一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 3　炎症性腸疾患 3

座長：横山 薫（北里大学医学部　消化器内科学）

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

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

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

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

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

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

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

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

[O3-5] 結腸全摘術時の粘液瘻とHartmann手術の比較検討

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

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

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

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

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

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 3　炎症性腸疾患 3

座長：横山 薫（北里大学医学部　消化器内科学）

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

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

【目的】潰瘍性大腸炎（UC）では種々のバイオマーカーの有用性が報告されているが、Mayo endoscopic subscore（MES）を臨床症状と複数バイオマーカーの組み合わせから推定可能な予測モデルは十分に確立されていない。本研究では、日常診療で利用可能な臨床指標およびバイオマーカーからMESの予測モデルを構築することを目的とした。【方法】2019年1月から2025年7月までに当院へ通院したUC患者459例を対象とした。年齢、性別、罹病期間、尿中prostaglandin E major urinary metabolite（PGE MUM）、fecal calprotectin（FCP；対数変換）、CRP、Alb、Hb、clinical activity index（CAI；Rachmilewitz index）の9因子を候補とし、L1正則化によるStability Selectionにより変数選択を行った。選択変数を用いて順序ロジスティック回帰モデルを構築し、MES≧1およびMES≧2をアウトカムとしたROC解析を行った。さらにMESを連続変数とみなした線形回帰モデルをOrdinary Least Squares法で作成し、両モデルの予測性能を比較した。【結果】Stability Selectionの結果、100回の反復すべてでCAIおよびFCP（log）が選択された。比例オッズモデルによるROC解析では、MES≧1およびMES≧2に対するAUCはそれぞれ0.9171および0.9382と高値を示した。PGE MUMやアルブミンを追加した多変量モデルでもAUCの上昇は軽度にとどまった。線形回帰モデルではMES＝−0.581＋0.465×log10(FCP+1)＋0.143×CAIが得られ、順序ロジスティック回帰モデルと比較して予測精度はやや低下したが、計算が容易で臨床現場で迅速に使用可能と考えられた。【結論】CAIとFCPを組み合わせた予測モデルは、UCにおける内視鏡的活動性を高精度かつ簡便に推定し得る手法として有用である可能性が示唆された。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 3　炎症性腸疾患 3

座長：横山 薫（北里大学医学部　消化器内科学）

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

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

【目的】潰瘍性大腸炎(UC)におけるイムノピュア(IMP)の有効性に関する報告は少ない．今回我々は，IMPによる週2回の血球成分除去療法(intensive IMP)が施行されたUC患者を対象とし，寛解率および寛解に影響する背景因子について検討した．

【方法】2020年9月から2026年1月の間に，初回IMPから少なくとも2週間，intensive IMPが施行されたUCのうち，Lichtiger Clinical Activity Index (CAI)≧5であった66例を対象とした．IMPは原則として計10回施行し，10回目のIMP施行日から4週以内に最終評価を行った．CAI≦4を寛解とし，最終評価日における寛解率，寛解例における寛解までの期間を解析した．最終評価までに新たな寛解導入療法が行われた症例は無効とした．さらに，寛解群と非寛解群に分類し，寛解に影響する背景因子を単変量解析および多変量ロジスティック回帰分析により検討した．

【結果】患者背景は，男性36例・女性30例，年齢39.0歳，罹病期間3.9年，CAI 8，CRP 0.14mg/dL，Alb 4.2g/dL，Hb 13.5g/dL，血小板数28.5万/μL(いずれも中央値)，全大腸炎型42例・左側大腸炎型12例・直腸炎型12例，ステロイド依存性38例・抵抗性6例・ナイーブ22例であった．併用薬は，経口5-ASA製剤48例，局所5-ASA製剤22例，プレドニゾロン(PSL)9例，免疫調節薬8例，生物学的製剤18例であった．最終評価日における寛解率は45%(30/66)であり，寛解例30例における寛解までの期間は17.5日(中央値)であった．寛解群は非寛解群と比較してCAIが有意に低く(7 vs 8, P=0.029)，PSL併用率が有意に低く(3% vs 22%, P=0.033)，経口5-ASA製剤併用率が有意に高かった(87% vs 61%, P=0.027)．多変量ロジスティック回帰分析では，CAIおよび経口5-ASA製剤併用が寛解に影響する独立因子として抽出された．寛解率は，CAI 10–14，7–9，5–6でそれぞれ18%，56%，64%であり(P=0.011)，経口5-ASA非併用例と比較して併用例で有意に高かった(22% vs 54%, P=0.027)．

【結論】UCにおけるintensive IMPの寛解率は45%であり，寛解に至るまでの期間は17.5日であった．CAI低値・経口5-ASA製剤併用が寛解に影響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(口演) | 内科・外科
2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 3　炎症性腸疾患 3
座長：横山 薫（北里大学医学部　消化器内科学）

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

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

【背景】炎症性腸疾患(IBD)のtreat to target戦略において複数のバイオマーカーが治療指標の1つとされ内視鏡所見との関係性も報告されているが血清アミロイドA(SAA)についての報告は少ない。【目的】IBD患者におけるSAAの有用性を既存のバイオマーカーや内視鏡所見とで比較、検討を行った。【方法】当科で2017年から2025年にかけて大腸内視鏡検査を施行した潰瘍性大腸炎患者(UC)のうち、内視鏡検査の14日以内に血液検査、便検査を施行した183名を対象とした。診療録を元に血清バイオマーカー (CRP、SAA、LRG)と便中カルプロテクチン(Fcal)、大腸内視鏡検査所見(Mayo Endoscopic Score(MES))について収集し各データと内視鏡所見の関連について解析を行った。【結果】183名の内訳はMES:0が37名、MES:1が64名、MES:2が77名、MES:3が5名だった。SAAと既存のバイオマーカーとの相関係数:rはCRP:0.76(p<0.01)、LRG:0.74(p<0.01)、Fcal:0.58(p<0.01)であり正の相関がみられた。次にMES:0 or 1の判別において各バイオマーカーでROC曲線を用いて評価を行うとSAAはAUC:0.69でcut off値：2.7mg/Lとすると感度65%、特異度75%であり、CRP(AUC:0.56、cut off値：0.1mg/dL、感度54.1%、特異度58.3%)やLRG(AUC:0.44、cut off値:12μg/mL、感度52.9%、特異度55.6%)より精度が高く、Fcal(AUC:0.68、cut off値:174μg/g、感度75%、特異度57%)と同等だった。【結語】SAAはUCにおいて既存のバイオマーカーと相関があり便中カルプロテクチンと合わせてMES:0 or1の予測に有用である可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 3　炎症性腸疾患 3

座長：横山 薫（北里大学医学部　消化器内科学）

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

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

【背景・目的】潰瘍性大腸炎(UC)に対する内科治療は2018年以降、抗α4β7インテグリン抗体、JAK阻害薬、抗IL-12/23抗体等の新規生物学的製剤・分子標的薬(Advanced therapy)が承認され多様化した。これらを経験し手術に至る症例の周術期成績の本邦データは限られる。本研究では当院の内科治療不応UC手術におけるAdvanced therapy曝露と周術期アウトカムの関連を、交絡を考慮し検証した。

【方法】2002～2025年に当院で内科治療不応UCに対し定期/準緊急手術を施行した108例(緊急例除外)を対象とした。Advanced therapy曝露歴により(+)群18例、(-)群90例に分類し、患者背景・手術因子・周術期合併症を比較した。さらに2018年以降の症例(N=27)に限定した解析、年齢・性別・UC罹病期間・術式を調整した多変量解析を実施した。

【結果】Advanced(+)群18例(JAKi 13、Integrin 11、IL-12/23 4、3クラス全曝露3例)は治療ライン数中央値4(対照1、p<0.001)、aTNF併用率94%であった。患者背景は(+)群で年齢36 vs 39歳、ASA 1 vs 2(p=0.018)、Hb 11.1 vs 10.1、CRP 1.05 vs 1.58と同等または良好であった。手術手技はTaTME使用率83% vs 12%(p<0.001)、Pure laparoscopy率72% vs 26%(p<0.001)と先進的手技に偏りを認めた。周術期合併症は(+) vs (-)で全合併症56% vs 47%、縫合不全11% vs 7%、Clavien-Dindo IIIa以上6% vs 1%とAdvanced(+)群で高い傾向を認めた。在院日数も2018年以降の症例で26 vs 17日(p=0.027)と(+)群で延長した。2018年以降の症例に限定した解析、TaTME使用例での解析でも同様の傾向であった。多変量解析でAdvanced曝露の調整オッズ比は6.38(95%CI 0.77-139.7、p=0.127)であった。

【結論】Advanced therapy曝露UC手術例は、良好な患者背景や手術手技選択では説明されない合併症増加傾向を示した。Advanced therapy時代の周術期管理戦略の構築が今後の課題である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 3　炎症性腸疾患 3

座長：横山 薫（北里大学医学部　消化器内科学）

[O3-5] 結腸全摘術時の粘液瘻とHartmann手術の比較検討

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

【目的】潰瘍性大腸炎(UC)に対する結腸全摘術において，残存直腸処理の粘液瘻とHartmann手術との比較を行い，優位性を検討することを目的とした．
【方法】2010年5月から2025年7月までに当院でUCに対し結腸全摘術を施行した60例を対象とした．粘液瘻群(N群)28例，Hartmann群(H群)32例に分け，患者背景, 周術期因子および術後合併症を後方視的に比較検討した．
【結果】年齢，性別, BMI，術前治療(ステロイド,免疫学的製剤, 生物学的製剤), 罹病期間などの患者背景に有意差を認めなかった．術前CRP中央値はN群1.5mg/dL, H群4.0(p=0.44)と有意差を認めず, 術前Albに関しても両群で有意差を認めなかった. 緊急手術の割合はややH群に多い傾向であったが有意差を認めなかった(N群43.3%, H群67.9%, p=0.07). 術式は時代的変遷を認め(N群：開腹18例/HALS10例, H群：開腹16例/腹腔鏡14例), それに伴い手術時間にも差を認めた(N群：234分, H群160.5分, p<0.05). Clavien-Dindo分類GradeIII以上の重症合併症はN群28.6%，H群20%で有意差を認めなかった(p=0.44)．SSIはN群25.0%，H群30%で (p=0.77), 骨盤内膿瘍はN群6.7%, H群10.7%といずれも有意差は認めなかった(p=0.67)．残存直腸関連合併症はN群0%，H群10.0%であり，N群で低率であったが有意差は認めなかった(p=0.24)．
【結語】粘液瘻造設は残存直腸関連合併症を減少させる可能性があり, 特に重症大腸炎症例では選択肢となり得ると考える．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科
2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）
一般演題（口演） 3　炎症性腸疾患 3
座長：横山 薫（北里大学医学部　消化器内科学）

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

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

目的: 潰瘍性大腸炎（UC）では、臨床症状や内視鏡所見に基づき疾患活動性が評価されるが、重症化リスクや治療反応性の予測は依然として困難である。近年、DNAメチル化は炎症や発癌と関連するエピゲノム変化として注目されている。本研究では、UC患者における増悪期および寛解期粘膜のDNAメチル化プロファイルを同一患者内で比較し、疾患活動性評価および治療反応性予測に有用な新規バイオマーカー候補を探索することを目的とした。
方法：1996年4月から2022年11月までに当科で診療した初発UC患者のうち、生物学的製剤未使用例10例（5-ASAおよびステロイド使用は許容）を対象とした。同一患者の増悪期および寛解期において採取されたペアの内視鏡生検ホルマリン固定パラフィン包埋(FFPE)サンプルからDNAを抽出し,Reduced Representation Bisulfite Sequencing（RRBS）を用いてDNAメチル化の網羅的解析を行った。
結果:同一患者における増悪期粘膜と寛解期粘膜のペア比較解析により、408,379の差次的メチル化シトシン（DMC）および24,938の差次的メチル化領域（DMR）を同定した。DMRの分布はpromoter領域45%、intron-exon boundary領域25%であり、83%がCpG islandに存在した。$|\Delta\beta| \geq 0.25$かつ$q < 0.01$を満たす領域に限定すると、DMCは74領域（低メチル化47,高メチル化27）、DMRは15領域（低メチル化12,高メチル化3）であり、うち9領域に炎症関連遺伝子が含まれていた。
結論: UCの増悪期粘膜では、寛解期粘膜と異なるDNAメチル化プロファイルを呈し、炎症に伴うエピゲノム変化が示唆された。現在、本研究で同定された候補遺伝子領域に対し、特異的PCRプライマーとメチル化感受性制限酵素ならびにキャピラリー電気泳動を組み合わせた、臨床応用可能な簡易的定量的メチル化アッセイ系の構築を進めている。本研究で同定された候補遺伝子は,UCの新たな疾患活動性・治療反応性予測のバイオマーカーとなる可能性がある。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

一般演題(口演) | 内科・外科

2026年11月20日(金) 10:15 ~ 11:05 | 第9会場（1F 会議室101-A）

一般演題（口演） 3　炎症性腸疾患 3

座長：横山 薫（北里大学医学部　消化器内科学）

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

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

【背景】時としてIBD難治例の中に家族性地中海熱遺伝子関連腸炎（MEFV遺伝子関連腸炎）の診断に至る症例がある. われわれは，内科治療抵抗性IBDにて手術を施行した後にMEFV遺伝子関連腸炎の診断に至った2例を検討した.【症例】症例1：53歳男性. 他院にて20代でクローン病と診断され，小腸の狭窄病変に対し手術を施行されていた. その後内科治療を継続していたが周期的な腹痛症状が改善しないため治療を自己中断していた. 52歳時にクローン病の小腸多発狭窄による腸閉塞の診断で当院へ紹介された．周期的な発熱と腹痛，十二指腸炎病変などが併存していた．小腸の高度狭窄を呈していたため手術を施行したが，手術検体の病理所見にて漿膜炎が目立つことからFMFを疑いコルヒチン内服を開始した. 症状の軽快に加えてMEMV遺伝子変異を認めたことでMEFV遺伝子関連腸炎と診断した. 症例2：26歳男性. 重症UCの診断にて，他院で大腸亜全摘が施行された．しかしその後も発熱と残存直腸から血便が継続するため当院へ紹介となった. 潰瘍性大腸炎に準じた治療に抵抗性であるため，MEFV遺伝子関連腸炎を疑いコルヒチン内服を開始したところ, 速やかな解熱と血便の消失がみられた. その後の精査でMEMV遺伝子変異を認め, MEFV遺伝子関連腸炎と診断した.【結語】IBDと診断された難治例において，外科的治療の介入に対しても抵抗性を示す場合はMEFV遺伝子関連腸炎を鑑別すべき疾患として念頭に置くべきである。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会