一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター10

一般演題（ポスター）19　症例：大腸良性疾患その他 1

座長：田中 玲子（道仁病院）

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

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

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

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

[P19-3] S状結腸子宮内膜症により全周性狭窄をきたした1例

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

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

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

[P19-5] 便潜血陽性で発見された腸管子宮内膜症の1例

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

[P19-6] 内視鏡治療にて保存的に軽快した、魚骨による大腸穿孔の1例

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

[P19-7] 診断が遅れた腸結核の1例

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター10

一般演題（ポスター）19　症例：大腸良性疾患その他 1

座長：田中 玲子（道仁病院）

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

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

壊死型虚血性大腸炎では壊死腸管の切除後にも異時性に残存腸管壊死(On-Going Ischemia: OGI)するリスクがある. 今回, 壊死腸管を切除して結腸瘻を造設し, さらに口側で小腸瘻を造設する分離型腸瘻造設(Divided Stoma Construction: DSC)を施行した2例を報告する.
(症例-1)90才, 女性. 主訴は前日からの腹痛. CTにてS状結腸に便塊貯留と口側結腸の液状便および終末回腸の拡張を認めた. 術中所見では脾弯曲を含む左半結腸が全層壊死に陥り, 横行結腸中間位にも虚血を認めたが肝弯曲からの右半結腸に虚血性変化は認めなかった. 壊死型虚血性大腸炎(限局型)の診断で左半結腸切除+空置結腸瘻+回腸瘻造設術を施行. 術後に空置結腸瘻の壊死を来たしたが, 全身状態は改善傾向を認めて初回術後から24日目に日に腸瘻閉鎖を含む右結腸-直腸吻合術を施行した.
(症例-2)77才, 女性. 主訴は嘔吐・下痢・腹痛. CTにて下行結腸からS状結腸の造影効果不良と下部内視鏡でS状結腸を中心に縦走潰瘍と粘膜壊死を認めた. 術中所見では肝弯曲部横行結腸から下行結腸まで全層壊死所見があり, S状結腸遠位にも一部漿膜の虚血所見を認めた. 壊死型虚血性大腸炎(全結腸型)の診断にて拡大左半結腸切除+空置結腸瘻+回腸瘻造設術を施行. 術後の下部内視鏡では残存結腸に虚血性変化は認められず初回術後から20日目に回腸瘻および結腸瘻の閉鎖術を施行した.
壊死型虚血性大腸炎の治療戦略として壊死腸管からのBacterial translocationや穿孔およびOGIの回避は重要である. この意味において壊死腸管を切除し切除部近傍の腸管を粘液瘻とした上で更に口側に腸瘻を造設するDSCは病変部近傍の腸管と健常腸管との連続性を離断することに加えて残存結腸を安静に保つことでOGI発症のリスク低減および機能温存が期待できる術式であると思われた.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)
2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター10
一般演題（ポスター）19　症例：大腸良性疾患その他 1
座長：田中 玲子（道仁病院）

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

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

【はじめに】盲腸捻転症は比較的稀な腸閉塞の原因であり，腸管虚血や穿孔を来し得るため迅速な対応が求められる．近年，腹腔鏡下手術の有用性が報告されているが，術中に腸管血流を客観的に評価する方法については一定の見解が得られていない．ICG蛍光法は血流評価に有用とされるが，盲腸捻転症への応用報告は少ない．今回，ICG蛍光法にて血流評価を行い，腹腔鏡下回盲部切除術を施行した1例を経験したため報告する．

【症例】60歳代，女性．下腹部痛を主訴に近医を受診し，盲腸捻転症と診断された．内視鏡的整復では捻転解除には至らず当院紹介となった．来院時も盲腸捻転は変わらず存在し，下腹部痛は継続していた．腸閉塞や消化管穿孔，盲腸血流障害の危険性があると判断し手術を施行した．腹腔鏡下に観察したところ，回結腸動静脈を軸に回盲部の捻転を認めた．捻転解除前に体腔内でICG蛍光法により血流評価を行い，捻転部の腸管虚血がないことを確認した．回結腸動静脈を切離後，Pfannenstiel切開より回盲部を体腔外に誘導し回盲部切除術を施行した．

【考察】盲腸捻転症は盲腸の可動性亢進を背景に発症し，進行すると腸管虚血や穿孔に至る可能性があるため外科的治療が基本となる．他の治療法として整復固定術があるが，再発や虚血のリスクが高く，回盲部切除術が選択されることが多い．近年は腹腔鏡下手術の有用性も報告されており，低侵襲で安全に施行可能とされる．一方で，術中の腸管血流評価は術式選択や切除範囲の決定において重要であるが，従来は色調や蠕動などの肉眼所見に依存することが多く，客観性に乏しいという課題があった．ICG蛍光法はリアルタイムに腸管血流を可視化でき，吻合部血流評価などで広く応用されている．本症例では捻転解除前にICG蛍光法を用いて血流評価を行うことで，捻転部腸管の虚血がないことを客観的に確認できるとともに，過不足ない腸管切除が可能になった。盲腸捻転症におけるICG蛍光法の応用は報告が限られており，本手法は治療戦略の一助となる可能性がある．

【結語】盲腸捻転症に対しICG蛍光法を併用することで，より安全に腹腔鏡下回盲部切除術を施行し得た．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター10

一般演題（ポスター）19　症例：大腸良性疾患その他 1

座長：田中 玲子（道仁病院）

[P19-3] S状結腸子宮内膜症により全周性狭窄をきたした1例

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

【はじめに】腸管子宮内膜症は異所性の子宮内膜組織が腸管に存在する疾患で，腹痛や出血，閉塞などの症状を呈することがあり，悪性腫瘍との鑑別が困難なことがある．今回，われわれはS状結腸子宮内膜症により全周性狭窄をきたした1例を経験したので報告する．【症例】40歳，女性．下腹部痛と嘔吐を主訴に救急外来を受診され，腹部造影CTでS状結腸に造影効果を伴う全周性の壁肥厚と狭窄を認めた．同日S状結腸の全周性の狭窄に対して緊急で内視鏡的にステントを留置した．生検結果はGroup 2であった．婦人科を受診したが内診、経腟エコー施行し子宮内膜症は積極的には疑われないと判断され，11週間後に腹腔鏡下S状結腸切除術，D2郭清を施行した．病理組織学的検査で粘膜下層，固有筋層，漿膜下組織内に子宮内膜組織が散見され，S状結腸子宮内膜症と診断され，所属リンパ節にも子宮内膜組織を認めた．合併症なく経過し術後6日目に退院し,現在も外来フォロー中である．【考察】子宮内膜症は閉経前女性の約10%にみられ，そのうち約10%に腸管子宮内膜症を認めたという報告がある．腸管での発生頻度は，本症例のように子宮と近い直腸・S状結腸が75-90%と最も高いという報告がある．下部消化管内視鏡検査で腸管子宮内膜症に特異的な所見は乏しく，病変部位は漿膜から固有筋層が中心のため生検での術前診断は困難である．発生機序については諸説あるが，腹腔内に逆流した子宮内膜細胞がS状結腸漿膜面に付着し腸管壁に浸潤・増殖し，更に出血・炎症を繰り返し瘢痕化・線維化することで狭窄を来し，また一部がリンパ管に侵襲し傍腸管リンパ節へ転移したものと推測された．【結語】腸管子宮内膜症の術前診断は非常に困難であり，閉経前女性の直腸・S状結腸の術前診断が得られていない腫瘤性病変については悪性腫瘍のほか腸管子宮内膜症を念頭に置き診療にあたる必要があるものと考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター10

一般演題（ポスター）19　症例：大腸良性疾患その他 1

座長：田中 玲子（道仁病院）

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

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

原発性の大腸狭窄の原因としては悪性疾患による腫瘍性狭窄のほか良性狭窄とし潰瘍性病変や炎症性腸疾患、炎症治癒後の瘢痕に伴うものが考えられる。今回我々は超高齢者に発症し、大腸癌を疑い切除した横行結腸良性潰瘍の1例を経験したので報告する。症例は95歳女性。既往歴は高血圧と慢性腎障害で抗血栓薬も内服していた。腹痛と便秘、嘔吐を主訴に救急外来を受診された。腹部膨満が顕著でCTを施行したところ横行結腸肝弯曲に顕著な壁肥厚を認め、口側の腸管には拡張し多量の便塊が貯留していた。大腸癌による閉塞性腸炎を疑い精査加療目的に入院となった。翌日下部消化管内視鏡および造影検査を行い、横行結腸間弯曲近傍に周堤を有する潰瘍性病変と約5㎝の狭窄を認めた。ファイバーは通過せず強く大腸癌を疑い生検後大腸ステントを留置した。生検では癌細胞は検出されず、閉塞性腸炎の診断であった。CT上傍腸管リンパ節種大は認めるものの明らかな遠隔転移は認めなかった。手術を念頭にいれ精査を行ったところ高度大動脈弁狭窄（以下AS）を認め、ASの治療を先行すべきと判断された。超高齢者であり開心手術は高リスクと考えられ、他医にて経カテーテル的大動脈弁置換術（以下TAVI）を行った。画像診断上閉塞性大腸癌は否定できず、超高齢者であるが日常生活は介助なくできており、ご本人、家人も手術を希望されたため、TAVI施行１か月後腹腔鏡補助下結腸右半切除＋D3郭清を行った。術後は特に合併症なく順調に軽快され、リハビリの上術後28日目に軽快退院となった。病理検査では悪性所見は認めず、非特異性潰瘍の診断であった。良性疾患でも保存的治療で軽快しない場合や悪性腫瘍を否定しきれない場合、疼痛などの有症状例や高度の 狭窄、穿孔の危険性がある場合には手術が選択される。本症例は結果として良性疾患でありステント治療の適応ではなかった点、術前の生検では悪性所見はないものの画像診断では大腸癌も否定できなかった点、超高齢でTVAIによりAS治療後に外科的切除を行ったが良性潰瘍であり過侵襲であったことは否めない点など示唆に富む症例と考えられ文献的考察を含め報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター10

一般演題（ポスター）19　症例：大腸良性疾患その他 1

座長：田中 玲子（道仁病院）

[P19-5] 便潜血陽性で発見された腸管子宮内膜症の1例

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

【症例】39歳、女性【既往歴・併存疾患】2型糖尿病（内服加療中）、月経困難症（近医婦人科へ通院中）【現病歴】2025年4月、大腸がん検診で便潜血陽性を契機に当科初診。腹部症状や血便はなかった。CSを施行したところ、S状結腸に片側性の粘膜下腫瘍様隆起がみられ、表面には3か所の発赤調隆起を伴っていた。生検では炎症性ポリープの所見であったため経過観察となった。12月にフォローCSを施行したところ粘膜下腫瘍様隆起は著変なかったが、3か所の陥凹がみられ、うち1か所には微小な乳頭状隆起を認めた。生検を施行したところ、ER陽性、CK7陽性の子宮内膜腺管およびER陽性、CD10陽性の子宮内膜間質がみられ、腸管子宮内膜症の診断となった。改めて病歴を聴取すると、月経中は下痢が多く、10-14日間と過長月経がみられていた。CTでは腸管や子宮、附属器に所見はなく、婦人科へ紹介。経腟超音波検査では、小さな子宮筋腫があるのみであった。ご本人と相談のうえジエノゲストを投与することとなり、経過観察中である。【考察】腸管子宮内膜症は子宮内膜症全体の12-37%を占め、月経周期と関連して腹痛や血便などが出現する。多くは漿膜下層から固有筋層を主座とするため、生検による確定診断は10%前後と報告されている。本症例では、粘膜下腫瘍様隆起の中に発赤調隆起がみられ比較的典型的な腸管子宮内膜症と考えられたが初回生検では診断に至らなかった。しかし、腸管子宮内膜症を強く疑い再検したところ、確定診断に至った症例であった。【まとめ】便潜血陽性を契機に発見された腸管子宮内膜症の1例を経験したので報告した。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター10

一般演題（ポスター）19　症例：大腸良性疾患その他 1

座長：田中 玲子（道仁病院）

[P19-6] 内視鏡治療にて保存的に軽快した、魚骨による大腸穿孔の1例

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

今回我々は、内視鏡治療にて保存的に軽快した、魚骨によるS状結腸穿孔の1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。症例は90歳女性。数日間少量の下血があり当院受診され、その後下腹部痛も出現したため、当院再診となった。その際の腹部CTにて、約4cmの線状の高吸収像がS状結腸を貫通しており、翌日当科紹介となった。CT上、腹水・free airは認めず、血液検査上WBC/CRP 8000/2.49であった。腹部は平坦軟で腹膜炎所見なく、排便時に下腹部痛を認めるのみであった。胃癌・両側卵巣・腸閉塞手術の既往があり、剣状突起から恥骨上までの正中創瘢痕と左側腹部の横切開瘢痕を認めた。画像上魚骨によるS状結腸穿孔が強く疑われ、緊急手術を検討したが、複数回の腹部手術歴があり、炎症も軽度で腹膜炎所見も認めないことから、十分なｲﾝﾌｫｰﾑﾄﾞｺﾝｾﾝﾄの後、待機的に大腸内視鏡による異物除去を試みる方針とした。絶食・抗生剤投与の上、ｸｴﾝ酸ﾏｸﾞﾈｼｳﾑによる前処置を行い、数日後大腸内視鏡を施行した。内視鏡を挿入すると、S状結腸に魚骨と思われる異物が刺さっており、刺入点周囲から少量の膿汁を認めた。観察中に異物は腸管内へ自然脱落し、刺入点はｸﾘｯﾌﾟにて縫縮した。その後、内視鏡下造影ならびにCT再検も行ったが、free airや造影剤の漏出は認めなかった。処置直後は軽度の下腹部痛を認めたが、翌日には消失し、処置後5日目に軽快退院された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(ポスター)

2026年11月20日(金) 13:00 ~ 14:00 | ポスター10

一般演題（ポスター）19　症例：大腸良性疾患その他１

座長：田中 玲子（道仁病院）

[P19-7] 診断が遅れた腸結核の1例

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

【背景】腸結核は本邦ではまれであるが東南アジア諸国では現在でも比較的多くみられ，回盲部に好発し腹痛や発熱などの症状を呈するためクローン病との鑑別を要する．今回，クローン病の診断で手術を施行し，術後に腸結核と診断した１例を経験したので報告する．
【症例】38歳，タイ出身の女性．X年8月，便潜血陽性を指摘され近医にて下部消化管内視鏡検査を施行したところ，横行結腸に潰瘍を伴う全周性狭窄の所見を認めた．同部の生検にて類上皮細胞肉芽腫を認めクローン病と診断された．12月，精査加療目的に当院内科紹介受診．小腸造影検査で終末回腸から回盲部に敷石状変化を伴う狭窄を認めた．T-Spotおよび糞便の抗酸菌培養は陰性であった．X+1年1月右下腹部痛が出現，CT検査にて回盲部近傍の腹腔内膿瘍と診断され入院した．下部消化管内視鏡検査にて上行結腸に敷石像と狭窄，回腸末端に瘻孔所見を認め，終末回腸の生検より類上皮細胞肉芽腫を認めた．4月からアダリムマブを開始するも2ヶ月後に回盲部の膿瘍が悪化したため，X+１年7月腹腔鏡補助下回盲部切除術を施行した．術中所見では腹膜に白色結節を認め，切除検体では回盲部に全周性の炎症性ポリープと狭窄を認めた．術後病理組織診断にて腸管壁とリンパ節内に乾酪壊死を伴う肉芽腫，Ziehl-Neelsen染色では抗酸菌を疑う菌体を認め，術後施行したT-Spot，喀痰の結核菌培養，胃液の核酸増幅法はいずれも陽性であったため腸結核と診断した．腹膜に結節を認めたことから結核性腹膜炎の併発も疑われた．腸結核として術後1年間抗結核療法を施行し，現在まで臨床的な腸結核の再燃は認めていない．
【結語】本症例は炎症性腸疾患として腸結核を鑑別診断にあげたが術前T-Spotおよび糞便の抗酸菌培養は陰性であり，組織学的には乾酪壊死を伴わない肉芽腫が2回確認されたためクローン病と診断された．しかしアダリムマブ導入後病状が悪化したことやクローン病に特徴的な縦走潰瘍や偏側性変形を認めなかったこと，患者が東南アジア出身者であったことなどから鑑別診断を再検討する必要があったと考えられる．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会