Poster Session

Fri. Nov 20, 2026 2:00 PM - 3:00 PM JST | Fri. Nov 20, 2026 5:00 AM - 6:00 AM UTC | ポスター1

Poster Session 2 Surgical Treatment for Advanced Colorectal Cancer 2

座長：田中 慶太朗（市立大津市民病院一般・乳腺・消化器外科）

[P2-1] A Difficult-to-Treat Case of Anastomotic Leakage After Rectal Cancer Surgery

*Hidetaka Kurebayashi[1] (1. Department of Sugery, Harue Hospital)

症例：65歳男性　X年9月急性腹症にて当院救急搬送され、急性虫垂炎の診断で、腹腔鏡下虫垂切除術を施行した。その4ヶ月後より排便時出血を認め、当院を再度受診。精査にてRaを主体とした半周性の進行直腸癌を指摘し、X+1年2月に腹腔鏡下直腸低位前方切除術、3群リンパ節および両側側方リンパ節郭清、DST吻合、covering ileostomyを行った。下部消化管内視鏡を用いた術中Leak testでは問題を認めなかった。最終診断はRectal cancer RaRb type2 5×3.5cm muc>sig>tub2 T3(SS) N1b(251) M0 StageIIIbとした。術後outlet obstructionを認めチューブ留置を一時的に行い、18PODで退院となった。退院後、術後補助化学療法としてCAPOX療法を開始した。術後4ヶ月にcovering ileostomy閉鎖を検討するために、下部消化管内視鏡検査と腹部CT検査を行ったところ、DST吻合部のステイプルラインが重なる部分での縫合不全とそれにともなった仙骨前面への小瘻孔、小膿瘍を疑う所見を認めた。この時点でのcovering ileostomyの閉鎖は断念し、化学療法ごとに瘻孔部の洗浄治療を行った。半年間の術後補助化学療法終了後も、瘻孔は残存し、ベリプラストを用いた内視鏡下での瘻孔閉鎖も試行したが、結果として改善は認めなかった。以後も瘻孔部の改善を認めず、covering ileostomy周囲の皮膚障害など管理も困難であったために、本人と相談し、直腸手術から1年後に、瘻孔部を含めた吻合部切除として直腸切断術および人工肛門造設を施行した。病理検査では瘻孔部および軟部組織には悪性所見は認めなかった。
縫合不全は直腸手術における最大の合併症であり、治療が難しいばかりか、患者予後にも寄与する因子である。またその治療法は一定ではなく、難渋することも多い。今回、治療に難渋し、結果として永久ストマとなった教訓的な症例と考え、文献的考察を加え報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会