

第7回慢性便秘診断・治療研究会

日時：2024年8月24日（土） 16:00～18:30

実施方法：Web 配信

配信会場：ステーションコンファレンス東京（東京都千代田区丸の内1丁目7-12 サピアタワー 4階）

16:00～開会の挨拶 中島 淳先生

（横浜市立大学大学院医学研究科 肝胆膵消化器病学教室 主任教授、横浜市立大学医学部 医学部長）

一般演題

司会：稲森 正彦先生（横浜市立大学医学部 医学教育学 主任教授）

16:00～16:12

「緩和ケア領域の便秘症患者を対象に直腸エコー所見別の新規便秘治療戦略を開発するための多施設前向き観察研究」

石原 洋先生（国際医療福祉大学医学部消化器内科学 助教、国際医療福祉大学成田病院緩和医療科）

16:12～16:24

「ポータブルエコーを用いた直腸便性状評価の検討」

三澤 昇先生（横浜市立大学 消化器内科・肝胆膵消化器病学教室 助教）

16:24～16:36

「便通異常症診療ガイドライン2023「慢性便秘症」の意義・問題・課題

味村 俊樹先生（自治医科大学 外科学講座 消化器一般移植外科学部門 教授）

特別講演

司会：中島 淳先生

（横浜市立大学大学院医学研究科 肝胆膵消化器病学教室 主任教授、横浜市立大学医学部 医学部長）

河原 秀次郎先生

（国立病院機構 西埼玉中央病院 院長補佐・外科部長）

16:40～17:25

便通異常症診療ガイドラインから探る、排便困難型便秘症のマネジメント

高野 正太先生（大腸肛門病センター高野病院 院長）

17:25～18:10

慢性便秘症の最近のエビデンス

福土 審先生（石巻赤十字病院 心療内科 部長、東北大学先端量子ビーム科学研究センター研究教授、東北大学名誉教授）

18:10～18:25

質疑応答

18:25～閉会の挨拶 河原 秀次郎先生（国立病院機構 西埼玉中央病院 院長補佐・外科部長）

当番幹事：河原 秀次郎先生（国立病院機構 西埼玉中央病院 院長補佐・外科部長）

共催：慢性便秘診断・治療研究会/ヴィアトリス製薬合同会社

緩和ケア領域の便秘症患者を対象に直腸エコー所見別の新規便秘治療戦略を開発するための多施設前向き観察研究

石原洋^{1,2,3}, 結束貴臣^{1,2,3}, 田中幸介^{1,2,3,4}, 高橋宏太^{1,2,3}, 大平麻由美⁵, 中島淳³

- 1) 国際医療福祉大学成田病院 緩和医療科
- 2) 国際医療福祉大学医学部大学院 消化器内科学
- 3) 横浜市立大学医学部大学院 肝胆膵消化器病学教室
- 4) JCHO 九州病院 緩和ケア科
- 5) 国際医療福祉大学成田病院 看護部

(800 文字)

【背景・目的】近年はエコーで直腸便貯留の有無が判別可能となった。本研究は直腸エコー所見別の最適な治療方針を検討した。

【方法】2022年12月から2023年8月の間、国内3施設の緩和ケア外来、及び緩和ケアチームで診療する便秘患者、または医療従事者に便秘を疑われた患者を対象とした。排便時の便意に関する問診を5段階尺度（1：いつもある、2：だいたいある、3：少しある、4：ほとんどない、5：全くない）を用いた。1-3を便意あり、4、5を便意なしと定義した。直腸エコーはiViz air (Fujifilm) を用いてAI機能付きで実施した。直腸エコー所見の診断は便貯留なし、便貯留あり、硬便貯留ありの3段階に分類し、実施された治療を比較した。硬便貯留ありの場合の主要評価項目を24時間以内の排便あり、なしで設定した。便意の満足度および治療の満足度は5段階尺度（1：非常に満足、2：やや満足、3：普通、4：やや不満、5：不満）を用いた。満足度の改善割合は、ベースから1段階改善することと定義した。

【結果】被験者88名中、57名（65%）が便意なしで、直腸エコー分類では便貯留なし（40名）、便貯留あり（16名）、硬便貯留あり（32名）であった。分類別の便意消失の割合は、便貯留なし20名（58%）、便貯留あり10名（63%）、硬便貯留あり24名（75%）だった。硬便貯留の治療は、経過観察3名、坐剤8名、浣腸6名、摘便+浣腸14名であった。24時間の排便割合は、それぞれ0%、38%、50%、86%で、便意満足度の改善割合は、それぞれ0%、0%、40%、64%であった。便秘治療満足度の改善割合は、それぞれ0%、13%、33%、71%であった。

【結論】便秘が疑われる患者では65%が便意を消失していた。直腸エコーで硬便貯留を認める場合、坐剤や浣腸単独よりも摘便+浣腸で患者満足度が高いことが示唆された。

ポータブルエコーを用いた直腸便性状評価の検討

所属：横浜市立大学附属病院 消化器内科 肝胆膵消化器病学

発表者：三澤昇

本文

【目的】

通常便意が無い状態では直腸内には便貯留を認めないが、慢性便秘症患者では直腸内に便の貯留を認めることがある。直腸内の便塊を評価するにはこれまで CT が用いられてきたが、CT は放射線被曝やコストの問題などがある。また CT を施行できない医療機関・医療現場では評価することができないことも問題であった。こうした問題を解決するために、近年エコーを用いて便貯留を評価する手法が試みられている。ポータブルエコーはエコーの非侵襲的な検査という特性に加え、臨床現場でリアルタイムに簡便に評価できるという特性を持つ。今回我々は、ポータブルエコーを用いて直腸内の便塊貯留の評価についての検討を行った。

【方法】

CT 施行予定の患者を対象として、CT 施行前後 1 時間以内にポータブルエコーを用いてエコー検査を施行。背景情報（年齢、性別、BMI）、既往歴（慢性便秘症の有無、糖尿病の有無、便意の有無）、直腸内の便の所見（エコー・腹部 CT）を評価項目とした。直腸内の便の所見は便なし（R1）、便あり（R2）、硬便の充満（R3）の 3 段階で評価を行い、CT とエコー所見の一致度を評価した。

【結果】

対象は男性 55 例、女性 45 例の計 100 例であり、そのうち便秘症例は 47 例であった。CT とエコーの所見が一致した症例は 82 例（R1：46 例、R2：28 例、R3：8 例）、一致しなかった症例は 18 例で、統計学的に高い一致度を示していた（カッパ係数 0.685, $P < 0.001$ ）。また、便秘群・非便秘群の 2 群で評価を行うと、R3 となった症例はいずれも便秘群で見られたの対して、非便秘群では R1 の症例が半数以上を示していた。CT とエコーの所見は、便秘群・非便秘群ともに高い一致度を示していた（便秘群：カッパ係数 0.674, $P < 0.001$ 、非便秘群：カッパ係数 0.677, $P < 0.001$ ）。一致しなかった症例は尿量が少ない、ガスが多いなどであった。

【結論】

今回の検討において、エコーの所見は CT と高い一致度を示しており、直腸内の便塊貯留の評価において、ポータブルエコーでも十分に評価可能と考えられた。当日は CT 所見とエコー所見が一致しなかった症例も含めて、実際の症例と考察をまじえて、発表を行う。

「便通異常症診療ガイドライン2023 慢性便秘症」の意義・問題・課題

味村俊樹、本間祐子

自治医科大学 消化器一般移植外科

便通異常症診療ガイドライン2023慢性便秘症（以下、便通異常GL2023）が2023年7月に発行された。これは、慢性便秘症診療ガイドライン2017（以下、便秘GL2017）が2017年10月に発行されて以来6年の歳月を経ての発行であり、極めて有意義である。しかし一方、問題点や課題も存在する。

意義：最大の意義は、新規便秘症治療薬6剤のエビデンスが纏められ、推奨度とエビデンスレベル（以下、EL）が付されたことである。便秘GL2017発行時に本邦で使用可能であったのはルビプロストンのみで、それ以降に使用可能となった5剤に関するエビデンスも提示された意義は大きい。

問題点1：新規便秘症治療薬以外の治療法に推奨度・ELが付されていない

便秘GL2017では、14種類の治療法全てに推奨度・ELが付された。しかし便通異常GL2023では、Clinical Questionとされた新規便秘症治療薬を含む治療法4種類にのみ推奨度・ELが付され、Background Question（BQ）とされた治療法12種類には推奨度・ELが付されていない。その理由として、BQの定義として「すでに結論が明らかなもの。過去のガイドラインにおいては100%合意が得られているもの。」としているが、生活習慣の改善や漢方薬、心理療法などが、「すでに結論が明らかなもの」でないことは明らかである。また、BQとされた治療法12種類のうち、便秘GL2017において「100%合意」であったのは2種類のみである。したがって、全ての治療法に推奨度・ELを付することが今後の課題である。

問題点2：刺激性下剤のステートメントに一部誤りがある

刺激性下剤のステートメントで、「耐性や習慣性を避けるために必要最小限の使用にとどめ」と記載されているが、刺激性下剤に耐性や習慣性があることを示す明確なエビデンスは存在しない。このステートメントのために解説で引用している文献「Is chronic use of stimulant laxatives harmful to the colon?」では、逆に、「Stimulant laxatives may be used chronically」と記載されている。

問題点3：診療フローチャートが複雑過ぎる

「診療フローチャートが複雑過ぎて理解できない」との意見を多数耳にする。その原因として、初期診療と専門的診療が混在していることが挙げられるため、この両者を分けた利用しやすいフローチャートの作成が課題である。