一般演題(ポスター)
2026年11月20日(金) 14:00 ~ 15:00 | ポスター5
一般演題（ポスター）10　炎症性腸疾患 1
座長：山本 章二朗（いきめ大腸・肛門外科内科）

[P10-3] クローン病関連痔瘻癌に対するPelvic Exenterationの治療成績と手術手技の工夫

*今田 絢子[1,2]、木村 慶[1]、奥村 兼汰[1]、松下 和輝[1]、福本 結子[1]、大谷 雅樹[1]、宋 智亨[1]、桑原 隆一[2]、堀尾 勇規[2]、片岡 幸三[1]、内野 基[2]、池内 浩基[2]、池田 正孝[1] (1. 兵庫医科大学消化器外科学下部消化管外科、2. 兵庫医科大学外科学講座炎症性腸疾患外科)

はじめに

クローン病(CD)の増加に伴い、慢性炎症を背景としたCD関連大腸癌の発生も増加している。約8割が直腸肛門部に発生し、外科的切除が基本であるが、断端陽性率や局所再発率が高く、Pelvic exenteration(PE)など侵襲の高い手術が必要となる。特に肛門病変を伴う痔瘻癌ではPelvic sidewallや骨性骨盤の合併切除が求められることがあり、切除ラインの決定が困難である。今回、CD関連痔瘻癌に対するPEの治療成績と手術手技を検討した。

対象と方法

2017年-2025年、当院でCD関連痔瘻癌に対してPEを行なった11例を対象とし、治療成績を後方視的に検討した。

結果

症例は女性3例、男性8例、年齢の中央値は48歳（34–60）であった。Pelvic sidewall合併切除が9例（81.8%）、骨性骨盤切除が5例（45.5%：恥骨3、仙骨2）、筋皮弁による骨盤会陰再建が10例（90.9%）であった。手術時間の中央値は885分（783-998）、出血量は668mL（230-1750）で、R0切除は8例、R1切除は3例であった。術後合併症（Clavien–Dindo grade3以上）は6例（54.5%）に発生し、骨盤内液貯留5例、イレウス1例であった。

手術手技の要点

CD関連痔瘻癌では腫瘍が肛門挙筋を超えて、内閉鎖筋方向へ浸潤することがしばしば認められる。そのため、多くの症例で骨盤内臓全摘+内閉鎖筋合併切除が必要となる。

手術においては、腹腔側からは閉鎖孔、会陰側からは大臀筋をメルクマールに内閉鎖筋を確認し、両側から坐骨を露出しながら内閉鎖筋を処理し、閉鎖孔近傍でランデブーすることがポイントである。また、内閉鎖筋を超える浸潤が見られる際には恥骨合併切除により、十分なマージン確保が可能となる。加えて、広範な会陰切除を要することも多く、形成外科の協力は不可欠である。

結論

CD関連痔瘻癌に対するPEは侵襲が大きいが、根治を目指す上で有効な手術である。当院での治療成績と切除・再建の工夫を報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会