

パネルディスカッション

■ 2025年11月14日(金) 8:30 ~ 10:00 ■ 第7会場

[PD2] パネルディスカッション2 裂肛診療の難しさについて（診断・治療・術後）～裂肛診療を極める

司会：八子 直樹(医療法人桜樹会八子医院外科，肛門科)，錦織 直人(一路会錦織病院外科)

[PD2-1]

裂肛に対する用手肛門拡張術の治療成績

石山 元太郎, 秋月 恵美, 鈴木 崇史, 佐藤 綾, 西尾 昭彦, 石山 勇司 (札幌いしやま病院)

[PD2-2]

当院における裂肛診療—裂肛に対する日帰り手術の成績を中心に—

樽見 研¹, 吉田 幸平² (1.札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック, 2.新宿おしりのクリニック)

[PD2-3]

肛門狭窄に対する形成外科アプローチを用いたV-Y Graft

森 俊治¹, 田中 香織¹, 山田 英貴² (1.森外科医院, 2.山田外科内科)

[PD2-4]

裂肛・肛門狭窄に対するSSGの手術手技と治療成績の検討

錦織 直人¹, 佐々木 義之¹, 錦織 ルミ子¹, 錦織 麻衣子¹, 尾原 伸作², 錦織 方人¹ (1.錦織病院外科, 2.国保中央病院外科)

[PD2-5]

当院における裂肛治療の包括的アプローチ

赤瀬 崇嘉, 栗原 浩幸, 藤井 頼孝, 森山 穂高, 塚原 勇, 金井 忠男 (所沢肛門病院)

[PD2-6]

慢性裂肛・肛門狭窄に対する外科治療の適応と選択

岡田 大介, 佐原 力三郎 (社会医療法人財団仁医会牧田総合病院肛門病センター)

[PD2-7]

裂肛・肛門狭窄に対する治療について

岡本 康介, 紅谷 鮎美, 河野 洋一, 佐井 佳世, 米本 昇平, 酒井 悠, 松島 小百合, 鈴木 佳透, 小菅 経子, 松村 奈緒美, 下島 裕寛, 宋 江楓, 國場 幸均, 宮島 伸宜, 黒水 丈次, 松島 誠 (松島病院大腸肛門病センター)

[PD2-SP]

特別発言

齋藤 徹 (医療法人伯鳳会大阪中央病院外科)

パネルディスカッション

■ 2025年11月14日(金) 8:30 ~ 10:00 ■ 第7会場

[PD2] パネルディスカッション2 裂肛診療の難しさについて（診断・治療・術後）～裂肛診療を極める

司会：八子 直樹(医療法人桜樹会八子医院外科, 肛門科), 錦織 直人(一路会錦織病院外科)

[PD2-1] 裂肛に対する用手肛門拡張術の治療成績

石山 元太郎, 秋月 恵美, 鈴木 崇史, 佐藤 綾, 西尾 昭彦, 石山 勇司 (札幌いしやま病院)

【はじめに】用手肛門拡張術（Anal Dilation：AD）は非観血的治療法であり、外来で簡単に施行可能であることから、当院では難治性裂肛治療の第一選択としている。今回、慢性裂肛に対するADの当院における治療成績について報告する。【対象と方法】2021年1月～2023年3月までの期間に当院でADを施行した慢性裂肛症例の97例を対象とした。手術適応は、保存的治療で効果を示さない肛門狭窄を伴う慢性裂肛とした。ただし、示指の挿入が困難であるような肛門上皮レベルの高度な狭窄を伴う症例は適応から外した。麻酔は全例で仙骨硬膜外麻酔を用いた。ADは左右の示指を肛門内に挿入し、線維化をおこした内括約筋の筋繊維を愛護的にストレッチするようにして拡張する方法で行った。【結果】97例の平均年齢は45.8歳（22-80）、男女比48：49で、ほぼ男女同数であった。病歴期間中央値は24ヶ月（1～240ヶ月）であった。裂肛部位は後方39例（40.2%）、前方15例（15.5%）、前後14例（14.4%）、側方3例（3.1%）、多発26例（26.8%）であった。全体の約半数である49例（50.5%）で皮垂や肛門ポリープなどの付随病変の切除を併施した。AD施行前後の肛門径の平均は、術前 18.1 ± 3.39 mm、術後 25.7 ± 2.79 mmと有意な改善を認めた。肛門管最大静止圧は術前 72.7 ± 18.6 mmHgであったが、術後 64.0 ± 19.7 と有意に改善した。術直後に施行したラジアル型肛門エコー検査では71例（93.4%）に異常所見を認めなかった。5例（6.6%）でわずかにlow echo部分を認めたが、肉眼的・臨床的に血種の形成や括約筋の断裂などの合併症は認めず、便失禁の症状を訴えた症例はなかった。術前の症状が軽快～消失を再発なしと定義した場合、Kaplan-Meier法を用いた累積無再発率は術後1年経過時点で83.7%であり（観察期間中央値6ヶ月）、比較的良好な結果が得られた。【結語】慢性裂肛に対するADは簡便で安全な治療法であり、治療成績も比較的良好と考えられた。

パネルディスカッション

■ 2025年11月14日(金) 8:30～10:00 ■ 第7会場

[PD2] パネルディスカッション2 裂肛診療の難しさについて（診断・治療・術後）～裂肛診療を極める

司会：八子 直樹(医療法人桜樹会八子医院外科, 肛門科), 錦織 直人(一路会錦織病院外科)

[PD2-2] 当院における裂肛診療—裂肛に対する日帰り手術の成績を中心に—

樽見 研¹, 吉田 幸平² (1.札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック, 2.新宿おしりのクリニック)

【はじめに】裂肛の病態は肛門上皮の裂創なので、治療の基本は原因となっている便秘下痢の改善と外用薬による保存的治療である。しかし保存的治療では効果がなかったり頻回に繰り返したりする場合は手術適応となる。裂肛に対する手術の目的は肛門の過緊張状態の改善や狭窄を解除することである。当施設は無床クリニックであるため裂肛に対する手術は侵襲の少ない用手的に行う肛門拡張術（anal dilation: AD）を第一選択としてきた。ADは急性期の裂肛の過緊張にも非常に有効である。しかしADでは症状が改善しなかったり再発したりする症例も多く、そのような症例には皮膚弁移動術（sliding skin graft: SSG）を行っている。また狭窄の原因が肛門上皮の癒着だったり狭窄が強度な症例は最初からSSGを選択している。今回ADを行った症例とSSGを行った症例の成績を比較検討し報告する。

【対象と方法】2019年4月～2024年3月の5年間に裂肛に対する手術を施行した症例は296例だった。そのうちADを選択した症例（AD群）は198例、SSGを選択した症例（SSG群）は98例だった。なお、ADは術式の標準化のためヘリオサージカル社の肛門ブジーを用いて内径のサイズを2倍にするのを目標にした。

【結果】術後成績であるがAD群では完治した症例（術後に症状が完全に消失し外用薬を使用していない症例）は121例（有効率61.1%）だった。残りの効果がなかった77例（38.9%）のうち38例はそのまま外用薬などの保存的治療で経過をみており、22例は再度ADを施行し、残りの17例はSSGを施行した。AD群では術後の合併症はなかった。SSG群では完治した症例は97例（有効率99.0%）であり、1例のみ排便痛が継続しており外用薬で経過観察となっている。術後の合併症であるが術当日の創辺縁からの出血が1例（1.0%）、soilingを3例（3.1%）認めたが、排便のコントロールで症状は改善した。

【結語】保存的治療で改善しない裂肛に対する外科的治療としてADは侵襲が少なく術後合併症もないため、第一選択として適している術式と思われた。ただADの有効率は低いので症例によっては効果の確実なSSGを選択すべきと思われた。

パネルディスカッション

■ 2025年11月14日(金) 8:30 ~ 10:00 ■ 第7会場

[PD2] パネルディスカッション2 裂肛診療の難しさについて（診断・治療・術後）～裂肛診療を極める

司会：八子 直樹(医療法人桜樹会八子医院外科, 肛門科), 錦織 直人(一路会錦織病院外科)

[PD2-3] 肛門狭窄に対する形成外科アプローチを用いたV-Y Graft

森 俊治¹, 田中 香織¹, 山田 英貴² (1.森外科医院, 2.山田外科内科)

【はじめに】裂肛は肛門上皮の裂創で慢性化して肛門上皮が癒着化すると高度の肛門狭窄となる場合がある。全周性肛門狭窄に対する治療には手術しかなく、Sliding Skin Graft (SSG) やV-Y Graft (VYG) といった形成外科的アプローチを有する手技が必要になる。肛門科領域で行われるSSGではgraftの皮切は真皮がわずかに残る程度が良しとされ、そのgraftもなるべく小さめにしようとする傾向が強い。本来graftは血流確保のため極力大きめにすることが基本とされる。また、graftがslidingするためには真皮を完全に切離す必要があり、さらに十分にslidingさせるには肛門括約筋の筋膜まで切離を加える必要がある。従来のSSGでは直腸粘膜皮膚縫合部が部分的なホワイヘッド肛門の形となるため、力みなどにより将来的に縫合部が下垂して直腸粘膜脱を来す恐れがある。VYGでは縫合したYの脚部分がgraft部分を支えるような形になり、直腸粘膜皮膚縫合部が下垂せず直腸粘膜脱となるのを防ぐことができる。現在当院では全周性肛門狭窄に対する肛門拡張術にはVYGを第一選択としている。【手術】肛門6時の癒着狭窄部の肛門上皮を切開して皮下の癒着組織や硬化した肛門括約筋を可及的に切除し二横指まで肛門を拡張したのち直腸粘膜と肛門上皮を縫合する。同部外側の肛門周囲皮膚に可能な限り大きめのV字切開を加えてgraftを作り、肛門括約筋筋膜まで切離してY字型に縫合閉鎖しgraftを肛門管内へslidingさせる。【手術成績】2019年8月より2025年1月までに慢性裂肛による肛門狭窄でVYGを10例に行った。全例で狭窄は解除でき、肛門の変形や癒着を形成した症例はなかった。1例で皮膚縫合部の哆開を認めたが二次的に治癒した。【まとめ】形成外科的なアプローチで行うVYGは術後合併症が少なく、長期的な合併症防止にも有用な術式であると考えている。

パネルディスカッション

📅 2025年11月14日(金) 8:30 ~ 10:00 📍 第7会場

[PD2] パネルディスカッション2 裂肛診療の難しさについて（診断・治療・術後）～裂肛診療を極める

司会：八子 直樹(医療法人桜樹会八子医院外科, 肛門科), 錦織 直人(一路会錦織病院外科)

[PD2-4] 裂肛・肛門狭窄に対するSSGの手術手技と治療成績の検討

錦織 直人¹, 佐々木 義之¹, 錦織 ルミ子¹, 錦織 麻衣子¹, 尾原 伸作², 錦織 方人¹ (1.錦織病院外科, 2.国保中央病院外科)

【はじめに】当院では難治性裂肛・肛門狭窄症例に対しSSGによる根治手術を主に行なっており、その手術手技と術後成績を報告する。【手術適応と手術手技】肛門狭窄は絶対適応、難治性裂肛や肛門ポリープ等の付随性病変合併例を相対適応としている。肛門内圧検査による術前の肛門括約筋機能評価を行う。腰椎麻酔下に肛門径測定ゲージによる肛門径測定をした後に手術を開始する。SSGは通常1ヶ所であるが拡張の程度により2ヶ所施行する。拡張の指標は肛門周囲径80mmとするが、過剰な括約筋切除にならないよう注意する。肛門縁皮膚と粘膜の縫合は吸収糸で5針程度行ない、縫合部より1cm弱外側の皮膚切開を行い、皮膚をslidingさせる。肛門径の測定を行ない、手術を終了する。【成績】2017年1月から2024年12月の裂肛初診患者数は3854人で、うち311例に根治術を施行し(手術率8.1%)、SSGは294例に行なった。術後出血は0%、難治創が2例、皮垂形成で切除が2例、肛門周囲膿瘍が1例、再発は5例であった。術後便失禁を12例に認め、内9例は術前より便失禁があった。術前の肛門径の中央値は52mm(10-81mm)、術後の中央値は80mm(71-89mm)であった。術前後に肛門内圧検査を行った症例は138例で、術前最大静止圧(以下MRP)の中央値は63.7mmHg(28.4-132.1 mmHg)であったが、85mmHg以上の異常高値例が32例、45mmHg以下の低下例が13例と症例間の格差が大きかった。また術後MRP中央値は51.5mmHg(16.0-91.6mmHg)であったが、40mmHg未満の症例を21例認めた。術前の肛門機能評価は術中の括約筋切除量の指標としており、MRP低値例では便失禁のリスクを考慮し、括約筋切除量を最低限に止めるように心がけている。また術前後での症状評価では「痛みなし」との回答が術後2ヵ月で79%、3ヵ月で95%、「排便が出しやすい」が術後2ヵ月で92%、3ヵ月で99%であった。【まとめ】当院におけるSSGの術後成績は客観的指標と術後患者調査からも妥当な結果であった。

パネルディスカッション

📅 2025年11月14日(金) 8:30～10:00 📍 第7会場

[PD2] パネルディスカッション2 裂肛診療の難しさについて（診断・治療・術後）～裂肛診療を極める

司会：八子 直樹(医療法人桜樹会八子医院外科, 肛門科), 錦織 直人(一路会錦織病院外科)

[PD2-5] 当院における裂肛治療の包括的アプローチ

赤瀬 崇嘉, 栗原 浩幸, 藤井 頼孝, 森山 穂高, 塚原 勇, 金井 忠男 (所沢肛門病院)

【はじめに】裂肛治療の原則は薬物療法による保存的治療であるが、狭窄、慢性裂肛の三徴(肛門潰瘍、肛門ポリープ、skin tag)を有するなどの保存的治療では軽快しない症例に対して侵襲的治療が行われる。当院の手術療法は従来のSSG法（縦切り横縫い＋減張切開）、小さいSSG法（内括約筋切開部位を小皮弁で覆う）とPIS（後方での内括約筋切開）を行っている。内痔核の脱肛による随伴裂肛は痔核手術を行う。

【対象】2019年1月～2024年11月の間に当院で治療した裂肛症例9,208例（男性4,574例、女性4,634例）を対象とし、治療法の選択と成績を包括的に検討した。

【治療方針】当院の裂肛治療に対する保存的治療は痔疾軟膏、緩下剤、鎮痛薬の投与で、軽度狭窄例に対しては、用手拡張や肛門ブジーによる肛門拡張術を施行する。手術療法は強度の肛門狭窄や排便後痛が数時間続くなど生活に支障をきたす症例などに対して行う。手術術式は小さいSSG法、SSG法、PISから症例に応じ選択する。小さいSSG法は、SSG法の横方向の縫合線が長くなることや縫合哆開が起きやすいことを避けるよう考慮した術式である。PISは側方のLISでなく、肛門変形や失禁を起こしにくい後方で切開する術式である。術式の適応は、非上皮性で狭窄が比較的軽度な場合（軽度狭窄例）にはPIS、慢性裂肛の三徴のある場合や上皮性の狭窄があり示指の挿入は可能な場合（中等度狭窄例）には小さいSSG法、小指が入らないような場合（高度狭窄例）には従来のSSG法とした。手術時の目標肛門径は直径約3.3cmもしくは2横指とした。

【治療成績】2019年1月～2024年11月の間に保存的治療が8,892例(96.6%)、肛門拡張術が92例(1.0%)、手術療法(内痔核の脱肛に伴う随伴裂肛は除く)が224例(2.4%)であった。手術は小さいSSG法200例、PIS19例、SSG法5例であった。術後合併症は小さいSSG法で再燃1例だった。PIS、従来のSSGでは明らかな横方向の瘢痕は残るが合併症を認めなかった。

【まとめ】裂肛治療の包括的アプローチについて述べた。裂肛治療を行う際は、裂肛の病態に応じた処置が必要と考える。

パネルディスカッション

■ 2025年11月14日(金) 8:30 ~ 10:00 ■ 第7会場

[PD2] パネルディスカッション2 裂肛診療の難しさについて（診断・治療・術後）～裂肛診療を極める

司会：八子 直樹(医療法人桜樹会八子医院外科, 肛門科), 錦織 直人(一路会錦織病院外科)

[PD2-6] 慢性裂肛・肛門狭窄に対する外科治療の適応と選択

岡田 大介, 佐原 力三郎 (社会医療法人財団仁医会牧田総合病院肛門病センター)

【目的】裂肛の治療は排便習慣の改善や局所療法を主とした保存的治療が優先されるが状況により外科治療を要する症例がある。当院での裂肛に対する外科治療の適応と術式選択を示し、手術治療成績について検討する。

【手術適応】器質的狭窄や脱出する肛門ポリープを伴う症例、保存的治療の無効例、裂肛痔瘻合併例を手術適応としている。

【術式選択】狭窄の適切な解除、肛門管内の凹凸の平坦化を目標とする。まず狭窄の有無とその程度を正確に把握する。狭窄のない症例は裂肛切除術、内括約筋レベルの狭窄例には用手拡張術（MD）＋裂肛切除術を行うが、多くの裂肛症例では内括約筋硬化を伴うため、硬化の程度に合わせなるべく用手拡張術を併施する。また肛門上皮レベルでの狭窄例、高度狭窄例では皮膚弁移動術（SSG）を行う。必要に応じて複数個所で各術式を組み合わせる。目安として2横指が楽に通る程度まで拡張を行い、過度の拡張を行わないようにする。

【対象】2020年4月から2024年9月までに当院で施行した裂肛・肛門狭窄に対する初回手術例のうち、4ヵ月以上経過観察しえた症例（4ヵ月未満の治癒例を含む）154例を対象とし、診療録を元に後ろ向きに検討した。なお痔核手術等の術後狭窄症例、クローン病合併例は除外した。

【結果1】手術時年齢は45.7歳、男女比は91：63、平均観察期間は107.7日であった。術式の内訳は裂肛切除術単独35例（22.7%）、MD（±裂肛切除術）100例（64.9%）、SSG19例（12.3%）であった。

【結果2】治癒期間中央値は裂肛切除術単独68日、MD（±裂肛切除術）50日、SSG54日であった。また治癒遷延（治癒日数術後120日以上）例＋再発例は裂肛切除術単独8/35例（22.9%）、MD（±裂肛切除術）8/100例（8.0%）、SSG2/19例（10.5%）であり裂肛切除術単独で治癒期間が長く、治癒遷延再発例が多い傾向だった。再手術は裂肛切除術単独、MD（±裂肛切除術）に各1例ずつ認めた。incontinenceを訴える症例は裂肛切除術単独で1例あったが保存的に軽快した。

【結語】慢性裂肛・肛門狭窄に対する外科治療の成績は概ね良好であるが、裂肛切除術単独の際にも何らかの追加手技の併用が望ましいと思われる。

パネルディスカッション

📅 2025年11月14日(金) 8:30 ~ 10:00 📍 第7会場

[PD2] パネルディスカッション2 裂肛診療の難しさについて（診断・治療・術後）～裂肛診療を極める

司会：八子 直樹(医療法人桜樹会八子医院外科，肛門科)，錦織 直人(一路会錦織病院外科)

[PD2-7] 裂肛・肛門狭窄に対する治療について

岡本 康介, 紅谷 鮎美, 河野 洋一, 佐井 佳世, 米本 昇平, 酒井 悠, 松島 小百合, 鈴木 佳透, 小菅 経子, 松村 奈緒美, 下島 裕寛, 宋 江楓, 國場 幸均, 宮島 伸宜, 黒水 丈次, 松島 誠 (松島病院大腸肛門病センター)

裂肛・肛門狭窄の診断は，問診，視診，肛門指診，肛門鏡検査などにより行う．急性裂肛による強い持続的な疼痛を伴う症例は，内肛門括約筋の強度な痙攣性収縮を来とし，通常の診察は困難なため，局所麻酔剤入りゼリーの塗布あるいは腰椎麻酔下での診察をする．保存的治療は，食物繊維の摂取の勧め，軟便剤，緩下剤の投与と注入軟膏の投与を行う．また温水洗浄便座の使用は，裂肛の悪化や治癒を遷延させるため，使用制限を勧めている．急性裂肛では，器質的な肛門狭窄は少なく，麻酔下で緩徐なフィンガーブジーによる肛門拡張術が有効な治療手段となる．慢性裂肛で，潰瘍，肛門ポリープの形成，肛門狭窄による出血や疼痛が保存的治療で無効な症例を手術適応としている．肛門計の測定には，示指による感覚は術者間で誤差を生じるため，肛門ブジー，メジャー付きの有柄肛門鏡による測定を行なっている．裂肛は，痔核に随伴する例，痔瘻が併存する例も多い．2021年1月から2022年12月の間で，裂肛単独272例，痔核の併存799例，痔瘻併存147例，痔核と痔瘻併存228例あった．慢性裂肛では内肛門括約筋の過緊張を示す例が多く，当院では肛門内圧検査を行い，最大静止圧（maximum resting pressure；以下MRP）を術式選択の指標の一つとしている．主な術式は用手肛門拡張術（以下AD），裂肛切除，肛門括約筋切開術，側方内括約筋切開術（lateral subcutaneous internal sphincterotomy；以下LSIS），皮膚弁移動術（sliding skin graft；以下SSG），同時に肛門ポリープ切除，皮垂切除などである．MRP高値例では，AD，LSIS，SSGに括約筋切開術を加えると，MRPの正常化が図られ再発予防につながる．一方，MRP低値を示す例も存在し，その場合は内括約筋の過度な切開は機能低下を招く恐れがあるため，より慎重さが求められる．なお肛門の手術では環状の瘢痕を残さない方が良くと考えられ，裂肛切除部の縫合閉鎖は，できるだけ縫合線が体軸（長軸）方向となるように，痔核結紮切除術（LE）に準じた縫合になるように心がけている．今回，当院の裂肛の外科治療を中心に，術後のアンケートによる患者の満足度などを含め，術式や治療成績を報告したい．