

## O2-035 縮小化 Wells 法で根治した難治性直腸脱の一例

横浜旭中央総合病院

大賀純一, 坂田真希子, 佐藤純人, 畑山年之, 石田康男

直腸脱は比較的稀であるが、幅広い年齢層において発症し複数の要因が併存、相互関与している肛門疾患である。自然治癒することは少なく治療法は多くの場合手術が選択される。手術法は腹式と会陰式に分類され100種類以上が報告されているが、経肛門的な方法では侵襲は低い再発が多く、開腹術は根治性は高いが侵襲が大きいという問題点があり、術式の決定は併存する機能異常や患者背景を考慮し慎重に行わなければならない。今回、当施設では直腸脱に対する開腹術の侵襲を最小限に考え、Meshを用いた直腸固定術(Wells法)を縮小化した術式を施行し根治しえた難治性直腸脱の一例を経験したので報告する。患者は91歳、女性。主訴は再発直腸脱。既往に下腹部の手術歴あり。約3ヶ月前に当院にて不完全直腸脱に対してGant-Miwa法を施行。術後2ヶ月目で再発し保存的に加療していたが、直腸脱による精神的負担が大きく根治術を希望されたため、開腹による直腸固定術を施行した。ただし、既往に下腹部の手術歴があることと手術侵襲を考慮し、Wells法を縮小した方法で行った。事前に直腸脱を突出させた状態で手術を開始した。恥骨上より約7cmの正中切開により開腹。軽度の癒着剥離後、S状結腸腸転部の後腹膜を仰角の頭側よりDouglas窩に向かって約5cm開く。同様のことを対側にも行い仙骨前面を下腹神経を損傷しないように剥離し約5cmに渡り貫通させる。この状態で直腸脱が完納され、腹膜腸転部が定位置に戻るまで直腸を頭側に引き上げ、仰角の位置で直腸にマーキングをする。4cm幅のメッシュの中心を仙骨骨膜にコイル状ステーブル(プロタックTM5mm)で左右3ヵ所ずつ固定後、直腸のマーキング部位を中心として約2/3周となるようにメッシュをトリミングし、直腸と縫着した。術後の経過は良好で半年後も再発を認めていない。直腸脱のみでなく肛門疾患の治療は多岐に渡ることが多く、確立されていないのが現状である。高齢患者の増加により手術侵襲は最小限に抑えなければならず、さらなる術式改良は必須である。今後は本術式を腹腔鏡下に施行し、さらなる検討を行っていく必要があると考えられた。

## O2-036 直腸重積に対しPPH施行後に顕在化した直腸脱の1例

呉市医師会病院外科<sup>1)</sup>, 升谷医院<sup>2)</sup>吉田 誠<sup>1)</sup>, 藤森正彦<sup>1)</sup>, 奥川浩一<sup>1)</sup>, 後藤友彦<sup>2)</sup>, 中塚博文<sup>1)</sup>

症例は77歳女性。排便困難を主訴として受診し排便造影にて弩責時に直腸重積と直腸瘤を認めたが、直腸の脱出は認めなかった。弩責診では肛門より粘膜や直腸の脱出は認めなかった。保存的療法を行ったが改善がないため、外科的療法の適応とされPPH(procedure for prolapse and hemorrhoids)を施行した。術直後より排便困難は著明に改善されたが術後数日して排便時に完全直腸脱を来した。その後改善が見られないため直腸脱に対する手術治療を行った。直腸脱の正確な病因、病態は諸説あり多くの要素が組み合わさり引き起こされる。直腸重積もその要素のひとつであるとされている。一方、PPHは脱肛を主訴とする直腸粘膜脱、不完全直腸脱に対して適応があるとされてきた。本症例は術前検査において十分な検討を行い直腸重積をみとめるものの直腸脱は認められておらずPPHの適応であると考えられた。しかしながら術後の排便造影においてはPPHのステーブルライン付近を折り返し点とした完全直腸脱を認めた。原因としてPPHにより粘膜の重積が解除された結果、翻転した口側直腸が直腸肛門管を通過しやすくなったためと考えられた。PPHの適応症例は今後拡大してゆくことが予想されるが適応となる疾患が多く要素で引き起こされていることを十分に考慮し、その適応は術前に十分に検討される必要があると考えられた。

## O2-037 直腸脱術後に発症した急性汎発性腹膜炎に対し腹腔内ドレナージ術を要した一例

大阪厚生年金病院外科

長谷川慎一郎, 河合賢二, 藤井 眞, 弓場健義, 赤丸佑介, 河野恵美子, 山崎芳郎

【はじめに】直腸脱に対するGant-三輪-Thiersch手術は低侵襲手術であり、高リスク患者や高齢者に対しても適応される場合が多い。今回我々は、Gant-三輪-Thiersch手術後に直腸周囲に炎症を生じ急性汎発性腹膜炎を発症。腹腔内ドレナージ術を要した一例を経験したので報告する。【症例】61歳 女性【既往歴】二分脊椎、反復性膀胱尿管逆流症に対し28歳時に右回腸導管、左腎瘻造設術を施行。腎不全の進行にて61歳時に透析導入目的に左腕シャント術施行(透析は未導入であった)。【治療経過】平成22年2月10日直腸脱に対しGant-三輪-Thiersch手術施行。術後2日目より38度台の発熱を認め、術後3日目より下腹部痛と下痢が出現。CD toxin 検査は陰性。術後5日目にも解熱認めず、下痢の持続と反跳痛が出現。腹部CTにて腹水の増加認め、試験穿刺にて混濁腹水を認めた。術後6日目に、緊急的に開腹洗浄ドレナージ術施行。開腹所見では、腹腔内には混濁腹水と直腸壁の発赤・腫脹と膿苔の付着を認めた。腸管の明らかな穿孔は認めず、腹腔内洗浄とドレナージのみで手術を終了した。直腸脱術後5日目の血液培養からはCitrobacterを認めた。ドレナージ術後、炎症の遷延を認め抗生剤投与は計14日間を要したが、その度徐々に下腹部痛の症状改善・炎症軽快を認めた。【考察】Gant-三輪-Thiersch手術後に腹膜炎を発症した報告例を検索したところ、直腸潰瘍穿孔にて手術を施行した例と直腸潰瘍穿通にて保存的治療を行った例を認めた。今回の我々の症例では、Gant-三輪-Thiersch手術にて直腸粘膜だけでなく筋層以深に結紮糸がかかっていた可能性があり、そのため直腸壁漿膜面にまで炎症が波及し、腹膜炎を発症したと思われる。

## O2-038 再発直腸脱の治療

東京通信病院消化器一般外科

森田博義, 下里あゆ子, 藤原良太, 佐藤兼俊, 梅谷直亨, 寺島裕夫

「症例」90歳、女性、直腸脱再発。便失禁10年前に完全直腸脱でGann-Miwa+Thiersch法を施行した。この時、大腿頸部骨折で加療中であったため、体位を碎石位やジャックナイフ位にとることが不可能だったため側臥位でおこなった。その後7年目に再発を来し再度、同手術を施行した。患者は従来から便秘がちではあったが、緩下剤の投薬で問題はなかった。今回便失禁を主訴に来院した。Thierschのリングは切れていなかった。Defecographyをおこなうと、直腸・肛門角が鈍角となっており、これが便失禁の原因と判断した。腰椎麻酔下にThierschを解き観察したが直腸は管状となっており直超脱は見られなかった。よって、尾骨下端より肛門管後方に達し内肛門括約筋を肛門管に沿って縫縮した。術後10日を過ぎると肛門機能は徐々に回復し便失禁もなくなった。「考察」高齢者の直腸脱に対する治療は、併存症がある場合術後の合併症が少ないGann-Miwa+Thiersch法を選択する事が少なくない。今回の症例は90歳という高齢で術後、再発の経過を十分観察する事が出来た。1) Gann-Miwa+Thiersch法を2回おこなうと肛門管下部直腸全体が筒状となりThierschを置けば下部直腸が脱出する事は無く、また伸びた直腸全体が時間を経て短縮していることであった。2) 経過中、肛門括約筋は常に弛んでいるので、これを縫縮し直腸・肛門角を矯正すると便失禁は軽快するということである。「結論」便失禁は日常生活上、由々しき事態である。患者の背景を考慮した術式を積極的に施行する事で便失禁の改善が望める場合のあることをこの症例は示している。