

一般演題（ポスター）

■ 2025年11月15日(土) 13:40～14:25 ■ ポスター7

[P34] 一般演題（ポスター） 34 症例・ストーマ

座長：東 大二郎(福岡大学筑紫病院炎症性腸疾患（IBD）センター)

[P34-1]

潰瘍性大腸炎術後の回腸嚢炎に対し回腸ストーマ造設後にストーマ脱出を来した1例

橋本 拓造, 大津 亘留, 相場 崇行, 地原 想太郎, 安田 一弘, 釘宮 睦弘, 白鳥 敏夫 (大分市医師会立アルメイダ病院)

[P34-2]

双孔式横行結腸人工肛門脱出に対して自動縫合器を用いて修復した1例

川北 康貴^{1,2}, 矢吹 慶¹, 秋山 正樹¹, 平田 敬治² (1.産業医科大学若松病院, 2.産業医科大学第一外科学)

[P34-3]

人工肛門脱出に対する自動縫合器を用いた修復術

尾嶋 英紀, 森本 雄貴, 高木 里英子, 渡辺 修洋, 山本 晃, 横江 毅, 内田 恵一, 毛利 靖彦 (三重県立総合医療センター消化器・一般外科)

[P34-4]

人工肛門からの内視鏡検査で遅発性に結腸穿通をきたした1例

芦立 嘉智 (浦河赤十字病院)

[P34-5]

局所麻酔下でのseton法にて改善したストーマ瘻孔・皮下膿瘍の1例

山崎 裕人, 吉田 貢一, 田畑 敏 (砺波総合病院大腸・肛門外科)

[P34-6]

塞栓術と硬化療法が有用であった結腸ストーマ静脈瘤の1例

瀬戸 寛人, 木村 文彦, 植野 吾郎, 畠野 尚典, 谷口 仁章 (独立行政法人地域医療機能推進機構(JCHO)大阪みなと中央病院外科)

一般演題 (ポスター)

2025年11月15日(土) 13:40～14:25 Poster 7

[P34] 一般演題 (ポスター) 34 症例・ストーマ

座長：東 大二郎(福岡大学筑紫病院炎症性腸疾患 (IBD) センター)

[P34-1] 潰瘍性大腸炎術後の回腸嚢炎に対し回腸ストーマ造設後にストーマ脱出を来した1例

橋本 拓造, 大津 亘留, 相場 崇行, 地原 想太郎, 安田 一弘, 釘宮 睦弘, 白鳥 敏夫 (大分市医師会立アルメイダ病院)

ストーマ脱出は可動性ある腸管の存在下で腹壁とストーマの間に腹圧が加わることにより弛んだ腸管が押し上げられ徐々に脱出することで引き起こされる。患者因子として高齢、肥満、腹圧上昇、筋膜の脆弱性など、手術因子としてはストーマ部位の過大な開口、腹壁とストーマとの過大な間隙、腹直筋外造設、腹腔内造設経路、腹壁への非固定などが報告されている。今回、我々は潰瘍性大腸炎術後の吻合部狭窄・回腸嚢炎にて回腸ストーマ造設後にストーマ脱出をきたした1例を経験したので報告する。症例は80才男性。59才時に大腸全摘および回腸嚢-肛門管吻合術が施行されている。79才時より吻合部狭窄にて内視鏡的拡張術が複数回施行されていたが、回腸嚢炎を契機とする高度炎症・低栄養にて紹介入院となった。回腸嚢炎に対して経肛門的イレウス管による保存的加療が行われるも、症状は改善に乏しく手術侵襲および全身状態を考慮して腹腔鏡下に回腸ストーマ造設術を施行した。術後はCVポート造設による中心静脈栄養管理を要したが、回腸嚢炎は改善し自宅退院となった。退院から半年経過した頃よりストーマ脱出を認めるようになった。CTにてストーマ肛門側から回腸嚢までに著明な拡張を認め、ストーマ脱出は遠位側腸管内容のドレナージ不良による腹腔内圧上昇が原因と判断し手術を施行した。右上腹部に造設されたストーマは腹壁-拳上腸管レベルで開大しており容易に脱出が認められた。ストーマ部より回腸嚢に至るまでの小腸は癒着が著明で一塊となっておりドレナージ不良の原因と推察された。これらの癒着を剥離しすべての腸管をfreeとして確認するとストーマ部分から回腸嚢上端までは120cmであった。ストーマ部腸管を切除しA-L吻合で再建してから左下腹部で回腸嚢上端より口側20cmで新規に回腸瘻を造設し手術を終了した。術後遺残回腸嚢の病的拡張は来していない。

一般演題 (ポスター)

2025年11月15日(土) 13:40～14:25 血 ポスター7

[P34] 一般演題 (ポスター) 34 症例・ストーマ

座長：東 大二郎(福岡大学筑紫病院炎症性腸疾患 (IBD) センター)

[P34-2] 双孔式横行結腸人工肛門脱出に対して自動縫合器を用いて修復した1例

川北 康貴^{1,2}, 矢吹 慶¹, 秋山 正樹¹, 平田 敬治² (1.産業医科大学若松病院, 2.産業医科大学第一外科学)

症例は60歳代女性、2023年他院で排便障害に対して右側横行結腸人工肛門造設術を施行された。術後から1年5か月後、人工肛門の脱出、出血、人工肛門周囲痛にて近医受診、人工肛門脱出に対する手術加療目的にて当科紹介となった。身長147cm、体重49kg、A D Lは概ね自立しているが要介護2、訪問介護にてパウチを交換している状態であった。初診時、右上腹部に人工肛門造設状態、6時方向の口側腸管が著明に脱出しており、脱出長は5.5cmであった。採血では特記異常事項認めず、人工肛門からの造影検査では、0時方向の肛門側腸管は肛門までの造影剤の流出を認め全体的に狭小化していたものの明らかな閉塞起点など粗大病変認めず、6時方向の口側腸管はやや拡張しており肝弯曲部上行結腸までの造影剤の流出を認めたが、同部位から口側結腸は便塊貯留のため造影困難であった。人工肛門脱出の診断にて、全身麻酔にて自動縫合器を用いた腸管切除による人工肛門の修復・形成術を施行した。術後病理では、切除腸管に有意粗大病変を認めなかった。術翌日から食事開始したが、術後2日目に尾側ステイプラ断面の黒色変化及び拍動性出血を認めたため結紮止血施行、その後は再出血認めず、術後6日目に自宅退院となった。術後定期通院中であるが、人工肛門の色調問題なく、再発やその他明らかな有害事象認めず経過している。

人工肛門脱出は日常診療でも遭遇し得る人工肛門造設後の合併症の一つであるが、標準的な手術や治療方法は確立しておらず、患者背景や各施設の判断に応じて治療展開されているのが現状である。本法は開腹手術と比較して低侵襲かつ患者自身のQOLを損なうことなく実施可能であり、過去の文献でも良好な転帰が報告されており、自動縫合器を用いた手術は人工肛門脱出の外科的治療の有効な選択肢となり得る。今回我々は人工肛門脱出に対して人工肛門再造設を行うことなく、器械吻合にて一期的に切除縫合して良好な術後経過を経た症例を経験したので、若干の文献的考察を踏まえて報告する。

一般演題（ポスター）

2025年11月15日(土) 13:40～14:25 ポスター7

[P34] 一般演題（ポスター） 34 症例・ストーマ

座長：東 大二郎(福岡大学筑紫病院炎症性腸疾患（IBD）センター)

[P34-3] 人工肛門脱出に対する自動縫合器を用いた修復術

尾嶋 英紀, 森本 雄貴, 高木 里英子, 渡辺 修洋, 山本 晃, 横江 毅, 内田 恵一, 毛利 靖彦 (三重県立総合医療センター消化器・一般外科)

【はじめに】人工肛門脱出は人工肛門造設後の合併症の一つであり、疼痛、出血、粘膜潰瘍といった症状を認め、管理に難渋することがあり、手術加療が必要となることがある。その際には、低侵襲な手術が望ましいと思われるが、自動縫合器を用いた修復術の報告も散見される。今回我々は、人工肛門脱出に対して自動縫合器を用いて修復術を行った3例を経験したので報告する。

【症例】症例1は62歳男性、直腸癌根治術後の排便障害に対し横行結腸人工肛門造設を行ったが、その後、口側腸管の脱出と粘膜の潰瘍を認めたため、全身麻酔下に自動縫合器を用いて脱出腸管を切除し修復、術後6日目に退院した。症例2は57歳女性、子宮頸がんに対する放射線治療による腸炎、腸閉塞に対し回盲部切除、双孔式人工肛門造設を行った。その後、肛門側腸管の脱出を認め管理困難となったため、全身麻酔下に自動縫合器を用いて脱出腸管を切除修復、術後7日目に退院した。症例3は42歳男性、大動脈解離術後の腸管壊死で横行結腸人工肛門造設状態となっていたが、肛門側腸管の脱出を認め管理困難となったため、全身麻酔下に自動縫合器を用いて脱出腸管を切除修復、術後2日目に退院した。

【考察】人工肛門脱出に対し、自動縫合器を用いて修復を行った3例を経験した。いずれも、低侵襲で安全に施行でき、有用な方法であったが、コストの面で課題があると思われた。

一般演題（ポスター）

2025年11月15日(土) 13:40～14:25 〇〇 ポスター7

[P34] 一般演題（ポスター） 34 症例・ストーマ

座長：東 大二郎(福岡大学筑紫病院炎症性腸疾患（IBD）センター)

[P34-4] 人工肛門からの内視鏡検査で遅発性に結腸穿通をきたした1例

芦立 嘉智 (浦河赤十字病院)

症例は62歳男性。バリウムによる上部消化管造影検査後の大腸穿孔のために2年前にハルトマン手術を施行されていた。過去に大腸ポリープを指摘されており、スクリーニングのために人工肛門から下部消化管内視鏡検査を施行した。人工肛門からの挿入は難渋したが、検査後は問題なく経過していた。検査後28日目に人工肛門付近の痛みを訴えて当院救急外来を受診した。CT検査で、人工肛門として挙上していたS状結腸間膜内にdirty mass signを疑う所見と結腸間膜から後腹膜内に気腫を認めた。内視鏡による遅発性のS状結腸穿通の診断で緊急手術となった。人工肛門周囲を剥離し、S状結腸を体外へ引き出すと間膜内に便の漏出を認めた。汚染した間膜と穿通部を含めたS状結腸を切離した。切離後に腹腔鏡で腹腔内を観察したが、腹腔内には汚染を認めなかった。口側の断端を再度人工肛門として挙上して手術を終了した。摘出した検体を確認すると人工肛門挙上部付近に3cm大の穿通部を認めた。

下部内視鏡検査での大腸穿孔や穿通は比較的まれな合併症である。本症例のように人工肛門から挿入する機会もあり、腹壁の厚さやストマトンネルの長さなどの要因で挿入困難となる事もあり、その際には穿孔や穿通を含めた腸管の損傷のリスクがある。今回、ストマ挙上付近で挿入困難であり、同部位での穿通であることから、穿通の原因は内視鏡操作での損傷と思われた。間膜側への穿通であり、症状が出現するまでに28日と時間がかかったものと思われる。挿入困難時の対応、その後の注意深いフォローが必要であると思われる。なお、文献的には人工肛門からの挿入に伴う穿孔や穿通の報告は少ない。今回我々は人工肛門からの内視鏡操作で遅発性に結腸穿通をきたした一例を経験したので報告する。

一般演題 (ポスター)

2025年11月15日(土) 13:40～14:25 血 ポスター7

[P34] 一般演題 (ポスター) 34 症例・ストーマ

座長：東 大二郎(福岡大学筑紫病院炎症性腸疾患 (IBD) センター)

[P34-5] 局所麻酔下でのseton法にて改善したストーマ瘻孔・皮下膿瘍の1例

山崎 裕人, 吉田 貢一, 田畑 敏 (砺波総合病院大腸・肛門外科)

ストーマ瘻孔は1.5～15%に発生する比較的頻度の高い晩期合併症と報告されているが, 皮下膿瘍を併発し外科的に介入した症例の報告は少ない. 今回局所麻酔下でのseton法にて改善したストーマ瘻孔・皮下膿瘍の1例を経験したので報告する. 症例は70代の女性, 50代で肛門管癌の診断で後方骨盤内臓全摘術・S状結腸人工肛門造設術施行、経過で膀胱瘻や右腎瘻が造設されている. さらに50代で膀胱瘻逸脱による腹膜炎に対してドレナージ術、70代で絞扼性イレウスに対して小腸部分切除術など、複数回の手術既往がある. また昨年より慢性腎不全にて血液透析が導入された.

今回ストーマからの下血にて予約外受診, パウチ内には暗赤色の血液が貯留しており, ストーマ周囲の膨隆を認めた. ストーマの色調は良好で, 腹膜炎を疑う所見は認めなかった. 腹部造影CT検査では明らかな出血源は指摘できなかったが, ストーマ腸管は皮下にて便塊による拡張を認めた. 血液検査上Hbは8.8と軽度低下, CRPは8台と軽度の炎症反応上昇を認めた. 入院の上, 絶食, 補液と抗菌薬を開始したが, 第6病日にストーマ尾側の皮膚が自潰し便塊を伴う排膿を認めた. 挙上腸管の皮下での壊死・穿孔(ストーマ瘻孔)が疑われたが, 幸い腹腔内汚染を疑う所見はなく, バイタルも安定していた. 本人の背景や低栄養状態などを考慮し人工肛門再造設を行わず, 局所麻酔下でのseton法によるドレナージのみで経過観察していく方針とした.

十分な洗浄の上ストーマ瘻孔部及び皮下膿瘍部に計3本のloose setonを留置, ドレナージを開始した. ドレナージ後の経過は良好で, 第8病日より経口摂取を開始, 抗菌薬も終了した. ストーマ装具はseton挿入部分を含めて貼付することで問題なく管理できた. その後溢水による酸素化不良が遷延したため腎臓内科に転科となった.

本症例は透析患者で複数回の手術既往があり, 低栄養状態であった. 全身麻酔手術の合併症及びストーマ離開などの合併症の併発の可能性が高いと判断し, ストーマ再造設は行わず, seton法によるドレナージのみの対応で管理可能であった.

一般演題（ポスター）

2025年11月15日(土) 13:40～14:25 ポスター7

[P34] 一般演題（ポスター） 34 症例・ストーマ

座長：東 大二郎(福岡大学筑紫病院炎症性腸疾患（IBD）センター)

[P34-6] 塞栓術と硬化療法が有用であった結腸ストーマ静脈瘤の1例

瀬戸 寛人, 木村 文彦, 植野 吾郎, 畠野 尚典, 谷口 仁章 (独立行政法人地域医療機能推進機構(JCHO)大阪みなと中央病院外科)

症例は75歳の男性。多発肝転移, 多発肺転移, 膀胱頂部と後腹膜への浸潤を伴う進行S状結腸癌に対して腹腔鏡下横行結腸ストーマ造設術を施行した。一次治療としてmFOLFOX6+Bev, 二次治療としてIRIS+Bevを施行中にストーマ静脈瘤を生じた。同部位より頻回の出血をきたし, その都度, 輸血, 入院を要したためIVRを施行した。超音波ガイド下に静脈瘤に流入する血管を穿刺し, コイル塞栓した後に硬化療法を施行し, 出血の制御が可能であった。若干の文献的考察とともに報告する。