Panel Discussion | Internal Medicine

Fri. Nov 20, 2026 2:15 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 20, 2026 5:15 AM - 6:30 AM UTC | Room 7 (1F 107)

Panel Discussion 5 Diagnosis and Treatment of Functional Gastrointestinal Disorders and Anorectal Dysfunction

Moderator: (OHASHI Clinic)

[PD5-1] Clinical Practice of Defecatory Disorders in Chronic Constipation at Our Institution

*Eikichi Ihara[1] (1. Department of Gastroenterology, International University of Health and Welfare School of Medicine, Narita, Chiba, Japan)

[PD5-2] Abnormal Postprandial Colonic Motor Response in Functional Constipation

*Tsutomu Takeda[1] (1. Department of Gastroenterology, Juntendo University Faculty of Medicine)

[PD5-3] Relationship between rectal dilatation and chronic constipation

*Kentaro Chikaraishi[1] (1. Department of Surgery, National Hospital Organization Nishisaitama-chuo National Hospital)

[PD5-4] Association between the Presence of Rectal Stool and the Sensation of Defecatory Urge in Patients with Chronic Constipation

*Momoko Tsuda[1,2] (1. Sapporo Cancer Screening Center, Public Interest Foundation Hokkaido Cancer Society)

[PD5-5] Laparoscopic ventral rectopexy with posterior colporrhaphy/perineoplasty for rectocele - operative procedure and perioperative bowel function

*Takehiro Kato[1] (1. Department of Gastrointestinal Surgery, Kameda Medical Center)

[PD5-6] Impact of Reduced Anal Sphincter Pressure on Postoperative Bowel Dysfunction after Rectal Cancer Surgery

*Keita Matsumoto[1] (1. Department of Gastrointestinal Surgery, Gifu University Hospital)

[PD5-7] Importance of Multidisciplinary Collaboration in the Management of Defecatory Dysfunction after Obstetric Anal Sphincter Injuries (OASIS)

*Tomoko Takahashi[1] (1. Department of Gastroenterological Surgery, Kameda Medical Center)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion | Internal Medicine

Fri. Nov 20, 2026 2:15 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 20, 2026 5:15 AM - 6:30 AM UTC | Room 7 (1F 107)

Panel Discussion 5 Diagnosis and Treatment of Functional Gastrointestinal Disorders and Anorectal Dysfunction

Moderator: (OHASHI Clinic)

[PD5-1] Clinical Practice of Defecatory Disorders in Chronic Constipation at Our Institution

*Eikichi Ihara[1] (1. Department of Gastroenterology, International University of Health and Welfare School of Medicine, Narita, Chiba, Japan)

Rome V基準では、原因が明らかでないfunctional constipationはchronic constipation（慢性便秘症［狭義］）へと名称変更された。慢性便秘症（狭義）は病態に基づき、大腸通過正常型、大腸通過遅延型、便排出障害型（defecation disorder）に分類される。Defecation disorderは、便失禁（incontinence）、直腸肛門痛（anorectal pain）、排便協調障害（dyssynergic defecation）、直腸感覚低下（rectal hyposensitivity）、および直腸感覚過敏（rectal hypersensitivity）に分類される。このうち慢性便秘症（狭義）には、主に排便協調障害および直腸感覚異常が関与する。これらの系統的評価法として、4つのPartから構成されるLondon分類が提唱されている。すなわち、Part 1は直腸肛門抑制反射、Part 2は安静時肛門圧および随意収縮圧、Part 3は直腸肛門協調運動、Part 4は直腸感覚閾値の評価である。
当科ではこれらの診断基準に基づき、便失禁および便排出障害型慢性便秘症33例を対象に診療を行い、その実際を検討した。平均年齢は68.1±11.7歳で、女性が78.8%（n=26）と多数を占めた。症状は便秘69.7%（n=23）、下痢9.1%（n=3）、両者併存21.2%（n=7）であった。基礎疾患は強皮症が最多（12例）であり、次いで高血圧症8例、脂質異常症7例、逆流性食道炎5例、甲状腺機能低下症5例、脊柱管狭窄症4例、シェーグレン症候群4例であった。
機能評価では、直腸肛門協調運動障害を78.8%（n=26）、直腸感覚低下を36.4%（n=12）に認めた。さらに強皮症群と非強皮症群で比較検討したところ、強皮症群では便失禁の頻度が有意に高かった。高解像度直腸肛門内圧検査では、強皮症群は非強皮症群と比較して肛門管静止圧が有意に低値（中央値22.5 mmHg vs. 37.0 mmHg, p=0.01）であり、直腸容量も低下していた（121 mL vs. 163 mL, p=0.04）。一方、随意収縮圧、排便時肛門弛緩率、バルーン排出試験陽性率、および直腸感覚閾値には有意差を認めなかった。以上より、強皮症を基礎疾患に有する慢性便秘症患者では、肛門括約筋の線維化や直腸壁伸展性低下に起因すると考えられる肛門管静止圧低下、直腸容量減少、および便失禁が特徴的であった。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion | Internal Medicine

Fri. Nov 20, 2026 2:15 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 20, 2026 5:15 AM - 6:30 AM UTC | Room 7 (1F 107)

Panel Discussion 5 Diagnosis and Treatment of Functional Gastrointestinal Disorders and Anorectal Dysfunction

Moderator: (OHASHI Clinic)

[PD5-2] Abnormal Postprandial Colonic Motor Response in Functional Constipation

*Tsutomu Takeda[1] (1. Department of Gastroenterology, Juntendo University Faculty of Medicine)

【目的】機能性便秘症（FC）は大腸の蠕動運動異常が病態に関与すると考えられるが、食事摂取に対する大腸の蠕動運動を非侵襲的に評価した報告は少ない。シネMRIは放射線被曝を伴わず、連続した任意断面の観察が可能であることから、消化管運動の評価に有用な手法として報告されている。そこで本研究では、シネMRIを用いて食事摂取による大腸運動を評価し、FC患者の大腸壁運動を健常者と比較検討することを目的とした。
【方法】2021年1月から2022年5月までにROME IV診断基準によりFCと診断された患者および健常者（HC）を対象に前方視的に検討した。吸気中に上行結腸（A）、横行結腸（T）、下行結腸（D）、S状結腸（S）、直腸（R）をシネMRI撮影し、大腸の腸管径（mm）、振幅（mm）、収縮頻度（回／min）を検査食前後で比較し評価した。各項目で食後変化量（Δ＝食後値－食前値）を算出し、HC群とFC群で比較した。
【成績】対象者は31名（HC：14名、FC：17名）、年齢(y)：44.2±21.2、M/F 17/14、BMI22.1±3.6であった。食後変化量の群間比較では、FC群はHC群と比較して、S状結腸のΔ最大腸管径（mm）が有意に低値であった（0.7 vs 4.0 mm, p=0.03）。また、下行結腸のΔ振幅（mm）はFC群で有意に低値であった（0.7 vs 6.0 mm, p＜0.01）。一方、上行結腸および横行結腸では明らかな差を認めなかった。
【結論】本研究により、FC患者ではHCと比較して、食事摂取に対する大腸蠕動運動の反応性が下行結腸からS状結腸にかけて低下していることが示唆された。シネMRIを用いた食事摂取による蠕動運動の評価は、FCの大腸機能評価に有用な非侵襲的手法となる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion | Internal Medicine

Fri. Nov 20, 2026 2:15 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 20, 2026 5:15 AM - 6:30 AM UTC | Room 7 (1F 107)

Panel Discussion 5 Diagnosis and Treatment of Functional Gastrointestinal Disorders and Anorectal Dysfunction

Moderator: (OHASHI Clinic)

[PD5-3] Relationship between rectal dilatation and chronic constipation

*Kentaro Chikaraishi[1] (1. Department of Surgery, National Hospital Organization Nishisaitama-chuo National Hospital)

【緒言】我々はCT検査のSagittal断面像から直腸排便機能の評価を試み, 恥骨上縁と第3仙骨の下縁を結んだライン (P-S3 line)上の直腸が3cm以上拡張した場合に慢性便秘症（排便障害）が生じることを報告してきた(In Vivo. 2025;39(6):3575-3580). 今回我々は, この仮説の正当性について検討したので報告する.
【対象および方法】 2024年1月から2025年12月まで当院で胆嚢摘出術あるいは虫垂切除術を受けた207例（男性104人, 女性103人）を対象とし, 術前CT検査画像 (Axial, Sagittal) と術前の慢性便秘症（排便障害）との関係について検討した. CT検査のSagittal像で恥骨上縁とS3の下縁を結んだライン (P-S3 line)上の直腸の長径を計測し, CT検査のSagittal像で上部直腸の長径はS2下縁の高さ, 下部直腸の長径は尾骨の先端部の高さで計測した. 腸管の長径より30mm以上拡張していた場合を腸管拡張ありと判断した.
【結果】 平均年齢は52.5 (14–93)歳であった. 上部直腸の平均長径は19.9 (12–46) mm, P-S3 line上の直腸の平均長径は24.9(14-59) mm, 下部直腸の平均長径は31.1 (17–70) mmであった. 下剤を内服していたのは31例(15%)であった. 下剤を内服していた症例の平均年齢は71.9 (15-93) 歳で非内服群54.7 (14-84) 歳より有意に高齢であった. 下剤を内服していた症例の上部直腸の平均長径は 29.3 (14-46) mmで非内服群 18.3 (12-28) mmより有意に拡張していた. 下剤を内服していた症例のP-S3 line上の直腸の平均長径は40.2（31-59）mmで非内服群 22.2 (14-29) mmより有意に拡張していた. 下剤を内服していた症例の下部直腸の平均長径は 46.9 (34-70) mmで非内服群 28.3 (17-70) mmより有意に拡張していた.　年齢（70歳以上 or 未満）, 男女, 上部直腸の拡張, P-S3 line上の直腸の拡張, 下部直腸の拡張と下剤の内服の関係について重回帰分析を行ったが, 相関係数は年齢0.263, 男女0.097, 上部直腸の拡張0.591, P-S3 line上の直腸の拡張 1.000, 下部直腸の拡張 0.493で下剤の内服とP-S3 line上の直腸の拡張に高い相関がみられた.
【結語】 P-S3 line上の直腸の拡張と慢性便秘症（排便障害）との強い関連性がみられたため, 今後P-S3 line上の直腸の拡張が排便障害の指標となる可能性が示唆された.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion | Internal Medicine

Fri. Nov 20, 2026 2:15 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 20, 2026 5:15 AM - 6:30 AM UTC | Room 7 (1F 107)

Panel Discussion 5 Diagnosis and Treatment of Functional Gastrointestinal Disorders and Anorectal Dysfunction

Moderator: (OHASHI Clinic)

[PD5-4] Association between the Presence of Rectal Stool and the Sensation of Defecatory Urge in Patients with Chronic Constipation

*Momoko Tsuda[1,2] (1. Sapporo Cancer Screening Center, Public Interest Foundation Hokkaido Cancer Society)

【目的】慢性便秘症は多因子性の疾患であり，その病態の一端に直腸感覚異常の関与が示唆されている．特に直腸内便存在と便意との関係は，排便障害の臨床像を説明する上で重要であるが，評価した報告は少ない．本研究では，便秘外来において超音波で直腸内の便塊を評価し，その時点での便意の有無との関係性を分析することで，直腸感覚の過敏や鈍麻の関連を検討した．

【方法】2022年4月から2024年12月までに当院便秘外来を受診し，経腹超音波検査を施行した139例を対象とした．便意不明7例，残便感不明1例，直腸描出不良7例，データ不足8例を除外し，さらに直腸内にガスのみを認めた34例を別群とし，82例を解析対象とした．直腸便塊の有無により「直腸便なし」と「直腸便あり」に分類した．各群で便意の有無を調査し，「便意あり」と「便意なし」に分類した．「直腸便なし/便意あり」を便意過敏，「直腸便あり/便意なし」を便意鈍麻と定義した．これら便意過敏と便意鈍麻を便意異常とし，便意正常と比較検討した．

【結果】82例，平均年齢65.5歳(男16，女56人)．直腸便なし群60例，直腸便あり群29例．「直腸便なし/便意あり」の便意過敏が6例，「直腸便あり/便意なし」の便意鈍麻が22例であった．便意正常(56例)，便意異常(28例)の比較では，便意異常で年齢が低い，治療後でも残便感の訴え多い(p=0.0146)，便秘病悩期間が長い，などの特徴があった．両群で刺激性下剤の減量は可能であった．

【結論】慢性便秘患者における便意と直腸便存在の評価は，直腸感覚異常の把握に有用である．便意異常群の存在は，従来の通過時間や排便頻度のみでは説明できない便秘症の多様性を反映している可能性がある．従って，その評価を治療方針決定において取り入れることで，個別化医療につながると考える．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion | Internal Medicine

Fri. Nov 20, 2026 2:15 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 20, 2026 5:15 AM - 6:30 AM UTC | Room 7 (1F 107)

Panel Discussion 5 Diagnosis and Treatment of Functional Gastrointestinal Disorders and Anorectal Dysfunction

Moderator: (OHASHI Clinic)

[PD5-5] Laparoscopic ventral rectopexy with posterior colporrhaphy/perineoplasty for rectocele - operative procedure and perioperative bowel function

*Takehiro Kato[1] (1. Department of Gastrointestinal Surgery, Kameda Medical Center)

【緒言】 直腸瘤は、努責時に直腸前壁が腟後壁を圧排し脱出する経腟骨盤臓器脱である。排便障害を伴わない症例も多いが、排便時の後腟壁用手圧迫 (splinting) や瘤内残便による便失禁等、特徴的な排便障害を呈する症例も認められる。現在当科では直腸瘤に対し、Laparoscopic Ventral Rectopexy (LVR) に腹腔側からの後腟壁縫縮、後腟壁メッシュ (小腸瘤併存例)、経腟的会陰形成を症例に応じて付加している。
【目的】 本術式の短期成績および周術期の排便機能について検討し報告する。
【結果】 2018 年から2025 年までに筆頭演者が経験した骨盤臓器脱手術症例は 197 例で、このうち排便造影で直腸瘤主体と診断した症例は 17 例、年齢 75 (62-85) 歳、最大突出距離 6.3 (2.5-9.7) cm であった。付加術式は、後腟壁縫縮 7 例、後腟壁メッシュ 4 例、経腟的会陰形成 7 例、仙骨腟固定 (膀胱子宮脱合併例) 9 例であった。手術時間 192 (115-305) 分、出血 0 (0-125) mL、Clavien-Dindo grade III 以上の周術期合併症は 1 例 (骨盤内血腫)、術後在院日数は 5 (4-10) 日であった。術後観察期間 41 (6-95) か月現在、再発例を認めていない。
排便機能の検討では、11 例は術前から残便感以外の排便障害を認めておらず、5 例術前排便時に splinting を要していたが全例術後は不要となり、3 例瘤内残便による便失禁を認めていたが全例術後軽快した。
【結論】 直腸瘤に対する LVR に後腟壁縫縮、後腟壁メッシュ、会陰形成を付加する本術式は、少数例の検討ではあるが、形態的、機能的いずれの面からも有用な術式の一つと考えられる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion | Internal Medicine

Fri. Nov 20, 2026 2:15 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 20, 2026 5:15 AM - 6:30 AM UTC | Room 7 (1F 107)

Panel Discussion 5 Diagnosis and Treatment of Functional Gastrointestinal Disorders and Anorectal Dysfunction

Moderator: (OHASHI Clinic)

[PD5-6] Impact of Reduced Anal Sphincter Pressure on Postoperative Bowel Dysfunction after Rectal Cancer Surgery

*Keita Matsumoto[1] (1. Department of Gastrointestinal Surgery, Gifu University Hospital)

直腸術後の排便機能障害は患者のQOLに大きく影響するが、その病態における肛門内圧の関与は十分に明らかではない。本研究では、直腸手術後症例における排便機能と肛門内圧の関連を明らかにすることを目的とした。対象は2022年8月から2025年12月に腹腔鏡/ロボット支援下直腸手術を施行した症例のうち、術後3か月時点で肛門内圧検査および排便機能評価（Wexner score、LARS score）が施行された108例とした。肛門内圧指標として最大静止圧（MRP）および最大随意収縮圧（MSP）を用い、便失禁の重症度評価としてWexner score、LARS scoreとの関連をSpearmanの順位相関係数により解析した。さらに、MRPおよびMSPの各中央値をカットオフとして低値群と高値群に分類し、群間でのWexner score、LARS scoreを比較した。群間比較にはMann–Whitney U検定を用いた。その結果、術後3か月においてMRPとWexner scoreの間に有意な負の相関を認めた（ρ=-0.315, p=0.00096）。同様にMSPとWexner scoreの間にも有意な負の相関を認めた（ρ=-0.283, p=0.00316）。群間比較では、MRP低値群は高値群と比較してWexner scoreが有意に高値であり（中央値8.0 vs 4.0, p=0.0139）、MSP低値群においても同様にWexner scoreが高値であった（中央値6.5 vs 4.0, p=0.0215）。一方で、MRPおよびMSPとLARS scoreの間には有意な相関を認めなかった。さらに、腫瘍下縁がRbに及ぶ症例ではMRPが低い傾向を認めた。これらの結果より、最大静止圧（MRP）および最大随意収縮圧（MSP）は便失禁症状に関与し、特にMRPは安静時の肛門閉鎖機能を反映する指標であると考えられた。また、LARSのような排便機能全体を評価する指標とは異なる側面を反映している可能性が示唆された。以上より、直腸術後において肛門内圧低下は便失禁症状の増悪と関連しており、特に静止圧低下が重要な因子であることが示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

Panel Discussion | Internal Medicine

Fri. Nov 20, 2026 2:15 PM - 3:30 PM JST | Fri. Nov 20, 2026 5:15 AM - 6:30 AM UTC | Room 7 (1F 107)

Panel Discussion 5 Diagnosis and Treatment of Functional Gastrointestinal Disorders and Anorectal Dysfunction

Moderator: (OHASHI Clinic)

[PD5-7] Importance of Multidisciplinary Collaboration in the Management of Defecatory Dysfunction after Obstetric Anal Sphincter Injuries (OASIS)

*Tomoko Takahashi[1] (1. Department of Gastroenterological Surgery, Kameda Medical Center)

分娩時肛門括約筋損傷（Obstetric Anal Sphincter Injuries: OASIS）は、第3度・4度分娩時会陰裂傷に相当し、女性における便失禁の主要な原因とされている。近年、肛門管超音波検査や肛門内圧検査の普及により、従来見逃されていた軽微な括約筋損傷も診断されるようになり、肛門管超音波では経腟分娩の約30%で検出されるとの報告もあり、OASIS関連病態の実際の頻度は従来考えられていたより高い可能性が示唆されている。OASISが発生した場合でも、分娩直後の正確な診断と適切な初期修復により、便失禁症状の発現を低減させることが報告されている。しかしながら産科および外科領域共に診断方法や、修復技術のばらつきにより時に分娩後女性に対し長期的な排便機能に影響を及ぼす症例も存在し課題となっている。2024年に刊行された便失禁診療ガイドライン第２版では、初めて分娩後便失禁に関する２つのClinical Question（CQ）が設定された。1つ目は分娩後便失禁に対して専門施設への紹介タイミング、もう１つはOASIS受傷者における次回分娩様式の選択である。これらCQにより専門的診療介入が必要な症例の整理が進められた。しかし現状では、これらCQの認知は十分とは言えず、産科、消化器内科、外科・肛門外科の間で診療が分断されていることも多く、患者が適切な診療へ到達するまでに時間を要することが課題である。また排便機能障害には解剖学的異常のみならず、DGBIに代表される機能的要因の関与も考慮する必要がある。本演題では、OASISの診断・初期治療から長期的な排便機能評価・治療に至るまでの一連の診療プロセスを整理し、各専門領域の役割と連携の在り方について概説する。さらに、診療科横断的な連携体制の構築が、患者のQOL向上にどのように寄与するかについて考察する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会