ビデオワークショップ | 外科・肛門科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ビデオワークショップ 10　直腸脱に対する外科治療　適応と治療成績 2

司会：栗原 聰元（汐田総合病院外科）、五代 天偉（西横浜国際総合病院　外科）

[VWS10-1] 直腸脱に対するDelorme 手術（変法）

*山田 英貴[1]、森 俊治[2]、田中 香織[2]、宮﨑 道彦[3] (1. 山田外科内科、2. 森外科医院、3. 道仁病院)

[VWS10-2] 直腸脱に対するAltemeier法の手技と手術成績

*花田 圭太[1,2]、向井 周[1]、吉村 直生[1]、渡部 晃大[2]、伊藤 孝[1]、松下 貴和[1]、寺嶋 宏明[1] (1. 洛和会音羽病院　外科、2. 大阪中央病院　肛門外科)

[VWS10-3] 直腸脱に対するアルテマイヤー手術

*梅枝 覚[1]、大谷 暉[1]、鈴木 桜子[1]、下山 貴寛[1]、堀 智英[1]、西川 隆太郎[1]、中山 茂樹[1]、岩永 孝雄[1]、山本 隆行[1] (1. JCHO四日市羽津医療センター外科大腸肛門病・IBDセンター)

[VWS10-4] メッシュを用いない直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の治療成績

*多加喜 航[1]、田中 幸恵[1]、藤木 博[1]、小泉 範明[1] (1. 明石市立市民病院　外科)

[VWS10-5] 直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の標準化と人的資源最適化の工夫

*鈴木 優之[1,2]、浜畑 幸弘[1]、黒崎 剛史[1]、高野 竜太朗[1]、小池 淳一[1] (1. 辻仲病院柏の葉大腸肛門科、2. 前田病院大腸肛門科)

[VWS10-6] 当院における完全直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の工夫

*相馬 大人[1]、弓場 健義[1]、安田 潤[1]、光藤 傑[1]、辻村 直人[1]、渡部 晃大[1]、三宅 祐一朗[1]、竹中 雄也[1]、小野 朋二郎[1]、齋藤 徹[1]、根津 理一郎[1] (1. 大阪中央病院　外科)

[VWS10-7] 直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術と経肛門手術の治療成績と術式選択

*米本 昇平[1]、宮島 伸宜[1]、國場 幸均[1]、大島 隆一[1,2]、紅谷 鮎美[1]、松島 小百合[1]、黒水 丈次[1]、岡本 康介[1]、下島 裕寛[1]、宋 江楓[1]、河野 洋一[1]、松村 奈緒美[1]、小菅 経子[1]、酒井 悠[1]、佐井 佳世[1]、渡部 晃子[1]、内田 ひかり[1]、ナナ― ジョージ 譲時[1]、松島 誠[1] (1. 松島病院大腸肛門病センター、2. 川崎市立多摩病院消化器・一般外科)

[VWS10-8] 病態に応じた骨盤臓器脱術式選択とアウトカム

*大橋 勝久[1]、大橋 勝英[1]、佐々木 章公[2]、太田 和美[2]、北川 一智[2]、森谷 行利[3]、玉木 孝彦[3] (1. 大橋胃腸肛門科外科医院、2. 十全総合病院、3. 森谷外科医院)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ビデオワークショップ 10　直腸脱に対する外科治療　適応と治療成績 2
司会：栗原 聰元（汐田総合病院外科）、五代 天偉（西横浜国際総合病院　外科）

[VWS10-1] 直腸脱に対するDelorme 手術（変法）

*山田 英貴[1]、森 俊治[2]、田中 香織[2]、宮﨑 道彦[3] (1. 山田外科内科、2. 森外科医院、3. 道仁病院)

＜はじめに＞
近年，人口の高齢化に伴い，直腸脱のような高齢者に多い疾患に遭遇する機会が増加してきている．直腸脱に対する外科治療の選択に際して，低侵襲であり，根治性が高く，QOL を考慮した治療法が求められている．直腸脱に対する経肛門的（経会陰的）治療は低侵襲性において優れた治療とされている．経肛門的（経会陰的）アプローチであるDelorme法は2020 年に日本大腸肛門病学会から出版されたガイドラインでは，Gant-三輪-Thiersch 法と共に5 cm 以下の直腸脱症例に対して推奨されている．当院では脱出腸管の外管粘膜と内管粘膜を分割して剥離するDelorme手術（変法）を行っている．今回，われわれが行っているDelorme 手術（変法）の手技について説明し，術前術後の肛門機能と便秘および便失禁スコアについて検討した．
＜手術術式＞
始めから外管粘膜の剥離を脱出腸管の先進部（先端）から歯状線方向に向かって行うことで，早期に適切な剥離層を見定めることができ，止血操作が行いやすいと考えるからである．また，直腸筋層を腹腔側へ反転させ，より多くの直腸粘膜の剥離を行うことで術後再発の予防に努めている．
＜対象と方法＞
2017年6 月から2024 年4 月までの6 年10ヵ月間に完全直腸脱と診断した40 例に対してDelorme 手術（変法）を施行した．
＜結果＞
男性2 例，女性38 例で，年齢の中央値は81 歳（50-91 歳）であった．平均脱出腸管長は4 cm（2 - 7 cm），総粘膜切除長は11.4cm（ 5 -24cm）であり，再発は6 例に認めた（再発率15%）．手術死亡例は認めなかったが，1 例（2.5%）で縫合不全，5 例（12.5%）で縫合部狭窄を認めた．再発しなかった34 例を対象に術前・術後の肛門内圧検査（最大静止圧，最大随意収縮圧）と便失禁スコア（FISI），便秘スコア（CSS）を評価したが，いずれも有意に改善していた．
＜考察と結語＞
直腸脱に対するDelorme 手術は直腸脱の症状で困っている患者に対して，肛門機能のみならず，便失禁スコア（FISI）と便秘のスコア（CSS）までも改善させ得る有効な術式と思われた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ビデオワークショップ 10　直腸脱に対する外科治療　適応と治療成績 2
司会：栗原 聰元（汐田総合病院外科）、五代 天偉（西横浜国際総合病院　外科）

[VWS10-2] 直腸脱に対するAltemeier法の手技と手術成績

*花田 圭太[1,2]、向井 周[1]、吉村 直生[1]、渡部 晃大[2]、伊藤 孝[1]、松下 貴和[1]、寺嶋 宏明[1] (1. 洛和会音羽病院　外科、2. 大阪中央病院　肛門外科)

【背景】
直腸脱患者の多くは80歳以上の高齢者であるため，根治性のみならず低侵襲性を考慮した術式選択が重要であり，当院ではAltemeier法を第一選択としている．
【目的】
当院における直腸脱に対するAltemeier法の手技を供覧し，その治療成績を検討する．
【手術手技】
手術は砕石位，サドルブロック下に施行する．肛門縁にローンスター開創鈎を装着後，アリス鉗子を用いて直腸を十分に脱出させる．歯状線より約1.5 cm口側で直腸を全層切開し，全周性に内筒腸管を露出する．前方ではダグラス窩を開放し，背側では腸間膜の処理を行う．内筒腸管を十分に牽引後，ダグラス窩形成を施行する．前方挙筋形成は内筒腸管の内径が1横指となるよう縫縮する．最後に口側断端と肛門側断端を全層縫合し手術を終了する．
【対象・方法】
2020〜2026年に直腸脱に対しAltemeier法を施行した28例（延べ29件，再手術1件を含む）を後方視的に検討した．数値は中央値 [範囲]で記載した．
【結果】
年齢は84 [19−96]歳，男性は1例のみであった．直腸脱に対する手術後の再発症例は6例で，施行術式はThiersch法5例，Gant−三輪法3例，Delorme法2例，Altemeier法1例であった（重複あり）．また，5例に痔核に対する結紮切除やALTA療法などの手術既往を認めた．直腸脱出長は5 [3−10]cm，手術時間は72.5 [44−125]分であった．Clavien−Dindo分類Grade II以上の合併症は尿閉2例，肺炎1例で，縫合不全は認めなかった．術後在院日数は5 [3−10]日であった．術前に便失禁を認めた4例は，術後全例で便失禁が消失した．一方，術前に薬物療法を要する便秘を認めた13例は，術後も全例で薬物療法を要する便秘が持続した．術後観察期間は10 [0.5−50]か月で再発は4例（13.8%）に認め，1例に腹腔鏡下直腸固定術を，1例に再度Altemeier法を施行した．残る2例はQOL低下が軽微であり，患者と相談の上，経過観察とした．
【考察・結語】
Altemeier法は低侵襲で高齢患者にも安全に施行可能であり，再発率も比較的低い点が利点と考えられた．排便機能に関しては便失禁の改善が得られる一方，便秘の改善は限定的であり，術後も薬物療法での排便管理が必要と考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科・肛門科

2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）

ビデオワークショップ 10　直腸脱に対する外科治療　適応と治療成績 2

司会：栗原 聰元（汐田総合病院外科）、五代 天偉（西横浜国際総合病院　外科）

[VWS10-3] 直腸脱に対するアルテマイヤー手術

*梅枝 覚[1]、大谷 暉[1]、鈴木 桜子[1]、下山 貴寛[1]、堀 智英[1]、西川 隆太郎[1]、中山 茂樹[1]、岩永 孝雄[1]、山本 隆行[1]
(1. JCHO四日市羽津医療センター外科大腸肛門病・IBDセンター)

2022年1より2025年12月までに施行した直腸脱根治術は111例で年齢は80.4±8.4歳であった。施行された手術術式ではデロルメ手術は40例、年齢76.8±8.3歳。アルテマイヤー手術は46例、年齢81.7±8.8歳。ガント三輪Thiersch法は15例、年齢85.2±5.1歳。腹腔鏡下吊り上げ固定術は6例、年齢85.0±3.3歳であった。2026年3月までの再発症例は、全直腸脱根治術では１23例（20.7%）、デロルメ手術が7例（17.5%）、アルテマイヤー手術が14例（30.4%）、ガント三輪Thiersch法が2例（13.3%）、腹腔鏡下吊り上げ固定術が0例（0%）であった。いずれの術式も手術適応が異なるため比較はできないが、有用な術式と思われた。デロルメ手術は直腸脱の脱出長が5cm以内で肛門括約筋が比較的保たれており、肛門リハビリにて改善が期待できる症例を適応としている。アルテマイヤー手術は直腸脱の脱出長が５cmを超え、肛門括約筋機能障害が強い症例が多く適応とされている。2023年よりアルテマイヤー手術において可能な限り、直腸肛門吻合時に直腸を仙骨または尾骨前面に縫合固定を施行している。アルテマイヤー手術において、直腸を縫合固定できなかった症例は22例、年齢80.7±9.5歳。再発は12/22例（54.5%）、直腸を縫合固定できた症例は24例、年齢82.5±8.2歳。再発は2/24例（8.3%）であった。アルテマイヤー手術で直腸を仙骨または尾骨前面に固定術できた症例は、直腸を縫合固定できなかった症例と比較して、再発率が低く有用な術式と思われたので報告する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ビデオワークショップ 10　直腸脱に対する外科治療　適応と治療成績 2
司会：栗原 聰元（汐田総合病院外科）、五代 天偉（西横浜国際総合病院　外科）

[VWS10-4] メッシュを用いない直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の治療成績

*多加喜 航[1]、田中 幸恵[1]、藤木 博[1]、小泉 範明[1] (1. 明石市立市民病院　外科)

【背景】当科では2017年9月から直腸脱に対する手術の第一選択としてメッシュ留置しない腹腔鏡下直腸固定術（LSR）を導入している。今回当科での手術治療成績について検討した。
【方法】2017年9月から2025年12月に直腸脱に対して手術を施行した166症例を後方視的に解析した。経会陰的手術(Tp)を施行した群とLSRを施行した群で臨床因子および手術成績に関して比較検討した。また、LSR群で導入初期の2017-2022年に手術した群（Early; E群）と2023-2025年に手術した群（Later; L群）の手術成績を比較検討した。
【LSR手術操作】①ポート配置：臍部から5mmポートをOptical法で挿入、腹腔鏡下に左右下腹部と左側腹部に5mmポート、右側腹部に3mmポートを留置。②内側アプローチ：岬角尾側の直腸間膜をマタドール展開、直腸固有筋膜を同定、尾側外側へと固有筋膜に沿って剥離を行い、ガーゼを挿入し外側剥離に備える。③SD junctionより尾側で直腸左側の腹膜切開を行い、ガーゼを確認し直腸のテーピングを行う。④直腸周囲剥離：直腸の剥離は背側から行い肛門管直上まで十分に行う。次いで腹側で腹膜翻転部を開放し可及的にDenonvillierの直腸寄りで剥離を行う。右側側方靭帯は手術操作上切離することが多いが、左側側方靭帯は原則温存して剥離操作を終了。⑥直腸固定：仙骨前面で静脈および下腹神経を十分に確認した上で挙上直腸側の腹膜翻転部レベルの腹膜を、金属タッカーを用いて固定。
【結果】Tp群（n=7）と比較してLSR群（n=159）で有意に再発は少なかった（28.6% vs 6.9%, p=0.03）。LSR群の比較ではE群と比較してL群では有意に手術時間が短く（p<0.01）、出血量も少なく（p<0.01）、周術期合併症が少ない（p<0.01）結果となった。再発率もL群で少ない傾向となり（8.5% vs 5.2%）、難治性便秘やイレウスなどの晩期合併症も少ない傾向となった（18.3% vs 9.1%）。
【考察・結論】メッシュ留置の是非についてはエビデンスの蓄積が必要であるが、手技が簡易で手術時間も短縮でき、比較的再発率も低く、安全に施行できる当院の術式は高齢者の多い直腸脱に対して有用な手術と考えられる。今後さらなる手技の研鑽、症例の追跡および蓄積が必要となる。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ビデオワークショップ 10　直腸脱に対する外科治療　適応と治療成績 2
司会：栗原 聰元（汐田総合病院外科）、五代 天偉（西横浜国際総合病院　外科）

[VWS10-5] 直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の標準化と人的資源最適化の工夫

*鈴木 優之[1,2]、浜畑 幸弘[1]、黒崎 剛史[1]、高野 竜太朗[1]、小池 淳一[1] (1. 辻仲病院柏の葉大腸肛門科、2. 前田病院大腸肛門科)

【背景】
直腸脱に対する手術治療では，患者の年齢，併存疾患，排便機能，再発の有無などを踏まえた術式選択が重要である．腹腔鏡下直腸固定術（Laparoscopic Rectopexy：LR）は低侵襲かつ良好な治療成績から広く普及しているが，その導入と運用には，安全性のみならず，人員配置の最適化と手技の標準化が重要である．当院では，ロックアームによるカメラ固定を活用した外科医2名体制を採用し，人的資源の効率化を図るとともに，腹腔鏡下縫合手技に適したポート配置を工夫することで，操作性の向上と再現性の確保に努めている．
【目的】当院におけるLRの標準化された手術手技と人的資源の最適化の実際を示し，その手術成績と安全性を検討すること．
【方法】2019年1月から2026年3月までにLRを施行した症例を対象とし，患者背景，術式，ポート配置，手術成績，術後合併症，再発率について後方視的に検討した．あわせて，ビデオを通じて手術手技の標準化および人的資源の最適化の工夫を提示した．
【結果】対象は326例で，女性は266例（81.5%）であった．年齢および脱出腸管長の中央値はそれぞれ77歳，5.0 cmであった．4ポート・外科医2名体制は260例，5ポート・外科医2名または3名体制は66例で，手術時間の中央値はそれぞれ140分，144分であった．Clavien-Dindo分類Grade II以上の術後合併症は4ポート群5例，5ポート群2例で，メッシュ関連合併症は認めなかった．術式別では，腹腔鏡下直腸前方固定術（Laparoscopic Ventral Rectopexy：LVR）が297例，腹腔鏡下縫合固定術（Laparoscopic Suture Rectopexy：LSR）が21例，腹腔鏡下直腸後方固定術（Laparoscopic Posterior Rectopexy：LPR）が8例であった．再発はLVRで26例（8.7%），LSRで0例，LPRで1例（12.5%）に認め，再発までの期間の中央値は7か月であった．術後在院日数および術後経過観察期間の中央値はそれぞれ4日，43か月であった．
【結論】LRは良好な手術成績と安全性を示した．ロックアームを活用した外科医2名体制および腹腔鏡下縫合に適したポート配置の工夫は，手術手技の標準化，操作性・再現性の向上，ならびに人的資源の最適化に寄与し，安全な運用を可能にした．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ビデオワークショップ 10　直腸脱に対する外科治療　適応と治療成績 2
司会：栗原 聰元（汐田総合病院外科）、五代 天偉（西横浜国際総合病院　外科）

[VWS10-6] 当院における完全直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の工夫

*相馬 大人[1]、弓場 健義[1]、安田 潤[1]、光藤 傑[1]、辻村 直人[1]、渡部 晃大[1]、三宅 祐一朗[1]、竹中 雄也[1]、小野 朋二郎[1]、齋藤 徹[1]、根津 理一郎[1] (1. 大阪中央病院　外科)

【はじめに】直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術（laparoscopic rectopexy：LR）は、根治性が高い低侵襲手術として普及が見られる。一方で、骨盤深部での剥離操作やメッシュの縫合、仙骨前面での直腸の固定操作は解剖学的理解と安定した鏡視下での手術手技が求められ術者間で手技のばらつきが生じやすい。また、直腸の固定方法も施設間で多様であり術式の標準化には至っていない。当院では、LR導入初期の再発例の検証から、患者に応じた術式選択を行っており，今回その術式選択方法や手技の工夫を供覧し手術成績を報告する。【術式】腹膜翻転部をJ字に切開し、直腸膣隔膜を両側の肛門挙筋が露出するまで剥離する。直腸間膜右側の腹膜を骨盤底に到達するまで剥離した後、直腸腹側を鉗子により頭側へ牽引しLVRのシミュレーションを行った状態で経肛門的に陰圧をかけ直腸脱の遺残の有無を確認する(術中陰圧試験)。術中陰圧試験で直腸脱の遺残を認めない症例は、仙骨岬角の無血管野を露出し、剥離した直腸腹側に短冊状に形成したメッシュを縫合固定し、牽引したメッシュの反対側を仙骨岬角にタッカーを用いて固定する(Ventral rectopexy: VR)。一方，陰圧試験で直腸脱の遺残を認める症例については，直腸間膜全周を肛門挙筋が露出するまで十分に剥離し、仙骨岬角に固定したメッシュを用いて背側から直腸に縫合し固定する(Posterior rectopexy: PR)。【手術成績】2016年10月～2026年4月の期間に573例のLR(VR 311例、PR 262例)を施行した。手術時間の平均値(±SD)は218(±71)分，出血量は33(±58)gであった。Clavien-Dindo分類grade II 以上の合併症は22例(3.8%)に認められた。術後観察期間の中央値(範囲)は14(1-84)ケ月で、全層性直腸脱の再発は3例(0.5%)、粘膜脱再発は18例(3.1%)であった。【結語】LRの術式は多様であるが，症例に応じた直腸の固定法の選択が必要であると思われ、術中の経肛門陰圧試験による術式選択は有用な方法の一つと考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ビデオワークショップ 10　直腸脱に対する外科治療　適応と治療成績 2
司会：栗原 聰元（汐田総合病院外科）、五代 天偉（西横浜国際総合病院　外科）

[VWS10-7] 直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術と経肛門手術の治療成績と術式選択

*米本 昇平[1]、宮島 伸宜[1]、國場 幸均[1]、大島 隆一[1,2]、紅谷 鮎美[1]、松島 小百合[1]、黒水 丈次[1]、岡本 康介[1]、下島 裕寛[1]、宋 江楓[1]、河野 洋一[1]、松村 奈緒美[1]、小菅 経子[1]、酒井 悠[1]、佐井 佳世[1]、渡部 晃子[1]、内田 ひかり[1]、ナナ一 ジョージ 譲時[1]、松島 誠[1] (1. 松島病院大腸肛門病センター、2. 川崎市立多摩病院消化器・一般外科)

【背景と目的】
腹腔鏡下直腸固定術は良好な治療成績および排便機能の改善が期待されている。当院における腹腔鏡下直腸固定術の治療成績を、経肛門手術と比較し、術式選択の妥当性を検討する。

【対象と方法】
2023年12月から2025年12月に直腸脱（直腸重積含む）に対し手術を施行した216例を対象とし、腹腔鏡手術群および経肛門手術群に分けて後方視的に検討した。腹腔鏡手術は全例同一手技（全周性に肛門挙筋まで剥離し、直腸を吊り上げ仙骨前面にタッキング固定、側方靭帯は温存）で施行した。経肛門手術はDelorme法（Thiersch併用を含む）およびGMTを施行した。術式選択はASA-PS2以下では腹腔鏡手術を基本とし、術前の排便造影検査で仙骨前面の固定が不良な直腸脱および直腸重積を対象とした。それ以外では経肛門手術を選択した。合併症は術後30日以内、Clavien-Dindo分類II以上とした。腹腔鏡群ではWexner score（便失禁）、FISI（便失禁重症度）、CSS（便秘症状）を用い、術後約3か月時点で評価した。

【結果】
腹腔鏡群132例：経肛門群84例。腹腔鏡群の疾患内訳は完全直腸脱100例、直腸重積32例、経肛門群の術式内訳はGMT40例、Delorme法44例。年齢中央値74歳：87歳、初発120例：79例、再発12例：5例。手術時間185分：44.5分、出血量8mL：24mL。合併症は4.5%：20.2%で腹腔鏡群で有意に低かった（p<0.001）。経肛門群ではThiersch感染、止血術などを多く認めた。観察期間中央値370日：131日、再発は0.8%：29.8%で有意差を認めた（p<0.001）。腹腔鏡群ではWexner、FISI、CSSはいずれも術後有意に改善した（p<0.001）。直腸脱は直腸重積と比較して、各スコアとも改善度が大きい傾向を認めたが、有意差は認めなかった。

【考察】
腹腔鏡手術は再発率および合併症において良好な成績を示した。機能的予後は短期的には有意な改善があったが、ばらつきがあり、一部に糞便塞栓も認めた。短期的評価に基づく結果であり、排便障害悪化の可能性も示唆されることから、長期フォローが重要と考えられた。

【結語】
全身状態が許容される症例では腹腔鏡手術を第一に考慮すべきである。また、術後の排便機能は一様ではなく、適切な術後管理が重要である。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ビデオワークショップ | 外科・肛門科
2026年11月21日(土) 13:30 ~ 15:00 | 第3会場（2F コンベンションホール3）
ビデオワークショップ 10　直腸脱に対する外科治療　適応と治療成績 2
司会：栗原 聰元（汐田総合病院外科）、五代 天偉（西横浜国際総合病院　外科）

[VWS10-8] 病態に応じた骨盤臓器脱術式選択とアウトカム

*大橋 勝久[1]、大橋 勝英[1]、佐々木 章公[2]、太田 和美[2]、北川 一智[2]、森谷 行利[3]、玉木 孝彦[3] (1. 大橋胃腸肛門科外科医院、2. 十全総合病院、3. 森谷外科医院)

【背景】骨盤臓器脱に対する腹腔鏡手術が普及しているが, ハイリスク症例では限界がある. また, 全身麻酔で複数の医師参画が必要で医療コストが高い. 一方, 本邦独自のGant−Miwa＋Thiersch法（GMT）は再発や合併症が多いとされてきたが, 近年良好な手術成績の報告もあり, 医療コストも低い. 臓器脱の病態と患者背景に応じた術式選択により, 両アプローチの治療成績は同等となり得るかを検証した.
【方法】2011年4月から2025年12月に施行した骨盤臓器脱212例（主に直腸脱, 直腸重積, 直腸瘤）を前向き登録し後方視的に検討した. 座位怒責診と会陰エコーで直腸脱とPOPを評価し, 全身麻酔不適例にはGMT（原則Leeds-Keio Mesh使用, 不完全型はGMのみ）を選択した. POP合併例や小腸瘤を内包するような大きな直腸脱（5cm以上を目安）は, 多臓器デフェコグラフィで脆弱部位を評価し, LSR（縫合固定術）, LVR（直腸前方メッシュ固定術）, LSC（仙骨膣固定術）＋LVRを選択した.
【結果】内訳は経会陰115例（GMT92, GM23）, 経腹98例（LSR72, LVR9, LSC＋LVR17）. 経会陰群は年齢（経会陰/経腹, 中央値で表記: 87/76歳）, PS(2/1), ASA-PS(3/2), 抗血栓療(34/16%)とハイリスク傾向だった. 一方, 女性比率(87/96%), 脱出長(4/6cm), 観察期間(10/25か月)は経腹群で有意に高かった. 手術時間(33/163分)は経腹で有意に長いが, Clavien-Dindo3以上の合併症(3.5/1%)および再発率（8.7/10.2%）と再手術率(5.2/8.2%)に差はなかった. 排泄機能（Wexner, FISI, CSS, PAC-QOL, PFDI, ICIQ）では, 経腹群のごく一部項目を除き, 両群とも術後3か月で有意な改善を認めた.
【考察】高齢・ハイリスク症例を多く含む経会陰群でも, 合併症や再発は同等で, GMTに特有とされる感染やテープ露出による抜去も認めず, 両群ともに術後QOLを含む排泄機能は有意に改善した. 安全性, 根治性, 排泄機能に関して同等の結果であった.
【結語】病態と患者背景に基づく術式選択により, 両アプローチともに良好な成績を示せた. 全身麻酔による腹腔鏡手術といった高コスト手術の選択も適正化され, 医療経済的にも優れる. 社会保障費も限られる日本の現状をふまえ, バランスのよい骨盤臓器脱治療に寄与すると考える.

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会