Video Workshop | Proctology

Sat. Nov 21, 2026 10:10 AM - 11:40 AM JST | Sat. Nov 21, 2026 1:10 AM - 2:40 AM UTC | Room 3 (2F Convention Hall 3)

Video Workshop 8 Surgical Treatment of Deep Anal Fistulas

司会：鮫島 隆志（潤愛会鮫島病院）、柴田 直哉（いきめ大腸・肛門外科内科）

[VWS8-7] Diagnosis and treatment for complicated anal fistula

*Naoya Shibata[1] (1. Ikime coloproctological clinic)

当院では2015年1月から2026年1月までに痔瘻手術をIIL及びIILcを846人、IIHを96人、IIILを195人、IIIH及びIV(4人）を168人手術している。術前検査としては経肛門的超音波検査、複雑痔瘻に対してはMRI検査まで行っており、客観的に診断している。症例は男性1087人、女性218人であった。無再手術率はIIL及びIILcが98.5%、IIHが96.6%、IIILが94%、IIIH及びIVが86%であった。IIIH及びIVはより複雑で広範囲な場合が多く再手術率は高いと思われる。術後6ヶ月前後の短期的な再手術がほとんどであるが、最長術後5年の再手術も経験している。術後便失禁スコア（CCFIS)では術後1ヶ月から2ヶ月は5点代、水様便、ガス漏れが前方の痔瘻術後に特に認められるが、緩下剤の中止などで術後3ヶ月目には0から2とほとんど問題とならない。肛門内圧でも術前と比べ優位に静止圧は下がるが、70〜80mmHgと正常人と比べて有意差を認めない。便失禁を経験していないため、低位筋間痔瘻は当院ではLay openを行っている。深部痔瘻はMRIで、内外括約筋間、所謂、縦走連合筋と言われる部位、T2強調画像で高吸収域と認められる画像上、脂肪に類似した柔らかい組織を口側に進展している。括約筋間のみに留まる場合はIIH、浅外括約筋と深外括約筋付着部で外側に漏れ出た場合はCoutney腔が原発巣となり、深外括約筋と挙筋付着部から漏れ出た場合は後方深部隙が原発巣となっていた。その状況を踏まえ、当院での手術法は、後方正中から切開を行い、一次口はLay open、またはシートン、IIH部位は括約筋間を口側に可能な限り切除、後方正中の開放も後方深部隙近位まで行い、感染瘻管を確認し、可能な限り切除する。IIHの切除部位から後方深部隙にドレナージシートンを挿入留置し14日程度で抜去している。当院の手術法はMRIによる客観的な画像、Surg Radior Anat.解剖学に沿って切除部位を決定しており、後方深部隙の処理を行うのに括約筋を完全に切除することなくアプローチ可能なことを提示したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会