ワークショップ | 肛門科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:05 | 第8会場（1F 会議室108）

ワークショップ５　肛門診療で悩み・迷い、苦慮する肛門疾患について（第2回）

司会：辻 順行（大腸肛門病センター高野病院）、吉川 周作（社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター）

[WS5-1] 診断に苦慮した肛門・直腸血管性病変２例　―静脈石および動静脈奇形の経験―

*田中 香織[1]、森 俊治[1]、山田 英貴[2] (1. 森外科医院、2. 山田外科内科)

[WS5-2] 直腸肛門部における水痘・帯状疱疹ウイルス・単純ヘルペスウイルス発症による様々な症状とその治療

*村山 浩之[1] (1. 医療法人村山会　むらやま大腸肛門クリニック)

[WS5-3] 同一部位に再発した壊死性筋膜炎の1例 ―縫合糸遺残と免疫低下の関与が示唆された症例―

*小野寺 一彦[1]、高橋 宏明[1]、堀江 卓[1] (1. 社会医療法人札幌北楡病院　肛門外科)

[WS5-4] 痔疾患として治療されていた肛門管癌の症例から学ぶこと

*稲垣 水美[1]、吉川 周作[1]、増田 勉[1]、寺内 誠司[1]、内田 秀樹[1]、中尾 武[1]、横尾 貴史[1]、谷 孝文[1]、岡本 光平[1]、芝田 祐輔[1]、太田 彩乃[1]、兼島 季暉[1]、宮沢 善夫[2]、稲次 直樹[1] (1. 健生会土庫病院消化器・肛門病センター、2. 健生会土庫病院病理センター)

[WS5-5] 痔核結紮切除術における抗血栓薬別術後出血リスクの検討

*渡部 晃子[1]、紅谷 鮎美[1]、内田 ひかり[1]、ナナ― ジョージ 譲時[1]、佐井 佳世[1]、米本 昇平[1]、松島 小百合[1]、酒井 悠[1]、宋 江楓[1]、松村 奈緒美[1]、河野 洋一[1]、下島 裕寛[1]、岡本 康介[1]、國場 幸均[1]、黒水 丈次[1]、宮島 伸宜[1]、松島 誠[1] (1. 松島病院大腸肛門病センター)

[WS5-6] 直腸膣瘻に対する治療

*塩田 哲也[1]、伊丹 淳[1]、岩﨑 純治[1]、山本 高正[1]、吉野 健史[1]、藤 浩明[1]、岡田 俊裕[1]、土佐 明誠[1]、久保 碩生[1]、近藤 史孟[1] (1. 神戸市立西神戸医療センター外科・消化器外科)

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:05 | 第8会場（1F 会議室108）

ワークショップ５　肛門診療で悩み・迷い、苦慮する肛門疾患について（第2回）

司会：辻 順行（大腸肛門病センター高野病院）、吉川 周作（社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター）

[WS5-1] 診断に苦慮した肛門・直腸血管性病変２例　―静脈石および動静脈奇形の経験―

*田中 香織[1]、森 俊治[1]、山田 英貴[2] (1. 森外科医院、2. 山田外科内科)

肛門診療において直腸・肛門の血管性病変はまれである。今回、診断に苦慮した2例を経験したので報告する。症例１は33歳女性。2年前からの排便時出血と、2か月前からの脱肛を主訴に当院受診した。3か所の内痔核を認めたが、直腸診にて2時方向、肛門縁から約5cm口側に、圧痛を伴わない大豆大の硬結を触知した。内視鏡および肛門エコーでは明らかな異常所見を認めず診断に難渋したが、CTおよびMRIで肛門管壁内に石灰化を認め、静脈石と診断した。直腸診で触知し得る硬結の鑑別として静脈石の可能性を示唆する貴重な症例であった。症例２は43歳女性。５年以上前から排便時出血を自覚し、肛門部腫脹を契機に当院受診した。11時方向に小さな内外痔核を認めたほか、6時方向に浅い潰瘍性病変を認めた。潰瘍は境界明瞭であるが周囲の硬化に乏しく、典型的な肛門潰瘍とは異なる所見であった。血液検査にて梅毒は否定された。保存的治療を継続したが、病変に明らかな変化を認めなかったため、診断目的も兼ねて手術を施行した。病変は歯状線直下から肛門側に広がる幅広い浅い潰瘍で、線維化や瘢痕は認めなかった。病変は約3mmのマージンを確保し、括約筋を露出するように皮下組織を付けて切除した。病理組織検査では、びらんとともに皮下に拡張した大小不同の血管増生を認め、EVG染色で動静脈の混在を認めたことから、動静脈奇形と診断した。血行動態異常に起因する上皮障害が示唆された。直腸・肛門領域の血管性病変はまれであり診断に難渋するが、本症例のような非典型的な経過や所見を呈する場合には、血管性病変の可能性を念頭に置き、診療にあたることが重要と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:05 | 第8会場（1F 会議室108）

ワークショップ５　肛門診療で悩み・迷い、苦慮する肛門疾患について（第2回）

司会：辻 順行（大腸肛門病センター高野病院）、吉川 周作（社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター）

[WS5-2] 直腸肛門部における水痘・帯状疱疹ウイルス・単純ヘルペスウイルス発症による様々な症状とその治療

*村山 浩之[1] (1. 医療法人村山会　むらやま大腸肛門クリニック)

ヘルペスウイルスには水痘・帯状疱疹ウイルス(VZV)と単純ヘルペスウイルス(HSV)があり多くが小児期に感染し、一度感染するとどこかの神経に潜伏し、様々な原因がきっかけで再活性化し、人々は長年にわたって再発を経験する。VZVとHSVは発症部位により区別されるとされており、直腸肛門部や外陰部ではHSVによる性感染症(STI)が多いとされているようだが、実際のところVZVかHSVのどちらが発症しているのかは見た目や症状ではわからない。直腸肛門領域でヘルペスウイルスを発症すると肛門痛、掻痒、出血、びらんなどの症状があるが、直腸粘膜・肛門管のびらん、出血、痔核腫脹、血栓性痔核、嵌頓痔核、裂肛、会陰肛門周囲炎を併発する症例も少なくない。他に機能障害として便通異常（排便困難、便秘、下痢、残便感、便が細い、腹部膨満など）や排尿障害（頻尿、残尿感、排尿困難、夜間頻尿）、坐骨神経症候群（腰痛・殿部痛、下肢痛、足底のしびれ、倦怠感、こむら返りなど）を併発している症例もある。これらの症状は坐骨・陰部神経叢に係る神経症状である。ヘルペスウイルス発症の確定する検査は皮膚の水疱などの炎症部位から直接ヘルペスウイルスを検出することであるが、現在の保険検査でできる抗原検査だけではなかなか判定できない。PCR検査や電子顕微鏡などで証明する方法もあるが、保険適応検査ではないため現実問題難しい。しかし特徴的な症状や急な症状（肛門痛、便通異常、排尿障害など）や所見（びらん、出血等）で必ずしもヘルペスウイルスを証明する検査を必要としないと考える。治療上問題になるのはVZVとHSVで抗ヘルペス薬の投与量が違うため、どちらの投与量で投薬するかが問題となるが、発症したその多くがVZVの再活性と考え、その投与量で投薬している。いずれにしろ投薬量が多い方がVZVもカバーできる。また抗ウイルス薬は数種類あるが、最初の薬が必ずしも効くとは限らないため、数日投薬で全く効果ない場合は違う抗ヘルペス薬に変更する。鑑別診断として梅毒や肛門管癌、ベーチェットなどもあるが、同時発症のこともあるため治癒不良などあれば考慮する。当院で経験した様々な症状を呈した自験例を解説する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:05 | 第8会場（1F 会議室108）
ワークショップ 5　肛門診療で悩み・迷い、苦慮する肛門疾患について（第2回）
司会：辻 順行（大腸肛門病センター高野病院）、吉川 周作（社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター）

[WS5-3] 同一部位に再発した壊死性筋膜炎の1例 ―縫合糸遺残と免疫低下の関与が示唆された症例―

*小野寺 一彦[1]、高橋 宏明[1]、堀江 卓[1] (1. 社会医療法人札幌北楡病院　肛門外科)

【背景】　壊死性筋膜炎は迅速な診断と外科的介入を要する致死的感染症であるが、同一部位における再発例は稀である。
【症例】　60歳代男性。糖尿病性腎症により22年前より血液透析中であり、7年前に糖尿病性壊疽により両下腿切断の既往を有する。4年前には肛門前方から右陰嚢に及ぶ壊死性筋膜炎に対して外科的治療を他院（泌尿器科→形成外科）で受けている。
　当院へは陰部痛を主訴に初診し、会陰部の既存手術瘢痕（十字の縫合跡）直下に腫脹を認めたため、パンチ切開を施行したところ黄色膿の排出を認めた。翌日局所疼痛は軽減したものの39～40℃の発熱を呈し、再診した。皮膚に壊死や水疱形成は認めなかったが、切開部より漿液性で淡赤色の排液（いわゆる“dishwater-like fluid”）を認めたため壊死性筋膜炎と考え緊急手術の方針とした。
　血液検査ではWBC 11,590/μL、CRP 20.5mg/dL、 Hb 9.2g/dL、 Na 139mmoL、 Cr 4.25mg/dL、 Glu 217 mg/dLでLRINECスコアは9点でだった。SOFAスコアは4点（うち3点は腎機能）で、CT検査では皮下ガス像を確認した。
　全身麻酔下に広範囲切開を施行したところ、前回手術部位では筋膜欠損のため膿瘍形成にとどまっていたが、周囲の筋膜および皮下組織には壊死が認められ右鼠径部近傍まで進展していた。これらに対して皮膚を切除することなく十分なデブリードマンを施行した。
　培養検査ではPrevotella bivia（嫌気性菌）とα溶血性連鎖球菌の混合感染であった。抗菌薬としてメロペネムを投与し、人工肛門造設は行わず、創部は開放管理とした。術後経過は良好であり40日後に創部縮小を認め退院となった。
【考察】　本症例では肛門管後壁（6時方向）に慢性裂肛を認めたが、痔瘻は認めなかった。また壊死組織内に陳旧性縫合糸の残存（おそらく形成外科的創閉鎖術時）を認めたことから、縫合糸膿瘍が感染の起点となった可能性が示唆された。さらに炎症軽快後に明らかとなった元来の汎血球減少症の存在から、免疫機能低下も発症の一因と考えられた。
【結語】　縫合糸遺残と免疫低下が関与したと思われる、同所性に再発した壊死性筋膜炎を経験した。既往手術部位における本症の再発では特異な病巣進展様式が見られた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:05 | 第8会場（1F 会議室108）

ワークショップ５　肛門診療で悩み・迷い、苦慮する肛門疾患について（第2回）

司会：辻 順行（大腸肛門病センター高野病院）、吉川 周作（社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター）

[WS5-4] 痔疾患として治療されていた肛門管癌の症例から学ぶこと

*稲垣 水美[1]、吉川 周作[1]、増田 勉[1]、寺内 誠司[1]、内田 秀樹[1]、中尾 武[1]、横尾 貴史[1]、谷 孝文[1]、岡本 光平[1]、芝田 祐輔[1]、太田 彩乃[1]、兼島 季暉[1]、宮沢 善夫[2]、稲次 直樹[1] (1. 健生会土庫病院消化器・肛門病センター、2. 健生会土庫病院病理センター)

【はじめに】肛門の出血や痛み、脱出などの症状はほとんどが痔疾患によるものであるが、時に悪性腫瘍が認められることがある。しかし、痔疾患と誤診され、痔疾用軟膏を処方されていることも多い。肛門科を標榜するものとして、悪性腫瘍を見落とすことがないように研鑽を積む必要がある。今回、痔疾患として治療を受けていた肛門管癌の症例を報告させていただき、肛門診察、診断の大切さに改めて向き合いたい。【症例１】70代女性。主訴は肛門痛、出血。他院にて約2年前に痔核に対して手術を施行されたが、一時的に治った感じになっても排便時に切れて出血する状態が続くため、断続的に他院に通院していた。軟膏処方が継続されても改善しないため、当院受診。肛門の2時方向に潰瘍を伴う硬結を認め、腰椎麻酔下に生検したところ、高分化型管状腺癌であった。左鼠経リンパ節にも転移を認め、腹腔鏡下Miles手術、両側側方郭清、左鼠経リンパ節郭清を施行した。術後補助化学療法を施行し、現在無再発で定期フォロー中である。【症例2】80代男性。主訴は肛門痛、出血。他院にて内痔核として保存的に治療を受けていたが改善せず、当院紹介受診。痛みが強く、肛門鏡での観察も困難であったが、硬結も認めたため悪性腫瘍を疑い、腰椎麻酔下に肛門精査を施行した。肛門の10～11時方向に潰瘍を伴う硬結を認め、生検を施行。扁平上皮癌であった。精査にてリンパ節および遠隔転移が認められなかったため、肛門部に合計60Gyの放射線治療を行い、同時にXELODA内服による化学療法も8クール施行した。腫瘍は著明に縮小し、定期フォロー中である。【症例3】70代女性。主訴は肛門の出血と違和感。約4ヶ月前から他院にて痔疾軟膏を処方されていたが、出血の改善がないため、当院紹介受診。7～9時方向の肛門縁に易出血性の腫瘍を認めた。外来で生検施行したところ、低分化型腺癌であった。術前検査で右鼠径部リンパ節腫大、右側方リンパ節腫大、肝転移を疑う腫瘤影を認め、腹腔鏡下Miles手術、右側方リンパ節および右鼠経リンパ節郭清を施行した。現在、化学療法中である。【結語】肛門の診察をする際には悪性腫瘍の可能性を忘れず、診断力向上に努めたい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科
2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:05 | 第8会場（1F 会議室108）
ワークショップ５　肛門診療で悩み・迷い、苦慮する肛門疾患について（第2回）
司会：辻 順行（大腸肛門病センター高野病院）、吉川 周作（社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター）

[WS5-5] 痔核結紮切除術における抗血栓薬別術後出血リスクの検討

*渡部 晃子[1]、紅谷 鮎美[1]、内田 ひかり[1]、ナナ―ジョージ 譲時[1]、佐井 佳世[1]、米本 昇平[1]、松島 小百合[1]、酒井 悠[1]、宋 江楓[1]、松村 奈緒美[1]、河野 洋―[1]、下島 裕寛[1]、岡本 康介[1]、國場 幸均[1]、黒水 丈次[1]、宮島 伸宜[1]、松島 誠[1] (1. 松島病院大腸肛門病センター)

【背景】痔核結紮切除術（ligation and excision: LE）は高出血リスク手技とされ，抗血栓療法患者の周術期管理に苦慮することは少なくない．当院では原則として脊椎麻酔下にLEを施行しており，「抗血栓療法中の区域麻酔・神経ブロックガイドライン」に準じた管理を行っている．アスピリン等の抗血小板薬単剤は継続とし，DOAC等の抗凝固薬は一定期間休薬としている．今回，LEにおける抗血栓療法の有無および薬剤別（抗血小板薬・抗凝固薬）の違いが術後出血に与える影響を検討した．

【対象・方法】2023年1月から2026年2月までに当院で脊椎麻酔下（脊髄クモ膜下麻酔・サドルブロック麻酔・硬膜外麻酔）にLEを施行した5,821例を対象とした．抗血栓療法施行例（AT群）は361例であった．AT群と非抗血栓療法群（non-AT群）の比較に加え，抗血小板薬単独群（AP群）および抗凝固薬単独群（AC群）についてサブ解析を行った．背景因子の影響を補正するため，年齢・性別・BMI・血小板数・LE個数をマッチング因子としたプロペンシティスコアマッチング（PSM）を実施した．主要評価項目は術後出血（止血術施行）とした．

【結果】AT群とnon-AT群に対してPSMを行い，各群361例を抽出した．背景因子に有意差は認めなかった．術後出血率はAT群 3.3％，non-AT群 1.4％であり，AT群で高い傾向を認めた（OR 2.4，95％CI 0.8–9.0，p=0.139）．サブ解析では，AP群とnon-AT群の各187 例をPSMにより抽出したところ，術後出血率はAP群 1.6％，non-AT群 0.5％であり，有意差は認めなかった（p=0.623）．一方，PSMにより抽出したAC群とnon-AT群の各61例を比較すると，術後出血率はAC群 6.6％，non-AT群 0％であり，有意差は認めなかったがAC群で高い傾向を認めた（p=0.119）．さらに，AP群185例とAC群59例を比較すると，術後出血率はそれぞれ1.6％，6.8％であり，AC群で出血リスク増加傾向を認めた（OR 4.4，95％CI 0.7–30.8，p=0.060）．

【結語】LEにおいて，抗血栓療法の中でも抗凝固薬は術後出血リスク増加と関連する可能性が示唆された．一方，抗血小板薬単独継続下では術後出血の明らかな増加は認めなかった．抗血栓薬の種類に応じた周術期管理戦略を検討する必要があると考えられた．

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会

ワークショップ | 肛門科

2026年11月20日(金) 12:50 ~ 14:05 | 第8会場（1F 会議室108）

ワークショップ５　肛門診療で悩み・迷い、苦慮する肛門疾患について（第2回）

司会：辻 順行（大腸肛門病センター高野病院）、吉川 周作（社会医療法人健生会土庫病院消化器肛門病センター）

[WS5-6] 直腸膣瘻に対する治療

*塩田 哲也[1]、伊丹 淳[1]、岩﨑 純治[1]、山本 高正[1]、吉野 健史[1]、藤 浩明[1]、岡田 俊裕[1]、土佐 明誠[1]、久保 碩生[1]、近藤 史孟[1] (1. 神戸市立西神戸医療センター外科・消化器外科)

直腸膣瘻は稀な疾患のため、外科的治療法が確立されていない疾患である。当院は直腸膣瘻根治術として行われている会陰体形成術を取得すべく、2016年から2019年まで他院で手術を学び、2019年より当院でも会陰体形成術を開始した。

現在、先天性及び出産後の直腸膣瘻に関しては、１期的に直腸膣瘻根治術（会陰体形成術）を行っている。

一方、術後合併症による直腸膣瘻に関しては３段階の治療ステップを踏んでいる。まず人工肛門造設し、局所の感染コントロールを優先している。この際、エストリオール膣錠を併用し、自然閉鎖も期待する。感染が落ち着いた後、直腸膣瘻根治術（会陰体形成術）を施行。瘻孔閉鎖を確認したのち、人工肛門を閉鎖している。

いずれも直腸膣瘻根治術として会陰体形成術を選択し、少数例ではあるが再発は現時点で認めていない。１期的な直腸膣瘻根治術（会陰体形成術）の手術動画を供覧しつつ、当術式のtipsをご紹介したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会