パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

パネルディスカッション９　術後合併症の減少を目指した潰瘍性大腸炎治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）

司会：石原 聡一郎（東京大学医学部　腫瘍外科・血管外科）、内野 基（兵庫医科大学 消化器外科学講座 炎症性腸疾患外科）

[PD9-1] 重症潰瘍性大腸炎に対するIACAにおける分割手術選択戦略

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

[PD9-2] 潰瘍性大腸炎初回手術におけるハルトマン手術と粘液瘻作成の短期成績の比較

*磯部 聡史[1]、吉敷 智和[1]、小嶋 幸一郎[1]、麻生 喜祥[1]、飯岡 愛子[1]、若松 喬[1]、本多 五奉[1]、石井 俊[1]、代田 利弥[1]、中山 快貴[1]、後藤 充希[1]、須並 英二[1] (1. 杏林大学医学部付属病院下部消化管外科)

[PD9-3] 潰瘍性大腸炎に対する回腸嚢肛門吻合術におけるストーマ出口閉塞予防のための左側ストーマ造設の有用性：単施設無作為化比較試験

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

[PD9-4] 潰瘍性大腸炎術後の感染性合併症に対するC-reactive proteinの有用性の検討

*久原 佑太[1,2]、上神 慎之介[1]、大迫 えれな[1]、土井 寛文[1]、新原 健介[1]、大毛 宏喜[1,2]、高橋 信也[1] (1. 広島大学大学院医系科学研究科外科学、2. 広島大学病院感染症科)

[PD9-5] 潰瘍性大腸炎手術の周術期リスクをどう管理するか―合併症低減に向けた実践的ストラテジー―

*水内 祐介[1,2]、永吉 絹子[1,2]、藤本 崇聡[1,2]、安藤 陽平[1,2]、吉村 晴香[2]、小佐井 孝彰[2]、松本 奏吉[1,2]、堀岡 宏平[1,2]、安藤 幸滋[1]、池永 直樹[2]、仲田 興平[2]、沖 英次[1]、大内田 研宙[1,2] (1. 九州大学病院消化管外科、2. 九州大学臨床・腫瘍外科)

[PD9-6] 潰瘍性大腸炎に対する経肛門的アプローチを併用した大腸全摘術後の肛門機能についての検討

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

[PD9-7] 潰瘍性大腸炎術後の回腸嚢炎, 瘻孔のリスク因子の検討

*岡田 聡[1]、品川 貴秀[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、江本 成伸[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[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)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

パネルディスカッション９　術後合併症の減少を目指した潰瘍性大腸炎治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）

司会：石原 聡一郎（東京大学医学部　腫瘍外科・血管外科）、内野 基（兵庫医科大学 消化器外科学講座 炎症性腸疾患外科）

[PD9-1] 重症潰瘍性大腸炎に対するIACAにおける分割手術選択戦略

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

【背景】重症潰瘍性大腸炎(UC)では，低栄養や免疫抑制状態を背景に術後合併症リスクが高く，術式選択や分割手術戦略の最適化が重要な課題である．当科では重症UCの外科治療として，大腸全摘・回腸嚢肛門管吻合術(IACA)を症例に応じて一期的または二期的に施行してきた．
【目的】重症UCに対し当科で施行したIACAの術式選択の妥当性を，術後短期・長期成績から後方視的に検討した．
【方法】1993年4月から2025年12月までに，当科で手術を施行した重症UC 485例のうち，IACA吻合時にdiverting stomaを造設しなかった380例を対象とした．全身状態不良例や肛門管深掘れ潰瘍症例，複雑痔瘻合併例，術前Crohn病が否定できない症例では, まず結腸亜全摘を行い，その約3-6か月後にdiverting stomaを造設しないでIACAを施行するModified two stage IACA (MTS)を選択し，それ以外の症例では一期的に吻合を行うOne stage IACA (OS)を選択した．短期成績として術後縫合不全(吻合部造影による造影剤の腸管外漏出)発生率や縫合不全による再手術率を，また長期成績として回腸嚢機能率を検討した．
【結果】OS群 153例，MTS群 227例で，性別，発症年齢，手術時年齢，病変範囲に両群間で差はなかった．MTS群では初回手術の適応が大量出血，穿孔，中毒性巨大結腸症であった症例が多く (p<0.001)，術前のPNIは26.4 (21.1-32.3)とOS群の 30.0(25.6-34.2)に比べて有意に低かった(p<0.001)．OS群とMTS群の術後縫合不全発生率は13.7%，4.4%とMTS群で低く(p=0.001)，縫合不全による再手術率も7.2%，1.3%とMTS群で低かった(p=0.004)．長期的には，観察期間10.4 (5.3-15.5)年でのpouch生存率は，OS群で10年98.3%，15年 95.9%，MTS群で10年98.2%，15年96.4%と両群とも良好で，差はなかった(p=0.334)．
【結語】重症UCに対するIACAでは，全身状態や肛門管の病態を踏まえた術式選択が重要である．高リスク症例に対する分割手術戦略は縫合不全を低減しうる一方，適切に選択された症例に対する一期吻合でも良好な長期成績が得られており，患者背景に応じた個別化手術戦略の妥当性が示唆された．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

パネルディスカッション９　術後合併症の減少を目指した潰瘍性大腸炎治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）

司会：石原 聡一郎（東京大学医学部　腫瘍外科・血管外科）、内野 基（兵庫医科大学 消化器外科学講座 炎症性腸疾患外科）

[PD9-2] 潰瘍性大腸炎初回手術におけるハルトマン手術と粘液瘻作成の短期成績の比較

*磯部 聡史[1]、吉敷 智和[1]、小嶋 幸一郎[1]、麻生 喜祥[1]、飯岡 愛子[1]、若松 喬[1]、本多 五奉[1]、石井 俊[1]、代田 利弥[1]、中山 快貴[1]、後藤 充希[1]、須並 英二[1] (1. 杏林大学医学部付属病院下部消化管外科)

・はじめに
潰瘍性大腸炎(UC)に対する三期分割手術において、初回手術としてS状結腸粘液瘻（SM）造設またはハルトマン手術（HS）が選択されるがあるが、両術式の短期手術成績を比較した報告は少ない。
・目的
三期分割手術を前提としたUC初回手術におけるHSの妥当性を、SM作成と比較検討する。
・対象、方法
2018年～2025年に当院で施行した難治・重症UC初回手術33例（穿孔例除外）を対象とし、HS群12例、SM群21例に分類し、短期成績および残存直腸関連因子を後方視的に比較した。
・結果
初回手術での手術時間、出血量はいずれも有意差を認めず、腹腔鏡・開腹別の層別解析でも両群間に有意差は認めなかった。残存直腸長はHS群で有意に短かった（7.5cm vs 23.0cm, p=0.00088）。術後合併症（Clavien-Dindo分類Grade II以上、25.0% vs 28.6%）、再手術率（8.3% vs 4.8%）、術後在院日数（30日 vs 24日）には差を認めなかった。SM群で粘液瘻脱落による再手術を1例認め、術後腸閉塞はSM群で多い傾向であった（0% vs 14.3%）。一方、評価可能例における2期目術前の残存直腸炎はSM群で多い傾向を認めた（0% vs 38.9%, p=0.062）。1期目から2期目までの期間（8か月 vs 8か月）や2期目手術での手術時間、出血量に差は認めなかった。
・結語
HSはSM作成と比較して短期成績に差を認めず、残存直腸長の短縮により残存直腸炎を減少させる可能性や粘液瘻関連合併症の回避に寄与する可能性があり、症例に応じた有用な選択肢と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

パネルディスカッション９　術後合併症の減少を目指した潰瘍性大腸炎治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）

司会：石原 聡一郎（東京大学医学部　腫瘍外科・血管外科）、内野 基（兵庫医科大学 消化器外科学講座 炎症性腸疾患外科）

[PD9-3] 潰瘍性大腸炎に対する回腸嚢肛門吻合術におけるストーマ出口閉塞予防のための左側ストーマ造設の有用性：単施設無作為化比較試験

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

【背景】
潰瘍性大腸炎に対する回腸嚢肛門吻合術（ileal pouch–anal anastomosis：IPAA）では縫合不全予防目的で回腸人工肛門が造設されることが多い。一方でストーマ出口閉塞（stoma outlet obstruction：SOO）は20〜40%に発生する比較的頻度の高い術後合併症である。す通常ストーマは右下腹部に造設されるが，IPAAでは回腸嚢が骨盤内に再建されるため小腸間膜の緊張や捻転が生じやく，ストーマ造設部位がSOO発生に影響する可能性がある。本研究ではストーマ造設部位の違いがSOO発生率に及ぼす影響を検討した。
【方法】
2018年1月から2024年6月までに当院でUCに対して392例の手術を行った。このうちIPAA（handsewn or stapled）および回腸人工肛門造設予定であった212例から同意の取得が得られなかった31例を除外した181例を対象とし単施設前向き無作為化比較試験を行った。患者を右下腹部にストーマを造設する群（R群）と左下腹部に造設する群（L群）に無作為に割り付けた。主要評価項目はSOOの発生率とした。
【結果】
181例（R群90例，L群91例）をintention-to-treat解析の対象とした。患者背景および術前の内科治療、手術関連因子に両群間で有意差は認めなかった。腹腔鏡手術は全体の90.6%に施行されていた。SOO発生率はR群31.1%に対しL群9.8%とL群で有意に低かった（p＝0.0004）。absolute risk reductionは21.3%であり，number needed to treatは4.7であった。多変量解析では左側ストーマ造設がSOO発生を抑制する独立因子であった（odds ratio 0.26，95%CI 0.11–0.61，p＝0.001）。SOO発症症例では術後在院日数が有意に延長していた（中央値33日 vs 22日，p＜0.001）。一方，術後重篤合併症（Clavien–Dindo≧Ⅲ）はR群14.4%，L群11.0%（p＝0.511），再手術率はR群2.2%，L群4.4%（p＝0.682）であり有意差は認めなかった。

【結論】
潰瘍性大腸炎に対するIPAAにおいて左側ストーマ造設はSOO発生率を有意に低下させた。ストーマ造設部位は外科的に修正可能な因子であり，SOO予防のための有用な手技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

パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

パネルディスカッション９　術後合併症の減少を目指した潰瘍性大腸炎治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）

司会：石原 聡一郎（東京大学医学部　腫瘍外科・血管外科）、内野 基（兵庫医科大学 消化器外科学講座 炎症性腸疾患外科）

[PD9-4] 潰瘍性大腸炎術後の感染性合併症に対するC-reactive proteinの有用性の検討

*久原 佑太[1,2]、上神 慎之介[1]、大迫 えれな[1]、土井 寛文[1]、新原 健介[1]、大毛 宏喜[1,2]、高橋 信也[1] (1. 広島大学大学院医系科学研究科外科学、2. 広島大学病院感染症科)

【目的】潰瘍性大腸炎術後の感染性合併症に対するC-reactive protein (CRP) の有用性を検討する．
【方法】2015年から2025年に手縫い回腸嚢肛門吻合術を施行した潰瘍性大腸炎手術症例132例を対象に後方視的に検討を行った．術後合併症はClavien-Dindo (CD) 分類で評価した．術後（POD）1,3,5日目のCRP値とCD分類Grade III以上の感染性合併症の関連を評価した．副評価項目は感染性合併症の予測因子を評価した．POD1,3,5日目のCRP値が欠測している症例は対象から除外した．一般的な術後感染リスクであるPrognostic Nutritional Index (PNI) <40，術中輸血の有無，ステロイド投与は多変量解析に含めた．
【結果】132例中17症例でCRP値の欠測値があり除外した．年齢は53歳(中央値)，男性74例，BMI:21.5 kg/m2(中央値)，術前PNI：48.4(中央値)，全大腸炎型が93例(81%)で，薬剤使用はステロイド42例(37%)、免疫調整剤26例(23%)，生物的製剤12例(10%)だった．回腸嚢肛門吻合術の術式は大腸全摘（2期分割手術）が75例(65%)，残直腸全摘（３期分割手術）が40例(35%)で，手術方法は開腹47例，HALS併用14例，腹腔鏡下54例だった．手術時間は381分(中央値)，出血量は240 mL（中央値）で術中輸血は5例に認めた．CD分類Grade III以上は29例(25%)に認め，16例(縫合不全：6例，骨盤内膿瘍：6例，創部離開：２例，その他：2例)が感染性合併症だった．CRPは中央値でそれぞれPOD１: 6.9 mg/dL (IQR: 5.6-9.7)，POD3: 5.8 mg/dL (IQR: 3.2-10.7), POD5: 1.9 mg/dL (IQR: 0.9-3.6)で，CD分類Grade III以上の感染合併例に限るとPOD1: 6.8 mg/dL(IQR: 5.7-9.5)，POD3: 7.8 mg/dL(IQR: 4.4-19.7)，POD5: 4.7 mg/dL (IQR: 2.0-8.5) であった．ROC曲線にてCRP値と感染性合併症はPOD 5でAUC: 0.71と最も高値であった．この時のYouden indexにおけるCRP至適cut off値は4.4 mg/dLだった．感染性合併症のリスクに関して多変量解析を行うと，POD5 CRP > 4.4 mg/dL (p<0.01)にのみ有意差を認めた．
【結論】潰瘍性大腸炎に対する回腸嚢肛門吻合術後のCD分類Grade III以上の感染性合併症のリスクは，POD5 CRP > 4.4mg/dLである．POD 5にCRP値が4.4mg/dL以上の場合は、画像検査などの精査を積極的に考慮すべきである．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

パネルディスカッション９　術後合併症の減少を目指した潰瘍性大腸炎治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）

司会：石原 聡一郎（東京大学医学部　腫瘍外科・血管外科）、内野 基（兵庫医科大学 消化器外科学講座 炎症性腸疾患外科）

[PD9-5] 潰瘍性大腸炎手術の周術期リスクをどう管理するか―合併症低減に向けた実践的ストラテジー―

*水内 祐介[1,2]、永吉 絹子[1,2]、藤本 崇聡[1,2]、安藤 陽平[1,2]、吉村 晴香[2]、小佐井 孝彰[2]、松本 奏吉[1,2]、堀岡 宏平[1,2]、安藤 幸滋[1]、池永 直樹[2]、仲田 興平[2]、沖 英次[1]、大内田 研宙[1,2] (1. 九州大学病院消化管外科、2. 九州大学臨床・腫瘍外科)

【背景】潰瘍性大腸炎(UC)に対する外科治療は大腸全摘術を基本とするが，近年は高齢化，癌/dysplasia合併例の増加，さらには生物学的製剤や免疫抑制薬の普及により，患者背景および周術期管理は大きく変化している。これに伴い術後合併症のリスク構造も変化しており，介入可能な因子の同定が重要な課題である。
【目的】UC手術における術後合併症の規定因子を明らかにし，特に介入可能因子に着目した周術期最適化戦略を提示すること。
【方法】2002年から2025年までに当科で施行したUC手術144例を対象に後方視的検討を行った。患者背景，疾患因子，栄養指標（PNI，GLRI），炎症指標（NLR，LMR），術前治療，手術タイミング，術前経口抗菌薬投与の有無，手術因子（術式，アプローチ，TaTME併用等）を収集し，Clavien-Dindo分類Grade II以上の術後合併症との関連を解析した。
【結果】栄養の指標である低PNIおよび低GLRIは強力な独立リスク因子であり(いずれもP＜0.01)，さらに活動性炎症期手術，緊急手術，開腹手術も有意に関連した。一方，術前経口抗菌薬投与は術後合併症を有意に低減し(P＜0.01)，TaTME併用も同様に有効であった(P＝0.03)。特に経口抗菌薬は栄養不良・高炎症群においてもリスク低減効果を示し，修飾可能な因子として重要であった。術後合併症発生例では在院日数は有意に延長した(18.4日対35.9日，P＜0.01)。
【結論】UC手術の術後合併症は栄養状態と炎症活動性に規定される一方，経口抗菌薬投与およびTaTME併用はこれら高リスク症例においても合併症低減に寄与する可能性が示された。すなわち，UC外科治療においてはリスク層別化に基づく術前介入と低侵襲手技の組み合わせが鍵となる。本研究は，実臨床に即した“介入可能因子中心”の個別化周術期管理戦略を提案するものである。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

パネルディスカッション９　術後合併症の減少を目指した潰瘍性大腸炎治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）

司会：石原 聡一郎（東京大学医学部　腫瘍外科・血管外科）、内野 基（兵庫医科大学 消化器外科学講座 炎症性腸疾患外科）

[PD9-6] 潰瘍性大腸炎に対する経肛門的アプローチを併用した大腸全摘術後の肛門機能についての検討

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

【背景】潰瘍性大腸炎（UC）に対する大腸全摘について当施設では難治症例であっても原則として腹腔鏡下に手術を実施している。またUCに合併した炎症性発癌例では残存粘膜の発癌リスクを考慮して大腸全摘+回腸嚢肛門吻合（IAA）を選択している。肛門粘膜の切除では括約筋の機能温存に勤め適切な剥離層を保つべく、症例に応じて経肛門的アプローチ（Ta）を実施しているが肛門括約筋機能保持における意義は明らかでない。本研究ではUC大腸全摘後の肛門機能的予後について検討した。

【対象と方法】2015年7月から2025年10月に当科でUCに対して吻合を伴う大腸全摘術を実施した症例を対象とし臨床病理学的情報及び術前後肛門機能を収集し、Ta併用IAA群（Ta群）と非併用IAA群（non-Ta群）について比較した。

【結果】該当は91（男性64/女性27）例、手術時年齢はmedian 51（12-89）歳。手術までの罹病期間はmedian 10（0-62）年。病型は全大腸炎型が75例。適応は癌/high grade dysplasia 37/難治30例/重症7例/3期分割手術の2期目17例。待機手術72例/緊急手術19例。術式はHALS5例/腹腔鏡77例/ロボット支援7例で、内25例でTa併用手術を行なった。開腹移行は2例であった。吻合はIAA44例/IACA47例で1期手術7例を除き回腸瘻を造設した。IAA例での手術時間中央値はTa群503/non-Ta 512.5分、出血量中央値はTa群180/non-Ta群180mlであった。stoma閉鎖後初回の肛門機能検査結果は機能的肛門管長中央値が Ta群37.5/non-Ta群32.5 mm、最大静止圧中央値がTa群53.3/non-Ta群25.4 mmHg、最大随意収縮圧中央値がTa群 275.8 /non-Ta群173.3 mmHgであった。

【結語】潰瘍性大腸炎に対する低侵襲手術において、適切な症例選択の下に実施されるTa手技は肛門括約筋機能を温存するのに有用な可能性がある

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

パネルディスカッション | 外科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 14:45 | 第4会場（2F コンベンションホール4）

パネルディスカッション９　術後合併症の減少を目指した潰瘍性大腸炎治療戦略（術式の工夫、栄養療法、術後管理など）

司会：石原 聡一郎（東京大学医学部　腫瘍外科・血管外科）、内野 基（兵庫医科大学 消化器外科学講座 炎症性腸疾患外科）

[PD9-7] 潰瘍性大腸炎術後の回腸嚢炎, 瘻孔のリスク因子の検討

*岡田 聡[1]、品川 貴秀[1]、野澤 宏彰[1]、室野 浩司[1]、江本 成伸[1]、横山 雄一郎[1]、永井 雄三[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)

【背景・目的】潰瘍性大腸炎（UC）に対する大腸全摘・回腸嚢肛門（管）吻合術（IPAA）後の回腸嚢炎や瘻孔などの術後合併症は患者のQOLを著しく下げ,その一部は回腸嚢不全に至る.今回当科で施行したIPAA後の回腸嚢炎や瘻孔のリスク因子を明らかにし,術後合併症の低減のための治療戦略を検討することを目的とした.

【対象・方法】当科で2010年から2025年5月に手術を行ったUC症例のうち,初回IPAAまたは結腸亜全摘術後2期目にIPAAを行った症例を対象とした。術後長期成績として回腸嚢炎と瘻孔の発生率とそのリスクとなる臨床病理学的因子（年齢,性別,罹病期間,病型,手術適応（炎症/癌）,BMI, Alb, CRP, 術前治療（BIO製剤/免疫調節薬/ステロイド）,腸管外合併症（EIM）,術式（IAA/IACA））を検討した.

【結果】IPAAは全89例に施行され、そのうち全回腸嚢炎は26例（29.2%）に認めた.5年累積回腸嚢炎発生率は27.2%で,観察期間の中央値は5.1年だった.単変量解析では術前のステロイド投与(26例（100%）対56例（84.１%）：p=0.031)が回腸嚢炎発症の有意なリスク因子であった. EIMは回腸嚢炎発症症例で多い傾向（7例(26.9%)対7例（11.1%）:p=0.06）があったが, 多変量解析では術前のステロイド投与歴が独立した回腸嚢炎発症のリスク因子だった(p=0.012).次にIPAA後の瘻孔は全89例のうち6例（6.7%）に認めた. 単変量解析では,回腸嚢炎（5例(83.3%)対21例(25.3%)：p=0.0075）とEIM（3例(50.0%)対11例(13.3%)：p=0.047）が瘻孔発生の有意なリスク因子だった. 多変量解析では回腸嚢炎が独立した瘻孔発症のリスク因子だった(p=0.012).有意差は認めなかったものの,術式は瘻孔を発症した6例のうち４例がIACAであり（p=0.43）,瘻孔を発症したIACA4例の全例にカフ炎を認めた。また6例中3例（50%）の症例で永久人工肛門を要し,回腸嚢不全となった.

【結語】UCに対するIPAA後の回腸嚢炎は29.2%,瘻孔は6.7%に認めた。回腸嚢炎は術後の瘻孔発症のハイリスクであることを念頭に,術後フォローを行う必要が考えられた.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会