守谷・松田式痔核結紮切除術（変法）後の疼痛と排便の現状と対策

*森 俊治[1]、田中 香織[1]、山田 英貴[2] (1. 森外科医院、2. 山田外科内科)

【はじめに】肛門疾患における手術治療では術後疼痛は避けることのできない事象だが，強い疼痛は排便困難にも関連するため，痛み⇄排便困難の悪循環に陥ることもある．特に痔核手術後の痛みは強く，疼痛と排便のコントロールは重要である．当院の痔核手術は守谷・松田式痔核結紮術（変法）（LE）であるが，術後合併症について疼痛や排便障害を検討することにした．【手術】守谷・松田式LEは電気メスを用い括約筋を露出する層で痔核組織を遊離したのち，内痔核部分の直腸粘膜を片方ずつ結紮し肛門上皮を口側に吊り上げて肛門縁レベルまでの半閉鎖にしている．【術後の対策】術後の疼痛に対してはロキソプロフェンを基本にして，必要に応じ他の配合剤内服やペンタゾシン筋注を行う．排便に関しては手術翌日夜までに出なければセンノシドを服用する．排便があっても残便感が強い場合や少量ずつ頻回の場合は便遺残と考え浣腸を行うことにしている．【成績】2021年1月から2025年3月までに施行した守谷・松田式LEのうち，治癒まで確認できた413例を対象に術後合併症について検討した．検討項目は浣腸・緩下剤・刺激性下剤の使用，導尿，便失禁，痛みスケールの推移である．LEの個数によって二群間に分け，χ二乗検定やt検定，ANOVAを用いて検討した．【結果】LE≧2ではLE=1と比較して，またLE≧3ではLE≦2と比較して有意に浣腸，緩下剤，刺激性下剤，導尿を必要とする症例が多く，術後疼痛のフェイススケール（FS）≦2になるまでに要する日数が長かった．術後出血で止血術を必要とした症例は1例のみであった．【考察】LE数が多くなると術後の疼痛が強いのは当然であるが，排便障害の頻度が増すのは疼痛だけでなく直腸肛門機能および感覚の低下が関与しているのではないかと推測する．術後早期に疼痛コントロールを行うことで排便障害を低下させることができるのではないかと考えている．また，複数個のLEでは術後排便困難を生じ，適宜下剤や浣腸を行うことを予め説明することも重要と思われる．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科

2026年11月20日(金) 9:55 ~ 11:10 | 第7会場（1F 会議室107）

ワークショップ４　BOWEL URGENCYの現状～IBD/IBSの観点から～

司会：久部 高司（福岡大学筑紫病院 消化器内科)、三上 洋平（千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学）

[WS4-1] IBD診療における便意切迫感評価の実態と課題： 医師アンケート調査から示唆される診療姿勢の重要性

*櫻庭 裕丈[1]、蓮井 桂介[1]、長堀 正和[2]、山崎 大[3]、平岡 佐規子[4]、桂田 武彦[5]、大森 鉄平[6]、加藤 真吾[7]、村井 康久[1]、太田 真二[1]、菊池 英純[1]、平賀 寛人[8]、安藤 朗[9]、久松 理一[10] (1. 弘前大学大学院医学研究科消化器血液免疫内科学講座、2. 東京科学大学病院ヘルスサイエンスR&Dセンター、3. 京都大学大学院医学研究科地域医療システム学講座、4. 岡山赤十字病院消化器内科、5. 北海道大学病院光学医療診療部、6. 杏林大学医学部附属杉並病院消化器内科、7. 埼玉医科大学総合医療センターIBDセンター、8. 弘前大学大学院保健学研究科生体検査科学領域、9. 滋賀医科大学/川西市立総合医療センター、10. 杏林大学医学部消化器内科学)

[WS4-2] 治療抵抗性潰瘍性大腸炎に対するMirikizumab追加導入療法の治療成績

*守屋 圭[1]、永松 晋作[1]、渡邉 賢[1]、久保 貴裕[1]、友岡 文優[1]、藤本 優樹[1]、中西 啓祐[1]、松尾 悠矢[1]、川西 万吏也[1]、菊池 真優子[1]、堀木 翔太[1]、倭村 睦生[1]、上嶋 昌和[1]、松尾 英城[1] (1. 地方独立行政法人奈良県立病院機構　奈良県総合医療センター消化器内科)

[WS4-3] 潰瘍性大腸炎に対するフィルゴチニブの当院における有効性と安全性の検討

*韓 可[1]、吉松 裕介[1]、清原 裕貴[1]、杉本 真也[1]、三上 洋平[1]、筋野 智久[2]、髙林 馨[3]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学消化器内科、2. 慶應義塾大学医学部 坂口光洋記念講座（消化器生体多次元解析講座）、3. 慶應義塾大学医学部内視鏡センター)

[WS4-4] Tulisokibartを中等症から重症の活動性潰瘍性大腸炎患者に対して12週間投与した際の症状消失と臨床的反応との関連性

*坂本 雄[1], Christopher Ma[2], Brigid S Boland[3], Rupert W Leong[4], Marek Horynski[5] (1. MSD株式会社グローバル研究開発本部クリニカルリサーチ領域、2. Division of Gastroenterology & Hepatology, Departments of Medicine and Community Health Sciences, University of Calgary、3. Altman Clinical Translational Research Institute, University of California, San Diego、4. Macquarie University、5. Endoskopia sp. z o.o.)

[WS4-5] 潰瘍性大腸炎術後におけるBowel urgencyの規定因子：外科的介入と炎症の観点からみた発症と持続の機序

*岡田 純一[1]、茂田 浩平[1]、中山 史崇[1]、原田 優香[1]、門野 政義[1]、森田 覚[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部外科学（一般・消化器))

[WS4-6] 潰瘍性大腸炎難治例における bowel urgency合併症例の臨床的特徴と手術治療の有用性

*辰巳 健志[1]、黒木 博介[1]、後藤 晃紀[1]、中尾 詠一[1]、小原 尚[1]、齋藤 紗由美[1]、木村 英明[2]、荒井 勝彦[1]、小金井 一隆[1]、杉田 昭[1] (1. 横浜市立市民病院炎症性腸疾患科、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター　炎症性腸疾患センター)

[WS4-7] 下痢型IBSを含む慢性下痢症患者における腹痛と精神症状がQOLに与える影響

*安藤 裕子[1]、森 英毅[1]、正岡 建洋[1]、松崎 潤太郎[1]、水上 健[1]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学(消化器))

[WS4-8] 下痢型過敏性腸症候群に対する抗菌薬治療の現況

*正岡 建洋[1]、猪口 和美[2]、金井 隆典[2] (1. 川崎市立川崎病院消化器内科、2. 慶應義塾大学医学部内科学（消化器))

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科

2026年11月20日(金) 9:55 ~ 11:10 | 第7会場（1F 会議室107）

ワークショップ４　BOWEL URGENCYの現状～IBD/IBSの観点から～

司会：久部 高司（福岡大学筑紫病院 消化器内科）、三上 洋平（千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学）

[WS4-1] IBD診療における便意切迫感評価の実態と課題： 医師アンケート調査から示唆される診療姿勢の重要性

*櫻庭 裕丈[1]、蓮井 桂介[1]、長堀 正和[2]、山崎 大[3]、平岡 佐規子[4]、桂田 武彦[5]、大森 鉄平[6]、加藤 真吾[7]、村井 康久[1]、太田 真二[1]、菊池 英純[1]、平賀 寛人[8]、安藤 朗[9]、久松 理一[10] (1. 弘前大学大学院医学研究科消化器血液免疫内科学講座、2. 東京科学大学病院ヘルスサイエンスR&Dセンター、3. 京都大学大学院医学研究科地域医療システム学講座、4. 岡山赤十字病院消化器内科、5. 北海道大学病院光学医療診療部、6. 杏林大学医学部附属杉並病院消化器内科、7. 埼玉医科大学総合医療センターIBDセンター、8. 弘前大学大学院保健学研究科生体検査科学領域、9. 滋賀医科大学/川西市立総合医療センター、10. 杏林大学医学部消化器内科学)

【背景】炎症性腸疾患（IBD）ではTreat-to-Target戦略のもとSTRIDE-IIでは、内視鏡的寛解のみならずQOLの正常化が重要な治療目標となっている。便意切迫感（bowel urgency：BU）は患者のQOLを著しく低下させる症状であるが、臨床試験における主要な評価指標に含まれず、日本における実臨床での評価実態は明らかでない。さらにBUは寛解期にも残存し得るため、医師評価との乖離を生じる「見えにくいQOL障害」として過小評価されている可能性がある。

【目的】IBD診療におけるBU評価の位置づけと診療上の課題を明らかにする。

【方法】IBD診療に関与する医師を対象に匿名Webアンケートを実施し、症状・QOLに関する問診頻度、BUの認識、診療姿勢を調査した。自由記述より、生活・社会活動に言及する問診を行う医師を「QOL志向群」、それ以外を非志向群と定義し比較した。統計解析はχ^2検定およびMann–Whitney U検定を用いた。

【結果】158名中131名を解析対象とした。BUは経験年数や診療患者数に関わらずQOL低下に寄与する重要症状として広く認識されていた。活動期患者を多く診療する医師ほどBUの影響を強く認識する傾向があったが、寛解期においても一定の認識は維持されていた。一方、QOL志向にはばらつきがあり、QOL志向群ではBUやトイレ不安、外出制限に関する問診頻度が有意に高く、時間・知識不足を障壁と感じにくく、SDMや多職種連携にも積極的であった。背景因子には有意差を認めなかった。

【考察】 IBD診療においてBUがQOLを規定する重要症状として広く認識されているにもかかわらず、日常診療では実際のQOL障害の評価は不十分である可能性があるギャップを示した。BUは疾患活動性に依存して評価されやすく、寛解期に残存するQOL障害として過小評価されやすい。さらに、BU評価の差異は医師背景ではなく診療姿勢（QOL志向）に規定されることを示し、BUの課題が個別の知識不足ではなく診療プロセスの問題であることが明らかとなった。今後は、QOL志向に基づく構造化問診および評価ツールの開発と、BUをSDMに組み込む診療モデルの確立が不可欠であり、これにより“見えにくいQOL障害”の可視化と患者中心型IBD診療の実現が期待される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科

2026年11月20日(金) 9:55 ~ 11:10 | 第7会場（1F 会議室107）

ワークショップ４　BOWEL URGENCYの現状～IBD/IBSの観点から～

司会：久部 高司（福岡大学筑紫病院 消化器内科）、三上 洋平（千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学）

[WS4-2] 治療抵抗性潰瘍性大腸炎に対するMirikizumab追加導入療法の治療成績

*守屋 圭[1]、永松 晋作[1]、渡邉 賢[1]、久保 貴裕[1]、友岡 文優[1]、藤本 優樹[1]、中西 啓祐[1]、松尾 悠矢[1]、川西 万吏也[1]、菊池 真優子[1]、堀木 翔太[1]、倭村 睦生[1]、上嶋 昌和[1]、松尾 英城[1] (1. 地方独立行政法人奈良県立病院機構 奈良県総合医療センター消化器内科)

【目的】近年、治療抵抗性潰瘍性大腸炎 (rUC) 患者の生活の質 (QOL) を著しく低下させるとされている便意切迫感に対して抗IL-23抗体製剤Mirikizumab (MRZ) の有効性が明らかとなり、実臨床でもその治療効果が期待されている。MRZは他の2種種の抗IL-23抗体製剤と異なり、rUCの寛解導入治療に際して基本導入 （３回連続点滴静注） に続いて３回の点滴静注を上乗せする追加導入が承認されている。本研究ではMRZ追加導入療法の有効性と安全性について、rUC患者を心身両面の観点から評価する。

【方法】2023年3月以降に当院でMRZを用いた新規の追加導入療法開始後に半年以上が経過しているrUC患者６例 （男1例/女5例、年齢中央値61歳、左半結腸炎型1例/全大腸炎型5例） を対象とした。臨床的改善は部分Mayoスコア (pMS) が治療前から2点かつ30%以上の減少、同寛解はpMS 2点以下かつ各サブスコア1点以下とした。また、対象患者における腸管症状や精神症状などの定量的QOL評価は、炎症性腸疾患患者のQOL評価質問票 (IBDQ) を用いた。

【成績】全例とも全身ステロイド療法では寛解導入に成功せず、MRZ追加導入療法が実施されていた。MRZ開始時のpMSは中央値4.5点、Mayo内視鏡スコアは同2点、CRPは同0.6、LRGは同20.2であった。２例がAZA併用中で、4例が生物学的製剤 (Bio) 治療歴を有しており、先行投与されたBio数は中央値2.0、MRZ継続月数は同10ヶ月であった。12週/24週の臨床的改善率は17%/83%、臨床的寛解率は17%/67%であり、両指標とも24週時の結果が12週時のそれを凌駕していた。また、IBDQサブスコア変動幅 (平均値) は0-12週/12-24週がそれぞれ腸管5/6、全身5/10、精神4/9、社会4/6で、腸管スコアの改善は他スコアよりもやや早期から認められていた。逆に腸管以外のサブスコアでは12-24週における改善幅が0-12週のそれらよりも大きかった。なお、MRZ追加導入療法中に有害事象は見られなかった。

【結論】便意切迫感の早期改善効果を謳うMRZであるが、rUCに対するMRZの遅効症例が存在するため、その追加導入療法は有効な治療選択肢になる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科
2026年11月20日(金) 9:55 ~ 11:10 | 第7会場（1F 会議室107）
ワークショップ４　BOWEL URGENCYの現状～IBD/IBSの観点から～
司会：久部 高司（福岡大学筑紫病院 消化器内科）、三上 洋平（千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学）

[WS4-3] 潰瘍性大腸炎に対するフィルゴチニブの当院における有効性と安全性の検討

*韓 可[1]、吉松 裕介[1]、清原 裕貴[1]、杉本 真也[1]、三上 洋平[1]、筋野 智久[2]、髙林 馨[3]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学消化器内科、2. 慶應義塾大学医学部 坂口光洋記念講座（消化器生体多次元解析講座）、3. 慶應義塾大学医学部 内視鏡センター)

【目的】潰瘍性大腸炎（UC）は近年も依然として若年者を中心に増加傾向で難治例も少なくない。主症状の血便、下痢に加え便意切迫感もQOLに大きな影響を及ぼしており、早期の症状改善が長期的な寛解につながることもわかってきた。難治例に対して多くのadvanced therapy(ADT)が開発される中で、UCに対するJAK阻害薬が3剤登場し臨床試験での有効性は明白だが，いずれもリアルワールドデータにおける安全性や有効性に関する報告は十分ではない．日本では2022年3月よりフィルゴチニブの使用が承認され，当院においても潰瘍性大腸炎(UC)の患者に対して導入してきた．今回，当院におけるフィルゴチニブの長期治療効果について検討する．
【方法】2022年3月から2026年2月までに当院でフィルゴチニブを導入したUC患者について，有効性及び安全性について，単施設後ろ向き観察研究を行った．
【結果】対象は79例（男性50例，女性29例），年齢中央値36歳（IQR: 26-50），罹病期間中央値9.2年（IQR: 4.4-16.8），導入時pMayoスコア（PMS）中央値4（IQR: 3–6）であった．活動期（PMS≧2）の症例に限定し，治療有効性を検討したところ，10週、52週時の寛解導入率は54.4%、50.7%, 治療継続率は1年で63%，2年で41%程度であった．また， ADT-naïve群とADT-experienced群の治療継続率に有意差はみられなかった．更に，difficult-to-treat(DTT)-IBD症例において，トファシチニブ使用歴のある群は有意にフィルゴチニブの継続率が低いことが示された．重篤な有害事象は原病増悪の1例（1.2%），有害事象は帯状疱疹2例（2.5%）、ざ瘡1例（1.2%）などを含む32例（40.5%）であり，消化管穿孔、血栓塞栓症、悪性腫瘍は認めなかった．投与中止に至った有害事象は原病増悪を除くと嘔気1例（1.2%）、筋肉痛1例（1.2%）であった．
【結語】フィルゴチニブは実臨床において，難治例及び長期罹患例の潰瘍性大腸炎患者に対しても有効性と安全性を示した．難治症例において，トファシチニブ使用歴があるとフィルゴチニブの継続率が低いことが示唆された．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科
2026年11月20日(金) 9:55 ~ 11:10 | 第7会場（1F 会議室107）
ワークショップ４　BOWEL URGENCYの現状～IBD/IBSの観点から～
司会：久部 高司（福岡大学筑紫病院 消化器内科）、三上 洋平（千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学）

[WS4-4] Tulisokibartを中等症から重症の活動性潰瘍性大腸炎患者に対して12週間投与した際の症状消失と臨床的反応との関連性

*坂本 雄[1], Christopher Ma[2], Brigid S Boland[3], Rupert W Leong[4], Marek Horynski[5] (1. MSD株式会社グローバル研究開発本部クリニカルリサーチ領域、2. Division of Gastroenterology & Hepatology, Departments of Medicine and Community Health Sciences, University of Calgary、3. Altman Clinical Translational Research Institute, University of California, San Diego、4. Macquarie University、5. Endoskopia sp. z o.o.)

Introduction: Tulisokibart, an anti-TL1A monoclonal antibody, has demonstrated significantly higher rates of clinical remission and endoscopic and histologic improvements vs placebo in participants with moderately to severely active ulcerative colitis in a phase 2 double-blind, placebo-controlled induction clinical trial. In this post hoc analysis, we assessed the relationship between rectal bleeding (RB), stool frequency (SF), and bowel urgency (BU) resolution and clinical responses after 12 weeks of treatment with tulisokibart.

Methods: Adults with moderately to severely active UC were randomized 1:1 to receive placebo or intravenous tulisokibart (1000 mg on day 1 and 500 mg at weeks 2, 6, and 10). BU was recorded daily with the Urgency Numeric Rating Scale (UNRS); resolution was defined as UNRS ≤1. RB and SF were recorded daily by participants; resolution was defined as SF subscore ≤1 or RB subscore of 0. A mixed model repeated measures approach was used to compare tulisokibart with placebo for change from baseline in UNRS.

Results: Of the 135 randomized patients, 60/67 (89.6%) receiving placebo and 68/68 (100%) receiving tulisokibart completed the 12-week induction period. Tulisokibart treatment led to a significant reduction in UNRS by week 2, continuing through week 12 (difference from placebo at week 12, -1.76; p<0.001). At week 12, patients who reported BU resolution experienced higher rates of clinical remission, clinical response, and endoscopic improvement than those who did not. Two component patient reported outcome (PRO2) remission at week 2 and week 6 appeared to be positively associated with clinical remission at week 12.

Conclusions: In patients with moderately to severely active UC, tulisokibart led to rapid symptom improvement. BU resolution was associated with clinical remission, clinical response, and endoscopic improvement. Of the patient-reported outcomes, improvement in SF was the strongest predictive measure for clinical remission at week 12. Of the mMS components, an ES subscore ≤1 showed the highest concordance with clinical remission at week 12.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科
2026年11月20日(金) 9:55 ~ 11:10 | 第7会場（1F 会議室107）
ワークショップ４　BOWEL URGENCYの現状〜IBD/IBSの観点から〜
司会：久部 高司（福岡大学筑紫病院 消化器内科）、三上 洋平（千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学）

[WS4-5] 潰瘍性大腸炎術後におけるBowel urgencyの規定因子：外科的介入と炎症の観点からみた発症と持続の機序

*岡田 純一[1]、茂田 浩平[1]、中山 史崇[1]、原田 優香[1]、門野 政義[1]、森田 覚[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部外科学（一般・消化器))

【背景】Bowel urgencyはIBDとIBSに共通して認められ、排便を遅延できない強い便意としてQOLを著しく低下させる重要な症状である。Bowel urgencyは潰瘍性大腸炎に対する回腸嚢肛門(管)吻合術後にも認められるが、その発症および持続に関与する因子は十分に解明されていない。特に、発症と持続を時間軸で区別した検討は乏しい。本研究は潰瘍性大腸炎手術の回腸嚢肛門(管)吻合後のBowel urgencyの発症と持続の規定因子を明らかにすることを目的とした。
【方法】2013年から2023年に当院で大腸全摘術・回腸嚢肛門(管)吻合術（IPAAまたはIACA）を施行した症例を対象とした後ろ向き観察研究を行った。術後6か月以降のbowel urgencyを評価し、排便回数増加または止痢薬使用が持続する症例をpersistent urgencyと定義した。persistent urgencyの有無で2群に分け、臨床因子との関連を検討した。さらにbowel urgencyの発症因子についても検討した。
【結果】対象は86症例、平均年齢41歳、観察期間は74ヶ月であった。術後6か月以降のbowel urgencyは32例（37.2%）に認め、そのうち20例（62.5%）がpersistent urgencyであった。persistent urgencyは回腸嚢炎を発症した症例で有意に高頻度であり（37.1% vs 13.7%、p=0.012）、多変量解析においても独立した関連因子であった（OR 5.22、95%CI 1.57–17.37、p=0.007）。一方、吻合法および術後合併症との関連は認めなかった。さらに人工肛門の閉鎖までの期間が短い症例でurgencyの発症が有意に多く、早期閉鎖が発症に関与する可能性が示唆された(p=0.022)。[o_1.1]
【結語】潰瘍性大腸炎術後のbowel urgencyは約4割に認められ、その約6割が持続した。持続症状には回腸嚢の炎症が強く関与する一方で、発症には人工肛門閉鎖時期が関与し、両者は時間依存的に異なる機序により規定される可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科
2026年11月20日(金) 9:55 ~ 11:10 | 第7会場（1F 会議室107）
ワークショップ４　BOWEL URGENCYの現状～IBD/IBSの観点から～
司会：久部 高司（福岡大学筑紫病院 消化器内科）、三上 洋平（千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学）

[WS4-6] 潰瘍性大腸炎難治例における bowel urgency合併症例の臨床的特徴と手術治療の有用性

*辰巳 健志[1]、黒木 博介[1]、後藤 晃紀[1]、中尾 詠一[1]、小原 尚[1]、齋藤 紗由美[1]、木村 英明[2]、荒井 勝彦[1]、小金井 一隆[1]、杉田 昭[1] (1. 横浜市立市民病院炎症性腸疾患科、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター　炎症性腸疾患センター)

【背景】潰瘍性大腸炎(UC)に対する薬物治療の進歩により,手術適応となる難治例は減少している.しかし一部では十分な内科治療を行っても症状が改善せず,特に便意切迫（urgency）により日常・社会生活に著しい支障を来す症例が存在する.
【目的】UC難治例におけるurgency合併症例の臨床的特徴を明らかにし,手術治療の有用性を検討する.
【対象・方法】2010年4月～2023年12月にUC難治例に対し手術を施行した385例を対象とした.検討①：urgency合併群(U群)と非合併群(NU群)の2群に分け,臨床的特徴,術前画像検査所見を比較検討した. 検討②：urgency合併例の術式,術後合併症,排便機能,社会生活への影響を術前後で比較した.
【結果】検討①：187例(48.6%)にurgencyを合併しており,U群はNU群に比し1日排便回数,便失禁合併例の率が高かった(いずれもp<0.001).注腸造影ではU群はNU群に比べて腸管の狭小化とS状結腸の直線化が有意に多く認められた(p<0.001).
検討②：urgency合併例のUCの発症年齢36歳,手術時年齢45歳,初回手術後観察期間は92か月であった(中央値).術式は大腸全摘,回腸嚢肛門(管)吻合術171例,高齢,肛門機能低下例と痔瘻・肛門狭窄合併例の9例で大腸全摘回腸永久人工肛門造設術を施行した. 術後合併症として縫合不全による汎発性腹膜炎を10例(5.3%)に認め,開腹ドレナージ,回腸人工肛門造設術を行った. 回腸嚢肛門管吻合術をした症例の2例で(縫合不全後に本人が希望,肛門機能低下)で回腸人工肛門閉鎖術を施行しなかった.回腸嚢機能率は術後5年で98.7%,10年で97.7%と良好であった.
回腸嚢機能例173例で,術前と術後1年時点での排便機能を比較すると,排便回数は術前10回/日から術後7回/日へ,便失禁は37.6%から8.1%に有意に減少した. 術前urgencyも全例に認めたが,術後3.5%まで低下し,.未就労,未就学率は32.0%から2.1%に改善した(いずれもp<0.001).
【結語】UC難治手術施行例におけるurgency合併症例では,腸管狭小化やS状結腸直線化を高率に認め,便失禁を伴う高度な排便機能障害を呈していた.手術治療後にはurgency,排便機能,社会生活状況はいずれも改善しており,内科的治療で改善しないurgency合併例に対する外科治療の有用性が示唆された.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科
2026年11月20日(金) 9:55 ~ 11:10 | 第7会場（1F 会議室107）
ワークショップ４　BOWEL URGENCYの現状～IBD/IBSの観点から～
司会：久部 高司（福岡大学筑紫病院 消化器内科）、三上 洋平（千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学）

[WS4-7] 下痢型IBSを含む慢性下痢症患者における腹痛と精神症状がQOLに与える影響

*安藤 裕子[1]、森 英毅[1]、正岡 建洋[1]、松崎 潤太郎[1]、水上 健[1]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学(消化器))

【目的】
慢性下痢症は多様な病態を含み、その一部は過敏性腸症候群（IBS）、特に下痢型IBS（IBS-D）と臨床的に重複する。IBSでは腹痛および心理社会的因子が症状形成に重要とされるが、慢性下痢症全体におけるこれらの関連は十分に検討されていない。本研究では、IBS様症状（腹痛・心理症状）に着目し、慢性下痢症患者の臨床実態とQOLへの影響を明らかにすることを目的とした。

【方法】
2023年8月～2024年8月に専門外来を受診した慢性下痢症患者を対象に横断調査を行った。便性状（BSFS）、腹部症状（IBS/FD問診）、不安・抑うつ（HADS）、労働生産性（WPAI:GH）、治療内容およびその効果を評価した。Rome基準に基づきIBS合併の有無を判定した。

【結果】
100例が本研究に登録され、対象の40%にIBS合併を認めた。IBS合併例では非合併例に比し不安・抑うつスコアが有意に高値であった（いずれも$p<0.001$）。排便回数は労働生産性低下と有意な相関を示した（$r=0.338$, $p=0.008$）。一方で、便性状改善と心理症状の改善には明確な関連を認めなかった。薬物療法の有効性は全体で約70%であったが、IBS合併例では有効率が低かった（$p=0.031$）。

【考察】
慢性下痢症の中でもIBS様病態を有する症例では、腹痛や心理症状が強く関与し、単純な排便コントロールのみではQOL改善に不十分である可能性が示唆された。特にIBS合併例では薬物反応性が低く、病態の異質性が示された。慢性下痢症はIBSスペクトラムとして捉えることで、腹痛および心理因子を含めた包括的評価が重要と考えられる。

【結語】
慢性下痢症においてIBS様症状（腹痛・心理症状）はQOLに重要な影響を与える。今後はIBSを含む病態層別化に基づいた個別化治療戦略が求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科
2026年11月20日(金) 9:55 ~ 11:10 | 第7会場（1F 会議室107）
ワークショップ４　BOWEL URGENCYの現状～IBD/IBSの観点から～
司会：久部 高司（福岡大学筑紫病院 消化器内科）、三上 洋平（千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学）

[WS4-8] 下痢型過敏性腸症候群に対する抗菌薬治療の現況

*正岡 建洋[1]、猪口 和美[2]、金井 隆典[2] (1. 川崎市立川崎病院消化器内科、2. 慶應義塾大学医学部内科学（消化器))

【目的】機能性消化管疾患診療ガイドライン-過敏性腸症候群（改訂第３版）の作成にあたり、過敏性腸症候群(Irritable Bowel Syndrome; IBS）に対する抗菌薬の有効性に関する現時点での知見を体系的に整理し、使用に伴う益と害のバランスを評価することを目的とした。
【方法】Cochrane、Pubmed、医中誌を用いて、"irritable bowel syndrome"、"anti bacterial agents"、"rifaximin"、"neomycin"、"norfloxacin"などをキーワードに検索を行った。加えて、重要と考えられる文献についてはハンドサーチにより追加した。2名のレビュアーが独立してスクリーニングを行い、適格文献を抽出後、各研究のバイアスリスクを評価した。IBSに対する抗菌薬治療に関するランダム化比較試験およびシステマティックレビュー/メタアナリシスを中心に評価した。
【結果】抗菌薬としてはリファキシミンに関する報告が多かったがネオマイシンやノルフロキサシンに関する報告も認めた。また、下痢型IBSに関する報告が多かった。リファキシミンのプラセボ対照ランダム化比較試験の報告は4報であり、そのうちの3報でリファキシミンの有用性が報告されていた。一方、依然としてリファキシミンのIBSに対する至適用量・期間は確立されていないと考えられた。本邦においてIBS患者を対象とした抗菌薬を用いた介入研究は確認できなかった。
【結論】リファキシミンのIBSに対する有効性は、前回のガイドラインと同様に海外研究において示唆されていた。本邦では未だ保険適用外であるが、今後は国内エビデンスの創出や、至適用量・投与方法などの検討が期待される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:05 | 第8会場（1F 会議室108）

ワークショップ５　肛門診療で悩み・迷い、苦慮する肛門疾患について（第2回）

司会：辻 順行（大腸肛門病センター高野病院）、吉川 周作（社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター）

[WS5-1] 診断に苦慮した肛門・直腸血管性病変２例　―静脈石および動静脈奇形の経験―

*田中 香織[1]、森 俊治[1]、山田 英貴[2] (1. 森外科医院、2. 山田外科内科)

[WS5-2] 直腸肛門部における水痘・帯状疱疹ウイルス・単純ヘルペスウイルス発症による様々な症状とその治療

*村山 浩之[1] (1. 医療法人村山会　むらやま大腸肛門クリニック)

[WS5-3] 同一部位に再発した壊死性筋膜炎の1例 ―縫合糸遺残と免疫低下の関与が示唆された症例―

*小野寺 一彦[1]、高橋 宏明[1]、堀江 卓[1] (1. 社会医療法人札幌北楡病院　肛門外科)

[WS5-4] 痔疾患として治療されていた肛門管癌の症例から学ぶこと

*稲垣 水美[1]、吉川 周作[1]、増田 勉[1]、寺内 誠司[1]、内田 秀樹[1]、中尾 武[1]、横尾 貴史[1]、谷 孝文[1]、岡本 光平[1]、芝田 祐輔[1]、太田 彩乃[1]、兼島 季暉[1]、宮沢 善夫[2]、稲次 直樹[1] (1. 健生会土庫病院消化器・肛門病センター、2. 健生会土庫病院病理センター)

[WS5-5] 痔核結紮切除術における抗血栓薬別術後出血リスクの検討

*渡部 晃子[1]、紅谷 鮎美[1]、内田 ひかり[1]、ナナ― ジョージ 譲時[1]、佐井 佳世[1]、米本 昇平[1]、松島 小百合[1]、酒井 悠[1]、宋 江楓[1]、松村 奈緒美[1]、河野 洋一[1]、下島 裕寛[1]、岡本 康介[1]、國場 幸均[1]、黒水 丈次[1]、宮島 伸宜[1]、松島 誠[1] (1. 松島病院大腸肛門病センター)

[WS5-6] 直腸膣瘻に対する治療

*塩田 哲也[1]、伊丹 淳[1]、岩﨑 純治[1]、山本 高正[1]、吉野 健史[1]、藤 浩明[1]、岡田 俊裕[1]、土佐 明誠[1]、久保 碩生[1]、近藤 史孟[1] (1. 神戸市立西神戸医療センター外科・消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:05 | 第8会場（1F 会議室108）

ワークショップ５　肛門診療で悩み・迷い、苦慮する肛門疾患について（第2回）

司会：辻 順行（大腸肛門病センター高野病院）、吉川 周作（社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター）

[WS5-1] 診断に苦慮した肛門・直腸血管性病変２例　―静脈石および動静脈奇形の経験―

*田中 香織[1]、森 俊治[1]、山田 英貴[2] (1. 森外科医院、2. 山田外科内科)

肛門診療において直腸・肛門の血管性病変はまれである。今回、診断に苦慮した2例を経験したので報告する。症例１は33歳女性。2年前からの排便時出血と、2か月前からの脱肛を主訴に当院受診した。3か所の内痔核を認めたが、直腸診にて2時方向、肛門縁から約5cm口側に、圧痛を伴わない大豆大の硬結を触知した。内視鏡および肛門エコーでは明らかな異常所見を認めず診断に難渋したが、CTおよびMRIで肛門管壁内に石灰化を認め、静脈石と診断した。直腸診で触知し得る硬結の鑑別として静脈石の可能性を示唆する貴重な症例であった。症例２は43歳女性。５年以上前から排便時出血を自覚し、肛門部腫脹を契機に当院受診した。11時方向に小さな内外痔核を認めたほか、6時方向に浅い潰瘍性病変を認めた。潰瘍は境界明瞭であるが周囲の硬化に乏しく、典型的な肛門潰瘍とは異なる所見であった。血液検査にて梅毒は否定された。保存的治療を継続したが、病変に明らかな変化を認めなかったため、診断目的も兼ねて手術を施行した。病変は歯状線直下から肛門側に広がる幅広い浅い潰瘍で、線維化や瘢痕は認めなかった。病変は約3mmのマージンを確保し、括約筋を露出するように皮下組織を付けて切除した。病理組織検査では、びらんとともに皮下に拡張した大小不同の血管増生を認め、EVG染色で動静脈の混在を認めたことから、動静脈奇形と診断した。血行動態異常に起因する上皮障害が示唆された。直腸・肛門領域の血管性病変はまれであり診断に難渋するが、本症例のような非典型的な経過や所見を呈する場合には、血管性病変の可能性を念頭に置き、診療にあたることが重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:05 | 第8会場（1F 会議室108）

ワークショップ５　肛門診療で悩み・迷い、苦慮する肛門疾患について（第2回）

司会：辻 順行（大腸肛門病センター高野病院）、吉川 周作（社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター）

[WS5-2] 直腸肛門部における水痘・帯状疱疹ウイルス・単純ヘルペスウイルス発症による様々な症状とその治療

*村山 浩之[1] (1. 医療法人村山会　むらやま大腸肛門クリニック)

ヘルペスウイルスには水痘・帯状疱疹ウイルス(VZV)と単純ヘルペスウイルス(HSV)があり多くが小児期に感染し、一度感染するとどこかの神経に潜伏し、様々な原因がきっかけで再活性化し、人々は長年にわたって再発を経験する。VZVとHSVは発症部位により区別されるとされており、直腸肛門部や外陰部ではHSVによる性感染症(STI)が多いとされているようだが、実際のところVZVかHSVのどちらが発症しているのかは見た目や症状ではわからない。直腸肛門領域でヘルペスウイルスを発症すると肛門痛、掻痒、出血、びらんなどの症状があるが、直腸粘膜・肛門管のびらん、出血、痔核腫脹、血栓性痔核、嵌頓痔核、裂肛、会陰肛門周囲炎を併発する症例も少なくない。他に機能障害として便通異常（排便困難、便秘、下痢、残便感、便が細い、腹部膨満など）や排尿障害（頻尿、残尿感、排尿困難、夜間頻尿）、坐骨神経症候群（腰痛・殿部痛、下肢痛、足底のしびれ、倦怠感、こむら返りなど）を併発している症例もある。これらの症状は坐骨・陰部神経叢に係る神経症状である。ヘルペスウイルス発症の確定する検査は皮膚の水疱などの炎症部位から直接ヘルペスウイルスを検出することであるが、現在の保険検査でできる抗原検査だけではなかなか判定できない。PCR検査や電子顕微鏡などで証明する方法もあるが、保険適応検査ではないため現実問題難しい。しかし特徴的な症状や急な症状（肛門痛、便通異常、排尿障害など）や所見（びらん、出血等）で必ずしもヘルペスウイルスを証明する検査を必要としないと考える。治療上問題になるのはVZVとHSVで抗ヘルペス薬の投与量が違うため、どちらの投与量で投薬するかが問題となるが、発症したその多くがVZVの再活性と考え、その投与量で投薬している。いずれにしろ投薬量が多い方がVZVもカバーできる。また抗ウイルス薬は数種類あるが、最初の薬が必ずしも効くとは限らないため、数日投薬で全く効果ない場合は違う抗ヘルペス薬に変更する。鑑別診断として梅毒や肛門管癌、ベーチェットなどもあるが、同時発症のこともあるため治癒不良などあれば考慮する。当院で経験した様々な症状を呈した自験例を解説する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:05 | 第8会場（1F 会議室108）
ワークショップ 5　肛門診療で悩み・迷い、苦慮する肛門疾患について（第2回）
司会：辻 順行（大腸肛門病センター高野病院）、吉川 周作（社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター）

[WS5-3] 同一部位に再発した壊死性筋膜炎の1例 ―縫合糸遺残と免疫低下の関与が示唆された症例―

*小野寺 一彦[1]、高橋 宏明[1]、堀江 卓[1] (1. 社会医療法人札幌北楡病院　肛門外科)

【背景】　壊死性筋膜炎は迅速な診断と外科的介入を要する致死的感染症であるが、同一部位における再発例は稀である。
【症例】　60歳代男性。糖尿病性腎症により22年前より血液透析中であり、7年前に糖尿病性壊疽により両下腿切断の既往を有する。4年前には肛門前方から右陰嚢に及ぶ壊死性筋膜炎に対して外科的治療を他院（泌尿器科→形成外科）で受けている。
　当院へは陰部痛を主訴に初診し、会陰部の既存手術瘢痕（十字の縫合跡）直下に腫脹を認めたため、パンチ切開を施行したところ黄色膿の排出を認めた。翌日局所疼痛は軽減したものの39～40℃の発熱を呈し、再診した。皮膚に壊死や水疱形成は認めなかったが、切開部より漿液性で淡赤色の排液（いわゆる“dishwater-like fluid”）を認めたため壊死性筋膜炎と考え緊急手術の方針とした。
　血液検査ではWBC 11,590/μL、CRP 20.5mg/dL、 Hb 9.2g/dL、 Na 139mmoL、 Cr 4.25mg/dL、 Glu 217 mg/dLでLRINECスコアは9点でだった。SOFAスコアは4点（うち3点は腎機能）で、CT検査では皮下ガス像を確認した。
　全身麻酔下に広範囲切開を施行したところ、前回手術部位では筋膜欠損のため膿瘍形成にとどまっていたが、周囲の筋膜および皮下組織には壊死が認められ右鼠径部近傍まで進展していた。これらに対して皮膚を切除することなく十分なデブリードマンを施行した。
　培養検査ではPrevotella bivia（嫌気性菌）とα溶血性連鎖球菌の混合感染であった。抗菌薬としてメロペネムを投与し、人工肛門造設は行わず、創部は開放管理とした。術後経過は良好であり40日後に創部縮小を認め退院となった。
【考察】　本症例では肛門管後壁（6時方向）に慢性裂肛を認めたが、痔瘻は認めなかった。また壊死組織内に陳旧性縫合糸の残存（おそらく形成外科的創閉鎖術時）を認めたことから、縫合糸膿瘍が感染の起点となった可能性が示唆された。さらに炎症軽快後に明らかとなった元来の汎血球減少症の存在から、免疫機能低下も発症の一因と考えられた。
【結語】　縫合糸遺残と免疫低下が関与したと思われる、同所性に再発した壊死性筋膜炎を経験した。既往手術部位における本症の再発では特異な病巣進展様式が見られた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:05 | 第8会場（1F 会議室108）

ワークショップ５　肛門診療で悩み・迷い、苦慮する肛門疾患について（第2回）

司会：辻 順行（大腸肛門病センター高野病院）、吉川 周作（社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター）

[WS5-4] 痔疾患として治療されていた肛門管癌の症例から学ぶこと

*稲垣 水美[1]、吉川 周作[1]、増田 勉[1]、寺内 誠司[1]、内田 秀樹[1]、中尾 武[1]、横尾 貴史[1]、谷 孝文[1]、岡本 光平[1]、芝田 祐輔[1]、太田 彩乃[1]、兼島 季暉[1]、宮沢 善夫[2]、稲次 直樹[1] (1. 健生会土庫病院消化器・肛門病センター、2. 健生会土庫病院病理センター)

【はじめに】肛門の出血や痛み、脱出などの症状はほとんどが痔疾患によるものであるが、時に悪性腫瘍が認められることがある。しかし、痔疾患と誤診され、痔疾用軟膏を処方されていることも多い。肛門科を標榜するものとして、悪性腫瘍を見落とすことがないように研鑽を積む必要がある。今回、痔疾患として治療を受けていた肛門管癌の症例を報告させていただき、肛門診察、診断の大切さに改めて向き合いたい。【症例１】70代女性。主訴は肛門痛、出血。他院にて約2年前に痔核に対して手術を施行されたが、一時的に治った感じになっても排便時に切れて出血する状態が続くため、断続的に他院に通院していた。軟膏処方が継続されても改善しないため、当院受診。肛門の2時方向に潰瘍を伴う硬結を認め、腰椎麻酔下に生検したところ、高分化型管状腺癌であった。左鼠経リンパ節にも転移を認め、腹腔鏡下Miles手術、両側側方郭清、左鼠経リンパ節郭清を施行した。術後補助化学療法を施行し、現在無再発で定期フォロー中である。【症例2】80代男性。主訴は肛門痛、出血。他院にて内痔核として保存的に治療を受けていたが改善せず、当院紹介受診。痛みが強く、肛門鏡での観察も困難であったが、硬結も認めたため悪性腫瘍を疑い、腰椎麻酔下に肛門精査を施行した。肛門の10～11時方向に潰瘍を伴う硬結を認め、生検を施行。扁平上皮癌であった。精査にてリンパ節および遠隔転移が認められなかったため、肛門部に合計60Gyの放射線治療を行い、同時にXELODA内服による化学療法も8クール施行した。腫瘍は著明に縮小し、定期フォロー中である。【症例3】70代女性。主訴は肛門の出血と違和感。約4ヶ月前から他院にて痔疾軟膏を処方されていたが、出血の改善がないため、当院紹介受診。7～9時方向の肛門縁に易出血性の腫瘍を認めた。外来で生検施行したところ、低分化型腺癌であった。術前検査で右鼠径部リンパ節腫大、右側方リンパ節腫大、肝転移を疑う腫瘤影を認め、腹腔鏡下Miles手術、右側方リンパ節および右鼠経リンパ節郭清を施行した。現在、化学療法中である。【結語】肛門の診察をする際には悪性腫瘍の可能性を忘れず、診断力向上に努めたい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:05 | 第8会場（1F 会議室108）
ワークショップ５　肛門診療で悩み・迷い、苦慮する肛門疾患について（第2回）
司会：辻 順行（大腸肛門病センター高野病院）、吉川 周作（社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター）

[WS5-5] 痔核結紮切除術における抗血栓薬別術後出血リスクの検討

*渡部 晃子[1]、紅谷 鮎美[1]、内田 ひかり[1]、ナナ―ジョージ 譲時[1]、佐井 佳世[1]、米本 昇平[1]、松島 小百合[1]、酒井 悠[1]、宋 江楓[1]、松村 奈緒美[1]、河野 洋―[1]、下島 裕寛[1]、岡本 康介[1]、國場 幸均[1]、黒水 丈次[1]、宮島 伸宜[1]、松島 誠[1] (1. 松島病院大腸肛門病センター)

【背景】痔核結紮切除術（ligation and excision: LE）は高出血リスク手技とされ，抗血栓療法患者の周術期管理に苦慮することは少なくない．当院では原則として脊椎麻酔下にLEを施行しており，「抗血栓療法中の区域麻酔・神経ブロックガイドライン」に準じた管理を行っている．アスピリン等の抗血小板薬単剤は継続とし，DOAC等の抗凝固薬は一定期間休薬としている．今回，LEにおける抗血栓療法の有無および薬剤別（抗血小板薬・抗凝固薬）の違いが術後出血に与える影響を検討した．

【対象・方法】2023年1月から2026年2月までに当院で脊椎麻酔下（脊髄クモ膜下麻酔・サドルブロック麻酔・硬膜外麻酔）にLEを施行した5,821例を対象とした．抗血栓療法施行例（AT群）は361例であった．AT群と非抗血栓療法群（non-AT群）の比較に加え，抗血小板薬単独群（AP群）および抗凝固薬単独群（AC群）についてサブ解析を行った．背景因子の影響を補正するため，年齢・性別・BMI・血小板数・LE個数をマッチング因子としたプロペンシティスコアマッチング（PSM）を実施した．主要評価項目は術後出血（止血術施行）とした．

【結果】AT群とnon-AT群に対してPSMを行い，各群361例を抽出した．背景因子に有意差は認めなかった．術後出血率はAT群 3.3％，non-AT群 1.4％であり，AT群で高い傾向を認めた（OR 2.4，95％CI 0.8–9.0，p=0.139）．サブ解析では，AP群とnon-AT群の各187 例をPSMにより抽出したところ，術後出血率はAP群 1.6％，non-AT群 0.5％であり，有意差は認めなかった（p=0.623）．一方，PSMにより抽出したAC群とnon-AT群の各61例を比較すると，術後出血率はAC群 6.6％，non-AT群 0％であり，有意差は認めなかったがAC群で高い傾向を認めた（p=0.119）．さらに，AP群185例とAC群59例を比較すると，術後出血率はそれぞれ1.6％，6.8％であり，AC群で出血リスク増加傾向を認めた（OR 4.4，95％CI 0.7–30.8，p=0.060）．

【結語】LEにおいて，抗血栓療法の中でも抗凝固薬は術後出血リスク増加と関連する可能性が示唆された．一方，抗血小板薬単独継続下では術後出血の明らかな増加は認めなかった．抗血栓薬の種類に応じた周術期管理戦略を検討する必要があると考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:05 | 第8会場（1F 会議室108）

ワークショップ５　肛門診療で悩み・迷い、苦慮する肛門疾患について（第2回）

司会：辻 順行（大腸肛門病センター高野病院）、吉川 周作（社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター）

[WS5-6] 直腸膣瘻に対する治療

*塩田 哲也[1]、伊丹 淳[1]、岩﨑 純治[1]、山本 高正[1]、吉野 健史[1]、藤 浩明[1]、岡田 俊裕[1]、土佐 明誠[1]、久保 碩生[1]、近藤 史孟[1] (1. 神戸市立西神戸医療センター外科・消化器外科)

直腸膣瘻は稀な疾患のため、外科的治療法が確立されていない疾患である。当院は直腸膣瘻根治術として行われている会陰体形成術を取得すべく、2016年から2019年まで他院で手術を学び、2019年より当院でも会陰体形成術を開始した。

現在、先天性及び出産後の直腸膣瘻に関しては、１期的に直腸膣瘻根治術（会陰体形成術）を行っている。

一方、術後合併症による直腸膣瘻に関しては３段階の治療ステップを踏んでいる。まず人工肛門造設し、局所の感染コントロールを優先している。この際、エストリオール膣錠を併用し、自然閉鎖も期待する。感染が落ち着いた後、直腸膣瘻根治術（会陰体形成術）を施行。瘻孔閉鎖を確認したのち、人工肛門を閉鎖している。

いずれも直腸膣瘻根治術として会陰体形成術を選択し、少数例ではあるが再発は現時点で認めていない。１期的な直腸膣瘻根治術（会陰体形成術）の手術動画を供覧しつつ、当術式のtipsをご紹介したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 14:15 ~ 15:30 | 第8会場（1F 会議室108）

ワークショップ６　大腸癌肝転移の外科治療　術前治療は必要か？その功罪

司会：塩澤 学（神奈川県立がんセンター消化器外科)、塚田 祐一郎（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS6-1] 大腸癌肝転移に対する術前治療期間を利用した併存疾患のマネジメント

*野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、江本 成伸[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、品川 貴秀[1]、舘川 裕一[1]、岡田 聡[1]、荒川 敬一[1]、白鳥 広志[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学医学部腫瘍外科)

[WS6-2] 術前化学療法を施行した大腸癌同時性肝転移症例の検討

*望月 秀太郎[1]、須藤 剛[1]、平田 祥太郎[1]、佐藤 圭佑[1]、深瀬 正彦[1] (1. 山形県立中央病院外科)

[WS6-3] 切除可能大腸癌肝転移に対する手術先行治療と術前化学療法の比較検討：傾向スコアマッチング解析

*髙見澤 康之[1]、隈本 雄大[1]、田藏 昂平[1]、塚本 史雄[1]、永田 洋士[1]、塚本 俊輔[1]、金光 幸秀[1] (1. 国立がん研究センター中央病院　大腸外科)

[WS6-4] 大腸癌同時性肝転移におけるupfront surgery適応の個別化に向けたCMS分類の意義

*高嶋 祐助[1]、笠井 俊輔[1]、塩見 明生[1]、眞部 祥一[1]、田中 佑典[1]、小嶋 忠浩[1]、森 千浩[1]、辻尾 元[1]、横山 希生人[1]、八尾 健太[1]、小林 尚輝[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 竣助[1]、畠山 慶一[2]、山口 建[3] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科、2. 静岡がんセンター研究所ゲノム解析研究部、3. 静岡県立静岡がんセンター)

[WS6-5] 切除可能な直腸癌同時性肝転移に対する治療戦略と成績

*坂本 貴志[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、松井 信平[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研有明病院消化器センター大腸外科)

[WS6-6] H2の肝限局性転移を有する大腸癌症例に対する術前化学療法後肝切除の治療成績と早期再発因子の検討

*川﨑 一生[1]、夏目 壮一郎[1]、牧野 七海[1]、吉岡 佑一郎[1]、大井 悠[1]、大野 吏輝[1]、長嵜 寿矢[1] (1. 埼玉県立がんセンター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 14:15 ~ 15:30 | 第8会場（1F 会議室108）

ワークショップ６　大腸癌肝転移の外科治療　術前治療は必要か？その功罪

司会：塩澤 学（神奈川県立がんセンター消化器外科）、塚田 祐一郎（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS6-1] 大腸癌肝転移に対する術前治療期間を利用した併存疾患のマネジメント

*野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、江本 成伸[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、品川 貴秀[1]、舘川 裕一[1]、岡田 聡[1]、荒川 敬一[1]、白鳥 広志[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学医学部腫瘍外科)

【背景】臨床試験の結果をうけ大腸癌肝転移に対する術前全身療法(neoadjuvant therapy, NAC)が我が国でも普及してきた。NAC中の懸念事項として忍容性、治療反応性がそのまま我が国に当てはめてよいのか、また手術成績へNACが影響を及ぼすかが挙がるが、NACの期間にいかに併存疾患のマネジメントを行い安全に手術治療に臨むべきかについての検討はなされてこなかった。そこで大腸癌に対するNAC期間中の併存疾患のマネジメントについて自施設症例を用いて検討した。【方法】当院で2010年1月―2025年12月に切除可能の大腸癌同時性肝転移に対してNACを行いR0/R1手術を実施しえた症例とupfrontの切除症例を対象とした。臨床病理学的因子（年齢、性別、併存疾患、原発巣部位と遺伝子変異、cT, cN, cH因子）とNACの詳細、手術内容（アプローチ、術後合併症）、術後補助化学療法(AC)、無再発生存(RFS)、全生存(OS)を比較した。さらに併存疾患に対する他診療科による介入について解析した。【結果】NAC群(44例)はupfront群(106例)に比べて直腸癌(64% vs 43%)、CEA高値(93% vs 74%), cH2/3 (75% vs 28%)の頻度が高かった。年齢、性別やRAS遺伝子変異などの頻度に差はなかった。NACは82%がoxaliplatinベースのレジメンにて、86%で抗体製剤を併用し（中央値63日）、9例(20%)でH因子のdownstageが見られた。grade 3以上の有害事象は好中球減少10名(23%)、手足症候群2名(5%)などであった。NAC中に介入が行われた併存疾患は糖尿病が最多で(13名中12名)、大腸癌診断時のHbA1c 7.1%がR0/R1切除時6.3%(p=0.005)となり、NAC期間中に改善した（upfront群は20名中7名に介入、診断時 6.9%→R0/R1切除時 6.9%）。低侵襲アプローチ(MIS)による大腸切除はNAC群82%、upfront群 61%に行われ（p=0.03）、MISによる肝切除は各々16%と25%に行われた（p=0.32）。Grade 2以上の術後合併症はNAC 39%, upfront 42% (p=0.74）にみられた。ACはNAC群の66%、upfront群の73%で行われた。2群間でRFS, OSに有意差はなかった。【結論】当院でのNACは比較的安全に行われ、術後合併症への影響は見られなかった。腫瘍の病勢制御だけでなく、NAC期間を糖尿病のマネジメントに活用できた症例が多かった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科
2026年11月20日(金) 14:15 ~ 15:30 | 第8会場（1F 会議室108）
ワークショップ６　大腸癌肝転移の外科治療　術前治療は必要か？その功罪
司会：塩澤 学（神奈川県立がんセンター消化器外科）、塚田 祐一郎（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS6-2] 術前化学療法を施行した大腸癌同時性肝転移症例の検討

*望月 秀太郎[1]、須藤 剛[1]、平田 祥太郎[1]、佐藤 圭佑[1]、深瀬 正彦[1] (1. 山形県立中央病院外科)

【背景】切除可能肝転移に対する最も有効な治療法は外科的切除であるが，根治切除後の残肝再発率も依然高く，予後改善を目的とした集学的治療が求められる．切除可能肝転移症例に対する術前化学療法の利点は，腫瘍縮小による肝切除量の減少による残肝量の確保や切除断端の確保，微小転移巣の治療が挙げられており，当科では切除可能同時性肝転移症例に対して原発巣切除後に術前化学療法も施行してきた．
【方法】2015年1月から2025年12月までに当院で初回肝切除を施行した大腸癌同時性肝転移症例79例を対象とした．79例中，肝切除術前に化学療法を施行した症例(以下,化学療法施行群)は52例(65.8%)，術前に化学療法を施行せずに肝切除を施行した症例(以下,化学療法非施行群)は27例(34.2%)，臨床病理学的因子，治療成績に関して後方視的に検討した．
【結果】化学療法施行群は52例(65.8%)．年齢中央値66.5(39-84)歳,男性/女性＝28/24例,盲腸/上行結腸/横行結腸/下行結腸/S状結腸/直腸＝4/6/4/2/10/26例,
T1b/T2/T3/T4a/T4b=1/4/26/19/2,N0/N1/N2/N3=15/21/13/3,肝転移以外の遠隔転移症例は6例(肺，骨，腹膜播種)．肝転移単発/多発=12/40例，肝転移個数の中央値3(1-12)個．ICG15分値中央値は9.6(0.6-29.2)%．術前化学療法の投与期間中央値は8(3-73)コース．R0切除症例は44例(84.6%)，病理学的効果判定はGrade0/1/2/3=2/24/16/4例．手術成績に関して，手術時間中央値355(108-640)分，出血量442(2-3874)ml．Clavien-Dindo II以上の術後合併症は19例(36.5%)．術後補助化学療法が施行された症例は19例(36.5%)，R0切除を施行した症例の中で再発を認めた症例は31例(59.6%)．化学療法非施行群27例と比較すると，ICG15分値では化学療法施行群で有意に高かった(9.6% vs 6.5%,P=0.05)．進行後，手術成績等に関しては有意差を認めなかった．RFS(9.6ヶ月vs 9.1ヶ月,P=0.57)，OS(54.4ヶ月 vs 51.1ヶ月,P=0.56)と明らかな有意差は認めなかった．
【結語】化学療法による肝機能障害は認めたが，周術期の合併症(C-D≧ II)は，化学療法非施行群と有意差はなく安全に施行されていた．RFSやOSに関して有意差は認めないものの,化学療法施行群でやや良好な結果であった．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科
2026年11月20日(金) 14:15 ~ 15:30 | 第8会場（1F 会議室108）
ワークショップ６　大腸癌肝転移の外科治療　術前治療は必要か？その功罪
司会：塩澤 学（神奈川県立がんセンター消化器外科）、塚田 祐一郎（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS6-3] 切除可能大腸癌肝転移に対する手術先行治療と術前化学療法の比較検討：傾向スコアマッチング解析

*髙見澤 康之[1]、隈本 雄大[1]、田藏 昂平[1]、塚本 史雄[1]、永田 洋士[1]、塚本 俊輔[1]、金光 幸秀[1] (1. 国立がん研究センター中央病院　大腸外科)

【背景】 大腸癌肝転移に対する術前化学療法（NAC）の有用性は一定のコンセンサスが得られていない。当院では初回診断時に切除可能と判断された症例に対し原則として手術先行（upfront surgery）を行っているが、他院治療後に紹介された症例ではNACが施行されている場合もある。
【目的】 切除可能大腸癌肝転移に対するupfront surgeryとNACの短期および長期成績を比較検討する。
【対象と方法】 2000年から2022年に当院で肝切除を施行した大腸癌肝転移のうち、初回診断時に切除可能と判断された615例を対象とした。治療前因子（年齢、性別、原発巣局在、T因子、N因子、同時性/異時性、肝外転移の有無、治療前肝転移個数、治療前肝転移最大径）を共変量として傾向スコアマッチングを行い、upfront群（n=24）とNAC群（n=24）を抽出し、両群の背景および予後を比較した。
【結果】 マッチング後のupfront群とNAC群の治療前肝転移個数中央値は2個 vs 2個、肝転移最大径中央値は3.0cm vs 2.9cmであった。肝切除量中央値は253g vs 155g（p=0.544）、切除断端陽性率は4.4% vs 8.7%（p=0.550）、Clavien-Dindo分類Grade II以上の合併症発生率は34.8% vs 30.4%（p=0.753）であった。5年無再発生存率は8.3% vs 20%（p=0.770）と数値上の差を認めたが有意差はなかった。一方、5年全生存率は46.3% vs 39.8%（p=0.399）であり、両群間に有意差を認めず、upfront群でむしろ良好な傾向を示した。
【結語】傾向スコアマッチングを用いた検討では、切除可能大腸癌肝転移に対するupfront surgeryとNACの治療成績に有意差を認めなかった。無再発生存率には数値上の差を認めたものの、全生存率は両群で同等であり、upfront surgeryが劣る結果は認められなかった点は臨床的に重要と考えられる。初回診断時に切除可能と判断される症例に対するNACの適応については、今後も慎重な検討が求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 14:15 ~ 15:30 | 第8会場（1F 会議室108）

ワークショップ６　大腸癌肝転移の外科治療　術前治療は必要か？その功罪

司会：塩澤 学（神奈川県立がんセンター消化器外科）、塚田 祐一郎（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS6-4] 大腸癌同時性肝転移におけるupfront surgery適応の個別化に向けたCMS分類の意義

*高嶋 祐助[1]、笠井 俊輔[1]、塩見 明生[1]、眞部 祥一[1]、田中 佑典[1]、小嶋 忠浩[1]、森 千浩[1]、辻尾 元[1]、横山 希生人[1]、八尾 健太[1]、小林 尚輝[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 竣助[1]、畠山 慶一[2]、山口 建[3] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科、2. 静岡がんセンター研究所ゲノム解析研究部、3. 静岡県立静岡がんセンター)

【背景】同時性肝転移を有する大腸癌(CRC)において、切除可能例では手術を中心とした治療戦略が重要である。術前化学療法の有用性が報告される一方、一律に術前治療を行う意義は明確ではなく、不要な治療介入や手術機会の逸失も懸念される。したがって、upfront surgeryで良好な成績が期待できる症例を層別化する指標が求められる。Consensus molecular subtype(CMS)分類を含む分子プロファイリングはその候補となり得る。
【目的】upfront surgeryを基本とした治療戦略下で、time to surgical failure（TSF）に関連する臨床病理学的・分子学的因子を明らかにすること。
【対象と方法】2014-2019年に当院でR0切除し切除標本のマルチオミクス解析を施行した同時性肝転移を有するCRCのうち、重複癌、多発癌、原発切除前治療例、CMS分類不能例を除外した62例を対象とした。surgical failure（SF）は切除不能再発と定義し、TSF関連因子をLog-rank検定およびCox比例ハザード回帰分析で検討した。
【結果】年齢中央値65歳、男/女：37/25例、右側/左側結腸/直腸：16/23/23例、肝外転移：8例、肝転移巣数≥5個：12例、肝転移最大径>50mm；10例であった。BRAF/KRAS/TP53/APC変異：3/23/32/35例、CMS1/2/3/4：2/25/14/21例であった。また、全体の5年OS/RFS/non-SF率は73.4%/29.0%/54.7%であった。5年non-SF率はCA19-9高値（<38 vs ≥38 U/mL：68.8% vs 25.0%、p<0.001）、肝外転移あり（なし vs あり：59.9% vs 14.3%、p=0.028）、KRAS変異あり（なし vs あり：64.1% vs 38.6%、p=0.022）で有意に低値であった。CMS別5年non-SF率はCMS1/2/3/4で50.0%/76.0%/21.4%/51.6%で、CMS2で最も良好であった（p=0.003）。多変量解析ではCA19-9高値（HR 4.49、p<0.001）、肝外転移あり（HR 6.34、p=0.003）、KRAS変異あり（HR 2.61、p=0.017）がSFの独立リスク因子であり、CMS2はSF低リスク因子であった（HR 0.41、p=0.048）。
【結語】upfront surgeryを基本とする治療戦略下で、CMS2症例の長期成績は良好であった。分子プロファイリングは、upfront surgeryで良好な成績が期待できる症例の層別化に寄与する可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 14:15 ~ 15:30 | 第8会場（1F 会議室108）

ワークショップ６　大腸癌肝転移の外科治療　術前治療は必要か？その功罪

司会：塩澤 学（神奈川県立がんセンター消化器外科）、塚田 祐一郎（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS6-5] 切除可能な直腸癌同時性肝転移に対する治療戦略と成績

*坂本 貴志[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、松井 信平[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研有明病院 消化器センター大腸外科)

【背景】大腸癌肝転移に対する周術期化学療法は無再発生存期間を改善するが、全生存期間の改善は限定的である。術前化学療法は腫瘍の生物学的評価と微小転移制御の利点がある一方で、肝機能障害のリスクを伴う。同時性肝転移患者では化学療法効果が増強されるとの報告もあるが、至適治療戦略は確立していない。当院では局所進行度と肝転移の数・大きさを慎重に考慮して個別化された治療方針を決定している。

【方法】切除可能病変に対する術前治療適応は局所と肝転移に分けて厳密に設定した。下部直腸原発例では術前化学療法後に放射線療法を施行する。それ以外の病変に対しては、肝転移が3個以内かつ最大径5cm未満の場合を根治的切除可能（R）として一期的手術適応、その他をborderline resectable（BR）として術前化学療法の適応としている。2010年から2023年に初診時にR0切除可能と判断され根治切除を施行した同時性肝転移直腸癌患者116例を対象とした後方視的検討を実施した。

【結果】男性81例（70%）、手術時年齢中央値59歳であった。原発部位は下部直腸45例（39%）であった。肝転移分類はR 47例（41%）、BR 69例（59%）で、肝切除前化学療法は86例（74%）に、原発巣術前放射線療法は47例（41%）に施行された。肝臓と原発巣の切除タイミングは同時切除90例（78%）、異時切除23例（20%）、二期切除3例（3%）であった。術前治療開始もしくは手術の早い方を起算日とした長期生存成績の比較では、R群の5年全生存率は84.5%でBR群の54.3%より統計学的に有意に優良であった（p=0.01）。無再発生存率はR群43.9%、BR群28.2%（p=0.056）で統計学的有意傾向を認め、両群ともR群が優れた成績を示していた。

【結論】切除可能な同時性肝転移を伴う直腸癌に対し、局所と肝転移の双方に個別の術前治療適応基準を設定することで、局所制御率および化学療法の完遂率の向上とともに、手術対象患者の効果的な選択が実現できた。現在、腫瘍マーカーをresectability評価項目に加えることで、予後不良群をより正確に同定できる可能性があり、さらに検討を進める予定である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 14:15 ~ 15:30 | 第8会場（1F 会議室108）

ワークショップ６　大腸癌肝転移の外科治療　術前治療は必要か？その功罪

司会：塩澤 学（神奈川県立がんセンター消化器外科）、塚田 祐一郎（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS6-6] H2の肝限局性転移を有する大腸癌症例に対する術前化学療法後肝切除の治療成績と早期再発因子の検討

*川﨑 一生[1]、夏目 壮一郎[1]、牧野 七海[1]、吉岡 佑一郎[1]、大井 悠[1]、大野 吏輝[1]、長嵜 寿矢[1] (1. 埼玉県立がんセンター)

【背景】
当院では肝転移進展度に応じて、H1症例に対してはUpfront surgery、H2症例に対しては術前化学療法後に再評価し肝切除を施行している。今回、H2大腸癌肝限局性転移症例に対する術前化学療法後肝切除の治療成績及び早期再発因子を検討した。
【方法・対象】
2013年4月から2024年4月までに当院で術前化学療法後に肝切除を施行したH2大腸癌肝限局性転移症例60例を対象とした。短期成績、長期成績及び早期再発リスク因子を後方視的に検討した。早期再発は術後1年以内の再発と定義した。
【結果】
年齢中央値64歳、男性43例/女性17例、腫瘍個数中央値6個、最大腫瘍径中央値18 mm、同時性48例/異時性12例、原発巣の領域リンパ節転移は37例に認め、RAS変異型18例/BRAF陽性1例、術前化学療法はdoublet regimen 93%（L-OHP:73%, IRI:27%）、triplet regimen 7%で, 抗EGFR抗体薬32例(53%)、 VEGF阻害剤24例(40%)であった。肝切除のタイミングは原発巣と同時切除が26例、原発巣切除後が31例、肝切除先行症例が3例であった。短期成績は、Clavien-Dindo分類Grade 3a以上の術後合併症を3例(5%)に認め、術後在院日数中央値は11日であった。R0切除率は96.7%であった。長期予後は、全生存期間（OS）中央値は70.6か月、5年OSは57%、無再発生存期間（RFS）中央値は37.1か月、5年RFSは24%であった。多変量解析において独立した予後不良因子は、年齢75歳以上(p=0.0085)、早期再発(p<0.0001)が抽出された。早期再発は26例（43%）に認めた。早期再発のリスク因子の検討では、単変量解析で術前CEA高値（p=0.006）、同時性肝転移（p=0.022）、最大腫瘍径≧15 mm（p=0.022）が有意な因子であった。多変量解析では術前CEA高値（p=0.012）、腫瘍個数≧5個（p=0.027）が独立した早期再発のリスク因子として抽出された。
【結語】
H2大腸癌肝限局性転移症例に対する術前化学療法後の肝切除は安全に施行された。一方で、早期再発は独立した予後不良因子であり、術前CEA高値/腫瘍個数≧５個の症例で早期再発リスクが高く、これらの因子を有する症例では、慎重な手術適応の判断に加え、術前化学療法の強化など、さらなる治療戦略の検討が必要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター1

一般演題（ポスター）1　進行大腸癌に対する手術 1

座長：辻仲 眞康（東北医科薬科大学 消化器外科）

[P1-1] 当院における腹部大動脈瘤を合併する左側大腸癌に対する低侵襲手術の検討

*市川 カノン[1]、藤田 悠司[1]、生内 雅人[1]、永守 遼[1]、福浦 一悠[1]、小川 聡一朗[1]、松本 順久[1]、松尾 久敬[1]、大橋 拓馬[1]、小松 周平[1]、栗生 宜明[1]、生駒 久視[1]、岡本 和真[1]、大辻 英吾[1] (1. 京都第一赤十字病院外科)

[P1-2] 同時性肝肺転移を伴う閉塞性S状結腸癌に対しSEMS挿入後に3期的切除を行いR0を得た1例

*加藤 俊一郎[1]、桑原 博[1]、大沼田 洵[1]、伊藤 奈々子[1]、鎌田 悠子[1]、小川 康介[1]、光岡 明人[1]、真田 貴弘[1]、中村 典明[1] (1. 秀和総合病院外科)

[P1-3] 臍部より腹腔内留置された脳室腹腔シャント留置下の大腸癌に対し腹腔鏡下手術を施行した1例

*鈴木 克徳[1]、深澤 貴子[1]、宇野 彰晋[1] (1. 磐田市立総合病院)

[P1-4] 膿瘍形成を伴う虫垂粘液癌に対しHALS虫垂切除術が有効であった1例

*陳 凌風[1]、田村 瞳[1]、武尾 重也[1]、岡田 和丈[1]、向井 正哉[1] (1. 東海大学医学部付属八王子病院　消化器外科)

[P1-5] 待機的低侵襲手術症例からみた閉塞性大腸癌の臨床的意義

*加藤 龍太郎[1]、藤井 善章[1]、平野 直樹[1]、山田 拓実[1]、島田 雄太[1]、宮池 哲郎[1]、上野 修平[1]、青山 佳永[1]、今藤 裕之[1]、廣川 高久[1]、宮井 博隆[1]、田中 守嗣[1]、木村 昌弘[1] (1. 刈谷豊田総合病院消化器外科)

[P1-6] 切除不能閉塞性結腸癌に対する腹腔鏡下バイパス手術

*川原 大輔[1]、丸屋 安広[1] (1. 十善会病院　外科)

[P1-7] 左側腹直筋浸潤した進行横行結腸癌に対して、開腹結腸切除・腹直筋部分切除及び大腿筋膜張筋筋膜移植した一例

*安井 知樹[1]、間下 直樹[1]、石田 大登[1]、近藤 優里奈[1]、加藤 希[1]、劉 麗[1]、大重 英昭[1]、岩崎 真由子[1]、野地 雄太[1]、桑野 誠也[1]、宇野 泰朗[1]、浅野 智成[1]、杉本 博行[1]、望月 能成[1] (1. 小牧市民病院)

[P1-8] 内視鏡ホルダ（ロックアーム）を用いた直腸癌DST吻合における吻合部の評価と安定性の検討

*服部 竜也[1]、堀田 正啓[1]、加瀬 晃志[1]、山口 裕平[1]、宮川 真央[1]、鶴田 健太[1]、風間 洸哉[1]、寺谷 大弥[1]、春名 孝洋[1]、安藤 文彦[1]、古木 裕康[1]、野村 聡[1]、神田 知洋[1]、柿沼 大輔[1]、横山 正[1]、牧野 浩司[1]、松田 明久[2] (1. 日本医科大学多摩永山病院消化器外科、2. 日本医科大学付属病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター1

一般演題（ポスター）1　進行大腸癌に対する手術 1

座長：辻仲 眞康（東北医科薬科大学 消化器外科）

[P1-1] 当院における腹部大動脈瘤を合併する左側大腸癌に対する低侵襲手術の検討

*市川 カノン[1]、藤田 悠司[1]、生内 雅人[1]、永守 遼[1]、福浦 一悠[1]、小川 聡一朗[1]、松本 順久[1]、松尾 久敬[1]、大橋 拓馬[1]、小松 周平[1]、栗生 宜明[1]、生駒 久視[1]、岡本 和真[1]、大辻 英吾[1] (1. 京都第一赤十字病院外科)

【はじめに】近年高齢化に伴い腹部大動脈瘤（ＡＡＡ）を合併している左側大腸癌の症例を経験することがある。そのような症例の低侵襲手術における内側アプローチや骨盤内操作では、ＡＡＡを損傷しないような安全性を確保するべき手術手技の工夫かつ腫瘍学的根治性の担保が求められる。今回我々は、当院におけるＡＡＡを合併した左側大腸癌患者に対する低侵襲手術の工夫について検討した。

【患者背景】2019年1月から2026年4月までに当院で左側大腸癌手術を施行した症例のうちＡＡＡを合併している症例について後方視的に検討を行った。

【結果】同期間中の左側大腸癌483例のうちＡＡＡを合併している患者は8例(1.6%)であった。患者背景は、全例男性、年齢中央値74.5歳、BMI中央値22.5、全例ASA-PS2、腫瘍首座はD/RS/Ra= 1/4/3であった。腹部大動脈瘤の最大径中央値は39.8mmで、紡錘6例嚢状2例で、侵襲的治療は開腹グラフト置換術2例、ステント留置術2例であった。手術アプローチは腹腔鏡4例、ロボット3例で、1例は上腹部を腹腔鏡で骨盤内をロボットで施行した。手術時間中央値330分、出血量中央値5g、術後在院日数中央値8日で、いずれも術後合併症は認めなかった。腹腔鏡は通常5ポートで行い、術者ポートは通常よりは内側よりとしたが1例のみポートを追加した。ロボットでは定型的なポート配置のみで追加ポートやデュアルドッキングを必要とした症例はなかった。腫瘍深達度はpT2/T3=1/7、剥離面陽性症例は認めなかった。術後は2例において遠隔転移を認めたが、局所再発した症例はなかった。

【結語】当院でのAAAを合併した左側大腸癌に対する低侵襲手術は比較的安全に施行されている。安全性と根治性を保つためにAAAの状態や侵襲的治療の有無に応じて、ポートの配置や追加、腹腔鏡ロボット併用の検討が肝要であると考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター1

一般演題（ポスター）1　進行大腸癌に対する手術 1

座長：辻仲 眞康（東北医科薬科大学 消化器外科）

[P1-2] 同時性肝肺転移を伴う閉塞性S状結腸癌に対しSEMS挿入後に3期的切除を行いR0を得た1例

*加藤 俊一郎[1]、桑原 博[1]、大沼田 洵[1]、伊藤 奈々子[1]、鎌田 悠子[1]、小川 康介[1]、光岡 明人[1]、真田 貴弘[1]、中村 典明[1] (1. 秀和総合病院外科)

【はじめに】2024年版大腸癌治療ガイドラインではcStageIV大腸癌の治療方針として遠隔転移巣及び原発巣が切除可能であれば原発巣＋遠隔転移巣切除が推奨されている．実際の臨床現場では様々な要素が考慮された上で治療方針が決定されており，化学療法を行ったうえで手術を行っている症例も少なくない．今回，同時性肝肺転移を伴う閉塞性S状結腸癌に対しSEMS(Self Expandable Metalic Stent)を挿入した後に3期的切除を行いR0を得た1例を経験したので報告する．【症例】76歳男性．X日に便秘を主訴に近医を受診しイレウスを指摘され同日当院紹介初診となった．精査を行いS状結腸癌イレウス，同時性肝肺転移疑いで緊急入院となった．X+2日に透視下下部消化管内視鏡検査を行いAV 30cmにscope不通過の全周性潰瘍性病変を認め，生検施行後にSEMSを留置した．留置直後から排便を認めX+10日に自宅退院となった．その後PET-CTを含め精査を行いS状結腸癌，tub1>tub2>>por2，cT4aN1bM2b(H2PUL1)，cStageIVb，RAS G12D，BRAF wild，MSSと診断した．当院に呼吸器外科がなく他院の呼吸器外科含め相談し総合的に化学療法を行わずに3期的に切除を行いR0を目指す方針となった．X+26日，腹腔鏡下S状結腸切除 D3郭清を施行しX+34日に退院．X+46日に開腹肝S7部分切除を施行しX+57日に退院，X+93日に他院で胸腔鏡下右上葉部分切除を施行しX+100日に退院となった．いずれの手術でも合併症は認めなかった．病理学的診断はpT4aN1bM1b(H2PUL1)，pStageIVbで肝肺はいずれも大腸癌の転移として矛盾しない所見，marginは陰性であった．X+118日に胸腹部造影CT検査を行い現時点でR0，CurBであることを確認し術後補助化学療法としてカペシタビン単剤内服を開始した．現在R0となってから術後2か月経過し無再発生存中である．【考察】cStageIV大腸癌の治療方針はガイドラインで記載されている癌の進行度以外に，自施設でできることや患者自身の要素も大きく影響しその方針を決めるのは簡単ではない．今回の症例でも方針に悩んだが，近医呼吸器外科との連携がスムーズにとれたことなどからご本人やご家族と相談し，切除を迅速で安全に行うことができた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター1

一般演題（ポスター）1　進行大腸癌に対する手術 1

座長：辻仲 眞康（東北医科薬科大学 消化器外科）

[P1-3] 臍部より腹腔内留置された脳室腹腔シャント留置下の大腸癌に対し腹腔鏡下手術を施行した1例

*鈴木 克徳[1]、深澤 貴子[1]、宇野 彰晋[1] (1. 磐田市立総合病院)

【はじめに】近年大腸癌は増加傾向にあり、様々な併存疾患を有する患者の手術を余儀なくされる。脳室腹腔シャント造設術は水頭症に対する治療として、多くは脳神経外科医により行われ、脳室からのカテーテルは腹腔内に留置される。腹腔側の穿刺部位は胸骨下の正中切開や傍正中切開などが知られているが、臍部から挿入されることもある。腹腔内カテーテルが術中操作に影響するのみならず、挿入部位により開腹時にも注意が必要である。【症例】60代男性。鮮血便を主訴に近医受診し、S状結腸癌の診断で手術目的に当科紹介となった。既往に高血圧、糖尿病に加え、海面状血管腫後の急性閉塞性水頭症に対し27年前に脳室腹腔シャント施行されており、さらに腹腔側カテーテルは臍部から腹腔内に挿入されていた。手術は臍部を注意しながら切開しカメラポートを挿入した後、腹腔内カテーテル損傷に十分注意しながら、定型的な腹腔鏡下S状結腸切除術を施行した。小開腹のために皮膚切開を延長するにあたり、カテーテル損傷のリスクがあるため脳外科医立ち合いのもと、腹腔側のカテーテルを胸骨下で再挿入し、右傍結腸溝に先端を留置し手術終了とした。術後7日目に頭部CTを施行し明らかな増悪所見ないことを確認し、術後12日目に退院、現在外来通院中である。【考察】大腸癌症例の増加に伴い、併存疾患を有する患者の手術も増加傾向であり、VPシャントを有する患者の腹腔鏡下手術に関する報告は散見される。今回われわれは臍部より挿入されたVPシャントカテーテルを損傷することなく、また術中鏡視下に再挿入することで安全に手術を施行し、良好な経過をたどった症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター1

一般演題（ポスター）1　進行大腸癌に対する手術 1

座長：辻仲 眞康（東北医科薬科大学 消化器外科）

[P1-4] 膿瘍形成を伴う虫垂粘液癌に対しHALS虫垂切除術が有効であった1例

*陳 凌風[1]、田村 瞳[1]、武尾 重也[1]、岡田 和丈[1]、向井 正哉[1] (1. 東海大学医学部付属八王子病院　消化器外科)

【はじめに】原発性虫垂癌は多くは急性虫垂炎と診断され、手術を施行された結果、虫垂癌と診断される症例が多い。特に膿瘍形成性急性虫垂炎で発症した症例の場合、癌の併存を疑わず虫垂切除を施行することで手術操作により病変を播種させる可能性も考えられる。【症例】症例は57歳男性。腹痛の精査で急性虫垂炎、腹腔内膿瘍で紹介となった。腹腔内膿瘍に対しCTガイド下ドレナージ施行後、一旦は膿瘍の縮小を認めたが再増大あり、経過中にS状結腸と瘻孔形成を認めた。悪性腫瘍を念頭に膿瘍に接する範囲を合併切除する方針でHALS虫垂切除術、小腸部分切除、S状結腸部分切除術を施行した。術中所見で明らかな腹膜播種病変は認めなかった。腫瘍は直腸間膜に乗っている形であった。小腸部分切除後に腫瘍を触知しながら切除範囲を決定した。直腸間膜の腹膜とS状結腸瘻孔形成部を合併切除した。病理診断はMucinous adenocarcinoma, pT4b（S状結腸）Ly0, V0, Pn0, pPM0, pRM0であった。【考察】HALS（Hand assisted laparoscopic surgery）手技は術者の左手を腹腔内に挿入することによって触覚を用いた手術が可能であるため、大きな腫瘍や術野オリエンテーションのつきづらい症例において、安全に手術を行う一助になると考える。本症例では腹腔内の癒着の状況や腫瘍局在が触覚により把握できたことにより、腫瘍露出のない腫瘍切除に有効であったと考える。【結語】膿瘍形成性虫垂炎で発症し、保存的加療後に虫垂腫瘍を疑い、HALS手技が有効であった虫垂粘膜癌の1例を報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター1

一般演題（ポスター）1　進行大腸癌に対する手術 1

座長：辻仲 眞康（東北医科薬科大学 消化器外科）

[P1-5] 待機的低侵襲手術症例からみた閉塞性大腸癌の臨床的意義

*加藤 龍太郎[1]、藤井 善章[1]、平野 直樹[1]、山田 拓実[1]、島田 雄太[1]、宮池 哲郎[1]、上野 修平[1]、青山 佳永[1]、今藤 裕之[1]、廣川 高久[1]、宮井 博隆[1]、田中 守嗣[1]、木村 昌弘[1] (1. 刈谷豊田総合病院消化器外科)

【背景】閉塞性大腸癌の臨床的意義は，緊急手術や開腹手術を含む報告が多く，待機的低侵襲手術症例に限定した検討は少ない．
【目的】待機的低侵襲手術を施行した大腸癌症例において，閉塞の程度と短期成績・長期予後との関連を検討する．
【対象・方法】2009年1月～2023年12月に当院で原発性大腸癌に対し腹腔鏡またはロボット支援下手術を施行した1726例を後方視的に解析した．開腹手術，Stage Ⅳ，術前化学（放射線）療法，穿孔・膿瘍形成，緊急切除，虫垂癌，Tis症例を除外した．術前内視鏡・CT所見および症状から，非閉塞群（NO）1229例，内視鏡的閉塞群（EO）406例，腸閉塞群（BO）91例に分類した．短期成績，無再発生存率（RFS），癌特異的生存率（CSS），予後因子を検討した．
【結果】病理病期，リンパ管侵襲，静脈侵襲はNO，EO，BOの順に有意に進行していた（いずれもp for trend＜0.001）．出血量，Clavien-Dindo III以上合併症，術後在院日数はEO/BO群で高値であったが，手術時間，開腹移行率に差はなかった．5年RFSは86.5%，76.4%，67.4%，5年CSSは93.5%，86.2%，79.2%で，いずれも群間差を認めた（ともにp＜0.0001）．一方，多変量解析ではEO，BOはいずれもRFS，CSSの独立予後因子ではなかった．
【結語】待機的低侵襲手術症例においてEO/BOは独立した予後規定因子ではなく，より進行した腫瘍学的背景を反映する所見と考えられた．適切な減圧後であれば，BO症例に対しても待機的低侵襲手術は実施可能である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター1

一般演題（ポスター）1　進行大腸癌に対する手術 1

座長：辻仲 眞康（東北医科薬科大学 消化器外科）

[P1-6] 切除不能閉塞性結腸癌に対する腹腔鏡下バイパス手術

*川原 大輔[1]、丸屋 安広[1] (1. 十善会病院　外科)

閉塞性大腸癌の治療は、癌の進行度、閉塞部位、患者背景などをもとに決定される。根治不可能な場合に姑息治療が必要になるが、大腸ステント留置、姑息的原発巣切除、人工肛門造設、バイパス術など治療法の選択は様々である。今回、切除不能結腸癌に対しバイパス手術が有用であったと思われた2症例を提示する。症例１）78歳、男性。腹痛、食欲不振を主訴に救急外来受診。精査で上行結腸癌イレウス、十二指腸浸潤、癌性腹膜炎の診断。緩和目的に腹腔鏡下盲腸-横行結腸バイパス術を施行した。るい痩著明で全身状態不良であったが、術後は速やかに全身状態改善し、10日目に退院となった。現在、外来通院で化学療法中。
症例2）82歳、男性。前立腺癌の全身精査にて偶発的に指摘された下行結腸癌、脾臓浸潤、肝転移、肺転移。自覚症状は認めなかったが、大腸ファイバーの通過不良、口側結腸の拡張を認め、化学療法導入前に姑息治療が必要と判断し、腹腔鏡下横行結腸-下行結腸バイパス手術を施行した。術後11日目に退院し、現在外来で化学療法を継続中。
閉塞性大腸癌の姑息手術として、人工肛門造設術を選択することが多いため、本症例に対しては回腸人工肛門造設、および横行結腸人工肛門造設が一般的であると思われる。今回の2症例を経験し、術後のQOLの観点から、症例によってはバイパス手術が最善の姑息手術になりうると思われた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター1

一般演題（ポスター）1　進行大腸癌に対する手術 1

座長：辻仲 眞康（東北医科薬科大学 消化器外科）

[P1-7] 左側腹直筋浸潤した進行横行結腸癌に対して、開腹結腸切除・腹直筋部分切除及び大腿筋膜張筋筋膜移植した一例

*安井 知樹[1]、間下 直樹[1]、石田 大登[1]、近藤 優里奈[1]、加藤 希[1]、劉 麗[1]、大重 英昭[1]、岩崎 真由子[1]、野地 雄太[1]、桑野 誠也[1]、宇野 泰朗[1]、浅野 智成[1]、杉本 博行[1]、望月 能成[1] (1. 小牧市民病院)

症例は77歳、女性、2026年4月に腹部腫瘤・左下腹部痛を自覚し前医受診した。
精査目的に当院紹介受診で横行結腸癌・腹直筋浸潤の診断となった。病期はT4bN0M0, StageIIcだった。
2026年5月1日、横行結腸切除D3郭清、腹直筋部分切除を施行した。その後、大腿筋膜張筋筋膜を12cm×6cm摘出し、腹直筋欠損部位に3-0吸収糸縫合にて筋膜移植し、ドレーン陰圧管理とし手術を終了した。術後経過良好で合併症なく退院した。

筋膜移植の部位として大腿筋膜張筋や腹直筋鞘、側頭筋などの筋膜が使用されることが多い。本症例のような手術で腹直筋筋膜欠損した場合、腹壁瘢痕ヘルニアになるため同時に筋膜移植で腹壁修復することがあり、大腿筋膜張筋筋膜を使用した。

筋膜移植のメリットとして自己組織であるため、異物反応がなく、感染症の合併症が少ない。一方で、採取した部位に傷跡や機能低下が残存する可能性がある。また、長期的に見て移植した組織が吸収や縮小、変形などするリスクがあり、追加の修正手術が必要になることもある。大腸癌手術と同時に行う筋膜移植は欠損部位と大きさで症例毎に検討する必要がある。
今回我々は左側腹直筋浸潤した進行横行結腸癌に対して、横行結腸切除・腹直筋部分切除及び大腿筋膜張筋筋膜移植した一例を経験したため, 文献的考察を加え報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター1

一般演題（ポスター）1　進行大腸癌に対する手術 1

座長：辻仲 眞康（東北医科薬科大学 消化器外科）

[P1-8] 内視鏡ホルダ（ロックアーム）を用いた直腸癌DST吻合における吻合部の評価と安定性の検討

*服部 竜也[1]、堀田 正啓[1]、加瀬 晃志[1]、山口 裕平[1]、宮川 真央[1]、鶴田 健太[1]、風間 洸哉[1]、寺谷 大弥[1]、春名 孝洋[1]、安藤 文彦[1]、古木 裕康[1]、野村 聡[1]、神田 知洋[1]、柿沼 大輔[1]、横山 正[1]、牧野 浩司[1]、松田 明久[2] (1. 日本医科大学多摩永山病院消化器外科、2. 日本医科大学付属病院消化器外科)

【はじめに】
直腸癌での経肛門的なDST（Double Stapling Technique）吻合におけるサーキュラーステープラーの操作の安定性は吻合部の形成に影響し，それは縫合不全の発生率に影響すると考えられる．また吻合は不潔野からの経肛門的操作も必要であり手術人員の追加が必要となる．今回腹腔鏡下手術時のスコピストの補助などに使われる内視鏡ホルダでサーキュラーステープラーを固定しDST吻合を行うことがステープラーを扱う助手の吻合時の手ぶれの軽減となり吻合部形成の安定に寄与できるか，またステープラーの固定に伴いロボット手術時での執刀医自身による不潔野からの操作で吻合も行うことが可能となり，追加人員の削減にも貢献できるか検討した．
【方法】
当施設で施行した直腸癌手術において経肛門的なDST吻合を行う20例(高位前方切除，低位前方切除術)を対象とした．
それぞれをシステム・ジェーピー社の内視鏡ホルダ（ロックアーム F-20X）を用いサーキュラーステープラーを固定し吻合を行う（ホルダ群）10例と，その固定を行わずDST吻合を行う（従来群）10例に割り当て比較および検討を行った．
吻合部の評価はステープルラインを肉眼・腹腔鏡下での吻合漿膜側と術中内視鏡での吻合粘膜側からのそれぞれで観察を行うことで評価した．
漿膜側はステープルの露出の程度，最外側のステープルラインの配列の乱れや組織の滑脱などで評価し，粘膜側は術中内視鏡像にて粘膜の虚血やうっ血の程度や粘膜の密着の程度を評価し，それぞれをGrade1-3で分類し対象の2群間で比較および検討した．
【考察】
内視鏡ホルダによるステープラーの固定が吻合の安定性の向上ひいては手術人員の削減に貢献されるか，既報との違いを考察する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター1

一般演題（ポスター）2　進行大腸癌に対する手術 2

座長：田中 慶太朗（市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科）

[P2-1] 直腸癌術後縫合不全部における難治性瘻孔治療に難渋した一例

*呉林 秀崇[1]、小林 泰三[1]、廣野 靖夫[2]、五井 孝憲[3] (1. 春江病院外科、2. 福井大学附属病院がん診療推進センター、3. 福井大学医学部第一外科)

[P2-2] S状結腸下行結腸接合部結腸癌に対するD3リンパ節郭清での下腸間膜動脈根部切離と温存の成績の検討

*中道 脩介[1]、清水 浩紀[1]、有田 智洋[1]、名西 健二[1]、木内 純[1]、倉島 研人[1]、塩﨑 敦[1] (1. 京都府立医科大学消化器外科)

[P2-3] non-touch isolation法による腹腔鏡下結腸右半切除術のポイント

*原口 直紹[1]、南 壮一郎[1]、土橋 果実[1]、古賀 睦人[1]、三上 希実[1]、山平 陽亮[1]、額原 敦[1]、伊丹 偉文[1]、木村 豊[1] (1. 近畿大学奈良病院消化器外科)

[P2-4] T4b大腸癌に対する腹腔鏡下手術の短期・中期成績

*鳥居 翔[1]、小林 靖幸[1]、浜野 孝[1] (1. 総合病院聖隷浜松病院)

[P2-5] 右側結腸切除に対する体腔内吻合の短期成績

*古谷 晃伸[1]、貞吉 正彦[1]、藤井 克成[1]、上田 健斗[1]、三宅 泰一郎[1]、粟津 正英[1]、椋棒 英世[1]、若原 智之[1]、金光 聖哲[1] (1. 淀川キリスト教病院外科)

[P2-6] 腹腔鏡下大腸切除術における腹壁瘢痕ヘルニアのリスク因子の検討

*小森 孝通[1]、市原 もも子[1]、加藤 雅也[1]、麻本 翔子[1]、辻野 将生[1]、早瀬 志門[1]、加藤 一哉[1]、住本 知子[1]、橋本 和彦[1]、岸 健太郎[1]、福永 睦[1] (1. 兵庫県立西宮病院外科)

[P2-7] 直腸癌に対するTaTME併用6症例の検討

*岩井 周作[1]、中澤 幸久[1]、池田 耕介[1]、高木 拓実[1]、南 雄介[1]、堤 純[1]、原 春久[1] (1. みなと医療生活協同組合協立総合病院)

[P2-8] 当院における高度肥満を伴う大腸癌症例に対する手術成績の検討

*野地 雄太[1]、宇野 泰朗[1]、石田 大登[1]、近藤 優里奈[1]、加藤 希[1]、劉 麗[1]、大重 英昭[1]、岩崎 真由子[1]、安井 知樹[1]、桑野 誠也[1]、小池 翠[1]、浅野 智成[1]、間下 直樹[1]、野田 純代[1]、杉本 博行[1]、望月 能成[1] (1. 小牧市民病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター1

一般演題（ポスター）2　進行大腸癌に対する手術 2

座長：田中 慶太朗（市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科）

[P2-1] 直腸癌術後縫合不全部における難治性瘻孔治療に難渋した一例

*呉林 秀崇[1]、小林 泰三[1]、廣野 靖夫[2]、五井 孝憲[3] (1. 春江病院外科、2. 福井大学附属病院がん診療推進センター、3. 福井大学医学部第一外科)

症例：65歳男性　X年9月急性腹症にて当院救急搬送され、急性虫垂炎の診断で、腹腔鏡下虫垂切除術を施行した。その4ヶ月後より排便時出血を認め、当院を再度受診。精査にてRaを主体とした半周性の進行直腸癌を指摘し、X+1年2月に腹腔鏡下直腸低位前方切除術、3群リンパ節および両側側方リンパ節郭清、DST吻合、covering ileostomyを行った。下部消化管内視鏡を用いた術中Leak testでは問題を認めなかった。最終診断はRectal cancer RaRb type2 5×3.5cm muc>sig>tub2 T3(SS) N1b(251) M0 StageIIIbとした。術後outlet obstructionを認めチューブ留置を一時的に行い、18PODで退院となった。退院後、術後補助化学療法としてCAPOX療法を開始した。術後4ヶ月にcovering ileostomy閉鎖を検討するために、下部消化管内視鏡検査と腹部CT検査を行ったところ、DST吻合部のステイプルラインが重なる部分での縫合不全とそれにともなった仙骨前面への小瘻孔、小膿瘍を疑う所見を認めた。この時点でのcovering ileostomyの閉鎖は断念し、化学療法ごとに瘻孔部の洗浄治療を行った。半年間の術後補助化学療法終了後も、瘻孔は残存し、ベリプラストを用いた内視鏡下での瘻孔閉鎖も試行したが、結果として改善は認めなかった。以後も瘻孔部の改善を認めず、covering ileostomy周囲の皮膚障害など管理も困難であったために、本人と相談し、直腸手術から1年後に、瘻孔部を含めた吻合部切除として直腸切断術および人工肛門造設を施行した。病理検査では瘻孔部および軟部組織には悪性所見は認めなかった。
縫合不全は直腸手術における最大の合併症であり、治療が難しいばかりか、患者予後にも寄与する因子である。またその治療法は一定ではなく、難渋することも多い。今回、治療に難渋し、結果として永久ストマとなった教訓的な症例と考え、文献的考察を加え報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター1

一般演題（ポスター）2　進行大腸癌に対する手術 2

座長：田中 慶太朗（市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科）

[P2-2] S状結腸下行結腸接合部結腸癌に対するD3リンパ節郭清での下腸間膜動脈根部切離と温存の成績の検討

*中道 脩介[1]、清水 浩紀[1]、有田 智洋[1]、名西 健二[1]、木内 純[1]、倉島 研人[1]、塩﨑 敦[1] (1. 京都府立医科大学消化器外科)

【目的】
S状結腸下行結腸接合部（Sigmoid-Descending colon Junction; SDJ）結腸癌に対する腹腔鏡下D3リンパ節郭清において、責任血管である下腸間膜動脈（IMA）根部結紮の要否については一定の見解が得られていない。今回、当院におけるIMA根部結紮とIMA温存（左結腸動脈および／またはS状結腸動脈結紮）による術式の違いが短期・長期成績に与える影響を比較検討した。

【方法】
SDJ結腸癌は術前の注腸造影検査もしくはCT colonography検査にて、左腸骨稜から5cm以内に存在する結腸癌と定義した。2010年1月から2025年12月までに、当院でSDJ結腸癌に対し腹腔鏡下もしくはロボット支援下でD3リンパ節郭清を施行した症例を後方視的に解析した。緊急手術症例、遠隔転移症例、他臓器同時切除例、開腹手術症例は除外した。患者をIMA根部切離群とIMA温存群に分け、臨床病理学的背景因子、短期成績、長期成績について比較検討した。

【成績】
対象は46例で、IMA根部切離群27例、IMA温存群19例であった。腫瘍局在としては下行結腸、S状結腸がそれぞれ20例、26例であった。吻合法は主に機能的端端吻合(FEEA)もしくはDST吻合が用いられ、IMA根部切離群ではDST吻合が92.6%を占めたのに対し、IMA温存群ではFEEAが88.2%と多かった。両郡間では、術後合併症率は (11.1% vs 26.3%、p=0.180)でIMA温存群で合併症率が高い傾向にあったが、有意差は認めなかった。縫合不全は両群とも認めなかった。また中央値で比較し、手術時間（237分 vs 244分、p=0.991や主リンパ節郭清個数に差は認めなかった（3個 vs 2個、p=0.212）。長期成績としては、5年無再発生存率は両群間で同等であった（83.6% vs 94.7%、p=0.253）。

【結論】
当院でのSDJ結腸癌における腹腔鏡下D3リンパ節郭清下でのIMAの温存の有無による成績の比較を行った。両者の安全性と長期成績に関して今後もさらなる症例の蓄積と検証が望まれる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター1

一般演題（ポスター）2　進行大腸癌に対する手術 2

座長：田中 慶太朗（市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科）

[P2-3] non-touch isolation法による腹腔鏡下結腸右半切除術のポイント

*原口 直紹[1]、南 壮一郎[1]、土橋 果実[1]、古賀 睦人[1]、三上 希実[1]、山平 陽亮[1]、額原 敦[1]、伊丹 偉文[1]、木村 豊[1]
(1. 近畿大学奈良病院消化器外科)

右側結腸は左側結腸と比べ、低分化腫瘍が多く、また、リンパ節転移陽性症例が多い。故に右側結腸癌そのものが全生存率に対するリスク因子となることが知られている。non-touch isolation techniqueとは、癌病巣の剝離・授動操作に先立って、腫瘍領域の支配血管の結紮・切離を行う手術手技であり、血管内や腹腔内への癌細胞の散布を防止することが期待されている。故に、non-touch isolation techniqueを用いた手術手技は、独立予後因子となり得る右側結腸癌、特に進行癌において、予後の改善に寄与出来るのではないかと期待できる。加えて、近年では体腔内吻合技術の普及により、腫瘍近傍の授動に先んじての辺縁血管の処理・体腔内での腸管切離は技術的ハードルが低くなっている（吻合を体腔外とするのか体腔内とするのかは、腫瘍細胞の散布のリスクを考慮する必要がある）。ここでは、non-touch isolation法による腹腔鏡下結腸右半切除術で重要となるポイントを紹介する。手術のポイントは、上腸間膜静脈（SMV）の腹側へのアプローチと、medialからlateral、つまり、SMVから後腹膜へ向けたアプローチである。回盲部から口側の小腸間膜を骨盤内に広げ上腸間膜血管索を頭尾側に一直線に進展させることが重要であり、また、膜切開の開始点は、無血管野と回結腸血管索をメルクマールにし、回結腸静脈 (ICV)の分岐部より尾側から行う。回腸枝腹側から行った場合は、静脈右縁に回り込み、小腸間膜を解放することで、小腸間膜根から頭側に向かって十二指腸腹側に入ることが容易となる。ICVの分岐部に近い領域で入る場合には、後腹膜側に入る難易度は上がるが、SMV周囲を覆う薄膜を腹側で切開し郭清領域につけて外側に牽引し、SMV右側で頭側に向かって、この薄膜を頭側に切離し、さらに結腸間膜後膜と十二指腸前面の筋膜を切離すると、膵被膜を温存する形で膵十二指腸前面に入ることができる。この際、膜を一枚ずつ切っていくという操作が肝要である。血管軸に対して頭尾側に対して水平な術者右手鉗子操作が有利となる為、術者は脚間に立ち、右手ポートは下腹部正中に置いている。予後データは未だないが、手術の手技について提示を行いたい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター1

一般演題（ポスター）2　進行大腸癌に対する手術 2

座長：田中 慶太朗（市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科）

[P2-4] T4b大腸癌に対する腹腔鏡下手術の短期・中期成績

*鳥居 翔[1]、小林 靖幸[1]、浜野 孝[1] (1. 総合病院聖隷浜松病院)

【緒言】T4b大腸癌に対する腹腔鏡下手術の予後は、開腹手術よりも劣る可能性が報告されている。当院でのT4b大腸癌に対する腹腔鏡下手術（ロボット支援手術含む）の短期・中期成績を明らかにすることを目的とした。【対象と方法】2023年5月から2024年6月までのcStage II/ III大腸癌に対する腹腔鏡下手術を対象にT4b群10例とそれ以外103例に分けて短期・中期成績を評価した。【結果】年齢中央値67.5歳、男女比57:56、BMI中央値22.1。既往歴は心疾患/ 糖尿病/ 呼吸器疾患27/ 25/ 23例。原発巣の深達度T1/ T2/ T3/ T4が1/ 5/ 74/ 33例。リンパ節転移N0/ N1/ N2/ N3が45/ 46/ 17/ 5例。Stage 2/ 3が44/ 69例。アプローチ法は腹腔鏡60例、ロボット53例。術式は部分切除7例、回盲部切除22例、結腸右半切除26例、結腸左半切除8例、 S 状結腸切除20例、高位前方切除5例、低位前方切除20例、腹会陰式直腸切断術3例、ハルトマン手術1例。手術時間中央値251分、出血量中央値10 ml、開腹移行は7例。Clavien-Dindo (CD)分類≧grade IIの合併症は29例(25.6 %)で、SSI 12例、イレウス9例、肺炎5例、心疾患2例、出血1例、脳梗塞1例、その他4例（重複あり）。在院死は1例、術後在院期間中央値10日。T4b群で手術時間が有意に長く、合併症は有意に多く、grade IIIの合併症は十二指腸狭窄1例、心不全1例であった。また在院期間は有意に長かった。中期成績は術後補助療法16例、観察期間中央値2年1ヶ月で再発20例、2年全生存率97.1%、術後診断がStage IVであったものを除く2年無再発生存率84.2%。2年無再発生存率はT4b群で 75.0% (vs 85.1%, p=0.02)、CD 分類≧grade IIの合併症例で 76.4% (vs 86.8%, p=0.02)と有意に低下した。【考察】当科でT4b大腸癌に対する腹腔鏡下手術は手術時間が長く、合併症が多かったが、grade3の合併症に有意差は無かった。中期成績はT4b群、CD分類≧grade IIの合併症例で再発率が上昇する可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター1

一般演題（ポスター）2　進行大腸癌に対する手術 2

座長：田中 慶太朗（市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科）

[P2-5] 右側結腸切除に対する体腔内吻合の短期成績

*古谷 晃伸[1]、貞吉 正彦[1]、藤井 克成[1]、上田 健斗[1]、三宅 泰一郎[1]、粟津 正英[1]、椋棒 英世[1]、若原 智之[1]、金光 聖哲[1] (1. 淀川キリスト教病院外科)

【はじめに】結腸癌手術において従来は小開腹創で腸管を切除し体腔外吻合を行ってきたが、近年では体腔内で切除吻合を行うことが普及しつつある。当科でも2024年9月から右側結腸切除に対して体腔内吻合再建を開始した。
【目的】当科の右側結腸切除に対する体腔内吻合再建の短期成績を明らかにすること。
【対象・方法】対象は2024年9月から2026年3月までに当科で施行した腹腔鏡下およびロボット支援下右側結腸切除術60例。緊急手術症例は除外した。体腔内吻合再建群（IA）と体腔外吻合再建群（EA）の短期成績を比較検討した。なお当科の体腔内吻合はoverlap法、切除標本は臍部小切開から回収としている。
【結果】60例中でIA群は18例、EA群は42例。IA vs EAで年齢中央値（歳）：82（56　—　91）vs 73（21 — 90）（p＝0.01）、性別（男／女）：9／9 vs 25／17（p＝0.58）、BMI：23.0（ 18.3　—　30.4）vs 21.9（15.6　—　28.9）（p＝0.15）、HbA1c（%）：5.7（5.0 — 7.7）vs 5.7（4.7　—　9.0）（p＝0.68）、cStageI／II／III／IV／other：3／2／11／1／1 vs 9／6／18／3／6（p＝0.84）、アプローチ（腹腔鏡／ロボット）：7／11 vs 33／9（p＜0.01）、術式（回盲部切除／結腸右半結腸切除）：7／11 vs 27／15（p＝0.09）、術者（技術認定医／それ以外）8／10 vs 12／30（p＝0.25）、手術時間（分）：364（229 — 531）vs 274（158 — 742）（p＜0.01）、出血量（g）：0（0 — 175）vs 0（0 — 1773）（p＝0.12）、術中血管損傷（あり／なし）：0／18 vs 2／40（p＝1.0）排ガスまでの日数：2（1 — 3）vs 3（1 — 5）（p＝0.02）、術後1日目の白血球数（／μL）：10400（5800 — 12500）vs 9000（5000 — 22400）（p＝0.11）、術後1日目のCRP（／μL）：4.70（2.09 — 10.38）vs 3.00（0.51 — 18.30）（p＜0.01）、術後合併症（CD≧2　あり／なし）3／15 vs 10／32（p＝0.74）、総感染（あり／なし）2／16 vs 3／39（p＝0.63）術後在院日数：7（6 — 16）vs 7（6 — 37）（p＝0.28）。
【考察】IA群はEA群と比較して、ロボット支援下手術が多く手術時間が90分長かった。術後のCRPは高いが排ガスは1日早く術後在院日数に差を認めなかった。今後さらなる症例の集積が必要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター1

一般演題（ポスター）2　進行大腸癌に対する手術 2

座長：田中 慶太朗（市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科）

[P2-6] 腹腔鏡下大腸切除術における腹壁瘢痕ヘルニアのリスク因子の検討

*小森 孝通[1]、市原 もも子[1]、加藤 雅也[1]、麻本 翔子[1]、辻野 将生[1]、早瀬 志門[1]、加藤 一哉[1]、住本 知子[1]、橋本 和彦[1]、岸 健太郎[1]、福永 睦[1] (1. 兵庫県立西宮病院外科)

【背景】腹壁瘢痕ヘルニア（incisional hernia：IH）は，大腸癌の腹腔鏡下手術においても比較的多くみられる術後合併症のひとつである．整容性やQOLに影響を及ぼすうえに，治療は全身麻酔下での手術となり患者の負担が大きく，その発生頻度を減らす対策が求められている．
【目的】当院における腹腔鏡下大腸癌切除術後のIHのリスク因子を明らかにし，有棘連続縫合糸による閉腹の有効性を検討する．
【方法】2020年1月から2024年3月までに，当科で腹腔鏡下切除術を施行した大腸癌症例のうち，CTにて術後2年以上の経過観察ができた症例について，IHの発生と臨床病理学的因子の関連を後方視的に検討した．
手術時の小開腹は臍部におき，閉腹は創直下に癒着防止材を貼付後，2022年3月までは腹膜・腹直筋鞘を抗菌性モノフィラメント吸収性縫合糸で結節縫合，2022年4月以降は抗菌性モノフィラメント吸収性有棘連続縫合糸で連続縫合し，皮膚は埋没縫合した．術後のIHの有無はCTで診断した．
【結果】全244例のうち，IHは32例（13%）に認められた．年齢・性別・PS・BMI・喫煙歴・糖尿病・ステロイド内服・抗血栓剤内服・術前Alb値・開腹手術歴・腫瘍の局在・腫瘍の大きさ・腹腔鏡/ロボット手術・硬膜外麻酔・手術時間・出血量・癌の進行度・根治度・術後創感染・術後の化学療法などの因子について検討した．
単変量解析では，75歳未満・BMI25以上・ASA-PS 1/2・術前Alb値3.5以上・根治度CがIHの有意なリスク因子（$p<0.05$）となり，有棘連続縫合糸の使用の有無による違いは認められなかった（$p=0.81$）．多変量解析では，BMI25以上（HR：3.1，95%CI：1.5-6.6，$p=0.0030$）と根治度C（HR：3.6，95%CI：1.2-11，$p=0.022$）がIHの独立したリスク因子として抽出された．術後創感染については，有棘連続縫合糸の使用の有無で有意差は認められなかった．
【結論】当院の検討では，BMI25以上と根治度CがIHのリスク因子であり，有棘連続縫合糸による閉腹はIHのリスクを減少させなかった．今後は，さらにIHを減少させる対策が求められる．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター1

一般演題（ポスター）2　進行大腸癌に対する手術 2

座長：田中 慶太朗（市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科）

[P2-7] 直腸癌に対するTaTME併用6症例の検討

*岩井 周作[1]、中澤 幸久[1]、池田 耕介[1]、高木 拓実[1]、南 雄介[1]、堤 純[1]、原 春久[1] (1. みなと医療生活協同組合協立総合病院)

【はじめに】
直腸癌は骨盤内の狭い術野での手術が必要であり技術的に難易度が高い.根治性を保ちつつ機能温存するために経肛門的鏡視下手術：Transanal total mesorectal excision(以下TaTME)が期待されている.当院では2024年9月から2026年5月までにTaTME併用直腸癌手術を6例経験した.
【患者背景】
年齢は54-92(中央値64),性別は男性4例と女性2例, ASAPS Ⅱ が5例,Ⅲが１例,BMIは18.8-34.4(中央値23).腫瘍局在はRb4例,Ra2例で術前UICC病期分類(第8版)はStage Ⅱ 5例,StageⅢbで1例術前化学療法を施行した.
【結果】
術式はLAR5例,ICR＋Hartmann 1例.手術時間(分)：303-506(中央値441),出血量(ml)：19-358(中央値116), 吻合高AV(cm)：3-5(中央値4),自律神経は全て温存した.術後合併症はClavien-Dindo(CD)Ⅲbのストマ出口部狭窄1例,CDⅢaの骨盤内膿瘍1例,CD Ⅱ の術後小腸閉塞と尿路感染1例を認めた.排尿障害は認めなかった.腫瘍径(mm):40-90(中央値50),遠位断端までの距離(mm)：15-50(中央値22.5),CRMはいずれも十分に確保されていた.最終病理診断はStage Ⅰ が2例,StageⅡaが2例,StageⅢaが1例,StageⅢb1例であった.術後在院日数(日)は15-27(中央値18.5)であった.ストマ閉鎖までの期間はそれぞれ3.5ヵ月,7ヵ月(補助化学療法施行),4.5ヵ月,13日であった.1例はハルトマン手術,1例は閉鎖時期未定である.ストマ閉鎖例では日常生活に支障が出る排便障害を認めていない.
【考察】
手術時間は全体に長く,腹腔側の難渋例(腸管癒着症例,多発癌,肥満症例)があったことを考慮しても,まだ改善の余地がある.従来の腹腔鏡下TMEでは直腸剥離からの切離と吻合でかなりのストレスがあったが,遠位マージンを確実に確保できること,腹腔側と協調して神経温存を確認できること, single stapling technique(SST)吻合に手縫い補強が可能なことでTaTMEには利点がある. 全例排尿障害なくR0切除可能であった.術後合併症は1例ストマの早期閉鎖せざるを得ない症例を経験した.長期予後に関しては今後も慎重なフォローを要する.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター1

一般演題（ポスター）2　進行大腸癌に対する手術 2

座長：田中 慶太朗（市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科）

[P2-8] 当院における高度肥満を伴う大腸癌症例に対する手術成績の検討

*野地 雄太[1]、宇野 泰朗[1]、石田 大登[1]、近藤 優里奈[1]、加藤 希[1]、劉 麗[1]、大重 英昭[1]、岩崎 真由子[1]、安井 知樹[1]、桑野 誠也[1]、小池 翠[1]、浅野 智成[1]、間下 直樹[1]、野田 純代[1]、杉本 博行[1]、望月 能成[1] (1. 小牧市民病院)

高度肥満症例（Body mass index(BMI)35kg/m2以上）では一般的に周術期合併症、死亡率は比較的高率であり、手術難易度も上昇するとされる。近年、腹腔鏡下・ロボット支援下手術の適応拡大が進む中で、当院で施行した高度肥満大腸癌症例の治療成績の検討を行なった。

【対象・方法】

2018年1月から2025年12月までに手術を施行したBMI≧35の原発性大腸癌患者9例を対象に後方視的検討を行った。

【結果】

年齢38~81歳（中央値65歳）、性別は男性4例・女性5例、身長140~171cm（中央値158.6cm）、体重69.5~107.6kg（中央値94kg）、BMI 35.1~40.2kg/m2（中央値36.7kg/m2）であった。局在は上行結腸2例、横行結腸１例、下行結腸１例、S状結腸４例、Rs直腸１例であり、臨床病期はStageⅠ１例、StageⅡ1例、StageⅢ7例の診断であった。アプローチ法は開腹手術3例、腹腔鏡下手術2例、ロボット支援下手術4例であり、手術時間は193~345分（中央値244分）、出血量は1~427ml（中央値18ml）、Clavien-Dindo分類GradeⅢ以上が1例、在院日数は5~19日（中央値9日）であった。

【考察・結語】

近年、ロボット支援下手術の導入が進み、当院では高度肥満症例に対しても積極的に適応としている。本検討では、術式、Stage、担当医手技などの差はあるものの腹腔鏡下・ロボット支援下手術は開腹手術に比べ出血量が少なく、在院日数も短い傾向にあった。腹腔鏡下・ロボット支援下での手術適応が拡大している昨今において高度肥満患者に対しても選択肢となり得るが、今後も引き続きの症例集積・検討が望まれる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター2

一般演題（ポスター）3　遺伝性大腸癌・ポリポーシス

座長：永田 信二（広島市立北部医療センター安佐市民病院　消化器内科）

[P3-1] MSH2体細胞モザイクにより引き起こされたMSH2欠損大腸癌

*佐田 春樹[1,2]、新津 宏明[2,3]、中原 輝[3]、嶋田 徳光[1]、清水 洋祐[1,2]、大段 秀樹[2]、新井田 要[4]、檜井 孝夫[2,3] (1. 独立行政法人国立病院機構 呉医療センター 外科、2. 広島大学大学院医系科学研究科消化器移植外科学、3. 広島大学病院遺伝子診療科、4. 金沢医科大学病院ゲノム医療センター)

[P3-2] 大腸癌による腸重積を発症したリンチ症候群の1例

*宮宗 秀明[1]、加藤 雄也[1]、高橋 立成[1]、岡林 弘樹[1]、内海 方嗣[1]、北田 浩二[1]、濱野 亮輔[1]、徳永 尚之[1]、寺石 文則[1]、常光 洋輔[1]、大塚 眞哉[1]、稲垣 優[1] (1. 福山医療センター外科)

[P3-3] 血縁者の大腸癌診断を契機に診断し得たリンチ症候群を疑う10歳代早期直腸癌症例

*定光 ともみ[1]、竹井 健[1]、中原 啓貴[1]、切畑屋 友希[1]、西和田 敏[1]、田仲 徹行[1]、吉村 淳[1]、中川 正[1] (1. 南奈良総合医療センター外科)

[P3-4] 家族性大腸腺腫症関連デスモイド腫瘍における部位別治療成績―腹腔内病変と腹腔外病変の比較―

*伊勢 一郎[1]、皆瀬 翼[1]、村上 恵[1]、佐藤 好宏[1]、吉松 軍平[1]、鈴木 秀幸[1]、唐澤 秀明[1]、亀井 尚[1]、大沼 忍[1]、海野 倫明[1] (1. 東北大学大学院消化器外科学)

[P3-5] 当院で手術を施行した若年性大腸癌37例の検討

*金城 あやか[1]、西居 孝文[1]、坂元 寿美礼[1]、瀬良 知央[1]、西村 潤也[1]、井関 康仁[2]、福岡 達成[1]、西 智史[1]、櫻井 勝宣[1]、久保 尚士[1]、清水 貞利[1] (1. 大阪市立総合医療センター　消化器外科、2. 和泉市立総合医療センター　消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター2

一般演題（ポスター）3　遺伝性大腸癌・ポリポーシス

座長：永田 信二（広島市立北部医療センター安佐市民病院　消化器内科）

[P3-1] MSH2体細胞モザイクにより引き起こされたMSH2欠損大腸癌

*佐田 春樹[1,2]、新津 宏明[2,3]、中原 輝[3]、嶋田 徳光[1]、清水 洋祐[1,2]、大段 秀樹[2]、新井田 要[4]、檜井 孝夫[2,3] (1. 独立行政法人国立病院機構 呉医療センター 外科、2. 広島大学大学院医系科学研究科消化器移植外科学、3. 広島大学病院遺伝子診療科、4. 金沢医科大学病院ゲノム医療センター)

【背景】大腸癌におけるミスマッチ修復（MMR）タンパクの発現消失は、MLH1プロモーターのメチル化によるものを除き、リンチ症候群を示唆する。リンチ症候群の確定診断には末梢血を用いた遺伝学的検査が行われるが、病的バリアントが同定されない症例も一定数存在し、体細胞モザイクバリアントの関与が報告されている。
【症例】49歳男性。横行結腸癌に対して手術を施行した。病理所見では、漿膜下層まで浸潤する粘液成分およびmedullary-like所見を伴う中分化腺癌であった。免疫染色ではMLH1およびPMS2は保持され、MSH2およびMSH6の発現消失を認め、MSH2機能喪失によるMMR欠損が示唆された。リンチ症候群が疑われ、遺伝カウンセリング後に末梢血DNAを用いてUMIを用いたlong-PCRベースのターゲット超高深度シークエンス（x4000）を施行した。その結果、MSH2にc.1528C>T（p.Gln510*）の病的バリアントをVAF 3.9%を検出し、nested PCR-RFLP法により確認した。両親の血液には同バリアントを認めず、postzygotic originが示唆された。
【考察】本症例はMSH2モザイクバリアントによるMMR欠損大腸癌と考えられた。バリアントは始原生殖細胞分化前後に生じた可能性があり、生殖細胞系列への関与は否定できない。通常の遺伝学的検査では低頻度バリアントの検出が困難な場合があり、リンチ症候群が疑われる症例においては体細胞モザイクバリアントの存在を考慮する必要がある。
【結論】リンチ症候群が疑われるにもかかわらずサンガー法による遺伝学的検査で生殖細胞系列病的バリアントが同定されない症例では、高感度シークエンスによるモザイク変異の検索が有用である。MMR遺伝子におけるモザイクバリアントの報告は稀であるが、本症例のように生殖細胞系列への関与が否定できない場合、次世代への伝播リスクも考慮し、厳格なサーベイランスが必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター2

一般演題（ポスター）3　遺伝性大腸癌・ポリポーシス

座長：永田 信二（広島市立北部医療センター安佐市民病院　消化器内科）

[P3-2] 大腸癌による腸重積を発症したリンチ症候群の1例

*宮宗 秀明[1]、加藤 雄也[1]、高橋 立成[1]、岡林 弘樹[1]、内海 方嗣[1]、北田 浩二[1]、濱野 亮輔[1]、徳永 尚之[1]、寺石 文則[1]、常光 洋輔[1]、大塚 眞哉[1]、稲垣 優[1] (1. 福山医療センター外科)

リンチ症候群は、DNAミスマッチ修復遺伝子の生殖細胞系列バリアントを主な原因とする常染色体優性遺伝性疾患であり、大腸癌を好発し若年発症を特徴とする。一方、成人腸重積は全腸重積の約5%と比較的まれであり、大腸癌を原因とすることが多いとされる。成人大腸癌のうち20～40才未満の若年性大腸癌の頻度は低率であり、腸重積を契機として若年成人に大腸癌が発見されることは極めてまれである。今回、我々は、大腸癌による
腸重積を発症したリンチ症候群の1例を経験したので報告する。症例は、31歳、女性、腹痛にて近医を受診、直腸診にて腫瘤を触れ、直腸癌の疑いにて紹介となった。18歳にてリンチ症候群(MSH2 exon14 c.2445G>T)と診断されていたがスクリーニングは行っていなかった。腹部CT検査にて腸重積が疑われ、下部内視鏡検査を施行したところ、1型腫瘍を認め送気にて口側に移動したが、完全には重積が解除されず、入院のうえ経過観察を行った。通過障害の症状が改善したため、待機的に腹腔鏡下S状結腸切除術を施行し、術後診断は、pT3N0M0-pStageⅡaであった。術後経過良好にて、術後11日目に退院した。現在、転移、再発なく、重複癌も認めていない。本邦における遺伝性大腸癌診療ガイドラインにおいては、MLH1/MSH2にバリアントを有する場合、20～25歳からの大腸内視鏡検査による大腸癌スクリーニングが推奨されている。一方、本邦にて報告された若年性大腸癌による腸重積33例では、女性に多く、平均腫瘍径55mm、部位では盲腸、S状結腸の順に、肉眼型は1型、深達度はssが多く、既報の成人における大腸癌による腸重積と同様であった。今回われわれは、若年にて大腸癌による腸重積を発症したリンチ症候群の1例を経験したので報告した。リンチ症候群では、若年での癌発症の可能性があり、ガイドラインに則ったサーベイランスの施行が妥当であると思われた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター2

一般演題（ポスター）3　遺伝性大腸癌・ポリポーシス

座長：永田 信二（広島市立北部医療センター安佐市民病院　消化器内科）

[P3-3] 血縁者の大腸癌診断を契機に診断し得たリンチ症候群を疑う10歳代早期直腸癌症例

*定光 ともみ[1]、竹井 健[1]、中原 啓貴[1]、切畑屋 友希[1]、西和田 敏[1]、田仲 徹行[1]、吉村 淳[1]、中川 正[1] (1. 南奈良総合医療センター外科)

【背景】近年増加の一途を辿る大腸癌の中で，約5%は原因遺伝子の明らかな遺伝性大腸癌と報告されている．その中ではリンチ症候群が最も頻度が高く，特に若年者の大腸癌では注意が必要な疾患である．今回，血縁者の大腸癌診断を契機に発見できた，リンチ症候群を強く疑う10歳代の早期直腸癌症例を経験したので報告する．
【症例】18歳男性．症例の実父が発見契機となる．父は40歳代で，X年12月に腹痛，腹部膨満感を主訴に当院を受診した．腹部CT，全大腸内視鏡検査で進行上行結腸癌と診断され当科紹介，同月に腹腔鏡下回盲部切除術，D3郭清を施行した．病理結果はAdenocarcinoma, tub2>por1, T3N1bM0 pStageⅢbであり，遺伝子検査では，RAS/BRAF wild，HER 1+，MSI-highであった．また家族歴として，第1度近親者に大腸癌が1名，子宮体癌が2名，第2度近親者に大腸癌が少なくとも3名存在し，多くが40歳代までに診断されていた．アムステルダム診断基準 IIを満たし，MSI結果と併せてリンチ症候群が強く疑われた．症例はこの経過を契機として，X年7月頃からの排便時出血を主訴にX+1年2月に当科受診．全大腸内視鏡検査を施行したところ，下部直腸に20mm大の腫瘍を認めたため，同年3月にEMR施行した．病理結果はCarcinoma in adenoma, pTis , INFb, Ly0, V0, BD1, pHM0, pVM0, pER0であり，内視鏡的に治癒切除できた．父の結果をもとに遺伝子検査を行ったところ，MSI-highであった．
【考察】 リンチ症候群は全大腸癌の2〜4%を占めると推定され，若年発症が多いことが特徴である．その大腸癌サーベイランスとして，大腸内視鏡検査は20歳〜25歳から開始することが推奨されているが，自験例は10歳代後半でありそれよりも若年の発症という稀な症例であった．しかし，血縁者の大腸癌発症を契機に家族内での情報共有を行い，自覚症状の申告から早期発見に繋げることができた．リンチ症候群が強く疑われる家系では，サーベイランス推奨年齢未満であるような若年者に対しても，症状聴取等の介入が必要であると考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター2

一般演題（ポスター）3　遺伝性大腸癌・ポリポーシス

座長：永田 信二（広島市立北部医療センター安佐市民病院　消化器内科）

[P3-4] 家族性大腸腺腫症関連デスモイド腫瘍における部位別治療成績―腹腔内病変と腹腔外病変の比較―

*伊勢 一郎[1]、皆瀬 翼[1]、村上 恵[1]、佐藤 好宏[1]、吉松 軍平[1]、鈴木 秀幸[1]、唐澤 秀明[1]、亀井 尚[1]、大沼 忍[1]、海野 倫明[1] (1. 東北大学大学院消化器外科学)

背景：家族性大腸腺腫症（FAP: familial adenomatous polyposis）関連デスモイド腫瘍は局所浸潤性を有する稀な線維性腫瘍であり、腹腔内病変では腸管・尿管閉塞や血管浸潤などを来し予後に影響する。近年は自然退縮例や高い再発率を背景に、active surveillanceを基本とし、進行例・症候例に対して集学的治療を行う方針へ変化している。一方、腹腔内病変と腹腔外病変では治療介入の考え方が異なるものの、FAP関連デスモイド腫瘍に限定した比較検討は十分ではない。

対象・方法：1984年から2025年までに当科で治療したFAP77例中、デスモイド腫瘍を発症した6例（7.8%）を対象とし、腹腔内群（I群）・腹腔外群（O群）に分類し、臨床的特徴および治療成績を検討した。結果：I群3例（小腸間膜3例、後腹膜1例［重複あり］）、O群3例（腹壁2例、僧帽筋1例）であった。発症時期はI群で大腸切除後中央値33か月、O群で13か月であった（p=1.0）。I群では2例に切除が施行され、1例は腸閉塞による小腸穿孔を契機に手術介入を要した。切除例2例はいずれも腹腔内再発を認め、薬物療法が施行された（術後観察期間中央値50.2か月）。一方、O群では全例切除され、1例に腹壁再発を認めたが経過観察中である（術後観察期間中央値68.9か月）。大腸外随伴病変は両群ともに全例で認め、胃癌１例、胃底腺ポリポーシス5例、十二指腸腺腫6例、十二指腸癌1例、乳頭部癌1例、胆管癌1例、脳腫瘍1例と多彩な病変を認めた。

結語：FAP関連デスモイド腫瘍では、腹腔内病変は切除後再発リスクが高かった。一方、腹腔外病変では外科切除による局所制御が比較的良好であり、発生部位や症候性の有無、腫瘍増大傾向を踏まえた治療方針選択が重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター2

一般演題（ポスター）3　遺伝性大腸癌・ポリポーシス

座長：永田 信二（広島市立北部医療センター安佐市民病院　消化器内科）

[P3-5] 当院で手術を施行した若年性大腸癌37例の検討

*金城 あやか[1]、西居 孝文[1]、坂元 寿美礼[1]、瀬良 知央[1]、西村 潤也[1]、井関 康仁[2]、福岡 達成[1]、西 智史[1]、櫻井 勝宣[1]、久保 尚士[1]、清水 貞利[1] (1. 大阪市立総合医療センター　消化器外科、2. 和泉市立総合医療センター　消化器外科)

【背景】若年性大腸癌は近年欧米を中心に増加傾向が報告されており、日本でも報告が散見される。若年発症例では診断時に進行例であることが多いほか、低分化腺癌、粘液癌、印環細胞癌などの不良な組織型や、多重癌、Lynch症候群をはじめとする遺伝性腫瘍の関与が問題となる。また若年者では有症状で診断される症例も多く、早期診断に加え、遺伝学的評価や長期サーベイランスを含めた診療体制が重要である。今回、当院における若年性大腸癌の症例を臨床病理学的特徴を明らかにする目的で後方視的に検討した。【方法】2010年1月から2025年12月までに当院で原発巣切除を施行した40歳未満の大腸癌37例を対象とした。【結果】性別は男性21例、女性16例であり、年齢中央値は32.5歳（17-39歳）であった。主訴は血便14例、検診8例、貧血5例、下痢4例、腹痛4例などで、症状を契機に診断された症例が多かった。腫瘍局在は直腸17例、S状結腸6例、上行結腸・横行結腸各3例、盲腸・下行結腸各2例で、FAP関連症例を4例認めた。組織型は中分化型管状線癌21例、高分化型管状線癌8例、低分化腺癌4例、粘液癌2例、乳頭腺癌1例、神経内分泌癌１例であった。病理学的ステージは、StageⅡが6例、StageⅢが１７例、StageⅣが８例であり、症例の多くに術後補助化学療法が行われた。StageⅣでは重複を含めて肝（5例）、肺（１例）、腹膜（2例）、傍大動脈リンパ節（３例）、骨（１例）への転移を認めた。遺伝子関連検査では、RAS遺伝子検査を施行した16例中2例にG12D変異を認め，BRAF遺伝子検査は７例中施行したが変異を認めなかった。またマイクロサテライト不安定性（MSI）検査施行8例中1例で陽性であり、Lynch症候群は2例であった。リンチ症候群と診断された症例については、他科と連携し定期的なサーベイランスを続けている。【結語】当院の若年性大腸癌では左側大腸・直腸癌が多く，進行例やリンパ節転移陽性例を少なからず認めた。若年発症例では、治療方針の検討に加え、家族歴、MSI/MMR検査結果を踏まえた遺伝性腫瘍の拾い上げと長期的サーベイランス体制が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター2

一般演題（ポスター）4　大腸癌の転移・再発治療

座長：須並 英二（杏林大学医学部消化器・一般外科）

[P4-1] 当科における大腸癌脳転移の治療成績

*山本 学[1]、田部 博山[1]、尾崎 晃太郎[1]、安井 千晴[1]、柳生 拓輝[1]、河野 友輔[1]、木原 恭一[1]、藤原 義之[1] (1. 鳥取大学医学部消化器・小児外科)

[P4-2] Stage I-III大腸癌術後の画像上再発診断時の腫瘍マーカーCEAの値と再発後生命予後の関係

*澤山 浩[1]、宮本 裕士[1]、有馬 浩太[1]、秋山 貴彦[1]、荒木 健吾[1]、岩槻 政晃[1] (1. 熊本大学病院)

[P4-3] 大腸癌脳転移の臨床的特徴および治療成績

*外村 俊平[1]、田島ジェシー 雄[1]、加藤 京[1]、杉江 雄斗[1]、横井 亮磨[1]、村瀬 佑介[1]、水谷 千佳[1]、鷹尾 千佳[1]、浅井 竜一[1]、松橋 延壽[1] (1. 岐阜大学医学部附属病院消化器外科)

[P4-4] 大腸癌肝転移切除後に対する残肝再発切除の意義の検討

*長谷川 昂[1]、三吉 範克[1]、竹田 充伸[1]、関戸 悠紀[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、荻野 崇之[1]、植村 守[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部附属病院消化器外科)

[P4-5] 大腸癌転移巣に対する放射線療法

*佐村 博範[1]、新垣 淳也[1]、堀 義城[1]、山城 直嗣[1]、野明 純汰[1]、原 諒一[1]、本成 永[1]、金城 直[1]、伊禮 俊充[1]、亀山 眞一郎[1]、長嶺 義哲[1]、古波倉 史子[1]、伊志嶺 朝成[1] (1. 浦添総合病院)

[P4-6] 耐糖能が大腸がん患者の術後長期予後の関係に与える影響について

*倉島 研人[1]、有田 智洋[1]、中道 脩介[1]、名西 健二[1]、木内 純[1]、清水 浩紀[1]、柴田 梨恵[1]、井上 博之[1]、西別府 敬士[1]、久保 秀正[1]、今村 泰輔[1]、小菅 敏幸[1]、山本 有祐[1]、小西 博貴[1]、森村 玲[1]、藤原 斉[1]、塩﨑 敦[1] (1. 京都府立医科大学消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター2

一般演題（ポスター）4　大腸癌の転移・再発治療

座長：須並 英二（杏林大学医学部消化器・一般外科）

[P4-1] 当科における大腸癌脳転移の治療成績

*山本 学[1]、田部 博山[1]、尾崎 晃太郎[1]、安井 千晴[1]、柳生 拓輝[1]、河野 友輔[1]、木原 恭一[1]、藤原 義之[1] (1. 鳥取大学医学部消化器・小児外科)

【はじめに】大腸癌の脳転移はまれであり、発症するとQOLは著しく低下し、予後も厳しい。今回、当科における大腸癌脳転移の治療成績を検討した。
【対象】2010年から2025年にかけて大腸癌術後に脳転移を発症した15例。
【結果】発症時の年齢は、男性／女性は7／8例、原発巣は組織型は高・中分化型14例、低分化型１例であった。原発の局在は上行結腸／S状結腸／直腸が4／2／9例、原発切除時のStageはI／II／III／IVは1／1／8／5例であった。StageIVあるいは初回再発の診断から脳転移発症までは中央値627日（267-1891）、脳転移の診断からの生存期間中央値は74日（9-1658）、１例のみ存命である。脳転移発症時の他部位の転移状況は肺が10例で最も多く、次いでリンパ節転移が6例で、肝転移は3例のみであった。脳転移のみの症例は3例でいずれも長期生存であった。脳転移に対して初回で行われた治療は外科的切除３例、γナイフ３例、全脳照射４例、脳浮腫予防のみが5例であった。外科的切除3例中2例は症状改善して自宅退院、1例は在院死された。γナイフは全例症状が改善した。全脳照射4例中、1例は症状改善して自宅退院、残りは症状改善なく在院死あるいは転院先で死亡した。初回治療後に何らかの化学療法が導入されたのは4例であった。初回治療で外科的切除あるいはγナイフを行った症例とそれ以外の治療の生存期間はそれぞれ487日、68日（$p<0.05$）であった。単発、多発の生存期間はそれぞれ800日、59日（$P<0.05$）、30mm以下、以上での生存期間はそれぞれ74日、174日（有意差なし）であった。
【考察】脳転移は切除不能再発の診断から長期経過後に発症しており、特に肺転移を有する症例に多く認めた。脳転移診断からの予後は非常に厳しいが、脳転移のみ、単発、転移が30mm以下の症例では治療介入により生存期間の延長を認めた。
【結語】肺転移に対して長期治療している症例には脳転移発症の可能性を念頭に入れ、早期発見および早期治療に繋げることで、QOLの改善、さらに予後改善に寄与する可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター2

一般演題（ポスター）4　大腸癌の転移・再発治療

座長：須並 英二（杏林大学医学部消化器・一般外科）

[P4-2] Stage I-III大腸癌術後の画像上再発診断時の腫瘍マーカーCEAの値と再発後生命予後の関係

*澤山 浩[1]、宮本 裕士[1]、有馬 浩太[1]、秋山 貴彦[1]、荒木 健吾[1]、岩槻 政晃[1] (1. 熊本大学病院)

【目的】 Stage I-III大腸癌術後に画像上再発を認めた症例において、再発時の腫瘍マーカーCEAと再発後全生存期間の関係を明らかにする。

【方法】 2005から2023年に当院で根治切除を施行したStage I-III大腸癌1105例のうち、画像診断により再発が確認された184例を対象とした。このうち、再発時の血清CEA値が評価可能であった170例を解析対象とした。再発時にCEA値が施設基準(3.4単位)を超える症例をCEA上昇群（E-CEA群）と、基準値内の症例をCEA正常群（N-CEA群）と定義した。両群間で臨床病理学的因子を比較し、再発後全生存期間を評価した。

【結果】解析対象170例の背景は、年齢中央値 69歳、男性:女性＝88:82、pT1-2:pT3-4＝20:160、リンパ節転移陽性101例(56%)であった。術前の腫瘍マーカー CEAの陽性率は61.7%であった。再発時CEAは、E-CEA群が105例（66.7%）、N-CEAが65例（33.3%）であった。E-CEA群は、65歳以上の割合が高かったが(p=0.04)、性別、腫瘍深達度、リンパ節転移、脈管侵襲に有意差は認めなかった。E-CEA群は、原発手術前CEA高値が77.2%（術後正常化後に再上昇 50.6%　正常化なし 26.3%）、N-CEA群は、原発手術前CEA高値が33.3%であり、原発手術前CEA高値の症例は、再発時も有意にCEA高値の症例が多かった。手術から再発診断までの期間中央値は、E-CEA群 12.2ヶ月、N-CEA群 23.2ヶ月であり、E-CEA群で有意に短かった（P＝0.01）。再発後の5年生存率は、E-CEA群が22.9%で、N-CEA群が56.2%であり、N-CEA群は有意に良好であった（P＜0.01）。

【結論】大腸癌術後再発症例において、再発時CEA高値は不良な再発後生存と関連していた。再発時CEA値は、再発後予後を層別化する指標となる可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター2

一般演題（ポスター）4　大腸癌の転移・再発治療

座長：須並 英二（杏林大学医学部消化器・一般外科）

[P4-3] 大腸癌脳転移の臨床的特徴および治療成績

*外村 俊平[1]、田島ジェシー 雄[1]、加藤 京[1]、杉江 雄斗[1]、横井 亮磨[1]、村瀬 佑介[1]、水谷 千佳[1]、鷹尾 千佳[1]、浅井 竜一[1]、松橋 延壽[1] (1. 岐阜大学医学部附属病院消化器外科)

【緒言】大腸癌における脳転移は比較的稀であり,その臨床的特徴や最適な治療戦略については十分に確立されておらず,予後不良と報告されている.一方で,近年は外科的切除や放射線治療を用いた集学的治療により予後改善の可能性が示唆されている.今回我々は,当院における脳転移を来した大腸癌症例の臨床的特徴および治療成績を検討した.
【対象と方法】2016年から2025年までの当院における大腸癌症例のうち,脳転移を認めた10例を後方視的に検討した.
【結果】年齢の中央値は65歳,男性9例,女性1例であり,原発巣は全例で切除されていた.無症候性に脳転移が診断された症例は3例であった.同時性脳転移は4例,異時性脳転移は6例であり,単発転移6例,多発転移4例であった.脳転移診断時に他臓器転移を認めなかった症例は2例であった.脳転移に対する治療として,外科的切除併用定位放射線治療を施行した症例が3例, 定位放射線治療のみが3例,定位手術的照射が3例であり,1例は全身状態が不良のためBSCとなっていた.脳転移の再発を認めた症例は6例であり,4例で定位手術的照射が施行された.初回脳転移治療から再発までの中央値は425日であった(範囲:87-1057日).全生存期間中央値は1210日(範囲:773-1756日)であり,初回脳転移診断後の生存期間中央値は769日(範囲:12-1296日)であった.
【結論】大腸癌の脳転移は他臓器転移を伴う場合が多く,予後不良と報告されてきたが,本検討では比較的良好な予後が得られた.積極的な局所治療を行うことで予後改善に寄与する可能性が示唆された.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター2

一般演題（ポスター）4　大腸癌の転移・再発治療

座長：須並 英二（杏林大学医学部消化器・一般外科）

[P4-4] 大腸癌肝転移切除後に対する残肝再発切除の意義の検討

*長谷川 昂[1]、三吉 範克[1]、竹田 充伸[1]、関戸 悠紀[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、荻野 崇之[1]、植村 守[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部附属病院消化器外科)

【目的】大腸癌肝転移に対する肝切除は他の遠隔転移と比較し長期生存が期待されるため、根治切除可能な肝転移は切除が推奨されるが残肝再発も多く見られる。その際の再肝切除に関しては一定の見解は得られていないが他に遠隔転移がない肝転移であれば再肝切除が検討される。今回我々は、当院において大腸癌初回肝転移に対して肝切除施行後の残肝再発に対して再肝切除を施行した症例について治療成績を検討し、その意義を明らかにすることを目的とした。
【方法】2012年から2020年に当院で大腸癌初回肝転移に対して肝切除を施行した88例のうち、残肝再発に対して再肝切除を施行した26例を対象とした。患者背景に関しては原発巣手術時の因子と初回肝転移巣手術時の因子を含め、再肝切除時の術後成績を後方視的に検討した。
【結果】再肝切除を施行した症例は男性12例、女性14例、再肝切除施行時の年齢中央値は64.5歳であった。原発巣は結腸癌18例、直腸癌8例であった。肝転移初回手術での切除腫瘍数は1個が13例、2個以上が13例であった。初回肝転移切除から残肝再発までの期間中央値は287日であった。再肝切除時の切除腫瘍数は1個が13例、2個以上が11例で、17例で肝部分切除術が施行された。再肝切除術後30日以内の死亡症例は認めなかった。再肝切除後の生存期間中央値は7.9年であった。
【結論】大腸癌肝転移切除後再発例における再肝切除の治療成績を検討した。予後因子に関してさらなる症例の集積が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター2

一般演題（ポスター）4　大腸癌の転移・再発治療

座長：須並 英二（杏林大学医学部消化器・一般外科）

[P4-5] 大腸癌転移巣に対する放射線療法

*佐村 博範[1]、新垣 淳也[1]、堀 義城[1]、山城 直嗣[1]、野明 純汰[1]、原 諒一[1]、本成 永[1]、金城 直[1]、伊禮 俊充[1]、亀山 眞一郎[1]、長嶺 義哲[1]、古波倉 史子[1]、伊志嶺 朝成[1] (1. 浦添総合病院)

【はじめに】癌に対する三大治療は手術・薬物療法・放射線療法である。本邦では直腸癌の術前治療としての（化学）放射線療法は多く施行されているが、大腸癌の転移巣に対する放射線療法の報告は少ない。当院では大腸癌転移巣に対し十分な化学療法が施行された比較的小さな再発巣や化学療法で転移巣が縮小した症例、多回手術で手術を敬遠する症例を対象として放射線治療を施行しているので報告する。【目的】放射線療法の局所制御能を評価する。【対象・方法】2016年から2025年3月までに放射線療法を施行した症例を対象とした。主に肝・肺・リンパ節・軟部組織転移症例を対象とし、骨転移・脳転移の緩和照射は除外した。病変の増大または追加治療をもって増悪と判断し、各症例の病変毎の治療終了時から増悪までを無増悪期間とし局所制御能を評価した。初回放射線療法のみを評価対象とし、再照射例は評価対象外とした。【結果】放射線治療症例は33例でStageはⅡa1、Ⅲa4、Ⅲb4、Ⅲc3、Ⅳa18、Ⅳb3例であった。治療開始年齢は59（38-85）歳で放射線治療開始年齢は60（42-86）歳、女性15例であった。治療個数は3（1-16）個、治療回数は2（1-5）回、治療臓器数は1（1-4）臓器（肝臓13、肺11、リンパ節10、軟部組織6病変）であった。同時性病変17病変、異時性は115病変延べ135病変に放射線療法が施行されていた。治療開始時の病変径は8.9（3.3-32.1）mmであった。放射線modalityはIMRT19病変、Cyber Knife107病変、重粒子線治療4病変、トモテラピー2病変であった。初回放射線療法後の観察期間は36（9-79）か月であった。10例、17病変に増悪が認められた。3年局所制御率は83%で3年生存率は57.6%であった。Clavien-Dindo Grade3 以上の有害事象は3例に認め放射線肺臓炎とマーカー留置時の気胸と十二指腸狭窄であった。化学療法と違って放射線治療中に苦痛を訴えるものはなかった。【考察】既報の放射線治療成績の3年病勢制御率80%程度とほぼ同等の結果を得ることができた。放射線治療は有害事象発生が少なく苦痛を訴える患者はいなかった。【結語】苦痛や有害事象が少なく局所制御が期待できる放射線療法は有効に活用すべき治療法と思われた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター2

一般演題（ポスター）4　大腸癌の転移・再発治療

座長：須並 英二（杏林大学医学部消化器・一般外科）

[P4-6] 耐糖能が大腸がん患者の術後長期予後の関係に与える影響について

*倉島 研人[1]、有田 智洋[1]、中道 脩介[1]、名西 健二[1]、木内 純[1]、清水 浩紀[1]、柴田 梨恵[1]、井上 博之[1]、西別府 敬士[1]、久保 秀正[1]、今村 泰輔[1]、小菅 敏幸[1]、山本 有祐[1]、小西 博貴[1]、森村 玲[1]、藤原 斉[1]、塩﨑 敦[1] (1. 京都府立医科大学消化器外科)

【背景】耐糖能異常は大腸がん患者の術後合併症と関連することは広く知られている。さらに耐糖能異常は癌の発生、進展に寄与する可能性もあるとされ、糖尿病患者は発癌リスクが高いという報告もなされている。しかし大腸がん患者の術後の長期予後と耐糖能異常の関係については未だ明瞭な見解は得られていない。本検討では耐糖能異常の大腸がんに対する役割を明らかにするため、術前のHbA1cの値と大腸がん患者の術後長期予後について検討した。
【方法と対象】2013年1月から2018年12月に当院で根治的手術を施行された結腸癌患者のうち、pStage II, IIIであった175例を対象とし、術前のHbA1cの値と各種臨床病理学的因子及びその長期予後を後方視的に解析した。
【結果】全体の術前HbA1cの平均値は5.94であった。6をcuf offとして症例をLow群 (n=111)、High群(n=64)の2群に分類した。両群で患者の性別、年齢、BMI、腫瘍の局在などの背景因子には有意差を認めなかった。組織の分化度(well/poor, low: 103/8 vs high: 58/6, p=0.6107)、深達度(pT<3/4<, low: 88/23 vs 48/16, p=0.5124)、リンパ節転移の有無(pN -/+, low: 56/55 vs high: 31/33, p=0.7976)、術後化学療法の有無(+/-, low: 49/62 vs high 36/28, p=0.1228)、Clavien-Dindo グレード 2 以上の周術期合併症の発生(+/-, low: 12/99 vs high: 10/54, p=0.3549)などにも 2 群間で有意な差を認めなかった。両群における術後の無再発生存期間を解析したところ、High群で有意に予後不良であった (5-year RFS low: 87.9% vs high: 76.8%, p=0.0496, HR: 2.190, 95%CI: 0.988~4.851)。多変量解析ではHbA1c高値は有意では無いが予後不良因子でありHR: 1.989, 95%CI: 0.9279 – 4.292であった。
【考察】両群で術後合併症の発生には有意差が見られなかったが、High群ではLow群に比べ有意に予後不良であった。周術期血糖コントロールや低侵襲手術により合併症の発生が抑えられている一方で、術後合併症の発生以外の機序で耐糖能異常が腫瘍進展に寄与することが示唆される。大腸がん患者においては周術期の合併症予防のためだけではなく、より良い長期予後のためにも血糖管理が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター3

一般演題（ポスター）5　術前化学療法・放射線治療 1

座長：佐藤 武郎（北里大学医学部附属医学教育研究開発センター医療技術教育研究部門）

[P5-1] 膀胱浸潤を伴う局所進行大腸癌に対する術前化学療法の功罪：3例の検討

*園田 寛道[1]、箱崎 智樹[1]、代永 和秀[1]、寺西 宣央[1]、田村 徳康[1]、梅谷 直亨[1] (1. 河北総合病院消化器外科)

[P5-2] 局所進行結腸・直腸S状部癌における術前化学療法の意義と治療戦略

*大原 みずほ[1]、庄中 達也[1]、佐藤 進之介[1]、岩田 浩義[1]、大谷 将秀[1]、谷 誓良[1]、湯澤 明夏[2]、市原 真[2]、長谷川 公治[1]、横尾 英樹[1] (1. 旭川医科大学外科学講座消化器・移植外科学分野、2. 旭川医科大学病院病理部)

[P5-3] 術前化学放射線療法により切除範囲の適正化を図り得たPagetoid spreadを伴う下部直腸癌の1例

*岩井 貴寛[1]、土谷 祐樹[1]、小林 清洋[1]、市川 竣太[1]、濱田 篤彦[1]、藤崎 隆[1]、仲川 裕喜[1]、安藤 裕二[1]、幸地 彩貴[1]、十朱 美幸[1]、百瀬 裕隆[1]、塚本 亮一[1]、本庄 薫平[1]、盧 尚志[1]、冨木 裕一[1]、杉本 起一[1] (1. 順天堂大学医学部下部消化管外科)

[P5-4] 術前化学療法により病理学的完全奏功を得られた進行大腸癌の２例

*多代 尚広[1]、花井 恒一[1]、荒川 敏[2]、小池 大助[3]、安岡 宏展[4]、国村 祥樹[1]、今中 孝[1]、谷 大輝[1]、堀口 和真[1]、岡田 紫甫[1]、北川 結惟[1]、望月 皓介[1]、佐藤 美信[1]、諸原 浩二[1]、加藤 宏之[1]、伊東 昌広[1]、守瀬 善一[1]、堀口 明彦[1]、勝野 秀稔[1] (1. 藤田医科大学ばんたね病院、2. 藤田医科大学医学部 医学教育開発学、3. 名古屋大学医学部附属病院　患者安全推進部、4. 愛知県がんセンター　消化器外科部)

[P5-5] Pembrolizmab療法が奏功し原発巣切除およびRFAを施行した多発転移を有する下行結腸癌の1例

*石村 菜穂[1]、坪井 葵[1]、沖川 昌平[1]、神崎 雅之[1]、永岡 智之[1]、渡部 美弥[1]、大畠 将義[1]、松野 裕介[1]、發知 将規[1]、古手川 洋志[1]、吉山 広嗣[1] (1. 愛媛県立中央病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター3

一般演題（ポスター）5　術前化学療法・放射線治療 1

座長：佐藤 武郎（北里大学医学部附属医学教育研究開発センター医療技術教育研究部門）

[P5-1] 膀胱浸潤を伴う局所進行大腸癌に対する術前化学療法の功罪：3例の検討

*園田 寛道[1]、箱崎 智樹[1]、代永 和秀[1]、寺西 宣央[1]、田村 徳康[1]、梅谷 直亨[1] (1. 河北総合病院消化器外科)

他臓器浸潤を伴う局所進行大腸癌に対して、欧米のガイドラインではFOLFOX療法やCAPOX療法による術前化学療法（neoadjuvant chemotherapy：NAC）が推奨されている一方、本邦では手術先行が標準治療とされている。とりわけ膀胱浸潤例では尿路変更を伴う拡大手術が必要となることが多く、NACによる腫瘍縮小により膀胱温存が可能となれば患者のQOL向上に寄与する可能性がある。今回、膀胱浸潤を伴う局所進行大腸癌3例の治療経験から、NACの意義と課題について検討した。

【症例1】71歳男性。RAS野生型S状結腸癌（cT4b（膀胱）N0M0、Stage IIc）。人工肛門造設による感染コントロール後、mFOLFOX6＋パニツムマブによるNACを開始したが、1コース終了後に消化管穿孔による急性汎発性腹膜炎を発症し、腹腔鏡下腹腔ドレナージ術を施行した。感染収束後に開腹骨盤内臓全摘術を施行した。初診から2年2か月経過した現在、肝・肺転移に対し化学療法を継続中である。

【症例2】61歳男性。RAS野生型S状結腸癌（cT4b（膀胱）N0H1、Stage IVa）。人工肛門造設後、mFOLFOX6＋パニツムマブによるNACを施行したが、8コース後に腫瘍穿孔による腹腔内膿瘍を認め、経皮的ドレナージを施行した。その後の画像検査で肝転移増悪および骨盤内再発を認め、癌性疼痛により化学療法継続困難となり、初診から1年1か月で永眠した。

【症例3】81歳女性。虫垂癌（cT4b（膀胱）N0M0、Stage IIc）。高齢であることからNACによる有害事象を懸念し、手術先行とした。開腹回盲部切除、膀胱・子宮付属器合併切除および尿路再建術を施行した。術後尿路感染を認めたが保存的加療で軽快し、術後31日目に退院した。

症例1、2では抗EGFR抗体薬併用による早期腫瘍縮小効果を期待しNACを施行したが、いずれも感染性合併症を契機に根治治療の機会を逸した。一方、症例3では手術先行により安全に根治切除が可能であった。結腸癌に対するNACのエビデンスは依然限定的であり、特に膀胱浸潤例では穿孔や感染などの重篤な有害事象のリスクを踏まえると、現時点では手術先行が妥当な治療戦略である可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター3

一般演題（ポスター）5　術前化学療法・放射線治療 1

座長：佐藤 武郎（北里大学医学部附属医学教育研究開発センター医療技術教育研究部門）

[P5-2] 局所進行結腸・直腸S状部癌における術前化学療法の意義と治療戦略

*大原 みずほ[1]、庄中 達也[1]、佐藤 進之介[1]、岩田 浩義[1]、大谷 将秀[1]、谷 誓良[1]、湯澤 明夏[2]、市原 真[2]、長谷川 公治[1]、横尾 英樹[1] (1. 旭川医科大学外科学講座消化器・移植外科学分野、2. 旭川医科大学病院病理部)

【背景】局所進行結腸癌に対する標準治療は手術および術後補助化学療法であるが、根治切除が困難な症例や再発リスクの高い症例も存在する。直腸癌では各種術前治療が治療選択肢として位置づけられている一方、結腸癌に対する術前治療の意義は十分に確立されていない。近年、結腸癌に対しても術前化学療法（neoadjuvant chemotherapy：NAC）による腫瘍縮小効果や微小転移制御効果が期待されており、局所制御と根治切除率の向上を目指した治療戦略として注目されている。
【目的】局所進行結腸・直腸S状部癌に対するNAC導入例を後方視的に検討し、腫瘍縮小効果、病理学的治療効果、安全性および手術成績を明らかにすることを目的とした。
【方法】2018年8月から2026年4月までに、当院でNAC後に根治切除を施行した局所進行結腸癌および直腸S状部癌症例を対象とした。RECISTによる治療効果判定、病理組織学的治療効果、有害事象、周術期合併症、R0切除率および術後経過について検討した。
【結果】対象は6例で、結腸癌4例、直腸S状部癌2例であった。NAC導入理由は、穿孔に伴う腹腔内膿瘍3例、他臓器浸潤2例、高度リンパ節転移1例であった。NACレジメンはFOLFOX 1例、FOLFOX＋panitumumab 4例、pembrolizumab 1例であった。RECISTによる治療効果判定はSD 1例、PR 5例であった。有害事象としてCTCAE Grade 4の好中球減少を1例に認めたが、全例で根治切除が可能であり、R0切除が達成された。病理組織学的治療効果はGrade 1a、1b、2、3がそれぞれ1例、2例、1例、2例であった。Clavien-Dindo分類Grade II以上の術後合併症は認めなかった。4例に術後補助化学療法としてFOLFOXを施行した。現在まで全例が無再発生存中である。
【結語】局所進行結腸・直腸S状部癌に対するNACは、有害事象に留意する必要があるものの安全に施行可能であり、腫瘍制御およびR0切除の達成に寄与する可能性が示唆された。一方で、適応、レジメン、施行期間、術後補助化学療法の位置づけについては標準化されておらず、今後さらなる症例集積と検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター3

一般演題（ポスター）5　術前化学療法・放射線治療 1

座長：佐藤 武郎（北里大学医学部附属医学教育研究開発センター医療技術教育研究部門）

[P5-3] 術前化学放射線療法により切除範囲の適正化を図り得たPagetoid spreadを伴う下部直腸癌の1例

*岩井 貴寛[1]、土谷 祐樹[1]、小林 清洋[1]、市川 竣太[1]、濱田 篤彦[1]、藤崎 隆[1]、仲川 裕喜[1]、安藤 裕二[1]、幸地 彩貴[1]、十朱 美幸[1]、百瀬 裕隆[1]、塚本 亮一[1]、本庄 薫平[1]、盧 尚志[1]、冨木 裕一[1]、杉本 起一[1] (1. 順天堂大学医学部下部消化管外科)

【はじめに】
直腸癌のPagetoid spread（PS）は、肉眼的な境界同定が困難であり、しばしば広範な皮膚・会陰切除を要する。今回、大陰唇まで及ぶ広範なPSを伴う下部直腸癌に対し、術前化学放射線療法（CRT）施行後に、根治性と機能温存を両立した切除を施行し得た1例を経験した。
【症例】
71歳、女性。排便困難を主訴に受診し、下部直腸癌によるイレウスの診断で緊急入院となった。初診時、肛門周囲から大陰唇にかけて全周性に及ぶ8cm大の湿疹様病変を認め、示指通過困難な狭窄を伴っていた。生検では、印環細胞様細胞が表皮内をPagetoidに増殖・浸潤する低分化腺癌の所見であった。画像診断では、Rbに著明な壁肥厚と筋層浸潤を認めるが、遠隔転移は認めなかった。はじめに、便路変更目的に腹腔鏡下S状結腸人工肛門造設術を先行して施行した。広範な皮膚浸潤に対し、局所制御と切除範囲縮小を目的に術前CRT（Capecitabine併用、計45Gy/25回）を施行。術前治療後、大陰唇を含む皮膚病変は著明に縮小・平坦化した。術前の生検で、瘢痕縁から1cmのマージンを確保した部位で悪性所見を認めないことを確認後、腹腔鏡下腹会陰式直腸切除術、子宮全摘、両側付属器切除、膣部分切除、および大陰唇部分切除を施行した。病理組織学的所見では、直腸Rbに90×70mm大の粘液癌を認め、ypT4bN0M0、ypStage Ⅱ cであった。組織学的治療効果判定はGrade 1aであり、他臓器への直接浸潤は認めなかった。会陰部皮膚の断端は陰性であった。術後経過は良好で、術後20日目に軽快退院となった。
【考察】
Pagetoid spreadを広範に認める症例に対し即座に骨盤内臓全摘や広範囲皮膚欠損を伴う手術を行うことは、有茎皮弁による再建を要することが多く、侵襲が極めて大きい。術前CRTによるDown-stagingは、根治性を維持しつつ、会陰部の切除範囲を最小限に留めるための有力な戦略となり得る。また、術前に多点生検を行い、病理学的に進展範囲を再評価することが、機能温存と根治性を両立させる上で不可欠であると考えられた。
【結語】
広範なPagetoid spreadを伴う直腸粘液癌に対し、術前CRTは局所制御および低侵襲化において極めて有用な選択肢である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター3

一般演題（ポスター）5　術前化学療法・放射線治療 1

座長：佐藤 武郎（北里大学医学部附属医学教育研究開発センター医療技術教育研究部門）

[P5-4] 術前化学療法により病理学的完全奏功を得られた進行大腸癌の２例

*多代 尚広[1]、花井 恒一[1]、荒川 敏[2]、小池 大助[3]、安岡 宏展[4]、国村 祥樹[1]、今中 孝[1]、谷 大輝[1]、堀口 和真[1]、岡田 紫甫[1]、北川 結惟[1]、望月 皓介[1]、佐藤 美信[1]、諸原 浩二[1]、加藤 宏之[1]、伊東 昌広[1]、守瀬 善一[1]、堀口 明彦[1]、勝野 秀稔[1] (1. 藤田医科大学ばんたね病院、2. 藤田医科大学医学部 医学教育開発学、3. 名古屋大学医学部附属病院　患者安全推進部、4. 愛知県がんセンター　消化器外科部)

大腸癌に対する術前治療は、局所進行例を中心に適応が拡大している。当院では結腸癌において、局所進行例や高度リンパ節転移を伴う再発高リスク症例、直腸癌ではRM(radial margin)の確保や臓器温存を目的として術前化学療法を導入している。今回、分子生物学的背景に応じた術前治療により、病理学的完全奏功（pCR）が得られた２例を経験したので報告する。１例目は60歳代女性。横行結腸癌および高度リンパ節転移を認め、cT4aN3M0 Stage IIIcと診断した。KRAS野生型、BRAF V600E変異あり、MSI-High、HER2陰性であった。Pembrolizumab８コースを行ない原発巣、リンパ節ともに縮小はした。しかし８コース施行後の評価で原発巣の増大を認め、リンパ節への効果も不十分であったためmFOLFOX6+Bevacizumab療法に変更し４コース施行した。原発巣とリンパ節は縮小し、ロボット支援結腸右半切除術を施行した。術後経過は良好で、術後14日目に退院した。病理学的に腫瘍遺残を認めず、pCRと診断された。２例目は70歳代女性、膣浸潤を伴う下部直腸癌を認め、cT4bN1M0 Stage IIIcと診断した。KRAS変異あり、BRAF変異なし、MSS、HER2陰性であった。mFOLFOX6+Bevacizumab療法を6コース施行し、腫瘍の縮小を認め、ロボット支援低位前方切除術および膣部分切除術を施行した。術後経過は良好で術後12日目に退院した。病理学的にpCRが得られた。近年、遺伝子学的背景に基づく個別化治療が進展しており、特にMSI-High大腸癌に対する免疫チェックポイント阻害薬の有効性が報告されている。当院では術前治療を検討する症例に対して遺伝子学的評価を行い、治療選択に反映している。今回の2例は、分子生物学的背景を考慮した術前治療戦略の有用性を示唆する症例と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター3

一般演題（ポスター）5　術前化学療法・放射線治療 1

座長：佐藤 武郎（北里大学医学部附属医学教育研究開発センター医療技術教育研究部門）

[P5-5] Pembrolizmab療法が奏功し原発巣切除およびRFAを施行した多発転移を有する下行結腸癌の1例

*石村 菜穂[1]、坪井 葵[1]、沖川 昌平[1]、神崎 雅之[1]、永岡 智之[1]、渡部 美弥[1]、大畠 将義[1]、松野 裕介[1]、發知 将規[1]、古手川 洋志[1]、吉山 広嗣[1] (1. 愛媛県立中央病院)

【はじめに】Microsatellite instability-high frequency (MSI-H)切除不能進行再発大腸癌に対するPembrolizumabの有効性が報告されているが, 切除不能進行大腸癌に対しPembrolizumab投与後, 原発巣切除が可能であった症例を経験したので報告する.
【症例】70歳代, 男性. 20XX-2年8月頃より食思不振出現し近医受診, 精査の結果横隔膜浸潤を伴う下行結腸癌(cT4bN0M0)による腸閉塞と診断され, 腹腔鏡下人工肛門造設術を施行した. 術後20日目に自宅退院し, 化学療法開始予定であったが左膿胸発症し腫瘍浸潤による横行結腸胸腔瘻と診断し, 20XX-2年11月～20XX-1年1月まで抗菌薬ドレナージ加療を施行した. 加療中に肝転移出現し, 遺伝子解析にてRAS野生型, BRAF V600E変異型, MSI-Hと判明し, 退院後Pembrolizumab療法を26コース施行した. 下部消化管内視鏡検査では腫瘍瘢痕による狭窄を認め, PET-CTで肝転移巣への集積亢進は消失し, 原発巣のみ集積亢進が残存していた. 治療開始後1年6か月後の20XX年7月に左半結腸切除術, 人工肛門閉鎖術を施行した. 手術時間は286分, 出血量は332mlであった. 切除標本では腫瘍は瘢痕化しており, 病理組織検査では癌細胞の残存は認めず, 病理学的完全奏功(pathological complete resoponse : pCR)であった. 退院後の20XX年11月のEOB-MRI検査で多発肝転移のうちの1か所にviabilityが残存する病変が指摘され, RFAを施行した. その後経過フォロー中であり, 術後9か月無再発生存中である.
【考察】BRAF変異陽性大腸癌はMSI-Hが比較的高率にみられ, なかでも散発性MSI-H大腸癌のみでBRAF変異が認められるが, MSI-H大腸癌は免疫チェックポイント阻害薬を使用することで優位に予後良好であることが報告されている. 本症例では治療開始前には膿胸および胸腔瘻を合併しており全身状態は不良であったが, Pembrolizumab療法が奏功し, 最大奏功時に原発巣切除が施行可能となった. また, 術後にviabilityの残存が疑われた肝転移病変にRFAを施行し, 局所制御が得られたと判断しPembrolizumabの再投与は行わず慎重に経過観察とした.
【結語】切除不能進行大腸癌に対して免疫チェックポイント阻害薬が著効することが期待され, 今後さらなる症例の蓄積が必要である.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター3

一般演題（ポスター）6　早期大腸癌・内視鏡治療 1

座長：樫田 博史（川西市立総合医療センター）

[P6-1] 有茎性ポリープの大部分が脱落し、残存部を内視鏡切除後にＳＭ高度浸潤癌であったと判明した一例

*有田 宗史[1]、宮原 悠三[1]、山田 恭子[1]、下地 信[1]、東 博[1] (1. 宇都宮肛門・胃腸クリニック)

[P6-2] 当院における大腸underwater ESDの治療成績

*田丸 弓弦[1]、水本 健[1]、宮﨑 亘[1]、関本 慶太朗[1]、安居 みのり[1]、中村 一樹[2]、寺岡 雄吏[2]、岡崎 彰仁[2]、畠山 剛[1]、髙木 慎太郎[2]、吉田 成人[1] (1. NHO呉医療センター・中国がんセンター内視鏡内科、2. NHO呉医療センター・中国がんセンター消化器内科)

[P6-3] 虫垂開口部腫瘍に対する腹腔鏡・内視鏡合同手術（Laparoscopy Endoscopy Cooperative Surgery：LECS）10例の治療成績

*柿崎 奈々子[1]、榎本 俊行[1]、長尾 さやか[1]、佐藤 二郎[1]、今井 よい[1]、横内 幸[2]、斉田 芳久[1] (1. 東邦大学医療センター大橋病院外科、2. 東邦大学医療センター大橋病院病理診断科)

[P6-4] 便潜血検査2回法と1回法での比較検討

*松本 美桜[1]、津田 桃子[1]、佃 曜子[1]、加賀谷 英俊[1]、江原 亮子[1]、加藤 元嗣[1] (1. 公益財団法人北海道対がん協会札幌がん検診センター)

[P6-5] 虫垂腫瘍に対する協働型助手ロボットANSURを用いた腹腔鏡・内視鏡合同手術LECSの経験

*浅井 宏之[1]、山川 雄士[1]、澤井 美里[1]、加藤 潤紀[1]、上原 崇平[1]、加藤 瑛[1]、鈴木 卓弥[1]、牛込 創[1]、高橋 広城[2]、瀧口 修司[1] (1. 名古屋市立大学病院、2. 名古屋市立大学医学部附属西部医療センター)

[P6-6] 当院における大腸内視鏡的粘膜切除術の切除病変数と合併症の検討

*松澤 宏和[1]、丹羽 浩一郎[1]、吉野 耕平[1]、齊田 将之[1]、関 英一郎[1] (1. 太田総合病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター3

一般演題（ポスター）6　早期大腸癌・内視鏡治療 1

座長：樫田 博史（川西市立総合医療センター）

[P6-1] 有茎性ポリープの大部分が脱落し、残存部を内視鏡切除後にＳＭ高度浸潤癌であったと判明した一例

*有田 宗史[1]、宮原 悠三[1]、山田 恭子[1]、下地 信[1]、東 博[1] (1. 宇都宮肛門・胃腸クリニック)

今回我々は、腺腫と考えられた有茎性大腸ポリープが捻転を起こして病変の大部分が脱落、残存病変を内視鏡的に切除したところ、ＳＭ高度浸潤癌であった症例を経験したので、報告する。症例は30歳男性、既往歴・家族歴は特記すべきことなし。検診便潜血陽性にて当院を受診し、下部消化管内視鏡検査を施行した。Ｓ状結腸に大きさ20mmのＩｐポリープを認めた。内視鏡的には腺腫と判断し、後日改めての切除を予定した。初回検査の2カ月後に同検査を施行したところ、上記病変は確認できなかった。Ｓ状結腸に大きさ３mmの一部びらんを有するＩsポリープを認めた。他には病変は認めなかった。患者本人に確認したところ、大腸ポリープを内視鏡切除予定する1週間前に下血したことが判明した。初回内視鏡施行時に確認されたＩpポリープが千切れて切断され、残存病変部分が上記の様に存在している状態が考えられた。ＥＭＲを施行した。病理結果は、Carcinoma in adenoma，tub2>tub1，pT1b(2000m)，INFb，int，BD2，Ly1a，V1a，pHM0，pVM0であった。追加切除適応と判断し高次医療機関に紹介し、ロボット支援Ｓ状結腸切除術(D3)施行となった。最終病理結果では、切除標本に癌組織の残存は認めず、郭清リンパ節にも癌の転移は認めなかった。T1b,N0,M0,fStageⅠであった。術後は問題なく経過し、術後2年経過時点では転移及び再発は認めていない。有茎性ポリープを確認した際には、表面構造を詳細に観察することにより、大腸癌であるかどうか、またそうであった場合は深達度診断を行うことが重要であるが、本症例の様に内視鏡的に癌の診断に至らずとも、早期癌の可能性はあり、また捻転等により病変が脱落してしまうと、その後に病変として認識できなくなる恐れはある。このような病変を認めた際には、期間を開けずに速やかに切除することが重要であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター3

一般演題（ポスター）6　早期大腸癌・内視鏡治療 1

座長：樫田 博史（川西市立総合医療センター）

[P6-2] 当院における大腸underwater ESDの治療成績

*田丸 弓弦[1]、水本 健[1]、宮﨑 亘[1]、関本 慶太朗[1]、安居 みのり[1]、中村 一樹[2]、寺岡 雄吏[2]、岡崎 彰仁[2]、畠山 剛[1]、髙木 慎太郎[2]、吉田 成人[1] (1. NHO呉医療センター・中国がんセンター内視鏡内科、2. NHO呉医療センター・中国がんセンター消化器内科)

【目的】浸水下で大腸ESDを行うunderwater ESD(UESD)の有用性の報告が近年増えてきている。今回我々は大腸ESDの治療成績に関してUESDとCO_2送気下ESD(conventional ESD; CESD)で比較検討し、UESDの有効性について明らかにする。【方法】対象は2024年4月～2026年1月に当院で大腸ESDを施行した113病変98症例(男性57例; 平均72.7歳)のうち、中断例・先端系ナイフ以外使用・デバイス併用・粘膜下腫瘍であった症例を除き、UESDを施行した41病変(UESD群)とCESDを施行した54病変(CESD群)に分類した。検討項目は一括切除率、完全一括切除率、治癒切除率、切除時間、切除スピード(切除面積/分)、鎮静剤(ミダゾラム)追加投与量・回数および偶発症発生割合で、これらを腫瘍径、局在、病型、牽引法併用有無を共変量としたプロペンシティスコアマッチング(PSM)法を使用しUESD群およびCESD群とで比較検討した。なお、当院では鎮静剤としてミダゾラムを、鎮痛剤としてデクスメデトミジンもしくはペンタゾシンを使用している。【成績】PSM後の対象は各群30病変となり、平均腫瘍径はUESD群: 33.2mm、CESD群: 32.3mm、平均切除径はUESD群: 38.7mm、CESD群: 37.3mmであった。一括切除率・完全一括切除率はいずれの群も100%(30/30)、治癒切除率はUESD群: 93.3%(28/30)、CESD群: 96.7%(29/30)であり両群間で有意差は認めなかった(p=1.00)。高度線維化はUESD群: 6.7%(2/30)、CESD群:3.3%(1/30)、牽引法併用はいずれの群も0%(0/30)であった。平均切除時間はUESD群: 52.4±33.1分、CESD群: 49.0±25.8分(p=0.66)、平均切除スピードはUESD群: 21.8±10.8 mm^2/分、CESD群: 22.9±16.0 mm^2/分(p=0.77)でありいずれも有意差は認めなかった。ミダゾラム追加投与量はUESD群: 0.9±1.2mg、CESD群: 1.2±1.3mg(p=0.37)であり有意差は認めなかったが、ミダゾラム追加投与回数はUESD群: 0.6±0.7回、CESD群: 1.1±1.1回(p=0.045)でありUESD群で有意に少なかった。偶発症は後出血をUESD群で1例(3.3%)に認めたが、術中および遅発性穿孔はいずれの群でも認めなかった。【結論】UESDおよびCESDはいずれも安全で良好な成績であり、UESDにて鎮静剤の追加頻度を減らすことができる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター3

一般演題（ポスター）6　早期大腸癌・内視鏡治療 1

座長：樫田 博史（川西市立総合医療センター）

[P6-3] 虫垂開口部腫瘍に対する腹腔鏡・内視鏡合同手術（Laparoscopy Endoscopy Cooperative Surgery：LECS）10例の治療成績

*柿崎 奈々子[1]、榎本 俊行[1]、長尾 さやか[1]、佐藤 二郎[1]、今井 よい[1]、横内 幸[2]、斉田 芳久[1] (1. 東邦大学医療センター大橋病院外科、2. 東邦大学医療センター大橋病院病理診断科)

【はじめに】近年、大腸における腹腔鏡・内視鏡合同手術（Laparoscopy Endoscopy Cooperative Surgery：以下LECS）が報告されている。適応は内視鏡的切除が困難で、かつリンパ節郭清の必要がない病変である。われわれは2017年より良性の虫垂開口部腫瘍に対し大腸LECSを実施しており、今回報告する。【症例】症例は10例で、年齢は43歳～77歳、男性5名、女性5名であった。術前診断は腺腫が多く、手術時間は101～209分（中央値: 139分）、出血量はいずれも少量であった。入院期間は４～9日（中央値：6日）であった。術後病理診断にてAdenocarcinomaとHigh/Low grade appendiceal mucinous neoplasmをそれぞれ1例ずつ認めたが、播種・再発なく経過している。【手術】全身麻酔下に下部消化管内視鏡を盲腸まで挿入し、その後手術開始する。次に、臍部に12mmポート、左側腹部に５mmポート２本を挿入し腹腔鏡下に盲腸を授動する。超音波凝固切開装置を用いて虫垂間膜を処理し、3-0縫合糸を用いて盲腸を腹壁へ３点で吊り上げ固定する。腸液流出防止のため終末回腸に腸管クリップでクランプする。続いて内視鏡下に粘膜下に濃グリセリン・果糖注射液を局注し、切離線のマーキングを行う。マーキングに沿って全周性に粘膜下層まで切開した後、腹腔側へ意図的に大腸壁を穿通させ全層切開とする。最後に腹腔鏡下にて穿通部へ超音波切開装置を挿入し、粘膜切離ラインに沿って全周性に切離、検体を切除する。切除検体は内視鏡下に経肛門的に回収し、腸壁欠損部は縫合閉鎖又は自動吻合器を用いて閉鎖する。【考察】虫垂開口部腫瘍に対する大腸LECSは最少の切除範囲で、バウヒン弁を温存した切除が可能であった。また回盲部切除と比較して、小さな傷で手術可能であった。一方で手術時間は回盲部切除と同等で、虫垂切除と比較して長かった。特に虫垂切除後など腫瘍の位置が漿膜側からは同定困難な症例において、下部消化管内視鏡の併用により腫瘍の位置を同定が可能となり、過不足のない切除が可能となると考えられる。【結語】大腸LECSは虫垂開口部腫瘍の治療において選択肢の１つとなりうる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター3

一般演題（ポスター）6　早期大腸癌・内視鏡治療 1

座長：樫田 博史（川西市立総合医療センター）

[P6-4] 便潜血検査2回法と1回法での比較検討

*松本 美桜[1]、津田 桃子[1]、佃 曜子[1]、加賀谷 英俊[1]、江原 亮子[1]、加藤 元嗣[1] (1. 公益財団法人北海道対がん協会札幌がん検診センター)

【背景】2026年３月の第46回がん検診のあり方に関する検討会にて、大腸がん検診の便潜血検査については１回の検査で採取する便を従来の２日分から、１日分に変更とする方針となった。一方、当検診センターでは、便潜血陽性の要精検における大腸内視鏡検査で、大腸がん予防目的として適応病変に対し即日のCold Polypectomy(CP)を施行している。
【目的】自施設での便潜血検査の成績を元に便潜血検査1回法と2回法を比較検討する。
【方法】2025年4月～2026年３月の期間に、便潜血で陽性となり、自施設で精密検査として大腸内視鏡検査を受けた症例に対して、便潜血検査結果が１回陽性群と２回陽性群に分け、それぞれの癌発見率・CP施行率について後方視的に検討した。
【結果】便潜血陽性となり自施設で大腸内視鏡検査を受けた対象者は533例であった。そのうち、便潜血１回陽性群は447例（83.9%）、２回陽性群は86例（16.1%）であった。全体でのがん発見数は９例（1.6%）、内訳は１回陽性群が２例（22.2%）、２回陽性群が７例（77.8%）であった。進行癌は５例で全て２回陽性群であった。また、早期癌４例中２例は２回陽性群であり、大腸癌の78%以上は１回法においても癌の発見に至ったものと考えられた。一方で、10mm以下の腺腫に対し同日CP施行したものは210例であった。内訳は１回陽性群で180例（85.7%）、２回陽性群で30例（14.3%）であった。
【考察】国立がん研究センターによるメタ解析によると、１回法と２回法による大腸がん発見の感度特異度には統計学的な差はなかったとされる。本検討でもそれに類似した結果であった。「がん発見」の観点のみであれば１回法でも問題はないが、クリーンコロンを目指す「大腸がん予防」の観点から考えると、１回法にすることで今回CP施行されたうちの最大８５%がCSの機会を失う可能性がある。
【結語】便潜血検査１回法はがん発見には有用だが、がん予防の機会を減らす可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター3

一般演題（ポスター）6　早期大腸癌・内視鏡治療 1

座長：樫田 博史（川西市立総合医療センター）

[P6-5] 虫垂腫瘍に対する協働型助手ロボットANSURを用いた腹腔鏡・内視鏡合同手術LECSの経験

*浅井 宏之[1]、山川 雄士[1]、澤井 美里[1]、加藤 潤紀[1]、上原 崇平[1]、加藤 瑛[1]、鈴木 卓弥[1]、牛込 創[1]、高橋 広城[2]、瀧口 修司[1] (1. 名古屋市立大学病院、2. 名古屋市立大学医学部附属西部医療センター)

【目的】
腹腔鏡・内視鏡合同手術（LECS）は，内視鏡的切除が困難な大腸腫瘍に対し，全層切除を行いつつ腸管機能温存が可能な低侵襲手術である。特に虫垂開口部病変は良好な適応であるが，術中の安定した術野展開と精緻な協調操作が課題とされる。当院では協働型助手ロボットANSURを併用したLECSを導入しており，本症例を通じてその臨床的有用性を検討する。

【症例】
84歳女性。便潜血陽性を契機に施行した下部消化管内視鏡検査で，虫垂開口部から虫垂内にかけて4 mm大の腫瘍を認めた。内視鏡的切除は困難と判断しLECSを施行した。腹腔鏡下に盲腸を授動後，オーガンリトラクターおよびANSUR鉗子により術野を安定化させた。内視鏡下に粘膜切開を開始し全層切開へ移行，最終的に腹腔鏡下に全周性切離を行った。標本は経腸管的に回収し，切開部は縫合閉鎖した。手術時間158分，出血少量で，術後合併症なく退院した。

【考察】
虫垂開口部腫瘍は内視鏡的切除の難易度が高く，ESDでは穿孔リスクが問題となる。一方，局所切除が可能な症例に対しても回盲部切除が選択されることがあり，過大侵襲となり得る。LECSは内腔側から切離ラインを規定しつつ全層切除を行うことで，過不足のない切除と機能温存の両立を可能とする有用な術式である。しかし，内視鏡と腹腔鏡の協調操作には安定した牽引と術野固定が不可欠であり，従来は助手の熟練度に依存する側面があった。本症例ではANSURを用いることで術者自身が牽引操作を制御可能となり，安定した術野展開と精緻な操作が実現された。これにより手技の再現性向上および術者主導の操作体系構築に寄与する可能性が示唆された。

【結論】
ANSURを併用したLECSは，虫垂腫瘍に対する低侵襲かつ機能温存を可能とするだけでなく，術野安定性と手技の再現性を高める新たな手術支援戦略として有用である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター3

一般演題（ポスター）6　早期大腸癌・内視鏡治療 1

座長：樫田 博史（川西市立総合医療センター）

[P6-6] 当院における大腸内視鏡的粘膜切除術の切除病変数と合併症の検討

*松澤 宏和[1]、丹羽 浩一郎[1]、吉野 耕平[1]、齊田 将之[1]、関 英一郎[1] (1. 太田総合病院外科)

【はじめに】大腸腫瘍性病変に対して行う内視鏡的粘膜切除術（EMR）は一般的な内視鏡的治療の一つである。しかし、通電しながら切除を行うため、burning　effectによる後出血や穿孔が一定の割合で起こることが報告されている。大腸EMRを行う際に大腸腫瘍性病変を複数か所で認めることは頻回に日常臨床で経験する。切除個数が増えればそれに伴い合併症が起こる危険が増加してしまうことは当然である。しかし、1回の内視鏡治療で何病変までが安全に処置できるかなどの提言は特にされていない。今回当院で大腸EMRを施行した症例に対して、EMRを行った切除病変数と合併症発生に相関性があるかを検討した。
【方法・対象】対象は2024年9月から2025年6月まで当院で施行した大腸EMR症例163例を対象とした。EMRの処置数で1か所（I)、2か所（II)、3か所（III)、4か所以上（IV）の4群に分けて患者背景や術後合併症を比較検討した。
【結果】症例数はI：97例、II：34例、III：21例、IV：11例であった。年齢に各群間で有意差を認めなかった。男女比（M：F）はI（41：56）に対してII（9：25)、III（3：18)、IV（2：9）と複数カ所の群で男性が有意に多かった（p＝0.034)。抗血栓薬内服継続していた症例数はI/II/III/IV＝7/7/6/1例でp＝0.025とIIとIIIに多かった。切除した病変の最大径、切除後粘膜へのクリップの数、病理所見の良悪性はどれも優位な差は認められなかった。合併症は全部で5例に認め、すべて後出血であった。各群の合併症発生数はI/II/III/IV＝2/0/2/1例でp＝0.128と各群間で有意差を認めなかった。後出血症例は全例で内視鏡的止血術で止血できており、輸血が必要となるような症例は認めなかった。
【結語】今回の検討では、大腸腫瘍病変に対してEMRを施行する際に切除病変数と術後の合併症に相関性は認められなかった。１回の内視鏡的治療で複数病変に対してのEMRは安全に施行できると考える。しかし、切除病の増加は処置時間の延長を伴う。時間の経過と共に術者の疲弊や集中力の低下を招く。安全な処置を行っていくためにも、無理をして全病変の一括切除に拘るのではなく、計画的な大腸EMRを行っていくことが望ましいと考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター4

一般演題（ポスター）7　周術期管理と術後合併症１

座長：小竹 優範（厚生連高岡病院）

[P7-1] 腹腔鏡下結腸部分切除術（横行結腸）後に腹膜前腔膿瘍として発症した縫合不全の一例

*福田 啓之[1]、岡屋 智久[1]、新井 周華[1]、中村 祐介[1]、佐藤 駿介[1] (1. 千葉県済生会習志野病院外科)

[P7-2] 90歳以上超高齢患者に対する消化器外科手術の短期成績の検討

*竹谷 健[1]、田村 卓也[1]、鶴田 雅士[1]、石田 隆[1]、西嶋 亜未[1]、篠田 昌宏[1]、大山 隆史[1]、平野 佑樹[1]、皆川 卓也[1]、島田 理子[1]、菅原 俊喬[1]、藤井 康矢[1]、藤澤 直人[1]、小野 祐実[1]、板野 理[1] (1. 国際医療福祉大学成田病院消化器外科)

[P7-3] 直腸癌における術前治療が栄養指標PNIに与える影響と術後合併症との関連

*村上 克宏[1]、岡内 義隆[1]、深野 耕太郎[1]、梅田 一生[1]、波江野 真大[1]、家根 由典[1]、吉岡 康多[1]、岩本 哲好[1]、大東 弘治[1]、所 忠男[1]、上田 和毅[1]、川村 純一郎[1] (1. 近畿大学病院)

[P7-4] 当院における直腸癌術後の静脈血栓塞栓症と側方リンパ節郭清との関係に関する検討

*草深 弘志[1]、植村 守[1]、佐伯 崇史[1]、楠 誓子[1]、瀧口 暢生[1]、小林 雄太[1]、朴 正勝[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、関戸 悠紀[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部消化器外科)

[P7-5] 前立腺・精嚢合併切除を伴う直腸癌術後の直腸尿道瘻に対して, 薄筋筋弁を用いて根治術を施行した一例

*勝又 佳織[1]、矢作 雅史[1]、似鳥 修弘[1] (1. 立川病院消化器外科)

[P7-6] 局所陰圧閉鎖療法により縫合閉鎖が可能となった直腸癌術後骨盤死腔炎の1例

*田島 佑樹[1]、山本 聖一郎[1,2]、本郷 久美子[1]、栗原 佑一[3]、堤内 教子[4]、大谷 理紗[1]、室井 貴子[1]、佐野 淳一[1]、藤崎 洋人[1]、中川 基人[1]、高野 公徳[1] (1. 平塚市民病院外科、2. 東海大学医学部付属病院消化器外科、3. 平塚市民病院皮膚科、4. 平塚市民病院看護部)

[P7-7] 当科における直腸癌術後遅発性縫合不全4例の検討

*原田 岳[1]、鈴木 麻耶[1]、中山 百合[1]、小山 夏輝[1]、井田 進也[1]、川村 崇文[1]、大菊 正人[1]、稲葉 圭介[1]、田村 浩章[1]、落合 秀人[1] (1. 浜松医療センター　消化器外科)

[P7-8] 大腸術後合併症早期発見のための術後連日採血とCT検査の検討

*清家 和裕[1]、秋山 貴洋[1] (1. 小田原市立病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター4

一般演題（ポスター）7　周術期管理と術後合併症 1

座長：小竹 優範（厚生連高岡病院）

[P7-1] 腹腔鏡下結腸部分切除術（横行結腸）後に腹膜前腔膿瘍として発症した縫合不全の一例

*福田 啓之[1]、岡屋 智久[1]、新井 周華[1]、中村 祐介[1]、佐藤 駿介[1] (1. 千葉県済生会習志野病院外科)

【症例】78歳、女性。既往歴に、虫垂切除術、子宮全摘術、左半結腸切除術、胆嚢摘出術、盲腸部分切除術など多数の腹部手術歴があった。今回、横行結腸癌に対して、腹腔鏡下癒着剥離術、腹腔鏡下結腸部分切除術（横行結腸）を行った。大腸切除術の既往があったため、血流温存目的で小範囲切除に留めた。ICGで血流を確認し体腔内オーバーラップ吻合で再建した。
【術後経過】臍部小開腹創に創感染を認めたが、発赤腫脹は軽度で排膿は少量のみであった。全身状態が安定しており、局所処置により改善したため17PODに退院となった。退院後（29POD）に微熱、炎症反応高値、右側腹部痛が出現し、CTで右腹直筋背側の腹膜前腔に限局した膿瘍形成を認めたが、腹腔内への明らかな波及はなかった。創感染からの波及を考え、同日に入院し、超音波ガイド下経皮ドレナージを施行し、8Frピッグテールを留置した。その後のドレーン造影で吻合部が逆行性に造影されたことから縫合不全と診断した。縫合不全の部位としては、共通孔閉鎖部の漏出を疑った。腹膜刺激症状や全身性炎症所見はなく、ドレーン管理を継続し、ドレナージから11日後（40POD）にドレーン抜去し、47PODに軽快退院した。【考察】本症例では、癒着剥離操作により生じた腹膜欠損部を介して、縫合不全部から腹膜前腔へ感染が波及し膿瘍を形成し、さらに、腹膜前腔膿瘍から臍部小開腹創へ感染が拡がった可能性が考えられた。縫合不全は通常、腹腔内膿瘍や腹膜炎として発症することが多く、腹膜前腔膿瘍として顕在化することは非常に稀である。術後に非典型的な感染徴候を呈した場合には、創部感染のみならず縫合不全を念頭に置いた慎重な評価が重要である。【結語】腹腔鏡下結腸切除術後に腹膜前腔膿瘍を認めた場合、縫合不全が潜在している可能性があり、画像所見を踏まえた的確な診断と、病態に応じた適切な治療介入が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター4

一般演題（ポスター）7　周術期管理と術後合併症 1

座長：小竹 優範（厚生連高岡病院）

[P7-2] 90歳以上超高齢患者に対する消化器外科手術の短期成績の検討

*竹谷 健[1]、田村 卓也[1]、鶴田 雅士[1]、石田 隆[1]、西嶋 亜未[1]、篠田 昌宏[1]、大山 隆史[1]、平野 佑樹[1]、皆川 卓也[1]、島田 理子[1]、菅原 俊喬[1]、藤井 康矢[1]、藤澤 直人[1]、小野 祐実[1]、板野 理[1] (1. 国際医療福祉大学成田病院消化器外科)

【背景・目的】
高齢化に伴い，90歳以上の超高齢患者に対する消化器外科手術症例は増加している。一方で，超高齢患者では身体予備能低下や併存疾患を背景に周術期リスクが高く，手術適応には慎重な判断が求められる。今回，当院における90歳以上患者に対する消化器外科手術症例の短期成績について後方視的に検討した。

【対象と方法】
2020年から2025年までに当院で施行した90歳以上の消化器外科手術症例9例を対象とした。このうち1例は他院加療となり十分な術後経過観察が困難であったため除外し，8例を解析対象とした。年齢中央値は91.5歳（90–97歳），男性6例，女性2例であった。ASA-PSは2が6例，3が2例であった。検討項目は手術時間，出血量，術後在院日数，術後合併症とした。

【結果】
全例で手術を完遂可能であり，開腹移行は認めなかった。手術時間中央値は335.5分（283–419分），出血量中央値は35mL（5–250mL）であった。術後在院日数中央値は9日（5–28日）であった。術後合併症は2例に認め，いずれも尿路感染症であり，Clavien–Dindo grade 1–2であった。Grade III以上の重篤合併症，再手術，周術期死亡は認めなかった。

【結論】
90歳以上の超高齢患者に対する消化器外科手術は，適切な症例選択および周術期管理を行うことで，比較的安全に施行可能であると考えられた。年齢のみを理由に手術適応を制限すべきではなく，全身状態を踏まえた個別化治療戦略が重要であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター4

一般演題（ポスター）7　周術期管理と術後合併症 1

座長：小竹 優範（厚生連高岡病院）

[P7-3] 直腸癌における術前治療が栄養指標PNIに与える影響と術後合併症との関連

*村上 克宏[1]、岡内 義隆[1]、深野 耕太郎[1]、梅田 一生[1]、波江野 真大[1]、家根 由典[1]、吉岡 康多[1]、岩本 哲好[1]、大東 弘治[1]、所 忠男[1]、上田 和毅[1]、川村 純一郎[1] (1. 近畿大学病院)

背景：
近年，局所進行直腸癌に対して，腫瘍縮小や局所制御率向上を目的に術前化学療法（NAC）や化学放射線療法（CRT）が広く行われている。さらに，化学療法と放射線治療を術前に集中的に行うTotal neoadjuvant therapy（TNT）が導入され，腫瘍退縮の促進やpCR率の向上が報告されている。一方，栄養指標であるPNIは術後合併症や予後（OS，DFS）と関連することが知られているが，TNTを含む術前治療が栄養状態に与える影響は十分に検討されていない。本研究では，術前治療がPNIに与える影響を検討した。
方法：
2020年から2025年に当院で術前治療後に手術を施行した直腸癌67例を対象に後ろ向きに解析した。術前治療前後のPNIを比較し，術後合併症（Clavien-Dindo分類GradeⅢ以上）予測における術前治療後PNIのカットオフ値をROC曲線で算出した。さらに，カットオフ値以下症例の特徴を検討した。
結果：
術前治療はNAC10例，CRT46例，TNT11例であった。PNIは術前49.8から術前治療後45.3へ有意に低下した（p<0.001）。GradeⅢ以上の合併症は10例（14.9%）に認めた。ROC解析では術前治療後PNIのカットオフ値は40.3（感度0.300，特異度0.912）であった。PNI≦40.3群は＞40.3群と比較して合併症が多い傾向を示した（37.5% vs 11.9%，p=0.091）。PNI低値群8例中6例は術前PNIがカットオフ以上であった。
結語：
術前治療はPNIを有意に低下させ，術前治療後PNIは術後重篤合併症の予測因子となる可能性が示唆された。特に，術前には良好な栄養状態であっても治療後に低下する症例が認められたことから，治療期間中の継続的な栄養評価と早期介入が重要と考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター4

一般演題（ポスター）7　周術期管理と術後合併症 1

座長：小竹 優範（厚生連高岡病院）

[P7-4] 当院における直腸癌術後の静脈血栓塞栓症と側方リンパ節郭清との関係に関する検討

*草深 弘志[1]、植村 守[1]、佐伯 崇史[1]、楠 誓子[1]、瀧口 暢生[1]、小林 雄太[1]、朴 正勝[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、関戸 悠紀[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部消化器外科)

【はじめに】術後静脈血栓塞栓症（Venous thromboembolism; VTE）は周術期における致死性合併症の一つである。 本邦のVTE ガイドラインにおいて、VTEのリスクとして50歳以上、心筋梗塞既往、糖尿病、肥満、悪性疾患が挙げられている。悪性腫瘍手術はVTE高リスク群に分類されるが、腫瘍の部位や術式によりそのリスクは異なる。大腸癌術後のVTEの発生率としては1.4-2.4%と報告されている。下部進行直腸癌に対しては側方リンパ節郭清（Lateral lymph node dissection; LLND）が標準術式とされているが、LLNDでは出血量増加や手術時間延長、腸骨静脈系への直接的な物理刺激などが問題となる。しかしLLNDとVTE発症の関連性については十分に検討されていない。本研究ではLLNDと術後VTE発症との関係を明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】2010年4月から2022年3月の間に、当院で施行した直腸癌切除症例（n=847）を対象とし、LLND実施症例と非実施症例の2群に分け、臨床病理学的背景およびVTE発症率を比較検討した。

【結果】全847例の内、LLNDを実施した症例は192例（22.7%）であった。LLND群（n=192）および非LLND群（n=655）における比較ではBMIには有意差はなく、性別(男性 67.2 % vs 59.1%, p=0.041)、年齢（中央値; 63歳 vs 65歳, p=0.002）やASA-PS 3以上の割合（ 4.2% vs 8.6%, p=0.032）に有意差を認めた。手術因子では、LLND群で開腹手術症例の割合が高く（16.2% vs 3.4%, p<0.001）、出血量（中央値; 200ml vs 30ml, p<0.001）および手術時間（中央値; 637.5分 vs 315分, p<0.001）においても有意差を認めた。術前治療を行なった症例 (75.5% vs 10.8%, p<0.001)や、術後薬物的VTE予防を実施した症例（58.3% vs 32.1%, p<0.001）はLLND群で高かった。術後VTEは LLND群で8例（4.2%）、非LLND群で4例（0.6%）に発症し、LLND群で有意に高率であった（p=0.001）。

【考察】直腸癌切除症例において、症例全体での術後VTEの発症率は1.4%と既報と同程度であった。LLNDは術後VTE発症の高リスク因子である可能性が示唆された。LLND群と非LLND群では臨床背景が大きく異なっており、傾向スコアマッチングを用いたLLNDとVTE発症との関連性の詳細な解析を予定している。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター4

一般演題（ポスター）7　周術期管理と術後合併症 1

座長：小竹 優範（厚生連高岡病院）

[P7-5] 前立腺・精嚢合併切除を伴う直腸癌術後の直腸尿道瘻に対して, 薄筋筋弁を用いて根治術を施行した一例

*勝又 佳織[1]、矢作 雅史[1]、似鳥 修弘[1] (1. 立川病院消化器外科)

症例はADL自立の70歳男性. 虫垂炎術後で高血圧を併存していた. X年11月,排便習慣の変化を契機に局所進行直腸癌(Rb, 肛門縁から5cm)と診断され当院紹介となった. cT4b(前立腺・精嚢)N1bM0と診断し, 患者と相談のうえTotal Neoadjuvant Therapy(TNT)の方針とした. Capecitabine併用放射線療法(50.4Gy)後, Capecitabine+Oxaliplatin6コースを施行し, 部分奏功(PR)を得たため手術の方針とした.
X＋1年8月, ロボット支援下低位前方切除(D3郭清)＋前立腺・精嚢合併切除＋膀胱尿道吻合＋一時的回腸人工肛門造設術を施行した. 術後, 直腸吻合部縫合不全および膀胱尿道吻合部縫合不全を認め, ドレナージおよび抗菌薬加療を要した. 術後66日目にドレーンと尿道カテーテルを留置したまま退院し, 外来管理のもと術後3ヶ月でドレーン抜去となった.
その後一旦軽快したが, X＋2年3月に肛門からの排尿を認め, CT, MRIおよび造影検査で直腸尿道瘻と診断した. QOL改善および人工肛門閉鎖を目的に瘻孔閉鎖を希望された. X＋2年6月および10月にヒストアクリルを用いた内視鏡的瘻孔閉鎖術を施行したが奏功せず, X＋3年4月に根治手術の方針となった.
手術は経会陰アプローチで行い, まず直腸側より内視鏡下に瘻孔へカテーテルを挿入し, 膀胱鏡下に尿道側へ誘導した. 会陰部に6cmの横切開を置き, 直腸尿道間を瘻孔方向に剥離を進め, カテーテルを指標として瘻孔への到達を確認した. 瘻孔を切離し, 直腸側瘻孔を3-0PDSで, 尿道側瘻孔を3-0Vicrylでそれぞれ単結節縫合し閉鎖した. さらに形成外科にて左薄筋を有茎筋弁として挙上し, 尿道と直腸の縫合部間に介在させるように被覆し縫合固定した. 会陰部・皮下ドレーンを留置し閉創した. 手術時間は353分, 出血量は200mlであった.
術後経過は良好で術後9日目に退院した. 現在術後1ヶ月で再発所見は認めておらず, 今後人工肛門閉鎖を予定している.
術後直腸尿道瘻は難治性であり治療に難渋することが多い. 本症例では内視鏡的治療は奏功しなかったが, 瘻孔の確実な同定と薄筋筋弁による被覆を併用し根治に至った. 本術式は直腸尿道瘻に対する有用な選択肢と考えられた.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター4

一般演題（ポスター）7　周術期管理と術後合併症 1

座長：小竹 優範（厚生連高岡病院）

[P7-6] 局所陰圧閉鎖療法により縫合閉鎖が可能となった直腸癌術後骨盤死腔炎の1例

*田島 佑樹[1]、山本 聖一郎[1,2]、本郷 久美子[1]、栗原 佑一[3]、堤内 教子[4]、大谷 理紗[1]、室井 貴子[1]、佐野 淳一[1]、藤崎 洋人[1]、中川 基人[1]、高野 公徳[1] (1. 平塚市民病院外科、2. 東海大学医学部付属病院消化器外科、3. 平塚市民病院皮膚科、4. 平塚市民病院看護部)

症例は72歳男性。1か月前からの臀部痛を主訴に当院紹介受診となった。直腸穿通、肛門周囲膿瘍の診断に対し、緊急S状結腸人工肛門造設術、膿瘍ドレナージ術を施行した。術中検体及び術後大腸内視鏡検査で直腸癌の診断となった。CT画像上は肛門挙筋及び仙骨への浸潤が疑われた。化学放射線療法(S-1内服＋50.4Gy)を施行し、腫瘍の縮小を得られたため、腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術(D3郭清)及び仙骨合併切除術を施行した。最終病理診断は、ypT3N0M0 Stage Ⅱ aで、治療効果判定はGrade2であった。術後9病日骨盤腔ドレーンを抜去し、術後11病日に退院とした。退院後初回外来(術後19病日)の血液検査上、炎症反応の上昇を認め、CT検査を施行したところ、仙骨断端部に膿瘍形成を認めた。同日再入院とし、ドレナージ加療を行った。術後38病日退院としたが、その後結石性腎盂腎炎に対し内科入院中に創部の離開が顕在化した(術後75病日)。骨盤内の死腔炎も遷延しており局所陰圧閉鎖療法(negative pressure wound therapy(NPWT))を開始したところ、死腔は縮小傾向であったものの、完全な消失には至らなかった。術後112病日仙骨後面の創部を開創し、創内及び仙骨の不良肉芽をデブリした。周期的自動注入機能付き陰圧創傷治療システム(NPWTi-d(instillation and dwelling))を開始し、また創部の離開が顕在化して以降、線維芽細胞増殖因子を含む皮膚潰瘍治療剤や、抗菌性創傷被覆保護剤の投与も継続した。創部からの排膿も改善してきたため、術後124病日局所麻酔下に縫合閉鎖術を施行した。術後一部癒合不全を認めたものの、術後138病日縫合を追加し、術後152病日に完全治癒を確認した。難治性骨盤死腔炎、創部離開に対し、局所陰圧閉鎖療法を含めた局所療法の後に縫合閉鎖が可能となった1例を経験したので、若干の文献的報告を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター4

一般演題（ポスター）7　周術期管理と術後合併症 1

座長：小竹 優範（厚生連高岡病院）

[P7-7] 当科における直腸癌術後遅発性縫合不全4例の検討

*原田 岳[1]、鈴木 麻耶[1]、中山 百合[1]、小山 夏輝[1]、井田 進也[1]、川村 崇文[1]、大菊 正人[1]、稲葉 圭介[1]、田村 浩章[1]、落合 秀人[1] (1. 浜松医療センター　消化器外科)

【はじめに】直腸癌術後縫合不全は一般に術後早期に発症するが、術後3週以降に発症する遅発性縫合不全も存在し診断や治療に難渋することがある。今回遅発性縫合不全4例を経験したため、文献的考察を含め報告する。
症例1：68歳男性．StageⅣ直腸癌に対し低位前方切除および回腸人工肛門造設術を施行した．原発巣切除の2年後人工肛門閉鎖術を施行し,外来フォローアップとなっていた．人工肛門閉鎖術後5年経過し肛門痛が出現し,精査にて直腸吻合部縫合不全に伴う直腸周囲膿瘍と診断され横行結腸人工肛門を造設した．症例2：74歳女性．StageⅢ直腸癌に対し腹腔鏡下低位前方切除術を施行した．術後経過は良好で10病日に退院されたがイレウスの診断で再入院となった．下部消化管造影検査にて吻合部縫合不全と診断され，原発巣切除術から25日後に横行結腸人工肛門造設術を施行した．症例3：65歳男性．StageⅢ直腸癌に対し低位前方切除術，左精嚢合併切除，回腸人工肛門造設術を施行した．50病日に退院された．退院後5ヶ月で回腸人工肛門閉鎖術を施行したところ，閉鎖術から27病日に発熱にて緊急入院となった．精査にて直腸吻合部縫合不全に伴う膿瘍形成と診断された．経皮的ドレナージで徐々に軽快し，再入院後46病日に退院された．症例4：78歳男性. StageⅠ直腸癌に対し腹腔鏡下低位前方切除術施行した. Diverting ileostomyを勧めたが拒否された。術後経過は良好で10病日に退院された. 術後11ヶ月後CT検査で吻合部周囲のAir像を認め遅発性縫合不全と診断された。遷延する肛門痛があったが発熱なく採血上も高い炎症反応は認めず、やはり人工肛門は拒否されたため画像フォローとした。1年以上経過しAir像や膿瘍像は消失している。
【まとめ】直腸癌術後の遅発性縫合不全は稀であるが、化学放射線療法、低位吻合、血流障害、diverting stoma閉鎖後などが危険因子として報告されている。発症時期のため診断の遅れにつながる可能性があり、リスクを有する症例については術後長期にわたる慎重な経過観察を要する。軽微な発熱や肛門痛、会陰痛など非特異的所見のみで発症する場合もあり、遅発性縫合不全を念頭に置いた診療が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター4

一般演題（ポスター）7　周術期管理と術後合併症１

座長：小竹 優範（厚生連高岡病院）

[P7-8] 大腸術後合併症早期発見のための術後連日採血とCT検査の検討

*清家 和裕[1]、秋山 貴洋[1] (1. 小田原市立病院外科)

はじめに：大腸疾患における縫合不全などの術後合併症は早期診断が重要であり、今回我々は術後採血とCT検査で術後合併症を予測できるか検討した。
対象：2012年10月～2025年8月までに大腸疾患にて吻合を伴う手術を施行した300例を対象とした。男性179例、女性121例で、疾患は大腸癌291例（結腸癌187例、直腸癌100例、結腸癌と直腸癌の重複癌4例）、良性疾患9例だった。
方法：第1から5病日まで毎日採血し、白血球数やCRP値等を検査した。また、第3～4病日に腹部単純ＣＴ検査を施行し、吻合部周囲遊離ガスや小腸液貯留等と術後合併症との関連を検討した。
結果：術後合併症は縫合不全22例、麻痺性（亜）イレウス18例、創感染5例、下血3例、乳び瘻2例、吻合部狭窄1例だった。白血球数は最多となったのが、第1病日144例と最も多く、第２病日が99例、第３病日が52例、第４病日が４例、第5病日が1例だった。再上昇したのが4例あり、2例が縫合不全例だった。CRPは最大となったのが、第2病日246例と最も多く、第3病日が29例、第4病日が12例、第1病日が11例、第5病日が2例だった。再上昇したのが 9例あり、2例が縫合不全例だった。CTにて吻合部近傍に遊離ガスを27例に認め、10例が縫合不全症例だった。縫合不全は術後第3~13病日に診断されたが、第7病日以降に診断された13例中7例に吻合部周囲遊離ガスを認めた。CTで小腸液貯留を31例に認め、17例が麻痺性（亜）イレウスで、1例が吻合部狭窄、下痢症例だった。麻痺性（亜）イレウス18例中17例に小腸液貯留を認めた。
考察：白血球数とCRP値が再上昇時した際は何らかの合併症を併発している可能性があり、その検索が必要である。ただ、第5病日までの採血では縫合不全の予測は難しかった。第7病日目以降に診断された縫合不全例でも半数に吻合部周囲遊離ガスを認め、また、イレウス症例に高率に小腸液貯留を認めた。
まとめ：術後連続採血とCTは術後早期合併症の予測に有用な症例がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター4

一般演題（ポスター）8　進行大腸癌に対する化学療法 1

座長：古畑 智久（札幌禎心会病院）

[P8-1] CapeOXによる術後補助化学療法中に多量の腹水を認め診断に苦慮した1例

*藤田 敏忠[1]、樋口 青空[1]、太田 里菜[1]、有川 浩貴[1]、寺井 祥雄[1]、岸 淳彦[1]、藤田 恒憲[1] (1. 兵庫県立丹波医療センター外科)

[P8-2] Pembrolizumabが著効し,治療終了後も無増悪を維持しているMSI-high StageIV上行結腸癌の1例

*瀧口 暢生[1]、三宅 正和[1]、吉村 大士[1]、古川 陽菜[1]、東 重慶[1]、小川 久貴[1]、大村 仁昭[1]、種村 匡弘[1] (1. りんくう総合医療センター)

[P8-3] 当院におけるfStage II結腸癌に対する術後補助化学療法の治療成績

*田澤 美也子[1]、佐々木 恵[1]、黒川 芽生[1]、川島 由莉[1]、林 一真[1]、山田 圭寛[1]、芥田 壮平[1]、松永 史穂[1]、西岡 龍太郎[1]、石井 武[1]、齊藤 稔史[1]、青柳 康子[1]、海藤 章郎[1]、光法 雄介[1]、伊東 浩次[1] (1. 土浦協同病院消化器外科)

[P8-4] 遠隔リンパ節転移に対してPembrolizumabが著効したMSI−High大腸癌患者の1例

*田村 卓也[1]、立川 伸雄[2]、竹谷 健[1]、石田 隆[1]、鶴田 雅士[1]、板野 理[1] (1. 国際医療福祉大学成田病院、2. 水戸赤十字病院外科)

[P8-5] 大腸癌StageIVまたは遠隔転移再発症例に対して2nd line治療中に切除に至った大腸癌症例の特徴と転帰

*進藤 実希[1]、浜部 敦史[1]、森 良太[1]、三代 雅明[1]、竹田 充伸[1]、関戸 悠紀[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部附属病院消化器外科)

[P8-6] トリフルリジン/チピラシル＋ベバシズマブ療法後の切除不能進行再発大腸癌に対する経口チロシンキナーゼ阻害薬の安全性と有効性の検討

*闇彌 一貴[1]、津軽 開[1]、大塚 祐治[1]、蔵田 隼也[1]、加藤 亜美[1]、會田 卓弘[1]、笠原 美沙[1]、加藤 智尋[1]、石田 典仁[1]、宗 英一郎[1]、千田 彰彦[1]、川崎 健太[1,2]、金井 隆典[1]、平田 賢郎[1,2] (1. 慶應義塾大学医学部　内科学教室(消化器)、2. 慶應義塾大学医学部　腫瘍センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター4

一般演題（ポスター）8　進行大腸癌に対する化学療法１

座長：古畑 智久（札幌禎心会病院）

[P8-1] CapeOXによる術後補助化学療法中に多量の腹水を認め診断に苦慮した1例

*藤田 敏忠[1]、樋口 青空[1]、太田 里菜[1]、有川 浩貴[1]、寺井 祥雄[1]、岸 淳彦[1]、藤田 恒憲[1] (1. 兵庫県立丹波医療センター外科)

StageⅢ進行大腸癌術後にはオキサリプラチンを併用した術後補助化学療法が推奨されている。今回我々は盲腸癌術後にCapeOXによる術後補助化学療法中に血清CEA値の上昇とともに多量の腹水を認め、漿膜浸潤を伴う進行盲腸癌であったことから術後再発、とりわけ腹膜播種再発との鑑別に苦慮したオキサリプラチンによる類洞閉塞症が原因と考えられる多量の腹水貯留をきたした1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

　症例は70歳代の男性。盲腸癌とS状結腸癌に対し、腹腔鏡下回盲部切除術＋S状結腸切除術を施行した。病理組織診断で盲腸癌はtub2,pT4a,pN2a,M0,pStage3ｃ、S状結腸癌はpap,pTis,pN0,M0,pStage0でいずれもPM0,DM0,RM0,R0,CurAであった。術後1ヶ月よりCapeOXによる術後補助化学療法を開始した。5サイクルを施行後におこなったCTで軽度の脾腫と共に多量の腹水を認めた。また血液検査ではCEA7.5ng/mlと上昇を認めた他、Grade１の肝障害と血小板減少を認めた。胸腹部ＣＴで明らかな再発病巣が指摘できなかったため6サイクル目を継続した。その後腹水による腹部膨満感と両下肢の浮腫を認め、術後補助化学療法を中止した。2度にわたる腹水細胞診でいずれも悪性所見は認めず、心臓超音波検査では心不全徴候なく、血小板減少と軽度の脾腫、腹水検査で漏出性腹水が疑われたため、オキサリプラチンによる類洞閉塞症候群とそれに伴う腹水と診断し、利尿剤で加療をおこなったところ、腹水と両下肢の浮腫は消退した。血清CEA値も正常化し、術後9ヶ月経過した現在再発徴候なく、術後補助化学療法は再開せず外来で経過観察中である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター4

一般演題（ポスター）8　進行大腸癌に対する化学療法１

座長：古畑 智久（札幌禎心会病院）

[P8-2] Pembrolizumabが著効し,治療終了後も無増悪を維持しているMSI-high StageIV上行結腸癌の1例

*瀧口 暢生[1]、三宅 正和[1]、吉村 大士[1]、古川 陽菜[1]、東 重慶[1]、小川 久貴[1]、大村 仁昭[1]、種村 匡弘[1] (1. りんくう総合医療センター)

【背景】MSI-high転移性大腸癌に対する免疫チェックポイント阻害薬（ICI）は高い奏効率を示し，標準治療として確立されている。 一方で，完全奏効あるいは長期奏効が得られた症例における至適投与期間については，いまだ明確なコンセンサスは得られていない。 今回，MSI-high StageIV上行結腸癌に対してPembrolizumabが著効し，治療終了後も無増悪を維持している症例を経験したため報告する。

【症例】70代女性。 嘔吐および右下腹部痛を主訴に受診した。 身長156 cm，体重69 kg，BMI 28.4 kg/m^2，ECOG PS 1であった。 血液検査ではCEA 153.5 ng/mL，CA19-9 2104.1 U/mLと腫瘍マーカーは著明な高値を認めた。 造影CTでは，周囲脂肪織濃度上昇を伴う上行結腸の壁肥厚，所属リンパ節腫大，多発肝転移および腹膜播種を認め，上行結腸癌 cT4aN2bM1c（H3，P3） StageIVcと診断した。 腸閉塞症状を伴っていたため，開腹結腸右半切除術を施行した。 病理診断は上行結腸癌 pT4aN2bM1c（H3，P3） StageIVcであり，切除標本を用いた検査でMSI-highと判明した。 術後，Pembrolizumab（200 mg，3週毎）を開始した。 明らかな免疫関連有害事象は認めなかった。 4コース後より肝転移および腹膜播種は著明に縮小し，14コース後には腫瘍マーカーは正常化，画像上も病変の縮小が維持されていた。 その後も治療を継続したが，35コース施行後，患者希望により治療を終了した。 現在，治療終了後1年2か月が経過しているが，腫瘍マーカーおよび画像所見のいずれにおいても再燃を認めず，無増悪を維持している。

【結語】MSI-high StageIV上行結腸癌に対してPembrolizumabが著効し，約2年3か月間のPembrolizumab投与の終了後も無増悪を維持している1例を経験した。 ICI奏効例における至適投与期間を検討するうえで，示唆に富む症例と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター4

一般演題（ポスター）8　進行大腸癌に対する化学療法１

座長：古畑 智久（札幌禎心会病院）

[P8-3] 当院におけるfStage II結腸癌に対する術後補助化学療法の治療成績

*田澤 美也子[1]、佐々木 恵[1]、黒川 芽生[1]、川島 由莉[1]、林 一真[1]、山田 圭寛[1]、芥田 壮平[1]、松永 史穂[1]、西岡 龍太郎[1]、石井 武[1]、齊藤 稔史[1]、青柳 康子[1]、海藤 章郎[1]、光法 雄介[1]、伊東 浩次[1] (1. 土浦協同病院消化器外科)

【背景と目的】2024年版大腸癌治療ガイドラインではStage II大腸癌には術後補助化学療法は行わないことを弱く推奨しており, かつ, 再発高リスクの場合には補助化学療法を行うことを弱く推奨している. 症例ごとに患者背景や腫瘍特徴を考慮するが, その実施の判断には苦慮することも多い. 当院におけるfStage II結腸癌に対する術後補助化学療法の成績について検討することを本研究の目的とした.
【対象と方法】2016年6月から2020年5月に, 当院で施行された待機的結腸癌手術症例のうち, fStage IIの結腸癌107例を対象とした. なお, 前治療を施行している（Conversionとして手術を施行している）症例や緊急手術等いくつかの除外基準を設けた. 高リスク因子は, ①郭清リンパ節個数12個未満, ②T4, ③por/sig/muc症例, ④穿孔例, ⑤脈管侵襲, ⑥リンパ管侵襲, ⑦断端陽性, ⑧CEA高値の8項目とした. 高リスク症例のうち, 術後補助化学療法を施行した群（Adj群）と施行していない群（Non-Adj群）で比較検討を行った.
【結果】全症例107例の年齢中央値は73歳（38-93歳）, 性別は男性：女性=73：34例. 高リスク因子を1項目以上認める症例は96例で, その中で術後補助化学療法を施行した症例は35例（全症例の32.7%, 高リスク症例の36.5%）であった. 術後補助化学療法の種類はUFT/LVが22例, カペシタビン単剤が7例, CAPOXが6例であった. 高リスク症例96例で, 5年無病生存率は, Adj群（35例）vs Non-Adj群（61例）= 90.8% vs 70.7%（p=0.015）であった. なお, 年齢中央値は, Adj群 vs Non-Adj群 = 69歳（38-85歳）vs 77歳（46-93歳）であった. 一方で, 高リスク因子を1項目も認めない症例（11例）は打ち切りの症例はあるものの, 5年無病生存率は100%であった.
【結語】限られた症例ではあるものの, 当院におけるStage II結腸癌に対する術後補助化学療法の治療成績を検討し, その有用性が示唆された.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター4

一般演題（ポスター）8　進行大腸癌に対する化学療法１

座長：古畑 智久（札幌禎心会病院）

[P8-4] 遠隔リンパ節転移に対してPembrolizumabが著効したMSI−High大腸癌患者の1例

*田村 卓也[1]、立川 伸雄[2]、竹谷 健[1]、石田 隆[1]、鶴田 雅士[1]、板野 理[1] (1. 国際医療福祉大学成田病院、2. 水戸赤十字病院外科)

症例は52歳、男性。上行結腸癌、遠隔リンパ節転移（左鎖骨上窩、左肺門部、傍大動脈領域）を認め、腸閉塞症状を伴っていた。回腸横行結腸バイパス術を施行後、SOX＋bevacizumab療法を開始した。しかし3コース終了時点で原発巣および転移巣の増大を認めPDと判定した。遺伝子検査にてMicrosatellite instability-high（MSI-H）と判明したため、二次治療としてPembrolizumab療法へ変更した。Pembrolizumab投与後、6コース時点で遠隔リンパ節転移巣は著明に縮小し、12コース終了時には原発巣、転移巣ともにさらに縮小を認めた。PET-CTでは遠隔転移巣のFDG集積は消失しており、根治切除可能と判断し、腹腔鏡下右半結腸切除術を施行した。術後経過は良好であり、術後補助化学療法は施行しなかった。現在、術後12ヵ月無再発生存中である。遠隔リンパ節転移を伴うMSI-H進行大腸癌に対してPembrolizumab療法が著効し、conversion surgeryにより根治切除し得た1例を経験した。MSI-H大腸癌に対する免疫療法は、高度進行例においても長期予後改善や根治切除につながる可能性が示唆された。若干の文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター4

一般演題（ポスター）8　進行大腸癌に対する化学療法１

座長：古畑 智久（札幌禎心会病院）

[P8-5] 大腸癌StageIVまたは遠隔転移再発症例に対して2nd line治療中に切除に至った大腸癌症例の特徴と転帰

*進藤 実希[1]、浜部 敦史[1]、森 良太[1]、三代 雅明[1]、竹田 充伸[1]、関戸 悠紀[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部附属病院消化器外科)

【背景】
大腸癌Stage IVまたは転移再発症例に対して、R0切除を達成できた場合に予後改善が期待できる。化学療法が実施される場合、多くは1st line治療後にR0切除が行われ、2nd line化学療法中に切除に至る症例の臨床的意義については明らかでない。
【目的】
2nd line化学療法中に外科的切除に至った大腸癌症例の臨床的特徴および転帰を明らかにする。
【対象と方法】
当院において大腸癌Stage IVまたは転移再発に対し2nd line化学療法中に、R0切除を企図して外科的切除を施行した症例を対象とした。患者背景、臨床病理学的因子、治療内容、ならびに予後について後方視的に検討した。
【結果】
2016年1月から2026年1月までに、当院で大腸癌の肝転移、あるいは肺転移に対して手術を行った症例は101例であった。そのうち、2nd line化学療法中に外科的切除を施行した症例は7例で、そのうち6例でR0切除が得られた。2nd lineで手術を行った時点での年齢中央値は61歳、男性3例、女性4例であった。原発部位は右側が1例、左側が6例で、転移部位は肝臓5例、肺1例、肝臓・肺の両方転移が1例であった。肝転移症例5例のうち、1例は直腸癌の症例で、骨盤左側方リンパ節転移も同時に認めており、肝転移切除したのちに左側方リンパ節郭清を行いR0切除が得られた。R0切除を達成できなかった1例もまた、直腸癌の症例で肝臓・肺の両方転移を認めており、肝転移切除したのちに原発巣切除を行った。肺切除を目指していたが、術後化学療法施行中にも腹膜播種、新たな肝転移出現にてR0切除には至らなかった。
2nd line化学療法のbest responseはPR2例、SD5例であった。R0切除後の観察期間中央値は419.5日、RFS中央値は244日、OS中央値は1186日であった。再再発は4例に認め、再発部位は肝臓3例、肺1例で肝転移症例3例のうち、1例は肝門部リンパ節再発も認めていた。再再発に対して切除や化学療法を行い、3例は現在無再発生存中である。
【結語】
2nd line化学療法中にR0切除に至る大腸癌症例は一定数存在し、その一部では良好な予後が得られる可能性が示唆された。適切な症例選択により、2nd line治療中においても外科的切除が有効な治療選択肢となり得る。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター4

一般演題（ポスター）8　進行大腸癌に対する化学療法１

座長：古畑 智久（札幌禎心会病院）

[P8-6] トリフルリジン/チピラシル＋ベバシズマブ療法後の切除不能進行再発大腸癌に対する経口チロシンキナーゼ阻害薬の安全性と有効性の検討

*闇彌 一貴[1]、津軽 開[1]、大塚 祐治[1]、蔵田 隼也[1]、加藤 亜美[1]、會田 卓弘[1]、笠原 美沙[1]、加藤 智尋[1]、石田 典仁[1]、宗 英一郎[1]、千田 彰彦[1]、川崎 健太[1,2]、金井 隆典[1]、平田 賢郎[1,2] (1. 慶應義塾大学医学部　内科学教室(消化器)、2. 慶應義塾大学医学部　腫瘍センター)

【背景と目的】経口チロシンキナーゼ阻害薬であるレゴラフェニブ（REG）とフルキンチニブ（FRU）は，切除不能進行再発大腸癌の後方ライン治療として広く使用されている。現在、これらの薬剤はトリフルリジン/チピラシル（FTD/TPI）+ベバシズマブ（BV）治療後に使われることが多いが、REGおよびFRUの主要な第Ⅲ相試験はいずれもFTD/TPI+BVの普及以前に実施されたものであるため、血管新生阻害薬を一次治療開始時から逐次的に使用するようになった現在の実臨床における有効性や安全性の情報は限られている。本研究はFTD/TPI+BV治療直後にREGまたはFRUを逐次投与した際の、実臨床における有効性および安全性を検討することを目的とした。
【対象と方法】2023年6月6日から2026年5月30日に自施設でFTD/TPI+BV療法の後治療としてREGまたはFRUの投与を受けた切除不能・再発大腸癌患者を対象に，有効性と安全性について診療録から後方視的に解析した。
【結果】対象患者はREG群21人、FRU群9人であった。患者背景ではFRU群において年齢中央値と抗EGFR抗体使用歴を有する割合が有意に高かった。有害事象発症割合は全グレードで手掌・足底発赤知覚不全症候群（REG 81.0% / FRU 66.7%）、蛋白尿（REG 85.7% / FRU 88.9%），高血圧（REG 38.1% / FRU 44.4%）と、主要第三相試験の結果と比較して両群とも高い傾向にあったが、両群での有意差は認めなかった。不耐中止となった患者の割合はREG 28.6%, FRU 11.1%であり、減量により多くの症例は治療継続が可能であった。有効性については、OS中央値はREG 4.9ヶ月（95%信頼区間 2.9-11.8）、FRU 8.2ヶ月（95%信頼区間 1.1-未到達）、PFS中央値はREG 1.6ヶ月（95%信頼区間 1.1-2.1）、FRU 2.6ヶ月(95%信頼区間0.46-未到達)。発表時には一部情報をUpdateしたものを提示予定である。
【結語】切除不能・再発大腸癌に対するFTD/TPI+BV治療後のREGとFRUは，実臨床において十分な安全性と有効性を期待できると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター5

一般演題（ポスター）9　憩室疾患 1

座長：吉満 政義（広島市立広島市民病院外科）

[P9-1] 当院における穿孔・穿通を伴う合併症性結腸憩室炎の治療選択の検討

*山田 光成[1] (1. 大阪府済生会富田林病院)

[P9-2] S状結腸憩室穿孔に対するハルトマン手術後，残存直腸癌が発生した一例

*小倉 皓一郎[1]、里見 大介[1]、榊原 舞[1]、土岐 朋子[1] (1. 国立病院機構千葉医療センター)

[P9-3] 結腸膀胱瘻症例の臨床的検討

*武田 幸樹[1]、太田 竜[1]、関口 久美子[1]、清水 貴夫[1]、谷合 信彦[1]、山田 岳史[2]、松田 明久[2] (1. 日本医科大学武蔵小杉病院消化器外科、2. 日本医科大学付属病院消化器外科)

[P9-4] S状結腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対する術式の工夫

*西谷 健太[1]、橋本 洋右[1]、溝口 和弥[1]、中 悠汰郎[1]、近森 健太郎[1]、矢崎 真澄[1]、多田 誠一郎[1]、高柳 智保[1]、川守田 啓介[1]、小林 敏樹[1]、佐々木 直也[1]、米沢 圭[1]、前田 賢人[1] (1. 静岡市立静岡病院)

[P9-5] 術前に診断しえた終末回腸の仮性憩室穿孔の１例

*山寺 勝人[1]、阿尾 理一[1]、假屋 理沙[1]、松永 絢乃[2]、市沢 展真[1]、一尾 幸輝[1]、安部 紘生[1]、小岩井 智美[1]、西川 誠[1]、西山 潔[1]、神藤 英二[1] (1. KKR三宿病院外科、2. KKR三宿病院病理)

[P9-6] 保存的加療後にInterval appendectomyを行った虫垂憩室炎の一例

*村上 大輔[1]、稲田 佳紀[1]、佐原 稚基[1] (1. ひだか病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター5

一般演題（ポスター）9　憩室疾患 1

座長：吉満 政義（広島市立広島市民病院外科）

[P9-1] 当院における穿孔・穿通を伴う合併症性結腸憩室炎の治療選択の検討

*山田 光成[1] (1. 大阪府済生会富田林病院)

【目的】穿孔・穿通を伴う合併症性結腸憩室炎症例を後方視的に検討し、画像所見および腹膜炎所見に着目して、治療選択に関連する特徴を検討する。
【方法】2020年9月から2025年12月までに病名検索で抽出した結腸憩室炎381例を後方視的に検討した。このうちカルテおよび画像所見の再評価で穿孔・穿通を認めた24例を解析対象とした。侵襲的介入は経皮ドレナージまたは緊急手術と定義し、主解析は保存的加療群と侵襲的介入群で比較した。副次解析として保存的加療群、経皮ドレナージ群、緊急手術群の3群で検討した。画像所見としてガス位置、free fluid、膿瘍形成の有無・最大径、腹膜炎所見との関連を評価した。
【結果】対象24例の年齢中央値は54歳、男性18例、女性6例であった。病変部位は左側18例、右側6例であった。保存的加療群は20例、侵襲的介入群は4例であった。副次解析では保存的加療群20例、経皮ドレナージ群1例、緊急手術群3例であった。院内死亡は認めなかった。侵襲的介入群ではfree fluid、瘻孔、腹膜炎所見などの進展所見を伴う症例を認め、画像所見および臨床所見が治療選択に関連する可能性が示唆された。
【結論】穿孔・穿通を伴う合併症性結腸憩室炎では、画像所見および腹膜炎所見を踏まえた評価が、保存的加療群と侵襲的介入群の層別化に有用である可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター5

一般演題（ポスター）9　憩室疾患 1

座長：吉満 政義（広島市立広島市民病院外科）

[P9-2] S状結腸憩室穿孔に対するハルトマン手術後，残存直腸癌が発生した一例

*小倉 皓一郎[1]、里見 大介[1]、榊原 舞[1]、土岐 朋子[1] (1. 国立病院機構千葉医療センター)

【はじめに】
ハルトマン手術後の残存直腸癌は，直腸癌術後の再発や大腸癌のリスク因子を有する症例では報告がある．一方，良性疾患のためにハルトマン手術を行った後，残存直腸癌が発生した報告はほとんどみられない．今回，S状結腸憩室穿孔に対するハルトマン手術後の残存直腸癌を経験し治療を行ったため報告する．
【症例】
67歳男性、既往歴はS状結腸憩室穿孔術後（ハルトマン手術），クモ膜下出血，糖尿病、高血圧があった．現病歴として，ハルトマン手術12年後に旧肛門から下血を認め当科紹介となった．下部消化管内視鏡検査にて残存直腸に隆起性病変を認め，腺癌の診断となった．これに対して腹会陰式直腸切除術および右側方リンパ節郭清を行い，術後第23病日に退院した。病理検査ではpStage Ⅰ であった．しかし術後半年で多発肺転移を認め，化学療法を行ったが，術後3年で永眠となった．
【考察】
悪性腫瘍や家族性大腸腺腫症および潰瘍性大腸炎などの大腸癌のリスク因子を有する症例に対してはハルトマン手術後も残存直腸を含めたサーベイランスが行われている．一方で，良性疾患術後の場合は残存直腸癌を想定した定期的フォローを行うことは少なく，便潜血検査による早期発見も期待できない．しかし大腸癌のリスク因子がない場合でも残存直腸癌が発生する場合はあり，本症例では，より早期に診断ができていれば術後再発しなかった可能性がある．大腸癌の好発年齢である場合は残存直腸を含めた定期検査を検討すべきである．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター5
一般演題（ポスター）9　憩室疾患 1
座長：吉満 政義（広島市立広島市民病院外科）

[P9-3] 結腸膀胱瘻症例の臨床的検討

*武田 幸樹[1]、太田 竜[1]、関口 久美子[1]、清水 貴夫[1]、谷合 信彦[1]、山田 岳史[2]、松田 明久[2] (1. 日本医科大学武蔵小杉病院消化器外科、2. 日本医科大学付属病院消化器外科)

【背景】
近年、食生活の欧米化や高齢化により大腸憩室や大腸癌を原因とした結腸膀胱瘻が増加している。当院で経験した結腸膀胱瘻症例について臨床的検討を行いその治療戦略について考察した。
【方法】
対象は2021年4月から2025年12月まで当院で結腸膀胱瘻と診断された症例。患者背景、検査方法、治療内容、術後合併症、予後等について検討した。
【結果】
対象は14例。年齢の中央値は65歳(52-82)、男性11例、女性3例人。主訴として気尿・糞尿等の排尿異常を11例(84.6%)に認め、初発から診断までの期間は中央値で30日(1-90)であった。原因疾患は憩室が7例、大腸癌が7例であり瘻孔部位は全例S状結腸。CTでの膀胱内airを12例(85.7%)に認め、身体所見と合わせ最も有用な診断根拠であった。一方、術前に膀胱鏡や透視下内視鏡検査で明確に瘻孔が証明されたのは3例(21.4%)のみであった。憩室炎の7例中、6例で腸切除が施行され1例は人工肛門造設術のみ施行。腸切除が施行された6例全て腹腔鏡で行われ、修復を要する膀胱部分切除は1例もなかった。術後、Clavien-Dindo(CD)分類grade IIIの骨盤内膿瘍を1例に認めた。大腸癌の全7例で原発巣切除が行われた。そのうち4例では先行してストマ造設のみを行い、2期的に原発巣切除を施行した。また、2例では術前化学療法が施行された。開腹5例、腹腔鏡2例であり、6例で修復を要する膀胱部分切除、1例で膀胱全摘が行われた。CD grade III以上の合併症は3例で認めた。
【考察】
憩室炎に伴う結腸膀胱瘻に対しては鏡視下の結腸切除術が安全で有用な治療戦略であると考える。一方、大腸癌に伴うものは拡大手術になりやすく術後合併症率も高い。化学療法等の術前療法が拡大手術の回避、周術期成績の向上につながる可能性があり、症例の集積が重要と考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター5

一般演題（ポスター）9　憩室疾患 1

座長：吉満 政義（広島市立広島市民病院外科）

[P9-4] S状結腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対する術式の工夫

*西谷 健太[1]、橋本 洋右[1]、溝口 和弥[1]、中 悠汰郎[1]、近森 健太郎[1]、矢崎 真澄[1]、多田 誠一郎[1]、高柳 智保[1]、川守田 啓介[1]、小林 敏樹[1]、佐々木 直也[1]、米沢 圭[1]、前田 賢人[1] (1. 静岡市立静岡病院)

憩室炎に伴うS状結腸膀胱瘻の自然閉鎖は困難であり、手術加療が必要となる．結腸憩室はS状結腸のみならず下行結腸まで憩室を認めることがある．その場合、憩室を含む結腸切除は手術侵襲が大きくなることが懸念され、瘻孔切離のみの術式も選択肢にあがる．今回、S状結腸膀胱瘻に対し瘻孔切離を施行した2例を報告する．
症例1は86歳女性．気尿を自覚．精査を行い、S状結腸憩室炎に伴う結腸膀胱瘻と診断した．手術は腹腔鏡下に瘻孔切離を施行した．術後3か月で気尿を自覚．再発と診断し、手術加療を行った．手術は腹腔鏡下S状結腸切除および膀胱部分切除を施行した。前回手術部とは別の部位で瘻孔形成をきたしていた．
症例2は84歳女性．繰り返す膀胱炎の精査を行い、S状結腸憩室炎に伴う結腸膀胱瘻と診断した．手術は腹腔鏡下に瘻孔切離を行い、瘻孔離断部の膀胱壁および結腸壁に大網の被覆を加えた．現在まで再発を認めていない．
手術術式に関しては、瘻孔を含む結腸切除、膀胱部分切除などが最も標準的な治療法とされる．一方で、瘻孔切離のみでの根治報告もあるが、同術式での再発の報告も散見する．瘻孔切離に大網被覆を加えることで低侵襲での治療のみならず、今後の瘻孔形成を防ぐ予防効果がある可能性が示唆された．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター5

一般演題（ポスター）9　憩室疾患 1

座長：吉満 政義（広島市立広島市民病院外科）

[P9-5] 術前に診断しえた終末回腸の仮性憩室穿孔の１例

*山寺 勝人[1]、阿尾 理一[1]、假屋 理沙[1]、松永 絢乃[2]、市沢 展真[1]、一尾 幸輝[1]、安部 紘生[1]、小岩井 智美[1]、西川 誠[1]、西山 潔[1]、神藤 英二[1] (1. KKR三宿病院外科、2. KKR三宿病院病理)

小腸仮性憩室の疫学的頻度は全消化管憩室のうちの2%程度と低く、Meckel憩室を除く回腸憩室は空腸憩室に比して低頻度である。今回、回腸仮性憩室穿孔の１例を経験したので、文献的考察を含めて報告する。症例は61歳男性。2日前からの右下腹部痛を主訴に前医受診。急性虫垂炎疑いにて当院救急外来へ紹介され、緊急入院となった。理学的所見上、腹部は板状硬で、右下腹部を主体として腹部全体に圧痛および反跳痛が認められた。血液検査ではWBC 17900/μl、CRP 32.6mg/dlと炎症反応が高値で、CTでは上行結腸に憩室が散在しているほか、回腸末端部でのわずかな壁の断裂と腸間膜の脂肪濃度上昇がみられ、腸管外遊離ガス像と少量の腹水も認められた。回腸憩室穿孔による急性汎発性腹膜炎の診断にて緊急手術を施行した。開腹所見では汚染腹水が右傍結腸窩を主体に少量みられ、回盲部の腸間膜は発赤、肥厚していた。回腸末端部で便汁の漏出がみられ、穿孔部を同定した。他の消化管に穿孔等の所見がないことを確認し、回盲部切除術を施行した。切除検体の肉眼的所見では、終末回腸に小孔を1か所認めたが、同部位に潰瘍性病変や腫瘍性病変はみられなかった。術後合併症なく経過良好にて術後7日目に退院した。病理所見では、バウヒン弁から2cm口側の小腸に壁構造が不明瞭化した仮性憩室と、周囲に炎症細胞浸潤と膿瘍形成が認められた。終末回腸の仮性憩室穿孔に矛盾しない所見であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター5

一般演題（ポスター）9　憩室疾患 1

座長：吉満 政義（広島市立広島市民病院外科）

[P9-6] 保存的加療後にInterval appendectomyを行った虫垂憩室炎の一例

*村上 大輔[1]、稲田 佳紀[1]、佐原 稚基[1] (1. ひだか病院)

【背景】虫垂憩室は比較的稀な疾患であり、虫垂炎の診断で手術を施行して診断されることが多い。術前診断は困難とされているものの、虫垂憩室を有する虫垂炎は穿孔のリスクが高く、近年interval appendectomyの有用性が報告されているが、虫垂憩室を伴った症例に対する適否は明らかでない。

【症例】60歳台男性

【主訴】腹痛

【現病歴】20XX年9月から上記自覚。近医で撮像されたCT検査で、膿瘍形成性の虫垂炎または虫垂腫瘍が疑われ、当科に紹介となった。

【画像所見】虫垂は11mmに腫大しており、周囲に膿瘍形成を疑う所見を認めた。

【経過】身体所見上、腹膜刺激症状はなく、白血球：7000/ml　CRP：1.75㎎/dlと炎症所見も軽度の上昇であったため、まずは保存的加療の方針とし、診断確定も兼ね、待機的に手術の方針とした。

【術中所見】保存的加療後から2ヶ月後に腹腔鏡下虫垂切除術を施行した。虫垂体部に白苔の付着を認め、同部位が腫瘤様構造に観察された。

【病理診断】虫垂は憩室形成を認め、漿膜下に線維化と炎症細胞浸潤を認めた。

【考察】虫垂憩室症は比較的稀な疾患であるが、穿孔率は急性虫垂炎と比較して高いとされており、穿孔率は33〜70.8%との報告もある。その穿孔率の高さから欧米では診断され次第手術する方針が主流となっている。本症例では症状や血液検査所見が軽微で、interval appendectomyを選択した。その後鏡視下にて手術を無事に終えることができた１例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター5

一般演題（ポスター）10　炎症性腸疾患 1

座長：山本 章二朗（いきめ大腸・肛門外科内科）

[P10-1] 当院で手術を施行したクローン病合併消化管腫瘍の検討

*中田 美佳[1]、山内 慎一[1]、岩井 美穂[1]、上野 啓輔[1]、内村 良平[1]、林 祐美子[1]、國本 真由[1]、溝口 正子[1]、井垣 尊弘[1]、山本 雄大[1]、花岡 まりえ[1]、賀川 弘康[1]、谷岡 利朗[1]、藤原 尚志[1]、佐藤 雄哉[1]、絹笠 祐介[1] (1. 東京科学大学消化管外科学分野)

[P10-2] クローン病、肛門部瘻孔に対するダルバドストロセルの効果

*内野 基[1]、堀尾 勇規[1]、桑原 隆一[1]、楠 蔵人[1]、長野 健太郎[1]、友尾 祐介[1]、福本 結子[1]、今田 絢子[1]、宋 智亨[1]、木村 慶[1]、片岡 幸三[1]、池田 正孝[1]、池内 浩基[1] (1. 兵庫医科大学消化器外科学講座)

[P10-3] クローン病関連痔瘻癌に対するPelvic Exenterationの治療成績と手術手技の工夫

*今田 絢子[1,2]、木村 慶[1]、奥村 兼汰[1]、松下 和輝[1]、福本 結子[1]、大谷 雅樹[1]、宋 智亨[1]、桑原 隆一[2]、堀尾 勇規[2]、片岡 幸三[1]、内野 基[2]、池内 浩基[2]、池田 正孝[1] (1. 兵庫医科大学消化器外科学下部消化管外科、2. 兵庫医科大学外科学講座炎症性腸疾患外科)

[P10-4] クローン病の腸管皮膚瘻に合併した扁平上皮癌の1例

*河野 貴博[1]、井原 啓佑[1]、石田 和之[2]、宮下 将太郎[1]、上野 綸[1]、蜂谷 裕之[1]、石塚 満[1]、水島 恒和[1] (1. 獨協医科大学病院下部消化管外科、2. 獨協医科大学病院病理診断科)

[P10-5] クローン病直腸切断術後の長期経過中に遺残瘻管由来痔瘻癌を認めた1例

*工代 哲也[1]、岡本 欣也[2] (1. こにし胃腸内視鏡・肛門クリニック武蔵野院、2. 東京山手メディカルセンター)

[P10-6] 炎症性線維芽細胞に寄与する刺激因子の検討

*井上 湧斗[1]、三上 洋平[1]、水島 一郎[1]、田島 百合[1]、伊藤 虎太郎[1]、吉松 裕介[1]、清原 裕貴[1]、杉本 真也[1]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学（消化器）)

[P10-7] 直腸肛門管粘液癌に対する術前治療後の画像学的効果判定と組織学的効果の 乖離に関する検討

*福田 健太[1]、荻野 崇之[1]、赤澤 英[1]、辻 嘉人[1]、深田 晃生[1]、関戸 悠紀[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター5

一般演題（ポスター）10　炎症性腸疾患 1

座長：山本 章二朗（いきめ大腸・肛門外科内科）

[P10-1] 当院で手術を施行したクローン病合併消化管腫瘍の検討

*中田 美佳[1]、山内 慎一[1]、岩井 美穂[1]、上野 啓輔[1]、内村 良平[1]、林 祐美子[1]、國本 真由[1]、溝口 正子[1]、井垣 尊弘[1]、山本 雄大[1]、花岡 まりえ[1]、賀川 弘康[1]、谷岡 利朗[1]、藤原 尚志[1]、佐藤 雄哉[1]、絹笠 祐介[1] (1. 東京科学大学消化管外科学分野)

クローン病（以下CD）では一般集団と比較して小腸や大腸の消化管腫瘍発生リスクが高いことが知られている。CDは狭窄，穿通，膿瘍などさまざまな病態をとるため、確立されたサーベイランス法は存在せず診断に難渋する例が少なくない。約8割が進行癌で発見され、進行癌の症例の予後は不良である。今回、当院で経験したCD合併消化管腫瘍の症例について検討した。
【対象・方法】2018年から2025年までに当院で手術したCDに合併した消化管腫瘍13例を対象に、患者背景、病理組織学的特徴、治療、予後について後方視的に検討した。
【結果】男性8例、女性5例、CD発症から手術までの中央値は22年であり、腫瘍診断時の年齢中央値は46歳であった。小腸型が3例、小腸大腸型が10例であり、生物学的製剤使用歴は12例に認め，抗TNFα抗体製剤を中心に複数薬剤使用例も認めた。腫瘍部位は回腸3例、虫垂2例、横行結腸2例、下部直腸3例、肛門管・痔瘻3例であった。主要組織型はtub1：3例、tub2：3例、muc：3例、低異型度虫垂粘液性腫瘍：2例、GIST：1例、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫：1例であった。大腸癌8例のうち、T3/4症例が3例あるもののリンパ節転移症例はなく、全例がStage II以下であった。全ての症例で根治度はCur A、癌遺残はR0であった。再発は1例のみであり、肺転移に対し切除後は再発なく経過している。死亡例はなく、術後生存期間の中央値は2.7年で、最長8.0年となっている。
【考察】CD患者では慢性炎症を背景とした腺癌のみならず、GISTやリンパ腫など多様な腫瘍性病変を認め、粘液癌が多い傾向にあった。大腸癌に関しては当院では全てStage II以下で根治切除できており、術後も死亡例はなく既報より予後良好であった。
【結語】CD患者では多様な消化管腫瘍を合併するため、長期罹患患者は特に消化管腫瘍発生のリスクを念頭に置き、早期診断・治療を行うことが重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター5

一般演題（ポスター）10　炎症性腸疾患 1

座長：山本 章二朗（いきめ大腸・肛門外科内科）

[P10-2] クローン病、肛門部瘻孔に対するダルバドストロセルの効果

*内野 基[1]、堀尾 勇規[1]、桑原 隆一[1]、楠 蔵人[1]、長野 健太郎[1]、友尾 祐介[1]、福本 結子[1]、今田 絢子[1]、宋 智亨[1]、木村 慶[1]、片岡 幸三[1]、池田 正孝[1]、池内 浩基[1] (1. 兵庫医科大学消化器外科学講座)

【はじめに】クローン病肛門部瘻孔に対し脂肪幹細胞（ダルバドストロセル）注入療法が選択肢となっているが、欧米の介入試験での有効性が検証できずにその使用が中止となる予定である。終了に先立ち、自験例での状況、経過を報告する。【方法】当院で2026年3月までにダルバドストロセルの投与を行った症例の背景、併存治療内容、術後経過について後方視的に検討した。痔瘻の治癒は用指的圧迫でも排液が消失したもの、再燃は排液を伴う瘻管の開放とした。複合寛解は臨床的寛解に加えてMRIでの膿瘍消失とした。【結果】20例にダルバドストロセル投与を行っていた。男女比＝12：８、年齢30.3±8.2歳。痔瘻は原発口1か所が18例、2か所が2例、二次口は1か所15例、2か所例5であった。全例肛門管の狭窄はなしまたは軽度で原発口の縫合閉鎖が可能である症例でありⅡL型または単純なⅢ型であった。併存治療はアダリムマブ、インフリキシマブ、ウステキヌマブ、グセルクマブであり、アダリムマブ治療中止し併存治療なく1年後に再燃した1例が含まれていた。手術からの経過観察期間は693.3±517日であった。8例で再燃を認めた。1年後の累積瘻孔閉鎖率は75%であった。1年以上経過観察可能であった症例は17例で８例に再燃を認めた。術後早期に瘻孔未閉鎖で排液を有する症例でもメトロニダゾールの併用により排液消失となる例も見られた。再燃症例の多くは、排液が時にあるものの、QOL低下することなく経過している。副作用は認めなかった。【結語】狭窄がなく低位の単純な肛門病変に対してダルバドストロセルの治療が行われていた。他施設の報告では瘻孔の縫合閉鎖のみでは再燃が非常に多いとも言われている。プラセボとの比較試験では有意差がなかった経緯があるが経験症例を見ると有用性があるのではと考えた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)
2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター5
一般演題（ポスター）10　炎症性腸疾患 1
座長：山本 章二朗（いきめ大腸・肛門外科内科）

[P10-3] クローン病関連痔瘻癌に対するPelvic Exenterationの治療成績と手術手技の工夫

*今田 絢子[1,2]、木村 慶[1]、奥村 兼汰[1]、松下 和輝[1]、福本 結子[1]、大谷 雅樹[1]、宋 智亨[1]、桑原 隆一[2]、堀尾 勇規[2]、片岡 幸三[1]、内野 基[2]、池内 浩基[2]、池田 正孝[1] (1. 兵庫医科大学消化器外科学下部消化管外科、2. 兵庫医科大学外科学講座炎症性腸疾患外科)

はじめに

クローン病(CD)の増加に伴い、慢性炎症を背景としたCD関連大腸癌の発生も増加している。約8割が直腸肛門部に発生し、外科的切除が基本であるが、断端陽性率や局所再発率が高く、Pelvic exenteration(PE)など侵襲の高い手術が必要となる。特に肛門病変を伴う痔瘻癌ではPelvic sidewallや骨性骨盤の合併切除が求められることがあり、切除ラインの決定が困難である。今回、CD関連痔瘻癌に対するPEの治療成績と手術手技を検討した。

対象と方法

2017年-2025年、当院でCD関連痔瘻癌に対してPEを行なった11例を対象とし、治療成績を後方視的に検討した。

結果

症例は女性3例、男性8例、年齢の中央値は48歳（34–60）であった。Pelvic sidewall合併切除が9例（81.8%）、骨性骨盤切除が5例（45.5%：恥骨3、仙骨2）、筋皮弁による骨盤会陰再建が10例（90.9%）であった。手術時間の中央値は885分（783-998）、出血量は668mL（230-1750）で、R0切除は8例、R1切除は3例であった。術後合併症（Clavien–Dindo grade3以上）は6例（54.5%）に発生し、骨盤内液貯留5例、イレウス1例であった。

手術手技の要点

CD関連痔瘻癌では腫瘍が肛門挙筋を超えて、内閉鎖筋方向へ浸潤することがしばしば認められる。そのため、多くの症例で骨盤内臓全摘+内閉鎖筋合併切除が必要となる。

手術においては、腹腔側からは閉鎖孔、会陰側からは大臀筋をメルクマールに内閉鎖筋を確認し、両側から坐骨を露出しながら内閉鎖筋を処理し、閉鎖孔近傍でランデブーすることがポイントである。また、内閉鎖筋を超える浸潤が見られる際には恥骨合併切除により、十分なマージン確保が可能となる。加えて、広範な会陰切除を要することも多く、形成外科の協力は不可欠である。

結論

CD関連痔瘻癌に対するPEは侵襲が大きいが、根治を目指す上で有効な手術である。当院での治療成績と切除・再建の工夫を報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター5

一般演題（ポスター）10　炎症性腸疾患 1

座長：山本 章二朗（いきめ大腸・肛門外科内科）

[P10-4] クローン病の腸管皮膚瘻に合併した扁平上皮癌の1例

*河野 貴博[1]、井原 啓佑[1]、石田 和之[2]、宮下 将太郎[1]、上野 綸[1]、蜂谷 裕之[1]、石塚 満[1]、水島 恒和[1] (1. 獨協医科大学病院下部消化管外科、2. 獨協医科大学病院病理診断科)

【緒言】クローン病は腸管全層に炎症を来す炎症性腸疾患であり, 腸管，膀胱，後腹膜に内瘻, 皮膚に外瘻を来すことがある. 炎症性腸疾患による長期炎症が消化管癌のリスクとなることが知られている, 今回我々は, クローン病による腸管皮膚瘻に合併した扁平上皮癌の1例を経験したので報告する.

【症例】67歳の男性, X-51年に急性虫垂炎の疑いに対し回盲部切除術施行され, 病理結果からクローン病（小腸大腸型）と診断された. 家族歴に特記事項はなく, 飲酒歴なし, 喫煙歴なし. クローン病以外は, 非アルコール性脂肪肝と胆嚢摘出術の既往歴あり. X-51年に十二指腸-結腸瘻, 空腸-結腸瘻, 小腸-皮膚瘻に対して瘻孔切除術が施行され, X-41年にも内瘻（回腸-横行結腸瘻）, 外瘻（小腸-皮膚瘻）が再燃し, 回腸・横行結腸切除が施行されている. X-1年より右下腹部痛を自覚し, 皮膚腫瘍の増大および腸液漏出を認め, 皮膚生検にて扁平上皮癌が検出され, X年当院紹介となった. 腹部造影CTで右下腹部に腹壁から突出する隆起性病変あり. 近傍の上行結腸から皮膚の軟部組織にかけて連続する不均一な造影効果を伴う腫瘍が認められた. 皮膚腫瘍部と瘻孔を形成する腸管の合併切除を計画し, 回腸-結腸吻合部と腹壁腫瘍を切除した. 皮膚欠損部については, 形成外科手技にて左大腿皮弁を挙上し, 皮弁移植を行った. 術後合併症として十二指腸穿孔を生じ, 手術を含めた集学的治療を行うも術後163病日に死亡退院となった.

【考察】医中誌にて,「クローン病」「扁平上皮癌」のkey wordで検索した結果, クローン病の腸管皮膚瘻に合併した扁平上皮癌の本邦での報告は1例のみであり, 本例が2例目と考えられる. 本症例は長期間にわたり外瘻に対して薬物療法がおこなわれ，軽快と増悪を繰り返す中で瘻孔から扁平上皮癌が発生したものと推測された. クローン病の腸管病変の内瘻や外瘻は薬物療法が一時的に有効であっても基本的には不可逆な病変であり，技術的難易度の高い症例が多いが, 外科的に病変を切除することが検討される. 病変部を切除することで後の薬物療法が容易になり，クローン病関連腫瘍のリスクを回避できる可能性がある.

【結語】クローン病の腸管皮膚瘻に合併した扁平上皮癌の1例を報告した.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター5

一般演題（ポスター）10　炎症性腸疾患 1

座長：山本 章二朗（いきめ大腸・肛門外科内科）

[P10-5] クローン病直腸切断術後の長期経過中に遺残瘻管由来痔瘻癌を認めた1例

*工代 哲也[1]、岡本 欣也[2] (1. こにし胃腸内視鏡・肛門クリニック武蔵野院、2. 東京山手メディカルセンター)

クローン病に合併する痔瘻癌は早期診断が困難であり、進行癌として発見されることが多い。予後改善のため、根治困難な複雑痔瘻に対しては直腸切断術も治療選択肢の一つとなる。
今回、クローン病複雑痔瘻に対する直腸切断術後の長期経過中に、会陰部腫瘤を契機に遺残瘻管由来の痔瘻癌を認めた1例を経験したため報告する。
症例は43歳女性。1986年にクローン病と診断され、1987年に痔瘻を認めた。2010年に当院紹介受診となり、大腸全体の壁肥厚・短縮、回盲部内瘻、複雑痔瘻を認めたため、結腸全摘・回腸人工肛門造設術を施行した。痔瘻癌発生の可能性を考慮し、2013年に直腸切断術を施行した。その後は内科的治療下に経過観察されていたが、2024年8月頃より会陰部腫瘤を自覚した。骨盤造影MRIでは膣後壁近傍から右後方へ進展する不良肉芽様病変を認めた。また、小腸造影検査で中部回腸からストーマにかけて狭窄を認めたため、小腸切除および会陰部腫瘤切除術を施行した。術中、直腸切断術後創右側（痔瘻瘢痕部）に腫瘍露出を認め、迅速病理検査で腺癌と診断された。病変は膣右側壁から下壁近傍まで及んでおり、慎重に剥離切除を行い、迅速病理検査で断端陰性を確認した。
術後は外来にて経過観察中であり、現時点で再発を認めていない。
クローン病に対する直腸切断術後であっても、遺残瘻管を母地とした発癌を来しうるため、長期的な経過観察が重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター5

一般演題（ポスター）10　炎症性腸疾患 1

座長：山本 章二朗（いきめ大腸・肛門外科内科）

[P10-6] 炎症性線維芽細胞に寄与する刺激因子の検討

*井上 湧斗[1]、三上 洋平[1]、水島 一郎[1]、田島 百合[1]、伊藤 虎太郎[1]、吉松 裕介[1]、清原 裕貴[1]、杉本 真也[1]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学（消化器))

【背景】
炎症性腸疾患や腸管線維化病変では、炎症性サイトカインや微生物由来シグナルに応答して特徴的な炎症性線維芽細胞集団が出現する。われわれはこれまでに、実験的腸炎組織においてCol1a1など線維化関連遺伝子を高発現する炎症性線維芽細胞集団を同定しているが、その分化・誘導機構は十分に明らかではない。
【目的】
腸炎組織で出現する炎症性線維芽細胞の誘導に寄与する刺激因子を同定することを目的とした。
【方法】
マウス大腸由来線維芽細胞を単離し、In vitroでLPS刺激を行った。刺激後の細胞を回収し、RNA-sequencingによる網羅的遺伝子発現解析データを取得、解析を行った。さらに、実験的腸炎モデルから得られた炎症性線維芽細胞の遺伝子発現シグネチャーとの比較解析を行い、LPS刺激による炎症性線維芽細胞形質の誘導能を評価した。
【結果】
LPS刺激により線維芽細胞の遺伝子発現プロファイルは大きく変化した。特に、炎症性線維芽細胞に特徴的なコラーゲン関連遺伝子や炎症関連遺伝子群の発現上昇が認められた。遺伝子セット解析では、LPS刺激線維芽細胞が腸炎組織由来炎症性線維芽細胞の転写プログラムと高い類似性を示した。また、炎症応答や自然免疫応答に関連する経路の活性化が認められた。これらの結果から、微生物由来シグナルを介したTLR経路の活性化が、腸炎に伴う炎症性線維芽細胞の形成に重要な役割を果たすことが示唆された。
【結論】
RNA-sequencingを用いた比較解析により、LPS刺激は腸炎組織で認められる炎症性線維芽細胞の転写プログラムを再現することが示された。TLRシグナルは炎症性線維芽細胞の形成を制御する重要な経路であり、炎症性腸疾患における病態形成や線維化進展の理解につながる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター5

一般演題（ポスター）10　炎症性腸疾患 1

座長：山本 章二朗（いきめ大腸・肛門外科内科）

[P10-7] 直腸肛門管粘液癌に対する術前治療後の画像学的効果判定と組織学的効果の 乖離に関する検討

*福田 健太[1]、荻野 崇之[1]、赤澤 英[1]、辻 嘉人[1]、深田 晃生[1]、関戸 悠紀[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院消化器外科)

【目的】
粘液癌は大腸癌の3–10%を占める稀少組織型であり, 通常型腺癌と比較して化学療法および放射線療法に対する感受性が低く, 予後不良とされる. 一方で, 術前治療後も粘液成分を反映した腫瘍像が画像上残存しうることから, 画像学的効果判定と組織学的治療効果が乖離する可能性がある. 本研究では, 直腸肛門管粘液癌に対する術前治療後のRECIST評価と組織学的治療効果の関連を検討した.
【方法】
2011-2025年までに当院で術前治療を施行した, 病理診断上mucと記載された直腸肛門管粘液癌25例を対象とした. Total neoadjuvant therapy例および病歴詳細不明例は除外した． 画像学的治療効果はRECISTに基づき評価し, CR/PRを奏効, SD/PDを非奏効と定義した. 組織学的治療効果ではGrade1b以上を奏効と定義した. 各症例において画像学的奏功の有無と組織学的奏効の有無を対応させ, 両者の一致・不一致を検討した. さらに, 術前治療内容によりCRT群と化学療法群に分け, 乖離症例の分布を検討した.
【結果】
年齢の中央値は55歳であり, 性別は男性/女性は19/6例であった. 腫瘍主座（Ra/Rb/P）はそれぞれ1/15/9例であり, 術前治療例はCRT群14例, 化学療法群11例であった. cT4b症例はCRT群 36.3%, 化学療法群 30.0%であり, N陽性症例はCRT群 54.5%, 化学療法群 70.0%であった. 画像学的効果と組織学的治療効果の不一致は13例(52.0%)と約半数に認めた. 画像学的非奏効にもかかわらず組織学的奏効を示した症例は, CRT群で12例中10例(83.3%), 化学療法群で9例中1例(11.1%)であった. 各治療群全体における組織学的奏効率もCRT群で有意に高かった（85.7% vs 9.1%, $p<0.01$）.
【結語】
本検討では, 直腸肛門管粘液癌において術前治療後の画像学的効果判定と組織学的治療効果に乖離を認めた. CRT後では画像学的非奏効例であっても組織学的奏効を示す症例が多く, 画像評価のみでは治療効果を過小評価する可能性が示唆された.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター6

一般演題（ポスター）11　小腸疾患

座長：大地 貴史（久留米大学外科学講座）

[P11-1] 腸閉塞を契機に見つかった小腸濾胞性リンパ腫の１例

*池田 純[1]、川島 市郎[1] (1. 京都民医連中央病院外科)

[P11-2] 腸重積と高度貧血を契機に発見された小腸神経鞘腫に対し腹腔鏡下切除を施行した1例

*武田 和[1]、能浦 真吾[1]、内藤 敦[1]、吉原 輝一[1]、廣濱 匠[1]、北川 彰洋[1]、原 豪男[1]、武岡 奉均[1]、原 尚志[1]、富原 英生[1]、村上 昌裕[1]、宮本 敦史[1] (1. 堺市立総合医療センター消化器外科)

[P11-3] 集学的治療を行った高度進行小腸癌の1例

*小岩井 智美[1,2,3]、阿尾 理一[1]、小川 均[1]、西山 潔[1]、西川 誠[1]、山寺 勝人[1]、安部 紘生[1]、假屋 理沙[1]、一尾 幸輝[1]、市沢 展真[1]、國島 直晃[2]、松永 絢乃[3]、猛尾 弘照[3]、神藤 英二[1] (1. 自衛隊中央病院外科、2. 自衛隊中央病院放射線科、3. 自衛隊中央病院病理診断科)

[P11-4] リンパ節転移を伴う原発性小腸腺癌の1例

*米田 直樹[1]、廣田 昌紀[2]、木村 泰斗[1]、谷澤 佑理[1]、長江 歩[1]、藤野 志季[1]、木戸上 真也[2]、澤田 元太[1]、文 正浩[1]、永井 健一[2]、福永 浩紀[1]、森本 修邦[1]、森田 俊治[1]、福地 成晃[2] (1. 市立伊丹病院外科、2. JCHO星ヶ丘医療センター外科)

[P11-5] 小腸重積を契機に診断された小腸炎症性線維性ポリープの1例

*真鍋 和也[1]、大野 陽介[1]、数井 啓蔵[1]、正村 裕紀[1]、若山 顕治[1]、城ノ口 悠生[1]、城ノ口 はるな[1]、檜山 周作[1] (1. JCHO北海道病院外科)

[P11-6] 画像所見から術前に神経鞘腫を疑い得た小腸間膜原発神経鞘腫の1例

*板倉 弘明[1]、吉田 将真[1]、梶原 淳[1]、新井 勲[1]、木村 聡宏[1]、谷川 隆彦[1] (1. 医療法人　川崎病院　外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター6

一般演題（ポスター）11　小腸疾患

座長：大地 貴史（久留米大学外科学講座）

[P11-1] 腸閉塞を契機に見つかった小腸濾胞性リンパ腫の１例

*池田 純[1]、川島 市郎[1] (1. 京都民医連中央病院外科)

79歳女性。虫垂切除術、子宮全摘術の既往がある。腹痛で救急外来を受診され、CT検査にて小腸閉塞の診断となり入院となった。CTでは閉塞部に一致して小腸壁肥厚を認め腸間膜リンパ節が多数腫大し、腫瘍性腸閉塞を疑う所見であった。入院翌日にイレウスチューブを留置し６日目にチューブ造影を行ったところ漏斗状の閉塞部を認めた。入院７日目にCTを再検したところ、小腸壁の肥厚は改善なく固形物の通過は不可能と判断した。小腸リンパ腫を疑い、入院１２日目に腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した。約3cmの白色調に腫大した小腸を認め、これを中心に約２０ｃｍの小腸を部分切除した。病理検査ではfollicular lymphomaの診断であった。特に問題なく経過し術後１０日目に退院となった。PET-CTを撮像したところ小腸間膜以外に顎下・頸部・腋窩・肺門や胃・十二指腸・小腸にも集積が多数あり、腫瘍内科にて高腫瘍量で化学療法の適応と判断された。術後４２日目よりベンダムスチン/リツキシマブ療法（BR療法）を開始し、約６ヶ月後のPET-CTにてCRを得られた。抄録作成時点でCR確認後約４ヶ月となるが、明らかな再発徴候は認めていない。小腸原発の悪性リンパ腫のうち、腸閉塞で発見されるのは比較的進行の早いDCBCLなど高悪性度のリンパ腫が多く、濾胞性リンパ腫などの低悪性度リンパ腫はまれである。文献的考察を含めて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター6
一般演題（ポスター）11　小腸疾患
座長：大地 貴史（久留米大学外科学講座）

[P11-2] 腸重積と高度貧血を契機に発見された小腸神経鞘腫に対し腹腔鏡下切除を施行した1例

*武田 和[1]、能浦 真吾[1]、内藤 敦[1]、吉原 輝一[1]、廣濱 匠[1]、北川 彰洋[1]、原 豪男[1]、武岡 奉均[1]、原 尚志[1]、富原 英生[1]、村上 昌裕[1]、宮本 敦史[1] (1. 堺市立総合医療センター消化器外科)

【背景】
消化管神経鞘腫はSchwann細胞由来の稀な間葉系腫瘍であり、胃に好発し、小腸原発例は極めて稀である。画像・内視鏡所見はいずれも非特異的で、術前診断は困難とされる。成人の腸重積は腫瘍性病変を先進部とすることが多く、器質的疾患の存在を念頭に置いた精査が重要である。
【症例】
70歳代男性。ふらつき・めまいを主訴に受診し、高度貧血（Hb 4.5 g/dL）を認めた。消化管出血を疑い精査を行ったが、上下部内視鏡検査では明らかな出血源を認めなかった。造影CT検査にて、空腸に腫瘍を先進部とする腸重積所見を認めた。ダブルバルーン内視鏡ではTreitz靱帯近傍の空腸に約4 cm大の粘膜下腫瘍を認め、生検では消化管間葉系腫瘍が疑われた。診断的治療を兼ねて腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した。腫瘍はTreitz靱帯から約15 cm肛門側の空腸に位置し、腸重積を伴っていた。腹腔鏡下に安全に整復・切除が可能であった。術後経過は良好で、術後7日目に退院した。病理組織学的には紡錘形細胞の増生を認め、免疫組織化学染色でS-100およびSOX10陽性、c-kit、CD34、DOG1陰性であり、小腸神経鞘腫と診断した。
【考察】
小腸神経鞘腫は腹痛、出血、腸重積などで発見されるが、術前に確定診断を得ることは困難である。特に腸重積を伴う小腸腫瘍では悪性腫瘍の可能性も考慮する必要があり、外科的切除が診断および治療の両面で重要となる。さらに成人腸重積は腫瘍性病変の関与が高率であることから、早期に外科的介入を検討することが臨床的に重要である。また、腹腔鏡下手術は低侵襲であり、診断的切除としても有用なアプローチと考えられる。加えて、小腸病変は内視鏡的評価が困難な場合も多く、外科的切除による確定診断の意義は大きい。本症例は高度貧血と腸重積を契機に発見された稀な小腸神経鞘腫であり、低侵襲に治療し得た。
【結語】
腸重積および高度貧血を契機に発見された小腸神経鞘腫の1例を経験した。原因不明の貧血や腸重積を伴う小腸腫瘍では本疾患も鑑別に挙げ、外科的切除を念頭に置いた診療が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター6

一般演題（ポスター）11　小腸疾患

座長：大地 貴史（久留米大学外科学講座）

[P11-3] 集学的治療を行った高度進行小腸癌の1例

*小岩井 智美[1,2,3]、阿尾 理一[1]、小川 均[1]、西山 潔[1]、西川 誠[1]、山寺 勝人[1]、安部 紘生[1]、假屋 理沙[1]、一尾 幸輝[1]、市沢 展真[1]、國島 直晃[2]、松永 絢乃[3]、猛尾 弘照[3]、神藤 英二[1] (1. 自衛隊中央病院外科、2. 自衛隊中央病院放射線科、3. 自衛隊中央病院病理診断科)

【症例】41歳男性。【現病歴】右精巣腫瘍の診断で当院泌尿器科へ紹介され、右高位精巣摘出術を施行した。組織学的に消化管原発腺癌の精巣転移が疑われ当科紹介となった。【血液検査】CEA、CA19-9、AFP、高感度PSA、可溶性IL-2Rはいずれも基準範囲内であった。【胸腹骨盤部造影CT】上部空腸および直腸に全周性壁肥厚を認め、頸部、縦隔、肺門、傍大動脈、腸骨動脈周囲、鼠径部に多発リンパ節腫大を認めた。肝に無数の低吸収結節、両肺に多発結節影を認めた。【小腸内視鏡検査】トライツ靭帯を越えた空腸に3型腫瘍を認め、壊死を伴う白苔付着を伴い狭窄のためファイバーは通過困難であった。造影でapple core signを呈し、生検で腺癌を認め小腸原発腺癌と診断した。【大腸内視鏡検査】直腸RS～Raに全周性浮腫状壁変化と狭窄を認めたが、上皮性変化に乏しく潰瘍・びらんは認めなかった。【経過】以上より小腸癌原発、多発肺・肝転移、遠隔リンパ節転移、腹膜播種、精巣転移および直腸転移と診断した。FOLFOX療法を開始後速やかにPRを得て12クール継続したが、末梢神経障害のためオキサリプラチンを中止しフッ化ピリミジン主体で13クール継続した。以後はSDを維持し、計25クール（約12か月）施行した。直腸転移増大に伴う排便困難を認めPDと判断し、小腸原発巣切除および腹会陰式直腸切断術を施行した。術後FOLFIRI療法を1クール導入したが、腹膜播種進行による小腸狭窄およびイレウスを発症し、小腸―横行結腸バイパス術を施行した。その後も病勢進行し、骨盤内病変（両側大殿筋、右閉鎖筋、両側梨状筋転移）および小脳転移に対する放射線治療を含む緩和治療へ移行し、診断後1年4か月で永眠された。【考察】小腸癌は稀で予後不良とされ、精巣転移および直腸転移はいずれも極めて稀な転移形式である。遠隔転移を伴う小腸癌は集学的治療が必要となるが、エビデンスの少ない領域で方針決定に苦慮することも多い。本症例の臨床経過および治療選択について文献的考察を加え報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター6

一般演題（ポスター）11　小腸疾患

座長：大地 貴史（久留米大学外科学講座）

[P11-4] リンパ節転移を伴う原発性小腸腺癌の1例

*米田 直樹[1]、廣田 昌紀[2]、木村 泰斗[1]、谷澤 佑理[1]、長江 歩[1]、藤野 志季[1]、木戸上 真也[2]、澤田 元太[1]、文 正浩[1]、永井 健一[2]、福永 浩紀[1]、森本 修邦[1]、森田 俊治[1]、福地 成晃[2] (1. 市立伊丹病院外科、2. JCHO星ヶ丘医療センター外科)

【背景】小腸癌は全消化管悪性腫瘍の1-2%と稀であり、症状も非特異的であり早期診断が困難なため、診断時にリンパ節転移や遠隔転移を伴う進行例が多い。今回、我々はリンパ節転移を伴う原発性小腸腺癌の1例を経験したので報告する。
【症例】50歳代、男性。下腹部痛を主訴に消化器内科を受診、CTにて小腸の壁肥厚を認め、小腸炎疑いと診断され、絶食抗生剤で治療を受けた。保存加療で改善せず、小腸内視鏡検査を施行、所見にて空腸に全周性狭窄を伴う粘膜肥厚および、粘膜壊死を認め、小腸腫瘍と診断された。生検では粘膜壊死であり、評価困難であったが、第一に悪性リンパ腫が疑われた。小腸腫瘍の精査、加療目的に外科紹介となり、小腸腫瘍切除術を施行した。
【手術所見】腹腔鏡下小腸腫瘍切除を試みたが、腫瘍は回腸間膜および虫垂に炎症性に強固に癒着し、浸潤が疑われたため、開腹に移行した。腫瘍周囲の小腸間膜および、浸潤が疑われる回腸間膜にリンパ節腫大を認めたため、SMA本管に沿って空腸間膜の切除と腫瘍を含む空腸を60cm切除、回腸間膜と虫垂を合併切除した。
【病理】Adenocarcinoma, Jejunum, type3, 70×100mm, por1,int, INFb, Ly1,V1,pPM0(350mm), pDM0(120mm),pRM0, pT3(SS)N1b(3/23)M0 と診断、リンパ節転移を伴う原発性小腸癌と診断された。
【術後経過】術後合併症なく第5病日に退院となった。術後外来にてXelox療法を施行、経過中にStageIV肺癌を認め、現在肺癌に対する化学免疫療法中である。
【考察】小腸癌は症状に乏しく進行例が多いが、本症例では下腹部痛を契機とした症状から、比較的早期に手術が可能であった。リンパ節転移陽性例に対する術後補助化学療法のエビデンスは限定的であり、本症例において術後補助化学療法が有効であるか、適切なフォローアップが必要である。また再発, 転移を認めた場合、MSIなどの遺伝子検査を行い、集学的に治療を図ることが重要であると考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター6
一般演題（ポスター）11　小腸疾患
座長：大地 貴史（久留米大学外科学講座）

[P11-5] 小腸重積を契機に診断された小腸炎症性線維性ポリープの1例

*真鍋 和也[1]、大野 陽介[1]、数井 啓蔵[1]、正村 裕紀[1]、若山 顕治[1]、城ノ口 悠生[1]、城ノ口 はるな[1]、檜山 周作[1]
(1. JCHO北海道病院外科)

【はじめに】炎症性線維性ポリープは、消化管粘膜下層から発生する非上皮性の炎症性腫瘤である。胃に発生することが多く、小腸に発生する例は比較的まれとされている。今回我々は、小腸炎症性線維性ポリープが先進部となり、小腸重積を発症し、手術加療を要した1例を経験したため、報告する。

【症例】83歳女性。腹痛を主訴に近医を受診した。血液検査にて白血球数 12,300/μL、CRP 20.2 mg/dLと著明な炎症反応の上昇を認めた。腫瘍マーカーは正常範囲内であった。腹部造影CT検査を施行したところ、小腸内に造影効果の乏しい3〜4cm大の腫瘍性病変があり、同部位を先進部とした小腸重積が認められた。腸重積より口側の腸管は著明に拡張しており、小腸腫瘍に伴う小腸重積による腸閉塞症と診断し、緊急で腹腔鏡手術を施行する方針とした。

術中所見では、腹腔鏡下に回腸の腸重責を容易に確認できた。腹部正中を小切開し同部位を体外へ誘導した。重責した腸管の浮腫が著名で腫瘍部と含め小腸部分切除術を施行した。再建は機能的端々吻合を行った。術後に麻痺性腸閉塞を発症したが、保存的加療により術後7日目に改善を認め、術後14日目に経過良好で退院となった。組織学的検査では、粘膜下層を主体に紡錘形を呈する線維芽細胞様の細胞が増殖し、著明な血管増生と、好酸球やリンパ球を主体とする炎症細胞浸潤を認めた。免疫学的検査では、α-SMA（一部陽性）、CD34（少数陽性）を示し、desmin、S-100、c-kit、DOG-1はいずれも陰性であった。以上の所見より、小腸炎症性線維性ポリープと確定診断した。

【考察】小腸炎症性線維性ポリープは臨床的に無症状で経過することが多いが、本症例のように腫瘍が増大すると腸重積を発症し、腹痛や腸閉塞症状を契機に発見されることがある。本疾患は良性で予後良好であるが、術前診断は極めて困難であり、外科的切除後に初めて診断される例が多い。術中では診断がつかないため、悪性所見との鑑別を念頭に手術を行う必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター6

一般演題（ポスター）11　小腸疾患

座長：大地 貴史（久留米大学外科学講座）

[P11-6] 画像所見から術前に神経鞘腫を疑い得た小腸間膜原発神経鞘腫の1例

*板倉 弘明[1]、吉田 将真[1]、梶原 淳[1]、新井 勲[1]、木村 聡宏[1]、谷川 隆彦[1] (1. 医療法人　川崎病院　外科)

症例は80歳代男性。腹部腫瘤を主訴に近医を受診し、精査加療目的に当院消化器内科へ紹介された。上部・下部内視鏡検査では異常所見を認めなかった。単純CTにて55×40mm大の嚢胞変性を伴う腫瘤を認め、手術加療目的に当科紹介となった。
腫瘤は小腸壁に接するが連続性はなく、造影CTでは撮影時期により位置変化を認め、小腸の蠕動に伴う受動的移動と考えられた。周囲を小腸間膜内の血管が取り巻いていたことから小腸間膜由来と判断した。腫瘤は被膜明瞭で乏血性であり、後期相でまだらな造影効果を認めた。
MRIではT2強調像で不均一ながら高信号を主体とし、T1強調像では低信号を示した。
以上より神経鞘腫を第一に疑ったが、デスモイド腫瘍や孤立性線維性腫瘍も鑑別に挙げ手術を施行した。腫瘍は小腸と近接していたため、小腸間膜および小腸の部分切除を行い再建した。
摘出標本の割面は蜂巣状で一部に出血を認めた。病理組織学的には嚢胞形成や硝子線維化、石灰化を伴い、紡錘形細胞の増生を認めた。免疫染色ではS-100陽性、c-Kit陰性、CD34陰性、αSMA陰性であり、Ki-67陽性率は1%未満であったことから神経鞘腫と診断した。
術後経過は良好で術後8日目に退院した。小腸間膜原発神経鞘腫は稀で術前診断は困難である。本症例では被膜明瞭かつ嚢胞変性を伴う乏血性腫瘤という所見が鑑別に有用であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター6

一般演題（ポスター）12　痔瘻

座長：樽見 研（札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック）

[P12-1] 摘出痔瘻組織より見た痔瘻治療に対する今後の展望

*宇都宮 高賢[1]、兼清 信介[1]、竹尾 幸子[2] (1. 兼清外科、2. 防府消化器病センター防府胃腸病院)

[P12-2] III型深部痔瘻の手術成績

*鈴木 麻未[1]、野明 俊裕[1]、荒木 靖三[1]、白水 良征[1]、石井 正之[1]、長田 和義[1]、石橋 英樹[1] (1. 社会医療法人社団高野会　くるめ病院)

[P12-3] 複雑痔瘻に対する温存術ー当院でのSIFT・ISの治療成績ー

*助川 晋作[1]、中田 拓也[2]、大島 康介[1] (1. 北毛保健生活協同組合北毛病院、2. 中田医院)

[P12-4] 多発痔瘻の手術経験について

*吉岡 将史[1]、田中 良明[1]、寺田 俊明[1]、神山 剛一[1]、武田 崇志[1]、村越 雄介[1]、安川 佳美[1]、増田 有香[1]、土屋 洋道[1]、前田 文[1]、山田 麻子[1]、佐藤 兼敏[1]、下里 あゆ子[1]、原 聖佳[1] (1. 寺田病院大腸肛門病センター)

[P12-5] 複雑痔瘻に対するStepwise Pull-Through Anal Ultrasonography（SP-AUS）の診断能の検討：ＭＲＩとの比較検討

*森本 幸治[1]、小泉 岐博[2]、立岡 哲平[1]、田村 周三[1]、久保田 和[1]、菅又 奈々[1]、金澤 周[3]、大塚 新一[1]、久保田 至[1] (1. 西新井大腸肛門科、2. 北千住大腸肛門クリニック、3. 草加西口肛門胃腸クリニック)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター6

一般演題（ポスター）12　痔瘻

座長：樽見 研（札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック）

[P12-1] 摘出痔瘻組織より見た痔瘻治療に対する今後の展望

*宇都宮 高賢[1]、兼清 信介[1]、竹尾 幸子[2] (1. 兼清外科、2. 防府消化器病センター防府胃腸病院)

痔瘻治療に対しては、①発生の原因、②膿瘍形成、③慢性化、④予防及び治療を考慮しなければならない。従来より発表してきた痔瘻手術でenblocで得られた組織89症例のうち肛門腺を認めた症例は、54例（60%）あり、残り40%には肛門腺を認めていない。痔瘻発生には、肛門腺由来のものとそうでないものとがあることになる。【肛門腺由来の痔瘻発生】：痔瘻瘻管内に見られる肛門腺は、痔核内に見られる肛門腺と比較すると内径、外径共に3-5倍に肥大化しており、肛門腺の長さも内外括約筋を貫き最大23.4mmと長くなる。これは、何らかの誘引物質により引き起こされているものと思われる。膿瘍を形成する部位も、肛門腺の先端にあり、途中、異物で肛門腺壁の損傷部位でも炎症細胞の浸潤を認めるものの膿瘍形成はない。肛門腺先端の破壊部位の構成細胞は、増殖円柱上皮から成っている。円柱上皮である胚細胞の増加は、T-細胞由来のPGEを介してロイコトリエンにより増加する可能性もあり今後の研究に期待したい。時間とともに構成細胞である円柱上皮も移行上皮、扁平上皮へと化生する。扁平上皮に生化すると肛門腺周囲の炎症細胞の浸潤は少なくなり、瘻管は閉鎖し痔瘻の一部は終息する。今後どのようなサイトカインが関与してこのような現象が起こるのか、今後の研究課題となる。解明されれば肛門腺由来の痔瘻に対しては、予防薬、治療薬のへの応用も待たれる。【慢性化】：膿瘍形成部位は肉芽形成と膿瘍部の間にスライム状のバイオフィルムの形成を認める。肛門腺の有無にかかわらず膿瘍が形成されると細菌は、抗菌剤等の外部ストレスからの防御、免疫細胞からの攻撃回避のために、バイオフィルムを形成し細菌自体の保護、生存、増殖が可能となり慢性化へと移行する。従って、慢性化を防ぐには、早期のドレナージ、抗菌剤の投与、バイオフィルム除去が必要となる。掻把、ドレナージ、界面活性剤によるバイオフィルムの溶解と抗菌により痔瘻化を防ぐことで治療が可能となる。現在は、バイオフィルムに対する市販品もあり、その応用が期待される。さらに痔瘻瘻管に特化した蛋白溶解剤、腐食抗菌剤を使った新しい治療法が待たれる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター6

一般演題（ポスター）12　痔瘻

座長：樽見 研（札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック）

[P12-2] III型深部痔瘻の手術成績

*鈴木 麻未[1]、野明 俊裕[1]、荒木 靖三[1]、白水 良征[1]、石井 正之[1]、長田 和義[1]、石橋 英樹[1] (1. 社会医療法人社団高野会　くるめ病院)

Ⅲ型深部痔瘻の術式は、ハンレイ法やセトン法、括約筋温存術などがあり、実施施設によって行われる術式はさまざまである。当院でも時期により術式の変遷を経てきた。今回、当院で変遷してきたⅢ型深部痔瘻に対する根治術式ごとの治療成績を検討した。
対象：2018年8月～2026年3月までに当院で施行したⅢ型痔瘻根治術127例のうち、再発治療症例16例・データ欠損13例・未終診/中断19例を除外した、初発Ⅲ型痔瘻根治術79例。
方法：根治術式は、①瘻管くりぬき＋1次瘻管切断、②LIFT、③瘻管くりぬき＋1次瘻管切除（筋弁法）、④瘻管くりぬき＋内括約筋切開、⑤その他(ハンレイ・セトンなど)の5種類。術式ごとの治癒日数、再発率、手術前後の肛門機能を後方視的に検討した。
結果：対象症例79例は、男：女=67例：12例、平均年齢47.1±16.3歳であった。術式による内訳は①38例／②6例／③18例／④11例／⑤6例であった。治癒までの日数(中央値)は、152日／107日／108日／128日／149日であった。再発は8例(20.5%)／3例(50.0%)／2例(9.5%)／1例(9.1%)／0例であった。術前後の静止圧(MRP)の低下率は12.1%／15.3%／17.3%／22.2%／24.3%であり、収縮圧(MSP)の低下率は6.7%／11.6%／1.1%／2.8%／-12.0%であった。(対象期間中に内圧計測器の変更あり、測定単位が変更となったため率で評価した。)MRP/MSPともに低下する症例がほとんどであったが、術後のWexner評価では0-2点程度であり、術後の排便障害はほとんど認められなかった。
以上の検討結果に加え、文献的考察も含めて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター6

一般演題（ポスター）12　痔瘻

座長：樽見 研（札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック）

[P12-3] 複雑痔瘻に対する温存術ー当院でのSIFT・ISの治療成績ー

*助川 晋作[1]、中田 拓也[2]、大島 康介[1] (1. 北毛保健生活協同組合北毛病院、2. 中田医院)

はじめに
痔瘻に対する治療の要点は、術後の肛門機能低下をきたさないようにすること、再発しないよう工夫すること、治癒するまでの期間に患者が悩まされないようにすることだと考える。また痔瘻発生機序としてcrypt-glandular infectionの考え方は広くコンセンサスが得られており、その誘因として緩い便を繰り返し排出することが考えられる。
当院では、原発口の位置、原発巣の位置によらず、温存術として肛門上皮下瘻管•内括約筋切離術（Subcuteneus Incision of Fitula Tract•Internal Sphincterotomy 以下SIFT•IS）を行なっている。また二次瘻管の処理は、インジゴカルミンで染色しfistulectomyを外括約筋まで行い、可能な限り肛門周囲皮膚をのこし、原発巣を掻爬・解放することで根治性を高めるようにしている。また、術前の排便状況を確認し、術前後での排便管理にも注意をしている。当院での複雑痔瘻に対する12年間の治療成績を検討する
症例・結果
2014年4月から2026年3月までの12年間、複雑痔瘻に対しSIFT•ISを施行した50例につき検討。平均年齢53歳（21〜85）、男女比47：3。術前の問診では、確認できる範囲で緩い便を繰り返したタイミングで肛門周囲膿瘍や痔瘻を発症している症例が多かった。また痔瘻分類については隅越分類を使用した。症例数、平均治癒期間を示すと、原発口1ヶ所はⅡLC単独18例2.5ヶ月、ⅡH合併5例5.3ヶ月、原発口2ヶ所はⅡL２本13例3.6ヶ月、ⅡH合併2例7ヶ月、原発口3ヶ所はⅡL3本3例3.5ヶ月、ⅡH合併例はいなかった。また深部痔瘻はⅢB4例8ヶ月、ⅢU5例2ヶ月（治癒期間は電カル移行後2例のみ確認）。再発は原発口1ヶ所ⅡLC1例、2ヶ所のⅡL2本1例とⅡH合併1例、深部痔瘻はⅢB2例の合計5例に認めた
考察・結語
手術方法において再発5例中4例は、原発巣、二次瘻管残存からの再発と思われ、十分に行えていなかったと思われた。原発口処理においては通常の単純痔瘻と同じであるが、複雑化したものについては、再燃・感染悪化の原因となる原発巣や二次瘻管の適切な開放、切除が肝要と思われた

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター6

一般演題（ポスター）12　痔瘻

座長：樽見 研（札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック）

[P12-4] 多発痔瘻の手術経験について

*吉岡 将史[1]、田中 良明[1]、寺田 俊明[1]、神山 剛一[1]、武田 崇志[1]、村越 雄介[1]、安川 佳美[1]、増田 有香[1]、土屋 洋道[1]、前田 文[1]、山田 麻子[1]、佐藤 兼敏[1]、下里 あゆ子[1]、原 聖佳[1] (1. 寺田病院大腸肛門病センター)

多発痔瘻は全痔瘻の中で11.2%とも報告されており、決して稀ではない。当院ではリニア式経肛門的超音波検査の簡便性や低侵襲性、客観性を以前より活用している。超音波では特に深部型や複雑型、再発症例などにも有用であり、複雑な症例の原発巣や病巣の広がりもイメージしやすい利点がある。しかし、今回約数ヶ月という短い期間において、全くの無症状で他の肛門疾患の受診時、また膿瘍の切開排膿後の経過観察中など異時性に多発痔瘻として認めた症例を経験したので、その根治手術術式と併せて報告する。
痔瘻の診療時は単純な病型のみでなく、多発の可能性も念頭に置き、術前、術中も注意が必要である。
さらに多発痔瘻の手術では肛門括約筋の侵襲は大きくなりやすく、術後の変形や括約筋機能障害をよりきたしやすい。高い根治性と肛門形態・機能の温存を両立するために、いくつかの手術手技を組み合わせて、症例に合った手術術式を円滑に進めていく必要がある。
また今回限りの根治手術だけに目を奪われずに今後の新しい痔瘻の発症のリスクも念頭に置き、適切な術式を選択する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター6

一般演題（ポスター）12　痔瘻

座長：樽見 研（札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック）

[P12-5] 複雑痔瘻に対するStepwise Pull-Through Anal Ultrasonography（SP-AUS）の診断能の検討：ＭＲＩとの比較検討

*森本 幸治[1]、小泉 岐博[2]、立岡 哲平[1]、田村 周三[1]、久保田 和[1]、菅又 奈々[1]、金澤 周[3]、大塚 新一[1]、久保田 至[1] (1. 西新井大腸肛門科、2. 北千住大腸肛門クリニック、3. 草加西口肛門胃腸クリニック)

【背景】当院では、痔瘻患者ほぼ全例に対し肛門超音波検査を施行している。複雑痔瘻の診断には、一次口および原発巣の位置、側方への瘻管進展の把握が不可欠である。MRI検査（以下ＭＲＩ）は優れた空間分解能により、複雑痔瘻の診断において非常に有用であるが、肛門科単科の医療機関では検査が困難である場合が多い。肛門超音波検査は、低侵襲かつ外来で手軽に施行できる検査法であるが、再現性や客観性においてMRIに劣る側面がある。我々は、再現性、客観性が高く、MRIとの比較評価が可能となる肛門超音波検査法としてStepwise Pull-through Anal Ultrasonography（以下SP-AUS）を考案した。今回、複雑痔瘻症例について、その有用性を検討した。
【方法】ラジアル式肛門超音波プローベを肛門管の軸方向に挿入し、尿道を12時方向に描出する。その方向を保ちながらプローベをゆっくりと抜いて円形の内肛門括約筋とその外側でＶ字またはＵ字型に描出される恥骨直腸筋を確認する。その位置より静止画を保存し、プローベの方向を保ちながら徐々に引き抜き、一定の間隔とリズムで連続的に静止画像を保存する。内肛門括約筋が描出できなくなる肛門管下縁までこの操作を行う。保存した連続静止画像を、ＭＲＩ検査の画像を参照基準とし、①primary duct（一次瘻管）、②primary lesion（原発巣）、③lateral extension（側方進展）の描出率を評価した。
【結果】2023年から2025年に当院で手術を施行した坐骨直腸窩痔瘻症例のうち、術前にSP-AUSおよびＭＲＩを施行した9例を対象とした。男性9例、年齢44歳（平均値）。隅越分類ⅢU4例、ⅢB5例であった。静止画の撮像数は平均25枚。①primary ductの描出率は7例で78%（ＭＲＩ：9例100%）であった。同様に②primary lesion9例100%（MRI100%）、③lateral extensionは7例78%（MRI100%）であった。
【結語】SP-AUSは複雑痔瘻の病変の評価に有用であった。標準化された撮像法により、再現性の高い評価が可能であり、MRIと並び有用な検査法である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター7

一般演題（ポスター）13　高齢者 1

座長：宮本 裕士（熊本大学病院消化器外科）

[P13-1] 大腸癌と血液がんという2重がんにたいしてがん薬物療法をおこなった高齢者の１例

*岡野 美穂[1]、真貝 竜史[2]、松本 謙一[1]、佐々木 亨[1]、野呂 浩史[1] (1. 市立芦屋病院外科、2. 川西市立総合医療センター外科)

[P13-2] 高齢大腸癌症例に対する腹腔鏡下手術の治療成績の検討

*南 壮一郎[1]、原口 直紹[1]、三上 希実[1]、山平 陽亮[1]、伊丹 偉文[1]、土橋 果実[1]、藤井 渉[1]、額原 敦[1]、古賀 睦人[1]、木村 豊[1] (1. 近畿大学奈良病院消化器外科)

[P13-3] 貧血精査で診断され、経過観察後に再出血を来し、小腸部分切除術を施行した小腸リンパ管腫の一例

*伊勢 夏[1]、水内 祐介[1]、江嵜 就[1]、安藤 陽平[1]、藤本 崇聡[1]、永吉 絹子[1]、松本 奏吉[1]、堀岡 宏平[1]、大内田 研宙[1]、安藤 幸滋[1]、沖 英次[1] (1. 九州大学病院消化管外科)

[P13-4] 85歳以上大腸癌患者における炎症・栄養・サルコペニア複合スコアを用いた術後合併症予測の検討

*大宜見 崇[1]、西田 莉子[1]、岡林 剛史[1]、宮北 寛士[1]、茅野 新[1]、山本 聖一郎[1] (1. 東海大学医学部)

[P13-5] 高齢者肛門管扁平上皮癌に対し化学放射線療法にて臨床的完全奏効が得られた2例

*遠藤 秀生[1]、渋谷 雅常[1]、月田 智也[1]、丹田 秀樹[1]、西山 毅[1]、米光 健[1]、関 由季[1]、笠島 裕明[1]、前田 清[1] (1. 大阪公立大学大学院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター7

一般演題（ポスター）13　高齢者 1

座長：宮本 裕士（熊本大学病院消化器外科）

[P13-1] 大腸癌と血液がんという2重がんにたいしてがん薬物療法をおこなった高齢者の１例

*岡野 美穂[1]、真貝 竜史[2]、松本 謙一[1]、佐々木 亨[1]、野呂 浩史[1] (1. 市立芦屋病院外科、2. 川西市立総合医療センター外科)

我が国を含む多くの国で、高齢者は65歳と定義されており、2023年の時点で高齢化率（総人口に占める割合65歳以上の割合）は29.1%になっている。近年この高齢者の定義が現状に合わない状況 が生じており、日本老年医学会では75歳以上89歳までを高齢者と定義している。高齢者での全身化学療法の適応には、個人差が大きいため、慎重に適応する必要がある。今回、高齢者の2重がんに対して、両がん種の全身化学療法を行った症例を経験したので報告する。症例は89歳女性。貧血および高CEA血症の精査にて盲腸癌との診断となった。ロボット支援下回盲部切除術、D3、R0施行。muc>tub2, pT4(SI, small intestine), INFa, Ly0, V0, Pn0, pPM0, pDM0, pN0(0/31), pStage IIc． adjuvantなしであった。術後3か月のスクリーニングの腹部エコーにて、腹腔内リンパ節腫大（回盲部付近、関門部）および、左頬部、両側頚部のリンパ節腫大を指摘。盲腸癌の再発として一元的には考えにくいため、血液内科に精査依頼したところ、頚部リンパ節生検からB細胞性リンパ腫と診断に至った。リンパ腫に対してリツキシマブを含めた化学療法を1クール施行したところ、腹水出現および皮膚結節出現、CEA上昇をみとめた。皮膚結節生検から大腸癌との診断となり、大腸癌による病勢制御が必要と考え、大腸癌の全身化学療法の開始となった。mFOLFOX6＋Bevacitumabを 3クールで、その後FOLFIRI＋Ramucirumabを1クール施行したのち、BSCとなった。高齢者のがん薬物療法ガイドラインでは、高齢がん患者において，がん薬物療法の適応を判断する方法として，高齢者機能評価を実施することを提案しているが、実臨床ではなかなか難しい。ガイドラインと実臨床を比較して報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター7

一般演題（ポスター）13　高齢者 1

座長：宮本 裕士（熊本大学病院消化器外科）

[P13-2] 高齢大腸癌症例に対する腹腔鏡下手術の治療成績の検討

*南 壮一郎[1]、原口 直紹[1]、三上 希実[1]、山平 陽亮[1]、伊丹 偉文[1]、土橋 果実[1]、藤井 渉[1]、額原 敦[1]、古賀 睦人[1]、木村 豊[1] (1. 近畿大学奈良病院消化器外科)

【背景】
高齢化の進展に伴い，高齢大腸癌患者に対する外科治療の機会は増加している。一方で，80歳以上の超高齢者に対する腹腔鏡下大腸切除術の安全性や有効性に関するエビデンスは依然として限定的である。高齢患者では併存疾患や加齢に伴う生理機能低下を背景に，周術期合併症のリスクが高いことが指摘されている。
【目的】
80歳以上の大腸癌患者に対して施行した腹腔鏡下切除術の短期成績を後方視的に検討し，本術式の安全性および高齢者特有の周術期管理上の課題を明らかにすることを目的とした。
【対象・方法】
2023年4月以降に当院で80歳以上の大腸癌患者に対して腹腔鏡下に原発巣切除を施行した症例を対象とした。患者背景，併存疾患，手術関連因子，術後経過および合併症について解析した。さらに，術前の栄養・炎症状態を反映する栄養指標を算出し，術後転帰との関連を検討した。
【結果】
年齢中央値は83歳で，女性がやや多かった。85歳以上では低BMI傾向を認めた。ASA-PS 2以上は約3割であり，認知機能低下や心疾患などの併存疾患を有する症例が多く，抗血栓薬内服例も散見された。全例で腹腔鏡下手術を完遂し，開腹移行は認めなかった。手術時間中央値は215分，出血量中央値は27mLであった。術後在院日数は14日以上となる症例が多く，医学的要因に加えて転院調整や併存疾患管理の影響が示唆された。Clavien–Dindo分類Grade 2以上の術後合併症は少数であった。PNIおよびGNRIによる検討では，低栄養群で合併症発生率が高い傾向を認めたが，統計学的有意差は認めなかった。
【結語】
80歳以上の大腸癌患者に対しても，適切な術前評価と周術期管理を行うことで腹腔鏡下切除術は安全に施行可能であり，有用な治療選択肢となり得ると考えられた。高齢者においては，手術成績のみならず栄養状態や社会的背景を含めた包括的評価に基づく治療戦略の構築が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター7

一般演題（ポスター）13　高齢者 1

座長：宮本 裕士（熊本大学病院消化器外科）

[P13-3] 貧血精査で診断され、経過観察後に再出血を来し、小腸部分切除術を施行した小腸リンパ管腫の一例

*伊勢 夏[1]、水内 祐介[1]、江嵜 就[1]、安藤 陽平[1]、藤本 崇聡[1]、永吉 絹子[1]、松本 奏吉[1]、堀岡 宏平[1]、大内田 研宙[1]、安藤 幸滋[1]、沖 英次[1] (1. 九州大学病院消化管外科)

症例は86歳男性。黒色便および貧血進行の精査目的に施行した小腸カプセル内視鏡検査で小腸に出血性病変を認めた。経口ダブルバルーン小腸内視鏡検査で回腸に病変を認め、生検で小腸リンパ管腫が示唆された。手術による切除を勧めたが、下血は軽快し、高齢であることから、鉄剤内服で経過観察を希望された。初回診断から3年後、再度黒色便が出現し、既知の小腸リンパ管腫からの再出血が疑われた。再度、経口ダブルバルーン小腸内視鏡検査を施行し、既知の病変を認めた。病変表面からにじむような出血を伴っており、出血源として矛盾しない所見であった。術前に点墨およびクリッピングを行い、臍部に4cmの小開腹で小腸部分切除術を施行した。切除標本の病理組織学的検査では、粘膜から粘膜下層に拡張した大小不同の脈管増生を認め、異形が乏しく扁平なリンパ管内皮細胞を伴っていた。免疫組織化学染色ではD2-40およびERG陽性、CD34陰性であり、小腸リンパ管腫と診断された。術後経過は良好で、再出血なく経過している。小腸リンパ管腫は小腸に発生する稀な良性疾患であり、消化管出血による貧血を契機に発見されることがある。出血源として同定された小腸リンパ管腫では、症状が一旦軽快しても再出血を来す可能性があり、保存的加療を選択する場合にも再出血リスクを念頭に置き、外科的切除の時期を検討する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)
2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター7
一般演題（ポスター）13　高齢者 1
座長：宮本 裕士（熊本大学病院消化器外科）

[P13-4] 85歳以上大腸癌患者における炎症・栄養・サルコペニア複合スコアを用いた術後合併症予測の検討

*大宜見 崇[1]、西田 莉子[1]、岡林 剛史[1]、宮北 寛士[1]、茅野 新[1]、山本 聖一郎[1] (1. 東海大学医学部)

【はじめに】
高齢化に伴い，85歳以上の超高齢大腸癌患者に対する手術機会は増加している。一方で，超高齢者ではfrailty，栄養障害，サルコペニアを背景として術後合併症リスクが高いとされる。近年，炎症指標や栄養指標，骨格筋量評価の有用性が報告されているが，85歳以上に限定した検討は少ない。今回85歳以上の超高齢者大腸癌手術症例において，炎症・栄養・サルコペニア複合スコアの術後合併症予測能を検討することを目的とした。
【対象と方法】
2019年から2026年までに当院で大腸癌に対して手術を施行した85歳以上の患者53例を対象とし，後方視的に検討した。
炎症指標としてneutrophil-lymphocyte ratio（NLR），栄養指標としてgeriatric nutritional risk index（GNRI），サルコペニア指標として腸腰筋指数を評価した。cutoff値はNLR 5以上，GNRI 98未満，腸腰筋指数低値（男性5.2 cm^2/m^2未満，女性3.8 cm^2/m^2未満）と設定した。各異常値を1点とした炎症・栄養・サルコペニア複合スコアを作成し，0点，1点，2–3点の3群に分類した。
主要評価項目はClavien-Dindo分類Grade2以上の術後合併症発生とした。
【結果】
対象53例中，Clavien-Dindo分類Grade2以上の術後合併症は14例（26.4%）に認めた。単独指標では，NLR（p=0.200），PLR（p=0.755），SII（p=0.565），mGPS（p=0.848），GNRI（p=0.552），腸腰筋指数（p=0.149）のいずれも術後合併症との有意な関連を認めなかった。一方，炎症・栄養・サルコペニア複合スコア0群，1群，2–3群におけるGrade2以上合併症発生率はそれぞれ11.1%，27.3%，57.1%と段階的に増加した。ROC解析では，本複合スコアのAUCは0.74であり，単独指標と比較して良好な術後合併症予測能を示した。
【結語】
85歳以上の超高齢大腸癌患者において，単独の炎症・栄養・サルコペニア指標では術後合併症との明らかな関連を認めなかったが，これらを統合した複合スコアは術後合併症予測に有用である可能性が示唆された。超高齢者における周術期リスク層別化への応用が期待される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター7

一般演題（ポスター）13　高齢者 1

座長：宮本 裕士（熊本大学病院消化器外科）

[P13-5] 高齢者肛門管扁平上皮癌に対し化学放射線療法にて臨床的完全奏効が得られた2例

*遠藤 秀生[1]、渋谷 雅常[1]、月田 智也[1]、丹田 秀樹[1]、西山 毅[1]、米光 健[1]、関 由季[1]、笠島 裕明[1]、前田 清[1] (1. 大阪公立大学大学院消化器外科)

【背景】
肛門管癌は下部消化管悪性腫瘍の1-3%を占める比較的稀な疾患であり、そのうち扁平上皮癌は10-20%程度とされる。NCCNガイドラインでは化学放射線療法(Chemoradiotherapy: CRT)が標準治療とされるが、エビデンスの多くはperformance status(PS)良好な症例を対象としており、高齢者やPS不良症例に対する標準治療の外挿には慎重な判断を要する。今回われわれは80歳代の肛門管扁平上皮癌に対しCRTを施行し、臨床的完全奏効(clinical complete response: cCR)を得た症例を2例経験したため報告する。
【症例提示】
＜症例1＞83歳女性。肛門痛を主訴に前医を受診した。肛門部腫瘍の生検にてsquamous cell carcinoma(SCC)の診断となり、当科紹介となった。5-FU+MMC(20%減量)を2コース、放射線治療は59.4Gy/33fr(1.8Gy/fr)を施行した。化学療法2コース終了後に発熱性好中球減少症を認めたが、その他重篤な有害事象はなく治療を完遂。cCRが得られ、4ヵ月無再発生存中である。
＜症例2＞88歳女性。肛門周囲の出血性腫瘤を主訴に前医を受診した。生検にてSCCの診断で当科紹介なった。5-FU+MMC(40%減量)を2コース、放射線治療は59.4Gy/33fr(1.8Gy/fr)を施行した。治療完遂にてcCRが得られた。その後1年2ヵ月無再発生存中である。
【考察】
自験例では、高齢者に対し化学療法を適宜減量しつつ放射線治療は減量せずに完遂することでcCRが得られた。高齢者は全身状態の個人差が大きく、抗癌剤投与量の画一的な基準は存在しない。5-FUに関しては一段階減量しても治療成績に影響しないとの報告もあり、高齢者機能評価や有害事象予測ツール(CARGスコア等)を用いた個別化が肝要である。
一方、強度変調放射線治療の普及により、高齢者でも根治線量を維持できる可能性が示唆された。高齢者肛門扁平上皮癌に対し、化学療法は個別に調整し、放射線治療は標準線量にて開始する治療戦略は有効な選択肢となり得る。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター7

一般演題（ポスター）14　ストーマ１

座長：永吉 絹子（九州大学臨床・腫瘍外科）

[P14-1] 傍ストーマヘルニアに対するsymbotexTM composite meshを用いた腹腔鏡下sugarbeker法の経験

*長谷部 達也[1]、大橋 大成[1]、谷地 孝文[1]、橋本 直樹[1]、木村 昭利[1]、井川 明子[1]、髙橋 義也[1]、笠井 大貴[1]、外崎 龍一[1]、梅原 豊[1] (1. 青森県立中央病院　外科)

[P14-2] 嵌頓を伴う30cmに及ぶ横行結腸ループストーマ脱出に対し自動縫合器を用いた局所修復術を施行した1例

*小針 大輝[1]、小野澤 寿志[1]、渡邊 匠[1]、山下 大和[1]、菅家 康之[1]、本山 一夫[1]、伊藤 泰輔[1]、石井 芳正[1]、河野 浩二[2] (1. 太田西ノ内病院、2. 福島県立医科大学消化管外科学講座)

[P14-3] 横行結腸ストーマ脱出に対し腹腔鏡下結腸固定術を行った1例

*田中 芳憲[1]、宮本 凌[1]、土谷 將悟[1]、庄司 太一[1]、寺岡 均[1]、大平 雅一[1] (1. 社会医療法人ペガサス　馬場記念病院　外科)

[P14-4] ロボット支援下直腸切断術におけるストマ造設の工夫

*加藤 滋[1]、銘苅 正行[1]、知念 徹[1]、国吉 史雄[1]、石野 信一郎[1]、阿嘉 裕之[1]、比嘉 宇郎[1]、宮平 工[1]、花城 直次[1]、西原 実[1]、奥島 憲彦[1] (1. ハートライフ病院)

[P14-5] 一時的人工肛門造設を回避した高リスク直腸癌手術における周術期管理の検討

*林 雅人[1]、北林 大暉[1]、三田 和芳[1]、加藤 一希[1]、藤森 大輔[1]、蒲田 亮介[1]、澤田 幸一郎[1]、小竹 優範[1]、尾山 佳永子[1]、原 拓央[1] (1. 厚生連高岡病院外科)

[P14-6] Hartmann術後の反復するイレウスを、ストマ経路を腹腔内経路から腹膜外経路に変更することで予防できた1症例

*宮永 克也[1]、古元 克好[1] (1. 林病院外科)

[P14-7] 人工肛門造設後に胃下垂により胃内容排出障害を来した1例

*伊藤 諒[1]、門野 政義[1]、森田 覚[1]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部 外科学(一般・消化器))

[P14-8] ロボット支援下直腸切断術後に人工肛門造設時の腹膜外経路に小腸内ヘルニアを来した1例

*宮内 俊策[1]、國末 浩範[1]、杉原 太一[1]、吉浦 雄飛[1]、藤原 亮太[1]、高橋 達也[1]、伊達 慶一[1]、久保 孝文[1]、野﨑 功雄[1]、太田 徹哉[1] (1. 岡山医療センター外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター7
一般演題（ポスター）14　ストーマ１
座長：永吉 絹子（九州大学臨床・腫瘍外科）

[P14-1] 傍ストーマヘルニアに対するsymbotexTM composite meshを用いた腹腔鏡下sugarbeker法の経験

*長谷部 達也[1]、大橋 大成[1]、谷地 孝文[1]、橋本 直樹[1]、木村 昭利[1]、井川 明子[1]、髙橋 義也[1]、笠井 大貴[1]、外崎 龍一[1]、梅原 豊[1] (1. 青森県立中央病院　外科)

症例：81歳女性。
主訴：ストーマ周囲の膨隆
既往歴：子宮筋腫のため子宮全摘術後、直腸癌のためハルトマン手術・両側附属器摘出術、左膝関節置換術後。
現病歴：直腸癌のためハルトマン手術・両側附属器摘出術を受け、以後近医でフォローされていた。術後2年目から傍ストーマヘルニアによる腸閉塞を繰り返しており、術後7年目に手術のため当科へ紹介となった。
身体所見：身長149cm、体重64kg（BMI 29.4）。下腹部正中に手術痕、左下腹部に人工肛門を認める。人工肛門周囲には手拳大の傍ストーマヘルニアを認める。正中創に腹壁瘢痕ヘルニアも合併していた。
画像検査所見：CTではストーマの内側に30mmのヘルニア門を認め、小腸が脱出していた。また下腹部正中に45mmのヘルニア門を認めた。
以上より腹壁瘢痕ヘルニアを合併した傍ストーマヘルニアと診断した。繰り返す腸閉塞のため手術の方針とした。
手術所見：腹腔鏡下腹壁瘢痕ヘルニア・傍ストーマヘルニア修復術（IPOM＋sugarbaker）
右上腹部に小開腹をおき、Lap protector^{TM} を装着し気腹を開始した。腹腔内を観察し、左下腹部に長径5cmの傍ストーマヘルニアと、正中に長径8cmの腹壁瘢痕ヘルニアを認めた。右側腹部・右下腹部に5mmポートを挿入した。ストーマと小腸が癒着していたため、剥離した。
30x20cmのsymbotex^{TM} composite meshの両辺を2x5cm切り取った上で折り返し、コラーゲンコーティング部がストーマを覆うように形成した。メッシュを腹腔内に挿入し、傍ストーマヘルニアと正中のヘルニア門を覆い、後腹膜化した。リライアタック^{TM} を用いて腹壁に固定した。手術時間2時間32分、出血量5gだった。
術後経過は良好で、術後8日目に退院となった。
考察：傍ストーマヘルニアに対する手術はsugarbaker法が代表的だが、mesh erosionなどの合併症が問題となる。またsugarbaker用のメッシュの市販も現状ではない。symbotex^{TM} composite meshを用いたsugarbeker法は、これらのメッシュ関連合併症を回避する有用な方法であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター7

一般演題（ポスター）14　ストーマ１

座長：永吉 絹子（九州大学臨床・腫瘍外科）

[P14-2] 嵌頓を伴う30cmに及ぶ横行結腸ループストーマ脱出に対し自動縫合器を用いた局所修復術を施行した1例

*小針 大輝[1]、小野澤 寿志[1]、渡邊 匠[1]、山下 大和[1]、菅家 康之[1]、本山 一夫[1]、伊藤 泰輔[1]、石井 芳正[1]、河野 浩二[2] (1. 太田西ノ内病院、2. 福島県立医科大学消化管外科学講座)

【背景】ストーマ脱出は造設後の代表的な晩期合併症の一つであるが、高度な脱出や還納不能な嵌頓症例では、装具装着の困難によるQOL低下のみならず、腸管虚血や壊死の危険があるため緊急手術の適応となる。今回、30cmに及ぶ著明な脱出を伴う嵌頓症例に対し、自動縫合器を用いた局所修復術（Stapler repair）を施行した1例を経験したので報告する。
【症例】50歳代、男性。頚椎損傷の既往あり。X年12月、仙骨部褥瘡による重症感染および膀胱直腸瘻の管理目的に、腹腔鏡下横行結腸双孔式人工肛門造設術を施行された。手術から3ヶ月後、ストーマ口側腸管が30cm超にわたって脱出し、受診した。脱出腸管は高度の浮腫とうっ血を呈しており、グラニュー糖散布による浸透圧療法を試みたが還納不能な嵌頓状態であった。造影CTにて血流は維持されていたものの、虚血の進行を懸念し、同日緊急手術の方針とした。
【手術手技】全身麻酔下、仰臥位で施行。脱出腸管は浮腫の影響もあり約40cmと長大であった。腸間膜に対して90°および270°方向の腸管壁を、長軸方向に約20cm電気メスで全層切開した。次いで、切開部よりリニアステープラーを挿入し、ストマ基部から2cm以上の高さを確保しつつ長軸方向に全層切離・縫合を施した。これにより脱出腸管がいわゆる「観音開き」の状態となった。続いて、半周状に展開された内外筒の腸管を、短軸方向に自動縫合器を用いてそれぞれ一括して全層切除・吻合した。ステープルラインの止血および補強を行い、最後に指診にて内腔の十分な開通性を確認し手術を終了した。
【結果】手術時間は30分、出血量は腸液を含め220mlであった。術後経過は極めて良好で、術後3日目より食事を開始し、術後7日目に合併症なく退院となった。
【結語】Stapler repairは、前田らにより報告された簡便かつ迅速に施行可能な術式であり、再発率も0〜3.8%と極めて低い。本術式は単孔式・双孔式を問わず適応可能であり、本症例のような30cmに及ぶ高度な脱出や、緊急を要する嵌頓症例に対しても、開腹を要さず安全かつ低侵襲に施行可能であった。高齢者や全身状態に不安のある症例に対しても、極めて有効な治療選択肢であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター7

一般演題（ポスター）14　ストーマ１

座長：永吉 絹子（九州大学臨床・腫瘍外科）

[P14-3] 横行結腸ストーマ脱出に対し腹腔鏡下結腸固定術を行った1例

*田中 芳憲[1]、宮本 凌[1]、土谷 將悟[1]、庄司 太一[1]、寺岡 均[1]、大平 雅一[1] (1. 社会医療法人ペガサス　馬場記念病院　外科)

【はじめに】ストーマ脱出はストーマ関連合併症の中で比較的頻度の高い晩期合併症であり，横行結腸そして双孔式に多いとされる．今回我々は双孔式横行結腸ストーマ脱出に対し腹腔鏡下結腸固定術を行った1例を経験した．【症例】症例は70歳代男性．下痢を主訴とし消化管精査目的に当院へ紹介受診となった．大腸内視鏡検査で肛門縁から7 cmのRa領域に全周性の腫瘍を認め，生検より低分化型腺癌と診断された．術前精査で大動脈周囲リンパ節転移が疑われcT3N3M1stageⅣとの診断の下，腹腔鏡下に双孔式横行結腸ストーマを造設した．その後，根治切除を目指して放射線化学療法に続く化学療法を施行中，ストーマ造設から3ヶ月後に肛門側腸管のストーマ脱出が出現した．ストーマ造設から8ヶ月後，左腸骨転移が出現するに至り，本人希望で化学療法は中止となり以後，経過観察のみ継続の方針となった．ストーマ脱出はその後，脱出長が10 cmを越え，うっ血から用手還納に難渋する機会が増加したため，ストーマ造設から1年1ヶ月後，腹腔鏡下に肛門側の横行結腸をストーマから左側へ向けて腹壁にbarbed sutureを用いて連続に縫合固定した．術後経過は良好で術2日後に退院した．その後，病勢進行により手術から40日後に永眠された．【考察】ストーマ脱出では脱出腸管の出血，うっ血，虚血や疼痛といった臨床症状を有する場合やパウチ管理が困難な場合は手術適応とされる．これに対する術式は複数報告されているが確立された方法はなく，腹腔鏡下腸管固定術を行った報告は少ない．本症例のように脱出長の長い症例では体腔外で完結させる方法として脱出腸管を切除する場合は辺縁動脈を切離する可能性が高く血流障害の懸念がある．一方で切除せず短縮させるなど他の方法では十分な効果が期待できない．腹腔鏡を用いることで腹腔内を詳細に観察してその成因を把握でき，安全に有効な対処法を取ることが可能となる．そもそも脱出腸管周囲に癒着のないことが予想され，腹腔鏡下腸管固定術は低侵襲かつ簡便な方法として有用と考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター7

一般演題（ポスター）14　ストーマ１

座長：永吉 絹子（九州大学臨床・腫瘍外科）

[P14-4] ロボット支援下直腸切断術におけるストマ造設の工夫

*加藤 滋[1]、銘苅 正行[1]、知念 徹[1]、国吉 史雄[1]、石野 信一郎[1]、阿嘉 裕之[1]、比嘉 宇郎[1]、宮平 工[1]、花城 直次[1]、西原 実[1]、奥島 憲彦[1] (1. ハートライフ病院)

【背景】直腸切断術におけるストマ造設方法は、腸管挙上経路の選択や固定方法など各施設や術者により多少の差異がある。
【目的】当院で行っているロボット支援下直腸切断術におけるストマ造設方法の工夫について報告する。
【方法】当院で施行したロボット支援下直腸切断術症例4例を対象とした。術前にストマサイトマーキングを行い、同部位を約3cmの紡錘形皮膚切開、腹直筋は縦方向にスプリットして開腹し、Lap ProtectorおよびEZ accessを装着して1stポートとした。標本を経会陰的に摘出したのち、ストマ予定腸管を鉗子で把持して気腹を終了した。腹壁固定用に3-0バイクリルで筋膜および腹膜をコの字にかけておき、腹腔内経路で腸管を挙上したのち、腸管壁の漿筋層と水平マットレスになるように縫合結紮した。閉創後にストマ腸管を開放し、真皮-漿膜筋層の外反縫合を行った。この際余剰な腸間膜脂肪織や腹膜垂は切除して成形することを意識した。
【結果】軽度のストマ周囲皮膚炎、肉芽腫形成はみられたが、傍ストマヘルニアやストマ脱出、粘膜皮膚離開、ストマ壊死、陥没などの重篤な合併症は認めなかった。
【結語】腹腔内経路を用いた当院でのストマ造設方法は非常に簡便であり、重篤な合併症もなく安全に施行可能で短期成績は良好であった。長期成績については今後の検討課題である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター7

一般演題（ポスター）14　ストーマ１

座長：永吉 絹子（九州大学臨床・腫瘍外科）

[P14-5] 一時的人工肛門造設を回避した高リスク直腸癌手術における周術期管理の検討

*林 雅人[1]、北林 大暉[1]、三田 和芳[1]、加藤 一希[1]、藤森 大輔[1]、蒲田 亮介[1]、澤田 幸一郎[1]、小竹 優範[1]、尾山 佳永子[1]、原 拓央[1] (1. 厚生連高岡病院外科)

【背景】直腸癌術後の縫合不全は重篤な合併症であり，高リスク症例では一時的人工肛門造設（diverting stoma：DS）が標準的である。しかし，解剖学的制約や社会的背景によりDS造設回避を余儀なくされる場合がある。今回，DS造設を回避し，厳重なドレナージと全身管理により良好な経過を得た高リスクの2例を経験したため報告する。

【症例1】45歳男性。BMI 42の高度肥満。ステント留置後のRs直腸癌に対しロボット支援下低位前方切除術を施行した。高度の内臓脂肪により術野展開に難渋した。吻合後のエアリークテストで1/5周性の吻合部欠損を認め，縫合補強を行った。腹壁の厚さからDS造設が技術的に困難と判断し回避した。骨盤内および経肛門ドレーンを留置し，術後7日間は厳重な絶食・中心静脈栄養管理を行った。術後11日目に合併症なく退院となった。

【症例2】61歳男性。亜閉塞のRa直腸癌で，心機能低下（EF 30%台）およびコントロール不良な糖尿病（HbA1c 11.5%）を合併していた。術前管理後にロボット支援下低位前方切除術を施行した。低位吻合となり縫合不全高リスクと考えられたが，患者のセルフケア能力および家族の支援体制からストーマ管理が困難と判断し，DS造設を回避した。症例1と同様に，骨盤内・経肛門ドレナージと厳密な血糖・栄養管理を継続した。術後10日目に合併症なく退院となった。

【結語】DS造設が困難，あるいは回避が求められる高リスク症例においても，適切なドレナージと術後の徹底した腸管安静・全身管理を組み合わせることで，安全に周術期を管理できる可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター7

一般演題（ポスター）14　ストーマ 1

座長：永吉 絹子（九州大学臨床・腫瘍外科）

[P14-6] Hartmann術後の反復するイレウスを、ストマ経路を腹腔内経路から腹膜外経路に変更することで予防できた1症例

*宮永 克也[1]、古元 克好[1] (1. 林病院外科)

症例：91歳女性
既往歴：内痔核手術、子宮脱手術、 アルツハイマー型認知症、高血圧、白内障、緑内障
2020年1月直腸癌にて、腹腔鏡下ハルトマン手術施行。病理結果：R,type3,8.3×6.7cm,pT3(SS),PN2a(5/7),Mo,pPMo,PDMo,pRMo,Ro,CurA,tub2>tub1,INFa,Ly1c,V1b,Pno,StageⅢb。術後、入院中に小腸イレウスを併発したが保存的に軽快し退院。高齢なので、補助化学療法は施行せず。
同年3月、2021年7月、小腸イレウスにて当院入院し、保存的に軽快。2023年8月、小腸イレウスにて来院。イレウス管挿入し軽快。2023年11月、小腸イレウスにて入院。ストマの挙上腸管近傍にbeakを認め、同部から口側に拡張がみられた。イレウス管挿入し、軽快した。今までイレウスを発症しても、保存的、またはイレウス管挿入で軽快するため、90歳も超えており、家人は手術には消極的であったが、今回は手術を希望され、2023年11月、腹腔鏡下癒着剥離術を施行した。術中所見として、挙上腸管と左側腹部の空間に小腸が嵌りこむことを繰り返していたせいか、小腸と挙上腸管の一部癒着がみられた。同部を剥離し整復し、手術は終えた。術後は順調経過し、退院した。2023年12月再度小腸イレウスにて来院。 CTでは閉塞部位は、ストマ直下、挙上結腸の周囲で小腸の閉塞であった。イレウス管挿入し、軽快し退院した。
2024年4月小腸イレウスにて入院。CTでは依然と同様の小腸イレウスであった。保存的軽快するが、家人に説明し、手術に同意され、同年5月、腹腔鏡下癒着剥離術、人工肛門経路変更術(人工肛門挙上腸管の腹腔内経路から腹膜外経路へ変更)施行。術後は順調経過し、無事退院。以後、イレウスを再発することはなく、癌の再発もなく経過中である。
　腹腔鏡下マイルズ手術やハルトマン手術において、安易に腹腔内経路による単孔式人工肛門造設をしがちであるが、医中誌で検索すると、本症例と同様に挙上腸管と腹壁との間の間隙に小腸が嵌まり込まれイレウスを生じる報告が散見され、今回の当症例は貴重な症例であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター7

一般演題（ポスター）14　ストーマ１

座長：永吉 絹子（九州大学臨床・腫瘍外科）

[P14-7] 人工肛門造設後に胃下垂により胃内容排出障害を来した1例

*伊藤 諒[1]、門野 政義[1]、森田 覚[1]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部 外科学(一般・消化器))

【背景】
人工肛門造設後の摂食障害は臨床上しばしば経験されるが、その多くは腸管由来であり、胃が関与する機序の報告は少ない。特に胃下垂に起因した胃内容排出障害は稀である。
【症例】
症例は90歳男性。上行結腸癌およびS状結腸捻転解除後の良性狭窄に対し、結腸右半切除およびHartmann術を施行した。術後10日目に食後の頻回嘔吐を認めた。禁食としたところ症状は軽快し、術後14日目に食事再開したが、術後18日目に再度嘔吐を認めた。腹部CT検査にて胃の骨盤内まで及ぶ著明な下垂を認め、上部消化管内視鏡では送気により胃体下部大弯の屈曲を認めたことから胃内容排出障害が示唆された。なお、腸閉塞を示唆する所見は認めなかった。胃管挿入により症状は速やかに改善し、食事を分割食としたところ症状の再燃なく経過し退院となった。
【考察】
人工肛門造設後に胃通過障害を来した報告は少なく、既報では人工肛門の挙上腸管と腹壁との間隙に胃が嵌入することで外的圧排を受ける機械的機序が示されている。本症例では明らかな嵌入は指摘し得なかったが、胃が骨盤内まで下垂する著明な位置異常を呈しており、人工肛門との位置関係により胃内容排出障害を来した可能性が考えられた。高齢者においては胃下垂を背景とした本病態が潜在する可能性があり、術後の摂食障害において鑑別として考慮すべきである。また、本症例では分割食により症状の再燃を認めず経過したことから、再手術に先立ち保存的加療を試みる意義が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター7

一般演題（ポスター）14　ストーマ１

座長：永吉 絹子（九州大学臨床・腫瘍外科）

[P14-8] ロボット支援下直腸切断術後に人工肛門造設時の腹膜外経路に小腸内ヘルニアを来した1例

*宮内 俊策[1]、國末 浩範[1]、杉原 太一[1]、吉浦 雄飛[1]、藤原 亮太[1]、高橋 達也[1]、伊達 慶一[1]、久保 孝文[1]、野﨑 功雄[1]、太田 徹哉[1] (1. 岡山医療センター外科)

症例は91歳，男性．直腸癌の診断でロボット支援腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術を施行した．術中所見で腹膜播種を認めたため退院後は近医で化学療法を継続されていた．経過で会陰ヘルニアを認めたため，加療目的に術後9か月目に当科紹介，入院となっていた．入院後に複数回の嘔吐と左側腹部痛を認めたためCTを撮影したところ人工肛門造設時に作成した腹膜外経路へ小腸が嵌頓した内ヘルニアによる腸閉塞の所見を認めた．同日緊急で腹腔鏡下腸閉塞解除術を施行した．術中所見では腹腔鏡で観察した時点ですでに嵌頓は自然解除されていたが，人工肛門として挙上したS状結腸と腹膜の間隙に2㎝大のヘルニア門を認めた．Barbed　Sutureでヘルニア門を縫縮して手術終了した．術後経過は良好で術後2日目に経口摂取を開始し，術後9日目に紹介元へ転院となった．
腹膜外経路での人工肛門造設は傍ストーマヘルニアやストーマ脱出などの合併症が少なく，永久人工肛門造設時に選択されることが多い．今回我々は，腹膜外経路での人工肛門造設後に小腸内ヘルニアを来した稀な1例を経験したので文献的考察を加えて報告する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター8

一般演題（ポスター）15　稀少腫瘍 1

座長：田原 真紀子（とちぎメディカルセンターしもつが）

[P15-1] 腸重積を契機に発見された骨形成性上行結腸腸癌の１例

*坂元 寿美礼[1]、西居 孝文[1]、西村 潤也[1]、福岡 達成[1]、久保 尚士[1]、清水 貞利[1] (1. 大阪市立総合医療センター)

[P15-2] 放射線関連大腸癌に外科的治療を施行した1例

*嵩原 一裕[1]、永仮 邦彦[1]、吉本 次郎[1]、岡 伸一[1]、大内 昌和[1]、小濱 信太郎[1]、野本 潤[1]、大塚 知博[1]、八田 亮輔[1]、五十嵐 萌子[1]、河添 晶[1]、橋爪 茜[2] (1. 順天堂大学医学部附属浦安病院消化器・一般外科、2. 順天堂大学医学部附属浦安病院病理診断科)

[P15-3] 巨大虫垂粘液腫に対するロボット支援下・腹腔鏡併用回盲部切除術の1例

*菅野 優貴[1]、江成 萌[1]、林 くらら[1]、永井 健[1]、吉田 淳[1]、岩﨑 喜実[1]、大目 祐介[1] (1. 筑波記念病院消化器外科)

[P15-4] ロボット支援回盲部切除で切除しえた後腹膜デスモイド腫瘍の1例

*喜多 芳昭[1]、宇都宮 麻子[1]、飯尾 俊也[1]、鶴田 祐介[1]、平野 拓郎[1]、飯野 聡[1]、松田 良一郎[2]、五反田 丈徳[2]、前村 公成[1] (1. 鹿児島市立病院　消化器外科、2. 鹿児島市立病院　泌尿器科)

[P15-5] capecitabine・mitomycin-Cを用いた化学放射線療法を施行し臨床的緩解を得た直腸扁平上皮癌の1例

*鈴木 陽三[1]、大里 祐樹[1]、岩本 和哉[1]、野間 俊樹[1]、松下 克則[1]、新野 直樹[1]、中島 慎介[1]、清水 潤三[1]、川瀬 朋乃[1]、冨田 尚裕[1]、今村 博司[1] (1. 市立豊中病院消化器外科)

[P15-6] 原発巣術後に鼠経リンパ節の自然縮小を認めた肛門管腺癌の1例

*出川 佳奈子[1]、西川 元[1]、小澤 寛太朗[1]、酒江 礼菜[1]、井田 智之[1]、井上 広海[1]、庭野 公聖[1]、堀 佑太郎[1]、喜多 亮介[1]、横山 大受[1]、中西 保貴[1]、水野 礼[1]、中村 公治郎[1]、畑 啓昭[1] (1. 国立病院機構京都医療センター外科)

[P15-7] 当院における3例の低異型度虫垂粘液性腫瘍手術症例についての検討

*塩田 規帆[1]、山本 幸司[1]、四方 祐子[1]、竿尾 光祐[1] (1. 社会医療法人財団大樹会総合病院回生病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター8

一般演題（ポスター）15　稀少腫瘍 1

座長：田原 真紀子（とちぎメディカルセンターしもつが）

[P15-1] 腸重積を契機に発見された骨形成性上行結腸癌の１例

*坂元 寿美礼[1]、西居 孝文[1]、西村 潤也[1]、福岡 達成[1]、久保 尚士[1]、清水 貞利[1] (1. 大阪市立総合医療センター)

骨形成を伴う大腸癌は全体の0.4%程度と非常に稀とされる．また，成人の腸重積も比較的稀であり，小児例を併せた全腸重積症例の2〜5%程度と報告されている．今回われわれは，腸重積を契機に発見された骨形成を伴う上行結腸癌の１例を経験したので報告する．
症例は63歳男性．動機、頻脈、発熱を主訴に当院循環器内科を受診した．原因精査目的に施行した胸腹部CT検査で，発熱の原因となる所見は不明だったが，回盲部に石灰化を伴う腫瘤を先進部とする腸重積を認め、当科紹介となった．腸閉塞症状を認めなかったため術前精査を行った．下部消化管内視鏡検査では，上行結腸に1型の隆起性病変を認め，内視鏡の通過は不可能であった．同部位より生検し、結果はTubler adenocarcinoma, Group5であった．待機的手術の方針とし，上行結腸癌cT2N0M0，cStage Iに対してロボット支援下腹腔鏡下回盲部切除術，D3リンパ節郭清を施行した．腫瘍径は92×76mmで，病理組織学的検査では，pT3（SS）N0M0，pStage Ⅱa，Tublar adenocarcinoma, moderately differented typeで，腫瘍内に化生性骨形成を認めた．術後2日目に麻痺性イレウスを認めたが，イレウス管を留置し速やかに改善し，術後15日で退院した．現在術後２ヶ月が経過し，外来にてフォローを継続している．
大腸癌における骨形成の発生機序は未だ明確ではない. 腫瘍細胞や間質細胞から分泌されるbone morphogenetic protein（BMP）などの骨形成因子の関与により，間質細胞が骨芽細胞様に分化することが示唆されている．S状結腸や盲腸など可動性の高い部位は腸重積を生じやすい．上行結腸は通常後腹膜に固定され可動性が低いため，上行結腸を先進部とする腸重積は全大腸腸重積の約６％程度と比較的稀である．骨形成を伴う大腸癌の予後については不明で、播種や遠隔転移のある症例も報告されている．
骨形成を伴う大腸癌で腸重積を併発した症例の報告は極めて少なく，貴重な症例を経験したので報告する

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター8

一般演題（ポスター）15　稀少腫瘍 1

座長：田原 真紀子（とちぎメディカルセンターしもつが）

[P15-2] 放射線関連大腸癌に外科的治療を施行した1例

*嵩原 一裕[1]、永仮 邦彦[1]、吉本 次郎[1]、岡 伸一[1]、大内 昌和[1]、小濱 信太郎[1]、野本 潤[1]、大塚 知博[1]、八田 亮輔[1]、五十嵐 萌子[1]、河添 晶[1]、橋爪 茜[2] (1. 順天堂大学医学部附属浦安病院消化器・一般外科、2. 順天堂大学医学部附属浦安病院病理診断科)

症例は70歳台、女性。33年前に子宮頸癌に対し広汎子宮全摘術・術後放射線治療(50Gy)の施行歴がある。便潜血陽性に対し下部消化管内視鏡検査を施行したところ、横行結腸に全周性狭窄病変、直腸Raに25mm大LST-NGを指摘された。横行結腸病変は腸閉塞症状なく生検でepithelial neoplasia, Group3-4、直腸Ra病変はESDで0-IIa, 15×9×3mm, epithelial neoplasia(suspicious extremely well differentiated tubular adenocarcinoma), pT1a(SM 800μm), INFa, BD1, Ly0, V0, pHM1, pVM1, ER1の診断となり、外科的治療の方針となった。ご本人より肛門温存の希望があり、腹腔鏡下Hartmann手術・結腸左半切除術(D3郭清)・人工肛門造設術(T/C)を施行した。病理組織診断はT： Type5, 15×15mm, tub1, T2/MP, INFb, Ly0, V0, Pn0, PM0, DM0, N0、Ra：癌遺残なし、であった。横行結腸、直腸ともに全ての切片に放射線性腸炎に合致する所見を認めた。術後経過は良好であった。術後3か月で施行した下部消化管内視鏡検査で残存する盲腸～横行結腸、直腸Rbに放射線性腸炎の所見を認め、隆起性変化からの生検でepithelial neoplasia, Group3-4の診断となった。発癌のリスクを考慮し、再度の外科的治療でロボット支援下直腸切断術・結腸右半切除術(D3郭清)・回腸瘻造設術を施行した。病理組織診断はRb：0-Ⅱa, 25×20mm, tub1, T1a/SM(200μm), INFb, Ly0, V0, Pn0, PM0, DM0, N0、Cecum・C, T： adenomatous lesionであった。前回同様に放射線性腸炎の所見が認められ、放射線関連大腸癌の診断となった。現在、術後1年を無再発経過中である。
放射線関連大腸癌は骨盤内放射線治療から4～10年以上経過して照射範囲内で誘発・発症した大腸癌で、比較的稀とされる。放射線性腸炎の粘膜において内視鏡検査で炎症と癌の識別は困難なことがあり、放射線関連大腸癌の早期診断が遅れることがある。本症例は大腸全体に放射線性腸炎を発症しており、一部で放射線関連大腸癌が誘発され結果的に大腸全摘を施行した症例である。若干の文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター8

一般演題（ポスター）15　稀少腫瘍 1

座長：田原 真紀子（とちぎメディカルセンターしもつが）

[P15-3] 巨大虫垂粘液腫に対するロボット支援下・腹腔鏡併用回盲部切除術の1例

*菅野 優貴[1]、江成 萌[1]、林 くらら[1]、永井 健[1]、吉田 淳[1]、岩﨑 喜実[1]、大目 祐介[1] (1. 筑波記念病院消化器外科)

【背景】
虫垂粘液腫は比較的稀な疾患であり、背景に低異型度虫垂粘液性腫瘍（LAMN）などを含む。術中破裂による腹膜偽粘液腫を回避するため、愛護的操作が重要である。近年、低侵襲手術の報告が増加しているが、巨大病変では操作制限を来す場合がある。
【症例】
75歳、男性。健康診断のCT検査で虫垂の嚢胞状拡張を指摘された。下部消化管内視鏡検査では虫垂口に異常を認めなかったが、腫瘍マーカー上昇傾向のため加療目的に当院紹介となった。病変は10×4cm大で、腹水、播種、破裂所見は認めなかった。虫垂粘液腫の診断で、虫垂癌の可能性も考慮しロボット支援下回盲部切除術、D2郭清を予定した。
【手術】
ポート配置は初めに臍部を小切開しEZアクセス越しに8mmポートを留置し10mmHgの気腹圧で気腹。①右下腹部に8mmポート（バイポーラ）、②下腹部正中に8mmポート（30度斜視鏡）、③左下腹部に8mmポート（カーブドシザース）、④左上腹部に8mmポート（ティップアップ）、⑤助手ポートとして左側腹部に12mmポート（エアシール）とした。内側アプローチで開始し、回結腸動静脈を処理した。巨大虫垂が上行結腸背側へ広範囲に癒着しており、ロボット鉗子の操作角度および可動域に制限を認めたため、安全性を優先して一時的にロールアウトし、腹腔鏡下に外側剥離を施行した。その後再度ロールインし、上行結腸を受動後、小切開創より標本を摘出し機能的端々吻合で再建した。術後経過は良好で、第7病日に退院した。
【考察】
巨大虫垂粘液腫では、腫瘍径や癒着によりロボット操作が制限される場合がある。本症例では腹腔鏡操作を併用することで、安全に低侵襲手術を完遂し得た。巨大病変に対するハイブリッドアプローチは有用な戦略となる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター8

一般演題（ポスター）15　稀少腫瘍 1

座長：田原 真紀子（とちぎメディカルセンターしもつが）

[P15-4] ロボット支援回盲部切除で切除しえた後腹膜デスモイド腫瘍の1例

*喜多 芳昭[1]、宇都宮 麻子[1]、飯尾 俊也[1]、鶴田 祐介[1]、平野 拓郎[1]、飯野 聡[1]、松田 良一郎[2]、五反田 丈徳[2]、前村 公成[1] (1. 鹿児島市立病院　消化器外科、2. 鹿児島市立病院　泌尿器科)

【背景】デスモイド腫瘍は，発症率が100万人あたり2.4～4.3人と比較的まれな単クローン性線維芽細胞性腫瘍で，周囲組織へ浸潤し外科的切除後も局所再発を生じうるが，遠隔転移は来さない．四肢に好発し，後腹膜に発生することはまれである．今回，左尿管周囲後腹膜に発生した孤発性デスモイド腫瘍に対して外科的切除を施行した症例を経験したので，文献的考察を含め報告する．

【症例】症例は25歳男性．左尿管狭窄を伴う後腹膜腫瘍で当院紹介となった．造影CT, 造影MRI, FDG-PET等の精査で，右総腸骨動脈・大動脈・回結腸血管近傍の腸間膜に及ぶ後腹膜腫瘍の診断，泌尿器科と合同で低侵襲手術を行った．泌尿器科は尿管癌に対する腎尿管全摘除術まで検討のため右側臥位のロボット支援下で手術を開始したが，左尿管と腫瘍は剥離可能であった．引き続き当科で回結腸血管および腸間膜を含めた回盲部切除を施行し腫瘍を切除した．病理結果はデスモイド型線維腫であった．

【考察】腹腔内デスモイド腫瘍は．また浸潤傾向が強いため，腫瘍切除の際に周囲臓器の合併切除を伴い，過大侵襲となることが多いこと，術後再発が60%以上の症例で認められること，25% の症例で自然縮小を認めることから，active surveillanceも推奨されている．一方で特徴的な画像所見に乏しいため術前診断に難渋することが多い．近年手術侵襲との関連が指摘されているが，本症例では手術既往はなかった．非常にまれな後腹膜原発のデスモイド腫瘍に対して低侵襲手術で切除しえた1例を経験したので，文献的考察を加えて報告する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター8

一般演題（ポスター）15　稀少腫瘍 1

座長：田原 真紀子（とちぎメディカルセンターしもつが）

[P15-5] capecitabine・mitomycin-Cを用いた化学放射線療法を施行し臨床的緩解を得た直腸扁平上皮癌の1例

*鈴木 陽三[1]、大里 祐樹[1]、岩本 和哉[1]、野間 俊樹[1]、松下 克則[1]、新野 直樹[1]、中島 慎介[1]、清水 潤三[1]、川瀬 朋乃[1]、冨田 尚裕[1]、今村 博司[1] (1. 市立豊中病院消化器外科)

【背景】直腸扁平上皮癌(rSqCC)は直腸悪性腫瘍の1%未満と非常に稀である．この度，われわれは直腸扁平上皮癌に対してcapecitabine (cape)・mitomycin-C (MMC)を用いた化学放射線療法(CRT)を施行し臨床的緩解を得た症例を経験したので報告する．【症例】80歳代，女性．血便を主訴に前医を受診し，精査加療目的に当科を受診された．腫瘍は肛門縁から6cmに下縁を有し後壁中心の半周性病変で，生検で扁平上皮癌と診断された．CT・MRIで右背側リンパ節転移を伴い同病変が右肛門挙筋への浸潤が疑われたが，明らかな遠隔転移は認めず，cT4b(肛門挙筋)N1aM0, cStageIIIcと診断した．日常活動性は保たれているもののポート管理や入院は困難と判断し，患者・家族・病院内で検討を行い，欧米で肛門管扁平上皮癌(aSqCC)の標準治療として採用され，本邦でも直腸癌治療の保険適用とされているcapeとMMCを併用したCRT(cape: 825mg/m^2，放射線治療日のみ朝夕2回内服，MMC: 10mg/m^2，day1, 29静脈投与，放射線照射: 54Gy/30fr)を施行した．Clavien-dindo GradeIIの皮膚びらんを認めたが治療を完遂し，術後1年無再燃経過中である．【結語】遠隔転移を伴わないrSqCCの治療は，aSqCCに準じたCRTが有効で，外科治療は救済治療としてのみ考慮されるとした認識が一般的となっている．入院・ポート管理を要さないcape・MMC併用CRTは選択肢たりうるものと考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター8

一般演題（ポスター）15　稀少腫瘍 1

座長：田原 真紀子（とちぎメディカルセンターしもつが）

[P15-6] 原発巣術後に鼠経リンパ節の自然縮小を認めた肛門管腺癌の1例

*出川 佳奈子[1]、西川 元[1]、小澤 寛太朗[1]、酒江 礼菜[1]、井田 智之[1]、井上 広海[1]、庭野 公聖[1]、堀 佑太郎[1]、喜多 亮介[1]、横山 大受[1]、中西 保貴[1]、水野 礼[1]、中村 公治郎[1]、畑 啓昭[1] (1. 国立病院機構京都医療センター外科)

82歳男性．受診1年前から肛門痛を自覚していたが医療機関を受診していなかった．発熱を契機に当院の救急外来を受診した際に肛門腫瘤を指摘され当科に紹介となった．肛門から10cm程度の腫瘤が突出しており，生検で腺癌を認めた．画像検査では右側の側方リンパ節および右鼠経リンパ節が複数腫大しており，領域外の右下殿血管領域にも腫大リンパ節を認めたため，肛門管癌cT4b(座骨直腸窩脂肪)N3M1(領域外リンパ節) cStageⅣaと診断した．R0切除は困難であり，人工肛門を造設した後に全身化学療法および放射線治療を検討したが，腫瘍が巨大で放射線治療での制御は困難，全身化学療法も高齢であることから薬剤の選択肢が少なく効果的ではないとの判断であった．腫瘍による肛門痛が強く，腫瘍切除の方針とし，鼠経リンパ節転移に対しては術後に放射線治療を行う予定とした．腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術，D3郭清，側方リンパ節サンプリングを施行した．肛門周囲皮膚への浸潤が疑われたため右臀部皮膚を広範に切除し，肛門皮膚の欠損部に対しては皮弁術を行った．術後に会陰創部が離開したものの，局所陰圧療法で離開部は閉鎖した．術後37日目に自宅退院した．病理結果は，深達度はpT4b（肛門挙筋）であったが摘出したリンパ節には転移を認めず，サンプリングした側方リンパ節も転移陰性であった．本人の希望で術後は追加治療を行わずに経過観察の方針としたが，フォローの過程の画像検査では鼠経リンパ節および右下殿血管沿いリンパ節の自然縮小を認め，反応性に腫大したリンパ節であったと考えられた．術後2年の時点でリンパ節は縮小を維持したまま，新規病変を認めず経過している．
肛門管癌の鼠経リンパ節転移陽性例は，転移陰性例と比較して予後不良である．転移陽性例であっても，R0切除が可能である症例に対しては鼠経リンパ節郭清が有効とされるも，本症例は領域外リンパ節への転移があると判断し，鼠経リンパ節郭清は行わず原発巣切除術にとどめた．結果として肛門管癌の病勢コントロールが得られた稀な症例となった．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター8

一般演題（ポスター）15　稀少腫瘍 1

座長：田原 真紀子（とちぎメディカルセンターしもつが）

[P15-7] 当院における3例の低異型度虫垂粘液性腫瘍手術症例についての検討

*塩田 規帆[1]、山本 幸司[1]、四方 祐子[1]、竿尾 光祐[1] (1. 社会医療法人財団大樹会総合病院回生病院)

【はじめに】低異型度虫垂粘液性腫瘍(low-grade appendiceal mucinous neoplasm:以下,LAMN)は大腸癌取り扱い規約第8版より新たに分類され,頻度は虫垂腫瘍の0.08～４％と比較的稀な腫瘍である.組織学的には良性だが,破裂症例では腹膜偽粘液種となる可能性がある疾患であり,取扱いに注意が必要である.今回我々は3例のLAMN症例を経験した.

【症例1】67歳,男性.前立腺肥大のフォローアップ中に,CTで偶発的に虫垂の腫大(134mm×45mm)を指摘された.造影CTにて小範囲の造影効果を伴う壁在結節を認め,粘液産生性腫瘍が疑われ,腹腔鏡下回盲部切除術を実施した.病理組織学的所見ではLAMNと診断された.術後5年間定期的なフォローアップを行ったが無再発で経過した.

【症例2】83歳,女性.交通外傷にて撮影されたCTで偶発的に84mm×34mmの腫大した虫垂を指摘された.造影CTにて壁の造影効果は高く,粘液産生性腫瘍を疑われ,腹腔鏡下虫垂切除術を実施した.病理組織学的にLAMNと診断された.術後5年間無再発で経過した.

【症例3】46歳,女性.人間ドックにて撮影されたCTで,偶発的に17mm×50mmの虫垂腫大が指摘された.造影CTで虫垂壁に部分的な濃染を認め,粘液産生性腫瘍を指摘され腹腔鏡下虫垂切除術を実施した.病理組織委所見でLAMNを背景としたadenocarcinoma(肉眼型0-Ⅱa,pTis,大きさ43mm×30mm×3mm,INFa,Ly0,v0,Pn0,pPM0(15mm))と診断された.術後4年半無再発で経過している.

【考察】虫垂腫瘍は術前に良悪性の鑑別が困難なことが多い.今回は3例とも術前に粘液産生性腫瘍と診断はされているが,最終診断は手術による摘出をしなければ明らかにならなかった.腹膜偽粘液腫の発生を防ぐために,手術操作で虫垂を破裂させないということも重要であるが,3例のうちで最も小さかった症例3がadenocarcinomaであったことを考慮すると,虫垂切除ではなく,リンパ節郭清を伴った回盲部切除も検討すべきであった.比較的稀なLAMNの症例を経験したため,若干の文献的考察を加えて報告する.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター8

一般演題（ポスター）16　診療の工夫とその他疾患 1

座長：林 奈那（広島生活習慣病・がん健診所／ひろしま内視鏡内科クリニック）

[P16-1] 回腸人工肛門から反転脱出した回腸に発症した特発性回腸重積症の１例

*長﨑 高也[1]、佐藤 幹則[1] (1. 蒲郡市民病院)

[P16-2] オンプレミス電子カルテ環境におけるローカルAIを用いたツールの自主開発

*長田 和義[1]、野明 俊裕[1]、石井 正之[1]、石橋 英樹[1]、鈴木 麻未[1]、白水 良征[1]、入江 朋子[1]、荒木 靖三[1] (1. 社会医療法人社団高野会くるめ病院)

[P16-3] 当院における免疫チェックポイント阻害薬関連大腸炎の臨床的検討

*網岡 勝平[1]、福本 晃平[1]、安井 輝[1]、山本 明日香[1]、宮地 真由[1]、依岡 良往[1]、木村 英富[1]、藤石 慎作[1]、藤波 真帆[1]、野中 貴裕[1]、高橋 佑輔[1]、三浦 高裕[1]、寺崎 慶[1]、大矢 寛久[1]、光本 保英[1]、島 俊英[1]、岡上 武[1] (1. 大阪府済生会吹田病院)

[P16-4] 簡易検査としての経口バリウム法の有用性

*野副 安宏[1,2]、緒方 裕[1]、高田 晃男[1] (1. 神代病院、2. 甘木中央病院)

[P16-5] 高密度焦点式電磁技術を用いた骨盤底筋トレーニング機器の導入経験

*藤田 定則[1] (1. 楽クリニック)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター8

一般演題（ポスター）16　診療の工夫とその他疾患 1

座長：林 奈那（広島生活習慣病・がん健診所／ひろしま内視鏡内科クリニック）

[P16-1] 回腸人工肛門から反転脱出した回腸に発症した特発性回腸重積症の１例

*長﨑 高也[1]、佐藤 幹則[1] (1. 蒲郡市民病院)

成人腸重積は比較的まれな疾患であるが，その多くは腫瘍などが先進部となり発症し，先進部のない特発性回腸重積症は比較的まれである．また，人工肛門の脱出は比較的多く経験する人工肛門の合併症であるが，人工肛門部で重積することは極めてまれである．今回我々は，双孔性回腸人工肛門部で回腸重積を来したが，腹腔鏡下に整復し得た１例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する．
症例は７７歳男性．切除不能横行結腸癌のために回腸で二孔性人工肛門を造設し，化学療法を行っていたが，有害事象のため化学療法は中止し，それ以降Best Supportive Care（BSC）の方針で外来通院中であった．日中，脚立に上っての庭木剪定作業後に人工肛門の脱出を自覚した．夕方になって腹満感と腹痛が出現したため，当院救急外来を受診した．回腸人工肛門の口側が重積脱出して人工肛門開口部で嵌頓し，そこを起点に腸閉塞を来していた．用手還納を試みたが嵌頓の解除は困難であった．浮腫状ではあったものの明らかな血流障害は認めたかったため，緊急手術とはせずに翌日の手術方針とした．手術までに腸閉塞の解除のためシリコン製チューブをステントとして口側回腸人工肛門開口部に留置し減圧を行った．手術では腹腔鏡下に口側回腸を腹腔内に牽引し整復，腸切除を行うことなく重積を解除した．術後は回腸穿孔などの合併症を来すことなく経過し，退院後は腸重積の再発を来すことなく外来通院中である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター8

一般演題（ポスター）16　診療の工夫とその他疾患 1

座長：林 奈那（広島生活習慣病・がん健診所／ひろしま内視鏡内科クリニック）

[P16-2] オンプレミス電子カルテ環境におけるローカルAIを用いたツールの自主開発

*長田 和義[1]、野明 俊裕[1]、石井 正之[1]、石橋 英樹[1]、鈴木 麻未[1]、白水 良征[1]、入江 朋子[1]、荒木 靖三[1] (1. 社会医療法人社団高野会くるめ病院)

【はじめに】近年、大規模言語モデル（LLM）をベースとした人工知能（AI）が急速に発展し、医療分野への応用も広がっている。診断・治療の領域では画像診断支援や臨床意思決定支援への研究・導入が先行してきたが、医療機関の経営・業務管理への活用も進みつつある。2024年の米国の調査では、急性期病院の71%が電子カルテと統合した予測AIを活用しており、なかでも請求業務の簡素化や診療スケジューリング支援において急速な普及が報告されている。本邦においても、電子カルテを含めて様々な製品やサービスにAIが用いられるようになり、また医療機関が独自のツールを開発・運用することも可能となっている。
【当院での取り組み】当院ではこれまで、システムエンジニアの知見を有する医事課職員を中心として院内DXに取り組んできた。当院の電子カルテはオンプレミス型であり、診療に用いるすべての端末はインターネット環境から切り離されたものとなっているため、クラウド上での利用が前提となるChatGPTなどの一般的な汎用AIは利用できない。このため、Google社から無料で提供されているオープンソースのローカルAIであるGemma 4を用いて、独自ツールの開発と運用を行っている。その一例として、録画した内視鏡処置の動画を患者IDに自動で紐づけて記録し、電子カルテから簡便に参照できるアプリケーションを開発した。そのほか、外国語での文書や紹介状作成を補助するチャットアプリケーションも運用し、医師事務作業補助者の負担軽減に寄与している。
【考察】前述の独自ツールによる診療・経営上の効果検証までは行えていないが、内視鏡動画記録システムの外注を検討した時点では約600万円のコストが試算されたことから、自院でシステムを開発可能であるということ自体、一定の意義はあると考えられる。働き手の不足や、診療報酬においてもDX・AI活用を前提として人員配置基準が見直されつつあるなど、今後も継続的な取り組みが重要であると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター8

一般演題（ポスター）16　診療の工夫とその他疾患 1

座長：林 奈那（広島生活習慣病・がん健診所／ひろしま内視鏡内科クリニック）

[P16-3] 当院における免疫チェックポイント阻害薬関連大腸炎の臨床的検討

*網岡 勝平[1]、福本 晃平[1]、安井 輝[1]、山本 明日香[1]、宮地 真由[1]、依岡 良往[1]、木村 英富[1]、藤石 慎作[1]、藤波 真帆[1]、野中 貴裕[1]、高橋 佑輔[1]、三浦 高裕[1]、寺崎 慶[1]、大矢 寛久[1]、光本 保英[1]、島 俊英[1]、岡上 武[1] (1. 大阪府済生会吹田病院)

【背景】免疫チェックポイント阻害薬（immune checkpoint inhibitor：ICI）は、各種悪性腫瘍の治療成績向上に寄与している。一方、免疫関連有害事象（immune-related adverse events：irAE）の一つとして大腸炎を認め、重症化すると集学的治療を要する場合がある。ICI使用症例の増加に伴い、ICI関連大腸炎を経験する機会は増加している。今回、当院で経験したICI関連大腸炎症例について後方視的に検討した。
【対象と方法】2020年1月から2026年5月までに、ICI投与後にICI関連大腸炎と診断した10例を対象とした。診療録を用いて、患者背景、原疾患、使用ICI、罹患範囲、治療内容および転帰について後方視的に検討した。
【結果】患者は男性8例、女性2例で、年齢中央値は75歳（47-84歳）であった。原疾患は肺癌6例、膀胱癌1例、胆管癌1例、胸膜中皮腫1例、耳下腺癌1例であった。使用ICIはAtezolizumab 3例、Pembrolizumab 5例、Durvalumab 1例、Ipilimumab＋Nivolumab併用療法1例であった。発症までのICI投与回数中央値は3.5回（2-26回）であった。罹患範囲は直腸3例、直腸-S状結腸1例、直腸-下行結腸1例、横行結腸1例、横行結腸-盲腸1例、直腸-盲腸3例で、広範囲病変も認めた。治療内容はprednisolone（PSL）単独3例、PSL後にInfliximab（IFX）追加2例、IFX単独2例、5-ASA単独1例、5-ASA投与後にPSL追加1例、休薬のみ1例であった。多くの症例で治療介入により症状改善を認めたが、一部では生物学的製剤導入を要した。
【結語】ICI関連大腸炎は罹患範囲や重症度、治療反応性において多様な臨床経過を示した。軽症例では休薬や5-ASAで改善する一方、中等症以上ではステロイドやIFXなどの免疫抑制療法を要する症例も認めた。ICI使用症例の増加に伴い、下痢出現時には本疾患を念頭に置いた早期診断と、重症度に応じた適切な治療介入が重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター8

一般演題（ポスター）16　診療の工夫とその他疾患 1

座長：林 奈那（広島生活習慣病・がん健診所／ひろしま内視鏡内科クリニック）

[P16-4] 簡易検査としての経口バリウム法の有用性

*野副 安宏[1,2]、緒方 裕[1]、高田 晃男[1] (1. 神代病院、2. 甘木中央病院)

はじめに：排便機能検査としてシッツマークによる輸送能検査や便秘検査としての直腸エコー、単純レントゲン検査や注腸検査、内視鏡検査などあるが、
当院では便通異常を訴える症例に対して簡易検査として少量バリウムを内服し、２４時間後に腹部レントゲン検査を行い、IBSなどの診断などに用いている。今回これらに対してRetrospectiveに検討し排便機能推察および下剤選択に使用して有用であったのでこれを報告する。
方法：胃透視用バリウム　１０gを分包し、２５０mlの水と一緒に内服
２４時間後に腹部レントゲン立位、臥位もしくは臥位でレントゲンを撮影
生活は普段と変わらず、内服など制限しない。
バリウムによる拡張の有無、バリウム先進部の部位および形状で判断した。
症例は排便障害や腹痛（排便前後）などを訴えた患者３２例で、男性１３例、女性１９例
年齢は２０歳から９７歳までであった。検査前の下剤使用は２８例、4例が未使用であった。
結果：バリウム先進部が盲腸から横行結腸までに留まり、腸管拡張を認めるものは10例で排泄低下タイプと考えられた。
拡張を認め、先進部が直腸までの７例、下行結腸からS状までの８例は蠕動低下＋亢進と考えられた。
バリウムが直腸まで先進し、拡張がない症例は４例で過排泄タイプと考えられた
拡張がなく、下行からS状結腸に先進する１例は正常や直腸型などが考えられた。
また拡張はないが横行結腸までにとどまる２例を認めた。
主訴で便秘と下痢を訴える３例があったが蠕動低下＋亢進に含まれていた。
考察：排泄低下に対しては腸蠕動を促進する薬剤使用
過排泄タイプに対しては腸蠕動を改善する薬剤や、大建中湯、桂枝加芍薬湯などが考られた。
直腸タイプに対しては浣腸や坐薬の併用
低下＋亢進タイプなどに関しては症例に応じた選択が必要と考えられた。
結語：簡易検査により漫然と使用されがちな下剤の選択の一助になる可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)
2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター8
一般演題（ポスター）16　診療の工夫とその他疾患 1
座長：林 奈那（広島生活習慣病・がん健診所／ひろしま内視鏡内科クリニック）

[P16-5] 高密度焦点式電磁技術を用いた骨盤底筋トレーニング機器の導入経験

*藤田 定則[1] (1. 楽クリニック)

【目的】

骨盤底筋群の衰えは、便失禁や排便困難、骨盤臓器脱など、QOLを著しく低下させる疾患の背景要因となる。従来、骨盤底筋訓練が第一選択とされるが、自己流での実施困難や継続性の低さが課題である。今回、高密度焦点式電磁技術を用い、強力かつ不随意的な筋収縮を誘発する非侵襲的治療機器の当院における使用経験を報告し、その安全性と臨床的意義を検討する。

【対象と方法】

2026年5月から2026年7月までに、当科受診患者および職員のうち骨盤底筋群のトレーニングによる効能を説明したうえで、希望する職員6名を対象とした。機器は、骨盤的筋群トレーニングチェアー(ペルケア)を使用した。出力は、強弱の程度や施行時間によっては不快感を自覚する可能性もあることから、個別に設定。週1-2回、8〜16回のプロトコルで治療を実施。使用2ヶ月後の自覚症状の変化、満足度を聞き取ることとした。また、使用中の痛みや有害事象の有無を確認する。

現在時点で結果は報告できないが、高密度焦点式電磁は、運動神経への深層刺激により、通常の骨盤底筋訓練が到達困難な強度と頻度の筋収縮を可能にすることを確認できたため導入した。本機器の最大の利点は、着衣のまま座っているだけという低侵襲に施行できる受動的な治療である点にあり、高齢者や従来の骨盤底筋訓練が困難な症例においても高いアドヒアランスが得られる可能性がある。本法が、大腸肛門領域における骨盤底リハビリテーションの新たな選択肢となり得る可能性を検証し報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター9

一般演題（ポスター）17　症例：進行大腸癌 1

座長：水内 祐介（九州大学臨床・腫瘍外科）

[P17-1] Persistent Descending Mesocolonを伴う閉塞性S状結腸癌の一例

*北田 和也[1]、高山 昇一[1]、肥満 智紀[1]、藤本 直斗[1]、奥田 準二[1] (1. 豊中敬仁会病院内視鏡ロボット手術センター)

[P17-2] 下腸間膜動脈の血管分岐異常を伴う腸回転異常症を合併したS状結腸癌の一例

*兼定 航[1]、小畑 裕一[1]、近藤 潤也[1]、爲佐 卓夫[1] (1. 宇部中央病院外科)

[P17-3] 先天性第V因子欠乏症を合併した下行結腸癌に対して腹腔鏡下結腸左半切除を施行した1例

*石井 健一[1]、樫山 基矢[1]、河島 秀昭[1] (1. 勤医協中央病院外科)

[P17-4] 腹腔鏡下S状結腸切除後の異時性横行結腸癌に対し静脈還流温存を意識し腹腔鏡下結腸右半切除を行なった１例

*八幡 和憲[1]、池野 玄[1]、河合 純兵[1]、石原 優圭[1]、藤林 勢世[1]、田中 秀治[1]、佐野 仁哉[1]、丹羽 真佐夫[1]、今井 健晴[1]、棚橋 利行[1]、佐々木 義之[1]、奥村 直樹[1]、山田 誠[1] (1. 岐阜市民病院外科)

[P17-5] 集学的治療で根治手術を施行した皮下穿通を伴う上行結腸癌の1例

*山下 晋也[1]、中村 賢[1]、乾 元晴[1]、星野 宏光[1]、川田 純司[1]、玉川 浩司[1] (1. 日本生命病院消化器外科)

[P17-6] 直腸癌が先進部となった直腸重積症の1例

*南部 弘太郎[1]、塩谷 猛[1]、小峯 修[1]、蓬原 一茂[1]、渋谷 肇[1]、島田 竜[1]、濱口 暁[1]、笠谷 峻[1]、山田 太郎[1]、渡邉 善正[1] (1. さいたま市民医療センター外科)

[P17-7] 術中ICG蛍光リンパ管造影により責任病変を同定した直腸癌術後難治性リンパ漏の一例

*柴田 凌吾[1]、高橋 佑典[1]、瀧口 暢生[1]、河合 賢二[1]、宮崎 道彦[1]、江口 聡[1]、俊山 礼志[1]、山本 昌明[1]、竹野 淳[1]、濱 直樹[1]、平尾 素宏[1]、加藤 健志[1] (1. 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター9

一般演題（ポスター）17　症例：進行大腸癌 1

座長：水内 祐介（九州大学臨床・腫瘍外科）

[P17-1] Persistent Descending Mesocolonを伴う閉塞性S状結腸癌の一例

*北田 和也[1]、高山 昇一[1]、肥満 智紀[1]、藤本 直斗[1]、奥田 準二[1] (1. 豊中敬仁会病院内視鏡ロボット手術センター)

【はじめに】Persistent Descending Mesocolon（PDM）は、胎生期に左側結腸が後腹膜に固定されないことにより、下行結腸が内側へ偏位する比較的稀な解剖学的異常である。PDMを伴うS状結腸癌では、腸管走行異常や血管分岐の変異を伴うため、個々の症例に応じた治療戦略が求められる。
【症例】症例は62歳女性。腹痛を主訴に救急搬送された。腹部CT検査で腸閉塞およびS状結腸に閉塞起点を認めた。S状結腸は右上腹部に位置し、下行結腸は左腎内側へ偏位しており、PDMが示唆された。下部消化管内視鏡検査にて全周性2型腫瘍を認め、大腸ステントを留置したが、十分な減圧効果が得られなかった。このため、3日後に腹腔鏡下人工肛門造設術を施行した。
術中所見では、遠位S状結腸は上行結腸前面と癒合し、最頭側部は肝弯曲部前面よりさらに頭側で後腹膜と癒着していた。また、近位S状結腸は横行結腸間膜と癒合しており、著明な腸間膜癒着を認めた。腫瘍は遠位S状結腸に存在していたため、口側S状結腸を人工肛門とし、根治手術時に人工肛門部を合併切除する方針とした。S状結腸周囲の癒着を可及的に剥離した後、右上腹部にストマ孔を作成し、S状結腸双孔式人工肛門を造設した。術後25日、十分な減圧が得られたため、S状結腸切除術を施行した。癒着剥離により腫瘍を含むS状結腸を左側へ授動した。血管処理は左結腸動脈（LCA）を温存し、上直腸動脈（SRA）を切離した。直腸は腹膜翻転部口側で切離した。人工肛門造設部の口側を切離予定線とし間膜処理を行い、ICG蛍光法にて血流を評価後、標本を摘出した。再建はDST吻合で行った。術後経過は良好で、合併症なく退院した。
【結語】PDMを伴う閉塞性S状結腸癌の1例を経験した。腸管走行異常および高度癒着を伴う本症例においては、二期的手術および人工肛門造設部位と挙上腸管の工夫により、安全な根治手術が可能であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター9

一般演題（ポスター）17　症例：進行大腸癌 1

座長：水内 祐介（九州大学臨床・腫瘍外科）

[P17-2] 下腸間膜動脈の血管分岐異常を伴う腸回転異常症を合併したS状結腸癌の一例

*兼定 航[1]、小畑 裕一[1]、近藤 潤也[1]、爲佐 卓夫[1] (1. 宇部中央病院外科)

【症例】76歳、男性。嘔吐、腹部膨満を主訴に他院にて大腸イレウスを伴うS状結腸癌と診断された。加療目的に当院に紹介となり、下部消化管内視鏡検査でS状結腸に全周性の腫瘍性病変を認め、同病変に対して大腸ステントが留置された。消化管減圧後に根治手術前のCT angiography (CTA)にて、右側結腸へ分布する動脈が下腸間膜動脈（IMA）根部から分岐する破格を認めた。上腸間膜動脈 (SMA)は通常分岐で十二指腸から小腸に分岐していた。中枢郭清は先述した分岐血管を温存してIMA末梢での血管処理を行う郭清を術前計画として手術に臨んだ。腹腔鏡手術にて原発巣は一部腹壁へ浸潤を疑う所見を認め、腹壁の一部を合併切除した。中枢側にて腸間膜越しにIMAからの分岐異常を視認でき、術前からの計画通りに血管処理および中枢郭清を施行した。S状結腸切除および体外での腸管吻合をした後に再度腹腔内検索すると、Treitz靭帯の形成がなく全小腸が右側に位置、盲腸および右側結腸が内側へ偏移を認めるnon-rotation typeの腸回転異常症を合併していた。本症例ではLadd靭帯を認めたが、腸回転異常による症状はないため観察のみとした。術後にCT画像を見直すとSMAが上腸間膜静脈 (SMV)の右側に存在する腸回転異常症に特徴的なSMV rotation signを有していた。術後は認知症による食思不振で転院となるも、縫合不全含めた重篤な合併症を認めなかった。【考察】腸回転異常症は胎生期における消化管の回転異常により引き起こされる先天性疾患であり、成人例では偶発的に診断されることが多い。腸回転異常症の場合はSMA領域の動脈を扱う際には走行異常を意識する必要があるが、IMA領域の操作ではそれほど影響はないとされている。しかし本症例ではCTAによりIMAから右側腸間膜へ走行する血管分岐異常を術前より認知でき、過不足のない中枢の血管処理および郭清操作を行うことができた。【結語】術前のCTAによりIMAの血管分岐異常を的確に認識でき、腸回転異常症を合併した稀な大腸癌手術症例を経験した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター9

一般演題（ポスター）17　症例：進行大腸癌 1

座長：水内 祐介（九州大学臨床・腫瘍外科）

[P17-3] 先天性第V因子欠乏症を合併した下行結腸癌に対して腹腔鏡下結腸左半切除を施行した1例

*石井 健一[1]、樫山 基矢[1]、河島 秀昭[1] (1. 勤医協中央病院外科)

症例は85歳男性．入院3日前から嘔吐を繰り返し，経口摂取困難となり前医へ救急搬送され，CT検査所見から下行結腸癌による癌性腸閉塞の診断となり，当院へ紹介され，大腸ステントを留置後に当院へ入院した．併存症に先天性第V因子欠乏症があり，術前検査で PT活性値 26%，PT-INR 1.76, APTT 60.3秒，第V因子活性（以下，CFVと略記）9% と延長していた．絶食補液管理で経過観察を行なっていたが，大腸ステント留置後も麻痺性イレウスが遷延し，入院18日目に手術を行なった．また，来院時に高度の貧血（Hb 6.5 g/dl）を認めていたため，鉄剤による補正を行い，手術3日前と2日前に赤血球濃厚液（red blood concentrate；以下 RBC と略記）をそれぞれ2単位ずつ輸血し，術後1日目にRBC 2単位輸血した．先天性V因子欠乏症に対しては，手術6時間前から新鮮凍結血漿（fresh frozen plasma；以下FFP と略記）を6単位輸血した．術直前の血液検査で PT-INR 1.59, APTT 47.7秒，CF V 11% と凝固機能は十分ではかったが，術中の異常出血や止血困難をきたすことなく，予定通り腹腔鏡下結腸左半切除D3郭清を施行可能だった．術直後に FFP を2単位輸血し，術後3日目まで6単位ずつ連日投与した. 術後1日目の血液検査で PT-INR 1.33, APTT 38.5秒，CF V 29% と凝固機能の改善を確認した．しかし，術後3日目のFFP輸血中に紅斑を伴う皮疹が出現し，輸血を中止した．その後も術後出血を発症することなく経過良好で，術後14日目にリハビリ目的で転院した．先天性第V因子欠乏症の頻度は100万人に1人とまれな疾患である．また，第V因子欠乏症は日常生活では出血症状が軽微で未診断の症例もある．今回，先天性第V因子欠乏症を合併した下行結腸癌に対して，新鮮凍結血漿輸血併用により腹腔鏡下結腸左半切除を安全に施行できた1例を経験したので，文献的考察を加えて報告する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター9

一般演題（ポスター）17　症例：進行大腸癌 1

座長：水内 祐介（九州大学臨床・腫瘍外科）

[P17-4] 腹腔鏡下S状結腸切除後の異時性横行結腸癌に対し静脈還流温存を意識し腹腔鏡下結腸右半切除を行なった１例

*八幡 和憲[1]、池野 玄[1]、河合 純兵[1]、石原 優圭[1]、藤林 勢世[1]、田中 秀治[1]、佐野 仁哉[1]、丹羽 真佐夫[1]、今井 健晴[1]、棚橋 利行[1]、佐々木 義之[1]、奥村 直樹[1]、山田 誠[1] (1. 岐阜市民病院外科)

【緒言】超高齢化社会に伴い異時性に大腸癌に罹患する患者も稀ではなくなった。また、大腸癌に対する腹腔鏡下手術が普及して長期間が経過し、前回手術にて腹腔鏡下大腸切除を施行後の異時性大腸癌に対して腹腔鏡下大腸切除が選択されることも増えている。特に繰り返す大腸切除の際、残存結腸への血流維持のため動脈温存は必須だが静脈が鬱滞することで血流障害を来しえるため注意を要する。今回、腹腔鏡下S状結腸切除後の異時性の横行結腸癌に対し血流温存、特に静脈還流の温存を意識して腹腔鏡下結腸右半切除を施行した１例を経験したため報告する。

【症例】80歳代後半、女性。17年前にS状結腸癌に対し当科にて腹腔鏡下S状結腸切除・D2郭清の既往あり(pStage Ⅲａ)。併存疾患に動脈硬化症、高血圧症、緑内障あり。S状結腸癌は術後無再発にて終診となっていたが、最近下痢を繰り返すようになり、精査にて横行結腸肝弯曲部寄りに全周性狭窄を伴う2型腫瘍を認め、横行結腸癌(cT4aN2aM0, cStage Ⅲｃ)の診断で当科紹介となった。造影CTにて腫瘍への栄養血管はRCAとMCA-rtであり、当科にて腹腔鏡下結腸右半切除・D3郭清を施行した。前回の手術時にIMAはLCA分岐部直下にて切離されており、IMVはLCA分岐部の高さにて切離されていた。IMVは中枢付近まで血栓化しており、左側結腸の静脈は辺縁静脈からAMCV経由でIMVやMCV経由でSMVに流入しているものと思われた。そのため残存結腸の十分な血流温存のためにはMCA-ltの温存のみならず、MCV-ltの温存が必要と判断し、これらを確実に温存しつつD3郭清し、機能的端々吻合にて再建した。なお前回の腹腔鏡下手術後の癒着はごく軽度のみであった。手術時間は303分、出血量は1mlであった。術後は腹部合併症なく経過良好で、術後11日目に自宅退院した。

術後病理組織結果はpT3N0M0, pStage Ⅱａで術後補助化学療法はなしで経過観察中であり、術後1ヶ月が経過した現在、明らかな血流障害の兆候は認めていない。

【結語】繰り返す大腸切除においては十分な郭清を行いつつ動脈血流のみならず確実に静脈温存を行い残存腸管の鬱血を回避することが術後合併症予防に重要と思われ、若干の文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター9

一般演題（ポスター）17　症例：進行大腸癌 1

座長：水内 祐介（九州大学臨床・腫瘍外科）

[P17-5] 集学的治療で根治手術を施行した皮下穿通を伴う上行結腸癌の1例

*山下 晋也[1]、中村 賢[1]、乾 元晴[1]、星野 宏光[1]、川田 純司[1]、玉川 浩司[1] (1. 日本生命病院消化器外科)

70台女性。腹部腫瘤で紹介受診となった。精査の結果、右下腹部皮下膿瘍を伴う局所進行上行結腸癌の疑いで紹介となった。切開排膿後に下部内視鏡検査を施行し、上行結腸癌（tub2）の診断であり、造影検査でも通過障害も認めていた。cT4b（Si 腹壁）N1M0/cStageⅢcの診断で人工肛門造設ではなく回腸-横行結腸バイパス手術を施行した。PSを考慮しCVポート造設後にFOLFOXIRI（80%）+B-mabを3クール施行し、大きな副作用はなく終了。効果判定はPR。再発リスクも考慮したうえで腹壁合併切除を伴うロボット支援下回盲部切除術+D3郭清術を施行。ypT3（SS）ypN0M0/ypStageⅡa、化学療法効果判定はGrade1a。術後経過は良好で退院。再発高リスクであり本人と相談のうえでCapeOx療法による術後補助化学療法を施行し、再発なく経過観察中である。
腹壁膿瘍を伴う局所進行結腸癌の手術は再発危険性が高いものの集学的治療で根治性は十分にあり、積極的に治療を考慮するべきである。局所再発リスクを考慮した膿瘍腔を含めた合併切除と皮弁形成の報告はあるものの高齢患者などは総合的な判断が重要であり、腹壁合併切除症例に対して多関節機能を有するロボット支援下手術は腹腔鏡手術より施行しやすいもののT4b進行大腸癌に対するロボット支援下手術の安全性の報告は少なく、さらなる症例の蓄積が必要であると思われた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター9

一般演題（ポスター）17　症例：進行大腸癌 1

座長：水内 祐介（九州大学臨床・腫瘍外科）

[P17-6] 直腸癌が先進部となった直腸重積症の1例

*南部 弘太郎[1]、塩谷 猛[1]、小峯 修[1]、蓬原 一茂[1]、渋谷 肇[1]、島田 竜[1]、濱口 暁[1]、笠谷 峻[1]、山田 太郎[1]、渡邉 善正[1] (1. さいたま市民医療センター外科)

症例は64歳、男性。1ヶ月前から下痢が続いているため近医を受診。下部大腸の狭窄疑いで紹介となる。既往歴はなし。直腸診で後壁に腫瘤を触知した。血液検査所見では軽度の貧血を認めた。腹部単純レントゲン検査所見では横行結腸にニボーを認めた。造影CT検査所見では直腸に不整に造影される腫瘤が疑われ、腸重積症と思われるTarget　signを認めた。

またその口側に便塊が著明に貯留していた。下部消化管内視鏡検査所見では直腸に全周を占拠する隆起性病変を認め内視鏡の通過ができなかった。この時のガストログラフィン造影検査所見では直腸Raに長径約45㎜の楕円形の陰影欠損像を認め造影剤の口側への通過はなかった。以上より直腸腫瘍による直腸重積症の診断で入院3日後に手術を行った。

手術所見では重積部位は腹膜反転部より肛門側で整復を試みたが困難であった。腫瘍の肛門側で直腸を切離してハルトマン手術を行った。術後はイレウスを併発したがイレウス管で改善し第23病日に退院となり社会復帰した。病理診断所見では粘液性腺癌でRs、Type1、80×60×45㎜、pT3、pN0、M0、StageⅡa、CurAだった。成人腸重積症は小児に比べて比較的稀である。小児では90%が特発性であるのに対して成人では約70〜90%が腫瘍や憩室など器質性疾患を有している。好発部位は盲腸、S状結腸が約80%で直腸癌の腸重積症はまれである。医学中央雑誌で『腸重積』、『直腸癌』をキーワードで検索したところ2000年以降では23例（会議録を除く）の報告があった。部位はRs16例、Rs〜Ra3例、Ra2例、Rb1例、肛門縁より10㎝が1例であった。術式は13例にハルトマン手術が行われていた。若干の文献的考察を加え報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター9

一般演題（ポスター）17　症例：進行大腸癌 1

座長：水内 祐介（九州大学臨床・腫瘍外科）

[P17-7] 術中ICG蛍光リンパ管造影により責任病変を同定した直腸癌術後難治性リンパ漏の一例

*柴田 凌吾[1]、高橋 佑典[1]、瀧口 暢生[1]、河合 賢二[1]、宮崎 道彦[1]、江口 聡[1]、俊山 礼志[1]、山本 昌明[1]、竹野 淳[1]、濱 直樹[1]、平尾 素宏[1]、加藤 健志[1] (1. 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター消化器外科)

【はじめに】
大腸癌術後リンパ漏に対する治療が必要になることは稀であるが，外科的処置が必要な場合がある．インドシアニングリーン(ICG)は様々な病態におけるリンパ管造影での有用性が報告されている．今回ICG蛍光リンパ管造影を併用した腹腔鏡手術によりリンパ漏責任病変を容易に同定し治癒を得た難治性リンパ漏の一例を経験したので文献的考察を加えて報告する．
【症例】
症例は59歳，男性．直腸S状部癌に対してロボット支援前方切除術，D3郭清を行った．術後21日から腹部膨満感が出現し，術後26日のCTで腹水の貯留を認め，穿刺ドレナージにて乳び腹水を認めリンパ漏と診断した．保存的加療では改善は乏しく，またリピオドールによるリンパ管造影を複数回行ったが治癒は得られず，術後60日に手術加療を行った．入室1時間前に乳製品(エンシュアH)を摂取し，手術開始直前に左鼠径部皮下にICG1ml(2.5mg)を注射した．腹腔内には近赤外光で蛍光を発する緑白色腹水が貯留していた。白色光と蛍光のoverlayモードでの観察で、傍大動脈左側の漏出部位を容易に同定できクリッピングにて閉鎖することができた．現在術後10ヵ月であるが再燃なく経過している．
【結語】
術後難治性リンパ漏におけるリンパ液漏出部位の特定にICG蛍光リンパ管造影を併用した腹腔鏡手術は有用であると考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター9

一般演題（ポスター）18　症例：進行大腸癌 2

座長：進士 誠一（日本医科大学消化器外科）

[P18-1] Birt-Hogg-Dube症候群に合併した大腸癌に手術加療を行った一例

*小野 奎一郎[1]、吉川 祐輔[1]、小木曽 匡[1]、徳山 丞[1]、飯田 修平[1]、栗原 直人[1] (1. 練馬総合病院外科)

[P18-2] 腸重積を契機に発見された結腸原発Signet ring cell carcinomaの検討

*山平 陽亮[1] (1. 近畿大学奈良病院)

[P18-3] 粗大な同時性肝転移を伴うS状結腸癌に対して長期化学療法後にconversion surgeryを施行した1例

*八子 博貴[1]、鈴木 喜貴[1]、金田 晃尚[1]、石井 恒[1]、宮澤 正紹[1]、又吉 一仁[1]、武藤 淳[1] (1. 福島労災病院　外科)

[P18-4] 大腸癌イレウスの腫瘍周囲膿瘍症例に対する大腸ステント留置した３例を通した安全性の検討

*冨田 明宏[1]、服部 正興[1]、平田 明裕[1]、荒川 拓也[1]、鈴木 真理香[1]、吉原 基[1] (1. 公立西知多総合病院)

[P18-5] 胃・S状結腸に浸潤・穿通を来したMSI-high 局所進行横行結腸癌の1例

*竹ノ谷 隆[1]、亀山 香織[2]、大西 一平[1]、水野 翔大[1]、筒井 麻衣[1]、尾戸 一平[1]、大住 幸司[1]、遠藤 高志[1]、亀山 哲章[1] (1. 医療法人財団　荻窪病院　外科、2. 昭和医科大学横浜市北部病院　臨床病理診断科)

[P18-6] 胆管空腸吻合術後横行結腸癌に対する腹腔鏡下右半結腸切除の1例

*秋山 貴洋[1]、牧野 裕庸[1]、深田 忠臣[1]、宮原 洋司[1]、粕川 宗太郎[1]、石見 和嗣[1]、藤木 賢伸[1]、亀高 尚[1] (1. 小田原市立病院外科)

[P18-7] 術前診断し得なかった小腸浸潤・膀胱瘻を伴う５型S状結腸癌の１例

*臼井 創大[1]、内藤 正規[1]、山口 大輝[1]、磯村 香介[1]、天野 優希[2]、勝又 健太[3]、浜辺 太郎[2]、根岸 宏行[2]、大島 隆一[3]、四万村 司[3]、牧角 良二[2]、杉浦 善弥[4]、小池 淳樹[4]、民上 真也[1] (1. 聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科、2. 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科、3. 川崎市立多摩病院　消化器・一般外科、4. 聖マリアンナ医科大学病理診断科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター9

一般演題（ポスター）18　症例：進行大腸癌 2

座長：進士 誠一（日本医科大学消化器外科）

[P18-1] Birt-Hogg-Dube症候群に合併した大腸癌に手術加療を行った一例

*小野 奎一郎[1]、吉川 祐輔[1]、小木曽 匡[1]、徳山 丞[1]、飯田 修平[1]、栗原 直人[1] (1. 練馬総合病院外科)

Birt-Hogg-Dubé（BHD）症候群は,FLCN遺伝子変異を原因とする常染色体顕性（優性）遺伝疾患である。臨床的には皮膚・肺・腎臓に病変を認めることが特徴であり,皮膚では顔面や頸部に多発する線維毛包腫,肺では肺底部優位の多発性肺嚢胞およびそれに伴う自然気胸（生涯発症リスク24～48%）,腎臓では腎細胞癌（同15～30%）の発生が知られている。従来大腸癌との関連は一定の見解が得られていなかったが,近年の大規模研究で大腸癌発症リスクが一般の5.44倍に上ることが報告された。また本疾患はこれまで20万人に1人の稀な疾患とされてきたが,最新のゲノム解析により従来の想定より実際は40倍以上多く（約3,200人に1人）,その約9割が未診断となっていると言われている。今回,BHD症候群に合併した直腸癌に対し手術加療を施行した一例を経験したため報告する。

症例
68歳男性。X-13,X-9,X-8年に自然気胸を発症し,X-8年に遺伝子検査でBHD症候群と診断された。他院で年1回MRIによる腎腫瘍サーベイランス中であった。X年Y-3月から血便を自覚し,健診で便潜血陽性を指摘された。下部消化管内視鏡で肛門縁から約10cmの直腸に2/3周性の2型腫瘍(径5.5cm)を認め,生検でtub1,tub2と診断された。造影CTで両側肺野に多発肺嚢胞を認めたが,リンパ節腫大や遠隔転移,腎腫瘍はなく,cT3N0M0,cStage IIaと診断した。腹腔鏡下低位前方切除術（D3郭清）および回腸人工肛門造設術を施行。合併症なく術後13日で退院した。最終病理診断はpT3N2aM0, pStage IIIcであった。現在術後補助化学療法（XELOX）を施行中であり,現時点で再発は認めていない。

考察
BHD症候群に合併した直腸癌の一例を経験した。本症例は既診断例であったが,一般臨床において,外科医が大腸がんの術前や術後フォロー中に肺嚢胞や皮膚所見などの特徴的所見に着目し,BHD症候群を疑うことは,過小診断されている本疾患の診断に至る契機となり得ると考えられた。そして診断後に致死的な腎癌に対する生涯の定期サーベイランスへ繋げることが重要であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター9

一般演題（ポスター）18　症例：進行大腸癌 2

座長：進士 誠一（日本医科大学消化器外科）

[P18-2] 腸重積を契機に発見された結腸原発Signet ring cell carcinomaの検討

*山平 陽亮[1] (1. 近畿大学奈良病院)

症例は50歳代男性。腹部膨満感および上腹部痛を主訴に前医を受診した。腹部CT検査で横行結腸に腫瘤性病変認め、それに伴う腸閉塞が疑われ、精査加療目的に当院紹介となった。来院時の血液検査ではCEA 11.4 ng/mLと上昇を認めた。造影CT検査で横行結腸肝弯曲部に造影効果を伴う壁肥厚、および周囲リンパ節腫大を認め、同部を先進部とする腸重積所見を認めた。腸重積に対して内視鏡的整復を試みたが解除困難であったため、可及的に減圧を行い手術の方針とした。

術中所見では、肝弯曲部から中程にかけて横行結腸重積所見を認めた。腫瘍が結腸間膜に浸潤しており、腹腔鏡下拡大右半結腸切除術（D3郭清）を施行した。術後経過は良好で術後14日目に退院となった。病理組織学的検査でSignet ring cell carcinoma、pT4aN1bM0、pStageⅢBの診断で、遺伝子学的所見を踏まえて術後化学療法を検討中である。大腸癌はその多くが高分化型腺癌または中分化型腺癌である。印環細胞癌の報告例は本邦では0.2-0.64%と非常に稀である。結腸原発の印環細胞癌の特徴として、脈管侵襲が高度で浸潤速度が早い一方で、びまん浸潤型を呈し、症状が出現しにくい。多くが進行期での発見やリンパ節転移や腹膜播種を伴う報告が散見される。また発症年齢が若年傾向であり、予後不良が指摘される。本症例も高度なリンパ管浸潤および静脈浸潤（Ly1c、V1c）を伴う、進行癌であった。結腸原発のSignet ring cell carcinomaは比較的稀であり、さらに腸重積症を呈して診断された一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター9

一般演題（ポスター）18　症例：進行大腸癌 2

座長：進士 誠一（日本医科大学消化器外科）

[P18-3] 粗大な同時性肝転移を伴うS状結腸癌に対して長期化学療法後にconversion surgeryを施行した1例

*八子 博貴[1]、鈴木 喜貴[1]、金田 晃尚[1]、石井 恒[1]、宮澤 正紹[1]、又吉 一仁[1]、武藤 淳[1] (1. 福島労災病院　外科)

近年、切除不能大腸癌に対しては化学療法により腫瘍縮小を得た後にconversion surgeryを施行することで、予後改善が期待されている。今回、化学療法開始から2年10カ月後にconversion surgeryを施行し、R0切除を達成したS状結腸癌同時性肝転移の1例を経験したので報告する。
症例は61歳女性。右季肋部腫瘤を主訴に当院を紹介受診した。下部消化管内視鏡検査ではS状結腸に全周性の2型病変を認め、生検にてtub1＞tub2と診断された。治療開始前のCEAは3937 ng/mLと高値であった。造影CTでは肝内側区域から前区域を占拠する粗大な肝転移を2病変認め、最大径はそれぞれ115 mm、73 mmであった。遺伝子検査ではRAS野生型、BRAF野生型、HER2陰性、MSI陰性であった。以上より、S状結腸癌 cT4a, N2a, M1a（H2）, cStage IVAと診断した。腫瘍の大きさから切除断端の確保が困難であり、またCEA高値であることから切除不能と判断した。横行結腸双孔式人工肛門造設後、一次治療としてFOLFOX＋panitumumab療法を開始した。一次治療により腫瘍縮小を認めたが、CEAが再度上昇に転じた。二次治療としてFOLFIRI＋ramucirumab療法、三次治療としてtrifluridine/tipiracil＋bevacizumab療法を施行したが、腫瘍制御は困難であった。四次治療としてregorafenib療法を開始したが、Stevens-Johnson症候群を発症し中止となった。
その後、liquid biopsyにてRAS遺伝子変異を認めなかったため、抗EGFR抗体薬リチャレンジとしてFOLFOX＋cetuximab療法を開始した。腫瘍縮小およびCEA低下を認め、切除可能と判断した。8コース施行後、conversion surgeryとしてS状結腸切除および肝中央2区域切除を施行し、R0切除を達成した。
病理診断はypT3, N0, M1a(H), P0, CY0, ypStage IVAであり、治療効果判定はGrade 2であった。術後合併症としてClavien-Dindo分類Grade IIIaの胆汁漏およびGrade IIIbの癒着性腸閉塞を認めたが、術後99日目に退院となった。術後6カ月経過時点で無再発生存中である。
S状結腸癌同時性肝転移に対して長期化学療法後にconversion surgeryが奏効した貴重な症例と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター9

一般演題（ポスター）18　症例：進行大腸癌２

座長：進士 誠一（日本医科大学消化器外科）

[P18-4] 大腸癌イレウスの腫瘍周囲膿瘍症例に対する大腸ステント留置した３例を通した安全性の検討

*冨田 明宏[1]、服部 正興[1]、平田 明裕[1]、荒川 拓也[1]、鈴木 真理香[1]、吉原 基[1] (1. 公立西知多総合病院)

【はじめに】
大腸ステント安全手技研究会において〈慎重に適応を検討すべき病態〉の中で切迫破裂が書かれているが、大腸癌イレウスに対して当院でステント留置適応を少し超えて腫瘍周囲膿瘍症例に対して３例に大腸ステントを留置しており、その経験を報告すると共に大腸ステントの適応について検討した。
【症例】
１、 85歳女性　S状結腸癌　cT3N0M0, cStageⅡ
膿瘍は腫瘍腹側外側に限局していた。手術希望なく、リスクを承知の上で大腸ステント留置した。手技は問題なく行われ、leakも認めなかった。留置後はTAZ／PIPCを投与しながら経過観察し、留置後１週間から食事を開始した。その後問題なく転院した。
２、58歳男性　RSRa直腸癌　cT4aN1M0 cStageⅢ
膿瘍は腹側の精嚢側に限局しておりステント留置を行い、トラブルがあれば外科対応として留置した。手技は問題なく行われ、leakも認めなかった。留置後はTAZ／PIPCを投与し、翌日には採血や症状は改善したため、留置後３日目から食事開始とした。留置後11日目で一旦退院とし、留置後1ヶ月で手術（ロボット支援下低位前方切除術、左精嚢合併切除、回腸人工肛門造設術）を行なった。合併症なく退院し、術後１年無再発生存中。
３、72歳、女性　S状結腸癌　cT3N1M0, cStageⅢ
膿瘍は腫瘍頭側に限局しており外科のバックアップありでのステント留置を行なった。手技は問題なく行われ、leakも認めなかった。留置後はTAZ／PIPCを投与し、翌日には採血や症状は改善したため、留置後２日目から食事開始とした。留置後14日で退院し、留置後１ヶ月で手術（ロボット支援下S状結腸切除術）を行なった。合併症なく退院した。術前にCTを再検したところ肝S7に不整形腫瘤を認め、後の精査で肝転移と診断した。肝部分切除を行い、その後は無再発生存中。
【まとめ】
微小穿孔や少量膿瘍形成している症例に対しては基本的には刺激をせずストマ造設で減圧を図ることが安全と思われるが、今回のステント留置症例は危険な経過ではなく安全に大腸ステントを留置できた。ただし、消化器内科がステント留置に精通していること、腫瘍学的な問題や化学療法予定の有無など必ず外科とのコンセンサスは必要であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター9

一般演題（ポスター）18　症例：進行大腸癌 2

座長：進士 誠一（日本医科大学消化器外科）

[P18-5] 胃・S状結腸に浸潤・穿通を来したMSI-high 局所進行横行結腸癌の1例

*竹ノ谷 隆[1]、亀山 香織[2]、大西 一平[1]、水野 翔大[1]、筒井 麻衣[1]、尾戸 一平[1]、大住 幸司[1]、遠藤 高志[1]、亀山 哲章[1] (1. 医療法人財団　荻窪病院　外科、2. 昭和医科大学横浜市北部病院　臨床病理診断科)

症例は83歳，女性．貧血，便通異常の精査目的に当院紹介受診した．血液検査では，Hb 9.9 g/dlと貧血が認められ，腫瘍マーカーはCEA 9.3 ng/mlであった．造影CT検査で横行結腸中央に7cm大の腫瘍性病変が認められ，胃前庭部，S状結腸に浸潤・穿通の所見が認められた．遠隔転移を疑う所見は認めなかった．上部消化管内視鏡検査で，胃前庭部後壁に潰瘍性病変が認められ，生検は結腸癌の浸潤を疑う異型上皮であった．また、下部消化管内視鏡検査では，肛門縁より40cmのS状結腸に2型病変が認められ，スコープは通過困難で，生検は粘液癌であった．RAS/BRAF遺伝子野生型，高頻度マイクロサテライト不安定性(MSI-high)であった．横行結腸癌 cT4b(胃・S状結腸) cN1 cM0 cStage IIIc (大腸癌取扱い規約第9版)と診断した．審査腹腔鏡で，腹膜播種は認めず，根治的切除適応と判断した．開腹結腸左半切除術，幽門側胃切除術を施行した．再建は，上行結腸肝弯曲部―S状結腸吻合，Billroth II法，Braun吻合を施行した．病理組織診断結果は，粘液癌成分を含む中分化管状腺癌で胃・S状結腸に浸潤を来していた．郭清リンパ節は38個で，リンパ節転移は認められなかった．横行結腸癌pT4b(胃・S状結腸) pN0 cM0 pStage IIcであった．断端は陰性で，R0切除を施行し得た．術後補助化学療法は施行せず，術後2年間無再発生存中である．他臓器浸潤を伴う局所進行大腸癌では，MSI-high症例が含まれている可能性があることを念頭におくべきであると考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター9

一般演題（ポスター）18　症例：進行大腸癌 2

座長：進士 誠一（日本医科大学消化器外科）

[P18-6] 胆管空腸吻合術後横行結腸癌に対する腹腔鏡下右半結腸切除の1例

*秋山 貴洋[1]、牧野 裕庸[1]、深田 忠臣[1]、宮原 洋司[1]、粕川 宗太郎[1]、石見 和嗣[1]、藤木 賢伸[1]、亀高 尚[1] (1. 小田原市立病院外科)

【はじめに】腹部手術既往を有する症例では解剖学的変化により手術難易度が上昇する。特に後結腸経路再建術後の横行結腸癌では、郭清対象である横行結腸間膜を挙上空腸が通過するため、手術操作は複雑となる。今回我々は、開腹による後結腸経路での胆管空腸吻合術後に発生した横行結腸癌に対し、郭清を伴う腹腔鏡下結腸右半切除術を施行した1例を経験したので報告する。【症例】78歳、男性。13年前に胆嚢結石症および総胆管結石症に対して開腹胆嚢摘出術、後結腸経路のRoux-en-Y再建による胆管空腸吻合術を施行した既往がある。便秘および腹痛を主訴に近医を受診し、精査の結果横行結腸癌イレウスの診断となり手術目的に当科を紹介受診された。【血液検査】腫瘍マーカーは正常範囲内。【画像所見】下部消化管内視鏡：横行結腸肝弯曲近傍に全周性2型腫瘍を認め、大腸ステントを留置した。生検結果は中分化管状腺癌の診断。腹部造影CT：腫瘍の栄養血管は中結腸動脈右枝で2群リンパ節までの転移が疑われる。挙上空腸は中結腸動静脈右枝と左枝の間を通過しており、腫瘍とは近接していない。腹水なし、肝転移なし、肺転移なし。中結腸動静脈を切離して挙上空腸の右側の横行結腸間膜を切除することにより十分な郭清か可能であると判断した。【手術】術前診断：横行結腸癌(T4a, N1, M0, cStageIIIb)。予定術式：腹腔鏡下結腸右半切除術。手術所見：頭側アプローチより開始して癒着を剥離して挙上空腸を同定した。後腹膜アプローチに続いて内側アプローチにより血管処理を行った。挙上空腸を確認して横行結腸間膜より十分に剥離することにより、安全に中結腸動静脈を切離して横行結腸間膜を郭清することが可能であった。【病理組織学的診断】T, Type 5, 50x30x10 mm (83%), tub2>tub1>muc+por2+sig, pT4a (SE), ly1a, v1a (EVG stain), Ph0, pN2a (4/40), pPM0 (230 mm), pDM0 (70 mm), M0, StageIIIc【術後経過】術後経過は良好で、特記すべき合併症なく術後7 日目に退院となった。【考察】術前に造影CTで十分に解剖を確認して手術プランを立てることで、手術操作が不雑となる後結腸経路胆管空腸吻合術後の結腸右半切除術を腹腔鏡で遂行することが可能であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター9

一般演題（ポスター）18　症例：進行大腸癌２

座長：進士 誠一（日本医科大学消化器外科）

[P18-7] 術前診断し得なかった小腸浸潤・膀胱瘻を伴う５型S状結腸癌の１例

*臼井 創大[1]、内藤 正規[1]、山口 大輝[1]、磯村 香介[1]、天野 優希[2]、勝又 健太[3]、浜辺 太郎[2]、根岸 宏行[2]、大島 隆一[3]、四万村 司[3]、牧角 良二[2]、杉浦 善弥[4]、小池 淳樹[4]、民上 真也[1] (1. 聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科、2. 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科、3. 川崎市立多摩病院　消化器・一般外科、4. 聖マリアンナ医科大学病理診断科)

症例は60歳代男性。既往歴は高血圧のみで悪性腫瘍の家族歴はなかった。6ヶ月前からの下痢と排尿時痛で内科を受診した。抗菌薬加療されたが改善なく腹部CT検査を施行したところS状結腸膀胱瘻を指摘された。小腸とも瘻孔を形成している可能性もあったことから透視下下部消化管内視鏡を施行した。膀胱との瘻孔は確認できたものの明らかな腫瘍性病変は認めず、瘻孔周囲の発赤部からの生検結果もgroup1であり、明らかなクローン病を示唆する所見も認めなかった。同時に造影検査も施行したところ小腸・膀胱が造影された。以上の結果から組織的診断はついていないもののクローン病を疑い生物学的製剤の投与開始を検討された。しかし尿路感染症による発熱・炎症反応上昇により導入できず、外科的切除目的に当科依頼となった。手術は腹腔鏡下に行い、S状結腸と瘻孔を形成していた小腸も合併切除し、膀胱との瘻孔を形成していた箇所は膿瘍を認め膿瘍壁を削るかたちで切除し、下行結腸単孔式人工肛門を造設し手術終了とした。術後病理では小腸との瘻孔部に腺癌を認めた。膿瘍部と思われる箇所からは悪性所見は認めなかった。背景疾患としてのクローン病の存在は明らかではなかった。術前に診断し得なかったS状結腸癌を経験した。クローン病は組織診断に至らない場合も存在し、またクローン病を背景にした大腸癌は0.5～2%と言われ非常に稀である。文献的考察を加え報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター10

一般演題（ポスター）19　症例：大腸良性疾患その他 1

座長：田中 玲子（道仁病院）

[P19-1] 分離型腸瘻造設（Divided Stoma Construction：DSC)を施行した壊死型虚血性大腸炎の2例

*橋本 拓造[1]、中島 雅輝[1]、一万田 充洋[1]、地原 想太郎[1]、安田 一弘[1]、白鳥 敏夫[1] (1. 大分市医師会立アルメイダ病院外科)

[P19-2] 盲腸捻転症に対しICG蛍光法による血流評価を併用し腹腔鏡下回盲部切除術を施行した1例

*黒川 恭成[1]、下山 雄也[1]、般若 祥人[1]、栗田 紗裕美[1]、隈本 智卓[1]、北川 和男[1]、衛藤 謙[2] (1. 東京慈恵会医科大学附属柏病院、2. 東京慈恵会医科大学附属病院)

[P19-3] S状結腸子宮内膜症により全周性狭窄をきたした1例

*橋本 瑞己[1]、鈴木 陽三[1]、大里 祐樹[1]、岩本 和哉[1]、野間 俊樹[1]、松下 克則[1]、新野 直樹[1]、中島 慎介[1]、清水 潤三[1]、川瀬 朋乃[1]、冨田 尚裕[1]、今村 博司[1] (1. 市立豊中病院消化器外科)

[P19-4] 閉塞性大腸癌との鑑別が困難で高度大動脈弁狭窄症を合併した超高齢者横行結腸良性潰瘍狭窄の1例

*大川 尚臣[1]、高城 克暢[1]、松村 富士夫[1] (1. 社会保険大牟田天領病院外科)

[P19-5] 便潜血陽性で発見された腸管子宮内膜症の1例

*堀 優太[1]、澤谷 学[1]、工藤 智拓[1]、長山 翼[1,2]、宮代 楓[1,2]、相馬 郷[1,2]、佐竹 美和[1,2]、五十嵐 崇徳[1]、松木 明彦[1]、石黒 陽[1] (1. 弘前総合医療センター消化器・血液内科、2. 弘前大学大学院医学研究科消化器血液免疫内科)

[P19-6] 内視鏡治療にて保存的に軽快した、魚骨による大腸穿孔の1例

*小山 剛[1]、小阪 聡[2]、己野 綾[1]、中川 泰生[1]、越智 正博[2] (1. 明治橋病院外科、2. 明治橋病院消化器内科)

[P19-7] 診断が遅れた腸結核の1例

*新谷 裕美子[1]、西尾 梨沙[1]、丹野 侑杜[1]、井上 英美[1]、大城 泰平[1]、古川 聡美[1]、岡本 欣也[1]、深田 雅之[2]、山名 哲郎[1] (1. JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター、2. JCHO東京山手メディカルセンター炎症性腸疾患内科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター10

一般演題（ポスター）19　症例：大腸良性疾患その他 1

座長：田中 玲子（道仁病院）

[P19-1] 分離型腸瘻造設（Divided Stoma Construction：DSC)を施行した壊死型虚血性大腸炎の2例

*橋本 拓造[1]、中島 雅輝[1]、一万田 充洋[1]、地原 想太郎[1]、安田 一弘[1]、白鳥 敏夫[1] (1. 大分市医師会立アルメイダ病院外科)

壊死型虚血性大腸炎では壊死腸管の切除後にも異時性に残存腸管壊死(On-Going Ischemia: OGI)するリスクがある. 今回, 壊死腸管を切除して結腸瘻を造設し, さらに口側で小腸瘻を造設する分離型腸瘻造設(Divided Stoma Construction: DSC)を施行した2例を報告する.
(症例-1)90才, 女性. 主訴は前日からの腹痛. CTにてS状結腸に便塊貯留と口側結腸の液状便および終末回腸の拡張を認めた. 術中所見では脾弯曲を含む左半結腸が全層壊死に陥り, 横行結腸中間位にも虚血を認めたが肝弯曲からの右半結腸に虚血性変化は認めなかった. 壊死型虚血性大腸炎(限局型)の診断で左半結腸切除+空置結腸瘻+回腸瘻造設術を施行. 術後に空置結腸瘻の壊死を来たしたが, 全身状態は改善傾向を認めて初回術後から24日目に日に腸瘻閉鎖を含む右結腸-直腸吻合術を施行した.
(症例-2)77才, 女性. 主訴は嘔吐・下痢・腹痛. CTにて下行結腸からS状結腸の造影効果不良と下部内視鏡でS状結腸を中心に縦走潰瘍と粘膜壊死を認めた. 術中所見では肝弯曲部横行結腸から下行結腸まで全層壊死所見があり, S状結腸遠位にも一部漿膜の虚血所見を認めた. 壊死型虚血性大腸炎(全結腸型)の診断にて拡大左半結腸切除+空置結腸瘻+回腸瘻造設術を施行. 術後の下部内視鏡では残存結腸に虚血性変化は認められず初回術後から20日目に回腸瘻および結腸瘻の閉鎖術を施行した.
壊死型虚血性大腸炎の治療戦略として壊死腸管からのBacterial translocationや穿孔およびOGIの回避は重要である. この意味において壊死腸管を切除し切除部近傍の腸管を粘液瘻とした上で更に口側に腸瘻を造設するDSCは病変部近傍の腸管と健常腸管との連続性を離断することに加えて残存結腸を安静に保つことでOGI発症のリスク低減および機能温存が期待できる術式であると思われた.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)
2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター10
一般演題（ポスター）19　症例：大腸良性疾患その他 1
座長：田中 玲子（道仁病院）

[P19-2] 盲腸捻転症に対しICG蛍光法による血流評価を併用し腹腔鏡下回盲部切除術を施行した1例

*黒川 恭成[1]、下山 雄也[1]、般若 祥人[1]、栗田 紗裕美[1]、隈本 智卓[1]、北川 和男[1]、衛藤 謙[2] (1. 東京慈恵会医科大学附属柏病院、2. 東京慈恵会医科大学附属病院)

【はじめに】盲腸捻転症は比較的稀な腸閉塞の原因であり，腸管虚血や穿孔を来し得るため迅速な対応が求められる．近年，腹腔鏡下手術の有用性が報告されているが，術中に腸管血流を客観的に評価する方法については一定の見解が得られていない．ICG蛍光法は血流評価に有用とされるが，盲腸捻転症への応用報告は少ない．今回，ICG蛍光法にて血流評価を行い，腹腔鏡下回盲部切除術を施行した1例を経験したため報告する．

【症例】60歳代，女性．下腹部痛を主訴に近医を受診し，盲腸捻転症と診断された．内視鏡的整復では捻転解除には至らず当院紹介となった．来院時も盲腸捻転は変わらず存在し，下腹部痛は継続していた．腸閉塞や消化管穿孔，盲腸血流障害の危険性があると判断し手術を施行した．腹腔鏡下に観察したところ，回結腸動静脈を軸に回盲部の捻転を認めた．捻転解除前に体腔内でICG蛍光法により血流評価を行い，捻転部の腸管虚血がないことを確認した．回結腸動静脈を切離後，Pfannenstiel切開より回盲部を体腔外に誘導し回盲部切除術を施行した．

【考察】盲腸捻転症は盲腸の可動性亢進を背景に発症し，進行すると腸管虚血や穿孔に至る可能性があるため外科的治療が基本となる．他の治療法として整復固定術があるが，再発や虚血のリスクが高く，回盲部切除術が選択されることが多い．近年は腹腔鏡下手術の有用性も報告されており，低侵襲で安全に施行可能とされる．一方で，術中の腸管血流評価は術式選択や切除範囲の決定において重要であるが，従来は色調や蠕動などの肉眼所見に依存することが多く，客観性に乏しいという課題があった．ICG蛍光法はリアルタイムに腸管血流を可視化でき，吻合部血流評価などで広く応用されている．本症例では捻転解除前にICG蛍光法を用いて血流評価を行うことで，捻転部腸管の虚血がないことを客観的に確認できるとともに，過不足ない腸管切除が可能になった。盲腸捻転症におけるICG蛍光法の応用は報告が限られており，本手法は治療戦略の一助となる可能性がある．

【結語】盲腸捻転症に対しICG蛍光法を併用することで，より安全に腹腔鏡下回盲部切除術を施行し得た．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター10

一般演題（ポスター）19　症例：大腸良性疾患その他 1

座長：田中 玲子（道仁病院）

[P19-3] S状結腸子宮内膜症により全周性狭窄をきたした1例

*橋本 瑞己[1]、鈴木 陽三[1]、大里 祐樹[1]、岩本 和哉[1]、野間 俊樹[1]、松下 克則[1]、新野 直樹[1]、中島 慎介[1]、清水 潤三[1]、川瀬 朋乃[1]、冨田 尚裕[1]、今村 博司[1] (1. 市立豊中病院消化器外科)

【はじめに】腸管子宮内膜症は異所性の子宮内膜組織が腸管に存在する疾患で，腹痛や出血，閉塞などの症状を呈することがあり，悪性腫瘍との鑑別が困難なことがある．今回，われわれはS状結腸子宮内膜症により全周性狭窄をきたした1例を経験したので報告する．【症例】40歳，女性．下腹部痛と嘔吐を主訴に救急外来を受診され，腹部造影CTでS状結腸に造影効果を伴う全周性の壁肥厚と狭窄を認めた．同日S状結腸の全周性の狭窄に対して緊急で内視鏡的にステントを留置した．生検結果はGroup 2であった．婦人科を受診したが内診、経腟エコー施行し子宮内膜症は積極的には疑われないと判断され，11週間後に腹腔鏡下S状結腸切除術，D2郭清を施行した．病理組織学的検査で粘膜下層，固有筋層，漿膜下組織内に子宮内膜組織が散見され，S状結腸子宮内膜症と診断され，所属リンパ節にも子宮内膜組織を認めた．合併症なく経過し術後6日目に退院し,現在も外来フォロー中である．【考察】子宮内膜症は閉経前女性の約10%にみられ，そのうち約10%に腸管子宮内膜症を認めたという報告がある．腸管での発生頻度は，本症例のように子宮と近い直腸・S状結腸が75-90%と最も高いという報告がある．下部消化管内視鏡検査で腸管子宮内膜症に特異的な所見は乏しく，病変部位は漿膜から固有筋層が中心のため生検での術前診断は困難である．発生機序については諸説あるが，腹腔内に逆流した子宮内膜細胞がS状結腸漿膜面に付着し腸管壁に浸潤・増殖し，更に出血・炎症を繰り返し瘢痕化・線維化することで狭窄を来し，また一部がリンパ管に侵襲し傍腸管リンパ節へ転移したものと推測された．【結語】腸管子宮内膜症の術前診断は非常に困難であり，閉経前女性の直腸・S状結腸の術前診断が得られていない腫瘤性病変については悪性腫瘍のほか腸管子宮内膜症を念頭に置き診療にあたる必要があるものと考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター10

一般演題（ポスター）19　症例：大腸良性疾患その他 1

座長：田中 玲子（道仁病院）

[P19-4] 閉塞性大腸癌との鑑別が困難で高度大動脈弁狭窄症を合併した超高齢者横行結腸良性潰瘍狭窄の1例

*大川 尚臣[1]、高城 克暢[1]、松村 富士夫[1] (1. 社会保険大牟田天領病院外科)

原発性の大腸狭窄の原因としては悪性疾患による腫瘍性狭窄のほか良性狭窄とし潰瘍性病変や炎症性腸疾患、炎症治癒後の瘢痕に伴うものが考えられる。今回我々は超高齢者に発症し、大腸癌を疑い切除した横行結腸良性潰瘍の1例を経験したので報告する。症例は95歳女性。既往歴は高血圧と慢性腎障害で抗血栓薬も内服していた。腹痛と便秘、嘔吐を主訴に救急外来を受診された。腹部膨満が顕著でCTを施行したところ横行結腸肝弯曲に顕著な壁肥厚を認め、口側の腸管には拡張し多量の便塊が貯留していた。大腸癌による閉塞性腸炎を疑い精査加療目的に入院となった。翌日下部消化管内視鏡および造影検査を行い、横行結腸間弯曲近傍に周堤を有する潰瘍性病変と約5㎝の狭窄を認めた。ファイバーは通過せず強く大腸癌を疑い生検後大腸ステントを留置した。生検では癌細胞は検出されず、閉塞性腸炎の診断であった。CT上傍腸管リンパ節種大は認めるものの明らかな遠隔転移は認めなかった。手術を念頭にいれ精査を行ったところ高度大動脈弁狭窄（以下AS）を認め、ASの治療を先行すべきと判断された。超高齢者であり開心手術は高リスクと考えられ、他医にて経カテーテル的大動脈弁置換術（以下TAVI）を行った。画像診断上閉塞性大腸癌は否定できず、超高齢者であるが日常生活は介助なくできており、ご本人、家人も手術を希望されたため、TAVI施行１か月後腹腔鏡補助下結腸右半切除＋D3郭清を行った。術後は特に合併症なく順調に軽快され、リハビリの上術後28日目に軽快退院となった。病理検査では悪性所見は認めず、非特異性潰瘍の診断であった。良性疾患でも保存的治療で軽快しない場合や悪性腫瘍を否定しきれない場合、疼痛などの有症状例や高度の 狭窄、穿孔の危険性がある場合には手術が選択される。本症例は結果として良性疾患でありステント治療の適応ではなかった点、術前の生検では悪性所見はないものの画像診断では大腸癌も否定できなかった点、超高齢でTVAIによりAS治療後に外科的切除を行ったが良性潰瘍であり過侵襲であったことは否めない点など示唆に富む症例と考えられ文献的考察を含め報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター10

一般演題（ポスター）19　症例：大腸良性疾患その他 1

座長：田中 玲子（道仁病院）

[P19-5] 便潜血陽性で発見された腸管子宮内膜症の1例

*堀 優太[1]、澤谷 学[1]、工藤 智拓[1]、長山 翼[1,2]、宮代 楓[1,2]、相馬 郷[1,2]、佐竹 美和[1,2]、五十嵐 崇徳[1]、松木 明彦[1]、石黒 陽[1] (1. 弘前総合医療センター消化器・血液内科、2. 弘前大学大学院医学研究科消化器血液免疫内科)

【症例】39歳、女性【既往歴・併存疾患】2型糖尿病（内服加療中）、月経困難症（近医婦人科へ通院中）【現病歴】2025年4月、大腸がん検診で便潜血陽性を契機に当科初診。腹部症状や血便はなかった。CSを施行したところ、S状結腸に片側性の粘膜下腫瘍様隆起がみられ、表面には3か所の発赤調隆起を伴っていた。生検では炎症性ポリープの所見であったため経過観察となった。12月にフォローCSを施行したところ粘膜下腫瘍様隆起は著変なかったが、3か所の陥凹がみられ、うち1か所には微小な乳頭状隆起を認めた。生検を施行したところ、ER陽性、CK7陽性の子宮内膜腺管およびER陽性、CD10陽性の子宮内膜間質がみられ、腸管子宮内膜症の診断となった。改めて病歴を聴取すると、月経中は下痢が多く、10-14日間と過長月経がみられていた。CTでは腸管や子宮、附属器に所見はなく、婦人科へ紹介。経腟超音波検査では、小さな子宮筋腫があるのみであった。ご本人と相談のうえジエノゲストを投与することとなり、経過観察中である。【考察】腸管子宮内膜症は子宮内膜症全体の12-37%を占め、月経周期と関連して腹痛や血便などが出現する。多くは漿膜下層から固有筋層を主座とするため、生検による確定診断は10%前後と報告されている。本症例では、粘膜下腫瘍様隆起の中に発赤調隆起がみられ比較的典型的な腸管子宮内膜症と考えられたが初回生検では診断に至らなかった。しかし、腸管子宮内膜症を強く疑い再検したところ、確定診断に至った症例であった。【まとめ】便潜血陽性を契機に発見された腸管子宮内膜症の1例を経験したので報告した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター10

一般演題（ポスター）19　症例：大腸良性疾患その他 1

座長：田中 玲子（道仁病院）

[P19-6] 内視鏡治療にて保存的に軽快した、魚骨による大腸穿孔の1例

*小山 剛[1]、小阪 聡[2]、己野 綾[1]、中川 泰生[1]、越智 正博[2] (1. 明治橋病院外科、2. 明治橋病院消化器内科)

今回我々は、内視鏡治療にて保存的に軽快した、魚骨によるS状結腸穿孔の1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。症例は90歳女性。数日間少量の下血があり当院受診され、その後下腹部痛も出現したため、当院再診となった。その際の腹部CTにて、約4cmの線状の高吸収像がS状結腸を貫通しており、翌日当科紹介となった。CT上、腹水・free airは認めず、血液検査上WBC/CRP 8000/2.49であった。腹部は平坦軟で腹膜炎所見なく、排便時に下腹部痛を認めるのみであった。胃癌・両側卵巣・腸閉塞手術の既往があり、剣状突起から恥骨上までの正中創瘢痕と左側腹部の横切開瘢痕を認めた。画像上魚骨によるS状結腸穿孔が強く疑われ、緊急手術を検討したが、複数回の腹部手術歴があり、炎症も軽度で腹膜炎所見も認めないことから、十分なｲﾝﾌｫｰﾑﾄﾞｺﾝｾﾝﾄの後、待機的に大腸内視鏡による異物除去を試みる方針とした。絶食・抗生剤投与の上、ｸｴﾝ酸ﾏｸﾞﾈｼｳﾑによる前処置を行い、数日後大腸内視鏡を施行した。内視鏡を挿入すると、S状結腸に魚骨と思われる異物が刺さっており、刺入点周囲から少量の膿汁を認めた。観察中に異物は腸管内へ自然脱落し、刺入点はｸﾘｯﾌﾟにて縫縮した。その後、内視鏡下造影ならびにCT再検も行ったが、free airや造影剤の漏出は認めなかった。処置直後は軽度の下腹部痛を認めたが、翌日には消失し、処置後5日目に軽快退院された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター10

一般演題（ポスター）19　症例：大腸良性疾患その他１

座長：田中 玲子（道仁病院）

[P19-7] 診断が遅れた腸結核の1例

*新谷 裕美子[1]、西尾 梨沙[1]、丹野 侑杜[1]、井上 英美[1]、大城 泰平[1]、古川 聡美[1]、岡本 欣也[1]、深田 雅之[2]、山名 哲郎[1] (1. JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター、2. JCHO東京山手メディカルセンター炎症性腸疾患内科)

【背景】腸結核は本邦ではまれであるが東南アジア諸国では現在でも比較的多くみられ，回盲部に好発し腹痛や発熱などの症状を呈するためクローン病との鑑別を要する．今回，クローン病の診断で手術を施行し，術後に腸結核と診断した１例を経験したので報告する．
【症例】38歳，タイ出身の女性．X年8月，便潜血陽性を指摘され近医にて下部消化管内視鏡検査を施行したところ，横行結腸に潰瘍を伴う全周性狭窄の所見を認めた．同部の生検にて類上皮細胞肉芽腫を認めクローン病と診断された．12月，精査加療目的に当院内科紹介受診．小腸造影検査で終末回腸から回盲部に敷石状変化を伴う狭窄を認めた．T-Spotおよび糞便の抗酸菌培養は陰性であった．X+1年1月右下腹部痛が出現，CT検査にて回盲部近傍の腹腔内膿瘍と診断され入院した．下部消化管内視鏡検査にて上行結腸に敷石像と狭窄，回腸末端に瘻孔所見を認め，終末回腸の生検より類上皮細胞肉芽腫を認めた．4月からアダリムマブを開始するも2ヶ月後に回盲部の膿瘍が悪化したため，X+１年7月腹腔鏡補助下回盲部切除術を施行した．術中所見では腹膜に白色結節を認め，切除検体では回盲部に全周性の炎症性ポリープと狭窄を認めた．術後病理組織診断にて腸管壁とリンパ節内に乾酪壊死を伴う肉芽腫，Ziehl-Neelsen染色では抗酸菌を疑う菌体を認め，術後施行したT-Spot，喀痰の結核菌培養，胃液の核酸増幅法はいずれも陽性であったため腸結核と診断した．腹膜に結節を認めたことから結核性腹膜炎の併発も疑われた．腸結核として術後1年間抗結核療法を施行し，現在まで臨床的な腸結核の再燃は認めていない．
【結語】本症例は炎症性腸疾患として腸結核を鑑別診断にあげたが術前T-Spotおよび糞便の抗酸菌培養は陰性であり，組織学的には乾酪壊死を伴わない肉芽腫が2回確認されたためクローン病と診断された．しかしアダリムマブ導入後病状が悪化したことやクローン病に特徴的な縦走潰瘍や偏側性変形を認めなかったこと，患者が東南アジア出身者であったことなどから鑑別診断を再検討する必要があったと考えられる．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター10

一般演題（ポスター）20　症例：大腸良性疾患その他２

座長：星野 伸晃（京都大学消化管外科）

[P20-1] 上行結腸の固定異常に伴う上行結腸捻転症の１例

*山口 瑛大[1]、久戸瀬 洋三[1]、河本 知樹[1]、廣部 雅臣[1]、大竹 弘泰[1]、真鍋 裕宇[1]、加藤 弘記[1]、松井 佑起[1]、細田 洋平[1]、金 浩敏[1]、土屋 康紀[1]、西 敏夫[1]、小川 淳宏[1]、森 琢児[1]、小川 稔[1] (1. 多根総合病院)

[P20-2] axial torsion型の上行結腸軸捻転に対して腹腔鏡下に手術加療を行なった２例報告

*濱田 健太郎[1]、加藤 瑛[1]、浅井 宏之[1]、上原 崇平[1]、加藤 潤紀[1]、澤井 美里[1]、牛込 創[1]、鈴木 卓弥[1]、山川 雄士[1]、藤本風花[1] (1. 名古屋市立大学大学院医学研究科消化器外科学)

[P20-3] 直腸閉塞を契機に診断された脳膿瘍、肝膿瘍を伴うアメーバ性大腸炎の一例

*伊藤 博士[1]、松井 智啓[1]、岡澤 裕[1]、宮前 眞人[1]、川本 雅彦[1]、窪田 健[1] (1. 医誠会国際総合病院)

[P20-4] 人工肛門造設後に改善した直腸偽肉種様病変の1例

*柳沢 直恵[1]、片桐 忍[1]、林 和輝[1]、荒井 沙紀[1]、角岡 信男[1]、成田 淳[1]、彈塚 孝雄[1]、桑原 蓮[2]、大野 順弘[3] (1. 長野中央病院外科、2. 長野中央病院消化器内科、3. 長野中央病院病理診断科)

[P20-5] 下行結腸ー腎盂尿管移行部癒に対し結腸部分切除を施行した1例

*籠田 進之介[1]、星野 滉大[1]、増原 紗希[1]、中村 勇太朗[1]、谷 博樹[1]、浅生 義人[1] (1. 白十字病院)

[P20-6] 糞便嵌塞における治療失敗の複合的画像予測因子：結腸拡張および糞便CT吸収値の役割

*黒岩 英倫[1,2]、上野 昌樹[1]、廣川 文鋭[1]、重河 嘉靖[1]、木村 正道[1]、田端 宏尭[1]、出口 真影[1]、川井 学[2] (1. 国立病院機構大阪南医療センター、2. 和歌山県立医科大学)

[P20-7] 腹腔鏡下高位前方切除術後に繰り返した下行結腸軸捻転に対して腹腔鏡下下行結腸切除術を行った1例

*八木 佑樹[1]、森 貴志[1]、綿貫 義久[1]、田口 航大[1]、須賀 悠介[1]、永井 元樹[1] (1. 総合病院国保旭中央病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター10

一般演題（ポスター）20　症例：大腸良性疾患その他 2

座長：星野 伸晃（京都大学消化管外科）

[P20-1] 上行結腸の固定異常に伴う上行結腸捻転症の１例

*山口 瑛大[1]、久戸瀬 洋三[1]、河本 知樹[1]、廣部 雅臣[1]、大竹 弘泰[1]、真鍋 裕宇[1]、加藤 弘記[1]、松井 佑起[1]、細田 洋平[1]、金 浩敏[1]、土屋 康紀[1]、西 敏夫[1]、小川 淳宏[1]、森 琢児[1]、小川 稔[1] (1. 多根総合病院)

上行結腸捻転は稀な疾患であり、本邦報告はわずかである。今回、上行結腸の固定異常を背景とした1例を経験したため報告する。
症例は58歳女性。腹部膨満感および胸腹部痛を主訴に前医受診し、CTで上行結腸捻転が疑われ当院紹介となった。来院時、腹部全体に圧痛および腹膜刺激徴候を認めた。CTで盲腸から上行結腸の著明な拡張と横行結腸でのcaliber changeを認め、腸管壊死を疑い緊急手術を施行した。腹腔鏡下に観察するも術野確保困難のため開腹へ移行した。上行結腸は肝弯曲部に一部付着するのみで固定不全を認め、同部を軸に360度捻転していた。以上より上行結腸捻転症と診断し、右半結腸切除術を施行した。術後は軽度の麻痺性イレウスを認めたが保存的に軽快し、術後13日目に退院した。
上行結腸捻転は稀であり術前診断が困難な場合があるが、成人においても固定異常を背景に発症しうるため、早期診断と外科的介入が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター10

一般演題（ポスター）20　症例：大腸良性疾患その他 2

座長：星野 伸晃（京都大学消化管外科）

[P20-2] axial torsion型の上行結腸軸捻転に対して腹腔鏡下に手術加療を行なった２例報告

*濱田 健太郎[1]、加藤 瑛[1]、浅井 宏之[1]、上原 崇平[1]、加藤 潤紀[1]、澤井 美里[1]、牛込 創[1]、鈴木 卓弥[1]、山川 雄士[1]、藤本風花[1] (1. 名古屋市立大学大学院医学研究科消化器外科学)

上行結腸軸捻転は比較的稀な疾患であり、その形態は大きくaxial torsion型とcecal bascule型の2つに分類される。特にaxial torsion型は腸間膜を軸とした回転により腸管の閉塞に加えて血流障害を来しやすく、壊死や穿孔に至る可能性があるため、迅速な診断と治療が求められる重篤な病態である。
本疾患の発症には複数の因子が関与する。最も重要なのは盲腸および上行結腸の後腹膜への固定不全、いわゆる移動性盲腸であり、これにより腸管の過剰な可動性が生じる。この解剖学的素因に加え、慢性便秘や腸管運動異常、神経筋疾患などによる腸内容物の停滞や腸管拡張が回転の契機となる。また、腹腔鏡手術後などの術後変化に伴う腸管の可動性増大や癒着形態の変化、妊娠や腹圧上昇といった環境因子も誘因として報告されている。すなわち、解剖学的異常に機能的・環境的要因が重なることで腸管の不安定性が増し、軸捻転に至ると考えられている。
今回我々は、血流障害を惹起しやすいaxial torsion型の上行結腸軸捻転を2例経験したため報告する。症例1は73歳女性。腹痛および嘔吐を主訴に来院し、腹部CT検査にて結腸軸捻転が疑われた。内視鏡的整復を試みたが改善を認めず、緊急手術を施行した。術中所見より血流障害が懸念されたため回盲部切除術を行った。症例2は81歳男性。腹痛を主訴に来院し、同様に画像所見から診断した。捻転解除、盲腸固定術を施行した。いずれの症例も術後経過は良好であり、6か月の経過観察において再発は認めていない。
文献的には、盲腸軸捻転に対する治療は内視鏡的整復の成功率が低く、再発率も高いことから、特にaxial torsion型においては外科的治療が第一選択とされることが多い。術式としては、血流障害を伴う場合には腸管切除が推奨され、血流が保たれている場合でも再発予防の観点から固定術に加えて切除術を選択する報告が増加している。また近年では腹腔鏡下手術の有用性も報告されており、全身状態や腸管虚血の程度に応じた適切な術式選択が重要とされる。文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター10

一般演題（ポスター）20　症例：大腸良性疾患その他 2

座長：星野 伸晃（京都大学消化管外科）

[P20-3] 直腸閉塞を契機に診断された脳膿瘍、肝膿瘍を伴うアメーバ性大腸炎の一例

*伊藤 博士[1]、松井 智啓[1]、岡澤 裕[1]、宮前 眞人[1]、川本 雅彦[1]、窪田 健[1] (1. 医誠会国際総合病院)

【はじめに】赤痢アメーバ症は腸管寄生原虫Entamoeba histolyticaによる感染症である。腸管外病変として肝膿瘍は比較的多いが、脳膿瘍の合併は稀である。今回、直腸閉塞を契機に診断され、脳膿瘍・肝膿瘍を合併したアメーバ性大腸炎の一例を経験したため報告する.
【症例】48歳、男性. 全身倦怠感と意識障害を主訴に受診し、尿路感染症として内科入院となった.入院5日目のCTで直腸閉塞を認め、経肛門イレウス管を留置したが改善なく、当科紹介となり、入院8日目に人工肛門造設術を施行した.電解質異常なども強く認め、術後は集中治療室での加療を行った.入院13日目に生検検体からアメーバ赤痢の虫卵を確認したため、メトロニダゾール投与開始.その後全身状態や炎症所見は改善傾向を示したが、意識レベルの改善を認めず入院19日目に頭部MRIでの精査を行ったところアメーバ性脳膿瘍を疑う所見とともに浸透圧性脱髄症候群も疑われた.入院22日目に施行した腹部CTでは肝S6に肝膿瘍形成を認めた.8週間のメトロニダゾール投与を実施したところ、徐々に意識状態は改善、当初構音障害や四肢脱力も著明であったがこちらも改善傾向を示し、入院後61日目にリハビリテーション目的に転院となる際には意識清明、経口摂取可能、歩行訓練が施行できるレベルまでのADL改善を認めた.
【考察】アメーバ性大腸炎は盲腸・上行結腸およびS状結腸～直腸に病変を形成し、時にamebomaや壊死性腸炎を呈する.腸管外病変として肝膿瘍は知られるが、脳膿瘍の合併は稀であり、診断の遅れが致命的となる.本症例ではアルコール多飲歴に伴う意識障害が鑑別を困難にし、診断遅延の一因となった.直腸閉塞を契機に発見されたアメーバ性大腸炎に脳膿瘍・肝膿瘍を合併した稀な症例であり、早期診断と治療介入の重要性が示唆された.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター10

一般演題（ポスター）20　症例：大腸良性疾患その他 2

座長：星野 伸晃（京都大学消化管外科）

[P20-4] 人工肛門造設後に改善した直腸偽肉種様病変の1例

*柳沢 直恵[1]、片桐 忍[1]、林 和輝[1]、荒井 沙紀[1]、角岡 信男[1]、成田 淳[1]、彈塚 孝雄[1]、桑原 蓮[2]、大野 順弘[3] (1. 長野中央病院外科、2. 長野中央病院消化器内科、3. 長野中央病院病理診断科)

【症例】70歳代女性。数か月前より高度便秘を認め、浣腸を繰り返していた。血便を契機に前医で下部消化管内視鏡検査を施行され、直腸膣瘻を指摘され当科紹介となった。婦人科診では膣入口部6時方向に瘻孔を認めたが、その他の膣壁に異常所見は認めなかった。注腸造影検査では下部直腸から膣側へ交通する約10mm大の瘻孔を認めた。CTでは下部直腸の壁肥厚が疑われたが、明らかな腫瘤形成や遠隔転移所見は認めなかった。下部消化管内視鏡検査では、歯状線直上の直腸前壁に瘻孔を認め、下部直腸全周性に浮腫性変化を伴う易出血性粘膜を認めた。NBI拡大観察では腫瘍血管様の異常血管増生を認め、悪性腫瘍が疑われた。生検では好中球主体の炎症細胞浸潤とフィブリン析出を背景に、核・核小体腫大を伴う比較的大型の短紡錘形細胞の増殖を認めた。免疫染色ではCD68部分陽性、CK7、CK20、S-100、HMB45、CD30、SMA陰性であり、Ki-67陽性率は約50%であった。以上より直腸偽肉腫様病変と考えられた。炎症の鎮静化および病変の経時的評価を目的として人工肛門造設術を施行した。術後3か月の内視鏡検査では、下部直腸全体に認めた異常血管像は消失し、軽度瘢痕を認めるのみで、粘膜所見は著明に改善していた。

【考察】直腸偽肉腫様病変は稀であり、内視鏡的に悪性腫瘍との鑑別が困難となる場合がある。本症例ではNBIで異常血管像を呈し、さらにKi-67高値であったことから悪性病変との鑑別に苦慮した。一方、便流遮断後に病変が速やかに改善した経過は、炎症に伴う反応性変化を支持する所見と考えられた。若干の文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター10

一般演題（ポスター）20　症例：大腸良性疾患その他 2

座長：星野 伸晃（京都大学消化管外科）

[P20-5] 下行結腸ー腎盂尿管移行部瘻に対し結腸部分切除を施行した1例

*籠田 進之介[1]、星野 滉大[1]、増原 紗希[1]、中村 勇太朗[1]、谷 博樹[1]、浅生 義人[1] (1. 白十字病院)

【背景】結腸と尿路系との瘻孔形成の報告は少ない。腎盂尿管移行部（ureteropelvic junction：UPJ）との交通の報告は極めて少なく、診断および治療方針の決定に難渋することがある。今回、下行結腸とUPJとの瘻孔を形成した症例に対し外科的切除を行い良好な経過を得たため、若干の文献的考察を加えて報告する。
【症例】70代男性。発熱および排尿時痛を主訴に前医受診し尿路感染症と診断された。抗菌薬加療で一時軽快したが再燃し、CTで下行結腸穿孔が疑われ当院紹介となった。精査の結果、下行結腸と左腎盂尿管移行部との瘻孔形成が疑われ、左尿管ステント留置のうえ保存的加療を行った。症状は軽快し退院したが、その後気尿（pneumaturia）および発熱を認め再入院となった。CTで瘻孔遺残が疑われ炎症反応も高値であったため、保存的加療のみでは根治困難と判断し外科的加療の方針となった。
【手術】腹腔鏡下に下行結腸部分切除を施行した。内側アプローチで結腸を授動し、IMV分枝および左結腸動脈を処理した。瘻孔部は後腹膜と強固に癒着しており剥離に難渋したため、自動縫合器で切離した。ICG蛍光法により腸管血流を確認した後、機能的端々吻合（FEEA）で再建した。
【経過】術後経過は良好で、重篤な合併症なく退院となった。以降、発熱や気尿の再燃は認めておらず、現在まで良好に経過している。
【病理】摘出標本に明らかな腫瘍性病変は認めず、瘻孔部周囲に軽度の出血および炎症細胞浸潤を認めたが、原因の特定には至らなかった。
【結語】下行結腸―腎盂尿管移行部瘻という極めて稀な病態に対し、腹腔鏡下結腸部分切除により良好な治療成績を得た。本症例のように保存的加療後に再燃を認める尿路系瘻孔例では、外科的切除が有効な治療選択肢となり得る。また、炎症に伴う強固な癒着を伴う症例においても、適切な術前評価と慎重な操作により腹腔鏡下手術は安全に施行可能であり、有用な治療手段となると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター10

一般演題（ポスター）20　症例：大腸良性疾患その他 2

座長：星野 伸晃（京都大学消化管外科）

[P20-6] 糞便嵌塞における治療失敗の複合的画像予測因子：結腸拡張および糞便CT吸収値の役割

*黒岩 英倫[1,2]、上野 昌樹[1]、廣川 文鋭[1]、重河 嘉靖[1]、木村 正道[1]、田端 宏尭[1]、出口 真影[1]、川井 学[2] (1. 国立病院機構大阪南医療センター、2. 和歌山県立医科大学)

［背景］
糞便性大腸炎（stercoral colitis：SC）は、糞便嵌塞（fecal impaction：FI）に伴う致死的となり得る合併症である。しかしながら、保存的治療の失敗を予測する画像所見は十分に明らかになっていない。本研究では、治療失敗に関連する可能性のあるCT所見の同定を目的とした。
［症例提示］
2025年4月から2026年3月までの1年間に、当院で外科的治療を要したstercoral colitis（SC）4例を検討した。全例が高齢（78〜81歳）で、腹痛や腹部膨満を主訴に受診した。CTではいずれの症例においても、60 mm以上の著明な結腸拡張と100 HU以上の高吸収値を示す糞便貯留を認め、加えて腸管壁肥厚および周囲脂肪織濃度上昇を伴っていた。保存的治療として下剤投与、浣腸、用手的または内視鏡的排便解除を施行したが、いずれも改善を認めなかった。1例では経過観察中に穿孔を来した。全例に対して緊急手術を施行し、虚血または穿孔部位の切除および人工肛門造設を行った。術後経過はいずれも良好で、全例が退院可能であった。
［考察］
高度な結腸拡張は腸管内圧の上昇を介して腸管壁の微小循環を障害し、毛細血管灌流の低下を引き起こすことで粘膜血流を障害し、虚血や壊死等の合併症の発生に関与すると考えられる。特に結腸径60 mm以上は血流障害のリスクを示す指標とされている。一方、CTにおける糞便の高吸収値は水分含量の低下を反映し、便の硬化を示唆する所見であり、局所圧迫の持続により虚血や穿孔といった重篤な合併症リスクを増大させる可能性がある。本症例では全例でこれら2所見を認め、保存的治療が無効であったことから、結腸拡張と高吸収値の組み合わせは治療抵抗性や重症化の指標となり得る可能性が示唆された。ただし本検討は外科治療例のみを対象とした小規模検討であり、選択バイアスを有するため、今後さらなる検証が必要である。
［結論］
結腸拡張（≧60 mm）と高吸収値の糞便の組み合わせは、早期の外科的評価を考慮すべき症例を示唆する可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター10

一般演題（ポスター）20　症例：大腸良性疾患その他 2

座長：星野 伸晃（京都大学消化管外科）

[P20-7] 腹腔鏡下高位前方切除術後に繰り返した下行結腸軸捻転に対して腹腔鏡下下行結腸切除術を行った1例

*八木 佑樹[1]、森 貴志[1]、綿貫 義久[1]、田口 航大[1]、須賀 悠介[1]、永井 元樹[1] (1. 総合病院国保旭中央病院外科)

【背景】
結腸軸捻転は腸間膜を軸とした結腸の回転により腸閉塞をきたす疾患であり、その多くはS状結腸に発生する。初期治療は内視鏡的整復が推奨されるが、再発例や整復困難例では外科的治療が必要となる。直腸癌術後の残存結腸に発生する軸捻転は稀である。
【症例】
75歳男性。71歳時に直腸RS癌（pT3N0M0, pStage II）に対し腹腔鏡下高位前方切除術を施行した。術後は局所や転移再発なく経過していた。74歳時より腹痛、腹部膨満を繰り返し、下行結腸閉塞の診断で保存的加療を行っていたが、1年間で4回再発した。再発を繰り返す間に内視鏡検査で閉塞の原因が残存下行結腸軸捻転であると判明したため、待機的に手術を施行した。
【手術所見】腹腔鏡下、4ポートで手術とした。腹腔内癒着は乏しく、前回手術で脾湾曲受動されており、下行結腸から脾彎曲にかけて固定はなかった。直腸吻合部よりやや口側腸管は骨盤壁に癒着しており、同部と肝湾曲の2箇所は固定され、その間の結腸が高い可動性を有していた。過長かつ可動性の高い腸管が捻転の原因と判断し、吻合部を温存したままその口側の下行結腸を部分切除した。ICG蛍光法を用いて残存腸管の血流を確認し、小開腹創から機能的端々吻合で再建した。術後経過は良好で第13病日に退院し、以後再発は認めていない。
【考察】
左側結腸癌手術後の残存結腸軸捻転は稀であり、授動による腸管可動性の増大や固定性低下が発症に関与すると考えられる。既報は小数例にとどまるものの、内視鏡的整復や固定術、腸管切除などの治療戦略が報告されており、再発例では腸管切除が根治的と考えられる。本症例は発症当初は診断がつかなかったが、のちの内視鏡所見で軸捻転の診断に至った。原因不明の術後結腸閉塞は、残存結腸軸捻転の可能性も考慮すべきである。術式選択においては、腸管切除が可能な耐術能の有無、前回吻合部の位置、結腸の固定性や長さなどから、最善の方法を選択すべきである。また腸管切除時は、再建腸管の血流にも注意する必要がある。本症例では吻合部を温存した腸管部分切除を選択し、良好な経過を得た。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター11

一般演題（ポスター）21　症例：肛門疾患その他１

座長：畑 嘉高（畑肛門医院）

[P21-1] 異時性の鼠経リンパ節転移を来したS状結腸人工肛門部癌の1例

*白川 賢司[1]、小林 弘典[1]、石井 貴大[1]、柴田 浩輔[1]、倉岡 憲正[1]、豊田 和宏[1]、矢野 雷太[1]、橋本 泰司[1]、坂下 吉弘[1]、村上 義昭[1]、宮本 勝也[1] (1. 広島記念病院外科)

[P21-2] 分娩時肛門括約筋損傷（OASIS）による重度便失禁に対し、会陰横筋・球海綿体筋を含めた括約筋形成術が奏功した1例

*木村 熙伸[1]、田邊 太郎[1]、安藤 熙典[1]、若生 彩佳[1]、生沼 慎一郎[1]、笠木 紳矢[1]、北條 真鈴[1]、徳永 良太[1]、保母 貴宏[1]、大塚 耕司[1]、出口 義雄[1]、横山 登[1]、井上 晴洋[1] (1. 昭和医科大学江東豊洲病院)

[P21-3] 陳旧性会陰裂傷に合併した直腸粘膜脱に対し二期的手術にて根治術を施行した1例

*中本 貴透[1]、植田 剛[1]、佐井 壯謙[1] (1. 佐井胃腸科肛門科)

[P21-4] 肛門部に発生した偽上皮腫様過形成の1例

*那須 聡果[1] (1. ウィメンズクリニック浦和)

[P21-5] 化学放射線療法で完全奏効を得た肛門管扁平上皮癌に対し、難治性放射線性会陰潰瘍のため腹会陰式直腸切断術を施行した1例

*西子 瑞規[1]、大島 健志[1]、小井土 耕平[1]、中村 和正[1]、間 浩之[1]、大端 考[1] (1. 静岡県立総合病院　消化器外科)

[P21-6] 経肛門的に摘出可能であった直腸異物(青パパイヤ)の1例

*増子 慧[1,2]、大町 貴弘[1,2]、阿部 正[1,2]、荒井 晶聖[1,2]、鈴木 衛[1]、衛藤 謙[2] (1. 三島中央病院、2. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

[P21-7] 肛門狭窄による排出障害を契機に発症したハルトマン術後残存直腸膿瘍および断端漏に対し側方内括約筋切開術（LSIS）が有効であった1例

*佐々木 春菜[1,2]、三國 夢人[2]、正司 裕隆[2]、小丹枝 裕二[2]、本間 直健[3]、川村 秀樹[2] (1. イムス札幌消化器中央総合病院外科、2. 北海道医療センター外科、3. 北海道医療センター呼吸器外科)

[P21-8] 肛門部二次性（疑い）乳房外Paget病の３症例

*須田 和義[1]、川﨑 俊一[1,2]、本橋 行[1,2]、田渕 崇伸[1,2,3]、菊田 信一[1,4]、後藤 悦久[2] (1. 川﨑病院肛門外科、2. 川崎病院、3. みと肛門クリニック、4. いわき泉肛門クリニック)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター11

一般演題（ポスター）21　症例：肛門疾患その他 1

座長：畑 嘉高（畑肛門医院）

[P21-1] 異時性の鼠経リンパ節転移を来したS状結腸人工肛門部癌の1例

*白川 賢司[1]、小林 弘典[1]、石井 貴大[1]、柴田 浩輔[1]、倉岡 憲正[1]、豊田 和宏[1]、矢野 雷太[1]、橋本 泰司[1]、坂下 吉弘[1]、村上 義昭[1]、宮本 勝也[1] (1. 広島記念病院外科)

【はじめに】結腸腺癌からの鼠径リンパ節転移は極めて稀である。人工肛門癌は比較的稀であり、鼠径リンパ節転移を含むリンパ節転移を伴う症例はさらに稀である。その稀少性ゆえに、人工肛門癌に対する確立された手術手技は存在しない。本報告では、S状結腸人工肛門癌からの異時性鼠径リンパ節転移に対して鼠経リンパ節郭清術を施行し、良好な治療経過を得た症例を経験したので報告する。

【症例】症例は87歳の男性。患者は、28歳の時に直腸癌に対し腹会陰式直腸切断術を受けていた。人工肛門の腫脹および出血を主訴として当院を受診された。大腸内視鏡検査で人工肛門部位に出血を伴うType 2の腫瘍を認めた。生検の結果、中分化型管状腺癌が検出された。S状結腸人工肛門癌と診断し、腹腔鏡補助下S状結腸切除術(D3郭清)、人工肛門再造設術を施行した。術後6ヶ月時点の造影CT検査で、左鼠径部にリンパ節の腫大が認められた。血液検査では腫瘍マーカーCEAの増大を認めた。S 状結腸人工肛門癌の左鼠径リンパ節再発と診断し、左鼠径リンパ節郭清術を実施した。病理組織学的検査の結果、中分化型管状腺癌と判明した。組織学的所見は人工肛門癌に類似しており、S状結腸人工肛門癌からの異時性鼠径リンパ節転移と診断した。術後補助化学療法は患者の希望から施行しなかった。鼠経リンパ節郭清手術後から18カ月が経過しているが、再発することなく生存している。

【結語】本症例は、S状結腸人工肛門癌からの異時性鼠径リンパ節転移の最初の報告例であった。人工肛門癌の鼠径リンパ節転移に対しては、R0手術が可能であれば、鼠径リンパ節郭清が有効な治療法となりえる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)
2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター11
一般演題（ポスター）21　症例：肛門疾患その他 1
座長：畑 嘉高（畑肛門医院）

[P21-2] 分娩時肛門括約筋損傷（OASIS）による重度便失禁に対し、会陰横筋・球海綿体筋を含めた括約筋形成術が奏功した1例

*木村 熙伸[1]、田邊 太郎[1]、安藤 熙典[1]、若生 彩佳[1]、生沼 慎一郎[1]、笠木 紳矢[1]、北條 真鈴[1]、徳永 良太[1]、保母 貴宏[1]、大塚 耕司[1]、出口 義雄[1]、横山 登[1]、井上 晴洋[1] (1. 昭和医科大学江東豊洲病院)

【はじめに】
分娩時肛門括約筋損傷（Obstetric anal sphincter injuries：OASIS）は産後便失禁の主要な原因であるが、診断遅延例では括約筋の萎縮や周囲組織の瘢痕化により、機能再建が困難となることがある。今回、外・内肛門括約筋に加え、会陰横筋および球海綿体筋の連続性を意識した再建を行い、良好な肛門機能の回復を得た1例を経験したため報告する。
【症例】
34歳女性。初産。妊娠40週にて3,380gの男児を経膣分娩にて出産した。産後より便失禁を認めたが経過観察とされ、症状は遷延した。産後1年半で当院紹介となった。肛門内圧検査では最大随意収縮圧の著明な低下を認め、肛門超音波検査では外肛門括約筋および内肛門括約筋の断裂を認めた。陳旧性OASISによる便失禁と診断し手術を施行した。術中、外・内肛門括約筋の断裂に加え、会陰横筋および球海綿体筋の連続性の破綻を認めたため、これらを含めた解剖学的再建を行った。術後は便失禁症状の消失を認め、良好な経過を得ている。
【結語】
陳旧性OASISにおいては、単純な括約筋縫合にとどまらず、会陰横筋や球海綿体筋を含めた会陰体の再建を行うことが、肛門機能の回復に寄与する可能性がある。産後時間が経過した症例においても、適切な解剖学的再建により良好な機能改善が期待できる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)
2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター11
一般演題（ポスター）21　症例：肛門疾患その他 1
座長：畑 嘉高（畑肛門医院）

[P21-3] 陳旧性会陰裂傷に合併した直腸粘膜脱に対し二期的手術にて根治術を施行した1例

*中本 貴透[1]、植田 剛[1]、佐井 壯謙[1] (1. 佐井胃腸科肛門科)

【はじめに】分娩時の会陰裂傷として直腸肛門に損傷が及ぶ第３度および第４度の高度なものは0.5%から7%に発症し，損傷直後に縫合処置されてもその後に便失禁・直腸膣瘻・総排泄腔様変形が発症することが知られている．今回，会陰裂傷後に総排泄腔様変形を伴った陳旧性会陰裂傷に発症した直腸粘膜脱に対し，二期的手術にて修復し得た1例を経験したので報告する。
【症例】75歳女性．約40年前の分娩時に会陰裂傷を発症し経過されていた．10数年前より便失禁を認めるようになり，排便時脱肛も認めるためかかりつけ医より当院紹介受診．受診時，膣と肛門間の皮膚及び括約筋は欠損し総排泄腔様変形を伴っており，また直腸粘膜脱も併発していた．直腸粘膜脱は11時方向に認め，膣と肛門間の皮膚が存在しないため粘膜脱部と膣粘膜が接するようになっており一期的に修復は困難と判断し，まずは皮弁形成および括約筋修復術にて会陰形成を行うこととした．皮弁形成のため皮膚をX字切開し，膣および直腸間を切離し剥離，外肛門括約筋断端を出来る限り剥離し直腸に巻き付けるように縫合し，皮弁は正中でオーバーラップするように縫合した．6か月経過し膣と肛門間の創部が安定した後に直腸粘膜脱に対し結紮切除術を施行し，術後２か月現在創部は問題なく経過している．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター11

一般演題（ポスター）21　症例：肛門疾患その他 1

座長：畑 嘉高（畑肛門医院）

[P21-4] 肛門部に発生した偽上皮腫様過形成の1例

*那須 聡果[1] (1. ウィメンズクリニック浦和)

【背景】

偽上皮腫様過形成（pseudoepitheliomatous hyperplasia：PEH）は，慢性炎症，感染，外傷，腫瘍など様々な刺激に対する反応として生じる扁平上皮の著明な増殖性変化であり，組織学的に高分化型扁平上皮癌と類似する像を呈することがあるため鑑別診断上重要である。皮膚や口腔粘膜では比較的知られているが，肛門・肛囲領域における臨床報告は少なく，その臨床像は十分に明らかではない。

【症例】

症例は58歳女性。約1年前より肛門部の腫脹と疼痛を自覚していたが未受診で経過していた。約2か月前より排便後および清拭時の疼痛が増悪したため当院を受診した。肛門縁に軽度隆起した限局性病変を認め，触診で圧痛を伴っていた。明らかな膿瘍形成や痔瘻開口部は認めなかったが，腫瘍性病変の可能性も否定できなかったため，診断目的に局所麻酔下で切除生検を施行した。病理組織学的には扁平上皮の著明な肥厚と不規則な下方増殖を認めたが，細胞異型は軽度で異常分裂像や浸潤性増殖を欠いており，PEHと診断した。術後経過は良好で，疼痛は速やかに改善し，術後12か月の時点で再発は認めていない。

【考察】

本症例は，明らかな腫瘍性・感染性背景を伴わないにもかかわらず，疼痛を伴う限局性肛門病変として発症し，腫瘍性病変との鑑別を要した点が特徴的である。肛門部は排便や清拭などにより慢性的な機械刺激を受けやすく，本症例においてもこれらの持続的刺激が発生に関与した可能性が示唆された。また，PEHは臨床的・組織学的に扁平上皮癌やPaget病，尖圭コンジローマなどの悪性・前癌病変と類似する像を呈することがあり，診断に苦慮する場合がある。

【結語】

肛門部の限局性病変において腫瘍性病変を否定できない場合には，PEHも鑑別に考慮し，積極的な切除生検による病理学的評価が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター11

一般演題（ポスター）21　症例：肛門疾患その他 1

座長：畑 嘉高（畑肛門医院）

[P21-5] 化学放射線療法で完全奏効を得た肛門管扁平上皮癌に対し、難治性放射線性会陰潰瘍のため腹会陰式直腸切断術を施行した1例

*西子 瑞規[1]、大島 健志[1]、小井土 耕平[1]、中村 和正[1]、間 浩之[1]、大端 考[1] (1. 静岡県立総合病院　消化器外科)

【はじめに】肛門管扁平上皮癌の標準治療は化学放射線療法（chemoradiotherapy：CRT）であり，高い完全奏効率により肛門機能温存が期待される。一方，CRT後に残存腫瘍や局所再発を認めた場合には，腹会陰式直腸切断術（abdominoperineal resection：APR）が救済手術として選択される。CRT後の残存・再発病変に対するAPRは確立した治療選択肢であるが，臨床的完全奏効（clinical complete response：cCR）例において放射線による難治性会陰潰瘍を原因としてAPRを要する症例はまれである。今回われわれは，CRT後cCRを得た肛門管扁平上皮癌において，難治性会陰潰瘍を認めたためAPRを施行した1例を報告する。
【症例】68歳女性。関節リウマチに対してプレドニゾロンを内服中であった。肛門管扁平上皮癌 cT2N1aM0 cStage IIIAに対し，マイトマイシンCおよび5-FU併用CRT（59.4Gy/33回）を施行しcCRを得た。CRT終了後より臀部痛が出現し，2か月後に肛門周囲に全周性皮膚潰瘍を認めた。皮膚科で放射線性皮膚潰瘍と診断され外用治療を行ったが改善に乏しく，潰瘍は進行した。生検では悪性所見を認めなかったが，癌遺残を完全には否定できなかった。また，疼痛による著しいQOL低下と日常生活制限を認めたため，腫瘍学的根治性と症状改善から手術適応と判断した。CRT施行6か月後，難治性会陰潰瘍に対しロボット支援APR＋左薄筋皮弁再建術を施行した。手術時間は10時間38分，出血量は100 mLであった。摘出標本に癌遺残はなく，病理学的にも完全奏効と判断された。術後は会陰創治癒に時間を要したが，術後80日目に退院し，術後6か月で創部は治癒した。現在，CRT後2年6か月で再発は認めていない。
【考察・結語】本症例ではCRT後にcCRを得たにもかかわらず，難治性会陰潰瘍と疼痛により著しいQOL低下を来した。cCR後でも癌遺残を完全には否定できず，症状改善と腫瘍学的根治性からAPRを選択した。関節リウマチおよびステロイド内服が放射線性皮膚障害の重症化に関与した可能性がある。CRT後cCR例でも，患者背景によっては重篤な放射線障害により外科的介入を要する症例がある。腫瘍制御のみならず，有害事象やQOLを踏まえた治療方針決定が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター11

一般演題（ポスター）21　症例：肛門疾患その他 1

座長：畑 嘉高（畑肛門医院）

[P21-6] 経肛門的に摘出可能であった直腸異物(青パパイヤ)の1例

*増子 慧[1,2]、大町 貴弘[1,2]、阿部 正[1,2]、荒井 晶聖[1,2]、鈴木 衛[1]、衛藤 謙[2] (1. 三島中央病院、2. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

45歳男性。反復する直腸異物挿入歴あり。X年Y月、自慰目的に青パパイヤを経肛門的に挿入後、自己抜去不能となり救急要請された。腹部CT検査にて直腸内に直径９cmの表面整な楕円形異物を認めた。遊離ガスや腹水貯留は認めず、消化管穿孔は否定的であった。救急外来にて無麻酔下に用手的摘出を試みたが困難であったため緊急手術の方針とした。ジャックナイフ位、全身麻酔下にて筋弛緩を得たうえで肛門鏡を用いて視野を確保した。整形外科手術器械（単鋭鉤、単鈍鉤、骨把持鉗子、二双鉤）を使用して異物を把持し、操作中に裂けた異物は適宜摘出しつつ、腹部からの愛護的圧迫を併用することで経肛門的に摘出可能であった。摘出後に直腸粘膜の一部に損傷を認めたが軽度であり、術後に排便を確認したのち術翌日に退院となった。経肛門的直腸異物は性的嗜好を背景に男性に多いとされ、挿入される異物は多岐にわたる。医中誌Webにて「異物　パパイヤ」をキーワードに検索したところ該当する報告は認められなかった。摘出方法は症例により様々であり、経肛門的摘出、内視鏡的摘出、開腹手術などから状況に応じて選択される。経肛門的摘出においては、一般的な外科手術器械に限らず、異物の形状や材質に応じて他科の器械を工夫して使用した報告も散見される。直腸異物は報告に至らない症例も多いと推測されるが、羞恥心による受診遅延や異物形状により用手摘出が困難となり、腸管損傷や穿孔を来した例も報告されている。今回我々は青パパイヤによる直腸異物に対し、整形外科手術器械を用いることで開腹手術に至らず経肛門的に摘出することができた症例を経験した。比較的稀な症例であると考えられ、文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)
2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター11
一般演題（ポスター）21　症例：肛門疾患その他 1
座長：畑 嘉高（畑肛門医院）

[P21-7] 肛門狭窄による排出障害を契機に発症したハルトマン術後残存直腸膿瘍および断端漏に対し側方内括約筋切開術（LSIS）が有効であった1例

*佐々木 春菜[1,2]、三國 夢人[2]、正司 裕隆[2]、小丹枝 裕二[2]、本間 直健[3]、川村 秀樹[2] (1. イムス札幌消化器中央総合病院外科、2. 北海道医療センター外科、3. 北海道医療センター呼吸器外科)

【諸言】

側方内肛門括約筋切開術（LSIS）は慢性裂肛に伴う肛門狭窄に対し，肛門内圧を低下させる目的で施行される術式である．今回，ハルトマン術後に肛門狭窄を契機として残存直腸内に膿瘍形成および直腸断端漏を来した症例に対し，LSISが有効であった1例を経験したので報告する．

【症例】

73歳女性．心肺停止で搬送され蘇生後，冠動脈造影にて急性心筋梗塞と診断されPCIを施行された．その後，全身状態不良の中でNOMIに伴う直腸穿孔を発症し，緊急でハルトマン手術が施行された．全身状態改善後，嚥下リハビリ目的に転院となった．転院後4ヶ月で臀部痛および発熱を主訴に当院を受診し，CTで残存直腸内に著明な液体貯留と直腸断端漏を認めた．

直腸診では肛門狭窄を認め，示指の挿入も困難であった．ネラトンチューブを挿入すると膿汁の排出を認めたことから，肛門狭窄による排出障害を背景に残存直腸内で内容物が貯留し感染を来し，残存直腸内圧上昇により断端漏を生じたと考えた．

ドレナージおよび抗菌薬投与により炎症は軽快したが，チューブ抜去後は再貯留が懸念された．根本的な排出障害の解除を目的としてLSISを施行し，術後は肛門の拡張が得られた．術後経過は良好で自宅退院となり，術後8ヶ月の経過で膿瘍再発や残存直腸内の液体貯留は認めていない．

【結語】

肛門狭窄に起因する残存直腸の排出障害に対して，LSISは低侵襲かつ有効な治療選択肢となり得ると考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター11

一般演題（ポスター）21　症例：肛門疾患その他１

座長：畑 嘉高（畑肛門医院）

[P21-8] 肛門部二次性（疑い）乳房外Paget病の３症例

*須田 和義[1]、川﨑 俊一[1,2]、本橋 行[1,2]、田渕 崇伸[1,2,3]、菊田 信一[1,4]、後藤 悦久[2] (1. 川﨑病院肛門外科、2. 川崎病院、3. みと肛門クリニック、4. いわき泉肛門クリニック)

肛門外科診療において、二次性疑い乳房外Paget病３例を経験したので報告する。
【症例１】７２歳、女性
【主訴】かゆみ、ただれ感
【既往歴】高脂血症、ドライアイ
【現病歴】１ヶ月前よりかゆみ生じ、皮膚科診療受けるも良くならず受診。
【当科所見・経過】びらん伴い、浸潤した、比較的境界明瞭な皮疹を認め、軟膏治療で軽快せず、乳房外Paget病も疑い他の皮膚科紹介、生検の結果乳房外Paget病判明し、高次施設紹介となった。直腸、肛門に腫瘍認めず、免疫染色、mapping biopsyからpagetoid spread疑われ、直腸切断術施行されたが、術後病理では原発巣確認されず、最終診断：肛門部皮膚原発乳房外Paget病。術後11年現在再発なし。
【症例２】７１歳、女性
【主訴】肛門の周りがピリピリ
【既往歴】高血圧、高脂血症、不眠症
【現病歴】数週間来肛門の周りがピリピリし受診。
【当科所見・経過】辺縁がやや隆起し浸潤した境界明瞭な発赤を認めた。当科治療で改善なく、乳房外Paget病も疑い皮膚科紹介、生検の結果乳房外Paget病判明し、高次施設紹介となった。直腸、肛門に腫瘍認めず、免疫染色からはpagetoid spreadが疑われた。しかし、mapping biopsyの結果、口側病変歯状線レベルのため、肛門周囲皮膚、肛門管粘膜切除術、分層植皮、回腸瘻増設術施行された。術後病理では原発巣確認されず、最終診断：肛門部皮膚原発乳房外Paget病。術後9年現在再発なし。
【症例３】６０歳、女性
【主訴】肛門付近のできもの
【既往歴】3、4年前、子宮頚がん：広汎子宮全摘、膣断端再発放射線治療後
【現病歴】1年前から『あせも』様のできもの。一時膿様分泌液あり受診。
【当科所見・経過】やや隆起、硬結を伴う境界明瞭な発赤局面認めた。乳房外Paget病を疑い生検し乳房外Paget病判明し、高次施設紹介となった。直腸、肛門に腫瘍認めないが、免疫染色からはpagetoid spreadが疑われ、直腸切断術提案されたが、患者さん希望で、他高次施設紹介され、肛門管ESD、皮膚局所切除術施行された。術後病理では円柱上皮領域にcarcinoma確認され、今後残存粘膜に病変出現注視の方針。
肛門皮疹だけであっても、乳房外Paget病も二次性含め、鑑別していく必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター11

一般演題（ポスター）22　症例：転移・再発 1

座長：野中 隆（長崎大学　外科学講座　大腸・肛門外科）

[P22-1] 早期大腸癌EMR13年後のリンパ節再発と判明した巨大腸間膜腫瘍の一例

*日笠 兼太郎[1]、岡田 倫明[1]、堀田 健太[1]、西田 和樹[2]、野村 明成[1] (1. 大阪赤十字病院消化器外科、2. 京都大学大学院医学研究科外科学講座肝胆膵・移植外科学分野)

[P22-2] 尿管浸潤を伴う直腸癌局所再発に対して回腸間置による尿路再建を併施した腹腔鏡下salvage手術の1例

*山本 匠[1]、福長 洋介[1]、北川 祐資[1]、三城 弥範[1]、柳農 浩樹[2]、瀧井 麻美子[2]、上原 広樹[2]、山田 典和[2]、五十嵐 優人[2]、森 至弘[2]、萩原 千恵[2]、諏訪 雄亮[2]、渡邉 純[2] (1. 関西医科大学総合医療センター下部消化管外科、2. 関西医科大学附属病院下部消化管外科)

[P22-3] 上行結腸癌術後に出現した孤立性脾転移に対し脾門リンパ節を含めたen bloc切除を施行した1例―非典型的画像所見を呈した脾病変に対する診断的治療の意義―

*藤野 聖人[1]、榎本 正統[1]、渡邉 賢之[1]、笠井 麻衣[1]、永山 可琳[1]、下田 陽太[1]、瀧下 智恵[1] (1. 戸田中央総合病院)

[P22-4] 左側大腸癌根治切除後5年で傍大動脈リンパ節再発をきたし、化学療法後に切除を施行した1例

*長田 俊一[1]、貴島 孝[1]、船橋 公彦[1] (1. 横浜総合病院　消化器外科)

[P22-5] 直腸癌術後10年で切除した結腸人工肛門部再発の1例

*松本 遼平[1]、小林 徹夜[1]、田辺 義明[1]、金井 秀樹[1]、菅野 宏[1] (1. 新百合ヶ丘総合病院消化器外科)

[P22-6] 閉塞性大腸癌のステント逸脱後にS状結腸癌切除術施行後、早期吻合部再発を来した1例

*藤井 あゆみ[1]、氏家 大輔[1]、八子 博貴[1]、川又 崇弘[1]、深井 智司[1]、佐藤 孝洋[1]、伊藤 美郷[1]、門馬 智之[1] (1. 福島県立医科大学付属病院消化管外科学講座)

[P22-7] 術後6年2か月無再発生存中の横行結腸癌術後孤立性大網転移の１例

*小野 千尋[1]、青木 一浩[1]、杉田 久記[1] (1. 三和会東鷲宮病院　外科)

[P22-8] 肛門痛と解釈された症状に潜む診断バイアス―再評価により仙骨転移性骨腫瘍を診断した一例―

*山口 恵実[1] (1. 出雲市立総合医療センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター11

一般演題（ポスター）22　症例：転移・再発 1

座長：野中 隆（長崎大学　外科学講座　大腸・肛門外科）

[P22-1] 早期大腸癌EMR13年後のリンパ節再発と判明した巨大腸間膜腫瘍の一例

*日笠 兼太郎[1]、岡田 倫明[1]、堀田 健太[1]、西田 和樹[2]、野村 明成[1] (1. 大阪赤十字病院消化器外科、2. 京都大学大学院医学研究科外科学講座肝胆膵・移植外科学分野)

【はじめに】大腸癌治癒切除後の再発は95%以上が5年以内であり、5年を超えて再発を来すことはまれである。今回我々は巨大腸間膜腫瘍として発見され、後に13年前に施行されたEMR後の大腸癌リンパ節再発と判明した1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。【症例】70歳代男性。嘔気を主訴に来院され、CT検査でS状結腸間膜内に60mm大の腫瘍を認めた。上下部内視鏡で腫瘍性病変は指摘されず、PET/CTで異常集積（SUV max：10.3）を認めた。悪性リンパ腫、転移性リンパ節、GIST、神経原性腫瘍などを鑑別に挙げ、診断的治療目的に郭清を伴う腹腔鏡補助下S状結腸切除術を施行した。病理結果は中分化腺癌で、大腸癌のリンパ節転移を疑う所見であった。切除腸管には腫瘍性病変を認めなかった。術後の詳細な問診により13年前にS状結腸Ip早期癌に対するEMR歴が判明した。切除時の病理結果はSM 3mm、ly（+）、断端陰性で追加切除適応であったが切除は行わず通院を自己中断していた。EMR切除標本と切除リンパ節標本の組織学的な形態が類似しており、EMR後のリンパ節再発と診断した。術後補助化学療法は行わず、現在術後3年半で無再発経過中である。【考察】T1大腸癌の内視鏡切除後のうち、SM深部浸潤や脈管侵襲陽性であれば外科的な追加切除が推奨される。EMR後追加切除適応の症例では再発率において、追加切除非施行群では7.1%と追加切除施行群での2.5%と比較して再発率が高いことが報告されている。追加切除適応で追加切除非施行の場合は、内視鏡のみならずCTや腫瘍マーカーを定期的に測定し、5年間のフォローアップが推奨されている。本例は大腸癌EMR後の外科的追加切除未施行例に生じた晩期リンパ節再発であり、文献的にもまれである。腸間膜腫瘍の鑑別では、患者が内視鏡治療を癌治療と認識していない可能性を念頭に、過去の内視鏡治療歴まで確認すべきである。【結語】S状結腸早期癌に対するEMR後13年でリンパ節再発を来した1例を経験した。腸間膜腫瘍では大腸癌晩期再発を鑑別に挙げ、治療歴を丁寧に聴取することが重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター11

一般演題（ポスター）22　症例：転移・再発 1

座長：野中 隆（長崎大学　外科学講座　大腸・肛門外科）

[P22-2] 尿管浸潤を伴う直腸癌局所再発に対して回腸間置による尿路再建を併施した腹腔鏡下salvage手術の1例

*山本 匠[1]、福長 洋介[1]、北川 祐資[1]、三城 弥範[1]、柳農 浩樹[2]、瀧井 麻美子[2]、上原 広樹[2]、山田 典和[2]、五十嵐 優人[2]、森 至弘[2]、萩原 千恵[2]、諏訪 雄亮[2]、渡邉 純[2] (1. 関西医科大学総合医療センター下部消化管外科、2. 関西医科大学附属病院下部消化管外科)

【はじめに】直腸癌局所再発（local recurrence of rectal cancer：LRRC）に対する根治切除では，周囲浸潤臓器の合併切除と再建を要することがあり，手術難度は高い．今回，総腸骨動脈前面に再発し左尿管浸潤を伴ったLRRCに対し，腹腔鏡下低位前方切除術，尿管合併切除，回腸間置による尿路再建を施行したので報告する．

【症例】81歳男性. 3年前に直腸S状部癌に対して腹腔鏡下高位前方切除術が施行された. 病理診断はpT3N1bM0，pStage IIIBであったが, 患者希望により術後補助化学療法は施行されなかった. 術後サーベイランスのCT画像検査で左総腸骨動脈分岐部前面に約20mmの再発病変を認め, 直腸, 左尿管への浸潤を認めた．左水腎症をきたしていたため, 腎瘻造設後, 化学療法（FOLFOX＋Bmab）が施行されたが, 3コ―ス目に副作用のため継続困難となった. PET-CTで遠隔転移を認めなかったことから根治切除の方針となり, 腹腔鏡下低位前方切除術および左尿管合併切除術が施行された.左尿管切除後は, 約10cmの回腸間置で尿路再建が行われた. 手術時間は441分，出血量は102mLであった．術後は麻痺性イレウスを認めたが保存的加療で軽快し，腎機能低下もなく経過し, 術後20PODに軽快退院となった．病理学的検索においては, 右総腸骨動脈剥離断端近くまで腺癌細胞を認めたが, 肉眼的には剥離面は陰性と判断した. 術後1年時点で無再発生存中である．

【考察】LRRCに対する外科的切除ではR0切除が予後改善に重要であり，外科的侵襲度を考慮したうえで切除可能例では手術を検討すべきである．本症例では，術前診断において，尿管欠損長を踏まえて回腸間置を選択することで，腎機能を温存できた. また温存すべき臓器との剥離に関しても術前診断が重要となり, 本症例では剥離面陰性が腹腔鏡下手術で可能であった.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター11

一般演題（ポスター）22　症例：転移・再発 1

座長：野中 隆（長崎大学　外科学講座　大腸・肛門外科）

[P22-3] 上行結腸癌術後に出現した孤立性脾転移に対し脾門リンパ節を含めたen bloc切除を施行した1例―非典型的画像所見を呈した脾病変に対する診断的治療の意義―

*藤野 聖人[1]、榎本 正統[1]、渡邉 賢之[1]、笠井 麻衣[1]、永山 可琳[1]、下田 陽太[1]、瀧下 智恵[1] (1. 戸田中央総合病院)

大腸癌の遠隔転移は肝・肺に多く、脾転移は稀である。特に孤立性脾転移は報告が限られており、画像所見が非典型的な場合には良性脾病変との鑑別に難渋する。今回われわれは、上行結腸癌術後の経過観察中に出現し、診断的切除により確定診断に至った孤立性脾転移の1例を経験したため報告する。
症例は80歳代男性。上行結腸癌に対して腹腔鏡下回盲部切除術・D3郭清を施行した。病理組織学的診断は粘液癌成分を伴う腺癌、pT4aN1bであり、リンパ節転移を3/23個に認めた。術後補助化学療法としてCapOX療法を8コース施行した。術後約3年の経過観察中、CTで脾臓に低吸収性腫瘤を認め、MRIではT2高信号、ADC高値を示し、造影効果は明らかでなかった。PET-CTでは軽度FDG集積にとどまり、腫瘍マーカーの明らかな上昇も認めなかったため、嚢胞性病変やリンパ管腫などの良性疾患も鑑別に挙がった。一方で、上行結腸癌術後であり転移性病変を否定できなかった。画像上、他臓器転移を認めず、切除可能な孤立性脾病変と判断した。さらに病変が脾門部に近接していたことから、脾門部リンパ節転移の可能性も考慮し、診断的治療を目的として、腹腔鏡下に脾門リンパ節を含めて脾臓および膵尾部をen blocに切除した。
病理組織学的には大腸癌由来の転移性腺癌と診断され、脾門リンパ節にも転移を認めた。免疫組織化学的にはCK20陽性、CDX-2一部陽性であり、大腸癌由来として矛盾しない所見であった。術後経過は良好であり、術後7ヶ月現在、明らかな再発を認めていない。
大腸癌の孤立性脾転移は稀であり、画像上良性病変を示唆する所見を呈する場合には診断が困難である。本症例では、T2高信号、ADC高値、軽度FDG集積といった非典型的所見を呈しており、画像診断のみで転移を除外することは困難であった。大腸癌術後に出現した孤立性脾病変では、画像上良性様所見を呈する場合でも転移を念頭に置く必要があり、診断困難例においては外科的切除が確定診断および局所制御の両面で有用な選択肢となり得る。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター11

一般演題（ポスター）22　症例：転移・再発 1

座長：野中 隆（長崎大学　外科学講座　大腸・肛門外科）

[P22-4] 左側大腸癌根治切除後5年で傍大動脈リンパ節再発をきたし、化学療法後に切除を施行した1例

*長田 俊一[1]、貴島 孝[1]、船橋 公彦[1] (1. 横浜総合病院　消化器外科)

【はじめに】
大腸癌術後の傍大動脈リンパ節（PALN）再発は比較的まれであり、特に術後5年以降の晩期再発の報告は少ない。今回、左側大腸癌根治切除後5年でPALN再発をきたし、化学療法後に切除を施行しえた1例を経験したので報告する。
【症例】
50代女性。2019年、左側結腸癌に対して根治切除を施行（pStage IIa）。術後補助化学療法はUFT/UZEL施行し、外来経過観察中であった。術後5年目の定期検査にてCEA上昇および画像上傍大動脈リンパ節腫大を認め、PET/CTで腹部大動脈左側にFDGの集積を認める腫大リンパ節を認め、PALN再発と診断した。全身検索では他部位への転移を認めなかった。再発後は全身化学療法を開始し、FOLFOX3コース後に、切除（PALN郭清術）を施行した。可及的に硬結したリンパ節をen blocに切除した。切除標本の病理組織学的検索では、リンパ節転移巣は中分化腺癌であり、切除縁まで腫瘍の露出を認めた。術後補助化学療法は希望されず、現在術後1年無再発生存中である。
【考察・結語】
大腸癌術後の晩期PALN再発に対しては、化学療法による腫瘍縮小後の転換切除がR0切除達成に有用である可能性がある。孤立性再発例においては積極的な局所治療を検討する意義があり、今後の症例の蓄積と長期予後の検討が重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター11

一般演題（ポスター）22　症例：転移・再発 1

座長：野中 隆（長崎大学　外科学講座　大腸・肛門外科）

[P22-5] 直腸癌術後10年で切除した結腸人工肛門部再発の1例

*松本 遼平[1]、小林 徹夜[1]、田辺 義明[1]、金井 秀樹[1]、菅野 宏[1] (1. 新百合ヶ丘総合病院消化器外科)

【背景】
直腸癌術後の人工肛門部再発は比較的稀な病態であり，特に術後10年という長期経過後の発生は極めて稀である．今回我々は、直腸癌に対する腹会陰式直腸切断術(Miles手術)後10年で人工肛門部再発を来した1例を経験したので，文献的考察を加えて報告する．
【症例提示】
患者は82歳男性である．10年前に便通異常を主訴に当科外来受診され，精査の結果，局所進行直腸癌と診断された．術前化学療法施行後にMiles手術が施行された．病理組織学的診断はRa, type5, 37×33 mm, 50%, tub1, pT3(SS), INF b, Ly0, v0, pPM0, pDM0, pRM0, pN0, pStage Ⅱ aであった．その後定期的な通院およびストマ外来でのフォローアップを継続し術後8年無再発で経過され．当科終診となっていた．
術後10年目に人工肛門周囲部の腫瘤を主訴に当科外来受診された．人工肛門４時方向に30×30mm大の腫瘤性病変を認めた．同部位から生検したところ，初回手術時と同様の組織像を認め，病理学的に直腸癌の人工肛門部再発と診断された．全身検索で明らかな遠隔転移やその他切除不能因子を認めなかったため，手術にて切除の方針とした．腫瘍切除術，人工肛門閉鎖術および人工肛門再造設術を施行した．手術時間は114分，出血量は少量であった．術中特記すべき有害事象なく終了した．術後経過良好であり術後15日目に自宅退院された．現在まで定期診察を継続しているが，術後3年間無再発経過中である．
【結論】
直腸癌術後10年での人工肛門部再発という稀な病態を経験した．長期経過後であっても人工肛門部の観察は重要である．再発の可能性を念頭に置いたフォローアップが必要であり，多職種連携による継続的な観察が早期発見において極めて重要であると考えられる．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター11

一般演題（ポスター）22　症例：転移・再発 1

座長：野中 隆（長崎大学　外科学講座　大腸・肛門外科）

[P22-6] 閉塞性大腸癌のステント逸脱後にS状結腸癌切除術施行後、早期吻合部再発を来した1例

*藤井 あゆみ[1]、氏家 大輔[1]、八子 博貴[1]、川又 崇弘[1]、深井 智司[1]、佐藤 孝洋[1]、伊藤 美郷[1]、門馬 智之[1] (1. 福島県立医科大学付属病院消化管外科学講座)

はじめに：閉塞性大腸癌に対するステントの逸脱率は3~22%と報告されているが、ステント逸脱と術後の吻合部再発との関連を示唆する報告は少ない。今回我々はステント逸脱が関与した可能性のある術後早期吻合部再発を経験したので報告する。
症例：73歳女性、濾胞性リンパ腫寛解後で当院血液内科にてフォロー中。2024年X-1月腹痛を主訴に当院を受診し、下部消化管内視鏡検査でS状結腸に全周性の3型腫瘍を認めステント留置を施行した(生検:tub1-tub2)。1本目のステントは口側に逸脱したため再度狭窄部にステントを留置した。X月に開腹S状結腸切除術(DST再建)施行、術後16日目に退院した。病理はpT3N2bM0 pStageIIIc, RAS/BRAF:野生型, MSI:陰性, HER2:陰性であった。術後は低栄養とPS低下持続のため補助療法は行わずに経過観察していたが、排便過多が持続しておりX+5月に下部内視鏡検査を施行したところ吻合部に全周性潰瘍・肉芽形成を認め、生検でtub2、吻合部再発の診断となった。X+6月に開腹ハルトマン手術を施行し、病理はtub2, T3,Ly0, V1b, R0で初回手術の再発として矛盾しなかった。術後X+1年のCTで肝転移、大動脈周囲リンパ節再発疑いの診断で分子標的薬併用化学療法施行中である。
考察：閉塞性大腸癌に対するステント逸脱率は約3〜22%と報告されている。一方、大腸癌術後の吻合部再発は1〜3%と比較的稀であり、再発までの期間は通常6〜24ヶ月とされる。本症例は術後5ヶ月と極めて早期に吻合部再発を来しており、吻合部再発のリスク因子として知られる腫瘍細胞のimplantationが関与した可能性が考えられる。特に本例ではステント逸脱および再留置に伴う機械的刺激や腫瘍細胞の散布が、吻合部への生着を促進し短期間での再発につながった可能性も疑われた。
結論：ステント逸脱による影響が考えられた、術後早期に吻合部再発を来したS状結腸癌の1例を経験した。ステント留置の腫瘍への影響は未だ議論がの余地があるが、ステント留置後合併症と再発との関連について文献的考察を踏まえて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター11

一般演題（ポスター）22　症例：転移・再発 1

座長：野中 隆（長崎大学　外科学講座　大腸・肛門外科）

[P22-7] 術後6年2か月無再発生存中の横行結腸癌術後孤立性大網転移の１例

*小野 千尋[1]、青木 一浩[1]、杉田 久記[1] (1. 三和会東鷲宮病院　外科)

術後6年2か月無再発生存中の横行結腸癌術後孤立性大網転移の１例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。症例は44歳女性。2018年4月脾弯曲部横行結腸癌に対して腹腔鏡補助下結腸左半切除術を施行した（肉眼所見はpT4、病理所見はType 2, 30x25mm, 71%, 中分化型腺癌, pT3, ly0, v1, PN1a, pNo(0/14), StageⅡ）。その後外来で経過観察を受けていたが、2019年1月術後正常値化していたCEA値（術前39.7ng/mL）が5.5ng/mLに再上昇した。腹部CT検査を施行したところ左側腹部に14.5x13.7mm大の腫瘤を認めた。PET-CT検査を追加施行したところ同部位のみに12x10mm大の集積を認め孤立性腹膜再発と診断した。同年2月手術目的に入院となった。手術所見は臍部と下腹部に2ポートを挿入し腹腔内を観察した。ダグラス窩に少量の腹水貯留を認め洗浄細胞診を行ったが(結果ClassⅢ)ダグラス窩や横隔膜面など観察可能範囲に転移を思わせる所見は認めなかった。左傍結腸溝に落ち込んでいた大網を引き出すと表面に血管増生を伴う腫瘤を認め孤立性大網転移と診断した。小開腹をおき腫瘤とともに大網を部分切除した。病理所見は20x15x10mm大の充実性腫瘍で一部粘液を産生する中分化型腺癌であった。初回手術の腫瘍と同一の組織像で大網転移と診断した。術後SOX療法を行ったが副作用により1コースで終了、S-1単剤投与に変更するも4コースで中止を余儀なくされた。現在術後6年2か月経過しているが再発所見は認めていない。孤立性大網転移の報告例は少なく医学中央雑誌等で検索した結果本症例が3例目と考えられたが本症例のような6年を超える長期経過観察例の報告はなかった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター11

一般演題（ポスター）22　症例：転移・再発 1

座長：野中 隆（長崎大学　外科学講座　大腸・肛門外科）

[P22-8] 肛門痛と解釈された症状に潜む診断バイアス―再評価により仙骨転移性骨腫瘍を診断した一例―

*山口 恵実[1] (1. 出雲市立総合医療センター)

【はじめに】肛門痛は日常診療で頻繁に遭遇するが、患者表現の医療用語への置換に伴う認識のずれや、症状名による先入観が診断過程に影響することがある。今回、用語の固定化が診断の盲点となり、再評価により仙骨転移性骨腫瘍と判明した一例を報告する。
【症例】70歳代男性。1年前より「おしりの痛み」を自覚し、複数の医療機関を受診したが、肛門に器質的異常は認めなかった。初診時に医療者が症状を「肛門痛」と言い換え、以降は患者も同表現を用いていた。激痛のため当院へ救急搬送され、肛門痛として外科へ紹介された。直腸診・肛門鏡検査で異常を認めず、疼痛の再現も得られなかった。神経障害性疼痛や機能性直腸肛門痛も念頭に置きつつ、骨盤部MRI検査を予定した。1週間後に食事摂取困難で入院となった。入院時の胸腹部CT検査で肝腫瘍を認めた。骨盤部MRI検査では前立腺病変が疑われたが疼痛の原因は不明であった。入院中、診察中に疼痛の訴えがあり、痛みは肛門ではなく腰仙部から左臀部・大腿に及ぶことが判明し、腰仙椎CT検査で仙骨転移性骨腫瘍を認めた。肝腫瘍生検では胆管癌や神経内分泌腫瘍が疑われたが確定診断には至らず、原発不明癌と診断した。骨腫瘍に対し放射線治療が施行されたが、その後全身状態悪化により永眠された。
【考察】本症例では、初診時の「おしりの痛み」という局在の広い訴えが「肛門痛」という医療用語へ集約されたことで、診断バイアスが生じたと考えられる。この用語の固定化により、病変の想定部位が肛門周囲に限定され、結果として病変部位の再検討が十分になされなかった可能性がある。また、診察時に疼痛が再現されなかったことも、局在評価を困難にした一因である。器質的異常を認めない場合には、症状表現が実際の病態や解剖学的広がりを十分に反映していない可能性を常に考慮する必要がある。
【結語】主訴の医療用語への置換は診断バイアスを生じ得る。「肛門痛」という言葉に固執せず、患者の言葉に立ち返った症状の再評価と局在の再確認が重要である。非典型例や難治例では、広範な鑑別と適切な画像検査を行うことが、診断精度の向上や適切な治療介入に不可欠である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター12

一般演題（ポスター）23　症例：直腸肛門術後合併症

座長：福永 光子（大腸肛門病センター高野病院消化器外科）

[P23-1] 直腸癌術後会陰ヘルニアに対するbarbed sutureによる全周連続縫合とICG蛍光尿管同定を併用した腹腔鏡下修復術の1例

*米澤 博貴[1] (1. 太田西ノ内病院外科)

[P23-2] 直腸癌術後の吻合部完全閉塞に対して双方向的内視鏡下穿刺切開拡張術が有効であった1例

*東條 峰之[1]、篠原 翔一[1]、利府 数馬[1]、本間 祐子[1]、太白 健一[1]、伊藤 誉[1]、味村 俊樹[1]、山下 裕玄[1]、山口 博紀[1]、林 芳和[2]、矢野 智則[2] (1. 自治医科大学消化器一般移植外科、2. 自治医科大学消化器肝臓内科)

[P23-3] 自動吻合器のチタン合金に対する過剰な異物反応を起点とし、広範な腸間膜硬化を来した1例

*松村 篤[1]、田中 光来[1]、安藤 淳仁[1]、松原 大樹[1]、望月 聡[1]、宮川 公治[1] (1. 京都済生会病院)

[P23-4] ALTA療法後に膿瘍形成を来した３例

*坪本 敦子[1]、堤 修[1]、指山 浩志[1]、本多 舜哉[1]、黒崎 剛史[1]、城後 友望子[1]、高野 竜太朗[1]、川西 輝貴[1]、安田 卓[1]、中山 洋[1]、小池 淳一[1]、浜畑 幸弘[1] (1. 辻仲病院柏の葉大腸肛門外科)

[P23-5] 痔核硬化治療剤ALTA投与後の直腸潰瘍に対し、漢方治療が著効した1例

*田澤 賢一[1]、松本 茂樹[1]、飯島 靖博[1]、山野 格寿[1]、神山 公希[1]、志村 国彦[1]、新井 圭一[2]、長谷川 亮[2]、山下 巌[3]、川井 貴美子[2]、松嶋 成志[2]、藤井 努[4] (1. 社会医療法人社団三思会東名厚木病院消化器外科、2. 社会医療法人社団三思会東名厚木病院消化器内科、3. 社会医療法人社団三思会冬目宇厚木病院救急科、4. 富山大学附属病院消化器・腫瘍・総合外科)

[P23-6] ロボット支援下直腸手術における尿道損傷の2例 ― 多関節機能に伴う新たなpitfall ―

*森 貴志[1]、田口 航大[1]、小玉 爽太[1]、西村 隆則[1]、須賀 悠介[1]、永井 元樹[1] (1. 国保旭中央病院)

[P23-7] Delorme＋Thiersch法後に再発をきたし、脱出腸管穿孔を認めた1例

*杉本 光司[1]、山下 祥子[1]、高田 厚史[1]、鷹村 和人[1]、佐藤 宏彦[1] (1. JA徳島厚生連吉野川医療センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター12

一般演題（ポスター）23　症例：直腸肛門術後合併症

座長：福永 光子（大腸肛門病センター高野病院消化器外科）

[P23-1] 直腸癌術後会陰ヘルニアに対するbarbed sutureによる全周連続縫合とICG蛍光尿管同定を併用した腹腔鏡下修復術の1例

*米澤 博貴[1] (1. 太田西ノ内病院外科)

【背景】会陰ヘルニアは稀な合併症であるが，近年は腹腔鏡手術の普及に伴い発生頻度の増加が報告されており，術後癒着の軽減もその一因と考えられている。メッシュ固定方法には一定の見解がなく，タッカーは簡便である一方，臓器損傷のリスクが指摘されている。
【症例】症例は76歳男性。直腸癌に対して腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術を施行後，6か月で会陰部膨隆を認め，増大傾向のため手術加療の方針とした。
【手術】骨盤内再手術であり解剖学的構造の同定が困難となる可能性を考慮し，術前にICG蛍光尿管ステントを留置した。腹腔鏡下に手術を施行し，ヘルニア門は約7×5 cmであった。ベントトラライトSTをヘルニア門に合わせてトリミングし，仙骨前面に固定した後，V-Loc™を用いて全周連続縫合によりメッシュ固定を行った。
【結果】術後に漿液腫を認めたが外来で1回のドレナージで軽快し，術後9か月時点で再発は認めていない。
【考察】会陰ヘルニア修復におけるメッシュ固定はタッカーや結節縫合が主流であるが，固定時の臓器損傷やテンションのばらつきが問題となる。本症例ではbarbed sutureによる全周連続縫合を用いることで簡便かつ均一なテンションでの固定が可能であった。またICG蛍光尿管同定を併用することで安全に施行し得た。
【結語】本手技は会陰ヘルニア修復における再現性の高い有用な選択肢となり得る。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター12

一般演題（ポスター）23　症例：直腸肛門術後合併症

座長：福永 光子（大腸肛門病センター高野病院消化器外科）

[P23-2] 直腸癌術後の吻合部完全閉塞に対して双方向的内視鏡下穿刺切開拡張術が有効であった1例

*東條 峰之[1]、篠原 翔一[1]、利府 数馬[1]、本間 祐子[1]、太白 健一[1]、伊藤 誉[1]、味村 俊樹[1]、山下 裕玄[1]、山口 博紀[1]、林 芳和[2]、矢野 智則[2] (1. 自治医科大学消化器一般移植外科、2. 自治医科大学消化器肝臓内科)

症例は55歳男性。同時性肺転移を伴う直腸癌に対し、腹腔鏡下低位前方切除術および回腸人工肛門造設術を施行した。術後経過は良好で第14日目に退院した。初回手術2か月後に胸腔鏡下肺部分切除術を施行し、R0切除を得た。その後、カペシタビンによる術後補助化学療法を8コース施行した。化学療法終了、人工肛門閉鎖前評価の直腸造影で吻合部から口側へ造影剤通過を認めなかった。大腸内視鏡検査で直腸は完全閉塞し、吻合部は不明瞭であった。直腸癌術後であり再吻合は困難と判断し、内視鏡的治療を選択した。回腸人工肛門から内視鏡を肛門側へ挿入し、吻合部近傍まで到達した。さらに経肛門的にも内視鏡を挿入し、双方向から透過光を用いて閉塞部位を確認した。口側内視鏡から透過光を照射し、肛門側内視鏡で閉塞部位を同定した。口側腸管と肛門側閉塞部の軸が一致していることを双方向から確認したうえで、肛門側から穿刺針を用いて閉塞部を穿通した。続いてニードルナイフで切開し、ITナイフナノで経約7㎜程度まで切開を拡大した後、拡張バルーンで12㎜まで拡張し、内視鏡通過が可能になった。造影剤の腸管外漏出がないことを確認し、経肛門的に吻合部指診でも吻合部が触知可能になった。処置後1週間は慎重に観察し、狭窄再燃や穿孔所見がないことを確認した。内視鏡で吻合部の開存を確認後、人工肛門閉鎖術を施行し、術後9日目に退院した。閉鎖後6か月の大腸内視鏡検査では、吻合部は良好に開大し、内視鏡の通過も容易であった。直腸癌術後の吻合部狭窄は時に経験するが、完全狭窄は稀である。完全閉塞では通常のバルーン拡張のみでは対応できず、閉塞部の穿通と切開を併用する必要がある。しかしながら、直腸術後の吻合部は肛門部と口側腸管の軸合わせが難しく、口側腸管の位置確認が不十分の切開は穿孔の危険を伴う。本症例では双方向的内視鏡アプローチにより口側腸管の位置と軸を確認し、透過光を指標として安全に穿刺・切開・拡張を行うことが可能であった。直腸癌術後の吻合部完全閉塞に対する本法は、低侵襲かつ有効な治療選択肢となり得ると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター12

一般演題（ポスター）23　症例：直腸肛門術後合併症

座長：福永 光子（大腸肛門病センター高野病院消化器外科）

[P23-3] 自動吻合器のチタン合金に対する過剰な異物反応を起点とし、広範な腸間膜硬化を来した1例

*松村 篤[1]、田中 光来[1]、安藤 淳仁[1]、松原 大樹[1]、望月 聡[1]、宮川 公治[1] (1. 京都済生会病院)

【はじめに】 チタン合金は生体適合性が高いとされるが、稀に過剰な異物反応を来す。今回、自動吻合器のステープルに対し劇症型の硬化性腸間膜炎を呈し、外科的切除を要した稀な1例を経験したため報告する。

【症例】 64歳女性。既往歴として3ヶ月前に人工内耳埋込術。下行結腸癌に対しロボット支援下結腸部分切除術（DST吻合）を施行した。術後9日目に退院したが、19日目に吻合部狭窄による通過障害で再入院となった。保存的治療に抵抗し、29日目に再手術を施行した。吻合部周囲の腸間膜は著明に硬化・肥厚し、後腹膜と強固に癒着していた。吻合部切除および再建（DST吻合）を行ったが、術後、横行結腸間膜血管茎の異常肥厚による十二指腸水平脚の圧迫閉塞と小腸閉塞を併発した。さらに、吻合部が再び狭窄した。再手術の病理組織学的所見は「異物反応とケロイド様の膠原線維過剰産生」であり、ステープルのチタン合金に対する過剰反応を疑った。 再手術後35日目に再々手術を施行した。吻合部から膵下縁に及ぶ中結腸動脈茎の著明な硬化・短縮を認め、これが十二指腸を圧迫し、吻合部が小腸を巻き込む複雑な腸閉塞を呈していた。金属ステープラーの使用を一切禁忌とし、吻合部および癒着小腸を摘出後、全て手縫いで再建した。術後、SSI等の合併症を認めたが、腸閉塞や狭窄は消失し、再々手術後34日目に退院となった。

【考察】 術後のチタン合金に対するパッチテストは陰性であったが、再々手術検体の偏光顕微鏡観察では微小金属片を貪食する異物肉芽腫が確認された。本症例は、チタン合金に対する金属アレルギー（IV型）は否定されたものの、ステープルという異物を起点として短期間に劇烈な組織増殖を来した硬化性腸間膜炎（Sclerosing mesenteritis）の病態と考えられた。本症例のように、金属テストが陰性であっても異物に対する過剰な線維化素因（Diathesis）を持つ症例が存在し、その場合は金属製デバイスの完全排除が唯一の根治策となり得ることが示唆された。

【結語】 ステープルへの過剰な異物反応から広範な腸間膜硬化を来した稀な1例を経験した。難治性の術後腸間膜線維化に対し、金属排除と手縫い再建が有効であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター12

一般演題（ポスター）23　症例：直腸肛門術後合併症

座長：福永 光子（大腸肛門病センター高野病院消化器外科）

[P23-4] ALTA療法後に膿瘍形成を来した３例

*坪本 敦子[1]、堤 修[1]、指山 浩志[1]、本多 舜哉[1]、黒崎 剛史[1]、城後 友望子[1]、高野 竜太朗[1]、川西 輝貴[1]、安田 卓[1]、中山 洋[1]、小池 淳一[1]、浜畑 幸弘[1] (1. 辻仲病院柏の葉大腸肛門外科)

【背景】
ALTA（硫酸アルミニウムカリウム・タンニン酸）注射療法は内痔核に対する低侵襲治療として広く普及しているが、注入層や投与量により合併症を来すことがある。今回、ALTA関連と考えられる膿瘍形成を呈した3例を経験したため報告する。
【症例】
症例1：46歳男性。ALTA（3時・7時 各10mL、計20mL）施行後より発熱・下血が持続。直腸潰瘍、穿孔および仙骨前～後腹膜膿瘍を形成し、2回のドレナージを要した。最終的に穿孔は改善し、痔瘻化は認めなかった。
症例2：39歳女性。ALTA（11時4mL、3時5mL、7時5mL）および外痔核切除後、約1か月で左臀部に硬結・疼痛出現。蜂窩織炎として加療されるも筋間膿瘍が疑われ、自壊排膿を認めた。排液は約3か月持続したが、痔瘻化は認めなかった。
症例3：39歳女性。痔核手術（11時切除＋ALTA3mL、3時5mL、7時5mL）後、約1か月で疼痛出現。画像上、括約筋周囲に及ぶ膿瘍形成を認め、切開排膿およびドレナージを施行し速やかに改善した。
【考察】
3例はいずれもALTA施行後数週以内に発症しており、薬剤の深達による組織障害と感染の関与が示唆される。特に症例1では1部位10mLと比較的高用量であり、筋層深部への影響が重篤化の一因と考えられた。一方、症例2・3のように比較的少量でも膿瘍形成を認めており、注入層の逸脱や局所循環障害も重要である。術後の発熱や疼痛持続は軽微な反応とせず、早期画像評価が必要である。
【結語】
ALTA治療後には重篤な膿瘍形成や穿孔を来すことがあるが、膿瘍形成を認めても必ずしも痔瘻化するとは限らない。適切なドレナージと保存的加療により改善が期待でき、注入手技の厳密な管理と慎重な術後観察が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター12

一般演題（ポスター）23　症例：直腸肛門術後合併症

座長：福永 光子（大腸肛門病センター高野病院消化器外科）

[P23-5] 痔核硬化治療剤ALTA投与後の直腸潰瘍に対し、漢方治療が著効した1例

*田澤 賢一[1]、松本 茂樹[1]、飯島 靖博[1]、山野 格寿[1]、神山 公希[1]、志村 国彦[1]、新井 圭一[2]、長谷川 亮[2]、山下 巌[3]、川井 貴美子[2]、松嶋 成志[2]、藤井 努[4] (1. 社会医療法人社団三思会東名厚木病院消化器外科、2. 社会医療法人社団三思会東名厚木病院消化器内科、3. 社会医療法人社団三思会冬目宇厚木病院救急科、4. 富山大学附属病院消化器・腫瘍・総合外科)

症例は70歳代、男性。既往症：心筋梗塞、DOAC内服中。30年以上の内痔核の肛門脱出を主訴に他院受診、0時方向に`III度の内痔核を認め、同部に計16ml(4-4-4-4)の硫酸アルミニウムカリウム・タンニン酸注射液(以下、ALTA)を局所注入した。術後経過は良好も、術後35日目(以下、POD35と表記)に消化管出血を来し、約半周性の直腸潰瘍を認めた。ボスミンガーゼを肛門部に留置も継続的に出血、翌日(POD36)、潰瘍底部の露出血管に対し、凝固止血（バイポーラ）を行うも止血を得られず、POD40に再度出血、ふらつき転倒し、当院救急外来に救急搬送、肛門診察上、6時方向の直腸粘膜に潰瘍性病変を認め、ボスミンガーゼ留置した。絶飲食、補液、DOAC中止を行い、入院後4日目(POD43)にCF施行、6時方向に巨大な直腸潰瘍を認めた。ヘパリンNaを6,000単位/dayで再開、末梢静脈点滴のカロリーアップ(800kcal/day)を行うも組織修復不良であり、入院後13日目(POD52)からT-077(芎帰膠艾湯（きゅうききょうがいとう）内服、ボラザG軟膏、ヘルミチンS座薬を当よ開始、入院後21日目(POD60)、CF再度施行、直腸潰瘍底部は閉鎖、経口摂取再開、入院後24日目(POD63)にDOAC再開、再出血の無いことを確認後、入院後27日目(POD66)に退院可能となった。ALTA治療後の直腸潰瘍発生率は0.4-4.6%と報告され、多くは保存加療が可能である。文献的考察を加え報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター12

一般演題（ポスター）23　症例：直腸肛門術後合併症

座長：福永 光子（大腸肛門病センター高野病院消化器外科）

[P23-6] ロボット支援下直腸手術における尿道損傷の2例 ― 多関節機能に伴う新たなpitfall ―

*森 貴志[1]、田口 航大[1]、小玉 爽太[1]、西村 隆則[1]、須賀 悠介[1]、永井 元樹[1] (1. 国保旭中央病院)

【はじめに】
尿道損傷は、直腸癌手術に対するTaTME(transanal total mesorectal excision)において重大な合併症として知られている。一方，ロボット支援下直腸手術における尿道損傷は十分認識されていない。ロボット手術では多関節機能により骨盤深部の操作性が向上し、従来では腹腔側からは到達困難な前立腺・尿道側へのアプローチも可能にした。今回，腹腔側ロボット操作に起因した尿道損傷の2例を経験したため報告する。

【症例】
症例１：術前治療未施行の直腸癌Rbに対しロボット支援下腹会陰式直腸切断術(RAAPR)を施行した。検体の切除はできたが、直腸前壁剥離時に剥離層を誤認しており、切除後の観察で前立腺背側が正中で裂開し，中間部から尖部にかけて尿道が露出していた。尿道粘膜の一部裂傷と尿道カテーテル露出を認め，会陰側より鏡視下に前立腺を縫合し尿道を被覆後，術中膀胱瘻を造設した。術後4か月で治癒し膀胱瘻を抜去した。

症例2：直腸癌Rb，前立腺浸潤に対しTotal Neoadjuvant Therapy(TNT)後、縮小が得られ，前立腺温存を企図したRAAPRを施行した。会陰は鏡視下併用で行った。会陰操作は尿道損傷を懸念して、前壁の剥離は最小限にした。腹腔側ロボット操作では、前立腺浸潤部の直腸前壁がTNTによる縮小で高度線維化を伴い剥離困難で，固い組織に切り込みながら検体を切除した。術中不明だったが、術後8日目に尿道損傷の診断となった。術中動画や病理検体を確認すると、腹腔側から前立腺側へ切り込んで尿道損傷を生じていた。長期尿道カテーテル留置でも改善せず膀胱瘻を造設した。術後9か月で臨床的に治癒と判断し膀胱瘻を抜去した。

【考察】
開腹手術や腹腔鏡手術では鉗子角度の制約から，膀胱授動なしに腹腔側から前立腺後面を切り込むことは容易でなかった。一方，ロボット手術では深部の操作性が向上した反面，意図せず前立腺・尿道側へ切り込む危険性がある。そのため厳密な術前画像や術式計画が求められるとも言える。検索した範囲では、ロボット支援下直腸手術での腹腔側からの尿道損傷は報告がなく、新たなピットフォールとして認識すべきと考えられ、術中動画や文献的考察を含めて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター12

一般演題（ポスター）23　症例：直腸肛門術後合併症

座長：福永 光子（大腸肛門病センター高野病院消化器外科）

[P23-7] Delorme＋Thiersch法後に再発をきたし、脱出腸管穿孔を認めた1例

*杉本 光司[1]、山下 祥子[1]、高田 厚史[1]、鷹村 和人[1]、佐藤 宏彦[1] (1. JA徳島厚生連吉野川医療センター)

背景：
直腸脱に対する経肛門手術は、高齢者や全身状態の悪い患者にも比較的安全に施行できると考えられるため、術式選択での利点がある。しかしながら直腸脱の再発に加えて、Thiersch法に関連する合併症として、感染、緩み、露出などがある。今回、直腸脱再発時にThiersch法で使用したテープが露出し、脱出した直腸を絞扼して腸管穿孔を起こした症例を経験したので報告する。
症例：
70歳代、女性。当科受診10年前に直腸脱に対して、経肛門手術 (Delorme＋Thiersch法) が施行された。その後頻回に直腸脱を繰り返し、子宮脱も出現するようになっていたが、治療されていなかった。当科受診1週間前より直腸脱が強くなり、前日より痛み、発熱を認めた。全身状態良好であったが直腸脱の再発、子宮脱があり、脱出した直腸壁にThiersch法のテープが露出して絞扼しており、直腸後壁が切断されていた。手術は直腸後壁切断部の高さで全周性に脱出した腸管を切除し、腸管吻合を行い再建した。吻合部の状態を保つため、横行結腸人工肛門造設を行い、婦人科にて経膣的子宮全摘術を施行した。術後ストーマ管理に難渋したため、術後1ヶ月後に横行結腸人工肛門の閉鎖を行い、Wells変法にて直腸脱を修復した。術後2日目に排ガスあり、術後5日目より食事開始した。緩下剤を定期的に使用し、術後11日目に排便を認めた。術後17日目に自宅退院されたが、術後1ヶ月目の診察では緩下剤の使用下で定期的な排便、便意自覚の改善を認めた。術後3ヶ月目の診察では緩下剤使用なく、定期的な排便を認めた。肛門括約筋の働きは良く、一部に少し粘膜脱があるものの明らかな再発は認めなかった。
結語：
Delorme＋Thiersch法後に再発をきたし、脱出腸管穿孔を認めた1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター12

一般演題（ポスター）24　症例：ロボット手術 1

座長：平能 康充（埼玉医科大学国際医療センター　消化器外科）

[P24-1] ロボット支援下右半結腸切除・右腎切除・十二指腸部分切除を施行した局所進行上行結腸癌の1例

*渡邉 克隆[1] (1. 大同病院外科)

[P24-2] 開腹膀胱全摘後の上行結腸癌に対し、回結腸動静脈温存ロボット支援下結腸部分切除施行した一例

*渋谷 紀介[1] (1. 行田総合病院　外科)

[P24-3] bulkyリンパ節を伴う進行上行結腸癌に対しSMV遮断下に血管処理を行ったロボット支援下右半結腸切除の1例

*黒岩 光[1,2]、北里 賢司郎[1]、太田 智之[1]、アディクリスナ ラマ[1]、伊古田 正憲[1]、村田 一平[1]、坂本 承[1]、篠塚 恵理子[1]、峯田 章[1]、鶴田 好彦[1] (1. 千葉徳洲会病院、2. 獨協医科大学埼玉医療センター)

[P24-4] 13cm大膀胱浸潤直腸癌に対しロボット支援下腹側操作とtransanal approachを併用してtotal pelvic exenterationを施行した1例

*内藤 敦[1]、能浦 真吾[1]、吉原 輝一[1]、武田 和[1] (1. 堺市立総合医療センター)

[P24-5] 術前診断しロボット支援下直腸高位前方切除術を施行したPDM合併直腸癌の一例

*遠藤 英成[1]、城島 陽樹[1]、永山 敬士[1]、芦澤 舞[1]、長谷川 翔[1]、矢澤 貴[1]、旭 修司[1]、天野 穂高[1]、井上 典夫[1]、河野 浩二[2] (1. 会津中央病院外科、2. 福島県立医科大学消化管外科学講座)

[P24-6] ロボット支援下側方リンパ節郭清術後にドレーンの物理的刺激が原因と考えられた遅発性尿管損傷に対し、尿管ステント留置で保存的に治癒し得た1例

*森 友輔[1,2]、千田 峻[1]、北堀 有希[1]、滝口 千晶[1]、片方 雅紀[1]、佐藤 孝洋[1]、松本 拓朗[1]、氏家 大輔[1]、岡山 洋和[1]、門馬 智之[1]、河野 浩二[1] (1. 福島県立医科大学消化管外科学講座、2. 福島県立医科大学　会津医療センター消化器外科)

[P24-7] 内臓脂肪型肥満症例に対するロボット支援下左側大腸癌手術における、エンドラクターおよびインターナルオーガンリトラクターを用いた術野展開の工夫

*宮城 幹史[1]、江口 征臣[1]、平安名 智貴[1]、内間 恭武[2] (1. 南部徳洲会病院消化器外科、2. 中部徳洲会病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター12

一般演題（ポスター）24　症例：ロボット手術 1

座長：平能 康充（埼玉医科大学国際医療センター　消化器外科）

[P24-1] ロボット支援下右半結腸切除・右腎切除・十二指腸部分切除を施行した局所進行上行結腸癌の1例

*渡邉 克隆[1] (1. 大同病院外科)

【諸言】
局所進行大腸癌に対する標準治療は他臓器合併切除を伴うR0切除である。右腎や十二指腸への浸潤例は解剖学的複雑性から開腹術が選択されやすいが、今回我々はロボット支援下に右腎・十二指腸の同時合併切除を完遂した。術後に機能的通過障害を経験したため、その教訓を含め報告する。

【症例】
80代、男性。主訴は右腹部痛と貧血。精査にて上行結腸に全周性の2型腫瘍を認め、CTで右腎前面への直接浸潤を疑うcStage IIB（T4bN0M0）の局所進行癌と診断した。高齢だがADLは自立しており、低侵襲性と精緻な解剖剥離の両立を目的として、泌尿器科合同でのロボット支援下手術を計画した。

【手術所見】
da Vinci Xiを用い、後腹膜アプローチで開始。腫瘍は右腎筋膜に強固に固定されていた。術中に十二指腸下降脚への浸潤も判明したため、十分なマージンを確保し自動縫合器で十二指腸部分切除を施行。術中内視鏡で狭窄がないことを確認した。泌尿器科に右腎摘出術施行してもらい、手術を完遂した。手術時間640分、出血量10mlであった。

【術後経過】
術後7日に一旦退院したが、経口摂取不良のため再入院となった。内視鏡検査で機械的狭窄は認めなかったが、十二指腸の蠕動・排泄能低下による機能的通過障害と診断。腹腔鏡下胃空腸吻合術を追加施行したところ、速やかに症状は改善した。病理結果はpT4b（腎・十二指腸）N0M0でR0切除が得られた。術後6ヶ月無再存存中である。

【考察】
多臓器浸潤例において、ロボット手術の拡大視効果は後腹膜の剥離層同定に極めて有用である。一方、本症例のように機械的狭窄がなくとも機能的通過障害を来す点は、高齢者の十二指腸合併切除における留意点である。予防的胃空腸吻合の是非については、今後の検討課題である。

【結語】
高度局所進行結腸癌に対し、ロボット支援手術は精密な根治切除を可能にする有効な選択肢である。術後の機能不全に対しても適切な追加処置を行うことで、高齢者においても安全に根治性を追求できる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター12

一般演題（ポスター）24　症例：ロボット手術 1

座長：平能 康充（埼玉医科大学国際医療センター　消化器外科）

[P24-2] 開腹膀胱全摘後の上行結腸癌に対し、回結腸動静脈温存ロボット支援下結腸部分切除施行した一例

*渋谷 紀介[1] (1. 行田総合病院　外科)

症例：80代男性。23年前に膀胱癌に対し開腹膀胱全摘・回腸導管造設施行。20年前に骨盤内再発で抗がん剤治療を行ったのちは無再発で経過。既往に高血圧、心房細動、慢性腎障害。貧血精査で当院に紹介受診、精査で回盲弁対側のやや肛門側の上行結腸に腫瘍を認め当科紹介。組織検査では、印環細胞癌が検出。上部消化管内視鏡やPET-CTでは他の原発巣は指摘できず、cT3N0M0の原発性大腸癌の診断でロボット支援下結腸部分切除術の方針とした。CTでは回腸導管部位はストーマ傍ヘルニアを認め、横行結腸が嵌入していた。慢性腎障害で術前の造影CTは施行できず血管評価はできなかった。術前の戦略では、骨盤内の癒着を剥離して、小腸吻合部ごと切除する方針とした。
術中所見：上腹部に小切開を置きリトラクターを装着し8㎜ポート挿入し気腹。左腹部にさらに3本のポートを挿入して、ロボット下に大網とヘルニア内の癒着を剥離。小腸吻合部すぐ口側の腸管が骨盤壁に癒着していた。骨盤壁と小腸との癒着の剥離を試みたが、癒着が高度で剥離は危険と判断。小腸吻合部まで切離は難しいと判断した。肝彎曲から右側結腸の授動を行い、回盲部付近まで授動。この時点で回結腸動静脈を切離してよいか判断ができず、体腔内での血管クランプ鉗子もなかったため、回結腸動静脈を温存して郭清する方針とした。回結腸動静脈の中間部の腹側面からリンパ節を含む脂肪組織のみを剥離して、回結腸動静脈から分岐する結腸枝のみをクリップ切離し小腸間膜を処理した。結腸間膜を処理後にICGで血流を確認し、体腔内で小腸と結腸を切離した。体腔内吻合を考慮したが小腸の可動性が悪かったため断念し、下腹部正中に3㎝の小切開を置いて体腔外FEEAで吻合した。術後は麻痺性腸閉塞を認めたが胃管で改善し、9日で退院した。
開腹膀胱全摘後は骨盤内の高度癒着が予想され小腸吻合部や回腸導管の血流温存を考慮しなければならず、安易な回結腸動静脈の切離は避けなければならない。
今回、膀胱全摘後に回結腸動静脈を温存し安全にロボット支援下に結腸部分切除を行えた症例を経験したので報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター12

一般演題（ポスター）24　症例：ロボット手術 1

座長：平能 康充（埼玉医科大学国際医療センター　消化器外科）

[P24-3] bulkyリンパ節を伴う進行上行結腸癌に対しSMV遮断下に血管処理を行ったロボット支援下右半結腸切除の1例

*黒岩 光[1,2]、北里 賢司郎[1]、太田 智之[1]、アディクリスナ ラマ[1]、伊古田 正憲[1]、村田 一平[1]、坂本 承[1]、篠塚 恵理子[1]、峯田 章[1]、鶴田 好彦[1] (1. 千葉徳洲会病院、2. 獨協医科大学埼玉医療センター)

右側結腸癌に対するD3郭清では、surgical trunk周囲の血管処理が重要となる。今回、bulkyリンパ節によりICV根部処理が困難であり、SMVを一時遮断し血管処理を行ったロボット支援結腸右半切除の1例を経験したため報告する。
症例は51歳男性。1年前より高度貧血を指摘されていた。1ヶ月前から腹痛を認め、腹部CT検査で上行結腸腫瘍を指摘され当院紹介となった。下部消化管内視鏡検査では上行結腸に全周性2型腫瘍を認め、生検で中分化型管状腺癌と診断された。腹部造影CTでは領域リンパ節腫大を認め、上行結腸癌 cT3N2M0 cStage IIIと診断し、ロボット支援結腸右半切除＋D3郭清を施行した。
内側アプローチにて郭清を開始すると、ICV根部は腫大したリンパ節と一塊となっており、クリッピングに必要な全周性剥離が困難であった。そのためSMVをICV分岐部の口側・肛門側でテーピングし、一時遮断下にICVをSMV流入部で切離し5-0prolineで縫合閉鎖した。遮断時間は9分であった。その後もロボット手術を継続し、D3郭清およびFEEA再建を施行した。
bulkyリンパ節を伴う進行右側結腸癌では、ICV根部処理に難渋することがある。特にsurgical trunk近傍では、適切なvascular controlを念頭に置いた手術戦略が重要と考えられる。本症例ではSMVを一時遮断することで安全な血管処理を行うことが可能であった。ロボット支援手術は、拡大視効果および多関節機能により、精緻な血管操作に有用と考えられたため報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)
2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター12
一般演題（ポスター）24　症例：ロボット手術 1
座長：平能 康充（埼玉医科大学国際医療センター　消化器外科）

[P24-4] 13cm大膀胱浸潤直腸癌に対しロボット支援下腹側操作とtransanal approachを併用してtotal pelvic exenterationを施行した1例

*内藤 敦[1]、能浦 真吾[1]、吉原 輝一[1]、武田 和[1] (1. 堺市立総合医療センター)

【はじめに】
骨盤内巨大腫瘍や隣接臓器浸潤を伴う進行直腸癌に対するtotal pelvic exenteration（TPE）では、深部骨盤での剥離や尿道切離に難渋することがある。今回、13cm大で膀胱浸潤を伴う巨大直腸癌に対し、ロボット支援下腹側操作とtransanal approach（Ta）を併用してTPEを施行した1例を報告する。
【症例】
82歳、男性。RS-Rb直腸癌。13cm大の巨大腫瘍を認め、膀胱浸潤を伴っていた。閉塞・感染のため先行ストマ造設を行い、全身状態改善後に根治切除を行った。
【手術所見】
腹部操作：仰臥位にて手術を開始し、横行結腸ストマの閉鎖を行った。IMAのリンパ節郭清を施行後、骨盤内操作に移行したが、巨大腫瘍および膀胱浸潤のため、腹側操作のみでは腫瘍肛門側の剥離および尿道切離に十分な視野確保が困難であった。
会陰操作：直視下に歯状線のレベルで直腸全層切開を行い外肛門括約筋の外側に至った。直腸断端を全層連続縫合し、GelPOINT　Pathを装着し鏡視下操作を行った。背側で直腸尾骨筋を切離し肛門挙筋頭側のTMEの層に至り背側から左右に剥離を延長した。11時1時方向で恥骨直腸筋を切離し、前立腺を確認した。前立腺のシルエットを確認し、尾側に剥離した後、尿道周囲の平滑筋を切離し尿道を同定、クリップし切離した。DVCをソフト凝固で止血しつつRetzius腔に至り、副側からの剥離と繋げ標本を摘出した。S状結腸ストマおよび回腸導管造設を行い、手術を修了した。手術時間は15時間22分、出血量は1950mLであった。
【病理・術後経過】
病理診断はtubular adenocarcinoma, moderately differentiated, tub2、腫瘍径13cm、pT4b（urinary bladder）、Ly0、V1c、Pn0、pPM0、pDM0、pN0であった。術後はPOD1より飲水開始、POD4にICU退室および食事開始、POD10に骨盤底ドレーンを抜去し、POD15に退院した。
【まとめ】
膀胱浸潤を伴う巨大直腸癌に対するTPEにおいて、Taの併用は、腹側操作のみでは困難な肛門側剥離および尿道切離の視野確保に有用で安全に施行できた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター12

一般演題（ポスター）24　症例：ロボット手術 1

座長：平能 康充（埼玉医科大学国際医療センター　消化器外科）

[P24-5] 術前診断しロボット支援下直腸高位前方切除術を施行したPDM合併直腸癌の一例

*遠藤 英成[1]、城島 陽樹[1]、永山 敬士[1]、芦澤 舞[1]、長谷川 翔[1]、矢澤 貴[1]、旭 修司[1]、天野 穂高[1]、井上 典夫[1]、河野 浩二[2] (1. 会津中央病院外科、2. 福島県立医科大学消化管外科学講座)

【症例】 症例は67歳、女性。1年前より便秘を自覚し、2ヶ月前からの血便を主訴に前医を受診した。下部消化管内視鏡検査でRSからRaにかけての半周性2型腫瘍を認めたため手術目的に当院を紹介受診した。造影CT検査でRSに壁肥厚を認めたが、明らかなリンパ節転移や遠隔転移を認めなかった。下行結腸が内側に偏位していたためPersistent Descending Mesocolon（PDM）が疑われた。血液検査では異常所見を認めず、腫瘍マーカーも陰性だった。当院で施行された下部消化管内視鏡検査で同部に腫瘍による狭窄を認めたため、大腸ステントを留置し待機的に手術を行った。術前診断RS, cT4aN0M0, cStage Ⅱ bの診断で、ロボット支援下直腸高位前方切除術を施行した。術中所見として通常の直腸セッティングでロボット操作を開始し、IMAを根部処理しD3郭清を行った。下行結腸は内側偏位しておりPDMの診断とした。内側アプローチは比較的容易に外側まで至った。S状結腸は折りたたまれた状態で間膜同士が癒着しており癒着を剥離した上で、直腸を切離し、DSTにて吻合した。手術時間は4時間2分、出血は10 ml。術後合併症なく術後9日目に退院した。病理学的にはpT3N0M0,pStage Ⅱ aであった。術後6ヶ月無再発で経過している。

【考察】 PDMは下行結腸間膜が壁側腹膜と癒合しない固定異常と定義され、頻度は1.2〜2.4%とされている。小腸間膜や骨盤右側の広範なS状結腸癒着や左結腸動脈関連のトラブルを引き起こす可能性があり、手術時間延長と出血量を増加させるリスク因子となりうる。術前にPDMと診断できたのは8.3%に過ぎないとの報告があるが、本症例では術前にCT検査でPDMを疑うことができたためPDMの解剖学的特徴を念頭に置いた上で、安全にロボット支援下手術を施行できた。PDM症例はこれまで計4症例の経験があるため、手術の注意点をまとめ報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター12

一般演題（ポスター）24　症例：ロボット手術 1

座長：平能 康充（埼玉医科大学国際医療センター　消化器外科）

[P24-6] ロボット支援下側方リンパ節郭清術後にドレーンの物理的刺激が原因と考えられた遅発性尿管損傷に対し、尿管ステント留置で保存的に治癒し得た1例

*森 友輔[1,2]、千田 峻[1]、北堀 有希[1]、滝口 千晶[1]、片方 雅紀[1]、佐藤 孝洋[1]、松本 拓朗[1]、氏家 大輔[1]、岡山 洋和[1]、門馬 智之[1]、河野 浩二[1] (1. 福島県立医科大学消化管外科学講座、2. 福島県立医科大学　会津医療センター消化器外科)

【はじめに】進行下部直腸癌における側方リンパ節郭清（LLND）は、局所制御向上に寄与する一方で、尿管周囲組織の郭清を伴うため術後の虚血や物理的刺激による尿管損傷のリスクを伴う。特にロボット支援手術では尿管周囲の精緻な郭清が可能な反面、物理的刺激に対して脆弱となる可能性がある。今回、我々は術後ドレーンの物理的刺激が原因と考えられる遅発性尿管損傷に対し、保存的治療で治癒し得た1例を経験した。
【症例】 67歳男性。TNT後の直腸癌（RaRb, ysT4aN3M0 ysStageⅢｃ）に対し、ロボット支援下超前低位方切除術、両側側方リンパ節郭清術、回腸人工肛門造設術を施行した。手術時間571分、出血量50mlであった。ドレーンは4番ポート孔より6.5mmマルチチャネルドレーンを右側方領域および吻合部背側を経由し、左側方領域が先端になるように留置した。術後経過は良好であったが、ドレーン排液が500ml/日より減少せず、術後第15病日にドレーン排液が尿様に性状変化を認めた。ドレーン排液のCr高値を確認し、造影CTおよび逆行性尿管造影にて右尿管からドレーン走行に沿った造影剤漏出を認め、ドレーンの物理的刺激による遅発性の右尿管穿孔と診断した。
【経過】 第17病日に逆行性右尿管ステントを留置するとドレーン排液量は速やかに減少した。CT、エコーで腹腔内液体貯留がないことを確認し、第27病日にドレーンを完全に抜去し第29病日に退院された。
【考察】LLNDでは尿管周囲の剥離操作により組織が脆弱化しやすい。本症例では周囲組織郭清後の尿管にドレーンが直接干渉したこと、その期間が長期化したことが穿孔の原因と考えられた。排液Cr測定による早期診断と、迅速な尿管ステント留置は再手術回避に有効であった。物理的刺激による遅発性尿管損傷の予防としてソフトシリコンドレーンの使用や、尿管と直接接触しないドレーン留置経路の選択、排液減少後の早期抜去などが考えられる。本合併症は稀ではあるが重篤化し得るため、ロボット支援下側方リンパ節郭清の術後管理において尿管損傷を念頭に置いた慎重なドレーン管理が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター12

一般演題（ポスター）24　症例：ロボット手術 1

座長：平能 康充（埼玉医科大学国際医療センター　消化器外科）

[P24-7] 内臓脂肪型肥満症例に対するロボット支援下左側大腸癌手術における、エンドラクターおよびインターナルオーガンリトラクターを用いた術野展開の工夫

*宮城 幹史[1]、江口 征臣[1]、平安名 智貴[1]、内間 恭武[2] (1. 南部徳洲会病院消化器外科、2. 中部徳洲会病院消化器外科)

【背景】肥満症例に対する左側大腸癌の低侵襲手術では、小腸の落ち込みや内臓脂肪過多により、内側アプローチの際に安定した術野確保が困難となる場合がある。その際は助手鉗子を用いて術野を展開し操作を行うが、安定した術野の維持、出血時など不測の事態への対応を考慮すると、助手の操作なしでも術野が維持できるセッティングは重要と考えられる。今回、hinotoriを用いたロボット支援下左側大腸癌手術において、エンドラクターとオーガンリトラクターを併用し術野展開を工夫した症例を経験したので報告する。
【症例】症例1は48歳男性。BMI 33.2kg/m^2、内臓脂肪面積184cm^2、内臓脂肪/皮下脂肪面積比0.68で、下行結腸癌に対してロボット支援下結腸左半切除術を施行した。症例2は64歳男性。BMI 29.7kg/m^2、内臓脂肪面積145cm^2、内臓脂肪/皮下脂肪面積比0.60で、下部直腸癌に対して、ロボット支援下低位前方切除術を経肛門的アプローチを併用して施行した。いずれの症例も頭低位20度、右ローテーション10度での小腸展開でも視野確保困難であったため、内側アプローチの開始前に12mmポートからエンドラクターType Jを挿入し、生食で膨潤させ小腸を右上腹部へ圧排した。その後、十二指腸水平脚近傍と、右総腸骨動脈近傍の結合組織2点を無外傷性クリップで把持してオーガンリトラクターで腹壁に牽引固定した。これにより助手の操作を必要とせず安定した術野を得た。手術時間はそれぞれ459分、329分、コンソール時間は249分、140分、出血量は50g、20gで、いずれもロボット支援下手術を完遂した。エンドラクターやオーガンリトラクターを挿入することによる臓器損傷や、ロボットアーム、助手鉗子との干渉は認めなかった。
【結語】本法は、内臓脂肪優位症例に対するロボット支援下左側大腸癌手術において、追加ポートや助手の操作を要さず安定した術野確保を可能とする有用な工夫と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター13

一般演題（ポスター）25　ロボット手術 1

座長：岡田 和丈（東海大学医学部付属八王子病院）

[P25-1] 市中病院2施設におけるロボット支援下結腸癌手術導入後の短期成績

*星野 啓太[1]、小野澤 寿志[2]、藤田 正太郎[1]、渡邊 匠[2]、小針 大輝[2]、圓谷 秀哲[1]、菅家 康之[2]、早瀬 傑[1]、伊藤 泰輔[2]、八島 玲[1]、石井 芳正[2]、河野 浩二[3] (1. 公益財団法人　星総合病院、2. 一般財団法人　太田西ノ内病院、3. 福島県立医科大学　消化管外科学講座)

[P25-2] 当院における横行結腸癌に対するロボット支援下手術の短期成績

*名幸 義仁[1]、満田 雅人[1]、竹下 宏樹[1]、石井 博道[1]、中西 正芳[1] (1. 松下記念病院外科)

[P25-3] 経会陰アプローチ併用ロボット直腸癌手術における3Dヘッドマウントディスプレイの使用経験

*岡田 倫明[1]、堀田 健太[1]、野村 明成[1] (1. 大阪赤十字病院消化器外科)

[P25-4] 頭側アプローチ先行のリンパ節郭清と体腔内吻合を目標としたロボット支援下結腸右半切除術導入初期の短期・中期成績の検討

*大住 渉[1]、吉田 遼[1]、南 裕樹[1]、駕田 修史[1]、廣川 文鋭[1]、田中 慶太朗[1] (1. 市立大津市民病院　一般消化器外科)

[P25-5] 大腸癌に対するDa Vinci Xiを用いた単孔式ロボット支援下回盲部切除術の工夫

*河合 賢二[1]、瀧口 暢生[1]、高橋 佑典[1]、江口 聡[1]、俊山 礼志[1]、山本 昌明[1]、竹野 淳[1]、濵 直樹[1]、宮崎 道彦[1]、平尾 素宏[1]、加藤 健志[1] (1. 国立病院機構大阪医療センター外科)

[P25-6] 当院におけるロボット支援下右側結腸切除術の短期成績の検討

*沢田 尭史[1]、松本 陽[1]、目谷 勇貴[1]、白川 智沙斗[1]、脇坂 和貴[1]、石黒 友唯[1]、折茂 達也[1]、田原 宗徳[1]、本間 重紀[1] (1. 札幌厚生病院外科)

[P25-7] 当院における結腸癌に対するロボット支援下手術と腹腔鏡下手術の比較検討

*小川 博臣[1]、櫻澤 みなみ[1]、柴崎 雄太[1]、田中 寿明[1]、山中 崇弘[1]、富澤 直樹[1]、保田 尚邦[1] (1. 伊勢崎市民病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター13

一般演題（ポスター）25　ロボット手術 1

座長：岡田 和丈（東海大学医学部付属八王子病院）

[P25-1] 市中病院2施設におけるロボット支援下結腸癌手術導入後の短期成績

*星野 啓太[1]、小野澤 寿志[2]、藤田 正太郎[1]、渡邊 匠[2]、小針 大輝[2]、圓谷 秀哲[1]、菅家 康之[2]、早瀬 傑[1]、伊藤 泰輔[2]、八島 玲[1]、石井 芳正[2]、河野 浩二[3] (1. 公益財団法人　星総合病院、2. 一般財団法人　太田西ノ内病院、3. 福島県立医科大学　消化管外科学講座)

【緒言】
本邦では2022年4月に結腸癌に対するロボット支援手術が保険収載され，普及している。福島県郡山市の2施設では2022年度より大腸癌に対するロボット支援手術を導入した。本研究では導入後の周術期短期成績について検討した。
【対象】
2022年11月から2026年2月までに原発性結腸癌に対してロボット支援下手術を施行した症例のうち，DST吻合症例を除外した107例を対象とし，周術期短期成績を後方視的に解析した。
【結果】
年齢中央値は71歳（31–90），男女比は57例：50例，BMI中央値は22.6 kg/m²（16.7–39）であった。原発巣の局在は盲腸35例，上行結腸28例，横行結腸28例，下行結腸12例，S状結腸4例であり，16例は術前にステント留置が施行されていた。
再建法は体腔内overlap吻合が31例，体腔外機能的端々吻合が76例であった。
手術時間中央値は299分（131–552），出血量中央値は0 mL（0–1970）であった。
術中に十二指腸浸潤が疑われた上行結腸癌1例と，副中結腸静脈損傷による出血を認めた上行結腸癌1例の計2例で開腹移行した。
術後合併症はClavien–Dindo分類Grade IIを19例（17.8%）に認め，Grade III以上は認めなかった。術後在院日数中央値は8日（5–21）であった。
病理学的にはPM中央値110 mm（20–520），DM中央値95 mm（30–443）であった。
【結語】
2施設における結腸癌に対するロボット支援下手術導入後の短期成績を報告した。重篤な術後合併症は認めず，腫瘍学的にも十分な切離マージンが確保されており，本術式は安全に導入可能であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター13

一般演題（ポスター）25　ロボット手術１

座長：岡田 和丈（東海大学医学部付属八王子病院）

[P25-2] 当院における横行結腸癌に対するロボット支援下手術の短期成績

*名幸 義仁[1]、満田 雅人[1]、竹下 宏樹[1]、石井 博道[1]、中西 正芳[1] (1. 松下記念病院外科)

【はじめに】2022年4月に結腸癌に対するロボット支援下手術が保険収載され、良好な操作性や拡大視野などの特徴から現在では多くの施設で導入されている。結腸癌の中で横行結腸癌は臓器の可動性や複雑な血管走行から腹腔鏡下では難易度の高い手術とされているが、ロボットの特徴を生かせる部分が多くあると考えられる。当科では2022年12月より同手術を開始しており、その短期成績結果を報告する。
【対象・方法】2022年12月から2026年4月までDa Vinci Xi surgical systemを用いて横行結腸癌に対して施行したロボット支援下手術13例を対象として後方視的に検討した。
【結果】患者背景は年齢76（以下全て中央値）歳、男性6例、女性7例、BMI 21.9であった。臨床学的StageⅠが1例、Ⅱが7例、Ⅲが4例、Ⅳが1例であった。術前治療を行った症例はなく、術式は結腸部分切除術が6例、右半結腸切除術6例、左半結腸切除術1例であった。体腔内吻合4例、体腔外吻合９例であった。手術成績は手術時間285分、コンソール時間192分、出血量0g、開腹移行症例は認めなかった。術後在院日数8日、術後合併症Clavien-Dindo分類（CD）Ⅱ以上は2例(15%)に認め、CDⅢ以上は認めず、縫合不全は認めなかった。病理学的StageⅠが2例、Ⅱが７例、Ⅲが4例であった。現段階で術後再発はなく、全例生存を認めている。同時期に施行した腹腔鏡下横行結腸切除術9症例との比較検討では、ロボット群において有意差をもって手術時間が長い結果以外は、出血量、術後在院日数、CDⅡ以上の合併症率において有意差を認めなかった。
【考察】当院における短期成績についてみると、開腹移行例や縫合不全を含めたCDⅢ以上の合併症は認めなかった。また、腹腔鏡下群との比較でもロボット支援下手術に共通する手術時間の延長以外は同等の成績であり、ロボットの特性である精微な操作により手術は安全性に問題なく施行できていた。今後、ロボット支援下手術はさらなる増加が予測され、手術難易度が高いとされる横行結腸癌手術においても治療成績の向上が重要であり、安全性を重視しつつロボットの特徴を生かしたさらなる技術研鑽を重ね検討を行っていく。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター13
一般演題（ポスター）25　ロボット手術 1
座長：岡田 和丈（東海大学医学部付属八王子病院）

[P25-3] 経会陰アプローチ併用ロボット直腸癌手術における3Dヘッドマウントディスプレイの使用経験

*岡田 倫明[1]、堀田 健太[1]、野村 明成[1] (1. 大阪赤十字病院消化器外科)

背景：当院では、男性に対する腹会陰式直腸切断術（APR）や骨盤内臓全摘術（TPE）において、ロボット（da Vinci Xi）と経会陰アプローチを併用したハイブリッド手術を導入している。本術式ではロボットアームが患者腹部上方を覆うため、経会陰チームのモニターは患者左右に配置されることが多い。その結果、術者はモニター視認のために頸部を過度に回旋した姿勢を強いられ、身体的負担が大きい。この問題を解決するため、3Dヘッドマウントディスプレイ（3D-HMD）を導入し、その使用経験を報告する。
方法：3次元視が可能なヘッドマウントディスプレイである3D View Vision system（FA System Engineering, Ehime）を使用した。解像度は3840×1080ピクセル、重量は280gである。経会陰術者は本機器を装着し、腹腔側ロボットチームと連携して手術を行った。
結果：APR 5例およびTPE 2例を施行し、全例で両側側方リンパ節郭清を併施した。手術時間の中央値は572分［458–601（IQR）］であり、3D-HMDの使用時間は318分［210–344］であった。手術中の他臓器損傷や術後合併症(Clavien-Dindo≥3)は認めず、術後在院日数は18[17-20]日であった。手術中、身体的疲労や視認性の問題に起因する装置の着脱を要することなく、長時間の連続使用が可能であった。
結論：3D-HMDを用いたハイブリッド手術は安全に施行可能であり、術者の主観的評価において良好な耐容性を示すとともに、頸部負担の軽減に寄与する可能性が示唆された。今後はNASA-TLXなどの指標を用いた術者負担の客観的評価を行う予定である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター13

一般演題（ポスター）25　ロボット手術 1

座長：岡田 和丈（東海大学医学部付属八王子病院）

[P25-4] 頭側アプローチ先行のリンパ節郭清と体腔内吻合を目標としたロボット支援下結腸右半切除術導入初期の短期・中期成績の検討

*大住 渉[1]、吉田 遼[1]、南 裕樹[1]、駕田 修史[1]、廣川 文鋭[1]、田中 慶太朗[1] (1. 市立大津市民病院　一般消化器外科)

【はじめに】腹腔鏡下結腸右半手術では、GCT周囲の血管分岐の確認と確実なsurgical trunkの郭清を行うため頭側アプローチを先行して行い、吻合は体腔内吻合（overlap）で行ってきた。結腸癌に対してロボット支援下手術を2023年3月より開始した。導入期から施行した手技の工夫や短期・中期成績について報告する。【対象と方法】現在までに25症例を施行した。【術式】結腸右半切除では、腹腔鏡下手術と同様に郭清に関しては頭側アプローチ先行で行い、吻合は体腔内で行う事を第一選択とした。体位に関しては、頭側アプローチにおける体位に関しては、頭低位における3番アームと患者左脚との干渉が問題となるためフラットで施行している。頭側アプローチの際にアシストポートからの助手の鉗子操作はロボットアームとの干渉が大きく困難である。オーガンリトラクター®にて幽門近傍の胃壁を牽引する事で、頭側アプローチによる郭清操作の補助を行う。体腔内吻合では、ロボット操作でアシストを行い、助手ポートからの自動縫合器の挿入で大きな問題は認めていない。【結果】年齢中央値は78(58〜88)歳、男性13例、女性12例。術式は右半結腸切除術(D3)/拡大右半切除術(D3):22/3。周術期死亡例はなく、Clavien-Dindo GradeIII以上の術後合併症は2例(0.8%)で、ポートサイトヘルニア/イレウス：1/1であった。術後観察期間中央値は24(2〜36)ヵ月、無再発生存が22例で、再発は3例(0.9%)認め、初発再発部位は肝臓/腹膜播種:1/2であった。
【結語】ロボット支援下結腸切除術を定型化し、より精密に行うため更なる症例の蓄積、手技の改善が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター13

一般演題（ポスター）25　ロボット手術 1

座長：岡田 和丈（東海大学医学部付属八王子病院）

[P25-5] 大腸癌に対するDa Vinci Xiを用いた単孔式ロボット支援下回盲部切除術の工夫

*河合 賢二[1]、瀧口 暢生[1]、高橋 佑典[1]、江口 聡[1]、俊山 礼志[1]、山本 昌明[1]、竹野 淳[1]、濵 直樹[1]、宮崎 道彦[1]、平尾 素宏[1]、加藤 健志[1] (1. 国立病院機構大阪医療センター外科)

【背景】当院ではDa Vinci Xiを用いて大腸癌に対するロボット支援手術を積極的に行っている。手術手技の定型化を進め若手医師の指導も行う一方で、更なる低侵襲手術を目指しreduced port robotic surgeryにも取り組んでおり、Da Vinci Xiを用いた単孔式で行うロボット支援下回盲部切除術の手技の工夫を紹介する。【手術手技】手術は、臍部小開腹を先行させてラッププロテクター・EZアクセスを用いて8mm Da Vinci用ポート３本を正三角形の頂点になるように挿入して気腹を開始する。三角に留置した３本のポートの頂点を2nd armとして斜視鏡を挿入し肝弯曲にターゲッティング、鉗子は1st arm: Fenestrated Bipolar Forceps、3rd arm: Monopolar Curved Scissorsを用いる。4th armは術野から離してドッキングせず、頭低位・左側低位とし手術を開始する。術中は4th armがフリーなのでいつでも体位変換が可能である利点を活かして適宜体位を変えながら手術を行う。小腸を左上腹部に排除したのち十二指腸近傍から後腹膜アプローチを開始する。広い範囲にテンションをかけることは困難なので十二指腸近傍から入り、可及的に肝下面まで剥離を進めておく。一つの視野でできることを終えてから展開を変えることを意識して授動をすすめ、その後ある程度盲腸側に授動を進めておく。続いて内側アプローチにうつり、上腸間膜静脈左縁まで回結腸動静脈領域のリンパ節廓清を行い、頭高位にして頭側外側から結腸の授動を追加してロボット操作を終え、体外にて腸管切離・機能的端々吻合を行う。【まとめ】大腸癌に対するDa Vinci Xiを用いた単孔式ロボット支援下回盲部切除術は整容性に優れ、安全に実施可能であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター13

一般演題（ポスター）25　ロボット手術 1

座長：岡田 和丈（東海大学医学部付属八王子病院）

[P25-6] 当院におけるロボット支援下右側結腸切除術の短期成績の検討

*沢田 尭史[1]、松本 陽[1]、目谷 勇貴[1]、白川 智沙斗[1]、脇坂 和貴[1]、石黒 友唯[1]、折茂 達也[1]、田原 宗徳[1]、本間 重紀[1] (1. 札幌厚生病院外科)

【背景】ロボット支援下右側結腸切除術（RRC）は3D高解像度視野と安定した術野、多関節鉗子を用いた精緻な操作が可能で近年普及しつつあるが、腹腔鏡下右側結腸切除術（LRC）との短期成績の比較に関する報告はなお限られている。【目的】当院におけるRRCとLRCの短期成績を比較検討することで、RRCの安全性を評価することを目的とした。【方法】2022年4月から2026年4月までに右側大腸癌に対して回盲部切除または結腸右半切除術を施行した95例を対象とした。内訳はRRC群23例、LRC群72例であった。患者背景として年齢、性別、BMI、ASA分類、pStage、郭清範囲、術式を、短期成績として手術時間、出血量、開腹移行、術後在院日数、術後合併症を比較した。【結果】患者背景に両群間で有意差は認めなかった。手術時間中央値はRRC群182.0分、LRC群177.5分（p=0.990）、出血量中央値はいずれも0mL（p=0.130）であった。開腹移行はRRC群0例、LRC群4例で有意差は認めなかった（p=0.569）。術後在院日数中央値はRRC群9.0日、LRC群11.0日で、RRC群で短い傾向を認めたが有意差は認めなかった（p=0.051）。術後全合併症発生率はRRC群6例（26.1%）、LRC群12例（16.7%）で有意差は認めず（p=0.363）、Clavien-Dindo分類Grade3a以上もRRC群２例（8.7%）、LRC群1例（1.4%）で両群間に有意差を認めなかった（p=0.144）。【結語】RRCはLRCと同等の短期成績を示し、右側大腸癌に対して安全に施行可能な術式であることが示唆された。今後は症例数の集積と長期成績の検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター13

一般演題（ポスター）25　ロボット手術 1

座長：岡田 和丈（東海大学医学部付属八王子病院）

[P25-7] 当院における結腸癌に対するロボット支援下手術と腹腔鏡下手術の比較検討

*小川 博臣[1]、櫻澤 みなみ[1]、柴崎 雄太[1]、田中 寿明[1]、山中 崇弘[1]、富澤 直樹[1]、保田 尚邦[1] (1. 伊勢崎市民病院)

【背景】
直腸癌に対するロボット支援下手術の保険収載に続き，2022年4月から結腸癌に対するロボット支援下手も術保険収載された．急速に実施施設や症例数が増加する中でその安全性を検証することが必要である．
【目的】
当院ではロボット支援下直腸手術の導入に続き、2022年4月から結腸癌に対するロボット支援下手術を導入した．今回，結腸癌に対するロボット支援下手術の安全性を明らかにすることを目的とした．
【方法】
2022年4月から2024年8月までの間に，原発性結腸癌に対しロボット支援下手術(Ro)と腹腔鏡手術(La)を施行した症例を対象とした．浸潤臓器切除以外の複数臓器同時切除症例は除外し，Ro群とLa群に別けて患者背景，腫瘍因子，手術因子など短期成績を比較検討した．
【結果】
Ro群とLa群で症例数は44: 95、年齢中央値は67.5(42-96)と73(37-89)で有意差はなく、性別は男性/女性＝18/26:65/30で有意にRo群で女性が多かった(p=0.003)。臨床病期はⅠ/Ⅱ/Ⅲ/Ⅳ=18/8/18/0:21/28/39/7とRo群で有意に進行度が低かった(p=0.038)。術式はICR/LC/RHC/LHC/S/LAR/Har/TPE＝13/10/3/1/16/1/1/0vs20/12/18/9/31/0/4/1と多岐にわたっていた。手術時間中央値(分)は226(136-327):197(79-505)と有意にRo群で長かったが(p＜0.001)，出血量(ml)は0(0-0)vs0(0-1760) (p=0.045)と有意にRo群で少なかった．術後合併症は1例(2.4%)と12例(12.6%)で有意差は無かった。術後在院日数は8(6-34)vs8(6-22)で中央値は同じだが有意差を認めた (p=0.019)．またLa群で腹膜播種による開腹移行を2例認めた．
【考察】
本検討ではロボット支援手術は手術時間が長くなるものの出血量は有意に少なく、術後合併症は少ない傾向があり安全に導入された可能性があるが、患者背景に差を認めておりロボット手術への移行期による患者選択が強く影響していると考えられることから、さらなる症例の蓄積が必要と考えられた。
【結語】
結腸癌に対するロボット支援下手術は安全に行い得る術式の可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター13

一般演題（ポスター）26　ロボット手術２

座長：市川 伸樹（北海道大学消化器外科 1）

[P26-1] 当院におけるロボット支援下左側大腸切除術の短期成績：hinotoriとda Vinciの比較

*村瀬 佑介[1]、浅井 竜一[1]、田島 ジェシー雄[1]、横井 亮磨[1]、加藤 京[1]、外村 俊平[1]、杉江 雄斗[1]、水谷 千佳[1]、松本 圭太[1]、鷹尾 千佳[1]、深田 真宏[1]、佐藤 悠太[1]、安福 至[1]、田中 善宏[1]、松橋 延壽[1] (1. 岐阜大学医学部附属病院消化器外科)

[P26-2] 右側結腸癌に対するロボット支援手術の運用と手術手技の工夫

*久保 陽香[1]、南 宏典[1]、徳楽 正太郎[1]、野島 晃己[1]、淺川 哲也[1]、林 沙貴[1]、加藤 嘉一郎[1]、山口 貴久[1]、寺井 志郎[1]、林 泰寛[1]、北村 祥貴[1]、角谷 慎一[1] (1. 石川県立中央病院消化器外科)

[P26-3] Hugo RAS systemから始めるロボット結腸癌手術とその短期成績

*鏡 哲[1]、渡邊 健太郎[1]、池田 裕一[1]、三浦 康之[1]、長嶋 康雄[1]、鈴木 孝之[1]、金子 奉暁[1]、牛込 充則[1]、的場 周一郎[1]、大塚 由一郎[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院　一般・消化器外科)

[P26-4] レジデント執刀によるロボット支援下手術のS状結腸癌における安全性および長期成績の検討

*小川 聡一朗[1]、栗生 宜明[1]、藤田 悠司[1]、生内 雅人[1]、永守 遼[1]、市川 カノン[1]、松本 順久[1]、松尾 久敬[1]、大橋 拓馬[1]、小松 周平[1]、生駒 久視[1]、岡本 和真[1]、大辻 英吾[1] (1. 京都第一赤十字病院消化器外科)

[P26-5] 修練医による結腸癌に対する腹腔鏡・ロボット支援下手術の検討

*馬場 裕信[1]、石原 加葉[1]、柴野 潤[1]、小山 照央[1]、藤田 孝尚[1]、山崎 嘉美[1]、石原 早希子[1]、杉下 哲夫[1]、梅林 佑弥[1]、千代延 記道[1] (1. 草加市立病院)

[P26-6] 右側結腸癌に対するロボット支援下手術と腹腔鏡下手術の短期成績の比較検討

*柴田 賢吾[1]、市川 伸樹[1]、吉田 雅[1]、今泉 健[1]、大渕 佳祐[1]、佐野 修平[1]、武冨 紹信[1] (1. 北海道大学病院　消化器外科I)

[P26-7] ロボット支援下結腸右半切除術を施行した右腎移植後横行結腸MiNENの1例

*池田 裕一[1]、渡邉 健太郎[1]、三浦 康之[1]、長嶋 康雄[1]、鈴木 孝之[1]、鏡 哲[1]、金子 奉暁[1]、牛込 充則[1]、的場 周一郎[1]、園部 聡[2]、三上 哲夫[2]、本間 尚子[2]、大塚 由一郎[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院　一般・消化器外科、2. 東邦大学医療センター大森病院　病理診断科・病院病理部)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター13

一般演題（ポスター）26　ロボット手術 2

座長：市川 伸樹（北海道大学消化器外科 1）

[P26-1] 当院におけるロボット支援下左側大腸切除術の短期成績：hinotoriとda Vinciの比較

*村瀬 佑介[1]、浅井 竜一[1]、田島 ジェシー雄[1]、横井 亮磨[1]、加藤 京[1]、外村 俊平[1]、杉江 雄斗[1]、水谷 千佳[1]、松本 圭太[1]、鷹尾 千佳[1]、深田 真宏[1]、佐藤 悠太[1]、安福 至[1]、田中 善宏[1]、松橋 延壽[1] (1. 岐阜大学医学部附属病院　消化器外科)

【目的】当院では以前よりda Vinciを用いたロボット支援下大腸手術を導入していたが、2025年9月よりhinotoriでの大腸手術も導入した。当院におけるhinotori導入初期のロボット支援下大腸切除術の短期成績をda Vinciと比較し評価することを目的とした。
【対象と方法】2025年9月から2026年3月までに当院にてロボット支援下に施行されたDST吻合を伴う左側大腸手術47例（hinotori［H群］：13例、da Vinci［DV群］：34例）を対象とし、短期成績を後方視的に検討した。手術時間に関しては手術開始/コンソール操作開始/内側授動開始/IMA切離/内側授動終了/直腸切離に区切り、各手術パートの所要時間を算出した。連続変数は中央値［IQR］で示す。
【結果】年齢、性別、BMIに差は認めなかった。腫瘍局在［S/RS/Ra/Rb］は、H群［6/1/4/2］、DV群［11/3/6/14］と統計学的有意差は認めないものの、DV群で低位症例が多かった。cStage［Ⅰ/Ⅱ/Ⅲ/Ⅳ］は、H群［6/4/2/1］、DV群［15/6/8/3］であった。手術時間はH群222分［181–239］、DV群253分［222–290］とH群で短く(p=0.02)、コンソール操作時間はH群109分［87–141］、DV群136分［112–160］とH群で短い傾向を認めた(ｐ＝0.089)。一方、手術開始からコンソール操作開始までの時間はH群28分［23–31］、DV群20分［17–22］とH群で長かった(p=0.011)。その他の手術パート別所要時間、出血量、covering stoma造設率、術後合併症、郭清リンパ節数に差を認めなかった。術後在院日数はH群11日［10–12］、DV群13日［12–19］とH群で短かった(p<0.001)。
【結語】hinotoriではセットアップ時間の延長を認めるが、コンソール操作および主要手術操作時間、短期成績はda Vinciと同等であった。導入初期のため、H群では手術難度の低い症例が選択されていることや、DV群で低位症例が多いなど、症例や術式の偏りを考慮する必要はあるが、hinotoriによる左側大腸切除術は比較的安全に導入できていると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター13

一般演題（ポスター）26　ロボット手術 2

座長：市川 伸樹（北海道大学消化器外科 1）

[P26-2] 右側結腸癌に対するロボット支援手術の運用と手術手技の工夫

*久保 陽香[1]、南 宏典[1]、徳楽 正太郎[1]、野島 晃己[1]、淺川 哲也[1]、林 沙貴[1]、加藤 嘉一郎[1]、山口 貴久[1]、寺井 志郎[1]、林 泰寛[1]、北村 祥貴[1]、角谷 慎一[1] (1. 石川県立中央病院消化器外科)

結腸癌に対するロボット支援手術は近年普及が急速に進んでいるが、手術枠の制約や費用対効果などの課題もあり全ての手術をロボットで行うことは難しいのが現状である。そこで今回、当院でのロボット支援右側結腸切除の運用と手術手技の工夫と実際を報告する。
当院ではda Vinci Xi Surgical systemTMが2台運用されており、大腸切除は1週間に終日2日が割り当てられている。大腸切除では下部直腸症例を優先してロボット手術で行い、結腸癌手術はロボットまたは腹腔鏡で行っている。ロボット支援右側結腸切除においては1日に2件を目標に施行している。
右側結腸癌のロボット手術においては、時間短縮・コスト削減の観点から助手の両手を積極的に活用するHybrid RASで行っている。下腹部正中にPfannenstiel切開を置き、8mm da Vinciポート及び12mm AirSealポートを留置する。右下腹部・左上腹部・左側腹部に8mm da Vinciポートを、左下腹部に12mm 助手ポートを留置する。頭低位・左側低位とし、小腸を頭側・左側に排除後患者右側よりロールインする。後腹膜アプローチ先行で結腸を授動し、リンパ節郭清の際は助手がクリップを行う。間膜処理においては術者が間膜を展開し、助手がシーリングデバイスを用いて切離する。吻合は体腔内で行い、助手は左手で鉗子を操作しつつ右手で自動縫合器を挿入し、FEEAで吻合する。
2025年4月から2026年4月の期間にロボット支援右側結腸切除を行った11例を後方視的に検討した。男性3例、女性8例、年齢中央値72(42-94)歳であった。癌の局在は虫垂1例、盲腸1例、上行結腸7例、横行結腸2例で、術式は回盲部切除7例、右半結腸切除4例であった。アプローチは全例後腹膜アプローチで、郭清範囲はD2郭清が1例、D3郭清が10例であり、吻合法は全例FEEAであった。手術時間、コンソール時間、出血量はそれぞれ中央値240(204-286)分、179(149-222)分、5(5-50)gであり、術中合併症は認めなかった。術後在院日数は中央値9（8-13）日で、Grade3以上の合併症は認めなかった。
助手の両手を活用したロボット支援切除は、右側結腸癌に対する有効な手術の一つとなり得ると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター13

一般演題（ポスター）26　ロボット手術 2

座長：市川 伸樹（北海道大学消化器外科 1）

[P26-3] Hugo RAS systemから始めるロボット結腸癌手術とその短期成績

*鏡 哲[1]、渡邊 健太郎[1]、池田 裕一[1]、三浦 康之[1]、長嶋 康雄[1]、鈴木 孝之[1]、金子 奉暁[1]、牛込 充則[1]、的場 周一郎[1]、大塚 由一郎[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院　一般・消化器外科)

【背景】
2022年に本邦で保険収載されたロボット支援結腸癌手術は、da Vinci Surgical Systemが広く普及しているが、当院では手術枠の問題から結腸癌については導入が遅れていた。近年、複数の新規手術支援ロボットが使用可能となり、大腸領域で2023年5月に保険収載されたHugo RAS System(Hugo)が2025年1月当院に導入され、本格的にロボット支援結腸癌手術を開始した。
【対象と方法】
当院で2025年１月から2026年4月にかけてHugoによる大腸癌手術を100例行った。そのうち、結腸癌手術34例の短期成績を後方視的に検討した。
Hugoの特徴はロボットアームが独立していること、アームの可動域が広いことであり、これらの特徴を最大限に生かしつつ、従来の腹腔鏡下手術の手技やデバイスを用いて助手と協調して手術を行っている。初学者にもわかりやすいように、カメラポートは臍の小切開創から留置し、できるだけ一直線のポート配置で、助手ポートは1本で行っている。
【結果】男性14例、女性20例、年齢中央値は75歳(29-87歳)、BMI中央値22.3(15.5-32.1)。術式は 回盲部切除: 22例、結腸右半切除:7例、結腸左半切除: 3例、横行結腸切除:2例であった。手術時間中央値は378分（273-838分）、コンソール時間中央値258分(128-582分)、ドッキング時間中央値12分(11-19分)、出血量中央値は10ml(0-421ml)であった。術中有害事象や開腹移行は認めず、全例R0切除であった。C-D分類grade3の合併症は認めず、術後在院期間は9日であった。
【結語】ロボット支援結腸癌手術はHugo RAS Systemから開始しても安全に施行可能であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター13
一般演題（ポスター）26　ロボット手術 2

座長：市川 伸樹（北海道大学消化器外科 1）

[P26-4] レジデント執刀によるロボット支援下手術のS状結腸癌における安全性および長期成績の検討

*小川 聡一朗[1]、栗生 宜明[1]、藤田 悠司[1]、生内 雅人[1]、永守 遼[1]、市川 カノン[1]、松本 順久[1]、松尾 久敬[1]、大橋 拓馬[1]、小松 周平[1]、生駒 久視[1]、岡本 和真[1]、大辻 英吾[1] (1. 京都第一赤十字病院消化器外科)

【背景と目的】2022年より、結腸癌に対するロボット支援下手術 (Robot-assisted surgery: Ro)が保険収載され、Roにおける術者条件も緩和されたため、レジデント (Re)でも執刀可能となった。しかし、Reが執刀するRoの安全性や長期成績は明らかではない。当院では2024年より卒後４年目のReによるS状結腸癌に対するRoを開始しており、周術期および長期成績について同時期の内視鏡外科学会技術認定医 (Qualified surgeon: Qs)が執刀した症例と比較し、安全性を明らかにする。
【対象と方法】
2022年から2026年3月までに当院でS状結腸癌に対してRoにより原発巣切除を施行した症例(n=36)に対して、Qs群 (n=31)とRe群 (n=5)に分け、後方視的に検討した。
【結果】
Qs群とRe群で年齢はQs/Re＝73歳 (55-92)/63歳 (51-71), ASAはQs/Re＝2 (1-3)/2 (1-2)とRe群で有意に低く、術前AlbはQs/Re＝4.0g/dL (2.5-4.4)/ 4.4g/dL (4.2-4.5)とRe群で有意に高かった。性別、BMI、術前CEA,術前CA19-9に二群で差はなかった。手術時間はQs/Re＝266分 (142-492)/443分 (256-455)とRe群で有意にながかったが (p=0.04)、出血量はQs/Re＝5g (1-100)/1g (1-50)と差はみられなかった。両群において開腹移行はみられなかった。Clavien-Dindo GradeII以上の術後合併症は、Qs/Re＝6/0で差はなく、両群において縫合不全はみられなかった。術後在院日数は、Qs/Re＝7日 (4-35)/8日 (7-10)と差はなかった。病期はpStage0/Ⅰ/Ⅱ/Ⅲ/Ⅳ= Qs: 1/10/11/5/4, Re: 1/2/2/0/0で、RM1はQs/Re＝0/0であった。PM,DMはQs/Re＝83mm (20-215)/84mm (55-175), 127mm (25-350)/115mm (68-220)で差はなかった。長期成績は、pStageIIにおいて、1年OS: Qs/Re＝90.9%/100% で差はなく、両群で再発はみられなかった。
【結語】当院での卒後４年目のレジデントが執刀するS状結腸癌に対するロボット支援下手術は、症例選択において年齢が低く、ASAが良好で術前栄養状態が良好な患者が選択されてはいるも、内視鏡外科学会技術認定医の指導の下で施行すれば、内視鏡外科学会技術認定医が執刀する場合と比較しても差はなく、安全に施行されていた。長期成績でも差はみられず、ロボット支援下手術は若手教育において有用である可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター13

一般演題（ポスター）26　ロボット手術 2

座長：市川 伸樹（北海道大学消化器外科 1）

[P26-5] 修練医による結腸癌に対する腹腔鏡・ロボット支援下手術の検討

*馬場 裕信[1]、石原 加葉[1]、柴野 潤[1]、小山 照央[1]、藤田 孝尚[1]、山崎 嘉美[1]、石原 早希子[1]、杉下 哲夫[1]、梅林 佑弥[1]、千代延 記道[1] (1. 草加市立病院)

背景
当院ではロボット支援下大腸癌手術を2023年4月より開始した。大腸癌手術は主に修練医が執刀しており、そのアプローチ法はロボット支援下手術を第一選択としている。手術枠の問題からロボット手術枠は直腸癌を優先とし、枠外となった症例を腹腔鏡で行っている。修練医の導入術式として回盲部切除術やS状結腸切除術が一般的であるが、大腸癌手術の経験の少ない修練医におけるロボット支援下手術の有用性や安全性の検討は十分なされていない。
目的
修練医による結腸癌に対する腹腔鏡およびロボット支援下手術の周術期短期成績を比較し、その有用性や安全性を検討する。
対象・方法
2023年4月から2026年3月までの間に修練医（10年目以下）が執刀した結腸癌手術88例を対象とし、そのうち回盲部切除術（右結腸切除含む）52例、S状結腸切除（脾弯曲授動を伴わない）36例をそれぞれ腹腔鏡（La）群、ロボット（Ro）群に分け、その短期成績を比較検討する。
結果
修練医の執刀した回盲部切除術52例はLa群19例、Ro群33例であり、手術時間（La 183/Ro 214分）においてRo群で延長したが、出血量（La 5/Ro 10ml）や術後合併症に差を認めなかった。一方、S状結腸切除術36例の内訳はLa群24例、Ro群12例であり、手術時間（La 210/Ro 213分）および出血量（La 4/Ro 4ml）、術後合併症に差を認めなかった。
考察・結語
本検討において経験の少ない修練医が執刀する大腸癌手術のアプローチ法として、十分な指導下においては回盲部切除術やS状結腸切除術などの術式をロボット支援下に安全に施行可能であり、短期成績も良好であった。一方、回盲部切除術では右側結腸の解剖学的要因などから手術時間が延長しており、導入術式としてはS状結腸切除術の方が良好である可能性が考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)
2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター13
一般演題（ポスター）26　ロボット手術 2
座長：市川 伸樹（北海道大学消化器外科 1）

[P26-6] 右側結腸癌に対するロボット支援下手術と腹腔鏡下手術の短期成績の比較検討

*柴田 賢吾[1]、市川 伸樹[1]、吉田 雅[1]、今泉 健[1]、大渕 佳祐[1]、佐野 修平[1]、武冨 紹信[1] (1. 北海道大学病院　消化器外科I)

【目的】 本邦において、2022年4月の診療報酬改定により結腸癌に対するロボット支援下手術の保険適応が拡大された。しかし、腹腔鏡下手術と比較したロボット支援の有用性や安全性については未だ検討の余地がある。本研究では、当科で施行した右側結腸切除術におけるロボット支援下手術（R群）と腹腔鏡下手術（L群）の短期成績を後方視的に比較検討し、その有用性を評価することを目的とした。
【対象と方法】 2022年4月から2026年3月までに、当科で右側結腸切除術（右半結腸切除術または回盲部切除術）を施行した全120例を対象とした。ロボット支援下手術施行の48例をR群、腹腔鏡下手術施行の72例をL群とし、患者背景、手術時間、出血量、郭清リンパ節個数、術後入院日数などの短期成績を比較した。
【結果】 患者背景（年齢中央値：R群72歳 vs L群76.5歳、BMI中央値：21.1 vs 21.5）に両群間で大きな差は認めなかった。手術成績は、手術時間中央値がR群219分（コンソール時間126分）、L群188.5分とR群で延長傾向であったが、出血量中央値は両群ともに0mlであった。開腹移行はR群1例、L群3例に認めた。腫瘍学的評価である郭清リンパ節個数中央値はR群22個、L群22.5個と同等であった。術後入院日数中央値はR群9日、L群10日と、R群で早期退院が可能となる傾向が示された。R群にClavien-Dindo分類Grade III以上の重篤な合併症は認めず、安全に施行可能であった。
【考察】 R群はL群に比べ手術時間が延長するものの、低侵襲性を維持し、術後入院日数を短縮できる可能性が示唆された。導入初期はプロクターが執刀したが、現在は非プロクターも交えて定型化を進めており、教育的側面からも有用性は高い。今後は手技の習熟による手術時間の短縮と、長期予後の慎重な検討が課題である。
【結語】 ロボット支援下右側結腸切除術は、腹腔鏡下手術と比較して遜色なく安全に導入可能であり、良好な短期成績が得られた。今後は症例の蓄積を通じて、長期予後の向上も目指す。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター13

一般演題（ポスター）26　ロボット手術 2

座長：市川 伸樹（北海道大学消化器外科 1）

[P26-7] ロボット支援下結腸右半切除術を施行した右腎移植後横行結腸MiNENの1例

*池田 裕一[1]、渡邉 健太郎[1]、三浦 康之[1]、長嶋 康雄[1]、鈴木 孝之[1]、鏡 哲[1]、金子 奉暁[1]、牛込 充則[1]、的場 周一郎[1]、園部 聡[2]、三上 哲夫[2]、本間 尚子[2]、大塚 由一郎[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院　一般・消化器外科、2. 東邦大学医療センター大森病院　病理診断科・病院病理部)

【背景】

腎移植後患者に対する大腸切除では、移植腎や移植血管損傷の回避に加え、免疫抑制状態への配慮が必要である。また、腎移植後患者に対するロボット支援下結腸右半切除術の報告は稀である。今回、右腎移植後患者に発症した横行結腸癌に対し、ロボット支援下結腸右半切除術を施行した1例を経験したため報告する。

【症例】

29歳女性。右副腎原発神経芽腫(Stage IVb)に対する化学療法後の血栓性微小血管症により腎不全となり、20年前に右腸骨窩への腎移植術を施行されていた。免疫抑制薬としてグラセプター、サーティカン、セルセプトを内服中であった。体重減少を契機に精査を施行し、横行結腸癌(cStage IVa)と診断した。右腸骨窩に移植腎を認める解剖学的特徴を有していたが、ロボット支援下結腸右半切除術およびD3郭清を施行した。手術時間は5時間39分、出血量は0mLで、開腹移行は認めなかった。術後乳糜漏を認めたが保存的加療で軽快し、Clavien-Dindo分類 Grade Iであった。腎機能増悪や感染性合併症は認めず、術後12日目に退院した。病理診断はmixed adenoneuroendocrine carcinoma、pStage IVaであった。

【考察】

腎移植後患者に対する結腸切除では、移植腎および移植血管への配慮が重要となる。本症例では、ロボット支援手術の高い操作性により、安全にD3郭清を伴う結腸右半切除術を完遂し得た。免疫抑制状態においても重篤な周術期合併症や腎機能障害を認めず、ロボット支援手術は腎移植後患者に対する低侵襲手術として有用な可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター14

一般演題（ポスター）27　ロボット手術３

座長：藤井 正一（湘南鎌倉総合病院外科）

[P27-1] ロボット支援下結腸癌手術の導入と短期成績について

*吉岡 隆文[1]、丸山 尚嗣[1]、夏目 俊之[1]、野手 洋雅[1]、遠藤 悟史[1]、大塚 亮太[1]、小林 拓史[1]、米川 知里[1]、高木 大地[1]、榎本 崚冴[1]、川平 悠理[1] (1. 船橋市立医療センター)

[P27-2] 地方中規模私立病院におけるロボット支援下直腸癌手術導入後短期成績の検討

*上原 拓明[1]、後藤 崇[1]、安藤 有里恵[1]、三木 爽慈[1]、三瓶 康喜[1]、山本 森太郎[1]、黒木 直美[1]、菅瀬 隆信[1]、指宿 一彦[1]、谷口 正次[1]、古賀 倫太郎[1] (1. 社会医療法人同心会　古賀総合病院)

[P27-3] 完全内蔵逆位を伴う直腸癌に対してロボット支援腹腔鏡下直腸切断術を施行した1例

*宇野 彰晋[1]、深澤 貴子[1]、鈴木 克徳[1] (1. 磐田市立総合病院消化器外科)

[P27-4] 他科のロボット支援下手術時における直腸穿孔の経験

*美並 輝也[1]、郡司掛 勝也[1]、金本 斐子[1]、島田 麻里[1] (1. 福井県立病院　外科・がん治療センター)

[P27-5] ロボットを用いた従来の腹腔鏡手術の指導

*陳 開[1]、奈良 悠之介[1]、矢吹 理人[1]、鈴木 広大[1]、茂木 はるか[1]、栗原 由騎[1]、佐々木 勇人[1]、新保 知規[1]、菊地 功[1]、若林 俊樹[1]、打波 宇[1] (1. 市立秋田総合病院消化器外科)

[P27-6] ロボット支援直腸癌手術導入初期の短期成績 ― 技術認定資格の有無による比較検討 ―

*赤崎 卓之[1]、堀之内 浩介[1]、入江 久世[1]、塚原 崇夫[1]、坂本 恭平[1]、上床 崇吾[1]、和田 英雄[1]、小島 大望[1]、渡部 雅人[1] (1. 福岡大学筑紫病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター14

一般演題（ポスター）27　ロボット手術 3

座長：藤井 正一（湘南鎌倉総合病院外科）

[P27-1] ロボット支援下結腸癌手術の導入と短期成績について

*吉岡 隆文[1]、丸山 尚嗣[1]、夏目 俊之[1]、野手 洋雅[1]、遠藤 悟史[1]、大塚 亮太[1]、小林 拓史[1]、米川 知里[1]、高木 大地[1]、榎本 崚冴[1]、川平 悠理[1] (1. 船橋市立医療センター)

当院では2023年8月から直腸癌に対してロボット手術を導入し、プロクター取得後、2025年5月に結腸癌に対してロボット手術を導入した。抄録時点(2026年4月末)で25例の結腸癌に対して、ロボット手術を行った。術式の内訳は、回盲部切除7例、右半結腸切除8例、左結腸切除3例、S状結腸切除6例であった。Clavian-Dindo分類Ⅲ以上の合併症では、吻合部出血が2例あったが、縫合不全はなかった。術後在院日数中央値は8日であった。
ロボット支援下結腸癌手術では、コストの面からFusion surgeryを可能な限り行い、保険請求可能となってからも継続している。また当院はdaVinci X1台で泌尿器科週３日、婦人科週1日、外科週1日のロボット手術枠となっているが、結腸癌導入以前は院内のロボット枠の稼働率は70−80%であったため、ロボット支援下結腸癌手術は外科と他科のロボット枠の空きを埋められるようにすることで、2026年1月-3月のロボット稼働率は100%となった。また、保険請求可能となって以降は若手の執刀機会確保のために、プロクター指導下でレジデント3年目からのロボット手術の執刀を開始することができた。
2025年10月から１名、2026年1月から１名の計２名のレジデントがcertificateを取得し、結腸癌・直腸癌の部分執刀から開始した。レジデントAは13例術者を行い、その内結腸癌3例(S状結腸切除2例、左結腸切除1例)を完遂した。レジデントBは5例術者を行い、結腸癌1例(回盲部切除)を完遂した。完遂した手術時間の中央値は324分で、コンソール時間は190分、部分執刀時間の中央値は87分であった。
当院でのロボット支援下結腸癌手術は比較的安全に導入できており、レジデントのロボット手術の執刀機会を提供できている。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター14

一般演題（ポスター）27　ロボット手術 3

座長：藤井 正一（湘南鎌倉総合病院外科）

[P27-2] 地方中規模私立病院におけるロボット支援下直腸癌手術導入後短期成績の検討

*上原 拓明[1]、後藤 崇[1]、安藤 有里恵[1]、三木 爽慈[1]、三瓶 康喜[1]、山本 森太郎[1]、黒木 直美[1]、菅瀬 隆信[1]、指宿 一彦[1]、谷口 正次[1]、古賀 倫太郎[1] (1. 社会医療法人同心会　古賀総合病院)

【背景】 ロボット支援下直腸癌手術は，骨盤深部における安定した視野展開および高い操作自由度を有し，近年急速に普及している．一方で，地方中規模病院における導入後成績や，複数術者への安全な展開に関する報告は未だ限定的である．当院では2024年11月より手術支援ロボットda Vinci Xiを導入し，外科主導でロボット支援下大腸癌手術を開始した．
【目的】 地方中規模私立病院におけるロボット支援下直腸癌手術導入後短期成績および段階的術者育成体制について検討すること．
【対象・方法】 2024年11月から2026年5月までに当院で施行したロボット支援下直腸癌手術43例を対象とした．患者背景，腫瘍占拠部位，術式，周術期短期成績，病理学的因子について後方視的に検討した．導入初期は症例を特定術者へ集約し，その後段階的に術者拡大を行った．
【結果】 年齢中央値は70歳，BMI中央値は21.4 kg/m2であった．腫瘍占拠部位はRS 15例，Ra 15例，Rb 13例であった．術式は高位前方切除術9例，低位前方切除術28例，超低位前方切除術5例，腹会陰式直腸切断術1例であった．吻合症例42例中，一時的回腸人工肛門造設は11例（26.2%）に施行し，超低位前方切除術では4例（80%），低位前方切除術では7例（25.0%）に造設した．術前CRT施行例は1例，側方郭清施行例はなしであった．手術時間中央値は299分，コンソール時間中央値は171分，出血量中央は10 mL，術後在院日数中央値は12日であった．Clavien-Dindo分類III以上の術後合併症は5例に認め，縫合不全は吻合症例42例中2例（4.8%）であった．排尿障害は2例（4.7%）に認め1例のみ長期持続導尿を要した．郭清リンパ節個数中央値は21個であり， RM陽性例は認めなかった．術者拡大後も重篤な合併症増加を認めず，安全な導入および教育体制構築が可能であった．
【結語】 地方中規模私立病院においても，適切な導入戦略および段階的術者育成体制により，ロボット支援下直腸癌手術は安全に導入可能であった．導入初期においても許容可能な短期成績および良好な腫瘍学的切除成績が得られた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター14

一般演題（ポスター）27　ロボット手術 3

座長：藤井 正一（湘南鎌倉総合病院外科）

[P27-3] 完全内蔵逆位を伴う直腸癌に対してロボット支援腹腔鏡下直腸切断術を施行した1例

*宇野 彰晋[1]、深澤 貴子[1]、鈴木 克徳[1] (1. 磐田市立総合病院消化器外科)

【緒言】完全内臓逆位は胸腹部臓器の全てが矢状面に対して鏡像的位置にあり、3000～10000にひとりといわれる比較的まれな先天性疾患である。内臓逆位自体には病的意義はないが、悪性腫瘍との併存例の報告も増加しており、手術操作における特異性も報告されている。特にロボット支援下手術に際しては通常とは異なるポート配置、デバイスセッティングでの手術が必要である。完全内臓逆位症を伴う直腸癌に対してロボット支援腹腔鏡下腹会陰直腸切除術を行った1例について報告する。
【症例】症例は74歳男性。下血の精査で、近医で直腸癌と診断されて当院に紹介となった。直腸Rb-Pに1/2周性の2型病変を認め、精査でcT2cN0cM0 cStage Iの直腸癌と診断された。またCTで完全内臓逆位を認めた。逆位以外の血管走行異常を認めないことを確認し、da Vinci　Xi surgical　systemを用いたロボット支援下直腸切断術を行った。ロールインを患者右下から行い、ポートは通常の鏡像位置 に配置し、アームは左下腹部外側に1番、左下腹部内側に2番、臍部ポートに3番、右上腹部に4 番をセットし、左上腹部に助手ポートを配置した。3番にカメラを装着し、１番にTip-up フェネ ストレイテッドグラスパ、2番にフェネストレイテッドバイポーラ、4番にモノポーラシザース を装着した。下腸間膜動脈を根部で切離するD3リンパ節郭清を行った。骨盤内操作では可及的に直腸受動を行い、肛門挙筋も腹腔内から切離後に会陰操作を行い、直腸切断術を行った。総手術時間は471分、コンソー ル時間は287分、出血は少量であった。術後経過は概ね良好で術後16日目に退院となった。 病理結果ではpT2pN0cM0 pStage Iであった。
【考察】完全内臓逆位を伴う直腸癌に対し、十分な術前シュミレーションを行い、鏡像的位置にポートを配置しデバイスのセッティングを工夫することで通常とほぼ同じ感覚で問題なく施行することが可能であったが、通常手術より特に直腸受動に至るまでの操作は難渋した印象であった。 完全内臓逆位を伴う直腸癌に対する手術の報告は散見されるが、ロボット支援下に手術を行った症例の報告はいまだ少なく貴重な症例であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター14

一般演題（ポスター）27　ロボット手術 3

座長：藤井 正一（湘南鎌倉総合病院外科）

[P27-4] 他科のロボット支援下手術時における直腸穿孔の経験

*美並 輝也[1]、郡司掛 勝也[1]、金本 斐子[1]、島田 麻里[1] (1. 福井県立病院　外科・がん治療センター)

【緒言】近年，ロボット支援下手術は診療科に関わらず盛んに行われており，多関節機能による操作性と拡大視野や術野の固定性などの利点がある一方で，触覚欠如や牽引の強さから予期せぬ術後合併症を経験することがある．他科のロボット支援下手術時の下部消化管領域の術後合併症に対するトラブルシューティングを２例経験したので文献的考察を踏まえて報告する．【症例】症例①77歳，男性．進行膀胱がんの診断で，術前化学療法後にロボット支援下根治的膀胱全摘術（RARC）および尿管皮膚瘻術が行われた．術中に直腸前壁を全層損傷し，小孔を認めた．術中の修復依頼があり，同部を２層で修復した．骨盤部と経肛門ドレーンを留置し手術終了した．術後１週間絶食とし，その後食事再開し，術後合併症なく第28日目軽快退院した．症例②81歳，男性．進行膀胱がんの診断で，こちらも術前化学療法後のRARCおよび回腸導管造設術を行われ，外科で腸管の切り出しを併施した．術後5日目から骨盤内ドレーンから腸液を認め，当科へコンサルトがあり，消化管穿孔による腹膜炎の診断で緊急開腹術を行った．術中所見で腸液の腹腔内汚染を認め，回腸再建部や前回手術時の小腸損傷を疑ったが，明らかな穿孔部を同定できなかった．腹腔内洗浄および回腸再建部の口側で回腸ストマを造設した．術後経過で，骨盤底に留置したドレーン造影で膿瘍腔-直腸腔が造影されたため，初回手術時の直腸損傷や遅発性直腸穿孔が原因であった．徐々に全身状態は改善し，再手術後50日目軽快退院した．【結語】今回我々は他科ロボット手術時の直腸穿孔を経験した．昨今，骨盤外科として横断的治療を行うなか，今回のように術中直腸損傷が疑われた際は術中内視鏡や直腸剥離部の縫合で未然に回避できる場合もあり，今回の経験から上記の対応策が肝要と考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター14

一般演題（ポスター）27　ロボット手術 3

座長：藤井 正一（湘南鎌倉総合病院外科）

[P27-5] ロボットを用いた従来の腹腔鏡手術の指導

*陳 開[1]、奈良 悠之介[1]、矢吹 理人[1]、鈴木 広大[1]、茂木 はるか[1]、栗原 由騎[1]、佐々木 勇人[1]、新保 知規[1]、菊地 功[1]、若林 俊樹[1]、打波 宇[1] (1. 市立秋田総合病院消化器外科)

【はじめに】ロボット手術の術者要件が緩和され、ロボット手術の指導が増えていく中、ロボットが導入されていない施設もまだ多い。さらにロボット手術に対する診療報酬の加算もあり、ロボットを導入している施設ではロボット手術が増えるため、従来の腹腔鏡手術が減ることが予想される。そのような施設では従来の腹腔鏡手術の手技をいかに効率よく習得するかは重要な課題である。
ロボットを用いない従来の腹腔鏡手術において、指導者は助手として術野に入っていることが多く、両手が塞がっており、ピンポイントな指導が困難である。ロボット手術で従来の腹腔鏡手術を指導すると、鉗子やポインターを用いることができ、的確な指導が容易となる。当院のロボット手術における従来の腹腔鏡手術の指導の工夫を示す。
【当院の手技】ロボット大腸手術の際に、ロボットのアームを1ヵ所または2ヵ所外し、修練医が両手を用いて内側授動や間膜処理などを行う。指導者はコンソールから指導し、修練医はペイシェントサイドで従来の腹腔鏡手術の手技を行う。
【方法】当院の修練医3名に対し、ロボット手術で従来の腹腔鏡手術の指導を行った症例を後方視的に検討した。
【結果】指導を受けた後、指導を受けたパートの手技を従来の腹腔鏡手術で完全単独執刀できた。
【考察】ロボットを用いるメリットはピンポイントな指導ができる点である。シングルコンソールの場合はタッチパネルを、デュアルコンソールの場合はポインターを使用することで、どこをどう持つかなど的確に指導することが可能となる。従来の腹腔鏡手術の場合、指導医は両手が塞がっており、口頭で指導するか、場を崩して指導するしかなかったが、ロボット手術ではリアルタイムに問題点を指摘でき、正しい手技を見せ、細やかな修正もできるため、修練医の理解が早まり、いざ腹腔鏡手術の執刀機会が回った時でも、正しい手技で執刀できると考えられる。
【結語】ロボット手術で従来の腹腔鏡を指導すると、的確な指導ができ、ラーニングカーブが早くなる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター14

一般演題（ポスター）27　ロボット手術 3

座長：藤井 正一（湘南鎌倉総合病院外科）

[P27-6] ロボット支援直腸癌手術導入初期の短期成績 ― 技術認定資格の有無による比較検討 ―

*赤崎 卓之[1]、堀之内 浩介[1]、入江 久世[1]、塚原 崇夫[1]、坂本 恭平[1]、上床 崇吾[1]、和田 英雄[1]、小島 大望[1]、渡部 雅人[1] (1. 福岡大学筑紫病院外科)

ロボット支援直腸癌手術導入初期の短期成績 ― 技術認定資格の有無による比較検討 ―

2023年より技術認定審査の対象にロボット支援手術が加えられ、導入初期における安全性の担保が重要な課題となっている。本研究では、ロボット支援直腸癌手術導入初期における安全性および短期成績について、術者の技術認定資格の有無による差異を検証した。

プロクター1名の立ち会いのもとロボット手術を導入し、2025年4月から2025年12月までに施行した直腸癌30例を対象とした。なおプロクターの執刀症例は除外した。術者は非技術認定医1名（19例）および技術認定医2名（計11例）であった。非技術認定医に対しては、同一動作の反復や進行方向の統一による手技の標準化、助手の固定化、さらに各症例後のビデオレビューを通じたフィードバックを実施した。

患者背景因子（年齢、性別、BMI、開腹歴）、腫瘍因子（腫瘍局在、Stage）および短期成績として手術時間、出血量、術後合併症（Clavien–Dindo分類）、入院日数を比較検討した。患者背景因子および腫瘍因子に両群間で有意差は認めなかった。手術時間の中央値（IQR）は認定群447分（386–588）、非認定群371分（317–498）であり、非認定群で短い傾向を認めた（p=0.028）。この結果には導入初期における症例選択バイアスの影響が含まれている可能性がある。出血量の中央値（IQR）は認定群25 mL（5–127）、非認定群5 mL（5–75）であり、両群間に有意差は認めなかった（p=0.653）。術後合併症発生率（0% vs 5.3%, p=1.000）および入院日数の中央値（IQR）（12日［12–19］ vs 12日［10–17］, p=0.986）にも有意差を認めなかった。

ロボット支援直腸癌手術導入初期において、非技術認定医においても技術認定医と同等の短期成績が得られ、安全に導入可能であることが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 1　炎症性腸疾患 1

座長：廣 純一郎（済生会松阪市民病院）

[O1-1] 潰瘍性大腸炎に対するIPAA術後pouchitisの術前予測因子の検討 ― 多施設共同後ろ向き研究（COSUC study）

*笠島 裕明[1]、福岡 達成[1]、肥田 侯矢[2]、尾地 伸悟[2]、高野 義章[3]、宮倉 安幸[4]、川村 純一郎[5]、小濵 信太郎[6]、内藤 剛[7]、前田 清[1] (1. 大阪公立大学大学院医学研究科消化器外科学、2. 京都大学大学院医学研究科消化管外科学、3. 大阪医科薬科大学一般・消化器外科、4. 自治医科大学附属さいたま医療センター外科、5. 近畿大学医学部外科、6. 順天堂大学浦安病院消化器外科、7. 北里大学医学部下部消化管外科)

[O1-2] クローン病に対する腹会陰式直腸切断術後における陰圧閉鎖療法の有用性の検討

*大北 喜基[1]、志村 匡信[1]、家城 英治[1]、山本 晃[1]、川村 幹雄[1]、今岡 裕基[1]、北嶋 貴仁[2]、小池 勇樹[1]、奥川 喜永[2]、吉山 繁幸[1]、小林 美奈子[1]、大井 正貴[1]、問山 裕二[1] (1. 三重大学医学部消化管・小児外科、2. 三重大学医学部附属病院ゲノム診療科)

[O1-3] クローン病に対する吻合部切除術―大きな吻合口は手術回避に寄与するか―

*鈴木 秀幸[1]、皆瀬 翼[1]、伊勢 一郎[1]、村上 恵[1]、佐藤 好宏[1]、吉松 軍平[1]、唐澤 秀明[1]、大沼 忍[1]、亀井 尚[1]、海野 倫明[1] (1. 東北大学消化器外科学)

[O1-4] クローン病に対する回盲部切除における機能的端々吻合（FEEA）の安全性と臨床的妥当性の検討

*大東 弘治[1]、岡内 義隆[1]、深野 耕太郎[1]、梅田 一生[1]、波江野 真大[1]、家根 由典[1]、村上 克宏[1]、吉岡 康多[1]、岩本 哲好[1]、所 忠男[1]、上田 和毅[1]、川村 純一郎[1] (1. 近畿大学医学部外科)

[O1-5] クローン病手術症例におけるCTエンテログラフィーの有用性

*田中 宏典[1,2,3,4]、友近 忍[1]、藤原 康弘[1]、中島 千代[1]、中島 正夫[1]、松井 洋人[1,2]、新藤 芳太郎[1]、徳光 幸生[1]、渡邊 裕策[1]、飯田 通久[1]、井岡 達也[1,2]、橋本 真一[3]、高見 太郎[3]、永野 浩昭[1,4]、髙橋 秀典[1] (1. 山口大学大学院消化器・腫瘍外科学、2. 山口大学医学部附属病院腫瘍センター、3. 山口大学大学院消化器病態内科学、4. 市立貝塚病院)

[O1-6] 難治性クローン病合併複雑痔瘻に対する新規再生医療の可能性：ダルバドストロセルの初期治療成績

*山本 大輔[1] (1. 金沢大学附属病院消化管外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 1　炎症性腸疾患 1
座長：廣 純一郎（済生会松阪市民病院）

[O1-1] 潰瘍性大腸炎に対するIPAA術後pouchitisの術前予測因子の検討 ― 多施設共同後ろ向き研究（COSUC study）

*笠島 裕明[1]、福岡 達成[1]、肥田 侯矢[2]、尾地 伸悟[2]、高野 義章[3]、宮倉 安幸[4]、川村 純一郎[5]、小濵 信太郎[6]、内藤 剛[7]、前田 清[1] (1. 大阪公立大学大学院医学研究科消化器外科学、2. 京都大学大学院医学研究科消化管外科学、3. 大阪医科薬科大学一般・消化器外科、4. 自治医科大学附属さいたま医療センター外科、5. 近畿大学医学部外科、6. 順天堂大学浦安病院消化器外科、7. 北里大学医学部下部消化管外科)

【目的】
潰瘍性大腸炎（UC）に対する回腸嚢肛門吻合術（IPAA）後のpouchitisは、患者QOLを著しく損なう代表的な遠隔期合併症である。本研究では本邦多施設データを用いて術前リスク因子を同定し、pouchitis発症の予測モデルを構築することを目的とした。
【対象と方法】
2005年1月から2019年12月までに本邦48施設においてIPAAが施行されたUC患者1136例を対象とした多施設共同後ろ向きコホート研究（COSUC study）。患者背景・術前血液検査・薬剤使用歴・術式・周術期合併症等を変数とし、pouchitis発症との関連を単変量および多変量ロジスティック回帰にて解析した。さらに2009年以前の症例（n=293）をtraining cohort、2010年以降の症例（n=843）をvalidation cohortとして予測モデルを構築し、ROC曲線およびAUCにて性能を評価した。
【結果】
1136例中67例（5.9%）にpouchitisを認めた。単変量解析では若年（<40歳, p<0.001）、低BMI（<20 kg/m², p=0.026）、術前1ヶ月以内のステロイド使用（p=0.007）、免疫抑制剤使用（p=0.027）が有意なリスク因子であった。多変量解析では術前ステロイド使用のみが独立した予測因子であった（HR 1.98, 95%CI 1.14–3.47, p=0.016）。年齢・BMI・ステロイド・免疫抑制剤の4因子を組み込んだ予測モデルのAUCはtraining cohort 0.63、validation cohort 0.67であった。Youden’s J統計量により算出されたcut-off値9.6%において、感度31.6%/25.5%、特異度82.5%/90.3%を示し、予測確率9.6%以上の高リスク群では累積pouchitis発症率が有意に高かった（p<0.0001）。なお、生物学的製剤普及前後（2009年以前 vs 2010年以降）でpouchitis発症率に有意差は認めなかった。
【結語】
本邦最大規模のIPAA症例コホートを用いた解析により、術前ステロイド使用がpouchitis発症の独立した危険因子であることが示された。年齢・BMI・免疫抑制剤使用を加えた予測モデルは術前リスク層別化に有用であり、ハイリスク症例に対する周術期管理の最適化、一時的人工肛門造設の判断、術後早期介入の指標として臨床応用が期待される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 1　炎症性腸疾患 1
座長：廣 純一郎（済生会松阪市民病院）

[O1-2] クローン病に対する腹会陰式直腸切断術後における陰圧閉鎖療法の有用性の検討

*大北 喜基[1]、志村 匡信[1]、家城 英治[1]、山本 晃[1]、川村 幹雄[1]、今岡 裕基[1]、北嶋 貴仁[2]、小池 勇樹[1]、奥川 喜永[2]、吉山 繁幸[1]、小林 美奈子[1]、大井 正貴[1]、問山 裕二[1] (1. 三重大学医学部消化管・小児外科、2. 三重大学医学部附属病院ゲノム診療科)

背景：クローン病に対する腹会陰式直腸切断術は骨盤・会陰部感染（pelvic or perineal sepsis: PPS）の発生率が高く、創治癒遅延の一因となる。近年、切開創に対する陰圧閉鎖療法（incisional negative pressure wound therapy: iNPWT）の有用性が報告されているが、クローン病術後の骨盤・会陰部に対する効果は十分に検証されていない。
目的：腹会陰式直腸切断術後におけるiNPWTのPPSおよび会陰創治癒遅延に対する有用性を検討する。
方法：2012年8月から2025年6月までに当院で施行したクローン病に対する腹会陰式直腸切断術41例を対象とし、iNPWT群22例と対照群19例で後ろ向きに比較した。PPSは術後30日以内に発生した小骨盤腔内または会陰創の感染、会陰創治癒遅延は術後6カ月以上持続する会陰創の非治癒と定義した。両群で発生率を比較し、さらに術前ストーマの有無で層別解析を行った。
結果：全体ではPPS発生率はiNPWT群27.3%、対照群47.4%と低い傾向を認めたが有意差はなかった（P=0.21）。会陰創治癒遅延はiNPWT群9.1%、対照群5.3%で差を認めなかった（P=1.00）。術前ストーマ造設例（N=30）では、PPSはiNPWT群42.9%、対照群43.8%（P=0.96）、会陰創治癒遅延は14.3%、0.0%（P=0.21）でいずれも差を認めなかった。一方、ストーマ非造設例（N=11）では、PPSはiNPWT群0%、対照群66.7%と低い傾向を認めた（P=0.054）。会陰創治癒遅延もiNPWT群0.0%、対照群33.3%であったが有意差はなかった（P=0.27）。
結論：iNPWTは全体ではPPSおよび会陰創治癒遅延を有意に低減しなかったが、ストーマ非造設例においてPPS抑制効果を示す可能性が示唆された。一方、ストーマ造設例では重度の肛門周囲瘻孔を伴う症例が多く、効果は限定的である可能性がある。今後は症例数を増やした検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 1　炎症性腸疾患 1
座長：廣 純一郎（済生会松阪市民病院）

[O1-3] クローン病に対する吻合部切除術―大きな吻合口は手術回避に寄与するか―

*鈴木 秀幸[1]、皆瀬 翼[1]、伊勢 一郎[1]、村上 恵[1]、佐藤 好宏[1]、吉松 軍平[1]、唐澤 秀明[1]、大沼 忍[1]、亀井 尚[1]、海野 倫明[1] (1. 東北大学消化器外科学)

【目的】クローン病の吻合部再発を予防するために、様々な吻合法が提唱されているが、吻合口が大きくなる吻合法を行ったとしても、吻合部口側腸管が狭窄し、結局吻合部切除術を要する症例も少なくない。今回我々は、当科でクローン病に対して吻合部切除術を行った症例をもとに、大きな吻合口がどれだけ吻合部切除術の回避に寄与しうるかを考察した。
【方法】2014年1月～2026年4月に当科でクローン病に対し、回腸結腸吻合部切除術を行った51症例を診療録に基づいて調査した。このうち、前回手術の吻合が手縫い端々吻合（以下、手縫い端々）または機能的端々吻合（以下、FEEA）であったものを抽出し、以下の1)2)の条件を満たすものを「吻合口の拡大で吻合部切除術回避の余地がある症例」（以下、手術回避可能例）と定義した。1) 手術適応が狭窄のみであること。2) 狭窄の範囲が、手縫い端々では吻合部の口側10cm以内、FEEAでは吻合部の口側5cm以内に限局していること。
【結果】前回手術の吻合法の内訳は、手縫い端々 22例、FEEA 26例、手縫い側々吻合 2例、Sasaki-Watanabe吻合 1例であった。手術回避可能例は手縫い端々 10例（45.4%）、FEEA 5例（19.2%）であった。吻合部自体に病変がない症例は手縫い端々 4例（18.2%）、FEEA 15例（57.7%）であった（手縫い端々・FEEA間に有意差あり（p=0.008））。手術回避が不可能な理由は、吻合部口側の長い（または断続的な）狭窄が18例、瘻孔・膿瘍形成が12例、結腸側の狭窄が3例であった。手術回避可能例では、不可能例と比べて、手術直前に生物学的製剤が使用されていた症例が多い傾向（可能例11/15、不可能例17/33）があったが、有意差は認めなかった（p=0.21）。
【考察】単純に吻合口を大きくするだけでは吻合部切除を回避できない症例が多数派であり、むしろ吻合部が大きいと、その分、吻合部切除術で切除される腸管が多くなる可能性がある。吻合法の改良には、吻合口を大きくする以外の工夫が必要と考えられる。また、「大きな吻合口」かつ「術後の生物学的製剤使用」による吻合部切除術回避効果については、さらなる検討の余地がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 1　炎症性腸疾患 1
座長：廣 純一郎（済生会松阪市民病院）

[O1-4] クローン病に対する回盲部切除における機能的端々吻合（FEEA）の安全性と臨床的妥当性の検討

*大東 弘治[1]、岡内 義隆[1]、深野 耕太郎[1]、梅田 一生[1]、波江野 真大[1]、家根 由典[1]、村上 克宏[1]、吉岡 康多[1]、岩本 哲好[1]、所 忠男[1]、上田 和毅[1]、川村 純一郎[1] (1. 近畿大学医学部外科)

【背景】クローン病に対する回盲部切除では，吻合部狭窄や再手術を含めた長期成績が問題となる．functional end-to-end anastomosis（FEEA）は汎用される吻合法であるが，その安全性や臨床的妥当性については一定の見解が得られていない．
【目的】当院におけるクローン病回盲部切除症例の手術成績を検討し，FEEAの安全性および臨床的妥当性を評価する．
【対象と方法】2015年9月から2026年3月までに当院で施行したクローン病に対する回盲部切除または結腸右半切除15例を対象とし，患者背景，栄養状態，生物学的製剤使用，周術期成績，術後内視鏡所見および再手術について後方視的に検討した．吻合部狭窄は術後内視鏡所見，内視鏡的バルーン拡張および再手術の有無から評価した．
【結果】年齢中央値39歳，男性10例であった．術式は回盲部切除11例，結腸右半切除4例で，14例に腹腔鏡手術が施行された．FEEAは14例（93%）に施行され，手縫いによる端端吻合の1例に術後合併症および吻合部狭窄は認めなかった．Onodera PNI中央値は42.5（31.0–53.3）で，PNI 40以下を低栄養とすると6例（40%）が該当した．生物学的製剤は8例（53%）で使用され，最終投与から手術までの期間中央値は43.5日（4–67日）であった．手術時間中央値183分，出血量中央値5mL，術後在院日数中央値10日であった．術後30日以内合併症は3例（20%）に認めたが，縫合不全および腹腔内膿瘍は認めなかった．観察期間中央値は1380日であった．術後内視鏡施行10例中3例に吻合部狭窄を認めたが，内視鏡的バルーン拡張や再手術を要する吻合部狭窄は認めなかった．再手術1例は難治性痔瘻および下行結腸狭窄に対する横行結腸人工肛門造設であった．低栄養群では術後在院日数中央値が15日と非低栄養群の10日と比較して延長傾向を示したが，有意差はなく，術後合併症および吻合部狭窄との明らかな関連は認められなかった．
【結語】FEEAは低栄養症例や生物学的製剤使用例を含む症例においても安全に施行可能であった．吻合部狭窄を一部に認めたものの，内視鏡的介入や再手術を要する吻合部狭窄は認めず，FEEAはクローン病回盲部切除において臨床的に許容される吻合法と考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 1　炎症性腸疾患 1

座長：廣 純一郎（済生会松阪市民病院）

[O1-5] クローン病手術症例におけるCTエンテログラフィーの有用性

*田中 宏典[1,2,3,4]、友近 忍[1]、藤原 康弘[1]、中島 千代[1]、中島 正夫[1]、松井 洋人[1,2]、新藤 芳太郎[1]、徳光 幸生[1]、渡邊 裕策[1]、飯田 通久[1]、井岡 達也[1,2]、橋本 真一[3]、高見 太郎[3]、永野 浩昭[1,4]、髙橋 秀典[1] (1. 山口大学大学院消化器・腫瘍外科学、2. 山口大学医学部附属病院腫瘍センター、3. 山口大学大学院消化器病態内科学、4. 市立貝塚病院)

【背景】CTエンテログラフィー(CTE) は腸管拡張剤を経口内服し、小腸を拡張させた状態でCTを撮影する検査法である。従来の小腸造影に比し患者負担が少なく、瘻孔や膿瘍など腸管外病変についても評価可能である。当院では基本的に中性造影剤（ニフレック®）を用いているが、特に瘻孔精査には陽性造影剤（ガストログラフィン®6倍希釈）を使用した広義のCTEも行っている。今回クローン病手術症例におけるCTEの有用性について検討した。
【方法】当院で2011年7月～2025年3月までに腸管切除もしくは狭窄形成術が行われ、術前にCTEが併施された48例を対象とした。狭窄、瘻孔、膿瘍ついて術前CTE所見と手術所見を後ろ向きに検討し、感度と陽性的中率を算出した。CTEにおける狭窄は口側拡張を伴う内腔10mm以下の病変とし、瘻孔は腸管のひきつれあるいは索状影とした。手術時狭窄は全小腸を検索し外科的処置を要する病変とした。また、術前の予定術式と実際の施行術式を調査した。
【結果】患者の手術時年齢中央値は38（17-76）歳で、男性34例、女性14例であった。手術は初回が33例、2回目が9例、3回目以降が6例。狭窄のみの症例が31例、 膿瘍・瘻孔合併例が17例。手術アプローチは腹腔鏡補助が40例、開腹が8例。CTE所見で狭窄80、瘻孔11、膿瘍8病変、手術所見で狭窄85、瘻孔12、膿瘍8病変を認めた。陽性的中率 / 感度は、狭窄98.7% / 92.9%、瘻孔100% / 91.6%、膿瘍100% / 100%であった。83.3%（40/48例）で予定通りの術式が施行され、予定外の術式縮小は3例であった。予定外の術式拡大は5例で、回盲部切除術への変更が1例、小腸部分切除、狭窄形成術、人工肛門造設、S状結腸瘻の閉鎖の追加を各1例ずつ認めた。
【考察】術前CTEの有用性について既報でも良好な結果が報告されており、本検討でも高い陽性的中率と感度を認めた。予定外に拡大手術となる症例は少なく、術前CTE は術式考慮の一助となると考えらえた。
【結語】CTEはクローン病手術症例における術前評価法として有用であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 1　炎症性腸疾患 1
座長：廣 純一郎（済生会松阪市民病院）

[O1-6] 難治性クローン病合併複雑痔瘻に対する新規再生医療の可能性：ダルバドストロセルの初期治療成績

*山本 大輔[1] (1. 金沢大学附属病院消化管外科)

【背景】ダルバドストロセルは、健康成人脂肪組織由来の間葉系幹細胞を用いた再生医療等製品であり、クローン病合併複雑痔瘻に対する新規治療として2021年に本邦で保険収載された。従来治療では根治困難な症例に対し、局所免疫調整作用および組織修復促進効果が期待されている。当科では2024年10月より本治療を導入し、難治例に対して適用を開始した。本研究では初期導入症例における治療成績と安全性を検討した。
【方法】投与約3週間前に前処置としてシートン抜去および瘻管内掻爬を施行し、掻爬組織を病理検査に提出して悪性所見を除外後、シートンを再留置した。投与時には瘻管内を十分に洗浄後、原発口を閉鎖し、ダルバドストロセル計4バイアル（原発口周囲および瘻管壁内）を局所注入する。投与6か月後、12か月後に肛門部の診察およびアンケート調査を施行した。
【結果】クローン病合併複雑痔瘻5例に施行した。観察期間中央値17か月において、3例（60%）に著明な改善を認め、現在も寛解状態を維持している。1例は投与1か月後に再発を認めたが外科的根治術により寛解を得た。残る1例では9か月後に一時的な瘻孔再発を認めたが、その後自然軽快し、現在は分泌もほぼ消失し経過観察中である。全例で重篤な有害事象は認めず、投与翌日に全例退院した。また、著効例では症状改善に加え、アンケート調査で高い患者満足度が得られた。
【結論】ダルバドストロセルは、実臨床の初期導入においても既報と同等の奏効率を示し、安全に施行可能であったことから、難治性複雑痔瘻に対する有効な低侵襲治療選択肢となり得る可能性が示唆された。一方で再発例も認めることから、適応症例の選択および長期成績の検証が今後の課題である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科

2026年11月20日(金) 9:20 ~ 10:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 2　炎症性腸疾患 2

座長：中村 志郎（互恵会 大阪回生病院 消化器内科）

[O2-1] クローン病関連肛門部腫瘍の深達度診断におけるバルーン拡張下ラジアル走査式EUSの有用性

*貞島 健人[1,2]、島村 拓弥[2]、芥川 剛至[3]、真鍋 達也[4]、江﨑 幹宏[2] (1. 公立佐賀中央病院、2. 佐賀大学医学部内科学講座消化器内科、3. 佐賀大学医学部附属病院光学医療診療部、4. 佐賀大学医学部一般・消化器外科)

[O2-2] 肛門管内病変の形態を考慮したクローン病肛門病変の治療戦略

*植田 剛[1]、中本 貴透[1]、定光 ともみ[1,2]、佐井 壯謙[1] (1. 佐井胃腸科肛門科、2. 南奈良総合医療センター外科)

[O2-3] Crohn病に対するUpadacitinibの短期治療効果についての後方視的検討

*小川 萌[1]、横山 薫[1]、土居 楠太郎[1]、堀井 敏喜[1]、金澤 潤[1]、別當 朋広[1]、池原 久朝[1]、草野 央[1] (1. 北里大学医学部消化器内科学)

[O2-4] 肛門病変を契機としたクローン病疑診例の予後解析 ―初診時病型による予後予測と早期介入の意義―

*紅谷 鮎美[1]、内田 ひかり[1]、ナナー ジョージ譲時[1]、佐井 佳世[1]、渡部 晃子[1]、米本 昇平[1]、松島 小百合[1]、酒井 悠[1]、小菅 経子[1]、大島 隆一[1]、松村 奈緒美[1]、河野 洋一[1]、宋 江楓[1]、下島 裕寛[1]、岡本 康介[1]、國場 幸均[1]、宮島 伸宜[1]、黒水 丈次[1]、松島 誠[1] (1. 松島病院)

[O2-5] クローン病肛門病変におけるシートンドレナージ後の治療成績

*中島 光一[1]、福島 恒男[1]、西野 晴夫[1]、野澤 博[1]、小林 清典[1]、岩佐 亮太[1]、林 佑穂[1]、鈴木 綾[1]、鈴木 康元[1]、杉田 昭[1]、宮島 伸宜[1]、松島 誠[1] (1. 松島病院)

[O2-6] クローン病の肛門病変に対するリサンキツマブの治療成績についての検討

*近藤 哲[1]、太田 章比古[1]、若尾 聖[1]、青野 景也[1]、長谷川 信吾[1]、宮田 美智也[1]、家田 純郎[1]、福原 政作[2] (1. 家田病院、2. ふくはら大腸肛門外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月20日(金) 9:20 ~ 10:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 2　炎症性腸疾患 2
座長：中村 志郎（互恵会 大阪回生病院 消化器内科）

[O2-1] クローン病関連肛門部腫瘍の深達度診断におけるバルーン拡張下ラジアル走査式EUSの有用性

*貞島 健人[1,2]、島村 拓弥[2]、芥川 剛至[3]、真鍋 達也[4]、江﨑 幹宏[2] (1. 公立佐賀中央病院、2. 佐賀大学医学部内科学講座消化器内科、3. 佐賀大学医学部附属病院光学医療診療部、4. 佐賀大学医学部一般・消化器外科)

【緒言】クローン病（CD）を背景とした直腸・肛門部の腺癌は、CD-associated neoplasia (CDAN)、瘻孔関連癌 (Perianal fistulizing CD-associated anorectal and fistula cancers)、および、Sporadic cancerの3群に大別される。CDANおよびSporadic cancerでは、腫瘍の深達度に応じて根治性を担保しつつ、肛門機能温存が可能となるため、術前の深達度診断は術後QOLに直結する重要な因子である。しかし、肛門部腫瘍の深達度診断手技は標準化されていない。今回、バルーン拡張下ラジアル走査式超音波内視鏡 (EUS)が肛門部腫瘍の深達度診断に有用であった1例を経験したため報告する。
【症例】50代女性。20XX-19年（20代後半）に近医で小腸大腸CDと診断され、20XX-18年にインフリキシマブが導入された。内視鏡検査は本人希望で施行されなかったが、臨床的寛解を維持していた。20XX-1年12月、便秘を契機に前医を受診し、20XX年1月の下部消化管内視鏡検査 (CS)で肛門部腫瘍を指摘された。生検でadenocarcinomaと診断され、加療目的に当院外科へ紹介となった。造影CTでは遠隔転移はなく、骨盤部MRIでは肛門部病変を認めたが、深達度評価は困難であった。CSでは直腸Rbから肛門左側に、易出血性で不整な微細血管・粘膜構造を伴う乳頭状粘膜を認め、一部は扁平上皮下進展が疑われた。バルーン拡張下ラジアル走査式EUSでは、肛門左側に再現性をもって第1〜2層に連続し、一部で第3層に近接する低エコー域を認め、粘膜下層深層への浸潤ありと診断した。腹会陰式直腸切断術が施行され、直腸~肛門左側のEarly rectal cancer, tub 1>muc, pT1b (SM, 2.9mm)であった。
【考察】肛門部腫瘍の検出・深達度診断においてEUSはMRIよりも優れる可能性が報告されている。一方で、肛門部腫瘍のミニプローブ型EUSとラジアル走査式EUSとの深達度診断における直接比較の報告は乏しい。肛門部は括約筋によりプローブとの距離が近接し、層構造の描出困難となる場合があるが、ラジアル走査式EUSでは先端バルーンによる肛門の拡張により層構造の視認性が向上すると考えられる。一方で、ラジアル走査式EUSは先端径が太く、疼痛や不快感を与えうるが、先端バルーンの調整により軽減が可能である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月20日(金) 9:20 ~ 10:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 2　炎症性腸疾患 2
座長：中村 志郎（互恵会 大阪回生病院 消化器内科）

[O2-2] 肛門管内病変の形態を考慮したクローン病肛門病変の治療戦略

*植田 剛[1]、中本 貴透[1]、定光 ともみ[1,2]、佐井 壯謙[1] (1. 佐井胃腸科肛門科、2. 南奈良総合医療センター外科)

背景：クローン病（CD）肛門病変は多様であり、治療強化の判断に難渋することも多い。当施設の肛門病変を集積し検討した。
対象と方法：2026年3月時点で診療中のCD肛門病変41例を対象とした。膿瘍・瘻孔形成が疑われるか疼痛の強い症例で、仙骨硬膜外麻酔下に肛門管内病変と膿瘍形成を評価した。肛門管内では潰瘍性病変や原発口の有無を評価し、膿瘍は触診と超音波で範囲を同定し切開排膿、必要に応じシートン留置を行った。原発口が容易に確保できる症例は、原発口にも留置し、瘻孔の単純化を図った。
結果：30例に膿瘍形成を認め、全例で切開排膿を施行。肛門管内病変のうち潰瘍性21例、粘膜炎症3例、通常原発口様4例で原発口が同定可能であった。２例は通常肛門管様で原発口同定できず。根治術を6例（lay open4例、coring out2例）に施行し、原発口は全例歯状線近傍で、歯状線口側の潰瘍性病変は認めなかった。治癒3例で、再開通1例と術後難治創2例は内科治療強化（IFX1、ADA2）で改善した。根治術未施行24例ではドレナージを基本とし、11例に原発口にシートンを留置し、そのシートンは適宜抜去または脱落とした。肛門管内病変に対しては、内科治療はAdvanced therapy（AT）が主体で、20例（83.3%）に導入、腸管への治療も兼ねてIFX 7例、ADA 8例、UST 1例、RIS 3例、UPA 1例を使用し、排膿後に導入すると、どのAT薬剤でも肛門管内病変に対しても良好な炎症制御が得られた。17例で瘻孔消失、7例は残存し経過観察中である。膿瘍を伴わない11例は狭窄5例、潰瘍3例、浮腫状皮垂3例で、狭窄1例に手術を施行し、潰瘍例は疼痛が強くAT導入（ADA2例、UST１例）、その他は腸管病変の状況に応じてAT導入（ADA２例、UST３例、RIS２例）されていた。AT導入で潰瘍は全例改善、狭窄は残存するが適宜ブジーを併用、浮腫状皮垂は全例で縮小している。
考察・結論：CD肛門病変では、膿瘍には十分なドレナージが不可欠であり、肛門管内病変の制御にはAT薬剤を中心とした内科治療が必要な症例が多くを占めた。いずれのAT薬剤でも反応は良好であった。一方、病勢が安定した単純瘻孔では根治術での見込まれる可能性があり、選択肢となることが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月20日(金) 9:20 ~ 10:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 2　炎症性腸疾患 2
座長：中村 志郎（互恵会 大阪回生病院 消化器内科）

[O2-3] Crohn病に対するUpadacitinibの短期治療効果についての後方視的検討

*小川 萌[1]、横山 薫[1]、土居 楠太郎[1]、堀井 敏喜[1]、金澤 潤[1]、別當 朋広[1]、池原 久朝[1]、草野 央[1] (1. 北里大学医学部消化器内科学)

【目的】Crohn病に対して現在投与可能な唯一のJAK阻害薬であるUpadacitinib（UPA）について短期の治療効果と直前の生物学的製剤（bio）の使用による治療効果の差異について後方視的に検討を行った．
【対象・方法】対象は2026年1月までに当院でUPA導入された18症例中，導入時Harvey-Bradshaw-index（HBI）≧5であった活動期の10例とした．導入時の平均年齢は44.8歳，男性8例，女性2例，全例外来での導入で開始量は45㎎であった．病変範囲は小腸大腸型40%（4/10例），小腸型30%（3/10例），大腸型30%（3/10例），導入時に肛門病変を有していた症例は50%（5/10例）であった．腸管切除術の既往は70%（7/10例）であった．検討項目は4，12週後の臨床的寛解率と臨床的改善率とし，活動性の評価にはHBIを用い、寛解≦4点，改善は治療開始時より3点以上の低下と定義した．
【結果】1）治療開始時のHBI中央値は7点であった．症例全体の4週時の臨床的寛解率は42.9%（3/7例），臨床的改善率は57.1%（4/7例），12週時の臨床的寛解率は90%（9/10例），臨床的改善率は90%（9/10例）であった．2)治療直前にbioの使用歴がある症例は7例（7/10例）で，内訳はadarimumab 2例，vedolizumab 2例，risankizumab 2例，ustekinumab 1例だった． 4週時の寛解率は40.0%（2/5例），改善率60.0%（3/5例）で12週時の寛解率は85.7%（6/7例），改善率85.7%（6/7例）であった．一方bio naive例の4週時の寛解率，改善率50.0%（1/2例），12週時の寛解率，改善率は100%（3/3例）であった.
【結語】UPAは導入から短期間で治療効果がえられる症例がありCDの寛解導入療法の有用な治療選択肢の１つになりうると考える．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月20日(金) 9:20 ~ 10:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 2　炎症性腸疾患 2
座長：中村 志郎（互恵会 大阪回生病院 消化器内科）

[O2-4] 肛門病変を契機としたクローン病疑診例の予後解析 ―初診時病型による予後予測と早期介入の意義―

*紅谷 鮎美[1]、内田 ひかり[1]、ナナー ジョージ譲時[1]、佐井 佳世[1]、渡部 晃子[1]、米本 昇平[1]、松島 小百合[1]、酒井 悠[1]、小菅 経子[1]、大島 隆一[1]、松村 奈緒美[1]、河野 洋一[1]、宋 江楓[1]、下島 裕寛[1]、岡本 康介[1]、國場 幸均[1]、宮島 伸宜[1]、黒水 丈次[1]、松島 誠[1] (1. 松島病院)

【背景】
肛門科で見つかるCrohn’s disease（以下CD）では、肛門病変が消化管病変に先行、あるいは単独症状として出現する場合も多く、現行の診断基準を満たさない微細病変例や肛門単独例では判断に苦慮することが多い。
【目的】
肛門病変を契機にCDを疑った症例を初診時病型別に分類し、3年予後を解析することで、疑診・微細病変段階における早期介入の意義を検討する。
【対象・方法】
2007年～2023年に当院を受診し、肛門病変を契機にCDを疑い、3年以上観察し得た173例を後方視的に検討した。初診時所見に基づき、G1：腸管病型（典型的腸管病変あり）、G2：病理先行病型（類上皮細胞肉芽腫陽性＋微細病変）、G3：肛門病型（CD様肛門病変主体）、G4：臨床疑診病型（微細病変のみ）、G5：診断遅延型（痔瘻術後などにCDが判明）の5群に分類した。主要評価項目は3年以内の不良転帰イベント（生物学的製剤導入、腸管・肛門病変増悪、腸管切除）発生率とした。
【結果】
症例数は、G1：46例、G2：67例、G3：24例、G4：22例、G5：14例であった。3年以内の不良転帰イベント発生率は、G1：58.7%、G2：29.9%、G3：20.8%、G4：13.6%、G5：28.6%であり、病型間で有意差を認めた（p=0.00075）。G2～G4の早期疑診群では、G1と比較してイベント発生率が低値であった。一方、G2では29.9%でイベント発生を認め、22.4%で生物学的製剤導入を要した。肛門所見の検討では、complex fistula（多発、高位など）を有する症例でイベント発生が高い傾向を認めた（40.0% vs 31.1%）。多変量解析では、G1病型が予後不良関連因子であった。G2～G4では5-ASAを中心とした薬剤治療が多く行われていた。
【結論】
初診時病型分類は、その後の臨床経過の予測に有用である可能性が示唆された。特に、微細病変であるはずのG2病型は必ずしも良性経過ではなく、一部で腸管切除などの病勢進展を認めた。典型的腸管病変へ進行する前に、生検を含む積極的な精査や、5-ASAを含む慎重な早期介入および経過観察を行うことは、将来的な病勢進展抑制につながる可能性がある。またcomplex fistulaを伴う症例ではよりCDを疑い、治療方針を決めることが重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月20日(金) 9:20 ~ 10:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 2　炎症性腸疾患 2
座長：中村 志郎（互恵会 大阪回生病院 消化器内科）

[O2-5] クローン病肛門病変におけるシートンドレナージ後の治療成績

*中島 光一[1]、福島 恒男[1]、西野 晴夫[1]、野澤 博[1]、小林 清典[1]、岩佐 亮太[1]、林 佑穂[1]、鈴木 綾[1]、鈴木 康元[1]、杉田 昭[1]、宮島 伸宜[1]、松島 誠[1] (1. 松島病院)

【背景】
クローン病（CD）の肛門病変である痔瘻に対する治療は、外科的治療と内科的治療の併用が重要であるとされている。膿瘍を形成した痔瘻に対してはシートンドレナージが行われることが多いが、ドレナージ後の成績は、現状において十分明らかではない。
【目的・方法】
当院で2017年以降に、CD痔瘻による膿瘍に対してシートンドレナージを行ってから3か月以内に、パッド・ナプキン等の保護具を要する排膿がある状態で内科的治療を導入し、1年以上経過を観察できた30例について、排膿消失率、消失までの期間、及び関連因子を検討した。内科的治療については、抗菌剤・チオプリン製剤・プレドニゾロン・ブデソニドによる既存治療および生物製剤・JAK阻害剤のadvanced therapy(ADT)のうち、いずれかを継続して行っている症例を対象とした。対象例の平均年齢は24歳、男性26例、女性4例、病型は小腸型5例、小腸大腸型17例、肛門限局型8例、内科的治療導入時のCRPの中央値は1.2㎎/dl、ALBの中央値は4.0g/dlであった。経過中の内科的治療は、既存治療のみが14例、ADTを使用したのが16例で、平均観察期間は41ヵ月であった。
【結果】
排膿消失は、最終評価時点において21例（70%）で達成しており、消失までの期間の中央値は17ヶ月であった。消失率を経時的にみると、3か月後6/30例（20%）、1年後8/30例（27%）、2年後13/24例（54%）、3年後13/16例（81%）であった。内科的治療をみると、排膿消失した21例中17例は既存治療で達成し、ADT後に達成したのは4例であった。外科的治療を追加したのは16例(53%)で、切開排膿14例、痔瘻根治術3例、ダルバドストロセルが1例であった（重複あり）。切開排膿14例中9例、根治術3例中3例、ダルバドストロセル1例中1例において、最終的に排膿が消失した。探索的検討では、ALB 3.5未満、CRP 3以上、一次口2個以上の症例で、排膿消失率が低い傾向にあった。
【結論】
シートンドレナージ後の排膿消失は、1年では27%であったが最終的に70%で達成された。内科的既存治療のみで達成する症例がある一方、約半数で追加の外科的治療を要しており、内科治療のみならず追加外科治療の適応判断も重要であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月20日(金) 9:20 ~ 10:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 2　炎症性腸疾患 2
座長：中村 志郎（互恵会 大阪回生病院 消化器内科）

[O2-6] クローン病の肛門病変に対するリサンキツマブの治療成績についての検討

*近藤 哲[1]、太田 章比古[1]、若尾 聖[1]、青野 景也[1]、長谷川 信吾[1]、宮田 美智也[1]、家田 純郎[1]、福原 政作[2] (1. 家田病院、2. ふくはら大腸肛門外科)

【目的】クローン病の肛門病変に対するリサンキツマブの治療成績について検討した．
【対象】2023年1月から2026年3月までの間に当院でリサンキツマブを導入した42例のうち，肛門病変を有さない症例を除いた38例を対象とした．
【結果】年齢の中央値は30（17-50）歳で，男性27例，女性11例であった．治療歴は，38例のうちBio naïveは3例で，他剤からのスイッチは35例であった．
Bio naïveの3例のうち，2例では導入後4週で一次病変の改善もしくは排膿の減少を認めたが，1例は無効であった．
スイッチした35例では，インフリキシマブからのスイッチが9例，ウステキヌマブが18例，アダリムマブ，ウパダシチニブがそれぞれ3例，ベドリズマブが2例で，スイッチの理由は，効果減弱・二次無効が30例，一次無効，皮膚障害がそれぞれ2例で，妊孕性が1例であった．肛門病変について，スイッチ後4週で一次病変の改善もしくは排膿の減少を認めたのは11例（31.4%）で，不変は21例（60%），増悪したのは3例（8.6%）であった．
【結語】先行治療で効果減弱・二次無効や一次無効の肛門病変では，リサンキツマブへのスイッチで3割程度の症例で改善し，病勢の悪化はほとんどみられなかった．また，Bio naïveの肛門病変にも有効な症例がみられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 3　炎症性腸疾患 3

座長：横山 薫（北里大学医学部　消化器内科学）

[O3-1] 潰瘍性大腸炎患者における臨床症状およびバイオマーカーによるMES(Mayo endoscopic subscore)の予測

*淺井 雄介[1]、伊藤 達弘[1]、丹羽 智之[1]、髙橋 賢一[1]、石田 夏樹[1]、山出 美穂子[1]、山田 貴教[2]、濱屋 寧[1]、岩泉 守哉[3]、大澤 恵[2]、杉本 健[1] (1. 浜松医科大学内科学第一講座、2. 浜松医科大学光学医療診療部、3. 浜松医科大学臨床検査医学)

[O3-2] 潰瘍性大腸炎に対するイムノピュアを用いた週2回の血球成分除去療法の有効性と寛解に影響する背景因子の検討

*杉山 浩平[1,2]、太田 隆聖[1]、黒澤 香織[1]、長澤 英幸[1]、宮川 麻希[1]、那須野 正尚[1]、田中 浩紀[1] (1. 札幌IBDクリニック、2. 札幌中央病院消化器内科・内視鏡内科)

[O3-3] 炎症性腸疾患のバイオマーカーにおける血清アミロイドAの有用性の検討

*秋田 浩太朗[1]、横山 佳浩[1]、下森 雄太[1]、風間 友江[1]、仲瀬 裕志[1] (1. 札幌医科大学医学部内科学講座消化器内科学分野)

[O3-4] 生物学的製剤・分子標的薬時代における内科治療不応性潰瘍性大腸炎手術 ― 周術期合併症の臨床的意義 ―

*森田 覚[1]、門野 政義[1]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部外科学教室（一般・消化器))

[O3-5] 結腸全摘術時の粘液瘻とHartmann手術の比較検討

*新原 健介[1]、上神 慎之介[1]、大迫 えれな[1]、久原 佑太[1]、土井 寛文[1]、伊藤 林太郎[1]、大毛 宏喜[1]、上村 健一郎[1]、髙橋 信也[1] (1. 広島大学大学院医系科学研究科外科学)

[O3-6] 潰瘍性大腸炎における増悪期および寛解期大腸粘膜のDNAメチル化プロファイルの比較解析

*船越 薫子[1]、永井 雄三[1]、山本 陽子[2]、江本 成伸[1]、品川 貴秀[1]、岡田 聡[1]、斉藤 綾乃[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[1]、舘川 裕一[1]、白鳥 広志[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科、2. 東京大学医学部附属病院ゲノム診療部)

[O3-7] 手術を契機に家族性地中海熱遺伝子関連腸炎と診断した難治性IBD症例の2例

*桒原 寛[1]、班目 明[2]、一宮 匡[2]、笠原 健大[1]、刑部 弘哲[1]、真崎 純一[1]、小熊 潤也[1]、古賀 寛之[1]、金沢 景繁[1]、福澤 克誠[2]、糸井 隆夫[2]、永川 裕一[1] (1. 東京医科大学消化器小児外科学分野、2. 東京医科大学消化器内科学分野)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 3　炎症性腸疾患 3

座長：横山 薫（北里大学医学部　消化器内科学）

[O3-1] 潰瘍性大腸炎患者における臨床症状およびバイオマーカーによるMES(Mayo endoscopic subscore)の予測

*淺井 雄介[1]、伊藤 達弘[1]、丹羽 智之[1]、髙橋 賢一[1]、石田 夏樹[1]、山出 美穂子[1]、山田 貴教[2]、濱屋 寧[1]、岩泉 守哉[3]、大澤 恵[2]、杉本 健[1] (1. 浜松医科大学内科学第一講座、2. 浜松医科大学光学医療診療部、3. 浜松医科大学臨床検査医学)

【目的】潰瘍性大腸炎（UC）では種々のバイオマーカーの有用性が報告されているが、Mayo endoscopic subscore（MES）を臨床症状と複数バイオマーカーの組み合わせから推定可能な予測モデルは十分に確立されていない。本研究では、日常診療で利用可能な臨床指標およびバイオマーカーからMESの予測モデルを構築することを目的とした。【方法】2019年1月から2025年7月までに当院へ通院したUC患者459例を対象とした。年齢、性別、罹病期間、尿中prostaglandin E major urinary metabolite（PGE MUM）、fecal calprotectin（FCP；対数変換）、CRP、Alb、Hb、clinical activity index（CAI；Rachmilewitz index）の9因子を候補とし、L1正則化によるStability Selectionにより変数選択を行った。選択変数を用いて順序ロジスティック回帰モデルを構築し、MES≧1およびMES≧2をアウトカムとしたROC解析を行った。さらにMESを連続変数とみなした線形回帰モデルをOrdinary Least Squares法で作成し、両モデルの予測性能を比較した。【結果】Stability Selectionの結果、100回の反復すべてでCAIおよびFCP（log）が選択された。比例オッズモデルによるROC解析では、MES≧1およびMES≧2に対するAUCはそれぞれ0.9171および0.9382と高値を示した。PGE MUMやアルブミンを追加した多変量モデルでもAUCの上昇は軽度にとどまった。線形回帰モデルではMES＝−0.581＋0.465×log10(FCP+1)＋0.143×CAIが得られ、順序ロジスティック回帰モデルと比較して予測精度はやや低下したが、計算が容易で臨床現場で迅速に使用可能と考えられた。【結論】CAIとFCPを組み合わせた予測モデルは、UCにおける内視鏡的活動性を高精度かつ簡便に推定し得る手法として有用である可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 3　炎症性腸疾患 3

座長：横山 薫（北里大学医学部　消化器内科学）

[O3-2] 潰瘍性大腸炎に対するイムノピュアを用いた週2回の血球成分除去療法の有効性と寛解に影響する背景因子の検討

*杉山 浩平[1,2]、太田 隆聖[1]、黒澤 香織[1]、長澤 英幸[1]、宮川 麻希[1]、那須野 正尚[1]、田中 浩紀[1] (1. 札幌IBDクリニック、2. 札幌中央病院消化器内科・内視鏡内科)

【目的】潰瘍性大腸炎(UC)におけるイムノピュア(IMP)の有効性に関する報告は少ない．今回我々は，IMPによる週2回の血球成分除去療法(intensive IMP)が施行されたUC患者を対象とし，寛解率および寛解に影響する背景因子について検討した．

【方法】2020年9月から2026年1月の間に，初回IMPから少なくとも2週間，intensive IMPが施行されたUCのうち，Lichtiger Clinical Activity Index (CAI)≧5であった66例を対象とした．IMPは原則として計10回施行し，10回目のIMP施行日から4週以内に最終評価を行った．CAI≦4を寛解とし，最終評価日における寛解率，寛解例における寛解までの期間を解析した．最終評価までに新たな寛解導入療法が行われた症例は無効とした．さらに，寛解群と非寛解群に分類し，寛解に影響する背景因子を単変量解析および多変量ロジスティック回帰分析により検討した．

【結果】患者背景は，男性36例・女性30例，年齢39.0歳，罹病期間3.9年，CAI 8，CRP 0.14mg/dL，Alb 4.2g/dL，Hb 13.5g/dL，血小板数28.5万/μL(いずれも中央値)，全大腸炎型42例・左側大腸炎型12例・直腸炎型12例，ステロイド依存性38例・抵抗性6例・ナイーブ22例であった．併用薬は，経口5-ASA製剤48例，局所5-ASA製剤22例，プレドニゾロン(PSL)9例，免疫調節薬8例，生物学的製剤18例であった．最終評価日における寛解率は45%(30/66)であり，寛解例30例における寛解までの期間は17.5日(中央値)であった．寛解群は非寛解群と比較してCAIが有意に低く(7 vs 8, P=0.029)，PSL併用率が有意に低く(3% vs 22%, P=0.033)，経口5-ASA製剤併用率が有意に高かった(87% vs 61%, P=0.027)．多変量ロジスティック回帰分析では，CAIおよび経口5-ASA製剤併用が寛解に影響する独立因子として抽出された．寛解率は，CAI 10–14，7–9，5–6でそれぞれ18%，56%，64%であり(P=0.011)，経口5-ASA非併用例と比較して併用例で有意に高かった(22% vs 54%, P=0.027)．

【結論】UCにおけるintensive IMPの寛解率は45%であり，寛解に至るまでの期間は17.5日であった．CAI低値・経口5-ASA製剤併用が寛解に影響する可能性が示唆された．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 3　炎症性腸疾患 3
座長：横山 薫（北里大学医学部　消化器内科学）

[O3-3] 炎症性腸疾患のバイオマーカーにおける血清アミロイドAの有用性の検討

*秋田 浩太朗[1]、横山 佳浩[1]、下森 雄太[1]、風間 友江[1]、仲瀬 裕志[1] (1. 札幌医科大学医学部内科学講座消化器内科学分野)

【背景】炎症性腸疾患(IBD)のtreat to target戦略において複数のバイオマーカーが治療指標の1つとされ内視鏡所見との関係性も報告されているが血清アミロイドA(SAA)についての報告は少ない。【目的】IBD患者におけるSAAの有用性を既存のバイオマーカーや内視鏡所見とで比較、検討を行った。【方法】当科で2017年から2025年にかけて大腸内視鏡検査を施行した潰瘍性大腸炎患者(UC)のうち、内視鏡検査の14日以内に血液検査、便検査を施行した183名を対象とした。診療録を元に血清バイオマーカー (CRP、SAA、LRG)と便中カルプロテクチン(Fcal)、大腸内視鏡検査所見(Mayo Endoscopic Score(MES))について収集し各データと内視鏡所見の関連について解析を行った。【結果】183名の内訳はMES:0が37名、MES:1が64名、MES:2が77名、MES:3が5名だった。SAAと既存のバイオマーカーとの相関係数:rはCRP:0.76(p<0.01)、LRG:0.74(p<0.01)、Fcal:0.58(p<0.01)であり正の相関がみられた。次にMES:0 or 1の判別において各バイオマーカーでROC曲線を用いて評価を行うとSAAはAUC:0.69でcut off値：2.7mg/Lとすると感度65%、特異度75%であり、CRP(AUC:0.56、cut off値：0.1mg/dL、感度54.1%、特異度58.3%)やLRG(AUC:0.44、cut off値:12μg/mL、感度52.9%、特異度55.6%)より精度が高く、Fcal(AUC:0.68、cut off値:174μg/g、感度75%、特異度57%)と同等だった。【結語】SAAはUCにおいて既存のバイオマーカーと相関があり便中カルプロテクチンと合わせてMES:0 or1の予測に有用である可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 3　炎症性腸疾患 3

座長：横山 薫（北里大学医学部　消化器内科学）

[O3-4] 生物学的製剤・分子標的薬時代における内科治療不応性潰瘍性大腸炎手術 ― 周術期合併症の臨床的意義 ―

*森田 覚[1]、門野 政義[1]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部外科学教室（一般・消化器))

【背景・目的】潰瘍性大腸炎(UC)に対する内科治療は2018年以降、抗α4β7インテグリン抗体、JAK阻害薬、抗IL-12/23抗体等の新規生物学的製剤・分子標的薬(Advanced therapy)が承認され多様化した。これらを経験し手術に至る症例の周術期成績の本邦データは限られる。本研究では当院の内科治療不応UC手術におけるAdvanced therapy曝露と周術期アウトカムの関連を、交絡を考慮し検証した。

【方法】2002～2025年に当院で内科治療不応UCに対し定期/準緊急手術を施行した108例(緊急例除外)を対象とした。Advanced therapy曝露歴により(+)群18例、(-)群90例に分類し、患者背景・手術因子・周術期合併症を比較した。さらに2018年以降の症例(N=27)に限定した解析、年齢・性別・UC罹病期間・術式を調整した多変量解析を実施した。

【結果】Advanced(+)群18例(JAKi 13、Integrin 11、IL-12/23 4、3クラス全曝露3例)は治療ライン数中央値4(対照1、p<0.001)、aTNF併用率94%であった。患者背景は(+)群で年齢36 vs 39歳、ASA 1 vs 2(p=0.018)、Hb 11.1 vs 10.1、CRP 1.05 vs 1.58と同等または良好であった。手術手技はTaTME使用率83% vs 12%(p<0.001)、Pure laparoscopy率72% vs 26%(p<0.001)と先進的手技に偏りを認めた。周術期合併症は(+) vs (-)で全合併症56% vs 47%、縫合不全11% vs 7%、Clavien-Dindo IIIa以上6% vs 1%とAdvanced(+)群で高い傾向を認めた。在院日数も2018年以降の症例で26 vs 17日(p=0.027)と(+)群で延長した。2018年以降の症例に限定した解析、TaTME使用例での解析でも同様の傾向であった。多変量解析でAdvanced曝露の調整オッズ比は6.38(95%CI 0.77-139.7、p=0.127)であった。

【結論】Advanced therapy曝露UC手術例は、良好な患者背景や手術手技選択では説明されない合併症増加傾向を示した。Advanced therapy時代の周術期管理戦略の構築が今後の課題である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 3　炎症性腸疾患 3

座長：横山 薫（北里大学医学部　消化器内科学）

[O3-5] 結腸全摘術時の粘液瘻とHartmann手術の比較検討

*新原 健介[1]、上神 慎之介[1]、大迫 えれな[1]、久原 佑太[1]、土井 寛文[1]、伊藤 林太郎[1]、大毛 宏喜[1]、上村 健一郎[1]、髙橋 信也[1] (1. 広島大学大学院医系科学研究科外科学)

【目的】潰瘍性大腸炎(UC)に対する結腸全摘術において，残存直腸処理の粘液瘻とHartmann手術との比較を行い，優位性を検討することを目的とした．
【方法】2010年5月から2025年7月までに当院でUCに対し結腸全摘術を施行した60例を対象とした．粘液瘻群(N群)28例，Hartmann群(H群)32例に分け，患者背景, 周術期因子および術後合併症を後方視的に比較検討した．
【結果】年齢，性別, BMI，術前治療(ステロイド,免疫学的製剤, 生物学的製剤), 罹病期間などの患者背景に有意差を認めなかった．術前CRP中央値はN群1.5mg/dL, H群4.0(p=0.44)と有意差を認めず, 術前Albに関しても両群で有意差を認めなかった. 緊急手術の割合はややH群に多い傾向であったが有意差を認めなかった(N群43.3%, H群67.9%, p=0.07). 術式は時代的変遷を認め(N群：開腹18例/HALS10例, H群：開腹16例/腹腔鏡14例), それに伴い手術時間にも差を認めた(N群：234分, H群160.5分, p<0.05). Clavien-Dindo分類GradeIII以上の重症合併症はN群28.6%，H群20%で有意差を認めなかった(p=0.44)．SSIはN群25.0%，H群30%で (p=0.77), 骨盤内膿瘍はN群6.7%, H群10.7%といずれも有意差は認めなかった(p=0.67)．残存直腸関連合併症はN群0%，H群10.0%であり，N群で低率であったが有意差は認めなかった(p=0.24)．
【結語】粘液瘻造設は残存直腸関連合併症を減少させる可能性があり, 特に重症大腸炎症例では選択肢となり得ると考える．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 3　炎症性腸疾患 3
座長：横山 薫（北里大学医学部　消化器内科学）

[O3-6] 潰瘍性大腸炎における増悪期および寛解期大腸粘膜のDNAメチル化プロファイルの比較解析

*船越 薫子[1]、永井 雄三[1]、山本 陽子[2]、江本 成伸[1]、品川 貴秀[1]、岡田 聡[1]、斉藤 綾乃[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[1]、舘川 裕一[1]、白鳥 広志[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科、2. 東京大学医学部附属病院ゲノム診療部)

目的: 潰瘍性大腸炎（UC）では、臨床症状や内視鏡所見に基づき疾患活動性が評価されるが、重症化リスクや治療反応性の予測は依然として困難である。近年、DNAメチル化は炎症や発癌と関連するエピゲノム変化として注目されている。本研究では、UC患者における増悪期および寛解期粘膜のDNAメチル化プロファイルを同一患者内で比較し、疾患活動性評価および治療反応性予測に有用な新規バイオマーカー候補を探索することを目的とした。
方法：1996年4月から2022年11月までに当科で診療した初発UC患者のうち、生物学的製剤未使用例10例（5-ASAおよびステロイド使用は許容）を対象とした。同一患者の増悪期および寛解期において採取されたペアの内視鏡生検ホルマリン固定パラフィン包埋(FFPE)サンプルからDNAを抽出し,Reduced Representation Bisulfite Sequencing（RRBS）を用いてDNAメチル化の網羅的解析を行った。
結果:同一患者における増悪期粘膜と寛解期粘膜のペア比較解析により、408,379の差次的メチル化シトシン（DMC）および24,938の差次的メチル化領域（DMR）を同定した。DMRの分布はpromoter領域45%、intron-exon boundary領域25%であり、83%がCpG islandに存在した。$|\Delta\beta| \geq 0.25$かつ$q < 0.01$を満たす領域に限定すると、DMCは74領域（低メチル化47,高メチル化27）、DMRは15領域（低メチル化12,高メチル化3）であり、うち9領域に炎症関連遺伝子が含まれていた。
結論: UCの増悪期粘膜では、寛解期粘膜と異なるDNAメチル化プロファイルを呈し、炎症に伴うエピゲノム変化が示唆された。現在、本研究で同定された候補遺伝子領域に対し、特異的PCRプライマーとメチル化感受性制限酵素ならびにキャピラリー電気泳動を組み合わせた、臨床応用可能な簡易的定量的メチル化アッセイ系の構築を進めている。本研究で同定された候補遺伝子は,UCの新たな疾患活動性・治療反応性予測のバイオマーカーとなる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 3　炎症性腸疾患 3

座長：横山 薫（北里大学医学部　消化器内科学）

[O3-7] 手術を契機に家族性地中海熱遺伝子関連腸炎と診断した難治性IBD症例の2例

*粟原 寛[1]、班目 明[2]、一宮 匡[2]、笠原 健大[1]、刑部 弘哲[1]、真崎 純一[1]、小熊 潤也[1]、古賀 寛之[1]、金沢 景繁[1]、福澤 克誠[2]、糸井 隆夫[2]、永川 裕一[1] (1. 東京医科大学消化器小児外科学分野、2. 東京医科大学消化器内科学分野)

【背景】時としてIBD難治例の中に家族性地中海熱遺伝子関連腸炎（MEFV遺伝子関連腸炎）の診断に至る症例がある. われわれは，内科治療抵抗性IBDにて手術を施行した後にMEFV遺伝子関連腸炎の診断に至った2例を検討した.【症例】症例1：53歳男性. 他院にて20代でクローン病と診断され，小腸の狭窄病変に対し手術を施行されていた. その後内科治療を継続していたが周期的な腹痛症状が改善しないため治療を自己中断していた. 52歳時にクローン病の小腸多発狭窄による腸閉塞の診断で当院へ紹介された．周期的な発熱と腹痛，十二指腸炎病変などが併存していた．小腸の高度狭窄を呈していたため手術を施行したが，手術検体の病理所見にて漿膜炎が目立つことからFMFを疑いコルヒチン内服を開始した. 症状の軽快に加えてMEMV遺伝子変異を認めたことでMEFV遺伝子関連腸炎と診断した. 症例2：26歳男性. 重症UCの診断にて，他院で大腸亜全摘が施行された．しかしその後も発熱と残存直腸から血便が継続するため当院へ紹介となった. 潰瘍性大腸炎に準じた治療に抵抗性であるため，MEFV遺伝子関連腸炎を疑いコルヒチン内服を開始したところ, 速やかな解熱と血便の消失がみられた. その後の精査でMEMV遺伝子変異を認め, MEFV遺伝子関連腸炎と診断した.【結語】IBDと診断された難治例において，外科的治療の介入に対しても抵抗性を示す場合はMEFV遺伝子関連腸炎を鑑別すべき疾患として念頭に置くべきである。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:25 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 4　大腸癌の周術期管理・予後予測 1

座長：梶原 由規（防衛医科大学校外科学講座）

[O4-1] 当院における若年者大腸癌手術症例についての検討

*根岸 宏行[1]、牧角 良二[1]、藤塚 航陽[1]、西澤 一[1]、天野 優希[1]、久恒 靖人[1]、浜辺 太郎[1]、中野 浩[1]、臼井 創大[2]、佐々木 大祐[2]、福岡 麻子[2]、内藤 正規[2]、勝又 健太[3]、大島 隆一[3]、四万村 司[3]、民上 真也[2] (1. 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科、2. 聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科、3. 川崎市立多摩病院消化器・一般外科)

[O4-2] 低分化腺癌を主成分とする結腸癌における右側癌と左側癌の比較検討

*伊豆川 翔太　[1]、松井 信平[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研究会有明病院大腸外科)

[O4-3] 当院における40歳以下若年者大腸癌6例の臨床病理学的特徴の検討

*井関 康仁[1]、文元 雄一[1]、二階堂 早央里[1]、青山 諒子[1]、中西 紘一[2]、櫛山 周平[2]、田中 肖吾[2]、森 拓哉[1]、玉森 豊[1]、澤田 隆吾[1] (1. 和泉市立総合医療センター消化器外科、2. 和泉市立総合医療センター肝胆膵外科)

[O4-4] 若年発症直腸癌は予後不良か？年齢3群間の比較検討

*松木 仁美[1]、永田 洋士[1]、隈本 雄大[1]、田藏 昂平[1]、塚本 史雄[1]、高見澤 康之[1]、塚本 俊輔[1]、金光 幸秀[1] (1. 国立がん研究センター中央病院 大腸外科)

[O4-5] 局所進行直腸癌に対する術前化学放射線療法前後のmrEMVI評価の予後予測能

*岩本 博光[1]、松田 健司[1]、阪中 俊博[1]、三谷 泰之[1]、水本 有紀[1]、中村 有貴[1]、黒岩 英倫[1]、竹本 典生[1]、田宮 雅人[1]、兵 貴彦[1]、下村 和輝[1]、上田 勝也[1]、堀 雄哉[1]、川井 学[1] (1. 和歌山県立医科大学第２外科)

[O4-6] 大腸癌患者でのASNS-mRNAの予後予測マーカーとしての意義

*志村 匡信[1]、北嶋 貴仁[1,2]、小池 勇樹[1]、東 浩輝[1]、天白 成[1]、嶌村 麻生[1]、高木 里英子[1]、横山 歩乃加[1]、山本 晃[1]、市川 崇[1,3]、浦谷 亮[1]、今岡 裕基[1]、川村 幹雄[1]、安田 裕美[1]、大北 喜基[1]、吉山 繁幸[1]、小林 美奈子[1,3]、大井 正貴[1]、奥川 喜永[1,2]、問山 裕二[1] (1. 三重大学大学院消化管小児外科学、2. 三重大学病院ゲノム診療科、3. 三重大学大学院臨床外科感染制御学講座)

[O4-7] 腫瘍局在別にみた大腸癌術前血清LDH値の予後的意義

*月原 秀[1]、鎌田 哲平[1]、後藤 圭佑[1]、高野 靖大[1]、武田 泰裕[1]、大熊 誠尚[1]、小菅 誠[1]、衛藤 謙[1] (1. 東京慈恵会医科大学附属病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:25 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 4　大腸癌の周術期管理・予後予測 1

座長：梶原 由規（防衛医科大学校外科学講座）

[O4-1] 当院における若年者大腸癌手術症例についての検討

*根岸 宏行[1]、牧角 良二[1]、藤塚 航陽[1]、西澤 一[1]、天野 優希[1]、久恒 靖人[1]、浜辺 太郎[1]、中野 浩[1]、臼井 創大[2]、佐々木 大祐[2]、福岡 麻子[2]、内藤 正規[2]、勝又 健太[3]、大島 隆一[3]、四万村 司[3]、民上 真也[2] (1. 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科、2. 聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科、3. 川崎市立多摩病院消化器・一般外科)

【背景】欧米の報告では40歳未満の若年者の大腸癌罹患率が増加傾向を示している。今回我々は当院における39歳以下の若年者大腸癌に対し、手術を施行した症例について検討した。【対象】2015年1月から2025年12月まで当院で大腸癌に対し、手術を施行した39歳以下の9例について検討した。【結果】年齢は中央値34歳(23−39)、男性：女性＝5：4、病変部位は横行結腸癌２例、S状結腸癌５例、下行結腸癌1例、直腸Rb癌１例であった。手術時間は中央値210分(99-415)、出血量は中央値20ml(5-402)であった。術後合併症は認めなかった。術後病理結果はpStage0が１例、IIaが２例、IIbが1例、IIcが１例、IIIbが１例、IIIcが１例であった。再発は2例に肝転移として認めた。【まとめ】症例数が少なく、観察期間も短いため、症例の蓄積と検討が必要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:25 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 4　大腸癌の周術期管理・予後予測 1
座長：梶原 由規（防衛医科大学校外科学講座）

[O4-2] 低分化腺癌を主成分とする結腸癌における右側癌と左側癌の比較検討

*伊豆川 翔太　[1]、松井 信平[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、秋吉 高志[1]
(1. がん研究会有明病院大腸外科)

【背景】結腸癌における低分化腺癌は一般に予後不良な組織型とされるが、右側結腸癌ではdMMR/MSI-Hとの関連が知られており、同じ低分化腺癌であっても腫瘍局在により異なる臨床病理学的背景を有する可能性がある。
【目的】R0切除が施行されたStage I–IIIの低分化腺癌主成分結腸癌において、右側癌と左側癌の臨床病理学的特徴および予後を比較検討した。
【対象と方法】2016年1月から2026年1月までに当院で手術を施行した初発結腸癌のうち、病理組織型の主成分が低分化腺癌であった症例を対象とした。術前治療例、非R0切除例、Stage IV症例を除外した。右側結腸癌を盲腸・上行結腸・横行結腸、左側結腸癌を下行結腸・S状結腸と定義し、臨床病理学的因子、MMR status、全生存率および無再発生存率を後方視的に比較した。
【結果】対象は70例で、右側群53例、左側群17例であった。右側群は左側群と比較して有意に高齢であり（中央値72.0歳 vs 51.0歳、p<0.001）、女性の割合が高い傾向を認めた（77.4% vs 52.9%、p=0.068）。腫瘍径は右側群で有意に大きく（中央値50 mm vs 15 mm、p<0.001）、pT3–4症例も右側群で多かった（73.6% vs 35.3%、p=0.008）。一方、Stage III割合およびリンパ節転移陽性率に有意差は認めなかった。MMR status判明例33例では、dMMRは右側群にのみ認められた。全生存率および無再発生存率に有意な左右差は認めなかった。
【結語】R0切除されたStage I–IIIの低分化腺癌主成分結腸癌では、右側癌と左側癌で臨床病理学的特徴が異なっていた。特に右側癌では高齢、腫瘍径大、深達度進行例が多く、dMMRとの関連が示唆された。一方で明らかな予後差は認めず、低分化腺癌主成分結腸癌の生物学的異質性を評価するには、腫瘍局在およびMMR statusを考慮する必要があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:25 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 4　大腸癌の周術期管理・予後予測 1
座長：梶原 由規（防衛医科大学校外科学講座）

[O4-3] 当院における40歳以下若年者大腸癌6例の臨床病理学的特徴の検討

*井関 康仁[1]、文元 雄一[1]、二階堂 早央里[1]、青山 諒子[1]、中西 紘一[2]、櫛山 周平[2]、田中 肖吾[2]、森 拓哉[1]、玉森 豊[1]、澤田 隆吾[1] (1. 和泉市立総合医療センター消化器外科、2. 和泉市立総合医療センター肝胆膵外科)

【目的】若年者大腸癌は非若年者大腸癌と比較して進行癌で発見される頻度が高く、予後不良であるとされる。当院における若年者大腸癌の臨床病理学的特徴および予後を後方視的に検討する。 【対象・方法】2020年1月から2025年12月までに当院で切除術を施行した大腸癌患者523例のうち、40歳以下の6例（1.1%）を対象とした。検討項目は臨床病理学的特徴、遺伝学的背景、および予後とした。 【結果】患者背景は男性1例、女性5例、年齢は33～40歳（中央値37歳）であった。発見契機は腹痛精査2例、血便1例、便潜血陽性1例、急性虫垂炎術後の偶発的発見1例、他癌フォロー中CTでの指摘1例であった。病悩期間は腹痛例で数日と短かった一方、血便例で1年、便潜血陽性例で2年と長期に及ぶ症例を認めた。腫瘍局在は結腸4例（虫垂・盲腸・上行・下行各1例）、直腸2例。組織型は管状腺癌5例（高分化1例、中分化4例）、粘液癌1例であった。リンパ管侵襲を3例、血管侵襲を1例に認め、簇出はBD1/2/3がそれぞれ2/2/1例であった。進行度はStageIが1例、StageIIが1例、StageIIIが4例と進行例を多く認めた。根治切除施行は5例で、残る1例は局所進行直腸癌の穿孔に対する姑息的手術であり原発巣切除不能であった。バイオマーカー検索では、MSI検査を施行した5例中1例でMSI-Highを認め、家族歴および遺伝学的検査からリンチ症候群（MSH2バリアント陽性）と診断された。RAS/BRAFについて検索を行った3例中2例でKRAS codon12変異を認め、BRAF V600E変異は全例陰性であった。予後は、原発巣切除不能の1例が術後1年4か月で原病死したが、他の根治切除5例は平均観察期間内において現在無再発生存中である。 【結語】当院における若年者大腸癌はStage III以上の進行例が多く、有症状でありながら受診・診断の遅れ（病悩期間の長期化）が関与している可能性が示唆された。また、若年者発症ではリンチ症候群などの遺伝性腫瘍を念頭に置いた家族歴の聴取や適切なスクリーニングや検査の構築が重要であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:25 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 4　大腸癌の周術期管理・予後予測 1
座長：梶原 由規（防衛医科大学校外科学講座）

[O4-4] 若年発症直腸癌は予後不良か？年齢3群間の比較検討

*松木 仁美[1]、永田 洋士[1]、隈本 雄大[1]、田藏 昂平[1]、塚本 史雄[1]、高見澤 康之[1]、塚本 俊輔[1]、金光 幸秀[1] (1. 国立がん研究センター中央病院 大腸外科)

【背景】若年発症大腸癌は近年増加傾向だが、その臨床病理学的特徴や予後については一定の見解が得られていない。【目的】若年発症直腸癌の特徴および予後を明らかにする。【対象と方法】2016年～2025年に当院で治療したcStage 1-3直腸腺癌を対象とし、50歳以下(EO群)、51～75歳(AO群)、76歳以上(LO群）の3群で臨床病理学的因子および予後を比較した。【結果】EO群201例、AO群889例、LO群176例のうち、直腸Rb-P症例が100例(49.8%)、469例(52.8%)、92例(52.3%)であり(p=0.741)、前治療は8例(4%)、45例(5.1%)、6例(3.4%)で行われていた(p=0.562)。低分化癌は7例(3.5%)、34例(3.8%)、17例(9.7%)であり、LO群で高い傾向を認めた（p=0.002)。深達度pT3-4は104例(51.7%)、449例(50.5%)、109例(61.9%）であり、リンパ節転移は81例(40.3%)、308例(34.6%)、67例(38.1%）で認められた（p=0.266)。リンパ管侵襲および静脈侵襲は3群で有意な差はなかった（p=0.640,p=0.305)。術後補助療法は72例(35.8%)、234例(26.3%)、23例(13.1%)で施行され、EO群で高率であった(p<0.001)。5年全生存割合はEO群94.2%、AO群93.8%と、LO群83.7%に比べて良好であったが（p=0.036,p=0.004)、EO群とAO群に差はなかった(p=0.95)。5年無再発生存割合もEO群81.2%、AO群81.0%であり、LO群の65.4%より良好だったが（p＝0.032,p=0.001)、EO群とAO群の差は認めなかった(p=0.624)。再発形式では、肺転移再発は11例（5.5%)、45例（5.1%)、18例（10.2%）であり、LO群で高頻度であった（p＝0.028）他の臓器再発に年齢間での差はみられなかった。【結語】既報では若年層で低分化型や脈管侵襲が多いと報告されているが、本検討では低分化型はむしろLO群で多く、脈管侵襲には差が認められなかった。また、予後はLO群で不良であったが、50歳以下と51-75歳では明らかな差は認められなかった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:25 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 4　大腸癌の周術期管理・予後予測 1
座長：梶原 由規（防衛医科大学校外科学講座）

[O4-5] 局所進行直腸癌に対する術前化学放射線療法前後のmrEMVI評価の予後予測能

*岩本 博光[1]、松田 健司[1]、阪中 俊博[1]、三谷 泰之[1]、水本 有紀[1]、中村 有貴[1]、黒岩 英倫[1]、竹本 典生[1]、田宮 雅人[1]、兵 貴彦[1]、下村 和輝[1]、上田 勝也[1]、堀 雄哉[1]、川井 学[1] (1. 和歌山県立医科大学第２外科)

目的】直腸癌においてMRIで評価される壁外静脈侵襲（mrEMVI）は重要な予後因子とされる。我々もmrEMVIおよび病理学的に診断されたpEMVIが共に陰性である症例が予後良好であることを報告した。本研究では、局所進行直腸癌に対する術前化学放射線療法（nCRT）前後のmrEMVI変化が、局所再発を含む長期予後予測に有用であるかを明らかにし、その臨床的意義を検討した。
【対象と方法】2010年1月から2018年12月までに当院でnCRT後に根治切除を施行した直腸癌75例を対象とした。放射線診断専門医2名とともにmrEMVIスコアリングシステムを用いて治療前後のmrEMVIを評価し、病理専門医1名とともにpEMVIを判定した。全生存期間（OS）、無再発生存期間（RFS）、局所無再発生存期間（L-RFS）および無血行性転移再発生存期間をKaplan–Meier法で解析した。
【結果】治療前mrEMVI陽性は40例であり、そのうちnCRT後にmrEMVI陰性化を認めた症例は26例（65%）、陽性残存例は14例（35%）であった。治療前mrEMVI陽性例において、nCRT後にmrEMVIが陰性化した症例は陽性残存例と比較し、OS、RFS、無血行性転移再発生存期間が有意に良好であった（p=0.0001、0.0006、0.0033）。L-RFSについても陰性化例で良好な傾向を認めた（p=0.2931）。両群間の単変量解析ではリンパ管侵襲および神経周囲侵襲に有意差（p=0.0238、0.0211）を認めたが、多変量解析では独立した有意因子は認めなかった。
【結語】局所進行直腸癌において、nCRT後のmrEMVI陰性化は良好な予後と関連し、治療効果および再発リスク評価に有用である可能性が示唆された。一方、治療後もmrEMVIが残存する症例は予後不良であり、術後補助療法の強化や厳重なサーベイランスを含む集学的治療戦略を検討すべき対象と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:25 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 4　大腸癌の周術期管理・予後予測 1
座長：梶原 由規（防衛医科大学校外科学講座）

[O4-6] 大腸癌患者でのASNS-mRNAの予後予測マーカーとしての意義

*志村 匡信[1]、北嶋 貴仁[1,2]、小池 勇樹[1]、東 浩輝[1]、天白 成[1]、嶌村 麻生[1]、高木 里英子[1]、横山 歩乃加[1]、山本 晃[1]、市川 崇[1,3]、浦谷 亮[1]、今岡 裕基[1]、川村 幹雄[1]、安田 裕美[1]、大北 喜基[1]、吉山 繁幸[1]、小林 美奈子[1,3]、大井 正貴[1]、奥川 喜永[1,2]、問山 裕二[1] (1. 三重大学大学院消化管小児外科学、2. 三重大学病院ゲノム診療科、3. 三重大学大学院臨床外科感染制御学講座)

Background　Asparagine synthetase (ASNS) catalyzes the synthesis of asparagine from aspartate and glutamine, which enables cancer cells to adapt to environmental stress. While there are plural evidence that ASNS possess cancer progressive role in several solid malignancies, the oncogenic importance of ASNS has not fully elucidated in colorectal cancer (CRC) patients.
Methods　In this study, we evaluated the expression of ASNS-mRNA in tumor tissue of Stage1–4 CRC patients (n=292) and adjacent normal mucosa (n=39) by quantitative real-time polymerase chain reaction (qRT-PCR). We evaluated the association between ASNS-mRNA expression and clinico-patological characters, and we evaluated the prognostic biomarker potential of ASNS-mRNA expression. Patients were dichotomized into high and low ASNS groups by using Youden index for overall survival (OS) or recurrence free survival (RFS).
Results　ASNS-mRNA expression was significantly higher in CRC tissue than in adjacent normal mucosa (p=0.003). There was no correlation between ASNS-mRNA expression and clinico-pathological factors. While kaplan meier analysis for OS did not significantly stratify patients’ prognosis between high/low expression group (p=0.14), RFS analysis revealed that patients with high-ASNS showed significantly poorer RFS than those with low-ASNS (p=0.027). Moreover, cox-proportional multivariate analysis for RFS demonstrated that ASNS high expression was identified as an independent risk factor for poorer RFS with a corresponding hazard ratio of 1.87 (p=0.03).
Conclusion We suggest that ASNS might be an important recurrence-predictive biomarker in CRC patients.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:25 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 4　大腸癌の周術期管理・予後予測 1
座長：梶原 由規（防衛医科大学校外科学講座）

[O4-7] 腫瘍局在別にみた大腸癌術前血清LDH値の予後的意義

*月原 秀[1]、鎌田 哲平[1]、後藤 圭佑[1]、高野 靖大[1]、武田 泰裕[1]、大熊 誠尚[1]、小菅 誠[1]、衛藤 謙[1] (1. 東京慈恵会医科大学附属病院消化器外科)

【背景】大腸癌は腫瘍局在により生物学的特性が異なることが知られている。特に解糖系に関しては，左側大腸癌と比較して右側大腸癌で解糖系関連遺伝子発現の上昇が報告されている。乳酸脱水素酵素（lactate dehydrogenase：LDH）は解糖系の重要な酵素であり，腫瘍代謝を反映する血清バイオマーカーであるが，大腸癌における臨床的意義，とくに局在別の意義は十分明らかでない。
【目的】Stage II–III大腸癌における術前血清LDH値の予後的意義および臨床病理学的因子との関連を，腫瘍局在別に検討する。
【対象・方法】2008年から2018年までに当院で根治切除を施行したStage II–III大腸癌736例を後方視的に解析した。再発癌，多発癌，同時性重複癌は除外した。術前2週間以内の採血結果を用い，ROC曲線解析によりLDH高値群と低値群を定義した。腫瘍局在は右側結腸（A/C），横行結腸（T），左側大腸（D/S/R）に分類した。全生存（OS），癌特異的生存（CSS），無再発生存（RFS）についてKaplan–Meier法およびCox比例ハザードモデルを用いて解析し，全体集団ではLDHと腫瘍局在との交互作用についても検討した。
【結果】高LDHは右側結腸癌においてOS不良と有意に関連したが（p＜0.001），横行結腸ではその影響は減弱し，左側大腸癌では明らかな関連を認めなかった。全体集団におけるinteraction解析では，LDHの予後への影響は腫瘍局在により有意に異なった（P for interaction＝0.046）。右側結腸癌では，高LDH群でリンパ管侵襲が有意に高率であった（89.2% vs 69.3%，p＝0.020）。右側結腸癌に限定したOSの単変量解析では，高LDH（HR 3.74，p＜0.001），CEA高値，Alb低値，70歳超が予後不良因子であり，多変量解析では高LDHは独立した予後不良因子であった（HR 2.94，95%CI 1.38–6.27，p＝0.005）。さらに5年CSSの単変量解析でも，右側結腸癌において高LDHは有意な予後不良因子であった（HR 4.70，95%CI 1.18–18.84，p＝0.029）が，横行結腸および左側大腸では有意差を認めなかった。
【結語】術前血清LDH値は，進行大腸癌において腫瘍局在依存的な予後バイオマーカーとなる可能性があり，特に右側結腸癌でその臨床的意義が高いことが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 9:25 ~ 10:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 5　大腸癌の周術期管理・予後予測 2

座長：中村 隆俊（獨協医科大学埼玉医療センター外科）

[O5-1] 地域一般病院における若年大腸癌手術症例の検討

*日吉 雅也[1]、鈴木 真美[1]、深井 隆弘[1]、長谷川 由衣[1]、寺井 恵美[1]、木谷 嘉孝[1]、浦辺 雅之[1]、森園 剛樹[1]、渡辺 俊之[1]、橋口 陽二郎[1] (1. 大森赤十字病院外科)

[O5-2] 左側閉塞性大腸癌における術前・術後大腸内視鏡検査の実態と口側病変の発見率：多施設コホート研究

*叶多 諒[1,7]、宮川 哲平[1,2]、府野 巧実[1]、加瀬 匠磨[1,2]、河村 英泰[1,2]、外舘 幸敏[1,2]、本多 通孝[1,2]、高野 祥直[1]、青木 豪[3]、萩尾 浩太郎[4]、遠藤 久仁[5]、白相 悟[6]、門馬 智之[7]、河野 浩二[7] (1. 総合南東北病院　外科、2. 福島県立医科大学低侵襲腫瘍制御学講座、3. 白河厚生病院、4. 竹田綜合病院、5. 太田西の内病院、6. いわき市医療センター、7. 福島県立医科大学消化管外科学講座)

[O5-3] Stage II/III大腸癌における術前炎症・栄養指数の短期・長期予後予測因子としての有用性の検討

*佐野 修平[1]、市川 伸樹[1]、吉田 雅[1]、柴田 賢吾[1]、今泉 健[1]、大渕 佳祐[1]、武冨 紹信[1] (1. 北海道大学病院消化器外科I)

[O5-4] 大腸癌根治切除例における局所免疫と全身免疫栄養状態の関連および予後への影響

*丹田 秀樹[1]、渋谷 雅常[1]、遠藤 秀生[1]、月田 智也[1]、小澤 慎太郎[1]、米光 健[1]、関 由季[1]、黒田 顕慈[1]、笠島 裕明[1]、三木 友一朗[1]、吉井 真美[1]、田村 達郎[1]、豊川 貴弘[1]、前田 清[1] (1. 大阪公立大学医学研究科消化器外科学)

[O5-5] MSI-H大腸癌におけるBRAF V600E変異と予後との関係

*川村 一郎[1]、岡﨑 慎史[1]、小川 亮[1]、河野 通久[1]、元井 冬彦[1] (1. 山形大学医学部外科学第一講座)

[O5-6] 大腸癌Stage I～IIIにおける予後規定因子の検索

*長田 俊一[1]、貴島 孝[1]、船橋 公彦[1]、藤井 正一[2] (1. 横浜総合病院　消化器外科、2. 湘南鎌倉総合病院　外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:25 ~ 10:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 5　大腸癌の周術期管理・予後予測 2
座長：中村 隆俊（獨協医科大学埼玉医療センター外科）

[O5-1] 地域一般病院における若年大腸癌手術症例の検討

*日吉 雅也[1]、鈴木 真美[1]、深井 隆弘[1]、長谷川 由衣[1]、寺井 恵美[1]、木谷 嘉孝[1]、浦辺 雅之[1]、森園 剛樹[1]、渡辺 俊之[1]、橋口 陽二郎[1] (1. 大森赤十字病院外科)

【背景】若年大腸癌は近年増加が指摘されており、社会的活動性の高い世代に発症することから、診断・治療戦略のみならず、長期的なQOLや就労への影響も含めて重要な課題となっている。しかし、地域一般病院における実臨床データの報告は限られている。
【目的】当院における若年大腸癌手術症例の臨床病理学的特徴を、高齢群との比較を通して明らかにすること。
【対象と方法】2009年1月から2026年3月までに当院で外科手術を施行した初発大腸癌1303例を対象とした。49歳以下を若年群、50歳以上を高齢群と定義し、若年大腸癌症例割合の年次推移を検討した。さらに、原発巣切除を行った1154例について、患者背景、臨床病理学的因子および短期成績を後方視的に比較検討した。欠損値を有する項目は解析ごとに除外した。
【結果】全1303例中、若年群は50例（3.8%）であり、年次推移に明らかな変化を認めなかった。緊急手術は若年群20.0%、高齢群9.2%で、若年群で有意に高率であった（p＜0.05）。原発巣切除を施行した若年群45例の年齢中央値は44歳（28-49歳）、男性21例、女性24例であった。主な病理組織型は高～中分化腺癌40例（88.9%）であり、低分化成分を含む症例は7例（15.5%）であった。pStageは0/I/II/III/IV：1/11/8/18/7であり、StageIII/IV症例は55.6%であった。若年群の局在は右側結腸22.2%、左側結腸31.1%、直腸46.7%であった。高齢群との比較では、若年群で直腸癌の割合が有意に高く（46.7% vs 28.8%、p＜0.05）、有症状発症例も有意に多かった（73.3% vs 56.8%、p＜0.05）。一方、主組織型、低分化成分、深達度に有意差は認めなかった。Clavien-Dindo分類III以上の術後合併症は若年群15.6%、高齢群7.0%と若年群で有意に高率であった（p＜0.05）。一方、CD分類II以下症例に限定した術後在院日数中央値は若年群9.5日、高齢群11日であり、若年群で有意に短かった（p＜0.05）。
【結語】若年大腸癌は直腸癌および有症状発見が多く、緊急手術率も高かった。また進行例も少なくなく、若年者に対する症状出現時の早期介入の重要性が示唆された。地域一般病院においても若年大腸癌診療への対応が重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:25 ~ 10:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 5　大腸癌の周術期管理・予後予測 2
座長：中村 隆俊（獨協医科大学埼玉医療センター外科）

[O5-2] 左側閉塞性大腸癌における術前・術後大腸内視鏡検査の実態と口側病変の発見率：多施設コホート研究

*叶多 諒[1,7]、宮川 哲平[1,2]、府野 巧実[1]、加瀬 匠磨[1,2]、河村 英泰[1,2]、外舘 幸敏[1,2]、本多 通孝[1,2]、高野 祥直[1]、青木 豪[3]、萩尾 浩太郎[4]、遠藤 久仁[5]、白相 悟[6]、門馬 智之[7]、河野 浩二[7] (1. 総合南東北病院　外科、2. 福島県立医科大学低侵襲腫瘍制御学講座、3. 白河厚生病院、4. 竹田綜合病院、5. 太田西の内病院、6. いわき市医療センター、7. 福島県立医科大学消化管外科学講座)

【背景・目的】閉塞性大腸癌では腫瘍口側の大腸内視鏡観察（CS）がしばしば困難であり、口側病変が見逃される可能性がある。本研究では、左側閉塞性大腸癌における術前CSの到達状況、術後CSの施行実態、および口側病変の発見率を多施設コホートで明らかにすることを目的とした。
【対象・方法】2014～2019年に6施設で根治切除を行った左側閉塞性大腸癌416例を対象とした。細径スコープを含め大腸内視鏡が通過しない、腹部CT画像により腫瘍口側に明らかな拡張がある、または大腸閉塞スコア（CROSS分類）score 0～2のいずれかを満たす症例を「閉塞症例」と定義した。術前CS到達範囲（全大腸・腫瘍まで・未施行）、術後CS施行の有無、および口側病変（腺腫・早期大腸癌・進行大腸癌）の発見率を後方視的に検討した。
【結果】術前CS到達状況は全大腸45例（10.8%）、腫瘍まで318例（76.4%）、未施行53例（12.7%）であった。術前口側未観察例は371例（89.2%）であり、そのうち術後CSが施行されたのは217例（58.5%）であった。術後CS施行217例において口側に腺腫78例（35.9%）、早期大腸癌4例（1.8%）、進行大腸癌8例（3.7%）が発見され、何らかの口側病変を有したのは90例（41.5%）であった。一方、術前口側未観察371例のうち術後CS未施行は154例（41.5%）であり、これらの口側病変の実態は不明であった。大腸ステント挿入98例に限定すると、術前全大腸CS達成率は20例（20.4%）に留まり、術後CS施行63例中に腺腫16例（25.4%）、進行大腸癌1例（1.6%）が認められた。
【結論】左側閉塞性大腸癌において、術前の口側CS到達率はステント留置例でも20.4%に留まった。術前口側未観察例のうち術後CSを施行した症例では41.5%に口側病変が発見され、3.7%に進行大腸癌が認められた。左側閉塞性大腸癌に対する根治術後の系統的なCS施行が重要であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:25 ~ 10:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 5　大腸癌の周術期管理・予後予測 2
座長：中村 隆俊（獨協医科大学埼玉医療センター外科）

[O5-3] Stage II/III大腸癌における術前炎症・栄養指数の短期・長期予後予測因子としての有用性の検討

*佐野 修平[1]、市川 伸樹[1]、吉田 雅[1]、柴田 賢吾[1]、今泉 健[1]、大渕 佳祐[1]、武冨 紹信[1] (1. 北海道大学病院消化器外科I)

【背景・目的】術前炎症・栄養指数（NLR・PLR・PNI・CAR）はがん患者の全身免疫炎症状態および栄養状態を反映し、他臓器癌での予後予測への有用性が報告されているが、大腸癌における最適カットオフは未確立であり、短期・長期予後を統合的に検討した報告は少ない。本研究ではStage II/III大腸癌を対象に、これら4指数の術後短期成績（術後合併症・在院日数）および長期予後（全生存・無再発生存）に対する独立予後予測因子としての有用性を検討した。
【対象・方法】2010〜2022年に当院で根治切除を施行したStage II/III大腸癌516例（Stage II 263例・Stage III 253例、追跡期間中央値4.7年、5年全生存率89.6%、5年無再発生存率75.6%）を対象とした。術前血液データよりNLR・PLR・PNI・CARを算出し、ROC曲線のYouden indexで各指数の最適カットオフを決定した。短期成績は術後合併症Clavien-Dindo分類Grade II以上の発生率および術後在院日数で評価した。長期予後（全生存：OS、無再発生存：RFS）はCox比例ハザード解析にて独立予後因子を検討した。
【結果】術後合併症（CD Grade II以上）の発生率は21.7%であり、NLR高値群（27.1% vs 15.9%、p=0.005）およびPNI低値群（27.4% vs 16.2%、p=0.003）で有意に高率であった。術後在院日数もNLR・PNI・CAR高リスク群で有意に延長した。長期予後の多変量解析では、OSではNLR高値（≥3.90、HR=1.93、95%CI 1.14–3.25、p=0.014）が独立した予後不良因子であった。RFSではNLR高値（≥4.62、HR=1.69、p=0.037）、PNI低値（<44.1、HR=1.49、p=0.028）、CAR高値（≥0.014、HR=1.40、p=0.050）がいずれも独立予後因子として抽出された。なお、Stage IIIは全モデルで一貫して有意な独立予後不良因子であった。
【結語】術前炎症・栄養指数は術後合併症・OS・RFS双方の予後予測に有用なバイオマーカーである。とくにNLRはOSおよびRFS双方の独立した予後不良因子であり、PNIは術後合併症およびRFSの独立した予測因子であった。侵襲的な検査を要さず日常診療で簡便に算出可能なこれら指数の術前リスク評価への臨床応用が期待される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:25 ~ 10:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 5　大腸癌の周術期管理・予後予測 2
座長：中村 隆俊（獨協医科大学埼玉医療センター外科）

[O5-4] 大腸癌根治切除例における局所免疫と全身免疫栄養状態の関連および予後への影響

*丹田 秀樹[1]、渋谷 雅常[1]、遠藤 秀生[1]、月田 智也[1]、小澤 慎太郎[1]、米光 健[1]、関 由季[1]、黒田 顕慈[1]、笠島 裕明[1]、三木 友一朗[1]、吉井 真美[1]、田村 達郎[1]、豊川 貴弘[1]、前田 清[1] (1. 大阪公立大学医学研究科消化器外科学)

【背景】
大腸癌は世界的に主要な死亡原因の一つであり、術後の再発や転移が予後を大きく左右する。腫瘍内のTリンパ球浸潤を評価するImmunoscore（IS）は、局所免疫応答を反映する指標として注目されている。一方で、PNI、CONUT、CXIなどの免疫・栄養指標は全身状態を示すが、ISとの関連については十分に解明されていない。本研究では、これらの関連性ならびに両者を組み合わせた予後予測能について検討した。

【方法】
2017年1月から2019年12月までに大阪市立大学医学部付属病院で大腸癌に対する根治切除術を受けた199例を対象とした。CD3/CD8免疫染色を施行し、既報に準じて腫瘍浸潤辺縁部における陽性細胞密度に基づきISをhigh/lowに分類した。術前の血液検査およびCT画像から末梢リンパ球数と体組成を評価し、さらに各種全身免疫・栄養指標（CONUT、CXI、PNI、PINI、NRI、GNRI、LCR、CAR、ALI）を算出した。これらとISとの関連を解析するとともに、ISと各指標の組み合わせにより3群に層別化し、5年無再発生存率（RFS）についてログランク検定により比較検討した。

【結果】
IS high群は60例（30.2%）、IS low群は139例（69.8%）であった。ISと末梢血リンパ球数、体組成、各免疫・栄養指標との間に有意な相関は認められなかった。一方、ISと各指標を組み合わせた層別解析では、5年RFSにおいてCONUT+IS（p=0.002）、CXI+IS（p=0.001）、PNI+IS（p=0.010）、GNRI+IS（p=0.021）、NRI+IS（p=0.004）、ALI+IS（p=0.001）で有意差が確認された。

【結語】
大腸癌根治切除例において、局所免疫状態を反映するISと全身免疫・栄養指標はそれぞれ独立した因子である可能性が示された。両者を組み合わせることで、再発リスクのより精密な層別化が可能となることが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:25 ~ 10:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 5　大腸癌の周術期管理・予後予測 2
座長：中村 隆俊（獨協医科大学埼玉医療センター外科）

[O5-5] MSI-H大腸癌におけるBRAF V600E変異と予後との関係

*川村 一郎[1]、岡﨑 慎史[1]、小川 亮[1]、河野 通久[1]、元井 冬彦[1] (1. 山形大学医学部外科学第一講座)

【はじめに】高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-H）は大腸癌における予後良好因子として知られている。一方でMSI-H大腸癌は、予後不良因子であるBRAF V600E変異（BRAF変異）を伴う割合が高い（約40%）。BRAF 変異の有無によってMSI-H大腸癌の予後が異なるのかは、明確に言及されていない。【症例と方法】2018年11月から2023年12月で、当院で原発巣切除を施行した大腸癌症例 （腺癌のみ）を対象とした。虫垂癌、重複癌、Stage0、BRAF変異未検査、MSI未検査の症例は除外した。最初にMSI-H群とMSS群に分け、予後を比較した。さらに、MSI-H群のみを対象としてBRAF変異型群と野生型群に分けて、予後を比較した。【結果】全症例142例のうち、MSI-Hは16例（11.3%）であった。3年全生存期間（OS）はMSI-H群で100%、MSS群で78.4%（P=0.0398）であり、MSI-H群で有意に良好であった。3年無再発生存期間（RFS）はMSI-H群で87.5%、MSS群で72.3%（P=0.2824）と有意差はなかったが、MSI-H群で良好な傾向にあった。さらにMSI-H大腸癌のみを対象とし、BRAF変異型群（7例：43.75%）と野生型群（9例：56.25%）に分けて解析した。BRAF変異型群が有意に高齢（74歳 VS 58歳、P=0.340）であったが、それ以外は患者背景で違いはなかった。OSでは両群ともイベントが生じず、3年RFSはBRAF変異型群で100%、野生型群で77.8%（P=0.1987）と、有意差は認めなかった。【考察】MSI-H大腸癌において、BRAF変異の有無による予後の違いは認めなかった。遺伝性大腸癌であるリンチ症候群では基本的にBRAF変異陰性となるため、BRAF変異陽性である場合は散発性MSI-H大腸癌という診断になる。本研究においてリンチ症候群と診断されたのは1例のみであった。散発性MSI-H大腸癌の大半は、MLH1プロモーターの異常メチル化が原因である。この場合、BRAF変異の結果生じた鋸歯状病変が前癌病変になることが多いと報告されている。BRAF変異にかかわらず、切除不能・進行再発MSI-H大腸癌では免疫チェックポイント阻害薬が使用できるので、予後良好の一因になっていると思われる。本研究では、サンプル数と観察期間が不足していたのがlimitationであった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:25 ~ 10:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 5　大腸癌の周術期管理・予後予測 2
座長：中村 隆俊（獨協医科大学埼玉医療センター外科）

[O5-6] 大腸癌Stage I～IIIにおける予後規定因子の検索

*長田 俊一[1]、貴島 孝[1]、船橋 公彦[1]、藤井 正一[2] (1. 横浜総合病院　消化器外科、2. 湘南鎌倉総合病院　外科)

【背景・目的】大腸癌（CRC）根治切除後の予後は病理学的病期により規定されるが、同一ステージ内においても再発率・生存率には個体差が大きい。術前の炎症栄養学的指標および病理組織学的因子が予後に与える影響を多角的に検討し、再発高リスク患者の術前同定と補助療法の個別化に寄与することを目的とした。
【対象・方法】2014年～2023年の10年間に当科で施行した大腸癌切除例のうち、治癒切除が得られたStageI～III症例442例を後ろ向きに解析した。検討因子は、患者背景（年齢・性別・BMI・ASA分類・ECOG PS）、術前検査値（CEA・CA19-9・Hb・Alb・NLR・mGPS・CONUT score）、手術因子（緊急手術・腸閉塞処置の有無）、病理学的因子（pT・pN・組織型・リンパ管侵襲・静脈侵襲）とした。主要評価項目は無再発生存期間（RFS）、副次評価項目は全生存期間（OS）とし、Kaplan-Meier法・Log-rank検定・Cox比例ハザードモデルを用いて検討した。
【結果】StageI：91例（再発率6.6%、CRC関連死亡率3.3%）、StageII：192例（19.8%、13.0%）、StageIII：158例（36.1%、22.8%）であった。観察期間中央値は27.2ヵ月。Cox多変量解析では、pT（T3/T4 vs T1/T2）、pN陽性、リンパ管侵襲高度（ly2/3）、静脈侵襲高度（v2/3）、術前CEA高値、高mGPS（スコア2 vs 0）がRFSの独立した予後不良因子として同定された（いずれもp<0.05）。StageII症例においてもmGPS 2群・リンパ管侵襲高度群はStageIIIに匹敵する高い再発率を示した。
【結語】大腸癌StageI～III根治切除442例の解析において、病理病期因子（pT・pN・ly・v）に加え、術前の全身炎症・栄養指標（mGPS・NLR・CEA）がRFSの独立した予後因子として同定された。StageII高リスク患者の層別化において複合的炎症栄養指標が有用であり、補助化学療法適応の個別化に資すると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 10:10 ~ 11:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 6　ロボット手術 1

座長：花岡 まりえ（東京科学大学消化管外科学分野）

[O6-1] 脾弯曲部授動を要する横行・下行結腸癌に対するロボット支援手術の有用性と課題

*木村 聡元[1]、三浦 亮[1]、佐橋 倭[1]、村本 里奈[1]、千葉 丈広[1]、木村 仁[1]、小林 慎[1]、木村 康利[1] (1. 函館五稜郭病院外科)

[O6-2] 「リレー形式」でおこなうロボット支援下直腸がん手術　～手術修練と働き方改革の両立を目指して～

*増田 大機[1]、新井 聡大[1]、谷田部 悠介[1]、大和 美寿々[1]、白坂 太郎[1]、羽生 舞花[1]、金城 宏武[1]、朝田 泰地[1]、鵜梶 真衣[1]、篠原 元[1]、廣瀬 俊太郎[1]、吉野 潤[1]、長野 裕人[1]、井ノ口 幹人[1] (1. 武蔵野赤十字病院外科・消化器外科)

[O6-3] 直腸癌に対する経肛門操作併用ロボット支援下手術におけるda Vinci SPの有用性：Xiとの短期成績による比較検討

*林 久志[1]、北野 友里絵[1]、伊藤 望[1]、坂井 義博[1]、中西 彬人[1]、田中 裕人[1]、西 雄介[1]、庫本 達[1]、藤井 能嗣[1]、石山 泰寛[1]、椙田 浩文[1]、平沼 知加志[1]、平能 康充[1] (1. 埼玉医科大学国際医療センター)

[O6-4] 多施設データベースを用いた肥満症例に関するロボット支援下大腸手術の周術期成績の検討

*田口 和浩[1]、下村 学[1]、矢野 琢也[1]、佐田友 藍[1]、松原 啓壮[1]、吉満 政義[2]、清水 亘[3]、中原 雅浩[4]、香山 茂平[5]、小林 弘典[6]、池田 聡[7]、清水 洋祐[8]、奥田 浩[9]、向井 正一朗[10]、住谷 大輔[11]、高倉 有二[12]、赤羽 慎太郎[13]、児玉 真也[14]、石川 聖[1]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学大学院医系科学研究科消化器・移植外科学、2. 広島市立広島市民病院外科、3. 広島市立北部医療センター安佐市民病院外科、4. JA尾道総合病院外科・内視鏡外科、5. JA広島総合病院外科、6. 広島記念病院外科、7. 県立広島病院外科、8. 呉医療センター・中国がんセンター外科、9. 東広島医療センター消化器外科、10. 中国労災病院外科、11. 県立二葉の里病院外科、12. 中電病院外科、13. 広島西医療センター外科、14. JA吉田総合病院外科)

[O6-5] 下部直腸癌に対する超低位前方切除術の再建方法別の短期・長期成績

*田島 ジェシー雄[1]、杉江 雄斗[1]、横井 亮磨[2]、村瀬 佑介[1]、松本 圭太[1]、水谷 千佳[3]、鷹尾 千佳[2]、浅井 竜一[4]、松橋 延壽[1] (1. 岐阜大学医学部医学系研究科消化器外科小児外科、2. 岐阜大学医学部医学系研究科低侵襲・がん集学的治療学講座、3. 岐阜大学医学部医学系研究科がん先端治療国際地域支援講座、4. 岐阜大学医学部医学系研究科先端ゲノム医療開発学講座)

[O6-6] 多発大腸癌に対するロボット支援手術の工夫

*安藤 陽平[1]、堀田 千恵子[2]、武居 晋[2]、真鍋 達也[2] (1. 九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科、2. 佐賀大学医学部　一般・消化器外科)

[O6-7] ロボット支援下大腸手術におけるポート創開大の検討―8mmポート筋膜縫合の選択的適応に関する示唆―

*神山 篤史[1] (1. 仙台オープン病院外科)

[O6-8] 完全内臓逆位、狭骨盤を伴う下部直腸癌に対してロボット支援低位前方切除術を施行した1例―ポート配置による操作性の考察―

*天海 博之[1]、外岡 亨[1]、早田 浩明[1]、成島 一夫[1]、平澤 壮一朗[1]、千葉 聡[1]、桑山 直樹[1]、磯崎 哲朗[1]、加野 将之[1] (1. 千葉県がんセンター食道・胃腸外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 10:10 ~ 11:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 6　ロボット手術 1
座長：花岡 まりえ（東京科学大学消化管外科学分野）

[O6-1] 脾弯曲部授動を要する横行・下行結腸癌に対するロボット支援手術の有用性と課題

*木村 聡元[1]、三浦 亮[1]、佐橋 倭[1]、村本 里奈[1]、千葉 丈広[1]、木村 仁[1]、小林 慎[1]、木村 康利[1] (1. 函館五稜郭病院　外科)

【緒言】脾弯曲部授動を伴う結腸癌に対するロボット支援手術は，高精細な三次元視野と多関節鉗子によりその周囲の複雑な膜解剖の把握，膵近傍における安全な剥離・授動，ならびに支配血管に応じて範囲が異なる郭清および血管処理を精緻に行える点で有用性が期待される。一方，高難度手術であるため，手術時間延長や教育体制の構築など解決すべき課題も残る。
【対象と方法】当院では2022年6月より結腸癌に対するロボット支援手術を導入した。2020年4月から2025年12月までに当院で鏡視下に施行した脾弯曲部授動を要する横行結腸癌および下行結腸癌87例のうち，腹腔鏡下手術64例（L群）とロボット支援手術23例（R群）を対象とし，短期成績を後方視的に比較しロボット手術の有用性について検討。当科の手術手技と併せて報告する。
【結果】男性割合はL群53.1%，R群47.8%，年齢はいずれも73歳，BMIはL群23.8，R群23.4，ASA-PS 3以上はL群10.9%，R群8.7%であった。手術時間はL群204.5分，R群296分とR群で有意に延長した（p＜0.001）。一方，出血量はL群14mL，R群10mL（p＝0.163），術後在院日数はいずれも11日（p＝0.888）で差を認めず，開腹移行および輸血は両群とも認めなかった。腸管切離長はPMがL群86mm，R群90mm（p＝0.739），DMがL群95mm，R群95mm（p＝0.790）であり，両群とも同等の切除範囲が確保されていた。郭清リンパ節個数はL群22.5個，R群30個とR群で有意に多く（p＝0.028），D3郭清率もL群81.3%，R群95.7%とR群で高値であった（全て中央値）。Clavien–Dindo grade II以上の術後合併症はL群29.7%，R群17.4%で，R群で少ない傾向を認めた（p＝0.251）。
【結語】脾弯曲部授動を要する横行・下行結腸癌に対するロボット支援手術は郭清リンパ節個数が有意に多く，精緻な郭清に寄与する可能性が示唆された。一方，手術時間延長は明確な課題であり，教育面を含め，ポート配置，術野展開，エネルギーデバイスの使用法を定型化し，安全性，根治性，効率性を図る必要があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 10:10 ~ 11:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 6　ロボット手術 1
座長：花岡 まりえ（東京科学大学消化管外科学分野）

[O6-2] 「リレー形式」でおこなうロボット支援下直腸がん手術　～手術修練と働き方改革の両立を目指して～

*増田 大機[1]、新井 聡大[1]、谷田部 悠介[1]、大和 美寿々[1]、白坂 太郎[1]、羽生 舞花[1]、金城 宏武[1]、朝田 泰地[1]、鵜梶 真衣[1]、篠原 元[1]、廣瀬 俊太郎[1]、吉野 潤[1]、長野 裕人[1]、井ノ口 幹人[1] (1. 武蔵野赤十字病院外科・消化器外科)

【背景】
2026年の診療報酬改定では、若手医師の減少が課題となっている診療科への対策が打ち出され、特別加算と同時に交代制勤務やチーム性の導入が求められている。当院では2024年以前から「働き方改革」を遵守し、夜勤当直明け医師のみならず、夜間手術に参加した医師全員の連続勤務を廃止している。「医師の働き方改革」が定着した一方で、時間外に緊急登院した医師は予定手術に参加できないなど、新たな課題にも直面した。執刀機会の不均衡、外科医の不公平感を極力減らすため、2025年から段階的に、ロボット大腸がん手術をパートごとに術者交代する「リレー形式」を導入した。直腸がん手術であれば、“腹部パート”、“骨盤パート”、“側方郭清パート”に分け、勤務体系や習熟度などを考慮して担当術者を決定している。
【目的】
「従来型」の手術と「リレー形式」の手術の治療成績を比較検討し、当科の現在の取り組みを紹介する。
【方法】
2024年1月から2026年3月まで、直腸がんに対してロボット支援下手術を施行した152例を対象とし、「従来型」と「リレー形式」に分類し、患者背景、手術成績を比較した。
【結果】
「従来型」124例、「リレー形式」28例であった。「リレー形式」は、腫瘍局在はRbであることが有意に多く、比較的時間を要する術式で採用される傾向があった。「従来型」と「リレー形式」のパートごとの手術時間に差は認めず、術後の短期成績にも差は認めなかった。「リレー形式」は修練したいパートを重点的に学べるという意見もある一方、自身の習熟度を確認するためにも極力「従来型」の手術を行いたいという意見もあった。
【結語】
「リレー形式」は集中力維持や身体的負担軽減の効果が期待でき、勤務管理、医療安全の観点からも有用な方法である。手術を“症例ごと”ではなく、“パートごと”で考えるため、緊急対応に迫られることの多い外科医の働き方にも適合する。もともとチーム医療を導入していたため、懸念された責任感の欠如などは主観的にも客観的にも認めず、これからの外科手術の一つのあり方となる可能性がある。現在の当科の取り組みを紹介する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 10:10 ~ 11:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 6　ロボット手術 1
座長：花岡 まりえ（東京科学大学消化管外科学分野）

[O6-3] 直腸癌に対する経肛門操作併用ロボット支援下手術におけるda Vinci SPの有用性：Xiとの短期成績による比較検討

*林 久志[1]、北野 友里絵[1]、伊藤 望[1]、坂井 義博[1]、中西 彬人[1]、田中 裕人[1]、西 雄介[1]、庫本 達[1]、藤井 能嗣[1]、石山 泰寛[1]、椙田 浩文[1]、平沼 知加志[1]、平能 康充[1] (1. 埼玉医科大学国際医療センター)

【背景】直腸癌に対するロボット支援下手術の有用性が広く認知される中、当院では2025年1月よりda Vinci SPを導入した。SPはカメラと3本の鉗子を単一ポートから挿入する構造を有し、鉗子およびスコープの屈曲性により、骨盤深部の狭小空間においても限られた術野展開で深部到達と精緻な操作が可能である。当院で下部直腸癌に対し、腹部操作の低侵襲化と骨盤深部操作の安定化を目的として、SPと経肛門操作（Ta）を併用した術式を導入している。
【目的】直腸癌に対するTa併用ロボット支援下手術において、SPが従来のXiと比較して安全かつ円滑に施行可能であるかを、導入初期の短期成績から検討した。
【方法】2022年7月から2026年3月までにTa併用ロボット支援下直腸切除術を施行した直腸癌症例を対象とし、Xi群85例、SP群11例の2群間で後方視的に比較検討した。評価項目は手術時間、出血量、術後在院日数、Clavien–Dindo分類Grade III以上の術後合併症発生率などの手術関連因子および短期成績とし、単変量解析を用いて比較した。
【結果】手術時間中央値はSP群274分、Xi群240分（p=0.89）、出血量中央値はSP群40mL、Xi群5mL（p=0.13）であり、いずれも両群間に有意差を認めなかった。術後在院日数中央値はSP群10日、Xi群12日（p=0.90）であった。Clavien–Dindo分類Grade III以上の術後合併症発生率はSP群9.1%（1/11例）、Xi群5.9%（5/85例）（p=0.48）であり、有意差を認めなかった。
【結論】Ta併用下部直腸癌手術において、SPは導入初期からXiに劣らない良好な短期成績を示し、安全かつ円滑に施行可能であった。SPの単一ポート構造は腹部創の低侵襲化に寄与し、屈曲可能なスコープと3本の鉗子による骨盤深部での良好な操作性は、難易度の高いTa併用手術の定型化・標準化に寄与する可能性がある。今後は症例の蓄積に加え、整容性、術後疼痛、長期腫瘍学的成績を含めた検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 10:10 ~ 11:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 6　ロボット手術 1
座長：花岡 まりえ（東京科学大学消化管外科学分野）

[O6-4] 多施設データベースを用いた肥満症例に関するロボット支援下大腸手術の周術期成績の検討

*田口 和浩[1]、下村 学[1]、矢野 琢也[1]、佐田友 藍[1]、松原 啓壮[1]、吉満 政義[2]、清水 亘[3]、中原 雅浩[4]、香山 茂平[5]、小林 弘典[6]、池田 聡[7]、清水 洋祐[8]、奥田 浩[9]、向井 正一朗[10]、住谷 大輔[11]、高倉 有二[12]、赤羽 慎太郎[13]、児玉 真也[14]、石川 聖[1]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学大学院医系科学研究科消化器・移植外科学、2. 広島市立広島市民病院外科、3. 広島市立北部医療センター安佐市民病院外科、4. JA尾道総合病院外科・内視鏡外科、5. JA広島総合病院外科、6. 広島記念病院外科、7. 県立広島病院外科、8. 呉医療センター・中国がんセンター外科、9. 東広島医療センター消化器外科、10. 中国労災病院外科、11. 県立二葉の里病院外科、12. 中電病院外科、13. 広島西医療センター外科、14. JA吉田総合病院外科)

背景と目的：
近年、肥満患者の増加に伴い、肥満症例に対する大腸手術の機会も増加している。我々はこれまでに、BMIと転移リンパ節個数を検索リンパ節個数で補正したLODDS（log odds of positive lymph nodes）が正の関連を示し、肥満症例ではLODDS高値（>-0.7）が予後因子となることを報告した（Taguchi K et al. Ann Gastroenterol Surg. 2025）。一方、大腸癌に対するロボット支援下手術は標準治療として普及が進んでいるが、肥満が周術期成績に与える影響については十分に検討されていない。本研究では、多施設共同大腸癌データベースを用いて、肥満症例におけるロボット支援下大腸手術の周術期成績を検討し、非肥満症例と比較検討した。
方法：
2020年1月から2024年3月までに、県内多施設共同大腸癌データベースに登録された、大腸癌に対して腹腔鏡下またはロボット支援下で待機的大腸切除術を施行した症例を対象とした。
BMI<25を非肥満群、BMI≧25を肥満群と定義し、術式別に患者背景および短期手術成績を比較検討した。さらに、BMIとLODDSとの関連について術式別に解析した。
結果：
対象は腹腔鏡手術4,250例、ロボット支援下手術482例であった。ロボット手術症例は若年で、直腸病変の割合が高かった。腹腔鏡手術症例において、肥満例では非肥満例と比較して検索リンパ節個数が有意に少なく（18 vs 17, p=0.0008）、手術時間（211 vs 235分, p<0.0001）および出血量（19 vs 25 mL, p<0.0001）が有意に増加した。一方、ロボット手術症例では肥満例において検索リンパ節個数（16 vs 14, p=0.0062）および出血量（17 vs 30 mL, p=0.0241）の差を認めたが、手術時間（292 vs 316分, p=0.0564）に有意差を認めなかった。両術式とも術後合併症、在院日数に差を認めなかった。さらに、腹腔鏡手術症例ではBMI高値に伴いLODDSが上昇する傾向を認めた（p=0.0728）が、ロボット手術症例ではBMIとLODDSとの関連を認めなかった（p=0.8733）。
結論：
肥満症例において、ロボット支援下大腸手術では肥満による周術期成績への影響が限定的である可能性が示唆された。BMIとLODDSとの関連は腹腔鏡群で認めたがロボット群では認めず、リンパ節評価への影響は術式で異なる可能性が示された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 10:10 ~ 11:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 6　ロボット手術 1
座長：花岡 まりえ（東京科学大学消化管外科学分野）

[O6-5] 下部直腸癌に対する超低位前方切除術の再建方法別の短期・長期成績

*田島 ジェシー雄[1]、杉江 雄斗[1]、横井 亮磨[2]、村瀬 佑介[1]、松本 圭太[1]、水谷 千佳[3]、鷹尾 千佳[2]、浅井 竜一[4]、松橋 延壽[1] (1. 岐阜大学医学部医学系研究科消化器外科小児外科、2. 岐阜大学医学部医学系研究科低侵襲・がん集学的治療学講座、3. 岐阜大学医学部医学系研究科がん先端治療国際地域支援講座、4. 岐阜大学医学部医学系研究科先端ゲノム医療開発学講座)

【背景】下部直腸癌に対する内括約筋切除（ISR）は永久人工肛門を回避する肛門温存術式として広く行われ、適応も拡大している。一方、ロボット支援下手術では多関節機能により骨盤深部での精緻な操作が可能となり、比較的低位でも会陰操作を回避しつつ腹腔内再建（超低位前方切除術：uLAR）が選択し得るようになってきた。しかし腫瘍マージン確保などの腫瘍学的安全性や、再建法に伴う排便機能は依然として検討課題である。今回、uLARまたはISRを施行した下部直腸癌について、短期・長期成績を再建方法別に比較検討した。
【対象と方法】2017～2024年に当科でuLAR/ISRを施行した下部直腸癌121例を後方視的に検討した。
【結果】uLAR 67例、ISR 54例であった。ISRは年齢中央値71 vs 67歳（p＝0.034）と若年で、肛門縁からの距離は5 vs 3cmと低位であった。また前治療は19.4 vs 40.7%（p＝0.010）とISRで有意に多かった。その他の患者背景因子・腫瘍因子に有意差は認めなかった。手術時間はISRで有意に長く304 vs 374分（p＜0.001）、出血量は10 vs 50mL（p＝0.028）とuLARで少なかった。短期成績では術後合併症に統計学的有意差はなかったが、ストーマ閉鎖率はuLAR 95.5%に対しISR 83.3%とISRで有意に低かった（p＝0.026）。ストーマ閉鎖12か月後のWexner score≥10は33.3 vs 81.8%で、ISRで排便障害が高率であった。Distal marginは20 vs 22mm（p＝0.045）でuLARが短い傾向を認めたが、長期成績では3yOS 92.6 vs 90.9%（p＝0.635）、3yRFS 84.0 vs 69.7%、3yLRFS 96.7 vs 93.4%であり、有意差は認めなかった。
【考察・結語】ロボット支援下手術の導入により、比較的低位の下部直腸癌に対しても腹腔内再建が可能となり、術後成績および長期成績はuLARとISRで概ね同等以上であった。一方で排便機能はISRで不良であり、再建法選択において機能面を考慮する必要が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 10:10 ~ 11:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 6　ロボット手術 1
座長：花岡 まりえ（東京科学大学消化管外科学分野）

[O6-6] 多発大腸癌に対するロボット支援手術の工夫

*安藤 陽平[1]、堀田 千恵子[2]、武居 晋[2]、真鍋 達也[2] (1. 九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科、2. 佐賀大学医学部　一般・消化器外科)

【背景・目的】ロボット支援手術は精緻な操作性や, 微小解剖の把握など様々な利点があるが、広範囲の術野展開や複数の解剖領域に及ぶ手術では、視野や操作軸の大きな変更が必要となり、特有の困難さを伴う。そこで多発大腸癌に対するロボット支援手術を、最小限のポートでシームレスに行うための工夫について報告する。
【症例】
多発大腸癌において複数の視野展開を必要としたロボット支援手術4例において、すべての症例で患者左側からDa Vinci Xiをロールインした。右下腹部から左肋骨弓下の斜めのラインを基本配置として、ターゲットに対してパラレルに配置するよう適宜ポートを追加、あるいはカメラポートを2番、3番ポート間で交換するなどして、最適化した。また、ターゲットが上腹部の場合には臍に切開を置かず、Phannelstiel切開を置いてカメラポートを低くすることによって操作性の向上を狙った。術中にブームを回転させることで回盲部から直腸までロールアウトを伴うことなく手術を完遂した。平均手術時間は460±34分, 平均コンソール時間は394±50分, 出血量は30±20mlで、いずれも合併症なく手術を終えた。同一術者による3例では、症例の蓄積に伴い手術時間の短縮傾向を認めた。

【考察】
Da Vinci Xiはブーム回転機構によりロールアウトを伴わずに全大腸の術野に対するアプローチが可能である。ロールインの方向、ポート配置、アームの選択を工夫することで必要最小限のポート、ドッキングで効率的かつスムーズな操作を行うことができる。また、手技の標準化と経験の蓄積により手術時間の短縮も期待される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 10:10 ~ 11:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 6　ロボット手術 1
座長：花岡 まりえ（東京科学大学消化管外科学分野）

[O6-7] ロボット支援下大腸手術におけるポート創開大の検討―8mmポート筋膜縫合の選択的適応に関する示唆―

*神山 篤史[1] (1. 仙台オープン病院外科)

背景:低侵襲手術におけるPort-Site Hernia（PSH）の発生頻度は0.1–4%程度とされる。発症予防のため12mmポートの筋膜縫合を行う施設は多い一方で、8mmポートに関しては直視下での縫合の困難性もあり議論がある。
目的:ロボット支援下大腸切除術における8mmポートの筋膜縫合の必要性を、皮膚切開創長の観点から検討する。
対象:2024–2026年に単施設で腹腔鏡下またはロボット支援下に大腸切除術を施行した80例。
方法:ポート挿入時および抜去時の切開創長の変化を、ポート径、アプローチ方法、および留置部位別に比較検討した。また、当施設ではロボット手術における8mmポートの筋膜縫合をクロージャーデバイスで行っており、PSH発生の有無についても検討した。
結果:腹腔鏡手術29例、ロボット手術51例。検討対象ポートは5mm 95本、8mm 115本、12mm 75本であった。
切開創長は術前で5mm: 9.23±0.13mm、8mm: 12.16±0.13mm、12mm: 18.88±0.20mm、術後で5mm: 10.73±0.17mm、8mm: 13.88±0.21mm、12mm: 20.01±0.26mmであった。前後差は5mm:+1.50±0.21mm（p<0.001）、8mm:+1.72±0.21mm（p<0.001）、12mm:+1.13±0.33mm（p<0.001）であり、いずれも術後に有意な開大を認めた。
12mmポートの術後創長は腹腔鏡とロボット間で有意差を認めなかった（19.80±0.31mm vs 20.38±0.44mm, p=0.281）。一方、ロボット手術における8mmポートをアーム別に比較すると、第4アームで他部位に比して有意に創長の開大を認めた（14.46±0.27mm vs 13.60±0.21mm, p=0.018）。観察期間内にPSHの発生は認めなかった。
結語:低侵襲手術におけるポート創は、いずれのアプローチにおいても術後に開大を認めたが、アプローチ法による明確な差は認めなかった。一方で、ロボット手術では可動域の大きい部位において創長の開大が大きい傾向が示された。これらの結果から、8mmポートにおける筋膜縫合の適応については、留置部位に応じた個別化が必要である可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 10:10 ~ 11:10 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 6　ロボット手術 1
座長：花岡 まりえ（東京科学大学消化管外科学分野）

[O6-8] 完全内臓逆位、狭骨盤を伴う下部直腸癌に対してロボット支援低位前方切除術を施行した1例―ポート配置による操作性の考察―

*天海 博之[1]、外岡 亨[1]、早田 浩明[1]、成島 一夫[1]、平澤 壮一朗[1]、千葉 聡[1]、桑山 直樹[1]、磯崎 哲朗[1]、加野 将之[1] (1. 千葉県がんセンター食道・胃腸外科)

【緒言】完全内臓逆位は、非常に稀な先天性奇形である。完全内臓逆位を伴うロボット支援下直腸手術の本邦報告は2例のみであり、ポート配置がそれぞれ異なっている。今回、完全内臓逆位、狭骨盤の下部直腸癌に対して、オンサイト事前シュミレーションのうえで、右下斜め左上配置の正常解剖と同じポート配置で途中ブームを反転させてロボット支援下低位前方切除術を行った。【症例】50歳、男性。【主訴】便潜血陽性【現病歴】幼少時より完全内臓逆位を指摘。前医で直腸癌を指摘されて当院に紹介となった。【現症】身長172.9cm、体重89.2kg、BMI 29.8、腹部　平坦、軟、圧痛なし【検査】下部消化管内視鏡検査ではAV6cm直腸RaRb左前壁に40mm大の半周性腫瘍を認めた。CTではNo251リンパ節3個に転移を認めた。肝肺転移なし。【診断】完全内臓逆位を伴う直腸癌RaRb cT3N1M0 cStage IIIの術前診断にて、ロボット支援下低位前方切除術の方針とした。【手術】右下腹部より左上腹部に向かい8mm, 12mm, 8mm(臍), 8mm, 8mmの正常解剖症例と同方向の斜め1直線のポート配置とした。助手ポートは右上腹部5mm、心窩部5mm、左下腹部5mmとした。腹部操作と骨盤操作に分けてドッキング・ターゲッティングをデュアルで行った。腹部操作時は、patient left, Upper abdoninalでターゲッティングは右上腹部とした。助手は左下腹部5mmポートを使用した。腹部操作は、通常解剖と同様に良好な視野と操作性であった。骨盤操作時は、ブームを反転させ、ターゲッティングは左下腹部とした。助手は右上腹部5mmと心窩部5mmのポートを使用した。狭骨盤であったが、骨盤操作は正常解剖と同様な視野と操作性で直腸切離、吻合が可能であった。腹部・骨盤いずれの操作時もカメラは臍部とした。コンソール406分、出血20g。合併症なく退院した。【考察】ブーム反転により、腹部操作・骨盤操作いずれも臍からのカメラポートで行え、利き手である右手の3番アームでモノポーラを使用した。狭骨盤に対しても通常と同様な手術操作を行えた。術前シュミレーションにより、ポート位置の違いにより視野や操作性が大きく変わることを確認できたため、既報のポート配置との比較を含めて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 7　結腸癌の治療戦略 1

座長：盛 真一郎（鹿児島県立大島病院）

[O7-1] StageII-IIIの閉塞性大腸癌に対する大腸ステント留置術の長期術後成績

*小山 基[1]、中村 公彦[1]、左近 龍太[1]、阿部 由督[1]、岩崎 健一[1]、北村 謙太[1]、松村 知憲[1]、名取 健[1]、薄井 信介[1]、諏訪 達志[1] (1. 柏厚生総合病院消化器外科)

[O7-2] 膿瘍形成性S状結腸癌に対する術前化学療法と栄養指標の変化

*桐山 俊弥[1]、竹内 啓将[1]、宮崎 翔[1]、河原 樹[1]、山本 一雄[1]、大野 慎也[1]、末次 智成[1]、多和田 翔[1]、岩田 至紀[1]、小森 充嗣[1]、田中 千弘[1]、長尾 成敏[1]、河合 雅彦[1]、國枝 克行[1] (1. 岐阜県総合医療センター外科)

[O7-3] 膿瘍形成を伴う大腸癌に対する治療戦略の検討

*北村 洋[1]、辻仲 眞康[1]、三浦 智也[1]、初沢 悠人[1]、近藤 裕哉[1] (1. 東北医科薬科大学消化器外科)

[O7-4] 術中洗浄細胞診陽性Stage II大腸癌における術後補助療法の意義

*永岡 智之[1]、坪井 葵[1]、石村 菜穂[1]、沖川 昌平[1]、渡部 美弥[1]、松野 裕介[1]、古手川 洋志[1]、吉山 広嗣[1]、八木 草彦[1]、發知 将規[1]、大谷 広美[1] (1. 愛媛県立中央病院消化器外科)

[O7-5] Stage II-III大腸癌において、穿孔が予後に与える影響：多施設データベースを用いたPropensity Score Overlap Weighting解析

*別木 智昭[1]、下村 学[1]、矢野 琢也[1]、清水 亘[2]、池田 聡[3]、三口 真司[3]、吉満 政義[4]、香山 茂平[5]、中原 雅浩[6]、小林 弘典[7]、河内 雅年[8]、清水 洋祐[9]、住谷 大輔[10]、向井 正一朗[11]、高倉 有二[12]、石﨑 康代[13]、児玉 真也[14]、安達 智洋[2]、石川 聖[1]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学大学院医系科学研究科消化器・移植外科学、2. 広島市立北部医療センター安佐市民病院外科、3. 県立広島病院外科、4. 広島市立広島市民病院外科、5. JA広島総合病院外科、6. JA尾道総合病院消化器外科・内視鏡外科・肛門科、7. 広島記念病院外科、8. 東広島医療センター消化器外科、9. 呉医療センター・中国がんセンター外科、10. 県立二葉の里病院外科、11. 中国労災病院外科、12. 中電病院外科、13. 広島西医療センター外科、14. JA吉田総合病院外科)

[O7-6] 内視鏡通過困難な大腸癌に対する短期成績の検討

*中山 瑶子[1]、井川 鈴雅[1]、古出 隆大[1]、多田羅 敬[1]、川嶋 太郎[1]、門馬 浩行[1]、中川 暁雄[1]、小林 巌[1] (1. 兵庫県立加古川医療センター外科・消化器外科)

[O7-7] 外腸骨静脈の合併切除により根治切除し得た局所進行盲腸癌の1例

*村山 倫太郎[1]、山本 陸[1]、長岡 綾[1]、濱村 宏平[1]、麻生 沙帆[1]、石塚　ジュスタン 正也[1]、尾立 路輝[1]、岡本 侑大[1]、井田 善文[1]、長廻 優輝[1]、秋間 龍之介[1]、加藤 永記[1]、松本 陽介[1]、宮下 真美子[1]、櫻庭 駿介[1]、田中 顕一郎[1]、伊藤 智彰[1]、佐藤 浩一[1] (1. 順天堂大学医学部附属静岡病院)

[O7-8] 下行結腸癌における術前3D-CT angiographyを用いた 支配血管認識の有用性

*内山 優史[1]、竹田 充伸[1]、森 良太[1]、関戸 悠紀[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部附属病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演）７　結腸癌の治療戦略１
座長：盛 真一郎（鹿児島県立大島病院）

[O7-1] StageII-IIIの閉塞性大腸癌に対する大腸ステント留置術の長期術後成績

*小山 基[1]、中村 公彦[1]、左近 龍太[1]、阿部 由督[1]、岩崎 健一[1]、北村 謙太[1]、松村 知憲[1]、名取 健[1]、薄井 信介[1]、諏訪 達志[1] (1. 柏厚生総合病院消化器外科)

【背景と目的】閉塞性大腸癌に対するステント留置術が広く実施されるようになり、当院でも導入後10年以上が経過した。今回は、その長期予後について検討する。【対象と方法】2012年から2022年までに大腸閉塞スコア（CROSS）0-1大腸癌に対してステント留置術は47例に行われ、症状緩和目的は10例、BTS（bridge-to-surgery）は37例で、手術までの中央値は17日。今回は術後３年以上が経過した平均追跡期間57.5月の長期予後を検討する。対象は2017年1月から2021年12月のStageII-III大腸癌治癒切除119例で、BTSは24例であり、非ステント群の95例を対照群として、その背景因子と長期予後について比較検討する。後方視的な観察研究であり、統計学的解析ではカイ2乗検定とｔ検定を用いて、P＜0.05を有意差ありと判定した。BTS群では腸管穿孔や膿瘍形成（穿孔疑い）を５例で認めた。非ステント群にはCROSS0-1の閉塞性大腸癌を８例含み、７例は一期的吻合（結腸右半切除6例、前方切除1例）が行われ、1例はハルトマンが選択されていた。【結果】BTS群で男性が有意に多く、血清アルブミン（BTS：3.05、非ステント：3.64、P<0.001）とPNI（Prognostic Nutritional Index）（BTS：30.5、非ステント：44.3、P<0.001）が有意に低値であった。年齢、BMI、癌局在、開腹/鏡視下手術、ストーマ手術の有無、リンパ節郭清度、手術時間、出血量、壁深達、病期、組織型では両群に有意差はなかった。縫合不全はBTS群8.3%・非ステント群3.2%で有意差なく、Clavien-Dindo 2以上の合併症もBTS群25.0%・非ステント群26.3%で有意差はなかったが、BTS群では２例の在院死亡を認めた（非ステント群0%、P=0.039）。術後補助化学療法はBTS群68.2%、非ステント群は46.3%で有意差なし。再発はBTS群22.7%、非ステント群22.1%と有意差はなかった。しかし、局所再発・腹膜播種はBTS群が３例13.6%と多く、３例中２例はステントにて穿孔・膿瘍形成した症例であった（非ステント群6.3%）。【結語】BTS群の長期予後は非ステント群と比較して同等であることが確認できたが、BTSでは重篤な術後合併症や局所・腹膜播種の再発形式に留意する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 7　結腸癌の治療戦略 1
座長：盛 真一郎（鹿児島県立大島病院）

[O7-2] 膿瘍形成性S状結腸癌に対する術前化学療法と栄養指標の変化

*桐山 俊弥[1]、竹内 啓将[1]、宮崎 翔[1]、河原 樹[1]、山本 一雄[1]、大野 慎也[1]、末次 智成[1]、多和田 翔[1]、岩田 至紀[1]、小森 充嗣[1]、田中 千弘[1]、長尾 成敏[1]、河合 雅彦[1]、國枝 克行[1] (1. 岐阜県総合医療センター外科)

【背景】本邦における切除可能進行結腸癌の標準治療としての術前化学療法（NAC）は確立していない。当科では膿瘍形成や膀胱瘻形成による高度炎症を有する局所進行S状結腸癌（直腸S状部癌含む）に対し、人工肛門造設後にNACを導入する方針としている。
【対象と方法】2013年から2026年3月までに、当院で経験した膿瘍形成あるいは尿路系浸潤を伴うcStage II/IIIの局所進行S/RS癌のうち、人工肛門造設後にNACを導入した症例19例を対象とした。内1例はNAC導入前であり、18例のレジメンの内訳は、CapeOX（2例）、CapeOX＋Bevacizumab（3例）、FOLFOXIRI（5例）、FOLFOX（3例）、FOLFOX＋panitumumab/Cetuximab（5例）であった。これらの症例の臨床経過に加え、化学療法後の各種栄養指標の変化を後方視的に解析した。
【結果】年齢中央70歳、男性13例。9例に膿瘍形成を、5例に膀胱浸潤例を、5例がその両方を認めた。NAC投与前/投与中を除く17例で臨床経過と栄養指標の変化を解析した。NACの前後でAlbの中央値は3.0から3.8 g/dLに、Prognostic Nutritional Index（PNI）の中央値は35.9から45.1に改善した。同様にPlatelet/Lymphocyte Ratio (PLR)の中央値は257.4から138.1へ改善し、modified Glasgow Prognostic Score（mGPS）はNAC後に15例で0ptとなった。手術は15例でR0切除を達成し、16例で最終的に人工肛門閉鎖が可能であった。化学療法については、1例で血球減少の遷延のため早期手術へ移行となったが、残る16例はNACを完遂し、どのレジメンも安全に導入できた。Grade3以上の副作用は6例に認め、うち1例で発熱性好中球減少症で対応を必要とした。観察期間の中央値は35か月で、1例に肝転移・腹膜播種再発を来たすのみであった。
【考察】膿瘍形成性S状結腸癌に対する人工肛門造設後のNAC療法は、多数例で人工肛門閉鎖を達成し、高い治癒切除率と良好な予後が得られた。その理由として、人工肛門造設で局所の炎症が制御でき、化学療法で腫瘍縮小が得られることで、栄養状態が改善するためであると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 7　結腸癌の治療戦略 1
座長：盛 真一郎（鹿児島県立大島病院）

[O7-3] 膿瘍形成を伴う大腸癌に対する治療戦略の検討

*北村 洋[1]、辻仲 眞康[1]、三浦 智也[1]、初沢 悠人[1]、近藤 裕哉[1] (1. 東北医科薬科大学消化器外科)

【目的】
膿瘍形成を伴う大腸癌は、局所感染の制御と腫瘍学的根治性の両立が課題である。当院での治療経験を通じて、その治療戦略について検討した。
【方法】
2021年1月から2025年12月までに当院で原発巣切除を施行した大腸癌のうち、膿瘍形成を伴った症例を対象とし、患者背景、初期治療、手術内容、短期および長期成績について後方視的に検討した。
【結果】
対象は8例で、年齢中央値は68歳（51–84歳）、男性3例、女性5例であった。7例は診断時に膿瘍形成を伴い、1例はストーマ造設後の化学療法中に膿瘍を発症した。腫瘍部位は虫垂1例、下行結腸1例、S状結腸5例、直腸1例であった。初期治療として1例に緊急で原発巣切除を施行し、7例では抗菌薬投与と腸管安静に続いて段階的治療を行った。このうち4例は2週間以内に原発巣手術を行った。残る3例は、それぞれ、ストーマ造設先行例、SEMS留置例、ストーマ既設例であり、いずれも化学療法/放射線療法後に原発巣切除を施行した。なお、SEMS留置例は術前治療中に穿孔を来し、ストーマ造設を要した。手術アプローチは開腹4例、腹腔鏡3例（うち2例で開腹移行）、ロボット支援1例であった。病期はStage IIが3例、Stage IIIが1例、Stage IVが4例であった。Clavien-Dindo分類III以上の術後合併症を2例に認め、遺残膿瘍および縫合不全が1例ずつであった。また、初回原発巣切除例のうち2例はハルトマン手術となり、1例は術後合併症によりストーマ造設を要した。一方、ストーマ既設例は原発巣切除時に閉鎖が可能であった。観察期間中央値は34か月（5–60ヶ月）で、原病死が1例あった。また局所再発は1例に認められ、遺残膿瘍を併発した症例であった。
【結語】
膿瘍形成大腸癌では、全身状態、腫瘍部位、閉塞・穿孔・穿通などの局所所見、ならびに感染制御の状況を総合的に評価し、一期的あるいは二期的手術を選択する必要がある。安全性と根治性の両立には、症例ごとの病態に応じた柔軟な治療戦略が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 7　結腸癌の治療戦略 1
座長：盛 真一郎（鹿児島県立大島病院）

[O7-4] 術中洗浄細胞診陽性Stage II大腸癌における術後補助療法の意義

*永岡 智之[1]、坪井 葵[1]、石村 菜穂[1]、沖川 昌平[1]、渡部 美弥[1]、松野 裕介[1]、古手川 洋志[1]、吉山 広嗣[1]、八木 草彦[1]、發知 将規[1]、大谷 広美[1] (1. 愛媛県立中央病院消化器外科)

【背景と目的】再発高リスクStage II大腸癌に対する術後補助化学療法（AC）は3-6か月が推奨されている. 近年, 術中の腹水細胞診陽性(CY1)はStage II大腸癌における予後不良因子である可能性が報告されているが, CY1 Stage II大腸癌に対するACの予後改善効果や至適治療期間については不明である. 本検討では, CY1 Stage II大腸癌とStage III大腸癌の予後を比較し, ACの意義について検討した.
【方法】2012年4月から2020年6月までに当院で行ったpStage IIとIIIの初発大腸癌に対するR0切除症例のうち, 術中腹腔内洗浄細胞診施行例のみを解析対象とした. 予後について, 5年無再発生存率(5y-RFS), 5年全生存率(5y-OS)を比較した. さらに, CY1 Stage II大腸癌をAC施行群と非施行群の2群に分けて予後を比較した.
【結果】術中腹腔内洗浄細胞診を施行したpStage II大腸癌 515例のうち, 1は24例（4.7%）あった. 一方, pStage III大腸癌は417例あり, IIIa 43例, IIIb 309例, IIIc 65例であった. 5y-RFSについて, CY1 Stage IIはStage IIIbより不良であり(45.8% vs. 63.6%, p=0.0310), Stage IIIcと同等であった(45.8% vs. 39.8%, p=0.572). また, 5y-OSについてもCY1 Stage IIとStage IIIcは同等であった(65.8% vs. 58.2%, p=0.618). CY1 Stage IIにおける術後補助療法は12例(50%)に施行され, AC施行例の予後は非施行群に比べ有意差はないものの良好であった(5y-RFS:58.3% vs. 33.3%, p=0.250, 5y-OS:82.5% vs. 50.0%, p=0.114).
【結語】CY1 Stage II大腸癌の予後はStage IIIcに相当し、OxaliplatinベースのACを6か月間行うことが望ましいと考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 7　結腸癌の治療戦略 1
座長：盛 真一郎（鹿児島県立大島病院）

[O7-5] Stage II-III大腸癌において、穿孔が予後に与える影響：多施設データベースを用いたPropensity Score Overlap Weighting解析

*別木 智昭[1]、下村 学[1]、矢野 琢也[1]、清水 亘[2]、池田 聡[3]、三口 真司[3]、吉満 政義[4]、香山 茂平[5]、中原 雅浩[6]、小林 弘典[7]、河内 雅年[8]、清水 洋祐[9]、住谷 大輔[10]、向井 正一朗[11]、高倉 有二[12]、石﨑 康代[13]、児玉 真也[14]、安達 智洋[2]、石川 聖[1]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学大学院医系科学研究科消化器・移植外科学、2. 広島市立北部医療センター安佐市民病院外科、3. 県立広島病院外科、4. 広島市立広島市民病院外科、5. JA広島総合病院外科、6. JA尾道総合病院消化器外科・内視鏡外科・肛門科、7. 広島記念病院外科、8. 東広島医療センター消化器外科、9. 呉医療センター・中国がんセンター外科、10. 県立二葉の里病院外科、11. 中国労災病院外科、12. 中電病院外科、13. 広島西医療センター外科、14. JA吉田総合病院外科)

【背景】
穿孔性大腸癌は緊急手術を要する重篤な病態であり、再発率が高く予後不良とされる。しかし、発症率の低さから単一施設での詳細な検討は困難であり、エビデンスは限定的である。特に、穿孔例に付随する「高度な腫瘍進行度」や「全身状態の悪化」といった交絡因子を排除し、穿孔という事象そのものが予後に与える純粋な影響を評価した報告は少ない。
【目的】
多施設共同データベースを用い、Stage II/III穿孔性大腸癌の臨床病理学的特徴を明らかにするとともに、背景因子を調整した上で、穿孔という事象が長期予後や再発形式に及ぼす影響を解明すること。
【対象および方法】 2017年から2019年に県内14施設でStage II/III大腸癌に対し根治切除を施行した2,055例を対象とした。穿孔の有無により2群に分類し、長期予後（全生存率：OS、無再発生存率：RFS、再発形式）を後方視的に比較した。また、両群間の背景因子の偏りを補正するため、Propensity score overlap weighting（OW）法を用いた解析を行い、術前因子・腫瘍因子を調整した患者群においても同様の検討を行った。
【結果】 穿孔例は53例（2.6%）であった。調整前の比較では、穿孔群は非穿孔群に比してASA-PS不良およびpT4以上の進行例が有意に多く、低Alb血症やCRP上昇などの炎症反応も顕著であった。予後解析では、穿孔群はOS・RFSともに有意に低く（OS: P < 0.001、RFS: P = 0.012）、腹膜再発率が有意に高かった（P = 0.007）。多変量解析でも、穿孔はOS、RFS、腹膜再発の独立した予後不良因子であった。 一方、OW法による背景因子調整後の解析では、OS、RFS、腹膜再発率のいずれも両群間に有意差なく（OS: P = 0.163、RFS: P = 0.456、腹膜再発率: P = 0.380）、多変量解析においても穿孔は独立した予後不良因子ではなかった。
【結論】
穿孔性大腸癌は、臨床的には進行した腫瘍因子や全身状態の不良を伴うため予後不良であり、特に腹膜播種が特徴的な再発パターンだった。しかし、背景因子を統計学的に調整した検討では予後の有意差は消失した。Stage II/III大腸癌において、穿孔という事象そのものは、独立した予後規定因子ではない可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 7　結腸癌の治療戦略 1
座長：盛 真一郎（鹿児島県立大島病院）

[O7-6] 内視鏡通過困難な大腸癌に対する短期成績の検討

*中山 瑶子[1]、井川 鈴雅[1]、古出 隆大[1]、多田羅 敬[1]、川嶋 太郎[1]、門馬 浩行[1]、中川 暁雄[1]、小林 巌[1] (1. 兵庫県立加古川医療センター外科・消化器外科)

【はじめに】閉塞性大腸癌に対するステント留置は、2024年大腸癌治療ガイドラインにも記載がある一方、閉塞はないが大腸内視鏡が通過不能な狭窄症例に対しては、予防的なステントが推奨されておらず、その短期成績は十分明らかにされていない。今回我々は、内視鏡通過困難な大腸癌における術後短期成績に対する検討を後方視的に行った。【対象・方法】2013年4月から2025年4月までの期間に大腸癌に対して根治切除を施行した症例。内視鏡通過困難症例をS群、内視鏡通過症例をN群、さらに閉塞を認めない内視鏡通過困難症例をSN群、ステントなどにより減圧を要した症例をSO群と定義して、患者背景（年齢、性別、腫瘍局在）、および手術関連因子、術後合併症（Clavien-Dindo分類3以上）について検討した。【結果】症例は608症例（N群440例、S群168例）。患者背景として、年齢、性差には有意差はなかったが、S群ではAlb(4.0 vs 3.6,p<0.01)、BMI(23.0vs21.9,p<0.01)と低栄養を認め、さらにS群はT因子(p<0.01)、N因子(p<0.01)ともに進行していた。術式（腹腔鏡/開腹/開腹移行）では、N群: 361/54/25 vs S群: 98/49/20 (p<0.01)で、S群では開腹あるいは開腹移行率が高く、手術時間（分）275.1 vs 244.3(p<0.01)、出血量(ml)も137.1vs213.4(p＝0.026)、術後合併症は65/440vs 18/168(P=0.234)で、縫合不全やSSIにおいても有意差は認めなかった。さらにSN群は126例、SO群は42例であり、減圧に対する技術的成功40/42例(95.2%)、手術待機期間の合併症として、穿孔3例(Ｓ群2例、Ｏ群1例, p=0.155)、減圧不良(S群2例、O群3例, p=0.1)を認めた。患者背景には有意差は認めず、T因子（0-2/3/4）（6/94/26 vs 1/26/15, p=0.0326）は認めるが、そのほかの手術関連因子や、術後合併症(24/126 vs 6/42, p=0.488)も有意差を認めなかった。【考察】内視鏡通過困難な大腸癌は、通過可能な大腸癌と比較して、患者背景や術式に有意差を認めるものの、合併症には有意差を認めなかった。また減圧を要する症例と比較しても、短期成績には有意な差は認めず、閉塞を認めない狭窄症例に対しても予防的ステントなしに安全な手術が可能であることが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 7　結腸癌の治療戦略 1
座長：盛 真一郎（鹿児島県立大島病院）

[O7-7] 外腸骨静脈の合併切除により根治切除し得た局所進行盲腸癌の1例

*村山 倫太郎[1]、山本 陸[1]、長岡 綾[1]、濱村 宏平[1]、麻生 沙帆[1]、石塚　ジュスタン 正也[1]、尾立 路輝[1]、岡本 侑大[1]、井田 善文[1]、長廻 優輝[1]、秋間 龍之介[1]、加藤 永記[1]、松本 陽介[1]、宮下 真美子[1]、櫻庭 駿介[1]、田中 顕一郎[1]、伊藤 智彰[1]、佐藤 浩一[1] (1. 順天堂大学医学部附属静岡病院)

症例は70歳代、男性。食思不振・体重減少の精査で盲腸癌が疑われ当科紹介となった。CTでは骨盤内に落ち込む長径10.8cmの回盲部腫瘍を認め、右外腸骨静脈を圧排し、膀胱および右尿管への浸潤を認めたが、遠隔転移は認めなかった。下部消化管内視鏡検査にて盲腸に3型腫瘍を認め、生検で高分化管状腺癌の診断となった。以上より盲腸癌 cT4bN1M0, cStage Ⅲc の診断となったが通過障害は認めなかった。腫瘍がbulkyで複数の他臓器浸潤を認めたことから術前化学療法(NAC)後に切除の方針とし、NAC 6ヶ月施行後に開腹回盲部切除術、右外腸骨静脈・膀胱・尿管・精管・精巣動静脈合併切除を施行した。手術時間13時間5分、出血1,390mlであった。外腸骨静脈はウシ心膜パッチで修復し、尿路は膀胱尿管吻合で再建した。第12病日に膀胱尿管吻合部の縫合不全を認めたが保存加療で改善を認めず、第25病日に再手術を行った。第59病日にPTE/DVTを認め抗血栓薬が開始され、第77病日に退院となった。
術後病理では小腸・膀胱への浸潤を認めたが外腸骨静脈への浸潤は認めず、R0切除ができていた。またypT4bN0M0, ypStage Ⅱc とdown stagingが得られていた。術後補助化学療法としてUFT/LV 5コース施行し、現在術後2年6ヶ月で無再発経過観察中である。
今回、外腸骨静脈の合併切除によって根治切除し得た局所進行盲腸癌の1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 7　結腸癌の治療戦略 1
座長：盛 真一郎（鹿児島県立大島病院）

[O7-8] 下行結腸癌における術前3D-CT angiographyを用いた 支配血管認識の有用性

*内山 優史[1]、竹田 充伸[1]、森 良太[1]、関戸 悠紀[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部附属病院)

【背景】下行結腸癌は全大腸癌の中で4%程度と頻度が少ない結腸癌で、その支配動脈は左結腸動脈(LCA)・S状結腸動脈(S1)・中結腸動脈左枝(MCA-lt)・副中結腸動脈(Ac-MCA)と多岐にわたる。そのため下行結腸癌の手術においては剥離範囲や血管処理が腫瘍の局在部位によって大きく変化し、術前に支配血管や血管走行を認識することは、腹腔鏡手術において特に重要である。当施設では、3D-CT angiography(3D-CTA)を施行し、術前シミュレーションとして用いることにより手術の安全性や確実性の向上に努めている。術前3D-CTAを用いた動脈の走行分類は有用であるという報告はあるが、下行結腸癌の支配血管について報告したものはほとんどない。【目的】術前3D-CTAを用いて下行結腸癌の腫瘍位置と支配血管の関係性について検討した。【対象および方法】2010年1月から2026年3月までに当施設で下行結腸癌に対して腹腔鏡下手術を施行した121例を対象とした。下行結腸癌の局在を脾彎曲部（D-Sp）、IMAレベルより上側（D-U）、下側（D-L）の部位に分類して検討した。【結果】支配血管は、LCAが69例(57.0%)、S1が40例(33.1%)、MCA-ltが7例(5.8%)、Ac-MCAが5例(4.1%)で、LCA・S1支配がほとんどであった。Ac-MCAは28例(23.1%)で認めた。腫瘍位置は、D-Spが27例、D-Uが25例、D-Lが69例であった。D-Spにおける支配血管はLCAが17例、MCA-ltが6例、Ac-MCAが4例であった。D-Uにおける支配血管はLCAが23例、MCA-ltが1例、Ac-MCAが1例であった。D-Lにおける支配血管はS1が40例、LCAが29例であった。IMA根部より頭側に腫瘍があるD-Sp・D-UではS1の支配がなく、IMA根部より尾側に腫瘍があるD-LではMCA-lt・Ac-MCA支配はなく、腫瘍位置と支配血管は相関を認めた。【結語】D-L症例では、MCA領域の郭清が必要でない可能性が示唆された。下行結腸癌の支配血管は多彩であり、術前の3D-CTAによる血管走行の把握は有用であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 9:30 ~ 10:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 8　直腸癌の治療戦略 1

座長：小山 文一（奈良県立医科大学消化器・総合外科学教室）

[O8-1] 術前治療を行った局所進行直腸癌に対する側方郭清の意義に関する検討

*山内 慎一[1]、岩井 美穂[1]、上野 啓補[1]、内村 良平[1]、佐藤 幸平[1]、林 祐美子[1]、國本 真由[1]、中田 美佳[1]、溝口 正子[1]、井垣 尊弘[1]、山本 雄大[1]、花岡 まりえ[1]、賀川 弘康[1]、谷岡 利朗[1]、藤原 尚志[1]、佐藤 雄哉[1]、絹笠 祐介[1] (1. 東京科学大学消化管外科学分野)

[O8-2] 局所進行直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Treatmentの短期・中期成績

*工藤 孝迪[1]、小澤 真由美[1]、山本 峻也[1]、船津屋 拓人[2]、皆川 結明[2]、大矢 浩貴[2]、武井 将伍[1]、前橋 学[1]、太田 絵美[1]、田 鐘寛[2]、沼田 正勝[1]、諏訪 宏和[3]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科、2. 横浜市立大学消化管外科学、3. 横須賀共済病院)

[O8-3] 術前治療後の直腸癌側方リンパ節郭清症例における治療成績および側方リンパ節郭清省略の可能性

*石井 光寿[1]、小野 李香[1]、山﨑 翔斗[1]、丸田 浩志[1]、片山 宏己[1]、山口 峻[1]、足立 利幸[1]、高村 祐磨[1]、井上 悠介[1]、白石 斗士雄[2]、富永 哲郎[2]、橋本 慎太郎[3]、久永 真[3]、大石 海道[4]、竹下 浩明[4]、江口 晋[1]、松本 桂太郎[1]、野中 隆[1] (1. 長崎大学外科学講座、2. JCHO諫早総合病院外科、3. 佐世保市総合医療センター外科、4. 長崎医療センター外科)

[O8-4] 下部直腸癌に対する術前治療後の選択的側方リンパ節郭清の適応と治療成績

*白石 謙介[1]、古屋 信二[1]、仲山 孝[1]、齊藤 亮[1]、丸山 傑[1]、出雲 渉[1]、滝口 光一[1]、庄田 勝俊[1]、雨宮 秀武[1]、河口 賀彦[1]、市川 大輔[1] (1. 山梨大学医学部消化器外科)

[O8-5] 直腸癌手術例における術中内視鏡検査の有用性

*中川 和也[1]、森 康一[1]、多胡 行揮[1]、飯山 慧[1]、金 睿婉[1]、本田 祥子[1]、増田 太郎[1]、小崎 良平[1]、山岸 茂[1] (1. 藤沢市民病院外科)

[O8-6] TNT後内括約筋切除術におけるdiverting stoma閉鎖後の長期ストマフリー転帰

*市川 英孝[1]、松井 信平[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研有明病院　大腸外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:30 ~ 10:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 8　直腸癌の治療戦略 1
座長：小山 文一（奈良県立医科大学消化器・総合外科学教室）

[O8-1] 術前治療を行った局所進行直腸癌に対する側方郭清の意義に関する検討

*山内 慎一[1]、岩井 美穂[1]、上野 啓補[1]、内村 良平[1]、佐藤 幸平[1]、林 祐美子[1]、國本 真由[1]、中田 美佳[1]、溝口 正子[1]、井垣 尊弘[1]、山本 雄大[1]、花岡 まりえ[1]、賀川 弘康[1]、谷岡 利朗[1]、藤原 尚志[1]、佐藤 雄哉[1]、絹笠 祐介[1]
(1. 東京科学大学消化管外科学分野)

【背景】当施設大腸肛門外科（当科）では、術前治療を行った局所進行下部直腸癌について、治療前の側方転移（LM）陽性例には治療的側方郭清（LND）を行い、治療前LM陰性例に対する予防的LNDは、患者や癌の状態に応じて選択的に適用している。
【目的】術前治療を行った局所進行直腸癌に対するロボット支援手術症例の治療成績を解析し、側方郭清の意義について検討する。
【方法】当科にて、2017年10月から2026年3月までにRbにかかる原発性直腸癌（神経内分泌腫瘍除く）で、術前治療後にロボット支援直腸切除術（±LND）を施行した患者60例を対象とし、臨床病理学的因子と予後について後方視的に検討した。
【結果】LNDは32例（53%）に施行され、LND省略例と比して、有意に低ASA-PSスコア症例であった（P=0.04）。LND施行例では、年齢中央値65歳、男/女：28/4、腫瘍の主占拠部位 RS/Ra/Rb/P：3/1/28/1、cStage II/III/IV:2/25/5、術前LM陰性/陽性:13/19、術前治療内訳は放射線化学療法/化学療法/放射線療法：17/14/1、術式内訳は、LAR/ISR/APR/TPE/Hartmann：7/4/12/7/2であった。病理診断によるLM陽性率は、31%（10例）であり、術前診断でLM陽性としていた19例における正診率は42%（8例）であり、LM陰性としていた13例におけるLM陽性率は18%（2例）であった。治療成績では、術後在院日数中央値8日、術後合併症発症率は Clavien-Dindo Grade（CD）2以上38%（12例）、CD3以上6%（2例）であった。長期成績では、3年RFS：66%、3年OS：86%であり、再発を6例に認め、遠隔転移再発5例、局所再発1例であり、局所再発症例は、治療的LNDを行った領域以外のLM再発であった。
【結語】術前治療を行った直腸癌に対するLNDを伴うロボット支援手術は、比較的安全に行われており、LNDによる治療効果は一定の割合で得られていた。過大侵襲を防ぎ選択的にLNDを行うためにはより正確な術前のLM診断が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:30 ~ 10:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 8　直腸癌の治療戦略 1
座長：小山 文一（奈良県立医科大学消化器・総合外科学教室）

[O8-2] 局所進行直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Treatmentの短期・中期成績

*工藤 孝迪[1]、小澤 真由美[1]、山本 峻也[1]、船津屋 拓人[2]、皆川 結明[2]、大矢 浩貴[2]、武井 将伍[1]、前橋 学[1]、太田 絵美[1]、田 鐘寛[2]、沼田 正勝[1]、諏訪 宏和[3]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科、2. 横浜市立大学消化管外科学、3. 横須賀共済病院)

【背景】局所進行直腸癌では局所再発や遠隔転移の制御率の向上を目的としてTotal neoadjuvant therapy (TNT)が欧米では標準治療の1つであるが、本邦ではいまだ短期中期の治療成績についてまとまった報告は少ない。
【方法】2020年10月から2025 年10月までに直腸Ra、Rb、Pを主座とし治療前MRIでcT3,cT4もしくは所属リンパ節転移陽性と診断した局所進行直腸癌のうち、TNT療法としてShort course radio therapy(SCRT)25Gy/5frとCAPOX療法を4-6 コースを行った26例を後ろ向きに検討した。
【結果】局在はRa/Rb: 8/21例、cStageはIIA/IIIA/IIIB/IIIC: 5/0/19/2例であった。TNT治療中Grade3の有害事象を10例 (38%)に認め、その内訳は下痢6例(23%)、好中球減少、直腸炎それぞれ2例ずつ(7%)、手足症候群、食欲不振、疲労が1例(3%)（重複症例あり)であったが、有害事象による治療中止例はなかった。TNT後の再評価でclinical complete response(cCR)　6例 (23%)、near CR 10例 (39%)と診断し、うち7例 (cCR5例/nearCR2例、27%)でNon operative management(NOM)を選択した。原発巣縮小率中央値は-56.4%であった。nearCRでNOMとした2例で局所再増大を認め計21例 (81%)で手術を施行した。手術時間中央値273分、出血量22ml。CD分類Grade II 以上の術後合併症を4例 (19%)に認めたが、Grade3以上の合併症や縫合不全は認めなかった。術後在院日数中央値は10日、ypTNM stage (0/I/II/III）は2/4/8/7例であった。観察期間37M時点での3年無再発生存率は70.0%（95% CI 45.1–85.3)、3年全生存率は95.2%（95% CI 70.7–99.3）であった。またNOMを選択し再増大を認めなかった5例いずれも局所LN/遠隔臓器ともに転移を認めなかった。
【結語】限られた検討であるが、局所進行直腸癌に対するTNTの短期/中期成績は、良好であった。今後さらに症例を蓄積し、再発形式、臓器温存率、長期予後を含めた検討が必要である

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:30 ~ 10:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 8　直腸癌の治療戦略 1
座長：小山 文一（奈良県立医科大学消化器・総合外科学教室）

[O8-3] 術前治療後の直腸癌側方リンパ節郭清症例における治療成績および側方リンパ節郭清省略の可能性

*石井 光寿[1]、小野 李香[1]、山﨑 翔斗[1]、丸田 浩志[1]、片山 宏己[1]、山口 峻[1]、足立 利幸[1]、高村 祐磨[1]、井上 悠介[1]、白石 斗士雄[2]、富永 哲郎[2]、橋本 慎太郎[3]、久永 真[3]、大石 海道[4]、竹下 浩明[4]、江口 晋[1]、松本 桂太郎[1]、野中 隆[1] (1. 長崎大学外科学講座、2. JCHO諫早総合病院外科、3. 佐世保市総合医療センター外科、4. 長崎医療センター外科)

【背景】本邦の大腸癌治療ガイドラインでは，腫瘍下縁が腹膜反転部以下かつcT3以深の直腸癌に対して側方リンパ節郭清（LLND）が推奨されている．しかし，実際には側方リンパ節転移陰性例も多く含まれており，また，近年普及している術前治療後症例におけるLLND省略基準は確立されていない．
【方法】関連4施設にて，2016年4月から2025年12月までに術前治療後にLLNDを伴う根治手術を施行した局所進行直腸腺癌90例を対象とした．術前治療前後のMRIでの側方リンパ節最大短径と病理学的側方リンパ節転移(pLLN)との関連を後方視的に解析した．側方リンパ節転移の診断基準は治療前短径5 mm以上とし，放射線照射例では治療前腫大側のみ，非照射例では両側LLNDを施行した．
【結果】対象はTNT群19例，CRT群18例，NAC群53例であった．pLLN陽性率はそれぞれ21.1%(4/19)，11.1%(2/18)，15.1%(8/53)であった．術前治療後MRIでの側方リンパ節最大短径の至適カットオフ値をYouden indexを用いて算出したところ，TNT群では7 mm，CRT群では5 mm，NAC群では4 mmであった．この基準を用いると，カットオフ値以上の症例におけるpLLN陽性率はTNT群80.0%（4/5），CRT群40.0%（2/5），NAC群31.8%（7/22）で，カットオフ値未満でpLLN陽性となったのはNAC群の1例のみであった(感度92.9%，特異度75.0%，陰性的中率98.3%)．多変量解析では，術前治療後MRIの側方リンパ節最大短径がpLLN陽性の独立した予測因子であった(オッズ比54.78，95%信頼区間6.3-473.9，p＜0.001)．
追跡期間中央値は36か月(1–95か月）で，3年全生存率/無再発生存率/局所無再発率はTNT群91.7%/87.4%/100%，CRT群88.9%/75.5%/100%，NAC群94.6%/77.5%/86.4%であった．
【結語】術前治療後MRIでの側方リンパ節最大短径は，pLLN陽性の有用な予測因子と考えられた．TNTでは7mm，CRTでは5mm，NACでは4mmを上回る場合，LLNDを施行すべきであると考えられた．一方，基準値未満の症例はLLNDを省略できる可能性が示唆された．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:30 ~ 10:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 8　直腸癌の治療戦略 1
座長：小山 文一（奈良県立医科大学消化器・総合外科学教室）

[O8-4] 下部直腸癌に対する術前治療後の選択的側方リンパ節郭清の適応と治療成績

*白石 謙介[1]、古屋 信二[1]、仲山 孝[1]、齊藤 亮[1]、丸山 傑[1]、出雲 渉[1]、滝口 光一[1]、庄田 勝俊[1]、雨宮 秀武[1]、河口 賀彦[1]、市川 大輔[1] (1. 山梨大学医学部消化器外科)

【緒言】
下部直腸癌に対する側方郭清は本邦ガイドラインで推奨されているが，術前治療後の側方リンパ節転移診断基準や郭清適応については一定の見解が得られていない．特にCRT施行後における予防的側方郭清の必要性については議論がある．当科ではCRT施行症例に対する予防的側方郭清は省略し，術前画像診断で側方リンパ節転移を疑う症例に対してのみ治療的側方郭清を施行している．
【目的】
当科における側方リンパ節転移診断基準および側方郭清適応，治療成績について後方視的に検討した．
【方法】
2015～2023年に腹腔鏡・ロボット手術を施行した直腸癌198例中，腫瘍下縁がRbにかかる87例を対象とした．cT3以深，any N因子，80歳以下を基本適応としてCRTを施行した．CTまたはMRIで側方リンパ節短径7mm以上を転移疑いと診断し，選択的に治療的側方郭清を施行した．
【結果】
cT3以深は50例であり，術前治療導入前に側方リンパ節転移を認めた症例は10例で，全症例中11.5%，cT3以深症例中20%であった．術前治療はCRT29例，化学療法4例に施行された．側方リンパ節転移疑い10例に対して側方郭清を施行し，ロボット支援下側方郭清は3例であった．病理学的側方リンパ節転移陽性は2例であった．観察期間中央値は1530日であった．cT3以深50例中6例に再発を認め，肝/肺/骨/局所：4/2/1/2（重複あり）であったが，側方リンパ節再発は認めなかった．
【結論】
CRT施行症例に対して予防的側方郭清を省略し，画像上側方リンパ節転移を疑う症例に対して選択的に治療的側方郭清を施行する戦略により，中期的に良好な局所制御が得られた．術前治療後の側方リンパ節転移診断基準および郭清適応についてさらなる検討が必要である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:30 ~ 10:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 8　直腸癌の治療戦略 1
座長：小山 文一（奈良県立医科大学消化器・総合外科学教室）

[O8-5] 直腸癌手術例における術中内視鏡検査の有用性

*中川 和也[1]、森 康一[1]、多胡 行揮[1]、飯山 慧[1]、金 睿婉[1]、本田 祥子[1]、増田 太郎[1]、小崎 良平[1]、山岸 茂[1] (1. 藤沢市民病院外科)

【背景】直腸癌手術時の術中内視鏡の有用性についての報告はほとんどないのが現状である。
【目的】直腸手術時の術中内視鏡が、術後の臨床経過へ与える影響を後方視的に検討する。
【対象・方法】2017年1月から2025年12月までに直腸癌に対して経肛門的に器械吻合し、術中内視鏡を施行した305例を対象とした。術中内視鏡では吻合部の観察と、送気によるエアリークテストを施行している。
【結果】305例中、年齢中央値は69歳で、男性183例（60%）であった。手術アプローチは開腹手術が2例（0.7%）、腹腔鏡手術が175例(57%)、ロボット支援下手術が128例(42%)であった。術式は高位前方切除術が92例（30%）、低位前方切除術が213例(70%)であり、82例（27%）で一時的人工肛門を造設していた。術中内視鏡で吻合部出血を認めたのは2例（0.7%）あり、いずれも腹腔鏡下に縫合を追加し止血を得た。術後に吻合部出血を合併した症例は認めなかった。また、術中内視鏡でエアリークを認めたのは13例（4.2%）であった。305例中、術後に縫合不全を認めたのは21例（6.9%）であり、Clavien-Dindo分類でGrade Ⅱ：3例、Ⅲa：12例、Ⅲb：4例、Ⅳa：1例、Ⅳb：1例であった。高位前方切除術92例中７例（7.6%）でエアリーク陽性であり、回腸人工肛門造設を追加した1例では術後縫合不全は認めなかった。その他6例では鏡視下にエアリーク部位の縫合補強を追加し、エアリークの消失が確認されたが、1例で術後縫合不全を合併した。また低位前方切除術213例中6例(2.8%)がエアリーク陽性であり、その内1例では鏡視下に縫合補強のみを行い、術後縫合不全は認めなかった。その他5例では回腸人工肛門を造設し、４例では鏡視下あるいは経肛門的に縫合補強も追加したが、1例で術後縫合不全を合併した。術中エアリーク陽性であった13例中2例(15%)に、陰性であった292例中19例（6.5%）に、術後の縫合不全を認めた。
【結論】術中内視鏡による出血やエアリークに対する処理により、術後出血および縫合不全を未然に予防できた症例があったと考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:30 ~ 10:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 8　直腸癌の治療戦略 1
座長：小山 文一（奈良県立医科大学消化器・総合外科学教室）

[O8-6] TNT後内括約筋切除術におけるdiverting stoma閉鎖後の長期ストマフリー転帰

*市川 英孝[1]、松井 信平[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研有明病院　大腸外科)

【目的】下部直腸癌に対するtotal neoadjuvant therapy（TNT）後の内括約筋切除術（ISR）は、肛門温存を目的とした治療選択肢である。しかし、ISRが施行されてもdiverting stomaの閉鎖不能例や、閉鎖後に再ストマを要する症例が存在し、長期的にストマフリー状態を維持できるかは十分に明らかでない。また、TNTに伴う組織変性や創傷治癒遅延がストマ関連転帰に影響する可能性も懸念される。本研究では、TNT後ISR症例におけるdiverting stoma閉鎖率および長期ストマフリー転帰を検討した。
【対象と方法】2012年から2024年に当院でTNT後にISRを施行した直腸癌症例から、pull-through法による再建例、Stage IV症例、ストマ閉鎖後の詳細な経過観察が困難であった症例を除外し、diverting stoma造設例47例を解析対象とした。ストマ閉鎖率、閉鎖不能理由、閉鎖後再ストマ造設率、再ストマ理由、最終観察時のストマ状態を検討した。
【結果】年齢中央値53歳、男性35例であった。TNTは長期照射ベース41例、短期照射ベース6例で、術後補助化学療法は23例に施行された。側方郭清は30例、ロボット支援手術は17例に施行された。Diverting stomaは全例ileostomyであった。病理学的StageはpCR 11例、I 10例、II 7例、III 19例で、全例R0手術が達成された。ストマ閉鎖は43例で施行され、閉鎖率は91.5%であった。根治術からストマ閉鎖までの期間中央値は183日、閉鎖後観察期間中央値は1798日であった。閉鎖不能例は4例で、理由は根治術後早期の縫合不全によるAPR 1例、再発2例、アルコール性肝障害1例であった。閉鎖後再ストマ造設は7例に認め、理由は排便機能障害4例、遅発性吻合不全1例、吻合部狭窄1例、直腸腟瘻1例で、全例で永久ストマとなった。最終観察時にストマフリーであった症例は36例、最終ストマフリー率は76.6%であった。
【結語】TNT後ISR症例では高率にdiverting stoma閉鎖が可能であった。一方、閉鎖不能例および閉鎖後再ストマ例を含めると、約4分の1の症例で最終的なストマフリー状態は維持されなかった。TNT後のISRでは、ストマ閉鎖の達成のみならず、長期的なストマフリー状態を含めた評価が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 9　直腸癌の治療戦略 2

座長：浜部 敦史（大阪大学医学部消化器外科）

[O9-1] 高齢直腸癌患者における術後腸腰筋体積低下と長期予後の関連

*辻尾 元[1]、眞部 祥一[1]、塩見 明生[1]、田中 佑典[1]、笠井 俊輔[1]、小嶋 忠浩[1]、森 千浩[1]、髙嶋 祐助[1]、八尾 健太[1]、横山 希生人[1]、小林 尚輝[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 竣助[1] (1. 静岡県立静岡がんセンター　大腸外科)

[O9-2] 直腸癌手術におけるDS非造設、縫合不全予防のための取り組み　-テンションフリーでの吻合のためのこだわり-

*戸嶋 俊明[1]、矢野 雄大[1]、新田 薫[1]、戸嶋 圭[1]、藤田 脩斗[1]、宇根 悠太[1]、大谷 朋子[1]、小西 大輔[1]、徳毛 誠樹[1]、吉川 武志[1]、小林 正彦[1]、村岡 篤[1]、國土 泰孝[1]、藤原 俊義[1] (1. 香川労災病院　外科・消化器外科)

[O9-3] 膀胱浸潤を認めた直腸癌に対し術前化学療法施行後にロボット支援下直腸切除と膀胱部分切除にて根治手術が可能であった１例

*三宅 正和[1]、吉村 大士[1]、井上 卓哉[1]、種村 匡弘[1] (1. りんくう総合医療センター)

[O9-4] 会陰先行アプローチとDelayed coloanal anastomosisによる人工肛門回避を目指した肛門温存戦略

*三城 弥範[1]、山本 匠[1]、北川 祐資[1]、柳農 浩樹[2]、瀧井 麻美子[2]、上原 広樹[2]、山田 典和[2]、五十嵐 優人[2]、森 至弘[2]、萩原 千恵[2]、諏訪 雄亮[2]、福長 洋介[1]、渡邉 純[2] (1. 関西医科大学総合医療センター　下部消化管外科、2. 関西医科大学　下部消化管外科学講座)

[O9-5] Intersigmoid recess開放のすゝめ：効率的な間膜授動の流儀

*吉田 祐[1]、板谷 喜朗[1]、藤田 覇留久[1]、尾地 伸悟[1]、青山 龍平[1]、山本 健人[1]、岡村 亮輔[1]、笠原 桂子[1]、星野 伸晃[1]、前田 将宏[1]、肥田 侯矢[1]、小濱 和貴[1] (1. 京都大学医学部附属病院消化管外科)

[O9-6] 直腸癌術後の異時性側方リンパ節転移に対する完全腹膜外腔アプローチによる鏡視下側方リンパ節郭清術の検討

*鱒渕 真介[1]、加藤 広貴[1]、澤村 栄鳳[1]、阿部 信貴[1]、サンフォード 舞子[1]、米田 浩二[1]、木下 隆[1]、林 道廣[1]、河合 英[1] (1. 市立ひらかた病院消化器外科)

[O9-7] ロボット支援下直腸癌手術時に偶然発見された高分化型乳頭状中皮腫の1例

*岡澤 裕[1]、松井 智啓[1]、宮前 眞人[1]、川本 雅彦[1]、伊藤 博士[1]、窪田 健[1] (1. 医誠会国際総合病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 9　直腸癌の治療戦略 2
座長：浜部 敦史（大阪大学医学部消化器外科）

[O9-1] 高齢直腸癌患者における術後腸腰筋体積低下と長期予後の関連

*辻尾 元[1]、眞部 祥一[1]、塩見 明生[1]、田中 佑典[1]、笠井 俊輔[1]、小嶋 忠浩[1]、森 千浩[1]、髙嶋 祐助[1]、八尾 健太[1]、横山 希生人[1]、小林 尚輝[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 竣助[1] (1. 静岡県立静岡がんセンター　大腸外科)

【目的】高齢化に伴い、直腸癌においても高齢者に手術を施行する機会が増加しており、サルコペニアを有する症例も少なくない。我々はこれまでサルコペニアの分類法として術前CTより筋肉量の指標である腸腰筋体積指数（PVI）を用いた評価法を報告してきた。近年、術前サルコペニアに加え、術後筋肉量低下と予後との関連が注目されている。本研究では高齢直腸癌患者における術後PVI低下の臨床的意義を検討した。
【方法】2014～2018年に65歳以上の原発性直腸癌に対して鏡視下に根治切除を施行した症例のうち、Stage Ⅳ、多発癌、重複癌、骨盤内臓全摘術施行例を除外した384例を対象とした。術前および術後4～10か月のCTよりPVIを算出した。性別ごとのカットオフ値未満を術前サルコペニア、術前比10%以上のPVI低下を術後PVI低下と定義し、臨床病理学的因子および予後との関連を後方視的に解析した。
【結果】年齢中央値は72.0歳、男性258例/女性126例であった。男性103例（39.9%）、女性46例（36.5%）が術前サルコペニア群に、男性27例（10.5％）、女性10例（7.9%）が術後PVI低下群に分類された。5年全生存率（OS）：術後PVI低下群79.1% vs 術後PVI維持群93.5%（p<0.01）、5年癌特異的生存率：87.1% vs 96.9%（p=0.01）、5年無再発生存率：54.9% vs 84.8%（p<0.01）。術前サルコペニアの有無で層別化しても術後PVI低下群は同様に予後不良だった。OSに関する多変量解析の結果、術後PVI低下が独立した予後不良因子として抽出された（HR 3.88, 95%CI 1.51-8.87, p<0.01）。また、術後PVI低下のリスク因子についての多変量解析の結果、回腸人工肛門造設および術後合併症（Clavien-Dindo ≥III）が独立したリスク因子として同定された（OR 2.84, p=0.02; OR 7.06, p<0.01）。
【結論】高齢直腸癌患者において術後PVI低下は長期予後不良のリスク因子として同定された。術前サルコペニアを認めていなかった症例においても、術後PVI低下は長期予後不良となる可能性が示唆された。また、一時的回腸人工肛門造設症例や重篤な術後合併症をきたした症例では術後PVI低下をきたしやすく、周術期のリハビリテーションや栄養介入が重要と考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 9　直腸癌の治療戦略 2
座長：浜部 敦史（大阪大学医学部消化器外科）

[O9-2] 直腸癌手術におけるDS非造設、縫合不全予防のための取り組み　-テンションフリーでの吻合のためのこだわり-

*戸嶋 俊明[1]、矢野 雄大[1]、新田 薫[1]、戸嶋 圭[1]、藤田 脩斗[1]、宇根 悠太[1]、大谷 朋子[1]、小西 大輔[1]、徳毛 誠樹[1]、吉川 武志[1]、小林 正彦[1]、村岡 篤[1]、國土 泰孝[1]、藤原 俊義[1] (1. 香川労災病院　外科・消化器外科)

【背景】(超)低位前方切除(u)LARにおける縫合不全(AL)の予防に関しては多くの報告があるが、当院では (u)LARにおいて、テンションフリーでの吻合ができた場合は原則としてDSを造設しておらず、その定義は、「吻合部の口側腸管が骨盤底部に横たわる状態」としている。【手術手技】テンションフリーな吻合のためには、口側腸管、腸間膜ともに緊張がかからないようにする必要がある。口側腸管に緊張がかからないようにするには授動を十分にすることが重要であり、ロボット支援下(R)では4番アームで適切なテンションをかけることによって出血の少ない視野で脾湾から膵下縁まで授動を行う。腸間膜に緊張がかからないように、IMV切離部の右側の下行結腸間膜をIMVに沿って頭側にできる限り切離する。下行結腸間膜を温存した辺縁血管間際まで右側から切離する。必要あれば開腹操作時に下行腸間膜側の癒合筋膜を1cm間隔で短冊状に切開する。上記操作は原則としてICG蛍光法による血流評価前に行う。【手術成績】2023年より上記を開始し、計34例に(u)LARを施行し(LAR22例(R17例、腹腔鏡下(L) 5例)、uLAR12例(R10例、L2例))、全例にテンションフリーでの吻合を施行し、DS造設0例で全例に肛門ドレーンを留置した。uLARのうち1例に両側側方郭清(LD2)を行った。L群で大動脈周囲リンパ節郭清、膣/尿管合併切除を1例ずつに行った。術前化学療法をR群、L群に1例ずつ施行した。手術時間、出血量、術後在院日数はR(u)LAR/L(u)LARでそれぞれ324(224-417)分/246(220-427)分、20(0-250)ml/50(20-1065)ml、13(8-26)日/12(10-28)日であった。食事開始日は術後6(3-12)日目、Proximal marginは155(100-280)mm、distal marginは40(10-100)mmであった。ALは1例(3%)に認め、Clavien-Dindo分類IIIbであった。【結語】直腸癌手術における口側腸管の安全確実な授動によりテンションフリーな吻合ができ、DS、ALを減らす可能性があることが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 9　直腸癌の治療戦略 2
座長：浜部 敦史（大阪大学医学部消化器外科）

[O9-3] 膀胱浸潤を認めた直腸癌に対し術前化学療法施行後にロボット支援下直腸切除と膀胱部分切除にて根治手術が可能であった１例

*三宅 正和[1]、吉村 大士[1]、井上 卓哉[1]、種村 匡弘[1] (1. りんくう総合医療センター)

症例は66歳の男性、気尿、下腹部痛、排尿時痛を主訴に近医泌尿器科を受診。膀胱鏡にて膀胱に圧迫像を認めたため当院へ紹介受診となった。下部内視鏡検査にてAV12㎝に2型進行癌を認め、奥への内視鏡挿入は不可であった。生検の結果は、中分化腺癌であった。胸腹部造影CT検査では肝肺転移は認めず。直腸RS～Raに造影効果のある全周性壁肥厚を認め、膀胱との交通が疑われた。MRIではRS～Raに壁肥厚を認め、膀胱壁と直腸の間にfluidを認め膿瘍形成、穿通が疑われた。骨盤内臓全摘を回避し根治性を上げることを目的に人工肛門造設後に術前化学療法を施行する方針とした。腹腔鏡下横行結腸双口式人工肛門造設術を施行し、その後にCAPOX+Bevを４コース施行した。腫瘍は著明に縮小し膀胱との接地面も小さくなっていたため、ロボット支援下直腸切除術+膀胱部分切除、横行結腸人工肛門閉鎖術を施行した。手術時間は306分、出血量は100mlで術中合併症は認めなかった。術後経過は良好で合併症は認めず術後８日で退院となった。摘出標本の病理診断結果は、RS Type2, mod, pT4b(膀胱), PM0(9cm), DM0(3cm), Ly0, V1, PnX, pN0(0/13), H0, P0, M0, pStageIIc.　組織学的効果判定:grade2であった。術後１年目のサーベイランスでの再発は認めていない。当院では他臓器への浸潤が疑われる結腸、直腸癌の場合、臓器温存、根治度を上げることを目的に術前化学療法もしくは術前放射線化学療法を施行している。今回は、根治切除をロボット支援下におこなった。開腹や腹腔鏡よりも触覚がないため浸潤部分をしっかり視認して切除することが求められる。明らかに浸潤がないところで膀胱内腔まで切開し全層で膀胱を切除していくことが大切であると考える。今回、我々は膀胱浸潤を認めた直腸癌に対し術前化学療法施行後にロボット支援下直腸切除と膀胱部分切除にて根治手術が可能であった１例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 9　直腸癌の治療戦略 2
座長：浜部 敦史（大阪大学医学部消化器外科）

[O9-4] 会陰先行アプローチとDelayed coloanal anastomosisによる人工肛門回避を目指した肛門温存戦略

*三城 弥範[1]、山本 匠[1]、北川 祐資[1]、柳農 浩樹[2]、瀧井 麻美子[2]、上原 広樹[2]、山田 典和[2]、五十嵐 優人[2]、森 至弘[2]、萩原 千恵[2]、諏訪 雄亮[2]、福長 洋介[1]、渡邉 純[2] (1. 関西医科大学総合医療センター　下部消化管外科、2. 関西医科大学　下部消化管外科学講座)

【背景】
低位直腸癌に対する括約筋間直腸切除術（ISR）では、縫合不全予防目的に一時的人工肛門（temporary stoma：TS）造設が一般的である。しかしTSは、ストマ関連合併症やQOL低下、閉鎖術関連合併症などの問題を有する。当科では、TSに対する拒否感が強い症例に対し、会陰先行アプローチを併用したPull-through and delayed coloanal anastomosis（DCA）による人工肛門回避戦略を導入している。
【対象と方法】
2024年10月から2026年5月までに、原発性低位直腸がんに対して腹腔鏡下ISRおよびPull-through and DCAを施行した5例を対象とした。手術は会陰操作を先行し、直視下に後壁・側壁剥離を先行して行い、前壁剥離は腹腔側操作に委ねた。その後、5–10 cmの口側結腸を肛門外へpull-throughし、約7日後に二期的結腸肛門吻合を施行した。短期成績として術後合併症、縫合不全、人工肛門回避率を検討した。
【結果】
手術時間中央値は432分（329–564）、出血量中央値は50 mL（0–250）であった。Clavien–Dindo Grade III以上の術後合併症は認めず、再手術を要する縫合不全は認めなかった。全例で一時的人工肛門を回避できており、いずれもR0 切除が達成できていた。
【考察】
会陰先行アプローチを併用したPull-through and DCA法は、直視下で安全に後壁・側壁剥離を進めることが可能であり、前壁操作を腹腔側で行うことで解剖学的安全性向上にも寄与すると考えられた。また、一時的人工肛門を回避し得る点は、患者QOLの観点からも有用と考えられる。
【結語】
会陰先行アプローチを併用したPull-through and DCA法は、選択された低位直腸癌症例に対するstoma-free anal preservation strategyとして有望な治療選択肢となる可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 9　直腸癌の治療戦略 2
座長：浜部 敦史（大阪大学医学部消化器外科）

[O9-5] Intersigmoid recess開放のすゝめ：効率的な間膜授動の流儀

*吉田 祐[1]、板谷 喜朗[1]、藤田 覇留久[1]、尾地 伸悟[1]、青山 龍平[1]、山本 健人[1]、岡村 亮輔[1]、笠原 桂子[1]、星野 伸晃[1]、前田 将宏[1]、肥田 侯矢[1]、小濱 和貴[1] (1. 京都大学医学部附属病院消化管外科)

【背景】Intersigmoid recess（以下，リセス）は，S状結腸間膜付着部を外側から観察した際に認められる凹みであり，垂直根（直腸側）と斜根（下行結腸側）の交点に位置する。左総腸骨動脈腹側を尿管が乗り越える部位に一致するため，従来は尿管同定のメルクマールとして用いられてきたが，直腸切除術の内側アプローチにおいても有用である。当科ではリセスを内側から開放する手技を定型化しており，本手技とその有用性を報告する。

【手術手技】予防的郭清では左結腸動脈温存の中枢側D3郭清を基本とする。#253郭清組織を切除側につけてSRA・IMVを切離すると，すぐ外側の下行結腸間膜に吊り上がるような白色膜様構造物が露出する。これに沿って尾側へ剥離を進めると，尿管腹側でリセスが開放され，内側アプローチ層とS状結腸間膜外側が交通する。開放したリセスを起点にさらに外側・尾側へ剥離を進めることで，内側アプローチの術野のままSD junction（SDJ）授動や直腸後腔剥離も施行可能となる。

【有用性】リセス開放は，必要最小限かつ十分な内側アプローチのゴール設定と，最も効率的な外側アプローチ・直腸間膜左側剥離の起点獲得を同時に実現する。下行結腸間膜を頭側へ剥離する際は，リセスを中心に内側・外側アプローチの剥離ラインが連続するため，間膜授動時により広く効率的な緊張がかかる。また，S状結腸が長くSDJ授動を省略する症例でも，内側からリセスを開放し直腸側へ腹膜切開を延長することで，直腸間膜左側の視野が安定する。

【結語】内側アプローチでのリセス開放は，当科が掲げる必要最小限剥離と親和性が高く，手術時間短縮への寄与が期待される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 9　直腸癌の治療戦略 2

座長：浜部 敦史（大阪大学医学部消化器外科）

[O9-6] 直腸癌術後の異時性側方リンパ節転移に対する完全腹膜外腔アプローチによる鏡視下側方リンパ節郭清術の検討

*鱒渕 真介[1]、加藤 広貴[1]、澤村 栄鳳[1]、阿部 信貴[1]、サンフォード 舞子[1]、米田 浩二[1]、木下 隆[1]、林 道廣[1]、河合 英[1] (1. 市立ひらかた病院消化器外科)

背景：直腸癌手術後に異時性側方骨盤リンパ節転移を呈した患者に対する鏡視下側方リンパ節郭清において、完全腹膜外腔アプローチを用いた症例報告は少ない。今回、腹膜外腔アプローチによる側方リンパ節郭清の成績を報告する。
対象と方法：対象は、直腸癌手術後にCT、MRI、またはPET-CTで切除可能な側方リンパ節再発が疑われた患者とした。2018年10月以降、鏡視下腹膜外腔アプローチによる側方リンパ節郭清を１１例に施行した。本術式は鼠径ヘルニアの手術に対するTEP法のアプローチを応用したもので、腹直筋後鞘の前面から弓状線をこえて腹膜外腔に到達し、側方リンパ節郭清を施行する。
結果：１１例中１０は鏡視下腹膜外腔アプローチで側方リンパ節郭清を完了したが、1例は腹腔内アプローチに移行した。手術時間の中央値は226分、推定出血量の中央値は10mlであった。術後合併症は１例に創感染を認めた。中長期成績としては、７例は無再発で経過しているが、１例は側方リンパ節再発・陰茎転移・肺転移をきたした。また他3例に関しては各々肝転移・肺転移、大動脈周囲リンパ節転移・腹膜播種、脊椎転移をきたしている。現時点では症例数が少ないため今後更なる症例を蓄積し、短期成績や長期成績を検討する必要がある。
結論：鏡視下腹膜外腔アプローチによる側方リンパ節郭清術の短期成績は許容できるものであった。本術式は腹膜を損傷することなく実施できるため、従来の腹腔内アプローチよりも低侵襲であり、異時性側方リンパ節転移に対して有用であった。現時点では症例数が少ないため今後更なる症例を蓄積し、短期成績や長期成績を検討する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 9　直腸癌の治療戦略 2
座長：浜部 敦史（大阪大学医学部消化器外科）

[O9-7] ロボット支援下直腸癌手術時に偶然発見された高分化型乳頭状中皮腫の1例

*岡澤 裕[1]、松井 智啓[1]、宮前 眞人[1]、川本 雅彦[1]、伊藤 博士[1]、窪田 健[1] (1. 医誠会国際総合病院)

高分化乳頭状中皮腫（well differentiated papillary mesothelial tumor: WDPMT）は、主に若～中年女性の腹膜に発生する、良性～低悪性度の比較的まれな腫瘍である。長期間安定した経過をたどることが多く、予後は良好な傾向にあるが、稀に悪性転化して高悪性度の中皮腫へ移行する可能性も指摘されている。
症例は70代の男性。既往に慢性心不全、心房細動、両側鼠径ヘルニア術後を認めた。鉄欠乏性貧血を指摘され精査目的に当院を紹介受診。上部内視鏡検査では出血性胃潰瘍を認め、下部内視鏡検査ではAV15cmに約半周性の1型病変を認め、生検でtub1,tub2であり直腸Ra癌の診断となった。造影CTでは明らかな遠隔を認めず、大腸癌取り扱い規約（第9版）cT3N1aM0のcStageⅢbに対しロボット支援下低位前方切除術を施行した。術中所見では骨盤内の直腸壁、臓側腹膜、壁側腹膜の広範に乳頭状腺腫様小結節が多数確認された。播種結節の可能性も否定はできず術中迅速病理診断に提出した。結果はWDPMTであり直腸癌の播種ではなかった。
WDPMTは骨盤内の広範に拡がっており完全切除は困難であると判断し、直腸癌の切除範囲に含まれる腫瘍のみ可及的に切除を行った。手術時間は4時間44分で出血量は10mlであった。術後経過は概ね良好で9日目に退院した。病理組織診断では腸間膜に疎な線維間質を伴う乳頭状構造を認めた。中皮腫との鑑別のためMTAP、BAP1の免疫染色を施行した。MTAPの完全欠失は見られず、BAP1の核発現が保たれていたためWDPMTと最終診断された。
WDPMTは女性に好発する稀な疾患であり、今回高齢の男性で認められた点は極めて珍しい。術前に診断することはかなり困難であり術中に偶然発見されることが多い。あまり認知されていないため、今回のように癌の手術の際に偶然発見されると癌性腹膜炎と臨床診断されてしまう危険性がある。多少の文献的考察を加え報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:10 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 10　痔核の治療

座長：谷村 修（福西会病院 大腸肛門科）

[O10-1] A・Eに『こだわる』

*小野 芳人[1]、渡辺 英生[1]、渡辺 学[1]、松本 欣也[1]、竹田 正範[1]、阿部 陽介[1]、鉾石 文彦[2]、石丸 啓[3] (1. 医療法人ミネルワ会渡辺病院外科、2. ほこいし医院、3. 愛媛大学医学部附属病院消化器外科)

[O10-2] 痔核に対する分離結紮術施行時の工夫ー適応・術後合併症の対策も含めてー

*野村 英明[1] (1. フラワーロードのむら肛門クリニック)

[O10-3] 日帰り痔核手術におけるALTA併用療法の重要性　―後出血を防止するためのE3・A術式―

*樽見 研[1]、吉田 幸平[2] (1. 札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック、2. 新宿おしりのクリニック)

[O10-4] 疼痛緩和、早期退院を目的としたPartial Stapled Hemorrhoidpexy (PSH)

*伊禮 靖苗[1]、髙野 正太[1]、辻 順行[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院大腸肛門機能科)

[O10-5] 内痔核結紮切除術後に止血困難を呈した後天性von Willebrand症候群の1例

*木村 泰斗[1]、澤田 元太[1]、米田 直樹[1]、長江 歩[1]、藤野 志季[1]、谷澤 佑理[1]、文 正浩[1]、福永 浩紀[1]、森本 修邦[1]、森田 俊治[1] (1. 市立伊丹病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:10 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 10　痔核の治療

座長：谷村 修（福西会病院 大腸肛門科）

[O10-1] A・Eに『こだわる』

*小野 芳人[1]、渡辺 英生[1]、渡辺 学[1]、松本 欣也[1]、竹田 正範[1]、阿部 陽介[1]、鉾石 文彦[2]、石丸 啓[3] (1. 医療法人ミネルワ会渡辺病院外科、2. ほこいし医院、3. 愛媛大学医学部附属病院消化器外科)

＜はじめに＞
ALTA療法は痔核治療において重要な位置づけの治療法となっているが，外痔核成分を伴った痔核においてALTA単独療法は，再発しやすく，そもそも「治せない」こともある．そのため，これらに対してALTA併用療法が行われるようになり，根治度は飛躍的に向上した．
＜ALTA併用療法＞
ALTA併用療法にはLE+A，A・E，E・A， ACLとの併用，分離結紮術との併用があり，ALTA療法（四段階注射法）マニュアルで名称記載されている．当院では再発を考慮し，巨大な内痔核を持つ内外痔核に対してはLE+Aを行うが，それ以外の内外痔核に対してはA・Eを行っている．
＜A・EかE・Aか＞
　ALTAを先行するA・Eを行うか，切除を先行するE・Aを行うかは，痔核の状況によって決定されることは少なく，ALTAを四段階注射で十分行いたいか，切除をメインに行いたいかで施設や術者によって概ね決まっている．当院ではALTAの効果を最大に引き出せると考え，A・Eを行っており，再発・合併症共に低く抑えられている．
＜A・Eの長所＞
ALTAを元の痔核の状態のまま十分に打つことが可能であり，第一段階の血流減少と吊り上げ効果，第二第三段階の痔核の縮小と固定効果，第四段階の歯状線への落ち込み防止効果が確認できた上で外痔核成分の処理ができる．また薬液の漏れがなく，痔核体積に対して適切な量を投与でき，マッサージも十分できる．
＜A・Eの短所＞
　ALTAを先行する場合，外痔核成分を切除する場面では薬液の影響が及んで浮腫気味になっており，切除ラインを決めづらい．そのため，必ず最初の痔核評価時に外痔核成分も評価し，「切除併用するならこの範囲」と決めておく．ただし，注射後の縮小効果で切除範囲が小さくなれば，予定より少なく切除することが可能である．逆に予想よりも吊り上がりが悪い場合もあり，その場合は歯状線からしっかり痔核を剥がしてE3を行う．よってALTAの反応をみつつ調節でき，必要最小限の切除侵襲にすることが可能な手技である．
＜まとめ＞
　A・EはALTAの効果を十分に引き出すことのできる併用療法で，術中に効果を目視しつつ「いい塩梅」に切除侵襲を加える手術手技のため，ALTAに慣れてくればお勧めの併用療法である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:10 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 10　痔核の治療
座長：谷村 修（福西会病院 大腸肛門科）

[O10-2] 痔核に対する分離結紮術施行時の工夫ー適応・術後合併症の対策も含めてー

*野村 英明[1] (1. フラワーロードのむら肛門クリニック)

【はじめに】

1837年に本間棗軒が「瘍科秘録」において腸痔（痔核）に対する結紮術として「一条の絹糸を二条にして痔核の根部口側より刺入、その絹糸で痔核を左右にそれぞれ分離して結紮する」と著述している。

1998年に増田芳夫らが痔核結紮術に若干の工夫を加え、外来治療にも応用できる分離結紮術として発表した。

2014年に発行された肛門疾患診療ガイドラインでも、分離結紮術はIII、IV度の内外痔核に有効な術式、とされている。

本術式は簡便、かつ術後の創がやわらかいのが利点とされており、我々の施設でもこれらの方法に倣った古典的結紮療法を積極的に取り入れている。

【手術の実際】

前後方の痔核には主に分離結紮法をおこなっている。前方は11時方向の痔核を中心にやや大きく、後方は7時方向とかぶるのでやや小さく結紮することが多い。正中を挟んで左右に結紮することにより、術後の皮垂形成の予防にも有用である。糸を通す際にあまり深く針を通すと括約筋を損傷する危険があるため、大きな痔核の場合でも粘膜下に近い浅い位置に通すことでそれを防ぎ、また肛門クッションの温存も図っている。

前後方向の痔核を結紮すると、それだけで左右の痔核はかなり縮小する。3、7時方向は外痔核の大きな症例に対しては分離結紮法をおこなうが、外痔核の小さなものは超音波メスで切除し、内痔核にALTAを注射することが多い。

また粘膜脱併存症例にはMcGivney ligator を併用することもある。

全周性の痔核に対しては主痔核間の膜様に伸展した皮膚部分に切開を入れて剥離をおこなうが、膜様部の肛門側は切開せずにテント状にして残しておき、分離結紮施行時に余剰皮膚のみを結紮することにより術後早期の腫脹や疼痛・及び晩期の狭窄や皮垂を予防している。

これらの分離結紮術施行時の工夫につき症例5例の動画を交えて発表する。

【補足】

当院では分離結紮術を中心とした痔核手術をおこなっているが、その術式のみに固執するのではなく超音波メスやALTA、McGivney ligator 等をフレキシブルに組み合わせることにより様々なタイプの痔核に対しそれぞれ的確な治療をおこなっている。
当演題は非識別加工情報を用いた研究である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:10 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 10　痔核の治療
座長：谷村 修（福西会病院 大腸肛門科）

[O10-3] 日帰り痔核手術におけるALTA併用療法の重要性　―後出血を防止するためのE3・A術式―

*樽見 研[1]、吉田 幸平[2] (1. 札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック、2. 新宿おしりのクリニック)

【はじめに】当施設は無床クリニックであるため痔核に対する根治手術はALTA療法を併用することによってすべて日帰りで行っている。痔核に対する標準術式である結紮切除術（以下LE）は手技的には日帰りでも可能であるが晩期出血の合併症が問題となる。LE部分の晩期出血はショックを引き起こし緊急入院が必要なことが多いため日帰り手術では行いずらい。無床施設での痔核手術では晩期出血をゼロにする必要がある。そのため当施設では同一部位の痔核に対して根部までの結紮切除はせず、切除は歯状線までにとどめ、根部にALTA療法を併用するE3・Aを標準術式としている。今回当施設で施行しているE3・Aの術式の詳細と合併症、再発率などの術後成績をLEと比較して報告する。
【対象と方法】2020年4月～2025年3月までの5年間に痔核に対して1ケ所でもE3・A 術式を行った症例を対象とした。対象とした症例数は1480例、年齢は14歳～89歳（平均50.7歳）、男女比は1：1.2でやや女性が多かった。E3・A術式の詳細であるが、全例仙骨硬膜外麻酔で行っている。外痔核部分の切除を先行して行う。皮膚切開及び剥離は電気メスを使用し痔核組織を口側に向かって切離していく。その周囲や口側の剥離を十分行うが切除は歯状線直上までとし、切除断端を3-0バイクリルラピッドで縫合する。その上極の残った痔核に対してALTAを1～3㎖投与する。
【結果】E3・A術式の創部痛であるが、術後1週以降も消炎鎮痛剤を必要とした例は87例（5.9%）であり、当院でLEを行った症例と比較して有意差がなかった。後出血に関しては外科的処置が必要であった後出血が25例（1.7%）に認めた。いずれも皮膚切開創からの出血で、術当日あるいは翌日に縫合して止血された。LE術後に認める血圧が低下したり入院が必要となるような晩期出血は認めなかった。再発（外科的処置を施行した再脱出）は8例（0.5%）に認め、全例再脱出部位にLEを施行した。観察期間が短い症例もあり、長期予後に関しては今後の検討が必要である。
【考察】痔核に対するALTA併用療法のうちE3・A術式はLE後に認めるような晩期出血は発生しないため、日帰りで行う痔核根治手術として適した術式と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:10 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 10　痔核の治療
座長：谷村 修（福西会病院 大腸肛門科）

[O10-4] 疼痛緩和、早期退院を目的としたPartial Stapled Hemorrhoidpexy (PSH)

*伊禮 靖苗[1]、髙野 正太[1]、辻 順行[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院大腸肛門機能科)

背景：Ligation and Excision（LE）は再発率が少なく汎用性のある術式であるが術後疼痛及び長期の入院期間が問題である．当院では疼痛緩和及び早期退院を希望される患者に対してPSHを施行している．PSHはCSH(Circular Stapled Hemorroidpexy) の改変法であり海外では良好な成績を認めている．CSHは全周性に粘膜を切除するが，PSHはスリット式の肛門鏡を使用し痔核のみを切除する方法である．
術式：腰椎麻酔下Jackknife体位で開始．3つのスリットが入った肛門鏡を肛門管に挿入し痔核がスリットから顔を出すように位置させる．糸をそれぞれの痔核上極付近の粘膜下にかけ巾着縫合を行うが，スリット以外の部分の粘膜は切除されないこととなる．アンビルヘッドを痔核上極より高位に位置するよう挿入する．巾着縫合糸をアンビルシャフトに結び痔核を中心に集める．ステイプルシャフトを通して縫合しを引っ張りながらステイプラーをファイヤし痔核を切除縫合する．ステイプラーを引き抜き，出血予防のため縫合部を吸収糸で結紮する．歯状線尾側の病変は適宜追加で切除する．
検討方法：2019年6月から2025年12月までの症例102例の経過を後ろ向きに検討した．
症例：男性64例, 女性38例，平均年齢62.9歳．平均観察期間152.7日，平均在院日数3日．クリニカルパスに追加の鎮痛剤を要した術後疼痛を25例認め，2剤以上追加した症例は4例であった．鎮痛剤追加症例と歯状線部分の追加切除には関連を認めなかった．術後処置を要した出血を5例認めた．観察期間において狭窄や再発は認めていない．
結語：海外の報告ではPSHの再発率は3.4%と報告されており，LEに比べて高いがALTAに比べると低い．術後疼痛もLEと比較し軽減され、入院期間は3泊程度であった．LEとALTAの中間に位置づけられ，根治性が有りながらも術後疼痛軽減、早期社会復帰に有用である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 9:10 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 10　痔核の治療
座長：谷村 修（福西会病院 大腸肛門科）

[O10-5] 内痔核結紮切除術後に止血困難を呈した後天性von Willebrand症候群の1例

*木村 泰斗[1]、澤田 元太[1]、米田 直樹[1]、長江 歩[1]、藤野 志季[1]、谷澤 佑理[1]、文 正浩[1]、福永 浩紀[1]、森本 修邦[1]、森田 俊治[1] (1. 市立伊丹病院消化器外科)

【はじめに】
後天性von Willebrand症候群（acquired von Willebrand syndrome：aVWS）は、先天性von Willebrand病と類似した出血症状を呈する稀な疾患であり、リンパ増殖性疾患、骨髄増殖性疾患、自己免疫疾患、心血管疾患などの基礎疾患に伴って発症する。病態としては、von Willebrand因子（VWF）に対する自己抗体産生や、ずり応力によるVWF高分子マルチマーの分解・消費などが知られている。周術期には重篤な出血合併症を来す可能性があり、適切な診断および周術期管理が重要である。今回われわれは、内痔核術後出血の止血に難渋したaVWSの1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。
【症例提示】
74歳、男性。内痔核、両側鼠経ヘルニア、右肘部管症候群に対し手術既往があるも、その際に術後出血のエピソードは認めてなかった。併存症として潰瘍性大腸炎を認めており、血便を認めたため、下部消化管内視鏡検査を行ったところ内痔核と診断され当科紹介となった。直腸診にて3時、6時方向にGoligher分類 Ⅲ度の内痔核、10時、12時にⅠ度の内痔核を認め、3時、6時の内痔核に対し結紮切除術を施行した。術後出血が継続し術後6日目に再手術を行ったが、その後も出血が継続し術後13日目に全身麻酔下に再手術を行った。また同日凝固能異常を疑い、血液内科に相談し凝固能異常についての検査を提出した。その後も出血継続、術後15日目、17日目、18日目にIVRにて止血を行った。術後21日目に凝固能検査の結果から、第Ⅷ因子活性の低下、von Willebrand因子活性の低下を認めaVWSの診断となり、VWF含有製剤であるコンファクトF 2000単位を単回投与した。しかし、術後24日目に再出血を認め、再度IVRにて止血を行い、同日からコンファクトF 7日間投与に加え、プレドニンの投与も開始した。以後、出血を認めず術後 64日目に退院となった。
【まとめ】
リンパ増殖性疾患や今症例のような自己免疫疾患を基礎疾患として有する症例において、術後に出血が遷延し外科的止血に難渋する場合には、稀な疾患ではあるがaVWSの可能性を念頭に置く必要があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

🏛2026年11月20日(金) 9:15 ~ 10:00 | 🏛第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 11　高齢者に対する大腸癌治療戦略 1

座長：田中 正文（大腸肛門病センター高野病院）

[O11-1] 当院における超高齢者大腸癌の手術治療成績の検討

*吉田 泰樹[1]、秋山 泰樹[1]、三ノ宮 寛人[1]、新田 拳助[1]、古賀 敦大[1]、山内 潤身[1]、永田 淳[1]、平田 敬治[1] (1. 産業医科大学　第１外科)

[O11-2] 85歳以上の高齢者に対する腹腔鏡下大腸癌手術の治療成績

*佐野 貴之[1]、栗原 唯生[1]、重吉 到[1]、浅沼 晃三[1]、花岡 伸之介[1]、金子 しおり[1]、鈴木 佳那子[1]、井合 哲[1]、飯野 哲瑠[1]、長 潔[1] (1. 埼玉協同病院　外科)

[O11-3] 80歳以上大腸癌切除例における原病死と他病死の競合リスク解析 ― Stage別長期予後からみた治療戦略

*近藤 宏佳[1]、大塚 英男[1]、浅古 謙太郎[1]、柳橋 進[1]、宅間 邦雄[1]、清家 和裕[1]、石橋 雄次[1] (1. 東京都立多摩総合医療センター消化器一般外科)

[O11-4] 高齢者結腸癌手術と術前Clinical Frailty Scaleの関係

*田村 昂[1]、小山 文一[1,2]、井上 隆[1]、岩佐 陽介[1]、高木 忠隆[1]、藤本 浩輔[1]、江尻 剛気[1]、吉川 千尋[1]、庄 雅之[1] (1. 奈良県立医科大学　消化器・総合外科、2. 奈良県立医科大学附属病院　中央内視鏡部)

[O11-5] 当院における85歳以上高齢者大腸癌手術症例の検討

*渡邊 英樹[1]、古屋 一茂[1]、峯平 沙耶香[1]、末木 崇裕[1]、千野 俊春[1]、宮崎 葵[1]、河西 浩人[1]、池亀 昂[1]、名田屋 辰規[1]、大森 隼人[1]、鷹野 敦史[1]、飯室 勇二[1] (1. 山梨県立中央病院)

[O11-6] 高齢者大腸癌手術症例のGNRIの影響の検討

*日月 亜紀子[1]、槌田 尚希[1]、斎藤 健[1]、亀谷 直樹[1]、長谷川 毅[1]、山田 靖哉[1]、西村 重彦[1] (1. 住友病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:15 ~ 10:00 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 11　高齢者に対する大腸癌治療戦略 1
座長：田中 正文（大腸肛門病センター高野病院）

[O11-1] 当院における超高齢者大腸癌の手術治療成績の検討

*吉田 泰樹[1]、秋山 泰樹[1]、三ノ宮 寛人[1]、新田 拳助[1]、古賀 敦大[1]、山内 潤身[1]、永田 淳[1]、平田 敬治[1] (1. 産業医科大学　第１外科)

【はじめに】我が国の高齢者人口は増加傾向であり、90歳以上の超高齢者に対する消化器外科手術もますます増加することが予想される。超高齢者大腸癌患者に対する手術適応や安全性については依然として議論の余地があり、本研究では、当院における超高齢者大腸癌手術症例の治療成績を検討した。
【方法】2015年1月から2025年12月までに当院で手術を施行した90歳以上の大腸癌症例24例を対象とし、患者背景、手術因子、短期成績について後ろ向きに検討した。
【結果】年齢は90-100歳（平均91.5歳）、男性/女性は8/16例であった。PSは0/1/2/3＝4/12/8/0例であった。腫瘍局在は盲腸/上行結腸/横行結腸/下行結腸/S状結腸/直腸＝3/7/4/2/2/6例であり、病期はpStage Ⅰ/Ⅱ/Ⅲ/Ⅳ＝5/12/4/3例であった。手術アプローチは開腹/腹腔鏡/ロボット支援＝4/19/1例であり、全例で原発巣切除が施行され、開腹移行は認めなかった。手術時間は平均276.9分、出血量は平均45mlであった。リンパ節郭清はD1/2/3＝2/5/17例であった。術後在院日数は平均19.4日であった。12例が自宅退院、10例がリハビリテーション目的に転院した。周術期死亡は認めなかった。PS別解析(良好群:PS＜2、不良群:PS≧2)では、Clavien–Dindo分類GradeⅡ以上の合併症率に有意差は認めなかった（p=1.00）。また、フォロー期間中（中央値：373.5日）の死亡率についてはPS不良群で高い傾向を認めたが、有意差は認めなかった（p=0.64）。また、死亡原因は癌死が1例、老衰が3例、心筋梗塞が1例、肺炎が1例であった。2015年から2021年の18症例における3年全生存率は61.2%であった。
【考察】今回の検討では超高齢者においても周術期死亡は認めず、安全に手術が施行されていた。3年全生存率は61.2%と比較的良好であり、癌死も1例のみであった。適切に症例選択された超高齢者に対しては外科治療が妥当である可能性が示唆された。
【結語】90歳以上の超高齢者に対する大腸癌手術は、適切な症例選択により安全に施行可能であり、悪性疾患の治療としても有効であることが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:15 ~ 10:00 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 11　高齢者に対する大腸癌治療戦略 1
座長：田中 正文（大腸肛門病センター高野病院）

[O11-2] 85歳以上の高齢者に対する腹腔鏡下大腸癌手術の治療成績

*佐野 貴之[1]、栗原 唯生[1]、重吉 到[1]、浅沼 晃三[1]、花岡 伸之介[1]、金子 しおり[1]、鈴木 佳那子[1]、井合 哲[1]、飯野 哲瑠[1]、長 潔[1] (1. 埼玉協同病院　外科)

【背景】
高齢化に伴い手術治療を要する高齢大腸癌患者は増加しており，腹腔鏡下手術も広く行われているが，その安全性や短期成績に関する報告は限られている．
【目的】
当院にて，85歳以上の高齢大腸癌患者に対して行った腹腔鏡下手術の短期成績を検討すること．
【対象と方法】
2015/4から2026/3までに，原発性大腸癌に対して待機的に手術を行った85歳以上の患者68例のうち，腹腔鏡下手術を施行した33例と，開腹手術を施行した35例について術後短期成績について検討した．
【結果】
患者背景では，開腹群において腹腔鏡群と比較し，術前Albが低く，より進行したStageの症例が多い傾向を認め，手術アプローチの選択に一定のバイアスが存在する可能性が考えられた．ASA-PS，BMI,併存症率に有意差を認めなかった．腹腔鏡下手術群で手術時間が有意に長かった一方で，術中出血量は有意に少ない結果であった．他方，食事開始までの日数，術後在院期間，術後せん妄発生率，CD分類grade Ⅱ 以上の合併症発生率，術後PS低下の割合については，両群間で有意差を認めなかった．
当院の腹腔鏡下手術の短期成績を既報のデータと比較したところ，手術成績に課題を認めたものの，短期成績の面で一定の安全性が示唆された．
【結語】
適切な症例選択を行えば，85歳以上の高齢大腸癌患者においても腹腔鏡下手術は安全に施行可能であり，短期成績は許容範囲と考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:15 ~ 10:00 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 11　高齢者に対する大腸癌治療戦略 1
座長：田中 正文（大腸肛門病センター高野病院）

[O11-3] 80歳以上大腸癌切除例における原病死と他病死の競合リスク解析 ― Stage別長期予後からみた治療戦略

*近藤 宏佳[1]、大塚 英男[1]、浅古 謙太郎[1]、柳橋 進[1]、宅間 邦雄[1]、清家 和裕[1]、石橋 雄次[1] (1. 東京都立多摩総合医療センター消化器一般外科)

【背景】 高齢者大腸癌は増加しているが、原病死と他病死をStage別に解析した報告は限られる。当科では短期成績は検討済みだが、長期予後の検証は未施行であった。
【目的】 80歳以上大腸癌切除例の長期予後をStage別に明らかにし、高齢者に対する治療戦略を検討する。
【対象と方法】 2014〜2019年に当科で待機的切除を施行した80歳以上大腸癌のうち、Stage 0を除く322例を対象とした。異時性多発癌症例では最進行病変を設定し症例単位で解析した。観察期間中央値59か月、年齢中央値83歳、男性53%、Stage I-II 204、III 93、IV 25例。全生存率（OS）と大腸癌特異的生存率（DSS）はKaplan-Meier法、原病死と他病死の累積発生率（CIF）は競合リスクを考慮しStage別に算出した。多変量解析にはFine-Gray subdistribution hazardモデルを用いた。
【結果】 死亡99例中、原病死45例（45%）、他病死54例（55%）。5年OSはStage I-II 78.6%、III 61.1%、IV 24.9%、5年DSSは94.2%、76.0%、29.9%で、Stage I-II・IIIではOSとDSSの乖離を認め他病死の影響が示唆された。5年CIFはStage I-IIで原病死5.4% vs 他病死16.0%と他病死優位、Stage IIIで21.3% vs 17.7%と両者拮抗、Stage IVで70.1% vs 5.0%と原病死主体となり、Stageに伴う構造変化を認めた。多変量解析で原病死の独立予測因子はStage III（sHR 3.75）、Stage IV（sHR 16.38）、静脈侵襲陽性（sHR 3.30）であった。他病死には有意な独立予測因子を認めなかった。
【結論】 80歳以上大腸癌切除例では、Stage I-IIで他病死が長期予後に大きく関与し、Stage IIIで原病死と他病死が拮抗、Stage IVで原病死が主体となる。Stage毎に腫瘍学的因子と全身状態を重み付けした治療戦略の最適化が望まれる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:15 ~ 10:00 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 11　高齢者に対する大腸癌治療戦略 1
座長：田中 正文（大腸肛門病センター高野病院）

[O11-4] 高齢者結腸癌手術と術前Clinical Frailty Scaleの関係

*田村 昂[1]、小山 文一[1,2]、井上 隆[1]、岩佐 陽介[1]、高木 忠隆[1]、藤本 浩輔[1]、江尻 剛気[1]、吉川 千尋[1]、庄 雅之[1]
(1. 奈良県立医科大学　消化器・総合外科、2. 奈良県立医科大学附属病院　中央内視鏡部)

【目的】
80歳以上の結腸癌患者数は増加しており，フレイル評価の重要性が指摘されている．先行研究はCFS(Clinical Frailty Scale)が全死亡を予測すると報告したが，癌特異的死亡と他病死を区別した解析は少ない．本研究はCFSが短期成績および長期予後・癌特異的予後・再発に与える影響を検討した．
【対象と方法】
2008年1月～2022年12月に当院で結腸癌に対し根治手術を施行した80歳以上の連続123例を対象とした．術前CFSによりCFS≤4群(81例)とCFS≥5群(42例)に分類し，術後合併症，転院率，全生存(OS)，癌特異的生存(CSS)，他病死，再発を比較した．
【結果】
年齢中央値は83歳，女性70名，pStageI/II/IIIが26/48/49名であった．観察期間中央値，45.4ヶ月．3年OSはCFS≤4群93.4% vs CFS≥5群65.0%(log-rank p=0.005)であった．また男性は女性より優位に3年OSが悪かった．多変量解析でCFS≥5，男性いずれもOSの独立予測因子であった．一方、原癌死，再発率に差を認めず，他病死がCFS≥5群で有意に高頻度であった(p=0.067)．術後合併症はCFS≥5群，GFR<55で有意に多かった．多変量解析でCFS≥5が独立予測因子であった．合併症別に見ると，せん妄はCFS≥5群で優位に多いが，イレウスや，縫合不全，創部感染症，Clavien-Dindo III以上には差はなかった．転院率はCFS≤4群0% vs CFS≥5群21.4%(p<0.001)と顕著な差を認めた．
【結語】
高齢結腸癌患者においてCFS≥5は全死亡と他病死の独立予測因子であるが，癌特異的予後や再発には影響しない．フレイル患者でも根治手術の腫瘍学的効果は保たれており，合併症は内科的・認知的事象に偏在し，外科的安全性は損なわれない．フレイルを理由に手術適応を否定するのではないが，周術期リハビリテーションと社会的支援を含む包括的Careが重要である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:15 ~ 10:00 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 11　高齢者に対する大腸癌治療戦略 1
座長：田中 正文（大腸肛門病センター高野病院）

[O11-5] 当院における85歳以上高齢者大腸癌手術症例の検討

*渡邊 英樹[1]、古屋 一茂[1]、峯平 沙耶香[1]、末木 崇裕[1]、千野 俊春[1]、宮崎 葵[1]、河西 浩人[1]、池亀 昂[1]、名田屋 辰規[1]、大森 隼人[1]、鷹野 敦史[1]、飯室 勇二[1] (1. 山梨県立中央病院)

【背景】
高齢化の進行に伴い，85歳以上の高齢者大腸癌手術症例は増加している．一方，高齢者では併存疾患や身体機能低下を伴うことが多く，手術適応や周術期管理には慎重な判断を要する．

【目的】
当院における85歳以上高齢者大腸癌手術症例の臨床的特徴および短期成績について検討した．

【対象・方法】
2005年～2025年に当院で施行した大腸癌手術症例を対象とし，85歳以上群と85歳未満群に分けて後方視的に比較検討した．比較項目は閉塞・穿孔の有無，緊急手術率，術式，腹腔鏡手術率，術後在院日数，術後合併症などとした．

【結果】
対象は2,080例であり，85歳以上群263例，85歳未満群1,817例であった．85歳以上群では，閉塞所見を伴う症例が16.7%（44例）であり，85歳未満群11.3%（205例）と比較して高率であった．緊急手術率は85歳以上群4.9%（13例），85歳未満群2.5%（45例）であった．穿孔症例は85歳以上群3.0%（8例），85歳未満群2.4%（43例）であった．腹腔鏡手術率は85歳以上群43.3%，85歳未満群38.0%であった．Clavien-Dindo分類Grade II 以上の術後合併症は85歳以上群21.7%，85歳未満群16.5%に認めた．術後在院日数中央値は85歳以上群13日，85歳未満群11日であった．

【結語】
85歳以上高齢者大腸癌症例では，閉塞を伴う症例や緊急手術症例が多く，術後合併症および在院日数延長の傾向を認めた．一方で，高齢者に対しても腹腔鏡手術は一定割合で施行されており，適切な症例選択および周術期管理により安全な手術施行が可能と考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 9:15 ~ 10:00 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 11　高齢者に対する大腸癌治療戦略 1
座長：田中 正文（大腸肛門病センター高野病院）

[O11-6] 高齢者大腸癌手術症例のGNRIの影響の検討

*日月 亜紀子[1]、槌田 尚希[1]、斎藤 健[1]、亀谷 直樹[1]、長谷川 毅[1]、山田 靖哉[1]、西村 重彦[1] (1. 住友病院消化器外科)

人口の高齢化にともない高齢者大腸癌症例数も増加している。高齢者では、若年者以上に個々による差が大きく、フレイル状態では、術後合併症のリスクが高いとも考えられている。フレイルの原因の一つに低栄養状態が考えられている。今回我々は当院で経験した75歳以上の高齢者大腸癌手術症例患者に対して、高齢者栄養リスク指標（GNRI：Geriatric Nutritional Risk Index）の影響について検討した。対象は、2017年1月から2024年12月までに当院で大腸癌根治切除を行った症例は175例。ROC曲線から得られたGNRIのカットオフ値は103であった。GNRI 103以上のGNRI-H群71例と103未満のGNRI-L群104例で比較検討した。臨床病理学的背景の比較では、性別に有意さは認めなかったが、年齢はL群で有意に高齢者が多く、BMI、alb、Hb 、コレステロール値も有意にL群で低いという結果であった。また併存症では、糖尿病　心疾患の有無では、有意差は認めなかったが、HTがL群で有意に多かった。ASAも有意にL群で低かった。腫瘍因子の比較では、腫瘍占拠部位、組織型、v因子、pNについては、有意差は認めなかったが、腫瘍サイズはL群で有意に大きく、pTもL群で有意に深達度が高く、ly因子もL群で有意に浸潤度が高かった。手術因子では、手術時間　出血量には有意差は認めなかったが、リンパ節郭清度は、L群で有意にD3が多いという結果であった。術後合併症については、有意差は認めなかった。術後補助療法の実施についても有意差は認めなかったが、再発はL群で有意に多かった。RFS、OS、DSSについて検討したところ、3年無再発生存率は、L群73.7%、H群92.1%と有意にH群で高いという結果であった。3年生存率は、L群81.9%、H群94.9%であったが、有意差は認めなかった。DSSについても有意差は認めなかった。今回の検討では、GNRIが低いことにより、有意に合併症が多いということはなかったが、再発では有意差を認めた。また、OSでは有意差は認められなかったが、RFSで有意差を認め、栄養状態を改善することにより、再発を抑えられる可能性も考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科

2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:10 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 12　その他の大腸・肛門疾患 1

座長：古川 聡美（JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター）

[O12-1] 地域医療における肛門科の役割―排便日誌と肛門機能評価に基づく排便外来診療の実臨床―

*秋月 恵美[1]、井 翔一郎[1]、佐藤 綾[1]、鈴木 崇史[1]、西尾 昭彦[1]、石山 勇司[1]、石山 元太郎[1] (1. 札幌いしやま病院)

[O12-2] 当院で経肛門的洗腸療法を導入した3症例

*松本 奈緒[1]、古山 裕美[1]、伊禮 靖苗[2]、髙野 正太[2] (1. 大腸肛門病センター高野病院看護部、2. 大腸肛門病センター高野病院大腸肛門機能科)

[O12-3] 当院における機能性直腸肛門痛の臨床的特徴の検討

*田中 香織[1]、森 俊治[1]、山田 英貴[2] (1. 森外科医院、2. 山田外科内科)

[O12-4] 地域医療における肛門科の役割～広島で当院が行うべき肛門診療とは～

*竹田 春華[1]、川堀 勝史[1]、川堀 嵩史[1]、岡島 正純[1] (1. 三渓会川堀病院)

[O12-5] 肛門皮垂および会陰部贅皮に対する診療上の課題とその対応の工夫

*那須 聡果[1] (1. ウィメンズクリニック浦和)

[O12-6] 肛門科クリニックで経験したエムポックス6症例の検討

*吉田 幸平[1]、樽見 研[2] (1. 新宿おしりのクリニック、2. 樽見おしりとおなかのクリニック)

[O12-7] 地域における当院肛門外科の役割

*岡田 和也[1]、長田 康彦[2]、牟田 裕貴[1]、山﨑 遥[1]、伊藤 信一郎[1]、進 誠也[1]、岸川 博紀[1] (1. 光晴会病院外科、2. ながた大腸肛門クリニック)

[O12-8] 大腸肛門病専門病院（肛門外科）としての地域医療における役割

*河野 洋一[1]、宮島 伸宜[1]、岡本 康介[1]、下島 裕寛[1]、松村 奈緒美[1]、紅谷 鮎美[1]、松島 小百合[1]、松島 悠[1]、小菅 経子[1]、米本 昇平[1]、佐井 佳世[1]、ナナー 譲時[1]、渡部 晃子[1]、内田 ひかり[1]、宋 江楓[1]、國場 幸均[1]、黒水 丈次[1]、松島 誠[1] (1. 松島病院　大腸肛門病センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:10 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 12　その他の大腸・肛門疾患 1
座長：古川 聡美（JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター）

[O12-1] 地域医療における肛門科の役割―排便日誌と肛門機能評価に基づく排便外来診療の実臨床―

*秋月 恵美[1]、井 翔一郎[1]、佐藤 綾[1]、鈴木 崇史[1]、西尾 昭彦[1]、石山 勇司[1]、石山 元太郎[1] (1. 札幌いしやま病院)

【背景】
便秘、便失禁、排便困難、LARSなどの排便障害は多様な病態を背景に長期管理を要するが、地域医療において体系的な評価および管理体制は十分に確立されていない。特に術後排便障害や症状が複雑な症例では、排便パターンに加え肛門機能を含めた評価と段階的介入が求められる。
【目的】
肛門専門施設における排便外来の実臨床データを解析し、排便障害診療の実態およびその役割を検討する。
【方法】
2026年3–4月に当院排便外来で排便日誌を導入し管理を行った連続46例を対象とした。主症状、流入経路、生活への支障、QOL（EQ-5D-5L）および症状スコア（CSS、CCFIS、LARSスコア）を解析した。排便日誌は排便パターンの把握が困難、または問診のみでは評価不十分と判断した症例に導入し、排便パターンおよび肛門機能を踏まえて生活指導、薬物療法、バイオフィードバック療法などの段階的介入を実施した。
【結果】
主症状は便失禁47%、便秘35%、排便困難17%、LARS17%、におい漏れ3%であった。流入経路は他院通院中の自己判断受診35%、当院既存患者35%、他院紹介15%などであり、紹介より自己受診が多かった。生活への支障は中等度46%、強い48%と高頻度に認めた。初診時QOL中央値（IQR）は0.80（0.70–0.90）、CSS 13（10–14）、CCFIS 12（9–15）、LARSスコア39（37–41）であった。BF療法導入は6例（17%）であった。抄録作成時点で1か月後評価が可能であった19例では、QOL0.05以上の改善は5例（26%）に認め、CSS 10（7.25–13.5）、CCFIS 11（5–12）、LARSスコア32.5（28.5–34.25）と改善傾向を示した。
【結語】
排便外来には生活支障の強い排便障害患者が集積し、その多くは自己判断による受診であった。これは地域医療における排便障害診療へのアクセス不足を示唆する。排便日誌と症状スコアに加え、肛門機能を踏まえた評価と段階的介入により、排便障害の可視化と治療方針の最適化が可能となる。肛門専門施設は、腸管症状のみならず肛門機能を含めた総合的評価に基づく診療を担う点で、地域医療における重要な役割を有する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:10 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 12　その他の大腸・肛門疾患 1
座長：古川 聡美（JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター）

[O12-2] 当院で経肛門的洗腸療法を導入した3症例

*松本 奈緒[1]、古山 裕美[1]、伊禮 靖苗[2]、髙野 正太[2] (1. 大腸肛門病センター高野病院看護部、2. 大腸肛門病センター高野病院大腸肛門機能科)

【はじめに】経肛門的洗腸療法(以外TAI)は、2018年以降保険適応となり、当院では、2025年に導入を開始した。今回、脊髄疾患による排便障害に対しTAIを施行した3症例を報告する。
【導入の流れ】従来の治療で排便コントロール困難な症例で、導入前に直腸肛門機能検査・内視鏡検査を行い、多職種カンファレンスを経て、排泄ケア外来での指導、および短期入院で手技を習得。
【症例1】50歳代男性(脊椎損傷(Th11以下)骨盤骨折)毎日摘便・浣腸を実施していたが便失禁が持続。TAI開始し1回/2日(注入量1000ml)直腸粘膜脱があるため還納しながらの施行を要する。現在は成功できているが、粘膜損傷のリスクを考慮した愛護的操作と慎重な経過観察が必要。
【症例2】50歳代男性(脊椎分離症)保存治療やSNM(仙骨神経刺激療法)施行後も便失禁が改善せず。直腸潰瘍瘢痕を認めたため、コーンタイプを選択しTAIを開始。施行時の腹痛により注入量が200ml以下に留まり、失禁が継続している。十分な洗浄量を得るためには通常300ml以上とされており、今後の状況で治療効果の判断が必要。
【症例3】40歳代女性(脊髄腫瘍摘出(L2)術後)内服と連日テレミン坐を使用していたが便失禁が持続。1回/2日(注入量400ml)で排便時間は短縮はできているが依然として便失禁が持続。現在、注入量や便性調整の最適化を図っている段階。
【考察】TAIは、脊髄疾患患者の排便障害改善・QOL向上に有効な選択肢である。しかし、症例1のように解剖学的背景に応じた愛護的操作や症例2のように腹痛などの副作用による注入量不足への対応など個別性の高い支援が不可欠である。また、症例3では、注入量や便性調整のバランスを見極める継続的なフォローアップが、長期継続の鍵になる。
【結語】TAIの成功には、手技の自立支援のみならず、医学的背景に基づいた調整が必要であり、院内の多職種連携はもとより！専門道具を扱う業者との強固なネットワークによる支援体制が不可欠である。トラブル対応や最新の知見を共有できる体制を構築することが、患者の自立と安心した在宅生活の維持につながると考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:10 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 12　その他の大腸・肛門疾患 1
座長：古川 聡美（JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター）

[O12-3] 当院における機能性直腸肛門痛の臨床的特徴の検討

*田中 香織[1]、森 俊治[1]、山田 英貴[2] (1. 森外科医院、2. 山田外科内科)

背景：機能性直腸肛門痛は器質的疾患を認めないにもかかわらず直腸肛門痛が持続または反復する疾患であり、診断および治療に難渋することが少なくない。病態には骨盤底筋の過緊張や直腸肛門部の神経過敏、心理的要素が複雑に関与すると考えられている。
方法：2025年1月から12月までに、機能性直腸肛門痛の診断または疑いで当院に受診した47例を対象とした。消散性直腸肛門痛2例と1回受診のみの14例を除外した31例のうち、機能性直腸肛門痛と診断可能であった25例を対象として検討した。検討項目は年齢、性別、病悩期間、便秘の有無、痛みの誘因、肛門手術歴、脊椎疾患・精神疾患の有無、肛門管後方の圧痛、治療内容、経過とした。
結果：平均年齢66.2（38-83）歳、男女比は18:7であった。精神疾患は2例（8%）、脊椎疾患は7例（28%）、肛門手術歴は12例（48%）に認めた。座位での疼痛増悪は19例（76%）、排便での増悪は8例（32%）であった。肛門管後方の圧痛は24例（96%）に認めた。治療は生活指導と薬物療法を主体とし、希望例では他院にて神経ブロック療法を施行した。経過は改善4例（16%）、軽快12例（48%）、不変8例（32%）、不明1例（4%）であった。
考察：多くの症例で座位により疼痛が増悪し、肛門管後方に圧痛を認めた。これらは骨盤底筋群の過緊張や陰部神経の関与を示唆する所見と考えられた。また脊椎疾患の合併も一定数認められ、腰仙部由来の神経因性要素の関与が考えられた。既報においても骨盤底機能異常や神経過敏の関与が指摘されており、本検討はこれを支持する結果であった。本疾患は器質的異常を認めないため診断に難渋することが多いが、これらの身体所見や症状の特徴は診断の一助となる可能性がある。治療に関してはバイオフィードバック療法の有用性が報告されているが、当院では施行しておらず、生活指導および薬物療法を中心とした保存的治療が主体であった。改善例は限定的であり、治療選択の拡充が必要と考えられた。
結語：機能性直腸肛門痛では、座位での疼痛増悪および肛門管後方圧痛が特徴的であり、神経因性要素を念頭に置いた診療が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:10 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 12　その他の大腸・肛門疾患 1
座長：古川 聡美（JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター）

[O12-4] 地域医療における肛門科の役割～広島で当院が行うべき肛門診療とは～

*竹田 春華[1]、川堀 勝史[1]、川堀 嵩史[1]、岡島 正純[1] (1. 三渓会川堀病院)

当院は広島駅から徒歩圏内にある有床数39床の大腸肛門病疾患専門病院である。周辺には広島大学病院や市民病院など総合病院もある。当院では、年間約1000例の経肛門的手術を行っており、大腸内視鏡検査は年間約230例施行している。大腸肛門病学会の認定
施設であり、肛門科専門医、女性医師もいることから、県内のみならず中四国地方などの他県からも肛門疾患の診察に受診する患者も多い。
排便時出血を主訴に受診する患者の多くは、痔核や裂肛といった良性疾患が多い中、出血の状態を把握し、直腸診を行うことにより診断できる悪性腫瘍を、周辺の関連施設への紹介している。また痔瘻についても発熱や肛門痛などの主訴がありながら、肛門科受診が遅れる患者も多い中、当院を認識していただいている周辺施設の医師より紹介いただくことも多い。
女性医師がいるのでという理由で来院される患者も多く、幼児から高齢者まで女性医師を希望する患者も多い。そのような中から、便秘を主訴にした20代の卵巣がんや、膣周囲の違和感で受診したBowen病、肛門周囲の基底細胞癌、14歳女性の直腸Rsの粘膜内癌など、まれな疾患を経験することも多々ある。
肛門外科医として良性疾患の診療・治療を行うのは当然のことであるが、我々が悪性疾患を疑い、見逃さないように、大腸外科医や他科の医師と連携を行いながら、診療を行うことは重要と考える。
我が広島は悲しいことに「転出超過ワースト1位」であり、進学や引っ越しを期に他県へ移動される患者も多い。逆に地元での手術を希望し長期休みで帰広する患者も多く、全国の肛門外科医に当院を認識してもらっていることで、術後管理や経過観察をお願いすることもでき、地方の開業医でもできることも多くある。
今回、我々が日々行っている診療を通して、地域医療における肛門科の役割について考えたい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:10 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 12　その他の大腸・肛門疾患 1
座長：古川 聡美（JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター）

[O12-5] 肛門皮垂および会陰部贅皮に対する診療上の課題とその対応の工夫

*那須 聡果[1] (1. ウィメンズクリニック浦和)

【背景】
　肛門皮垂は日常診療でしばしば遭遇するが、病的意義に乏しいとして経過観察とされることが多い。一方、特に女性外来では「拭きづらい」「湿疹を繰り返す」「見た目が気になる」といった訴えを背景に、整容的・衛生的理由から治療を強く希望する症例も少なくなく、治療適応の判断に迷う場面もしばしば生じる。近年は肛門皮垂に連続する「会陰部贅皮」を含めた相談も増えているが、本概念は主に美容外科領域で用いられており、肛門科では十分に周知されていない。また、肛門皮垂が美容外科において「肛門周囲余剰皮膚切除」として施行された結果、痔核成分への処置が不十分となり、術後に腫脹を呈して皮垂が術前より増悪する症例も経験する。このように、診療科や施設により捉え方や対応に差があり、患者が複数施設を受診する場合もある。
【課題】
　本領域で診療上問題となる要因は、①医療者の「病的意義は乏しい」との認識と患者の切実さとの乖離、②保険診療と整容目的の境界の曖昧さ、③切除後も理想的形態が保証されない点、④術後整容性に対する患者の高い期待、などである。他院で手術を断られる症例も少なくなく、これらの要因が相互に関与することで問題が生じやすい点が本領域の特徴といえる。
【当院の対応】
　当院では術前に整容的結果の限界を明確に説明し、治療目標を共有することを重視している。術式としては痔核成分の適切な処理に加え、ドレナージ創の工夫や牽引固定法を用い、術後腫脹の軽減と創縁の安定化を図っている。会陰部贅皮を伴う場合には局所のみならず全体のバランスを考慮し、連続して切除を行う。さらに術後管理（排便調整や生活指導）の徹底も整容結果に大きく寄与する。
【結語】
　肛門皮垂および会陰部贅皮は整容的側面を含むため、医療者と患者の認識共有が特に重要な領域である。適切な適応判断と十分なインフォームドコンセント、ならびに術式上の工夫により、良好な治療結果が期待される。症例提示を通じ、本領域における診療上の課題と実際の対応について報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:10 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 12　その他の大腸・肛門疾患 1
座長：古川 聡美（JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター）

[O12-6] 肛門科クリニックで経験したエムポックス6症例の検討

*吉田 幸平[1]、樽見 研[2] (1. 新宿おしりのクリニック、2. 樽見おしりとおなかのクリニック)

【背景・目的】 2022年以降のエムポックスの世界的流行では,従来の典型的な全身性発疹とは異なり,会陰部や肛門周囲に病変が局在する臨床像を呈する症例が報告されている.

これらの症例では強い肛門痛を伴うことが多く,初診として肛門科を受診するケースが散見される.

今回我々は、当クリニックを受診した強い肛門痛を主訴とし,後にエムポックスと診断された6症例を経験したので,その患者背景および画像所見などの臨床的特徴を中心に報告する.

【症例】 症例は23歳から45歳の男性6例,全例で初発症状として肛門痛を訴え当院を受診した.5例で発熱や鼠径リンパ節腫脹などの前駆症状を伴っていた.問診上,全例にハイリスクとなる接触歴（性的接触など）を認めた.視診および肛門鏡による画像所見では,肛門周囲に多発する潰瘍性病変や水疱,白苔を伴う隆起性病変を認めた.病変の局在から裂肛や他の肛門感染症（梅毒、単純ヘルペスなど）と鑑別を要したが,問診および特異的な病変形態からエムポックスを疑い,専門機関と連携しPCR検査を実施した結果,全例でエムポックスの確定診断に至った.

【考察】 エムポックスの肛門病変は,一般的な肛門疾患や他の性感染症と類似した局所所見を呈することがあり,鑑別に苦慮する場合がある.しかし,感染拡大を防ぐためにも早期診断が不可欠である.実地医家においては,強い肛門痛や非典型的な肛門管・肛門周囲の潰瘍・水疱性病変を診た際,エムポックスを鑑別疾患として念頭に置く必要がある.詳細な問診（接触歴や渡航歴など）と,適切な感染防護策を講じた上での診察が重要である.

【結語】 肛門痛を主訴に肛門科を受診したエムポックスの6症例を経験した.直腸肛門領域の非典型的な病変に対しては,本疾患を疑う視点を持つことが重要である.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:10 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 12　その他の大腸・肛門疾患 1
座長：古川 聡美（JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター）

[O12-7] 地域における当院肛門外科の役割

*岡田 和也[1]、長田 康彦[2]、牟田 裕貴[1]、山﨑 遥[1]、伊藤 信一郎[1]、進 誠也[1]、岸川 博紀[1] (1. 光晴会病院外科、2. ながた大腸肛門クリニック)

痔核、痔瘻、裂肛の三大痔疾患は依然として患者数が多く、近年クローン病の増加に伴い関連する肛門病変も増加傾向である。また、高齢化の進行により、排便障害患者も増加の一途をたどっており、地域における肛門科診療の役割はますます重要となっている。
このようなニーズに答えるため、2020年に大腸・肛門の専門病院であるくるめ病院の指導により経肛門エコー、排便造影、直腸肛門内圧検査ならびにバイオフィードバック療法の実施が可能となり、大腸肛門機能障害を含む様々な肛門疾患に対応するため、2022年に大腸肛門病センターを設立した。
　当院における肛門疾患手術の件数はセンター設立前の2018年から2021年の4年間では927例で、紹介件数694例であったが、設立後の2022年から2025年の４年間ではそれぞれ1095例（増加率18%）と910例（31%）であった。このうち市外からの紹介件数は2018年から2021年は110例であったが、2022年から2025年度は197例（80%）であった。さらに、市内ならびに市外の基幹病院からもクローン病に伴う肛門周囲膿瘍や痔瘻などコントロールが難しい場合は当施設に紹介となる症例が増えてきている。
　当院にて高齢者便失禁患者に対するバイオフィードバック療法を行った33例のうち21例（64%）において治療前後にFISI（Fecal Incontinence Severity Index）とJFIQL（Japanese version of the Fecal Incontinence Quality of Life scale）による評価を行った。結果は治療前FISI平均 21（最小10-最大42）、治療後 11(0-28)、治療前JFIQL総合スコア2.58(1.41-4.0)、治療後3.44（1.33-4.1）、JFIQL生活制限2.7 (1-4)、3.8 (1-4)、JFIQL対処・行動2.0 (1-3.88)、3.75 (1-4)、JFIQL抑うつ・自己認識3.0 (1.67-4.17)、3.67 (1.83-4.5)、JFIQL羞恥2.0 (1-4)、3.33 (1-4)であった。
　排便造影検査や直腸肛門内圧検査などの検査が施行できる施設は長崎では当施設のみであり、高齢者が増加する中、排便障害に対する検査やバイオフィードバック療法の必要性は増えていくと考えられる。今後さらに地域クリニックや介護施設との連携を強化し、基幹病院ならびに専門施設とのネットワーク構築を充実させていきたい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科

2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:10 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 12　その他の大腸・肛門疾患 1

座長：古川 聡美（JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター）

[O12-8] 大腸肛門病専門病院（肛門外科）としての地域医療における役割

*河野 洋一[1]、宮島 伸宜[1]、岡本 康介[1]、下島 裕寛[1]、松村 奈緒美[1]、紅谷 鮎美[1]、松島 小百合[1]、松島 悠[1]、小菅 経子[1]、米本 昇平[1]、佐井 佳世[1]、ナナー 譲時[1]、渡部 晃子[1]、内田 ひかり[1]、宋 江楓[1]、國場 幸均[1]、黒水 丈次[1]、松島 誠[1] (1. 松島病院　大腸肛門病センター)

当院は横浜市（人口３７７万人）中心部に位置する大腸肛門病専門病院であり創立１０２年を迎えた。誰でも（保険医療機関）いつでも（日曜祝日以外盆休みなし）患者を受け入れ、その日のうちに外科的治療を含む初期治療を行いその後に続けてきた。

① 高齢化に伴う排便障害、特に糞便栓塞に対する準緊急治療

２０２５年の１年間で４３４例に対して摘便等を行った。患者内訳は横浜市内在住３７６例８６．６%、他の市町は５８例１３．４%。その後便秘治療を行い、必要に応じて排便機能外来で治療を継続している。

② 肛門外科としての救急医療

肛門周囲膿瘍に対する緊急の外来での局麻下切開排膿術は２０２５年の１年間で１０２５例行いそのうち紹介された患者は４９５例であった。さらに、深部膿瘍や広範囲膿瘍に対しては緊急で腰椎麻酔下で切開排膿術を原則１泊２日入院で２０２５年の１年間で３６０例行いそのうち紹介された患者は１７０例であった。

③ 直腸癌の診断

一方、出血等を主訴に肛門科を受診し、直腸癌と判明した患者は、２０２５年の１年間で７０例あり、大学病院等の他施設へ紹介した。

④ 肛門外科としての外科的治療

血栓性外痔核で疼痛や出血の症状が強い症例は緊急で血栓除去術を行う。内痔核からの出血がひどい場合には痔核硬化療法を行う。

⑤ 大腸肛門病専門病院として

高齢者に多い直腸脱に対して腹腔鏡下直腸固定術を行い治癒率を向上させている。

⑥ 他施設との連携

脳心血管系の合併症があり抗凝固薬が休薬できず腰椎麻酔不可の場合は当院で局所麻酔＋鎮静下で手術を行う。症例によっては近隣の総合病院で手術を行い、当院から医師が出張して手術に参加する。

近年、内科・内視鏡科メインのクリニックが増え、肛門内科を標榜することもあり、患者がまずそのクリニックを受診することが多い。当院は肛門外科として、緊急外科的処置を含む治療を提供し、必要な地域医療を担っていき、他施設と連携をしていきたい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第6会場（1F 会議室103）

一般演題（口演） 13　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 1

座長：平田 賢郎（慶應義塾大学病院　腫瘍センター）

[O13-1] 切除可能大腸癌における術後ctDNA検査の実臨床での現状と課題について

*福本 結子[1]、片岡 幸三[1]、木村 慶[1]、奥村 兼汰[1]、松下 和輝[1]、大谷 雅樹[1]、今田 絢子[1]、宋 智亨[1]、友尾 祐介[2]、長野 健太郎[2]、楠 蔵人[2]、桑原 隆一[2]、堀尾 勇規[2]、内野 基[2]、池内 浩基[2]、池田 正孝[1] (1. 兵庫医科大学病院　下部消化管外科、2. 兵庫医科大学病院　炎症性腸疾患外科)

[O13-2] ATR阻害薬AZD6738によるFTD抗腫瘍効果の増強：5-FU耐性大腸癌モデルを用いた前臨床研究

*上原 崇平[1]、鈴木 卓弥[1]、加藤 潤紀[1]、澤井 美里[1]、浅井 宏之[1]、加藤 瑛[1]、余呉 覚匡[1]、牛込 創[1]、山川 雄士[1]、高橋 広城[1]、松尾 洋一[1]、瀧口 修司[1] (1. 名古屋市立大学大学院医学研究科消化器外科学)

[O13-3] MSI-H/dMMR切除不能進行・再発大腸癌に対する免疫チェックポイント阻害薬効果の検討

*南原 翔[1]、安藤 幸滋[1]、川副 徹郎[1,2]、是久 翔太郎[1,2]、津田 康雄[1]、中ノ子 智徳[1]、沖 英次[2]、吉住 朋晴[1] (1. 九州大学大学院消化器・総合外科、2. 九州大学病院先端医工学診療部)

[O13-4] 抗EGFR抗体レジメンを後方治療で再導入した切除不能進行再発大腸癌8例の検討

*石田 典仁[1]、津軽 開[1]、大塚 祐治[1]、蔵田 隼也[1]、加藤 亜美[1]、會田 卓弘[1]、笠原 美沙[1]、加藤 智尋[1]、闇彌 一貴[1]、宗 英一郎[1]、千田 彰彦[1]、川崎 健太[1,2]、金井 隆典[1]、平田 賢郎[1,2] (1. 慶應義塾大学病院内科学教室(消化器)、2. 慶應義塾大学病院腫瘍センター)

[O13-5] 年齢因子がFOLFIRI＋ramucirumab療法の有効性と安全性に与える影響：RINDO studyにおけるサブグループ解析

*山本 泰康[1]、服部 憲史[1]、梅田 晋一[1]、佐藤 雄介[1]、村田 悠記[1]、小倉 淳司[1]、飯塚 彬光[1]、笹原 正寛[1]、杉田 静企[1]、中西 香企[1]、清水 大[1]、田中 千恵[1]、宮田 一志[1]、神田 光郎[1] (1. 名古屋大学医学部付属病院消化器・腫瘍外科(消化管))

[O13-6] 当科におけるBEACONレジメンの使用経験

*阿部 馨[1]、野上 仁[1]、青木 亮太[1]、松本 瑛生[1]、荒引 みちる[1]、丸山 聡[1] (1. 新潟県立がんセンター新潟病院消化器外科)

[O13-7] ERBB2 Equivocal判定から考える大腸がんCGP結果解釈の標準化と課題

*古屋 信二[1]、白石 謙介[1]、滝口 光一[1]、仲山 孝[1]、齊藤 亮[1]、丸山 傑[1]、出雲 渉[1]、庄田 勝俊[1]、雨宮 秀武[1]、河口 賀彦[1]、市川 大輔[1] (1. 山梨大学医学部外科学講座第1教室)

[O13-8] TMBhigh進行・再発大腸癌に対するPembrolizmab治療成績

*横田 和子[1]、柴木 俊平[1]、坂本 純一[1]、小嶌 慶太[1]、田中 俊道[1]、横井 圭悟[1]、古城 憲[1]、三浦 啓壽[1]、山梨 高広[1]、佐藤 武郎[2]、内藤 剛[1] (1. 北里大学医学部下部消化管外科学、2. 北里大学医学部附属医学教育研究開発センター医療技術教育研究部門)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第6会場（1F 会議室103）

一般演題（口演） 13　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 1

座長：平田 賢郎（慶應義塾大学病院　腫瘍センター）

[O13-1] 切除可能大腸癌における術後ctDNA検査の実臨床での現状と課題について

*福本 結子[1]、片岡 幸三[1]、木村 慶[1]、奥村 兼汰[1]、松下 和輝[1]、大谷 雅樹[1]、今田 絢子[1]、宋 智亨[1]、友尾 祐介[2]、長野 健太郎[2]、楠 蔵人[2]、桑原 隆一[2]、堀尾 勇規[2]、内野 基[2]、池内 浩基[2]、池田 正孝[1] (1. 兵庫医科大学病院 下部消化管外科、2. 兵庫医科大学病院　炎症性腸疾患外科)

【背景】
circulating tumor DNA（ctDNA）は大腸癌における微小残存病変（MRD）評価の有望なバイオマーカーとして注目されている。一方で、術後補助療法や再発サーベイランスへの具体的な活用法については十分なエビデンスがなく、実臨床における有用性は明らかでない。当院では2023年6月より自費診療としてctDNA検査を導入した。
【方法】
2023年6月～2026年4月に切除可能大腸癌に対して根治切除術を施行し、術後4～10週でctDNA検査（Guardant Reveal）を施行した症例を後方視的に解析した。ctDNA陽性例では再発の早期検出を目的として追加画像検査を施行し、陰性例では通常サーベイランスを継続した。再発形式および術後治療との関連について検討した。
【結果】
82例中、術後4～10週で検査を施行した70例を解析対象とした。年齢中央値は69歳、pStage I/II/III/IVは7/11/39/13例で、観察期間中央値は16か月であった。ctDNA陽性は17例（25.4%）であった。ctDNA陽性例では9例に早期画像検査で再発を認めた。画像上再発を認めなかった6例に対して併用化学療法を施行したが、3例（50%）で再発を認めた。ctDNA陰性53例ではpStage I/IIに再発を認めず、pStage IIIでは経過観察群および経口5-FU群で各1例再発した。全再発はctDNA陽性13例、陰性6例で、再発部位は陽性群で肝6例、リンパ節4例、腹膜2例、脊椎1例と肺転移再発は認めず、陰性群で肝1例、肺3例、リンパ節1例、腹膜1例であった。
【結論】
術後ctDNAは特に肝転移の高感度検出に有用である可能性が示唆された一方、肺転移に対する感度は限定的であった。ctDNAによるMRD評価は再発の早期診断やリスク層別化に基づく術後補助療法選択に有用である可能性があり、今後さらなる症例集積と長期経過観察が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第6会場（1F 会議室103）
一般演題（口演） 13　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 1
座長：平田 賢郎（慶應義塾大学病院　腫瘍センター）

[O13-2] ATR阻害薬AZD6738によるFTD抗腫瘍効果の増強：5-FU耐性大腸癌モデルを用いた前臨床研究

*上原 崇平[1]、鈴木 卓弥[1]、加藤 潤紀[1]、澤井 美里[1]、浅井 宏之[1]、加藤 瑛[1]、余呉 覚匡[1]、牛込 創[1]、山川 雄士[1]、高橋 広城[1]、松尾 洋一[1]、瀧口 修司[1] (1. 名古屋市立大学大学院医学研究科消化器外科学)

【はじめに】
近年、抗腫瘍薬によるDNA損傷に対する、がん細胞が持つDNA損傷チェックポイントと呼ばれる修復機構が解明されてきている。センサー蛋白複合体が様々な分子を活性化し細胞周期を停止させ、損傷遺伝子の増幅を防ぐものである。DNA損傷チェックポイントを標的とする治療は、既存の抗腫瘍薬の効果を増強し得る。我々はG2/M期チェックポイントを阻害するATR阻害剤AZD6738に着目し、5-FU、FTDとの併用効果を報告してきた。大腸癌化学療法は5-FUが中心であるが、後方ラインでは耐性獲得が問題となる。FTDはS期にDNAに取り込まれ損傷を起こす薬剤であるが、単剤の効果は乏しく、進行再発大腸癌の後方ラインでの適応に限られている。本研究では5-FU耐性株に対するFTD＋AZD6738の効果を検討した。
【方法・結果】
①HCT116（p53wt）、DLD-1（p53mu）を5-FUに曝露しIC50が100倍となった耐性株HCT116/5FUR、DLD-1/5FURを樹立。②WST-1アッセイでFTDに単剤では効果のない濃度のAZD6738を併用すると細胞増殖が有意に低下した。③フローサイトメトリーでFTDによるG2/M期停止がAZD6738併用によって解除された。④Western blotでFTDにAZD6738を併用するとChk1のリン酸化が抑制され、DNA損傷及びアポトーシス蛋白の発現が増強した。⑤DLD-1/5FUR皮下移植マウスをControl群、AZD6738群、TAS102群、TAS102＋AZD6738群に分け、2週間経口投与を行う動物実験を行った。TAS102＋AZD6738群のみ有意に腫瘍増大が抑制された。体重減少や臓器障害、血液毒性はなかった。
【考察】
5-FUとFTDはともにTS阻害作用とDNA取り込み損傷作用を併せ持つが、FTDは後者の作用が他のフッ化ピリミジン薬剤と比べ強いことが知られている。5-FU耐性化の主な機序はTSの活性化とされる。本研究の結果から、DNA損傷の作用が強いFTDとDNA損傷修復を阻害するAZD6738の組み合わせは、5-FUに耐性化した大腸癌後方ラインでの治療戦略として有望である可能性が示された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第6会場（1F 会議室103）
一般演題（口演） 13　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 1
座長：平田 賢郎（慶應義塾大学病院　腫瘍センター）

[O13-3] MSI-H/dMMR切除不能進行・再発大腸癌に対する免疫チェックポイント阻害薬効果の検討

*南原 翔[1]、安藤 幸滋[1]、川副 徹郎[1,2]、是久 翔太郎[1,2]、津田 康雄[1]、中ノ子 智徳[1]、沖 英次[2]、吉住 朋晴[1] (1. 九州大学大学院消化器・総合外科、2. 九州大学病院先端医工学診療部)

【背景】免疫チェックポイント阻害薬（ICI）であるペムブロリズマブ（PEM）は，高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-H）/ミスマッチ修復欠損(dMMR)の切除不能進行・再発大腸癌に対する一次治療として推奨されているが、最近、一次治療におけるイピリムマブ(IPI)+ニボルマブ(NIVO)併用療法が極めて有効な治療効果を示し、新たな標準治療の選択肢になると考えられる(CheckMate 8HW試験)。
【目的】当科におけるMSI-H/dMMR切除不能進行・再発大腸癌に対するICIの治療成績を明らかにする。
【対象・方法】2021～2025年までに当科でICIを投与したMSI-H/dMMR切除不能進行・再発大腸癌9症例の治療成績を後方視的に検討した。
【結果】診断時切除不能例が6例(1例は多臓器浸潤により根治切除不能な局所進行症例)、再発例が3例であった。一次治療としてPEMを6例、IPI+NIVOを1例、二次、四次治療でそれぞれ1例ずつPEMを投与していた。男性4例、女性5名、治療開始時の年齢は中央値で67歳(36-88歳)であった。原発巣の局在は右側6例、左側3例であった。RAS変異1例(11%)、BRAF V600E変異6例(67%)でBRAF変異併存例が多く、BRAF変異併存例は全例右側であった。投与クール数は中央値で8(2-61)、治療効果判定はRECIST基準でCR4例、PR3例、PD1例、NE1例で奏功率は78%であった。CR/PRになった7症例は初回評価CTで全例著明な縮小を認め、一次治療の2症例は2クール、4クールと早期にCRとなっていた。二次、四次治療の2例もCRであった。CTCAE Grade3の小腸炎を2例で認め、1例はPEM中止(中止後半年もPRを維持)、もう1例はIPI+NIVOからNIVO単剤に変更となった。
【結語】MSI-H/dMMR切除不能進行・再発大腸癌に対するICI治療は高い奏功率を示した。今後は効果予測バイオマーカーの同定、conversion surgery施行の判断基準の検討のために更なる症例の蓄積が望まれる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第6会場（1F 会議室103）
一般演題（口演） 13　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 1
座長：平田 賢郎（慶應義塾大学病院　腫瘍センター）

[O13-4] 抗EGFR抗体レジメンを後方治療で再導入した切除不能進行再発大腸癌8例の検討

*石田 典仁[1]、津軽 開[1]、大塚 祐治[1]、蔵田 隼也[1]、加藤 亜美[1]、會田 卓弘[1]、笠原 美沙[1]、加藤 智尋[1]、闇彌 一貴[1]、宗 英一郎[1]、千田 彰彦[1]、川崎 健太[1,2]、金井 隆典[1]、平田 賢郎[1,2] (1. 慶應義塾大学病院内科学教室(消化器)、2. 慶應義塾大学病院腫瘍センター)

【背景と目的】
抗EGFR抗体治療の再導入は、切除不能進行再発大腸癌に対する後方治療の選択肢の一つである。近年、複数の臨床試験において、前治療のEGFR抗体含有レジメンに対する奏効や治療継続期間、抗EGFR抗体free interval、再導入前のcirculating tumor DNA（ctDNA）による耐性変異の有無などが再導入の有効性と関連することが報告されている。一方で、実臨床における再導入の実施状況、有効性および安全性に関する報告は限られている。そこで当院における抗EGFR抗体再導入の実施状況、有効性および安全性を後方視的に検討した。
【対象と方法】2021年4月から2025年12月までに自施設で抗EGFR抗体を含むレジメンを再導入した切除不能進行再発大腸癌患者を後方視的に収集し、治療効果や安全性について検討した。
【結果】対象期間において、後方治療での抗EGFR抗体の再導入を行った症例は8例であった。患者背景は年齢中央値61歳（39–73歳）、男女各4例、原発巣は全例左側であった。初回抗EGFR抗体治療は全例でRECIST version 1.1に基づく最良効果判定で安定（SD）以上を得ていたが、1例はPFSが6か月未満であった。EGFR抗体free interval中央値は17.6か月であった。再導入前に耐性遺伝子変異の評価を4例で施行し（OncoBEAM RAS 1例、Guardant360 2例、FoundationOne CDx 1例）、いずれも確認可能な耐性変異は認めなかった。再導入レジメンは化学療法併用が5例、抗EGFR抗体単独投与が3例であった。最良効果は部分奏効（PR）3例、SD 1例、進行（PD） 4例で、奏効率37.5%、病勢制御率50.0%、6か月無増悪生存割合37.5%であった。耐性変異評価を施行した4例中2例でPRが得られた。安全性については薬剤性肺臓炎により1例が治療中止となったが、その他に抗EGFR抗体に関連する重篤な有害事象は認めなかった。
【結語】抗EGFR抗体治療の再導入は、適切に選択された切除不能進行再発大腸癌患者において、実臨床においても有望な治療選択肢となる可能性が示唆された。再導入前の耐性変異評価は、実臨床においても患者選択に有用である可能性があり、さらなる症例集積による検証が望まれる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第6会場（1F 会議室103）
一般演題（口演） 13　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 1
座長：平田 賢郎（慶應義塾大学病院　腫瘍センター）

[O13-5] 年齢因子がFOLFIRI＋ramucirumab療法の有効性と安全性に与える影響：RINDO studyにおけるサブグループ解析

*山本 泰康[1]、服部 憲史[1]、梅田 晋一[1]、佐藤 雄介[1]、村田 悠記[1]、小倉 淳司[1]、飯塚 彬光[1]、笹原 正寛[1]、杉田 静企[1]、中西 香企[1]、清水 大[1]、田中 千恵[1]、宮田 一志[1]、神田 光郎[1] (1. 名古屋大学医学部付属病院消化器・腫瘍外科(消化管))

【目的】日本人進行再発大腸癌患者に対する2次治療として，日本人に適した低用量 irinotecan（150 mg/m^2）を用いたFOLFIRI＋ramucirumab（RAM）療法の有効性と安全性を検証したRINDO studyにおいて，年齢が治療成績に与える影響を明らかにする．
【対象と方法】切除不能・進行再発大腸癌患者61例を対象に，低用量 irinotecanを含むFOLFIRI＋RAM療法を2週間ごとに施行した．1コース目施行日を基準に70歳以上（高齢群）と70歳未満（非高齢群）の2群に分類した．主要評価項目はPFS，副次評価項目はOS，ORR，DCR，治療回数，RDI，有害事象発生率とした．
【結果】患者背景は, 高齢群29例（48%），非高齢群32例（52%）であり，性別やPSなどに有意差は認めなかった．有効性において, PFS中央値は高齢群4.8か月対非高齢群6.2か月（p=0.62），OS中央値は17.5か月対20.5か月（p=0.94）であり, 有意差は認めなかった. ORR（3.45%対12.1%, p=0.22）およびDCR（75.9%対72.7%, p=0.79）も同等であった. 治療継続性に関しては, 治療回数中央値6.0回対9.0回（p=0.28）, RDI中央値はBolus FU 33.3%対69.1%（p=0.38），Infusion FU 71.1%対76.4%（p=0.83），irinotecan 71.9%対77.8%(p=0.97)，RAM 82.1%対80.0%(p=0.82）であった．いずれの群においてもRAISE試験日本人集団におけるirinotecan RDI（中央値63.8%）と比較して高いRDIが維持されており，低用量設定により治療強度が保たれていた可能性が示唆された．安全性において, Grade 3以上の有害事象発生率は，血液毒性58.6%対27.6%（p=0.017），非血液毒性27.6%対17.2%(p=0.34)，RAM関連有害事象13.8%対10.3%（p=0.69）であった．血液毒性の内訳は，好中球減少51.7%対27.6%(p=0.06)，発熱性好中球減少症13.8%対 0%（p= 0.04）など，高齢群で高頻度であった．また全Gradeにおいても, 発熱性好中球減少症17.2%対0%（p=0.02），血小板減少48.3%対13.8%(p=0.005)は高齢群で有意に高かった．
【結語】低用量 irinotecanを用いたFOLFIRI＋RAM療法は，高齢者においても非高齢者と同等の有効性を示し，治療強度も良好に維持された．一方で，高齢者では血液毒性が増加するため，慎重な有害事象管理が必要である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第6会場（1F 会議室103）
一般演題（口演） 13　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 1
座長：平田 賢郎（慶應義塾大学病院　腫瘍センター）

[O13-6] 当科におけるBEACONレジメンの使用経験

*阿部 馨[1]、野上 仁[1]、青木 亮太[1]、松本 瑛生[1]、荒引 みちる[1]、丸山 聡[1] (1. 新潟県立がんセンター新潟病院消化器外科)

【背景】*BRAF*V600E変異陽性切除不能進行大腸癌において，従来の化学療法は効果が乏しく，予後が極めて不良である．近年BRAF阻害薬が使用可能になり治療成績の向上が期待されているが，使用経験が少ないのが実情である．【目的】当院で行われたBEACONレジメンの治療成績を検討すること．【対象と方法】2021年3月から2026年4月までに当科でBEACONレジメンを導入した*BRAF*V600E変異陽性切除不能進行再発大腸癌10例を対象とし，治療成績を後方視的に検討した．【結果】10例中，男性5例，女性5例，年齢中央値は63歳（範囲：48-75歳）であった．原発部位は右側5例，左側5例．同時性遠隔転移が5例（うち4例が腹膜播種），根治切除後再発が5例であり，再発症例はpStageⅢb，Ⅲcがそれぞれ1，4例であった．原発巣切除は8例に行われ，3例がR2切除であった．再発部位はリンパ節4例，肺1例，局所1例，卵巣１例，腹膜播種1例（重複含む）であった．BEACONレジメンの治療内容は，ENCO（Encorafenib）+CET（Cetuximab）が2例，ENCO+BINI（Binimetinib）+CETが8例であった．治療導入は2，3，4次治療がそれぞれ5，4，1例であった．BEACON治療期間の中央値は31週 （範囲：3-125週）であり，2例は加療中である．BEACONレジメンの最良治療効果はPR，SD，PDがそれぞれ6，1，3例であり，奏効率は60%であった．BEACONレジメン開始後の1年生存率は50%，生存期間中央値（MST）は12.3か月であった．これを根治切除後再発と同時性遠隔転移症例で比較すると，BEACONレジメン開始後の1年生存率とMSTは再発群で100%，52.1か月，遠隔転移群で20%，2.8か月であり，有意に再発群の予後が良好であった（P = 0.002）．
【考察】腹膜播種を伴うことが多かった同時性遠隔転移症例では，BEACONレジメン導入後も予後は極めて不良であった．一方で，根治切除後の再発症例では腹膜播種が相対的に少なく，本レジメンを継続できていることが予後延長に関連している可能性がある．
【結論】 BEACONレジメンは，根治切除後の再発症例に対しては良好な予後をもたらすが，腹膜播種を伴う同時性遠隔転移症例では依然として不良であり，病態に応じた早期導入や治療戦略の工夫が今後の課題である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第6会場（1F 会議室103）
一般演題（口演） 13　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 1
座長：平田 賢郎（慶應義塾大学病院　腫瘍センター）

[O13-7] ERBB2 Equivocal判定から考える大腸がんCGP結果解釈の標準化と課題

*古屋 信二[1]、白石 謙介[1]、滝口 光一[1]、仲山 孝[1]、齊藤 亮[1]、丸山 傑[1]、出雲 渉[1]、庄田 勝俊[1]、雨宮 秀武[1]、河口 賀彦[1]、市川 大輔[1] (1. 山梨大学医学部外科学講座第1教室)

大腸がんにおけるERBB2/HER2異常は治療標的として重要性を増しており、トラスツズマブ デルクステカン（T-DXd）への治療接続が臨床上の課題となっている。しかし現行の運用では、T-DXdのコンパニオン診断としてGuardant360 CDxが指定されている一方、FoundationOne CDxなど他の包括的がんゲノムプロファイリング検査（CGP）で得られたERBB2所見の扱いは、エキスパートパネル（EP）での検討に委ねられる。

当院では切除不能・再発大腸がんに対してCGPを施行し、ERBB2 copy number alterationが報告された症例を経験した。FoundationOne CDxなどでERBB2が明確に「増幅」と判定された場合には、EPでの議論を経てHER2標的治療候補として扱われ得る。一方、自験例のようにERBB2 copy number alterationが「Equivocal」と判定された場合には、Guardant360 CDxにおけるERBB2増幅と同等とは断定できず、T-DXdの適応判断に難渋する。Equivocal判定では、T-DXdの適応として扱うか、保守的に投与不可とするか、HER2 IHC/ISHを追加するか、液体CGPで再評価するかについて、施設やEPごとに判断が分かれ得る。これは単なる境界的検査結果の問題ではなく、Guardant360 CDx以外のCGP結果をT-DXdの治療適応へ接続する標準的ルールが十分に整備されていないことに起因する。ERBB2 Equivocalは明確な増幅陽性ではない一方、HER2標的治療の効果を完全に否定する所見でもない。DNAベースCGPにおけるcopy number判定とHER2蛋白発現が乖離する可能性もあり、HER2 IHC/ISHなどの追加評価が有用となる可能性がある。一方で、十分な根拠なくEquivocalを増幅陽性に準じて扱えば、間質性肺疾患など重篤な有害事象リスクを伴う治療を過剰に推奨する可能性もある。

本発表では、自験例を提示し、ERBB2 Equivocal判定を契機として、T-DXdのコンパニオン診断がGuardant360 CDxに限定されている現行体制下で生じるCGP結果解釈の課題を検討する。ERBB2 Equivocal判定は、単なる曖昧な検査結果ではなく、CGP結果を治療へ接続する標準的ルールの不足を可視化する所見であり、大腸がんプレシジョンメディスンの均てん化に向けた重要な課題である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第6会場（1F 会議室103）
一般演題（口演） 13　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 1
座長：平田 賢郎（慶應義塾大学病院　腫瘍センター）

[O13-8] TMBhigh進行・再発大腸癌に対するPembrolizmab治療成績

*横田 和子[1]、柴木 俊平[1]、坂本 純一[1]、小嶌 慶太[1]、田中 俊道[1]、横井 圭悟[1]、古城 憲[1]、三浦 啓壽[1]、山梨 高広[1]、佐藤 武郎[2]、内藤 剛[1] (1. 北里大学医学部下部消化管外科学、2. 北里大学医学部附属医学教育研究開発センター医療技術教育研究部門)

【背景】
KEYNOTE-158試験により、TMBhighを有する標準治療に不応または不耐の進行・再発固形癌に対しPembrolizmab療法の有効性が示され、大腸癌においても治療選択肢として挙げられている。
【目的】
　包括的がんゲノムプロファイリング検査（CGP検査）にてTMBhighと診断された進行・再発大腸癌におけるPembrolizmab治療成績を明らかにする。
【方法】
　2020年1月～2026年4月までの間に進行・再発大腸癌に対してCGP検査が行われ、TMBhighと診断され、Pembrolizmabが投与された4例について後方視的に検討した。
【結果】
　4例の内訳は、男性2例、女性2例、CGP検査時の年齢の中央値は64.5（55-66）歳、Performance Status（PS）0が2例、PS1が1例、PS2が1例、前治療として全例でOxaliplatinが投与されており、3例ではIrinotecanも投与されていた。TMBスコアの中央値は11.13（9.65-57.93）mut/Mb で、投与期間の中央値は4.2（1.4-11.7）ヶ月であった。Grade2以上の免疫関連有害事象は認めなかった。
　TMBスコアが57.93mut/Mbであった症例は、骨盤内を占める切除不能直腸癌に対して1次治療としてFOLFOX+Pmab療法を行っていたが、効果判定はStable Diseaseであった。CGP検査にてTMBhighを認め、Pembrolizmab療法を開始された。開始後5.3ヶ月目のCT検査にて著明に腫瘍は縮小し、治療を継続していたが、12.8ヶ月後のPET-CT検査にてFDG集積を認めず、Complete Response（CR）と判断し、本人の希望もあり投与中止した。投与開始から18.2ヶ月の時点でCRを維持している。
【結語】
　TMBhigh進行・再発大腸癌においても、Pembrolizmab療法が有効である可能性あるが、今後も症例の集積が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 14　ロボット手術 2

座長：山梨 高広（北里大学医学部下部消化管外科学）

[O14-1] Sustainableなロボット支援結腸がん手術　– 効率化を意識した短期/中期成績からみる着地点 -

*真崎 純一[1]、筋野 博喜[1]、久保山 侑[1]、有働 竜太郎[1]、笠原 健大[1]、刑部 弘哲[1]、桒原 寛[1]、小熊 潤也[1]、古賀 寛之[1]、金沢 景繁[1]、永川 裕一[1] (1. 東京医科大学消化器・小児外科学分野)

[O14-2] 当院におけるロボット支援下結腸切除術の短期成績と定型化

*櫻井 翼[1]、山本 真大[1]、久保 顕博[1]、永井 俊太郎[1] (1. 北九州市立医療センター　外科)

[O14-3] 細径スコープ不通過の結腸癌に対するロボット支援手術と腹腔鏡手術の短期成績の比較

*小林 尚輝[1]、笠井 俊輔[1]、塩見 明生[1]、眞部 祥一[1]、小嶋 忠浩[1]、田中 佑典[1]、森 千浩[1]、髙嶋 祐助[1]、横山 希生人[1]、辻尾 元[1]、八尾 健太[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 竣助[1] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

[O14-4] 結腸癌に対するロボット支援手術　短期治療成績と問題点から考える着地点

*仲本 嘉彦[1]、中島 清貴[1]、馬屋原 真太[1]、松木 豪志[1]、長野 心太[1]、一瀬 規子[1]、藤川 正隆[1]、岩崎 寿光[1]、中島 隆善[1]、岡本 亮[1]、生田 真一[1]、相原 司[1]、柳 秀憲[1]、山中 若樹[1] (1. 明和病院外科)

[O14-5] 右側結腸癌に対する開腹・腹腔鏡・ロボット支援手術の短期成績の比較検討

*田中 征洋[1]、鈴村 潔[1]、土屋 智敬[1]、西前 香寿[1]、張 丹[1]、山本 泰資[1]、福井 史弥[1]、野々村 篤杜[1]、袴田 教佑[1]、寺崎 正起[1]、岡本 好史[1] (1. 静岡済生会総合病院)

[O14-6] 右側結腸癌に対するロボット支援手術の導入と症例選択：腹腔鏡手術との傾向スコアマッチング解析

*大澤 日出樹[1]、美濃地 貴之[1]、池嶋 遼[1]、吉岡 慎一[1] (1. 八尾市立病院)

[O14-7] 当科におけるロボット支援下横行結腸部分切除術・結腸左半切除術の手術手技と術後短期成績

*徳原 克治[1]、十枝 あゆみ[2]、大西 潤也[2]、吉田 真未[2]、小山 忠宣[2]、山本 寛揮[2]、森田 拓[2] (1. 医療法人徳洲会岸和田徳洲会病院下部消化管外科、2. 医療法人徳洲会岸和田徳洲会病院外科)

[O14-8] 大腸肛門病学会認定施設となりロボット支援下直腸手術はどう変わったか-周術期管理と短期成績-

*新井 聡大[1]、増田 大機[1]、谷田部 悠介[1]、大和 美寿々[1]、白坂 太郎[1]、羽生 舞花[1]、金城 宏武[1]、朝田 泰地[1]、鵜梶 真衣[1]、篠原 元[1]、廣瀬 俊太郎[1]、吉野 潤[1]、長野 裕人[1]、井ノ口 幹人[1] (1. 武蔵野赤十字病院外科・消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 14　ロボット手術 2
座長：山梨 高広（北里大学医学部下部消化管外科学）

[O14-1] Sustainableなロボット支援結腸がん手術　– 効率化を意識した短期/中期成績からみる着地点 -

*真崎 純一[1]、筋野 博喜[1]、久保山 侑[1]、有働 竜太郎[1]、笠原 健大[1]、刑部 弘哲[1]、桒原 寛[1]、小熊 潤也[1]、古賀 寛之[1]、金沢 景繁[1]、永川 裕一[1] (1. 東京医科大学消化器・小児外科学分野)

[目的]結腸がんに対するロボット支援結腸がん手術(RALS-C)の長期成績は十分に明らかではない。当科では保険収載後の2022年9月よりRALS-Cを開始し、現在では結腸がんの約95%にロボット手術(ダビンチXi/5/SP)を適応している。また、ロボット支援結腸がん手術の着地点は、手術の安全性および腫瘍学的根治性はもちろん、現状では効率性をあげてコストを担保することであると考える。当科の術式の工夫をビデオを供覧しながらお示しするとともに、腹腔鏡手術と比較した3年中期成績を後方視的に傾向スコアマッチングにて検討した。[方法]中期成績は、盲腸からS状結腸までの根治切除し得た結腸がんを対象とした。腹腔鏡下群(CLS)は2021年1月から2022年12月までの115例、ロボット支援群(RALS)は2022年9月から2025年12月までの47例であった。年齢、性別、腫瘍局在、BMIを共変量に傾向スコアマッチングを施行した。[結果]両群44例がマッチした。3年RFSはCLS：RALS = 100%: 97.7% (p = 0.69)、3年OSはCLS：RALS = 100% : 95.5% (p = 0.16)で有意差を認めなかった。また、再発形式は遠隔転移が最多で、CLS/RALS群で播種を含む局所再発はCLS/RALS群で5例/1例であった。体腔内吻合で局所再発はRALS群の1例のみであった。手術は、適切なDeviceや、Two left methods、Reduce Incisionを用いることで、コストと時間を短縮し、縦2件で結腸がん手術を施行することで、コストの担保を行った。結果、ロボット支援手術の縦2件施行件数は、2022年10件、2023年24件、2024年64件、2025年148件と飛躍的に増加した。短期成績は既報であり、発表内にて報告する。 [結論]適切な工夫をすることでコスト面、短期/中期成績からはRALS-Cはsustainableであることが示唆され、効率的な運用は着地点となり得ると考えた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 14　ロボット手術 2
座長：山梨 高広（北里大学医学部下部消化管外科学）

[O14-2] 当院におけるロボット支援下結腸切除術の短期成績と定型化

*櫻井 翼[1]、山本 真大[1]、久保 顕博[1]、永井 俊太郎[1] (1. 北九州市立医療センター　外科)

【背景】近年結腸領域におけるロボット支援下手術が広まってきている。当院においては2022年9月から導入しており助手と連携しながら手術を行なっている。
【目的】当院におけるロボット支援下結腸切除術の短期成績を腹腔鏡手術と比較検討し、fusion surgeryを用いた体腔内吻合について手術動画を供覧する。
【方法】2022年9月から2026年3月までに結腸切除術（S状結腸切除術を除く）を行った246例のうち、開腹手術 (15例)、他臓器合併切除 (13例) を除いた218例を対象とした。このうちロボット支援下結腸切除群41例（Ro群）と腹腔鏡下結腸切除群177例（Lap群）を比較し後方視的に比較検討した。
【結果】ロボット症例は全例でda Vinci Xiを使用した。年齢、性別、BMI、cStageに差を認めなかった。腫瘍局在および術式に差はなく、開腹移行はRo群0例、Lap群4例で差を認めなかった。手術時間中央値はRo群：244分、Lap群204分でRo群が長く、出血量中央値に差を認めなかった。体腔内吻合はRo群16例 (39.0%) 、Lap群11例 (5.0%) でRo群に多く施行された。遠位側切離長および剥離面陽性率に差は認めなかった。Clavien-Dindo Grade IIIa以上の合併症に差はなく、術後在院日数にも差を認めなかった。
【手術手技】体腔内吻合時には左下腹部のdaVinciポートを助手ポートとして用い、助手2本操作で行う。ICGで血流を確認した後に助手がステープラーを用いて術者と協調して体腔内吻合を行う。当院ではオーバーラップ法を基本としており、共通孔閉鎖もステープラーを用いる。細かい手技や腸管内容液流出による腹腔内感染を予防する工夫については動画を供覧する。
【結語】ロボット支援下結腸切除術の短期成績は腹腔鏡手術と比較して遜色なく良好であった。助手と協調して手術手技を行うことにより若手外科医の教育的、意欲的側面も期待できると考える。今後は症例を積み重ねて中期、長期成績を検討していく。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 14　ロボット手術 2
座長：山梨 高広（北里大学医学部下部消化管外科学）

[O14-3] 細径スコープ不通過の結腸癌に対するロボット支援手術と腹腔鏡手術の短期成績の比較

*小林 尚輝[1]、笠井 俊輔[1]、塩見 明生[1]、眞部 祥一[1]、小嶋 忠浩[1]、田中 佑典[1]、森 千浩[1]、髙嶋 祐助[1]、横山 希生人[1]、辻尾 元[1]、八尾 健太[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 竣助[1] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

【背景】結腸癌に対する腹腔鏡手術と比較したロボット支援手術の有用性に一定の見解は得られていない。また、細径スコープが通過しない結腸癌に対する鏡視下原発巣切除は、通過可能な症例と比較して術後合併症の発生率が高いと報告されている。ロボット支援手術は高難度手術でより有用である可能性があり、本検討では細径スコープが通過しない結腸癌に対する腹腔鏡手術とロボット支援手術の短期成績を比較することを目的とした。

【対象と方法】2015年から2025年までに、当院で施行した術前内視鏡において細径スコープ(外径：11.7mm)が通過しなかった結腸癌に対して、鏡視下で原発巣切除を施行した患者を対象とした。姑息切除、他術式併施、術前減圧施行、体腔内吻合症例を除外した。腹腔鏡手術を行った症例をLap群、ロボット支援手術を行った症例をRo群と定義し、傾向スコアマッチング(PSM)を用いて年齢、性別、BMI、ASA-PS、cT、cN、cM、腫瘍占居部位を共変量として背景因子を調整した。両群間の短期成績を後ろ向きに比較した。

【結果】対象はLap群/Ro群=194/100例、PSM後は両群ともに93例で、背景因子や術式、吻合方法、郭清範囲に有意差はなかった。開腹移行はLap/Ro群＝2/1例(2.2/1.1%)であり、手術時間中央値はLap/Ro群=196/190分で、いずれも有意差はなかった。術中出血量が50ml以上であった症例はLap/Ro群＝13/1例(14.0/1.1%)であり、Ro群で有意に少なかった(p=0.001)。両群ともに全例で原発巣は完全切除された。術後初回排ガスまでの期間の中央値はLap/Ro群=3/2日であり、Ro群で有意に短かった(p<0.001)。術後合併症発生率(Clavien-Dindo ≥ Grade II)はLap/Ro群=17.2/6.5%であり、Ro群で有意に少なかった(p=0.039)。

【結語】細径スコープが通過しない結腸癌に対するロボット支援手術は安全に施行可能であり、腹腔鏡手術と比較して手術時間を延長することなく術中出血量や術後合併症の低減、術後初回排ガスまでの期間の短縮に寄与する可能性が示唆された。今後は長期成績も評価する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 14　ロボット手術 2
座長：山梨 高広（北里大学医学部下部消化管外科学）

[O14-4] 結腸癌に対するロボット支援手術　短期治療成績と問題点から考える着地点

*仲本 嘉彦[1]、中島 清貴[1]、馬屋原 真太[1]、松木 豪志[1]、長野 心太[1]、一瀬 規子[1]、藤川 正隆[1]、岩崎 寿光[1]、中島 隆善[1]、岡本 亮[1]、生田 真一[1]、相原 司[1]、柳 秀憲[1]、山中 若樹[1] (1. 明和病院外科)

現在までに手術支援ロボットhinotoriによる198例の大腸癌手術を経験し、結腸癌80例（右側結腸癌60例、左側結腸癌20例）施行した。右側では内側アプローチで後腹膜十二指腸剥離を行い、回結腸静脈・動脈切離、副右結腸静脈があれば切離、中結腸動脈右枝切離、さらに膵頭部剥離を進めるが、胃側との脂肪境界が不明瞭な際は横行結腸間膜前葉後葉を剥離することで膵頭部前面に頭側から到達することができる。回腸を先行切離し、後腹膜・外側アプローチで肝湾曲を内側より切離するが、hinotoriでは基本的に体位変換が難しいため可能な限り内側より剥離を進める。最後に横行結腸間膜を助手と協調して吻合予定部まで切離し、ICG血流確認後横行結腸を離断し、体腔内吻合を行う。内側アプローチでは軽度の頭低位で可能であり、間膜内側部が固定されているためsurgical trunkの郭清にロボットの多関節機能が発揮できる。左側ではポート配置が重要で横行結腸から脾湾曲部の際は右側と逆の配置で、下行結腸部では右側一直線の配置で、頭低位左高位で行う。コンソール時間は74～340分、術後合併症はイレウス2例、minor leakage1例、膿瘍1例、胆嚢炎1例（胃切除同時例）。腹腔鏡では体位変換して内側、後腹膜、頭側アプローチを組み合わせることができるが、hinotoriでは体位変換は困難であり頭低位が基本であり、エナジーデバイスがないため、結腸間膜の処理には助手にある程度の技量と工夫が必要である。hinotoriを用いた結腸癌手術の手術手技の工夫と短期成績を提示する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 14　ロボット手術 2
座長：山梨 高広（北里大学医学部下部消化管外科学）

[O14-5] 右側結腸癌に対する開腹・腹腔鏡・ロボット支援手術の短期成績の比較検討

*田中 征洋[1]、鈴村 潔[1]、土屋 智敬[1]、西前 香寿[1]、張 丹[1]、山本 泰資[1]、福井 史弥[1]、野々村 篤杜[1]、袴田 教佑[1]、寺崎 正起[1]、岡本 好史[1] (1. 静岡済生会総合病院)

【はじめに】2022年に結腸癌に対するロボット支援手術が保険適応となり、本術式は広がりをみせている。一方で、開腹、腹腔鏡、ロボット支援手術3群間の治療成績を比較検討した報告は限られている。【目的】当院における右側結腸癌に対する開腹、腹腔鏡、ロボット支援手術の短期成績を比較検討する。【対象と方法】2020年から2025年まで、右側結腸癌に対して待機的に原発巣切除術を施行した113例を対象とし、後ろ向きに検討した。連続変数は中央値で示した。【結果】開腹手術群(O群)22例、腹腔鏡手術群(L群)48例、ロボット支援手術群(R群)43例であった。年齢はそれぞれ70歳、77歳、77歳で、ASA-PS、ECOG-PSは群間で有意差を認めなかった。一方で、血清アルブミン値(p = 0.02)、PNI(p = 0.03)はO群で有意に低かった。壁深達度(p = 0.03)、リンパ節転移(p < 0.01)はO群で有意に進行例が多く、遠隔転移はO群で有意に多かった(p = 0.01)。また、O群は10例(45%)で腸閉塞を呈しており(p < 0.01)、CA19-9は高値であった(p < 0.01)。手術成績では、リンパ節郭清度に関しては群間で差はなく、吻合法はR群で器械吻合および体腔内吻合が有意に多かった(p < 0.01)。手術時間はR群が最も長く312分で(p = 0.01)、出血量はR群が最も少なく15gであった(p < 0.01)。術後合併症発生率に関しては群間で有意差を認めなかったが、O群、L群でCD分類Grade III以上の合併症を2例ずつきたした一方で、R群ではGrade III以上の合併症を認めなかった。術後在院日数はそれぞれ11、11、7日で、R群で有意に短かった(p < 0.01)。病理学的所見では、臨床分類同様に壁深達度(p < 0.01)、リンパ節転移(p = 0.04)はO群で有意に進行例が多かった。【結語】O群には局所進展が高度な症例や遠隔転移を有する症例が多く含まれており、治療選択肢として重要な役割を担うと考えられた。一方、R群はL群と比較して術後短期成績が良好な傾向にあり有用性が示唆されたが、症例数が少ないため今後さらなる症例の蓄積による検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 14　ロボット手術 2
座長：山梨 高広（北里大学医学部下部消化管外科学）

[O14-6] 右側結腸癌に対するロボット支援手術の導入と症例選択：腹腔鏡手術との傾向スコアマッチング解析

*大澤 日出樹[1]、美濃地 貴之[1]、池嶋 遼[1]、吉岡 慎一[1] (1. 八尾市立病院)

【背景】
ロボット支援手術は大腸癌領域で普及しつつあり、当院でも2022年より結腸癌に対して導入した。導入時には腫瘍進行度や手術難易度を踏まえた症例選択が重要であり、実際の症例選択と成績を明らかにすることは意義がある。
【目的】
右側結腸癌に対するロボット支援手術導入後の症例選択の実態を明らかにし、腹腔鏡手術と比較して短期成績および根治性を検討する。
【対象と方法】
2018年から2025年に当院で右側結腸癌に対して回盲部切除術または結腸右半切除術を施行し、根治度Cur AまたはCur Bかつ遠隔転移を認めなかった200例を対象とした。Robot群とLap群に分け、年齢、性別、BMI、Performance Status、開腹歴、cT4、cN陽性、術式、術前腸閉塞の有無を用いて1対1傾向スコアマッチングを行った。評価項目は手術時間、術後在院日数、Clavien-Dindo分類II以上/III以上の合併症、R0切除率とした。
【結果】
マッチング前はRobot群66例、Lap群134例であった。手術時間に有意差を認めず（211.0分 vs 210.5分、p=0.898）、術後合併症率にも有意差を認めなかった。一方、Robot群では結腸右半切除術（18.2% vs 39.6%、p=0.002）およびcN陽性例（27.3% vs 53.0%、p=0.0008）が有意に少なく、PS不良例、cT4症例、術前腸閉塞例も少ない傾向を認めた。マッチング後は各群61例となり、手術時間はRobot群で有意に長かった（216.0分 vs 189.0分、p=0.007）。術後在院日数はRobot群で有意に長かったが、中央値の差は1日であった（9.0日 vs 8.0日、p=0.032）。Clavien-Dindo分類II以上の合併症は13.1% vs 6.6%で有意差を認めず、III以上の合併症はRobot群で認めず、Lap群で3.3%であったが有意差を認めなかった。R0切除率はいずれも100%であった。
【結語】
右側結腸癌に対するロボット支援手術の導入では、郭清範囲や手術難度を考慮した慎重な症例選択が行われていた。背景調整後、手術時間は延長したが、術後合併症やR0切除率に明らかな悪化を認めず、このような症例選択のもとで安全に導入可能であることが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 14　ロボット手術 2
座長：山梨 高広（北里大学医学部下部消化管外科学）

[O14-7] 当科におけるロボット支援下横行結腸部分切除術・結腸左半切除術の手術手技と術後短期成績

*徳原 克治[1]、十枝 あゆみ[2]、大西 潤也[2]、吉田 真未[2]、小山 忠宣[2]、山本 寛揮[2]、森田 拓[2] (1. 医療法人徳洲会岸和田徳洲会病院下部消化管外科、2. 医療法人徳洲会岸和田徳洲会病院外科)

【はじめに】2022年のロボット支援結腸癌手術（RAS）が保険収載以降、RA-Sを導入する施設が増加している。当科では、2026年3月時点で左側結腸癌手術をRA-Sの対象としてきた。今回RA-Sを施行した横行結腸部分切除術、結腸左半切除術（RA-TL）の周術期治療成績を検討したので報告する
【対象】2023年7月～2026年3月までに、RA-TLを施行した16例（横行結腸癌（TCC）13例と下行結腸癌（DCC）3例）。
【手術手技】臍部da Vinciポートを留置し気腹開始。臍部を頂点として同心円状の右上腹部から左下腹部に4か所 da Vinciポート（#1～4）、#1,2か#2,3間に助手ポートを留置し腹腔内操作開始。TCC、DCCともに、#253郭清を伴う左結腸動脈根部切離を先行し、下行結腸間膜(DCM)と後腹膜下筋膜（RPF）間の剥離を膵体尾部部背側～脾下極まで行う。脾彎曲脱転は、横行結腸間膜（TCM）頭側で網嚢腔に入った後、膵下縁に沿いTCM前葉を切開し、左胃大網動脈と膵体尾部下端面で形成される面を意識しつつ結腸間膜の剥離を尾側に進める。支配血管が中結腸動脈・副中結腸動脈の場合、郭清後根部で切離する。体内で切離部位の腸間膜を処理後、臍部創あるいは#3ポート創を4-5cmに延長し標本を摘出後、体外にて機能的端々吻合、あるいは体腔内吻合（overlap法or デルタ吻合）を施行する。
【結果】手術時間280分、出血量10ml、開腹移行3例、術後経口摂取再開/初回排便/在院日数が、3/3/8.5日、合併症（＞G2）を3例に発症した。pStageはI/IIa/IIb/IIIb/IIIcが3/7/1/4/1例であった。2019年2月から2023年9月までに腹腔鏡下（LA）横行結腸部分切除術、結腸左半切除術を施行した29例との比較では、手術時間がRA群で長かったが（LA群224分、p=0.006）、その他周術期成績に有意差はなかった。
【まとめ】RA-TLは手術時間が長いものの、術後短期成績に関してはLA群と差を認めなかったことから、定型的な手技構築により安全に施行可能できていると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 14　ロボット手術 2
座長：山梨 高広（北里大学医学部下部消化管外科学）

[O14-8] 大腸肛門病学会認定施設となりロボット支援下直腸手術はどう変わったか-周術期管理と短期成績-

*新井 聡大[1]、増田 大機[1]、谷田部 悠介[1]、大和 美寿々[1]、白坂 太郎[1]、羽生 舞花[1]、金城 宏武[1]、朝田 泰地[1]、鵜梶 真衣[1]、篠原 元[1]、廣瀬 俊太郎[1]、吉野 潤[1]、長野 裕人[1]、井ノ口 幹人[1] (1. 武蔵野赤十字病院外科・消化器外科)

【背景】2023年4月より大腸肛門病学会指導医が着任し、2024年より同学会認定施設となった。また同年4月より同学会専門医1名が増員となった。指導医着任後より、大腸癌術前腸管前処置は化学的機械的前処置、術前日昼までの食事、術前日夕と当日執刀開始3時間前までのアルギニン飲料服用を導入し、術後は第1病日より食事再開とした。大腸癌手術には同学会専門医が少なくとも1名参加している。
【目的】直腸癌に対するロボット支援下手術の短期成績を明らかにし、執刀医の大腸肛門病学会専門医取得の有無による短期成績を明らかにすること。
【対象と方法】2023年4から2026年1月まで、直腸癌に対しロボット支援下直腸手術を施行した症例を対象とし、非専門医群、専門医群に分類し、患者背景、手術成績を比較検討した。
【結果】対象症例は165例、非専門医群64例、専門医群101例。年齢中央値70歳。年齢、性別、BMIに両群間で有意差は認めなかった。局在は専門医群でRb症例49例(49%)と非専門医群14例(22%)に比し有意に多かった。術式は非専門医群で高位前方切除30例(47%)、専門医群で低位前方切除術60例(59%)と両群間で有意差を認めた。一時的人工肛門造設率に両群間では有意差は認めなかった。手術時間は両群間で有意差は認めなかったが、コンソール時間は専門医群で有意に短かった。Clavien-Dindo分類GradeII以上の合併症は非専門医群12例(18.8%)、専門医群19例(18.8%)で両群間に有意差は認めず、GradeIIIの合併症は非専門医群4例(6.2%)、専門医群4例(4.0%)で有意差を認めなかった。術後在院日数は両群とも7日であった。
【結語】大腸肛門病学会専門医はより低位直腸癌症例を担当していたが、専門医の手術参加により執刀医によらず良好な短期成績を得られた。周術期管理の標準化と専門医介入が成績向上に寄与した可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 13:50 ~ 14:40 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 15　ロボット手術 3

座長：勝野 秀稔（藤田医科大学ばんたね病院消化器外科）

[O15-1] ロボット支援大腸癌手術教育における学習者主導BIDモデルの導入

*肥田 侯矢[1]、多賀 亮[1]、竹島 潤[1]、濱洲 晋哉[1]、伊藤 達夫[1]、平田 渉[1]、鷲見 季彦[1]、喜多 貞彦[1]、廣瀬 哲朗[1] (1. 大津赤十字病院外科)

[O15-2] ロボット支援下大腸手術における高稼働率達成に向けた運用戦略の検討 ―ハーズバーグの二要因理論に基づく組織マネジメントの実践―

*寺石 文則[1]、高橋 立成[1]、岡林 弘樹[1]、宮宗 秀明[1]、大塚 眞哉[1]、稲垣 優[1] (1. NHO福山医療センター外科)

[O15-3] 一地方病院におけるロボット支援結腸癌手術の現状　－今後の日本の現状を見据えての対応－

*山田 徹[1]、小林 建司[1]、丹羽 弘貴[1]、武内 優太[1]、鈴置 真人[1]、大原 正範[1] (1. 国立病院機構　函館医療センター外科)

[O15-4] ロボット支援下大腸切除術の教育システムの導入とその妥当性の検討

*福岡 達成[1]、金城 あやか[1]、谷 直樹[1]、丸尾 晃司[1]、西 智史[1]、瀬良 知央[1]、江口 真平[1]、関 由季[2]、田嶋 哲三[1]、西村 潤也[1]、濱野 玄弥[1]、笠島 裕明[2]、村田 哲洋[1]、澁谷 雅常[2]、西居 孝文[1]、櫻井 克宣[1]、高台 真太郎[1]、久保 尚士[1]、前田 清[2]、清水 貞利[1] (1. 大阪市立総合医療センター消化器外科、2. 大阪公立大学大学院消化器外科学)

[O15-5] ロボット支援下前方切除術の再現性向上を目指した定型手技改善への取り組み

*山本 晃[1]、川村 幹雄[1]、髙木 里英子[1]、北嶋 貴仁[2]、今岡 裕基[1]、志村 匡信[1]、奥川 喜永[2]、大北 喜基[1]、小林 美奈子[3]、問山 裕二[1] (1. 三重大学医学部付属病院消化管外科、2. 三重大学医学部附属病院ゲノム診療科、3. 三重大学医学部医学系研究科臨床外科感染制御学講座)

[O15-6] レジデント外科医が執刀する「レジロボ」と「ロボット手術1日縦2件」の取り組み

*竹内 一将[1]、橋本 雅弘[1]、加藤 伸弥[1]、森本 祥悠[1]、平木 将之[1]、畑 泰司[1]、寺西 立冴[1]、東口 公哉[1]、広田 将司[1]、古川 健太[1]、宮崎 安弘[1]、友國 晃[1]、本告 正明[1]、藤谷 和正[1]、土岐 祐一郎[1] (1. 地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター)

[O15-7] 肥満直腸癌患者におけるロボット支援下手術の短期成績

*和田 英雄[1]、堀之内 浩介[1]、入江 久世[1]、坂本 恭平[1]、赤崎 卓之[1]、上床 崇吾[1]、小島 大望[1]、渡部 雅人[1] (1. 福岡大学筑紫病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:50 ~ 14:40 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 15　ロボット手術 3
座長：勝野 秀稔（藤田医科大学ばんたね病院消化器外科）

[O15-1] ロボット支援大腸癌手術教育における学習者主導BIDモデルの導入

*肥田 侯矢[1]、多賀 亮[1]、竹島 潤[1]、濱洲 晋哉[1]、伊藤 達夫[1]、平田 渉[1]、鷲見 季彦[1]、喜多 貞彦[1]、廣瀬 哲朗[1] (1. 大津赤十字病院外科)

【背景】
消化器外科医の減少をくいとめるため、外科教育、とくに手術教育の重要性が指摘されている。Briefing–Intraoperative teaching–Debriefing（BID）モデルは、手術教育における有用な教育フレームワークとして知られている。これまで演者はロボット手術の指導においてもBIDモデルを用いた教育を行ってきたが、ロボット支援大腸癌手術では、多数の指導医が関与することや、必ずしも全ての指導医がBIDモデルを理解しているわけではないことから、統一した教育実践が困難な場合がある。今回、学習者からのヒアリングにより学習者自身がBIDモデルを理解し主体的に活用する「学習者主導BIDモデル」を考案したので報告する。
【方法】
ロボット支援大腸癌手術教育において、BIDシートを作成し運用する。手術前（Briefing）には学習者が当日の到達目標を記載し、指導医と共有する。手術中（Intraoperative teaching）は通常の手術指導の中で教育的コメントを受ける。手術後（Debriefing）には学習者自身が目標達成度や課題について自己評価を行い、さらに可能であれば指導医からのフィードバック（D’）を受ける。これをそれぞれの手術で行い、オンラインで管理をする。モデルの評価として、Kirkpatrick Level 1に基づき、学習者満足度、目標明確化への有用性、振り返りの促進、教育的有用性などをアンケートする。
【考察】
本モデルにより、複数指導医環境、複数学習者環境においても各々の学習者主体の目標設定および振り返りが促進され、構造化された手術教育につながることが期待される。
【まとめ】
学習者主導BIDモデルは、指導医側の教育理論への習熟度に依存せず実践可能な、ロボット支援大腸癌手術教育における新たな教育手法である。特に、多指導医制や症例分散が進む現代のロボット手術教育環境において、効率的に学習ができる教育モデルになる可能性があると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:50 ~ 14:40 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 15　ロボット手術 3
座長：勝野 秀稔（藤田医科大学ばんたね病院消化器外科）

[O15-2] ロボット支援下大腸手術における高稼働率達成に向けた運用戦略の検討 ―ハーズバーグの二要因理論に基づく組織マネジメントの実践―

*寺石 文則[1]、高橋 立成[1]、岡林 弘樹[1]、宮宗 秀明[1]、大塚 眞哉[1]、稲垣 優[1] (1. NHO福山医療センター外科)

［背景］手術支援ロボットは低侵襲医療の発展に寄与する一方、高額医療機器であり、症例数の確保と稼働率向上の両立が重要である。ロボット支援下大腸手術においても安定した運用体制の構築が求められている。本研究では、ハーズバーグの二要因理論を踏まえ、高稼働率達成に向けた運用戦略の有用性を検討した。
［方法］2025年度に①大腸外科領域でのプロクター赴任による症例集約、②結腸・膵・肺領域への新規導入による適応拡大、③診療科横断的なロボット手術枠の運用、④損益分岐点の可視化と院外活動強化を実施した。これらを衛生要因（運用上の障壁除去）と動機付け要因（主体的行動の促進）の両面からの介入として位置づけ、件数増加と効率的運用への影響を評価した。
［結果］泌尿器科・大腸外科を中心に複数診療科による実施体制を確立し、診療科横断的運用により空き枠は最小化され、単月稼働率は恒常的に100%を超えた。2025年度のロボット支援下大腸手術は90例（結腸癌：51例、直腸癌：39例）に増加し、全体での症例数は276件となり診療報酬加算要件を満たし、経営的側面でも改善を認めた。
［結語］ロボット支援下大腸手術の高稼働率達成には、症例集約と適応拡大に加え、診療科横断的運用と可視化が重要であった。さらにハーズバーグの二要因理論に基づく組織マネジメントにより、障壁除去と動機付けの両立が図られ、持続可能な運用体制構築に寄与すると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:50 ~ 14:40 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 15　ロボット手術 3
座長：勝野 秀稔（藤田医科大学ばんたね病院消化器外科）

[O15-3] 一地方病院におけるロボット支援結腸癌手術の現状　– 今後の日本の現状を見据えての対応 –

*山田 徹[1]、小林 建司[1]、丹羽 弘貴[1]、武内 優太[1]、鈴置 真人[1]、大原 正範[1] (1. 国立病院機構　函館医療センター　外科)

【はじめに】当院では，2024年5月よりロボット支援結腸癌手術を導入した．導入当初は症例選択を行っていたが，2025年10月よりプロクターが常勤となってからは，基本的に全例ロボット手術の適応とした．当科でのロボット支援結腸癌手術の現状について検討した．【方法】2024年5月～2026年4月の期間で，ロボット支援下に手術を施行した盲腸からS状結腸までの結腸癌36例（プロクター執刀を除く）を対象に，後方視的に検討を行った．【結果】術式の内訳は，回盲部切除12例，結腸右半切除11例，横行結腸切除1例，下行結腸切除2例，S状結腸切除8例，高位前方切除2例であった．第一助手は全例外科専門医が行い，2025年10月以降はすべてプロクターが行った．第二助手も基本的には外科専門医が担当したが，人員不足のため，13例は第二助手不在での手術となった．コンソール時間は中央値で208分，出血量は5ml，術後在院日数の中央値は11日であった．術後合併症はClavien-Dindo分類でGrade Iが3例，Grade IIが5例で認められたが，Grade III以上の合併症は認めなかった．Grade IIの合併症はいずれも2025年10月以前の症例で認められた．コンソール時間について，中央値を基準としてCUSUM解析を行ったが，learning curveは認めなかった．一方，2025年10月以降の症例の検討では，learning curveが認められた．【結語】プロクターが常勤となり，教育体制の充実化と手技の定型化が進んだことにより，手術時間の短縮，合併症率の低減につながった可能性が示唆された．また，ロボット支援下結腸癌手術では，外科専門医２名のみでも安全かつ精度を保った手術が可能であり，今後，消化器外科医が減少する現状を鑑みると，地方病院でもロボット支援手術は必須であると思われた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:50 ~ 14:40 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 15　ロボット手術 3
座長：勝野 秀稔（藤田医科大学ばんたね病院消化器外科）

[O15-4] ロボット支援下大腸切除術の教育システムの導入とその妥当性の検討

*福岡 達成[1]、金城 あやか[1]、谷 直樹[1]、丸尾 晃司[1]、西 智史[1]、瀬良 知央[1]、江口 真平[1]、関 由季[2]、田嶋 哲三[1]、西村 潤也[1]、濱野 玄弥[1]、笠島 裕明[2]、村田 哲洋[1]、澁谷 雅常[2]、西居 孝文[1]、櫻井 克宣[1]、高台 真太郎[1]、久保 尚士[1]、前田 清[2]、清水 貞利[1] (1. 大阪市立総合医療センター消化器外科、2. 大阪公立大学大学院消化器外科学)

【背景】
近年，下部消化管手術においてロボット手術は広く普及しつつあり，若手外科医の教育体系は従来の鏡視下手術主体からの転換を求められている。当院ではレジデントをジュニア・シニアに区分し，ジュニアには鏡視下操作を中心とした fusion surgery，シニアにはロボット手術操作の習得を主軸とした段階的教育を導入している。しかしながら教育効果とともに手術の質の担保が必須であり，今回その妥当性を検討した。
【目的】
当院の段階的ロボット手術教育プログラムの安全性および手術成績への影響を明らかにする。
【対象と方法】
2025 年 1 月～12 月に当院で施行したロボット大腸手術 101例を対象とした。
教育群（E群）は fusion 手術 18 例，レジロボ手術 15 例とし，その他68例を従来群（N群）とした。
【結果】
年齢は73歳，男性53例女性48例，BMI22.7であった．病変部位は結腸癌が60例，直腸癌41例であった．C:A:T:D:S:R=7:22:10:6:15:41であった．E群は結腸癌が20例，直腸癌が15例で，N群が結腸癌40例，直腸癌28例であった．SP症例はE群が16例（48.5%）とN群（29.4%）に比し多い傾向があったが，その他患者背景に大きな差は認めなかった．手術時間はE群で307min，N群297min，出血量はE群25ml，N群10mlで明らかな有意差は認めなかった．また術中開腹移行，術後合併症，術後在院日数に明らかな差は認めなかった．
【考察】
ジュニアには鏡視下基本操作を中心とした fusion surgery，シニアにはロボット操作を段階的に習得させる教育体系は，術者の習熟度に応じた負荷設定が可能であり，かつ全体の手術品質を損なうことなく教育を進めることができると示唆された。当科における段階的教育システムについてビデオを供覧しながら報告する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:50 ~ 14:40 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 15　ロボット手術 3
座長：勝野 秀稔（藤田医科大学ばんたね病院消化器外科）

[O15-5] ロボット支援下前方切除術の再現性向上を目指した定型手技改善への取り組み

*山本 晃[1]、川村 幹雄[1]、髙木 里英子[1]、北嶋 貴仁[2]、今岡 裕基[1]、志村 匡信[1]、奥川 喜永[2]、大北 喜基[1]、小林 美奈子[3]、問山 裕二[1] (1. 三重大学医学部付属病院消化管外科、2. 三重大学医学部附属病院ゲノム診療科、3. 三重大学医学部医学系研究科臨床外科感染制御学講座)

【目的】再現性のある安定した手術による治療成績向上を目指すうえで、手術手技の定型化は極めて重要である。今回我々は、ロボット支援下前方切除術の手術動画から、ステップごとの所要時間を解析し、修正が必要な定型手技の抽出と、その改善への取り組みの有用性を検討した。
【対象と方法】当科で施行したロボット支援下前方切除例（S状結腸切除、高位前方切除）の手術動画を対象とした。技術認定制度の評価項目に準じて8ステップに分割し、所要時間とそのばらつきを解析した。所要時間が長い、あるいは所要時間のばらつきが大きいステップを、定型手技の改善が必要な課題ステップとして抽出した。
【結果】解析の結果、操作開始から下腸間膜動脈（IMA）切離に至る「内側アプローチ①」および「腸間膜処理」が、所要時間が長く、かつばらつきが大きいステップとして抽出された。さらに、内側アプローチ①の所要時間が短い症例ほど、残りの全ステップに要する合計時間も短くなるという相関が認められた。そこで、これら2つのステップの手技改善に重点的に取り組んだ。内側アプローチ①では、1)総腸骨動脈とIMA間の「くぼみ」を指標とした腹膜切開、2)神経をガイドとした腹側剥離によるIMA同定、3)大動脈とIMAの角度を45度と意識したIMA左側の血管鞘剥離、4)Tip-up鉗子主体の視野展開と「One grasp, one stroke」の徹底など、手順を細密に定型化した。また腸間膜処理においては、腸間膜切離の開始方向の規定や、一律ガーゼを用いた視野展開を導入した。初期の術野展開と剥離層の同定が定型通りスムーズに行われることで、後続の腸間膜処理などのステップも円滑に進行し、全体の手術時間の短縮と手技の安定化に寄与した。
【結語】ステップごとの所要時間解析による課題抽出と、それに応じた定型手技の修正の取り組みは、手技の再現性を高め、治療成績向上および若手外科医教育の点で有用であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:50 ~ 14:40 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 15　ロボット手術 3
座長：勝野 秀稔（藤田医科大学ばんたね病院消化器外科）

[O15-6] レジデント外科医が執刀する「レジロボ」と「ロボット手術1日縦2件」の取り組み

*竹内 一将[1]、橋本 雅弘[1]、加藤 伸弥[1]、森本 祥悠[1]、平木 将之[1]、畑 泰司[1]、寺西 立冴[1]、東口 公哉[1]、広田 将司[1]、古川 健太[1]、宮崎 安弘[1]、友國 晃[1]、本告 正明[1]、藤谷 和正[1]、土岐 祐一郎[1] (1. 地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター)

【背景/目的】
ロボット支援結腸癌手術の保険収載以降、大腸癌に対してロボット支援手術を第一選択とする施設が増加している。ロボット手術によって精緻で安全な操作が可能となった一方で、手術時間およびコスト面に課題があり、執刀機会がスタッフ医師に集中しやすく、若手外科医教育やリクルートの観点から、レジデントへの段階的な執刀機会提供が重要である。しかし実臨床では、手術時間短縮・手術室稼働率向上により教育に割ける時間が制限されており、効率性と若手教育の両立が課題である。当センターでは卒後3–5年目レジデントが執刀する「レジロボ」と、ロボット手術1日縦2件（手術室入退室時間合計9時間未満達成率85%以上を目標）を並行して実施してきた。本研究ではレジデント主体手術の短期成績および運用効率を評価した。
【対象/方法】
2022年1月から2025年12月に当院で施行されたロボット支援結腸癌手術のうち、レジロボ症例115例を対象とし、短期成績を検討した。さらに同期間に施行されたスタッフ医師主体の縦2件手術回数を対照群とし、周術期短期成績および運用効率について後方視的に比較検討した。
【結果】レジロボ症例115例の年齢中央値は75(48-93）歳、男:女=57/58であった。手術時間は中央値で183 (124-399) 分、出血量は0 (0-102) mL、CD Grade III以上の術後合併症は5.2% (6/115)であった。1手術あたりのレジデントによるコンソール操作割合は中央値で44.2（5.7-100）%であり、レジデントが執刀を完遂した症例は15例 (13.0%) であった。レジデント執刀症例を含む縦2件手術は108回（レジデント主体のみ縦2件が7回）であり、入退室時間合計8時間以内達成率および9時間未満達成率は、46.2%（50/108)、83.3%（90/108）であった。一方、スタッフ医師主体のみ縦2件手術は130回であり、それぞれの達成率は35.4%（46/130)、73.1%（95/130）であり、両群間に有意差は認めなかった（p=0.111，0.062)。
【結論】手術手技の定型化、指導体制の確立、適切な時間マネジメントにより、レジデント主体のロボット支援結腸癌手術は安全に施行可能であり、スタッフ医師主体手術と同等の手術室運用効率を維持しつつ教育を実践可能であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 13:50 ~ 14:40 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 15　ロボット手術 3

座長：勝野 秀稔（藤田医科大学ばんたね病院消化器外科）

[O15-7] 肥満直腸癌患者におけるロボット支援下手術の短期成績

*和田 英雄[1]、堀之内 浩介[1]、入江 久世[1]、坂本 恭平[1]、赤崎 卓之[1]、上床 崇吾[1]、小島 大望[1]、渡部 雅人[1] (1. 福岡大学筑紫病院外科)

【背景】肥満患者における直腸癌の発生率は徐々に増加している。肥満はさまざまな側面から直腸癌手術のリスクを高める可能性がある。ロボット支援下手術は、肥満患者に対する従来の腹腔鏡下直腸癌手術で生じる課題に対応し治療成績を向上させることが期待されている。当院は2024年12月より直腸癌に対してロボット手術（Da-Vinci Xi）を導入した。
【目的】肥満患者に対する直腸癌のロボット支援下手術と腹腔鏡下手術の短期成績を比較し現状を把握する。
【方法】対象は2020年1月から2025年12月までに切除手術を行ったBMI25以上の直腸癌患者の52例。これらの患者をロボット手術群（Ro群、n=15）と腹腔鏡手術群（Lap群、n=37）に分類し、患者背景、手術因子、腫瘍因子、および術後短期成績を後方視的に解析した。
【結果】患者全体の内訳は年齢中央値が65（38-94）歳、性別は男性37例、女性15例、BMI中央値は26.9（25-37.2)、腫瘍の占拠部位はRS/Ra/Rb=21/16/15、術前進行度（c-stage）はⅠ/Ⅱ/Ⅲ/Ⅳ=19/18/11/4、施行術式はHAR/LAR/sLAR/APR/Hartmann＝19/22/4/2/5、手術時間中央値は363（221-667）分、出血量中央値は5（5-400）mLであった。2群間での比較ではRo群で有意に男性が多く（Ro：Lap＝15：22、p＝0.002)、ASA-PS 3（Ro：Lap＝7：3、p=0.005）が多かった。BMIは両群で同等であった。手術因子はRo群で有意に手術時間が長かった（Ro：Lap＝404分：330分、p=0.034)。術式、出血量、人工肛門造設、および開腹移行は両群で同等であった。腫瘍因子は両群で同等であった。術後短期成績は全合併症、およびClavien-Dindo分類グレード3以上の合併症は両群で同等であったが、縫合不全はRo群で有意に多かった（Ro：Lap＝3：0、p=0.021)。再手術、術後在院日数は両群で同等であった。
【結語】ロボット支援下手術では腹腔鏡下手術よりも手術時間の延長と縫合不全の発生が多かったが、男性やASA不良の患者がロボット支援下手術群でより多く含まれていたことや手術手技の熟練度が影響した可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 14:40 ~ 15:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 16　ロボット手術 4

座長：山岸 茂（藤沢市民病院消化器外科）

[O16-1] 脾彎曲結腸癌に対するロボット支援手術の着地点 ― da Vinci XiとSPの初期経験からみた有用性と課題 ―

*鹿川 大二郎[1]、内間 恭武[1]、杉本 晃一[1]、阪上 桜[1]、野澤 勇哉[1]、日置 翔太[1]、江崎 恵史郎[1]、彦谷 健太[1]、村上 優太[1]、松岡 信子[1]、手登根 勇人[1]、河本 宏昭[1]、仲宗根 由幸[1]、玉榮 剛[1]、井谷 史嗣[1] (1. 医療法人徳洲会中部徳洲会病院消化器外科)

[O16-2] 当院におけるロボット支援下直腸切除術の導入後短期成績

*宮地 孟[1]、青井 夏帆[1]、山下 史晃[1]、矢後 彰一[1]、天田 塩[1]、水藤 広[1]、根本 洋[1]、宮前 拓[1]、山下 史晃[1]、小林 直哉[1] (1. 海老名総合病院)

[O16-3] ロボット支援直腸癌手術における排尿障害の発生率とリスク因子：定量的評価に基づく解析

*福田 敏之[1]、沼田 正勝[1]、小澤 真由美[1]、古山 和樹[1]、横山 亘[1]、石黒 哲史[1]、額田 卓[1]、山本 俊也[1]、工藤 孝迪[1]、武井 将伍[1]、前橋 学[1]、太田 絵美[1]、原田 龍之助[2]、渥美 陽介[2]、風間 慶祐[2]、菅野 伸洋[2]、田 鍾寛[2]、大矢 浩貴[2]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター　消化器病センター外科、2. 横浜市立大学医学部附属病院　消化器外科)

[O16-4] プロクター指導下ロボット支援前方切除術における術者育成と安全性の検討

*石黒 哲史[1,2]、沼田 正勝[1,2]、小澤 真由美[1,2]、古山 和樹[1,2]、福田 敏之[1,2]、横山 亘[1,2]、額田 卓[1,2]、山本 俊也[1,2]、工藤 孝迪[1,2]、武井 将伍[1,2]、前橋 学[1,2]、太田 絵美[1,2]、原田 龍之介[2]、渥美 陽介[2]、風間 慶祐[2]、菅野 伸洋[2]、田 鍾寛[2]、大矢 浩貴[2]、佐藤 勉[2]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化病センター外科、2. 横浜市立大学医学部附属病院 消化管外科)

[O16-5] 後期高齢者直腸癌に対するロボット支援手術の短期治療成績

*合志 健一[1]、森山 朔太郎[1]、伊集院 元気[1]、菅野 裕樹[1]、大野 智和[1]、村上 直孝[1]、藤田 文彦[2] (1. 大牟田市立病院外科、2. 久留米大学外科学講座)

[O16-6] 当院におけるdaVinci SP を用いた腹部創のない腹会陰式直腸切断術の短期成績

*加藤 悠人[1]、宇都宮 正稔[1]、植松 陽介[1]、方宇 慶蒼[1]、下河原 達也[1]、西山 亮[1]、江川 智久[1]、山田 暢[1] (1. 済生会横浜市東部病院)

[O16-7] da Vinci SPを用いて行う単孔式ロボット支援下手術（SIRAS: Single Incision Robot Assisted Surgery）

*島田 岳洋[1]、田中 恭平[1]、山崎 晴子[1]、高田 英里[1]、松尾 ゆうひ[1]、坂本 恭子[1]、上村 翔[1]、平田 雄紀[1]、川口 義樹[1]、浦上 秀次郎[1]、石 志紘[1] (1. 国立病院機構東京医療センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 14:40 ~ 15:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 16　ロボット手術 4

座長：山岸 茂（藤沢市民病院消化器外科）

[O16-1] 脾彎曲結腸癌に対するロボット支援手術の着地点 ― da Vinci XiとSPの初期経験からみた有用性と課題 ―

*鹿川 大二郎[1]、内間 恭武[1]、杉本 晃一[1]、阪上 桜[1]、野澤 勇哉[1]、日置 翔太[1]、江崎 恵史郎[1]、彦谷 健太[1]、村上 優太[1]、松岡 信子[1]、手登根 勇人[1]、河本 宏昭[1]、仲宗根 由幸[1]、玉榮 剛[1]、井谷 史嗣[1] (1. 医療法人徳洲会中部徳洲会病院消化器外科)

【背景】
結腸癌に対するロボット支援手術は普及しつつあるが、脾彎曲結腸癌は膵尾部・脾臓に近接し、血管走行やリンパ流が多様であるため、術式選択や郭清範囲の標準化が困難な領域である。当院ではda Vinci Xiを用いたロボット支援結腸癌手術を導入し、近年はda Vinci SPも応用している。
【目的】
脾彎曲結腸癌に対するロボット支援手術において、da Vinci XiとSPの手術手技および短期成績を比較し、各システムの有用性と問題点から術式選択の着地点を検討する。
【方法】
当院で施行した脾彎曲結腸癌に対するロボット支援手術症例を対象とし、Xi群とSP群に分けて患者背景、術式、手術時間、コンソール時間、出血量、郭清リンパ節個数、開腹移行、術後合併症、術後在院日数を後方視的に検討した。ビデオでは、ポート配置、IMVをランドマークとした内側アプローチ、Gerota筋膜前面を意識した剥離、膵尾部・脾周囲の授動、血管処理、標本摘出までの手技をXiとSPで比較提示する。
【成績】
Xiでは多方向からの牽引と安定した助手操作により、膵尾部・脾周囲の剥離、血管処理、広範囲の結腸授動を再現性高く施行可能であった。特に脾彎曲部では、適切な牽引により剥離層の維持が容易であり、教育・標準化の面でも有用と考えられた。一方、SPでは限られたアクセスから同軸性を活かした精緻な剥離操作が可能であり、ポート数の低減や整容性の面で低侵襲化への可能性が示唆された。しかし、広範囲操作を要する脾彎曲部では術野展開、助手操作、吸引、緊急時対応に工夫を要し、症例選択が重要と考えられた。両群とも短期成績は許容範囲内であった。
【結論】
脾彎曲結腸癌に対するロボット支援手術において、Xiは多方向牽引、助手協調、広範囲操作に優れ、現時点では標準化・教育・安全性の基盤となるシステムと考えられた。一方、SPは症例を選択することで低侵襲化に寄与する可能性を有するが、脾彎曲部手術では術野展開や助手操作に課題が残る。ロボット結腸癌手術の着地点は、単一システムへの集約ではなく、腫瘍局在、血管解剖、体型、術式の難度に応じたシステム選択と手技の標準化にある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 14:40 ~ 15:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 16　ロボット手術 4
座長：山岸 茂（藤沢市民病院消化器外科）

[O16-2] 当院におけるロボット支援下直腸切除術の導入後短期成績

*宮地 孟[1]、青井 夏帆[1]、山下 史晃[1]、矢後 彰一[1]、天田 塩[1]、水藤 広[1]、根本 洋[1]、宮前 拓[1]、山下 史晃[1]、小林 直哉[1] (1. 海老名総合病院)

【背景】当院では2023年11月からロボット支援下直腸切除術を導入、経時的に症例を拡大し、2026年1月からは括約筋間直腸切除術や側方郭清もロボット支援下手術の適応としている。
【目的】当院におけるロボット支援下手術の短期成績について検討する。
【方法】原則として手術に際してはAPRを除き、腸管切離前と吻合後に術中内視鏡を行い、確実なmargin確保と吻合部の観察を行う。術前あるいは術中に縫合不全リスクが高いと判断した症例及び腫瘍局在が Rb-Pで吻合を行う症例は回腸人工肛門造設を付加することとしている。
【結果】2023年11月から2026年4月までの期間に75症例にロボット支援下手術を施行した。年齢中央値:70（33-89）歳、性別:男/女:46/29、元疾患は直腸癌73例、MALTリンパ腫1例、平滑筋腫1例であった。腫瘍占拠部位はRs/Ra/ Rb/P:32/26/13/4例、術式は高位前方切除術32例、低位前方切除術26例、超低位前方切除術13例、側方郭清5例（両側4例、片側1例）、括約筋間直腸切除術1例、腹会陰式直腸切断術3例であった。前治療は4例に施行しており、深達度はpT0/1/2/3/4: 1/20/7/35/9、pN0/1/2/3:43/21/5/3、EMR後追加切除例を除く肛門側断端距離の平均値はRs/Ra/Rb/P:48/38/24/30mmであった。予防的回腸人工肛門は17例に造設した。Clavien-Dindo分類grade2以上の術後合併症は麻痺性イレウス3例、outlet obstruction2例、術後肺炎2例、尿閉1例、創部感染1例、縫合不全1例であった。
【考察】当院におけるロボット支援下直腸切除術は安全に導入できた。今後はさらに症例を集積し、長期的成績についても検討したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 14:40 ~ 15:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 16　ロボット手術 4
座長：山岸 茂（藤沢市民病院消化器外科）

[O16-3] ロボット支援直腸癌手術における排尿障害の発生率とリスク因子：定量的評価に基づく解析

*福田 敏之[1]、沼田 正勝[1]、小澤 真由美[1]、古山 和樹[1]、横山 亘[1]、石黒 哲史[1]、額田 卓[1]、山本 俊也[1]、工藤 孝迪[1]、武井 将伍[1]、前橋 学[1]、太田 絵美[1]、原田 龍之助[2]、渥美 陽介[2]、風間 慶祐[2]、菅野 伸洋[2]、田 鍾寛[2]、大矢 浩貴[2]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター　消化器病センター外科、2. 横浜市立大学医学部附属病院　消化器外科)

【はじめに】
ロボット直腸癌手術における術後QOL改善効果が注目されている．従来，排尿障害はIPSSやClavien-Dindo分類を用い有症状のみが評価されることが多く, その発生率は10-25%と報告されている。一方, 残尿増加のみにとどまる無症状例は将来的な排尿障害発生のリスクとなる可能性がある. そのため, これらを含めた排尿障害の定量的評価とリスク因子の解析は, 排尿障害ゼロを目指す手技確立に重要と考えられる.

【方法】
2022年4月から2026年2月までに当院で施行したRa以下直腸癌手術例を対象とした．開腹・腹腔鏡手術，高位前方切除，多臓器合併切除，術前排尿障害例は除外した．尿道カテーテルはPOD3に抜去し，統一プロトコールで残尿測定を行った．残尿量200 mL以上または再導尿をvoiding dysfunctionと定義した．患者背景・手術因子を解析し，多変量ロジスティック回帰分析によりリスク因子を検討した．

【結果】
245例を対象とした．年齢中央値66歳，男性58.3%，Rb以下64.8%であった．voiding dysfunctionは22例（9.0%）に認めた．うち薬物治療を要した有症状例は6.0%であった. 多変量解析では，年齢（OR 1.06，95%CI 1.01–1.11，p=0.016）およびcT3以上（OR 3.73，95%CI 1.18–11.8，p=0.025）が独立したリスク因子であった．一方，男性，低位腫瘍，側方郭清を含む従来の手術関連因子との有意な関連は認めなかった．

【結論】
cT3以深と高齢がロボット直腸癌手術における残尿リスク因子であった. cT3以深の症例では、根治性を保ちながら神経温存を意識した適切な剥離層の選択、高齢者では予備能低下を考慮した慎重な神経温存が重要と考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 14:40 ~ 15:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 16　ロボット手術 4
座長：山岸 茂（藤沢市民病院消化器外科）

[O16-4] プロクター指導下ロボット支援前方切除術における術者育成と安全性の検討

*石黒 哲史[1,2]、沼田 正勝[1,2]、小澤 真由美[1,2]、古山 和樹[1,2]、福田 敏之[1,2]、横山 亘[1,2]、額田 卓[1,2]、山本 俊也[1,2]、工藤 孝迪[1,2]、武井 将伍[1,2]、前橋 学[1,2]、太田 絵美[1,2]、原田 龍之介[2]、渥美 陽介[2]、風間 慶祐[2]、菅野 伸洋[2]、田 鍾寛[2]、大矢 浩貴[2]、佐藤 勉[2]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化病センター外科、2. 横浜市立大学医学部附属病院 消化管外科)

【背景】ロボット支援手術においては, 安全性を担保しつつ術者育成を進めることが重要である. 近年ロボット支援手術は急速に普及しているが, 安全な教育システムの構築は依然として重要な課題である. 当院ではプロクター管理下のもと, 非プロクター医師によるロボット支援手術も積極的に行っている. 具体的には, 手術工程ごとに時間目標及び到達目標を設定し, 適宜プロクターが介入する段階的教育システムを導入している.
【目的】プロクター指導下における非プロクター医師によるロボット支援手術の安全性を評価する.
【方法】2022年4月から2026年4月までに教室関連2施設で施行されたロボット支援前方切除術症例（n=306）を対象とした. 側方郭清を伴う症例は除外した. 術者により, プロクターが施行したプロクター群（Pro群）と, 非プロクターが施行した非プロクター群（Non-Pro群）に分類し, 傾向スコアマッチングを用いて周術期成績を比較した. マッチング調整因子はASA-PS, 腫瘍占居部位, 臨床病期および術前治療の有無とした.
【結果】マッチング後症例数はPro群87例, Non-Pro群87例であった. 背景因子では年齢, 性別, ASA-PS, 腫瘍占居部位, 臨床病期, 術前治療有無に差はなかった. 術式は低位前方切除術が主体であり（82.6% vs. 74.7%）, 有意差は認めなかった. 手術時間はNon-Pro群で有意に長かった（219分 vs 247分, p＜0.001）一方, 出血量は同等であった（0ml vs 0ml）. また, 開腹移行率（0% vs 0%）, Clavien-Dindo分類II以上合併症発生率（14.9% vs. 10.3%）にも有意差は認めなかった. Non-Pro群におけるコンソール時間に占める術者執刀割合中央値は62.5%であった.
【結語】プロクター指導下における非プロクター医師によるロボット支援手術は手術時間延長を認めるものの, 周術期短期成績は同等であり, 安全な術者育成システムとして有用である可能性が示唆された.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 14:40 ~ 15:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 16　ロボット手術 4
座長：山岸 茂（藤沢市民病院消化器外科）

[O16-5] 後期高齢者直腸癌に対するロボット支援手術の短期治療成績

*合志 健一[1]、森山 朔太郎[1]、伊集院 元気[1]、菅野 裕樹[1]、大野 智和[1]、村上 直孝[1]、藤田 文彦[2] (1. 大牟田市立病院外科、2. 久留米大学外科学講座)

【背景】本邦では超高齢化社会の進行とともに、高齢者の大腸癌患者に対する外科手術の重要性が増加している。
【目的】後期高齢者直腸癌に対するロボット支援手術の短期治療成績について後方視的に検討した。
【対象・方法】2023年5月から2026年5月までにロボット支援手術で原発巣切除を行った直腸癌患者79例を対象とした。これを75才以上の高齢者群（N=30）と75才未満の非高齢者群（N=49）の2群に分けて、臨床的特徴および短期治療成績について比較検討した。
【結果】患者全体の背景は年齢73才（42-93)、性別は男性/女性＝49/30、原発巣はRS/Ra/Rb/P= 37/19/21/2、cStage I/II/III/IV＝20/21/28/6であった。両群間で性別・BMIには有意差はなかったが、CONUTスコアによる術前栄養評価では高齢者群において栄養不良患者が有意に多かった（p<0.05)。腫瘍因子として腫瘍局在・cStageは両群間に有意差は認めなかった。手術因子では腹会陰式直腸切断術やハルトマン手術が高齢者群で多く施行されていた（高齢者5例・17%、非高齢者3例・6%）が、統計学的有意差は認めなかった。手術時間・コンソール時間・出血量は両群間で有意差はなかった。Clavien-Dindo分類Grade II以上の合併症発症率は高齢者群10例（33%）・非高齢者群11例（22%）と高齢者群に多く、術後在院日数でも高齢者群21日（9-59）・非高齢者群16日（9-48）と高齢者群で延長を認めたが、いずれも統計学的有意差は認めなかった。
【結語】後期高齢者に対するロボット支援直腸手術は、非高齢者と比較しても遜色ない短期成績を示したが、術前栄養状態等を考慮し、適切な術式選択を検討する必要性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 14:40 ~ 15:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 16　ロボット手術 4
座長：山岸 茂（藤沢市民病院消化器外科）

[O16-6] 当院におけるdaVinci SP を用いた腹部創のない腹会陰式直腸切断術の短期成績

*加藤 悠人[1]、宇都宮 正稔[1]、植松 陽介[1]、方宇 慶蒼[1]、下河原 達也[1]、西山 亮[1]、江川 智久[1]、山田 暢[1] (1. 済生会横浜市東部病院)

【背景】
daVinci SP とは従来型のdaVinci Xiと異なり助手ポート追加しない限り、シングルポートで手術を行うため、より整容性を向上させたロボット手術を行うことが可能であると考えられる。
我々は下部直腸癌に対してdaVinci SPを用いてシングルポート創に単孔式結腸ストマを造設することで術後腹部創が残らない腹会陰式直腸切断術を採用しており、その経験を報告する。
【手術手技】
左下腹部のストママーキング部に沿って約3cmの環状皮膚切開を置き開腹し、同部位にアクセスポートキットLを装着し気腹を開始。内側アプローチ先行で行い、外側授動を加えたのちに、直腸間膜の授動を行い、肛門挙筋を露出し切開し、腸窩脂肪を露出。口側の腸間膜処理を行い、S状結腸はアクセスポートの鉗子孔を用いて体外から助手が自動縫合器を用いて切離。会陰操作は通常通り行い、検体を摘出した後に経会陰的に骨盤内にドレーンを挿入した後に、腹腔側から型通り単孔式結腸ストマを造設し手術終了としている。
【結果】
当院では本術式をこれまで3例に施行しており、年齢の平均は78歳であった。手術時間の平均は328分、出血量は129mlでありいずれの症例もClavien-Dindo分類2以上の術後合併症はなく、平均術後在院日数9.6日で退院となっている。同時期にdaVinci Xiにて行った腹会陰式直腸切断術11例と比較し、手術時間(Xi群：359分)・出血量(Xi群：152ml)・術後在院日数(Xi群：13.4日)・術後合併症(Xi群：3例)において、いずれも統計学的有意差は認めないものの、SP群で良好な傾向があった。
【結語】
daVinci SPを用いることで、下部直腸癌に対してdaVinci Xiと比較し遜色のない短期成績の手術を行うことが可能であった。また、daVinci SPによる腹部創のないロボット支援下腹会陰式直腸切断術を施行することで、整容性に優れた手術を行うことが可能であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 14:40 ~ 15:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 16　ロボット手術 4
座長：山岸 茂（藤沢市民病院消化器外科）

[O16-7] da Vinci SPを用いて行う単孔式ロボット支援下手術（SIRAS: Single Incision Robot Assisted Surgery）

*島田 岳洋[1]、田中 恭平[1]、山崎 晴子[1]、高田 英里[1]、松尾 ゆうひ[1]、坂本 恭子[1]、上村 翔[1]、平田 雄紀[1]、川口 義樹[1]、浦上 秀次郎[1]、石 志紘[1] (1. 国立病院機構東京医療センター)

【背景】単孔式腹腔鏡下手術(Single Incision Laparoscopic Surgery:以下 SILS)は，その高い整容性・疼痛軽減の可能性・大腸癌での長期成績など有用性は多く報告されている．その課題としては操作性の制限が挙げられるが，da Vinci SPを用いたロボット支援下手術はその課題を克服する可能性がある．当科では2019年よりda Vinci Si , 2023年11月よりda Vinci Xi(Xi)，2025年1月にda Vinci SP(SP)が導入となった．SPは直径2.5cmの創切開から4本のロボットアームが出ることで，直線的な鉗子で行う通常の腹腔鏡下Reduced port surgeryとはコンセプトが全く異なる．このような特性から，人工肛門を造設予定，あるいは造設後の創からの手術をロボット支援下Single Incision Robot Assisted Surgery: 以下SIRAS，と名付け積極的に行っている．
【対象】2025年1月から，2026年3月まで，当院でSIRASを行った13例．
【方法】人工肛門前・後の創からda Vinci SPを用いて通常通りの大腸癌手術を行う．Assist portは，出血など有事の際に必要と考え5mm portを基本的には挿入する．周術期の短期成績について検証する．
【結果】年齢は76（52-92）歳，女性/男性: 8/5例，BMI 24.4 (17.8-27.5), 占拠部位 T/S/Ra/Rb: 1/3/1/8, cStage I/II/III/IV 3/5/4/1, コンソール時間 200分(90-498分)(側方郭清含む), post stoma incision/pre stoma incision: 2/11，出血量 100ml(0-300ml), 開腹移行なし，術後在院日数: 19日，術後合併症: Clavien-dindo Grade≧3: 3例(脳梗塞，リンパ瘻，尿瘻)，リンパ節郭清個数 13個（5-47）であった．
【考察】人工肛門前・後の創を用いる手術であるため，直腸癌の症例が多かった．短期成績は概ね良好であったが，Challengingな症例も含まれており，合併症や入院期間に関しては今後の症例を重ねて改善していく余地はあると考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

🗓2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:35 | 🏛第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 17　直腸癌の治療戦略 3

座長：浅田 祐介（帝京大学医学部外科学講座）

[O17-1] 下部直腸癌に対する側方リンパ節転移診断基準と治療成績について

*佐伯 泰愼[1]、田中 正文[1]、福永 光子[1]、米村 圭介[1]、新井 貴大[1]、水上 亮佑[1]、鈴木 健太[1]、山田 一隆[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院　消化器外科)

[O17-2] 直腸癌術前CTのテクスチャ解析による側方リンパ節転移予測

*横井 圭悟[1]、柴木 俊平[1]、坂本 純一[1]、横田 和子[1]、小嶌 慶太[1]、田中 俊道[1]、古城 憲[1]、三浦 啓壽[1]、山梨 高広[1]、佐藤 武郎[2]、内藤 剛[1] (1. 北里大学医学部下部消化管外科学、2. 北里大学医学部附属医学教育研究開発センター　医療技術教育研究部門)

[O17-3] Stage IV直腸癌に対するPET/MRIを用いたEMVI評価の検討

*松中 喬之[1]、坂本 裕生[1]、前川 展廣[1]、田海 統之[1]、澤井 利次[1]、森川 充洋[1]、小練 研司[1]、廣野 靖夫[2]、五井 孝憲[1] (1. 福井大学第一外科、2. 福井大学がん診療推進センター)

[O17-4] pelvic failureを用いた術前CRT選択化後の骨盤内アウトカムの検討：肛門温存症例における単施設後方視的解析

*本城 弘貴[1]、永井 晶子[1]、中村 友紀[1]、坂元 竜馬[1]、内村 良平[1]、栗岡 辰典[1]、青木 沙弥佳[1]、桑江 一希[1]、三浦 聡美[1]、赤嶺 健吏[1]、藤本 剛士[1]、宮崎 彰成[1]、林 賢[1]、加藤 健宏[1]、高橋 知子[1]、草薙 洋[1] (1. 亀田総合病院消化器外科)

[O17-5] 局所進行直腸癌に対する当科のTNTの成績

*伊藤 望[1]、石山 泰寛[1]、北野 友里絵[1]、坂井 義博[1]、中西 淋人[1]、西 雄介[1]、田中 裕人[1]、林 久志[1]、藤井 能嗣[1]、石井 利昌[1]、椙田 浩文[1]、平沼 知加志[1]、平能 康充[1] (1. 埼玉医科大学国際医療センター)

[O17-6] 術前CRTを施行した直腸癌患者における術後排便機能に関する手術アプローチ別の検討

*田口 祐輔[1]、佐々木 和人[2]、江本 成伸[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[1]、品川 貴秀[1]、舘川 裕一[1]、岡田 聡[1]、白鳥 広志[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科、2. 東京都立駒込病院大腸外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 17　直腸癌の治療戦略 3
座長：浅田 祐介（帝京大学医学部外科学講座）

[O17-1] 下部直腸癌に対する側方リンパ節転移診断基準と治療成績について

*佐伯 泰愼[1]、田中 正文[1]、福永 光子[1]、米村 圭介[1]、新井 貴大[1]、水上 亮佑[1]、鈴木 健太[1]、山田 一隆[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院　消化器外科)

【背景と目的】
下部直腸(Rb)癌におけるリンパ節(LN)転移は,腸間膜リンパ節(MLN)転移のみではなく側方リンパ節(LLN)転移が15-20%存在する.そのため本邦においてはLLN郭清(LLND)が推奨されているが,そのLLN転移の術前診断基準の定義は確立していない.当院ではLLN転移は短径5mm以上とし,LLNDはcT3以深またはLLN短径5mm以上を適応としている.
今回当院の診断基準の妥当性と,Rb癌の治療成績について評価することを目的とした.
【対象・方法】
検討１：LLN転移診断基準
2011-25年に術前MRIを施行した術前未治療のpStage I-III Rb癌 125例を対象とし,LLN転移診断能、LLN(263,283)転移予測因子を検討.
LLNは短径サイズ,malignant features(MF)因子を評価.
検討2 :Rb癌の治療成績
2011-21年に手術を施行した術前未治療のpStage I-III Rb癌 307例を対象とし,予後(生存(OS)・無再発生存(RFS))と郭清効果INDEXを検討.
【結果】
検討1:男性は69%,平均年齢 64歳,手術アプローチは開腹:腹腔鏡:ロボット=78:44:3,LLNDは片側:両側=15:110,StageI:II:III=30:38:57,MLN転移は41%,LLN転移は22例(18%).
LLN転移予測：短径5mm以上では感度62.5%,特異度86.3%,PPV34.1%,NPV95.3%,短径とMFの組み合わせでは感度37.5%,特異度96.2%,PPV52.9%,NPV93.1%であった.4mm以下かつMF3因子は認めなかった.
LLN転移予測因子(多変量解析)はEMVI,組織型(tub1以外),LLN転移予測が因子として抽出.
検討2: 男性は63%,平均年齢 64.3歳,手術アプローチは開腹:腹腔鏡=236:71,LLNDはなし:片側:両側=101:57:149,StageI:II:III=125:71:111,MLN転移は33%,LLN転移は44例(14%).再発は73例(24%).5yOSはStageI:II:III=96.4:86.5:70.9(%),OS因子(多変量解析)はLLND,T,MLN転移,LLN転移が因子として抽出.5yRFSはStageI:II:III=94.0:79.2:53.0(%),RFS因子(多変量解析)は組織型,LLND,T,MLN転移,LLN転移が因子として抽出.
郭清効果INDEXはOS,RFSともに251>263&283>252>253(LN).
【結語】
術前LLN転移を予測するには短径5mmは妥当だが,LLNDの適応はEMVI,組織型,LLN転移予測で決定することで,現在のT3以深または術前LLN転移陽性よりも優れている.また長期成績でもLLND効果も高く,予後改善が期待できる.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 17　直腸癌の治療戦略 3
座長：浅田 祐介（帝京大学医学部外科学講座）

[O17-2] 直腸癌術前CTのテクスチャ解析による側方リンパ節転移予測

*横井 圭悟[1]、柴木 俊平[1]、坂本 純一[1]、横田 和子[1]、小嶌 慶太[1]、田中 俊道[1]、古城 憲[1]、三浦 啓壽[1]、山梨 高広[1]、佐藤 武郎[2]、内藤 剛[1] (1. 北里大学医学部下部消化管外科学、2. 北里大学医学部附属医学教育研究開発センター　医療技術教育研究部門)

【背景】大腸癌治療ガイドラインでは下部進行直腸癌に対する側方郭清が推奨されている。当院では原則として治療前CTで短径7mm以上の側方リンパ節を認めた場合は転移陽性と診断し、両側側方郭清を施行している。しかし、側方リンパ節転移の術前診断法は確立されていない。我々は今日まで短径以外の副所見（辺縁不整、内部不整など）の診断能はいずれも低いことを報告してきた。近年医用画像における病変部のテクスチャ解析が行われておりその有用性が報告されている。
【目的】術前CTにおける側方リンパ節のテクスチャ解析を用いた転移予測能を明らかにする。
【対象、方法】2015年1月から2025年12月までに当院で原発性直腸癌に対して側方リンパ節郭清を施行した症例につき治療前CTの側方リンパ節を解析した。画像解析ソフトを用いてリンパ節のテクスチャ特徴量を抽出し、リンパ節を2群にクラスタリングして転移予測能を算出した。また、リンパ節の最大短径を用いてカットオフ値を7mmとした場合の予測能についても評価した。
【結果】39症例が抽出され、65個のリンパ節が評価された。側方リンパ節転移陽性率は28%（11/39症例）であった。テクスチャ特徴量は1リンパ節あたり75項目抽出された。65のリンパ節を2つにクラスタ分類すると14個（クラスタ１）と51個（クラスタ２）に分類された。クラスタ１が転移陽性を予測するとした場合、感度67%、特異度89%、陽性的中率(PPV)57%、陰性的中率(NPV)92%であった。リンパ節短径7mm以上は例に認められ、これを用いた場合感度75%、特異度57%、PPV28%、NPV91%であった。両者を組み合わせた場合、感度67%、特異度91%、PPV61%、NPV92%であった。
【結語】短径を用いたリンパ節転移診断は特異度、PPVが極めて低かったが、テクスチャ解析を併用することで感度を保ったまま特異度とPPVを改善した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 17　直腸癌の治療戦略 3
座長：浅田 祐介（帝京大学医学部外科学講座）

[O17-3] Stage IV直腸癌に対するPET/MRIを用いたEMVI評価の検討

*松中 喬之[1]、坂本 裕生[1]、前川 展廣[1]、田海 統之[1]、澤井 利次[1]、森川 充洋[1]、小練 研司[1]、廣野 靖夫[2]、五井 孝憲[1] (1. 福井大学第一外科、2. 福井大学がん診療推進センター)

【背景】Extramural venous invasion（EMVI）は直腸癌における血行性転移および予後と関連する重要な因子であり、MRIによる術前評価の有用性が報告されている。一方、Stage IV直腸癌では全身転移を有するため、原発巣の局所進展評価の臨床的意義は十分に検討されていない。特にPET/MRIを用いたEMVI評価と局所進展因子との関連についての報告は限られている。
【目的】Stage IV直腸癌においてPET/MRIで評価したEMVIと局所進展因子および臨床病理学的特徴との関連を検討する。
【方法】治療前にPET/MRIを施行し化学療法を受けたStage IV直腸癌13例を対象に後ろ向き解析を行った。PET/MRI所見よりEMVIを評価し、陽性群8例、陰性群5例に分類した。患者背景、病理組織学的因子（組織型、リンパ管侵襲［Ly］、静脈侵襲［V］、Budding-grade［BD］）およびCEA値との関連を検討した。予後は疾患特異的生存（DSS）で評価した。
【結果】年齢中央値はEMVI陽性群66歳、陰性群68歳、性別（男/女）はそれぞれ5/3例、4/1例であった。病理評価可能症例において、EMVI陽性群ではLy陽性およびBD-high grade（BD3）を高頻度に認め、陰性群と比較してより進行した局所進展を示す傾向がみられた。一方、Vは全例で陽性であった。CEA中央値はEMVI陽性群11.1 ng/mL、陰性群4.9 ng/mLであった。DSS中央値はEMVI陰性群35.0か月、陽性群17.5か月であり、EMVI陽性群で予後不良傾向を示した。
【結語】Stage IV直腸癌において、PET/MRIで評価したEMVIはリンパ管侵襲や腫瘍芽形成といった局所進展因子と関連し、腫瘍の進展様式を反映する可能性が示唆された。少数例による後ろ向き検討ではあるが、PET/MRIによるEMVI評価はStage IV症例においても原発巣の悪性度評価に有用となる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 17　直腸癌の治療戦略 3
座長：浅田 祐介（帝京大学医学部外科学講座）

[O17-4] pelvic failureを用いた術前CRT選択化後の骨盤内アウトカムの検討：肛門温存症例における単施設後方視的解析

*本城 弘貴[1]、永井 晶子[1]、中村 友紀[1]、坂元 竜馬[1]、内村 良平[1]、栗岡 辰典[1]、青木 沙弥佳[1]、桑江 一希[1]、三浦 聡美[1]、赤嶺 健吏[1]、藤本 剛士[1]、宮崎 彰成[1]、林 賢[1]、加藤 健宏[1]、高橋 知子[1]、草薙 洋[1] (1. 亀田総合病院消化器外科)

【背景】進行下部直腸癌に対する術前化学放射線療法（CRT）は局所制御向上に寄与する一方、晩期骨盤内合併症の増加が問題となり、両者はトレードオフの関係にある。瘻孔や骨盤内膿瘍などの晩期骨盤内合併症は生命予後には直結しないものの、慢性的な症状や処置を生涯にわたり要し、さらに永久人工肛門に至る可能性も高く、患者QOLに大きな影響を及ぼす。当院ではこれらの晩期骨盤内合併症が臨床的課題となることから、2021年以降は術前CRTの適応を選択化した。今回、局所再発と晩期骨盤内合併症を含めた骨盤内イベントを包括的に評価する指標としてpelvic failure（PF）に着目し、その影響を検討した。
【対象と方法】2008年1月から2024年12月までに術前CRTを施行し、R0切除および肛門温存を達成し、術後ストマ閉鎖後に少なくとも6か月以上在宅生活が可能であった148例を対象とした。2020年以前（A群：121例）と2021年以降（B群：27例）に分けて比較した。B群におけるCRT施行例は9例であった。PFは局所再発および骨盤内有害事象により永久人工肛門再造設を要した事象と定義した。
【結果】観察期間中央値はA群95か月、B群40か月と有意差を認めたが、性別、年齢中央値、深達度T4、Stage、側方リンパ節腫大率、ISR率に有意差は認めなかった。3年PFFSは89.9%対86.1%で有意差は認めなかった（p=0.63）。3年局所再発率は3.4%対9.4%で有意差は認めなかったが、B群で高い傾向を示した（p=0.42）。晩期骨盤内合併症としてのPFはA群9例（うち2例は術後5年以上で発生）、B群1例（CRT施行例）であった。3年全生存率にも有意差は認めなかった。
【考察】観察期間の差を考慮する必要があるものの、術前CRTを選択化し約6割減少させた後も、中期成績においてPFFSの明らかな悪化は認めなかった。一方で局所再発増加の可能性が示唆されるが、晩期骨盤内合併症の抑制が期待されるため、今後の長期成績の検証と適応のさらなる最適化が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 17　直腸癌の治療戦略 3
座長：浅田 祐介（帝京大学医学部外科学講座）

[O17-5] 局所進行直腸癌に対する当科のTNTの成績

*伊藤 望[1]、石山 泰寛[1]、北野 友里絵[1]、坂井 義博[1]、中西 淋人[1]、西 雄介[1]、田中 裕人[1]、林 久志[1]、藤井 能嗣[1]、石井 利昌[1]、椙田 浩文[1]、平沼 知加志[1]、平能 康充[1] (1. 埼玉医科大学国際医療センター)

【背景】局所進行直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapy（TNT）は，遠隔転移制御，病理学的完全奏効率（ypCR）の向上，臓器温存が期待される。当科ではT3N+M0またはT4症例を主な適応としてTNTを導入している。【目的】当科における局所進行下部直腸癌に対するTNTの短期成績と病理学的治療効果を検討する。【対象・方法】2022年4月から2026年3月までに，当院でTNT後に根治切除術を施行した局所進行下部直腸癌53例を後方視的に解析した。治療はshort-course radiotherapy（25Gy/5fr）後にCAPOXを施行し，その後total mesorectal excisionを基本とした。【結果】年齢中央値67歳，男性33例であった。全例で放射線治療を完遂し，CAPOX 4コース以上は46例（86.8%），6コース完遂は36例（67.9%）であった。手術は腹腔鏡下10例，ロボット支援下43例で，TaTME/TpAPRを51例に併用し，側方リンパ節郭清は25例（47.2%）に施行した。術式は低位前方切除術28例，腹会陰式直腸切断術18例，Hartmann手術4例，括約筋間直腸切除術3例であった。手術時間中央値299分，出血量中央値20mLであった。Grade III以上の術後合併症は3例（5.7%）で，R0切除率98.1%，ypCRは18例（34.0%）であった。観察期間中央値345日で再発は10例（18.9%）に認め，内訳は肝・肺転移7例，腹膜播種2例，遠隔リンパ節転移1例であり，骨盤内局所再発は認めなかった。組織学的治療効果Grade 1aは50例中13例で，muc/por症例で治療効果不良例が多かった（p=0.013）。【考察・結語】当科のTNTはCAPOX完遂率に課題を残すものの，安全に施行可能で，高いypCR率と良好な短期手術成績が得られた。短期観察では骨盤内局所再発を認めず，局所制御は良好であった。一方，腹膜播種を含む遠隔再発を一定数認め，遠隔転移制御は今後の課題である。muc/por症例では治療効果が乏しい可能性があり，組織型を考慮した治療戦略の検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 17　直腸癌の治療戦略 3
座長：浅田 祐介（帝京大学医学部外科学講座）

[O17-6] 術前CRTを施行した直腸癌患者における術後排便機能に関する手術アプローチ別の検討

*田口 祐輔[1]、佐々木 和人[2]、江本 成伸[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[1]、品川 貴秀[1]、舘川 裕一[1]、岡田 聡[1]、白鳥 広志[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科、2. 東京都立駒込病院大腸外科)

【背景・目的】直腸癌術後の排便機能障害は患者QOLに大きく影響する。低位前方切除術(LAR)後の排便機能に関して手術アプローチの影響を明らかにすることを目的として検討を行った。
【方法】2017年1月から2024年12月、術前化学放射線療法 (CRT) 後の直腸癌に対してLARを施行した症例のうち、術後1-2年での直腸肛門内圧検査、LARS score、Cleveland Clinic Florida Fecal Incontinence Score (CCFIS) の測定可能であった48例を対象とし、ロボット群 (n=38) vs. 腹腔鏡群 (n=10) で短期・長期成績、術後排便機能を比較検討した。
【結果】ロボット群 vs. 腹腔鏡群で、患者背景や術前肛門機能に有意差を認めなかった。手術時間はロボット群で長く (中央値 415分 vs. 343分, p=0.03) 、術後在院日数はロボット群で短かったが (中央値 14日 vs. 20日, p=0.01) 、術中出血量、Clavien-Dindo分類 Grade II以上の合併症発生率 (15.8% vs 30%, p=0.31) に有意差は認めなかった。術後の最大静止圧 (MRP) はロボット群で高い傾向を認めたが (中央値 mmHg: 48 vs. 41, p=0.09) 、最大随意収縮圧 (中央値 mmHg: 118 vs. 111, p=0.69) 、LARS score (中央値, 36 vs. 29, p=0.31) 、CCFIS (中央値, 6 vs. 8, p=0.81) に有意差は認めなかった。術後MRPが術前値より低下した症例はロボット群で有意に少なかった (中央値 44.7% vs. 90%, p=0.01)。長期成績では、3年全生存率 (97% vs 80%, p=0.45)、3年無再発生存率 (84% vs 90%, p=0.55) と有意差を認めなかった。
【結語】術前CRT後の直腸癌に対するロボット支援手術は腹腔鏡手術とほぼ同等の合併症発生率、長期成績を示し、LARS scoreやCCFISに有意差は認めないもののMRPが保持されることから排便機能温存に寄与する可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 13:35 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 18　大腸癌の転移・再発治療 1

座長：衛藤 謙（東京慈恵会医科大学外科学講座）

[O18-1] 大動脈周囲リンパ節転移を伴う大腸癌に対する手術治療の成績

*嶋田 徳光[1]、佐田 春樹[1]、清水 洋祐[1] (1. NHO呉医療センター・中国がんセンター)

[O18-2] 大腸癌における腹腔鏡下大動脈周囲リンパ節転移系統的郭清の定型化

*横塚 慧[1]、小島 祐貴[1]、樋口 裕之[1]、飯田 翔馬[1]、岩間 佳奈美[1]、小金澤 樹[1]、落合 成人[1]、郡司 崇裕[1]、小林 敏倫[1]、菊池 勇次[1]、佐野 達[1]、田渕 悟[1]、千葉 斉一[1]、河地 茂行[1] (1. 東京医科大学八王子医療センター消化器外科・移植外科)

[O18-3] 肝転移を伴う大腸癌に対する集学的治療戦略－肝切除到達性と再発後サルベージ治療の検討

*田辺 寛[1]、馬場 研二[2]、益満 和人[1]、久木田 武應[1]、大井 秀之[1]、米盛 圭一[1]、帆北 修一[1]、上之園 芳一[1]、大塚 隆生[2] (1. 今村総合病院外科、2. 鹿児島大学病院消化器外科)

[O18-4] 当科における大腸癌肝転移の治療戦略

*柿澤 奈緒[1]、松澤 夏未[1]、福井 太郎[1]、高山 裕司[1] (1. 自治医科大学附属さいたま医療センター一般・消化器外科)

[O18-5] 大腸癌肝転移切除後の予後とその関連因子の検討

*井上 悠介[1,2]、小野 李香[1]、山﨑 翔斗[1]、丸田 浩志[1]、山口 峻[1]、片山 宏己[1]、高村 祐磨[1]、足立 利幸[1]、石井 光寿[1]、江口 晋[2]、野中 隆[1] (1. 長崎大学外科学講座大腸・肛門外科、2. 長崎大学外科学講座肝胆膵・移植外科)

[O18-6] 大腸癌肝転移に対する肝切除後の超早期再発症例から考える周術期治療の意義

*木内 純[1]、有田 智洋[1]、清水 浩紀[1]、名西 健二[1]、倉島 研人[1]、中道 脩介[1]、池下 千彬[1]、柴田 梨恵[1]、住吉 秀太郎[1]、井上 博之[1]、西別府 敬士[1]、久保 秀正[1]、今村 泰輔[1]、小菅 敏幸[1]、山本 有佑[1]、小西 博貴[1]、森村 玲[1]、藤原 斉[1]、塩﨑 敦[1] (1. 京都府立医科大学消化器外科)

[O18-7] 大腸癌の多発性肝転移に対する術前化学療法と反復肝切除―根治的肝切除後に早期の肝転移を繰り返した症例

*藤崎 滋[1,2,3]、高階 幹[1]、富田 凉一[1]、藤崎 隆[1]、櫻井 健一[2]、岡村 行泰[3] (1. 藤崎病院外科、2. 日本歯科大学生命歯学部外科、3. 日本大学医学部消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:35 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 18　大腸癌の転移・再発治療 1
座長：衛藤 謙（東京慈恵会医科大学外科学講座）

[O18-1] 大動脈周囲リンパ節転移を伴う大腸癌に対する手術治療の成績

*嶋田 徳光[1]、佐田 春樹[1]、清水 洋祐[1] (1. NHO呉医療センター・中国がんセンター)

【緒言】遠隔転移を伴う大腸癌に対して根治切除が可能だった場合の予後は良好であることが知られている.大動脈周囲リンパ節転移も遠隔転移として扱われるが,転移巣が大動脈周囲リンパ節転移のみである場合は術野も同じことが多く根治切除を計画される.当院における大動脈周囲リンパ節転移症例の治療成績を明らかにする.
【対象】2018-2024年の期間,初診時に遠隔転移を伴う大腸癌で根治切除を目指した84例中,転移巣が大動脈周囲リンパ節のみの10例を対象とし,後方視的に治療成績を検証した.術前のリンパ節転移の診断はＣＴで10mm以上の腫大を伴うもの,もしくはPET―CTで集積を伴うものを陽性とした.
【結果】大動脈周囲リンパ節転移を伴う10例（男性８例,年齢中央値75歳,観察期間28(12-42)ヶ月）の腫瘍局在は上行結腸2例,S状4例,直腸Rs2例,直腸Rb1例,肛門1例だった.大動脈周囲リンパ節に対しては郭清が5例（リンパ節18±4.4個，転移数2.4±1.4個）,摘出が5例（同4±1.2個，転移数1.6±0.4個）であり,再発は郭清群2例(20%),摘出群2例(40%)と差を認めなかった.術前治療は7例（放射線化学療法2例,化学療法5例）に行われていた.全術後合併症は全5例（SSI 1例、乳糜腹水3例、尿閉1例、腸管虚血1例）であった
術後の再発は4例 (リンパ節2例、肺転移1例、多臓器転移1例),無再発生存期間では2yr.RFS 78%,中央値37.3ヶ月であった.死亡は4例(癌関連死1例,他病死3例)で,再発生存期間は3yr.OS 63%,中央値49.6ヶ月であった.
【結語】同時性の大動脈周囲リンパ節転移を伴う大腸癌に対する根治切除では半数以上が再発なく経過しており,積極的な切除が求められる.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:35 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 18　大腸癌の転移・再発治療 1
座長：衛藤 謙（東京慈恵会医科大学外科学講座）

[O18-2] 大腸癌における腹腔鏡下大動脈周囲リンパ節転移系統的郭清の定型化

*横塚 慧[1]、小島 祐貴[1]、樋口 裕之[1]、飯田 翔馬[1]、岩間 佳奈美[1]、小金澤 樹[1]、落合 成人[1]、郡司 崇裕[1]、小林 敏倫[1]、菊池 勇次[1]、佐野 達[1]、田渕 悟[1]、千葉 斉一[1]、河地 茂行[1] (1. 東京医科大学八王子医療センター消化器外科・移植外科)

【はじめに】
大腸癌の大動脈周囲リンパ節転移に対し根治切除によって生存期間の延長を得られる症例が一定の頻度で存在することが，複数の施設より報告されている．症例に応じて根治手術を施行することで予後を延長する可能性が十分にあると考え，腹腔鏡手術手技として難度の高い，大動脈周囲リンパ節転移系統的郭清の手技を当院では安全性と確実性を高めるために定型化に取り組んできた．
【手術手技】
当科で行っている手技と工夫を動画を用いて供覧し報告する．郭清範囲に関しては，上縁を左腎静脈下縁，左縁を左性腺動静脈，右縁は下大静脈右縁，尾側は総腸骨動脈分岐部までを郭清範囲として定型化し,郭清している．6ポート，スクエア型のポート配置で手術を行い，頭低位15度とし手術を行っている．大静脈から左腎静脈を安全かつ正確に認識し郭清するため，右側結腸間膜を尾側より授動し，右側結腸領域を広範に脱転し、これを腹腔外から針糸を用いて頭側に壁のように吊り上げ，郭清領域のブロッカーとして用いることで,術野を広く確保することをポイントとしている．また，恥骨と臍の中点にトロッカーを追加することで，大動脈の左側の郭清範囲の操作性を高めている.それぞれの辺縁で郭清縁の受けをつくることで郭清範囲を明確化し，安全性と確実性を高めたうえで，最後に尾側からこれをen blocに郭清を行うという手技を定型化している．
【結語】
当科の定型化により，腹腔鏡下大動脈周囲リンパ節郭清は鏡視下手術による拡大視効果により，精緻で質の高い低侵襲手術が可能になると考える．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:35 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 18　大腸癌の転移・再発治療 1
座長：衛藤 謙（東京慈恵会医科大学外科学講座）

[O18-3] 肝転移を伴う大腸癌に対する集学的治療戦略－肝切除到達性と再発後サルベージ治療の検討

*田辺 寛[1]、馬場 研二[2]、益満 和人[1]、久木田 武應[1]、大井 秀之[1]、米盛 圭一[1]、帆北 修一[1]、上之園 芳一[1]、大塚 隆生[2] (1. 今村総合病院外科、2. 鹿児島大学病院消化器外科)

【背景】化学療法の進歩により、肝転移を伴う大腸癌においてconversion therapyを介した肝切除到達例が増加している。一方で、肝切除後再発は依然として高率であり、再発後の治療戦略やサルベージ治療の実態は十分に明らかではない。
【目的】肝転移を伴う大腸癌に対する原発巣切除症例において、周術期化学療法と肝切除到達性、ならびに再発後サルベージ治療との関連を検討することを目的とした。
【対象と方法】2018年から2023年に、原発巣切除を施行した肝転移を伴う大腸癌40例を対象とした。肝切除率、肝切除後再発、再発後サルベージ治療の施行状況、各時点（原発巣切除前後、肝切除前後、再発後）における化学療法の施行状況を後方視的に検討した。また、全生存期間（OS）について単変量解析を行った。
【結果】全体の3年生存率は65.5%であり、20例（50%）が肝切除に到達していた。肝切除例の3年生存率は100%、非切除例では31.7%であった。肝切除のタイミングは、原発巣切除後が17例、同時切除が2例、肝切除先行が1例であり、原発巣切除から肝切除までの期間中央値は5（1–50）か月であった。肝切除例の肝転移個数は14例（70%）で1–3個、6例（30%）で4個以上であった。肝切除例のうち11例（55%）に術前化学療法が施行されており、conversion therapyによる切除到達への関与が示唆された。肝切除後は14例（70%）に再発を認め、そのうち8例（53%）にサルベージ治療が施行された。一部症例では化学療法後にサルベージ治療へ移行していた。原発巣切除前化学療法は16例（40%）に施行され、3年生存率は68.8%であったが、肝切除到達は6例のみであった。OSに対する単変量解析では、肝切除の有無のみが有意な予後因子であった。
【結語】肝転移を伴う大腸癌において、肝切除ができた症例は予後良好であった。肝切除前化学療法はconversion therapyを介した切除到達に寄与する可能性が示唆された一方、原発巣切除前化学療法の有用性は明らかではなかった。また、再発後においては化学療法を含む集学的治療によりサルベージ治療が可能となる症例が存在した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:35 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 18　大腸癌の転移・再発治療 1
座長：衛藤 謙（東京慈恵会医科大学外科学講座）

[O18-4] 当科における大腸癌肝転移の治療戦略

*柿澤 奈緒[1]、松澤 夏未[1]、福井 太郎[1]、高山 裕司[1] (1. 自治医科大学附属さいたま医療センター一般・消化器外科)

【緒言】肝転移を有する大腸癌患者の治療については、長期予後を得られる可能性もある。薬物療法の適応や手術のタイミングについて、戦略を立てることが重要となる。当科では、治療前の画像評価での肝切除手術適応について、さらに薬物療法の方針となった症例では開始後3〜4ヵ月での画像評価を行い、手術時期やコンバージョン手術の可否について、肝臓外科医と連携して検討を行っている。
【対象と方法】当院で2019年5月から2025年7月に肝転移巣の切除術を施行した大腸癌患者61例の中長期治療成績を後方視的に検討した。
【結果】1) 患者背景; 性別 M 42 : F 19、年齢 70歳 (46-85)、原発巣 右側 16 : 左側45、腫瘍深達度 pT2以下 7 : pT3以上 54、リンパ節転移 pN0 27 : pN1以上 34、StageI 3 : II 10 : III 15 : IV 33、肝転移 同時30 : 異時31、術前薬物療法なし35 : あり26、術前CEA 6.5 (1.0-847)、原発巣切除後の観察期間39ヵ月 (1.2-103)。
2) 肝転移巣; 最大径28mm (7-80)、転移数 1 26 : 2 15 : 3~5 13 : 6以上 7。
3) 中長期治療成績; 肝切除後の肝再発なし 20 : あり23 (再手術適応なし11 : あり 12)、肝無再発期間8.7ヵ月 (2.2-52)、肝切除回数 1 45 : 2 15 : 3 1、最終肝切除後の無再発症例22例であった。同時と異時とで無再発期間(同時7.6ヵ月 : 異時21.1ヵ月 P=0.183)に有意差はなかった。
4) 最終肝切除後の無再発症例を他と比較すると、有意に肝切除後の肝外再発症例が少なく(P<0.01)、肝外再発の手術適応症例が多く(P=0.02)、肝切除後の肝再発症例が少なかった(P=0.002)。手術適応のない肝外再発の中では、肺転移が最多であった。
【結語】肝転移切除後に肝、肝外に生じる切除不能の再発は、予後規定因子となる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:35 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 18　大腸癌の転移・再発治療 1
座長：衛藤 謙（東京慈恵会医科大学外科学講座）

[O18-5] 大腸癌肝転移切除後の予後とその関連因子の検討

*井上 悠介[1,2]、小野 李香[1]、山﨑 翔斗[1]、丸田 浩志[1]、山口 峻[1]、片山 宏己[1]、高村 祐磨[1]、足立 利幸[1]、石井 光寿[1]、江口 晋[2]、野中 隆[1] (1. 長崎大学外科学講座大腸・肛門外科、2. 長崎大学外科学講座肝胆膵・移植外科)

【背景・目的】
大腸癌肝転移に対する肝切除は長期予後改善に寄与する一方、術後再発は依然として高率であり、特に早期再発は予後不良とされる。今回、当科における大腸癌肝転移切除症例を後方視的に検討し、術前・術後化学療法の意義および早期再発症例の特徴について検討した。
【対象・方法】
2014年9月から2022年5月までに当科で大腸癌肝転移に対して肝切除を施行した149例を対象とした。男性97例、女性52例、年齢中央値67歳（33–90）。原発巣は右側36例、左側113例、同時性79例、異時性70例であった。術前化学療法は97例、術後補助化学療法は53例に施行した。全生存期間（OS）、無再発生存期間（RFS）をKaplan-Meier法で解析し、さらに再発時期別の予後および半年以内再発危険因子について検討した。
【結果】
術前化学療法あり/なしの3年、5年、10年OSは77%/85%、55%/59%、31%/52%であり、有意差を認めなかった（p=0.60）。また1年、3年、5年RFSは51%/56%、28%/36%、27%/36%であり、有意差を認めなかった（p=0.24）。術後補助化学療法あり/なしの3年、5年、10年OSは80%/79%、61%/53%、31%/52%であり、有意差を認めなかった（p=0.73）。再発時期別OSでは、半年以内再発群の3年・5年OSは61%、18%、半年〜2年以内再発群では78%、39%、2年以降再発群では100%、88%であり、早期再発群は有意に予後不良であった（p=0.006）。さらに半年以内再発群ではCA19-9高値症例が有意に多く、多変量解析においてもCA19-9高値は独立した早期再発危険因子であった（OR 3.39, p=0.009）。
【結語】
大腸癌肝転移切除後の半年以内再発は極めて予後不良であり、CA19-9高値はその独立危険因子であった。術前・術後化学療法による明らかな予後改善効果は認めなかったが、腫瘍生物学的悪性度を考慮した集学的治療戦略が重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:35 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 18　大腸癌の転移・再発治療 1
座長：衛藤 謙（東京慈恵会医科大学外科学講座）

[O18-6] 大腸癌肝転移に対する肝切除後の超早期再発症例から考える周術期治療の意義

*木内 純[1]、有田 智洋[1]、清水 浩紀[1]、名西 健二[1]、倉島 研人[1]、中道 脩介[1]、池下 千彬[1]、柴田 梨恵[1]、住吉 秀太郎[1]、井上 博之[1]、西別府 敬士[1]、久保 秀正[1]、今村 泰輔[1]、小菅 敏幸[1]、山本 有佑[1]、小西 博貴[1]、森村 玲[1]、藤原 斉[1]、塩﨑 敦[1] (1. 京都府立医科大学消化器外科)

【緒言】大腸癌肝転移に対しては、R0切除が可能であれば外科的切除が推奨されている。一方で外科的切除後に再発を来す症例も多く、特に肝切除後早期に再発する症例に対しては外科的切除そのものや、そのタイミングについての是非が問われる。今回、外科的R0切除後の再発リスク因子について検証しつつ、周術期化学療法の必要性について考察する。
【方法】大腸癌肝転移に対してR0肝切除を施行した137例について、後方視的に解析した。5年の無再発生存（RFS）に加えて、術後4か月以内の超早期再発（UER）について解析した。
【結果】1) 137例中72例（52.6%）に肝切除後再発を認め、16例（11.7％）は術後4か月以内のUERに該当した。2) 5年RFSに対する予後因子としては、原発巣の領域リンパ節転移あり、低分化あるいは未分化癌、5cm以上の肝転移巣、肝外転移あり、再肝切除が独立した再発予測因子であった。一方で、UERに対する予後因子としては、静脈侵襲陽性、低分化または未分化癌、肝外転移あり、肝切除前のCA19-9高値が独立した再発予測因子であった。UERを来す症例の5年全生存率は50.0%と、予後不良であった。5年RFS、UERともに、周術期の抗癌剤治療は、予後因子として抽出されなかった。3) 肝切除単独群と比較して、周術期抗癌剤治療介入群は5年RFSの観点で優位に予後不良であった。また周術期抗癌剤治療介入群の中では、キードラッグであるオキサリプラチンやベバシズマブ投与群で優位に予後不良であった。抗癌剤投与のタイミングに関して、術前投与と術後投与では予後に差は認めなかった。
【結語】今回の解析では選択バイアスの影響が大きいとはいえ、少なくとも周術期の抗癌剤治療介入による明らかな予後改善効果は認められなかった。一方で、大腸癌肝転移に対する肝切除後のUER予測因子が抽出された。これらの因子に該当する症例では、手術時期を含めた治療戦略を慎重に検討する必要があり、その中で抗癌剤投与を含めたより高強度な治療戦略が必要とされる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:35 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 18　大腸癌の転移・再発治療 1
座長：衛藤 謙（東京慈恵会医科大学外科学講座）

[O18-7] 大腸癌の多発性肝転移に対する術前化学療法と反復肝切除―根治的肝切除後に早期の肝転移を繰り返した症例

*藤崎 滋[1,2,3]、高階 幹[1]、富田 凉一[1]、藤崎 隆[1]、櫻井 健一[2]、岡村 行泰[3] (1. 藤崎病院外科、2. 日本歯科大学生命歯学部外科、3. 日本大学医学部消化器外科)

消化器癌の多発性肝転移の病勢制御は概して難しい。多発肝転移が判明した際に、画像に現れない微少肝転移巣が複数存在する可能性がある。微少病変制御目的で全身化学療法施行後、多発性肝切除を行うことを当科の方針としている。

大腸癌根治術に多発肝転移をきたした46歳女性で、全身化学療法施行後に根治をめざして肝切除を行うも、短期的に肝転移の再発を繰り返し、全身化学療法と肝切除などの局所治療を数回にわたり行った症例を経験した。

X-1年１月　S状結腸癌の診断で腹腔鏡下S状結腸切除術を施行。（病理：Ｔ３Ｎ１M0 StageIIIA (RAS codon 12変異あり）。

術後補助化学療法としてCAPOX療法（４コース）施行。

X年1月 腹部CT検査で多発肝転移（11箇所）が判明。FOLFIRI+BV施行 (11コース)、PR確認し、同年7月、 S4,6,7,8切除（S4：1個、Ｓ６：3個、Ｓ８：3個。化学療法効果判定Grade 1a）。同年10月、化学療法で画像上一旦消失した肝S6病変の再燃を確認した。同年11月再肝切除した（Ｓ３、Ｓ６切除）。X+1年2月、腹部 CT検査で肝S8に肝転移が判明、直ちにFOLFIRI +BEV（9コース）施行、PRを確認し、同年8月、 再々肝切除（S8/4切除）。同年10月、同時期に判明した甲状腺がんに甲状腺左葉切除施行。

同年12月、腹部CT 検査で肝S4に転移が判明。直ちにFOLFIRI+BEV（ 12コース）施行。PR確認し、X+2年7月 再再々肝切除(S3/4)。同年８月より、補助化学療法としてTS-1内服開始。

X+3年１月、腹部CT検査で肝S6に2cm大の病変あり、患者希望にて、X＋３年３月、他施設で肝動脈塞栓術（TAE）併用のラジオ波焼灼術（RFA）施行。 同年４月の腹部CT検査で、右卵巣転移あり、X＋３年５月、右卵巣転移切除施行（他施設）。X+3年７月, 腹部CTで肝転移２箇所が新たに判明。FOLFIRI+BEVを開始（14コース施行）、X+4年2月肝切除施行、グリソン右枝浸潤あり、断端陽性となった。FOLFIRI+BV再開するもPDとなり、その後TAS-102やレゴラフィニブも試みたが、多発肝転移の発症後4年10ヶ月で永眠された。

大腸癌多発性肝転移に対し、根治に至るのは困難であったが、重篤な合併症をきたすことなく、術前化学療法と肝切除の組み合わせた反復施行が可能であった症例を経験した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 14:30 ~ 15:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 19　大腸癌の転移・再発治療 2

座長：斉田 芳久（東邦大学医療センター大橋病院外科）

[O19-1] 大腸癌異時性腹膜播種再発に対する肉眼的治癒切除の意義

*亀井 佑太郎[1]、佐藤 健太郎[1]、菅原 江美子[2]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[1]、松井 信平[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研有明病院消化器センター大腸外科、2. がん研有明病院病理部)

[O19-2] 直腸癌再発手術－特に局所切除の術式およびDangerous pointについて－

*小森 康司[1]、木下 敬史[1]、大内 晶[1]、岸田 貴喜[1]、安岡 宏展[1]、安藤 秀一郎[1]、伊藤 誠二[1]、三澤 一成[1]、伊藤 友一[1]、山口 淳平[1]、檜垣 栄治[1]、奥野 正隆[1]、細井 敬泰[1]、山田 裕宜[1]、稲田 亘佑[1]、安部 哲也[1] (1. 愛知県がんセンター消化器外科)

[O19-3] 進行大腸癌の発育様式と再発形式の関連についての検討

*加藤 宏周[1]、清島 亮[2]、門野 政義[1]、森田 覚[1]、菊池 弘人[3]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部　外科学（一般・消化器)、2. 稲城市立病院　外科、3. 川崎市立川崎病院　外科)

[O19-4] 直腸癌局所再発R0切除後早期再発の術前予測因子の検討

*隈本 雄大[1]、金光 幸秀[1]、田藏 昂平[1]、塚本 史雄[1]、永田 洋士[1]、髙見澤 康之[1]、塚本 俊輔[1] (1. 国立がん研究センター中央病院大腸外科)

[O19-5] 大腸癌肝転移肝切除後におけるCEAと補助化学療法mFOLFOX6：JCOG0603副次的解析

*北風 雅敏[1]、片岡 幸三[2]、大隅 寛木[3]、石川 裕也[4]、清水 泰博[5]、稲葉 吉隆[6]、小森 康司[5]、塩見 明生[7]、塩澤 学[8]、諏訪 雄亮[9]、須藤 剛[10]、絹笠 祐介[11]、瀧井 康公[12]、伴登 宏行[13]、小畠 誉也[14]、佐野 裕亮[4]、高島 淳生[15]、塚本 俊輔[16]、金光 幸秀[16] (1. 大阪国際がんセンター消化器外科、2. 兵庫医科大学消化器外科学講座下部消化管外科、3. 神奈川県立がんセンター消化器内科、4. 国立がん研究センター中央病院JCOGデータセンター／JCOG運営事務局、5. 愛知県がんセンター消化器外科部、6. 愛知県がんセンター放射線診断・IVR部、7. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科、8. 神奈川県立がんセンター消化器外科、9. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター、10. 山形県立中央病院消化器外科、11. 東京科学大学消化管外科学分野、12. 新潟県立がんセンター新潟病院消化器外科、13. 石川県立中央病院消化器外科、14. 国立病院機構四国がんセンター消化器外科、15. 国立がん研究センター中央病院消化管内科、16. 国立がん研究センター中央病院大腸外科)

[O19-6] 直腸癌局所再発に対する周術期放射線治療とR0切除の意義

*吉松 軍平[1]、皆瀬 翼[1]、伊勢 一郎[1]、村上 恵[1]、佐藤 好宏[1]、鈴木 秀幸[1]、唐澤 秀明[1]、大沼 忍[1]、亀井 尚[1]、海野 倫明[1] (1. 東北大学大学院　消化器外科学)

[O19-7] 術前CTガイド下フックワイヤーマーキングにより腹腔鏡下に切除し得たS状結腸癌術後腹腔内播種再発の1例

*坂本 周平[1]、岡田 倫明[1]、古田 昭寛[2]、堀田 健太[1]、野村 明成[1] (1. 大阪赤十字病院消化器外科、2. 大阪赤十字病院放射線診断科)

[O19-8] 大腸癌腹膜播種に対する腹腔鏡下手術成績

*小林 昭広[1]、山崎 信義[1]、小林 亮介[1]、佐藤 学[1]、鈴木 文武[1]、浅井 大智[1]、三ノ宮 優太[1]、林 和貴[1]、富田 直宏[1]、久保 浩一郎[1]、緒方 賢司[1] (1. 千葉西総合病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 14:30 ~ 15:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 19　大腸癌の転移・再発治療 2

座長：斉田 芳久（東邦大学医療センター大橋病院外科）

[O19-1] 大腸癌異時性腹膜播種再発に対する肉眼的治癒切除の意義

*亀井 佑太郎[1]、佐藤 健太郎[1]、菅原 江美子[2]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[1]、松井 信平[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研有明病院消化器センター大腸外科、2. がん研有明病院病理部)

【目的】
大腸癌腹膜播種は予後不良な転移再発様式であり、治療戦略は依然として議論の多い領域である。近年、同時性腹膜播種に対しては肉眼的治癒切除の有用性が報告されているが、異時性腹膜播種再発に対する外科的切除の適応は未だ明確ではない。本研究では、肉眼的治癒切除が予後改善に寄与する症例特性を明らかにし、その適応の最適化を目的とした。
【対象と方法】
2005年11月から2024年10月までに当院で大腸癌根治切除後に異時性腹膜播種再発を認め、肉眼的治癒切除を施行した48例を対象とした。非治癒切除例および再再発例は除外した。3年累積再発率および5年全生存率（OS）を算出し、再発リスク因子および予後規定因子について多変量解析を行った。
【結果】
観察期間中央値は53.6か月であった。初回手術時Stage IVは16例（33.3%）であった。再発形式として単発播種は31例（64.6%）、他臓器転移併発は14例（29.2%）に認めた。周術期化学療法は36例（75.0%）に施行された。3年累積再発率は69.4%と高率であったが、5年OSは61.4%と比較的良好であった。多変量解析では他臓器転移併発（HR 2.53, p=0.027）およびR1切除（HR 3.26, p=0.025）が独立した再発リスク因子であった。単発播種症例では5年OSは75.4%と有意に良好であり、多発播種症例（30.3%）と比較して明確な予後差を認めた（p=0.005）。
【考察】
異時性腹膜播種再発においても、単発播種症例は肉眼的治癒切除の良好な適応となり得る。一方、多発播種、R1切除、他臓器転移併発例では再発リスクが高く、外科単独治療の限界が示唆された。これらの症例では集学的治療戦略の導入および強化が必要と考えられる。本研究は、異時性腹膜播種再発に対する外科的切除の適応選択に有用な知見を示すものである。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 14:30 ~ 15:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 19　大腸癌の転移・再発治療 2
座長：斉田 芳久（東邦大学医療センター大橋病院外科）

[O19-2] 直腸癌再発手術－特に局所切除の術式およびDangerous pointについて－

*小森 康司[1]、木下 敬史[1]、大内 晶[1]、岸田 貴喜[1]、安岡 宏展[1]、安藤 秀一郎[1]、伊藤 誠二[1]、三澤 一成[1]、伊藤 友一[1]、山口 淳平[1]、檜垣 栄治[1]、奥野 正隆[1]、細井 敬泰[1]、山田 裕宜[1]、稲田 亘佑[1]、安部 哲也[1] (1. 愛知県がんセンター消化器外科)

【背景】
大腸癌局所再発手術は予後に貢献できるが、手術回数を重ねるにつれて難易度が高くなる。
【目的】
直腸癌局所頻回再発（再々発、再々々発）において、術式およびDangerous pointついて検討しビデオ供覧する。
【対象】
2010~2025年の直腸癌局所再々発(2回)以上の手術した30例。
【方法】
術式を(1)局所切除(LR)、(2)局所切除+浸潤他臓器合併切除術(LR+α)、(3)直腸切除(LAR)、(4)骨盤内臓器全摘術(TPE)、(5)仙骨合併切除骨盤内臓器全摘術(TPES)、(6)その他(Other)に分類。手術時間、出血量、術後合併症(Clavien-Dindo IIIb)、アプローチ法について検討。
【結果】
(1)年齢59±13(mean±S.D.)歳。(2)男14(46.7%)/女16(53.3%)。(3)病理所見はすべてR0切除。(4)LR:9例(30.0%)、LR+α:8例(26.7%)、LAR:3例(10.0%)、TPE:5例(16.7%)、TPES:3例(10.0%)、Other:2例(6.7%)。(5)LR+αの合併臓器は、腎、尿路経:6例、卵巣:1例、血管合併人工血管再建:1例、恥骨合併切除:1例、大臀筋:1例(重複あり)。(6)手術時間(分)はLR:350±160、LR+α:357±116、LAR:298±36、TPE: 551±107、TPES: 628±80、Other:212±76 (p=0.017)。LR vs LR+αはp=0.841。(7)出血量(ml)はLR:1802±2695、LR+α:1536±1159、LAR: 897±114、TPE: 5196±3148、TPES:4048±3486、Other: 380±71(p=0.050)。特にLR vs LR+αではp=0.286。(8)術後合併症(CDIIIb)はLR:3例(33.3%)、LR+α:0例(0.0%)、LAR:0例(0.0%)、TPE:0例(0.0%)、TPES:0例(0.0%)、Other:0例(0.0%)(p=0.656)。合併症はすべて、小腸穿孔で、術後3〜4日に発生。術死、在院死無し。LR vs LR+αはp=0.013でLRに有意に多かった。(9)アプローチ法：経腹的29例(96.7%)、経臀部的1例(3.3%)でありLR+αであった。
【局所切除の術式】
浸潤している他臓器合併切除しても再発巣切除範囲は、腹側から背側へ向かっては逆円錐状になる。背側へ近づくにつれ、視野が深く且つ狭くなる。さらに病変の背側に存在する血管は視認が困難で、予期せぬ出血を引き起こす。止血に難渋することを念頭に置いて手術に臨むべきである。
【結語】
術前に局所切除が可能であったとしても、術後合併症も多く、難易度も高く、慎重に手術に臨むべきであると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 14:30 ~ 15:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 19　大腸癌の転移・再発治療 2
座長：斉田 芳久（東邦大学医療センター大橋病院外科）

[O19-3] 進行大腸癌の発育様式と再発形式の関連についての検討

*加藤 宏周[1]、清島 亮[2]、門野 政義[1]、森田 覚[1]、菊池 弘人[3]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部　外科学（一般・消化器)、2. 稲城市立病院　外科、3. 川崎市立川崎病院　外科)

【背景・目的】肉眼型は大腸癌の病理学的評価の項目として使用されているが、大腸癌の予後因子としてコンセンサスは得られていない。特に再発形式も含めて検討している研究は少なく、発育様式と再発形式の関連は未だ明らかとなっていない。今回我々は進行大腸癌根治切除例における肉眼型による再発リスクの違い、さらにその再発形式との関連を明らかにすることを目的とした。【方法】当院および関連施設における大腸癌手術症例の多施設共同データベース(K-SEER)から2015年1月～2018年12月におけるpStage I-IIIの進行大腸癌根治切除例を対象とし後方視的に解析を行った。主要評価項目は無再発生存期間（RFS)、再発形式とした。【結果】全3552例のうち、pStageの内訳はpStage I/II/III = 526例（14.8%）/1681例（47.3%）/1345例（37.9%）であった。また肉眼型分類の内訳はType 1/2/3/4/5 = 338例(9.5%)/2759例（77.7%）/382例（10.8%）/12例（0.3%）/61例（1.7%）であった。術後再発例は733例（20.6%）に認め、Cox比例ハザードモデルによる多変量解析を行った結果、肉眼型による再発リスクには有意差を認めた（Type 1：ref、Type 2：HR 1.737、95%CI 1.225-2.463、p=0.02、Type 3：HR 2.969、95%CI 2.025-4.353、p<0.001、Type 4：HR 3.238、95%CI 1.143-9.177、p=0.027、Type 5: 2.037、95%CI 1.104-3.761、p=0.023)。肉眼型毎の術後再発例の内訳はType1が34例（10.1%)、Type2が549例（19.9%)、Type 3が131例（34.3%）であった。初回再発部位を遠隔転移再発（肝、肺、脳、骨）と局所再発（リンパ節、局所再発、腹膜播種）に分け比較したところ、遠隔転移例はType1（15例、44.1%）がType2 (354例、64.5%)やType 3（70例、53.4%）と比較して少なかった一方、局所再発例はType2（238例、43.3%）がType 1（18例、52.9%）やType 3（73例、55.7%）が低い傾向を認めた。【考察・結語】進行大腸癌は肉眼型毎に再発リスクや再発形式に特徴があることが示唆された。特に血行性転移と考えられる部位に大きな差を認めたことから、肉眼型毎に発育過程において獲得する腫瘍学的特徴が異なる可能性が示唆された。今後、基礎的検討を含めた病態解明が望まれる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 14:30 ~ 15:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 19　大腸癌の転移・再発治療 2
座長：斉田 芳久（東邦大学医療センター大橋病院外科）

[O19-4] 直腸癌局所再発R0切除後早期再発の術前予測因子の検討

*隈本 雄大[1]、金光 幸秀[1]、田藏 昂平[1]、塚本 史雄[1]、永田 洋士[1]、髙見澤 康之[1]、塚本 俊輔[1] (1. 国立がん研究センター中央病院大腸外科)

【背景】
直腸癌局所再発に対してR0切除が達成されても、術後早期再発を来す症例が存在するが、その予測因子は十分に明らかではない。
【目的】
直腸癌局所再発に対するR0切除後の早期再発高リスク症例の術前予測因子を明らかにする。
【対象と方法】
2001年から2024年までに当院で直腸癌局所再発に対してR0切除を施行し、1年以上フォローアップされた91例を対象とした。術後１年以内に再発を認めた症例を早期再発群、それ以外を非早期再発群と定義した。術前因子として年齢、性別、BMI、再発部位、CEA、CA19-9、再発に対する術前治療の有無について２群間比較を行なった。単変量解析で有意または関連が示唆された因子を用いて多変量ロジスティック回帰解析を行い、早期再発の独立したリスク因子を検討した。また、両群の５年全生存率（OS）を比較した。
【結果】
早期再発群は21例（23.1%）、非早期再発群は70例（76.9%）であった。単変量解析では、CEA高値（OR 1.76 p=0.011）が早期再発と関連した。また、再発部位分布は2群間で差を認めなかったが、側方および後方再発で早期再発の割合が高い傾向にあった（p=0.14）。多変量解析では、CEA高値が独立した早期再発のリスク因子であった（OR 1.68, p=0.025）。再発部位では、後方再発が早期再発と関連する傾向を認めた(OR 4.66, p=0.071)。5年OSは早期再発群57.7%、非早期再発群84.2%であり、早期再発群で有意に不良であった（log-rank p=0.00079）。
【結語】
直腸癌局所再発に対するR0切除症例において、術前CEA高値は早期再発の独立した予測因子であった。後方再発は早期再発と関連する可能性があり、これらの因子を考慮した治療戦略の最適化が重要と考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 14:30 ~ 15:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 19　大腸癌の転移・再発治療 2
座長：斉田 芳久（東邦大学医療センター大橋病院外科）

[O19-5] 大腸癌肝転移肝切除後におけるCEAと補助化学療法mFOLFOX6：JCOG0603副次的解析

*北風 雅敏[1]、片岡 幸三[2]、大隅 寛木[3]、石川 裕也[4]、清水 泰博[5]、稲葉 吉隆[6]、小森 康司[5]、塩見 明生[7]、塩澤 学[8]、諏訪 雄亮[9]、須藤 剛[10]、絹笠 祐介[11]、瀧井 康公[12]、伴登 宏行[13]、小畠 誉也[14]、佐野 裕亮[4]、高島 淳生[15]、塚本 俊輔[16]、金光 幸秀[16] (1. 大阪国際がんセンター消化器外科、2. 兵庫医科大学消化器外科学講座下部消化管外科、3. 神奈川県立がんセンター消化器内科、4. 国立がん研究センター中央病院JCOGデータセンター／JCOG運営事務局、5. 愛知県がんセンター消化器外科部、6. 愛知県がんセンター放射線診断・IVR部、7. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科、8. 神奈川県立がんセンター消化器外科、9. 横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター、10. 山形県立中央病院消化器外科、11. 東京科学大学消化管外科学分野、12. 新潟県立がんセンター新潟病院消化器外科、13. 石川県立中央病院消化器外科、14. 国立病院機構四国がんセンター消化器外科、15. 国立がん研究センター中央病院消化管内科、16. 国立がん研究センター中央病院大腸外科)

【背景】 大腸癌肝転移に対する肝切除後の術後補助化学療法の意義は定まっていない。JCOG0603では補助mFOLFOX6療法により無病生存期間は延長したが、全生存期間における改善は示されなかった。術後CEAは微小残存病変を反映する可能性があり、補助化学療法の利益を受ける群の同定に有用である可能性がある。そこで、術後CEAを用いて補助mFOLFOX6療法の利益が期待される群を同定できるか検討した。
【方法】 JCOG0603の副次的解析として、肝切除後4週の術後CEAが測定された287例（mFOLFOX6群139例、手術単独群148例）を対象とした。STEPP解析により探索的カットオフを選定し、CEA値で2群（CEA高値群、CEA低値群）にわけ、無病生存期間および全生存期間を比較した。
【結果】 術後CEA 6.0 ng/mLをカットオフとして選定した。CEA 高値群（75例）では、mFOLFOX6群で無病生存期間が良好であった（5年DFS：50.0% vs 22.0%、HR: 0.55、95%CI: 0.31–0.96、P=0.03）。一方、CEA低値群（212例）では無病生存期間に改善の傾向が認められなかった（5年DFS：50.5% vs 48.1%、HR: 0.83、95%CI: 0.58–1.19、P=0.31）。全生存期間はCEA高値群、低値群ともに改善は認められなかった。無病生存期間の治療とCEAの交互作用は統計学的に有意ではなかった（P=0.16）。
【結語】CEA 高値群では肝転移術後のmFOLFOX6による無病生存期間延長の可能性を示した一方で、CEA 低値群では明確な利益を示さなかった。また、全生存期間についてはCEA高値群、低値群ともにmFOLFOX6による延長を認めなかった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 14:30 ~ 15:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 19　大腸癌の転移・再発治療 2
座長：斉田 芳久（東邦大学医療センター大橋病院外科）

[O19-6] 直腸癌局所再発に対する周術期放射線治療とR0切除の意義

*吉松 軍平[1]、皆瀬 翼[1]、伊勢 一郎[1]、村上 恵[1]、佐藤 好宏[1]、鈴木 秀幸[1]、唐澤 秀明[1]、大沼 忍[1]、亀井 尚[1]、海野 倫明[1] (1. 東北大学大学院　消化器外科学)

【背景】 直腸癌局所再発は症例ごとの病態が多彩であり、エビデンスに基づいた標準治療の確立が十分ではない。局所再発に対する集学的治療の重要性が高まる中、手術と周術期放射線治療の組み合わせが治療成績に与える影響を明らかにする必要がある。本研究では、当科における局所再発に対する手術症例を後方視的に解析し、R0切除および周術期放射線治療の意義を検討した。
【対象と方法】 1990年から2025年12月までに当科にて直腸癌局所再発巣切除を施行した59例を対象とした。
【結果】 原発巣切除時の年齢中央値62歳、男/女＝33/26例。初回術式は高位前方切除9例、低位前方切除29例、超低位/ISR 5例、直腸切断術12例、ハルトマン手術3例であり、15例（25.4%）で側方郭清が施行されていた。再発までの期間中央値は632日、再発部位はcentral 52例（88.1%）、lateral 7例（11.9%）であった。 術前化学放射線療法（CRT）が20例に施行され、うち15例（75.0%）でR0切除が得られた。一方、upfront手術群39例のR0切除は26例（66.7%）であり、うち13例（R0切除5例、R1/R2切除8例）には術後放射線療法が実施された。全体のR0切除41例中、再々発を26例（63.4%）に認めたが、再々発率は放射線照射群65.0%、非照射群61.9%と同等であった。予後解析では、R1/R2切除群はR0切除群と比較して全生存期間（OS）が不良であった。
【考察】 局所再発においてR0切除はOS延長のために不可欠であるが、全体のR0切除率は69.5%にとどまった。術前CRT群はupfront群よりR0切除割合が高く、その有用性が示唆された。一方で、術後再発率に明らかな差はみられず、R0切除率が拡大合併切除等の術式に修飾されることや、CRTに伴う術後合併症の懸念も考慮する必要がある。
【結語】 直腸癌局所再発における術前CRTはR0切除率の向上に寄与する可能性が示された。今後は真にOS延長をもたらす適応症例の層別化に向けた、大規模データによる検証が求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 14:30 ~ 15:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 19　大腸癌の転移・再発治療 2
座長：斉田 芳久（東邦大学医療センター大橋病院外科）

[O19-7] 術前CTガイド下フックワイヤーマーキングにより腹腔鏡下に切除し得たS状結腸癌術後腹腔内播種再発の1例

*坂本 周平[1]、岡田 倫明[1]、古田 昭寛[2]、堀田 健太[1]、野村 明成[1] (1. 大阪赤十字病院消化器外科、2. 大阪赤十字病院放射線診断科)

【緒言】腹腔内小再発病変の切除では, 病変が小さいことや手術歴・化学療法に伴う癒着, 線維化により, 術中の局在同定に難渋することがある. 今回, S状結腸癌術後の腹腔内播種再発病変に対し, 術前CTガイド下フックワイヤーマーキングを行い, 腹腔鏡下に切除し得た症例を経験した.
【症例】66歳, 女性. 腹膜播種を伴うS状結腸癌に対して腹腔鏡下S状結腸切除術と播種切除を行った. 術後1年6か月のCTで左側腹部の脂肪織内に9mm大の再発病変を認めた. 化学療法により病変は5mmに縮小し, 切除の方針とした. 病変が小さく術中同定が困難となる可能性が危惧されたため, 手術直前に経腹的CTガイド下フックワイヤーマーキングを施行した. 手術中, マーキングフックは大網内に確認され, 腹腔鏡下にマーキングフックごと大網を切除した. 摘出標本ではマーキングフック近傍に5mmの結節性病変を認め, 病理組織学的にmetastasis of colonic adenocarcinomaと診断された.
【考察】大腸癌術後の限局性腹腔内再発では, 全身病勢が制御されている場合, 局所切除が治療選択肢となり得る. 一方, 小病変や深部病変では腹腔鏡下での視認・触知が困難であり, 確実な局在同定が課題となる. CTガイド下マーキングは微小肺病変に対する胸腔鏡下手術で広く用いられているが, 腹腔内病変への応用報告は少ない. 本症例ではフックワイヤーを指標とすることで, 確実に病変を切除し得た.
【結語】術中同定が困難と予想される腹腔内小再発病変に対し, 術前CTガイド下フックワイヤーマーキングは有用なナビゲーションツールとなり得る.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 14:30 ~ 15:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 19　大腸癌の転移・再発治療 2
座長：斉田 芳久（東邦大学医療センター大橋病院外科）

[O19-8] 大腸癌腹膜播種に対する腹腔鏡下手術成績

*小林 昭広[1]、山崎 信義[1]、小林 亮介[1]、佐藤 学[1]、鈴木 文武[1]、浅井 大智[1]、三ノ宮 優太[1]、林 和貴[1]、富田 直宏[1]、久保 浩一郎[1]、緒方 賢司[1] (1. 千葉西総合病院)

【はじめに】腹膜播種を伴う大腸癌は予後不良である。近年腹膜播種に対する腹腔鏡下手術は診断から治療へ広がりを見せているが慎重な判断が必要である。当院ではP3は主に診断、P1、P2の場合は根治を目指した外科切除を腹腔鏡下に行っている。
【目的】大腸癌腹膜播種に対する腹腔鏡下外科切除例の成績を明らかにする。
【対象】2016年から2025年までに播種切除を行った42例。長期成績は2021年までの27例で解析した。
【ポート部再発対策】①創部の保護（ラッププロテクター装着、回収バックの徹底。）。②手技上の工夫としては腫瘍に直接触れないような操作の徹底、ポート挿入部からガス漏れ防止。③腹腔内及び創部の洗浄。④急激な脱気の回避：ポート抜去の際に、腹腔内のガスが創部になるべく触れないようにする。特に④を徹底している。
【結果】42例中P1-2で根治を目指した手術が28例、P3での姑息手術が14例。播種切除個数は1か所：16例、2か所：5例、3か所：4例、4か所以上：6例。播種切除までに遠隔転移ありが20例（48%）。開腹移行はなし。術式は回盲部切除8例、右（半）結腸切除11例、左（半）結腸切除2例、S状結腸切除10例、高位前方切除2例、直腸切断術1例、付属器切除2例、腫瘍切除9例（重複あり）。手術時間中央値は171分（62-404分）、出血量中央値は20ml（1-680ml）。手術合併症：1例（尿管損傷→術中尿管ステント挿入）。術後合併症はGrade2が2例（縫合不全保存治療）、Grade 3bが1例（腸閉塞手術）であった。術後入院期間中央値10日（3-27日）。5年生存率はP1-2（16例）で42%、P3（11例）で9%（P＜0.05）。遠隔転移なし/ありでの5年生存率は60%/29%（P＝0.07）。ポート部再発は1例（1/42：2.4%）に認めた。
【考察】腹膜播種に対する腹腔鏡下手術は安全に行われていた。ポート再発は1例で許容範囲内なのかもしれない。遠隔転移を伴う症例でもP1-2で5年生存率が30%程度であり、根治を目指したあきらめない治療選択が望まれる。
【おわりに】腹膜播種に対する腹腔鏡下手術は、標準手術として確立されているものではない。様々なポート部再発対策を徹底した上に、腹腔鏡下手術を継続していく予定である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:45 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 20　直腸脱・骨盤臓器脱 1

座長：甲田 貴丸（甲田医院）

[O20-1] 直腸脱に対する腹腔鏡下ventral rectopexyにおける前壁剥離範囲と固定の工夫

*大塚 亮[1]、齊藤 修治[1]、平山 亮一[1]、江間 玲[1]、佐々木 一憲[1]、植田 吉宜[1]、宮島 綾子[1] (1. 横浜新緑総合病院)

[O20-2] 直腸脱に対する腹腔鏡下後方縫合直腸固定術（posterior suture rectopexy）の治療成績

*碓井 彰大[1]、小杉 千弘[1]、鈴木 大亮[1]、森 幹人[1]、岡 義人[1]、首藤 潔彦[1]、清水 宏明[1] (1. 帝京大学ちば総合医療センター外科)

[O20-3] 当科における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の検討

*中嶋 太極[1,2]、田辺 寛[2]、奥村 隆志[1]、馬場 研二[1]、上之園 芳一[2]、大塚 隆生[1] (1. 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科消化器外科学、2. 公益財団法人慈愛会今村総合病院消化器外科)

[O20-4] 当院における腹腔鏡下直腸前方固定術（LVR）の治療成績

*藤森 正彦[1]、中塚 博文[2]、先本 秀人[2]、小川 尚之[2] (1. 呉市医師会病院大腸肛門病センター大腸・肛門外科、2. 呉市医師会病院大腸肛門病センター外科)

[O20-5] 術前後の肛門内圧検査から見た直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の有用性

*大島 隆一[1]、國場 幸均[2]、宮島 伸宜[2]、松島 小百合[2]、紅谷 鮎美[2]、佐井 佳世[2]、米本 昇平[2]、酒井 悠[2]、小菅 経子[2]、松村 奈緒美[2]、河野 洋一[2]、宋 江楓[2]、下島 裕寛[2]、岡本 康介[2]、黒水 丈次[2]、松島 誠[2]、勝又 健太[1]、四万村 司[1]、朝倉 武士[1]、民上 真也[3] (1. 川崎市立多摩病院消化器・一般外科、2. 松島病院大腸肛門病センター肛門科、3. 聖マリアンナ医科大学病院　消化器・一般外科)

[O20-6] 完全直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の検討

*中田 健[1]、佐々木 優[1]、杢谷 友香子[1]、谷田 司[1]、藤原 英広[1]、宮東 幸輝[1]、山口 泰征[1]、小西 彩海[1]、三上 日菜子[1]、中出 真央[1]、石垣 丹音[1]、高山 碩俊[1]、石田 智[1]、山下 雅史[1]、松山 仁[1]、山田 晃正[1] (1. 市立東大阪医療センター消化器外科)

[O20-7] 再発直腸脱に対する腹腔鏡下suture rectopexy併施前方骨盤底形成術の手技

*似鳥 修弘[1]、勝又 佳織[1]、矢作 雅史[1] (1. 国家公務員共済組合連合会立川病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:45 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 20　直腸脱・骨盤臓器脱 1
座長：甲田 貴丸（甲田医院）

[O20-1] 直腸脱に対する腹腔鏡下ventral rectopexyにおける前壁剥離範囲と固定の工夫

*大塚 亮[1]、齊藤 修治[1]、平山 亮一[1]、江間 玲[1]、佐々木 一憲[1]、植田 吉宜[1]、宮島 綾子[1] (1. 横浜新緑総合病院)

【背景】
直腸脱に対する腹腔鏡下ventral rectopexy（LVR）は低侵襲かつ機能温存に優れた術式であるが、再発防止には確実な固定が重要であり、手技の標準化が求められる。
【目的】
当院におけるLVRの手技の工夫、特に前壁剥離範囲と固定方法に着目し、その治療成績を検討する。
【対象・方法】
2019年11月から2026年4月までに直腸脱に対しLVRを施行した26例を対象とした。メッシュを用いた直腸固定を行い、前壁剥離は腹膜切開部を起点として肛門側に加え口側へも拡張し、腹膜翻転部の再現を意識した剥離を行った。これにより、繰り返す脱出により肥厚した腹膜ではなく腸管壁へ確実にメッシュを縫着することを可能とした。手技の要点およびピットフォールをビデオで提示する。
【結果】
全例で手術は完遂された。再発は1例（3.8%）であった。Clavien-Dindo分類II以上の合併症は認めなかった。再発症例の検討から、前壁剥離範囲および固定層が不十分であった可能性が示唆された。以降、腹膜翻転部の再現を意識した剥離および腸管壁への確実な縫着を徹底することで、その後再発は認めていない。
【結論】
LVRにおいては、前壁剥離範囲を適切に設定し、腸管壁への確実な縫着を行うことが再発防止に重要である可能性が示唆された。本ビデオはその手技の要点とピットフォールを提示する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:45 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 20　直腸脱・骨盤臓器脱 1
座長：甲田 貴丸（甲田医院）

[O20-2] 直腸脱に対する腹腔鏡下後方縫合直腸固定術（posterior suture rectopexy）の治療成績

*碓井 彰大[1]、小杉 千弘[1]、鈴木 大亮[1]、森 幹人[1]、岡 義人[1]、首藤 潔彦[1]、清水 宏明[1] (1. 帝京大学ちば総合医療センター外科)

【背景】

直腸脱に対する手術治療には経肛門的アプローチと経腹的アプローチがあり、それぞれに利点・欠点がある。既報では経腹的アプローチの方が再発率が低いとされており、当科では原則として経腹的アプローチを選択している。

【目的】

当科における直腸脱に対する腹腔鏡下 posterior suture rectopexy の手術手技および治療成績を検討する。

【手術手技】

5ポートで手術を行う。岬角から内側アプローチで開始し、直腸をTME層に沿って十分に剥離・授動する。S状結腸が過長な場合には切除を追加する。剥離後、直腸を頭側へ牽引し脱出腸管の還納を確認する。メッシュは使用せず、岬角近傍で直腸を左右それぞれ3〜4針で縫合固定する。操作に際しては正中仙骨静脈および下腹神経損傷に注意する。

【成績】

対象は12例で、年齢は79歳（50–91歳）、男性1例、女性11例であった。手術時間は131分（67–207分）、出血量は3 mL（0–30 mL）、術後在院日数は7日（4–12日）であった。術後観察期間中央値は12か月（0–84か月）であった。術後合併症として便失禁を3例、下痢および便秘を各1例に認めたが、いずれも術前からの症状の持続であった。再発は1例に認め、術後2年5か月で発生し、再手術（メッシュ使用による直腸固定術）を施行した。

【結語】

当科における腹腔鏡下 posterior suture rectopexy は安全に施行可能であり、良好な治療成績が得られた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:45 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 20　直腸脱・骨盤臓器脱 1

座長：甲田 貴丸（甲田医院）

[O20-3] 当科における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の検討

*中嶋 太極[1,2]、田辺 寛[2]、奥村 隆志[1]、馬場 研二[1]、上之園 芳一[2]、大塚 隆生[1] (1. 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科消化器外科学、2. 公益財団法人慈愛会今村総合病院消化器外科)

【緒言】直腸脱に対する経会陰的アプローチは簡便かつ低侵襲である一方、術後再発をしばしば経験する。当科ではこれまで、再発リスクが高いと考えられる症例に対して、メッシュを用いた腹腔鏡下直腸固定術を施行してきた。直腸固定法にはメッシュ固定と縫合固定があるが、いずれが優れているかについては一定の見解が得られていない。そこで当科では、2025年2月より腹腔鏡下直腸縫合固定術を導入した。【手術手技】メッシュ固定、縫合固定いずれにおいても、直腸を肛門挙筋レベルまで授動を行い、直腸を骨盤から引き抜き直線化したうえで固定を行う。メッシュ固定はWells法で行っており、仙骨前面にメッシュをタッキングし、直腸後方1/2周にメッシュを巻き付け縫合固定する。縫合固定は直腸前壁の漿膜筋層を、岬角レベルの前従靭帯に2-0非吸収ブレイド糸を用いて2針縫合固定する。【目的】当科における腹腔鏡下直腸固定術の治療成績を明らかにし、その安全性および妥当性について検討する。【対象と方法】2022年4月から2026年3月までに当科で腹腔鏡下直腸固定術を施行した直腸脱5例を対象とした。患者背景、術式、手術成績、術後合併症、再発の有無および術後排便状況について後方視的に検討した。【結果】術式はメッシュ固定2例、縫合固定3例であった。手術時間中央値はメッシュ固定群193分、縫合固定群166分であり、出血量中央値はそれぞれ7.5mL、10mLであった。両群とも術中・術後合併症は認めなかった。追跡期間中央値はメッシュ固定群4か月、縫合固定群6か月であり、いずれの症例においても再発は認めていない。術後排便状況についても明らかな悪化は認めなかった。【結語】当科における腹腔鏡下直腸固定術は、メッシュ固定、縫合固定のいずれにおいても安全に施行されていた。縫合固定はメッシュ固定と比較して手術時間が短い傾向を認めたが、症例数および観察期間は限られており、今後さらなる症例蓄積と長期的な検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:45 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 20　直腸脱・骨盤臓器脱 1

座長：甲田 貴丸（甲田医院）

[O20-4] 当院における腹腔鏡下直腸前方固定術（LVR）の治療成績

*藤森 正彦[1]、中塚 博文[2]、先本 秀人[2]、小川 尚之[2] (1. 呉市医師会病院大腸肛門病センター大腸・肛門外科、2. 呉市医師会病院大腸肛門病センター外科)

【はじめに】完全直腸脱に対する治療方針は、当初全身麻酔が可能な症例に対して主にメッシュを使用せず手術時間も短時間である腹腔鏡下直腸後方固定術(LSR: Laparoscopic suture rectopexy)を行っていた。子宮脱術後など骨盤が脆弱な場合は再発しやすいと考えたため、腹腔鏡下直腸前方固定術(LVR: Laparoscopic ventral rectopexy)を行うようにした。今回当院で行っているLVRの手術成績について報告する。
【対象】2015年2月より2026/4月までに行ったLVR47例
【手術方法】Meshの固定までに、恥骨直腸筋付近までの直腸後腔の剥離、両側の恥骨直腸筋の露出及び肛門縁より約2cmまでの直腸膣間の剥離を行っている。手術のポイントとしてMeshの固定方法にあると思われる。Meshの固定は両側恥骨直腸筋及び直腸に計10針、前縦靭帯への固定は3針としている。子宮のLevel 1の補強目的で膣後壁をMeshに固定している。
【結果】平均年齢は80.7歳（49-90）で，平均脱出長は5.6cmであった。平均手術時間は251.1分（160-394）、平均出血量は52.2ml（4-291）で、重大な術中合併症は認めなかった。術後合併症は、Clavien-Dindo分類 Grade IIIbを1例（2.3%：5mmポート部小腸脱出）、その他はClavien-Dindo分類 Grade I程度であり、平均在院日数は15.6日（8-67）で高齢であることや遠方からの症例に対しては入院が長くなった。術後1か月での仙骨骨髄炎が疑われる症例を1例（2.3%）に認めたが、抗生剤の投与で改善した。また再発は直腸全層の脱出としているが、再発をきたした症例は認めていない。
【まとめ】直腸脱は出血や肛門周囲の皮膚炎を起こすだけでなく座位や歩行などにも障害をきたしQOLを著しく低下する。LVRの合併症は少なく安全に行うことができ、現在のところ再発した症例を認めていない。現在当院では、70歳未満もしくは男性であればLSRを、70歳以上もしくは７０歳未満でも子宮摘出後など骨盤の脆弱性が疑われる場合にはLVRを選択している。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:45 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 20　直腸脱・骨盤臓器脱 1
座長：甲田 貴丸（甲田医院）

[O20-5] 術前後の肛門内圧検査から見た直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の有用性

*大島 隆一[1]、國場 幸均[2]、宮島 伸宜[2]、松島 小百合[2]、紅谷 鮎美[2]、佐井 佳世[2]、米本 昇平[2]、酒井 悠[2]、小菅 経子[2]、松村 奈緒美[2]、河野 洋一[2]、宋 江楓[2]、下島 裕寛[2]、岡本 康介[2]、黒水 丈次[2]、松島 誠[2]、勝又 健太[1]、四万村 司[1]、朝倉 武士[1]、民上 真也[3] (1. 川崎市立多摩病院消化器・一般外科、2. 松島病院大腸肛門病センター肛門科、3. 聖マリアンナ医科大学病院　消化器・一般外科)

【背景】直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術は普及しつつある。形態学的な修復のみならず機能的な改善が重要だが術後の肛門機能改善に焦点を当てた報告は少ない。
【目的】当院における腹腔鏡下直腸固定術の術後成績を検討し、特に術前後の肛門内圧検査から見た肛門機能の改善度を検証することを目的とした。
【対象と方法】2023年12月から2024年12月の間に腹腔鏡下直腸固定術を施行した60例を対象とし手術成績について後方視的に検討した。肛門内圧検査は術前および術後3ヶ月、12ヶ月に実施し、最大静止圧（MRP）と最大随意収縮圧（MSP）で評価を行った。
【手術適応】術前に排便造影検査を行い、仙骨前面の固定が不良な直腸脱、直腸重積の症例を対象とし、全身麻酔が可能な症例を適応とした。
【手術手技】腹腔鏡下に直腸の授動を全周性に肛門挙筋レベルまで行い、直腸を吊り上げ左右の腸間膜を仙骨前面に直接タッキングで固定。側方靭帯は基本的に温存し最後に腹膜修復を行う。
【結果】年齢の中央値は73.5歳（27-86）、男性8例、女性52例。直腸脱症例が43例、直腸重積例が17例。病脳期間の中央値は12ヶ月。脱出腸管長は4cm。手術時間の中央値は193.5分、出血量は9ml、術後重篤な合併症は認めず現在まで再発は１例も認めていない。直腸脱症例と重積例のMRP値はそれぞれ26.0mmHgと43.4mmHgであり直腸脱症例で有意に低値であった。また、直腸脱症例において術前と比較して術後3ヶ月および12ヶ月のMRP値はそれぞれ1.58倍と1.51倍に改善を認めた。また、同様にMSP値はそれぞれ1.20倍および1.58倍に改善を認めた。その改善度が病脳期間や脱出腸管長によって左右されるかを検証したが、病脳期間が12ヶ月前後、脱出腸管長が5cm前後で比較検討を行ったがいずれも差は認めなかった。
【考察】術後再発は1例もなく良好な成績であった。肛門内圧に関しては、術前肛門機能が低下している直腸脱症例においてMRPは術後比較的速やかに改善し、MRPは時間を追うごとに改善を認めるという興味深い結果とであった。また、術前の病脳期間や脱出腸管長に左右されることなく改善が期待できることが判明し、肛門機能の改善という観点からも非常に有用と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:45 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 20　直腸脱・骨盤臓器脱 1

座長：甲田 貴丸（甲田医院）

[O20-6] 完全直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の検討

*中田 健[1]、佐々木 優[1]、杢谷 友香子[1]、谷田 司[1]、藤原 英広[1]、宮東 幸輝[1]、山口 泰征[1]、小西 彩海[1]、三上 日菜子[1]、中出 真央[1]、石垣 丹音[1]、高山 碩俊[1]、石田 智[1]、山下 雅史[1]、松山 仁[1]、山田 晃正[1] (1. 市立東大阪医療センター消化器外科)

【緒言】完全直腸脱は直腸の全層性脱出により、排便障害・出血・疼痛などをきたし、患者の生活の質を著しく低下させる。当科では、腹腔鏡下直腸固定術（LR：Laparoscopic Rectopexy）を標準術式としている。
【目的】当科で完全直腸脱に対してLRを施行した症例を検討し、治療成績を評価・検討することを目的とした。
【方法】2022年4月～2026年3月の4年間にLRを施行した20症例を、後方視的に検討した。
【結果】患者背景は、年齢中央値82歳（19-96歳）、女性19人：男性1人、BMI20.7kg/m2（16.7-25.7）、脱出長6cm（5-12）であった。手術術式は、メッシュを用いた腹腔鏡下直腸後方固定術（LPR：Laparoscopic Posterior Rectopexy）が16症例、メッシュなしのLPRが1例、メッシュを用いて腹腔鏡下直腸腹側固定術（LVR：Laparoscopic Ventral Rectopexy）が3例であった。LVRのうち2例では会陰からの膣閉鎖術を併施した。手術時間は181分（89-259）、術後在院日数は6日（3-9）であった。術後合併症は、せん妄が４例、腎機能低下が１例であった。術後再発は１例であるが軽度で経過観察としている。術後何らかの排便障害を認めるのは14症例（70%）であるが、内服調整や適時浣腸にてQOLの改善は得られた。
【考察】当院では、脱出長5cm未満ではGant-Miwa法を、5cm以上でも全身麻酔が困難な場合はAltemeyer法を選択している。LRを施行した20症例では、高齢のやせ型女性が多く、前方臓器（子宮・膀胱）の脱出を合併している場合はLVRを、直腸脱のみの場合はLPRを選択していた。手術は直腸の剥離受動を肛門挙筋レベルまで進め、LPRでは直腸後腔にメッシュを敷き込み、岬角付近の仙骨を露出してタッキングし、側方の腹膜を閉鎖している。LVRではメッシュの尾側を直腸子宮窩に縫合固定したうえで頭側を仙骨にタッキングし、子宮および右側腹膜でメッシュを覆うように縫合する。手術合併症は少なく、再発は1例のみであり、QOL改善による患者満足度は高かったが、術後排便機能障害に関しては程度は様々だが多くの患者で残存していた。
【結論】完全直腸脱に対するLRは安全性・根治性が高く、QOLの改善を得られるが、排便機能の面では改善の余地があると考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:45 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 20　直腸脱・骨盤臓器脱 1
座長：甲田 貴丸（甲田医院）

[O20-7] 再発直腸脱に対する腹腔鏡下suture rectopexy併施前方骨盤底形成術の手技

*似鳥 修弘[1]、勝又 佳織[1]、矢作 雅史[1] (1. 国家公務員共済組合連合会立川病院消化器外科)

【緒言】再発直腸脱症例では、骨盤底脆弱性やDouglas窩の深在化、既往手術による癒着のため手術操作に難渋することが多い。今回、再発直腸脱症例に対する腹腔鏡下縫合直腸固定術（suture rectopexy）および前方骨盤底形成術の手技的工夫について報告する。
【症例】症例1は83歳女性。既往に子宮全摘術あり。他院で腹腔鏡下直腸固定術2回およびThiersch手術後に再再々発を認めた。
症例2は88歳女性。既往に子宮全摘術あり。他院でGant-三輪法施行後に再発を認めた。
【手術手技】当院では完全直腸脱に対し腹腔鏡下suture rectopexyを基本術式としている。再発症例ではDouglas窩の深在化（cul-de-sac形成）を伴うことが多く、直腸前壁側の十分な剥離を重要視している。
　自験例はいずれも子宮全摘後および再発術後症例であり、直腸前方の層構造は不明瞭であったが、バイポーラメリーランドを用いることで熱拡散を抑えつつ安全に剥離を施行しえた。側方靱帯は切離し、左右肛門挙筋を直腸前方で非吸収性編糸を用いて水平マットレス縫合し、前方骨盤底形成術（anterior levatorplasty）を施行した。続いて非吸収性編糸3針にて直腸を仙骨骨膜へ固定した。腹膜閉鎖後に癒着防止材を散布し手術を終了した。術後合併症は認めず、現在まで再発を認めていない。
【結語】再発直腸脱症例では、既往手術や骨盤底脆弱性により剥離操作が困難となる。バイポーラメリーランドは繊細な剥離操作に有用であり、前方骨盤底形成術の併施は骨盤底補強の一手段となりうると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月20日(金) 13:50 ~ 14:35 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 21　術後合併症・周術期管理 1

座長：浅井 慶子（JA北海道厚生連遠軽厚生病院　外科）

[O21-1] 一時的人工肛門作成時における合併症低減のための手技

*小杉 千弘[1]、清水 宏明[1]、首藤 潔彦[1]、森 幹人[1]、鈴木 大亮[1]、碓井 彰大[1]、岡 義人[1]、幸田 圭史[1] (1. 帝京大学ちば総合医療センター外科)

[O21-2] 術後ストーマサイズの経時的変化に関する検討

*山岸 杏彌[1,2]、松本 智司[1]、南村 圭亮[1]、上田 康二[1]、松田 明久[2] (1. 日本医科大学千葉北総病院外科、2. 日本医科大学付属病院消化器外科)

[O21-3] 腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術におけるOptical法を利用した後腹膜経路ストーマ造設術の工夫

*水野 礼[1]、小澤 寛太朗[1]、酒江 礼奈[1]、井田 智之[1]、井上 広海[1]、庭野 公聖[1]、出川 佳奈子[1]、堀 佑太郎[1]、喜多 亮介[1]、横山 大受[1]、中西 保貴[1]、西川 元[1]、中村 公治郎[1]、畑 啓昭[1] (1. 国立病院機構　京都医療センター　外科)

[O21-4] 人工肛門造設における挙上困難性の術前予測：臨床因子とCT体組成解析による検討

*岸田 憲亮[1]、岩井 拓磨[1]、山田 岳史[1]、上原 圭[1]、進士 誠一[1]、横山 康行[1]、高橋 吾郎[1]、香中 伸太郎[1]、菊池 悠太[1]、松田 明久[1] (1. 日本医科大学消化器外科)

[O21-5] 二期的手術を考慮した横行結腸ストーマ造設術の手術手技とストーマ脱出に対する対応

*中原 健太[1]、柴田 耕暉[1]、堀井 啓士朗[1]、阿部 恒太郎[1]、岡田 昌樹[1]、杉原 黎[1]、杉村 直彦[1]、駒井 聡太[1]、小林 弘明[1]、原田 芳邦[1]、小沢 慶彰[1]、榎並 延太[1]、澤田 成彦[1]、大塚 和朗[1] (1. 昭和医科大学横浜市北部病院　消化器センター)

[O21-6] 直腸癌手術における術式選択とLARS対策を支える多職種連携の取り組み

*古川 尚恵[1]、寺島 一豪[1]、村梶 慶太[2]、森山 武[2]、下國 達志[3]、笠島 浩行[3] (1. 市立函館病院　看護部、2. 市立函館病院　リハビリ技術科、3. 市立函館病院　消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:50 ~ 14:35 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 21　術後合併症・周術期管理 1
座長：浅井 慶子（JA北海道厚生連遠軽厚生病院　外科）

[O21-1] 一時的人工肛門作成時における合併症低減のための手技

*小杉 千弘[1]、清水 宏明[1]、首藤 潔彦[1]、森 幹人[1]、鈴木 大亮[1]、碓井 彰大[1]、岡 義人[1]、幸田 圭史[1] (1. 帝京大学ちば総合医療センター外科)

【はじめに】直腸癌に対する一時的双孔式回腸人工肛門造設が普及している。しかし回腸ストーマはストーマ周囲皮膚炎などの合併が多く、術前に適切な部位へのマーキングが重要である。術前ストーマサイトマーキングに汎用される油性マジックは、発汗や術前皮膚消毒で消退しやすく、術前マーキング部位に造設が困難なことがある。また高さが造りづらく、患者にセルフケア時の負担を課す場合がある。今回適切な箇所にストーマを作成し、高さを保ったストーマを目指すべく、ストーマサイトマーキング方法の工夫および皮膚ブリッジ法を用いた双孔式回腸ストーマ造設術の手技を報告する。【方法】術前ストーマサイトマーキング：市販化粧品アイライナーを使用し、手術消毒時の術前ストーマサイトマーキングの鮮明度を検討する。同一症例にアイライナー（E群）と油性マジック（M群）によるストーママーキングを行い、ストーママーキング時、皮膚消毒直後と術中ストーマ造設直前でマーキングの鮮明度を評価した。デジタル写真撮影し、画像解析ソフトを用いてグレースケール（黒～白：0～256）でマーキング鮮明度を比較。皮膚ブリッジ法：皮膚ブリッジ作成した回腸ストーマと、皮膚ブリッジ非作成回腸ストーマとの、ストーマの高さ、縦横比、術後合併症率を比較する。【結果】ストーママーキング鮮明度は、ストーママーキング直後でE群：M群13.5：19.2（P＝0.34）だったが、手術時消毒直後ではE群：M群23.5：38.3（P=0.01）、ストーマ造設直前でE群：M群36.5：71.6（P＜0.01）となり有意にE群がマーキング部位が鮮明だった。皮膚ブリッジ作成によるストーマの高さの比較では、作成群10.95±2.0mm、非作成群6.67±2.5mmで有意に作成群が高さを得られた(p＜0.001)。ストーマの縦横比は作成群1.17±0.11で、非作成群の1.19±0.19と比較し有意差はなかった(p=0.61)。【結語】アイライナーを用いたストーマサイトマーキングは、手術時のマーキング確認がより鮮明になることで、適切な部位へのストーマ造設を可能とし、安全かつ油性マジックより有用であると思われた。また皮膚ブリッジ作成法は高さを保持できる有用な造設術式であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:50 ~ 14:35 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 21　術後合併症・周術期管理 1
座長：浅井 慶子（JA北海道厚生連遠軽厚生病院　外科）

[O21-2] 術後ストーマサイズの経時的変化に関する検討

*山岸 杏彌[1,2]、松本 智司[1]、南村 圭亮[1]、上田 康二[1]、松田 明久[2] (1. 日本医科大学千葉北総病院外科、2. 日本医科大学付属病院消化器外科)

【目的】 術後のストーマは造設直後の浮腫によりサイズが著しく変化するが、その詳細なタイムコースや収束時期については十分に解明されていない。本研究では、術後ストーマサイズの経時的変化を定量的に評価し、適切なストーマケアの指標を検討することを目的とした。
【方法】 2020年3月から2022年1月までに当科で大腸癌に対しストーマ造設術を施行した50例のうち、再手術症例や観察期間不足例（1ヶ月未満）を除外した43例を対象とした。装具交換時にストーマの長径、短径、高さを計測し、半楕円体近似による体積算出を用いて経時的変化を解析した。
【結果】 症例背景は、男性31例、女性12例。造設部位は結腸22例、回腸21例であり、形態は単孔式19例、双孔式24例であった。観察期間の中央値は51.0日。ストーマ体積は術後第4病日に最大（ピーク）となり、最小体積時と比較して平均4.4倍の増大を認めた。体積が最小（安定期）に達する時期は術後中央値33日であったが、症例によっては安定までに2ヶ月以上を要した。
【結論】 ストーマサイズは術後4日前後に最大となり、安定には約1ヶ月を要することが明らかとなった。術後早期の著明なサイズ変化を念頭に置いた装具選択と、退院後を含めた継続的なフォローアップの重要性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:50 ~ 14:35 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 21　術後合併症・周術期管理 1
座長：浅井 慶子（JA北海道厚生連遠軽厚生病院　外科）

[O21-3] 腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術におけるOptical法を利用した後腹膜経路ストーマ造設術の工夫

*水野 礼[1]、小澤 寛太朗[1]、酒江 礼奈[1]、井田 智之[1]、井上 広海[1]、庭野 公聖[1]、出川 佳奈子[1]、堀 佑太郎[1]、喜多 亮介[1]、横山 大受[1]、中西 保貴[1]、西川 元[1]、中村 公治郎[1]、畑 啓昭[1] (1. 国立病院機構　京都医療センター　外科)

背景: 単孔式永久人工肛門造設時のストーマ作成経路には,腹腔内経路と後腹膜経路がある.後腹膜経路は腹腔内経路に比べて,ストーマ脱,ストーマ傍ヘルニア,腸閉塞などの合併症が起こりにくいとされるが,腹膜前腔の剥離にしばしば難渋するなど手技が困難なことがある.今回,過不足ない腹膜前腔の剥離を簡便に行えるOptical法を利用した後腹膜経路作成法を報告する
手術手技:腹腔鏡下にストーマ挙上経路を確認し,腹腔内から可及的に腹膜前腔剥離を行う.ストーマサイトの皮膚および皮下脂肪を円筒状にくり抜き,腹直筋前鞘を露出する.腹直筋前鞘を縦切開し,腹直筋をSplitする.ストーマサイトが弓状線より尾側の場合は,腹直筋後鞘がないため,Optical法で腹膜前腔に進入する.弓状線より頭側の場合は,腹直筋後鞘を切開し腹膜前腔に侵入する.この段階で腹腔鏡をエンドパスXCELブレードレストロッカー（エチコン社）の内筒に挿入した状態で腹膜前腔に挿入する.Optical法で腹膜の境界を観察しながら行い,ポート内筒を左右に動かし挙上経路を拡げる.適宜,腹腔鏡で腹腔内の観察を行い,剥離経路・範囲の確認を行い,最終的に鏡視下に腹腔と交通をさせる.その後,鉗子でS状結腸断端を把持し,腹壁まで結腸の挙上を行う
方法・結果: 2024年4月～2025年11月までの期間に9例の症例に対してOptical法を利用した後腹膜経路作成を行った.患者の年齢中央値は74歳(59-83)で,男性6例女性3例で,BMI中央値は20.6(18.5-24.7)であった.術式は,全例下部直腸癌に対するAPRであった(ロボット2例,腹腔鏡7例).後腹膜経路作成から結腸の挙上に要した時間は平均8.5分(5.5-19)であった.術中・術後の合併症は認めなかった(観察期間中央値22ヵ月(6-27))
考察: これまで後腹膜経路作成法として,腸ベラの利用や用手的に腹膜前腔を剥離する方法などが報告されているが,いずれも盲目的に剥離を行うという欠点があった.Optical法を用いた方法では,鏡視下に腹膜前腔を観察できるため,血管や腹膜の損傷などのリスクを回避することが可能となる.また,手術時に使用するポートの内筒を使用するため,コスト面での負担もない
結語: Optical法を利用した後腹膜ストーマ経路の造設は有用な方法と考える

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:50 ~ 14:35 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 21　術後合併症・周術期管理 1
座長：浅井 慶子（JA北海道厚生連遠軽厚生病院　外科）

[O21-4] 人工肛門造設における挙上困難性の術前予測：臨床因子とCT体組成解析による検討

*岸田 憲亮[1]、岩井 拓磨[1]、山田 岳史[1]、上原 圭[1]、進士 誠一[1]、横山 康行[1]、高橋 吾郎[1]、香中 伸太郎[1]、菊池 悠太[1]、松田 明久[1] (1. 日本医科大学消化器外科)

【背景と目的】人工肛門造設を要する症例では、しばしば複数の治療歴や腸管拡張、栄養障害など手術にあたり不利な因子を伴う。近年、腹腔鏡手術の普及により鏡視下での人工肛門造設術など造設手技の工夫に関する検討はあるが、造設困難リスクの術前予測・評価に関する報告は乏しい。挙上困難性を術前に予測できれば、術式選択、ストマサイト設計、皮膚・排泄ケア認定看護師との術前シミュレーションに有用である。本研究では、当科での人工肛門造設術の手術成績を検証するとともに患者因子、画像データを用いた造設術困難の評価・予測が客観的な指標となるか検討する。
【対象と方法】2015〜2025年の待機的人工肛門造設術症例を対象とした。挙上腸管・造設部位・アプローチの変更、広範な癒着剥離や腸管授動、手術時間100分以上、出血量50mL以上を挙上困難と定義した。術前因子として年齢、性別、BMI、腹膜播種、原疾患、腹直筋厚、腹部単純X線による腸管可動性を評価。また探索的解析として、一部症例にSYNAPSE VINCENTを用いたCT volumetryを行い、骨格筋量、筋濃度、皮下脂肪量、内臓脂肪量を評価した。
【結果】対象は153例で、挙上困難は44例（28.8%）であった。困難群ではBMI高値、腸管可動性不良、腹膜播種を有する症例が多かった。多変数ロジスティック回帰では、BMI（OR 1.24, p=0.004）、腹膜播種（OR 6.55, p=0.00058）、原疾患その他群（vs大腸、OR 5.90, p=0.017）が挙上困難と関連した。BMI、腹膜播種、原疾患を用いた3因子モデルの識別能はAUC 0.77であった。CT volumetryを施行した解析では、困難例で皮下脂肪指数および内臓脂肪指数が高く、筋質を反映するmuscle HUが低い傾向を認めた。
【結語】人工肛門挙上困難は、単なる術中偶発事象ではなく、術前に評価可能な腫瘍進展、腸管可動性、体組成・腹腔形態により規定される可能性がある。CT volumetryを加えることで、BMIのみでは捉えきれない高リスク解剖を可視化し、術前シミュレーションやWOC連携の精度向上につながる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:50 ~ 14:35 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 21　術後合併症・周術期管理 1
座長：浅井 慶子（JA北海道厚生連遠軽厚生病院　外科）

[O21-5] 二期的手術を考慮した横行結腸ストーマ造設術の手術手技とストーマ脱出に対する対応

*中原 健太[1]、柴田 耕暉[1]、堀井 啓士朗[1]、阿部 恒太郎[1]、岡田 昌樹[1]、杉原 黎[1]、杉村 直彦[1]、駒井 聡太[1]、小林 弘明[1]、原田 芳邦[1]、小沢 慶彰[1]、榎並 延太[1]、澤田 成彦[1]、大塚 和朗[1] (1. 昭和医科大学横浜市北部病院　消化器センター)

進行大腸癌に対し、腸閉塞に対する緊急減圧目的のみならず集学的治療前の閉塞予防目的に横行結腸ストーマ造設術を行う症例が増加している。これらの症例の多くにおいて二期的手術ではロボット支援手術や腹腔鏡下手術が行われていることから、それを前提としたストーマ配置を考慮する必要がある。
適応となりやすい左側大腸癌においては二期的手術の際に右上腹部に小腸を移動させ左側結腸間膜を展開するため、左上腹部での横行結腸ストーマ造設を第一選択としている。また、より頭側に造設することで二期的手術の際の手術操作において可動性が確保できる。ストーマ造設予定部の直上で腹直筋を貫通するように小開腹をおき、グローブ法で気腹して腹腔内の観察を行っている。結腸の挙上が悪い場合は直視下に大網と固有横行結腸間膜を剥離して授動する。多くの場合この部分の剥離のみで挙上可能であり短時間で低侵襲に造設可能と考えている。
横行結腸ストーマの問題となる合併症としてストーマ脱出が挙げられる。ストーマ脱予防のため造設時に肛門側腸管が過長とならないように、またストーマ孔を大きくしすぎないように留意する必要があるが、文献的にはストーマ造設患者の1.7～25%に発生する比較的頻度の高い合併症であり、患者のQOL低下の原因となるだけでなく嵌頓や穿孔を合併し緊急手術を要することがある。当院でも集学的治療としての全身化学療法中に横行結腸ストーマの脱出・穿孔を発症しAltemeier変法を施行した症例を3例経験した。同術式は脱出腸管の全層切開部から腹腔内に到達し、腹腔内の観察と過長腸管の切除および傍ストーマヘルニア修復術を施行し得た。適応となる症例は限定的であるものの有用な術式と考えられたため文献的考察を加え報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月20日(金) 13:50 ~ 14:35 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 21　術後合併症・周術期管理 1
座長：浅井 慶子（JA北海道厚生連遠軽厚生病院　外科）

[O21-6] 直腸癌手術における術式選択とLARS対策を支える多職種連携の取り組み

*古川 尚恵[1]、寺島 一豪[1]、村梶 慶太[2]、森山 武[2]、下國 達志[3]、笠島 浩行[3] (1. 市立函館病院　看護部、2. 市立函館病院　リハビリ技術科、3. 市立函館病院　消化器外科)

【目的】
下部直腸癌手術において、肛門温存に伴うLow Anterior Resection Syndrome（LARS）のリスクとストーマ造設の選択は、患者のQOLに大きく関わる重要な意思決定である。当院では、患者が納得した治療選択を行えるよう多職種連携によるShared Decision Making（SDM）支援を行うとともに、術前からLARS対策として骨盤底筋体操を導入している。当院の取り組みと症例を報告する。
【方法】
1．医師による病状および術式説明。
2．外来看護師による支援と情報収集：医師の説明後、患者の理解度や受け止めを確認し、生活背景や就業状況を含めた情報収集を行う。
3．外来看護師とWOCNによる調整：個別性を重視した面談の日程調整を行う。
4．WOCNによる支援：収集情報をもとに必要時は主治医と連携し、ストーマオリエンテーションを行う。患者の受容過程を支援しながら意思決定支援を行い、ストーマ造設患者にはストーマリハビリテーションを開始する。
5．理学療法士との連携：肛門温存を希望する患者に対し、WOCNがLARSおよび骨盤底筋体操の意義を説明する。入院後は理学療法士が骨盤底筋体操の指導を行う。
6．退院後フォローアップ：LARS症状を評価し、症状に応じた生活指導を行う。ストーマ閉鎖予定患者には骨盤底筋体操を支援する。
【症例】
60歳代男性。Rb直腸癌に対する術式説明後、就業中の便失禁への不安から永久ストーマを希望していたが、家族の意見もあり術式選択に迷いを認めた。多職種による面談およびストーマオリエンテーションを通じて十分な話し合いを行い、肛門温存術＋一時的ストーマ造設を選択した。術後のストーマ管理は速やかに自立し社会復帰した。骨盤底筋体操を継続し、術後半年でストーマ閉鎖術を施行した。閉鎖後に排便回数増加や切迫感などのLARS症状を認めたが、術前から継続した骨盤底筋体操により排便コントロールは安定し、就業継続が可能であった。
【考察】
外来から退院後まで多職種が継続的に介入するSDM支援は、患者の不安や迷いを軽減し、納得した術式選択に寄与すると考えられた。また、術前から骨盤底筋体操を導入する取り組みは、肛門温存術後およびストーマ閉鎖後の排便機能管理に有用であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

2026年11月20日(金) 14:45 ~ 15:30 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 22　術後合併症・周術期管理２

座長：香取 玲美（畠山クリニック）

[O22-1] 直腸癌肛門温存術後の就労状況と関連要因の分析

*佐藤 正美[1]、荒木 しのぶ[2]、江川 安紀子[3]、榎本 浩也[4]、岡田 みどり[5]、幸田 圭史[6]、松原 康美[7]、三宅 映子[5]、柳 朝子[8]、中野 祥江[8]、今泉 郷子[9]、谷山 牧[10]、深井 喜代子[11] (1. 東京慈恵会医科大学医学部看護学科、2. 川崎医科大学附属病院看護部、3. 東京慈恵会医科大学附属病院看護部、4. 国際医療福祉大学那須医療センター　消化器外科　、5. 川崎医療短期大学看護学科、6. 幸樹会おゆみのクリニック、7. 北里大学病院看護部、8. 国立がん研究センター中央病院看護部、9. 東海大学医学部看護学科、10. 国際医療福祉大学小田原保健医療学部看護学科、11. 東京慈恵会医科大学大学院)

[O22-2] 直腸低位前方切除術後LARSに対する術前骨盤底筋訓練介入の試み ―短期成績の初期検討―

*森山 武[1]、村梶 慶太[1]、古川 尚恵[2]、寺島 一豪[2]、今泉 健[3]、笠島 浩行[4] (1. 市立函館病院　リハビリ技術科、2. 市立函館病院　看護部、3. 北海道大学　消化器外科、4. 市立函館病院　消化器外科)

[O22-3] LARS新定義に基づく便排出障害の臨床的特徴と日常生活への影響―多施設横断研究―

*渥美 陽介[1]、沼田 正勝[2]、沼田 幸司[3]、塩澤 学[3]、風間 慶祐[1]、虫明 寛行[4]、岡本 浩直[5]、本庄 優衣[6]、片山 雄介[7]、樋口 晃生[8]、三箇山 洋[9]、湯川 寛夫[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学消化管外科学、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター　消化器病センター　外科、3. 神奈川県立がんセンター　大腸外科、4. 済生会横浜市南部病院　外科、5. 平塚共済病院　外科、6. 藤沢湘南台病院　外科、7. 秦野赤十字病院　外科、8. 横浜南共済病院　外科、9. 神奈川県立足柄上病院　外科)

[O22-4] 当院での腰椎麻酔下による肛門日帰り手術の現状と問題点

*田島 雄介[1] (1. 医療法人社団育映会田島外科)

[O22-5] 肛門疾患デイサージェリーにおける仙骨硬膜外ブロック片効きに対する分割投与の効果

*小泉 岐博[1,3]、森本 幸治[2]、久保田 至[2]、久保田 和[2]、田村 周三[2]、大塚 新一[2]、立岡 鉄平[2]、金澤 周[2]、山田 岳史[3]、松田 明久[3] (1. 北千住大腸肛門クリニック、2. 西新井大腸肛門科、3. 日本医科大学付属病院消化器外科)

[O22-6] 待機的大腸癌手術における機械的腸管前処置と経口抗菌薬腸管前処置が手術部位感染の発生に与える影響

*今岡 裕基[1]、髙木 里英子[1]、横山 歩乃加[1]、嶌村 麻生[1]、天白 成[1]、山本 晃[1]、市川 崇[3]、浦谷 亮[1]、北嶋 貴仁[2]、志村 匡信[1]、川村 幹雄[1]、安田 裕美[1]、奥川 喜永[2]、大北 喜基[1]、吉山 繁幸[1]、小林 美奈子[3]、大井 正貴[1]、問山 裕二[1] (1. 三重大学医学部消化管・小児外科、2. 三重大学病院ゲノム診療科、3. 三重大学臨床外科感染制御学講座)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科
2026年11月20日(金) 14:45 ~ 15:30 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 22　術後合併症・周術期管理 2
座長：香取 玲美（畠山クリニック）

[O22-1] 直腸癌肛門温存術後の就労状況と関連要因の分析

*佐藤 正美[1]、荒木 しのぶ[2]、江川 安紀子[3]、榎本 浩也[4]、岡田 みどり[5]、幸田 圭史[6]、松原 康美[7]、三宅 映子[5]、柳 朝子[8]、中野 祥江[8]、今泉 郷子[9]、谷山 牧[10]、深井 喜代子[11] (1. 東京慈恵会医科大学医学部看護学科、2. 川崎医科大学附属病院看護部、3. 東京慈恵会医科大学附属病院看護部、4. 国際医療福祉大学那須医療センター消化器外科　、5. 川崎医療短期大学看護学科、6. 幸樹会おゆみのクリニック、7. 北里大学病院看護部、8. 国立がん研究センター中央病院看護部、9. 東海大学医学部看護学科、10. 国際医療福祉大学小田原保健医療学部看護学科、11. 東京慈恵会医科大学大学院)

【背景・目的】直腸癌肛門温存術後の排便障害（LARS）は患者のQOLを著しく低下させる。特に就労世代では頻便や便失禁が社会復帰を阻む要因と推測されるが、その詳細な関連要因は未解明な点が多い。本研究の目的は、術後患者の就労状況と、機能障害、心理状態、セルフケア能力との関連を明らかにすることである。
【方法】術後5年以内の患者を対象に、7施設で自記式調査および診療録よりデータを収集した。指標は、治療背景、排便症状（LARS/Wexnerスコア）、不安・抑うつ（Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS）、セルフケア能力（Self-Care Agency Questionnaire; SCAQ）とした。就労の有無との関連を分析し、排便症状を理由に退職した群の臨床的特徴を検討した。有意確率は5%とした。
【結果】解析対象373例（経過中央値24か月）のうち、就労ありは218例（58.4%）であった。就労あり群は有意に年齢が低かったため、65歳以下の173例（就労あり136例、なし37例）で再分析した。その結果、就労あり群はHADSが有意に低く、SCAQ合計および下位尺度「健康管理法の獲得と継続」「体調の調整」が有意に高く、LARS/Wexnerスコアは有意差は認められなかった。排便症状を理由に退職した28例では、高位前方切除術（HAR）例はなく、超低位前方切除術（vLAR）や肛門括約筋間直腸切除術（ISR）、一時的ストーマ造設例が有意に多かった。退職群はSCAQ下位尺度「体調の調整」とLARS/Wexnerスコア、HADS_D（抑うつ）は有意に高かった。排便について医師へ相談したのは18例（64.3%）と最多で、約2割は誰にも相談していなかった。
【考察】65歳以下の症例において、就労継続には身体的なLARS症状の程度以上に、心理的安定度や患者自身の対処能力（セルフケア能力）が寄与していた。しかし、vLARやISR等の低位吻合症例で生じる重症LARSは、患者の対処力を超え、精神的落ち込みから離職を招くリスクが高いことが示唆された。
【結語】就労継続には良好な心理状態とセルフケア能力の維持が不可欠である。外科医を含む多職種が早期から重症LARSリスクを共有し、心理的サポートと具体的な症状管理介入を行うことが、予期せぬ離職を防止するために重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

2026年11月20日(金) 14:45 ~ 15:30 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 22　術後合併症・周術期管理 2

座長：香取 玲美（畠山クリニック）

[O22-2] 直腸低位前方切除術後LARSに対する術前骨盤底筋訓練介入の試み ―短期成績の初期検討―

*森山 武[1]、村梶 慶太[1]、古川 尚恵[2]、寺島 一豪[2]、今泉 健[3]、笠島 浩行[4] (1. 市立函館病院　リハビリ技術科、2. 市立函館病院　看護部、3. 北海道大学　消化器外科、4. 市立函館病院　消化器外科)

【背景】 直腸低位前方切除術（Low Anterior Resection：LAR）後には頻回排便，便意切迫，分割排便，便失禁を特徴とするLow Anterior Resection Syndrome（LARS）が生じ，QOL低下を来すことが知られている．近年，LARSに対する治療介入の重要性が認識される一方，予防的介入の報告は依然限られている．当院では術後排便機能障害の軽減を目的に，術前から骨盤底筋体操指導（Pelvic Floor Muscle Exercise: PFMT）を導入している．本研究では，術前PFMTがLAR術後早期の排便機能に与える影響を初期検討した．
【方法】 対象は当院でLARを施行した27例で，PFMT導入前16例と導入後11例を比較した．背景因子は各変数に応じて群間比較を行った．排便機能評価としてWexner score，St. Marks score，LARS scoreを術前および術後1か月に測定し，各スコアと変化量をMann–Whitney U検定で解析した．
【結果】 年齢は導入前群73.0［68.25–78.5］歳，導入後群68.0［58.5–72.5］歳であった．Wexner scoreは術前3［0–8］vs 0［0–4］（P＝0.517），術後9［4–15］vs 6［1–12］（P＝0.421）．St. Marks scoreは術前5［0–10.5］vs 4［0–5.5］（P＝0.660），術後10.5［7.25–17.5］vs 8［4–14.5］（P＝0.391）．LARS scoreは術前23.5［5.5–33.25］vs 20.0［6–28］（P＝0.981），術後35［26.25–36.75］vs 32［15–36］（P＝0.544）であった．いずれも導入後群で低値傾向を示したが，有意差はなかった．変化量も3指標すべてで有意差を認めなかった．
【考察】 LARSは括約筋機能低下のみならず，直腸貯留能低下や骨盤内神経障害など多因子的に生じる．本研究では術前PFMTによる術後1か月時点での明確な改善効果は認めなかった．術後早期は排便機能が不安定で，PFMT効果を評価するには観察期間が短い可能性がある．また症例数が少なく，術式や吻合部位，人工肛門造設の影響を十分に評価できていない点も限界である．現在も症例集積と長期評価を進めており，予防的介入の最適な開始時期や評価時期は今後の検討課題である．
【結語】 術前PFMTはLAR術後1か月時点で明確な改善効果を示さなかったが，LARS予防的介入としての可能性が示唆された．今後は症例集積と長期経過を含めた検討が必要である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

2026年11月20日(金) 14:45 ~ 15:30 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 22　術後合併症・周術期管理 2
座長：香取 玲美（畠山クリニック）

[O22-3] LARS新定義に基づく便排出障害の臨床的特徴と日常生活への影響―多施設横断研究―

*渥美 陽介[1]、沼田 正勝[2]、沼田 幸司[3]、塩澤 学[3]、風間 慶祐[1]、虫明 寛行[4]、岡本 浩直[5]、本庄 優衣[6]、片山 雄介[7]、樋口 晃生[8]、三箇山 洋[9]、湯川 寛夫[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学消化管外科学、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター　消化器病センター　外科、3. 神奈川県立がんセンター　大腸外科、4. 済生会横浜市南部病院　外科、5. 平塚共済病院　外科、6. 藤沢湘南台病院　外科、7. 秦野赤十字病院　外科、8. 横浜南共済病院　外科、9. 神奈川県立足柄上病院　外科)

【背景】LARSは従来、直腸癌術後の便失禁、頻回便、便意切迫などの蓄便障害を中心に評価されてきた。LARS scoreは標準的評価法として広く用いられてきたが、近年、便排出障害（evacuatory dysfunction：ED）を過小評価する可能性が指摘されている。international consensus meetingでは、EDもQOLに大きく影響する重要な症状としてLARS新定義に盛り込まれたが、EDが実際に日常生活の中でどのような影響を及ぼすかは十分に明らかではない。

【目的】直腸癌術後にLARS新定義でのED症状を有する患者の臨床的特徴と日常生活への影響を、non-ED患者と比較して検討する。

【対象と方法】2020年4月～2022年9月に10施設で直腸腫瘍に対しLAR、ISRを施行し、術後6か月以上経過した343例を対象とした多施設横断アンケート研究。新定義の症状のうち「不完全排出感」と「排出しにくい便性状変化」の両方を満たす症例をED群、その他をnon-ED群とし、背景因子、日常生活への影響、LARS scoreを比較した。

【結果】ED群は157例（45.8%）であった。ED群はnon-ED群に比べ、年齢中央値が67歳 vs 70歳と有意に若かった（P＝0.001）。日常生活への影響のうち、トイレ依存、排便への執着、排便への不満、排便の工夫・妥協の必要性、社会・日常生活への支障、人間関係への支障、役割・責任への支障は、いずれもED群で有意に高率であった。日常生活への影響の程度が中等度以上の症例は、56.1% vs 22.0%とED群で有意に多かった（OR 4.51、P＜0.0001）。Major LARSは68.2% vs 28.5%で、ED群で有意に多かった（P＜0.0001）。

【結語】本研究で定義したEDは、LARS score分類でも重症例が多く、日常生活への影響も大きいことが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

2026年11月20日(金) 14:45 ~ 15:30 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 22　術後合併症・周術期管理 2

座長：香取 玲美（畠山クリニック）

[O22-4] 当院での腰椎麻酔下による肛門日帰り手術の現状と問題点

*田島 雄介[1] (1. 医療法人社団育映会田島外科)

【背景】無床診療所での肛門疾患の日帰り手術を導入している施設は、少なくない。2015年に痔核の日帰り手術と入院手術の比較を行い、日帰り手術では腰椎麻酔後頭痛が生じやすいとの結果、さらに2017年には肛門日帰り手術で行う腰椎麻酔の投与量に対する比較検討を行い、少量投与でも安全に行えるとの結果であった。2019年からスパイナル針を23Gから27Gに変更している。今回、針のサイズによる比較検討を行うとともに、直近の肛門日帰り手術の現状と問題点を検討した。
【対象・方法】肛門日帰り手術で2016年6月～2017年4月の腰椎麻酔時に腰椎麻酔用専用注射針(以下、スパイナル針)を23Gで使用した46例(太針群)、2024年4月～2026年3月にスパイナル針を27Gで使用した216例(細針群)を対象とした。腰椎麻酔(サドルブロック下)は、L4/5もしくはL5/S1領域にマーカイン注脊麻用0.5%高比重®を0.5ml投与した。術後4時間は、院内臥床安静で自己排尿を確認後に帰宅とした。術後は、定期的に外来で創部観察を行った。
【結果】性別は、太針群で男性27例、女性19例、細針群で男性136例、女性80例であった(p=0.97)。年齢は、太針群が41(20-70)歳、細針群が41(17-73)歳であった(p=0.90)。術式について太針群では、痔核根治術24例、痔瘻根治術19例、慢性裂肛根治術2例、その他1例であり、細針群では、痔核根治術129例、痔瘻根治術82例、慢性裂肛根治術3例、その他2例であった(p=0.20)。頭痛以外の術後合併症について太針群では、3例(6.5% (後出血1例、肛門周囲炎2例))であり、細針群では、17例(6.4% (後出血3例、肛門周囲炎2例、発熱1例、麻酔後血圧低下8例))であった(p=0.99)。腰椎麻酔後頭痛は、太針群が6例(13.0%)、細針群が17例(7.8%)と統計学的有意差は認めなかったが、細針群のほうが低い傾向となった(p=0.26)。術中疼痛は、両群ともに自覚することなく安全に手術施行できた。
【結語】27Gの細い針での腰椎麻酔でも安全に日帰り手術を行うことは可能であった。頭痛出現に関しては、23Gの太い針と有意差は認めなかったが、細い針のほうは穿刺痛が低いことから、積極的に27Gの細い針で腰椎麻酔を行うことは、患者さんにとって有益であると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

2026年11月20日(金) 14:45 ~ 15:30 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 22　術後合併症・周術期管理 2
座長：香取 玲美（畠山クリニック）

[O22-5] 肛門疾患デイサージェリーにおける仙骨硬膜外ブロック片効きに対する分割投与の効果

*小泉 岐博[1,3]、森本 幸治[2]、久保田 至[2]、久保田 和[2]、田村 周三[2]、大塚 新一[2]、立岡 鉄平[2]、金澤 周[2]、山田 岳史[3]、松田 明久[3] (1. 北千住大腸肛門クリニック、2. 西新井大腸肛門科、3. 日本医科大学付属病院消化器外科)

【背景】肛門疾患デイサージェリーの麻酔では、術中の十分な除痛と筋弛緩に加え、帰宅の妨げとなる有害事象を避ける必要があり、仙骨硬膜外ブロック（Caudal epidural block: CEB）はこれらの条件に適した麻酔法である。一方、CEBには硬膜外腔での麻酔薬拡散の不均一により、片側のブロックが不十分となる「片効き」の問題がある。
【目的】超音波ガイド下に仙骨硬膜外腔の左右へ麻酔薬を分割投与することで、CEBの片効きが減少するかを検討した。
【対象と方法】対象は肛門良性疾患に対するデイサージェリー症例211例。CEBは伏臥位で超音波ガイド下に仙骨裂孔を確認し、0.5%メピバカイン10mLを仙骨硬膜外腔へ注入した。2024年1月～2025年6月は正中単回投与（Single CEB）、2025年7月～2026年4月は左右2か所への分割投与（Dual CEB）とした。投与20分後および術中に除痛不十分な領域へ1%リドカインで局所浸潤麻酔を追加した。局所浸潤麻酔が不要であったものをsuccessful、片側に必要であったものをunilateral、両側に必要であったものをfailedと分類した。主要評価項目は、failedを除いた症例におけるunilateralの割合〔unilateral／（successful＋unilateral）〕とした。副次評価項目はunilateral＋failedの割合、CEBに伴う有害事象とした。
【結果】男性151例、女性60例、年齢中央値［範囲］は36［19–73］歳であった。Single CEB群127例、Dual CEB群84例で、successful/unilateral/failedはそれぞれ107/12/8例、78/2/4例であった。unilateralの割合はSingle CEB群10.1%（12/119例）、Dual CEB群2.5%（2/80例）であった（p=0.049）。unilateral＋failedは各群15.7%（20/127例）、7.1%（6/84例）であった（p=0.086）。片側下肢の脱力・しびれの回復遅延はSingle CEB群3.9%、Dual CEB群4.8%であり（p=0.744）、全例経過観察後に帰宅可能であった。全例経過観察後に帰宅可能であった。その他の有害事象は認めなかった
【結語】Dual CEBは、肛門疾患デイサージェリーにおけるCEBの片効きを減少させる可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

2026年11月20日(金) 14:45 ~ 15:30 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 22　術後合併症・周術期管理 2

座長：香取 玲美（畠山クリニック）

[O22-6] 待機的大腸癌手術における機械的腸管前処置と経口抗菌薬腸管前処置が手術部位感染の発生に与える影響

*今岡 裕基[1]、髙木 里英子[1]、横山 歩乃加[1]、嶌村 麻生[1]、天白 成[1]、山本 晃[1]、市川 崇[3]、浦谷 亮[1]、北嶋 貴仁[2]、志村 匡信[1]、川村 幹雄[1]、安田 裕美[1]、奥川 喜永[2]、大北 喜基[1]、吉山 繁幸[1]、小林 美奈子[3]、大井 正貴[1]、問山 裕二[1] (1. 三重大学医学部消化管・小児外科、2. 三重大学病院ゲノム診療科、3. 三重大学臨床外科感染制御学講座)

【背景】大腸手術において，手術部位感染(surgical site infection: SSI）に対する機械的腸管前処置(mechanical bowel preparation: MBP)と経口抗菌薬腸管前処置(oral antibiotic bowel preparation: OABP)の併用が有効であることが報告されている．
【目的】待機的大腸癌手術においてMBPおよびOABPがSSI発生に与える影響を検討する．
【方法】2011年1月から2024年12月までに当科で施行された合併手術のない待機的大腸癌手術を対象とした．静脈投与による予防的抗菌薬にはセフメタゾールを用い，術後48時間以内に投与を終了した．2013年以降，施行可能症例に対してはMBPおよびOABPの併用を原則とした．MBPは術前日より絶食としてPolyethylene glycolを内服させた．OABPは術前日の13時14時21時にそれぞれKanamycin 500mgとMetronidazole 500mgを内服させた．MBPおよびOABPのSSI発生への影響について解析を行った．
【結果】対象となった858例中，SSIは75例（8.7%）に認められた．腸管前処置法別のSSI発生率は，MBPおよびOABP併用群(N=628)で5.5%，MBP単独群(N=127)で17.3%，OABP単独群(N=54)で11.1%，前処置なし群(N=49)で24.4%であり，併用群が最も低率であった．また各前処置法の比較においてMBPおよびOABP併用群は，前処置なし群（RR：0.22, 95% CI：0.12-0.40, p<0.0001），MBP単独群（RR：0.32, 95% CI：0.19-0.52, p<0.0001）と各々有意差を示したが，OABP単独群とは有意差は認めなかった（RR：0.50, 95% CI：0.22-1.13, p=0.13）．OABP単独群と前処置なし群との間には有意差は認められなかったが（RR：0.45, 95% CI：0.18-1.11, p=0.072），傾向は認めた．またMBP単独群と前処置なし群との間には有意差は認められなかった（RR：0.70, 95% CI：0.37-1.31, p=0.28）．
【結論】待機的大腸癌手術のSSI予防においてはMBP単独を標準とすべきではなく，少なくともOABPを含む前処置を考慮すべき可能性が示唆された．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

会長講演

2026年11月20日(金) 11:10 ~ 11:40 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

会長講演

司会：日比 紀文（慶應義塾大学）

[PL] 腸は全身のはじまり

*金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学（消化器))

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

会長講演

2026年11月20日(金) 11:10 ~ 11:40 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

会長講演

司会：日比 紀文（慶應義塾大学）

[PL] 腸は全身のはじまり

*金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学（消化器))

多細胞動物ヒドラは進化の過程で腸管周囲に神経節を作り、消化管を調整する。より高等動物では、一部の神経節は消化管から離れ、脳を形成した。腸は“セカンドブレイン”というが、進化的には、腸は“ファーストブレイン”であり、脳が“セカンドブレン”と演者は主張したい。二つの“ブレイン”は常に“脳腸相関”をミリ秒単位で交換する。恩師の故土屋雅春先生はフランスで“レイリー現象”、すなわち、末梢臓器の危機情報を脳に伝達し、生態が即座に反応する現象に注目し、世界を牽引する仕事をされ、多くの弟子を育てた。そして、末席の弟子の演者は、今、“臓器連関”にのめり込んでいる。① 腸管免疫寛容の要である腸管の末梢性制御性T細胞(pTreg)は特定腸内細菌の影響を受けて、腸管で産生されると信じられていた。しかし、我々は、腸内細菌情報は門脈を介して肝臓で統合され、求心性迷走神経肝臓枝の神経回路によって脳へ伝達し、迷走神経遠心路を介した神経反射によって腸管pTreg細胞は産生される仕組みを解明した(Nature 2020)。本発見はレイリー現象の新機構である。② もう一人の恩師である日比紀文先生は“原発性硬化性胆管炎(PSC)の大腸炎は潰瘍性大腸炎(UC)ではない！”と、いつも檄を飛ばしていた。ある時、PSCとPSC関連大腸炎の謎を解き明かそうと研究に着手し、ついに、PSCにおける腸肝連関の本体が腸管の病原性Klebusiella pneumoniaによるものであることを発見した(Nature Microbiology 2019)。③“病は気から”と言われ、潰瘍性大腸炎患者もストレスで増悪することが知られている。さらに、迷走神経求心路刺激はより高次な大脳辺縁系へ神経伝達していることも知られている。本講演では、演者の集大成である、腸管から脳を調整して潰瘍性大腸炎を治すという未発表研究も紹介したい。このように、腸は臓器連関を通じて全身に司令を出し続けるファーストブレンであることを紹介しつつ、日本大腸肛門病学会の医学研究への貢献の重要性を熱く語りたいと思う。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

教育講演 | 外科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 14:30 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

教育講演 1

司会：平田 敬治（産業医科大学　第1外科）

[EL-1] 大腸癌診断・治療におけるMolecular Diagnosticsの役割 ―早期診断、MRD、Precision Oncologyの現状と将来展望―

*問山 裕二[1] (1. 三重大学大学院消化管・小児外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

教育講演 | 外科

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 14:30 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

教育講演 1

司会：平田 敬治（産業医科大学　第1外科）

[EL-1] 大腸癌診断・治療におけるMolecular Diagnosticsの役割 ―早期診断、MRD、Precision Oncologyの現状と将来展望―

*問山 裕二[1] (1. 三重大学大学院消化管・小児外科)

大腸癌診療においてMolecular Diagnosticsは、従来の病理診断や単一遺伝子解析から、ゲノム・エピゲノム・リキッドバイオプシーを統合したPrecision Medicineへと急速に発展している。さらに近年では、治療選択のみならず早期診断、微小残存病変（minimal residual disease：MRD）の評価、再発予測、治療効果判定へと応用範囲が拡大し、臨床実装が進みつつある。
早期診断領域では、エピゲノムの観点からmiRNAやcfDNA methylation解析を用いた血液ベーススクリーニングが実用化され、非侵襲的検査として新たな選択肢となっている。術後補助療法では、circulating tumor DNA（ctDNA）を用いたMRD評価が強力な再発予測因子として確立されつつあり、DYNAMIC試験やCIRCULATE-Japan GALAXY studyをはじめとする大規模研究により、補助化学療法のde-escalationおよびescalation戦略への応用が検証されている。また、切除不能・再発大腸癌では、RAS、BRAF、HER2、MSI、KRAS G12Cなどの分子異常に基づくPrecision Oncologyが標準診療となり、リキッドバイオプシーによるリアルタイムな治療選択や耐性モニタリングも実臨床へ導入されている。
本教育講演では、大腸癌の早期診断、術後補助療法におけるMRD、Stage IV大腸癌に対するPrecision Oncologyについて最新のエビデンスを概説するとともに、次世代のMolecular Diagnosticsの将来展望を紹介し、今後の大腸癌個別化医療の方向性について紹介する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

教育講演 | 内科

2026年11月20日(金) 14:30 ~ 15:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

教育講演 2

司会：仲瀬 裕志（札幌医科大学医学部　内科学講座　消化器内科学分野）

[EL-2] クローン病の肛門病変の特徴

*岡本 欣也[1] (1. 東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

教育講演 | 内科

2026年11月20日(金) 14:30 ~ 15:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

教育講演 2

司会：仲瀬 裕志（札幌医科大学医学部　内科学講座　消化器内科学分野）

[EL-2] クローン病の肛門病変の特徴

*岡本 欣也[1] (1. 東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター)

クローン病に特徴的な肛門病変として、裂肛・cavitating ulcer、痔瘻・肛門周囲膿瘍、浮腫状皮垂が挙げられる。これらの特徴を理解することで、肛門病変からクローン病を疑うことが可能となる。裂肛は肛門部に生じたクローン病に伴う潰瘍であり、直腸方向や肛門縁を越えて皮膚側へ進展することがある。通常の裂肛と比較して創縁は不整で湿潤している。cavitating ulcerは肛門管から下部直腸に生じる深く幅広い有痛性潰瘍で、活動性炎症を示す所見である。クローン病の痔瘻では、多発性痔瘻、複数の二次口形成、肛門周囲への広範な炎症波及、膿皮症の合併などがみられる。瘻孔は肛門陰窩を原発口とするものだけでなく、裂肛、cavitating ulcer、直腸の潰瘍・狭窄病変を起点として形成される場合もある。瘻管走行は複雑で前方へ進展することも多く、男性では陰嚢皮下、女性では大陰唇周囲まで及ぶことがある。また、明らかな瘻管を形成せず、不良肉芽で充満した腔を形成する症例も少なくない。浮腫状皮垂は白色から淡紅色でみずみずしい。他の肛門皮膚所見として芋虫状外観、竹の節状外観、肥厚、深い線状皺などを認める。クローン病の肛門病変は単独ではなく、痔瘻、裂肛、浮腫状皮垂などが併発することも多い。クローン病の肛門病変の治療では、患者のQOLを著しく損なう痔瘻への対応が重要である。一般に難治性と考えられているが、腸管病変の炎症が適切にコントロールされていれば根治が期待できる症例も多い。クローン病の痔瘻は、通常痔瘻類似型と直腸病変起因型に大別される。通常痔瘻類似型は、進展経路が複雑で広範な膿瘍形成を伴っていても、低位筋間痔瘻、坐骨直腸窩痔瘻、骨盤直腸窩痔瘻として分類可能で、通常の痔瘻と同様の手術が可能である。一方、直腸病変起因型は直腸潰瘍や狭窄病変から炎症が波及して形成されるため、根治は困難でありドレナージが治療の中心となる。炎症制御が困難な症例では癌化も考慮し、直腸切断術を検討する。本講演では実際の症例を提示し、診断と治療戦略について解説する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

教育講演 | 肛門科

2026年11月20日(金) 15:00 ~ 15:30 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

教育講演 3

司会：岡本 康介（松島病院大腸肛門病センター）

[EL-3] 肛門直腸障害：Rome Ⅴ改訂のポイント

*安部 達也[1]、太田 盛道[1]、渡邉 賢二[1]、鉢呂 芳一[1]、小原 啓[1]、國本 正雄[1] (1. くにもと病院肛門科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

教育講演 | 肛門科

2026年11月20日(金) 15:00 ~ 15:30 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

教育講演３

司会：岡本 康介（松島病院大腸肛門病センター）

[EL-3] 肛門直腸障害：Rome Ⅴ 改訂のポイント

*安部 達也[1]、太田 盛道[1]、渡邉 賢二[1]、鉢呂 芳一[1]、小原 啓[1]、國本 正雄[1] (1. くにもと病院肛門科)

【FGIDsからDGBIsへ】
機能性消化管障害（FGIDs）の分類体系であるRome基準は，Rome委員会により第5版へと改訂され，2026年のDDWで正式に発表された．2016年に発表されたRome Ⅳでは，消化管と脳の複雑な相互作用に基づく病態生理への理解が深まり，”機能性”が”精神的”とみなされることを排除し，腸脳相関の異常に起因する障害であることを強調するため，FGIDsを腸脳相関病（Disorders of Gut-Brain Interaction：DGBIs）に改称することが提唱された．新しいRome Ⅴでは，FGIDsは正式にDGBIsとして再定義され，各疾患の診断基準や用語がアップデートされた．
【Anorectal Disorders】
Rome ⅤのF章，Anorectal Disorders（肛門直腸障害）では，以下の4つの疾患を扱っている．
F1. Fecal Incontinence：便失禁の診断基準は，「4歳以上で，繰り返す自制のきかない便の漏れが３カ月以上続く」から，「4週間排便日誌に基づき，月1回以上の便失禁が３カ月以上記録」に改訂された．新規治療法として，腰・仙骨神経叢に磁気刺激を与えるTNTの有効性が報告されている．
F2. Anorectal Pain Disorders：疾患名が機能性肛門直腸痛から肛門直腸痛症候群に改称された． Levator Ani Syndrome（恥骨直腸筋の圧痛を伴う30分以上持続する痛み），Unspecified Anorectal Pain，およびProctalgia Fugax（排便と関係のない数分間の一過性肛門痛）の３つのサブタイプが含まれる．
F3. Dyssynergic Defecation (DD)：疾患名が機能性便排出障害から排便協調障害に変更された．診断基準の変更点は，1) 生理検査の陽性結果が2つから１つに軽減，２）代わりに症状要件が追加，３）検査法から筋電図が削除，４）検査所見に直腸肛門圧勾配が追加，などである．
F4. Anorectal Sensory Dysfunction Disorders (新設)：直腸感覚機能障害として，直腸知覚低下（F4a）と直腸知覚過敏（F4b）が新たに掲載された．診断基準は，便失禁またはDDの診断基準を満たした上で，F4aの場合，「直腸感覚閾値（初期感覚，便意発現，便意促迫，最大耐容）のうち，２つ以上が正常上限よりも2SD以上高い」である．
本講演では，これらに対するガイドラインに基づいた治療法のほか，日本独自の治療法についても解説する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 外科

📅2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 🏛第4会場（2F コンベンションホール4）

症例検討によるレクチャー１　直腸癌TNT　症例から考える

司会：塩見 明生（静岡県立静岡がんセンター大腸外科)、塚本 俊輔（国立がん研究センター中央病院大腸外科）

[CBL1-1] 東大病院における進行下部直腸癌に対する術前治療の選択、TNTの適応と治療例

*野澤 宏彰[1]、江本 成伸[1]、阿部 真也[1,2]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学医学部腫瘍外科、2. 国立国際医療研究センター病院外科)

[CBL1-2] TNT後の再評価の高精度化に向けた取り組み ― ENSEMBLE試験 NOM委員会より ―

*賀川 義規[1]、安藤 幸滋[2]、諏訪 雄亮[3]、平澤 欣吾[4]、今井 健一郎[5]、池原 久朝[6]、高橋 佑典[7]、井上 明星[8]、坪山 尚寛[9]、渡邉 純[3] (1. 大阪国際がんセンター　消化器外科、2. 九州大学大学院消化器・総合外科、3. 関西医科大学下部消化管外科学講座、4. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター、5. 静岡県立静岡がんセンター内視鏡科、6. 北里大学医学部消化器内科学、7. 国立病院機構大阪医療センター外科、8. 滋賀医科大学放射線医学講座、9. 近畿大学医学部放射線医学教室放射線診断学部門)

[CBL1-3] 直腸癌TNT後のNOM適応判定：症例から考える

*山口 智弘[1]、神馬 真里奈[1]、市川 英孝[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[1]、松井 信平[1]、向井 俊貴[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研究会有明病院大腸外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
症例検討によるレクチャー１　直腸癌TNT　症例から考える
司会：塩見 明生（静岡県立静岡がんセンター大腸外科）、塚本 俊輔（国立がん研究センター中央病院大腸外科）

[CBL1-1] 東大病院における進行下部直腸癌に対する術前治療の選択、TNTの適応と治療例

*野澤 宏彰[1]、江本 成伸[1]、阿部 真也[1,2]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学医学部腫瘍外科、2. 国立国際医療研究センター病院外科)

我が国でも治療ガイドラインの改定をうけて、近年では進行下部直腸癌に対して術前化学放射線療法(CRT)および全腸間膜切除(TME)による根治手術が行う施設が増えているが、欧米では先行してtotal neoadjuvant therapy（TNT）の治療開発が進んでいる。TNTの目標としては局所制御の更なる向上、肛門温存率上昇があげられるが、当初期待されていた全生存率の向上が証明されたランダム化比較試験はごく限られている。最近ではTNT後の手術後に局所再発が増えたとするRAPIDO試験の結果も報告された。
腫瘍学的な側面よりも大きな視点として、術前治療による肉体的、精神的、経済的な側面を無視できない。われわれは術前CRTによって生体インピーダンス分析による体組成測定で骨格筋やPhase angleが減少すること、特に女性患者での減少が著明であり、非利き腕の握力低下が有意であることを見出した。炎症による直腸間膜の浮腫と浸出液の増加や線維化の影響で術前治療後の手術が困難になることは周知のとおりである。これらがCRTよりもTNTで増える可能性を考える必要がある。
現在、当科では下端が腹膜反転部以下、cT3以深またはリンパ節転移陽性の直腸癌に対してtegafur-uracil とイリノテカンを併用したCRT（RT 50.4Gy/28fr）を行い8週以降を目安にTMEベースの手術を行うことを標準としている。cT4b、高度リンパ節転移、EMVI陽性症例に対してはTNTを特定臨床研究として行う一方で、高齢やUGT1A1のpolymorphismでイリノテカンの毒性出現が懸念される場合にはCRTでの抗癌剤併用はtegafur-uracilにとどめている。画像撮影に関してはCTおよびMRIで直腸癌protocol（基本はT2強調、造影なし、直腸に対して水平または垂直となるスライスでの撮像）を運用し、さらに昨年からは放射線科の協力のもと、術前治療前後での画像について直腸癌の深達度、リンパ節転移、EMVIやCR (またはtumor regression grade)判定を行うワークフローも整備した。
当院でのTNTは症例蓄積中であるが、本集会では上述の適応に則り、TEGAFIRIレジメンによるCRTののちconsolidationとしてCAPOX 2コースを付加したTNTによって治療した進行下部直腸癌症例を紹介する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
症例検討によるレクチャー１　直腸癌TNT　症例から考える
司会：塩見 明生（静岡県立静岡がんセンター大腸外科）、塚本 俊輔（国立がん研究センター中央病院大腸外科）

[CBL1-2] TNT後の再評価の高精度化に向けた取り組み ― ENSEMBLE試験 NOM委員会より ―

*賀川 義規[1]、安藤 幸滋[2]、諏訪 雄亮[3]、平澤 欣吾[4]、今井 健一郎[5]、池原 久朝[6]、高橋 佑典[7]、井上 明星[8]、坪山 尚寛[9]、渡邉 純[3] (1. 大阪国際がんセンター　消化器外科、2. 九州大学大学院消化器・総合外科、3. 関西医科大学下部消化管外科学講座、4. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター、5. 静岡県立静岡がんセンター内視鏡科、6. 北里大学医学部消化器内科学、7. 国立病院機構大阪医療センター外科、8. 滋賀医科大学放射線医学講座、9. 近畿大学医学部放射線医学教室放射線診断学部門)

【背景】
Total Neoadjuvant Therapy（TNT）後の臨床的完全奏効（cCR）症例に対するNon-Operative Management（NOM）は、直腸温存を可能とする治療戦略として注目されている。一方で、TNT後の再評価では、内視鏡、MRI、直腸診察などの所見が必ずしも一致せず、真のcCRと残存腫瘍の鑑別に苦慮する症例も少なくない。NOMの安全な普及には、再評価の標準化と精度向上が重要な課題である。 ENSEMBLE-1試験では、局所進行直腸癌を対象にSCRT後CAPOXを6コース施行し、cCR率43.3%、NOM施行率24.1%（7/29例）を報告している。このような高い臓器温存率を安全に実現するため、国内多施設共同ランダム化第3相試験であるENSEMBLE試験（NCT05646511, jRCTs031220342）では、外科医、腫瘍内科医、放射線診断医、内視鏡医から構成されるNOM委員会を設置し、全症例の再評価をWEBカンファレンスで実施している。
さらに本委員会では、アメリカをはじめ、ドイツおよびブラジルの直腸癌専門家との継続的なWebカンファレンスを通じて国際的な知見を共有し、評価基準の標準化と質の向上を図っている。

【目的】
ENSEMBLE試験NOM委員会の活動を通じて、TNT後再評価における課題と、高精度化に向けた取り組みについて症例ベースで報告する。

【内容】
委員会では、cCR症例、near-cCR症例、画像所見と内視鏡所見が乖離した症例、最終的に手術を選択した症例などを多角的に検討してきた。特にnear-cCR症例では、単時点での評価では手術適応と判断される一方、一定期間の経過観察後にcCRへ移行する症例も経験しており、再評価時期の重要性が認識された。また、MRI上の線維化と残存腫瘍の鑑別や、内視鏡所見の解釈について評価者間で見解が分かれる症例も存在した。

【結語】
TNT後の再評価では、単一モダリティによる判定には限界があり、多職種による統合的評価と経時的観察が重要である。本発表では実際の症例を提示しながら、NOM適応判断におけるピットフォールと、ENSEMBLE試験NOM委員会が取り組む再評価精度向上の実際について紹介する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 外科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
症例検討によるレクチャー１　直腸癌TNT　症例から考える
司会：塩見 明生（静岡県立静岡がんセンター大腸外科）、塚本 俊輔（国立がん研究センター中央病院大腸外科）

[CBL1-3] 直腸癌TNT後のNOM適応判定：症例から考える

*山口 智弘[1]、神馬 真里奈[1]、市川 英孝[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[1]、松井 信平[1]、向井 俊貴[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研究会有明病院大腸外科)

直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapy（TNT）は、局所制御や遠隔転移の抑制を期待して導入されてきた治療戦略であるが、近年ではNonoperative Management（NOM）による臓器温存の機会を高めることも重要な目標の一つとなっている。特に、直腸切断術が必要となり永久人工肛門を要する患者や、吻合が可能であっても高度な排便機能障害が予測される患者においては、NOMが達成された場合の利益は大きい。
一方で、NOMを視野に入れた治療戦略には、手術が必要となった場合の治療期間の延長、結果的に過剰治療となる可能性、放射線治療に伴う機能障害などの不利益もあり、その適応と判定には慎重な判断が求められる。本邦の大腸癌治療ガイドラインにおいても、NOMは「行わないことを弱く推奨する」とされており、その背景には、本邦におけるTNTおよびNOMに関するエビデンスが限られていることがある。
当院では2004年より直腸癌に対する術前治療を導入し、2023年までに1000例を超える治療経験を有している。また、NOMについても2024年までに100例を超える経験を重ねてきた。NOMの適応判定には、直腸診、内視鏡、MRIの3つの評価が重要である。しかし、国際的に標準化された判定基準は十分に確立しておらず、実臨床では判断に迷う症例も少なくない。
本セッションでは、当院で経験した術前治療後の症例を提示し、直腸診、内視鏡、MRI所見を踏まえたNOM適応判定の実際について検討する。症例を通じて、TNT後の臨床的奏効例に対する評価と、NOM適応の判断の一助となることを目的とする。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 内科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第7会場（1F 会議室107）

症例検討によるレクチャー２　大腸がん予防のup to date～化学予防からスクリーニングまで～

司会：三上 達也（弘前大学大学院医学研究科先制医療学講座）、中村 真一（東京女子医科大学消化器内科学分野）

[CBL2-1] 二次予防としての大腸がん検診―現状と課題、そして今後の展望―

*井上 詠[1] (1. 東海大学医学部総合診療学系健康管理学)

[CBL2-2] 大腸がんの二次予防―大腸内視鏡による確実な診断と適切な治療法の選択

*小林 清典[1]、西野 晴夫[1]、松島 誠[1]、草野 央[2] (1. 松島病院大腸肛門病センター、2. 北里大学医学部消化器内科学)

[CBL2-3] 大腸内視鏡による大腸癌の予防のエビデンス　～実際の症例を交えて～

*吉田 直久[1]、小林 玲央[1]、冨田 侑里[2]、丸尾 和也[1]、井上 健[1]、有田 智洋[3]、塩崎 敦[3]、森永 友紀子[4]、小嶋 基寛[4]、髙木 智久[1] (1. 京都府立医科大学大学院　消化器内科学、2. 京都博愛会病院　消化器内科、3. 京都府立医科大学大学院　消化器外科学、4. 京都府立医科大学大学院　臨床病理学)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 内科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第7会場（1F 会議室107）

症例検討によるレクチャー２　大腸がん予防のup to date～化学予防からスクリーニングまで～

司会：三上 達也（弘前大学大学院医学研究科先制医療学講座）、中村 真一（東京女子医科大学消化器内科学分野）

[CBL2-1] 二次予防としての大腸がん検診―現状と課題、そして今後の展望―

*井上 詠[1] (1. 東海大学医学部総合診療学系健康管理学)

大腸がんは日本における主要ながん死亡原因であり、その死亡数は依然として増加傾向にある。多くの先進諸国で大腸がん年齢調整死亡率が着実に低下しているのに対し、日本では十分な改善がみられず、国際的にも高い水準にある。この事実は、現行の大腸がん検診システムが本来期待される死亡率減少効果を十分に発揮できていないことを示唆している。

現在、日本の対策型検診では便潜血免疫法（FIT）が実施されている。FITは簡便かつ安全であり、死亡率減少効果に関する科学的根拠も確立されており、大腸がん検診ガイドラインにおいて「推奨」されている。しかし、二次予防の強力な武器である大腸がん検診がなぜ機能していないのであろうか。

死亡率減少効果の根拠となった臨床試験と日本の現状を比較すると、検診受診率、精検受診率とも臨床試験で報告されている数値よりかなり低い。現在の日本で採用されているFITは臨床試験で採用された化学法より感度が高いため、受診率と精検受診率の低さがFITの死亡率減少効果を打ち消す方向に働いており、日本の大腸がん死亡率低下を阻む重要な要因と考えられる。

一方、全大腸内視鏡検査（TCS）は大腸がんおよび前がん病変の検出・切除を同時に行うことができる検査法であり、米国などでは内視鏡スクリーニングが大腸がん死亡率低下に大きく寄与してきたと考えられる。現在、日本を含む複数の国でFITを対照としたTCSのランダム化比較試験（RCT）が進行中であるが、中間報告ではFITに対する優位性を示せていない。その背景には、TCS群における受診率の低さが影響している可能性が指摘されている。RCTの最終結果次第では、わが国においてもTCSの対策型検診への導入が議論される可能性があるが、偶発症、受容性、費用対効果、さらには検査処理能力という大きな課題が存在する。対象者や検査間隔を慎重に検討するとともに、高リスク集団を優先的に抽出するリスク層別化戦略が不可欠である。

今後の大腸がん検診には、FITを基盤として受診率や精検受診率向上に取り組むとともに、TCSや新規バイオマーカーを適切に組み合わせた個別化スクリーニングの構築を目指すことが求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 内科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第7会場（1F 会議室107）
症例検討によるレクチャー２　大腸がん予防のup to date～化学予防からスクリーニングまで～
司会：三上 達也（弘前大学大学院医学研究科先制医療学講座）、中村 真一（東京女子医科大学消化器内科学分野）

[CBL2-2] 大腸がんの二次予防―大腸内視鏡による確実な診断と適切な治療法の選択

*小林 清典[1]、西野 晴夫[1]、松島 誠[1]、草野 央[2] (1. 松島病院大腸肛門病センター、2. 北里大学医学部消化器内科学)

大腸癌の予防には一次予防と二次予防があるが、後者は便潜血陽性者や血便などの有症状例、大腸癌のハイリスク症例に大腸内視鏡検査を行い、大腸癌を早期発見し適切な治療を行うことで患者の救命をはかることにある。大腸癌の二次予防に大腸内視鏡検査が果たす役割は大きい。
大腸癌の内視鏡による早期発見には、非腫瘍性病変や腺腫との鑑別および見逃しの防止が重要である。前者には色素撒布も併用した通常内視鏡観察が基本となるが、鑑別に迷う病変には画像強調観察によるJNET分類の評価や、色素拡大内視鏡観察によるpit patternの評価を加えることが有用である。見逃し防止のためには、良好な腸管前処置が前提となるが、鎮痙薬により腸管蠕動を抑制する。観察法にも工夫が必要で、粘膜の色調変化や凹凸、血管網の途絶などに着目し、適宜色素内視鏡観察や画像強調観察を併用する。見逃しが起こりやすい大腸部位は、肝彎曲や脾彎曲、横行結腸中部、SD junctionなどの強い屈曲部であり、スコープをゆっくり抜去しながら観察を行う。ひだ裏の病変や肛門近傍の病変も見逃し易いため、先端フードの装着や上行結腸と直腸下部では反転観察も併用する。
大腸癌を発見した際には適切な治療法を選択する必要があり、深達度の正確な評価が重要になる。内視鏡的切除が可能なpTis癌～pT1a癌と、外科手術が必要なpT1b以深への浸潤癌を正確に鑑別する必要がある。通常内視鏡観察では、腫瘍自体の変化として大きさや肉眼型、緊満感、空気変形、陥凹を有する病変では陥凹の深さや凹凸などに着目する。とくに表面陥凹型癌にはpT1b以深への浸潤癌が多い。腫瘍周囲の変化としては、弧の硬化や台状挙上、皺壁集中、有茎性病変では茎の太りなどに着目する。通常内視鏡観察で深達度診断に迷う病変、pT1癌が疑われる病変では、精密内視鏡診断（JNET分類やpit patternの評価、超音波内視鏡など）を併用する。
発表では大腸癌の二次予防に重要なツールである大腸内視鏡検査をテーマとして、確実な診断と適切な治療法を選択するために重要な事項を、症例を提示しながら解説する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 内科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第7会場（1F 会議室107）
症例検討によるレクチャー２　大腸がん予防のup to date～化学予防からスクリーニングまで～
司会：三上 達也（弘前大学大学院医学研究科先制医療学講座）、中村 真一（東京女子医科大学消化器内科学分野）

[CBL2-3] 大腸内視鏡による大腸癌の予防のエビデンス　～実際の症例を交えて～

*吉田 直久[1]、小林 玲央[1]、冨田 侑里[2]、丸尾 和也[1]、井上 健[1]、有田 智洋[3]、塩崎 敦[3]、森永 友紀子[4]、小嶋 基寛[4]、髙木 智久[1] (1. 京都府立医科大学大学院　消化器内科学、2. 京都博愛会病院　消化器内科、3. 京都府立医科大学大学院　消化器外科学、4. 京都府立医科大学大学院　臨床病理学)

本邦では，便潜血検査による大腸癌検診が20年以上にわたり対策型検診として実施されてきたが，現在の受診率は約40%にとどまり，大腸癌は罹患数第1位，死亡数第2位を占める．
大腸内視鏡検査は大腸癌死亡に対する有意な抑制効果（multivariate hazard ratio, 0.32; 95% confidence interval [CI], 0.24–0.45）を示し (Nishihara R, et al. N Engl J Med. 2013)，米国では，2010年より50歳以上を対象とした内視鏡検診が導入され(2021年からは45歳以上)，検診受診率は70%を超え，大腸癌の罹患率/死亡率は大きく減少している．一方，近年報告された国際大規模無作為化比較試験であるNordICC Studyでは，内視鏡受検率が42%と低く，大腸癌罹患率は18%有意に低下したものの（95% CI, 0.70–0.90），死亡率低下は示されなかった (Bretthauer M, et al. N Engl J Med. 2022)．現在，本邦ではガイドラインにおいても，大腸内視鏡検査の検診の有効性が期待される一方で，受検率や医療資源などの課題が指摘されている (Saito Y, et al. Dig Endosc. 2021)．
米国のNational Polyp Studyでは，大腸内視鏡による腺腫性ポリープ切除後に，大腸癌死亡が53%減少したことが報告されている (Zauber AG, et al. N Engl J Med. 2012)．またポリープ切除後は，病変のサイズや個数に応じてサーベイランス内視鏡が推奨されるが，経過観察中のpost-colonoscopy colorectal cancer（PCCRC）が課題とされる．昨今のsystematic reviewでは，内視鏡後3年以内に発見されるPCCRCは7.5%と報告される (Kader R, et al. Clin Gastroenterol Hepatol. 2025)．リスクファクターは，炎症性腸疾患，大腸癌治療歴，深部結腸病変，憩室，女性などが挙げられている．当院におけるPCCRC進行癌症例を提示する．症例は71歳女性．7年前に上行結腸粘膜内癌に対して大腸ESDを施行し，以後1～2年ごとに内視鏡サーベイランスを継続していた．前回2年前の内視鏡検査では，小ポリープのCSPのみであったが，今回の内視鏡にて横行結腸左側に進行大腸癌を認めた．外科切除を施行し，病理学的所見はpT3 (SS), N0, M0, Stage IIaであり根治切除が得られた．
本講演では大腸内視鏡による大腸癌の予防効果についてその現況と課題について提示する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 内科

2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別企画１　日本大腸肛門病学会の未来像

司会：板橋 道朗（埼玉県済生会　加須病院)、齋藤 豊（国立がん研究センター中央病院　内視鏡センター）

[SP1-1] 2060年までにやっておきたいこと ―大腸肛門病の未来予想図―

*根本 夕夏子[1] (1. 総合病院厚生中央病院消化器病センター内科)

[SP1-2] 大腸肛門病学会専門医の現状と課題　外科医の視点から

*絹笠 祐介[1] (1. 東京科学大学　消化管外科学分野)

[SP1-3] 肛門科医から見た日本大腸肛門病学会の未来予想図

*髙野 正太[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 内科

2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別企画１　日本大腸肛門病学会の未来像

司会：板橋 道朗（埼玉県済生会　加須病院）、齋藤 豊（国立がん研究センター中央病院　内視鏡センター）

[SP1-1] 2060年までにやっておきたいこと ―大腸肛門病の未来予想図―

*根本 夕夏子[1] (1. 総合病院厚生中央病院消化器病センター内科)

35年後の2060年、私は90歳近くになっている。人工知能（AI）の進歩は目覚ましく、医療分野においてもその影響は計り知れない。

現在、日常診療で最も身近なAIは内視鏡診断支援システムである。病変の検出や鑑別診断をリアルタイムで支援し、診断精度の向上に寄与している。2060年にはさらに進化し、AIとロボット技術が完全に統合された「超早期診断・超低侵襲治療」が実現すると予想される。血液や便のバイオマーカー解析による非侵襲的スクリーニング、AI支援ロボット手術、再生医療やゲノム編集による難治性疾患の根治などにより、大腸肛門病診療は大きく変貌するだろう。人工肛門を回避できる症例も飛躍的に増加すると考えられる。

一方で、こうした技術革新は新たな課題も生み出す。現在、高度な内視鏡治療であるESDは熟練した技術を要するが、将来的には診断から治療までAIやロボットが担う可能性がある。また、高度医療技術の普及は医療費のさらなる増大を招き、超高齢社会と相まって国民皆保険制度の持続性に大きな影響を及ぼすことが懸念される。

そのような未来に向けて、今私たちが取り組むべきことは、日本の優れた医療技術を世界へ発信することである。ESDやiPS細胞研究が世界をリードしてきたように、大腸肛門病領域においても診断技術、治療技術、再生医療を国際的な医療資源として展開し、医療を日本の重要な成長産業へと発展させるべきである。

2060年に向けて私がやっておきたいことは、世界に通用する大腸肛門病専門医を育成し、日本の大腸肛門病学を世界へ輸出できる基盤を築くことである。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 内科
2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
特別企画１　日本大腸肛門病学会の未来像
司会：板橋 道朗（埼玉県済生会　加須病院）、齋藤 豊（国立がん研究センター中央病院　内視鏡センター）

[SP1-2] 大腸肛門病学会専門医の現状と課題　外科医の視点から

*絹笠 祐介[1] (1. 東京科学大学　消化管外科学分野)

本学会の会員数の内訳は、Iが約10%、IIa約76%、IIｂ14%である。2025年9月現在で、大腸肛門病学会専門医数は2048名（2024年2183名）であり、会員数の約3割を占めている。その内訳は　I（内科・放射線科・病理科）が約9%、IIa（外科）約73%、IIｂ（肛門科）19%である。

現在、本学会専門医制度において、修練カリキュラムはそれぞれの領域別に異なっており、試験問題は共通問題と領域別の専門問題にて構成されている。IIa領域に関しては、肛門疾患50例の経験が高い障壁となっている外科医も少なくない。一方で、検査には注腸造影や超音波など、近年では減少しつつある必要経験数も多い。オンライン申請化も含め、時代にあったカリキュラムの変更を検討している。

一方で、今後の専門医標榜のためには、日本専門医機構の専門医制度に移行することも検討しなくてはならない。その場合は、領域ごとのカリキュラムや試験問題の共通化が求められる。本学会の専門医制度のように複数領域にまたがる専門医制度にはそぐわない方向で検討されていることや、認定料の二重取り、また親学会となる日本外科学会の連絡協議会においても、サブスペシャリティ領域の扱いが定まっていないなど、課題が山積みである。

専門医として、標榜とともに、どのようなインセンティブが得られるかも重要な課題である。最近では、消化器外科に対する地域医療体制確保加算、ロボット支援手術における加算など、集約化に向けたインセンティブ/加算が注目されている。診療報酬改定には、悪性腫瘍の長期予後のデータが求められるようになる一方で、外科領域の主軸となる、大腸癌の治療成績に結び付くデータベースはまだ存在しておらず、学会でもワーキンググループを立ち上げ、検討が開始されている。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 内科

2026年11月20日(金) 10:00 ~ 11:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別企画１　日本大腸肛門病学会の未来像

司会：板橋 道朗（埼玉県済生会　加須病院）、齋藤 豊（国立がん研究センター中央病院　内視鏡センター）

[SP1-3] 肛門科医から見た日本大腸肛門病学会の未来予想図

*髙野 正太[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院)

内科・外科の垣根を越えた独自の歴史を持つ本学会について、Ⅱｂである肛門科医（大腸肛門機能障害を含む）の視点から歴史と未来像を探る。
1940年代に肛門科医を中心に「直腸肛門研究会」が発足し、その後肛門疾患だけにとどまらず、大腸がんなどの下部消化管外科、そして炎症性腸疾患を中心とした消化器内科領域が融合し、内科と外科の垣根を超えた学際的領域として「日本大腸肛門病学会」として医療界にて地位を確立してきた。
その一方で独自の歴史をもつだけに、近代医学において専門制度を確立ことが困難である。日本専門医機構のサブスペシャリティ専門医は、原則として「1つの基本領域の上位資格として連動する形が基本とされてきており、認められる見込みが低かった経緯があり「臨床肛門病学会」が設立された。肛門科としての専門性がより高い臨床肛門病学会と、消化器内科や消化器外科との学術交流が可能な裾野が広い大腸肛門病学会の両輪を回しながら、より肛門科領域の学術および技術力向上を図る事が、我々肛門科医の使命となる。
さらに、高齢化社会のニーズに応え、肛門疾患にとどまらず、便失禁や骨盤底疾患（大腸肛門機能障害）を診療する人材の育成に努め、多機能型のスペシャリストとなることが求められる。そして、産婦人科、泌尿器科との連携を強固に進め、「骨盤底医学」の中心的リーダーとして多職種包括ケアのモデルを提示し、次世代の大腸肛門病専門医の社会的地位とキャリアパスを担保する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 内科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

特別企画２　外科・肛門科・内科、三位一体で取り組むクローン病肛門病変の診療ストラテジー

司会：渡辺 憲治（富山大学附属病院　炎症性腸疾患内科)、大宮 直木（藤田医科大学医学部先端光学診療学講座）

[SP2-1] クローン病肛門病変のマネージメントの現状と課題　～内科の立場から～

*久松 理一[1] (1. 杏林大学医学部消化器内科学)

[SP2-2] クローン病肛門病変のマネージメント。内科医への提言。～肛門科から～

*太田 章比古[1] (1. 医療法人愛知会　家田病院)

[SP2-3] クローン病症例の長期予後から見た肛門病変のマネージメントの重要性

*池内 浩基[1] (1. 兵庫医科大学炎症性腸疾患外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 内科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

特別企画２　外科・肛門科・内科、三位一体で取り組むクローン病肛門病変の診療ストラテジー

司会：渡辺 憲治（富山大学附属病院　炎症性腸疾患内科）、大宮 直木（藤田医科大学医学部先端光学診療学講座）

[SP2-1] クローン病肛門病変のマネージメントの現状と課題　～内科の立場から～

*久松 理一[1] (1. 杏林大学医学部消化器内科学)

クローン病は20代に発症のピークを有する慢性炎症性消化管疾患であり、腸管合併症を来しやすく手術率も高い。さらに裂肛や複雑痔瘻などの肛門病変はしばしば難治性で、疼痛、排膿、不潔感、社会活動や就労の制限を通じて患者QOLを著しく低下させる。日本人クローン病患者では診断時に48.9%が何らかの肛門病変を有する。診断には自覚症状、肛門部診察、内視鏡、MRI/CTなどが用いられる。近年は従来のParks分類に代わり、疾患活動性、症状、MRI所見、患者の治療目標を統合した患者中心の分類システム（TOpClass criteria）が提唱されている。また、肛門病変のQOLへの影響が重視され、専用評価尺度CAF-QoLも開発された。難治性炎症性腸管障害に関する調査研究班でも治療の標準化を目指したフローチャート作成が進められている。

内科的治療としては抗菌薬に加え、クローン病に対する免疫制御治療が行われるが、しばしば外科的排膿処置を要する。Advanced Therapyの有効性が期待されているものの、高いエビデンスレベルを有するのはACCENT II試験で有効性が示されたIFXのみであり、他薬剤のエビデンスは主としてサブ解析やリアルワールドデータに基づく。現在、痔瘻閉鎖を主要評価項目としたguselkumabの第III相試験（FUSION試験）が進行中である。

肛門病変診療の課題は、有効な治療法の限界に加え、活動性評価と治療目標設定の困難さにある。排膿消失やシートン抜去時期の判断には主観性が残る。TOpClass criteriaではMRIによるRadiological Healingが提唱されているが、線維化評価などには課題がある。IBD診療ではTreat to Target（T2T）が広く受け入れられている一方、肛門病変における明確なT2T戦略は未確立である。今後はCAF-QoLやMRI healingを含めた患者中心の評価体系を構築し、肛門病変におけるT2Tを確立することが重要である。肛門病変は単なる局所合併症ではなく患者QOLを規定する重要な疾患表現型であり、そのマネージメントには内科・外科・放射線診断科による集学的アプローチが不可欠である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 内科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

特別企画２　外科・肛門科・内科、三位一体で取り組むクローン病肛門病変の診療ストラテジー

司会：渡辺 憲治（富山大学附属病院　炎症性腸疾患内科）、大宮 直木（藤田医科大学医学部先端光学診療学講座）

[SP2-2] クローン病肛門病変のマネージメント。内科医への提言。～肛門科から～

*太田 章比古[1] (1. 医療法人愛知会　家田病院)

本邦ではクローン病患者の約60から90%に肛門病変を合併する。欧米の報告では30から40%で人種間の差が考えられる。クローン病の肛門病変は特徴的な所見を呈すことが多く、肛門病変からクローン病を疑い診断に至る症例も多い。肛門科医はクローン肛門の特徴を熟知し、疑わしければ早期に内科医にコンサルトし腸管の精査を行ないたい。また、近年肛門部病変の癌化例が増加し、予後の悪さから早期発見のためのサーベイランスが検討されている。定期的なMRIなどの画像診断、腰麻下の直接生検などが提唱されるも、いまだ有効な方法がない。癌特有の肛門症状は乏しいも、癌診断時に粘液、疼痛、違和感の増加など症状の変化を伴うことが多く留意する必要がある。当院では、全クローン病患者913例中15例（1.6%）に肛門部癌を認めた。5年生存は2例と極めて予後が悪い。癌化は長期に炎症の持続した活動性の高い肛門病変、狭窄例に多く発症する。したがって狭窄を来すような進行した肛門病変を作らないことが重要で、活動性の高い肛門病変を合併したクローン病症例では、早期に生物学的製剤の投与が推奨される。肛門部発症の癌は、解剖学的にも大静脈系への血行性転移を来しやすく、一年毎の腰麻下生検で粘液癌が見つかるも、既に骨転移を来たした症例も経験するなど、発見時に進行した症例も多い。

予後の改善には早期診断が重要である。日頃診察している内科主治医がいかに早く肛門病変の変化に気づくかが患者の予後を左右する。そのためには、主治医が何らかの形で通常診療に肛門診察を取り入れることが肝要である。

クローン病患者の診療にあたる内科医は基本的な肛門診療の習得、実践が必須である。肛門診察には、問診、視診・触診、肛門鏡検査、肛門指診などがあるが、順に侵襲が大きくなる。逆に問診、肛門視診・触診は患者にほとんど侵襲を加えない検査で、視診、触診は患者を寝かせておしりを広げるだけで可能であるり、肛門症状の変化を早期に気づくきっかけになり得る。

クローン病診療にあたる内科医にには通常の診察時に、肛門癌のリスクを十分患者に説明し、時々は肛門症状の詳しい問診に加え、肛門の視診、触診を取り入れてほしい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 内科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 13:50 | 第2会場（2F コンベンションホール2）
特別企画２　外科・肛門科・内科、三位一体で取り組むクローン病肛門病変の診療ストラテジー
司会：渡辺 憲治（富山大学附属病院　炎症性腸疾患内科）、大宮 直木（藤田医科大学医学部先端光学診療学講座）

[SP2-3] クローン病症例の長期予後から見た肛門病変のマネージメントの重要性

*池内 浩基[1] (1. 兵庫医科大学炎症性腸疾患外科)

クローン病(CD)の長期経過例の問題点としては、短腸症候群、発癌、人工肛門造設に集約できる。いずれも肛門病変が関与している。そこで自験例を対象に、腸管病変の再手術率と肛門病変の関連性、人工肛門造設後の経過およびCDの発癌症例について検討するとともに、肛門病変のマネージメントの重要性について考察した。
1. CDの初回手術時に肛門病変を有している症例は腸管病変の再手術率が有意に高い。
（対象）1974年9月から2014年7月までに当科で腸管病変に対して手術を行った1143例。延べ手術回数は2001回。（結果）1)対象症例の累積5年再手術率は22.2%。2)再手術のリスク因子は多変量解析の結果、初回手術時の肛門病変の有無のみであった。3)死亡原因は癌死が多数を占めた。
2. CDの肛門病変悪化によりストーマ造設を行った症例の人工肛門閉鎖率は13%と極めて低い。
（対象）1974年9月から2017年12月までに手術を行った1440例のうちストーマ造設の既往があった422例。（結果）1)永久人工肛門回避率は発症後累積20年で82.7%。初回手術が2004年以前と2005年以降の症例で検討すると前者は79.3%、後者は86.5%と後者で有意にストーマ造設率は低かった。2)人工肛門造設の要因は多岐にわたるが、肛門病変の増悪によりストーマを造設した症例で、閉鎖後増悪を認めず、経過観察ができている症例は13%と少数であった。
3. CDに合併する発がん症例の検討
（対象）CDに合併した発癌症例85症例、86病（結果）1)直腸肛門病変に63/86(73%)発生していた。2)累積5年生存率は54.2%であった。
（結語）1.初回手術時にすでに肛門病変を合併している症例の再手術率は有意に高いため、術後は内科的治療を強化する必要がある。2.2005年以降に手術を行った症例の方が、永久人工肛門回避率が有意に高いため、これは内科的治療の進歩によるものと思われた。3.発癌症例の生存率はやや改善はされているもの不良であり、内科・外科が協力して、対象症例のサーベイランスを強化する必要がある

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 肛門科

2026年11月20日(金) 14:30 ~ 15:30 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

特別企画３　肛門疾患ガイドライン第三版に向けた緊急討論会

司会：下島 裕寛（松島病院大腸肛門病センター）、寺田 俊明（医療法人社団俊和会　寺田病院）

[SP3-1] 生成AI時代の直腸肛門領域診療ガイドラインの役割

*佐原 力三郎[1] (1. 牧田総合病院)

[SP3-2] 肛門疾患診療ガイドラインの変遷―2014年版と2020年版の比較―

*松尾 恵五[1]、岡田 滋[1] (1. 東葛辻仲病院)

[SP3-3] 肛門疾患ガイドライン作成における問題点と課題

*下島 裕寛[1] (1. 松島病院大腸肛門病センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 肛門科

2026年11月20日(金) 14:30 ~ 15:30 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

特別企画３　肛門疾患ガイドライン第三版に向けた緊急討論会

司会：下島 裕寛（松島病院大腸肛門病センター）、寺田 俊明（医療法人社団俊和会　寺田病院）

[SP3-1] 生成AI時代の直腸肛門領域診療ガイドラインの役割

*佐原 力三郎[1] (1. 牧田総合病院)

現在、我々を取り巻く情報社会は急激に進歩してきており、提供される情報は格段に速く、深く、広く、詳細になってきている。その情報を視覚・聴覚を中心に提供するデバイスはテレビ・ラジオ・紙媒体の時代からインターネットを利用したスマホやPCが主体となってきており、利用者は年齢を問わずほぼ全員が日用品・携帯品として所有し一日何時間も活用している時代である。

特に2020年頃に本格的に始まった生成AI(Artificial Intelligence)は、またたく間に市民の中に浸透してきている。大変手軽であり、スマホに向かって話しかけるだけで即座に回答が得られるのである。インターネット上に乗ってさえいれば世界中の情報から選択して質問者の要望する詳細さも考慮して回答してくれる大変便利な情報取得方法となってきている。

したがって、専門性の高い直腸肛門領域にあっても診療上AIに頼った情報取得を試みる臨床の現場はおそらく増加していくものと思われる。しかし生成AIは巨大な情報源から探して列挙する作業は得意かもしれないが、生命や健康を左右する診療の場において根拠も明示されて相応しい回答かどうかはまだ疑問である。また、回答は各種あってどの回答が正解かを迷うことも多いのが現状である。直腸肛門疾患に限らず、検査の適応、治療法の選択、患者への説明や治療結果には治療担当者が責任を負うことはこれからも変わらないが、ガイドライン作成委員会の作成する診療の適切な根拠提示がその大きな役割であり、生成AIにはその役割は果たせないと思われる。

2014年初版及び2020年改訂第２版の大腸肛門病学会編集の診療ガイドラインは書物としての情報源であり、改訂第３版も書物としての完成を目指しているものと思われる。しかし新たな試みとして、生成AIと何らかの活用可能な「手続き」により意図的連携を推進し、ガイドラインの閲覧・利用頻度がさらに増し治療担当者の負担を軽減し、国民の健康増進に寄与できればガイドライン作成委員会の面目躍如となるであろう。生成AIとの連携を模索するのもガイドライン改訂３版作成委員会への要望としたい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 肛門科

2026年11月20日(金) 14:30 ~ 15:30 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

特別企画３　肛門疾患ガイドライン第三版に向けた緊急討論会

司会：下島 裕寛（松島病院大腸肛門病センター）、寺田 俊明（医療法人社団俊和会　寺田病院）

[SP3-2] 肛門疾患診療ガイドラインの変遷―2014年版と2020年版の比較―

*松尾 恵五[1]、岡田 滋[1] (1. 東葛辻仲病院)

日本大腸肛門病学会による肛門疾患診療ガイドライン2014年版は、痔核・痔瘻・裂肛を対象とする本邦初の包括的な診療ガイドラインとして刊行された。対象は肛門科専門医のみならず、一般外科医、内科医を含む一般医師とされ、各疾患の概念、病態、病理、診断、治療、予後を幅広く扱った点に特徴がある。構成はClinical Question（CQ）を中心とし、病因、疫学、臨床所見、診断、保存的治療、外科的治療などを各疾患ごとに網羅的に整理した。一方、肛門疾患領域では高いエビデンスレベルの臨床研究が限られるため、Minds診療ガイドライン作成の手引き2007を参考にしつつ、本邦の実臨床に即したエキスパートコンセンサスを重視した内容であった。例えば痔核領域では、CQ-5（検査方法）・CQ-6（臨床分類）として、詳細な問診と肛門診察（視診・触診・指診・肛門鏡診）の重要性、および脱出度によるGoligher分類の臨床的有用性が示された。演者はこれらのCQ解説を踏まえ、同時期に商業誌でも肛門診察手技や痔核分類について解説する機会を得た。2020年版では、Minds診療ガイドライン作成の手引き2014および作成マニュアル2017の考え方を取り入れ、2014年版でCQとして扱われていたこれらの内容は各疾患の総論として整理され、CQは診断・検査および治療選択に関わる臨床的重要課題に絞り込まれた。また、推奨文、推奨度、エビデンスの強さ、作成委員の合意率が明示され、推奨作成過程の透明性が高められた。さらに2020年版では、社会の高齢化を背景に診療機会が増加している直腸脱が新たに対象疾患として加えられ、直腸肛門外科領域をより広く包含するガイドラインとなった。演者は第1版、第2版の作成委員として主に痔核領域を担当した。本発表では、両版の作成過程、構成、方法論、対象疾患および各疾患の記載内容の変化を比較し、肛門疾患診療ガイドラインの変遷について概説する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 肛門科

2026年11月20日(金) 14:30 ~ 15:30 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

特別企画３　肛門疾患ガイドライン第三版に向けた緊急討論会

司会：下島 裕寛（松島病院大腸肛門病センター）、寺田 俊明（医療法人社団俊和会　寺田病院）

[SP3-3] 肛門疾患ガイドライン作成における問題点と課題

*下島 裕寛[1] (1. 松島病院大腸肛門病センター)

現在、日本大腸肛門病学会ガイドライン委員会では2020年版、肛門疾患（痔核・痔瘻・裂肛）・直腸脱診療ガイドラインの改定第3版の作成に向け、作成委員の先生方に、日々の業務でお忙しい中、時間を割いていただき努力いただいております。今回も含め、これまで3回、ガイドライン作成に携わらせていただいた中で、ガイドライン作成の困難点や問題点など、自分なりに考える事が多々あり、今回、貴重な討論の機会を頂けましたので、今後のガイドライン作成のポイントなどご教授いただきたいと思います。
ガイドライン作成における問題点：
① エビデンスの不足：
ガイドライン作成において、作成委員の先生方には膨大な量の論文検索をしていただき、各CQに沿った回答を作っていただきますが、この時、重要となるのが重要視されるのはエビデンスの有無になります。海外文献ではメガデータもありエビデンスレベルの高いものとなりますが、日本の文献では十分なエビデンスレベルとならないものが多く、今後に向け、大きな問題と思われます。
② 術式の多様性：
日本における肛門疾患治療は優れているものと自負しておりますが、単に肛門疾患手術と言っても、各施設で様々なバリエーションがあり、同一手術としてガイドラインで討議することがかなり難しく、それゆえにエビデンスとしての価値が得られないことも問題と考えます。
③ 用語の不一致：
用語に関しても、海外のガイドラインでは用いられなくなった用語の使用や、日本独自の分類など、実際に海外誌に投稿する場合も変更をしなければならない場合も多く、海外に向けたガイドラインの開示を目指していくためには検討が必要な項目と考えます。
上記以外にも様々な問題点があり、時間の許す限り討論できれば幸いです。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別講演 | 外科

2026年11月20日(金) 13:20 ~ 13:50 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別講演 1

司会：田中 信治（医療法人ハートフル アマノ病院）

[SL-1] がん研究の歩みと未来　ー根治を目指してー

*森 正樹[1] (1. 東海大学医学部)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別講演 | 外科

2026年11月20日(金) 13:20 ~ 13:50 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別講演 1

司会：田中 信治（医療法人ハートフル アマノ病院）

[SL-1] がん研究の歩みと未来　ー根治を目指してー

*森 正樹[1] (1. 東海大学医学部)

長年、がん研究を行ってきたが、未だに最終ゴールが見えない。本講演ではこれまでの研究を振り返り、今後何をなすべきかを共に考えることができれば幸いである。
われわれはがん幹細胞（cancer stem cell）に着目し、その可視化を行い、その動態を観察した。がん幹細胞からは冬眠状態（静止状態）のがん幹細胞と細胞分裂が盛んな前駆細胞が生まれる。当初はこのヒエラルキーを利用して、がん幹細胞を駆逐できればがんを消滅できると考え研究を進めたが、その後の研究でがん幹細胞も多様性を獲得することが明らかになった。最初のがん幹細胞のみを標的としても、癌を駆逐できないことが分かった。そこで次々と起こる新たな変異に対しても迅速に対応でき、治療効果が期待できるマイクロRNAを基盤とした新規治療法の開発を行っている。また並行して、そのマイクロRNAを生体内で効率よくがん細胞に届けるドラッグデリバリーシステム(DDS)の開発を行っているので紹介する。他方で免疫治療への期待が高まっている。既に免疫チェックポイント阻害剤は日常臨床に浸透しており、最近では腫瘍制御性T細胞の治療応用も始まっている。また固形がんに対するCAR-T療法も可能性が検討されている。これらの免疫治療の行方についても言及し、がんが完全にコントロールできる時代が来るか、共に考えて欲しい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

開会式

2026年11月20日(金) 8:20 ~ 8:30 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

開会式

開会式

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 全診療科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）

International Session 4　Surgical Management and Functional Preservation in Anorectal and Pelvic Floor Diseases

Moderator：Koji Okabayashi（Department of Gastrointestinal Surgery, Tokai University School of Medicine, Japan）、Keiji Koda（Oami Municipal Hospital, Japan）

[INTS4-1] Efficacy and safety of microfragmented autologous adipose tissue transplantation for perianal fistulas in Crohn's disease (ATTIC): a phase 3 multicenter randomized controlled trial

*Silvio Laureti[1], Luigi Sofo[2], Francesco Colombo[3,4], Gaetano Luglio[5], Stefano Scaringi[6], Alberta Cappelli[7], Piergiorgio Danelli[3,4], Claudio Isopi[1], Franco Sacchetti[2], Giorgia Gualtieri[8], Michele Cricrì[9], Federico Perna[6], Alessandra Menon[10], Nikolas Konstantine Dussias[11], Paolo Gionchetti[11], Antonino Spinelli[8,12] (1. Experimental Proctology, Department of Medical and Surgical Sciences, University of Bologna, IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Bologna, Italy, 2. Dipartimento di Scienze Gastroenterologiche, Endocrino-Metaboliche e Nefro-Urologiche, Fondazione Policlinico Universitario Gemelli IRCCS, Rome, Italy , 3. General Surgery Department, Luigi Sacco University Hospital, Milan, Italy, 4. Department of Biomedical and Clinical Sciences, University of Milan, Milan, Italy, 5. Department of Public Health, University of Naples Federico II, Naples, Italy, 6. IBD Unit, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Florence, Italy, 7. Radiologia e Diagnostica per Immagini, ASST Mantova, Mantua, Italy, 8. Division of Colon and Rectal Surgery, IRCCS Humanitas Research Hospital, Rozzano, Milan, Italy, 9. Department of Clinical Medicine and Surgery, Department of Information Technology and Electrical Engineering, University of Naples Federico II, Naples, Italy, 10. Lipogems International Spa, Milan, Italy, 11. IBD Unit, Department of Medical and Surgical Sciences, University of Bologna, IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Bologna, Italy, 12. Department of Biomedical Sciences, Humanitas University, Pieve Emanuele, Milan, Italy)

[INTS4-3] Clinical Outcomes of LIFT, TROPIS, and Augmented LIFT for Complex Anal Fistula

*Pohsien Wu[1], Yi-Chiao Cheng[1] (1. Division of Colon and Rectal Surgery, Department of Surgery, Tri-Service General Hospital, National Defense Medical University, Taipei, Taiwan)

[INTS4-4] A Thrombosed Perianal Tubular Lesion Presenting as an Abscess: A Diagnostic and Surgical Dilemma

*Aynur Kamal Safiyeva[1,2] (1. Central Customs Hospital, Baku , Azerbaijan, General Surgery Department, Azerbaijan, 2. Department of General Surgery of ASATID , Baku Azerbaijan)

[INTS4-5] Chen's Modified Ventral Rectopexy Using Non-absorbable Sutures: A Case Report

*JINGKAI WANG[1], SHIWEI CHEN[1], HAOYAN LI[1], YANG LI[1] (1. Department of Colorectal Surgery, Affiliated Traditional Chinese Medicine Hospital of Guangzhou Medical University, China)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 全診療科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）

International Session 4　Surgical Management and Functional Preservation in Anorectal and Pelvic Floor Diseases

Moderator：Koji Okabayashi（Department of Gastrointestinal Surgery, Tokai University School of Medicine, Japan）、Keiji Koda（Oami Municipal Hospital, Japan）

[INTS4-1] Efficacy and safety of microfragmented autologous adipose tissue transplantation for perianal fistulas in Crohn's disease (ATTIC): a phase 3 multicenter randomized controlled trial

*Silvio Laureti[1], Luigi Sofo[2], Francesco Colombo[3,4], Gaetano Luglio[5], Stefano Scaringi[6], Alberta Cappelli[7], Piergiorgio Danelli[3,4], Claudio Isopi[1], Franco Sacchetti[2], Giorgia Gualtieri[8], Michele Cricrì[9], Federico Perna[6], Alessandra Menon[10], Nikolas Konstantine Dussias[11], Paolo Gionchetti[11], Antonino Spinelli[8,12] (1. Experimental Proctology, Department of Medical and Surgical Sciences, University of Bologna, IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Bologna, Italy, 2. Dipartimento di Scienze Gastroenterologiche, Endocrino-Metaboliche e Nefro-Urologiche, Fondazione Policlinico Universitario Gemelli IRCCS, Rome, Italy , 3. General Surgery Department, Luigi Sacco University Hospital, Milan, Italy, 4. Department of Biomedical and Clinical Sciences, University of Milan, Milan, Italy, 5. Department of Public Health, University of Naples Federico II, Naples, Italy, 6. IBD Unit, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Florence, Italy, 7. Radiologia e Diagnostica per Immagini, ASST Mantova, Mantua, Italy, 8. Division of Colon and Rectal Surgery, IRCCS Humanitas Research Hospital, Rozzano, Milan, Italy, 9. Department of Clinical Medicine and Surgery, Department of Information Technology and Electrical Engineering, University of Naples Federico II, Naples, Italy, 10. Lipogems International Spa, Milan, Italy, 11. IBD Unit, Department of Medical and Surgical Sciences, University of Bologna, IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Bologna, Italy, 12. Department of Biomedical Sciences, Humanitas University, Pieve Emanuele, Milan, Italy)

Background: Complex perianal fistulas in Crohn's disease are often refractory to the recommended combination of surgery and biological drug therapy. We investigated the efficacy and safety of local injections of minimally manipulated, microfragmented, autologous adipose tissue ("MFat") in promoting fistula healing.
Materials and methods: This double-blind randomized controlled trial enrolled 80 adults who all underwent cone-like partial fistulectomy of a complex fistula (one inner orifice and up to three external openings) followed by either MFat injection or suture of the inner orifice and saline injection. MFat was prepared from lipoaspirates using Lipogems medical devices immediately before fistulectomy and transplanted around the inner orifice and along the residual tracts immediately after fistulectomy. The primary efficacy outcome was combined (clinicoradiological) remission at 24 weeks in the per-protocol populations. Safety was assessed in the all-patients-treated populations. ATTIC was registered on ClinicalTrials.gov, NCT05594862, and has ended.
Results: Between 9 January 2023 and 16 April 2024, 92 patients were screened and 80 were enrolled. After randomization, 37 patients in each group were treated and 33 patients each were assessed. Combined remission occurred in 19 patients of the intervention group and 6 control patients (risk ratio 3•17 [95% CI 1.45–6.91]; p=0.004). Clinical remission was found in 26 and 18 patients (p=0.037), respectively, while clinical indices improved in both groups. Seven adverse events were reported, including three classified as serious (ischemic stroke and two cases of abdominal disease flare-up), without significant differences between groups in safety endpoints.
Conclusions: Partial fistulectomy alone led to substantial clinical improvement, but the addition of MFat significantly increased the likelihood of achieving MRI-confirmed healing.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 全診療科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）
International Session 4　Surgical Management and Functional Preservation in Anorectal and Pelvic Floor Diseases
Moderator：Koji Okabayashi（Department of Gastrointestinal Surgery, Tokai University School of Medicine, Japan）、Keiji Koda（Oami Municipal Hospital, Japan）

[INTS4-3] Clinical Outcomes of LIFT, TROPIS, and Augmented LIFT for Complex Anal Fistula

*Pohsien Wu[1], Yi-Chiao Cheng[1] (1. Division of Colon and Rectal Surgery, Department of Surgery, Tri-Service General Hospital, National Defense Medical University, Taipei, Taiwan)

Purpose
To compare the clinical outcomes and surgical efficiency of ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT), trans-anal opening of intersphincteric space (TROPIS), and augmented LIFT for patients with complex anal fistula.

Methods:
Retrospectively reviewed 82 patients with complex anal fistulas (Garg Grade III–V) treated between 2020 and 2025 at a single institution. Patients were categorized into three groups: LIFT (n=37), TROPIS (n=18), and augmented LIFT (n=27; including LIFT plus Mesh, LIFT plus PRP, LIFT plus PRP & PRP). The primary outcome was the 3-month primary success rate. Secondary outcomes included operative time and factors influencing healing duration.

Results:
The three-month primary success rates were 75.7%, 72.2%, and 63.0% for LIFT, TROPIS, and augmented LIFT (p=0.54). Surgery time was significantly shorter for TROPIS (median 46 min) than augmented LIFT (53 min, p=0.040). Within augmented LIFT, the PRP-only subgroup achieved 100% success (95% CI 57-100%), but these five patients had uniformly favorable profiles (all Garg III, no prior surgery, no smokers); after their exclusion the augmented LIFT success rate fell to 54.5%. Stratified analysis revealed that TROPIS performed best in Garg III fistulas (88% success), whereas conventional LIFT outperformed augmented LIFT in Garg IV disease (84% vs 33%). Multivariable logistic regression identified age as the only independent predictor of failure (aOR 1.05/year, p=0.018). Cox model showed prior fistula surgery halved healing speed (HR 0.48, p=0.023).

Conclusions:
In this head-to-head comparison, all three sphincter-sparing approaches achieved statistically comparable outcomes. TROPIS appears advantageous for moderately complex (Garg III) fistulas due to its high efficiency. Conversely, conventional LIFT remains the most reliable option for anatomically severe or recurrent disease. Biomaterial augmentation did not provide additional benefits in truly complex cases. Patient age and prior surgical history remain the most critical prognostic factors.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 全診療科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）

International Session 4　Surgical Management and Functional Preservation in Anorectal and Pelvic Floor Diseases

Moderator：Koji Okabayashi（Department of Gastrointestinal Surgery, Tokai University School of Medicine, Japan）、Keiji Koda（Oami Municipal Hospital, Japan）

[INTS4-4] A Thrombosed Perianal Tubular Lesion Presenting as an Abscess: A Diagnostic and Surgical Dilemma

*Aynur Kamal Safiyeva[1,2] (1. Central Customs Hospital, Baku , Azerbaijan, General Surgery Department, Azerbaijan, 2. Department of General Surgery of ASATID , Baku Azerbaijan)

Background:
Perianal pain is most frequently associated with anal fissures, thrombosed hemorrhoids, or perianal abscesses. However, rare thrombosed tubular structures located in the perianal or rectovaginal space may clinically and radiologically mimic abscesses, posing significant diagnostic and surgical challenges. In atypical cases, advanced imaging—particularly magnetic resonance imaging (MRI)—is essential to avoid misdiagnosis and unnecessary surgical intervention.
Case presentation:
A 37-year-old woman presented with acute perianal pain radiating to the anal canal for 2–3 days. Physical examination revealed marked tenderness without evidence of anal fissure, thrombosed hemorrhoid, or perianal skin changes. Laboratory inflammatory markers were within normal limits. Perianal ultrasonography demonstrated a 40 × 30 mm horseshoe-shaped infiltrative lesion without cutaneous communication, initially interpreted as a perianal abscess. Surgical exploration revealed no purulent material. Subsequent contrast-enhanced pelvic MRI demonstrated a 51 mm U-shaped, non-enhancing tubular structure in the rectovaginal space, consistent with a thrombosed tubular lesion rather than an abscess.
Conclusion:
This case highlights a rare diagnostic pitfall in which a thrombosed perianal tubular structure mimicked an abscess both clinically and on ultrasonography. MRI plays a critical role in atypical presentations and should be considered when clinical and laboratory findings are incongruent, in order to prevent unnecessary surgical procedures.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 全診療科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）

International Session 4　Surgical Management and Functional Preservation in Anorectal and Pelvic Floor Diseases

Moderator：Koji Okabayashi（Department of Gastrointestinal Surgery, Tokai University School of Medicine, Japan）、Keiji Koda（Oami Municipal Hospital, Japan）

[INTS4-5] Chen’s Modified Ventral Rectopexy Using Non-absorbable Sutures: A Case Report

*JINGKAI WANG[1], SHIWEI CHEN[1], HAOYAN LI[1], YANG LI[1] (1. Department of Colorectal Surgery, Affiliated Traditional Chinese Medicine Hospital of Guangzhou Medical University, China)

Background: Ventral rectopexy is an effective surgical option for rectal prolapse and internal rectal intussusception. However, conventional procedures usually require mesh implantation, which may increase cost and raise concerns regarding mesh -related complications. We therefore performed a modified ventral suspension technique using non -absorbable sutures instead of mesh.
Case presentation: A 50-year-old man presented with a 1-year history of constipation, including decreased defecation frequency, excessive straining, incomplete evacuation, and a sensation of anal fullness. Conservative treatment was ineffective. Defecography showed rectal mucosal prolapse, redundant sigmoid colon, and downward displacement of the transverse colon. A colon transit study suggested slow transit constipation. Based on these findings, laparoscopic rectal suspension was performed on March 30, 2026.
Surgical technique: Under general anesthesia, laparoscopy was performed. The rectum was mobilized in the anterior avascular plane under direct vision. In this modified procedure, non -absorbable sutures were fixed to the anterior -lateral rectal wall and presacral fascia, and the rectum was suspended cranially. The bilateral peritoneum was then closed with absorbable sutures to reconstruct the pelvic floor. This technique preserved the concept of ventral suspension while avoiding mesh implantation.
Results: The operation was completed safely without conversion, major bleeding, or intraoperative injury. The postoperative course was uneventful, and early follow-up showed improvement in defecatory symptoms and relief of the obstructive sensation.
Conclusion: Chen’s modified ventral rectopexy using non-absorbable sutures was feasible and achieved favorable short-term outcomes in this case. This technique may serve as a more economical and manageable alternative to mesh -based ventral rectopexy.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 内科・外科

2026年11月21日(土) 9:20 ~ 10:10 | 第9会場（1F 会議室101-A）

International Session 5　Emerging strateties for colorectal diseases

Moderator：Yojiro Hashiguchi（Omori Red Cross Hospital, Japan）、Masayuki Fukata（Inflammatory Bowel Disease Center, Tokyo Yamate Medical Center, Japan Community Healthcare Organization, Japan）

[INTS5-1] Colonoscopy as a Cornerstone in the Diagnosis and Management of Colorectal Polyps

*Aynur Kamal Safiyeva[1] (1. Central Customs Hospital, Baku , Azerbaijan, General Surgery Department, Azerbaijan)

[INTS5-2] A surgical case report of transverse colon cancer with lymph node metastasis invading into the superior mesenteric vein

*Takahiro Amano[1], Tomokazu Okazaki[1], Kanro Matsui[1], Kazuya Niwa[1], Tadaaki Shimizu[2], Tomoki Shirota[1], Kuniyuki Gomi[1] (1. Department of Surgery, Suwa Red Cross Hospital, Japan, 2. Department of gastroenteorological surgery, The University of Shinshu)

[INTS5-3] Can Local AI Match the Surgeon Pilot Study of Five AI Models in Colorectal Cancer Operative Decision-Making

*Takeshi Yanagita[1,2], Shinichiro Tsuru[1], Ryoji Umeki[1], Sawamura Naoki[1], Shuji Kurata[1], Futoshi Teranishi[2] (1. Department of Surgery, Shonan Fujisawa Tokushukai Hospital, Japan, 2. Department of Surgery, Toyokawa City Hospital)

[INTS5-4] Clinical impact of a multiplex gastrointestinal pathogen panel for rapid diagnosis of infectious enteritis in hospitalized patients

*Tomomi Yajima[1], Fumitake Hata[1], Hidefumi Nishimori[1], Kuniaki Okada[1], Chikashi Kihara[1], Kiyoteru Kashiwagi[1], Keisuke Ohno[1], Hideharu Miura[1], Takeshi Sawada[1], Chikako Iguchi[2], Yoshiya Morito[2], Kunihiro Takanashi[2], Takae Minami[2], Kimiko Ikeda[2], Sei Kurokawa[2], Yusuke Makiguchi[2] (1. Department of Surgery, Sapporo Dohto Hospital, Japan, 2. Department of Internal Medicine, Sapporo Dohto Hospital)

[INTS5-5] Relationship between the location of initial tumors and the prevalences of metachronous tumors in colonoscopic surveillance

*Seiji Kimura[1], Daisuke Nishiya[1], Kazunori Satoh[1], Hiroyuki Higuchi[1] (1. Division of Gastroenterology and Endoscopy, Aomori Rousai Hospital, Japan)

[INTS5-6] Yellow Enhancement Mode Improves Vascular Visualization in Laparoscopic Colorectal Surgery: Quantitative Image Analysis and Implications for Surgical Education

*Kohei Shigeta[1] (1. Department of Surgery, Keio University School of Medicine, Japan)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 内科・外科
2026年11月21日(土) 9:20 ~ 10:10 | 第9会場（1F 会議室101-A）
International Session 5　Emerging strateties for colorectal diseases
Moderator：Yojiro Hashiguchi（Omori Red Cross Hospital, Japan）、Masayuki Fukata（Inflammatory Bowel Disease Center, Tokyo Yamate Medical Center, Japan Community Healthcare Organization, Japan）

[INTS5-1] Colonoscopy as a Cornerstone in the Diagnosis and Management of Colorectal Polyps

*Aynur Kamal Safiyeva[1] (1. Central Customs Hospital, Baku , Azerbaijan, General Surgery Department, Azerbaijan)

Background: Colorectal polyps are among the most common pathologies of the large intestine, predominantly affecting individuals over 50 years of age, with equal distribution between sexes. As precancerous lesions, colorectal polyps play a critical role in the development of colorectal cancer, with approximately 90% of cancers arising from adenomatous polyps. The risk of malignant transformation increases with polyp size.
Aim:To evaluate the diagnostic and therapeutic significance of colonoscopy in the detection and management of colorectal polyps.
Materials and Methods: A retrospective analysis was conducted on 1,375 patients who underwent colonoscopy. Indications included abdominal pain, rectal bleeding, bloating, altered bowel habits, mucus or bloody discharge, constipation, and screening in patients over 40 years of age. Endoscopic polypectomy was performed in 118 patients using snare and biopsy forceps techniques, and all specimens were submitted for histopathological examination.Results:
Polyps detected in the colon and rectum were managed according to size. Polyps smaller than 0.5 cm were removed using biopsy forceps, while larger polyps were excised using a snare. A positive correlation was observed between polyp size and histopathological severity. Smaller polyps were predominantly hyperplastic, whereas larger lesions were more frequently adenomatous. Follow-up colonoscopy was recommended at 1 year for tubular adenomas and at 6 months for tubulovillous and villous adenomas. High-grade dysplasia was identified in two patients, both of whom were referred for surgical intervention. Bleeding occurred in three patients during polypectomy and was successfully managed endoscopically. Recurrent polyps were detected in four patients during follow-up.
Conclusion:
Colonoscopy is the gold standard for both the diagnosis and treatment of colorectal polyps. Its accurate and thorough application enables early detection, effective management, and appropriate surveillance, significantly reducing the risk of colorectal cancer.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 内科・外科
2026年11月21日(土) 9:20 ~ 10:10 | 第9会場（1F 会議室101-A）
International Session 5　Emerging strateties for colorectal diseases
Moderator：Yojiro Hashiguchi（Omori Red Cross Hospital, Japan）、Masayuki Fukata（Inflammatory Bowel Disease Center, Tokyo Yamate Medical Center, Japan Community Healthcare Organization, Japan）

[INTS5-2] A surgical case report of transverse colon cancer with lymph node metastasis invading into the superior mesenteric vein

*Takahiro Amano[1], Tomokazu Okazaki[1], Kanro Matsui[1], Kazuya Niwa[1], Tadaaki Shimizu[2], Tomoki Shirota[1], Kuniyuki Gomi[1] (1. Department of Surgery, Suwa Red Cross Hospital, Japan, 2. Department of gastroenteorological surgery, The University of Shinshu)

[Case Report] An 85-year-old male was diagnosed with advanced transverse colon cancer with lymph node metastasis at the root of the middle colic vein, the lymph node invaded directly into the superior mesenteric vein (SMV); furthermore, liver metastases were detected in segments 7 and 3. The colon cancer staging was clinically T4a N2b M1a, Stage IVA.
[Surgical Findings] Robotic-assisted surgery was selected, beginning with a medial approach. Ligated the ileocecal artery and vein and the right branch of the middle colic artery, leaving the invading lymph node. The transverse mesocolon was resected, reaching the colon wall. Full mobilization of the hepatic flexure and dissecting the pre-pancreas plane up to the vicinity of the invading lymph node were performed; the terminal ileum and the colon were transected. Since resection of the tumor thrombus was deemed feasible, the procedure was converted to open surgery. The right gastroepiploic artery and vein were dissected, and the SMV was exposed at the inferior of the pancreas and taped. The root of the middle colic artery was transected, leaving only the tumor thrombus infiltrating the SMV. The distal SMV, the first and second jejunal veins, were taped and clamped with Satinsky forceps; the SMV was then released and excised along with the tumor thrombus. The SMV was reconstructed using end-to-end anastomosis with 5-0 monofilament suture. Since R0 resection of the primary tumor was achieved, we performed a simultaneous partial hepatectomy. The operative time was 8 hours and 42 minutes, with a console time of 3 hours and 8 minutes, and the amount of blood loss was 700 ml. He was discharged home on the 14th postoperative day, and underwent chemotherapy for recurrent liver metastasis, and finally died of the primary disease 2 years and 2 months postoperatively.
[Summary]We report a surgical case of transverse colon cancer with lymph node metastasis invading into the superior mesenteric vein, along with our considerations.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 内科・外科

2026年11月21日(土) 9:20 ~ 10:10 | 第9会場（1F 会議室101-A）

International Session 5　Emerging strateties for colorectal diseases

Moderator：Yojiro Hashiguchi（Omori Red Cross Hospital, Japan）、Masayuki Fukata（Inflammatory Bowel Disease Center, Tokyo Yamate Medical Center, Japan Community Healthcare Organization, Japan）

[INTS5-3] Can Local AI Match the Surgeon Pilot Study of Five AI Models in Colorectal Cancer Operative Decision-Making

*Takeshi Yanagita[1,2], Shinichiro Tsuru[1], Ryoji Umeki[1], Sawamura Naoki[1], Shuji Kurata[1], Futoshi Teranishi[2] (1. Department of Surgery, Shonan Fujisawa Tokushukai Hospital, Japan, 2. Department of Surgery, Toyokawa City Hospital)

Background: AI is transforming medicine, including colorectal surgery. Large Language Models—the technology behind ChatGPT—now run locally without internet connection, offering privacy-preserving support. This pilot study evaluated five Local AI models for colorectal cancer operative decision-making in remote islands and rural communities.

Methods: Preoperative data from 89 prospectively collected patients (13 non-operated; 76 operated) were retrospectively analyzed. Variables (BMI, ASA-PS, ECOG PS, nutritional indices, comorbidities, ADL/IADL, tumor location, TNM stage) were submitted to Local AI from OpenAI, Google, Alibaba, Meta, and DeepSeek. Each selected one of four strategies: curative resection with/without anastomosis, reduced resection, palliative stoma/bypass, or non-operative management. Selections were compared to attending surgeons' decisions as the reference standard.

Results: Four models (OpenAI, Google, Alibaba, Meta) agreed with surgeons' actual decisions in 71.9% of cases: 75–83% among operated patients, dropping to 8–54% among non-operated patients. DeepSeek showed uniform 46% agreement regardless of operative status. Inter-model agreement was 66–80% within the cluster but only 22–43% between DeepSeek and others.

Discussion: Four of five models showed meaningful procedure-selection agreement but favored curative over reduced or palliative options—underweighting the balance between oncological goals and patient tolerance. Paradoxically, DeepSeek's more complex cumulative-risk algorithm showed the lowest, most uniform agreement (46%), suggesting algorithmic sophistication alone does not ensure clinical alignment. Discordant cases warrant prospective reassessment.
Conclusions: Four Local AI models can meaningfully support operative procedure selection with high inter-model consistency. The decision of whether to operate—and how aggressively—demands irreplaceable bedside judgment. This pilot supports a privacy-preserving AI system for specialist-level guidance in remote and underserved communities.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 内科・外科
2026年11月21日(土) 9:20 ~ 10:10 | 第9会場（1F 会議室101-A）
International Session 5　Emerging strateties for colorectal diseases
Moderator：Yojiro Hashiguchi（Omori Red Cross Hospital, Japan）、Masayuki Fukata（Inflammatory Bowel Disease Center, Tokyo Yamate Medical Center, Japan Community Healthcare Organization, Japan）

[INTS5-4] Clinical impact of a multiplex gastrointestinal pathogen panel for rapid diagnosis of infectious enteritis in hospitalized patients

*Tomomi Yajima[1], Fumitake Hata[1], Hidefumi Nishimori[1], Kuniaki Okada[1], Chikashi Kihara[1], Kiyoteru Kashiwagi[1], Keisuke Ohno[1], Hideharu Miura[1], Takeshi Sawada[1], Chikako Iguchi[2], Yoshiya Morito[2], Kunihiro Takanashi[2], Takae Minami[2], Kimiko Ikeda[2], Sei Kurokawa[2], Yusuke Makiguchi[2] (1. Department of Surgery, Sapporo Dohto Hospital, Japan, 2. Department of Internal Medicine, Sapporo Dohto Hospital)

Rapid identification of causative pathogens is essential for determining appropriate treatment and infection control in infectious enteritis. Conventional stool culture requires several days to obtain results. Recently, multiplex gastrointestinal pathogen panels (GI pathogen panels) such as the FilmArray GI panel allow simultaneous detection of 22 bacterial, viral, and parasitic enteric pathogens from stool samples within approximately one hour. However, their clinical use in Japan remains limited because the test is not covered by the national health insurance system.

We report two hospitalized patients with infectious enteritis in whom rapid molecular testing using the FilmArray GI panel enabled early etiological diagnosis.

Case 1 was a previously healthy adult presenting with abdominal pain and severe diarrhea. Campylobacter enteritis was suspected based on the clinical course and recent consumption of meat, and azithromycin had been administered before admission. Stool culture and immunochromatographic antigen testing were negative; however, the GI pathogen panel detected Campylobacter, confirming the diagnosis and supporting the antimicrobial treatment strategy.

Case 2 was a previously healthy adult presenting with severe abdominal pain followed by diarrhea. The GI pathogen panel detected norovirus GI/GII while excluding other bacterial and viral pathogens, enabling a definitive diagnosis and prompt infection control measures.

In both cases, results were obtained within approximately one hour after testing. These findings highlight the clinical usefulness of GI pathogen panels for the rapid etiological diagnosis of infectious enteritis. Rapid pathogen identification using a GI pathogen panel may facilitate timely clinical decision-making and appropriate infection control. If covered by the national health insurance system in Japan, it may serve as a point-of-care diagnostic tool in clinical practice.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 内科・外科
2026年11月21日(土) 9:20 ~ 10:10 | 第9会場（1F 会議室101-A）
International Session 5　Emerging strateties for colorectal diseases
Moderator：Yojiro Hashiguchi（Omori Red Cross Hospital, Japan）、Masayuki Fukata（Inflammatory Bowel Disease Center, Tokyo Yamate Medical Center, Japan Community Healthcare Organization, Japan）

[INTS5-5] Relationship between the location of initial tumors and the prevalences of metachronous tumors in colonoscopic surveillance

*Seiji Kimura[1], Daisuke Nishiya[1], Kazunori Satoh[1], Hiroyuki Higuchi[1] (1. Division of Gastroenterology and Endoscopy, Aomori Rousai Hospital, Japan)

Background and Aims: Recently it was reported initial right-sided adenoma may be a risk factor for colorectal cancer. The present study aimed to compare the cumulative incidences of metachronous lesions according to the locations of initial lesions during surveillance.
Methods: 2411 patients who underwent follow-up colonoscopies (median follow-up period 79.5 months, exam frequency 4.08 times) were classified according to the locations of initial lesions as follows; 1218 patients in whom initial lesions in the right or bilateral colon were resected (group A), and 1193 in whom initial lesions in the left colon only were resected (group B). They were sub-classified by initial findings as follows; 531 patients in group A1 and 420 in group B1 with diminutive adenomas, 378 in A2 and 279 in B2 with low-grade adenoma less than 10mm, 194 in A3 and 243 in B3 with high-grade adenoma or adenoma in size of 10-19 mm, and 115 in group A4 and 251 in B4 with TIS, T1 cancer, adenoma more than 20 mm in size, respectively. The cumulative incidences of metachronous index lesions (>10mm, villous, high-grade adenoma and/or cancer) were compared between group A and B using Kaplan-meier method.
Results: During follow-up the prevalences of index lesions were 16.0% in group A1, 17.1% in group B1, 19.6% in A2, 18.6% in B2, 23.7% in A3, 19.8% in B3, and 26.1% in A4, 24.3% in B4, respectively. There were no statistical differences between the prevalences of index lesions between any sub-groups in group A and B. Hazard ratios by logrank test between subgroups in group A and B were as follows; HR=0.94 (95%CI:0.68-1.29) N.S. ＜A1 vs B1＞, HR=0.99 (0.69-1.41) N.S. ＜A2 vs B2＞, HR=1.25 (0.85-1.86) N.S. ＜A3 vs B3＞, HR=1.16 (0.77-1.78) N.S. ＜A4 vs B4＞. Logrank test revealed no statistical differences between any sub-groups in group A and B. The prevaleces of metachronous invasive cancers were 1.4% in group A and 1.5% in group B with no statistical difference.
Conclusion: The comparison of cumulative incidences of metachronous index lesions between right-sided and left-sided initial lesions disclosed no significant difference.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

International Session | 内科・外科

2026年11月21日(土) 9:20 ~ 10:10 | 第9会場（1F 会議室101-A）

International Session 5　Emerging strateties for colorectal diseases

Moderator：Yojiro Hashiguchi（Omori Red Cross Hospital, Japan）、Masayuki Fukata（Inflammatory Bowel Disease Center, Tokyo Yamate Medical Center, Japan Community Healthcare Organization, Japan）

[INTS5-6] Yellow Enhancement Mode Improves Vascular Visualization in Laparoscopic Colorectal Surgery: Quantitative Image Analysis and Implications for Surgical Education

*Kohei Shigeta[1] (1. Department of Surgery, Keio University School of Medicine, Japan)

[Background] Precise vascular identification is critical for safe laparoscopic colorectal surgery, particularly in adipose-rich operative fields where conventional white-light imaging provides limited tissue contrast. Yellow Enhancement (YE) mode is a real-time digital imaging technology developed to selectively amplify yellow color components. However, its quantitative impact on vessel visualization has not been objectively characterized.
[Methods] A retrospective paired image analysis was conducted in 10 consecutive patients undergoing laparoscopic colorectal resection at our institution. Paired images under white-light imaging and YE mode were obtained from identical surgical scenes during perivascular dissection. Regions of interest were defined for vascular structures and adjacent adipose tissue. Color parameters in the CIELAB color space (L*, a*, b*) were measured, and contrast-to-noise ratio (CNR) and color difference (ΔE) were calculated. A total of 52 surgical scenes yielding 87 vascular observations (41 arterial, 46 venous) were analyzed.
[Results] YE mode significantly increased CNR in the b* channel compared with white-light imaging (7.82 ± 3.87 vs. 4.44 ± 3.04; $p < 0.001$). ΔE was also significantly higher under YE mode (63.27 ± 15.51 vs. 26.52 ± 10.40; $p < 0.001$), indicating enhanced color separation between vessels and surrounding tissue. These effects were consistent across both arterial and venous structures and were reproducible at the patient level. Luminance-based contrast ratio showed no significant difference ($p = 0.17$), confirming that YE mode selectively enhances chromatic rather than brightness contrast. Questionnaire results from young surgeons demonstrated improved subjective visibility and anatomical clarity under YE mode, consistent with quantitative findings.
[Conclusion] YE mode significantly enhances vascular-tissue contrast through selective chromatic modulation along the yellow-blue axis, without additional procedural burden.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Invited Lecture | 肛門科

2026年11月21日(土) 9:50 ~ 10:20 | 第5会場（1F 会議室102）

Invited Lecture 3

Moderator: Shota Takano (Takano Hospital, Coloproctology Center, Japan)

[IL-3] Cutting-Edge Anorectal Surgery: Multimodal Strategies, Sphincter Preservation, and Transanal Innovations

*Donglin N Ren[1] (1. The Sixth Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University, China)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Invited Lecture | 肛門科

2026年11月21日(土) 9:50 ~ 10:20 | 第5会場（1F 会議室102）

Invited Lecture 3

Moderator: Shota Takano (Takano Hospital, Coloproctology Center, Japan)

[IL-3] Cutting-Edge Anorectal Surgery: Multimodal Strategies, Sphincter Preservation, and Transanal Innovations

*Donglin N Ren[1] (1. The Sixth Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University, China)



The cutting-edge of the anal surgery

The cutting-edge development in anorectal surgery aims to maximize the preservation of tissue and organ function as well as the appearance of the perineum while providing precise treatment and excision of lesions, thereby improving the quality of life for patients.

1. Hemorrhoids: Although there is debate, stapled hemorrhoid procedure remains one of the most effective and preferred methods for severe hemorrhoids with rectal mucosal prolapse. For early-stage hemorrhoids (especially those primarily characterized by bleeding), endoscopic injection and ligation are becoming increasingly common. The treatment of external hemorrhoids is a concern for both doctors and patients in Asian countries: painlessness and good appearance. One of the most important trends in the treatment of hemorrhoids over the years has been the combined use of multiple methods and techniques, such as stapled hemorrhoid procedure combined with external hemorrhoid excision, ligation combined with external hemorrhoid excision, and hemorrhoid injection therapy combined with external hemorrhoid excision.

2. Anal fistula: Incision and drainage of anal fistulas remains the most reliable method for treating anal fistulas. Despite many efforts, sphincter-preserving surgeries for anal fistulas have not been satisfactory, with high recurrence rates being disheartening! Transmuscular approaches are increasingly recognized and affirmed and have become more mature. Laparoscopic management of complex infections above the levator ani muscle is meaningful. The most valuable diagnostic tools for anal fistulas include digital rectal examination、MRI、and anorectal ultrasound. staged surgery for complex anal fistulas is an important strategy for dealing with this issue. It is necessary to re-evaluate the treatment strategies for anal fistula malignancy.

3. Rectal prolapse: Excision or fixation? Fixing the free and mobile rectum is the most important core step in treatment.

4. Transanal approaches can handle a wide variety of anorectal diseases. This approach should be valued by colorectal surgeons.

5. Low rectovaginal fistulas. The success rate of surgical treatment is much lower than that for mid and high rectovaginal fistulas. Repair or incision?

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

6. Anal or anal canal cancer, with many pathological types and very few large case treatment experiences, treatment choices are highly based on pathological grounds.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）

シンポジウム４　直腸がんにおける肛門温存のための集学的治療戦略―機能温存と根治性の両立に向けて

司会：辻 晃仁（香川大学医学部臨床腫瘍学）、加藤 健志（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター）

[SY4-1] AV 5cm以下低位直腸癌におけるロボット支援手術導入後の術式変遷と術後肛門機能

*林田 一真[1]、髙見澤 康之[1]、隈本 雄大[1]、田藏 昂平[1]、塚本 史雄[1]、永田 洋士[1]、塚本 俊輔[1]、金光 幸秀[1] (1. 国立がん研究センター中央病院大腸外科)

[SY4-2] 局所進行直腸癌に対するロボット支援手術の治療成績 ―肛門温存と根治性の両立を目指した治療戦略―

*眞部 祥一[1]、塩見 明生[1]、笠井 俊輔[1]、田中 佑典[1]、小嶋 忠浩[1]、森 千浩[1]、髙島 祐助[1]、辻尾 元[1]、八尾 健太[1]、横山 希生人[1]、小林 尚樹[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 竣助[1] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

[SY4-3] 術前化学放射線後に括約筋温存手術を施行した直腸癌の術後合併症および機能転帰の検討

*江本 成伸[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[1]、品川 貴秀[1]、舘川 裕一[1]、岡田 聡[1]、白鳥 広志[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科)

[SY4-4] T2N0M0 Stage I直腸癌に対するTotal neaodjuvant therapyの短期成績 -AMBITION試験-

*浜部 敦史[1]、植村 守[1]、賀川 義規[2]、畑 泰司[3]、鈴木 陽三[4]、吉岡 慎一[5]、高橋 秀和[6]、小森 孝通[7]、真貝 竜史[8]、松田 宙[9]、河合 賢二[10]、末田 聖倫[2]、北風 雅敏[2]、平木 将之[3]、岩本 和哉[4]、服部 聡[11]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部消化器外科、2. 大阪国際がんセンター　消化器外科、3. 大阪急性期・総合医療センター　消化器外科 、4. 市立豊中病院　外科、5. 八尾市立病院　外科・消化器外科、6. 大阪警察病院　外科、7. 兵庫県立西宮病院　外科、8. 川西市立総合医療センター　消化器外科、9. JCHO大阪病院　消化器外科、10. 国立病院機構 大阪医療センター 下部消化管外科、11. 大阪大学医学系研究科　情報統合医学講座　医学統計学)

[SY4-5] 進行直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapy：病態別レジメン設計とその治療成績

*川村 幹雄[1,2,3]、髙木 里英子[1]、山本 晃[1]、今岡 裕基[1]、志村 匡信[1]、北嶋 貴仁[2]、奥川 喜永[2]、大北 喜基[1]、吉山 繁幸[1]、小林 美奈子[3]、大井 正貴[1]、問山 裕二[1] (1. 三重大学医学部消化管小児外科、2. 三重大学医学部附属病院ゲノム診療科、3. 三重大学医学部臨床外科感染制御学講座)

[SY4-6] ＥＮＳＥＭＢＬＥ-1/2試験における直腸癌に対するTNT後のNOMの治療成績

*渡邉 純[1]、賀川 義規[2]、安藤 幸滋[3]、植村 守[4]、伊澤 直樹[5]、松橋 延壽[6]、武藤 理[7]、本坊 拓也[8]、金城 達也[9]、諏訪 雄亮[1]、西沢 佑次郎[10]、奥谷 浩一[11]、大庭 幸治[12]、沖 英次[13] (1. 関西医科大学下部消化管外科学講座、2. 大阪国際がんセンター消化器外科、3. 九州大学大学院消化器・総合外科、4. 大阪大学消化器外科、5. 聖マリアンナ医科大学臨床腫瘍学、6. 岐阜大学消化器外科、7. 秋田赤十字病院腫瘍内科、8. 済生会福岡総合病院外科、9. 琉球大学消化器・腫瘍外科、10. 大阪急性期・総合医療センター消化器外科、11. 札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野、12. 東京大学大学院情報学環、13. 九州大学病院先端医工学診療部)

[SY4-7] 切除可能局所進行直腸癌に対する免疫チェックポイント阻害薬の治療開発の現状と今後

*坂東 英明[1] (1. 国立がん研究センター東病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）
シンポジウム４　直腸がんにおける肛門温存のための集学的治療戦略―機能温存と根治性の両立に向けて
司会：辻 晃仁（香川大学医学部臨床腫瘍学）、加藤 健志（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター）

[SY4-1] AV 5cm以下低位直腸癌におけるロボット支援手術導入後の術式変遷と術後肛門機能

*林田 一真[1]、髙見澤 康之[1]、隈本 雄大[1]、田藏 昂平[1]、塚本 史雄[1]、永田 洋士[1]、塚本 俊輔[1]、金光 幸秀[1] (1. 国立がん研究センター中央病院大腸外科)

【背景】
低位直腸癌ではロボット支援手術の普及により骨盤深部での精緻な操作が可能となり、肛門温存術式の選択に影響し得る。一方、術式変化が短期成績や肛門機能に与える影響は十分評価されていない。

【目的】
AV 5cm以下低位直腸癌における術式選択の推移とロボット支援の影響を明らかにし、uLARとISRの短期成績および術後肛門機能・QOLを比較する。

【方法】
2014〜2025年に当科でAPR、ISR、uLARを施行したAV5cm以下直腸癌334例を対象に、術式およびロボット支援手術割合の推移を検討した。検討1では、ISR/uLAR 163例を対象に、uLAR選択因子を多変量ロジスティック回帰分析で解析し、年齢、性別、cT、cN、BMI、CTC AV、術前治療を用いた傾向スコアマッチング（PSM）後に短期成績および腫瘍学的指標を比較した。検討2では、アンケート回答28例を対象に、術後1年の排便QOLを比較した。

【結果】
検討1：全334例の内訳はAPR 171例、ISR 95例、uLAR 68例であった。前期（2014〜2018年）/後期（2019〜2025年）で、ロボット支援手術割合は12.8%/73.0%、肛門温存率は45.0%/51.9%と増加し、温存手術中のuLAR割合も25.4%/53.1%と増加した。多変量解析ではロボット支援手術がuLAR選択の独立関連因子であった（OR 6.72, $p<0.05$）。PSM後、ISR群とuLAR群各54例を比較すると、ロボット支援手術割合はuLAR群で有意に高かった（75.9% vs 37.0%, $p<0.001$）。手術時間中央値は333.5/376.5分、出血量中央値は20.5/123mLとuLAR群で有意に良好であった。術後在院日数中央値は13/15日、CD≥III合併症は7.4%/5.6%で差を認めなかった。剥離面陽性および局所再発は認めなかった。
検討2：術後1年時のWexner score中央値はuLAR群で有意に良好であり（9 vs 16, $p<0.05$）、排便満足度やパッド使用頻度も良好な傾向を認めた。

【結語】
ロボット支援手術の普及に伴いuLARの選択が増加し、PSM後も短期成績の悪化や腫瘍学的安全性の低下は認めなかった。さらに良好な術後肛門機能・QOLを得られる可能性が示された。適切な症例選択のもと、ロボット支援によるuLARは根治性と機能温存に寄与する術式と考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）
シンポジウム４　直腸がんにおける肛門温存のための集学的治療戦略―機能温存と根治性の両立に向けて
司会：辻 晃仁（香川大学医学部臨床腫瘍学）、加藤 健志（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター）

[SY4-2] 局所進行直腸癌に対するロボット支援手術の治療成績 ―肛門温存と根治性の両立を目指した治療戦略―

*眞部 祥一[1]、塩見 明生[1]、笠井 俊輔[1]、田中 佑典[1]、小嶋 忠浩[1]、森 千浩[1]、髙島 祐助[1]、辻尾 元[1]、八尾 健太[1]、横山 希生人[1]、小林 尚樹[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 竣助[1] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

【背景】近年、欧米を中心に局所進行直腸癌に対するTotal neoadjuvant therapy (TNT)が普及し、cCR症例に対する臓器温存戦略が注目されている。一方、本邦では直腸間膜全切除(TME)+側方郭清を基本としたUpfront手術が標準治療として依然重要であり、根治性のみならず、肛門温存や永久stoma回避の観点からも最適な治療選択が求められる。当院では、外科的剥離面の確保が困難と判断した症例にのみ選択的に術前化学放射線療法(CRT)を導入し、Upfront手術を基軸としたロボット支援手術を行ってきた。本研究では、局所進行直腸癌に対する当院の治療成績を検討し、肛門温存と根治性の両立可能性を評価した。
【対象と方法】2012年から2025年12月の期間、cStage II/IIIの局所進行直腸癌に対してロボット支援手術を施行した1123例を対象とした。多発癌、重複癌は除外した。短期成績、肛門温存率、stoma閉鎖状況、長期成績を後方視的に検討した。
【結果】年齢中央値66歳、男性/女性：730/393例、RS/Ra/Rb/P：240/216/532/135例。cStage II/III：314/809例。術前CRT 74例(6.6%)、化学療法8例。術式は前方切除/括約筋間直腸切除/直腸切断術/Hartmann：857/96/157/13例、括約筋温存率84.9%。側方郭清462例、隣接臓器合併切除122例、手術時間273分、出血量5 mL、開腹移行1例、Diverting stoma (DS)造設：227例(27.2%)。Clavien-Dindo分類grade≥II：176例(15.7%)、grade≥III：61例(5.4%)、縫合不全44例(3.9%)、排尿障害95例(8.5%)。R0切除98.8%。DS造設および術後stoma造設を要した296例のうち、閉鎖未判定6例を除く290例の解析の結果、22例(7.6%)が永久stomaとなり、多変量解析で術前CRT、R1切除、縫合不全が関連因子として抽出された。2022年までの779例(観察期間中央値5年)において、5年全生存率94.9%、無再発生存率77.2%、累積局所再発率3.3%であった。
【結語】局所進行直腸癌に対するUpfront手術を基軸としたロボット支援手術は、短期・長期成績および肛門温存において良好な成績を示し、集学的治療の選択肢が拡大する現状においても根治性を担保しつつ肛門温存を図る有力な治療戦略となり得る。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）
シンポジウム４　直腸がんにおける肛門温存のための集学的治療戦略―機能温存と根治性の両立に向けて
司会：辻 晃仁（香川大学医学部臨床腫瘍学）、加藤 健志（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター）

[SY4-3] 術前化学放射線後に括約筋温存手術を施行した直腸癌の術後合併症および機能転帰の検討

*江本 成伸[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[1]、品川 貴秀[1]、舘川 裕一[1]、岡田 聡[1]、白鳥 広志[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科)

【目的】術前化学放射線療法（CRT）後の直腸癌手術では、腫瘍制御のみならず、肛門温存後の機能障害やストマ転帰を含めた評価が重要である。CRT後に括約筋温存手術を施行した症例において、低位前方切除（LAR）と括約筋間切除（ISR）の術後合併症およびストマ転帰を比較検討した。
【方法】2003年9月-2026年1月に術前CRT後に根治手術を施行した直腸癌症例のうち、LARまたはISRを施行した305例を対象に後方視的に検討した。患者背景、手術因子、grade 2以上の早期・晩期合併症、一時的ストマ閉鎖率、ストマ閉鎖までの期間、未閉鎖理由を比較した。
【結果】年齢中央値は63歳(32-85歳)、LAR/ISRは249/56例で、CRTレジメンはFU-based/irinotecan/oxaliplatinが223/80/2例、側方郭清はなし/片側/両側が258/36/11例であった。肛門縁からの腫瘍距離中央値はLAR vs ISRで6.0 cm vs 3.0 cm（P<0.001）で、cT stage, cN stageには両群に差を認めなかった。一時的ストマ造設率は55% vs 100% (P<0.001)であり、累積ストマ閉鎖率は1年で80.3% vs 53.1%、2年で85.6% vs 62.5%と、ISRで有意に不良であった（log-rank P<0.001）。閉鎖例における閉鎖までの日数中央値は198日 vs 237日であった。Clavien–Dindo grade 2以上の早期合併症は31% vs 36%(P=0.53)、晩期合併症は16% vs 21% (P=0.33)で、ISRでは吻合部関連合併症が多い傾向を認めた。未閉鎖理由は、LARでは再発33% (5/15)、合併症関連40%(6/15)、患者希望26.7%(4/15)であったのに対し、ISRでは再発26.3% (5/19)、合併症関連52.6%(10/19)、患者希望15.8%(3/19)、その他5.3%(1/19)で、ISRでは合併症関連が半数以上を占めた。
【結論】CRT後のISRはより低位腫瘍に対する肛門温存術式として選択されていたが、LARと比較してストマ閉鎖達成率は不良であった。肛門温存手術の評価においては、根治性のみならず、術後合併症やストマ閉鎖達成を含めた実質的機能転帰を考慮する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）
シンポジウム４　直腸がんにおける肛門温存のための集学的治療戦略―機能温存と根治性の両立に向けて
司会：辻 晃仁（香川大学医学部臨床腫瘍学）、加藤 健志（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター）

[SY4-4] T2N0M0 Stage I直腸癌に対するTotal neaodjuvant therapyの短期成績 - AMBITION試験-

*浜部 敦史[1]、植村 守[1]、賀川 義規[2]、畑 泰司[3]、鈴木 陽三[4]、吉岡 慎一[5]、高橋 秀和[6]、小森 孝通[7]、真貝 竜史[8]、松田 宙[9]、河合 賢二[10]、末田 聖倫[2]、北風 雅敏[2]、平木 将之[3]、岩本 和哉[4]、服部 聡[11]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部消化器外科、2. 大阪国際がんセンター　消化器外科、3. 大阪急性期・総合医療センター　消化器外科 、4. 市立豊中病院　外科、5. 八尾市立病院　外科・消化器外科、6. 大阪警察病院　外科、7. 兵庫県立西宮病院　外科、8. 川西市立総合医療センター　消化器外科、9. JCHO大阪病院　消化器外科、10. 国立病院機構 大阪医療センター 下部消化管外科、11. 大阪大学医学系研究科　情報統合医学講座 医学統計学)

【背景】
近年、局所進行直腸癌に対するtotal neoadjuvant therapy (TNT)の有効性が証明され欧米を中心に導入が進み、本邦でも大規模な臨床試験が実施されている。一方で、これらより早期のT2N0 Stage I直腸癌に対する標準治療は手術であり、排便機能低下やストマ管理に伴う術後QOLの低下が問題視されている。我々は特定臨床研究にて、多施設共同前向き臨床試験として、T2N0 Stage I進行直腸癌を対象としたTNTの有効性・安全性を検討した。本発表では主要評価項目を含む短期成績を報告する。
【方法】
適格基準は20歳以上、MRIで診断されたT2N0 Stage I直腸癌 (腫瘍の下縁が肛門縁から12ｃｍ以内)の症例。プロトコール治療は術前短期放射線照射 (5x5Gy)および術前化学療法 (CAPOX 6 cycle)と、再評価に基づく非手術管理 (NOM)または手術で構成される。T3-4症例を対象とした既報でのpCR率22.4%を基準に、本対象では主要評価項目のcCR+pCR率40%を期待値とし、片側優位水準5%、検出力80%とし算出し、脱落例を考慮し予定登録数は45例とした。
【結果】
2023年5月～2025年7月に合計46例が登録され、同意撤回2例を除く44例を対象とした。男性28/女性16例、年齢中央値(範囲)は64 (31-77)歳であった。プロトコール完遂率は39/44 (88.6%)であった。44例のうちcCR率は22例 (50.0%)で、術前治療中の病勢増悪は認められなかった。術前治療中におけるGrade 2以上の有害事象発生割合は18/44例(40.9%)で、虚血性心疾患(Grade 5) 1例、間質性肺炎(Grade 3)1例を認めた。術前治療後、23例がNOM、1例が手術拒否、19例に手術が行われた。手術内容に関して、アプローチはロボット18例 (術式はLAR 5例、sLAR 8例、APR 5例)および局所切除１例であった。術中合併症は認めず、術後合併症(Grade 2以上)は6例(31.6%)に発生した。縫合不全は認めなかった。手術実施症例におけるpCRは認めず、主要評価項目のcCR+pCR率は22/44 (50.0%)であった。
【結語】
T2N0 Stage I直腸癌に対する短期治療成績は良好であり、NOMの実施可能性を示唆する結果であった。今後の長期フォローを含めて成績を検証していく必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）
シンポジウム４　直腸がんにおける肛門温存のための集学的治療戦略―機能温存と根治性の両立に向けて
司会：辻 晃仁（香川大学医学部臨床腫瘍学）、加藤 健志（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター）

[SY4-5] 進行直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapy：病態別レジメン設計とその治療成績

*川村 幹雄[1,2,3]、髙木 里英子[1]、山本 晃[1]、今岡 裕基[1]、志村 匡信[1]、北嶋 貴仁[2]、奥川 喜永[2]、大北 喜基[1]、吉山 繁幸[1]、小林 美奈子[3]、大井 正貴[1]、問山 裕二[1] (1. 三重大学医学部消化管小児外科、2. 三重大学医学部附属病院ゲノム診療科、3. 三重大学医学部臨床外科感染制御学講座)

【背景】近年，下部進行直腸癌に対する術前治療として，total neoadjuvant therapy（TNT）による予後改善や臓器温存（non-operative management：NOM）が注目されている．しかし，複数の第III相試験においても放射線・薬物療法の選択やシークエンスは多様であり，最適なレジメンの確立には至っていない．当科では，病期・病態に応じてアウトカムを指向したレジメンを定型化しており，その治療成績を検討した．【方法】cT2–3N0症例にはcomplete response(CR)率の向上を目指して化学放射線療法（CRT）後にCAPOXを施行するconsolidation chemotherapy（A群）を適用した．cT4またはN+症例には予後改善を目指してmFOLFOX6後にCRTを行うinduction chemotherapy（B群）を適用した．A,B群では原則として放射線治療は54Gyのlong CRT(capecitabine併用)としたが，oncologic emergencyや高度進行例にはshort RT（25Gy）（C群）を選択した．各群におけるCR率および生存率を検討した．【結果】対象はA群51例，B群57例，C群11例の計119例であった．C群では大量出血3例，感染・疼痛各2例がshort RT選択の理由であった．手術例のpathological CRとclinical CRを合わせたcombined CR率は，A群20例，B群21例，C群4例の計45例（37.8%）であり，群間差は認めなかった．臓器温存を選択した42例中，局所再増大はA群2例，B群1例の計3例（7.1%）と低率であった．3年全生存率（OS）はA群100%，B群91.7%，C群78%（p=0.0022），3年無病生存率（DFS）はA群93.5%，B群92%，C群68.6%（p=0.07）であった．【結語】標準的適応であるA・B群では良好なCR率および生存率が得られ，臓器温存例における局所再増大も低率であり，長期的な臓器温存が可能と考えられた．一方，高度進行例や緊急症例では治療成績が不良であり，治療強化などの戦略改善が必要と考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）
シンポジウム４　直腸がんにおける肛門温存のための集学的治療戦略―機能温存と根治性の両立に向けて
司会：辻 晃仁（香川大学医学部臨床腫瘍学）、加藤 健志（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター）

[SY4-6] ＥＮＳＥＭＢＬＥ-1/2試験における直腸癌に対するTNT後のNOMの治療成績

*渡邉 純[1]、賀川 義規[2]、安藤 幸滋[3]、植村 守[4]、伊澤 直樹[5]、松橋 延壽[6]、武藤 理[7]、本坊 拓也[8]、金城 達也[9]、諏訪 雄亮[1]、西沢 佑次郎[10]、奥谷 浩一[11]、大庭 幸治[12]、沖 英次[13] (1. 関西医科大学下部消化管外科学講座、2. 大阪国際がんセンター消化器外科、3. 九州大学大学院消化器・総合外科、4. 大阪大学消化器外科、5. 聖マリアンナ医科大学臨床腫瘍学、6. 岐阜大学消化器外科、7. 秋田赤十字病院腫瘍内科、8. 済生会福岡総合病院外科、9. 琉球大学消化器・腫瘍外科、10. 大阪急性期・総合医療センター消化器外科、11. 札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野、12. 東京大学大学院情報学環、13. 九州大学病院先端医工学診療部)

【背景】 局所進行直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapy（TNT）は、高い病理学的完全奏効（pCR）率や長期予後の改善が報告されている一方、手術難易度の上昇、環状切除面（CRM）陽性率や手術関連合併症の増加が懸念される。また、高いpCR率を背景に非手術的管理（NOM）の可能性も検討されている。
【目的】これまで我々は短期放射線療法＋全身化学療法のＴＮＴを検討する多施設共同臨床第２相試験：ＥＮＳＥＭＢＬＥ－１試験、および化学放射線療法＋全身化学療法のＴＮＴを検討する多施設単群第２相試験：ＥＮＳＥＭＢＬＥ－２試験を実施してきた。今回、両試験の統合解析結果を報告する。
【方法】両試験の主な適格基準は２０歳以上、肛門縁から１２ｃｍ以内、診断時ｃＴ３－４Ｎ０Ｍ０またはＴａｎｙ＋Ｍ０で根治切除が可能な局所進行直腸癌を対象とした。
【成績】ＥＮＳＥＭＢＬＥ－１試験では３０例、ＥＮＳＥＭＢＬＥ－２試験では２８例が登録された。ＥＮＳＥＭＢＬＥ－１試験では、ＴＭＥは２０例、ＮＯＭは７例（全例ｃＣＲ）に実施され、３例は試験中止となった。一方で、ＥＮＳＥＭＢＬＥ－２試験では、ＴＭＥは２１例、ＮＯＭは６例（ｃＣＲ：５例、ｎＣＲで患者希望：１例）に実施された。１例は試験中止となった。統合解析では、ｐＣＲ率は２６．９％（９５％ＣＩ：１５．６－４２．４％）であり、ｐＣＲ＋ｃＣＲ率は３９．７％（９５％ＣＩ：２８．０－５２．８％）であった。
TME施行症例41例の術後合併症発生率はany gradeで10例（24.4%）、grade≥3で2例（4.9%; 腸閉塞1例、骨盤膿瘍1例）であった。NOMは13例に施行され、6例（46.2%）に再増大を認めたが、5例でsalvage手術が可能であった。
【結論】局所進行直腸癌に対するＴＮＴは海外の既報通りの有効性を示し安全に行える治療法であるが、NOM後の再増大率が高く再評価の精度向上が課題である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第6会場（1F 会議室103）
シンポジウム４　直腸がんにおける肛門温存のための集学的治療戦略―機能温存と根治性の両立に向けて
司会：辻 晃仁（香川大学医学部臨床腫瘍学）、加藤 健志（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター）

[SY4-7] 切除可能局所進行直腸癌に対する免疫チェックポイント阻害薬の治療開発の現状と今後

*坂東 英明[1] (1. 国立がん研究センター東病院)

免疫チェックポイント阻害薬（ICI）はミスマッチ修復異常を認める（dMMR）切除不能大腸癌に対して既に標準治療として確立している。dMMR切除可能直腸癌においてもICIは高い治療効果が報告されており（Cercek A. et al., N Engl J Med 2025）、米国・欧州のガイドラインではICIによる治療と奏功例に対する非切除管理（NOM）は標準治療に位置づけられている。我々は2022年よりこの対象に対して「ミスマッチ修復異常を認める切除可能直腸癌を対象に免疫チェックポイント阻害薬の有効性・安全性を検討する多施設共同臨床第 II 相試験（VOLTAGE-2試験）」を実施し2025年10月に症例登録を完遂している。
一方、ミスマッチ修復異常を認めない（pMMR）切除可能直腸癌に対しても我々はICIの有効性を検討する医師主導治験（VOLTAGE-1試験）を既に行っており、化学放射線療法とICIを併用治療の有効性を報告している（Bando H., et al., Clin Cancer Res 2022）。pMMR直腸癌に対してICIが一定の効果が認められることが再現性を持って報告されており、大規模臨床試験の結果も報告されている（Xiao W. W., et al., Cancer Cell 2024, Tang Y., et al., Med 2025）。一方、治療効果と有害事象のバランスを考えると、この対象に対しては有効性が期待できる対象の抽出が必須であり臨床的に妥当なバイオマーカーの開発とその対象に対する検証試験が必要と考える。
本発表では、VOLTAGE-1, VOLTAGE-2の結果を報告するとともに、pMMR, dMMR直腸癌それぞれのICIの治療開発の現状と展望を解説する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第5会場（1F 会議室102）

シンポジウム５　Recent advances in surgery for colorectal diseases

Moderator: Kay Uehara (Department of Coloproctological Surgery, Juntendo University, Japan), Mina Shen (China Medical University Hsinchu Hospital, Taiwan)

[SY5-1] Global benchmarks for minimally invasive right hemicolectomy for cancer

*Daichi Kitaguchi[1], Fariba Abbassi[2,3], Matthias Turina[2] (1. Department of Surgery, Institute of Medicine, University of Tsukuba, Japan, 2. Department of Visceral and Transplant Surgery, University of Zurich, 3. Institute of Epidemiology, Biostatistics and Prevention, University of Zurich)

[SY5-2] Evaluating the Efficacy of Powered Circular Staplers in Colorectal Cancer Surgery: A Meta-Analysis of 3,301 Patients

*Masatsune Shibutani[1], Hiroshi Ohtani[2], Shusei Endo[1], Tomoya Tsukida[1], Hideki Tanda[1], Yuki Seki[1], Hiroaki Kasashima[1], Jyunya Nishimura[3], Tatsunari Fukuoka[3], Takafumi Nishii[3], Kiyoshi Maeda[1] (1. Department of Gastroenterological Surgery, Osaka Metropolitan University Graduate School of Medicine, Japan, 2. Department of Surgery, Ohno Memorial Hospital, 3. Department of Surgery, Osaka City General Hospital)

[SY5-3] A novel technique; Single-Incision Plus One Robot-assisted Surgery（SIPORS）for colorectal cancer by Hugo RAS System

*Takehito Yamamoto[1], Yoshiro Itatani[1], Ryosuke Okamura[1], Haruku Fujita[1], Shingo Ochi[1], Ryuhei Aoyama[1], Yu Yoshida[1], Masahiro Maeda[1], Keiko Kasahara[1], Nobuaki Hoshino[1], Kazutaka Obama[1] (1. Department of Surgery, Kyoto University, Japan)

[SY5-4] Expanding the Boundaries of Minimally Invasive Surgery: Robotic Approach for cT4b Colorectal Cancer

*Takahisa Hirokawa[1], Naoki Hirano[1], Takumi Yamada[1], Yuta Shimada[1], Tetsuro Miyaike[1], Ryutaro Kato[1], Yoshiaki Fujii[1], Shuhei Ueno[1], Yoshinaga Aoyama[1], Hiroyuki Imafuji[1], Hirotaka Miyai[1], Moritsugu Tanaka[1], Masahiro Kimura[1] (1. Kariya Toyota General Hospital, Japan)

[SY5-5] Surgical Workflow Analysis Using AI-Based Object Recognition in Laparoscopic Colorectal Surgery

*Yoshiko Bamba[1], Shimpei Ogawa[1], Yuka Kaneko[1], ryo Futatsuki[1], Yurin Kondo[1], Kurodo Kashino[1], Natsuki Matsuo[1], Kimitaka Tani[1], Fumi Maeda[1], Shinsuke Maeda[1], Shunichi Ito[1], Shigeki Yamaguchi[1] (1. Department of Surgery, Institute of Gastroenterology Tokyo Women’s Medical University, Japan)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第5会場（1F 会議室102）
シンポジウム５　Recent advances in surgery for colorectal diseases
Moderator: Kay Uehara (Department of Coloproctological Surgery, Juntendo University, Japan), Mina Shen (China Medical University Hsinchu Hospital, Taiwan)

[SY5-1] Global benchmarks for minimally invasive right hemicolectomy for cancer

*Daichi Kitaguchi[1], Fariba Abbassi[2,3], Matthias Turina[2] (1. Department of Surgery, Institute of Medicine, University of Tsukuba, Japan, 2. Department of Visceral and Transplant Surgery, University of Zurich, 3. Institute of Epidemiology, Biostatistics and Prevention, University of Zurich)

Introduction: Benchmarking is a quality improvement process that identifies best practices and enables comparison of performance and outcomes with the highest achievable standards while accounting for influencing factors. Initially developed for quality assessment in business and manufacturing, benchmarking has increasingly been applied in surgical outcome research. Benchmark cut-offs represent the best achievable outcomes for a specific procedure and serve as reference standards for surgical performance. By comparing outcomes with benchmark values, centres and surgeons can identify quality gaps and areas for improvement, potentially improving surgical quality and patient outcomes. The aim of this study was to establish benchmark cut-offs for commonly used outcome parameters in elective minimally invasive right hemicolectomy (RHC) for adenocarcinoma of the ascending colon.

Methods: To establish internationally valid benchmark cut-offs for RHC in right-sided colon cancer, the validated ten-step benchmarking approach was applied. Patients aged ≥18 years with confirmed adenocarcinoma of the right hemicolon and a follow-up of at least 6 months were included. Benchmark cut-offs were calculated according to validated definitions and Delphi consensus. Benchmarks were defined as the 75th percentile of all centres' median values for negative outcomes and the 25th percentile for positive outcomes.

Results: Twenty-one centres from six continents submitted data on eligible patients. Data from 686 ideal patients were used to establish benchmark cut-offs. Key benchmark values included an R0 resection rate of 100.0%, ≥96.9% of patients with ≥12 lymph nodes harvested, ≥23 lymph nodes harvested, and an anastomotic leak rate ≤3.0%. At discharge, benchmark values included a major complication rate ≤5.6%, a median Comprehensive Complication Index of 0, and a mortality rate of 0.0%.

Conclusion: This study establishes benchmark values for outcome parameters of minimally invasive RHC that can serve as reference standards for evaluating surgical performance.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第5会場（1F 会議室102）

シンポジウム５　Recent advances in surgery for colorectal diseases

Moderator: Kay Uehara (Department of Coloproctological Surgery, Juntendo University, Japan), Mina Shen (China Medical University Hsinchu Hospital, Taiwan)

[SY5-2] Evaluating the Efficacy of Powered Circular Staplers in Colorectal Cancer Surgery: A Meta-Analysis of 3,301 Patients

*Masatsune Shibutani[1], Hiroshi Ohtani[2], Shusei Endo[1], Tomoya Tsukida[1], Hideki Tanda[1], Yuki Seki[1], Hiroaki Kasashima[1], Jyunya Nishimura[3], Tatsunari Fukuoka[3], Takafumi Nishii[3], Kiyoshi Maeda[1] (1. Department of Gastroenterological Surgery, Osaka Metropolitan University Graduate School of Medicine, Japan, 2. Department of Surgery, Ohno Memorial Hospital, 3. Department of Surgery, Osaka City General Hospital)

[Objective] Anastomosis using the double-stapling technique (DST) is a cornerstone of left-sided colorectal cancer surgery. However, the incidence of anastomotic leakage (AL) has remained stagnant at approximately 10% for decades, representing a persistent "stalemate" in surgical outcomes. We previously reported the first evidence from Asia demonstrating that the Echelon Circular™ Powered Stapler (ECPS) significantly reduces AL compared to manual circular staplers (MCS). This study aims to establish robust, universal evidence for the clinical utility of ECPS by conducting an updated meta-analysis incorporating the latest global data.

[Materials and Methods] We conducted a comprehensive literature search across PubMed and Cochrane Library for clinical studies published between 2018 and August 2024 comparing ECPS and MCS in left-sided colorectal surgery. The primary endpoint was the overall AL rate. Secondary endpoints included major AL (reoperation or Grade B/C) and anastomotic bleeding. A subgroup analysis of Japanese cohorts was also performed to evaluate regional consistency.

[Results] Nine studies involving 3,301 patients (ECPS: 1,465; MCS: 1,836) were included. The ECPS group had a significantly lower overall AL rate than the MCS group (RR: 0.55; 95% CI: 0.42–0.72; $p < 0.001$). Notably, ECPS reduced the incidence of Major AL by nearly half (RR: 0.52; 95% CI: 0.35–0.78; $p = 0.002$). Subgroup analysis of Japanese patients confirmed consistent benefits. No significant difference was observed in anastomotic bleeding.

[Conclusion] This meta-analysis of 3,301 patients confirms the universal superiority of powered stapling. The transition to "powered" technology, combined with the 3D stapling technology that provides superior tissue grasping and preserves perfusion, has successfully broken the long-standing stalemate in AL rates. By dramatically reducing Major AL, ECPS is poised to become the new standard in colorectal surgery.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第5会場（1F 会議室102）
シンポジウム５　Recent advances in surgery for colorectal diseases
Moderator: Kay Uehara (Department of Coloproctological Surgery, Juntendo University, Japan), Mina Shen (China Medical University Hsinchu Hospital, Taiwan)

[SY5-3] A novel technique; Single-Incision Plus One Robot-assisted Surgery （SIPORS）for colorectal cancer by Hugo RAS System

*Takehito Yamamoto[1], Yoshiro Itatani[1], Ryosuke Okamura[1], Haruku Fujita[1], Shingo Ochi[1], Ryuhei Aoyama[1], Yu Yoshida[1], Masahiro Maeda[1], Keiko Kasahara[1], Nobuaki Hoshino[1], Kazutaka Obama[1] (1. Department of Surgery, Kyoto University, Japan)

Background
Given the high cost of robot-assisted surgery, surgeons must maximize benefits beyond those of conventional minimally invasive approaches. In April 2025, we have developed a novel technique, single-incision plus one robot-assisted surgery (SIPORS) by Hugo™ RAS system (hereafter, Hugo)(Ann Coloproctol, 2025, Dis Colon Rectum, 2026).
Patients and Methods
Among patients who underwent colorectal cancer surgery using Hugo at our institution between April 2024 and April 2026, we retrospectively analyzed short-term outcomes of those treated with SIPORS and describe the surgical technique.
Surgical Technique
For right-sided colon cancer, a 4-cm Pfannenstiel incision is created, through which a wound protector and surgical glove are applied. An 11-mm camera trocar and two 8-mm robotic trocars are inserted via this incision, accommodating a 30-degree oblique camera and two graspers. One additional 8-mm robotic trocar is placed in the left upper abdomen. Monopolar shears are introduced via this additional port, ensuring sufficient freedom of the right-hand robotic arm. For left-sided colon cancer, a line-symmetric port configuration is used, whereas for sigmoid colon and rectal cancer, a point-symmetric configuration is adopted. In APR, the small incision is placed at the stoma site to further reduce invasiveness.
Results
Of 122 patients who underwent surgery using Hugo, 24 underwent SIPORS. Procedures included ICR (n=2), RHC (n=7), transverse colectomy (n=1), LHC (n=1), sigmoidectomy (n=1), HAR (n=3), (ultra-)LAR (n=7), and APR (n=2). Median operative time was 242 [187–316] min for colon surgery and 310 [172–462] min for rectal surgery. The number of harvested lymph nodes was 25 [12–48] and 20 [11–25], respectively. One Grade II complication (urinary tract infection) occurred in rectal surgery, and one Grade III complication (ileus) in colon surgery. Median postoperative hospital stay was 11 [7–14] days and 13 [10–19] days, respectively (all values are median [range]).
Conclusions
SIPORS can be a safe and feasible surgical approach.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第5会場（1F 会議室102）
シンポジウム５　Recent advances in surgery for colorectal diseases
Moderator: Kay Uehara (Department of Coloproctological Surgery, Juntendo University, Japan), Mina Shen (China Medical University Hsinchu Hospital, Taiwan)

[SY5-4] Expanding the Boundaries of Minimally Invasive Surgery: Robotic Approach for cT4b Colorectal Cancer

*Takahisa Hirokawa[1], Naoki Hirano[1], Takumi Yamada[1], Yuta Shimada[1], Tetsuro Miyaike[1], Ryutaro Kato[1], Yoshiaki Fujii[1], Shuhei Ueno[1], Yoshinaga Aoyama[1], Hiroyuki Imafuji[1], Hirotaka Miyai[1], Moritsugu Tanaka[1], Masahiro Kimura[1] (1. Kariya Toyota General Hospital, Japan)

Background: Surgical management of cT4b colorectal cancer remains technically challenging, especially in multivisceral resection. Robotic systems may improve precision and reproducibility of anatomical dissection, although lack of tactile feedback remains a limitation.
Objective: To evaluate surgical outcomes in patients with cT4b colorectal cancer and to clarify the clinical utility and limitations of robotic-assisted surgery.
Methods: We retrospectively reviewed 79 consecutive patients with cT4b colorectal cancer who underwent surgery at our institution between 2017 and 2025. Patients were categorized into open (O, n=24), laparoscopic (L, n=23), and robotic (R, n=29) groups. Operative and short-term outcomes were compared among the three groups.
Results: Median operative time (minutes) was 411, 279, and 461 in the O, L, and R groups, respectively. Median blood loss (mL) was 855, 50, and 210, respectively, indicating reduced intraoperative bleeding in minimally invasive approaches. The incidence of grade ≥3 complications was comparable across groups. R1 resection rates were 16.7%, 8.7%, and 13.8% in the O, L, and R groups, respectively, suggesting acceptable oncological outcomes. Pelvic exenteration, representing highly complex procedures, was performed in 6 patients in the open group and 8 patients in the robotic group, but was not performed in the laparoscopic group.
Conclusions: Although surgery for cT4b colorectal cancer remains highly invasive, minimally invasive approaches contributed to reduced blood loss. Notably, robotic-assisted surgery enabled the management of highly complex cases, including pelvic exenteration, while maintaining oncological feasibility comparable to open surgery. Despite the limitation of lacking tactile feedback, appropriate patient selection based on anatomical landmarks allows safe and effective resection. These findings suggest that robotic surgery may play a key role in expanding the indications of minimally invasive surgery for advanced colorectal cancer.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第5会場（1F 会議室102）
シンポジウム５　Recent advances in surgery for colorectal diseases
Moderator: Kay Uehara (Department of Coloproctological Surgery, Juntendo University, Japan), Mina Shen (China Medical University Hsinchu Hospital, Taiwan)

[SY5-5] Surgical Workflow Analysis Using AI-Based Object Recognition in Laparoscopic Colorectal Surgery

*Yoshiko Bamba[1], Shimpei Ogawa[1], Yuka Kaneko[1], ryo Futatsuki[1], Yurin Kondo[1], Kurodo Kashino[1], Natsuki Matsuo[1], Kimitaka Tani[1], Fumi Maeda[1], Shinsuke Maeda[1], Shunichi Ito[1], Shigeki Yamaguchi[1] (1. Department of Surgery, Institute of Gastroenterology Tokyo Women's Medical University, Japan)

Background: Recent advances in artificial intelligence (AI)-based surgical video analysis have enabled automatic recognition of surgical instruments and anatomical structures, allowing visualization of surgical workflow in a time-series manner. This study investigated whether AI-driven workflow analysis based on object recognition could contribute to the standardization of minimally invasive colorectal cancer surgery. Methods: A total of 11,225 frames extracted from intraoperative videos of 57 laparoscopic colorectal resections were used as training data. An instance segmentation model based on Mask R-CNN was developed using 34,455 annotations across 26 categories, including 13 surgical instruments and 13 anatomical or physiological structures. Model validation was performed using 600 frames from seven independent surgeries. Surgical workflow analysis was then conducted in another seven cases using time-series object recognition results. Six operative phases were predefined: dissection initiation, vascular management initiation, clipping initiation, bowel transection, anastomosis, and extracorporeal manipulation. Workflow transitions were automatically identified according to temporal changes in object detection. Results: The object recognition model achieved a mean recall of 85.3% and a mean precision of 90.7%. Time-series analysis successfully identified all six operative phases in all seven analyzed cases, enabling objective visualization of surgical progression. Quantitative workflow analysis enabled objective comparison of surgical progression and facilitated identification of technically difficult phases. Conclusions: AI-based surgical workflow analysis enabled objective evaluation of operative progression in minimally invasive colorectal cancer surgery and may contribute to procedural standardization, surgical education, and skill assessment. Integration with robotic surgical logs and preoperative imaging may support development of real-time intraoperative navigation systems.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

シンポジウム６　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について2

司会：五井 孝憲（福井大学医学部附属病院）、松橋 延壽（岐阜大学医学部附属病院）

[SY6-1] 50歳未満の若年性大腸癌における臨床病理学的・遺伝学的特徴：GALAXY試験附随研究

*横田 満[1]、沖 英次[2]、上野 真行[3]、上野 彩子[1]、三谷 孟司[3]、諏訪 雄亮[4]、赤澤 直也[5]、小谷 大輔[6]、三島 沙織[6]、橋本 直佳[6]、坂東 英明[6,7]、竹政 伊知朗[8]、加藤 健志[9]、吉野 孝之[6] (1. 倉敷中央病院外科、2. 九州大学病院先端医工学診療部 消化管外科、3. 倉敷中央病院消化器内科、4. 関西医科大学下部消化管外科、5. 仙台オープン病院消化器外科・一般外科、6. 国立がん研究センター東病院消化管内科、7. 国立がん研究センター東病院トランスレーショナルリサーチ支援室、8. 大阪けいさつ病院消化器外科、9. 国立病院機構大阪医療センター外科)

[SY6-2] 50歳未満の若年性大腸癌における臨床病理学的特性と長期予後の検討：多施設共同データベースを用いた後方視的研究

*森内 俊行[1]、下村 学[1]、矢野 琢也[1]、佐田友 藍[1]、田口 和浩[1]、松原 啓壮[1,6]、清水 亘[2]、吉満 政義[3]、池田 聡[4]、中原 雅浩[5]、香山 茂平[6]、小林 弘典[7]、清水 洋祐[8]、奥田 浩[9]、住谷 大輔[10]、向井 正一朗[11]、高倉 有二[12]、石川 聖[1]、安達 智洋[2]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学医系科学研究科　消化器・移植外科、2. 広島市立北部医療センター安佐市民病院、3. 広島市立広島市民病院、4. 県立広島病院、5. JA尾道総合病院、6. JA広島総合病院、7. 広島記念病院、8. 呉医療センター・中国がんセンター、9. 東広島医療センター、10. 県立二葉の里病院、11. 中国労災病院、12. 中電病院)

[SY6-3] 若年性大腸癌の臨床病理学的特徴の検討

*前橋 学[1]、小澤 真由美[1]、山本 峻也[1]、船津屋 拓人[2]、石黒 哲史[1]、額田 卓[1]、工藤 孝迪[1]、大矢 浩貴[2]、武井 将伍[1]、太田 絵美[1]、田 鍾寛[2]、沼田 正勝[1]、諏訪 宏和[3]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター、2. 横浜市立大学医学部　消化管外科学、3. 横須賀共済病院　外科)

[SY6-4] AYA世代大腸癌100例における臨床病理学的特徴、分子学的背景と包括的支援の現状

*長谷川 健太[1]、北風 雅敏[1]、賀川 義規[1]、河口 恵[1]、東倉 賢治郎[1]、森 良太[2]、小林 雄太[1]、福田 泰也[1]、牛丸 裕貴[1]、小松 久晃[1]、波多 豪[1]、柳本 喜智[1]、金村 剛志[1]、末田 聖倫[1]、西村 潤一[1]、山本 和義[1]、後藤 邦仁[1]、小林 省吾[1]、宮田 博志[1]、大植 雅之[1] (1. 大阪国際がんセンター消化器外科、2. 大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学)

[SY6-5] 若年性大腸癌の臨床病理学的特徴と腫瘍内細菌についての検討

*松井 隆典[1]、山田 岳史[1]、上原 圭[1]、進士 誠一[1]、横山 康行[1]、高橋 吾郎[1]、岩井 拓磨[1]、香中 伸太郎[1]、菊池 悠太[1]、林 光希[1]、松田 明久[1] (1. 日本医科大学付属病院消化器外科)

[SY6-6] 若年性直腸癌の臨床病理学的特徴と治療成績の検討

*神馬 真里奈[1]、坂本 貴志[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、松井 信平[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研究会有明病院大腸外科)

[SY6-7] 若年者切除不能大腸癌に対する化学療法

*宮本 裕士[1,2]、有馬 浩太[1,2]、秋山 貴彦[1]、澤山 浩[1]、中村 尋[1]、河田 彩音[1]、岩槻 政晃[1] (1. 熊本大学病院消化器外科、2. 熊本大学病院消化器癌先端治療開発学)

[SY6-8] 若年大腸癌患者の臨床病理学的特徴と予後の検討：多施設共同後方視的研究

*髙村 祐磨[1]、富永 哲郎[3]、石井 光寿[1]、片山 宏己[1]、足立 利幸[1]、山口 峻[1]、丸田 浩志[1]、小野 李香[1]、井上 悠介[1]、白石 斗士雄[3]、大石 海道[4]、森山 正章[5]、久永 真[6]、小山 正三朗[7]、内田 史武[8]、丸山 圭三郎[9]、福田 明子[5]、江口 晋[2]、松本 桂太郎[2]、野中 隆[1] (1. 長崎大学外科学講座大腸肛門外科　、2. 長崎大学外科学講座、3. 諫早総合病院、4. 長崎医療センター、5. 長崎原爆病院、6. 佐世保市総合医療センター、7. 長崎済生会病院、8. 嬉野医療センター、9. 佐世保中央病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

[SY6-9] 当院における若年発症大腸癌手術症例の臨床病理学的特徴の検討

*柳澤 公紀[1]、安井 昌義[1]、春名 健伍[1]、在田 麻美[1]、西沢 佑次郎[1]、武田 裕[1] (1. 関西労災病院外科)

[SY6-10] 40歳未満大腸癌の臨床病理学的特徴

*岩田 至紀[1]、田中 千弘[1]、片岡 基紘[1]、宮川 詩央[1]、宮崎 翔[1]、大野 慎也[1]、永田 幸聖[1]、末次 智成[1]、多和田 翔[1]、田尻下 敏弘[1]、小森 充嗣[1]、長尾 成敏[1]、河合 雅彦[1] (1. 岐阜県総合医療センター外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム６　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について2
司会：五井 孝憲（福井大学医学部附属病院）、松橋 延壽（岐阜大学医学部附属病院）

[SY6-1] 50歳未満の若年性大腸癌における臨床病理学的・遺伝学的特徴：GALAXY試験附随研究

*横田 満[1]、沖 英次[2]、上野 真行[3]、上野 彩子[1]、三谷 孟司[3]、諏訪 雄亮[4]、赤澤 直也[5]、小谷 大輔[6]、三島 沙織[6]、橋本 直佳[6]、坂東 英明[6,7]、竹政 伊知朗[8]、加藤 健志[9]、吉野 孝之[6] (1. 倉敷中央病院外科、2. 九州大学病院先端医工学診療部 消化管外科、3. 倉敷中央病院消化器内科、4. 関西医科大学下部消化管外科、5. 仙台オープン病院消化器外科・一般外科、6. 国立がん研究センター東病院消化管内科、7. 国立がん研究センター東病院トランスレーショナルリサーチ支援室、8. 大阪けいさつ病院消化器外科、9. 国立病院機構大阪医療センター外科)

【背景】50歳未満で発症する若年性大腸癌は増加傾向にあり、その臨床病理学的・分子生物学的特徴の解明が求められている。本研究ではGALAXY試験の附随研究として、50歳未満の若年性大腸癌の特徴、術後ctDNAの予後予測能、遺伝学的背景を検討した。
【方法】2024年3月までにGALAXY試験へ登録された大腸癌6,061例のうち、同意撤回30例を除く6,031例を解析対象とした。診断時年齢に基づき、50歳未満を若年群、50歳以上を非若年群と定義した。両群間で臨床病理学的因子、臨床的バイオマーカー、周術期治療、術後4週時点のctDNAによる無病生存期間（DFS）の層別化、germline variant、somatic mutation、およびcolibactin関連変異シグネチャーであるSBS88を比較した。DFS解析ではVEGA/ALTAIR試験へ移行した症例を除外した。
【結果】若年群は582例（9.7%）、非若年群は5,449例であった。若年群ではPS 0が多く（97.3% vs 89.4%, p<0.001）、左側腫瘍が高頻度であった（73.2% vs 61.8%, p<0.001）。BRAF V600E変異は若年群で低頻度であり（3.3% vs 6.3%, p=0.012）、RAS変異およびMSI-Hに有意差はなかった。術後4週ctDNA陽性は若年群でもDFS不良と強く関連した（HR 14.18, 95% CI 9.30–21.63, p<0.001）。遺伝学的解析では、MLH1のpathogenic/likely pathogenic germline variantは若年群で0.9%、非若年群で0.1%と若年群で高頻度であった（p<0.001）。MSH2も若年群で高頻度であった（0.5% vs 0.0%, p=0.002）。WESで検出されたsomatic mutation数の中央値は若年群で少なく、111.5個 vs 136.0個であった（p<0.001）。一方、SBS88は若年群で有意に高頻度に検出された（8.2% vs 3.9%, p<0.001）。若年群内では、SBS88陽性例は女性に多く（61.7% vs 44.8%, p=0.038）、左側腫瘍に多かった（85.1% vs 72.6%, p=0.001）。右側腫瘍はSBS88陽性例は稀であった（2.1% vs 22.7%）。
【結論】50歳未満の若年性大腸癌は、左側発生、BRAF V600E変異低頻度、MMR関連germline variantおよびSBS88集積を特徴とした。術後ctDNAは若年群でも強力な予後予測因子であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム６　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について2
司会：五井 孝憲（福井大学医学部附属病院）、松橋 延壽（岐阜大学医学部附属病院）

[SY6-2] 50歳未満の若年性大腸癌における臨床病理学的特性と長期予後の検討：多施設共同データベースを用いた後方視的研究

*森内 俊行[1]、下村 学[1]、矢野 琢也[1]、佐田友 藍[1]、田口 和浩[1]、松原 啓壮[1,6]、清水 亘[2]、吉満 政義[3]、池田 聡[4]、中原 雅浩[5]、香山 茂平[6]、小林 弘典[7]、清水 洋祐[8]、奥田 浩[9]、住谷 大輔[10]、向井 正一朗[11]、高倉 有二[12]、石川 聖[1]、安達 智洋[2]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学医系科学研究科　消化器・移植外科、2. 広島市立北部医療センター　安佐市民病院、3. 広島市立広島市民病院、4. 県立広島病院、5. JA尾道総合病院、6. JA広島総合病院、7. 広島記念病院、8. 呉医療センター・中国がんセンター、9. 東広島医療センター、10. 県立二葉の里病院、11. 中国労災病院、12. 中電病院)

【背景】若年性大腸癌（Early-Onset Colorectal Cancer: EO-CRC、50歳未満）は近年増加傾向にあり、高齢発症大腸癌（Late-Onset Colorectal Cancer: LO-CRC、50歳以上）とは異なる臨床病理学的特性を有することが報告されている。海外ではmeta-analysisが蓄積されているが、本邦における多施設データを用いた外科的検討は依然として少なく、知見の集積が求められている。
【対象・方法】
2017年4月～2023年3月に多施設共同データベースに登録された大腸癌根治切除症例8,147例（短期コホート、うちEO-CRC 435例）を用いて術前患者背景・術式・病理・術後合併症を比較した。さらに、2017年4月～2020年3月の根治切除症例3,300例（長期コホート、うちEO-CRC 178例）において全生存期間（Overall Survival: OS）・癌特異的生存期間（Cancer-Specific Survival: CSS）・無再発生存期間（Recurrence-Free Survival: RFS）をKaplan-Meier法で解析し、log-rank検定で比較した。
【結果】
両コホートにおいてEO-CRC群は、LO-CRC群と比較して併存疾患が少なく栄養状態が良好であった。腫瘍部位は左側結腸優位であり、StageⅢ・粘液癌の割合が高い一方、術後合併症は少ない傾向にあり、両コホートで同様の結果であった。長期コホートにおいて、EO-CRC群はLO-CRC群と比較しOSの有意な延長を認め（p=0.001）、Stage別解析でも同様であった。一方、RFS（p=0.141）およびCSS（p=0.166）に有意差は認めなかった。EO-CRC群では他病死がほぼ皆無であり、術後補助化学療法の施行率はEO-CRC群で有意に高かった（50.6% vs 29.4%、p<0.0001）。しかし補助化学療法施行率の差はRFSの改善には結びついていなかった。
【考察・結論】
EO-CRCにおけるOSの延長は腫瘍学的な再発抑制効果によるものではなく、若年層では他疾患による死亡がほとんど生じないため生存期間が延長しやすいことが主因と考えられた。補助化学療法の高施行率がRFS改善に結びつかない背景には、腫瘍生物学的特性（左側優位・高頻度マイクロサテライト不安定性・RAS変異等の分子背景）が関与している可能性があり、本邦における分子生物学的データを含む多施設データの集積と、さらなる検討が今後の課題である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

シンポジウム６　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について2

司会：五井 孝憲（福井大学医学部附属病院）、松橋 延壽（岐阜大学医学部附属病院）

[SY6-3] 若年性大腸癌の臨床病理学的特徴の検討

*前橋 学[1]、小澤 真由美[1]、山本 峻也[1]、船津屋 拓人[2]、石黒 哲史[1]、額田 卓[1]、工藤 孝迪[1]、大矢 浩貴[2]、武井 将伍[1]、太田 絵美[1]、田 鍾寛[2]、沼田 正勝[1]、諏訪 宏和[3]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター、2. 横浜市立大学医学部　消化管外科学、3. 横須賀共済病院　外科)

【背景】近年若年性大腸癌の増加が報告されており，進行例が多いことや高齢者大腸癌とは異なる分子生物学的背景を有する可能性が指摘されている．しかし，本邦における大規模な検討は依然として少なく，当院における若年性大腸癌の臨床病理学的特徴および長期成績について検討した．【方法】2008年から2026年までに当院で初回手術を施行した大腸癌症例を対象とした．40歳未満を若年者群，40歳以上を非若年者群として，6415例の臨床病理学的および長期成績について後方視的に比較検討した．【結果】若年者102例と非若年者6314例で比較した．年齢中央値 35 vs 70歳，性別(男 : 女) 58 : 44 vs 3677 : 2637 (56.9 : 43.1% vs 58.2 : 41.8%)(p = 0.86)，発見契機(有症状 : 検診異常) 86 : 16 vs 4452 : 1862 (84.3 : 15.7% vs 70.5 : 29.5%)(p < 0.01)，腫瘍局在 (右側結腸 : 左側結腸 : 直腸) 18 : 41 : 43 vs 1818 : 2643 : 1853 (17.6 : 40.2 : 42.2% vs 28.8 : 41.9 : 29.3%)(p < 0.01)，pStage(I : II : III : IV) 22 : 18 : 37 : 21 vs 1579 : 1509 : 1553 : 573 (22.4 : 18.4 : 37.8 : 21.4% vs 30.3 : 28.9 : 29.8 : 11.0%)(p < 0.01)であった．RAS遺伝子(wild type: mutant type) 30 : 32 vs 1432 : 1095 (48.4 : 51.6% vs 56.7 : 43.3%)(p = 0.24)，BRAF遺伝子(wild type : mutant type) 39 : 1 vs 1406 : 86 (97.5 : 2.5% vs 94.2 : 5.8%)(p = 0.50)，MSI(MSS : MSI-H) 29 : 8 vs 1130 : 91 (78.4 : 21.6% vs 92.5 : 7.5%)(p < 0.01)であった． 2020年までの症例の5年無再発生存率は81.2% vs 81.6% (p = 0.93)，5年生存率は73.7% vs 77.9% (p = 0.61)であった．【結語】若年性大腸癌はMSI-H頻度が高く，非若年性大腸癌とは異なる臨床病理学的特徴を有しており，5年生存率は非若年者と同等であった．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム６　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について2
司会：五井 孝憲（福井大学医学部附属病院）、松橋 延壽（岐阜大学医学部附属病院）

[SY6-4] AYA世代大腸癌100例における臨床病理学的特徴、分子学的背景と包括的支援の現状

*長谷川 健太[1]、北風 雅敏[1]、賀川 義規[1]、河口 恵[1]、東倉 賢治郎[1]、森 良太[2]、小林 雄太[1]、福田 泰也[1]、牛丸 裕貴[1]、小松 久晃[1]、波多 豪[1]、柳本 喜智[1]、金村 剛志[1]、末田 聖倫[1]、西村 潤一[1]、山本 和義[1]、後藤 邦仁[1]、小林 省吾[1]、宮田 博志[1]、大植 雅之[1] (1. 大阪国際がんセンター消化器外科、2. 大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学)

【背景】若年発症大腸癌は増加傾向にあり、非若年者大腸癌とは異なる臨床病理学的特徴、分子生物学的背景、遺伝性腫瘍との関連が注目されている。とくにAYA世代では、腫瘍学的治療に加え、妊孕性、就学・就労、家族形成、心理社会的問題を含めた包括的支援が重要である。
【目的】当院におけるAYA世代大腸癌手術症例の臨床病理学的特徴、分子学的背景、治療成績およびAYA支援介入の実態を明らかにする。
【対象と方法】2010年4月から2026年3月までに当院で大腸癌原発巣切除を行った15歳以上40歳未満の100例を対象とし、臨床病理学的因子、MSI/Lynch関連、家族歴、RAS/BRAF status、妊孕性温存相談・AYA支援介入の有無、再発および全生存を後方視的に検討した。
【結果】年齢中央値は36歳（16–39歳）、男性46例、女性54例であった。腫瘍局在は結腸52例、直腸48例であった。病期はpStage I/II/IIIが25/22/41例、診断時Stage IVが12例で、Stage III/IVが53例を占めた。MSI-H/dMMRは8例（37例中、21.6%）、Lynch症候群疑いまたは確定例は6例、家族歴ありは31例であった。RAS変異は16例（33例中、48.5%）、BRAF V600E変異は2例（31例中、6.5%）に認めた。AYA支援介入は2021年より開始され、21例に実施され、そのうち妊孕性温存に関する介入は9例であった。観察期間中央値は53.6か月で、再発は17例に認めた。Stage I/II/IIIの再発率は0%、4.5%、29.3%であった。死亡は10例で、5年OSはStage I/II/III/IVで100%、100%、96.2%、50.0%であった。
【結語】AYA世代大腸癌ではStage III/IVが過半数を占め、MSI-H/dMMRやLynch症候群関連例も一定数認められた。一方、Stage IIIの5年OSは良好であり、若年者における集学的治療の意義が示唆された。AYA世代大腸癌では、遺伝性腫瘍評価、分子学的情報、妊孕性温存相談、心理社会的支援を統合した診療体制の構築が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム６　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について2
司会：五井 孝憲（福井大学医学部附属病院）、松橋 延壽（岐阜大学医学部附属病院）

[SY6-5] 若年性大腸癌の臨床病理学的特徴と腫瘍内細菌についての検討

*松井 隆典[1]、山田 岳史[1]、上原 圭[1]、進士 誠一[1]、横山 康行[1]、高橋 吾郎[1]、岩井 拓磨[1]、香中 伸太郎[1]、菊池 悠太[1]、林 光希[1]、松田 明久[1] (1. 日本医科大学付属病院消化器外科)

【背景】
若年性大腸癌(early-onset CRC: EOCRC)は近年増加傾向にあるが、その生物学的および臨床的特性は未だ十分に解明されていない.高齢発症大腸癌(late-onset CRC: LOCRC)では口腔内細菌や腸内細菌が発癌や腫瘍進展に関与することが報告されている一方,EOCRCにおける細菌叢の関与は明確ではない.本研究では,腫瘍組織由来DNAを対象にdroplet digital PCR(ddPCR)を用いて,Fusobacterium nucleatum (F.nucleatum),Parvimonas micra(P.micra),Flavonifractor plautii(F.plautii),Enterococcus faecalis(E.faecalis),E.coli,Enterotoxigenic Bacteroides fragilis(ETBF)を検出し,EOCRCとの関連を検討した.
【方法】
対象は2019年から2024年に当院で根治手術を施行したEOCRC 126例.腫瘍組織由来のDNAを用い,ddPCRにより各細菌DNAの有無を判定し,臨床病理学的因子および生存との関連を解析した.
【結果】
腫瘍部位は右側結腸/左側結腸/直腸が26/36/64例,病期はStage I/II/III/IVが28/30/49/19例であった.粘液成分陽性は22例(17.5%)に認め,OSが不良であった(HR：4.91, 95%CI：1.72–14.01, p=0.0029).細菌検出率はF.nucleatum 58例(46.0%),P.micra 24例(19.0%),F.plautii 26例(20.6%),E.faecalis 34例(27.0%),E.coli 6例(4.8%),ETBF 5例(4.0%)であり,F.nucleatum陽性は病期進行と有意に関連した(P=0.038).P.micra陽性は腫瘍深達度と関連し(P=0.047),病期進行との関連傾向を示した(P=0.062).
【考察】
自験例における大腸癌(EOCRC＋LOCRC)でのF.nucleatum陽性率は59.4%,P.micraは51.6%であり,本研究のEOCRCでは両細菌ともに低率であった. F.nucleatumおよびP.micraは口腔内細菌として知られ,口腔衛生の低下に伴い増加するため,EOCRCで検出率が低い可能性が考えられる.またEOCRCは左側大腸癌が多く,右側結腸癌に多く認められるF.nucleatumの検出率が低下した可能性も示唆される.さらに、F.nucleatumおよびP.micraはWnt/β-cateninシグナル活性化を介して腫瘍増殖に関与することが報告されており,本研究でも病期進行との関連が確認された.加えてP.micraは腫瘍促進性のTh17免疫応答を増強することが知られており,病期進行のみならず局所浸潤にも影響を及ぼす可能性が示唆された.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム６　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について2
司会：五井 孝憲（福井大学医学部附属病院）、松橋 延壽（岐阜大学医学部附属病院）

[SY6-6] 若年性直腸癌の臨床病理学的特徴と治療成績の検討

*神馬 真里奈[1]、坂本 貴志[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、松井 信平[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研究会有明病院大腸外科)

【緒言】近年、欧米を中心に若年性大腸癌が増加しており、日本でも同様の傾向が報告されている。しかし、若年性直腸癌（EORC: early-onset rectal cancer）に関する報告は少なく、その臨床病態や予後は明らかにされていない。本研究ではEORCの臨床的特徴を明らかにすることを目的とした。
【対象と方法】2018年から2022年までに当院で手術を施行した初発直腸癌1302例のうち、cStage IおよびIVを除く575例を対象とした。45歳未満をEORC群（n =61） と45歳以上をLORC群（ 非若年性直腸癌:later-onset rectal cancer） （n =514）に分類し、患者背景、病理学的特徴、治療内容、予後を比較した。
【結果】年齢中央値はEORC群40歳、LORC群63歳であった。男性割合（64% vs. 65%）、大腸癌家族歴（16% vs. 13%）に有意差はなかった。MSIを測定した症例のうちMSI-H/MMR-Dはそれぞれ5/51例 (9.8%) vs. 6/127 (4.7%) (p = 0.18)であった。術前治療（化学療法単独、CRT、Short RT、TNT）を行った割合は48% vs.44% (p = 0.68)であり、術前治療の内容に有意差はなかった。pStage、組織学的分化度、pCR率にも差はなかった。一方、術後補助化学療法の施行率はEORC群で有意に高かった（70% vs. 44%, p<0.01）。5年全生存率はEORC群で 91.1%、LORC群で90.2% (p =0.57)、5年無再発生存率はEORC群で 81.0%、LORC群で 85.5%(p =0.187) で、両群に有意差はなかった。
【考察】欧米の報告ではEORCは同一ステージでもDFS・OS不良と報告され、若年発症でより生物学的悪性度が高い可能性が示唆されている。本研究ではOS・DFSに差を認めなかったが、EORC群での術後補助化学療法施行率の高さがその一因と考えられた。また、EORC群では妊孕性温存を考慮し術前治療を省略または術前化学療法のみを選択した症例が存在した一方、LORC群では高齢や併存症を理由に術前治療を行わなかった症例が含まれており、これらが両群間で術前治療施行率に差を認めなかった理由と推測される。
【結語】EORCとLORCでOS・DFSに有意差を認めなかった。EORC群では術後補助化学療法施行率が高く、若年患者に対する集学的治療介入が予後に寄与している可能性が示唆された。当院における妊孕性温存を考慮した治療戦略を含め報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム６　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について2
司会：五井 孝憲（福井大学医学部附属病院）、松橋 延壽（岐阜大学医学部附属病院）

[SY6-7] 若年者切除不能大腸癌に対する化学療法

*宮本 裕士[1,2]、有馬 浩太[1,2]、秋山 貴彦[1]、澤山 浩[1]、中村 尋[1]、河田 彩音[1]、岩槻 政晃[1] (1. 熊本大学病院消化器外科、2. 熊本大学病院消化器癌先端治療開発学)

【背景】
若年発症大腸癌は世界的に増加傾向にあり、進行例での診断が多く予後不良との報告がある一方、分子生物学的背景や化学療法への反応性については一定の見解が得られていない。本研究では当院における切除不能大腸癌症例を対象に、若年群の臨床病理学的特徴、治療成績、および遺伝子異常プロファイルを非若年群と比較検討した。

【方法】
当院で1次全身化学療法を施行した進行再発大腸癌578例を対象とし、50歳未満を若年群と定義して非若年群と比較した。臨床病理学的所見、治療前栄養炎症マーカー（PNI, NLR, LMR, CAR）、全生存期間（OS）、無増悪生存期間（PFS）に加え、KRAS／BRAF変異、MSI statusを比較した。さらに包括的がんゲノムプロファイリング検査（CGP）を施行した39例については、その他の遺伝子異常についても検討した。

【結果】
若年群は同時性転移症例が有意に多く（79% vs. 66%, p=0.04）、直腸原発の比率が高い傾向を認めた（50% vs. 36%, p=0.05）。栄養炎症マーカーはいずれも2群間で有意差を認めなかった。OS中央値は両群間で有意差を認めなかったが（26.4ヶ月 vs. 30.8ヶ月）、PFS中央値は若年群で有意に短縮していた（7.1ヶ月 vs. 9.1ヶ月, p=0.01）。KRAS／BRAF変異およびMSI status陽性率に有意差は認めなかった。一方、CGP解析では若年群でFBXW7変異が有意に高頻度であり（20% vs. 0%, p=0.02）、FGF経路関連遺伝子異常も若年群で多い傾向が認められた（30% vs. 17%, p=N.S.）。

【結語】
若年発症切除不能大腸癌は同時性転移や直腸原発が多く、PFSの短縮を認める一方でOSに差を認めなかったことから、初回治療における治療抵抗性と後方治療への忍容性の高さが示唆された。若年群でFBXW7変異が高頻度であったことは、若年発症大腸癌に特異的な分子背景の存在が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム６　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について2
司会：五井 孝憲（福井大学医学部附属病院）、松橋 延壽（岐阜大学医学部附属病院）

[SY6-8] 若年大腸癌患者の臨床病理学的特徴と予後の検討：多施設共同後方視的研究

*髙村 祐磨[1]、富永 哲郎[3]、石井 光寿[1]、片山 宏己[1]、足立 利幸[1]、山口 峻[1]、丸田 浩志[1]、小野 李香[1]、井上 悠介[1]、白石 斗士雄[3]、大石 海道[4]、森山 正章[5]、久永 真[6]、小山 正三朗[7]、内田 史武[8]、丸山 圭三郎[9]、福田 明子[5]、江口 晋[2]、松本 桂太郎[2]、野中 隆[1] (1. 長崎大学外科学講座大腸肛門外科　、2. 長崎大学外科学講座、3. 諫早総合病院、4. 長崎医療センター、5. 長崎原爆病院、6. 佐世保市総合医療センター、7. 長崎済生会病院、8. 嬉野医療センター、9. 佐世保中央病院)

【背景】
40歳未満の若年性大腸癌は比較的稀であるが、近年その罹患率は世界的に増加傾向にある。若年者では進行した状態で発見されることが多く、予後不良であるとの報告もあるが、低侵襲手術や集学的治療が普及した現在における予後の詳細は十分に解明されていない。
対象と方法
2016年から2021年の間に、長崎大学病院を含む4施設で大腸癌手術を施行した3,015例を対象とした。患者を40歳未満（若年群：52例）、40-54歳（中年群：254例）、55歳以上（高齢群：2,709例）の3群に分類し、臨床病理学的特徴、周術期成績、および予後を後方視的に比較検討した。
【結果】
全症例に占める若年群の割合は、2016年の0.63%から2021年には2.10%へと年々増加していた。若年群は高齢群と比較して、女性の割合が高く、PS（Performance Status）が良好で、併存症が少なかった。病理学的特徴として、若年群では腫瘍径が大きく、臨床的リンパ節転移陽性および低分化腺癌の頻度が有意に高かった。 周術期成績では、若年群は術後合併症が有意に少なく（3.8% vs 19.6%, p<0.001）、入院期間も短縮していた。多変量解析において、若年（40歳未満）であることは術後合併症リスクを低減させる独立した予測因子であった（オッズ比 0.204, p=0.028）。 病理学的リンパ節転移陽性例における術後補助化学療法の実施率は、若年群で100%に達し、高齢群（51.8%）より有意に高かった（p<0.001）。3年無再発生存率（RFS）は若年群で87.5%であり、高齢群の72.0%と比較して有意に良好であった（p=0.04）。一方、3年全生存率（OS）に有意差は認められなかった。
【結語】
若年性大腸癌患者は、診断時に進行している割合が高いものの、良好な全身状態や低い術後合併症率を背景とした適切な術後補助化学療法の完遂が、無再発生存率の向上に寄与している可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム６　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について2
司会：五井 孝憲（福井大学医学部附属病院）、松橋 延壽（岐阜大学医学部附属病院）

[SY6-9] 当院における若年発症大腸癌手術症例の臨床病理学的特徴の検討

*柳澤 公紀[1]、安井 昌義[1]、春名 健伍[1]、在田 麻美[1]、西沢 佑次郎[1]、武田 裕[1] (1. 関西労災病院外科)

【目的】
近年、欧米において大腸癌罹患数は減少傾向を示し始めている一方で、若年発症大腸癌（early-onset colorectal cancer；EOCRC）の増加傾向が問題視されている。EOCRCは希少集団であり、その臨床病理学的特徴については未だ十分に確立した知見がない。そこで当院における大腸癌手術症例を基に、EOCRCの特徴について検討した。
【方法】
2011年4月から2025年12月までの期間に当院で施行した大腸癌手術3530例のうち、39歳以下で診断された症例を対象とし、臨床病理学的特徴について後方視的に検討した。
【結果】
EOCRCは31例（0.9%）であった。性別は男性15例（48.4%）、女性16例（52.6%）で、年齢中央値は35（26–39）歳であった。初診時に有症状であった症例は25例（80.6%）で、症状としては下血が17例と最多であった。大腸癌の家族歴は6例（19.4%）に認め、そのうち1例はリンチ症候群であった。病変局在は右側結腸11例（35.5%）、左側結腸6例（19.4%）、直腸14例（45.1%）であった。深達度はTis 2例（6.5%）、T1 4例（12.9%）、T2 5例（16.1%）、T3 10例（32.3%）、T4 10例（32.3%）であった。組織型はtub 29例（93.5%）、por 1例（3.2%）、sig 1例（3.2%）であった。進行度分類はStage 0 2例（6.5%）、I 7例（22.6%）、II 12例（38.7%）、III 3例（9.7%）、IV 7例（22.6%）であった。
術後補助化学療法は13例に施行され、そのうち12例で予定コースを完遂した。原発巣切除例は29例であり、このうち8例で再発を認めた。原病死は6例で、いずれも原発巣切除時にR2切除であった。
【考察】
本検討では、診断時に既に症状を有し、T2以上の進行癌で発見される症例が大半を占めていた。EOCRC症例では併存疾患が少なく全身状態が良好であるケースが多い一方、予後不良とする報告も存在するため、適切な術後補助化学療法を積極的に検討することが重要と考えられた。Stage IV症例の予後は不良であり、医療機関との接点が少ない若年者に対して、大腸癌の早期発見・早期治療の重要性を啓発していく必要性がある。加えて家族歴やリンチ症候群を有する患者も認めることから、若年発症例では遺伝学的評価を含めた包括的診療の重要性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
シンポジウム６　若年者大腸がんの臨床病理学的特徴について2
司会：五井 孝憲（福井大学医学部附属病院）、松橋 延壽（岐阜大学医学部附属病院）

[SY6-10] 40歳未満大腸癌の臨床病理学的特徴

*岩田 至紀[1]、田中 千弘[1]、片岡 基紘[1]、宮川 詩央[1]、宮崎 翔[1]、大野 慎也[1]、永田 幸聖[1]、末次 智成[1]、多和田 翔[1]、田尻下 敏弘[1]、小森 充嗣[1]、長尾 成敏[1]、河合 雅彦[1] (1. 岐阜県総合医療センター外科)

【目的】当院おける若年者大腸癌の特徴と治療成績を明らかにすること。【対象】2010年1月から2025年12月に当院で外科治療を行った大腸癌症例2635例。【結果】40歳未満の若年者大腸癌は29例(1.1%)であった。年齢は14歳から39歳で、男性が15例、女性が14例であった。3例は検診により無症状で発見されたが、他は有症状で発見された。腫瘍治療歴を2例に認め、妊娠中に2例、産後早期に２例が発見されている。右側が9例、左側が20例(うち直腸9例)であった。3例は粘液癌で7例は粘液癌の成分を含んでいた。26例中dMMRは3例(11.5%)で、うち2例はBRAF野生型でLynch症候群が疑われた。1例はpMMRでBRAF変異型であった。Stageは0-Iが6例、IIが5例、IIIが9例、IVが9例であった。StageII-IIIでは全例で術後補助化学療法を施行していた。Stage0-Iでは全例無再発生存しているが、StageIIの5例中1例、StageIIIの9例中3例が再発しており、再発症例では4例中3例で根治手術を行った。StageIVでは5例で遠隔転移巣(肝4例、腹膜播種1例)の切除を施行しており肝切除を行った2例で無再発生存している。【結語】40歳未満の若年者大腸癌は大腸癌全体の1%程度であった。より進行癌で発見される傾向があり、最大治療を行ったとしても治療成績は決して良いとは言えない。検診含めてより早期に発見できる体制を整える必要があると思われた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科

2026年11月21日(土) 10:25 ~ 11:40 | 第5会場（1F 会議室102）

シンポジウム７　Gut Microbiota and Colorectal Diseases: A Future Unlocked by the Microbiome

Moderator: Hiroto Miwa (Kawanishi City Medical Center, Japan), Tomohisa Takagi (Molecular Gastroenterology and Hepatology, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine, Japan)

[SY7-1] Right-sided Predominance of Primary Sclerosing Cholangitis–Associated Colitis: Insights from Gut Microbiota

*Haruka Okada[1], Shinya Sugimoto[1], Nobuhiro Nakamoto[1], Ryosuke Kasuga[1], Hiroki Kiyohara[1], Hiroki Kiyohara[1], Yohei Mikami[1], Takanori Kanai[1] (1. Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, Keio University School of Medicine, Japan)

[SY7-2] Gut Microbiota Profiles in Reactive and Metastatic Lymphadenopathy in Colorectal Cancer

*Toru Miyake[1,2], Masatsugu Kojima[1], Soichiro Tani[1], Keiji Muramoto[1], Nobuhito Nitta[1], Reiko Otake[1], Haruki Mori[1], Hiromitsu Maehira[1], Sachiko Kaida[1], Tomoharu Shimizu[2] (1. Department of Gastrointestinal and General Surgery, Shiga University of Medical Science, Japan, 2. Medical Safety Section, Shiga University of Medical Science Hospital, Japan)

[SY7-3] Microbiome Determinants of Sustained Remission after Antibiotic-Preconditioned FMT in Ulcerative Colitis: A Prospective Multicenter Study with One-Year Follow-up

*Sayaka Mizutani[1], Kei Nomura[1,2], Masayuki Orikasa[2], Masashi Omori[2], Rina Odakura[2], Masao Koma[2], Takafumi Maruyama[2], Kentaro Ito[2], Tomoyoshi Shibuya[2], Gaku Nakato[1], Hikaru Watanabe[3], Douaa Zakaria[3], Akihito Nagahara[1,2], Dai Ishikawa[1,2,3] (1. Innovative Microbiome Therapy Research Center, Juntendo University Graduate School of Medicine, Japan, 2. Department of Gastroenterology, Juntendo University Faculty of Medicine, 3. Metagen Therapeutics, Inc.)

[SY7-4] Gut Microbiota Analysis for Predicting Clinical Relapse in Patients with Quiescent Ulcerative Colitis: Multivariate Analysis Using MaAsLin2 and Development of a Predictive Score

*Hiroaki Kitae[1], Tomohisa Takagi[1], Mariko Kajiwara[1], Kazuhiko Uchiyama[1], Yuji Naito[1,2] (1. Molecular Gastroenterology and Hepatology, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine, Japan, 2. Department of Human Immunology and Nutrition Science, Kyoto Prefectural University of Medicine)

[SY7-5] Correlation between changes in intestinal microbiota and defecatory function before and after radical resection of right-sided colon cancer.

*Sohei Akuta[1,2], Masataka Hirasaki[3], Yume Minagawa[1], Akihito Nakanishi[1], Yusuke Nishi[1], Hisashi Hayashi[1], Takatsugu Fujii[1], Yasuhiro Ishiyama[1], Hirofumi Sugita[1], Chikashi Hiranuma[1], Yasumitsu Hirano[1] (1. Department of Gastrointestinal Surgery, Saitama Medical University International Medical Center, Japan, 2. Department of Gastrointestinal Surgery, Tsuchiura Kyodo General Hospital, Japan, 3. Department of Cancer Genomics Center, Saitama Medical University International Medical Center)

[SY7-6] Analysis of Inflammasome-Related Gene Variants in Colchicine-Responsive, MEFV Mutation-Negative Patients with Inflammatory Bowel Disease Unclassified

*Kohei Wagatsuma[1], Masashi Idogawa[1,2], Motohiro Esaki[3], Taku Kobayashi[4], Fumihito Hirai[5], Katsuhiro Arai[6], Reiko Kunisaki[7], Shinichiro Shinzaki[8], Tadakazu Hisamatsu[9], Hiroshi Nakase[1] (1. Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, Sapporo Medical University School of Medicine, Japan, 2. Division of Medical Genome Sciences, Department of Genomic and Preventive Medicine, Sapporo Medical University School of Medicine, 3. Division of Gastroenterology, Department of

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Internal Medicine, Faculty of Medicine, Saga University, 4. Center for Advanced IBD Research and Treatment, Kitasato University Kitasato Institute Hospital, 5. Department of Gastroenterology, Faculty of Medicine, Fukuoka University, 6. Center for Pediatric Inflammatory Bowel Disease, Division of Gastroenterology, National Center for Child Health and Development, 7. Inflammatory Bowel Disease Center, Yokohama City University Medical Center, 8. Department of Gastroenterology, Hyogo Medical University School of Medicine, 9. Department of Gastroenterology and Hepatology, Kyorin University School of Medicine)

[SY7-7] Efficacy of Colchicine in Mild-to-Moderate Ulcerative Colitis and Identification of Treatment Response–Associated Molecular Profiles

*Hiroki Kurumi[1,2], Kohei Wagatsuma[1], Yuta Shimomori[1], Kotaro Akita[1], Yoshihiro Yokoyama[1], Tomoe Kazama[1], Hiroshi Nasuno[3], Atsushi Yawata[4], Hajime Isomoto[2], Hiroshi Nakase[1] (1. Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, Sapporo Medical University School of Medicine, Japan, 2. Division of Gastroenterology and Nephrology, Faculty of Medicine, Tottori University, Japan, 3. Department of Gastroenterology, Kushiro City General Hospital, 4. Department of Gastroenterology and Hepatology, Hakodate Goryoukaku Hospital)

[SY7　Special Remarks] Special Remarks

*Akira Andoh (1. Kawanishi City Medical Center, Japan)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科

2026年11月21日(土) 10:25 ~ 11:40 | 第5会場（1F 会議室102）

シンポジウム７　Gut Microbiota and Colorectal Diseases: A Future Unlocked by the Microbiome

Moderator: Hiroto Miwa (Kawanishi City Medical Center, Japan), Tomohisa Takagi (Molecular Gastroenterology and Hepatology, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine, Japan)

[SY7-1] Right-sided Predominance of Primary Sclerosing Cholangitis–Associated Colitis: Insights from Gut Microbiota

*Haruka Okada[1], Shinya Sugimoto[1], Nobuhiro Nakamoto[1], Ryosuke Kasuga[1], Hiroki Kiyohara[1], Hiroki Kiyohara[1], Yohei Mikami[1], Takanori Kanai[1] (1. Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, Keio University School of Medicine, Japan)

[Objective] Primary sclerosing cholangitis (PSC) is frequently associated with inflammatory bowel disease, and gut microbiota involvement has been suggested. We previously reported that *Klebsiella pneumoniae* (Kp) is frequently detected in PSC feces and is associated with disease activity and prognosis. PSC-associated colitis (PSC-colitis) is characterized by right-sided predominance, rectal sparing (RS), and backwash ileitis (BI); however, their frequencies vary among studies. This study aimed to investigate the significance of right-sided colitis by systematic evaluation of endoscopic images and by using a mouse model.
[Methods] We retrospectively analyzed PSC patients at our institution between January 2012 and July 2025. All colonoscopic images were reviewed, and PSC-colitis cases with evaluable active phase were included. For comparison, Ulcerative colitis (UC) without PSC (n = 3,419) were used to generate a 1:1 matched control group. In mice, PSC-derived Kp strains were orally administered, and their gut localization and bacterial translocation were quantitatively assessed.
[Results] Among 212 PSC patients, 170 (80.2%) had concomitant colitis. The majority (98.2%) exhibited a UC-like phenotype. In PSC with UC-like colitis and evaluable active phase endoscopy (n = 126), disease distribution was predominantly extensive (97.6%), with minimal left-sided (2.4%) and no proctitis, whereas UC-only patients showed extensive (66.7%), left-sided (20.6%), and proctitis (12.7%) ($P < 0.001$). RS and BI were significantly more frequent in PSC-colitis (92.1% vs. 11.1% and 24.1% vs. 3.2%, respectively; both $P < 0.001$). In mice, PSC-derived Kp preferentially accumulated in the ileocecal region and translocated to mesenteric lymph nodes draining this region.
[Conclusion] PSC-colitis is characterized by right-sided predominance, frequent RS and BI, and a phenotype distinct from UC. Preferential localization of PSC-derived Kp to the ileocecal region suggests a role for regional microbiota in the right-sided colon, consistent with gut–liver axis involvement.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科

2026年11月21日(土) 10:25 ~ 11:40 | 第5会場（1F 会議室102）

シンポジウム７　Gut Microbiota and Colorectal Diseases: A Future Unlocked by the Microbiome

Moderator: Hiroto Miwa (Kawanishi City Medical Center, Japan), Tomohisa Takagi (Molecular Gastroenterology and Hepatology, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine, Japan)

[SY7-2] Gut Microbiota Profiles in Reactive and Metastatic Lymphadenopathy in Colorectal Cancer

*Toru Miyake[1,2], Masatsugu Kojima[1], Soichiro Tani[1], Keiji Muramoto[1], Nobuhito Nitta[1], Reiko Otake[1], Haruki Mori[1], Hiromitsu Maehira[1], Sachiko Kaida[1], Tomoharu Shimizu[2] (1. Department of Gastrointestinal and General Surgery, Shiga University of Medical Science, Japan, 2. Medical Safety Section, Shiga University of Medical Science Hospital, Japan)

Purpose: In advanced colorectal cancer, pre-operative lymphadenopathy may represent either metastasis or reactive changes. This study aimed to compare the gut microbiota between patients with reactive and metastatic lymphadenopathy and explore its association with non-metastatic lymph node swelling.
Methods: This study was a retrospective observational analysis of fecal and tumour tissue samples from colorectal cancer patients, utilizing 16S rRNA gene sequencing, conducted at Shiga University of Medical Science Hospital between 2018 and 2021. A comparison was made of the bacterial profiles in patients with reactive and metastatic lymphadenopathy. Sixty-three patients with a pre-operative diagnosis of lymphadenopathy who underwent resection were included. DNA was extracted from both fecal samples collected pre-operatively and surgically resected tumour tissues.
Results: Median age was 70 years, with 49% male. Among 63 patients with preoperative lymphadenopathy, 34 (54%) had pathological metastasis and 29 (46%) were diagnosed with reactive lymphadenopathy. Fecal samples had higher alpha diversity than tumour samples. Proteobacteria were enriched in metastatic tumours, while Firmicutes predominated in non-metastatic cases. Metabolic pathways related to oxygen-dependent metabolism were active in metastatic cases, whereas anaerobic glycolysis and lipopolysaccharide synthesis pathways were more active in non-metastatic cases.
Conclusion: Distinct microbiota compositions were identified between reactive and metastatic lymphadenopathy in colorectal cancer patients, suggesting that bacterial-induced inflammation may be involved in reactive lymphadenopathy.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科

2026年11月21日(土) 10:25 ~ 11:40 | 第5会場（1F 会議室102）

シンポジウム７　Gut Microbiota and Colorectal Diseases: A Future Unlocked by the Microbiome

Moderator: Hiroto Miwa (Kawanishi City Medical Center, Japan), Tomohisa Takagi (Molecular Gastroenterology and Hepatology, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine, Japan)

[SY7-3] Microbiome Determinants of Sustained Remission after Antibiotic-Preconditioned FMT in Ulcerative Colitis: A Prospective Multicenter Study with One-Year Follow-up

*Sayaka Mizutani[1], Kei Nomura[1,2], Masayuki Orikasa[2], Masashi Omori[2], Rina Odakura[2], Masao Koma[2], Takafumi Maruyama[2], Kentaro Ito[2], Tomoyoshi Shibuya[2], Gaku Nakato[1], Hikaru Watanabe[3], Douaa Zakaria[3], Akihito Nagahara[1,2], Dai Ishikawa[1,2,3] (1. Innovative Microbiome Therapy Research Center, Juntendo University Graduate School of Medicine, Japan, 2. Department of Gastroenterology, Juntendo University Faculty of Medicine, 3. Metagen Therapeutics, Inc.)

Ulcerative colitis (UC) is a chronic inflammatory bowel disease characterized by relapsing and remitting inflammation of the colonic mucosa. Although its pathogenesis remains incompletely understood, UC is thought to arise from complex interactions among genetic susceptibility, immune dysregulation, and environmental factors. Accumulating evidence indicates that intestinal dysbiosis is a hallmark of UC, with patients showing reduced microbial diversity and disruption of the normal microbial community structure compared with healthy individuals.

To address this, we developed antibiotic-preconditioned fecal microbiota transplantation (A-FMT), combining a 2-week course of amoxicillin, fosfomycin, and metronidazole (AFM) with anaerobically prepared FMT. A-FMT was administered as repeated FMT consisting of one colonoscopic infusion followed by two enemas. This strategy was designed to reduce colonization resistance, preserve oxygen-sensitive donor microbes, and enhance donor microbial engraftment.
To evaluate efficacy and safety, we performed a prospective multicenter study of A-FMT. Clinical remission at week 8, short-term safety, donor microbial convergence, and exploratory microbiome signatures associated with remission were assessed. Seventeen of 37 treated patients (45.9%) achieved clinical remission at week 8, exceeding the rate reported in a historical placebo cohort from a Japanese budesonide foam trial (20.5%).

Despite remission at week 8, maintenance of long-term remission remains an unmet medical need, as some patients experience subsequent clinical deterioration. Therefore, as a follow-up to the above study, we conducted an additional longitudinal investigation focusing on microbiome determinants of sustained versus non-sustained remission.

Here we present longitudinal findings from this extension study, in which stool samples were collected and shotgun metagenomic analyses were performed for up to one year after FMT to characterize microbiome differences between patients with sustained and non-sustained long-term remission.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 10:25 ~ 11:40 | 第5会場（1F 会議室102）
シンポジウム７　Gut Microbiota and Colorectal Diseases: A Future Unlocked by the Microbiome
Moderator: Hiroto Miwa (Kawanishi City Medical Center, Japan), Tomohisa Takagi (Molecular Gastroenterology and Hepatology, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine, Japan)

[SY7-4] Gut Microbiota Analysis for Predicting Clinical Relapse in Patients with Quiescent Ulcerative Colitis: Multivariate Analysis Using MaAsLin2 and Development of a Predictive Score

*Hiroaki Kitae[1], Tomohisa Takagi[1], Mariko Kajiwara[1], Kazuhiko Uchiyama[1], Yuji Naito[1,2] (1. Molecular Gastroenterology and Hepatology, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine, Japan, 2. Department of Human Immunology and Nutrition Science, Kyoto Prefectural University of Medicine)

Background: Predicting relapse in quiescent ulcerative colitis (qUC) remains challenging. The utility of gut microbiota as a relapse predictor has not been fully evaluated.
Methods: A total of 59 qUC patients attending Kyoto Prefectural University of Medicine between November 2016 and September 2017 were prospectively enrolled and followed for up to 3.5 years. Clinical remission was defined as a Lichtiger index score of 4 or less. Fecal microbiota was analyzed by 16S rRNA sequencing. After centered log-ratio (CLR) transformation, MaAsLin2 identified relapse-associated genera. A Ridge regression-based predictive score was validated by leave-one-out cross-validation (LOO-CV). Cox regression and Youden index-based cutoff analysis were performed.
Results: Of 59 patients, 19 (32.2%) relapsed. MaAsLin2 identified five genera associated with relapse (all $p<0.05$): *Prevotella* ($p=0.008$), *Faecalibacterium* ($p=0.023$), *Odoribacter* ($p=0.033$), *Christensenellaceae* ($p=0.035$), and *Mogibacteriaceae* ($p=0.042$). Of these, four remained significant in multivariate analysis: *Prevotella*, *Faecalibacterium*, *Odoribacter*, and *Christensenellaceae*. A 4-genera Ridge regression score achieved LOO-CV AUC=0.804, demonstrating good discriminative ability for predicting relapse. At the optimal cutoff, sensitivity=84.2%, specificity=72.5%, and negative predictive value (NPV)=90.6%. Cox regression showed HR=51.0 (95%CI 7.1–368.0, $p<0.0001$). Kaplan-Meier analysis showed significantly different relapse-free rates between risk groups (log-rank $p<0.0001$).
Conclusions: A 4-genera fecal microbiota score using Ridge regression achieved LOO-CV AUC=0.804, enabling risk stratification and potentially guiding personalized treatment in qUC remission.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科

2026年11月21日(土) 10:25 ~ 11:40 | 第5会場（1F 会議室102）

シンポジウム７　Gut Microbiota and Colorectal Diseases: A Future Unlocked by the Microbiome

Moderator: Hiroto Miwa (Kawanishi City Medical Center, Japan), Tomohisa Takagi (Molecular Gastroenterology and Hepatology, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine, Japan)

[SY7-5] Correlation between changes in intestinal microbiota and defecatory function before and after radical resection of right-sided colon cancer.

*Sohei Akuta[1,2], Masataka Hirasaki[3], Yume Minagawa[1], Akihito Nakanishi[1], Yusuke Nishi[1], Hisashi Hayashi[1], Takatsugu Fujii[1], Yasuhiro Ishiyama[1], Hirofumi Sugita[1], Chikashi Hiranuma[1], Yasumitsu Hirano[1] (1. Department of Gastrointestinal Surgery, Saitama Medical University International Medical Center, Japan, 2. Department of Gastrointestinal Surgery, Tsuchiura Kyodo General Hospital, Japan, 3. Department of Cancer Genomics Center, Saitama Medical University International Medical Center)

Postoperative bowel dysfunction after colorectal cancer surgery impairs quality of life; however, its longitudinal course and association with gut microbiota dynamics after right-sided colon cancer surgery remain unclear. This single-center retrospective observational study included 60 patients with pathological stage I–III right-sided colon cancer who underwent curative ileocecal resection or right hemicolectomy between November 2023 and November 2024. Bowel function was assessed preoperatively and at 1, 6, and 12 months postoperatively using the Bristol Stool Form Scale, Constipation Scoring System, and Wexner score. Gut microbiota composition was evaluated using full-length 16S rRNA sequencing of fecal samples collected preoperatively and at 1 and 6 months postoperatively. Bowel function parameters showing significant postoperative changes were identified, and patients were stratified according to the presence or absence of symptom worsening to assess the effects of sampling time, symptom-based phenotype group, and their interaction on microbial diversity.

At 1 month postoperatively, stool softening, incomplete evacuation, and liquid stool incontinence were observed in 42, 21, and 5 patients, respectively. These symptoms improved by 6 months and generally returned to preoperative levels by 12 months. Microbiota analysis revealed decreased α-diversity and marked early shifts in β-diversity, followed by gradual reconstruction with substantial interindividual variability. In phenotype-stratified analyses, microbial diversity changes were consistently associated with sampling time, whereas symptom-based group effects and time × group interactions were not significant. Overall, bowel dysfunction after right-sided colon cancer surgery was common but largely transient, and postoperative microbiota alterations appeared to reflect generalized, time-dependent ecological reconstruction rather than direct microbial correlates of individual bowel symptoms.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 10:25 ~ 11:40 | 第5会場（1F 会議室102）
シンポジウム７　Gut Microbiota and Colorectal Diseases: A Future Unlocked by the Microbiome
Moderator: Hiroto Miwa (Kawanishi City Medical Center, Japan), Tomohisa Takagi (Molecular Gastroenterology and Hepatology, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine, Japan)

[SY7-6] Analysis of Inflammasome-Related Gene Variants in Colchicine-Responsive, MEFV Mutation-Negative Patients with Inflammatory Bowel Disease Unclassified

*Kohei Wagatsuma[1], Masashi Idogawa[1,2], Motohiro Esaki[3], Taku Kobayashi[4], Fumihito Hirai[5], Katsuhiro Arai[6], Reiko Kunisaki[7], Shinichiro Shinzaki[8], Tadakazu Hisamatsu[9], Hiroshi Nakase[1] (1. Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, Sapporo Medical University School of Medicine, Japan, 2. Division of Medical Genome Sciences, Department of Genomic and Preventive Medicine, Sapporo Medical University School of Medicine, 3. Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Saga University, 4. Center for Advanced IBD Research and Treatment, Kitasato University Kitasato Institute Hospital, 5. Department of Gastroenterology, Faculty of Medicine, Fukuoka University, 6. Center for Pediatric Inflammatory Bowel Disease, Division of Gastroenterology, National Center for Child Health and Development, 7. Inflammatory Bowel Disease Center, Yokohama City University Medical Center, 8. Department of Gastroenterology, Hyogo Medical University School of Medicine, 9. Department of Gastroenterology and Hepatology, Kyorin University School of Medicine)

Background: We previously reported that 60.1% of patients with inflammatory bowel disease unclassified (IBDU) carried Mediterranean fever (*MEFV*) gene mutations, and that colchicine was effective in 84.6% of these patients. We also demonstrated that their intestinal microbiota composition differed from that of healthy controls (HCs) and patients with inflammatory bowel disease. However, some *MEFV* mutation-negative patients also responded to colchicine, suggesting the existence of a subgroup of enterocolitis associated with variants in inflammasome-related genes other than *MEFV*.

Methods: Whole-genome sequencing was performed in 31 colchicine-responsive, *MEFV* mutation-negative patients with IBDU [variant(-) group] to identify variants in inflammasome-related genes. Clinical characteristics and intestinal microbiota profiles were compared with those of 190 *MEFV* mutation-positive patients with IBDU [variant(+) group].

Results: Variants were identified in *CARD8* (80.6%), *ATG16L1* (61.3%), *NLRP6* (54.8%), *NLRP1* (38.7%), *NLRP3* (25.8%), *IRGM* (19.4%), *ATG16L2* (16.1%), *NEK7* (12.9%), *NLRC4* (9.7%), *NAIP* (9.7%), *AIM2* (6.5%), and *NOD2* (3.2%). Multiple variants were detected in 93.5% of the patients. Rare variants with a frequency of <1% or unknown frequency in the Japanese population were identified in *NLRP3*, *NLRC4*, *NOD2*, and *AIM2*. Compared with the variant(+) group, the variant(-) group had higher frequencies of asthma (25.8% vs. 7.4%), drug allergy (29.0% vs. 4.7%), and oral aphthae (25.8% vs. 8.4%), but a lower frequency of hematochezia (35.5% vs. 56.3%). CRP (7.4 vs. 0.8 mg/dL) and serum amyloid A levels (161.7 vs. 16.5 μg/mL) were markedly elevated in the variant(-) group. In the intestinal microbiota analysis, *Enterococcus*, which was increased in the variant(+) group compared with HCs, was not increased in the variant(-) group, whereas *Subdoligranulum*, which was decreased in the variant(+) group, was further decreased in the variant(-) group.

Conclusions: These findings suggest the presence of a subgroup of IBDU associated with inflammasome-related gene variants.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 10:25 ~ 11:40 | 第5会場（1F 会議室102）
シンポジウム７　Gut Microbiota and Colorectal Diseases: A Future Unlocked by the Microbiome
Moderator: Hiroto Miwa (Kawanishi City Medical Center, Japan), Tomohisa Takagi (Molecular Gastroenterology and Hepatology, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine, Japan)

[SY7-7] Efficacy of Colchicine in Mild-to-Moderate Ulcerative Colitis and Identification of Treatment Response–Associated Molecular Profiles

*Hiroki Kurumi[1,2], Kohei Wagatsuma[1], Yuta Shimomori[1], Kotaro Akita[1], Yoshihiro Yokoyama[1], Tomoe Kazama[1], Hiroshi Nasuno[3], Atsushi Yawata[4], Hajime Isomoto[2], Hiroshi Nakase[1] (1. Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, Sapporo Medical University School of Medicine, Japan, 2. Division of Gastroenterology and Nephrology, Faculty of Medicine, Tottori University, Japan, 3. Department of Gastroenterology, Kushiro City General Hospital, 4. Department of Gastroenterology and Hepatology, Hakodate Goryoukaku Hospital)

Background

Inflammasome activation is a central driver of innate immune signaling and can amplify intestinal inflammation by releasing IL-1β. Our previous studies suggest that aberrant inflammasome activation contributes to the pathophysiology of ulcerative colitis (UC) in a subset of patients. This study aimed to evaluate the efficacy of colchicine, an inflammasome inhibitor, in patients with mild-to-moderate UC and to identify molecular profiles associated with treatment response using omics analyses.

Methods

Fifteen patients with mild-to-moderate UC (treatment-naïve or 5-ASA–refractory/intolerant) received colchicine 0.5 mg/day, escalated to 1.0 mg at day 14 if non-responding; non-responders at day 28 discontinued, while responders continued through day 84. The primary endpoint was clinical response at day 14. Secondary endpoints included clinical and endoscopic remission at day 84 and safety (CTCAE v5.0). Omics analyses comprised genomic (blood), transcriptomic (colonic mucosa), and gut microbiome analyses (fecal).

Results

Clinical response at day 14 was achieved in 53.3% (8/15), clinical remission at day 84 in 33.3% (5/15), and endoscopic remission in 13.3% (2/15). Adverse events were mild: one patient experienced grade 1 diarrhea, and one grade 1 liver dysfunction. Responders (R) carried MEFV variants in 87.5% (7/8), significantly higher than non-responders (NR) (28.6%, 2/7; p=0.041). Transcriptomic analysis showed enrichment of adaptive immune–related pathways in NR, with significantly elevated KLRG1 expression (p<0.001). Gut microbiome analysis revealed no difference in α-diversity between R and NR, whereas β-diversity differed significantly (PERMANOVA, p=0.049). In R, potentially inflammasome-activating bacteria such as Enterobacter were significantly enriched, whereas NR showed increases in anti-inflammatory taxa (e.g., Bifidobacterium longum), suggesting a compensatory expansion.

Conclusion

Colchicine may benefit a subset of patients with UC who show linked inflammasome signatures across genetics, microbiota, and mucosa.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第5会場（1F 会議室102）

シンポジウム 8　Cutting edge of endoluminal/ transanal surgery for colorectal cancer

Moderator: Kotaro Maeda (Himawari Seishinkai Izumi Clinic Medical Checkup Plaza, Japan), Motohiko Kato (Center for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Keio University School of Medicine, Japan)

[SY8-1] Re-positioning of Endoscopic Ultrasonography in Determining the Treatment Strategy for Colorectal Cancer Suspected of Submucosal Invasion

*Noriko Matsuura[1], Kaoru Takabayashi[2], Motohiko Kato[2] (1. Division of Research and Development for Minimally Invasive Treatment, Cancer Center, Keio University School of Medicine, Japan, 2. Center for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Keio University School of Medicine)

[SY8-2] Efficacy and Safety of the Water Pressure Method in Colorectal ESD: A Retrospective Comparative Study

*Yutaka Sato[1], Daisuke Minezaki[1], Koshiro Tsutsumi[1], Sotaro Ozaka[1], Masahide Fukuda[1], Yuka Hirashita[1], Kensuke Fukuda[1], Ryo Ogawa[1], Masaaki Kodama[2], Kazuhiro Mizukami[1] (1. Department of Gastroenterology, Oita University Faculty of Medicine, Japan, 2. Department of Advanced Medical Sciences, Oita University Faculty of Medicine)

[SY8-3] Clinical Efficacy and Safety of Endoscopic Submucosal Dissection for Huge Rectal Tumors

*Takashi Akutagawa[1], Daisuke Yamaguchi[2], Ryo Shimoda[1], Motohiro Esaki[2] (1. Department of Endoscopic Diagnostics and Therapeutics, Saga University Hospital, Japan, 2. Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Saga University)

[SY8-4] Technical Innovations and Outcomes of Endoscopic Submucosal Dissection for Colorectal Lesions Involving Diverticula

*Ryosuke Kobayashi[1], Kingo Hirasawa[1], Shin Maeda[2] (1. Gastroenterological Center, Yokohama City University Medical Center, Japan, 2. Gastroenterology, Yokohama City University)

[SY8-5] Dual-operator Endoscopic Tandem Surgery (DuETs) for large colorectal lesions: comparison with single-operator ESD

*Takuma Okamura[1], Tomonari Ikeda[2], Tatsuki Ichikawa[2], Toshimitsu Miyaaki[1] (1. Department of Gastroenterology and Hepatology, Nagasaki University Hospital, Japan, 2. Department of Gastroenterology, Nagasaki Harbor Medical Center)

[SY8-6] Evaluation of the effectiveness of underwater colorectal ESD

*Yuko Miura[1], Yosuke Tsuji[1], Mithuhiro Fujishiro[1] (1. Department of Gastroenterology, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, Japan)

[SY8-7] Clinical Role of PAEM/ EID for pT1b Lower Rectal Cancer

*Yu Maruyama[1], Keigo Sato[1], Moe Aung Paing[1], Nozomi Furuichi[1], Keiichi Oshima[1], Yuki Itoi[1], Hirohito Tanaka[1], Hiroko Hosaka[1], Shiko Kuribayashi[1], Toshio Uraoka[1] (1. Department of Gastroenterology and Hepatology, Gunma University Graduate School of Medicine, Japan)

[SY8-8] Feasibility of Peranal Endoscopic Myectomy for Lower Rectal Lesions: A Single-Center Prospective Observational Study

*Takashi Kanesaka[1], Yoshiaki Ando[1], Shunsuke Yoshii[1], Minoru Kato[1], Yoshimi Tanaka[1], Sachiko Yamamoto[1], Koji Higashino[1], Noriya Uedo[1], Tomoki Michida[1], Ryu Ishihara[1] (1. Department of Gastrointestinal Oncology, Osaka International Cancer Institute, Japan)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

[SY8-9] Treatment Strategy for T1 Rectal Adenocarcinoma with Extensive Involvement of the Anal Canal: ESD or Surgical Resection?

*Nobuhisa Minakata[1], Makoto Arashiyama[1], Arisa Takeda[1], Yuichiro Mikuriya[1], Kazuo Shiotsuki[1], Kohei Takizawa[1] (1. Department of Gastroenterology, Kanagawa Cancer Center, Yokohama, Japan)

[SY8-10] Efficacy and Safety of Collaborative Endoscopic and Surgical Treatment for Challenging Colorectal Neoplasms

*Hidehito Maeda[1], Fumisato Sasaki[1], Kenji Baba[2] (1. Department of Digestive and Lifestyle Diseases, Kagoshima University Graduate School of Medical and Dental Sciences, Japan, 2. Department of Digestive Surgery, Kagoshima University Graduate School of Medical and Dental Sciences)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第5会場（1F 会議室102）
シンポジウム 8　Cutting edge of endoluminal/ transanal surgery for colorectal cancer
Moderator: Kotaro Maeda (Himawari Seishinkai Izumi Clinic Medical Checkup Plaza, Japan), Motohiko Kato (Center for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Keio University School of Medicine, Japan)

[SY8-1] Re-positioning of Endoscopic Ultrasonography in Determining the Treatment Strategy for Colorectal Cancer Suspected of Submucosal Invasion

*Noriko Matsuura[1], Kaoru Takabayashi[2], Motohiko Kato[2] (1. Division of Research and Development for Minimally Invasive Treatment, Cancer Center, Keio University School of Medicine, Japan, 2. Center for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Keio University School of Medicine)

＜Background＞
Endoscopic submucosal dissection (ESD) is one of the most precise staging modality of early colorectal cancers. ESD is increasingly performed for lesions suspected of submucosal (SM) invasion; however, the feasibility of curative ESD before treatment has not been fully investigated. Although depth diagnosis is mainly based on white-light and magnifying endoscopy, unexpected muscularis propria invasion is occasionally encountered. Endoscopic ultrasonography (EUS) enables tomographic visualization of the gastrointestinal wall and may therefore be useful for predicting the feasibility of ESD and differentiating T1 from T2 colorectal cancers.
＜Methods＞
We retrospectively investigated the relationship between EUS findings, histopathological depth of invasion, and vertical margin (VM) status in lesions treated with ESD among colorectal lesions suspected of SM invasion between June 2020 and June 2025.
EUS findings were classified according to our previously reported PREDICT classification as follows:
Type I: the third layer (submucosal layer) beneath the lesion was continuously and reproducibly preserved;
Type II: the third layer beneath the lesion was unclear;
Type III: thickening of the fourth layer (muscularis propria).
＜Results＞
Thirty-eight lesions were included in the analysis, including 10 proximal colon, 5 distal colon, and 22 rectal lesions. ESD and surgery were performed in 19 and 19 lesions, respectively. Histopathological depth was pT1a in 10 lesions, pT1b in 20 lesions, and pT2 or deeper in 8 lesions.
According to the PREDICT classification, 19 lesions were classified as Type I, 13 as Type II, and 6 as Type III. The pVM0 rate among the lesions treated with ESD was significantly higher in Type I lesions than in Type II lesions (94% [15/16] vs. 0% [0/3], p<0.01). The proportion of pT2 or deeper cancers was significantly higher in Type II/III lesions than in Type I lesions (47% [9/19] vs. 0%, p<0.01).
<Conclusions>
The PREDICT classification was useful for predicting the feasibility of ESD and differentiating T1 from T2 colorectal cancer.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第5会場（1F 会議室102）

シンポジウム 8　Cutting edge of endoluminal/ transanal surgery for colorectal cancer

Moderator: Kotaro Maeda (Himawari Seishinkai Izumi Clinic Medical Checkup Plaza, Japan), Motohiko Kato (Center for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Keio University School of Medicine, Japan)

[SY8-2] Efficacy and Safety of the Water Pressure Method in Colorectal ESD: A Retrospective Comparative Study

*Yutaka Sato[1], Daisuke Minezaki[1], Koshiro Tsutsumi[1], Sotaro Ozaka[1], Masahide Fukuda[1], Yuka Hirashita[1], Kensuke Fukuda[1], Ryo Ogawa[1], Masaaki Kodama[2], Kazuhiro Mizukami[1] (1. Department of Gastroenterology, Oita University Faculty of Medicine, Japan, 2. Department of Advanced Medical Sciences, Oita University Faculty of Medicine)

[Introduction] Endoscopic submucosal dissection (ESD) is an established treatment for colorectal neoplasms but remains technically demanding and time-consuming. The water pressure method (WPM) has been introduced to improve submucosal visualization and facilitate dissection, but its clinical advantages in colorectal ESD remain unclear. This study aimed to evaluate the efficacy and safety of WPM compared with conventional ESD.
[Methods] We retrospectively analyzed 46 consecutive patients with colorectal lesions ≤50 mm who underwent ESD at our institution between January 2024 and April 2026. Patients were divided into a conventional group (n = 23) and a WPM group (n = 23), including cases with combined use of conventional and WPM techniques. Procedure time, dissection speed, resection outcomes, and adverse events were compared. A subgroup analysis based on operator expertise was also performed.
[Results] Lesion size was comparable between groups (23.0 [IQR 20.0–30.0] vs. 27.0 [22.0–35.0] mm, p = 0.233). The median resection area was 962 [618.5–1310.5] mm^2 in the conventional group and 1196 [899.5–1492.5] mm^2 in the WPM group (p = 0.153). Procedure time did not differ significantly between groups (89 [63–138.5] vs. 67 [38.5–116] min, p = 0.235). Dissection speed was significantly higher in the WPM group (16.20 [10.91–21.05] vs. 9.86 [7.07–11.75] mm^2/min, p = 0.0024). En bloc resection was achieved in all cases, and curative resection rates were comparable between groups (82.6% vs. 87.0%, p = 1.0). Regarding safety, intraoperative perforation and muscle layer injury each occurred in one case in both groups. Delayed adverse events occurred in one case in the conventional group and none in the WPM group, with no significant differences. In a subgroup analysis limited to board-certified endoscopists, dissection speed remained significantly higher in the WPM group (21.0 [15.6–30.8] vs. 10.89 [8.33–15.03] mm^2/min, p = 0.0014).
[Conclusion] WPM improves dissection speed while maintaining comparable efficacy and safety to conventional ESD.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第5会場（1F 会議室102）
シンポジウム 8　Cutting edge of endoluminal/ transanal surgery for colorectal cancer
Moderator: Kotaro Maeda (Himawari Seishinkai Izumi Clinic Medical Checkup Plaza, Japan), Motohiko Kato (Center for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Keio University School of Medicine, Japan)

[SY8-3] Clinical Efficacy and Safety of Endoscopic Submucosal Dissection for Huge Rectal Tumors

*Takashi Akutagawa[1], Daisuke Yamaguchi[2], Ryo Shimoda[1], Motohiro Esaki[2] (1. Department of Endoscopic Diagnostics and Therapeutics, Saga University Hospital, Japan, 2. Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Saga University)

Background: Advancements in minimally invasive colorectal treatments have expanded the boundaries of endoscopic and transanal approaches. Technical improvements in endoscopic submucosal dissection (ESD) have enabled the treatment of giant tumors. This study evaluated the safety and clinical characteristics of ESD for giant rectal tumors.
Methods: A total of 81 cases of rectal tumors treated with ESD at our institution between 2015 and 2025 were analyzed. Patients were divided into two groups based on lesion diameter: Group A (≤50 mm, n=56) and Group B (>50 mm, n=25). We compared the treatment outcomes, complications, and patient backgrounds between the two groups. All procedures in Group B were performed by experts with experience in more than 100 ESD cases.
Results: The median procedure time was significantly longer in Group B (187.0 min) than in Group A (56.0 min) ($p < 0.001$). Conversely, the median dissection speed was significantly higher in Group B (27.14 mm^2/min) than in Group A (20.15 mm^2/min) ($p < 0.05$), suggesting that technical proficiency allows for efficient dissection, even in giant lesions. Regarding safety, Group B had significantly higher rates of severe fibrosis (64.0%, $p < 0.05$) and intraoperative perforation (12.0%, $p < 0.05$); however, all perforations were successfully managed by endoscopic closure. No significant differences were observed in the depth of invasion or lymphovascular involvement. Regarding patient background, Group B was characterized by a significantly lower BMI ($p < 0.05$) and a higher rate of regular laxative use ($p < 0.05$).
Conclusion: ESD for giant rectal tumors remains a challenging owing to the increased risk of fibrosis and perforation. However, advancements in endoscopic closure techniques have allowed for the avoidance of surgical intervention in cases of complications. ESD serves as a potent bridge between endoscopic and surgical resection. For cases where extreme difficulty or severe fibrosis is anticipated, integrating advanced techniques such as per-anal endoscopic myotomy or transanal approaches may further optimize treatment.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第5会場（1F 会議室102）
シンポジウム 8　Cutting edge of endoluminal/ transanal surgery for colorectal cancer
Moderator: Kotaro Maeda (Himawari Seishinkai Izumi Clinic Medical Checkup Plaza, Japan), Motohiko Kato (Center for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Keio University School of Medicine, Japan)

[SY8-4] Technical Innovations and Outcomes of Endoscopic Submucosal Dissection for Colorectal Lesions Involving Diverticula

*Ryosuke Kobayashi[1], Kingo Hirasawa[1], Shin Maeda[2] (1. Gastroenterological Center, Yokohama City University Medical Center, Japan, 2. Gastroenterology, Yokohama City University)

Background
In recent years, ESD for tumors extending into colonic diverticula has been reported. However, technical challenges remain, including secure closure of perforations and prevention of specimen damage. Therefore, we evaluated the treatment outcomes and technical innovations of ESD performed at our institution.
Methods
This retrospective study was conducted at a tertiary referral center and included patients who underwent ESD for colorectal tumors involving diverticula, in which the diverticulum was included in the resection, between March 2013 and April 2026. Treatment outcomes and ESD-related adverse events were evaluated.
Results
A total of 22 patients were included, of whom 10 were male, with a median age of 76 years. Tumor locations were cecum/ascending colon/sigmoid colon in 2/17/3 cases, and macroscopic types were LST-G/NG/0-I in 7/10/5 cases. The median tumor and specimen sizes were 21 (10–52) mm and 32 (15–60) mm. Histological diagnoses were adenocarcinoma/adenoma/SSL/HP in 16/3/2/1 cases.
The median procedure time was 60 (20–200) minutes. A traction band was used in 13 cases, and the water pressure method (WPM) in 17 cases. Myotomy proximal to the diverticulum was performed in 6 cases to enlarge the diverticular space, thereby helping to prevent bleeding and specimen damage. All defects were successfully closed, using the reopenable clip-over-line method in 1 case and a dual-action tissue clip in 4 cases. CT was performed immediately after ESD in 21 cases, and extraluminal air was detected in 16 cases. No patients required emergency surgery. Localized peritonitis occurred in 4 cases, all of which were resolved with conservative management. No postoperative bleeding or delayed perforation occurred. En bloc, R0 and curative resection rates were 100%, 91%, and 91%, respectively. All cases undergoing myotomy achieved R0 resection.
Conclusions
ESD for colorectal lesions involving a diverticulum appears to be an effective and safe treatment option when performed with appropriate adjunctive techniques, including WPM, short myotomy, and reliable defect closure.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第5会場（1F 会議室102）

シンポジウム 8　Cutting edge of endoluminal/ transanal surgery for colorectal cancer

Moderator: Kotaro Maeda (Himawari Seishinkai Izumi Clinic Medical Checkup Plaza, Japan), Motohiko Kato (Center for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Keio University School of Medicine, Japan)

[SY8-5] Dual-operator Endoscopic Tandem Surgery (DuETs) for large colorectal lesions: comparison with single-operator ESD

*Takuma Okamura[1], Tomonari Ikeda[2], Tatsuki Ichikawa[2], Toshimitsu Miyaaki[1] (1. Department of Gastroenterology and Hepatology, Nagasaki University Hospital, Japan, 2. Department of Gastroenterology, Nagasaki Harbor Medical Center)

Background: Large colorectal lesions remain challenging for endoscopic submucosal dissection (ESD) because poor visualization, insufficient traction, and bleeding may prolong the procedure. We developed Dual-operator Endoscopic Tandem Surgery (DuETs), in which two therapeutic endoscopes are used simultaneously: the primary operator performs dissection while the assistant provides traction, suction, hemostasis, insufflation/deflation control, and injection.

Methods: We retrospectively reviewed colorectal ESD for lesions ≥20 mm from January 2020 to April 2026. The primary analysis included expert-performed cases after DuETs introduction in January 2024 and compared DuETs with single-operator ESD. Cases discontinued because of suspected deep invasion, appendiceal involvement, diverticular extension, or anal canal involvement were excluded. The primary outcome was resection speed; secondary outcomes were procedure time, en bloc/R0 resection, and adverse events. A subgroup analysis was performed for lesions ≥40 mm.

Results: The primary analysis included 60 DuETs lesions and 37 single-operator ESD lesions. Median lesion size was larger with DuETs (32.5 vs 24.0 mm), whereas procedure time was not prolonged (30.5 vs 37.0 min). Resection speed was higher with DuETs (35.97 vs 24.98 mm^2/min). En bloc resection was achieved in all cases, and R0 resection rates were 100% and 94.1%. Intraoperative adverse events occurred in 2 vs 1 cases, and postoperative adverse events in 1 vs 0 cases. In lesions ≥40 mm, DuETs shortened procedure time (62.0 vs 85.0 min) and increased resection speed (40.59 vs 25.75 mm^2/min).

Conclusions: DuETs improved resection efficiency without compromising safety. As a dual-operator endoluminal platform, DuETs may contribute to difficult colorectal ESD.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第5会場（1F 会議室102）
シンポジウム 8　Cutting edge of endoluminal/ transanal surgery for colorectal cancer
Moderator: Kotaro Maeda (Himawari Seishinkai Izumi Clinic Medical Checkup Plaza, Japan), Motohiko Kato (Center for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Keio University School of Medicine, Japan)

[SY8-6] Evaluation of the effectiveness of underwater colorectal ESD

*Yuko Miura[1], Yosuke Tsuji[1], Mithuhiro Fujishiro[1] (1. Department of Gastroenterology, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, Japan)

Objective
Underwater colorectal endoscopic submucosal dissection (uESD) has been reported to facilitate submucosal dissection by utilizing mucosal buoyancy and improving procedural visibility. This study evaluated the effectiveness of uESD by comparing treatment outcomes before and after its introduction by intermediate-level endoscopists.
Methods
Patients with lesions up to pT1 carcinoma who underwent colorectal ESD by four endoscopists (experience: 30–150 cases) were included. Cases were divided into three groups for each endoscopist: pre-introduction, early introduction phase (first 10 uESD cases), and late introduction phase (subsequent 10 cases). Outcomes included dissection speed, R0 resection rate, self-completion rate, and adverse events.
Results
A total of 122 cases were analyzed. A tendency toward a higher proportion of T1 cancers was observed in the two groups after uESD introduction. In the comparison between the pre introduction and early introduction phase groups, there were no significant differences in dissection speed ($p = 0.96$), R0 resection rate (59.0% vs. 62.5%, $p = 0.82$), or perforation rate (5.1% vs. 10.0%, $p = 0.68$). However, the self-completion rate tended to be higher in the early introduction group (79.5% vs. 87.5%, $p = 0.38$).
In the comparison between the early and late introduction phase groups, no significant differences were observed in the R0 resection rate (62.5% vs. 74.4%, $p = 0.34$) or self-completion rate (87.5% vs. 90.7%, $p = 0.73$). In contrast, dissection speed showed a tendency to be higher in the late introduction phase group (11.05 ± 6.94 vs. 13.53 ± 7.11 mm^2/min, $p = 0.11$), while the perforation rate tended to be lower (10.0% vs. 2.3%, $p = 0.19$).
Conclusions
The introduction of uESD improved the self-completion rate among intermediate-level endoscopists. Moreover, procedural proficiency in uESD appeared to be achieved after approximately 10 cases, with a subsequent tendency toward further improvement in treatment outcomes. These findings suggest that the introduction of uESD may further enhance therapeutic outcomes in colorectal ESD

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第5会場（1F 会議室102）

シンポジウム 8　Cutting edge of endoluminal/ transanal surgery for colorectal cancer

Moderator: Kotaro Maeda (Himawari Seishinkai Izumi Clinic Medical Checkup Plaza, Japan), Motohiko Kato (Center for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Keio University School of Medicine, Japan)

[SY8-7] Clinical Role of PAEM/ EID for pT1b Lower Rectal Cancer

*Yu Maruyama[1], Keigo Sato[1], Moe Aung Paing[1], Nozomi Furuichi[1], Keiichi Oshima[1], Yuki Itoi[1], Hirohito Tanaka[1], Hiroko Hosaka[1], Shiko Kuribayashi[1], Toshio Uraoka[1] (1. Department of Gastroenterology and Hepatology, Gunma University Graduate School of Medicine, Japan)

Background & Aims: Total mesorectal excision (TME)-based radical resection is standard for cT1b or deeper lower rectal (Rb) cancer, but it may compromise anal function and require a stoma. With an aging population and increasing demand for function preservation, local resection has gained attention. Surgical approaches such as MITAS are applied up to cT1b despite oncological limitations, whereas conventional endoscopic resection is not indicated due to difficulty in securing a negative vertical margin. Per-anal endoscopic myectomy and endoscopic intermuscular dissection (PAEM/EID) has recently emerged as a novel endoscopic approach. We evaluated the clinical outcomes of PAEM/EID for cT1b Rb.
Methods: PAEM/EID are indicated for cT1b Rb cancer patients with high surgical risks or who refuse surgery, and for lesions with severe fibrosis where securing vertical margins via ESD is difficult. We retrospectively analyzed seven pT1b Rb cancer cases treated with PAEM/EID from Sept 2024 to Oct 2025.
Results: The median age was 76 years (range, 47-83) and the median tumor size was 25mm (range, 15-105). En bloc resection was achieved in all cases. Endoscopic closure of the muscle defect was complete in 2, incomplete in 2, not performed in 3. One delayed bleeding occurred and was successfully managed endoscopically. Pathology revealed lymphatic invasion in 3, venous invasion in 4. All achieved pHM0 and pVM0. Additional surgery was performed in 2 cases. Despite short follow-up, no recurrence occurred in 5 cases without additional surgery.
Discussion: PAEM/EID provides an en bloc specimen that enables precise assessment of pathological risk for lymph node metastasis, which is essential for individualized decision-making. However, the optimal surveillance strategy after R0 resection of pT1b cancer, particularly in patients who do not undergo additional surgery despite risk factors, remains unclear.
Conclusion: In our series, PAEM/EID demonstrated favorable short- and middle-term outcomes and may serve as a selective organ-preserving strategy for cT1b lower rectal cancer.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第5会場（1F 会議室102）
シンポジウム 8　Cutting edge of endoluminal/ transanal surgery for colorectal cancer
Moderator: Kotaro Maeda (Himawari Seishinkai Izumi Clinic Medical Checkup Plaza, Japan), Motohiko Kato (Center for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Keio University School of Medicine, Japan)

[SY8-8] Feasibility of Peranal Endoscopic Myectomy for Lower Rectal Lesions: A Single-Center Prospective Observational Study

*Takashi Kanesaka[1], Yoshiaki Ando[1], Shunsuke Yoshii[1], Minoru Kato[1], Yoshimi Tanaka[1], Sachiko Yamamoto[1], Koji Higashino[1], Noriya Uedo[1], Tomoki Michida[1], Ryu Ishihara[1] (1. Department of Gastrointestinal Oncology, Osaka International Cancer Institute, Japan)

Background: Although the usefulness of peranal endoscopic myectomy (PAEM) for lower rectal tumors has been reported, prospective studies on PAEM remain limited.

Methods: We conducted a single-center prospective observational study to evaluate the feasibility, safety, and preservation of anal function following PAEM. Patients with cT1 lower rectal cancer or lower rectal neuroendocrine tumors, as well as salvage cases diagnosed pathologically as having a positive or indeterminate vertical margin (VM1/X) after endoscopic resection, were enrolled. The primary endpoint was the technical success rate, defined as en bloc resection with histological confirmation of inner circular muscle inclusion. Secondary endpoints included procedure time, R0 resection rate, adverse events, and postoperative anorectal function.

Results: Between April 2024 and April 2026, 30 patients were enrolled, and PAEM was performed in 29 after excluding 1 patient with an upper rectal lesion (23 initial treatment cases and 6 salvage cases). The median age was 59 years (interquartile range [IQR], 53–73), with 14 males and 15 females. The technical success rate was 96.6% (28/29; 95% confidence interval [CI], 82.2–99.9%); 1 procedure was discontinued because muscularis propria invasion was suspected. The median procedure time was 73 minutes (IQR, 56–109), and the R0 resection rate was 86.2% (25/29). No severe intraoperative adverse events occurred, and delayed bleeding was observed in 1 patient (3.4%). The median Cleveland Clinic Incontinence Score was 0 preoperatively, 4 within 28 days postoperatively, and 0 thereafter, indicating transient deterioration of anal function with recovery to baseline after 28 days.

Conclusions: PAEM demonstrated a high technical success rate and may represent a feasible organ-preserving treatment option for selected lower rectal lesions.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第5会場（1F 会議室102）
シンポジウム 8　Cutting edge of endoluminal/ transanal surgery for colorectal cancer
Moderator: Kotaro Maeda (Himawari Seishinkai Izumi Clinic Medical Checkup Plaza, Japan), Motohiko Kato (Center for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Keio University School of Medicine, Japan)

[SY8-9] Treatment Strategy for T1 Rectal Adenocarcinoma with Extensive Involvement of the Anal Canal: ESD or Surgical Resection?

*Nobuhisa Minakata[1], Makoto Arashiyama[1], Arisa Takeda[1], Yuichiro Mikuriya[1], Kazuo Shiotsuki[1], Kohei Takizawa[1] (1. Department of Gastroenterology, Kanagawa Cancer Center, Yokohama, Japan)

Background:
Endoscopic resection is widely accepted for early colorectal cancer. However, for T1 tumors extensively involving the anal canal, endoscopic treatment can be technically challenging due to severe pain and limited maneuverability, and achieving en bloc resection may be difficult. In such cases, transanal local excision or even abdominoperineal resection (APR) may be considered. We report a case of T1 rectal adenocarcinoma with extensive involvement of the anal canal that was treated with endoscopic submucosal dissection (ESD).
Case:
A 76-year-old man with a history of prior lung cancer surgery and a brainstem tumor under observation presented with hematochezia. Colonoscopy revealed a 30-mm type 0-Is lesion extending approximately 1.5 cm into the anal canal from the rectum, which was diagnosed as cT1a–T1b adenocarcinoma. Although surgical resection was considered, diagnostic endoscopic resection was initially planned due to its lower invasiveness. Given the anticipated severe pain, ESD was performed under general anesthesia.
En bloc resection was successfully achieved using the underwater technique, pocket-creation method, and a tapered hood(CAST hood; TOP, Tokyo, Japan). Histopathological findings were as follows: tub1 > tub2, 22 × 19 mm, pT1a (submucosal invasion: 600 μm), BD1, ly0, v1, HM0, and VM0, indicating R0 resection. The estimated risk of lymph node metastasis was approximately 3.0%. After explaining these findings, the patient opted for close surveillance and has remained recurrence-free to date.
Discussion:
In this case, ESD under general anesthesia enabled en bloc and R0 resection without complications, providing both diagnostic and therapeutic benefits. However, the optimal treatment strategy for T1 rectal adenocarcinoma with extensive involvement of the anal canal remains unclear and should be individualized based on tumor characteristics and institutional expertise.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 全診療科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第5会場（1F 会議室102）
シンポジウム 8　Cutting edge of endoluminal/ transanal surgery for colorectal cancer
Moderator: Kotaro Maeda (Himawari Seishinkai Izumi Clinic Medical Checkup Plaza, Japan), Motohiko Kato (Center for Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Keio University School of Medicine, Japan)

[SY8-10] Efficacy and Safety of Collaborative Endoscopic and Surgical Treatment for Challenging Colorectal Neoplasms

*Hidehito Maeda[1], Fumisato Sasaki[1], Kenji Baba[2] (1. Department of Digestive and Lifestyle Diseases, Kagoshima University Graduate School of Medical and Dental Sciences, Japan, 2. Department of Digestive Surgery, Kagoshima University Graduate School of Medical and Dental Sciences)

Background:
Colorectal ESD is widely used, but severe adhesions, fibrosis, or unfavorable location can make ESD alone difficult. We have used collaborative endoscopic and surgical treatment for such challenging colorectal neoplasms.

Aim:
To evaluate the efficacy and safety of this approach.
Methods:
We retrospectively reviewed 11 patients with 12 colorectal lesions treated between October 2016 and April 2026. Clinical features, procedures, histology, and adverse events were analyzed.
Results:
The mean age was 71.8 years; 8 patients were male. Lesions were located in the cecum (n=1), ascending colon (n=2), transverse colon (n=2), sigmoid colon (n=3), and rectum (n=4). Macroscopic types were protruded (n=6), superficially elevated (n=5), and depressed (n=1). Seven lesions with severe adhesions underwent laparoscopic adhesiolysis plus ESD; 5 were resected endoscopically, whereas 2 with suspected muscularis propria invasion underwent surgical resection on the same day. Four protruded rectal or anal canal lesions underwent transanal minimally invasive surgery plus ESD, and all were resected. One severely fibrotic lesion at a postoperative anastomosis, initially considered for full-thickness resection, was resected by ESD alone. Histology of the 10 endoscopically resected lesions showed adenoma in 3, intramucosal carcinoma in 2, SM1 carcinoma in 3, and SM2 carcinoma in 2. Postoperative bleeding occurred in 1 patient, but no perforation, anastomotic leakage, or other severe adverse events occurred.
Conclusions:
Collaborative endoscopic and surgical treatment may be a useful and safe minimally invasive option for selected challenging colorectal neoplasms.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科

2026年11月21日(土) 15:35 ~ 16:50 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

シンポジウム９　大腸癌腹膜播種に対する治療戦略

司会：小林 宏寿（帝京大学医学部附属溝口病院外科）、藤田 文彦（久留米大学医学部外科学講座）

[SY9-1] 大腸癌腹膜播種に対する包括的治療の成績

*米村 豊[1]、重里 親太朗[1]、石橋 治昭[1] (1. 岸和田徳洲会病院 腹膜播種センター)

[SY9-2] 同時性腹膜播種症例に対する治療の現状と治療戦略

*永田 洋士[1]、隈本 雄大[1]、田藏 昂平[1]、塚本 史雄[1]、高見澤 康之[1]、塚本 俊輔[1]、金光 幸秀[1] (1. 国立がん研究センター中央病院 大腸外科)

[SY9-3] 腹膜播種再発に対する外科的治療戦略

*池田 公治[1]、徳橋 愛彦[1]、佐々木 将磨[1]、長谷川 寛[1]、山東 雅紀[1]、西澤 祐吏[1]、塚田 祐一郎[1]、伊藤 雅昭[1] (1. 国立がん研究センター東病院　大腸外科)

[SY9-4] 大腸癌腹膜播種に対する集学的治療戦略―診査腹腔鏡による切除適応選択と完全減量手術の役割―

*合田 良政[1]、武内 寛[1]、北山 丈二[1]、矢野 秀朗[1,2] (1. 国立国際医療センター腹膜センター、2. University Hospital Southampton)

[SY9-5] 大腸癌腹膜播種に対するcytoreductive surgeryの適応と治療成績

*水本 明良[1]、高尾 信行[1]、今神 透[1]、平田 篤史[1]、大江 康光[1]、松永 隆志[1]、寒川 玲[1]、安 炳九[1]、戸川 剛[1] (1. 淡海医療センター消化器外科)

[SY9-6] 大腸癌腹膜播種に対する腫瘍減量手術および腹腔内温熱化学療法の治療成績

*森川 充洋[1]、坂本 裕生[1]、松中 喬之[1]、前川 展廣[1]、田海 統之[1]、澤井 利次[1]、小練 研司[1]、廣野 靖夫[2]、五井 孝憲[1] (1. 福井大学第一外科、2. 福井大学がん診療推進センター)

[SY9-7] 大腸癌腹膜播種に対する外科的切除と術後補助化学療法の意義 ―多施設共同研究による治療戦略の検討―

*野田 恵佑[1]、小野 季香[1]、丸田 浩志[1]、片山 宏己[1]、山口 峻[1]、高村 祐磨[1]、足立 利幸[1]、石井 光寿[1]、井上 悠介[1]、大石 海道[2]、小山 正三郎[3]、黨 和夫[4]、橋本 慎太郎[5]、久永 真[5]、白石 斗志雄[6]、富永 哲郎[6]、福岡 秀敏[6]、松本 桂太郎[1]、野中 隆[1] (1. 長崎大学外科学講座大腸肛門外科、2. 国立病院機構長崎医療センター外科、3. 済生会長崎病院外科、4. 国立病院機構嬉野医療センター外科、5. 佐世保市総合医療センター外科、6. JCHO諫早総合病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 15:35 ~ 16:50 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム９　大腸癌腹膜播種に対する治療戦略
司会：小林 宏寿（帝京大学医学部附属溝口病院外科）、藤田 文彦（久留米大学医学部外科学講座）

[SY9-1] 大腸癌腹膜播種に対する包括的治療の成績

*米村 豊[1]、重里 親太朗[1]、石橋 治昭[1] (1. 岸和田徳洲会病院 腹膜播種センター)

過去14年間で大腸癌腹膜播種1003例に術前化学療法が行われ、514例（51.2%）に腹膜切除(Px)が行われた。術中温熱化学療法(HIPEC)は290例に施行された。薬剤はOHP、MMCを使用、thermal dose 40 min以上で行った。
結果　手術では384例で肉眼的播種を可及的全切除（CC0, 7 5 %）した。術後合併症G3,4,5 8%, 10%, 0.8%であった。単変量解析で有意な予後良好因子はPCI 14以下,小腸PCI （SBPCI）2以下, 完全切除(CC0),転移腹膜数(MMN)　5以下, SBPCI 5以下33，18%であった。多変量解析では CC0,,SBPCI2以下、PCI 14 以下が予後良好因子であった。予後良好因子をすべて満たす252例の 5,10生率は37,22%であった。5年以降無再発生存37例では低分化2,肝転移1例肺転移2例で再発 巣切除後5年無再発生存中で,全例MMN5以下,PCI　21以下で完全切除例であった。包括的治療は腹腔鏡でPCIが14以下であれば、積極的にPxすることで治癒する例を得ることができる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 15:35 ~ 16:50 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム９　大腸癌腹膜播種に対する治療戦略
司会：小林 宏寿（帝京大学医学部附属溝口病院外科）、藤田 文彦（久留米大学医学部外科学講座）

[SY9-2] 同時性腹膜播種症例に対する治療の現状と治療戦略

*永田 洋士[1]、隈本 雄大[1]、田藏 昂平[1]、塚本 史雄[1]、高見澤 康之[1]、塚本 俊輔[1]、金光 幸秀[1] (1. 国立がん研究センター中央病院 大腸外科)

背景：切除不能大腸癌に対する薬物療法は著しく進歩しているが、腹膜転移は抗がん剤に抵抗性であることが知られており、化学療法の効果は必ずしも明らかでない。
方法：2014年から2023年に当院で治療された大腸癌同時性腹膜播種症例を診療録から後方視的に同定し、臨床病理学的特徴と予後を検討した。
結果：腹膜外転移を伴わないM1c1症例は84例であり、3年全生存割合(OS)は55.8%であった。原発部位では虫垂が14例(16.7%)、右側結腸が36例(42.9%)、左側結腸が27例(32.1%)、直腸が7例(8.3%)であり、その3年OSはそれぞれ50.8%、44.0%、76.8%、60.0%であった(p＝0.227)。初回治療開始前のCTが保存されていた74例の中で、36例で遠隔腹膜に転移を示唆する所見が認められ、その3年OSは37.3%であった。腹腔内観察が行われた68例の中で22例がP3に相当し、その3年OSは30.4%であった。CurBが得られた38例の3年OSは76.1%であり、CurC 46例の39.0%より有意に良好であった（p<0.001）。さらにCurBの中で周術期に化学療法が実施された31例の３年OSは83.1%であり、化学療法の併用がなかった7例の25.0%に比べて有意に良好であった(p=0.025)。
結論：大腸癌腹膜播種においてはCurB達成が予後改善に重要であり、さらに全身化学療法との併用が治療成績向上に寄与する可能性が示された。一方で，切除適応の選択や安全性に関するエビデンスは依然として十分ではない。これらの課題を踏まえ、当院では腹膜播種に対する完全減量手術の安全性を検証する臨床試験を現在実施している。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 15:35 ~ 16:50 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム９　大腸癌腹膜播種に対する治療戦略
司会：小林 宏寿（帝京大学医学部附属溝口病院外科）、藤田 文彦（久留米大学医学部外科学講座）

[SY9-3] 腹膜播種再発に対する外科的治療戦略

*池田 公治[1]、徳橋 愛彦[1]、佐々木 将磨[1]、長谷川 寛[1]、山東 雅紀[1]、西澤 祐吏[1]、塚田 祐一郎[1]、伊藤 雅昭[1] (1. 国立がん研究センター東病院　大腸外科)

【背景・目的】大腸癌根治切除後の異時性腹膜播種再発に対する標準治療は未確立である。本研究では、腹膜播種再発例における外科的治療の意義と予後因子を検討した。

【方法】2006年１月～2020年12月に大腸癌根治切除後に異時性腹膜播種再発をきたした９8症例を対象に、短期・長期成績を後方視的に検討した。腹膜播種再発巣および他臓器転移巣に対してR0切除が達成できた症例を治癒切除群と定義した。全生存期間は腹膜播種再発診断日を起算日とした。

【結果】対象は、男性: 52人（53%）、女性: 46人(47%)、年齢:64歳(28-82歳)、初回手術時の病期はpStage II 26例（27%）、pStage III 46例（47%）、pStage IV 25例（26%）であった。腹膜播種再発巣に対する手術における癌遺残の評価はR0：52例（85%）、R1：7例（12%）、R2：2例（3%）であり、治癒切除群52例（54%）、非治癒群45例（46%）であった。観察期間中央値は34.7か月、全症例の5年生存率は41.3%であった。治癒切除群は非治癒群と比較して全生存率が有意に良好であった（5年生存率：65.9% vs. 11.4%、p<0.01）。治癒切除群における5年無再発生存率に対する多変量解析では、他臓器同時再発病変の領域数（なし・1領域・2領域以上）が独立した予後不良因子として同定された（HR：1.65、p=0.027）。

【結論】 異時性腹膜播種再発例において、根治切除は生存延長に寄与する。一方、他臓器転移を伴う症例では術後再発リスクが高く、手術適応の慎重な検討が求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 15:35 ~ 16:50 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム９　大腸癌腹膜播種に対する治療戦略
司会：小林 宏寿（帝京大学医学部附属溝口病院外科）、藤田 文彦（久留米大学医学部外科学講座）

[SY9-4] 大腸癌腹膜播種に対する集学的治療戦略―診査腹腔鏡による切除適応選択と完全減量手術の役割―

*合田 良政[1]、武内 寛[1]、北山 丈二[1]、矢野 秀朗[1,2] (1. 国立国際医療センター腹膜センター、2. University Hospital Southampton)

【はじめに】
腹膜播種を伴う大腸癌は予後不良であるが、一部の症例では外科的介入を含む集学的治療により長期生存が期待できる。腹膜播種の切除適応は，PCI(Peritoneal cancer index)、小腸・小腸間膜病変をはじめとした病変分布を含めた総合的評価が極めて重要である。しかし、術前画像のみではこれらの評価に限界がある。当院では化学療法により腫瘍縮小効果と新規遠隔転移出現の有無を評価した後、診査腹腔鏡（Diagnostic laparoscopy: DL）により切除可能性を再評価し、完全減量手術（Cytoreductive Surgery: CRS）を行うことを治療略の中心としている。
【目的】
初回診査腹腔鏡（initial DL: iDL）と化学療法後の再診査腹腔鏡（repeat DL: rDL）の有用性を検討し、conversion手術の可能性および予後への影響を評価する。
【対象と方法】
2012～2017年にiDLを施行した虫垂癌を含む大腸癌腹膜播種患者70例を対象に後ろ向き検討を行った。小腸病変高度またはPCI 20以上をCRS困難と判断し、iDLで切除不能とされた症例は、化学療法後にrDLを施行して切除可能性を再評価した。CRS可能な症例には術中腹腔内温熱化学療法（ Hyperthermic intraperitoneal chemotherapy: HIPEC）を併用した。
【結果】
iDLで切除可能と判断された29例中24例（83%）がCRS+HIPECを施行し、5年生存率は54%であった。一方、iDLで切除不能とされた41例中28例をrDLにより再評価し、14例がconversionによりCRS+HIPECに至った。conversion群ではPCI中央値が16から11へ低下し， 5年生存率は14%であった。conversion rateは34%、診査腹腔鏡による切除可否予測精度は84%であった
【結語】
大腸癌腹膜播種の制御には，化学療法に加えて、診査腹腔鏡によるCRS可能例を適切に選択することが重要である。化学療法が奏功し、CRSによるconversion可能な症例も存在し、切除機会の拡大および予後改善につながる可能性が示された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 15:35 ~ 16:50 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム９　大腸癌腹膜播種に対する治療戦略
司会：小林 宏寿（帝京大学医学部附属溝口病院外科）、藤田 文彦（久留米大学医学部外科学講座）

[SY9-5] 大腸癌腹膜播種に対するcytoreductive surgeryの適応と治療成績

*水本 明良[1]、高尾 信行[1]、今神 透[1]、平田 篤史[1]、大江 康光[1]、松永 隆志[1]、寒川 玲[1]、安 炳九[1]、戸川 剛[1] (1. 淡海医療センター消化器外科)

（目的）大腸癌腹膜播種の予後改善には、cytoreductive surgery（CRS）による肉眼的完全切除（CC-0）が重要であり、CC-0が達成可能な症例の適切な選択が求められる。当院における大腸癌腹膜播種に対するCRSの治療成績を検討した。
（方法）2023年までに大腸癌腹膜播種に対してCRSを施行した307例（男性136例、女性171例、平均年齢55歳）を対象とした。同時性159例、異時性148例、原発部位は虫垂71例、右側結腸97例、左側結腸139例であった。腹膜播種の程度はP1 17例、P2 67例、P3 223例、組織型は分化型163例、低分化・未分化型144例であった。Mitomycin C（MMC）を用いたHIPECを2019年までの181例に施行した。
（結果）手術時間は289±89分、出血量は1.3±1.1 Lであった。CC-0は195例に達成され、3年および5年生存率はそれぞれ64%、44%であった。CC別の3年／5年生存率は、CC-1で18%／13%、CC-2で14%／0%、CC-3で11%／5%であった。同時性／異時性、組織型、原発部位（虫垂／結腸直腸、右側／左側結腸）による生存率に有意差は認めなかった。CC-0達成率はP1で100%、P2で99%（66/67例）、P3で50%（112/223例）であり、3年および5年生存率はそれぞれP1で81%／73%、P2で73%／56%、P3で36%／20%であった。PCIを4群（≤9、10–19、20–29、30–39）に分類すると、CC-0達成率はそれぞれ98%（130/133例）、67%（52/78例）、18%（13/73例）、0%（0/23例）であり、3年および5年生存率はPCI≤9で70%／49%、PCI10–19で39%／23%、PCI20–29で10%／8%、PCI30–39で10%／8%であった。小腸PCIが4未満では約90%でCC-0が可能であったが、7以上ではほぼ不可能であった。HIPEC施行の有無で生存率に有意差は認めなかった。
（結語）大腸癌腹膜播種において、P1・P2、またはPCI＜10（特に小腸PCI＜4）はCRSによるCC-0が高率に達成可能であり、良好な適応である。P3症例でもPCI＜20（小腸PCI≦6）ではCRSを検討し得るが、PCI≧20かつ小腸PCI≧7ではCC-0の達成は困難であり、適応は慎重に判断すべきである。当院で行ってきたMMCを用いたHIPECは予後改善に寄与しなかった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 15:35 ~ 16:50 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム９　大腸癌腹膜播種に対する治療戦略
司会：小林 宏寿（帝京大学医学部附属溝口病院外科）、藤田 文彦（久留米大学医学部外科学講座）

[SY9-6] 大腸癌腹膜播種に対する腫瘍減量手術および腹腔内温熱化学療法の治療成績

*森川 充洋[1]、坂本 裕生[1]、松中 喬之[1]、前川 展廣[1]、田海 統之[1]、澤井 利次[1]、小練 研司[1]、廣野 靖夫[2]、五井 孝憲[1] (1. 福井大学第一外科、2. 福井大学がん診療推進センター)

【目的】
大腸癌腹膜播種に対する腹膜切除および複数臓器切除（CRS）は本年保険収載されたが、HIPECは保険適用外である。当科ではこれまでCRS＋HIPECを施行しており、その治療成績について報告する。
【方法】
対象は1990年1月～2024年12月にCRS＋HIPECを施行した大腸癌腹膜播種64例（虫垂癌は除外）で、同時性30例、異時性21例、P1/2切除後の播種再発（再発群）13例である。短期成績およびP分類、PCI、Complete Cytoreduction score（CCS）に基づく予後について後方視的に解析した。さらに、治癒症例として5年無再発生存例について検討した。
【成績】
P1/2/3は6/13/45例、PCI中央値は6（1–33）、CCS 0/1/2/3は43/8/10/3例であった。術後合併症発症率（CD分類III以上）は14.1%で、手術関連死亡は認めなかった。
同時性/異時性/再発群の5年全生存率（5yOS）および生存期間中央値（MST）はそれぞれ37.4%（39か月）、41.5%（43か月）、31.4%（33か月）であり、有意差は認めなかった（P＝0.313）。
P1＋2とP3の比較では、5yOS（MST）は61.1%/27.0%（32か月）であり、有意差を認めた（P＝0.018）。
PCIを9以下（43例）と10以上（21例）に分類すると、5yOS（MST）は49.5%（57か月）、14.4%（29か月）であり、PCI9以下で有意に予後良好であった（P＝0.009）。
CCS 0–1とCCS 2–3の比較では、5yOS（MST）は48.2%（57か月）、0%（12か月）であり、CCS 0–1で有意に良好であった（P＜0.001）。
5年無再発生存例は10例で、同時性/異時性/再発群はそれぞれ6/2/2例であった。PCI中央値は3（1–7）で、全例がCC0であった。異時性/再発群の治癒症例の多くは2年以上経過後の再発であり、再発までの期間が2年以上（9例）/2年未満（25例）で比較すると、5yOS（MST）は75.0%/20.8%（28か月）であり、2年以上の群で有意に良好であった（P＝0.006）。
【結論】
薬物療法の進歩に伴いHIPECの位置づけは変化すると考えられるが、CC0–1が達成されたCRS＋HIPECの成績は良好であり、切除可能な腹膜播種に対しては積極的切除により予後改善が期待される。さらに、播種再発例においても、とくに初回手術から一定期間を経て再発した症例では、外科的切除を考慮すべきである。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

シンポジウム | 外科
2026年11月21日(土) 15:35 ~ 16:50 | 第1会場（2F コンベンションホール1）
シンポジウム９　大腸癌腹膜播種に対する治療戦略
司会：小林 宏寿（帝京大学医学部附属溝口病院外科）、藤田 文彦（久留米大学医学部外科学講座）

[SY9-7] 大腸癌腹膜播種に対する外科的切除と術後補助化学療法の意義 ―多施設共同研究による治療戦略の検討―

*野田 恵佑[1]、小野 季香[1]、丸田 浩志[1]、片山 宏己[1]、山口 峻[1]、高村 祐磨[1]、足立 利幸[1]、石井 光寿[1]、井上 悠介[1]、大石 海道[2]、小山 正三郎[3]、黨 和夫[4]、橋本 慎太郎[5]、久永 真[5]、白石 斗志雄[6]、富永 哲郎[6]、福岡 秀敏[6]、松本 桂太郎[1]、野中 隆[1] (1. 長崎大学外科学講座大腸肛門外科、2. 国立病院機構長崎医療センター外科、3. 済生会長崎病院外科、4. 国立病院機構嬉野医療センター外科、5. 佐世保市総合医療センター外科、6. JCHO諫早総合病院外科)

【背景】 大腸癌腹膜播種はStage IVcに分類され予後不良であるが，その治療戦略は未だ確立されていない．特に治癒切除の達成が予後に与える影響や、術後補助化学療法（AC）の有効性については依然として議論の余地がある．本研究では長崎県下多施設のデータベースを用い，実臨床における外科的切除の意義とACの有効性を検討した．
【方法】 2016年から2021年の間に手術を施行した大腸癌腹膜播種症例123例を対象とした多施設共同後方視的研究である．治癒切除群（R0/1）49例と非治癒切除群（R2）74例に分け予後を比較し，さらに治癒切除群におけるACの効果を検討した．また，臨床病理学的因子を用いて全生存期間（OS）に関する予後規定因子を解析した．
【結果】 全症例において，治癒切除群は非治癒切除群と比較して有意に予後良好であった（5年OS：43.0% vs 7.3%，p=0.004）．多変量解析の結果，非治癒切除（HR 2.12），リンパ節転移陽性（HR 2.25），組織型（por/muc：HR 1.98）が独立した予後不良因子であった．治癒切除達成率はP分類と強く関連しており（P1/2: 51.7% vs P3: 11.1%, p<0.001），治癒切除例における検討では，AC施行が独立したOS改善因子であった（HR 0.366, p=0.044）．再発形式は腹膜再発（30.6%）が最多だが，ACは血行性転移抑制に寄与する可能性が示唆された.
【結語】 大腸癌腹膜播種に対しては，肉眼的遺残のない治癒切除の達成と，その後の術後補助化学療法の併用が予後改善の要である．特にP1/2かつ他臓器転移のない症例は積極的切除の適応となるが，P3症例や未分化癌症例では，慎重な症例選択が必要である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 肛門科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション６　機能性直腸肛門痛に対する集学的診療の実際

司会：小村 憲一（小村肛門科医院）、伊禮 靖苗（大腸肛門病センター高野病院 大腸肛門機能科）

[PD6-1] 肛門痛に対する神経障害性疼痛治療薬の経験

*小野 朋二郎[1]、渡部 晃大[1]、光藤 傑[1]、辻村 直人[1]、三宅 祐一朗[1]、竹中 雄也[1]、齊藤 徹[1]、竹中 玲子[1]、安田 潤[1]、相馬 大人[1]、根津 理一郎[1]、弓場 健義[1] (1. 伯鳳会大阪中央病院外科)

[PD6-2] 疎経活血湯エキス製剤を用いた 肛門部神経因性症状に対する治療

*小原 邦彦[1] (1. おばら消化器・肛門クリニック)

[PD6-3] 機能性直腸肛門痛に隠れた骨盤内うっ血症候群：造影CTによる診断と漢方治療の実際

*内原 智幸[1]、伊禮 靖苗[1]、辻 順行[1]、髙野 正太[1] (1. 大腸肛門病センター　高野病院)

[PD6-4] 肛門痛患者に対する脊髄刺激療法（SCS）の治療効果と見えた課題

*金子 秀作[1]、髙野 正太[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院)

[PD6-5] 当院における機能性直腸肛門痛の治療

*相川 佳子[1] (1. Aicoレディースクリニック)

[PD6-6] 当院における難治性直腸肛門痛142例の分析

*松田 聡[1]、新井 賢一郎[1]、松永 篤志[1]、山下 真幸[1]、木村 浩三[1]、野中 雅彦[1]、中井 勝彦[1]、川上 和彦[1] (1. 松田病院大腸肛門病センター)

[PD6-7] クリニックにおける機能性直腸肛門痛診療の試み

*河野 由紀子[1] (1. 西新駅前こうの整形外科・おしりとおなかクリニック)

[PD6　特別発言] 特別発言

*髙野 正太 (1. 大腸肛門病センター高野病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 肛門科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）
パネルディスカッション６　機能性直腸肛門痛に対する集学的診療の実際
司会：小村 憲一（小村肛門科医院）、伊禮 靖苗（大腸肛門病センター高野病院 大腸肛門機能科）

[PD6-1] 肛門痛に対する神経障害性疼痛治療薬の経験

*小野 朋二郎[1]、渡部 晃大[1]、光藤 傑[1]、辻村 直人[1]、三宅 祐一朗[1]、竹中 雄也[1]、齊藤 徹[1]、竹中 玲子[1]、安田 潤[1]、相馬 大人[1]、根津 理一郎[1]、弓場 健義[1] (1. 伯鳳会大阪中央病院外科)

肛門痛は肛門外来においてよく訴えられる症状の一つである．器質的異常を認めない症例では背景となる病態の鑑別は容易ではないものの，鎮痛薬として神経障害性疼痛治療薬が奏功する症例を経験している．今回当科で肛門痛に対して神経障害性疼痛を使用した症例を後方視的に検討した．
2025年1月から同年12月までに当科において器質的疾患を伴わない肛門痛症例に対して神経障害性疼痛治療薬（プレガバリンまたはミロガバリン）を投与した症例を対象とし，その症状の変化を後方視的に検討した．肛門痛はほぼ消失または本人が気にならない程度まで軽快したものを「奏功」，ある程度奏功したものの，本人の満足度が得られなかったものを「部分奏功」，改善が得られなかったものを「無効」とした．
上記期間中に肛門痛に対して神経障害性疼痛治療薬を投与した症例は20例であった．年齢の平均は62.3歳で，男性12例，女性18例であった．鎮痛薬の内訳は，プレガバリンが16例に投与され，用量の中央値は100（50-300）mgであった．ミロガバリンは4例に投与され，用量の中央値は10(5-10)mgであった．内服に伴う副作用として一過性のふらつきが訴えた症例はあったものの，ふらつきのため内服継続が困難であった症例はなかった．「奏功」した症例は14例（70%）で，「部分奏功」と「無効」の症例が3例（15%）ずつであった．「奏功」した症例のうち3例は，中止後に肛門痛が再燃して内服を再開し，いずれも肛門痛は軽快した．
特発性の肛門痛は単一の病態ではなく，その背景となる病態を鑑別することは必ずしも容易ではないが，筋性疼痛と神経障害性疼痛が混在する病態と考えられ，一部の症例において神経性障害性疼痛治療薬が奏功することが期待できる．今回検討した症例において，神経障害性疼痛治療薬は7割程度の症例に対して「奏功」しており，一定の治療効果が得られた．一時的なふらつきを除いて大きな副作用はなく，肛門痛を訴える患者に対して有用な治療選択肢の一つとなり得るものと考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 肛門科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）
パネルディスカッション６　機能性直腸肛門痛に対する集学的診療の実際
司会：小村 憲一（小村肛門科医院）、伊禮 靖苗（大腸肛門病センター高野病院 大腸肛門機能科）

[PD6-2] 疎経活血湯エキス製剤を用いた 肛門部神経因性症状に対する治療

*小原 邦彦[1] (1. おばら消化器・肛門クリニック)

【目的】 肛門部の違和感や疼痛を主訴とする患者で、画像検査等で器質的病変が否定される症例は、神経因性骨盤臓器症候群（NIS）などの神経因性的な病態から生じる疾患群と考えられる。これらの患者には、痔疾用坐剤やNSAIDsが無効なことが多く、プレガバリン等の薬剤も眠気やふらつき等の副作用から日中の服薬が困難な場合もしばしば経験する。本研究では、治療に難渋するこれら肛門部の症状に対し、古くから関節や筋肉、神経の痛みに使用されてきた、漢方薬「疎経活血湯」を用い、その効果を検討した。

【対象と方法】 2014年3月から2025年12月までに当クリニックを受診し、肛門部の疼痛やしびれ、違和感等を訴え、器質的疾患の存在が否定された40例（男性23例、女性17例、平均年齢55歳、平均病悩期間14週）を対象とした。症状の内訳は痛み68%、しびれ22%、違和感が10%だった。これらの患者に対して疎経活血湯エキス製剤を投与し、症状の変化から治療効果を評価した。

【結果】 全体の70%の症例で有効（症状の消失または軽減）が認められ、有効例全てにおいて投与開始後2〜4週間で効果が現れた。腰痛や脊柱管狭窄症、椎間板ヘルニアといった整形外科的疾患の既往がある症例や、痔核・痔瘻の術後症例において有効例が多かった。一方、うつ病、不安障害などの精神疾患を背景とする症例や、病悩期間が長期にわたる症例では効果が乏しい傾向が見られた。なお、有害事象として1例に服薬直後の腹痛が認められた。

【考察・結語】 疎経活血湯は活血薬が多く配合されており、病態の一つとして末梢循環不全（瘀血症状）を背景とした慢性症状に良いとされている。整形外科的疾患の既往例や痔疾術後例で有効率が高率であったことは、これらの状態が「量的・質的な末梢循環不全」を生みやすく、東洋医学的な「血虚・瘀血」の病態と近似していることをうかがわせる結果だった。肛門周囲に器質的疾患を伴わない、同領域の疼痛・しびれ・違和感等の神経因性症状に対して、疎経活血湯は有用な治療の選択肢となり得ることが示された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 肛門科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）
パネルディスカッション６　機能性直腸肛門痛に対する集学的診療の実際
司会：小村 憲一（小村肛門科医院）、伊禮 靖苗（大腸肛門病センター高野病院 大腸肛門機能科）

[PD6-3] 機能性直腸肛門痛に隠れた骨盤内うっ血症候群：造影CTによる診断と漢方治療の実際

*内原 智幸[1]、伊禮 靖苗[1]、辻 順行[1]、髙野 正太[1] (1. 大腸肛門病センター　高野病院)

【背景・目的】
機能性直腸肛門痛と診断される症例の中には、骨盤内静脈の還流障害を背景とする骨盤内うっ血症候群（Pelvic Congestion Syndrome: PCS）が潜在している。しかし、大腸肛門科領域において本症が原因不明の慢性肛門痛として扱われている実態は少なくない。本研究では、当院におけるPCS症例の臨床的特徴を解析し、造影CTによる客観的な画像診断基準の策定と漢方療法の有用性を検討することを目的とした。

【方法】
2025年に当院を受診したPCS疑いの患者のうち、造影CTにて卵巣静脈の評価が可能であった44例を対象とした。臨床的特徴及び造影CT上の左卵巣静脈径、骨盤内静脈叢拡張の有無とPCS群における漢方薬の治療反応性を後方視的に比較検討した。

【結果】
臨床所見と造影CTの結果、PCS群10例、疑い群34例と診断した。PCS群は全例女性であり、疑い群と比較してBMIが有意に低値であった（19.5 ± 2.1 vs 22.0 ± 4.3, p=0.015）。左卵巣静脈径はPCS群で8.9 ± 2.2 mmと有意に拡張しており（p < 0.001）、ROC曲線による解析では、LOV径6.85 mm をカットオフ値とした場合、感度100%、特異度90.9%（AUC=0.982）と極めて高い診断能を示した。また、PCS群では全例で骨盤内静脈叢の拡張を認めた。PCS群全例で桂枝茯苓丸を内服し10例中6例で症状の改善を認めた。そのうちの1例(77歳女性)について、出産後より数十年間にわたり原因不明の慢性肛門痛に悩まされていたが、造影CTにて左卵巣静脈径の拡張を認めPCSと診断。桂枝茯苓丸の服用を開始したところ、2ヶ月で症状が著明に改善し、長年の苦痛から解放された。

【結語】
PCSは痩せ型の女性に好発しており、低BMIと左卵巣静脈径 6.85 mm以上の拡張は診断の指標となり得る。原因不明の機能性直腸肛門痛に対し、造影CTによる画像評価を行うことは、見逃されてきた症例に対する漢方療法等の有効な治療介入に直結し、患者のQOL改善に寄与する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 肛門科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）
パネルディスカッション６　機能性直腸肛門痛に対する集学的診療の実際
司会：小村 憲一（小村肛門科医院）、伊禮 靖苗（大腸肛門病センター高野病院 大腸肛門機能科）

[PD6-4] 肛門痛患者に対する脊髄刺激療法（SCS）の治療効果と見えた課題

*金子 秀作[1]、髙野 正太[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院)

【はじめに】当院では、神経因性骨盤臓器症候群（NIS）に由来する慢性肛門痛に悩む患者が数多く受診される。その中には器質的な疾患が認められないため、問題なしと判断された患者も多く存在する。近年、神経障害性疼痛および血行障害性疼痛に対してSCSの有効性が報告されており、当院では慢性肛門痛患者に対する治療として2017年よりSCSを導入している。
今回、当院で肛門痛に対して施行されたSCSの治療効果について報告する。
【SCS埋め込み術の手技】
・一期手術：硬膜外腔へ2本の電極リード線を脊髄T12、L1付近へ留置する。体外式刺激装置を用い
て試験刺激を開始する。1W間の試験刺激を実施し、痛みの変化は治療前後でNRSを用い評価する。
・二期手術：試験刺激期間に効果を認めた場合は刺激装置を埋め込み、効果を認めない場合は電極リード線を抜去する。
【方法】2017～2025年に当院でSCSが施行された肛門痛患者17名を対象に、治療の経過、および治療前後でのNRSによる痛みの変化、患者の訴え・日常生活の変化を分析する。
【結果】17症例中15症例は試験刺激で効果を認め刺激装置埋め込まれた（2症例は試験刺激にて効果なし）。治療効果については個人差があるものの、平均約38%の痛みが減少した。また、SCSの施行が、痛みの発症から3年未満の患者は痛みが約64%減少したが、3年以上の患者では約26%の減少であった。さらに、日常生活に関して、睡眠時間の増加や趣味に費やす時間が増えたとの回答が患者から得られた。
【考察】肛門痛に対しSCSを早期に行うことで治療効果が高かった。長期に渡り抱えてきた痛みには、本来の痛みに心因性疼痛が重なり合うことで症状を悪化させていると推測される。治療後に残存する痛みをなくしたいという欲求が更に心因性疼痛を増悪させ、治療効果を減衰させる要因であると考えられた。また、痛みが軽減することにより、日常生活に良い変化が得られた。
【まとめ】SCSにより痛みの軽減効果は得られるが、根治的治療方法ではない。今後は残された痛みに対し集学的治療の必要性、また患者自身がどう向き合っていくべきかが最大の課題である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 肛門科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）
パネルディスカッション６　機能性直腸肛門痛に対する集学的診療の実際
司会：小村 憲一（小村肛門科医院）、伊禮 靖苗（大腸肛門病センター高野病院 大腸肛門機能科）

[PD6-5] 当院における機能性直腸肛門痛の治療

*相川 佳子[1] (1. Aicoレディースクリニック)

【序論】RomaIV基準における機能性直腸肛門痛は、器質的疾患がないにもかかわらず、肛門や直腸の痛み・違和感が続く機能性疾患である。当院は女性専門の大腸肛門外科クリニックであり、やや女性に頻度が多いと言われる同疾患患者が散見される。
今回、当院で経験した機能性直腸肛門痛患者について検討した。
【対象】2024年9月から2026年3月までに当院を受診した、肛門痛を主訴とする患者のうち、肛門診察上、痔核や裂肛などの器質的疾患を除外し、機能性直腸肛門痛と診断し、治療を開始した26例。このうち、経過を追えなかった7例を除外した19例を対象とし、患者背景、治療法、治療効果について検討した。
【結果】平均年齢は60.3歳、すべて女性である。平均病脳期間は436日（中央値；30日、2〜2920日）。既往歴は、帯状疱疹後1例、乳がん術後1例。肛門手術歴はなし。痛みの種類としては、持続する痛みが11例、短時間の痛みが8例。治療法は、薬物療法と干渉低周波治療を行った。内訳は、トリベノシド・リドカイン軟膏8例、ミロガバリン9例、プレガバリン5例、芍薬甘草湯2例、デュロキセチン1例、干渉低周波治療を4例に施行した。19例いずれも、痛みの改善を認めている。
【考察】器質的疾患が否定され、機能性直腸肛門痛と判断した患者に対して、当院では、まず鎮痛目的とした軟膏治療と、神経障害性疼痛の治療薬である、ミロガバリン、プレガバリンを用いた治療を中心に行った。ミロガバリン、プレガバリンは、副作用懸念して、少量から開始し、通常量まで漸増することで症状の改善を得られた。芍薬甘草湯は、括約筋の緊張が高い症例、突然の強い鈍痛症例に効果的であった。干渉低周波治療は4例施行し、改善を得られた。干渉低周波治療そのものによる効果はもちろんのこと、治療中に患者の不安を傾聴できたことが効果的であったと考える。
【結語】QOL低下の原因となりやすい機能性直腸肛門痛の当院での治療について報告した。基本的治療に加えて、メンタルケアや電気治療など、オーダーメイドな治療法の選択が重要であると考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 肛門科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）
パネルディスカッション６　機能性直腸肛門痛に対する集学的診療の実際
司会：小村 憲一（小村肛門科医院）、伊禮 靖苗（大腸肛門病センター高野病院 大腸肛門機能科）

[PD6-6] 当院における難治性直腸肛門痛142例の分析

*松田 聡[1]、新井 賢一郎[1]、松永 篤志[1]、山下 真幸[1]、木村 浩三[1]、野中 雅彦[1]、中井 勝彦[1]、川上 和彦[1] (1. 松田病院大腸肛門病センター)

＜はじめに＞
直腸肛門部痛の原因は様々で、痔核などの肛門疾患から機能性直腸肛門痛のように器質的疾患を認めないが慢性疼痛をきたす病態まで存在し、しばしば診療に苦慮する。当院における難治性直腸肛門痛診療の現状ついて検討し報告する。
＜対象＞
2016年1月から2025年12月に難治性直腸肛門痛として治療を行った142例。直腸脱を含む器質的肛門疾患、便秘症や下痢症、炎症性腸疾患、NSAIDｓや注入軟膏が有効な症例、など原因が明らかなものは除外した。
＜方法＞
疼痛の原因診断、施行された検査、治療内容、転帰について後方視的に検討した。
＜結果＞
142症例の平均年齢は60.4歳（16～102歳）、男女比55：87で、検査は経肛門超音波検査42例、肛門内圧検査37例、排便造影検査25例が施行された。内服薬はプレガバリン、ミロガバリン、トラマドール塩酸塩/アセトアミノフェン配合錠、芍薬甘草湯、エチゾラム、などが処方され、局所製剤として局所用カルシウムチャンネルブロッカー軟膏（ニフェジピン軟膏）が34例処方された。それ以外の治療として干渉低周波治療(ウロマスター)15例、バイオフィードバック療法12例(バルーン排出訓練含む)が施行されていた。疼痛の原因診断としては、不明が63例と最も多く、次に腰椎疾患29例、ストレスに起因するもの20例、陰部神経痛11例、尾骨痛8例、骨盤手術後4例、不顕性骨盤臓器脱・排便障害4例で、機能性直腸肛門痛と考えられるものはRomeⅣ分類における消散性肛門痛5例、肛門挙筋症候群2例であった。
＜考察＞
内服薬が無効な症例も多く、肛門内圧異常高値例に対しては局所用カルシウムチャンネルブロッカー軟膏を、排便造影検査で便排出障害や直腸重積などの不顕性骨盤臓器脱を認める症例には骨盤神経の血行促進や骨盤底筋の緊張緩和を狙って干渉低周波治療(ウロマスター)やバイオフィードバック療法を行い一定の効果を示した。一方、ストレスが原因と考えられる20例に対しては投薬以外十分な治療ができていなかった。肛門痛の原因は多岐にわたり、整形外科、心療内科、婦人科、泌尿器科など他科との連携が重要と考えられた。
＜おわりに＞
当院における難治性直腸肛門痛診療について検討し報告した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 肛門科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:45 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション６　機能性直腸肛門痛に対する集学的診療の実際

司会：小村 憲一（小村肛門科医院）、伊禮 靖苗（大腸肛門病センター高野病院 大腸肛門機能科）

[PD6-7] クリニックにおける機能性直腸肛門痛診療の試み

*河野 由紀子[1] (1. 西新駅前こうの整形外科・おしりとおなかクリニック)

機能性直腸肛門痛は明らかな質的異常が検出されないにも関わらず慢性的な痛みが出現する疾患群であり、患者の苦痛は非常に大きい。その原因としては神経障害、骨盤内の循環障害、骨盤底や体幹の機能異常など複雑であり、診断の確定・治療ともに容易ではないため治療者にとっても非常に負担の大きな疾患である。
当院はクリニックであるが整形外科と肛門外科の２科併設であり、そのメリットを活かして当該疾患の診療を試みてきた。
診断）問診及び除外診断が重要である。問診のみでも機能性直腸肛門痛の可能性をある程度検出することができる。痔疾患や皮膚疾患がないかを十分診察し、恥骨直腸筋も指診する。常に消化管病変、感染、整形外科・婦人科的な気質的疾患が隠れていないかに留意する。
評価）VASスケールを用いた疼痛評価、QOLの評価
治療）①支持療法：本疾患の患者は長年診断がつかず、うつ状態に陥ることもある。まずは病名がつくような疾患であり治療手段があること、長期の通院が必要となる可能性があることを伝える。②対症療法：内服薬で疼痛を抑える。副作用を見ながら十分量まで増量し、場合により複数の薬剤を用いる。変更や追加の可能性を伝え治療コンプライアンスを保つ。仙骨神経ブロックや、干渉波・低周波などの物理療法を同時進行で行う。③根本治療：理学療法士による評価の上リハビリテーションを行う。
症例を交えながら当院での診療を紹介し、限界についても検討したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第6会場（1F 会議室103）

パネルディスカッション７　直腸癌局所再発症例に対する集学的治療

司会：大植 雅之（大阪国際がんセンター）、植村 守（大阪大学大学院医学系研究科　外科学講座　消化器外科学）

[PD7-1] 直腸癌局所再発症例に対する集学的治療成績

*小嶋 忠浩[1]、塩見 明生[1]、眞部 祥一[1]、田中 佑典[1]、笠井 俊輔[1]、森 千浩[1]、髙嶋 祐助[1]、辻尾 元[1]、横山 希生人[1]、八尾 健太[1]、小林 尚輝[1]、山本 祥馬[1]、三浦 峻助[1]、仁平 高朔[1] (1. 静岡がんセンター大腸外科)

[PD7-2] 直腸癌局所再発における予後不良因子としての骨盤内播種再発

*木村 慶[1]、佐々木 将磨[2]、井桁 正尭[3]、塚田 祐一郎[2]、桑原 隆一[4]、堀尾 勇規[4]、内野 基[4]、大門 貴志[3]、伊藤 雅昭[3]、池田 正孝[1] (1. 兵庫医科大学下部消化管外科、2. 国立がん研究センター東病院大腸外科、3. 兵庫医科大学医療統計学、4. 兵庫医科大学炎症性腸疾患外科)

[PD7-3] 直腸癌局所再発に対する最適な術前治療

*塚田 祐一郎[1]、佐々木 将磨[1]、長谷川 寛[1]、山東 雅紀[1]、池田 公治[1]、西澤 祐吏[1]、伊藤 雅昭[1] (1. 国立がん研究センター東病院 大腸外科)

[PD7-4] 直腸癌局所再発に対する骨盤内臓全摘術後死腔炎と再発後生存 - 集学的治療完遂の観点から

*村田 悠記[1]、小倉 淳司[1]、佐藤 雄介[1]、梅田 晋一[1]、筒山 将之[1]、宮田 一志[1]、杉田 静紀[1]、清水 大[1]、中西 香企[1]、田中 千恵[1]、江畑 智希[1]、神田 光郎[1] (1. 名古屋大学医学部附属病院　消化器・腫瘍外科)

[PD7-5] 直腸癌術後局所再発に対する放射線治療歴は局所R0切除率に影響するか

*佐伯 崇史[1]、植村 守[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、関戸 悠紀[1]、浜部 敦史[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、加藤 健志[2]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部医学研究科消化器外科学、2. 国立大阪医療センター下部消化管外科)

[PD7-6] 重粒子線（炭素イオン線）治療のための合成吸収性組織スペーサーの紹介

*瀧山 博年[1]、磯崎 哲朗[1]、山田 滋[1]、牧島 弘和[1]、今井 礼子[1]、篠藤 誠[1]、若月 優[1]、石川 仁[1] (1. 量子科学技術研究開発機構　QST病院)

[PD7-7] 直腸癌局所再発に対するR0切除と周術期成績改善を両立する集学的治療戦略

*竹田 充伸[1]、植村 守[1]、内山 優史[1]、森 良太[1]、関戸 悠紀[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、山本 浩文[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第6会場（1F 会議室103）

パネルディスカッション７　直腸癌局所再発症例に対する集学的治療

司会：大植 雅之（大阪国際がんセンター）、植村 守（大阪大学大学院医学系研究科　外科学講座　消化器外科学）

[PD7-1] 直腸癌局所再発症例に対する集学的治療成績

*小嶋 忠浩[1]、塩見 明生[1]、眞部 祥一[1]、田中 佑典[1]、笠井 俊輔[1]、森 千浩[1]、髙嶋 祐助[1]、辻尾 元[1]、横山 希生人[1]、八尾 健太[1]、小林 尚輝[1]、山本 祥馬[1]、三浦 峻助[1]、仁平 高朔[1] (1. 静岡がんセンター大腸外科)

【背景】直腸癌局所再発に対して、集学的治療の明確なエビデンスは確立していない。当院では原則としてupfront surgeryを基本方針とするが、切除距離確保や臓器温存を目的に術前化学放射線療法（CRT）を併用する場合がある。また手術非希望例には陽子線治療の提示も行っている。
【目的】①初回局所再発症例における術前治療の有無による治療成績を検討する。②手術、陽子線治療、化学（放射線）療法各群の成績を比較する。
【方法】2005〜2025年に遠隔転移を伴わない原発性直腸癌術後初回局所再発症例を対象とした。手術施行例について術前治療の有無で後ろ向きに長期成績を比較した。
【結果】①術前治療あり15例（nCRT8例、NAC7例）、なし48例であった。背景因子に有意差はなく、R0切除率はそれぞれ86.6%、89.6%で同等であった。5年OSは73.3%、72.5%、5年RFSは51.1%、40.9%、局所再発率は11.2%、23.5%、遠隔再発率は38.6%、41.2%で、いずれも有意差を認めなかった。nCRTの有無別検討でも成績差は認めなかった。多変量解析ではF分類2・3およびR1/2がOS不良因子として抽出され、腫瘍遺残リスクはF分類のみが関連した。②5年OSは手術群72.2%(63例)、陽子線治療群49.4%(25例)、化学（放射線）療法群18.2%(12例)であった。
【考察】剥離面が近接する症例でも術前CRTによりR0切除は達成可能である。一方で再発は遠隔転移が主体であり、遠隔転移を制御する治療戦略が望まれる。R0切除が見込める場合は手術が第一選択であるが、手術非希望例では陽子線治療も選択肢として検討される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第6会場（1F 会議室103）

パネルディスカッション７　直腸癌局所再発症例に対する集学的治療

司会：大植 雅之（大阪国際がんセンター）、植村 守（大阪大学大学院医学系研究科　外科学講座　消化器外科学）

[PD7-2] 直腸癌局所再発における予後不良因子としての骨盤内播種再発

*木村 慶[1]、佐々木 将磨[2]、井桁 正尭[3]、塚田 祐一郎[2]、桑原 隆一[4]、堀尾 勇規[4]、内野 基[4]、大門 貴志[3]、伊藤 雅昭[3]、池田 正孝[1] (1. 兵庫医科大学下部消化管外科、2. 国立がん研究センター東病院大腸外科、3. 兵庫医科大学医療統計学、4. 兵庫医科大学炎症性腸疾患外科)

【はじめに】直腸癌局所再発（LRRC）に対する術前予後予測因子として、初回手術時のマイルズ手術施行、Stage、LRRC診断時のCEA高値、側方再発などが報告されている。しかし、LRRCにおける骨盤内播種再発を定義し、その予後への影響を検討した報告はない。

【目的】LRRCにおける骨盤内播種再発を定義し、その臨床的特徴および予後への影響を明らかにする。

【方法】2017年4月-2022年12月に国立がん研究センター東病院および兵庫医科大学でLRRCに対し手術を施行した117例を対象とした。骨盤内播種再発は、①初回手術時に腹膜播種を認めた症例、②初回手術時にtotal mesorectal fascia excision lineへの切り込みを認め、その後に骨盤内に多発再発を来した症例と定義した。播種の有無で全生存率(OS)、無再発生存率(RFS)、局所無再発生存率(LRFS)を比較し、Cox比例ハザードモデルで予後因子を検討した。

【結果】播種あり群（n=15）は播種なし群（n=102）と比較し、原発巣の進行度が高く（N2以上：53.4% vs 15.6%、M1 46.7% vs 7.8%）、R0切除率は有意に低かった（53.3% vs 94.1%、p<0.01）。手術時間は長く（13.3h vs 8.2h）、術後在院日数も延長していた（39日 vs 26日）。多変量解析では播種再発は独立した予後不良因子であり、OS（HR 0.15, 95%CI 0.04–0.57）、RFS（HR 0.23, 95%CI 0.11–0.49）、LRFS（HR 0.12, 95%CI 0.05–0.30）のいずれも有意差を認めた（すべてp<0.01）。Kaplan–Meier解析でも全ての指標で有意差を認めた（いずれもp<0.01）。播種なし群ではR0切除がOS・RFS・LRFSの改善と関連したが、播種あり群ではその効果は認められなかった。

【結語】骨盤内播種再発はLRRCにおける強力な予後不良因子であり、播種症例ではR0切除の予後改善効果は限定的である可能性が示唆された。そのため、手術適応は慎重に判断し、非手術治療を含めた治療戦略の検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第6会場（1F 会議室103）

パネルディスカッション７　直腸癌局所再発症例に対する集学的治療

司会：大植 雅之（大阪国際がんセンター）、植村 守（大阪大学大学院医学系研究科　外科学講座　消化器外科学）

[PD7-3] 直腸癌局所再発に対する最適な術前治療

*塚田 祐一郎[1]、佐々木 将磨[1]、長谷川 寛[1]、山東 雅紀[1]、池田 公治[1]、西澤 祐吏[1]、伊藤 雅昭[1] (1. 国立がん研究センター東病院 大腸外科)

【目的】直腸癌局所再発はR0切除が得られた場合には根治が期待できるため切除可能と判断される症例では外科切除が治療の中心となる。術後再再発率は高く、更なる治療成績向上のためには周術期治療の導入が重要と考えられる。しかし、術後は合併症発生率が高く補助療法の十分な実施が困難であることから、術前治療の意義が注目されている。一方で、直腸癌局所再発に対する術前治療に関するエビデンスは限られており、最適な治療戦略について一定のコンセンサスが得られていない。本検討は直腸癌局所再発に対する術前治療の有用性を明らかにすることを目的とする.

【方法】2008年～2017年に当院で根治目的の手術が施行された71例の直腸癌局所再発症例を対象とし、短期・長期成績を後ろ向きに検討した。

【結果】年齢中央値62歳、局所再発診断時に放射線照射歴を有した症例は3例 (4%)。35例が手術先行で治療され、23例に術前化学放射線療法 (CRT)が、13例に術前化学療法（NAC）が施行された。手術先行群/術前CRT群/NAC群で術前画像評価のF0の割合は20%/9%/8%、局所再発に対する骨盤内蔵全摘の施行割合は6%/43%/15%と術前CRT群やNAC群に進行した症例が多く含まれていた。手術先行群/術前CRT群/NAC群の手術時間中央値は355分/506分/548分、出血量中央値は751ml/1550ml/2170ml、Clavien-Dindo分類Grade3以上の術後合併症発生割合は20%/70%/38%であった。手術先行群/術前CRT群/NAC群のR0切除割合は71.4%/ 91.3%/ 69.2%、病理学的CRM(中央値)は1.0mm/ 5.0mm/ 0.6mmであった。手術先行群/術前CRT群/NAC群の5年局所無再発生存割合は44.5%/ 57.4%/ 23.9%、5年無再発生存割合は32.9%/ 50.2%/ 23.1%、5年全生存割合は64.8%/ 71.8%/ 38.9%であり、術前CRT群で良好な予後を示した。

【結論】直腸癌局所再発に対する術前CRTは手術侵襲や合併症の増加といった課題はあるもののR0切除率の向上および予後改善に寄与する可能性がある。一方で、NACの有用性は明らかではなかった。今後、術前CRTの意義を検証するランダム化比較試験であるJCOG1801などの前向き試験の結果により、最適な術前治療戦略の確立が期待される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第6会場（1F 会議室103）

パネルディスカッション７　直腸癌局所再発症例に対する集学的治療

司会：大植 雅之（大阪国際がんセンター）、植村 守（大阪大学大学院医学系研究科　外科学講座　消化器外科学）

[PD7-4] 直腸癌局所再発に対する骨盤内臓全摘術後死腔炎と再発後生存 - 集学的治療完遂の観点から

*村田 悠記[1]、小倉 淳司[1]、佐藤 雄介[1]、梅田 晋一[1]、筒山 将之[1]、宮田 一志[1]、杉田 静紀[1]、清水 大[1]、中西 香企[1]、田中 千恵[1]、江畑 智希[1]、神田 光郎[1] (1. 名古屋大学医学部附属病院　消化器・腫瘍外科)

背景
直腸癌局所再発（locally recurrent rectal cancer：LRRC）に対する骨盤内臓全摘術（pelvic exenteration：PE）は、長期生存が期待できる根治的治療である。一方で侵襲は極めて大きく、術後合併症の頻度は高い。なかでも骨盤死腔炎（pelvic sepsis：PS）は重篤な合併症であり、長期入院や全身状態悪化を招く。近年、LRRCに対しては切除のみならず、術前化学放射線療法や再照射、重粒子線治療などを含めた集学的治療戦略が進展しているが、PSが再発後治療や長期予後に及ぼす影響について検討した報告は少ない。本研究では、PE後PS発症が再発後治療および再発後生存（post-recurrence survival：PRS）に与える影響を検討した。
対象と方法
2006年1月から2023年12月までに当院でLRRCに対してPEを施行した75例を対象とし、PS群（n=33）とnon-PS群（n=42）のPRSを比較した。PSは、術後30日以内に発熱または炎症反応上昇を伴い、画像上感染性液体貯留を認め、ドレナージを要した症例と定義した。PRSは再発診断日を起点としてKaplan–Meier法により算出し、log-rank検定で比較した。
結果
両群の背景因子に有意差は認めなかった。観察期間中（中央値36ヶ月）、75例中42例（56.0%）に再発を認め、肺転移再発が最多(n=21, 50%)であった。集学的再発後治療介入率はPS群で低い傾向を認め、PRS中央値はPS群で短い傾向(29か月vs42.6か月)を認めたが、統計学的有意差には至らなかった（P=0.215）。また、2年PRS率もPS群で低値を示した。
考察
LRRCに対するPE後は高率に再発を認めるため、再発後治療戦略を含めた長期的視点が重要である。PS発症による全身状態悪化や慢性炎症は、再発後治療強度の低下や集学的治療導入困難につながり、PRS悪化に関与する可能性が示唆された。すなわち、LRRCに対する集学的治療においては、術前治療による局所制御向上のみならず、術後PSを制御し、再発後治療へ円滑につなげる周術期戦略が重要と考えられる。
当科では近年、PS予防を目的として腹直筋皮弁再建を積極的に導入しており、症例数は限定的ではあるものの、PS発症率は低下傾向を示している。
当科のLRRC治療戦略および皮弁再建の適応と実際の取り組みについて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第6会場（1F 会議室103）

パネルディスカッション７　直腸癌局所再発症例に対する集学的治療

司会：大植 雅之（大阪国際がんセンター）、植村 守（大阪大学大学院医学系研究科　外科学講座　消化器外科学）

[PD7-5] 直腸癌術後局所再発に対する放射線治療歴は局所R0切除率に影響するか

*佐伯 崇史[1]、植村 守[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、関戸 悠紀[1]、浜部 敦史[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、加藤 健志[2]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部医学研究科消化器外科学、2. 国立大阪医療センター下部消化管外科)

【背景】直腸癌術後局所再発 (LRRC) は，局所R0切除の達成が長期予後に重要であるが，骨盤内の瘢痕，癒着，線維化により再発巣切除術の難度は高い. 特に放射線照射歴を有する症例では，既照射組織の線維化によりR0切除の達成が難しくなる可能性がある. 近年，下部進行直腸癌に対する集学的治療の一環として放射線治療を施行する症例が増えつつあるが，原発巣治療の際の放射線照射歴がLRRC再発巣切除術の局所R0切除率に及ぼす影響は十分に明らかでない.
【目的】原発巣治療における放射線照射歴に着目し，LRRC再発巣切除術における局所R0切除率と局所無再々発生存期間 (LRFS) を検討した.
【対象と方法】2000年から2025年にLRRCに対して再発巣切除術を施行した272例の内, 再々発手術症例20例を除外した252例を後方視的に評価した. 原発巣治療時またLRRC治療時の放射線照射歴に基づき, 原発時 (-)/LRRC時 (-) をNonRT群，原発時 (-)/LRRC時 (+) をPreRT群， 原発時 (+)/LRRC時 (-) をPastRT群に分類した. 主要評価項目は局所R0切除率，副次評価項目はLRFS , Clavien-Dindo分類Grade III以上の合併症とした. 非R0切除に関するリスク因子をロジスティック回帰分析で解析した.
【結果】NonRT群98例，PreRT群132例，PastRT群22例であった. 局所R0切除率はNonRT群/PreRT群/PastRT群：87.8%/84.8%/63.6%であり，PastRT群で有意に低値であった (p=0.03) . ロジスティック回帰分析では，PastRT群が非R0切除の独立したリスク因子であった (OR：4.11，p=0.01). Grade III以上の合併症は4.5%/38.6%/63.6%でPastRT群で頻度が高かった（p=0.001）. 術後出血は2.0%/6.1%/18.2%，会陰創感染は12.2%/25.0%/27.3%，骨盤内膿瘍は14.3%/24.2%/27.3%であった. 3年LRFSは58.7%/75.7%/58.7%で3群間に差を認めた (p=0.006).
【結語】原発巣治療時に放射線照射歴を有するLRRCでは，局所R0切除率が低く，短期成績も不良な傾向を示した. 既照射後LRRCでは，再発巣切除術による局所根治性と安全性が制限される可能性があり，原発巣治療から再発時治療までを見据えた検討が課題である.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第6会場（1F 会議室103）

パネルディスカッション７　直腸癌局所再発症例に対する集学的治療

司会：大植 雅之（大阪国際がんセンター）、植村 守（大阪大学大学院医学系研究科　外科学講座　消化器外科学）

[PD7-6] 重粒子線（炭素イオン線）治療のための合成吸収性組織スペーサーの紹介

*瀧山 博年[1]、磯崎 哲朗[1]、山田 滋[1]、牧島 弘和[1]、今井 礼子[1]、篠藤 誠[1]、若月 優[1]、石川 仁[1] (1. 量子科学技術研究開発機構　QST病院)

重粒子線治療による大腸がん局所再発病変の制御率は5年で72%、また治療後の5年全生存率は50%と報告され、外科的な根治切除には及ばないものの従来のX線治療より良好な成績が期待できる。一般に放射線抵抗性が高いとされる大腸腺癌の制御のためには、消化管の耐容線量を上回る高線量を腫瘍に対して処方する必要がある。しかし、局所再発病変は消化管に高度に近接していることも多く、潰瘍・出血・穿孔といった重篤な障害が懸念されることから、重粒子線治療が行えない症例も数多く存在した。
このような消化管近接症例に対しては、スペーサーを腫瘍と消化管の間に留置して物理的に隔離し消化管の被照射線量を低下させることで、重粒子線治療が実施できる。現在、ポリグリコール酸からなる合成吸収性組織スペーサーが臨床的に使用可能であるが、併用実績は年々増加傾向にあり、2025年は治療総数58例中15例（26%）の症例においてスペーサーを留置していた。
当院で大腸癌局所再発に対して吸収性スペーサー留置が行われた47例を対象に短期成績と合併症を集計した。再発腫瘍の局在は骨盤側壁：仙骨前：会陰部：上腹部＝24:16:4:3、スペーサー留置の方法は開腹：腹腔鏡併用＝33:14、手術時間は96〜368分、出血量は少量〜844cc、使用したスペーサー厚は5mm:10mm:15mm=3:42:2であった。
術後の合併症のうち重篤なものは腸閉塞２、腹腔内感染２（うち1例は再手術によりスペーサー抜去）、腹水貯留1、術中播種1、のべ6件のみであった。留置術から退院までの日数は中央値8日（4-49日）、重粒子線治療開始までは33日（20-64日）であった。全例で重粒子線治療を完遂し、重粒子線治療に起因する急性期の重篤な有害事象は認めなかった。スペーサー非併用群との比較において、治療後2年の短期成績は全生存率・局所制御率ともに同等であった。
スペーサー留置術は、外科的介入により安全かつ確実な重粒子線治療を可能にする重要な手段である。本治療を成功させるには、放射線治療の適応と特性を理解した外科医による適切な留置が不可欠であり、本口演では放射線治療医の視点から見た適応判断と手技の要点、集学的連携の重要性について論じたい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科
2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第6会場（1F 会議室103）
パネルディスカッション７　直腸癌局所再発症例に対する集学的治療
司会：大植 雅之（大阪国際がんセンター）、植村 守（大阪大学大学院医学系研究科　外科学講座　消化器外科学）

[PD7-7] 直腸癌局所再発に対するR0切除と周術期成績改善を両立する集学的治療戦略

*竹田 充伸[1]、植村 守[1]、内山 優史[1]、森 良太[1]、関戸 悠紀[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、山本 浩文[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部消化器外科)

【背景】

直腸癌局所再発（LRRC）においてR0切除は長期予後を規定する最重要因子であるが，前治療に伴う高度な線維化や解剖学的構造の破綻により，骨盤深部における安全かつ確実な剥離操作は困難であり，根治性の追求は重篤合併症の増加とトレードオフの関係にある．当科では術前化学放射線療法（CRT）を基盤に，低侵襲手術（腹腔鏡・ロボット），経肛門／経会陰アプローチ（Ta/Tp），非機能腸管再建を組み合わせた集学的治療体系を構築してきた．

【目的】

本治療体系における各要素の臨床的意義を，R0切除率，周術期成績および予後の観点から検証する．

【対象・方法】

2000年から2026年4月までに施行したLRRC拡大手術282例を対象に後方視的解析を行った．術前RTの有無，Ta/Tp併用および非機能腸管再建の有無により，R0切除率，出血量，骨盤死腔感染および生存を比較検討した．

【結果】

術前RT施行例では非施行例と比較して生存の改善を認めた（中央値1350 vs 2087日，log-rank $p<0.01$）．Ta/Tp併用により骨盤最深部の視野確保と解剖学的剥離層の明確化が可能となり，R0切除率は向上した（85% vs 93%，$p=0.2397$）．低侵襲手術（MIS）は出血量を有意に低減した（中央値3955 vs 175 mL，$p<0.0001$）．非機能腸管再建の併用により骨盤死腔感染は有意に減少した（30% vs 14%，$p=0.0414$）．さらに，R0非達成例では全生存は有意に不良であり（中央値1350 vs 1976日，$p=0.015$），R0切除の重要性が改めて示された．

【結語】

術前RTを含む集学的治療を基盤とし，低侵襲手術にTa/Tpアプローチおよび非機能腸管再建を組み合わせることで，R0切除率の向上と周術期成績の改善を両立しうる．本治療体系はLRRCに対する実践的戦略として有用であり，今後の適応選択および標準化に向けた検討が求められる．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第8会場（1F 会議室108）

パネルディスカッション８　遺伝性大腸腫瘍の現状と未来

司会：岡 志郎（広島大学大学院 医系科学研究科消化器内科学)、山口 達郎（がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科）

[PD8-1] 当院におけるリンチ症候群拾い上げの現状

*山口 瑞生[1]、赤羽 慎太郎[2]、下村 学[1]、矢野 琢也[1]、佐田友 藍[1]、田口 和浩[1]、松原 啓壮[1]、石川 聖[1]、佐藤 沙希[1]、渡邊 淳弘[1]、森内 俊行[1]、塩崎 翔平[1]、松原 一樹[1]、篠原 充[1]、森田 隼登[1]、利田 明日香[2]、中原 輝[2]、新津 宏明[2]、大段 秀樹[1]、檜井 孝夫[2] (1. 広島大学病院消化器移植外科、2. 広島大学病院遺伝子診療科)

[PD8-2] 当院におけるリンチ症候群ユニバーサルスクリーニング陽性例の遺伝診療への到達状況と課題

*安岡 宏展[1]、大内 晶[1]、木下 敬史[1]、岸田 貴喜[1]、安藤 秀一郎[1]、井本 逸勢[2]、高磯 伸枝[2]、小森 康司[1] (1. 愛知県がんセンター消化器外科部、2. 愛知県がんセンターゲノム医療センター)

[PD8-3] 家族性大腸腺腫症サーベイランス現況と課題：多施設共同リアルワールドデータに基づく解析とアンケート調査

*立田 協太[1]、美甘 麻裕[1]、岩泉 守哉[2]、岡本 和哉[3]、吉井 重人[4]、浅羽 雄太郎[5]、原田 岳[6]、杉原 守[1]、岩瀬 友哉[1]、高木 徹[1]、杉山 洸裕[1]、赤井 俊也[1]、倉地 清隆[1,7]、竹内 裕也[1] (1. 浜松医科大学医学部附属病院　外科学第二講座、2. 浜松医科大学　検査部、3. 藤枝市立総合病院　外科、4. 藤枝市立総合病院　消化器内科、5. JA静岡厚生連遠州病院　外科、6. 浜松医療センター　外科、7. 浜松赤十字病院　外科)

[PD8-4] 当院におけるLynch症候群のサーベイランス診療プログラムの検証

*大堂 真一郎[1]、柴田 寛至[1]、千野 晶子[1]、鈴木 桂悟[1]、井出 大資[1]、斎藤 彰一[1]、金子 景香[2]、新川 裕美[2]、幅野 愛理[2]、箕浦 祐子[2]、久我 亜沙美[2]、土橋 映仁[2]、植木 有紗[2] (1. がん研究会有明病院　下部消化管内科、2. がん研究会有明病院　臨床遺伝医療部)

[PD8-5] Lynch症候群における遺伝子変異別にみた径10mm以下大腸腫瘍の臨床病理学的特徴

*迫 友紀子[1]、卜部 祐司[1]、吉田 航大[1]、宇田 昂弘[1]、操田 智之[1]、初鹿 佳輝[1]、益田 啓志[1]、中村 岳夫[1]、上垣内 由季[1]、高砂 健[1]、壷井 章克[1]、田中 秀典[1]、山下 賢[1]、檜山 雄一[1]、岸田 圭弘[1]、瀧川 英彦[1]、下村 学[2]、檜井 孝夫[3]、桑井 寿雄[4]、岡 志郎[1] (1. 広島大学病院　消化器内科、2. 広島大学大学院医系科学研究科消化器・移植外科学、3. 広島大学病院遺伝子診療科、4. 広島大学病院内視鏡医学講座)

[PD8-6] 機械学習を用いたLynch症候群予測モデルの構築

*高雄 美里[1,2]、山口 達郎[2]、武井 信嗣[1]、出嶋 皓[1]、坂元 慧[1]、中守 咲子[1]、加藤 博樹[1]、中野 大輔[1]、川合 一茂[1] (1. 都立駒込病院大腸外科、2. 都立駒込病院遺伝子診療科)

[PD8-7] 家族性大腸腺腫症の診断・治療における現状と未来

*田近 正洋[1]、田中 努[1]、伊藤 信仁[1]、高木 暁広[1]、堀 諒[1]、小森 康司[2]、木下 敬史[2]、大内 晶[2]、岸田 貴喜[2]、高磯 伸枝[3]、井本 逸勢[3] (1. 愛知県がんセンター内視鏡部、2. 愛知県がんセンター消化器外科部、3. 愛知県がんセンターゲノム医療センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

[PD8-8] 家族性大腸腺腫症における結腸全摘・回腸直腸吻合術後の大腸腫瘍発生の検討

*吉田 直久[1]、石川 秀樹[2]、山田 真義[3]、佐藤 康史[4]、田中 信治[5]、千野 晶子[6]、田近 正洋[7]、土山 寿志[8]、高山 哲治[9]、應田 義雄[10]、堀松 高博[11]、佐野 寧[12]、田中屋 宏爾[13]、石田 秀行[14]、武藤 倫弘[2] (1. 京都府立医科大学大学院　消化器内科学、2. 京都府立医科大学大学院　分子標的予防医学、3. 国立がん研究センター中央病院　内視鏡部、4. 札幌医科大学 腫瘍・血液内科、5. 広島大学 内視鏡診療科、6. がん研有明病院 下部消化管内科、7. 愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部、8. 石川県立中央病院 消化器内科、9. 徳島大学 消化器内科、10. 兵庫医科大学 消化器内科、11. 京都大学大学院　腫瘍内科学講座、12. 佐野病院　消化器内科、13. 岩国医療センター 外科、14. 埼玉医科大学総合医療センター)

[PD8-9] 70歳以下の大腸癌患者における遺伝カウンセリング受診の現況

*佐々木 和人[1,2]、横山 雄一郎[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、江本 成伸[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、品川 貴秀[1]、荒川 敬一[1]、舘川 裕一[1]、岡田 聡[1]、白鳥 広志[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科、2. がん・感染症センター都立駒込病院大腸外科)

[PD8-10] 遺伝性消化器腫瘍に対する多施設・多職種診療ネットワークの構築とその臨床的意義

*山田 敦[1]、春山 瑳依子[2]、鳥嶋 雅子[3]、近藤 知大[1]、杉下 博基[4]、島田 咲[5]、佐藤 智佳[5]、塚口 裕康[5]、勝元 さえこ[6]、寺本 晃治[7]、福田 令[8]、安藤 孝将[9]、北嶋 貴仁[10]、奥川 喜永[10]、中島 健[11] (1. 京都大学医学部附属病院腫瘍内科、2. 京都大学医学部附属病院遺伝子診療部 、3. 京都大学大学院医学研究科ゲノム医療学講座、4. 愛媛大学医学部附属病院消化管腫瘍外科、5. 関西医科大学附属病院臨床遺伝センター、6. 滋賀医科大学医学部附属病院臨床遺伝相談科、7. 滋賀医科大学医学部附属病院腫瘍内科、8. 富山大学附属病院遺伝子診療部、9. 富山大学附属病院第三内科、10. 三重大学医学部附属病院ゲノム医療部、11. 大阪国際がんセンター遺伝子診療部遺伝性腫瘍診療科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第8会場（1F 会議室108）

パネルディスカッション８　遺伝性大腸腫瘍の現状と未来

司会：岡 志郎（広島大学大学院 医系科学研究科消化器内科学）、山口 達郎（がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科）

[PD8-1] 当院におけるリンチ症候群拾い上げの現状

*山口 瑞生[1]、赤羽 慎太郎[2]、下村 学[1]、矢野 琢也[1]、佐田友 藍[1]、田口 和浩[1]、松原 啓壮[1]、石川 聖[1]、佐藤 沙希[1]、渡邊 淳弘[1]、森内 俊行[1]、塩崎 翔平[1]、松原 一樹[1]、篠原 充[1]、森田 隼登[1]、利田 明日香[2]、中原 輝[2]、新津 宏明[2]、大段 秀樹[1]、檜井 孝夫[2] (1. 広島大学病院消化器移植外科、2. 広島大学病院遺伝子診療科)

【背景】遺伝性大腸腫瘍の代表的疾患であるリンチ症候群（LS）はミスマッチ修復（MMR）遺伝子の生殖細胞系列病的バリアントを主な原因とする。LSの拾い上げには、一般的に病歴や家族歴といった情報を用いるほか、欧米ではMSI検査によるユニバーサルスクリーニング（UTS）が推奨されている。一方、包括的がんゲノムプロファイリング(CGP)検査の二次的所見(Secondary Findings：SF)は、遺伝性疾患の拾い上げに繋がる重要な情報であり、LSの拾い上げにも有用と考えられる。今回、当院におけるLSの拾い上げの現状について後方視的に検討した。

【対象・方法】UTSについては2013年4月から2025年12月までの当院の大腸癌手術症例1094例を対象に、臨床病理学的因子・遺伝学的検査結果を検討した。また、CGP検査については2020年1月から2025年12月まで当院で検討を行った2371例(連携施設も含む)を対象とし、MMR遺伝子のSFを中心に検討した。解析には匿名加工情報のみを用いた。

【結果】UTSを施行した1094例中、MSI-H大腸癌は100例(9.2%)に認めた。MSS大腸癌と比較検討したところMSI-H大腸癌は右側結腸、組織型por/muc、Stage I/IIの症例に多く、*RAS*野生型、*BRAF*V600E変異型の割合が多かった。100例のうち42例が*BRAF*野生型であり、LSの候補となった。遺伝学的検査は19例(45%)で施行し、6例(全体の0.6%)に生殖細胞系列病的バリアント(*MLH1*: 5例、*MSH2*: 1例)を認めた。CGP検査を施行した2371例中、MMR遺伝子のSFは30例に指摘された。追跡可能な院内症例に限ると15例であり、そのうち遺伝学的検査は9例(60%)で実施され、5例でLSの確定診断を得た。CGP検査ではLSとして非典型的な症例の同定も確認された。

【結語】当院におけるLS拾い上げの現状を検証した。UTSによるLS同定率は既報と概ね同等であった。CGP検査のSFについては、当院では早期に遺伝カウンセリングの介入を行うことで遺伝学的検査の実施率向上に一定の成果を得ている。今後もUTSの拡充とCGP検査による症例集積を目指すとともに、血縁者診断・未発症病的バリアント保持者の同定・サーベイランスなどへの活用を進めたい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第8会場（1F 会議室108）

パネルディスカッション８　遺伝性大腸腫瘍の現状と未来

司会：岡 志郎（広島大学大学院 医系科学研究科消化器内科学）、山口 達郎（がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科）

[PD8-2] 当院におけるリンチ症候群ユニバーサルスクリーニング陽性例の遺伝診療への到達状況と課題

*安岡 宏展[1]、大内 晶[1]、木下 敬史[1]、岸田 貴喜[1]、安藤 秀一郎[1]、井本 逸勢[2]、高磯 伸枝[2]、小森 康司[1] (1. 愛知県がんセンター消化器外科部、2. 愛知県がんセンターゲノム医療センター)

【背景】近年のMSI検査， MMR免疫染色（IHC）の保険収載により，大腸癌診療におけるリンチ症候群（LS）を念頭に置いたUniversal Tumor Screening（UTS）は普及しつつある．一方，UTS陽性患者が遺伝カウンセリング（GC）や遺伝学的検査（GT）に確実につながらない課題も顕在化している．

【目的】当院における大腸癌UTSの経験を報告し，UTS陽性患者のGC・GTへの到達状況と課題を検討する．

【対象・方法】2018年11月より原発性大腸癌に対し，MMR IHCによるUTSを実施している．MLH1発現消失例ではBRAF V600変異を確認し，メチル化解析は行っていない．2025年12月までにMMR IHCを施行した大腸癌1,501例のうち，UTS陽性（BRAF V600E陰性MLH1発現消失を含むdMMR）63例（4.2%）を対象に，患者背景，GC来談率，GT受検率および結果を後方視的に検討した．

【結果】年齢中央値は60歳，男性は34例（54.0%），改訂ベセスダガイドライン（rBG）該当は46例（73.0%）であった．MMR IHC所見から予測される原因遺伝子は，*MLH1/MSH2*またはEPCAM/*MSH6/PMS2*/その他が各39/11/8/4/1例であった．GC来談は29例（46.0%），GT受検は23例（36.5%，GC来談者の79.3%），LS確定診断は11例（17.4%，GT受検者の47.8%）であった．原因遺伝子は*MLH1/MSH2/MSH6/PMS2*が各4/4/2/1例であった．GC来談率は49歳以下（71.4% vs 38.8%，p=0.031）およびLS関連腫瘍の家族歴あり（56.1% vs 27.3%，p=0.029）で有意に高かった．手術からGC来談，GT受検までの期間の中央値は，各108日，154日であったが，家族関係の変化や就労上の事情を契機に，1年以上を経てGT受検に至った症例も各1例経験した．

【考察】UTSの経験を積んだ当院でも，早期にGCやGTに至る陽性例は限定的であった．医療者は，一度GCやGTを受けない意思決定を行ったUTS陽性患者に対しても，患者との良好な関係を維持しつつ，患者本人および血縁者の未発症がんの二次予防につながり得る情報提供を継続して行う必要がある．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科
2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第8会場（1F 会議室108）
パネルディスカッション８　遺伝性大腸腫瘍の現状と未来
司会：岡 志郎（広島大学大学院 医系科学研究科消化器内科学）、山口 達郎（がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科）

[PD8-3] 家族性大腸腺腫症サーベイランス現況と課題：多施設共同リアルワールドデータに基づく解析とアンケート調査

*立田 協太[1]、美甘 麻裕[1]、岩泉 守哉[2]、岡本 和哉[3]、吉井 重人[4]、浅羽 雄太郎[5]、原田 岳[6]、杉原 守[1]、岩瀬 友哉[1]、高木 徹[1]、杉山 洸裕[1]、赤井 俊也[1]、倉地 清隆[1,7]、竹内 裕也[1] (1. 浜松医科大学医学部附属病院　外科学第二講座、2. 浜松医科大学　検査部、3. 藤枝市立総合病院　外科、4. 藤枝市立総合病院　消化器内科、5. JA静岡厚生連遠州病院　外科、6. 浜松医療センター　外科、7. 浜松赤十字病院　外科)

【背景】家族性大腸腺腫症（FAP）は消化管を含む多臓器に随伴病変を生じ、生涯にわたるサーベイランスを要する。サーベイランス継続はFAP関連悪性腫瘍の発生率低減および長期予後の改善に寄与する一方、継続には医療体制のみならず患者側要因も関与する。本研究では、FAPサーベイランスの継続状況を検討すると共に、現在進行中のアンケート調査より患者の疾患理解、満足度、健康関連QOLを評価し、サーベイランス継続に影響する要因を検討した。【方法】静岡県内14施設から登録されたFAP患114例（90家系）を対象とした。【結果】患者背景は男性45例、女性69例、FAP診断時の年齢中央値32歳で、91例に予防的切除を含む大腸切除が施行された。サーベイランス期間中央値は14.4年、10年サーベイランス継続率は85.1%であった。3年以上の定期サーベイランスをdropoutし、その後サーベイランスに復帰した症例は7例であり、復帰時の検査で6例にFAP関連悪性腫瘍（異時性大腸癌4例、パウチ癌1例、胃癌1例）を認めた。Dropoutの理由は、“検査の苦痛や悪性化などの異常が数年認められないため、自らの意思でサーベイランス中断を決めた”が最も多かった。サーベイランスdropoutを阻止すべく、現在サーベイランスを継続している症例よりアンケート調査を行った。患者自身の疾患理解は95.7%で十分と回答された一方、治療内容の詳細理解は40%にとどまり、特に結腸全摘後症例では残存大腸の発癌リスクに対する認識が著しく低かった。サーベイランス受診率は約9割と良好であったが、内視鏡検査に対する負担感が強く、特に上部消化管内視鏡の苦痛が挙げられた。39.1%で通院困難が報告され、通院距離、外来及び検査待ち時間、医療費が関与していた。SF-36では身体・精神機能は概ね保たれていたが、全体的健康観および活力は相対的に低値であった。【結論】FAPサーベイランスは高い継続率を示した一方で、dropout症例は高率に悪性腫瘍を伴った。患者調査より、疾患理解と治療内容理解の乖離、検査負担および通院環境が障壁として示唆された。サーベイランス継続には、適切な疾患教育と共に、検査負担軽減及び通院支援を含む患者支援体制の構築が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第8会場（1F 会議室108）

パネルディスカッション８　遺伝性大腸腫瘍の現状と未来

司会：岡 志郎（広島大学大学院 医系科学研究科消化器内科学）、山口 達郎（がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科）

[PD8-4] 当院におけるLynch症候群のサーベイランス診療プログラムの検証

*大堂 真一郎[1]、柴田 寛至[1]、千野 晶子[1]、鈴木 桂悟[1]、井出 大資[1]、斎藤 彰一[1]、金子 景香[2]、新川 裕美[2]、幅野 愛理[2]、箕浦 祐子[2]、久我 亜沙美[2]、土橋 映仁[2]、植木 有紗[2] (1. がん研究会有明病院　下部消化管内科、2. がん研究会有明病院　臨床遺伝医療部)

【背景と目的】
Lynch症候群はミスマッチ修復遺伝子の生殖細胞系列病的バリアントを原因とする遺伝性腫瘍症候群であり， 大腸癌や子宮内膜癌をはじめ多臓器における発癌リスクが高い. 近年， 多遺伝子パネル検査の普及により診断例が増加し， サーベイランス対象は多様化しているが， 大腸外腫瘍に対する最適なサーベイランス戦略は確立されていない. 本研究では， 当院におけるサーベイランスプログラムの有用性と限界を早期診断の観点から検証した.
【対象と方法】
2000年から2024年3月までに遺伝学的にLynch症候群と診断され，当院で1年以上サーベイランスを受けた179例を対象とした. 大腸内視鏡は1–2年毎，上部消化管内視鏡は1–3年毎，血液検査（腫瘍マーカー含む），腹部超音波検査，検尿（沈渣・定性）および尿細胞診，女性では婦人科の併診を基本とした. 追跡期間中央値は89ヶ月であり，サーベイランス中に発見された腫瘍とその発見契機について後方視的に検討した.
【結果】
観察期間中に42例，63病変の新規悪性腫瘍を認めた. 内訳は大腸癌23病変，子宮内膜癌8病変，胃癌8病変，小腸癌4病変，泌尿器癌5病変，膵癌4病変， 脳腫瘍3病変，その他8病変であった. 大腸癌および胃癌は主に内視鏡サーベイランスにより発見された早期癌であった. 一方，泌尿器癌は尿潜血や肉眼的血尿を契機とする例が多く，尿細胞診単独での検出は限定的であった. 小腸癌，膵癌および脳腫瘍は，有症状を契機にした精査での診断例であった.
【考察】
消化管内視鏡を中心としたサーベイランスは消化管腫瘍の早期発見に有用であった. また，泌尿器癌や小腸癌等も，定期的な診察を含む血液検査および尿潜血，腹部超音波でのスクリーニングが拾い上げに有用である可能性が考えられた．一方，原因遺伝子や患者背景により発癌リスクや臓器分布は異なることから，一律のサーベイランスではなく，リスク層別化の重要性が示唆された.
【結語】
消化管内視鏡サーベイランスは，早期発見に有用である．関連腫瘍においてはサーベイランスの限界があるが，診察時の問診や検査間隔の遵守といった診療タイミングも発見契機として重要と考えられた.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第8会場（1F 会議室108）

パネルディスカッション８　遺伝性大腸腫瘍の現状と未来

司会：岡 志郎（広島大学大学院 医系科学研究科消化器内科学）、山口 達郎（がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科）

[PD8-5] Lynch症候群における遺伝子変異別にみた径10mm以下大腸腫瘍の臨床病理学的特徴

*迫 友紀子[1]、卜部 祐司[1]、吉田 航大[1]、宇田 昂弘[1]、操田 智之[1]、初鹿 佳輝[1]、益田 啓志[1]、中村 岳夫[1]、上垣内 由季[1]、高砂 健[1]、壷井 章克[1]、田中 秀典[1]、山下 賢[1]、檜山 雄一[1]、岸田 圭弘[1]、瀧川 英彦[1]、下村 学[2]、檜井 孝夫[3]、桑井 寿雄[4]、岡 志郎[1] (1. 広島大学病院　消化器内科、2. 広島大学大学院医系科学研究科消化器・移植外科学、3. 広島大学病院遺伝子診療科、4. 広島大学病院内視鏡医学講座)

【目的】Lynch症候群における径10 mm以下の大腸腫瘍の臨床病理学的特徴について遺伝子変異別に明らかにする。
【対象と方法】当院でLynch症候群と診断された症例のうち、2009年1月から2024年12月に内視鏡切除を施行した径10 mm以下の大腸腫瘍15例52病変を対象とした。年齢、性別、腫瘍径、局在、肉眼型、JNET分類、病理学的悪性度を検討し、生殖細胞系列の病的バリアント別に比較した。
【結果】初回内視鏡時の平均年齢は49±13歳、男性8例であった。平均腫瘍径は6.7±2.6 mmで、局在は近位結腸24病変、遠位結腸28病変であった。肉眼型は隆起型24病変、平坦型28病変であった。Advanced neoplasms（高異型度腺腫 17病変，Tis癌 9病変，T1　癌 4病変）は30病変、低異型度腺腫は22病変に認めた。2017年以降に評価された46病変におけるJNET分類はType 2A 34病変、Type 2B 12病変であった。生殖細胞系列変異は、MLH1変異7例21病変、MSH2変異7例30病変、PMS2変異1例1病変であった。PMS2例を除き、MLH1群とMSH2群を比較したところ、両群間で年齢、腫瘍径、肉眼型には有意差を認めなかったが、近位結腸病変の割合がMLH1群で有意に低かった（5/21 vs 18/30、p=0.021）。Advanced neoplasmsの割合はMLH1群81%（17/21）、MSH2群43%（13/30）と、MLH1群で有意に高かった（p<0.01）。JNET Type 2Bの割合はMLH1群56%（9/16）がMSH2群10%（3/29）に比べて有意に高かった（p<0.01）。
【結論】Lynch症候群における径10 mm以下の大腸腫瘍では、MLH1またはMSH2変異が大部分を占めていた。特にMLH1変異を有する病変では、腫瘍径が小さいにもかかわらず病理学的悪性度が高く、JNET分類もこれを反映していた。これらの結果は、原因遺伝子に応じたサーベイランスおよび治療戦略の最適化に寄与する可能性があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第8会場（1F 会議室108）

パネルディスカッション８　遺伝性大腸腫瘍の現状と未来

司会：岡 志郎（広島大学大学院 医系科学研究科消化器内科学）、山口 達郎（がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科）

[PD8-6] 機械学習を用いたLynch症候群予測モデルの構築

*高雄 美里[1,2]、山口 達郎[2]、武井 信嗣[1]、出嶋 皓[1]、坂元 慧[1]、中守 咲子[1]、加藤 博樹[1]、中野 大輔[1]、川合 一茂[1] (1. 都立駒込病院大腸外科、2. 都立駒込病院遺伝子診療科)

【はじめに】Lynch症候群（LS）は日本人大腸癌患者のおよそ1%を占め，若年発症や重複癌の原因となる代表的な遺伝性腫瘍症候群である．近年，大腸癌に対するuniversal tumor screeningが推奨されているが，実臨床ではLS未診断例も依然存在する．
【目的】LS未拾い上げ症例の減少を目的として，機械学習を用いたLS予測モデルを構築する．
【方法】2008年から2026年までに当院で大腸癌に対して手術を施行し，病理組織学的評価が可能であった4386例を対象とした．年齢，性別，腫瘍局在，TNM分類，組織型，脈管侵襲，MSI，*KRAS*，*BRAF*V600E，CIMPを説明変数とし，LS確定例を陽性群としてRandom Forestモデルを構築した．データを8:2に分割しtrain cohort/test cohortを作成した．まず臨床病理学的因子を用いてMSI予測モデルを構築した後，分子学的因子を加えてLS予測モデルを作成した．ROC解析を行い，感度を優先したthreshold設定により評価した．さらにSHAP解析を用いて各予測因子の寄与を可視化した．
【結果】男性2558例（58.3%），年齢中央値は68歳であった．MSI解析施行例は3957例（90.2%），MSI陽性例は241例（5.5%）であった．LS確定例は35例（0.8%），Lynch-like症例は17例（0.4%）であった．MSI予測モデルではAUC 0.90，感度0.84，特異度0.88を示した．LS予測モデルではAUC 0.92，感度0.86，特異度0.98を示し，test cohortにおいてLS症例7例中6例を正しく予測した．従来基準で拾い上げ困難であった症例には，高齢発症例や家族歴不明例が含まれていた．SHAP解析ではCIMP，年齢，腫瘍局在などがモデル予測に大きく寄与していた．
【結語】本モデルは家族歴情報に依存せずLS高リスク症例を抽出可能であり，従来基準では拾い上げ困難であった高齢発症例や家族歴不明例の検出にも有用である可能性が示唆された．universal tumor screening未施行例に対する補完的スクリーニング法として期待される．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第8会場（1F 会議室108）

パネルディスカッション８　遺伝性大腸腫瘍の現状と未来

司会：岡 志郎（広島大学大学院 医系科学研究科消化器内科学）、山口 達郎（がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科）

[PD8-7] 家族性大腸腺腫症の診断・治療における現状と未来

*田近 正洋[1]、田中 努[1]、伊藤 信仁[1]、高木 暁広[1]、堀 諒[1]、小森 康司[2]、木下 敬史[2]、大内 晶[2]、岸田 貴喜[2]、高磯 伸枝[3]、井本 逸勢[3] (1. 愛知県がんセンター内視鏡部、2. 愛知県がんセンター消化器外科部、3. 愛知県がんセンターゲノム医療センター)

【背景】
家族性大腸腺腫症（familial adenomatous polyposis：FAP）は、予防的大腸切除術の普及により予後は改善しているが、依然として進行癌の状態で発見される症例も少なくない。近年、外科手術に加えて内視鏡的治療（Intensive Downstaging Polypectomy：IDP）が新たな治療選択肢として登場している。
【目的】
当院におけるFAPの診断および治療の時代的変遷を明らかにし、現状および今後の課題を検証すること。
【方法】
対象は1965年から2025年までに当院で外科手術、内視鏡治療、または化学療法を受け、治療後の経過観察が可能であった臨床的FAP患者78例。初診年に基づき、2005年以前（A群：31例）、2006～2015年（B群：21例）、2016～2025年（C群：26例）の3群に分類し、初診契機、初診年齢、担癌の有無、治療内容、予後、遺伝学的検査実施率、等について比較検討した。
【結果】
初診契機（親族FAP／有症状［血便など］／検診／不明）は、A群20/5/3/3例、B群5/11/5/0例、C群11/8/6/1例であり、B群およびC群では、親族がFAPと判明していたにもかかわらず、有症状や検診を契機とした受診が多かった。治療開始年齢中央値（範囲）はA群34歳（17～49）、B群37歳（12～57）、C群31歳（12～78）で、3群間に差は認めなかった。初診時の担癌者数（進行癌）はA群32%（23%）、B群62%（43%）、C群31%（19%）であり、B群で高い傾向を認めた。治療内容（外科手術／内視鏡治療／化学療法）は、A群31/0/0例、B群15/6/0例、C群11/14/1例で、A群と比較してC群では内視鏡治療が増加していた（$p<0.01$）。原病死はA群1例、B群1例、C群2例で、予後に関して3群間で差は認めなかった。遺伝学的検査の実施率はA群6%、B群29%、C群38%であり、B群およびC群で増加を認めた。
【結論】
FAPが遺伝性疾患であることの認識は浸透しているはずであるが、依然として有症状や検診を契機とした受診例が多く、さらに担癌率の低下も認められなかった。一方で、治療戦略は外科手術中心から内視鏡治療を含む多様な選択肢へと移行しており、早期診断の重要性が再認識された。今後は、遺伝学的検査を含めた家族スクリーニング体制のさらなる強化が重要であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第8会場（1F 会議室108）

パネルディスカッション８　遺伝性大腸腫瘍の現状と未来

司会：岡 志郎（広島大学大学院 医系科学研究科消化器内科学）、山口 達郎（がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科）

[PD8-8] 家族性大腸腺腫症における結腸全摘・回腸直腸吻合術後の大腸腫瘍発生の検討

*吉田 直久[1]、石川 秀樹[2]、山田 真義[3]、佐藤 康史[4]、田中 信治[5]、千野 晶子[6]、田近 正洋[7]、土山 寿志[8]、高山 哲治[9]、應田 義雄[10]、堀松 高博[11]、佐野 寧[12]、田中屋 宏爾[13]、石田 秀行[14]、武藤 倫弘[2] (1. 京都府立医科大学大学院　消化器内科学、2. 京都府立医科大学大学院　分子標的予防医学、3. 国立がん研究センター中央病院 内視鏡部、4. 札幌医科大学 腫瘍・血液内科、5. 広島大学 内視鏡診療科、6. がん研有明病院 下部消化管内科、7. 愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部、8. 石川県立中央病院 消化器内科、9. 徳島大学 消化器内科、10. 兵庫医科大学 消化器内科、11. 京都大学大学院　腫瘍内科学講座、12. 佐野病院　消化器内科、13. 岩国医療センター 外科、14. 埼玉医科大学総合医療センター)

背景: 大腸全摘回腸嚢肛門吻合術 (IPAA)や結腸全摘回腸直腸吻合 (IRA)などの外科手術が家族性大腸腺腫症 （FAP）の大腸癌予防の標準的治療として行われている．我々はFAP患者に対し内視鏡的大腸ポリープ積極的摘除 (IDP)を行い，その安全性および手術回避の有効性を報告した(J-FAPP study III)．本研究ではJ-FAPP Study IIIの副次研究として大腸未切除とIRA術後例の大腸腫瘍の発生の検討を行った．
方法: 対象は，J-FAPP study IIIに登録された2012～2014年に国内22施設で16歳以上のFAP患者で，大腸切除未施行例および大腸切除例で残存大腸が10cm以上の例の222例とした．全例で定期的なIDPによる内視鏡サーベイランスを5年間実施した．IDPは，まず10mm以上の大腸ポリープを摘除，次いで5mm以上のポリープを摘除し，その後はできるだけ多数の小ポリープを摘除した．本検討ではIRA手術例 (IRA群)と大腸非切除群 (NC群)の5年間での腫瘍性ポリープ発生を比較検討した．
結果: IRA45例およびNC群165例において平均年齢: 42.4±9.7　vs. 35.2±12.3 (p＜0.001)，男性: 55.5% (25/45) vs. 52.7% (87/165) (p=0.736), 登録前の大腸癌既往: 46.7% (21/45) vs. 12.7% (21/165) (p＜0.001)であった．経過中の癌の発生頻度は 8.9% (4/45) vs. 9.7% (16/165) (p=0.869)であった．IDPによる患者1名あたりの腫瘍性ポリープ切除数は91.9 (4136/45) vs. 526.0 (86803/165) (p＜0.001)．総切除ポリープあたりの癌の頻度は0.09% (4/4136) vs. 0.02% (16/86803) (p=0.005)であった．直腸に限定した際の癌の発生頻度は 8.9% (4/45) vs. 2.4% (4/165) (p=0.112)，直腸の患者1名あたりの腫瘍性ポリープ摘除数は91.1 (4136/45) vs. 41.6 (6877/165) (p＜0.001)であった．また，両群で年齢・性別・大腸癌既往のマッチングを行った34例で直腸の患者1名あたりの腫瘍性ポリープ摘除数は111.9 (3805/34) vs. 23.7 (807/34) (p＜0.001)であった．
結語: IRA群とNC群で直腸ポリープの発生状況に差異がみられた．IRA群ではIRAの実施理由やIDP開始年齢の点で，NC群より発がんリスクが高い段階でIDPが開始されている可能性が考えられた．またIRA群で直腸腫瘍発生が促進されている可能性も示唆され，現在メカニズムの解析を行っている．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第8会場（1F 会議室108）

パネルディスカッション８　遺伝性大腸腫瘍の現状と未来

司会：岡 志郎（広島大学大学院 医系科学研究科消化器内科学）、山口 達郎（がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科）

[PD8-9] 70歳以下の大腸癌患者における遺伝カウンセリング受診の現況

*佐々木 和人[1,2]、横山 雄一郎[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、江本 成伸[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、品川 貴秀[1]、荒川 敬一[1]、舘川 裕一[1]、岡田 聡[1]、白鳥 広志[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科、2. がん・感染症センター都立駒込病院大腸外科)

【背景】がん患者における遺伝カウンセリングの実施は、患者・血縁者が自身の今後を考える情報提供の場として重要である。また、リンチ症候群のスクリーニングでは、その費用対効果から70歳などの一定年齢下を対象とすることも提唱されている。本検討では、70歳以下の大腸癌患者における遺伝カウンセリング受診に影響する因子を明らかにすることを目的とした。
【方法】2017年～2024年に当科で外科的治療を行った843例を対象とし、LSが疑われた症例における遺伝カウンセリングの受診に関連する因子を後方視的に検討した。
【結果】平均年齢 58歳、男性464例 (55%)、腫瘍部位は結腸 449例 (%)、直腸 394例(53.2%)であった。改訂Bethesdaガイドラインを満たす症例、Stage II以上の進行癌症例を中心として、MSI検査 356例（42%）、MMR-IHC検査 122例（14%）が選択的に施行された。MSI-Highは27例、ミスマッチ修復機能欠損 6例（MLH1 3例, MSH2 2例, PMS2 1例）であった。BRAFV600E変異4例を除く29例に加え、アムステルダム基準II該当1例を対象とすると、遺伝カウンセリングは10例（33%）で実施され、遺伝学的検査は5例（うちMSH2遺伝子の病的バリアント 2例）に行われていた。遺伝カウンセリング受診 (有vs. 無)においては、年齢 (平均値 45歳 vs. 57歳、p=0.022)、男性 (70% vs. 35%, p=0.121)、Stage （I/ II/ III/ IV: 8/ 1/ 1/ 0 vs. 9/ 2/ 5/ 4、 p=0.246)と、年齢が若く男性でStage Iの症例にカウンセリング受診が多かった。
【結語】年齢が若い男性、病期の早い症例で遺伝カウンセリング受診が多いことが示された。受診保留後も術後補助療法終了時やサーベイランスの各時点で継続的な情報提供が重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 内科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第8会場（1F 会議室108）

パネルディスカッション８　遺伝性大腸腫瘍の現状と未来

司会：岡 志郎（広島大学大学院 医系科学研究科消化器内科学）、山口 達郎（がん・感染症センター都立駒込病院遺伝子診療科）

[PD8-10] 遺伝性消化器腫瘍に対する多施設・多職種診療ネットワークの構築とその臨床的意義

*山田 敦[1]、春山 瑳依子[2]、鳥嶋 雅子[3]、近藤 知大[1]、杉下 博基[4]、島田 咲[5]、佐藤 智佳[5]、塚口 裕康[5]、勝元 さえこ[6]、寺本 晃治[7]、福田 令[8]、安藤 孝将[9]、北嶋 貴仁[10]、奥川 喜永[10]、中島 健[11] (1. 京都大学医学部附属病院腫瘍内科、2. 京都大学医学部附属病院遺伝子診療部 、3. 京都大学大学院医学研究科ゲノム医療学講座、4. 愛媛大学医学部附属病院消化管腫瘍外科、5. 関西医科大学附属病院臨床遺伝センター、6. 滋賀医科大学医学部附属病院臨床遺伝相談科、7. 滋賀医科大学医学部附属病院腫瘍内科、8. 富山大学附属病院遺伝子診療部、9. 富山大学附属病院第三内科、10. 三重大学医学部附属病院ゲノム医療部、11. 大阪国際がんセンター遺伝子診療部遺伝性腫瘍診療科)

【背景】最近の研究により、大腸癌の約10%ががん関連遺伝子の生殖細胞系列病的バリアントを有する遺伝性腫瘍であることが明らかになった。家系内集積や若年発症、ポリポーシスなどの特徴的な臨床像は遺伝性大腸癌診断の端緒として重要である。一方で、近年では包括的がんゲノムプロファイリング検査やマイクロサテライト不安定性検査・ミスマッチ修復蛋白免疫染色などの結果から遺伝性腫瘍が発見される機会が増加しており、非典型的な臨床像を示す症例やLynch症候群や家族性大腸ポリポーシス以外の稀な遺伝性大腸癌を経験することも増えている。遺伝性腫瘍の診療には、遺伝カウンセリング、遺伝学的検査、サーベイランス、予防的治療、血縁者対応など、多角的な専門性が必要とされるが、大腸を含む消化器領域における診療体制の整備は未だ不十分である。
【目的】遺伝性消化器腫瘍に対する多施設診療ネットワークを構築し、その臨床的有用性と課題を明らかにする。
【方法】多施設・多職種による遺伝性消化器腫瘍診療ネットワークである「Hereditary Gastrointestinal Tumor Network（HGiT-N）」を構築した。主な活動として、Web会議システムを用いた定期的な症例検討会の開催、および患者啓発用資材（ポスター・パンフレット）の作成・共有を行った。
【結果】2026年4月現在、37施設から臨床医や遺伝医療専門職（臨床遺伝専門医、認定遺伝カウンセラー）など計225名が参加している。2023年10月から2026年4月までに計16回の症例検討会を開催し、遺伝性大腸癌を含む33症例を検討した。検討内容は、バリアント解釈、治療・サーベイランス方針、血縁者対応など多岐にわたった。また、患者啓発用資材は参加施設間で共有・活用された。これらの活動は、個々の症例に対する適切な医療の提供に寄与するとともに、施設間における診療の均てん化を促進した。
【結語】本ネットワークは、参加施設における遺伝性大腸癌診療の質向上に有用であった。全国的な遺伝性大腸癌診療の均てん化の推進に向けて、多施設・多職種によるネットワーク構築は極めて有用なモデルになり得ると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

パネルディスカッション９　術後合併症の減少を目指した潰瘍性大腸炎治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）

司会：石原 聡一郎（東京大学医学部　腫瘍外科・血管外科）、内野 基（兵庫医科大学 消化器外科学講座 炎症性腸疾患外科）

[PD9-1] 重症潰瘍性大腸炎に対するIACAにおける分割手術選択戦略

*後藤 晃紀[1]、辰巳 健志[1]、黒木 博介[1]、中尾 詠一[1]、小原 尚[1]、木村 英明[2]、齋藤 紗由美[1]、小金井 一隆[1]、杉田 昭[1] (1. 横浜市立市民病院炎症性腸疾患科、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センターIBDセンター外科)

[PD9-2] 潰瘍性大腸炎初回手術におけるハルトマン手術と粘液瘻作成の短期成績の比較

*磯部 聡史[1]、吉敷 智和[1]、小嶋 幸一郎[1]、麻生 喜祥[1]、飯岡 愛子[1]、若松 喬[1]、本多 五奉[1]、石井 俊[1]、代田 利弥[1]、中山 快貴[1]、後藤 充希[1]、須並 英二[1] (1. 杏林大学医学部付属病院下部消化管外科)

[PD9-3] 潰瘍性大腸炎に対する回腸嚢肛門吻合術におけるストーマ出口閉塞予防のための左側ストーマ造設の有用性：単施設無作為化比較試験

*桑原 隆一[1]、内野 基[1]、友尾 祐介[1]、長野 健太郎[1]、楠 蔵人[1]、堀尾 勇規[1]、木村 慶[2]、片岡 幸三[2]、池田 正孝[2]、池内 浩基[1] (1. 兵庫医科大学　消化器外科学講座　炎症性腸疾患外科、2. 兵庫医科大学　消化器外科学講座　下部消化管外科)

[PD9-4] 潰瘍性大腸炎術後の感染性合併症に対するC-reactive proteinの有用性の検討

*久原 佑太[1,2]、上神 慎之介[1]、大迫 えれな[1]、土井 寛文[1]、新原 健介[1]、大毛 宏喜[1,2]、高橋 信也[1] (1. 広島大学大学院医系科学研究科外科学、2. 広島大学病院感染症科)

[PD9-5] 潰瘍性大腸炎手術の周術期リスクをどう管理するか―合併症低減に向けた実践的ストラテジー―

*水内 祐介[1,2]、永吉 絹子[1,2]、藤本 崇聡[1,2]、安藤 陽平[1,2]、吉村 晴香[2]、小佐井 孝彰[2]、松本 奏吉[1,2]、堀岡 宏平[1,2]、安藤 幸滋[1]、池永 直樹[2]、仲田 興平[2]、沖 英次[1]、大内田 研宙[1,2] (1. 九州大学病院消化管外科、2. 九州大学臨床・腫瘍外科)

[PD9-6] 潰瘍性大腸炎に対する経肛門的アプローチを併用した大腸全摘術後の肛門機能についての検討

*関戸 悠紀[1]、荻野 崇之[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、水島 恒和[2]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学、2. 獨協医科大学外科学（下部消化管外科))

[PD9-7] 潰瘍性大腸炎術後の回腸嚢炎, 瘻孔のリスク因子の検討

*岡田 聡[1]、品川 貴秀[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、江本 成伸[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[1]、舘川 裕一[1]、白鳥 広志[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

パネルディスカッション９　術後合併症の減少を目指した潰瘍性大腸炎治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）

司会：石原 聡一郎（東京大学医学部　腫瘍外科・血管外科）、内野 基（兵庫医科大学 消化器外科学講座 炎症性腸疾患外科）

[PD9-1] 重症潰瘍性大腸炎に対するIACAにおける分割手術選択戦略

*後藤 晃紀[1]、辰巳 健志[1]、黒木 博介[1]、中尾 詠一[1]、小原 尚[1]、木村 英明[2]、齋藤 紗由美[1]、小金井 一隆[1]、杉田 昭[1] (1. 横浜市立市民病院炎症性腸疾患科、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センターIBDセンター外科)

【背景】重症潰瘍性大腸炎(UC)では，低栄養や免疫抑制状態を背景に術後合併症リスクが高く，術式選択や分割手術戦略の最適化が重要な課題である．当科では重症UCの外科治療として，大腸全摘・回腸嚢肛門管吻合術(IACA)を症例に応じて一期的または二期的に施行してきた．
【目的】重症UCに対し当科で施行したIACAの術式選択の妥当性を，術後短期・長期成績から後方視的に検討した．
【方法】1993年4月から2025年12月までに，当科で手術を施行した重症UC 485例のうち，IACA吻合時にdiverting stomaを造設しなかった380例を対象とした．全身状態不良例や肛門管深掘れ潰瘍症例，複雑痔瘻合併例，術前Crohn病が否定できない症例では, まず結腸亜全摘を行い，その約3-6か月後にdiverting stomaを造設しないでIACAを施行するModified two stage IACA (MTS)を選択し，それ以外の症例では一期的に吻合を行うOne stage IACA (OS)を選択した．短期成績として術後縫合不全(吻合部造影による造影剤の腸管外漏出)発生率や縫合不全による再手術率を，また長期成績として回腸嚢機能率を検討した．
【結果】OS群 153例，MTS群 227例で，性別，発症年齢，手術時年齢，病変範囲に両群間で差はなかった．MTS群では初回手術の適応が大量出血，穿孔，中毒性巨大結腸症であった症例が多く (p<0.001)，術前のPNIは26.4 (21.1-32.3)とOS群の 30.0(25.6-34.2)に比べて有意に低かった(p<0.001)．OS群とMTS群の術後縫合不全発生率は13.7%，4.4%とMTS群で低く(p=0.001)，縫合不全による再手術率も7.2%，1.3%とMTS群で低かった(p=0.004)．長期的には，観察期間10.4 (5.3-15.5)年でのpouch生存率は，OS群で10年98.3%，15年 95.9%，MTS群で10年98.2%，15年96.4%と両群とも良好で，差はなかった(p=0.334)．
【結語】重症UCに対するIACAでは，全身状態や肛門管の病態を踏まえた術式選択が重要である．高リスク症例に対する分割手術戦略は縫合不全を低減しうる一方，適切に選択された症例に対する一期吻合でも良好な長期成績が得られており，患者背景に応じた個別化手術戦略の妥当性が示唆された．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

パネルディスカッション９　術後合併症の減少を目指した潰瘍性大腸炎治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）

司会：石原 聡一郎（東京大学医学部　腫瘍外科・血管外科）、内野 基（兵庫医科大学 消化器外科学講座 炎症性腸疾患外科）

[PD9-2] 潰瘍性大腸炎初回手術におけるハルトマン手術と粘液瘻作成の短期成績の比較

*磯部 聡史[1]、吉敷 智和[1]、小嶋 幸一郎[1]、麻生 喜祥[1]、飯岡 愛子[1]、若松 喬[1]、本多 五奉[1]、石井 俊[1]、代田 利弥[1]、中山 快貴[1]、後藤 充希[1]、須並 英二[1] (1. 杏林大学医学部付属病院下部消化管外科)

・はじめに
潰瘍性大腸炎(UC)に対する三期分割手術において、初回手術としてS状結腸粘液瘻（SM）造設またはハルトマン手術（HS）が選択されるがあるが、両術式の短期手術成績を比較した報告は少ない。
・目的
三期分割手術を前提としたUC初回手術におけるHSの妥当性を、SM作成と比較検討する。
・対象、方法
2018年～2025年に当院で施行した難治・重症UC初回手術33例（穿孔例除外）を対象とし、HS群12例、SM群21例に分類し、短期成績および残存直腸関連因子を後方視的に比較した。
・結果
初回手術での手術時間、出血量はいずれも有意差を認めず、腹腔鏡・開腹別の層別解析でも両群間に有意差は認めなかった。残存直腸長はHS群で有意に短かった（7.5cm vs 23.0cm, p=0.00088）。術後合併症（Clavien-Dindo分類Grade II以上、25.0% vs 28.6%）、再手術率（8.3% vs 4.8%）、術後在院日数（30日 vs 24日）には差を認めなかった。SM群で粘液瘻脱落による再手術を1例認め、術後腸閉塞はSM群で多い傾向であった（0% vs 14.3%）。一方、評価可能例における2期目術前の残存直腸炎はSM群で多い傾向を認めた（0% vs 38.9%, p=0.062）。1期目から2期目までの期間（8か月 vs 8か月）や2期目手術での手術時間、出血量に差は認めなかった。
・結語
HSはSM作成と比較して短期成績に差を認めず、残存直腸長の短縮により残存直腸炎を減少させる可能性や粘液瘻関連合併症の回避に寄与する可能性があり、症例に応じた有用な選択肢と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

パネルディスカッション９　術後合併症の減少を目指した潰瘍性大腸炎治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）

司会：石原 聡一郎（東京大学医学部　腫瘍外科・血管外科）、内野 基（兵庫医科大学 消化器外科学講座 炎症性腸疾患外科）

[PD9-3] 潰瘍性大腸炎に対する回腸嚢肛門吻合術におけるストーマ出口閉塞予防のための左側ストーマ造設の有用性：単施設無作為化比較試験

*桑原 隆一[1]、内野 基[1]、友尾 祐介[1]、長野 健太郎[1]、楠 蔵人[1]、堀尾 勇規[1]、木村 慶[2]、片岡 幸三[2]、池田 正孝[2]、池内 浩基[1] (1. 兵庫医科大学　消化器外科学講座　炎症性腸疾患外科、2. 兵庫医科大学　消化器外科学講座　下部消化管外科)

【背景】
潰瘍性大腸炎に対する回腸嚢肛門吻合術（ileal pouch–anal anastomosis：IPAA）では縫合不全予防目的で回腸人工肛門が造設されることが多い。一方でストーマ出口閉塞（stoma outlet obstruction：SOO）は20〜40%に発生する比較的頻度の高い術後合併症である。す通常ストーマは右下腹部に造設されるが，IPAAでは回腸嚢が骨盤内に再建されるため小腸間膜の緊張や捻転が生じやく，ストーマ造設部位がSOO発生に影響する可能性がある。本研究ではストーマ造設部位の違いがSOO発生率に及ぼす影響を検討した。
【方法】
2018年1月から2024年6月までに当院でUCに対して392例の手術を行った。このうちIPAA（handsewn or stapled）および回腸人工肛門造設予定であった212例から同意の取得が得られなかった31例を除外した181例を対象とし単施設前向き無作為化比較試験を行った。患者を右下腹部にストーマを造設する群（R群）と左下腹部に造設する群（L群）に無作為に割り付けた。主要評価項目はSOOの発生率とした。
【結果】
181例（R群90例，L群91例）をintention-to-treat解析の対象とした。患者背景および術前の内科治療、手術関連因子に両群間で有意差は認めなかった。腹腔鏡手術は全体の90.6%に施行されていた。SOO発生率はR群31.1%に対しL群9.8%とL群で有意に低かった（p＝0.0004）。absolute risk reductionは21.3%であり，number needed to treatは4.7であった。多変量解析では左側ストーマ造設がSOO発生を抑制する独立因子であった（odds ratio 0.26，95%CI 0.11–0.61，p＝0.001）。SOO発症症例では術後在院日数が有意に延長していた（中央値33日 vs 22日，p＜0.001）。一方，術後重篤合併症（Clavien–Dindo≧Ⅲ）はR群14.4%，L群11.0%（p＝0.511），再手術率はR群2.2%，L群4.4%（p＝0.682）であり有意差は認めなかった。

【結論】
潰瘍性大腸炎に対するIPAAにおいて左側ストーマ造設はSOO発生率を有意に低下させた。ストーマ造設部位は外科的に修正可能な因子であり，SOO予防のための有用な手技となる可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

パネルディスカッション９　術後合併症の減少を目指した潰瘍性大腸炎治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）

司会：石原 聡一郎（東京大学医学部　腫瘍外科・血管外科）、内野 基（兵庫医科大学 消化器外科学講座 炎症性腸疾患外科）

[PD9-4] 潰瘍性大腸炎術後の感染性合併症に対するC-reactive proteinの有用性の検討

*久原 佑太[1,2]、上神 慎之介[1]、大迫 えれな[1]、土井 寛文[1]、新原 健介[1]、大毛 宏喜[1,2]、高橋 信也[1] (1. 広島大学大学院医系科学研究科外科学、2. 広島大学病院感染症科)

【目的】潰瘍性大腸炎術後の感染性合併症に対するC-reactive protein (CRP) の有用性を検討する．
【方法】2015年から2025年に手縫い回腸嚢肛門吻合術を施行した潰瘍性大腸炎手術症例132例を対象に後方視的に検討を行った．術後合併症はClavien-Dindo (CD) 分類で評価した．術後（POD）1,3,5日目のCRP値とCD分類Grade III以上の感染性合併症の関連を評価した．副評価項目は感染性合併症の予測因子を評価した．POD1,3,5日目のCRP値が欠測している症例は対象から除外した．一般的な術後感染リスクであるPrognostic Nutritional Index (PNI) <40，術中輸血の有無，ステロイド投与は多変量解析に含めた．
【結果】132例中17症例でCRP値の欠測値があり除外した．年齢は53歳(中央値)，男性74例，BMI:21.5 kg/m2(中央値)，術前PNI：48.4(中央値)，全大腸炎型が93例(81%)で，薬剤使用はステロイド42例(37%)、免疫調整剤26例(23%)，生物的製剤12例(10%)だった．回腸嚢肛門吻合術の術式は大腸全摘（2期分割手術）が75例(65%)，残直腸全摘（３期分割手術）が40例(35%)で，手術方法は開腹47例，HALS併用14例，腹腔鏡下54例だった．手術時間は381分(中央値)，出血量は240 mL（中央値）で術中輸血は5例に認めた．CD分類Grade III以上は29例(25%)に認め，16例(縫合不全：6例，骨盤内膿瘍：6例，創部離開：２例，その他：2例)が感染性合併症だった．CRPは中央値でそれぞれPOD１: 6.9 mg/dL (IQR: 5.6-9.7)，POD3: 5.8 mg/dL (IQR: 3.2-10.7), POD5: 1.9 mg/dL (IQR: 0.9-3.6)で，CD分類Grade III以上の感染合併例に限るとPOD1: 6.8 mg/dL(IQR: 5.7-9.5)，POD3: 7.8 mg/dL(IQR: 4.4-19.7)，POD5: 4.7 mg/dL (IQR: 2.0-8.5) であった．ROC曲線にてCRP値と感染性合併症はPOD 5でAUC: 0.71と最も高値であった．この時のYouden indexにおけるCRP至適cut off値は4.4 mg/dLだった．感染性合併症のリスクに関して多変量解析を行うと，POD5 CRP > 4.4 mg/dL (p<0.01)にのみ有意差を認めた．
【結論】潰瘍性大腸炎に対する回腸嚢肛門吻合術後のCD分類Grade III以上の感染性合併症のリスクは，POD5 CRP > 4.4mg/dLである．POD 5にCRP値が4.4mg/dL以上の場合は、画像検査などの精査を積極的に考慮すべきである．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

パネルディスカッション９　術後合併症の減少を目指した潰瘍性大腸炎治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）

司会：石原 聡一郎（東京大学医学部　腫瘍外科・血管外科）、内野 基（兵庫医科大学 消化器外科学講座 炎症性腸疾患外科）

[PD9-5] 潰瘍性大腸炎手術の周術期リスクをどう管理するか―合併症低減に向けた実践的ストラテジー―

*水内 祐介[1,2]、永吉 絹子[1,2]、藤本 崇聡[1,2]、安藤 陽平[1,2]、吉村 晴香[2]、小佐井 孝彰[2]、松本 奏吉[1,2]、堀岡 宏平[1,2]、安藤 幸滋[1]、池永 直樹[2]、仲田 興平[2]、沖 英次[1]、大内田 研宙[1,2] (1. 九州大学病院消化管外科、2. 九州大学臨床・腫瘍外科)

【背景】潰瘍性大腸炎(UC)に対する外科治療は大腸全摘術を基本とするが，近年は高齢化，癌/dysplasia合併例の増加，さらには生物学的製剤や免疫抑制薬の普及により，患者背景および周術期管理は大きく変化している。これに伴い術後合併症のリスク構造も変化しており，介入可能な因子の同定が重要な課題である。
【目的】UC手術における術後合併症の規定因子を明らかにし，特に介入可能因子に着目した周術期最適化戦略を提示すること。
【方法】2002年から2025年までに当科で施行したUC手術144例を対象に後方視的検討を行った。患者背景，疾患因子，栄養指標（PNI，GLRI），炎症指標（NLR，LMR），術前治療，手術タイミング，術前経口抗菌薬投与の有無，手術因子（術式，アプローチ，TaTME併用等）を収集し，Clavien-Dindo分類Grade II以上の術後合併症との関連を解析した。
【結果】栄養の指標である低PNIおよび低GLRIは強力な独立リスク因子であり(いずれもP＜0.01)，さらに活動性炎症期手術，緊急手術，開腹手術も有意に関連した。一方，術前経口抗菌薬投与は術後合併症を有意に低減し(P＜0.01)，TaTME併用も同様に有効であった(P＝0.03)。特に経口抗菌薬は栄養不良・高炎症群においてもリスク低減効果を示し，修飾可能な因子として重要であった。術後合併症発生例では在院日数は有意に延長した(18.4日対35.9日，P＜0.01)。
【結論】UC手術の術後合併症は栄養状態と炎症活動性に規定される一方，経口抗菌薬投与およびTaTME併用はこれら高リスク症例においても合併症低減に寄与する可能性が示された。すなわち，UC外科治療においてはリスク層別化に基づく術前介入と低侵襲手技の組み合わせが鍵となる。本研究は，実臨床に即した“介入可能因子中心”の個別化周術期管理戦略を提案するものである。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

パネルディスカッション９　術後合併症の減少を目指した潰瘍性大腸炎治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）

司会：石原 聡一郎（東京大学医学部　腫瘍外科・血管外科）、内野 基（兵庫医科大学 消化器外科学講座 炎症性腸疾患外科）

[PD9-6] 潰瘍性大腸炎に対する経肛門的アプローチを併用した大腸全摘術後の肛門機能についての検討

*関戸 悠紀[1]、荻野 崇之[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、水島 恒和[2]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学、2. 獨協医科大学外科学（下部消化管外科))

【背景】潰瘍性大腸炎（UC）に対する大腸全摘について当施設では難治症例であっても原則として腹腔鏡下に手術を実施している。またUCに合併した炎症性発癌例では残存粘膜の発癌リスクを考慮して大腸全摘+回腸嚢肛門吻合（IAA）を選択している。肛門粘膜の切除では括約筋の機能温存に勤め適切な剥離層を保つべく、症例に応じて経肛門的アプローチ（Ta）を実施しているが肛門括約筋機能保持における意義は明らかでない。本研究ではUC大腸全摘後の肛門機能的予後について検討した。

【対象と方法】2015年7月から2025年10月に当科でUCに対して吻合を伴う大腸全摘術を実施した症例を対象とし臨床病理学的情報及び術前後肛門機能を収集し、Ta併用IAA群（Ta群）と非併用IAA群（non-Ta群）について比較した。

【結果】該当は91（男性64/女性27）例、手術時年齢はmedian 51（12-89）歳。手術までの罹病期間はmedian 10（0-62）年。病型は全大腸炎型が75例。適応は癌/high grade dysplasia 37/難治30例/重症7例/3期分割手術の2期目17例。待機手術72例/緊急手術19例。術式はHALS5例/腹腔鏡77例/ロボット支援7例で、内25例でTa併用手術を行なった。開腹移行は2例であった。吻合はIAA44例/IACA47例で1期手術7例を除き回腸瘻を造設した。IAA例での手術時間中央値はTa群503/non-Ta 512.5分、出血量中央値はTa群180/non-Ta群180mlであった。stoma閉鎖後初回の肛門機能検査結果は機能的肛門管長中央値が Ta群37.5/non-Ta群32.5 mm、最大静止圧中央値がTa群53.3/non-Ta群25.4 mmHg、最大随意収縮圧中央値がTa群 275.8 /non-Ta群173.3 mmHgであった。

【結語】潰瘍性大腸炎に対する低侵襲手術において、適切な症例選択の下に実施されるTa手技は肛門括約筋機能を温存するのに有用な可能性がある

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

パネルディスカッション９　術後合併症の減少を目指した潰瘍性大腸炎治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）

司会：石原 聡一郎（東京大学医学部　腫瘍外科・血管外科）、内野 基（兵庫医科大学 消化器外科学講座 炎症性腸疾患外科）

[PD9-7] 潰瘍性大腸炎術後の回腸嚢炎, 瘻孔のリスク因子の検討

*岡田 聡[1]、品川 貴秀[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、江本 成伸[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[1]、舘川 裕一[1]、白鳥 広志[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科)

【背景・目的】潰瘍性大腸炎（UC）に対する大腸全摘・回腸嚢肛門（管）吻合術（IPAA）後の回腸嚢炎や瘻孔などの術後合併症は患者のQOLを著しく下げ,その一部は回腸嚢不全に至る.今回当科で施行したIPAA後の回腸嚢炎や瘻孔のリスク因子を明らかにし,術後合併症の低減のための治療戦略を検討することを目的とした.

【対象・方法】当科で2010年から2025年5月に手術を行ったUC症例のうち,初回IPAAまたは結腸亜全摘術後2期目にIPAAを行った症例を対象とした。術後長期成績として回腸嚢炎と瘻孔の発生率とそのリスクとなる臨床病理学的因子（年齢,性別,罹病期間,病型,手術適応（炎症/癌）,BMI, Alb, CRP, 術前治療（BIO製剤/免疫調節薬/ステロイド）,腸管外合併症（EIM）,術式（IAA/IACA））を検討した.

【結果】IPAAは全89例に施行され、そのうち全回腸嚢炎は26例（29.2%）に認めた.5年累積回腸嚢炎発生率は27.2%で,観察期間の中央値は5.1年だった.単変量解析では術前のステロイド投与(26例（100%）対56例（84.１%）：p=0.031)が回腸嚢炎発症の有意なリスク因子であった. EIMは回腸嚢炎発症症例で多い傾向（7例(26.9%)対7例（11.1%）:p=0.06）があったが, 多変量解析では術前のステロイド投与歴が独立した回腸嚢炎発症のリスク因子だった(p=0.012).次にIPAA後の瘻孔は全89例のうち6例（6.7%）に認めた. 単変量解析では,回腸嚢炎（5例(83.3%)対21例(25.3%)：p=0.0075）とEIM（3例(50.0%)対11例(13.3%)：p=0.047）が瘻孔発生の有意なリスク因子だった. 多変量解析では回腸嚢炎が独立した瘻孔発症のリスク因子だった(p=0.012).有意差は認めなかったものの,術式は瘻孔を発症した6例のうち４例がIACAであり（p=0.43）,瘻孔を発症したIACA4例の全例にカフ炎を認めた。また6例中3例（50%）の症例で永久人工肛門を要し,回腸嚢不全となった.

【結語】UCに対するIPAA後の回腸嚢炎は29.2%,瘻孔は6.7%に認めた。回腸嚢炎は術後の瘻孔発症のハイリスクであることを念頭に,術後フォローを行う必要が考えられた.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

パネルディスカッション 10　術後合併症の減少を目指したクローン病治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）

司会：高橋 賢一（東北労災病院大腸肛門外科）、辰巳 健志（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）

[PD10-1] クローン病に対する術前介入後の適切な手術時期を判断する指標―CRP-アルブミン比改善の意義―

*永吉 絹子[1,2]、吉村 晴香[1]、安藤 陽平[1]、藤本 崇聡[1]、水内 祐介[1]、堀岡 宏平[1]、川副 徹郎[2]、安藤 幸滋[2]、池永 直樹[1]、仲田 興平[1]、沖 英次[2]、大内田 研宙[1] (1. 九州大学臨床・腫瘍外科、2. 九州大学病院　消化管外科)

[PD10-2] 腹部手術を行ったクローン病症例における術前のプロトロンビン時間の検討

*羽根田 祥[1]、高橋 賢一[1]、松村 直樹[2]、田中 直樹[2]、野村 良平[2]、齋藤 匠[2]、佐藤 馨[2]、添田 敏寛[2]、岡崎 由佳利[3]、成島 陽一[2]、徳村 弘実[2] (1. 東北労災病院大腸肛門外科、2. 東北労災病院外科、3. 東北労災病院看護部)

[PD10-3] 当院における術後合併症の減少を目指したクローン病治療戦略

*西尾 梨沙[1]、丹野 侑杜[1]、新谷 裕美子[1]、井上 英美[1]、大城 泰平[1]、古川 聡美[1]、岡本 欣也[1]、山名 哲郎[1] (1. JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター)

[PD10-4] クローン病術後吻合部狭窄に対する内視鏡的バルーン拡張術と外科手術の使い分け

*辻 嘉斗[1]、荻野 崇之[1]、赤澤 英[1]、福田 健太[1]、深田 晃生[1]、森 良太[1]、関戸 悠紀[1]、竹田 充伸[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院　医学系研究科　消化器外科学)

[PD10-5] 十二指腸瘻孔を伴うクローン病に対する外科手術の検討

*梅田 晋一[1] (1. 名古屋大学医学部附属病院消化器・腫瘍外科)

[PD10-6] クローン病直腸切断術後会陰創治癒遅延のリスク因子と難治化症例の特徴

*黒木 博介[1]、辰巳 健志[1]、後藤 晃紀[1]、中尾 詠一[1]、小原 尚[1]、齋藤 紗由美[1]、荒井 勝彦[1]、木村 英明[2]、杉田 昭[1]、小金井 一隆[1] (1. 横浜市立市民病院炎症性腸疾患科、2. 横浜市大市民総合医療センター炎症性腸疾患センター)

[PD10-7] Crohn病におけるKONO-S式吻合の短期手術成績：縫合不全低減効果の検討

*杉山 洸裕[1,2]、杉原 守[1]、高木 徹[1]、岩瀬 友哉[1]、立田 協太[1]、赤井 俊也[1,2]、美甘 麻裕[1,2]、深澤 貴子[3]、竹内 裕也[1] (1. 浜松医科大学外科学第二講座、2. 浜松医科大学医学部附属病院IBDセンター、3. 磐田市立総合病院消化器外科)

[PD10-8] クローン病腸管病変に対するMinimally Invasive Surgeryの現状と短期成績の検討

*上神 慎之介[1]、大迫 えれな[1]、久原 佑太[1]、土井 寛文[1]、新原 健介[1]、吉村 幸祐[1]、大毛 宏喜[1]、高橋 信也[1] (1. 広島大学大学院　医系科学研究科　外科学)

[PD10-9] 当科におけるクローン病に対する腹腔鏡下手術373例の検討

*楠 蔵人[1]、友尾 祐介[1]、長野 健太郎[1]、宋 智亨[2]、桑原 隆一[1]、堀尾 勇規[1]、木村 慶[2]、片岡 幸三[2]、内野 基[1]、池田 正孝[2]、池内 浩基[1] (1. 兵庫医科大学小鍵外科学講座炎症性腸疾患外科、2. 兵庫医科大学消化器外科学講座下部消化管外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

パネルディスカッション 10　術後合併症の減少を目指したクローン病治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）

司会：高橋 賢一（東北労災病院大腸肛門外科）、辰巳 健志（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）

[PD10-1] クローン病に対する術前介入後の適切な手術時期を判断する指標―CRP-アルブミン比改善の意義―

*永吉 絹子[1,2]、吉村 晴香[1]、安藤 陽平[1]、藤本 崇聡[1]、水内 祐介[1]、堀岡 宏平[1]、川副 徹郎[2]、安藤 幸滋[2]、池永 直樹[1]、仲田 興平[1]、沖 英次[2]、大内田 研宙[1] (1. 九州大学臨床・腫瘍外科、2. 九州大学病院　消化管外科)

[背景]クローン病は治療薬の進歩により、長期的に良好な病勢を保つことが可能な症例が増えている。一方で、外科治療が必要となる活動性の高い症例も少なからず存在する。外科治療適応症例では術前の治療介入により炎症を低減させることで、術後合併症リスクを減らし安全な周術期管理が可能となるが、治療介入後に手術へ移行する最適かつ安全な状態を判断する指標については未だ確立されていない。今回、術前に治療介入を行ったのちに外科治療を施行したクローン病患者における、外科治療の至適タイミングを示す指標について検証した。[方法]2010～2025年までに外科的治療を施行したクローン病221例について、術前治療介入を行った118例を対象とした。我々は術直前のCRP-アルブミン比(CAR)低値（<0.102）が術後合併症を回避する有用な閾値になることを報告している。介入前にCAR高値の症例のうち治療介入により術直前のCARが<0.102に達成できた症例（達成群）とできなかった症例（未達成群）の2群で、患者背景、短期手術成績を比較し、CAR目標値の達成が周術期の安全指標となりうるかを評価した。[結果]全合併症は30.1%に見られた。創感染のある症例は介入期間、中心静脈栄養投与期間が有意に短かった。達成群（n=54）・未達成群(n=40)で、IOIBDスコア、病型に有意な差はなかった。介入期間は２群間に有意な差はなかった。達成群では未達成群と比べて手術時間、出血量が有意に少なかった(269分vs 364分, P=0.002, 125g vs 326g, P=0.004)。術後全合併症は達成群で有意に低く (14.8% vs. 52.5%, P＜0. 001)、腸閉塞(1.9% vs. 17.5%, P=0.01)、創感染(7.4% vs. 25.0%, P=0.005)も低かった。[結語]治療介入によるCARの変化は術後合併症に関連しており、CAR<０．１０２を達成できた症例では術後合併症が少なく、安全な周術期管理が可能となる。術前介入時のCARモニタリングにより、安全な外科治療のタイミングを図ることが可能となることが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

パネルディスカッション 10　術後合併症の減少を目指したクローン病治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）

司会：高橋 賢一（東北労災病院大腸肛門外科）、辰巳 健志（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）

[PD10-2] 腹部手術を行ったクローン病症例における術前のプロトロンビン時間の検討

*羽根田 祥[1]、高橋 賢一[1]、松村 直樹[2]、田中 直樹[2]、野村 良平[2]、齋藤 匠[2]、佐藤 馨[2]、添田 敏寛[2]、岡崎 由佳利[3]、成島 陽一[2]、徳村 弘実[2] (1. 東北労災病院大腸肛門外科、2. 東北労災病院外科、3. 東北労災病院看護部)

【はじめに】クローン病(CD)で腹部手術をする際にプロトロンビン時間（Prothrombin time＝PT）が延長していることをしばしば経験する。PTの延長は手術自体に影響を及ぼすだけでなく、術後の合併症、術後の鎮痛処置（硬膜外麻酔施行の可否）にも関わってくる問題である。CDのPT延長について検討した報告はこれまでない。
【目的】当院で腹部手術を行ったCD症例を通してCDにおけるPT異常の発生状況について検討する
【方法】2018年5月～2026年3月に当院でクローン病(CD)に対して腹部手術を行った症例について診療録を調査した。手術直前（3日以内）の採血で測定したPTを正常群、延長群にわけ、PTが延長していた割合、PTが延長する危険因子について検討した。
【結果】当院でCDに対して腹部手術を行った症例のうち、大量出血のため緊急手術を行った症例、直前にPTを測定していない症例を除く114例について検討した。内訳は男性79例、女性35例で、年齢は36 (17‐69) 歳、病型は小腸型15例、小腸大腸型94例、大腸型5例、病態は非穿通型（NP）62例、穿通型（P）52例であった。正常群は72例(63.2%)、延長群は42例(36.8%)であり、術前に完全中心静脈栄養療法(TPN)を行った症例84例のうち40例(47.6%)が延長群であった。性別(以下、正常群：延長群)(男性45例女性27例：男性34例女性8例)、病態(NP 47例P 25例：NP 15例P 27例)で有意差($p<0.01$)を認め、男性、P群で延長群が多かった。
【まとめ】全体の36.8%、TPNを行った症例のうち47.6%とCD症例にPT延長が高率に認められた。術前にTPNを行う他の疾患ではあまり見られない現象である。PTが延長する原因は不明であるが、CDに関する何らかの要因が関係しているものと考えられる。今後も継続した検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
パネルディスカッション 10　術後合併症の減少を目指したクローン病治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）
司会：高橋 賢一（東北労災病院大腸肛門外科）、辰巳 健志（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）

[PD10-3] 当院における術後合併症の減少を目指したクローン病治療戦略

*西尾 梨沙[1]、丹野 侑杜[1]、新谷 裕美子[1]、井上 英美[1]、大城 泰平[1]、古川 聡美[1]、岡本 欣也[1]、山名 哲郎[1] (1. JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター)

はじめに：クローン病は内科的治療の進歩が目覚ましいが、狭窄や瘻孔, 癌化など, 外科的治療を要する症例も少なくない. 癒着や瘻孔病変などで手術が容易ではない症例も多く, 術後合併症への対策が必要である. 今回, 当院でのクローン病手術症例における術後合併症減少を目指した対策の実際について報告する.
対象と方法：2010年から2025年までに当院で手術を施行したクローン病症例のうち自験例356例について, 患者背景, 術式, 術後合併症などについて後方視的に検討した.
結果：性別は男性253例, 女性103例, 手術時年齢は39.6歳(18-78歳), クローン病発症年齢は26.1歳(7-72歳)であった．病型は小腸型66例, 小腸大腸型276例, 大腸型14例であった. 手術要因は狭窄293例, 瘻孔110例，膿瘍66例, 肛門病変15例, 癌13例, 穿孔10例, 出血9例 (重複あり)であった．術式は小腸切除144例, 回盲部切除86例, 回結腸切除60例, 結腸切除58例, 直腸切断術35例, 人工肛門造設64例（小腸39例, 結腸25例）であった. 緊急手術は15例あり，内訳は穿孔8例, 出血5例, 他2例であった．また，計画的分割手術が19例あり，その理由は複雑な瘻孔11例, 穿孔8例であった. 術後合併症（Clavien-Dindo分類 II 以上）はイレウス19例, MRSA腸炎8例, カテーテル敗血症7例，縫合不全4例, SSI 3例, 術後出血3例で，術後早期合併症に伴う再手術は4例（縫合不全2例, 胃穿孔1例, イレウス1例）であった. 術後長期合併症に伴う再手術は59例で, 吻合部関連30例, 新規病変28例, 癌の局所再発1例であった.
考察：当院では縫合不全の予防として, 機能的端々吻合では腸管閉鎖部に漿膜筋層縫合をおきステープルラインを埋没することや, SSI予防のため, 創部にwound retractorを装着, 腸管吻合後に手袋や手術器具を交換し, ドレーンの挿入は必要最低限としている. 複雑な瘻孔を有する症例では一時的人工肛門を造設し, 病変部の炎症や全身状態の改善を待ってから切除・吻合を行うなど, 計画的分割手術を行うことで, 縫合不全のリスクを回避し, 侵襲が高度になりすぎないよう工夫している.
結語：クローン病の手術に際しては，術後合併症の発生率を低下させるための術式選択や周術期管理の工夫が重要であると考えている.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

パネルディスカッション 10　術後合併症の減少を目指したクローン病治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）

司会：高橋 賢一（東北労災病院大腸肛門外科）、辰巳 健志（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）

[PD10-4] クローン病術後吻合部狭窄に対する内視鏡的バルーン拡張術と外科手術の使い分け

*辻 嘉斗[1]、荻野 崇之[1]、赤澤 英[1]、福田 健太[1]、深田 晃生[1]、森 良太[1]、関戸 悠紀[1]、竹田 充伸[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院　医学系研究科　消化器外科学)

【背景】クローン病（CD）における術後吻合部狭窄は晩期合併症の一つである。短い狭窄や瘢痕性狭窄では内視鏡的バルーン拡張術（EBD）が選択されるが、反復介入や手術移行が課題であり、侵襲的介入におけるEBDと外科手術の使い分けに関する検討は限られている。CD術後吻合部狭窄に対する侵襲的介入としてEBDまたは外科治療を選択した症例を比較し、適応と治療選択の指標を検討することを目的とする。

【方法】2017〜2024年に当院へ入院歴のあるCD患者318例のうち、術後吻合部狭窄に対して侵襲的介入を要した61例を対象とした。初回介入法別に、EBD群（n=35）と手術群（n=26）に分類し、患者背景、臨床病理学的因子を後方視的に比較した（値は中央値）。

【結果】男性の割合はEBD群で77.1%、手術群で84.6%。EBD/手術の介入時年齢は42/46.5歳で差を認めなかった。罹病期間は15/23年でEBD群が有意に短かった(p=0.02)。病変、吻合部位はいずれも群間差はなかった。初回介入時因子は、瘻孔合併が8.6/34.6%で手術群に有意に多かった（P=0.02）。5cm以上の狭窄は5.7/7.7%、膿瘍合併は0/11.5%、腸閉塞症状は37.1/23.0%、多発狭窄は34.3/34.6%で差はなかった。前回手術から介入までの期間は86/137.5か月で手術群が有意に長かった(P=0.018)。

EBD群では再介入として14例（40%）が最終的にredo surgeryへ移行した。移行例の手術適応は頻回の腸閉塞症状による内科抵抗性7例、内視鏡到達不可3例、瘻孔3例、穿孔1例であった。

手術群ではGrade III以上の術後合併症は認めなかった。

【結論】CD術後吻合部狭窄では、瘻孔合併が手術選択と関連し、EBD群の4割が最終的に手術移行していた。腸閉塞症状を伴わない吻合部狭窄ではEBDによる手術回避が期待できる一方、腸閉塞症状を伴う症例ではEBDをbridge therapyと位置づけ、早期の外科介入も検討すべきである。病態および長期予後を考慮し、EBDと手術を慎重に選択することが重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
パネルディスカッション 10　術後合併症の減少を目指したクローン病治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）
司会：高橋 賢一（東北労災病院大腸肛門外科）、辰巳 健志（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）

[PD10-5] 十二指腸瘻孔を伴うクローン病に対する外科手術の検討

*梅田 晋一[1] (1. 名古屋大学医学部附属病院消化器・腫瘍外科)

【背景】Crohn病（CD）に合併する十二指腸瘻は稀であり，その最適な外科治療戦略は十分に確立されていない．本研究では十二指腸瘻を合併したCD症例の臨床的特徴，手術成績および術後合併症のリスク因子を検討した．

【方法】2007年から2024年に当院で腸管腸管瘻に対して手術を施行したCD症例135例を対象とし，うち十二指腸瘻を有する13例を抽出した．十二指腸瘻孔症例では十二指腸欠損が 3 cm 未満では一次閉鎖＋大網被覆を行い，3 cm 以上では十二指腸空腸吻合を施行した．また経皮経胃的十二指腸ドレナージにより減圧管理を行った．十二指腸瘻群と非十二指腸瘻群で臨床背景および手術成績を比較解析した．さらに十二指腸瘻群における術後合併症（Clavien-Dindo分類 grade 2 以上）のリスク因子を解析した．

【結果】十二指腸瘻群では非十二指腸瘻群と比較して罹病期間が有意に長く（p = 0.048），大腸型病変が有意に多く認められた（p = 0.007）．術前検査では総蛋白，アルブミン，prognostic nutrition index がいずれも有意に低値であり（p = 0.010，0.029，0.048），クレアチニン値は有意に高値であった（p < 0.001）．手術因子では，十二指腸瘻群で開腹手術が有意に多く（p = 0.004），術中出血量も有意に多かった（p = 0.035）．術後成績では，Clavien–Dindo分類に基づく全合併症および Grade 2 以上，Grade 3 以上の合併症発生率，さらに再手術率はいずれも両群間で有意差を認めなかった．全135 例におけるリスク因子解析では，術中出血量 500 mL 以上（HR 3.81，95% CI 1.62–9.59，p = 0.0019）および既往手術歴（HR 3.11，95% CI 1.54–6.44，p = 0.002）が術後合併症の有意な予測因子であったのに対し，十二指腸瘻の存在自体は有意な因子ではなかった（HR 1.15，95% CI 0.34–3.55，p = 0.851）．十二指腸瘻群に限定した解析では，診断から手術まで 200 日以上の遅延（p = 0.047）および術中出血量 500 mL 以上（p < 0.001）が合併症発生と有意に関連していた．

【結論】十二指腸瘻を合併したCDに対する外科治療は，適切な瘻孔閉鎖と確実な減圧管理により安全に施行可能である．手術遅延は術後合併症と関連する可能性があり，早期の専門施設への紹介が重要である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

パネルディスカッション 10　術後合併症の減少を目指したクローン病治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）

司会：高橋 賢一（東北労災病院大腸肛門外科）、辰巳 健志（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）

[PD10-6] クローン病直腸切断術後会陰創治癒遅延のリスク因子と難治化症例の特徴

*黒木 博介[1]、辰巳 健志[1]、後藤 晃紀[1]、中尾 詠一[1]、小原 尚[1]、齋藤 紗由美[1]、荒井 勝彦[1]、木村 英明[2]、杉田 昭[1]、小金井 一隆[1] (1. 横浜市立市民病院炎症性腸疾患科、2. 横浜市大市民総合医療センター炎症性腸疾患センター)

【背景】クローン病（CD）に対する直腸切断術（APR）後の会陰創治癒遅延(delayed perineal wound healing:DPWH)は頻度の高い合併症であり, 多くは時間経過とともに改善する一方, 難治化し会陰部の瘻孔遺残や小腸瘻形成をする症例も存在する．しかし,その長期経過およびリスク因子に関する報告は限られている．

【対象と方法】CDに対してAPRを施行した症例で, 癌症例を除外した113例を対象とした．術後6か月以上,会陰創・臀部からの排液が持続する状態をDPWH延と定義し,排液消失および創閉鎖が得られた症例を創治癒、観察終了時に未治癒の症例を難治化症例と定義した. DPWHのリスク因子, 累積5年会陰創治癒率および難治化症例の臨床経過について検討した．

【結果】男性78例（69%）, CD診断年齢20歳, APR時年齢39歳, CD診断からAPRまでの期間は6.5年であった．APR術前に複雑痔瘻を64例（56%）に認め, seton法32例（28%）, 直腸空置52例（46%）術前生物学的製剤使用50例（44%）に行われた．術直前CRPは1.5mg/dL,手術時間は312分,術中出血量は950mLであった（いずれも中央値）．DPWHは54例（47.7%）に認め, APR後の観察期間中央値は9年であった．DPWHのリスク因子解析では， 複雑痔瘻（p<0.001）が有意な因子であった．創治癒までの期間は中央値6か月であり, 累積会陰創治癒率は1年で23%,5年で72%であった．Cox比例ハザード解析では創治癒までの期間に関連する因子は認めなかった. 難治化症例は10例（8.8%）であり, 全例で会陰部からの排膿を認めた．このうち1例では会陰部感染巣と小腸との瘻孔形成を認め,小腸部分切除術を施行した．また3例では,瘻孔からの持続的排膿に対して瘻孔切除術を施行したがいずれの症例も会陰部からの排液は遷延していた．

【結語】CDに対するAPR後DPWHには, 複雑痔瘻が関連していた。多くの症例は経時的に改善した一方，瘻孔形成を伴い難治化し，外科的介入後も改善困難な症例が存在した。難治化症例の早期同定と適切な介入戦略の確立が今後の課題である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

パネルディスカッション 10　術後合併症の減少を目指したクローン病治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）

司会：高橋 賢一（東北労災病院大腸肛門外科）、辰巳 健志（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）

[PD10-7] Crohn病におけるKONO-S式吻合の短期手術成績：縫合不全低減効果の検討

*杉山 洸裕[1,2]、杉原 守[1]、高木 徹[1]、岩瀬 友哉[1]、立田 協太[1]、赤井 俊也[1,2]、美甘 麻裕[1,2]、深澤 貴子[3]、竹内 裕也[1] (1. 浜松医科大学外科学第二講座、2. 浜松医科大学医学部附属病院IBDセンター、3. 磐田市立総合病院消化器外科)

背景
Crohn病腸管切除後の縫合不全は再発に伴う再手術の要因であり、その低減は重要な課題である。従来炎症が高度であれば手縫い端端吻合、炎症が軽度であれば機能的端端吻合(FEEA)も選択されたが、2011年よりKONO-S式吻合を導入し、近年ではKONO-S式吻合を第一選択としている。本検討では吻合法と縫合不全との関連を中心に、KONO-S式吻合の短期成績としての有用性を検討した。
方法
1986〜2025年に当院で施行した腸管切除吻合患者延べ190例、203吻合を対象とし、縫合不全および術後合併症と患者背景、術前治療、Montreal分類、術前全身状態、手術成績、吻合法との関連を後方視的に評価した。
結果
患者背景は手術時年齢中央値は35歳(14-76歳)、男性146例で、Montreal分類はA1/A2/A3が29/149/12例、L1/L2/L3が74/11/105例、B1/B2/B3が5/85/100例、肛門病変は82例に認めた。合併症はClavien-Dindo Grade0/1/2/3a/3bが128/6/32/14/10例でGrade3a以上は出血量、CRP高値、男性、B3と関連した。延べ吻合203件では縫合不全は12/203吻合(5.9%)に認めた。吻合法別ではKONO-S式吻合1/94(1.1%)、端端吻合5/56(8.9%)、FEEA 3/39(7.7%)、DST吻合2/4(50%)、SST吻合0/4例(0%)であった。KONO-S式吻合の縫合不全発生率は、端端吻合と比較して有意に低率で（p=0.027）、FEEAと比較しても低率な傾向を認めた（p=0.076）。縫合不全のリスク因子として出血量増加（p<0.001）およびMontreal分類B3（p=0.020）が関連し、CRP高値およびThiopurine使用は関連する傾向を認めた。他の因子では差を認めなかった。
考察
本検討ではCrohn病手術における縫合不全に出血量および瘻孔・穿通型病変（B3）が関与する点は既報と一致していた。KONO-S式吻合は病勢によらず縫合不全率が低く、吻合法そのものが短期成績に影響を与える可能性が示唆された。端端吻合は病勢の強い症例に選択されていた傾向があり、背景因子の影響を受けた可能性がある。本検討は後方視的であり、手術時期に伴う内科治療や周術期管理の変化の影響を否定できないが、KONO-S式吻合はCrohn病腸管切除における有用な選択肢と考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

パネルディスカッション 10　術後合併症の減少を目指したクローン病治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）

司会：高橋 賢一（東北労災病院大腸肛門外科）、辰巳 健志（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）

[PD10-8] クローン病腸管病変に対するMinimally Invasive Surgeryの現状と短期成績の検討

*上神 慎之介[1]、大迫 えれな[1]、久原 佑太[1]、土井 寛文[1]、新原 健介[1]、吉村 幸祐[1]、大毛 宏喜[1]、高橋 信也[1] (1. 広島大学大学院　医系科学研究科　外科学)

【目的】
クローン病（CD）に対するMinimally Invasive Surgery（MIS）の有用性は報告されているが，高度炎症や瘻孔形成を伴う症例では依然難易度が高い．CDに対するMIS適応拡大の安全性について，周術期成績を用いて検討した．
【対象・方法】
2015年1月から2025年12月までにCDに対して腸管切除を伴う腹部手術を施行した324例のうち，MISを施行した97例（29.9%）を対象とした．MISの定義は腹腔鏡またはロボット支援手術と定義した．2019年12月までを前期群，2020年1月以降を後期群として，患者背景，周術期因子，術後成績を後方視的に比較検討した．
【結果】
前期群29例，後期群68例であり，MIS率は前期群22.0%，後期群35.4%と後期群で有意に増加していた(p＝0.013)．男女比や病型に有意差は認めなかったが，年齢中央値は前期群27歳，後期群34歳と後期群で有意に高く（p=0.021），罹病期間中央値も前期群26ヶ月，後期群94ヶ月と後期群で延長傾向が認められた（p=0.055）．初回手術例に限れば前期群24ヶ月，後期群79ヶ月と後期群で有意に延長を認めていた(p=0.040)．術前5-ASA，免疫調節薬，生物学的製剤，ステロイド使用率に有意差は認めなかった．手術理由は両群とも狭窄が最多であったが，後期群では穿通，膿瘍，瘻孔形成など複雑病変を伴う症例が増加する傾向を認めた．また両群とも手術回数，手術時間，出血量，開腹移行率（前期4.0%，後期3.2%，p=0.847），術後合併症発生率(Clavien-Dindo Grade3以上：前期8.0%，後期9.5%，p=0.823)，術後在院日数（前期11日，後期12日，p=0.367）に有意差は認めなかった．
【結語】
近年，穿通・膿瘍形成など複雑病変を伴う症例に対してもMIS適応が拡大していたが，短期成績は維持されていた．手術時年齢の上昇および初回手術までの期間延長から，外科的介入時期が変化している可能性が示唆された．一方で，穿通や膿瘍形成を伴う高度炎症症例では，病態に応じた慎重な術式選択が重要と考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

パネルディスカッション 10　術後合併症の減少を目指したクローン病治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）

司会：高橋 賢一（東北労災病院大腸肛門外科）、辰巳 健志（横浜市立市民病院炎症性腸疾患科）

[PD10-9] 当科におけるクローン病に対する腹腔鏡下手術373例の検討

*楠 蔵人[1]、友尾 祐介[1]、長野 健太郎[1]、宋 智亨[2]、桑原 隆一[1]、堀尾 勇規[1]、木村 慶[2]、片岡 幸三[2]、内野 基[1]、池田 正孝[2]、池内 浩基[1] (1. 兵庫医科大学小鍵外科学講座炎症性腸疾患外科、2. 兵庫医科大学消化器外科学講座下部消化管外科)

【目的】近年、腹腔鏡手術手技の発達を背景としてクローン病（以下CD）に対する腹腔鏡手術症例は増加傾向である。ECCOのガイドラインでは、CDの回盲部の狭窄病変に対する初回手術が良い適応とされているが、最近では膿瘍形成を認める症例や瘻孔形成を認める症例に対しても適応を拡大している報告もある。当院では狭窄症例に加え、膿瘍形成や瘻孔形成症例に関しても腹腔鏡手術を選択することが多く手術適応の選定、実際の方法、成績について報告する。
【方法】2017年9月から2026年3月までに当院でCDに対して腹腔鏡補助下での腸管切除手術を施行した373症例に対して患者背景、周術期合併症、手術成績について検討を行った。
【結果】患者の手術時年齢の中央値は34歳で、男性281人、女性92人であった。手術適応としては狭窄が237例(63.7%)、穿孔、膿瘍形成が63例（16.9%）、瘻孔形成が52例（14%）、癌症例8例（0.2%）、出血等その他が13例（3.5%）であった。373例中329例は初回腸管切除症例であった。
狭窄症例の平均手術時間は181分、平均出血量68ml、Clavien-Dindo分類（以下C-D分類）Ⅱ以上19例、Ⅲ以上4例であった。穿孔、膿瘍形成を認める症例の平均手術時間は175分、平均出血量107ml、C-D分類Ⅱ以上３例でⅢ以上は認めなかった。瘻孔形成を認める症例の平均手術時間は214分、平均出血量123ml、C-D分類Ⅱ以上2例でⅢ以上は認めなかった。癌症例の平均手術時間は273分、平均出血量108ml、C-D分類Ⅱ以上3例、Ⅲ以上１例であった。当科での鏡視下手術の選択基準についても報告する。
【結語】CD腸管切除手術において腹腔鏡手術の適応として狭窄病変に関してのみ推奨されているが、膿瘍形成や瘻孔形成の症例に関しても腹腔鏡手術も選択肢となり得る症例もあると推察できる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 肛門科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション 11　それホントに手術適応？裂肛の治療：保存と手術

司会：八子 直樹（医療法人桜樹会　八子医院）、錦織 直人（一路会錦織病院）

[PD11-1] 裂肛における保存的治療と外科的治療の選択に関与する臨床的因子の検討

*城後 友望子[1]、指山 浩志[1]、本多 舜哉[1]、黒崎 剛史[1]、高野 竜太朗[1]、坪本 敦子[1]、川西 輝貴[1]、中山 洋[1]、安田 卓[1]、小池 淳一[1]、浜畑 幸弘[1]、堤 修[1] (1. 辻仲病院柏の葉　大腸・肛門外科)

[PD11-2] 当科における裂肛診療

*小野 朋二郎[1]、光藤 傑[1]、辻村 直人[1]、渡部 晃大[1]、三宅 祐一朗[1]、竹中 雄也[1]、斎藤 徹[1]、竹中 玲子[1]、相馬 大人[1]、安田 潤[1]、根津 理一郎[1]、弓場 健義[1] (1. 伯鳳会大阪中央病院外科)

[PD11-3] 裂肛に対する肛門拡張術の適応と治療成績

*石山 元太郎[1]、秋月 恵美[1]、鈴木 崇史[1]、佐藤 綾[1]、井 翔一郎[1]、西尾 昭彦[1]、荒 桃子[1]、橋下 さつき[1]、石山 勇司[1] (1. 札幌いしやま病院)

[PD11-4] 慢性裂肛に対する外科治療の適応と術式選択 ― 肛門機能と付随病変を踏まえた個別化アプローチ

*八子 博貴[1,2]、八子 直樹[1]、齋藤 昌美[3] (1. 医療法人桜樹会　八子医院、2. 福島県立医科大学　消化管外科学講座、3. 福島県立医科大学　形成外科学講座)

[PD11-5] 当施設での裂肛手術の術式選択と術後短期成績の検討

*植田 剛[1]、中本 貴透[1]、定光 ともみ[1,2]、佐井 壯謙[1] (1. 佐井胃腸科肛門科、2. 南奈良総合医療センター外科)

[PD11-6] 裂肛に対する手術適応と術式選択

*岡田 大介[1]、佐原 力三郎[1]、本間 祐子[1] (1. 社会医療法人財団仁医会牧田総合病院肛門病センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 肛門科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第7会場（1F 会議室107）
パネルディスカッション 11　それホントに手術適応？裂肛の治療：保存と手術
司会：八子 直樹（医療法人桜樹会　八子医院）、錦織 直人（一路会錦織病院）

[PD11-1] 裂肛における保存的治療と外科的治療の選択に関与する臨床的因子の検討

*城後 友望子[1]、指山 浩志[1]、本多 舜哉[1]、黒崎 剛史[1]、高野 竜太朗[1]、坪本 敦子[1]、川西 輝貴[1]、中山 洋[1]、安田 卓[1]、小池 淳一[1]、浜畑 幸弘[1]、堤 修[1] (1. 辻仲病院柏の葉　大腸・肛門外科)

【背景】裂肛治療の基本は薬物療法や生活指導を中心とした保存的治療であり、保存的治療抵抗例では外科的治療が選択される。しかし、病態や症状に応じた治療選択基準については明確ではない。
【目的】裂肛における保存的治療と外科的治療の選択に関与する臨床的因子を検討する。
【対象・方法】2021年1月から2025年12月までに当院で裂肛と診断した4220例を対象とした。全症例を対象に記述的解析を行った後、治療選択に関与する因子について、一部の連続症例（保存的治療59例、外科的治療41例）を抽出し、後方視的に比較検討した。検討項目は年齢、性別、病悩期間、臨床症状、肛門所見、通院回数、治療経過とした。
【結果】保存的治療群は3881例、外科的治療群は339例であった。術式は裂肛切除術±肛門拡張術が241例、肛門形成術が98例であった。後者は高齢男性に多く、器質的狭窄を伴う進行例が主体と考えられた。一方、前者は若年女性に多く、保存的治療群と類似した症例分布を示したため、以降は裂肛切除術±肛門拡張術群（手術群）を対象に検討した。手術群は保存的治療群と比較し、病悩期間中央値が有意に長く（12か月vs.1か月, $p<0.001$）、短期間に複数回の再診を要する症例が多かった。一方で、初診から手術までの期間中央値は1か月（0–104か月）であり、早期に手術適応が判断される症例が多かった。手術群において急性・亜急性裂肛は6例、慢性裂肛は35例（見張り疣25例、肛門ポリープ18例、肛門狭窄15例；重複あり）であった。急性・亜急性裂肛症例は全例後方病変で、多くが高度の疼痛により診察困難であり、早期に手術が選択された。慢性裂肛症例でも、疼痛が手術理由として最多（30例）であったが、半数以上で肛門鏡診察も可能であった。その他、保存的治療継続中に慢性化し、最終的に手術へ移行した症例も認めた。
【考察】裂肛の手術適応は一様ではなく、高度の疼痛を契機に早期介入を要する病態と、慢性化や疼痛制御困難を背景に手術へ移行する病態が存在すると考えられた。また、保存的治療下でも長期経過で慢性化する症例が認められ、裂肛診療では病態進行を見据えた継続的評価が重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 肛門科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション 11　それホントに手術適応？裂肛の治療：保存と手術

司会：八子 直樹（医療法人桜樹会　八子医院）、錦織 直人（一路会錦織病院）

[PD11-2] 当科における裂肛診療

*小野 朋二郎[1]、光藤 傑[1]、辻村 直人[1]、渡部 晃大[1]、三宅 祐一朗[1]、竹中 雄也[1]、斎藤 徹[1]、竹中 玲子[1]、相馬 大人[1]、安田 潤[1]、根津 理一郎[1]、弓場 健義[1] (1. 伯鳳会大阪中央病院外科)

急性裂肛は肛門管上皮が物理的に損傷され裂創が生じた結果，排便時出血や肛門痛といった症状を呈したものが急性裂肛である．これに括約筋の緊張亢進や肛門管の虚血性変化が加わり、さらに裂肛が生じやすくなるという悪循環により裂肛が慢性化した結果，肛門管上皮に深い潰瘍が形成されたて難治性の慢性裂肛が形成される．急性裂肛に対しては食事療法や緩下剤，さらに外用剤による保存的治療が適応となる．本邦では保険承認されていないものの，括約筋の緊張亢進に対してはニフェジピン軟膏やボツリヌス毒素注入などの奏功も報告されている．一方虚血性変化から慢性裂肛に至ると保存的加療での改善には限界があり，基本的には手術療法が適応となる．しかしながら，慢性裂肛を肛門管上皮に生じた潰瘍であると見做すことで皮膚潰瘍の治療薬が奏功することが期待でき，本来手術適応となる慢性裂肛が保存的に改善できる可能性があると考える．実際に我々はこのような慢性裂肛の症例に皮膚潰瘍治療薬であるブクラデシンナトリウム軟膏を使用することで手術を回避する工夫を行っている．裂肛初診患者の経過を，ブクラデシンナトリウム軟膏の効果を中心として診療録を参照して後方視的に検討するとともに，当科で行っている裂肛に対する手術療法について動画で供覧する．

2023年4月から2026年3月までの3年間に筆頭演者の外来を受診した裂肛初診患者は433例であった．男性220例，女性213例で男女比はほぼ同等であった．年齢の平均は49.5歳であった．多くの症例が急性裂肛であり食事療法や軟膏の外用などの保存的加療で軽快したが，初診時に慢性裂肛であったもの，もしくは経過中に慢性化した症例が172例あった．このうち121例にブクラデシンナトリウム軟膏による保存的加療が施行され，64例（52.9%）で症状が軽快した．また部分的に症状が改善した症例が39例（32.2%）あった．ブクラデシンナトリウム軟膏を使用した症例のうち，手術療法を施行した症例は38例であり，83例（68.6%）で手術療法を回避できた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 肛門科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第7会場（1F 会議室107）
パネルディスカッション 11　それホントに手術適応？裂肛の治療：保存と手術
司会：八子 直樹（医療法人桜樹会　八子医院）、錦織 直人（一路会錦織病院）

[PD11-3] 裂肛に対する肛門拡張術の適応と治療成績

*石山 元太郎[1]、秋月 恵美[1]、鈴木 崇史[1]、佐藤 綾[1]、井 翔一郎[1]、西尾 昭彦[1]、荒 桃子[1]、橋下 さつき[1]、石山 勇司[1] (1. 札幌いしやま病院)

【はじめに】用手的に行う肛門拡張術（Anal Dilation：AD）は、外来で比較的簡便に施行可能な非観血的治療である。当院では、保存的加療に抵抗性を示す慢性裂肛症例のうち、肛門上皮レベルに高度狭窄を伴わない症例を適応としている。【対象と方法】2021年1月から2023年3月までに当院でADを施行した慢性裂肛382例を対象とした。麻酔は全例で仙骨硬膜外麻酔を用い、ほぼ全例を日帰り手術で施行した。手技は、左右の示指を肛門内に挿入し、線維化した内括約筋筋線維を愛護的に伸展するように拡張した。【結果】382例中、術前後で肛門内圧測定を施行し得た97例を解析対象とした。平均年齢は45.8歳（22〜80歳）、性別は男性48例、女性49例であった。罹病期間中央値は24か月（1〜240か月）であった。49例（50.5%）では、皮垂あるいは肛門ポリープ等の随伴病変切除を併施した。平均肛門径は術前17.5±3.39mmから術後25.1±2.79mmへと有意に拡大した。最大静止圧は72.7±18.6mmHgから63.9±19.7mmHgへ有意に低下したが、随意収縮圧に有意差は認めなかった。これらの所見より、ADは肛門管の過緊張を軽減しつつ、随意的な括約機能は温存し得る可能性が示唆された。術直後のラジアル型肛門エコーでは71例（93.4%）に異常所見を認めず、5例（6.6%）に軽度のlow echo域を認めたのみで、血腫形成、括約筋断裂、便失禁などの臨床的合併症は認めなかった。症状の消失または軽減を有効と定義した場合、術後1か月時点の有効率は94.8%であった。Kaplan-Meier法による累積無再発率は術後2年で87.5%であったが、術後3年67.5%、術後4年42.3%と経時的低下を認めた。【結語】慢性裂肛に対するADは、早期の疼痛緩和が得られる安全かつ有効な治療法である一方、長期成績は必ずしも良好とはいえず、再発を反復する症例では観血的手術への移行を考慮すべきと考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 肛門科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第7会場（1F 会議室107）
パネルディスカッション 11　それホントに手術適応？裂肛の治療：保存と手術
司会：八子 直樹（医療法人桜樹会　八子医院）、錦織 直人（一路会錦織病院）

[PD11-4] 慢性裂肛に対する外科治療の適応と術式選択 ― 肛門機能と付随病変を踏まえた個別化アプローチ

*八子 博貴[1,2]、八子 直樹[1]、齋藤 昌美[3] (1. 医療法人桜樹会　八子医院、2. 福島県立医科大学　消化管外科学講座、3. 福島県立医科大学　形成外科学講座)

【背景】慢性裂肛について、本邦の『肛門疾患・直腸脱診療ガイドライン2020』には明示的な定義は記載されていない。本検討では、ASCRS Clinical Practice Guidelines for the Management of Anal Fissures（Davids JS et al. Dis Colon Rectum 2023; 66: 190-199）に基づき、症状が6週間を超えて持続し慢性化所見を伴うものを慢性裂肛と定義した。治療は保存的・薬物療法を基本とし、その多くは非手術的に治癒に至る。外科治療の適応は限定的で、肛門狭窄、肛門ポリープ、見張り疣（スキンタグ）など付随病変を伴う難治例が中心となる。

【目的】当院における慢性裂肛の外科適応判断と術式選択の考え方を、自験例をもとに報告する。

【対象と方法】2023年1月から2026年1月までに慢性裂肛に対して外科治療を施行した32例を対象とした。外科適応は、保存的・薬物療法に抵抗する強い疼痛、肛門狭窄、肛門ポリープや見張り疣（スキンタグ）など付随病変の合併を軸に判断した。保存的治療に抵抗する強い疼痛を有し、肛門内圧検査で最大静止圧が高値である症例に対しては、ガスや便失禁予防を目的に内肛門括約筋の切開を部分的にとどめた側方内括約筋切開術(LIS)を施行した。肛門上皮レベルに狭窄を認める症例には皮弁による肛門形成術を選択し、付随病変は同時切除した。

【結果】術式の内訳はLIS 13例、皮弁肛門形成術 19例であった。LIS群ではガス失禁・便失禁を認めず、良好な治癒が得られた。皮弁肛門形成術群では1例のみ皮膚肛門管縫合部離開に伴う瘢痕性狭窄を認め、肛門ブジーを要したが、その他の症例では狭窄解除と症状改善が得られた。皮弁壊死は認めなかった。

【結論】慢性裂肛に対する外科治療は、肛門狭窄や付随病変を伴う症例に適応が限定される。LISは最大静止圧高値症例に対して部分切開にとどめることで、失禁を回避しつつ良好な治療成績が得られた。肛門上皮レベルの狭窄例には皮弁肛門形成術が合理的選択肢と考える。病態と肛門機能を踏まえた術式個別化が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 肛門科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第7会場（1F 会議室107）

パネルディスカッション 11　それホントに手術適応？裂肛の治療：保存と手術

司会：八子 直樹（医療法人桜樹会　八子医院）、錦織 直人（一路会錦織病院）

[PD11-5] 当施設での裂肛手術の術式選択と術後短期成績の検討

*植田 剛[1]、中本 貴透[1]、定光 ともみ[1,2]、佐井 壯謙[1] (1. 佐井胃腸科肛門科、2. 南奈良総合医療センター外科)

【背景】裂肛治療の第一選択は軟膏治療および緩下剤を中心とした保存的加療であり、当施設でも大半の症例が該当する。難治例では外科治療が必要となり、当施設での状況を検討した。
【対象と方法】2023〜2025年に当施設で裂肛と診断した1828例のうち、手術を要した118例（6.6%）を対象とし、手術適応、術式選択、術後成績を集積した。
【手術術式】裂肛切除は単純切除＋ドレナージ創作成を基本とし、大きな肛門ポリープまたは皮垂を伴う症例はLEを行った。狭窄例に対しては、LSISまたはSSGを選択した。LSISは肛門上皮下に局注の後にメスを上皮下で歯状線より肛門側までの挿入とし、外側に切開、鈍的に拡張した。SSGは6時方向をメスで鋭的に切開、乱切しならが徐々に拡張した。運針は3-0 vicrylで7-8針、死腔ができない様に筋層も運針、粘膜10mm、皮膚5mm程度とした。外側皮膚切開は縫合部から7-8mm離して行った。いずれも約2横指が抵抗なく通過することを目安とした。
【結果】年齢中央値46歳(22−90)、男性56例、女性62例。主な手術適応は、疼痛、出血、狭窄、脱出だった。術式はSSG64例、裂肛痔瘻に対するlay open 15例、内外痔核随伴裂肛に対するLE17例、裂肛切除22例だった。裂肛切除は単純切除12例（LSIS追加８例、対側SSG追加1例）、LE10例に施行。術後観察期間中央値62日で、合併症を7例に認めた。創傷治癒遅延＋持続性疼痛１例（裂肛切除＋対側SSG）で、術後クローン病と診断された。裂肛再発は5例、うち3例（裂肛切除LSIS1例、Lay open2例）は保存的治療で改善、再狭窄1例（裂肛切除LSIS）で手術検討中、Tag残存1例（裂肛切除LSIS）で追加処置を要した。膿瘍形成を1例（LE）に認め切開排膿した。術後便失禁は認めず。通常SSG術後の短期合併症を認めなかった。
【考察と結語】裂肛に対しては保存的治療を基本としつつ、疼痛、出血、狭窄、脱出の増強時に手術加療を要した。狭窄を伴う慢性裂肛が手術例で最も多く、SSGを基本術式とし、段階的な拡張により拡張径を調整可能で、術後成績は良好であった。裂肛手術では主訴と狭窄評価に基づく術式選択が重要で、かつ簡便な術中評価に基づく治療戦略は安全かつ有効である可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 肛門科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第7会場（1F 会議室107）
パネルディスカッション 11　それホントに手術適応？裂肛の治療：保存と手術
司会：八子 直樹（医療法人桜樹会　八子医院）、錦織 直人（一路会錦織病院）

[PD11-6] 裂肛に対する手術適応と術式選択

*岡田 大介[1]、佐原 力三郎[1]、本間 祐子[1] (1. 社会医療法人財団仁医会牧田総合病院肛門病センター)

【目的】裂肛の治療は排便習慣の改善や局所療法などの保存的治療を基本とするが、状況により外科治療を要する症例がある。当院での裂肛に対する手術適応と術式選択を示し、治療成績について検討する。
【手術適応】器質的狭窄や脱出する肛門ポリープを伴う例、保存的治療無効例（鎮痛剤中止不可症例、長期間再燃を繰り返す症例）、裂肛痔瘻合併例を手術適応としている。
【術式選択】狭窄の適切な解除、肛門管内の凹凸の平坦化を目標とする。まず狭窄の有無と程度を正確に把握する。狭窄のない例は裂肛切除術、内括約筋レベルでの狭窄例には用手拡張術（MD）＋裂肛切除術を行うが、多くの裂肛症例では内括約筋硬化を伴うため、硬化の程度に合わせなるべく用手拡張術を併施する。肛門上皮レベルでの狭窄例、高度狭窄例では皮膚弁移動術（SSG）を行う。必要に応じて複数個所で各術式を組み合わせる。目安として2横指が楽に通る程度まで拡張を行い、過度の拡張を行わないようにする。
【対象】2020年4月から2025年9月までに当院で施行した裂肛・肛門狭窄に対する初回手術例のうち、4ヵ月以上経過観察しえた（4ヵ月未満の治癒例を含む）214例を対象とし、診療録を元に後ろ向きに検討した。痔核手術等の術後狭窄例、クローン病合併例は除外した。
【結果1】手術時年齢46.6歳、男女比127：87、平均観察期間103.0日であった。術式は裂肛切除術単独53例（24.8%）、MD（±裂肛切除術）137例（64.0%）、SSG24例（11.2%）であった。
【結果2】治癒期間中央値は裂肛切除術単独67日、MD（±裂肛切除術）51日、SSG53.5日であった。治癒遷延（治癒日数術後120日以上）例＋再発例は裂肛切除術単独9/53例（17.0%）、MD（±裂肛切除術）10/137例（7.3%）、SSG3/24例（12.5%）であり裂肛切除術単独で治癒期間が長く、治癒遷延再発例が多い傾向だった。再手術は裂肛切除術単独、MD（±裂肛切除術）に各1例ずつ認めた。術後incontinenceは裂肛切除術単独、MD（±裂肛切除術）、SSGに各1例ずつ認めたがいずれも保存的に軽快した。
【結語】裂肛に対する外科治療の成績は概ね良好であるが、裂肛切除術単独の際にも何らかの追加手技の併用が望ましいと思われる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ハンズオントレーニング | 肛門科

2026年11月21日(土) 14:50 ~ 16:50 | 第8会場（1F 会議室108）

ハンズオントレーニング　OASIS（分娩時肛門括約筋損傷）診断・修復ハンズオントレーニング

高橋 知子（亀田総合病院　消化器外科）

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社、GEヘルスケア・ジャパン株式会社

[HOT-1] ハンズオントレーニング

*岡田 義之[1] (1. 昭和医科大学横浜市北部病院産婦人科・女性骨盤底センター)

[HOT-2] ハンズオントレーニング

*末光 徳匡[1] (1. 東京慈恵会医科大学産婦人科学講座)

[HOT-3] ハンズオントレーニング

*大原　佑介[1] (1. 筑波大学消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ビデオワークショップ６　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？3

司会：風間 伸介（焼津市立総合病院）、太田 竜（日本医科大学武蔵小杉病院）

[VWS6-1] 結腸癌に対するロボット支援下手術の有用性と適応

*大塚 英男[1]、浅古 謙太郎[1]、柳橋 進[1]、近藤 宏佳[1]、清家 和裕[1]、宅間 邦雄[1]、石橋 雄二[1] (1. 都立多摩総合医療センター)

[VWS6-2] ロボット支援結腸切除術の治療成績と課題：標準化に向けた検討

*谷田 司[1]、中田 健[1]、佐々木 優[1]、杢谷 友香子[1]、高山 碩俊[1]、石田 智[1]、山下 雅史[1]、松山 仁[1]、山田 晃正[1] (1. 市立東大阪医療センター　消化器外科)

[VWS6-3] 結腸癌に対するロボット手術の定型化と短期成績の検討―脾弯曲部癌に対するハイブリッド手術―

*三口 真司[1]、望月 哲矢[1] (1. 県立広島病院消化器外科)

[VWS6-4] 右側結腸癌に対するロボット支援手術の治療成績の検討－腹腔鏡下手術との比較検証－

*小嶌 慶太[1]、山梨 高広[1]、三浦 啓壽[1]、柴木 俊平[1]、坂本 純一[1]、横田 和子[1]、田中 俊道[1]、横井 圭悟[1]、古城 憲[1]、佐藤 武郎[2]、内藤 剛[1] (1. 北里大学医学部下部消化管外科学、2. 北里大学医学部附属医学教育研究開発センター医療技術教育研究部門)

[VWS6-5] 右側結腸癌に対するロボット支援手術の治療成績と問題点―手術の標準化への道筋と着地点―

*吉田 大輔[1]、池田 真一郎[2]、古庄 穂[2]、折本 大樹[2]、矢田 一宏[1]、松本 敏文[2]、川中 博文[1] (1. 国立病院機構別府医療センターロボット・内視鏡外科手術センター、2. 国立病院機構別府医療センター消化器外科)

[VWS6-6] 当科における結腸癌に対するロボット支援結腸切除術の治療成績

*山本 雄大[1]、上野 啓輔[1]、林 祐美子[1]、内村 良平[1]、佐藤 幸平[1]、國本 真由[1]、中田 美佳[1]、岩井 美穂[1]、井垣 尊弘[1]、山内 慎一[1]、花岡 まりえ[1]、賀川 弘康[1]、絹笠 祐介[1] (1. 東京科学大学消化管外科学分野)

[VWS6-7] 市中病院におけるロボット支援結腸癌手術の手術成績と工夫

*大和 美寿々[1]、増田 大機[1]、新井 聡大[1]、谷田部 悠介[1]、白坂 太郎[1]、金城 宏武[1]、羽生 舞花[1]、朝田 泰地[1]、鵜梶 真衣[1]、篠原 元[1]、廣瀬 俊太郎[1]、吉野 潤[1]、長野 裕人[1]、井ノ口 幹人[1] (1. 武蔵野赤十字病院外科・消化器外科)

[VWS6-8] ロボット支援結腸手術におけるHugo RASシステムの有用性に関する多施設共同後ろ向き観察研究

*長山 聡[1,8]、的場 周一郎[2]、板谷 喜朗[3]、廣 純一郎[4]、平松 康輔[2]、戸田 重夫[2]、三代 雅明[5,6]、奥谷 浩一[5]、肥田 侯矢[3]、 隈本 力[4]、大塚 幸喜[4]、竹政 伊知朗[5,7] (1. 三菱京都病院外科、2. 虎の門病院消化器外科、3. 京都大学医学部附属病院消化管外科、4. 藤田医科大学病院下部消化管外科、5. 札幌医科大学附属病院外科学講座消化器外科学分野、6. 大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学、7. 大阪国際メディカル＆サイエンスセンター大阪けいさつ病院消化器外科、8. 宇治徳洲会病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ビデオワークショップ 6　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？3

司会：風間 伸介（焼津市立総合病院）、太田 竜（日本医科大学武蔵小杉病院）

[VWS6-1] 結腸癌に対するロボット支援下手術の有用性と適応

*大塚 英男[1]、浅古 謙太郎[1]、柳橋 進[1]、近藤 宏佳[1]、清家 和裕[1]、宅間 邦雄[1]、石橋 雄二[1] (1. 都立多摩総合医療センター)

【はじめに】結腸癌に対するロボット支援下手術が保険収載され当院でも2022年7月から導入した。直腸癌に対しては、その有用性からロボット加算が付いたが、結腸癌は腹腔鏡手術と同等とされている。【目的】当院で行ったロボット支援下結腸癌手術の短期成績を評価し、手術の妥当性および腹腔鏡手術との使い分けを検討した。【対象】ロボット支援下手術(R群)は2022年7月から2025年12月、腹腔鏡下手術(L群)はロボット導入前の2019年1月から2022年6月に当院で施行した原発性結腸癌を対象とし、重複癌、StageIV、D1郭清症例は除外した。【結果】R群115例、L群437例であった。性別、年齢に有意差はなく、術式はR群でRHC(37.4% vs 15.1%)が多く、S状結腸切除(18.3% vs 41.2%)が少なかった。またR群でStage II(47.0% vs 34.4%)、D3郭清(88.7% vs 76.4%)が多かった。手術時間はR群で延長したが(286分 vs 256分)、出血量(5ml vs 25ml)、術後在院日数(7日 vs 8日)、リンパ節郭清個数(LN)(29個 vs 21個)はR群で有意に良好であった。縫合不全は同等であった。術式別では左側横行結腸や下行結腸癌手術で有意にR群の手術時間が延長したが出血量は少なく、S状結腸切除では手術時間、出血量、LNとも有意差はなかった。【考察】R群は進行癌、RHC症例を選択しており症例背景には差があった。短期成績としては既報と同様にR群で手術時間が延長するものの出血量、術後在院日数、LNでR群が良好であり、合併症ではL群と遜色ない結果であった。S状結腸切除ではR群の優位な点がなくロボットのメリットを活かせていない可能性がある。【結語】当院におけるロボット支援下結腸癌手術は安全に施行できていた。症例や術式を選ぶことでロボットのメリットをより活かせる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
ビデオワークショップ 6　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？3
司会：風間 伸介（焼津市立総合病院）、太田 竜（日本医科大学武蔵小杉病院）

[VWS6-2] ロボット支援結腸切除術の治療成績と課題：標準化に向けた検討

*谷田 司[1]、中田 健[1]、佐々木 優[1]、杢谷 友香子[1]、高山 碩俊[1]、石田 智[1]、山下 雅史[1]、松山 仁[1]、山田 晃正[1] (1. 市立東大阪医療センター　消化器外科)

【はじめに】
ロボット支援手術は結腸癌においても、剥離授動、リンパ節郭清、体腔内吻合といった各手技において精緻な操作を可能とし、近年急速に普及している。一方で、手術時間やコスト、教育面などの課題も指摘されており、標準治療としての位置付けには慎重な検証が求められる。
【対象・方法】
当科で2022年6月以降に施行したロボット支援結腸切除術258例を対象とした。そのうちロボット支援体腔内吻合を施行した158例（R-ICA群）について、当科で過去に施行された腹腔鏡下結腸切除術における体腔外吻合154例（Lap-ECA群）と短期成績を比較検討した。
【結果】
ロボット支援結腸切除術258例の年齢中央値は76（44–94）歳、男女比は143/115例であった。主占拠部位は虫垂/盲腸/上行結腸/横行結腸/下行結腸/S状結腸＝4/32/78/40/22/81例であった。R-ICA群では手術時間中央値197（117–392）分、コンソール時間135（60–342）分、出血量0（0–300）mlであった。術後合併症（CD≧3）は3/158例（1.8%）であり、縫合不全は認めなかった。在院日数中央値は8（6–54）日であった。
一方、Lap-ECA群では手術時間176（56–481）分、出血量0（0–738）ml、術後合併症（CD≧3）は4/154例（2.5%）であり、縫合不全を4例（2.5%）に認めた。在院日数中央値は9（4–76）日であった。
R-ICA群はすべての結腸癌を手術適応としていたのに対し、Lap-ECA群は盲腸癌など比較的難易度の低い部位の割合が多かった。そのため、R-ICA群は手術時間がやや延長していたが、出血量は少なく、縫合不全を認めず良好な短期成績を示した。吻合操作は定型化により約10分程度で安定して施行可能であった。
【結語】
ロボット支援体腔内吻合は安全かつ再現性の高い手技であり、短期成績の観点から有用性が示唆された。一方で手術時間やコストといった課題は依然として残る。結腸癌に対するロボット手術の着地点としては、体腔内吻合の標準化と教育体系の確立を通じて、その利点を最大化することが重要と考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
ビデオワークショップ 6　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？3
司会：風間 伸介（焼津市立総合病院）、太田 竜（日本医科大学武蔵小杉病院）

[VWS6-3] 結腸癌に対するロボット手術の定型化と短期成績の検討―脾弯曲部癌に対するハイブリッド手術―

*三口 真司[1]、望月 哲矢[1] (1. 県立広島病院消化器外科)

【背景】
結腸癌に対するロボット支援手術（Ro）は普及しつつあるが，コストや手術時間の増加が課題である。当科では腹腔鏡用のエネルギーデバイスを用いたハイブリッド手術を導入し定型化を進めてきた。
【目的】
当科におけるRoの短期成績を腹腔鏡手術（Lap）と比較検討し、脾弯曲部癌に対するハイブリッド手術の手技を動画で供覧する。
【対象・方法】
2022年4月から2025年12月までに施行した結腸癌手術394例のうち，開腹手術，多発癌，再発癌を除く347例を対象とした。Ro群133例とLap群214例の中で、術式をマッチングさせた各111例で手術成績を比較検討した。
【結果】
年齢，性別，BMI，ECOG PS，腫瘍占拠部位，病期など背景因子に差は認めなかった。Ro群ではD3郭清および体腔内吻合の施行割合が高かった。手術時間はRo群で有意に長かったが（227分 vs. 197分，p＝0.02），出血量（11mL vs. 12mL，p=0.36），開腹移行 (両群なし)，術後合併症発生率（CD分類III以上：3.6% vs. 5.4%，p=0.75），術後在院日数（両群8日, p=0.11），リンパ節郭清個数（両群17個，p=0.89）に差を認めなかった。腹腔鏡用のエネルギーデバイスを大網切離および脾弯曲部脱転に用いる手技の工夫により手術コストの抑制が可能であった。
【結語】
結腸癌に対するRoはLapと同等の短期成績を示し安全に施行可能であったが、手術時間短縮が課題である。脾弯曲部癌に対するハイブリッド手術は、コスト抑制と操作効率の向上に寄与し、手術時間短縮につながる可能性のある手技と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
ビデオワークショップ６　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？3
司会：風間 伸介（焼津市立総合病院）、太田 竜（日本医科大学武蔵小杉病院）

[VWS6-4] 右側結腸癌に対するロボット支援手術の治療成績の検討－腹腔鏡下手術との比較検証－

*小嶌 慶太[1]、山梨 高広[1]、三浦 啓壽[1]、柴木 俊平[1]、坂本 純一[1]、横田 和子[1]、田中 俊道[1]、横井 圭悟[1]、古城 憲[1]、佐藤 武郎[2]、内藤 剛[1] (1. 北里大学医学部下部消化管外科学、2. 北里大学医学部附属医学教育研究開発センター医療技術教育研究部門)

【背景】本邦ではロボット支援手術(RAS)の普及が進んでおり，2022年4月より結腸癌に対するRASが保険適用となっている．
【目的】右側結腸癌に対するRASの短期および中期成績を腹腔鏡手術(LS)と比較し，その安全性および腫瘍学的妥当性を検証する．
【対象と方法】2022年6月から2024年4月に手術を施行したStage 0-IIIの右側結腸癌87例を対象とした．短期成績（手術成績・術後合併症・病理所見）と中期成績（3年無再発生存率：RFS・3年全生存率：OS）を両群間で比較検討した．
【結果】RAS群は31例，LS群は56例であった．各因子をRAS vs LSで示す．性別(男性48.4% vs 42.9%, p=0.61)，年齢(72.4歳 vs 71.8歳, p=0.80)，BMI(22.7kg/m2 vs 22.9kg/m2, p=0.80)，回盲部切除術(74.2% vs 66.1%)/結腸右半切除術(25.8% vs 33.9%), p=0.43であり，背景因子および施行術式は両群間に有意差を認めなかった．手術成績では，RAS群において手術時間が有意に長く(272.2分 vs 229.8分, p=0.0045)，出血量は有意に少なかった(24.3g vs 59.0g, p=0.0025)．術後合併症（Clavien-Dindo分類Grade II以上）の発生率はRAS群で有意に低かった(12.9% vs 35.7%, p=0.022)．合併症内訳はRASではイレウス2例，乳び腹水1例，縫合不全1例であった．LSではイレウス9例，縫合不全5例，その他6例であった．術後在院日数ではRAS群で短い傾向を示した(8.7日 vs 11.7日, p=0.068)．病理所見では，リンパ節郭清個数(24.7個 vs 25.5個, p=0.75)，pStage(0-I/II/III: 45.2% vs 26.8 % / 29.0 % vs 37.5 % / 25.8 % vs 35.7 %, p=0.22)に有意差を認めなかった．
観察期間中央値33.2ヶ月における予後解析では，3年RFSは94.7% vs 87.2%(p=0.76)，3年OSは96.6% vs 96.2%(p=0.86)であり，両群間に有意差を認めなかった．
【結語】右側結腸癌に対するRASはLSと比較して手術時間は延長するものの，低出血量や術後合併症率の低減など良好な短期成績を示した．中期予後においてもLSと同等であり，腫瘍学的な安全性が保たれた治療選択肢となり得ることが示唆された．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ビデオワークショップ 6　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？3

司会：風間 伸介（焼津市立総合病院）、太田 竜（日本医科大学武蔵小杉病院）

[VWS6-5] 右側結腸癌に対するロボット支援手術の治療成績と問題点―手術の標準化への道筋と着地点―

*吉田 大輔[1]、池田 真一郎[2]、古庄 穂[2]、折本 大樹[2]、矢田 一宏[1]、松本 敏文[2]、川中 博文[1] (1. 国立病院機構別府医療センターロボット・内視鏡外科手術センター、2. 国立病院機構別府医療センター消化器外科)

【背景・目的】結腸癌に対するロボット支援手術は、良好な視認性と精緻な操作性を背景に普及しつつある。一方、右側結腸癌における体腔内吻合（ICA）の標準化や、complete mesocolic excision（CME）に必要な膜構造認識への寄与は十分に検証されていない。当院では腹腔鏡下ICAを段階的に導入した後、da Vinci手術システムを導入し、ICAを前提とした右側結腸癌手術を構築してきた。本研究では、右側結腸癌に対するロボット支援手術の治療成績と問題点を検討し、その着地点を考察した。
【対象・方法】2021年4月以降、当院で施行した右側結腸癌に対する低侵襲手術80例を対象とした。ロボット支援手術（R群）24例と腹腔鏡手術（L群）56例における短期成績を比較し、さらにICA施行例（R群24例、L群37例）に限定した比較も実施した。
【結果】全80症例において、ICA率はR群100%、L群66%であった（p=0.001）。手術時間はR群で有意に長かったが（296 vs 228分、p<0.001）、創長は有意に短く（39.5 vs 46.2 mm、p=0.010）、排ガス・排便までの日数もR群で有意に短縮した（1.4 vs 1.8日、1.7 vs 2.4日、いずれもp<0.05）。リンパ節郭清個数、術後合併症、術後在院日数に有意差は認めなかった。なお、ICA例のみの比較では、手術時間を除く全項目で有意差を認めなかった。
【考察】ロボット支援手術は導入期において手術時間の延長を認めるものの、短期成績に明らかな不利益なく施行可能であった。3D拡大視野、安定した近接視野、多関節機能は、CMEにおける膜構造認識と剥離層維持を支援しうる。特に後腹膜に対して水平な視軸を確保できるため、parieto-renal interfaceおよびmesocolic-duodenopancreatic interfaceの層構造を直感的に認識でき、腹腔鏡との明確な差別化点となる。ロボット支援右側結腸癌手術の着地点は、腹腔鏡手術を単純に上回ることではなく、膜解剖に基づくCMEと安全かつ再現性の高いICAを標準化するための選択的プラットフォームにあると考えられる。今回、ロボット支援右側結腸癌手術におけるCMEを中心にビデオを供覧する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ビデオワークショップ 6　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？3

司会：風間 伸介（焼津市立総合病院）、太田 竜（日本医科大学武蔵小杉病院）

[VWS6-6] 当科における結腸癌に対するロボット支援結腸切除術の治療成績

*山本 雄大[1]、上野 啓輔[1]、林 祐美子[1]、内村 良平[1]、佐藤 幸平[1]、國本 真由[1]、中田 美佳[1]、岩井 美穂[1]、井垣 尊弘[1]、山内 慎一[1]、花岡 まりえ[1]、賀川 弘康[1]、絹笠 祐介[1] (1. 東京科学大学消化管外科学分野)

【背景】2022年の保険収載より本邦におけるロボット支援結腸手術の施行件数は増加している。当科では2019年1月より自費診療下で導入し、保険収載後は原則としてすべての結腸癌に対しロボット支援手術を適応としてきた。また現在では修練医による部分執刀も行っている。結腸癌に対するロボット支援手術は、低侵襲な切除に寄与すると期待されるが、本邦での治療成績の報告はなお限られている。
【目的】当院におけるロボット支援結腸切除術の短期および中期成績を、腹腔鏡手術と比較検討し、さらに定型化に向けた取り組みと手術動画を供覧する。
【対象と方法】2018年1月～2026年3月に結腸癌に対して施行したロボット支援手術（R）398例と腹腔鏡手術（L）221例を対象に、後方視的比較検討を行った。
【結果】患者背景は（R:L）：年齢中央値72歳(31-91):73歳(19-95)、男女比234/164:120/101、腫瘍占拠部位（右/横行/左）157/82/160：91/39/91であった。
短期成績は手術時間207分(82-543分)：199分(80-549分)（N.S.)、出血量0ml(0-1100ml)：12ml(0-2270)（P<0.01)、開腹移行1例：7例、術後在院日数7日(5-82日)：6日(5-65日)（N.S.)、Clavien-Dindo分類III以上の合併症率12(3%)：5(2%)（N.S.）であった。中期成績は3年OS 96.4% ：97.8%、3年無再発生存率89.4%： 87.6%であり、有意差は認めなかった。
【結語】当科では手技の標準化・定型化を進めつつロボット支援結腸切除術を導入してきた。良好な短期、中期成績であった。さらなる腫瘍学的評価が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ビデオワークショップ 6　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？3

司会：風間 伸介（焼津市立総合病院）、太田 竜（日本医科大学武蔵小杉病院）

[VWS6-7] 市中病院におけるロボット支援結腸癌手術の手術成績と工夫

*大和 美寿々[1]、増田 大機[1]、新井 聡大[1]、谷田部 悠介[1]、白坂 太郎[1]、金城 宏武[1]、羽生 舞花[1]、朝田 泰地[1]、鵜梶 真衣[1]、篠原 元[1]、廣瀬 俊太郎[1]、吉野 潤[1]、長野 裕人[1]、井ノ口 幹人[1] (1. 武蔵野赤十字病院外科・消化器外科)

【背景】 結腸癌に対するロボット支援下手術は低侵襲性と精緻な操作性を背景に急速に普及しているが、コストや教育継承など多くの課題が残存する。当科では2022年6月より結腸癌へのロボット手術を導入し、現在は第一選択としている。
【手術手技】 吻合は体腔内吻合を第一選択とし、閉塞の有無等を評価して適応を決定している。ポートは左右ともアシスト含め5ポートを使用するが、体腔内吻合右側の症例ではPfannenstiel切開を用いてReduced Portとしている。右側・左側結腸ともに助手によるクリップやエネルギーデバイスを用いた腸間膜・腸管切離を積極的に導入。右側ではロボットによる後腹膜アプローチとSMV露出を行い、助手ポートからエネルギーデバイスを用いてSurgical trunkの郭清を実施することで、レジデント教育・手術時間短縮・コスト低減を図っている。助手ポートは恥骨上部からのアプローチとすることでロボットアームとの干渉を回避し、安全な操作を実現している。
【目的】 当科における結腸癌に対するロボット支援下手術の手術手技や工夫を示し、腹腔鏡手術との短期成績を比較検討する。
【対象と方法】 2021年1月～2026年1月に結腸癌手術を施行した214例（S状結腸癌・多発癌・重複癌・再発症例を除外）を、R群116例、L群98例に分け、年齢・性別・BMI・ASA-PS・腫瘍局在を調整因子としたプロペンシティスコアマッチングを施行し短期成績を比較検討した。
【結果】 両群各78例、全156例がマッチングされた。マッチング後の患者背景に有意差は認めなかった。体腔内吻合はR群で有意に多かった（R群25例 32.1% vs L群3例 3.8%、p<0.001）。出血量はR群で有意に少なかった（R群5mL vs L群10mL、p=0.012）。手術時間はR群218分、L群236分。Clavien-Dindo分類Grade III以上の術後合併症発生率はR群1例（1.3%）、L群3例（3.8%）であった。術後在院日数は両群とも7日。病理学的指標（リンパ節郭清個数、PM距離、DM距離、RM陽性率）に有意差を認めなかった。
【結語】 当科におけるロボット支援結腸癌手術は比較的安全に施行可能であり、出血量の低減に寄与する可能性がある。今後長期予後を含め更なる検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ビデオワークショップ 6　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？3

司会：風間 伸介（焼津市立総合病院）、太田 竜（日本医科大学武蔵小杉病院）

[VWS6-8] ロボット支援結腸手術におけるHugo RASシステムの有用性に関する多施設共同後ろ向き観察研究

*長山 聡[1,8]、的場 周一郎[2]、板谷 喜朗[3]、廣 純一郎[4]、平松 康輔[2]、戸田 重夫[2]、三代 雅明[5,6]、奥谷 浩一[5]、肥田 侯矢[3]、 隈本 力[4]、大塚 幸喜[4]、竹政 伊知朗[5,7] (1. 三菱京都病院外科、2. 虎の門病院消化器外科、3. 京都大学医学部附属病院消化管外科、4. 藤田医科大学病院下部消化管外科、5. 札幌医科大学附属病院外科学講座消化器外科学分野、6. 大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学、7. 大阪国際メディカル＆サイエンスセンター大阪けいさつ病院消化器外科、8. 宇治徳洲会病院外科)

【はじめに】
日本では2018年にダ・ヴィンチ手術システム（DVSS）が直腸手術において保険適用となって以来、広く普及している。DVSSが外科用ロボット市場を牽引してきた一方で、世界的には新たな手術支援ロボットシステムが登場している。2023年7月に消化器外科手術への使用が承認されたHugo RASシステムは、独立したアームカートとオープンコンソールを特徴とし、手術手技や患者の体形に応じた柔軟なセットアップと術者以外にも3D画像共有を可能にする。これはDVSSとは異なるコンセプトを有し、ロボット手術の新たな可能性を広げている。一方で、結腸手術はバリエーションに富むため、ロボット手術の適応が困難な場面も想定される。本研究では、日本におけるHugo RASシステムを用いた導入初期の結腸手術の短期成績を評価した。
【方法】
多施設共同後ろ向き観察研究として、2023年7月から2025年1月にかけて、札幌医科大学、藤田医科大学、京都大学、虎の門病院（本院/分院）、宇治徳洲会病院の6施設において、Hugo RASシステムを用いて結腸手術を受けた149例の術後成績を評価した。
【結果】
男性80例、女性69例、年齢中央値69歳、BMI 22.8kg/m2で、術式の内訳は、回盲部切除術30、結腸右半切除術52、結腸左半切除術7、結腸部分切除術14、S状結腸切除術45、結腸全摘術1であり、再建方法に関しては、体腔外吻合54、体腔内吻合51（デルタ吻合24、Overlap 15、FEEA 12）、DST 44で、多様な術式が実施されていた。手術時間中央値は294分（コンソール時間中央値171.5分）、出血量中央値は1mLであった。リンパ節郭清度は、D2/3 (12/137)であり、リンパ節郭清個数中央値は22個（4-77）であった。開腹移行症例は認めず、Clavien-Dindo分類Grade3以上の合併症は4例（2.7%）に認められ、腸閉塞1例、腹腔内膿瘍1例、憩室穿孔1例、てんかん発作1例であった。術後30日以内の死亡例は認めず、術後在院日数中央値は9日であった。
【結語】
結腸切除には種々の術式が含まれるが、Hugo RASシステムを用いた結腸手術は、導入初期段階において安全に施行可能であると考えられた。ただし、その有効性と臨床的価値を明らかにするためには、さらなる症例の蓄積が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 内科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第8会場（1F 会議室108）

ビデオワークショップ７　大腸腫瘍に対する内視鏡治療; BasicからAdvencedまで

司会：浦岡 俊夫（群馬大学大学院医学系研究科内科学講座 消化器・肝臓内科学)、山口 直之（長崎大学病院光学医療診療部）

[VWS7-1] 10 mm未満の非有茎性大腸腫瘍に対する低出力純切開波ホットスネアポリペクトミーの切除深度：単施設前向き観察研究

*木村 英憲[1]、水野 凌[2]、岩下 拓司[2] (1. 滋賀医科大学医学部附属病院光学医療診療部、2. 滋賀医科大学医学部消化器内科)

[VWS7-2] 高度線維化を伴うEMR後再発病変に対するUnderwater EMR

*吉井 新二[1]、仲瀬 裕志[1] (1. 札幌医科大学医学部内科学講座消化器内科学分野)

[VWS7-3] トレイニーの大腸ESDに関する当院における時代変遷

*遠山 昌宏[1]、市島 諒二[1]、宍戸 泰紀[1]、吉井 健大[1]、古要 優樹[1]、河村 玲央奈[1]、石川 翼[1]、水口 康彦[1]、豊嶋 直也[1]、高丸 博之[1]、山田 真善[1]、関口 正宇[1]、阿部 清一郎[1]、斎藤 豊[1] (1. 国立がん研究センター中央病院内視鏡科)

[VWS7-4] 結腸憩室上の病変に対するwater pressure methodを用いたESDの1例

*穴井 映光[1]、飽本 哲兵[2]、村田 祥磨[3]、加藤 元彦[1] (1. 慶應義塾大学医学部内視鏡センター、2. 慶應義塾大学医学部腫瘍センター低侵襲療法研究開発部門、3. 慶應義塾大学医学部消化器内科)

[VWS7-5] 大腸ESDにおけるトラクション併用の有用性：系統的レビューおよびメタアナリシス

*山崎 泰史[1]、豊澤 惇希[1]、大塚 基之[1]、竹内 洋司[2]、浦岡 俊夫[3] (1. 岡山大学病院消化器内科、2. 近畿大学消化器内科、3. 群馬大学大学院医学系研究科内科学講座消化器・肝臓内科学)

[VWS7-6] ESD切除困難病変に対するper-anal endoscopic myectomy (PAEM)の有用性

*鴫田 賢次郎[1]、進藤 源太朗[2]、門田 紘樹[2]、朝山 直樹[2]、佐野村 洋次[2]、福本 晃[1]、永田 信二[2] (1. 広島市立北部医療センター安佐市民病院内視鏡内科、2. 広島市立北部医療センター安佐市民病院消化器内科)

[VWS7-7] 下部直腸T1b以深癌に対するPAEM/EIDおよびEFTRの実際

*佐藤 圭吾[1]、Moe Aung Paing[1]、丸山 優[1]、古市 望[1]、大島 啓一[1]、糸井 祐貴[1]、田中 寛人[1]、保坂 浩子[1]、栗林 志行[1]、浦岡 俊夫[1] (1. 群馬大学大学院医学系研究科消化器・肝臓内科学)

[VWS7-8] Twist-and-drag loop clip closure (TDL) を用いた大腸ESD後粘膜欠損閉鎖

*堀川 知紀[1]、奥川 卓也[1]、米田 秀揮[1]、北野 隆之[1]、浅田 裕也[1]、今村 信子[1]、青野 颯太[1]、中西 貴士[1]、森下 大輔[1]、清 裕生[1]、江田 裕嗣[1]、富田 寿彦[1]、福井 広一[1]、新﨑 信一郎[1] (1. 兵庫医科大学消化器内科学講座)

[VWS7-9] 大腸ESD術中穿孔に対して脂肪織充填を行った2例

*堀尾 高任[1]、鈴木 桂悟[1]、柴田 寛至[1]、大堂 真一郎[1]、伊藤 はるか[1]、見本 雄一郎[1]、岡嵜 惣也[1]、井出 大資[1]、千野 晶子[1]、斎藤 彰一[1] (1. がん研究会有明病院下部消化管内科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 内科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第8会場（1F 会議室108）
ビデオワークショップ７　大腸腫瘍に対する内視鏡治療; BasicからAdvencedまで
司会：浦岡 俊夫（群馬大学大学院医学系研究科内科学講座 消化器・肝臓内科学）、山口 直之（長崎大学病院　光学医療診療部）

[VWS7-1] 10 mm未満の非有茎性大腸腫瘍に対する低出力純切開波ホットスネアポリペクトミーの切除深度：単施設前向き観察研究

*木村 英憲[1]、水野 凌[2]、岩下 拓司[2] (1. 滋賀医科大学医学部附属病院光学医療診療部、2. 滋賀医科大学医学部消化器内科)

【目的】10 mm未満の無茎性大腸腫瘍には数%で高異型度腺腫や癌が含まれ、疑われる場合はCSPではなく通電を行い切除する方法が望ましい。近年、高周波設定を切開波のみとし、出力を低く設定（Autocut effect 1, 10 W）して切除を行う低出力純切開波HSP（LPPC-HSP）の有用性が報告されている。LPPC-HSPは、従来の通電切除法と比較して深部への熱損傷が少なく、低侵襲であることが期待されているが、その実際の切除深度については十分に検討されていない。そこで本試験では、LPPC-HSPの深部切除能を評価することを目的とした。
【方法】本試験は単施設前向き観察研究である。10 mm未満の無茎性大腸腫瘍に対してLPPC-HSPを施行予定の患者を対象とした。主要評価項目は粘膜下層含有R0切除率（sufficient vertical R0 resection rate：SVR0切除率）とし、病変直下に十分な粘膜下層を含むR0切除と定義した。従来の通電切除法に関する既報を基に、LPPC-HSPによるSVR0切除率の期待値を70%、閾値を60%に設定した。αエラー0.05、検出力0.8とし、目標症例数を150病変とした。
【結果】最終的に95例150病変を解析対象とした。一括切除率は100%、R0切除率は83%であった。SVR0切除率は76.7%（90%信頼区間：70.3-82.2%）であり、片側有意水準5%に対応する90%信頼区間の下限が閾値である60%を上回ることが確認された。粘膜筋板切除率および粘膜下層切除率はそれぞれ100%、88%であった。最大粘膜下層厚の中央値は1331 μm（四分位範囲：736-2044）であった。出血、穿孔、その他の重篤な有害事象は認められなかった。
【結論】LPPC-HSPは低出力設定でありながら十分な深部切除能を有し、重篤な偶発症も認めなかった。LPPC-HSPは、従来の通電切除法と同様に、悪性の可能性を有する10 mm未満の無茎性大腸腫瘍に対しても適用可能である可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 内科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第8会場（1F 会議室108）
ビデオワークショップ７　大腸腫瘍に対する内視鏡治療; BasicからAdvencedまで
司会：浦岡 俊夫（群馬大学大学院医学系研究科内科学講座 消化器・肝臓内科学）、山口 直之（長崎大学病院　光学医療診療部）

[VWS7-2] 高度線維化を伴うEMR後再発病変に対するUnderwater EMR

*吉井 新二[1]、仲瀬 裕志[1] (1. 札幌医科大学医学部内科学講座消化器内科学分野)

【背景】
EMR後再発病変は瘢痕形成や粘膜下層線維化により局注で十分な挙上が得られにくく、通常のEMRではスネアリングが不安定となる。一方、Underwater EMR（UEMR）は浸水下で粘膜・粘膜下層が内腔側へたわむことで病変の把持性が向上し、このような治療困難例に対する有効な選択肢となり得る。
【症例】
症例は上部直腸（Ra）の13 mm大0-IIa病変。他院でEMR既往があり局所再発と考えられた。病変は瘢痕上に存在し、ひだ集中を伴っており、粘膜下層の高度線維化が疑われた。通常のEMRでは十分な挙上や安定したスネアリングが困難と判断し、UEMRを選択した。
管腔内を十分に脱気した後に浸水し、スネア先端を病変口側粘膜に軽く押し付けて固定した上で展開し、滑らないよう注意しながらゆっくり絞扼することで、十分なマージンをもって病変を確実に捕捉し、一括切除し得た。 切除後に明らかな遺残は認めず、病理結果は Tubular adenocarcinoma in adenoma, 13×13 mm, tub1>tub2, pTis, Ly0, V0, HM0, VM0 であった。標本では粘膜下層に高度線維化を認めた。
【考察】
UEMRでは浸水下で腸管壁の緊張が低下し、瘢痕や線維化を伴う病変に対してもスネアリングの安定性向上が期待できる。本症例は、高度線維化を伴うEMR後再発病変に対してもUEMRにより安全かつ確実な一括切除が可能であった一例であり、治療困難例に対する有用な選択肢となり得ると考えられた。
【結語】
高度線維化を伴うEMR後再発病変に対しても、UEMR下でスネア先端の固定と緩徐な絞扼を意識した安定したスネアリングにより、安全かつ確実な一括切除が可能であった。線維化病変に対する具体的なスネア操作のコツとpitfallを動画で供覧する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 内科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第8会場（1F 会議室108）
ビデオワークショップ７　大腸腫瘍に対する内視鏡治療; BasicからAdvencedまで
司会：浦岡 俊夫（群馬大学大学院医学系研究科内科学講座 消化器・肝臓内科学）、山口 直之（長崎大学病院　光学医療診療部）

[VWS7-3] トレイニーの大腸ESDに関する当院における時代変遷

*遠山 昌宏[1]、市島 諒二[1]、宍戸 泰紀[1]、吉井 健大[1]、古要 優樹[1]、河村 玲央奈[1]、石川 翼[1]、水口 康彦[1]、豊嶋 直也[1]、高丸 博之[1]、山田 真善[1]、関口 正宇[1]、阿部 清一郎[1]、斎藤 豊[1] (1. 国立がん研究センター中央病院内視鏡科)

【背景】
大腸ESDはトレイニーにとって依然として難易度の高い手技である。当院は研修施設として多数のレジデントを受け入れてきたが、トレイニーの治療成績の時代変遷に関する報告は少ない。

【方法】
2015年から2024年までに施行した大腸ESD 2232例を対象とし、2015～2019年の1110例をEarly period（E群）、2020～2024年の1122例をLate period（L群）に分類した。レジデントの施行割合、患者背景、治療時間、偶発症について比較検討した。さらに治療時間については、副次解析として病変部位、肉眼型、病変径別に解析を行った。

【結果】
レジデントの施行割合は、E群で29人が30.0%（332/1110例）、L群で25人が40.2%（452/1122例）と増加していた。
患者背景は、病変径（E群 25.0［0–130］mm、L群 25.5［5–90］mm）、LST-NG割合（E群 37.7%、L群 36.3%）、直腸以外の病変割合（E群 73.5%、L群 70.1%）に有意差を認めなかった。
一方、治療時間はE群 90（14–240）分に対しL群 70（10–420）分と有意に短縮し（$p<0.001$）、一括切除率もE群 96.0%、L群 98.7%とL群で有意に高かった（$p=0.02$）。
副次解析では、40mm以上の病変では治療時間に有意差を認めなかった（E群 130［100–170］分、L群 118［85–166］分）が、40mm未満ではL群で有意に短縮していた（E群 79［60–106］分、L群 68［50–90］分）。また、病変部位および肉眼型にかかわらず、L群で治療時間は有意に短かった。
偶発症は、穿孔（E群 5.4%、L群 5.3%）、後出血（E群 2.1%、L群 2.7%）ともに両群間で有意差を認めなかった。

【結論】
当院においては、時代とともにレジデントによるESD施行割合が増加し、治療時間および一括切除率の改善が認められた。トレイニーの治療成績は安全性を維持しつつ向上していることが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 内科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第8会場（1F 会議室108）

ビデオワークショップ７　大腸腫瘍に対する内視鏡治療; BasicからAdvencedまで

司会：浦岡 俊夫（群馬大学大学院医学系研究科内科学講座 消化器・肝臓内科学）、山口 直之（長崎大学病院　光学医療診療部）

[VWS7-4] 結腸憩室上の病変に対するwater pressure methodを用いたESDの1例

*穴井 映光[1]、飽本 哲兵[2]、村田 祥磨[3]、加藤 元彦[1] (1. 慶應義塾大学医学部内視鏡センター、2. 慶應義塾大学医学部腫瘍センター低侵襲療法研究開発部門、3. 慶應義塾大学医学部消化器内科)

【背景】大腸憩室上の病変は、炎症に伴う粘膜下層の繊維化や穿孔のリスクからESDの治療困難病変である。近年、浸水下に浮力と内視鏡送水機能による水圧を用いてトラクションを得るwater pressure method (WPM)の大腸ESDにおける有効性が報告されている。WPMを用いて切除した憩室上の病変の１例を報告する。【症例】60歳台、女性。既往は脳梗塞、心房細動、狭心症がありクロピドグレルとエドキサバンを服用していた。大腸病変の内視鏡治療目的に当院へ紹介となった。当院の内視鏡検査では、上行結腸に15mm大の0-IIaを認め、病変の中央には憩室を伴っていた。拡大NBI観察ではJNET 2Aであり、腺腫と診断した。同病変に対するESD目的に入院となった。まず、生理食塩水による浸水下で全周の粘膜切開を行った。WPMを用いて憩室下の粘膜下層を剥離し、憩室中央部の剥離の際にMulti loop traction deviceを用いて病変を牽引した。繊維化を伴う粘膜下層を剥離して病変を切除した。切除後の粘膜欠損部は内視鏡クリップを用いて完全に閉鎖した。治療時間は69分であった。治療直後のCT検査では腹腔内の液体貯留やfree airは認めなかった。偶発症なく術後4日目で退院となった。病理診断は高異型度管状腺腫、切除断端は陰性で治癒切除であった。【結語】WPMを用いて憩室上の腺腫を切除した1例を経験した。WPMは憩室上の病変に対する大腸ESDにおいて、視野確保と適切な牽引により安全かつ確実な切除を可能にする手技として有用であると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 内科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第8会場（1F 会議室108）
ビデオワークショップ７　大腸腫瘍に対する内視鏡治療; BasicからAdvencedまで
司会：浦岡 俊夫（群馬大学大学院医学系研究科内科学講座 消化器・肝臓内科学）、山口 直之（長崎大学病院　光学医療診療部）

[VWS7-5] 大腸ESDにおけるトラクション併用の有用性：系統的レビューおよびメタアナリシス

*山崎 泰史[1]、豊澤 惇希[1]、大塚 基之[1]、竹内 洋司[2]、浦岡 俊夫[3] (1. 岡山大学病院消化器内科、2. 近畿大学消化器内科、3. 群馬大学大学院医学系研究科内科学講座消化器・肝臓内科学)

【背景】
大腸ESDにおいてトラクション併用（牽引クリップなどのデバイスを用いる方法，あるいはPocket creation method，Underwater ESD，Water pressure methodなどのデバイスを用いない方法）は，剥離時の視野確保や操作性向上に寄与するとされるが，系統的レビューに基づくエビデンスは十分とはいえない．
【目的】
大腸ESDにおける各種トラクション併用の有用性をメタアナリシスにより検証する．
【結果】
PubMed，医中誌，Cochrane Libraryを用いて2011～2024年の文献に対して系統的検索を行い，選択された576編から25編（RCT11編，観察研究14編）を抽出した．デバイスを用いるトラクション併用ではRCT7編の統合解析で，非併用と比較して一括切除率・R0切除率に有意差は認めなかったが，治療時間は有意に短縮した（平均差−24.11分，p＜0.01）．また，RCT7編と観察研究8編の統合解析で術中穿孔は有意に低下した（OR[95%CI] 0.45[0.24～0.85]，p＝0.01）．一方，デバイスを用いないトラクション併用ではRCT4編の統合解析で，非併用と比較して一括切除率・R0切除率に差はなく，治療時間は短縮傾向（平均差−8.67分，p＝0.14）にとどまった．また，RCT4編と観察研究6編の統合解析で，術中穿孔も低下傾向を示したが有意差はなかった（OR[95%CI] 0.61[0.33～1.11]，p＝0.10）．
【考察】
トラクション併用は治療時間短縮および術中穿孔低減に寄与する可能性が示された．一方，一括切除率およびR0切除率は非併用でも良好であった．治療成績は術者の技量や病変特性（線維化など）の影響を受けるため一律のトラクション併用は不要と思われるが，困難症例では状況に応じていずれかのトラクション併用が望ましい．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 内科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第8会場（1F 会議室108）

ビデオワークショップ７　大腸腫瘍に対する内視鏡治療; BasicからAdvencedまで

司会：浦岡 俊夫（群馬大学大学院医学系研究科内科学講座 消化器・肝臓内科学）、山口 直之（長崎大学病院　光学医療診療部）

[VWS7-6] ESD切除困難病変に対するper-anal endoscopic myectomy (PAEM)の有用性

*鴫田 賢次郎[1]、進藤 源太朗[2]、門田 紘樹[2]、朝山 直樹[2]、佐野村 洋次[2]、福本 晃[1]、永田 信二[2] (1. 広島市立北部医療センター安佐市民病院内視鏡内科、2. 広島市立北部医療センター安佐市民病院消化器内科)

【はじめに】ESDは腫瘍径に関係なく一括切除が可能であり、有用な内視鏡的切除術であるものの、手技的に切除困難病変も存在する。一方、近年登場したper-anal endoscopic myectomy (PAEM)は、下部直腸において固有筋層の内輪筋と縦走筋の間を剥離ラインとするため、ESD切除困難病変を克服する手技として期待される。今回、ESD手技で切除困難が予想される病変に対してPAEMが有用であった症例について検討した。
【対象と方法】2019年1月から2026年4月までに当院でPAEMを施行した46例を対象とし、ESDで切除困難が予想される①cT1b癌28例、②粘膜下腫瘍11例、③高度線維化症例6例、④筋層牽引所見陽性症例6例(重複あり)に対するPAEMの有用性ついて検討した。術者はESDに熟練した専門医2名が施行し、使用デバイスはDualKnifeを主に使用した。
【結果】①cT1b癌の臨床病理学的特徴は、腫瘍径中央値25mm、病理組織結果：Tis癌2例/T1b癌24例/T2癌2例であり、治療結果は切除時間中央値74分、完全一括切除率100%、VM0切除率100%であった。直腸ESDと比較して完全一括切除率、VM0切除率は高い傾向にあった。②SMTの臨床病理学的特徴は、腫瘍径中央値10mm、病理組織結果はNET G1:10例、RLH:1例であり、治療結果は切除時間中央値30分、一括切除率100%、VM0切除率91% (10/11) であった。VMXであった1例は、腫瘍直下の筋層が剥離できていなかった。③高度線維化症例は、ESD後局所遺残再発病変1例、pT1b癌/NETに対するEMR分割切除後(VM不明)症例2例、直腸癌に対する放射線化学療法の遺残疑い病変3例であり、治療後瘢痕部の粘膜下層は面状の高度線維化を認めたが、内輪筋と縦走筋の間には線維化は認めず、高度線維化の影響を受けずに切除可能であった。④筋層牽引所見を認めた6例は、大きな結節を有する病変で、腫瘍径中央値40mmであった。内輪筋のみが牽引され縦走筋の牽引は認めず、内輪筋のみを剥離することで筋層牽引所見を切除可能であった。
【結語】下部直腸においてESDで切除困難となるT1b癌、SMT、高度線維化、筋層牽引所見に対して、PAEMは有用な切除手技であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 内科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第8会場（1F 会議室108）

ビデオワークショップ７　大腸腫瘍に対する内視鏡治療; BasicからAdvencedまで

司会：浦岡 俊夫（群馬大学大学院医学系研究科内科学講座 消化器・肝臓内科学）、山口 直之（長崎大学病院　光学医療診療部）

[VWS7-7] 下部直腸T1b以深癌に対するPAEM/EIDおよびEFTRの実際

*佐藤 圭吾[1]、Moe Aung Paing[1]、丸山 優[1]、古市 望[1]、大島 啓一[1]、糸井 祐貴[1]、田中 寛人[1]、保坂 浩子[1]、栗林 志行[1]、浦岡 俊夫[1] (1. 群馬大学大学院医学系研究科消化器・肝臓内科学)

【背景と目的】近年、下部直腸（Rb）cT1b以深癌に対して新規内視鏡切除手技として内視鏡的に内輪筋と外縦筋の間を剥離するPAEM（per-anal endoscopic myectomy)/EID(endoscopic intermuscular dissection)が行われてきている。EFTR（endoscopic full-Thickness resection）は、より深部浸潤例に対する一括切除を可能とする位置付けと考えられる。今回、当院で施行したRb cT1b以深癌に対するPAEM/EID やEFTRの症例提示及び動画を供覧し、実際の手技における工夫と注意点を検討する。

【症例１】70歳台、男性。Rb左壁に20mmの頂部に0-IIa+IIc病変を認めた。JNET(The Japan Expert NBI Team)分類でType 3、pit pattern分類でⅤI高度不整invasive patternであり、cT1bと診断した。外科手術を推奨したが、人工肛門への忌避感が強く、PAEM/EIDを施行した。粘膜切開を行い十分な筋層の露出後、内輪筋の切開を行った。内輪筋をランドマークとして筋層間剥離を行い、一括切除した。粘膜下局注～切除完遂までの時間43分であり、有害事象を認めなかった。病理組織結果は、23×21mm, tub1>muc, pT1b(SM浸潤距離4mm), Ly1a, V1a, BD1, HM0, VM0であった。

【症例２】70歳台、男性。Rb後壁に18mmの0-IIa+IIc病変を認めた。JNET分類でType 3、pit pattern分類でⅤNであり、cT1bと内視鏡診断した。心疾患があり外科切除のリスクが大きいため、PAEM/EIDを行う方針とした。治療直前のEUSで筋層浸潤を否定できず、術中には内輪筋を切除後、筋層浸潤（内輪筋と外縦筋の間隙の消失）を疑い、EFTRに切り替えた。外縦筋をランドマークとして筋層より深部の組織を過剰に切除しないよう注意しながら全層切除を行い一括切除が得られた。粘膜局注から36分での切除完遂であった。留置スネア、Mantis clipなどを使用し、創部の完全閉鎖を行った。有害事象を認めなかった。病理組織結果は、26×22mm, tub2>tub1, pT2(MP), Ly1a, V1a, BD1, HM0, VM0であった。

【結語】PAEM/EIDやEFTRの適応には、術前診断、全身状態、患者意思を含めた慎重な判断と、病理組織学的リスクに応じた追加治療の選別が依然重要であるが、Rb T1b以深癌に対して、低侵襲・機能温存を目指す治療として本手技は実行可能と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 内科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第8会場（1F 会議室108）

ビデオワークショップ７　大腸腫瘍に対する内視鏡治療; BasicからAdvencedまで

司会：浦岡 俊夫（群馬大学大学院医学系研究科内科学講座 消化器・肝臓内科学）、山口 直之（長崎大学病院　光学医療診療部）

[VWS7-8] Twist-and-drag loop clip closure (TDL) を用いた大腸ESD後粘膜欠損閉鎖

*堀川 知紀[1]、奥川 卓也[1]、米田 秀揮[1]、北野 隆之[1]、浅田 裕也[1]、今村 信子[1]、青野 颯太[1]、中西 貴士[1]、森下 大輔[1]、清 裕生[1]、江田 裕嗣[1]、富田 寿彦[1]、福井 広一[1]、新﨑 信一郎[1] (1. 兵庫医科大学消化器内科学講座)

大腸内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) は大腸腫瘍に対する低侵襲治療として確立されているが、技術的煩雑さにより遅発性有害事象のリスクを伴う。大腸ESD後の予防的粘膜欠損閉鎖は後出血や遅発性穿孔の減少が期待されている。これまで様々な閉鎖法が報告されてきたが、依然として技術的難度やコスト面での課題がある。
我々は再開閉可能なクリップと歯科矯正用ゴムのみを用いた簡便な閉鎖法「Twist-and-drag loop clip closure (TDL)」を考案した (Horikawa T, et al. Endoscopy 2026)。これは、ゴムを付随したクリップを粘膜欠損口側端に取り付け、再開閉可能なクリップでゴムを巻き付け肛門側へ引き寄せて両側粘膜を閉鎖する方法で、大きな粘膜欠損に対しても効果的である。類似した閉鎖法の報告もあるが、TDL法は安価な歯科矯正用ゴムを使用することで、必要に応じて複数回の手技を行うことができる。症例に応じて粘膜下層の死腔予防のために筋層把持クリップを用いたdouble-layered suturingも併用している。本発表ではTDL法の実際について手技のコツなども含めて動画を用いて紹介する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 内科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第8会場（1F 会議室108）
ビデオワークショップ７　大腸腫瘍に対する内視鏡治療; BasicからAdvencedまで
司会：浦岡 俊夫（群馬大学大学院医学系研究科内科学講座 消化器・肝臓内科学）、山口 直之（長崎大学病院　光学医療診療部）

[VWS7-9] 大腸ESD術中穿孔に対して脂肪織充填を行った2例

*堀尾 高任[1]、鈴木 桂悟[1]、柴田 寛至[1]、大堂 真一郎[1]、伊藤 はるか[1]、見本 雄一郎[1]、岡嵜 惣也[1]、井出 大資[1]、千野 晶子[1]、斎藤 彰一[1] (1. がん研究会有明病院下部消化管内科)

【はじめに】大腸腫瘍に対する内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）は, 低侵襲かつ一括切除可能な治療として普及しているが, 大腸は胃に比べて壁が薄く, 依然として穿孔のリスクを伴う手技である. 大腸ESDの術中穿孔率は2〜14%と報告されており, 穿孔時の確実な内視鏡的縫縮は, 汎発性腹膜炎や緊急外科手術を回避し, 保存的加療を可能にするために重要である. 今回, 術中穿孔に対して大網充填の要領で腸管周囲の脂肪織を吸引し, 穿孔部に充填させた上でクリップ閉鎖を行い, 術後経過が良好であった症例を経験したので報告する.
【症例1】77歳男性. 上行結腸に30mm大の0-IIa病変を認め, 高異型度腺腫〜腺腫内癌の診断でESDを行った. 病変辺縁の剥離時に術中穿孔を来した. 直ちに腸管外の脂肪織を管腔内に吸引し, 穿孔部に充填させた上でクリップ閉鎖を行った. 術中に腹部症状の出現はなく, 剥離を継続し病変は一括切除できた. ESD当日から予防的抗菌薬（CMZ 1g q8h）の投与を開始し, 計3日間投与した. 術後は腹痛の出現はなく, POD1の血液検査でも炎症反応の上昇は軽微（WBC 5000/μL, CRP 0.86 mg/dL）で, 腹部単純写真でも遊離ガス像は認めず, クリニカルパス通りに術後4日目で退院した.
【症例2】74歳男性. 虫垂開口部に位置する10mm大の0-IIa病変に対してESDを行った.病変が虫垂口に近接しており, また粘膜下層に線維化を認め, トラクションデバイス, Water pressure法を用いて慎重に剥離を行っていたが術中穿孔を来した. 症例1と同様に, 腸管周囲の脂肪織を充填し, クリップを用いて創部を閉鎖した. 術中に腹部症状の出現はなく, 剥離を継続し病変は一括切除できた. ESD当日から予防的抗菌薬の投与（TAZ/PIPC 4.5g q8h）を計4日間行った. POD1の血液検査ではCRPは2.39 mg/dLと軽度高直であったがWBCは4620/μLと正常範囲内であり, 腹部単純写真でも遊離ガス像はなかった. POD2より食事を再開したが腹痛の出現もなく経過し, クリニカルパス通りに術後4日目で退院した.
【結語】大腸ESDの術中穿孔に対して, 穿孔部に脂肪織を充填しクリップ閉鎖を行い, 腹膜炎を発症することなく経過良好であった症例を経験した. 本手技の有用性に関しては更なる検討が必要と考える.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 肛門科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ビデオワークショップ８　深部痔瘻の手術

司会：鮫島 隆志（潤愛会鮫島病院)、柴田 直哉（いきめ大腸・肛門外科内科）

[VWS8-1] リニア式経肛門的超音波検査ならではの画像イメージによる深部型痔瘻の手術～筋肉縫合術・筋肉充填術

*田中 良明[1]、寺田 俊明[1]、武田 崇志[1]、吉岡 将史[1]、村越 雄介[1]、増田 有香[1]、安川 佳美[1]、山田 麻子[1]、佐藤 兼俊[1]、下里 あゆ子[1]、原 聖佳[1]、前田 文[1]、土屋 洋道[1] (1. 寺田病院大腸肛門病センター肛門科)

[VWS8-2] ３型痔瘻膿瘍期の経肛門３Dエコーと手術所見の照らし合わせ

*大橋 勝久[1]、大橋 勝英[1]、佐々木 章公[2]、太田 和美[2]、北川 一智[2] (1. 大橋胃腸肛門科外科医院、2. 十全総合病院)

[VWS8-3] Courtney spaceに膿瘍腔を形成した 痔瘻瘻管の完全切除・括約筋再建による閉鎖術式

*宇都宮 高賢[1]、兼清 信介[1]、竹尾 幸子[2] (1. 兼清外科、2. 防府消化器病センター防府胃腸病院)

[VWS8-4] 深部複雑痔瘻に対する診断と肛門括約筋機能温存手術の工夫

*岡本 康介[1]、下島 裕寛[1]、松島 誠[1]、河野 洋一[1]、宋 江楓[1]、國場 幸均[1]、宮島 伸宜[1]、黒水 丈次[1]、松村 奈緒美[1]、紅谷 鮎美[1]、小菅 経子[1]、松島 小百合[1]、酒井 悠[1]、米本 昇平[1]、佐井 佳世[1]、渡部 晃子[1]、ナナー ジョージ譲時[1]、内田 ひかり[1] (1. 松島病院大腸肛門病センター)

[VWS8-5] 骨盤単純CTによる術前評価に基づく弧状切開法を用いた深部痔瘻手術

*石山 元太郎[1]、碓井 麻美[2]、秋月 恵美[1]、鈴木 崇史[1]、佐藤 綾[1]、井 翔一郎[1]、荒 桃子[1]、橋下 さつき[1] (1. 札幌いしやま病院、2. さんむ医療センター外科)

[VWS8-6] 深部痔瘻に対する括約筋温存術式

*小野 朋二郎[1]、渡部 晃大[1]、光藤 傑[1]、辻村 直人[1]、三宅 祐一朗[1]、竹中 雄也[1]、斎藤 徹[1]、竹中 玲子[1]、相馬 大人[1]、安田 潤[1]、根津 理一郎[1]、弓場 健義[1] (1. 伯鳳会大阪中央病院外科)

[VWS8-7] 痔瘻に対する診断と治療

*柴田 直哉[1]、平田 智也[1]、吉田 直樹[1]、柴田 みつみ[1]、春山 幸洋[2]、前村 幸輔[3]、山本 章二朗[1] (1. いきめ大腸・肛門外科内科、2. はるやま医院、3. 加納さくら消化器・内視鏡クリニック)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 肛門科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ビデオワークショップ 8　深部痔瘻の手術

司会：鮫島 隆志（潤愛会鮫島病院）、柴田 直哉（いきめ大腸・肛門外科内科）

[VWS8-1] リニア式経肛門的超音波検査ならではの画像イメージによる深部型痔瘻の手術～筋肉縫合術・筋肉充填術

*田中 良明[1]、寺田 俊明[1]、武田 崇志[1]、吉岡 将史[1]、村越 雄介[1]、増田 有香[1]、安川 佳美[1]、山田 麻子[1]、佐藤 兼俊[1]、下里 あゆ子[1]、原 聖佳[1]、前田 文[1]、土屋 洋道[1] (1. 寺田病院大腸肛門病センター肛門科)

深部型の痔瘻の
“リニア式経肛門的超音波検査ならではの画像イメージ”と坐骨直腸窩型(以下Ⅲ型)の筋肉充填術・筋肉縫合術を供覧する。
痔瘻手術が痔核・裂肛と異なる点
とくに複雑型や深部型では、イメージする難しさと初回手術で治癒させることの大切さで、成因の多くがcrypt-glandular infection説ならば、手術の原則は
①確実な原発巣の処置②原発巣処置部への無理のない修復の必要性と難易度の判断と考える。
根治性と形態・機能温存の根治手術のため
リニア式経肛門的超音波検査の簡便性、低侵襲性および客観性を以前より活用してきた。 リニア式では直腸肛門長軸方向の連続した広範囲の画像が得られ、病巣の解剖学的位置関係が明瞭となる。例えばⅢ型の特有な原発巣・瘻管像、骨盤直腸窩型(Ⅳ型) における２通りの進展経路や高位筋間型(ⅡH型)との識別など、とくに深部や複雑な病型、原発巣・瘻管・膿瘍の広がりも明瞭に描出可能である。また病型以外の詳細な質的診断、病期(田中の分類)による治療方針、各症例の重症度・難易度、適応術式の選択、リアルタイムの術中検査・超音波下ドレナージ、治癒・再発・治癒遷延の判断、さらに長期術後フォローアップにも有用である。最近のエラストグラフィ(組織弾性イメージング超音波検査) では術前重症度診断に加え、術後機能面の客観的評価やバイオフィードバック類似訓練も試みている。
一方単なる膿瘍・痔瘻の診断だけではなく、常に術後結果フィードバックによる自身の診療技術の向上と術式の工夫改良など
“痔瘻手術治療のスキルUPのための画像イメージ”と位置付けている。実際の重症度・手術難易度は症例によって様々なため、迷うことなくイメージ通りに常に安定した術式を工夫し提供することこそ
痔瘻手術への自身のこだわりで、その結果が根治性と直腸肛門の形態・機能の温存に通じるものと考える。
Ⅲ型の最近10年間(2014.7月～2024.6月・特定術者1名・初回手術)は、Ⅲ型(主病変)/全痔瘻=206/2490例(8.3%)、主術式となる筋肉充填術・筋肉縫合術は併せて182例(88.3%)、以上全例治癒、患者満足度・内圧検査と併せて良好な結果、深部型に大切な長期術後経過でも現在まで明らかな再発を認めていない。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 肛門科
2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ビデオワークショップ 8　深部痔瘻の手術
司会：鮫島 隆志（潤愛会鮫島病院）、柴田 直哉（いきめ大腸・肛門外科内科）

[VWS8-2] ３型痔瘻膿瘍期の経肛門３Dエコーと手術所見の照らし合わせ

*大橋 勝久[1]、大橋 勝英[1]、佐々木 章公[2]、太田 和美[2]、北川 一智[2] (1. 大橋胃腸肛門科外科医院、2. 十全総合病院)

【はじめに】３型痔瘻の原発巣として、従来提唱されてきたCourtney space（以下CS）に対し、近年は後方深部隙（posterior deep space：PDS）を主座とする認識が広がっている。しかし、肛門管周囲の狭小な領域において複雑な括約筋間隙を走行する瘻管を正確に診断することは、画像診断あるいは術中所見単独では容易ではない。したがって、両者を対比・統合した評価が進展様式の理解に不可欠である。当院では可能な全例に経肛門的3Dエコーを施行し、膿瘍期においても希望症例に一期的根治術を行い、術中動画も記録保存している。それらをもとに、本研究では発症早期である膿瘍期の原発巣と進展様式を検討した。
【方法】対象は令和5〜7年に3Dエコーおよび根治術を施行した３型痔瘻膿瘍期19例。BK Medical社SPECTOを用い、radial probe期（R5〜6年）12例、linear probe期（R7年）7例で評価し、原発膿瘍の進展様式をエコー所見と術中所見から後方視的に検討した。
【結果】radial probeでは解像度の制約により外肛門括約筋と肛門挙筋の識別が困難な症例が存在したが、linear probeでは外括約筋外のCSを含め解剖構造を明瞭に描出できた。PDS膿瘍の形態はバリエーションに富み、内外括約筋間の馬蹄状膿瘍形成、Ⅱ L部までの下降進展、外括約筋内膿瘍など複雑な病態を認識可能であった。術中所見でPDSから外括約筋を穿破しCSへ進展したと判断していたのが、術後エコーの見直しで外括約筋内にとどまるひょうたん型のPDS膿瘍と修正診断された例もあった。総合評価では原発膿瘍はPDS18例（94.7%）、CS1例（5.3%）であった。
【考察】当初はCSかPDSかの評価に難渋する症例も多かったが、3Dエコーは任意断面での再構築が可能であり、術中所見との反復対比により読影精度が向上した。さらに、linear probeで得られた明瞭なPDS描出所見をradial probe症例にフィードバックすることで、全体の診断精度向上に寄与したと考えられた。
【結語】Ⅲ型痔瘻膿瘍期のほとんどはPDSを原発とし、特に3D linear probeはその描出に有用であった。進展様式の理解には画像所見と術中所見の統合評価が重要であり、それが手術パフォーマンス向上につながると確信している。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 肛門科
2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ビデオワークショップ 8　深部痔瘻の手術
司会：鮫島 隆志（潤愛会鮫島病院）、柴田 直哉（いきめ大腸・肛門外科内科）

[VWS8-3] Courtney spaceに膿瘍腔を形成した 痔瘻瘻管の完全切除・括約筋再建による閉鎖術式

*宇都宮 高賢[1]、兼清 信介[1]、竹尾 幸子[2] (1. 兼清外科、2. 防府消化器病センター防府胃腸病院)

症例は、52歳男性、肛門部の痛みを訴えて来院。後方に膿瘍を触知、6時、4時位に二次口を持つ痔瘻と推察し、３Dエコーにより6時位原発口より内外括約筋間を上昇し、Courtney spaceに至る坐骨直腸窩膿瘍と診断した。直ちに仙骨硬膜外麻酔下に6時位に切開排膿し、洗浄を行い2か月後に根治手術を施行した。手術は、後方に膿瘍腔を形成していたために4時位の二次口より原発口まで弧上に皮膚、皮下を切開。内外括約筋を切離し原発口に至るまで痔瘻瘻管を完全開放とした。その後膿瘍腔被膜を完全除去し、浸出液の貯留を防ぐ目的でゴムドレーンを留置。内外括約筋の再建後、切開創は完全閉鎖とした。ゴムドレーンは2日後に浸出液の低下とともに抜去した。術後2週間は肛門部の創を一日2回次亜塩素酸水にて消毒させた。4週目には創は、閉鎖。閉鎖後も一か月間は再発がないか週一回の観察を行い終診とした。 痔瘻形成には、肛門腺由来（60%）のものと、肛門腺を認めない一次口直下より膿瘍を形成し二次口に至る痔瘻（40%）とがある。いずれも慢性化の原因として細菌がつくるバイオフィルムが認められる。バイオフィルムは、多糖類、タンパク質、細胞外DNAで構成される細胞外ポリマーであり、スライム様の粘着物質のため抗菌薬の浸透を防ぎ、免疫細胞の侵入を阻むため慢性化することになる。そのためバイオフィルムを含めた被膜を完全に切除することが重要と考えている。切除が不完全な場合、再発する可能性がある。また、一次口の切除を行うためには内外括約筋の切開を行い直視下に切除している。その後、内外括約筋の再建を行いdead spaceを作らないように2層に閉鎖する。平滑筋である内括約筋は、transforming growth factorにより再生されるため切開部位の再建で問題となることはなく、機能低下による訴えも経験していない。術後肛門の変形も少なく4週間前後で治癒が期待できることから、ドレナージ創を作る術式やシートン法と比較すると閉鎖術式は時間的に有意であると思われる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 肛門科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ビデオワークショップ 8　深部痔瘻の手術

司会：鮫島 隆志（潤愛会鮫島病院）、柴田 直哉（いきめ大腸・肛門外科内科）

[VWS8-4] 深部複雑痔瘻に対する診断と肛門括約筋機能温存手術の工夫

*岡本 康介[1]、下島 裕寛[1]、松島 誠[1]、河野 洋一[1]、宋 江楓[1]、國場 幸均[1]、宮島 伸宜[1]、黒水 丈次[1]、松村 奈緒美[1]、紅谷 鮎美[1]、小菅 経子[1]、松島 小百合[1]、酒井 悠[1]、米本 昇平[1]、佐井 佳世[1]、渡部 晃子[1]、ナナー ジョージ譲時[1]、内田 ひかり[1] (1. 松島病院大腸肛門病センター)

痔瘻の術前診断は，視触診のほか経肛門的超音波検査が代表的であるが，坐骨直腸窩痔瘻，骨盤直腸窩痔瘻の場合は，膿瘍の位置や瘻管が深部に至るものが多く，進展形式も多様で，正確な術前診断に苦慮する症例もある．これらの複雑痔瘻に対して，3 dimensionで瘻管を描出できる経肛門的超音波検査が有用である．

しかし肛門挙筋より頭側に進展する瘻管の描出は超音波検査では腸管内ガスや便などにより詳細な描出が困難な場合がある．その場合はMRI検査が，一次口の局在，瘻管の分枝や膿瘍形成の有無ならびに肛門括約筋や肛門挙筋との関係を詳細に描出でき有用である．

手術は，当院では従来から根治性と肛門括約筋機能温存の両者を考慮した手術方法の選択が重要と考えている．

肛門括約筋機能をできるだけ温存する目的で，初回の手術ではできるだけHanley手術は行わずに，原発口からと二次瘻管側から原発巣の処理を行なったのち，原発口の処理後，内肛門括約筋を縫合閉鎖したのち直腸粘膜を用いてadvancement flapでカバーする方法を主に行なっている．

2014年から低位筋間痔瘻に対し瘻管を内外括約筋間で結紮切離し肛門管上皮，内括約筋を温存するFPOT（functional preservative operative technique）法を行うようになってから，この術式をtrans sphincteric typeのⅢ，Ⅳ型痔瘻に応用している．

そのほか，肛門管上皮を内肛門括約筋から剥離し温存したままで原発口の筋縫合を行う方法も行っている．

一方，深部の複雑な走行の瘻管はできるだけ切除をするが，最深部では掻把，硝酸銀液の塗布などを行う．遺残瘻管やドレナージ不良による創感染を起こし治癒遷延を来たさないように，必要かつ十分なドレナージ創作成と適切な術後創管理が大切と考えている．

今回，当院で実施している複雑痔瘻に対する診断，手術ビデオ，治療成績などを紹介する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 肛門科
2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ビデオワークショップ 8　深部痔瘻の手術
司会：鮫島 隆志（潤愛会鮫島病院）、柴田 直哉（いきめ大腸・肛門外科内科）

[VWS8-5] 骨盤単純CTによる術前評価に基づく弧状切開法を用いた深部痔瘻手術

*石山 元太郎[1]、碓井 麻美[2]、秋月 恵美[1]、鈴木 崇史[1]、佐藤 綾[1]、井 翔一郎[1]、荒 桃子[1]、橋下 さつき[1] (1. 札幌いしやま病院、2. さんむ医療センター外科)

【はじめに】深部痔瘻の術前診断としてはMRI検査が最も有効な手段と思われるが、近年では技術革新によりCT検査でも得られる情報量が増え、病変の立体把握が可能となった。当院で施行している術前補助診断として行う骨盤単純CTと、それに基づく手術手技について報告する。【対象】2014年1月～2017年12月の期間に施行した深部痔瘻手術症例139例。【手術方法】低位腰椎麻酔または仙骨硬膜外麻酔下、腹臥位で手術を行った。肛門後方に弧状切開を置き、浅外括約筋後方延長部を切離。次いで深外括約筋を切開し原発巣に到達し切除する。術前に行った骨盤部CT画像をイメージしながら、2次瘻管を最深部まで可及的に切除し、1次瘻管にドレーンを留置して1回目の手術を終了する。約2ヶ月後に創が閉鎖するので、その時期に1次瘻管を解放し手術を終了する。【結果】男女比は122:17、平均年齢は47.2（16-17）歳。痔瘻型はⅢ型110例、Ⅲ型+ⅡH15例、Ⅳ型14例であった。初回手術の手術時間は48.9（14-118）分、初回手術から括約筋開放までの期間は平均7.8週であった。初回手術から創治癒までの期間は平均13.8週であった。原発巣レベルでの再発は1例（0.7%）であったが、2次感染巣の遺残によると思われる再発が12例（8.6%）あり追加手術を要した。肛門内圧はMSPの術前後での減少率は6.2%であり有意差はなかったが、MRPが23.3%低下しており、有意な低下を認めた。また術後にガスや軟便の漏れを自覚した症例が3症例あった。ただし術後14週までに全例が保存的に軽快していた。尚、術前に骨盤部CT検査で診断した皮膚から痔瘻最深部までの長さと、術中所見による痔瘻最深部までの長さを比較したところ、2cm以内の誤差をもって痔瘻の深さを術前の段階で診断することができていた（相関係数r=0.8206）。【結語】術前骨盤部CT検査は深部痔瘻手術における補助診断として有用な検査法であり、それをもとに行った弧状切開法による深部痔瘻手術は根治性と機能温存の両面で有用な術式と思われた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 肛門科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ビデオワークショップ 8　深部痔瘻の手術

司会：鮫島 隆志（潤愛会鮫島病院）、柴田 直哉（いきめ大腸・肛門外科内科）

[VWS8-6] 深部痔瘻に対する括約筋温存術式

*小野 朋二郎[1]、渡部 晃大[1]、光藤 傑[1]、辻村 直人[1]、三宅 祐一朗[1]、竹中 雄也[1]、斎藤 徹[1]、竹中 玲子[1]、相馬 大人[1]、安田 潤[1]、根津 理一郎[1]、弓場 健義[1] (1. 伯鳳会大阪中央病院外科)

緒言：深部痔瘻の手術においてはいかに括約筋の損傷を少なくしつつ原発巣にapproachできるかが大事であり，我々は括約筋の外側に術野を確保して側方から最短の距離で原発巣にapproachすることで，括約筋の切除をminimizeする工夫をしている．
術前診断：痔瘻の原発巣の深さや瘻管の進展様式はほとんどの症例において触診で把握できるが，客観的な画像評価としてはMRIが優れており，特にT2強調脂肪抑制画像で細かい観察が可能である．触診で深部痔瘻を疑った際には他のスタッフと情報を共有するため，また自身の触診所見を確認するためにもMRI画像を撮像するようにしている．
手術手技：脊椎麻酔下，Jackknife体位で手術を施行する．肛門後方の左右いずれか，または両方に直径3cm程度の類円形切開をおき，外括約筋と臀筋との間の脂肪をできる限り除去して括約筋の外側にドレナージ創を作成するが，この際術前のMRIで把握できた瘻管の深さに応じて切除する脂肪の量を調整する．瘻管が低位坐骨直腸窩に留まっているような比較的浅い深部痔瘻では瘻管が括約筋を貫く部位が同定できる程度まで脂肪を切除するが，深部まで進展する場合は肛門挙筋が十分に露出するレベルまで脂肪の切除を行う．肛門管内に挿入した示指と，ドレナージ創に挿入した示指との双手診により原発巣を触知しつつ近傍の浅外又は深外括約筋の組織を切除し，最小限の筋切除により原発巣をドレナージする．括約筋外の2次瘻管はできる限り切除するが，括約筋内を走行するものや高位坐骨直腸窩，骨盤直腸窩の瘻管は内腔を掻爬した上でドレナージチューブやゴムを留置してドレナージする．原発口と1次瘻管は肛門管側からのapproachで処理する．肛門縁から原発口まで肛門上皮を切除し，1次瘻管を鉗子で把持して肛門管側から切除する．最後に1次瘻管を切除した部位を口側の粘膜上皮と括約筋で被覆するような形で縫合閉鎖して終了する．
成績：2021年1月から2025年12月までに上記の手技で痔瘻根治術を施行した肛門後方原発の深部痔瘻症例242例を対象として，周術期の成績や再発の有無などを報告する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 肛門科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ビデオワークショップ 8　深部痔瘻の手術

司会：鮫島 隆志（潤愛会鮫島病院）、柴田 直哉（いきめ大腸・肛門外科内科）

[VWS8-7] 痔瘻に対する診断と治療

*柴田 直哉[1]、平田 智也[1]、吉田 直樹[1]、柴田 みつみ[1]、春山 幸洋[2]、前村 幸輔[3]、山本 章二朗[1] (1. いきめ大腸・肛門外科内科、2. はるやま医院、3. 加納さくら消化器・内視鏡クリニック)

当院では2015年1月から2026年1月までに痔瘻手術をIIL及びIILcを846人、IIHを96人、IIILを195人、IIIH及びIV(4人）を168人手術している。術前検査としては経肛門的超音波検査、複雑痔瘻に対してはMRI検査まで行っており、客観的に診断している。症例は男性1087人、女性218人であった。無再手術率はIIL及びIILcが98.5%、IIHが96.6%、IIILが94%、IIIH及びIVが86%であった。IIIH及びIVはより複雑で広範囲な場合が多く再手術率は高いと思われる。術後6ヶ月前後の短期的な再手術がほとんどであるが、最長術後5年の再手術も経験している。術後便失禁スコア（CCFIS)では術後1ヶ月から2ヶ月は5点代、水様便、ガス漏れが前方の痔瘻術後に特に認められるが、緩下剤の中止などで術後3ヶ月目には0から2とほとんど問題とならない。肛門内圧でも術前と比べ優位に静止圧は下がるが、70〜80mmHgと正常人と比べて有意差を認めない。便失禁を経験していないため、低位筋間痔瘻は当院ではLay openを行っている。深部痔瘻はMRIで、内外括約筋間、所謂、縦走連合筋と言われる部位、T2強調画像で高吸収域と認められる画像上、脂肪に類似した柔らかい組織を口側に進展している。括約筋間のみに留まる場合はIIH、浅外括約筋と深外括約筋付着部で外側に漏れ出た場合はCoutney腔が原発巣となり、深外括約筋と挙筋付着部から漏れ出た場合は後方深部隙が原発巣となっていた。その状況を踏まえ、当院での手術法は、後方正中から切開を行い、一次口はLay open、またはシートン、IIH部位は括約筋間を口側に可能な限り切除、後方正中の開放も後方深部隙近位まで行い、感染瘻管を確認し、可能な限り切除する。IIHの切除部位から後方深部隙にドレナージシートンを挿入留置し14日程度で抜去している。当院の手術法はMRIによる客観的な画像、Surg Radior Anat.解剖学に沿って切除部位を決定しており、後方深部隙の処理を行うのに括約筋を完全に切除することなくアプローチ可能なことを提示したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ビデオワークショップ９　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療２

司会：竹下 惠美子（獨協医科大学埼玉医療センター外科)、川合 一茂（東京都立駒込病院大腸外科）

[VWS9-1] カダバー研究から導かれた解剖学的知見とロボット手術が変える腹膜外経路ストーマ造設術

*牛込 創[1]、山川 雄士[1]、加藤 瑛[1]、澤井 美里[1]、上原 崇平[1]、浅井 宏之[1]、鈴木 卓弥[1]、佐藤 崇文[1]、佐川 弘之[1]、瀧口 修司[1] (1. 名古屋市立大学消化器外科)

[VWS9-2] 傍ストーマヘルニアの発生率低減に向けた工夫とロボット手術の特性を生かした腹膜外経路作成手技のこだわり

*初沢 悠人[1]、辻仲 眞康[1]、近藤 裕哉[1]、北村 洋[1]、三浦 智也[1] (1. 東北医科薬科大学消化器外科)

[VWS9-3] ストーマ合併症（皮膚障害、脱出）に対する治療戦略

*長尾 さやか[1]、今井 よい[1]、佐藤 二郎[1]、柿崎 奈々子[1]、榎本 俊行[1]、斉田 芳久[1] (1. 東邦大学医療センター大橋病院外科)

[VWS9-4] 当院における傍ストーマヘルニアに対する腹腔鏡下Sugar baker法の治療成績

*佐々木 茂真[1]、諏訪 勝仁[1]、岡本 敦子[1]、北川 隆洋[1]、松本 倫[1]、衛藤 謙[2] (1. 東京慈恵会医科大学西部医療センター外科、2. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

[VWS9-5] 腹直筋中央貫通に着目した傍ストーマヘルニア発生のリスク因子の検討

*後藤 充希[1]、吉敷 智和[1]、小嶋 幸一郎[1]、麻生 喜祥[1]、飯岡 愛子[1]、若松 喬[1]、本多 五奉[1]、代田 利弥[1]、磯部 聡史[1]、中山 快貴[1]、石井 俊[1]、須並 英二[1] (1. 杏林大学医学部付属病院下部消化管外科)

[VWS9-6] 肛門温存直腸手術における一時的回腸ストーマ造設後出口部狭窄に対する術中ストーマチュービングの有用性

*山東 雅紀[1]、片岡 淳[1]、佐々木 将磨[1]、池田 公治[1]、長谷川 寛[1]、西澤 祐吏[1]、塚田 祐一郎[1]、伊藤 雅昭[1] (1. 国立がん研究センター東病院大腸外科)

[VWS9-7] 潰瘍性大腸炎に対する回腸嚢手術後ストーマ出口閉塞予防に向けた造設手技の工夫

*原田 有三[1]、室野 浩司[1]、野澤 宏彰[1]、江本 成伸[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、荒川 敬一[1]、品川 貴秀[1]、舘川 裕一[1]、岡田 聡[1]、白鳥 広志[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学　腫瘍外科)

[VWS9-8] 臍ストーマ造設時の工夫と治療成績および至適造設部位の検討

*森 良太[1]、賀川 義規[1]、深井 智司[1]、河口 恵[1]、長谷川 健太[1]、北風 雅敏[1]、三代 雅明[1]、末田 聖倫[1]、山本 和義[1]、後藤 邦仁[1]、小林 省吾[1]、宮田 博志[1]、大植 雅之[1] (1. 大阪国際がんセンター　消化器外科)

[VWS9-9] Da Vinci SPを用いた経ストーマ孔アプローチの短期成績とストーマ関連合併症の検討

*田藏 昂平[1]、塚本 俊輔[1]、隈本 雄大[1]、塚本 史雄[1]、永田 洋士[1]、髙見澤 康之[1]、金光 幸秀[1] (1. 国立がん研究センター中央病院　大腸外科)

[VWS9-10] 直腸癌手術における一時的人工肛門造設に対するskin bridge法の有用性―合併症低減を目指した手技の工夫と初期成績―

*安藤 幸滋[1]、南原 翔[1]、川副 徹郎[1]、是久 翔太郎[1]、津田 康雄[1]、中ノ子 智徳[1]、沖 英次[2]、吉住 朋晴[1] (1. 九州大学大学院消化器・総合外科、2. 九州大学病院先端医工学診療部)

[VWS9-11] ストーマ周囲静脈瘤出血に対する血行郭清術：Oxaliplatin関連類洞障害例を含めた診断と手技の要点

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

*岩井 拓磨[1]、山田 岳史[1]、上原 圭[1]、進士 せいいち[1]、横山 康行[1]、高橋 吾郎[1]、香中 伸太郎[1]、金沢 義一[1]、松田 明久[1] (1. 日本医科大学消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ビデオワークショップ９　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療２

司会：竹下 惠美子（獨協医科大学埼玉医療センター外科）、川合 一茂（東京都立駒込病院大腸外科）

[VWS9-1] カダバー研究から導かれた解剖学的知見とロボット手術が変える腹膜外経路ストーマ造設術

*牛込 創[1]、山川 雄士[1]、加藤 瑛[1]、澤井 美里[1]、上原 崇平[1]、浅井 宏之[1]、鈴木 卓弥[1]、佐藤 崇文[1]、佐川 弘之[1]、瀧口 修司[1] (1. 名古屋市立大学消化器外科)

【はじめに】腹膜外経路ストーマ(Ex-stoma)は傍ストーマヘルニア(PSH)の予防に有用とされるが、腹腔内とストマサイトマーキング(SM)部を交通させるトンネリング操作は盲目的となり再現性に乏しく、手技の標準化は十分に進んでいない。
当院ではロボット手術によるEx-stoma造設に取り組む中で、トンネリング時に腹腔側とSM部からの剥離層が一致しない状況を繰り返し経験した。この原因を解明するため、カダバーを用いた解剖学的検討を行った。今回、得られた解剖学的知見とロボット手術を組み合わせて確立した、合併症低減を目的としたロボット支援下Ex-stoma造設術について報告する。
【方法/結果】
9体のカダバーを用いて腹壁におけるトンネリングの解剖学的・組織学的検討を行った。全例で腹膜と腹壁の間に膜状構造物が存在し、腹腔側とSM部側からの剥離層が互い違いとなることが確認された。組織学的には膠原繊維を主体で弾性繊維を含む独立した膜状構造であり、これが両側の剥離層の交通を妨げトンネリングを困難にする要因と考えられた。
実際の手術ではトンネリングはロボット支援下に腹腔内から可及的に作成する。ロボットの多関節機能により腹腔鏡では到達困難な腹壁高位まで剥離が可能となる。さらに途中でこの筋膜構造を認識し切開し、腹横筋が露出する層へ剥離層を切り替えることで剥離は更に進展する。結果としてSM部からは最小限の剥離で腹腔側と交通しトンネリングが完成する。
2018～2025年にロボット直腸切除を行った症例の中で88例に単孔式結腸ストーマを造設した。Ex-Stomaは38例(43%)であった。PSH発生率はEx-stomaで6.0%で、腹腔内経路ストーマの34.2%と比較して有意に低かった（p=0.003）。Coxハザードモデルによる多変量解析でもEx-stomaはPSH抑制の立因子であった(p＝0.002)。Ex-stoma造設時間は腹腔内経路ストーマと比較して＋19.5分(11–39)であった。
【結語】
ロボット支援Ex-stoma造設はPSH低減に寄与する重要な手技であった。
カダバー研究で得られた解剖学的知見とロボット手術を組み合わせることで、Ex-stoma造設の標準化が期待される。当科におけるロボット支援下Ex-stoma造設術を動画とともに報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ビデオワークショップ 9　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療 2

司会：竹下 惠美子（獨協医科大学埼玉医療センター外科）、川合 一茂（東京都立駒込病院大腸外科）

[VWS9-2] 傍ストーマヘルニアの発生率低減に向けた工夫とロボット手術の特性を生かした腹膜外経路作成手技のこだわり

*初沢 悠人[1]、辻仲 眞康[1]、近藤 裕哉[1]、北村 洋[1]、三浦 智也[1] (1. 東北医科薬科大学消化器外科)

【背景】傍ストーマヘルニア（PSH）は、ストーマ管理の困難性によるQOLの低下を来し、修復手術の煩雑さなど多くの問題点を孕むにも関わらず、高率に発生する主要な合併症である。特に直腸切断術やハルトマン手術に伴う永久的ストーマ造設時に生涯にわたる問題となることが多く、発生率の低減を図ることは大腸手術における課題の一つと言える。そこで、当院におけるEnd-colostomy造設時の手術手技の工夫と効果について、特にロボット手術のメリットを踏まえて報告する。
【方法】当院で2022年4月から2025年3月までの間に直腸切断術ないしハルトマン手術を行い、少なくとも1年間の経過観察が可能であった永久的ストーマ造設患者29例を対象として、その臨床病理学的特徴とストーマ造設手技の関連性につき後方視的に検討した。
ロボット手術による腹膜外経路作成は、中枢郭清・腸間膜授動後の外側からのS状結腸と下行結腸授動操作に連続して、同一視野のまま実施する。腹膜切開の後、主に術者右手のTip-Up鉗子を用いて腹膜外トンネルを作成する。
【結果】年齢中央値72歳（51-92歳）、男性18例、女性11例であった。術式は直腸切断術14例（うち9例ロボット手術）、ハルトマン手術15例（うち4例ロボット手術）であり、それぞれ3例（21%）と4例（27%）でPSHを生じた。ストーマ造設経路は腹腔内経路23例、腹膜外経路6例で、PSHはすべて腹腔内経路の症例で生じており、その発生率は腹腔内経路30%、腹膜外経路0%であったが、統計学的有意差を認めなかった（p＝0.29）。Grade 3a以上の合併症は2例で認めたが、造設経路による差はなく（p=1.0）、経路作成手技に関連した合併症は認めなかった。
【考察】ロボット手術での腹膜外トンネル作成は、約4cmの鉗子長とロボット鉗子特有の関節構造により従来の直線的な腹腔鏡鉗子よりも簡便に腹直筋外縁のレベルまで到達することができる。外側授動と連続して同一視野のまま実施することで、鉗子の移動などのストレスなく実施できるメリットがある。
【結語】PSH発生予防目的での腹膜外経路形成は有効である可能性があり、ロボット手術により手技の安全・効率化を図ることができる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ビデオワークショップ９　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療２

司会：竹下 惠美子（獨協医科大学埼玉医療センター外科）、川合 一茂（東京都立駒込病院大腸外科）

[VWS9-3] ストーマ合併症（皮膚障害、脱出）に対する治療戦略

*長尾 さやか[1]、今井 よい[1]、佐藤 二郎[1]、柿崎 奈々子[1]、榎本 俊行[1]、斉田 芳久[1] (1. 東邦大学医療センター大橋病院外科)

ストーマ造設は消化器外科領域において重要な治療手段である。造設後合併症として皮膚障害、脱出、陥没、傍ストーマヘルニアなどが一定の頻度で認められる。
ストーマ周囲皮膚障害の中でもストーマ周囲型壊疽性膿皮症（PPG）は比較的稀ながら重篤な経過をとりうる疾患である。短期間で急速に拡大してストーマ周囲に疼痛を伴う穿掘性潰瘍を形成する。中等度～重症例では全身ステロイドや免疫抑制剤、生物学的製剤を要する症例もあり、局所療法で対応可能な軽症段階での早期診断・治療介入が極めて重要である。皮膚科医や、皮膚・排泄ケア認定看護師のみならず、日々のケアに当たる看護師を含めた多職種連携による包括的管理が治療成績の向上に寄与すると考えられる。実際の症例を提示し実臨床における対応についてのべる。
ストーマ脱出は患者因子・腸管因子・手術手技因子・術後因子が複合して発生する。脱出を予防するため、患者指導はもとより作成時の手術手技が重要となる。脱出に対する治療方針は重症度評価の上、緊急手術、待機（予定）手術、保存的治療が選択される。外科的治療として再造設の他、近年では自動縫合器を用いた脱出腸管の短縮術が低侵襲かつ簡便な方法として報告されている。症例は60歳代男性。直腸Rb癌根治切除２年後、吻合部から両側梨状筋間への瘻孔形成を生じ、横行結腸双孔式人工肛門を造設したが、約半年後にストーマ脱出を発症した。自己での還納が困難となり来院回数が増加、日常生活に支障をきたしたため、本人と十分相談ののち、脱出に対し自動縫合器を用い短縮術を施行した。術後は問題なく経過している。
本発表ではストーマ合併症としてのPPGに対する治療戦略を概説するとともに、自動縫合器を用いたストーマ脱出短縮術の手技を供覧する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
ビデオワークショップ９　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療２
司会：竹下 惠美子（獨協医科大学埼玉医療センター外科）、川合 一茂（東京都立駒込病院大腸外科）

[VWS9-4] 当院における傍ストーマヘルニアに対する腹腔鏡下Sugar baker法の治療成績

*佐々木 茂真[1]、諏訪 勝仁[1]、岡本 敦子[1]、北川 隆洋[1]、松本 倫[1]、衛藤 謙[2] (1. 東京慈恵会医科大学西部医療センター外科、2. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

【緒言】傍ストーマヘルニア (PSH)に対する標準術式は確立していないものの、現時点では腹腔鏡下Sugarbaker法（LSB）がもっとも行われており，システマティックレビューによる本術式の再発率は11.6%である。
【目的】当科におけるLSBの手技の変遷と手術成績を検討する。
【対象】2012年1月から2025年12月までに慈恵医大西部医療センター（旧慈恵医大第三病院）でPSHに対してLSBを施行した49例を対象とした。
【基本手技】ストーマ造設部位と対側の側腹部よりopen法で12 mmカメラポート、5㎜鉗子ポートを2本留置しストーマ周囲の癒着を可及的に剥離する。腹腔内留置用メッシュをヘルニア門サイズや併存正中腹壁瘢痕ヘルニアの有無によって15 ㎝か20 ㎝の正円形にトリミングする。腸管を直線状になるように腹壁に押し付け、メッシュでヘルニア門が中心となるよう被覆しタッカーによるdouble crown法でタッキングする。
【手技の変遷】修正点1．導入初期はメッシュをタッキングのみで固定していたが、メッシュの変位による再発を経験したことにより、2016年からメッシュの4点を筋層に縫合固定した。修正点2．メッシュのcentral fractureを経験した事により、2019年からリコールとなったメッシュを不使用とし、ヘルニア門を連続縫合で閉鎖した。
【結果】再発は，LSB導入後メッシュ変位が1例、修正点1，2以降はメッシュのcentral fractureが2例、原因不明（未再手術のため）1例の計4例 (8.2%)であり、リコール対象メッシュの不具合例を除けば2例 (4.1%)であった。
【結語】当科におけるLSBは再発例から学んだ修正を加えることで、既存の報告より安定した良好な成績であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ビデオワークショップ９　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療２

司会：竹下 惠美子（獨協医科大学埼玉医療センター外科）、川合 一茂（東京都立駒込病院大腸外科）

[VWS9-5] 腹直筋中央貫通に着目した傍ストーマヘルニア発生のリスク因子の検討

*後藤 充希[1]、吉敷 智和[1]、小嶋 幸一郎[1]、麻生 喜祥[1]、飯岡 愛子[1]、若松 喬[1]、本多 五奉[1]、代田 利弥[1]、磯部 聡史[1]、中山 快貴[1]、石井 俊[1]、須並 英二[1] (1. 杏林大学医学部付属病院下部消化管外科)

【背景】ストーマ関連合併症の中でも傍ストーマヘルニア（parastomal hernia: PSH）は頻度が高い。PSHのリスク因子としてストーマと腹直筋との位置関係の関与が示唆されている。
【目的】PSH発生のリスク因子を、術前臨床病理学的因子およびCT画像所見から抽出し、その予防策を検討する。
【対象・方法】2018年1月から2021年12月までに人工肛門造設術を施行した251例のうち、評価可能であった143例を対象とした。PSHは、CTにてストーマ腸管以外の脂肪織または腹腔内臓器の腹壁外脱出と定義した。検討項目は、年齢、性別、BMI、緊急手術、良悪性疾患、糖尿病、ステロイド使用、術式とした。また術後初回CTにおいて、腹直筋を三等分した際にストーマが中央部を通過しているかを評価し、ストーマ造設位置とした。なお、当院では全例経腹直筋経路でストーマ造設を行っている。
【結果】PSHは22例（15.4%）に認めた。観察期間中央値は26.9か月であった。年齢中央値は66歳（25–92歳）、男性86例、女性57例であった。単変量解析では、BMI 25以上（p=0.0014）、皮下脂肪厚2 cm以上（p<0.0001）、腹直筋中央を通過しないストーマ造設位置（p=0.044）が有意なリスク因子であった。多変量解析では、皮下脂肪厚2 cm以上（OR 5.533, 95%CI 1.82–18.06, p=0.005）および腹直筋中央を通過しないストーマ造設位置（OR 4.575, 95%CI 1.54–15.37, p=0.002）が独立したリスク因子であった。
【考察】腹腔鏡手術では、気腹による腹壁変形の影響で、術前マーキング部位から逸脱した位置にストーマが造設される可能性がある。また肥満症例では、皮下脂肪により解剖学的ランドマークの同定が困難となることが報告されている。以上よりPSH予防のためには、肥満症例における正確な術前マーキングに加え、腹腔鏡手術では気腹解除後に腹直筋中央貫通を意識したストーマ造設を行うことが重要と考えられた。
【結語】PSH予防には、腹直筋中央貫通を意識した適切なストーマ造設が重要である。本発表では、PSH予防を目的とした、当院でのストーマ造設手技をビデオで供覧する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ビデオワークショップ９　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療２

司会：竹下 惠美子（獨協医科大学埼玉医療センター外科）、川合 一茂（東京都立駒込病院大腸外科）

[VWS9-6] 肛門温存直腸手術における一時的回腸ストーマ造設後出口部狭窄に対する術中ストーマチュービングの有用性

*山東 雅紀[1]、片岡 淳[1]、佐々木 将磨[1]、池田 公治[1]、長谷川 寛[1]、西澤 祐吏[1]、塚田 祐一郎[1]、伊藤 雅昭[1] (1. 国立がん研究センター東病院大腸外科)

【背景】一時的回腸ストーマに伴う術後出口部狭窄(stoma outlet obstruction：SOO)の発生率は5.4～25%と高く、有効な予防策は限られている。
【目的】術中ストーマチュービングのSOO予防効果を検証するとともに、SOOのリスク因子を明らかにする。
【手技】回腸末端より口側約35cmで、基本的にストーマの口側が頭側となるよう経腹直筋経路で挙上する。特に肥満例では2横指以上挿入できるよう十分な筋膜切開長を確保する。当科では2022年3月より、ストーマ翻転前に6mmペンローズを口側に挿入する方法を導入し、留置期間は約4日間としている。
【方法】2020年から2025年までに一時的回腸ストーマを造設した直腸手術613例を対象とした。術中チュービングの有無で患者背景および短期成績を比較した。SOOは、腸閉塞症状を呈し腹壁貫通部で画像上の狭窄を認める、またはチュービングにより閉塞症状が改善する場合と定義した。
【結果】チュービングあり群305例、なし群308例であった。あり群はなし群と比較して、性差はないが（男性割合70.8 vs 66.6%, p=0.26）、年齢が若く（中央値62 vs 66歳, p=0.04）、BMIは高い傾向を認めた（23.6 vs 22.9 kg/m^2, p=0.09）。腹直筋厚は同等で（9.8 vs 9.6 mm, p=0.73）、腹壁全長は厚い傾向にあった（28.3 vs 26.7mm, p=0.09）。ストーマ口側位置（頭側/尾側）に差はなかった（口側尾側割合2.3 vs 2.6%, p=1）。SOOの発生率はあり群で有意に低かった（4.6% vs 19.5%, p<0.01）。術中チュービングに伴う小腸損傷を1例（0.3%）認めたが、チュービング関連の術後合併症はなかった。多変量解析で、男性(OR 1.99, 95%CI 1.04–3.75, p=0.03)、他臓器合併切除(OR2.91, 95%CI 1.29-6.58, p=0.01)、ストーマ口側尾側（OR 7.04, 95%CI 1.71–29.0, p<0.01）、high output stoma(OR2.39, 95%CI 1.35-4.23, p<0.01)がSOOのリスク因子であり、術中チュービング(OR 0.19, 95%CI 0.1–0.36, p<0.01)、腹壁厚27mm以上(OR 0.49, 95%CI 0.28–0.84, p<0.01)はSOO発生を低減した。
【結語】ストーマ口側を頭側に配置することおよび術中ストーマチュービングは、簡便で有効なSOO予防策となりうる。また、腹壁の厚い症例では、十分な筋膜切開がSOO予防に寄与する可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科
2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
ビデオワークショップ９　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療２
司会：竹下 惠美子（獨協医科大学埼玉医療センター外科）、川合 一茂（東京都立駒込病院大腸外科）

[VWS9-7] 潰瘍性大腸炎に対する回腸嚢手術後ストーマ出口閉塞予防に向けた造設手技の工夫

*原田 有三[1]、室野 浩司[1]、野澤 宏彰[1]、江本 成伸[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、荒川 敬一[1]、品川 貴秀[1]、舘川 裕一[1]、岡田 聡[1]、白鳥 広志[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学　腫瘍外科)

【背景】

潰瘍性大腸炎に対する回腸嚢肛門吻合術(IAA)および回腸嚢肛門管吻合術(IACA)では、一時的回腸ストーマが広く造設されている。一方、ストーマ出口閉塞(stoma outlet obstruction：SOO)は術後早期合併症として一定の頻度で認められ、時に再手術を要する。

【目的】

IAA/IACA後のSOO発生率および治療成績を検討し、SOOの予防手技を提示する。

【対象と方法】

当科で潰瘍性大腸炎に対し、2010年1月～2026年1月にIAA/IACA、回腸人工肛門造設術を施行した49例を対象とし、臨床病理学的因子、SOO発生率、治療内容等を後方視的に解析した。

【結果】

SOOは32.7%(16例)に認められ、多くは人工肛門からの減圧などの保存的加療で改善したが、入院継続のまま早期の人工肛門閉鎖を行った症例が1例、退院後にSOOで再入院となり、人工肛門閉鎖をおこなった症例が1例あり、手術による介入を4.1%(2例)に要した。SOOの発症リスクとしてこれまでにBMI、腹直筋の厚さといった患者因子に加え、小腸のねじれ、ストマ造設の位置などの手術因子が報告されており、当科では手術の際に腹腔内での回腸、腸間膜の向きを確認し、無理のない経路で挙上することに留意している。また従来右下腹部に造設を行っていたが、2021年以降、左下腹部への造設を基本としている。IAA/IACAにおける回腸人工肛門造設の実際を提示し、術中のポイントを供覧する。また、ねじれに起因すると考えられたSOO症例の画像も併せて供覧する。

【結論】

IAA/IACAでの回腸人工肛門造設では腸管の自然な走行を保ち、ねじれを回避することがSOO予防に重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科
2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
ビデオワークショップ９　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療２
司会：竹下 惠美子（獨協医科大学埼玉医療センター外科）、川合 一茂（東京都立駒込病院大腸外科）

[VWS9-8] 臍ストーマ造設時の工夫と治療成績および至適造設部位の検討

*森 良太[1]、賀川 義規[1]、深井 智司[1]、河口 恵[1]、長谷川 健太[1]、北風 雅敏[1]、三代 雅明[1]、末田 聖倫[1]、山本 和義[1]、後藤 邦仁[1]、小林 省吾[1]、宮田 博志[1]、大植 雅之[1] (1. 大阪国際がんセンター　消化器外科)

背景・目的
臍ストーマは整容性に優れ、新たな皮膚切開を要しないことから疼痛軽減も期待される一方、臍部は陥凹を伴うため、ストーマ関連合併症の観点から適応判断および造設手技には工夫を要する。当院における臍ストーマの適応と手技上の工夫を提示し、通常造設例との短期成績を比較するとともに、臨床的・解剖学的因子に基づく至適造設部位を検討した。

適応と造設手技
術後瘢痕や深い皺を認めず、臍周囲に十分な平坦面が確保可能な症例を適応としている。造設時には口側腸管の突出を2cm以上、肛門側腸管を1cm以上確保し、臍底部結合織を切離したうえで臍部皮膚を外反し、皮弁としてストーマ側面に固定することで、基部の間隙を減らし陥没を防止している。管理に難渋する場合には、凸型装具と用手成形皮膚保護剤を併用している。

対象・方法
2018年から2025年までに回腸人工肛門閉鎖術を施行した直腸癌術後患者を対象とし、臍群100例と非臍群133例について、ストーマ関連合併症および閉鎖時手術成績を後方視的に比較した。さらに、各群における手術時間延長因子を解析し、適切な造設部位について検討した。

結果
背景因子に有意差は認めなかったが、臍群では癒着防止剤の使用頻度が低かった（p＜0.01）。ストーマ関連合併症では、臍群で傍ストーマヘルニアが多く（p＝0.04）、outlet obstructionは少なかった（p＝0.01）。皮膚障害、閉鎖時手術成績にも差は認めなかった。手術時間延長因子は、臍群では癒着防止剤未使用（p＝0.01、OR＝5.3）および臍部腹直筋間距離狭小（p＜0.01、OR＝6.8）が、非臍群では腹直筋厚が抽出された（p＜0.01、OR＝35.1）。

考察・結語
両群の治療成績に差は認めず、適切な症例選択に加え、造設手技および術後管理の工夫により、臍ストーマは有用な選択肢となることが示唆された。臍ストーマは腹直筋を貫通しないため、腹直筋厚の影響を受けにくい可能性がある。一方、腹直筋間距離が広い症例では癒着が軽度となる可能性が示唆された。術前画像による腹直筋形態の評価は造設部位選択に有用であり、臍ストーマ造設においても癒着防止剤の使用が重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ビデオワークショップ 9　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療 2

司会：竹下 惠美子（獨協医科大学埼玉医療センター外科）、川合 一茂（東京都立駒込病院大腸外科）

[VWS9-9] Da Vinci SPを用いた経ストーマ孔アプローチの短期成績とストーマ関連合併症の検討

*田藏 昂平[1]、塚本 俊輔[1]、隈本 雄大[1]、塚本 史雄[1]、永田 洋士[1]、髙見澤 康之[1]、金光 幸秀[1] (1. 国立がん研究センター中央病院　大腸外科)

【背景】Da Vinci SP（SP）は単孔手術を可能とし、多様なアプローチを提供する。当院ではストーマ造設を伴う症例に対し、ストーマ孔を利用した経ストーマ孔アプローチを導入しているが、安全性およびストーマ関連合併症に関する報告は乏しい。
【目的】SPによる経ストーマ孔アプローチの短期成績を従来の臍切開アプローチと比較し、ストーマ関連合併症との関連を検討する。
【対象・方法】2024年5月から2026年2月にSPを用いて施行したストーマ造設を伴う大腸手術44例（従来群21例、経ストーマ群23例）を対象とした。ストーマ関連合併症は看護師記録をもとに後方視的に評価した。
【結果】患者背景に有意差を認めなかった。術式の内訳は、従来群では低位前方切除術4例、超低位前方切除術（uLAR）8例、括約筋間直腸切除（ISR）2例、直腸切断術（APR）2例、ハルトマン手術1例、経肛門的全直腸間膜切除（TaTME-uLAR） 0例、大腸亜全摘術4例であったのに対し、経ストーマ群では低位前方切除術0例、超低位前方切除術1例、ISR 8例、APR 9例、ハルトマン手術0例、TaTME-uLAR 2例、大腸亜全摘術3例であり、両群で有意差を認めた（p=0.002）。手術時間は経ストーマ群で有意に延長した（265 vs 350分, p=0.021）。Clavien–Dindo分類IIIa以上の合併症率に有意差は認めなかった（14.3% vs 4.3%, p=0.252）。ストーマ関連合併症では、皮膚発赤/びらん（42.9 vs 69.6 %, p=0.074）、便漏れ（38.1 vs 26.1%, p=0.393）に有意差はなかったが、粘膜皮膚離開は経ストーマ群で有意に多かった（23.8 vs 65.2 %, p=0.006）。傍ストーマヘルニアは両群で差を認めなかった。
【結語】SPを用いた経ストーマ孔アプローチは手術時間の延長を伴うものの、重篤な合併症の増加なく実施可能であった。一方、粘膜皮膚離開の増加が認められ、本手技特有の課題と考えられた。術式構成の差を考慮する必要があるが、追加切開を回避し得る低侵襲アプローチとして有用な可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ビデオワークショップ９　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療２

司会：竹下 惠美子（獨協医科大学埼玉医療センター外科）、川合 一茂（東京都立駒込病院大腸外科）

[VWS9-10] 直腸癌手術における一時的人工肛門造設に対するskin bridge法の有用性―合併症低減を目指した手技の工夫と初期成績―

*安藤 幸滋[1]、南原 翔[1]、川副 徹郎[1]、是久 翔太郎[1]、津田 康雄[1]、中ノ子 智徳[1]、沖 英次[2]、吉住 朋晴[1] (1. 九州大学大学院消化器・総合外科、2. 九州大学病院先端医工学診療部)

【背景】
直腸手術における一時的人工肛門造設は合併症軽減のために重要であるが、陥没や皮膚障害などのストーマ関連合併症はいまだ臨床上の課題である。skin bridge法は支持糸を用いず皮膚弁で腸管を支持する手技であり、簡便かつ合併症軽減にすぐれるとされているが、実臨床における具体的工夫やpitfallの共有は十分ではない。
【目的】
当科におけるskin bridge法の手技的工夫と周術期成績を提示し、その有用性を検証する。
【当科の一時的人工肛門造設の適応】
当科ではAV 5cm以内症例、ISR症例、術前治療症例などを一時的人工肛門造設の適応としている。
【skin bridge法の要点】
回盲部より約30cm口側の回腸を腹腔内で把持し、臍部創から体外へ挙上する。ストーマ予定腸管の腸間膜にネラトンを通過させる。次いでストーマサイトを縦切開し小開腹を行い、同部から鉗子でネラトンを把持して腸管を挙上する。小開腹創の皮膚を幅約5mmで切開し、ネラトンに沿って皮膚弁を腸間膜に通し、対側皮下に固定することで支持糸による固定を省略する。
【対象と方法】
2022年4月～2026年3月の直腸癌手術46例を対象とし、従来法群（n=23）とskin bridge群（SB群；n=23）で後方視的に比較した。
【結果】
両群間で患者背景に有意差は認めなかった。手術時間はSB群で短縮傾向を認めた（従来法群 vs SB群：370 vs 306分、p=0.06）。術後合併症はSB群で低下傾向を示し（26.1% vs 8.7%、p=0.11）、SB群ではClavien–Dindo分類Grade III以上の合併症は認めなかった。在院日数はSB群で有意に短縮していた（20日 vs 15日、p=0.0017）。
【結論】
一時的人工肛門造設の際のskin bridge法は安全かつ再現性の高い手技であり、適切な皮膚弁作成と腸管挙上の工夫により、ストーマ関連合併症の低減に寄与する可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科
2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:40 | 第4会場（2F コンベンションホール4）
ビデオワークショップ 9　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療 2
司会：竹下 惠美子（獨協医科大学埼玉医療センター外科）、川合 一茂（東京都立駒込病院大腸外科）

[VWS9-11] ストーマ周囲静脈瘤出血に対する血行郭清術：Oxaliplatin関連類洞障害例を含めた診断と手技の要点

*岩井 拓磨[1]、山田 岳史[1]、上原 圭[1]、進士 せいいち[1]、横山 康行[1]、高橋 吾郎[1]、香中 伸太郎[1]、金沢 義一[1]、松田 明久[1] (1. 日本医科大学消化器外科)

【背景・目的】ストーマ周囲静脈瘤は門脈圧亢進を背景に発生し、反復出血により止血・パウチ管理に難渋しQOLを低下させるストーマ合併症である。従来は肝硬変症例での報告が多かったが、近年は大腸癌化学療法後のoxaliplatin関連類洞障害やporto-sinusoidal vascular diseaseなど、非硬変性門脈圧亢進症に伴う症例にも注意を要する。本疾患の認知度は十分とはいえず、パウチ内出血として受診しても診察時には自然止血していることがあるため、消化管出血として精査され、上部・下部内視鏡検査で出血源不明と判断され得る点が診断上の問題である。本発表ではストーマ周囲静脈瘤の診断ピットフォールを整理し、造影CTおよび体表エコーによる術前血行評価に基づいた血行郭清術の手技上の工夫を供覧する。
【手技】造影CT静脈相でストーマ周囲の怒張静脈、流入血管、流出路を評価し、体表エコーで責任血管を同定・マーキングする。術後のパウチ貼付エリアに重ならない皮膚切開線を設定し、皮切周囲の皮膚温上昇や創部浸出液による装具固定不良を想定して、術前からWOCナースと貼付管理をシミュレーションする。体表エコーで責任血管の位置を適宜確認しながら皮下組織を展開する。細い側副血管はシーリングデバイスで処理し、責任血管は露出後に結紮し、責任血管の走行に沿って可及的に周囲側副血行を処理する。処理後は体表エコーでストーマ周囲静脈瘤の血流低下または消失を確認し、ストーマ腸管・腸間膜血流が温存されていることを確認する。
【結果】ストーマ周囲静脈瘤に対して本手技を5例に施行し、全例で術後、中期的に出血の再燃なく経過した。またパウチ貼付性を考慮した切開線を設定することで、ストーマ管理を損なわない局所治療が可能であった。
【結語】ストーマ周囲静脈瘤は、疑わなければ診断に至りにくい疾患であり、消化管出血精査で出血源不明とされた症例ではストーマ周囲の観察と血行評価が重要である。造影CT・体表エコーに基づく血行郭清術は、パウチ管理を損なわず、症例選択により局所麻酔下にも施行可能な低侵襲の局所出血制御法となり得る。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科・肛門科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ビデオワークショップ 10　直腸脱に対する外科治療　適応と治療成績 2

司会：栗原 聰元（汐田総合病院外科）、五代 天偉（西横浜国際総合病院　外科）

[VWS10-1] 直腸脱に対するDelorme 手術（変法）

*山田 英貴[1]、森 俊治[2]、田中 香織[2]、宮﨑 道彦[3] (1. 山田外科内科、2. 森外科医院、3. 道仁病院)

[VWS10-2] 直腸脱に対するAltemeier法の手技と手術成績

*花田 圭太[1,2]、向井 周[1]、吉村 直生[1]、渡部 晃大[2]、伊藤 孝[1]、松下 貴和[1]、寺嶋 宏明[1] (1. 洛和会音羽病院　外科、2. 大阪中央病院　肛門外科)

[VWS10-3] 直腸脱に対するアルテマイヤー手術

*梅枝 覚[1]、大谷 暉[1]、鈴木 桜子[1]、下山 貴寛[1]、堀 智英[1]、西川 隆太郎[1]、中山 茂樹[1]、岩永 孝雄[1]、山本 隆行[1] (1. JCHO四日市羽津医療センター外科大腸肛門病・IBDセンター)

[VWS10-4] メッシュを用いない直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の治療成績

*多加喜 航[1]、田中 幸恵[1]、藤木 博[1]、小泉 範明[1] (1. 明石市立市民病院　外科)

[VWS10-5] 直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の標準化と人的資源最適化の工夫

*鈴木 優之[1,2]、浜畑 幸弘[1]、黒崎 剛史[1]、高野 竜太朗[1]、小池 淳一[1] (1. 辻仲病院柏の葉大腸肛門科、2. 前田病院大腸肛門科)

[VWS10-6] 当院における完全直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の工夫

*相馬 大人[1]、弓場 健義[1]、安田 潤[1]、光藤 傑[1]、辻村 直人[1]、渡部 晃大[1]、三宅 祐一朗[1]、竹中 雄也[1]、小野 朋二郎[1]、齋藤 徹[1]、根津 理一郎[1] (1. 大阪中央病院　外科)

[VWS10-7] 直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術と経肛門手術の治療成績と術式選択

*米本 昇平[1]、宮島 伸宜[1]、國場 幸均[1]、大島 隆一[1,2]、紅谷 鮎美[1]、松島 小百合[1]、黒水 丈次[1]、岡本 康介[1]、下島 裕寛[1]、宋 江楓[1]、河野 洋一[1]、松村 奈緒美[1]、小菅 経子[1]、酒井 悠[1]、佐井 佳世[1]、渡部 晃子[1]、内田 ひかり[1]、ナナ― ジョージ 譲時[1]、松島 誠[1] (1. 松島病院大腸肛門病センター、2. 川崎市立多摩病院消化器・一般外科)

[VWS10-8] 病態に応じた骨盤臓器脱術式選択とアウトカム

*大橋 勝久[1]、大橋 勝英[1]、佐々木 章公[2]、太田 和美[2]、北川 一智[2]、森谷 行利[3]、玉木 孝彦[3] (1. 大橋胃腸肛門科外科医院、2. 十全総合病院、3. 森谷外科医院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ビデオワークショップ 10　直腸脱に対する外科治療　適応と治療成績 2
司会：栗原 聰元（汐田総合病院外科）、五代 天偉（西横浜国際総合病院　外科）

[VWS10-1] 直腸脱に対するDelorme 手術（変法）

*山田 英貴[1]、森 俊治[2]、田中 香織[2]、宮﨑 道彦[3] (1. 山田外科内科、2. 森外科医院、3. 道仁病院)

＜はじめに＞
近年，人口の高齢化に伴い，直腸脱のような高齢者に多い疾患に遭遇する機会が増加してきている．直腸脱に対する外科治療の選択に際して，低侵襲であり，根治性が高く，QOL を考慮した治療法が求められている．直腸脱に対する経肛門的（経会陰的）治療は低侵襲性において優れた治療とされている．経肛門的（経会陰的）アプローチであるDelorme法は2020 年に日本大腸肛門病学会から出版されたガイドラインでは，Gant-三輪-Thiersch 法と共に5 cm 以下の直腸脱症例に対して推奨されている．当院では脱出腸管の外管粘膜と内管粘膜を分割して剥離するDelorme手術（変法）を行っている．今回，われわれが行っているDelorme 手術（変法）の手技について説明し，術前術後の肛門機能と便秘および便失禁スコアについて検討した．
＜手術術式＞
始めから外管粘膜の剥離を脱出腸管の先進部（先端）から歯状線方向に向かって行うことで，早期に適切な剥離層を見定めることができ，止血操作が行いやすいと考えるからである．また，直腸筋層を腹腔側へ反転させ，より多くの直腸粘膜の剥離を行うことで術後再発の予防に努めている．
＜対象と方法＞
2017年6 月から2024 年4 月までの6 年10ヵ月間に完全直腸脱と診断した40 例に対してDelorme 手術（変法）を施行した．
＜結果＞
男性2 例，女性38 例で，年齢の中央値は81 歳（50-91 歳）であった．平均脱出腸管長は4 cm（2 - 7 cm），総粘膜切除長は11.4cm（ 5 -24cm）であり，再発は6 例に認めた（再発率15%）．手術死亡例は認めなかったが，1 例（2.5%）で縫合不全，5 例（12.5%）で縫合部狭窄を認めた．再発しなかった34 例を対象に術前・術後の肛門内圧検査（最大静止圧，最大随意収縮圧）と便失禁スコア（FISI），便秘スコア（CSS）を評価したが，いずれも有意に改善していた．
＜考察と結語＞
直腸脱に対するDelorme 手術は直腸脱の症状で困っている患者に対して，肛門機能のみならず，便失禁スコア（FISI）と便秘のスコア（CSS）までも改善させ得る有効な術式と思われた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ビデオワークショップ 10　直腸脱に対する外科治療　適応と治療成績 2
司会：栗原 聰元（汐田総合病院外科）、五代 天偉（西横浜国際総合病院　外科）

[VWS10-2] 直腸脱に対するAltemeier法の手技と手術成績

*花田 圭太[1,2]、向井 周[1]、吉村 直生[1]、渡部 晃大[2]、伊藤 孝[1]、松下 貴和[1]、寺嶋 宏明[1] (1. 洛和会音羽病院　外科、2. 大阪中央病院　肛門外科)

【背景】
直腸脱患者の多くは80歳以上の高齢者であるため，根治性のみならず低侵襲性を考慮した術式選択が重要であり，当院ではAltemeier法を第一選択としている．
【目的】
当院における直腸脱に対するAltemeier法の手技を供覧し，その治療成績を検討する．
【手術手技】
手術は砕石位，サドルブロック下に施行する．肛門縁にローンスター開創鈎を装着後，アリス鉗子を用いて直腸を十分に脱出させる．歯状線より約1.5 cm口側で直腸を全層切開し，全周性に内筒腸管を露出する．前方ではダグラス窩を開放し，背側では腸間膜の処理を行う．内筒腸管を十分に牽引後，ダグラス窩形成を施行する．前方挙筋形成は内筒腸管の内径が1横指となるよう縫縮する．最後に口側断端と肛門側断端を全層縫合し手術を終了する．
【対象・方法】
2020〜2026年に直腸脱に対しAltemeier法を施行した28例（延べ29件，再手術1件を含む）を後方視的に検討した．数値は中央値 [範囲]で記載した．
【結果】
年齢は84 [19−96]歳，男性は1例のみであった．直腸脱に対する手術後の再発症例は6例で，施行術式はThiersch法5例，Gant−三輪法3例，Delorme法2例，Altemeier法1例であった（重複あり）．また，5例に痔核に対する結紮切除やALTA療法などの手術既往を認めた．直腸脱出長は5 [3−10]cm，手術時間は72.5 [44−125]分であった．Clavien−Dindo分類Grade II以上の合併症は尿閉2例，肺炎1例で，縫合不全は認めなかった．術後在院日数は5 [3−10]日であった．術前に便失禁を認めた4例は，術後全例で便失禁が消失した．一方，術前に薬物療法を要する便秘を認めた13例は，術後も全例で薬物療法を要する便秘が持続した．術後観察期間は10 [0.5−50]か月で再発は4例（13.8%）に認め，1例に腹腔鏡下直腸固定術を，1例に再度Altemeier法を施行した．残る2例はQOL低下が軽微であり，患者と相談の上，経過観察とした．
【考察・結語】
Altemeier法は低侵襲で高齢患者にも安全に施行可能であり，再発率も比較的低い点が利点と考えられた．排便機能に関しては便失禁の改善が得られる一方，便秘の改善は限定的であり，術後も薬物療法での排便管理が必要と考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科・肛門科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ビデオワークショップ 10　直腸脱に対する外科治療　適応と治療成績 2

司会：栗原 聰元（汐田総合病院外科）、五代 天偉（西横浜国際総合病院　外科）

[VWS10-3] 直腸脱に対するアルテマイヤー手術

*梅枝 覚[1]、大谷 暉[1]、鈴木 桜子[1]、下山 貴寛[1]、堀 智英[1]、西川 隆太郎[1]、中山 茂樹[1]、岩永 孝雄[1]、山本 隆行[1]
(1. JCHO四日市羽津医療センター外科大腸肛門病・IBDセンター)

2022年1より2025年12月までに施行した直腸脱根治術は111例で年齢は80.4±8.4歳であった。施行された手術術式ではデロルメ手術は40例、年齢76.8±8.3歳。アルテマイヤー手術は46例、年齢81.7±8.8歳。ガント三輪Thiersch法は15例、年齢85.2±5.1歳。腹腔鏡下吊り上げ固定術は6例、年齢85.0±3.3歳であった。2026年3月までの再発症例は、全直腸脱根治術では１23例（20.7%）、デロルメ手術が7例（17.5%）、アルテマイヤー手術が14例（30.4%）、ガント三輪Thiersch法が2例（13.3%）、腹腔鏡下吊り上げ固定術が0例（0%）であった。いずれの術式も手術適応が異なるため比較はできないが、有用な術式と思われた。デロルメ手術は直腸脱の脱出長が5cm以内で肛門括約筋が比較的保たれており、肛門リハビリにて改善が期待できる症例を適応としている。アルテマイヤー手術は直腸脱の脱出長が５cmを超え、肛門括約筋機能障害が強い症例が多く適応とされている。2023年よりアルテマイヤー手術において可能な限り、直腸肛門吻合時に直腸を仙骨または尾骨前面に縫合固定を施行している。アルテマイヤー手術において、直腸を縫合固定できなかった症例は22例、年齢80.7±9.5歳。再発は12/22例（54.5%）、直腸を縫合固定できた症例は24例、年齢82.5±8.2歳。再発は2/24例（8.3%）であった。アルテマイヤー手術で直腸を仙骨または尾骨前面に固定術できた症例は、直腸を縫合固定できなかった症例と比較して、再発率が低く有用な術式と思われたので報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ビデオワークショップ 10　直腸脱に対する外科治療　適応と治療成績 2
司会：栗原 聰元（汐田総合病院外科）、五代 天偉（西横浜国際総合病院　外科）

[VWS10-4] メッシュを用いない直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の治療成績

*多加喜 航[1]、田中 幸恵[1]、藤木 博[1]、小泉 範明[1] (1. 明石市立市民病院　外科)

【背景】当科では2017年9月から直腸脱に対する手術の第一選択としてメッシュ留置しない腹腔鏡下直腸固定術（LSR）を導入している。今回当科での手術治療成績について検討した。
【方法】2017年9月から2025年12月に直腸脱に対して手術を施行した166症例を後方視的に解析した。経会陰的手術(Tp)を施行した群とLSRを施行した群で臨床因子および手術成績に関して比較検討した。また、LSR群で導入初期の2017-2022年に手術した群（Early; E群）と2023-2025年に手術した群（Later; L群）の手術成績を比較検討した。
【LSR手術操作】①ポート配置：臍部から5mmポートをOptical法で挿入、腹腔鏡下に左右下腹部と左側腹部に5mmポート、右側腹部に3mmポートを留置。②内側アプローチ：岬角尾側の直腸間膜をマタドール展開、直腸固有筋膜を同定、尾側外側へと固有筋膜に沿って剥離を行い、ガーゼを挿入し外側剥離に備える。③SD junctionより尾側で直腸左側の腹膜切開を行い、ガーゼを確認し直腸のテーピングを行う。④直腸周囲剥離：直腸の剥離は背側から行い肛門管直上まで十分に行う。次いで腹側で腹膜翻転部を開放し可及的にDenonvillierの直腸寄りで剥離を行う。右側側方靭帯は手術操作上切離することが多いが、左側側方靭帯は原則温存して剥離操作を終了。⑥直腸固定：仙骨前面で静脈および下腹神経を十分に確認した上で挙上直腸側の腹膜翻転部レベルの腹膜を、金属タッカーを用いて固定。
【結果】Tp群（n=7）と比較してLSR群（n=159）で有意に再発は少なかった（28.6% vs 6.9%, p=0.03）。LSR群の比較ではE群と比較してL群では有意に手術時間が短く（p<0.01）、出血量も少なく（p<0.01）、周術期合併症が少ない（p<0.01）結果となった。再発率もL群で少ない傾向となり（8.5% vs 5.2%）、難治性便秘やイレウスなどの晩期合併症も少ない傾向となった（18.3% vs 9.1%）。
【考察・結論】メッシュ留置の是非についてはエビデンスの蓄積が必要であるが、手技が簡易で手術時間も短縮でき、比較的再発率も低く、安全に施行できる当院の術式は高齢者の多い直腸脱に対して有用な手術と考えられる。今後さらなる手技の研鑽、症例の追跡および蓄積が必要となる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ビデオワークショップ 10　直腸脱に対する外科治療　適応と治療成績 2
司会：栗原 聰元（汐田総合病院外科）、五代 天偉（西横浜国際総合病院　外科）

[VWS10-5] 直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の標準化と人的資源最適化の工夫

*鈴木 優之[1,2]、浜畑 幸弘[1]、黒崎 剛史[1]、高野 竜太朗[1]、小池 淳一[1] (1. 辻仲病院柏の葉大腸肛門科、2. 前田病院大腸肛門科)

【背景】
直腸脱に対する手術治療では，患者の年齢，併存疾患，排便機能，再発の有無などを踏まえた術式選択が重要である．腹腔鏡下直腸固定術（Laparoscopic Rectopexy：LR）は低侵襲かつ良好な治療成績から広く普及しているが，その導入と運用には，安全性のみならず，人員配置の最適化と手技の標準化が重要である．当院では，ロックアームによるカメラ固定を活用した外科医2名体制を採用し，人的資源の効率化を図るとともに，腹腔鏡下縫合手技に適したポート配置を工夫することで，操作性の向上と再現性の確保に努めている．
【目的】当院におけるLRの標準化された手術手技と人的資源の最適化の実際を示し，その手術成績と安全性を検討すること．
【方法】2019年1月から2026年3月までにLRを施行した症例を対象とし，患者背景，術式，ポート配置，手術成績，術後合併症，再発率について後方視的に検討した．あわせて，ビデオを通じて手術手技の標準化および人的資源の最適化の工夫を提示した．
【結果】対象は326例で，女性は266例（81.5%）であった．年齢および脱出腸管長の中央値はそれぞれ77歳，5.0 cmであった．4ポート・外科医2名体制は260例，5ポート・外科医2名または3名体制は66例で，手術時間の中央値はそれぞれ140分，144分であった．Clavien-Dindo分類Grade II以上の術後合併症は4ポート群5例，5ポート群2例で，メッシュ関連合併症は認めなかった．術式別では，腹腔鏡下直腸前方固定術（Laparoscopic Ventral Rectopexy：LVR）が297例，腹腔鏡下縫合固定術（Laparoscopic Suture Rectopexy：LSR）が21例，腹腔鏡下直腸後方固定術（Laparoscopic Posterior Rectopexy：LPR）が8例であった．再発はLVRで26例（8.7%），LSRで0例，LPRで1例（12.5%）に認め，再発までの期間の中央値は7か月であった．術後在院日数および術後経過観察期間の中央値はそれぞれ4日，43か月であった．
【結論】LRは良好な手術成績と安全性を示した．ロックアームを活用した外科医2名体制および腹腔鏡下縫合に適したポート配置の工夫は，手術手技の標準化，操作性・再現性の向上，ならびに人的資源の最適化に寄与し，安全な運用を可能にした．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ビデオワークショップ 10　直腸脱に対する外科治療　適応と治療成績 2
司会：栗原 聰元（汐田総合病院外科）、五代 天偉（西横浜国際総合病院　外科）

[VWS10-6] 当院における完全直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の工夫

*相馬 大人[1]、弓場 健義[1]、安田 潤[1]、光藤 傑[1]、辻村 直人[1]、渡部 晃大[1]、三宅 祐一朗[1]、竹中 雄也[1]、小野 朋二郎[1]、齋藤 徹[1]、根津 理一郎[1] (1. 大阪中央病院　外科)

【はじめに】直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術（laparoscopic rectopexy：LR）は、根治性が高い低侵襲手術として普及が見られる。一方で、骨盤深部での剥離操作やメッシュの縫合、仙骨前面での直腸の固定操作は解剖学的理解と安定した鏡視下での手術手技が求められ術者間で手技のばらつきが生じやすい。また、直腸の固定方法も施設間で多様であり術式の標準化には至っていない。当院では、LR導入初期の再発例の検証から、患者に応じた術式選択を行っており，今回その術式選択方法や手技の工夫を供覧し手術成績を報告する。【術式】腹膜翻転部をJ字に切開し、直腸膣隔膜を両側の肛門挙筋が露出するまで剥離する。直腸間膜右側の腹膜を骨盤底に到達するまで剥離した後、直腸腹側を鉗子により頭側へ牽引しLVRのシミュレーションを行った状態で経肛門的に陰圧をかけ直腸脱の遺残の有無を確認する(術中陰圧試験)。術中陰圧試験で直腸脱の遺残を認めない症例は、仙骨岬角の無血管野を露出し、剥離した直腸腹側に短冊状に形成したメッシュを縫合固定し、牽引したメッシュの反対側を仙骨岬角にタッカーを用いて固定する(Ventral rectopexy: VR)。一方，陰圧試験で直腸脱の遺残を認める症例については，直腸間膜全周を肛門挙筋が露出するまで十分に剥離し、仙骨岬角に固定したメッシュを用いて背側から直腸に縫合し固定する(Posterior rectopexy: PR)。【手術成績】2016年10月～2026年4月の期間に573例のLR(VR 311例、PR 262例)を施行した。手術時間の平均値(±SD)は218(±71)分，出血量は33(±58)gであった。Clavien-Dindo分類grade II 以上の合併症は22例(3.8%)に認められた。術後観察期間の中央値(範囲)は14(1-84)ケ月で、全層性直腸脱の再発は3例(0.5%)、粘膜脱再発は18例(3.1%)であった。【結語】LRの術式は多様であるが，症例に応じた直腸の固定法の選択が必要であると思われ、術中の経肛門陰圧試験による術式選択は有用な方法の一つと考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ビデオワークショップ 10　直腸脱に対する外科治療　適応と治療成績 2
司会：栗原 聰元（汐田総合病院外科）、五代 天偉（西横浜国際総合病院　外科）

[VWS10-7] 直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術と経肛門手術の治療成績と術式選択

*米本 昇平[1]、宮島 伸宜[1]、國場 幸均[1]、大島 隆一[1,2]、紅谷 鮎美[1]、松島 小百合[1]、黒水 丈次[1]、岡本 康介[1]、下島 裕寛[1]、宋 江楓[1]、河野 洋一[1]、松村 奈緒美[1]、小菅 経子[1]、酒井 悠[1]、佐井 佳世[1]、渡部 晃子[1]、内田 ひかり[1]、ナナ一 ジョージ 譲時[1]、松島 誠[1] (1. 松島病院大腸肛門病センター、2. 川崎市立多摩病院消化器・一般外科)

【背景と目的】
腹腔鏡下直腸固定術は良好な治療成績および排便機能の改善が期待されている。当院における腹腔鏡下直腸固定術の治療成績を、経肛門手術と比較し、術式選択の妥当性を検討する。

【対象と方法】
2023年12月から2025年12月に直腸脱（直腸重積含む）に対し手術を施行した216例を対象とし、腹腔鏡手術群および経肛門手術群に分けて後方視的に検討した。腹腔鏡手術は全例同一手技（全周性に肛門挙筋まで剥離し、直腸を吊り上げ仙骨前面にタッキング固定、側方靭帯は温存）で施行した。経肛門手術はDelorme法（Thiersch併用を含む）およびGMTを施行した。術式選択はASA-PS2以下では腹腔鏡手術を基本とし、術前の排便造影検査で仙骨前面の固定が不良な直腸脱および直腸重積を対象とした。それ以外では経肛門手術を選択した。合併症は術後30日以内、Clavien-Dindo分類II以上とした。腹腔鏡群ではWexner score（便失禁）、FISI（便失禁重症度）、CSS（便秘症状）を用い、術後約3か月時点で評価した。

【結果】
腹腔鏡群132例：経肛門群84例。腹腔鏡群の疾患内訳は完全直腸脱100例、直腸重積32例、経肛門群の術式内訳はGMT40例、Delorme法44例。年齢中央値74歳：87歳、初発120例：79例、再発12例：5例。手術時間185分：44.5分、出血量8mL：24mL。合併症は4.5%：20.2%で腹腔鏡群で有意に低かった（p<0.001）。経肛門群ではThiersch感染、止血術などを多く認めた。観察期間中央値370日：131日、再発は0.8%：29.8%で有意差を認めた（p<0.001）。腹腔鏡群ではWexner、FISI、CSSはいずれも術後有意に改善した（p<0.001）。直腸脱は直腸重積と比較して、各スコアとも改善度が大きい傾向を認めたが、有意差は認めなかった。

【考察】
腹腔鏡手術は再発率および合併症において良好な成績を示した。機能的予後は短期的には有意な改善があったが、ばらつきがあり、一部に糞便塞栓も認めた。短期的評価に基づく結果であり、排便障害悪化の可能性も示唆されることから、長期フォローが重要と考えられた。

【結語】
全身状態が許容される症例では腹腔鏡手術を第一に考慮すべきである。また、術後の排便機能は一様ではなく、適切な術後管理が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ビデオワークショップ 10　直腸脱に対する外科治療　適応と治療成績 2
司会：栗原 聰元（汐田総合病院外科）、五代 天偉（西横浜国際総合病院　外科）

[VWS10-8] 病態に応じた骨盤臓器脱術式選択とアウトカム

*大橋 勝久[1]、大橋 勝英[1]、佐々木 章公[2]、太田 和美[2]、北川 一智[2]、森谷 行利[3]、玉木 孝彦[3] (1. 大橋胃腸肛門科外科医院、2. 十全総合病院、3. 森谷外科医院)

【背景】骨盤臓器脱に対する腹腔鏡手術が普及しているが, ハイリスク症例では限界がある. また, 全身麻酔で複数の医師参画が必要で医療コストが高い. 一方, 本邦独自のGant−Miwa＋Thiersch法（GMT）は再発や合併症が多いとされてきたが, 近年良好な手術成績の報告もあり, 医療コストも低い. 臓器脱の病態と患者背景に応じた術式選択により, 両アプローチの治療成績は同等となり得るかを検証した.
【方法】2011年4月から2025年12月に施行した骨盤臓器脱212例（主に直腸脱, 直腸重積, 直腸瘤）を前向き登録し後方視的に検討した. 座位怒責診と会陰エコーで直腸脱とPOPを評価し, 全身麻酔不適例にはGMT（原則Leeds-Keio Mesh使用, 不完全型はGMのみ）を選択した. POP合併例や小腸瘤を内包するような大きな直腸脱（5cm以上を目安）は, 多臓器デフェコグラフィで脆弱部位を評価し, LSR（縫合固定術）, LVR（直腸前方メッシュ固定術）, LSC（仙骨膣固定術）＋LVRを選択した.
【結果】内訳は経会陰115例（GMT92, GM23）, 経腹98例（LSR72, LVR9, LSC＋LVR17）. 経会陰群は年齢（経会陰/経腹, 中央値で表記: 87/76歳）, PS(2/1), ASA-PS(3/2), 抗血栓療(34/16%)とハイリスク傾向だった. 一方, 女性比率(87/96%), 脱出長(4/6cm), 観察期間(10/25か月)は経腹群で有意に高かった. 手術時間(33/163分)は経腹で有意に長いが, Clavien-Dindo3以上の合併症(3.5/1%)および再発率（8.7/10.2%）と再手術率(5.2/8.2%)に差はなかった. 排泄機能（Wexner, FISI, CSS, PAC-QOL, PFDI, ICIQ）では, 経腹群のごく一部項目を除き, 両群とも術後3か月で有意な改善を認めた.
【考察】高齢・ハイリスク症例を多く含む経会陰群でも, 合併症や再発は同等で, GMTに特有とされる感染やテープ露出による抜去も認めず, 両群ともに術後QOLを含む排泄機能は有意に改善した. 安全性, 根治性, 排泄機能に関して同等の結果であった.
【結語】病態と患者背景に基づく術式選択により, 両アプローチともに良好な成績を示せた. 全身麻酔による腹腔鏡手術といった高コスト手術の選択も適正化され, 医療経済的にも優れる. 社会保障費も限られる日本の現状をふまえ, バランスのよい骨盤臓器脱治療に寄与すると考える.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:50 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ビデオワークショップ 11　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？4

司会：大沼 忍（東北大学病院）、金城 達也（琉球大学病院）

[VWS11-1] ロボット支援拡大結腸右半切除術における頭側アプローチと体腔内吻合の定型化による治療成績と課題の検討

*橋本 雅弘[1]、森本 祥悠[1]、加藤 伸弥[1]、西沢 佑次郎[2]、平木 将之[1]、畑 泰司[1]、寺西 立冴[1]、東口 公哉[1]、広田 将司[1]、古川 健太[1]、宮崎 安弘[1]、友國 晃[1]、本告 正明[1]、藤谷 和正[1]、土岐 祐一郎[1] (1. 大阪急性期・総合医療センター　消化器外科、2. 関西ろうさい病院　消化器外科)

[VWS11-2] 術式別にみたロボット支援結腸癌手術成績から、結腸癌手術における至適アプローチを考察する

*板谷 喜朗[1]、岡村 亮輔[1]、山本 健人[1]、星野 伸晃[1]、吉田 祐[1]、小濵 和貴[1] (1. 京都大学消化管外科)

[VWS11-3] 腫瘍部位別解析からみたロボット支援結腸癌手術の短期成績 ―ダブルバイポーラ法による手術手技の工夫―

*藤井 善章[1]、平野 直樹[1]、加藤 龍太郎[1]、廣川 高久[1]、宮井 博隆[1]、木村 昌弘[1]、小林 建司[2] (1. 刈谷豊田総合病院　、2. 函館医療センター)

[VWS11-4] 当科における結腸癌に対するロボット支援手術の治療成績 -Propensity score matchingを用いた腹腔鏡手術との比較-

*大井 悠[1]、牧野 七海[1]、川﨑 一生[1]、吉岡 佑一郎[1]、夏目 壮一郎[1]、大野 吏輝[1]、長嵜 寿矢[1] (1. 埼玉県立がんセンター)

[VWS11-5] 結腸癌ロボット手術の適応探索―多機関共同コホート研究：傾向スコアマッチング解析による腹腔鏡手術との比較―

*本間 周作[1,2]、水野 良祐[2,3]、高見 拓矢[2,3]、稲本 将[2,4,9]、前川 久継[2,5]、水野 礼[2,6]、高橋 亮[2,7]、塩田 哲也[2,8]、佐々木 勉[2,9]、松末 亮[2,10]、山浦 忠能[2,11]、吉冨 摩美[2,12]、村上 哲平[2,13]、長山 聡[2,14]、長田 圭司[2,15]、濱洲 晋哉[2,16]、花田 圭太[2,17]、岡村 亮輔[2,3]、板谷 喜朗[2,3]、小濵 和貴[2,3] (1. 神戸市立医療センター中央市民病院外科、2. 京都大腸手術研究グループ（KCRG)、3. 京都大学消化管外科、4. 大阪赤十字病院消化器外科、5. 医学研究所北野病院消化器外科、6. 京都医療センター外科、7. 京都桂病院消化器センター外科、8. 神戸市立西神戸医療センター外科・消化器外科、9. 滋賀県立総合病院外科、10. 天理よろづ相談所病院消化器外科、11. 姫路医療センター消化器外科、12. 兵庫県立尼崎総合医療センター外科・消化器外科、13. 神戸市立医療センター西市民病院消化器外科、14. 宇治徳洲会病院外科、15. 小倉記念病院外科、16. 大津赤十字病院外科、17. 洛和会音羽病院外科)

[VWS11-6] 助手に注目した脾弯曲部結腸癌に対するロボット支援手術の着地点 ― ラパロの価値を再考する ―

*伊藤 慎吾[1]、藤井 正一[1] (1. 湘南鎌倉総合病院　外科)

[VWS11-7] 結腸癌に対する全例ロボット支援手術の妥当性 ― 定型化・教育・臨床価値から見た最適戦略 ―

*山川 雄士[1]、加藤 潤紀[1]、澤井 美里[1]、上原 崇平[1]、浅井 宏之[1]、加藤 瑛[1]、鈴木 卓弥[1]、牛込 創[1]、高橋 広城[1]、瀧口 修司[1] (1. 名古屋市立大学病院　消化器外科)

[VWS11-8] ロボット支援大腸癌手術縦2件導入の取り組みと治療成績

*小野澤 寿志[1,2]、渡邊 匠[1]、小針 大輝[1]、山下 大和[1]、菅家 康之[1]、本山 一夫[1]、伊藤 泰輔[1]、石井 芳正[1]、河野 浩二[2] (1. 太田西ノ内病院外科、2. 福島県立医科大学消化管外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

[VWS11-9] 複数機種を使用し、コストと治療成績を意識したロボット支援下結腸癌手術

*大木 悠輔[1]、越智 夢乃進[1]、井村 真[1]、竹中 僚一[1]、川本 貴康[1]、久米 達彦[1]、宇都宮 大地[1]、武智 瞳[1]、桑原 淳[1]、桝屋 隆太[1]、杉下 博基[1]、菊池 聡[1]、秋田 聡[2]、吉田 素平[1]、古賀 繁宏[1]、石丸 啓[2]、押切 太郎[1] (1. 愛媛大学医学部消化管・腫瘍外科、2. 愛媛大学医学部地域低侵襲消化器医療学)

[VWS11-10] 結腸癌に対する根治切除の定型化をda Vinic SPを用いて行うことは可能か

*高橋 秀和[1]、松田 宙[2]、石川 慧[1]、朴 正勝[1]、吉川 幸宏[1]、小林 恭子[1]、大森 健[1]、竹政 伊知朗[1] (1. 大阪けいさつ病院、2. JCHO大阪病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:50 | 第2会場（2F コンベンションホール2）
ビデオワークショップ 11　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？4
司会：大沼 忍（東北大学病院）、金城 達也（琉球大学病院）

[VWS11-1] ロボット支援拡大結腸右半切除術における頭側アプローチと体腔内吻合の定型化による治療成績と課題の検討

*橋本 雅弘[1]、森本 祥悠[1]、加藤 伸弥[1]、西沢 佑次郎[2]、平木 将之[1]、畑 泰司[1]、寺西 立冴[1]、東口 公哉[1]、広田 将司[1]、古川 健太[1]、宮崎 安弘[1]、友國 晃[1]、本告 正明[1]、藤谷 和正[1]、土岐 祐一郎[1] (1. 大阪急性期・総合医療センター　消化器外科、2. 関西ろうさい病院　消化器外科)

【背景】
結腸癌に対する拡大結腸右半切除術は広く施行されているが、上腸間膜血管周囲の郭清および十二指腸・膵臓近傍の剥離を伴うため、高度な手技を要する。当院では腹腔鏡手術導入時より、郭清の受けをつくることを目的として頭側アプローチ先行を標準化してきた。2022年の保険収載以降はロボット支援手術を第一選択とし、体腔内吻合を併用している。本研究ではこれらの短期成績を検討した。
【対象と方法】
2014年5月から2026年3月までに当院で施行した拡大結腸右半切除術62例を対象とした。腹腔鏡手術33例（L群）、ロボット支援手術29例（R群）に分け、患者背景および短期成績を後ろ向きに比較検討した。腹腔鏡手術では体腔外吻合、ロボット支援手術では体腔内吻合を第一選択とした。
【結果】
年齢、性別、BMI、ASA-PSに差は認めなかった。腫瘍部位（上行結腸／横行結腸）は、上行結腸7例 vs 0例、横行結腸25例 vs 27例であった（p=0.014）。cStageでは、リンパ節転移（51.5% vs 24.1%, p=0.027）、遠隔転移（24.2% vs 0%, p=0.005）に差を認めた。手術時間はR群で延長傾向を認めたが有意差はなかった（249 vs 276分, p=0.074）。出血量はR群で有意に少なかった（30 vs 0 mL, p<0.001）。開腹移行はいずれの群でも認めなかった。食事開始日数はR群で有意に短縮していた（4 vs 1日, p<0.001）。在院日数もR群で有意に短かった（10 vs 6日, p<0.001）。Clavien–Dindo Grade II以上の合併症は、L群24.2%、R群13.8%であった（p=0.30）。イレウスはL群7例、R群2例であった（p=0.11）。リンパ節郭清個数に有意差は認めなかった（30 vs 36個, p=0.239）。
【結語】
ロボット支援拡大結腸右半切除術は、手術時間の延長傾向を認めたものの有意差はなく、安全に施行可能であった。一方で、出血量の減少および術後回復において良好な成績を認めた。頭側アプローチはロボット鉗子操作により上腹部操作に優れる一方で、体位変換や操作場面の切り替えに時間を要する可能性がある。当院における頭側アプローチおよび体腔内吻合を含めた手技の定型化について、手術動画を供覧し報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:50 | 第2会場（2F コンベンションホール2）
ビデオワークショップ 11　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？4
司会：大沼 忍（東北大学病院）、金城 達也（琉球大学病院）

[VWS11-2] 術式別にみたロボット支援結腸癌手術成績から、結腸癌手術における至適アプローチを考察する

*板谷 喜朗[1]、岡村 亮輔[1]、山本 健人[1]、星野 伸晃[1]、吉田 祐[1]、小濵 和貴[1] (1. 京都大学消化管外科)

[背景]ロボット支援結腸癌手術が保険収載されて久しいが、結腸癌手術における至適アプローチはまだ確立していない。当科ではこれはで腹腔鏡(Lap)に加えて、ロボット手術(Rob)としてda Vinci Xi、hinotori、Hugoと多機種を用いて結腸癌低侵襲手術を行なってきた。結腸癌手術は術式ごとに術後合併症発症割合が異なることが知られており、術式ごとの結腸癌手術に対する治療成績を比較し、低侵襲手術の至適アプローチを検討する。
[方法]2017年1月から2026年3月まで、結腸癌に対して根治的な低侵襲手術を行なった症例(他臓器合併切除を除く)655例(Lap 514例、Rob 141例)を、術式(右;回盲切/右半、左;左半/横行/下行、S)ごとに2:1の傾向スコアマッチング(PSM)により短期成績を後方視的に検討した。
[結果]術式別では、右(Lap 235例、Rob 87例)でPSM後はLap 153例、Rob 84例が抽出された。Lapは手術時間が短く(Lap 213分、Rob 257分)、CD2以上の合併症割合が高かった(Lap 13.7%、Rob 6.0%)。左(Lap 95例、Rob 17例)ではPSMでLap 18例、Rob 12例が抽出された。手術時間に差はなく(Lap 246分、Rob 280分)、CD2以上の合併症割合はLapで高かった(Lap 22.2%、Rob 8.3%)。S(Lap 184例、Rob 38例)ではPSMでLap 68例、Rob 37例が抽出され、Lapは手術時間が短く(Lap 185分、Rob 218分)、CD2以上の合併症割合が高かった(Lap 7.4%、Rob 0.0%)。
[結語]手術時間は左を除いてLapの方が短かったが、術後合併症は全術式でRobが半分程度であった。手術時間対策は必要である一方、結腸癌手術は術式によらずRobが望ましい可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:50 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ビデオワークショップ 11　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？4

司会：大沼 忍（東北大学病院）、金城 達也（琉球大学病院）

[VWS11-3] 腫瘍部位別解析からみたロボット支援結腸癌手術の短期成績 ―ダブルバイポーラ法による手術手技の工夫―

*藤井 善章[1]、平野 直樹[1]、加藤 龍太郎[1]、廣川 高久[1]、宮井 博隆[1]、木村 昌弘[1]、小林 建司[2] (1. 刈谷豊田総合病院　、2. 函館医療センター)

【背景】結腸癌手術は腫瘍局在により手術難度や解剖学的特性が異なるため、その治療成績を一括して評価することには限界がある。
【目的】
腫瘍部位別(C/A/T/D)にロボット(R群)と腹腔鏡(L群)の短期成績を比較し、ロボット結腸癌手術におけるダブルバイポーラ法の有用性をビデオで供覧する。
【対象と方法】
2009年から2025年に当院で施行した低侵襲結腸癌手術948例(R群201例、L群748例)を対象として、腫瘍部位(C, A, T, D)ごとに、年齢、性別、BMI、cT因子、cN因子を共変量として1:1のPSMを行い、ロボット結腸癌手術の短期成績ならびに安全性を比較検討した。
【結果】
PSM後、C/A/T/DにおいてR群L群それぞれ36/95/46/23例ずつ計400例がマッチした。各腫瘍部位において背景因子は良好に調整されていた。値はR群/L群の順に示す。手術時間中央値(min)はC：188/180.5、A：209/226、T：216/237、D：217/232でC領域を除きR群で手術時間は短縮する傾向を認めた。出血量中央値(mg)はC：10/10、A：10/20、T：10/20、D：10/20であり、上行結腸および横行結腸ではR群で有意に少なかった($p<0.001$、$p=0.037$)。郭清リンパ節個数中央値(個)はC：14/17、A：23/19、T：14.5/10、D：13/15であり、明らかな群間差を認めなかった。CD grade III以上の術後合併症発生率はいずれの部位でも明らかな群間差を認めなかった。以上より、腫瘍部位別解析においてロボット手術は腹腔鏡手術と同等の短期安全性を示した。結腸癌手術では、広範な結腸間膜を膵臓や十二指腸などの重要な後腹膜臓器から安全に授動し、複雑な血管走行を認識しながら緻密な郭清操作を行う必要がある。ダブルバイポーラ法は、低コストであることに加え、繊細な組織把持、剥離、切開、止血操作が可能であり、さらにモノポーラデバイスと比較して周囲組織への熱損傷を低減しうる点で、ロボット結腸癌手術に適した手技と考えられる。ビデオでは、進行結腸癌に対するダブルバイポーラ法の工夫と有用性を供覧する。
【結語】
腫瘍部位別PSM解析において、ロボット支援結腸癌手術は腹腔鏡手術と同等の短期安全性を示した。ダブルバイポーラ法は、ロボットの特性を最大限に引き出しうる有用な手技である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:50 | 第2会場（2F コンベンションホール2）
ビデオワークショップ 11　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？4
司会：大沼 忍（東北大学病院）、金城 達也（琉球大学病院）

[VWS11-4] 当科における結腸癌に対するロボット支援手術の治療成績 -Propensity score matchingを用いた腹腔鏡手術との比較-

*大井 悠[1]、牧野 七海[1]、川﨑 一生[1]、吉岡 佑一郎[1]、夏目 壮一郎[1]、大野 吏輝[1]、長嵜 寿矢[1] (1. 埼玉県立がんセンター)

【背景】結腸癌に対するロボット手術は2022年に保険適応となり，当科でも同年12月に導入した．当科におけるロボット手術(R)と腹腔鏡手術(L)の短期・中期成績をPropensity score matching(PSM)を用い後方視的に比較検討した．
【対象と方法】2018年1月から2025年2月の間にcStage I-III結腸癌に対し鏡視下結腸切除術を施行した808例を対象とした．R群とL群をPSMでマッチングし比較した．共変量は年齢，性別，BMI，腫瘍局在，cStageとした．
【結果(中央値)】R群 105例，L群 703例，マッチング後はそれぞれ105例であった．年齢，性別，BMI，開腹歴，cStageに有意差なく，腫瘍局在(V-T:D-S) 75:30/74:31例(p=0.88)であった．合併切除 4/4例(p=1.00)，吻合(小腸結腸:結腸結腸) 62:39/65:38例(p=0.68)，DST 22/23例(p=0.84)，体腔内吻合 79/6例(p<.0001)，Pfannenstiel切開 61/4例(p<.0001)，手術時間 221/215分(p=0.70)，出血量 4/24 mL(p=0.02)，開腹移行 0/2例(p=0.09)，術後在院日数 8/8日(p=0.25)，Clavien-Dindo Grade II以上の合併症 7/8例(p=0.79)，Grade III以上 3/2例(p=0.65)，縫合不全や腹腔内感染は両群で認めなかった．pT4 7/10例(p=0.45)，pN+ 41/32例(p=0.19)，採取リンパ節 21/23個(p=0.04)，PM 100/100mm(p=0.78)，DM 120/100mm(p=0.003)，L群でRM1を1例認めた．術後補助化学療法は33/26例(p=0.28)に行われた．また，術後6ヶ月以上経過している症例での腹壁瘢痕ヘルニアの発生率は，Pfannenstiel切開症例で正中切開症例と比較しやや少なかった(7.1 vs 18.8%, p=0.11)．中期成績はRFS(3y 87.5 vs 88.7%, p=0.88)，OS(3y 98.3 vs 96.1%, p=0.70)ともに差を認めなかった．播種再発は3 (2.9%)/4 (3.8%)(p=0.70)で両群に差を認めず，局所再発は認められなかった．
【結語】一般的にロボットで長いとされる手術時間も有意差なく，その親和性から体腔内吻合が多く施行され，出血量減少およびDMの確保に寄与していた．さらにPfannenstiel切開を行うことで，腹壁瘢痕ヘルニア発生率の低減が示唆された．中期的には腹膜播種や局所再発の頻度は腹腔鏡手術と同等であり，腫瘍学的にも安全に施行可能であると考える．手術ビデオを中心に，短期・中期成績も合わせて報告する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:50 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ビデオワークショップ 11　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？4

司会：大沼 忍（東北大学病院）、金城 達也（琉球大学病院）

[VWS11-5] 結腸癌ロボット手術の適応探索―多機関共同コホート研究：傾向スコアマッチング解析による腹腔鏡手術との比較―

*本間 周作[1,2]、水野 良祐[2,3]、高見 拓矢[2,3]、稲本 将[2,4,9]、前川 久継[2,5]、水野 礼[2,6]、高橋 亮[2,7]、塩田 哲也[2,8]、佐々木 勉[2,9]、松末 亮[2,10]、山浦 忠能[2,11]、吉冨 摩美[2,12]、村上 哲平[2,13]、長山 聡[2,14]、長田 圭司[2,15]、濱洲 晋哉[2,16]、花田 圭太[2,17]、岡村 亮輔[2,3]、板谷 喜朗[2,3]、小濵 和貴[2,3] (1. 神戸市立医療センター中央市民病院外科、2. 京都大腸手術研究グループ（KCRG)、3. 京都大学消化管外科、4. 大阪赤十字病院消化器外科、5. 医学研究所北野病院消化器外科、6. 京都医療センター外科、7. 京都桂病院消化器センター外科、8. 神戸市立西神戸医療センター外科・消化器外科、9. 滋賀県立総合病院外科、10. 天理よろづ相談所病院消化器外科、11. 姫路医療センター消化器外科、12. 兵庫県立尼崎総合医療センター外科・消化器外科、13. 神戸市立医療センター西市民病院消化器外科、14. 宇治徳洲会病院外科、15. 小倉記念病院外科、16. 大津赤十字病院外科、17. 洛和会音羽病院外科)

【背景】結腸癌に対するロボット手術は急速に普及しているが，腹腔鏡手術との術後中長期成績の比較は未だ十分とはいえない．さらに，コストや教育体制の観点から全症例への一律適応は現実的ではなく，適切な症例選択が求められる．本研究では，ロボット支援結腸癌手術の実臨床成績を検証し，有用となり得る症例の特徴を検討した．

【方法】ロボット手術導入17施設による多機関共同コホート研究として，2022～2023年に結腸癌(盲腸からRS)に対し根治切除目的の低侵襲手術を施行した症例を対象とした．1対3傾向スコアマッチングを用いて交絡調整を行い，術後合併症割合 (Clavien–Dindo ≥ Grade II)，R0切除割合，郭清リンパ節数，2年無再発生存率 (RFS)を比較した．また年齢，性別，BMI，腫瘍局在，cT，cN，体腔内吻合の有無に基づき探索的サブグループ解析を行った．

【結果】適格症例2,274例中，ロボット手術 (R群)が376例 (16.5%)，腹腔鏡手術 (L群)が1,898例 (83.5%)であった．マッチング後は1,168例 (R群298例，L群870例)を解析した．手術時間はR群で長かったが (311分 vs 255分)，術後合併症割合は両群とも12.4%であった．R0切除割合 (98.3% vs 98.5%)，郭清リンパ節数 (21個 vs 22個)にも差はなく，2年RFSもR群85.6%，L群86.0% (HR, 1.01 [95% CI, 0.71–1.44])と同等であった．サブグループ解析では80歳以上 (HR, 0.40 [0.15–1.02])，右側結腸癌 (HR, 0.63 [0.36–1.08]) でR群が良好な傾向を示した．一方，腫瘍進行度別では明らかな差を認めなかった (T4: HR, 1.13 [0.61–2.11]，T3以下: HR, 1.04［0.65–1.65]，N2-3: HR, 1.31［0.47–3.66]，N0-1: HR, 1.13［0.77–1.67]）．

【結語】ロボット手術と腹腔鏡手術の主な臨床成績は同等であったが，高齢者と右側結腸癌においてロボット手術の有用性が示唆された．今後さらなる症例集積と検討が必要である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:50 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ビデオワークショップ 11　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？4

司会：大沼 忍（東北大学病院）、金城 達也（琉球大学病院）

[VWS11-6] 助手に注目した脾弯曲部結腸癌に対するロボット支援手術の着地点 ― ラパロの価値を再考する ―

*伊藤 慎吾[1]、藤井 正一[1] (1. 湘南鎌倉総合病院　外科)

【背景】結腸癌に対するロボット支援手術（RAS）は2022年の保険収載以降急速に普及したが、腹腔鏡手術（LAC）に対する明確な優位性の報告は少ない。実臨床では「助手」の技量が術野展開を左右する場面が多く、特に脾弯曲部結腸癌では助手による間膜挙上や臓器圧排が成否を分ける。本検討では助手に焦点を当て、RASの治療成績と教育的意義を再考する。
【対象と方法】2023年3月にRASを導入し、LACが可能な全大腸癌を適応とした。2023年3月～2025年8月における脾弯曲近傍（脾弯曲から10cm以内）の横行・下行結腸癌に対するRAS 11例とLAC 27例を後方視的に比較した。RASの助手は全例専攻医であった。
【結果】患者背景に差はなかった。RASのコンソール時間は190分（156–300）、手術時間は253 vs 279分、出血量は60 vs 10 mL、最大創長は5.0 vs 4.0 cm、体腔内再建率は7.7 vs 100%（p<0.001）であった。≧Grade IIの短期合併症（22.2 vs 9.1%）および術後在院日数（9 vs 7日）はRASで少ない傾向を示した。郭清リンパ節数（10 vs 14）、pRM陽性率（両群0%）など根治性は同等であった。腹壁瘢痕ヘルニア（18.5 vs 0%）、2年全生存率（89.6 vs 100%）に有意差は認めなかった。
【考察】LACでは若手助手が担いきれない脾弯曲部の展開を、RASでは多関節アームにより術者自身が代行可能であり、LAC経験のない専攻医が助手でも良好な成績が得られた。一方でこれは「助手を育てない手術」となる危うさも孕む。当院ではアーム交換や小開腹操作に初期研修医も関与させ、手術時間を教育資源として再定義している。しかし助手に必須の空間認識や牽引感覚はラパロ経験なくしては培えない。LACはRASと開腹手術の間で中間的な位置づけとなりつつあるが、将来の術者育成の場として依然不可欠である。
【結語】脾弯曲近傍結腸癌に対するRASはLACと同等以上の成績を示した。RASの着地点は術式選択にとどまらず、助手育成を含めた術式体系全体として議論すべきであり、今後の世代にとって貴重となるラパロ経験を重視すべきである。代表的な「あるある」場面を動画で提示し議論する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:50 | 第2会場（2F コンベンションホール2）
ビデオワークショップ 11　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？4
司会：大沼 忍（東北大学病院）、金城 達也（琉球大学病院）

[VWS11-7] 結腸癌に対する全例ロボット支援手術の妥当性 ― 定型化・教育・臨床価値から見た最適戦略 ―

*山川 雄士[1]、加藤 潤紀[1]、澤井 美里[1]、上原 崇平[1]、浅井 宏之[1]、加藤 瑛[1]、鈴木 卓弥[1]、牛込 創[1]、高橋 広城[1]、瀧口 修司[1] (1. 名古屋市立大学病院　消化器外科)

近年，ロボット支援手術は直腸癌を中心に標準化が進む一方，結腸癌における適応と臨床的価値はいまだ一定のコンセンサスに至っていない．腹腔鏡手術が既に確立した良好な成績を示す中，ロボット手術は時間・コストの観点からも選択的適応にとどめるべきとの議論が根強いのが現状である．当科ではこの前提に対し，症例選択ではなく「全例ロボット」という戦略のもと，システム最適化によりその妥当性を検証してきた．
本発表では，ポート配置，エネルギーデバイス運用，手術手順の定型化により，再現性と安全性を担保した手術プラットフォームを提示する．さらに，体腔内吻合や血管周囲の精緻な剥離操作など，ロボット特有の利点を最大化することで，従来手技の単なる代替ではなく，手術の質そのものを向上させる取り組みを報告する．加えて，動的観察と言語化を基盤とした教育体系を導入し，若手外科医における手技習得の加速と再現性の向上を達成した。
その結果，手術時間は経験の蓄積とともに短縮し，出血量の低減および合併症率の抑制を維持しつつ，安定した周術期成績を得た．特に，手術のばらつき低減と教育効果の両立は，全例ロボット戦略の重要な臨床的価値である．
2021年5月~2025年12月の当院における353例のロボット支援下結腸癌手術をプロクターのみが行った症例と若手外科医とプロクターが合同で行った症例に分けて比較検討を行ったが、全手術時間、コンソール時間、出血量、周術期合併症、術後在院日数、中期成績において有意差を認めなかった。
結論として，結腸癌に対するロボット支援手術の着地点は「適応の選択」から「システムとしての最適化」への転換にある．定型化と教育を軸とした全例ロボット戦略は，再現性・安全性・教育性を高次元で統合し得る新たな標準治療となり得る可能性が示唆された．
本発表では，当科における定型化と教育を基盤とした全例ロボット支援手術のシステムについて供覧する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:50 | 第2会場（2F コンベンションホール2）
ビデオワークショップ 11　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？4
司会：大沼 忍（東北大学病院）、金城 達也（琉球大学病院）

[VWS11-8] ロボット支援大腸癌手術縦2件導入の取り組みと治療成績

*小野澤 寿志[1,2]、渡邊 匠[1]、小針 大輝[1]、山下 大和[1]、菅家 康之[1]、本山 一夫[1]、伊藤 泰輔[1]、石井 芳正[1]、河野 浩二[2] (1. 太田西ノ内病院外科、2. 福島県立医科大学消化管外科)

【はじめに】ロボット支援手術にかかる費用は高額であり，特にそのランニングコストを抑えるためにはロボットの稼働率を上げる必要がある.当院では2022年11月よりロボット支援大腸癌手術を導入し，手技の安定化に伴い2025年11月より手術室協力のもと1日縦2件のロボット支援大腸癌手術を導入した．【目的】当院におけるロボット支援大腸癌手術1日縦2件導入後の短期成績およびその妥当性について検討．【対象・方法】導入に際しては麻酔科・手術室と協議し，ロボット支援手術は全症例で入室時間を30分早める方針となったが(9:00から8:30入室に変更)，時間内で縦2件終了を目指すには1件約3時間で手術可能な症例を適切に組み合わせる必要があるため，右側は回盲部切除，左側はDST吻合症例を候補とした．今回，2022年11月から2026年3月までにロボット支援大腸癌手術を実施した症例のうち，上記条件に当てはまる56例を対象とし，縦2件で実施した症例(C群)と1日1件で実施した症例(S群)を比較検討した．他臓器合併切除症例は検討から除外した．【結果】縦2件実施は10回ありC群20例，S群は36例だった．年齢，性別，BMI，腫瘍の局在に差はなかった．手術時間中央値はC群195(148-277)分，S群247(166-389)分とC群で短い結果だった(p<0.01)．Clavien-Dindou分類Grade２の術後合併症はC群0例，S群5例，Grade3はC群0例，S群1例だった．執刀医に関しては，若手(専攻医を含む)の執刀割合がC群95%，S群85%だった．【結語】当科における1日縦2件のロボット支援大腸癌は若手の手術機会を増やしながら安全に運用することができた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:50 | 第2会場（2F コンベンションホール2）
ビデオワークショップ 11　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？4
司会：大沼 忍（東北大学病院）、金城 達也（琉球大学病院）

[VWS11-9] 複数機種を使用し、コストと治療成績を意識したロボット支援下結腸癌手術

*大木 悠輔[1]、越智 夢乃進[1]、井村 真[1]、竹中 僚一[1]、川本 貴康[1]、久米 達彦[1]、宇都宮 大地[1]、武智 瞳[1]、桑原 淳[1]、桝屋 隆太[1]、杉下 博基[1]、菊池 聡[1]、秋田 聡[2]、吉田 素平[1]、古賀 繁宏[1]、石丸 啓[2]、押切 太郎[1] (1. 愛媛大学医学部消化管・腫瘍外科、2. 愛媛大学医学部地域低侵襲消化器医療学)

【はじめに】ロボット支援下大腸癌手術は2026年診療報酬改定により施設基準を満たせばロボット加算を算定できるようになった。これにより腹腔鏡とのコスト差が埋まることが予測され、今後さらにロボット支援下手術が増加すると考えられる。当院では複数の手術支援ロボットを用いて結腸癌切除術を施行しており、手術支援ロボット間のコスト比較をおこなうことが可能である。また、当院で施行した結腸癌に対する、腹腔鏡手術とロボット支援下手術の治療成績を比較しロボット手術の有用性について検討を行うとともに、コストと組み合わせた、現時点での結腸癌にロボット手術の着地点を示す。
【対象と方法】当院で2018年1月から2026年3月までに当院で結腸癌に対する原発切除術を施行した313例を対象とし、腹腔鏡手術群（L群）239例とロボット支援手術群（R群）74例の短期成績およびコストを後ろ向きで検討した。
【結果】L群：R群患者背景は、性別(男性/ 女性) 152/ 87: 36/ 38、年齢 75(32-94): 74.5(43-94)歳、cStage 0/ I/ II/ III/ IV 1/ 72/ 85/ 53/ 28: 1/ 31/ 25/ 10/ 7、術式（回盲部/ 右半/ 横行結腸/ 左半/ S/ Hartmann）29/ 81/ 23/ 29/ 74/ 3: 10/ 14/ 10/ 6/ 34/ 0例。手術時間 240(108-339): 225.5(122-552)分(p=0.51)、出血量 0(0-2305): 0(0-160)ml(p=0.07)、開腹移行 7: 0例(p=0.029)、術後在院日数 7(5-58): 6(4-36)日(p<0.01)。C-D Grade II以上の合併症は30: 8例(p=0.01)。
＜手術時必要ディスポ物品の定価コスト比較＞腹腔鏡:約329,000円と比較して、ロボット daVinci Xi：+51,000 、hinotori：+62,000、Hugo+19,000円であった。
考察：当院のロボット手術は腹腔鏡と比較し手術時間や出血量において有意差はなかったが、開腹移行率、術後在院日数、術後合併症では有意差がみられ、良好な成績であった。コスト比較においては、ロボット機種別ではHugoが低コストであったが、いずれも腹腔鏡よりも高コストであった。
結語：結腸癌に対するロボット支援下手術は、腹腔鏡よりも高コストではあるが、ロボット加算を加味するとコスト差は小さくなり、手術成績は良好になることが示唆されたため、今後結腸癌手術はロボット手術へシフトしていく可能性が高いと考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:50 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ビデオワークショップ 11　結腸癌に対するRobot支援手術　治療成績と問題点から考える着地点は？4

司会：大沼 忍（東北大学病院）、金城 達也（琉球大学病院）

[VWS11-10] 結腸癌に対する根治切除の定型化をda Vinic SPを用いて行うことは可能か

*高橋 秀和[1]、松田 宙[2]、石川 慧[1]、朴 正勝[1]、吉川 幸宏[1]、小林 恭子[1]、大森 健[1]、竹政 伊知朗[1] (1. 大阪けいさつ病院、2. JCHO大阪病院)

[はじめに] 当院では2025年1月からda Vinci SPを導入した。結腸癌に対する根治手術を念頭に置いた際、複数アーム式のロボットによる手術よりも腹壁破壊が少なく、術後疼痛の軽減が期待される。またアーム間の干渉メカニズム・ターゲティングの概念が大きく異なるが、これを克服すれば腹腔内での自由度が大きく剥離範囲の広い結腸切除においては有利な可能性がある。一方で、SPではデバイス先端の距離に制限があるため広い範囲の視野展開、剥離には不向きで、広範囲な剥離を必要することが多い大腸手術では単孔式手術特有の視野展開が要求されるが、我々は以前より大腸癌に対する単孔式腹腔鏡下手術の経験を有する。
[方法] 臍部に3cmの小開腹をおき、SPアクセスポートキット Largeを留置、エアシールにて気腹した。ポートの追加は行わずに、郭清操作、腸間膜処理において、ダブルバイポーラー法を導入した。Da Vinci SP導入後の結腸癌根治切除症例39例について後方視的検討を行った。
[結果] 39例の男性14例、女性25例、年齢の中央値は77歳 (38-90歳)で、そのうち1例は十二指腸穿孔後、2例は大腸癌切既往のある異時性多発大腸癌に対する切除、1例は胃切除R-Y再建後の横行結腸癌であった。BMIの中央値は21.4kg/m2 (14.7-30.6)、腫瘍の主座は盲腸7例、上行結腸14例、横行結腸8例、下行結腸3例、S状結腸7例であった。コンソール時間の中央値は181分 (90-496)で、手術時間の中央値239分 (169-666) 出血量は少量 (少量―200ml) であった。術後在院日数の中央値は7日 (4-18日) でGarde2以上の合併症はイレウスを1例に認めるのみであった。腫瘍学的には、リンパ節郭清個数の中央値26個 (13-55)、PM、DM、RMはいずれも陰性で、Complete mesocolic excision率は100%であった。
[考察・結語] Da Vinci SPを異時性多発大腸癌症例など、複雑な操作を必要とする症例に対しても適応とした結果を示した。単孔式腹腔鏡下手術に比べてアームが1本追加されていることにより精緻な郭清操作をストレスなく行うことができる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

モーニングセミナー

2026年11月21日(土) 7:30 ~ 8:20 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

モーニングセミナー 1

司会：三上 洋平（千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学）

共催：武田薬品工業株式会社

[MS1-1] 患者さんのライフイベントを見据えたIBDの長期治療

*酒匂 美奈子[1] (1. JCHO東京山手メディカルセンター　炎症性腸疾患内科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

モーニングセミナー

2026年11月21日(土) 7:30 ~ 8:20 | 第5会場（1F 会議室102）

モーニングセミナー 2

司会：伊原 栄吉（国際医療福祉大学 医学部 消化器内科学（消化管））

共催：アステラス製薬株式会社

[MS2-1] 慢性便秘症の二次治療とリナクロチドの使いどころ ーSwitch studyから見えた最適な患者選択とはー

*吉原 努[1] (1. 横須賀市立総合医療センター　消化器内科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

モーニングセミナー

2026年11月21日(土) 7:30 ~ 8:20 | 第6会場（1F 会議室103）

モーニングセミナー 3

司会：齋藤 豊（国立がん研究センター中央病院　内視鏡センター）

共催：興和株式会社

[MS3-1] 糖尿病発症におけるショ糖による腸内環境の恒常性破綻

*川野 義長[1] (1. 慶應義塾大学医学部　腎臓内分泌代謝内科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

モーニングセミナー

2026年11月21日(土) 7:30 ~ 8:20 | 第7会場（1F 会議室107）

モーニングセミナー 4

司会：髙野 正太（社会医療法人社団高野会 大腸肛門病センター高野病院）

共催：ヴィアトリス製薬合同会社

[MS4-1] RomeⅤが与える日本の慢性便秘症診断・治療への影響について

*河原 秀次郎[1,2] (1. 国立病院機構 西埼玉中央病院、2. 東京慈恵会医科大学)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

モーニングセミナー

2026年11月21日(土) 7:30 ~ 8:20 | 第8会場（1F 会議室108）

モーニングセミナー 5

司会：板橋 道朗（埼玉県済生会　加須病院）

共催：杏林製薬株式会社

[MS5-1] 潰瘍性大腸炎治療におけるAnchor Drugの役割

*江﨑 幹宏[1] (1. 佐賀大学医学部内科学講座 消化器内科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

2026年11月21日(土) 11:50 ~ 12:40 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

ランチョンセミナー 11

司会：北川 雄光（慶應義塾大学）

共催：ミヤリサン製薬株式会社

[LS11-1] 腸脳相関の要は腸内細菌

*金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学（消化器))

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

2026年11月21日(土) 11:50 ~ 12:40 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ランチョンセミナー 12

司会：辰巳 健志（横浜市立市民病院）

共催：ヤンセンファーマ株式会社

[LS12-1] 臨床試験エビデンスから再考するクローン病治療
〜小腸・肛門病変へのアプローチと長期寛解維持を見据えたトレムフィアの可能性〜

*山本 隆行[1] (1. 独立行政法人地域医療機能推進機構四日市羽津医療センター)

[LS12-2] リアルワールドデータから再考するクローン病治療
~肛門病変と腸管病変の包括的アプローチ~

*酒匂 美奈子[1] (1. 独立行政法人地域医療機能推進機構 東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

2026年11月21日(土) 11:50 ~ 12:40 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ランチョンセミナー 13

司会：藤井 俊光（東京科学大学　消化器連携医療学）

共催：持田製薬株式会社

[LS13-1] CD診療におけるオンボーの臨床的位置づけ
～オンボーの基礎と臨床からの考察～

*深田 雅之[1] (1. JCHO東京山手メディカルセンター　炎症性腸疾患センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

2026年11月21日(土) 11:50 ~ 12:40 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

ランチョンセミナー 14　S1P受容体調節剤が示す潰瘍性大腸炎治療の新たな可能性

司会：杉本 健（浜松医科大学 内科学第一講座）

共催：ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社

[LS14-1] 潰瘍性大腸炎の長期的疾患コントロールに向けた新たな選択肢

*杉本 真也[1] (1. 慶應義塾大学医学部 内科学（消化器))

[LS14-2] Unmet Medical Needsから考えるUC治療戦略 ―ゼポジアをどう活かすか―

*小林 拓[1] (1. 北里大学北里研究所病院 炎症性腸疾患先進治療センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

2026年11月21日(土) 11:50 ~ 12:40 | 第5会場（1F 会議室102）

ランチョンセミナー 15

司会：髙野 正太（大腸肛門病センター高野病院）

共催：日本メドトロニック株式会社

[LS15-1] 直腸がん術後排便障害のマネジメント～患者満足を高める治療介入のタイミングと選択～

*岡本 亮[1] (1. 明和病院 消化器外科 骨盤底センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

2026年11月21日(土) 11:50 ~ 12:40 | 第6会場（1F 会議室103）

ランチョンセミナー 16

司会：絹笠 祐介（東京科学大学　消化管外科学分野）

共催：小野薬品工業株式会社

[LS16-1] 大腸癌治療の最適化を目指して― TNT後のロボット手術とバイオマーカー治療の現在地―

*賀川 義規[1] (1. 大阪国際がんセンター　消化器外科/直腸がんセンター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

2026年11月21日(土) 11:50 ~ 12:40 | 第7会場（1F 会議室107）

ランチョンセミナー 17　女性医師の視点から考える肛門疾患診療

司会：山口 トキコ（マリーゴールドクリニック）、野﨑 元子（のざきクリニック）

共催：マルホ株式会社

[LS17-1] 女性の裂肛診療を考える-排便障害まで診る松島病院の取り組み-

*松島 小百合[1] (1. 松島病院)

[LS17-2] 女性患者のニーズに応える肛門科診療　-女性専用肛門科クリニックにおける診療と痔核手術の工夫-

*那須 聡果[1] (1. ウィメンズクリニック浦和)

[LS17-3] 女性の肛門周囲膿瘍　この治療で間違いない??

*伊禮 靖苗[1] (1. 大腸肛門病センター　高野病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

2026年11月21日(土) 11:50 ~ 12:40 | 第8会場（1F 会議室108）

ランチョンセミナー 18　IBD Expand – UC Session – ～患者さんに合った最適治療を見据えて～

司会：中村 志郎（互恵会 大阪回生病院 IBDセンター）

共催：アッヴィ合同会社

[LS18-1] 臨床試験と実臨床の経験からスキリージの位置付けを考える

*小柳 亮太[1] (1. 宇都宮記念病院 炎症性腸疾患科)

[LS18-2] 臨床試験と実臨床の経験からリンヴォックの位置付けを考える

*園田 光[1] (1. 東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

2026年11月21日(土) 11:50 ~ 12:40 | 第9会場（1F 会議室101-A）

ランチョンセミナー 19

司会：江﨑 幹宏（佐賀大学医学部内科学講座　消化器内科）

共催：ファイザー株式会社

[LS19-1] UC診療における治療選択の新たな視点
―経口薬ベルスピティを活かす場面とは―

*横山 薫[1] (1. 北里大学医学部　消化器内科学)

[LS19-2] 多様化する潰瘍性大腸炎の治療-ベルスピティ錠®を選択する理由-

*竹内 健[1] (1. 辻仲病院柏の葉　消化器内科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

2026年11月21日(土) 11:50 ~ 12:40 | 第10会場（1F 会議室101-B）

ランチョンセミナー 20　現代の直腸癌手術における経肛門アプローチの役割：TTSSからその先へ

司会：平能 康充（埼玉医科大学国際医療センター 消化器外科（下部消化管外科））

共催：Applied Medical Japan株式会社

[LS20-1] 現代の直腸癌手術における
経肛門アプローチの役割と導入について

*岡村 亮輔[1] (1. 京都大学 消化管外科)

[LS20-2] TaTMEの現在地と未来
ーTTSSから切り拓く経肛門アプローチー

*塚田 祐一郎[1] (1. 国立がん研究センター東病院 大腸外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ランチョンセミナー

2026年11月21日(土) 11:50 ~ 12:40 | 第12会場（1F 会議室109）

ランチョンセミナー 21

司会：猪股 雅史（大分大学医学部 消化器・小児外科学講座）

共催：東亜新薬株式会社 / 東亜薬品工業株式会社

[LS21-1] がんと宿主の相互作用に基づく腸内細菌叢、免疫栄養、漢方の協働を探る　～サルコペニア、全身性炎症制御へのアプローチ～

*問山 裕二[1] (1. 三重大学大学院　消化管・小児外科学)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ワークショップ７　進行直腸癌に対する術前治療後の側方リンパ節転移診断基準および側方郭清の適応と治療成績

司会：安井 昌義（関西労災病院　消化器外科）、山口 智弘（がん研究会有明病院　大腸外科　直腸がん集学的治療センター）

[WS7-1] 術前画像因子を統合した側方リンパ節転移予測モデルの構築―LLNDおよび術前治療層別化に向けたリスク分類―

*久戸瀬 洋三[1,2]、田藏 昂平[2]、永田 洋士[2]、高見澤 康之[2]、塚本 俊輔[2]、金光 幸秀[2] (1. 多根総合病院、2. 国立がん研究センター中央病院大腸外科)

[WS7-2] 術前治療時代における側方リンパ節郭清の適応戦略：画像診断に基づく選択的LLNDの妥当性と治療成績

*大谷 一貴[1]、塚田 祐一郎[1]、佐々木 将磨[1]、山東 雅紀[1]、長谷川 寛[1]、池田 公治[1]、西澤 祐吏[1]、伊藤 雅昭[1] (1. 国立がん研究センター東病院大腸外科)

[WS7-3] 術前化学療法の直腸癌側方リンパ節転移への制御効果についての検討

*吉川 千尋[1]、小山 文一[1]、井上 隆[1]、岩佐 陽介[1]、高木 忠隆[1]、藤本 浩輔[1]、田村 昂[1]、江尻 剛気[1]、庄 雅之[1] (1. 奈良県立医科大学附属病院)

[WS7-4] 進行下部直腸癌における術前治療の有無に応じた側方郭清適応についての検討

*名西 健二[1]、有田 智洋[1]、清水 浩紀[1]、木内 純[1]、倉島 研人[1]、中道 脩介[1]、塩﨑 敦[1] (1. 京都府立医科大学　消化器外科)

[WS7-5] 術前治療のレジメンが術前化学放射線療法後の直腸癌に対する選択的側方郭清の適応に与える影響の検討

*横山 雄一郎[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、江本 成伸[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[1]、品川 貴秀[1]、舘川 裕一[1]、岡田 聡[1]、白鳥 広志[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学医学部腫瘍外科)

[WS7-6] Borderline resectable直腸癌に対する側方郭清の適応と治療成績

*笠井 俊輔[1]、塩見 明生[1]、眞部 祥一[1]、田中 佑典[1]、小嶋 忠浩[1]、森 千浩[1]、髙嶋 祐助[1]、辻尾 元[1]、八尾 健太[1]、横山 希生人[1]、小林 尚輝[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 峻助[1] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

[WS7-7] 進行直腸癌に対する側方リンパ節転移診断基準と治療的側方郭清の適応・治療成績

*松井 信平[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研究会有明病院大腸外科)

[WS7-8] 直腸癌における術前治療が側方リンパ節郭清の適応および術後排尿機能に及ぼす影響

*武井 信諭[1]、坂元 慧[1]、出嶋 皓[1]、中守 咲子[1]、加藤 博樹[1]、高雄 美里[1]、中野 大輔[1]、佐々木 和人[1]、川合 一茂[1] (1. がん・感染症センター都立駒込病院大腸外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ワークショップ７　進行直腸癌に対する術前治療後の側方リンパ節転移診断基準および側方郭清の適応と治療成績

司会：安井 昌義（関西労災病院　消化器外科）、山口 智弘（がん研究会有明病院　大腸外科　直腸がん集学的治療センター）

[WS7-1] 術前画像因子を統合した側方リンパ節転移予測モデルの構築―LLNDおよび術前治療層別化に向けたリスク分類―

*久戸瀬 洋三[1,2]、田藏 昂平[2]、永田 洋士[2]、高見澤 康之[2]、塚本 俊輔[2]、金光 幸秀[2] (1. 多根総合病院、2. 国立がん研究センター中央病院大腸外科)

背景：進行直腸癌に対する術前治療の拡大に伴い、側方リンパ節郭清（LLND）の適応が再検討されている。しかし、側方リンパ節転移の術前診断精度は十分とは言えず、LLNDを要する症例と省略可能症例の選別、および術前治療適応層別化が重要な課題である。
目的：術前画像因子を統合した側方リンパ節転移予測モデルを構築し、リスク層別化を通じてLLNDおよび術前治療適応評価への有用性を検討する。
方法：2012年～2023年3月までに当院でLLNDを施行したStage II–III中下部直腸癌患者のうち、MRIおよびthin-slice CT colonography(CTC)の画像データを有する288例を対象とし連続症例の後ろ向き解析を行った。画像的因子として側方リンパ節短径、直腸間膜リンパ節短径、EMVI、腫瘍下縁から肛門縁までのAV距離(連続変数)、中直腸動脈の有無を評価した。LLNDの適応は腫瘍下縁が腹膜翻転部より肛門側に位置し、cT3以深またはcN陽性とした。アウトカムは病理学的側方リンパ節転移陽性とした。多変量ロジスティック回帰分析により予測モデルを構築し、内部検証にはbootstrap法を用いた。
結果：病理学的側方リンパ節転移は33例（11%）に認めた。多変量解析では側方リンパ節短径≧7 mm、直腸間膜リンパ節短径≧9mm、EMVI、CTC画像によるAV距離測定が独立した予測因子であった。これらを統合したモデルの識別能はAUC 0.88であり、optimism-corrected AUCは0.86で、既報に基づく側方リンパ節短径≧7mmを用いた単純画像モデル（AUC 0.75）より高い識別能を示し（p=0.001）、calibrationも良好であった。本モデルに基づき予測確率5%未満をlow-risk群と定義すると175例（60.8%）が該当し、この群における側方リンパ節転移率は1.9%（5/175）と極めて低く、陰性的中率は97.1%であった。
結論：複数の術前画像因子を統合した予測モデルにより側方リンパ節転移の予測精度は向上し、転移リスクが極めて低い患者群を同定可能であった。本モデルは側方リンパ節転移リスクの層別化を通じて、LLNDおよび術前治療の適応判断や省略可能症例の選別に寄与する可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ワークショップ７　進行直腸癌に対する術前治療後の側方リンパ節転移診断基準および側方郭清の適応と治療成績

司会：安井 昌義（関西労災病院　消化器外科）、山口 智弘（がん研究会有明病院　大腸外科　直腸がん集学的治療センター）

[WS7-2] 術前治療時代における側方リンパ節郭清の適応戦略：画像診断に基づく選択的LLNDの妥当性と治療成績

*大谷 一貴[1]、塚田 祐一郎[1]、佐々木 将磨[1]、山東 雅紀[1]、長谷川 寛[1]、池田 公治[1]、西澤 祐吏[1]、伊藤 雅昭[1] (1. 国立がん研究センター東病院大腸外科)

【背景】 本邦のガイドラインでは，腫瘍下縁が腹膜反転部以下のcT3以深の直腸癌を対象とした側方リンパ節郭清（LLND）の実施が推奨されているが，この対象の中には病理学的に転移陰性である症例も多く含まれる．また，近年は進行直腸癌に対する術前治療の機会が増加しており，術前治療後の予防的側方郭清の適応を再評価する必要性が生じている．本研究では，術前治療の導入が側方郭清の適応および治療成績に与える影響を検討した．
【方法】 本研究は単施設後ろ向き観察研究であり，2016年1月から2022年10月までに当院でLLNDを伴う根治目的の切除が施行された原発性直腸腺癌症例を対象とした．術前治療の有無および種類に基づき，以下の3群に分類：術前治療なし（Upfront）群，Total neoadjuvant therapy症例を含む術前放射線化学療法施行（CRT）群，術前化学療法施行（NAC）群．スライス厚5mm以下のMRIで側方リンパ節（LLN）の最大短径およびMalignant feature（MF：辺縁不整，内部信号不均一）の有無を評価し，病理学的なLLN転移（pLLN）と関連づけて分析した．最大短径の至適カットオフ値はYouden indexで算出した．
【結果】 対象症例は385例であり，Upfront群175例，CRT群142例，NAC群68例であった．両側LLNDは365例（94.8%），片側LLNDは20例（5.2%）に施行された．手術前MRI（術前治療群では治療施行後）でのLLNの最大短径5mm以上をLLNDの基準とした場合，全群でYouden indexが最大となり，適応基準として妥当と考えられた．仮にこの基準をLLNDの適応基準として用いた場合，LLND適応症例はUpfront群で47%，CRT群で24%，NAC群で37%に減少すると推計され，LLNDを省略した症例のpLLN陽性例は0.8%（2/242例）にとどまると見込まれた．また，片側のLLNが短径5mm以上かつ対側が短径5mm未満の症例で，対側のpLLN陽性例は121例中3例（2.5%）のみであり，短径5mm未満側の郭清省略が可能と考えられた．2022年10月以降に適応変更した結果，LLND施行率は31.8%まで減少し、そのうち68.6%は片側郭清であったが，側方再発は1.8%にとどまった．
【結語】 手術前MRIでLLNの最大短径が5mm以上である症例に対して，同側のLLNDを施行することが適切である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ワークショップ７　進行直腸癌に対する術前治療後の側方リンパ節転移診断基準および側方郭清の適応と治療成績

司会：安井 昌義（関西労災病院　消化器外科）、山口 智弘（がん研究会有明病院　大腸外科　直腸がん集学的治療センター）

[WS7-3] 術前化学療法の直腸癌側方リンパ節転移への制御効果についての検討

*吉川 千尋[1]、小山 文一[1]、井上 隆[1]、岩佐 陽介[1]、高木 忠隆[1]、藤本 浩輔[1]、田村 昂[1]、江尻 剛気[1]、庄 雅之[1] (1. 奈良県立医科大学附属病院)

【目的】本邦では局所進行下部直腸癌に対して直腸間膜全切除(total mesorectal excision：TME)＋側方リンパ節郭清(lateral lymph node dissection :LLD)が標準治療となっており， 当院では2014年よりTME+LLDに加えて術前化学療法(neoadjuvant chemotherapy :NAC)を導入している.NACの側方リンパ節転移への制御効果についてNAC未施行群と比較して検討した.【方法】2008年1月から2022年12月の間に当院でTME+LL Dを施行した下部直腸癌患者147名を対象とした. MRIのT2強調像で短径5mm以上の側方リンパ節を側方リンパ節腫大(陽性)と診断した. NACの対象はcT3以深or cN1-3の症例とし, OxaliplatinベースでDoublet 6例, Doublet+Bmab 42例，Doublet+Pmab を29例に施行した.【結果】年齢中央値は64(33-79)歳，男/女： 88/59例であった. 腫瘍下縁がPにかかる症例が28例でcStage Ⅱ / Ⅲ:18/129例,c T1/2/3/4:2/11/88/46例,c LLN(+)は61例であった. NAC群77例と非NAC群70例の背景因子では,年齢,性別, 腫瘍下縁,TPE施行例,cLLN(+)には有意差はなく,cT4,cStageⅢは有意にNAC群の方が多かった. pLLN(+)はNAC群と非NAC群との間に有意差は認めなかった. (NAC群15.6%vs 非NAC群11.4%) NAC群のcLLN(+)36例の内,NAC後にycLLN(-)となった症例は15例(41.6%)であり,そのうち4例（26.7%）にpLLN(+)を認めた.cLLN(+)のうちNAC後もycLLN(+)であった21例のうち,pLLN(+)は8例(38%)に認めた. cLLN(+)のうちNAC群と非NAC群とでpLLN(+)となった症例にも有意差は認めず(NAC群33.3%vs 非NAC群24.0%),cLLN(-)のうちNAC群と非NAC群とでpLLN(+)となった症例にも有意差は認めなかった(NAC群0%vs NAC未施行群4.4%),側方リンパ節再発をきたした症例は5例であり,内訳はNAC群２例,非NAC群3例で有意差を認めなかった.
【結語】NAC群と非NAC群ではpLLN(+)に有意差は認めず,NACの側方リンパ節転移への制御効果は限定的であった.cLLN(-)となった症例でもpLLN(+)となる症例がありそのような症例には,側方郭清を手控えるべきではないということが示唆された.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ワークショップ７　進行直腸癌に対する術前治療後の側方リンパ節転移診断基準および側方郭清の適応と治療成績

司会：安井 昌義（関西労災病院　消化器外科）、山口 智弘（がん研究会有明病院　大腸外科　直腸がん集学的治療センター）

[WS7-4] 進行下部直腸癌における術前治療の有無に応じた側方郭清適応についての検討

*名西 健二[1]、有田 智洋[1]、清水 浩紀[1]、木内 純[1]、倉島 研人[1]、中道 脩介[1]、塩﨑 敦[1] (1. 京都府立医科大学　消化器外科)

【背景】大腸癌治療ガイドラインでは、進行下部直腸癌(LARC)に対して側方郭清(LLND)が推奨され、その省略基準は明らかでない。【目的】LARCに対するLLNDの治療成績を臨床的、病理学的に解析し、術前化学放射線療法(NACRT)による側方リンパ節転移[LN(+)]の制御効果を検証する。【方法】2008年4月～2025年3月にLARCに対してLLNDを伴う根治切除を行った116例から、術前化学療法のみを行った8例、同時性他癌を伴う6例を除外し、102例を対象とした。対象症例を(1)upfront surgeryを行った31症例(US群)、(2)NACRT後に手術を行った71症例(NACRT群)に分類し、臨床病理学的背景、長期成績(全生存[OS]、無再発生存[RFS])を解析した。cLN(+)の診断基準は短径5mm and/or PET-CTにおけるFDG集積ありとした。さらに、191側の側方リンパ節[LD1郭清13側(13例)＋LD2郭清178側(89例)]を、治療前診断・術前診断とNACRTの有無に従ってcLN(-)/US、cLN(+)/US、cLN(-)/NACRT、cLN(+)/NACRT/ycLN(-)、cLN(+)/NACRT/ycLN(+)の6群に分け、各群のp/ypLN(+)率を明らかにした。【結果】NACRT群ではUS群に比べて男性(p=0.018)、cM(-)(p=0.008)、開腹手術(p=0.033)が多く、その他の臨床病理学的因子に群間差を認めなかった。NACRT症例における効果判定はRECIST基準でCR:5.6%、PR:65.2%、組織学的効果判定でGrade3:4.3%、Grade2:50.0%であった。cM(+)10例を除外した92例の長期成績は、OS(p=0.688; 5年OS: US群85.9% vs NACRT群85.4%)、RFS(p=0.946; 5年RFS: US群68.8% vs NACRT群68.9%)とも群間差を認めなかった。p/ypLN(+)率はcLN(-)/US：5.6%[2/36]、cLN(+)/US：28.6%[6/21]、cLN(-)/NACRT：0%[0/93]、cLN(+)/NACRT/ycLN(-)：4.5%[1/22]、cLN(+)/NACRT/ycLN(+)：31.6%[6/19]であった。cLN(-)に対してNACRT後LD1郭清を行った8例の中で、郭清省略側の側方リンパ節再発を来した症例はなく、cLN(-)/NACRTの93側には、対側cLN(+)のリンパ節が21側含まれていた。【結語】cLN(-)のLARCに対して、NACRTを行えばLLNDを省略可能だが、cLN(+)に対してNACRTを施行後ycLN(-)となってもLLNDの省略は慎重に検討される必要がある。片側LLNDの是非や、長期成績については今後検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ワークショップ７　進行直腸癌に対する術前治療後の側方リンパ節転移診断基準および側方郭清の適応と治療成績

司会：安井 昌義（関西労災病院　消化器外科）、山口 智弘（がん研究会有明病院　大腸外科　直腸がん集学的治療センター）

[WS7-5] 術前治療のレジメンが術前化学放射線療法後の直腸癌に対する選択的側方郭清の適応に与える影響の検討

*横山 雄一郎[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、江本 成伸[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[1]、品川 貴秀[1]、舘川 裕一[1]、岡田 聡[1]、白鳥 広志[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学医学部腫瘍外科)

【目的】直腸癌術前化学放射線療法（CRT)のレジメンの違いが、選択的側方郭清（LLND）の適応基準である、CRT前の側方リンパ節(LLN)径に与える影響について明らかにする。
【方法】当科で2012年から2024年に遠隔転移を伴わない直腸癌に対してCRT後、根治切除を施行した症例の内、UFT/UZEL併用群をA群(192例)、TEGAFIRI（UFT/UZEL/CPT-11）併用群をB群(86例）とし、CTでのCRT前のLLN最大長径とLLN転移・再発の有無について比較検討した。
【結果】A群/B群でのUFT、RTに対するrelative dose intensity(RDI)は、UFT (0.985±0.098 vs 0.968±0.080：p=0.16)、RT（0.997±0.036 vs 0.998±0.011：p=0.74）と両群間で差が無く、B群でのCPT-11に対するRDIは、0.867±0.212であった。B群はA群と比較して、年齢が若かったが、性別や腫瘍の肛門縁からの距離などには差を認めなかった。病理学的因子では、cT因子に差を認めないものの、ypT因子は、B群でよりdownstageされている傾向にあった（p=0.07)。また、B群でcN陽性症例が多い傾向にあった（51% vs 78%：p=0.06）が、ypN陽性症例には差を認めなかった（30% vs 26%：p=0.78)。TRGもB群で有意良好であり（p<0.01)、pCR率も、B群で有意に高かった（10% vs 20%：p=0.03)。LLNDは、A群の37例（19%：片側29例、両側：8例)、B群の10例（12%：片側6例、両側4例）に施行されていた。LLND施行例の内、A群の18例、B群の7例で病理学的LLN転移陽性であり、LLND非施行例の中で、A群の3例にLLN再発を認めた。LLN再発症例も含めて、LLN転移陽性例と定義し、CRT前のLLN長径のcut-off値を5mm、8mm、10mmとしてLLN転移陽性診断における感度/特異度を比較すると、A群では、5mm：100%/42.7%、8mm：95.2%/80.1%、10mm：76.2%/89.5%であり、B群では、5mm：100%/34.2%、8mm：100%/77.2%、10mm：100%/91.1%であった。B群では、LLN径10mmまでLLNDを省略できる可能性が示唆された。10mm以上のLLNの転移頻度は、A群47%、B群50%と両群で高かったが、8-10mmの範囲内のLLNの転移頻度はB群で低い傾向にあった（20% vs 0%：p = 0.27)。
【結語】CRT後のLLNDの適応基準となるCRT前のLLN径は、CRTレジメンによって異なる可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ワークショップ７　進行直腸癌に対する術前治療後の側方リンパ節転移診断基準および側方郭清の適応と治療成績

司会：安井 昌義（関西労災病院　消化器外科）、山口 智弘（がん研究会有明病院　大腸外科　直腸がん集学的治療センター）

[WS7-6] Borderline resectable直腸癌に対する側方郭清の適応と治療成績

*笠井 俊輔[1]、塩見 明生[1]、眞部 祥一[1]、田中 佑典[1]、小嶋 忠浩[1]、森 千浩[1]、髙嶋 祐助[1]、辻尾 元[1]、八尾 健太[1]、横山 希生人[1]、小林 尚輝[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 峻助[1] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

【背景】局所進行下部直腸癌に対する当院の治療の基本方針はupfront surgeryによるTMEと両側側方郭清である。一方、隣接臓器合併切除を含めた手術単独治療ではR0切除が困難な症例、腫瘍縮小により機能温存（TPEの回避など）が期待できる症例をBorderline resectable (BR)直腸癌とし、局所制御の向上のために選択的にnCRTを導入する。nCRT後は原則として側方郭清を省略するが、nCRT前に側方リンパ節転移（LLNM）陽性側のみ系統的側方郭清を施行する。LLNMのMRI診断基準は短径6 mm以上あるいは辺縁不整・内部不均一な形状のリンパ節を陽性とする。本検討ではBR直腸癌に対する治療成績を評価し、術前治療と側方郭清の適応について考察することを目的とした。
【方法】2010年4月から2024年3月にBR直腸癌に対して根治術を施行した症例の短期・長期成績を評価した。また、LLNMの診断能、RFSのリスク因子を検討した。
【結果】対象期間中の直腸癌根治術3051例のうち、解析対象のBR直腸癌は77例であった。年齢中央値65歳、男性66例であった。cT1/2/3/4は0/1/27/49例、cN0/1/2は14/23/40例、cM0/1は72/5例で、nCRT前LLNM陽性62.3%であった。術式はLAR/ISR/APR/TPEが25/9/32/11例、アプローチはOpen/Lap/Robotが36/3/52例で、隣接臓器合併切除は50.6%、側方郭清は72.7%に施行された。手術時間中央値411分、出血量中央値87mLで、Clavien-Dindo Grade≥IIの合併症は33.8%であった。病理学的LLNM陽性29.9%で、LLNM診断能はnCRT前で感度47.9%、特異度100%で、nCRT後で感度69.2%、特異度90.2%であった。5年OSは87.5%、RFSは67.0%で、局所再発4例のうち、側方リンパ節再発は郭清側1例、非郭清側1例であった。多変量解析ではcM1がRFS不良の独立因子として同定された(HR 6.92, p<0.01)。
【考察】BR直腸癌においてnCRT前MRIに基づく選択的な側方郭清の適応と治療成績は妥当と考えられた。LLNMの診断能向上には人工知能や分子プロファイリングなどの新たな試みも期待される。欧米ではTNTが標準治療となったが、upfront surgeryを基本とする本邦の治療戦略においては、JCOG2207などの結果を踏まえてその適応症例を慎重に選別する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ワークショップ７　進行直腸癌に対する術前治療後の側方リンパ節転移診断基準および側方郭清の適応と治療成績

司会：安井 昌義（関西労災病院　消化器外科）、山口 智弘（がん研究会有明病院　大腸外科　直腸がん集学的治療センター）

[WS7-7] 進行直腸癌に対する側方リンパ節転移診断基準と治療的側方郭清の適応・治療成績

*松井 信平[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、秋吉 高志[1] (1. がん研究会有明病院大腸外科)

【はじめに】本邦のガイドラインでは腹膜反転部肛門側のcT3以深下部直腸癌に側方リンパ節郭清（LPLND）が推奨されるが、術前治療後のLPLN転移診断基準・郭清適応は未確立である。当院では2004年より局所進行下部直腸癌に術前化学放射線療法（CRT）、再発高リスク群にはTotal Neoadjuvant Therapy（TNT）を併施し、転移陽性側のみ治療的LPLNDを行う片側選択的郭清を継続してきた。
【対象・方法】2004～2020年にCRT/TNT後にLPLND併施根治切除を行った下部直腸癌210例（CRT103、TNT107）を対象に、郭清省略可能性・長期成績・急性期（≦90日）/慢性期（>90日）合併症をClavien-Dindo（CD）分類で評価した。
【結果】LPLND適応は治療前長径7mm以上とした。TNT群で、治療前短径7mm未満群の病理学的転移率は2.1%、7mm以上群は44.1%（p<0.01）であった。TNT後短径4mm以上群は4mm未満群より5年無再発生存率が低かった（71.1 vs 86.2%, p=0.04）。術前長径7mm以上であってもTNT後短径4mm未満であれば郭清省略の可能性を示唆した。TNT群は進行例が多く手術時間も長かった（478 vs 370分, p<0.01）。CD Grade II以上の急性期合併症はTNT群で有意に効率であった（TNT57.9% vs CRT45.6%、p=0.10）。とくに神経因性膀胱がTNT群で有意に高率（31.8% vs 15.5%, p=0.006、IPTW調整後30.2% vs 15.1%, p=0.011）であった。一方、慢性期合併症は2群に差はなく、背景調整後も同等であったTNT22.4% vs CRT16.5%（p=0.301）。
【結語】治療前長径7mm・TNT後短径4mmの2段階基準は郭清適応最適化に有用な可能性があった。TNT後LPLNDは神経因性膀胱に留意すれば慢性期合併症はCRTと同等で、安全かつ腫瘍学的に許容されると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ワークショップ７　進行直腸癌に対する術前治療後の側方リンパ節転移診断基準および側方郭清の適応と治療成績

司会：安井 昌義（関西労災病院　消化器外科）、山口 智弘（がん研究会有明病院　大腸外科　直腸がん集学的治療センター）

[WS7-8] 直腸癌における術前治療が側方リンパ節郭清の適応および術後排尿機能に及ぼす影響

*武井 信諭[1]、坂元 慧[1]、出嶋 皓[1]、中守 咲子[1]、加藤 博樹[1]、高雄 美里[1]、中野 大輔[1]、佐々木 和人[1]、川合 一茂[1] (1. がん・感染症センター都立駒込病院大腸外科)

【背景・目的】近年、局所進行下部直腸癌に対して術前化学放射線療法（CRT）やTotal neoadjuvant therapy（TNT）が導入されている。これらはR0切除率の向上や局所再発の抑制に寄与する一方で、術後機能障害への影響が懸念されている。側方リンパ節郭清（LLND）の適応や郭清範囲も変化しつつあるが、術前治療後のLLNDと術後機能障害との関連は十分な検討がなされていない。本研究では、当院のLLND症例を対象に、術前治療と術後排尿機能の関連を検討した。

【方法】2014年から2025年に当院で腹腔鏡化・ロボット支援下にLLND（片側・両側を含む）を施行した下部直腸癌を対象とした。臓器・神経合併切除35例およびNAC施行例4例を除外し、最終的に149例を解析対象とした。当院における側方リンパ節転移の診断基準は、MRIで辺縁不整、信号不均一、短径 5 mm 以上のいずれかを満たすこととしている。術前治療施行例では、治療前の時点でこれらの基準を満たさない場合、側方郭清を省略している。術前治療の有無により2群に分類し、臨床病理学的因子および手術関連因子を比較・検討した。主要評価項目は入院期間中に発生したClavien–Dindo分類Grade1以上の排尿障害とした。

【結果】対象は149例（男性97例）で、年齢中央値は64歳だった。前治療は24例（16.1%）で施行され、内訳はTNT 16例 (66.7%)、CRT 5例 (20.8%)、放射線療法単独3例 (12.5%)だった。前治療施行群は非施行群に比して、手術時間が長い傾向にあり、(510min vs 411min、p＜0.01)。出血量が有意に多かった（222ml vs 81ml、p＜0.01)。LLNDに関して、前治療施行群では両側6例（25.0%)、片側18例（75.0%）だったのに対し、非施行群では両側113例（90.4%)、片側12例（9.6%）であり、非施行群で両側郭清症例が有意に多かった（p＜0.01)。入院期間中の排尿障害は19例（12.7%）に認め、全例がGrade2であった。排尿障害は全て前治療非施行群で認められ、有意に前治療施行群に比して多かった（0.0% vs 16.1%、p＝0.04)。

【結語】下部直腸癌に対する術前治療は、術中出血量や手術時間を増加させる一方で、両側側方郭清の施行割合を低下させることにより、術後排尿機能の温存に寄与する可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第7会場（1F 会議室107）

ワークショップ８　排便困難型を考慮に入れた便秘診療

司会：野明 俊裕（社会医療法人社団高野会くるめ病院)、本間 祐子（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS8-1] 患者自由記載における排便困難型便秘症を示唆する表現の検討

*矢野 雷太[1]、柴田 浩輔[1]、白川 賢司[1]、小林 弘典[1]、坂下 吉弘[1]、石田 裕[1]、宮本 勝也[1] (1. 国家公務員共済組合連合会広島記念病院)

[WS8-2] 便排出障害型（排便困難型）慢性便秘症の診断・治療の現状

*宮崎 道彦[1]、山田 真美[1]、田中 玲子[1]、高橋 佑典[2]、河合 賢二[2]、徳山 信嗣[2]、加藤 健志[2]、平尾 素宏[2] (1. どうじん会道仁病院大腸肛門病センター、2. 国立病院機構大阪医療センター外科)

[WS8-3] 当院における排便困難型便秘に対する診断方法と治療

*酒井 悠[1]、黒水 丈次[1]、内田 ひかり[1]、ナナー ジョージ譲時[1]、佐井 佳世[1]、渡部 晃子[1]、米本 昇平[1]、松島 小百合[1]、小菅 経子[1]、紅谷 鮎美[1]、松村 奈緒美[1]、河野 洋一[1]、宋 江楓[1]、國場 幸均[1]、下島 裕寛[1]、岡本 康介[1]、宮島 伸宜[1]、松島 誠[1] (1. 松島病院)

[WS8-4] 直腸型便秘患者に対する骨盤底筋トレーニングの効果について

*石井 正之[1]、野明 俊裕[1]、石橋 英樹[1]、白水 良征[1]、鈴木 麻未[1]、長田 和義[1]、荒木 靖三[1] (1. 高野会くるめ病院)

[WS8-5] 便排出困難型便秘症の診療

*伊禮 靖苗[1]、髙野 正太[1]、辻 順行[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院大腸肛門機能科)

[WS8-6] 排便困難型便秘症に対する外科外来主導の病態別診療―器質性・機能性・排便強迫症状への包括的対応―

*岡本 亮[1]、松木 豪志[1]、一瀬 規子[1]、中島 隆善[1]、仲本 嘉彦[1]、栁 秀憲[1] (1. 医療法人信和会明和病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第7会場（1F 会議室107）

ワークショップ８　排便困難型を考慮に入れた便秘診療

司会：野明 俊裕（社会医療法人社団高野会くるめ病院）、本間 祐子（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS8-1] 患者自由記載における排便困難型便秘症を示唆する表現の検討

*矢野 雷太[1]、柴田 浩輔[1]、白川 賢司[1]、小林 弘典[1]、坂下 吉弘[1]、石田 裕[1]、宮本 勝也[1] (1. 国家公務員共済組合連合会広島記念病院)

【背景】慢性便秘症では、排便回数減少型と排便困難型を適切に鑑別し、病態に応じた診療を行うことが重要である。しかし一般診療では排便回数や便性状に着目した診療が中心となり、排便困難型が見逃されている可能性がある。また両型が併存する症例では、さらに鑑別が複雑化する。
【目的】排便機能外来受診患者の問診票および初診時カルテ記載を解析し、排便困難型便秘症を示唆する患者表現の特徴を明らかにすることを目的とした。
【方法】2020年4月から2026年3月までに当院排便機能外来を受診した526例のうち、便秘を主訴とした288例について、後方視的に検討した。便秘症例を、排便回数減少型、排便困難型、両型併存型の3群に分類した。問診票自由記載および初診時カルテ記載から患者表現を抽出し、語句を統一したうえで頻度解析および群間比較を行った。また排便困難型要素を有する症例に特徴的な語句について検討した。
【結果】排便困難型および両型併存型では、「残便感」「出しきれない」「肛門で止まる」「指で出す」「浣腸」「長時間トイレ」などの表現が高頻度に認められた。一方、排便回数減少型では、「何日も出ない」「腹部膨満感」「硬い」「コロコロ便」などの表現が多く認められた。両型併存型も含め、排便困難型要素を有する症例では、排便回数減少のみを呈する症例と比較し、「残便感」「出しきれない」など排便障害を示唆する表現が特徴的であった。
【考察】排便困難型要素を有する便秘症患者には、特徴的な言語表現が認められた。排便困難型便秘の診断や治療には専門性を要するため、残便感や排便時困難感を訴える症例や、通常の投薬では解決できない症例では、排便困難型を念頭に置いて専門外来へ積極的に紹介する、地域の連携が必要であると考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科
2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第7会場（1F 会議室107）
ワークショップ 8　排便困難型を考慮に入れた便秘診療
司会：野明 俊裕（社会医療法人社団高野会くるめ病院）、本間 祐子（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS8-2] 便排出障害型（排便困難型）慢性便秘症の診断・治療の現状

*宮崎 道彦[1]、山田 真美[1]、田中 玲子[1]、高橋 佑典[2]、河合 賢二[2]、徳山 信嗣[2]、加藤 健志[2]、平尾 素宏[2] (1. どうじん会道仁病院大腸肛門病センター、2. 国立病院機構大阪医療センター外科)

便排出障害型（排便困難型）慢性便秘症は以前には直腸肛門型便秘症と呼ばれていたが慢性便秘症診療ガイドライン初版（2017）によって新たに命名、定義された疾患群である。原因としては肛門の三大疾患の他、様々な疾患がある。下部消化管内視鏡検査などのスクリーニング検査を行った後にConstipation Scoring System 7点以上の慢性便秘症例中、下垂感、閉塞感、便意喪失などの訴えがある症例や排便コントロールを行い軟便であっても排便困難や不完全排便を訴える症例は便排出障害型を疑って専門的検査を行う。検査項目は排便造影検査、直腸肛門内圧検査、直腸肛門感覚検査である。2025年12月31日までの我々の経験を後方視的に報告する。

Ⅰ. 排便造影検査：検査時に造影剤の漏れ、臓器脱を認めた症例を除外した627例中器質的便排出障害としては直腸瘤（22.0％）、wide rectum（1.0％）、直腸重積（19.1％）、S状結腸瘤（1.8％）を、機能的便排出障害としては恥骨直腸筋奇異性収縮（5.9％）、恥骨直腸筋弛緩不全（12.1％）、stuck pelvic floor（4.8％）、肛門管開放不良（8.5%）を、その他の所見としては会陰下垂（55.2％）、鋸歯状直腸（8.9％）を検出した（重複含む）。単一の所見であった症例は約30％であった。

Ⅱ. 直腸肛門内圧検査：便秘を主訴に検査を施行した151例中93例（62％）は肛門管最大静止圧、肛門管随意収縮圧のどちらかもしくは双方とも健常域未満であった。これらの症例は薬物治療中に失禁が出現する可能性がありアドヒアランスの維持に注意が必要と考えられた。骨盤底筋協調運動障害では直腸圧上昇-肛門圧下降のバランスも測定する。三大疾患のうち裂肛は術前後の静止圧の変化が重要である。

Ⅲ. 直腸肛門感覚検査：便秘が主訴で検査を施行した153例中便意発現最小量、最大耐容量ともに健常であったのは35%であり、便排出障害である便意発現最小量、最大耐容量ともに大きい症例は21％であった。

Ⅳ. 治療

器質的疾患は手術も選択肢に置くが機能的疾患はバイオフィードバック療法などの理学療法を行う。

Ⅴ. 今後の課題と展望

便排出障害の診断、治療に於いて検査手技の統一、検査の簡便化、保険収載などの問題がある。

以上詳細に論じたい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科
2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第7会場（1F 会議室107）
ワークショップ 8　排便困難型を考慮に入れた便秘診療
司会：野明 俊裕（社会医療法人社団高野会くるめ病院）、本間 祐子（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS8-3] 当院における排便困難型便秘に対する診断方法と治療

*酒井 悠[1]、黒水 丈次[1]、内田 ひかり[1]、ナナー ジョージ譲時[1]、佐井 佳世[1]、渡部 晃子[1]、米本 昇平[1]、松島 小百合[1]、小菅 経子[1]、紅谷 鮎美[1]、松村 奈緒美[1]、河野 洋一[1]、宋 江楓[1]、國場 幸均[1]、下島 裕寛[1]、岡本 康介[1]、宮島 伸宜[1]、松島 誠[1] (1. 松島病院)

【背景】
慢性便秘症は排便回数減少型と排便困難型に分類されるが、排便困難型では食事・生活習慣指導や薬物療法のみでは十分な改善が得られない症例も多い。排便困難型便秘の原因となる便排出障害には、機能性便排出障害と器質性便排出障害があり、両者が複合している症例も少なくない。そのため、病態評価に基づいた診断と治療が重要である。

【対象】
2021年2月から2026年2月までに当院の排便機能外来を受診し、排便困難型便秘と診断した91例を対象とした。

【方法】
患者背景、排便状況、病態分類（機能性便排出障害、器質性便排出障害〔直腸瘤、直腸重積など〕）、検査（直腸肛門内圧検査、排便造影検査）および治療（薬物療法、排便指導、バイオフィードバック療法など）について後方視的に検討した。

【結果】
年齢中央値は71歳で、女性が63例と多かった。病態分類は機能性便排出障害が45例、器質性便排出障害が16例、両者の合併が30例であった。男性では機能性便排出障害が主体であった一方、女性では器質性便排出障害あるいはその合併例を多く認めた。直腸肛門内圧検査は66例、排便造影検査は62例に施行された。治療としては排便指導および薬物療法を中心に行い、一部症例ではバイオフィードバック療法や外科的治療を併用した。

【考察】
排便困難型便秘では、詳細な問診に加えて機能検査や形態評価を組み合わせることで病態把握が可能となり、個々の症例に応じた治療選択につながると考えられた。排便方法の改善を治療の基本とし、それに加えて便性状の調節や便意発現に対する薬物療法も必要である。長年の排便習慣の修正には難渋する症例も少なくなく、排便造影検査やバイオフィードバック療法は客観的評価および治療介入として有用と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科
2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第7会場（1F 会議室107）
ワークショップ８　排便困難型を考慮に入れた便秘診療
司会：野明 俊裕（社会医療法人社団高野会くるめ病院）、本間 祐子（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS8-4] 直腸型便秘患者に対する骨盤底筋トレーニングの効果について

*石井 正之[1]、野明 俊裕[1]、石橋 英樹[1]、白水 良征[1]、鈴木 麻未[1]、長田 和義[1]、荒木 靖三[1] (1. 高野会くるめ病院)

背景：慢性便秘患者のうち、直腸型（排出障害型）便秘患者は、経口の下剤の効果も少なく、治療が困難であることが多い。バイオフィードバック治療を中心とした行動認知療法である骨盤底筋トレーニング（以下PFT）は効果的治療のひとつとされているが、保険診療にも収載されておらず、専門施設で施行されるにとどまっている。今後、その普及に向けて、効果の程度、治療効果に影響を与える因子を明らかにする必要がある。今回、PFTの効果に影響を与える要因を、後ろ向きに調査したので報告する。
方法：当院にて2023年から2025年の間に直腸型便秘と診断されてPFTが行われ、完遂した症例51例を対象とした。治療は排便姿勢指導、バイオフィードバック、バルーンを用いた直腸感覚訓練、バルーン排出訓練からなる。Constipation Scoring System（以下CSS）を治療前後、放射線不透過マーカー法を用いた腸管輸送能検査、直腸肛門機能検査（安静時および排出時における直腸内圧と肛門管内圧、便意発現最小量）を治療前に行った。PFT前のCSSが治療後に1/2以下になった場合に臨床的な改善と定義し、それらの症例をレスポンス群、それ以外をノンレスポンス群として分類した。
結果：対象患者は、年齢の中央値74歳（24～89）、男性31例女性20例。レスポンス群15例（29%）、ノンレスポンス群36例（71%）であった。下剤服用の有無は両群間で有意差を認めなかった。腸管輸送能検査で3日目にマーカーが4割以上残っているslow transit症例では、それ以外の症例に比べてレスポンス群が少ない傾向にあったが（23%vs34%、p=0.36）、有意差は認めなかった。排出時の直腸内圧上昇幅、安静時と排出時の肛門内圧変化率、便意発現最小量についてもレスポンス群とノンレスポンス群の間で有意差を認めなかった。
結語：直腸型便秘患者に対してPFTを行い、CSSを用いた効果判定を行ったところ、約3割の患者が効果ありとされた。治療前の検査などにおいて、効果に影響を及ぼす因子は認められなかった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科
2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第7会場（1F 会議室107）
ワークショップ８　排便困難型を考慮に入れた便秘診療
司会：野明 俊裕（社会医療法人社団高野会くるめ病院）、本間 祐子（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS8-5] 便排出困難型便秘症の診療

*伊禮 靖苗[1]、髙野 正太[1]、辻 順行[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院大腸肛門機能科)

Obstructed Defecation Syndrome (ODS)は排便に時間を要する、排便困難感、残便感といった症状を呈する病態で、当院では、器質性と機能性に分けて考慮している。器質性には直腸瘤または直腸膣壁弛緩や直腸重積などが含まれ、機能性には排便動作時の奇異性収縮や不適切な骨盤底弛緩、不適切な腹圧低下といった排便動作の協調運動がうまくいかないタイプと直腸肛門の感覚異常を伴うタイプがある。しかし実臨床では、器質性機能性は混在しており、診療は同様に進め、保存療法を優先している。診療ではまず既往、症状よりODSを推測する。直腸肛門指診を行い、直腸内の便貯留有無、直腸瘤の有無と肛門の筋力、骨盤の動きを確認する。肛門鏡検査では直腸粘膜脱などの合併疾患を確認する。精密検査においては腸管通過時間検査におけるマーカーの直腸内停滞、直腸肛門機能検査におけるバルーン排出検査、直腸肛門内圧検査による排出圧パターン、直腸肛門感覚検査を確認する。また排便造影検査を行い、排便時の姿勢の確認、治療有効性の確認、器質性の重症度も評価する。治療においてはまず便性や排便タイミング安定のための食生活指導、必要に応じて薬物療法を実施し、バルーンを用いた排出訓練を推奨している。排出訓練においては排便造影検査結果を患者本人に認識していただき、詳細に指導する。排便造影検査で排出は良好なものの、直腸感覚異常（直腸が過敏）なタイプには直腸感覚検査を応用したバルーンを利用した減感作療法、脛骨神経刺激療法を実施している。脊髄疾患に関しては逆行性洗腸療法を考慮する。上記の治療でも十分な排出が得られないODSに関しては手術療法を提案する。以前は人工肛門の選択肢が考えられたが、選択肢は広がっている。直腸瘤、重積に関しては排便造影検査の重症度タイプ分類から術式を選択している。奇異性収縮型には恥骨直腸筋切開を考慮する。仙骨神経刺激療法の適応に関しては便失禁、尿失禁を合併する症例に関して考慮する。盲腸瘻による順行性洗腸も有用である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科・肛門科
2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第7会場（1F 会議室107）
ワークショップ 8　排便困難型を考慮に入れた便秘診療
司会：野明 俊裕（社会医療法人社団高野会くるめ病院）、本間 祐子（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS8-6] 排便困難型便秘症に対する外科外来主導の病態別診療―器質性・機能性・排便強迫症状への包括的対応―

*岡本 亮[1]、松木 豪志[1]、一瀬 規子[1]、中島 隆善[1]、仲本 嘉彦[1]、栁 秀憲[1] (1. 医療法人信和会明和病院)

【目的】当院の排便機能外来は外科主導で行っており、主訴を肛門疾患として受診する便秘患者も多い。訴えは「便が出ない」だけでなく、直腸瘤・直腸重積などの器質的便排出障害、骨盤底筋協調運動障害などの機能性便排出障害、さらに直腸内に排出すべき便を認めないにもかかわらず残便感や頻回排便行為を反復する排便強迫症状が混在する。当院排便機能外来における排便困難型便秘症の病態別診療と地域連携を報告する。【対象と方法】専門外来を受診した便秘症例を、問診、排便日誌、直腸肛門内圧検査、排便造影検査等により排便回数減少型、機能性便排出障害、器質的便排出障害、排便強迫症状に分類した。器質的便排出障害には直腸脱・直腸瘤・直腸重積等の病態に応じて手術適応を検討し、機能性便排出障害にはバイオフィードバック療法外来での排便姿勢指導、骨盤底筋群体操、バルーン排出訓練を行った。また特に短期での症状改善を目指す患者は近隣の消化器科病院と連携し短期入院も含め治療に当たった。治療抵抗例や過剰な残便感・便意へのとらわれを伴う症例では、病態を見える化したうえで認知行動療法、マインドフルネス、必要時SSRI等の薬物療法を併用し、看護師・リハビリスタッフと連携診療に当たった。【結果】当院便秘症患者では排便困難型が比較的高率で、過去検討では便秘症例の38%を占めた。排便困難型の内訳は機能性47%、器質性37%、排便強迫症状16%であった。外来全体では薬物療法のみ56%、バイオフィードバック療法29%、手術9%であった。公認心理師の資格取得後、認知行動療法などの心理療法での介入を行った30例では、便排出障害・LARSには全例BF療法を併施し、便排出障害・排便強迫症状の約30%でSSRI等を使用した。身体的治療との併用のため単独効果判定には限界があるが、45%で明らかな症状改善を認めた。【結語】排便困難型便秘では、排便造影を軸に器質性・機能性・排便強迫を分けることが治療選択に直結する。外科外来で遭遇する薬物療法抵抗例に対して、手術、バイオフィードバック療法、地域連携、心理的介入を病態に応じて組み合わせることは、排便困難型便秘診療を考える上で有用な視点と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:10 | 第7会場（1F 会議室107）

ワークショップ９　便失禁診療ガイドライン発刊がもたらした便失禁診療・ケアの変化

司会：佐藤 正美（東京慈恵会医科大学医学部看護学科）、味村 俊樹（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS9-1] 便失禁患者における皮膚障害の予防とケア：WOCの視点を踏まえた実践的提案

*磯上 由美[1] (1. フリーランスWOCナース)

[WS9-2] 皮膚・排泄ケア認定看護師として便失禁診療ガイドラインを基盤に実践する専門的スキンケア

*江川 安紀子[1]、佐藤 正美[2]、荒木 しのぶ[3]、今泉 郷子[4]、榎本 浩也[5]、岡田 みどり[6]、幸田 圭史[7]、谷山 牧[8]、深井 喜代子[9]、松原 康美[10]、三宅 映子[11]、柳 朝子[12] (1. 東京慈恵会医科大学附属病院、2. 東京慈恵会医科大学医学部看護学科、3. 川崎医科大学附属病院看護部、4. 東海大学医学部看護学科、5. 国際医療福祉大学那須医療センター、6. 川崎医療短期大学看護学科、7. 幸樹会おゆみのクリニック、8. 国際医療福祉大学小田原保健医療学部看護学科、9. 東京慈恵会医科大学大学院、10. 北里大学病院看護部、11. 川崎医療短期大学看護学科、12. 国立がん研究センター中央病院看護部)

[WS9-3] 便失禁専門外来における過去20年間の薬物療法の変化

*安部 達也[1]、太田 盛道[1]、渡邉 賢二[1]、鉢呂 芳一[1]、小原 啓[1]、國本 正雄[1]、村上 雅則[2] (1. くにもと病院肛門科、2. くにもと病院消化器内科)

[WS9-4] 便失禁診療ガイドラインとともに発展する経肛門的洗腸療法 〜長期成績から見えてくる今後の展望〜

*本間 祐子[1,2]、味村 俊樹[2]、篠原 翔一[2]、利府 数馬[2]、太白 健一[2]、東條 峰之[2]、伊藤 誉[2]、山下 裕玄[2]、山口 博紀[2] (1. 牧田総合病院肛門病センター、2. 自治医科大学消化器一般移植外科)

[WS9-5] 便失禁診療ガイドラインにおける会陰体再建術の位置付け：分娩後会陰体損傷42例の治療成績

*村上 耕一郎[1]、水黒 知行[1] (1. 総心会長岡京病院外科)

[WS9-6] 便失禁に対する仙骨神経刺激療法の治療成績と試験刺激の予測的役割

*勝野 秀稔[1]、遠藤 智美[1]、諸原 浩二[1]、柴崎 晋[1]、中村 謙一[1]、松尾 一勲[1]、辻村 和紀[1]、川瀬 貴久[1]、小出 哲也[1]、今中 孝[1]、加藤 悠太郎[1]、守瀬 善一[1] (1. 藤田医科大学岡崎医療センター外科)

[WS9-7] 仙骨神経刺激療法治療の現状と課題

*伊禮 靖苗[1]、髙野 正太[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院大腸肛門機能科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:10 | 第7会場（1F 会議室107）

ワークショップ９　便失禁診療ガイドライン発刊がもたらした便失禁診療・ケアの変化

司会：佐藤 正美（東京慈恵会医科大学医学部看護学科）、味村 俊樹（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS9-1] 便失禁患者における皮膚障害の予防とケア：WOCの視点を踏まえた実践的提案

*磯上 由美[1] (1. フリーランスWOCナース)

便失禁に伴う皮膚障害は、痛みを伴い患者の生活の質を大きく損なうだけでなく、感染リスクやケア負担の増大にもつながる課題である。便失禁診療ガイドライン2024では、失禁関連皮膚炎（IAD）が新たに詳細化され、予防と治療の基本的な考え方が整理された。こうした背景から、皮膚障害への適切な介入は、便失禁診療においてより重要性を増している。
一方で、WOCナースが常駐しない医療機関や介護施設では、皮膚障害の初期対応を医師が担う場面も少なくない。皮膚ケアは専門性の高い領域ではあるが、基本的な予防ケアや早期治療のポイントは、医師が把握しておくことで診療の質向上に寄与できる。本演題では、WOCとして経験した症例をもとに、日常診療で活用しやすい皮膚障害ケアの基本的視点を共有したい。
便失禁に関連する皮膚障害は、皮膚バリアの脆弱化、便中酵素による刺激、湿潤環境の持続など複数の要因が重なって発生する。予防の基本は、皮膚のpHを保ちながら刺激を最小限にする洗浄と保護であり、弱酸性洗浄剤の使用や擦らない洗浄、適切な保護膜の選択など、比較的シンプルな介入でも効果が期待できる。また、食事や薬剤での便性状の調整は皮膚障害の改善に直結し、医師の治療介入とケアの連携が重要となる。
本演題では、ガイドライン2024の視点を踏まえつつ、皮膚障害ケアの基本的ポイントを整理し、LARSなど多様な便失禁病態における皮膚ケアの視点についても共有したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:10 | 第7会場（1F 会議室107）
ワークショップ９　便失禁診療ガイドライン発刊がもたらした便失禁診療・ケアの変化
司会：佐藤 正美（東京慈恵会医科大学医学部看護学科）、味村 俊樹（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS9-2] 皮膚・排泄ケア認定看護師として便失禁診療ガイドラインを基盤に実践する専門的スキンケア

*江川 安紀子[1]、佐藤 正美[2]、荒木 しのぶ[3]、今泉 郷子[4]、榎本 浩也[5]、岡田 みどり[6]、幸田 圭史[7]、谷山 牧[8]、深井 喜代子[9]、松原 康美[10]、三宅 映子[11]、柳 朝子[12] (1. 東京慈恵会医科大学附属病院、2. 東京慈恵会医科大学医学部看護学科、3. 川崎医科大学附属病院看護部、4. 東海大学医学部看護学科、5. 国際医療福祉大学那須医療センター、6. 川崎医療短期大学看護学科、7. 幸樹会おゆみのクリニック、8. 国際医療福祉大学小田原保健医療学部看護学科、9. 東京慈恵会医科大学大学院、10. 北里大学病院看護部、11. 川崎医療短期大学看護学科、12. 国立がん研究センター中央病院看護部)

【はじめに】

　皮膚・排泄ケア認定看護師(WOCN)はWound, Ostomy, in Continence領域における高度看護実践者である。そのため便失禁保存療法において生活に合わせた排泄管理と失禁関連皮膚炎(IAD)に対する専門的スキンケアは重要な役割である。

【IADの実態把握】

IADの有病率は5.6%～50%と報告の幅が広く、失禁の理由も皮膚炎も様々であり正確な現状把握が難しい。当院では入院患者は治療に伴う一過性の排便状況不良や失禁によるIADで、便性調整とスキンケアで速やかに改善することが多い。外来患者は直腸がん術後の低位前方切除後症候群(LARS)か小児の肛門形成後が多くを占めるが、全体像は不明である。

実態把握が難しいが、一つの事実として直腸がん術後のIADに関し7施設で実施した自記式質問票調査および診療録調査の結果を報告する。(本学倫理理員会承認番号：35-093 11718）対象は研究に同意を得た直腸がん肛門温存術後5年以内の方で、分析対象はn＝373、平均年齢65.4歳、術後経過の中央値24.0ヶ月、一時的ストーマ造設割合は38.6であった 。LARSスコアは重症55.2%、軽症27.1%で、Wexnerスコアは0～5点良好57.6%、6～10点やや不良30.3%、11～16点不良が11.3%であった。

IADありが326(87.3%)、なし47(12.6%)で直腸がん術後は85%以上にIADがあることが明らかになった。LARS重症度はIADあり（軽症95、重症168）、IADなし（軽症10、重症34）でIADなし群に重症LARSが有意に多かった(p=0.003)。

【ガイドラインを基盤にしたケア】

身体変化や治療による一過性のIADから慢性的なもの、直腸がん術後までケア対象は多く、便失禁によるIADケアを幅広く提供する必要がある。その基本であるスキンケアにおいて、弱酸性洗浄剤使用は便失禁診療ガイドライン2024年版においてもエビデンスレベル、推奨度共に高い。その中でさらにWOCNは洗浄剤の特徴やスキンケアに関わる不織布、皮膚皮膜剤も含めて選択し、IAD改善、疼痛緩和、下着汚れ改善、ケア回数の減少などの効果が得られているため、ケアの実際について症例を提示し報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:10 | 第7会場（1F 会議室107）

ワークショップ９　便失禁診療ガイドライン発刊がもたらした便失禁診療・ケアの変化

司会：佐藤 正美（東京慈恵会医科大学医学部看護学科）、味村 俊樹（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS9-3] 便失禁専門外来における過去20年間の薬物療法の変化

*安部 達也[1]、太田 盛道[1]、渡邉 賢二[1]、鉢呂 芳一[1]、小原 啓[1]、國本 正雄[1]、村上 雅則[2] (1. くにもと病院肛門科、2. くにもと病院消化器内科)

【背景】尿失禁の患者の多くは泌尿器科を受診するが，便失禁に特化した診療科は存在しないため，便失禁に悩む患者は，内科，消化器科，肛門科，婦人科などを受診することになる．当院の肛門科には，便失禁を訴える患者が多く訪れるため，2005年に国内初の便失禁専門外来を開設した．

【目的】便失禁は便性が緩く，排便回数が多いほど起こりやすい．また，便失禁患者の3分の1は肛門内圧が正常であり，その多くは便秘を併発しているとされる．したがって，食物繊維や増粘剤を用いた便性の改善や，薬物療法による下痢や便秘の解消は，便失禁症状を緩和するのに有効である．そこで，当院の便失禁外来における過去20年間の薬物療法について検討した．

【方法】ブリストル便形状スケールが5–7の症例に対しては，便性を硬化させる効果を有する薬剤を，下痢型過敏性腸症候群や直腸知覚過敏に伴う切迫性便失禁に対してはラモセトロン塩酸塩を，排便後の漏出性便失禁に対しては，便排出を促進して直腸を空虚化させる薬剤を，直腸便塞栓に伴う溢流性便失禁に対しては，塞栓解除後の維持療法としてポリエチレングリコールを（2018年以降），それぞれ投与した．

【結果】2005年当時の海外のガイドラインでは，便失禁に対する薬物療法として，ロペラミドやリン酸コデインなどの止瀉薬の使用が推奨されていた．一方，本邦では便失禁に対するポリカルボフィルカルシウム（CP）の有効性が，複数の施設から報告されていた．CPは下痢だけでなく，便秘にも効果が期待できるため，当院でも多くの症例にCPを適用した．便排出障害や直腸知覚低下に伴う漏出性便失禁に対しては，大建中湯を適用するケースが多い．2017年に便失禁診療ガイドラインが発刊され，ロペラミドの詳細な投与法が提案されてからは，ロペラミドの使用頻度が増加した．また，CPが生産中止になって以降は，ラモセトロンがCPの代替として十分な役割を担っている．

【結語】便失禁の最大のリスク因子は男女ともに軟便・水様便であり，便失禁の治療において便性の適正化は極めて重要である．当院の20年にわたる経験に基づき，便失禁症状の多くは，適切な薬物療法によって緩和できると考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:10 | 第7会場（1F 会議室107）
ワークショップ９　便失禁診療ガイドライン発刊がもたらした便失禁診療・ケアの変化
司会：佐藤 正美（東京慈恵会医科大学医学部看護学科）、味村 俊樹（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS9-4] 便失禁診療ガイドラインとともに発展する経肛門的洗腸療法 〜長期成績から見えてくる今後の展望〜

*本間 祐子[1,2]、味村 俊樹[2]、篠原 翔一[2]、利府 数馬[2]、太白 健一[2]、東條 峰之[2]、伊藤 誉[2]、山下 裕玄[2]、山口 博紀[2] (1. 牧田総合病院肛門病センター、2. 自治医科大学消化器一般移植外科)

【緒言】経肛門的洗腸療法(transanal irrigation:TAI)は,便失禁診療ガイドライン初版発刊の2017年には保険未収載であったが,2018年に脊髄障害を原因とする難治性排便障害(neurogenic bowel dysfunction: NBD)に対して指導管理料が保険収載され,その後に材料加算追加などで発展してきた.当院では2018年からTAIをNBDは保険診療下で,直腸手術後の難治性排便障害は臨床研究下で実施している.
【目的】当院におけるTAIの治療効果と長期成績を検討する.
【方法】2018年5月-2026年4月に便失禁を主訴にTAIを施行した患者を対象とした.治療効果は,10週以降もTAIを継続した割合を治療成功率とし,排便管理に関する満足度(最悪0点-最良10点) と症状を検討した.症状は,NBD患者はNBDスコア(最良0点-最悪47点),直腸手術後患者は低位前方切除後症候群(low anterior resection syndrome: LARS)に特異的なLARSスコア(最良0点-最悪42点)で評価した.長期成績は1年以上TAIを継続した者を対象とし,洗腸前と最終スコア取得時(長期スコア)で比較した.
【結果】対象患者は16名[男10名,TAI導入時年齢中央値51.5歳(範囲:21-79歳)]で,NBD6名と直腸手術後10名(LARS8名,Hirschsprung病術後1名,鎖肛術後1名)であった.なお直腸手術後群には2017年に他院臨床研究下でTAIを導入し,主治医異動に伴い当院で診療継続している3名を含む.10週以降もTAIを継続したのは14名(成功率87.5%)で,1年以上TAIを継続したのは13名(81.3%),TAI継続期間中央値は31ヶ月(0.7-112.6ヶ月)であった.NBDスコア中央値(n=6)は洗腸前27点→10週目15点と有意に改善し(p=0.03),長期スコア(n=4)も13点と改善を維持していた(p=0.3).LARSスコア中央値(n=8)は洗腸前37点→10週目33.5点と若干改善し(p=0.1),長期スコア(n=6)は27点とさらに改善していた(p=0.6).排便に関する満足度(n=15)は洗腸前0.3点→10週目8点と有意に改善し(p=0.0001),長期スコア(n=13)も8.5点と有意に改善を維持していた(p=0.0002).全例で有害事象発生はなかった.
【結語】難治性便失禁に対するTAIの成功率は87.5%で,長期成績での継続率も81.3%であった.症状スコアの改善は有意ではなかったが,排便管理に関する満足度は長期的にも有意に改善していた.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:10 | 第7会場（1F 会議室107）
ワークショップ９　便失禁診療ガイドライン発刊がもたらした便失禁診療・ケアの変化
司会：佐藤 正美（東京慈恵会医科大学医学部看護学科）、味村 俊樹（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS9-5] 便失禁診療ガイドラインにおける会陰体再建術の位置付け：分娩後会陰体損傷42例の治療成績

*村上 耕一郎[1]、水黒 知行[1] (1. 総心会長岡京病院外科)

【目的】便失禁診療ガイドライン2024年版ではSNMおよび括約筋形成術が外科治療の第一選択として推奨されているが,従来のオーバーラップ法は損傷した括約筋のみを重層縫合するものであり,外肛門括約筋・球海綿体筋・浅会陰横筋が収束する結合組織の集積部（会陰体）の構造的欠損には対応できていない。さらにガイドラインでは分娩後会陰体損傷に起因する便失禁が十分に分類されていない。会陰体再建術は会陰体そのものを修復する括約筋再建の上位概念の術式として現行ガイドラインの治療ギャップを埋めうる。本研究では分娩後会陰体損傷を3病型に分類し,会陰体再建術の病型別治療成績を評価した。【方法】2022年7月から2025年12月に当院で会陰体再建術を施行した連続42例を後方視的に解析した。病型1（直腸膣瘻,n=20）,病型2（孤立性括約筋機能不全,n=14）,病型3（総排泄腔様変形,n=8）に分類した。臨床的改善をWexnerスコア4点以上の低下,完全寛解をWexner=0と定義した。8例は他院での便失禁手術既往があるが成功していない。本研究は施設外の倫理委員会で認可された。【結果】術前Wexnerスコアは3群間で有意差なく（11.4±4.7,p=0.96）,術後3.4±4.3へ有意に改善した（p<0.001,Cohen’s d=1.92）。臨床的改善率は95.2%（40/42）,完全寛解率50.0%。病型別術後Wexnerスコアに有意差を認め（Kruskal-Wallis p=0.010）,病型1:改善率100%・完全寛解率75.0%,病型2:85.7%,病型3:改善率100%・完全寛解率37.5%。追跡期間中央値19.8カ月,再手術・人工肛門・死亡なし。他院で人工肛門造設を推奨された4例全例で造設を回避した。【結語】会陰体再建術はガイドライン推奨治療では対応できない会陰体の構造的欠損を直接修復することで,95.2%の臨床的改善率と全例での人工肛門回避を達成した。他院手術既往例を含む難治症例においても有効であり,SNMや括約筋形成術と並ぶ新たな外科的選択肢としてガイドラインへの位置づけが求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:10 | 第7会場（1F 会議室107）

ワークショップ９　便失禁診療ガイドライン発刊がもたらした便失禁診療・ケアの変化

司会：佐藤 正美（東京慈恵会医科大学医学部看護学科）、味村 俊樹（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS9-6] 便失禁に対する仙骨神経刺激療法の治療成績と試験刺激の予測的役割

*勝野 秀稔[1]、遠藤 智美[1]、諸原 浩二[1]、柴崎 晋[1]、中村 謙一[1]、松尾 一勲[1]、辻村 和紀[1]、川瀬 貴久[1]、小出 哲也[1]、今中 孝[1]、加藤 悠太郎[1]、守瀬 善一[1] (1. 藤田医科大学岡崎医療センター外科)

【背景】2014年の仙骨神経刺激療法（Sacral Neuromodulation: SNM）の保険収載および便失禁診療ガイドラインの発刊により、便失禁に対する外科治療の選択肢が明確化された。一方で、本邦における実臨床データは依然として限定的であり、治療効果の予測に関する知見も十分ではない。そこで、当院におけるSNMの短期成績を評価するとともに、試験刺激期の症状改善が治療効果を予測し得るかを検討した。

【方法】2014年から2024年にSNMを施行した便失禁患者34例を対象とし、前向きに収集したデータを後方視的に解析した。全例に対し2週間の試験刺激（Stage 1）を行い、症状改善が得られた症例を中心に永久植込（Stage 2）へ移行した。評価項目として、週単位の失禁回数、重症度スコアのCCFIS(Cleveland Clinic Florida Fecal Incontinence Score)およびFISI(Fecal Incontinence Severity Index)、QOLスコアのJFIQL(Japanese Fecal Incontinence Quality of Life Scale)を用い、肛門内圧検査による最大静止圧および最大随意収縮圧を測定した。12か月後における失禁回数の50%以上減少を治療成功と定義し、試験刺激期における改善率との関連をROC解析(receiver operating characteristic)により評価した。

【結果】32例（94.1%）が植込へ移行し、30例において術後12か月の評価が可能であった。週単位の失禁回数は7.5回から3.0回へ減少し、CCFISは15から9、FISIは36.5から22.5へ改善し、JFIQLも2.02から2.53へ改善した。治療成功率は66.7%であった。最大随意収縮圧は上昇したが、最大静止圧に有意な変化は認めなかった。試験刺激期の改善率は治療成功を予測した（AUC 0.663）。

【結語】SNMは症状およびQOLの改善に寄与する安全かつ有効な外科治療である。試験刺激期の改善率は治療効果の指標となるが、50%未満であっても良好な転帰が得られる症例があり、単一の数値基準に依存しない総合的評価が重要である。ガイドラインの普及により適切な患者選択と治療導入が進む中、今後は長期成績の蓄積が求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:10 | 第7会場（1F 会議室107）
ワークショップ９　便失禁診療ガイドライン発刊がもたらした便失禁診療・ケアの変化
司会：佐藤 正美（東京慈恵会医科大学医学部看護学科）、味村 俊樹（自治医科大学消化器一般移植外科）

[WS9-7] 仙骨神経刺激療法治療の現状と課題

*伊禮 靖苗[1]、髙野 正太[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院大腸肛門機能科)

目的

仙骨神経刺激療法（sacral neuromoduration:SNM）は便失禁における標準的外科治療の第一選択として括約筋形成術と同等の位置付けであるが、可逆性が特徴である。当院では2015年に治療導入しているが、保存的治療で軽快する症例の割合が多いのが特徴である。当院におけるSNMの現状と課題を検討した。

方法

患者の情報を後方視的に収集した。埋め込み日、術後合併症、術前後の1週間の便失禁回数、Cleveland Clinic Fecal Incontinence Score(CCFIS)、Fecal Incontinence Severity Index(FISI)、直腸肛門機能検査（最大静止圧、最大収縮圧、肛門電気感覚、直腸感覚検査）、抜去日を確認した。

結果

2015年６月から2024年５月の期間に便失禁を主訴に含み外来を受診したのは2269人で、同期間、括約筋形成は８例に施行され、SNMリード挿入は42例に施行された。刺激装置挿入された38例を検討した。便失禁性状は切迫性5、漏出性20、混合性13例に認めた。尿失禁は17例に認めた。前治療として全例に理学療法、30例に低周波電気刺激療法を施行した。排便回数は術前後で有意な変化は認めなかったが1週間便失禁回数は術前13.7±24.7回から術後8.5±20.8回へ低下した（p=0.005）。20 例（52.6%)で1週間の便失禁回数が半減以下に低下した。CCFISは12.6±4.7から10.9±6.2へ低下（p=0.017）、FISIは24.1±15.5から12.6±4.7へ低下（p=0.023）した。直腸肛門機能検査所見に有意な変化は認めなかった。尿失禁は回答得られた13例中４例で尿失禁回数の減少を認めた。合併症は8例に認め、５例が創感染、１例は挿入部疼痛、1例は充電式装置における火傷、１例は腰部～下肢の疼痛であった。創感染は試験刺激期間を２週間としていた導入初期に多く見られ、改善策を立てた。17例で刺激装置抜去しており８例は合併症のため、４例で改善、３例効果なしないし、悪化、２例MRI要するためであった。改善し抜去に至るまでは平均46.5ヶ月であった。

結論

刺激中止後も有効性持続した症例では抜去希望する例も見られた。可逆性のある外科治療と言えるが、長期に使用することで治療効果は継続性があった。今後術後疼痛や火傷等の合併症の対策が急務である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科・肛門科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:50 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ワークショップ 10　LARS診療における課題と展望（予防と治療を含む）

司会：幸田 圭史（大網白里市立　国保大網病院）、西澤 祐吏（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS10-1] 術後早期LARSに基づく長期排便機能の層別化と介入戦略：超低位括約筋温存手術症例の縦断解析

*秋月 恵美[1,2]、奥谷 浩一[2]、藤野 紘貴[2]、豊田 真帆[2]、岡本 行平[2]、石井 雅之[2]、西舘 敏彦[2]、穴澤 貴行[2]、井 翔一郎[1]、佐藤 綾[1]、鈴木 崇史[1]、西尾 昭彦[1]、石山 勇司[1]、石山 元太郎[1] (1. 札幌いしやま病院、2. 札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野)

[WS10-2] 低位前方切除術後症候群を予測することは可能か？

*伊禮 靖苗[1]、髙野 正太[1]、鈴木 健太[1]、水上 亮佑[1]、新井 貴大[1]、米村 圭介[1]、田中 正文[1]、福永 光子[1]、佐伯 泰愼[1]、山田 一隆[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院　大腸肛門機能科)

[WS10-3] 外肛門括約筋の筋質・筋量統合指標と肛門機能との関連についての検討

*岩瀬 友哉[1]、美甘 麻裕[1]、杉原 守[1]、高木 徹[1]、立田 協太[1]、杉山 洸裕[1]、赤井 俊也[1]、深澤 貴子[2]、竹内 裕也[1] (1. 浜松医科大学外科学第二講座、2. 磐田市立総合病院外科)

[WS10-4] 直腸癌術後排便障害における神経温存の再考：肛門挙筋神経の解剖学的検討とSihler染色による予備的解析

*坂本 純一[1,2]、山梨 高広[1]、助川 浩士[3]、横田 和子[1]、小嶌 慶太[1]、横井 圭悟[1]、田中 俊道[1]、三浦 啓壽[1]、佐藤 武郎[4]、内藤 剛[1]、小川 元之[2] (1. 北里大学医学部下部消化管外科学、2. 北里大学医学部解剖学、3. 北里大学医学部付属医学教育研究開発センター臨床解剖教育研究部門、4. 北里大学医学部付属医学教育研究開発センター医療技術教育研究部門)

[WS10-5] TaTME低位吻合におけるSSTの有用性：人工肛門再造設リスク低減効果の検討

*川崎 千瑛[1]、佐々木 将磨[1]、山東 雅紀[1]、長谷川 寛[1]、池田 公治[1]、西澤 祐吏[1]、塚田 祐一郎[1]、伊藤 雅昭[1] (1. 国立がん研究センター東病院大腸外科)

[WS10-6] 重症LARS患者におけるセルフケア能力が精神的苦痛とQOLに与える影響

*榎本 浩也[1]、佐藤 正美[2]、荒木 しのぶ[3]、今泉 郷子[4]、江川 安紀子[5]、岡田 みどり[6]、幸田 圭史[7]、谷山 牧[8]、中野 祥江[9]、深井 喜代子[10]、松原 康美[11]、三宅 映子[6]、柳 朝子[9] (1. 国際医療福祉大学那須医療センター消化器外科、2. 東京慈恵会医科大学医学部看護学科、3. 川崎医科大学附属病院看護部、4. 東海大学医学部看護学科、5. 東京慈恵会医科大学附属病院看護部、6. 川崎医療短期大学看護学科、7. 幸樹会おゆみのクリニック、8. 国際医療福祉大学小田原保健医療学部看護学科、9. 国立がん研究センター中央病院看護部、10. 東京慈恵会医科大学大学院、11. 北里大学病院看護部)

[WS10-7] 低位前方切除後症候群の診療・ケアのための人材育成を目指して ～ストーマ・排泄リハビリテーション講習会 「新リーダーシップ講習会」の取り組み～

*本間 祐子[1,2]、秋月 恵美[3]、井上 透[4]、小嶋 幸一郎[5]、高橋 賢一[6]、西澤 祐吏[7]、船橋 公彦[8]、味村 俊樹[2]、矢野 雷太[9]、松浦 信子[10]、山本 由利子[11]、上川 禎則[12]、衛藤 謙[13]、板橋 道朗[14] (1. 牧田総合病院肛門病センター、2. 自治医科大学消化器一般移植外科、3. 札幌いしやま病院肛門科、4. 守口生野記念病院外科、5. 杏林大学下部消化管外科、6. 東北労災病院大腸肛門外科、7. 国立がん研究センター東病院大腸外科、8. 横浜総合病院消化器外科、9. 広島記念病院外科、10. がん研究会有明病院看護部、11. 訪問看護ステーションなごみ、12. 大阪市立総合医療センター泌尿器科、13. 東京慈恵会医科大学消化管外科、14. 埼玉県済生会加須病院外科)

[WS10-8] LARSはどこで診るべきか？―地域クリニックにおける介入モデルと医療連携の構築―

*錦織 英知[1] (1. 一般社団法人健英会えさか駅前にしごりおなかとおしりのクリニック)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:50 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ワークショップ 10　LARS診療における課題と展望（予防と治療を含む）
司会：幸田 圭史（大網白里市立　国保大網病院）、西澤 祐吏（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS10-1] 術後早期LARSに基づく長期排便機能の層別化と介入戦略：超低位括約筋温存手術症例の縦断解析

*秋月 恵美[1,2]、奥谷 浩一[2]、藤野 紘貴[2]、豊田 真帆[2]、岡本 行平[2]、石井 雅之[2]、西舘 敏彦[2]、穴澤 貴行[2]、井 翔一郎[1]、佐藤 綾[1]、鈴木 崇史[1]、西尾 昭彦[1]、石山 勇司[1]、石山 元太郎[1] (1. 札幌いしやま病院、2. 札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野)

【背景】
超低位括約筋温存手術の普及により肛門温存症例は増加しているが、低位前方切除後症候群（LARS）は術後QOLに大きく影響する重要な問題であり、近年は単なる術後後遺症ではなく、適切な評価と治療介入を要する病態として認識されつつある。一方で、LARSに対する標準化された評価や適切な介入戦略は十分に確立されていない。さらに、LARSは時間経過とともに変化し個人差も大きいため、回復過程と長期予後の関連、特に術後早期評価の臨床的意義は十分に明らかでない。
【目的】
ストマ閉鎖後早期のLARS重症度が長期排便機能の層別化に有用であるかを検証するとともに、臨床的介入判断の指標となり得るかを検討する。
【方法】
2017–2023年に下部直腸癌に対して経肛門手技を用いた超低位括約筋温存手術（ISRおよびULAR）を施行し、ストマ閉鎖後のLARS score評価が可能であった137例を対象とした。3か月LARS scoreと18か月、36か月の関連をSpearman相関および線形回帰で解析した。また18か月および36か月のmajor LARSを目的変数としたロジスティック回帰およびROC解析を行った。さらに3か月LARS scoreにより0–29、30–34、35–42の3群に分類し長期経過を比較した。
【結果】
3か月LARS scoreは18か月（$\rho=0.671$, $p<0.001$）および36か月（$\rho=0.643$, $p<0.001$）と有意に相関した。線形回帰では3か月スコアは18か月（$R^2=0.458$）および36か月（$R^2=0.429$）を有意に予測した。18か月major LARSに対するROC解析ではAUC=0.856と高い識別能を示し、カットオフ35点で感度83.1%、特異度72.5%であった。群別解析では、3か月高スコア群は長期にわたり高値が持続し、低スコア群は経時的改善を示した。
【結語】
術後3か月時点のLARS scoreは長期経過を見据えたリスク評価として有用であり、35点以上の症例では長期に高スコアが持続する傾向を示した。これらの症例では経過観察にとどめず、専門的LARS診療が可能な施設への紹介を含めた早期介入を検討すべきである。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:50 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ワークショップ 10　LARS診療における課題と展望（予防と治療を含む）
司会：幸田 圭史（大網白里市立　国保大網病院）、西澤 祐吏（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS10-2] 低位前方切除術後症候群を予測することは可能か？

*伊禮 靖苗[1]、髙野 正太[1]、鈴木 健太[1]、水上 亮佑[1]、新井 貴大[1]、米村 圭介[1]、田中 正文[1]、福永 光子[1]、佐伯 泰愼[1]、山田 一隆[1] (1. 大腸肛門病センター高野病院　大腸肛門機能科)

目的：低位前方切除術後症候群（LARS）の周術期リスクを検討する。
背景：当院のLARSの治療アルゴリズムを示す。括約筋間直腸切除術(ISR)を施行された症例は全例、根治術後3週間経過後に肛門を閉めるバイオフィードバック療法を行い、自己トレーニングを推奨する。有症状者には、加えて生活習慣指導、薬物療法を実施し、不十分な際に低周波電気刺激療法を実施する。それでも不十分な際に術後2年以上経過した症例には仙骨神経刺激療法を適応としている。しかしながら、最終的に人工肛門を選択するケースもあり、LARS予測が可能であれば術前情報提供として有用と考えられる。
方法：2020年から2024年において直腸癌に対する肛門温存術式のうち肛門挙筋上縁以下での切離断端となった79例のうち、術前、１年後または一時的人工肛門閉鎖後に排便に関する問診が得られた56例を対象とした。問診及び便秘便失禁スコアよりLARSの症状（①Altered stool consistency ②Increased stool frequency ③Repeated painful stools ④Emptying difficulties ⑤Urgency ⑥Incontinence ⑦Soiling）（*Dis Colon Rectum*, 63:274-284）を抽出し、患者背景、腫瘍因子、手術因子、術後因子、周術期直腸肛門機能検査（肛門内圧、肛門電気感覚）との関連を検討した。56例中12例はISR症例、44例が低位前方切除（LAR）症例であった。結果：４例に集学的治療介入され、人工肛門に至った症例は３例で全例ISR群であった。患者背景のうち、65歳未満は⑤、脳神経疾患の既往は③、憩室は⑥に関連していた。手術因子に関して、吻合方法（ISRまたはLAR）は②⑥⑦、非脾弯曲授動は①、自律神経の非完全温存は⑤と関連を認めた。術後便失禁スコアが高い症例は（FISIスコア13 以上）術前の肛門最大収縮圧が有意に高い傾向にあった。
結語：今回の検討では重症度ではなく、個々の症状に応じたリスク因子を確認でき、患者説明に有用な結果であった。ISR適応者には術後便失禁のリスクを十分に説明する必要がある。若年者、自律神経合併切除を要する進行癌、憩室多発、脳神経疾患の既往においてもLARSのリスク説明が望ましい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:50 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ワークショップ 10　LARS診療における課題と展望（予防と治療を含む）
司会：幸田 圭史（大網白里市立　国保大網病院）、西澤 祐吏（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS10-3] 外肛門括約筋の筋質・筋量統合指標と肛門機能との関連についての検討

*岩瀬 友哉[1]、美甘 麻裕[1]、杉原 守[1]、高木 徹[1]、立田 協太[1]、杉山 洸裕[1]、赤井 俊也[1]、深澤 貴子[2]、竹内 裕也[1]
(1. 浜松医科大学外科学第二講座、2. 磐田市立総合病院外科)

【背景】直腸癌患者における肛門機能評価は，排便機能障害の予測，術式選択，術後リハビリ計画の点において重要であるが、従来から行われてきた直腸肛門内圧検査は患者の心理的負担や専用機器の使用が必要な点で十分に施行できない可能性がある。近年，CTを用いた筋質・筋量評価が注目されているが、外肛門括約筋（EAS）における筋質・筋量と肛門機能，特に便失禁との関連は十分に検討されていない。
【目的】EASの筋質（IMAC），筋量（体積），および統合指標（IMAC×体積）と肛門内圧および便失禁との関連を検討し，CTによる肛門機能評価の有用性を明らかにする。
【方法】2018～2025年に直腸肛門内圧検査を施行した103例を対象とした（肛門手術既往例を除外）。術前CTよりEASのIMACおよび体積を算出し，最大静止圧（MRP），最大随意収縮圧（MSP），増加値（MSP−MRP）との関連を解析した。さらに，糖尿病既往のない症例において，術前St Mark’s scoreを用いて便失禁との関連を評価した。
【結果】IMACはMRP、MSP、増加値と負の相関を示し，体積は正の相関を認めた。統合指標（IMAC×体積）はMSPおよび増加値とより強い負の相関を示した（r＝−0.506/−0.479）。便失禁評価が可能であった38例において、ROC解析では，IMAC×体積のAUCは0.690と，IMAC単独および体積単独を上回った。さらに，便失禁陽性群ではIMAC×体積は有意に高値であった（p＝0.041）。
【結語】EASの筋質と筋量を統合したCT指標は肛門内圧を反映し，便失禁とも関連した。CTに基づく本評価法は，肛門機能を評価し得る新たな手法として，肛門内圧測定の補完指標となる可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:50 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ワークショップ 10　LARS診療における課題と展望（予防と治療を含む）
司会：幸田 圭史（大網白里市立　国保大網病院）、西澤 祐吏（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS10-4] 直腸癌術後排便障害における神経温存の再考：肛門挙筋神経の解剖学的検討とSihler染色による予備的解析

*坂本 純一[1,2]、山梨 高広[1]、助川 浩士[3]、横田 和子[1]、小嶌 慶太[1]、横井 圭悟[1]、田中 俊道[1]、三浦 啓壽[1]、佐藤 武郎[4]、内藤 剛[1]、小川 元之[2] (1. 北里大学医学部下部消化管外科学、2. 北里大学医学部解剖学、3. 北里大学医学部付属医学教育研究開発センター臨床解剖教育研究部門、4. 北里大学医学部付属医学教育研究開発センター医療技術教育研究部門)

【背景】直腸癌術後の排便機能障害(LARS)は, 患者のQOLに大きな影響を及ぼす重要な課題である.　その成因は多因子的であり, 直腸の喪失や新直腸の機能不全, 骨盤神経叢の損傷の他, 肛門挙筋神経(LAN)の損傷が関与するとされる. 我々はこれまでにLANの多枝性および左右差を伴う解剖学的多様性を明らかにした. LANは骨盤底の支持および直腸肛門角の維持に関与する肛門挙筋群の支配神経で, 壁側骨盤筋膜に被覆されており, 剥離操作と密接に関係することが示唆される.
【目的】LANの解剖学的特徴および壁側骨盤筋膜内における詳細な分布を明らかにする.
【対象および方法】新鮮凍結献体およびホルマリン固定献体11体22半骨盤を用いて, LANの起始, 走行, 分布および停止を肉眼解剖により同定・追跡した. さらに予備的検討として, 2体4半骨盤に対してSihler染色を行い、有髄体性神経の筋膜内分布を可視化した.
【結果】LANは全例で同定され、54.5%の半骨盤で複数枝を認め, 90%以上で左右差を呈した. 起始はS4を主体とし, S3-S5にわたる多様なパターンを示した. また, 16.2%で骨盤正中に向かう枝を認めた. さらに, Sihler染色ではLAN主幹が壁側骨盤筋膜内に存在することが確認され, さらに骨盤筋膜腱弓に沿った連続的な神経走行が描出された.
【考察】LANは単一の構造ではなく, S4起始を主体とする解剖学的多様性を持った神経ネットワークとして存在する可能性が示された. また, 骨盤底筋を被覆する壁側骨盤筋膜は単なる支持組織でなく, 神経を内包する機能的構造であることが示唆された. したがって, 標準とされる解剖学的剥離層そのものが, 解剖学的バリエーションによっては神経損傷を生じ得る. これらの神経は大腸外科・泌尿器科・婦人科にまたがる領域横断的な術中ランドマークである骨盤筋膜腱弓周囲を含む手術操作によって損傷され得る.
【結語】LANは壁側骨盤筋膜内を走行する多様性を持った神経ネットワークを形成する. 本知見は, LARS予防を含む機能温存を志向した, より精緻な骨盤外科手術の再考に寄与する可能性がある.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:50 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ワークショップ 10　LARS診療における課題と展望（予防と治療を含む）
司会：幸田 圭史（大網白里市立　国保大網病院）、西澤 祐吏（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS10-5] TaTME低位吻合におけるSSTの有用性：人工肛門再造設リスク低減効果の検討

*川崎 千瑛[1]、佐々木 将磨[1]、山東 雅紀[1]、長谷川 寛[1]、池田 公治[1]、西澤 祐吏[1]、塚田 祐一郎[1]、伊藤 雅昭[1] (1. 国立がん研究センター東病院大腸外科)

【背景】直腸癌術後の低位前方切除後症候群（LARS）は排便障害により患者のQOLを著しく低下させるが、その治療法は限られており、予防が重要である。LARSに対する介入の1つとして人工肛門再造設があるが、これは患者のQOLに極めて大きな影響を及ぼす不可逆的介入であり、重症機能障害を反映する臨床的に重要なアウトカムと考えられる。経肛門的全直腸間膜切除（TaTME）におけるSingle stapling technique（SST）吻合は従来の手縫い吻合と比較して肛門機能を温存する可能性が示唆されているが、その影響は十分に解明されていない。
【目的】TaTME低位吻合における吻合法と人工肛門再造設との関連を検討することで、SST吻合の機能的有用性を評価する。
【方法】2017年3月から2024年12月に腫瘍下縁が肛門縁から6cm以下のcStage I–III原発直腸癌に対し当院でTaTMEを施行した症例を対象とし、SST群と手縫い群に群別した。全例で一時的回腸人工肛門を造設し、未閉鎖例は解析から除外した。年齢、性別、吻合高、術前放射線療法の有無を因子として傾向スコアマッチング（PSM）を行った後、両群間の人工肛門閉鎖後の再造設率を累積発生関数を用いて比較した。
【結果】合計280例（SST群：161例 手縫い群：119例）が本研究に含まれ、PSMの結果、両群71例ずつが抽出された。PSM前にはSST群で男性が少なく（55.5% vs 71.5%, p=0.004）、腫瘍高（5cm vs 4cm, p<0.001）および吻合高（4cm vs 3cm, p<0.001）が高かったが、PSM後はこれらの差は見られなかった。SST群ではほぼ全例（98.6%）で手縫いによる補強吻合を追加していた。縫合不全はPSM後もSST群で有意に低率であった（1.4% vs 18.3%, p<0.001）。観察期間中央値はSST群52.6ヶ月、手縫い群61.5ヶ月であった。PSM後の人工肛門再造設はSST群1例（うちLARS関連0例）、手縫い群11例（同10例）であり、累積再造設率はSST群で有意に低かった（p=0.017）。4年再造設率はSST群1.6%に対し、手縫い群9.8%であった。
【結語】TaTME低位吻合におけるSST吻合は人工肛門再造設リスクを低減する可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科・肛門科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:50 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ワークショップ 10　LARS診療における課題と展望（予防と治療を含む）

司会：幸田 圭史（大網白里市立　国保大網病院）、西澤 祐吏（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS10-6] 重症LARS患者におけるセルフケア能力が精神的苦痛とQOLに与える影響

*榎本 浩也[1]、佐藤 正美[2]、荒木 しのぶ[3]、今泉 郷子[4]、江川 安紀子[5]、岡田 みどり[6]、幸田 圭史[7]、谷山 牧[8]、中野 祥江[9]、深井 喜代子[10]、松原 康美[11]、三宅 映子[6]、柳 朝子[9] (1. 国際医療福祉大学那須医療センター消化器外科、2. 東京慈恵会医科大学医学部看護学科、3. 川崎医科大学附属病院看護部、4. 東海大学医学部看護学科、5. 東京慈恵会医科大学附属病院看護部、6. 川崎医療短期大学看護学科、7. 幸樹会おゆみのクリニック、8. 国際医療福祉大学小田原保健医療学部看護学科、9. 国立がん研究センター中央病院看護部、10. 東京慈恵会医科大学大学院、11. 北里大学病院看護部)

【背景】肛門温存手術の普及に伴い、低位前方切除術後症候群（Low Anterior Resection Syndrome: LARS）への対策の確立が求められている。本症候群は、予期不安や自尊心の低下といった精神的苦痛をもたらし、外出制限や社会参加の制約を通じて、長期にわたりQOLを低下させる。手術手技の向上にもかかわらず重症LARSの回避は困難であり、セルフケア能力がこれらを緩和する可能性が示唆されるが、その影響は十分に明らかでない。
【目的】重症LARSを有する患者において、セルフケア能力が精神的苦痛およびQOLに与える影響を明らかにすることを目的とした。
【対象】直腸癌肛門温存術後患者を対象とした多施設共同質問票調査373例のうち、欠損データおよび術後6ヵ月未満症例を除外し、Major LARSを呈する343例中の190例（55.4%）を解析対象とした。
【方法】Self-Care Agency Questionnaire（SCAQ）合計スコアに基づき、上位25%（高値群）および下位25%（低値群）の2群（各48例）を抽出した。両群間で背景因子、排便症状（Wexnerスコア、LARSスコア）、精神心理状態（Hospital Anxiety and Depression Scale（HADS））、QOLスコア（Ferrans and Powers Quality of Life Index Cancer Version-Ⅲ）を比較した。
【結果】背景因子に有意差は認めなかった。Wexnerスコア、LARSスコアにも差はなく、排便症状の重症度は同等であった。一方、QOLは高値群で全体および全サブスケールにおいて有意に高値を示した（すべてp<0.001）。HADS合計スコアは高値群6.9点に対し低値群10.0点と、低値群で有意に高かった（p<0.01）。さらに、低値群では男性および就労者の割合が有意に高かった（p<0.01）。
【考察】同等の排便障害重症度であっても、セルフケア能力の高い患者は精神的苦痛が少なく、高いQOLを維持していた。セルフケア能力は排便障害に伴う心理・社会的影響を緩和する因子として機能する可能性が示唆される。特に就労中の男性ではセルフケア能力が低い傾向がみられ、生活背景が自己管理や支援獲得の障壁となっている可能性が考えられた。
【結語】LARS患者のQOL向上には、患者の生活背景を踏まえた上でセルフケア能力を評価し、向上させる支援が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:50 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ワークショップ 10　LARS診療における課題と展望（予防と治療を含む）
司会：幸田 圭史（大網白里市立　国保大網病院）、西澤 祐吏（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS10-7] 低位前方切除後症候群の診療・ケアのための人材育成を目指して ～ストーマ・排泄リハビリテーション講習会 「新リーダーシップ講習会」の取り組み～

*本間 祐子[1,2]、秋月 恵美[3]、井上 透[4]、小嶋 幸一郎[5]、高橋 賢一[6]、西澤 祐吏[7]、船橋 公彦[8]、味村 俊樹[2]、矢野 雷太[9]、松浦 信子[10]、山本 由利子[11]、上川 禎則[12]、衛藤 謙[13]、板橋 道朗[14] (1. 牧田総合病院肛門病センター、2. 自治医科大学消化器一般移植外科、3. 札幌いしやま病院肛門科、4. 守口生野記念病院外科、5. 杏林大学下部消化管外科、6. 東北労災病院大腸肛門外科、7. 国立がん研究センター東病院大腸外科、8. 横浜総合病院消化器外科、9. 広島記念病院外科、10. がん研究会有明病院看護部、11. 訪問看護ステーションなごみ、12. 大阪市立総合医療センター泌尿器科、13. 東京慈恵会医科大学消化管外科、14. 埼玉県済生会加須病院外科)

【はじめに】低位前方切除後症候群（low anterior resection syndrome: LARS）は重症であるほど生活の質（quality of life: QOL）が低下することが知られている。特に下部直腸腫瘍は重症LARSの発生率が高いため、術前の患者説明と術後のケアおよび治療に対するサポート体制の構築が求められている。これらのサポート体制を担うリーダーを育成するため、ストーマ・排泄リハビリテーション講習会が主催する新リーダーシップ講習会の中で「下部直腸疾患に対する肛門温存術か直腸切断術を選択する際の共有意思決定（shared decision making: SDM）支援」と「LARSに対する治療とケア」をテーマに講義とグループワーク（本講習会）を行っている。
【目的】本講習会の実際について報告する。
【講習会概要】本講習会はe-ラーニングによる事前学習とグループワーク（GW）で構成されている。参加者らは事前にe-ラーニングでSDMやLARSに関する基本的な知識や考え方を学び、事前課題に対して自らの回答を作成する。GWでは、その課題について同じグループのメンバーと意見交換を行い、共有できる解決策を導き出していく。
【結果】本講習会2025年の参加者は66名（看護師64名、医師2名）であった。「SDM支援」では、下部直腸疾患に対する肛門温存術と直腸切断術の利点と欠点、術後QOL、倫理的配慮について事前学習で学び、GWでは倫理的ジレンマに悩む患者に対する解決策を導き出せるようジョンセンの4分割表を用いながら意見交換が行われた。「LARSの治療とケア」では、失禁関連皮膚炎に対するケアやLARSに対する治療（薬物療法、バイオフィードバック療法、仙骨神経刺激療法、経肛門的洗腸療法、永久ストーマ）について事前学習で学び、GWでは患者背景を考慮したケアや治療法について意見交換が行われた。本講習会終了後、参加者からは勉強になったという声だけでなく、連携の重要性や今後の関わり方についても前向きな声が寄せられた。
【まとめ】LARSの診療・ケアにおけるサポート体制を構築するには、専門的な知識だけでなく周囲との連携が欠かせない。本講習会が、そのリーダーとなる人材育成に貢献できるよう今後も取り組んでいく。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 外科・肛門科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:50 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ワークショップ 10　LARS診療における課題と展望（予防と治療を含む）

司会：幸田 圭史（大網白里市立　国保大網病院）、西澤 祐吏（国立がん研究センター東病院 大腸外科）

[WS10-8] LARSはどこで診るべきか？―地域クリニックにおける介入モデルと医療連携の構築―

*錦織 英知[1] (1. 一般社団法人健英会えさか駅前にしごりおなかとおしりのクリニック)

直腸癌に対する肛門温存手術の普及に伴い、Low anterior resection syndrome（LARS）は術後QOLを規定する重要な病態となっている。一方で、LARSは術後フォロー終了後に適切な評価や治療介入がなされず、地域医療において未診断・未治療のまま潜在化している症例が少なくない。本発表では「LARSはどこで診るべきか」という視点から、ハイボリュームセンターと地域クリニックの連携による診療モデルを提案する。
演者はこれまでハイボリューム施設において直腸癌外科治療に従事し、現在は排便機能障害を専門とするクリニック診療に従事している立場から、両者の役割分担の重要性を考察する。
LARSは括約筋機能低下、直腸貯留能低下、感覚異常など複数の機能障害が関与するため、症状のみならず機能的側面に基づいた評価と個別化治療が求められる。
地域クリニックにおいては、問診やLARS scoreによるスクリーニングに加え、排便日誌や生活背景の評価を踏まえ、生活指導や薬物療法といった基本的介入から、骨盤底筋リハビリテーションやバイオフィードバック療法など専門的治療まで段階的な対応が可能である。特に反復可能で低侵襲な機能訓練は、患者の自己管理能力の向上にも寄与し、長期的フォローを担う場としてのクリニックの強みである。
一方で、現行の保険診療制度においては、排便機能障害に対する継続的かつ体系的なリハビリテーション介入の評価は十分とは言えず、診療時間や人的資源の制約も含め、実臨床での普及には課題がある。このため、すべてを単施設で完結させるのではなく、役割分担に基づく診療連携が不可欠である。
具体的には、術後一定期間でのLARS scoreを用いたスクリーニングと紹介基準の明確化、地域クリニックでの段階的介入、症状改善後の逆紹介や難治例の再評価といった双方向の連携体制が重要となる。これにより、患者が適切なタイミングで必要な医療資源にアクセスできる体制構築が期待される。本発表では、LARS診療における地域介入モデルとその運用の実際を提示し、制度的課題も踏まえた持続可能な連携のあり方について考察する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第5会場（1F 会議室102）

ワークショップ 11　下部消化管におけるAI内視鏡の現状と課題

司会：高林 馨（慶應義塾大学医学部内視鏡センター）、竹中 健人（東京科学大学消化器内科）

[WS11-1] 新規AIを用いた潰瘍性大腸炎の内視鏡的重症度評価の取り組み

*村田 祥磨[1,2]、高林 馨[2]、金井 隆典[1]、加藤 元彦[2] (1. 慶應義塾大学医学部消化器内科、2. 慶應義塾大学医学部内視鏡センター)

[WS11-2] 実臨床における臨床的寛解潰瘍性大腸炎に対するAI搭載超拡大内視鏡の有用性

*長沼 誠[1] (1. 関西医科大学内科学第三講座)

[WS11-3] 潰瘍性大腸炎寛解例の再燃予測におけるAI炎症分布評価の有用性

*前田 康晴[1]、髙林 馨[2]、竹中 健人[3]、三澤 将史[1]、一政 克朗[1]、緒方 晴彦[4]、大塚 和朗[1] (1. 昭和医科大学横浜市北部病院消化器センター、2. 慶応義塾大学医学部内視鏡センター、3. 東京科学大学消化器内科、4. 藤田医科大学東京 先端医療研究センター消化器内科学)

[WS11-4] MRエンテログラフィにおける深層学習モデルを用いたクローン病病変検出

*竹中 健人[1]、岡本 隆一[1]、北詰 良雄[2]、土屋 純一[3] (1. 東京科学大学消化器内科、2. 獨協医科大学埼玉医療センター放射線科、3. 東京科学大学放射線診断科)

[WS11-5] 6mm以上のJNET type 1 病変におけるEndoBRAIN-Xの腫瘍・非腫瘍鑑別診断能について

*岩館 峰雄[1]、平田 大善[1]、佐野 寧[1] (1. 佐野病院 消化器センター)

[WS11-6] 早期大腸癌における3D深部構造予測AIの構築と専用アノテーション支援ツールの開発

*高丸 博之[1]、水口 康彦[1]、豊嶋 直也[1]、山田 真善[1]、斎藤 豊[1] (1. 国立がん研究センター中央病院内視鏡科)

[WS11-7] 腹腔鏡下左側大腸癌手術におけるAIナビゲーション手術の開発

*白下 英史[1]、藤田 隼輔[2]、小山 旅人[2]、長谷川 巧[2]、青山 佳正[2]、蔀 由貴[2]、河野 洋平[2]、平塚 孝宏[3]、赤木 智徳[2]、二宮 繁生[4]、柴田 智隆[5]、上田 貴威[3]、衛藤 剛[6]、徳安 達士[7]、猪股 雅史[2] (1. 大分大学医学部高度医療人育成講座、2. 大分大学医学部消化器・小児外科学講座、3. 大分大学医学部総合外科・地域連携学講座、4. 大分大学医学教育センター、5. 大分大学救命救急センター、6. 大分大学グローカル感染症研究センター、7. 福岡工業大・情報工学部情報システム工学科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第5会場（1F 会議室102）

ワークショップ 11　下部消化管におけるAI内視鏡の現状と課題

司会：高林 馨（慶應義塾大学医学部内視鏡センター）、竹中 健人（東京科学大学消化器内科）

[WS11-1] 新規AIを用いた潰瘍性大腸炎の内視鏡的重症度評価の取り組み

*村田 祥磨[1,2]、高林 馨[2]、金井 隆典[1]、加藤 元彦[2] (1. 慶應義塾大学医学部消化器内科、2. 慶應義塾大学医学部内視鏡センター)

【背景】潰瘍性大腸炎（Ulcerative Colitis: UC）の炎症粘膜は、炎症の程度や経時的変化により多様な形態を呈するため、内視鏡所見を正確に評価することは容易ではない。現在の臨床現場では、内視鏡施行医がMES（Mayo Endoscopic Subscore）やUCEIS（Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity）といったスコアを用いて評価を行っているが、評価者間でのばらつきに加え、同一評価者内においても再現性に課題があることが知られている。我々は、より客観的かつ正確な炎症評価を日常診療で実現するために、潰瘍性大腸炎の炎症を0〜10の連続スケールで評価可能なAIを新たに開発した。この新規のAIの評価（UC Endoscopic Gradation Scale：UCEGS）は、既存のスコアの定義に捉われることなく、炎症そのものの程度を0〜10の連続スケールで評価することが可能である。また、この新規AIの炎症評価とIBD専門医による炎症評価は高い一致を示し、相関係数（Spearman相関係数）は0.95を超える結果を得ている。しかしながら、前臨床検証において使用した画像は、我々が選定した比較的クリーンな画像（便の付着やピントのずれが極力排除されたもの）であり、一定の選択バイアスが存在することが課題である。そして、このUCEGSスケール値やスケール値の変化量の臨床的な意義は見出せていないことも課題である。そこで、新規AIの実臨床における実用性（feasibility）を検証することとした。

【方法】単施設前向き観察研究で、2025年8月以降に当院にて下部消化管内視鏡検査を施行したUC患者を対象とする。主要評価項目はIBD専門医の診断（MES）をgold standardとした場合のAIによるUCEGSの一致度をCohen’s kappa係数で評価する。さらに副次評価項目として病理所見との一致度や、UCEGSの変化量と臨床経過（治療介入や寛解導入）との関連についても検討する。

【結語】UCの炎症評価を行う新規AIの臨床導入に向け、その実用性と臨床的意義を前向きに検証する本研究の取り組みを紹介する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第5会場（1F 会議室102）
ワークショップ 11　下部消化管におけるAI内視鏡の現状と課題
司会：高林 馨（慶應義塾大学医学部内視鏡センター）、竹中 健人（東京科学大学消化器内科）

[WS11-2] 実臨床における臨床的寛解潰瘍性大腸炎に対するAI搭載超拡大内視鏡の有用性

*長沼 誠[1] (1. 関西医科大学内科学第三講座)

背景：潰瘍性大腸炎（UC）における客観的活動性評価として内視鏡は重要であり、近年人工知能（AI）を用いた評価の臨床応用が進んでいる。組織学的評価を目的としたAI搭載超拡大内視鏡ソフト（UC-ENDOBRAIN：UC-EB）が上市されたが、実臨床における有用性に関する報告は限られている。
方法：2021年にUC-EBを施行したUC48例のうち、同一部位で3箇所以上のAI組織評価施行32例を対象とし、評価不一致の2例を除外した30例75部位を解析対象とした。AIによる組織学的活動性と内視鏡的活動度（MES、UCEIS）、病理医による活動度評価（Nancy index、0–1を寛解）との関連を検討し、さらに臨床的寛解例における再燃（UCに対する治療介入）との関連を解析した。
結果：平均年齢46.8歳、男性19例、女性11例で、平均PMS 0.91、MES 0.60、UCEIS 1.47と全体として低活動性集団であった。AIと病理医評価が同時に可能であった52部位では、AI寛解40部位中36部位（90.0%）が組織寛解、AI活動性あり12部位中11部位（91.7%）が組織活動性ありと判断され、両者に強い関連を認めた（p<0.001）。一方、Nancyスコア2ではAI評価に乖離が認められた(AI活動あり６、寛解3)。内視鏡活動度との比較ではAI組織活動性ありと診断された部位はAI寛解に比して有意に平均MES(1.5 vs.0.2,p<0.001)、UCEIS(3.0vs.0.7, p<0.001)が高かった。内視鏡活動度別AI評価と組織学的活動性との一致率は、MES 0 90.9%、MES 1 80.0%、MES 2-3 100%であり、UCEIS 0 92.9%, UCEIS 1 90.5%、UCEIS 2 66.7%、UCEIS 3以上で100%であり、MES 1、UCEIS 2において潜在的な不一致が存在することが示された。予後との関連は、臨床的寛解（PMS 2以下）の25例において(平均観察期間36.8月)、再燃までの中央期間は検査時AI活動群で26.8月、寛解群で49.7月と、AI寛解群で有意に延長していた(p<0.05)。
結語：UC-EBによるAI組織評価は病理評価、内視鏡活動度と強く関連し、さらに臨床的寛解例において再燃予測に有用であることが示唆された。一方でMES1、UCEIS 2ではAIと病理との評価の乖離がみられ、UC-EBによる組織学的評価は症例に応じた慎重な解釈が必要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第5会場（1F 会議室102）

ワークショップ 11　下部消化管におけるAI内視鏡の現状と課題

司会：高林 馨（慶應義塾大学医学部内視鏡センター）、竹中 健人（東京科学大学消化器内科）

[WS11-3] 潰瘍性大腸炎寛解例の再燃予測におけるAI炎症分布評価の有用性

*前田 康晴[1]、髙林 馨[2]、竹中 健人[3]、三澤 将史[1]、一政 克朗[1]、緒方 晴彦[4]、大塚 和朗[1] (1. 昭和医科大学横浜市北部病院消化器センター、2. 慶応義塾大学医学部内視鏡センター、3. 東京科学大学消化器内科、4. 藤田医科大学東京 先端医療研究センター消化器内科学)

【目的】潰瘍性大腸炎（UC）では内視鏡的寛解の維持が重要であるが、従来の内視鏡評価は主に最重症部位の炎症所見に基づき、炎症の空間的な広がりや局在を十分に反映しない。本研究では、深層学習を用いた新規スコアQuantitative Ulcerative Colitis Assessment using Deep Learning（QUAD）を開発し、炎症の重症度と範囲を統合したAI評価が、臨床的寛解期UC患者の再燃予測に有用かを前向きに検討した。

【方法】3施設998例から得られた84,743枚の大腸内視鏡画像を用いてQUADモデルを構築した。各画像を縦横に4分割し、各領域を修正MESに基づき0〜3点で評価、合計0〜12点のQUADスコアを算出した。Showa Medical University Northern Yokohama Hospitalで大腸内視鏡を施行した臨床的寛解期UC患者156例を前向きに登録し、内視鏡後24か月間、8〜12週ごとの外来診療で臨床的再燃を追跡した。再燃はpartial Mayo score＞2と定義した。静止画解析では最重症部位のQUADスコア4点以上を高リスクとし、さらに抜去時全長動画を1秒1フレームで自動解析し、全大腸および遠位50%、40%、30%、20%、10%、5%区間の平均QUADスコアによる再燃予測能を比較した。

【結果】24か月以内の再燃は22例に認めた。静止画解析では、QUAD 4点以上の再燃率は19.4%で、4点未満の5.2%と比較して有意に高かった（p＝0.01）。再燃予測能はAUC 0.67、感度86.4%、特異度41.0%であった。動画解析では、全大腸評価のAUCは0.62であった一方、遠位側に解析範囲を絞るほど予測能は向上し、遠位10%解析でAUC 0.73と最も高値を示した。同解析のカットオフ値は3.36、感度72.7%、特異度70.9%であり、遠位5%解析ではAUC 0.71とわずかに低下した。

【結論】QUADを用いたAI内視鏡評価は、UC寛解例における再燃リスク層別化に有用であった。特に遠位大腸の残存炎症負荷は再燃予測に重要であり、重症度のみならず炎症範囲を加味したAI評価が、日常内視鏡診療における客観的な疾患モニタリングおよび治療方針決定を補助する可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第5会場（1F 会議室102）

ワークショップ 11　下部消化管におけるAI内視鏡の現状と課題

司会：高林 馨（慶應義塾大学医学部内視鏡センター）、竹中 健人（東京科学大学消化器内科）

[WS11-4] MRエンテログラフィにおける深層学習モデルを用いたクローン病病変検出

*竹中 健人[1]、岡本 隆一[1]、北詰 良雄[2]、土屋 純一[3] (1. 東京科学大学消化器内科、2. 獨協医科大学埼玉医療センター放射線科、3. 東京科学大学放射線診断科)

背景：クローン病の病勢評価および治療効果判定において、MRエンテログラフィ（MRE）は小腸病変を非侵襲的に評価できる有用な検査である。一方で、MREの読影やスコアリングには専門的な経験を要し、評価の均一化および客観性の向上が課題である。本研究では、MRE画像に対する深層学習を用いたコンピューター支援診断（CAD）システムを構築し、クローン病病変の検出能ならびに疾患活動性評価、予後予測への有用性を検討した。
方法：単施設でMREおよび内視鏡検査を施行したクローン病患者150例を対象とした。対象症例を、深層学習モデルの訓練用50例、検証用20例、CADによる推論を行う試験用80例に分割した。試験データを用いて、腸管区域ごとにCADによる病変検出結果と放射線科医の読影結果を比較した。また、CADが病変領域として抽出したVoxel体積と、内視鏡的活動性指標であるSES-CDおよびMRE活動性指標であるSimplified MaRIAとの相関を解析した。さらに、MRE施行後の入院および手術をアウトカムとして、CADによる病変検出結果と臨床予後との関連を評価した。
結果：腸管区域単位で評価したCADの病変検出感度は70.7%、特異度は87.5%であった。CADにより算出された病変Voxel体積は、SES-CDおよびSimplified MaRIAとそれぞれ有意な正の相関を示した〔相関係数 r=0.42（p<0.001）、r=0.50（p<0.001）〕。また、CADにより病変ありと判定された患者群では、病変なしと判定された患者群と比較して、MRE施行後の入院回避率が低い傾向を認めた（ログランク検定 p=0.064）。手術回避率についても同様の傾向を認めたが、有意差には至らなかった（p=0.294）。
結語：本CADシステムは、MRE読影の客観化・標準化に加え、クローン病患者の疾患活動性評価およびリスク層別化を支援する新たなツールとなる可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第5会場（1F 会議室102）
ワークショップ 11　下部消化管におけるAI内視鏡の現状と課題
司会：高林 馨（慶應義塾大学医学部内視鏡センター）、竹中 健人（東京科学大学消化器内科）

[WS11-5] 6mm以上のJNET type 1 病変におけるEndoBRAIN-Xの腫瘍・非腫瘍鑑別診断能について

*岩館 峰雄[1]、平田 大善[1]、佐野 寧[1] (1. 佐野病院 消化器センター)

【背景・目的】

Sessile serrated lesion（SSL）は大腸癌の前駆病変として注目されているが、Hyperplastic polyp(HP)との正確な内視鏡鑑別診断は困難と報告されており大腸内視鏡診療の課題のひとつとなっている。

2024年2月、NBI観察下で大腸ポリープをリアルタイムにNeoplastic（腺腫性病変やSSL）／Non-neoplastic（HP）に分類するEndoBRAIN-Xが市販された。今回、我々は6mm以上のJNET type 1 病変におけるEndoBRAIN-Xの診断能を明らかにし、その有用性を検討するため探索的単施設前向き研究を実施した。

【方法】

2025年4月-7月に当院で施行された大腸内視鏡検査のうち、EndoBRAIN-Xを使用可能な環境下で内視鏡専門医が指摘した6mm以上のJNET type 1 病変を対象とした。まず、施行医が白色光および拡大NBIで病変を観察し、内視鏡診断・Confidence level・各種所見を記録した。次に、EndoBRAIN-Xを起動し、非拡大NBI下で2回、拡大NBI下で2回の計4回AI判定を行い、各条件1回目の判定結果を採用した。2回の判定が同一条件下で一致すれば「高安定性」と定義した。その後、専門医がAI判定を加味した総合診断を記録し、全病変を切除して病理診断（WHO分類2019）と比較した。主要評価項目は拡大NBI下におけるEndoBRAIN-Xの診断能とし、内視鏡専門医の診断能と比較した。副次評価項目として、拡大／非拡大での診断能の差や判定安定性も解析した。

【結果】

対象期間中にEndoBRAIN-Xを使用可能な環境下で施行された440例のうち、6mm以上のJNET type 1 病変は44例51病変で、このうち43例50病変を解析対象とした。SSLの鑑別能は、EndoBRAIN-X（拡大NBI）で感度88.9%、特異度71.4%、正診率84.0%であり、内視鏡専門医の感度94.4%、特異度57.1%、正診率84.0%とほぼ同等で、有意差は認めなかった。AI判定の安定性は84.0%であった。一方、EndoBRAIN-X（非拡大NBI）の診断能は感度44.4%、特異度85.7%、正診率56.0%であり、拡大観察時と比較して感度・正診率が有意に低下した。

【結語】

6mm以上のJNET type 1 病変におけるEndoBRAIN-Xの診断能は、拡大NBI下では内視鏡専門医と同等であったが、非拡大NBI下では感度・正診率が有意に低下した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科
2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第5会場（1F 会議室102）
ワークショップ 11　下部消化管におけるAI内視鏡の現状と課題
司会：高林 馨（慶應義塾大学医学部内視鏡センター）、竹中 健人（東京科学大学消化器内科）

[WS11-6] 早期大腸癌における3D深部構造予測AIの構築と専用アノテーション支援ツールの開発

*高丸 博之[1]、水口 康彦[1]、豊嶋 直也[1]、山田 真善[1]、斎藤 豊[1] (1. 国立がん研究センター中央病院内視鏡科)

【背景】
早期大腸癌に対する内視鏡治療において、術前に腫瘍の深部構造を予測することは、一括切除の完遂および適切な病理評価の側面からも重要と思われる。そのため我々は、内視鏡画像から早期大腸癌の深部構造を推定するAIの開発を進めてきた。深層学習は内視鏡画像と病理構造の一対一対応が必要となるが、アノテーションには多大な専門性と労力を要し、開発上の障壁となっていた。
【目的】
内視鏡画像上に病理学的深部情報を正確に付与する専用アノテーションツールを開発し、これを用いた効率的な学習によって、早期大腸癌の三次元構造を可視化する3D深部構造予測AIを構築することを目的とした。
【方法】
1）アノテーションツールの開発：内視鏡画像と、病理切り出し画像を一対一対応させ、切除標本の病理画像から得られる垂直浸潤距離を、対応する術前内視鏡画像上の各部位へ高度にマッピングするための支援ツールを構築した。2）3D深部構造予測AIの構築：本ツールで作成した一対一対応データを用い、たたみ込みニューラルネットワークを基盤とした深部構造予測モデルを構築した。本システムは、内視鏡画像から腫瘍部位の推測を行い、さらに推測された腫瘍部の深達度をピクセル毎に予測することで三次元的構造を推定し、3D画像として提示する。
【結果】
内視鏡・病理画像一対一対応を支援するツールアノテーション手法を確立した。このツールの開発・導入により、多くの作業時間を要していた内視鏡画像と病理データを紐付けた学習データの蓄積を実現した。このツールを用いた学習により、三次元ワイヤーフレームを用いて内視鏡画像から病変深部の立体構造を可視化する3D構造予測AIを構築した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 内科

2026年11月21日(土) 15:20 ~ 16:35 | 第5会場（1F 会議室102）

ワークショップ 11　下部消化管におけるAI内視鏡の現状と課題

司会：高林 馨（慶應義塾大学医学部内視鏡センター）、竹中 健人（東京科学大学消化器内科）

[WS11-7] 腹腔鏡下左側大腸癌手術におけるAIナビゲーション手術の開発

*白下 英史[1]、藤田 隼輔[2]、小山 旅人[2]、長谷川 巧[2]、青山 佳正[2]、蔀 由貴[2]、河野 洋平[2]、平塚 孝宏[3]、赤木 智徳[2]、二宮 繁生[4]、柴田 智隆[5]、上田 貴威[3]、衛藤 剛[6]、徳安 達士[7]、猪股 雅史[2] (1. 大分大学医学部高度医療人育成講座、2. 大分大学医学部消化器・小児外科学講座、3. 大分大学医学部総合外科・地域連携学講座、4. 大分大学医学教育センター、5. 大分大学救命救急センター、6. 大分大学グローカル感染症研究センター、7. 福岡工業大・情報工学部情報システム工学科)

【はじめに】大腸癌手術では、適切な剥離層で手術を進めていくことで、安全かつ根治的な手術が可能となる。適切な剥離層の見極めは解剖学的ランドマークに基づいて外科医が判断していると考えられる。解剖学的ランドマークは血管などの構造物だけでなく、間膜や組織の間隙なども、含まれ、その認知・判断には経験や能力による個人差があり、これを教示するＡＩシステムを開発することで、手術成績の向上や術中合併症の減少が期待できる。
【目的】左側大腸癌手術に必要な解剖学的ランドマークのAIによる教示システムを開発すること。
【対象・方法】福岡工業大学との共同開発にて行った。
当院にて施行された腹腔鏡下Ｓ状結腸癌手術の動画40例分を用いて、内側アプローチにおける腹膜切開～中枢血管処理前までの工程を対象とした。
１.手術シーンを①術野展開～腹膜切開の開始、②腹膜切開開始後～中枢血管処理前　の２つにシーン分けた。
2.有用となる解剖学的ランドマークを検討するため、アノテーション対象物を定義（FPR：直腸固有筋膜、FAP；直腸固有筋膜前腹膜、RTP：後腹膜、RPF：後腹膜下筋膜、LCT：疎性結合組織、FAF: 直腸固有筋膜前脂肪）した。
3.手術動画から静止画を抽出し、外科医によるアノテーションを行い、教師データを作成した。
4.教師データをAIに学習させ、動画に表示させることで有用な解剖学的ランドマークを検討した。
5　決定した解剖学的ランドマークを表示するAIシステムを作成した。学習条件は領域抽出アルゴリズム（Hyperseg）を用いた。
6. 評価として教室の症例および他施設の未学習データを用いDice係数を用いた。
【結果】シーン①において有用となる解剖学的ランドマークはFAP/RTP境界（Dimpling line）であった。シーン②ではFPR、FAFおよびFPR/LCT、FPR/RPFの境界の教示が有用であった。
未学習動画へ適応した際のDice係数は0.78～0.81であった。
【結語】直腸癌手術における解剖学的ランドマーク教示は有用と思われた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）28　周術期管理と術後合併症２

座長：惠木 浩之（北里大学メディカルセンター外科）

[P28-1] 上行結腸癌術後の右総腸骨リンパ節再発に対する腹腔鏡下リンパ節摘出術後難治性リンパ漏の1例

*中村 有貴[1]、松田 健司[1]、三谷 泰之[1]、水本 有紀[1]、岩本 博光[1]、田宮 雅人[1]、竹本 典生[1]、兵 貴彦[1]、下村 和輝[1]、上田 勝也[1]、堀 雄哉[1]、黒岩 英倫[1]、川井 学[1] (1. 和歌山県立医科大学第２外科)

[P28-2] 直腸癌CRT後のLow Anterior Resection Syndromeリスク因子についての検討

*中山 快貴[1]、吉敷 智和[1]、麻生 喜祥[1]、飯岡 愛子[1]、若松 喬[1]、本多 五奉[1]、片岡 功[2]、磯部 聡史[1]、代田 利弥[1]、石井 俊[1]、後藤 充希[1]、須並 英二[1] (1. 杏林大学医学部付属病院、2. 杏林大学医学部付属杉並病院)

[P28-3] 大腸癌手術におけるDST吻合に用いるデバイスの選択が縫合不全に与える影響の検討

*西嶋 亜未[1]、鶴田 雅士[1]、石田 隆[1]、田村 卓也[1]、竹谷 健[1]、小野 祐実[1]、藤澤 直人[1]、菅原 俊喬[1]、皆川 卓也[1]、島田 理子[1]、平野 佑樹[1]、大山 隆史[1]、篠田 昌宏[1]、板野 理[1] (1. 国際医療福祉大学医学部消化器外科)

[P28-4] 大腸癌術前貧血に対する静注鉄剤の種類による治療成績

*額田 卓[1]、沼田 正勝[1]、風間 慶祐[2]、渥美 陽介[2]、伊豆川 翔太[1]、石黒 哲史[1]、横山 亘[1]、福田 敏之[1]、古山 和樹[1]、田 鍾寛[2]、大矢 浩貴[2]、山本 俊也[1]、工藤 孝迪[1]、武井 将伍[1]、前橋 学[1]、太田 絵美[1]、小澤 真由美[1]、野﨑 昭人[3]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科、2. 横浜市立大学医学部附属病院消化管外科、3. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター内科)

[P28-5] 大腸癌術後縫合不全・汎発性腹膜炎に対する腹腔鏡手術―定型化手技による6例の検討―

*小野 祐実[1]、石田 隆[1]、鶴田 雅士[1]、田村 卓也[1]、竹谷 健[1]、西嶋 亜未[1]、藤澤 直人[1]、藤井 康矢[1]、菅原 俊喬[1]、皆川 卓也[1]、島田 理子[1]、平野 佑樹[1]、大山 隆史[1]、篠田 昌宏[1]、板野 理[1] (1. 国際医療福祉大学成田病院)

[P28-6] S状結腸癌術後乳糜瘻に対してオクレオチド投与が有用であった１例

*西谷 太助[1] (1. 若草第一病院)

[P28-7] 直腸癌側方リンパ節郭清後の難治性リンパ嚢胞に対しリンパ管造影と塞栓術が奏功した1例

*森屋 統樹[1]、小嶌 慶太[1]、柴木 俊平[1]、坂本 純一[1]、横田 和子[1]、田中 俊道[1]、横井 圭吾[1]、古城 憲[1]、三浦 啓壽[1]、山梨 高広[1]、佐藤 武郎[2]、内藤 剛[1] (1. 北里大学医学部下部消化管外科学、2. 北里大学医学部附属医学教育研究開発センター医療技術教育研究部門)

[P28-8] 高齢者肛門手術における術後排尿障害の発生頻度とリスク因子の検討

*山崎 裕人[1]、吉田 貢一[1]、田畑 敏[1] (1. 市立砺波総合病院大腸・肛門外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）28　周術期管理と術後合併症 2

座長：惠木 浩之（北里大学メディカルセンター外科）

[P28-1] 上行結腸癌術後の右総腸骨リンパ節再発に対する腹腔鏡下リンパ節摘出術後難治性リンパ漏の1例

*中村 有貴[1]、松田 健司[1]、三谷 泰之[1]、水本 有紀[1]、岩本 博光[1]、田宮 雅人[1]、竹本 典生[1]、兵 貴彦[1]、下村 和輝[1]、上田 勝也[1]、堀 雄哉[1]、黒岩 英倫[1]、川井 学[1] (1. 和歌山県立医科大学第２外科)

【緒言】上行結腸癌術後の右総腸骨リンパ節転移は極めて稀である。今回同病変に対して腹腔鏡下リンパ節摘出術を行い、術後に難治性リンパ漏を発症し、外科的に修復し得た1例を経験したので報告する。
【症例】20XX-6年12月に前医で上行結腸癌に対して、腹腔鏡下右半結腸切除術が行われ、pT4aN2bM0 stageⅢc（BRAF変異陽性）の病理診断で術後補助化学療法としてCapeOX療法8コースを施行された。以降、再発なく経過していたが、20XX-1年7月に腫瘍マーカーの上昇があり、右総腸骨リンパ節の増大を認めたため、再発と診断し、半年間化学療法を施行された。これにより、同リンパ節は縮小したものの残存している状態であり、新規病変を認めなかったため、手術目的で当科紹介受診となる。20XX年4月に腹腔鏡下右総腸骨リンパ節摘出術を実施し、術後2日目に自宅退院された。病理結果は上行結腸癌の再発であった。しかし、術後約1ヶ月に腹部膨満感を主訴に前医を受診され、リンパ瘻と診断された。保存的加療にて改善乏しく、20XX年4月に当院紹介入院となる。入院後は絶食とし、中心静脈栄養を開始、オクトレオチド皮下投与や、リンパ管造影・塞栓術を計3度実施したが、リンパ漏は改善せず、次第に栄養状態の悪化を認めたため、リンパ節摘出術後86日目に腹腔鏡補助下リンパ漏修復術を実施した。術中、リンパ節摘出箇所よりリンパ漏を認めたが、漏出するリンパ管の同定は困難であったため、PGAシートを充填しながら、周囲組織を縫縮し、最後に大網を被覆し、フィブリノゲン加第XIII因子を散布して終了した。手術によりリンパ漏は停止し、食事再開後も再燃なく経過したため、術後18日目に自宅退院された。退院後もリンパ漏の再燃は認めず、腫瘍に関しても無再発で経過している。
【結語】上行結腸癌術後の右総腸骨リンパ節転移に対して腹腔鏡下リンパ節摘出術を実施し、術後難治性リンパ漏を来した1例を経験した。右側結腸癌術後の右総腸骨リンパ節転移は非常に稀であり、また、腸骨リンパ節郭清後の難治性リンパ漏の治療についても確立されたものはないため、これらについての文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）28　周術期管理と術後合併症 2

座長：惠木 浩之（北里大学メディカルセンター外科）

[P28-2] 直腸癌CRT後のLow Anterior Resection Syndromeリスク因子についての検討

*中山 快貴[1]、吉敷 智和[1]、麻生 喜祥[1]、飯岡 愛子[1]、若松 喬[1]、本多 五奉[1]、片岡 功[2]、磯部 聡史[1]、代田 利弥[1]、石井 俊[1]、後藤 充希[1]、須並 英二[1] (1. 杏林大学医学部付属病院、2. 杏林大学医学部付属杉並病院)

【始めに】Low Anterior Resection Syndrome（LARS）は、直腸切除後に生じる排便機能障害であり、患者のQOLを著しく低下させる重要な問題である。当院では下部直腸癌に対する化学放射線療法（CRT）施行例に対し、一時的人工肛門を造設し、術後約6か月で閉鎖を行っているが、閉鎖後の排便機能障害が臨床上の課題となっている。

【目的】CRT施行直腸癌症例におけるLARS発症のリスク因子を明らかにし、その予測および対策に資することを目的とした。特に骨盤底筋群および骨格筋量に着目し、臨床病理学的因子を含めて検討した。

【方法】

2019年6月から2025年3月までに当院でRb直腸癌に対してCRTを施行し、原発巣切除後に人工肛門閉鎖まで至った20例を対象とした。人工肛門閉鎖後1年時点のLARSスコアに基づき、LARS群（≧30点）と非LARS群（≦29点）に分類した。術前CT画像を用い、CRT前および人工肛門閉鎖前の2時点における恥骨下縁レベルでの内閉鎖筋断面積をSYNAPSE VINCENTで計測し、大腰筋体積も算出した。これらの変化率および臨床病理学的因子とLARS発症との関連を解析した。

【結果】

対象は男性16例、女性4例、年齢中央値64.5歳（38–89歳）であった。LARSは14例（70%）に認められた。単変量解析では、内閉鎖筋および大腰筋体積の変化率が有意な関連因子であった（いずれもp＜0.05）。さらにLARS各症状別の解析では、大腰筋体積の低下は漏出性便失禁と有意に相関し（p＜0.05）、内閉鎖筋の低下は切迫性便失禁と有意な関連を認めた（p＜0.05）。

【結語】

骨盤底筋群の機能低下に加え、大腰筋体積の減少がLARS発症に関与する可能性が示唆された。さらに症状別解析により、それぞれが異なる機序に関与する独立した因子である可能性が示された。骨盤底筋群評価に加え、骨格筋量および臨床因子を組み合わせた複合的評価は、LARS発症予測および周術期介入戦略の構築に有用であると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）28　周術期管理と術後合併症 2

座長：惠木 浩之（北里大学メディカルセンター外科）

[P28-3] 大腸癌手術におけるDST吻合に用いるデバイスの選択が縫合不全に与える影響の検討

*西嶋 亜未[1]、鶴田 雅士[1]、石田 隆[1]、田村 卓也[1]、竹谷 健[1]、小野 祐実[1]、藤澤 直人[1]、菅原 俊喬[1]、皆川 卓也[1]、島田 理子[1]、平野 佑樹[1]、大山 隆史[1]、篠田 昌宏[1]、板野 理[1] (1. 国際医療福祉大学医学部消化器外科)

【背景】直腸癌やS状結腸癌に対する腸切除後の吻合法としては、自動縫合器と自動吻合器の2つのデバイスを使用するダブルステープリング(DST)吻合が一般的であるが、縫合不全率は約10%と報告されている。我々は昨年、ロボット支援大腸癌手術におけるDST吻合でのデバイスの組み合わせと縫合不全の関連について検討したが有意な影響は認められなかった。今年新たな自動吻合器が市場に出ることが予定されており、さらなるデバイスの組み合わせの多様化が予想される。今回、症例を増やして改めてデバイスの組み合わせが術後縫合不全に与える影響について検討した。
【方法】2020年6月から2026年3月までに当科で大腸癌に対して手術を施行した症例のうちDST吻合を行った285例を対象とした。主評価項目を術後の縫合不全の発症率とした。対象を同じ製造元のデバイスを組み合わせてDST吻合を行ったSame Products (SP)群と異なるDifferent Products (DP)群の2群にわけて、患者背景および縫合不全の発生率について後方視的に比較検討した。
【結果】SP群は230例、DP群は55例であった。年齢の中央値(範囲)は、SP群が71(28-97)歳、DP群が68(36-89)歳で有意差を認めた(p=0.021)が、性別、BMI、術前治療の有無等のその他の背景因子は両群間に有意差は認めなかった。原発巣が直腸癌の症例はSP群で156例(67.8%)、DP 群で40例(72.7%)であり、有意差は認めなかった(p=0.521)。術後縫合不全を認めた症例は全体で29例(10.2%)であり、SP群が24例(10.4%)であったのに対しDP群は5例(9.1%)であり、有意差は認めなかった(p=1.000)。
【結論】DST吻合では2つのデバイスを用いるが、選択肢が多様化し、それぞれに縫合不全を防ぐための工夫が施されているため、使用するデバイスの選択に迷うこともある。DST吻合におけるデバイスの組み合わせが治療成績に影響を及ぼす可能性も懸念されたが、新規デバイス参入後の症例を含めた今回の検討においても術後縫合不全発症率に有意な影響は認めなかった。大腸癌術後の縫合不全は、患者のQOLや短期成績に大きく影響する重要な合併症であり、今後もさらなる予防策の検討が望まれる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）28　周術期管理と術後合併症 2

座長：惠木 浩之（北里大学メディカルセンター外科）

[P28-4] 大腸癌術前貧血に対する静注鉄剤の種類による治療成績

*額田 卓[1]、沼田 正勝[1]、風間 慶祐[2]、渥美 陽介[2]、伊豆川 翔太[1]、石黒 哲史[1]、横山 亘[1]、福田 敏之[1]、古山 和樹[1]、田 鍾寛[2]、大矢 浩貴[2]、山本 俊也[1]、工藤 孝迪[1]、武井 将伍[1]、前橋 学[1]、太田 絵美[1]、小澤 真由美[1]、野﨑 昭人[3]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科、2. 横浜市立大学医学部附属病院消化管外科、3. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター内科)

【はじめに】大腸癌術前の貧血は、短期、長期成績に影響を及ぼすことから術前是正の重要性が認識されている。進行症例では、経口鉄剤は吸収障害や消化管通過障害の影響を受ける可能性があり、静注鉄剤は有用な選択肢である。近年、従来の低用量静注鉄剤に加え、高容量投与が可能なカルボキシマルトース第二鉄も使用可能となっており、限られた術前待機時間の中で効率よく貧血を改善できる可能性がある。一方、大腸癌領域においての貧血是正投与方法に関するガイドラインは存在せず、各担当医により最良と判断される方法で治療が実施されている。
【目的】鉄欠乏性貧血を合併した大腸癌患者において、高容量静注鉄剤であるカルボキシマルトース第二鉄と、低用量静注鉄剤である含糖酸化鉄の術前貧血改善効果を比較検討する。
【対象と方法】2021年1月から2025年12月までに、術前貧血を認める大腸癌に対して静注鉄剤治療後、原発巣切除を行った症例を後ろ向きに検討した。当科初診までに輸血療法が施行されていた症例は除外した。改善効果は、初診時Hbから手術直前Hbの差とした。
【結果】
カルボキシマルトース第二鉄（1管中鉄含有量500 mg）（n=96）、含糖酸化鉄（1管中鉄含有量40 mg）（n=30）を比較した。年齢中央値：74歳vs. 75歳 (p=0.47)、男性：50% vs. 48% (p=1.00)、cT 3以深：90% vs. 81%(p=0.40)、術前治療あり：10% vs. 7% (p=0.70)。Hb改善平均値：+1.12（標準偏差1.9）vs. -0.11（標準偏差1.3） g/dL (p＜0.01)。術前輸血施行率：14 vs. 27 % (p=0.10)。術後合併症Clavien-Dindo Grade≧III：1.0 vs. 10.0 % (p=0.04)であった。
【結語】鉄欠乏性貧血を合併した大腸癌患者に対する術前静注鉄療法において、高容量投与が可能なカルボキシマルトース第二鉄は、含糖酸化鉄と比較して良好な貧血改善効果を示した。術前期間が限られる事が多い大腸癌診療において、高容量静注鉄剤の有用性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）28　周術期管理と術後合併症 2

座長：惠木 浩之（北里大学メディカルセンター外科）

[P28-5] 大腸癌術後縫合不全・汎発性腹膜炎に対する腹腔鏡手術―定型化手技による6例の検討―

*小野 祐実[1]、石田 隆[1]、鶴田 雅士[1]、田村 卓也[1]、竹谷 健[1]、西嶋 亜未[1]、藤澤 直人[1]、藤井 康矢[1]、菅原 俊喬[1]、皆川 卓也[1]、島田 理子[1]、平野 佑樹[1]、大山 隆史[1]、篠田 昌宏[1]、板野 理[1] (1. 国際医療福祉大学成田病院)

大腸癌術後の縫合不全・汎発性腹膜炎は、敗血症から致死的経過をたどり得る重篤な合併症である。手術介入を要する症例では全身状態不良であることが多く、過大な侵襲回避の観点から腹腔鏡手術の有用性が期待されるが、高度炎症に伴う癒着や視野不良により手技の煩雑化や手術時間延長が課題であり、その適応は一定していない。
当科では、Clavien-Dindo分類Grade IIIb以上の術後縫合不全・汎発性腹膜炎に対しても腹腔鏡手術を導入し、手技の定型化により短時間かつ有効な感染制御を目指している。本研究では治療成績を検討し、手術手技の要点と工夫を報告する。
手技の要点は以下の3点である。①臍部またはストマ造設予定部の小開腹創から直視下に腹水回収および洗浄を先行し、時間短縮を図る。②体位変換およびポート追加・移動を行いながら鏡視下洗浄を追加し、両側横隔膜下およびダグラス窩に確実にドレーンを留置する。③創縁保護ドレープおよび皮膚表面接着剤を使用し、創部感染予防を徹底する。
2022年4月から2025年12月までに当院で施行した原発性大腸癌手術444例中、Grade IIIb以上の縫合不全・汎発性腹膜炎は6例（1.4%）に認め、全例に腹腔鏡手術を施行した。男性5例、女性1例、年齢66±7歳、結腸2例、直腸4例であった。初回手術は腹腔鏡2例、ロボット4例であり、再手術時間100±16分、出血量4±4ml、再手術後在院日数31±13日であった。開腹移行例はなく、再手術後Grade III以上の合併症は認めなかった。
適切な症例選択および手技の定型化により、術後縫合不全・汎発性腹膜炎に対する腹腔鏡手術は、安全かつ有効な治療選択肢となり得ると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）28　周術期管理と術後合併症 2

座長：惠木 浩之（北里大学メディカルセンター外科）

[P28-6] S状結腸癌術後乳糜瘻に対してオクレオチド投与が有用であった１例

*西谷 太助[1] (1. 若草第一病院)

症例は76歳男性。閉塞性S状結腸癌に対し,self-expanding metallic stent留置し腸管減圧した後に腹腔鏡下S状結腸切除術(D3郭清,FEEA)を施行した。
術後経過は概ね良好であったが,POD6にDouglas窩に留置していたJ-VACドレーンから白色排液を認め,中性脂肪(TG)値を計測するとTG:254mg/dlと高値をであり術後乳糜瘻の診断となった。この時点で絶食に切り替え,オクレオチド皮下注射200μg量を1日2回投与開始した。投与後2日目から白色排液は漿液性に変化しTG値も105mg/dlと低下を認めたため、脂肪制限食を開始した。その後は白色排液を認めることなくPOD10にドレーンを抜去し,POD13に退院となった。
乳糜腹水の原因は腹部手術や血管手術の際に乳糜槽やリンパ管の損傷によるものや単純に悪性腫瘍によるリンパ管閉塞、肝硬変症によるものが知られている。
診断基準に関してはTG:110mg/dl以上(または総脂質200mg/dl以上)かつ、外観が乳白色～白濁していること、腹腔内感染がない事が診断基準となる。
治療に関しては一定の見解はなく保存的治療(絶飲食下で完全中心静脈栄養,脂肪制限食などの食事療法,薬物療法)や外科的治療(リンパ管結紮,腹腔静脈シャント術)などがコンセンサスとしてある。
今回は薬物療法が早期に著効した比較的稀有な症例を経験したため,文献的考察とともに発表する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）28　周術期管理と術後合併症 2

座長：惠木 浩之（北里大学メディカルセンター外科）

[P28-7] 直腸癌側方リンパ節郭清後の難治性リンパ嚢胞に対しリンパ管造影と塞栓術が奏功した1例

*森屋 統樹[1]、小嶌 慶太[1]、柴木 俊平[1]、坂本 純一[1]、横田 和子[1]、田中 俊道[1]、横井 圭吾[1]、古城 憲[1]、三浦 啓壽[1]、山梨 高広[1]、佐藤 武郎[2]、内藤 剛[1] (1. 北里大学医学部下部消化管外科学、2. 北里大学医学部附属医学教育研究開発センター医療技術教育研究部門)

【はじめに】直腸癌に対する側方リンパ節郭清後には，ときに骨盤内リンパ嚢胞を認める．無症候性リンパ嚢胞は経過観察可能であるが，有症候性の場合は治療対象となる．
直腸癌側方リンパ節郭清術後に生じた難治性リンパ嚢胞に対し，リピオドールリンパ管造影およびN-butyl-2-cyanoacrylate(NBCA)による塞栓術を施行し，良好な経過を得た一例を経験したので報告する．
【症例】40歳代，女性．血便の精査加療目的に当院紹介受診した．精査でMSI-High，下部直腸癌，cT3N3M0, cStage IIIcの診断となった．患者希望により化学療法が選択されたが，治療経過中に手術希望となり，ロボット支援腹腔鏡下ハルトマン手術およびリンパ節郭清（上方および両側側方）を施行した．術後20日目より持続する発熱を認め，腹部CT検査で側方郭清領域の両側骨盤腔にリンパ嚢胞を認めた．発熱の持続とリンパ嚢胞によって総腸骨静脈が圧排されていたことから，術後26日目に両側リンパ嚢胞に対してCTガイド下穿刺ドレナージを施行した．ドレーンからは連日100mlほどの排液が持続し，また，ドレナージ不良域も残存したため，ドレナージ後16日目に両側鼠径リンパ節穿刺によるリピオドールリンパ管造影を施行した．左側は少量の漏出で，リンパ嚢胞内にリピオドールが沈着したことを確認して手技終了した．右側の漏出は自然閉鎖困難と判断し，NBCAによる塞栓術を追加した．処置翌日よりドレーン排液量の著明な減少を認めたためドレーンを抜去した．処置後後1か月以上経過した現在も症状改善を維持している．
【考察】有症候性の術後リンパ嚢胞は，穿刺ドレナージで軽快する症例もあるが，ときに治療に難渋し外科的介入を要する症例もある．リンパ管造影は漏出部位の特定とその程度の評価，また治療（塞栓術）を同時に行えるより低侵襲な手技であり，術後難治性リンパ嚢胞に対する有効な治療選択肢となり得ると考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）28　周術期管理と術後合併症 2

座長：惠木 浩之（北里大学メディカルセンター外科）

[P28-8] 高齢者肛門手術における術後排尿障害の発生頻度とリスク因子の検討

*山崎 裕人[1]、吉田 貢一[1]、田畑 敏[1] (1. 市立砺波総合病院大腸・肛門外科)

【背景】高齢者では加齢に伴う排尿機能低下や併存疾患の影響により, 術後排尿障害（postoperative urinary retention: POUR）のリスクが高いと考えられる. POURはQOLの低下, 尿路感染症, 在院日数延長の要因となり得るが, 肛門手術領域, とくに高齢者を対象とした検討は十分ではない. 【目的】高齢者肛門手術におけるPOURの発生頻度およびリスク因子を検討する. 【対象と方法】2020年1月から2024年12月までに当院で施行した65歳以上の肛門手術235例を対象とした. 術後または尿道カテーテル抜去後24時間以内に導尿を要した症例をPOURと定義した. 年齢, 性別, BMI, 併存疾患, performance status（PS）, 術式, 手術時間, 術中輸液量, 痔核切除数を検討項目とし, 単変量解析を行った. さらに有意差を認めた因子について, 痔核手術群および痔核手術以外の群に分けて多変量解析を行った. 【結果】POURは51例（21.7%）に認めた. 単変量解析では糖尿病, PS高値, 痔核切除数でPOUR発生率に有意差を認めた. 痔核手術90例を対象とした多変量解析では, 痔核切除数のみが独立した危険因子であった（OR 2.46，95%CI 1.21–5.00，p=0.012）. 一方, 痔核手術以外145例を対象とした多変量解析では, PS 3以上が独立した危険因子であった（OR 2.34，95%CI 1.04–5.24，p=0.040）. 【結論】高齢者肛門手術ではPOURは比較的高頻度に発生した. 痔核手術では痔核切除数が, 痔核手術以外ではPS高値が独立した危険因子であり, 高リスク症例では術前評価と慎重な周術期管理, ならびに痔核切除範囲の調整が重要と考えられた.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）29　進行大腸癌に対する手術３

座長：宮北 寛士（東海大学医学部消化器外科）

[P29-1] 腹腔鏡下大腸切除術における体腔内腸管切離・体腔外腸管吻合法の有用性についての検討

*内藤 正規[1]、福岡 麻子[1]、佐々木 大祐[1]、臼井 創大[1]、磯村 香介[1]、根岸 宏行[2]、浜辺 太郎[2]、天野 優希[2]、勝又 健太[3]、大島 隆一[3]、四万村 司[3]、牧角 良二[2]、民上 真也[1] (1. 聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科、2. 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科、3. 川崎市立多摩病院)

[P29-2] 閉塞性大腸癌に対する大腸ステント留置の安全性と有用性の検討

*佐藤 清哉[1]、千田 圭悟[1]、瀬戸 大市[1]、由良 健太郎[1]、大嶋 理香[1]、清水 美菜子[1]、田村 裕子[1]、矢澤 慶一[1]、佐藤 圭[1]、杉田 光隆[1] (1. 横浜市立みなと赤十字病院外科)

[P29-3] 進行結腸癌に対する術前化学療法の有用性の検討

*森 康一[1]、中川 和也[1]、飯山 慧[1]、多胡 行揮[1]、金 睿婉[1]、本田 祥子[1]、増田 太郎[1]、小崎 良平[1]、山岸 茂[1] (1. 藤沢市民病院　外科)

[P29-4] 下行結腸癌の再発を疑った、腸間膜に発生したデスモイド腫瘍の一例

*本郷 久美子[1]、山本 聖一郎[2]、田島 佑樹[1]、大谷 理紗[1]、室井 貴子[1]、藤崎 洋人[1]、高野 公徳[1]、中川 基人[1] (1. 平塚市民病院外科、2. 東海大学医学部消化器外科)

[P29-5] 閉塞性大腸癌に対し横行結腸ストーマ造設後も制御困難で大腸亜全摘を要した１例

*澤崎 純哉[1]、真貝 竜史[1]、大﨑 真央[1]、村西 耕太郎[1]、馬場谷 彰仁[1]、西垣 貴彦[1]、中塚 梨絵[1]、太田 英夫[1]、杉本 圭司[1]、大西 直[1]、松下 一行[1] (1. 川西市立総合医療センター外科)

[P29-6] 直腸癌に対する術前治療後手術における術中出血量過大評価の可能性の検討

*岸 和希[1]、浜部 敦史[1]、森 良太[1]、関戸 悠紀[1]、竹田 充伸[1]、三代 雅明[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学)

[P29-7] 前立腺浸潤直腸癌摘除における尿路再建としての膀胱瘻の有用性について

*沼畑 健司[1]、須藤 剛[2]、深瀬 正彦[2]、佐藤 圭祐[2]、望月 秀太郎[2]、平田 祥太郎[2] (1. 山形県立中央病院泌尿器科、2. 山形県立中央病院外科)

[P29-8] 大腸癌におけるサイトグロビン発現の意義

*仲山 孝[1]、滝口 光一[1]、白石 謙介[1]、古屋 信二[1]、齊藤 亮[1]、丸山 傑[1]、出雲 渉[1]、庄田 勝俊[1]、中山 裕子[1]、河口 賀彦[1]、雨宮 秀武[1]、市川 大輔[1] (1. 山梨大学医学部外科学講座第一教室)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）29　進行大腸癌に対する手術 3

座長：宮北 寛士（東海大学医学部消化器外科）

[P29-1] 腹腔鏡下大腸切除術における体腔内腸管切離・体腔外腸管吻合法の有用性についての検討

*内藤 正規[1]、福岡 麻子[1]、佐々木 大祐[1]、臼井 創大[1]、磯村 香介[1]、根岸 宏行[2]、浜辺 太郎[2]、天野 優希[2]、勝又 健太[3]、大島 隆一[3]、四万村 司[3]、牧角 良二[2]、民上 真也[1] (1. 聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科、2. 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科、3. 川崎市立多摩病院)

【はじめに】腹腔鏡下大腸切除術では，腸管の授動が広範囲に行うことができる利点を活かして，消化管吻合は体腔外で行われることが多い．近年，体腔内での消化管吻合の有用性に関する報告が増えているが，消化管内容の流出による腹腔内汚染の危険性について懸念が残る．
【目的・対象】2023年1月から2026年4月までの期間に，結腸癌の診断で腹腔鏡下大腸切除術を施行し，体腔内腸管切離・体腔外吻合法による機能的端々吻合を行った28症例を対象とした．周術期の成績を解析し，本法の有用性を明らかにすることを目的とした．
【結果】本法の手術手技は、腸管の剥離・授動後に腸間膜の処理を行い、自動縫合器により体腔内で腸管切離を行った．切離腸管断端は臍部正中創より体腔外に吊り上げてclosed法で機能的端々吻合を行った．男性11例，女性17例であり，平均年齢は70.9±13.1歳であった．結腸右半切除術（拡大含む）が9例，回盲部切除術が8例，結腸部分切除は横行結腸が6例、下行結腸が5例であった．体腔内での腸管切離は，肛門側のみ行った症例が17例，両側が7例，口側のみが3例であった．手術時間は164.5（97-968）分であり，出血量は5（5-75）mlであった． 創長は40（25-70）mmであり，切離断端までの距離は近位側が72.5（25-260）mmであり，遠位側が67.5（30-240）mmであった．C-D Grade-II以上の合併症は麻痺性イレウスの1例（3.6%）のみであり，再発は2例（7.1%）であった．
【結語】本法は，体腔内汚染の懸念がない吻合法であるとともに，整容性も十分に保てる手技であることが示された．複雑な手技を必要としないことから，消化管吻合の1つの方法として会得するべき手技である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）29　進行大腸癌に対する手術 3

座長：宮北 寛士（東海大学医学部消化器外科）

[P29-2] 閉塞性大腸癌に対する大腸ステント留置の安全性と有用性の検討

*佐藤 清哉[1]、千田 圭悟[1]、瀬戸 大市[1]、由良 健太郎[1]、大嶋 理香[1]、清水 美菜子[1]、田村 裕子[1]、矢澤 慶一[1]、佐藤 圭[1]、杉田 光隆[1] (1. 横浜市立みなと赤十字病院外科)

【背景・目的】2012年に大腸用self expandable metallic stent（SEMS）が保険適応となり，閉塞性大腸癌に対しSEMS留置により緊急手術を回避するbridge to surgery（BTS）が普及しつつある。当院では原発切除可能な閉塞性結腸癌およびRS直腸癌に対するBTSとしてSEMS留置を第一選択としており、BTSとしてのSEMSの安全性と有用性について検討を行った。
【対象・方法】2023年4月から2026年3月までの期間に当院で大腸癌の原発切除を行った症例のうち、初発の閉塞性大腸癌に対して術前にSEMSを留置した14例を後方視的に検討した。
【結果】年齢中央値は74(51-93)歳、男性9例、女性5例であった。原発部位は上行結腸2例、横行結腸2例、下行結腸4例、S状結腸4例、直腸2例であった。技術的成功率は100%、臨床的成功率は92.9%であり、1例でステント追加留置を要した。ステント留置に伴う合併症は認めなかった。ステント留置から原発切除までの期間中央値は34（18-83）日であり、全例で原発切除術前に一時退院可能であった。11例で腹腔鏡手術、2例でロボット手術、1例で開腹手術が施行された。全例で腸管吻合可能であり、一時的および永久人工肛門造設を行った症例はなかった。Clavien-Dindo分類Grade2以上の術後合併症は3例に認め、内訳は麻痺性イレウス2例、尿路感染症2例、腹腔内膿瘍１例であった。縫合不全は認めなかった。術後在院日数中央値は8（6-28）日であった。病理学的進行度分類はStageIIが6例、StageIIIが6例、StageIVが2例であった。StageIV症例のうち、1例は同時性肝転移に対する治癒切除を行い、1例は術中に切除不能腹膜播種を認めたため緩和的化学療法を行った。術後再発を認めた症例はなかった。
【結語】閉塞性大腸癌に対するBTSとしてのSEMS留置は安全かつ有効な減圧法であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）29　進行大腸癌に対する手術 3

座長：宮北 寛士（東海大学医学部消化器外科）

[P29-3] 進行結腸癌に対する術前化学療法の有用性の検討

*森 康一[1]、中川 和也[1]、飯山 慧[1]、多胡 行揮[1]、金 睿婉[1]、本田 祥子[1]、増田 太郎[1]、小崎 良平[1]、山岸 茂[1] (1. 藤沢市民病院　外科)

【背景】近年進行結腸癌に対して治療成績向上のため、術前化学療法が行われているが中・長期成績の有用性については明らかではない。
【目的】進行結腸癌に対する術前化学療法の有用性を明らかにする。
【対象と方法】2010年4月から2023年4月に当科で手術を施行した直腸S状部癌を含む結腸癌1590例のうち、化学療法施行後に原発巣切除術を行った15例を対象に、臨床病理学的因子、化学療法の効果、予後を後方視的に検討した。
当科における術前化学療法の適応は、外科的切除断端の確保が困難、術前穿孔による膿瘍形成、または切除可能な遠隔転移症を有する症例としている。
【結果】術前化学療法を施行した15例の年齢中央値は70歳(63-76)、男女比は8：7、腫瘍の局在はA 2例/T 1例/S 7例/RS 5例、平均腫瘍径は48.8㎜、cStageはⅢB 1例/ⅢC 7例/ⅣA 6例/ⅣB 1例、8例で化学療法施行前に人工肛門を造設していた。化学療法レジメンはCAPOX + BV 4例、mFOLFOX6 + BV 5例、mFOLFOX6 + Pmab 2例、FOLFIRI + Pmab 4例で、化学療法完遂率は93.3%、相対投薬強度は85.5%であった。RECIST v1.1による最良効果判定はPR 9例、SD 5例、PD 1例で、奏効率は93.3%であった。CTCAEでGrade3以上の有害事象は5例(33.4%)に認め、好中球減少が3例、末梢神経障害が1例、ざ瘡様皮疹が1例であった。術前化学療法を施行した全例で原発巣切除が行われており、Clavien-Dindo分類 Grade Ⅲ以上の術後合併症はGrade Ⅲaのイレウスと乳び腹水の2例(13.3%)であった。組織学的治療効果判定はGrade 1a 5例/1b 7例/2 3例であった。ypStageはIIA 3例/IIIB 3例/ⅣA 7例/ⅣB 1例/ⅣC 1例で、40%でdown stagingされており、局所の癌遺残はR0 14例/R1 1例だった。術前遠隔転移を認めた7例中5例は一期的あるいは二期的に遠隔転移の切除を行い根治度CurBが得られ、全ての症例で術後化学療法が行われていた。観察期間は中央値で53.4カ月、3年PFSは64.6%、3年OSは83.6%であった。
【結語】高度進行結腸癌に対する術前化学療法は比較的安全に施行されており、中期成績も妥当であった。術前化学療法は症例によっては良好な腫瘍縮小効果が得られ、治療選択肢の一つになると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）29　進行大腸癌に対する手術 3

座長：宮北 寛士（東海大学医学部消化器外科）

[P29-4] 下行結腸癌の再発を疑った、腸間膜に発生したデスモイド腫瘍の一例

*本郷 久美子[1]、山本 聖一郎[2]、田島 佑樹[1]、大谷 理紗[1]、室井 貴子[1]、藤崎 洋人[1]、高野 公徳[1]、中川 基人[1] (1. 平塚市民病院外科、2. 東海大学医学部消化器外科)

【症例】35歳男性【既往】なし【現病歴】下行結腸癌に対して腹腔鏡下下行結腸切除、郭清はIMA本幹を温存して根部のみを郭清するD3郭清を施行した。（T3N0stage Ⅱ）。術後補助化学療法は試行していない。術後6カ月のCTで結腸間膜内に結節を認め、術後11カ月目に再発を疑って切除の方針とした。【検査所見】採血検査では腫瘍マーカーその他に異常値を認めなかった。CTでは、LCA切離断端近傍の腸間膜内に増大傾向のある結節状の軟部陰影を認めた。PET検査で同部位は淡い集積を認め、他に集積を示す部位は認めなかった。【方針】下行結腸癌の再発を疑い、切除の方針とした。【手術】腹腔鏡下に傍大動脈リンパ節郭清、IMA根部を含む腸間膜、下行結腸、前回吻合部切除を行った。吻合は　Retro- ileal pull- through technique　を用いて吻合した。【術後経過】特に合併症なく、術後第7病日に退院した。【病理組織診断】病理検査では、SMA（＋）、Desmin（±）、CD34 （‐）、S100 （‐）、β‐Catenin（核内集積）、Ki‐67 5%の結果であり、スモイド腫瘍の診断であった。【考察】デスモイド腫瘍はこれまで切除適応とされてきたが、腫瘍の大きさや増大速度によっては経過観察が可能ともいわれている。本症例では癌の再発の可能性を第一に考え、切除を行った。若干の文献的考察を加え、報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）29　進行大腸癌に対する手術 3

座長：宮北 寛士（東海大学医学部消化器外科）

[P29-5] 閉塞性大腸癌に対し横行結腸ストーマ造設後も制御困難で大腸亜全摘を要した１例

*澤崎 純哉[1]、真貝 竜史[1]、大﨑 真央[1]、村西 耕太郎[1]、馬場谷 彰仁[1]、西垣 貴彦[1]、中塚 梨絵[1]、太田 英夫[1]、杉本 圭司[1]、大西 直[1]、松下 一行[1] (1. 川西市立総合医療センター外科)

【緒言】

閉塞性大腸癌に合併する閉塞性大腸炎は、腸管内圧上昇に伴う虚血性変化により発症し、壊死や穿孔へ進展する重篤な病態である。減圧目的としてステント留置や経肛門的イレウス管、人工肛門造設などが選択されるが、これら段階的減圧が奏功せず炎症の進行を必ずしも抑制できない症例も存在する。特に直腸Rb病変ではステント留置が困難な場合もあり、治療戦略に難渋する。

【症例】

57歳男性。腹痛および腹部膨満を主訴に当院を受診した。腹部単純CTで直腸Rbに閉塞性大腸癌を認め、口側結腸の著明な拡張と壁肥厚、浮腫性変化を伴い閉塞性大腸炎の合併が疑われた。内視鏡的ステント留置は部位的に困難であり、経肛門的イレウス管（コロレクタルチューブ）を留置したが十分な減圧は得られなかったため、同日緊急で横行結腸人工肛門造設術を施行した。しかし術後２日が経過するも腹部症状の改善乏しく、保存的治療では改善困難と考え、再手術として大腸亜全摘術を行う方針とした。原発巣は直腸Rbの局所高度進行癌であったため切除は行わず、回腸末端からS状結腸まで大腸亜全摘を行い、回腸人工肛門造設とS状結腸での結腸瘻を作成した。切除標本は、広範囲にわたる粘膜の虚血性変化を認めた。術後経過は概ね良好であり術後34日で退院となった。

【考察】

閉塞性大腸炎は腸管内圧上昇に伴う血流障害を背景に発症し、重症化すると壊死や穿孔を来たし得る。本症例では、腸管拡張による蠕動低下や閉塞性大腸炎の合併により横行結腸人工肛門造設後も十分な減圧が得られなかった。閉塞性大腸炎を伴う閉塞性大腸癌症例では、人工肛門造設のみでは減圧が不十分となる場合があり、病態に応じて大腸亜全摘を含めた外科的介入を早期に検討する必要がある。本症例を踏まえ、閉塞性大腸炎を伴う閉塞性大腸癌に対する治療戦略および減圧手段の限界について、文献考察を加えて検討した。

【結語】

直腸Rb閉塞性大腸癌に閉塞性大腸炎を合併した症例では、ステント留置困難例においても
人工肛門造設のみでは不十分となる可能性があり、早期の外科的介入を念頭に置いた治療戦略が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）29　進行大腸癌に対する手術 3

座長：宮北 寛士（東海大学医学部消化器外科）

[P29-6] 直腸癌に対する術前治療後手術における術中出血量過大評価の可能性の検討

*岸 和希[1]、浜部 敦史[1]、森 良太[1]、関戸 悠紀[1]、竹田 充伸[1]、三代 雅明[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学)

【背景】
術前放射線化学療法（nCRT）後の直腸癌手術症例では手術先行症例と比較して術中出血量が増加し、さらにtotal neoadjuvant therapy（TNT）後の症例ではnCRT後の症例と比較して術中出血量が増加することが報告されている。しかし、nCRT/TNT後の手術では、術前治療による骨盤内の炎症や浮腫などの影響で腹水等の非血液成分が術野に漏出し、それらが術中出血量の計算に含まれることで、出血量が過大評価されている可能性がある。
【方法】
2022年1月～2026年3月までに手術を施行されたRa/Rbを主座とする切除可能直腸癌160例を対象とした。手術先行群110例、術前治療群50例で、術前治療群はTNT34例、CRT16例であった。術中出血量は、ガーゼ重量増加分と吸引液から洗浄液量を差し引いた値の合計とした。総血液量と推定出血量は以下の式で計算した。
男性の総血液量(mL)=366.9×(身長(m)3)+32.19×体重(kg)+604.1
女性の総血液量(mL)=356.1×(身長(m)3)+33.08×体重(kg)+183.3
推定出血量(mL)=血液量(mL)×((術前Ht(%)-術後Ht(%))/平均Ht(%))+輸血量(mL)（輸血量は濃厚赤血球液1単位＝200 mL として換算）
【結果】
術前治療群では、手術時間が長く、ISRやAPRの施行率が高く、術中の体液バランスが多く、術後1日目までのドレーン排液が多かった。術中輸血症例の頻度には差を認めなかった。術中出血量と推定出血量には有意な正の相関を認め、両群で推定出血量は術中出血量よりも多かった。しかし、術中出血量は術前治療群で有意に多かったが、推定出血量は両群で有意差を認めなかった。術中出血量を線形回帰で多変量解析すると、手術時間が出血量増加と関連していたが、その影響は術前治療群において減弱していた。
【結論】
術中出血量と推定出血量は相関しつつも乖離を有する可能性がある。術前治療群推定出血量が、輸液不足で血液濃縮が生じ過小評価されたという可能性は低かった。手術時間に伴う術中出血量増加は群間で異なり、術前治療群の術中出血量が手術時間のみでは十分に説明できない可能性がある。術後1日目までのドレーン排液は術前治療群で有意に多かったが、術中にも非血液成分が多く漏出し、術中出血量の計算に含まれた可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）29　進行大腸癌に対する手術 3

座長：宮北 寛士（東海大学医学部消化器外科）

[P29-7] 前立腺浸潤直腸癌摘除における尿路再建としての膀胱瘻の有用性について

*沼畑 健司[1]、須藤 剛[2]、深瀬 正彦[2]、佐藤 圭祐[2]、望月 秀太郎[2]、平田 祥太郎[2] (1. 山形県立中央病院泌尿器科、2. 山形県立中央病院外科)

【緒言】前立腺浸潤を来した直腸癌に対する骨盤内臓全摘は尿路再建が必要で、回腸導管が選択されることが多い。しかし、回腸導管では吻合部狭窄、ストーマトラブル、イレウスなどのリスクも多少であるが散見される。それに対し膀胱瘻造設した場合、上部尿路トラブル、吻合部リークがなく、腸管使用不要のメリットがあり、定期カテーテル交換の不便を除くといい適応となる。我々の施設での９症例の経験を報告する。
【対象と方法】
山形県立中央病院にて2018年2月から2026年2月までに骨盤内臓全摘を行った22例のうち尿路再建に膀胱瘻造設を行った9例を対象とした。
尿路再建では基本的に膀胱尿道吻合、回腸導管、膀胱瘻を提示し病状に合わせ説明、選択した。
膀胱瘻造設は前立腺、精嚢（症例により尿道、括約筋）を合併切除し膀胱頸部を2層に閉じ、下腹壁に膀胱を固定しリーク予防を行い膀胱ろうカテーテル留置した。
【結果】
年齢は41-88歳(中央値61)、疾患は直腸癌６例、肛門管癌２例であった。原発巣摘除6例、再発巣摘除2例である。
尿路再建に伴う合併症として術後腎機能低下は骨盤内膿瘍を来した1例のみで水腎症は来さなかった。
膀胱頸部閉鎖のリークは局所再発症例の重粒子線治療後の手術で生じた。照射線量分布に十分注意し切除範囲を決定したが術後7か月と時間をおいてリークが発生した。幸い保存的に治癒した。
【考察】
膀胱瘻でのトラブルは重粒子線治療後の1例に生じた。放射線、粒子線治療後は創傷治癒に不安要素があり膀胱頸部の切除範囲を広範囲にするか回腸導管を選択することも必要である。全例、水腎は来さなかったが、1例、骨盤膿瘍に伴う両側膿腎症で腎不全が生じた。
また、手術の工夫として、骨盤死腔を減らすため、2例において膀胱を小骨盤におきBoariフラップのように腹壁に尿路をのばした症例を経験した。
しかし、術後、定期カテーテル交換は必要で、安定した回腸導管のメリットは依然あり、術前によく相談し選択する必要はある。
【まとめ】
直腸癌前立腺浸潤における骨盤内臓全摘においては尿路再建として膀胱瘻は有用であり、症例を選び選択することが可能である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター1

一般演題（ポスター）29　進行大腸癌に対する手術 3

座長：宮北 寛士（東海大学医学部消化器外科）

[P29-8] 大腸癌におけるサイトグロビン発現の意義

*仲山 孝[1]、滝口 光一[1]、白石 謙介[1]、古屋 信二[1]、齊藤 亮[1]、丸山 傑[1]、出雲 渉[1]、庄田 勝俊[1]、中山 裕子[1]、河口 賀彦[1]、雨宮 秀武[1]、市川 大輔[1] (1. 山梨大学医学部外科学講座第一教室)

【背景・目的】
サイトグロビン（Cytoglobin：Cygb）は酸素代謝や酸化ストレス防御に関与するヘム蛋白であり、腫瘍との関連が注目されているが、大腸癌における臨床的意義は明らかでない。本研究では大腸癌組織におけるCygb発現を評価し、臨床病理学的因子および予後との関連を検討した。

【対象・方法】
2007年1月～2014年12月に当科でR0切除を施行した臨床病期II/III大腸癌145例を対象とし、術前治療例は除外した。パラフィン包埋標本に対し抗Cygb抗体による免疫組織化学染色を行い、染色強度を0～3の4段階で評価した。0・1を低発現群、2・3を高発現群とし、臨床病理学的因子との関連を検討した。さらに再発無病生存（RFS）および全生存（OS）との関連をCox比例ハザードモデルで解析した。

【結果】
高発現群95例、低発現群50例であった。年齢、性別、腫瘍部位、腫瘍径、リンパ節転移、脈管侵襲などに有意差は認めなかった。一方、低発現群では低分化癌の頻度が有意に高く、ロジスティック回帰解析でもCygb発現と分化度との有意な関連を認めた。Cygb発現はRFS、OSのいずれとも有意な関連を認めなかった。

【結論】
大腸癌におけるCygb発現は予後との関連は認めないが、腫瘍分化度と関連し、分化状態を反映する指標となる可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター2

一般演題（ポスター）30　術前化学療法・放射線治療２

座長：大平 学（千葉大学大学院医学研究院先端応用外科）

[P30-1] 局所進行直腸癌におけるTNT治療効果は術前MRIで予測できるか？

*関口 久美子[1]、清水 貴夫[1]、武田 幸樹[1]、太田 竜[1]、山田 岳史[2]、福本 崚[3]、仲座 方辰[3]、関根 鉄朗[3]、谷合 信彦[1]、松田 明久[2] (1. 日本医科大学武蔵小杉病院消化器外科、2. 日本医科大学付属病院消化器外科、3. 日本医科大学付属病院放射線科)

[P30-2] 局所進行直腸癌に対する術前FOLFOXIRI＋Bevacizumab療法の検討

*藤井 敏之[1]、北原 正博[1]、原口 大希[1]、硲 彰一[1] (1. 周南記念病院消化器病センター外科)

[P30-3] total neoadjuvant therapy後Non-Operative Managementを施行中の直腸粘液癌の1例

*原 聖佳[1]、木暮 千碩[1]、木村 直暉[1]、小倉 道一[1]、杉山 順子[1]、大原 守貴[1]、三宅 洋[1]、瀧本 壽郎[2] (1. 春日部市立医療センター外科、2. 春日部市立医療センター病理部診断科)

[P30-4] 局所進行直腸肛門管癌に対し集学的治療を行った経験

*新垣 淳也[1]、佐村 博範[1]、堀 義城[1]、山城 直嗣[1]、古波倉 史子[1]、長嶺 義哲[1]、星原 祐輝[1]、野明 純太[1]、原 諒一[1]、宮城 由衣[1]、原田 哲嗣[1]、本成 永[1]、金城 直[1]、伊禮 俊充[1]、亀山 眞一郎[1]、伊志嶺 朝成[1] (1. 浦添総合病院消化器病センター外科)

[P30-5] 直腸癌局所浸潤、肝転移に対し集学的治療後に根治手術をしえた症例

*馬場谷 彰仁[1]、澤崎 純哉[1]、大崎 真央[1]、村西 耕太郎[1]、西垣 貴彦[1]、中塚 梨絵[1]、太田 英夫[1]、真貝 竜史[1]、杉本 圭司[1]、大西 直[1]、松下 一行[1] (1. 川西市立総合医療センター外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター2

一般演題（ポスター）30　術前化学療法・放射線治療 2

座長：大平 学（千葉大学大学院医学研究院先端応用外科）

[P30-1] 局所進行直腸癌におけるTNT治療効果は術前MRIで予測できるか？

*関口 久美子[1]、清水 貴夫[1]、武田 幸樹[1]、太田 竜[1]、山田 岳史[2]、福本 崚[3]、仲座 方辰[3]、関根 鉄朗[3]、谷合 信彦[1]、松田 明久[2] (1. 日本医科大学武蔵小杉病院消化器外科、2. 日本医科大学付属病院消化器外科、3. 日本医科大学付属病院放射線科)

【背景・目的】局所進行直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapy（TNT）は、従来の化学放射線療法と比較して治療強度が強く、局所制御能の向上などが期待できる一方、有害事象の増加も報告されている。治療前のMRIで治療効果を的確に予測することは、TNT適応症例の適切な選択に寄与すると考えられる。本研究では、局所進行直腸癌に対するTNT前のMRI所見を用いて、治療効果を予測する因子を後ろ向きに検討した。
【対象・方法】2020年10月から2023年6月までに当院でTNTを行い、その後に手術を施行した25例およびNOM（Non-Operative Management）を選択した7例の計32例の局所進行直腸癌を対象とした。治療前MRIにおいて、壁深達度、筋層外静脈侵襲（Extramural venous invasion ; EMVI）、腫瘍結節（Tumor deposit; TD）、粘液成分を評価し、主要評価項目として手術症例の病理学的完全奏功（pCR）およびNOM症例の臨床的完全奏功（cCR）の達成（(c+p) CR）との関連を検討した。
【結果】平均年齢は62.2 (31-78)歳。男性20例，女性12例であった．TNTは全症例でshort courseの放射線治療を行った後（25 Gy / 5 fractions）、化学療法を施行した。手術群25例の平均手術時間は15.6 (8-44)日だった．術後合併症は9例（36.0%）に認め，Clavien-Dindo分類≧3の重症合併症は4例（16.0%）に認めた．術後30日以内の死亡はなかった．全症例の(c+p) CRは15例（46.9%）であり、手術群のpCRは8例（32%）、NOM群のcCRは7例全例だった。解析の結果、壁深達度と(c+p) CR達成率との間には有意な関連は認められなかった（p=0.563）。しかし、EMVI陰性群（p=0.018）およびEMVIスコアが低い群（p=0.029）において、(c+p) CR達成率は有意に高かった。また、EMVIとTDがともに陰性である症例も、(c+p) CR達成率が有意に高かった（p=0.028）。
【結語】EMVI陰性およびTD陰性の症例ではTNT後の完全奏功率が有意に高いことが示された。治療前MRIによるこれらの所見の評価は、TNT後の予後予測において重要な役割を果たすと考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター2

一般演題（ポスター）30　術前化学療法・放射線治療 2

座長：大平 学（千葉大学大学院医学研究院先端応用外科）

[P30-2] 局所進行直腸癌に対する術前FOLFOXIRI＋Bevacizumab療法の検討

*藤井 敏之[1]、北原 正博[1]、原口 大希[1]、硲 彰一[1] (1. 周南記念病院消化器病センター外科)

（緒言）
直腸癌では結腸癌と比べて局所再発率が高く、欧米では化学放射線療法（CRT）が標準治療だが、本邦では未だ確立した術前治療はない。我々は、CRMの確保が困難な巨大腫瘍や、側方リンパ節転移が疑われる局所進行直腸癌に対し、RASステータスの結果を待たずに導入可能なFOLFOXIRI＋Bmab療法を用いた術前治療の有用性について検討した。
（方法）
治療レジメンは、FOLFOXIRI＋Bmabを２週間毎に３サイクル、４サイクル目はFOLFOXIRI単独で行い、４サイクル目投与から約４週間後に手術とした。
（結果）
2021年7月から2026年4月までに13例にFOLFOXIRI＋Bmab療法を行い、2例が本人の不耐とIRIのアナフィラキシーで脱落した。完遂した11例（84.6%）について解析した。11例の腫瘍占拠部位はRa 3例、Rb 5例、Rb/P 3例であった。術前治療後のCT検査で、11例全例に著明な縮小効果を認め根治手術を施行した。治療前のcStageは、Ⅱａ1例、Ⅱｃ1例、Ⅲｂ1例、Ⅲｃ8例、Ⅳａ(肝転移)1例であった。治療後のypStageは、Ⅰ:4例、Ⅱa: ４例、Ⅲc: 2例、Ⅳa: 1例で、down stageを7例（63%）に認めた。stageが変わらなかった4例のうち2例は、T4からT3へ深達度の改善を認めた。術後再発については、傍大動脈リンパ節再発1例、肺転移再発1例を認め、局所再発は今のところ認めていない。
（考察）
本検討では、局所進行直腸癌に対する術前FOLFOXIRI＋Bmab療法により、高い奏功率と良好なdown stageが得られた。また、RbまたはRb/Pで、当初Miles手術が必要と思われた症例のうち、4例で肛門温存された点は臨床的に意義が大きい。脱落した2症例でも、他の化学療法を行って切除可能であった。FOLFOXIRI＋Bmab療法は、全例で腫瘍縮小が得られており、R0切除率への寄与が期待される。さらにCRTと異なり、原発巣のみならず全身治療的として潜在的な微小転移に対しても高い抗腫瘍効果が見込まれるため、遠隔再発抑制の観点からも治療効果が期待される。まだ症例数が少なく観察期間も短いことから、今後の症例の積み重ねが必要である。
（結語）
局所進行直腸癌に対する術前FOLFOXIRI＋Bmab療法は、根治切除および局所制御の向上に寄与する可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター2

一般演題（ポスター）30　術前化学療法・放射線治療 2

座長：大平 学（千葉大学大学院医学研究院先端応用外科）

[P30-3] total neoadjuvant therapy後Non-Operative Managementを施行中の直腸粘液癌の1例

*原 聖佳[1]、木暮 千碩[1]、木村 直暉[1]、小倉 道一[1]、杉山 順子[1]、大原 守貴[1]、三宅 洋[1]、瀧本 壽郎[2] (1. 春日部市立医療センター外科、2. 春日部市立医療センター病理部診断科)

【はじめに】大腸癌診療ガイドライン2024年版ではNon-Operative Management (NOM)は評価法や治療成績に関するエビデンスが十分でないことから，「行わないことを弱く推奨」とされている.今回直腸粘液癌に対してtotal neoadjuvant therapy（TNT）を施行後，clinical complete responseに至り，NOMを継続している1例を経験したため報告する．
【症例】77歳, 男性．【主訴】下血．【現病歴】2年前より血便を自覚していたが，頻回となったため近医で下部消化管内視鏡検査を施行した. 直腸に2型腫瘍を認め, 生検でGroup 5，mucinous adenocarcinomaの診断で治療目的に当科紹介となった.
直腸診では左側優位の2/3周性腫瘍を認め，肛門管内へ進展していた．下部内視鏡検査では肛門側断端が歯状線におんでいた. 画像検査では, リンパ節腫大や遠隔転移は認めず, 術前診断は直腸癌RbP, muc, cT3N0M0であった. 患者は強く肛門温存を希望したため, 術前化学放射線治療（Capecitabine併用:39.6 Gy/22Fr）を施行した．治療後の効果判定では腫瘍縮小を認めたものの腫瘍は残存，ycT2N0M0と診断した．手術を予定していたが人工肛門を受容できず手術を拒否されたため, 化学療法の方針とした. FOLFOX+P-mab療法を計10コース施行し, 下部内視鏡検査では腫瘍は消退し, 白色瘢痕変化のみであった. 生検でも悪性所見なく, CT/MRI画像評価で明らかな腫瘍性病変を認めなかったことからnear complete responseと判断した. リスクを理解した上でNOMを強く希望され, 以後2-3ヶ月ごとに評価を行い, 経過観察している. 現時点で治療終了後1年が経過しているが, 再発を認めない．
【考察】直腸癌に対するNOMは，現時点では標準治療として確立されていないものの，厳格なサーベイランスを前提とすれば，治療選択肢の一つとなり得る可能性が示唆された.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター2

一般演題（ポスター）30　術前化学療法・放射線治療 2

座長：大平 学（千葉大学大学院医学研究院先端応用外科）

[P30-4] 局所進行直腸肛門管癌に対し集学的治療を行った経験

*新垣 淳也[1]、佐村 博範[1]、堀 義城[1]、山城 直嗣[1]、古波倉 史子[1]、長嶺 義哲[1]、星原 祐輝[1]、野明 純太[1]、原 諒一[1]、宮城 由衣[1]、原田 哲嗣[1]、本成 永[1]、金城 直[1]、伊禮 俊充[1]、亀山 眞一郎[1]、伊志嶺 朝成[1] (1. 浦添総合病院消化器病センター外科)

(はじめに)下部進行直腸癌に対しTotal neoadjuvant therapy(TNT)が導入され、その有用性が報告されている．
(対象)当院で2021年～2025年までTNTを行った進行直腸肛門管癌4症例について報告する．
(症例1) 44歳，女性．脱出，疼痛あり肛門部腫瘍生検で腺癌認めた．CT検査で直腸肛門管に8cm腫瘤，傍直腸や右側方リンパ節，右鼠経リンパ節腫大を認めた．2021年9月S状結腸人工肛門造設術施行．cT4a N3 M0 StageIIIc．TNT施行．2022年6月，腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術(APR)，膣後壁合併切除術，右側方リンパ節郭清術施行．病理検査：pCR, 治療効果判定:Grade3であった． (症例2) 55歳，男性. 2021年8月，肛門痛，発熱あり近医より紹介．CT検査で肛門周囲膿瘍形成あり．手術：肛門周囲切開排膿術，S状結腸人工肛門造設術施行した．生検で中分化腺癌認め，cT4a, N2a, M0, StageIIIcと診断した．TNT施行．2022年7月，腹腔鏡下APR，前立腺全摘，精嚢切除，膀胱瘻造設，臀溝皮弁術施行．病理検査：muc, ypT4a N0 M0 Stage IIb. 治療効果判定:Grade2であった．(症例3) 60歳，男性.2022年8月肛門から脱出する腫瘍あり生検で中分化腺癌を認めた. 2022年10月，肛門痛強くなり再受診．CT検査:肛門周囲膿瘍形成認めた．手術：肛門周囲切開排膿術，S状結腸人工肛門造設術施行．cT4a, N1b, M0, StageIIIb診断した．TNT施行．2023年8月，腹腔鏡下APR施行．病理検査：tub1, ypT2, N0, cM0, StageI. 治療効果判定:Grade1bであった．(症例4)69歳，男性．2024年5月肛門狭窄で紹介受診．検査で直腸肛門管癌の診断cT4b, N3, M0 StageIIIcであった． 2024年6月S状結腸人工肛門造設術後， TNT施行．2025年5月，腹腔鏡下APR，左側方リンパ節郭清術施行．病理検査：pCR, 治療効果判定:Grade3であった．(結果) 男性3例、女性1例で、平均年齢59.6歳であった．cStageはIIIb 1例,IIIc3例であった．全身化学療法FOLFOXIRI+アバスチン 4例(Induction), 治療後全例手術が行われ，術後病理診断ypCR 2例, ypStageI 1，ypStageIIb 1例, 治療効果判定 Grade3 2例，Grade2 1例，Grade1b 1例であった．症例3に再発を認めた．(考察)4症例ともにdown stageの治療効果が得られた．
(結語)進行直腸肛門管癌にTNTは有用であると考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター2

一般演題（ポスター）30　術前化学療法・放射線治療 2

座長：大平 学（千葉大学大学院医学研究院先端応用外科）

[P30-5] 直腸癌局所浸潤、肝転移に対し集学的治療後に根治手術をしえた症例

*馬場谷 彰仁[1]、澤崎 純哉[1]、大崎 真央[1]、村西 耕太郎[1]、西垣 貴彦[1]、中塚 梨絵[1]、太田 英夫[1]、真貝 竜史[1]、杉本 圭司[1]、大西 直[1]、松下 一行[1] (1. 川西市立総合医療センター外科)

【はじめに】StageⅣ大腸癌に対しては化学療法のみならず外科切除により予後が延長することが知られている。
【症例】68歳　男性【主訴】持続する下痢
【既往歴】内臓逆位、尋常性乾癬
【現病歴】上記主訴にて当院消化器内科を受診。下部消化管内視鏡にて下部直腸癌を指摘され外科へ紹介となった。
【画像所見】外科初診時の造影CTにて直腸癌壁外浸潤、肝転移疑い（S4）を指摘。MRIでも同様であった。
【受診後経過】局所浸潤及び肝転移を認めたため、横行結腸人工肛門造設後にmFOLFOX6+Pmabによる化学療法を6コース施行した。効果判定の造影CTにて原発巣および肝転移の著名な縮小を認めたため、腹腔鏡補助下LAR（ta-TME併用）を施行した。
【術後経過】退院後に肝切除を目指し、mFOLFOX6+Pmabによる化学療法を4コース施行したところ、画像上肝転移が消失した。人工肛門の閉鎖手術を計画したが、術前検査で右下肢の広範なDVTを認めたため手術を延期し、抗凝固療法を行った。3か月後にDVTはほぼ消失し、改めて画像検索するも腫瘍は消失したままであったため、人工肛門閉鎖手術を行った。術後約3か月のCTでも肝転移は消失を維持できている。
【結語】StageⅣ進行直腸がんに対し、集学的治療後に根治手術をしえた症例を経験した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター2

一般演題（ポスター）31　進行大腸癌に対する化学療法２

座長：牧角 良二（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器一般外科）

[P31-1] FOLFOX＋パニツムマブ療法中に炎症性腸疾患様腸炎を呈し鑑別に苦慮したS状結腸癌の1例

*吉留 しずか[1]、柳田 茂寛[2]、米倉 圭[2]、鶴 智太[2]、濱田 由紀[2]、肥後 直倫[2]、奥村 隆志[1]、馬場 研二[1]、大塚 隆生[1] (1. 鹿児島大学病院消化器外科、2. 川内済生会病院)

[P31-2] 化学療法により原病巣の完全奏功が得られ，扁平上皮化生および腺腫成分のみが遺残した直腸腺癌の1例

*木戸 知紀[1]、武藤 靖英[1]、原 仁司[1]、岩本 一亜[1]、小池 太郎[1]、板橋 道朗[1] (1. 埼玉県済生会加須病院外科)

[P31-3] 耐術不能のため化学療法を先行した後に耐術可能となり、骨盤内臓全摘術を施行し得た高度進行直腸癌の1例

*井田 智之[1]、西川 元[1]、小澤 寛太朗[1]、酒江 礼菜[1]、井上 広海[1]、庭野 公聖[1]、出川 佳奈子[1]、堀 佑太郎[1]、喜多 亮介[1]、横山 大受[1]、中西 保貴[1]、水野 礼[1]、中村 公治郎[1]、畑 啓昭[1] (1. 国立病院機構京都医療センター外科)

[P31-4] KRAS G12DからG12Cへの変化を認めsotorasib＋panitumumab療法が有効であった再発直腸癌の1例

*横井 亮磨[1]、浅井 竜一[1]、田島 ジェシー雄[1]、加藤 京[1]、外村 俊平[1]、杉江 雄斗[1]、村瀬 佑介[1]、松本 圭太[1]、水谷 千佳[1]、鷹尾 千佳[1]、深田 真宏[1]、佐藤 悠太[1]、安福 至[1]、田中 善宏[1]、松橋 延壽[1] (1. 岐阜大学大学院医学系研究科消化器外科)

[P31-5] 直腸癌同時性肝転移のprimary-first approach中に5-FU誘発高アンモニア血症性脳症を発症し補液の予防的意義が示唆された1例

*竹本 健一[1]、森下 紗衣[1]、小城 正大[1]、長田 寛之[1]、内藤 慶[1]、中野 且敬[1] (1. 近江八幡市立総合医療センター外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター2

一般演題（ポスター）31　進行大腸癌に対する化学療法 2

座長：牧角 良二（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器一般外科）

[P31-1] FOLFOX＋パニツムマブ療法中に炎症性腸疾患様腸炎を呈し鑑別に苦慮したS状結腸癌の1例

*吉留 しずか[1]、柳田 茂寛[2]、米倉 圭[2]、鶴 智太[2]、濱田 由紀[2]、肥後 直倫[2]、奥村 隆志[1]、馬場 研二[1]、大塚 隆生[1] (1. 鹿児島大学病院消化器外科、2. 川内済生会病院)

背景：結腸癌に対する化学療法では薬剤性腸炎を来すことがあるが、炎症性腸疾患(IBD)様の内視鏡像を呈する症例は稀である。今回、FOLFOX＋パニツムマブ療法中にIBD様変化と高度腸管浮腫を呈し、治療方針決定に難渋した症例を経験したため報告する。症例：39歳男性。下腹部痛を主訴に受診し、腫瘍性腸閉塞と診断され、腹腔鏡下人工肛門造設を施行した。術中、骨盤腔に播種を疑う結節を認めたが、組織診断では明らかな腫瘍細胞は指摘されず、sT4aN2bM0 StageⅢcの診断であった。ただし、他の骨盤内結節が播種である可能性も十分に考えられたため、FOLFOX＋パニツムマブ療法を開始した。治療中、皮膚障害を認めたためパニツムマブを中止した。原発巣切除を予定するも、術前CTで腸管全体に著明な浮腫を認め手術は延期とした。精査でFOLFOXおよびパニツムマブがDLST陽性であり薬剤性腸炎の関与が示唆された。術前大腸内視鏡検査ではびらんや縦走潰瘍を散在性に認めIBD様所見を呈しており、粘膜生検でも杯細胞減少や炎症細胞浸潤などIBDを示唆しうる所見であった。化学療法中止後も粘膜びらんと腸管浮腫の改善は認めなかったが、全身状態が保たれていたため手術リスクを考慮の上で原発巣切除に踏み切り、S状結腸切除＋D3郭清を施行した。最終病理診断はpT4aN2bM1c1 pStageⅣc (CurC)であった。考察：化学療法による腸炎は多彩な内視鏡像を呈しうるが、本症例のようにIBD様変化は鑑別を困難にする。人工肛門造設後であり空置結腸炎も鑑別に挙がるが、内視鏡所見や臨床経過から単独では説明困難と考えられた。一般に薬剤性腸炎は休薬により改善することが多いが、本症例ではパニツムマブや化学療法中止後も粘膜びらんと腸管浮腫の改善は乏しく、腸管障害が遷延した点が特徴的であった。病理学的にはIBDを示唆しうる所見を認めたものの、発症時期や化学療法との時間的関連からは薬剤性腸炎が最も疑われた。結語：薬剤性腸炎は内視鏡的・病理学的にIBDと類似しうえ、改善が遷延する場合もあり、慎重な治療判断が求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター2

一般演題（ポスター）31　進行大腸癌に対する化学療法 2

座長：牧角 良二（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器一般外科）

[P31-2] 化学療法により原病巣の完全奏功が得られ，扁平上皮化生および腺腫成分のみが遺残した直腸腺癌の1例

*木戸 知紀[1]、武藤 靖英[1]、原 仁司[1]、岩本 一亜[1]、小池 太郎[1]、板橋 道朗[1] (1. 埼玉県済生会加須病院外科)

症例は74歳，男性．血便を主訴に前医を受診し，下部消化管内視鏡検査で直腸癌と診断された．治療目的に当科へ紹介され，CT検査を施行したところ，肺にも腫瘍性病変を認め，気管支鏡を用いた生検で大腸癌の肺転移と診断された．原病巣・肺転移ともに根治切除は可能であったものの，呼吸機能検査で1秒量 1090 ml，1秒率 44.47 %，肺活量 2630 ml，%肺活量 71.5 %と混合性換気障害がみられ，術前化学療法を施行しながら呼吸訓練を行う方針とした．CAPOX＋BEV療法を5コース施行し，3ヶ月後のCTで治療効果はPRであった．呼吸機能の改善もみられ，まずは原病巣を切除する方針とし，腹腔鏡下低位前方切除術を施行した．病理所見では癌成分は消失しており，組織学的効果判定基準ではGrade 3であった．肉眼的な粘膜隆起部と一致して低～高異型度管状絨毛腺腫相当の所見がみられた．また，粘膜陥凹部分は広くびらん～潰瘍形成がみられ，固有筋層内～漿膜下層にかけて粘液塊の貯留と卵円形～紡錘形核を有する細胞からなる充実胞巣を散在性に認めた．充実胞巣は免疫染色でAE1/AE3(+)，CK5/6(+)，Ki-67染色で陽性細胞はごく少数で，p53染色で過剰発現もみられず扁平上皮化生巣と診断された．化学療法により癌成分は消失し，腺腫成分および扁平上皮化生巣のみが残存している状態であった．また腺腫部分の一部に扁平化生巣が併存しており，扁平上皮化生を伴う腺腫から発生した癌であったと考えられた．
大腸癌に対する化学療法後に病理学的完全奏功を得る症例は散見されるが，本症例のように扁平上皮化生および腺腫成分のみが遺残した症例は極めて稀であり，文献的考察を加えて報告する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター2

一般演題（ポスター）31　進行大腸癌に対する化学療法 2

座長：牧角 良二（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器一般外科）

[P31-3] 耐術不能のため化学療法を先行した後に耐術可能となり、骨盤内臓全摘術を施行し得た高度進行直腸癌の1例

*井田 智之[1]、西川 元[1]、小澤 寛太朗[1]、酒江 礼菜[1]、井上 広海[1]、庭野 公聖[1]、出川 佳奈子[1]、堀 佑太郎[1]、喜多 亮介[1]、横山 大受[1]、中西 保貴[1]、水野 礼[1]、中村 公治郎[1]、畑 啓昭[1] (1. 国立病院機構京都医療センター外科)

骨盤内臓全摘術（TPE）は大腸癌手術の中で侵襲の高い術式の一つである.手術合併症発生率も50%以上と報告され,術後のQOLにも大きく影響する.そのため手術適応についても全身状態（PS）,既往歴及び合併症,社会環境などを考慮し慎重に判断する必要がある.腫瘍関連症状,感染症,疼痛,低栄養状態によりPS3と極度に全身状態が悪化した局所高度進行直腸癌患者に対して,全身化学療法後にPS1まで改善しTPEを施行し根治し得た症例を経験したため報告する.
症例は66歳女性.3年以上前からの下血を認め受診せずにいたが,便失禁や肛門部痛の自覚症状と,全身状態の悪化のため近医を受診し,当院紹介となった.受診時にはトイレ,風呂以外は日中ほぼ臥床状態でECOG PSで３程度の全身状態であった.腫瘍は肉眼的に会陰部をほぼ置換していた.尿道は開存し,肛門は辛うじて開存しているものの左右の外陰唇,膣後壁,肛門部は浸潤した腫瘍により置換されていた.画像所見では,両側鼠径リンパ節郭と右閉鎖リンパ節転移を認めた.全身状態不良で耐術能はないと判断されたため,人工肛門を造設した後に全身化学療法mFOLFOX6を開始した.その後,副作用は軽度で認容性があり継続することが可能であった.6コース終了時には腫瘍関連症状,疼痛,栄養不良も改善し,PS1まで全身状態の改善を認めた.腫瘍効果判定はSDを維持しているもののオキサリプラチンに対するアレルギーのため,イリノテカンベースのFOLFIRIに変更し全身化学療法継続後もSDを維持し,治療開始1年3ヶ月目に根治切除を施行した.骨盤内臓全摘術,両側鼠径リンパ節郭清術を施行した.病理結果からは右側方リンパ節転移と両側鼠径リンパ節転移は残存し,ypStageIIIcの病期であった.術後半年目に右総腸骨動脈周囲リンパ節から仙骨右側の大動脈周囲リンパ節に転移再発を認めた.右総腸骨動脈への浸潤も疑われ,down staging目的にFOLFIRI+BV療法を4コース施行し,傍大動脈リンパ郭清,左鼠径リンパ節郭清を施行した.術後1年目で再発は認めていない.
PS不良の症例であっても,化学療法が奏功すればTPEの様な高侵襲手術への耐術が可能となり,根治術が施行可能となる可能性がある.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター2

一般演題（ポスター）31　進行大腸癌に対する化学療法 2

座長：牧角 良二（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器一般外科）

[P31-4] KRAS G12DからG12Cへの変化を認めsotorasib＋panitumumab療法が有効であった再発直腸癌の1例

*横井 亮磨[1]、浅井 竜一[1]、田島 ジェシー雄[1]、加藤 京[1]、外村 俊平[1]、杉江 雄斗[1]、村瀬 佑介[1]、松本 圭太[1]、水谷 千佳[1]、鷹尾 千佳[1]、深田 真宏[1]、佐藤 悠太[1]、安福 至[1]、田中 善宏[1]、松橋 延壽[1] (1. 岐阜大学大学院医学系研究科消化器外科)

75歳女性。血便を主訴に受診し、下部直腸に4cm大の直腸癌を認め、Rb, cT3N1M0, cStage IIIb（大腸癌取扱い規約第9版）と診断された。初診時の生検ではKRAS G12D変異を認め、BRAF V600E変異およびMSIはいずれも陰性であった。肛門温存目的に術前治療としてCAPOX療法を開始したが、2コース目にoxaliplatinによるアナフィラキシーを発症したため、以降capecitabine単剤を2コース施行し、ロボット支援下内肛門括約筋切除術（D3/LD2）を施行した。病理診断はypT2N1aM0, ypStage IIIaであり、組織学的効果判定はGrade 0であった。術後補助化学療法は施行せず経過観察とした。術後1年6カ月で異時性肝転移2病変（S6/S7）に対して腹腔鏡下肝部分切除術を施行したが、その後術後2年で多発肝転移、腹膜播種、リンパ節転移を認めた。FOLFIRI＋bevacizumab療法を導入したが、腸閉塞を発症したため2コースで中止した。続いてTAS-102＋bevacizumab療法を6コース施行したが、腹膜播種の増悪によりPDと判定した。肝切除検体を用いた包括的がんゲノムプロファイリング検査では、KRAS G12C変異をVAF 40%で認め、初診時生検で検出されたKRAS G12D変異とは異なる変異プロファイルを示した。Sotorasib＋panitumumab療法を開始し、5コース後のCTでは転移巣の軽度縮小を認め（RECIST: SD）、治療開始時CEA 73.0 ng/mL、CA19-9 853.0 U/mLであった腫瘍マーカーは、6コース後にCEA 4.3 ng/mL、CA19-9 34.9 U/mLまで低下し正常化した。有害事象としてCTCAE Grade 3の低Mg血症を認め、panitumumabを1段階減量して継続している。本症例では、原発巣と転移巣でKRAS変異が異なっており、腫瘍内不均一性や治療経過に伴うクローン選択が示唆された。また、再発進行中の転移巣を用いた遺伝子パネル検査が治療選択に大きく寄与し、KRAS G12Cを標的とした治療により病勢制御を得られた点は重要である。進行再発大腸癌においては、原発巣の遺伝子変異のみに基づく治療選択では腫瘍の分子プロファイルを十分に反映できない可能性があり、再発時には活動性病変からの再生検およびがんゲノムプロファイリング検査を行うことの臨床的意義を示す症例と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター2

一般演題（ポスター）31　進行大腸癌に対する化学療法 2

座長：牧角 良二（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器一般外科）

[P31-5] 直腸癌同時性肝転移のprimary-first approach中に5-FU誘発高アンモニア血症性脳症を発症し補液の予防的意義が示唆された1例

*竹本 健一[1]、森下 紗衣[1]、小城 正大[1]、長田 寛之[1]、内藤 慶[1]、中野 且敬[1] (1. 近江八幡市立総合医療センター外科)

【はじめに】
5-FU持続静注に伴う高アンモニア血症性脳症は稀だが重篤な合併症であり、脱水がリスク因子として報告されている。同一患者で入院管理下（補液あり）では発症せず、外来（補液なし）で発症した症例を経験したため報告する。

【症例】
60歳代、男性。eGFR 40台（CKD G3）。直腸癌（亜閉塞）、同時性肝転移に対しprimary-first approachの方針とし、ロボット支援下ハルトマン手術で原発巣を先行切除した。肝切除前の化学療法としてmFOLFOX6を開始した。第1回は入院で施行し嘔吐が強く補液を行い入院継続としたが脳症は発症しなかった。第2回は入院で減量・制吐薬調整・補液併用で施行し問題なく退院した。第3回は外来で補液なしに施行したところ、意識障害が出現した。血液ガスでpH 7.117、SBEc -17、Lac 139 mg/dLと著明な乳酸アシドーシスを認め、血中アンモニア318 μg/dLと高値であり5-FU誘発高アンモニア血症性脳症と診断した。血液透析を施行しデータは速やかに改善、意識障害は第3病日より改善し後遺症なく回復した。

【考察】
5-FUの代謝産物fluoroacetateから変換されたfluorocitrateはTCA回路のアコニターゼを阻害し、ATP依存性の尿素回路を障害することで高アンモニア血症を惹起する。本症例の著明な乳酸アシドーシスはTCA回路阻害による嫌気性代謝亢進を反映しており、fluoroacetateの蓄積を示唆する所見と考えられた。これらの代謝産物は腎排泄性であり、本症例のようなCKD G3症例では排泄遅延が生じやすい。入院時の補液が腎血流を維持し代謝産物のクリアランスを保つことで脳症発症を予防した可能性がある。本症例の意識障害は第3病日より改善したが、これは既報における治療後の意識回復までの中央値2日と一致する所見であった。Liawらは32エピソード中81%に腎前性高窒素血症を報告しており、脱水・体液不足が本病態の重要な増悪因子であることを示している。外来化学療法施行時には、腎機能低下例や嘔吐リスクの高い症例において補液併用を考慮すべきである。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）32　稀少腫瘍２

座長：西沢 佑次郎（関西労災病院消化器外科）

[P32-1] 直腸GISTとの鑑別を要した卵巣高異型度漿液性癌直腸壁外転移の1例

*笠島 浩希[1]、笠島 浩行[2]、下國 達志[2] (1. 市立函館病院初期研修医、2. 市立函館病院消化器外科)

[P32-2] 肛門皮膚病変から診断に至ったPagetoid spread合併肛門管癌の2例

*佐々木 大祐[1]、内藤 正規[1]、山口 大輝[1]、磯村 香介[1]、臼井 創大[1]、天野 優希[2]、勝又 健太[3]、浜辺 太郎[2]、根岸 宏行[2]、大島 隆一[3]、渡邊 麗子[4]、豊田 名津美[4]、柳澤 信之[4]、四万村 司[3]、小泉 宏隆[4]、牧角 良二[2]、小池 淳樹[4]、民上 真也[1] (1. 聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科、2. 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科、3. 川崎市立多摩病院消化器・一般外科、4. 聖マリアンナ医科大学病理診断科)

[P32-3] 術前に原発巣同定が困難であったPagetoid spreadを伴う肛門管癌の1例

*篠原 翔一[1]、伊藤 誉[1]、利府 数馬[1]、太白 健一[1]、東條 峰之[1]、味村 俊樹[1]、山下 裕玄[1]、山口 博紀[1] (1. 自治医科大学消化器一般移植外科)

[P32-4] 腹腔鏡下に切除し得た小腸腸間膜血管腫の1例

*清水 公雄[1]、近藤 英介[1]、横山 航也[1] (1. 成田赤十字病院)

[P32-5] S状結腸間膜に認めた子宮外腺筋腫の1例

*田中 能展[1]、佐々木 愼[1]、豊島 明[1]、金子 学[1]、赤井 隆司[1]、裴 有安[2] (1. 日本赤十字社医療センター大腸肛門外科、2. 日本赤十字社医療センター病理部)

[P32-6] 偶発的に発見され腹腔鏡下切除により診断し得た小腸間膜デスモイド型線維腫症の1例

*鈴木 佑麿[1]、大熊 誠尚[1]、山澤 海人[1]、後藤 圭佑[1]、月原 秀[1]、鎌田 哲平[1]、武田 泰裕[1]、小菅 誠[1]、衛藤 謙[1] (1. 東京慈恵会医科大学　外科学講座　消化管外科)

[P32-7] 当科での大腸癌KRAS　G12C変異症例の検討

*水本 有紀[1]、松田 健司[1]、岩本 博光[1]、中村 有貴[1]、三谷 泰之[1]、上田 勝也[1]、堀 雄哉[1]、下村 和輝[1]、黒岩 英倫[1]、川井 学[1] (1. 和歌山県立医科大学　第２外科)

[P32-8] 直腸に発生した癌肉腫の1例

*大重 英昭[1]、筒山 将之[1]、間下 直樹[1] (1. 小牧市民病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）32　稀少腫瘍 2

座長：西沢 佑次郎（関西労災病院消化器外科）

[P32-1] 直腸GISTとの鑑別を要した卵巣高異型度漿液性癌直腸壁外転移の1例

*笠島 浩希[1]、笠島 浩行[2]、下國 達志[2] (1. 市立函館病院初期研修医、2. 市立函館病院消化器外科)

【症例】40代女性、X年1月より便の狭小化および下痢症状が持続し、同年2月より下腹部痛および腰背部痛を認めたため当院を受診した。CTおよびMRIでは直腸右側に境界明瞭で内部均一に造影される37㎜大の壁外性腫瘤を認め、左卵巣には嚢胞性病変を認めた。下部消化管内視鏡検査では直腸粘膜面に明らかな異常所見を認めず、壁外からの圧排像をのみを認めたため生検は施行しなかった。直腸診では肛門縁から約7㎝の後壁に可動性不良な壁外性腫瘤を触知した。以上より直腸GIST疑いおよび左卵巣腫瘍疑いと診断し、同時切除の方針とした。
手術はロボット支援下に施行した。まず左卵巣摘出術を行い、続いて直腸低位前方切除術および予防的回腸ストーマ造設術を施行した。手術時間は3時間46分、出血量は20mLであった。術後経過は良好で、第15病日に退院した。病理組織学的検査では、直腸壁外組織に高異型度漿液性癌を認め、左卵巣病変も同様の組織像を呈していたことから、卵巣高異型度漿液性癌（high-grade serous carcinoma:HGSC）の直腸壁外転移と診断した。
【考察】卵巣高異型度漿液性癌は上皮性卵巣癌の中で最も頻度が高く、腹膜播種を主体に進展する高侵襲性腫瘍である。一方、本症例のように直腸壁外腫瘤として発見されることは稀であり、術前に直腸GISTとの鑑別を要した。特に粘膜面に異常を認めない壁外性病変では内視鏡生検による診断が困難であり、術前診断に苦慮する場合がある。直腸壁外腫瘤を認めた際には、婦人科悪性腫瘍の転移も鑑別診断として考慮する必要があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）32　稀少腫瘍 2

座長：西沢 佑次郎（関西労災病院消化器外科）

[P32-2] 肛門皮膚病変から診断に至ったPagetoid spread合併肛門管癌の2例

*佐々木 大祐[1]、内藤 正規[1]、山口 大輝[1]、磯村 香介[1]、臼井 創大[1]、天野 優希[2]、勝又 健太[3]、浜辺 太郎[2]、根岸 宏行[2]、大島 隆一[3]、渡邊 麗子[4]、豊田 名津美[4]、柳澤 信之[4]、四万村 司[3]、小泉 宏隆[4]、牧角 良二[2]、小池 淳樹[4]、民上 真也[1] (1. 聖マリアンナ医科大学消化器・一般外科、2. 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院消化器・一般外科、3. 川崎市立多摩病院消化器・一般外科、4. 聖マリアンナ医科大学病理診断科)

Pagetoid spreadを伴う肛門管癌は比較的稀な病態であり、湿疹様病変や難治性皮膚炎として発症することから診断に難渋することがある。今回われわれは、肛門皮膚病変を契機に発見されたPagetoid spreadを伴う肛門管癌の2例を経験したので報告する。
症例1：50歳代男性。肛門部痛を主訴に前医を受診し、肛門周囲皮膚の発赤を認めたため下部消化管内視鏡検査（CS）を施行され、肛門縁にかかる腫瘤を認めた。同部生検では扁平上皮内に異型細胞を認め、PAS陽性、Alcian blue陽性、CK7陰性、CK20陽性であった。肛門管癌が疑われ当院紹介となった。乳房外Paget病の可能性も否定できなかったが、皮膚科と合同で検討しPagetoid spreadを伴う肛門管癌と診断した。遠隔転移を認めず、腹腔鏡下直腸切断術（D3郭清）を施行した。病理組織学的にtub2を認め、免疫染色でCK7陽性、CK20陽性、CDX2陽性、GCDFP-15陰性であり、肛門管癌T3N1aM0、StageⅢCと診断した。術後18か月でリンパ節、肺、骨転移を認め、現在化学療法施行中である。
症例2：70歳代男性。下部直腸粘膜内癌に対する内視鏡治療の既往あり。肛門部掻痒感が出現し前医でCSを施行されたが明らかな悪性所見は認めなかった。症状が約6か月持続したため近医皮膚科を受診し、乳房外Paget病が疑われ当院皮膚科へ紹介となった。Pagetoid spreadの可能性も考慮しCSを施行したところ、肛門管内に腫瘍性病変を認めた。同部生検で印環細胞癌および低分化腺癌（sig、por）を認め、肛門管癌と診断した。PET-CTで左鼠径リンパ節転移が疑われ、腹腔鏡下直腸切断術（D3郭清および左鼠径リンパ節郭清）を施行した。術後病理ではCK7陽性、CK20陽性、CDX2陽性、p40陰性であり、肛門管癌T1bN1bM0、StageⅢAと診断した。術後補助化学療法を施行し、術後約19か月現在、無再発生存中である。
Pagetoid spreadを伴う肛門管癌では皮膚病変が先行し、診断遅延を来す可能性がある。肛門皮膚病変を認めた際には原発性乳房外Paget病との鑑別を常に念頭に置き、免疫組織学的評価に加えて下部消化管の精査を含めた原発巣検索を行うことが重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）32　稀少腫瘍 2

座長：西沢 佑次郎（関西労災病院消化器外科）

[P32-3] 術前に原発巣同定が困難であったPagetoid spreadを伴う肛門管癌の1例

*篠原 翔一[1]、伊藤 誉[1]、利府 数馬[1]、太白 健一[1]、東條 峰之[1]、味村 俊樹[1]、山下 裕玄[1]、山口 博紀[1] (1. 自治医科大学消化器一般移植外科)

症例は79歳男性。2年前より肛門部違和感を自覚し、近医で痔瘻疑いとして加療されていた。肛門腫脹・疼痛が増悪し前医を受診したところ、肛門周囲に発赤・硬結を伴う境界明瞭な隆起性病変を認め、精査加療目的に当院紹介となった。直腸診では肛門管左側から肛門周囲皮膚へ連続する硬結を触知した。大腸内視鏡検査では直腸粘膜に異常を認めず、肛門周囲に発赤を伴う境界明瞭な乳頭状隆起性病変を認め、一部びらんを伴っていた。生検では上皮内に淡好酸性細胞質を有する異型細胞が増殖し、免疫染色でCK7陰性、CK20陰性、CDX-2陽性、GCDFP15陰性であり、消化管腺癌由来のPagetoid spreadが示唆された。CT・MRIでは肛門管左側から会陰部皮膚へ進展する不整な壁肥厚を伴う腫瘤および両側鼠径リンパ節腫大を認め、遠隔転移は認めなかった。Pagetoid spreadを伴う鼠径リンパ節転移陽性肛門管癌と診断し、肛門周囲皮膚のマッピング生検施行後、腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術、D3リンパ節郭清、両側鼠径リンパ節郭清を施行した。病理組織学的には肛門管重層扁平上皮領域を主座とする腺癌で、免疫組織学的に腸型形質を示した。一方、直腸粘膜に病変は認めず、痔瘻治療歴から痔瘻癌由来の可能性が示唆された。最終診断は肛門管癌 pT3N3M0 pStage ⅢCであった。肛門周囲皮膚病変では、原発性Paget病とPagetoid spreadの鑑別のため、直腸・肛門管病変の検索が重要であり、原発巣同定が困難なPagetoid spreadの存在も念頭に置く必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）32　稀少腫瘍 2

座長：西沢 佑次郎（関西労災病院消化器外科）

[P32-4] 腹腔鏡下に切除し得た小腸腸間膜血管腫の1例

*清水 公雄[1]、近藤 英介[1]、横山 航也[1] (1. 成田赤十字病院)

腸間膜に発生する血管腫は比較的稀な疾患である。今回我々は、経時的に増大する小腸腸間膜血管腫に対し腹腔鏡下摘出術を施行した1例を経験したので報告する。
症例は69才女性。既往症として、甲状腺癌術後、S状結腸癌術後（腹腔鏡下S状結腸切除術）があり、定期的検査を施行していた。
S状結腸癌術後12年目定期検査の腹部造影CT検査にて、小腸近傍に境界明瞭で不均一な造影効果を認める6㎝大の腫瘍を認め、経時的増大傾向を認めた。GIST等の小腸原発腫瘍を念頭に施行した小腸造影検査では、異常所見は認めなかった。PET検査にて同腫瘍への集積は乏しかった。小腸腸間膜原発腫瘍の診断にて腹腔鏡下手術を施行した。手術所見では、空腸腸間膜から突出する6㎝大の赤色腫瘍を認めた。空腸辺縁動静脈は腫瘍に巻き込まれており、腫瘍とともに約10㎝の空腸を合併切除した。病理組織学的検査では悪性所見は認めず小腸腸間膜血管腫の診断であった。
小腸腸間膜に発生した血管腫を腹腔鏡下に切除した1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）32　稀少腫瘍 2

座長：西沢 佑次郎（関西労災病院消化器外科）

[P32-5] S状結腸間膜に認めた子宮外腺筋腫の1例

*田中 能展[1]、佐々木 愼[1]、豊島 明[1]、金子 学[1]、赤井 隆司[1]、裴 有安[2] (1. 日本赤十字社医療センター大腸肛門外科、2. 日本赤十字社医療センター病理部)

【緒言】子宮腺筋症とは、子宮筋層内に子宮内膜腺と内膜間質が存在する状態を指す。子宮腺筋症の限局性病変は子宮腺筋腫と呼び、子宮外に発生することは稀で、これを子宮外腺筋腫と呼ぶ。子宮外腺筋腫の本邦での症例報告はなく、海外でも報告例は少ない。主な発生部位は骨盤腔内で、特に子宮付属器での発生が多い。結腸間膜での発症例は2025年までの医中誌・Pubmed上にはなく、今回我々はS状結腸間膜に発生した子宮外腺筋腫の1例を経験したので報告する。
【症例】46歳女性
【既往歴】子宮筋腫に対し2010年に腹腔鏡下子宮筋腫核出術、甲状腺乳頭癌に対し2011年に甲状腺右葉切除術を施行。
【現病歴・経過】2018年に検診の単純CTで、左総腸骨動脈近傍に18mm大の腫瘤を認め、その後MRIで緩徐な増大を認めていた。2025年には下腹部痛と腹部膨満感が出現し、前医の救急外来受診。造影CT・MRIにて小腸近傍に55mm大の腫瘤を認め、小腸間膜腫瘍の診断で外科的切除を予定された。術中S状結腸間膜に腫瘤を認めたが、前処置未施行にて手術は中断。その後当院紹介となり、Ｓ状結腸間膜腫瘍の診断で手術の方針となった。術前の鑑別疾患として、GIST、孤立性線維性腫瘍、神経原性腫瘍等が挙げられ、腹腔鏡下Ｓ状結腸切除術の方針となった。
【手術】肝転移はなく、S状結腸間膜に60mm大の白色調の球状腫瘤を認め、腹腔鏡下S状結腸切除術を施行。腹壁にも白色結節を認め、別途切除した。
【結果】大きな合併症なく第11病日に退院。病理組織学的には、紡錘形細胞の増殖、子宮内膜腺様の腺管構造と内膜間質を認め、子宮外腺筋腫と診断された。
【考察】今回我々は術前診断に難渋した子宮外腺筋腫の１例を経験した。過去の子宮外腺筋腫の症例報告では、子宮摘出、子宮筋腫核出、卵巣嚢腫摘出などの婦人科手術歴のある症例が多い。子宮外腺筋腫の明確な発生機序や誘発因子は解明されていないが、手術時の組織の飛散や子宮壁の脆弱化などが考えられる。悪性転化の報告もあり、治療に際してその可能性も念頭に置いて治療する必要がある。
【結語】婦人科手術歴を有する骨盤腔内腫瘤を認めた場合、鑑別診断として子宮外腺筋腫を考慮する必要があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）32　稀少腫瘍 2

座長：西沢 佑次郎（関西労災病院消化器外科）

[P32-6] 偶発的に発見され腹腔鏡下切除により診断し得た小腸間膜デスモイド型線維腫症の1例

*鈴木 佑麿[1]、大熊 誠尚[1]、山澤 海人[1]、後藤 圭佑[1]、月原 秀[1]、鎌田 哲平[1]、武田 泰裕[1]、小菅 誠[1]、衛藤 謙[1] (1. 東京慈恵会医科大学　外科学講座　消化管外科)

症例は70歳代，男性．葉巻の誤飲疑いで当院に救急搬送された．精査目的に施行した腹部造影CT検査で，腹腔内に辺縁の造影増強効果を伴う径67 mmの小腸と連続する腫瘍を認めた．6か月前のCT検査と比較して増大傾向を示しており，小腸もしくは小腸間膜原発悪性腫瘍も疑われたため，診断および治療目的に腹腔鏡下小腸腫瘍切除術を施行した．
術中所見では，辺縁不整な腫瘍が小腸間膜内に存在していた．明らかな周囲腸間膜内リンパ節の腫大や腹水貯留，播種性病変は認めなかった．腫瘍は小腸に近接しており，腫瘍を含めた小腸部分切除術を行った．病理組織学的所見では，紡錘形細胞の増殖を認め，βカテニン核内集積陽性であり，デスモイド型線維腫症と診断された．術後経過は特に問題なく，第11病日に退院となった．現在，外来で経過観察中である．
デスモイド型線維腫症は遠隔転移を来さない一方，局所浸潤性や再発傾向を有し，100万人あたり2.4〜4.3人の発生頻度とされる．発生部位による分類では腹壁（49%），腹壁外（43%）腹腔内（8%）とされており，腹腔内デスモイド型線維腫症は非常に稀な疾患である．腫瘍発生の原因は手術の既往などの機械的刺激，妊娠，家族性大腸腺腫症の合併などが指摘されているが、本症例ではこれらの既往や家族歴は認めなかった．腹腔内発生例では生検困難なために術前診断が困難なことが多い．本症例でも画像検査にて確定診断が得られず、悪性腫瘍鑑別目的に摘出したことで確定診断を得ることができた．今回我々は，偶発的に発見され，腹腔鏡下切除により診断に至った小腸間膜デスモイド型線維腫症の1例を経験したため，文献的考察を加えて報告する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）32　稀少腫瘍 2

座長：西沢 佑次郎（関西労災病院消化器外科）

[P32-7] 当科での大腸癌KRAS　G12C変異症例の検討

*水本 有紀[1]、松田 健司[1]、岩本 博光[1]、中村 有貴[1]、三谷 泰之[1]、上田 勝也[1]、堀 雄哉[1]、下村 和輝[1]、黒岩 英倫[1]、川井 学[1] (1. 和歌山県立医科大学　第２外科)

背景： KRAS G12C遺伝子変異陽性の治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌に対し、ソトラシブが2025年9月に適応となりRAS変異部位にも注目が必要となった。KRAS G12C変異陽性は全大腸癌の約3%とまれであり、RAS変異のなかでも予後不良といわれている。今回、当科でKRAS G12C変異陽性患者に対し根治切除術を行った症例について検討する。
対象と結果：当院では2022年4月から2026年3月までにRAS検査を提出した大腸癌562例のうち、KRAS G12C変異陽性は12例、2.1%であった。このうち、遠隔転移なく原発の根治切除術を行えた症例は7例であり1例は直腸癌に対し術前化学放射線療法を行った後に根治切除となった。周術期合併症は1例でGradeAの縫合不全を認めたのみであった。観察期間中央値は25カ月(6.7-41カ月)。平均年齢は70歳、男性:女性=3:4、腫瘍部位は左:右=3:4、StageⅡ:Ⅲ=2:5、組織型は高分化：低分化=6:1であり脈管侵襲は4例で認め腫瘍径の中央値は68㎜(45-145)であった。術前腫瘍マーカー中央値はCEA:CA19-9=3.0:11.1、MSI検査は6例で行われ、いずでも陰性であった。術後補助化学療法は2例で行われた。2年OS は83.3%であり、2年RFSは 50%であった。３例で再発をきたし、再発形式は肝転移1例、播種1例、腸間膜リンパ節1例であった。
考察：観察期間は短いが、根治術後のStageⅡ、Ⅲ大腸癌としてRFSは低く、予後不良であることが示唆された。今後、KRAS G12C変異症例に対するソトラシブの使用による予後改善が期待される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）32　稀少腫瘍 2

座長：西沢 佑次郎（関西労災病院消化器外科）

[P32-8] 直腸に発生した癌肉腫の1例

*大重 英昭[1]、筒山 将之[1]、間下 直樹[1] (1. 小牧市民病院外科)

癌肉腫は1864年に初めて報告された極めて稀な悪性腫瘍であり，上皮成分と非上皮成分が混在することを特徴とする．発生部位としては女性生殖器や頭頸部が多く，消化管発生は稀である．一般に進行が速く，予後不良とされる．今回，直腸原発の癌肉腫の1例を経験したため報告する．

症例は32歳男性で，血便及び肛門痛を主訴に受診した．下部消化管内視鏡検査にて直腸Raを主座とし，一部Rbに及ぶ1型腫瘍を認め，生検にて腺癌と診断された．造影CT検査では直腸Raに不整な壁肥厚及び腫瘍近傍に最大径58mmの腫大リンパ節を認めた．骨盤MRI検査では直腸の固有筋層への浸潤を認めたが，側方リンパ節腫大は認めなかった．以上より直腸癌StageIIIと術前診断し，ロボット支援下超低位前方切除術・両側側方リンパ節郭清術・回腸人工肛門造設術を施行した．手術時間は8時間2分，出血量は1mlであった．術後はストマ部に通過障害を認めたが，経ストマ的に減圧チューブを挿入したところ，速やかに症状の軽快を認め，術後17日目に退院した．病理組織学的所見には粘膜に異型高円柱上皮が管状腺管，癒合腺管，篩状腺管を形成し，腺管周囲に短紡錘形細胞や楕円形核を有する細胞が密に増生する像を認めた．免疫組織学的所見には腺管形成する成分と周囲の小型細胞の一部にてAE1/AE3陽性，CK20陽性，CDX2弱陽性～陰性，CK7陰性であった．一方，上皮マーカー陽性を示さない小型細胞はVimentin陽性を示した．間質成分はDesmin陽性，S-100陽性を示す細胞を少数認めた．以上より明確な分化傾向を示さない癌肉腫と診断した．癌肉腫の術後補助化学療法は確立されていないが，本症例では腺癌成分に対してCAPOX療法を提案した．しかし患者の希望により施行せず，経過観察とした．術後3ヶ月現在，再発初見は認めていない．

本症例について文献的考察を加えて報告する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）33　稀少腫瘍 3

座長：永田 淳（産業医科大学）

[P33-1] 下行結腸神経鞘腫に対して完全腹腔鏡下結腸部分切除術を施行し得た1例

*岩間 佳奈美[1]、横塚 慧[1]、小島 裕貴[1]、樋口 裕之[1]、飯田 翔馬[1]、小金澤 樹[1]、落合 成人[1]、郡司 崇裕[1]、小林 敏倫[1]、菊池 勇次[1]、佐野 達[1]、田渕 悟[1]、千葉 斉一[1]、河地 茂行[1] (1. 東京医科大学八王子医療センター消化器外科・移植外科)

[P33-2] 増大傾向を示した上行結腸神経鞘腫の1切除例

*天下井 恵理[1]、瀬尾 雄樹[1]、泉 陽光[1]、近藤 直樹[1]、松川 雄太[1]、須田 光太郎[1]、野川 優衣[1]、武居 友子[1]、浜野 郁美[1]、戸倉 英之[1]、清水 健[2]、清水 和彦[2]、高橋 孝行[1] (1. 足利赤十字病院 外科、2. 足利赤十字病院病理診断科)

[P33-3] ロボット支援下切除を行った傍直腸孤立性線維腫瘍の1例

*堀口 晃平[1]、濱元 宏喜[1]、上田 恭彦[1]、鈴木 重徳[1]、萩原 精太[1]、渡邊 創太[1]、鈴木 悠介[1]、吉本 秀郎[1]、廣畑 吉昭[1]、北田 和也[1]、島 卓史[1]、松尾 謙太郎[1]、富岡 淳[1]、川口 直[1]、今井 義朗[1]、田中 亮[1]、朝隈 光弘[1]、富山 英紀[1]、李 相雄[1] (1. 大阪医科薬科大学一般・消化器外科)

[P33-4] 腹腔鏡下回盲部切除術を施行した回盲部lipohyperplasiaの1例

*武藤 靖英[1]、木戸 知紀[1]、原 仁司[1]、岩本 一亜[1]、板橋 道朗[1]、小池 太郎[1] (1. 済生会加須病院)

[P33-5] 上行結腸グロムス腫瘍の1例

*安藤 熙典[1]、田邊 太郎[1]、若生 彩佳[1]、木村 熙伸[1]、北條 真鈴[1]、徳永 良太[1]、保母 貴宏[1]、出口 義雄[1]、横山 登[1] (1. 昭和医科大学江東豊洲病院)

[P33-6] 大動脈バルーンオクルージョン併用根治切除後9年で再発、17年後に不幸な転帰をとった骨盤内巨大solitary fibrous tumor の一例

*早田 浩明[1]、外岡 亨[1]、成島 一夫[1]、天海 博之[1]、平澤 壮一朗[1] (1. 千葉県がんセンター食道胃腸外科)

[P33-7] 術後7年目に肺転移を来し切除し得た直腸Mixed Adenoneuroendocrine Carcinoma（MANEC）の1例

*永山 可琳[1,2]、渡邉 賢之[1,2]、笠井 麻衣[1,2]、藤野 聖人[1,2]、下田 陽太[1,2]、瀧下 智恵[1,2]、榎本 正統[1,2]、永川 裕一[2] (1. 戸田中央総合病院消化器外科、2. 東京医科大学病院消化器・小児外科学)

[P33-8] 大腸原発の胎児消化管類似癌の2例

*郡司掛 勝也[1]、座主 真衣佳[1]、一宮 佑輔[1]、鳥居 真行[1]、浅川 哲也[1]、南 宏典[1]、山口 貴久[1]、大畠 慶直[1]、寺井 志郎[1]、北村 祥貴[1]、角谷 慎一[1] (1. 石川県立中央病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）33　稀少腫瘍 3

座長：永田 淳（産業医科大学）

[P33-1] 下行結腸神経鞘腫に対して完全腹腔鏡下結腸部分切除術を施行し得た1例

*岩間 佳奈美[1]、横塚 慧[1]、小島 裕貴[1]、樋口 裕之[1]、飯田 翔馬[1]、小金澤 樹[1]、落合 成人[1]、郡司 崇裕[1]、小林 敏倫[1]、菊池 勇次[1]、佐野 達[1]、田渕 悟[1]、千葉 斉一[1]、河地 茂行[1] (1. 東京医科大学八王子医療センター消化器外科・移植外科)

神経鞘腫はSchwann細胞から発生する腫瘍で消化管発生は全体の10%未満と稀であり,なかでも大腸原発の腫瘍は約5%程度と報告されている. 今回我々は,下行結腸に発生した神経鞘腫に対して完全腹腔鏡下結腸部分切除術 D0 郭清, 体腔内吻合を施行し, 術後8日目で有害事象なく退院した１例を経験したので報告する. 症例は71歳, 男性. 検診を契機にして下行結腸に粘膜下腫瘍を指摘されていたが, 生検で悪性所見を認めず以後経過観察を行なっていた. 経過観察中に施行した大腸内視鏡検査で腫瘍の増大を認め, またCT上GISTが疑われたため精査加療目的に当院紹介となった. 術前大腸内視鏡検査では, 下行結腸に25mm大の粘膜下腫瘍を認め, EUSでは第4層由来の境界明瞭で内部均一な低エコー腫瘤であった. FNAの所見では, 紡錘形細胞の増殖を認め免疫染色では, S-100陽性, SMA陰性, Desmin陰性, c-kit陰性, CD34陰性であることから神経鞘腫の診断とされた. 今回我々は術前に確定診断に至ったため, 上記の通り過不足のない低侵襲手術で患者治療をすることが可能であった. 大腸神経鞘腫は大半が良性であり, 術前に確定診断されればリンパ節郭清は不要であるため, 可能な限り術前に診断をつけることがover surgeryを避ける上で重要と考えられた.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）33　稀少腫瘍 3

座長：永田 淳（産業医科大学）

[P33-2] 増大傾向を示した上行結腸神経鞘腫の1切除例

*天下井 恵理[1]、瀬尾 雄樹[1]、泉 陽光[1]、近藤 直樹[1]、松川 雄太[1]、須田 光太郎[1]、野川 優衣[1]、武居 友子[1]、浜野 郁美[1]、戸倉 英之[1]、清水 健[2]、清水 和彦[2]、高橋 孝行[1] (1. 足利赤十字病院 外科、2. 足利赤十字病院病理診断科)

【背景】
神経鞘腫はSchwann細胞に由来する腫瘍であり大腸に発生する症例は稀である。今回我々は、発見後から3年後に腹部症状を呈し切除に至った上行結腸神経鞘腫を経験したため報告する。
【症例】
78歳、女性。75歳の時に下部消化管内視鏡検査で上行結腸に粘膜下腫瘍を指摘され、当院へ紹介受診となった。直ちに手術を希望されず、半年おきの外来経過観察を指示したが、受診を自己中断していた。その3年後に食後の腹痛を契機に近医で下部消化管内視鏡検査を施行し、再度粘膜下腫瘍指摘され、当院紹介受診となった。下部消化管検査では肝彎曲部よりの上行結腸に粘膜下腫瘍を認め、大きさは明らかに増大していた。腹部造影CT検査では上行結腸に壁肥厚を認めた。GISTをはじめとする粘膜下腫瘍疑い、腹腔鏡下結腸右半切除術を施行した。術後合併症なく12日で退院した。病理検査では紡錘型細胞増殖を認め、免疫染色ではc-kit、CD34、α-SMAは陰性でありかつS100陽性であり、神経鞘腫と診断された。
【考察】
神経鞘腫は文献的には良性腫瘍とされ、好発部位は脊髄神経，頸部，四肢であり消化管に発生することは稀である。また消化管で発症した場合も胃や小腸がほとんどである。形態的には粘膜下腫瘍であり、特徴的な画像所見はなく、画像での診断は困難とされる。本症例は、初診から治療まで3年間期間が開いた結果、腫瘍の増大を認め、腹部症状が出現したため手術の方針とした。
上行結腸神経鞘腫の1切除例を経験したため文献的考察を加えて報告した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）33　稀少腫瘍 3

座長：永田 淳（産業医科大学）

[P33-3] ロボット支援下切除を行った傍直腸孤立性線維腫瘍の1例

*堀口 晃平[1]、濱元 宏喜[1]、上田 恭彦[1]、鈴木 重徳[1]、萩原 精太[1]、渡邊 創太[1]、鈴木 悠介[1]、吉本 秀郎[1]、廣畑 吉昭[1]、北田 和也[1]、島 卓史[1]、松尾 謙太郎[1]、富岡 淳[1]、川口 直[1]、今井 義朗[1]、田中 亮[1]、朝隈 光弘[1]、富山 英紀[1]、李 相雄[1] (1. 大阪医科薬科大学一般・消化器外科)

【はじめに】
孤立性繊維腫瘍（solitary fibrous tumor; 以下SFT）は間葉系組織由来の稀な腫瘍である。大部分が胸膜に発生するとされているが、近年、胸膜外発生した症例が報告されている。今回われわれは、傍直腸に発生したSFTをロボット支援下手術で摘出した1例を経験したので、報告する。
【症例提示】
症例は60歳、男性。X年3月に前医で発熱の精査で施行された腹部CT検査で偶発的に傍直腸に40mm大造影される表面平滑な腫瘤を認めた。下部消化管内視鏡検査で同部位に粘膜病変は認めず、直腸からEUS-FNAを行ったところSTAT6が陽性でありSFTの診断となった。周囲への浸潤や遠隔転移を疑う所見はなく、無症状であり経過観察としていたが、11月のフォローの腹部CT検査で45mmと増大傾向を認めたため手術加療目的に当院に紹介となった。腫瘍による直腸の圧排を認めていたが、遠隔転移はなく腫瘍切除可能と判断し手術に臨んだ。ロボット支援下に直腸背側の授動を骨盤底まで進めていき、肛門挙筋を広く露出させた。この時点で腫瘍は直腸とは関連がないことが確認でき、右側方郭清を行う要領で腫瘍切除を行った。
【考察】
SFTの多くは組織学的に良性であるが再発症例も報告されている。断端陽性例で再発が多いことからは完全切除がのぞましいが、骨盤内原発では周囲組織との癒着も予想され、狭い骨盤内で安定して視野で操作できるロボット手術は非常に有用であると考えられる。また完全切除に至った症例でも再発する可能性はあるため長期のフォローアップが必要である。
【結語】
傍直腸孤立性繊維腫瘍をロボット支援下に安全に切除できた症例を経験した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）33　稀少腫瘍 3

座長：永田 淳（産業医科大学）

[P33-4] 腹腔鏡下回盲部切除術を施行した回盲部lipohyperplasiaの1例

*武藤 靖英[1]、木戸 知紀[1]、原 仁司[1]、岩本 一亜[1]、板橋 道朗[1]、小池 太郎[1] (1. 済生会加須病院)

【はじめに】腸管lipohyperplasiaは通常回盲弁の粘膜下にできる過誤腫的病変であり、まれである。消化管粘膜下層に生じる脂肪織の増生がlipohyperplasiaと呼ばれ、脂肪腫とは被膜の有無によって区別される。今回、われわれは腹腔鏡下回盲部切除術を施行した回盲部lipohyperplasiaの1例を経験したので報告する。
【症例】65歳、男性。右下腹部痛を主訴に来院した。下部消化管内視鏡検査で盲腸およびバウヒン弁に発赤調の10㎜大程の粘膜下腫瘍の散在を認めた。造影CTで盲腸に腸重積を伴う腫瘤像を認めた。脂肪腫による腸重積を疑い腹腔鏡下回盲部切除を施行した。術後10病日に軽快退院となった。切除標本の病理学的検査所見でlipohyperplasiaの診断となった。
【考察】
医学中央雑誌で「lipohyperplasia」で検索（会議録を除く）したところ1997年から2026年までに13例の報告例を認め、自験例を加えて検討した。年齢中央値は70歳（31-89）で男性12例、女性2例であった。発見契機は腹痛などの腹部症状が11例、便潜血陽性が2例、定期的な大腸内視鏡が1例であった。部位は回盲弁が8例、回腸が2例、回盲弁および右側結腸の多発例が3例、S状結腸が1例であった。治療前診断しえた症例は1例であり、切除標本の病理学的検査所見で診断に至った症例がほとんどであった。治療は内視鏡的切除が2例、手術が12例であった。腹腔鏡手術は7例で、そのうち2例で癒着により開腹手術に移行していた。
【結語】腸管lipohyperplasiaは術前診断が困難なまれな疾患である。腹痛などの症状をきたすことで治療がなされ、切除標本の病理学的検査所見で診断に至ることが多い。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）33　稀少腫瘍 3

座長：永田 淳（産業医科大学）

[P33-5] 上行結腸グロムス腫瘍の1例

*安藤 熙典[1]、田邊 太郎[1]、若生 彩佳[1]、木村 熙伸[1]、北條 真鈴[1]、徳永 良太[1]、保母 貴宏[1]、出口 義雄[1]、横山 登[1] (1. 昭和医科大学江東豊洲病院)

【はじめに】
グロムス腫瘍は皮膚血流調節に関与するグロムス小体由来の腫瘍であり、四肢末端に好発し、多くは良性である。消化管発生は稀であり、とくに大腸原発例は極めて少ないため、術前診断および治療方針は確立されていない。今回、貧血で発症し、切除後に診断された大腸グロムス腫瘍の1例を経験したので報告する。
【症例】
40歳代女性。血便を主訴に受診し、Hb 4.7 g/dLの高度貧血を認めた。造影CTにて上行結腸に造影効果を伴う腫瘤を認め、下部消化管内視鏡では同部位に約2.5 cm大の粘膜下腫瘍を認めた。生検では確定診断に至らなかったが、悪性腫瘍を否定できず、貧血の進行も認めたため、上行結腸腫瘍の診断で腹腔鏡下右結腸切除術およびリンパ節郭清を施行した。病理組織学的には類円形細胞の索状・胞巣状増殖を認め、免疫染色ではα-SMA陽性、c-kit陰性であった。核異型や腫瘍径などを総合的に評価し、uncertain malignant potentialを有するグロムス腫瘍と診断した。術後経過は良好であり、現在まで再発・転移を認めていない。
【結語】
大腸グロムス腫瘍は粘膜下腫瘍として発見されることが多く、生検による術前診断は困難である。そのため、悪性腫瘍を否定できない症例では外科的切除が選択され、術後に確定診断に至ることが多い。本疾患は大腸粘膜下腫瘍の鑑別疾患として重要であり、今後の症例集積による術前診断および治療戦略の確立が望まれる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）33　稀少腫瘍 3

座長：永田 淳（産業医科大学）

[P33-6] 大動脈バルーンオクルージョン併用根治切除後9年で再発、17年後に不幸な転帰をとった骨盤内巨大solitary fibrous tumor の一例

*早田 浩明[1]、外岡 亨[1]、成島 一夫[1]、天海 博之[1]、平澤 壮一朗[1] (1. 千葉県がんセンター食道胃腸外科)

緒言：Solitary fibrous tumor (SFT)は希な腫瘍だが様々な部位からの発生の報告がある。小児頭大の骨盤内SFTをR0切除でき長期生存したが、最後は不幸な転帰となった一例を報告する。
症例と経過：27才女性で膝関節治療のため前院の整形外科通院中に便秘を相談し骨盤内腫瘍を指摘。卵巣腫瘍を疑われ、同院の産婦人科で2008年2月に開腹手術となったが、両側卵巣は健在で骨盤内を占拠する巨大腫瘍で摘出不能と判断され、そのまま閉腹。10日後に当院に紹介された。入院精査し、腫瘍は直腸間膜から発生した135×150mm巨大腫瘍で経肛門生検にてSFTと診断した。血管造影で支配動脈はIMA、両側内腸骨動脈で血流豊富、切除時には強固な止血対策が必要と思われた。若年症例で妊孕性と肛門温存の可能性を考え、同年4月14日に手術を施行。経仙骨的アプローチから開始し、腫瘍の圧力で視野確保は困難だったが、直腸と肛門管を先に切り離し体位変換後、大動脈オクルージョン（REBOA）を挿入し腎動脈分岐より尾側に留置して大量出血に備え開腹した。子宮卵巣は温存し直腸合併で腫瘍をR0で切除したが、REBOA併用でも出血量13600mlとなり、止血困難状態のためガーゼパッキングして仮閉腹しICU入室。凝固能の回復を待ち翌々日開腹したが腸管再建は危険と判断しHartmann氏手術とした。術後75日目に退院。有効な補助療法の報告はなく、術後経過観察を行い5年間は無再発で経過し結婚もされたが、腸管再建は望まれなかった。人工肛門での生活を続けた9年目にスノボでの転倒から右腸骨仙骨座骨の再発と肝外側区域に再発を確認。肝左葉切除と腸骨広範囲切除したが、12年目に肝再々発と右腸骨動脈付近に再発した。この再発巣も切除したがその後、肺、肋骨、腰椎、膵、肝など転移再発し初回手術から17年後に永眠された。
考察：SFTは希な腫瘍であるが巨大腫瘍の報告が多い。また悪性良性ともにあり、本症例は術後8年までは無再発で経過し根治できたかと思ったが、9年目以降に多発する再発となり17年で不幸な転帰となった。SFTには長期の定期的サーベイランスが必要と思われた。
結語：貴重な巨大骨盤内SFTを経験した。SFTは切除後10年以上の経過を慎重に見る必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）33　稀少腫瘍 3

座長：永田 淳（産業医科大学）

[P33-7] 術後7年目に肺転移を来し切除し得た直腸Mixed Adenoneuroendocrine Carcinoma（MANEC）の1例

*永山 可琳[1,2]、渡邉 賢之[1,2]、笠井 麻衣[1,2]、藤野 聖人[1,2]、下田 陽太[1,2]、瀧下 智恵[1,2]、榎本 正統[1,2]、永川 裕一[2] (1. 戸田中央総合病院消化器外科、2. 東京医科大学病院消化器・小児外科学)

【緒言】 直腸MANECは悪性度が高く予後不良な疾患として知られる。今回、術後7年目に孤発性肺転移を来したが、切除により長期無再発生存を得ている1例を経験したので報告する。
【症例】 初回治療時42歳の男性。11年前に近医で直腸粘膜下腫瘍(SMT）に対し内視鏡的切除術が施行され直腸カルチノイドと診断された。その後経過観察を自己中断していたが、4年後の検診で便潜血陽性を指摘され当院受診となった。下部消化管内視鏡検査にて直腸S状部に多発する黄色調のSMT様隆起に加え、直腸Rb部に35mm大の2型腫瘍を認めた。生検にてSMTはカルチノイド、2型腫瘍は腺癌と診断した。 cT2N1bM0 stage IIIbの診断に対し、腹腔鏡下内肛門括約筋間直腸切除術（ISR）＋D3郭清＋両側側方リンパ節郭清を施行した。病理組織学的検査にて、腺癌成分と神経内分泌癌成分が混在するMANECの診断となった。リンパ節転移（#251, 252, 253）はカルチノイドが主体であった。術後補助化学療法としてCDDP＋CPT-11療法を7コース施行した。 その後無再発で経過していたが、術後7年目のCT検査で右肺下葉に小結節を認めた。診断的治療目的に胸腔鏡下右下葉部分切除術を施行したところ、腺癌の肺転移と診断された。現在、肺切除後1年（初回術後8年）が経過し、無再発生存中である。
【考察】 直腸MANECは遠隔転移を来しやすく、集学的治療を行っても早期に再発する例が多い。本症例では初回手術時のリンパ節転移は神経内分泌成分であったのに対し、術後7年目の遠隔転移は腺癌成分であった点が特徴的であった。
【結語】 MANEC術後の長期経過において、転移再発の可能性を念頭に置いた慎重なフォローアップと、再発に対する積極的な切除介入が予後改善に寄与する可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター3

一般演題（ポスター）33　稀少腫瘍 3

座長：永田 淳（産業医科大学）

[P33-8] 大腸原発の胎児消化管類似癌の2例

*郡司掛 勝也[1]、座主 真衣佳[1]、一宮 佑輔[1]、鳥居 真行[1]、浅川 哲也[1]、南 宏典[1]、山口 貴久[1]、大畠 慶直[1]、寺井 志郎[1]、北村 祥貴[1]、角谷 慎一[1] (1. 石川県立中央病院消化器外科)

【はじめに】胎児消化管類似癌は胎児初期の消化管上皮に類似した組織形態を示す腺癌であり，大腸癌での頻度は稀である．高度の脈管侵襲を認める場合や，肝転移を高率に認めることがあり，予後不良の組織型であると考えられる．今回、我々は，大腸原発の胎児消化管類似癌の2例を経験したので報告する．

【症例1】47歳男性．排便時の出血を主訴に受診され，精査にて直腸癌を認めた．下部消化管内視鏡では，上部直腸に1/2周性の2型腫瘍を認めた．腫瘍からの生検は，中文化～高分化腺癌であった．胸腹部造影CT検査で，遠隔転移は認めなったが，原発巣は漿膜外への浸潤を疑う所見を認めた．また，周囲に多数の転移を疑うリンパ節腫大を認めた．術前化学療法の方針とし，CAPOXを4コース後に，腹腔鏡下低位前方切除術を施行した．病理組織学的所見は，ypT2N0M0 pStage Iであった．腫瘍細胞は淡明な細胞質を有し，Glypican3(+)，AFP(-)，SALL4(+)であり，胎児消化管類似癌と診断した．

【症例2】50歳女性．検診の便潜血陽性の精査にて，下行結腸癌を認めた．下部消化管内視鏡検査では下行結腸に全周性の3型腫瘍を認めた．腫瘍からの生検では，高分化～中文化腺癌であった．腫瘍による閉塞性腸炎の所見を認め，大腸ステント留置後の手術の方針となった．手術は腹腔鏡下結腸左半切除術を施行した．病理組織学的所見は，pT3N0M0 pStage IIaであった．腫瘍細胞の大部分は淡明な細胞質を有し，Glypican3(+)，AFP(+)，SALL4(-)であり，胎児消化管への分化を伴い胎児消化管類似癌と診断した．

【考察】大腸原発の胎児消化管類似癌は報告例も少ないが，胃癌と同様に脈管侵襲の頻度が高く，肝転移を来すことが多い．今回報告した2症例は，どちらも高度の静脈侵襲を認めた．また，胎児消化管類似癌は一般的に化学療法に抵抗性を示す場合が多いが，症例1では，リンパ節転移が消失した所見も認めており，化学療法の効果が期待できる症例もあることが示唆される．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）34　症例：進行大腸癌 3

座長：浅原 史卓（東京都済生会中央病院　一般・消化器外科）

[P34-1] Deficient Mismatch Repair(dMMR)を有する横行結腸大細胞型神経内分泌癌の1例

*長谷川 竣大[1,2]、市原 もも子[1,3]、小森 孝通[1,3]、辻野 将生[1,3]、早瀬 志門[1,3]、加藤 雅也[1,2,3]、麻本 翔子[1,2,3]、加藤 一哉[1,3]、住本 知子[1,3]、橋本 和彦[1,3]、岸 健太郎[1,3]、福永 睦[1,3] (1. 兵庫県立西宮病院、2. 大阪大学医学部附属病院、3. 兵庫県立西宮総合医療センター)

[P34-2] 術前BRTOにより血行動態制御を行い安全に切除し得た直腸静脈瘤合併直腸癌の1例

*隈本 智卓[1]、北川 和男[1]、般若 祥人[1]、栗田 紗裕美[1]、下山 雄也[1]、衛藤 謙[2] (1. 東京慈恵会医科大学附属柏病院、2. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

[P34-3] TNT後のNOM経過中に側方リンパ節孤立性再燃を来し、サルベージ側方郭清によりTME-free長期生存を得た下部進行直腸癌の1例

*奥田 賢司[1]、小倉 淳司[1]、村田 悠記[1]、服部 憲史[1]、佐藤 雄介[1]、梅田 晋一[1]、田中 千恵[1]、江畑 智希[1]、神田 光郎[1] (1. 名古屋大学医学部附属病院)

[P34-4] 術前機械的腸管前処置後に急速増悪した閉塞性大腸炎に対し大腸亜全摘を要し根治切除機会を逸した進行下部直腸癌の1例

*谷尾 彬充[1]、牧田 大瑚[1]、津田 亜由美[1]、和田 大和[1]、植嶋 千尋[1]、徳安 成郎[1]、尾﨑 知博[1]、遠藤 財範[1]、建部 茂[1] (1. 鳥取県立中央病院)

[P34-5] 蛋白漏出性胃腸症が疑われ腸重積を伴った直腸癌に対して腹腔鏡下ハルトマン手術を施行した1例

*鎌田 悠子[1]、加藤 俊一郎[1]、大沼田 洵[1]、伊藤 菜々子[1]、小川 康介[1]、光岡 明人[1]、真田 貴弘[1]、中村 典明[1]、桑原 博[1] (1. 秀和総合病院外科)

[P34-6] 他臓器転移をきたした直腸原発絨毛癌の1例

*倉岡 憲正[1]、豊田 和宏[1]、矢野 雷太[1]、小林 弘典[1]、橋本 泰司[1]、坂下 吉弘[1]、宮本 勝也[1] (1. 広島記念病院外科)

[P34-7] ICG蛍光法を活用した直腸癌手術の経験

*川上 次郎[1]、加藤 祐一郎[1]、木村 桂子[1]、山口 直哉[1]、水谷 文俊[1]、山本 美里[1]、鳥居 直矢[1]、荻原 康友[1]、杉田 洋之[1]、川合 毅[1]、村上 倫彦[1]、水谷 真也[1]、伊藤 博崇[1]、清水 遼一[1]、伊藤 謙太郎[1]、森 大介[1]、大西 美薫[1]、河野 弘[1] (1. 名古屋掖済会病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）34　症例：進行大腸癌３

座長：浅原 史卓（東京都済生会中央病院　一般・消化器外科）

[P34-1] Deficient Mismatch Repair(dMMR)を有する横行結腸大細胞型神経内分泌癌の1例

*長谷川 竣大[1,2]、市原 もも子[1,3]、小森 孝通[1,3]、辻野 将生[1,3]、早瀬 志門[1,3]、加藤 雅也[1,2,3]、麻本 翔子[1,2,3]、加藤 一哉[1,3]、住本 知子[1,3]、橋本 和彦[1,3]、岸 健太郎[1,3]、福永 睦[1,3] (1. 兵庫県立西宮病院、2. 大阪大学医学部附属病院、3. 兵庫県立西宮総合医療センター)

【背景】
大腸神経内分泌癌（neuroendocrine carcinoma：NEC）は大腸悪性腫瘍の約0.1～0.6%とされる稀な腫瘍であり，高率にリンパ節転移や遠隔転移を伴うことから極めて予後不良とされている．そのため切除可能な限局例として診断される症例は少ない．一方，近年では大腸癌においてミスマッチ修復機構異常（dMMR）/microsatellite instability-high（MSI-H）が重要な分子学的バイオマーカーとして注目されており，免疫チェックポイント阻害薬との関連から治療戦略の変化が期待されている．今回我々は，dMMRを有する横行結腸大細胞型神経内分泌腫瘍large cell neuroendocrine carcinoma（LCNEC）の切除例を経験したため報告する．
【症例】
患者は89歳，女性．貧血精査目的に施行した下部消化管内視鏡検査で横行結腸に2型腫瘍を認め，生検でNECと診断された．造影CTでは横行結腸の壁肥厚および所属リンパ節腫大を認め，cT3N1aM0, cStageⅢbと診断した．ロボット支援結腸部分切除術（横行結腸）・D3郭清を施行した．病理組織学的検査ではlarge cell neuroendocrine carcinoma（LCNEC）であり，最終診断はpT3N0M0 pStage Ⅱ aであった．免疫染色ではsynaptophysin陽性，chromogranin A陰性であり，NECに矛盾しなかった. MMR免疫染色ではMLH1およびPMS2のlossを認めdMMRが示唆された．高齢であることも考慮し術後補助化学療法は施行していないが、無再発生存中である。
【考察】
大腸NECは高率に遠隔転移を伴い，5年生存率15～30%と予後不良である．一方，dMMR/MSI-highを有するNECでは転移率の低下や予後改善が報告されており，生物学的に異なるサブタイプである可能性が示唆されている．さらにdMMR腫瘍では免疫チェックポイント阻害薬の有効性が知られており，大腸NECにおいても分子生物学的評価の重要性が高まっている．
【結語】
高齢女性のdMMRを伴った横行結腸LCNECを経験した．大腸NECにおいてもMMR/MSI statusの評価は，予後予測および治療戦略決定の観点から重要と考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）34　症例：進行大腸癌３

座長：浅原 史卓（東京都済生会中央病院　一般・消化器外科）

[P34-2] 術前BRTOにより血行動態制御を行い安全に切除し得た直腸静脈瘤合併直腸癌の1例

*隈本 智卓[1]、北川 和男[1]、般若 祥人[1]、栗田 紗裕美[1]、下山 雄也[1]、衛藤 謙[2] (1. 東京慈恵会医科大学附属柏病院、2. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

【背景】
直腸静脈瘤は門脈圧亢進症に伴う側副血行路として形成され、時に致死的出血を来し得る。直腸癌に合併した場合、腫瘍周囲の著明な静脈怒張により術中出血リスクが極めて高くなるが、標準化された治療戦略は確立されていない。
【症例】
70歳、男性。下血を主訴に受診し、下部消化管内視鏡検査で直腸Raに40mm大の2型腫瘍を認め、生検で腺癌と診断された。既往にアルコール性肝障害（Child-Pugh A）を背景とする門脈圧亢進症を有していた。造影CTでは腫瘍周囲に著明に発達した直腸静脈瘤と、下腸間膜静脈系を介した側副血行路を認め、通常の直腸切除では大量出血リスクが高いと判断した。
【治療経過】
術中出血リスク低減を目的に、まず直腸静脈瘤に対しBalloon-occluded retrograde transvenous obliteration（BRTO）を施行した。流出路をバルーン閉塞下に硬化剤を注入し、静脈瘤の血流低下と縮小を確認した。全身状態安定後、ロボット支援腹腔鏡下ハルトマン術を施行した。拡張した下腸間膜静脈の切離および中直腸静脈流出部近傍の間膜処理には、ステープルデバイスを使用した。直腸後壁の過度な剥離は静脈瘤損傷による出血リスクがあるため最小限とし、直腸間膜部分切除術とした。術前BRTOの効果により術中出血は良好にコントロールされ、顕著な出血は認めなかった。術後経過は良好で、POD9に退院した。病理診断はpT3N0M0、pStage Ⅱ aであった。
【考察】
直腸静脈瘤合併直腸癌では、側副血行路による出血制御が治療成績を左右する。本症例では術前にBRTOを施行し流出路を遮断することで、腫瘍周囲の血行動態を制御し、術中の顕著な出血を回避し得た点が重要である。直腸静脈瘤に対する内視鏡的治療やIVRによる塞栓術の報告は散見されるが、BRTOを先行させた上で根治手術を施行した報告は極めて稀である。またロボット支援手術は高精細視野と操作性により精緻な剥離操作が可能であり、本症例のような高出血リスク症例において有用である可能性が示唆された。
【結語】
直腸静脈瘤直腸癌に対し、術前BRTOによる血行動態制御を行うことで、安全な外科的切除が可能であった。本戦略は出血高リスク症例に対する有効な治療アプローチとなり得る。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）34　症例：進行大腸癌 3

座長：浅原 史卓（東京都済生会中央病院　一般・消化器外科）

[P34-3] TNT後のNOM経過中に側方リンパ節孤立性再燃を来し、サルベージ側方郭清によりTME-free長期生存を得た下部進行直腸癌の1例

*奥田 賢司[1]、小倉 淳司[1]、村田 悠記[1]、服部 憲史[1]、佐藤 雄介[1]、梅田 晋一[1]、田中 千恵[1]、江畑 智希[1]、神田 光郎[1] (1. 名古屋大学医学部附属病院)

【緒言】
Total Neoadjuvant Therapy（以下、TNT）は、早期の全身化学療法介入による遠隔転移抑制や、病理学的完全奏効（cCR）率の向上によるNon-operative management（以下、NOM）の機会拡大が大きなメリットである。一方で、過剰治療のリスクや放射線照射後の線維化による手術難度の上昇も指摘されている。今回、TNTにより原発巣はclinical CR（以下、cCR）が得られたものの、経過中に側方リンパ節のみに孤立性再燃を来し、サルベージ側方郭清によりTME-freeにて長期無再発を維持している1例を経験したため報告する。
【症例】
66歳、男性。短径12mm大の左内腸骨リンパ節転移を伴う下部進行直腸癌（Rb）に対し、FOLFOXIRI＋Bevacizumab療法6コース施行後に化学放射線療法（S-1+50.4Gy）を施行した。治療後、原発巣および側方リンパ節ともにcCRと判定しNOMを開始した。放射線照射終了から2年5か月後、腫瘍マーカーの上昇と左内腸骨リンパ節の再増大、PETでの異常集積の再燃を認めた。一方原発巣はcCRを維持していたため、孤立性側方リンパ節再燃と診断した。TME-freeは継続し腹腔鏡下サルベージ側方郭清術を施行した。手術は放射線による繊維化が強く剥離・解剖学的メルクマールの認識に難渋した。腫瘍の浸潤を疑い、左内腸骨動脈は合併切除した。手術時間は4時間9分、出血量は少量であった。病理組織学的検査では、10mmの剥離マージンを確保したR0切除であり、治療判定はGrade 1aであった。内腸骨動脈への浸潤所見は認めなかった。術後経過は良好で、TNT終了後6年、側方郭清術後3年5か月が経過した現在も無再発生存中である。
【考察】
本症例では原発巣と転移側方リンパ節でTNT後のNOMの転帰が異なったが、厳重なフォローアップにより再燃の早期診断に至り、サルベージ手術を施行し得た。TNT＋NOM後に孤立性側方リンパ節再燃時のTMEの必要性についてはcontroversialではあるが、本症例のようにTME-freeを継続できる症例が存在すること、側方リンパ節郭清はTMEと独立して施行可能術式であることから、サルベージ側方郭清のみで長期生存を得られた本症例の経過は非常に興味深い。文献的考察を含め報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）34　症例：進行大腸癌 3

座長：浅原 史卓（東京都済生会中央病院　一般・消化器外科）

[P34-4] 術前機械的腸管前処置後に急速増悪した閉塞性大腸炎に対し大腸亜全摘を要し根治切除機会を逸した進行下部直腸癌の1例

*谷尾 彬充[1]、牧田 大瑚[1]、津田 亜由美[1]、和田 大和[1]、植嶋 千尋[1]、徳安 成郎[1]、尾﨑 知博[1]、遠藤 財範[1]、建部 茂[1] (1. 鳥取県立中央病院)

63歳男性。下血・肛門痛・体重減少を契機に受診し、下部直腸癌（cT4bN3M0）と診断された。術前化学放射線療法後、骨盤内臓全摘術目的に当科紹介となった。腫瘍は狭窄を呈していたが、下部消化管内視鏡は通過可能であり、マグミット内服にて排便は維持されていた。手術前日にマグコロール内服による機械的腸管前処置を施行したところ、同日午後より腹痛・嘔気が出現し、翌日には血圧低下を伴うショック状態となった。CTでは腫瘍部での閉塞と口側腸管の著明な拡張を認め、閉塞性大腸炎に伴う敗血症性ショックと診断した。
緊急手術として横行結腸人工肛門造設術を試みたが、広範な粘膜壊死を認めたため大腸亜全摘術へ移行した。循環動態不安定および出血傾向のためopen abdomen管理とし、翌日にセカンドルック手術を施行、回腸人工肛門造設を行った。術後は集中治療により全身状態は改善した。直腸断端の縫合不全をきたしたが、CTガイド下ドレナージで軽快し、術後86日で退院した。病理では上行結腸から直腸にかけて粘膜壊死および全層性浮腫・出血を認め、閉塞性大腸炎に合致する所見であった。
本症例では救命を優先した緊急手術により根治切除の機会を逸し、その後は化学療法を継続している。閉塞性大腸炎は大腸癌による閉塞の口側に虚血性変化をきたす病態であり、機械的腸管前処置が誘因となり急速に増悪した報告は散見されるが、大腸亜全摘に至る症例は稀である。狭窄を伴う直腸癌症例では、機械的腸管前処置が腸管内圧上昇を助長し重篤化する可能性があり、適応は慎重に判断すべきである。本症例は術前前処置のリスクと治療戦略への影響を示唆する一例と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）34　症例：進行大腸癌 3

座長：浅原 史卓（東京都済生会中央病院　一般・消化器外科）

[P34-5] 蛋白漏出性胃腸症が疑われ腸重積を伴った直腸癌に対して腹腔鏡下ハルトマン手術を施行した1例

*鎌田 悠子[1]、加藤 俊一郎[1]、大沼田 洵[1]、伊藤 菜々子[1]、小川 康介[1]、光岡 明人[1]、真田 貴弘[1]、中村 典明[1]、桑原 博[1] (1. 秀和総合病院外科)

【症例】66歳男性。1年前より水様性下痢があった。体動困難で救急搬送となった。身長168cm、体重39.2kg、BMI13.9とるい痩を認めた。血液検査でHb 6.0 g/dl、Alb 1.6 g/dlの高度貧血・低栄養と、Cre 3.38 mg/dlの腎機能障害があり、単純CTで直腸腫瘍・腸重積を認めた。口側腸管の拡張なく通過障害はないと考えられ、緊急手術は要さないと判断した。入院後、下部消化管内視鏡検査を行い、直腸Raに1型の大きな腫瘍がありスコープ不通過だった。造影CTでは、直腸RSに89mmの腫瘤があり肛門側へ重積しており、腫瘍の肛門側腸管は著明に太まっていた。術前診断は、直腸癌(RSRa) cT3N2bM0 cStage IIIcであり、肛門側腸管に拡張を認めることと低栄養であることを考慮し、吻合は行わないこととした。輸血や高カロリー輸液を行い、貧血と腎機能障害は改善したが、Alb 1.2 g/dlと著明低値のままだった。入院11日目に、腹腔鏡下ハルトマン手術(D3郭清)を施行した。術中も腸重積は解除できず、重積したままの状態で腫瘍を取り切れる位置で腸管切離した。術後は速やかにAlb値の改善を認め、順調に経過した。廃用で長期のリハビリを要したが、術後44日目に自宅退院された。病理結果はpT4aN0M0 pStage IIbであった。現在、術後半年が経過し体重は増加傾向にあり、再発は認めていない。本例では病変からの蛋白漏出を証明し得ておらず確定診断には至らないが、術後速やかにAlbが回復した経過からは蛋白漏出性胃腸症の存在を疑った。【考察】大腸癌に蛋白漏出性胃腸症を合併することは比較的まれで、本邦では十数例の報告があるのみだが、10㎝前後の大型の1型腫瘍でありリンパ節転移は認めない例が多いという特徴は、本例と合致していた。術前の低Alb血症は術後合併症のリスクの一つであるが、腫瘍からの蛋白漏出によることが疑われる場合は、早期に病変を切除することが重要である。また、本例は腸重積状態だったが腹腔鏡手術を施行した。肛門側腸管の拡張もあり視野不良の場面もあったが、安全に施行可能であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）34　症例：進行大腸癌 3

座長：浅原 史卓（東京都済生会中央病院　一般・消化器外科）

[P34-6] 他臓器転移をきたした直腸原発絨毛癌の1例

*倉岡 憲正[1]、豊田 和宏[1]、矢野 雷太[1]、小林 弘典[1]、橋本 泰司[1]、坂下 吉弘[1]、宮本 勝也[1] (1. 広島記念病院外科)

【諸言】
絨毛癌は、妊娠と因果関係がある場合の妊娠性絨毛癌と、そうでない場合の非妊娠性絨毛癌に大別される。結腸・直腸原発の絨毛癌は、現在世界で35例の報告を認めるのみである。治療法の確立はなく、初診時に遠隔転移を有している場合が多く、予後は非常に不良である。非常にまれな疾患であり、若干の文献的考察を加え報告する。
【症例】
87歳、女性。1ヵ月前から続く腹部膨満感、下腹部痛を主訴に近医を受診し、精査目的に当院を紹介された。血液検査では炎症反応上昇、腫瘍マーカー（CEA、CA19-9）上昇を認めた。CT検査で直腸RSに巨大腫瘤、多発転移性肝腫瘍、大動脈周囲リンパ節転移を認めた。手術は、高位前方切除術、膀胱合併切除、リンパ節郭清、単孔式人工肛門造設術を施行した。病理組織学的検査では、hCG陽性となる多核細胞や乳頭腺管を認め、直腸原発絨毛癌と診断した。手術後しばらくは問題なく経過されていたが、急激に全身状態が悪化し、術後47日目に永眠された。
【結語】
　他臓器転移をきたした直腸原発絨毛癌の1例を経験した。症例報告数が依然として少なく、治療法は未だに確立されていない。今後の症例の蓄積と報告が待たれる状況である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）34　症例：進行大腸癌 3

座長：浅原 史卓（東京都済生会中央病院　一般・消化器外科）

[P34-7] ICG蛍光法を活用した直腸癌手術の経験

*川上 次郎[1]、加藤 祐一郎[1]、木村 桂子[1]、山口 直哉[1]、水谷 文俊[1]、山本 美里[1]、鳥居 直矢[1]、荻原 康友[1]、杉田 洋之[1]、川合 毅[1]、村上 倫彦[1]、水谷 真也[1]、伊藤 博崇[1]、清水 遼一[1]、伊藤 謙太郎[1]、森 大介[1]、大西 美薫[1]、河野 弘[1] (1. 名古屋掖済会病院外科)

【はじめに】大腸癌領域でICG蛍光法による腸管血流評価以外に、ICGの局注による点墨やリンパ節マッピングへの応用が広がっている。ICG蛍光法を最大限活用して示唆のある症例を経験したので報告する。【方法】手術前日に腫瘍の口側肛門側の粘膜下にそれぞれICG 2.5㎎/mLを0.2mLずつ注入する。術中に4K-3D近赤外線腹腔鏡（TIPCAM1 Rubina, STORZ）のオーバーレイ機能を使用して術野に黄緑発光を確認しながら手術を行う。肛門側の切離マージンの確保、D3郭清でIMA根部周囲リンパ節の黄緑発光を観察しながら郭清を行う。【症例】66歳男性。進行胸部食道癌（MtLt cT3N3M0, cStageⅢa）のスクリーニングで直腸癌（RS-Ra, cT3N0M0）が見つかった。直腸癌手術を先行し、術前化学療法後の食道癌手術の方針となった。手術前日に後壁右側直腸癌の口側肛門側の粘膜下にICGを注入した。肛門側の注入はやや深くなった。腹腔鏡下直腸切除、D3郭清を施行した。腹腔鏡下に腫瘍は認識できず、ICGマーキングで腫瘍口側は3㎝に限局、肛門側はややびまん性に4㎝大に広がり、腸間膜組織までびまん性に黄緑発光を観察し、直腸間膜右側背側の剥離に有益であった。マーキングから腹膜反転部で3-4㎝程度の切離ラインと判断した。IMA根部の郭清で根部から少し離れて黄緑発光のリンパ節を観察し、複数追加の郭清を行った。手術時間436分、出血量少量。術後小腸イレウスがあったが保存的に軽快、術後12日で退院した。病理結果はpT3N0M0 pStageⅡで、肛門側マージンは5㎝であった。IMA根部周囲で追加郭清したリンパ節3つからSCCが検出され、食道癌の遠隔転移と判断し、食道癌は非切除、化学療法治療の方針となった。【考察】肛門側ICGの注入がやや深くなり、びまん性のマーキングとなったが、口側マーキングを勘案して腫瘍位置を想定し切除マージンを確保できた。腸間膜までびまん性に染まり、直腸間膜剥離に有用であった。IMA根部周囲のリンパ節造影は結果的に食道がんの遠隔転移を検出することとなり、その臨床的意味合いは不明である。今後も症例を集積して大腸癌手術におけるICGの活用法を検討したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）35　症例：進行大腸癌 4

座長：下村 学（広島大学病院　消化器外科）

[P35-1] 直腸癌術後縫合不全に対するOver-The-Scope Clip systemを用いた瘻孔閉鎖の治療経験

*田口 航大[1]、森 貴志[1]、宮川 明祐[2]、須賀 悠介[1]、宮下 将太郎[1]、小玉 爽太[1]、田中 宥暉[1]、永井 元樹[1] (1. 総合病院国保旭中央病院外科、2. 総合病院国保旭中央病院消化器内科)

[P35-2] 肛門脱出により発見された進行直腸癌の1切除例

*治田 賢[1]、今西 謙太郎[1] (1. 姫路聖マリア病院外科)

[P35-3] 胎児性消化管類似直腸癌の一例

*川島 市郎[1]、池田 純[1] (1. 京都保健会京都民医連中央病院)

[P35-4] ベバシズマブ投与目的のためにCovered stentを抜去した閉塞性直腸癌

*宮島 綾子[1]、齊藤 修治[1]、植田 吉宣[1]、佐々木 一憲[1]、江間 玲[1]、平山 亮一[1]、大塚 亮[1]、白井 孝之[2] (1. 横浜新緑総合病院外科、2. 横浜新緑総合病院消化器内科)

[P35-5] 膀胱浸潤を伴うS状結腸癌術後腹直筋転移に対し切除・腹壁再建を行った1例

*大﨑 真央[1]、真貝 竜史[1]、澤崎 純哉[1]、村西 耕太朗[1]、馬場谷 彰仁[1]、西垣 貴彦[1]、中塚 梨絵[1]、太田 英夫[1]、杉本 圭司[1]、大西 直[1]、松下 一行[1] (1. 川西市立総合医療センター外科)

[P35-6] Leriche症候群に対する左腋窩動脈-両側総大腿動脈バイパス施行後に下行結腸癌に対して腹腔鏡下下行結腸切除術を施行した1例

*中本 裕紀[1]、矢野 雄一[1]、大橋 慶太[1]、石川 倫啓[1] (1. 市立稚内病院　外科)

[P35-7] Persistent descending mesocolonを伴う大腸癌の3例

*天野 優希[1]、根岸 宏行[1]、浜辺 太郎[1]、藤塚 航陽[1]、西澤 一[1]、久恒 靖人[1]、磯村 香介[2]、臼井 創大[2]、佐々木 大祐[2]、福岡 麻子[2]、内藤 正規[2]、勝又 健太[3]、大島 隆一[3]、四万村 司[3]、牧角 良二[1]、民上 真也[2] (1. 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 消化器・一般外科、2. 聖マリアンナ医科大学病院消化器・一般外科、3. 川崎市立多摩病院消化器・一般外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）35　症例：進行大腸癌 4

座長：下村 学（広島大学病院　消化器外科）

[P35-1] 直腸癌術後縫合不全に対するOver-The-Scope Clip systemを用いた瘻孔閉鎖の治療経験

*田口 航大[1]、森 貴志[1]、宮川 明祐[2]、須賀 悠介[1]、宮下 将太郎[1]、小玉 爽太[1]、田中 宥暉[1]、永井 元樹[1] (1. 総合病院国保旭中央病院外科、2. 総合病院国保旭中央病院消化器内科)

[背景]直腸癌術後の吻合不全(AL)は直腸癌手術における重篤な術後合併症の一つであり、発症した際には再手術・人工肛門が必要となることも多い。近年はそれらを回避する低侵襲治療として内視鏡でのOver-The-Scope Clip（OTSC）systemを用いた瘻孔閉鎖が注目されているが、施行前後の管理に関する報告は少なく明確な基準はない。今回我々は、OTSCによりALの治癒が得られた4例を経験したため報告する。
[症例]症例1:68歳女性。直腸Ra癌, 子宮浸潤に対して子宮付属器切除を伴う開腹低位前方切除術(LAR)を施行。術後14日目(POD14)にALの診断となり保存加療で治癒せず。POD32にOTSC施行し、瘻孔を完全閉鎖。POD41に注腸検査で漏出を認めず、同日食事開始。炎症再燃等なくPOD46に退院。
症例２:69歳男性。直腸Ra癌に対してロボット支援下(RA) LARを施行。POD4にALの診断となり経肛門ドレーン留置の上で保存加療としたが治癒せず。POD15にOTSC施行し、瘻孔を完全閉鎖。POD21の注腸検査で漏出認めず、翌日に食事開始。炎症再燃なくPOD26に退院。
症例３:74歳男性。直腸Ra癌に対してRALARを施行。POD8にALの診断となり保存加療で治癒せず。POD22に内視鏡下に膿瘍腔を洗浄した後OTSC施行し、瘻孔を完全閉鎖。POD28の注腸検査とCTでは縮小した膿瘍腔にごくわずかな漏出を認めたが、改善と判断し翌日から食事開始。増悪なくPOD49に転院。
症例4:67歳男性。直腸Ra癌に対してRALARを施行。POD５にALの診断となり保存加療に加え、POD６に骨盤内膿瘍に対してCTガイド下ドレナージ施行。POD20にOTSC施行したが一部瘻孔が残存。その後、炎症は改善傾向でありPOD23に食事開始したが、増悪なく膿瘍腔も縮小。POD30にCFにて微小な瘻孔は残存していたが、改善と判断して翌日に退院。
[結語/考察]4例全例で治癒し、OTSC施行後7～10日で退院可能の状態であった。OTSC施行時に完全閉鎖を得たのは3例であったが、造影剤漏出が残存した症例でも、膿瘍腔が縮小しドレナージが良好であれば食事再開後も増悪なく治癒に至った。良好なドレナージが得られている症例では完全閉鎖にこだわらず治癒が期待でき、縫合不全診断後のより早期からOTSCを検討する余地があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）35　症例：進行大腸癌 4

座長：下村 学（広島大学病院　消化器外科）

[P35-2] 肛門脱出により発見された進行直腸癌の1切除例

*治田 賢[1]、今西 謙太郎[1] (1. 姫路聖マリア病院外科)

症例は47歳、男性。5年前から他院にて痔核と診断され、頻繁な脱肛症状に対し自己還納していたが、還納できなくなったとのことで近医を受診した。医師により用手還納され、精査加療目的に当科紹介受診となった。当科での初診時も、易出血性の腫瘤が肛門から脱出しており、やや抵抗あるものの用手還納は可能であった。還納後の肛門視診、肛門鏡では、直腸腫瘍を疑い、下部消化管内視鏡検査を行ったところ、歯状線から約1㎝口側の下部直腸に、内腔を覆う大きさの粘膜不整で易出血性の隆起性病変を認めた。生検による病理組織診断で高分化型腺癌と診断された。造影CT検査では下部直腸の腹側から内腔に突出する約40mm大の表面不整な有茎性腫瘤を認め、明らかなリンパ節転移や遠隔転移を疑う所見を認めなかった。MRIでは固有筋層は保たれていた。画像診断ではSM～MP程度の浸潤を疑った。下部直腸癌、cT2N0M0，cStageIと診断し，ICの上、腹腔鏡下内肛門括約筋切除、一次回腸人工肛門造設を行った。術後病理診断は大きさ50×35mmの1型腫瘍で，pT2N0M0，pStageI，tub1 with tubular adenoma，INFb，ly1a，v1a1a，BD1，Pn0，DM0，PM0，RM0であった。
術後経過まずまずで初回手術5か月後に回腸人工肛門閉鎖を行った。術後4年経過し、現在無再発生存中で排便障害も認めていない。
肛門脱出を伴う直腸癌は稀な疾患である。脱出の機序としては本症例の様に有茎性腫瘍が脱出する場合と、腫瘍が腸重積の先端として肛門脱出する場合があるが，前者の場合は腫瘍の大きさに関わらず早期癌である可能性が高い。今回我々は肛門から脱出した進行直腸癌の1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）35　症例：進行大腸癌４

座長：下村 学（広島大学病院　消化器外科）

[P35-3] 胎児性消化管類似直腸癌の一例

*川島 市郎[1]、池田 純[1] (1. 京都保健会京都民医連中央病院)

はじめに
胎児性消化管類似腫瘍は希だが、胃癌に多く、大腸癌での報告はほとんどない。
我々は、肛門痛で発症し、緊急手術を余儀なくされた胎児性消化管類似直腸癌を経験したので報告する。
症例は６０代女性、肛門痛を主訴に当院の肛門外来受診。肛門診ではGoligher4度の肛門脱があり、手術予定となる。術前検査ではWBC:15300,Hb9.6g/dl,Ht:31.8%,CRP:26.7mg/dl TP:6.2g/dl ,alb:2.8g/dl, e-GFR:62.3と感染症が疑われた。CTで直腸周囲膿瘍を指摘された。悪感戦慄、血圧低下が見られた為、緊急手術となった。
手術所見：腹腔内には異常所見は見られなかった。直腸右側の腹膜翻転部を切開すると
便汁混じりの膿が排出された。直腸下部に腫瘍の存在が疑われ、その時点で直腸癌の穿通膿瘍と判断し、直腸切断術を行った。
病理結果：Malignant germ cell tumor like feature Type3 pT4a pN0
免疫染色でGlypcan-3(+) AFP陽性細胞（＋）悪性胚細胞腫瘍様
腫瘍は卵黄嚢腫瘍主体で腺癌とみられる部分は直腸内腔にあった。免疫染色では
胚細胞腫瘍部ではSALL４(+) CD30.CD117.Oct3/4.D2-40.AE1/3陽性　また、腺癌部分ではAE1/3陽性　EMA陽性　CK7.CK20は陰性であった。剥離断端陽性pRM1この部分は卵黄嚢腫瘍様であった。以上より胎児性消化管類似直腸癌の診断となり、R1切除となった。
CEA:1.7ng/ml CA19-9:7U/mlは正常範囲内であったが、 AFPは235ng/ml（術直腸）から4313(術後２ヶ月) 13981(術後４ヶ月)と上昇した。術後１ヶ月でhigh risk stage Ⅱ の扱いで化学療法開始。術後２ヶ月、不正性器出血精査で卵巣転移を疑い開腹手術となるも播種巣の為、卵巣摘出は断念した。術後４ヶ月目に腹膜播種が原因と思われるイレウスが出現し、以後best supportive careとなる。
考察：胎児性消化管類似大腸癌の報告はごく僅かで、大腸癌の１％以下とされている。静脈侵襲が高度で肝転移を来しやすい予後不良の癌とされている。本例は、直腸癌の穿痛で発症し、術後に確定診断に到った。腹膜播種が化学療法を阻み、予後を左右した。
結語：胎児性消化管類似直腸癌の一例を経験した。希な疾患の為、病理で確定診断がつけば予後不良の疾患であることを患者と共有しつつ治療方針を立てる必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）35　症例：進行大腸癌 4

座長：下村 学（広島大学病院　消化器外科）

[P35-4] ベバシズマブ投与目的のためにCovered stentを抜去した閉塞性直腸癌

*宮島 綾子[1]、齊藤 修治[1]、植田 吉宣[1]、佐々木 一憲[1]、江間 玲[1]、平山 亮一[1]、大塚 亮[1]、白井 孝之[2] (1. 横浜新緑総合病院外科、2. 横浜新緑総合病院消化器内科)

【背景】大腸ｽﾃﾝﾄ(SEMS)留置中の全身化学療法に関しては、大腸癌治療ｶﾞｲﾄﾞﾗｲﾝでは行わないことを弱く推奨するとあるが、欧州消化器内視鏡学会ｶﾞｲﾄﾞﾗｲﾝでは、安全な治療法として推奨するとある。ただし、血管新生阻害薬の投与はSEMSによる穿孔のﾘｽｸを高める可能性が否定できず、当科では投与しないようにしている。今回、全身化学療法導入後に、ﾍﾞﾊﾞｼｽﾞﾏﾌﾞ(BEV)投与目的に一旦留置したｶﾊﾞｰﾄﾞSEMSを抜去した症例を経験したので報告する。
【症例】63歳、男性。治療開始前診断では、CROSS 2の閉塞性RaRbRS直腸癌　cT3(SS) cN3(263L) cM1b(H2, PUL1) cStage Ⅳb。側方リンパ節転移を伴った多発肝転移症例のため、手術先行した場合には腫瘍増悪によりその後の化学療法導入も困難になる危険性があると判断し、SEMS留置後にNACを行う方針とした。将来的にSEMSを抜去することを考慮し、ﾌﾙｶﾊﾞｰﾄﾞSEMSを選択した。MSI検査 negative、RAS遺伝子変異　G12Vに変異あり、BRAF遺伝子変異 wild。
【治療経過】当科受診第6病日、ﾌﾙｶﾊﾞｰﾄﾞｼﾞｬﾊﾞﾗ大腸ｽﾃﾝﾄを留置した。SEMS留置により腸閉塞が解除された後のCTにて、腹膜播種を指摘された。SEMS留置後第16病日にFOLFOXIRI療法を開始。6ｺｰｽ投与後のCTでは、原発巣、肝転移、肺転移、腹膜播種の縮小を認め、患者に原発巣切除を提案するも全身化学療法の継続を希望され、BEV投与目的SEMSを抜去する方針とした。下部内視鏡検査ではSEMS部の狭窄は認めなかった。SEMS留置後第137病日に、鰐口鉗子を用いてﾌﾙｶﾊﾞｰﾄﾞｼﾞｬﾊﾞﾗ大腸ｽﾃﾝﾄの肛門側ﾏｰｶｰ部を把持し、透視下にSEMSを抜去した。抜去の際に抵抗はなく、患者の疼痛訴えもなかった。再度内視鏡を挿入し観察したところ、腫瘍部からのoozingを認めたものの、容易に自然止血した。SEMS抜去後5日後にFOLFOXIRI + BEV療法を開始し、現在まで3ｺｰｽ投与を行った。
【考察】過去に当科では閉塞性大腸癌に対してSEMS留置後、化学療法の影響で腫瘍縮小が得られ、SEMSが自然逸脱したことでBEVの併用が可能であった症例を経験していた。今回は将来的にSEMSを抜去することを考慮しｶﾊﾞｰﾄﾞSEMS選択し、SEMSの内視鏡的抜去に成功した症例を経験した。文献的考察を加えて考察する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）35　症例：進行大腸癌 4

座長：下村 学（広島大学病院　消化器外科）

[P35-5] 膀胱浸潤を伴うS状結腸癌術後腹直筋転移に対し切除・腹壁再建を行った1例

*大﨑 真央[1]、真貝 竜史[1]、澤崎 純哉[1]、村西 耕太朗[1]、馬場谷 彰仁[1]、西垣 貴彦[1]、中塚 梨絵[1]、太田 英夫[1]、杉本 圭司[1]、大西 直[1]、松下 一行[1] (1. 川西市立総合医療センター外科)

【はじめに】
大腸癌術後再発は肝・肺・腹膜・リンパ節に多く、腹壁・腹直筋への再発は比較的稀である。今回我々は、S状結腸癌術後長期経過後に膀胱浸潤を伴う腹直筋転移を来し、化学療法後に泌尿器科・形成外科と合同で切除・腹壁再建を行った1例を経験したため報告する。
【症例】
63歳女性。2013年に他院でS状結腸癌に対してS状結腸切除術を施行されpT3N1aM0, pStage IIIbであり術後化学療法を施行された。2015年に右卵巣転移に対し両側付属器切除、2017年に右肺転移に対して右肺上葉切除を施行された。以降再発なく2023年に前医終診となった。
2024年9月に血尿、膀胱タンポナーデのため近医を受診し当院泌尿器科へ紹介受診した。腹部CTで右腹直筋に膀胱浸潤を伴う腫瘍を認めた。CTガイド下生検で腺癌であり、免疫染色でCK7(-), CK20(+), CDX-2(+)でありS状結腸癌の右腹直筋転移・膀胱浸潤と診断した。
FOLFIRI + Bev投与を5コース行い腫瘍縮小したものの血尿は持続しており、2025年3月に泌尿器科・形成外科合同で右腹直筋切除、膀胱部分切除、メッシュによる腹壁再建を施行した。術後合併症なく経過し、術後14日目に退院した。
術後半年で右下肢リンパ浮腫を認め、術後11ヶ月で皮下転移および傍大動脈リンパ節転移を認めたため、FOLFIRIによる化学療法を施行している。
【考察】
大腸癌術後の腹壁・腹直筋再発は、血行性・リンパ行性転移、腹膜播種からの進展、implantationなどが機序として考えられる。腹壁再発は腹腔内病変や全身病変を伴うことも多く、潜在的全身病変の一表現である可能性があるため、外科的切除の適応には慎重な判断を要する。本症例では膀胱浸潤に伴う血尿、膀胱タンポナーデを契機に診断され、化学療法後に切除・再建を施行した。術後早期に皮下転移、傍大動脈リンパ節転移を認め、全身制御という観点では限界があった。一方で、血尿の制御が得られた点で、症状制御を目的とした手術として意義があったと考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）35　症例：進行大腸癌 4

座長：下村 学（広島大学病院　消化器外科）

[P35-6] Leriche症候群に対する左腋窩動脈-両側総大腿動脈バイパス施行後に下行結腸癌に対して腹腔鏡下下行結腸切除術を施行した1例

*中本 裕紀[1]、矢野 雄一[1]、大橋 慶太[1]、石川 倫啓[1] (1. 市立稚内病院　外科)

【症例】
81代女性。X-1年前にLeriche症候群と診断され、左腋窩動脈-両側総大腿動脈バイパス術が施行された。X年に健診で便潜血陽性を指摘され下部内視鏡検査施行したところ下行結腸に8mm Ⅱa+Ⅱc病変を認め、ESDを施行。病理検査でtub1、pT1a、ly-、v-、水平断端陰性、垂直断端陽性であり追加腸管切除の目的で当科紹介となった。待機的に腹腔鏡下下行結腸切除術を施行した。術前CTでは動脈の有意な側腹血行路の発達は認めなかったものの左腋窩動脈から人工血管が皮下を通して留置されており、また左側腹部において人工血管が分岐しており、左右の総大腿動脈に向かって走行していた。手術は5ポートで行い、左側腹部には5mmポート2本の留置を行ったが、留置の際に皮下を走行する人工血管を損傷せぬよう留置してポート留置を行った。D1郭清、FEEA吻合を行い手術時間は2時間9分、出血量は28mlであった。術後経過良好であり術後7日目に自宅退院となった。術後病理検査では腫瘍遺残なくpT1aN0M0 pStage Ⅰであり、術後補助化学療法は施行せず経過観察を行っている。
【考察】
　Leriche 症候群は腹部大動脈から腸骨動脈に至る慢性的な動脈閉塞をきたし、間欠性跛行、勃起不全、大腿動脈の脈拍減弱を3徴とする疾患である．高度な動脈硬化を背景とし，高血圧，糖尿病，脂質代謝 異常症，喫煙などがリスク要因とされている．Leriche症候群では骨盤内臓器や下肢の血流が側副血行路で維持されており、血流を十分に考慮した治療 方針や手術方法の決定が必要となる。本症例ではLeriche症候群の診断から治療までの期間が短く、手術の際には側腹血行路の有意な発達は認めなかった。人工血管が皮下に挿入されており、術前に人工血管部分をマーキングし視認性を向上させることでポート留置の際の血管損傷を回避することができた。
【まとめ】
Leriche症候群に対する左腋窩動脈-両側総大腿動脈バイパス施行後に下行結腸癌に対して腹腔鏡下下行結腸切除術を施行した1例を経験した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター4

一般演題（ポスター）35　症例：進行大腸癌 4

座長：下村 学（広島大学病院　消化器外科）

[P35-7] Persistent descending mesocolonを伴う大腸癌の3例

*天野 優希[1]、根岸 宏行[1]、浜辺 太郎[1]、藤塚 航陽[1]、西澤 一[1]、久恒 靖人[1]、磯村 香介[2]、臼井 創大[2]、佐々木 大祐[2]、福岡 麻子[2]、内藤 正規[2]、勝又 健太[3]、大島 隆一[3]、四万村 司[3]、牧角 良二[1]、民上 真也[2] (1. 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 消化器・一般外科、2. 聖マリアンナ医科大学病院消化器・一般外科、3. 川崎市立多摩病院消化器・一般外科)

【症例1】80歳代、男性。血便を主訴に下部消化管内視鏡検査を施行され、S状結腸癌の診断に至った。cT3N0M0, cStage Ⅱaの術前診断で腹腔鏡補助下S状結腸切除術を施行した。術中所見で下行結腸は内側へ偏位し、S状結腸間膜と小腸とが癒着しており、Persistent descending mesocolon（PDM）と判断した。
【症例2】80歳代、男性。便潜血陽性を主訴に下部消化管内視鏡検査を施行され、S状結腸癌の診断に至った。CTコロノグラフィ検査で下行結腸の内側への偏位と、下腸間膜動静脈と下行結腸が近接しておりPDMを疑った。cT1bN0M0, cStage Iの術前診断で腹腔鏡補助下S状結腸切除術を施行した。術中所見で下行結腸は内側へ偏位しておりS状結腸間膜と小腸間膜とが癒着し、下腸間膜動脈（IMA）は放射状に分布しておりPDMと判断した。
【症例3】70歳代、男性。血便を主訴に下部消化管内視鏡検査を施行され、直腸癌RSaの診断に至った。cT4aN1M0, cStgae Ⅲcの診断で腹腔鏡下前方切除術の方針となったが、術中に膀胱浸潤を認めたため、回腸双孔式人工肛門造設のみに留まり、化学療法CAPOX療法導入とした。また術中に、下行結腸の内側への偏位を認め、PDMの判断に至った。化学療法4コース施行後に、膀胱浸潤の改善および、部分奏功を認め根治切除可能と判断し、ycT4aN0M0, ycStage Ⅱcの術前診断で高位前方切除術を施行した。腹腔鏡下に手術を開始、術中所見でS状結腸間膜と小腸間膜とが癒着していた。下行結腸からS状結腸の外側の解剖の同定が困難であることから、開腹移行となった。
　PDMは、通常胎生20週までに起こる、下行結腸の後腹膜への固定が不完全なことにより、下行結腸が内側に変位した状態である。PDMの頻度は2〜4%程度と報告されている。PDMの特徴として、下行結腸の内側への変位、下行結腸の小腸間膜や後腹膜などへの癒着、下腸間膜動静脈から下行結腸までの短縮、IMAの放射状分布などが報告されている。PDM症例は非PDM症例と比較して手術の難易度が高く、手術時間の延長や出血量の増加が報告されており、その解剖学的特徴の把握や術前診断の試みが重要と考える。今回我々はPDMを伴う大腸癌を3例経験したので、文献的考察を含めて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）36　症例：転移・再発 2

座長：落合 大樹（帝京大学医学部外科学講座）

[P36-1] POLE変異によるUltramutated phenotypeを呈した再発大腸癌の1例

*向井田 勘太[1]、真崎 純一[1]、筋野 博喜[1]、織本 尚樹[1]、久保山 侑[1]、有働 竜太郎[1]、笠原 健大[1]、刑部 弘哲[1]、桒原 寛[1]、小熊 潤也[1]、金沢 景繁[1]、古賀 寛之[1]、永川 裕一[1] (1. 東京医科大学消化器・小児外科学分野)

[P36-2] Bevacizumab単剤にて病勢コントロールを得ている盲腸癌腹膜播種の1例

*宮永 章平[1]、中村 友祐[1]、飯田 優理香[1]、今川 健久[1]、堀川 直樹[1]、福島 亘[1] (1. 高岡市民病院外科)

[P36-3] MSI-highを認める上行結腸癌術後腹壁転移再発に対し一次治療Nivolumab＋Ipilimumab療法が著効した1例

*田中 健士郎[1]、河田 光貴[1]、景山 創[1]、武田 洋平[1]、武藤 俊博[1]、吉田 滋[1] (1. 中濃厚生病院外科)

[P36-4] 肝硬変を伴うMSI-HかつBRAFV600E変異陽性盲腸癌術後再発の治療経験

*早稲田 貴斗[1]、川上 次郎[1]、加藤 祐一郎[1]、木村 桂子[1]、山口 直哉[1]、水谷 文俊[1]、山本 美里[1]、鳥居 直矢[1]、萩原 康友[1]、杉田 洋之[1]、川合 毅[1]、村上 倫彦[1]、水谷 真也[1]、伊藤 博崇[1]、清水 遼一[1]、伊藤 謙太郎[1]、森 大介[1]、上田 里菜[1]、大西 美薫[1]、河野 弘[1] (1. 名古屋掖済会病院)

[P36-5] 超高齢者結腸癌肺転移に対して肺葉切除を施行した一例

*尾崎 邦博[1]、衣笠 哲矢[1]、森田 祐司[1]、田尻 健亮[1]、林田 良三[1] (1. 大分県済生会日田病院外科)

[P36-6] 巨大粘膜下腫瘍様の形態を示した大腸癌の一例

*中林 瑠美[1]、中嶋 健太郎[1]、嘉陽田 朝暉[1]、武田 瑞希[1]、駿馬 悠介[1]、関沢 悠紀彦[1]、吉本 岳瑠[1]、林 美希[1]、廣瀬 雄一[1]、平井 公也[1]、齋藤 範之[1]、真木 治文[1]、谷島 翔[1]、樅山 将士[1]、長尾 厚樹[1]、佐藤 彰一[1] (1. NTT東日本関東病院外科)

[P36-7] 横行結腸癌同時性多発肝転移に対し原発巣切除後、肝転移巣の自然退縮を認めた１例

*亀井 香奈[1]、藤森 大輔[1]、北林 大暉[1]、三田 和芳[1]、加藤 一希[1]、林 雅人[1]、蒲田 亮介[1]、澤田 幸一郎[1]、尾山 佳永子[1]、小竹 優範[1]、原 拓央[1] (1. 厚生連高岡病院)

[P36-8] 透析患者における転移、再発大腸癌に対して薬物療法を施行した2例

*宮脇 黎央[1]、岡本 浩直[1]、関口 涼音[1]、島田 清子[1]、福井 綺夏[1]、森田 順也[1]、上岡 祐人[1]、中山 博貴[1]、山仲 一輝[1]、羽鳥 慎祐[1]、谷 和行[1] (1. 平塚共済病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）36　症例：転移・再発 2

座長：落合 大樹（帝京大学医学部外科学講座）

[P36-1] POLE変異によるUltramutated phenotypeを呈した再発大腸癌の1例

*向井田 勘太[1]、真崎 純一[1]、筋野 博喜[1]、織本 尚樹[1]、久保山 侑[1]、有働 竜太郎[1]、笠原 健大[1]、刑部 弘哲[1]、桒原 寛[1]、小熊 潤也[1]、金沢 景繁[1]、古賀 寛之[1]、永川 裕一[1] (1. 東京医科大学消化器・小児外科学分野)

【背景】
Tumor mutational burden（TMB）は免疫チェックポイント阻害剤（ICI）の効果予測バイオマーカーとして注目されている。特にPOLE遺伝子異常を伴う超高TMB症例では、microsatellite stable（MSS）であってもICIへの高い治療反応性が報告されている。今回、POLE変異を伴うTMB-High再発大腸癌に対してPembrolizumabを導入した1例を経験したので報告する。
【症例】
62歳男性。S状結腸癌、下部直腸癌に対し開腹低位前方切除術、さらに異時性横行結腸癌に対し開腹右半結腸切除術を施行した。術後8年で直腸再発を認め、手術希望なく化学療法を施行した。Cape＋Bev、5-FU/l-LV＋CPT-11＋RAM、TAS-102＋Bevを順次施行したがPDとなった。FoundationOne CDxによる包括的ゲノムプロファイリング検査で、TMB 166.55 muts/Mb、MS-Stable、POLE p.V411L変異を認め、POLE変異によるultramutated症例と診断した。現在4次治療としてPembrolizumabを施行中である。
【考察】
POLE変異を伴うTMB-High症例では、MSSであってもICIへの高い反応性が報告されている。本症例でもMSI陰性であったが、超高TMBおよびPOLE変異を認めたことからPembrolizumab導入に至った。MSIのみならずTMB評価を組み合わせることで、ICI治療の適切な患者選択につながる可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター5
一般演題（ポスター）36　症例：転移・再発 2
座長：落合 大樹（帝京大学医学部外科学講座）

[P36-2] Bevacizumab単剤にて病勢コントロールを得ている盲腸癌腹膜播種の1例

*宮永 章平[1]、中村 友祐[1]、飯田 優理香[1]、今川 健久[1]、堀川 直樹[1]、福島 亘[1] (1. 高岡市民病院外科)

【はじめに】切除不能進行・再発大腸癌に対する化学療法には多くの推奨レジメンが存在しているが、過去の臨床試験ではBevacizumab（Bmab）単剤での有用性は否定的である。今回我々は、腹膜播種を伴う盲腸癌に対してBmab単剤にて病勢コントロールを得ている1例を経験したため報告する。【症例】87歳女性。発熱を主訴に当院を受診した際のCTにて盲腸壁肥厚、周囲リンパ節腫大を指摘され、精査にて盲腸癌と診断した。腹腔鏡下回盲部切除術を実施したところ、術中所見にて多発腹膜播種結節（P3）を認めたため、D1郭清にとどめ手術終了とした。術後経過は良好であり、POD8に地域包括ケア病棟へ転棟した後、自宅退院とした。外来にて本人・家族より強い化学療法の希望があり、狭心症、高血圧の既往、超高齢ではあるもののPSは0であったことから、Capecitabine＋Bmab療法を行うこととした。初回はCapecitabine単剤での導入を行い2コース目より、Bmab上乗せを予定したが、好中球減少が遷延した。血液内科にて骨髄生検を施行したところ低リスクMDSと診断され、殺細胞性化学療法の再開は困難であると判断された。それでも本人家族より強い治療の希望があり、効果に乏しく副作用のみが現れる可能性を十分に説明した上で、Bmab単剤での治療を行う方針とした。約4コース毎にCT撮像するも腹膜播種結節の微増大を認めるのみで、PSの低下や副作用発現は認められず、現在までに計16コースを実施しており、今後も可能な限り継続予定である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）36　症例：転移・再発 2

座長：落合 大樹（帝京大学医学部外科学講座）

[P36-3] MSI-highを認める上行結腸癌術後腹壁転移再発に対し一次治療Nivolumab＋Ipilimumab療法が著効した1例

*田中 健士郎[1]、河田 光貴[1]、景山 創[1]、武田 洋平[1]、武藤 俊博[1]、吉田 滋[1] (1. 中濃厚生病院外科)

【緒言】Nivolumab＋Ipilimumab療法はCheckMate 8HW試験の結果から2025年8月よりMSI-highを有する治癒切除不能な進行・再発結腸・直腸癌の一次治療での適応が可能となった。
【症例】症例は79歳、女性。X年10月、上行結腸癌に対し腹腔鏡下回盲部切除術D3郭清を施行し、病理組織学的検査でtub2, pT3N1bM0StageIIIbの診断であった。術後補助化学療法は患者希望で施行せず経過観察を行っていたが、X+1年4月の造影CT検査で左季肋部に17mm大の辺縁が造影される腹壁結節を認めた。患者希望で経過観察としたがX+1年7月に造影CT検査を再検したところ腹壁結節は28mm大に増大し、疼痛も出現したためX＋1年9月に生検目的に腹壁腫瘍摘出術を施行した。病理組織学的検査で上行結腸癌腹壁転移の診断で、一部に腫瘍の露出が認められR1切除であった。X+1年11月の造影CTで左腹壁結節と左胸膜結節を認め、上行結腸癌術後転移再発と診断し化学療法を開始した。上行結腸癌のバイオマーカーはMSI-high、RAS野生型、BRAF変異陽性であり、X+1年12月より一次治療としてNivolumab＋Ipilimumab療法を開始した。X+2年2月の造影CT検査で左腹壁結節と左胸膜結節は消失しており完全寛解（CR）と判定。化学療法開始後4ヶ月のX+2年4月でもCRを維持している。副作用は初回投与後にGrade2の皮膚障害を認めたが軟膏治療で改善し、他の有害事象は認めず、Nivolumabによる維持療法を継続中である。
【考察】Nivolumab＋Ipilimumab療法はCheckMate 8HW試験で高い奏効率が報告されており、本症例でも早期にCRを得ている。また有害事象もGrade2の皮膚障害のみで安全に治療継続できており、MSI-highを有する治癒切除不能な進行・再発結腸・直腸癌の一次治療において有用な治療選択肢の一つであると考えられる。MSI-highを有する治癒切除不能な進行・再発結腸・直腸癌に対する二次治療以降でのNivolumab＋Ipilimumab療法の著効例報告は散見されるが一次治療での報告はまだ少なく、若干の文献的考察も含めて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）36　症例：転移・再発 2

座長：落合 大樹（帝京大学医学部外科学講座）

[P36-4] 肝硬変を伴うMSI-HかつBRAFV600E変異陽性盲腸癌術後再発の治療経験

*早稲田 貴斗[1]、川上 次郎[1]、加藤 祐一郎[1]、木村 桂子[1]、山口 直哉[1]、水谷 文俊[1]、山本 美里[1]、鳥居 直矢[1]、萩原 康友[1]、杉田 洋之[1]、川合 毅[1]、村上 倫彦[1]、水谷 真也[1]、伊藤 博崇[1]、清水 遼一[1]、伊藤 謙太郎[1]、森 大介[1]、上田 里菜[1]、大西 美薫[1]、河野 弘[1] (1. 名古屋掖済会病院)

【はじめに】MSI-H大腸癌ではBRAFV600E変異陽性の頻度が比較的高いことが知られている.KEYNOTE177試験やBREAKEWATER試験の結果を踏まえ,肝硬変を伴う盲腸癌術後再発の治療経験につき報告する.【症例】63歳男性.2年前に進行盲腸癌に対し,ロボット支援下回盲部切除を施行,病理結果はpT2N2aM0 pStageⅢaであった.脂肪肝からMASH(Metabolic dysfunction Associated Steatohepatitis)を経ての肝硬変として消化器内科でフォローされており,黄疸はないものの,汎血球減少を伴い,腹水コントロールにやや難渋,利尿剤を併用しており,Child-Pugh分類B(7点)で術後補助化学療法は行われなかった.術後1年のフォローCTで右下腹部、左鎖上に腫瘤を認め,PETCTでの集積を認めた.口唇に急速に増大,出血を伴う2cm大の皮膚腫瘤が出現し,生検で盲腸癌転移であり,出血コントロール目的に切除された.多発遠隔転移と診断した.原発標本でバイオマーカーを検索してところ,MSI-H、BRAFV600E変異陽性,RAS野生型,HER2陰性であった.ペンブロリズマブを開始したところ,再発病変の縮小が得られたが,6コース終了後に右下腹壁病変のみ増大,疼痛が出現,PDと判断した.4コース終了後にirAEに伴う甲状腺機能低下症があり,チラーヂンの内服を開始した.6コース終了後にGrade2の間質性肺炎を認め,ステロイド治療を開始,改善傾向でステロイドの漸減を行っている.経過の中で汎血球減少は遷延するものの,腹水は消失し,利尿剤を離脱しており,Child-Pugh分類A(5点)に改善している.今後の治療は,腫瘍内科と協議,減量した上で慎重にFOLFOX+エンコラフェニブ+セツキシマブ療法の導入を予定している.今回の治療経験につき若干の文献的考察を踏まえ報告する.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）36　症例：転移・再発 2

座長：落合 大樹（帝京大学医学部外科学講座）

[P36-5] 超高齢者結腸癌肺転移に対して肺葉切除を施行した一例

*尾崎 邦博[1]、衣笠 哲矢[1]、森田 祐司[1]、田尻 健亮[1]、林田 良三[1] (1. 大分県済生会日田病院外科)

大腸癌の肺転移についてガイドラインでは、適切に選択された症例に対する肺切除は他の治療法では得られない良好な成績が示されるとされている
。術式は通常侵襲が少ない胸腔鏡下肺部分切除を選択することが多いが、症例によっては肺葉切除が望まれる。今回、当院で超高齢者結腸癌術後肺転移に対して肺葉切除を施行した一例を通して大腸癌の肺転移に対する肺葉切除の適応について報告する。
症例は85歳男性。20xx年に他院で上行結腸癌に対して腹腔鏡下右結腸切除術、D3郭清を施行。術後診断はT4aN1aM0 Stage3b。術後補助化学療法は施行せず。20xx+4年8月通院中の血管外科での胸部単純CTにおいて右肺S6に14mmの肺結節を認めたが、経過観察となっていた。その後20xx+1年10月のフォローCTで35mmに増大しており当院外科紹介となった。CT所見では原発性肺癌と大腸癌の肺転移が鑑別診断にあがった。既往として左総腸骨動脈瘤に対してステントグラフト挿入術、前立腺癌に対してホルモン療法中であったが、PS0であり治療に積極的であった。年齢から薬物療法は難しいと判断し、手術の方針となった。原発性肺癌であれば肺葉切除が適応。大腸癌の肺転移であっても大きさから肺葉切除が適応と考えた。胸腔鏡か右肺下葉切除術を施行し術後経過は良好であった。術後病理診断では大腸癌の肺転移の診断であった。その後89歳まで再発を認めてなかった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）36　症例：転移・再発 2

座長：落合 大樹（帝京大学医学部外科学講座）

[P36-6] 巨大粘膜下腫瘍様の形態を示した大腸癌の一例

*中林 瑠美[1]、中嶋 健太郎[1]、嘉陽田 朝暉[1]、武田 瑞希[1]、験馬 悠介[1]、関沢 悠紀彦[1]、吉本 岳瑠[1]、林 美希[1]、廣瀬 雄一[1]、平井 公也[1]、齋藤 範之[1]、真木 治文[1]、谷島 翔[1]、樅山 将士[1]、長尾 厚樹[1]、佐藤 彰一[1] (1. NTT東日本関東病院外科)

【諸言】大腸癌は上皮粘膜が腫瘍化して発生し、深部へ進展するのが一般的であり、粘膜下腫瘍様の形態を示すのは稀である。今回我々は、10cm大の粘膜下腫瘍様の大腸癌に対し手術を行い、術後病理で内視鏡的粘膜切除術(endoscopic mucosal resection: EMR)を施行した過去の癌の遺残再発の可能性が示唆された症例を経験したので報告する。
【症例】症例は70代女性。20年前に肛門縁から18cm口側のS状結腸の12mm大0-Ip病変に対しEMRを施行し、切除断端陰性、脈管侵襲陰性であるものの粘膜下層浸潤を伴う腺癌の診断となった。追加切除は希望せず、その後10年間下部消化管内視鏡にて明らかな再発を認めなかった。今回便柱狭窄を主訴に10年ぶりに施行した下部消化管内視鏡で、遠位S状結腸から中部直腸にかけて10cm大の正常粘膜に覆われた粘膜下腫瘍様の病変を認めた。超音波内視鏡下生検で腺癌の診断となり、全身検索を行ったが他臓器からの転移は否定的であった。遠隔転移なくR0切除可能であり、ロボット支援下低位前方切除術＋D3郭清を施行した。切除標本の組織診では粘膜下層から漿膜下脂肪織を主座とした中分化型腺癌の所見で、上皮内病変を認めず、リンパ球浸潤の程度や免疫組織化学のパターンが過去のEMR検体と類似していた。また病変の局在からも過去のS状結腸癌の再発の可能性が示唆された。術後経過は良好で、術後12日目に自宅退院となった。最終病期はpT4aN1bM0 pStage IIIbであった。術後化学療法の希望なく、慎重に経過観察中である。
【考察・結語】大腸における粘膜下腫瘍の鑑別として一般にGISTや悪性リンパ腫、カルチノイドなどが挙げられるが、原発性大腸腺癌が粘膜下腫瘍様形態をとるのは稀である。その発生機序については粘膜下の腺組織を発生母地としたもの、内視鏡切除後の遺残再発などが挙げられる。本症例は内視鏡切除後10年間再発がなかったにも関わらず、その10年後に巨大な粘膜下腫瘍様形態を示した再発病変の可能性があり、文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）36　症例：転移・再発２

座長：落合 大樹（帝京大学医学部外科学講座）

[P36-7] 横行結腸癌同時性多発肝転移に対し原発巣切除後、肝転移巣の自然退縮を認めた１例

*亀井 香奈[1]、藤森 大輔[1]、北林 大暉[1]、三田 和芳[1]、加藤 一希[1]、林 雅人[1]、蒲田 亮介[1]、澤田 幸一郎[1]、尾山 佳永子[1]、小竹 優範[1]、原 拓央[1] (1. 厚生連高岡病院)

【背景】悪性腫瘍の自然退縮は稀な現象であり、その発生率は癌患者6万～10万例に1例程度とされている。さらに大腸癌における自然退縮はそのうち2%未満と報告されている。今回、横行結腸癌同時性多発肝転移に対し原発巣切除後、肝転移巣の自然退縮を認めた1例を経験したため報告する。
【症例】患者は93歳女性、急激な体重減少および腹痛を主訴に近医受診した。精査加療目的に当院紹介となり、下部消化管内視鏡にて横行結腸に2型腫瘍（Adenocarcinoma, tub2）を、腹部CTでは肝両葉に腫瘤影を認めており、多発肝転移を伴う横行結腸癌の診断に至った。全身状態は比較的良好でPSも保たれており、原発巣による通過障害を伴っていたため、閉塞解除を目的に腹腔鏡下右半結腸切除術を施行した。術中所見として肝外側区域の肝表に白色腫瘤を認め、また横行結腸腫瘍は胃前庭部の辺縁血管に浸潤していたため、同脈管を一部合併切除した。術後経過は良好で、重篤な合併症なく術後13日で自宅退院となった。
術後診断は、pT3、pN1(1/17)、cM1a(H2)、StageⅣaであった。年齢を含めた患者背景を考慮し、術後化学療法は施行せず、BSCの方針とした。
術後、外来にて経過観察を行っていたが全身状態は非常に良好であり、術後2年の際に施行した腹部CTでは、肝転移巣の縮小を認めた。その後も明らかな再発や新規転移は認めておらず、腫瘍マーカーも上昇なく経過している。
【考察】悪性腫瘍の自然退縮の機序としては、腫瘍免疫の活性化、感染や炎症による免疫応答などの免疫学的機序や、原発巣切除による腫瘍微小環境の変化などが報告されているが、一定の見解は得られていない。本症例においても手術に伴う免疫学的変化が肝転移縮小に関与した可能性が示唆され、積極的な原発巣切除がQOLの維持だけでなく長期予後の改善に寄与したものと考えられた。
【結語】超高齢者においては、患者背景や全身状態を踏まえた個別化治療が重要である。積極的治療を行わず経過観察を選択した場合でも良好な経過をたどる可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）36　症例：転移・再発 2

座長：落合 大樹（帝京大学医学部外科学講座）

[P36-8] 透析患者における転移、再発大腸癌に対して薬物療法を施行した2例

*宮脇 黎央[1]、岡本 浩直[1]、関口 涼音[1]、島田 清子[1]、福井 綺夏[1]、森田 順也[1]、上岡 祐人[1]、中山 博貴[1]、山仲 一輝[1]、羽鳥 慎祐[1]、谷 和行[1] (1. 平塚共済病院)

【背景】透析患者に対する薬物療法の報告は少なく確立したガイドラインはない。今回透析患者における転移、再発大腸癌に対して薬物療法を施行した2例を経験した。
【症例1】70代男性、週3回血液透析導入中。S状結腸癌に対し開腹S状結腸切除,D3郭清施行。病理はpT3N0M0 pStage IIa, RAS mutant（G13D）, BRAF wild, MSI陰性, HER2 2+であった。術後1年2ヶ月時に腹膜播種再発を認めFOLFIRI＋BV療法を開始した。25コース施行後に肝転移再発を認め2nd lineとしてFOLFIRI＋RAM療法を開始した。15コース施行しSDで経過しており肝転移,腹膜結節切除を施行した。術後5ヶ月で肝転移再発し3rd lineとしてフルキンチニブ療法を開始した。現在も投与継続中で、再発時から3年生存している。
【症例2】70代男性、週3回血液透析導入中。直腸RS癌、横行結腸癌に対し開腹高位前方切除,D3郭清、結腸部分切除（横行結腸）,D3郭清施行。病理は直腸pT1bN0M0 pStageI, RAS mutant(G12V), BRAF wild, MSI陰性, HER2 1+、横行結腸pT1aN0M0 pStageIであった。術後4年11ヶ月時のCSで直腸吻合部再発の指摘あり、CTで多発肝転移を認めた。開腹ハルトマン手術後にFOLFIRI＋BV療法を開始した。34コース施行後に肺転移出現し2nd lineとしてFOLFIRI＋RAM療法を開始した。現在も投与継続中で、再発手術後より4年10ヶ月生存している。
【結語】今回我々は透析患者に対し長期に薬物療法を継続できている症例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）37　症例：転移・再発 3

座長：二宮 繁生（大分大学消化器・小児外科学講座）

[P37-1] 直腸癌傍大動脈リンパ節転移に対する術前化学療法後の腹腔鏡下リンパ節郭清とFDG-PET/CT評価の意義

*谷 公孝[1]、伊藤 俊一[1]、前田 新介[1]、前田 文[1]、腰野 蔵人[1]、二木 了[1]、近藤 侑鈴[1]、松尾 夏来[1]、金子 由香[1]、番場 嘉子[1]、小川 真平[1]、山口 茂樹[1] (1. 東京女子医科大学消化器一般外科)

[P37-2] 大動脈周囲リンパ節転移を伴うBRAF陽性横行結腸癌の1例

*福島 正之[1]、岡村 圭祐[1]、藤田 美芳[1]、井上 綾乃[1]、小野 雅人[1]、渡邊 一永[1]、藤井 正和[1]、本吉 章嵩[1] (1. 北海道消化器科病院)

[P37-3] 下部直腸癌に対する括約筋間腹会陰式直腸切断術後に会陰部再発を来した1例

*武田 智宏[1,2]、千葉 周[1,2]、堀川 大介[1,2,3]、谷 誓良[1,2]、藤原 康博[1,4]、星 智和[1] (1. 富良野協会病院外科、2. 旭川医科大学　外科学講座　肝胆膵・移植・消化管外科学分野、3. 栃木県立がんセンター研究所、4. 美瑛町立病院)

[P37-4] 盲腸癌術後に発生し播種性再発との鑑別が困難であったデスモイド腫瘍の1例

*田上 修司[1]、中川 大佑[1]、松村 向日葵[1]、清水 将来[1]、木許 健生[1] (1. 大阪府済生会茨木病院消化器外科)

[P37-5] 直腸癌術後に右閉鎖領域腫瘤として発見された前立腺癌転移の1例

*平野 直樹[1]、藤井 善章[1]、山田 拓実[1]、島田 雄太[1]、宮池 哲郎[1]、加藤 龍太郎[1]、上野 修平[1]、青山 佳永[1]、今藤 裕之[1]、廣川 高久[1]、宮井 博隆[1]、田中 守嗣[1]、木村 昌弘[1] (1. 医療法人豊田会刈谷豊田総合病院)

[P37-6] 直腸癌術後大動脈周囲リンパ節再発に対し、化学療法後に後腹膜アプローチによるリンパ節摘出術を施行した1例

*藤原 亮太[1]、國末 浩範[1]、宮内 俊策[1]、杉原 太一[1]、吉浦 雄飛[1]、高橋 達也[1]、伊達 慶一[1]、久保 孝文[1]、野﨑 功雄[1]、太田 徹哉[1] (1. 岡山医療センター)

[P37-7] 薬物療法のみで完全奏効している直腸癌術後局所再発の2例

*川原 聖佳子[1]、西村 淳[1]、長谷川 潤[1]、平井 裕美子[1] (1. 長岡中央綜合病院　消化器病センター外科)

[P37-8] 術後５年以上経過後に右内腸骨静脈内腫瘍栓として再発したHER2陽性直腸癌の１例

*安部 紘生[1]、市沢 展真[1]、一尾 幸輝[1]、假屋 理沙[1]、小岩井 智美[1]、阿尾 理一[1]、山寺 勝人[1]、西川 誠[1]、西山 潔[1]、小川 均[1]、神藤 英二[1] (1. 自衛隊中央病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）37　症例：転移・再発３

座長：二宮 繁生（大分大学消化器・小児外科学講座）

[P37-1] 直腸癌傍大動脈リンパ節転移に対する術前化学療法後の腹腔鏡下リンパ節郭清とFDG-PET/CT評価の意義

*谷 公孝[1]、伊藤 俊一[1]、前田 新介[1]、前田 文[1]、腰野 蔵人[1]、二木 了[1]、近藤 侑鈴[1]、松尾 夏来[1]、金子 由香[1]、番場 嘉子[1]、小川 真平[1]、山口 茂樹[1] (1. 東京女子医科大学消化器一般外科)

【背景】直腸癌傍大動脈リンパ節（PALN）転移に対する外科的切除の意義は確立していない。しかし、切除可能な限局性PALN転移では、PALN郭清（PALND）によりR0切除が得られ、予後改善に寄与する可能性が報告されている。一方、術前治療後のFDG-PET/CTでは炎症や線維化によるFDG集積が残存することがあり、画像所見のみで病理学的癌遺残を判断することは困難である。そのため、PALNDの適応判断に有用で、より正確な治療効果判定指標が求められている。今回、術前化学療法後に腹腔鏡下PALNDを施行した2例を経験したため報告する。

【症例】症例1は58歳女性。下部直腸癌に対しESD施行後、病理診断で追加切除（手術）の方針となった。術前の画像検査でPALNを含む多発リンパ節腫大を認め、PALNのSUVmaxは11.5であった。多発リンパ節転移に対して術前化学療法施行の方針となり、CAPOX＋BV療法4コース施行後、PALNは短径15.9mmから7.3mmへ縮小し、SUVmaxは1.43へ低下した（低下率88%）。しかし、FDG集積が軽度残り、癌の残存が疑われたため、腹腔鏡下超低位前方切除およびPALNDを施行した。病理診断では郭清したPALN 11個すべてに生存腫瘍細胞を認めず、病理学的完全奏効であった。症例2は56歳女性。直腸癌術後、肺転移切除後に異時性PALN転移を３個認め、SUVmaxは最大のもので5.01であった。術前化学療法としてmFOLFOX6＋Pmab療法10コース施行後、同PALNは短径10.9mmから5.5mmへ縮小し、SUVmaxは1.69へ低下した（低下率66%）。しかし、FDG集積は残存していたため、根治目的に腹腔鏡下PALNDを施行した。病理診断では郭清リンパ節3個すべてに残存転移を認めた。両症例とも腹腔鏡下にR0切除を達成し、Clavien-Dindo Grade III以上の術後合併症は認めなかった。

【結語】術前化学療法後のFDG-PET/CTでは、FDG集積の残存のみでは病理学的癌遺残を正確に判断できなかった。一方、SUVmax低下率は病理学的治療効果を反映することが示唆され、化学療法後の治療効果判定およびPALND適応判断の補助指標となる可能性があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）37　症例：転移・再発 3

座長：二宮 繁生（大分大学消化器・小児外科学講座）

[P37-2] 大動脈周囲リンパ節転移を伴うBRAF陽性横行結腸癌の1例

*福島 正之[1]、岡村 圭祐[1]、藤田 美芳[1]、井上 綾乃[1]、小野 雅人[1]、渡邊 一永[1]、藤井 正和[1]、本吉 章嵩[1] (1. 北海道消化器科病院)

【はじめに】大動脈周囲リンパ節転移を伴う大腸癌は予後不良であり、切除の適応や意義については確立されていない。近年の新規抗がん剤および分子標的薬による治療成績の向上により集学的治療の一つとして手術を施行する症例も増えてきている。
【症例】70歳台　女性。2025年7月に腹満・腹痛あり当院受診。CT検査で横行結腸癌による腸閉塞の診断で緊急入院となる。PET検査で大動脈周囲リンパ節転移（＃16b1-2）を指摘された。MRI-EOB検査で肝S4に5mmの肝転移疑いを認めた。2025年8月腹腔鏡下右半結腸切除+＃16リンパ節サンプリングを行った。所属リンパ節（2/18）と大動脈周囲リンパ節転移（1/1）・肝転移疑いがあり、StageIVbと診断した。術後麻痺性腸閉塞を認めたが、保存的治療で改善した。BRAF陽性・MSI陰性で2025年10月よりアバスチン＋mFOLFOX6療法を8コース施行。徐々に末梢神経障害も強くなり、CT検査で大動脈周囲リンパ節の縮小を認めた。MRI検査で肝の病変は変化なく、転移の可能性は低いと判断した。2026年3月腹腔鏡下大動脈周囲リンパ節郭清（＃16b1-2 late pre）を行った。＃16b1-2 lateに2個の転移性リンパ節を認めた。術後リンパ瘻があり、利尿剤投与を行った。
【考察】孤立性大動脈周囲リンパ節転移に対する外科的切除は、生存を延長させる可能性がある。予後因子として、治癒切除可能であること、病理学的陽性リンパ節数が少ないこと、組織型が高分化や中分化であること、異時性であることが挙げられている。またBRAF陽性大腸癌は新規分子標的薬ビラフトビの登場により集学的治療の一つとして手術が施行する症例が増える可能性がある。
【結語】予後不良のBRAF陽性横行結腸癌に対して原発巣切除後にアバスチン＋mFOLFOX6を施行し、同時性大動脈周囲リンパ節転移に対して切除を施行した症例を経験した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）37　症例：転移・再発 3

座長：二宮 繁生（大分大学消化器・小児外科学講座）

[P37-3] 下部直腸癌に対する括約筋間腹会陰式直腸切断術後に会陰部再発を来した1例

*武田 智宏[1,2]、千葉 周[1,2]、堀川 大介[1,2,3]、谷 誓良[1,2]、藤原 康博[1,4]、星 智和[1] (1. 富良野協会病院外科、2. 旭川医科大学　外科学講座　肝胆膵・移植・消化管外科学分野、3. 栃木県立がんセンター研究所、4. 美瑛町立病院)

【はじめに】直腸癌術後の会陰部再発はまれであり、骨盤内局所再発の進展、手術操作に伴う腫瘍細胞のimplantation、皮膚転移など複数の機序が想定される。今回、下部直腸癌に対する括約筋間腹会陰式直腸切断術後に会陰部再発を認めた1例を経験したため報告する。
【症例】70歳代男性。下部直腸癌（cT3N0M0）に対し腹腔鏡下括約筋間腹会陰式直腸切断術を施行した。経肛門操作中に肛門管前壁をわずかに損傷した。病理はpT3N0M0、剥離断端は陰性であったが最短距離は0.6mmであった。術後3か月のCTで仙骨前面に造影結節を伴う軟部陰影を認めたが、その後も増大なく術後変化として経過観察した。術後7か月にストーマ腸管穿孔に対し左側結腸切除、横行結腸人工肛門造設術を施行した。術後2年4か月、腰痛での入院時に会陰出血を契機として会陰皮膚に3cm大の易出血性腫瘍を認め、腰椎麻酔下に切除した。病理では広範な壊死を伴う中分化管状腺癌を認め、CK7陰性、CK20陽性、CDX2陽性であり、直腸癌由来と考えた。切除断端は陰性で、CT上仙骨前面病変との明らかな連続性は認めず、会陰部再発と診断した。原発切除後2年6か月現在、明らかな再発・転移や腫瘍マーカーの上昇なく経過している。
【考察】括約筋間切除そのものが局所再発率を増加させる明確な根拠は乏しい一方、低位直腸癌では剥離断端近接や術中播種が局所再発に関与しうる。本例は会陰術野に孤立して出現し、他臓器再発を認めないことや、原発手術時に肛門管損傷を伴っていたことから、真の遠隔皮膚転移よりもimplantationを含む会陰部局所再発の可能性が高いと考えられた。
【結論】直腸切断術後にはまれながら会陰部再発を来し得る。また、再発機序の厳密な分類が困難な症例もある。術後フォローアップでは、画像検査に加え、会陰部の視診を行うことが重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）37　症例：転移・再発 3

座長：二宮 繁生（大分大学消化器・小児外科学講座）

[P37-4] 盲腸癌術後に発生し播種性再発との鑑別が困難であったデスモイド腫瘍の1例

*田上 修司[1]、中川 大佑[1]、松村 向日葵[1]、清水 将来[1]、木許 健生[1] (1. 大阪府済生会茨木病院消化器外科)

デスモイド腫瘍は比較的稀な軟部腫瘍であり、組織学的には良性であるが浸潤性に発育し局所再発を来すこともある境界型腫瘍である。画像上の特徴に乏しく、術前診断に難渋することが少なくない。今回、盲腸癌術後に発生し播種性再発との鑑別を要したデスモイド腫瘍の1例を経験したので報告する。
症例は51歳男性。約24か月前に盲腸癌に対して腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。病理組織学的所見はpStage I（pT1N0M0）であった。経過観察中の腹部造影CTで右骨盤腔内に約15 mmの結節を認め、PET-CTではSUVmax 2.56のFDG集積を認めた。腹膜播種再発の可能性は低いと考えられたが否定できず、診断および治療目的に腹腔鏡下手術を施行した。腫瘍は右精巣動静脈に接していたが明らかな浸潤は認めず、同血管を温存して腫瘤を摘出した。病理組織学的には紡錘形細胞が束状に錯綜して増生しており、デスモイド腫瘍と診断された。現在、再発なく外来経過観察中である。
大腸癌術後に出現する腹腔内腫瘤においては、播種性再発との鑑別として本疾患を考慮する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）37　症例：転移・再発 3

座長：二宮 繁生（大分大学消化器・小児外科学講座）

[P37-5] 直腸癌術後に右閉鎖領域腫瘤として発見された前立腺癌転移の1例

*平野 直樹[1]、藤井 善章[1]、山田 拓実[1]、島田 雄太[1]、宮池 哲郎[1]、加藤 龍太郎[1]、上野 修平[1]、青山 佳永[1]、今藤 裕之[1]、廣川 高久[1]、宮井 博隆[1]、田中 守嗣[1]、木村 昌弘[1] (1. 医療法人豊田会刈谷豊田総合病院)

72歳男性。Ra直腸癌（pT3N1bM0、pStage IIIb）に対しロボット支援腹腔鏡下直腸低位前方切除術を施行し、術後補助化学療法としてCAPOX療法を8コース完遂した。
術後４年の経過観察中の造影CT検査で右閉鎖領域に37×34 mmの境界明瞭な円形腫瘤を認めた。CEA、CA19-9の上昇は認めなかった。MRI検査では腫瘤はT2強調像で低信号域と高信号域が混在し、低信号域に一致して軽度の拡散制限を認め、T1強調像では低信号を呈した。PET-CTでは同部に明らかな異常集積は認められなかった。以上より直腸癌側方リンパ節再発を否定できない一方、デスモイド腫瘍、神経鞘腫、GISTなどを鑑別診断とした。
診断的治療目的に腹腔鏡下腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は被膜に覆われており、被膜を損傷することなく摘出可能であった。右閉鎖神経は温存可能であった。標本は長径48 mm、病理組織学的には、類円形核と淡明胞体を有する細胞が充実性に増殖し腺腔様構造を形成しており、直腸癌原発巣とは異なる像であった。免疫染色ではPSA、AMACR、アンドロゲン受容体が陽性、AE1/AE3、PAX8、CDX2は陰性であり、前立腺癌の転移が疑われた。術後PSAを測定したところ、33.4 ng/mLと高値であり、その後の前立腺針生検にてGleason score 4+4＝8の前立腺癌と診断された。
術前MRI検査を後方視的に再確認すると、前立腺右葉にT2強調像で低信号、DWIで高信号、ADCで低信号を呈する17×10㎜の結節を認め、前立腺癌を疑う所見であった。しかし、臨床病期はT2a相当であり、本症例のような4㎝大の孤発性転移を呈するのは非典型的であった。

直腸癌術後に閉鎖領域腫瘍を認めた場合、前立腺癌を含む骨盤内悪性腫瘍の転移を鑑別にあげる必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）37　症例：転移・再発 3

座長：二宮 繁生（大分大学消化器・小児外科学講座）

[P37-6] 直腸癌術後大動脈周囲リンパ節再発に対し、化学療法後に後腹膜アプローチによるリンパ節摘出術を施行した1例

*藤原 亮太[1]、國末 浩範[1]、宮内 俊策[1]、杉原 太一[1]、吉浦 雄飛[1]、高橋 達也[1]、伊達 慶一[1]、久保 孝文[1]、野﨑 功雄[1]、太田 徹哉[1] (1. 岡山医療センター)

【背景】 直腸癌術後再発における単発の大動脈周囲リンパ節（以下、PALN）転移は比較的稀であり、その管理法は確立されていない。しかし、化学療法により病勢制御が得られた症例に対するPALN摘出術は、長期生存に寄与する可能性が報告されている。今回、肥満を伴う直腸癌術後PALN再発に対し、化学療法後に後腹膜アプローチにて安全にR0切除を完遂し、長期無増悪生存を得ている1例を経験したので報告する。

【症例】 45歳、女性。BMI：39.9。直腸癌に対し腹腔鏡下高位前方切除術、D3郭清を施行した（pT4a, N2b, pStage IIIc）。術後補助化学療法としてmFOLFOXを12コース施行したが、術後10ヶ月の画像検査にて、単発のPALN再発を認めた。再発に対する１次治療としてFOLFIRI＋パニツムマブ療法を開始した。10コース施行し、転移リンパ節は縮小し、他臓器転移も認めなかった。化学療法による良好な腫瘍制御が得られたと判断し、原発手術から1年7ヶ月後に、PALN摘出術を施行した。術後は追加治療を行わず経過観察のみとしたが、PALN摘出術後1年6ヶ月現在、無再発生存中である。

【考察】 PALN再発切除の予後改善には、R0切除の完遂と転移個数が重要とされる。本症例では、化学療法により微小転移を制御した状態で外科的介入を行ったことが奏功したと考えられた。また、手術アプローチの検討において、肥満症例では腹腔内臓器や脂肪により術野展開が困難となることが多いが、後腹膜アプローチは腸管翻転や広範な剥離を回避でき、また、最短距離で大動脈周囲へ到達できる。本アプローチは、術後の腸管合併症を軽減しつつ、大動脈周囲の安全な郭清を可能にする戦略的選択肢となり得ることが示唆された。

【結語】 直腸癌術後PALN再発に対し、化学療法後のPALN摘出術は有効な治療戦略である。特に肥満症例等の解剖学的条件に応じて後腹膜アプローチといった適切な手法を選択することが、低侵襲かつ確実な根治切除につながる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）37　症例：転移・再発 3

座長：二宮 繁生（大分大学消化器・小児外科学講座）

[P37-7] 薬物療法のみで完全奏効している直腸癌術後局所再発の2例

*川原 聖佳子[1]、西村 淳[1]、長谷川 潤[1]、平井 裕美子[1] (1. 長岡中央綜合病院　消化器病センター外科)

【症例1】64歳男性**【臨床経過】**1年前、直腸癌RaRb pT3N0M0 Stage IIaに対して腹腔鏡下低位前方切除術 D3 LD0施行。術後1年目のCTで骨盤右側と骨盤左側仙骨前面に腫瘤を認め、骨盤MRIでも同様の所見であり局所再発と診断した。PET-CTでは同病変に集積を認めたがその他に再発所見はなかった。切除可能だが永久人工肛門造設となる可能性が高くセカンドオピニオンをおすすめした。2カ所の施設を受診する間、Capecitabin内服治療を行うことにした。4コース後のCTで腫瘍はいずれも縮小しPRと判定、同治療を継続することになった。その後も縮小を維持し2年間内服して治療終了した。治療中止後5年8ヶ月経過しているが腫瘍再増大や新規病変は認めていない。**【症例2】**74歳男性**【臨床経過】**58歳時に直腸癌Ra pT2N0M0 Stage Iで低位前方切除術D3 LD0施行。術後は毎年CTと大腸内視鏡検査を受けていた。73歳時に前立腺癌と診断され、内分泌療法先行下で放射線療法を行う方針となった。内分泌療法開始10ヶ月後PSAは正常化し、照射前の放射線治療計画CTを行ったところ治療前に認めなかった左水腎症が出現していた。PSA再上昇はなく、尿管鏡で腫瘍を認めなかった。骨盤MRIで左骨盤壁に尿管を巻き込む軟部影を認め、PET-CTでは同部に集積があり、直腸癌再発が疑われ当科紹介となった。EUSで左骨盤壁に15mm大の腫瘤を認め、生検でtub1、CK20+ PSA-で大腸癌からの転移と診断された。遺伝子検査はKRASwt NRASmt BRAFwt MSI陰性 HER2 score0だった。切除不可能ではないが、断端確保が難しい可能性があった。局所再発の進行具合により照射範囲が変わる可能性があったため、前立腺癌照射を延期したが、将来的に照射の可能性もあり血管新生阻害剤を用いないで化学療法を行う方針とした。CapeOx療法を開始し、4コース後CTでPRと判定した。その後も縮小を維持し、8コース終了後にOxをオフ、Cape単剤でさらに4コース行った。CRと判定し治療開始から9ヶ月後に治療終了した。治療終了後2年6ヶ月経過しているが再燃していない。**【考察】**治療効果があり、患者も侵襲的な治療を望まず切除せずに経過観察中だが、再燃や他臓器転移の危険もあるため十分注意して診療にあたる必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター5

一般演題（ポスター）37　症例：転移・再発３

座長：二宮 繁生（大分大学消化器・小児外科学講座）

[P37-8] 術後５年以上経過後に右内腸骨静脈内腫瘍栓として再発したHER2陽性直腸癌の１例

*安部 紘生[1]、市沢 展真[1]、一尾 幸輝[1]、假屋 理沙[1]、小岩井 智美[1]、阿尾 理一[1]、山寺 勝人[1]、西川 誠[1]、西山 潔[1]、小川 均[1]、神藤 英二[1] (1. 自衛隊中央病院外科)

【背景】
大腸癌の再発の多くは術後3年以内に認められ、術後5年以降の再発率は0.5%に過ぎない。また、静脈内腫瘍栓として再発する症例は稀であり、その臨床的特徴は明らかではない。近年、HER2陽性大腸癌が分子標的薬の使用法含め注目されているものの、エビデンスが不足しており、治療法の決定に苦慮することも多い。

【症例】
症例は40歳台男性。5年7ヶ月前に直腸Ra癌に対して、腹腔鏡下低位前方切除術、D3郭清を施行した。病理検査でpT3 pN1b cM0 pStage IIIbと診断され、術後補助化学療法としてCapeOX療法を8コース完遂した。補助化学療法後、標準的サーベイランスを実施し、術後5年間無再発で経過した。原発巣切除から5年5ヶ月後、血液検査にてCEAの上昇を指摘され、PET-CTを実施し、右内腸骨静脈に沿う管状の高度FDG集積（SUVmax 22.18）を認めた。また、造影CTで同部位に一致する造影欠損を確認し、右内腸骨静脈内の腫瘍栓再発と診断した。さらに、両側肺動脈にも腫瘍栓を疑う所見を認めた他、右内腸骨静脈周囲リンパ節転移およびL5椎弓への骨転移が疑われた。腫瘍は、RAS/BRAF野生型、HER2陽性であった。全身化学療法として、FOLFIRI＋セツキシマブ療法を導入し、減量調整を行いながら継続したところ、早期より腫瘍縮小を認めた。治療開始より1年後、PET-CT上すべての病変の集積が消失し、腫瘍マーカーも正常範囲内に低下したことから、臨床的完全奏効（cCR）と判断した。

【考察】
本症例は、5年以上無再発経過後に静脈内腫瘍栓として再発した点、HER 2陽性という分子背景を有した点、HER2陽性再発症例がFOLFIRI＋セツキシマブ療法によりcCRが得られた点が特徴的である。また、本症例は術後補助化学療法実施症例であり、再発時期遅延の可能性も考えられたことから、5年を超えて腫瘍マーカーの測定を継続、結果的に再発の早期発見につながった。長期無再発症例に対するフォローアップ方法、分子生物学的特性を踏まえた治療戦略などを検討する上で示唆に富む症例であり、文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）38　症例：肛門疾患その他２

座長：鉢呂 芳一（くにもと病院肛門外科）

[P38-1] 診断に脊椎くも膜下麻酔下の生検と経肛門エコーを要した肛門腺由来腺癌の１例

*田村 周三[1]、立岡 哲平[1]、久保田 和[1]、金澤 周[2]、森本 幸治[1]、小泉 岐博[3]、大塚 新一[1]、久保田 至[1] (1. 西新井大腸肛門科、2. 草加西口大腸肛門クリニック、3. 北千住大腸肛門クリニック)

[P38-2] 異なる術式後に再発を来した直腸脱2例の検討 ― 骨盤底障害との関連に着目して ―

*山本 誠也[1]、渡部 かをり[1]、佐藤 菜生[1]、重森 春花[1]、奥山 晃世[1]、中島 亮[1]、原田 真之資[1]、社本 智也[1]、志賀 一慶[1]、田中 達也[1]、山川 雄士[2]、松尾 洋一[1]、瀧口 修司[2] (1. 名古屋市立大学医学部附属東部医療センター、2. 名古屋市立大学大学院医学研究科消化器外科学)

[P38-3] 腹膜透析導入後に発症した直腸脱に対しAltemeier法を施行した1例

*伊藤 孝[1]、向井 周[1]、吉村 直生[1]、花田 圭太[1]、松下 貴和[1] (1. 洛和会音羽病院)

[P38-4] 直腸脱陥頓に対して緊急で直腸固定術を施行した一例

*古山 和樹[1]、中園 真聡[1]、小屋原 健斗[1]、神谷 夏海[1]、小野 由香利[1]、鈴木 紳祐[1]、五代 天偉[1]、熊切 寛[1]、鈴木 紳一郎[1]、齋藤 綾[2] (1. 藤沢湘南台病院外科、2. 横浜市立大学附属病院外科治療学教室)

[P38-5] 交通外傷でデグロービング外傷を受傷し肛門裂傷を生じた一例

*服部 公博[1]、髙橋 孝夫[1]、中島 翔太[1]、坂本 倫太郎[1]、王 蓓[1]、水野 万知[1]、櫻谷 卓司[1]、池庄司 浩臣[1]、西尾 公利[1]、飯田 辰美[1] (1. 岐阜・西濃医療センター西濃厚生病院外科)

[P38-6] 局所麻酔下日帰り手術で切除し得た肛門部Hidradenomaの一例

*清松 裕子[1,2]、小村 憲一[1]、杉山 順子[1,3]、宇野 能子[1,4] (1. 小村肛門科医院、2. 清松クリニック、3. 春日部市立医療センター、4. 鵜戸西クリニック)

[P38-7] 10年以上の経過で扁平上皮乳頭腫から発生したAIN2（Anal Intraepithelial Neoplasia2）の一例

*瀧山 亜希[1]、齋藤 晋祐[1]、磯部 陽[1] (1. 医療法人財団順和会山王病院)

[P38-8] 緊急手術を行った感染性坐骨直腸窩epidermoid cyst の一例

*宮田 敏弥[1]、野澤 慶次郎[1]、近藤 悟[1]、内山 真[1]、浅田 祐介[1]、福島 慶久[1]、藤井 晶子[2]、笹島 ゆう子[2]、落合 大樹[1] (1. 帝京大学医学部外科、2. 帝京大学医学部病理診断科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）38　症例：肛門疾患その他２

座長：鉢呂 芳一（くにもと病院肛門外科）

[P38-1] 診断に脊椎くも膜下麻酔下の生検と経肛門エコーを要した肛門腺由来腺癌の１例

*田村 周三[1]、立岡 哲平[1]、久保田 和[1]、金澤 周[2]、森本 幸治[1]、小泉 岐博[3]、大塚 新一[1]、久保田 至[1] (1. 西新井大腸肛門科、2. 草加西口大腸肛門クリニック、3. 北千住大腸肛門クリニック)

【症例】症例は54歳の男性。X年Y月排便時出血、排便時肛門部痛を主訴に当院受診。直腸肛門診では肛門10時方向に径5mmの有痛性の腫瘤と上皮下に索状物を触知した。X年Y+1月下部消化管内視鏡検査施行。直腸、肛門管共に明らかな異常所見は認めなかった。注入軟膏による保存的治療を行ったが肛門部痛は改善せず。X年Y+2月直腸肛門診で肛門10時方向に有痛性で浅い陥凹を伴う硬結を触知したが疼痛強く、観察は不十分であった。同年同月脊椎くも膜下麻酔下に肛門部を観察、肛門縁から下部直腸にかけて辺縁不整な潰瘍性病変を認め潰瘍底と辺縁部から生検を施行した。生検に先駆けて行った経肛門エコーでは内外括約筋間に中心を有する辺縁不整なlow echoic lesionを認め、肛門管外に主座を有する浸潤性の腫瘍の存在が示唆された。病理診断はAdenocarcinoma(tub1>tub2)であり、免疫染色ではCK7+、CK20+、CDX2+、MUC5AC-であった。免疫染色は非典型的なパターンであったが、肛門所見の経過や既往歴、および経肛門エコーでの所見などから肛門腺由来線癌と診断した。【考察】肛門管悪性腫瘍は消化管悪性腫瘍のうち約1%とされる稀な疾患で、組織型としては扁平上皮癌が最も多い。腺癌は5-10%とされ頻度は低く、管内型（直腸型腺癌）と管外型（肛門腺由来癌、痔瘻癌、粘膜外肛門管腺癌）に大別される。管内型は通常の直腸腺癌と同様の腫瘍であり最も頻度が高く、典型的には免疫染色でCK7-、CK20+、CDX2+を示す。管外型はその希少性などから疾患概念が完全には整理されていないが、痔瘻癌には粘液癌が多く、肛門腺由来癌はCK7+、CK20-、CDX2-を、粘膜外肛門管腺癌はCK7-、CK20+、CDX2+を示すことが多いとされる。本症例ではいずれの組織型としても非典型的な免疫染色パターンを示したが、最終的な判断は腫瘍の局在や上皮・瘻管との位置関係といった解剖学的、組織学的な観点からなされるため、本症例では経肛門エコーの所見を重視して肛門腺由来腺癌と診断した。管外型肛門管腺癌は腫瘍の主座が組織深層にあるため診断困難となりやすい。症状に応じた適切な組織採取や低侵襲かつ簡便な局在診断など柔軟な対応が重要であると考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）38　症例：肛門疾患その他 2

座長：鉢呂 芳一（くにもと病院肛門外科）

[P38-2] 異なる術式後に再発を来した直腸脱2例の検討 ― 骨盤底障害との関連に着目して ―

*山本 誠也[1]、渡部 かをり[1]、佐藤 菜生[1]、重森 春花[1]、奥山 晃世[1]、中島 亮[1]、原田 真之資[1]、社本 智也[1]、志賀 一慶[1]、田中 達也[1]、山川 雄士[2]、松尾 洋一[1]、瀧口 修司[2] (1. 名古屋市立大学医学部附属東部医療センター、2. 名古屋市立大学大学院医学研究科消化器外科学)

直腸脱は高齢女性に多くみられる骨盤底疾患であり、便失禁、排便困難、脱出症状などによりQOLを著しく低下させる。治療の第一選択は手術であり、経腹的手術および経会陰的手術を含め多様な術式が存在するが、いまだ標準術式は確立されていない。一般に経腹的手術は再発率が低い一方、経会陰的手術は低侵襲で高齢者やfrail患者にも施行しやすく、患者背景や排便機能を考慮した術式選択が重要とされている。
一方で、直腸脱術後再発はいまだ臨床上の重要な問題であり、年齢、便秘、慢性的ないきみ、骨盤底脆弱性などの関与が指摘されている。近年では直腸脱は、子宮脱や膀胱瘤などの骨盤臓器脱（pelvic organ prolapse: POP）を伴うmulticompartment pelvic floor disorderとして捉える概念が注目されている。一方、再発症例における骨盤底全体の評価や、POPとの関連については十分に検討されていない。
今回我々は、三輪-Gant-Thiersch法後再発例および腹腔鏡下直腸後方固定術後再発例の2例を経験した。当院では2022年から現在までに12例の直腸脱患者に対して手術を施行しており、腹腔鏡下直腸後方固定術を第一選択としている。経肛門的手術に関しても説明し、全身状態が悪い症例や患者の強い希望があればそちらを選択している。1例目は、85歳の女性で、負担の少ない術式を希望したものの術後6カ月で再発した。その後腹腔鏡下直腸後方固定術を施行し術後に排便コントロールや骨盤底筋群訓練を行い42カ月無再発で経過している。2例目は77歳の女性で、腹腔鏡下後方固定術を施行したが、慢性便秘のコントロールが不良であり、その後9カ月で再発をきたした。現在は症状が軽度であり、本人希望も踏まえて保存的加療を継続している。
女性骨盤では直腸、子宮、膀胱が支持組織を共有しており、直腸のみ修復した場合に再発リスクが残存する可能性がある。何れの術式においても、便秘をむしろ増悪させる可能性もあり、直腸固定のみでは骨盤底障害全体を制御できないことを示唆する。
直腸脱再発例では、術式のみならずPOPを含めた骨盤底全体の評価を行い、必要に応じて多診療科連携を含めた治療戦略を検討することが重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）38　症例：肛門疾患その他２

座長：鉢呂 芳一（くにもと病院肛門外科）

[P38-3] 腹膜透析導入後に発症した直腸脱に対しAltemeier法を施行した1例

*伊藤 孝[1]、向井 周[1]、吉村 直生[1]、花田 圭太[1]、松下 貴和[1] (1. 洛和会音羽病院)

【背景】
直腸脱は高齢女性に多く，骨盤底筋群の脆弱化や慢性的な腹圧上昇が発症要因とされる．近年は腹腔鏡下直腸固定術など経腹的手術が広く行われているが，高齢者や重篤な併存症を有する症例では，侵襲と周術期リスクを考慮した術式選択が重要である．今回，腹膜透析（Peritoneal Dialysis: PD）導入後に直腸脱を発症した高齢女性に対し，Altemeier法を施行し，PD継続に配慮した周術期管理のもと良好な経過を得たため報告する．
【症例】
90代女性．慢性腎臓病に対して1年前よりPDを導入された．その頃から直腸脱を認めるようになり，排便後疼痛の増悪を契機に当院紹介となった．怒責時に全周性の輪状襞を伴う直腸全層脱出を認め，用手還納は可能であったが，軽度の腹圧で容易に再脱出した．腹部CTでは腹膜透析カテーテル先端は傍結腸溝に位置していた．高度円背のため腰椎麻酔は困難と判断し，全身麻酔下・砕石位で手術を施行した．腹腔内汚染を考慮して開腹操作のないGant-三輪法も検討していたが，麻酔後に約5 cmの完全直腸脱を確認したため，Altemeier法を選択した． 術後経過は良好で，術後4日目に腎臓内科へ転科した．PDはカテーテルの汚染や腹圧を考慮して透析液半量・夜間のみで術後4日目から慎重に再開し，問題なく退院となった． 術後２週間で通常量とし，以降問題なく経過している．
【考察】
PDでは透析液の持続的貯留により腹圧が上昇し，腹壁・鼠径ヘルニアの発症リスクが高まることが知られている．本症例では，高齢女性における骨盤底脆弱化に加え，PDによる慢性的腹圧負荷が直腸脱の発症・増悪に関与した可能性が示唆された．術式選択に際しては，経腹的手術による腹膜癒着に伴う透析効率低下や，メッシュ使用による感染リスクを考慮し，経肛門的手術を選択した．Altemeier法はDouglas窩の開放を伴うため腹腔内汚染の懸念があるが，根治性を優先しての術式選択とした．腎臓内科医師と連携した適切な周術期管理により感染や早期の再発を回避して安全に施行可能であった．
【結後】
PD患者における直腸脱治療では，透析継続への影響を踏まえた個別化治療戦略が重要であり，Altemeier法は治療選択の一つとして有用である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）38　症例：肛門疾患その他 2

座長：鉢呂 芳一（くにもと病院肛門外科）

[P38-4] 直腸脱陥頓に対して緊急で直腸固定術を施行した一例

*古山 和樹[1]、中園 真聡[1]、小屋原 健斗[1]、神谷 夏海[1]、小野 由香利[1]、鈴木 紳祐[1]、五代 天偉[1]、熊切 寛[1]、鈴木 紳一郎[1]、齋藤 綾[2] (1. 藤沢湘南台病院外科、2. 横浜市立大学附属病院外科治療学教室)

症例は53歳、女性。X年Y月Z日排便時に直腸脱および肛門痛出現し、自己還納を試みるも改善しないため当院救急搬送された。診察時直腸は8cm脱出していた。直腸粘膜は暗赤色を呈しており、軽度の刺激で容易に出血した。また腸管壁は浮腫状肥厚を呈していた。用手還納は困難であり直腸脱陥頓の診断に至った。50%ブドウ糖注射液を直腸粘膜に滴下し浸透圧を利用して腸管浮腫の改善を試みたが還納不可であった。以上より非観血的整復は困難と判断し同日緊急手術の方針とした。腹腔鏡下直腸固定術の方針で手術を開始したが、腹腔鏡下での還納も困難のため開腹移行した。腹腔内から直腸を牽引し、体外から脱出直腸を圧迫することで還納できた。直腸を授動し、仙骨前面と直腸前面を合成非吸収糸で2針固定した（Suture rectopexy）。直腸診にて直腸脱の改善および直腸が良好に牽引されていることを確認し手術を終了した。手術時間139分、出血量は少量であった。術後4日目より食事開始し、特筆すべき周術期合併症を認めず術後9日目で軽快退院された。術後1か月経過して無再発で経過観察中である。
直腸脱陥頓は比較的稀な病態である。今回緊急手術にて救命し得た症例を経験したため若干の文献的考察を含めて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）38　症例：肛門疾患その他 2

座長：鉢呂 芳一（くにもと病院肛門外科）

[P38-5] 交通外傷でデグロービング外傷を受傷し肛門裂傷を生じた一例

*服部 公博[1]、髙橋 孝夫[1]、中島 翔太[1]、坂本 倫太郎[1]、王 蓓[1]、水野 万知[1]、櫻谷 卓司[1]、池庄司 浩臣[1]、西尾 公利[1]、飯田 辰美[1] (1. 岐阜・西濃医療センター西濃厚生病院外科)

外傷性肛門裂傷は分娩外傷や異物挿入、直撃外傷など会陰部への直接的な外傷により生じ、皮膚や肛門括約筋，直腸粘膜に裂傷を来し排便障害をもたらす。今回われわれは直接的な外傷ではなく、デグロービング外傷により間接的に肛門裂傷を生じ排便機能低下を来した患者を経験した。症例は48歳男性、2トントラックの右前輪に大腿背面を轢かれて受傷し当院に救急搬送された。搬送時は会陰部痛を訴えなかったが、会陰部からの出血を認めた。肛門診察では11時から1時方向にかけて裂創を認め、皮膚と外肛門括約筋、直腸粘膜に裂傷を認めた。また内外括約筋間溝の離開を認めた。直腸指診にて肛門括約筋の収縮力低下を認めた。同日緊急で括約筋形成術を施行した。直腸粘膜を縫合し外肛門括約筋をOverlap法で縫合した後に括約筋間溝を寄せ、皮膚を縫合した。術後排便コントロールとリハビリテーション介入を行い、排便機能は徐々に改善し退院となった。稀な受傷起点による肛門裂傷に対して、早期外科治療を介入し肛門機能の回復を得たためここに報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）38　症例：肛門疾患その他 2

座長：鉢呂 芳一（くにもと病院肛門外科）

[P38-6] 局所麻酔下日帰り手術で切除し得た肛門部Hidradenomaの一例

*清松 裕子[1,2]、小村 憲一[1]、杉山 順子[1,3]、宇野 能子[1,4] (1. 小村肛門科医院、2. 清松クリニック、3. 春日部市立医療センター、4. 鵜戸西クリニック)

【症例】
47歳女性。主訴：排便時疼痛。
既往歴：特記事項なし
現症：指診にて肛門管内9時方向に腫瘤を触知。肛門鏡にて外痔核様の隆起性病変を認めた。
【経過】
血栓性外痔核の可能性もあり、保存的に経過観察とした。
1か月後再診時、肛門鏡所見では膨隆の程度は不変で、表面に2mm程度の裂傷を認めた。日常生活には支障がないとのことで、軟膏塗布継続し経過観察とした。
3か月後、硬便排出後に数日痛みが続くとのことで来院。肛門鏡所見は前回と同様であり、手術の方針となった。
手術所見：局所麻酔下に9時方向膨隆に対し、痔核手術に準じてLigation and Excision（LE）法にて切除し、2層縫合し手術終了。手術は外来にて日帰りで施行した。摘出した組織は皮下腫瘤であり、割を入れると充実性であった。
【病理結果】
Hidradenoma of the anal。組織学的に異型のない重層扁平上皮の被覆を認め、上皮下に結節状変化を認める。断端陰性、悪性所見なしであった。
【考察】
Hidradenoma（孔細胞汗腺腫）はPoroma（汗孔腫）の一亜型であり、エクリン汗腺由来の良性皮膚付属器腫瘍である。1990年にAckermanらによって分類された4亜型のうち、Hidradenoma（Poroid hidradenoma）は表皮との連続性がなく、真皮内に限局する嚢腫様構造を呈するものを指す。性別はやや女性に多く、発生部位は四肢と体幹が大半を占め、次いで頭頸部・顔面と続く。皮下の汗腺由来の腫瘍であるため理論的には体表のいずれにも発生し得るが、本症例は肛門部に発生したHidradenomaとして、われわれが渉猟し得た限りでは報告のない希少な症例と考えられる。
本症例では増大傾向は認めなかったものの、腫瘍表面の皮膚に裂傷を生じ、排便時の疼痛を繰り返したため摘出手術の方針とした。Hidradenomaは表皮との連続性がなく真皮内に限局する腫瘍であることから、周囲組織との癒着が少なく、局所麻酔下での摘出が可能である。本症例においても局所麻酔下に外来日帰り手術として安全に切除し得た。良性腫瘍であっても増大傾向や症状を伴う場合は、低侵襲な局所麻酔下手術での根治摘出が望まれる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）38　症例：肛門疾患その他 2

座長：鉢呂 芳一（くにもと病院肛門外科）

[P38-7] 10年以上の経過で扁平上皮乳頭腫から発生したAIN2（Anal Intraepithelial Neoplasia2）の一例

*瀧山 亜希[1]、齋藤 晋祐[1]、磯部 陽[1] (1. 医療法人財団順和会山王病院)

症例は61歳女性。13年前に便潜血陽性で下部消化管内視鏡検査を受け、肛門部に3mm大のポリープを認めた。生検結果はsquamous cell papilloma, suspectedで、明らかな悪性像は認めないがdysplasiaに相当する病変とも考えられるとの報告であった。その後何度かフォローの検査を勧め初回の指摘から13年後に再検査を実施し、肛門移行帯の０時方向に前回指摘のものと思われる双頭状のIs肛門ポリープを認め、後日経肛門的に肛門ポリープ切除術を施行した。ポリープは4mm大と6mm大、病理結果はAIN2で、免疫染色ではp16陽性像が斑状に広範囲に認められ、Ki-67も部位によって陽性細胞を認めた。P53の陽性細胞も散見され、上皮内癌（AIN3）までの所見はないが中等度の異型がある（AIN2）との報告であった。なお切除断端は陰性であった。

AINは肛門管扁平上皮癌（SCC）の前癌病変と考えられており、ヒトパピローマウイルス（HPV）関連腫瘍と考えられている。現在、子宮頸部・膣・外陰部・陰茎・肛門領域に発生するHPV関連扁平上皮内病変については、尖圭コンジローマや軽度異形成に相当する病変を低異型度扁平上皮内病変LSIL(low-grade squamous intraepithelial lesion)、中等度～高度異形成および上皮内癌を高異型度扁平上皮内病変HSIL(high-grade squamous intraepithelial lesion)と統一的に分類・定義されており、本症例はHSILに相当する。LSILでは主に低リスク型HPV(6型、11型など)の関与が高いとされるが、HSILでは高リスク型HPV(16型、18型など)の検出率が高く、発癌との関連性が強いことが報告されており、本症例もHPVジェノタイプ検査を検討中である。

AINはほとんどがHIV陽性や尖圭コンジローマとの関連で報告されているが、本症例は尖圭コンジローマは認めずHIVも陰性であった。また典型的なAINは扁平病変（0-IIaや0-IIb）であるが本症例は無茎性隆起型（Is）であり、最初の生検病理がなければ扁平上皮乳頭腫等良性の肛門ポリープ疑いとして切除せず経過観察とし、結果発癌に至っていた可能性も考えられる。10年以上経過観察となっていた点も併せて稀、かつ示唆的な症例と思われたため、文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）38　症例：肛門疾患その他 2

座長：鉢呂 芳一（くにもと病院肛門外科）

[P38-8] 緊急手術を行った感染性坐骨直腸窩epidermoid cyst の一例

*宮田 敏弥[1]、野澤 慶次郎[1]、近藤 悟[1]、内山 真[1]、浅田 祐介[1]、福島 慶久[1]、藤井 晶子[2]、笹島 ゆう子[2]、落合 大樹[1] (1. 帝京大学医学部外科、2. 帝京大学医学部病理診断科)

症例は75歳、男性。1年半前から臀部に腫瘤を自覚していた。
臀部の腫脹、疼痛が出現し自壊したため近医皮膚科を受診し、肛門周囲膿瘍の疑いで当科を紹介受診した。
診察上肛門9時方向の皮膚が嚢状に腫脹しており、皮膚の自壊部から膿性排液を多量に認めた。
採血検査ではCRP11.83mg/dlと炎症所見の上昇を認め、造影CT検査で6-9時方向の坐骨直腸窩から皮下にかけて膿瘍の貯留を認めた。
肛門周囲膿瘍、痔瘻を鑑別として同日緊急手術を行った。
体位はジャックナイフ位を取り、肛門9時方向の皮膚を紡錘形に切開したところ坐骨直腸窩に至る嚢胞状の構造を認め、周囲組織から剥離を行い嚢胞を一括で切除した。直腸との交通を伴う瘻孔はなかった。
病理組織検査では、角化を伴う扁平上皮に裏打ちされた嚢胞を認め、皮膚付属器の混在及び悪性所見はなくepidermoid cyst(類表皮嚢腫)と診断した。
手術後1年時点で再発を認めていない。
先天性腫瘤の中でも嚢胞性腫瘤はdevelopmental cystと定義され、組織学的にdermoid cyst、epidermoid cyst、mucus secreting cyst （tailgut cyst）が含まれる。
Epidermoid cystとdermoid cystは胎生期に外胚葉組織が迷入することで発生するとされ、全身の臓器に発生し得るが、消化器外科領域では発生過程で三胚葉全てが関与する仙骨前部での発生が多く報告されている。
Epidermoid cystを含む、developmental cystは悪性化のリスクがあるため治療は外科的な完全切除が第一選択であるが、感染を合併した場合には肛門周囲膿瘍や痔瘻と診断され処置が行われることもあり注意が必要である。
今回緊急手術で切除した感染性坐骨直腸窩epidermoid cystの一例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）39　ストーマ２

座長：近藤 圭策（鳳胃腸病院外科）

[P39-1] 局所陰圧閉鎖療法を用いた人工肛門閉鎖術後SSI予防への当科の取り組み

*阿部 真也[1,2]、西川 武司[1]、大道 清彦[1]、松永 圭悟[1]、近藤 里江[1]、阿部 健太郎[1]、小谷 樹生[1]、松田 圭二[1] (1. 同愛記念病院外科、2. 国立国際医療センター外科)

[P39-2] 特発性回腸人工肛門脚穿孔の1例

*原 貴生[1]、川口 蓮太[1]、渡邉 淳平[1]、武内 裕[1] (1. 地域医療機能推進機構南海医療センター外科)

[P39-3] ハルトマンリバーサルにおける腸管再建の工夫と治療成績

*土井 寛文[1]、上神 慎之介[1]、新原 健介[1]、久原 佑太[1]、大迫 えれな[1]、大毛 宏喜[1]、高橋 信也[1] (1. 広島大学大学院医系科学研究科外科学)

[P39-4] 人工肛門閉鎖術における合併症の危険因子に関する検討

*江畑 信孝[1]、小澤 真由美[2]、田 鍾寛[1]、舩津屋 拓人[1]、皆川 結明[1]、額田 卓[2]、大矢 浩貴[1]、武井 将伍[2]、前橋 学[2]、太田 絵美[2]、渥美 陽介[1]、風間 慶祐[1]、佐藤 渉[1]、沼田 正勝[2]、青山 徹[1]、小坂 隆司[1]、菅野 伸洋[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学医学部消化管外科、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター外科)

[P39-5] 傍ストーマヘルニア発生のリスク因子についての検討

*在田 麻美[1]、春名 健伍[1]、柳澤 公紀[1]、西沢 佑次郎[1]、安井 昌義[1]、武田 裕[1] (1. 独立行政法人労働者健康安全機構　関西労災病院)

[P39-6] 化学療法継続中に回腸人工肛門部 outlet obstruction を来し，経ストーマ減圧および柴苓湯併用により改善した Stage Ⅳ大腸癌の1例

*江嵜 就[1]、永吉 絹子[1]、伊勢 夏[1]、松本 奏吉[1]、安藤 陽平[1]、藤本 崇聡[1]、堀岡 宏平[1]、水内 祐介[1]、大内田 研宙[1] (1. 九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科)

[P39-7] 診察前情報環境における人工肛門情報の片側提示:共有意思決定の前提形成に着目した5媒体横断的パイロット研究

*須田 竜一郎[1]、石井 光子[2]、及川 芳徳[3]、町田 拓[1]、青木 沙弥佳[4]、笠原 啓介[5]、飯川 雄[5]、下田 辰也[5]、渡邉 大輔[5]、丹羽 夏海[1]、近藤 尚[1]、飯澤 勇太[1]、大野 幸恵[1]、中臺 英里[1]、岡庭 輝[1]、小林 壮一[1]、西村 真樹[1]、片岡 雅章[1]、柳澤 真司[1]、海保 隆[1] (1. 君津中央病院外科、2. 石川県立看護大学附属看護キャリア支援センター、3. 医療法人社団徳静会横畠病院、4. 亀田総合病院消化器外科、5. 君津中央病院リハビリテーション科)

[P39-8] 小腸人工肛門粘膜移植より発生した腺癌の1例

*竹原 朗[1]、渡邉 和英[1]、芝原 一繁[1] (1. 富山赤十字病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）39　ストーマ 2

座長：近藤 圭策（鳳胃腸病院外科）

[P39-1] 局所陰圧閉鎖療法を用いた人工肛門閉鎖術後SSI予防への当科の取り組み

*阿部 真也[1,2]、西川 武司[1]、大道 清彦[1]、松永 圭悟[1]、近藤 里江[1]、阿部 健太郎[1]、小谷 樹生[1]、松田 圭二[1] (1. 同愛記念病院外科、2. 国立国際医療センター外科)

【背景】人工肛門閉鎖術後の創感染 (SSI)は高率に起こることから様々な工夫がなされている．SSIが発症すると入院期間の延長や社会復帰が遅れることから肉体的・精神的患者負担の増加につながる．当科ではSSI予防バンドルとして，局所陰圧閉鎖療法(NPWT)を2025年4月より導入したのでその有用性を検討した．
【方法】2023年5月から2026年3月の間に当科にて人工肛門閉鎖術を施行した32例を対象とし，NPWT(あり/なし)とSSI発生率を後方視的に検討した．創閉鎖時には閉創専用機器を用い、環状皮膚縫合により半閉鎖している．NPTWは術後1日目に開始し，術後3から4日にドレッシングを交換し，感染など異常がなければ術後7日目に抜去した．CD分類Grade II以上を合併症と定義した．
【結果】男性19例(59%)，年齢中央値65歳(23-79歳)であった．人工肛門造設となった背景は，憩室穿孔によるハルトマン手術後(10例，31%)，直腸手術時の一時的人工肛門造設(9例，28%)，潰瘍性大腸炎・クローン病手術時の一時的人工肛門造(6例，19%)が多くを占めた．造設部位は結腸16例(50%)であり，NPWTは13例(40%)に施行された．NPWTあり/なしの比較で患者因子(年齢，性別，BMI，人工肛門造設背景疾患，造設部位，Prognostic Nutritional Index(PNI))や手術因子(手術時間，術中出血量)に差を認めなかった．表層SSIはNPWTなし群でのみ1例生じたが，統計的有意差を認めなかった(p = 0.30)．深部/臓器SSIはNPWTあり群1例/なし群2例(p = 0.78)に生じた．術後入院期間中央値はNPWTあり群12日，なし群14日(p = 0.38)と差を認めなかった．
【結語】人工肛門閉鎖術後のNPWTはSSI予防に寄与する可能性があり，更なる症例を蓄積して検討を要する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）39　ストーマ 2

座長：近藤 圭策（鳳胃腸病院外科）

[P39-2] 特発性回腸人工肛門脚穿孔の1例

*原 貴生[1]、川口 蓮太[1]、渡邉 淳平[1]、武内 裕[1] (1. 地域医療機能推進機構南海医療センター外科)

【症例】77歳女性。リウマチ性多発筋痛症でPSL 5mgを服用中。横行結腸癌術後の縫合不全に対し、右下腹部に双孔式（ループ式）回腸人工肛門を造設した。その1か月後に突如として敗血症を起こし、CT検査で右下腹部に広範な皮下膿瘍を認めた。局所麻酔下に下腹部正中を切開すると便汁が漏出し、人工肛門の尾側を追加切開すると、人工肛門の口側回腸が皮下で穿孔しているのが確認出来た。応急処置として、穿孔部を縫合閉鎖し、穿孔部の口側で膀胱留置カテーテルを膨らませ穿孔部の減圧を図り、皮下膿瘍腔に陰圧ドレーンを留置し、皮膚切開部を縫合閉鎖した。しかし、翌朝には穿孔部は再開通し、膀胱留置カテーテルは押し出され、ドレーンは便汁で閉塞し、縫合した皮膚切開部は感染兆候を帯びていた。皮下膿瘍腔のドレナージ目的に皮膚切開部を開放すると、穿孔部から皮膚切開部がメインの糞路となって便汁が漏出し、絶食として皮膚切開部を人工肛門の装具で覆うも、1日と保たずに便汁が漏れる状況が続いた。横行結腸吻合部の縫合不全はまだ閉鎖しておらず、人工肛門を閉鎖する事は出来なかったため、人工肛門の口側回腸のみを腹壁から遊離して穿孔部を切り落とし、二連銃式の双孔式回腸人工肛門に再造設した。その後は便排泄が正常に戻り、横行結腸吻合部の縫合不全が閉鎖した事を確認し、再造設から3か月後に回腸人工肛門を閉鎖した。
【考察】回腸人工肛門脚の自然穿孔は非常に稀な合併症である。本症例での原因は定かでないが、ステロイド関連性合併症が続発していた事から、ステロイドの影響が考えられた。次に人工肛門脚が穿孔した場合、穿孔部が腹腔内なら明らかに緊急で人工肛門の再造設を要するが、穿孔部が腹腔外なら、上手く外瘻化する事で人工肛門の再造設を回避又は待機的に行う事が期待出来る。しかし、回腸人工肛門脚の穿孔の場合は便が水様で量も多く、外瘻化しても便を適切に管理する事が非常に難しい。よって、特に回腸の人工肛門脚穿孔の場合は、穿孔部が腹腔内か腹腔外かに関わらず緊急で人工肛門の再造設を要すると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）39　ストーマ 2

座長：近藤 圭策（鳳胃腸病院外科）

[P39-3] ハルトマンリバーサルにおける腸管再建の工夫と治療成績

*土井 寛文[1]、上神 慎之介[1]、新原 健介[1]、久原 佑太[1]、大迫 えれな[1]、大毛 宏喜[1]、高橋 信也[1] (1. 広島大学大学院医系科学研究科外科学)

【目的】
ハルトマンリバーサルでは，初回手術時の病態や切除範囲，残存腸管長に応じた再建経路や吻合法選択が必要となる．当科における腸管再建方法の工夫と治療成績を検証する．
【対象・方法】
ハルトマン手術時の原疾患は問わず，一期的吻合を伴わない結腸切除＋単孔式人工肛門造設術を広義のハルトマン手術として定義した．2010年1月から2026年3月までに当院でハルトマンリバーサルを施行した23例について診療記録から患者背景や周術期成績などを後方視的に検討した．
【結果】
男性15例，女性8例，年齢中央値58歳であった．原疾患は大腸憩室穿孔9例，糞便性大腸穿孔3例，交通外傷，血管炎，壊疽性腸炎，クローン病，術後穿孔が各2例，直腸癌1例で，初回手術は全例で緊急開腹手術を選択されていた．切除範囲は結腸部分切除18例（S状結腸14例，下行結腸2例，横行結腸2例），左半結腸切除3例，低位前方切除1例，結腸亜全摘1例であった．ハルトマンリバーサル時のアプローチは開腹20例，腹腔鏡3例で，手術時間中央値182分，出血量中央値92 mLであった．18例は口側及び肛門側腸管での吻合が可能であったが，5例では解剖学的制約に応じた再建経路選択を要した．左半結腸切除後の2例では，中結腸動脈切離後に結腸を180度時計回りに回転させ横行結腸-直腸吻合とした．横行結腸-左側結腸吻合2例では小腸腸間膜に小孔をあけtransmesenteric routeで再建した．また回腸-直腸吻合1例では回腸を90度時計回りに回転させて吻合していた．吻合法はDST14例，手縫い9例であり，DSTの10例（71%）では吻合器挿入のため追加直腸切除を要した．術後合併症はClavien-Dindo分類 Grade IIの表層SSIが2例，肺炎が1例で，縫合不全や術後早期腸閉塞は認めず，術後在院日数中央値は10日であった．観察期間中央値31.4カ月において，腸閉塞4例，腹壁瘢痕ヘルニア3例，直腸穿孔1例を認めたが，再建経路や吻合法に起因した合併症は認めなかった．
【結論】
ハルトマンリバーサルの治療成績は概ね良好であった．腸管再建は，高度癒着や残存腸管長を考慮し，十分な授動および解剖学的制約に応じた再建方法を選択することで安全に施行可能であった．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）39　ストーマ 2

座長：近藤 圭策（鳳胃腸病院外科）

[P39-4] 人工肛門閉鎖術における合併症の危険因子に関する検討

*江畑 信孝[1]、小澤 真由美[2]、田 鍾寛[1]、舩津屋 拓人[1]、皆川 結明[1]、額田 卓[2]、大矢 浩貴[1]、武井 将伍[2]、前橋 学[2]、太田 絵美[2]、渥美 陽介[1]、風間 慶祐[1]、佐藤 渉[1]、沼田 正勝[2]、青山 徹[1]、小坂 隆司[1]、菅野 伸洋[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学医学部消化管外科、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター外科)

【背景・目的】
人工肛門閉鎖術は比較的定型化された術式である一方、SSIや腸閉塞などの術後合併症を一定頻度に認める。今回、当科における人工肛門閉鎖術症例を後方視的に検討し，術後合併症の危険因子について検討した。

【対象・方法】
2021年5月から2026年3月までに当科で施行した人工肛門閉鎖術87例を対象とした。Grade2以上の合併症の有無を目的変数とし、患者背景、，手術因子について後方視的に解析を行った。

【結果】
対象は87例、年齢中央値65.5歳（35–86歳）、男性53例（61%）であった。回腸人工肛門71例（82%），横行結腸人工肛門16例（18%）であった。Grade 2以上の合併症を16例（18%）；腸炎を4例（5%）、SSIを3例（3%）、肺炎、麻痺性イレウスを2例（2%）、ストマサイト出血、吻合部周囲炎、胆管炎、胆嚢炎、縫合不全を1例（1%）ずつ認めた。単変量解析では、術前Alb低値（p=0.057），手術時間の延長（p=0.001）および出血量の増加（p=0.003）に有意差を認めた。造設部位別では有意差を認めなかった。多変量ロジスティック回帰解析では、手術時間のみが独立危険因子であった（OR 1.03/min，p=0.003）。手術時間におけるROC解析ではAUC0.719であり、cut off値は98.5分であった。100分以上群では合併症発生率が有意に高かった（OR 8.3，p<0.001）。また、回腸人工肛門閉鎖症例における検討でも、100分以上を要した症例では合併症発生率の増加を認めた（100分未満：4/57例［7%］，100分以上：5/14例［36%］，Fisher’s exact test p=0.012）。

【結語】
人工肛門閉鎖術後合併症は手術時間の延長と関連していた。今後症例を蓄積し手術時間の延長を来した背景も含めて検討していく必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）39　ストーマ 2

座長：近藤 圭策（鳳胃腸病院外科）

[P39-5] 傍ストーマヘルニア発生のリスク因子についての検討

*在田 麻美[1]、春名 健伍[1]、柳澤 公紀[1]、西沢 佑次郎[1]、安井 昌義[1]、武田 裕[1] (1. 独立行政法人労働者健康安全機構　関西労災病院)

【目的】傍ストーマヘルニア(parastomal hernia:PSH)はストーマ関連合併症のなかで最も頻度が高く、造設後年月が長くなるとともに発生頻度も50%以上まで増加する。今回傍ストーマヘルニア発生のリスク因子を後方視的に同定することを目的に本研究を行った。
【方法】2023年1月から2025年9月に当院で回腸または結腸ストーマを造設した100例を対象とした。年齢、性別、ストーマ挙上経路、併存症、および内臓脂肪、皮下脂肪等の患者背景因子とPSH発生の関係について検討した。内臓脂肪面積(visceral fat area: VFA),皮下脂肪面積(subcutaneous fat area: SFA)、内臓脂肪面積/皮下脂肪面積比(visceral to subcutaneous fat ratio: VSR)については画像解析ソフト（SYNAPSE VINCENT）を用いて臍レベルで計測した。
【結果】年齢、性別、ストーマ挙上経路において有意差を認めなかった。一方、BMI >25（p=0.0021）、VFA >100（p=0.0004）、SFA >100（p=0.0043）の各高値群では、有意にPSH発生率が高かった。術後の体重、VFA、SFAの増加率とPSH発生に関連は認めなかったが、VFAよりもSFAが増加する症例でPSHが発生しやすい傾向にあった（p=0.11）。また、併存症では糖尿病合併群で有意にPSH発生が多かった（p=0.0011）。
【結語】肥満（BMI、VFA、SFA高値）および糖尿病合併がPSH発生の有意なリスク因子であった。術後の脂肪分布の変化、特に皮下脂肪の増加がPSH発生に関与する可能性が示唆され、今後さらなる症例の蓄積による検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）39　ストーマ 2

座長：近藤 圭策（鳳胃腸病院外科）

[P39-6] 化学療法継続中に回腸人工肛門部 outlet obstruction を来し，経ストーマ減圧および柴苓湯併用により改善した Stage IV大腸癌の1例

*江嵜 就[1]、永吉 絹子[1]、伊勢 夏[1]、松本 奏吉[1]、安藤 陽平[1]、藤本 崇聡[1]、堀岡 宏平[1]、水内 祐介[1]、大内田 研宙[1] (1. 九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科)

【はじめに】回腸人工肛門造設後のoutlet obstructionはストーマ関連合併症の一つであり、時に術後治療継続の妨げとなる．今回，Stage IV大腸癌に対する回腸人工肛門造設後，化学療法継続中にoutlet obstructionを来したが，経ストーマ減圧および柴苓湯併用による保存的治療で改善し，すみやかに化学療法継続が可能となった1例を経験したので報告する．【症例】症例はStage IV大腸癌患者．手術時に回腸人工肛門を造設した．術後2日目より食事を再開し，術後6日目よりFOLFOXを開始した．術後12日目の外泊後より腸閉塞症状が出現し，術後17日目に腹痛増強およびストーマ排液消失を認めた．CTで回腸人工肛門部での通過障害および口側腸管拡張を認め，outlet obstructionと診断した．同日経ストーマ的チューブ挿入による減圧と柴苓湯投与を行ったところ，治療開始4日後に症状は改善し食事再開が可能となった．7日後に2コース目のFOLFOX＋Pmabを投与し，10日後に自宅退院となった．【考察】本症例は，手術や化学療法のため腸管浮腫を来たしやすい背景があり、腸閉塞を契機として回腸人工肛門部outlet obstructionが顕在化した可能性が考えられた．早期の保存的治療により改善が得られたことは，再手術回避および化学療法継続の観点から臨床的意義があると考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）39　ストーマ 2

座長：近藤 圭策（鳳胃腸病院外科）

[P39-7] 診察前情報環境における人工肛門情報の片側提示:共有意思決定の前提形成に着目した5媒体横断的パイロット研究

*須田 竜一郎[1]、石井 光子[2]、及川 芳徳[3]、町田 拓[1]、青木 沙弥佳[4]、笠原 啓介[5]、飯川 雄[5]、下田 辰也[5]、渡邉 大輔[5]、丹羽 夏海[1]、近藤 尚[1]、飯澤 勇太[1]、大野 幸恵[1]、中臺 英里[1]、岡庭 輝[1]、小林 壮一[1]、西村 真樹[1]、片岡 雅章[1]、柳澤 真司[1]、海保 隆[1] (1. 君津中央病院外科、2. 石川県立看護大学附属看護キャリア支援センター、3. 医療法人社団徳静会横畠病院、4. 亀田総合病院消化器外科、5. 君津中央病院リハビリテーション科)

【目的】人工肛門に関する診察前検索は、患者が医療者との対話に持ち込む不安、期待、回避感情、治療選択の前提を形成しうる。特に人工肛門は生活・身体像・就労・家族関係に関わるため、診察前に接触する情報の方向性は共有意思決定の質に影響する可能性がある。しかし、日本語オンライン環境で患者が最初に遭遇する「人工肛門」情報の構造的特徴を、検索エンジンとSNSを横断して記述した報告は乏しい。本研究は、診察前支援の基盤知見として、日本語オンライン人工肛門情報の品質、誤解誘発性、商業的誘導性、方向性提示を記述することを目的とした。
【対象と方法】2026年4月、ログアウト・シークレット条件下で「人工肛門」と検索し、Google、Yahoo! JAPAN、YouTube、Instagram、TikTokの各上位20件を取得した(意図100件、解析対象98件)。QUEST尺度と、J1(領域別参照基準との矛盾)、J2(誤解を誘発しうる提示)、J3(商業的誘導)の3二値判定を適用した。第1著者による全件評価、候補・境界項目22件の3者独立評価、その他76件の外部評価者確認を組み合わせた段階的評価デザインを用いた。J2陽性項目には方向性を付与し、陽性率はWilson 95%信頼区間で評価した。
【結果】J1陽性は0件(0.0%; 95%CI 0.0–3.8%)、J2陽性は12件(12.2%; 7.1–20.2%)、J3陽性は12件(12.2%; 7.1–20.2%)であった。J2陽性12件はすべて候補片側提示型情報パターン(OSFP)として解釈され、商業的誘導を伴うもの6件、伴わないもの6件であった。方向性は合意到達9件中、利点偏重2件、不利益偏重7件で、3件は方向性合意不成立であった。探索的三者一致度はJ2 κ=0.754、J3 κ=0.625、方向性κ=0.570であった。
【結論】本パイロットでは明白な参照基準矛盾は観察されなかった一方、誤解を誘発しうる片側的提示が約1割に認められた。これらは商業的誘導の有無を問わず存在し、合意到達例では不利益偏重が多かった。診察前情報環境における構造的バランス欠如は、人工肛門に関する共有意思決定の前提形成に関わる検討課題である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター6

一般演題（ポスター）39　ストーマ 2

座長：近藤 圭策（鳳胃腸病院外科）

[P39-8] 小腸人工肛門粘膜移植より発生した腺癌の1例

*竹原 朗[1]、渡邉 和英[1]、芝原 一繁[1] (1. 富山赤十字病院)

症例は80歳代男性. 20歳代で潰瘍性大腸炎により大腸全摘術を受けており, 右腹部に回腸人工肛門が造設されていた. 肺炎で施設入所中に人工肛門の陥没が進行し周囲の炎症所見が悪化してきたため当科に紹介された. 診察すると回腸人工肛門の高さは周囲皮膚とほぼ同レベルであり, 腸液の暴露により人工肛門周囲は発赤とびらん形成が高度であった. 当院WCNと相談しつつストマ管理を開始したところ周囲の炎症所見は徐々に改善傾向となった. 当科初診から約1年経過後に回腸人工肛門周囲皮膚の7時から9時方向に肉芽が出現し出血をきたすようになったため可及的に肉芽の切除を行った. しかしながら肉芽は繰り返し再発し腫瘤状に増大してきたため生検組織診を行ったところ, 病理組織学的に不整形, 乳頭状を呈する異形腺上皮の増生を認め, 免疫組織学的にCytokeratin7:(+), Cytokeratin 20:(-), CDX2:(+), p53:(+, diffuse)であり小腸由来のadenocarcinomaが示唆された. 原発巣精査のために腹部CT検査を施行したが, 小腸を含めた消化管全域に原発巣を示唆する腫瘍性病変は指摘できず, 他部位に明らかな転移病変も認めなかった. 腫瘤自体の深達度は皮下脂肪にとどまり明らかな筋層浸潤の所見は認めなかった.
患者の全身状態を考慮して局所麻酔下に腫瘤切除を施行, 腫瘤周囲で3mmのmarginを設定して水平方向を切離し, 垂直方向は皮下脂肪から外腹斜筋腱膜をつけて切除した.
切除標本の病理組織および免疫組織学的検査では, 生検組織と同様に小腸由来のadenocarcinomaの所見を認めた. 腫瘍周囲には皮膚粘膜移植と考えられる腺管組織が見られ, 腺管組織と腫瘍組織の間に連続性が認められた。以上から小腸人工肛門粘膜移植より発生した腺癌と診断した. 現在まで術後1年半経過し明らかな再発や新規病変は認めていない.
今回, 小腸人工肛門粘膜移植より発生した腺癌の1例を経験した. 人工肛門粘膜移植から発生した腺癌は非常に稀であり若干の文献的考察を加え報告する.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）40　痔核・裂肛

座長：那須 聡果（ウィメンズクリニック浦和）

[P40-1] 嵌頓痔核に対する保存的治療の有効性と長期成績および患者背景の検討

*青木 沙弥佳[1]、高橋 知子[1] (1. 亀田総合病院)

[P40-2] 痔核に対する結紮切除術

*小野 朋二郎[1]、渡部 晃大[1]、光藤 傑[1]、辻村 直人[1]、三宅 祐一朗[1]、竹中 雄也[1]、斎藤 徹[1]、竹中 玲子[1]、安田 潤[1]、相馬 大人[1]、根津 理一郎[1]、弓場 健義[1] (1. 大阪中央病院外科)

[P40-3] 急性増悪を伴う脱出性痔核に対する病態別治療戦略の検討

*丸屋 安広[1]、川原 大輔[1]、黒濱 大和[2] (1. 十善会病院 外科、2. 長崎大学原研病理)

[P40-4] 姑息的なALTA単独療法

*白畑 敦[1] (1. しらはた胃腸肛門クリニック横浜)

[P40-5] Sliding Skin Graft法 (SSG)に見られる縫合不全がExtended Sliding Flap Grafting法(ESG)で見られない3つの理由

*早川 一博[1] (1. 早川内科肛門科)

[P40-6] 当院における日帰り裂肛手術の現状と工夫

*井藤 尚武[1]、小泉 明博[1]、井田 在香[1]、井藤 尚文[1] (1. 八王子クリニック外科)

[P40-7] 急性肛門疾患に対するデルマパンチを用いた切開術の有用性

*及能 拓朗[1]、及能 達男[1] (1. 杉並肛門科クリニック)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）40　痔核・裂肛

座長：那須 聡果（ウィメンズクリニック浦和）

[P40-1] 嵌頓痔核に対する保存的治療の有効性と長期成績および患者背景の検討

*青木 沙弥佳[1]、高橋 知子[1] (1. 亀田総合病院)

【背景】
嵌頓痔核は急性の疼痛や腫脹を呈する肛門疾患であり、日常診療で頻繁に遭遇するが、治療方針に関するエビデンスは十分ではない。保存的治療の明確な基準はなく、施設や担当医により対応が異なるのが現状である。そこで、本疾患に対する保存的治療の成績を明らかにし、再発に関連する臨床的諸因子を検討した。
【対象と方法】
2016年1月から2026年1月までに当院で専門医により嵌頓痔核と診断され、経過の追えた35例。後方視的観察研究を行い、外来終診後の追跡調査を実施した。主要評価項目は保存的治療の奏功率、副次評価項目は再発率、手術移行率および再発関連因子とした。また、保存的治療により治癒した症例を対象に、治療満足度や生活への影響に関する前向きアンケート調査を併せて実施した。
【結果】
男性14人、女性21人で平均年齢は51.8±16.3歳であった。保存的治療のみで改善した症例は33例（94.3%）であった。保存治療後にGoligher分類3以上の痔核を認めた5例では手術加療を検討し、実際に手術を行った症例は2例（5.7%)であった。なお、追跡期間中に再発を認めた症例は3例（8.6%）であった。再発に関する臨床的諸因子の比較では、年齢（p=0.68)、性別（p=1.00)、分娩歴（p=0.35)、飲酒の有無（p=0.55）に有意差を認めなかった。一方、再発例（3例）では便秘や排便時怒責、排便時間延長といった排便困難に関連する因子を全例で認め、便秘の有無は再発との関連を示す傾向を認めた（p=0.07)。
【結論】
嵌頓痔核の多くは保存的治療のみで改善し、手術を要する症例は少数であった。再発は患者背景や疾患重症度よりも排便習慣などの修正可能な因子と関連する可能性が示唆された。保存的治療後のQOLや患者満足度については、前向き調査によりさらに検討する予定である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）40　痔核・裂肛

座長：那須 聡果（ウィメンズクリニック浦和）

[P40-2] 痔核に対する結紮切除術

*小野 朋二郎[1]、渡部 晃大[1]、光藤 傑[1]、辻村 直人[1]、三宅 祐一朗[1]、竹中 雄也[1]、斎藤 徹[1]、竹中 玲子[1]、安田 潤[1]、相馬 大人[1]、根津 理一郎[1]、弓場 健義[1] (1. 大阪中央病院外科)

痔核の術式は様々なものが報告されているが，多様な形態をとる痔核に対して柔軟に対応できる結紮切除術はその中心に据えるべき術式と考える．当科での結紮切除の手術手技について述べるとともに、結紮切除の短所を補うために当科で行っている工夫について述べる．
痔核手術は脊椎麻酔下，Jack-knife位で手術を施行する．痔核に対して結紮切除を行うにあたり，切除幅を不用意に拡げず上皮の温存に努めることや根部結紮を行ったのちに何度か結紮を追加することで根部の補強と吊り上げを行うなどの工夫をしている．具体的には根部を結紮したのちに根部結紮糸と粘膜切離端を縫合した糸を2回結紮して組織を根部結紮の方に集約させ，粘膜切離端の一部を根部方向に釣り上げる．その後肛門管外縁まで連続縫合して半閉鎖するが，切除個数が多い場合や肛門管が深い症例などではスリット式の肛門鏡を用いて肛門管の緊張を確認しつつ半閉鎖を行うなどの工夫も行っている．さらに結紮切除の短所を補う工夫として分離結紮や直腸粘膜の縫縮による吊り上げなどの手技を併用している．痔核の固定が肛門管部分で保たれており，牽引によりnotchを形成するような病変に対しては痔核本体のみを分離結紮する．また痔核が口側の直腸粘膜と共に大きく滑脱するような症例に対しては，MuRAL法を適応し，痔核本体から直腸粘膜の弛んだ部位までを連続的に縫縮することで弛んだ粘膜を挙上固定する．
2021年1月から2025年12月までの間に上記の手技を用いて痔核手術を行った症例は1157例であった．年齢の平均は52歳，男性583例，女性574例であった．痔核のGoligher分類はⅡ度が426例，Ⅲ度が539例，Ⅳ度が192例であった．1症例当たりの痔核は1カ所が128例，2ヶ所が191例，3か所以上が838例で，手術時間の平均は20.0分であった．施行した手技の内訳は結紮切除のみを行った症例が310例，分離結紮を併用した症例が561例で粘膜縫縮を併用した症例が569例であった．術後疼痛の目安として鎮痛薬の追加は117例（10.1%）に必要であった．止血処置を要した術後出血は29例（2.5%）に認めた．8例（0.7%）で再発を認め，2例にMuRAL手術を施行し，５例は保存的に軽快した．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）40　痔核・裂肛

座長：那須 聡果（ウィメンズクリニック浦和）

[P40-3] 急性増悪を伴う脱出性痔核に対する病態別治療戦略の検討

*丸屋 安広[1]、川原 大輔[1]、黒濱 大和[2] (1. 十善会病院 外科、2. 長崎大学原研病理)

【背景】脱出性痔核は急性増悪により疼痛や浮腫を伴い、時に還納困難となる。病態は内痔核主体、外痔核・血栓主体、粘膜脱合併など多様であり、急性期所見に応じた治療選択が必要である。今回、当院で経験した4例について検討した。
【対象・治療方針】2023年4月から2026年5月までに経験した4例を対象とした。初診時に還納の可否、粘膜の色調、浮腫、血栓形成、外痔核成分、粘膜脱の程度を評価した。壊死が疑われる症例や、還納後も高度の外痔核成分・粘膜脱が残存する症例では手術を検討した。還納可能で壊死を認めない症例では、用手還納、温罨法、鎮痛、排便管理などの保存的加療を行った。急性期改善後も内痔核性脱出が残存する場合は、外痔核成分の程度と患者希望を考慮し、待機的ALTAまたは保存的加療を選択した。
【症例】症例1は80歳代男性。巨大脱出と高度の外痔核成分、粘膜脱を認めた。腰椎麻酔下に還納可能となったが病変が高度であり、皮膚橋を温存したLEと減張目的のSSGを施行した。病理ではうっ血と血栓形成を伴う外痔核および肛門ポリープの所見であった。症例2は20歳代男性。用手還納と保存的加療により急性炎症は改善したが、内痔核性脱出が残存したため待機的ALTAを施行した。症例3は60歳代男性。保存的加療で急性症状は改善したが脱出が残存し、手術・ALTAを希望しないため保存的加療を継続している。症例4は60歳代男性。温罨法を併用して用手還納し、急性期改善後に残存した脱出に対して待機的ALTAを施行した。
【結果】手術1例、待機的ALTA2例、保存的加療継続1例で、全例で急性症状の改善を認めた。手術例では狭窄や再脱出を認めず、ALTA施行例も再脱出なく経過している。
【結語】急性増悪を伴う脱出性痔核では、還納性、壊死所見、外痔核成分、粘膜脱の程度を評価し、急性期手術、保存的加療、待機的ALTAを選択することが重要である。還納可能で壊死を認めない症例では急性期手術を回避し、残存病変と患者希望に応じて待機的治療へ移行できると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）40　痔核・裂肛

座長：那須 聡果（ウィメンズクリニック浦和）

[P40-4] 姑息的なALTA単独療法

*白畑 敦[1] (1. しらはた胃腸肛門クリニック横浜)

ALTAの長所は簡便で低侵襲であるため併用療法ではALTAの長所は十分に活かせない。単独療法において長所が最大限になるため根治性の問題はあるが貴重な治療として注目されるべきであり当院ではALTA単独治療を積極的に施行している。当院では標準術式として根治性を求めて基本的に併用療法としている。しかし根治性より様々な要因を優先して術前から姑息的手術として説明しALTA単独療法を施行する事も少なくない。2025年の当院痔核手術622例中ALTA単独療法は138例で後方視的カルテ調査では姑息的ALTA単独とインフォームドコンセントしている症例は単独治療中80例であった。ALTA単独治療を姑息的治療に応用とする事は恥ずべき事ではないと考え今回姑息的ALTA治療について報告する。痔核患者は病状の進行に伴いさまざまな症状を呈し身体的苦痛のみならず精神的・社会的苦痛を伴うためその原因を除去することが痔核を形態的に根治する事と同様に重要と考える。姑息的なALTA単独療法としては①痔核の形態的な側面：外痔核成分が大きく切除（E）が必要な症例であっても疼痛の不安が許容できない、訴えが内痔核による症状のみの場合②社会的な側面：安静ができない、時間がない、仕事が多忙で休めないなどの場合③全身状態からの側面：高齢者・癌の終末期・抗血栓薬休薬困難な場合である。姑息的な単独療法であるが手術は必ず麻酔下（当院では仙骨硬膜外麻酔）にてZ式肛門鏡で4段階法に準じて施行している。姑息的な治療であるからこそ術中麻酔下診断（Examination Under Anesthesia: EUA）が重要であり術後の経過観察、再発時のstrategyに不可欠である。姑息的なALTA治療は当然再発率が高くなることが予想される。しかし、患者の満足度は高く、当院では出血や疼痛などの症状の再燃や形態的に再発を認めても積極的に外科治療を希望する症例は少なく外用薬による保存的加療による対症療法が多かった。その理由はQOLが大幅に改善したため、治療目標を患者医師間で共有しそれを実践できたためと推測できる。今後、姑息的であっても単独治療の適応・位置付けの議論が必要でありコンセンサスの形成が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）40　痔核・裂肛

座長：那須 聡果（ウィメンズクリニック浦和）

[P40-5] Sliding Skin Graft法 (SSG)に見られる縫合不全がExtended Sliding Flap Grafting法(ESG)で見られない3つの理由

*早川 一博[1] (1. 早川内科肛門科)

1996年の本学会で初めてESG法を報告させていただいた。当時とほぼ同じ術式でその後も肛門狭窄を治療して期待に沿える術式であることは報告してきた。 ESG法には、SSG法で求められる粘膜皮膚縫合の制限がなく、SSG法で多く認められる術後縫合不全を認めない。 大きな手術でも縫合不全を認めない。 今回、その理由を私なりに3点指摘させていただく。 ①SSG法では外側に減張切開が行われているが、術後早期は術創の緊張はこれにより取れているが、減張切開部に新しい皮膚ができることはなく早期に癒合するため縫合部に離開するような緊張がかかってしまう。これに比べESG法では術後のSSG法に認められるような手術創の戻りがない。そのため、手術直後の創はその後も緊張がかからずよい状態を維持するのである。 ②SSG法にできる皮膚弁はもともと円形の皮膚を半径で切開し無理やり半円形に広げた状態で縫合するため、創自体がもとの形に戻ろうとする力がどうしても強くなってしまう。 最近ではこの負担を小さくするためにさらにSSG法の手術を小さくする術式も考えられているが、手術を小さくすれば肛門狭窄を改善する能力も小さくなってしまうだろう。 ESG法ではこの皮膚弁はかなり細い長円形を薄く半径で切開するため、術後創にかかる戻ろうとする力が起きず皮膚弁自体のかかる負担が起きないのである。 ③SSG法では術後創治癒後、肛門が拡張する皮膚の移動がなく、肛門縁に直角に切開した創を横に縫う縫合部だけに負担がかかっている。 結局名前はスライディングスキンとついているものの最終的には皮膚はスライディングしていないのである。ESG法においては肛門から2本の放射状切開が加わり、皮下剥離をすることで皮膚が伸び、この放射状切開に僧坊状の皮膚欠損部ができる。同部位にも術後新しい皮膚ができるわけでなく左右の皮膚縁が癒着して閉鎖する。 この際肛門から離れた創部の皮膚面積は縮小し、その縮小した面積分が肛門拡張に使われているのである。 一見ESG法はSSG法と似た術式に見えてしまうが理論的に考えて全く別の術式であり、その点を認識していただきたいと考えている。 今回はその理論を確実に皆様にお教えしたい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）40　痔核・裂肛

座長：那須 聡果（ウィメンズクリニック浦和）

[P40-6] 当院における日帰り裂肛手術の現状と工夫

*井藤 尚武[1]、小泉 明博[1]、井田 在香[1]、井藤 尚文[1] (1. 八王子クリニック外科)

【背景】裂肛は出血や疼痛を伴う肛門疾患の一つであり，日常診療で頻繁に認められる. 保存的治療や排便指導で改善することが多いが，慢性化し瘢痕形成やポリープ形成，肛門狭窄を伴う症例では外科的治療が行われる. 本邦では側方内括約筋切開術（LIS）や皮膚弁移動術（SSG）が広く行われる一方, 海外ではLISを標準術式としながらも, 括約筋温存を目的とした低侵襲治療が行われており，CO_2レーザーを用いた治療の報告もみられる. また，用手肛門拡張は従来その有効性に議論があったが，近年は制御下用手肛門拡張（controlled anal dilatation: CAD）として再評価されている.

【目的】当院における日帰り裂肛手術の現状を整理し，手技および運用上の工夫を報告する.

【対象・方法】2025年1月1日から12月31日までに当院で外科的治療を要した慢性裂肛に対して日帰り手術を施行した症例を対象とし，その手技および術後経過について検討した.

【手技】当院ではCO_2レーザーによる瘢痕蒸散を基本とし，必要に応じて制御下用手肛門拡張（CAD）を併用した日帰り裂肛手術を行っている. 手術は仙骨硬膜外麻酔下，ジャックナイフ位で施行する. 慢性裂肛に伴う瘢痕および潰瘍辺縁，ポリープに対してCO_2レーザーで蒸散を行い，肛門狭窄や括約筋緊張が強い症例では制御下に肛門拡張を追加する. 肛門拡張は外径35 mmの筒形肛門鏡がスムーズに挿入可能となることを目安としている. レーザーは照射距離によりfocused beamとdefocused beamを使い分け，主にdefocused beamで蒸散し，必要に応じてfocused beamでドレナージ創を作成する.

【結果】対象とした慢性裂肛手術は88例であった. 麻酔下で再手術を要した症例は認めなかったが，術後外来で肛門鏡による拡張を要した症例を6例認めた. 重篤な合併症は認めなかった.

【結語】当院における日帰り裂肛手術の現状と工夫について報告した.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）40　痔核・裂肛

座長：那須 聡果（ウィメンズクリニック浦和）

[P40-7] 急性肛門疾患に対するデルマパンチを用いた切開術の有用性

*及能 拓朗[1]、及能 達男[1] (1. 杉並肛門科クリニック)

肛門科診療において、肛門周囲膿瘍や血栓性外痔核は強い疼痛を伴い、迅速な外科的処置を要する代表的な急性疾患である。これらに対する標準的治療は切開排膿や血栓摘出術であり、速やかな介入が症状緩和および感染制御に直結する。一方で、従来の線形あるいは紡錘状切開は創が比較的大きく、術後疼痛や整容面への影響が課題となる場合がある。
デルマパンチは皮膚科および形成外科領域において、皮膚生検や黒子切除、粉瘤摘除などに広く用いられている円筒状刃を有する器具であり、一定径の組織切除や切開を容易に行うことができる。当院ではこの特性に着目し、上記疾患に対する迅速かつ簡便な切開法としてデルマパンチを導入した。手技としては、腫脹部に十分な局所麻酔を施行後、4mm径のデルマパンチを病変部に垂直に当て、回転操作により円形に穿破し、形成された切開口から排膿あるいは血栓摘出を行う。膿瘍にsetonを留置する際は、デルマパンチでさらに1か所追加切開を行い、2か所の切開口にゴム輪を通す。
本手技は従来法と比較して、操作が迅速かつ簡便であり、小径の円形創のみで良好なドレナージが得られる点が特徴である。また創部が最小限にとどまることで術後疼痛の軽減が期待され、創は治癒過程において目立ちにくく、整容性にも優れる。加えて、本手技は肛門周囲膿瘍および血栓性外痔核のみならず、炎症性粉瘤のドレナージにも応用可能であり、外来診療における有用性は高いと考えられる。以上より、デルマパンチを用いた切開術は、肛門科領域における簡便な切開法の一つとして有効な治療手技となり得ると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）41　早期大腸癌・内視鏡治療２

座長：藤田 浩（出水総合医療センター）

[P41-1] ESD施行後追加切除を行なったStageI直腸癌術後6年目にCA19-9の上昇を伴う総腸骨動脈分岐部リンパ節転移をきたした1例

*近藤 裕哉[1]、北村 洋[1]、辻仲 眞康[1]、三浦 智也[1]、初沢 悠人[1] (1. 東北医科薬科大学病院消化器外科)

[P41-2] AFPおよびSALL4陽性を示した粘膜下層深部浸潤直腸癌の1例

*飯澤 勇太[1]、須田 竜一郎[1]、片岡 雅章[1]、西村 真樹[1]、小林 壮一[1]、岡庭 輝[1]、中臺 英里[1]、大野 幸恵[1]、近藤 尚[1]、丹羽 夏海[1]、根本 理史[1]、前田 笑里佳[1]、福永 由佳[1]、柳澤 真司[1]、海保 隆[1]、板垣 信吾[2]、熊谷 恵里菜[3]、吉田 有[3] (1. 国保直営総合病院　君津中央病院　外科、2. 国保直営総合病院　君津中央病院　病理診断科、3. 国保直営総合病院　君津中央病院　消化器内科)

[P41-3] 早期下部直腸癌におけるMRIによる側方リンパ節評価の重要性を示唆する1例

*阿部 ゆりあ[1]、筋野 博喜[1]、武田 裕之[1]、永松 竜[1]、織本 尚樹[1]、久保山 侑[1]、有働 竜太郎[1]、笠原 健大[1]、刑部 弘哲[1]、真崎 純一[1]、桒原 寛[1]、小熊 潤也[1]、古賀 寛之[1]、金沢 景繁[1]、永川 裕一[1] (1. 東京医科大学消化器・小児外科学分野)

[P41-4] 直腸癌に対してESD施行後第38病日目に動脈性の後出血を発症した１例

*丹羽 浩一郎[1]、松澤 宏和[1]、吉野 耕平[1]、齋田 将之[1]、関 英一郎[1] (1. 太田総合病院外科)

[P41-5] 前回大腸内視鏡所見からみた当院健診センター便潜血陽性者の再検大腸内視鏡における高度病変検出率の検討

*山田 光成[1] (1. 大阪府済生会富田林病院)

[P41-6] 市中病院における大腸内視鏡治療成績

*河合 雅也[1]、矢島 沙織[1]、丸山 弘[1]、山口 真彦[1]、黒田 徹[1]、松本 力雄[1] (1. 赤心堂病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）41　早期大腸癌・内視鏡治療 2

座長：藤田 浩（出水総合医療センター）

[P41-1] ESD施行後追加切除を行なったStageI直腸癌術後6年目にCA19-9の上昇を伴う総腸骨動脈分岐部リンパ節転移をきたした1例

*近藤 裕哉[1]、北村 洋[1]、辻仲 眞康[1]、三浦 智也[1]、初沢 悠人[1] (1. 東北医科薬科大学病院消化器外科)

【はじめに】
大腸癌術後の再発は、その約80%が3年以内、95%以上が5年以内に発見される。今回、pStage I直腸癌術後5年無再発で経過観察終了後に、早期胃癌の精査を契機としてCA19-9の上昇を伴う孤立性の総腸骨動脈分岐部リンパ節再発をきたした、稀な晩期再発の1例を経験したため報告する。
【症例】
70代男性。X-6年5月、早期直腸癌（Rb）に対してESDを施行した。病理組織診断（pT1b, pap>muc, SM >2.5mm, Ly1a, V1a, Pn1a, pVM1, pHMX）に基づき、追加切除として腹腔鏡下直腸切断術(D2郭清）を施行した。切除腸管に癌遺残なく、リンパ節転移を認めず[#251 (0/10）, #252 (0/5)]、pStage Iと診断した。術後補助化学療法は行わず、術後5年無再発を確認して経過観察を終了した。X年1月、前医で施行した上部消化管内視鏡検査で早期胃癌と診断され、ESD施行の方針となった。スクリーニングで施行したCTにて孤立性の総腸骨動脈分岐部リンパ節腫大(15mm)を認めた。術後5年時のCA19-9 は20.7 U/mLと正常範囲であったが、157.0 U/mLと著明に上昇していた。確定診断および治療方針決定のため、腹腔鏡下リンパ節摘出生検を施行した。病理組織学的に、粘液産生を伴う腺癌の増殖を認め（muc)、直腸癌術後6年目のリンパ節再発と診断した。現在、化学療法を施行中である。
【考察】
本症例においては、ESD標本でSM深部浸潤・脈管侵襲・神経侵襲を認め、追加切除でリンパ節転移は認められなかったものの、潜在的な再発リスクを有していたと考えられる。既往手術による癒着により解剖は複雑であったが、腹腔鏡下手術により低侵襲かつ安全に組織診断が実施可能であった。

【結語】
Stage Ⅰ の直腸癌術後6年目に総腸骨動脈分岐部リンパ節再発をきたした1例を経験した。同部位に晩期かつ孤立性リンパ節再発をきたした機序について、文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）41　早期大腸癌・内視鏡治療 2

座長：藤田 浩（出水総合医療センター）

[P41-2] AFPおよびSALL4陽性を示した粘膜下層深部浸潤直腸癌の1例

*飯澤 勇太[1]、須田 竜一郎[1]、片岡 雅章[1]、西村 真樹[1]、小林 壮一[1]、岡庭 輝[1]、中臺 英里[1]、大野 幸恵[1]、近藤 尚[1]、丹羽 夏海[1]、根本 理史[1]、前田 笑里佳[1]、福永 由佳[1]、柳澤 真司[1]、海保 隆[1]、板垣 信吾[2]、熊谷 恵里菜[3]、吉田 有[3] (1. 国保直営総合病院　君津中央病院　外科、2. 国保直営総合病院　君津中央病院　病理診断科、3. 国保直営総合病院　君津中央病院　消化器内科)

【背景】
AFP（alpha-fetoprotein）産生大腸癌は稀な腫瘍であり、多くは診断時に進行癌または遠隔転移を伴い，通常型大腸癌と比較して予後不良とされる。今回、AFPおよびSALL4陽性を示したSM深部浸潤癌の一例を経験したため報告する。
【症例】
患者は60歳代男性。検診で便潜血陽性を指摘され当院を紹介受診。下部消化管内視鏡検査で上部直腸に30 mm大の隆起性病変を認めた。病変表面は分葉状かつ不整で，正常粘膜構造は消失していた。術前評価で明らかな遠隔転移を認めず，shared decision makingの結果、ESDを施行した。
【病理所見】
切除標本中に30×26mm大の腫瘍を認めた。組織学的には，淡明な胞体を有する高円柱状腫瘍細胞が不整な腺管構造を形成しながら浸潤性に増殖していた。腫瘍辺縁部には高分化腺癌と腺腫成分が混在していた。腫瘍はSM深部に浸潤し、浸潤距離は5000μmであった。静脈侵襲を軽度に認めたが、リンパ管侵襲は認めなかった。tumor buddingはBD1であった。水平断端・垂直断端はいずれも陰性であった。免疫染色ではAFPが腫瘍細胞質の一部に陽性を示し，SALL4が腫瘍細胞核に陽性を示しており，AFP産生腺癌と診断した。後日施行した追加切除標本では、原病巣切除部に腫瘍遺残を認めず、所属リンパ節転移も認めなかった。
【考察】
AFP産生大腸癌は全大腸癌のなかでも稀な腫瘍である。診断時に進行癌であることが多く，低分化腺癌成分や肝様分化を伴う頻度が高く通常型大腸癌と比較して予後不良とされている。本症例では，HE染色で通常型腺癌とは異なる，淡明な胞体を有する高円柱状腫瘍細胞を広範に認めており，AFP発現を認めた。AFP産生SM深部浸潤大腸癌の報告は極めて少なく，本症例はAFP産生大腸癌の早期病変を理解する上で貴重な症例である。
【結語】AFPおよびSALL4陽性を示したSM深部浸潤癌の1例を経験した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）41　早期大腸癌・内視鏡治療 2

座長：藤田 浩（出水総合医療センター）

[P41-3] 早期下部直腸癌におけるMRIによる側方リンパ節評価の重要性を示唆する1例

*阿部 ゆりあ[1]、筋野 博喜[1]、武田 裕之[1]、永松 竜[1]、織本 尚樹[1]、久保山 侑[1]、有働 竜太郎[1]、笠原 健大[1]、刑部 弘哲[1]、真崎 純一[1]、桒原 寛[1]、小熊 潤也[1]、古賀 寛之[1]、金沢 景繁[1]、永川 裕一[1] (1. 東京医科大学消化器・小児外科学分野)

症例は79歳、女性。便潜血陽性を契機に前医で下部消化管内視鏡検査を施行され、下部直腸に早期癌を認めたため、精査加療目的に当院紹介となった。当院での下部消化管内視鏡検査では、歯状線より1.5cm口側の下部直腸に0-Ⅱa＋Ⅱc病変を認め、粘膜下層深部浸潤が疑われた。造影CTおよびMRIでは、左側方リンパ節領域、No.283に18mm大の腫大リンパ節を認め、側方リンパ節転移が疑われた。以上より、下部直腸癌、cT1bN3M0、cStage Ⅲbの診断で、ロボット支援腹腔鏡下括約筋間切除術、上方D3郭清、両側側方リンパ節郭清、一時的回腸人工肛門造設術を施行した。手術時間は335分、出血量は10mLであった。術後はストマ管理手技の習得に時間を要したものの、重篤な合併症なく経過し、術後第15病日に退院した。病理組織学的検査では、原発巣はpT1bであり、左No.283リンパ節に転移を認め、pT1bN3M0、pStage Ⅲbと診断した。
T1b直腸癌における側方リンパ節転移は比較的まれであるが、下部直腸癌では早期癌であっても側方リンパ節転移を来す可能性がある。本症例は、術前MRIにより側方リンパ節腫大を確認し、適切な術式選択につながった症例であった。下部直腸癌では早期癌と考えられる症例においても、MRIによる側方リンパ節評価を行うことが重要であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）41　早期大腸癌・内視鏡治療 2

座長：藤田 浩（出水総合医療センター）

[P41-4] 直腸癌に対してESD施行後第38病日目に動脈性の後出血を発症した１例

*丹羽 浩一郎[1]、松澤 宏和[1]、吉野 耕平[1]、齋田 将之[1]、関 英一郎[1] (1. 太田総合病院外科)

【はじめに】早期の大腸癌に対して行う粘膜下層剥離術(ESD)は，広く普及した手技である．ESD術後の後出血は日常臨床で遭遇する可能性のある合併症である．後出血の発症は比較的早期に発症することが多く，術後１カ月以上経過して発症することはまれである．今回，我々は直腸癌に対してESD施行後第38病日目に動脈性の後出血を発症した１例を経験したので報告する．【症例】70歳代，男性．既往歴として前立腺癌に対して小線源療法施行と，肺塞栓症でアピキサバン内服中であった．直腸Rbの早期癌に対してESDを施行した．術後経過は良好で，合併症も無く第7病日目に退院となった.切除した直腸癌の病理結果はtub2 Tis Ly0 V0 で根治切除となった．ESDから第38病日目に突然血便を認めたため当科を受診した．来院時身体所見では血圧低下と，鮮血便を認めた。血液検査所見はHb10.7g/dlと貧血を認めた．CT検査では，動脈相で直腸内に造影剤の血管外漏出像を認めた．同日緊急にて止血目的に下部消化管内視鏡検査を施行した．直腸RbにESD後の潰瘍が残存し，拍動する露出血管にクリップによる止血術を施行した．内視鏡的止血術後に症状の再燃はなく退院となった．【考察】通常大腸ESD後の後出血は術後2-3日の早期に起こる事が多いとされている．今回の症例では術後第38病日目と長期間経過後に後出血を発症した．その原因として術後長期間経過していたがESD後の潰瘍が残存しており，前立腺癌に対する放射線加療による創傷治癒遅延も一因であると考えられた．また，ESDにおける後出血のリスク因子である病変部位が直腸である事、抗血栓薬服用例である事も複合的に影響したと考えられた．骨盤内の放射線加療の既往がある場合には，大腸ESDの合併症として術後長期間経過後の後出血も考慮して慎重に対応する事が重要であると考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）41　早期大腸癌・内視鏡治療 2

座長：藤田 浩（出水総合医療センター）

[P41-5] 前回大腸内視鏡所見からみた当院健診センター便潜血陽性者の再検大腸内視鏡における高度病変検出率の検討

*山田 光成[1] (1. 大阪府済生会富田林病院)

【背景・目的】便潜血陽性者に対しては精密大腸内視鏡検査が必要であるが、前回大腸内視鏡所見により再検大腸内視鏡での高度病変検出率がどの程度異なるかは十分に整理されていない。そこで、当院健診センター便潜血陽性者を対象に、前回大腸内視鏡所見と今回大腸内視鏡所見との関連を後方視的に検討した。
【対象・方法】2025年4月1日から2025年12月31日までに当院健診センターで便潜血陽性となり、当院で精密大腸内視鏡検査を施行した無症状受診者のうち、前回大腸内視鏡所見が確認できた40例を対象とした。CRC術後、早期大腸癌ESD後などのサーベイランス症例および有症状症例は除外した。前回大腸内視鏡所見を、陰性または非腫瘍性病変のみの群と、ポリープ・腫瘍性病変を認めた群に分類し、今回大腸内視鏡所見を比較した。高度病変はadvanced neoplasia（AN）とし、advanced adenoma、Tis、T1以深癌を含むものと定義した。
【結果】対象40例の平均年齢は68.7歳で、男性23例、女性17例であった。今回大腸内視鏡所見は、腫瘍性病変なし22例、非advanced腺腫13例、advanced adenoma 5例で、TisおよびT1以深癌は認めず、高度病変（AN）は5例（12.5%）であった。前回陰性または非腫瘍性病変のみの症例は18例で、高度病変は1例（5.6%）であった。一方、前回ポリープ・腫瘍性病変ありの22例では高度病変を4例（18.2%）に認めた。前回陰性群のうち、前回大腸内視鏡から5年未満の10例では高度病変を認めず、5年以上の8例で1例に高度病変を認めた。
【結論】当院健診センター便潜血陽性者のうち、前回大腸内視鏡で陰性または非腫瘍性病変のみであった症例では、再検大腸内視鏡における高度病変検出率は低い傾向を示した。予定外に便潜血陽性となった症例に対する対応が一律ではない中、前回大腸内視鏡所見は再検大腸内視鏡適応を考える際の層別化因子となる可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター7

一般演題（ポスター）41　早期大腸癌・内視鏡治療 2

座長：藤田 浩（出水総合医療センター）

[P41-6] 市中病院における大腸内視鏡治療成績

*河合 雅也[1]、矢島 沙織[1]、丸山 弘[1]、山口 真彦[1]、黒田 徹[1]、松本 力雄[1] (1. 赤心堂病院外科)

【目　的】
市中病院における大腸内視鏡検査の目的は、二次検診による病変のスクリーニングである。しかし、発見された大腸腫瘍に対してそのまま治療を行う可能性もあり、統計的な診断の内訳や治療成績を認識しておくことは非常に重要である。
【対象と方法】
当院で2025年4月～2026年3月の1年間に内視鏡治療を行った454例を対象とした。処置方法、一括切除率、病理診断について解析し、さらに悪性症例についても詳細を検討した。複数個所の処置を行った症例は、最も悪性度(異形度)の高いもの、または最大の病変を選択し、重複カウントはしなかった。処置方法は、ポリペク(Cold Snare Polypectomy, Cold Forceps Polypectomy, Polypectomyの合計)、Endoscopic Mucosal Resection(以下EMR)、Endoscopic Submucosal Dissection(以下ESD)の3つの処置に分類した。
【結　果】
内訳は処置件数でポリペク：EMR：ESDが161：266：27であり、一括切除は447例 (98.5%)であった。また、悪性の病理診断は39例(8.6%)であった。
悪性疾患の詳細は、処置件数でポリペク：EMR：ESDが4：21：14であり、一括切除は34例(87.2%)であった。腫瘍占居部位は右側：左側で13：26であり、S状結腸が14例(35.9%)と最も多かった。病理診断の内訳は腺癌37例、神経内分泌腫瘍2例であった。
【考　察】
　日本消化器がん検診学会の2022年の統計データによれば、一次検診で大腸内視鏡検査を行った0.3%前後で大腸癌が指摘されている。いくつかの学会発表レベルの報告ではあるが、市中病院で内視鏡治療を行った症例の2-8%で大腸癌が指摘されており、当院での治療症例でもほぼ同様の割合で大腸癌が検出されていた。また、当院では占居部位が左側の症例と、処置がESDの症例で癌が多い結果であった。文献的な考察を加え報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）42　症例：大腸良性疾患その他３

座長：岩田 乃理子（江戸川病院外科）

[P42-1] 大腸pyogenic granulomaの1例

*工藤 智拓[1]、澤谷 学[1]、堀 優太[1]、長山 翼[1,2]、宮代 楓[1,2]、相馬 郷[1,2]、佐竹 美和[1,2]、五十嵐 崇徳[1]、松木 明彦[1]、石黒 陽[1] (1. 弘前総合医療センター消化器・血液内科、2. 弘前大学大学院医学研究科消化器血液免疫内科)

[P42-2] 虫垂水腫状を呈した慢性虫垂炎の1例

*福 昭人[1] (1. 医療法人福慈会　福外科病院)

[P42-3] 脊柱管狭窄症による膀胱直腸障害に続発した宿便性大腸穿孔の一例

*若生 彩佳[1]、田邊 太郎[1]、安藤 熙典[1]、木村 熙伸[1]、北條 真鈴[1]、德永 良太[1]、保母 貴宏[1]、横山 登[1] (1. 昭和医科大学江東豊洲病院消化器外科)

[P42-4] 高度便秘症に対し仙骨硬膜外麻酔下に外来摘便を施行した1例

*鈴木 崇史[1]、石山 元太郎[1]、井 翔一郎[1]、佐藤 綾[1]、秋月 恵美[1]、西尾 昭彦[1]、石山 勇司[1] (1. 札幌いしやま病院)

[P42-5] 鉗子分娩後早期に発症した直腸膣瘻の1例

*美甘 麻裕[1]、杉原 守[1]、高木 徹[1]、岩瀬 友哉[1]、立田 協太[1]、杉山 洸裕[1]、赤井 俊也[1]、竹内 裕也[1] (1. 浜松医科大学外科学第二講座)

[P42-6] 血液透析移行後に発症した被嚢胞性腹膜硬化症(EPS)に対する外科的膜剥離術の1例

*大里 祐樹[1]、鈴木 陽三[1]、清水 潤三[1]、岩本 和哉[1]、富田 尚裕[1] (1. 市立豊中病院　消化器外科)

[P42-7] 妊娠30週に発症した急性虫垂炎に対して腹腔鏡下虫垂切除術を施行した1例

*山澤 海人[1]、後藤 圭佑[2]、鈴木 佑磨[2]、月原 秀[2]、鎌田 哲平[2]、武田 泰裕[2]、大熊 誠尚[2]、小菅 誠[2]、衛藤 謙[2] (1. 東京慈恵会医科大学外科学講座、2. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）42　症例：大腸良性疾患その他 3

座長：岩田 乃理子（江戸川病院外科）

[P42-1] 大腸pyogenic granulomaの1例

*工藤 智拓[1]、澤谷 学[1]、堀 優太[1]、長山 翼[1,2]、宮代 楓[1,2]、相馬 郷[1,2]、佐竹 美和[1,2]、五十嵐 崇徳[1]、松木 明彦[1]、石黒 陽[1] (1. 弘前総合医療センター消化器・血液内科、2. 弘前大学大学院医学研究科消化器血液免疫内科)

【症例】66歳、男性【既往歴】2020年、2024年　右気胸【現病歴】2024年6月に近医外科に右気胸で入院。Hb6.5 g/dLの貧血があり同院内科へ紹介となった。EGDでは胃潰瘍瘢痕があり、CSではS状結腸に3cm大の隆起性病変があったほか、多発大腸ポリープがあり、同年7月に当科紹介となった。【経過】8月に入院のうえ9病変を内視鏡切除、病理では粘膜内癌が3病変、腺腫が3病変、SSLが1病変、過形成性ポリープが2病変であった。2025年8月にサーベイランス目的にCSを施行したところ上行結腸に10mm大の強い発赤調の亜有茎性隆起性病変がみられた。頂部には粘液が強固に付着しており観察範囲内では表面構造は消失していた。ポリペクトミーを施行ところ、病理ではpyogenic granulomaで断端陰性であった。前医CS、当院の1年前のCSでは確認できていない病変であった。【考察】pyogenic granulomaは皮膚に多くみられ、消化管では口唇、歯肉、舌、食道に多く、大腸の報告は稀である。成因としては感染、外傷、慢性刺激など局所因子が原因と考えられている。血便や貧血で発見されることが多いが、本症例では2回のCSで病変が発見されておらず偶発的に発見された。CSによる機械的刺激が成因となった可能性はあるが、見逃しの可能性も否定できず因果関係は不明である。【結語】サーベイランスCSで発見された大腸pyogenic granulomaの1例を経験した。文献的考察を加え報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）42　症例：大腸良性疾患その他 3

座長：岩田 乃理子（江戸川病院外科）

[P42-2] 虫垂水腫状を呈した慢性虫垂炎の1例

*福 昭人[1] (1. 医療法人福慈会　福外科病院)

症例は79歳の女性。主訴は便潜血陽性と右側腹部違和感。既往歴は１年前に脳梗塞で保存的治療を受けていた。昨年8月に右下腹部痛で近医を受診した。炎症所見が高度のため他院に紹介された。右下腹部腫瘤、付属器炎と診断され入院の上抗菌剤で加療された。さらなる精査で膿瘍形成を伴った虫垂炎と最終診断された。手術を勧められたが拒否した。当院には便潜血陽性で受診し、全大腸内視鏡検査を施行してポリープを認めたので切除した。初診時に胸部、腹部理学的所見を認めなかったが、前回の虫垂炎が気になり時々右側腹部違和感を感じるので精査を希望された。腹部単純CTでは虫垂の腫大が著しく内部は均一な低吸収域を呈していた。MRIでも同様の所見で虫垂水腫や粘液腫などが疑われた。手術を希望されたので腹腔鏡下虫垂切除術を施行した。虫垂はびまん性に腫脹しているが膿の付着や線維化、大網の癒着などはなかった。先端は後腹膜に埋没していたが鈍的に剥離でき順行性に虫垂切除術を施行した。虫垂内部には液体の貯留を認めなかった。病理診断は慢性虫垂炎であった。虫垂水腫のCT所見は、虫垂が嚢状に拡張し長径１５mm以上が目安となる。内部は低吸収で管状構造となり盲腸との連続性があるのが特徴である。粘液癌や腺腫との鑑別を要するので文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）42　症例：大腸良性疾患その他 3

座長：岩田 乃理子（江戸川病院外科）

[P42-3] 脊柱管狭窄症による膀胱直腸障害に続発した宿便性大腸穿孔の一例

*若生 彩佳[1]、田邊 太郎[1]、安藤 熙典[1]、木村 熙伸[1]、北條 真鈴[1]、德永 良太[1]、保母 貴宏[1]、横山 登[1] (1. 昭和医科大学江東豊洲病院消化器外科)

背景
宿便性大腸穿孔は、慢性便秘を背景に腸管内圧が上昇し、腸管壁の阻血・壊死を来すまれな外科的緊急症である。今回われわれは、脊柱管狭窄症に対する除圧術後に膀胱直腸障害が遷延し、宿便性大腸穿孔を発症した一例を経験したので報告する。
症例
83歳男性。高血圧、早期食道癌、脊柱管狭窄症（既往にTLIF施行）の既往あり。数ヶ月前より排尿困難・頻尿・便秘が急性発症した。前立腺肥大症として加療されるも改善なく尿道カテーテルを留置した。脊柱管狭窄症による膀胱直腸障害と診断し、L4/5除圧術を施行した。術後も排尿障害・便秘が遷延し、下剤調整を継続した。術後約3週間後に急性腹痛が出現、CTにてfree airを認め、宿便性大腸穿孔の診断のもと緊急手術を施行した。穿孔部位はSDjunction口側であり、腹腔内汚染を考慮しハルトマン手術を選択した。
考察
宿便性穿孔はS状結腸・直腸S状部に好発し、本症例も典型的な部位であった。脊柱管狭窄症術後に膀胱直腸障害が遷延する症例では排尿障害に注目が集まりがちであるが、排便障害も重篤な合併症に至りうる。下剤調整のみに依存せず、摘便・浣腸の実施や腹部X線による糞便貯留の定期的な評価など、積極的な排便管理が穿孔予防に重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）42　症例：大腸良性疾患その他 3

座長：岩田 乃理子（江戸川病院外科）

[P42-4] 高度便秘症に対し仙骨硬膜外麻酔下に外来摘便を施行した1例

*鈴木 崇史[1]、石山 元太郎[1]、井 翔一郎[1]、佐藤 綾[1]、秋月 恵美[1]、西尾 昭彦[1]、石山 勇司[1] (1. 札幌いしやま病院)

【背景】
高度便秘症に伴う巨大糞便塊は強い苦痛や腸閉塞様症状を呈し、対応に難渋することがある。摘便は有効であるが、疼痛のため十分な処置が困難となる場合や、入院管理を要することも少なくない。近年、仙骨硬膜外麻酔は肛門領域における有効な鎮痛法として報告されている。今回我々は、同麻酔を用いることで外来にて安全に摘便を施行し得た1例を経験したため報告する。
【症例】
18歳男性。幼少期より便秘傾向あり、下剤内服にて週1回程度の排便であったが、近時2週に1回へと悪化し、最終的に排便不能となり当院紹介となった。初診時、下腹部に巨大な楕円形腫瘤を触知した。腹部CTではS状結腸内に約11×25cmの高吸収域を認め、巨大糞便塊と診断した。
【治療経過】
仙骨硬膜外麻酔下に外来処置として摘便を施行した。計1.4kgの硬便を摘出し、処置後速やかに腹部膨満および苦痛症状は消失した。処置に伴う重篤な合併症は認めなかった。以後、排便外来にて保存的治療を継続し、1か月でConstipation Scoring Systemは20点から6点へと改善した。現在まで再発は認めていない。
【考察】
巨大糞便塊に対する摘便は疼痛のため十分な処置が困難となる場合がある。そのため入院のうえ脊髄くも膜下麻酔下に処置を行う施設も少なくない。仙骨硬膜外麻酔は肛門領域における有効な鎮痛法として報告されており、術後疼痛軽減や安全性が示されている。本症例でも疼痛軽減および括約筋弛緩により処置の安全性と確実性が向上し、外来での施行が可能であった。また、外来で完結し得た点は、患者負担軽減のみならず医療資源の効率化の観点からも有用と考えられた。
【結語】
仙骨硬膜外麻酔は高度便秘症に対する外来摘便において有用な選択肢となり得る。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）42　症例：大腸良性疾患その他 3

座長：岩田 乃理子（江戸川病院外科）

[P42-5] 鉗子分娩後早期に発症した直腸膣瘻の1例

*美甘 麻裕[1]、杉原 守[1]、高木 徹[1]、岩瀬 友哉[1]、立田 協太[1]、杉山 洸裕[1]、赤井 俊也[1]、竹内 裕也[1] (1. 浜松医科大学外科学第二講座)

【背景】
直腸膣瘻は比較的稀な疾患であるが、その多くは分娩時外傷に起因する。特に高度会陰裂傷は診断や評価が困難な場合があり、適切な層別評価と修復が重要である。
【症例】
20歳代女性。第一子を他院にて鉗子分娩で出産し、会陰切開後に縫合修復が施行された。産後経過は一旦良好であったが、産後9日頃より膣からの便排出を自覚した。精査加療目的で産後16日目に当科紹介となった。内診および下部消化管内視鏡検査で下部直腸と膣後壁の交通を認め、直腸膣瘻と診断、産後約1か月で手術を施行した。術中、膣後壁縫合瘢痕と連続する肛門縁より約1cm口側の直腸に瘻孔（約1横指大）を認めた。浅会陰横筋および球海綿体筋は断裂し左右に離開していたが、外肛門括約筋は保たれていた。膣側より瘻孔周囲を剥離し、断裂した会陰筋群をオーバーラップ法にて再建し、直腸粘膜および膣粘膜を層別に閉鎖した。術後は膣からの排便を認めず、便失禁も認めていない。なお、退院後に会陰切開創部に膿瘍形成を認めたが保存的加療で軽快した。
【考察】
鉗子分娩は高度会陰裂傷のリスク因子であり、分娩時には損傷の正確な評価が重要である。分娩時会陰損傷に対しては早期の適切な対応が重要とされるが、産後早期の治療においては母児管理を含めた周産期特有の配慮が必要となる。本症例では浅層会陰筋群の断裂および直腸損傷の関与が示唆され、分娩時損傷の評価と初期対応の重要性が示された。また、適切な術前・術中評価のもと層別再建を行うことで、良好な機能温存が得られたと考えられた。
【結語】
産後早期に発症する直腸膣瘻では、分娩時損傷の適切な評価と治療時期の判断が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）42　症例：大腸良性疾患その他 3

座長：岩田 乃理子（江戸川病院外科）

[P42-6] 血液透析移行後に発症した被嚢胞性腹膜硬化症(EPS)に対する外科的膜剥離術の1例

*大里 祐樹[1]、鈴木 陽三[1]、清水 潤三[1]、岩本 和哉[1]、富田 尚裕[1] (1. 市立豊中病院　消化器外科)

被嚢胞性腹膜硬化症（encapsulating peritoneal sclerosis：EPS）は腹膜透析（PD）に伴う最重篤合併症の一つであり、腹膜の進行性線維化と腸管の被膜化・高度癒着により反復性あるいは難治性腸閉塞を来す。特にPD中止後に発症する症例は少なくなく、診断の遅れや治療介入の遅延が予後不良に直結することが知られている。今回、血液透析移行後に発症したEPSに対し外科的膜剥離術により腸閉塞を安全に解除し得た超高齢症例を経験したため報告する。症例は90歳女性。IgA腎症による末期腎不全に対し84歳時よりPDを導入し、約6年間継続した。90歳時に腹膜炎を発症し抗菌薬加療にて軽快したが、認知機能低下によりPD継続困難と判断され血液透析へ移行した。その後、腹痛および嘔吐が出現し当科紹介受診となった。腹部CTでは腹膜肥厚、小腸集簇像、小腸拡張および液面形成、さらに右下腹部に狭窄所見を認め、EPSによる腸閉塞と診断した。絞扼性腸閉塞の可能性も否定できず、緊急開腹手術を施行した。術中、白色で肥厚した被膜に覆われ一塊化した小腸を認め、肉眼的にEPSと診断した。腸管損傷を最小限に抑えるよう留意しつつ、鋭的・鈍的剥離を併用した広範な膜剥離術（enterolysis）により腸管の直線化と通過障害の解除を図った。漿膜損傷部は適宜縫合修復した。術後経過は良好で、術後早期に経口摂取を再開し、重篤な合併症なく術後16日目に退院した。EPSに対する治療戦略は確立されていないが、保存的治療は症状緩和にとどまることが多く、進行例では外科的治療が根治的手段となり得る。一方で高侵襲であり適応判断は慎重を要する。本症例は90歳という超高齢であったが、安全な膜剥離術により腸閉塞の完全解除と良好な短期転帰を得た点で臨床的意義が高い。さらにPD中止後に発症した典型的経過を示しており、透析移行後患者におけるEPSの早期認識と外科的介入の適切なタイミングの重要性を示唆する。EPSに対する外科的膜剥離術は、症例選択と周術期管理を適切に行うことで予後改善に寄与し得る有効な治療選択肢である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）42　症例：大腸良性疾患その他 3

座長：岩田 乃理子（江戸川病院外科）

[P42-7] 妊娠30週に発症した急性虫垂炎に対して腹腔鏡下虫垂切除術を施行した1例

*山澤 海人[1]、後藤 圭佑[2]、鈴木 佑磨[2]、月原 秀[2]、鎌田 哲平[2]、武田 泰裕[2]、大熊 誠尚[2]、小菅 誠[2]、衛藤 謙[2] (1. 東京慈恵会医科大学外科学講座、2. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

【症例】 37歳, 妊娠30週の初産婦. 既往に双極性障害, 2型糖尿病, 胆石症(胆嚢摘出後), 妊娠性痒疹あり. 下腹部痛を主訴に来院された. 身体所見では右下腹部に圧痛を認め, 血液検査では炎症値の上昇を認めた. MRIでは明らかな虫垂の腫大は認めず, 明らかな婦人科疾患も否定的であったため画像的診断は困難であったが, 臨床所見から急性虫垂炎を強く疑い同日緊急手術の方針となった.
【手術法】全身麻酔下, 左半側臥位にて手術開始. 腹腔鏡下にて施行した. 画像上, 子宮底が臍より頭側であったため, 心窩部に12mmカメラポートをopen methodにて挿入し, 10mmHgで気腹を開始した. 腹腔内観察しながら右季肋部, 右側腹部に5mmポートを挿入した. 腹腔内に汚染腹水は認めず, 虫垂は軽度腫脹・発赤とベラークの付着を認め, 蜂窩織炎性虫垂炎と判断した. 周囲との癒着はなく, 虫垂根部をlinear staplerにて切離した後, 心窩部ポートより腹腔外へ摘出した. ドレーンは留置せず手術終了した. 手術時間は49分, 出血量は少量であった.
【術後経過】術後一時的に子宮収縮を来たしたが薬剤投与による管理を行い軽快し, その後経過問題なく, 術後6日目に退院した. 病理組織学的診断は化膿性漿膜炎の診断で, 術中所見と矛盾しない結果であった.
【考察】急性虫垂炎と診断された妊婦に対しては, 週数を問わず可能な限り手術を行うことを考慮すべきである.術中体位とポート配置を工夫し, 子宮に影響を及ぼすことなく安全に手術を完遂できた. 自験例では妊娠後期の症例に対しても腹腔鏡下手術が有用である可能性が示唆された.
【結語】今回我々は虫垂炎合併妊婦に対して腹腔鏡下虫垂切除術を施行した1例を経験したため, 若干の文献学的考察を踏まえて報告する.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）43　症例：ロボット手術２

座長：石田 秀行（埼玉医科大学総合医療センターゲノム診療科/消化管・一般外科）

[P43-1] 100歳患者の横行結腸癌に対するロボット支援下横行結腸切除術

*片岡 基紘[1]、岩田 至紀[1]、田中 千弘[1]、河合 雅彦[1]、大野 慎也[1]、末次 智成[1]、多和田 翔[1]、永田 幸聖[1]、宮川 詩央[1]、宮崎 翔[1]、小森 充嗣[1]、田尻下 敏弘[1] (1. 岐阜県総合医療センター)

[P43-2] 腸回転異常を伴う多発大腸癌に対してロボット支援下拡大結腸左半切除術を施行した１例

*朝田 泰地[1]、新井 聡大[1]、増田 大機[1]、谷田部 悠介[1]、大和 美寿々[1]、白坂 太郎[1]、羽生 舞花[1]、金城 宏武[1]、鵜梶 真衣[1]、篠原 元[1]、廣瀬 俊太郎[1]、吉野 潤[1]、長野 裕人[1]、井ノ口 幹人[1] (1. 武蔵野赤十字病院)

[P43-3] ミスマッチ修復機能欠損を有するcT4b直腸癌に対し、Pembrolizumab投与後にロボット支援下腹会陰式直腸切断術でpCRを得た1例

*美濃地 貴之[1]、吉岡 慎一[1]、池嶋 遼[1]、大澤 日出樹[1]、水野 剛志[1]、丸川 大輝[1]、桂 宜輝[1]、益澤 徹[1]、赤丸 祐介[1]、藤田 淳也[1]、田村 茂行[1]、佐々木 洋[1] (1. 八尾市立病院　消化器外科)

[P43-4] 痔核手術後の肛門狭窄を伴う直腸癌に対してロボット支援下にSST吻合を行った1例

*植嶋 千尋[1]、谷尾 彬充[1]、牧田 大瑚[1]、津田 亜由美[1]、和田 大和[1]、徳安 成郎[1]、尾﨑 知博[1]、遠藤 財範[1]、建部 茂[1] (1. 鳥取県立中央病院消化器外科)

[P43-5] 子宮筋腫の圧排に伴う肛門脱出で発見されたS状結腸癌に対してロボット支援下S状結腸切除術を施行した1例

*郷 雅[1]、青柳 佑亮[1]、竹内 尚樹[1]、篠原 良仁[1]、武藤 潤[1]、山村 喜之[1]、市之川 正臣[1]、吉岡 達也[1]、松本 譲[1]、大竹 節之[1]、村川 力彦[1] (1. JA北海道厚生連帯広厚生病院　外科)

[P43-6] 脾弯曲授動を要したロボット支援下S状結腸切除術後内ヘルニアを呈した症例

*雪本 龍平[1]、松田 宙[1]、徳山 信嗣[1]、野中 亮児[1]、高 太輔[1]、鎌田 大喜[1]、高石 周太[1]、斎藤 百合奈[1]、山中 千尋[1]、和田 浩志[1]、出村 公一[1]、西田 俊朗[1] (1. JCHO大阪病院)

[P43-7] ロボット支援腹腔鏡下低位前方切除術後に直腸精嚢瘻をきたした1例

*松田 直樹[1,2]、國末 浩範[1]、宮内 俊策[1]、吉浦 雄飛[1]、園部 奏生[1]、谷口 もこ[1]、高橋 達也[1]、伊達 慶一[1]、久保 孝文[1]、野﨑 功雄[1]、太田 徹哉[1] (1. 岡山医療センター外科、2. 四国がんセンター消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）43　症例：ロボット手術 2

座長：石田 秀行（埼玉医科大学総合医療センターゲノム診療科/消化管・一般外科）

[P43-1] 100歳患者の横行結腸癌に対するロボット支援下横行結腸切除術

*片岡 基紘[1]、岩田 至紀[1]、田中 千弘[1]、河合 雅彦[1]、大野 慎也[1]、末次 智成[1]、多和田 翔[1]、永田 幸聖[1]、宮川 詩央[1]、宮崎 翔[1]、小森 充嗣[1]、田尻下 敏弘[1] (1. 岐阜県総合医療センター)

100 歳の局所進行横行結腸癌に対してロボット支援下手術を施行した 1 例

【はじめに】超高齢者に対する消化器癌手術は増加しているが、100 歳以上の患者に対するロボット支援下大腸切除術の報告は稀である。今回、100 歳の局所進行横行結腸癌患者に対してロボット支援下結腸部分切除術を施行した 1 例を経験したため報告する。

【症例】症例は 100 歳、女性。貧血の精査を契機に下部消化管内視鏡検査を施行し、横行結腸に全周性の 2 型病変を認め、生検で腺癌と診断された。造影 CT では脾彎曲近傍に約 60 mm 大の壁肥厚を認めたが、明らかな遠隔転移は認めなかった。全身状態および日常生活動作は比較的保たれており、耐術可能と判断した。低侵襲性を考慮し、ロボット支援下結腸部分切除術、体腔内吻合を施行した。術中所見で、空腸に直接浸潤を認め、小腸合併切除となった。手術時間は 198 分、出血量は少量であった。術後経過は良好で、重篤な合併症なく術後 13 日目に自宅退院となった。病理診断は横行結腸癌、pT4bN1aM0、pStageIIIc であった。

【考察】高齢者に対する手術適応決定では年齢のみならず、全身状態や機能評価を含めた総合的判断が重要である。ロボット支援手術は精緻な操作性や低侵襲性などの利点を有し、超高齢者においても周術期侵襲軽減に寄与する可能性がある。

【結語】100 歳の局所進行横行結腸癌に対し安全にロボット支援下手術を施行し得た 1 例を経験した。適切な症例選択により、超高齢者においてもロボット支援手術は有用な選択肢となる可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）43　症例：ロボット手術２

座長：石田 秀行（埼玉医科大学総合医療センターゲノム診療科/消化管・一般外科）

[P43-2] 腸回転異常を伴う多発大腸癌に対してロボット支援下拡大結腸左半切除術を施行した１例

*朝田 泰地[1]、新井 聡大[1]、増田 大機[1]、谷田部 悠介[1]、大和 美寿々[1]、白坂 太郎[1]、羽生 舞花[1]、金城 宏武[1]、鵜梶 真衣[1]、篠原 元[1]、廣瀬 俊太郎[1]、吉野 潤[1]、長野 裕人[1]、井ノ口 幹人[1] (1. 武蔵野赤十字病院)

【緒言】
腸回転異常は胎生期の中腸回転異常および固定不全に起因する稀な疾患であり, 成人では偶発的に発見されることが多い. 近年, 腹腔鏡手術の報告は増加しているが, ロボット支援下手術の報告は少ない. 今回, 我々は腸回転異常を伴う多発大腸癌に対しロボット支援下に切除した1例を経験したため報告する.
【症例】
症例は83歳女性. 腫瘍マーカー上昇精査の下部消化管内視鏡検査で, 盲腸に0-Is型病変(tub1), 横行結腸に0-Is型病変(tub1), S状結腸に2型病変(tub1)を認め, 多発大腸癌の診断となった. 盲腸癌はESDにて治癒切除を得た. 横行結腸癌(cT1bN0M0StageI), S状結腸癌(cT2N0M0StageI)に対してロボット支援下拡大結腸左半切除術(D2)を施行した. 砕石位, 助手5mmポートを含む計5ポート, 下行結腸中程をTargetとするSingle dockingで施行した. Treitz靭帯形成不全を認め, 小腸は右側, 結腸は左側に位置しており, 上腸間膜静脈が上腸間膜動脈の左側に位置する腸回転異常を認めた. 解剖学的誤認を避けるため, 郭清及び血管処理は大腸授動後に腫瘍との位置関係を確認してから処理する方針とした. 内側・外側・頭側授動後, 中結腸動脈左右枝, 左結腸動脈を切離し, D2郭清を行った。インドシアニングリーンで腸管血流を評価後, 腸管切離, 体腔内機能的端々吻合を施行した. 手術時間は5時間11分であった. 合併症なく術後第7病日に退院した.
【考察】
腸回転異常では, 腸係蹄の位置異常や異常固定により生じる癒着により手術難易度は上昇する. 一方で, 主要血管と支配腸管の相互関係は保たれているため, 術前画像評価により血管走行を十分に把握することで「大腸癌取扱い規約」に沿ったリンパ節郭清が可能である. また, 血管処理や郭清を授動後に行うことで, より確実な手術操作が可能になる. ロボット支援下手術ではポート配置を工夫することで多関節機能や安定した視野により, 解剖学的変異を伴う症例においても精緻な操作が可能であり, 郭清および切除・吻合をロボット支援下で完遂し得た.
【結語】
腸回転異常を合併した多発大腸癌に対してロボット支援下に安全に切除し得た１例を経験した. 術前の解剖学的評価が重要であると考えられた.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)
2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター8
一般演題（ポスター）43　症例：ロボット手術 2
座長：石田 秀行（埼玉医科大学総合医療センターゲノム診療科/消化管・一般外科）

[P43-3] ミスマッチ修復機能欠損を有するcT4b直腸癌に対し、Pembrolizumab投与後にロボット支援下腹会陰式直腸切断術でpCRを得た1例

*美濃地 貴之[1]、吉岡 慎一[1]、池嶋 遼[1]、大澤 日出樹[1]、水野 剛志[1]、丸川 大輝[1]、桂 宜輝[1]、益澤 徹[1]、赤丸 祐介[1]、藤田 淳也[1]、田村 茂行[1]、佐々木 洋[1] (1. 八尾市立病院　消化器外科)

【はじめに】
マイクロサテライト不安定性/ミスマッチ修復機能欠損（MSI-H/dMMR）を有する大腸癌に対する免疫チェックポイント阻害薬（ICI）の有効性は、切除不能・再発症例において確立されている。近年では、局所進行直腸癌に対する術前ICI療法の高い奏効率が報告されており、集学的治療における新たな選択肢として注目されている。今回、肛門周囲膿瘍を伴う周辺臓器浸潤が疑われたcStage IIIc直腸癌に対し、Pembrolizumabが奏効し病理学的完全奏効（pCR）を得た1例を経験したので、報告する。
【症例】
患者は50歳代、男性。主訴は下血および肛門痛。前医で精査目的に内視鏡検査を施行し、直腸Rbに半周性の3型腫瘍を指摘され当科を紹介受診した。画像検査では直腸癌から連続する肛門周囲膿瘍を認め、腫瘍の局所進展範囲および切除範囲の判断が困難であった。総合的に局所進行直腸癌cT4bN2bM0、cStage IIIcと診断した。組織型はAdenocarcinoma, tub1-tub2、遺伝子型はRAS変異(G12D), BRAF野生型, dMMR, HER2陰性であった。
【治療経過】
肛門周囲膿瘍部に対しては切開排膿し、感染がコントロールできたうえで、dMMRであることを踏まえ、局所制御および腫瘍縮小を目的としてPembrolizumab(200mg, 3週間ごと)を計8コース導入した。免疫関連有害事象を含め、明らかな治療関連有害事象は認めなかった。治療後の画像評価では原発巣および肛門周囲病変はいずれも著明に改善し、臨床的完全奏効に近い治療効果と判断し、根治切除の方針とした。ロボット支援下腹会陰式直腸切断術（Miles術）、D3郭清術を施行した（手術時間278分、コンソール時間109分、出血量40ml）。術後は尿閉を認めたが、その他には特記すべき合併症を認めず、術後24日目に退院となった。
切除検体では直腸Rbに陥凹性の瘢痕様病変を認めた。病理診断では固有筋層から外膜側に泡沫細胞の集簇を認めたが、残存腫瘍細胞は認めず、Grade 3, pCRと判定した。術後1年が経過し、無再発生存中である。
【結語】
肛門周囲膿瘍を伴い切除範囲の判断が困難な局所進行直腸癌に対しても、MSI-H/dMMRを有する場合には、ICIによる前治療が局所制御および根治切除に有用である可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）43　症例：ロボット手術２

座長：石田 秀行（埼玉医科大学総合医療センターゲノム診療科/消化管・一般外科）

[P43-4] 痔核手術後の肛門狭窄を伴う直腸癌に対してロボット支援下にSST吻合を行った1例

*植嶋 千尋[1]、谷尾 彬充[1]、牧田 大瑚[1]、津田 亜由美[1]、和田 大和[1]、徳安 成郎[1]、尾﨑 知博[1]、遠藤 財範[1]、建部 茂[1] (1. 鳥取県立中央病院消化器外科)

【はじめに】痔核手術後の肛門狭窄は合併症の一つとして散見される．今回、痔核手術後の肛門狭窄を伴う直腸癌に対してロボット支援下にSST吻合を行った1例を経験したので、若干の考察を加えて報告する．
【症例】72歳女性．大腸がん検診で要精査となり、下部内視鏡検査で直腸S状部に2型腫瘍を認めた．直腸S状部癌cT3 cN0 cM0 cStage Ⅱ aの術前診断でロボット支援下前方切除術の方針とした．術前は機械的腸管前処置に加え、経口抗菌薬腸管前処置(カナマイシン1000mg＋メトロニダゾール750mg)を行った．肛門狭窄のため肛門からのDST(double stapling technique)吻合は困難であり、ロボット支援下に直腸断端に吻合器のアンビルヘッドを固定、結腸断端から挿入した吻合器を小切開創から体腔内に挿入、手袋法で再気腹しロボット支援下に側端でSST(single stapling technique)吻合を行った．結腸断端は自動縫合器で閉鎖、吻合部腹側はbarbed sutureで連続縫合し補強した．手術時間は6時間4分、出血量は10mlであった．術後経過は良好で、術後4日目に食事再開、術後9日目に自宅退院となった．
【考察】痔核手術後の肛門狭窄は術式により数%から50%との報告もある．肛門狭窄を伴う直腸癌手術では、永久人工肛門や開腹下の吻合が選択されやすい．今回、ロボット支援下手術により通常通りのポート配置、小切開創で吻合を行うことが可能で術後合併症もなく退院することができた．多関節を有する鉗子操作により比較的安全に施行できたように思われた．また、体腔内で腸管断端が開放されることとなったが、術前の機能的＋経口抗菌薬腸管処置により膿瘍形成などの合併症もなく退院することができた．
【おわりに】肛門狭窄を伴う直腸癌に対してロボット支援下にSST吻合を行った症例を経験した．通常と同様の手術創で比較的安全に操作が可能であり、今後も肛門狭窄を伴う症例にはロボット支援下のSST吻合が有用であると考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）43　症例：ロボット手術２

座長：石田 秀行（埼玉医科大学総合医療センターゲノム診療科/消化管・一般外科）

[P43-5] 子宮筋腫の圧排に伴う肛門脱出で発見されたS状結腸癌に対してロボット支援下S状結腸切除術を施行した1例

*郷 雅[1]、青柳 佑亮[1]、竹内 尚樹[1]、篠原 良仁[1]、武藤 潤[1]、山村 喜之[1]、市之川 正臣[1]、吉岡 達也[1]、松本 譲[1]、大竹 節之[1]、村川 力彦[1] (1. JA北海道厚生連帯広厚生病院　外科)

症例は61歳女性、血便を主訴に当院救急外来を受診した。肛門診察において肛門から脱出する易出血性の腫瘤を認めており、半年前から脱出と還納を繰り返していたとのことであった。嵌頓所見やイレウスはなく用手還納可能であったため、精査後の待機的手術の方針となった。直視下生検ではAdenocarcinoma in adenomaの診断であった。CSで肛門縁から20㎝程度口側に30㎜大の1型腫瘍があり、注腸造影においても同部位に隆起性病変を認めた。CTでは11㎝大の子宮筋腫があり、還納後の腫瘍の主座は子宮の頭側にあるS状結腸に認めた。S状結腸癌の腸重積による肛門脱出の術前診断でD3郭清を伴うロボット支援下S状結腸切除術を施行し、術後合併症なく退院した。成人の大腸腸重積症では悪性腫瘍が先進部となることが多いが、肛門外にまで脱出したS状結腸癌症例は比較的まれである。高齢女性に好発し，妊娠・出産による直腸周囲の支持組織のゆるみや骨盤底の脆弱化を背景として完全直腸脱もしくは不顕性直腸脱として観察されるとする報告が散見されるが、本症例では出産歴もなく、子宮筋腫の圧排がS状結腸癌の肛門脱出の一因と考えられた。成人腸重積症では、腸切除前に重積を整復するか否かで意見が分かれるが、肛門外脱出例では嵌頓・腸管壊死などの症例を除き、整復後に腸切除術を行うのが実際的である。また、治療法としては合併症を有する高齢者に対しては低侵襲な経肛門的腸切除術も考慮される。本症例は肛門脱出したS状結腸腫瘍を用手還納することができ、腫瘍位置を術前画像検査で認識することで安全に手術を施行することができた症例であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）43　症例：ロボット手術 2

座長：石田 秀行（埼玉医科大学総合医療センターゲノム診療科/消化管・一般外科）

[P43-6] 脾弯曲授動を要したロボット支援下S状結腸切除術後内ヘルニアを呈した症例

*雪本 龍平[1]、松田 宙[1]、徳山 信嗣[1]、野中 亮児[1]、高 太輔[1]、鎌田 大喜[1]、高石 周太[1]、斎藤 百合奈[1]、山中 千尋[1]、和田 浩志[1]、出村 公一[1]、西田 俊朗[1] (1. JCHO大阪病院)

大腸癌に対する腹腔鏡下・ロボット支援下手術は年々増加しており、その低侵襲性から広く普及している。腸間膜欠損部が原因となる内ヘルニアの報告は少ないものの、吻合のために脾弯曲授動を要する左側結腸切除症例では、腸間膜に過度の緊張が生じると、内ヘルニア発症リスクが高まる可能性がある。今回われわれは、脾弯曲授動を要したロボット支援下S状結腸切除術後に腸間膜欠損部への内ヘルニアを発症した1例を経験したので報告する。
症例：80歳、男性。貧血を契機に診断されたS状結腸癌cT4aN2aM0 cStageIIIc（AV：40cm）に対して脾弯曲部授動を伴うロボット支援下S状結腸切除術+下腸間膜動脈根部で切離するD3郭清術を施行した。手術時間は305分、出血量は10mlであった。術後4日目から経口摂取を開始したが、術後15日目頃より食欲低下、排便・排ガス不良が出現した。術後17日目にCTを施行したところ、麻痺性イレウスと診断し、イレウス管を挿入した。術後24日目、腹痛の増悪、血液検査にてCRP：28mg/dLと急激な上昇を認め、再度CTを撮像したところ、消化管穿孔を疑う所見を認めたため緊急手術の方針となった。腹腔鏡下に観察すると、下行結腸間膜と後腹膜との間隙にTreitz靭帯付近の空腸から回腸末端まで小腸が嵌入していた。回腸末端は圧排により穿孔しており、愛護的に小腸を牽引し、内ヘルニアを解除後に回盲部切除術を施行した。再手術後7日目に食事を再開し、再手術後20日目に退院となった。
結語：腹腔鏡下・ロボット支援下左側結腸切除術において、脾弯曲授動を要する症例で、腸間膜に過度の緊張が生じると、術後に内ヘルニアを発症するリスクが高まる可能性がある。このような症例では、閉腹前に結腸間膜と後腹膜の間隙に小腸の迷入がないか確認し、小腸の整頓を確実に行うことが予防に重要であると考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター8

一般演題（ポスター）43　症例：ロボット手術 2

座長：石田 秀行（埼玉医科大学総合医療センターゲノム診療科/消化管・一般外科）

[P43-7] ロボット支援腹腔鏡下低位前方切除術後に直腸精嚢瘻をきたした1例

*松田 直樹[1,2]、國末 浩範[1]、宮内 俊策[1]、吉浦 雄飛[1]、園部 奏生[1]、谷口 もこ[1]、高橋 達也[1]、伊達 慶一[1]、久保 孝文[1]、野﨑 功雄[1]、太田 徹哉[1] (1. 岡山医療センター外科、2. 四国がんセンター消化器外科)

縫合不全は直腸癌の術後合併症のうち特に注意を払うべきものの一つである。縫合不全に起因して腹腔内膿瘍や腹膜炎、直腸膣瘻などが生じることが知られているが、直腸精嚢瘻の発生は非常に稀である。今回ロボット支援腹腔鏡下低位前方切除術後に直腸精嚢瘻をきたした1例を経験したため報告する。
症例は79歳男性。直腸癌に対してロボット支援腹腔鏡下低位前方切除術 D3郭清+左側方リンパ節（293lt）サンプリングを施行した。術後は問題なく経過し術後18日目に退院となった。術後36日目より左陰嚢腫大、左陰嚢痛が出現し改善しないため術後38日目に救急外来を受診した。左陰嚢は腫大し陰嚢水腫を伴っており精巣、精巣上体は弾性・硬であった。血液検査では炎症反応の軽度上昇を認め、CTを施行したところ直腸周囲および左精嚢内にairを認めた。また、左精索～輸精管は軽度腫脹し周囲脂肪織混濁を認めた。以上より直腸癌術後縫合不全に続発した直腸精嚢瘻と考え入院、絶食管理とし保存的加療を開始した。入院後2日目に施行した注腸造影では吻合部前壁より腹側へ造影剤の漏出を認めた。入院後12日目に施行したCTでは吻合部周囲の炎症像やairは軽減しており入院後13日目に施行した注腸造影では吻合部より造影剤の漏出は残存するものの広がりはほとんどなく入院後14日目より食事摂取を開始した。食事摂取開始後も問題なく経過し入院後24日目に退院となった。現在術後9か月経過しているが有害事象なく経過している。
直腸精嚢瘻は直腸癌の術後合併症としては非常にまれな病態である。過去の報告では直腸切除が行われた際にDenovillers筋膜を切除した例での報告が多いが本症例ではDenovillers筋膜は温存されていた。当施設では骨盤底の剥離の際に精嚢を刺通した絹糸を牽引することで視野確保をしている。そのような操作が直腸精嚢瘻の一因となった可能性は考えられる。直腸精嚢瘻は保存的に治療が可能であることが多く、本症例でも保存的加療にて改善が得られた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター9

一般演題（ポスター）44　ロボット手術 4

座長：鶴田 雅士（国際医療福祉大学成田病院消化器外科）

[P44-1] 横行結腸癌に対するロボット支援下結腸切除術におけるダブルバイポーラ法と体腔内吻合の工夫

*本坊 拓也[1]、藤本 禎明[1]、吉田 倫太郎[1]、定永 倫明[1] (1. 済生会福岡総合病院外科)

[P44-2] ロボット支援右側結腸切除における体腔内機能的端々吻合（FEEA）の手術手技と短期成績

*南 宏典[1]、徳楽 正太郎[1]、久保 陽香[1]、野島 晃己[1]、淺川 哲也[1]、林 沙貴[1]、山口 貴久[1]、加藤 嘉一郎[1]、寺井 士郎[1]、林 泰寛[1]、北村 祥貴[1]、角谷 慎一[1] (1. 石川県立中央病院消化器外科)

[P44-3] 大腸癌イレウス症例に対して自己拡張型ステントによる術前減圧処置後にロボット補助下直腸切除を施行した2例

*林 伸泰[1]、石村 昂誠[1]、大亀 正義[1]、橋田 真輔[1]、池田 宏国[1]、山本 澄治[1]、佃 和憲[1] (1. 岡山市立市民病院　外科)

[P44-4] ロボット支援下大腸癌手術における体腔内縫合を用いたトラブルシューティング

*杉浦 清昭[1]、佐藤 永規[1]、青山 純也[1]、岸田 憲弘[1]、愛甲 聡[1] (1. 永寿総合病院外科)

[P44-5] ロボット支援下術中のIMA根部出血に対する圧迫と連続縫合による止血手技

*鎌田 哲平[1]、大熊 誠尚[1]、鈴木 佑麿[1]、山澤 海人[1]、後藤 圭佑[1]、月原 秀[1]、高野 靖大[1]、武田 泰裕[1]、小菅 誠[1]、衛藤 謙[1] (1. 東京慈恵会医科大学外科学講座　下部消化管外科)

[P44-6] 当センターにおけるロボット支援大腸癌手術のトラブルシューティングとその対策

*加藤 伸弥[1]、橋本 雅弘[1]、森本 祥悠[1]、西沢 佑次郎[1]、平木 将之[1]、畑 泰司[1]、中村 賢介[1]、竹内 一将[1]、寺西 立冴[1]、東口 公哉[1]、広田 将司[1]、古川 健太[1]、宮崎 安弘[1]、友國 晃[1]、本告 正明[1]、藤谷 和正[1]、土岐 祐一郎[1] (1. 大阪急性期・総合医療センター消化器外科)

[P44-7] ロボット支援下に大腸亜全摘を行った症例(様々な術野を想定した大腸癌に対するロボット支援手術のポート配置の定型化)

*北村 謙太[1]、小山 基[1]、左近 龍太[1]、阿部 由督[1]、岩崎 健一[1]、松村 知憲[1]、名取 健[1]、薄井 信介[1]、刈込 和裕[1]、諏訪 達志[1] (1. 柏厚生総合病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター9

一般演題（ポスター）44　ロボット手術 4

座長：鶴田 雅士（国際医療福祉大学成田病院消化器外科）

[P44-1] 横行結腸癌に対するロボット支援下結腸切除術におけるダブルバイポーラ法と体腔内吻合の工夫

*本坊 拓也[1]、藤本 禎明[1]、吉田 倫太郎[1]、定永 倫明[1] (1. 済生会福岡総合病院外科)

【背景】
横行結腸癌手術は血管解剖の多様性に加え、膵前面剥離や結腸曲授動を要するため技術的難易度が高い。ロボット支援手術は精緻な操作が可能である一方、使用デバイスの多様化によるコスト増加も課題である。当院におけるダブルバイポーラ法および体腔内吻合を用いたロボット支援下横行結腸切除術の当院における工夫を紹介する。
【方法】
上前腸骨棘レベルでPfannenstiel切開を置き、軽く弧状にポートを配置する。頭側先行アプローチにより結腸曲の授動を行い、中結腸血管根部郭清を行い、術中はダブルバイポーラ法を用いて両手で把持・牽引と凝固切開を分担し、エネルギーデバイスの使用を最小限とした。吻合は体腔内で腹腔鏡用自動縫合器による機械吻合を行った。
【結果】
ダブルバイポーラ法により出血コントロールは良好で、膵前面を含め安全な剥離操作が可能であった。またデバイス数の削減によりコスト低減が可能であった。体腔内吻合は安定して施行可能であり、腸管授動範囲の最適化に寄与した。特に結腸曲の授動を最小限に抑えることが可能であった。重篤な合併症は認めなかった。
【結論】
ダブルバイポーラ法と体腔内吻合の併用は、安全性・操作性の向上に加えコスト削減にも寄与し、横行結腸癌手術における結腸曲授動の最小化に有用であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター9

一般演題（ポスター）44　ロボット手術 4

座長：鶴田 雅士（国際医療福祉大学成田病院消化器外科）

[P44-2] ロボット支援右側結腸切除における体腔内機能的端々吻合（FEEA）の手術手技と短期成績

*南 宏典[1]、徳楽 正太郎[1]、久保 陽香[1]、野島 晃己[1]、淺川 哲也[1]、林 沙貴[1]、山口 貴久[1]、加藤 嘉一郎[1]、寺井 士郎[1]、林 泰寛[1]、北村 祥貴[1]、角谷 慎一[1] (1. 石川県立中央病院消化器外科)

【はじめに】
腹腔鏡下結腸切除術における消化管再建は体腔外で行われることが一般的であったが、ロボット支援結腸切除の普及に伴い体腔内吻合を導入する施設が増加している。当院ではロボット支援右側結腸切除において体腔内で機能的端々吻合（FEEA）を行っており、今回その手術手技と短期成績について報告する。
【方法】
当院ではda Vinci Xi Surgical systemTMを導入している。下腹部正中に4cmのPfannenstiel切開をおき、8mm Da Vinciポートと12mm AirSealポートを留置して2番アームを接続する。1番、3番、4番アームはそれぞれ右下腹部8mm、左中腹部8mm、左上腹部8mmのDa Vinciポートと接続し、助手ポートとして左下腹部に12mmポートを留置する。吻合は全症例FEEAで施行している。体腔内吻合導入時はSureForm blue 60を用いたが、現在はSignia purple 60を用いて切離吻合を行っている。
【対象】
2025年4月から2026年4月に当院でロボット支援右側結腸切除術を施行した22例のうち、体腔内吻合を施行した14例を対象とし、その短期成績について後方視的に検討した。
【結果】
症例は男性5例、女性9例、年齢は中央値72.5（42-94）歳であった。腫瘍の局在は虫垂1例、盲腸2例、上行結腸9例、横行結腸2例であった。術式は回盲部切除術9例、結腸右半切除術5例で、郭清度はD2/D3がそれぞれ1例/13例であった。手術時間、コンソール時間の中央値は259.5(204-308)分、187(149-241)分で、間膜処理開始から吻合終了までに要した時間は中央値47.5(36-87)分であった。出血量、術後在院日数はそれぞれ中央値5(5-50)g、9(6-13)日であった。術中合併症は全例で認めず、2例でGrade 1の術後合併症（下血）を認めた。
【結語】
ロボット支援右側結腸切除に置いてFEEAによる体腔内吻合は安全に施行可能であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター9

一般演題（ポスター）44　ロボット手術 4

座長：鶴田 雅士（国際医療福祉大学成田病院消化器外科）

[P44-3] 大腸癌イレウス症例に対して自己拡張型ステントによる術前減圧処置後にロボット補助下直腸切除を施行した2例

*林 伸泰[1]、石村 昂誠[1]、大亀 正義[1]、橋田 真輔[1]、池田 宏国[1]、山本 澄治[1]、佃 和憲[1] (1. 岡山市立市民病院　外科)

【背景】大腸癌イレウスにおける術前減圧処置として,自己拡張型金属ステント(以下SEMS)が頻用されている【目的】閉塞性大腸癌患者に対してSEMS(WallFlex Enteral Colonic Stent（Boston Scientific 社）)挿入後にロボット補助下手術を施行した症例を通じて,手術時の注意点を検討した.【症例 1】 76 歳女性．大腸癌イレウスにて紹介．精査の結果 RS＞Raに全周性の狭窄を認め，生検で高～中分化型腺癌が検出された．SEMSを留置後10日目にロボット補助下低位前方切除術を施行した.
手術所見：骨盤底に直腸が肥厚した周辺腹膜と癒着していた.小腸,子宮付属器への癒着は認めなかった.挿入SEMSのため腫瘍が存在する腸管の体積が拡大していた.直腸を周辺腹膜と切離後,腸管を損傷することなく移動させることに難渋した.腸管破損回避のため,直腸の十分な牽引挙上が困難であった.切除腸管の体外授動に創切開を延長する必要があった.病理所見はCK（RS＞Ra）, Type 5, 45 x 53 mm, tub2, pT3, INFb, Ly1b, V1b, Pn1a, BD2, pN2a (6/16), pPM0, pDM0, pRM0. pStage IIIBであった.【症例 2】 64歳男性．大腸癌イレウスにて近医より紹介.大腸内視鏡で直腸RS＞Raの全周性狭窄を認め，生検で高～中分化型腺癌が検出された．SEMSを留置し8日目に,ロボット補助下低位前方切除術を施行した.術中所見でSEMS挿入腸管周囲の炎症を認め,右の下腹神経を巻き込み直腸周囲で神経との剥離が必要であった.また,腫瘍を乗り越えてバイポーラシザーズを使用することが難しく,直腸左側の授動,剥離に難渋した.
病理所見は RS＞Ra，Type 5，80x50mm， tub1>muc, pT4a, INFb, Ly1a, V1c, Pn1a, BD2, pN2a (5/16), pPM0, pDM0, pRM0. pStage IIICであった.であった.術後,各症例とも合併症なく退院した.化学療法を施行し現在まで再発なく経過観察中である.閉塞を伴う局所進行大腸癌においてSEMS挿入後ロボット根治術を行う際,腫瘍の取り回しが困難となり,周辺組織との癒着が問題になるため,臓器損傷や神経の巻き込みに留意する可能性が示唆された.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター9
一般演題（ポスター）44　ロボット手術 4
座長：鶴田 雅士（国際医療福祉大学成田病院消化器外科）

[P44-4] ロボット支援下大腸癌手術における体腔内縫合を用いたトラブルシューティング

*杉浦 清昭[1]、佐藤 永規[1]、青山 純也[1]、岸田 憲弘[1]、愛甲 聡[1] (1. 永寿総合病院外科)

緒言
ロボット手術の利点として、多関節機能および手ぶれ補正を用いた精度の高い縫合操作が挙げられる。今回われわれはロボット支援下大腸癌手術において生じた術中トラブルに対して、ロボット支援下体腔内縫合を用いて対応した症例を報告する。

症例1
49歳男性。直腸癌(RaRb, circ, Type2, ycT3N0M0, ycStageIIa)に対して術前放射線化学療法施行後にロボット支援下低位前方切除術を施行した。腸管およびその周囲組織の繊維化が高度であり、DSTの際に吻合部離開を認めた。離開した吻合部に対してロボット支援下に体腔内再吻合を行い、一時的回腸人工肛門を造設して手術を終了した。術後は特記すべき合併症を認めなかった。
症例2
82歳男性。直腸癌(Rs, circ, Type2, cT3N1aM0, cStageIIIb)に対してロボット支援下高位前方切除術を施行した。術中に膀胱浸潤が判明したため、膀胱頂部で膀胱を切開し、膀胱内腔から尿管孔を確認、温存しながら原発巣および膀胱壁を合併切除し、ロボット支援下に体腔内縫合で膀胱壁を閉鎖した。術後は特記すべき合併症を認めなかった。

結語
ロボット支援下手術は、術中の予期しないトラブルに対しても精度の高い体腔内縫合での適切なリカバリーが可能である。特に術前治療が必要であり、隣接臓器浸潤も否定できない局所進行大腸癌手術において有用であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター9

一般演題（ポスター）44　ロボット手術 4

座長：鶴田 雅士（国際医療福祉大学成田病院消化器外科）

[P44-5] ロボット支援下術中のIMA根部出血に対する圧迫と連続縫合による止血手技

*鎌田 哲平[1]、大熊 誠尚[1]、鈴木 佑麿[1]、山澤 海人[1]、後藤 圭佑[1]、月原 秀[1]、高野 靖大[1]、武田 泰裕[1]、小菅 誠[1]、衛藤 謙[1] (1. 東京慈恵会医科大学外科学講座　下部消化管外科)

緒言
鏡視下大腸手術においてIMA根部出血は稀な術中合併症であるが、緊急性が高く開腹移行にて止血を要することが多い。今回我々は、当科で経験したロボット支援下直腸高位前方切除術中のIMA根部出血において、ロボット支援下にて圧迫と連続縫合を併用し適切に止血しえたので、該当ビデオを供覧しながら報告する。

症例提示
77歳、女性。既往疾患:クモ膜下出血。AV15cmのRs直腸癌に対してロボット支援下直腸高位前方切除術の方針となった。6ポート、頭低位15度、右低位10度で手術開始。型どおり内側アプローチでS状結腸間膜の授動を進め、253郭清、左右腰内臓神経を視認後、IMA根部でヘモロックMLダブルクリッピング後、モノポーラーシザースでIMAを切離。直後からクリッピング部中枢側より動脈性出血を認め、中枢側ダブルクリップは逸脱した。気腹圧を15mmHgに設定し、ガーゼ圧迫10分間施行、血腫を可及的に吸引し、視野を確保。一時止血を得られた。IMA根部は追加クリッピングが可能な血管頸は残存しておらず、大動脈のIMA分枝部に対して4-0プロリンを使用し連続縫合を施行。針穴からのoozingに対してサージセルを用いて5分間圧迫止血し完全止血を得た。その後ロボット支援下手術を継続し、術式はロボット支援下直腸高位前方切除D3郭清、手術時間は349分、出血は150mlであった。術後病理結果はtub1, pT3N0M0 stage Ⅱ aであった。術後合併症はなく、術後7日目に造影ＣＴにて仮性動脈瘤や血腫残存などないことを確認し退院となった。大腸癌に対して、再発なくサーベイランスを継続している。

結語
IMA根部出血に対してロボット支援下での圧迫と連続縫合止血は有効であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター9

一般演題（ポスター）44　ロボット手術 4

座長：鶴田 雅士（国際医療福祉大学成田病院消化器外科）

[P44-6] 当センターにおけるロボット支援大腸癌手術のトラブルシューティングとその対策

*加藤 伸弥[1]、橋本 雅弘[1]、森本 祥悠[1]、西沢 佑次郎[1]、平木 将之[1]、畑 泰司[1]、中村 賢介[1]、竹内 一将[1]、寺西 立冴[1]、東口 公哉[1]、広田 将司[1]、古川 健太[1]、宮崎 安弘[1]、友國 晃[1]、本告 正明[1]、藤谷 和正[1]、土岐 祐一郎[1]
(1. 大阪急性期・総合医療センター消化器外科)

【背景】ロボット支援手術は精密な手術手技を行うことができる一方、ロボット手術特有のトラブルを経験することがあり、特に体腔内吻合や術中出血には十分に注意が必要である。今回、当センターで経験した術中合併症を報告し、その対策について述べる。

【対象と方法】2022年度から2026年度4月までに大腸癌に対してロボット支援手術を施行した886例を対象とし、体腔内吻合時合併症および出血性合併症について検討した。

【結果】体腔内吻合時合併症：① 結腸右半切除術、体腔内吻合のロボットステープラーにて共通孔作成時に小腸の漿膜損傷を認めた。助手を用いた自動縫合器を使用し、再吻合を施行した。② 結腸右半切除術、体腔内吻合の際、共通孔作成時に結腸間膜と漿膜の間にロボットステープラーが迷入し結腸間膜を損傷した。再度追加切除を行い、ロボットステープラーで再吻合を行った。出血性合併症：①結腸左半切除術の症例において、IMA根部付近から#253リンパ節を郭清後、IMAを温存してLCAを切離した。その後、総腸骨動脈周囲の内側授動時にIMAが裂けて出血を認めた。IMA根部周囲の剥離を追加し、IMAの切離を行い、吻合をDSTに変更した。②直腸癌局所再発症例、正中仙骨静脈からの出血に対して1番の把持で可及的に止血した状態で4-0PDS、ラプラタイで止血を得た。③ S状結腸切除の症例において、IMA根部処理後、下行結腸間膜の内側授動時にIMVが裂け出血を認めた。可及的に凝固止血を行った。④括約筋間直腸切除術の症例において、直腸授動時に視野外でIMA根部のダブルクリップが脱落し出血を認めた。可及的に焼灼止血したのち、小開腹し直視下で結紮処理した。

【考察】体腔内吻合時合併症については、不十分な視野展開やステープラーの操作角度が原因であると考えられた。臍下ではなく肝彎曲部に十分なワーキングスペースを確保し腸管に緊張をかけないことが重要である。出血性合併症に関しては、触覚の欠如による牽引の強さや視野外でのアームの干渉、鉗子操作に起因するものと考えられた。また、出血時には素早く出血点を把持し止血することが非常に重要である。トラブル例およびその対応策を供覧し報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター9

一般演題（ポスター）44　ロボット手術 4

座長：鶴田 雅士（国際医療福祉大学成田病院消化器外科）

[P44-7] ロボット支援下に大腸亜全摘を行った症例(様々な術野を想定した大腸癌に対するロボット支援手術のポート配置の定型化)

*北村 謙太[1]、小山 基[1]、左近 龍太[1]、阿部 由督[1]、岩崎 健一[1]、松村 知憲[1]、名取 健[1]、薄井 信介[1]、刈込 和裕[1]、諏訪 達志[1] (1. 柏厚生総合病院)

背景】大腸癌に対するロボット手術では癒着や多発癌などの要因で手術操作が広範囲になることがある。各術式におけるポート配置はほぼ定型化していると思われるが、複数回ドッキングによるポート配置には議論の余地があるように思われる。今回は手術範囲が広範囲となった３重癌症例を提示し、当院で定型化したダビンチXiを用いたポート配置、ドッキングの工夫について報告する。【症例】60歳代男性。横行結腸癌、下行結腸癌、直腸S状部癌の3重癌に対し大腸亜全摘を施行【ポート配置】通常の直腸癌に対する斜め1列のポート配置に加え、右上腹部に腹腔鏡用12mmポート、臍下約5～6cmやや右側と左下腹部にダビンチ用8mmポートを挿入し７ポートとする。臍右下ポートは腹腔鏡用12mmポートを用い、ポートインポートや助手用ガーゼ挿入ポート、または腸管切離の自動縫合機挿入の為に使用した。鉗子は１番：Fenestrated Bipolar Forceps、２番：camera、３番：Monopolar Curved Scissorsまたはvessel sealer、４番：Tip-Up Fenestrated Grasperで統一している。【手術手技】直腸：SD junctionにtargetting.通常の直腸癌に対する斜め一列のポート配置。左側結腸領域：脾湾曲にtargetting.カメラ用ポートは臍(または臍右下)のポートを使用。右上腹部と臍下、左下腹部ポートを鉗子用とした弓状のポート配置。右側結腸領域：肝湾曲部にtargetting.左上腹部と下腹部のポート3つ使用した逆L字型でポート使用。以上のポート配置で直腸切除から行い、口側に向かって下行結腸の授動・郭清、横行結腸～肝湾曲の授動・郭清の順で大腸亜全摘を行った【考察】当院では2～３重多発癌や広範な癒着剥離を要する症例、手術範囲が広範囲に及んだ固定異常を伴うS状結腸癌症例などでこのポート配置を使用し、ほぼ問題なく手術を完遂できた。ただし回盲部城域で１番鉗子の操作性に難があり、まだ改良の余地があると考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター9

一般演題（ポスター）45　ロボット手術 5

座長：久留宮 康浩（豊田厚生病院　外科）

[P45-1] 同時多発大腸癌に対するロボット支援下結腸切除術の使用経験

*野村 雅俊[1]、森脇 楓子[1]、深田 唯史[1]、團野 克樹[1]、平尾 隆文[1]、関本 貢嗣[1]、岡 義雄[1] (1. 箕面市立病院　外科)

[P45-2] 地域基幹病院で新規導入した手術支援ロボットhinotori™によるロボット支援下大腸癌手術の立ち上げ経験

*真貝 竜史[1]、澤崎 純哉[1]、大﨑 真央[1]、村西 耕太朗[1]、馬場谷 彰仁[1]、西垣 貴彦[1]、中塚 梨絵[1]、太田 英夫[1]、杉本 圭司[1]、大西 直[1]、松下 一行[1] (1. 川西市立総合医療センター外科)

[P45-3] 肥満直腸癌手術症例におけるロボット支援下手術の治療成績

*佐々木 恵[1]、黒川 芽生[1]、川島 由莉[1]、林 一真[1]、山田 圭寛[1]、芥田 壮平[1]、西岡 龍太郎[1]、松永 史穂[1]、田澤 美也子[1]、石井 武[1]、齋藤 稔史[1]、青柳 康子[1]、海藤 章郎[1]、光法 雄介[1]、伊東 浩次[1] (1. 総合病院土浦協同病院消化器外科)

[P45-4] 当院でのロボット支援下大腸切除術1日縦2件の運用

*瀬尾 雄樹[1]、泉 陽光[1]、松川 雄太[1]、天下井 恵理[1]、須田 光太郎[1]、野川 優衣[1]、武居 友子[1]、浜野 郁美[1]、戸倉 英之[1]、高橋 孝行[1] (1. 足利赤十字病院外科)

[P45-5] ロボット支援下直腸癌手術における合併症発症例の検討

*横溝 肇[1]、岡山 幸代[1]、岩本 隼輔[1]、川畑 花[1]、塩澤 俊一[1] (1. 東京女子医科大学附属足立医療センター外科)

[P45-6] 結腸・直腸癌に対する単孔式ロボット手術導入初期経験の検討

*田 鍾寛[1]、大矢 浩貴[1,2]、舩津屋 拓人[1]、皆川 結明[1]、額田 卓[2]、工藤 孝迪[2]、江畑 信孝[1]、武井 将伍[2]、前橋 学[2]、渥美 陽介[2]、太田 絵美[2]、風間 慶祐[1]、佐藤 渉[1]、沼田 正勝[2]、小坂 隆司[1]、小澤 真由美[2]、菅野 伸洋[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学医学部医学科消化管外科学講座、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター9

一般演題（ポスター）45　ロボット手術 5

座長：久留宮 康浩（豊田厚生病院　外科）

[P45-1] 同時多発大腸癌に対するロボット支援下結腸切除術の使用経験

*野村 雅俊[1]、森脇 楓子[1]、深田 唯史[1]、團野 克樹[1]、平尾 隆文[1]、関本 貢嗣[1]、岡 義雄[1] (1. 箕面市立病院　外科)

【緒言】
結腸癌に対するロボット支援下手術が2022年4月より保険収載となった. 当院でも2022年4月より結腸癌に対してロボット支援下手術を開始している. また機種については2023年1月よりda Vinci SiからXi に変更されたことで, 現在では大腸癌に対してロボット支援下手術か腹腔鏡下手術のアプローチの選択は基本的に線引きがない状態である. 今回上行結腸癌とS状結腸癌に対してロボット支援下にて同時手術を行った. その使用経験つき報告する.
【症例】
症例は85歳の女性. 身長138.5cm, 体重46kg, BMI 24.0. 腹部手術歴含めて特記する既往歴は認めなかった. 上行結腸癌はcT4a,N1b,M0 cStageIIIbの進行癌, S状結腸癌はSDJ近傍でcT1b,N0,M0 cStage Iの追加切除であった. 当科の方針としてロボット支援下手術において体腔内吻合は必須としてはおらず, カメラportは臍部にラッププロテクターを装着し同部位に置くようにしている. 体位は載石位を基本としている.
大腸癌手術の際のda Vinciのロールインは全例に対して患者の左側頭側からドッキングするようにしている. 本症例においては右季肋部でtargetingした後に回盲部切除術を行い, 助手は患者左側もしくは脚間から行った. 一時左側頭側にロールアウトした後に体腔外で切除・吻合を行った. 同様に左側頭側より再度ロールインし, SDJでtargetingを行い, 左結腸切除術を行った. 脾弯曲部の授動は要さなかった. 助手は患者右側から行った. 同様にロールアウトした後に体腔外で切除・吻合を行った.
手術時間は291分, コンソール時間は155分であった. ポートについてはassistant portが1か所とda Vinci 8mm port 5本の6 portにて行った.
【結語】
同時性多発大腸癌に対するロボット支援下結腸切除術を経験したために報告した.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター9

一般演題（ポスター）45　ロボット手術 5

座長：久留宮 康浩（豊田厚生病院　外科）

[P45-2] 地域基幹病院で新規導入した手術支援ロボットhinotori™によるロボット支援下大腸癌手術の立ち上げ経験

*真貝 竜史[1]、澤崎 純哉[1]、大﨑 真央[1]、村西 耕太朗[1]、馬場谷 彰仁[1]、西垣 貴彦[1]、中塚 梨絵[1]、太田 英夫[1]、杉本 圭司[1]、大西 直[1]、松下 一行[1] (1. 川西市立総合医療センター外科)

【はじめに・目的】
当院は2022年9月に地域基幹病院として開院し，年間約100例の大腸癌手術を施行している．ロボット支援下手術の適応拡大を背景に，他科との合同運用を目的として2026年2月に手術支援ロボットhinotori™を新規導入した．今回，新規導入に伴う準備期間と導入初期におけるアームセッティング時間の推移を評価し，新規導入施設における立ち上げの実際を報告する．
【方法】
2025年11月のメーカー認定プログラムおよび他施設見学の申し込み開始を起点として，実機によるハンズオン，多職種による他施設初回見学，術者認定プログラム受講，初症例実施までの期間を調査した．また，2026年2月から3か月間に施行したhinotori™によるロボット支援下大腸癌手術9例を対象とし，ロールイン完了からコクピット操作開始までのアームセッティング時間を評価した．
【結果】
申し込み開始から実機によるハンズオンまで49日，多職種による他施設初回見学まで55日，術者認定プログラム受講まで80日，初症例実施まで92日を要した．申し込み開始160日時点で，術者認定1名（他機種からのコンバージョン），助手認定2名を取得した．導入後3か月間に9例（右側結腸5例，S状結腸3例，RS1例）を施行した．アームセッティング時間は初回2例で21分を要したが，以降7例では中央値13分（10–20分）に短縮した．ピボットポイントを慎重に設定することで，術中のピボット再設定を要した症例は認めなかった．
【結論】
hinotori™の新規導入から初症例実施まで92日を要し，術者・助手の認定取得に加え，多職種による手術室運用の確立が必要であった．導入初期のアームセッティング時間は症例経験を重ねることで短縮傾向を認めた．新規導入施設では，機器配置や干渉回避を含めた手術室運用の標準化が，円滑なロボット支援下手術の導入に重要と考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター9

一般演題（ポスター）45　ロボット手術 5

座長：久留宮 康浩（豊田厚生病院　外科）

[P45-3] 肥満直腸癌手術症例におけるロボット支援下手術の治療成績

*佐々木 恵[1]、黒川 芽生[1]、川島 由莉[1]、林 一真[1]、山田 圭寛[1]、芥田 壮平[1]、西岡 龍太郎[1]、松永 史穂[1]、田澤 美也子[1]、石井 武[1]、齋藤 稔史[1]、青柳 康子[1]、海藤 章郎[1]、光法 雄介[1]、伊東 浩次[1] (1. 総合病院土浦協同病院 消化器外科)

【諸言】
肥満症例における直腸癌手術の難易度は高く, 術後合併症のリスク因子となる可能性もあるが, その手術成績についての報告は少ない. また近年は直腸癌に対するロボット支援下手術が急速に普及してきているが, 肥満直腸癌患者に対するロボット手術の有用性は明確にされていない.
【目的】
肥満直腸癌手術症例におけるロボット支援下手術と腹腔鏡下手術の短期成績を比較検討する.
【対象・方法】
2021年11月から2025年12月までの期間に当院にて直腸癌手術を施行し, かつBMI25以上であった69症例を対象とした. そのうちロボット支援下手術を施行した43例をRobot群，腹腔鏡下手術を施行した26例をLap群とし, 両群の短期成績を比較検討した.
【結果】
年齢中央値はRobot群66歳, Lap群73歳であり, 両群において男女比, BMIおよびASAに有意差を認めなかったが, Lap群で腹部手術歴が有意に多かった. (P値 0.0043) 腫瘍の局在はRobot群の方が比較的低位である傾向が見られた. 術式に関してRobot群ではLARが最多(27例)で, Lap群ではHARが最多であった.(13例)
手術時間中央値はRobot群328分, Lap群296分であり, 有意にRobot群で長かった.(P値 0.0186) 出血量, 郭清範囲, 郭清リンパ節個数, 予防的人工肛門造設の有無および術後在院日数において両群で有意差は認めなかった. Clavien-Dindo分類 Grade III以上の術後合併症はRobot群で2例(4.6%), Lap群で3例(11.5%)に認めたが, 統計学的有意差は認めなかった.
【考察】
両群の短期成績において, 手術時間以外で有意差は認めなかった.
【結語】
当院で施行した肥満直腸癌手術症例においては, ロボット支援下手術は腹腔鏡下手術と比較して同等の短期成績であった.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター9

一般演題（ポスター）45　ロボット手術 5

座長：久留宮 康浩（豊田厚生病院　外科）

[P45-4] 当院でのロボット支援下大腸切除術1日縦2件の運用

*瀬尾 雄樹[1]、泉 陽光[1]、松川 雄太[1]、天下井 恵理[1]、須田 光太郎[1]、野川 優衣[1]、武居 友子[1]、浜野 郁美[1]、戸倉 英之[1]、高橋 孝行[1] (1. 足利赤十字病院外科)

【背景、目的】2018年に直腸癌に、また2022年に結腸癌に対するロボット支援下手術が保険収載され、ロボット支援下大腸切除術は全国的に普及した。当院では2021年11月にロボット支援下直腸切除術を導入した。当院はダヴィンチXiシステム1台の運用であり、手術室の事情等でダヴィンチ手術1日2件の運用が困難であったが、メディカルスタッフとの協議のうえ2023年12月にロボット支援下大腸切除術の1日縦2件の運用を開始した。今回、当院で経験したロボット支援下大腸切除術の縦2件での運用につき成績を検討した。【方法】2023年12月から2026年3月に、当院で縦2件腹腔鏡下大腸切除術を施行した症例のうち、1件目をロボット支援下、2件目を非ロボット支援下手術とした群（43日、計86例）と、2件ともロボット支援下手術とした群（30日、計60例）に分けて、その時間経過等を後方視的に検討した。【結果】1件目と2件目の入れ替え時間は25分対37分（p=0.08)、1件目入室から2件目退室までの時間は9時間36分対9時間19分（p=0.33)であった。2件目の退室時刻の中央値は18時27分であった。1件目、2件目の手術時間のみの合計、また入室から加刀までの時間も、それぞれの群で有意差を認めなかった。【考察】当院はダヴィンチ1台運用であり、ダヴィンチ1日2件の運用の際は同一手術使用としており、入れ替えに携わるメディカルスタッフの協力、工夫が重要と考えられる。【結果】当院でのロボット支援下大腸切除術1日縦2件の運用は、総手術時間の延長の原因とならず、多職種の協力で円滑な運用ができていると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター9

一般演題（ポスター）45　ロボット手術 5

座長：久留宮 康浩（豊田厚生病院　外科）

[P45-5] ロボット支援下直腸癌手術における合併症発症例の検討

*横溝 肇[1]、岡山 幸代[1]、岩本 隼輔[1]、川畑 花[1]、塩澤 俊一[1] (1. 東京女子医科大学附属足立医療センター外科)

【目的】当科における実臨床下での直腸癌に対するロボット支援下手術導入初期の治療成績を検討し，合併症発症の危険因子を明らかにする．
【対象と方法】2019年10月から2023年12月までに当科でda Vinci X surgical systemを用いてロボット支援下直腸癌手術を行った91例を対象とし，合併症発症の有無別に検討した．
【結果】対象例は男性58例，女性33例，年齢71歳，BMI 22.4 kg/m 2，PS 0 75例，1以上16例，ASA 2以下 79例，3 12例，PNI 49.355，N/L比 2.16，mGPS A群 63例，B・C・D群 26例．占居部位はRS 10例，Ra 38例，Rb 43例で，前方切除9例，低位前方切除38例，超低位前方切除14例，ISR 3例，Hartmann 7例，直腸切断術20例で，側方郭清は6例に施行し，diverting ileostomyは20例に造設．手術時間 363分，コンソール時間196分，出血量20ml．壁深達度はT2以浅 29例，T3以深 62例，進行度はStage 0 3例，I 25例，II 25例，III 30例，IV 8例．Clavian-Dindo分類 III以上の合併症を17例に認めた．合併症発症の有無別にみると，年齢，性別，BMI，PS,ASA，PNI，N/L比，術者別，占居部位，stomaの有無，出血量，Stage別では差がなく，mGPS A群に比べB・C・D群（p=0.0042），手術時間が460分以上（p=0.0289），壁深達度がT3以深（p=0.0343）に合併症が多かった．多変量解析を行うと，mGPSのみが独立した因子として抽出された（p=0.0266）．
【結語】導入初期より直腸癌症例には基本的にロボット支援下手術を行っていたが，術後の合併症が少なくなかった．合併症発症はmGPS B・C・D群，長時間手術例，壁深達度がT3以深に多く，mGPSは合併症発症の独立した危険因子であった．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター9

一般演題（ポスター）45　ロボット手術 5

座長：久留宮 康浩（豊田厚生病院　外科）

[P45-6] 結腸・直腸癌に対する単孔式ロボット手術導入初期経験の検討

*田 鍾寛[1]、大矢 浩貴[1,2]、舩津屋 拓人[1]、皆川 結明[1]、額田 卓[2]、工藤 孝迪[2]、江畑 信孝[1]、武井 将伍[2]、前橋 学[2]、渥美 陽介[2]、太田 絵美[2]、風間 慶祐[1]、佐藤 渉[1]、沼田 正勝[2]、小坂 隆司[1]、小澤 真由美[2]、菅野 伸洋[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学医学部医学科消化管外科学講座、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科)

【背景】単孔式ロボット手術は整容性や低侵襲性の向上が期待される一方、視野展開や鉗子干渉など従来の多孔式ロボット手術とは異なる特徴を有し,安全な導入には十分な準備と体制構築が必要である。
【目的】当科における単孔式ロボット手術の導入方法を供覧し、その初期成績について明らかにすることを目的とした。
【方法】2026年2月から当科で単孔式ロボットであるDa Vinci SPを用いた大腸悪性腫瘍手術を導入した。当院では高難度新規医療技術として評価部会のモニタリングのもと導入を行った。対象は切除可能大腸悪性腫瘍患者とし、他臓器合併切除や再発症例などの高難度症例やASA-PS3以上の重篤な併存疾患をもつ症例は適応外とした。初症例の前に手術室看護師および臨床工学技士とともに他院で手術見学を行い,麻酔科も含めたカンファレンスを行った。症例ごとに科内カンファレンスで適応と妥当性を検討し、その上で患者に高難度新規医療技術であることを説明し同意を取得した上で、手術に臨んだ。手術はマルチポートのロボット手術プロクターである単一術者によって施行し、３例目までは院外よりプロクターを招聘した。手術施行時、退院時、初回外来受診時に必要事項を記載し評価部会によるモニタリングを行った。導入後に施行した５例を対象に、周術期成績を後方視的に検討した。
【結果】年齢中央値は81歳（74～83）で、男性3例、女性2例であった。BMIは21.49（19.67～22.96）と肥満症例はいなかった。術式は回盲部切除術、右半結腸切除術、左半結腸切除術、ハルトマン手術、一時的回腸人工肛門造設を伴う低位前方切除術をそれぞれ１例ずつ施行した。全例でロボット支援下手術が完遂可能であり、開腹移行は認めなかった。手術時間中央値は280分、出血量中央値は35 mLであった。Clavien-Dindo分類Grade II以上の術後合併症は、肺炎球菌性肺炎の1例であった。Grade III以上の合併症は認めなかった。術後在院日数中央値は7日（7～18）であった。
【結語】単孔式ロボット手術は適切な導入準備およびチーム体制構築により、安全に導入可能であった。今後さらなる症例集積による長期成績および適応拡大の検討が必要である

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター10

一般演題（ポスター）46　手術手技

座長：高橋 宏幸（福岡大学病院消化器外科）

[P46-1] 小規模病院における下部直腸癌に対するTaTMEの導入と腹腔鏡下低位前方切除術との治療成績の検討

*田地野 将太[1,2]、高野 裕樹[1]、衛藤 謙[2] (1. 葛西昌医会病院消化器外科、2. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

[P46-2] 腹腔鏡下虫垂切除術における虫垂根部処理法の検討

*南浦 翔子[1]、玉井 皓己[1]、室谷 昌俊[1]、大原 信福[1]、鄭 充善[1] (1. 大阪ろうさい病院外科)

[P46-3] 緊急Hartmann手術後に施行したHartmann reversal 8例の短期成績

*春名 健伍[1]、安井 昌義[1]、在田 麻美[1]、柳澤 公紀[1]、西沢 佑次郎[1]、武田 裕[1] (1. 関西労災病院消化器外科)

[P46-4] 腹腔鏡下Hartmann reversalの短期成績と初回手術因子の検討

*余語 孝乃助[1]、松村 卓樹[1]、浅野 瑠水[1]、齋藤 美和[1]、戸田 瑶子[1]、國友 愛奈[1]、安井 講平[1]、本村 理子[1]、大岩 立学[1]、白井 信太郎[1]、倉橋 岳宏[1]、福山 貴大[1]、上田 翔[1]、篠原 健太郎[1]、大澤 高陽[1]、安藤 公隆[1]、金子 健一朗[1]、深見 保之[1] (1. 愛知医科大学消化器外科)

[P46-5] ICG蛍光法非使用下のS状結腸・直腸癌手術における左結腸動脈温存の短期成績：非温存例との比較検討

*宮坂 衛[1]、川瀬 寛[1]、矢野 智之[1] (1. 札幌清田病院外科)

[P46-6] 腹腔鏡下ハルトマンリバーサルに対する経肛門アンビルヘッド挿入吻合術の導入

*鴨 政充[1]、雨宮 隆介[1]、池端 昭慶[1]、田島 萌[1]、小桐 雅世[1]、江頭 有美[1]、津和野 伸一[1]、早津 成夫[1] (1. 独立行政法人 国立病院機構 埼玉病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター10

一般演題（ポスター）46　手術手技

座長：高橋 宏幸（福岡大学病院消化器外科）

[P46-1] 小規模病院における下部直腸癌に対するTaTMEの導入と腹腔鏡下低位前方切除術との治療成績の検討

*田地野 将太[1,2]、高野 裕樹[1]、衛藤 謙[2] (1. 葛西昌医会病院消化器外科、2. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

【目的】下部直腸癌に対する経腹的アプローチは, 進行した腫瘍や狭骨盤で術野の確保が困難となりうる. 近年, 経肛門的全直腸間膜切除術（TaTME）は下部直腸癌における視認性, 操作性の向上により注目されているが, 一般に2チーム体制で行われることが多い. 当院は常勤外科医2名の小規模病院であり, 術式に習熟した医師を招聘し, 1チーム体制でTaTMEを導入した. 本研究では, 導入初期の安全性と有用性を明らかにするため, 腹腔鏡下低位前方切除術（Lap-LAR）との治療成績を比較した. 【方法】2020年4月～2024年3月に直腸癌に対してLap-LARまたはTaTMEを施行した26例を対象とした. 術前病態, 手術成績について後方視的に比較検討した. 術後合併症はClavien–Dindo分類, Grade 3以上とした. 【結果】Lap-LAR群（L群）は16例, TaTME群（T群）は10例であった. 2群間で年齢（71歳 vs 75歳, p=0.24）, 性別（男性7症例 vs 8症例, p=0.11）, BMI（23.7 vs 24.2, p=0.67）, 術後Stageに有意差は認めなかった. T群でAV距離は有意に短く（10cm vs 4.5cm, p＜0.01）, 出血量は多かった（20ml vs 69ml, p＜0.01）. 手術時間は２群間で有意差は認めなかった（258分 vs 265分, p=0.48）. 合併症はL群で1例（縫合不全1例）,T群で3例（縫合不全1例, 麻痺性イレウス2例）に認め, T群で多い傾向にあったが有意差は認めなかった（p=0.06）. 再手術を施行した症例はなかった. また, 術後在院日数に有意差なく（18日 vs 18日, p=0.66）, 全例が軽快退院した. 【結語】少人数体制の小規模病院においてTaTMEを導入するにあたり, 下部直腸癌に対する有効な選択肢となりえる一方, 導入に際しては適切な指導体制, 支援体制を構築し, 慎重に導入する必要があると思われる.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター10

一般演題（ポスター）46　手術手技

座長：高橋 宏幸（福岡大学病院消化器外科）

[P46-2] 腹腔鏡下虫垂切除術における虫垂根部処理法の検討

*南浦 翔子[1]、玉井 皓己[1]、室谷 昌俊[1]、大原 信福[1]、鄭 充善[1] (1. 大阪ろうさい病院外科)

【背景】
急性虫垂炎に対する腹腔鏡下虫垂切除術における根部処理の方法は多岐にわたる。当院では術者判断でエンドループ、クリップまたは自動縫合器を用いた根部処理を選択しているが、違いについての検討は極めて少ない。今回、我々は根部処理法について、その治療成績を比較・検討することとした。
【対象と方法】
当院で2020年1月から2025年12月までの期間で、急性虫垂炎に対して腹腔鏡下虫垂切除術を施行した151例を対象とした。虫垂根部処理をエンドループで行った群(L群109例)とクリップで行った群(C群32例)、自動縫合器で行った群(S群10例)に分け、患者背景、手術因子、術後合併症などについて後方視的に検討した。
【結果】
年齢中央値は54歳(15-90歳)、男性72例で女性79例であった。術前の白血球数は中央値が11620/μLで、CRPの中央値は2.83mg/dLであった。糞石を認めた症例は54例、膿瘍形成を認めた症例は37例であった。術後合併症(Clavien-Dindo分類Grade1以上)は20例認め、創部SSIが6例、腹腔内膿瘍が9例、麻痺性イレウスが8例であった(重複あり)。それぞれL群10例(9.2%)、C群5例(15%)、S群5例(50%)であった。S群は術後合併症発生率が最も高かったが、重症例が多く含まれていたことから、背景因子に偏りがあると考え、L群とC群の2群で単変量解析を行った。両群間で年齢、性別、BMI、重症度に有意差は認めなかった。手術時間、出血量、術後合併症、術後在院日数、病理組織学的因子についても両群間で有意差を認めなかった。
【考察】
エンドループ及びクリップを用いた根部処理法はいずれを選択しても同等の治療成績が得られることが示された。手技の簡便さ、コスト、教育面等、複合的因子を鑑みた手技選択が重要と考えられる。
【結語】
急性虫垂炎に対する腹腔鏡下虫垂切除術において、当院で採用している根部処理法について比較した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター10

一般演題（ポスター）46　手術手技

座長：高橋 宏幸（福岡大学病院消化器外科）

[P46-3] 緊急Hartmann手術後に施行したHartmann reversal 8例の短期成績

*春名 健伍[1]、安井 昌義[1]、在田 麻美[1]、柳澤 公紀[1]、西沢 佑次郎[1]、武田 裕[1] (1. 関西労災病院消化器外科)

【目的】
当科で緊急Hartmann手術後に施行したHartmann reversal症例の短期成績を明らかにする。
【対象と方法】
2023年1月から2026年3月までに当科でHartmann reversalを施行した8例を対象とし、患者背景、初回Hartmann手術の原因、初回手術からReversalまでの期間、Reversal術式、手術時間、出血量、術後合併症、術後在院日数、転帰について後方視的に検討した。
【結果】
対象は男性3例、女性5例で、Reversal時年齢中央値は69.5歳（49–86歳）、BMI中央値は22.3（18.7–28.8）であった。初回Hartmann手術の原因は憩室穿孔5例、大腸癌穿孔2例、S状結腸癌術後縫合不全1例であり、全例が穿孔・腹膜炎を伴う緊急手術であった。初回Hartmann手術からReversalまでの期間中央値は267.5日（174–533日）であった。Reversal時のECOG PSは0が7例、1が1例で、ADLは全例自立していた。術式は全例で腹腔鏡下に施行され、開腹移行例は認めなかった。Reversal手術について、手術時間の中央値は237分（187–306分）で、出血量の中央値0mL(0-30 mL)であり、輸血を要した症例はなかった。術後在院日数の中央値は12日（9–17日）で、全例が自宅退院した。術後合併症は癒着性腸閉塞の1例で、術後18日目に再入院し、術後59日目に再手術を要した。縫合不全、SSI、腹腔内膿瘍、30日死亡は認めなかった。
【結語】
緊急Hartmann手術後であっても、PS良好かつADL自立例を適切に選択することで、腹腔鏡下Hartmann reversalは安全に施行可能であった。症例数は限られるが、重篤な合併症は癒着性腸閉塞による再手術1例のみであり、縫合不全や30日死亡は認めなかった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター10

一般演題（ポスター）46　手術手技

座長：高橋 宏幸（福岡大学病院消化器外科）

[P46-4] 腹腔鏡下Hartmann reversalの短期成績と初回手術因子の検討

*余語 孝乃助[1]、松村 卓樹[1]、浅野 瑠水[1]、齋藤 美和[1]、戸田 瑶子[1]、國友 愛奈[1]、安井 講平[1]、本村 理子[1]、大岩 立学[1]、白井 信太郎[1]、倉橋 岳宏[1]、福山 貴大[1]、上田 翔[1]、篠原 健太郎[1]、大澤 高陽[1]、安藤 公隆[1]、金子 健一朗[1]、深見 保之[1] (1. 愛知医科大学消化器外科)

大腸穿孔や大腸癌に対するHartmann手術後のHartmann reversalは、人工肛門閉鎖によるQOL改善が期待される一方、高度癒着などにより手術難易度や周術期合併症リスクが高い術式とされている。当院では2017年より腹腔鏡下Hartmann reversalを第一選択としており、その短期成績および初回手術因子との関連について検討した。
対象は2017年3月から2026年3月までに当院でHartmann reversalを施行した27例のうち、初回Hartmann手術を他院で施行した2例を除外した25例とした。Hartmann reversal時年齢中央値は65歳、男性17例（68%）であった。初回手術対象疾患は良性21例（84%）、悪性4例（16%）であった。初回手術からreversalまでの待機期間中央値は200日で、全例腹腔鏡下に開始し、2例で開腹移行した。手術時間、出血量、術後在院日数中央値はそれぞれ272分、30 mL、12日であった。Clavien–Dindo grade II以上の周術期合併症は6例に認めたが、縫合不全は認めなかった。
初回手術時に周術期合併症を認めた症例では、Hartmann reversal時の手術時間（308分 vs 247分, p=0.01）および術後在院日数（14日 vs 11.5日, p=0.05）が有意に延長していた。さらに、手術時間と癒着剥離時間には有意な相関関係を認め、腹腔内癒着が手術難易度上昇の一因と考えられた。また、汎発性腹膜炎症例では初回手術時の周術期合併症率が有意に高かった（45% vs 0%, p<0.01）。
初回手術時の腹腔内感染や周術期合併症は、癒着形成や骨盤内操作困難性を介して腹腔鏡下Hartmann reversalの周術期経過に影響する可能性が示唆された。Hartmann reversalの適応および術前リスク評価において、初回手術時の病態重症度や術後経過を考慮する重要性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター10
一般演題（ポスター）46　手術手技
座長：高橋 宏幸（福岡大学病院消化器外科）

[P46-5] ICG蛍光法非使用下のS状結腸・直腸癌手術における左結腸動脈温存の短期成績：非温存例との比較検討

*宮坂 衛[1]、川瀬 寛[1]、矢野 智之[1] (1. 札幌清田病院外科)

【目的】
下腸間膜動脈結紮レベル（high tie／low tie）をめぐる議論は多く、左結腸動脈（LCA）温存は吻合部血流の観点から有用性が示唆されている．一方で、臨床アウトカムに関しては明確な差は示されていない．今回、ICG蛍光法を使用しない当院において、LCA温存の短期成績を非温存例と比較検討した．

【対象・方法】
2016年1月から2026年4月までに当院で施行したS状結腸癌および直腸癌手術のうち、腹腔鏡下に施行した吻合を伴う待機的根治切除例153例を対象とした．マイルズ手術、ハルトマン手術、T4bに対する他臓器合併切除例、同時性他癌手術例は除外した．LCA温存群と非温存群に分け、患者背景、手術因子および短期成績を比較した．評価項目は手術時間、出血量、術後在院日数、合併症（Clavien–Dindo分類Grade≧III）、縫合不全率とし、併せてリンパ節郭清個数を評価した．

【結果】
LCA温存群122例、非温存群31例であった．年齢は72歳 vs 67歳、男性65例 vs 13例であった．手術時間は207分 vs 232分（p＝0.10）、術後在院日数は14日 vs 13日であった（いずれも中央値）．Clavien–Dindo Grade≧IIIの合併症発生率は1.6% vs 3.2%（p＝0.50）、縫合不全率は0.8% vs 0%（p＝1.0）であり、両群ともに縫合不全率は低値であった．リンパ節郭清個数は非温存群で多く認め（17個 vs 21個、p＝0.02）、症例背景および郭清範囲の違いを反映した可能性がある．

【結語】
ICG蛍光法を用いない当院の実臨床において、症例選択下でのLCA温存は非温存例と比較して短期成績に大きな差を認めなかった．LCA温存は吻合血流や腸管長の確保を考慮した術式選択肢の一つとなり得るが、郭清範囲や腫瘍進行度を踏まえた慎重な症例選択が重要である．なお、本検討は症例選択の影響を受けている可能性があり、解釈には留意を要する結果であった．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター10

一般演題（ポスター）46　手術手技

座長：高橋 宏幸（福岡大学病院消化器外科）

[P46-6] 腹腔鏡下ハルトマンリバーサルに対する経肛門アンビルヘッド挿入吻合術の導入

*鴨 政充[1]、雨宮 隆介[1]、池端 昭慶[1]、田島 萌[1]、小桐 雅世[1]、江頭 有美[1]、津和野 伸一[1]、早津 成夫[1] (1. 独立行政法人 国立病院機構 埼玉病院)

【背景】腹腔鏡下ハルトマンリバーサルは低侵襲である一方，腹腔内癒着や肛門側直腸断端の同定困難により，開腹移行率が高いことが知られている．また残存直腸が長い症例や屈曲が強い症例，骨盤深部での可動制限を伴う症例では，自動吻合器の挿入が困難となり，吻合に難渋することがある．そのような場合には小開腹創から直視下に吻合を行うが，肥満症例や狭骨盤症例などではなお吻合に難渋することがある．当科では吻合の選択肢の一つとして経肛門アンビルヘッド挿入吻合術を導入している．
【手術方法】術前日に経肛門的注腸造影を施行し，残存直腸長および走行を評価し，セイラムサンプチューブ先端が直腸断端となるように留置した．手術ではストマ創を1stポートして骨盤内の癒着を剥離し，セイラムサンプ先端をメルクマールとして直腸断端を同定した．経肛門的にチューブ末端にアンビルヘッドを装着し，続いて腹腔鏡下に直腸断端に小孔を開け，セイラムサンプとそれに続くアンビルヘッドを腹腔内へ誘導した．結腸断端から自動縫合器を挿入し体腔内で吻合を行った．吻合後は術中内視鏡およびエアリークテストにて吻合部の安全性を確認した．
【症例1】74歳女性．宿便性S状結腸穿孔に対するハルトマン手術後．初回手術から164日後に本手技を施行した．手術時間2時間13分，出血量5ml，術後合併症は認めず，術後4日目に食事を再開し，術後9日目に自宅退院となった．
【症例2】73歳女性．宿便性S状結腸穿孔に対するハルトマン手術後．初回手術から113日後に同様の手術を行なった．ICG蛍光法にて人工肛門側結腸の切離ラインを決定し吻合した．手術時間3時間26分，出血量116ml，術後合併症なく，術後3日目に食事を再開し，ADL低下のため術後18日目に転院となった．
【考察】2例とも結腸授動を要することなく体腔内吻合が可能であり,術後合併症も認めなかった．本手技では不潔野から清潔な体腔内へセイラムサンプチューブおよびアンビルヘッドを誘導する必要があり,汚染リスクには留意する必要がある.一方で,長い残存直腸や屈曲により経肛門的な自動吻合器シャフトの直線的挿入が困難と予想される場合には有用な再建手技の一つとなり得る．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター10

一般演題（ポスター）47　診療の工夫とその他疾患 2

座長：馬場 研二（鹿児島大学消化器外科）

[P47-1] 下部消化管異物に対する治療の検討

*小南 裕明[1]、生田 肇[1] (1. 市立加西病院)

[P47-2] 術前に絞扼性イレウスとの鑑別が困難であったメッケル憩室捻転の1例

*住谷 大輔[1]、徳永 真和[1]、小野 紘輔[1]、森田 隼登[1] (1. 県立二葉の里病院)

[P47-3] 大腸癌周術期におけるAI支援機能の実装要件：患者と医療従事者の関心構造の非対称性に着目した探索的検討

*町田 拓[1]、須田 竜一郎[2]、笠原 啓介[3]、飯川 雄[3]、下田 辰也[3]、渡邉 大輔[3]、丹羽 夏海[2]、近藤 尚[2]、飯澤 勇太[2]、大野 幸恵[2]、中臺 英里[2]、岡庭 輝[2]、小林 壮一[2]、西村 真樹[2]、片岡 雅章[2]、柳澤 真司[2]、海保 隆[2]、青木 沙弥佳[4] (1. 君津中央病院客員研究員、2. 君津中央病院外科、3. 君津中央病院リハビリテーション科、4. 亀田総合病院消化器外科)

[P47-4] 肛門日帰り手術におけるShared decision makingの重要性

*日高 元[1] (1. 医療法人　日高クリニック福岡)

[P47-5] 成人腸管不全症例における静脈栄養から離脱可能となる因子の検討

*赤澤 英[1]、荻野 崇之[1]、福田 健太[1]、辻 嘉斗[1]、深田 晃生[1]、関戸 悠紀[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、水島 恒和[2]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院医学研究科消化器外科学、2. 獨協医科大学下部消化管外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター10

一般演題（ポスター）47　診療の工夫とその他疾患 2

座長：馬場 研二（鹿児島大学消化器外科）

[P47-1] 下部消化管異物に対する治療の検討

*小南 裕明[1]、生田 肇[1] (1. 市立加西病院)

下部消化管異物自験例について手術実施の有無で分類し比較検討を行った。2002年4月から2026年3月までの24年間に当院で治療を行った下部消化管異物症例は手術実施6例、非実施10例の全16例であった。男女比は非実施例で女性、実施例で男性が多く、複数回治療を行った例は非手術例で2例確認できた。精神疾患を有する例は非手術例で半数に見られたが、手術例では1例に留まった。また異物の侵入経路については非手術例では全例が順行性であったが、手術例では1/3が逆行性に挿入されていた。確定診断にはともにCTが最も有効であったが手術例では内視鏡検査や肛門鏡での観察で異物の診断確定に至った例が複数見られた。非手術例において、異物は10例中6例で自然排泄されたが4例で内視鏡的摘出を必要とした。手術例では診断当日、もしくは翌日に手術が施行されていた。処置後、もしくは術後合併症は手術群で廃用症候群が1例に見られたのみだった。下部消化管異物はCTを中心とした画像検査を早期に実施して診断を確定し、手術適応の有無を含めた適切な治療方針を立てることで良好な経過を得られると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター10

一般演題（ポスター）47　診療の工夫とその他疾患 2

座長：馬場 研二（鹿児島大学消化器外科）

[P47-2] 術前に絞扼性イレウスとの鑑別が困難であったメッケル憩室捻転の1例

*住谷 大輔[1]、徳永 真和[1]、小野 紘輔[1]、森田 隼登[1] (1. 県立二葉の里病院)

【緒言】メッケル憩室は多様な合併症を呈するが、憩室自体が軸となり単独で捻転する病態は稀である。今回、臨床および画像所見から絞扼性イレウスが疑われたが、術中にメッケル憩室単独捻転と診断し得た1例を経験したため報告する。
【症例】20歳代、男性。既往歴に腹部手術歴なし。突然の心窩部痛を主訴に来院した。腹部造影CTで、小腸の限局的な拡張と、臍レベルの右側腹部に複数のcaliber changeが近接して認められ絞扼性イレウスが強く疑われた。短いclosed loopの形成と、同部位の腸管壁の造影効果減弱も疑われたため緊急手術を施行した。
【手術所見】腹腔鏡下に観察したところ、回腸末端から約100cm口側の回腸腸間膜対側に、鶏卵大の暗赤色腫瘤を認めた。トライツ靭帯までの小腸本幹に通過障害は認めなかった。腫瘤の部位と腸管との連続性からメッケル憩室と診断。憩室基部は有茎状で、その茎部を軸に捻転しており、憩室の可動性の高さが捻転の機序と考えられた。臍創を2.5cmに延長し、腹腔鏡補助下にメッケル憩室切除術（＋リンパ節生検）を施行した。
【経過・病理所見】術後経過は良好で、第4病日に退院となった。病理組織学的検査では、出血性梗塞に陥ったメッケル憩室であり、悪性所見は認めなかった。
【考察】メッケル憩室捻転は、画像所見が絞扼性イレウスと酷似するため術前診断は極めて困難である。本症例では憩室基部の授動性が高かったことが単独捻転の要因と考えられた。本症のように腸管本幹の閉塞を伴わない場合でも、臨床的には急性腹症として発症するため、迅速な外科的介入が必要不可欠である。その際、腹腔鏡下手術は低侵襲な診断・治療手段として極めて有用であった。
【結語】絞扼性イレウスとの鑑別が困難であったメッケル憩室単独捻転の1例を経験した。術前診断は困難であるが、本症を念頭に置いた迅速な対応が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター10

一般演題（ポスター）47　診療の工夫とその他疾患 2

座長：馬場 研二（鹿児島大学消化器外科）

[P47-3] 大腸癌周術期におけるAI支援機能の実装要件：患者と医療従事者の関心構造の非対称性に着目した探索的検討

*町田 拓[1]、須田 竜一郎[2]、笠原 啓介[3]、飯川 雄[3]、下田 辰也[3]、渡邉 大輔[3]、丹羽 夏海[2]、近藤 尚[2]、飯澤 勇太[2]、大野 幸恵[2]、中臺 英里[2]、岡庭 輝[2]、小林 壮一[2]、西村 真樹[2]、片岡 雅章[2]、柳澤 真司[2]、海保 隆[2]、青木 沙弥佳[4] (1. 君津中央病院客員研究員、2. 君津中央病院外科、3. 君津中央病院リハビリテーション科、4. 亀田総合病院消化器外科)

【背景】
大腸癌周術期では、治療理解、リハビリ、退院後適応など多面的課題が生じる。医療AIは情報提供や患者教育、業務負担軽減に寄与し得るが、実装には患者ニーズと医療従事者の受容条件、ELSIを踏まえた設計が不可欠である。本研究では両者の関心構造を対照し、実装要件を探索的に検討した。
【方法】
単施設横断研究。大腸癌術後患者173例（完全回答162例）と同院医療従事者22例（看護師16、外科医5、他1）を対象とした。患者はAI支援9項目を6件法（5段階＋「分からない」）で評価し、「分からない」を除外後の79例を主要解析対象とした。医療従事者は対応する8項目を5件法で評価した。両調査は尺度が異なるため直接比較は行わず、機能領域ごとの相対的関心を対照した。
【結果】
患者では「AI医療情報への信頼」3.86点、「AIリハビリ提案」3.76点が上位で、「AI相談の気軽さ」は2.86点と最低であった。AI説明機能の「分からない」回答は35.8%で最多であり、AIの役割認識が未形成の患者層が示唆された。医療従事者では「業務負担軽減」と「法的問題・情報漏洩懸念」がともに3.95点で最上位、「リハビリ提案実行可能性」3.86点が続いた。自由記述では退院指導など標準化可能な場面への期待と、責任所在・個人情報保護への懸念が示された。看護師ではAI活用への慎重姿勢が相対的に高かったが、探索的所見にとどまる。
【考察】
両者の関心は対立ではなく異なる階層に位置していた。患者はAIに主治医や看護師の代替ではなく、診察前後の理解補助・疑問整理を期待している可能性がある。一方、医療従事者は有用性を認めつつも、法的責任、情報漏洩、信頼性、専門性の境界を実装上の前提条件として重視していた。看護師の慎重姿勢は、コミュニケーション代替への慎重な受け止めを反映した可能性がある。
【結論】
大腸癌周術期AI支援では、情報提供、患者教育、リハビリ支援が初期導入領域として有望である。相談・意思決定・心理的支援への応用には、責任境界、医療者監督、AIであることの明示を含むELSIに配慮した運用設計が求められる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター10

一般演題（ポスター）47　診療の工夫とその他疾患 2

座長：馬場 研二（鹿児島大学消化器外科）

[P47-4] 肛門日帰り手術におけるShared decision makingの重要性

*日高 元[1] (1. 医療法人　日高クリニック福岡)

当院は2023年に前クリニックを継承し肛門、消化器疾患を中心に診療を行っている。
継承に伴い、スタッフ、環境等の変化に沿って手術を含めた診療内容も適宜変化を持たせてきた。
肛門疾患は特に出血、脱出、疼痛など自覚症状はさまざまであり、日帰り手術の術式や麻酔法の選択は慎重に行うべきである。
とりわけ、術式選択に関しては小生のこれまでの経験やガイドライン等のエビデンスに基づき推奨する治療法の選択肢を提示した上で、自身の症状や治療過程、患者背景やご自身の価値観、希望を尊重し最終決定することが患者満足度に直結するものと考えている。
これまでのいくつかの事例をもとに当院における肛門疾患日帰り手術におけるインフォームドコンセントや術式選択までの過程について呈示させていただく。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター10

一般演題（ポスター）47　診療の工夫とその他疾患 2

座長：馬場 研二（鹿児島大学消化器外科）

[P47-5] 成人腸管不全症例における静脈栄養から離脱可能となる因子の検討

*赤澤 英[1]、荻野 崇之[1]、福田 健太[1]、辻 嘉斗[1]、深田 晃生[1]、関戸 悠紀[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、水島 恒和[2]、江口 英利[1] (1. 大阪大学大学院医学研究科消化器外科学、2. 獨協医科大学下部消化管外科)

【目的】腸管不全(IF)は「生命維持に必要な栄養・水分・電解質を腸管から吸収できず、継続的な静脈栄養（PN）を要する病態」と定義される。IF管理では、患者のQOL低下や、頻回の静脈ルート交換による新規ルート確保が困難となることが大きな問題となる。今回、成人IF患者における臨床病理学的因子とPN離脱可能因子の検討を目的とした。
【方法】当院での診療歴のある成人IF症例45例を対象とした。患者背景、臨床病理学的因子、PN関連合併症、予後について検討した。IFALDは、1週間以上の持続するAST、ALT、γGPT＞基準上限値の1.5倍、もしくは持続するD-Bil≧1.0と定義した。値は中央値で示した。
【結果】PN開始年齢は35歳、男性22例、女性23例、PN開始日からの観察期間は19.6年であった。原因疾患は、クローン病22例、潰瘍性大腸炎2例、小腸捻転2例、慢性偽性腸閉塞9例、難治性下痢3例、放射線性腸炎、大動脈解離、絞扼性イレウス、腸管 Behcet病、Hirschsprung病、びまん性腸管神経節細胞腫症、非特異的多発小腸潰瘍が各1例であった。回盲弁残存は27%、Colon in continuityが69%、ストーマ造設状態は47%であった。PN関連合併症について、CRBSI発症例は 80%、IFALDは 29%であった。PN離脱は16例（36%）に認めた。PN離脱例では、非離脱例と比較してストーマ非造設状態の症例が多い傾向を認め（p=0.056）、残存小腸長が長い傾向を認めた（p=0.079）。
PN離脱とIFALD併存に関連は認めなかった（p=0.162）。CRBSIはPN離脱例でも75%に認めており、非離脱例と差はなかった（p=0.700）。
【結論】成人IF患者において、CRBSIは80%、IFALDは29.0%に認められた。また、PN離脱可能因子として、ストーマ非造設、残存小腸長が関連する可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター11

一般演題（ポスター）48　炎症性腸疾患 2

座長：本谷 聡（札幌厚生病院　IBDセンター）

[P48-1] 潰瘍性大腸炎におけるブデソニド腸溶性徐放錠の有効性と臨床的寛解予測因子の検討

*中野 省吾[1] (1. 日本赤十字社和歌山医療センター)

[P48-2] Polysorbate80が関与した過敏性反応が疑われ薬剤選択に難渋した潰瘍性大腸炎の一例

*山下 芳恵[1]、西俣 伸亮[1]、濱元 ひとみ[1]、平川 あさみ[1]、鮫島 由規則[1]、鮫島 隆志[2]、平井 郁仁[3]、猿渡 浩[4] (1. 鮫島病院内科、2. 鮫島病院肛門科、3. 福岡大学医学部消化器内科、4. 猿渡ひふ科クリニック)

[P48-3] 当院における活動期潰瘍性大腸炎に対する抗IL-23p19抗体製剤の使用経験

*白木 学[1]、枡 悠太郎[1]、羽根田 祥[1]、高橋 賢一[1] (1. 東北労災病院IBDセンター)

[P48-4] 炎症性マクロファージ誘導に寄与するサイトカインの検討

*長谷川 晃一[1]、三上 洋平[1]、角田 潤哉[1,2]、伊藤 虎太郎[1]、田島 百合[1]、杉本 真也[1]、清原 裕貴[1]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学（消化器）、2. 慶應義塾大学医学部一般・消化器外科)

[P48-5] 神経ベーチェット病に対する免疫抑制療法中に発症した同時性多発大腸癌の1例

*加藤 秀明[1]、斉藤 浩志[1]、川口 雅彦[1]、渡邊 透[1] (1. 横浜栄共済病院外科)

[P48-6] 潰瘍性大腸炎に伴う肛門周囲膿瘍に対して、Seton法が著効した1例

*亀髙 真由子[1,2]、藤田 正太郎[2]、星野 啓太[2]、圓谷 秀哲[2]、早瀬 傑[2]、八島 玲[2]、坂本 渉[1,2]、河野 浩二[2] (1. 福島県立医科大学会津医療センター消化器外科、2. Department of Gastrointestinal Tract Surgery, Fukushima Medical University Hospital)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター11

一般演題（ポスター）48　炎症性腸疾患 2

座長：本谷 聡（札幌厚生病院　IBDセンター）

[P48-1] 潰瘍性大腸炎におけるブデソニド腸溶性徐放錠の有効性と臨床的寛解予測因子の検討

*中野 省吾[1] (1. 日本赤十字社和歌山医療センター)

【背景】
潰瘍性大腸炎（Ulcerative Colitis：UC）は再燃と寛解を繰り返す慢性炎症性腸疾患であり、中等症例（厚生労働省重症度分類、Mayo score、Patient-Reported Outcome-2：PRO-2）ではステロイド治療が選択されることが多い。しかし、従来の全身性ステロイドは副作用が問題となる。2023年9月より本邦でもブデソニド腸溶性徐放錠（Budesonide：BUD）が使用可能となったが、実臨床における有効性や早期寛解予測因子については十分な検討がなされていない。
【目的】
当院におけるBUD導入症例の治療成績を明らかにするとともに、8週後の臨床的寛解に関連する因子を検討する。
【方法】
2024年4月から2025年2月までにBUDを導入した中等症UC患者40例を対象とした。
評価項目は、①導入後2、4、6、8週時点の臨床的寛解率および改善率、②8週時点での臨床的寛解・改善に関連する臨床因子とした。
臨床的寛解はPRO-2 1点以下かつ血便スコア0点、臨床的改善はPRO-2が2点以上改善、または血便スコア改善ありと定義した。
【結果】
対象は男性28例、女性12例であった。発症年齢中央値は36.5歳、病型は全大腸炎型22例、左側大腸炎型18例であった。併用薬は5-ASA 38例、アザチオプリン 6例、先進的治療薬7例〔Infliximab（IFX）1例、Adalimumab（ADA）1例、Vedolizumab（VDZ）3例、Mirikizumab（MIR）1例、Golimumab（GLM）1例〕であった。導入時血液検査は、Hb 13.7 g/dL（12.3–14.9）、Alb 4.0 g/dL（3.7–4.2）、CRP 0.24 mg/dL（0.10–1.16）、PLT 31.8×10^4/μL（26.6–40.7）であった。導入時PRO-2中央値は4（Interquartile Range：IQR 3–4）であった。
臨床的寛解率は2週2.5%、4週45.0%、6週45.0%、8週46.2%であった。8週寛解群では非寛解群と比較し、4週および6週時点のPRO-2が有意に低値であった（$p<0.05$）。一方、血液検査値、併用治療、病型はいずれも寛解との有意な関連を認めなかった。
【結語】
中等症UCに対するBUDは、8週時点で約半数が臨床的寛解に到達した。導入4週時点のPRO-2は8週時点の寛解予測因子となる可能性があり、早期治療反応の評価がその後の治療戦略決定に有用であることが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター11

一般演題（ポスター）48　炎症性腸疾患 2

座長：本谷 聡（札幌厚生病院　IBDセンター）

[P48-2] Polysorbate80が関与した過敏性反応が疑われ薬剤選択に難渋した潰瘍性大腸炎の一例

*山下 芳恵[1]、西俣 伸亮[1]、濱元 ひとみ[1]、平川 あさみ[1]、鮫島 由規則[1]、鮫島 隆志[2]、平井 郁仁[3]、猿渡 浩[4] (1. 鮫島病院内科、2. 鮫島病院肛門科、3. 福岡大学医学部消化器内科、4. 猿渡ひふ科クリニック)

症例は30歳代女性。下痢、出血、腹痛で発症し潰瘍性大腸炎全大腸炎型中等症の診断で加療開始となる。5-ASA(5-Aminosalicylic acid)不耐、Azathioprineで湿疹、Infliximab、Adalimumab、Golimumab、Ustekinumab、Vedolizumabに湿疹、発熱、関節痛、アナフィラキシー様反応などを呈し、Tofacitinibは副作用を認めないものの二次無効となりS1P（スフィンゴシン1-リン酸）受容体調節薬を開始した。注射製剤形態の多剤生物学的製剤にアレルギー様反応を呈したため添加剤であるPolysorubate80(PS80)の関与が疑われた。パッチテストとプリックテストは陰性であった。純粋なポリソルベートを入手できず皮内テストは施行していない。

生物学的製剤は炎症性腸疾患の治療において重要な役割を果たしているが、投与時の過敏性反応が問題となることがある。生物学的製剤投与中に生じる過敏性反応においては、主成分のみならず添加物の関与も考慮すべきである。PS80は生物学的製剤に広く含まれる非イオン性界面活性剤であるが、稀に過敏性反応との関連が報告されている。今回我々は、潰瘍性大腸炎全結腸型で複数の生物学的製剤にアレルギー反応を示し、添加物であるPS80の影響が疑われる一症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター11

一般演題（ポスター）48　炎症性腸疾患 2

座長：本谷 聡（札幌厚生病院　IBDセンター）

[P48-3] 当院における活動期潰瘍性大腸炎に対する抗IL-23p19抗体製剤の使用経験

*白木 学[1]、枡 悠太郎[1]、羽根田 祥[1]、高橋 賢一[1] (1. 東北労災病院IBDセンター)

【目的】潰瘍性大腸炎に対する治療の選択肢が多くなったがそれぞれのリアルワールドの成績を蓄積することは選択導入・継続の判断基準を確立する上で重要である。今回我々は当院で抗IL-23p19抗体製剤を使用した使用経験を報告する。
【方法】2023年12月から2026年4月までの間に当院で活動期潰瘍性大腸炎に対して抗IL-23p19抗体製剤を導入した症例について臨床的活動度を検討した。活動性は部分的Mayoスコア（PMS）で評価した。導入前PMSが3以上で活動期と判定した。投与後４週、8週、12週の時点で活動性を評価した。PMS 2ポイント以下かつ個々のサブスコアが1ポイント以下、出血サブスコア0を臨床的寛解、2ポイント以上の改善かつベースラインから25%以上の改善、更に直腸出血サブスコアがベースラインから1ポイント以上の改善、又は1ポイント以下を部分奏効、それ以外を効果不十分と定義した。
【成績】当院で潰瘍性大腸炎に対して抗IL-23p19抗体製剤が投与された症例は26例で内訳はミリキズマブ6例、リサンキズマブ11例、グセルクマブ9例だった。そのうち導入時PMS3以上の症例は男性7例、女性7例の14例で、ミリキズマブ5例、リサンキズマブ5例、グセルクマブ3例だった。症例の平均年齢は58歳、平均PMSは3.7だった。12週後臨床的寛解となっていた症例は6例、ミリキズマブ投与例2例、リサンキズマブ投与例3例、グセルクマブ1例だった。また部分奏効例は2例、ミリキズマブ1例、グセルクマブ1例だった。12週で効果不十分と判断された症例でもPMSが減少し、PGE-MUMが減少している症例はその後臨床的寛解となる症例が観られる一方で観察期間中一旦寛解となってもPGE-MUMが上昇傾向でその後再燃する症例も観られた。
【結論】薬剤別の比較は検討できないが、中等症の潰瘍性大腸炎症例に対して抗IL-23p19抗体製剤の改善率は全体で71%と比較的良好と思われた。12週の時点で効果不十分と判断されてもその後臨床的寛解となる症例が観られ、今後どのような症例が薬剤を継続できるかどうか判断する根拠の確立が必要と思われた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター11

一般演題（ポスター）48　炎症性腸疾患 2

座長：本谷 聡（札幌厚生病院　IBDセンター）

[P48-4] 炎症性マクロファージ誘導に寄与するサイトカインの検討

*長谷川 晃一[1]、三上 洋平[1]、角田 潤哉[1,2]、伊藤 虎太郎[1]、田島 百合[1]、杉本 真也[1]、清原 裕貴[1]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学（消化器）、2. 慶應義塾大学医学部一般・消化器外科)

【背景】
炎症性腸疾患や腸管線維化病変では、炎症性サイトカインや組織傷害シグナルに応答して特徴的な炎症性マクロファージ集団が出現する。われわれはこれまでに、実験的腸炎組織においてIl1b、Tnfなどを高発現する炎症性マクロファージ集団を同定しているが、その分化・誘導機構は十分に明らかではない。
【目的】
腸炎組織で出現する炎症性マクロファージの誘導に寄与するサイトカインを同定することを目的とした。
【方法】
チオグリコール酸誘導腹腔滲出細胞（PEC）由来マクロファージを回収し、TNF-α、IFN-γ、IFN-β、TGF-βなどの炎症関連サイトカインで刺激した細胞についてRNA-sequencingによる網羅的遺伝子発現解析データの再解析を行った。さらに、実験的腸炎モデルから得られた炎症性マクロファージの遺伝子発現シグネチャーとの比較解析を行い、各サイトカイン刺激が腸炎関連炎症性マクロファージの形質の誘導能につき評価した。
【結果】
サイトカイン刺激によりマクロファージの遺伝子発現プロファイルは大きく変化した。特にTNF-α刺激群では、炎症性マクロファージに特徴的な炎症関連遺伝子群の発現上昇が認められた。遺伝子セット解析では、IFN-γ刺激およびIFN-βではインターフェロン誘導遺伝子群が優位に誘導された一方で、TNF-α刺激群が腸炎組織由来炎症性マクロファージの転写プログラムと最も高い類似性を示した。これらの結果から、腸炎に伴う炎症性マクロファージの形成にはTNFシグナルが重要な役割を果たすことが示唆された。
【結論】
RNA-sequencingを用いた比較解析により、腸炎組織で認められる炎症性マクロファージの転写プログラムはTNF刺激によって最も強く再現された。TNFシグナルは炎症性マクロファージの形成を制御する主要な因子であり、炎症性腸疾患における新たな病態理解および治療標的につながる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター11
一般演題（ポスター）48　炎症性腸疾患 2
座長：本谷 聡（札幌厚生病院　IBDセンター）

[P48-5] 神経ベーチェット病に対する免疫抑制療法中に発症した同時性多発大腸癌の1例

*加藤 秀明[1]、斉藤 浩志[1]、川口 雅彦[1]、渡邊 透[1] (1. 横浜栄共済病院外科)

（はじめに）
ベーチェット病（BD）に悪性腫瘍を合併することは比較的稀であり，特に同時性多発癌の報告は数%以下と極めて少ない．今回我々は，神経BDに対し長期免疫抑制療法中に発症した同時性多発大腸癌の1例を経験したため，文献的考察を加えて報告する．
（症例）
50代，男性．貧血の精査目的で行われた下部消化管内視鏡検査（TCS）にて，上行結腸およびS状結腸に進行癌を認め，精査加療目的に当科紹介となった．
既往歴として神経BDがあり，視覚障害と糖尿病を合併していた．腸管病変は認めないが，神経症状の維持治療としてプレドニゾロン（5mg/日），メトトレキセート（5mg/週），インフリキシマブ（5mg/kg，6週毎），およびコルヒチンの長期投与を受けていた．
TCSでは，上行結腸に4cm大の2型病変，S状結腸に5cm大の2型病変を認め，いずれも生検で高分化型腺癌と診断された．また，計10個のポリープに対しEMRを施行し，すべて管状腺腫であった．CT検査で遠隔転移や有意なリンパ節腫大を認めず，cStage II（T3N0M0）の同時性多発大腸癌と診断した．
（手術・経過）
周術期管理としてステロイドカバーを施行し，腹腔鏡補助下結腸右半切除術およびS状結腸切除術を施行した．術後2日目に顔面のしびれを自覚したが，頭部MRIで異常を認めず，一過性の神経症状と判断した．その後は順調に経過し，術後12日目に軽快退院となった．術後病理結果は，上行結腸癌（pT2N1M0, pStage IIIa），S状結腸癌（pT3N0M0, pStage IIa）であった．
（考察）
BDにおける発癌メカニズムとして，抗TNF-α製剤を含む長期的な免疫抑制状態が多発癌の発生に関与した可能性が示唆された．本症例のように高度な薬物療法下にある症例では，定期的なスクリーニングが重要であると考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター11

一般演題（ポスター）48　炎症性腸疾患 2

座長：本谷 聡（札幌厚生病院　IBDセンター）

[P48-6] 潰瘍性大腸炎に伴う肛門周囲膿瘍に対して、Seton法が著効した1例

*亀髙 真由子[1,2]、藤田 正太郎[2]、星野 啓太[2]、圓谷 秀哲[2]、早瀬 傑[2]、八島 玲[2]、坂本 渉[1,2]、河野 浩二[2] (1. 福島県立医科大学会津医療センター消化器外科、2. Department of Gastrointestinal Tract Surgery, Fukushima Medical University Hospital)

【はじめに】
潰瘍性大腸炎（Ulcerative colitis：以下UC）における肛門周囲病変の合併は、クローン病（Crohn’s disease：以下CD）と比較して数%程度と比較的稀であり、その臨床的特徴や治療方針には定まった見解が少ない。
生物学的製剤で加療中のUCに膿皮症を伴う肛門周囲膿瘍を合併し、Seton法が奏効した貴重な症例を経験したので報告する。
【症例】
症例は68歳男性。当院消化器内科にてUCに対して生物学的製剤とステロイドで外来加療中であった。再燃を繰り返す難治性の全大腸型UCだった。加療開始4年後に肛門周囲の疼痛、腫脹、熱感が出現した。消化器内科にて切開排膿、抗菌薬投与を行ったが、排膿が継続し外科紹介となった。骨盤MRIで臀部皮下から肛門6時方向に膿瘍形成を認め、肛門周囲膿瘍と診断した。臀部は炎症を伴い、臀部の外観は膿皮症となっていた。高度な炎症と薬物療法の影響を考慮し、Seton法による持続ドレナージを選択した。術後、排膿の減少とともに、難治であった肛門周囲の膿皮症も徐々に改善した。半年後にSetonを抜去し、以後再発なく経過している。
【考察】
UCに伴う肛門周囲病変はCDとの鑑別が重要となるが、本症例のように全大腸炎型や難治例において発生することがある。UCに肛門周囲膿瘍が合併することは比較的稀である。医学中央雑誌で「潰瘍性大腸炎」「肛門周囲膿瘍」をキーワードに原著論文のある報告を検索すると、23例の報告を認めたのみであった。治療においては、痔瘻根治術は創治癒不全のリスクがある。しかし内科的治療のみでは局所制御が困難なことが多い。本症例では、生物学的製剤による全身管理下で、Seton法による適切な外科的ドレナージを行ったことが、随伴する皮膚病変を含めた良好な転帰に寄与したと考えられた。
【まとめ】
肛門周囲膿瘍を合併したUCの1例を経験した。UCに合併する肛門周囲膿瘍の特徴やその治療法について文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター11

一般演題（ポスター）49　炎症性腸疾患 3

座長：大北 喜基（三重大学医学部消化管・小児外科）

[P49-1] 高齢潰瘍性大腸炎手術症例における臨床的特徴と短期成績の検討

*秋山 貴彦[1]、宮本 裕士[1]、荒木 健吾[1]、有馬 浩太[1]、小川 克大[1]、澤山 浩[1]、岩槻 政晃[1] (1. 熊本大学大学院　消化器外科)

[P49-2] 潰瘍性大腸炎に対する2期分割手術後の人工肛門閉鎖後5年間における腎機能低下の検討

*二木 了[1]、小川 真平[1]、伊藤 俊一[1]、前田 新介[1]、前田 文[1]、谷 公孝[1]、松尾 夏来[1]、腰野 蔵人[1]、近藤 侑鈴[1]、金子 由香[1]、番場 嘉子[1]、山口 茂樹[1] (1. 東京女子医科大学消化器・一般外科)

[P49-3] ロボット支援大腸全摘術における多領域操作戦略と教育モデルの検討

*鈴木 卓弥[1]、山川 雄士[1]、加藤 潤紀[1]、浅井 宏之[1]、上原 崇平[1]、加藤 瑛[1]、牛込 創[1]、髙橋 広城[2]、瀧口 修司[1] (1. 名古屋市立大学消化器外科、2. 名古屋市立大学附属西部医療センター消化器外科)

[P49-4] 潰瘍性大腸炎診断時の便培養検査の実態と意義

*白井 孝之[1]、垣迫 健介[1]、五十嵐 亮[1]、塩沢 牧子[1]、石垣 智之[1]、権 勉成[1]、宮島 綾子[2]、植田 吉宣[2]、佐々木 一憲[2]、江間 玲[2]、平山 亮一[2]、大塚 亮[2]、齊藤 修治[2]、白畑 敦[3] (1. 横浜新緑総合病院消化器内科、2. 横浜新緑総合病院消化器センター・外科、3. しらはた胃腸肛門クリニック横浜)

[P49-5] 潰瘍性大腸炎に対する2/3期手術後の発熱と術後合併症に関する検討

*國本 真由[1]、花岡 まりえ[1]、上野 啓輔[1]、佐藤 幸平[1]、岩井 美穂[1]、中田 美佳[1]、溝口 正子[1]、井垣 尊弘[1]、山本 雄大[1]、山内 慎一[1]、賀川 弘康[1]、谷岡 利朗[1]、絹笠 祐介[1] (1. 東京科学大学消化管外科学分野)

[P49-6] 潰瘍性大腸炎術後High-Output Syndromeの予測因子と診断基準に関する検討

*池田 堅登[1]、門野 政義[1]、森田 覚[1]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部外科学教室（一般・消化器))

[P49-7] 集約的全身管理後に手術を施行し、救命し得たMODS合併劇症UC（ASUC）の一例

*鳥谷 建一郎[1]、木村 英明[1]、今西 康太[1]、本間 実[1]、山本 峻也[1]、紫葉 裕介[1]、古要 優樹[1]、春山 芹奈[1]、谷口 勝城[1]、中森 義典[1]、国崎 玲子[1]、諏訪 雄亮[2]、小澤 真由美[2]、遠藤 格[3] (1. 横浜市立大学市民総合医療センター炎症性腸疾患センター、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター、3. 横浜市立大学附属病院消化器・腫瘍外科学)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター11

一般演題（ポスター）49　炎症性腸疾患 3

座長：大北 喜基（三重大学医学部消化管・小児外科）

[P49-1] 高齢潰瘍性大腸炎手術症例における臨床的特徴と短期成績の検討

*秋山 貴彦[1]、宮本 裕士[1]、荒木 健吾[1]、有馬 浩太[1]、小川 克大[1]、澤山 浩[1]、岩槻 政晃[1] (1. 熊本大学大学院　消化器外科)

【背景】近年、潰瘍性大腸炎（UC）治療は生物学的製剤の導入により大きく変化し、内科的治療成績は向上している。一方で長期経過に伴い高齢になってから手術適応に至る症例の増加が今後予想される。高齢者では術前栄養状態や併存疾患、身体機能低下などを背景に周術期合併症リスクの上昇が懸念される。そこで、当院におけるUC手術症例を対象に高齢者と非高齢者の臨床的特徴および術式・短期成績を比較検討した。
【方法】2010年4月から2025年12月までに当院でUCに対して手術を施行した65例を対象に後ろ向き解析を行った。65歳以上を高齢者群、65歳未満を非高齢者群と定義し、術前患者背景、手術適応（緊急手術、出血・穿孔、難治、癌・異形成）、術式および術後短期成績について比較した。
【結果】65例の内訳は男性41例、女性24例、年齢中央値57歳（19-82歳）、病悩期間中央値６年（0-33年）であった。高齢者群20例（30.8%）、非高齢者群45例（69.2%）であった。ASA-PSおよび 男女比に有意差は認めなかったが、術前アルブミン値は高齢者群で有意に低値であった（2.9 vs. 3.5；p=0.01）。また術前PNI、CONUTスコアはいずれも高齢者群で有意に不良であり（p=0.02,p=0.02）、術前栄養状態の低下が認められた。1期的手術が高齢者群で11例（55.0%）、非高齢者群が8例（17.8%）と高齢者群で有意に多かった（p=0.01）。手術適応については両群で有意差は認めなかった。術後合併症に関して、Clavien-Dindo分類III以上の重篤な合併症率に有意差は認めなかった一方で、SSIは高齢者群で有意に高率であった（35.0% vs.8.9%; p=0.03)。
【結語】高齢UC手術症例では、非高齢者と比較して術前栄養状態が不良であり、SSI発生率も高かった。一方、重篤な術後合併症率に差は認めず、適切な周術期管理により安全な手術遂行は可能と考えられた。高齢UC患者に対しては、周術期栄養介入およびSSI予防対策を強化することが重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター11

一般演題（ポスター）49　炎症性腸疾患 3

座長：大北 喜基（三重大学医学部消化管・小児外科）

[P49-2] 潰瘍性大腸炎に対する2期分割手術後の人工肛門閉鎖後5年間における腎機能低下の検討

*二木 了[1]、小川 真平[1]、伊藤 俊一[1]、前田 新介[1]、前田 文[1]、谷 公孝[1]、松尾 夏来[1]、腰野 蔵人[1]、近藤 侑鈴[1]、金子 由香[1]、番場 嘉子[1]、山口 茂樹[1] (1. 東京女子医科大学消化器・一般外科)

背景
潰瘍性大腸炎に対する大腸全摘・回腸嚢肛門管吻合術では、一時的回腸人工肛門が造設されることがある。人工肛門造設期間中には脱水や高排液に伴う腎機能低下が問題となるが、人工肛門閉鎖後の長期的な腎機能推移については十分に明らかでない。
目的
潰瘍性大腸炎に対する2期分割手術症例において、人工肛門閉鎖5年後の腎機能低下症例の特徴を明らかにする。
対象・方法
当院で潰瘍性大腸炎に対して2期分割手術を施行し、人工肛門閉鎖後5年間の腎機能を評価可能であった57例を対象とした。人工肛門閉鎖5年後のeGFRが60 mL/min/1.73 m^{2}未満となった症例を腎機能低下群、60 mL/min/1.73 m^{2}以上を維持した症例を非低下群とし、患者背景、手術関連因子、人工肛門関連因子、eGFRの推移を比較検討した。
結果
人工肛門閉鎖5年後にeGFR 60 mL/min/1.73 m^{2}未満となった症例は13例、60 mL/min/1.73 m^{2}以上を維持した症例は44例であった。腎機能低下群では、非低下群と比較して初回手術時年齢が高く、中央値はそれぞれ59歳、40歳であった。また、術前罹病期間は14年、8年、UC発症年齢は35歳、25歳であり、腎機能低下群で高い傾向を認めた。手術時間、出血量、人工肛門1日最大排泄量、初回手術から人工肛門閉鎖までの日数には明らかな差を認めなかった。eGFR中央値は、腎機能低下群で初回術前65.7、人工肛門閉鎖前48.1、閉鎖5年後50.6 mL/min/1.73 m^{2}であった。一方、非低下群ではそれぞれ99.6、85.0、80.4 mL/min/1.73 m^{2}であった。腎機能低下群では、初回術前からすでにeGFRが低値であり、人工肛門閉鎖前までに大きく低下していた。
結論
潰瘍性大腸炎に対する2期分割手術後、2割の症例が人工肛門閉鎖5年後にeGFR 60 mL/min/1.73 m^{2}未満となった。これらの症例では、初回術前から腎機能が低く、人工肛門閉鎖前までにさらなる腎機能低下を認めていた。一方、人工肛門排泄量や人工肛門閉鎖までの日数などの周術期因子には明らかな特徴を認めなかった。人工肛門造設期間中の腎機能低下が閉鎖後長期腎機能に影響する可能性があり、人工肛門造設期間中からの腎機能管理と閉鎖後の長期的な腎機能フォローが重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター11

一般演題（ポスター）49　炎症性腸疾患 3

座長：大北 喜基（三重大学医学部消化管・小児外科）

[P49-3] ロボット支援大腸全摘術における多領域操作戦略と教育モデルの検討

*鈴木 卓弥[1]、山川 雄士[1]、加藤 潤紀[1]、浅井 宏之[1]、上原 崇平[1]、加藤 瑛[1]、牛込 創[1]、髙橋 広城[2]、瀧口 修司[1]
(1. 名古屋市立大学消化器外科、2. 名古屋市立大学附属西部医療センター消化器外科)

【背景】
ロボット支援下大腸全摘術は、結腸全域から骨盤深部まで連続して操作を行う高度な手術であり、鉗子干渉の回避や適切な牽引方向の確保、各操作部位に応じたターゲティング戦略が重要となる。一方で、多領域にわたる操作を伴う本術式では、術者の負担が大きく、教育機会の確保や手術の定型化も課題である。
【目的】
当科におけるロボット支援大腸全摘術の多領域操作に対する手技的工夫と短期成績、さらに教育的有用性について検討する。
【方法】
2021年3月から2026年3月までに当科で施行したロボット支援大腸全摘術9例を対象に後方視的検討を行った。臍部EZアクセスを含む6ポートで手術を行い、下行結腸から直腸、横行結腸から脾彎曲部、右側結腸から横行結腸の各場面に応じて使用ポートおよびターゲティングを適宜変更した。特に直腸操作では左側2ポートを鉗子として使用し、臍部カメラによる正中視野を確保した。また、術野展開に応じてアーム配置を柔軟に調整することで、鉗子干渉の軽減と安定した操作性の維持を図った。
【結果】
年齢中央値66歳、男性5例・女性4例であった。原疾患は潰瘍性大腸炎関連およびポリポーシスなどであった。
手術時間中央値619分（404–929）、出血量中央値185mL（0–1040）であった。
開腹移行は認めなかった。
術後の合併症に関しては1例（Clavien-Dindo grade III以上）に認めた。
術後在院日数中央値は19日（12–40）であった。
さらに、手術工程を複数のフェーズに分けて術者間で分担するロールシェア手術を導入することで、若手医師への教育機会を確保しつつ、安全性を担保した手術遂行が可能であった。
【結語】
ロボット支援大腸全摘術において、部位ごとのターゲティング変更と左側2鉗子運用は、多領域にわたる操作において鉗子干渉の軽減と安定した視野確保に有用であった。また、手術工程の分担を取り入れたロールシェア手術は、安全性と教育性を両立し得る手術戦略であり、本術式の定型化と普及に寄与する可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター11

一般演題（ポスター）49　炎症性腸疾患 3

座長：大北 喜基（三重大学医学部消化管・小児外科）

[P49-4] 潰瘍性大腸炎診断時の便培養検査の実態と意義

*白井 孝之[1]、垣迫 健介[1]、五十嵐 亮[1]、塩沢 牧子[1]、石垣 智之[1]、権 勉成[1]、宮島 綾子[2]、植田 吉宣[2]、佐々木 一憲[2]、江間 玲[2]、平山 亮一[2]、大塚 亮[2]、齊藤 修治[2]、白畑 敦[3] (1. 横浜新緑総合病院消化器内科、2. 横浜新緑総合病院消化器センター・外科、3. しらはた胃腸肛門クリニック横浜)

【背景】
　炎症性腸疾患（IBD）の診断時には、主に感染性腸炎を除外する目的で、厚労省研究班の指針にて便培養検査が強く推奨されている。 一方、IBDにおいては感染性腸炎罹患のリスクが高く、更に感染性腸炎がIBDの発症や重症化・予後に関与する可能性の報告が散見される。
【目的】
　潰瘍性大腸炎（UC）患者における感染性腸炎合併の実態および、感染と病状や経過との関連を調査し、その意義を明確にするため、以下の検討を行った。
【対象と方法】
　202４年4月より2026年3月までに、当院を初診したか、あるいは当院で診断された潰瘍性大腸炎患者76名（男：女 50：26)、（年齢：15～81歳）を対象に便培養検査を施行し、主に感染性腸炎の原因となりうる病原菌の検出頻度、菌種、臨床所見との関連および経過を検討した。
【結果】
　ＵＣの病型は、全大腸炎型17例、左側大腸炎型25例、直腸炎型29例、その他5例であった。このうち11例で病原菌が検出された。初回検出時はいずれも活動期であり、多くは中等症以上であった。検出された菌種は、病原性大腸菌8件、黄色ブドウ球菌1件、カンピロバクター1件、*K. oxytoca*1件で、3例では複数菌種が検出された。また、病原性が不明なものとして、バクテロイデス属、エンテロバクター属、シトロバクター属も検出された。大腸菌の血清型はO-1, O-8, O-25, O-26, O-114, O-159と多彩であった。経過観察中に便培養の再検を行ったところ、3例で複数回同じ菌が検出された。そのうち2例は限定的にステロイドが使用されていた。また、異なる菌種が検出された例も1例みられた。
【結語】
　感染性腸炎は、ＵＣの発症や病像に影響を与えている可能性が示唆された。また、一部の患者では菌が比較的長期間腸内より排出されない現象がみられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター11

一般演題（ポスター）49　炎症性腸疾患 3

座長：大北 喜基（三重大学医学部消化管・小児外科）

[P49-5] 潰瘍性大腸炎に対する2/3期手術後の発熱と術後合併症に関する検討

*國本 真由[1]、花岡 まりえ[1]、上野 啓輔[1]、佐藤 幸平[1]、岩井 美穂[1]、中田 美佳[1]、溝口 正子[1]、井垣 尊弘[1]、山本 雄大[1]、山内 慎一[1]、賀川 弘康[1]、谷岡 利朗[1]、絹笠 祐介[1] (1. 東京科学大学消化管外科学分野)

【背景】潰瘍性大腸炎（UC）に対する術後は、合併症を認めない症例においても一般的な直腸癌手術と比較して術直後の発熱や炎症反応が高く、その後も発熱が遷延する傾向を経験する。しかし、これまでにUC術後の発熱経過を定量的に評価した報告は乏しく、術後管理における指標も確立されていない。

【方法】当科で2014年1月から2026年３月にUCに対してロボット支援もしくは腹腔鏡下に2/3期手術を施行した38例を、2024年1月から2026年3月に直腸癌に対してロボット支援低位前方切除術または括約筋間直腸切除術を施行した77例と比較し、傾向スコアマッチングを用いて患者背景を調整ののち手術成績・術後短期成績を後方視的に検討した。また、UC症例において合併症と体温の関連について検討した。

【結果】UC群はより若年・BMI低値であり、手術時間は長く出血量は多かった。Clavien-Dindo分類Grade II以上の合併症は、UC群で11例（28.9%）、直腸癌群で9例（11.7%）に認めた。年齢とBMIを共変量とした傾向スコアマッチング（UC群28例, 直腸癌群53例）においても、手術時間は長く出血量が多かった。合併症を認めなかった両群において、POD1から退院日またはPOD7までの最高体温の推移を線形混合効果モデルを用いて検討したところ、マッチング前は両群同様の推移であったがUC群ですべての経過において高体温であった。一方、マッチング後は疾患群と術後日数の交互作用を認め（POD1,3,4: p<0.05）、直腸癌群では術直後より微熱であり穏やかに解熱傾向となる一方、UC群では術直後に高熱となる（POD1: 37.7℃）がPOD3, 4より解熱し以降は直腸癌群と同程度で推移していた。また、UC群における多変量解析では、ROC解析を用いて求めたカットオフ値、POD4での最高体温37.1℃以上は合併症の独立した予測因子として抽出された（OR: 10.70, 95%CI: 1.07-108.00, p=0.04）。

【結語】UCに対する2/3期術後は、直腸癌術後と比較し、術直後により高熱となるがPOD3に解熱し以降は直腸癌群と同程度で推移していた。また、POD4最高体温37.1℃以上は、合併症精査の追加評価を検討する簡便な指標となる可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター11

一般演題（ポスター）49　炎症性腸疾患 3

座長：大北 喜基（三重大学医学部消化管・小児外科）

[P49-6] 潰瘍性大腸炎術後High-Output Syndromeの予測因子と診断基準に関する検討

*池田 堅登[1]、門野 政義[1]、森田 覚[1]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部外科学教室（一般・消化器))

【目的】小腸人工肛門造設に伴うHigh-Output Syndrome(HOS)は脱水、電解質異常を招くが予測因子は不明瞭である。本研究は潰瘍性大腸炎手術時に造設した小腸人工肛門におけるHOSの予測因子を特定するとともに、HOSの適切な診断基準を検討することを目的とした。【方法】2013年4月から2024年5月に当院で施行した潰瘍性大腸炎手術において小腸人工肛門造設を施行した112例を後ろ向きに解析した。HOSはストマ排液量が3日連続で1日1500 mL以上を満たした時点で診断した。患者背景と術後合併症についてHOSの発生に影響を与える因子を統計学的に解析した。さらに術後の電解質異常の発生や止痢剤の使用の有無についても併せて検討を行った。【結果】HOSは42例(37.5%)で認めた。HOSの発症に影響を与える背景因子について単変量解析、多変量解析を行い、年齢(P= 0.02)、男性(P= 0.02) がHOS発生の独立した予測因子であった。今回使用した診断基準でHOSと診断された症例のうち20例で電解質異常を認めた一方で、HOSの診断基準を満たさなかった症例のうち25例で電解質異常を認めた。ストマ排液量がHOSの診断基準を満たした42例に加えて、この25例を含めた67例について同様の解析を行ったところ、男性(P= 0.02)、BMI(P= 0.02)、感染性合併症(P= 0.02)が独立した予測因子として同定された。また術後の止痢剤使用に注目すると、人工肛門造設後止痢剤を要さず、人工肛門閉鎖後に止痢剤を要した症例は24症例(21%)認め、HOS群と非HOS群の間で有意差は認めなかった(P= 0.34)。【結論】本コホートでHOSの独立した予測因子は若年と男性であった。広く用いられるストマ排液量による診断基準では電解質異常をきたす症例を十分に検出しきれず、臨床像全体を反映しない可能性がある。今回の検討では、術後排液量だけでなく電解質異常についてもHOSに関連する有害事象として考慮すると、術後経過がHOS発症に影響を与える可能性についても示唆された。さらに、人工肛門閉鎖後の頻回の下痢によるQOL低下については、従来の基準ではこれを予測できなかった。ストマ排液量だけに注目するのではなく、電解質異常や患者のQOLなどを考慮した基準を検討する必要があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター11

一般演題（ポスター）49　炎症性腸疾患 3

座長：大北 喜基（三重大学医学部消化管・小児外科）

[P49-7] 集約的全身管理後に手術を施行し、救命し得たMODS合併劇症UC（ASUC）の一例

*鳥谷 建一郎[1]、木村 英明[1]、今西 康太[1]、本間 実[1]、山本 峻也[1]、紫葉 裕介[1]、古要 優樹[1]、春山 芹奈[1]、谷口 勝城[1]、中森 義典[1]、国崎 玲子[1]、諏訪 雄亮[2]、小澤 真由美[2]、遠藤 格[3] (1. 横浜市立大学市民総合医療センター炎症性腸疾患センター、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター、3. 横浜市立大学附属病院消化器・腫瘍外科学)

重症潰瘍性大腸炎（ASUC）に対する治療成績は向上しているが、多臓器障害（MODS）合併例の予後は依然不良である。MODSを伴うASUCに対し集約的全身管理後に手術を施行し救命し得た症例を経験し、治療戦略上の課題を検討した。
症例：44歳男性。UCの治療自己中断後に再燃し、前医でステロイド大量静注療法を受けるも増悪し当院転院となった。転院時、白血球増多(14700/μL)、低アルブミン血症(1.8 g/dL)、横行結腸の拡張(9 cm)を認め、中毒性巨大結腸症と診断した。腎障害（Cre 2.69 mg/dL）、高度肝障害（AST/ALT 1333/938 IU/L）、凝固異常（PT-INR 3.26）、電解質異常、たこつぼ心筋症を認め、MODSを伴う全身状態不良であったが、循環動態は保たれていた。術中死亡リスクが高いと判断し、臓器障害の可逆性を考慮して集中治療室での全身管理を優先した。集中治療によりMODSの進行は抑制されていたが、腸管拡張は改善せず、転院6日目に穿孔性腹膜炎を発症し、緊急で結腸亜全摘術を施行した。高度炎症および腸管浮腫により術野確保が困難であり、術中に副右結腸静脈を損傷し、止血に難渋した。術後は腹部コンパートメント症候群、腹腔内膿瘍、膵損傷、仮性動脈瘤破裂、肺炎、脳出血、血栓症など多彩な合併症を認めたが、集約的治療により軽快し退院した。術後早期の造影CTで門脈血栓を認め、臨床経過から術前から存在していた可能性が考えられた。
考察：本症例では臓器障害の可逆性を期待して手術を一時回避した。しかし結果的に穿孔に至り、手術タイミングの判断が課題であった。術後に判明した門脈血栓は、術前の高度肝障害および凝固異常の一因であった可能性が考えられる。また、本症例のような視野不良な腸管手術では安全な位置での腸間膜処理を含めた手術戦略が重要であることが再確認された。
結語：集約的全身管理後に手術を施行し救命し得たMODS合併ASUCを経験した。術前の臓器障害の病態評価に加え、適切な手術タイミングの判断および視野不良下での手術戦略が重要であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター12

一般演題（ポスター）50　憩室疾患 2

座長：柳 舜仁（川口市立医療センター消化器外科）

[P50-1] 大腸憩室炎に対する外科治療を考える

*近藤 圭策[1]、天上 俊之[1]、河合 功[1]、杉 朋樹[1]、中田 英二[1] (1. 鳳胃腸病院外科)

[P50-2] 当院における結腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対する腹腔鏡下手術の治療成績の検討

*穂坂 美樹[1]、山下 愛矢[1]、村石 龍[1]、小堀 秀一[1]、吉田 隼人[1]、木村 友洋[1]、堂本 佳典[1]、牛久 秀樹[1]、若林 正和[1]、相崎 一雄[1]、船津 健太郎[1] (1. 相模原協同病院)

[P50-3] 腹腔内膿瘍・敗血症を併発したが、保存的治療にて救命し得た高CEA血症を伴うS状結腸憩室穿通の1例

*鈴木 伸一[1]、堤 靖彦[1]、岡山 政由[1]、中村 律子[2] (1. 東海記念病院消化器内科、2. 愛知医科大学病理学講座)

[P50-4] 虫垂憩室を伴う虫垂穿孔の１例

*矢島 沙織[1]、河合 雅也[1]、丸山 弘[1]、山口 真彦[1]、黒田 徹[1]、松本 力雄[1] (1. 赤心堂病院)

[P50-5] 虫垂腫瘍との鑑別が困難であった虫垂憩室症の1例

*竹内 正昭[1] (1. 武蔵ケ丘病院外科)

[P50-6] 術前に悪性腫瘍が疑われた上行結腸憩室穿通による胆嚢結腸瘻の一例

*巷野 佳彦[1]、宮倉 安幸[2]、森田 大作[1]、武藤 雄太[1]、内藤 善久[1]、今井 順[1] (1. 白岡中央総合病院外科、2. 栃木県立がんセンター大腸骨盤外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター12

一般演題（ポスター）50　憩室疾患 2

座長：柳 舜仁（川口市立医療センター消化器外科）

[P50-1] 大腸憩室炎に対する外科治療を考える

*近藤 圭策[1]、天上 俊之[1]、河合 功[1]、杉 朋樹[1]、中田 英二[1] (1. 鳳胃腸病院外科)

【はじめに】2026年2月に本邦より、大腸憩室症（憩室出血・憩室炎）ガイドライン（GL）2026が発刊された。当施設で大腸憩室炎に対して外科治療を行った症例を後方視的に検討し、新GLと照らし合わせたうえで治療方針の妥当性,および新GLの問題点を検証する。【対象と方法】2015年1月から2026年5月の間に憩室炎疾患に対して手術を行った27例を対象とする。これらの手術理由および術後成績を検証する。 また新GLと照らしわせたうえでの手術理由の妥当性についても検証を行なう。【結果】性別は、男性/女性, 16/11であった。年齢中央値は、60歳(2X-8X歳)であった。緊急手術7例,待機手術が20例であった。腹腔鏡下手術が26例,開腹手術症例が1例であった。手術に至った理由は、①反復する膿瘍を伴わない憩室炎,３例,②保存的治療に抵抗,6例, ③狭窄,13例,④汎発性腹膜炎, ２例,⑤結腸・膀胱瘻等,3例であった。選択術式は、ハルトマン手術 4例, S状結腸切除術8例,結腸左半切除術 12例,右結腸切除術1例,ドレナージ＋ストーマ造設 2例,であった。手術時間は中央値218分(64-530分),出血量は中央値20ml(5-800ml)であった。開腹移行例は3例(11.5%)であった。CD III以上の合併症は認めなかった。また①以外は、新GLに明記された理由での手術であった。【まとめ】当施設の憩室炎に対する手術の術後成績は良好であり、腹腔鏡下手術が概ね安全に行われていると言える。また手術理由に関しても、ほぼ新GLに明記されている理由であり,現時点で妥当であると考える。ただし反復する膿瘍を伴わない憩室炎に対する手術に関しては、新GLでも明言は避けられていた。当施設では、短期間に複数回の入院を繰り返す現役世代の方に対し,手術を行っていた。今後このようなケースに対する適応についても、より具体的で明確な手術適応基準が定められることを望む。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター12

一般演題（ポスター）50　憩室疾患 2

座長：柳 舜仁（川口市立医療センター消化器外科）

[P50-2] 当院における結腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対する腹腔鏡下手術の治療成績の検討

*穂坂 美樹[1]、山下 愛矢[1]、村石 龍[1]、小堀 秀一[1]、吉田 隼人[1]、木村 友洋[1]、堂本 佳典[1]、牛久 秀樹[1]、若林 正和[1]、相崎 一雄[1]、船津 健太郎[1] (1. 相模原協同病院)

食生活の欧米化や高齢化にともない, 結腸憩室保有率は増加している. それに伴い憩室に起因する結腸膀胱瘻の報告も増加傾向にある. 今回, 当院で結腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対して行った腹腔鏡下手術の治療成績を報告する.
2020年4月から2025年12月までに当院で腹腔鏡下手術を施行した結腸膀胱瘻7例を対象とし, 膀胱以外に瘻孔を認めた症例は除外した.
年齢は中央値62歳, すべて男性であった. BMIは22.1で, 1例に開腹手術の既往を認めた.
初期症状は混濁尿が多く, 尿培養を行った5例全例でE. Coliが検出された. 画像検査はCTでの気尿を全例に認め, 膀胱鏡で炎症・浮腫が3例, 瘻孔形成が4例に認めた.
注腸造影もしくは膀胱造影で結腸と膀胱の交通が確認できたのは3例のみであった.
手術は全例術前尿管ステントを留置して行い, S状結腸切除術を6例, ハルトマン手術を1例施行した. その中で1例は口側の腸管の浮腫が著明で脆弱であったため, diverting ileostomyを追加した. 手術時間中央値322分, 出血量120ml. 術中に膀胱の処置を必要としたものはなく, 瘻孔切除のみで終了した.
術後尿道カテーテルの留置期間は6日, 術後在院日数は13日であった. 合併症は腹腔内血腫が1例, 炎症の遷延が1例あったが, Clavien-Dindo分類Ⅲa以上の合併症はなかった.
治療は瘻孔の自然閉鎖が困難なことから手術が第一選択とされており, 近年は腹腔鏡下手術を行う症例が増加している. 当院でも他の臓器への影響が強い症例や膿瘍形成している症例以外は腹腔鏡下手術を第一選択としているが, 今までの症例は比較的安全に手術し得た.
若干の文献的考察を加えて報告する.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター12

一般演題（ポスター）50　憩室疾患 2

座長：柳 舜仁（川口市立医療センター消化器外科）

[P50-3] 腹腔内膿瘍・敗血症を併発したが、保存的治療にて救命し得た高CEA血症を伴うS状結腸憩室穿通の1例

*鈴木 伸一[1]、堤 靖彦[1]、岡山 政由[1]、中村 律子[2] (1. 東海記念病院消化器内科、2. 愛知医科大学病理学講座)

【初めに】本邦の下部消化管穿孔・穿通は癌腫によるものが多く、憩室の頻度は少ないとされるが、食生活の欧米化等に伴い、憩室を原因とする穿孔・穿通が増加している。この度我々は高度な炎症所見を示し、腹腔内膿瘍・敗血症を併発したが、保存的治療にて救命し得た高CEA血症を伴うS状結腸憩室穿通の一例を経験した。若干の文献的考察を交えて報告する。【症例】60歳男性【主訴】下腹部痛【既往歴】なし【生活歴】喫煙歴：40本×40年、飲酒歴：2合/日×40年【経過】1週前より食思不振が出現し嘔吐を繰り返した。2日前より下腹部正中を中心とする腹痛を自覚し当院を受診。採血ではWBC：16,740/μL、CRP：25.63mg/dlと高度な炎症所見を示し、CEA：9.3ng/mlと高値を認めた。腹部CTではS状結腸に多発する憩室と限局性浮腫性壁肥厚像を認めると共にS状結腸間膜にairを伴う軟部影を認めた。腹腔内膿瘍を併発したS状結腸憩室穿通と診断、同日緊急入院。禁食+補液+TAZ/PIPC投与による保存的加療を開始。その後、炎症の軽快傾向と第7病日に施行した腹部CTでは膿瘍の縮小傾向を認めた。入院時に採取した血液培養からはE.coliが検出された。第19病日に上下部内視鏡を施行。上部内視鏡では十二指腸下行脚にφ10mm大の腸型の管状腺腫を認めたが胃癌や乳頭部癌は認めなかった。大腸内視鏡ではS状結腸粘膜は全体に浮腫状で憩室の多発を認めたが穿通部の指摘は困難だった。一方AV30cm近傍のS状結腸に、複数の1型腫瘍様に観察される隆起性病変や2型腫瘍様に観察される周堤を伴った陥凹性病変を認めたが、いずれもNBI拡大観察では良性病変と考えられた。病理学的所見では、杯細胞の保たれた腺管、リンパ球・形質細胞浸潤を認め、腺上皮下に好酸性物質の沈着を認めたが腺癌の所見は認めなかった。その後の経過は良好で当院退院後は憩室炎の再燃はみられていない。【結語】穿孔・膿瘍・瘻孔を合併した大腸憩室炎患者の死亡率は一般のそれと比較すると4.6倍高いとされ、入院期間が長く死亡例も多い。重篤な合併症を有する憩室炎を治療するにあたっては、診療ガイドラインを踏まえた上で、外科的治療も見据えた適時の病態に応じた適切な治療選択が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター12

一般演題（ポスター）50　憩室疾患 2

座長：柳 舜仁（川口市立医療センター消化器外科）

[P50-4] 虫垂憩室を伴う虫垂穿孔の１例

*矢島 沙織[1]、河合 雅也[1]、丸山 弘[1]、山口 真彦[1]、黒田 徹[1]、松本 力雄[1] (1. 赤心堂病院)

【はじめに】
虫垂憩室は比較的まれな疾患で、虫垂炎発症時には穿孔や膿瘍形成なとの重症化リスクが高いとされている。しかし虫垂炎発症早期から虫垂憩室を伴っていることを指摘するのは困難で、腫瘤形成性虫垂炎、虫垂腫瘍、付属器疾患との鑑別を要することがある。虫垂炎治療開始時には保存的加療や手術適応などの治療方針の決定の際には鑑別する必要がある。

【症例】
症例は48歳女性で、腹痛出現し救急搬送。前医CTで急性虫垂炎と診断され当院へ紹介転院となった。当院でCT再検し虫垂腫大と右卵巣嚢腫疑い、腹部超音波検査で虫垂腫大とともに虫垂内腔に嚢胞性病変を認めたが、右卵巣嚢胞は指摘されなかった。
保存的加療開始したが、第3病日にて腹部症状の改善乏しく、炎症高値あり、保存的加療の限界と判断し緊急手術とした。
腹腔鏡にて腹腔内観察すると骨盤内と両側傍結腸溝には混濁した腹水貯留を認めた。虫垂には発赤腫脹を認め急性虫垂炎に矛盾しない所見であり、腹腔鏡下虫垂切除術を施行することとした。虫垂間膜を順行性に処理し虫垂根部で切除した。
切除標本を観察すると虫垂中腹に球状に突出する構造を認め、虫垂憩室の存在が考えられた。病理結果では組織学的にこの突出部位について、高度の好中球浸潤を伴う腹膜脂肪組織や肉芽組織から成る炎症性に癒着した軟部組織が主体と考えられた。また穿孔部の近傍では粘膜上皮が深部方向に陥入する領域を認めており、仮性憩室を起因とする虫垂穿孔の可能性が示唆された。
術前検査で虫垂憩室の併存を指摘するに至らなかったが、CTで右卵巣嚢腫様の嚢胞性病変を認めたこと、腹部超音波検査で虫垂に嚢胞性の構造を認めたことより、後方視的には虫垂憩室の可能性があったと考えられた。

虫垂憩室は穿孔や膿瘍形成を引き起こしやすく重症化するリスクが高いとされている。急性虫垂炎において保存的加療を行う際に、虫垂憩室が早期診断困難例が多いことを認識した上で経過観察する必要があると考えられる。
今回われわれは腹腔鏡下に切除した虫垂仮性憩室を伴う虫垂穿孔の１例を経験したので報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター12

一般演題（ポスター）50　憩室疾患 2

座長：柳 舜仁（川口市立医療センター消化器外科）

[P50-5] 虫垂腫瘍との鑑別が困難であった虫垂憩室症の1例

*竹内 正昭[1] (1. 武蔵ケ丘病院外科)

症例は86歳、女性。嘔気と倦怠感が出現し症状改善しないため、家族が救急要請し救急車で当院搬入となった。腹部単純CTで虫垂末梢側の腫脹を認めた。腹部超音波検査で虫垂先端部のみ17mmと著明に腫大していたが、内腔は虚脱しており、不整な壁肥厚が主体のように見え、ドップラー上、血流も豊富であった。腫脹部直上での圧痛や反跳痛は全く見られず、炎症よりも虫垂腫瘍が疑われた。精査、加療目的にて当科入院となった。CEA:7.0 ng/mlと腫瘍マーカーの上昇を認め、腹部造影CTで虫垂根部から約1.2cm末梢に2.5 X 1.8cm大の造影効果を伴う腫瘤様腫大を認め、周囲中枢側に数mmのリンパ節を認めた。下部消化管内視鏡検査では、虫垂開口部がSMT様に隆起していたが、明らかな粘膜異常は認めなかった。虫垂腫瘍の診断で虫垂癌の可能性も考え腹腔鏡(補助)下回盲部切除、D3郭清を施行した。虫垂は末梢側約2/5にかけて腫大しており、虫垂の中枢側は後腹膜に、末梢側は小腸間膜に癒着していた。病理組織検査結果は盲腸憩室症で腫瘍性病変は認めなかった。虫垂憩室症は比較的まれな疾患で虫垂腫瘍との鑑別を要することもある。今回、虫垂腫瘍との鑑別が困難で虫垂癌の可能性も考え腹腔鏡(補助)下回盲部切除、D3郭清を施行したが、病理組織検査結果は虫垂憩室症であった1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター12
一般演題（ポスター）50　憩室疾患 2
座長：柳 舜仁（川口市立医療センター消化器外科）

[P50-6] 術前に悪性腫瘍が疑われた上行結腸憩室穿通による胆嚢結腸瘻の一例

*巷野 佳彦[1]、宮倉 安幸[2]、森田 大作[1]、武藤 雄太[1]、内藤 善久[1]、今井 順[1] (1. 白岡中央総合病院外科、2. 栃木県立がんセンター大腸骨盤外科)

【はじめに】
胆嚢結腸瘻は内胆汁瘻の一型であり比較的まれな疾患とされる。胆嚢結腸瘻は過去の報告では胆嚢によるものがほとんどで結腸によるものは稀である。今回我々は術前に癌が疑われ、上行結腸憩室による胆嚢結腸瘻の貴重な一例を経験したため報告する。
【症例】
75歳、女性。高血圧、糖尿病で当院かかりつけ。検診目的に施行した腹部CTで総胆管結石を認め、精査加療目的に当科紹介となった。
腹部症状は認めず、採血上炎症反応は正常で、肝胆道系酵素の上昇を認めた。CT上胆嚢は萎縮し内腔にガスと結石を認め、上行結腸と近接していた。上行結腸から横行結腸は憩室が多発し、総胆管に結石と拡張を認めた。そのため総胆管結石の採石を先行し、その後根治術の方針とした。
採石後下部消化管内視鏡検査を施行した。上行結腸に憩室が多発し、肝弯曲部に陥凹を認め、浮腫や発赤、排膿も認めたが正面視はできなかった。同部位を生検し点墨とクリップによるマーキングを行った。生検結果は炎症所見のみであった。注腸検査では、上行結腸からS状結腸にかけて憩室を認め、肝弯曲部にクリップとapple core signを疑う狭窄を認めた。
以上から上行結腸癌による胆嚢結腸瘻、慢性胆嚢炎を疑い、腹腔鏡下に胆嚢摘出術とリンパ節郭清を伴う結腸右半切除術を施行した。術中所見では胆嚢は萎縮し横行結腸および肝床部と強固に癒着していた。結腸の剥離授動を先行し胆嚢を肝床から剥離した。体外で胆嚢と結腸を一塊にして摘出し機能的端々吻合で再建を行った。術後経過良好で術後第11病日に退院した。
病理診断は結腸憩室の胆嚢への穿孔と慢性胆嚢炎を認め、悪性所見は認めなかった。
【考察】
医中誌で「胆嚢結腸瘻」のキーワードで検索(会議録は除く)すると、2000年以降で54症例の報告があった。胆嚢結腸瘻の原因はほとんどが胆嚢由来であり、大腸由来の症例報告は虚血性腸炎による1例のみであった。
また本症例では胆嚢摘出術およびリンパ節郭清を伴う結腸右半切除術を施行した。過去の報告では胆嚢炎や胆嚢癌による胆嚢結腸瘻では横行結腸部分切除にとどめていたが、本症例では悪性所見の可能性があったため妥当な術式と考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター12

一般演題（ポスター）51　虫垂炎・腹膜炎

座長：茅野 新（東海大学医学部消化器外科学）

[P51-1] 上部消化管バリウム造影検査後にS状結腸穿孔を来し、穿孔部腸切除と一期的吻合を行った1例

*徳永 真和[1]、森田 隼登[1]、小野 紘輔[1]、住谷 大輔[1] (1. 県立二葉の里病院外科・消化器外科)

[P51-2] 急性汎発性腹膜炎における宿便性大腸穿孔の臨床的特徴と治療成績の検討

*清住 雄希[1]、島﨑 雅士[1]、松石 梢[1]、堀之内 誠[1]、八木 泰佑[1]、中村 健一[1]、甲斐田 剛圭[1]、山村 謙介[1]、辛島 龍一[1]、今井 克憲[1] (1. 済生会熊本病院　外科)

[P51-3] 宿便性大腸穿孔の開腹手術治療成績

*佐々木 勉[1]、高澤 博人[1]、谷 明恵[1]、大嶺 孝仁[1]、栗本 信[1]、持田 郁己[1]、谷 昌樹[1]、稲本 将[1]、戸田 孝祐[1]、大江 秀典[1]、山中 健也[1] (1. 滋賀県立総合病院外科)

[P51-4] 敗血症性ショックと播種性血管内凝固を呈した腹部自覚症状に乏しい汎発性腹膜炎を伴う穿孔性急性虫垂炎の一例

*小林 豊[1]、梅谷 有希[1]、加藤 真司[1] (1. 医療法人医仁会さくら総合病院消化器病センター)

[P51-5] 急性虫垂炎における重症度診断の不確実性　―汎発性腹膜炎症例について―

*多木 雅貴[1]、濱口 拓哉[1]、宮本 好晴[1]、豊田 昌夫[1] (1. 北摂総合病院一般消化器外科)

[P51-6] 当院における汎発性腹膜炎を伴う急性虫垂炎手術症例29例の検討

*平田 祥太郎[1]、須藤 剛[1]、望月 秀太郎[1]、佐藤 圭佑[1]、深瀬 正彦[1]、飯澤 肇[1] (1. 山形県立中央病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター12

一般演題（ポスター）51　虫垂炎・腹膜炎

座長：茅野 新（東海大学医学部消化器外科学）

[P51-1] 上部消化管バリウム造影検査後にS状結腸穿孔を来し、穿孔部腸切除と一期的吻合を行った1例

*徳永 真和[1]、森田 隼登[1]、小野 紘輔[1]、住谷 大輔[1] (1. 県立二葉の里病院外科・消化器外科)

上部消化管バリウム造影検査後の下部消化管穿孔は極めて稀であり，その死亡率は高く非常に重篤な疾患である．今回我々は胃透視後にS状結腸穿孔・バリウム腹膜炎を来し，手術で一期的吻合を行い、良好な経過を得た一例を経験したので報告する．
症例は63歳，女性．検診による胃透視の4日後より腹痛出現し来院．下腹部全体に圧痛と筋性防御があり，腹部X 線写真，腹部CT 検査にて骨盤内で腸管外へのバリウム漏出を認め，下部消化管穿孔によるバリウム腹膜炎と診断し、緊急手術を施行した．手術所見はS状結腸に500円玉大の穿孔部を認め、骨盤内に4cm大の落下バリウム糞石を認めた。また骨盤内と左傍結腸溝にバリウム混じりの混濁腹水を認め，S状結腸穿孔と汎発性腹膜炎の診断であった。S状結腸切除・吻合、予防的虫垂切除、腹腔ドレナージを行い、手術を終了した。
術後に表層SSIを認めるも、その他大きな合併症なく術後21日目に退院となった。
下部消化管穿孔による腹膜炎手術では通常ハルトマン手術や、吻合を行った場合でも一時的人工肛門造設追加が選択されるが、患者より強く人工肛門拒否の訴えがあり、器械吻合による一期的吻合を行った。
下部消化管穿孔によるバリウム腹膜炎のこれまでの報告で、一期的吻合が行われたのは1件のみであった。
症例や穿孔部位、全身状態の程度によっては一期的吻合もひとつの選択肢となる得るものと考えられた。若干の文献的考察を行い、報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター12

一般演題（ポスター）51　虫垂炎・腹膜炎

座長：茅野 新（東海大学医学部消化器外科学）

[P51-2] 急性汎発性腹膜炎における宿便性大腸穿孔の臨床的特徴と治療成績の検討

*清住 雄希[1]、島﨑 雅士[1]、松石 梢[1]、堀之内 誠[1]、八木 泰佑[1]、中村 健一[1]、甲斐田 剛圭[1]、山村 謙介[1]、辛島 龍一[1]、今井 克憲[1] (1. 済生会熊本病院　外科)

【背景】
宿便性大腸穿孔は、慢性便秘に伴う糞便圧迫による腸管虚血・壊死を背景に発症する致死的疾患である。高齢化によるADL低下、オピオイド使用の増加等に伴い発症頻度は増加傾向とされている。 一方、術前診断に難渋することもあり、汎発性腹膜炎や敗血症を呈して緊急手術を要する症例が多く、穿孔時の死亡率は32～60%と高率である。 近年、CTによる早期診断や周術期管理の向上が報告されているが、予後規定因子は十分に解明されていない。そこで当院における急性汎発性腹膜炎の治療成績を解析し、宿便性大腸穿孔に対する現状を検証した。
【対象・方法】2020年1月～2024年8月に当院で緊急手術を施行した下部消化管穿孔による急性汎発性腹膜炎114例を対象とした。宿便性大腸穿孔（宿便群）とその他の原因による非宿便性大腸穿孔（非宿便群）に分類し短期成績を比較した。なお、大腸癌術後や内視鏡検査後などの続発性穿孔17例は本検討から除外した。
【結果】
宿便群22例、非宿便群75例。年齢は82.3±12.4歳 vs 69.2±14.3歳（p <0.01）と宿便群で高齢であり、女性が多かった（男女5/17 vs 44/31, p<0.01）。穿孔部位はいずれもS状結腸が最多で有意差は認めなかった。手術時間（165.8±51.4分 vs 165.5±58.1分）、出血量(146.7±216.5ml vs144.6±210.5mｌ)に有意差は認めなかった。術後合併症Ｃｌａｖｉｅｎ-Dindo Grade IIIa以上は13例（59.1%）vs,23例（30.7%）と宿便群で有意に効率であった（p=0.015）。死亡率は5例（22.7%） vs 7例（9.3%）と宿便群で高値であった。術後平均在院日数についても36.7±29.0日vs21.7±24.1日（p<0.01）と宿便群で有意に延長していた。
【結語】
宿便性大腸穿孔は高齢女性に多く、術後合併症および死亡率が高い予後不良な病態であった。早期診断と迅速な外科的介入、重点的な周術期管理に加え、穿孔を予防するため、普段から入念な排便コントロールに努めることが重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター12

一般演題（ポスター）51　虫垂炎・腹膜炎

座長：茅野 新（東海大学医学部消化器外科学）

[P51-3] 宿便性大腸穿孔の開腹手術治療成績

*佐々木 勉[1]、高澤 博人[1]、谷 明恵[1]、大嶺 孝仁[1]、栗本 信[1]、持田 郁己[1]、谷 昌樹[1]、稲本 将[1]、戸田 孝祐[1]、大江 秀典[1]、山中 健也[1] (1. 滋賀県立総合病院外科)

【はじめに】大腸穿孔に対する緊急手術は，近年初回手術やハルトマンリバーサルに腹腔鏡手術の有用性の報告が増えているが，アプローチ法，術式のコンセンサスは得られていない．
【対象と目的】当科で2020年1月から2025年12月までに緊急手術を施行した，膿性および糞便性大腸穿孔41例について，手術成績と死亡リスク因子を解析する．**【結果】**年齢76歳(39-93)，男/女は17/24例．Hinchey分類III/IVは23/18例で，術中に急性汎発性腹膜炎と診断された症例はIIIで11例(47.8%)，IVで17例(94.4%)であった．ASA-PSは2E/3E/4E=19/18/6例．内服既往として，抗凝固薬8例，ステロイド6例．全例に開腹手術が施行され，ハルトマン手術25例，切除吻合＋ストマ造設4例，切除吻合2例，ストマ造設8例，縫合閉鎖2例．死亡は4例(9.8%)で，術中にノルアドレナリンが投与された5例にすべて含まれ，ノルアドレナリン投与は唯一の死亡リスク因子(p=0.0036)．血液培養陰性/陽性＝16/16例で，陽性は予後不良な傾向で(p=0.10)，死亡例は全例陽性．手術時間131分(65–267)，出血量57 mL(0–943)，術後合併症はCD分類 II/IIIa/IIIb/IV＝3/2/0/0例で，SSIを2例(4.9%)に認めた．術後在院日数18日(6-97)．ハルトマンリバーサルは25例中4例(16.0%)に施行され，手術時間136分(88–176)，出血量13 mL(0–310)，CD分類 IIIa以上の合併症を認めなかった．**【考察】**当科開腹手術のSSIをはじめ周術期合併症率は，既報の腹腔鏡手術のそれに近く，周術期死亡は既報と大差なかった．しかしハルトマンリバーサル施行率は16%と既報よりも低率で，永久ストマによりQOLの低下した症例が多かった．**【結語】**当科の膿性・宿便性大腸穿孔に対する開腹手術の合併症率は低く，可及的速やかに集中治療に移行するために今後も開腹手術が基本となるが，ハルトマンリバーサルの低率さを考えると，今後ノルアドレナリン需要のない限局性腹膜炎などの限られた症例には腹腔鏡手術や一期的吻合を検討してもよいと思われた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)
2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター12
一般演題（ポスター）51　虫垂炎・腹膜炎
座長：茅野 新（東海大学医学部消化器外科学）

[P51-4] 敗血症性ショックと播種性血管内凝固を呈した腹部自覚症状に乏しい汎発性腹膜炎を伴う穿孔性急性虫垂炎の一例

*小林 豊[1]、梅谷 有希[1]、加藤 真司[1] (1. 医療法人医仁会さくら総合病院消化器病センター)

【はじめに】汎発性腹膜炎を伴う急性虫垂炎は緊急開腹手術で治療するのが一般的である。しかしながら、その全身状態によっては全身麻酔や開腹手術に耐えられないために十分な治療に至らずに死亡する可能性のある疾病である。
【症例】68歳、男性。前日に転倒してからの右腰部痛と下半身脱力を主訴に救急搬送された。来院時の血圧は63/50と低く重症なショック状態であり、採血で血小板5.6万と低下し、PT-INR6.39と著明な延長を認めた。ビリルビンは正常範囲で、クレアチニンは1.94であった。ノルアドレナリンを使用して何とか血圧を維持していた。意識レベルは清明であった。P/F ratioは166であった。以上から、SOFA score10点であった。CT上、腹水を中等量認め、右下腹部遊離腹腔内に内部にmicro bubbleを伴う液体貯留を認めた。上記より、汎発性腹膜炎による敗血症性ショックと播種性血管内凝固（以下、DIC）と診断したが、到底緊急手術に耐えられない状態であったため、右下腹部を穿刺ドレナージした上で、PMXとCHDFを施行し、トロンボモジュリンの投与を行った。第3病日よりエレンタールの服用から開始した。集中治療が奏功し、第53病日に退院した。救急搬送から約7ヶ月後に体力の回復など条件が揃った状態で腹腔鏡下虫垂切除術を施行し、術後合併症なく退院された。
【考察】敗血症性ショック患者の死亡率は28.5%とされており、SOFA score10点での死亡率は70%と救命が困難な病状であったが、原因である穿孔性虫垂炎による汎発性腹膜炎はドレナージで逃げてDICと敗血症性ショックの治療を優先する意外に救命は不可能であったと考えられる。DICによる線溶亢進により穿刺ドレナージも困難な状況であるが、救命のためには躊躇わずにドレナージする必要があった。本症例でも穿刺部の出血を伴ったが、ドレナージせずに救命は不可能なため、出血の合併を覚悟で穿刺することが求められる。腹部自覚症状が乏しかったのは、転倒による腰椎圧迫骨折を併発しており、この腰痛が著しかったことが一因と考えられた。
【結語】汎発性腹膜炎による併存病態が重度の場合は、原因疾患の治療を後回しにすることにより救命できる可能性が考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター12

一般演題（ポスター）51　虫垂炎・腹膜炎

座長：茅野 新（東海大学医学部消化器外科学）

[P51-5] 急性虫垂炎における重症度診断の不確実性　―汎発性腹膜炎症例について―

*多木 雅貴[1]、濱口 拓哉[1]、宮本 好晴[1]、豊田 昌夫[1] (1. 北摂総合病院一般消化器外科)

【背景】急性虫垂炎は日常的に遭遇する疾患だが、汎発性腹膜炎を伴う重症例では迅速な対応が不可欠である。一方、理学所見や画像所見に基づく術前評価と術中所見が一致しない例もあり、とくに限局性と診断されながら実際は汎発性である過小評価症例は治療遅延のリスクがある。今回、このような重症度診断の不確実性と術前診断の重症度一致率、過小評価症例の特徴を検討した。

【方法】2021年4月～2026年3月に当院で手術を施行した急性虫垂炎246例のうち、汎発性腹膜炎を伴う46例を対象とした。汎発性腹膜炎は術中にダグラス窩または広範囲の汚染腹水を認める症例と定義した。患者背景、腹部・画像所見、術直前の炎症反応を主評価項目とし、手術時間、出血量、術後在院日数、病理診断を副評価項目とした。さらに術前診断と術中所見の一致率から正診群と過小評価群に分類し比較検討した。

【結果】汎発性腹膜炎症例の平均年齢52.2歳、女性28例、男性18例。右下腹部限局痛15例、限局性筋性防御8例、非限局圧痛23例であった。CT検査では腸管浮腫16例、ダグラス窩腹水11例などを認めた。平均白血球11750/μL、平均CRP15.3mg/dLと高値であった。平均手術時間104分、平均出血量32mL、術後平均在院日数7.5日。病理は壊疽性25例、蜂窩織性13例などであった。診断一致率は正診60.9%(28例)、過小評価39.1%(18例)。過小評価群には骨盤内炎症、癒着、虫垂腫瘍を伴う症例が含まれた。嘔気や嘔吐、糞石、腸管浮腫を認めた症例は正診群で多く、過小評価群では限局痛主体や反跳痛のみの症例が多かった。

【考察】過小評価例は汎発性を示唆する所見が乏しく重症度誤認の危険があった。さらに虫垂腫瘍や保存的治療後再燃、婦人科疾患などが背景に存在し過小評価に寄与する背景因子の存在が示唆された。糞石や腸管浮腫は重症度評価に有用であったが、その欠如は過小評価につながり得る。したがって限局痛だけに依存せず、多角的評価が重要であり、過小評価は治療遅延のリスクとなるため、一定の過大評価も許容しつつ適切な介入時期を逃さない判断が求められる。

【結語】重症度診断の不確実性を踏まえ、過小評価を回避する臨床判断が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター12

一般演題（ポスター）51　虫垂炎・腹膜炎

座長：茅野 新（東海大学医学部消化器外科学）

[P51-6] 当院における汎発性腹膜炎を伴う急性虫垂炎手術症例29例の検討

*平田 祥太郎[1]、須藤 剛[1]、望月 秀太郎[1]、佐藤 圭佑[1]、深瀬 正彦[1]、飯澤 肇[1] (1. 山形県立中央病院外科)

【緒言】
急性虫垂炎は日常診療で頻繁に経験する疾患である．膿瘍形成虫垂炎は待機的虫垂切除が行われる一方，汎発性腹膜炎症例についての検討は少ない．汎発性腹膜炎を伴う症例では虫垂炎であっても重症化し得る病態であり，当院の治療成績を検討した．

【方法】
当院にて2021年1月から2026年3月までに緊急手術を施行した急性虫垂炎症例のうち，術中所見で膿性腹水を腹腔内全体に認めたものを汎発性腹膜炎と定義し，術後成績を後方視的に比較検討した．

【結果】
急性虫垂炎緊急手術症例131例のうち29例(22.1%)に汎発性腹膜炎の所見を認め，63例(48.0%)に限局性腹膜炎の所見を認めた．汎発性腹膜炎症例の年齢中央値は70(19-95)歳，男性21例女性8例であった．発症から手術までの日数は中央値2日, 術前WBC 13,300(3,900-21,700), CRP 11.9(0.6-45.4)，ASA-PSは1Eが3例，2Eが22例，3Eが4例であった.5例が回盲部切除(開腹2例，腹腔鏡3例)，24例が虫垂切除（開腹5例，腹腔鏡19例，うち開腹移行2例）であった．開腹移行の原因は2例とも腹腔鏡下での根部処理が困難なためであった．手術時間の中央値は121(53-399)分であった．腹腔内の汚染度に応じて28例にドレーンが留置され，1本が10例，2本が11例，3本が6例，4本が1例であった．術後在院日数の中央値は10(4-43)日であった．手術部位感染(SSI)は表層SSI 2例，臓器・体腔SSI 2例，Clavien-Dindo(C-D)分類IIIa以上の合併症は開腹移行例の遺残膿瘍1例(IIIa)，開腹虫垂切除術後の敗血症1例(IVb)，心不全・呼吸不全1例(IVb)であった．
回盲部切除を行った5例を除外し，腹腔鏡下虫垂切除術17例と開腹移行例を含む開腹虫垂切除術7例を比較すると，手術時間中央値はそれぞれ109分，123分と腹腔鏡下虫垂切除術で手術時間が短いものの有意差はなく，在院日数中央値はそれぞれ8(4-13)日，13(6-43)日で有意差を認めなかった．

【結語】
当科における汎発性腹膜炎を伴う急性虫垂炎手術は，腹腔鏡手術で手術時間の短縮を認め在院日数の短縮は認めなかったが，病状による術式選択で比較的安全に施行されていた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター13

一般演題（ポスター）52　イレウス・腸閉塞

座長：中山 善文（北九州宗像中央病院）

[P52-1] 再発性傍ストーマヘルニアによる嵌頓性イレウスに対しストーマ再造設を要した一例

*宮岡 陽一[1]、齋藤 智哉[1]、横山 良司[1] (1. JA北海道厚生連網走厚生病院外科)

[P52-2] 移動盲腸を背景に大網索状物により肝弯曲部が絞扼された絞扼性結腸イレウスの1例

*芳澤 淳一[1]、唐澤 斉秀[1]、中村 健也[1]、福島 健太郎[1]、竹内 信道[1]、中山 中[1] (1. 伊那中央病院)

[P52-3] 下行結腸癌による腸重積症にて腸閉塞を来した1例

*藤本 直斗[1]、萩原 清貴[1]、植田 隆太[1]、岡村 修[1] (1. 市立吹田市民病院)

[P52-4] 癒着性腸閉塞の保存管理におけるイレウス管挿入の前に経鼻胃管挿入を行うことの安全性と有効性の検討

*片貝 朔也[1]、春日 健吾[1]、清水 萌[1]、細井 愛美[1]、吉成 夫希子[1]、甲賀 達也[1]、一色 綾希[1]、松井 綾子[1]、飯塚 圭介[1]、石原 眞悟[1]、上野 敬史[1]、麻 興華[1]、増尾 貴成[1] (1. 伊勢崎市民病院内科)

[P52-5] 上行結腸への内視鏡下の点墨が原因と思われた腸閉塞の1例

*森本 雄貴[1]、尾嶋 英紀[1]、水野 成紀[1]、安田 飛翔[1]、内山 燿[1]、山下 真司[1]、横江 毅[1]、内田 恵一[2]、毛利 靖彦[1] (1. 三重県立総合医療センター　消化器・一般外科、2. 三重県立総合医療センター小児外科)

[P52-6] 子宮頸癌術後放射線療法後に小腸閉塞を来した一例

*沖村 駿平[1]、小田切 数基[1]、杉本 聡[1]、鈴木 玲[1]、樋口 一郎[1]、横山 茂和[1]、福崎 孝幸[1] (1. 済生会千里病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター13

一般演題（ポスター）52　イレウス・腸閉塞

座長：中山 善文（北九州宗像中央病院）

[P52-1] 再発性傍ストーマヘルニアによる嵌頓性イレウスに対しストーマ再造設を要した一例

*宮岡 陽一[1]、齋藤 智哉[1]、横山 良司[1] (1. JA北海道厚生連網走厚生病院外科)

【背景】傍ストーマヘルニアは人工肛門造設後にしばしば認められる晩期合併症であり、無症状例では保存的に経過観察されることも多い。一方で、疼痛、装具管理困難、腸閉塞、嵌頓を来す症例では外科的治療を要する。特に再発例では、既存メッシュ、腹腔内癒着、ストーマ腸管周囲の間隙などが問題となり、術式選択に難渋する。
【症例】70歳代男性。下部直腸癌に対して術前化学放射線療法後にロボット支援下腹会陰式直腸切断術（Miles手術）が施行され、永久単孔式S状結腸ストーマが造設されていた。初回手術から約10か月後に傍ストーマヘルニアを認め、その後腹痛を伴うようになったため、初回手術から約13か月後に腹腔鏡下メッシュ修復術を施行した。術中、ストーマ周囲に約5×4cmのヘルニア門を認め、メッシュを用いて修復した。初回修復術後16日目に腹痛およびイレウスを来し、保存的加療で改善を認めなかったため再手術を施行した。再手術では、メッシュのスリット内側から腸管が脱出・嵌頓しており、還納およびヘルニア門の縫縮を行った。その後、約4か月後に再発を認め、局所から再修復を追加した。しかし、さらに約2か月後に腹痛を伴う嵌頓を来し、救急外来で還納された。その後も腹痛・嘔吐を伴うイレウスで再入院となり、再発を繰り返していることから局所修復のみでの制御は困難と判断した。初回手術から約21か月後、腹腔鏡下癒着剥離、人工肛門閉鎖、小腸嵌頓解除、新規ストーマ再造設術を施行した。術中、既存メッシュ周囲には大網の癒着を認め、間隙に小腸が嵌頓していた。術後にポート感染に伴う血流感染、敗血症、急性期DICを来したが、集学的治療により改善し退院した。
【考察】本症例では、メッシュ修復後もストーマ腸管周囲、特にメッシュスリット内側の間隙から腸管が脱出・嵌頓し、イレウスを反復した。縫縮や局所修復を追加しても再発を制御できなかったことから、既存メッシュ周囲の癒着、腹壁欠損、ストーマ腸管周囲の間隙が複合的に関与していたと考えられた。
【結語】嵌頓性イレウスを反復する再発性傍ストーマヘルニアでは、局所修復に固執せず、ストーマ再造設を含めた治療戦略を検討すべきである。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター13
一般演題（ポスター）52　イレウス・腸閉塞
座長：中山 善文（北九州宗像中央病院）

[P52-2] 移動盲腸を背景に大網索状物により肝弯曲部が絞扼された絞扼性結腸イレウスの1例

*芳澤 淳一[1]、唐澤 斉秀[1]、中村 健也[1]、福島 健太郎[1]、竹内 信道[1]、中山 中[1] (1. 伊那中央病院)

【はじめに】移動盲腸は右側結腸の後腹膜固定不全により可動性を有する病態であり、盲腸軸捻転の原因として知られている。一方、索状物による結腸絞扼は比較的稀である。今回、移動盲腸を背景に大網索状物により肝弯曲部が絞扼された症例を経験した。

【症例】71歳男性。腹痛、嘔吐を主訴に受診。造影CTにて右側結腸の拡張とclosed loop形成を疑う所見を認め、絞扼性イレウスと診断した。右側傍腹直筋切開で開腹すると血性腹水を認めた。盲腸から上行結腸、横行結腸に至る右側結腸は後腹膜に固定されておらず移動盲腸の所見であった。結腸肝弯曲部は、大網が上行結腸に癒着して形成された索状物により絞扼されていた。大網を切離し絞扼を解除したところ、腸管に血流障害は認めたものの壊死には至っていなかった。大網の間隙を縫合閉鎖し、肝弯曲部から上行結腸を腹壁に固定した。

【結語】移動盲腸に伴う腸閉塞は捻転として報告されることが多いが、本症例のように索状物により右側結腸が絞扼される非捻転性機序も存在する。移動盲腸を背景とする結腸絞扼は鑑別として重要であり、早期手術が予後改善に寄与すると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター13

一般演題（ポスター）52　イレウス・腸閉塞

座長：中山 善文（北九州宗像中央病院）

[P52-3] 下行結腸癌による腸重積症にて腸閉塞を来した1例

*藤本 直斗[1]、萩原 清貴[1]、植田 隆太[1]、岡村 修[1] (1. 市立吹田市民病院)

成人における腸重積症は，小児と比較して稀であり，その多くは大腸癌などの腫瘤性病変を先進部としたものが大半を占める．発症部位としては回盲部に多く，下行結腸などの後腹膜に固定された結腸では腸重積を起こしにくいと考えられている．今回，下行結腸癌による腸重積症にて腸閉塞を来した症例を経験したので報告する．

53歳女性，腹部膨満と血便にて近医を受診した．左下腹部に膨隆を触知し，腫瘍による腸閉塞性を疑われ当院紹介となった．CTで下行結腸に腸重積を疑うTarget signと同部位より口側の腸管拡張を認め，腸重積症による腸閉塞と診断した．下部消化管内視鏡(CS)では2型の半周性病変を認め，同部位での狭窄があると判断し，ステント留置を行った．しかし翌日の確認目的のCSにてステントの逸脱を認め，ステントの再留置は行わず，経過観察の上，待機手術の方針とした．

手術は下腸間膜動脈温存，左結腸動脈切離のD3郭清を伴う腹腔鏡下下行結腸部分切除術を施行した．術後に特記すべき有害事象は認めず，術後9日目に退院となった．術後病理診断では，肉眼型は1型，腫瘍径は51*45mm，pT1bN1a(1/21)，pStageⅢaであった．

本症例のような下行結腸での腸重積症は比較的稀であり，若干の文献的考察を加えて報告する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター13

一般演題（ポスター）52　イレウス・腸閉塞

座長：中山 善文（北九州宗像中央病院）

[P52-4] 癒着性腸閉塞の保存管理におけるイレウス管挿入の前に経鼻胃管挿入を行うことの安全性と有効性の検討

*片貝 朔也[1]、春日 健吾[1]、清水 萌[1]、細井 愛美[1]、吉成 夫希子[1]、甲賀 達也[1]、一色 綾希[1]、松井 綾子[1]、飯塚 圭介[1]、石原 眞悟[1]、上野 敬史[1]、麻 興華[1]、増尾 貴成[1] (1. 伊勢崎市民病院内科)

目的：絞扼や虚血を伴わない癒着性腸閉塞は通常保存的に管理される。経鼻胃管（Nasogastric Tube：NGT）挿入と比較すると、イレウス管（Long Tube：LT）挿入は手術率が低いことが示されているが、より侵襲的であり、Performance Status（PS）が高い患者では耐えられにくい場合がある。癒着性腸閉塞の治療として腸管減圧を行う際に、初期治療としてNGTおよび、その後LTを挿入する手法の安全性、有効性を検討した。

方法：2019年1月から2023年12月までの期間に当院に入院した癒着性腸閉塞337例、218名を対象とした。腸管減圧を行わずに軽快した患者等を除外し、195例について入院単位で解析を行なった。初回治療としてNGT挿入を行なったNGT群（n=135）、LT挿入を行なったLT群（n=60）に分類した。加えてNGT挿入後にLT挿入を行なった群をNGT+LT群（n=63）と定義し、臨床的特徴、治療転帰、有害事象について群間比較を行なった。

結果：NGT群はLT群と比較し高齢(76歳 vs 72歳、p=0.04)で、PS3または4の患者が多く(13% vs 1.7%、p=0.01)、嘔気を訴える患者が少なかった (49% vs 72%、p＜0.001)。NGT＋LT群はLT群と比較し高齢(78歳 vs 72歳、p=0.01)で、PS3または4の患者が多く(16% vs 1.7%、p=0.006)、腹痛を訴える患者が少なかった (71% vs 90%、p＝0.009)。NGT＋LT群は平均1.4日後にLT挿入をされた。LT挿入時間はNGT+LT群においてLT群と比較し有意に短かった(18分 vs 24分、p＜0.001)。合併症の発生率(肺炎1.5%、消化管穿孔1.5% vs 肺炎5%)、外科手術率(13% vs 12%)、平均入院日数(11日vs 10.5日)、死亡率(3.2% vs 1.6%)に統計学的な有意差はなかった。多変量ロジスティック回帰分析において、治療戦略が外科手術と関連していないことが示された。初回入院に限定し行なった感度分析においても患者背景や症状、治療成績の傾向は一次解析と概ね一致していた。

考察：癒着性腸閉塞に対してNGT挿入を用いて選択的にLT挿入を行った初期アプローチが、LT挿入を必要とする割合が低く、LT挿入時間が短かったことと関連していました。これらの発見は一部の患者の治療方針決定に役立つ可能性があります。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター13

一般演題（ポスター）52　イレウス・腸閉塞

座長：中山 善文（北九州宗像中央病院）

[P52-5] 上行結腸への内視鏡下の点墨が原因と思われた腸閉塞の1例

*森本 雄貴[1]、尾嶋 英紀[1]、水野 成紀[1]、安田 飛翔[1]、内山 燿[1]、山下 真司[1]、横江 毅[1]、内田 恵一[2]、毛利 靖彦[1]
(1. 三重県立総合医療センター　消化器・一般外科、2. 三重県立総合医療センター小児外科)

【はじめに】
下部消化管内視鏡検査で点墨されることがしばしばあるが, 点墨が原因で腸閉塞が惹起された報告は稀である. 今回点墨された部位への癒着が原因で生じた絞扼性腸閉塞に対して, 緊急に腸閉塞解除術をし得た症例を経験したため報告する

【症例】
89歳女性. 受診当日の朝, 腹痛と嘔吐が出現し近医を受診した. 診察上腹膜炎の疑いで当院へ救急搬送された.
来院時体温は37.8度, 白血球8.3×10^2/, CRP0.06mg/dl. 腹部CT検査では, 単純CTでは回腸の液体貯留と腸間膜脂肪織の濃度上昇を認め, 造影CTでは回腸の造影不良を認めたため, 絞扼性腸閉塞が疑われた.
腹部の手術歴が無い腸閉塞と診断し, 緊急手術を施行することとした.
術中所見では, 上行結腸の漿膜面に点墨の色素を認め, 点墨部位に癒着した大網と上行結腸とに生じた間隙に小腸が陥入していた. 陥入した小腸は軽度うっ血し拡張を認めた.
上行結腸や盲腸に腫瘍を触知しないことを確認して, 点墨が原因で生じた癒着による絞扼性腸閉塞と診断し, 癒着を剥離して腸閉塞解除術を施行した.
術後経過は比較的順調で, 術後11日目にリハビリ転院された.
【結論】
内視鏡下に施行される点墨による炎症, 癒着, 腹痛が生じることは報告されているが, 腸閉塞が生じた症例は比較的稀であるため報告する.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター13

一般演題（ポスター）52　イレウス・腸閉塞

座長：中山 善文（北九州宗像中央病院）

[P52-6] 子宮頸癌術後放射線療法後に小腸閉塞を来した一例

*沖村 駿平[1]、小田切 数基[1]、杉本 聡[1]、鈴木 玲[1]、樋口 一郎[1]、横山 茂和[1]、福崎 孝幸[1] (1. 済生会千里病院)

【背景】
骨盤内放射線療法後の晩期合併症として放射線腸炎が知られており、腸管の線維化や血管障害により腸管狭窄や腸閉塞を来すことがある。これらは照射から長期間経過して発症することも多く、画像所見によっては小腸腫瘍との鑑別が困難となる場合がある。今回、子宮頸癌術後放射線療法の既往を有し、小腸壁肥厚を伴う小腸閉塞を呈したため小腸腫瘍を疑い手術を施行したが、病理組織学的に放射線性変化と診断された一例を経験したので報告する。

【症例】
85歳女性。子宮頸癌に対して手術および骨盤内放射線療法の既往があり、放射線療法施行後17年が経過していた。数年前より下痢と便秘を繰り返していたが経過観察されていた。今回、腹部膨満感を主訴にかかりつけ医を受診し、腹部単純X線検査でniveau像認めたため精査加療目的に当院紹介となった。

【経過】
腹部造影CT検査では小腸の一部に限局した壁肥厚を認め、同部位に軽度の造影効果を伴い、その口側腸管の拡張を伴っていたことから小腸腫瘍による機械的腸閉塞が疑われた。保存的加療では改善が困難と判断し、診断および治療目的にイレウス管挿入後、腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した。術中、小腸の限局した壁肥厚および狭窄を認めたが、明らかな腫瘍性病変は認めなかった。切除標本の病理組織学的検査では腸管壁の線維化や血管壁肥厚など放射線照射に伴う慢性変化を認め、悪性所見は認めなかった。

【結語】
骨盤内放射線療法後には晩期合併症として放射線腸炎を発症し、腸管狭窄や腸閉塞の原因となることがある。本症例のように画像上は小腸腫瘍との鑑別が困難で外科的切除に至る場合もあり、骨盤内放射線療法の既往を有する症例では本疾患を鑑別疾患として念頭に置く必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター13

一般演題（ポスター）53　直腸脱

座長：白水 良征（社会医療法人　社団　高野会　くるめ病院）

[P53-1] 当院における直腸脱治療の変遷

*柴崎 泰[1]、小坂 隼人[1]、金子 猛[1]、三枝 直人[2] (1. 新城市民病院外科、2. 増子記念病院　大腸肛門外科)

[P53-2] 直腸脱に対するLVR＋粘膜焼灼・筋層縫縮のFeasibility study

*角田 明良[1] (1. 安房地域医療センター外科)

[P53-3] 当院における直腸脱の治療法についての検討

*大澤 るみ[1]、能見 伸八郎[1] (1. JCHO京都鞍馬口医療センター)

[P53-4] 当院における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の治療成績

*安山 陽信[1]、野瀬 陽平[1]、眞木 良祐[1]、東 重慶[1]、武元 浩新[1]、金 鏞国[1]、長谷川 順一[1] (1. 市立貝塚病院外科)

[P53-5] 当科における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術症例の検討

*里見 大介[1]、榊原 舞[1]、小倉 皓一郎[1]、土岐 朋子[1] (1. 国立病院機構千葉医療センター外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター13

一般演題（ポスター）53　直腸脱

座長：白水 良征（社会医療法人　社団　高野会　くるめ病院）

[P53-1] 当院における直腸脱治療の変遷

*柴崎 泰[1]、小坂 隼人[1]、金子 猛[1]、三枝 直人[2] (1. 新城市民病院外科、2. 増子記念病院　大腸肛門外科)

【緒言】直腸脱に対する治療は外科手術が原則であるが、多くは高齢女性に発症し、耐術能や併存疾患との兼ね合いから術式選択が課題である。当院が位置する地域は高齢化率40%弱と過疎化の進んだ山間の農村地であり、比較的ADLが維持された高齢の直腸脱患者は少なくない。肛門病専門医が不在で、遠方への紹介もまた困難という状況下で当院が過去10年間で選択した術式および術後成績を後方視的に検討した。【症例と結果】再手術含め13例、年齢の中央値は86歳、全例女性であった。2024年までに全麻が困難な8例で脊椎くも膜下麻酔などにより経会陰式手術が行われ（P群）、それ以降は経腹式のWells法で5例手術を施行した（A群）。P群ではECOG PSが平均2.0と高く、8例に経会陰的手術が行われ、術式はGant-三輪-Thiersch（GMT）法2例、Delorme法4例、Thiersch法2例で、平均手術時間はGMT法 38分、Delorme法108分であった。平均12.4カ月（0.5-48）の観察期間でGMT法全例、Delorme法2例、Thiersch法1例に再発を認めた。P群およびA群においても重大な手術関連合併症は認めなかった。GMT法、Delorme法と続けて再発を繰り返す症例に対し腹腔鏡下手術を適用したのを契機に以降5例はWells法を施行しているが、A群では平均手術時間200分、麻酔時間265分と有意に長かった。比較的軽微な合併症として麻酔の覚醒遅延1例、術後せん妄１例を認めたが、平均13カ月（3-22）の観察期間で現在まで再発例はない。【考察】GMT法は再発率が高く、Delorme法は技術的に煩雑で一概に時間がかかる。また、術後成績はP群と比較しA群で明らかに良好であった。今後は全麻技術の向上を背景に、根治性の良好な経腹法を当院の標準治療に位置づけたいが、その適用は症例毎に慎重に検討すべきである。【結語】高齢直腸脱患者に対し腹腔鏡下根治術は安全に施行し得るが、手間と時間がかかるため、周術期安全性を損なうことなく患者および医療者の負担をどのように軽減してゆくかが今後の課題であると思われた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター13

一般演題（ポスター）53　直腸脱

座長：白水 良征（社会医療法人　社団　高野会　くるめ病院）

[P53-2] 直腸脱に対するLVR＋粘膜焼灼・筋層縫縮のFeasibility study

*角田 明良[1] (1. 安房地域医療センター外科)

背景：直腸脱に対するLaparoscopic Ventral Rectopexy (LVR)術後再発の危険因子として、male sexとlength of prolapseが挙げられるため (Tsunoda A, et al. J Anus Rectum Colon. 2021; Nugent E, et al. Dis Colon Rectum. 2021)、危険因子のある患者に対してLVR操作の前に、直腸後壁粘膜を焼灼後に筋層縫縮する術式（粘膜焼灼・筋層縫縮）を併用している。
目的：直腸脱に対する粘膜焼灼および筋層縫縮+ LVRの手技と成績を提示することである。–
対象：男性直腸脱または女性で5cm長以上の直腸脱
方法　手技：1)ジャックナイフ体位で直腸後壁に対してTissuelinkまたは、VIO3によるソフト凝固を用いて粘膜を焼灼し、その後に変性粘膜を含めた筋層の縫縮を行う。2)砕石位でLVRを行う。結果はmedian(range)で示す。
結果：症例数は７例（男女比4対3）で、年齢は64歳(20-85)、ASAは2(1-3)であった。直腸脱の長さは男性4cm(4-5)、女性8cm(7-8)であった。粘膜焼灼には、男性はTissuelink、女性はソフト凝固を行った。手術時間は192 min (148-253)、出血量は15ml (10-30)であった。ソフト凝固に要した時間は20min (17-30)であった。術後合併症はなく、術後入院期間は1日(1-3)であった。粘膜焼灼・筋層縫縮部の縫合不全は認められなかった。術後経過13か月(3-57)で直腸脱の再発は認められていない。
結論：再発危険因子を有する直腸脱の手術として、直腸後壁粘膜焼灼・筋層縫縮+ LVRは術式選択の一つと考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター13

一般演題（ポスター）53　直腸脱

座長：白水 良征（社会医療法人　社団　高野会　くるめ病院）

[P53-3] 当院における直腸脱の治療法についての検討

*大澤 るみ[1]、能見 伸八郎[1] (1. JCHO京都鞍馬口医療センター)

直腸脱は高齢者でリスクが高い患者が多く、手術法の選択や再発の可能性など苦慮することが多い。当院ではThiersch法を中心に行ってきた。手術記録が確認できる２０１４年から２０２５年にかけての１２年間で５０名６０例手術を行った。近年は腹腔鏡下直腸つり上げ術を３例行っているが、それ以外は経肛門的手術であった。Thiersch法以外に、Delorme法１例、Delorme＋Thiersch法１例を行った。Leeds-Keio meshを縫縮せずに挿入した後再発して追加挿入したのが４例、縫縮してメッシュを挿入したのち感染して抜去したのが５例（うち２例は同一患者、１例は再手術を希望されず）あった。銀線を挿入したのが１０名１２例（うち１例はメッシュ挿入後再発はないが疼痛で鎮痛剤をやめることができなかったので銀線に入れ替えた）あった。銀線は断線しやすく再発する例がみられるが、感染や疼痛はほぼなく、断線しても銀線の露出はない。５０名のうち現在まで経過を追うことができるのは４名いる。超高齢者が余生を過ごしていくためにはどのようにしていくのがよいか、これらの症例を通して考えたい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター13

一般演題（ポスター）53　直腸脱

座長：白水 良征（社会医療法人　社団　高野会　くるめ病院）

[P53-4] 当院における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の治療成績

*安山 陽信[1]、野瀬 陽平[1]、眞木 良祐[1]、東 重慶[1]、武元 浩新[1]、金 鏞国[1]、長谷川 順一[1] (1. 市立貝塚病院外科)

【はじめに】2012年に直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術が本邦で保険収載され、低侵襲性、根治性の観点から注目され普及しつつある。一方、その術式には多数の報告があり、患者の全身状態を考慮し、施設ごとに多様な術式が行われており、標準的な術式は確立されていない。
【目的】今回、当院における腹腔鏡下直腸固定術の治療成績を後方視的に検討した。
【対象】2019年4月から2025年12月までに腹腔鏡下直腸固定術を施行した直腸脱20例を対象とした。
【結果】年齢中央値は81.5(65-9)歳、20例全例が女性で、ASA scoreは1-2：3-4＝13：7、BMIは21(14.7-28.1)、病脳期間中央値は2.5(1-372)か月、脱出腸管長中央値は8(4-20)cm、初発/再発＝18/2例、開腹既往は10例(50%)、20例全例が完全直腸脱であり4例(20%)に骨盤臓器脱を合併していた。術式はVentral Rectopexy(以下VRP)19例(骨盤臓器脱合併3例中、2例は膣閉鎖術、1例は子宮摘出術を同時に施行)、開腹移行は1例(骨盤臓器脱合併症例で、直腸損傷あり、S状結腸切除術及び子宮摘出術を施行)だった。手術時間中央値は174(96-601)分、出血量中央値は5(5-100)ml、術後在院日数は中央値9(3-25)日、術後合併症は2例(創部感染1例、皮下出血1例。いずれもClavien-Dindo分類GradeI)、術後観察期間は19(1-55)か月で、再発症例は認めなかった。
【結語】腹腔鏡下直腸固定術は術後合併症が少なく、再発も少なく有用な術式であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:30 | ポスター13

一般演題（ポスター）53　直腸脱

座長：白水 良征（社会医療法人　社団　高野会　くるめ病院）

[P53-5] 当科における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術症例の検討

*里見 大介[1]、榊原 舞[1]、小倉 皓一郎[1]、土岐 朋子[1] (1. 国立病院機構千葉医療センター外科)

直腸脱に対する術式は様々だが、高齢者が多いため、侵襲や再発率などを勘案しつつ術式を選択せざるを得ない。合併症や経過中の負担を回避するため当科では、全身麻酔を要さず比較的侵襲の少ないとされる経会陰的手術を選択しがちであったが、再発に関しては十分な結果は得られていなかった。2021年11月から腹腔鏡下直腸固定術（以下LSR）を開始し、現在まで23例経験。今回、短期成績を検討したので文献的考察を加えて報告する。2021年11月から2026年4月までにLSRを行った症例は23例である。男性女性1：22、平均年齢81歳。直腸脱術後再発症例は4例、いずれも子宮脱手術およびGant-Miwa+Thiersch後であった。子宮全摘後6例、子宮脱併存4例、認知症4例。手術は全身麻酔下、砕石位、臍部カメラポートの５ポート。直腸剥離受動は挙筋レベルまで行い側方靭帯は極力温存。直腸固定はメッシュを用いず、非吸収糸で岬角レベルと直腸右前壁漿膜・筋層を水平マットレス縫合にて固定。その際に必ず術中内視鏡にて内腔に縫合糸が露出してないことを確認している。短期成績は、手術時間中央値141（110-281）分。手術時出血量平均値0.25g。術後合併症はClavien-Dindo　GradeIII以上はポートサイトヘルニア１例、GradeII以下は誤嚥性肺炎1例、せん妄1例、便秘3例、下痢１例、なし17例。仙骨などへの骨盤内感染症は経験してない。術後在院期間中央値は8日。腹腔鏡下直腸固定術は全身麻酔を要するものの、術後経過から見れば低侵襲であり、術後再発も今のところ認めていない。当科の術式を供覧する。観察期間が短く、長期予後などはさらなる検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター14

一般演題（ポスター）54　高齢者 2

座長：宮澤 秀彰（秋田赤十字病院消化器外科）

[P54-1] UFT/LV療法による術後補助化学療法中にDPD活性低下が疑われる致死的重症腸炎をきたした１例

*鳥居 剛[1]、宇治 誠人[1]、三浦 泰智[1]、青木 優大[1]、小野島 功[1]、松岡 和政[1]、佐々木 諒[1]、杢野 泰司[1] (1. 社会医療法人財団新和会八千代病院)

[P54-2] S状結腸軸捻転の治療成績と高齢患者の管理の実際

*谷田部 悠介[1]、増田 大機[1]、新井 聡大[1]、大和 美寿々[1]、白坂 太郎[1]、羽生 舞花[1]、金城 宏武[1]、朝田 泰地[1]、鵜梶 真衣[1]、篠原 元[1]、廣瀬 俊太郎[1]、吉野 潤[1]、長野 裕人[1]、井ノ口 幹人[1] (1. 武蔵野赤十字病院外科・消化器外科)

[P54-3] 当院における高齢者の結腸癌患者に対するロボット支援下手術の短期治療成績

*魚住 のぞみ[1]、田中 涼太郎[1]、村田 裕子[1]、藤本 浩之[1]、白井 大介[1]、石原 敦[1]、前田 詠理[1]、片岡 淳[1]、山本 堪介[1]、奥村 哲[1]、福田 進太朗[1]、土橋 洋史[1]、小川 雅生[1]、川崎 誠康[1] (1. ベルランド総合病院外科)

[P54-4] ロボット支援大腸切除術の高齢者における安全性の検討

*上野 峰[1]、石堂 敬太[1]、倉谷 友崇[1]、溝田 知子[1]、岡村 国茂[1]、村上 慶洋[1]、笹村 裕二[1] (1. 市立旭川病院　外科)

[P54-5] 認知症を有する80代高齢者で発症した5型大腸癌の1例

*守山 宏一[1] (1. 八潮中央総合病院　訪問診療科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター14

一般演題（ポスター）54　高齢者 2

座長：宮澤 秀彰（秋田赤十字病院消化器外科）

[P54-1] UFT/LV療法による術後補助化学療法中にDPD活性低下が疑われる致死的重症腸炎をきたした１例

*鳥居 剛[1]、宇治 誠人[1]、三浦 泰智[1]、青木 優大[1]、小野島 功[1]、松岡 和政[1]、佐々木 諒[1]、杢野 泰司[1] (1. 社会医療法人財団新和会八千代病院)

症例は84歳，女性．下行結腸癌に対して，腹腔鏡下結腸左半切除術（D3郭清）を施行した．病理診断は，中分化型腺癌，pT4a(SE)，INFc，Ly0，V0，BD1，pN0，pM0，pStageⅡbであった．84歳と高齢であったが，再発高リスク群のため，術後補助化学療法として，UFT/LV療法を開始した．投与開始後12日目に口内炎（grade2），14日目に下痢（grade3）を生じ，17日目に口内炎と血性下痢の症状が増悪したため来院した．腹部造影CTでは，回腸と大腸に広範囲の浮腫性壁肥厚を認め，UFT/LV療法による薬剤性腸炎と診断し，絶食で入院となった．入院5日目に発熱性好中球減少症（grade3）を生じたため，抗生剤とG-CSF製剤を投与し，発熱性好中球減少症は改善した．しかし，口内炎と下痢は継続し，経口摂取が困難であり，持続する血性下痢に伴い貧血も進行したため，中心静脈栄養と輸血で対応していた．入院26日目に下部消化管内視鏡検査を施行した．吻合部より口側で，浮腫，発赤，びらん，潰瘍形成を認め，正常粘膜が広範囲に脱落して粘膜の島状取り残しが散在していた．S状結腸から直腸までは血管透見像は保たれていた．生検結果では慢性炎症細胞浸潤と，再生性粘膜を認めるのみであった．その後も腸炎の改善は乏しく，全身状態は徐々に悪化し，入院88日目に死亡した．病理解剖については，同意が得られなかったため，施行しなかった．

5-FU製剤投与後に下痢をきたした既報は存在するが，その原因としてDPD欠損症やDPD活性低下症が考えられる．本邦でのDPD低活性の頻度は0.7%と比較的まれであり，検査費用が高額であり，疾患頻度からしても事前検査が困難である．自験例では，酵素活性測定や遺伝子検査は施行していないが，臨床経過からは，DPD欠損症，もしくはDPD活性低下症の可能性が高いと考えられた．頻度は低いながらも，致死的な経過になる可能性があることから，UFT/LV療法開始後，投与初期に口内炎や下痢，骨髄抑制が出現した場合は，DPD欠損症や活性低下症による重篤なフッ化ピリミジン中毒を疑い，投与中止と全身管理を要することを念頭に置くべきである．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター14

一般演題（ポスター）54　高齢者 2

座長：宮澤 秀彰（秋田赤十字病院消化器外科）

[P54-2] S状結腸軸捻転の治療成績と高齢患者の管理の実際

*谷田部 悠介[1]、増田 大機[1]、新井 聡大[1]、大和 美寿々[1]、白坂 太郎[1]、羽生 舞花[1]、金城 宏武[1]、朝田 泰地[1]、鵜梶 真衣[1]、篠原 元[1]、廣瀬 俊太郎[1]、吉野 潤[1]、長野 裕人[1]、井ノ口 幹人[1] (1. 武蔵野赤十字病院外科・消化器外科)

【背景】S状結腸軸捻転は高齢者や神経・精神疾患を有する患者に好発する急性腹症のひとつである。腸管壊死や穿孔が疑われない場合は初期治療として内視鏡的捻転解除を行い、早期に待機的外科手術を行うことが推奨されている。当院ではS状結腸軸捻転の患者は初期治療から外科で対応しているが、高齢などでADLが低下している患者に対する整復後の手術適応の判断は困難であり、その臨床経過をまとめた報告は少ない。
【目的】当院におけるS状結腸軸捻転の治療成績を検討し、高齢患者の管理の実際を紹介する。
【方法】院内のカルテ検索システムを使用し、2020年から2026年3月までに、S状結腸軸捻転の診断で透視下内視鏡にて整復を試みた患者64例を抽出した。このうち①他院での整復歴のない患者47例について患者背景と治療成績、初回治療からの無再発生存期間の解析、および②80歳以上の患者28例の治療経過の検討を行った。処置中透視にてS状結腸の直線化が確認できたものを整復成功、直線化できず脱気のみで終了したもののうち入院中に症状が再燃しなかったものを臨床的成功とした。
【結果】①S状結腸軸捻転初発時の年齢中央値は78歳、男:女は33(70%):14(30%)で14例(30%)が施設で生活していた。併存疾患としてパーキンソン病が5例(11%)にみられた。初発時に粘膜壊死のため緊急手術を要したのは1例(4.3%)のみであった。整復成功は29例(62%)であったが、臨床的成功は46例(98%)であった。30日、90日無再発生存率はそれぞれ92%、71%であった(観察期間中央値57日)。性別で群別すると、女性の方が有意に再発しにくかった(HR 0.27, p=0.011)。整復成功は再発リスクを下げなかった(HR 1.33, p=0.530)。②28例の高齢患者のうち、17例(61%)が再発を経験し、7例(25%)に対して経過中に手術が行われ、うち2例で待機的なハルトマン手術が選択された。初診から待機手術までの期間は中央値337日(36-1520)で、待機手術をうけた患者の内視鏡治療回数は中央値5回(1-10)であった。
【結論】S状結腸軸捻転は高齢で発症し、短期間に高い確率で再発した。高齢患者においては再発を繰り返してから手術を行う現状がみられた。再発頻度を理解して診療にあたることが重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター14

一般演題（ポスター）54　高齢者 2

座長：宮澤 秀彰（秋田赤十字病院消化器外科）

[P54-3] 当院における高齢者の結腸癌患者に対するロボット支援下手術の短期治療成績

*魚住 のぞみ[1]、田中 涼太郎[1]、村田 裕子[1]、藤本 浩之[1]、白井 大介[1]、石原 敦[1]、前田 詠理[1]、片岡 淳[1]、山本 堪介[1]、奥村 哲[1]、福田 進太朗[1]、土橋 洋史[1]、小川 雅生[1]、川崎 誠康[1] (1. ベルランド総合病院外科)

【背景】高齢者は身体機能の減退、複数の慢性疾患を抱えやすく、術後合併症・死亡率上昇が報告されている。高齢化社会が進行するなか、高齢の大腸癌患者も増加し、今後高齢者もロボット手術を受ける機会が増えることが予想される。
【方法】2025年4月から2026年3月までに当院でロボット支援下手術を受けた結腸癌stageⅠ～Ⅲの患者67例を対象とし、80歳以上を高齢者群29例、80歳未満を非高齢者群38例の短期成績を後方視的に検討した。
【結果】対象全体の年齢中央値は75歳[45-92歳]で、性別およびBMIに有意差は認めなかった。高齢者群で高血圧、心疾患の既往が優位に多かった。高齢者群/非高齢者群の病変部位はC:A:T:D:S=2:9:5:4:9/4:6:5:5:18、出血量中央値3ml[0-20ml]/2.5ml[0-250ml](p=0.547)、手術時間中央値298分[160-472]/317分[196-462](p=0.305)、開腹移行例はなかった。術後在院日数中央値は15日[8-29日]/10日[8-16日]（p<0.05）と、高齢者群で優位に長かった。術後合併症Clavien-Dindo分類(CD分類)GradeⅡ以上5(17.2%)/2(5.3%)(p=0.225)、両群で縫合不全や、手術関連死はなかった。
【結語】高齢者群で術後在院日数が優位に長い結果となったが、術後合併症や手術成績等に有意差はなく、高齢者の結腸癌においてロボット支援下手術は手術方法の選択肢の一つになりえると考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター14

一般演題（ポスター）54　高齢者 2

座長：宮澤 秀彰（秋田赤十字病院消化器外科）

[P54-4] ロボット支援大腸切除術の高齢者における安全性の検討

*上野 峰[1]、石堂 敬太[1]、倉谷 友崇[1]、溝田 知子[1]、岡村 国茂[1]、村上 慶洋[1]、笹村 裕二[1] (1. 市立旭川病院　外科)

【目的】近年大腸癌に対するロボット支援手術が普及しているが，高齢者に対する安全性についてのエビデンスについては少ない．今回，ロボット支援大腸切除術の高齢者における安全性を検討した．
【方法】当院で2021年11月から2025年12月までにロボット支援大腸癌手術を施行した221症例を対象とした．80歳以上を高齢者として定義した．対象症例に対して，性別，BMI，ASA，既往歴，心電図，採血検査所見，手術時間，コンソール時間，出血量，病期，Clavien-Dindo分類，術後在院日数，転帰について比較検討を行った．
【結果】高齢者はASA3，高血圧や弁膜症といった既往の割合が高かった．また心電図では心房細動，脚ブロックの割合が高かった．手術時間，コンソール時間は高齢者において有意に短かった．短期成績であるが，高齢であっても全生存率，無再発生存率に有意な差は認められなかった．
【考察】高齢者では既往など多く認めるも，術後合併症や，在院期間に有意差は認めなかった．ロボット手術の低侵襲性が高齢者に対しても有用である可能性が示唆された．高齢者では手術時間やコンソール時間が有意に短く，術式，手術侵襲を抑えるという判断が影響した可能性がある．年齢は有意な予後因子とはならず，高齢者であっても根治性を損なわない術式で，合併症を回避できれば，予後が期待できると考えられる．
【結語】高齢者大腸癌に対するロボット支援手術は非高齢者と比較し，安全に施行可能であり，有用な選択と考えられる．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | ポスター14

一般演題（ポスター）54　高齢者 2

座長：宮澤 秀彰（秋田赤十字病院消化器外科）

[P54-5] 認知症を有する80代高齢者で発症した5型大腸癌の1例

*守山 宏一[1] (1. 八潮中央総合病院　訪問診療科)

症例83歳女性　施設入所　認知症あり　既往　脳梗塞
2025年10月1日から食欲低下　水様便　嘔吐がみられ　10月4日当院外来受診　急性胃腸炎で内科入院となる　入院中禁食　補液を施行　症状は改善　経口摂取を開始したが　10月12日から嘔吐　水様便が再燃　10月16日腹部CTでは右側横行結腸に壁肥厚が疑われると指摘　10月24日から嘔吐　発熱が生じ　禁食　補液　抗生剤施行　再度腹部CTでは腸閉塞　横行結腸の壁肥厚を認め　大腸癌を疑い　10月28日ＣＳ　このとき横行結腸に全周性の進行癌を認め　12㎝のステント挿入した　以後　嘔吐　発熱は生じなくなり　10月31日から経口摂取を再度開始　以後外科転科となり　12月10日腹腔鏡下右半結腸術及びD3リンパ節郭清術を施行　横行結腸に6.5x5.5㎝大の2型様病変でした　病理組織ではType５6.5ｘ5.5㎝　環周率100%　muc >tub2 pT4a[SE] INFb Ly1c V1c Pn1b pPM0
22㎝ pDM07.5㎝　BD1 pN3 他に脂肪組織の中の静脈に癌細胞あり　BRAF陰性　RAS判定変異陽性　KRAS codon12 G12D 術後せん妄や肺炎は無く　12月12日から経口摂取開始　同日退院に向けてリハビリ開始　以後経過は良好であり　12月30日退院　リンパ節転移を認めるが　背景に認知症があるため家族と協議して術後化学療法は行わなかった
考察　大腸癌手術症例による高齢者が増加傾向　また手術症例による認知症患者も増加している　術後せん妄が生じ　一時的な抑制や向精神薬投与で離床が遅れ　肺炎等の合併症が増加している。高齢癌患者の脆弱性と癌治療について標準的癌治療可能なＦＩＴ群　癌治療は可能だが標準治療が困難なプレフレイル群　癌治療は困難　ＢＳＣを検討のフレイル群に分類される高齢認知症患者で癌を発症した場合　癌治療と認知症の進行　加齢現象を同時に考慮して治療方針を決める必要がある　治療にて認知機能が低下するリスクが高く　有害事象のリスクも高まる　本症例は認知症持ちで全介助の必要な患者　入院中腹部ＣＴで腸閉塞　大腸癌を認め　大腸ステント挿入　後に手術を施行した。リンパ節転移が認められ　術後化学療法は困難　ＢＳＣとした　フレイル群に相当する
　結論　認知症持ちの癌患者で治療によって副作用への対応の難しさ　ADL低下　意思決定能力の低下　薬物管理や介護環境などの多くの要因があり　治療方針の決定は容易でなく　個別化したアプローチが必要である

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月21日(土) 10:15 ~ 11:10 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 23　炎症性腸疾患 4

座長：富永 哲郎（諫早総合病院）

[O23-1] 重症潰瘍性大腸炎にて大腸全摘IPAA後14年で回腸嚢関連合併症によりJ-pouch・肛門切断施行した1例の経験から、市中病院外科におけるIBD診療の現状と課題を考える

*川崎 誠康[1]、福田 進太郎[1]、奥村 哲[1]、魚住 のぞみ[1]、前田 詠理[1]、片岡 淳[1]、山本 堪介[1]、土橋 洋史[1]、小川 雅生[1] (1. ベルランド総合病院外科)

[O23-2] 潰瘍性大腸炎手術例における術後門脈血栓症発生の検討

*服部 憲史[1,2]、梅田 晋一[2]、佐藤 雄介[2]、村田 悠記[2]、小倉 淳司[2]、田中 千恵[2]、中山 吾郎[3]、神田 光郎[2] (1. JA愛知厚生連海南病院消化器外科、2. 名古屋大学医学部附属病院消化器・腫瘍外科、3. 名古屋記念病院外科)

[O23-3] 潰瘍性大腸炎合併大腸癌に対する部分切除症例の検討

*真鍋 達也[1]、堀田 千恵子[1]、大山 康博[1]、武居 晋[1] (1. 佐賀大学医学部　一般・消化器外科)

[O23-4] 潰瘍性大腸炎に対するロボット支援下IACAと鏡視下IPAAの短期成績および術後肛門機能の比較

*花岡 まりえ[1]、犬飼 瑞穂[1]、上野 啓輔[1]、鈴木 碧[1]、根本 亮[1]、林 裕美子[1]、佐藤 幸平[1]、岩井 美穂[1]、本多 正樹[1]、内村 良平[1]、溝口 正子[1]、井垣 尊弘[1]、山本 雄大[1]、山内 慎一[1]、賀川 弘康[1]、絹笠 祐介[1] (1. 東京科学大学消化管外科学分野)

[O23-5] 当科における潰瘍性大腸炎関連大腸癌の検討

*浅井 竜一[1]、田島 ジェシー雄[2]、横井 亮磨[2]、加藤 京[2]、外村 俊平[2]、杉江 雄斗[2]、松本 圭太[2]、水谷 千佳[2]、鷹尾 千佳[2]、深田 真宏[2]、佐藤 悠太[2]、安福 至[2]、田中 善宏[2]、松橋 延壽[2] (1. 岐阜大学大学院医学系研究科先端ゲノム医療開発学講座・消化器外科、2. 岐阜大学大学院医学系研究科消化器外科・小児外科)

[O23-6] 腹腔鏡下手術を施行したUCに合併したColitis-associated cancerの臨床的特徴とロボット支援下ＡＰＲの手術ビデオ

*小島 大望[1]、和田 英雄[1]、上床 崇吾[1]、赤﨑 卓之[1]、坂本 恭平[1]、塚原 崇夫[1]、入江 久世[1]、堀之内 浩介[1]、後藤 佳登[1]、宮坂 義浩[1]、渡部 雅人[1] (1. 福岡大学筑紫病院外科)

[O23-7] 潰瘍性大腸炎術後回腸嚢悪性腫瘍の現状と予後からみた治療方針の検討

*杉田 昭[1,2]、黒木 博介[1]、後藤 晃紀[1]、小原 尚[1]、中尾 詠一[1]、斎藤 紗由美[1]、荒井 勝彦[1]、木村 英明[2]、小金井 一隆[1]、辰巳 健志[1] (1. 横浜市立市民病院炎症性腸疾患科、2. 横浜市立大学市民総合医療センター炎症性腸疾患センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 10:15 ~ 11:10 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 23　炎症性腸疾患 4
座長：富永 哲郎（諫早総合病院）

[O23-1] 重症潰瘍性大腸炎にて大腸全摘IPAA後14年で回腸嚢関連合併症によりJ-pouch・肛門切断施行した1例の経験から、市中病院外科におけるIBD診療の現状と課題を考える

*川崎 誠康[1]、福田 進太郎[1]、奥村 哲[1]、魚住 のぞみ[1]、前田 詠理[1]、片岡 淳[1]、山本 堪介[1]、土橋 洋史[1]、小川 雅生[1] (1. ベルランド総合病院外科)

【背景】 当院は大阪府堺・泉州二次医療圏における高度急性期医療の基幹病院として地域診療を担う中でIBD患者数も年々増加している。一方で強力な分子標的薬の登場以降、多くが内科的にコントロール可能となり、潰瘍性大腸炎（UC）に対する難度の高い回腸嚢造設術（IPAA）を若手外科医が経験する機会は著しく減少している。今回筆者自身が14年前に執刀したIPAA症例に対し、晩期合併症による回腸嚢切断術を余儀なくされた経験をふまえ、市中病院におけるIBD外科診療の技術継承の現状と課題をまじえて報告する。
【症例】 41歳、女性。24歳時にUC発症。27歳時の重症化に対し、3期分割手術（①大腸亜全摘、②J-pouch造設、③ストマ閉鎖）を施行した。術後12年間はQOL良好に経過したが、その後回腸嚢炎による下痢、排便困難が出現。JAK阻害剤等の内科的治療を行うも改善せず、膣瘻および骨盤内膿瘍を併発。さらに敗血症を来したため、セカンドオピニオンを挟んだうえ炎症母地の完全切除を目的に「腹会陰式回腸嚢切断術＋永久回腸ストマ造設」の方針とした。手術は2期的に行い、まず回腸嚢の上流に回腸双孔ストマを造設して炎症を鎮静化し、2週間後に回腸嚢切断術を施行した。子宮・膣の切除は回避し、全長3mの小腸を温存し得た。術後の蠕動痛や創感染に対しJAK阻害剤再導入や創傷処置を要したが、術後6ヶ月で完全社会復帰を果たした。
【IBD外科治療年次推移】2012年に延べ7件の手術を施行したが2017年以降激減し、近年は平均で2年間に1例の手術を経験するのみである。
【考察】 UC術後の回腸嚢不全（温存不能）の頻度は術後10年で約10%に達し、難治性回腸嚢炎、膣瘻、骨盤内膿瘍などが主因となる。回腸嚢切断は高難度手術であり安易な選択ではないが、難治性症状に苦しむ患者への有効な方策である。IPAA手術経験自体減少している現状で、これらの治療マネジメントを継承するのは困難である。専門施設への集約化が進む一方、地域での救急対応や合併症管理が可能な外科医が不在となることは、大きな社会的リスクとなり得る。
【結語】 薬物療法の発展に伴う「外科技術の空洞化」に対し、市中病院外科が果たす役割と専門教育の在り方について議論したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 10:15 ~ 11:10 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 23　炎症性腸疾患 4
座長：富永 哲郎（諫早総合病院）

[O23-2] 潰瘍性大腸炎手術例における術後門脈血栓症発生の検討

*服部 憲史[1,2]、梅田 晋一[2]、佐藤 雄介[2]、村田 悠記[2]、小倉 淳司[2]、田中 千恵[2]、中山 吾郎[3]、神田 光郎[2] (1. JA愛知厚生連海南病院消化器外科、2. 名古屋大学医学部附属病院消化器・腫瘍外科、3. 名古屋記念病院外科)

【緒言】静脈血栓塞栓症は炎症性腸疾患の重要な合併症の１つであるが，その一形態である門脈血栓症(portomesenteric vein thrombosis : PMVT)については，その発生割合，発生リスクなど明らかにされていない．【目的】潰瘍性大腸炎(UC)に対する手術施行例において， PMVT発生の臨床的特徴について検討する．【対象と方法】2015年1月から2024年12月までにUCに対して腹腔鏡手術が施行され，PMVTの評価を術後7日目の腹部造影CT検査にて行った114例を対象とし， PMVT発生群（以下PMVT(+)）とPMVT非発生群（以下PMVT(-)）の２群に分けた．術前全身状態，潰瘍性大腸炎の病態と内科治療，手術因子についてロジスティック回帰分析を用い，術後PMVT発生の危険因子の検討を行った．【結果】114例中34例(29.8%)にPMVTを認め，全例，特異的な症状はなかった．PMVT(+)では初回手術適応として癌/dysplasia(76% vs 24%，p<0.01)が有意に多く，手術因子の比較では，回腸嚢肛門吻合の有無でPMVT発生に有意な差は認められず，PMVT(+)では手術時間(中央値)(454分 vs 392分，p=0.06) が長い傾向にあった．術後の抗凝固薬は114例全例で施行されており，血栓発生部位(重複あり)は門脈末梢：74%，門脈本幹から2次分枝まで：50%，肝外門脈：24%で，門脈末梢のみに発生した症例が38%と最も多かった．術後の血液データ推移については，Dダイマー値は，術後1,3,5,7日目のいずれもPMVT(+)で有意に高かった．血栓消失までの期間(中央値)：66日，抗凝固療法治療期間(中央値)：137日であった．術後PMVT発生の危険因子の検討では，単変量解析にてBMI≧20，手術適応：癌/dysplasia，手術時間≧480分，Dダイマー上昇率（7POD/術前≧4.0）の4項目が有意な危険因子として抽出された．多変量解析では，手術適応：癌/dysplasia (OR : 4.64, 95%CI : 1.78-13.01, p<0.01)， Dダイマー上昇率（7POD/術前≧4.0）(OR : 3.55, 95%CI : 1.18-11.79, p=0.02)が独立した危険因子であった．【結語】UCの術後に無症候性PMVTが約30%と高率に認めた．近年，癌 / dysplasia合併UCに対する低侵襲手術は増加傾向にあり，術前・術後のDダイマーの推移も参考に，術後PMVTの発生には十分に留意していく必要がある．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 10:15 ~ 11:10 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 23　炎症性腸疾患 4
座長：富永 哲郎（諫早総合病院）

[O23-3] 潰瘍性大腸炎合併大腸癌に対する部分切除症例の検討

*真鍋 達也[1]、堀田 千恵子[1]、大山 康博[1]、武居 晋[1] (1. 佐賀大学医学部　一般・消化器外科)

【はじめに】潰瘍性大腸炎（UC）に発生する大腸癌に対してField cancerizationを考慮した大腸全摘・回腸嚢肛門（管）吻合（IPAA）が標準手術とされている。大腸全摘後の排便状態やQOLは有症状UCでは術後に改善するが、薬物寛解と比べると悪化することが知られている。薬物療法からの解放や排便障害改善のメリットがある活動期UCやdysplasiaを合併している場合は大腸全摘を行うことは議論の余地がないと思われるが、散発性大腸癌が疑われる症例や全身状態によっては部分切除が考慮される場合がある。UC合併大腸癌に対して部分切除を行った3例を検討し、その適応を考察したので報告する。
【術前説明】UC合併大腸癌に対しては大腸全摘が基本術式であるが、他にdysplasiaなどが見られない、散発性大腸癌が疑われる症例では、術後サーベイランスを含めた部分切除を選択肢として提示し、患者の意向を含め術式決定している。
【症例】①41歳男性、寛解期UCに進行上行結腸癌に対して右半結腸切除、ICAを根部で切離して回腸結腸吻合を行った。pT2N0で補助化学療法なし、術後10カ月再発なし。②60歳女性、無治療で寛解状態を維持していた。直腸Rbに進行癌が判明し、低位前方切除、DST吻合を行った。術前は明らかなdysplasiaを認めなかったが、切除標本で判明した。pT1bN1aでCape8コース施行。③61歳女性、寛解期UC、横行結腸に進行癌が判明し、横行結腸部分切除を行った。腺腫が併存していた。pT3pN2aでCAPOXを8コース、術後34カ月再発なし。3名ともストマ経験せず、排便障害も軽度で、大腸全摘が回避されたことに満足されていた。また補助化学療法は安全に行えた。
【考察】UC合併結腸癌に対する結腸切除は満足度が高い。下部直腸の操作を伴わない場合は後のIPAAも比較的容易に可能と思われる。今後症例の集積が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 10:15 ~ 11:10 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 23　炎症性腸疾患 4
座長：富永 哲郎（諫早総合病院）

[O23-4] 潰瘍性大腸炎に対するロボット支援下IACAと鏡視下IPAAの短期成績および術後肛門機能の比較

*花岡 まりえ[1]、犬飼 瑞穂[1]、上野 啓輔[1]、鈴木 碧[1]、根本 亮[1]、林 裕美子[1]、佐藤 幸平[1]、岩井 美穂[1]、本多 正樹[1]、内村 良平[1]、溝口 正子[1]、井垣 尊弘[1]、山本 雄大[1]、山内 慎一[1]、賀川 弘康[1]、絹笠 祐介[1] (1. 東京科学大学消化管外科学分野)

【はじめに】潰瘍性大腸炎（UC）に対する大腸全摘術において,当科では回腸嚢肛門吻合（IPAA）に2チームで施行する経肛門内視鏡併用手術(TAMIP)を導入している。近年はロボット支援下IACA（Ro-IACA）も選択している.しかしIPAAとIACAのいずれが優れるかは議論の余地がある.
【目的】UCに対する大腸全摘症例をRo-IACAと鏡視下（腹腔鏡もしくはロボット支援下）IPAAに分け、短期成績と肛門機能を検討する.
【方法】2024年～2025年にUCに対し2期的手術を施行した48例を対象に,Ro-IACA群8例と鏡視下IPAA群40例（TAMIP併用34例）に分け成績を比較した.
【結果】IPAA群では高BMI,緊急手術,内科治療抵抗症例が有意に多かった.手術時間はRo-IACA群で延長したが（451分vs305分）、出血量は有意に少なかった（28mL vs 134mL）.吻合高はRo-IACA群で1cmとIPAA群と同等であった。術後合併症はClavien-Dindo Grade II以上はRo-IACA群 vs. IPAA群で25% vs. 28%、Grade III以上は12.5% vs. 10%であり、有意差は認めなかった。縫合不全も両群で有意差は認めなかったが、IACA群では0例に対して、IPAA群で3例（7.5%）に認めた。術後Wexner scoreは3,6,12か月でRo-IACA群が有意に良好で排便回数も同様の傾向を示した.
【結論】当院におけるUCに対する大腸全摘症例の短期成績は両群ともに良好であった。Ro-IACAは手術時間は延長するが,IPAA群と同様に低位吻合を達成しつつ、縫合不全は認めなかった。またIPAA群と比較して良好な肛門機能温存が期待された.更なる症例数の積み重ねを要する.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 10:15 ~ 11:10 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 23　炎症性腸疾患 4
座長：富永 哲郎（諫早総合病院）

[O23-5] 当科における潰瘍性大腸炎関連大腸癌の検討

*浅井 竜一[1]、田島 ジェシー雄[2]、横井 亮磨[2]、加藤 京[2]、外村 俊平[2]、杉江 雄斗[2]、松本 圭太[2]、水谷 千佳[2]、鷹尾 千佳[2]、深田 真宏[2]、佐藤 悠太[2]、安福 至[2]、田中 善宏[2]、松橋 延壽[2] (1. 岐阜大学大学院医学系研究科先端ゲノム医療開発学講座・消化器外科、2. 岐阜大学大学院医学系研究科消化器外科・小児外科)

【背景】潰瘍性大腸炎関連大腸癌は、散発性大腸癌とは異なった発癌機序を有し低分化な組織型を有することも多く、特にStageIII以上では予後が悪いとされている。再発と関連する因子についても報告が散見されるが未だ不明な部分も多い。今回我々は、当院にて手術を施行した潰瘍性大腸炎関連大腸癌について検討を行ったため報告する。
【対象】2011年～2025年までの間に当院にて治療を行った潰瘍性大腸炎関連大腸癌29例を対象とし臨床病理学的因子を検討した。また、pStageI/II/III 22例を抽出し再発と関連がある因子を検討した。以下、中央値（範囲）にて示す。
【結果】男性:20例、女性:9例、年齢:61歳(39-84)、潰瘍性大腸炎診断:39歳(7-65)、UC罹病期間:20年(1-47)、全大腸炎型:25例、左側大腸炎型:4例、癌の局在:右側6例、左側23例、低分化な組織型(muc/por/sig)を有する症例10例、pStage0/I/II/III/IV:5/7/5/7/2例。根治切除を施行した27例中7例に再発（Stage II/III: 3/4）を認めた。術後補助化学療法は8例に施行し4例で再発を認めた。観察期間中央値43ヶ月（5-122）。pStage I-III 22例において、内視鏡的サーベイランスの有無、術前Dysplasia診断、全周性狭窄、深達度T3以上、リンパ節転移陽性、pStageII以上、脈管侵襲中等度以上、INFｂまたはcの各因子と再発との間に有意な相関を認めた。
【結語】内視鏡的サーベイランスを行っている症例や、生検上Dysplasiaの時点での根治手術例は術後に癌診断となっても予後は良好であった。全周性狭窄病変や脈管侵襲中等度以上は再発と相関しており、pStageIIおよびIIIは観察期間が短い症例を含む中でも再発率 50%を超えていた。進行癌の再発率は散発性大腸癌に比して高い傾向があり、かつ術後補助化学療法の効果も限定的と考えられるため、定期的なサーベイランスによる早期発見が重要と考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 10:15 ~ 11:10 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 23　炎症性腸疾患 4
座長：富永 哲郎（諫早総合病院）

[O23-6] 腹腔鏡下手術を施行したUCに合併したColitis-associated cancerの臨床的特徴とロボット支援下ＡＰＲの手術ビデオ

*小島 大望[1]、和田 英雄[1]、上床 崇吾[1]、赤﨑 卓之[1]、坂本 恭平[1]、塚原 崇夫[1]、入江 久世[1]、堀之内 浩介[1]、後藤 佳登[1]、宮坂 義浩[1]、渡部 雅人[1] (1. 福岡大学筑紫病院外科)

【背景】潰瘍性大腸炎(UC)の長期罹患はcolitis-associated cancer (CAC)の発症リスクであるが、内視鏡的に検出・認識するのが難しい。CACは粘膜内病巣が低異型度の高分化腺癌(tub)であっても、癌発育先進部では低分化腺癌/印環細胞癌/粘液癌(por/sig/muc)を呈する特徴があるため、内視鏡下生検組織は癌発育先進部をかならずしも反映していないことを念頭においた術式選択が求められる。当科のCACにたいする外科治療方針は①内視鏡で肛門管粘膜の観察、生検を全例に行い、②大腸全摘、③stapled ileal pouch anal anastomosisを基本としているが、④①でHGDまたはCaを認めた場合は上記の理由から腹会陰式直腸切断術(APR)を選択している。組織型に注目して外科的切除例の臨床的特徴を検証しその臨床的特徴を示し、④にたいするロボット支援下APRの実際をビデオで提示する。【対象と方法】2018年～2026年4月に当院で外科的切除を施行したCAC22例を腫瘍の病理組織に(por/sig/muc)を含むものと含まない(HGD/tub)群に分類し、後方視的に検討した。【結果】4例のロボット支援下を含む20例に腹腔鏡下大腸全摘術(APR:6例、IACA:13例、IAA:1例)を施行し、全例で全割組織標本が作製され病理学的評価をされた。12例がtub群、10例がpor/sig/muc群に分類され、年齢中央値はHGD/tub群が51歳、por/sig/muc群が55歳であった。HGD/tub群は１例がHGDで、tubの8例が早期癌であった。一方por/sig/muc群の早期癌は1例のみであった。術前診断がHGDは３例で、全割組織標本でもHGDは１例であった。２例はtubでそのうち1例はpT2進行癌であった。術前診断がtubであった。15例のうち6例はpor/sig/muc群であり、por/sig/muc群を術前内視鏡下生検で正しく診断できたのは4/10例(40%)にとどまった。病期毎のpor/sig/muc群はStage0(HGD含む):0/7、StageⅠ:2/5、StageⅡ:3/4、StageⅢ:4/5、StageⅣ: 1/1（腹膜播種）であった。観察期間中にpor/sig/muc群で骨転移、領域外リンパ節転移、肺肝同時転移を各1例ずつ認め、3例が死亡している。【結語】CACを早期に診断するあらたなアプローチ、進行例にたいする治療法の開発がのぞまれる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月21日(土) 10:15 ~ 11:10 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 23　炎症性腸疾患 4

座長：富永 哲郎（諫早総合病院）

[O23-7] 潰瘍性大腸炎術後回腸嚢悪性腫瘍の現状と予後からみた治療方針の検討

*杉田 昭[1,2]、黒木 博介[1]、後藤 晃紀[1]、小原 尚[1]、中尾 詠一[1]、斎藤 紗由美[1]、荒井 勝彦[1]、木村 英明[2]、小金井 一隆[1]、辰巳 健志[1] (1. 横浜市立市民病院炎症性腸疾患科、2. 横浜市立大学市民総合医療センター炎症性腸疾患センター)

【目的】潰瘍性大腸炎に対する標準術式である大腸全摘、回腸嚢手術後の回腸嚢関連疾患のうち、生命予後に関わる悪性腫瘍の診断、治療、予後から治療方針を検討した。
【方法】当科で回腸嚢手術を施行した潰瘍性大腸炎のうち今回集計した1403例は回腸嚢肛門吻合術216例、回腸嚢肛門管吻合術1187例で、手術適応は重症28%、難治57%、大腸癌、dysplasia15%であった。回腸嚢関連疾患のうち、悪性腫瘍について自験例で診断、治療、予後を後方視的に分析し、治療方針を検討した。
【成績】回腸嚢悪性腫瘍は13例(0.9%)にみられ、部位は回腸嚢本体が6例、筋筒および&ATZが6例、吻合部からの瘻管が1例であった。1）回腸嚢本体(6例、0.4%))：High grade dysplasiaが2例、腺癌が4例で、初回手術術式は回腸嚢肛門吻合術2例、回腸嚢肛門管吻合術4例、初回手術適応は中毒性巨大結腸症1例、難治5例、初回手術から悪性腫瘍診断までの期間は中央値28年であった。診断方法は5例(83%)が定期的surveillance endoscopyであった。癌症例の進行度(TNM分類)はI、IIA,IIC, IVがそれぞれ1例で、治療はIVを除いた5例に回腸嚢切除術、IV症例には化学療法を行い、癌死が1例、生存が5例であった。2）筋筒および&ATZ（6例、0.4%）：High grade dysplasiaが2例、腺癌が4例で、初回手術術式は全例、回腸嚢肛門管吻合術、初回手術適応は重症2例、難治2例、悪性腫瘍性病変2例、初回手術から悪性腫瘍診断までの期間は中央値10年であった。診断方法は3例(50%)が定期的surveillance endoscopyであった。癌症例の進行度(TNM分類)は0，I、IIIC, IVがそれぞれ1例で、全例に回腸嚢切除術を行い、癌死が2例、生存が3例（1例は不明）であった。
【結論】潰瘍性大腸炎術後回腸嚢関連疾患のうち、悪性腫瘍は0.9%の症例にみられ、回腸嚢本体と筋筒および&ATZがそれぞれ0.4%で同頻度であった。悪性腫瘍は定期的pouch endoscopyで診断されることが多く、本法により症状を伴わない早期の腫瘍性病変を発見して回腸嚢切除術を行うことが良好な長期予後のために有効と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 24　ロボット手術 5

座長：沖田 憲司（公益財団日本海員掖済会小樽掖済会病院）

[O24-1] ロボット支援下右側結腸切除における体腔内吻合の有用性の検討

*丸山 圭三郎[1]、富山 哲宏[1]、稲尾 綾乃[1]、銕尾 智幸[1]、町野 隆介[1]、國﨑 真己[1]、草場 隆史[1]、碇 秀樹[1] (1. 佐世保中央病院)

[O24-2] 当院のロボット支援結腸癌手術における体腔内吻合の安全性および短期・中期成績の検討

*加藤 瑛[1]、加藤 潤紀[1]、澤井 美里[1]、浅井 宏之[1]、上原 崇平[1]、鈴木 卓弥[1]、牛込 創[1]、山川 雄士[1]、高橋 広城[1]、瀧口 修司[1] (1. 名古屋市立大学消化器外科)

[O24-3] Pathological T4結腸癌に対するロボット支援下手術は有用な選択肢となり得るか？ 腹腔鏡下手術との短期・中期成績の比較

*石山 泰寛[1]、北野 友里絵[1]、伊藤 望[1]、坂井 義博[1]、中西 彬人[1]、西 雄介[1]、田中 裕人[1]、林 久志[1]、庫本 達[1]、藤井 能嗣[1]、椙田 浩文[1]、平沼 知加志[1]、平能 康充[1] (1. 埼玉医科大学国際センター)

[O24-4] 脾彎曲部癌に対するロボット支援下手術の安全性の検討～腹腔鏡下手術との比較～

*國友 愛奈[1]、松村 卓樹[1]、余語 孝乃助[1]、浅野 瑠水[1]、本村 理子[1]、齋藤 美和[1]、大岩 立学[1]、白井 信太郎[1]、倉橋 岳宏[1]、松下 希美[1]、福山 貴大[1]、戸田 瑤子[1]、安井 講平[1]、上田 翔[1]、篠原 健太郎[1]、大澤 高陽[1]、安藤 公隆[1]、金子 健一朗[1]、深見 保之[1] (1. 愛知医科大学病院消化器外科)

[O24-5] ロボット支援結腸切除における教育環境の違いと習熟度：CUSUM による比較検討

*鶴田 雅士[1]、石田 隆[1]、田村 卓也[1]、竹谷 健[1]、西嶋 亜未[1]、小野 祐実[1]、板野 理[1] (1. 国際医療福祉大学成田病院消化器外科)

[O24-6] Robot支援下結腸癌手術におけるIndocyanine Greenを用いた腸管血流評価の有用性

*成廣 哲史[1]、髙田 直樹[1]、羽田 丈紀[1]、渡部 通章[1]、北澤 征三[1]、真柄 那々子[1]、飯田 航希[1] (1. 厚木市立病院)

[O24-7] 横行結腸癌に対するロボット手術における術前CT画像シミュレーションの有用性

*外岡 亨[1]、早田 浩明[1]、千葉 聡[1]、成島 一夫[1]、磯崎 哲朗[1]、天海 博之[1]、平澤 壮一朗[1]、桑山 直樹[1]、加野 将之[1]、鍋谷 圭宏[1] (1. 千葉県がんセンター　食道・胃腸外科)

[O24-8] ロボット支援下S状結腸切除術における切開ライン予測AIモデルの開発

*門野 政義[1]、中山 史崇[1]、大橋 弥貴子[1]、竹内 優志[1]、森田 覚[1]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部外科学教室)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 24　ロボット手術 5

座長：沖田 憲司（公益財団日本海員掖済会小樽掖済会病院）

[O24-1] ロボット支援下右側結腸切除における体腔内吻合の有用性の検討

*丸山 圭三郎[1]、富山 哲宏[1]、稲尾 綾乃[1]、銕尾 智幸[1]、町野 隆介[1]、國﨑 真己[1]、草場 隆史[1]、碇 秀樹[1] (1. 佐世保中央病院)

【背景】右側結腸切除における吻合法として体腔内吻合（IA）を選択する施設は増えている。当院では2020年4月よりIAを導入し、低侵襲性の向上に寄与してきた。さらに2024年8月からロボット支援手術を導入し、より精緻な操作が可能となった。当院ではこれまで腹腔鏡下右側結腸切除に対するIAは体腔外吻合(EA)と比し遜色ない結果で安全に施行可能であることを報告してきた。本研究ではロボット支援下右側結腸切除におけるIAの有用性を検討した。【対象と方法】2024年8月以降に当院で施行したロボット支援下右側結腸切除15例を対象とした。全例にIAを施行した。これらの症例について手術成績、術後短期成績について後方視的に検討した。また、従来の腹腔鏡下手術におけるIAの成績と比較し、安全性および有用性を評価した。【結果】ロボット支援下手術15例はいずれも開腹移行なく完遂可能であった。平均手術時間は延長を認めたが、出血量はいずれも少量であった。術後経過は概ね良好で、在院日数も遜色ないものであった。縫合不全や吻合部出血などの重篤な合併症は認めず、創部感染も低率であった。腹腔鏡下手術導入初期と比較しても、ロボット支援下では操作性の向上により安定した吻合操作が可能であった。
【考察】IAは腸管の過度な牽引を回避し、小切開での標本摘出を可能とする点で低侵襲性に優れると考える。ロボット支援手術は多関節機構と安定した視野により、体腔内での縫合・吻合操作をより安全かつ確実に行うことができると考えられた。症例数は限られるものの、導入早期から良好な短期成績が得られており、IAとの相性の良さが示唆された。【結論】ロボット支援下右側結腸切除における体腔内吻合は安全に施行可能であり、良好な短期成績を示した。低侵襲性および手技の安定性の観点から、有用な術式であると考えられる。今後さらなる症例の蓄積と長期成績の検討が必要である。実際の手術手技を供覧し若干の文献的考察も踏まえて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 24　ロボット手術 5
座長：沖田 憲司（公益財団日本海員掖済会小樽掖済会病院）

[O24-2] 当院のロボット支援結腸癌手術における体腔内吻合の安全性および短期・中期成績の検討

*加藤 瑛[1]、加藤 潤紀[1]、澤井 美里[1]、浅井 宏之[1]、上原 崇平[1]、鈴木 卓弥[1]、牛込 創[1]、山川 雄士[1]、高橋 広城[1]、瀧口 修司[1] (1. 名古屋市立大学消化器外科)

【目的】
当院におけるロボット支援結腸癌手術での体腔内吻合（intracorporeal anastomosis：IA）の短期・中期成績を明らかにする。
【方法】
2022年4月から2025年12月までに当院で結腸癌に対してロボット支援手術を施行した174例を対象とし、体腔内吻合群（IA群）と体腔外吻合群（EA群）の短期・中期成績を後方視的に比較検討した。
【結果】
男性78例、女性96例、年齢中央値は76（37–93）歳で、IA群115例、EA群59例であった。BMIはIA群で有意に高値であった（p=0.015）。手術時間はIA群261分、EA群249分で有意差を認めなかった（p=0.07）。Clavien-Dindo分類Grade II以上の術後合併症発生率に有意差を認めなかった。正中創長はIA群5 cm、EA群6 cmとIA群で有意に短く（p<0.001）、術後在院日数もIA群9日、EA群11日とIA群で有意に短かった（p<0.001）。2年OSはIA群93.8%、EA群87.8%（p=0.60）、2年RFSはIA群91.8%、EA群87.2%（p=0.60）であり、いずれも有意差を認めなかった。
【結論】
ロボット支援結腸癌手術における体腔内吻合は、体腔外吻合と比較して短期・中期成績ともに同等以上の成績を示し、安全かつ有用な手技である可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 24　ロボット手術 5
座長：沖田 憲司（公益財団日本海員掖済会小樽掖済会病院）

[O24-3] Pathological T4結腸癌に対するロボット支援下手術は有用な選択肢となり得るか？ 腹腔鏡下手術との短期・中期成績の比較

*石山 泰寛[1]、北野 友里絵[1]、伊藤 望[1]、坂井 義博[1]、中西 彬人[1]、西 雄介[1]、田中 裕人[1]、林 久志[1]、庫本 達[1]、藤井 能嗣[1]、椙田 浩文[1]、平沼 知加志[1]、平能 康充[1] (1. 埼玉医科大学国際センター)

背景
近年、大腸癌に対するロボット支援下手術は急速に普及しており、結腸癌においても保険収載以降、本邦で適応が拡大している。一方で、直腸癌と比較すると、結腸癌に対するロボット支援下手術の有用性に関する報告は限られている。今回、進行結腸癌に対するロボット支援下手術と腹腔鏡下手術の短期および中期成績を比較検討した。
対象と方法
2022年7月から2025年4月までに原発巣切除を施行した1,460例のうち、Stage IV症例を除外したpathological T4結腸癌82例を対象とした。
結果
開腹手術例の３例を除外し、Lap群49例とda Vinci群（Xi、SP）30例を比較した。患者背景では、年齢、性別、BMI、病変部位に両群間で有意差を認めなかった。手術時間はLap群196.0分（150.0–224.0）、da Vinci群175.5分（155.5–209.0）であり、有意差を認めなかった。術後合併症（Clavien–Dindo分類 Grade II以上）はLap群9例（18.4%）、da Vinci群3例（10.0%）であり、有意差を認めなかった。術後在院日数はLap群7.0日（7.0–11.0）に対し、da Vinci群7.0日（6.0–7.0）であり、da Vinci群で有意に短かった（P=0.017）。3年の全生存率はLap群95.3%、da Vinci群100%、3年の無病生存率はLap群92.1%、da Vinci群96.0%であり、中期成績に有意差を認めなかった。観察期間中央値は24か月（15.5–34.0）であった。
結語
Pathological T4結腸癌に対するロボット支援下手術は、腹腔鏡下手術と同等の短期および中期腫瘍学的成績を示し、安全に施行可能であった。また、術後在院日数の短縮が認められ、進行結腸癌における低侵襲手術として有用な選択肢となる可能性が示唆された。今後は長期成績を含めたさらなる検討により、その適切な適応と位置づけを明らかにする必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 24　ロボット手術 5
座長：沖田 憲司（公益財団日本海員掖済会小樽掖済会病院）

[O24-4] 脾彎曲部癌に対するロボット支援下手術の安全性の検討～腹腔鏡下手術との比較～

*國友 愛奈[1]、松村 卓樹[1]、余語 孝乃助[1]、浅野 瑠水[1]、本村 理子[1]、齋藤 美和[1]、大岩 立学[1]、白井 信太郎[1]、倉橋 岳宏[1]、松下 希美[1]、福山 貴大[1]、戸田 瑤子[1]、安井 講平[1]、上田 翔[1]、篠原 健太郎[1]、大澤 高陽[1]、安藤 公隆[1]、金子 健一朗[1]、深見 保之[1] (1. 愛知医科大学病院消化器外科)

【背景】脾彎曲部結腸癌は至適リンパ節郭清範囲および血管処理方法が多様で手術難易度が高い。当科では術前画像と術中所見から腫瘍へのfeederを同定し、feeder がMCA左枝の場合は #223 まで郭清、LCAの場合はSRA温存下に #253 まで郭清、必要に応じて両者を併施する方針で定型化された腹腔鏡手術をおこなってきた。現在は全結腸癌をロボット支援手術適応としており、脾彎曲部結腸癌においても2025年8月から導入しており手技の定型化を図っている。

【目的】当科での脾彎曲部結腸癌に対する腹腔鏡・ロボット支援手術手技の安全性を検証する。

【方法】2017年1月-2026年3月の間にMCA左枝またはLCAがfeederの原発性大腸癌に対して根治切除を施行した61例のうち開腹手術3例を除く58例の短期成績を検討した。

【結果】年齢中央値は73.5歳、男:女が33:25で、58例全例で脾彎曲授動を行い吻合はFEEAだった。郭清リンパ節数13個(range:2-33)で、stageIVの2例を除く56例でR0切除が達成された。

腹腔鏡下(L群)52例の処理血管：Lt.MCAのみ：9例、LCAのみ24例、両方19例、リンパ節郭清：D2:D3=16:36。ロボット支援下(R群)6例の処理血管：LCAのみ4例、両方2例、リンパ節郭清は6例ともD3郭清。開腹移行はL群で3例認めたが R群はなし。手術時間中央値(L群：236分, R群：306分)(p=0.048)、出血量中央値(L群：17mL, R群：8mL)(p=0.13)、術後合併症：(L群：11例(21.2%), R群：0例)(p=0.58)、術後在院日数中央値(L群：9日, R群：7日）(p=0.025)。58例全体の病理結果はtub1:tub2=13:45、pT1:2:3:4=16:4:34:4、pN0:1:2:=40:15:3、pStage=I:II:III:IV=19:19:18:2であった。

【結語】ロボット支援手術はまだ数が少ないが、手術時間の延長は認めるものの術後在院日数は少なく、定型化された腹腔鏡手術と比較しても導入時の短期成績としては許容できるものであった。さらなる症例の蓄積で手技を定型化し、手術時間の短縮を図ることが望まれる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 24　ロボット手術 5
座長：沖田 憲司（公益財団日本海員掖済会小樽掖済会病院）

[O24-5] ロボット支援結腸切除における教育環境の違いと習熟度：CUSUM による比較検討

*鶴田 雅士[1]、石田 隆[1]、田村 卓也[1]、竹谷 健[1]、西嶋 亜未[1]、小野 祐実[1]、板野 理[1] (1. 国際医療福祉大学成田病院消化器外科)

【背景】 ロボット支援大腸切除術は国内でも普及が進んでいるが、術者間の習熟過程の差異についての報告は十分ではない。当施設では術者 A が 2022 年 5 月よりロボット支援結腸切除を導入し、導入期の症例を担当した。その後、A がプロクター資格を取得した 2022 年 11 月から術者 B がロボット手術を開始した。すなわち、A は導入期の環境下で経験を積み、B は教育体制が整備された成熟期に手術を開始したという背景がある。本研究では、この開始時期と教育環境の違いが術者のラーニングカーブに与える影響を明らかにすることを目的とした。
【方法】 2022 年 5 月～2025 年 10 月に当院で施行したロボット支援結腸切除 118 例のうち、A が担当した 56 例、B が担当した 35 例を対象とした。アウトカムは手術時間とし、術者別に症例順で並べ、術者ごとの平均手術時間を基準とした CUSUM（cumulative sum）解析を行った。CUSUM の上昇は平均より長い手術時間の蓄積、下降は短縮を示し、ピーク位置を習熟到達点として評価した。
【結果】 A は初期症例で手術時間が長く、CUSUM は症例 20 前後で明瞭なピークを形成した。その後は下降に転じ、後半 10 例の平均手術時間は 321 分で、初期 10 例の 366 分と比較して明らかな短縮を認めた。これは導入期に特有の学習過程を反映した典型的なラーニングカーブと考えられた。一方、B は全期間を通じて手術時間の変動が小さく、CUSUM は大きな上昇・下降を示さず緩やかに推移した。初期から安定した手術時間が維持されており、習熟過程に顕著なピークは認められなかった。
【結論】 A は導入期に手術を開始したため初期のばらつきが大きく、症例蓄積に伴う明確な手術時間短縮を示した。一方、B はプロクターの指導のもと成熟した教育環境で手術を開始したことで、初期から安定した成績を示した可能性がある。これらの結果は、術者個人の技量差のみならず、教育体制の成熟度がラーニングカーブに大きく影響することを示唆しており、ロボット手術導入施設における教育戦略構築に有用な知見と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 24　ロボット手術 5
座長：沖田 憲司（公益財団日本海員掖済会小樽掖済会病院）

[O24-6] Robot支援下結腸癌手術におけるIndocyanine Greenを用いた腸管血流評価の有用性

*成廣 哲史[1]、髙田 直樹[1]、羽田 丈紀[1]、渡部 通章[1]、北澤 征三[1]、真柄 那々子[1]、飯田 航希[1] (1. 厚木市立病院)

【背景】
消化管縫合不全は消化器外科手術における重大な合併症の一つである．縫合不全のリスク因子の一つとして吻合部血流が挙げられ，術中の腸管血流評価法として，インドシアニングリーン（ICG）蛍光法が保険収載されている．結腸癌手術における吻合法は，近年の体腔内吻合普及も含め施設間でさまざまである．
【目的】
結腸癌手術症例を術式により右側群，左側群に分類し，周術期合併症を比較検討した．
【対象・方法】
2022年1月から2025年12月までに体腔内もしくは体腔外吻合を施行した結腸癌手術139例を対象とし，小腸-結腸吻合を施行した114例を右側群，結腸-結腸吻合を施行した25例を左側群とし，周術期成績について後方視的に検討した．
【結果】
右側群の術式は，回盲部切除/結腸右半切除/拡大結腸右半切除＝52：56：6，左側群は，結腸部分切除（横行結腸）/結腸部分切除（下行結腸）/結腸左半切除/S状結腸切除＝5：7：12：1であった．左側群ではRobot手術症例が有意に多く（P＝0.01），体腔内吻合も多い傾向であった（P＝0.07）．患者背景では，左側群で男性およびAmerican Society of Anesthesiologists physical status (ASA-PS)＞2が有意に多かった（いずれもP＝0.01）．年齢，body mass index（BMI），術前腸閉塞，腫瘍径，進行度に有意差は認めなかった．周術期成績では，手術時間は右側群：261.5分 (101- 490), 左側群：298分 (202-490）と左側群で有意に延長していた（P＜0.02）. 出血量や術中ICG施行率は両群で差はなかったが，ICG施行後の追加腸管切離は左側群で有意に多かった（P＝0.01）．縫合不全，術後腸閉塞，SSIなどの術後合併症および術後在院日数に有意差は認めなかった．
【結論】
左側群ではRobot手術及び体腔内吻合が多く，ICGによる血流評価後の追加腸管切離も多かった．左側結腸癌に対するRobot支援下体腔内吻合において，縫合不全予防の観点からICG蛍光法による腸管血流評価は有用である可能性が示唆された．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 24　ロボット手術 5
座長：沖田 憲司（公益財団日本海員掖済会小樽掖済会病院）

[O24-7] 横行結腸癌に対するロボット手術における術前CT画像シミュレーションの有用性

*外岡 亨[1]、早田 浩明[1]、千葉 聡[1]、成島 一夫[1]、磯崎 哲朗[1]、天海 博之[1]、平澤 壮一朗[1]、桑山 直樹[1]、加野 将之[1]、鍋谷 圭宏[1] (1. 千葉県がんセンター　食道・胃腸外科)

【背景】横行結腸癌手術においては、腫瘍の局在により血管支配や郭清領域が異なってくる。特にロボット手術においてはポート配置の設定により操作性が大きく異なるため、術前のシミュレーションが欠かせない。【目的】当科における横行結腸癌に対するロボット手術における術前シミュレーションの有用性について考察する。【方法】当科では2022年11月よりロボット結腸癌手術を導入し、2026年4月までに66例施行した。そのうち、横行結腸癌に対するロボット手術を11例経験した。当科では大腸癌手術症例全例にCT angiography (CTA)およびCT colonography (CTC)画像を作成し、郭清領域、血管処理部位、腸管切離範囲を、術前にシミュレーションして設定している。術前プランに則した手術の実施状況について検証した。【結果】横行結腸癌症例11例のうち、腫瘍の局在は、肝弯曲部5例、中央部4例、脾弯曲部2例であった。支配血管・郭清領域は、RCA 1例、MCA 9例、AMCA 0例、LCA 2例であった（重複あり）。術式は、結腸みぎ半切除術5例、結腸部分切除術6例で、ひだり半結腸切除術に至った症例は認めなかった。ポート配置は以下のごとく、腫瘍局在、処理血管に応じて設定された。肝弯曲部症例に対しては、RCA、MCA、場合によってはICAにもアプローチできるよう、みぎ下からひだり上に向かうポート配置とした。中央部の症例に対しては、主にMCAに対応できるよう横一列のポート配置とした。脾弯曲部症例に対しては、MCA、AMCA、LCAにまで対応できるよう、みぎ縦一列のポート配置とした。全例で良好なロボットアームの操作性が得られた。また、全例術前CTA、CTCに基づいた血管処理及び郭清が実施された。【結語】当科における横行結腸癌に対するロボット手術においては、CTA、CTCを用いた綿密な術前シミュレーションによるポート配置設定により、良好な操作性のもとでのプラン通りの手術が実施されていた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 24　ロボット手術 5
座長：沖田 憲司（公益財団日本海員掖済会小樽掖済会病院）

[O24-8] ロボット支援下S状結腸切除術における切開ライン予測AIモデルの開発

*門野 政義[1]、中山 史崇[1]、大橋 弥貴子[1]、竹内 優志[1]、森田 覚[1]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部外科学教室)

【目的】これまでの手術AI研究は、術中映像から手技工程や臓器・血管を認識する技術が中心であった。術中リアルタイム支援の実現には、次にどこを切るかを予測する技術への発展が不可欠である。本研究では、ロボット支援下S状結腸切除術の内側アプローチにおいて、将来時刻の切開ラインを予測するAIモデルを開発し、その実現可能性を検証した。【方法】ロボット支援下S状結腸切除術および高位前方切除術の術中映像を対象とした。Monopolar Curved Scissors先端軌跡を自動追跡し、30 fpsで最大61点の正解データとした。単一フレーム入力から61点の未来時刻到達点を予測するAIモデルを構築し、独立した3動画(計8,753フレーム、306,248点)で評価した。評価指標は、検出距離閾値60 pixelに基づく適合率・再現率、および予測切開方向と実切開方向の角度誤差とした。【結果】予測精度は予測時刻に依存し、現在時刻に近い予測点ほど検出率が高く、未来時刻に向かって低下する傾向を認めた。0.5秒先までの短期予測では、再現率0.58–0.74、適合率0.62–0.69と良好な精度を示した一方、2秒先までを含む全体精度は再現率0.23–0.34、適合率0.39–0.58と低下した。平均角度誤差は25–37度であり、±10度以内の高精度予測例が一定数存在する一方、大きく外れる例もみられた。動画間でも精度のばらつきが認められた。【結語】ロボット支援下S状結腸切除術および高位前方切除術における切開ライン予測の最初の実現可能性研究として、短期予測の有用性を示した。本知見は、手術AIの応用範囲を「現在の認識」から「未来の予測」へと拡張するものであり、若手外科医への術中ガイダンスや将来的な半自律的切開支援への基盤技術となりうる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月21日(土) 9:30 ~ 10:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 25　ロボット手術 6

座長：栗生 宜明（京都第一赤十字病院消化器外科）

[O25-1] 肥満症例におけるロボット支援結腸癌切除は有用か？

*市川 伸樹[1]、江本 慎[2]、石黒 友唯[3]、小丹枝 裕二[4]、加藤 紘一[5]、阪田 敏聖[6]、谷 安弘[7]、下國 達志[8]、山田 健司[9]、武冨 紹信[1] (1. 北海道大学消化器外科I、2. 釧路労災病院外科、3. 札幌厚生病院外科、4. 北海道医療センター外科、5. 岩見沢市立総合病院外科、6. 帯広協会病院外科、7. 苫小牧市立総合病院外科、8. 市立函館病院外科、9. 砂川市立病院外科)

[O25-2] デュアルドッキング不要の脾弯曲授動を伴うロボット左側大腸癌手術

*藤田 悠司[1]、曽我 耕次[2]、石本 武史[3]、生内 雅人[1]、永守 遼[1]、市川 カノン[1]、小川 聡一朗[1]、松本 順久[1]、大橋 拓馬[1]、松尾 久敬[1]、小松 周平[1]、生駒 久視[1]、栗生 宜明[1]、岡本 和真[1]、大辻 英吾[1] (1. 京都第一赤十字病院消化器外科、2. 京都中部総合医療センター消化器外科、3. 済生会滋賀県病院外科)

[O25-3] ロボット支援下右側結腸切除術における体腔内吻合と体腔外吻合の比較検討

*平澤 壮一朗[1]、外岡 亨[1]、早田 浩明[1]、成島 一夫[1]、天海 博之[1]、千葉 聡[1]、桑山 直樹[1]、磯崎 哲朗[1]、加野 将之[1] (1. 千葉県がんセンター)

[O25-4] 安全なロボット手術普及に向けた多施設での定型化の取り組み

*西沢 佑次郎[1]、植村 守[2]、賀川 義規[3]、浜部 敦史[2]、平木 将之[4]、波多 豪[3]、安井 昌義[1]、柳澤 公紀[1]、在田 麻美[1]、春名 健伍[1]、末田 聖倫[3]、北風 雅敏[3]、小林 雄太[3]、畑 泰司[4]、森本 祥悠[4]、加藤 伸弥[4]、橋本 雅弘[4]、三吉 範克[2]、荻野 崇之[2]、江口 英利[2] (1. 関西労災病院、2. 大阪大学医学部附属病院消化器外科、3. 大阪国際がんセンター消化器外科、4. 大阪急性期・総合医療センター消化器外科)

[O25-5] 結腸癌に対するロボット支援下体腔内吻合導入初期の短期治療成績-体腔外吻合との比較-

*髙田 直樹[1]、成廣 哲史[1]、飯田 航希[1]、真柄 那々子[1]、北澤 征三[1]、渡部 通章[1] (1. 厚木市立病院外科)

[O25-6] 地域中核病院における結腸癌に対するロボット支援手術の強みと手技の工夫

*西川 武司[1]、阿部 真也[1]、松永 圭悟[1]、孫 敏莉[1]、小谷 樹生[1]、近藤 里江[1]、松田 圭二[1] (1. 同愛記念病院外科)

[O25-7] 結腸癌に対するロボット支援下手術の治療成績と課題

*井上 隆[1]、小山 文一[1,2]、岩佐 陽介[1,2]、高木 忠隆[1]、藤本 浩輔[1]、田村 昴[1]、江尻 剛気[1]、吉川 千尋[1]、庄 雅之[1] (1. 奈良県立医科大学消化器・総合外科、2. 奈良県立医科大学附属病院中央内視鏡部)

[O25-8] ロボット支援下回盲部切除における吻合法別での比較と至適アプローチの検討

*庄司 良平[1]、松三 雄騎[1]、松本 祐[1]、森分 和也[1]、片山 哲也[1]、安井 雄一[1]、金谷 信彦[1]、近藤 喜太[1]、重安 邦俊[1] (1. 岡山大学病院消化管外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月21日(土) 9:30 ~ 10:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 25　ロボット手術 6

座長：栗生 宜明（京都第一赤十字病院消化器外科）

[O25-1] 肥満症例におけるロボット支援結腸癌切除は有用か？

*市川 伸樹[1]、江本 慎[2]、石黒 友唯[3]、小丹枝 裕二[4]、加藤 紘一[5]、阪田 敏聖[6]、谷 安弘[7]、下國 達志[8]、山田 健司[9]、武冨 紹信[1] (1. 北海道大学消化器外科I、2. 釧路労災病院外科、3. 札幌厚生病院外科、4. 北海道医療センター外科、5. 岩見沢市立総合病院外科、6. 帯広協会病院外科、7. 苫小牧市立総合病院外科、8. 市立函館病院外科、9. 砂川市立病院外科)

【背景・目的】肥満は大腸外科領域における重要なリスク因子であり、視野確保の困難さ、脂肪組織の厚さ、解剖学的ランドマークの不明瞭化などにより、腹腔鏡手術の難易度が高くなる。ロボット支援手術では肥満症例における手術成績改善への寄与が期待され、開腹移行率の低減させる報告などが散見される。今回、肥満症例におけるロボット支援手術の有用性を検討した。
【方法】当教室および関連病院20施設で2023年1月-2025年3月に行われた結腸癌手術1511例のうちBMI25以上の症例374例における腹腔鏡下手術(L群)とロボット支援下手術(R群)の手術成績を、1:1傾向スコアマッチングを用いて比較した.
【結果】L/R群はそれぞれ318/56例であった.ロボット支援手術は9施設で行われた．年齢、性別、BMI、ASA、開腹歴、臨床病期、腫瘍部位、施設を用いて傾向スコアを作成しマッチング後コホートでLvsR群（各54例）を比較すると、年齢平均67.0vs68.9歳、男性31女性23例vs男性29女性25例、BMI27.6vs27.9で、 ASA3以上はともに8例、開腹歴24vs39例、cStageはI/II/III/IVが24/10/15/5vs23/10/17/4例、腫瘍部位C/A/T/D/Sは2/21/7/1/23例vs5/19/7/3/20例でであった。D3郭清は36対44例(P=0.04)、体腔内吻合は0対6例（p=0.03）に行われ、手術時間231vs283min(p=0.01)であった。出血量92vs108ml、開腹移行は11.3%vs7.4%、術後合併症GradeII以上16%vs20%、R0切除50vs49例、術後在院期間11.4vs11.6に差を認めなかった。
【結論】手術難易度の高い肥満症例においてもロボット支援手術で適切な郭清が行え得る可能性が考えられた。教室でのロボット支援手術は成長期にあり、円熟期での更なる検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月21日(土) 9:30 ~ 10:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 25　ロボット手術 6

座長：栗生 宜明（京都第一赤十字病院消化器外科）

[O25-2] デュアルドッキング不要の脾弯曲授動を伴うロボット左側大腸癌手術

*藤田 悠司[1]、曽我 耕次[2]、石本 武史[3]、生内 雅人[1]、永守 遼[1]、市川 カノン[1]、小川 聡一朗[1]、松本 順久[1]、大橋 拓馬[1]、松尾 久敬[1]、小松 周平[1]、生駒 久視[1]、栗生 宜明[1]、岡本 和真[1]、大辻 英吾[1] (1. 京都第一赤十字病院消化器外科、2. 京都中部総合医療センター消化器外科、3. 済生会滋賀県病院外科)

【はじめに】ロボット大腸癌手術でda Vinci Surgical Systemを使用した脾弯曲授動を伴うS状結腸癌や直腸癌に対する手術ではデュアルドッキングが一般的だが、現在当院を含めた3施設では中結腸動脈領域リンパ節郭清を伴わない症例でデュアルドッキング不要の脾弯曲授動を行っている。手術手技と工夫を供覧し、結腸癌に対する手術成績を報告する。
【手術手技】3施設ともにda Vinci Xiを使用している。臍小切開は臍下端から頭側4cmとして小切開上端をNo.2アーム (カメラポート)とする。No.4アーム(右手2)は通常通り、No.3アーム(右手1)は臍とNo.4の中点より2横指頭側として、No.1(左手)は通常の斜め一直線での位置より内側頭側、助手ポートは右上腹部としている。通常通りIMAの中枢郭清を行った後に腎前筋膜を背側に温存する剥離層で頭側外側へと剥離授動を進めて、頭側でIMVを切離した後に内側から膵下縁を切開して可能な時には網嚢内に到達する。外側からも下行結腸の授動を頭側に進めて内側からの剥離層を確認しながら脾弯曲では結腸よりで付着部を切離していき網嚢内に到達する。ここから横行結腸付着部で大網を中央部付近まで切離していく。この時、No.4アームと助手で横行結腸と大網を手前に手前に引き下ろしながら切離することが肝要である。そのまま横行結腸を尾側に牽引して腹側からも膵下縁の切開を追加して脾弯曲授動を完了する。頭低位右側低位のままで体位変換も不要である。骨盤内操作は通常通りに施行する。
【手術成績】2024年8月から2026年2月までに3施設で合計38例施行し、そのうち結腸癌を含む症例は22例であった。男性14例女性8例、中央値で年齢67歳、BMI22.6、抗血栓薬内服7例(32%)、術前大腸ステント留置7例(32%)、腫瘍部位D/S/RS/Ra/Rb:3/19/2/2/4、重複癌7例(32%)、術式S/HAR/LAR/APR:14/3/3/2、他臓器合併切除2例(9%)、手術時間313分、コンソール187分、出血量5g、術後在院日数10日、術後合併症CD gradeIIが2例(9%)、 pStage I/II/III/IV:6/10/3/3であった。
【結語】中結腸動脈領域リンパ節郭清不要の左側大腸癌に対するda Vinci Xiでの脾弯曲授動はシングルドッキングのみで安全に施行されており、定型化も可能である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 9:30 ~ 10:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 25　ロボット手術 6
座長：栗生 宜明（京都第一赤十字病院消化器外科）

[O25-3] ロボット支援下右側結腸切除術における体腔内吻合と体腔外吻合の比較検討

*平澤 壮一朗[1]、外岡 亨[1]、早田 浩明[1]、成島 一夫[1]、天海 博之[1]、千葉 聡[1]、桑山 直樹[1]、磯崎 哲朗[1]、加野 将之[1] (1. 千葉県がんセンター)

【背景】
ロボット支援下右側結腸切除術における吻合方法として、体腔外吻合（EA）と体腔内吻合（IA）が用いられているが、その有用性については明確な結論が得られていない。本研究では両者の周術期成績を比較検討した。

【対象と方法】
2022年11月から2026年3月までに当院で施行したStage I〜III右側結腸癌に対するロボット支援下手術38例を対象とした。EA群25例、IA群13例に分類し、患者背景、手術成績および術後経過について後方視的に比較検討した。連続変数はMann–Whitney U検定、カテゴリ変数はχ^2検定またはFisher正確確率検定を用いた。

【結果】
年齢はEA群73（69–79）歳、IA群66（59–74）歳で有意差を認めた（p=0.031）が、性別、占居部位、術式、pStageに有意差は認めなかった。プロクター介入はEA群0例、IA群12例で有意差を認めた（p＜0.001）。手術時間はEA群358（327–396）分、IA群295（286–343）分（p=0.030）、コンソール時間は207（174–236）分、148（128–166）分（p=0.002）、出血量は36（28–60）mL、13（10–20）mL（p＜0.001）であり、いずれもIA群で有意に低値であった。術後在院期間もEA群10（8–16）日、IA群8（8–9）日とIA群で短かった（p=0.036）。術後合併症、感染性合併症、Clavien–Dindo grade III以上、再発率に有意差は認めなかった。

【考察】
IA群では手術時間、コンソール時間、出血量および術後在院期間の短縮を認めた。一方、術後合併症に差は認めず、安全性は同等であった。ただしIA群ではプロクター介入が多く、術者背景の影響が示唆された。

【結論】
ロボット支援下右側結腸切除術において、IAはEAと比較して低侵襲である可能性が示唆された。一方、安全性は同等であり、術者背景を考慮した更なる検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 9:30 ~ 10:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 25　ロボット手術 6
座長：栗生 宜明（京都第一赤十字病院消化器外科）

[O25-4] 安全なロボット手術普及に向けた多施設での定型化の取り組み

*西沢 佑次郎[1]、植村 守[2]、賀川 義規[3]、浜部 敦史[2]、平木 将之[4]、波多 豪[3]、安井 昌義[1]、柳澤 公紀[1]、在田 麻美[1]、春名 健伍[1]、末田 聖倫[3]、北風 雅敏[3]、小林 雄太[3]、畑 泰司[4]、森本 祥悠[4]、加藤 伸弥[4]、橋本 雅弘[4]、三吉 範克[2]、荻野 崇之[2]、江口 英利[2] (1. 関西労災病院、2. 大阪大学医学部附属病院消化器外科、3. 大阪国際がんセンター消化器外科、4. 大阪急性期・総合医療センター消化器外科)

【はじめに】大阪大学には約50の関連施設があり、主要38関連施設で年間5100例以上の大腸癌手術を施行している。2019年からは技術認定対象症例である腹腔鏡下S状結腸切除術において、関連施設間で手技統一の取り組みを推進してきた。大腸癌に対するロボット手術は急速に普及しており、若手外科医がロボット手術を執刀する機会も増加している。我々の関連施設も年間の大腸癌ロボット手術割合が39.4%（2013例）と年々上昇している。
【目的】若手外科医に対するロボット手術の安全な普及を目的に、関連施設間で小ワーキンググループを立ち上げ、各施設で共有可能な標準的手技の統一を図ることとした。
【取り組み】
S状結腸癌～直腸癌に対するロボット支援手術では、助手ポートを2本（心窩部やや左側に5 mm、右側腹部に12 mm）配置し、ロボット鉗子との干渉を抑えながら、助手が2本の鉗子を用いて腹腔鏡下手術と同様のコンセプトで視野展開を行うことを可能とした。同法では指導的助手の術操作への関与/サポートが容易であり、右側腹部の12 mmポートからは腹腔鏡手術用の自動縫合器も挿入できるため、腸管切離や再建時の選択肢が広がり、より柔軟な手術操作が可能となっている。
【期待される効果】
標準化されたポート配置と手術手技を共有することで、どの施設でも若手外科医が早期から安全にロボット手術を習得し、執刀機会を得やすい体制を構築できる。また、施設間で手技を統一することにより、指導内容が明確となり、効率的な教育が可能となる。さらに、人事異動に伴う手技変更の混乱が少なく、継続性のあるロボット手術教育と診療体制の維持が期待される。
【今後の展望】
若手外科医へのアンケートや手術データ・短期成績の収集も実施し、改善点などあれば適宜更新していく。取り組みが浸透すれば、左側結腸だけでなく、右側結腸についても手技統一を進めていく。
【結語】
若手外科医によるロボット手術の安全な普及は非常に重要な課題であり、多施設での手技統一の取り組みがその課題克服の一助になると思われる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 9:30 ~ 10:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 25　ロボット手術 6
座長：栗生 宜明（京都第一赤十字病院消化器外科）

[O25-5] 結腸癌に対するロボット支援下体腔内吻合導入初期の短期治療成績-体腔外吻合との比較-

*髙田 直樹[1]、成廣 哲史[1]、飯田 航希[1]、真柄 那々子[1]、北澤 征三[1]、渡部 通章[1] (1. 厚木市立病院外科)

【はじめに】2022年4月より結腸癌に対するロボット支援下手術が保険収載され，当院でも2024年より結腸癌に対してロボット支援下手術を導入した．導入当初より再建時には体腔内吻合(Intra-corporeal anastomosis；IA)を施行している．適応は腫瘍の進行度に関わらず，閉塞性病変以外の症例としている.

【目的】ロボット支援下結腸癌手術におけるIAの短期成績を体腔外吻合(Extra-corporeal anastomosis；EA)と比較検討する.

【対象と方法】2024年4月から2026年3月まで結腸癌に対して待機的ロボット支援下手術を施行した40例(IA群20例, EA群20例)を対象とした．DST吻合症例は除外し，患者背景，手術成績，病理学的所見，術後短期成績について後方視的に比較検討した.

【結果】患者背景ではIA群で結腸右半切除術または拡大結腸右半切除術が多かった (p=0.038).またIA群で術中出血量が有意に少なかった〔IA群 0(0-7.5)ml vs. EA群19.0(0-72.8)ml，p=0.044〕．年齢，性別，BMI，American Society of. Anesthesiologists physical status(ASA-PS)，腫瘍局在，cTNM，cStage，手術時間は両群間に差は認めなかった．吻合方法はIA群でデルタ吻合19例, overlap法 1例, EA群で機能的端々吻合 5例，三角吻合14例，手縫い吻合1例であった.病理結果はEA群でpT4症例を多く認めた(p=0.029)．口側断端距離はIA群の方が長かった〔IA群 111.5(94.5-236.3)cm vs. EA群109.0(88.8-129.3)cm，p=0.034〕．しかし小腸-結腸吻合，結腸-結腸吻合で分けると口側断端距離は両群間に差は認めなかった．肛門側断端距離，pN，pStage，郭清リンパ節個数に差はなかった．術後在院日数はIA群で短い傾向にあった〔IA群 8.5(8.0-10.0)日vs. EA群10.0(9.0-13.8)日，p=0.052〕．SSI，麻痺性イレウスを含めた術後合併症も両群間で差は認めなかった.

【結語】結腸癌に対するロボット支援下手術におけるIAはEAよりも術中出血量が少なく, 安全に施行可能であった.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 9:30 ~ 10:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 25　ロボット手術 6
座長：栗生 宜明（京都第一赤十字病院消化器外科）

[O25-6] 地域中核病院における結腸癌に対するロボット支援手術の強みと手技の工夫

*西川 武司[1]、阿部 真也[1]、松永 圭悟[1]、孫 敏莉[1]、小谷 樹生[1]、近藤 里江[1]、松田 圭二[1] (1. 同愛記念病院外科)

【目的】2022年結腸癌に対するロボット支援手術（RACS）が保険収載されたが、病変部位の多様性（右側結腸・左側結腸・S状結腸）のため、ポート配置・手術手技のバリエーションが多く、 完全な定型化が困難といわれている。今回当院におけるRACSの導入成績と、若手外科医が多い地域中核病院における強みを提示する。
【方法】当院では2024年7月より結腸癌に対するRACSを開始しており、2026年1月までの22例を対象とし、同時期の腹腔鏡手術（LAC）49例と比較検討した。
【結果】RACSはLACと比べて手術時間は中央値238分 vs 243分（P=0.8）と差がなく、コンソール時間は124分であった。両群とも開腹移行は認めなかった。出血量はRACS 0ml vs LAC 8ml（P=0.04）とRACSで有意に少なかった。腫瘍の部位（P=0.96）、術式（P=0.81）に差はなかったが、深達度はLACで進行したものが多かった（P=0.04）。リンパ節転移に差はなく（P=0.33）、リンパ節郭清数はRACS 平均17.9個 vs LAC 20.4個（P=0.38）と差はなかった。術後5分粥開始日は3日 vs 5日（P<0.01）、術後在院日数は7日 vs 11日（P＜0.01）とともにRACSが有意に短かった。術後合併症に関しては全gradeで18.2% vs 20.4%（P=1.0）、gradeIII以上は0% vs 6.1%（P=0.55）と差を認めなかった。
【工夫と強み】部位別にポート配置を固定化（右側結腸：逆L字、左側結腸：左斜め線、S状結腸：右斜め線）し、内側アプローチを基本とした。RACSはLACと異なり助手へのミラーイメージ操作を強いる必要がなく、多関節機能付き鉗子により血管処理が容易であった。また、外科医3名を要したLACに対し、RACSは2名体制での完遂が可能であり、マンパワーの最適化に寄与した。
【結語】地域中核病院において、RACSは外科医の負担軽減と周術期成績の向上を両立する有用な選択肢となりうることが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 9:30 ~ 10:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 25　ロボット手術 6
座長：栗生 宜明（京都第一赤十字病院消化器外科）

[O25-7] 結腸癌に対するロボット支援下手術の治療成績と課題

*井上 隆[1]、小山 文一[1,2]、岩佐 陽介[1,2]、高木 忠隆[1]、藤本 浩輔[1]、田村 昴[1]、江尻 剛気[1]、吉川 千尋[1]、庄 雅之[1]
(1. 奈良県立医科大学消化器・総合外科、2. 奈良県立医科大学附属病院中央内視鏡部)

【目的】当科における結腸癌に対するロボット支援下手術の治療成績と課題を検討する。【対象と方法】当科で結腸癌に対しロボット支援下手術を導入した2022年12月から2026年3月までの29例をretrospectiveに検討した。【結果】年齢は74(54-86)歳、性別は男性/女性が17/12例、BMIは23.7(21.0-28.7)kg/m2、占拠部位は盲腸/上行結腸/横行結腸/下行結腸/S状結腸が3/12/7/2/5例、cStageは0/Ⅰ/Ⅱ/Ⅲが1/11/8/9例であった。術式は結腸部分切除/回盲部切除/結腸右半切除/結腸左半切除/S状結腸切除が5/12/6/1/5例、郭清はD2/D3が7/22例であった。総手術時間は306(171-493)分、コンソール時間は159(82-315)分、術中出血量は0(0-1035)mlであった。術後合併症を5例(17.2%)に認め、CD3以上が1例(3.4%)、創部感染が1例(3.4%)、腹腔内膿瘍が1例(3.4%)、イレウスが1例(3.4%)、縫合不全が1例(3.4%)で、術後在院日数は7(5-25)日であった。PMが115(40-330)cm、DMが115(48-330)cm、全例R0、リンパ節郭清個数は28(8-62)個であった。fStageはⅠ/Ⅱ/Ⅲが13/8/8例、術後補助化学療法は7例(24.1%)に施行されていた。フォロー期間は24.4(0.5-35.7)ヶ月で、再発は腹膜転移再発1例、死亡は他病死1例であった。【結論】当科における結腸癌に対するロボット支援下手術の治療成績は既報と同程度であった。当科では導入から助手の補助によるSolo Surgeryを施行してきたが、コスト削減や手術時間短縮、教育を考慮したFusion Surgeryも導入し、Solo Surgeryとの棲み分けも検討していく必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 9:30 ~ 10:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 25　ロボット手術 6
座長：栗生 宜明（京都第一赤十字病院消化器外科）

[O25-8] ロボット支援下回盲部切除における吻合法別での比較と至適アプローチの検討

*庄司 良平[1]、松三 雄騎[1]、松本 祐[1]、森分 和也[1]、片山 哲也[1]、安井 雄一[1]、金谷 信彦[1]、近藤 喜太[1]、重安 邦俊[1] (1. 岡山大学病院消化管外科)

ロボット導入以前より我々は、腹腔鏡下回盲部切除では後腹膜アプローチによる剥離授動先行操作、臍小開腹創での機能的端々吻合(FEEA法)を用いた体腔外吻合を採用しており、ロボット支援下回盲部切除においても導入期まずはこのアプローチの再現に取り組んできた。加えて、結腸癌手術における体腔内吻合についても症例を選択し導入を始めた。結果、2023年4月から2026年3月の期間、後腹膜アプローチによるロボット支援下回盲部切除において、13例で体腔外吻合(体腔外群)、10例で体腔内吻合(体腔内群)を施行した。
この2群間では手術時間の中央値は体腔外群247分、体腔内群269.5分と有意差は認めなかった(p=0.20)が、コンソール時間の中央値は体腔外群132分に対し体腔内群は185.5分と有意に延長した(p<0.01)。手術工程を詳細に検討すると、手術開始から後腹膜授動、回結腸動静脈の処理までの時間で２群間に有意な差を認めなかった。血管処理から腸管吻合開始までの工程は、体腔外群では肝弯曲の授動、ロールアウト、体外での腸間膜処理に対し、体腔内群では体腔内での腸間膜処理と腸管切離、腹腔内洗浄であったが、所要時間の中央値はそれぞれ53分、61分と有意差を認めなかった(p=0.11)。さらに、腸管吻合開始から閉創までの時間の中央値は体腔外群30分に対し体腔内群45分と有意に延長した(p=0.04)。従来行ってきた体外操作に対する体腔内での腸間膜処理や吻合手技の習熟不足を再認識すると同時に、体腔外吻合にあたって必要であった右側結腸の広範な剥離範囲を縮小できるという体腔内吻合の利点をより活用できるアプローチを再考し、2025年10月より早期癌に対するロボット支援下回盲部切除において、内側アプローチと体腔内デルタ吻合を採用した手術手技を採用した。限られた数の施行例であるが、血管処理を先行し肛門側切離予定線に向かって最小限の剥離授動とすることで、手術手順の簡略化、手術時間短縮が期待できる結果を得られているので今回報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月21日(土) 10:30 ~ 11:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 26　ロボット手術 7

座長：賀川 弘康（東京科学大学消化管外科学分野）

[O26-1] 市中病院における持続可能なロボット支援結腸癌手術―精密性とコストの両立を目指して

*西舘 敏彦[1,2]、鶴間 哲弘[1]、待木 隆志[1]、秋月 恵美[2]、平田 公一[1] (1. JR札幌病院外科、2. 札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野)

[O26-2] 腹腔鏡手術と比較したロボット支援下結腸切除の妥当性の検証と手術手技の工夫

*下村 学[1]、矢野 琢也[1]、佐田友 藍[1]、田口 和浩[1]、松原 啓壮[1]、石川 聖[1]、渡邉 淳弘[1]、佐藤 沙希[1]、森内 俊行[1]、塩崎 翔平[1]、松原 一樹[1]、山口 瑞生[1]、篠原 充[1]、森田 隼人[1]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学病院　消化器外科)

[O26-3] 結腸癌ロボット手術におけるda Vinci SPの位置づけ ― Multi-portの課題から考える適応の最適化

*佐藤 雄介[1]、梅田 晋一[1]、赤座 賢[1]、村田 悠記[1]、小倉 淳司[1]、田中 千恵[1]、神田 光郎[1] (1. 名古屋大学医学部附属病院　消化器・腫瘍外科)

[O26-4] da Vinci 5におけるForce Feedback Technologyがロボット支援下大腸癌手術のforce modulationに与える影響

*大矢 浩貴[1]、田 鍾寛[1]、田中 宗伸[1]、皆川 結明[1]、舩津屋 拓人[1]、額田 卓[2]、江畑 信孝[1]、武井 将伍[2]、前橋 学[2]、太田 絵美[2]、渥美 陽介[1]、風間 慶祐[1]、佐藤 渉[1]、沼田 正勝[2]、青山 徹[1]、小澤 真由美[2]、小坂 隆司[1]、菅野 伸洋[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学医学部消化管外科学教室、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科)

[O26-5] 当院での横行結腸癌（中央）に対するロボット支援下結腸切除時の#223郭清手技

*小林 利行[1]、坂井 利規[1]、小見山 聡介[1]、大陽 宏明[1]、荻野 史朗[1]、玉井 秀政[1] (1. 大阪鉄道病院消化器・一般外科)

[O26-6] 市中病院でのロボット支援下結腸切除の初期導入成績

*堀 直人[1,2]、大林 寛[1]、岡 詠吾[1]、二神 花菜[1]、佐藤 真歩[1]、大倉 友博[1]、小川 俊博[1]、勝田 浩[1]、青木 秀樹[1]、田中屋 宏爾[1] (1. 国立病院機構　岩国医療センター外科、2. 鳥取市立病院外科)

[O26-7] 当院におけるロボット支援結腸切除術の現状

*馬場 研二[1]、中嶋 太極[1]、奥村 隆志[1]、和田 真澄[1]、黒島 直樹[1]、大塚 隆生[1] (1. 鹿児島大学消化器外科)

[O26-8] BMI別にみたロボット支援下直腸癌手術の治療成績

*西村 潤也[1]、瀬良 知央[1]、福岡 達成[1]、西居 孝文[1]、小林 弘和[1]、森田 智也[1]、坂元 寿美礼[1]、金城 あやか[1]、丸尾 晃司[1]、谷 直樹[1]、西 智史[1]、江口 真平[1]、田嶋 哲三[1]、濱野 玄弥[1]、村田 哲洋[1]、高台 真太郎[1]、櫻井 克宣[1]、久保 尚士[1]、清水 貞利[1] (1. 大阪市立総合医療センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 10:30 ~ 11:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 26　ロボット手術 7
座長：賀川 弘康（東京科学大学消化管外科学分野）

[O26-1] 市中病院における持続可能なロボット支援結腸癌手術―精密性とコストの両立を目指して

*西舘 敏彦[1,2]、鶴間 哲弘[1]、待木 隆志[1]、秋月 恵美[2]、平田 公一[1] (1. JR札幌病院外科、2. 札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野)

【はじめに】2022年度に結腸癌に対するロボット支援下手術が保険収載され、当院はロボット支援手術の教育にも重点を置いてきた。高精度な操作性と優れた視認性により、近年では良好な術後成績の報告が散見されている。一方で、高額な医療費や手術時間の延長といった課題もある。本年度より内視鏡手術用支援機器加算が新設されたが、200例に達しない中小病院は加算を受けられないのが現状である。当院では、ロボット結腸手術導入当初はMonopolar curved scissors/Maryland bipolar/Vessel sealerを併用していたがMonopolar curved scissorsのみの手技を定型化し、またVessel sealerの代わり助手が超音波凝固切開装置を用い、さらに助手がstaplerを使うhybrid surgeryも積極的に導入しコストを抑えている。【目的】今回、当院におけるロボット支援結腸癌手術の治療成績を後方視的に解析し、医療経済を配慮しながらのロボット支援結腸癌手術の指導体制を検討することを目的とした。【対象】2022年3月から2026年3月までのロボット支援S状結腸切除術28例を対象とした。【結果】修練医/指導医両群の背景因子に差は認めず。手術時間、コンソール時間の中央値(min)は198/200、108/107であり、また出血量、術後合併症頻度に有意差を認めなかった。検討期間中の粗利益差で約6万円の医療材料費削減に繋がった。【結語】ロボット手術は若手の術者教育にも有用と考えているが、医療経済を考慮した手術の定型化、指導法などの工夫が必要であり、当科の取り組みについても報告する。hybrid surgery導入によりコスト削減をはかりながらの手術教育を行うことによりsustainableなロボット支援結腸切除が可能と考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 10:30 ~ 11:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 26　ロボット手術 7
座長：賀川 弘康（東京科学大学消化管外科学分野）

[O26-2] 腹腔鏡手術と比較したロボット支援下結腸切除の妥当性の検証と手術手技の工夫

*下村 学[1]、矢野 琢也[1]、佐田友 藍[1]、田口 和浩[1]、松原 啓壮[1]、石川 聖[1]、渡邉 淳弘[1]、佐藤 沙希[1]、森内 俊行[1]、塩崎 翔平[1]、松原 一樹[1]、山口 瑞生[1]、篠原 充[1]、森田 隼人[1]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学病院　消化器外科)

【背景】 当院では2022年よりロボット支援下結腸切除を導入し、現在は4台体制で手技の定型化と若手育成を推進している。本術式が標準治療としての「着地点」を見出すためには、既存の腹腔鏡手術（以下LAP）に対する妥当性の検証が必要である。本研究では、当院の導入初期成績をLAPと比較検討し、その有用性と課題を考察した。
【対象と方法】 2022年から2025年に施行したロボット支援下結腸切除（以下Ro群）93例を対象とした。2016年からのLAP群346例を対照とし、Propensity score matchingを用いて背景因子を調整後、各82例を抽出し比較検討した。
【結果】 Ro群の術式は、術式は、回盲部切除：35例、右半切除：18例、左半切除：4例、部分切除：16例、 S 状結腸切除14例、前方切除：2例、全摘：2例、ハルトマン手術：2例だった。PSM後の比較で、手術時間中央値はRo群279.5分、LAP群236.5分とRo群で有意に長かったが、出血量は同等であった。術後経過では、食事開始時期に差はないものの、初回排便日はRo群で有意に早く（2日 vs 3日, $p<0.05$）、術後在院日数も有意に短縮した（9日 vs 10日, $p<0.05$）。術後合併症率（Clavien-Dindo III以上）は両群同等であった。 Ro群特有の課題として、初期に吻合部出血を2例認めたが、Staplerの選択および腸間膜側の補強縫合を追加する手技の工夫により、以降は認めていない。また、Ro群内での検討（DST除く71例）では、体腔内吻合（ICA）が体腔外吻合に比べ初回排便日が早い傾向（2日 vs 3日, $p=0.13$）にあり、低侵襲性の寄与因子として示唆された。2年無再発生存率はRo群92%、LAP群86.7%と、中期的予後も遜色ない結果であった。
【結語】 当院のロボット支援下結腸切除は、安全かつ根治性を担保して導入されており、早期の腸管機能回復においてLAPを上回る可能性が示された。多関節鉗子のメリットを生かし、結腸癌手術においより精緻なリンパ節郭清や、安定した体腔内吻合の実施に利点がある。手技の工夫やピットフォールを含めて発表する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 10:30 ~ 11:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 26　ロボット手術 7
座長：賀川 弘康（東京科学大学消化管外科学分野）

[O26-3] 結腸癌ロボット手術におけるda Vinci SPの位置づけ ― Multi-portの課題から考える適応の最適化

*佐藤 雄介[1]、梅田 晋一[1]、赤座 賢[1]、村田 悠記[1]、小倉 淳司[1]、田中 千恵[1]、神田 光郎[1] (1. 名古屋大学医学部附属病院　消化器・腫瘍外科)

結腸癌に対するロボット支援手術は普及しつつあるが、腹腔鏡手術に対する明確な優位性は確立されていない。ロボットの精密性や安定性は魅力であるが、multi-port（MP）型ではポート径の太さや本数の増加により低侵襲性が損なわれうる。また、ポート配置への依存、到達方向の制約、アームと助手操作の干渉といった固有の課題もある。da Vinci SP(SP)は単一アクセスから多方向へ到達可能な構造を有し、これらの課題を補完し得るプラットフォームである。

当院では2025年11月にSPを導入し、結腸癌を含む23例の大腸手術を経験した。現時点ではMPとの統計学的比較に足る症例数ではないが、本演題ではこれらの手術動画を供覧し、MPとの操作特性の違いと、SPが有用となり得る局面について考察する。

SPではポート配置やターゲッティング変更への依存がなく、常に最適な鉗子角度でアクセスしやすく、アーム間の干渉も少ない。この特性は、拡大右半結腸切除のように広範な操作を要する症例、脾湾曲部癌のようにLCA・MCA双方へのアプローチを要する症例、大腸全摘のような全象限操作を要する手術において、MPで生じるポート配置上の課題を軽減し得ると考えられた。比較的狭いスペースでの操作性に優れ、脾湾曲・肝湾曲の授動を尾側から無理なく行え、ロボットが苦手な腸管排除を伴うアプローチの切り替えも少なく済む。助手ポートの配置自由度が高く、アーム干渉が少ないため、助手は通常の腹腔鏡手術に近い感覚で操作可能であり、教育的にも有用と考えられた。現状SPにエネルギーデバイスはないが、助手がデバイスを使用することで、SP導入済み施設ではコスト面の利点となる。小開腹創と1〜2ポートで手術が完遂可能であり、腹壁侵襲の軽減や整容性の面でも腹腔鏡手術に対する利点となる可能性がある。一方、MPに比べてパワーや広範な展開力に劣り、MPのように一気に面を展開する操作は難しく、細かく段階的に進める手術となる傾向がある。

da Vinci SPはMPの課題を補い得る特性を有し、到達方向の柔軟性が求められる症例でその強みが発揮される。両者の特性を踏まえ、症例ごとに適応を最適化していくことが、結腸癌ロボット手術の着地点の一つと考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 10:30 ~ 11:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 26　ロボット手術 7
座長：賀川 弘康（東京科学大学消化管外科学分野）

[O26-4] da Vinci 5におけるForce Feedback Technologyがロボット支援下大腸癌手術のforce modulationに与える影響

*大矢 浩貴[1]、田 鍾寛[1]、田中 宗伸[1]、皆川 結明[1]、舩津屋 拓人[1]、額田 卓[2]、江畑 信孝[1]、武井 将伍[2]、前橋 学[2]、太田 絵美[2]、渥美 陽介[1]、風間 慶祐[1]、佐藤 渉[1]、沼田 正勝[2]、青山 徹[1]、小澤 真由美[2]、小坂 隆司[1]、菅野 伸洋[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学医学部消化管外科学教室、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科)

【背景】da Vinci 5(DV5)は力覚フィードバック技術(Force Feedback Technology：FFB)が搭載されたが，実臨床での作用力制御(Force modulation)への影響は十分検討されていない．当院は2026年1月よりDV5を導入しており，導入初期症例を対象に検討した．
【方法】DV5を用いた大腸癌手術症例を対象とした．Telemetry dataを用い，牽引用アーム(Retraction arm：Ret-arm)および左手操作アーム(Left-hand arm：Left-arm)の平均作用力(Average force：Ave-F)を解析した．FFB設定はMedium，Low，Offを使用し，FFB ON-OFF差をΔAve-Fとした．また，Endoscope clutch(EsC)およびHand controller clutch(HcC)はConsole timeで除した値で比較し, 術者経験別(Mid/Proctor群 vs Novice群）でも比較検討した．
【結果】解析対象は9例であった. 患者背景は平均年齢74±12歳，男性4例，BMI中央値22.2［21.4-22.6］, 臨床病期 I/II/III：4/1/4，Console time 158分［121-212］であった．術者は3名で，2名は日本内視鏡外科学会技術認定医かつ30例以上のロボット支援下大腸癌手術経験を有するMid/Proctor，1名は経験10例未満のNoviceであった．Ave-F (N)はFFB Medium / Low / OffでRet-arm 2.0±0.3 / 2.4±0.6 / 3.0±0.5，Left-arm 2.0±0.8 / 1.8±0.2 / 2.2±0.3であった. Ret-armのΔAve-FはMed -1.0±0.8 / Low +0.2±0.5であり，Medで作用力低下が顕著であった．一方，Left-armではMed -0.2±1.1 / Low -0.4±0.1であり, Ret-armと比較するとFFBの影響は限定的であった。 Mid/Proctorと比較して, NoviceのAve-FはRet-arm 2.3 vs 3.4N, Left-arm 1.8 vs 2.7Nでありいずれも高い傾向であった．またRet-armのΔAve-FはMid/Proctorで-0.8N，Noviceで-2.1Nであり，NoviceでFFBによる作用力低下効果を大きく認めた．Left-armでもも Mid/Proctorで-0.4N，Noviceで-1.3Nであり同様の傾向であった．さらにNoviceではEsC/minおよびHcC/minは低値であった.
【結語】FFBは，特にRet-armにおける作用力制御に関与していた．FFBは視野外操作やNovice症例など視覚による適切な作用力制御が困難な状況において，触覚情報を補完することでExpert-like force modulationを誘導する可能性がある．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 10:30 ~ 11:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 26　ロボット手術 7
座長：賀川 弘康（東京科学大学消化管外科学分野）

[O26-5] 当院での横行結腸癌（中央）に対するロボット支援下結腸切除時の#223郭清手技

*小林 利行[1]、坂井 利規[1]、小見山 聡介[1]、大陽 宏明[1]、荻野 史朗[1]、玉井 秀政[1] (1. 大阪鉄道病院消化器・一般外科)

【背景】横行結腸の支配血管である中結腸動静脈は解剖学的バリエーションに富んでおり、さらに周囲には膵臓や十二指腸などの重要臓器が極めて近接している。そのため、横行結腸癌に対する中結腸動脈根部（#223）リンパ節郭清は、周囲組織への損傷リスクが高く、高難度手技とされている。近年導入が進む手術支援ロボットは、従来の腹腔鏡手術が持つ優れた拡大視効果に加え、手振れ軽減機能や多関節機能を有しているため、安全かつ確実な操作をサポートする極めて重要な役割を担う可能性が期待されている。安全で確実な＃223郭清を行うための当院での郭清手順について概説する。
【手術手技】横行結腸間膜を頭側腹側方向へと十分に牽引し、扇状に展開する。回結腸動脈（ICA）の起始部を確認し、その頭側から結腸間膜を切開して上腸間膜動静脈（SMAおよびSMV）の走行を確認した後、SMV前面およびSMA周囲神経叢の前面の剥離層で頭側へと進める。この過程でSMAやSMVから立ち上がる血管を順に処理していくことで、#223郭清の底面（背面境界）を決定する。膵下縁から膵背面が確認できるまで十分に授動を行った後、網嚢を開放する。横行結腸間膜を尾側方向へ牽引して膵下縁の腹膜を切開することで郭清の頭側境界を決定し、#223郭清を完成させる。
【結語】手術支援ロボットの多関節機能や手振れ軽減機能は、狭小かつ複雑な解剖空間における微細な剥離操作を可能とし、#223郭清の安全性向上に寄与する。当院における横行結腸癌（中央）に対するロボット支援下結腸切除の手術手技について供覧する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 10:30 ~ 11:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 26　ロボット手術 7
座長：賀川 弘康（東京科学大学消化管外科学分野）

[O26-6] 市中病院でのロボット支援下結腸切除の初期導入成績

*堀 直人[1,2]、大林 寛[1]、岡 詠吾[1]、二神 花菜[1]、佐藤 真歩[1]、大倉 友博[1]、小川 俊博[1]、勝田 浩[1]、青木 秀樹[1]、田中屋 宏爾[1] (1. 国立病院機構　岩国医療センター外科、2. 鳥取市立病院外科)

【目的】演者は1施設目で結腸からロボット手術を導入した. 2施設目では直腸で導入済の状況で結腸を新たに導入した. 市中病院でのロボット支援下結腸切除の初期導入成績を検討する.
【方法】原発性結腸癌に対する結腸切除の短期成績を, ロボット手術群（Ro群）と腹腔鏡下手術群（Lap群）に分けて比較検討した. 2023年1月から2025年1月までの1施設目の症例と, 2025年4月から2026年4月までの2施設目の症例を合算した. 開腹手術, 他領域の同時手術, 2か所以上の吻合を伴う症例を除外した.
【結果】Ro群33例, Lap群94例だった. 年齢, 性別, BMI, ASA分類に差はなかったが, PNIはRo群で高かった（47.3 vs 44.6, p=0.006）. 局在にはやや偏りがあり（V/C/A/T/D/S: 0/7/4/7/2/13 vs 2/6/29/21/10/26, p=0.058）, Stageに差はなかった（0/1/2/3/4: 1/8/16/6/2 vs 3/18/35/25/13, p=0.548）. 技術認定医の執刀割合に差を認めた（100% vs 47.9%, p＜0.001）. Ro群で手術時間が長かった（296分 vs 268分, p=0.020）. 手術時間を腫瘍の局在別に見てみるとV～A, Sでは差はなかった（277分 vs 266分, 288分 vs 262分）が, T～Dでは大きく差を認めた（490分 vs 269分, p=0.000）. 開腹移行率（3.0% vs 5.3%, p=1.000）, 出血量（10ml vs 10ml, p=0.657）に差はなく, Ro群で体腔内吻合が多かった（36.4% vs 5.3%, p＜0.001）. CD3以上の合併症に差はなく（3.0% vs 6.4%, p=0.676）, Ro群で初回排ガスが早く（1日 vs 2日, p=0.041）, 術後在院日数が短かった（8日 vs 10日, p=0.017）.
【考察】ロボット支援下手術は手術時間が有意に延長していた. 腫瘍の局在別にみてみると, 肝彎曲までの右側結腸やS状結腸ではほぼ同等の時間でできており, 定型化ができつつあると思われる. 一方で肝彎曲～SDJまでの腫瘍では極端に手術時間が延長していた. 中結腸動脈周囲の細かな郭清操作はロボットの精緻な操作性が生きる一方, 定型化ができていないこと, 広い範囲の授動への対応ができていないこと, 体腔内吻合が多かったことが手術時間延長に関与していると考えられる. 出血量や開腹移行率は従来の腹腔鏡手術と同等で, 合併症の増加も認めなかった.
【結論】ロボット支援下結腸切除を安全に導入できた. 脾彎曲領域でも定型化を進め手術時間短縮を目指す.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 10:30 ~ 11:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 26　ロボット手術 7
座長：賀川 弘康（東京科学大学消化管外科学分野）

[O26-7] 当院におけるロボット支援結腸切除術の現状

*馬場 研二[1]、中嶋 太極[1]、奥村 隆志[1]、和田 真澄[1]、黒島 直樹[1]、大塚 隆生[1] (1. 鹿児島大学消化器外科)

【はじめに】ロボット支援結腸切除術は保険収載されているものの、その有効性に関するエビデンスは未だ十分とは言えない。また、ロボット手術枠の制限などから、直腸手術が優先され、結腸切除への導入は限定的である。当院では2023年よりロボット支援結腸切除術を導入しており、その短期成績について検討した。
【目的】当院におけるロボット支援結腸切除術の安全性および短期成績を明らかにする。
【対象・方法】当院で施行した結腸癌に対するロボット支援結腸切除術35例と、2015年1月以降に施行した腹腔鏡下結腸切除術389例を対象とし、後方視的に手術成績を比較検討した。
【結果】患者背景では、性別、年齢、BMI、糖尿病、ASA-PSに有意差を認めなかった。開腹手術既往はロボット群で多い傾向を認めた（p=0.066）。腫瘍局在（右側・横行・左側）、内視鏡治療後症例、術前治療歴、腫瘍径、深達度、リンパ節転移、pStageに有意差を認めなかった。手術成績では、術式、他臓器合併切除の有無、手術時間、郭清リンパ節個数、術後合併症（Clavien-Dindo grade II以上）、術後在院日数に有意差を認めなかった。一方、出血量はロボット群で有意に少なかった（p=0.015）。また、術者別検討では、技術認定医取得者による執刀がロボット群で有意に多かった（p<0.001）。また当院ではdaVinci Xiに加え、新規ロボットとしてhinotoriによる手術も開始したが、ロボットデバイスによる手術成績の差はなかった。
【結語】当院におけるロボット支援結腸切除術は、経験を有する外科医が施行することで、安全に導入可能であった。特に出血量の低減が示され、低侵襲手術としての有用性が示唆された。今後さらなる症例蓄積により、本術式の有効性を検討する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月21日(土) 10:30 ~ 11:30 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 26　ロボット手術 7

座長：賀川 弘康（東京科学大学消化管外科学分野）

[O26-8] BMI別にみたロボット支援下直腸癌手術の治療成績

*西村 潤也[1]、瀬良 知央[1]、福岡 達成[1]、西居 孝文[1]、小林 弘和[1]、森田 智也[1]、坂元 寿美礼[1]、金城 あやか[1]、丸尾 晃司[1]、谷 直樹[1]、西 智史[1]、江口 真平[1]、田嶋 哲三[1]、濱野 玄弥[1]、村田 哲洋[1]、高台 真太郎[1]、櫻井 克宣[1]、久保 尚士[1]、清水 貞利[1] (1. 大阪市立総合医療センター)

【はじめに】ロボット支援下手術は多関節機能を有し操作性も安定しており、直腸癌手術に有用である。しかしロボット支援下手術においても、肥満・狭骨盤患者では高度な手術操作を要し、難渋することがばしばしばある。今回肥満患者に対するロボット支援下直腸癌手術の短期・長期的成績について検討した。【対象と方法】当院で2018年から2022年に直腸癌に対してロボット支援下低位前方切除術を行った104例を対象とした。肥満群（BMI 25以上）32例と非肥満群（BMI 25未満）72例の治療成績に関してretrospectiveに検討を行った。【結果】以下、肥満群vs 非肥満群で記載する。出血量74ml vs 49ml(p=0.13)、手術時間 440分 vs 365分(p=0.20)と有意差はなし。直腸切離時のリニアステープラー使用数に関しては、3回以上使用の割合が39% vs 14%(p<0.01)と肥満群が多く、腫瘍の肛門側切離断端部からの距離が2cm未満の割合が30% vs 11%(p=0.04)と肥満群で有意に多かった。Clavien-Dindo分類III以上の合併症発生率は19% vs 22%(p=0.80)と有意差は認めなかった。5年無再発生存率は両群で有意差は認めなかった(p=0.30)。男女別でみると、短期成績では直腸切離時のリニアステープラー使用数に関して、男性では3回以上使用の割合が42% vs 12%(p=0.01)と肥満群で多かったが、女性では有意差は認めなかった(p=0.60)。短期成績ではリニアステープラー使用回数以外で、男女別の検討において有意差を認める項目はなかった。長期成績では男女ともに5年無再発生存率は両群間で有意差は認めなかった。【結語】肥満症例に対するロボット直腸癌手術は術後短期成績や長期成績には影響を与えないものの、直腸の切離に難渋し切離長が不十分になる傾向があるため、特に男性においてはより余裕を持ったmarginでの切離を心がける必要があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 27　結腸癌の治療戦略 2

座長：大塚 幸喜（藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学）

[O27-1] 切除可能high-risk Stage II/Stage III結腸癌におけるバイオマーカーの予後予測因子としての有用性の検討

*武井 将伍[1]、小澤 真由美[1]、工藤 孝迪[1]、額田 卓[1]、大矢 浩貴[2]、前橋 学[1]、田 鍾寛[2]、太田 絵美[1]、沼田 正勝[1]、諏訪 宏和[3]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科、2. 横浜市立大学医学部消化器・腫瘍外科、3. 横須賀共済病院外科)

[O27-2] 当院における原発性大腸癌に対する骨盤内臓全摘術の治療成績

*山本 祥馬[1]、笠井 俊輔[1]、塩見 明生[1]、眞部 祥一[1]、小嶋 忠浩[1]、田中 佑典[1]、森 千浩[1]、高嶋 祐助[1]、辻尾 元[1]、横山 希生人[1]、八尾 健太[1]、小林 尚輝[1]、仁平 高朔[1]、三浦 竣助[1] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

[O27-3] 腹腔鏡下手術における右側結腸癌に対する頭側アプローチ先行の有用性の検討

*後藤 圭佑[1]、鎌田 哲平[1]、鈴木 佑磨[1]、山澤 海人[1]、月原 秀[1]、武田 泰裕[1]、大熊 誠尚[1]、小菅 誠[1]、衛藤 謙[1] (1. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

[O27-4] ICG蛍光法により術前評価と相違する適切なリンパ節郭清を施行しえた上行結腸癌の1例

*岩本 和哉[1]、石川 慧[2]、朴 正勝[2]、高橋 秀和[2]、大里 祐樹[1]、鈴木 陽三[1]、冨田 尚裕[1]、竹政 伊知朗[2] (1. 市立豊中病院消化器外科、2. 大阪けいさつ病院消化器外科)

[O27-5] 体腔内吻合を用いた大腸癌手術における術後麻痺性イレウスのリスク因子の検討

*本庄 優衣[1]、虫明 寛行[2]、福田 桃子[2]、藤原 淑恵[2]、朱 美和[2]、内山 護[2]、有坂 早香[2]、土田 知史[2]、長谷川 誠司[2]、鈴木 紳祐[1]、吉川 貴己[3] (1. 藤沢湘南台病院外科、2. 済生会横浜市南部病院外科、3. 横浜市立大学外科治療学)

[O27-6] 局所進行大腸癌に対する術前化学療法の治療成績

*山本 陸[1]、長岡 綾[1]、濱村 宏平[1]、麻生 沙帆[1]、石塚 ジュスタン正也[1]、尾立 路輝[1]、村山 倫太郎[1]、岡本 侑大[1]、井田 善文[1]、長廻 優輝[1]、秋間 龍之介[1]、加藤 永記[1]、松本 陽介[1]、宮下 真美子[1]、櫻庭 駿介[1]、田中 顕一郎[1]、伊藤 智彰[1]、佐藤 浩一[1] (1. 順天堂大学医学部附属静岡病院外科)

[O27-7] 結腸癌における壁外血管侵襲(EMVI)の画像評価と病理組織学的評価，予後との関係

*富田 祐輔[1]、茂田 浩平[1]、大橋 弥貴子[1]、門野 政義[1]、池端 昭慶[1]、森田 覚[1]、岡林 剛史[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学外科学（一般・消化器))

[O27-8] 超高齢者に対する上腸間膜静脈腫瘍塞栓を伴う上行結腸癌の手術報告

*北條 大輔[1]、原 慧一郎[1]、中田 博[1]、中山 洋[1] (1. 国立病院機構東京病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 27　結腸癌の治療戦略 2
座長：大塚 幸喜（藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学）

[O27-1] 切除可能high-risk Stage II/Stage III結腸癌におけるバイオマーカーの予後予測因子としての有用性の検討

*武井 将伍[1]、小澤 真由美[1]、工藤 孝迪[1]、額田 卓[1]、大矢 浩貴[2]、前橋 学[1]、田 鍾寛[2]、太田 絵美[1]、沼田 正勝[1]、諏訪 宏和[3]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科、2. 横浜市立大学医学部消化器・腫瘍外科、3. 横須賀共済病院外科)

【背景】切除可能結腸癌の再発リスク評価は主に病理学的因子に基づいており、*RAS*変異、BRAF V600E変異、Microsatellite instability（MSI）、Mismatch repair（MMR）などのバイオマーカー情報は組み込まれていない。近年、切除不能進行再発大腸癌ではこれらの分子学的背景に基づく治療選択が行われているが、切除可能症例における予後予測因子としての意義は十分に明らかではない。
【目的】切除可能high-risk Stage II/Stage III結腸癌におけるバイオマーカーの予後予測因子としての有用性を検討した。
【方法】
2019年1月～2023年4月に当院で根治切除されたhigh-risk Stage IIまたは Stage IIIの結腸癌症例(直腸RSを含む)を後ろ向きに解析した。RAS、BRAF、MSI/MMRが評価され、かつ術後追跡情報を有する症例とした。MSI-High/deficient MMR(MSI-H群)、MSSかつBRAF変異型(BRAF群)、MSSかつRAS変異型(RAS群)、MSSかつRAS/BRAF野生型(WT群)の4群に分類し、無再発生存（RFS）および全生存（OS）を比較した。生存解析はKaplan–Meier法、log-rank検定を用いて、再発リスク因子の検討にはCox比例ハザードモデルを用いた。
【結果】
対象は82例で、MSI-H群12例、BRAF群6例、RAS群31例、WT群33例であった。全体集団の年齢中央値は71歳、男性38例（46.3%）、右側結腸33例（40.2%）、pStage III 44例（53.7%）であった。再発は12例（14.6%）、死亡は7例（8.5%）に認めた。3年RFSはMSI-H群91.7%、BRAF群50.0%、RAS群82.5%、WT群82.3%であった（p=0.223）。3年OSはそれぞれ100%、50.0%、95.7%、92.0%であり、有意差を認めた（p=0.0039）。再発リスク因子の検討(単変量)ではhigh-risk Stage III（HR 3.17, p=0.0287）は有意であったが、BRAF群は有意ではなかった（HR 3.24, p=0.0702）。
【結語】
切除可能high-risk Stage II/Stage III結腸癌において、BRAF群は予後不良な傾向を示した。バイオマーカー情報は術後再発リスク予測に有用となる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 27　結腸癌の治療戦略 2

座長：大塚 幸喜（藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学）

[O27-2] 当院における原発性大腸癌に対する骨盤内臓全摘術の治療成績

*山本 祥馬[1]、笠井 俊輔[1]、塩見 明生[1]、眞部 祥一[1]、小嶋 忠浩[1]、田中 佑典[1]、森 千浩[1]、高嶋 祐助[1]、辻尾 元[1]、横山 希生人[1]、八尾 健太[1]、小林 尚輝[1]、仁平 高朔[1]、三浦 竣助[1] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

【背景】局所進行大腸癌において、完全切除は根治を目指す上で重要であり、骨盤内臓全摘術(Pelvic exenteration: PE)はR0切除を達成する唯一の術式となることがある。一方で、PEは高侵襲かつ高合併症率であることが報告されている。
【目的】当院における原発性大腸癌に対するPEの治療成績を明らかにすること。
【対象と方法】2010年4月から2024年6月までに大腸癌に対してPEを施行した症例のうち、再発癌、後方骨盤内臓全摘術、他術式併施、ロボット支援手術を除いた72例を対象とし、短期・長期成績を評価した。また、出血量と手術時間に関して重回帰分析、および術後合併症に関してロジスティック回帰分析を行い、短期成績に関わる因子を検討した。
【結果】対象の年齢中央値は64歳、性別は男/女: 60/12例であった。術前治療として、10例に薬物療法、17例に化学放射線療法が施行された。術式はPEが58例、前方PEが14例で、仙骨合併切除例はなく、1例のみ皮弁による会陰再建が施行された。手術時間中央値537分、出血量中央値1054mLで、42例に術中輸血を要した。Clavien-Dindo Grade II以上の合併症は38例、Grade III以上の合併症は6例であった。最も多い合併症は尿路感染症で19例、次いで腹腔内膿瘍11例、イレウス10例で、術後在院日数中央値は18日であった。病理所見は、p/ypTX, 2/3/4: 3/17/52例、p/ypN0/1/2: 40/21/11例、p/ypStage X, I/II/III/IV: 2/33/25/12例であり、局所のR1およびR2切除を1例ずつに認めた。遠隔転移を含むR2切除例を除いた67例のうち、再発を21例に認めた。最も多い再発部位は肺9例、次いで肝臓7例であった。術後補助化学療法は28例に施行された。観察期間中央値は60ヶ月で、5年全生存率は81.0%、無再発生存率は69.0%であった。出血量および手術時間に関して多変量解析を行った結果、腫瘍最大径10cm以上が出血量増加、手術時間延長の独立因子として同定された(出血量:β567.4, p=0.023; 手術時間:β49.53, p=0.048)。術後合併症に関連する有意な因子は同定されなかった。
【結語】当院におけるPEの短期および長期成績を示した。手術侵襲と手術困難因子を考慮しながら、慎重に適応を検討していく必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 27　結腸癌の治療戦略 2
座長：大塚 幸喜（藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学）

[O27-3] 腹腔鏡下手術における右側結腸癌に対する頭側アプローチ先行の有用性の検討

*後藤 圭佑[1]、鎌田 哲平[1]、鈴木 佑磨[1]、山澤 海人[1]、月原 秀[1]、武田 泰裕[1]、大熊 誠尚[1]、小菅 誠[1]、衛藤 謙[1] (1. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

【背景】
右側結腸癌に対する手術においてcomplete mesocolic excisionやembryological planeを意識した剥離が重要となる．当院では従来，後腹膜アプローチ先行を施行してきたが，#223リンパ節郭清範囲の上縁である膵下縁レベルで横行結腸間膜との癒合を先に切開し，SMV前面を視認し郭清組織と膵臓を分離する頭側アプローチ先行がD3郭清に寄与すると考え導入を始めた．
【目的】
当院での腹腔鏡下手術における右側結腸癌切除症例の頭側アプローチ先行と後腹膜アプローチ先行の手術成績を検討した．
【対象と方法】
当院で2023年1月から2026年3月までに上行結腸癌または右側横行結腸癌に対して腹腔鏡下結腸右半切除術もしくは腹腔鏡下拡大結腸右半切除術で#223を郭清した36例を対象とした．頭側アプローチ先行群(A群:12例)と後腹膜アプローチ先行群(B群：24例)の2群間に分けて後方視的に比較検討した．
【結果(中央値[四分範囲値])】
年齢はA/B群で66.5【56.5-75】歳/74.5【69.5-82.5】歳とB群において高齢であった(P =0.013)．性別はA群：男性5例，女性7例でB群:男性15例，女性9例と有意差を認めなかった（p=0.236）．総リンパ節個数はA群で50.5【39.5-70】個，B 群で35.5【20-50.5】個とA群において有意に多かった (p=0.032)．MCA領域リンパ節(=#223)郭清個数においても，A群で 6【4-10】個，B群で 3【2-5.5】個とA群で有意に多かった (p=0.009)．手術時間はA群で265【218-291】分，B群で269.5【226-329】分と有意差は認めなかった(p=0.928)．出血量においても有意差を認めなかった (p=0.149)．
【考察】
横行結腸間膜の基部および膵下縁を認識し，SMV前面を視認することで郭清の上縁を明確化でき，MCAリンパ節領域を含む郭清を過不足なく行うことが可能であったと考える．
【結語】
右側結腸癌に対する腹腔鏡下手術において頭側アプローチ先行は，後腹膜アプローチ先行と比較して総リンパ節郭清個数とMCA領域のリンパ節郭清個数が有意に多く，郭清の観点から有用な術式である可能性が示唆された．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 27　結腸癌の治療戦略 2
座長：大塚 幸喜（藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学）

[O27-4] ICG蛍光法により術前評価と相違する適切なリンパ節郭清を施行しえた上行結腸癌の1例

*岩本 和哉[1]、石川 慧[2]、朴 正勝[2]、高橋 秀和[2]、大里 祐樹[1]、鈴木 陽三[1]、冨田 尚裕[1]、竹政 伊知朗[2] (1. 市立豊中病院消化器外科、2. 大阪けいさつ病院消化器外科)

今回われわれは、ICG蛍光法により術前評価と相違する適切なリンパ節郭清を施行しえた上行結腸癌に対する単孔式ロボット支援手術を経験したため報告する。
症例は38歳、女性。便潜血陽性の精査で近医を受診され、下部内視鏡検査で上行結腸に全周性の3型腫瘍を認め、生検にて上行結腸癌の診断となった。精査にて明らかな遠隔転移を認めず、根治切除可能と判断した。術前の造影CTより作成した血管構築像では腫瘍の栄養血管は回結腸動脈と考えられ、右結腸動脈は欠損している所見であったため、単孔式ロボット支援腹腔鏡下回盲部切除術を行う方針とした。術前日に下部内視鏡下に腫瘍近傍の肛門側粘膜下に0.25%ICG溶解液を0.1ml注入した。術中所見では術前診断通り、回盲部よりやや口側の上行結腸に腫瘍近傍のICG蛍光を認めた。また回結腸動脈と中結腸動脈のいずれにも沿ったリンパ流の蛍光を認めた。そこで中結腸動脈根部のリンパ節郭清を伴う、右半結腸切除術に切り替えた。術後の病理結果では中結腸動脈領域のリンパ節転移陽性の結果であった。ICG蛍光法による術中リンパ流評価の有用性は明らかではないが、文献的考察を含め報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 27　結腸癌の治療戦略 2
座長：大塚 幸喜（藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学）

[O27-5] 体腔内吻合を用いた大腸癌手術における術後麻痺性イレウスのリスク因子の検討

*本庄 優衣[1]、虫明 寛行[2]、福田 桃子[2]、藤原 淑恵[2]、朱 美和[2]、内山 護[2]、有坂 早香[2]、土田 知史[2]、長谷川 誠司[2]、鈴木 紳祐[1]、吉川 貴己[3] (1. 藤沢湘南台病院外科、2. 済生会横浜市南部病院外科、3. 横浜市立大学外科治療学)

【背景】

鏡視下結腸切除術において，体腔内吻合は術後腸管蠕動の回復が早く，術後麻痺性イレウスが少ないと報告されている．

当科でも体腔内吻合を導入しており，術後合併症は麻痺性イレウスが最多であった．

【目的】

当科で施行した結腸癌に対する体腔内吻合を用いた根治切除術後の麻痺性イレウスのリスク因子を検証すること．

【対象と方法】

2020/1月から2025/12月までに当院で結腸癌に対して根治的に鏡視下結腸切除術および体腔内吻合を施行した229症例を対象とし，Clavien-Dindo分類Grade2以上の術後麻痺性イレウスのリスク因子を後方視的に検討した．

【結果】

患者背景因子は，年齢中央値 78歳，性別は男性/女性＝107/122例，BMI中央値 22.2 kg/m2，腫瘍占拠部位はV/C/A/T/D/S＝2/39/119/46/17/6であった．

術後合併症を41例（18%）に認め，麻痺性イレウスは17例（7%）であった．

術後麻痺性イレウスの有無で比較すると（麻痺性イレウスあり群（POI群） vs なし群（non-POI群），中央値），年齢は77 vs 76歳，性別は男性/女性＝107/105 vs 15/2例（p<0.01），BMIは23.0 vs 22.1 kg/m2，併存疾患は高血圧症が14（82%） vs 117（55%）例（p=0.04），呼吸器疾患が4（24%）vs 17（8%）例（P=0.047），腫瘍占拠部位はV/C/A/T/D/S＝0/4/6/6/0/1 vs 2/35/113/40/17/5例，腫瘍径は40 vs 45mm，術前深達度はcT1/2/3/4=0/4/8/5 vs 31/36/71/73例，cStageI/II/III/IV＝3/4/10/0 vs 61/35/99/17例であった．

手術因子は，腹腔鏡/ロボット＝17/0 vs 191/21例，吻合は小腸結腸/結腸結腸＝15/2 vs 173/38例，リンパ節郭清度はD0/1/2/3=1/0/0/16 vs 0/0/10/202例，手術時間が 289 vs 270分，出血量は32 vs 19 ml，吻合時間は25 vs 20分，気腹時間は247 vs 235分，術中in/out バランスは1895 vs 1650 ml（p=0.02）であった．多変量解析では，男性（p=0.03），併存疾患の高血圧（p=0.04），術中in/out バランス（p=0.02）が術後麻痺性イレウスの独立したリスク因子であった．

【結語】

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

結腸癌に対する鏡視下結腸切除術および体腔内吻合の術後麻痺性イレウスは，男性，併存疾患に高血症を有すること，術中in/out バランスが多いことが独立したリスク因子であった．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 27　結腸癌の治療戦略 2
座長：大塚 幸喜（藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学）

[O27-6] 局所進行大腸癌に対する術前化学療法の治療成績

*山本 陸[1]、長岡 綾[1]、濱村 宏平[1]、麻生 沙帆[1]、石塚 ジュスタン正也[1]、尾立 路輝[1]、村山 倫太郎[1]、岡本 侑大[1]、井田 善文[1]、長廻 優輝[1]、秋間 龍之介[1]、加藤 永記[1]、松本 陽介[1]、宮下 真美子[1]、櫻庭 駿介[1]、田中 顕一郎[1]、伊藤 智彰[1]、佐藤 浩一[1] (1. 順天堂大学医学部附属静岡病院外科)

【はじめに】
進行大腸癌に対する術前化学療法(NAC)はエビデンスが乏しく、その有効性は明らかではない。当科では、原発・転移リンパ節がbulkyな症例やリンパ節転移が高度な症例(N3)、あるいは複数の他臓器浸潤(T4b)を伴う大腸癌に対し、確実なR0切除のためNACを行うことが多い。そこで、局所進行大腸癌に対するNACの治療成績をretrospectiveに検討した。
【対象】
2020年1月から2025年10月に当科でNAC施行後に根治切除を行った大腸癌12例。
【結果】
年齢中央値は72歳(57-81)、男性11例、女性1例。術前減圧を要したものが10例あり、内訳は人工肛門8例、ステント2例であったが、大腸閉塞を来したのは5例であった。腫瘍の局在は、盲腸1例、S状結腸6例、RS/Ra/Rb：3/1/1例であった。NAC期間の中央値は5ヶ月であった。術前診断はcT3/T4b：1/11、cN1/2/3：7/4/1、cStageⅢc/Ⅳ：11/1であった。NACレジメンはFOLFOX 11例、IRIS 1例であり、血管新生阻害薬または分子標的薬が適宜追加されていた。手術アプローチは開腹/腹腔鏡：11/1、術式はTPE 6例、LAR 2例、APR 1例、S状結腸切除 1例、ICR 1例、結腸亜全摘 1例であり、全例R0切除が達成されていた。合併切除臓器数は、0/1/2臓器以上：1/1/10(83.3%)であった。手術時間475.5分、出血量676.5mlで、術後在院日数 31日(12-59)であった。病理学的因子は、type1/2/3/5：3/5/2/2、tub1/2：2/10、腫瘍径 66mm(1.9-100)、ypT2/3/4b：1/2/9、ypN0/1：9/3、ypStageⅠ/Ⅱc/Ⅲb/Ⅲc：1/8/1/2、Grade0/1/2/X：3/2/2/5であり、10例(83.3%)でdown stagingが得られていた。術後合併症はClavien-Dindo GradeⅡ/Ⅲ：4/6例に認めた。術後補助化学療法は10例(83.3%)に施行されており、施行期間中央値8コース(5-11)、レジメンはUFT/LV 4例、Capeベース 5例、FOLFOX 1例であった。観察期間中央値は877日(451-2006)、再発は1例(8.3%)のみに認めたが腹膜播種再発であり、2年以上のOSを得られている。
【考察】
高度進行大腸癌に対するNAC は忍容性が高く、腫瘍縮小が得られる可能性が高かった。これにより安全な切除が可能になり、高いR0切除率が得られた。今後症例を集積し適応基準やレジメンの種類・期間の検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 27　結腸癌の治療戦略 2
座長：大塚 幸喜（藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学）

[O27-7] 結腸癌における壁外血管侵襲(EMVI)の画像評価と病理組織学的評価，予後との関係

*富田 祐輔[1]、茂田 浩平[1]、大橋 弥貴子[1]、門野 政義[1]、池端 昭慶[1]、森田 覚[1]、岡林 剛史[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学外科学（一般・消化器))

【背景】局所進行直腸癌では，術前化学放射線療法が施行されており，その方針決定にMRIによる壁外血管侵襲(EMVI)の術前評価が重要視されている．一方，結腸癌における EMVIも術後再発における予後予測因子となることが報告されてきているが，結腸癌ではまだ画像評価基準が定まっていない．本研究では，結腸癌におけるEMVIの評価について，CT画像での評価(CT-EMVI)と病理組織学的評価(pEMVI)，予後との関係を検証することを目的とした．
【方法】2012年～2024年までの期間において，当科で手術を施行したpStage II, III結腸癌を対象とした．全例にCT Colonography(CTC)を施行し，CT画像所見で腫瘍から連続する等輝度の腸管壁外静脈拡張(2mm以上)をEMVI陽性(CT-EMVI(+))と定義した．Primary outcomeを無再発生存期間(RFS)とし，Kaplan Meier曲線とCox回帰分析を用いて統計学的解析を行った．
【結果】対象は481例であり，CT-EMVI(+)は162例(34%)，CT-EMVI(-)は319例(66%)観察期間の平均値は47.9±28.3か月であった．pStage IIが237例(49%)，ｐStage IIIが244例(51%)であった．観察期間中に再発は69例認めた．術後補助化学療法施行例は，215例（45%）であった．pEMVI陽性は，CT-EMVI陽性群で108例(67%)，CT-EMVI陰性群で39例(12%)であり，両群でCT-EMVI群にpEMVI陽性例が有意に多かった(p<0.001)．pEMVI陽性に対して，CT-EMVIは感度73.5%，特異度83.8%，陽性的中率66.7%であった．Kaplan Meier曲線を用いてRFSを比較したところ，CT-EMVI陽性群は陰性群に対して有意にRFSの短縮を認めた(p<0.0001)．Cox回帰分析を用いて単変量解析を行った結果，性別，術後補助化学療法の有無，cT4以上，pT4以上，pN陽性，CT-EMVI陽性が有意にRFSと関連することが認められた（CT-EMVI(+): Hazard ratio（HR） 1.83, 95%CI 1.21-2.78, p=0.004)．
【結語】pStageII,III結腸癌において，CT-EMVI(+)は有意にRFSを短縮させ，術前の予後予測に有用な可能性があることが示された．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 27　結腸癌の治療戦略 2
座長：大塚 幸喜（藤田医科大学先端ロボット内視鏡手術学）

[O27-8] 超高齢者に対する上腸間膜静脈腫瘍塞栓を伴う上行結腸癌の手術報告

*北條 大輔[1]、原 慧一郎[1]、中田 博[1]、中山 洋[1] (1. 国立病院機構東京病院消化器外科)

【背景】 大腸癌における門脈・上腸間膜静脈（SMV）内腫瘍塞栓は稀であり、血行性転移、特に肝転移との関連が強く予後不良とされる。近年、進行する高齢化社会の中、高齢者に対する手術の意義が再考されているが、根治性と共に生活の質(QOL)を維持する事が重要である。今回、SMV内腫瘍塞栓を伴う超高齢者の上行結腸癌に対し、腫瘍塞栓摘出を伴う結腸右半切除術を施行した1例を経験したため報告する。
【症例】 日常生活動作(ADL)良好で併存疾患のない89歳男性。高度貧血(Hb4.7g/dl)と腸管狭窄を伴う上行結腸癌と診断した。造影CTでは原発巣から回結腸静脈(ICV)を経由しSMV本幹内に至る連続した造影欠損を認め、腫瘍塞栓が疑われた。胃結腸静脈管(GCT)は温存されていたが、ICV分岐末梢側のSMV内にも腫瘍塞栓の進展を認めていたため、支配領域の回腸も合併切除することとした。手術は開腹下に結腸右半切除術を行った。SMVの処理はエコーで腫瘍塞栓の位置を確認した上で、SMVの中枢側と分岐する回腸枝・下膵十二指腸静脈をクランプして、血管内に残存する腫瘍塞栓を洗浄・摘出したうえで、ICVを含むSMVを切離した。合併症なく、術後13日目に自宅退院した。最終診断はT3N1bM0 stageⅢbだったが、高齢であることから術後補助化学療法は行わなかった。ADLが低下する事なく、自宅から独歩で通院していたが、術後1年で肺転移再発を認めた。
【考察】 血管内腫瘍塞栓を伴う大腸癌は再発高リスク群と考えられ、実際に本症例でも術後転移再発を認めた。既報では、腫瘍塞栓を含む根治切除を施行し、術後補助化学療法を行った場合の無再発症例や、腫瘍塞栓を残して大腸切除を行なった場合の残存腫瘍が進展し腹部症状が出現した症例が報告されている。本症例では、手術により大腸癌の随伴症状が緩解し、術後のQOLも維持できており、姑息的治療ではない外科手術が健康寿命の延長に寄与できたと考えられた。
【結語】 超高齢者に対して血管内腫瘍摘出術を伴う結腸右半切除術を安全に施行しえ、QOL維持と健康寿命の延長の観点からも意義のある治療選択肢であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月21日(土) 9:35 ~ 10:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 28　大腸癌の転移・再発治療３

座長：石塚 満（獨協医科大学下部消化管外科）

[O28-1] 大腸癌肝転移切除症例における化学療法の検討

*前川 展廣[1]、森川 充洋[1]、坂本 裕生[1]、松中 喬之[1]、田海 統之[1]、澤井 利次[1]、小練 研司[1]、廣野 靖夫[2]、五井 孝憲[1] (1. 福井大学　第一外科、2. 福井大学医学部附属病院　がん診療推進センター)

[O28-2] 大腸癌肝転移に対する肝切除例の治療成績

*島田 麻里[1]、野田 隆元[1]、長谷川 航大[1]、坂口 俊樹[1]、吉川 侑吾[1]、奥田 圭一郎[1]、郡司掛 勝也[1]、岩城 吉孝[1]、美並 輝也[1]、杉田 浩章[1]、金本 斐子[1]、奥田 俊之[1]、石川 暢己[1]、前田 一也[1]、宮永 太門[1]、二宮 致[1] (1. 福井県立病院外科)

[O28-3] StageII大腸癌における再発高リスク群の再評価

*古屋 一茂[1]、渡邊 英樹[1] (1. 山梨県立中央病院　消化器外科)

[O28-4] 大腸癌局所再発に対してR0切除行った症例の患者背景と治療成績-長崎県下多施設データベースを用いた検討-

*片山 宏己[1,2]、井上 悠介[1,2]、石井 光寿[1,2]、足立 利幸[1,2]、高村 祐磨[1,2]、山口 峻[1,2]、丸田 浩志[1,2]、富永 哲郎[4]、久永 真[5]、竹下 浩明[6]、黨 和夫[7]、福田 明子[8]、江口 晋[9]、松本 桂太郎[1]、野中 隆[1,2,3] (1. 長崎大学大学院　外科学講座腫瘍外科学分野、2. 長崎大学病院外科学講座　大腸・肛門外科、3. 長崎大学病院　低侵襲手術センター、4. JCHO諫早総合病院、5. 佐世保市総合医療センター、6. 長崎医療センター、7. 嬉野医療センター、8. 長崎原爆病院、9. 長崎大学大学院　外科学講座　移植・消化器外科分野)

[O28-5] 大腸癌肝転移の術後再発リスク因子と術前化学療法の及ぼす影響

*北川 隆洋[1]、諏訪 勝仁[1]、岡本 敦子[1]、佐々木 茂真[1]、松本 倫[1]、衛藤 謙[2] (1. 東京慈恵会医科大学西部医療センター、2. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

[O28-6] 直腸癌局所再発症例における術前化学放射線療法の意義について

*楠 誓子[1]、植村 守[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、関戸 悠紀[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部消化器外科)

[O28-7] 大腸癌同時性肝転移に対するR0同時切除後の再発時期と再発後予後の関連について

*前田 裕斗[1,2]、松井 信平[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、桐谷 翔[2]、小林 光助[2]、伊藤 寛倫[2]、小野 嘉大[2]、髙橋 祐[2]、秋吉 高志[1] (1. がん研有明病院大腸外科、2. がん研有明病院肝胆膵外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 9:35 ~ 10:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 28　大腸癌の転移・再発治療 3
座長：石塚 満（獨協医科大学下部消化管外科）

[O28-1] 大腸癌肝転移切除症例における化学療法の検討

*前川 展廣[1]、森川 充洋[1]、坂本 裕生[1]、松中 喬之[1]、田海 統之[1]、澤井 利次[1]、小練 研司[1]、廣野 靖夫[2]、五井 孝憲[1] (1. 福井大学　第一外科、2. 福井大学医学部附属病院　がん診療推進センター)

【目的】
大腸癌肝転移に対する治療戦略において、術前化学療法（NAC）は腫瘍縮小による切除率向上のみならず、微小転移の制御や生物学的悪性度の評価に基づく切除適応の選別に寄与するとされる。本研究では、当科で経験した肝切除症例の予後をレトロスペクティブに解析し、遠隔転移制御におけるNACの役割と戦略的意義を検討することを目的とする。

【対象と方法】
2016年から2025年までに当科で肝切除を施行した大腸癌肝転移症例のうち、解析可能な57例を対象とした。初回診断後に直接手術を施行した群（UPFRONT群、n=29）と、術前に化学療法を施行した群（ケモ群、n=28）の2群に分け、臨床背景、手術因子、および予後について比較検討した。

【結果】
全症例における術後5年生存率は48%であった。群別解析では、5年生存率はUPFRONT群で47%、ケモ群で50%であり、両群間に有意差を認めなかった。臨床的背景の比較では、ケモ群においてH3症例や最大腫瘍径5cm超といった高度進行症例を多く含む傾向にあったが、化学療法による適切な病勢制御の後に切除を完遂することで、比較的低リスクな症例群であるUPFRONT群と同等の長期予後が得られた。
また、ケモ群における詳細な検討では、化学療法中に病勢進行（PD）を認めず切除に到達できた症例において良好なPFS（無増悪生存期間）を維持する傾向が確認された。一方で、術前マーカーの正常化が得られなかった症例や、奏効が得られずSD以下であった症例では、術後早期の残肝再発率が高い傾向にあった。

【結語】
大腸癌肝転移に対し、術前化学療法は高度進行例に対してもUPFRONT切除群と遜色のない長期生存をもたらしており、遠隔転移制御における中核的な役割を果たしている。個々の症例の生物学的悪性度に応じた適切な化学療法の導入と、その奏効を見極めた最適なタイミングでの外科的介入の組み合わせこそが、集学的治療における肝転移制御の最適戦略であると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 9:35 ~ 10:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 28　大腸癌の転移・再発治療 3
座長：石塚 満（獨協医科大学下部消化管外科）

[O28-2] 大腸癌肝転移に対する肝切除例の治療成績

*島田 麻里[1]、野田 隆元[1]、長谷川 航大[1]、坂口 俊樹[1]、吉川 侑吾[1]、奥田 圭一郎[1]、郡司掛 勝也[1]、岩城 吉孝[1]、美並 輝也[1]、杉田 浩章[1]、金本 斐子[1]、奥田 俊之[1]、石川 暢己[1]、前田 一也[1]、宮永 太門[1]、二宮 致[1] (1. 福井県立病院外科)

【背景】大腸癌における肝転移は、最も高頻度に認められる転移形式であり、その治療戦略は患者の予後に大きな影響を及ぼすことが知られている。肝転移が切除可能である場合、肝切除は長期生存および治癒の可能性をもたらす根治的治療法であるが、肝転移巣切除後の再発率は45～79%と極めて高く早期再発を来す症例もしばしば経験し、転移巣切除のタイミングや周術期化学療法に関しては議論が絶えない。当院で肝転移巣切除を施行した症例を検討し治療戦略について考察する。
【対象と方法】2020年1月～2026年3月に大腸癌肝転移に対し手術加療を行った56例を対象とし後方視的に検討した。肝転移切除後6ヶ月未満の早期再発群における再発予測因子について検討した。
【結果】男性42例、女性14例。年齢73（42-85）歳、原発巣局在はC/A/T/D/S/Rs/Ra/Rb=4/7/5/9/15/7/2/6例、多発癌1例であった。肝転移診断は同時性24例、異時性32例、原発巣切除と同時切除を施行した症例は3例であった。2回以上の肝切除を施行した症例は10例であった。肝転移診断時の肝転移個数は1（1-13）個、最大径は20（7-150）mm、肝転移切除前に化学療法を施行した症例は12例、術後補助化学療法を施行した症例は19例であった。腹腔鏡もしくはロボット手術を施行した症例41例（61.2%）、術後合併症は全Gradeで11例、Grade3以上は5例で再手術や周術期死亡例はなかった。断端陰性率は85.1%、術後再発は70.1%で、初回再発臓器は肝/肺/腹膜/リンパ節/骨/脾＝30/16/8/4/3/2例（重複あり）、術後6ヶ月未満の早期再発は16例（23.9%）であった。早期再発に関連する因子は肝転移診断時のCEA値、肝転移巣のサイズ、手術時間、出血量、開腹手術、術後補助化学療法であった。
【考察】当院での大腸癌肝転移に対する手術は安全に施行されており、低侵襲手術の割合は増えている。腫瘍マーカー、肝転移巣のサイズは早期再発の予測因子となりうると考えられた。本検討では肝手術のアプローチ、手術時間、出血量の手術因子で有意差があり肝転移の数、サイズ、局在など総合的に判断して手術適応を検討する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 9:35 ~ 10:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 28　大腸癌の転移・再発治療 3
座長：石塚 満（獨協医科大学下部消化管外科）

[O28-3] StageII大腸癌における再発高リスク群の再評価

*古屋 一茂[1]、渡邊 英樹[1] (1. 山梨県立中央病院　消化器外科)

【背景】
StageⅡ大腸癌の再発高リスク因子として、ESMOガイドラインではT4症例、穿孔、郭清リンパ節12個未満が主要因子とされ、低分化腺癌、粘液癌、閉塞、脈管侵襲などが副次的因子として提示されている。NCCNガイドラインでもtumor buddingや断端陽性を含めた高リスク因子が提示されているが、どの因子に対して術後補助化学療法が有効であるかは明らかでない。
【目的】
当院におけるStageⅡ大腸癌の再発高リスク因子を再検討し、再発高リスク群の同定および術後補助化学療法の有効性を検討する。
【対象】
2005年～2023年に根治的切除を施行したStageⅡ大腸癌589例。重複癌、術前治療施行例、神経内分泌腫瘍は除外した。
【方法】
主要評価項目を無再発生存期間（RFS）とし、臨床病理学的因子および既報の再発高リスク因子について後方視的に検討した。リンパ管侵襲、静脈侵襲は中等度以上で分類した。Cox比例ハザードモデルを用いてRFSおよび全生存期間（OS）の独立予後因子を解析し、生存曲線はKaplan-Meier法を用いて評価した。
【結果】
再発は82例（13.9%）に認めた。RFSに関する多変量解析では、年齢、性別、pT4、穿孔、v1b以上の静脈侵襲、術前CA19-9高値が独立した再発リスク因子であった。
術後補助化学療法の有効性をサブグループ解析で検討したところ、v1b以上の静脈侵襲症例においてRFSの有意な改善を認めた（HR 0.41, 95%CI 0.21–0.80, p<0.01）。一方、CA19-9高値症例では術後補助化学療法による明らかな利益を認めなかった。
以上より、既報で高リスク因子として広く用いられるpT4、穿孔に、静脈侵襲v1b以上を加え、いずれかを有する症例を再発高リスク群と定義した。高リスク群は324例であり、5年RFSおよび5年OSはそれぞれ69.7%、81.9%で、低リスク群（85.6%、89.9%）と比較して有意に不良であった。
また高リスク群324例中61例に術後補助化学療法が施行され、5年RFSは補助療法施行群で有意に良好であった（79.1% vs 67.2%, p=0.037）。
【結語】
pT4、穿孔、v1b以上の静脈侵襲を有するStageⅡ大腸癌は再発高リスク群である可能性が示唆された。特にv1b以上の静脈侵襲症例では、術後補助化学療法を積極的に考慮すべき集団である可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 9:35 ~ 10:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 28　大腸癌の転移・再発治療 3
座長：石塚 満（獨協医科大学下部消化管外科）

[O28-4] 大腸癌局所再発に対してR0切除行った症例の患者背景と治療成績-長崎県下多施設データベースを用いた検討-

*片山 宏己[1,2]、井上 悠介[1,2]、石井 光寿[1,2]、足立 利幸[1,2]、高村 祐磨[1,2]、山口 峻[1,2]、丸田 浩志[1,2]、富永 哲郎[4]、久永 真[5]、竹下 浩明[6]、黨 和夫[7]、福田 明子[8]、江口 晋[9]、松本 桂太郎[1]、野中 隆[1,2,3] (1. 長崎大学大学院 外科学講座腫瘍外科学分野、2. 長崎大学病院外科学講座　大腸・肛門外科、3. 長崎大学病院　低侵襲手術センター、4. JCHO諫早総合病院、5. 佐世保市総合医療センター、6. 長崎医療センター、7. 嬉野医療センター、8. 長崎原爆病院、9. 長崎大学大学院　外科学講座　移植・消化器外科分野)

背景：
大腸癌局所再発（local recurrence: LR）に対する標準治療は、可能な限りの根治的切除であり、R0切除は予後改善に寄与すると報告されている。しかし、LRは再発部位や進展範囲、治療方針が多様であり、根治切除は複雑かつ高難度であるため、実際の切除率は13〜23%と低率である。そこで当院における局所再発に対する治療戦略および手術手技を供覧するとともに、長崎県下多施設における局所再発手術症例の患者背景と治療成績について検討した。
対象：
2016年4月から2025年3月までに長崎大学および関連4施設で施行された原発性結腸直腸癌手術症例4836例のうち、術後LRを認め、根治切除を施行した24例（0.5%）を対象に後方視的検討を行った。
結果：
局所再発24例の原発巣は、直腸癌12例（50.0%）、上行結腸癌9例（37.5%）、盲腸癌1例（4.2%）、下行結腸癌1例（4.2%）、S状結腸癌1例（4.2%）であった。初回手術時の病理学的所見では、T4症例を9例（37.5%）、リンパ節転移陽性を14例（58.3%）、リンパ管・血管浸潤陽性を17例（70.8%）に認めた。CRM陽性は2例（8.3%）であった。術後補助化学療法は11例（45.8%）に施行されていた。初回手術からLR診断までの期間中央値は24か月であり、再発術前治療は14例に施行され、その内訳は放射線治療8例、化学療法6例であった。再発に対する手術アプローチは、腹腔鏡手術17例（70.8%）、開腹手術5例（20.8%）、ロボット支援手術2例（8.3%）であった。多臓器合併切除は8例（33.3%）に施行されたが、全例でR0切除を達成した。再発切除後、9例（37.5%）に再再発を認め、その内訳は腹膜転移5例、肝転移1例、肺転移1例、副腎転移1例、臼蓋骨転移1例であった。再発切除後の5年無再発生存率（RFS）は39.4%、5年全生存率（OS）は52.2%であった。
結語：
大腸癌術後局所再発に対しては、R0切除により比較的良好な予後が期待できる。局所再発は初回手術後3年以内に発生することが多く、特に高リスク症例では慎重な術後経過観察が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 9:35 ~ 10:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 28　大腸癌の転移・再発治療 3
座長：石塚 満（獨協医科大学下部消化管外科）

[O28-5] 大腸癌肝転移の術後再発リスク因子と術前化学療法の及ぼす影響

*北川 隆洋[1]、諏訪 勝仁[1]、岡本 敦子[1]、佐々木 茂真[1]、松本 倫[1]、衛藤 謙[2] (1. 東京慈恵会医科大学西部医療センター、2. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

目的: 大腸癌肝転移に対する肝切除後の生存率・再発率におけるリスク因子を特定し, 術前化学療法(NAC)が予後に及ぼす影響を検討する.
方法: 2016年1月から2025年12月までに当科で大腸癌肝転移に対し外科的切除を施行した90例のうち, 初回手術症例を対象とし, 他臓器転移の同時切除例を除外した66例を解析対象とした. 臨床背景因子および病理学的因子について, 生存率・再発率への関与を検討した. 連続変数のカットオフ値はROC曲線より算出した. 生存時間解析はカプランマイヤー法を用い, 単変量解析でp<0.2であった因子をコックス比例ハザードモデルによる多変量解析に投入し, p<0.05を有意とした.
結果: 3年生存率はNACなし群69.7%, あり群70.1%であり, 有意差を認めなかった(p=0.6274). 生存期間に関する単変量解析では70歳以上, 肝転移3個以上, 最大径32mm以上, T4, 原発リンパ節転移4個以上, 他臓器転移あり, 術後化学療法ありが抽出されたが, 多変量解析では有意な独立リスク因子を認めなかった. 無再発生存期間（RFS）解析において, 術後1年および3年RFS率はNACなし群で51.8%および9.9%, あり群で35.6%および27.5%であり, 有意差を認めなかった(p=0.7332). 単変量解析でp<0.2となった因子のうち, 多変量解析にて肝転移3個以上(Hazard Ratio [HR]: 3.71, 95% Confidence Interval [CI]: 1.74–7.92, p=0.0007), 術後化学療法あり(HR: 2.22, CI: 1.02–4.86, p=0.0453)が独立した再発危険因子であった. これらの独立危険因子とNACの有無を多変量解析に投入すると, NACの有無のp値は単変量解析より低下した(HR: 0.59, CI: 0.29–1.19, p=0.1407). さらに, 肝転移3個以上とNACの有無で解析を行うと, NACの有無はさらにp値が低下し, 有意差に近い傾向を示した(HR: 0.53, CI: 0.27–1.06, p=0.0745).
結語: 単一施設による症例数の制限から統計学的有意差には至らなかったものの, 背景因子を調整した解析結果より, NACの効果は肝転移個数3個以上の高リスク症例において顕著になる傾向が示唆された.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 9:35 ~ 10:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 28　大腸癌の転移・再発治療 3
座長：石塚 満（獨協医科大学下部消化管外科）

[O28-6] 直腸癌局所再発症例における術前化学放射線療法の意義について

*楠 誓子[1]、植村 守[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、関戸 悠紀[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、江口 英利[1] (1. 大阪大学医学部消化器外科)

【背景】
我々はこれまでにも直腸癌局所再発(LRRC)に対する腹腔鏡/ロボット支援手術の安全性や有用性に関して報告してきた。今回LRRC症例における術前化学放射線療法(CRT)の治療成績について検討することを目的とした。

【目的と対象】
1998年から2025年に根治切除術を施行した全277例の直腸癌局所再発症例を対象とした。術前治療は180例に施行され、その内訳はCRT/RT/化学療法単独が139/6/35例であった。RT/化学療法単独を除いた手術単独群97例と術前CRT群139例の計236例の比較検討を行った。

【結果】
患者背景に関しては、腫瘍占拠部位は手術単独群vs術前CRT群でCentral(吻合部・残存直腸などの骨盤中央部)は45例(46.4%)vs36例(25.9%)(p=0.0014)と有意差を認めた。また、短期成績に関しては、開腹手術/腹腔鏡手術は57(58.8%)/40(41.2%)vs63(45.3%)/76(54.7%)(p=0.0477)、術後在院期間の中央値は33日(17.5-49日)vs40日(27-65日)(p=0.0087)と有意差を認めた。R0切除率に関しては、83例(85.6%)vs125例(89.9%)(p=0.3148)、Clavien-Dindo分類3a以上の合併症に関しては、30例(30.9%)vs52例(37.4%)(p=0.3327)と有意差を認めなかった。5年生存率に関しては43.6%vs55.9%(p=0.0418)、5年局所無再発生存率に関しては44.3%vs73.3%(p<.0001)と有意差を認めた。

【考察】
局所再発症例において術前CRTの施行は生存率、局所再々発率を改善し、有用な治療選択肢となりうる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 9:35 ~ 10:30 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 28　大腸癌の転移・再発治療 3
座長：石塚 満（獨協医科大学下部消化管外科）

[O28-7] 大腸癌同時性肝転移に対するR0同時切除後の再発時期と再発後予後の関連について

*前田 裕斗[1,2]、松井 信平[1]、佐藤 健太郎[1]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、桐谷 翔[2]、小林 光助[2]、伊藤 寛倫[2]、小野 嘉大[2]、髙橋 祐[2]、秋吉 高志[1] (1. がん研有明病院大腸外科、2. がん研有明病院肝胆膵外科)

背景: 大腸癌同時性肝転移に対するR0同時切除手術は根治を目指し得る一方で、再発症例に対しては再切除を含む集学的治療が行われている。近年、再発病変に対する再切除や局所治療の適応拡大により、再発後長期生存例も報告されている。再発時期が腫瘍biologyを反映する可能性が指摘されており、初回再発までの期間が再発後治療成績に与える影響については十分に検討されていない。
目的：大腸癌同時性肝転移に対するR0同時切除後の再発症例において、初回再発時期と再発後予後との関連を検討する。
対象と方法：2016年から2020年までに当院で大腸癌同時性肝転移に対してR0同時切除を施行した155症例のうち、再発を認めた97例を対象とした。初回再発までの期間により、R0切除後1年未満で再発した症例を早期再発群（E群）、1年以上で再発した症例を晩期再発群（L群）と定義した。患者背景、再発後治療、再再発およびpost-recurrence survival（PRS）を後方視的に比較検討した。
結果：対象は、年齢中央値64歳(54歳-70歳)、男性/女性=59/38例、原発巣の腫瘍局在は右側大腸（盲腸-横行結腸）/左側大腸（下行結腸-直腸）が21/76例であった。 E 群68例、 L 群29例で、術前治療症例は67例（ E 群50例、 L 17例、p=0.14）であった。術後治療症例は66例（ E 群41例、 L 25例、p=0.01）であり、有意にE群が少なかった。初回再発部位は残肝74例、肺33例、リンパ節8例、腹膜播種9例、その他10例であった（重複例を含む）。再発後、再度R0まで到達できたのは、60例（ E 群37例、 L 23例、p=0.02）であり、有意にE群が少なかった。E群ではPRSは有意に不良であった(p=0.02)。再発巣に対して手術を施行できた60症例においては、PRSに有意差を認めなかった（p=0.51）が、再再発までの期間はE群で有意に短かった(p=0.03)。
結論：大腸癌同時性肝転移R0切除後における初回再発時期は，再発後予後および再々再発までの期間を反映する指標である可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月21日(土) 10:35 ~ 11:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 29　直腸NETの治療成績

座長：髙橋 孝夫（岐阜・西濃医療センター　西濃厚生病院　外科）

[O29-1] 若年者直腸NET G2に対する外科治療戦略 ―初期診断の不確実性と長期予後を見据えた集学的介入―

*近藤 喜太[1]、金谷 信彦[1]、庄司 良平[1]、松三 雄騎[1] (1. 岡山大学学術研究院医療開発領域消化管外科)

[O29-2] 直腸神経内分泌腫瘍切除症例における病理組織学的特徴とリンパ節転移関連因子の検討

*四元 拓宏[1]、近藤 彰宏[1]、馮 東萍[1]、竹谷 洋[1]、松川 浩之[1]、西浦 文平[1]、安藤 恭久[1]、須藤 広誠[1]、岸野 貴賢[1]、大島 稔[1]、隈元 謙介[1]、岡野 圭一[1] (1. 香川大学医学部消化器外科)

[O29-3] 直腸NETにおけるリンパ節転移予測因子の検討

*舘川 裕一[1]、江本 成伸[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[1]、品川 貴秀[1]、岡田 聡[1]、白鳥 広志[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科)

[O29-4] 直腸NETにおける内視鏡切除後追加切除適応の再検討―リンパ節転移リスク因子とその組み合わせの意義―

*夏目 壮一郎[1]、牧野 七海[1]、川崎 一生[1]、吉岡 佑一郎[1]、大井 悠[1]、大野 吏輝[1]、長嵜 寿矢[1] (1. 埼玉県立がんセンター　消化器外科)

[O29-5] 直腸神経内分泌腫瘍NET G1/2におけるリンパ節転移陽性症例の検討

*大渕 佳祐[1]、市川 伸樹[1]、吉田 雅[1]、柴田 賢吾[1]、今泉 健[1]、佐野 修平[1] (1. 北海道大学　消化器外科I)

[O29-6] 当院における直腸NET外科切除例の治療成績

*安藤 秀一郎[1]、木下 敬史[1]、小森 康司[1]、大内 晶[1]、岸田 貴喜[1]、安岡 宏展[1]、伊藤 誠二[1]、三澤 一成[1]、伊藤 友一[1]、山口 淳平[1]、檜垣 栄治[1]、奥野 正隆[1]、細井 敬泰[1]、山田 裕宜[1]、稲田 亘佑[1]、安部 哲也[1] (1. 愛知県がんセンター　消化器外科部)

[O29-7] 直腸NETに対するTransanal approachを用いた手術戦略

*杉山 雅彦[1]、横溝 玲奈[1]、寺師 宗秀[1]、久保 佑樹[1]、岩永 彩子[1]、廣瀬 皓介[1]、南原 翔[1]、木村 和恵[1]、森田 勝[1] (1. NHO九州がんセンター消化管外科)

[O29-8] 直腸神経内分泌腫瘍(neuroendocrine tumor:NET)におけるリンパ節転移リスクの検討

*金光 聖哲[1]、古谷 晃伸[1]、若原 智之[1]、貞吉 正彦[1]、藤井 克成[1]、上田 健斗[1]、三宅 泰一郎[1]、粟津 正英[1]、椋棒 英世[1] (1. 淀川キリスト教病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 10:35 ~ 11:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 29　直腸NETの治療成績
座長：髙橋 孝夫（岐阜・西濃医療センター　西濃厚生病院　外科）

[O29-1] 若年者直腸NET G2に対する外科治療戦略 ―初期診断の不確実性と長期予後を見据えた集学的介入―

*近藤 喜太[1]、金谷 信彦[1]、庄司 良平[1]、松三 雄騎[1] (1. 岡山大学学術研究院医療開発領域消化管外科)

【目的】
直腸神経内分泌腫瘍（NET）は、小型病変であってもリンパ節転移を来し得る生物学的悪性度を有しており、治療戦略の立案に苦慮する症例が少なくない。特に若年症例においては、根治性の確保と術後QOLに直結する肛門機能維持の両立が極めて重要な課題となる。今回、TaTME（経肛門的全直腸間膜切除術）により機能温存を図り、再発時にも外科的介入を含む集学的加療を行った若年2症例を経験した。その経過から、本疾患における最適な治療戦略について検討する。
【症例】
症例1：18歳、男性。 下部直腸（Rb）に3cm大の隆起性病変を認め、術前生検ではNET G1であったが、cT2N1の診断にて腹腔鏡下TaTMEを施行した。最終病理診断はNET G2（Ki-67 3.3%）、pT2N1（3/12）であった。術後の肛門機能は良好に維持されたが、術後3年3ヶ月で多発肝転移を認め、ロボット支援下肝切除術を施行した。現在、術後経過観察中である。 症例2：30代、男性。 直腸RbのNET（9mm）に対するESD施行後、G2、pT1b、V(+)の診断にて追加切除目的に当科紹介となった。腹腔鏡下TaTMEを施行し、sN0で根治切除を得た。術後1年現在、無再発生存中であり、排便機能も術後1年で肛門痛が消失するなど順調に回復している。
【考察】
直腸NETにおいては、術前生検や腫瘍径のみではリンパ節転移リスクの正確な評価が困難な例が存在する。若年者において、TaTMEは骨盤深部での緻密な剥離による神経温存と確実な切除縁確保を可能にする有用な術式選択と考えられた。また、症例1が示すように、低グレードのG2であってもリンパ節転移陽性例では長期的な再発リスクが潜在しており、遠隔転移出現時にも外科的切除を組み込んだ一貫した集学的治療を継続することが、予後寄与において重要である。若年発症は、長期にわたる治療侵襲や再発リスクを考慮すべき重要な治療修飾因子であり、個々の病態に応じた柔軟かつ一貫性のある治療戦略が求められる。
【結語】
若年者直腸NET G2に対し、TaTMEは機能温存と根治性を両立する重要な選択肢である。予後の不確実性を念頭に置いた、長期的なサーベイランスに基づく集学的外科治療戦略の構築が不可欠である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 10:35 ~ 11:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 29　直腸NETの治療成績
座長：髙橋 孝夫（岐阜・西濃医療センター　西濃厚生病院　外科）

[O29-2] 直腸神経内分泌腫瘍切除症例における病理組織学的特徴とリンパ節転移関連因子の検討

*四元 拓宏[1]、近藤 彰宏[1]、馮 東萍[1]、竹谷 洋[1]、松川 浩之[1]、西浦 文平[1]、安藤 恭久[1]、須藤 広誠[1]、岸野 貴賢[1]、大島 稔[1]、隈元 謙介[1]、岡野 圭一[1] (1. 香川大学医学部消化器外科)

【背景】当院では直腸神経内分泌腫瘍(NET)に対し、10mm未満は内視鏡的切除、10mm以上は外科切除、内視鏡切除後の脈管侵襲陽性例では追加外科切除を基本方針としている。本研究では、当院における直腸NETの治療成績および病理組織学的特徴を後方視的に検討し、リンパ節転移に関連する因子を明らかにすることを目的とした。
【方法】2012年から2026年4月までに切除された直腸NET70例を対象とした。内視鏡切除単独群(E群)、内視鏡切除後追加外科切除群(A群)、外科切除群(S群)に分類し、病理組織学的因子について比較検討した。さらに手術施行群(A＋S群)を対象にリンパ節転移陽性例(N+群)と陰性例(N-群)に分け、リンパ節転移に関連する因子を検討した。
【結果】E/A/S群=44/18/8、組織型(G2)はE群:3(7%)、A群:5(28%)、S群:5(63%)。腫瘍径10mm以上はE群:5(11%)、A群:5(28%)、S群:3(38%)。脈管侵襲陽性はE群:16(36%)、A群:18(100%)、S群:6(75%)で、内訳(Ly/V)はE群:6/14、A群:13/15、S群:5/6。手術施行群(26例)のうちN+群:10(38%)/N-群:16(62%)。
リンパ節転移に関連する因子について検討を行ったところ、腫瘍径10mm以上、中心陥凹あり、組織型(G2)、静脈侵襲陽性では有意差を認めなかった一方、深達度(T2以深)はN+群:3(30%)/N-群:0(p=0.02)で有意差を認め、リンパ管侵襲陽性=N+群:9(90%)/N-群:9(56%)(p=0.07)で関連する傾向を認めた。なお、「深達度T2以深」かつ「リンパ管侵襲陽性」は3例であり、全例でリンパ節転移陽性であった。E群の観察期間(中央値)は19ヶ月、1例(G1,4mm,pT1a,Ly1,V1）で局所再発を認めた。手術施行群の観察期間(中央値)は27ヶ月、遠隔再発を3例(12%,いずれもS群)に認め、全て肝転移再発であった。
【考察】E群では脈管侵襲陽性であっても手術拒否等の理由で経過観察となっている症例を16例(36%)に認めていた。症例数は少ないものの、「深達度T2以深」および「リンパ管侵襲陽性」でリンパ節転移を有する可能性があり、追加切除を考慮すべき所見と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 10:35 ~ 11:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 29　直腸NETの治療成績
座長：髙橋 孝夫（岐阜・西濃医療センター　西濃厚生病院　外科）

[O29-3] 直腸NETにおけるリンパ節転移予測因子の検討

*舘川 裕一[1]、江本 成伸[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[1]、品川 貴秀[1]、岡田 聡[1]、白鳥 広志[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科)

【目的】直腸神経内分泌腫瘍（NET）に対する外科切除の適応は欧米と日本では異なっている。リンパ節転移の予測因子を検討し、適切な切除適応を明らかにすることを目的とした。
【方法】当科で2010年1月～2025年7月に直腸NETに対し外科切除術を施行した症例を対象に、リンパ節転移予測因子を後ろ向きに解析した。ROC解析により術前CTでの所属リンパ節最大長径 (LN径)のカットオフを決定した。LN径および病理学的因子（腫瘍径・深達度・リンパ管侵襲・静脈侵襲・切除断端・グレード）について単変量解析および多変量ロジスティック回帰分析を行い、リスクスコアを作成した。
【結果】対象は64例であった。平均年齢は55歳、男性が30例、女性が34例、LN径の中央値は3.9mm(0-27mm)であった。リンパ節転移陽性は22例（34%）であり、LN径の中央値は9.0mm(3.8-27mm)であった。リンパ節転移陰性は42例（66%）であり、LN径の中央値は2.0mm（0～7.9mm）であった。ROC解析において感度・特異度のバランスからLN径5mmを最適カットオフとした（感度0.68、特異度0.93、AUC 0.92）。単変量解析ではLN径5mm以上、腫瘍径10mm以上、固有筋層浸潤、静脈侵襲陽性が有意な予測因子であった（各p<0.05）。多変量解析ではLN径5mm以上（OR 50、p<0.001）と静脈侵襲陽性（OR 41、p<0.001）が独立した予測因子であった。この2因子を用いたリスクスコア（各1点）では、0点（18例）でリンパ節転移率0%、1点（31例）で26%、2点（15例）で93%であった (AUC 0.89)。リスクスコア0点（LN径5mm未満かつ静脈侵襲陰性）の18例中13例（72%）は他の病理学的リスク因子を有していたが、全例でリンパ節転移を認めなかった。
【結論】LN径5mm以上と静脈侵襲陽性は直腸NETのリンパ節転移に対する独立した予測因子であり、両因子が陰性であれば他の病理学的因子が陽性でも経過観察が許容されることが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 10:35 ~ 11:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 29　直腸NETの治療成績
座長：髙橋 孝夫（岐阜・西濃医療センター　西濃厚生病院　外科）

[O29-4] 直腸NETにおける内視鏡切除後追加切除適応の再検討―リンパ節転移リスク因子とその組み合わせの意義―

*夏目 壮一郎[1]、牧野 七海[1]、川崎 一生[1]、吉岡 佑一郎[1]、大井 悠[1]、大野 吏輝[1]、長嵜 寿矢[1] (1. 埼玉県立がんセンター　消化器外科)

【目的】
膵・消化管NEN診療ガイドラインにおいて, 直腸NETの内視鏡切除後追加切除を考慮する因子が明示されている. ただし, 各因子が一つでも陽性の全症例に追加手術が必須であるかについては更なる検証を要する. 当院の治療成績を基に治療戦略を再考した.
【対象と方法】
2014–2024年に当院で治療した大腸神経内分泌腫瘍74例のうち, 内分泌細胞癌14例と盲腸原発1例を除く直腸NET59例を対象とした. リンパ節転移リスク因子および長期予後を後方視的に検討した. リスク因子はグレード, 腫瘍径>10mm, MP浸潤, 中心陥凹, リンパ管侵襲, 静脈侵襲, 垂直断端(VM)陽性とした. 内視鏡切除後経過観察例ではCTでリンパ節再発の有無を評価した.
【結果】
年齢中央値59歳, 男/女=34/25, Ra/Rb=7/52, G1/G2=47/12, 腫瘍径中央値6mm, 壁深達度T1a/1b/2/3＝8/33/3/2, 中心陥凹5例(8.5%), リンパ管侵襲9例(15.3%), 静脈侵襲16例(27.1%), VM陽性5例, 遠隔転移7例. 治療は経過観察24例, 局所切除1例, 追加TME19例, 初回TME7例であった. 遠隔転移例を除いた52例中, リンパ節転移は10例（19.2%）に認めた. 単変量解析で腫瘍径>10mm(p=0.01), MP浸潤(p=0.004), リンパ管侵襲(p=0.002), VM陽性(p=0.002)が有意なリスク因子で, 中心陥凹は頻度が多い傾向を認めた(p=0.08). 多変量解析では腫瘍径>10mm(p=0.037)とリンパ管侵襲(p=0.031)が独立したリスク因子として抽出された. 独立したリスク因子数別の転移率は0個:5.3%,1個:50%,2個:100%であった. G1かつ腫瘍径10mm未満, pT1症例においてもリンパ管侵襲陽性例では5例中2例（40%）にリンパ節転移を認めた. また, 検討項目とした6つのリスク因子数別の転移率は, 0個:0%, 1個: 11.8%, 2個: 42.9%, 3個:80%, 4個:100%であった. 再発例は4例, 転移臓器は肝/肺/リンパ節=3/0/2, 単変量解析でRFSにてグレード(p<0.0001), MP浸潤(p=0.034)で有意差を認めた.
【結語】
腫瘍径>10mmおよびリンパ管侵襲は直腸NETにおける独立したリンパ節転移リスク因子であった. リンパ管侵襲陽性例では転移リスクを認め, 少なくとも当因子陽性例での追加手術の回避については慎重な判断を要する. リスク因子の組み合わせに基づく個別化が重要であり, 今後さらなる症例の蓄積による検証が必要である.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 10:35 ~ 11:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 29　直腸NETの治療成績
座長：髙橋 孝夫（岐阜・西濃医療センター　西濃厚生病院　外科）

[O29-5] 直腸神経内分泌腫瘍NET G1/2におけるリンパ節転移陽性症例の検討

*大渕 佳祐[1]、市川 伸樹[1]、吉田 雅[1]、柴田 賢吾[1]、今泉 健[1]、佐野 修平[1] (1. 北海道大学　消化器外科I)

【背景】神経内分泌腫瘍（neuroendocrine tumor；NET）は比較的まれな疾患であるが、直腸NETでは腫瘍径が小さい症例や粘膜下層浸潤にとどまる症例であってもリンパ節転移を来すことがある。そのため局所切除後に追加の系統的直腸切除を行うべきかの判断は難しい。
【目的】本研究では、当科における直腸NET切除症例を対象に、リンパ節転移に関連する因子を後方視的に検討した。
【対象と方法】
2007年から2025年までに当科で直腸切除を施行したNET 15例を対象とした。虫垂NETや、神経内分泌癌(neuroendocrine carcinoma；NEC)、局所切除後再発症例は解析から除外した。患者背景、腫瘍径、深達度、組織学的grade、内視鏡所見、内視鏡的切除先行例における脈管侵襲および切除断端所見とリンパ節転移の関連を検討した。
【結果】
リンパ節転移は全15例中6例（40%）に認めた。深達度別ではT1a/T1b/T2がそれぞれ5/7/3例であり、リンパ節転移率は20/42/66%で、深達度が進むにつれて転移率が高い傾向を認めた。腫瘍径別では1cm未満/1cm以上1.5cm未満/1.5cm以上がそれぞれ6/5/4例であり、転移率は33/40/50%であった。組織学的grade別ではG1/G2が10/5例で、転移率は30/60%であった。内視鏡所見では、腫瘍部に中央陥凹または表面不整を認めた4例全例にリンパ節転移を認めた。内視鏡的切除が先行された10例において、ly浸潤陽性例およびv浸潤陽性例はいずれも5例中1例（20%）にリンパ節転移を認めた。またVM1症例では2例中1例（50%）にリンパ節転移を認めた。
【結論】直腸NETにおけるリンパ節転移は、深達度、腫瘍径、組織学的gradeと関連する傾向を示した。さらに、中央陥凹や表面不整を伴う症例ではリンパ節転移を高率に認め、追加切除適応を検討するうえで注意すべき内視鏡所見と考えられた。ただし、本研究は少数例の後方視的検討であり、今後さらなる症例集積による検証が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 10:35 ~ 11:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 29　直腸NETの治療成績
座長：髙橋 孝夫（岐阜・西濃医療センター　西濃厚生病院　外科）

[O29-6] 当院における直腸NET外科切除例の治療成績

*安藤 秀一郎[1]、木下 敬史[1]、小森 康司[1]、大内 晶[1]、岸田 貴喜[1]、安岡 宏展[1]、伊藤 誠二[1]、三澤 一成[1]、伊藤 友一[1]、山口 淳平[1]、檜垣 栄治[1]、奥野 正隆[1]、細井 敬泰[1]、山田 裕宜[1]、稲田 亘佑[1]、安部 哲也[1] (1. 愛知県がんセンター　消化器外科部)

【背景】直腸神経内分泌腫瘍（NET）は比較的まれではあるが、近年、内視鏡技術の進歩や普及により増加傾向にある。膵・消化管NET診療ガイドラインでは腫瘍径10mm超、固有筋層浸潤、脈管侵襲を認める場合は直腸切除＋リンパ節郭清が推奨されている。直腸NETの多くは下部直腸に存在し、治療選択は臓器機能温存の観点からも重要である。
【目的】当院における直腸NET外科切除症例の腫瘍因子と治療成績を解析する。
【対象と方法】2007〜2025年に当院でリンパ節郭清を伴う外科切除を施行した直腸NET 37例を対象とし、臨床病理学的因子と治療経過を後方視的に検討した。
【結果】男性21例、女性16例、年齢中央値60歳。部位はRa 6例、Rb 31例。腫瘍径中央値9mm、p深達度はSM 28例、MP 7例、A2例。NET G2は11例で、肛門温存率は97.3%（36/37例）であった。リンパ節転移は全体の18例（48.6%）に認め、腫瘍径別のリンパ節転移率は＜5mm：0%、5〜10mm：18.9%、≥10mm：29.7%であった。脈管侵襲陽性例におけるリンパ節転移率は60.0%であり、腫瘍径10mm未満かつSM浸潤例においては40.0%に転移を認めた。脈管侵襲陰性例でも10mm以上では25.0%に転移を認めた。リンパ節転移部位は多くが腸管傍リンパ節に限局し、側方リンパ節転移は3例にとどまった。Stage I/II/III/IVは19/0/11/8例、curA/B/Cは30/0/7例で、再発は5例（全例G2）に認め、主に肝転移の形式であった。
【結論】直腸NETは腫瘍径や脈管侵襲によりリンパ節転移リスクが高く、ガイドラインに準じた切除・郭清が妥当である。多くの症例で肛門温存は可能であり、適切な外科治療により良好な治療成績が得られた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 10:35 ~ 11:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 29　直腸NETの治療成績
座長：髙橋 孝夫（岐阜・西濃医療センター　西濃厚生病院　外科）

[O29-7] 直腸NETに対するTransanal approachを用いた手術戦略

*杉山 雅彦[1]、横溝 玲奈[1]、寺師 宗秀[1]、久保 佑樹[1]、岩永 彩子[1]、廣瀬 皓介[1]、南原 翔[1]、木村 和恵[1]、森田 勝[1]
(1. NHO九州がんセンター消化管外科)

【はじめに】直腸NETは下部直腸に好発することが多く、外科切除に際して根治性と肛門温存の両立に苦慮することが少なくない。単孔式腹腔鏡手術用デバイスを応用したTrans anal approachとして経肛門的低侵襲手術（TAMIS）や、経肛門的に全直腸間膜切除を行うTaTMEは肛門からの良好な視野と遠位側マージンの確保によって、直腸NET特有の課題を克服しうる手技である。当院では2015年より主として腫瘍が肛門縁より4〜7㎝に位置する腫瘍に対し、ISR施行時に腹腔アプローチにTaTMEを併用し、直腸NETに対しても同様の方針で手技を施行している。TAMISは原則として局所切除が許容される10mm未満のNET G1症例に対する全層局所切除として適応している。
【目的】直腸NETに対する根治術について腫瘍の状況、アプローチ、術式、病理診断に関して後方視的に検討した。
【結果】2019年から2026年までに施行した直腸NET切除術は15例であった。平均年齢は56.2歳（42–73歳）で、男性7例、女性8例であった。NET G1が10例、G2が5例であり、腫瘍最大径中央値は9 mm（4–15 mm）であった。11例は内視鏡治療後の追加切除適応症例であり、そのうち10例は少なくとも脈管侵襲陽性で、1例は分割切除により断端評価不能であった。
術式はISR 7例、TAMIS 3例、LAR 4例、APR 1例であった。肛門縁から腫瘍（またはESD瘢痕）までの距離中央値（cm）は、APR 1.0、ISR 4.5、LAR 8.2、TAMIS 4.0であった。手術時間中央値（分）はAPR 273、ISR 242、LAR 254、TAMIS 61であり、出血量中央値（mL）はAPR 50、ISR 20、LAR 17.5、TAMIS 0であった。
術後合併症として、ISR後にGrade 2神経因性膀胱を1例、LAR後にGrade 2 SSIを1例認めた。病理学的断端は全例陰性であった。TAMISを除くリンパ節郭清施行12例中、リンパ節転移陽性は2例であった。TAMIS施行例のうち1例は、NET G2、腫瘍径9 mm、脈管侵襲陰性であり、患者本人と相談のうえeverolimusを投与中である。TAMIS施行例1例が術後3年で他病死（循環器疾患）した以外は、全例無再発生存中である。
【考察】直腸NETに対するTransanal approachを用いた手術は、肛門温存を図りつつ、高い手術精度と良好な短期成績を両立し得る有用な術式であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 10:35 ~ 11:35 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 29　直腸NETの治療成績
座長：髙橋 孝夫（岐阜・西濃医療センター　西濃厚生病院　外科）

[O29-8] 直腸神経内分泌腫瘍(neuroendocrine tumor:NET)におけるリンパ節転移リスクの検討

*金光 聖哲[1]、古谷 晃伸[1]、若原 智之[1]、貞吉 正彦[1]、藤井 克成[1]、上田 健斗[1]、三宅 泰一郎[1]、粟津 正英[1]、椋棒 英世[1] (1. 淀川キリスト教病院外科)

【背景】膵・消化管神経内分泌腫瘍(NEN)診療ガイドライン(2019)では、腫瘍径1cm以上のNETに対してはリンパ節郭清を伴う外科切除術が推奨されている。また内視鏡切除例で脈管侵襲、多数の核分裂像、Ki67指数高値などを認める場合は追加切除の検討を行うと記載されている。
【目的】直腸NETにおけるリンパ節転移のリスク因子を明らかとすること
【方法】直腸NET加療例の臨床病理学的因子、治療法、リンパ節転移の有無、予後について解析する
【対象】2008年4月から2026年3月までの期間に当院で治療した直腸NET85例
【結果】
腫瘍の局在は、RS7例、Ra15例、Rb63例であった。
初回外科切除例が7例、内視鏡切除後のリンパ節郭清を伴う追加切除例が6例、内視鏡的根治切除例（局所追加切除例を含む）が61例、内視鏡切除後追加切除が検討される因子を有するが経過観察の例が11例であった。リンパ節郭清を伴う外科切除術が施行された13例中、8例（62%）でリンパ節転移を認めた。リンパ節転移例は全例腫瘍径が1cm以上であり、かつ脈管浸潤、Ki67指数高値などのハイリスク因子を1つ以上有していた。リンパ節転移例8例中2例(25%)で遠隔転移再発（膵再発、側方リンパ節再発）を生じ、転移切除が行なわれた。1例は原腫瘍死、1例は担腫瘍生存中である。内視鏡的根治切除例61例、経過観察例11例中で再発例は認めなかった。経過観察例のうち、腫瘍径が1cm以上でかつハイリスク因子を有する例が2例であった。最終的な腫瘍因子とリンパ節転移率を検討すると、腫瘍径1cm以上では14例中8例（57%）、腫瘍径1cm以上かつハイリスク因子ありでは10例中8例（80%）であった。腫瘍径1cm未満では、ハイリスク因子を有する10例を含め、リンパ節転移は71例中0例（0%）であった。
【まとめ】直腸NETにおいては腫瘍径がリンパ節転移の最も大きなリスク因子と考えられた。腫瘍径1cm以上の例では確実な郭清を伴った切除術を要する。一方直腸NETは下部直腸例が多数であり、手術による肛門機能障害や神経障害も懸念される。腫瘍径1cm未満の例では、ハイリスク因子を有していても経過観察とすることも選択肢となりうるが、十分なインフォームドコンセントと厳重な経過観察を要する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 30　直腸脱・骨盤臓器脱 2

座長：日高 仁（ひだか医院）

[O30-1] 直腸脱手術術式選択の妥当性を治療成績から考える

*磯部 秀樹[1]、中野 亮[1]、浦山 雅弘[1]、藤本 博人[1]、太田 圭治[1]、川口 清[1] (1. 済生会山形済生病院外科)

[O30-2] 直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術±Thiersch法の短期成績に関する検討

*三浦 智也[1]、辻仲 眞康[1]、北村 洋[1]、初沢 悠人[1]、近藤 裕哉[1] (1. 東北医科薬科大学消化器外科)

[O30-3] 直腸脱に対する術式選択の工夫と治療成績

*井出 義人[1]、知念 良直[1]、宮崎 葉月[1]、日向 聖[1]、宮垣 博道[1] (1. 国家公務員共済組合連合会　大手前病院)

[O30-4] 直腸脱に対する右側腹膜切開のみを用いた腹腔鏡下suture rectopexyの治療成績

*大迫 えれな[1]、上神 慎之介[1]、土井 寛文[1]、久原 佑太[1]、新原 健介[1]、大毛 宏喜[1]、髙橋 信也[1] (1. 広島大学病院外科学)

[O30-5] 当院における直腸脱手術の治療成績

*金子 高明[1]、竹内 男[1]、三浦 世樹[1]、神谷 潤一郎[1]、山田 千寿[1]、鈴木 崇之[1]、森中 孝至[1]、坂田 治人[1]、小杉 光世[1]、尾形 章[1] (1. 松戸市立総合医療センター　外科)

[O30-6] 当院におけるDelorme手術の工夫と治療成績

*谷口 正展[1]、仁科 勇佑[1]、塩見 尚礼[1] (1. 長浜赤十字病院外科)

[O30-7] 当科における直腸脱診療の変遷とAltemeier法の治療成績について

*三ノ宮 寛人[1]、新田 拳助[1]、古賀 敦大[1]、秋山 泰樹[1]、山内 潤身[1]、永田 淳[1]、川北 康貴[2]、矢吹 慶[2]、秋山 正樹[2]、平田 敬治[1,2] (1. 産業医科大学第1外科、2. 産業医科大学若松病院消化器・一般外科)

[O30-8] 当院のSture Rectopexyによる腹腔鏡下直腸吊り上げ固定術の治療成績

*西川 元[1]、出川 佳奈子[1]、小澤 寛太郎[1]、酒江 礼菜[1]、井田 智之[1]、井上 広海[1]、庭野 公聖[1]、堀 佑太郎[1]、喜多 亮介[1]、横山 大受[1]、中西 保貴[1]、水野 礼[1]、中村 公治郎[1]、畑 啓昭[1] (1. 独立行政法人国立病院機構京都医療センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 30　直腸脱・骨盤臓器脱 2

座長：日高 仁（ひだか医院）

[O30-1] 直腸脱手術術式選択の妥当性を治療成績から考える

*磯部 秀樹[1]、中野 亮[1]、浦山 雅弘[1]、藤本 博人[1]、太田 圭治[1]、川口 清[1] (1. 済生会山形済生病院外科)

【背景】直腸脱に対する手術術式に関し、経腹手術では腹腔鏡下直腸固定術が保険収載され、経会陰手術ではDelorme法やAltemeier法の診療報酬点数改訂があった。当院でも2014年から腹腔鏡下直腸固定術、2016年からDelorme法を取り入れている。【目的】前述の術式施行後の手術成績を明らかにし、後方視的に手術術式選択の妥当性を再検討する。【対象と方法】2016年1月から2025年12月までの間に直腸脱手術を行った62例（女性52例、男性10例）を対象とし、術式別に患者背景、術中・術後成績を比較検討した。【結果】経腹手術は32例(52%)、経会陰手術は30例(48%)であった。経腹手術の術式は、腹腔鏡下直腸固定術(Wells変法)12例、腹腔鏡下直腸前方固定術(LVR)11例、腹腔鏡下直腸縫合固定術(LSR)6例、腹腔鏡下直腸固定術(Wells変法)＋Thiersch法、腹腔鏡下直腸前方固定術(LVR)＋腹腔鏡下仙骨膣固定術(LSC)、開腹直腸縫合固定術各々1例であった。経会陰手術の術式は、Delorme法23例、Gant-Miwa Thiersch法(GMT)5例、Gant-Miwa法、Thiersch法各々1例であった。術式別に中央値を比較すると、年齢：腹腔鏡下直腸固定術(Wells変法)78.5歳、LVR80歳、LSR46歳、Delorme法74歳、GMT88歳、手術時間：腹腔鏡下直腸固定術(Wells変法)172.5分、LVR176分、LSR155分、Delorme法98分、GMT46分、出血量：腹腔鏡下直腸固定術(Wells変法)5ml、LVR5ml、LSR10ml、Delorme法63ml、GMT10ml、術後在院期間：腹腔鏡下直腸固定術(Wells変法)9日、LVR7日、LSR6日、Delorme法5日、GMT4日であった。再発は腹腔鏡下直腸固定術(Wells変法)2例(16%)、LVR再発なし、LSR1例(16%)、Delorme法11例(47%)、GMT2例(40%)であった。Delorme法で再発を来たした11例中5例に、LVRを施行したがいずれも再発を認めていない。【考察】現在当院では直腸脱診療ガイドラインの術式決定のフローチャートに準じているが、以前高齢者で合併症を有する症例は経会陰手術に回避してしまうことがあった。Delorme法施行後再発を来たし、その後に全身麻酔でLVRを行った症例は、当初の術式選択が甘かったと言える。【結語】全身麻酔が可能な高齢者を的確に選択し腹腔鏡下手術を行うことが重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 30　直腸脱・骨盤臓器脱 2
座長：日高 仁（ひだか医院）

[O30-2] 直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術±Thiersch法の短期成績に関する検討

*三浦 智也[1]、辻仲 眞康[1]、北村 洋[1]、初沢 悠人[1]、近藤 裕哉[1] (1. 東北医科薬科大学消化器外科)

【緒言】直腸脱は高齢女性に多く、外科治療として経肛門および経腹手術がある。再発率や手術侵襲を考慮し、当院では腹腔鏡下直腸固定術±Thiersch法を第一選択としている。今回、同術式の短期成績について後方視的に検討した。
【対象】2021年4月～2026年3月までに8例に対して実施した。女性が7例で年齢中央値82歳(57-90歳)、男性が１例で37歳であった。腸管脱出の中央値は6cm(3-10cm)であった。
【結果】全例腹腔鏡下で手術を完遂した。１例を除き、直腸を挙筋上腔まで授動し、側方靱帯を切離した。直腸固定は、2例にメッシュを用い、仙骨前面にコンポジットメッシュをタッキングした後に直腸とメッシュを縫合固定した。他６例は、直腸前壁右側を岬角に3カ所縫合固定した。直腸固定後に、癒着防止目的で骨盤腹膜と直腸間膜を縫合閉鎖し、さらに癒着防止材を貼付した。脱出長が10cmの1例および肛門括約筋の弛緩が明らかな3例にThiersch法を追加した。手術時間は中央値179分(120-217分)で、出血はいずれも少量であった。術後合併症として、神経因性膀胱を１例に認めた。側方靱帯を温存かつメッシュを用いた１例に再発を認め、経肛門手術としてDelorme法を行ったが、術後4cm長の再脱出を来し経過観察中である。Thiersch法を用いた症例には再発は認めなかった。再発のない3例で術後にCT検査が行われたが、直腸縫合固定例に直腸壁の「ひきつれ像」を認めた一方で、メッシュ固定例では同所見を認めなかった。
【考察】再発の原因として、側方靱帯温存による授動不十分、あるいはメッシュと直腸縫合固定の強度が関与した可能性が考えられた。脱出長が長い症例や肛門括約筋の弛緩が明らかな症例に対するThiersch法の併用は有効な可能性が示唆された。また、岬角への直接縫合固定は直腸壁の「ひきつれ」を伴う変形を来す可能性があり、内視鏡検査等への影響を考慮する必要がある。
【結語】
当院における腹腔鏡下直腸固定術±Thiersch法は安全に施行可能であった。再発予防の観点から、メッシュ使用の有無や側方靱帯切離の必要性について、今後も検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 30　直腸脱・骨盤臓器脱 2

座長：日高 仁（ひだか医院）

[O30-3] 直腸脱に対する術式選択の工夫と治療成績

*井出 義人[1]、知念 良直[1]、宮崎 葉月[1]、日向 聖[1]、宮垣 博道[1] (1. 国家公務員共済組合連合会　大手前病院)

【背景】直腸脱は高齢者に多くみられ、QOLを著しく損なう疾患である。手術による治療が標準であるが、高齢者では低侵襲かつ安全な術式が求められる。当院では、脱出長5cm以上で全身麻酔が可能な症例に対し、メッシュを使用しないLaparoscopic suture rectopexy（LSR）を第一選択としている。また、脱出が軽度の症例、経腹手術の再発例などは経肛門手術としてDelorme法を選択している。【方法】2025年4月から2026年4月までに当院で施行した直腸脱手術9例を後方視的に検討した。【結果】9例中男性2例、女性7例で、年齢中央値は85歳（78–95歳）であった。PSは0/1/2が1/5/4例、全例に何らかの併存疾患を認めた。初発が8例、経腹手術の再発が1例であった。脱出長の中央値は5 cm（5.0–10.0 cm）であった。術式は初発の8例にLSRを、再発例にDelorme手術を施行した。LSRは5portで行い、TMEの層で背側は肛門挙筋まで剥離授動する。両側の骨盤神経直腸枝はできる限り温存し、授動が足りない場合は左右に差をつけるようにしている。岬角付近の前縦靱帯と直腸漿膜筋層をモノフィラメント非吸収糸で2か所固定している。Delormeは脱出長の2倍以上粘膜を剥離するように心がけている。それぞれの手術の工夫をビデオにて供覧する。手術時間の中央値は150分（133–183分）、出血量は全例少量であった。合併症は認めず、術後入院期間の中央値は6日（4–8日）であった。観察期間の中央値は210日（14-283）であり、全例で再発を認めなかった。【結論】直腸脱に対するLaparoscopic suture rectopexy は、高齢者にも安全に施行可能であり、再発率が低く、非常に有用な術式の一つであると考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 30　直腸脱・骨盤臓器脱 2
座長：日高 仁（ひだか医院）

[O30-4] 直腸脱に対する右側腹膜切開のみを用いた腹腔鏡下suture rectopexyの治療成績

*大迫 えれな[1]、上神 慎之介[1]、土井 寛文[1]、久原 佑太[1]、新原 健介[1]、大毛 宏喜[1]、髙橋 信也[1] (1. 広島大学病院外科学)

【目的】
完全直腸脱に対する腹腔鏡下直腸吊り上げ固定術（Suture rectopexy）において，直腸左側腹膜を切開せず，右側腹膜切開のみで直腸を授動する術式の治療成績と課題を検証する．

【対象と方法】
2019年4月から2026年4月までに本術式を施行した完全直腸脱25例を対象とし，患者背景，手術時間，出血量，周術期合併症および術後成績を後方視的に検討した．

【術式】
5ポートで手術を開始する．岬角近傍から直腸右側の腹膜を切開し，下腹神経を温存しながらTMEの層に入り，背側から右側の剥離を骨盤側に進め，挙筋上腔まで到達する．右側の腹膜切開は腹膜翻転部まで行ったのち、翻転部左側まで前方の腹膜を切開して剥離を進め，前後から側方の剥離を行い挙筋上腔に到達し亜全周性に直腸を授動する．直腸の左側腹膜は切開せず，骨盤内臓神経を確実に温存する．直腸を直線化し，直腸間膜右側と岬角レベルの仙骨骨膜を非吸収糸で2針縫合固定する．腹膜は連続縫合閉鎖し，翻転部を再形成する．なお子宮脱，膣脱，膀胱瘤を合併した症例については，婦人科あるいは泌尿器科と同時に仙骨膣固定術を行っている．

【結果】
年齢中央値は79歳，性別は女性が22例と多く，膀胱瘤合併の１例のみロボット支援下手術が施行されていたが，残りの24例では腹腔鏡下手術が施行されていた．5例は直腸脱に対する手術歴があり，10例で他の骨盤臓器脱を合併していた．手術時間中央値は247.5分，出血量中央値は12.5mLであり，術中偶発症や開腹移行例は認めなかった．術後合併症はClavien-Dindo Grade1の便秘を4例，Grade2の腸炎を１例認めた．縫合糸関連合併症は認めず，術後在院日数中央値は9日であった．術後観察期間中央値34カ月において，再発を3例（12%）に認めた．全例に対しAltemeier法での再手術を施行したが，さらに１例で再々発を認めたため，メッシュを用いた腹腔鏡下ventral rectopexyを施行し，術後3ヶ月だが再発は認めていない．

【結論】
直腸左側の神経温存と根治性のバランスを考慮した本術式は，安全かつ良好な周術期成績を示した．一方で中長期的には再発症例も認められ，再発形式の検証および固定方法の改良による再発率低下が今後の課題である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 30　直腸脱・骨盤臓器脱 2

座長：日高 仁（ひだか医院）

[O30-5] 当院における直腸脱手術の治療成績

*金子 高明[1]、竹内 男[1]、三浦 世樹[1]、神谷 潤一郎[1]、山田 千寿[1]、鈴木 崇之[1]、森中 孝至[1]、坂田 治人[1]、小杉 光世[1]、尾形 章[1] (1. 松戸市立総合医療センター　外科)

【はじめに】直腸脱に対する当院の治療法は経肛門手術としてDelorme法±Thiersch法（DEL、DEL+T）を、経腹的手術ではメッシュを用いない腹腔鏡下直腸固定術(LSR: Laparoscopic suture rectopexy)を行っている。専門病院ではなく総合病院としての当院での各術式の手術成績を検討し考察した。【対象と方法】2016年4月より2026年3月の10年間に行った新規直腸脱手術症例39例を対象とした。経肛門的、経腹的手術のそれぞれの成績について検討を行った。経肛門的手術、経腹的手術の適応基準は設定してないが、全身麻酔が不可能な症例やADL低下症例は経肛門的手術を選択されていた。経肛門的手術は、Delorme法のみ（DEL）9例とDelorme法にThiersch法(Leeds-Keio補強用メッシュ)を加えた(DEL+T)18例、LSRは12例で、経腹的手術は直腸授動を肛門管上縁まで剥離してメッシュを用いず仙骨前面と直腸漿膜筋層を非吸収糸にて直接縫合固定する。子宮脱を合併した同時手術の場合はDEL群、DEL+T群、LSR群共に経膣的な膣閉鎖術を先に行っている。【結果】年齢の中央値はDEL群、DEL+T群、LSR群で87歳(72-89)、82歳(43-99)、82.5歳(36-96)、手術時間は86分(55-121)、109.5分(79-188)、164分(87-295)、出血量の中央値は6g(0-96)、11.5g(0-156)、0g(0-47)、再発率は22.2%(2/9例)、22.2%(4/18例)、16.7%(2/12例)で、DEL群の1例は再度DEL施行、1例は1年後再発、手術希望なく経過観察。DEL+T群の1例は外来で再度Thiersch法（1-PROLENE）、1例は再発中に腸管穿孔でハルトマン手術、1例は再発中に他病死、1例は他院紹介でLVR。LSR群の1例はDEL+Tを施行、1例はDEL施行後再再発でThiersch法施行した。脱出腸管長の中央値は4cm(2-5)、4.25cm(3-9)、5cm(4-7)であった。また、DEL法において剥離粘膜長/脱出腸管長の比率の中央値はDEL群、DEL+T群で3.6(2-4.5)、3(1-3.75)であった。【まとめ】再発率はLSR群で若干低く、DEL群とDEL+T群で同等であった。腸管切除を伴う術式は施行されなかった。比較的安全に全身麻酔をかけられる総合病院の当院においても経肛門手術と経腹的手術はそれぞれメリット・デメリットがあり、今後も患者に応じて手術を選択していく予定である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 30　直腸脱・骨盤臓器脱 2
座長：日高 仁（ひだか医院）

[O30-6] 当院におけるDelorme手術の工夫と治療成績

*谷口 正展[1]、仁科 勇佑[1]、塩見 尚礼[1] (1. 長浜赤十字病院外科)

＜はじめに＞直腸脱に対する経肛門的手術には様々な方法があるが、一定の確率で再発を認めると言われている。当院では以前よりGant-Miwa+Thiersch法が行われていたが、より再発の少ない方法を目指しDelorme手術を導入した。当院での手術の工夫と治療成績について報告する。＜方法＞過去5年間で当院にて完全直腸脱に対しDelorme手術を施行した症例について検討した。＜結果＞Delorme手術が行われたのは14症例であった。1例直腸癌の診断で括約筋間切除を施行し、術後の直腸脱症例であったが、それ以外は初発症例であった。平均年齢は80歳で男性1例、女性13例であった。麻酔は初期の6症例は脊椎麻酔下で行われたが、術中直腸牽引によると考えられる腹痛を認めた症例を経験したため、その後の8例は全例全身麻酔下で行った。また初期の症例で肛門括約筋による弛緩によると考えられる再発症例を認めた。このためDelorme手術後に必要と判断した8例にThiersch法を併用した。平均手術時間は116分で平均出血量は66mlであった。切除した腸管粘膜長の平均は146cmであった。術後短期的な合併症は吻合部の出血、排尿障害、左膝関節炎であったがいずれも重篤なものは認めなかった。術後平均入院期間は6.8日であった。術後観察期間中央値は54日であり、再発例は2例認めた。再発症例に対して1例はThiersch法を行い、1例は腹腔鏡下直腸固定術を行った。当院でのDelorme手術の工夫としてまず術中出血予防のためには直腸脱出によるうっ血を予防することが重要と考えている。このため直腸を環納させながら粘膜剥離を開始している。またより多くの粘膜を切除するためにローンスターを剥離部位の直腸壁の筋層にかけて引っ張って展開し、適宜牽引する部位を変えてより長く粘膜を剥離するように心がけている。手術動画を供覧して報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 30　直腸脱・骨盤臓器脱 2
座長：日高 仁（ひだか医院）

[O30-7] 当科における直腸脱診療の変遷とAltemeier法の治療成績について

*三ノ宮 寛人[1]、新田 拳助[1]、古賀 敦大[1]、秋山 泰樹[1]、山内 潤身[1]、永田 淳[1]、川北 康貴[2]、矢吹 慶[2]、秋山 正樹[2]、平田 敬治[1,2] (1. 産業医科大学第1外科、2. 産業医科大学若松病院消化器・一般外科)

【はじめに】直腸脱は高齢者に多い肛門疾患であり、脱出に伴う違和感や疼痛等は患者のQOLを低下させる。
直腸脱に対する外科治療はさまざまな術式が報告されているが、2020年にはガイドラインが作成され、全身麻酔が可能であれば経腹手術、不可能であれば経会陰手術が推奨されている。また、脱出腸管長が5cm以上であればAltemeier法が推奨されている。
【対象と方法】2015年3月から2026年3月まで産業医科大学病院および産業医科大学若松病院で実施した直腸脱に対する手術症例158例を対象として、術式の変遷および当科で施行割合の高いAltemeier法の治療成績について後方視的に検討した。
【結果】当科での直腸脱症例は、近隣の肛門科からの紹介症例がほとんどを占め、年齢も70歳以上が大半を占めていた。2021年頃まではGant-Miwa+Thiersch法をはじめ、Altemeier法やDelorme法を行う症例のほか、腹腔鏡下直腸前方固定術も症例を選択して行っていたが、2022年以降は特にAltemeier法が選択される傾向が強くなった。
Altemeier法は125例に施行されており、男性が3例、再発手術例は31例であった。術後再発は37例に認めた。術後合併症として、術後出血が2例、骨盤内膿瘍が2例であり、骨盤内膿瘍の1例で人工肛門造設術が施行された。
【考察】Altemeier法の施行割合が高かった理由は、経会陰手術は経腹手術よりもより低侵襲であること、それに加えてAltemeier法について安定した手技が行えるようになったことが大きく関係していると考える。Altemeier法は、高齢者や全身麻酔困難な症例では比較的安全に施行できる術式であり、今回、当科における直腸脱診療の変遷や術式選択について画像や動画を交え報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 30　直腸脱・骨盤臓器脱 2
座長：日高 仁（ひだか医院）

[O30-8] 当院のSture Rectopexyによる腹腔鏡下直腸吊り上げ固定術の治療成績

*西川 元[1]、出川 佳奈子[1]、小澤 寛太郎[1]、酒江 礼菜[1]、井田 智之[1]、井上 広海[1]、庭野 公聖[1]、堀 佑太郎[1]、喜多 亮介[1]、横山 大受[1]、中西 保貴[1]、水野 礼[1]、中村 公治郎[1]、畑 啓昭[1] (1. 独立行政法人国立病院機構京都医療センター)

（背景）直腸脱は，比較的中高年の女性に多い肛門疾患で日常のQOLを著しく低下させる．人口の高齢化により直腸脱に対する治療を行う機会が増えてきている．当院では近隣関連施設から，経会陰的治療適応外となる症例や再発症例が紹介される事が多く，耐術能があるかぎり積極的に経腹的に直腸吊り上げ固定術を行っている．吊り上げ固定の方法として，Ventral Mesh Rectopexy (VMR)，Suture Rectopexy (SR)など複数の方法が提唱されている中，当院ではメッシュを用いずSRによる固定術を行なっている．過去の再発症例の経験から，SRにおいて直腸固定不良が重要な因子と考え，2022年以降は固定手技の標準化に努め，原則２箇所の強固な固定のみとしたシンプルなSRを行なっている．当院でのSRの手術手技を供覧するとともに，その治療成績を発表すると．
（方法）2014年10月から2026年2月までに行われた，34例の腹腔鏡下直腸吊り上げ固定術の治療成績を検証した．2022年以降，標準化した固定手技のポイントとして，左右の尿管，下腹神経を剥離同定し重要構造物を確認し，仙骨前面の静脈を視認できるまで剥離し，場合によってはソフト凝固で処理を行い，仙骨前面の前縦靱帯を露出し強固な組織に運針し直腸を固定している．十分な吊り上げができていれば原則２箇所のみの固定としている．
（結果）平均年齢は76歳，女性31例，男性3例の直腸脱に腹腔鏡下直腸吊り上げ固定術を行った．1例で開腹移行となったが，残る33例では腹腔鏡下でのSuture Rectopexyを施行した．平均手術時間は208分，平均出血量は0mlであった．術後平均在院日数は7日で，1例（2.9%）に術後腸閉塞を認めた．平均観察期間14ヶ月で，再発は2例（5.9%）に認められた．手術手技を見直した2022年以降の20例では,平均観察期間10ヶ月で再発は１例（５％）認められ，術後合併症は認められていない．
（考察）術後合併症は極めて低く，再発率は既報（4–8%）と同程度で，再発症例が多い中良好な結果であった．SRにおいて，２箇所の固定であっても確実な固定を行うことで再発率を低く抑える事ができることが示唆された．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科

📅2026年11月21日(土) 9:35 ~ 10:35 | 🏛第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 31　その他の大腸・肛門疾患 2

座長：内山 周一郎（串間市民病院外科）

[O31-1] 腸回転異常症を背景とした高齢者の盲腸軸捻転症の1例

*千野 慎一郎[1]、惠木 浩之[1]、太田 凌[1]、鈴木 和臣[1]、丸山 正裕[1]、中馬 基博[1]、近藤 康史[1]、海津 貴史[1]、玉川 達[2]、内藤 剛[3] (1. 北里大学メディカルセンター外科、2. 北里大学メディカルセンター呼吸器外科、3. 北里大学下部消化管外科学)

[O31-2] 集学的治療により長期生存が得られている進行再発直腸NETの2例

*蔦保 暁生[1]、竹野 巨樹[1]、福田 啓人[1]、櫛谷 洋樹[1]、水沼 謙一[1]、角谷 昌俊[1]、平岡 圭[1]、池田 篤[1]、狭間 一明[1]、渡邉 幹夫[1]、岩井 和浩[1] (1. 王子総合病院　外科)

[O31-3] 急性虫垂炎を契機に診断された虫垂goblet cell adenocarcinomaの4例

*萩原 清貴[1]、岡村 修[1]、植田 隆太[1]、藤本 直斗[1] (1. 市立吹田市民病院外科)

[O31-4] 単純性虫垂炎に対する緊急手術の臨床的妥当性についての検討

*中島 晋[1]、半谷 圭吾[1]、石田 怜[1]、中林 雄大[1]、高畠 和也[1]、小西 智規[1]、水谷 融[1]、中村 吉隆[1]、武村 学[1]、小池 浩志[1]、谷口 史洋[1] (1. 京都第二赤十字病院外科)

[O31-5] 当院における成人腸重積23例の検討

*東川 純子[1]、大石 達郎[1]、引地 萌々[1]、遠藤 通意[1]、中澤 城[1]、雜賀 柾哉[1]、杉本 貴史[1]、草野 俊亮[1]、沢 秀博[1]、高橋 応典[1]、宮本 勝文[1] (1. 兵庫県立淡路医療センター外科・消化器外科)

[O31-6] S状結腸軸捻転症における栄養状態および骨格筋量と再発・手術移行との関連の検討

*黒河 聖[1]、秦 史壯[2]、矢嶋 知己[2]、西森 英史[2] (1. 札幌道都病院内科、2. 札幌道都病院外科)

[O31-7] よりよい地域医療や肛門科診療への取り組みー医療DX令和ビジョン2030を踏まえてー

*宮本 英典[1] (1. 宮本病院外科肛門科)

[O31-8] 肛門小窩炎に伴う肛門痛に対する内服治療の有効性について

*矢野 孝明[1] (1. ヤノ肛門外科クリニック)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月21日(土) 9:35 ~ 10:35 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 31　その他の大腸・肛門疾患 2
座長：内山 周一郎（串間市民病院外科）

[O31-1] 腸回転異常症を背景とした高齢者の盲腸軸捻転症の1例

*千野 慎一郎[1]、惠木 浩之[1]、太田 凌[1]、鈴木 和臣[1]、丸山 正裕[1]、中馬 基博[1]、近藤 康史[1]、海津 貴史[1]、玉川 達[2]、内藤 剛[3] (1. 北里大学メディカルセンター外科、2. 北里大学メディカルセンター呼吸器外科、3. 北里大学下部消化管外科学)

【はじめに】
腸回転異常症は胎生期の腸管が腹腔内で固定される際の回転異常・固定不良と定義される．多くは小児期に腸閉塞症状で発見されることが多いが，稀に成人後に初発症状を来たす場合がある．今回我々は腸回転異常症から盲腸軸捻転を来した症例を経験したので報告する．
【症例】
70歳台女性．腹痛を主訴に近医を受診した．CT検査にて十二指腸球部より肛門測の腸管が体の右側を下行する所見を認め，またその後終末回腸から結腸が左上腹部にclosed loopを伴う腸管拡張を来していた．腸回転異常症と絞扼性腸閉塞の診断で，手術目的で当院に紹介となった．正中切開で開腹し腹腔内を観察すると，十二指腸水平脚からTreitz靭帯を形成することなく，空腸は正中椎体より右側を右下腹部に向けて下行し，回盲部は正中より左側で回結腸動静脈を中心に軸捻転していた．穿孔は来していなかったが，終末回腸から盲腸・上行結腸腸管壁は虚脱・菲薄化していたため，同部位を切除（回盲部切除）した．Ladd靭帯は認めず，腸管固定術は施行しなかった．手術時間は124分，出血量は少量であった．術後はGrade Ⅰ の創部感染を来したが，それ以外は問題なく術後24病日に退院となった．
【考察】
胎生期に内胚葉の一部が原始腸管を形成し咽頭，前腸，中腸，後腸に区分けされる．そのうち中腸は総胆管開口部より尾側十二指腸から横行結腸近位2/3へと分化する．中腸はその全長にわたり上腸間膜動脈から血液の供給を受けるが，発生第5-6週にかけて上腸間膜動脈を軸として腸及び腸間膜の急速な伸長から一次腸ループを形成する．前方から反時計回りに回転し270度に達し，腸ループ頭側脚は空・回腸ループを形成し，尾側脚は盲腸から横行結腸を形成する．その過程において，回転と腹膜・後腹膜への固定異常の結果として症状を来すものが腸回転異常症である．多くは小児期に発症するため高齢者で初発・発見されることは多くは無いが，剖検例による評価では 500 人に 1 人と報告されており，無症状のまま一生を終える症例も一定数存在することが考えられる．腹部手術歴の無い腸閉塞などの急性腹症症例は，高齢者であっても先天性疾患を念頭に置いて診察すべきである．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月21日(土) 9:35 ~ 10:35 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 31　その他の大腸・肛門疾患 2
座長：内山 周一郎（串間市民病院外科）

[O31-2] 集学的治療により長期生存が得られている進行再発直腸NETの2例

*蔦保 暁生[1]、竹野 巨樹[1]、福田 啓人[1]、櫛谷 洋樹[1]、水沼 謙一[1]、角谷 昌俊[1]、平岡 圭[1]、池田 篤[1]、狭間 一明[1]、渡邉 幹夫[1]、岩井 和浩[1] (1. 王子総合病院　外科)

Neuroendocrine neoplasm(NEN)は，神経内分泌細胞に由来する腫瘍であり，WHO分類では核分裂像数やKi-67指数によって，NET(G1,G2,G3)とNECに分類される．本邦における消化管NENの有病患者数は3.5人/10万人，新規発症数は2.1人/年と比較的稀な疾患である．消化管NETの発育は比較的緩徐である一方，早期よりリンパ節転移や肝転移をきたすことが知られている．
【症例1】72歳，男性．スクリーニング目的の下部消化管内視鏡検査にて，直腸Rbに20mm大の1型病変を認めた．生検の結果，NETの診断でロボット支援下腹会陰式直腸切断術施行．病理結果は，NET/G2，pT2(MP),pN0,pStage ⅡAであった．術後6か月に施行したCT検査で多発転移性肝腫瘍を認め，エベロリムス投与開始となったが，7か月後にPDの判定となり，ランレオチド投与開始．SDを維持し投与継続していたが2年後にPDの判定となり，ペプチド受容体放射性核種療法（peptide receptor radionuclide therapy:以下PRRT）開始となった．
【症例2】69歳，男性．スクリーニング目的の腹部超音波検査で，肝S2とS8に腫瘤を認めた．全身検索目的の下部消化管内視鏡で，直腸Rbに20mm大の1型病変を認めた．生検の結果，NETの診断となり，化学療法施行後の肝腫瘍切除を見込んで，原発巣切除目的にロボット支援下腹会陰式直腸切断術施行．病理結果は，NET/G2，pT3(SS),pN2b,cM1a(H1),pStageⅣaであった．術後オクトレオチド投与開始し，術後3か月のCTで肝転移増大認めたため，PRRT施行となった．PRRT終了後にオクトレオチド再開したが，副作用のためランレオチドに変更し，術後1年4か月のCT検査では，転移性肝腫瘍の縮小を認めた．
消化管NETは，リンパ節転移や遠隔転移を有する場合は腺癌患者と同等の予後と報告されている．今回我々は，集学的治療により長期生存が得られている直腸NETを経験したため，文献的考察を加えて報告する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月21日(土) 9:35 ~ 10:35 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 31　その他の大腸・肛門疾患 2
座長：内山 周一郎（串間市民病院外科）

[O31-3] 急性虫垂炎を契機に診断された虫垂goblet cell adenocarcinomaの4例

*萩原 清貴[1]、岡村 修[1]、植田 隆太[1]、藤本 直斗[1] (1. 市立吹田市民病院外科)

【緒言】虫垂goblet cell adenocarcinomaは悪性上皮性腫瘍に分類される比較的稀な腫瘍である。虫垂切除術後に病理組織学的検査で診断されることが多く、虫垂切除術症例のうち0.05%の頻度と報告されている。【症例】当院で急性虫垂炎に対する腹腔鏡下虫垂切除術、または盲腸部分切除術後に、病理組織学的検査で虫垂goblet cell adenocarcinomaと診断された症例を4例経験した。症例の年齢中央値54歳(48～64)、男性1例、女性3例であった。主訴は右下腹部痛4例で、急性虫垂炎に対する術式は腹腔鏡下虫垂切除術3例、盲腸部分切除術1例であった。4例ともに追加切除として腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。最終診断は4例ともpT3 N0 M0 pStage Ⅱa で、4例のうち3例で回盲部切除標本に腫瘍の遺残を認めた。術後補助化学療法は行わず、無再発期間中央値31ヶ月(26-60)で4例ともに再発を認めていない。【考察】虫垂goblet cell adenocarcinomaは神経内分泌腫瘍と腺癌の特徴を併せ持つ腫瘍で、リンパ節転移率が23%と高い。切除断端陽性やリンパ節転移が予後不良因子で、虫垂切除後にgoblet cell adenocarcinomaと診断された症例では回盲部切除術によるリンパ節郭清を伴う追加切除が望ましい。【結語】急性虫垂炎を契機にgoblet cell adenocarcinomaと診断された4例を経験したので報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月21日(土) 9:35 ~ 10:35 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 31　その他の大腸・肛門疾患 2
座長：内山 周一郎（串間市民病院外科）

[O31-4] 単純性虫垂炎に対する緊急手術の臨床的妥当性についての検討

*中島 晋[1]、半谷 圭吾[1]、石田 怜[1]、中林 雄大[1]、高畠 和也[1]、小西 智規[1]、水谷 融[1]、中村 吉隆[1]、武村 学[1]、小池 浩志[1]、谷口 史洋[1] (1. 京都第二赤十字病院外科)

【はじめに】近年、急性虫垂炎に対する治療方針は多様化しているが、単純性虫垂炎に対する治療の原則は依然として外科手術とされている。しかしながら、術前診断とは異なり実際には術中所見で穿孔や膿瘍を伴う症例も認められ、このような症例では早期手術よりも抗菌薬治療を先行した方が望ましいと考えられる。今回我々は，当院における単純性虫垂炎に対する治療成績について後方視的に解析し，単純性虫垂炎に対する治療選択の妥当性について検討した。【対象と方法】2021年1月～2025年6月までに当院で手術を施行した急性虫垂炎332例のうち術前に単純性虫垂炎と診断して緊急手術を施行した185を対象として、その臨床病理学的因子と手術成績について比較検討した。【結果】対象の患者背景は、年齢中央値:33(19-53)歳、男性/女性:94/91例、虫垂炎既往なし/あり:165/20例、発症からの経過時間:19(11-39)時間、WBC:13300(10650-15850)/ μL、CRP:2.26(0.415-6.91)mg/dLであった。術前に単純性虫垂炎と診断したにも関わらず術後の病理診断で穿孔性・壊疽性虫垂炎と診断された症例は77例(41.6%)であり、これらの症例(壊疽群)に対する手術成績はそうでない症例(非壊疽群)に比較して有意に劣っていた(手術時間:84/61分, p=<.0001, 出血量:5/3ml, p=0.0048, 術後合併症(CD2≧)あり:7/1例, p=0.0057)。臨床病理学的因子の検討では、壊疽群では非壊疽群に比して年齢(高齢)、WBC・CRP高値、発症からの経過時間が長い症例を有意に多く認めた。【結語】画像診断で単純性虫垂炎と診断された場合でも、高齢、炎症反応高値、発症からの経過時間が長い症例では穿孔や壊疽性変化を来している可能性があることから手術操作が困難になることが予想される。このような症例では緊急手術を回避して抗菌薬治療先行の適応とし得る可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月21日(土) 9:35 ~ 10:35 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 31　その他の大腸・肛門疾患 2
座長：内山 周一郎（串間市民病院外科）

[O31-5] 当院における成人腸重積23例の検討

*東川 純子[1]、大石 達郎[1]、引地 萌々[1]、遠藤 通意[1]、中澤 城[1]、雜賀 柾哉[1]、杉本 貴史[1]、草野 俊亮[1]、沢 秀博[1]、高橋 応典[1]、宮本 勝文[1] (1. 兵庫県立淡路医療センター外科・消化器外科)

【背景】成人腸重積は原因疾患により郭清の有無など術式が異なるが、術前に確定診断が得られないことも多い。また、緊急手術が必要な急性腹症と位置付けられているが、近年は待機的な手術の報告も増えている。手術のタイミングや整復の必要性についてのコンセンサスは得られていないため、当院での腸重積症23例を後方視的に検討した。
【方法】2019年4月から2026年3月までに当院で腸重積と診断された23例を対象として、患者背景、原因疾患、治療方法、治療成績について後方視的に検討した。
【結果】平均年齢は73歳、男：女は9：14で女性に多い傾向にあった。原因疾患は悪性疾患が17例（大腸癌14例、悪性リンパ腫3例）、良性疾患が5例（良性腫瘍3例、腸炎2例）、特発性が1例であった。治療は15例で整復を行い、整復不可もしくは再発例は11例で、緊急手術となったのは5例、待機手術は6例であった。整復後に待機手術を行なった8例中6例で術前内視鏡下生検により確定診断が得られていた。
大腸癌症例については隆起性病変（1型、0-Ⅰp型）が9例、Ｔ3以下が13例と大半を占めていた。腹膜播種を認めた1例とPS3以下の3例を除き10例でD3郭清を施行しており、その10例は他病死を除く8例で無再発生存を得られている。
【結語】成人腸重積では74%で悪性腫瘍を認めた。結果より、整復により術前に病理学的診断をつけることで過不足のないリンパ節郭清が可能となったと言え、術前整復は有用であると考える。当院では整復困難例は緊急手術となる傾向にあったが、緊急手術の際に壊死や穿孔の所見を認めた症例はなく、他施設の報告でも待機的手術を行う報告が増えてきており、緊急性は必ずしも高くないと考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月21日(土) 9:35 ~ 10:35 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 31　その他の大腸・肛門疾患 2
座長：内山 周一郎（串間市民病院外科）

[O31-6] S状結腸軸捻転症における栄養状態および骨格筋量と再発・手術移行との関連の検討

*黒河 聖[1]、秦 史壮[2]、矢嶋 知己[2]、西森 英史[2] (1. 札幌道都病院内科、2. 札幌道都病院外科)

【目的】
S状結腸軸捻転症は高齢者に多く、再発率が高い一方で、手術適応の判断は全身状態に依存することが多い。本研究では、栄養状態および骨格筋量（SMI）が再発率および手術移行に与える影響を検討した。
【方法】
当院で診断されたS状結腸軸捻転症患者41例を対象に後方視的検討を行った。骨格筋量はInBodyによるSMIを用いて評価し、サルコペニアの有無を判定した。栄養指標として血清アルブミン（Alb）および予後栄養指数（PNI）を用いた。再発および手術移行の有無をアウトカムとし、単変量解析およびロジスティック回帰分析を行った。
【結果】
再発は17例（41%）、手術移行は24例（59%）に認めた。SMIおよびサルコペニアの有無は再発率および手術移行と有意な関連を認めなかった。一方、手術群は非手術群と比較してAlbおよびPNIが有意に高値であった（Alb: p=0.020、PNI: p=0.024）。多変量解析では、Albは手術移行と関連する傾向を示した（p=0.067）が、SMIは独立した関連因子とはならなかった。
【結論】
S状結腸軸捻転症において、骨格筋量やサルコペニアは再発および手術移行と関連を認めなかった。一方、栄養状態は手術選択に影響する可能性が示唆され、サルコペニアよりも全身状態が治療方針決定に重要であると考えられた。本結果は、高齢者における治療選択の実臨床を反映したものと考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月21日(土) 9:35 ~ 10:35 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 31　その他の大腸・肛門疾患 2
座長：内山 周一郎（串間市民病院外科）

[O31-7] よりよい地域医療や肛門科診療への取り組みー医療DX令和ビジョン2030を踏まえてー

*宮本 英典[1] (1. 宮本病院外科肛門科)

「医療DX令和ビジョン2030」において、デジタル技術の活用により、2030年までに日本の医療提供体制を根本からアップデートすることが掲げられ、医療DX推進本部から出された工程表に沿って進められている。さらに2026年3月12日に公開された厚生労働省からの資料「電子カルテの普及について」では、地域医療介護総合確保法の中で、2030年12月31日までに、電子カルテの普及率が約100%となることを達成するよう、クラウド・コンピューティング・サービス関連技術その他の先端的な技術の活用を含め、医療機関の業務における情報の電子化を実現しなければならない、という規定が修正追加されたことが示された。このような方針に対応するべく、当院ではネットワーク環境を整えて、デジタル化した情報の共有や業務効率化を行っているので、代表的なものを提示する。
一つ目は、クラウドネイティブ型電子カルテである。これはインターネット上のブラウザで動くので、ノートPCとモバイルwifiがあればどこでも業務ができる。また、API連携をすれば様々な機能を拡張していくこともできる。当院では、費用対効果を考えて外注検査（血液、尿、培養、病理など）のみAPI連携を行っている。
二つ目は、グーグルアプリを使った院内の情報共有である。院内のPCは共通のアカウントにしているため、グーグルドライブやカレンダーの情報は誰でもいつでも確認できる。業務効率化の一例をあげると、グーグルカレンダーで医師の院内外の全ての予定（診療予約、患者への説明、会議など）が一目瞭然なので、受付や看護師が予定を入れる際に、医師に空き時間を確認する作業は不要になった。
三つ目は、ウェブアプリを使った基幹病院との病診連携や地域での医療介護連携である。クラウドネイティブ型電子カルテなので、同じPCでウェブアプリも動かせる。このため情報の入力は簡便で、時間差のない情報共有ができる。
このように、データをインターネット上で共有することで、より働きやすい環境を作ることができる。このような環境が、地域医療や肛門科の専門的な診療をより円滑に効率よく行うDX化につながると考えている。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月21日(土) 9:35 ~ 10:35 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 31　その他の大腸・肛門疾患 2
座長：内山 周一郎（串間市民病院外科）

[O31-8] 肛門小窩炎に伴う肛門痛に対する内服治療の有効性について

*矢野 孝明[1] (1. ヤノ肛門外科クリニック)

【はじめに】肛門小窩炎は歯状線上に肛門小窩に炎症をきたす疾患である。症状は肛門痛であり、治療方法として薬剤治療が主に行われている。ブロメライン・トコフェロール酢酸エステル配合剤（商品名：ヘモナーゼ）の内服と痔疾注入軟膏の併用が有効であることが報告されたものの、痔疾注入軟膏のみでも有効である可能性がある。
【目的】本研究では痔疾注入軟膏のみの群（単独群）と痔疾注入軟膏と内服治療を併用した群（併用群）について、肛門痛の軽減効果を比較することで、内服治療が肛門痛の軽減に寄与しているかどうかを調べた。
【対象と方法】2025年5月から11月の期間に肛門痛を訴えて、肛門小窩炎との診断を受けた患者75例（軟膏のみ群：25例、内服と併用した群：50例）について後ろ向き観察研究を行った。目的変数は治療前後における痛みの変動値とし、単変量解析と多変量解析を用いて比較した。
【結果】単変量解析と多変量解析を行ったところ、単変量解析では併用群が有意に痛みの軽減が優れていたものの、多変量解析では有意差を認めなかった。
【考察】肛門小窩炎に伴う肛門痛に対しては、内服治療を併用しても痛みの軽減にさほど寄与していない可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月21日(土) 10:35 ~ 11:30 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 32　高齢者に対する大腸癌治療戦略 2

座長：小澤 平太（宇都宮記念病院）

[O32-1] 81歳以上の高齢者におけるロボット支援下結腸癌手術における 体腔内吻合と体腔外吻合の周術期成績の検討

*白石 壮宏[1]、松山 貴俊[1]、近 範泰[1]、母里 淑子[2]、髙岡 亜弓[1]、杉野 葵[1]、入江 直子[1]、石田 秀行[2] (1. 埼玉医科大学総合医療センター消化管・一般外科、2. 埼玉医科大学総合医療センターゲノム診療科)

[O32-2] 根治切除を行った高齢者大腸癌患者における予後予測因子としてのCALLY indexの有用性

*市原 もも子[1]、小森 孝通[1]、辻野 将生[1]、早瀬 志門[1]、加藤 雅也[1]、麻本 翔子[1]、加藤 一哉[1]、住本 知子[1]、橋本 和彦[1]、岸 健太郎[1]、福永 睦[1] (1. 兵庫県立西宮病院)

[O32-3] ASA-PS 3以上の大腸癌手術における短期成績の検討：85歳以上高齢者と85歳未満患者の比較

*白川 智沙斗[1]、松本 陽[1]、目谷 勇貴[1]、佐々木 明洋[1]、沢田 尭史[1]、脇坂 和貴[1]、石黒 友唯[1]、折茂 達也[1]、長 靖[1]、田原 宗徳[1]、秦 庸壮[1]、本間 重紀[1] (1. JA北海道厚生連　札幌厚生病院)

[O32-4] 超高齢者大腸癌患者における患者評価指標を用いた術後自宅退院困難の術前予測

*松本 弥生[1]、木下 正一[1]、橋本 悠平[1]、武田 友希[1]、南 永里加[1]、佐多 律子[1]、中谷 充宏[1]、鬼頭 祥悟[1]、中川 顕志[1]、加藤 達史[1]、久下 博之[1]、向川 智英[1] (1. 大和高田市立病院)

[O32-5] 高齢者StageIII大腸癌における補助化学療法の有効性とCAPOX療法の安全性の検討

*近藤 賢史[1]、原 鐵洋[1]、香山 茂平[1]、川相 紘平[1]、宮首 翔馬[1]、森 政悠[1]、山口 拓朗[1]、河毛 利顕[1]、杉山 陽一[1]、田﨑 達也[1]、中光 篤志[1]、佐々木 秀[1] (1. 広島県厚生農業協同組合連合会JA広島総合病院外科)

[O32-6] 高齢者pStageIII大腸癌 の術後補助化学療法の検討

*舩津屋 拓人[1]、田 鍾寛[1]、皆川 結明[1]、額田 卓[2]、大矢 浩貴[1]、江畑 信孝[1]、武井 将伍[2]、前橋 学[2]、太田 絵美[2]、渥美 陽介[1]、風間 慶祐[1]、沼田 正勝[2]、小澤 真由美[2]、諏訪 宏和[3]、菅野 伸洋[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学附属病院消化管外科学、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科、3. 横須賀共済病院外科)

[O32-7] 80歳以上の高齢者に対する大腸癌腹腔鏡下手術の治療成績の検討

*多胡 行揮[1]、中川 和也[1]、飯山 慧[1]、金 睿婉[1]、本田 祥子[1]、増田 太郎[1]、森 康一[1]、山岸 茂[1] (1. 藤沢市民病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 10:35 ~ 11:30 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 32　高齢者に対する大腸癌治療戦略 2
座長：小澤 平太（宇都宮記念病院）

[O32-1] 81歳以上の高齢者におけるロボット支援下結腸癌手術における 体腔内吻合と体腔外吻合の周術期成績の検討

*白石 壮宏[1]、松山 貴俊[1]、近 範泰[1]、母里 淑子[2]、髙岡 亜弓[1]、杉野 葵[1]、入江 直子[1]、石田 秀行[2] (1. 埼玉医科大学総合医療センター消化管・一般外科、2. 埼玉医科大学総合医療センターゲノム診療科)

【はじめに】
ロボット支援下結腸切除術における体腔内吻合(IA)と体腔外吻合(EA)の報告は増加しているが、81歳以上の高齢者を対象とした検討は限られている。今回、当科で施行した81歳以上の高齢者におけるロボット支援下結腸切除術においてIAとEAの周術期成績を比較検討した。
【対象・方法】
2022年9月から2026年3月までに、当科で原発性結腸癌に対してロボット支援下手術を施行したIA群: 26例とEA群: 47例の患者背景、手術因子、病理学的因子、術後経過を後方視的に検討した。当科では、IAは原則Overlap法で、EAはFEEA法で施行している。
【結果】
患者背景ではIA群で年齢が高く(中央値84歳 vs 83歳、p=0.02)、上行結腸癌が多く(p=0.029)、術前Stage III-IV症例が少なかった(p=0.0006)。性別、BMI、ASA、大腸ステント・抗凝固療法・ステロイド内服・糖尿病・腹部手術歴・癌の既往の有無は両群間に有意差は認めなかった。
手術因子では、IA群でコンソール時間が長かった(中央値171分 vs 114分、p=0.0009)が、手術時間に有意差は認めなかった。両群間で出血量、術式、郭清度に有意差は認めなかったが、EA群で他臓器合併切除症例が多かった(0例 vs 5例、p=0.032)。
病理学的因子では、IA群で肛門側断端距離が長かった(中央値105mm vs 117.5mm、p=0.023)が、最終Stage、リンパ節郭清個数、口側断端距離は両群間に有意差は認めなかった。
術後因子では、両群間で経口摂取開始時期、在院日数、合併症に有意差は認めず、縫合不全および死亡例を認めなかった。
【結語】
高齢者に対するロボット支援下結腸切除術ではIA群とEA群の周術期成績はほぼ同等であり、安全である可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 10:35 ~ 11:30 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 32　高齢者に対する大腸癌治療戦略 2
座長：小澤 平太（宇都宮記念病院）

[O32-2] 根治切除を行った高齢者大腸癌患者における予後予測因子としてのCALLY indexの有用性

*市原 もも子[1]、小森 孝通[1]、辻野 将生[1]、早瀬 志門[1]、加藤 雅也[1]、麻本 翔子[1]、加藤 一哉[1]、住本 知子[1]、橋本 和彦[1]、岸 健太郎[1]、福永 睦[1] (1. 兵庫県立西宮病院)

【背景・目的】近年、いくつかの癌種における新しい予後因子として術前CRP-albumin-lymphocyte index（以下CALLY index=血中アルブミン濃度×血中リンパ球数/CRP×104）の有用性が報告されてきている。しかしながら高齢者のみを対象とした報告は未だ少ない。今回、我々は80歳以上の大腸癌患者においてCALLY indexが予後に影響するか否かを検討した。
【方法】2020年1月から2024年5月に当科で大腸癌に対して手術を行った478例のうち、80歳以上・腹腔鏡下もしくはロボット支援手術・非緊急手術・R0手術・pStageI/II/III症例であった98例を対象とした。ROC解析を行いカットオフ値を定め、患者をHigh群、Low群の2群に分け周術期結果・病理学的因子・無再発生存期間(RFS)・全生存期間(OS)の相関について検討した。
【結果】全98例の患者背景として、年齢中央値は83.5歳、男性48/女性50例、BMI中央値は21.9kg/m2、CALLY indexの中央値は3.2であった。CALLY index のカットオフ値は1.9（曲線下面積=0.64）、High群は58例、Low群は40例であった。術式は、回盲部切除術27例/結腸右半切除術19例/拡大右半結腸切除術6例/結腸左半切除術1例/結腸部分切除術11例/S状結腸切除術11例/高位前方切除術5例/低位前方切除術10例/ハルトマン手術5例/腹会陰式直腸切断術3例であった。High群とLow群で性別・BMI・ASA-PS・pStageに有意差は認めなかったが、High群の方がLow群より、有意に年齢が低く(p=0.03)、術前CEA・CA19-9は共に有意に低かった(各々p<.0001, 0.03)。術後合併症有無・術後在院日数について有意差は認めなかった。予後については、High群の方がLow群よりもRFS・OSともに有意に良好であった（それぞれp=0.007、p=0.003）。また、DFSにおける多変量解析では、CALLY index 1.9未満は独立した予後リスク因子であった(p=0.04)。
【結語】高齢者大腸癌患者における術前CALLY index 1.9未満は予後予測因子であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 10:35 ~ 11:30 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 32　高齢者に対する大腸癌治療戦略 2
座長：小澤 平太（宇都宮記念病院）

[O32-3] ASA-PS 3以上の大腸癌手術における短期成績の検討：85歳以上高齢者と85歳未満患者の比較

*白川 智沙斗[1]、松本 陽[1]、目谷 勇貴[1]、佐々木 明洋[1]、沢田 尭史[1]、脇坂 和貴[1]、石黒 友唯[1]、折茂 達也[1]、長靖[1]、田原 宗徳[1]、秦 庸壮[1]、本間 重紀[1] (1. JA北海道厚生連　札幌厚生病院)

【背景】
高齢化に伴い、全身状態不良患者に対する大腸癌手術の機会は増加している。術前評価としてASA Physical Status（ASA-PS）分類が広く用いられるが、ASA 3以上の高齢患者における周術期成績に関する報告は限られている。
【目的】
当院におけるASA 3以上の大腸癌手術症例を対象とし、85歳以上（高齢者群）と85歳未満（非高齢者群）における周術期因子や短期成績について検討する。
【対象と方法】
2020年1月から2024年12月に当院で結腸癌・直腸癌に対し手術を施行したASA 3以上の131例を対象とした。85歳以上を高齢者群（36例）、85歳未満を非高齢者群（95例）とし、患者背景、手術因子、周術期成績を後方視的に比較検討した。
【結果】
患者背景では、高齢者群で女性が有意に多かった（66.7% vs 36.8%、P=0.003）。手術アプローチ（開腹／腹腔鏡／ロボット）は両群間で差を認めなかった。手術因子では、高齢者群でD3郭清施行率が低く（52.8% vs 79.0%、P=0.005）、手術時間は短かった（中央値188分 vs 253分、P=0.004）。出血量および術後合併症発生率（Clavien-Dindo ≧III：8.3% vs 9.5%）に差はなかった。一方、術後在院日数は高齢者群で延長し（中央値20日 vs 12日、P=0.004）、自宅退院率は有意に低かった（69.4% vs 98.9%）。生存成績はOS（P=0.34）、RFS（P=0.72）ともに差を認めなかった。
【結語】
ASA 3以上の高齢大腸癌患者に対しては、郭清範囲の縮小や手術時間短縮といった低侵襲化により、合併症を増加させることなく安全に手術施行可能であった。一方で、自宅退院率の低下および在院日数の延長を認めており、術後回復支援や退院支援を含めた周術期管理の最適化が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 10:35 ~ 11:30 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 32　高齢者に対する大腸癌治療戦略 2
座長：小澤 平太（宇都宮記念病院）

[O32-4] 超高齢者大腸癌患者における患者評価指標を用いた術後自宅退院困難の術前予測

*松本 弥生[1]、木下 正一[1]、橋本 悠平[1]、武田 友希[1]、南 永里加[1]、佐多 律子[1]、中谷 充宏[1]、鬼頭 祥悟[1]、中川 顕志[1]、加藤 達史[1]、久下 博之[1]、向川 智英[1] (1. 大和高田市立病院)

近年、「85歳問題」が注目される中、超高齢者大腸癌患者は増加傾向にある。超高齢者は虚弱で併存疾患が多く、手術侵襲により療養型病院や施設への退院を余儀なくされる症例も少なくない。そこで今回、患者評価指標と自宅退院困難症例との関連性から、これらの指標を用いた術前評価の有用性について検討した。
【対象と方法】
2015年から2025年までに当科で原発巣切除術を施行した85歳以上の超高齢者大腸癌患者87例を対象とした。指標は修正虚弱指数（mFI-11）、予後栄養指数（PNI）、米国麻酔科学会全身状態分類（ASA-PS）、日常生活動作(ADL)指標（Barthel Index : BI）を用いて評価した。カットオフ値はmFI-11＞2、PNI＜40、ASA-PS≧3、BI＜60とした。自宅から入院し施設または病院へ退院したものを自宅退院困難例とした。
【結果】
患者背景は年齢中央値が88歳（85–95歳）女性が53名(61%)、結腸癌/直腸癌が66/21例であった。fStage I/II/III/IVは17/27/29/14例であり、ストマ造設は13例（15%）に施行された。術後合併症はClavien-Dindo分類 II 以上が19例(22%)、術後在院日数中央値が15日（7–100日）であった。
入院経路は自宅（転院含む）/施設が82/5例、退院経路は自宅/施設または病院が69/18例であった。このうち、自宅退院困難症例は14例(16%)であった。
自宅退院困難例では、その他の症例と比較してストマ造設率が高率であった（35.7% vs. 11.0%、p＝0.032）。一方で、C-D分類II以上の術後合併症発症率やfStage IV症例の割合に有意差は認めなかった。また、退院時のADL低下(BI<60)率が高率であった(85.7% vs. 21.9%、p<.001)。
各指標はいずれも単独で有意に自宅退院困難を予測でき、mFI-11：24.5%(p=0.015)、PNI：29.7%(p<.001)、ASA-PS：33.3%(p=0.009)、BI：34.4%(p<.001)だった。更に指標を組み合わせることでより正確に予測可能となり、最も高く予測できたのが、PNI+ASA-PS＋BI：58.3%(p＜.001)であった。
【結語】
超高齢者大腸癌患者において、患者評価指標は自宅退院困難例の予測に有用であった。いずれの指標も簡便に実施できるため、治療方針や意思決定の一助となり得ると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 10:35 ~ 11:30 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 32　高齢者に対する大腸癌治療戦略 2
座長：小澤 平太（宇都宮記念病院）

[O32-5] 高齢者StageIII大腸癌における補助化学療法の有効性とCAPOX療法の安全性の検討

*近藤 賢史[1]、原 鐵洋[1]、香山 茂平[1]、川相 紘平[1]、宮首 翔馬[1]、森 政悠[1]、山口 拓朗[1]、河毛 利顕[1]、杉山 陽一[1]、田﨑 達也[1]、中光 篤志[1]、佐々木 秀[1] (1. 広島県厚生農業協同組合連合会JA広島総合病院外科)

背景：高齢者に対する補助化学療法は個々の状態を考慮して行われるが、有効性や安全性に関するエビデンスは限定的である。
目的：当院のStageIII大腸癌における補助化学療法の有効性および高齢者に対するCAPOX療法の安全性を検討する。
対象・方法：2017年4月～2023年3月のPS0–1の171例（高齢60例、非高齢111例）を対象とした。後ろ向きに再発危険因子をCox比例ハザードモデルで解析した。さらにCAPOX療法施行例において投与量（RDI）、完遂率および有害事象を比較検討した。
結果：全再発イベントは48例であった。補助化学療法は再発リスク低下と関連する因子であり、年齢は有意な因子とはならなかった。高齢群では補助化学療法施行割合が低い傾向であった。CAPOX療法の検討では、高齢群でカペシタビンのRDIは低い傾向であったが、オキサリプラチンの投与強度および累積投与量は維持されていた。完遂率および有害事象の発生割合に有意差は認めなかった。
結論：高齢者においても全身状態を考慮したうえで、CAPOX療法は選択肢となり得る可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 10:35 ~ 11:30 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 32　高齢者に対する大腸癌治療戦略 2
座長：小澤 平太（宇都宮記念病院）

[O32-6] 高齢者pStageIII大腸癌 の術後補助化学療法の検討

*舩津屋 拓人[1]、田 鍾寛[1]、皆川 結明[1]、額田 卓[2]、大矢 浩貴[1]、江畑 信孝[1]、武井 将伍[2]、前橋 学[2]、太田 絵美[2]、渥美 陽介[1]、風間 慶祐[1]、沼田 正勝[2]、小澤 真由美[2]、諏訪 宏和[3]、菅野 伸洋[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学附属病院消化管外科学、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター消化器病センター外科、3. 横須賀共済病院外科)

【背景】高齢者に対する術後補助化学療法の安全性・有効性は明らかではない.
【方法】2013年1月～2022年12月に当院関連2施設で治癒切除を施行した70歳以上のpStageIII症例 423例を対象とした．術後補助化学療法施行群（AC群　137例）と非施行群（nAC群　286例）に分け, 年齢, 性別, 腫瘍局在, Clavien Dindo Grade II 以上の合併症, high risk(pT4,pN2のいずれか)を因子として, 傾向スコアマッチングを行い, 症例を抽出した.抽出された症例を基に, 臨床病理学的因子および予後について後方視的に比較検討した.
【結果】
マッチングの結果, 両群102例ずつが抽出された.
ECOG-PS=0の症例は90.2% vs 80.4%（p=0.05）であり, 有意にAC群でECOG-PSが良好であった.
背景疾患に関しては, 高血圧53.9% vs. 52.0%（p=0.78）, 糖尿病22.5% vs. 26.5%（p=0.52）, 心疾患10.8% vs. 16.7%（p=0.22）といずれも有意差はなかった. eGFRの中央値は67.0[58.5-75.9] ml/分/m2 vs. 66.5[52.9-73.8] ml/分/m2（p=0.17）と有意差はなかった.
アルブミンの中央値は4.2[3.9-4.5]g/dL vs. 4.1[3.9-4.3]g/dL（p=0.02）, PNI（10×血清アルブミン値 + 0.005 × 総リンパ球数）の中央値は50.1[46.8-53.7] vs. 48.5[45.3-52.3]（p=0.04）といずれもAC群で有意に高かった. BMIの中央値は23.1[21.4-25.2]kg/m2 vs. 23.0[20.6-25.3]kg/m2（p=0.57）と有意差はなかった.
術後入院期間の中央値は8[6-13]日 vs. 8[6-13]日（p=0.38）, 出血量の中央値は10[0-42]ml vs. 5[0-26]ml（p=0.11）と有意差はなかった.
AC群のレジメンはCAPOX 65例, UFT/LV 19例, Capecitabine 18例であり, 完遂率は76.5%だった.
観察期間中央値はAC群51.5ヶ月 vs. nAC群42ヶ月で，3年無再発生存率は77.4% vs. 78.0%（p=0.45）, 3年生存率は90.7% vs. 89.9%（p=0.88）でどちらも有意差はなかった.
【結論】高齢者において術後補助化学療法施行の有無で, 3年無再発生存率, 3年生存率のどちらも有意差を認めなかった. 術後補助化学療法はECOG-PSや栄養状態が良好な症例に施行される傾向にあったが, 必ずしも予後に直結しない可能性が考えられ, 適応は症例ごとに検討すべきである.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 10:35 ~ 11:30 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 32　高齢者に対する大腸癌治療戦略 2
座長：小澤 平太（宇都宮記念病院）

[O32-7] 80歳以上の高齢者に対する大腸癌腹腔鏡下手術の治療成績の検討

*多胡 行揮[1]、中川 和也[1]、飯山 慧[1]、金 睿婉[1]、本田 祥子[1]、増田 太郎[1]、森 康一[1]、山岸 茂[1] (1. 藤沢市民病院 外科)

【背景】
高齢者に対する大腸癌手術は年々増加しており、当院でも80歳以上の高齢者に対する大腸癌手術の件数は増加傾向である。しかし高齢者に対する腹腔鏡下大腸癌の治療成績や安全性については一定の見解を得られていない。

【目的】
80歳以上の高齢者に対する腹腔鏡下大腸癌手術の治療成績を検討し、その妥当性および安全性を明らかにする。

【対象・方法】
2010年4月から2025年6月に大腸癌に対して、耐術可能と判断し、腹腔鏡下根治切除術を施行した大腸癌手術症例1430例について、80歳以上（O群）の284例（19.9%）と80歳未満（Y群）1146例（80.1%）における、患者背景因子や手術因子、術後成績について後方視的に比較検討した。

【結果】
患者背景因子に関して、年齢中央値はO群84歳（80-100歳）、Y群67歳（21-79歳）で、男性はO群：Y群で50.4%：56.7%（p=0.06）だった。糖尿病は20.8%：17.5%（p=0.36）と有意差を認めなかったが、ASA-PS 3以上は15.8%：6.3%（p<0.01）、高血圧は56.3%：37.1%（p<0.01）、心疾患は18.0%：11.1%（p<0.01）と有意差を認めた。手術因子では、手術時間は227.9分：246.7分（p<0.01）とO群で短時間だったが、出血量は58.1mL：86.9mL（p=0.29）、人工肛門造設の割合は6.4%：8.4%（p=0.33）と有意差を認めなかった。また、ハルトマン手術を選択した症例に関しても2.5%：1.2%（p=0.09）と有意差は認めなかった。術後成績では、術後合併症発生率は8.8%：9.3%（p=0.91）、Clavien-Dindo分類Grade3以上では3.9%：5.4%(p=0.37)といずれも有意差を認めず、その内訳についてもSSI（1.1%：1.8%、p=0.45）、縫合不全（0.7%：1.9%、p=0.20）、肺炎（0.4%：0.3%、p=0.59）、せん妄（1.1%：0.2%、p=0.06）と有意差を認めなかった。術後在院日数は10.2日：10.5日（p=0.65）と有意差を認めなかった。5年生存率は82.5%：87.9%（p=0.003）と有意差を認めたが、5年無再発生存率は85.7%：83.9%（p=0.466）と有意差を認めなかった。

【結語】
耐術可能な80歳以上の高齢者に対する腹腔鏡下大腸癌手術は、術後合併症発生率を増加させずに安全に実施可能であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月21日(土) 14:35 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）

一般演題（口演） 33　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略２

座長：浜本 康夫（東京科学大学臨床腫瘍学分野）

[O33-1] 大腸癌におけるprecision medicineは実現しているのか？―CGPの結果到達率と治療実装の実態―

*和田 範子[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、関戸 悠紀[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、江口 英利[1]、佐藤 太郎[2] (1. 大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学、2. 大阪大学附属病院がんゲノム医療センター)

[O33-2] 大腸癌におけるコンパニオン診断と包括的がんゲノムプロファイリング検査の不一致に関する検討

*中野 麻恵[1,2]、島田 能史[1,2]、田中 裕太郎[2]、末森 理美[2]、大関 瑛[2]、安部 舜[2]、宗岡 悠介[2]、廣瀬 雄己[2]、石川 博補[2]、加納 陽介[2]、市川 寛[2]、滝沢 一泰[2]、中野 雅人[2]、坂田 純[2]、中川 悟[3]、横山 直行[4]、谷 達夫[5]、小林 由夏[6]、若井 俊文[1,2] (1. 新潟大学医歯学総合病院ゲノム医療部、2. 新潟大学大学院医歯保健学研究科消化器・一般外科学分野、3. 新潟県立がんセンター新潟病院消化器外科、4. 新潟市民病院消化器外科、5. 長岡赤十字病院消化器外科、6. 長岡中央綜合病院腫瘍内科)

[O33-3] 切除不能進行・再発大腸癌におけるFTD/TPI＋Bevacizumab療法の検討：Bevacizumabの投与継続と治療成績の関連

*月田 智也[1,2]、渋谷 雅常[1]、丹田 秀樹[1]、関 由季[1]、笠島 裕明[1]、前田 清[1]、西村 潤也[2]、井関 康仁[2]、福岡 達成[2]、西居 孝文[2] (1. 大阪公立大学大学院医学研究科消化器外科学、2. 大阪市立総合医療センター消化器外科)

[O33-4] 切除不能局所進行再発大腸癌に対する薬物療法中止基準としての栄養指標の有用性

*関 由季[1]、渋谷 雅常[1]、遠藤 秀生[1]、月田 智也[1]、丹田 秀樹[1]、内藤 信裕[1]、小澤 慎太郎[1]、大森 威来[1]、多田 隆馬[1]、西山 毅[1]、米光 健[1]、福井 康裕[1]、笠島 裕明[1]、福岡 達成[2]、前田 清[1] (1. 大阪公立大学大学院消化器外科学、2. 大阪市立総合医療センター消化器外科)

[O33-5] 直腸癌再発化学療法中に傍ストマ静脈瘤から出血を来した1例

*水谷 千佳[1,2]、加藤 京[2]、外村 俊平[2]、杉江 雄斗[2]、横井 亮磨[2]、村瀬 佑介[2]、鷹尾 千佳[2]、浅井 竜一[2]、田島 ジェシー雄[2]、松橋 延壽[2] (1. 岐阜大学大学院医学系研究科 消化器外科・小児外科学 がん先端治療国際地域支援講座、2. 岐阜大学外科学講座 消化器外科・小児外科学分野)

[O33-6] 大腸癌腹膜播種に対するcytoreductive surgery　～手術適応を長期生存例から検討する～

*今神 透[1]、大江 康光[1]、松永 隆志[1]、平田 篤史[1]、寒川 玲[1]、安 炳九[1]、戸川 剛[1]、高尾 信行[1]、水本 明良[1] (1. 淡海医療センター消化器外科・腹膜播種センター)

[O33-7] 当院におけるMSI-high大腸癌の臨床病理学的特徴と周術期予後の検討

*原 鐵洋[1]、香山 茂平[1]、川相 紘平[1]、宮首 翔馬[1]、森 政悠[1]、近藤 賢史[1]、河毛 利顕[1]、山口 拓朗[1]、杉山 陽一[1]、田崎 達也[1]、中光 篤志[1]、佐々木 秀[1] (1. JA広島総合病院一般外科治療センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 14:35 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）
一般演題（口演） 33　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 2
座長：浜本 康夫（東京科学大学臨床腫瘍学分野）

[O33-1] 大腸癌におけるprecision medicineは実現しているのか？―CGPの結果到達率と治療実装の実態―

*和田 範子[1]、森 良太[1]、竹田 充伸[1]、関戸 悠紀[1]、三代 雅明[1]、浜部 敦史[1]、荻野 崇之[1]、三吉 範克[1]、植村 守[1]、江口 英利[1]、佐藤 太郎[2] (1. 大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学、2. 大阪大学附属病院がんゲノム医療センター)

【背景】 大腸癌においてはバイオマーカーに基づく個別化治療が進んでいるが、実臨床におけるがんゲノムプロファイリング（CGP）検査の最適な導入時期や治療到達率は十分に明らかではない。そこで当院における大腸癌CGP施行症例の解析を通じ、実臨床での有用性と課題を検討した。
【方法】 2019年9月から2026年2月に当院でCGPを施行した結腸・直腸癌症例168例を対象とし、患者背景、検査から結果説明までの期間、既知情報との乖離、および実際の治療到達率を後方視的に検討した。
【結果】 解析対象は168例で、年齢中央値は63歳(12-85歳)、CGP施行時の治療ライン数は3次治療以降が62%に及んでいた。検査オーダーから結果説明までの日数は中央値77日(42-551日)であった。結果説明に至った症例は155例(93%)で、説明に至らなかった13例(7%)の主な理由はPS低下(8例)、死亡(2例）であった。RAS、BRAF、MSIの多くはCGP施行前に既に判明しており、CGPによる新規同定は限定的であった。RAS変異がないことが判明したのが3例、BRAF変異は新たに4例が同定されたが、治療方針の変更に至った症例は、RASで1例、BRAFで2例にとどまった。MSI-H症例では2例が新規同定されたが、1例はエキスパートパネル施行前に死亡し治療機会を逸していた。HER2増幅は7例で新規同定され、2例で抗HER2療法が導入された。受け皿試験の対象ともなりうるエベロリムスに紐づく遺伝子異常は38例(23%)に認められたが、他のdriver遺伝子変異の併存、紹介元での標準治療の継続やPS低下のため、投与に至った症例は認めなかった。エキスパートパネルを経て新規遺伝子異常に基づく治療に実際に到達した症例は7例(4%)に留まった。
【結論】 大腸癌におけるCGPは新規治療標的の同定に一定の役割を有するものの、実臨床において治療介入に至る割合は4%と低率であり、precision medicineの実装は限定的である可能性が示唆された。結果説明前に臨床的機会を逸する症例も存在しており、検査導入時期の最適化と治療アクセスの改善が必要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 14:35 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）
一般演題（口演） 33　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 2
座長：浜本 康夫（東京科学大学臨床腫瘍学分野）

[O33-2] 大腸癌におけるコンパニオン診断と包括的がんゲノムプロファイリング検査の不一致に関する検討

*中野 麻恵[1,2]、島田 能史[1,2]、田中 裕太郎[2]、末森 理美[2]、大関 瑛[2]、安部 舜[2]、宗岡 悠介[2]、廣瀬 雄己[2]、石川 博補[2]、加納 陽介[2]、市川 寛[2]、滝沢 一泰[2]、中野 雅人[2]、坂田 純[2]、中川 悟[3]、横山 直行[4]、谷 達夫[5]、小林 由夏[6]、若井 俊文[1,2] (1. 新潟大学医歯学総合病院ゲノム医療部、2. 新潟大学大学院医歯保健学研究科消化器・一般外科学分野、3. 新潟県立がんセンター新潟病院消化器外科、4. 新潟市民病院消化器外科、5. 長岡赤十字病院消化器外科、6. 長岡中央綜合病院腫瘍内科)

【背景】切除不能再発進行大腸癌の薬物療法において、*RAS*・*BRAF*V600E検査、マイクロサテライト不安定性（MSI）検査、HER2検査は重要な治療選択バイオマーカーである。近年、包括的がんゲノムプロファイリング（CGP）検査の普及に伴い、コンパニオン診断との結果不一致を経験する機会がある。
【目的】大腸癌におけるコンパニオン診断とCGP検査の不一致について検討する。
【対象と方法】2020年1月～2025年7月までに、がんゲノム医療連携病院を含む当院でエキスパートパネルを実施した大腸癌309例（肉腫を除く）を対象とした。CGP検査前に実施されたコンパニオン診断（*RAS*・*BRAF*・MSI・HER2検査）とCGP検査結果を比較した。HER2検査は、HER2阻害薬投与を前提として実施されることから、HER2未検査で*RAS*、*BRAF*、MSI検査のみ施行済み症例もコンパニオン診断実施例として扱った。また、コンパニオン診断でHER2陽性（HER2-IHC 3+またはHER2-FISH陽性）の場合、CGP検査でERBB2増幅を認めた場合を一致と判定した。
【結果】コンパニオン診断とCGP検査結果が一致した症例は260例（84.1%）、不一致は48例（15.5%）、判定不能は1例であった。不一致の内訳は、新たな遺伝子変異の追加が26例、コンパニオン診断で検出されていた遺伝子変異の消失が16例、コンパニオン診断とCGP検査で検出遺伝子または遺伝子バリアントの相違が6例、判定不能例は、コンパニオン診断でMSI-Highであったが、GenMineTOPでMSIが解析対象外であった1例であった。
【結語】本研究では、コンパニオン診断とCGP検査の不一致を15.5%に認めた。空間的腫瘍内不均一性や経時的腫瘍内不均一性が不一致の一因である可能性が考えられたが、本研究では使用検体の詳細な検討は行えていない。CGP検査結果の解釈においては、コンパニオン診断結果や検体採取時期を含めた総合的評価が重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 14:35 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）
一般演題（口演） 33　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 2
座長：浜本 康夫（東京科学大学臨床腫瘍学分野）

[O33-3] 切除不能進行・再発大腸癌におけるFTD/TPI＋Bevacizumab療法の検討：Bevacizumabの投与継続と治療成績の関連

*月田 智也[1,2]、渋谷 雅常[1]、丹田 秀樹[1]、関 由季[1]、笠島 裕明[1]、前田 清[1]、西村 潤也[2]、井関 康仁[2]、福岡 達成[2]、西居 孝文[2] (1. 大阪公立大学大学院医学研究科消化器外科学、2. 大阪市立総合医療センター消化器外科)

【目的】
切除不能進行・再発大腸癌（mCRC）の後方ラインにおいて、FTD/TPI＋ベバシズマブ（Bev）療法は重要な選択肢の一つであるが、フロントライン治療で使用された抗VEGF抗体製剤の使用による累積的な腎毒性から、本治療中に高度な蛋白尿を発症し、Bevの休薬や中止を余儀なくされることも少なくない。本研究は、Bevの投与量不足が臨床成績に与える影響を調査することが目的である。
【方法】
2016年4月から2025年5月に当院で本療法を施行したmCRC患者104例を対象とした。ROC解析よりBevの相対用量強度（RDI）のカットオフ値を70%に設定し、70%以上を十分量投与群（SD群）、70%未満を投与量不足群（ID群）に分類した。両群の無増悪生存期間（PFS）、全生存期間（OS）、病勢コントロール率（DCR）を比較し、Bevの投与継続の阻害要因を後方視的に解析した。
【結果】
SD群は75例、ID群は29例であった。年齢、性別、ECOG-Performance status (PS)、RASステータス、転移臓器数、原発巣の局在、などの患者背景には有意差は認めなかった。SD群のPFS(中央値：131日)はID群のPFS(中央値：70日)と比較して有意に良好であった(p=0.001)。同様にOSに関してもSD群(中央値：243日)はID群(中央値：184日)と比較して有意に良好であった(p=0.045)。DCRもSD群がID群よりも高かった(46.7 vs. 20.7%, P=0.038)。2群間でFTD/TPIのRDIに有意差は認めなかった(85% vs. 75%, p=0.29)。Bevの休薬の最も多かった原因は蛋白尿であったが、前治療における高度な蛋白尿(定性3+以上)の出現はFTD/TPI＋Bev療法中の高度な蛋白尿(定性３＋以上)の出現と有意に相関した(p<0.001)。前治療で高度の蛋白尿を呈した症例ではFTD/TPI＋Bev療法の導入早期より高度の蛋白尿が出現する傾向にあった。
【考察と結論】
mCRCに対するFTD/TPI＋Bev療法において、十分な併用効果を得るためにはBevの投与量を一定以上に保つ必要がある。Bev継続を阻害する主因は蛋白尿であり、前治療での高度蛋白尿既往が強力な予測因子であったことから、本療法のベネフィットを最大化するためには導入後の厳密な管理に加え後治療を見据えたフロントラインからのシームレスな蛋白尿マネジメントが極めて重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 14:35 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）
一般演題（口演） 33　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 2
座長：浜本 康夫（東京科学大学臨床腫瘍学分野）

[O33-4] 切除不能局所進行再発大腸癌に対する薬物療法中止基準としての栄養指標の有用性

*関 由季[1]、渋谷 雅常[1]、遠藤 秀生[1]、月田 智也[1]、丹田 秀樹[1]、内藤 信裕[1]、小澤 慎太郎[1]、大森 威来[1]、多田 隆馬[1]、西山 毅[1]、米光 健[1]、福井 康裕[1]、笠島 裕明[1]、福岡 達成[2]、前田 清[1] (1. 大阪公立大学大学院消化器外科学、2. 大阪市立総合医療センター消化器外科)

【背景】悪液質は切除不能進行再発大腸癌(Metastatic colorectal cancer: mCRC)の予後不良因子であり全生存期間（Overall Survival: OS）短縮と有意に関連する。終末期の不可逆的悪液質は、治療抵抗性、高度異化状態、全身状態不良を背景とし予測予後3ヶ月未満とされる。この段階での薬物療法は有害事象により患者の生活の質を低下させるだけで有益性が乏しい可能性があるが、どのタイミングでBest Supportive Care(BSC)へ移行するかは明確な基準がない。今回、薬物療法中止のタイミングを客観的に評価する一助としての栄養指標の有用性に関して検討した。【方法】対象は2016年9月～2026年3月に当院でmCRCに対し薬物療法を施行しBSCを選択した72例。BSC決定時の免疫栄養指数として血清アルブミン濃度(ALB)、Neutrophile-lymphocyte Ratio(NLR)、Prognostic Nutritional Index(PNI)、Geriatric Nutritional Risk Index(GNRI)、Cachexia Index(CXI)を算出し、BSC決定時からの予後、また決定後90日未満での癌死との関連を調査した。各指標はBSC決定時の血液検査、直前のCT画像より算出した。NLR=好中球数/リンパ球数、PNI＝10×ALB＋0.005×末梢リンパ球数、GNRI＝14.89×ALB＋41.7×現在体重/理想体重、CXI=腸腰筋指数(腸腰筋面積/身長2[cm2/m2])×ALB(g/dL)/NLR。腸腰筋面積はCT画像解析システムで測定した。BSC決定後90日未満の死亡群を短期生存群、90日以上での死亡群を長期生存群とした。各指数のカットオフ値は90日未満での死亡をエンドポイントとしROC曲線を用いて設定した。【結果】短期生存群は53例、長期生存群は19例。BSC決定時のALB、NLR、PNI、CXI は短期生存群で有意に不良だった。(中央値3.3g/dl vs.2.9 g/dl, p=0.008, 中央値3.1 vs.4.6, p=0.025, 中央値41.4 vs.34.4 , p=0.005, 中央値:5.43 vs.3.02, p=0.004)。カットオフ値はALBが2.9 g/dl、CXIが 3.50であり、ALB低値群、CXI低値群においてBSC決定時からのOSは有意に短かった (中央値33日vs.59日, p=0.024, 中央値35日vs.65日, p=0.006)。【結論】各指標の精度に関しては検討を重ねる必要があるが、mCRCにおいて薬物療法中止のタイミングの客観的評価として免疫栄養指数が有用である可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 14:35 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）
一般演題（口演） 33　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 2
座長：浜本 康夫（東京科学大学臨床腫瘍学分野）

[O33-5] 直腸癌再発化学療法中に傍ストマ静脈瘤から出血を来した1例

*水谷 千佳[1,2]、加藤 京[2]、外村 俊平[2]、杉江 雄斗[2]、横井 亮磨[2]、村瀬 佑介[2]、鷹尾 千佳[2]、浅井 竜一[2]、田島 ジェシー雄[2]、松橋 延壽[2] (1. 岐阜大学大学院医学系研究科 消化器外科・小児外科学 がん先端治療国際地域支援講座、2. 岐阜大学外科学講座 消化器外科・小児外科学分野)

【症例】52歳男性、7年前に直腸癌に対し腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術＋D3郭清施行、Rb,type2,ypT3(A),ypN0,Mm,fStage Ⅱ a(ypPM0(160mm)DM(35mm),ypRM0,CurA,Grade2であった。術後3年10カ月で傍大動脈リンパ節再発をきたし、FOLFOX＋Pmab施行、病勢悪化でFOLFIRI＋RAMへレジメン変更し治療中であった。16コース目day8に全身倦怠感を主訴に来院、高度貧血の進行を認め、緊急入院となった。来院時にHR88bpm BP160/84mmHg, SpO2 96%(RA) BT36.6度とバイタルは安定していたものの、眼瞼結膜蒼白、腹部膨満、上下肢浮腫を認めた。ストマ浮腫およびパウチ暗赤色の排液を認めた。腹部CTでストマ部に下腸間膜静脈から連続する拡張した静脈および腹水の急激な増加を認め、血液検査で高度な貧血の進行を認めた。ストマ静脈瘤であり出血源として矛盾しない所見と判断し、当院放射線科と相談しIVR治療を行う方針とした。超音波ガイド下に傍ストマから拡張した静脈瘤へ直接穿刺を行い、下腸間膜静脈から連続する病変部を造影、静脈瘤に対し塞栓術を施行した（コイル＋5%EOI＋NBCA併用）。術後同日より傍ストマ出血は再燃なく経過し、ストマ浮腫も改善を認めた。またアルブミン製剤投与および利尿剤による腹水コントロールを行った結果腹水も改善し術後10日目で退院となった。治療1カ月後の腹部ＣＴで傍ストマ静脈瘤の造影増強効果は認めず良好な塞栓効果を継続、腹水は肝表にわずかに残存するのみにまで改善を確認し、FOLFIRIによる化学療法再開、現在も治療継続中である。【考察】傍ストマ静脈瘤による出血は比較的稀ながら重篤な合併症であり、画像診断と血管塞栓術を用いた治療が有効であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 14:35 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）
一般演題（口演） 33　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 2
座長：浜本 康夫（東京科学大学臨床腫瘍学分野）

[O33-6] 大腸癌腹膜播種に対するcytoreductive surgery　～手術適応を長期生存例から検討する～

*今神 透[1]、大江 康光[1]、松永 隆志[1]、平田 篤史[1]、寒川 玲[1]、安 炳九[1]、戸川 剛[1]、高尾 信行[1]、水本 明良[1] (1. 淡海医療センター消化器外科・腹膜播種センター)

【背景】
海外では大腸癌腹膜播種に対するcytoreductive surgery (CRS)は治療選択肢の一つとして位置づけられている一方で、本邦では普及していない。その一因として、どのような症例に対して手術をするべきか、という点が明確でないことが挙げられる。当院では大腸癌腹膜播種に対して積極的にCRSを施行し、その治療成績を報告してきた。今回我々は、当院でCRSを施行し長期生存を得ている症例を集積し、その臨床所見を検討することとした。
【対象と方法】
2019年8月から2022年1月の2年6か月間に、当院にてCRSを施行した大腸癌腹膜播種の70例を対象とした。CRSの術中にPeritoneal cancer index (PCI)を算出した。手術時の腫瘍の遺残についてはcompleteness of cytoreduction (CC) scoreを用いて評価した（CC-0;肉眼的残存腫瘍なし）。また、3年以上生存を得た症例を抽出し比較検討を加えた。
【結果】
対象の70例では、年齢60歳で、男性36例女性34例であった。右側結腸が40例、左側結腸と直腸があわせて30例であった。腫瘍マーカーはCEA 10.95μg/mL、CA19-9 34.7 U/mLであった。PCIは14点で、CC-0が40例(57.1%)に得られていた。このうち、3年以上の生存が得られたのは16例(22.9%)であった。この16例においては、年齢57歳で男性10例女性6例であった。右側結腸が9例で左側結腸・直腸が7例であった。CEA 3.95μg/mL、CA19-9 24.7 U/mL、PCI 9点、CC-0が15例(93.8%)であった。CEAが低い、PCIが低い、CC-0が達成できる、これらが3年以上の生存に関して良好な因子であった。
【結語】
予後不良とされる大腸癌腹膜播種であるが、CRSにより長期の生存が得られる症例が存在する。3年生存した症例をみるとCEA正常、PCI<10、CC-0が達成できる、ということが手術適応の一つの目安となることが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 14:35 ~ 15:30 | 第6会場（1F 会議室103）
一般演題（口演） 33　切除不能・再発大腸癌に対する治療戦略 2
座長：浜本 康夫（東京科学大学臨床腫瘍学分野）

[O33-7] 当院におけるMSI-high大腸癌の臨床病理学的特徴と周術期予後の検討

*原 鐵洋[1]、香山 茂平[1]、川相 紘平[1]、宮首 翔馬[1]、森 政悠[1]、近藤 賢史[1]、河毛 利顕[1]、山口 拓朗[1]、杉山 陽一[1]、田崎 達也[1]、中光 篤志[1]、佐々木 秀[1] (1. JA広島総合病院一般外科治療センター)

【背景・目的】 切除不能進行・再発大腸癌におけるMicrosatellite instability（MSI)-highの頻度は約4%と報告されている。近年、免疫チェックポイント阻害薬（ICI）の登場によりその治療成績は向上したが、一方で周術期におけるMSIステータスの予後規定因子としての意義については、症例ごとの詳細な検討が求められている。
【方法】 2021年4月から2025年3月までに当院でMSI検査を施行した236例を対象とした。このうち、根治切除を施行したハイリスクStage II（29例）とStage III（51例）の計80例（MSS群67例、MSI-high群13例）について、臨床背景および予後を比較検討した。なお、Stage IIのハイリスク因子はT4、閉塞・穿孔、組織型、高度脈管侵襲と定義した。
【結果】 臨床背景としてはMSI-high群はMSS群と比較し、右側結腸癌（92.3% vs 44.3%, p=0.0005）、およびtub1/2以外の組織型（69.2% vs 9.0%, p<0.0001）を有意に多く認めた。術後化学療法はMSS群でMSI-high群に対し，施行率は有意に高かった（76.1% vs 23.1%; p=0.0003）. 予後解析において、症例数が限定的ではあるがMSI-high群の3年無再発生存率（RFS）および3年全生存率（OS）はいずれも100%であり、MSS群（3年RFS 61%, 3年OS 88%）に対し良好であった。特にT4症例やIDEA高リスク相当（T4 or N2）の予後不良群においても、MSI-high群では再発を認めず、MSS群（3年RFS 50% および 49%）と比較し良好な経過を維持していた。
【考察・結語】 当院の検討においてMSI-high大腸癌は病理学的な高リスク因子を有する場合でも術後予後は極めて良好であった。Stage II/III大腸癌の周術期治療戦略において、MSIステータスに基づいたリスク評価は、術後化学療法の回避や治療個別化の観点から重要であると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 34　炎症性腸疾患 5

座長：小林 拓（北里大学北里研究所病院 炎症性腸疾患先進治療センター）

[O34-1] IBD関連脊椎関節炎の診療科連携と診療の実際

*清原 裕貴[1]、三上 洋平[1]、杉本 真也[1]、吉松 裕介[1]、近藤 泰[2]、筋野 智久[3]、髙林 馨[4]、細江 直樹[5]、岩男 泰[5]、金子 祐子[2]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学(消化器)、2. 慶應義塾大学医学部内科学(リウマチ膠原病)、3. 慶應義塾大学医学部坂口光洋記念講座消化器生体機能多次元解析講座、4. 慶應義塾大学医学部内視鏡センター、5. 慶應義塾大学予防医療センター)

[O34-2] 感染性胃腸炎診断に対するリンパ球数測定の有用性の検討

*野口 光徳[1] (1. 野口胃腸内科医院)

[O34-3] 当科における小児IBD診療の現状と課題

*藤本 浩輔[1]、小山 文一[1,2]、井上 隆[1]、岩佐 陽介[1,2]、高木 忠隆[1]、田村 昂[1]、江尻 剛気[1]、吉川 千尋[1]、庄 雅之[1] (1. 奈良県立医科大学　消化器・総合外科、2. 奈良県立医科大学附属病院　中央内視鏡部)

[O34-4] 重症潰瘍性大腸炎における術前腸管超音波所見と切除腸管の全層病理所見との比較

*三好 潤[1]、森久保 拓[1]、林 玲匡[2]、小松 悠香[1]、米澤 広美[1]、松浦 稔[1]、柴原 純二[3]、久松 理一[1] (1. 杏林大学医学部消化器内科学、2. 杏林大学医学部統合生理学、3. 杏林大学医学部病理学)

[O34-5] 潰瘍性大腸炎関連腫瘍手術症例における術前BMIと臨床病理学的特徴との関連

*中山 史崇[1]、森田 覚[1]、門野 政義[1]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部外科学教室（一般・消化器))

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 34　炎症性腸疾患 5

座長：小林 拓（北里大学北里研究所病院 炎症性腸疾患先進治療センター）

[O34-1] IBD関連脊椎関節炎の診療科連携と診療の実際

*清原 裕貴[1]、三上 洋平[1]、杉本 真也[1]、吉松 裕介[1]、近藤 泰[2]、筋野 智久[3]、髙林 馨[4]、細江 直樹[5]、岩男 泰[5]、金子 祐子[2]、金井 隆典[1] (1. 慶應義塾大学医学部内科学(消化器)、2. 慶應義塾大学医学部内科学(リウマチ膠原病)、3. 慶應義塾大学医学部坂口光洋記念講座消化器生体機能多次元解析講座、4. 慶應義塾大学医学部内視鏡センター、5. 慶應義塾大学予防医療センター)

【背景】脊椎関節炎(SpA)は炎症性腸疾患(IBD)の主要な腸管外合併症である。体軸性SpAにおいては、適切な管理がなされないことで関節破壊を来しうるほか、末梢性SpAにおいても、腸管病変とSpAの活動性が一致しないことがあり、SpAの診療においてはリウマチ膠原病内科医との診療科連携が重要である。本研究では、リウマチ膠原病内科医によってSpAと確定診断されたIBD患者の診療の実際と治療成績を明らかにすることを目的とした。【方法】当院で潰瘍性大腸炎(UC)もしくはクローン病(CD)と診断されており、2021年5月から2022年5月の間に、リウマチ膠原病内科でIBD関連SpAと診断された患者について単施設後方視的観察研究を実施した。IBD関連SpAの臨床的特徴、SpA診断時の関節エコーにおける有所見の割合、SpAに対して有効であった薬剤の内訳を記述統計として評価した。【結果】52名がIBD関連SpAと診断され、本研究の解析対象となった。UCは41名、CDは11名であり、末梢性SpA(pSpA)は43名、体軸性SpA(aSpA)は5名、pSpAとaSpAの混合性SpAは4名該当した。pSpAのうち34名(79.1%)で関節エコーが実施され、このうち30名(88.2%)が腱付着部炎などの有所見であった。SpAに対して有効であった治療の内訳として、抗TNF-α抗体製剤を含むレジメンが28名(53.8%)で、このうち20名は抗TNF-α抗体製剤単独でSpAが改善していた。非ステロイド性消炎鎮痛薬、副腎皮質ステロイド全身投与のみでSpAが改善した症例は、それぞれ6名(14.0%)、5名(9.6%)であった。関節症状が寛解に至らない症例は2名(3.9%)のみであった。なお、抗TNF-α抗体製剤使用下で関節症状が出現した症例が12例(23%)存在し、腸管病変の活動性とは必ずしも一致していなかった。【結語】IBD関連SpAの確定診断例において、リウマチ膠原病内科医による関節エコー検査では高い有所見率であり、診断に有用と考えられた。さらに、適切な治療により、関節症状の高い寛解率が達成されており、診断と治療における診療科連携の重要性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 34　炎症性腸疾患 5
座長：小林 拓（北里大学北里研究所病院 炎症性腸疾患先進治療センター）

[O34-2] 感染性胃腸炎診断に対するリンパ球数測定の有用性の検討

*野口 光徳[1] (1. 野口胃腸内科医院)

[背景] 2024/25年シーズン以降、ノロウイルス変異型GIIが主体となった感染性胃腸炎患者が大流行をきたしている。しかし、便中抗原の免疫測定法は、感度が低いため、複数の検体を検査する集団感染の診断に用いられてきた。またPCRを用いた遺伝子検査は、ロタや他の感染性ウイルス検査も要し、費用のために汎用が困難である。そこで、感染患者の免疫反応性に着目し、その特徴と補助診断の有用性を検討した。
[目的]　２０２６年冬季に受診した急性胃腸炎患者の血液学的特徴と臨床的重症度、要した治療法、有用性などを、流行期の２０２６年１月から３月に来院した患者について検討をおこなった。[対象] 下痢・嘔吐、腹痛などで来院した患者101名（男44、女57）に対し、白血球3分類を含む血算が可能な自動血球計数測定器 (Microsemi LC-767 Horiba)を用いて、血液学的検査を検討した。このうち、カキや二枚貝の生食、家族内感染など起点が明らかな感染性胃腸炎患者(infectious gastroenteritis: IGE) 72名、それ以外の急性胃腸炎患者(acute gastroenteritis: AGE)29名を対照として、検討を行った。
[結果] ① 発症後８時間から２日以内の採血検査上、感染性胃腸炎IGE患者では、リンパ球比率の減少（IGE 平均7.07% vs. AGE 29.9%）とリンパ球数の減少（平均579 vs.1810）を全例に認めた。② IGE ３7.5度以上の発熱30例、Hypovolemic shock 指数 (脈拍数/収縮時血圧) IGE:1以上17例・平均0.85 >AGE:0.69とIGEで高かった。③ 500ml以上の輸液療法を要したIGE患者 66例、就業者が１日以上の休職を要したIGE患者45例であった。ウイルス性胃腸炎が示唆されたIGE72例は、抗生剤を投与せず軽快した。④　IGEのうち、カキの生食などが発病の起因を示唆する患者28例、家族や子供からの感染を示唆された患者44例であった。
[結語]　ウイルス性感染性胃腸炎の診断に、リンパ球のウイルス感染による減少を採血で確認することは、不必要な抗生剤の投薬を避けることに有用であった。小腸炎を伴う脱水症合併例には、輸液療法が有効であった。感染者に対し、ウイルス感染を家族・職場に広めぬように、感染伝播防止指導をおこなう際にも、リンパ球減少を確認することは有用であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 34　炎症性腸疾患 5

座長：小林 拓（北里大学北里研究所病院 炎症性腸疾患先進治療センター）

[O34-3] 当科における小児IBD診療の現状と課題

*藤本 浩輔[1]、小山 文一[1,2]、井上 隆[1]、岩佐 陽介[1,2]、高木 忠隆[1]、田村 昂[1]、江尻 剛気[1]、吉川 千尋[1]、庄 雅之[1]
(1. 奈良県立医科大学　消化器・総合外科、2. 奈良県立医科大学附属病院　中央内視鏡部)

【背景】小児IBD（PIBD）の診断において、改訂Porto基準では全例での上下部内視鏡検査と組織診が推奨されている。しかし、実地臨床では、診断時にそのすべてを完遂することは容易ではない。当科は成人IBD患者を主とするが、地域医療の特性から小児例の診療も積極的に担っている。
【対象・目的】2010年1月から2025年12月までに当科を初診した17歳未満の小児IBD患者24例（初診時データ欠損例を除く）を対象と、当科における小児IBDの診断・治療の現状を把握し、初診時の所見から予後予測が可能か検討するとともに、現状の課題を抽出する。
【結果】男児16例、女児8例、発症年齢中央値は12歳（2-16歳）。診断時重症度は軽症7例、中等症8例、重症9例であった。診断時の下部消化管内視鏡検査（CS）は全例で施行され、全例で組織診が行われたが、回腸末端までの到達は17例、全身麻酔下の施行は10例（41.7%）であった。一方、診断時の上部消化管内視鏡検査は4例、小腸画像検査は3例にとどまり、PIBD遺伝子パネル検査は2例であった。 初診時診断はUC 12例、CD 10例、IBD-U 2例（最終診断はいずれもCD）であり、最終診断との一致率は91.7%と高率であった。治療ではステロイド使用12例、免疫調節薬使用9例であり、87.5%（21例）で分子標的薬等のAdvanced Therapy（以下AT）を導入した。ATを2剤以上使用した群は、診断時の重症度が有意に高い傾向を認めた。
【結語】当科における小児例への初診時上部消化管検査施行率は低かったが、CSと組織診により比較的高い正診率が得られた。初診時の重症度はその後の治療強化（ATの多剤使用）の予測因子となる可能性が示唆された。診断時に確診に至らない症例や重症例に対しては、上部消化管・小腸精査や遺伝子解析を速やかに追加する診療体制の構築が今後の課題である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 34　炎症性腸疾患 5

座長：小林 拓（北里大学北里研究所病院 炎症性腸疾患先進治療センター）

[O34-4] 重症潰瘍性大腸炎における術前腸管超音波所見と切除腸管の全層病理所見との比較

*三好 潤[1]、森久保 拓[1]、林 玲匡[2]、小松 悠香[1]、米澤 広美[1]、松浦 稔[1]、柴原 純二[3]、久松 理一[1] (1. 杏林大学医学部消化器内科学、2. 杏林大学医学部統合生理学、3. 杏林大学医学部病理学)

【背景・目的】経腹的腸管超音波検査（IUS）は非侵襲的な画像検査であり、潰瘍性大腸炎（UC）診療におけるモニタリングツールとして注目されている。IUSは、腸管壁厚・層構造や血流、腸管周囲組織を含めた全層評価が可能という特徴がある。一方、活動期UCで認められるIUS所見がどのような病理像を反映しているかの対比は十分に行われていない。そこで、本研究では、大腸全摘術を施行した重症潰瘍性大腸炎（ASUC）について、手術直前のIUS所見と切除検体の病理組織学的所見とを比較することを目的とした。【方法】ASUCに対して大腸全摘術を施行し、術前1週間以内にIUSを施行した症例を対象とした。IUS所見と切除標本の病理所見を、上行結腸、横行結腸、下行結腸、S状結腸の各部位で比較した。IUS所見として腸管壁厚、壁層構造、血流（modified Limberg score, mLS）、腸管周囲脂肪織高エコー化（i-fat）を評価した。病理所見として炎症細胞浸潤、血管増生、浮腫、筋層肥厚、線維化を評価した。【結果】4症例、16部位を解析対象とした。左側型１例、全大腸炎型3例で、IUSは術前3−6日で施行されていた。腸管壁肥厚を認めた全ての部位で高度の全層性炎症を認めていた。壁層構造消失は9部位に認め、いずれも高度の全層性炎症および血管増生を伴っていた。mLS高値は血管増生と関連し、一部で浮腫を伴っていた。i-fatは14部位で認め、その多くで漿膜下血管増生が確認されたが、漿膜下脂肪増生は5部位であった。粘膜下層の線維化や筋層肥厚は炎症部位・非炎症部位のいずれでも認めたが、それらを推定するIUS所見は明らかではなかった。【結論】ASUCにおいて、IUS所見が腸管全層性炎症の病理像の推測に有用である一方、腸管壁線維化の推定については通常観察では困難であることが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:15 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 34　炎症性腸疾患 5
座長：小林 拓（北里大学北里研究所病院 炎症性腸疾患先進治療センター）

[O34-5] 潰瘍性大腸炎関連腫瘍手術症例における術前BMIと臨床病理学的特徴との関連

*中山 史崇[1]、森田 覚[1]、門野 政義[1]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部外科学教室（一般・消化器))

【目的】散発性大腸癌（sporadic Colorectal Cancer: sCRC）では、肥満と病理組織学的悪性度との関連が報告されている。一方で、潰瘍性大腸炎関連腫瘍（Ulcerative Colitis-Associated Neoplasia: UCAN）において、術前BMI高値症例を散見するが、BMIが病理組織学的悪性度に関連するかは明らかでない。加えて、術後の主要合併症である回腸嚢炎との関連も明らかでない。そこで本研究は、UCAN手術症例における術前BMIと臨床病理学的特徴の関連を検討することを目的とした。
【方法】2002年から2025年までに当院で手術を施行したUCAN症例を母集団とし、dysplasiaを除いた癌症例を対象として後方視的観察研究を行った。BMI≧25群とBMI＜25群で、主要評価項目として病理組織学的特徴を比較した。さらにT1-2早期癌で感度解析を行った。副次解析として回腸嚢炎関連因子を単変量・多変量ロジスティック回帰で検討した。
【結果】全体症例はBMI高値群19例（21.8%）、低値群68例（78.2%）で、患者背景では年齢のみ高値群で高かった（54歳 vs 46歳, p=0.005）。肉眼型、組織型、腫瘍径、Stage、リンパ節転移、脈管侵襲、神経浸潤、簇出、RFS/OSに群間差を認めなかった。T1-2早期癌（13例 vs 38例）でも同様であった。一方で、回腸嚢炎は全体でBMI高値群に少ない傾向を認めた（21.1% vs 47.1%, p=0.064）。BMIに加えて術前内視鏡的MayoスコアとAlb値を調整変数として行った多変量解析ではBMI低値は独立したリスク因子である可能性が示唆された（OR 4.72, 95%CI 1.28–21.90, p=0.029）。T1-2早期癌でも同様の傾向が見られた（OR 15.41, 95%CI 2.28–192.48, p=0.013）。
【考察】本研究では、BMIとUCANの病理組織学的悪性度との明確な関連は認めなかった。一方で、BMI低値群で回腸嚢炎が高頻度であった。以上より、sCRCで報告される肥満と病理組織学的悪性度の知見をUCANにそのまま外挿すべきではない可能性が示唆された。一方で、BMIと回腸嚢炎の関連の解釈には症例蓄積が必要である。BMIは内臓脂肪量や筋量を直接反映していない。そのため、分子生物学的解析に加えて内臓脂肪面積、骨格筋量指数／腸腰筋面積指数を用いた体組成評価などの詳細な検証が望まれる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

🗓2026年11月21日(土) 14:25 ~ 15:05 | 🏛第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 35　大腸内視鏡診断・治療

座長：榎本 俊行（東邦大学医療センター大橋病院　外科）

[O35-1] S状結腸軸捻転症に対する大腸内視鏡を用いない透視下経肛門イレウス管挿入についての検討

*服部 桜子[1,2]、荒牧 修[1,2]、岡村 行泰[1]、渡邉 善広[2]、加茂 知久[2]、牛久 敬史[2]、黒沼 明子[2]、村山 公[2] (1. 日本大学医学部外科学系消化器外科学分野、2. 苑田第一病院外科)

[O35-2] 当院における閉塞性大腸癌に対するステント留置の適応と治療成績

*齊藤 浩志[1]、加藤 秀明[1]、今川 りさ[1]、舘野 桂[1]、南川 友理[1]、木村 花梨[1]、川口 雅彦[1]、谷口 桂三[1]、渡邊 透[1] (1. 横浜栄共済病院)

[O35-3] 大腸ステント留置後の閉塞性大腸がんに対する治療成績について

*片岡 淳[1]、川崎 誠康[1]、田中 涼太郎[1]、村田 裕子[1]、藤本 浩之[1]、魚住 のぞみ[1]、石原 敦[1]、白井 大介[1]、前田 詠理[1]、山本 堪介[1]、奥村 哲[1]、福田 進太郎[1]、土橋 洋史[1]、小川 雅生[1]、亀山 雅男[1] (1. 生長会ベルランド総合病院 外科・消化管外科)

[O35-4] 緩和目的に大腸ステント留置した５４例の検討

*浅古 謙太郎[1]、近藤 宏佳[1]、柳橋 進[1]、大塚 英男[1]、宅間 邦雄[1]、清家 和裕[1] (1. 都立多摩総合医療センター 消化器・一般外科)

[O35-5] 左側悪性大腸閉塞症例に対する経鼻内視鏡を利用した大腸ステント留置

*野宮 洋樹[1,2]、花畑 憲洋[1]、金橋 もも花[1]、福徳 友香理[1]、高 昌良[1]、澤田 洋平[1]、五十嵐 剛[1]、島谷 孝司[1]、沼尾 宏[1]、櫻庭 裕丈[2] (1. 青森県立中央病院消化器・腫瘍内科、2. 弘前大学大学院医学研究科消化器血液免疫内科学講座)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月21日(土) 14:25 ~ 15:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 35　大腸内視鏡診断・治療

座長：榎本 俊行（東邦大学医療センター大橋病院　外科）

[O35-1] S状結腸軸捻転症に対する大腸内視鏡を用いない透視下経肛門イレウス管挿入についての検討

*服部 桜子[1,2]、荒牧 修[1,2]、岡村 行泰[1]、渡邉 善広[2]、加茂 知久[2]、牛久 敬史[2]、黒沼 明子[2]、村山 公[2] (1. 日本大学医学部外科学系消化器外科学分野、2. 苑田第一病院外科)

【背景】本邦ではS状結腸軸捻転症(Sigmoid Volvulus: SV)の治療ガイドラインは存在せず, 腸管壊死を伴わないSVに対しては主として大腸内視鏡(Colonoscope: CS)を用いた整復術・減圧術が行われている. 我々の施設ではSVに対する非手術的治療として経肛門イレウス管(transanal decompression tube: TDT)の留置を行っており, その有用性や安全性,再発率が低いことについて報告した (J Anus Rectum Colon. 2024). また, SVに対するTDTの留置法としてCSを用いる方法, 用いない方法のいずれかを行っている.
【目的】本研究は, SVに対してCSを用いずに透視下でTDT挿入を行う方法の有効性と安全性を評価することを目的として施行した.
【方法】2008年から2024年の間に苑田第一病院で治療したSVの患者 90例(再発時を含め計136回治療)について後方視的に解析を行った. 90例のうち4例は腹膜刺激徴候を認めたため非手術的治療は行わなかった. 残りの86例について, 以下の3群に分けて検討した: CSによる減圧のみ(n=4), CSなしでTDT挿入(n=25), CSありでTDT挿入(n=57). 評価項目は治療による合併症, 再発までの期間, 処置の所要時間とした.
【結果】90例のうち4例は腹膜刺激徴候を認めたため非手術的治療の対象とならなかった.残りの86例が非手術的に減圧治療を受け, そのうち14例が減圧治療後に手術を必要となった. 初回に手術を受けなかった72例のうち25例(34.7%)が再発し, 再発時に非手術的に管理された回数をあわせ計136回の減圧処置を行った.　CSなしのTDT群では合併症は発生せず, CSを用いたTDT群では1例に大腸穿孔が認められた($p = 0.69$). CSなしのTDT群とCSありのTDT群との比較で, 再発までの期間に有意差は認められなかった($p = 0.49$). 所要時間は CSなしのTDT挿入では中央値11分, CSを用いたTDT挿入では中央値40分であり, CSなしのTDT挿入で有意に短かった($p < 0.001$).
【結論】大腸内視鏡を用いずに透視下で行うTDT挿入は, SVの安全かつ効率的な非手術的治療の選択肢となると考える.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 14:25 ~ 15:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 35　大腸内視鏡診断・治療
座長：榎本 俊行（東邦大学医療センター大橋病院　外科）

[O35-2] 当院における閉塞性大腸癌に対するステント留置の適応と治療成績

*齊藤 浩志[1]、加藤 秀明[1]、今川 りさ[1]、舘野 桂[1]、南川 友理[1]、木村 花梨[1]、川口 雅彦[1]、谷口 桂三[1]、渡邊 透[1]
(1. 横浜栄共済病院)

【背景】本邦において閉塞性大腸癌に対するステント留置は2012年の保険収載以降普及し, 緊急手術を回避する手段としての有用性が報告されている. 当院では保険収載以降BTS (Bridge to surgery)目的, また緩和目的に大腸ステント留置を行っており, その適応と短期成績を報告する.

【方法】2013年12月から2026年2月までの期間に閉塞性大腸癌に対してステント留置を試みた151例を対象とした. 適応はCROSS分類0~3の閉塞性大腸癌, スコープ通過困難例とし, 腫瘍部位は右側結腸も適応としている. BTS及び緩和目的に分類し, 後方視的に治療成績を検討した.

【結果】 151例中BTS目的は141例, 緩和目的は10例であった. BTS症例の年齢は76.5 (36-89)歳であり, 腫瘍部位は右側結腸が39例, 左側結腸が102例であった, CROSS分類は3が最も多く67%であり, 技術的成功率は96%, 臨床的成功率は94%であった. ステント留置関連合併症は9例 (6.3%)であり, 6例 (4%)が留置できずに緊急手術へ移行していた. BTS完遂例は134例 (95%)であり, BTS期間は17 (4-209)日であった. 手術アプローチは開腹72例, 腹腔鏡47例, ロボット15例であった, 手術時間は155 (80-243)分, 出血量は5(1-320), Clavien-Dindo分類Grade3以上の術後合併症は6例(4%)認めた. 術後在院日数は11 (8-51)日であった. 単変量解析において, cT4はステント留置の技術的失敗と優位に関連していた. 一方緩和例は年齢が87 (65-96)歳であり, 腫瘍部位は右側が3例, 左側が7例であった. 技術的成功率及び臨床的成功率はそれぞれ100%, 100%であった.

【結語】大腸ステント留置はBTS及び緩和目的において良好な短期成績を示した. 特にcT4症例では技術的失敗のリスクが高く, 適応決定において重要な因子となる可能性が示唆された.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 14:25 ~ 15:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 35　大腸内視鏡診断・治療
座長：榎本 俊行（東邦大学医療センター大橋病院　外科）

[O35-3] 大腸ステント留置後の閉塞性大腸がんに対する治療成績について

*片岡 淳[1]、川崎 誠康[1]、田中 涼太郎[1]、村田 裕子[1]、藤本 浩之[1]、魚住 のぞみ[1]、石原 敦[1]、白井 大介[1]、前田 詠理[1]、山本 堪介[1]、奥村 哲[1]、福田 進太郎[1]、土橋 洋史[1]、小川 雅生[1]、亀山 雅男[1] (1. 生長会ベルランド総合病院外科・消化管外科)

背景
大腸がんは年間15万人以上で診断されているが、大阪府堺市での2022年の大腸がん検診受診率は13.5%と低値である。堺市中核病院での当院でも年間200例の大腸癌を扱っており、その半数は進行がんで、閉塞性大腸炎症状を呈する患者も多い。2012年より自己拡張型金属ステントが保険収載され、ランダム化第III相試験COBRA Trialの結果こそ待たれるが、2024年大腸癌治療ガイドラインならびに2020年欧州消化器内視鏡学会ガイドラインではBridge to Surgeryとしてのステント治療の推奨度は上がり、術前減圧から鏡視下大腸切除の流れが実臨床の指針となっている。当院もその指針に従い、近年ではロボット手術にも適応している。今回その治療成績について報告する。
目的
当院でのステント留置後の大腸がん手術成績を解析し、安全性を確認するとともに予後にも焦点を当てる。
対象・方法
2020年1月から2025年12月までに当科で大腸切除を施行したステント治療後の閉塞性大腸がん35例の患者因子・手術成績・予後を後方視的に検討した。
結果
男性11例、女性24例、年齢74.0歳[43-92歳] (中央値[範囲])、左側/右側結腸が30例/5例、ステント留置による減圧成功率が94.3%、成功例でのステント留置から手術までの待機期間が14日[5-38歳] (中央値[範囲])で、その間、穿孔や逸脱はなかった。減圧不良2例はS状結腸癌で開腹Hartmann手術を施行している一方で、成功例は開腹3例、腹腔鏡26例(開腹移行2例含む)、ロボット支援4例であった。術後食事開始は術後5日目[3-7日目] (中央値[範囲])、術後在院日数は17日[9-34日] (中央値[範囲])、Clavien Dindo Grade III以上の合併症は3例(8.6%)認めたが、吻合部関連合併症は0%であった。pStage II/III/IVの内訳は17例(48.6%)/7例(20.0%)/11例(31.4%)/で、R0切除率は68.6%であった。pStage II,IIIとpStage IVの3年全生存割合は76.4%、31.2%で、pStageII-IIIの3年無再発生存割合は73.0%であった。pStage IV症例でR0切除しえたのは3例(8.6%)だが、いずれも初回手術より1年未満に再発している。
結論
ステント留置を行った症例でも安全に手術が遂行可能であった。やはりpStageIVは予後不良で、R0切除しても再発する傾向にある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 14:25 ~ 15:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 35　大腸内視鏡診断・治療
座長：榎本 俊行（東邦大学医療センター大橋病院　外科）

[O35-4] 緩和目的に大腸ステント留置した５４例の検討

*浅古 謙太郎[1]、近藤 宏佳[1]、柳橋 進[1]、大塚 英男[1]、宅間 邦雄[1]、清家 和裕[1] (1. 都立多摩総合医療センター 消化器・一般外科)

【背景】
本邦では，大腸悪性狭窄に対する自己拡張型金属ステント（self-expandable metallic stent：SEMS）留置が2012年に保険収載されて以降，bridge to surgery（BTS）や緩和治療目的に広く施行されている。一方，緩和目的SEMSでは長期留置に伴う再閉塞や逸脱などの合併症も課題である。今回，当院における緩和目的SEMS留置症例の治療成績を後方視的に検討した。
【対象・方法】
2012年9月から2024年11月までに，大腸悪性狭窄に対し緩和目的にSEMS留置を施行した54例を後方視的に検討した。
【結果】
男性34例,女性20例,年齢77.5 歳であった.狭窄部位は上行結腸5例,横行結腸13例,下行結腸8例,S状結腸18例,直腸RS 6例,直腸Ra４例であった.原因疾患は初発大腸癌46例,再発病変８例 であり,初発大腸癌46例のステージはⅠ:Ⅱ:Ⅲ:Ⅳ＝0:16:2:28であった.SEMS留置の技術成功率は100%であった.
SEMS留置後の経口摂取開始時期中央値は1日（1-14日）であり,42例(78%)はbest supportive careへ移行した。一方結果的に12例(22%)は全身状態改善により化学療法導入が可能となった.SEMS関連合併症は11例(20%)に認められ内訳は閉塞9例,逸脱２例６例は経口摂取不能であった。４例で30日以内死亡を認めたがいずれもSEMS関連死ではなかった.逸脱２例はいずれも播種病変による狭窄症例であった.
【結語】
緩和目的SEMSは悪性大腸閉塞に対する有効な減圧手段であり，一部症例ではPS改善を介して化学療法導入にも寄与しうる。一方で合併症率は一定程度存在し，特に播種病変症例では慎重な適応判断が必要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 14:25 ~ 15:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 35　大腸内視鏡診断・治療
座長：榎本 俊行（東邦大学医療センター大橋病院　外科）

[O35-5] 左側悪性大腸閉塞症例に対する経鼻内視鏡を利用した大腸ステント留置

*野宮 洋樹[1,2]、花畑 憲洋[1]、金橋 もも花[1]、福徳 友香理[1]、高 昌良[1]、澤田 洋平[1]、五十嵐 剛[1]、島谷 孝司[1]、沼尾 宏[1]、櫻庭 裕丈[2] (1. 青森県立中央病院消化器・腫瘍内科、2. 弘前大学大学院医学研究科消化器血液免疫内科学講座)

【背景】悪性大腸閉塞に対する大腸ステント(SEMS)留置は広く行われているが、腹膜播種や腸管の屈曲・癒着を伴う症例、SEMS閉塞に対する再留置などの留置困難例をしばしば経験する。播種や癒着を認める症例は時に閉塞部位までの到達が困難となり、SEMS閉塞に対する再留置例ではガイドワイヤーがメッシュの間を通過するなどガイドワイヤーの誘導に難渋することがある。【目的】当科における左側大腸の悪性閉塞に対する経鼻内視鏡を利用したSEMS留置の有用性および安全性について検討する。【方法】腫瘍への到達困難例に対しては細径内視鏡を用いて狭窄部もしくは狭窄の口側まで挿入し、ガイドワイヤーを留置し、細径内視鏡を抜去する。次にERCP用カテーテルを大腸内視鏡のチャンネル内にpreloadした状態で、カテーテル単独をガイドワイヤー上に沿って先行させ、カテーテル上を大腸内視鏡で追従させることにより深部挿入を可能とし、SEMS留置を行う。SEMS閉塞による再留置例に対しては経鼻内視鏡をステント内腔まで進め腫瘍を突破し口側腸管を確認して直接ガイドワイヤーを留置した後、スコープを抜去、大腸内視鏡に置き換えてSEMSを留置した。当科で経験した経鼻内視鏡を利用した左側大腸SEMS留置を施行した症例に対して、患者の背景、留置困難の原因、手技時間、偶発症について検討した。【結果】症例は6例で閉塞部位はS状結腸が4例、下行結腸が1例、直腸Raが1例で、閉塞原因は大腸癌5例、膵癌腹膜播種1例であった。留置困難と判断した原因は播種や癒着による到達困難4例、ガイドワイヤーの深部への留置困難1例、SEMS再留置目的1例であった。平均手技時間は14分、全例で留置成功し偶発症は認めなかった。【結論】本手技はスコープ到達困難例のみではなく、ステント閉塞による再留置時にガイドワイヤーのステントのメッシュ間への迷入を防止し得る点においても有用であった。左側大腸の悪性閉塞に対する経鼻内視鏡を利用した大腸SEMS留置は、SEMS留置困難例に対する有用かつ安全な手技と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月21日(土) 15:05 ~ 15:50 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 36　早期大腸癌に対する診断・治療戦略

座長：飯塚 敏郎（がん・感染症センター　都立駒込病院　消化器内科）

[O36-1] 大腸T1癌内視鏡切除後に対する追加外科手術後の転移再発リスクに関する検討

*下立 雄一[1,11]、山内 健司[2,11]、原田 馨太[3,11]、大森 正泰[4,11]、根岸 慎[5,11]、竹中 龍太[6,11]、永原 照也[7,11]、豊川 達也[8,11]、景山 宏之[9,11]、毛利 裕一[1,11]、水野 元夫[1,11]、大塚 基之[10,11] (1. 倉敷中央病院消化器内科、2. 香川県立中央病院消化器内科、3. 岡山済生会病院消化器内科、4. 広島市民病院内科、5. 福山市民病院内科、6. 津山中央病院内科、7. 三豊総合病院消化器内科、8. 福山医療センター消化器内科、9. 岡山市民病院内科、10. 岡山大学学術研究院医歯薬学域　消化器・肝臓内科学、11. Okayama gut study group)

[O36-2] 大腸癌内視鏡切除後断端陽性における腫瘍切り込みの臨床的意義

*澤井 美里[1]、牛込 創[1]、加藤 潤紀[1]、浅井 宏之[1]、上原 崇平[1]、加藤 瑛[1]、鈴木 卓弥[1]、山川 雄士[1]、瀧口 修司[1] (1. 名古屋市立大学病院)

[O36-3] トレイニーによるMulti Loop Traction Deviceを使用した大腸内視鏡的粘膜下層剥離術の検討

*一箭 空伸[1]、髙雄 暁成[1]、岩城 公人[1]、細井 萌々子[1]、今枝 駿介[1]、岡 靖紘[1]、井関 真理[1]、森口 義亮[1]、野間 絵梨子[1]、石川 裕美子[1]、柴田 理美[1]、岩谷 勇吾[1]、後藤 修[1]、飯塚 敏郎[1] (1. 東京都立駒込病院)

[O36-4] 早期大腸癌におけるGenesis system®を用いたCTC検出の検討

*豊田 尚潔[1]、島田 岳洋[2]、崎本 優里[1]、坂本 恭子[2]、宮倉 安幸[1]、藤田 伸[1]、太田 剛志[3] (1. 栃木県立がんセンター　大腸骨盤外科、2. 国立病院機構東京医療センター　一般・消化器外科、3. 株式会社セルクラウド)

[O36-5] 早期直腸癌に対するTAMISの可能性と手技の工夫

*足立 利幸[1]、井上 悠介[1]、山口 峻[1]、山﨑 翔斗[1]、小野 李香[1]、丸田 浩志[1]、片山 宏己[1]、髙村 祐磨[1]、石井 光寿[1]、野中 隆[1] (1. 長崎大学外科学講座)

[O36-6] 当院における大腸癌内視鏡治療後の追加外科的切除例の検討

*國料 美月[1]、宇野 泰朗[1]、近藤 優里奈[1]、加藤 希[1]、大重 英昭[1]、安井 知樹[1]、野地 雄太[1]、桑野 誠也[1]、浅野 智成[1]、間下 直樹[1]、望月 能成[1] (1. 小牧市民病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 15:05 ~ 15:50 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 36　早期大腸癌に対する診断・治療戦略
座長：飯塚 敏郎（がん・感染症センター　都立駒込病院　消化器内科）

[O36-1] 大腸T1癌内視鏡切除後に対する追加外科手術後の転移再発リスクに関する検討

*下立 雄一[1,11]、山内 健司[2,11]、原田 馨太[3,11]、大森 正泰[4,11]、根岸 慎[5,11]、竹中 龍太[6,11]、永原 照也[7,11]、豊川 達也[8,11]、景山 宏之[9,11]、毛利 裕一[1,11]、水野 元夫[1,11]、大塚 基之[10,11] (1. 倉敷中央病院消化器内科、2. 香川県立中央病院消化器内科、3. 岡山済生会病院消化器内科、4. 広島市民病院内科、5. 福山市民病院内科、6. 津山中央病院内科、7. 三豊総合病院消化器内科、8. 福山医療センター消化器内科、9. 岡山市民病院内科、10. 岡山大学学術研究院医歯薬学域　消化器・肝臓内科学、11. Okayama gut study group)

【背景】大腸T1癌に対する外科手術後の再発リスクに関するこれまでの報告は、初期治療として外科手術が行われた症例での検討が多く、内視鏡切除されたT1癌に対して追加外科手術を行った場合の転移再発リスクについてはまだ報告が少ない。そこで初期治療として内視鏡治療が行われた大腸T1癌に対して追加外科手術をした場合の再発率とそのリスク因子を検討した。
【対象と方法】2006年1月から2022年5月までの間に中四国地方内の9施設で、内視鏡切除を行い一括切除かつ深部断端陰性が得られた大腸T1癌920例のうち、追加外科手術を行った424例を対象とした。手術理由となった粘膜下層浸潤1000μm以上（T1b）、ly1、v1、低分化型、budding (BD)2/3の各非治癒因子と、1.手術標本中のリンパ節転移と局所遺残リスク、2.転移再発リスクおよび3.長期予後との関連を検討した。
【結果】424例の内訳は、内視鏡的治癒切除9例(2.1%) /非治癒切除416例(97.9%)、年齢中央値66歳で男性が263例(61.9%)であった。内視鏡切除(ESD:116例/EMR:309例)、腫瘍径中央値(15mm)、非治癒切除因子はT1b:353例(83.1%)、ly1:142例(33.4%)、v1:95例(22.4%)、低分化型:3(0.7%)、BD2/3:47例(11.1%)であった。38例で手術標本中の局所遺残またはリンパ節転移陽性を認め、ly1(p=0.01)およびv1(p=0.016)が独立したリスク因子であった(Logistic回帰分析)。術後経過観察中7例(1.65%)に再発を認め、うち6例は他臓器への転移であった。v1(p＜0.001,HR 11.7[1.8-75])とBD2/3(p=0.004,HR 9.8[2.1-46.4])が独立した転移再発リスクであった(cox比例ハザードモデル)。v1またはBD2/3の因子を有する症例は、いずれも陰性の症例と比較して有意に5年無再発生存率が低値であった(95.8% vs 99.6%, p＜0.001, Log-rank test)。
【結語】ly1とv1は追加手術標本におけるリンパ節転移と局所遺残リスク、v1とBD2/3は術後の遠隔転移再発リスクであった。v1またはBD2/3を有する症例は遠隔転移再発に留意した術後経過観察が重要であり、術後補助化学療法の検討することも必要と思われた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 15:05 ~ 15:50 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 36　早期大腸癌に対する診断・治療戦略
座長：飯塚 敏郎（がん・感染症センター　都立駒込病院　消化器内科）

[O36-2] 大腸癌内視鏡切除後断端陽性における腫瘍切り込みの臨床的意義

*澤井 美里[1]、牛込 創[1]、加藤 潤紀[1]、浅井 宏之[1]、上原 崇平[1]、加藤 瑛[1]、鈴木 卓弥[1]、山川 雄士[1]、瀧口 修司[1]
(1. 名古屋市立大学病院)

【背景】早期大腸癌に対する内視鏡的切除（endoscopic resection：ER）は低侵襲治療として広く普及しているが、切除断端陽性例では腫瘍遺残や局所再発のリスクが懸念され、外科的追加切除が選択されることが多い。一方、断端陽性には腫瘍の取り残しだけでなく、切除操作に伴う腫瘍内切り込みや腫瘍露出といった手技的要因も含まれるが、これらが腫瘍学的予後に及ぼす影響は明らかでない。
【目的】ER後に外科的追加切除を要した大腸癌症例を対象に、断端陽性に伴う腫瘍切り込みの臨床的意義を検討する。
【方法】2001年1月から2025年12月までにER後に外科的追加切除を施行した原発性大腸癌202例を対象とした。肉眼的または病理学的断端陽性を認めた57例を不完全ER群、断端陰性であるが組織型・脈管侵襲・粘膜下層浸潤距離などにより追加切除の適応となった145例を完全ER群とした。propensity score matchingにより背景因子を調整し、各群40例を解析対象とした。主要評価項目は追加切除標本における残存腫瘍およびリンパ節転移とした。
【結果】背景因子（不完全ER群：完全ER群）は年齢中央値68：69歳、男女比26/14：19/21、占拠部（結腸/直腸）26/14：25/15、腫瘍径中央値15.0：15.5 mm、深達度（Tis/T1a：T1b）40/0：40/0、リンパ管侵襲（陽性/陰性）14/26：17/23、静脈侵襲（陽性/陰性）4/36：5/35、EMR/ESD 31/9：33/7、手術までの期間中央値51.5：42.5日であった。追加切除標本ではリンパ節転移（陽性/陰性）3/37：7/33、病期（pStage 0/Ⅰ/Ⅲa）1/36/3：1/32/7であった。残存腫瘍は不完全ER群で5例（12.5%）に認め、完全ER群では認めなかった。5年無再発生存率は両群で同等であった。残存腫瘍を認めた5例では、腫瘍分化度に変化はなく、脈管侵襲および腫瘍増殖能（核分裂像数、MIB-1〔Ki-67〕標識率）はいずれも低下傾向を示した。
【結語】断端陽性を伴う不完全ERでは残存腫瘍を一定頻度で認めるものの、背景因子調整後のリンパ節転移や無再発生存率は完全ER例と同等であった。腫瘍切り込みが生物学的悪性度を増強し予後を悪化させる可能性は限定的であり、ER後の病理学的リスク評価に基づく追加治療戦略の妥当性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 15:05 ~ 15:50 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 36　早期大腸癌に対する診断・治療戦略
座長：飯塚 敏郎（がん・感染症センター　都立駒込病院　消化器内科）

[O36-3] トレイニーによるMulti Loop Traction Deviceを使用した大腸内視鏡的粘膜下層剥離術の検討

*一箭 空伸[1]、髙雄 暁成[1]、岩城 公人[1]、細井 萌々子[1]、今枝 駿介[1]、岡 靖紘[1]、井関 真理[1]、森口 義亮[1]、野間 絵梨子[1]、石川 裕美子[1]、柴田 理美[1]、岩谷 勇吾[1]、後藤 修[1]、飯塚 敏郎[1] (1. 東京都立駒込病院)

背景
内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）では、病変に適度な牽引を加え、粘膜下層を展開しながら切開を行うことで処置効率の向上が期待される。2021年2月よりBoston Scientific Japanから Multi Loop Traction Device（MLTD）が発売され、トラクション補助下ESD（traction-assisted ESD：TA-ESD）により処置時間が短縮することが報告されている。今回トレイニー（ESD経験200件未満）にとって大腸ESDにおけるMLTD使用が及ぼす効果を検討した。

対象と方法
2019年1月から2021年11月までにトレイニー10名が主施行医としてMLTDを使用せず大腸ESDを施行した94例（MLTD非使用群）と、2021年12月から2024年1月までにトレイニー4名が主施行医としてMLTDを使用して大腸ESDを施行した58例（MLTD使用群）を後方視的に比較検討した。主要評価項目は剥離速度中央値とした。

結果
MLTD非使用群の年齢中央値は72歳で、男性45例、女性49例、病変の局在は右側結腸49例、左側結腸30例、直腸15例、切除標本径中央値30 mm、腫瘍径中央値22 mm、剥離速度中央値は13.2 mm^2/min (右側結腸13.5 mm^2/min、左側結腸13.2 mm^2/min、直腸13.8 mm^2/min)であった。病理結果では、pTis79例、pT1a 5例、pT1b 5例、その他5例であった。後出血0例、穿孔1例、発熱6例であった。
MLTD使用群の年齢中央値は71歳で、男性29例、女性29例、病変の局在は右側結腸27例、左側11結腸例、直腸19例、切除標本径中央値29.5 mm、腫瘍径中央値23 mm、剥離速度中央値は13.8 mm^2/minであり、部位別では右側結腸13.1 mm^2/min（p=0.409）、左側結腸14.5 mm^2/min（p=0.662）、直腸14.1 mm^2/min（p=0.716）であった。病理結果ではpTis 45例、pT1a 3例、その他8例であった。後出血１例、発熱3例、穿孔0例であった。MLTD群は指導医と交代した症例は2/58例（3.4%）であるのに対し、非MLTD群は指導医と交代した症例は少なくとも15/94例（16%）認めた。

結論
トレイニーによる大腸ESDにおいて、MLTD使用による剥離速度の明らかな改善は認めなかった一方で、有害事象の増加は認めず、完遂率の上昇が認められた（p=0.02）。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 15:05 ~ 15:50 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 36　早期大腸癌に対する診断・治療戦略
座長：飯塚 敏郎（がん・感染症センター　都立駒込病院　消化器内科）

[O36-4] 早期大腸癌におけるGenesis system®を用いたCTC検出の検討

*豊田 尚潔[1]、島田 岳洋[2]、崎本 優里[1]、坂本 恭子[2]、宮倉 安幸[1]、藤田 伸[1]、太田 剛志[3] (1. 栃木県立がんセンター　大腸骨盤外科、2. 国立病院機構東京医療センター　一般・消化器外科、3. 株式会社セルクラウド)

背景
大腸癌において腫瘍マーカーは診断に有用な指標であるが、早期癌における陽性率は10–30%程度とされ、その診断的意義は限定的である。一方、Circulating Tumor Cells（CTCs）は癌の早期発見を目的としたスクリーニング指標として注目されている。しかし、従来の上皮細胞接着分子（epithelial cell adhesion molecule：EpCAM）に対する抗体を用いた検出法では上皮性腫瘍におけるCTCsの検出感度が低いことが課題とされていた。近年開発されたGenesis system®は、複数の細胞トラッピングチャンバーを有し、血液サンプルからCTCsを迅速かつ高精度に捕捉可能であり、細胞のサイズや変形能の違いに基づいてCTCsを選別することで、検出能の向上が期待されている。

方法
2025年9月から2026年4月までの期間に、cStage I大腸癌と診断され原発巣切除術を施行した7例を対象とした。Genesis system®を用いて術前および術後に採血を行い、CTCs検出率ならびに腫瘍マーカー陽性率について検討した。

結果
7例中CEA陽性例は認めず、陽性率は0%であった。一方、CTCsはcStage I症例の術前採血において7例中4例で検出され、検出率は57.1%であった。CTCs陽性4例のうち3例では術後に陰性化を認めたが、1例では術後も陽性が持続した。また術前採血では陰性であったものの、術後採血で陽性化した症例を1例認めた。

結語
Genesis system®を用いたCTCs検出は、早期大腸癌においてCEAと比較して高い検出率を示し、既報と比較しても良好な検出能を有する可能性が示唆された。一方で、Stage I症例において術後CTCs陽性持続例を認めたこと、術後に陽性化した症例を認めたことから、微小残存病変や重複癌との関連も考慮する必要がある。今後はさらなる症例集積および長期フォローアップを行い、周術期のCTCs検出の臨床的意義を慎重に検討する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 15:05 ~ 15:50 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 36　早期大腸癌に対する診断・治療戦略
座長：飯塚 敏郎（がん・感染症センター　都立駒込病院　消化器内科）

[O36-5] 早期直腸癌に対するTAMISの可能性と手技の工夫

*足立 利幸[1]、井上 悠介[1]、山口 峻[1]、山﨑 翔斗[1]、小野 李香[1]、丸田 浩志[1]、片山 宏己[1]、髙村 祐磨[1]、石井 光寿[1]、野中 隆[1] (1. 長崎大学外科学講座)

【背景】
進行直腸癌に対する標準術式であるTotal mesorectal excision（TME）は、十分なリンパ節郭清を伴う根治術である。一方、T1直腸癌におけるリンパ節転移頻度は約10%とされ、高齢者や重度併存疾患を有する患者では、低侵襲な経肛門的局所切除が治療選択肢となり得る。今回われわれは、早期直腸癌に対する局所切除の治療成績を検討するとともに、内視鏡的切開を先行させるEndoscopy-assisted TAMIS（Transanal Minimally Invasive Surgery）の手技的工夫を報告する。
【目的】
Endoscopy-assisted TAMISの有用性および手技的工夫を提示し、当科におけるTAMISの治療成績を検討する。
【手術手技】
① 内視鏡下に病変口側半周をESD手技に準じて粘膜切開する。
② GelPOINT®を装着し、3ポートTAMISを施行する。肛門側より粘膜、輪走筋、縦走筋、直腸間膜脂肪（後壁病変）へ順次切離を進める。
③ 全層切開ラインを内視鏡側の切開ラインと連続させ、病変を摘出する。
④ 剥離面を十分洗浄後、腸管欠損部を全層縫合にて閉鎖する。
【結果】
経肛門的局所切除を11例に施行した。年齢中央値は73歳で、9例に内科的併存疾患を認めた。手術時間中央値は90分、出血量中央値は10 mLであった。Clavien–Dindo分類Grade III以上の術後合併症は認めず、全例でR0切除を達成した。観察期間中央値は短いものの、現時点で局所再発は認めていない。術前深達度診断と病理学的診断の一致率は81.8%であった。
【考察】
重度の内科的併存疾患を有する患者では、長時間の全身麻酔や腸管吻合を伴うTMEは重篤な術後合併症のリスクとなり得る一方、癌治療介入を回避することも困難である。TAMISは低侵襲性と根治性の両立を目指した有効なアプローチと考えられるが、適応決定に際しては術前画像診断による深達度評価やリンパ節転移リスクを十分考慮した患者選択が重要である。
【結語】
Endoscopy-assisted TAMISは、内視鏡的切開を先行させることで適切な切離ラインの設定が可能となり、安全な局所切除に寄与すると考えられた。TMEリスクの高い内科的併存疾患を有する患者に対する低侵襲な治療選択肢として有用である可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 15:05 ~ 15:50 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 36　早期大腸癌に対する診断・治療戦略
座長：飯塚 敏郎（がん・感染症センター　都立駒込病院　消化器内科）

[O36-6] 当院における大腸癌内視鏡治療後の追加外科的切除例の検討

*國料 美月[1]、宇野 泰朗[1]、近藤 優里奈[1]、加藤 希[1]、大重 英昭[1]、安井 知樹[1]、野地 雄太[1]、桑野 誠也[1]、浅野 智成[1]、間下 直樹[1]、望月 能成[1] (1. 小牧市民病院消化器外科)

【はじめに】大腸癌治療ガイドラインでは、内視鏡切除されたpT1大腸癌の追加切除の適応は、垂直断端陽性、T1b (SM浸潤 1000μm以上)、脈管浸潤陽性、低分化腺癌・印環細胞癌・粘液癌、簇出Grade 2/3のいずれかを認めた場合とされている。また追加切除におけるリンパ節転移陽性率は10%ほどされており、高齢者などへの追加切除の適応は議論の余地がある。【対象と方法】2016年1月から2025年12月までの間に当院で外科的切除をした大腸癌のうち内視鏡治療後の追加切除症例31例の、患者背景、腫瘍学的背景、予後について後方視的検討を行った。【結果】年齢は中央値76歳（40-83歳）、男女比17:14であった。占拠部位はA/T/D/S/Rs/Ra/Rb=6/3/2/13/3/1/3、大きさは中央値15㎜(10-40)であった。内視鏡治療はEMR/ESD＝25:6で、追加切除の要因は、垂直断端陽性 8例、T1b 16例（うち2000μm以上は8例）、脈管侵襲 13例、簇出Grade2/3 1例であった（重複あり）。手術は開腹/腹腔鏡/ロボット＝2/20/9、郭清はD1/D2/D3＝4/16/11、術後合併症は4例に認め、Clavien-Dindo Ⅲ以上の合併症は2例（縫合不全1例、イレウス1例）認めた。原発巣の癌遺残は3例（垂直断端陽性例の37.5%）に認め、リンパ節転移は8例（25.8%）に認め、陽性リンパ節個数は全例1個でN1aであった。リンパ節転移陽性例では垂直断端陽性2例、脈管侵襲6例、T1b 6例であった（重複あり）。リンパ節転移陽性例8例のうち5例は術後補助化学療法を施行している。リンパ節転移陽性例は全例無再発で経過しているが、リンパ節転移陰性例のうち垂直断端陽性例の1例で肺転移肝転移再発している。【考察】当院の大腸癌内視鏡治療後の追加外科的切除例につき検討した。治療成績や長期予後は良好な結果であるが、リンパ節転移の陽性率が既報より高めであった。脈管侵襲陽性例や追加切除の要因が複数ある症例はリンパ節転移陽性率が高い傾向が認められた。ガイドライン通りに追加切除を施行することが推奨されるが、脈管侵襲陽性例などは特に推奨されうる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 37　術中手技

座長：清島 亮（藤田医科大学総合消化器外科）

[O37-1] 大腸癌手術における腹腔鏡下大動脈周囲リンパ節郭清の検討

*永井 俊太郎[1]、山本 真大[1]、久保 顕博[1]、櫻井 翼[1]、中野 徹[1] (1. 北九州市立医療センター　外科)

[O37-2] AIによる内側アプローチでの重要臓器の解剖認識

*大橋 弥貴子[1]、門野 政義[1]、富田 祐輔[1]、竹内 優志[1]、森田 覚[1]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学外科)

[O37-3] Laser Speckle Flowgraphyを用いた吻合部腸管血流低下因子の検討

*金子 奉暁[1]、的場 周一郎[1]、牛込 充則[1]、鏡 哲[1]、鈴木 孝之[1]、長嶋 康雄[1]、三浦 康之[1]、池田 裕一[1]、渡邉 健太郎[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院消化器外科)

[O37-4] AI・ICG蛍光法を併用した大腸癌ナビゲーション手術と専攻医執刀手術でのAI使用の有用性について

*渡邊 良平[1]、青木 武士[1]、田代 良彦[1]、井関 貞仁[1]、長石 将大[1]、門 威志[1]、茂木 健太郎[1]、望月 清孝[1]、広本 昌裕[1]、冨岡 幸大[1]、野垣 航二[1]、山下 剛史[1]、有吉 朋丈[1]、伊達 博三[1]、松田 和広[1]、草野 智一[1]、藤森 聰[1]、五藤 哲[1]、山崎 公靖[1]、渡辺 誠[1] (1. 昭和医科大学医学部外科学講座　消化器一般外科学部門)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 37　術中手技
座長：清島 亮（藤田医科大学総合消化器外科）

[O37-1] 大腸癌手術における腹腔鏡下大動脈周囲リンパ節郭清の検討

*永井 俊太郎[1]、山本 真大[1]、久保 顕博[1]、櫻井 翼[1]、中野 徹[1] (1. 北九州市立医療センター　外科)

（はじめに）大腸癌の大動脈周囲リンパ節(PALN)転移は予後不良であり、その郭清効果に関しては明確なエビデンスはない。ただ、大動脈周囲リンパ節郭清術(PALND)の恩恵を得られる症例があることは確かである。近年、大腸癌に対する腹腔鏡手術は標準治療となり、PALNDも腹腔鏡下に行う施設も増えている。
（目的）当科における大腸癌に対する腹腔鏡下PALNDの手術手技を供覧し、周術期成績を明らかにすることでその安全性・有用性を明らかにする。
（対象と方法）2010年7月から2026年4月までに当科で大腸癌に対し、原発巣切除に加えPALNDを併施した症例を開腹群(OP)と腹腔鏡群(LAP)で後方視的に比較検討した。
（結果）PALNDを施行した症例は41例（OP 7 vs LAP 34例）。性別は（OP vs LAP; 男性14.3 vs 38.2%）。年齢は（OP vs LAP; 66 vs 64.5歳）。腫瘍占拠部位は（OP vs LAP; 右側/左側/直腸: 2/4/1 vs 1/10/23）。術式は（OP vs LAP; RHC/S/LAR/APR:2/2/1/2 vs LHC/S/HAR/LAR/APR/TPE/pPE /: 2/5/9/5/9/2/2/）。手術時間は（OP vs LAP; 250vs 316.5分）。出血量は（OP vs LAP; 255 vs 50g）。LAP群で開腹移行はなかった。術後在院日数は（OP vs LAP; 25 vs 20.5日）。傍大動脈リンパ節の摘出個数中央値は（OP vs LAP; 5 vs 9個）。病理学的転移陽性個数は（OP vs LAP; 1 vs 1個）。腹腔鏡群における5年生存率は、PALN転移陰性例で77.8%、陽性例で39.0%と明らかな差を認めた。この中で、PALN以外の遠隔転移があった症例では５年生存率は21.2%、なかった症例では74.7%であった。
（考察）腹腔鏡下大動脈周囲リンパ節郭清術は安全に施行でき、症例を選択することにより、有用な治療法のひとつとなり得ると考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 37　術中手技
座長：清島 亮（藤田医科大学総合消化器外科）

[O37-2] AIによる内側アプローチでの重要臓器の解剖認識

*大橋 弥貴子[1]、門野 政義[1]、富田 祐輔[1]、竹内 優志[1]、森田 覚[1]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学外科)

目的

S状結腸切除術および直腸前方切除術における内側アプローチでは、重篤な合併症につながる重要臓器として下腸間膜動脈（IMA）や性腺動静脈などの血管、尿管、下腹神経などが存在する。これらの損傷は出血、排尿・性機能障害などの重篤な合併症につながる可能性がある。近年、人工知能（AI）を用いた画像認識技術の進展により、術中ナビゲーションへの応用が期待されている。本研究では、当施設で開発中の手術支援AIを用い、IMA、尿管、下腹神経、性腺動静脈を対象とした自動認識精度を評価し、その臨床応用の可能性を検討することを目的とした。
方法

腹腔鏡下あるいはロボット支援下に内側アプローチを施行した164症例の手術動画から静止画像を抽出した。各画像に対し、IMA、尿管、下腹神経、性腺動静脈の走行を対象としてアノテーションを実施した。アノテーションは2名の外科医により行い、そのうち1名は内視鏡外科技術認定医かつ大腸肛門病外科専門医であり、相互確認により妥当性を担保した。これらのデータセットを用いてAIモデルを構築し、構築したAIモデルの性能評価にはIntersection over Union（IoU）を用いた。
結果

構築したAIモデルにおける下腹神経のIoUは0.20であった。オーバーレイ画像の肉眼的評価では、IMAおよび下腹神経、性腺動静脈については多くの症例で概ね良好に描出され、認識が可能であった。一方、尿管については症例間で認識精度にばらつきが認められ、一部症例では十分な同定が困難であった。
考察

本研究は比較的限定された症例数での検討ではあるが、内側アプローチにおいて損傷回避が重要な構造物に対するAIによる自動認識の可能性を示した。特に血管および神経構造に関しては一定の精度での認識が可能であり、術中の意思決定支援や安全性向上への寄与が期待される。尿管認識の精度向上には、症例数の拡充と多様な術野条件を反映したデータの追加収集が有効と考える。将来的にはリアルタイムでの術中支援システムへの発展が期待される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 37　術中手技
座長：清島 亮（藤田医科大学総合消化器外科）

[O37-3] Laser Speckle Flowgraphyを用いた吻合部腸管血流低下因子の検討

*金子 奉暁[1]、的場 周一郎[1]、牛込 充則[1]、鏡 哲[1]、鈴木 孝之[1]、長嶋 康雄[1]、三浦 康之[1]、池田 裕一[1]、渡邉 健太郎[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院消化器外科)

【背景】腸管血流は縫合不全に関与する重要な因子であるが、血流を定量評価し患者背景や手術因子との関連を検討した報告は少ない。Laser Speckle Flowgraphy（LSFG）は赤血球のスペックル現象を利用した血流測定法であり、Mean Blur Rate（MBR）として血流を数値化できる。今回、LSFGを用いて吻合部腸管血流低下因子を検討した。
【対象・方法】2018年5月～2026年4月に左側結腸・直腸切除術を施行した153例を対象とした。術中に口側切離予定線近傍の腸管血流をLSFGで測定した。切離線口側3点の平均MBRから肛門側1点のMBRを減じた値をmodified MBR（mMBR）として評価した。検討項目は年齢、性別、BMI≧25、糖尿病（HbA1c＞6.4%）、腎障害（eGFR＜45 mL/min）、低アルブミン血症（Alb＜3.5 g/dL）、術前治療（放射線、化学療法）、血管処理（高位/低位結紮）、吻合部位（高位前方切除、低位前方切除、超低位前方切除）とした。単変量解析にはMann-Whitney U検定を用い、有意因子を重回帰分析に投入した。
【結果】単変量解析では、吻合部位および血管処理方法が腸管血流と有意に関連した（いずれもp＜0.001）。高位前方切除、低位前方切除、超低位前方切除の順に血流は低下した。また、高位結紮群は低位結紮群と比較し有意に血流が低値であった。重回帰分析では、低位吻合（β＝−113.8, p＝0.006）、超低位吻合（β＝−215.5, p＜0.001）、高位結紮（β＝−147.5, p＜0.001）が腸管血流低下と独立して関連していた。
【結語】高位結紮および低位吻合は、吻合部腸管血流低下の独立因子である可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 37　術中手技
座長：清島 亮（藤田医科大学総合消化器外科）

[O37-4] AI・ICG蛍光法を併用した大腸癌ナビゲーション手術と専攻医執刀手術でのAI使用の有用性について

*渡邊 良平[1]、青木 武士[1]、田代 良彦[1]、井関 貞仁[1]、長石 将大[1]、門 威志[1]、茂木 健太郎[1]、望月 清孝[1]、広本 昌裕[1]、冨岡 幸大[1]、野垣 航二[1]、山下 剛史[1]、有吉 朋丈[1]、伊達 博三[1]、松田 和広[1]、草野 智一[1]、藤森 聰[1]、五藤 哲[1]、山崎 公靖[1]、渡辺 誠[1] (1. 昭和医科大学医学部外科学講座　消化器一般外科学部門)

【緒言】
Artificial intelligence（AI）による剥離可能層と神経同定により過不足ない郭清ラインの同定の可能性がある。またインドシアニングリーン（ICG）蛍光法を用いたリンパ流同定を併用することで、郭清リンパ節および郭清剥離ラインを同定し精緻なナビゲーション手術が可能と考えられる。AIとICG蛍光法を併用した大腸癌ナビゲーション手術と専攻医執刀手術でのAI使用の有用性について報告する。

【方法】
手術支援AIは、術中解析はEUREKAα（Anaut）、術後解析はEUREKA X を使用。EUREKA X による神経・剥離可能層同定とICG蛍光法によるリンパ流同定を理解した外科専攻医5人を対象に臨床応用可能なAI（EUREKAα）を用いて、腹腔鏡下大腸手術においてAIが手術成績の向上に寄与するかについて、AI使用の有無で比較検討した。

【結果】
AIなし群の術式内訳は、腹腔鏡下結腸右半切除術3例、腹腔鏡下回盲部切除術3例、腹腔鏡下S状結腸切除術1例、腹腔鏡下高位前方切除術3例、腹腔鏡下低位前方切除術1例。平均手術時間は、211分、平均出血量は、69.8mlであった。
AIあり群の術式内訳は、腹腔鏡下結腸右半切除術4例、腹腔鏡下回盲部切除術3例、腹腔鏡下高位前方切除術2例、腹腔鏡下低位前方切除術1例。平均手術時間は、269分、平均出血量は、16.4mlであった。手術時間（p=0.6334）、出血量（p=0.1011）ともに有意差は認めなかった。

【結語】
手術時間、出血量に有意差は認めなかったが、出血量が減る可能性や指導者のストレス軽減に寄与する可能性があり、今後症例を重ね検討が必要と考えらる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月21日(土) 14:05 ~ 15:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 38　大腸憩室疾患・虫垂炎

座長：小林 美奈子（三重大学臨床外科感染制御学）

[O38-1] 下部消化管穿孔に対する腸管切除の治療成績および大腸肛門病専門医関与の影響

*南角 哲俊[1]、守山 愛子[1]、後藤田 美優[1]、後藤 佳名子[1]、小泉 綾香[1]、山崎 健司[1]、豊田 啓恵[1]、高島 順平[1]、杉本 斉[1]、藤本 大裕[1]、三浦 文彦[1]、小林 宏寿[1] (1. 帝京大学溝口病院)

[O38-2] 大腸憩室出血に対する内視鏡施行時期とSRH同定率の後ろ向き検討

*藤井 一生[1]、岩城 公人[1]、細井 桃々子[1]、一箭 空伸[1]、今枝 駿介[1]、井関 真理[1]、岡 靖紘[2]、森口 義亮[1]、野間 絵梨子[1]、柴田 理美[1]、岩谷 勇吾[1]、後藤 修[2]、飯塚 敏郎[1] (1. 東京都立駒込病院消化器内科、2. 東京都立駒込病院内視鏡科)

[O38-3] 大腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対する腹腔鏡下手術導入後の治療成績の検討

*河野 慎[1]、江坂 和大[1]、瀬津 海斗[1]、山本 慧[1]、岡本 健太[1]、平野 哲多[1]、伊藤 翔[1]、田中 伸孟[1]、寺本 仁[1]、水野 豊[1]、蜂須賀 丈博[1] (1. 市立四日市病院外科)

[O38-4] 単孔式腹腔鏡下回盲部切除術を施行した急性虫垂炎24例の検討

*奥村 元紀[1]、森本 祥悠[1]、橋本 雅弘[1]、加藤 伸弥[1]、平木 将之[1]、畑 泰司[1]、寺西 立冴[1]、東口 公哉[1]、古川 健太[1]、広田 将司[1]、宮崎 安弘[1]、友國 晃[1]、本告 正明[1]、藤谷 和正[1]、土岐 祐一郎[1] (1. 大阪急性期・総合医療センター)

[O38-5] 高度炎症を伴う大腸憩室炎に対する腹腔鏡下手術におけるICG蛍光尿管カテーテルの有用性

*齋藤 美和[1]、松村 卓樹[1]、國友 愛奈[1]、余語 孝乃助[1]、戸田 瑶子[1]、浅野 瑠水[1]、本村 理子[1]、大岩 立学[1]、白井 信太郎[1]、倉橋 岳宏[1]、松下 希美[1]、福山 貴大[1]、加藤 翔子[1]、安井 講平[1]、上田 翔[1]、篠原 健太郎[1]、大澤 高陽[1]、安藤 公隆[1]、金子 健一朗[1]、深見 保之[1] (1. 愛知医科大学病院消化器外科)

[O38-6] 当院における憩室穿孔に対する術式選択の検討 ―一期的吻合の適応と術後再発の観点から―

*山城 直嗣[1]、堀 義城[1]、新垣 淳也[1]、古波倉 史子[1]、佐村 博範[1] (1. 浦添総合病院外科)

[O38-7] 急性複雑性虫垂炎診療における大腸肛門病学会専門医の意義について

*古賀 千絢[1]、岩本 和哉[1]、橋本 瑞己[1]、大里 祐樹[1]、野間 俊樹[1]、松下 克則[1]、新野 直樹[1]、中島 慎介[1]、鈴木 陽三[1]、清水 潤三[1]、川瀬 朋乃[1]、冨田 尚裕[1]、今村 博司[1] (1. 市立豊中病院　消化器外科)

[O38-8] 左側憩室穿孔に対するハルトマンリバーサル施行症例の特徴と腹腔内癒着関連因子の検討

*川村 崇文[1]、中山 百合[1]、鈴木 麻耶[1]、小山 夏輝[1]、井田 進也[1]、大菊 正人[1]、原田 岳[1]、稲葉 圭介[1]、田村 浩章[1]、平山 一久[2]、落合 秀人[1] (1. 浜松医療センター消化器外科、2. 浜松医療センター臨床検査科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 14:05 ~ 15:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 38　大腸憩室疾患・虫垂炎
座長：小林 美奈子（三重大学臨床外科感染制御学）

[O38-1] 下部消化管穿孔に対する腸管切除の治療成績および大腸肛門病専門医関与の影響

*南角 哲俊[1]、守山 愛子[1]、後藤田 美優[1]、後藤 佳名子[1]、小泉 綾香[1]、山崎 健司[1]、豊田 啓恵[1]、高島 順平[1]、杉本 斉[1]、藤本 大裕[1]、三浦 文彦[1]、小林 宏寿[1] (1. 帝京大学溝口病院)

【背景】下部消化管穿孔は死亡率10–50%とされる重篤な急性腹症であり、敗血症を伴うことも多く、迅速な外科的介入が予後を左右する。一方、救命を優先しつつ原疾患の根治性、特に悪性腫瘍症例では切除範囲や再建方法まで考慮した術式選択が求められる。しかし実臨床では、術中診断となる症例も少なくなく、夜間・休日の限られた人的資源下では大腸肛門病専門医が常に関与できるとは限らない。
【目的】腸管切除を施行した下部消化管穿孔症例における大腸肛門病専門医関与の影響を検討する。
【方法】2020年4月～2025年12月に下部消化管穿孔に対し緊急手術にて腸管切除を施行した30例を対象とした。専門医関与群17例、非関与群13例に分け、周術期成績を後方視的に比較した。
【結果】患者背景に有意差はなかった。関与群では切除吻合が多く〔11/17例（64.7%）vs 2/13例（15.4%)〕、非関与群ではHartmann手術が多かった〔11/13例（84.6%）vs 6/17例（35.3%）, p=0.020〕。手術時間は214 vs 160分（p=0.004)、ICU入室期間は3 vs 1.5日（p=0.023）で関与群が長かったが、術後在院日数、30日死亡、Clavien-Dindo grade III以上合併症、ストマ閉鎖率に差を認めなかった。多変量解析では、専門医非関与がHartmann選択の独立因子であった（OR 17.1, 95%CI 1.57-584, p=0.043)。
悪性疾患は11例で、関与群8例、非関与群3例であった。悪性例に限ると、術式はHartmann/切除吻合が3/5例 vs 2/1例、リンパ節郭清度はD1/2/3が0/5/3例 vs 1/1/1例、最終的根治切除達成は5例 vs 0例で、いずれも有意差は認めないものの専門医関与群でより根治度が高い傾向であった。
【結語】大腸肛門病専門医の関与は切除吻合選択と関連した。一方、悪性疾患に対する緊急手術の治療内容には専門医の有無で差がなかった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 14:05 ~ 15:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 38　大腸憩室疾患・虫垂炎
座長：小林 美奈子（三重大学臨床外科感染制御学）

[O38-2] 大腸憩室出血に対する内視鏡施行時期とSRH同定率の後ろ向き検討

*藤井 一生[1]、岩城 公人[1]、細井 桃々子[1]、一箭 空伸[1]、今枝 駿介[1]、井関 真理[1]、岡 靖紘[2]、森口 義亮[1]、野間 絵梨子[1]、柴田 理美[1]、岩谷 勇吾[1]、後藤 修[2]、飯塚 敏郎[1] (1. 東京都立駒込病院消化器内科、2. 東京都立駒込病院内視鏡科)

【背景】
大腸憩室出血は下部消化管出血の主要な原因であるが大腸内視鏡検査（CS）におけるstigmata of recent hemorrhage（SRH）の同定率は20–40%と低く、内視鏡的止血術に繋がらない症例も多い。SRH同定率を向上させる因子には発症からCS施行までの時間などが示唆されている。本研究では大腸憩室出血の発症からCS施行までの経過時間とSRH同定率及び再出血率の関連を検討した。
【方法】
2016年から2025年に大腸憩室出血と診断されCSを施行した259例を対象とした。発症からCS施行までの時間で≤24時間群と>24時間群の2群に分類した。主要評価項目はSRH同定率、副次評価項目は技術的成功率、30日以内再出血率、内視鏡的止血術および術式、抗血栓薬使用と30日以内再出血との関連とした。
【結果】
対象は259例（男性166例、女性93例、年齢中央値77歳［28-99歳］）でSRH同定率は22.8%（59/259例）であった。内視鏡的止血術は77例に施行され、クリップ法54例、EBL法23例であった。SRH同定例への技術的成功率は91.5%(54/59例)で、30日以内の再出血率は18.1%(47/259例)であった。
SRH同定の有無と再出血率は、SRH同定群25.4%、非同定群16.0%であった(OR 1.79, 95%CI 0.82–3.75, p=0.12)。止血術の有無（19.5% vs 17.6%, p=0.73）、術式（EBL 17.4%、クリップ 20.4%, p>0.99）、抗血栓薬使用（20.2% vs 17.1%, p=0.61）は再出血率との関連を認めなかった。
≤24時間群vs>24時間群の症例数は55例vs204例で、SRH同定率は20例(36.4%)vs39例(19.1%)（p=0.01）、技術的成功率は18例(90.0%)vs36例(92.3%)(p>0.99)、30日以内再出血率は13例(23.6%)vs34例(16.7%)（p=0.24）であった。30日以内の再出血例をきたした13例vs34例では初回のCS時にSRHを同定できなかった症例が≤24時間vs>24時間で9例(25.7%)vs23例(13.9%)(p=0.12)と大半を占めた一方で、SRHを同定でき技術的に成功した症例でも再出血例は≤24時間vs>24時間それぞれ、3例(16.7%)vs8例(22.2%)（p=0.73）であった。
【結論】
大腸憩室出血において発症24時間以内のCS施行はSRH同定率向上に寄与する一方、再出血率は23.6%と24時間以降の介入と差がなく、早期の段階での内視鏡による介入の必要性が高くないことが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 14:05 ~ 15:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 38　大腸憩室疾患・虫垂炎
座長：小林 美奈子（三重大学臨床外科感染制御学）

[O38-3] 大腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対する腹腔鏡下手術導入後の治療成績の検討

*河野 慎[1]、江坂 和大[1]、瀬津 海斗[1]、山本 慧[1]、岡本 健太[1]、平野 哲多[1]、伊藤 翔[1]、田中 伸孟[1]、寺本 仁[1]、水野 豊[1]、蜂須賀 丈博[1] (1. 市立四日市病院外科)

【目的】本邦では大腸憩室症の増加に伴い、比較的まれとされてきた大腸憩室炎による結腸膀胱瘻の報告も増加している。保存的治療で瘻孔の自然閉鎖を得ることは困難で、根治には手術を要する。術式について一定の見解はないが、近年は腹腔鏡下手術の有用性を示す報告も散見される。当科では2021年4月以降、腹腔鏡下手術を導入し、結腸病変を切除吻合したうえで、膀胱側は術中リークテストで漏出がなければ瘻管離断のみ、漏出があれば単純縫合閉鎖を追加する方針としている。これまでの治療成績を後方視的に検討し、その有効性、安全性を明らかにする。
【方法】2013年10月から2026年2月までに、大腸憩室炎による結腸膀胱瘻に対して手術を施行した15例を対象とした。2021年3月までの開腹手術6例と、2021年4月以降の腹腔鏡下手術9例に分けて検討を行った。
【結果】男性14例、女性1例、年齢中央値63歳（41-86歳）、BMI中央値24.0（20.1-35.0）であった。CTで膀胱内気腫を11例に認め、膀胱鏡では瘻孔または限局性浮腫を全例で認めた。下部消化管内視鏡で瘻孔を確認できた症例は1例、注腸造影で膀胱への造影剤流入を認めた症例は3例であった。術式はS状結腸切除13例、Hartmann手術1例、高位前方切除1例であった。手術時間中央値は開腹群180分（123-309分）、腹腔鏡群238分（143-369分）、出血量中央値は開腹群236.5 mL（26-418 mL）、腹腔鏡群29 mL（1-307 mL）であった。術後在院日数中央値は開腹群10日（8-18日）、腹腔鏡群9日（8-35日）であった。膀胱処置は開腹群で縫合閉鎖5例、瘻管離断のみ1例、腹腔鏡群で縫合閉鎖3例、瘻管離断のみ6例であった。腹腔鏡群のClavien-Dindo分類Grade II以上の合併症は腹腔内膿瘍1例のみであった。膀胱関連の重篤な合併症や瘻孔再発は認めなかった。
【結語】2021年4月以降の腹腔鏡下手術は、開腹手術と比較しても安全に施行できていた。膀胱側はリークテストで漏出があっても、縫合閉鎖を追加することで良好に治療できる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 14:05 ~ 15:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 38　大腸憩室疾患・虫垂炎
座長：小林 美奈子（三重大学臨床外科感染制御学）

[O38-4] 単孔式腹腔鏡下回盲部切除術を施行した急性虫垂炎24例の検討

*奥村 元紀[1]、森本 祥悠[1]、橋本 雅弘[1]、加藤 伸弥[1]、平木 将之[1]、畑 泰司[1]、寺西 立冴[1]、東口 公哉[1]、古川 健太[1]、広田 将司[1]、宮崎 安弘[1]、友國 晃[1]、本告 正明[1]、藤谷 和正[1]、土岐 祐一郎[1] (1. 大阪急性期・総合医療センター)

【はじめに】
当センターでは、すべての虫垂炎に対して、単孔式アプローチで腹腔鏡手術を施行している。虫垂根部の壊死や膿瘍形成、結腸間膜への炎症波及などで虫垂切除術や盲腸部分切除術が困難と考えられる症例には回盲部切除術を施行している。

【目的】
当センターにおいて、急性虫垂炎に対し回盲部切除術を行った症例に関して、単孔式アプローチの手術成績を検討する。

【方法】
当センターで2021年1月から2025年9月までに急性虫垂炎に対し単孔式アプローチで手術を開始した171例において、回盲部切除術を施行した24例（以下回盲切群）と、虫垂切除術/盲腸部分切除術を施行した147例（以下非回盲切群）の2群に分け、患者背景および術後短期成績について比較検討し、単孔式回盲部切除術の安全性・妥当性について後ろ向きに検討した。

【結果】
年齢中央値は回盲切群 vs 非回盲切群 = 66.5歳 vs 49.0歳（p=0.001）、男：女＝72：75 vs 15：9（p=0.273）、BMIの中央値は20.9 vs 22.2（p=0.046）であった。ポート追加は 1/23(4.3%) vs 1/147(0.68%)（p=0.262）、開腹移行は2/22(9.1%） vs 0/147(0.0%)（p=0.019）であった。病理所見はカタル性：蜂窩織炎性：壊疽性：穿孔性：その他＝ 0/1/15/7/1 vs 14/67/38/17/11（p<0.001）であった。
手術時間中央値は169分（111-247）vs 75分（25-219）（p<0.001）で、術中出血量中央値は105ml（0-690） vs 0ml （0-350）であった。CD GradeIII以上の合併症は、6/24（25%, 麻痺性イレウス3例, SSI 1 例, 遺残膿瘍1例, 術後出血1例） vs 6/141（4.1%）（p=0.002）であった。

【結語】
本検討では、急性虫垂炎に対する回盲切群は非回盲切群と比較して、高齢やせ型が多く、壊疽性や穿孔性の症例が有意に多かった。術後合併症率について非回盲切群と比較して有意に高値であった。一方、虫垂炎に対する回盲部切除のCD GradeIII以上の合併症率は、既報では10%から20%程度と報告される。当院における回盲切群の術後合併症 CD gardeIIIの半数は、イレウス管留置にて軽快した麻痺性イレウスであり、当センターにおいて、虫垂炎に対する単孔式腹腔鏡下回盲部切除術は比較的安全に実施可能と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 14:05 ~ 15:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 38　大腸憩室疾患・虫垂炎
座長：小林 美奈子（三重大学臨床外科感染制御学）

[O38-5] 高度炎症を伴う大腸憩室炎に対する腹腔鏡下手術におけるICG蛍光尿管カテーテルの有用性

*齋藤 美和[1]、松村 卓樹[1]、國友 愛奈[1]、余語 孝乃助[1]、戸田 瑶子[1]、浅野 瑠水[1]、本村 理子[1]、大岩 立学[1]、白井 信太郎[1]、倉橋 岳宏[1]、松下 希美[1]、福山 貴大[1]、加藤 翔子[1]、安井 講平[1]、上田 翔[1]、篠原 健太郎[1]、大澤 高陽[1]、安藤 公隆[1]、金子 健一朗[1]、深見 保之[1] (1. 愛知医科大学病院消化器外科)

【背景】大腸憩室炎に対する手術では高度炎症や膿瘍形成に伴う線維化・炎症性癒着によって解剖学的層の同定が困難となり尿管損傷のリスクが高まる。従来尿管損傷予防目的に尿管ステント留置が用いられてきたが、触覚を有さない腹腔鏡下手術においてはその有用性は限定的である。今回、高度炎症を伴う大腸憩室炎に対する腹腔鏡下手術におけるICG蛍光尿管ステントの有用性について検討した。

【方法】2023年1月から2026年1月までに大腸憩室炎に対して手術を施行した63例のうち、腹腔鏡手術を施行した34例を対象とした。このうち術前画像評価で高度炎症に伴う尿管周囲の癒着が予測され、術前にICG蛍光尿管ステントを留置した10例について後方視的に比較検討を行った。

【結果】年齢中央値は56歳、男性6例、女性4例であった。術前診断はいずれもS状結腸憩室炎であり、瘻孔形成を2例、膿瘍形成を4例認めた。蛍光尿管ステントは左側9例、両側1例に留置した。全例において術中に近赤外光観察下に尿管走行の視認が可能であった。手術時間中央値は294分（204－336)、出血量中央値は20 mL（3–150)、全例腹腔鏡下で完遂可能であり、開腹移行や尿管損傷は認めなかった。術後在院日数中央値は13日であった。術後合併症はClavien-Dindo分類 grade2の尿路感染1例、Grade3bの虫垂穿孔に対し再手術した症例1例に認めた。

【考察】膿瘍形成や骨盤内炎症を伴う症例では、尿管周囲組織の線維化や炎症性癒着により尿管同定が困難となる。ICG蛍光尿管カテーテルを用いることでリアルタイムに尿管走行を視認可能となり、安全な剥離層の確認および骨盤内操作の安全性向上に寄与した可能性が示唆された。

【結語】ICG蛍光尿管カテーテルは、高度炎症を伴う憩室炎手術に対する腹腔鏡下手術において、術中尿管同定を容易にし、尿管損傷回避に有用と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月21日(土) 14:05 ~ 15:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 38　大腸憩室疾患・虫垂炎

座長：小林 美奈子（三重大学臨床外科感染制御学）

[O38-6] 当院における憩室穿孔に対する術式選択の検討 ―一期的吻合の適応と術後再発の観点から―

*山城 直嗣[1]、堀 義城[1]、新垣 淳也[1]、古波倉 史子[1]、佐村 博範[1] (1. 浦添総合病院外科)

【背景】
憩室穿孔に対する緊急手術では、一期的吻合とHartmann手術のいずれを選択するかがしばしば問題となる。術中の腸管コンディションに応じた術式変更の柔軟性や、術後の憩室炎再発も重要な課題である。
【目的】
憩室穿孔に対する術式選択について、短期成績および術後再発の観点から検討する。
【対象と方法】
2019年1月～2025年12月に当院で憩室穿孔に対し緊急手術を施行した33例を対象とし、患者背景、Hinchey分類、術式、術後合併症、再発について後方視的に検討した。
【結果】
男性26例、女性7例で、穿孔部位は左側28例、右側5例であった。Hinchey分類はII：17例、III：15例、IV：1例であった。術式は一期的吻合11例、Hartmann手術20例、その他2例であった。ストーマ造設は26例（79%）に施行された。術後合併症は7例（21%）、院内死亡は2例（6%）であった。一期的吻合症例では縫合不全を認めなかった。一方、術中に吻合を施行したものの、腸管壁の硬化や脆弱性を認め、covering ileostomy追加やHartmann手術へ変更した症例を認めた。また、一期的吻合後に残存S状結腸憩室による憩室炎再発を繰り返し、再入院を要した症例も経験した。
【結語】
一期的吻合は適切な症例選択のもとでは安全に施行可能であるが、必ずしも最適解とは限らない。術後の憩室炎再発も重要な問題であり、Hartmann手術は炎症沈静後に切除範囲を再評価できる点で、有用な戦略となる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 14:05 ~ 15:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 38　大腸憩室疾患・虫垂炎
座長：小林 美奈子（三重大学臨床外科感染制御学）

[O38-7] 急性複雑性虫垂炎診療における大腸肛門病学会専門医の意義について

*古賀 千絢[1]、岩本 和哉[1]、橋本 瑞己[1]、大里 祐樹[1]、野間 俊樹[1]、松下 克則[1]、新野 直樹[1]、中島 慎介[1]、鈴木 陽三[1]、清水 潤三[1]、川瀬 朋乃[1]、冨田 尚裕[1]、今村 博司[1] (1. 市立豊中病院　消化器外科)

【はじめに】働き方改革で時間外診療の削減に努めるにあたって，腸切除が必要な緊急手術 を大腸外科医が全て担うのは難しいのが現状である．当院では，急性虫垂炎診療において腸 切除を要すると予想される場合は保存的加療後の待機的手術(IA)を選択し，IAは基本的に大腸外科医が手 術を担当しより安全な手術ができるよう努めている．当院における急性複雑性虫垂炎に対する緊急手術(EA)および待機的手術の選択の現状と転帰について解析した．
【対象と方法】2020年1月から2023年5月に急性複雑性虫垂炎と診断され手術を施行し た症例を対象に診療録・手術記録を用いて検索し，EA:IAの割合，術式，合併症率について 検討した．ここで急性複雑性虫垂炎とは診断時CTで最大径30mm以上の膿瘍形成あるい は穿孔を伴う虫垂炎と定義した．
【結果】43例が同定された．男:女=29例:14例, 年齢(中央値):53歳, EA:IA=33例:10例で あった．施行術式はEA 群で虫垂切除(APPY):盲腸部分切除･回盲部切除(C/ICA)=28例:5 例, IA群で APPY:C/ICA= 3例:7例とIA群でAPPYの割合は有意に低かった(p=0.002)． 術後合併症はEA:15例(45%), IA:1例(10%)と有意差は無いがIA 群で少ない傾向がみられ (p=0.064), C/ICA 症例に限ってもEA:2 例(40%), IA:1例(14%)とやはりIA 群で少ない傾 向がみられた．ICAを施行した症例について，大腸外科医が待機手術を行った群(A群)と非専門医が緊急手術を行った群(B群)について比較した．術後在日日数(平均)はA:B=8.6日:11日(p=0.189)，手術時間(平均)はA:B=171.6分:204.8分(p=0.167)，出血量(平均)はA:B=72ml:141.3ml(p=0.170)であり，有意差は認めないものの大腸外科医が実施した症例の方が術後の在院日数が少なく，手術時間・出血量ともに少ない結果となった．
【結語】診断時点で C/ICA を要すると予想される虫垂炎症例については，緊急手術を回避し大腸肛門病学会専門医による待機的手術を実施することで，手術成績が向上する可能性が示唆された．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月21日(土) 14:05 ~ 15:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 38　大腸憩室疾患・虫垂炎
座長：小林 美奈子（三重大学臨床外科感染制御学）

[O38-8] 左側憩室穿孔に対するハルトマンリバーサル施行症例の特徴と腹腔内癒着関連因子の検討

*川村 崇文[1]、中山 百合[1]、鈴木 麻耶[1]、小山 夏輝[1]、井田 進也[1]、大菊 正人[1]、原田 岳[1]、稲葉 圭介[1]、田村 浩章[1]、平山 一久[2]、落合 秀人[1] (1. 浜松医療センター消化器外科、2. 浜松医療センター臨床検査科)

【背景】ハルトマンリバーサル（Hartmann reversal :HR）は,主に大腸穿孔に対して緊急ハルトマン手術（Hartmann procedure : HP）時に造設された人工肛門を閉鎖する術式である.HRは腹膜炎術後に施行されるため腹腔内癒着を伴うことが多く,他臓器損傷など合併症のリスクを有する.今回我々は,左側憩室穿孔に対するHP後にHRを施行した症例の特徴を明らかにし,特にHR施行時の腹腔内癒着に関連する因子について検討した.【方法】2013年1月から2025年12月までに,当院で左側憩室穿孔に対して緊急HPを施行した28例を対象とした.周術期死亡2例を除く26例をHR施行群（16例）と非施行群（10例）に分け,臨床学的特徴を比較検討した.さらにHR施行群16例をAASTによるASBOの術中分類に基づき癒着軽度群（8例）と癒着中等度以上群（8例）に分け,HP時の背景因子および周術期成績について解析した.【結果】HR非施行群は施行群と比べて年齢が有意に高く〔中央値76歳 vs 64歳, p=0.016〕,BMIは有意に低値であった〔18.6 vs 23.7, p＜0.001〕.一方,憩室炎の重症度分類（Hinchey分類）や術後合併症の有無,術後入院期間に有意差を認めなかった.HR施行群内における腹腔内の癒着程度の比較では,HP時の出血量は中等度以上群で有意に多かった〔404ml vs 200ml, p＜0.045〕.一方,HP時のHinchey分類,術後腹腔内膿瘍の有無,HPからHRまでの期間に有意差は認めなかった.またHR時の出血量も癒着中等度以上群で有意に多かった〔355ml vs 144ml, p＜0.021〕.癒着の程度によるHR後の術後合併症および術後入院期間に差を認めなかった.【考察】HR時の腹腔内癒着は,憩室炎の重症度を反映するHinchey分類ではなく,HP時の出血量に関連していた.腹腔内癒着はHR時の出血量増加に関与したものの,術後合併症や術後入院期間に影響を及ぼさなかった.左側憩室穿孔術後のHRは,患者の全身状態を十分に評価したうえで,安全に施行可能であることが示唆された.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月21日(土) 15:10 ~ 16:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 39　大腸癌の周術期管理・予後予測 3

座長：清松 知充（国立国際医療センター　外科）

[O39-1] Monocyte to Albumin ratioによる大腸癌予後予測の検討

*小川 真平[1]、番場 嘉子[1]、金子 由香[1]、二木 了[1]、松尾 夏来[1]、腰野 蔵人[1]、前田 文[1]、谷 公孝[1]、山口 茂樹[1] (1. 東京女子医科大学消化器・一般外科)

[O39-2] Stage IV大腸癌における原発巣切除後重症合併症の術前予測因子の検討：多施設データベースを用いた解析

*塩崎 翔平[1]、下村 学[1]、松原 啓壮[1]、田口 和浩[1]、佐田友 藍[1]、矢野 琢也[1]、清水 亘[2]、三口 真司[3]、池田 聡[3]、吉満 政義[4]、香山 茂平[5]、中原 雅浩[6]、小林 弘典[7]、河内 雅年[8]、清水 洋祐[9]、住谷 大輔[10]、向井 正一郎[11]、高倉 有二[12]、赤羽 慎太郎[13]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学大学院 医系科学研究科 消化器・移植外科学、2. 広島市立北部医療センター安佐市民病院　外科、3. 県立広島病院　外科、4. 広島市立広島市民病院　外科、5. JA広島総合病院　外科、6. JA尾道総合病院　外科・内視鏡外科、7. 広島記念病院　外科、8. 東広島医療センター　消化器外科、9. 呉医療センター・中国がんセンター　外科、10. JR広島病院　外科、11. 中国労災病院　外科、12. 中電病院　外科、13. 広島西医療センター　外科)

[O39-3] 大腸癌術後再発症例の予後について

*原田 優香[1]、門野 政義[1]、岡田 純一[1]、中山 史崇[1]、森田 覚[1]、茂田 浩平[1]、菊池 弘人[2]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部外科学教室（一般消化器)、2. 川崎市立川崎病院)

[O39-4] 大腸癌同時性腹膜播種症例における予後規定因子の検討：24年間の長期解析に基づく治療戦略の考察

*大地 貴史[1]、菊池 真亜子[1]、久田 かほり[1]、執行 ひろな[1]、髙木 健太[1]、髙松 正行[1]、仕垣 隆浩[1]、藤吉 健司[1]、吉田 直裕[1]、吉田 武史[1]、主藤 朝也[1]、石橋 生哉[1]、藤田 文彦[1] (1. 久留米大学外科学講座)

[O39-5] 当院でのStage I～III大腸癌における術後合併症の発症と長期予後との関連

*玉井 瑞希[1]、原田 恭一[1]、柏本 錦吾[1]、山口 明浩[1] (1. 京都山城総合医療センター)

[O39-6] 大腸がん後方治療における宿主因子に基づいたプレシジョンメディスンの検討：mCONUTスコアによる「Invisible Frailty」の同定と治療最適化への寄与

*渋谷 雅常[1]、遠藤 秀生[1]、月田 智也[1]、丹田 秀樹[1]、西山 毅[1]、関 由季[1]、笠島 裕明[1]、西村 潤也[2]、福岡 達成[2]、西居 孝文[2]、前田 清[1] (1. 大阪公立大学消化器外科、2. 大阪市立総合医療センター外科)

[O39-7] Sarcopenic Obesityと宿主関連血液学的指標の統合によるスコアリングシステムを用いたStageII/III大腸癌の予後予測

*皆川 結明[1]、大矢 浩貴[1]、舩津屋 拓人[1]、額田 卓[2]、江畑 信孝[1]、武井 将伍[2]、前橋 学[2]、太田 絵美[2]、田 鍾寛[1]、渥美 陽介[1]、風間 慶祐[1]、佐藤 渉[1]、沼田 正勝[2]、小澤 真由美[2]、小坂 隆司[1]、菅野 伸洋[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学医学部　消化管外科学教室、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター　消化器病センター外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 15:10 ~ 16:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 39　大腸癌の周術期管理・予後予測 3
座長：清松 知充（国立国際医療センター　外科）

[O39-1] Monocyte to Albumin ratioによる大腸癌予後予測の検討

*小川 真平[1]、番場 嘉子[1]、金子 由香[1]、二木 了[1]、松尾 夏来[1]、腰野 蔵人[1]、前田 文[1]、谷 公孝[1]、山口 茂樹[1] (1. 東京女子医科大学消化器・一般外科)

【目的】大腸癌に対して様々な炎症マーカーや栄養指標による予後予測の検討が行われている。今回、Monocyte to Albumin ratio(MAR)による大腸癌予後予測の可能性について検討した。
【対象・方法】当科で経験した大腸癌治癒切除1297例を対象とした。炎症マーカーや栄養指標であるNeutrophil(Neu)、Lymphocyte(Lym)、Monocyte(Mono)、Platelet(Plt)、Alubumin(Alb)、C-reactive protein(CRP)のうち予後と関連が強い因子を抽出し以下の項目について検討した。1)治療成績(RFS, OS)、2) risk因子としての他臨床病理学的因子との比較(Cox比例ハザード分析)。イベントに対する各指標のcut off値はROC曲線から算出し高値群(high)と低値群(low)に分類した。観察期間の中央値は2083日であった。
【結果】各指標におけるAUC値(RFS・OS)は、Neu:0.53020,0.49083、Lym:0.52591,0.51320、Mono:0.56809,0.57693、Plt:0.52591,0.51817、Alb:0.56071,0.59399、CRP:0.54920, 0.57595でMonoとAlbが高値であった。AICはMonoとAlb が低値であった。また、MARのAUC値(RFS・OS)は、0.57917,0.59507で、MonoおよびAlb に比べ高値、AICは低値であった。治療成績は、5年RFS: MAR (high) 73.3%, MAR (low) 83.7%、5年OS: MAR (high) 85.1%, MAR (low) 94.2%でMAR(high)は有意に不良であった。risk因子の検討では、年齢、性別、占居部位、組織型、V、CEA、郭清リンパ節個数、T、N、PNIとともにMARは独立した予後予測因子として抽出された。LMRは抽出されなかった。HRは、MAR: RFS 1.47,OS 1.74、PNI: RFS 1.33,OS 1.69、対数価値は、MAR: RFS 2.263,OS 2.472、PNI RFS 1.498,OS 2.388でMARが高値であった。
【考察】様々な炎症マーカーや栄養指標による大腸癌予後予測の有用性が報告されているが、MARはHRや対数価値の値が高く、有用な予後予測の指標になり得る可能性が考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月21日(土) 15:10 ~ 16:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 39　大腸癌の周術期管理・予後予測 3

座長：清松 知充（国立国際医療センター　外科）

[O39-2] Stage IV大腸癌における原発巣切除後重症合併症の術前予測因子の検討：多施設データベースを用いた解析

*塩崎 翔平[1]、下村 学[1]、松原 啓壮[1]、田口 和浩[1]、佐田友 藍[1]、矢野 琢也[1]、清水 亘[2]、三口 真司[3]、池田 聡[3]、吉満 政義[4]、香山 茂平[5]、中原 雅浩[6]、小林 弘典[7]、河内 雅年[8]、清水 洋祐[9]、住谷 大輔[10]、向井 正一郎[11]、高倉 有二[12]、赤羽 慎太郎[13]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学大学院 医系科学研究科 消化器・移植外科学、2. 広島市立北部医療センター安佐市民病院　外科、3. 県立広島病院　外科、4. 広島市立広島市民病院　外科、5. JA広島総合病院　外科、6. JA尾道総合病院　外科・内視鏡外科、7. 広島記念病院　外科、8. 東広島医療センター　消化器外科、9. 呉医療センター・中国がんセンター　外科、10. JR広島病院　外科、11. 中国労災病院　外科、12. 中電病院　外科、13. 広島西医療センター　外科)

切除不能Stage IV大腸癌では全身化学療法が治療の主体であり、大腸癌ガイドラインでも無症候例に対する予防的原発巣切除は推奨されていない。一方、原発巣に起因する症状や局所進行例では外科的介入が選択されるが、術後重篤合併症は化学療法導入遅延や治療継続性低下を介して予後に影響し得る重要な臨床課題である。そのため、術前時点で評価可能な因子を用いた重篤合併症リスク評価および治療戦略の検討が重要と考えられる。
Stage IV大腸癌に対する原発巣切除後重篤合併症（Clavien–Dindo分類Grade III以上）のリスク因子を明らかにし、術前評価可能な因子の臨床的意義を検討する。
2017年から2023年にHiSCO大腸癌データベースに登録されたStage IV大腸癌原発巣切除症例1208例を対象とした。主要評価項目はClavien–Dindo分類Grade III以上の術後合併症発生とした。患者背景因子および腫瘍因子について単変量解析を行い、有意差を認めた因子を用いて多変量ロジスティック回帰解析を実施した。さらに独立リスク因子数に基づく層別解析を行った。
重篤合併症は101例（8.3%）に認め、縫合不全およびイレウスが主要であった。多変量解析では、ECOG-PS≥2（OR 1.90, p=0.02）、緊急・準緊急手術（OR 2.27, p<0.01）、直腸原発（OR 2.02, p<0.01）、さらにStage IV症例に特徴的な因子としてcH3（OR 2.15, p<0.01）が独立したリスク因子として抽出された。独立リスク因子数の増加に伴い、Clavien–Dindo分類Grade III以上合併症発生率は段階的に上昇した。特に独立リスク因子を2項目以上有する症例では術後在院日数延長および術後30日以内死亡の増加も認めた。これらの関連は結腸癌症例および待機手術症例に限定した解析でも一貫して認められた。
Stage IV大腸癌に対する原発巣切除後の重篤合併症には、全身状態不良、緊急手術、直腸原発、高度肝転移（cH3）が独立して関連し、独立リスク因子数の増加に伴い重篤合併症発生率は段階的に上昇した。特にcH3は、Stage IV大腸癌に特有の因子として重要である可能性が示唆された。術前評価可能な因子に基づく重篤合併症リスク評価は、周術期管理戦略の検討に有用である可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 15:10 ~ 16:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 39　大腸癌の周術期管理・予後予測 3
座長：清松 知充（国立国際医療センター　外科）

[O39-3] 大腸癌術後再発症例の予後について

*原田 優香[1]、門野 政義[1]、岡田 純一[1]、中山 史崇[1]、森田 覚[1]、茂田 浩平[1]、菊池 弘人[2]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部外科学教室（一般消化器）、2. 川崎市立川崎病院)

【目的】大腸癌術後再発は術後3年以内に約85%以上，術後5年以内に95%以上が出現すると報告されている．再発までに要する時間は症例により異なるが，pStageが再発に与える影響に関する検討は乏しい．今回われわれは，pStageおよびその構成因子が再発時期や再発後の予後にどのような影響を与えるのかについて明らかにすることを目的とした．【方法】大腸癌手術症例の多施設共同データベース（K-SEER）を用い，後方視的に検討を行った．2015年1月～2017年12月にpStage I/II/III/IVの大腸癌に対して根治手術を施行した症例のうち再発した症例を対象とし，pStageおよびその構成因子別に術後再発の累積発生率を算出し，比較検討を行った．また，pStage I/II/IIIの症例に対して，再発後の全生存期間についてlog-rank検定によるpStage間の比較を行った。【結果】全5195例のうち再発は851例（女性357例，男性494例）であった．術後3年の累積再発率はpStage I/II/III/IVでそれぞれ0.611[95%CI:0.457-0.767]，0.857[0.810-0.897]，0.902[0.870-0.928]，0.920[0.872-0.955]，pT1/2/3/4でそれぞれ0.75[0.568-0.898]，0.759[0.639-0.863]，0.868[0.837-0.895]，0.939[0.905-0.964]，pN0/1/2/3でそれぞれ0.829[0.786-0.868]，0.881[0.842-0.914]，0.936[0.896-0.965]，0.970[0.869-0.998]，pM0/1でそれぞれ0.866[0.839-0.890]，0.920[0.872-0.955]であり，深達度およびリンパ節転移が進行しているほど再発が早い傾向にあった．また，再発後の全生存期間中央値はpStage Iで4.18年[2.44–NA]，pStage IIで3.95年[3.37–4.73]，pStage IIIで3.03年[2.39–3.57]であった。全体のlog-rank検定では3群間に有意差を認めた(p = 0.0311)。Holm補正によるpairwise比較では，pStage IIIはpStage IIと比較して再発後全生存期間が有意に短かった(p = 0.045)一方，pStage IとpStage IIの間(p = 0.785)およびpStage IとpStage IIIの間(p = 0.358)には有意差を認めなかった。【結論】より進行したpStageおよびその構成因子を有する大腸癌では，早期の術後再発を来し，再発時の全生存期間も短かった。これらをもとに効率的な大腸癌術後サーベイランスの間隔設定を再検討すべきと考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 15:10 ~ 16:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 39　大腸癌の周術期管理・予後予測 3
座長：清松 知充（国立国際医療センター　外科）

[O39-4] 大腸癌同時性腹膜播種症例における予後規定因子の検討：24年間の長期解析に基づく治療戦略の考察

*大地 貴史[1]、菊池 真亜子[1]、久田 かほり[1]、執行 ひろな[1]、髙木 健太[1]、髙松 正行[1]、仕垣 隆浩[1]、藤吉 健司[1]、吉田 直裕[1]、吉田 武史[1]、主藤 朝也[1]、石橋 生哉[1]、藤田 文彦[1] (1. 久留米大学外科学講座)

【目的】 大腸癌同時性腹膜播種は、Stage IV症例の中でも極めて予後不良な病態である。本研究では、自施設における24年間の長期データに基づき、腹膜播種進展度（P因子）や原発巣切除が予後に与える影響を解析し、最適な治療戦略を検討することを目的とした。
【対象と方法】 2000年から2024年に当院で経験した同時性腹膜播種を伴う大腸癌症例を対象とした。大腸癌取扱い規約に基づくP因子（P1, P2, P3）、原発巣切除の有無、肉眼的根治度、術前腫瘍マーカー（CEA, CA19-9）などの臨床病理学的因子について、Kaplan-Meier法およびCox比例ハザードモデル（ステップワイズ法）を用いて予後解析を行った。
【結果】 全症例の解析において、P因子別の生存期間中央値（MST）は、P1で37ヶ月、P2で29ヶ月、P3で14ヶ月であり、P因子の進展に伴い統計学的に有意な予後悪化を認めた（p=0.0011）。 単変量解析では、原発巣切除の有無が予後を分ける決定的な要因であり、切除群のMST 30ヶ月に対し、非切除群は2ヶ月であった（p < 0.0001）。層別解析では、P3症例においても原発巣切除によりMSTが7.5ヶ月から16ヶ月へ改善する傾向が確認された（p=0.0916）。ステップワイズ法を用いた多変量解析の結果、P因子（P3 vs P1, ハザード比 3.579, p=0.0025）および術前CEA値（異常 vs 正常, ハザード比 2.527, p=0.0284）が独立した予後規定因子として抽出された。
【結論】 大腸癌腹膜播種症例において、P因子と術前CEA値は極めて強力な独立予後因子である。原発巣切除は多変量解析では独立因子とならなかったものの、生存期間を劇的に延長させる（MST 30ヶ月 vs 2ヶ月）実態があり、高度な播種を伴うP3症例であっても、全身状態が許容されれば積極的な切除介入を検討すべきである。正確なP因子の把握と集学的治療の組み合わせが、長期予後改善に不可欠である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 15:10 ~ 16:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 39　大腸癌の周術期管理・予後予測 3
座長：清松 知充（国立国際医療センター　外科）

[O39-5] 当院でのStage I～III大腸癌における術後合併症の発症と長期予後との関連

*玉井 瑞希[1]、原田 恭一[1]、柏本 錦吾[1]、山口 明浩[1] (1. 京都山城総合医療センター)

【緒言】近年、術後合併症の発症が消化器癌の長期予後に関連があるとの報告を散見する。今回我々は、原発切除術を行ったStage I～III大腸癌について、術後合併症の発症と長期予後との関連について検討した。
【方法】2021年4月から2026年3月に当院で原発切除術を行ったStage I～III大腸癌189例を対象に、生存期間および臨床病理学的背景について後方視的に検討した。なお、術前化学放射線療法等を行った症例は除外した。
【結果】平均年齢は73.8歳（36-93歳、中央値75歳）、男女比は男/女：101/88例であった。病理学的進行度はpStage I/II/III：56/60/71例、腫瘍局在はC/A/T/D/S/Rs/Ra/Rb：12/45/20/7/44/24/27/10例であり、術後補助化学療法は78例（pStage I/II/III：1（強い患者希望のため）/26/51例）に施行された。術後合併症はClavien-Dindo分類 grade II以上が25例（13.2%）にみられた。
術後合併症の発症なし、およびClavien-Dindo分類 grade I以下の発症をA群（164例）、Clavien-Dindo分類 grade II以上の発症をB群（25例）とした。
3年全生存率はA群/B群：93.3%/75.2%（p<0.05*）、3年無再発生存率はA群/B群：75.7%/58.9%（p<0.05*）であり、いずれにおいてもA群が良好な長期予後を呈した。
患者背景として2群間で年齢や性別、術前の腸閉塞の有無には差が認められなかったが、小野寺の予後栄養指数40以下、腫瘍局在（直腸）、深達度pT4以上、PS3以上、手術時間が、術後合併症Clavien-Dindo分類 grade II以上発症のリスク因子として選択された。
【結論】術後合併症Clavien-Dindo分類 grade II以上の発症は、大腸癌の長期予後と関連があると考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 15:10 ~ 16:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 39　大腸癌の周術期管理・予後予測 3
座長：清松 知充（国立国際医療センター　外科）

[O39-6] 大腸がん後方治療における宿主因子に基づいたプレシジョンメディスンの検討：mCONUTスコアによる「Invisible Frailty」の同定と治療最適化への寄与

*渋谷 雅常[1]、遠藤 秀生[1]、月田 智也[1]、丹田 秀樹[1]、西山 毅[1]、関 由季[1]、笠島 裕明[1]、西村 潤也[2]、福岡 達成[2]、西居 孝文[2]、前田 清[1] (1. 大阪公立大学消化器外科、2. 大阪市立総合医療センター外科)

【目的】 大腸がん治療におけるプレシジョンメディスンはゲノムプロファイリング等の「腫瘍側の因子」を中心に発展してきたが、後方治療においては高齢者やフレイルを含む「宿主側の因子」を精密に評価し個別化することが極めて重要である。本研究では従来のPerformance Status(PS)に代わる客観的な宿主評価指標として、血清アルブミン値、リンパ球数、ヘモグロビン値を用いたmodified Controlling Nutritional Status（mCONUT）スコアの有用性を検証した。
【対象と方法】 切除不能進行再発大腸がんに対し、後方治療としてFTD/TPI＋Bev療法を施行した104例を対象とした。mCONUTスコア4点以上をHigh群、4点未満をLow群と定義し、臨床背景および予後との関連を後方視的に解析した。
【結果】 解析の結果、Low-mCONUT群はHigh群と比較して無増悪生存期間（PFS: median 5.0 vs 2.4ヶ月, p=0.009）および全生存期間（OS: 14.2 vs 7.4ヶ月, p=0.022）が有意に良好であった。多変量解析においてもmCONUTスコアは独立した予後予測因子であった。注目すべき点として、PS 0-1の「一見良好な集団」においてもHigh-mCONUT群は有意に予後不良であり、PSでは捉えきれない「潜在的脆弱性」を抽出できる可能性が示唆された。さらに、High-mCONUT群では病勢制御率が有意に低く、宿主の栄養・免疫状態が薬剤の治療効果自体に影響を及ぼしている可能性が示された。
【結語】 mCONUTスコアは簡便かつ客観的に宿主の生物学的予備能を評価できる強力なバイオマーカーである。ゲノム情報のみならずmCONUTを用いた宿主因子の評価を組み合わせることで、後方治療における最適な症例選択や介入時期の決定が可能となり、宿主因子まで考慮した真の個別化医療の最適化を実現しうる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 15:10 ~ 16:05 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 39　大腸癌の周術期管理・予後予測 3
座長：清松 知充（国立国際医療センター　外科）

[O39-7] Sarcopenic Obesityと宿主関連血液学的指標の統合によるスコアリングシステムを用いたStageII/III大腸癌の予後予測

*皆川 結明[1]、大矢 浩貴[1]、舩津屋 拓人[1]、額田 卓[2]、江畑 信孝[1]、武井 将伍[2]、前橋 学[2]、太田 絵美[2]、田 鍾寛[1]、渥美 陽介[1]、風間 慶祐[1]、佐藤 渉[1]、沼田 正勝[2]、小澤 真由美[2]、小坂 隆司[1]、菅野 伸洋[1]、吉川 貴己[1] (1. 横浜市立大学医学部　消化管外科学教室、2. 横浜市立大学附属市民総合医療センター　消化器病センター外科)

【背景】Sarcopenic Obesity(SO)は骨格筋量減少と内臓脂肪蓄積が併存する病態であり、大腸癌の予後不良因子と考えられている。しかし、SO単独では形態学的な評価の一側面にとどまることから宿主の全身状態を十分に反映できない。当科ではSOに宿主関連血液学的指標を統合したSO–Prognostic Assessment Scoring System(SO-PASS)を新たな予後予測システムとして提唱している。本研究では、SO-PASSとStage Ⅱ/Ⅲ大腸癌の予後との関連について検討を行った。

【方法】2018年～2021年に当院で根治切除された18歳以上のStage Ⅱ/Ⅲ原発性大腸癌を対象とした。術前CT(L3)でSkeletal muscle index (SMI)およびVisceral fat area (VFA)を測定し、SMI低値(男性＜52.4 cm^2/m^2、女性＜38.5 cm^2/m^2)かつVFA高値(男性≧130 cm^2、女性≧90 cm^2)をSO陽性と定義した。Prognostic Nutritional Index＜45、CEA≧3.9、および直腸局在を各1点とするSO-PASSでLow(0点)、Intermediate(1点)、High(2–4点)の3群に分類し、後方視的に検討を行った。再発または死亡をEvent とした3年Event-Free Survival (EFS)を主要評価項目とした。

【結果】解析対象は138例であった。男性78例(56.5%)、直腸57例(41.3%)、SO陽性50例(36.2%)であった。SO-PASSによりLow群(25例)、Intermediate群(50例)、High(63例)の3群に分けられた。3群間において、手術時間(中央値 183.5/ 250/ 266)分、出血量(中央値 5/ 18/ 34)ml、術後在院日数(中央値7/10/14)に有意差を認めた(p<0.01)が、術後合併症、術後補助化学療法施行は有意差を認めなかった。
3年EFSはそれぞれ100%(95%CI 100-100)、95.7%(90-100)、64.2%(51.9-76.5)と、High群で有意に低下を示した(p<0.001)。術後補助化学療法を施行した53例において、3年EFSはそれぞれ100%(95%CI 100-100)、95.2%(70.7-99.3)、50.0%(25.9-70.1)とHigh群で低下を示した(p<0.001)。

【結語】SO-PASSはStage Ⅱ/Ⅲ大腸癌根治切除例においても有用な予後予測因子となりうる。特にHigh群では3年EFSが有意に低下し、術後補助化学療法例においても同様の傾向を認めたことから、SO-PASSは予後不良群の層別化に有用である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月21日(土) 16:05 ~ 16:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）

一般演題（口演） 40　大腸癌の周術期管理・予後予測 4

座長：硲 彰一（周南記念病院消化器病センター外科）

[O40-1] 若年者大腸癌の臨床病理学的特徴と予後に関する検討

*馮 東萍[1]、近藤 彰宏[1]、竹谷 洋[1]、松川 浩之[1]、西浦 文平[1]、安藤 恭久[1]、須藤 広誠[1]、岸野 貴賢[1]、大島 稔[1]、隈元 謙介[2]、岡野 圭一[1] (1. 香川大学消化器外科、2. 香川大学ゲノム医科学・遺伝医学)

[O40-2] Stage II/III穿孔性大腸癌の再発リスク因子

*茅野 新[1]、西田 莉子[1]、大宜見 崇[1]、岡林 剛史[1]、宮北 寛士[1]、山本 聖一郎[1] (1. 東海大学医学部消化器外科学)

[O40-3] CEA Recurrence Score のStage III大腸癌における再発予測能の評価

*石川 聖[1]、田口 和浩[1]、下村 学[1]、矢野 琢也[1]、佐田友 藍[1]、松原 啓壮[1]、渡邊 淳弘[1]、森内 俊行[1]、佐藤 沙希[1]、塩崎 翔平[1]、松原 一樹[1]、山口 瑞生[1]、篠原 充[1]、森田 隼登[1]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学大学院医系科学研究科消化器・移植外科学)

[O40-4] 大腸癌患者における術前血清Midkine値の臨床的意義：CEAとの併用による予後予測の検討

*牛込 充則[1,2]、伊藤 正朗[1]、島田 英昭[1]、渡邊 健太郎[1]、池田 裕一[1]、三浦 康之[1]、鈴木 孝之[1]、鏡 哲[1]、金子 奉暁[1]、長嶋 康雄[1]、的場 周一郎[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院、2. 池上総合病院外科)

[O40-5] 50歳未満の若年性大腸癌の臨床病理学的特徴の検討

*金 睿婉[1]、中川 和也[1]、飯山 慧[1]、多胡 行揮[1]、本田 祥子[1]、小崎 良平[1]、増田 太郎[1]、森 康一[1]、山岸 茂[1] (1. 藤沢市民病院　消化器外科)

[O40-6] 大腸癌におけるCALLY indexの予後予測能の検討―他の栄養・炎症指標との比較―

*福井 康裕[1]、笠島 裕明[1]、田中 章博[1]、内藤 信裕[1]、月田 智也[1]、遠藤 秀生[1]、大森 威来[1]、丹田 秀樹[1]、米光 健[1]、関 由季[1]、澁谷 雅常[1]、前田 清[1] (1. 大阪公立大学大学院医学研究科消化器外科学)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 16:05 ~ 16:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 40　大腸癌の周術期管理・予後予測 4
座長：裕 彰一（周南記念病院消化器病センター外科）

[O40-1] 若年者大腸癌の臨床病理学的特徴と予後に関する検討

*馮 東萍[1]、近藤 彰宏[1]、竹谷 洋[1]、松川 浩之[1]、西浦 文平[1]、安藤 恭久[1]、須藤 広誠[1]、岸野 貴賢[1]、大島 稔[1]、隈元 謙介[2]、岡野 圭一[1] (1. 香川大学消化器外科、2. 香川大学ゲノム医科学・遺伝医学)

【背景】
若年者大腸癌は、非若年発症例と比較して予後不良とされており、その臨床病理学的特徴の解明が予後の向上に重要である。本発表では若年者大腸癌に特徴的な臨床病理学的因子を明らかにすることで、その治療戦略について検討する。
【方法】
2014年 から2023年までに原発巣切除を施行した大腸癌663症例を対象とし、若年者群(50歳未満、Y群:40例)と非若年者群(50歳以上、N群:623例)に分け、臨床病理学的因子および治療成績を後方視的に比較検討した。
【結果】年齢(中央値)はY/N群=45/71歳。性別(男)はY/N群= 22(55%)/369(59%)、BMI(中央値)はY/N群=22.47/22.73、遺伝性大腸癌(FAP/LS/その他)はY群:1(2.5%)/0/0、N群:2(0.3%)/1(0.2%)/0(p=0.1)、MMR遺伝子検査施行はY/N群=10(25%)/148(23%)で有意差は認めず。腫瘍局在(右側/左側/直腸/多発)はY群: 4(10%)/6(15%)/30(75%)/0、N群: 203(33%)/195(31%)/220(35%)/5(1%)(p<0.05)、組織型(低分化型)はY/N群=3(7%)/46(7%)(p=0.9)、リンパ管侵襲陽性はY/N群=28(70%)/392(62%)(p=0.3)、静脈侵襲陽性はY/N群:30(75%)/499(70%)(p=0.6)、pStage(0/I/II/III/IV)はY群:1/9/6/15/9(3/22/15/28/22%)、N群:15/189/154/173/92(2/30/24/28/15%)であった(p=0.3)。
StageII/III症例の術後補助化学療法はY/N群=16(76%)/137(42%)(p<0.05)。StageIV症例のRAS変異(測定症例のみ)はY/N群=4(44%)/34(54%)(p=0.5)、術後化学療法はY/N群=7(78%)/77(84%)(p=0.6)であった。
5年OSはY/N群=59.7/81.1%(p<0.05)とY群で有意に不良であった。Stage別検討において、Stage0-IIIでは5年OS・5年DFSともに有意差を認めなかったが、Stage IVの5年OSはY/ N群=0/40.1%(p<0.05)とY群で有意に不良であった。
【考察】
若年者大腸癌は腫瘍の局在が有意に直腸に多く、Stage IV症例では有意に予後不良であった。そのため若年から大腸がん検診受診推奨及びS状結腸までの内視鏡検査によりstageIVに至る前の早期発見により予後の改善が期待し得る。一方で家族歴を考慮して積極的に遺伝学的検査を行い、若年から内視鏡検査を勧める対象を抽出する必要があると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 16:05 ~ 16:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 40　大腸癌の周術期管理・予後予測 4
座長：裕 彰一（周南記念病院消化器病センター外科）

[O40-2] Stage II/III穿孔性大腸癌の再発リスク因子

*茅野 新[1]、西田 莉子[1]、大宜見 崇[1]、岡林 剛史[1]、宮北 寛士[1]、山本 聖一郎[1] (1. 東海大学医学部消化器外科学)

<背景>
穿孔性大腸癌は、癌細胞の腹腔内への散布や進行した腫瘍の他臓器浸潤による周囲臓器に残存した癌細胞により非穿孔性大腸癌と比較し長期予後が不良であるとされている。
<目的>
本研究の目的は、StageⅡ/Ⅲ穿孔性大腸癌に対する根治的大腸切除術後の腫瘍学的転帰を分析した後、さらに術後再発に影響を与える予後因子を同定することである。
<対象>
大腸癌研究会プロジェクト研究参加24施設から登録された2010年11月から2025年4月までの穿孔性大腸癌554例中、根治切除術を施行されたStageⅡ症例202例およびStageⅢ症例134例を対象とした。
<方法＞
(1) 術後長期成績の検討
各腫瘍ステージの予後を評価するために、5年全生存率および5年無再発生存率を算出した。
(2)術後再発に影響する因子の同定
①患者因子; 性別、年齢、BMI、基礎疾患、PS-ASA、Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio、Platelet-to-Lymphocyte Ratio、Prognostic Nutritional Index ②腫瘍因子; 腫瘍占拠部位、穿孔部位、穿孔形態、便汚染、CEA、CA19-9、分化度、腫瘍径、深達度、リンパ節転移、リンパ管侵襲、静脈侵襲 ③治療因子; 発症から手術までの時間、原発巣切除術手術アプローチ、原発巣切除術大腸肛門病学会専門医指導医の手術参加、2期手術、リンパ節郭清範囲、リンパ節郭清個数、腹腔内洗浄量、癌遺残、輸血、術後補助化学療法とした。
<結果＞
(1)術後長期成績
5年再発率は、StageⅡが33.8%（68/201）、StageⅢが37.7%（51/135）であった。5年全生存率は、StageⅡが70.9%、StageⅢが65.4%であり、5年無再発生存率はStage Ⅱが50.8%、StageⅢが44.7%であった。
(2))術後再発に影響する因子
Stage Ⅱにおいては、CA19-9(p=0.0047)のみが有意な再発予測因子であった。StageⅢにおいては、Grade(p=0.0001)、リンパ節郭清個数(p=0.0405)、輸血(p=0.0274)、術後補助化学療法(p=0.0118)であった。
<結語>
穿孔性大腸癌の長期予後の改善を目指し、StageⅡ症例においては、術前CA19-9の上昇を認める症例は補助化学療法を行うべきである。StageⅢ症例においては、適切なリンパ節郭清を含む根治手術を行った後に、補助化学療法を行うべきである。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 16:05 ~ 16:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 40　大腸癌の周術期管理・予後予測 4
座長：裕 彰一（周南記念病院消化器病センター外科）

[O40-3] CEA Recurrence Score のStage III大腸癌における再発予測能の評価

*石川 聖[1]、田口 和浩[1]、下村 学[1]、矢野 琢也[1]、佐田友 藍[1]、松原 啓壮[1]、渡邊 淳弘[1]、森内 俊行[1]、佐藤 沙希[1]、塩崎 翔平[1]、松原 一樹[1]、山口 瑞生[1]、篠原 充[1]、森田 隼登[1]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学大学院医系科学研究科消化器・移植外科学)

【目的】
ステージIII大腸癌において、術後補助化学療法（ACT）施行後の再発を正確に予測することは、適切なサーベイランス戦略を構築する上で重要である。しかし、治療後の腫瘍マーカーの動態を反映し、予後予測に直結する簡便な指標は十分に確立されていない。本研究は、CEAの動態的変化を取り入れた新たな指標「CEA Recurrence Score（CRS）」を考案し、その臨床的有用性と再発予測能を評価することを目的とした。

【方法】
2015年4月から2022年12月までの期間に広島大学病院で根治切除術を受けたStage III大腸癌患者164例を対象とした。CRSは、①術前CEA≧5 ng/mL、および②手術直後に対する術後9か月時点のCEAの比＞0.9を満たす場合に各1点を加算し、0〜2点の3段階でスコア化した。RFSの層別化を評価した。さらに、年齢、性別、ASA-PS、組織型等の臨床病理学的因子を含めたCox比例ハザードモデルにより、独立した再発リスク因子の同定を試みた。

【結果】
対象164例の内訳は、ACT群123例、非ACT群41例であった。ACT群は非ACT群と比較し有意に若年、PS良好で、RFSも優れていた（P=0.0003）。ACT群における検討では、非再発群99例、再発群23例であり再発群でCRSが有意に高値であり（P=0.0012）、ランドマーク解析においてCRSはRFSを有意に層別化した（P=0.0002）。ACT群において、オキサリプラチン含有レジメン使用の有無に分けたサブグループ解析でも、共にCRSによる明確な予後層別化を認めた。多変量解析では、CRS 2点（vs 0点: HR 16.9, 95% CI 2.1-134.5, P=0.0074）および組織型低分化癌または粘液癌（HR 2.8, P=0.0455）が独立した予後不良因子として同定された。

【結語】
ACT施行後のステージIII大腸癌患者において、CEA値の動態変化を反映したCRSは、独立した強力な予後予測因子であることが示された。本指標は日常診療で汎用されるCEA検査に基づく簡便なスコアリングであり、ACT終了後の患者個々の再発リスクに応じた個別化サーベイランス戦略の最適化に寄与することが期待される。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 16:05 ~ 16:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 40　大腸癌の周術期管理・予後予測 4
座長：裕 彰一（周南記念病院消化器病センター外科）

[O40-4] 大腸癌患者における術前血清Midkine値の臨床的意義：CEAとの併用による予後予測の検討

*牛込 充則[1,2]、伊藤 正朗[1]、島田 英昭[1]、渡邊 健太郎[1]、池田 裕一[1]、三浦 康之[1]、鈴木 孝之[1]、鏡 哲[1]、金子 奉暁[1]、長嶋 康雄[1]、的場 周一郎[1] (1. 東邦大学医療センター大森病院、2. 池上総合病院外科)

【はじめに】
多くの癌腫で発現の上昇が確認されているMidkine（MDK）の癌での役割は、血管新生と細胞増殖に作用するとされる。血清MDKの大腸癌における臨床的意義は十分に解明されていない。
【目的】術前の血清MDKを測定し、既存のCEA,CA19-9,p53抗体との検出力と予後への影響を検討する。
【方法】 研究の同意を得られた大腸癌患者75人（pStage0/1:19人, II:25人III:23人, IV:8人）を対象に、術前血清MK値をELISA法で測定。421 pg/mLをカットオフ値とし、臨床病理学的因子および予後（RFS）を検討した。
【結果】 陽性率はCEA 48%、MDK 32%、CA19-9 21%、p53抗体 24%であった。単変量解析ではMK(+)群は予後不良の傾向（$p = 0.07$）に留まったが、MDK(+)/CEA(+)併用群は、他の群に比べ有意に無再発生存率が低かった（$p < 0.01$）。根治手術例（R0:n=69）では、多変量解析において、MDK(+)/CEA(+)はリンパ節転移とともに独立した予後不良因子であった（HR: 3.3, $p < 0.05$）。
【結論】 術前血清MDKはCA19-9より高い検出力を示した。術前血清MDKとCEAの組み合わせは、大腸癌術後の予後予測において有用な指標となる可能性示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 16:05 ~ 16:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 40　大腸癌の周術期管理・予後予測 4
座長：硲 彰一（周南記念病院消化器病センター外科）

[O40-5] 50歳未満の若年性大腸癌の臨床病理学的特徴の検討

*金 睿婉[1]、中川 和也[1]、飯山 慧[1]、多胡 行揮[1]、本田 祥子[1]、小崎 良平[1]、増田 太郎[1]、森 康一[1]、山岸 茂[1] (1. 藤沢市民病院　消化器外科)

【背景】
近年若年性大腸癌が増加傾向にあることが報告されている。当院における50歳未満の若年者における大腸癌の臨床病理学的特徴について検討する。
【対象・方法】
2015年1月1日から2024年6月31日に外科的治療を施行した大腸癌症例について、50歳未満（Y群）55例と50歳以上（O群）1247例にわけ、臨床病理学的因子について後方視的に比較検討した。
【結果】
患者背景因子に関して、年齢中央値はY群44歳、O群73歳であり、性別は(男性/女性)31/24 vs 550/697(P=0.074)であった。発見契機は(有症状/検診契機)31/24 vs 532/715(P=0.047)と若年者群で有症状発見の割合が有意に高かった。腫瘍局在は(右側結腸/左側結腸/直腸)8/24/23 vs 410/460/377(P=0.015)であり若年者群では左側・直腸が多い傾向であった。
組織型は(tub/por/muc)52/3/0 vs 1155/54/34(P=0.435)、pStageは(pStage0-Ⅱ/Ⅲ-Ⅳ)19/36 vs 790/455(P=0.00015)と若年者群ではStage Ⅲ以上の進行癌の割合が有意に高かった。
遺伝子関連では、検査を施行した症例のみの検討となるが、RAS(wild/mutant)10:11 vs 14/115(P=0.0002)、BRAF(wild/mutant)15/0 vs 200/3(P=1.0)、MSI(MSS/MSI-H)13/2 vs 139/12(P=0.268)であった。若年者のMSI-H症例はいずれも同時性または異時性の大腸癌を認め、さらに家族歴を有していた。そのうち1例では病的MLH1病的変異を認めたことから、若年者大腸癌における遺伝性腫瘍の関与が示唆された。
【結語】
若年者大腸癌は高齢者と比較して、有症状で発見される割合が高く、左側結腸・直腸に多く、進行した病期で診断される傾向を認めた。若年者においても大腸癌を念頭に置いた早期診断は重要であり、MSI-H症例では遺伝性腫瘍を考慮した評価が必要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 16:05 ~ 16:50 | 第10会場（1F 会議室101-B）
一般演題（口演） 40　大腸癌の周術期管理・予後予測 4
座長：裕 彰一（周南記念病院消化器病センター外科）

[O40-6] 大腸癌におけるCALLY indexの予後予測能の検討―他の栄養・炎症指標との比較―

*福井 康裕[1]、笠島 裕明[1]、田中 章博[1]、内藤 信裕[1]、月田 智也[1]、遠藤 秀生[1]、大森 威来[1]、丹田 秀樹[1]、米光 健[1]、関 由季[1]、澁谷 雅常[1]、前田 清[1] (1. 大阪公立大学大学院医学研究科消化器外科学)

【背景】CALLY index（CRP-Albumin-Lymphocyte Index）は，炎症（CRP），栄養状態（アルブミン），免疫機能（リンパ球数）を統合的に評価する指標であり，癌患者の予後予測や治療効果判定に有用とされる．炎症と栄養の不均衡は腫瘍進展や免疫抑制に関与しており，それらを簡便に評価可能な指標として注目されている．しかし、既存の予後指標とCALLY indexとの直接的な比較を行った研究は少ない.また,報告されているCALLY indexのカットオフ値に関してはばらつきがあり、症例数も数百例のコホートでの報告が多い.本研究では，大腸癌患者におけるCALLY indexの有用性を検討し，他の栄養関連指標と比較した．
【対象・方法】2008年～2022年に当院で根治切除を施行したStage I～III大腸癌1170例を対象に後方視的に検討した．術前血液検査よりCALLY indexを算出し，5年全生存（OS）に対するROC曲線からcut-off値5.9を設定しHigh群とLow群に分類した．臨床病理学的因子および予後を比較した．さらにNLR，PLR，CARを算出し，予後予測能を比較した．
【結果】ROC解析におけるAUCはCALLY 0.584，NLR 0.572，PLR 0.523，CAR 0.574であった．Low群は有意に高齢・男性が多く，BMI高値，右側結腸癌および未分化型の割合が高かった．5年OSおよびRFSはいずれもLow群で有意に不良であった．多変量解析にてCALLY indexはOSの独立予後因子であった（HR 1.68，95%CI 1.20–2.35，P=0.028）．多変量解析ではNLR（HR 1.55）およびCAR（HR 1.54）も独立因子であったが，PLRは有意ではなかった．
【結語】術前CALLY index低値は大腸癌患者の予後不良と関連した．CALLY indexは他の栄養指標と同様に有用な予後予測バイオマーカーである可能性が示唆された．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 41　大腸癌の転移・再発治療 4

座長：赤木 智徳（大分大学 消化器・小児外科）

[O41-1] 原発性大腸癌における分子サブタイプと病理学的リンパ節転移との関連

*横山 希生人[1]、笠井 俊輔[1]、塩見 明生[1]、眞部 祥一[1]、田中 佑典[1]、小嶋 忠浩[1]、森 千浩[1]、高嶋 祐助[1]、辻尾 元[1]、八尾 健太[1]、小林 尚輝[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 峻助[1]、畠山 慶一[2]、山口 建[3] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科、2. 静岡がんセンター研究所ゲノム解析研究部、3. 静岡県立静岡がんセンター)

[O41-2] 直腸癌術後局所再発症例に対する当科での治療戦略

*藤野 紘貴[1]、奥谷 浩一[1]、甲田 英暁[1]、石村 陸[1]、岡本 行平[1]、豊田 真帆[1]、石井 雅之[1,2]、秋月 恵美[1,3]、西舘 敏彦[1]、穴澤 貴行[1] (1. 札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野、2. 東札幌病院外科、3. 札幌いしやま病院)

[O41-3] 直腸癌術後局所再発に対する手術治療成績

*有馬 浩太[1]、宮本 裕士[1]、荒木 健吾[1]、秋山 貴彦[1]、小川 克大[1]、澤山 浩[1]、岩槻 政晃[1] (1. 熊本大学大学院消化器外科学)

[O41-4] 直腸癌局所再発に対する集学的治療戦略におけるR0切除の意義と課題

*永井 雄三[1]、白鳥 広志[1]、野澤 宏彰[1]、江本 成伸[1]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[1]、品川 貴秀[1]、舘川 裕一[1]、岡田 聡[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科)

[O41-5] 局所再発出現時期・術式に着目した直腸癌術後局所再発手術症例の検討

*後藤 健太郎[1]、岡村 亮輔[1]、水野 良祐[1]、尾地 伸悟[1]、藤田 覇留久[1]、青山 龍平[1]、吉田 祐[1]、山本 健人[1]、前田 将宏[1]、笠原 桂子[1]、星野 伸晃[1]、板谷 喜朗[1]、小濵 和貴[1] (1. 京都大学消化管外科)

[O41-6] CTラジオミクスを用いた大腸癌肝転移切除後の肝内再発予測：肝実質および腫瘍特徴量の統合解析

*正源 勇朔[1]、森田 覚[1]、岡林 剛史[2]、坂本 恭子[3]、門野 政義[1]、中野 容[1]、長谷川 康[1]、阿部 雄太[1]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部外科（一般・消化器)、2. 東海大学医学部消化器外科、3. 国立病院機構東京医療センター一般・消化器外科)

[O41-7] 大腸癌骨盤内再発病変に対する術前短期放射線照射施行後の外科的切除の治療成績

*今泉 健[1]、市川 伸樹[1]、吉田 雅[1]、柴田 賢吾[1]、佐野 修平[1]、大渕 佳祐[1]、磯川 真里奈[1]、武冨 紹信[1] (1. 北海道大学病院　消化器外科1)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 41　大腸癌の転移・再発治療 4
座長：赤木 智徳（大分大学 消化器・小児外科）

[O41-1] 原発性大腸癌における分子サブタイプと病理学的リンパ節転移との関連

*横山 希生人[1]、笠井 俊輔[1]、塩見 明生[1]、眞部 祥一[1]、田中 佑典[1]、小嶋 忠浩[1]、森 千浩[1]、高嶋 祐助[1]、辻尾 元[1]、八尾 健太[1]、小林 尚輝[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 峻助[1]、畠山 慶一[2]、山口 建[3] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科、2. 静岡がんセンター研究所ゲノム解析研究部、3. 静岡県立静岡がんセンター)

【背景】
大腸癌におけるリンパ節転移は重要な予後因子であり、術前画像診断に基づく臨床的リンパ節転移（cN）は治療方針決定に用いられる。しかし、その診断能には限界がある。近年、Consensus Molecular Subtype（CMS）分類は大腸癌の生物学的特性を反映する遺伝子発現に基づく分子分類として報告されているが、病理学的リンパ節転移（pN）との関連は十分に明らかでない。当院ではProject HOPE（High-tech Omics based Patient Evaluation）として外科的切除標本に対するマルチオミクス解析を行っており、これまでもCMS分類に関連するさまざまな報告を行ってきた。
【目的】
大腸癌のCMS分類と病理学的リンパ節転移の関連を明らかにすること。
【対象と方法】
2014年1月から2024年10月までにProject HOPEに登録され、cStage II/III大腸癌に対して根治術を施行した症例のうち、虫垂癌を除外した2366例を対象とした。cN+はCT検査で短径6 mm以上のリンパ節を認める場合と定義した。CMS分類はCMScallerを用い、False Discovery Rate（FDR）<0.05を満たすサブタイプを採用した。主要評価項目はpN+とし、pN+に関連する因子をロジスティック回帰により検討した。
【結果】
対象の年齢中央値は69歳、男性1368例／女性998例、cStage II／IIIは744例／1622例であった。pN+は1128例（48％）であり、cN+の感度／特異度／陽性的中率／陰性的中率／正診率は78.4％／40.1％／54.4％／67.1％／58.4％であった。CMS分類可能例は2036例で、CMS1／2／3／4は328例／620例／470例／618例であった。pN+率はCMS1／2／3／4で44.8％／40.3％／50.0％／55.2％と有意差があった（$p < 0.001$）。多変量解析では、CEA ≥ 5（OR: 1.40, $p < 0.001$）、cN+（OR: 2.18, $p < 0.001$）、CMS4（OR: 1.36, $p = 0.002$）がpN+に関連する独立した因子であった。pN+予測のAUCは、cN単独で0.593、cN+CEAで0.615、cN+CEA+CMS4で0.625であり、CMS4の追加により有意に改善した（DeLong検定 $p < 0.001$）。
【結語】
cStage II/III大腸癌において、CMS4はpN+に関連する独立した因子であった。CMS4の追加によりpN+予測能は有意に改善したが、臨床応用における有用性についてはさらなる検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 41　大腸癌の転移・再発治療 4
座長：赤木 智徳（大分大学 消化器・小児外科）

[O41-2] 直腸癌術後局所再発症例に対する当科での治療戦略

*藤野 紘貴[1]、奥谷 浩一[1]、甲田 英暁[1]、石村 陸[1]、岡本 行平[1]、豊田 真帆[1]、石井 雅之[1,2]、秋月 恵美[1,3]、西舘 敏彦[1]、穴澤 貴行[1] (1. 札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野、2. 東札幌病院外科、3. 札幌いしやま病院)

【はじめに】 直腸癌術後の局所再発は、R0切除が予後を規定する重要な因子であるが、初回手術による解剖学的改変や非解剖学的な腫瘍進展により、剥離層の同定や周辺臓器合併切除の判断は困難である。当科では、遠隔転移がなく骨盤内に限局した直腸癌の局所再発に対して術前治療による腫瘍縮小と微小転移の制御を図った上で、ロボット支援下手術やTa/Tpアプローチを駆使した集学的治療を導入している。
【対象と方法】2017年1月から2026年3月までに当科で施行された遠隔転移を伴わない直腸癌術後局所再発に対する切除症例20例を対象とし、その短期成績および長期成績を検討した。
【結果】初回切除時の術式はHAR1例、LAR10例、ISR8例、APR1例であった。pStageはI/II/III/IV＝3:9:6:2、CRM陽性は2例であった。初回手術から再発診断までの期間は中央値528日(339-833日)で再発診断後に術前治療が17例(CRT9例、化学療法単独6例、化学療法＋CRT2例)に施行された。 再発切除術のアプローチはロボット支援が12例と最も多く、腹腔鏡5例、開腹3例であった。また、骨盤深部の剥離操作を確実に行うため、15例でTa/Tpアプローチを併用した。手術時間は616分(397-833分)、出血量は95ml(30-522ml)であった。他臓器合併切除は12例であり、R0切除は95%であった。Clavien-dindo分類≧3の合併症は4例であったが周術期死亡はなく、術後在院日数の中央値は30日(21-39日)であった。長期予後については観察中央値895日(614-1932日)で再再発症例は10例であった。いずれも遠隔転移再発であり1例のみ局所再発も併発した。
【結語】 本検討において、局所再発巣に対し術前治療およびTa/Tpアプローチを用いることで良好なR0切除率が得られる可能性が示唆された。局所再発に対する手術は長時間手術とはなるが、ロボット支援下手術の精密な操作性と、Ta/Tpアプローチを併用することによる遠位側からの剥離層同定を組み合わせることで、高いR0切除率が達成できた。一方、R0切除症例においてもその後遠隔転移を伴う症例が半数に見られ集学的アプローチについての課題と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 41　大腸癌の転移・再発治療 4
座長：赤木 智徳（大分大学 消化器・小児外科）

[O41-3] 直腸癌術後局所再発に対する手術治療成績

*有馬 浩太[1]、宮本 裕士[1]、荒木 健吾[1]、秋山 貴彦[1]、小川 克大[1]、澤山 浩[1]、岩槻 政晃[1] (1. 熊本大学大学院消化器外科学)

【背景】直腸癌は他癌種と比較して局所再発率が5-10%と高いが、外科的切除により長期生存や治癒の可能性があり、大腸癌ガイドライン2024においてはR0切除が可能と判断した場合には手術を行うことが弱く推奨されている。一方、局所再発巣切除は拡大手術を伴い、高難度かつ高侵襲である。

【対象と方法】2004年4月～2026年3月に当院で直腸癌局所再発に対して手術治療を施行した39例を対象とした。Memorial Sloan Kettering Cancer Center（MSKCC）の再発部位分類に基づいて分類し、治療成績を後方視的に検討した。

【結果】男性26例、女性13例、再発時年齢の中央値は67歳（36-83）であった。局所再発までの期間の中央値は24.8か月（3.3-212.9）で、局所再発切除前に22例に前治療が施行された。MSKCCの再発部位分類では、axial型6例、anterior型10例、posterior型11例、lateral型12例であった。局所再発に対する術式として、骨盤内蔵全摘15例、腹会陰式直腸切断術11例、低位前方切除術6例、リンパ節郭清6例、Hartmann手術1例を施行した。局所切除術後の再々発を22例に認め、部位は局所11例、肺11例、肝2例、大動脈周囲リンパ節2例、鼠径リンパ節2例、腹膜播種1例（重複あり）であった。再発部位と術前治療の有無、再々発形式には明らかな差は認めなかった。Lateral型再発症例では、他部位症例と比較して有意に無再発生存率（p=0.045）、全生存率（p=0.025）が短縮していた。

【考察】今回の検討における直腸癌局所再発の切除症例では、lateral型再発症例における治療成績が最も悪かった。Lateral型再発症例ではR0切除の達成が難しいことが予後悪化の要因と報告されており、局所再発手術前後の集学的治療を併用した治療戦略開発が望まれる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 41　大腸癌の転移・再発治療 4
座長：赤木 智徳（大分大学 消化器・小児外科）

[O41-4] 直腸癌局所再発に対する集学的治療戦略におけるR0切除の意義と課題

*永井 雄三[1]、白鳥 広志[1]、野澤 宏彰[1]、江本 成伸[1]、室野 浩司[1]、横山 雄一郎[1]、原田 有三[1]、荒川 敬一[1]、品川 貴秀[1]、舘川 裕一[1]、岡田 聡[1]、石原 聡一郎[1] (1. 東京大学腫瘍外科)

【目的】
直腸癌局所再発に対するR0切除の達成と再々発の制御は臨床上の重要な課題である。当科における局所再発例の治療成績を後方視的に分析し、現行の集学的治療の現状と今後の課題を明らかにすることを目的とした。
【方法】
2011年から2022年の期間に当科で根治切除（CurAまたはCurB）を施行した直腸癌1203例のうち、初回再発形式として局所再発を認めた70例（5.8%）を対象とした。治療方針(手術群27例、非手術群43例)、R0切除率、再々発率、生存期間(OS)等を検討した。
【結果】
手術群は非手術群と比較し、有意に局所再発以外の遠隔転移を伴う症例が少なく、単発再発が多く、CEA/CA19-9値が低値であった。局所再発診断日からの5年生存率は、非手術群15.0%に対し手術群60.1%であり、手術群で有意に良好であった(P=0.0004)。手術群27例中、術前治療は12例に実施され（CRT 10例 + NAC 2例）、R0切除は18例(66.7%)で達成された。手術群における切除後の予後を比較すると、R0切除群はR1/RX群と比較して有意に予後良好であった（切除後5年生存率：R0切除群71.3% vs R1/RX群 43.8%、P = 0.03）。特に、再々発に対する追加切除後を含め、最終的に3年以上の無再発生存を得た7例は全例R0切除達成例であった。また、局所再発時に骨盤外遠隔転移を有する高度進行例6例のうち、遠隔転移切除を含む集学的治療により2例で長期無再発生存が得られていた。
一方で、R0切除を達成した18例中、術後に再々発をきたした症例は14例（77.8%）と非常に高率であった。R0切除例における再々発率を術前治療の有無で比較すると、術前治療あり群で75.0%（6/8例）、なし群で80.0%（8/10例）であり、本検討では現行の術前治療による明らかな再々発抑制効果は認められなかった。
【結語】
直腸癌局所再発においてR0切除の達成は長期生存に重要であり、骨盤外転移を併存する症例であっても遠隔転移切除を含む集学的治療により長期生存が得られる可能性が示唆された。一方、R0切除達成例であっても高率に再々発をきたす現状は問題である。JCOG1801の結果を踏まえた術前治療の最適化や、再々発制御を見据えた周術期治療戦略の構築が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 41　大腸癌の転移・再発治療 4
座長：赤木 智徳（大分大学 消化器・小児外科）

[O41-5] 局所再発出現時期・術式に着目した直腸癌術後局所再発手術症例の検討

*後藤 健太郎[1]、岡村 亮輔[1]、水野 良祐[1]、尾地 伸悟[1]、藤田 覇留久[1]、青山 龍平[1]、吉田 祐[1]、山本 健人[1]、前田 将宏[1]、笠原 桂子[1]、星野 伸晃[1]、板谷 喜朗[1]、小濵 和貴[1] (1. 京都大学消化管外科)

【緒言】大腸癌治療ガイドライン2024年版では，直腸癌術後局所再発は完全切除が可能と判断された場合に手術を行うことが弱く推奨されているが，術前治療の意義・適応については明確なエビデンスがない．
【目的】当院における直腸癌術後局所再発に対する集学的治療の短期・長期手術成績を検討する．
【方法】直腸癌に対する直腸間膜切除を伴う根治目的手術（R0/1）後に，臨床的に直腸癌局所再発と診断され，2011年1月から2023年7月に当院で加療が行われた38例のうち，手術加療が行われた17症例を対象とした．局所再発に対する手術時にリンパ節郭清のみをおこなった症例をA群，それ以外の術式を行った症例をB群とした．両群の臨床病理学的因子の検討及びKaplan-Meier法での生存期間解析を行った．
【結果】対象となった17例中，男性/女性は12/5例で，年齢の中央値は71歳，BMIの中央値は23.1，A群/B群は5/12例であった．A群は4例(80%)が側方郭清，1例が側方郭清・大動脈周囲リンパ節郭清を行った症例で，B群の内訳は骨盤内臓全摘術が5例・Hartmann手術を含めた低位前方切除術が2例・直腸切断術が3例で，4例(33%)で骨合併切除を要した．原発巣の術前化学療法・放射線化学療法はB群のみで3例(25%)，局所再発術前の化学療法・放射線化学療法はA群で2例(40%)・B群で7例(58%)に行われていた．GradeⅢa以上の合併症はB群のみで2例に発生したが，周術期の死亡は認めなかった．局所再発巣切除後の3年全生存期間(OS)がそれぞれA群で80%，B群で53%であり，3年無再発生存期間(RFS)がA群で50%，B群で30%であった．また，A群B群ともに、局所再発までの期間が短い症例で再発巣切除術後OSが不良であった（>２年 vs. ≤2年，A群：100% vs. 75%，B群：67% vs. 40%）．
【考察】当院での直腸癌術後局所再発術後の長期予後については，局所再発の形式・原発巣から局所再発診断確定までの期間がOSに関わっている可能性が示唆され，特に2年以内再発例や拡大手術を要する症例では，切除可能性のみで手術先行を判断するのではなく術前治療を含めた集学的治療を検討する必要があると考えられた．本検討は単施設・少数例での検討であることから，多機関での検討結果が待たれる．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 41　大腸癌の転移・再発治療 4
座長：赤木 智徳（大分大学 消化器・小児外科）

[O41-6] CTラジオミクスを用いた大腸癌肝転移切除後の肝内再発予測：肝実質および腫瘍特徴量の統合解析

*正源 勇朔[1]、森田 覚[1]、岡林 剛史[2]、坂本 恭子[3]、門野 政義[1]、中野 容[1]、長谷川 康[1]、阿部 雄太[1]、茂田 浩平[1]、松田 諭[1] (1. 慶應義塾大学医学部外科（一般・消化器)、2. 東海大学医学部消化器外科、3. 国立病院機構東京医療センター一般・消化器外科)

【背景・目的】大腸癌肝転移（CRLM）に対する肝切除後は高率に再発を認め、特に肝内再発の予測は治療戦略の最適化に重要である。本研究では、CTラジオミクスを用いてCRLM切除後の肝内再発予測モデルを構築し、その臨床的有用性を検討した。
【方法】当院にてCRLMに対して肝切除を施行した35例を対象とした。術前肝Dynamic CTの門脈相を用い、腫瘍病変および背景肝実質からラジオミクス特徴量を抽出した。単変量Cox回帰スクリーニング（p<0.05)、LASSO-Cox回帰により特徴量選択を行った。選択された特徴量を用いてCox比例ハザードモデルを構築し、その線形予測子をRadiomicsスコア(RS)として定義した。さらにKaplan–Meier解析および多変量Cox回帰解析を行い、臨床因子との統合モデルを検討した。
【結果】35例中18例に肝内再発を認めた。各症例で腫瘍・肝実質のそれぞれから851特徴量ずつ抽出し、単変量解析スクリーニングとLASSO-Cox回帰により6特徴量（肝臓2項目、腫瘍4項目）が選択された。これらを用いたRSは肝内再発までの時間と有意に関連し（HR 2.72, 95%CI 1.73–4.28, p<0.001)、識別能はC-index 0.82 (SE 0.05)であった。内部検証としてBootstrap法およびleave-one-out cross-validationを行い、C-indexはそれぞれ0.86（95%CI 0.75–0.94）および0.77（SE 0.05）と良好な再現性を示した。中央値により高リスク群および低リスク群に分類したところ、Kaplan–Meier解析において肝内無再発生存に明確な群間差を認め（log-rank p<0.001)、24か月無再発率は低リスク群88.2%、高リスク群14.1%であった。多変量Cox回帰解析においてもRSは独立した予測因子であり（HR 2.64, 95%CI 1.66–4.21, p<0.001)、臨床因子のみのモデルと比較して統合モデルは有意に予測性良好であった（C-index 0.64 vs 0.84, p<0.001)。
【結論】CTラジオミクスにより構築されたRadiomicsスコアは、CRLM切除後の肝内再発までの時間を予測し、臨床因子に対する付加的価値を示した。本手法は術前に高リスク症例を同定し、個別化治療戦略に寄与する可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:25 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 41　大腸癌の転移・再発治療 4
座長：赤木 智徳（大分大学 消化器・小児外科）

[O41-7] 大腸癌骨盤内再発病変に対する術前短期放射線照射施行後の外科的切除の治療成績

*今泉 健[1]、市川 伸樹[1]、吉田 雅[1]、柴田 賢吾[1]、佐野 修平[1]、大渕 佳祐[1]、磯川 真里奈[1]、武冨 紹信[1] (1. 北海道大学病院　消化器外科1)

背景：大腸癌術後の骨盤内再発病変に対する局所治療戦略には議論がある。当科では、切除可能病変に対しては外科切除を基本とするが、切除断端の確保が不確実な可能性がある場合は、術前治療として短期放射線照射を選択している。
目的：大腸癌骨盤内再発病変に対する術前短期放射線照射とその後の外科的切除の短期治療成績を明らかにする。
方法：2024年4月から2025年12月の期間で、当科にて、大腸癌術後の骨盤内再発病変に対して、短期放射線照射（5Gy x 5日間）後の外科的切除を計画した6例の治療関連成績について検討を行った。
結果：患者背景は年齢の中央値が71歳、性別(男/女)が2/4例、病変位置(前/後/側)は2/1/3例であった。短期放射線照射は5例すべてで計画通り完遂できたが、1例で照射後に、照射外病変の出現により切除不能と判断された。外科的切除が施行された5例の術式は、I.腹腔鏡下マイルズ手術＋仙骨合併切除（TpTME併用）、II.ロボット支援下マイルズ手術＋子宮膣合併切除、III.開腹ハルトマン手術＋左外腸骨動静脈・大腰筋合併切除、IV.ロボット支援下骨盤内蔵全摘（TpTME併用）、臀溝皮弁による骨盤底形成、V.開腹右側方リンパ節摘出＋右外腸骨静脈合併切除であった。手術時間・出血量はそれぞれ、I.806分・140ml、II.442分・250ml、III.736分・730ml、IV.769分・760ml、V.312分・50mlであった。術後合併症は、仙骨合併切除を施行した症例で、Clavien dindo分類Grade 4の大腸炎による敗血症を認めたが、その他にGrade 3以上の合併症の発症はなく、術後在院日数はそれぞれ、I.39日、II.20日、III.39日、IV.37日、V.13日であった。病理所見では、いずれも切除断端は陰性であった。CEA（ng/ml）の治療前・治療後・手術後の推移はそれぞれ、I.78.5→32.5→2.2、II.5.4→5.4→1.8、III.15→7.6→4.3、IV.5.1→1.9→1.8、V.12.4→9.2→3.7で、いずれも手術後は正常範囲となった。
結論：大腸癌骨盤内再発病変に対する術前短期放射線照射後の外科的切除は、術後の感染性合併症の発生には注意を要するが、安全な手術が可能であり、切除断端の確保に寄与する可能性がある。骨盤内再発病変に対する局所治療戦略の一つになりうる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 42　直腸癌の治療戦略 4

座長：澤井 照光（長崎大学生命医科学域）

[O42-1] 当院におけるTNT治療成績と放射線増感剤を用いたNOMの効果

*濱元 宏喜[1]、島 卓史[1]、北田 和也[1]、鈴木 重徳[1]、田中 亮[1]、今井 義朗[1]、川口 直[1]、富岡 淳[1]、朝隈 光弘[1]、李 相雄[1] (1. 大阪医科薬科大学一般・消化器外科)

[O42-2] 進行下部直腸癌に対する術前治療後選択的側方郭清の妥当性の検討

*矢野 琢也[1]、下村 学[1]、佐田友 藍[1]、田口 和浩[1]、松原 啓壮[1]、石川 聖[1]、佐藤 沙希[1]、渡邊 淳弘[1]、森内 俊行[1]、塩崎 翔平[1]、松原 一樹[1]、山口 瑞生[1]、篠原 充[1]、森田 隼登[1]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学病院消化器・移植外科)

[O42-3] 当科における進行直腸癌に対するTNTの治療成績

*金子 由香[1]、前田 文[1]、谷 公孝[1]、松尾 夏来[1]、腰野 蔵人[1]、近藤 侑鈴[1]、二木 了[1]、番場 嘉子[1]、小川 真平[1]、山口 茂樹[1] (1. 東京女子医科大学消化器一般外科)

[O42-4] 術前化学療法を施行した局所進行直腸癌におけるCALLY indexと病理学的治療効果の関連の検討

*秋山 泰樹[1]、沢津橋 佑典[2]、矢吹 慶[3]、三ノ宮 寛人[1]、新田 挙助[1]、古賀 敦大[1]、山内 潤身[1]、永田 淳[1]、平田 敬治[1] (1. 産業医科大学　第1外科、2. くらて病院　外科、3. 産業医科大学若松病院　消化器・一般外科)

[O42-5] 術前化学療法後直腸癌における肛門側壁内進展の再発リスク因子としての可能性

*横山 康行[1]、山田 岳史[1]、上原 圭[1]、進士 誠一[1]、高橋 吾郎[1]、岩井 拓磨[1]、香中 伸太郎[1]、菊池 悠太[1]、松井 隆典[1]、林 光希[1]、大橋 隆治[2]、松田 明久[1] (1. 日本医科大学付属病院消化器外科、2. 日本医科大学付属病院病理診断科)

[O42-6] 局所進行直腸癌におけるMRI粘液貯留がTNT治療効果に与える影響

*春日 聡[1]、佐藤 健太郎[1]、坂田 征士[2]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[1]、松井 信平[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、秋吉 高志[1] (1. 公益財団法人がん研究会 有明病院消化器センター大腸外科、2. 公益財団法人がん研究会 有明病病理部)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 42　直腸癌の治療戦略 4
座長：澤井 照光（長崎大学生命医科学域）

[O42-1] 当院におけるTNT治療成績と放射線増感剤を用いたNOMの効果

*濱元 宏喜[1]、島 卓史[1]、北田 和也[1]、鈴木 重徳[1]、田中 亮[1]、今井 義朗[1]、川口 直[1]、富岡 淳[1]、朝隈 光弘[1]、李 相雄[1] (1. 大阪医科薬科大学一般・消化器外科)

【背景】局所進行直腸癌に対して、Total Neoadjuvant Therapy(TNT)の有用性が欧米を中心に報告されている。【当院の治療方針】AV5cm以下の症例と高リスク因子を有する症例(T4b、CRM＜1mm、MRF involved、EMVI+、N2、LLN+)でTNTを施行し、CRT(50.4Gy+カペシタビン)と地固め化学療法（CAPOX 4C）を標準治療としている。また、AV5cm以下の症例で、肛門温存を強く希望し、かつ同意を得られた症例では、放射線増感剤(KORTUC)を用いて、cCR率の向上を目指している。TNT終了後、cCRであればNon-Operative Management(NOM)を行う。【目的】当院における放射線増感剤であるKORTUCを用いたTNTの有効性と治療成績を明らかにする。また、KORTUC併用療法の安全性と局所制御に与える影響について検討した（UMIN: 000003734)。【方法】2023年7月から2026年3月までに当院でTNTを施行した進行直腸癌20例を検討対象とした。KORTUC症例は、CRT開始後、RT20Gy経過後より週1回、大腸内視鏡下に12mlを腫瘍内に局注した。【結果】TNT終了時点でのcCRは20例中11例（55%）であり、11例全例でNOMとした。11例中5例でlocal regrowthを認めた（治療後3か月：2例および6か月時点：3例）が、5例ともR0切除が可能であった。Incomplete responseであった9例は全例、ロボット支援下手術を施行し（LAR: 5例、ISR: 2例、APR: 2例)、全例CRM陰性であった。KORTUC併用療法は13例に施行し、8例（62%）が治療終了後cCRであった。13例全例で重篤な有害事象は認めず、安全に施行可能であった。６か月TME free率は、KORTUC併用群で13例中５例（39%)、KORTUC非併用群で７例中１例（14%）であり（p=0.06)、限られた症例数であるが、KORTUC併用群で６か月TME free率が高い傾向にあった。【考察】TNTはハイリスク症例であっても、CRM陰性を達成することができ、局所制御に有望な治療選択肢である可能性がある。【結語】進行直腸癌に対するTNTは、有効性と安全性の両面で一定の効果を確認できた。KORTUC併用TNTは大きな副作用なく施行可能で、併用により高率に６か月TME freeを達成できる可能性がある。今後も症例の蓄積、長期成績の評価が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 42　直腸癌の治療戦略 4
座長：澤井 照光（長崎大学生命医科学域）

[O42-2] 進行下部直腸癌に対する術前治療後選択的側方郭清の妥当性の検討

*矢野 琢也[1]、下村 学[1]、佐田友 藍[1]、田口 和浩[1]、松原 啓壮[1]、石川 聖[1]、佐藤 沙希[1]、渡邊 淳弘[1]、森内 俊行[1]、塩崎 翔平[1]、松原 一樹[1]、山口 瑞生[1]、篠原 充[1]、森田 隼登[1]、大段 秀樹[1] (1. 広島大学病院消化器・移植外科)

【はじめに】進行下部直腸癌に対する側方リンパ節郭清（LLND）の適応は術前化学放射線療法（CRT）やTotal Neoadjuvant Therapy（TNT）の普及により個別化が求められている．当科ではRb，cT3以深またはTxN(+)に対しCRT（50.4Gy/28fr+S-1）を行う戦略をとっており，TNTは臨床試験として行っている．診断時画像診断（MRI/CT/PET）で側方リンパ節転移を疑う症例に対し患側の選択的LLNDを行っている．術前治療後の選択的LLNDが短期成績と長期予後に与える影響を検討する．
【対象と方法】2013年1月から2026年3月に術前治療後に根治切除を施行したStage II-IIIの下部直腸癌97例を対象とした．LLND施行群（L群：23例，うち両側2例）と非施行群（非L群：74例）の臨床病理学的背景および治療成績を後方視的に比較検討した．
【結果】術前治療の内訳はCRT 94例，TNT 3例で，術後補助化学療法は53例（54.6%）に施行した．L群で手術時間が有意に延長したが（522分 vs 411分, p<0.01），出血量に差はなかった(127ml vs 117ml)．病理因子では，L群で低分化腺癌/粘液癌の比率が有意に高く（p=0.04），リンパ節転移陽性率も高い傾向（L群34.8% vs 非L群17.6%, p=0.09）を認めた．L群のうち4例（17.3%）に病理学的側方リンパ節転移を認めた．Clavien-Dindo分類Grade III以上の合併症は両群間で差はなく（L群8.7% vs 非L群23.0%），SSIや腸閉塞，縫合不全等の発生率にも差は認めず，LLNDによる安全性への懸念は示されなかった．観察期間中央値48.5ヵ月で再発率は有意差を認めなかった（L群5例 vs 非L群18例）．局所再発は8例（L群3例，非L群5例）で，局所再発部位として側方3例，中央部3例，後方2例で，側方再発のうち1例は，LLNDの対側側方リンパ節領域に出現した．
【考察】
術前治療後の選択的LLNDは，手術時間は延長するが安全に施行可能であった．L群はリンパ節転移が多い傾向があったが，再発率において非L群と同等で，画像診断に基づいた選択的郭清の妥当性が示唆された．一方で，LLND非施行側からの再発も認めた．
【結論】
術前治療後の選択的側方郭清は，良好な生存成績と安全性を両立し得る妥当な戦略であるが，郭清省略の是非についてはさらなる検討が必要である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 42　直腸癌の治療戦略 4
座長：澤井 照光（長崎大学生命医科学域）

[O42-3] 当科における進行直腸癌に対するTNTの治療成績

*金子 由香[1]、前田 文[1]、谷 公孝[1]、松尾 夏来[1]、腰野 蔵人[1]、近藤 侑鈴[1]、二木 了[1]、番場 嘉子[1]、小川 真平[1]、山口 茂樹[1] (1. 東京女子医科大学消化器一般外科)

【背景】局所進行直腸癌は手術の難易度が高く、再発率も高い。近年局所再発や遠隔転移再発の制御を目的とし集学的治療としてTotal neoadjuvant therapy(TNT)の有用性が報告されつつある。また術前治療後に臨床的完全奏功（Clinical complete response: cCR）が得られた症例に対するnon-operating management（NOM）により臓器温存が期待されている。【目的】今回当院におけるTNTを行った局所進行直腸癌の治療成績について報告する。【対象と方法】当科では2021年から再発ハイリスク症例（cT4,CRM≦1㎜,cN2,EMVI+）、または歯状線から近く肛門の温存が不可能で術前加療を希望する症例を中心にTNTを行っている。今回TNT導入後の2021年から2026年4月までにTNTを施行した局所進行直腸癌の治療成績を検討した。【結果】TNTを施行した症例は21例であった。腫瘍部位cT因子はT2：T3：T4＝1:11:9、cN因子はN0:N1:N2:N3＝3:7:8:3であった。8例はTNT後の評価でCRまたはnearCRが得られ、患者の希望から2例でNOMを選択したが、1例で再増大を認め手術を行った。残りの6例で手術を行い、4例はpCRであったが2例は深部に癌細胞が遺残していた。また、術前評価がPRであったがpCRであった症例が1例あり、CR rateは28.6%であった。再発は23.8%の5例であり、1例を除き遠隔転移再発であった。再発リスク因子としてDownStageが得られなかったもの、TNT完遂不可、iCRがあげられた。【結論】TNTでCR rateは28.6%であり、またCRを得られた患者の予後は良好であった。一方、効果が乏しい症例は再発率が高く、TNTのプロトコールについては更なる検討が必要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 42　直腸癌の治療戦略 4
座長：澤井 照光（長崎大学生命医科学域）

[O42-4] 術前化学療法を施行した局所進行直腸癌におけるCALLY indexと病理学的治療効果の関連の検討

*秋山 泰樹[1]、沢津橋 佑典[2]、矢吹 慶[3]、三ノ宮 寛人[1]、新田 挙助[1]、古賀 敦大[1]、山内 潤身[1]、永田 淳[1]、平田 敬治[1] (1. 産業医科大学　第1外科、2. くらて病院　外科、3. 産業医科大学若松病院　消化器・一般外科)

【背景】
局所進行直腸癌に対する術前治療として化学放射線療法やtotal neoadjuvant therapyが広く行われているが、放射線照射は術後合併症の増加が懸念される。当科では放射線関連有害事象を回避する目的で術前化学療法（NAC）を導入してきたが、治療効果には個人差があり、術前に奏効を予測できる指標の確立が求められている。近年、全身炎症反応を反映する指標が腫瘍の生物学的悪性度や治療反応性と関連することが報告されており、CRP、アルブミン、リンパ球数を統合したCALLY indexは新たな炎症・栄養・免疫指標として注目されている。本研究ではNAC施行例におけるCALLY indexと病理学的治療効果との関連を検討した。
【対象と方法】
2018年から2026年までに臨床Stage II–III直腸癌に対してNAC後に手術を施行した59例を対象とした。治療前のCRP、アルブミン、リンパ球数からCALLY indexを算出した。病理学的治療効果は大腸癌取扱い規約第9版に基づき評価し、Grade2/3を奏効群、Grade0/1を非奏効群とした。炎症性マーカーと治療効果との関連をMann–Whitney U検定およびロジスティック回帰分析で検討し、ROC解析により判別能を評価した。
【結果】
59例中24例（40.7%）でGrade2/3の奏効を認めた。奏効群ではNACコース数が有意に多く、分子標的薬併用率も高かった。log変換した炎症性マーカーではCRPおよびCARが有意差を示し、CALLY indexも奏効との関連傾向を認めた。単変量ロジスティック回帰分析ではlog(CRP)、log(CAR)、log(CALLY)がいずれも奏効と関連する傾向を示した。ROC解析では各指標のAUCは0.65前後であり、CALLY indexは他の炎症性マーカーと同程度の判別能を示した。
【考察】
術前CALLY indexはNAC施行直腸癌における病理学的治療効果を予測し得る可能性があり、治療戦略決定に有用な簡便な指標となる可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 42　直腸癌の治療戦略 4
座長：澤井 照光（長崎大学生命医科学域）

[O42-5] 術前化学療法後直腸癌における肛門側壁内進展の再発リスク因子としての可能性

*横山 康行[1]、山田 岳史[1]、上原 圭[1]、進士 誠一[1]、高橋 吾郎[1]、岩井 拓磨[1]、香中 伸太郎[1]、菊池 悠太[1]、松井 隆典[1]、林 光希[1]、大橋 隆治[2]、松田 明久[1] (1. 日本医科大学付属病院消化器外科、2. 日本医科大学付属病院病理診断科)

【背景と目的】直腸癌における肛門側壁内進展は再発危険因子とされるが、術前化学療法（NAC）後症例における検討は少なく、再発との関連は明らかでない。本研究では、NAC後直腸癌における肛門側壁内進展と予後との関連を検討した。【対象と方法】2012年3月～2022年12月に当院でNAC後に根治切除を施行した直腸癌症例を対象に後方視的に解析した。NACの適応は腫瘍の下縁がRaよりも肛門側にかかるcT3以深またはcN(+)症例とした。＜NAC後の内視鏡での肉眼形態の分類＞Type A：肛門側辺縁が隆起し腫瘍に覆われる形態、Type B：肛門側辺縁が隆起し表面が正常粘膜で覆われる形態、Type C：肛門側辺縁が平坦化し中心部が陥凹する形態に分類した。＜壁内進展の評価＞切除標本で腸管長軸方向切片を作成した。Type A/Bでは隆起基部から、Type Cでは陥凹辺縁から肛門側壁内進展距離を測定した。【結果】対象は79例で、ypT3以深は51例（64.6%）、ypN（＋）は31例（39.2%）であった。肛門側壁内進展は12例（15.2%）に認め、進展距離中央値は3 mm（1–7 mm）であった。3年無再発生存率は壁内進展陽性群で50.0%、陰性群で79.7%であり、陽性群で有意に不良であった（P=0.008）。単変量解析でp<0.05であった４つの因子を共変量として多変量COX比例ハザード解析を行ったところ、化学療法効果Grade 1a（HR 3.1、95%CI 1.2–8.2、P=0.023）およびypN（＋）（HR 4.7、95%CI 1.4–15.1、P=0.009）が独立再発危険因子であった。一方、肛門側壁内進展陽性は予後不良傾向を示した（HR 2.4、95%CI 0.9–6.7、P=0.074）。術後補助化学療法施行の予後への影響は限定的であった（HR 1.3、95%CI 0.3–7.1、P=0.71）。【結語】NAC後直腸癌における肛門側壁内進展は、化学療法抵抗性を反映する腫瘍生物学的特徴であり、再発リスク評価に有用となる可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:15 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 42　直腸癌の治療戦略 4
座長：澤井 照光（長崎大学生命医科学域）

[O42-6] 局所進行直腸癌におけるMRI粘液貯留がTNT治療効果に与える影響

*春日 聡[1]、佐藤 健太郎[1]、坂田 征士[2]、野口 竜剛[1]、坂本 貴志[1]、松井 信平[1]、向井 俊貴[1]、山口 智弘[1]、秋吉 高志[1] (1. 公益財団法人がん研究会 有明病院消化器センター大腸外科、2. 公益財団法人がん研究会 有明病病理部)

【背景】
局所進行直腸癌に対するTotal neoadjuvant therapy（TNT）の普及に伴い、治療効果予測に基づく治療戦略の重要性が高まっている。一方でMRI上の粘液成分（mucin）の臨床的意義については一定の見解が得られていない。本研究では、TNT前後においてMRIで持続して認められるmucinに着目し、その臨床的意義を検討した。
【対象・方法】
2011年から2022年に当院でTNTを施行したStage II–III直腸癌224例を対象に後方視的検討を行った。治療前後MRIでともにmucinを認めた症例をpersistent mucin群と定義した。主要評価項目はpCRおよびcCRを含むcomplete response（CR）率とし、副次評価項目として5年overall survival（OS）、relapse-free survival（RFS）、local recurrence-free survival（LRFS）、distant recurrence-free survival（DRFS）を評価した。
【結果】
persistent mucinは29例（12.9%）に認めた。persistent mucin群では非persistent mucin群と比較し、CR率が有意に低値であった（10.3% vs 30.8%、p=0.03）。また5年OS（71.1% vs 93.8%、p＜0.001）、5年RFS（65.5% vs 83.9%、p=0.008）、5年LRFS（86.1% vs 95.9%、p=0.02）、5年DRFS（69.0% vs 83.7%、p=0.03）はいずれも有意に不良であった。多変量解析ではpersistent mucinはCR非達成（OR 0.23，p=0.02）およびOS不良（HR 4.59、p=0.002）の独立因子であった。
【結論】
MRIでpersistent mucinを認める局所進行直腸癌は、治療抵抗性および予後不良と関連しており、TNT後の治療効果や予後を予測する有用な指標となる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月21日(土) 15:15 ~ 16:00 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 43　直腸癌の治療戦略 5

座長：諏訪 雄亮（関西医科大学下部消化管外科学講座）

[O43-1] 直腸粘液腺癌における長期成績と再発形式-多機関共同後ろ向き観察研究-

*甲津 卓実[1,2]、岡村 亮輔[1,2]、岡田 倫明[2,3]、水野 礼[2,4]、本間 周作[2,5]、吉冨 摩美[2,6]、山浦 忠能[2,7]、佐々木 勉[2,8]、塩田 哲也[2,9]、村上 哲平[2,10]、髙橋 亮[2,11]、松末 亮[2,12]、前川 久継[2,13]、長山 聡[2,14]、平田 渉[2,15]、出口 靖記[2,16]、大越 香江[2,17]、花田 圭太[2,18]、板谷 喜朗[1,2]、小濵 和貴[1,2] (1. 京都大学消化管外科、2. 京都大腸手術研究グループ（KCRG)、3. 大阪赤十字病院消化器外科、4. 京都医療センター外科、5. 神戸市立医療センター中央市民病院外科・移植外科、6. 兵庫県立尼崎総合医療センター外科・消化器外科、7. 姫路医療センター消化器外科、8. 滋賀県立総合病院外科、9. 神戸市立西神戸医療センター外科・消化器外科、10. 神戸市立医療センター西市民病院消化器外科、11. 京都桂病院外科、12. 天理よろづ相談所病院消化器外科、13. 医学研究所北野病院消化器外科、14. 宇治徳洲会病院外科、15. 大津赤十字病院外科、16. 武田総合病院外科、17. 日本バプテスト病院乳腺・一般外科、18. 洛和会音羽病院外科)

[O43-2] 当院における進行下部直腸癌に対する術前治療後の側方郭清の意義と治療成績

*鈴村 博史[1]、足立 陽子[1]、松本 健司[1]、笹倉 勇一[1]、吉川 貴久[1]、寺内 寿彰[1]、松井 淳一[1]、篠崎 浩治[1] (1. 済生会宇都宮病院外科)

[O43-3] 根治度B切除し得たStageIV下部直腸癌における予防的側方リンパ節郭清の意義

*森 千浩[1]、眞部 祥一[1]、塩見 明生[1]、小嶋 忠浩[1]、田中 佑典[1]、笠井 俊輔[1]、髙嶋 祐助[1]、辻尾 元[1]、八尾 健太[1]、横山 希生人[1]、小林 尚輝[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 竣助[1] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

[O43-4] 局所進行下部直腸癌に対するupfront surgeryにおける予後因子の検討

*八尾 健太[1]、笠井 俊輔[1]、塩見 明生[1]、眞部 祥一[1]、田中 佑典[1]、小嶋 忠浩[1]、森 千浩[1]、髙嶋 祐助[1]、辻尾 元[1]、横山 希生人[1]、小林 尚輝[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 竣助[1] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

[O43-5] 当院における進行直腸癌に対する術前治療の短期成績

*岡田 和丈[1]、田村 瞳[1]、武尾 重也[1]、陳 凌風[1]、向井 正哉[1] (1. 東海大学医学部付属八王子病院)

[O43-6] 術前化学放射線療法後直腸癌における病理学的奏功度と長期予後の検討

*佐藤 好宏[1]、皆瀬 翼[1]、伊勢 一郎[1]、村上 恵[1]、吉松 軍平[1]、鈴木 秀幸[1]、唐澤 秀明[1]、亀井 尚[1]、大沼 忍[1]、海野 倫明[1] (1. 東北大学消化器外科学)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月21日(土) 15:15 ~ 16:00 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 43　直腸癌の治療戦略 5

座長：諏訪 雄亮（関西医科大学下部消化管外科学講座）

[O43-1] 直腸粘液腺癌における長期成績と再発形式-多機関共同後ろ向き観察研究-

*甲津 卓実[1,2]、岡村 亮輔[1,2]、岡田 倫明[2,3]、水野 礼[2,4]、本間 周作[2,5]、吉冨 摩美[2,6]、山浦 忠能[2,7]、佐々木 勉[2,8]、塩田 哲也[2,9]、村上 哲平[2,10]、髙橋 亮[2,11]、松末 亮[2,12]、前川 久継[2,13]、長山 聡[2,14]、平田 渉[2,15]、出口 靖記[2,16]、大越 香江[2,17]、花田 圭太[2,18]、板谷 喜朗[1,2]、小濵 和貴[1,2] (1. 京都大学消化管外科、2. 京都大腸手術研究グループ（KCRG)、3. 大阪赤十字病院消化器外科、4. 京都医療センター外科、5. 神戸市立医療センター中央市民病院外科・移植外科、6. 兵庫県立尼崎総合医療センター外科・消化器外科、7. 姫路医療センター消化器外科、8. 滋賀県立総合病院外科、9. 神戸市立西神戸医療センター外科・消化器外科、10. 神戸市立医療センター西市民病院消化器外科、11. 京都桂病院外科、12. 天理よろづ相談所病院消化器外科、13. 医学研究所北野病院消化器外科、14. 宇治徳洲会病院外科、15. 大津赤十字病院外科、16. 武田総合病院外科、17. 日本バプテスト病院乳腺・一般外科、18. 洛和会音羽病院外科)

【背景】粘液腺癌は大腸癌の予後不良因子とされるが、直腸粘液腺癌の臨床像、特に進行度や術前治療の奏効率、浸潤様式および再発形式に関する包括的検討は限られている。

【方法】京都大腸手術研究グループ19施設による多機関共同データベースを用い、2018年から2022年に原発巣切除をしたcStageII/IIIの直腸癌患者1311例を対象とした。直腸粘液腺癌群（RMA）と非粘液腺癌群（RNMA）の、患者背景、治療経過、予後、および再発形式を探索的に検討した。

【結果】42例（3.2%）がRMAであった。cT4はRMA21例（50%)、RNMA353例（27.8%）であった。術前治療（NAC/CRT）施行例において、poor response（Grade 0/1）の割合はRMA78.6%、RNMA56.6%であった。他臓器合併切除はRMAで多い傾向にあり、pT4bはRMA5例（11.9%)、RNMA70例（5.5%）であった。また、非根治切除（R1/R2切除）はRMAで多かった（リスク差 13.3%、95%CI 2.0-24.6)。
cTとpTの一致性の比較では、腹膜翻転部より口側において、RMAで全体としてupstage（cT＜pT）が多く、T4へのupstageに限定すると、RMA28.6%、RNMA14.4%（リスク差 14.2%、95%CI -3.0 to 40.4）であった。
5年累積腹膜播種再発率はRMAで有意に高く（12.9% vs. 3.1%、 p=0.001)、局所（6.1% vs. 4.4%、 p=0.422)、肝転移（9.3% vs. 7.8%、 p=0.562)、肺転移（9.6% vs. 10.0%、 p=0.813）には差がなかった。また、5年全生存率（71.5% vs. 84.6%）および5年無再発生存率（57.5% vs. 70.7%）はいずれもRMAで不良であった。

【結論】本コホートにおいて直腸粘液腺癌は、進行度が高く、腹膜播種再発を主体とし、術前治療への反応性も低く、これらが予後不良に関与している可能性が示唆された。また、T4へのupstageは粘液腺癌で多い傾向がみられ、深達度の過小評価が一因である可能性が考えられた。一方で、T4へのupstageは組織型によらず一定数認められたが、腹膜播種再発は粘液腺癌で有意に多かったことから、術前診断の限界のみならず、粘液腺癌特有の生物学的特性の関与が示唆される。今後は、画像診断精度の向上と再発リスクを踏まえた治療戦略の確立が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 15:15 ~ 16:00 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 43　直腸癌の治療戦略 5
座長：諏訪 雄亮（関西医科大学下部消化管外科学講座）

[O43-2] 当院における進行下部直腸癌に対する術前治療後の側方郭清の意義と治療成績

*鈴村 博史[1]、足立 陽子[1]、松本 健司[1]、笹倉 勇一[1]、吉川 貴久[1]、寺内 寿彰[1]、松井 淳一[1]、篠崎 浩治[1] (1. 済生会宇都宮病院外科)

【背景】本邦治療ガイドラインおよびJCOG0212の結果から、進行下部直腸癌では直腸間膜全切除（TME）に加えて側方郭清（LLND）の適応となるが、術前治療後のLLND適応や診断基準は確立していない。当院では術前MRI検査にて短径7mm以上の側方リンパ節腫大を有意腫大と定義し、2020年以降は術前化学放射線療法または化学療法後にTME＋選択的LLNDを施行している。今回、術前治療後に根治手術を施行した進行下部直腸癌の治療成績につき検討した。
【方法】2018年から2026年3月までに術前治療後に根治手術を施行した進行下部直腸癌26例を対象とし、術前MRI検査にて側方リンパ節の有意腫大を認めTME＋選択的LLNDを施行したLLND群（n=10）と、側方郭清を省略した非LLND群（n=16）の臨床病理学的背景因子および短期治療成績につき比較検討した。
【結果】LLND群vs非LLND群：年齢中央値は71歳vs 67歳、男性7例vs 12例、cStageⅢc 10例 vs 3例、Total Neoadjuvant Therapy施行症例 6例vs 4例であった。手術時間中央値は524分vs 357分（p=0.002）とLLND群で有意に長く、出血量100ml vs 145ml（中央値）、術後在院日数中央値15日vs 15日で両群間に有意差は認めなかった。Clavien-Dindo分類 II 以上の術後合併症は2例（20%）vs 3例（19%）であり、排尿障害は両群間で有意差は認めなかった。病理学的側方リンパ節転移陽性はLLND群1例（10%）であった。CRM<1mmは非LLND群のみに3例認めた。観察期間中央値11ヶ月（LLND群）および24ヶ月（非LLND群）の時点で、局所再発は両群ともに認めなかった。遠隔転移はLLND群2例、非LLND群4例であった。
【結語】術前治療後の進行下部直腸癌に対するMRI所見に基づく選択的LLNDは、有意な合併症の増加なく施行可能であり、全例で根治切除が得られた。観察期間中央値11ヶ月の時点で局所再発は認めておらず、良好な局所制御が得られた。本検討からMRI所見に基づく選択的LLNDの意義が示唆されたが、症例の蓄積と長期成績の検討が今後の課題である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 15:15 ~ 16:00 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 43　直腸癌の治療戦略 5
座長：諏訪 雄亮（関西医科大学下部消化管外科学講座）

[O43-3] 根治度B切除し得たStageIV 下部直腸癌における予防的側方リンパ節郭清の意義

*森 千浩[1]、眞部 祥一[1]、塩見 明生[1]、小嶋 忠浩[1]、田中 佑典[1]、笠井 俊輔[1]、髙嶋 祐助[1]、辻尾 元[1]、八尾 健太[1]、横山 希生人[1]、小林 尚輝[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 竣助[1] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

【背景】 切除可能なStageIV下部直腸癌では予防的な側方リンパ節郭清(LLND)の施行の必要性は明らかでない。当科では、StageIV下部直腸癌で原発巣および遠隔転移切除により根治度Bが期待できる症例にはガイドラインに準じたLLNDを施行している。短径≧6mmを側方リンパ節転移(LLNM)陽性とし、75歳以上、または重篤な併存症を有する症例はLLNDを省略している。
【目的】根治度B切除し得たcStage IV下部直腸癌における予防的LLNDの安全性、病理学的な側方リンパ節転移(LLNM)の頻度、および長期成績への影響を検討する。
【対象と方法】2003年1月から2024年3月に原発+遠隔転移切除した切除可能なcStageIV 下部直腸癌のうち根治度B切除し得た97例を対象とした。pStageI-III、Conversion手術、LD1郭清、cT1-2 N0かつcLLNM陰性、cLLNM陽性は除外した。原発巣切除時のLLND施行なしをTME群、LLND施行ありをLLND群とし、短期・長期成績を比較検討した。
【結果】対象は52例でTME群27例、LLND群25例であった。患者背景はTME群/LLND群で年齢中央値:69/61歳(p<0.01)、肛門縁から腫瘍下縁までの距離(AV)中央値:7/5cm(p<0.01)、転移臓器は肝、肺、腹膜、遠隔リンパ節、卵巣で各臓器の転移率や転移臓器数にも有意差はなかった。原発手術はTME/LLND群で手術時間:283/474分(p<0.01)、Clavien-Dindo Grade(CD)II以上の合併症:37.0/52.0%(p=0.40)、CDII以上の縫合不全;3.7/0%(p=1)、CDII以上の骨盤内膿瘍:11.1/8.0%(p=1)、術後残尿>50mlの全排尿障害:18.5/32%(p=0.34)で、その他の術後合併症、出血量などに有意差はなかった。病理はLLND群でpLLNM:5例(20.0%)、外科的剥離面RM1あるはX:7.4/4.0%(p=1)で有意差はなかった。TME群/LLND群で術後補助化学療法施行:33.3/56.0%(p=0.16)であった。長期予後(観察期間中央値61.7か月)はTME群/LLND群で3年全生存率:79.8/82.1%(p=0.49)、3年無再発生存率:16.3/36.0%(p=0.04)、3年累積局所再発率:12.8/8.4%(p=0.61)であった。
【結語】根治度B切除し得たStageIV下部直腸癌において予防的側方郭清は安全に施行可能で、20%に病理学的側方リンパ節転移を認め、良好なRFSと関連する可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 15:15 ~ 16:00 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 43　直腸癌の治療戦略 5
座長：諏訪 雄亮（関西医科大学下部消化管外科学講座）

[O43-4] 局所進行下部直腸癌に対するupfront surgeryにおける予後因子の検討

*八尾 健太[1]、笠井 俊輔[1]、塩見 明生[1]、眞部 祥一[1]、田中 佑典[1]、小嶋 忠浩[1]、森 千浩[1]、髙嶋 祐助[1]、辻尾 元[1]、横山 希生人[1]、小林 尚輝[1]、山本 祥馬[1]、仁平 高朔[1]、三浦 竣助[1] (1. 静岡県立静岡がんセンター大腸外科)

【背景】局所進行下部直腸癌に対しては、日本ではtotal mesorectal excisionと側方郭清によるupfront surgeryが標準治療であるが、欧米ではtotal neoadjuvant therapyによる術前治療が標準治療となった。当院ではupfront surgeryによるロボット支援手術が第一選択だが、新規治療戦略を導入する上で、真に術前治療が必要な症例を過不足なく選択することが肝要となる。本研究ではupfront surgeryが施行された局所進行下部直腸癌の予後因子を術前検査所見から明らかにすることを目的とした。
【方法】2014年1月から2018年3月までにcStage II/IIIかつ占居部位に直腸Rbを含む原発性直腸癌に対してロボット支援手術によって根治切除された症例を対象とした。多発大腸癌、術前治療施行例、MRI非施行例を除外した。患者背景、腫瘍学的背景に加えて術前MRI所見（tumor deposit [mrTD]、extramural venous invasion [mrEMVI]、mesorectal fascia involvement [mrMRF]、側方リンパ節転移 [mrLLNM]）を検討した。
【結果】対象症例167例のうち男性が117例、年齢中央値が66歳、肛門縁から腫瘍下縁までの距離の中央値が 5cm、cStage II/IIIが37/130例であり、低位前方切除術/括約筋間直腸切除術/腹会陰式直腸切断術/Hartmann手術が109/26/30/2例、側方郭清は121例に施行された。術後補助化学療法は63例に施行された。全症例のうち49例に再発を認め、5年無再発生存率（RFS）は68.0%、5年全生存率（OS）は89.3%であった。再発群では術前CEA/CA19-9が高く、mrTDが多かったが、mrEMVI / mrMRF / mrLLNDは両群で同等であった。多変量解析では、mrTDが独立したRFSに寄与するリスク因子として同定された。mrTD陽性症例はmrTD陰性症例と比較して有意にRFS（5年RFS: 73.9 vs 43.8%）が不良であったが、局所再発は同等であった。pStage III症例に限って術後化学療法の有無でRFS / OSを比較しても術後化学療法による予後改善は見られなかった。
【考察】mrTD陽性症例において、局所再発は同等で遠隔転移再発が増加するため、これらは遠隔転移制御を目的とした術前治療の対象となり得る。一方でupfront surgeryで良好な予後を示す症例群に対して、一律に術前治療を導入すべきかは議論の余地がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 15:15 ~ 16:00 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 43　直腸癌の治療戦略 5
座長：諏訪 雄亮（関西医科大学下部消化管外科学講座）

[O43-5] 当院における進行直腸癌に対する術前治療の短期成績

*岡田 和丈[1]、田村 瞳[1]、武尾 重也[1]、陳 凌風[1]、向井 正哉[1] (1. 東海大学医学部付属八王子病院)

【目的】局所進行直腸癌に対する術前化学放射線療法 (CRT) は局所制御に有効だが, 全生存への寄与は限定的とされる. 近年 total neoadjuvant therapy (TNT) が pCR 率を高め長期予後を改善するとの報告がある. 当院での進行直腸癌に対する術前治療の安全性と短期成績を報告する.
【対象と方法】2023年8月～2025年7月に当院で術前治療を経て手術を施行した進行直腸腺癌28例(うち局所進行 27例, StageIV 1例)を後方視的に検討した. 当院では基本的にRb, cT3症例には long-course CRT (LCRT: capecitabine+45Gy) を, cT4a/bまたはCRM確保困難症例にはTNT (induction CAPOX±bevacizumab 4回 → LCRT) を施行している.
【結果】術前治療の内訳は CRT 19 例, TNT 7例, NAC 2 例で, 全例が予定治療を完遂した. 男性 21例, 女性 7例, 年齢中央値 71.5 (42-87) 歳, 癌の占居部位は Ra 6例, Rb 22例, cT4b は 6 例だった. 術式は LAR 7例, VLAR 7例, APR 9例, Hartmann 5例で, 全例腹腔鏡によるアプローチを行った. cT4b 6例のうち 4例で合併切除 (子宮・付属器, 尾骨, 回腸, 虫垂を含む) を要し, TNT を施行した子宮および前立腺浸潤の 2例では腫瘍縮小により合併切除を回避し得た. 手術時間中央値 365 (216-622) 分, 出血量 45 (0-572) ml, 在院日数中央値 14 (10-96) 日, Clavien-Dindo Grade ≧ 3 の合併症は会陰創離開 1例, 絞扼性腸閉塞 1例の2例 (7%) で周術期死亡はなかった. 病理学的に pCR は CRT群 3/19例 (16%), TNT群 1/7例 (14%), NAC群 1/2例 (50%), 組織学的効果判定 Grade 2/3は, CRT群 9/19例 (47%), TNT群 3/7例 (43%), NAC 群 2/2例 (100%) であり, pDM および pCRM陽性例はなかった. 観察期間中央値 435日で再発 2例 (骨転移, 左鎖骨上リンパ節 各1例), 原癌死 1例だった.
【結語】当院での進行直腸癌に対する術前治療は安全に施行可能であった. TNT 群は期待より pCR率は低かったものの, 顕著な腫瘍縮小により手術手技が容易化し, 合併切除の回避や CRM の確保に寄与したと考えられる. 今後は TNT の適応拡大を図りつつ症例を集積し, 長期予後への寄与を検証する.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 15:15 ~ 16:00 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 43　直腸癌の治療戦略 5
座長：諏訪 雄亮（関西医科大学下部消化管外科学講座）

[O43-6] 術前化学放射線療法後直腸癌における病理学的奏功度と長期予後の検討

*佐藤 好宏[1]、皆瀬 翼[1]、伊勢 一郎[1]、村上 恵[1]、吉松 軍平[1]、鈴木 秀幸[1]、唐澤 秀明[1]、亀井 尚[1]、大沼 忍[1]、海野 倫明[1] (1. 東北大学消化器外科学)

【はじめに】
局所進行直腸癌に対する術前化学放射線療法（nCRT）は、局所制御の向上を目的として本邦でも広く行われている。術前治療後の病理学的奏功度は長期予後に影響する可能性があるが、その臨床的意義は十分に明らかではない。本研究では、術前治療後に根治切除を施行した進行直腸癌症例を対象に、病理学的奏功度と術後病理因子および長期予後との関連を検討した。
【対象と方法】
2014年から2024年に当科で術前治療後に根治切除を施行したcStage II–III直腸癌85例を対象に、後方視的検討を行った。病理学的治療効果判定Grade 1a/1bを低奏功群（LR群）、Grade 2/3を奏功群（R群）に分類し、患者背景、周術期因子、術後病理因子、無再発生存期間（RFS）および全生存期間（OS）を比較した。生存解析にはKaplan–Meier法およびlog-rank検定を用い、RFSに対する病理学的奏功度の影響をCox比例ハザード解析で検討した。統計学的有意水準はp＜0.05とした。
【結果】
LR群44例、R群41例であった。患者背景ではR群で年齢が有意に低かったが、その他の背景因子に有意差を認めなかった。周術期因子および合併症発生率に有意差を認めなかった。術後病理因子では、R群でpStageおよびpTが有意に低く、腫瘍径も有意に小さかった。またR群ではリンパ管侵襲、静脈侵襲、神経周囲浸潤陽性例が少なかった。RFSはR群で有意に良好であり（log-rank p=0.010）、年齢調整Cox解析でもR群は再発リスク低下と関連した（adjusted HR 0.21, 95%CI 0.06–0.73, p=0.015）。OSはR群で良好な傾向を認めたが、有意差には至らなかった（p=0.095）。
【結語】
奏功群では脈管侵襲・神経周囲浸潤陽性例が少なく、RFSも良好であった。術前治療後の病理学的奏功度は、再発リスク層別化に有用な指標となる可能性が示唆された。今後は症例数の蓄積と長期追跡により、OSへの影響や再発リスク評価における有用性をさらに検証する必要がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

🗓2026年11月21日(土) 16:00 ~ 16:45 | 🏛第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 44　直腸癌の治療戦略 6

座長：澤山 浩（熊本大学病院　消化器外科）

[O44-1] 痔瘻癌43例の周術期成績の検討

*丹野 侑杜[1]、大城 泰平[1]、新谷 裕美子[1]、井上 英美[1]、西尾 梨沙[1]、古川 聡美[1]、岡本 欣也[1]、山名 哲郎[1] (1. JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター)

[O44-2] 側方リンパ節転移診断および術前化学放射線療法と予防的側方郭清との関係性

*成島 一夫[1]、外岡 亨[1]、早田 浩明[1]、天海 博之[1]、平澤 壮一朗[1]、千葉 聡[1]、磯崎 哲朗[2]、桑山 直樹[1]、加野 将之[1]、鍋谷 圭宏[1] (1. 千葉県がんセンター食道・胃腸外科、2. 量子科学技術研究開発機構QST病院治療診断部)

[O44-3] 当科における直腸癌手術の術後合併症リスク因子の検討

*青柳 康子[1]、黒川 芽生[1]、川島 由莉[1]、林 一真[1]、山田 圭寛[1]、西岡 龍太郎[1]、芥田 壮平[1]、松永 史穂[1]、田澤 美也子[1]、石井 武[1]、齊藤 稔史[1]、佐々木 恵[1]、海藤 章郎[1]、光法 雄介[1]、伊東 浩次[1] (1. 総合病院土浦協同病院消化器外科)

[O44-4] 下部進行直腸癌に対する側方リンパ節郭清における術前治療の意義

*坂井 義博[1]、石山 泰寛[1]、北野 友里絵[1]、伊藤 望[1]、中西 彬人[1]、西 雄介[1]、田中 裕人[1]、林 久志[1]、庫本 達[1]、藤井 能嗣[1]、石井 利昌[1]、椙田 浩文[1]、平沼 知加志[1]、平能 康充[1] (1. 埼玉医科大学国際医療センター　消化器外科)

[O44-5] 超低位前方切除術における一時的人工肛門の選択―高齢者における急性腎機能障害の検討―

*梅本 岳宏[1]、喜島 一博[1]、竹原 雄介[1]、田中 邦哉[1] (1. 昭和医科大学藤が丘病院消化器・一般外科)

[O44-6] 根治性向上と肛門温存を目指した直腸癌術前治療戦略の成績

*戸田 重夫[1,2]、柏木 惇平[1]、髙橋 泰宏[1]、前田 裕介[1]、岡崎 直人[1,2]、平松 康輔[1]、福井 雄大[1,2]、花岡 裕[1]、上野 雅資[1]、的場 周一郎[3]、黒柳 洋弥[1] (1. 虎の門病院消化器外科、2. 虎の門病院分院消化管センター外科、3. 東邦大学医療センター大森病院消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 16:00 ~ 16:45 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 44　直腸癌の治療戦略 6
座長：澤山 浩（熊本大学病院　消化器外科）

[O44-1] 痔瘻癌43例の周術期成績の検討

*丹野 侑杜[1]、大城 泰平[1]、新谷 裕美子[1]、井上 英美[1]、西尾 梨沙[1]、古川 聡美[1]、岡本 欣也[1]、山名 哲郎[1] (1. JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター)

【背景】
痔瘻癌は比較的稀な疾患で症例集積に基づく報告も限られており，治療方針に関して一定の見解が得られていない．
【目的】
痔瘻癌に対する過去13年間の当院の手術症例の短期および長期成績を報告する．
【対象と方法】
2013年1月から2025年10月の間に臨床的に痔瘻癌と診断され，手術を施行した43例を対象とした．クローン病合併症例は除外し，後方視的に周術期成績を検討した．
【結果】
患者背景は男性42例，女性1例で，平均年齢は63歳（33-82歳）であった．臨床症状は肛門部痛72%，コロイド流出56%，腫瘤触知33%であった．痔瘻病悩期間は平均8年(0-40年)であった．痔瘻型はⅡ型7例，Ⅲ型15例，Ⅳ型15例，分類不能6例であり，67%に画像上悪性所見を認めた．術前治療は4例に施行し，術式は直腸切断術40例(腹腔鏡11例)，骨盤内臓全摘術3例であった．合併切除臓器は尾骨8例，膀胱・精嚢・前立腺3例，臀筋2例であった．組織型は粘液癌26例，腺癌13例，扁平上皮癌4例であった．腫瘍最大径中央値は62.5mm（12-175mm）であり，病理病期（UICC 第8版）はStage Ⅰ 1例，StageⅡ30例，StageⅢ11例であった．他浸潤臓器は臀筋2例，前立腺2例，精嚢1例に認めた．R0切除は25例で達成された．短期成績は出血量中央値470ml（30-2250ml），手術時間中央値 272分（125-614分），術後在院日数中央値26日（13-144日）であり，Grade 3以上の合併症は3例（イレウス2例，尿管損傷1例）に認めた．再発は14例に認め，局所7例，肺転移5例，鼠径リンパ節転移3例，肝転移1例，腹膜播種1例であった．再発までの期間中央値は21ヶ月であり，5年以降の再発も5例に認めた．長期成績は5年RFS 75.5%，5年OS 91.5%であった．R0症例の5年OSは100%，R1症例の5年OSは79.5%であり，R1症例の5年OSはR0症例と比較して有意に不良であった(p=0.046)．また，術中に腫瘍またはコロイドの露出を認めた症例は16例であり，その75%がR1切除であった．
【結語】
再発率に比して，長期予後は比較的良好であった．一方で，R0切除が達成されない症例では長期予後が不良となる傾向があり，確実なR0切除が重要である．また，再発までの期間が長い症例も見られ，長期的なフォローアップが必要である．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 16:00 ~ 16:45 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 44　直腸癌の治療戦略 6
座長：澤山 浩（熊本大学病院　消化器外科）

[O44-2] 側方リンパ節転移診断および術前化学放射線療法と予防的側方郭清との関係性

*成島 一夫[1]、外岡 亨[1]、早田 浩明[1]、天海 博之[1]、平澤 壮一朗[1]、千葉 聡[1]、磯崎 哲朗[2]、桑山 直樹[1]、加野 将之[1]、鍋谷 圭宏[1] (1. 千葉県がんセンター食道・胃腸外科、2. 量子科学技術研究開発機構QST病院治療診断部)

【背景と目的】側方リンパ節(LLN)転移の診断基準は確立されておらず、予防的側方郭清(proLLND)は弱い推奨に止まる。またproLLNDと術前治療との関係も明らかでない。LLN転移診断およびpLLND と術前治療との関係を検討する。
【対象と方法】2013年から2025年まで下部直腸癌cStage II-III手術 147例。側方郭清(LLND) 75例。術前側方リンパ節転移陽性(cLLN+)診断基準はMRIで短径≥7mm。NAは術前化学放射線療法(NACRT) 32例。LLN転移の診断精度および術前側方リンパ節転移陰性(cLLN-)における NACRT+/proLLND-：NACRT群 (n=15)、NACRT-/proLLND+：proLLND 群(n=47)、NACRT-/proLLND-：UT群 (n=57)の3群を検討。-
【結果】LLND 75例におけるcLLN+の病理学的側方転移陽性(pLLN+)診断精度はsensitivity 44.4%, specificity 70.2%, accuracy 64.0%、cLLN-の20.0%がpLLN+。
NACRT群、proLLND群、UT群を比較。
患者背景：年齢68歳（43-82）vs 67歳（40-85）vs 74歳（35-89）（p<0.05）、性別（男性/女性）10/5例 vs 36/11例 vs 34/23例（p=0.18）、腫瘍径 45mm（18-78）vs 50 mm（32-92）vs 50 mm（24-90）（p=0.39）、深達度（cT1/2/3/4）0/2/42/5例 vs 2/3/56/2例 vs 2/3/56/2例（p=0.10）、進行度（cStage II/III）3/12例 vs 31/16例 vs 43/14例（p<0.05）。
手術成績：術式（LAR/sLAR/ISR/APR/PE/Hartmann）1/8/0/5/1/0例 vs 5/15/7/17/2/1例 vs 10/24/3/16/0/4例（p=0.25）、手術アプローチ（開腹/腹腔鏡/ロボット）3/1/11例vs 21/18/8例 vs 5/20/32例（p<0.05）、手術時間355分（223-607）vs 432分（196-690）vs 343分（220-696）（p<0.05）、出血量30 g (5-1350）vs 200 g（5-1840）vs 35 g（2-744）（p<0.05）、手術根治度(CurA/B/C) 13/1/1例 vs 46/0/1例 vs 51/5/1例（p=0.11）、全合併症(CD≥III) 2例（13.3%）vs 15例（31.9%）vs 18例（31.6%）（p=0.37）、術後在院期間9日（9-17）vs 14日（8-45）vs 12日（9-64）（p<0.05）。
予後：4y-RFS 86.2% vs 81.8% vs 70.7%（p=0.27）、4y-DSS 100.0% vs 97.6% vs 85.2%（p=0.32）。
【結語】下部直腸癌cStage II-IIIにおけるNACRTのproLLNDの省略は、proLLNDに伴う手術時間・出血量・術後在院期間を減少させ、proLLNDと同等の予後改善効果をもたらす可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 16:00 ~ 16:45 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 44　直腸癌の治療戦略 6
座長：澤山 浩（熊本大学病院　消化器外科）

[O44-3] 当科における直腸癌手術の術後合併症リスク因子の検討

*青柳 康子[1]、黒川 芽生[1]、川島 由莉[1]、林 一真[1]、山田 圭寛[1]、西岡 龍太郎[1]、芥田 壮平[1]、松永 史穂[1]、田澤 美也子[1]、石井 武[1]、齊藤 稔史[1]、佐々木 恵[1]、海藤 章郎[1]、光法 雄介[1]、伊東 浩次[1] (1. 総合病院土浦協同病院 消化器外科)

【背景】直腸癌手術における術後合併症は長期成績にも影響を及ぼす重要な因子であり、各施設でのそのリスク因子の同定は術後成績の向上に寄与する。
【目的】当科における直腸癌手術の術後合併症リスク因子を検討する。
【方法】2021年4月から2025年12月までに当科で直腸切除術を施行した原発性直腸癌279例を対象に後方視的に検討した。
【結果】患者背景に関して、年齢中央値69歳、男/女=179/100、BMI22.7、ASA-PS1/2/3/4/5=47/192/37/2/1、病変主座RS/Ra/Rb=142/64/73、術前治療はChemoradiotherapy/Total Neoadjuvant Therapy/Chemotherapy=25/8/11、cStage I/II/III/IV=74/59/129/17であった。術式は高位前方切除/低位前方切除/括約筋間直腸切除/直腸切断術/Hartmann手術=91/126/3/35/24、到達法は開腹/腹腔鏡/ロボット=13/105/161、手術時間286(114-650)分、出血量10(0-1260)ml、開腹移行2例、輸血7例、術後在院日数6(5-48)日、Clavien-Dindo (CD)Grade II以上の合併症は33例(11.8%)、縫合不全は7例(2.5%)であった。CD Grade II以上の合併症に関して、単変量解析では、性別、ASA-PS、病変主座、術前治療、術式、手術時間、出血量などが関連した。これらのうち臨床的妥当性と多重共線性を考慮して多変量解析を行った結果、Rb(OR2.1, p=0.03)および手術時間(OR1.003, p=0.009)が独立したリスク因子であった。CD Grade II以上の合併症を認めた症例では手術時間が有意に長く（346分 vs 282分、p＜0.001）、ROC解析により337分がカットオフ値として同定された（AUC＝0.688）。337分以上の症例では合併症発生率が有意に高かった。
【結語】当科における直腸癌手術では、手術時間および病変主座(Rb)が術後合併症と関連していた。手術時間は修正可能な因子であり、術前リスク評価および手術戦略の工夫の重要性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

2026年11月21日(土) 16:00 ~ 16:45 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 44　直腸癌の治療戦略 6

座長：澤山 浩（熊本大学病院　消化器外科）

[O44-4] 下部進行直腸癌に対する側方リンパ節郭清における術前治療の意義

*坂井 義博[1]、石山 泰寛[1]、北野 友里絵[1]、伊藤 望[1]、中西 彬人[1]、西 雄介[1]、田中 裕人[1]、林 久志[1]、庫本 達[1]、藤井 能嗣[1]、石井 利昌[1]、椙田 浩文[1]、平沼 知加志[1]、平能 康充[1] (1. 埼玉医科大学国際医療センター　消化器外科)

【背景】側方リンパ節腫大を伴う下部進行直腸癌では腫瘍の縮小やdown stagingを狙い術前治療が施行されることがあるが、組織の線維化や浮腫などで手術が難渋するデメリットもある。当科で術前治療後の側方郭清を伴う鏡視下下部直腸癌手術施行症例の短期治療成績を非施行例と比較検討したので報告する。
【方法】当科にて2020年1月から2026年3月までの期間に、術前画像診断で側方リンパ節転移を疑う下部進行直腸癌に対して原発切除と側方リンパ節郭清を行った55症例を対象とした。術前治療を施行した34例（術前治療群）と非施行症例21例（手術先行群）の短期治療成績・臨床病理学的因子を後方視的に比較検討した。当科における術前治療の適応は、cT3以深かつリンパ節転移陽性と診断した症例としている。
【結果】年齢中央値は術前治療群で70歳、手術先行群は73歳（p=0.278）、男/女比は術前治療群 23/11人、手術先行群 13/8人（p=0.773）であった。術式はLAR/ISR/APR/Hartmannは、術前治療群 17/1/13/3例, 手術先行群 10/0/9/2（p=1.000）であった。全例にD3郭清を施行し、側方郭清の郭清度はLD1/LD2は術前治療群 27/7例、手術先行群 14/7例であった（p=1.000）。術前治療の内訳はTNT 22例、化学放射線療法 7例、化学療法 5例であった。手術時間中央値は、術前治療群 360分、手術先行群 356分（p=0.684）、出血量中央値は術前治療群 49ml、手術先行群 47ml（p=0.910）、術後在院日数中央値は術前治療群 12日、手術先行群 12日（p=0.855）、Grade2以上の術後合併症は術前治療群 8 例、手術先行群 7例（p=0.529）、R0/1は術前治療群 33/1例、手術先行群 21/0例（p=1.000)で、術後短期成績に有意差はなかった。p（yp）T stageはT0/T1/T2/T3/T4は術前治療群 10/1/5/15/3例、手術先行群 0/3/2/15/1例（p=0.048）で、p(yp)N stageはN0/N1/N2/N3は術前治療群 22/7/2/3例, 手術先行群 7/7/4/3例（p=0.029）、p(yp)StageはpCR/pStageⅠ/Ⅱ/Ⅲは術前治療群 9/4/9/12例、手術先行群 0/5/2/14例であった（p=0.007）。
【結語】術前治療施行症例はdown stageが実現でき、術後短期治療成績は両群で同等であった。今後は更なる症例の蓄積と長期成績の検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科

2026年11月21日(土) 16:00 ~ 16:45 | 第11会場（1F 会議室101-C）

一般演題（口演） 44　直腸癌の治療戦略 6

座長：澤山 浩（熊本大学病院　消化器外科）

[O44-5] 超低位前方切除術における一時的人工肛門の選択―高齢者における急性腎機能障害の検討―

*梅本 岳宏[1]、喜島 一博[1]、竹原 雄介[1]、田中 邦哉[1] (1. 昭和医科大学藤が丘病院消化器・一般外科)

【背景】直腸癌に対する超低位前方切除術では、縫合不全の重症化予防として一時的人工肛門が広く用いられるが、その術式選択には一定の見解がない。
【目的】高齢者における人工肛門の選択と周術期成績を検討する。
【方法】2020年から2025年に当科で施行した超低位前方切除術23例を対象に、一時的人工肛門の種類（小腸瘻／結腸瘻）と術後合併症および閉鎖手術成績を後方視的に検討した。
【結果】小腸瘻20例、結腸瘻3例であった。65歳以上は8例で、全体の5例（21.7%）に急性腎機能障害（AKI）を認め、そのうち4例は65歳以上であった。いずれも小腸瘻における飲水不足とハイアウトプットに伴う脱水が原因と考えられた。このため2024年より腎機能低下・脱水リスクの高い高齢者に対し結腸瘻を選択している。ストマ閉鎖に関する検討では、小腸瘻と結腸瘻の間で手術時間および合併症発生率に有意差を認めなかった。
【結論】超低位前方切除術における一時的人工肛門は小腸瘻が一般的であるが、高齢者では脱水および腎機能障害のリスクを踏まえ結腸瘻の選択も有用と考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 16:00 ~ 16:45 | 第11会場（1F 会議室101-C）
一般演題（口演） 44　直腸癌の治療戦略 6
座長：澤山 浩（熊本大学病院　消化器外科）

[O44-6] 根治性向上と肛門温存を目指した直腸癌術前治療戦略の成績

*戸田 重夫[1,2]、柏木 惇平[1]、髙橋 泰宏[1]、前田 裕介[1]、岡崎 直人[1,2]、平松 康輔[1]、福井 雄大[1,2]、花岡 裕[1]、上野 雅資[1]、的場 周一郎[3]、黒柳 洋弥[1] (1. 虎の門病院消化器外科、2. 虎の門病院分院消化管センター外科、3. 東邦大学医療センター大森病院消化器外科)

【背景】我々は主に根治性向上、副次的に肛門温存を目指し2010年からcStageII/III下部直腸癌に対して術前放射線治療を開始した。2011年からは剥離断端陽性危惧例や両側側方リンパ節腫大例に全身化学療法も併せて行うTotal Neoadjuvant Therapy(TNT)を導入した。
【方法】放射線治療は経口化学療法併用の長期照射(45~50.4Gy)と化学療法なしの短期照射(25Gy)を使い分けた。TNTはオキサリプラチンベースの化学療法を12週施行後に放射線治療を行う導入化学療法を基本としたが、後期には臨床試験に参加し、放射線治療先行の強化化学療法も導入した。肛門温存は直腸指診や画像診断結果で妥当と判断され、十分な説明の上で患者希望がある場合に行った。2022年より手術拒否例、臨床試験登録例で非手術療法(Non-operative Management：NOM)を施行した。2010年から2026年にStage II/III下部進行直腸腺癌に対して術前放射線治療を施行した症例を対象とし、その成績を検討した。
【結果】手術例は441例、年齢中央値は64歳、男性290例 女性152例。長期照射を300例、短期照射を141例に施行。TNTは96例で、レジメンはDoublet 79例、Triplet 17例で治療期間中央値は12週間。手術時間・出血量の中央値は392分、70mlであった。術式は低位前方切除223例、ISR 123例、APR 76例、ハルトマン手術12例、TPE 7例で、腹腔鏡384例ロボット手術57例(開腹移行なし)、肛門温存率78%であった。Grade II 以上の合併症を21%に認め、術後在院日数中央値は15日であった。病理学的CRは8%であり、CRM＜1mmは6%に認めた。観察期間中央値は48か月で再発は23% (101例)にあり、そのうち局所再発は3.8%(17例)に認めた。肛門温存した346例中、一時的人工肛門閉鎖非施行を1%(4例)に、人工肛門再造設を3.5% (12例)に認めた。同時期にNOM施行は9例あり、3例にRegrowthありSalvage手術を行い、2例は肛門温存が可能であった。
【結語】下部進行直腸癌に対しても術前治療を適切に行うことで、腫瘍学的成績は妥当であり、比較的良好な肛門温存率が達成できる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:25 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 45　痔瘻の治療

座長：小原 誠（OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック）

[O45-1] 内外括約筋間に存在する原発巣膿瘍を意識した、坐骨直腸窩痔瘻に対するseton法

*渡部 晃大[1]、齋藤 徹[1]、光藤 傑[1]、辻村 直人[1]、竹中 雄也[1]、三宅 祐一朗[1]、小野 朋二郎[1]、安田 潤[1]、相馬 大人[1]、根津 理一郎[1]、弓場 健義[1] (1. 伯鳳会大阪中央病院外科)

[O45-2] 当院における上皮括約筋温存術の術式の検討

*宗村 岳人[1]、宗村 由紀[1]、今里 真[1] (1. むねむら大腸肛門病院)

[O45-3] 痔瘻根治術後の再治療症例の検討

*渡辺 伸和[1,2]、早川 一博[1]、森田 隆幸[2] (1. 早川内科肛門科、2. 青森厚生病院外科)

[O45-4] 当院の痔瘻根治手術「2段階離断法」の成績

*谷村 修[1]、荒木 靖三[1]、別府 理智子[1]、平瀬 りさこ[1]、藤木 健太郎[1] (1. 福西会病院 大腸肛門科)

[O45-5] Transsphincteric fistula はIntersphincteric fistulaよりQOLが不良 ―Anal Fistula Quality of Life scale日本語版の妥当性―

*角田 明良[1]、田中 良明[2] (1. 安房地域医療センター外科、2. 寺田病院肛門科)

[O45-6] 分娩外傷後直腸膣瘻に対する両側球海綿体縫縮を伴う会陰体再建術の検討

*田邊 太郎[1]、安藤 熙典[1]、若生 彩佳[1]、木村 熙伸[1]、北條 真鈴[1]、徳永 良太[1]、保母 貴宏[1]、出口 義雄[1]、横山 登[1]、井上 晴洋[1] (1. 昭和医科大学江東豊洲病院消化器センター)

[O45-7] 肛門周囲膿瘍切開時の麻酔法による術後成績の比較検討

*知久 毅[1]、篠田 公生[1] (1. 厚生連上都賀総合病院外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:25 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 45　痔瘻の治療
座長：小原 誠（OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック）

[O45-1] 内外括約筋間に存在する原発巣膿瘍を意識した、坐骨直腸窩痔瘻に対するseton法

*渡部 晃大[1]、齋藤 徹[1]、光藤 傑[1]、辻村 直人[1]、竹中 雄也[1]、三宅 祐一朗[1]、小野 朋二郎[1]、安田 潤[1]、相馬 大人[1]、根津 理一郎[1]、弓場 健義[1] (1. 伯鳳会大阪中央病院外科)

諸言：坐骨直腸窩痔瘻の治療を行う上で、主たる痔瘻の発生形態であるCrypt-glandular infection theoryに基づいた病理学的・解剖学的理解は重要である。肛門洞内にある肛門陰窩より肛門腺に感染が生じ、比較的疎なpotential spaceで原発巣膿瘍を形成して、遠位の二次瘻管を形成する。肛門腺の進展は長くても連合縦走筋レベルまでであると既報で示されており、坐骨直腸窩痔瘻の原発巣膿瘍は内外括約筋間にあると考えられる。この視点に立って、われわれはseton法による坐骨直腸窩痔瘻の治療を行っている。手術法と、手術成績について報告する。
方法：浅外肛門括約筋もしくは恥骨直腸筋の硬化を後方に触れる痔瘻に対して、両側側方アプローチを行い、外肛門括約筋の外縁を露出する。内外括約筋間にある原発巣膿瘍の最深部で内外括約筋間を解放して左右にドレナージのゴムを留置する(原発巣膿瘍深部のドレナージ)。そこから坐骨直腸窩(もしくは骨盤直腸窩)に瘻管が進展する場合は、それらを可及的に切除もしくは解放・掻爬する。続いて原発口の処理に移る。浅外肛門括約筋を筋束に沿って鋭的に遊離させた後、肛門管内6時方向に触れる原発口より内外括約筋間の原発巣膿瘍に向けて小児用ケリー鉗子を挿入する。そのまま、小児用ケリー鉗子の先端を遊離させた浅外肛門括約筋の内側より導出し、ゴムを留置する。これにより、浅外肛門括約筋の損傷を防ぐことができる。この位置の内外括約筋間に左右にドレナージのゴムを留置する(原発巣膿瘍浅部のドレナージ)。
対象：2022年1月から2024年12月までの3年間に当科で上記術式による坐骨直腸窩痔瘻根治手術を施行し、治癒を確認できた286例を検討した。クローン病と痔瘻癌の症例は除外した。
結果：男性85例、女性44例で年齢の平均は46.8歳、BMIの中央値は24.2であった。手術時間の中央値は21分で、術中の平均出血量は5mlであった。術後入院日数の中央値は2日で、ゴムが脱落するまでの期間の中央値は術後186日であった。再発症例は無く、深部に遺残膿瘍を来した症例は24例であったが、いずれも保存加療やドレナージで治癒した。
結語：当院での坐骨直腸窩痔瘻に対するseton法は良好な治療成績を示した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:25 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 45　痔瘻の治療
座長：小原 誠（OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック）

[O45-2] 当院における上皮括約筋温存術の術式の検討

*宗村 岳人[1]、宗村 由紀[1]、今里 真[1] (1. むねむら大腸肛門病院)

【背景・目的】
痔瘻根治術において、再発の防止と肛門機能の温存は常に相克する課題である。当院では、括約筋機能を最大限に維持すべく、ほぼ全症例で括約筋温存術を積極的に採用してきた。
2005年に当会にて報告した当院における括約筋温存術をBrush upし、肛門上皮を最大限温存した術式を考案し、症例を集積した。
短期成績は良好であり、動画を供覧しながらここに報告する。

【対象と方法】
2026年に当院にて括約筋温存術を施行した症例を対象とした。
• 対象術式： 括約筋温存術

• 検討項目：
1. 症例背景（隅越分類、瘻管走行）
2. 手術時間および術中出血量
3. 術後在院日数
4. 治癒率および再発率

【考察】
当院における上皮括約筋温存術の成績は概ね良好であり、術後の機能温存において極めて低侵襲かつ有効な術式であると考える。
【結語】
痔瘻に対する上皮括約筋温存術は、肛門機能を損なうことなく低侵襲であり、根治を期待できる優れた術式であると考える。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:25 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 45　痔瘻の治療
座長：小原 誠（OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック）

[O45-3] 痔瘻根治術後の再治療症例の検討

*渡辺 伸和[1,2]、早川 一博[1]、森田 隆幸[2] (1. 早川内科肛門科、2. 青森厚生病院外科)

【はじめに】当院では、原則、痔瘻の初発例に対して原発口と原発巣を含めて切除する瘻管切除術（切除）をおこなう。今回、当院で経験した痔瘻根治術後の再治療症例を検討した。【対象と方法】2003年1月から2026年4月に施行した痔瘻根治術は2025例で、再治療症例は29例（1.4%）たった。それらの症例に関して、初回治療の隅越分類、再治療回数、初回治療法、再治療法、同じ治療部位または別の治療部位における前回治療から次治療までの期間に関して検討した。なお、部位の定義は、後方は5時～7時、前壁は11時～1時、それ以外を側方とした。根治術後の治癒の定義は創部の完全上皮化と感染徴候の無いこととした。また、クローン病症例は除外した。【結果】男性28例（4例は二病変症例）、女性1例。平均年齢44.7歳（18～77歳）。再治療回数の1回は23例、2回は5例、4回は1例だった。全例がⅡ型痔瘻だった。初回治療は切除が27病変、setonが 3病変、coring outが4病変だった。初回→再治療1回目では、切除→切除が24病変、切除→setonが1病変、seton→切除が3病変、coring-out→切除が1病変。再治療以降では、切除→切除（同じ部位：13病変、違う部位：15病変）、seton→切除（同じ部位：3病変）、coring out→切除（同じ部位：1病変、違う部位：1病変）、切除→seton（同じ場所：2病変）、seton→lay open（同じ部位：1病変）だった。同じ部位に対する再治療は23病変（60.1%）あり、治療間隔は29.0ヶ月だった。別部位に対する治療は15病変（39.9%）で治療間隔は25.4ヶ月だった。なお、同じ部位の再治療例のうち、非治癒で再手術を行った症例は認めなかった。【考察】痔瘻根治術は複数の手技があるが、再発は一定の頻度で存在する。当科では瘻孔切除術を第一選択としており、再発率は諸家の報告と比べても良好な成績だったが、再治療の症例を認めた。当院で経験した痔瘻根治術後の再治療症例の治療方針を中心に、文献的考察を加えて報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:25 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 45　痔瘻の治療
座長：小原 誠（OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック）

[O45-4] 当院の痔瘻根治手術「2段階離断法」の成績

*谷村 修[1]、荒木 靖三[1]、別府 理智子[1]、平瀬 りさこ[1]、藤木 健太郎[1] (1. 福西会病院 大腸肛門科)

痔瘻の手術は今日まで肛門括約機能温存と根治性を両立するため様々な術式が考案されてきた。我々の痔瘻手術は、原発巣の開放を含めたドレナージルートを作成した後、内肛門括約筋内で１次瘻管を結紮離断しさらに粘膜下を剥離し１次口を有する陰窩の離断を行う。そして粘膜筋皮弁を閉鎖するこの方法は、２段階離断法として2024年当学会誌にて報告した。
2019年5月～2025年12月まで当院での痔瘻根治手術は537例である。そのうち2段階離断法を施行したものは405例であった。（隅越分類 II 型：307例、III＋IV型：98例）
現在適応ある症例はⅠ型以外全例2段階離断法を施行している。（全身状態不良例や、内肛門括約筋が著明に線維化した症例、1次瘻管が非常に太い症例は本術式の適応外としている。）2段階離断法での再発症例は、2026年2月現在405例中16例認めた。（ II 型：8例/308例　2.6%、III+IV型：8例/97例　8.2%）術後3か月目に肛門機能評価を行ったが、II 型、III＋IV型ともMRPの低下を認めたが全例正常範囲内での低下であり、Cleveland Clinic Fecal Incontinence Score(Wexner’s score)では II 型では3.6%、III＋IV型では7.9%に点数の増悪が見られた。ただ全例日常に支障をきたすような排便障害は認めていない。
術後重篤な機能障害や合併症もなく根治性を得られており、この方法は痔瘻に対して有効な手技のひとつであると考えている。その手技を紹介するとともに、その治療成績を供覧する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:25 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 45　痔瘻の治療
座長：小原 誠（OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック）

[O45-5] Transsphincteric fistula はIntersphincteric fistulaよりQOLが不良 ―Anal Fistula Quality of Life scale日本語版の妥当性―

*角田 明良[1]、田中 良明[2] (1. 安房地域医療センター外科、2. 寺田病院肛門科)

目的：痔瘻患者に対するQOL調査票であるAnal Fistula Quality of Life scale（AF-QoL）の日本語版の妥当性を検証する。AF-QoL は 22 項目からなりスコアは 0〜100 点の範囲で算出され、低得点ほどQoL は不良である。
方法：日本語版 AF-QoL を 患者に配布しBaseline時および 2〜3 週間後に再度回答を求めた(Retest)。Baseline時には、Perineal Disease Activity Index（PDAI）、Hospital Anxiety and Depression Scale（HADS）および SF-12も併せて実施した。診断からの期間、痔瘻のtype、痔瘻の手術歴回数を記録した。内的整合性（Cronbach の α係数）、構成妥当性（Pearson の相関係数）および反応性を評価した。信頼性は症状が安定している患者を対象にして、BaselineとRetest間のスコアを用いてIntra-class correlation (ICC)およびPearson の相関係数を評価した。データはmean (SD)で示す。
結果：対象患者は110名で男女比は102:8、年齢は46 (16)歳であった。痔瘻のtypeはIntersphinctyeric type 53例、 Transsphincteric type 57例で、7例(6%)に2回以上の痔瘻手術歴があった。 BaselineのAF-QoL scoreは全例では66.5 (23.7)であった。内的整合性は高くCronbach α係数は 0.92 であった。構成概念妥当性は、PDAI（–0.37）、HADS の不安（–0.46）および抑うつ（–0.47）下位尺度、ならびに SF-12 Mental Component（0.19）との相関により確認された。Retestの回答者106 名中 83 名（78%）は症状が安定しており、BaselineとRetest間のスコアの相関係数は 0.93、ICCは0.93と高く優れた信頼性が示された。一方、23 名（22%）では症状の変化（改善または悪化）が報告された。Baseline score : Retest scoreは改善例13例では58.8 (20.0) : 72.2 (20.6)、悪化例10例では74.2 (17.6) : 64.6 (14.7)とBaselineとRetest間のスコアに有意差が認められ（P＜0.05）良好な反応性が確認された。BaselineのAF-QoLスコアはTranssphincteric type (n=57) はIntersphincteric type (n=53)よりQOLが不良であった [60.8 (25.2) vs. 72.6 (20.6), P=0.009]。また、診断からの期間が4年以上の群、痔瘻の手術歴回数が2回以上の群は、おのおの他の群よりQOLが不良であった。
結論：AF-QoL 日本語版の信頼性と妥当性が明らかになった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:25 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 45　痔瘻の治療
座長：小原 誠（OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック）

[O45-6] 分娩外傷後直腸膣瘻に対する両側球海綿体縫縮を伴う会陰体再建術の検討

*田邊 太郎[1]、安藤 熙典[1]、若生 彩佳[1]、木村 熙伸[1]、北條 真鈴[1]、徳永 良太[1]、保母 貴宏[1]、出口 義雄[1]、横山 登[1]、井上 晴洋[1] (1. 昭和医科大学江東豊洲病院消化器センター)

【背景】 分娩外傷後直腸膣瘻は、分娩時の会陰裂傷を契機に発生し、患者QOLを著しく損なう。当科では解剖学的知見に基づき、両側球海綿体縫縮を伴う会陰体再建術を施行しており、その成績を報告する。
【対象・方法】 2024年4月から2025年12月の間に分娩外傷後膣瘻に対して会陰体再建術を施行した9例を対象とした。年齢27～49歳（中央値38歳）。全例が経腟分娩後であり、うち1例は他院での初回手術後に再発し当院に紹介された再手術症例であった。術式は会陰アプローチで瘻管を切離し、それぞれの瘻孔を修復したのち、両側球海綿体筋を正中に寄せ縫縮することで直腸膣間の組織量を増加させ補強することで再発予防とした。
【結果】 出産から手術までの期間中央値は625日（47日～6250日）、フォロー期間中央値は102日(78-299日)、術後症状再燃は1例であった。
【考察】 Muroらの解剖学的研究によれば、会陰体は独立した腱性結節ではなく、球海綿体筋・浅会陰横筋・外肛門括約筋複合体が占める領域であり、産科的外傷ではこの複合体が断裂する。女性の球海綿体筋は正中には付着せずEASの外側面に付着するため、これを正中に寄せ縫合することで直腸膣間の組織量を増加させる本術式は解剖学的に理にかなったアプローチであると考える。再発例は術後感染が原因と考えられ、感染制御が成否の重要な因子と考えられた。
【結語】 分娩外傷後直腸膣瘻に対する両側球海綿体筋寄せ縫合を伴う会陰体再建術は、再手術や産後数年以上経過した陳旧性症例でも人工肛門なく治癒が望める有効な術式と考えられる。さらなる症例の蓄積と長期成績の評価が今後の課題である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:25 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 45　痔瘻の治療
座長：小原 誠（OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック）

[O45-7] 肛門周囲膿瘍切開時の麻酔法による術後成績の比較検討

*知久 毅[1]、篠田 公生[1] (1. 厚生連上都賀総合病院外科)

【はじめに】肛門周囲膿瘍は、外科的に緊急の介入を要する疾患で、一般的には、その治療の原則は、切開排膿である。症例により局所麻酔下に行われる場合と脊椎麻酔（サドルブロック）下に行われる場合がある。麻酔法によって再発率、痔瘻発生率が異なるかどうかは明らかではないため、自施設での症例に関して比較検討した。【対象と方法】2010年1月から2025年12月までに肛門周囲膿瘍に対して切開排膿を行った18歳以上のすべての症例69例を対象とし、麻酔法による再発率、痔瘻発生率について後ろ向きに比較した。【結果】全体の平均年齢は47.4±17.6（18～95）歳、男女比は、60:9であった。麻酔法の選択は、膿瘍の部位や大きさ、患者の希望、併存疾患、内服薬の種類を考慮し、術者が判断した。膿瘍の局在については、全方向に分布し、偏りはなかった。局所麻酔下に切開排膿を行ったのが41例（以下L群）、腰椎麻酔下に行ったのが21例（以下S群）である。（両群とも初発例、再発例を含むが有意差はなし）。両群間で、年齢、性別に差を認めなかった。術後観察期間の中央値は、4か月である。切開直後（術後1か月以内）に再切開を要したのは、69例中5例（7.2%）で、有意差はないが、L群の方が多かった（L:S＝4:1）。全体の再発率は、18.8%（13/69）であり、麻酔法による差はなかった（L:S＝7:6）。痔瘻の発生率は、26.1%（17／69）であった。S群の方が、痔瘻の発生が有意に多かった（L:S＝6:11、p＜0.05）。ただし、痔瘻と診断されるまでの術後観察期間中央値は、局麻例で1か月、腰麻例で3か月であった。【結語】後ろ向きの観察研究であることから、麻酔法の選択については選択バイアスがある可能性は否定できないが、再発率には差がなかった。痔瘻の発生が腰麻例の方で多かったことの理由については、当科では、切開排膿後3か月時点での再診をルーチンとして行っているが、術後の観察期間が局麻例ではそれよりも短く、局麻群で実際の痔瘻の発生率よりも低く見積もられていいた可能性が考えられる。今回の研究からは、肛門周囲膿瘍に対する麻酔法により再発率についてに関して優劣はないものと考えられたが、今後さらなる検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:10 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 46　術後合併症・周術期管理３

座長：吉田 直裕（久留米大学外科学講座）

[O46-1] 腹腔鏡下直腸癌手術時の一時的回腸瘻造設におけるStoma Outlet Obstruction症候群のリスク因子の検討

*大野 陽介[1]、市川 伸樹[1]、吉田 雅[1]、柴田 賢吾[1]、今泉 健[1]、武冨 紹信[1] (1. 北海道大学 消化器外科１)

[O46-2] 一時的回腸人工肛門におけるoutlet obstructionにおけるリスク因子の検討

*石井 雅之[1,2]、奥谷 浩一[3]、西舘 敏彦[2]、秋月 恵美[2,4]、藤野 紘貴[2]、豊田 真帆[2]、岡本 行平[2]、穴澤 貴行[2] (1. 東札幌病院、2. 札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野、3. JR札幌病院、4. 札幌いしやま病院)

[O46-3] ストーマ造設後合併症低減に向けた当院における造設手技の工夫

*滝口 光一[1]、古屋 信二[1]、白石 謙介[1]、仲山 孝[1]、齊藤 亮[1]、丸山 傑[1]、出雲 渉[1]、庄田 勝俊[1]、雨宮 秀武[1]、河口 賀彦[1]、市川 大輔[1] (1. 山梨大学第１外科)

[O46-4] 回腸stomaにおけるoutlet obstructionのリスク因子の検討

*藤森 大輔[1]、北林 大暉[1]、三田 和芳[1]、加藤 一希[1]、林 雅人[1]、蒲田 亮介[1]、澤田 幸一郎[1]、尾山 佳永子[1]、小竹 優範[1]、原 拓央[1] (1. 厚生連高岡病院 外科)

[O46-5] 結腸直腸腫瘍手術における一時的回腸人工肛門閉鎖後の長期腎機能予後と慢性腎不全発症のリスク因子の検討

*太田 絵美[1]、小澤 真由美[1]、山本 俊也[1]、工藤 孝迪[1]、武井 将伍[1]、前橋 学[1]、皆川 結明[2]、船津屋 拓人[2]、大矢 浩貴[2]、田 鐘寛[2]、諏訪 宏和[3]、額田 卓[1]、沼田 正勝[1]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属 市民総合医療センター、2. 横浜市立大学附属病院　消化管外科学、3. 横須賀共済病院　外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:10 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 46　術後合併症・周術期管理 3
座長：吉田 直裕（久留米大学外科学講座）

[O46-1] 腹腔鏡下直腸癌手術時の一時的回腸瘻造設におけるStoma Outlet Obstruction症候群のリスク因子の検討

*大野 陽介[1]、市川 伸樹[1]、吉田 雅[1]、柴田 賢吾[1]、今泉 健[1]、武冨 紹信[1] (1. 北海道大学 消化器外科１)

【背景】直腸癌に対する腹腔鏡下手術は広く普及している。消化管再建時に吻合部の安静を保つためにdiverting loop ileostomyがしばしば造設されるがStoma Outlet Obstruction(以下SOO)は注意すべき術後合併症の１つである。
【目的と方法】2009年10月から2025年4月の間に北海道大学病院にて施行された腹腔鏡下直腸癌手術においてdiverting loop ileostomyを造設した症例114例について臨床病理学的因子、術前CTにおける腹直筋の厚さを後視的に解析しSOO発生リスク因子について検討する
【結果】対象症例114例の内訳は年齢中央値64歳（37-80）、男女比：77/37、cStage(1/2/3/4):46/24/33/12、術式(LAR/ISR):106/8、術前治療(-/NAC/CRT/TNT):82/6/21/5、手術支援ロボットの使用(なし/あり):56/58であった。SOOは17例(14.9%)に認めた。発生日の中央値は術後3日目（2-20）であった。単変量解析にてBMI≦20であることがSOO発生に有意にそう関連した。(p<0,01)　また腹壁厚さはSOO発生群において有意に薄かった。(SOO+:25.4mm vs SOO-;29.5mm, p=0.03)　多変量解析においてBMI≦2はが独立したリスク因子であった。（OR4.28, 95%CI:1.12-16.40, p<0.03）　BMI≦20群のサブグループ解析においてSOO(+)群でSOO(-)群と比較して有意に腹直筋が厚く（11.1mm v.s 9.1mm, p=0.03）、多変量解析においてもSOO発生の有意なリスク因子であった。（Odds比:1.71 95%CI:1.01-2.90, p=0.05）BMI≦20群ではBMI>20群と比較して3POD,4POD,5PODのストマ排液量が有意に多かった。（3POD:1031g v.s 735g, p=0.04. 4POD:1190g v.s 825g, p<0.01. 5POD:1046g v.s 772g, p=0.02）
【結語】腹腔鏡下直腸癌手術におけるdiverting loop ileostomy においてBMI≦20はSOO発生のリスク因子である。特にBMI≦20の患者群では腹直筋厚がSOO発生に関与する可能性が示唆された。また、BMI≦20群はストマ排液量が多く、SOO発生機序に関与している可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:10 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 46　術後合併症・周術期管理 3
座長：吉田 直裕（久留米大学外科学講座）

[O46-2] 一時的回腸人工肛門におけるoutlet obstructionにおけるリスク因子の検討

*石井 雅之[1,2]、奥谷 浩一[3]、西舘 敏彦[2]、秋月 恵美[2,4]、藤野 紘貴[2]、豊田 真帆[2]、岡本 行平[2]、穴澤 貴行[2] (1. 東札幌病院、2. 札幌医科大学外科学講座消化器外科学分野、3. JR札幌病院、4. 札幌いしやま病院)

【背景】直腸癌手術における一時的回腸人工肛門は縫合不全重症化の回避に有用であるが，合併症の一つであるoutlet obstruction(OO)は入院期間延長や再介入を要する重要な合併症である。これまで手技関連因子の報告はある一方，患者解剖学的因子の影響は十分に検討されていないため、患者解剖学的因子に着目した危険因子を同定し，術前CT所見に基づく造設法修正の有効性を検証することを目的とした。
【方法】2015年4月から2024年12月までに腹腔鏡下またはロボット支援下直腸癌手術後に回腸人工肛門を造設した318例を後方視的に解析した。2015～2020年の対照コホートでOOの危険因子を検討し，得られた結果に基づき人工肛門造設法を修正し，2020～2024年の検証コホートで有効性を評価した。
【結果】OOは23例（7.2%）に発生した。多変量解析によりストマ造設部位のCTで測定した腹直筋厚（TAM）および臍部の内臓脂肪面積（AVF）がOOの独立した危険因子として同定された。対照群では、TAM≥11.0 mmかつAVF≥123 cm^2の症例ではOO発生率が最も高率であった（52.6%）。これら高リスク症例に対し筋膜切開幅を調整した人工肛門造設を行うことで，OO発生率は有意に低下した（8.3%，p=0.003）。傍ストマヘルニア等の他の合併症に有意差は認めなかった。
【結論】TAMおよびAVFは回腸人工肛門アウトレット閉塞の有用な患者関連予測因子であった。術前CTによるリスク評価に基づいた造設法の工夫は，OO予防に有効である可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:10 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 46　術後合併症・周術期管理 3
座長：吉田 直裕（久留米大学外科学講座）

[O46-3] ストーマ造設後合併症低減に向けた当院における造設手技の工夫

*滝口 光一[1]、古屋 信二[1]、白石 謙介[1]、仲山 孝[1]、齊藤 亮[1]、丸山 傑[1]、出雲 渉[1]、庄田 勝俊[1]、雨宮 秀武[1]、河口 賀彦[1]、市川 大輔[1] (1. 山梨大学第１外科)

背景：ストーマ造設後合併症は患者QOLを低下させ、術後管理、装具選択、退院支援にも影響する。特にストーマ離開、出口イレウス、粘膜壊死、ストーマ脱落、皮膚障害などの早期合併症は、造設時の手技や患者背景と関連する可能性があり、発生状況と関連因子を明らかにすることは重要である。
目的：当院におけるストーマ造設後合併症の発生状況と関連因子を後方視的に検討し、現在実施している造設手技の工夫を報告する。
方法：2022年から2024年までに当院でストーマ造設を施行した144例を対象とした。術後30日以内に発生した合併症を早期合併症と定義し、患者背景や合併症の内容を検討し、年齢、性別、BMI、緊急手術の有無、ストーマ造設部位と早期合併症との関連を解析した。
結果：平均年齢は67.7±12.3歳、BMIは22.2±4.24 kg/m^{2}であった。男性63.2%、女性36.8%、緊急手術は51例（35.4%）であった。ストーマの内訳は回腸ストーマ57例（39.6%）、結腸ストーマ87例（60.4%）であった。早期合併症は34例（23.6%）に認め、主な内訳はストーマ離開15例（10.4%）、出口イレウス7例（4.9%）、粘膜壊死3例（2.1%）であった。年齢、性別、緊急手術の有無、ストーマ種類と早期合併症との間に有意な関連は認めなかったが、BMI高値は早期合併症発生と有意に関連していた（p=0.017）。
考察：BMI高値例では、腸管挙上距離、ストーマ高、皮膚粘膜接合部への張力、皮下での腸管走行などが早期合併症に関与し得る。当院ではBMI高値例でも合併症が起こりにくいストーマ造設を目指し、緊急時を含めたストーマサイトマーキング、腹壁厚を考慮したストーマ孔径の標準化、腹直筋前鞘の十字切開回避、小腸ストーマでは過度な牽引や屈曲を避ける目的で筋鞘固定の省略、腹腔鏡下での確実な腸管挙上と直線的な皮膚切開を重視している。
結語：BMI高値と早期ストーマ合併症発生と関連しており、皮下脂肪の厚い症例にも対応し得る再現性の高い造設手技の標準化が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:10 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 46　術後合併症・周術期管理 3
座長：吉田 直裕（久留米大学外科学講座）

[O46-4] 回腸stomaにおけるoutlet obstructionのリスク因子の検討

*藤森 大輔[1]、北林 大暉[1]、三田 和芳[1]、加藤 一希[1]、林 雅人[1]、蒲田 亮介[1]、澤田 幸一郎[1]、尾山 佳永子[1]、小竹 優範[1]、原 拓央[1] (1. 厚生連高岡病院 外科)

【目的】一時的回腸stomaにおけるoutlet obstruction（OO）の発生率や背景因子を明らかにし、その予防策を講じる。
【方法】当院において直腸切除術に一時的回腸stoma造設を併施した症例を対象に後方視的な検討を行なった。
【結果】2020年1月～2025年12月までの間に該当した症例は77例であり、うち11例でOOの発症を認めていた。全体での内訳として、stoma造設部位はそれぞれ臍59例、右下腹部11例、左下腹部7例であり、排泄孔の位置は頭側36例、尾側41例、そしてHigh Output Stoma（HOS）を生じたものが14例であった。排泄孔が尾側の群では9例（22%）でOOを認めていたが、排泄孔が頭側の群でOOを生じたのは2例（5.6%）のみであった。また、HOSを併発していたのはOO群55%、対照群12%であった(p=0.0035)。多変量解析において、尾側での排泄孔形成、HOS併発の２項目がOO発症の独立した危険因子であった。ほか、男女比、皮下脂肪厚、腹直筋厚、腹壁貫通孔の面積、BMIといった項目において有意差は見られなかった。OOへの対処としては全例で減圧チューブ挿入での改善を図っていたが、1例においてのみ同一入院中の早期stoma閉鎖に至っていた。
【考察】本検討においては、尾側での排泄孔形成、およびHOSの併発の2項目がOOの発症と相関を認めていた。HOSを呈するような過剰な腸液による腸管拡張が腹壁レベルでのstoma腸管の屈曲を引き起こし、OO発症に影響している可能性が考えられた。
【結論】OOの発症リスクについて検討した。排泄孔の向きに留意することでOO発生を低減できる可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 14:30 ~ 15:10 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 46　術後合併症・周術期管理 3
座長：吉田 直裕（久留米大学外科学講座）

[O46-5] 結腸直腸腫瘍手術における一時的回腸人工肛門閉鎖後の長期腎機能予後と慢性腎不全発症のリスク因子の検討

*太田 絵美[1]、小澤 真由美[1]、山本 俊也[1]、工藤 孝迪[1]、武井 将伍[1]、前橋 学[1]、皆川 結明[2]、船津屋 拓人[2]、大矢 浩貴[2]、田 鐘寛[2]、諏訪 宏和[3]、額田 卓[1]、沼田 正勝[1]、佐藤 勉[1]、吉川 貴己[2] (1. 横浜市立大学附属 市民総合医療センター、2. 横浜市立大学附属病院　消化管外科学、3. 横須賀共済病院　外科)

【背景】結腸直腸手術における一時的回腸人工肛門造設後は、high output stoma(HOS)や急性腎障害(AKI)が問題となる. 一方で、人工肛門閉鎖後の腎機能の予後については十分な検討がなされていない.人工肛門造設後に閉鎖まで施行した症例を対象に,長期的な腎機能及び慢性腎不全(CKD)のリスク因子について検討した.
【対象と方法】2013年1月から2020年12月に,結腸直腸腫瘍に対して根治切除及び一時的人工肛門を造設し,閉鎖まで完遂した症例を対象とした. 人工肛門閉鎖後3年間,血清Cre及びeGFRを後方視的に追跡し, この期間に発症したAKIをileostomy-associated kidney injuryと定義した.診断基準についてはKDIGO基準(sCr 0.3mg/dL以上またはsCrの基礎値から1.5倍以上の上昇)を用いた. CKDはeGFR<60mL/min/1.73m2と定義し,予後因子として年齢,性別, ASA-PS, BMI, 喫煙,高血圧,心疾患,糖尿病,術前治療,術前Alb,PNI,Ccr,HbA1c,HOS,ileostomy-associated kidney injury,術後合併症,術後補助化学療法,人工肛門閉鎖までの期間について単変量および多変量解析を行った.
【結果】術前にCKDを有する症例を除外した421例のうち,人工肛門閉鎖後3年間腎機能が追跡可能であった322例を対象とした.
年齢中央値67.0歳,男性235例(73.0%),女性87例(27.0%), ileostomy-associated kidney injuryは82例(25.5%)に認めた.
血清Cre及びeGFRは人工肛門閉鎖後3年間持続的な悪化を認めた.人工肛門閉鎖3年後のeGFRに基づき,CDK群73例,non-CKD群249例に分類したところ,単変量解析では年齢70歳以上,高血圧,術前治療,術前eGFR<90mL/min/1.73m2,ileostomy-associated kidney injuryがCKDの有意なリスク因子として抽出された.多変量解析において,年齢70歳以上(HR2.28,95%CI1.24-4.20,p=0.008),術前eGFR<90mL/min/1.73m2(HR10.1,95%CI2.92-35.0,p<0.001),ileostomy-associated kidney injury(HR4.73,95%CI2.55-8.78,p<0.001)が独立リスク因子であった.
【結論】結腸直腸腫瘍手術に対して一時的人工肛門を造設する際には,人工肛門閉鎖後も長期に腎機能が低下する可能性があり,特に年齢70歳以上,eGFR<90mL/min/1.73m2,ileostomy-associated kidney injuryの患者に対しては慎重な腎機能フォローを要する.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科

🗓2026年11月21日(土) 15:10 ~ 15:55 | 🏛第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 47　術後合併症・周術期管理 4

座長：竹下 浩明（国立病院機構長崎医療センター外科）

[O47-1] 高齢者の下部消化管穿孔に対する緊急手術の検討

*増田 太郎[1]、中川 和也[1]、飯山 慧[1]、多胡 行揮[1]、金 睿婉[1]、本田 祥子[1]、小崎 良平[1]、森 康一[1]、山岸 茂[1] (1. 藤沢市民病院外科)

[O47-2] 精神疾患合併大腸癌患者に対する外科治療の臨床的特徴と術後経過の検討

*勝又 佳織[1]、矢作 雅史[1]、似鳥 修弘[1] (1. 立川病院消化器外科)

[O47-3] 腹会陰式直腸切断術後の骨盤死腔炎におけるリスク因子の検討

*江尻 剛気[1,2]、岩佐 陽介[1,2]、小山 文一[1,2]、井上 隆[1]、高木 忠隆[1]、藤本 浩輔[1]、田村 昂[1]、吉川 千尋[1]、庄 雅之[1] (1. 奈良県立医科大学消化器・総合外科学教室、2. 奈良県立医科大学附属病院中央内視鏡部)

[O47-4] 当院におけるAPR後会陰ヘルニアに関する後方視的検討

*松村 卓樹[1]、國友 愛奈[1]、余語 孝乃介[1]、戸田 揺子[1]、齋藤 美和[1]、浅野 留水[1]、本村 理子[1]、大岩 立学[1]、白井 信太郎[1]、倉橋 岳宏[1]、福山 貴大[1]、安井 講平[1]、上田 翔[1]、篠原 健太郎[1]、大澤 高陽[1]、安藤 公隆[1]、金子 健一朗[1]、深見 保之[1] (1. 愛知医科大学消化器外科)

[O47-5] 大腸癌術後乳糜腹水に対する治療方針の検討

*堤 伸二[1]、坂本 義之[1]、濱本 周[1]、菊池 日菜子[1]、山﨑 慶介[1]、久保田 隼介[1]、赤坂 治枝[1]、柴田 滋[1] (1. 弘前総合医療センター消化器外科)

[O47-6] 手術アプローチからみる大腸癌術後乳び腹水の検討

*瀬良 知央[1]、福岡 達成[1]、西村 潤也[1]、西居 孝文[1]、江口 真平[1]、西 智史[1]、関 由季[2]、田嶋 哲三[1]、濱野 玄弥[1]、笠島 裕明[2]、村田 哲洋[1]、澁谷 雅常[2]、櫻井 克宣[1]、高台 真太郎[1]、久保 尚士[1]、前田 清[2]、清水 貞利[1] (1. 大阪市立総合医療センター消化器外科、2. 大阪公立大学大学院医学研究科消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 15:10 ~ 15:55 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 47　術後合併症・周術期管理 4
座長：竹下 浩明（国立病院機構長崎医療センター外科）

[O47-1] 高齢者の下部消化管穿孔に対する緊急手術の検討

*増田 太郎[1]、中川 和也[1]、飯山 慧[1]、多胡 行揮[1]、金 睿婉[1]、本田 祥子[1]、小崎 良平[1]、森 康一[1]、山岸 茂[1] (1. 藤沢市民病院外科)

背景：下部消化管穿孔は、予備能が低下した高齢者において特に重篤化しやすく、その緊急手術は可及的短時間かつ術後合併症の少ない術式を選択することが重要とされる。
目的：高齢者の下部消化管穿孔に対する緊急手術の周術期成績を若年者と比較し、特徴を明らかにする。
対象と方法：2011年4月から2026年3月までに、下部消化管穿孔に対して耐術可能と判断して緊急で開腹ハルトマン手術を施行した53例のうち、75歳以上の高齢者A群33例と、75歳未満の若年者B群20例に関して、患者背景因子、手術因子、術後成績を後方視的に検討した。
結果：患者背景因子では、性別、喫煙、透析、糖尿病、ステロイド使用、術前BMI、術前ショックバイタル、術前アルブミン値、穿孔の局在に差はなかった。穿孔原因が癌の症例はB群で多かった(30.3% vs 60.0%、p=0.046)。手術因子では、出血量に差はなく、手術時間はA群で短かった(177分 vs 244分、p<0.001)。術後成績では、術後合併症、NPWT期間、ICU在室日数、術後1年生存率に差はなく、術後在院日数はA群で長く(29日 vs 23日、p=0.035)、他施設への転院はA群で多かった(39.4% vs 5.0%、p=0.007)。
結語：高齢者の下部消化管穿孔に対する緊急手術は、術後合併症は増えなかったが、術後在院日数が長く自宅退院が困難になりやすいため、術後早期のリハビリ介入やMSWへの連携が重要と思われた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 15:10 ~ 15:55 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 47　術後合併症・周術期管理 4
座長：竹下 浩明（国立病院機構長崎医療センター外科）

[O47-2] 精神疾患合併大腸癌患者に対する外科治療の臨床的特徴と術後経過の検討

*勝又 佳織[1]、矢作 雅史[1]、似鳥 修弘[1] (1. 立川病院消化器外科)

当院は東京都精神障害者身体合併症事業指定病院として,精神疾患患者の身体合併症治療を担っている.精神疾患を有する場合,標準治療の遂行に難渋することや術後合併症率が高いことが知られている.当院で腹部手術を施行した大腸癌患者の臨床的特徴や術後経過について後方視的に検討した.
対象は過去10年間に当院で大腸癌に対して手術を施行した精神科身体合併症患者40例.男性23例(58%),年齢中央値71歳(27–92)であった.精神疾患は統合失調症24例(60%),認知症7例(18%)などで,25例(63%)が定期的に抗精神病薬を内服していた.CCI(チャールソン併存疾患指数)中央値6(2–11),PNI(予後推定栄養指数)中央値34(15–42)であった.診断契機は有症状が36例（90%）と多数を占め,血便12例(30%),腸閉塞症状9例(23%),貧血9例(23%)であり,検診契機は4例(10%)にとどまった.結腸癌31例(78%),直腸癌9例(22%)で,病期はStage I/II/III/IV＝6/15/13/6例であった.手術は開腹/腹腔鏡/ロボット支援下＝17/20/3例であった.
術後に身体拘束を要したのは22例(55%)であった.術後合併症は,麻痺性イレウス16例(40%),せん妄12例(30%)を認めた.Clavien-Dindo分類IIIa以上は6例(15%)で,1例は自傷行為によるストマ破壊で再手術を要した.術後在院日数中央値20日(9–119),術後30日生存率97%,再入院率0%であった.
合併症として最も多かった麻痺性イレウス発症に関連する因子について検討した.単変量解析では,抗精神病薬内服/身体拘束/開腹手術,のいずれも有意差を示さなかった(p=0.079/0.20/0.10).これらの因子で行った多変量解析でも統計学的有意差は認めなかったが,身体拘束群(OR=3.29,p=0.16)ではリスク増加傾向を示した.また,3項目全てを有する患者では2項目以下と比較し発症率が有意に高かった(6/7 vs 10/33, p=0.011).
精神疾患患者は有症状で癌が発見される割合が高く,進行例が一定数含まれていた.また,術後麻痺性イレウスの頻度が高い傾向を認め,身体拘束はイレウスを助長している可能性が示された.一方で,適切な周術期管理により重篤な転帰は抑制され,短期成績は概ね良好であり,専門施設での集学的管理により安全な外科治療が可能であると考えられた.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 15:10 ~ 15:55 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 47　術後合併症・周術期管理 4
座長：竹下 浩明（国立病院機構長崎医療センター外科）

[O47-3] 腹会陰式直腸切断術後の骨盤死腔炎におけるリスク因子の検討

*江尻 剛気[1,2]、岩佐 陽介[1,2]、小山 文一[1,2]、井上 隆[1]、高木 忠隆[1]、藤本 浩輔[1]、田村 昂[1]、吉川 千尋[1]、庄 雅之[1] (1. 奈良県立医科大学消化器・総合外科学教室、2. 奈良県立医科大学附属病院中央内視鏡部)

【はじめに】骨盤死腔炎は,下部直腸や肛門管癌に対する腹会陰式直腸切断術（abdominoperineal resection：APR）後の代表的な合併症であり, 補助化学療法開始の遅延，癌再発，長期予後不良との関連性が指摘されている. それ故, 骨盤死腔炎に関するリスク因子の同定は，重要な臨床的意義を持つ.
【対象】2012年1月から2023年12月に当科で根治的に直腸癌・肛門管癌に対して腹会陰式直腸切断術を施行した109例を対象とし、骨盤死腔炎 (Clavien-Dindo GradeII以上)の発症に関する因子をretrospectiveに解析した.
【結果】年齢69（41-90）歳，男/女が66/43例，pStage0/I/II/IIIは6/26/31/46例であり，骨盤死腔炎は重症度別にClavien-Dindo Grade II/IIIa/IIIbが22/10/2例であった．術後在院日数は骨盤死腔炎あり/骨盤死腔炎なしが23(14-106)日/19(10-89)日（p=0.003）と, 骨盤死腔炎を来した症例で有意に長かった．骨盤死腔炎の発症に関与する因子は，単変量解析でBody Mass Index (BMI)≧25（p=0.013）がリスク因子として抽出された他, cN1以上（p=0.076）, eGFR<60（p=0.072）, Alb<4.0g/dl（p=0.074）で骨盤死腔炎のリスクとなる傾向にあった. 多変量解析でもBMI≧25は独立した因子であった．糖尿病や術前補助化学療法の有無，開腹手術，側方郭清の有無，手術時間，出血量, 腫瘍最大径は骨盤死腔炎の発症に関連を認めなかった．また, 骨盤死腔炎あり群となし群での全生存期間（OS : Overall survival）（p=0.329）に有意差はなかったが, 無再発生存期間（RFS : Relapse-free survival）（p=0.028）で有意差を認めた.
【結論】APR後の骨盤死腔炎は術後在院日数の延長に加え，RFSの低下と関連していた．BMI≧25が骨盤死腔炎発症の独立したリスク因子であり, 肥満症例では骨盤死腔炎の発症を念頭に置いた慎重な周術期管理が重要である.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 15:10 ~ 15:55 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 47　術後合併症・周術期管理 4
座長：竹下 浩明（国立病院機構長崎医療センター外科）

[O47-4] 当院におけるAPR後会陰ヘルニアに関する後方視的検討

*松村 卓樹[1]、國友 愛奈[1]、余語 孝乃介[1]、戸田 揺子[1]、齋藤 美和[1]、浅野 留水[1]、本村 理子[1]、大岩 立学[1]、白井 信太郎[1]、倉橋 岳宏[1]、福山 貴大[1]、安井 講平[1]、上田 翔[1]、篠原 健太郎[1]、大澤 高陽[1]、安藤 公隆[1]、金子 健一朗[1]、深見 保之[1] (1. 愛知医科大学消化器外科)

【背景】腹会陰式直腸切断術（abdominal perineal resection）後会陰ヘルニアは7-45%に発症するとされる。無症状の患者は通常経過観察されることが多いが、脱出が大きくなると会陰の不快感、痛みなどが出現し、QOLの低下につながり手術が選択される。しかし、その解剖学的な特徴や高度癒着なども相まって治療に難渋することもある。
【目的】当院におけるAPR後会陰ヘルニアの発生率を明らかにし、その危険因子について検討する。
【対象・方法】2019年1月から2025年7月までに当院で施行したAPR58例のうち、最低でも半年以上のフォローを行っている54例を対象とし、後方視的に検討した。
【結果】男性30例、女性24例、年齢の中央値は71歳（48－90）。会陰ヘルニアを13例（24.1%）に認めた。13例中、1例で会陰ヘルニア嵌頓を呈し、用手整復の後、メッシュを用いた修復術が行われたが、残り12例は経過観察となっている。ヘルニアに関係する要因として、本検討において唯一、会陰創閉鎖時の肛門挙筋縫合の有無が有意差を認めた（p＝0.011）。その他性別、BMI、術前化学/放射線療法の有無、開腹/腹腔鏡、糖尿病の有無、ステロイド使用の有無、会陰感染の有無などに関してはいずれも有意差は認めなかった。
【考察】本検討では会陰ヘルニアを24.1%に認め、既報と同程度の発生率であった。また肛門挙筋の閉鎖がヘルニア予防に寄与する可能性が示唆された一方、既報で危険因子と報告されている女性、低BMI、術前化学放射線療法、腹腔鏡手術などについては有意差を認めなかった。症例数が限られていることや、単施設後方視的検討であることが影響している可能性があるが、会陰ヘルニアに影響する因子として、数値化はしにくいが小腸間膜の長さが大きな要因なのではないかとも考えられた。
【結語】APR後会陰ヘルニアは一定頻度で発生し、時に外科的治療を要する合併症である。今後さらなる発生率の低下を目指すため、症例集積による検討が必要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 15:10 ~ 15:55 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 47　術後合併症・周術期管理 4
座長：竹下 浩明（国立病院機構長崎医療センター外科）

[O47-5] 大腸癌術後乳糜腹水に対する治療方針の検討

*堤 伸二[1]、坂本 義之[1]、濱本 周[1]、菊池 日菜子[1]、山﨑 慶介[1]、久保田 隼介[1]、赤坂 治枝[1]、柴田 滋[1] (1. 弘前総合医療センター消化器外科)

【背景】

大腸癌術後乳糜腹水は比較的稀な術後合併症であるが，遷延化により低栄養や在院日数延長を来すため，適切な治療介入が重要である．一方で，その治療方針については一定の見解は得られていない．

【目的】

当院で経験した大腸癌術後難治性乳糜腹水2例を中心に，その治療方針について検討した．

【症例】

2例はいずれも大腸癌術後早期に乳糜腹水を発症し，腹腔ドレーン排液の白濁を契機に診断された．脂質制限食，絶食，中心静脈栄養，オクトレオチド・エチレフリン投与などの保存的治療を施行した．いずれの症例も一時的な排液減少を認めたものの再燃し，排液遷延を認めた．そのため，1例ではリンパ管造影を施行し軽快した．一方，もう1例ではリンパ管造影を試みたが責任リンパ管の同定に至らず，最終的に手術加療を施行し軽快した．

【考察】

大腸癌術後乳糜腹水に対しては，まず保存的治療を基本とするが，難治例では病態に応じてリンパ管造影や手術介入を適切なタイミングで検討する必要があると考えられた．特に長期間排液が持続する症例では，治療介入のタイミングを逸しないことが重要と考えられた．

【結語】

大腸癌術後乳糜腹水に対しては段階的治療戦略が重要であり，保存的治療抵抗例ではリンパ管造影や手術治療が有効な治療選択肢となり得る．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 外科
2026年11月21日(土) 15:10 ~ 15:55 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 47　術後合併症・周術期管理 4
座長：竹下 浩明（国立病院機構長崎医療センター外科）

[O47-6] 手術アプローチからみる大腸癌術後乳び腹水の検討

*瀬良 知央[1]、福岡 達成[1]、西村 潤也[1]、西居 孝文[1]、江口 真平[1]、西 智史[1]、関 由季[2]、田嶋 哲三[1]、濱野 玄弥[1]、笠島 裕明[2]、村田 哲洋[1]、澁谷 雅常[2]、櫻井 克宣[1]、高台 真太郎[1]、久保 尚士[1]、前田 清[2]、清水 貞利[1] (1. 大阪市立総合医療センター消化器外科、2. 大阪公立大学大学院医学研究科消化器外科)

【はじめに】大腸癌手術は開腹手術から腹腔鏡手術へ移行し，近年ではロボット支援下手術の割合が全国的に増加している．それに伴い，術後合併症の様相にも変化がみられ，その一つとして乳び腹水が挙げられる．しかし，手術アプローチ別に乳び腹水の発生率を比較検討した報告は少ない．今回われわれは，開腹，腹腔鏡，ロボット支援下手術における術後乳び腹水の発生率について検討した．
【方法】2014年から2024年までに当院で大腸癌に対しリンパ節郭清を伴う手術加療を実施し，腹腔内ドレーンを留置していない症例を除外した2047例を対象とした．
【結果】2047例中，術後乳び腹水を生じた症例は74例認め，3.62%の発生率であった．男性は1128例中47例(4.17%)，女性は919例中27例（2.94%）に術後乳び腹水を認めた（p=0.154）．BMI22以上の症例は1159例中41例(3.54%)，22未満は888例中33例(3.72%)に乳び腹水を認めた(p=0.905)．右側結腸癌に対する手術を実施した症例は759例あり，うち37例(4.87%)に乳び腹水を認めた．それに対し左側結腸癌は1288例中37例(2.87%)であり，優位に右側結腸癌手術で乳び腹水を生じる結果となった(p=0.027)．右側結腸癌において，手術アプローチ方法は開腹/腹腔鏡/ロボット手術=114/613/32例に分類され，うち 1 (0.88%)/32(5.22%)/4(12.50%)に乳び腹水を認め，ロボット手術に多く合併する傾向を認めた．左側結腸癌では開腹/腹腔鏡/ロボット手術=106/907/275例中，1(0.94%)/22(2.43%)/14(5.09%)例に乳び腹水を認め，右側と同様にロボット手術に多く合併する傾向を認めた．
【結語】右側結腸癌手術は左側結腸癌手術と比較して有意に多く術後乳び腹水を合併していた．また，手術アプローチ別では，ロボット支援下手術，腹腔鏡手術，開腹手術の順に乳び腹水の発生率が高い傾向を認めた．当院では，血管周囲リンパ節郭清時に，開腹および腹腔鏡手術ではシーリングデバイスや超音波凝固切開装置を使用する一方，ロボット支援下手術では電気メスを用いることが多く，これが乳び漏発生に関与している可能性が示唆された．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科

2026年11月21日(土) 15:55 ~ 16:50 | 第12会場（1F 会議室109）

一般演題（口演） 48　術後合併症・周術期管理 5

座長：齊藤 修治（横浜新緑総合病院　消化器センター　外科）

[O48-1] 当院における大腸癌術前処置パスの変遷と術後感染性合併症の推移

*渡部 かをり[1]、佐藤 菜生[1]、重森 春花[1]、奥山 晃世[1]、山本 誠也[1]、中島 亮[1]、原田 真之資[1]、社本 智也[1]、志賀 一慶[1]、田中 達也[1]、松尾 洋一[1]、瀧口 修司[2] (1. 名古屋市立大学医学部附属東部医療センター消化器外科、2. 名古屋市立大学大学院医学研究科消化器外科学)

[O48-2] 当院における直腸癌術後排尿障害のリスク因子に関する検討

*筋野 博喜[1]、真崎 純一[1]、永山 可琳[1]、永松 竜[1]、久保山 侑[1]、有働 竜太郎[1]、田子 友哉[1]、笠原 健大[1]、刑部 弘哲[1]、桑原 寛[1]、岩崎 謙一[1]、小熊 潤也[1]、古賀 寛之[1]、金沢 景繁[1]、永川 裕一[1] (1. 東京医科大学消化器小児外科学分野)

[O48-3] 当科における大腸癌低侵襲手術の術後短期成績

*長嵜 寿矢[1]、牧野 七海[1]、川﨑 一生[1]、吉岡 佑一郎[1]、夏目 壮一郎[1]、大井 悠[1]、大野 吏輝[1] (1. 埼玉県立がんセンター　消化器外科)

[O48-4] ISR後吻合部完全閉塞に対する内視鏡補助下内科外科合同手術による再開通の1例

*北條 真鈴[1]、田邊 太郎[1]、安藤 熙典[1]、若生 彩佳[1]、木村 熙伸[1]、德永 良太[1]、田邊 万葉[1]、保母 貴宏[1]、浦上 尚之[1]、横山 登[1] (1. 昭和医科大学江東豊洲病院)

[O48-5] taTME（経肛門的直腸間膜全切除）後の排便障害および肛門機能の評価

*寺村 紘一[1]、奥田 夢[1]、大川 裕貴[1]、関谷 翔[1]、櫛引 敏寛[1]、才川 大介[1]、海老原 裕磨[1]、鈴木 善法[1]、川原田 陽[1]、北城 秀司[1]、奥芝 俊一[1] (1. 斗南病院外科)

[O48-6] 直腸癌術後低位前方切除症候群（LARS）に伴う肛門周囲皮膚トラブルに関する検討

*仕垣 隆浩[1]、髙松 正行[1]、高木 健太[1]、久田 かほり[1]、執行 ひろな[1]、菊池 麻亜子[1]、藤吉 健司[1]、吉田 直裕[1]、大地 貴史[1]、吉田 武史[1]、主藤 朝也[1]、藤田 文彦[1] (1. 久留米大学外学講座消化管外科)

[O48-7] 機能性直腸肛門痛に対する大建中湯を基盤とした治療戦略 ―漢方医学的病態評価を取り入れた集学的アプローチ―

*吉川 徹[1] (1. 五稜郭ネフロクリニック 外科・肛門外科・漢方外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月21日(土) 15:55 ~ 16:50 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 48　術後合併症・周術期管理 5
座長：齊藤 修治（横浜新緑総合病院　消化器センター　外科）

[O48-1] 当院における大腸癌術前処置パスの変遷と術後感染性合併症の推移

*渡部 かをり[1]、佐藤 菜生[1]、重森 春花[1]、奥山 晃世[1]、山本 誠也[1]、中島 亮[1]、原田 真之資[1]、社本 智也[1]、志賀 一慶[1]、田中 達也[1]、松尾 洋一[1]、瀧口 修司[2] (1. 名古屋市立大学医学部附属東部医療センター消化器外科、2. 名古屋市立大学大学院医学研究科消化器外科学)

【はじめに】Surgical Site Infection（SSI）は大腸外科手術において頻度の高い合併症であり、その対策は周術期管理の重要課題である。近年，国内外のガイドラインでは、機械的前処置（MBP）に経口抗菌薬を併用する術前処置（OAMBP）がSSI低減に有用と報告されているが、本邦では術前経口抗菌薬は保険適用外であり導入状況は施設間で異なる。当院では2025年5月より、MBPにカナマイシンおよびメトロニダゾール内服を併用したOAMBPをクリニカルパスに導入した。本研究ではその有用性を後方視的に検討した。
【対象と方法】2023年1月から2026年3月に、当院で結腸直腸癌に対して前処置施行後に低侵襲手術（ロボット支援または腹腔鏡下切除術）を施行した302例を対象とした。ストーマ造設例および既設例は除外した。MBP単独施行群（MBP群：221例）と経口抗菌薬を併用した群（OAMBP群：81例）の2群に分け、術後短期成績を比較検討した。
【結果】患者背景および術式に有意差は認めなかった。手術時間中央値はMBP群 306分（151-458分）、OAMBP群 263分（155-526分）でありMBP群で長い傾向を認めたが（p=0.07）、出血量に差はなかった。Clavien-Dindo分類Grade II以上の術後合併症は35例（16.0％） vs 9例（11.1％）（p=0.35）であった。SSIは15例（6.8％） vs 3例（3.7％）（p=0.417）、縫合不全は10例（4.5％） vs 1例（1.2％）（p=0.299）であり、いずれもOAMBP群で低い傾向を示した。術後3日目のCRP値は 5.87 mg/dL（0.65-21.34 mg/dL）vs 3.55 mg/dL（0.66-22.64 mg/dL）であり、これもOAMBP群で低い傾向を認めた（p=0.076）。
【結語】待機的大腸癌手術において、MBPに経口抗菌薬を併用したOAMBPは、術後早期の炎症反応を抑制し、SSIおよび縫合不全といった感染性合併症を低減する可能性が示唆された。今後はさらに症例を蓄積し、大腸癌手術における最適な周術期管理プロトコルとしての確立を目指したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月21日(土) 15:55 ~ 16:50 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 48　術後合併症・周術期管理 5
座長：齊藤 修治（横浜新緑総合病院　消化器センター　外科）

[O48-2] 当院における直腸癌術後排尿障害のリスク因子に関する検討

*筋野 博喜[1]、真崎 純一[1]、永山 可琳[1]、永松 竜[1]、久保山 侑[1]、有働 竜太郎[1]、田子 友哉[1]、笠原 健大[1]、刑部 弘哲[1]、桑原 寛[1]、岩崎 謙一[1]、小熊 潤也[1]、古賀 寛之[1]、金沢 景繁[1]、永川 裕一[1] (1. 東京医科大学消化器小児外科学分野)

[背景]
排尿障害は、直腸癌手術後における重要な機能障害の一つであり、患者のQOLを著しく低下させる合併症である。近年、腹腔鏡手術やロボット支援手術の普及により骨盤神経温存手技は進歩しているものの、依然として一定頻度で術後排尿障害が発生し、その発症機序は明らかではない。本研究では、神経温存が可能であった直腸癌根治手術に限定し、排尿障害の発生率および危険因子について後方視的に検討した。
[対象・方法]2023年1月から2025年12月に東京医科大学病院にて直腸癌・肛門管癌pStageⅠ～Ⅲに対し根治手術を施行した88例を対象とし、後方視的に解析を施行した。本研究では術後尿閉によりバルーンを再挿入した症例を排尿障害と定義した。解析にはχ2検定・多変量ロジスティック解析を用い、カットオフ値はROC曲線で決定した。
[結果] 排尿障害は13例（14.7%）に認めた。患者背景は年齢中央値：66歳、男性/女性：50/38、手術時間中央値：360min、出血量中央値：52mlであった。単変量解析では、術中点滴量（35.3ml/kg・P=0.001）、腫瘍深達度（T3/4・P=0.001）、腫瘍最大径(≥52mm・P=0.008)、出血量(≥125・P=0.019)、手術時間（≥458・p=0.007）、腫瘍位置(下部直腸・p=0.015)、側方郭清（あり・p=0.001）に有意差を認めた。多変量解析において、術中点滴量(OR: 42.20 ; 95%CI : 2.320 – 766.0; p= 0.002)、腫瘍深達度(OR: 42.20 ; 95%CI : 1.660 – 1060.0; p= 0.002）のみが独立した予後因子であった。
[結論] これまでの報告に加え、術中点滴量が排尿障害に関与する可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月21日(土) 15:55 ~ 16:50 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 48　術後合併症・周術期管理 5
座長：齊藤 修治（横浜新緑総合病院　消化器センター　外科）

[O48-3] 当科における大腸癌低侵襲手術の術後短期成績

*長嵜 寿矢[1]、牧野 七海[1]、川﨑 一生[1]、吉岡 佑一郎[1]、夏目 壮一郎[1]、大井 悠[1]、大野 吏輝[1] (1. 埼玉県立がんセンター　消化器外科)

【緒言】
大腸癌に対する低侵襲手術の短期成績改善に向けた当科の取組みに関して、後方視的に検討した。
【背景、術前処置】
2026年現在、当科では原発性大腸癌根治切除のうち97.7%が低侵襲手術である。2024年10月以降、腸管狭窄のない症例には術前機械的腸管処置と化学的腸管処置を行っている。double stapling technique(DST)吻合再建症例の場合、術中内視鏡による出血の確認とleakage testを行い、経肛門減圧チューブ留置を行っている。
【前処置の違いによる比較】
2024年1月から2024年10月の機械的前処置のみを行った303例のうち、SSI発生例は10例(3.3%)であったが、2024年10月から2025年1月までに機械的前処置と化学的前処置を行った111例のうちSSI発生は0例であった(p=0.069)。術後48時間を超える抗菌薬投与が行われたのは、機械的前処置のみの症例中27例(8.9%)で、化学的前処置を加えた111例中2例(1.8%)と有意差を認めた(p=0.009)。
【大腸癌症例全体の短期成績】
2018年4月から2025年3月までに原発巣切除施行された大腸癌1507例のうち、低侵襲手術1361例の術後短期成績について検討を行った。Clavien-Dindo grade 2以上の55例(4%)と、合併症のなかった1306例の比較では、合併症あり群で男性の割合が有意に多く、手術時間が長く出血量が多かった。機能的端々吻合では有意に合併症が少なかった。
【DST吻合症例の検討】
2019年1月から2022年12月に直腸癌手術、DST吻合再建を行った症例は194例あり、有症状縫合不全を9例(4.6%)に認めた。縫合不全あり群となし群で比較すると、あり群で75歳以上が多い傾向にあり(p=0.058)、術前アルブミン値3.8g/dL未満の症例が有意に多かった(p=0.007)。術中リークテスト陽性例を12例認め、吻合部に補強法を行い、6例にdiverting stoma造設を追加した。12例中1例に有症状縫合不全を認めた。
【結語】
大腸癌低侵襲手術における合併症予防に向けた当科の取組みについて検討した。合併症予防の決定的な因子が抽出されたわけではないが、細かな工夫を積み上げて、手術クオリティーの向上、合併症発生予防に努めたい.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月21日(土) 15:55 ~ 16:50 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 48　術後合併症・周術期管理 5
座長：齊藤 修治（横浜新緑総合病院　消化器センター　外科）

[O48-4] ISR後吻合部完全閉塞に対する内視鏡補助下内科外科合同手術による再開通の1例

*北條 真鈴[1]、田邊 太郎[1]、安藤 熙典[1]、若生 彩佳[1]、木村 熙伸[1]、德永 良太[1]、田邊 万葉[1]、保母 貴宏[1]、浦上 尚之[1]、横山 登[1] (1. 昭和医科大学江東豊洲病院)

【背景】 括約筋間直腸切除術（ISR）後の吻合部狭窄は8〜23%に発生すると報告されており、一定の頻度で見られる合併症である。しかし完全閉塞に至る症例は稀であり、確立された治療法はない。肛門側からの内視鏡的アプローチが不可能な完全閉塞例において、いかに安全に再開通を図るかは臨床上の重要な課題である。
【症例】 60歳女性。直腸癌に対してISR・右側方リンパ節郭清・回腸人工肛門造設術を施行した。病理組織学的検査でpStage IIIbと診断され、術後補助化学療法（CapeOX療法・8コース）を完遂した。再発を認めず経過したため、補助化学療法終了後に人工肛門閉鎖術を予定した。術前精査として施行した透視下下部消化管内視鏡検査において、肛門側からの口側腸管内腔の確認が困難であり、吻合部完全閉塞と診断された。閉塞距離は約2cmと評価された。外科単独での再開通は困難と判断し、内科外科合同手術の方針とした。
【治療】 全身麻酔下に、消化器内科医が回腸人工肛門より順行性に内視鏡を挿入し、口側閉塞端を可視化した。超音波内視鏡による精査では閉塞長は約3cmであり、術前評価よりやや延長していた。内科医が内視鏡下に口側腸管の盲端を確認しながら、外科医が経肛門的に肛門側腸管盲端をカテラン針で穿刺し、口側腸管との交通を確立した。カテラン針を介してガイドワイヤーを留置し、段階的にブジー拡張を行い、示指が通過可能な内腔を確保した。肛門側からの内視鏡で腸管通過を確認後、同部位にドレーンを留置し手術を終了した。
【結語】 ISR後吻合部完全閉塞に対し、内視鏡補助下内科外科合同アプローチにより安全かつ確実な再開通が得られた。本術式は完全閉塞例に対する有効な治療戦略となりえると考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月21日(土) 15:55 ~ 16:50 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 48　術後合併症・周術期管理 5
座長：齊藤 修治（横浜新緑総合病院　消化器センター　外科）

[O48-5] taTME（経肛門的直腸間膜全切除）後の排便障害および肛門機能の評価

*寺村 紘一[1]、奥田 夢[1]、大川 裕貴[1]、関谷 翔[1]、櫛引 敏寛[1]、才川 大介[1]、海老原 裕磨[1]、鈴木 善法[1]、川原田 陽[1]、北城 秀司[1]、奥芝 俊一[1] (1. 斗南病院外科)

【背景】肛門温存手術後の排便障害は患者QOLに大きく影響するが、症状、QOL、肛門機能を術前から術後12か月まで経時的に評価した報告は少ない。【目的】当院におけるtaTME後の排便障害および肛門機能の経時的変化を明らかにする。【対象】当院でtaTMEを施行した症例のうち、術前、術後1、3、6、12か月にLARS score、Wexner score、FIQL、肛門内圧検査による評価が可能であった19例を対象とした。【結果】各中央値（範囲）は、年齢61（27-83）歳、BMI23.1(17.9-33.8)、吻合部の高さはAVから4(2-8)cm、手術時間220(134-516)分であった。手術術式は、LAR:9例、uLAR:4例、ISR:3例、大腸全摘・回腸嚢肛門吻合:3例であった。側方郭清は1例に実施。Diverting stomaは9例に作成した。吻合方法は、回腸嚢肛門吻合以外はすべてSSTを実施した。術前と比べ、LARS、Wexner、FIQL、最大静止圧は術後1、3、6、12か月で差を認め、最大随意収縮圧は術後1か月で低下が目立った。重症LARS割合は術前5.3%、術後1か月72.2%、3か月52.6%、6か月64.7%、12か月31.6%であった。12か月時点では、FIQLはLARSおよびWexnerと関連し、Wexnerは最大静止圧とも関連を認めた。【結語】taTME後の排便障害は術後早期に強く出現し、その後12か月までに一定の改善を示したが、機能障害が残る症例もみられた。症状、QOL、肛門機能を組み合わせた経時的評価は、術後機能障害の実態把握に有用と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月21日(土) 15:55 ~ 16:50 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 48　術後合併症・周術期管理 5
座長：齊藤 修治（横浜新緑総合病院　消化器センター　外科）

[O48-6] 直腸癌術後低位前方切除症候群（LARS）に伴う肛門周囲皮膚トラブルに関する検討

*仕垣 隆浩[1]、髙松 正行[1]、高木 健太[1]、久田 かほり[1]、執行 ひろな[1]、菊池 麻亜子[1]、藤吉 健司[1]、吉田 直裕[1]、大地 貴史[1]、吉田 武史[1]、主藤 朝也[1]、藤田 文彦[1] (1. 久留米大学外学講座消化管外科)

背景:低位前方切除術症例などのLARS（低位前方切除症候群）患者では、頻回排便や便漏れにより肛門周囲皮膚が持続的に便汁へ曝露されることで、肛門周囲びらんや疼痛を生じることがある。特にmajor LARS症例では、疼痛や皮膚障害による排便困難、清潔保持困難、社会生活制限を伴う場合があり臨床上重要な問題となる。しかし、これまでLARSそのものに関する研究は数多く報告されている一方で、LARSに伴う肛門周囲皮膚障害に着目した検討は限られている。
目的:直腸癌術後LARS患者における肛門周囲皮膚トラブル（PD: perianal dermatitis）の臨床的特徴および肛門機能QOLとの関連性を明らかにする。
方法:2024年1月から2025年10月に直腸癌に対して肛門温存手術を施行し、人工肛門閉鎖後3-6ヶ月までにLARS、Wexnerスコア、EORTC QLQ-CR29のアンケート調査を行うことができた37例を対象とした。EORTC QLQ-CR29の質問項目に基づき、PD（ひりひり感）の有無で2群に分け、臨床病理学的因子、手術因子、術後排便機能について後方視的に検討した。
結果:対象37例中、PD群は21例（56.8%）に認めら、年齢中央値が64歳と、非PD群の73歳に比して有意に若年であった（P=0.021）。その他の因子（性別、BMI、術前化学放射線療法の有無、術式、手術時間、出血量、ロボット手術の有無、および病期）には両群間で有意差を認めなかった。排便機能・QOL評価との関連では、PD群において日中頻便（P=0.020）および夜間頻便（P=0.012）が有意に不良であった。一方で、Wexnerスコア10点以上（P=0.086）やLARSスコア20以上（P=0.29）との間には有意な関連を認めなかった。
結語:直腸癌肛門温存術後におけるPDは、若年症例や、術後の日中・夜間の頻便と強く関連していることが明らかとなった。高LARSスコアや便失禁の重症度そのものよりも、排便回数による物理的・化学的刺激がリスク因子となる可能性があり、早期からの積極的な肛門周囲スキンケア介入の重要が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 全診療科
2026年11月21日(土) 15:55 ~ 16:50 | 第12会場（1F 会議室109）
一般演題（口演） 48　術後合併症・周術期管理 5
座長：齊藤 修治（横浜新緑総合病院　消化器センター　外科）

[O48-7] 機能性直腸肛門痛に対する大建中湯を基盤とした治療戦略 ―漢方医学的病態評価を取り入れた集学的アプローチ―

*吉川 徹[1] (1. 五稜郭ネフロクリニック 外科・肛門外科・漢方外科)

機能性直腸肛門痛（FAP）は器質的異常を認めないにもかかわらず強い疼痛を呈し、一般外科外来においても診療に難渋することが多い。骨盤底筋の過緊張や内臓機能異常など複合的な病態が関与するとされるが、実臨床では便秘を背景とする症例も少なくない。当院の外科・肛門外科・漢方外科外来では、FAPを内臓要因と骨盤底筋要因が連続的に関与する病態と捉え、漢方医学的評価を取り入れた治療戦略を実践している。
今回、器質的疾患を除外したFAPの3症例を対象とし、直腸指診による肛門挙筋の圧痛・筋緊張、排便状況に加え、冷えや体力など漢方医学的視点から全身状態を評価した。症例①は肛門挙筋の圧痛・過緊張が強く、大建中湯と疎経活血湯の投与に加え、肛門マッサージおよび肛門管電気刺激療法（AES）を併用し症状が改善した。症例②は高度便秘を伴い、浣腸や摘便を含む排便管理と大建中湯の投与により速やかに疼痛が改善し、理学療法は症状の強い初期に短期間のみ併用した。症例③は軽度便秘と中等度の挙筋圧痛を認め、大建中湯と疎経活血湯、理学療法を導入し現在経過観察中である。
自験例の評価から、FAPは虚証寄りの背景に便秘や腸管機能低下を伴い、そこに骨盤底筋の過緊張が重積して発症する症例があると考えられた。したがって、排便管理と大建中湯による腸管機能の調整を治療の基盤とし、骨盤底筋緊張が強い症例には疎経活血湯や理学療法を段階的に組み合わせる戦略が有用と考えられた。FAPは単一病態ではなく、詳細な機能検査を行わない一般外科外来においても、内臓要因と筋要因の関与を丁寧な診察で評価しながら個別化治療を行うことが重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

学会賞受賞記念講演

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 13:40 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

学会賞受賞記念講演

司会：山本 聖一郎（東海大学医学部消化器外科）

[AL] YAP-Syndecan-1軸の標的化による消化器癌におけるKRAS標的治療獲得耐性の克服

[1]竹田 充伸, [2]Haoqiang Ying, [3]Scott Kopetz, [4]Wantong Yao (1. 大阪大学大学院医学系研究科 消化器外科学, 2. テキサス大学MDアンダーソンがんセンター分子細胞腫瘍学部門, 3. テキサス大学MDアンダーソンがんセンター消化器腫瘍内科, 4. テキサス大学MDアンダーソンがんセントートランスレーショナル分子病理学部門)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

学会賞受賞記念講演

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 13:40 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

学会賞受賞記念講演

司会：山本 聖一郎（東海大学医学部消化器外科）

[AL] YAP-Syndecan-1軸の標的化による消化器癌におけるKRAS標的治療獲得耐性の克服

[1]竹田 充伸, [2]Haoqiang Ying, [3]Scott Kopetz, [4]Wantong Yao (1. 大阪大学大学院医学系研究科 消化器外科学, 2. テキサス大学MDアンダーソンがんセンター分子細胞腫瘍学部門, 3. テキサス大学MDアンダーソンがんセンター消化器腫瘍内科, 4. テキサス大学MDアンダーソンがんセンタートランスレーショナル分子病理学部門)

KRAS変異は大腸癌の約40%に認められる主要なドライバー変異である。近年、KRAS G12C阻害薬が臨床導入されたが、多くの症例で早期に耐性が生じる。われわれは、KRASを遮断された腫瘍細胞が、どのように増殖シグナルと栄養供給を回復して生き残るのかに着目し、その耐性機構の解明と治療標的の探索を行った。

大腸癌・膵癌細胞株、KRAS G12C阻害薬耐性株、遺伝子改変マウスおよび大腸癌patient-derived xenograft（PDX）を用いて解析した。その結果、細胞膜プロテオグリカンsyndecan-1（SDC1）の膜発現はKRAS阻害直後に低下するものの、耐性獲得に伴って再び上昇することを見出した。この変化は転写量の増加によるものではなく、YAP1の活性化によってARF6-GAPが抑制され、再活性化したARF6がSDC1を細胞膜へ再局在させる機構によるものであった。膜上に回復したSDC1は、EGFR、MET、HER2、IGF1Rなど複数の受容体型チロシンキナーゼを同時に活性化するとともに、マクロピノサイトーシスによる栄養獲得を維持し、腫瘍細胞のKRAS非依存性生存を可能にしていた。

SDC1またはYAP1を抑制すると、耐性細胞のクローン形成能と腫瘍形成能は著明に低下した。さらに、YAP1アンチセンスオリゴヌクレオチドとKRAS G12C阻害薬の併用により、耐性大腸癌PDXにおけるSDC1の膜発現とRTK–AKTシグナルが抑制され、明らかな毒性を伴わずに腫瘍の増殖停止または退縮が得られた。この機構はKRAS G12D阻害薬耐性モデルでも再現された。

本研究により、YAP1–SDC1軸がシグナル再活性化と栄養獲得を統合するKRAS標的治療耐性の中核機構であることを示した。本講演では、外科医として直面する治療抵抗性という臨床課題から出発した本研究の成果と、難治性大腸癌に対する新たな治療開発への展望を述べる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 外科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

症例検討によるレクチャー３　側方リンパ節郭清 開腹、腹腔鏡、Robot

司会：伊藤 雅昭（国立がん研究センター東病院）、秋吉 高志（がん研有明病院大腸外科）

[CBL3-1] 症例から考える直腸癌側方リンパ節郭清　―ロボット支援手術による根治性と機能温存―

*賀川 弘康[1]、國本 真由[1]、中田 美佳[1]、本多 正樹[1]、岩井 美穂[1]、佐藤 幸平[1]、犬飼 瑞穂[1]、上野 啓輔[1]、鈴木 碧[1]、根本 亮[1]、林 祐美子[1]、内村 良平[1]、溝口 正子[1]、井垣 尊弘[1]、山本 雄大[1]、山内 慎一[1]、花岡 まりえ[1]、絹笠 祐介[1] (1. 東京科学大学消化管外科学分野)

[CBL3-2] 側方郭清をどう使いこなすか― 症例で学ぶ術式選択と今後の展望 ―

*金光 幸秀[1] (1. 国立がん研究センター中央病院)

[CBL3-3] 内腸骨血管本幹切離を要する高難度側方リンパ節郭清における尾骨筋をガイドにした経会陰的bottom-upアプローチの手術手技

*小倉 淳司[1]、村田 悠記[1]、佐藤 雄介[1]、梅田 晋一[1]、筒山 将之[1]、江畑 智希[1]、神田 光郎[1] (1. 名古屋大学医学部附属病院　消化器・腫瘍外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 外科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | 第2会場（2F コンベンションホール2）
症例検討によるレクチャー３　側方リンパ節郭清 開腹、腹腔鏡、Robot
司会：伊藤 雅昭（国立がん研究センター東病院）、秋吉 高志（がん研有明病院大腸外科）

[CBL3-1] 症例から考える直腸癌側方リンパ節郭清　―ロボット支援手術による根治性と機能温存―

*賀川 弘康[1]、國本 真由[1]、中田 美佳[1]、本多 正樹[1]、岩井 美穂[1]、佐藤 幸平[1]、犬飼 瑞穂[1]、上野 啓輔[1]、鈴木 碧[1]、根本 亮[1]、林 祐美子[1]、内村 良平[1]、溝口 正子[1]、井垣 尊弘[1]、山本 雄大[1]、山内 慎一[1]、花岡 まりえ[1]、絹笠 祐介[1] (1. 東京科学大学消化管外科学分野)

直腸癌に対する側方リンパ節郭清は，下部直腸癌の局所制御において重要な役割を担う一方，骨盤側壁の複雑な解剖，限られた操作空間，血管・神経・尿管に近接した剥離操作を要する高難度手術である．とくに内腸骨血管系，閉鎖神経，下腹神経，骨盤内臓神経，骨盤神経叢周囲では，根治性を追求しながら排尿・性機能障害を最小限に抑える精緻な操作が求められる．ロボット支援手術は，安定した三次元拡大視野，多関節鉗子による自由度の高い操作性を活かし，狭骨盤深部における側方郭清をより定型化しやすい可能性を有する．一方で，触覚の欠如，手術時間，助手との協調，緊急時対応など，ロボット特有の課題を理解したうえで戦略を構築する必要がある．

側方郭清では，内側から，自律神経・下腹神経前筋膜，内腸骨血管臓側枝の内側面，同外側面，骨盤壁の4つの面を形成し，その間に介在するリンパ組織をen blocに郭清する．これらの底面のメルクマールは，内腸骨動静脈，内陰部動脈，Alcock管，下膀胱静脈，骨盤内臓神経S4である．予防的郭清では，自律神経および内腸骨血管臓側枝の温存を基本とする．一方，転移リンパ節に対する治療的郭清では，とくに263D，283領域にリンパ節転移を認める場合，必要に応じて内腸骨血管臓側枝や内腸骨血管の合併切除を含め，根治性を重視した郭清を徹底する．

下部進行直腸癌に対する予防的側方郭清例，術前治療後も側方リンパ節転移陽性が疑われる治療的郭清例，および高難度症例を提示し，症例ごとの治療方針決定と手術戦略を検討する．具体的には，側方リンパ節領域の解剖の理解，術前MRI・CTによる側方リンパ節評価，ポート配置とドッキング，内外腸骨血管および閉鎖腔の展開，剥離層の同定，閉鎖神経・骨盤神経叢の温存，出血時の視野確保とリカバリーについて，実際の手術手順に沿って提示する．また，ロボット支援手術ならではの安定した術野展開，低侵襲性，精緻な郭清操作を供覧する．

症例検討を通じて，ロボット支援側方郭清における安全性，根治性，機能温存を両立させるための判断基準，ピットフォール，定型化について提示する．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 外科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | 第2会場（2F コンベンションホール2）
症例検討によるレクチャー３　側方リンパ節郭清 開腹、腹腔鏡、Robot
司会：伊藤 雅昭（国立がん研究センター東病院）、秋吉 高志（がん研有明病院大腸外科）

[CBL3-2] 側方郭清をどう使いこなすか― 症例で学ぶ術式選択と今後の展望 ―

*金光 幸秀[1] (1. 国立がん研究センター中央病院)

直腸癌における側方リンパ節転移は局所再発の重要な原因であり、本邦ではTotal Mesorectal Excision（TME）に側方リンパ節郭清（LLND）を追加する治療戦略が発展してきた。
JCOG0212試験の結果を受け、進行下部直腸癌に対するTME＋LLNDは現在の本邦標準治療として広く認識されている。一方で、術前治療の進歩に伴い、すべての患者にLLNDが必要であるかについては議論が続いている。
本講演では、実臨床で経験した症例を提示しながら、側方リンパ節郭清の適応と意義について考察する。まず、明らかな側方リンパ節転移を伴う症例を通じて、局所制御の観点からLLNDが果たす役割を概説する。続いて、側方リンパ節腫大が軽度で判断に迷う症例を提示し、術前画像診断、再発リスク評価、および治療選択の考え方について議論する。また、開腹手術、腹腔鏡手術、ロボット支援手術それぞれの特徴にも触れ、近年の低侵襲手術の発展がLLNDに与えた影響について整理する。
さらに、現在進行中のJCOG2207試験を紹介し、「術前治療は側方郭清を代替し得るのか」という臨床的課題について考える。JCOG2207は側方郭清を否定する試験ではなく、どのような患者にLLNDが真に必要であるかを明らかにすることを目的としている。本講演を通じて、側方リンパ節郭清の現状の標準治療としての位置付けを再確認するとともに、今後の個別化治療の方向性について考察したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 外科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | 第2会場（2F コンベンションホール2）
症例検討によるレクチャー３　側方リンパ節郭清 開腹、腹腔鏡、Robot
司会：伊藤 雅昭（国立がん研究センター東病院）、秋吉 高志（がん研有明病院大腸外科）

[CBL3-3] 内腸骨血管本幹切離を要する高難度側方リンパ節郭清における尾骨筋をガイドにした経会陰的bottom-upアプローチの手術手技

*小倉 淳司[1]、村田 悠記[1]、佐藤 雄介[1]、梅田 晋一[1]、筒山 将之[1]、江畑 智希[1]、神田 光郎[1] (1. 名古屋大学医学部附属病院　消化器・腫瘍外科)

【背景・目的】高難度側方リンパ節郭清では内腸骨動静脈（IIA/V）本幹の合併切除を要することも少なくないが、限られた術野で出血なく外側・背側マージンを確保するのは技術的に困難で危険を伴う。TaTMEの応用である下方からの反転視野（bottom-up）は魅力的だが解剖の認識が難しく、骨盤内での「位置情報」、とりわけIIA/Vや腰仙骨神経幹との位置関係が不明瞭なまま剥離を進める不安が大きい。我々は尾骨筋を解剖学的指標として側方腔へ再現性をもって経会陰にアプローチすることにより安全な側方郭清を心がけており、具体的な症例をもとにその戦略と手技を紹介する。
【解剖学的概念】尾骨筋は尾骨から坐骨棘へ横走し、IIA/Vと腰仙骨神経幹の前方かつ挙筋の背側を横断する。経会陰視野では尾骨筋がIIA/V本幹と腰仙骨神経幹の前縁を指し示すため、ブラインドな剥離を回避できる。
【手技】術前にT2 MRI（矢状断を時計回りに90度回転）と3D CTで尾骨・尾骨筋・内腸骨血管の走行を把握する。人員に余裕があれば腹腔3名・会陰2名の2チーム同時手術とし、気腹圧10–12 mmHgで安定した術野を確保する。まず尾骨を露出して尾骨筋内側縁の指標とし、挙筋筋膜背側の尾骨筋を同定・授動して挙筋下縁＝遠位IIA/V本幹と腰仙骨神経幹のレベルを把握する。尾骨筋表面を外側へ追い内閉鎖筋膜との角を確認し、挙筋筋膜を可能な限り尾骨筋寄りの背側で切離すると遠位血管がunroofされ、内閉鎖筋膜に沿って側方へ展開できる。血管処理前に閉鎖腔・直腸後腔で腹腔チームとランデブーし、神経血管解剖を相互確認して出血に備える。
IIA/V背外側に位置する腰仙骨神経幹を温存しつつ遠位本幹を確保し、上・下殿動静脈などの骨盤壁側枝は本幹切離レベルに合わせ腰仙骨・仙骨神経幹間で処理する。会陰側で遠位を先行処理し、近位の切離は腹腔操作の最終段階まで温存して静脈うっ滞と出血を抑制する。
【結語】尾骨筋ガイド下bottom-upアプローチは、遠位内腸骨血管と腰仙骨神経幹への再現性ある経路を提供し、高難度側方郭清の複雑な解剖に対する実行可能な戦略であり、反転術野の方向性を担保して安全な側方郭清の一助となりうる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 肛門科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | 第6会場（1F 会議室103）

症例検討によるレクチャー４　排便機能に関する症例提示

司会：羽田 丈紀（おなかクリニック）、矢野 孝明（ヤノ肛門外科クリニック）

[CBL4-1] 排便に長時間を要し、肛門周囲の圧迫が必要であった高齢女性の一例

*岡本 亮[1]、松木 豪志[1]、一瀬 規子[1]、中島 隆善[1]、仲本 嘉彦[1]、栁 秀憲[1] (1. 医療法人信和会明和病院　外科、骨盤底(機能障害・臓器脱）センター)

[CBL4-2] 糞便塞栓に対する摘便処置において局所麻酔は有効か？

*矢野 孝明[1] (1. ヤノ肛門外科クリニック)

[CBL4-3] バイオフィードバック療法が奏効した排便困難、残便感を主訴とした骨盤底筋協調運動障害の1例

*高橋 知子[1] (1. 亀田総合病院　消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | 第6会場（1F 会議室103）
症例検討によるレクチャー４　排便機能に関する症例提示
司会：羽田 丈紀（おなかクリニック）、矢野 孝明（ヤノ肛門外科クリニック）

[CBL4-1] 排便に長時間を要し、肛門周囲の圧迫が必要であった高齢女性の一例

*岡本 亮[1]、松木 豪志[1]、一瀬 規子[1]、中島 隆善[1]、仲本 嘉彦[1]、栁 秀憲[1] (1. 医療法人信和会明和病院　外科、骨盤底(機能障害・臓器脱）センター)

【症例】
80歳代女性。主訴は排便困難感。数年前より著明な残便感を自覚し、排便に長時間を要していた。また、会陰部や腟側の用手圧迫により排便を促す状態が続いていた。歩行時にも股にものを挟むような違和感（脱出感）を認めたため当院を受診した。
直腸診にて直腸前壁に著明なポケット状の陥凹を認め、排便造影検査（デフェコグラフィー）では腟外へ大きく脱出する4cm以上の高度直腸瘤を確認した。用手圧迫にて便排出が促進される所見から、直腸瘤がODSの主因であると確定診断し、手術加療の方針とした。

【手術・経過】
直腸瘤の解剖学的修復および機能改善を目的として、メッシュを用いた腹腔鏡下直腸挙上固定術（LVR）を施行した。術後の排便造影検査では残便なく速やかな排出が確認され、排便時間は著明に短縮。術後経過は良好であり、患者の満足度も非常に高かった。

【考察】
便排出障害（ODS）の原因として直腸瘤や直腸内重積が挙げられるが、完全直腸脱と異なり初期には体外脱出を伴わないため、単なる難治性便秘として見過ごされることが多い。今回我々は、高度な直腸瘤によるODSに対して腹腔鏡下直腸挙上固定術（LVR）を施行し、良好な経過を得た症例を経験した。
当院では、排便造影にて突出が4cm以上の高度直腸瘤であり、かつ用手圧迫を要するなど明らかなODSの原因となっている症例を手術適応としている。日本のガイドラインにおいて、直腸瘤単独例では経会陰・経腟的手術が推奨されることが多い。しかしLVRは、後方剥離を伴わないため骨盤神経損傷による新規便秘（de novo constipation）の発症リスクが低い。さらに、本症例のような高度脱出例に潜在する直腸内重積や腸瘤などのマルチコンパートメントの障害に対しても、一期的に解剖学的異常と機能障害を改善し得る有用な手段である。高度直腸瘤を伴うODSに対するLVRは、有力な選択肢の一つとして考慮されるべきである。

今回、症例を提示し、主に術式の妥当性等について検討する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | 第6会場（1F 会議室103）
症例検討によるレクチャー４　排便機能に関する症例提示
司会：羽田 丈紀（おなかクリニック）、矢野 孝明（ヤノ肛門外科クリニック）

[CBL4-2] 糞便塞栓に対する摘便処置において局所麻酔は有効か？

*矢野 孝明[1] (1. ヤノ肛門外科クリニック)

【はじめに】
糞便塞栓は臨床でしばしば遭遇するものであり、摘便はその有効な処置の1つである。しかし、その処置は疼痛や苦痛を伴うことが多い。当院では、その疼痛を軽減するために摘便の際に局所麻酔を試験的に用いたケースがある。
【目的】
本研究では摘便の際に、局所麻酔を用いた患者群と用いなかった患者群について、摘便の際の疼痛の大きさを比較することにした。
【対象と方法】
2025年6月から12月までの期間に糞便塞栓に対して摘便処置を行った患者群60例（局所麻酔なし群：32例、局所麻酔あり群：28例）について後ろ向き観察研究を行った。疼痛の測定は摘便がすべて完了した時点で行い、痛みの大きさ（VAS値：0-10）は患者自身が記録したものを用いた。単変量解析または多変量解析を用いて2群間で比較した。
【結果】
2群間で疼痛の大きさに有意差を認めなかった。
【考察】
摘便は疼痛を伴う処置だが、さらなる工夫が必要であると思われた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:30 | 第6会場（1F 会議室103）
症例検討によるレクチャー４　排便機能に関する症例提示
司会：羽田 丈紀（おなかクリニック）、矢野 孝明（ヤノ肛門外科クリニック）

[CBL4-3] バイオフィードバック療法が奏効した排便困難、残便感を主訴とした骨盤底筋協調運動障害の1例

*高橋 知子[1] (1. 亀田総合病院　消化器外科)

骨盤底筋協調運動障害（dyssynergic defecation：DD）は、排便時に骨盤底筋群や外肛門括約筋の弛緩不全、または奇異性収縮を呈する機能性便排出障害であり、その治療では下剤投与や排便習慣指導が無効の症例にはバイオフィードバック療法（以下BF）が有効とされているが、その具体的な介入方法は曖昧である。今回、排便困難、残便感を主訴に来院しBFにより症状の改善が得られた症例を提示、DDの診断やBFによる介入方法について解説する。症例は60歳代後半の男性。50歳代より排便困難が出現、60歳代前半から緩下剤を服用。毎日排便を認めていたが、排便時間は長く、残便感および排便困難が持続するため紹介となった。便秘重症度スコアThe Cleveland Clinic Constipation Score（以下CSS）は11点、The Obstructed Defecation Syndrome score（以下ODS）スコアは7点であった。排便造影検査では恥骨直腸筋の弛緩が不十分であり、擬似便は検査時間内に完全排出できなかった。肛門体表筋電図では、肛門部筋活動が常時高値を示し、収縮時と安静時の区別が困難であった。また肛門収縮時には腹筋群にも異常な筋過活動を認めた。以上より骨盤底筋協調運動障害と診断した。本症例でのBFの介入方法は、筋電図波形を患者へ視覚的に提示しながら、安静時の肛門部筋活動の安静化を目的として、良姿勢、腹式呼吸による骨盤底筋の弛緩、過剰な腹圧や骨盤底筋収縮の抑制を指導した。計10回の介入後、CSSは11点から8点、ODSスコアは7点から5点へ改善した。筋電図上も安静時の肛門部過活動は軽減し、収縮時には適切な筋活動の上昇と速やかな低下が認められた。肛門収縮時に伴って発生していた腹筋群の異常な過活動も消失した。その後BF介入１年後に症状の再燃あり、再度BFを10回追加。その後は3年経過しているが症状の悪化はみられていない。本症例では、慢性的な排便困難の背景にDDが存在し、排便造影検査、筋電図による診断とBFを使用した機能改善が有効であった。筋電図を使用したBFでは、良姿勢や腹式呼吸による肛門部筋活動の安静化、過剰な腹圧を伴わない適切な肛門収縮を習得させることにより骨盤底筋協調運動の再獲得をめざしている。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 外科

2026年11月21日(土) 15:45 ~ 16:45 | 第6会場（1F 会議室103）

症例検討によるレクチャー５　大腸手術ー困難症例への対処法（開腹、腹腔鏡、Robot）

司会：山本 聖一郎（東海大学医学部消化器外科）、竹政 伊知朗（社会医療法人大阪国際メディカル＆サイエンスセンター 大阪けいさつ病院）

[CBL5-1] 低侵襲直腸癌手術における困難症例への対応

*福長 洋介[1]、三城 弥範[1]、北川 祐資[1]、山本 匠[1] (1. 関西医科大学総合医療センター)

[CBL5-2] 骨盤内を占拠する局所進行直腸癌に対するTaTME/TpTMEアプローチ併用腹腔鏡下骨盤内臓全摘の工夫

*柳 舜仁[1]、今泉 佑太[1]、中嶋 俊介[1]、川元 良祐[1]、堺 将弘[1]、石川 佳孝[1]、畑 太悟[1]、伊藤 隆介[1]、後藤 圭佑[2]、衛藤 謙[2] (1. 川口市立医療センター消化器外科、2. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

[CBL5-3] ロボット手術を用いた直腸癌困難症例の実際

*野中 隆[1]、井上 悠介[1]、石井 光寿[1]、足立 利幸[1]、高村 祐磨[1]、山口 峻[1]、片山 宏己[1]、丸田 浩志[1]、小野 李香[1]、山﨑 翔斗[1]、江口 晋[2]、松本 桂太郎[3] (1. 長崎大学病院　外科学講座　大腸・肛門外科、2. 長崎大学病院　外科学講座　移植消化器外科学分野、3. 長崎大学病院　外科学講座　腫瘍外科学分野)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 外科
2026年11月21日(土) 15:45 ~ 16:45 | 第6会場（1F 会議室103）
症例検討によるレクチャー５　大腸手術ー困難症例への対処法（開腹、腹腔鏡、Robot）
司会：山本 聖一郎（東海大学医学部消化器外科）、竹政 伊知朗（社会医療法人大阪国際メディカル＆サイエンスセンター 大阪けいさつ病院）

[CBL5-1] 低侵襲直腸癌手術における困難症例への対応

*福長 洋介[1]、三城 弥範[1]、北川 祐資[1]、山本 匠[1] (1. 関西医科大学総合医療センター)

直腸癌に対する腹腔鏡下手術あるいはロボット支援下手術が普及するなか、肥満や狭骨盤などの手術操作の困難な症例にも対応が必要となることがある。当レクチャーでは、いくつかの手技困難な直腸癌手術について、具体的な解決策を提示しながらその手技について解説する。
1)肥満症例における下腸間膜動脈根部処理では、小腸の排除に難渋することによる視野確保の困難性が、同手技を妨げる大きな一因である。臓器排除用のデバイスを使用しても完全な視野確保が難しいため、ごく狭い範囲での局所的な視野が確保された状態で手技を行い、その際には充分小腸や十二指腸の損傷には注意を払う必要がある。2)肥満あるいは狭骨盤症例におけるTotal Mesorectal Excision （TME）の手技では、適切なカウンタートラクションをかけることに難渋するが、狭い局所の視野の中で、腹腔鏡手術では助手鉗子と術者左手鉗子の役割、またロボット支援下手術ではチップアップ鉗子と術者左手鉗子の役割を決定することが重要である。3)術前放射線療法あるいはTotal Neoadjuvant Therapyが行われた直腸癌症例では、組織の浮腫が強く、また浸出液が多いため手技に難渋することがある。そのような場合には、6Frの栄養チューブを骨盤内に誘導し、持続的に吸引をかけることで浸出液やミストの吸引が可能となる。4)括約筋間直腸切除術（ISR）においては、会陰先行手技により、余剰なデバイスの使用を回避しながら、その後の腹腔からの低侵襲手技操作の利点を生かせる。すなわち、解剖学的認識が困難とされる、男性における直腸尿道筋および女性における直腸膣中隔を、腹腔側から最終的に正確に認識したうえでの切離が可能となる。5)骨盤内臓全摘術では、TMEを超えた層での剥離となり、またDeep Vessel Complex(DVC)の処理に難渋することがあるが、経会陰操作を鏡視下に同時に行うことで、腹腔側からの剥離層の整合性が確認でき、最終的なDVCの処理をLinear Staplerを用いて行うことで、安全で短時間内での手術が可能となる。
以上、手術手技が困難とされる直腸癌症例に対しても、それぞれに対応策を講じることで、手技的にも腫瘍学的にも安全な低侵襲手術が可能となる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 外科
2026年11月21日(土) 15:45 ~ 16:45 | 第6会場（1F 会議室103）
症例検討によるレクチャー５　大腸手術ー困難症例への対処法（開腹、腹腔鏡、Robot）
司会：山本 聖一郎（東海大学医学部消化器外科）、竹政 伊知朗（社会医療法人大阪国際メディカル＆サイエンスセンター 大阪けいさつ病院）

[CBL5-2] 骨盤内を占拠する局所進行直腸癌に対するTaTME/TpTMEアプローチ併用腹腔鏡下骨盤内臓全摘の工夫

*柳 舜仁[1]、今泉 佑太[1]、中嶋 俊介[1]、川元 良祐[1]、堺 将弘[1]、石川 佳孝[1]、畑 太悟[1]、伊藤 隆介[1]、後藤 圭佑[2]、衛藤 謙[2] (1. 川口市立医療センター消化器外科、2. 東京慈恵会医科大学外科学講座)

骨盤内を占拠する局所進行直腸癌に対する腹腔鏡下骨盤内臓全摘(TPE)では、腫瘍径や骨盤前方・側壁への浸潤により、腹腔側のみでは安全な手術進行が困難となることがある。左右に剥離スペースを有する症例では、定型的な側方郭清に準じた側方剥離が安定したアプローチであるが、巨大腫瘍が骨盤側壁へ浸潤する症例では、この手順をそのまま適用することは困難である。当院でのTaTME/TpTMEアプローチ併用腹腔鏡下TPEの工夫を、症例提示を通じて概説する。基本方針は、従来の側方剥離主体の手順に固執せず、腫瘍の可動性を高めながら段階的に操作空間を確保することである。まず腹腔側から直腸背側の剥離を進め、経肛門側と交通させる。左右の剥離では蛍光尿管カテーテルを活用するが、十分なスペースが得られない場合は無理に先行せず、前方剥離へ移行する。前方操作では、腹腔側と経肛門側の2チームで協調し、膀胱前腔から前立腺左右の剥離を進め、前立腺側方で剥離層を交通させる。DVC・尿道は経肛門側から挿入した自動縫合器で切離し、腫瘍の可動性を高める。重量のある腫瘍では単純牽引のみでは術野確保が困難なため、ガーゼと鉗子で腫瘍を頭側へ転がすように展開し、以後の左右剥離に必要なスペースを獲得する。左右の剥離では、両チームが協調して閉鎖領域および膀胱下腹筋膜周囲を剥離する。臍動脈索および上膀胱動脈は腹腔側から処理する一方、下膀胱血管周囲では、側方郭清を要しない症例に限り、経肛門側からの自動縫合器による膀胱下腹筋膜一括切離を選択する。厚みのある組織では自動縫合器での切離が困難な場合があるため、開閉を繰り返して組織をなじませ、腹腔側からの鉗子補助下に適切なテンションをかけながら切離する。この操作はDVC周囲でも重要である。また、腫瘍左側の剥離を容易にするには、口側腸管の先行切離や、標本摘出創を兼ねる下腹部正中ポート追加も有用である。
巨大骨盤腫瘍に対する困難TPEでは、腫瘍の可動性向上、蛍光尿管ナビゲーション、2チームアプローチ、ポート配置とデバイス活用を組み合わせた新たな定型手順の構築が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 外科
2026年11月21日(土) 15:45 ~ 16:45 | 第6会場（1F 会議室103）
症例検討によるレクチャー５　大腸手術ー困難症例への対処法（開腹、腹腔鏡、Robot）
司会：山本 聖一郎（東海大学医学部消化器外科）、竹政 伊知朗（社会医療法人大阪国際メディカル＆サイエンスセンター 大阪けいさつ病院）

[CBL5-3] ロボット手術を用いた直腸癌困難症例の実際

*野中 隆[1]、井上 悠介[1]、石井 光寿[1]、足立 利幸[1]、高村 祐磨[1]、山口 峻[1]、片山 宏己[1]、丸田 浩志[1]、小野 李香[1]、山﨑 翔斗[1]、江口 晋[2]、松本 桂太郎[3] (1. 長崎大学病院　外科学講座　大腸・肛門外科、2. 長崎大学病院　外科学講座　移植消化器外科学分野、3. 長崎大学病院　外科学講座　腫瘍外科学分野)

2026年度診療報酬改定においてロボット支援下骨盤内臓全摘術が新たに収載され，進行直腸癌に対するロボット手術の適応は今後さらに拡大すると考えられる。一方で，術前化学療法やTotal Neoadjuvant Therapy（TNT）の普及により，線維化や浮腫を伴う高度局所進行症例に対する手術機会も増加しており，骨盤深部における複雑な剥離操作や拡大郭清を要する「困難症例」への対応が重要となっている。
このような症例に対して安全にロボット手術を遂行するためには，術前画像を用いた詳細なシミュレーション，切除範囲や再建方法を含めた戦略立案，多診療科連携，さらに術中トラブルを想定したトラブルシューティングの準備が極めて重要である。また，ロボット支援手術の高精細3D視野や多関節機能を最大限に活用し，適切な牽引・展開および解剖学的層の維持を行うことが，安全な手術操作に直結する。
本セッションでは，隣接臓器合併切除を伴う局所進行直腸癌症例，あるいは術前治療後に広範囲リンパ節郭清を要した直腸癌症例を提示し，ロボット手術による困難症例への実践的対応についてビデオを用いて供覧する。実際の手術映像を通して，術前戦略，術中の解剖認識，剥離層の選択，出血時対応，狭小骨盤内での展開方法などを中心に解説し，安全かつ根治性を両立するための工夫について考察する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 内科

2026年11月21日(土) 15:50 ~ 16:50 | 第9会場（1F 会議室101-A）

症例検討によるレクチャー６　irAE腸炎における診断と治療のコツ

司会：平田 賢郎（慶應義塾大学病院　腫瘍センター）、新﨑 信一郎（兵庫医科大学医学部消化器内科学講座）

[CBL6-1] 大腸癌免疫療法時代に求められる実践的マネジメント

*砂川 優[1] (1. 聖マリアンナ医科大学臨床腫瘍学講座)

[CBL6-2] 症例から考えるirAE腸炎診療の分岐点―疑う、調べる、治療につなぐ―

*長島 文夫[1] (1. 杏林大学医学部腫瘍内科)

[CBL6-3] 免疫チェックポイント阻害薬関連腸炎治療後に膠原線維性大腸炎を発症した一例

*梁井 俊一[1]、杉本 亮[2]、栁川 直樹[2]、松本 主之[1] (1. 岩手医科大学内科学講座消化器内科分野、2. 岩手医科大学病理診断学講座)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 内科

2026年11月21日(土) 15:50 ~ 16:50 | 第9会場（1F 会議室101-A）

症例検討によるレクチャー６　irAE腸炎における診断と治療のコツ

司会：平田 賢郎（慶應義塾大学病院　腫瘍センター）、新﨑 信一郎（兵庫医科大学医学部消化器内科学講座）

[CBL6-1] 大腸癌免疫療法時代に求められる実践的マネジメント

*砂川 優[1] (1. 聖マリアンナ医科大学臨床腫瘍学講座)

近年、免疫チェックポイント阻害薬（immune checkpoint inhibitors：ICIs）は、MSI-H/dMMR切除不能進行再発大腸癌に対する標準治療として確立され、大腸癌診療において不可欠な治療選択肢となった。KEYNOTE-177試験では、ペムブロリズマブは一次治療として従来の化学療法と比較して無増悪生存期間を有意に延長し、さらにCheckMate 8HW試験では、ニボルマブ＋イピリムマブ併用療法の有効性が示されるなど、ICI治療の適応は拡大しつつある。一方で、免疫関連有害事象（immune-related adverse events：irAEs）は治療継続や患者予後に影響を及ぼす重要な課題であり、なかでもirAE腸炎は大腸肛門疾患を扱う医療者にとって理解すべき代表的な消化管irAEである。
irAE腸炎の発症頻度は治療レジメンによって異なり、抗PD-1/PD-L1抗体薬単剤では下痢が約10～20%、Grade 3以上の腸炎は1～3%程度と比較的少ない一方、抗CTLA-4抗体では腸炎の頻度が高く、ニボルマブ＋イピリムマブ併用療法ではGrade 3以上の下痢・腸炎が5～10%程度に認められる。MSI-H/dMMR大腸癌では抗CTLA-4併用療法の使用機会も増加しており、重症例への対応を含めた知識が求められる。
irAE腸炎の臨床症状は下痢、腹痛、血便など非特異的であり、感染性腸炎、炎症性腸疾患、虚血性腸炎、原病進行などとの鑑別が重要である。特に大腸癌患者では、既往の手術や化学療法歴なども加わり診断に難渋することが少なくない。
本レクチャーでは、消化器癌、とりわけ大腸癌に対する免疫療法の有効性に関するエビデンスをまとめ、副作用の中でirAE腸炎にフォーカスし日常診療に役立つデータ、考えを共有したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 内科
2026年11月21日(土) 15:50 ~ 16:50 | 第9会場（1F 会議室101-A）
症例検討によるレクチャー６　irAE腸炎における診断と治療のコツ
司会：平田 賢郎（慶應義塾大学病院　腫瘍センター）、新﨑 信一郎（兵庫医科大学医学部消化器内科学講座）

[CBL6-2] 症例から考えるirAE腸炎診療の分岐点―疑う、調べる、治療につなぐ―

*長島 文夫[1] (1. 杏林大学医学部腫瘍内科)

免疫チェックポイント阻害薬（immune checkpoint inhibitor：ICI）の普及に伴い、免疫関連有害事象（immune-related adverse event：irAE）としての腸炎を診療する機会が増加している。irAE腸炎は早期診断と適切な治療介入によって重症化を防ぐことが可能である一方、感染性腸炎との鑑別、内視鏡施行のタイミング、ステロイド導入や生物学的製剤への移行時期など、実臨床では判断に迷う場面が少なくない。
本レクチャーでは、実際の症例を提示しながら、irAE腸炎診療における重要な「分岐点」について考察する。まず、ICI治療中あるいは治療後に下痢や腹痛を認めた際に、どの時点でirAE腸炎を疑うべきか、また感染症や他の薬剤性腸炎との鑑別をどのように進めるべきかを整理する。次に、重症度評価、CT所見、内視鏡検査および病理診断の位置づけを示し、診断から治療方針決定までの実践的アプローチを紹介する。さらに、ステロイド開始の判断、ステロイド抵抗例に対するインフリキシマブやベドリズマブ導入のタイミング、ならびに治療後のICI再開可否について、症例を通して解説する。
特に高齢患者では、下痢回数のみでは重症度を評価できず、脱水、腎機能低下、栄養状態や日常生活機能への影響も含めた総合的評価が重要となる。本講演では腫瘍内科と消化器内科双方の視点から、irAE腸炎を見逃さず、治療介入のタイミングを逃さないための実践的な診療のコツを共有したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

症例検討によるレクチャー | 内科

2026年11月21日(土) 15:50 ~ 16:50 | 第9会場（1F 会議室101-A）

症例検討によるレクチャー６　irAE腸炎における診断と治療のコツ

司会：平田 賢郎（慶應義塾大学病院　腫瘍センター）、新﨑 信一郎（兵庫医科大学医学部消化器内科学講座）

[CBL6-3] 免疫チェックポイント阻害薬関連腸炎治療後に膠原線維性大腸炎を発症した一例

*梁井 俊一[1]、杉本 亮[2]、栁川 直樹[2]、松本 主之[1] (1. 岩手医科大学内科学講座消化器内科分野、2. 岩手医科大学病理診断学講座)

背景：免疫チェックポイント阻害薬（ICI）による免疫関連有害事象の一つとしてICI関連（irAE）腸炎が知られている。一方、本邦における膠原線維性大腸炎（CC）の大部分は薬剤に関連しており、代表的薬剤であるランソプラゾール（LPZ）に加え最近ではICI投与中の発症例も報告されている。症例：患者は48歳、女性。43歳時に右脈絡膜の悪性黒色腫と診断され重粒子線治療を開始、47歳時に膵転移きたし腹腔鏡下膵体尾部切除術を受けた。その後ICI治療（ニボルマブ、220mg隔週）を開始するも、5コース投与後のCTで多発肺転移が認められたためイピリムマブ（3mg/kg隔週）へ変更した。投与開始2週後より下痢と発熱が出現したため当科を紹介受診した。大腸内視鏡検査では終末回腸・回盲弁の発赤と全大腸に亘る白苔付着を認め、各区域から採取した生検組織で上皮細胞の顕著なアポトーシスが確認された。さらに諸検査で感染症が否定的であったことから、イピリムマブによるirAE腸炎と診断した。同薬中止、およびプレドニゾロン（PSL）30mgとLPZの経口投与開始により症状は速やかに改善した。しかし、PSL開始14週後より下痢が再発したため大腸内視鏡検査を施行したところ、発赤と白苔は消失していたが直腸にcat scratch様の多発縦走溝が観察された。同部から採取した生検組織では上皮アポトーシスは軽減していたものの、粘膜固有層に最大30μmに及ぶ膠原線維束が認められたためCCと診断した。さらに、LPZ中止後下痢が速やかに消失したことからLPZ関連CCの診断に至った。CCによる下痢症状の改善後にダカルバジン2コース施行したが、効果に乏しかった。irAE腸炎のリスクを説明した上でニボルマブを再開し、初回ICI治療開始後8年間生存中である。結語：CCをirAE腸炎の部分症とする報告が散見される。しかし、本例では異時性にICI関連腸炎とCCを発症し原因薬剤も異なっていたことから、ICI継続投与とそれによる長期生存が得られた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 内科・外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別企画４　大腸癌におけるAIの臨床応用はどこまですすむか？診断から治療まで（臓器横断、内科・外科クロストーク）

司会：山口 茂樹（東京女子医科大学消化管外科）

[SP4-1] 大腸癌手術における重要構造物認識支援の未来 ―神経認識AIと尿管口認識AIによるナビゲーション手術の新たな展開―

*近藤 彰宏[1]、馮 東萍[1]、竹谷 洋[1]、柳 舜仁[2]、今泉 佑太[2]、中嶋 俊介[2]、川元 良祐[2]、山本 健人[3]、鎌田 哲平[4]、衛藤 謙[4]、土肥 洋一郎[5]、水野 桂[6]、越智 良文[7]、佐久間 貴文[8]、遠山 健悟[9]、坂本 泰一[9]、大野 将[10]、隈元 謙介[11]、岡野 圭一[1] (1. 香川大学医学部 消化器外科学、2. 川口市立医療センター消化器外科、3. 京都大学消化管外科、4. 東京慈恵会医科大学外科学講座、5. 香川大学医学部泌尿器・副腎・腎移植外科、6. 京都大学泌尿器科、7. 倉敷成人病センター産科婦人科、8. 倉敷成人病センター泌尿器科、9. 株式会社ロッケン、10. 川口市立医療センター泌尿器科、11. 香川大学医学部ゲノム医科学・遺伝医学)

[SP4-2] 大腸癌AIの次なるステージ：治療意思決定への展開

*一政 克朗[1] (1. 昭和医科大学横浜市北部病院消化器センター)

[SP4-3] 大腸内視鏡領域におけるAI応用の展望（データ運用も含めて）

*田中 聖人[1] (1. 京都第二赤十字病院　消化器内科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 内科・外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別企画４　大腸癌におけるAIの臨床応用はどこまですすむか？診断から治療まで（臓器横断、内科・外科クロストーク）

司会：山口 茂樹（東京女子医科大学消化管外科）

[SP4-1] 大腸癌手術における重要構造物認識支援の未来 ―神経認識AIと尿管口認識AIによるナビゲーション手術の新たな展開―

*近藤 彰宏[1]、馮 東萍[1]、竹谷 洋[1]、柳 舜仁[2]、今泉 佑太[2]、中嶋 俊介[2]、川元 良祐[2]、山本 健人[3]、鎌田 哲平[4]、衛藤 謙[4]、土肥 洋一郎[5]、水野 桂[6]、越智 良文[7]、佐久間 貴文[8]、遠山 健悟[9]、坂本 泰一[9]、大野 将[10]、隈元 謙介[11]、岡野 圭一[1] (1. 香川大学医学部 消化器外科学、2. 川口市立医療センター消化器外科、3. 京都大学消化管外科、4. 東京慈恵会医科大学外科学講座、5. 香川大学医学部泌尿器・副腎・腎移植外科、6. 京都大学泌尿器科、7. 倉敷成人病センター産科婦人科、8. 倉敷成人病センター泌尿器科、9. 株式会社ロッケン、10. 川口市立医療センター泌尿器科、11. 香川大学医学部ゲノム医科学・遺伝医学)

【背景】大腸癌手術では、自律神経および尿管の認識が術後機能温存と手術安全性の観点から極めて重要である。しかし、これら重要構造物の認識は依然として術者経験に依存する側面が大きい。近年、AIナビゲーション(AIN)や蛍光ナビゲーションにより術中に解剖学的構造物の認識を支援する新たな手術支援が臨床応用されつつある。神経認識支援については、手術視覚支援AIであるEUREKAαが薬事承認を受け、実臨床での活用が開始された。一方、尿管認識支援としては蛍光尿管ナビゲーション(FUN)が高難度大腸癌手術において臨床応用されているが、その実施には膀胱鏡下での尿管口同定および蛍光尿管カテーテルの尿管内留置が必要であり、専門的な膀胱鏡手技と診療科間連携が普及の障壁となっている。FUNの普及を支援するため、我々は膀胱鏡AINシステムを開発している。本発表では神経認識支援AIの臨床使用経験と開発中の膀胱鏡AINの中核である尿管口同定AIの初期性能を提示し、大腸癌手術における重要構造物認識支援の未来について考察する。
【方法】2026年2月から5月までに手術視覚支援AIを用いて神経認識補助下に低侵襲手術を施行したS状結腸・直腸癌15症例を検討した。また尿管口アノテーションを付与した膀胱鏡動画79本を分割し、独立test set10本で認識性能を測定した。
【結果】神経認識支援AIは腹腔鏡手術では通常の術野モニターに隣接して表示し、ロボット支援手術ではTilePro機能を用いてコンソール内に適宜表示した。骨盤内手術で重要となる自律神経をリアルタイムに強調表示しながら手術を遂行可能であり、有害事象は認めなかった。膀胱鏡AIによる尿管口認識精度はF1-score 0.71±0.19、Accuracy 0.81±0.11、Precision 0.82±0.14であった。
【考察】神経認識支援AIは実臨床において安全に利用可能であり、膀胱鏡AIはFUN実施に必要な尿管口認識支援技術として一定の初期性能を示した。これらの技術の融合は大腸癌低侵襲手術における重要構造物認識支援の発展および安全性向上に寄与する可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 内科・外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別企画４　大腸癌におけるAIの臨床応用はどこまですすむか？診断から治療まで（臓器横断、内科・外科クロストーク）

司会：山口 茂樹（東京女子医科大学消化管外科）

[SP4-2] 大腸癌AIの次なるステージ：治療意思決定への展開

*一政 克朗[1] (1. 昭和医科大学横浜市北部病院消化器センター)

近年、大腸内視鏡領域における人工知能(AI)の進歩は著しく、computer-aided detection（CADe）やcomputer-aided diagnosis（CADx）はすでに実臨床へ導入され、腺腫検出率の向上や病変の質的診断の標準化に寄与している。これにより、大腸癌診療におけるAI活用は、病変の発見・診断支援にとどまらず、治療意思決定支援へとその役割を拡大しつつある。
早期大腸癌、特にT1癌に対する治療選択、すなわち内視鏡治療後の経過観察と追加外科切除の適応判断は、依然として重要かつ困難な臨床課題である。現行ガイドラインは一定の判断基準を提供しているものの、リンパ節転移リスクや患者背景の多様性を十分に反映した個別化医療には限界がある。
この課題に対し、近年では内視鏡所見、臨床情報、病理学的因子を統合したAIモデルやノモグラムが開発され、リンパ節転移や再発リスク予測において、より高精度なリスク層別化が可能となり、有望な成果が報告されている。しかし、その性能は入力データの質に大きく依存する。特に病理診断における脈管侵襲、低分化成分や浸潤距離の判定には観察者間差が存在し、これがAIモデルの再現性や外的妥当性を制限しうる可能性がある。
こうした課題に対する解決策として、近年、whole-slide image（WSI）を用いた病理AI解析が注目されている。病理AIは従来の病理評価のみでは捉えにくい画像特徴を抽出し、リンパ節転移リスク評価や予後予測の精度向上に寄与する可能性がある。さらに超高齢社会においては、腫瘍学的リスクのみならず、併存疾患、フレイル、余命、QOLを含めた総合的判断が求められる。大腸癌AIの次なるステージは、単なる診断支援にとどまらず、患者ごとの最適治療を導く治療意思決定支援へと展開していくと考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 内科・外科

2026年11月21日(土) 8:30 ~ 9:30 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別企画４　大腸癌におけるAIの臨床応用はどこまですすむか？診断から治療まで（臓器横断、内科・外科クロストーク）

司会：山口 茂樹（東京女子医科大学消化管外科）

[SP4-3] 大腸内視鏡領域におけるAI応用の展望（データ運用も含めて）

*田中 聖人[1] (1. 京都第二赤十字病院　消化器内科)

大腸内視鏡診療領域ではAI応用が比較的進んでおり、我が国のみならず諸外国でも広がりを見せている。また当分野では内視鏡機器本体との直結、連携が必須な分野であり、商用化がかなり進んできている。AIの進化過程として、病変発見を主眼としたいわゆるCADe（Computer-Aided Detection：コンピュータ検出支援）のみならず、鑑別診断、質的診断が可能なCADx（Computer-Aided Diagnosis：コンピュータ診断支援）も進化を遂げている。このような画像診断に関わる内視鏡画像AIから今後は次の展開が望まれるところである。腫瘍分野においては、治療手技への応用が行われており、ESD（Endoscopicl submucosal dissection）などへのシミュレーターの開発も行われている。一方腫瘍分野以外では、手法として異なる手法が求められる。腫瘍病変はLocalizeされているものであり、単一の対象に対する診断支援となるが、IBDなどの全結腸領域にまたがる辺を示すものに関しては、結腸部位ごとの評価を行い、それを統合的に示すような支援が必須であり、異なる部位での結果を統合して示すものも開発が進んでいる。こうした統合的な取り組みは、画像以外のデータとの統合による予後予測、困難度予測などにも応用でき、Cmputer Aided Prediction（CAP）という領域であり、今後に期待できる分野と言える。大腸領域ではまだ未発達の分野であるが、他領域において、検討は行っておりこの方策の広がりに期待したいところである。また画像領域以外でのAI運用も非常に重要であり、病理結果や経時的な変化を追跡するためにも内視鏡診療から得られた画像以外のデータの統合や、突合、自然言語解析などにも応用可能と思われる。今後は予後予測や、術者への手技に伴う合併症に対する注意喚起などが行いうるような画像以外の部分も併せた統合的発展が期待できる。未だ発展途上であり、さまざまな障壁に関しても触れたい

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 外科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

特別企画５　地域における大腸癌外科診療の持続可能性を考える

司会：佐村 博範（浦添総合病院）

[SP5-1] 地域における大腸癌外科診療の持続可能性を考える（山形県における現状と課題）

*須藤 剛[1]、平田 祥太郎[1]、望月 秀太郎[1]、佐藤 圭佑[1]、深瀬 正彦[1] (1. 山形県立中央病院外科)

[SP5-2] 沖縄県における大腸癌外科診療の現状と課題

*川上 雅代[1]、仕垣 幸太郎[1]、澤岨 安勝[1]、高江洲 亨[1]、萩池 昌信[1]、稲嶺 進[1] (1. おもと会大浜第一病院下部消化管外科)

[SP5-3] 地域における大腸癌外科診療の持続可能性 ― 北海道遠紋地区の現状から ―

*浅井 慶子[1]、瀧澤 朋紀[1]、安達 雄輝[1]、唐崎 秀則[1]、稲葉 聡[1]、横尾 英樹[2] (1. JA北海道厚生連遠軽厚生病院　外科、2. 旭川医科大学　外科学講座 消化器・移植外科学分野)

[SP5-4] 大腸外科の現況と課題　医師偏在と自治体の対策

*岩本 一亜[1]、板橋 道朗[1]、木戸 知紀[1]、武藤 靖英[1]、原 仁司[1] (1. 埼玉県済生会加須病院　外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 外科
2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第2会場（2F コンベンションホール2）
特別企画５　地域における大腸癌外科診療の持続可能性を考える
司会：佐村 博範（浦添総合病院）

[SP5-1] 地域における大腸癌外科診療の持続可能性を考える（山形県における現状と課題）

*須藤 剛[1]、平田 祥太郎[1]、望月 秀太郎[1]、佐藤 圭佑[1]、深瀬 正彦[1] (1. 山形県立中央病院外科)

東北地方、とりわけ山形県では人口減少と高齢化が全国平均を上回る速度で進行しており、医師の地域偏在や外科医不足と相まって、地域医療の持続可能性が大きな課題となっている。大腸癌は依然として罹患数の多い主要ながんであり、標準治療の均てん化に加え、局所進行癌や遠隔転移症例に対する高度専門医療を地域で継続的に提供できる体制の構築が求められる。
大腸癌手術は標準化が進んでいる一方、局所進行直腸癌や局所再発癌に対する拡大手術、多臓器合併切除、切除可能遠隔転移に対する集学的治療には高度な専門性が必要である。演者は2007年に国立がん研究センター中央病院で局所進行直腸癌手術を研修し、その後山形県において骨盤内臓全摘術をはじめとする高度骨盤手術を導入してきた。根治性のみならず排尿・性機能温存を重視した治療を実践するとともに、化学療法を含めた大腸癌診療を一貫して担当している。
地方では診療科の細分化が難しく、外科医が手術、薬物療法、長期フォローアップまで担うことも少なくない。そのため外科医には包括的ながん診療能力が求められる。当院ではJCOGをはじめとする多施設共同臨床試験や治験に積極的に参加し、国内外への学会での積極的な発表をすることで、地域にいながら最新治療へアクセスできる体制整備を進めている。また、院内、県内施設との連携やWebカンファレンス、多職種カンファレンスを通じて知識・経験を共有し、若手外科医の育成にも取り組んでいる。
東北地方における大腸癌外科診療の持続可能性を確保するためには、症例集約化のみならず、地域基幹病院における専門性の維持、人材育成、臨床研究への参画、施設間連携を組み合わせた体制構築が重要である。本発表では山形県における現状を紹介し、限られた医療資源の中で大腸癌外科の専門性をいかに維持し次世代へ継承していくかを考察する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 外科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

特別企画５　地域における大腸癌外科診療の持続可能性を考える

司会：佐村 博範（浦添総合病院）

[SP5-2] 沖縄県における大腸癌外科診療の現状と課題

*川上 雅代[1]、仕垣 幸太郎[1]、澤岻 安勝[1]、高江洲 亨[1]、萩池 昌信[1]、稲嶺 進[1] (1. おもと会大浜第一病院下部消化管外科)

【背景・目的】
大腸癌外科診療においては低侵襲手術や集学的治療の進歩により高度な専門性が求められる。本島と多数の離島からなり、県外移動も容易ではない沖縄県の現状を把握し、地域での診療を維持するために必要な体制について検討した。
【方法】
NDBオープンデータおよび病院指標を用い、二次医療圏別の大腸癌手術件数を抽出し、人口10万人あたりで比較した。専門医数、診療相談体制や患者アクセス支援も評価した。
【結果】
人口10万人あたりの腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術は北部34.4、中部32.2、南部36.8で、各医療圏に分散していた。一方、腹腔鏡下直腸切除術は北部で秘匿値（10件未満）、中部3.7、南部4.8で、南部への集中がみられ、離島圏はいずれも秘匿値であった。病院指標では南部・中部の各施設においても十分な大腸癌手術件数が明示されず、施設単位では症例数が限られる可能性が示唆された。県内の大腸肛門病学会指導施設は3施設、関連施設は2施設、人口10万人あたりの大腸肛門病専門医数は0.48人で全国39位であった。
【考察】
沖縄県の大腸癌外科診療は、専門施設・専門医が限られるなか、地域の一般外科医に支えられている構造と考えられる。2023年度から津梁ネットワークを活用した大腸がん相談室が運用され、治療方針に難渋する症例について専門的助言を得られる体制を整備している。しかし相談室では実際の手術は行えず、症例数や通信・保守体制から北部・離島への遠隔手術導入は現実的ではない。そのため高難度手術は集約化が必要であり、実現には行政による患者アクセス保障、沖縄県離島患者等通院費支援事業の拡充が望まれる。一方、手術の集約化は地域病院での手術経験を減少させ、外科医を志す若手医師が地域での勤務を選択せず、地域での医師不足が一層進行する可能性も懸念される。
【結語】
持続可能な地域外科診療基盤の構築には、相談ネットワークや患者アクセス保障を拡充したうえで高難度手術を集約化し、地域勤務を含めた医師のキャリア支援をあわせて整備することが不可欠であると考えた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 外科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

特別企画５　地域における大腸癌外科診療の持続可能性を考える

司会：佐村 博範（浦添総合病院）

[SP5-3] 地域における大腸癌外科診療の持続可能性 ― 北海道遠紋地区の現状から ―

*浅井 慶子[1]、瀧澤 朋紀[1]、安達 雄輝[1]、唐崎 秀則[1]、稲葉 聡[1]、横尾 英樹[2] (1. JA北海道厚生連遠軽厚生病院 外科、2. 旭川医科大学　外科学講座 消化器・移植外科学分野)

北海道オホーツク地域の遠紋地区では、人口減少と高齢化が進行している一方、漁業・農業など地域産業を支える住民生活が広域に存在しており、地域医療に求められる役割も変化している。当院は人口約6万人の遠紋医療圏を担う地域中核病院として、一般・救急外科から癌診療まで幅広い地域外科医療を担っている。

近年、地域内で救急対応や緊急手術を担う施設は限られており、地域中核病院には高齢患者や併存疾患を有する症例が集積しやすい状況にある。一方、待機癌手術では都市部医療機関を希望する患者もみられる。その一方で、緊急時や終末期には地域医療への依存も大きく、当院が担う役割は依然大きい。

当院では腹腔鏡手術や化学療法を中心に、可能な限り地域完結型の大腸癌診療を継続してきた。また、大腸癌診療のみならず、消化器癌および乳癌診療、良性一般外科、救急外科診療まで幅広く担っている。当院における大腸癌手術件数は一定数維持されている一方、高齢化や患者背景の変化に伴い、地域外科に求められる役割も変化している。

近年の大腸癌診療では、ロボット支援手術や集学的治療など治療選択肢の高度化が進んでいる。当院ではロボット支援手術や放射線治療を実施できる環境にはないが、地域連携を行いながら、腹腔鏡手術や化学療法を中心とした診療を継続している。一方、北海道の広域医療圏では移動距離や冬季搬送など都市部とは異なる課題も存在し、地域特性に応じた役割分担や診療体制の維持も重要である。

さらに、地域における大腸癌診療は、日常の一般外科診療や救急医療、若手外科医育成といった地域外科医療全体に支えられている。地域医療は必要時のみ存在するものではなく、日常的な診療基盤の上で維持されている。

本講演では、当院における大腸癌症例の推移や地域医療の実情を提示し、標準治療を地域でどう持続可能に届けるかという視点から、北海道の地域特性を踏まえた大腸癌外科診療のあり方について考察する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 外科
2026年11月21日(土) 10:10 ~ 11:25 | 第2会場（2F コンベンションホール2）
特別企画５　地域における大腸癌外科診療の持続可能性を考える
司会：佐村 博範（浦添総合病院）

[SP5-4] 大腸外科の現況と課題　医師偏在と自治体の対策

*岩本 一亜[1]、板橋 道朗[1]、木戸 知紀[1]、武藤 靖英[1]、原 仁司[1] (1. 埼玉県済生会加須病院　外科)

埼玉県は東京に近接する医療圏で,医療従事者が都市に集中し人口10万人あたりの医師数は少ないうえ県内でも地域差が問題となっている. R6年の県内外科医師数は1,069名（全国8位）でR6/H26の増加比率は6.4%(全国1位)だったが,人口10万人あたり 14.6名(全国47位)であった. 人口の増加の割に医師確保が進んでいない現状がある. 2010年より地域枠・奨学金制度を開始し,医師育成奨学金が延べ584名に貸与されている. 医学部在学中を除く284名中義務猶予者92名を除いた192名(専門医は27名,専攻医86名,臨床研修医79名)が勤務し外科は3名のみである. 本制度は県内の医師偏在対策も織り込んでいるが,特定地域（医師不足地域）での就労が義務化されている外科は医師の偏在、減少が問題となっている. さらに2018年より専門研修プログラムが始まり専攻医プログラムの整備が特定地域の医療機関は遅れている. R6年度は特定地域での外科募集が51名に対し,非特定地域は9名の募集にすぎない. 雇用環境の格差が広がっている大都市周辺の医療圏では大腸癌外科診療の現況と持続可能性については,外科医師不足に大きく影響される. 当院は埼玉県利根地域（さいたま市北東）に位置し県内で外科診療の逼迫している地域の一つである. 外科診療は５名の消化器外科,1名の乳腺外科,1名の呼吸器外科で消化器外科は管理職を除く4名で診療を行なっている. 年間症例は約600例で三次救急のサポート並びに救急患者の受け入れを並行して行なっている. 本学会評議員は管理職を含み３名だが,大腸手術は2名で行う現状で, 定時手術はロボット支援下で,緊急手術は開腹手術で対応している.　近隣の同規模病院も外科医の確保が困難で限られた診療を強いられている. 外科医の偏在は地方都市同様,大都市近郊の医療圏も深刻な状況である. 加えて地域や施設によって未習熟な外科医が大腸癌症例を担当する機会が多い傾向にあり,治療の質を維持していくことは課題の一つなっている. 地方や大都市近郊の医療に還元できる全国規模の組み作りが急務と考える. 自治体主導の対策を例に挙げ,当院で抱える大腸外科の現状・課題と対策を提示する.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 全診療科

2026年11月21日(土) 13:40 ~ 14:40 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別企画６　大腸肛門領域における再生医療

司会：岡本 隆一（東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 消化器病態学分野)、金高 賢悟（長崎大学病院　再生医療・外科診療センター / 胃・食道外科）

[SP6-1] オルガノイド移植による大腸を基盤とした機能的腸管再生

*杉本 真也[1]、遠藤 龍眞[2,3]、加藤 宏周[2,4]、城崎 浩司[2,5]、和田 基[3]、金井 隆典[1]、佐藤 俊朗[2] (1. 慶應義塾大学医学部 内科学（消化器)、2. 慶應義塾大学医学部医化学、3. 東北大学大学院医学系研究科外科病態学講座小児外科学分野、4. 慶應義塾大学医学部外科学（一般・消化器)、5. 慶應義塾大学医学部外科学（小児))

[SP6-2] 炎症性腸疾患に対する再生医療の開発

*岡本 隆一[1] (1. 東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 消化器病態学分野)

[SP6-3] 肛門領域に対する幹細胞移植

*古川 聡美[1]、山名 哲郎[1]、丹野 侑杜[1]、新谷 裕美子[1]、井上 英美[1]、大城 泰平[1]、西尾 梨沙[1]、岡本 欣也[1] (1. JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 全診療科

2026年11月21日(土) 13:40 ~ 14:40 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別企画６　大腸肛門領域における再生医療

司会：岡本 隆一（東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 消化器病態学分野）、金高 賢悟（長崎大学病院　再生医療・外科診療センター / 胃・食道外科）

[SP6-1] オルガノイド移植による大腸を基盤とした機能的腸管再生

*杉本 真也[1]、遠藤 龍眞[2,3]、加藤 宏周[2,4]、城崎 浩司[2,5]、和田 基[3]、金井 隆典[1]、佐藤 俊朗[2] (1. 慶應義塾大学医学部 内科学（消化器）、2. 慶應義塾大学医学部医化学、3. 東北大学大学院医学系研究科外科病態学講座小児外科学分野、4. 慶應義塾大学医学部外科学（一般・消化器）、5. 慶應義塾大学医学部外科学（小児))

短腸症候群は広範な小腸切除により発症する難治性疾患であり、現在も有効な治療選択肢は限られている。再生医療の新たな戦略として腸管上皮オルガノイド移植が注目されているが、単なる組織再生にとどまらず、失われた小腸機能をいかに再建するかが重要な課題である。
われわれはこれまで、大腸上皮のみを置換する戦略により、大腸を再生医療における移植用骨格として生体内で活用することを目指し、腸管上皮オルガノイド移植による機能的腸管再生に取り組んできた。免疫不全マウス大腸の上皮を剥離し、ヒト腸管上皮オルガノイドへ置換する技術を応用して、ラット大腸上皮を除去した後に回腸オルガノイドを移植することで、大腸上皮を回腸上皮へ置換し、大腸には本来存在しない乳糜管を伴う絨毛構造を誘導した「小腸化大腸」を作製した。これは、残存大腸を機能的な小腸へ変換する新たな治療概念を提示するものである。これまでの課題であった移植効率の向上を目指し、上皮を支持する間質組織を温存しながら上皮のみを選択的に除去する移植手技を開発した。その結果、移植上皮の生着効率は大幅に向上した。さらに、再構築された上皮の生体内機能を解析した結果、回腸オルガノイド由来上皮は胆汁酸輸送をはじめとする回腸特異的機能を獲得し、短腸症候群モデルにおいて栄養吸収や予後の改善に寄与することを明らかにした。一方、大腸オルガノイド移植では同様の効果は得られず、再建後の機能は移植上皮の性質によって規定されることが示された。
本講演では、大腸を骨格として利用する腸管再生のコンセプトと、オルガノイド移植による上皮機能変換の可能性について、これまでの研究成果と今後の展望を交えて概説する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 全診療科

2026年11月21日(土) 13:40 ~ 14:40 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別企画６　大腸肛門領域における再生医療

司会：岡本 隆一（東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 消化器病態学分野）、金高 賢悟（長崎大学病院　再生医療・外科診療センター / 胃・食道外科）

[SP6-2] 炎症性腸疾患に対する再生医療の開発

*岡本 隆一[1] (1. 東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 消化器病態学分野)

炎症性腸疾患（inflammatory bowel disease：IBD）は、潰瘍性大腸炎とクローン病からなる原因不明の慢性腸管炎症性疾患群であり、わが国の患者数は両疾患で30万人を超え、なお増加を続けている。発症は思春期から若年成人期に集中し、長期にわたる治療を要するため、医療的・社会的負担は大きい。近年、5-ASA製剤等の基本治療に加え、TNF-αやインテグリン、IL-12/23等を標的とする生物学的製剤、JAK阻害薬やS1P受容体調節薬といった新規低分子化合物が相次いで導入され、IBD診療は大きく進歩した。これらは炎症制御と臨床的寛解の導入に高い有効性を示す一方、長期予後を規定する粘膜治癒の達成率は依然として限定的であり、難治例・重症例では広範な腸管切除を余儀なくされる場合も少なくない。失われた消化管機能や腸管上皮を回復させる根本的治療法は未だ確立されておらず、新たな治療戦略が強く求められている。このような課題に対し、われわれは腸上皮幹細胞を含むオルガノイドを用いた再生医療の開発を推進してきた。具体的には患者由来の腸上皮幹細胞を含むオルガノイドを体外で培養・増幅し、これを難治性潰瘍へ移植することで、生着と再上皮化を介した粘膜修復を促進する新たな再生医療の開発を試みている。さらに、多能性幹細胞から多層性で「腸」としての機能を有する消化管組織を誘導・再構築する技術の開発も進展しており、失われた大腸等の機能を補完する「グラフト」への応用を目指した開発を進めている。本講演では、炎症性腸疾患に対する再生医療の開発のねらい・役割を概観するとともに、当施設で進めているIBDに対する自家腸上皮オルガノイド移植等の最新の取り組みと、臨床実装に向けた展望および課題について概説する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別企画 | 全診療科

2026年11月21日(土) 13:40 ~ 14:40 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別企画６　大腸肛門領域における再生医療

司会：岡本 隆一（東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 消化器病態学分野）、金高 賢悟（長崎大学病院　再生医療・外科診療センター / 胃・食道外科）

[SP6-3] 肛門領域に対する幹細胞移植

*古川 聡美[1]、山名 哲郎[1]、丹野 侑杜[1]、新谷 裕美子[1]、井上 英美[1]、大城 泰平[1]、西尾 梨沙[1]、岡本 欣也[1] (1. JCHO東京山手メディカルセンター大腸肛門病センター)

近年、幹細胞を利用した再生医療が続々と研究、開発され、臨床応用も増えてきたが、現在のところ肛門領域での再生医療等製品は、クローン病に伴う肛門周囲複雑瘻孔を適応とするダルバドストロセル（Darvadstrocel）のみといえる。脂肪由来間葉系幹細胞同種移植であり本邦では2021年に厚生労働省に認可された。当薬剤の本邦での製品化においては、先に欧州で行われたADMIRE CD試験をもとに、国内臨床第三相試験が2019年から行われた。その結果によると日本人における有効性はADMIRE CD試験と同等以上であることが示唆され、現在まで国内200症例以上に使用されている。この第三相試験は52週までの報告であるが、更に156週までの追跡調査を終え良好な成績を持って論文化を待っているところである。しかしADMIRE CD試験に症例数を倍増して行ったADMIRE CD II 試験ではプラセボ群との有意な有効性を示せず、この結果を受けて本年12月にダルバドストロセルの販売中止予定となった。筆者個人の成績では2025年6月までに10例に使用しているが、完全に瘻孔が閉鎖したと思われる症例が6例、閉鎖後再燃した症例が2例、閉鎖していないが術前より改善している症例が2例であり、国内臨床第三相試験と似たような傾向を示した。
ダルバドストロルは同種移植による製品であるが、韓国では2012年から自己由来の脂肪由来幹細胞を培養後に製品として使用するCupistemが認可されている。ダルバドストロルと同様、クローン病に伴う難治性痔瘻に対する治療である。また、製品としてではなく再生治療として移植を行っている施設もあるようである。Cupistemは既に長期成績として完全な瘻孔閉鎖率76.9%と報告されている。本邦でも再生治療としていくつかの施設で臨床応用が進められているが、大規模症例の成績の報告はまだみていない。
　欧米からの報告ではクローン病難治性痔瘻に対する幹細胞移植はおおむね良好な成績のようだが同種移植では高コスト、自家移植では施設基準などの制約があり、汎用化には解決すべき問題が多いように思われる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別講演 | 全診療科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 10:55 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別講演 2

司会：江口 英利（大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学）

[SL-2] デジタル変革時代における外科系診療の未来

*北川 雄光[1] (1. 学校法人慶應義塾)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別講演 | 全診療科

2026年11月21日(土) 10:10 ~ 10:55 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別講演 2

司会：江口 英利（大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学）

[SL-2] デジタル変革時代における外科系診療の未来

*北川 雄光[1] (1. 学校法人慶應義塾)

ロボット支援手術の急速な普及と適応拡大により、外科系診療は大きな転換点を迎えている。とりわけ大腸肛門外科では、狭い骨盤内での精緻な解剖理解と繊細な操作が求められる一方、術者間・施設間の技術格差、教育負担、医療安全の確保、さらには外科医不足や地域偏在といった課題が顕在化している。これらを克服し、外科医療を次の段階へ進める鍵が、AIとデータサイエンスである。

今後は、手術映像から解剖構造や手術工程を自動認識するAI、熟練医の判断や手技を定量的に解析する技術、術中リアルタイムナビゲーション、出血や合併症の予兆を捉える予測モデルなどが、外科医の認知と意思決定を支援するようになる。また、学会や医療機関に蓄積された手術映像、技術評価、臨床転帰を統合した「外科ビッグデータ」を構築し、理想的な手術手順や安全な操作を科学的に可視化することが重要である。これにより、経験則に依存してきた技術継承を標準化し、若手外科医への効率的な教育、地域や施設による医療格差の是正、さらには継続的な質改善へとつなげることが可能となる。

一方、AIの導入には、データの質と標準化、倫理・個人情報保護、責任の所在、薬事・保険制度、医療者と社会からの信頼獲得など、多くの課題も存在する。したがって、単に新しい技術を導入するのではなく、外科医自身が開発と評価に主体的に関わり、臨床的価値と安全性を見極めながら社会実装を進める必要がある。

AIは外科医に代わるものではなく、外科医の視野、判断、技術、教育力を拡張する基盤である。本講演では、AI・ロボット手術・外科ビッグデータの融合によって、診療、教育、研究がどのように変革されるのかを展望し、次世代の外科医療を実現するために、外科医、学会、大学病院が果たすべき役割について論じたい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別講演 | 外科

2026年11月21日(土) 11:10 ~ 11:40 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別講演 3

司会：猪股 雅史（大分大学医学部 消化器・小児外科学講座）

[SL-3] 腸疾患に対する内視鏡外科の黎明と将来展望

*渡邊 昌彦[1] (1. 西麻布メディカルクリニック)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別講演 | 外科

2026年11月21日(土) 11:10 ~ 11:40 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別講演 3

司会：猪股 雅史（大分大学医学部 消化器・小児外科学講座）

[SL-3] 腸疾患に対する内視鏡外科の黎明と将来展望

*渡邊 昌彦[1] (1. 西麻布メディカルクリニック)

内視鏡外科は1990年に本邦で胆嚢摘出術に導入され，現在は標準的外科治療として認知されている．導入当初は創痛の軽減や整容性の向上，早期社会復帰などに代表される低侵襲性が内視鏡外科の普及の原動力であった．その後，ロボット手術の可動域制限からの解放や拡大視効果がもたらす精緻なリンパ節郭清，機能温存などが内視鏡外科の大きな利点として注目されるようになった．今回は，腸疾患に対する内視鏡外科の変遷と将来を展望したい．

我々は1992年に早期大腸癌に内視鏡外科を導入し，本法の安全な普及と定型化を目指した．本法は術野を多人数で共有出来るため，手技や解剖の教育にも優れていた．とくに日本内視鏡外科学会が世界に先駆けて導入した技術認定制度は，本法の安全な普及の一翼を担っていたと考えられる．

21世紀を迎え，早期がんから進行結腸がんへと本法の適応拡大が試みられるようになった．海外からも進行結腸がんにおける内視鏡外科と開腹手術とのRCTの結果が次々に報告され，本邦においてもJCOG0404が行われ，進行結腸がん治療の選択肢として認められるに至った．一方，直腸がん手術は狭小な骨盤内で視野確保が難しく可動域制限も著しい．そのような手技上の困難性にも関わらず，直腸がん手術ではCRMの確保が極めて重要である．2010年代に入り可動域制限を克服する手技も確立され、さらにロボットの導入が安全で精緻な骨盤内操作を可能にし，直腸がんも内視鏡外科の適応となった．

内視鏡外科は炎症性腸疾患治療においても優れた選択しとなりつつある．とくにクローン病は比較的若年者に好発し再手術率が高いことから，低侵襲で癒着が少なく，整容性に優れた内視鏡外科は有用性が高い．また本邦では年間12万人以上が術後癒着性腸閉塞をきたし，その2割以上に開腹手術が行われている．そこで術後癒着が軽度な内視鏡外科は，癒着性腸閉塞の有効な治療法の一つと考えられるようになった．

以上，腸疾患に内視鏡外科が導入されてから30有余年の月日が経ち．本法は腸疾患治療の主流となった．今後はAIなどの新しい技術の導入により，内視鏡外科はさらに精緻でかつ安全な手技として進化を続けるであろう．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別講演 | 全診療科

2026年11月21日(土) 14:45 ~ 15:30 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別講演 4

司会：金高 賢悟（長崎大学病院　再生医療・外科診療センター / 胃・食道外科）

[SL-4] 日本近代西洋医学の誕生 ―ポンペとボードインそして彼らの弟子たち

*相川 忠臣[1] (1. 日本赤十字社長崎原爆病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

特別講演 | 全診療科

2026年11月21日(土) 14:45 ~ 15:30 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

特別講演 4

司会：金高 賢悟（長崎大学病院　再生医療・外科診療センター / 胃・食道外科）

[SL-4] 日本近代西洋医学の誕生 ―ポンペとボードインそして彼らの弟子たち

*相川 忠臣[1] (1. 日本赤十字社長崎原爆病院)

ペリー提督率いる米国艦隊が1853年浦賀に来航、黒船から打ち出される大砲の轟きにより、幕府は開国を迫られた。黒船を手にいれたい幕府に、オランダから派遣されたSoembing号艦長ファビウスは海軍設立を提言した。オランダが一隻軍艦を贈呈し、幕府は二隻軍艦を購入、海軍設立の為の海軍伝習派遣隊を1855年に送るという内容であった。ペルス・ライケン率いる第一次派遣隊はSoembing号（観光丸）を用いて操船を教えた。カッテンディーケ率いる第二次海軍伝習派遣隊が1857年Japan号（咸臨丸）に乗って来日した。ハルデスら艦船士官とポンペ軍医が加わり、操船に加え蒸気機関や医学に必要な広範な科学知識が幕臣と佐野常民ら諸藩の俊秀に教えられ1859年終了した。1860年、咸臨丸を提督（海軍伝習総督後軍艦奉行）木村摂津守喜毅、艦長（学生長後教授方頭取）勝海舟の指揮下、海軍伝習生が操縦し太平洋横断に成功した。福沢諭吉は木村提督の従者として参加した。

　ポンペは病院や医学校もなく、公衆衛生行政もない日本で、母校ユトレヒト陸軍軍医学校と同様の基礎医学、臨床医学、臨床実習と進む系統的な近代西洋医学教育を松本良順の助けを受けながら言葉の壁を乗り越えて実施した。将軍お目見え医師松本良順は、海軍伝習御用医として赴任した。ポンペは定評ある教科書から実践的内容を選抜したオランダ語講義ノートを作り、それを読み上げ、説明を加えて通詞が訳した、科目終了時にノートは良順に渡され、初期は良順や司馬凌海により、後期は佐藤尚中と弟子達により翻訳された。1861年、124ベッドの日本最初の西洋式病院、養生所（頭取良順）が開院し、臨床実習が行われた。天然痘を予防する種痘を普及し、米艦入港後のコレラの治療を行った。1862年頭取は良順に代わり八木称平が就任した。10月末全課程終了、ポンペはボードインに引き継ぎ帰国した。ボードインはユトレヒト陸軍軍医学校に15年間務めた練達の教官で眼科を得意とした。内科の臓器別講義、泌尿科学、婦人科学等を長崎と大坂医学校で教え、大学東校で最新の神経生理学を講義した。彼の弟子相良知安と長与専斎によりオランダ式の公衆衛生行政が明治維新に成立した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

理事長講演

2026年11月21日(土) 12:50 ~ 13:20 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

理事長講演

司会：宮島 伸宜（松島病院大腸肛門病センター）

[CL] 日本大腸肛門病学会の未来への期待

*板橋 道朗[1] (1. 埼玉県済生会　加須病院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

理事長講演

2026年11月21日(土) 12:50 ~ 13:20 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

理事長講演

司会：宮島 伸宜（松島病院大腸肛門病センター）

[CL] 日本大腸肛門病学会の未来への期待

*板橋 道朗[1] (1. 埼玉県済生会　加須病院)

本学会は大腸肛門病学における研究、教育及び診療の向上を図るとともに、国民の健康と福祉に寄与することを目的にしています。1940年に「日本直腸肛門病学会」が創立され、1966年には「日本大腸肛門病学会」に改称され会員が領域横断的に活動する学会として発展してきました。
学術集会では先端的な研究から領域横断的なセッションまで工夫を凝らした内容が盛りだくさんinternational sessionも組まれるようになりました。教育セミナーは会員の利便性と教育効果を鑑みe-learningを取り入れてきました。機関誌は多くの貴重な論文が掲載され、国際的な認知向上が期待されます。また、本学会が刊行の肛門疾患（痔核・痔瘻・裂肛）・直腸脱診療ガイドラインは改訂作業がすすんでいます。
学会の国際交流は重要で、欧州、米国、韓国、中国などの学会との連携を深めています。ESCP fellowshipに加えてASCRSとの間でも同様のfellowshipが開始されています。また、若手医師トラベルグラント制度の導入を検討しています。また、若手医師の入会を促進、様々な魅力のある運営を行うことで本学会会員数が増加するよう努めます。さらに、女性会員の育成を促進し、評議員や役員への登用を推進してまいります。
専門医に関しては喫緊の課題は二つあります。まず、大腸肛門病学会専門医の日本専門医機構の位置づけであります。標ぼう可能な単なる専門医ではなく、本学会が権威を持って認定できる修練制度を確立・維持することが重要であります。状況によっては、現在のまま学会独自の専門医制度を維持する選択肢もあります。この課題解決に向けてWGを作成、今後も必要性を熟慮し専門医制度の修正や制度の変更を検討していきます。
二つ目は、医学的な治療成績の優位性を明らかにすることです。専門医は、非専門医を比べて治療成績が優れているなど、本学会専門医の診療は質が高く治療成績が良いことをデータで示し専門医の診療の質を証明する必要があります。このような経緯から専門医の質を示すWGを設置、さらに発展的に学術委員会に統合しています。
皆さんと協力して、さらに魅力ある学会にしてまいりたいと存じますので、よろしくお願い申し上げます。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

閉会式

2026年11月21日(土) 16:50 ~ 17:00 | 第1会場（2F コンベンションホール1）

閉会式

閉会式

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会