一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター1

一般演題（ポスター）2　進行大腸癌に対する手術 2

座長：田中 慶太朗（市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科）

[P2-1] 直腸癌術後縫合不全部における難治性瘻孔治療に難渋した一例

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

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

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

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

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

[P2-4] T4b大腸癌に対する腹腔鏡下手術の短期・中期成績

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

[P2-5] 右側結腸切除に対する体腔内吻合の短期成績

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

[P2-6] 腹腔鏡下大腸切除術における腹壁瘢痕ヘルニアのリスク因子の検討

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

[P2-7] 直腸癌に対するTaTME併用6症例の検討

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

[P2-8] 当院における高度肥満を伴う大腸癌症例に対する手術成績の検討

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター1

一般演題（ポスター）2　進行大腸癌に対する手術 2

座長：田中 慶太朗（市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科）

[P2-1] 直腸癌術後縫合不全部における難治性瘻孔治療に難渋した一例

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター1

一般演題（ポスター）2　進行大腸癌に対する手術 2

座長：田中 慶太朗（市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科）

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

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

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

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター1

一般演題（ポスター）2　進行大腸癌に対する手術 2

座長：田中 慶太朗（市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科）

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター1

一般演題（ポスター）2　進行大腸癌に対する手術 2

座長：田中 慶太朗（市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科）

[P2-4] T4b大腸癌に対する腹腔鏡下手術の短期・中期成績

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター1

一般演題（ポスター）2　進行大腸癌に対する手術 2

座長：田中 慶太朗（市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科）

[P2-5] 右側結腸切除に対する体腔内吻合の短期成績

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター1

一般演題（ポスター）2　進行大腸癌に対する手術 2

座長：田中 慶太朗（市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科）

[P2-6] 腹腔鏡下大腸切除術における腹壁瘢痕ヘルニアのリスク因子の検討

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター1

一般演題（ポスター）2　進行大腸癌に対する手術 2

座長：田中 慶太朗（市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科）

[P2-7] 直腸癌に対するTaTME併用6症例の検討

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター1

一般演題（ポスター）2　進行大腸癌に対する手術 2

座長：田中 慶太朗（市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科）

[P2-8] 当院における高度肥満を伴う大腸癌症例に対する手術成績の検討

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

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

【対象・方法】

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

【結果】

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

【考察・結語】

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会