ビデオワークショップ | 外科

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ビデオワークショップ１　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療1

司会：長谷川 博俊（医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院）、本郷 久美子（平塚市民病院）

[VWS1-1] 当科における人工肛門造設の手技と合併症への対応

*溝口 正子[1]、岩井 美穂[1]、上野 啓輔[1]、佐藤 幸平[1]、林 祐美子[1]、國本 真由[1]、中田 美佳[1]、井垣 尊弘[1]、山本 雄大[1]、花岡 まりえ[1]、山内 慎一[1]、谷岡 利朗[1]、賀川 弘康[1]、絹笠 祐介[1] (1. 東京科学大学消化管外科学分野)

[VWS1-2] TNT後低位前方切除術における縫合不全対策としての予防的一時的ストーマ造設戦略

*中野 大輔[1]、高雄 美里[1]、加藤 博樹[1]、中守 咲子[1]、坂元 慧[1]、出島 皓[1]、武井 信諭[1]、佐々木 和人[1]、川合 一茂[1] (1. がん・感染症センター都立駒込病院　大腸外科)

[VWS1-3] ロボット支援下直腸癌手術におけるストーマ造設の工夫と合併症低減への取り組み

*佐々木 優[1]、中田 健[1]、杢谷 友香子[1]、藤原 英広[1]、宮東 幸輝[1]、山口 泰征[1]、小西 彩海[1]、石垣 丹音[1]、中出 真央[1]、三上 日菜子[1]、高山 碩俊[1]、石田 智[1]、山下 雅史[1]、谷田 司[1]、松山 仁[1]、山田 晃正[1] (1. 市立東大阪医療センター　消化器外科)

[VWS1-4] 一時的回腸人工肛門における標準化した造設手技と合併症対策

*番場 嘉子[1]、小川 真平[1]、金子 由香[1]、二木 了[1]、近藤 侑鈴[1]、腰野 蔵人[1]、松尾 夏来[1]、谷 公孝[1]、前田 文[1]、前田 新介[1]、伊藤 俊一[1]、山口 茂樹[1] (1. 東京女子医科大学　消化器・一般外科)

[VWS1-5] 一時的回腸人工肛門造設における当施設のストマ出口症候群の傾向と治療

*吉岡 佑一郎[1]、牧野 七海[1]、川﨑 一生[1]、大井 悠[1]、夏目 壮一郎[1]、大野 吏輝[1]、長嵜 寿矢[1] (1. 埼玉県立がんセンター)

[VWS1-6] 合併症低減を目的とした一時的回腸人工肛門造設・閉鎖の工夫

*木下 敬史[1]、小森 康司[1]、大内 晶[1]、岸田 貴喜[1]、安岡 宏展[1]、安藤 秀一郎[1]、安部 哲也[1] (1. 愛知県がんセンター消化器外科)

[VWS1-7] ストーマ脱予防を目的とした閉塞性大腸癌に対する2連銃式ストーマ

*西居 孝文[1]、坂元 寿美礼[1]、金城 あやか[1]、瀬良 知央[1]、西村 潤也[1]、福岡 達成[1]、前田 清[2] (1. 大阪市立総合医療センター消化器外科、2. 大阪公立大学消化器外科)

[VWS1-8] 双孔式横行結腸ストーマにおけるストーマ脱予防の工夫と外科的治療法

*栃木 透[1]、大平 学[1]、丸山 哲郎[1]、岡田 晃一郎[1]、池田 優子[1]、丸山 通広[1] (1. 千葉大学　先端応用外科)

[VWS1-9] 傍ストーマヘルニアのないストーマを目指して：鏡視下腹膜外経路造設術の工夫と有用性

*武田 泰裕[1]、小菅 誠[1]、鈴木 佑麿[1]、山澤 海人[1]、後藤 圭佑[1]、鎌田 哲平[1]、月原 秀[1]、大熊 誠尚[1]、衛藤 謙[1] (1. 東京慈恵会医科大学消化管外科)

[VWS1-10] Z-plastyを応用した双口式人工肛門造設法についての考察

*本田 志延[1]、北村 文優[1]、石躍 裕之[1]、鈴木 裕紀子[1]、式地 優樹[1]、田中 荘一[2]、土居 浩一[1] (1. 宮崎県立延岡病院外科、2. 信濃町立信越病院外科)

©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

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ビデオワークショップ１　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療1

司会：長谷川 博俊（医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院）、本郷 久美子（平塚市民病院）

[VWS1-1] 当科における人工肛門造設の手技と合併症への対応

*溝口 正子[1]、岩井 美穂[1]、上野 啓輔[1]、佐藤 幸平[1]、林 祐美子[1]、國本 真由[1]、中田 美佳[1]、井垣 尊弘[1]、山本 雄大[1]、花岡 まりえ[1]、山内 慎一[1]、谷岡 利朗[1]、賀川 弘康[1]、絹笠 祐介[1] (1. 東京科学大学消化管外科学分野)

人工肛門造設術は大腸肛門疾患の治療において欠かすことのできない治療選択肢であり、その手術は比較的短時間で行われる手技であるにも関わらず、患者の生活の質を大きく損なう合併症が複数存在し、慎重かつ確実な手術手技が求められる。当科における手術手技や取り組みを実際の手術ビデオとともに紹介する。
当科における、合併症低減を目指した人工肛門造設の工夫としては、緊急手術でも必ずストマサイトマーキングを行うこと、20ccシリンジを用いたスケーリングで皮膚切開の径を統一すること、死腔予防の観点から皮下脂肪は可能な限り除去しないこと、ストーマサイトヘルニア予防の観点から前鞘は縦切開とすること等である。これらを実際の手術ビデオを供覧し紹介する。
また、当科における人工肛門に関する短期手術成績についても紹介する。当科で2025年1月1日から同年12月31日までに施行した、切除不能または閉塞性大腸癌に対する姑息的人工肛門造設術、炎症性腸疾患に対する手術に併施した人工肛門造設術、肛門温存手術に併施する一時的人工肛門造設術、永久的人工肛門を要する手術など全ての人工肛門造設件数は94例であった。肛門温存を伴う直腸切除術はストーマフリーを基本としているが、化学放射線治療後など一部の症例で一時的人工肛門造設を併施している。同期間における、括約筋間直腸切除術を除く肛門温存を伴う直腸切除術(高位前方切除術、低位前方切除術)における一時的人工肛門造設率は27.0%(17/63例)、術前治療(化学療法、放射線治療)を受けたものを除くと22.0% (13/59例)であった。
低位前方切除術において、一時的人工肛門の有無により術後在院日数の有意差はみられなかった(人工肛門造設群中央値7日 vs. 非造設群中央値7日, p=0.55)。これを実現する背景には、管理のしやすい人工肛門造設術、人工肛門管理手技の獲得・早期退院に向けた術前後の皮膚・排泄ケア認定看護師および病棟看護師との協力体制があり、併せて概要を述べる。
合併症への対応として永久的人工肛門での傍ストマヘルニアに対する修復術についてもビデオを供覧する。

©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

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ビデオワークショップ１　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療1

司会：長谷川 博俊（医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院）、本郷 久美子（平塚市民病院）

[VWS1-2] TNT後低位前方切除術における縫合不全対策としての予防的一時的ストーマ造設戦略

*中野 大輔[1]、高雄 美里[1]、加藤 博樹[1]、中守 咲子[1]、坂元 慧[1]、出島 皓[1]、武井 信諭[1]、佐々木 和人[1]、川合 一茂[1] (1. がん・感染症センター都立駒込病院　大腸外科)

近年，局所進行直腸癌に対するTotal Neoadjuvant Therapy（TNT）の普及に伴い，TNT後に低位前方切除術を施行する症例が増加している。一方で，TNT後症例では放射線療法や化学療法の影響による組織脆弱性や血流低下，骨盤内線維化の進行により縫合不全リスクが高まる可能性が指摘されている。特に，一時的ストーマ閉鎖手術前の注腸造影検査では縫合不全を認めなかった症例における閉鎖術後に発症する遅発性縫合不全は、重篤な骨盤膿瘍や難治性瘻孔形成へ進展しやすく，長期的な人工肛門再造設やドレナージ手術を要するなど，患者QOLを著しく損なう臨床的課題である。

当科ではこれらの背景を踏まえ，TNT後に腸管吻合を伴う直腸切除症例に対しては，吻合部安静および重篤合併症回避の観点から予防的一時的人工肛門造設を原則としている。さらにストーマ関連合併症を最小限に抑えるため，術前ストーマサイトマーキングの徹底，皮膚・腹壁条件を考慮した腹直筋貫通経路の選択，腸管挙上時の緊張軽減と血流温存，腸管固定方法や皮膚レベルの適正化など，手技の標準化を図っている。加えて，ストーマ閉鎖時の操作性向上と腸管損傷回避を目的として，初回手術時より閉鎖を見据えた癒着防止剤の貼付範囲や配置方法にも工夫を加えている。

本ビデオワークショップでは，当科におけるTNT後低位前方切除術に対する予防的ストーマ造設手技および癒着防止の具体的工夫を供覧するとともに，遅発性縫合不全症例の経験を踏まえた適応判断と治療戦略について報告する。

©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

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ビデオワークショップ１　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療1

司会：長谷川 博俊（医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院）、本郷 久美子（平塚市民病院）

[VWS1-3] ロボット支援下直腸癌手術におけるストーマ造設の工夫と合併症低減への取り組み

*佐々木 優[1]、中田 健[1]、杢谷 友香子[1]、藤原 英広[1]、宮東 幸輝[1]、山口 泰征[1]、小西 彩海[1]、石垣 丹音[1]、中出 真央[1]、三上 日菜子[1]、高山 碩俊[1]、石田 智[1]、山下 雅史[1]、谷田 司[1]、松山 仁[1]、山田 晃正[1] (1. 市立東大阪医療センター　消化器外科)

近年、進行直腸癌に対する集学的治療およびロボット支援手術の普及に伴い、ストーマ造設を要する症例は増加している。通過障害や出血などの症状を伴う進行症例では、diverting stoma造設後に術前治療を行い、原発巣切除および最終的なストーマ閉鎖を目指す。一方、低位吻合を伴うロボット支援手術では、縫合不全対策としてcovering stomaは重要な役割を担う。しかし、適応に応じた使用腸管や最適な造設位置については、未だ一定の見解がない。

当施設では、2022年から2025年に集学的治療を前提として造設したdiverting stomaにおいて、長期管理や永久ストーマ移行の可能性を考慮し、89%の症例で右側横行結腸を選択した。造設位置は、放射線照射野との干渉回避と原発巣切除時のロボット操作性を両立させるため、全例で術野外の右上腹部としている。

一方、covering stomaでは、造設・閉鎖手技の簡便性と閉鎖時合併症低減を目的に回腸ストーマを基本とし、右下腹部のストーマサイトマーキング部をロボットポート孔に兼用することで追加創を回避している。ポート孔でのストーマ造設は合併症増加の要因となる可能性も懸念されるが、過去10年間のcovering stomaを伴う直腸癌手術例を検討したところ、ロボット支援手術におけるポート孔利用例と、腹腔鏡手術における新切開造設例との間で、ストーマ関連合併症に有意な差は認めなかった。

また、腹会陰式直腸切断術では後腹膜経路での永久ストーマ造設を基本としている。ロボットの視野と可動域を活かした効率的な後腹膜経路作成が可能であり、癒着性腸閉塞や傍ストーマヘルニアなどの晩期合併症抑制に寄与する可能性がある。

本発表では、これらロボット支援下直腸癌手術におけるストーマ造設や関連合併症低減に向けた工夫について、実際のビデオを供覧しつつ報告する。

©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
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）
ビデオワークショップ１　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療1
司会：長谷川 博俊（医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院）、本郷 久美子（平塚市民病院）

[VWS1-4] 一時的回腸人工肛門における標準化した造設手技と合併症対策

*番場 嘉子[1]、小川 真平[1]、金子 由香[1]、二木 了[1]、近藤 侑鈴[1]、腰野 蔵人[1]、松尾 夏来[1]、谷 公孝[1]、前田 文[1]、前田 新介[1]、伊藤 俊一[1]、山口 茂樹[1] (1. 東京女子医科大学　消化器・一般外科)

【背景】一時的回腸人工肛門造設においては、皮膚障害、排液過多、陥没、脱出、傍ストーマヘルニアなどの合併症は患者QOLを低下させ、在院日数延長の要因となる。当科では、術前評価から造設手技、術後管理までを標準化し、合併症低減に取り組んできた。本研究では、一時的回腸人工肛門における造設の工夫と合併症に対する治療戦略を検討した。【方法】一時的回腸人工肛門造設例46例を対象に、患者背景、原疾患、造設手技、術後管理、ストーマ関連合併症について後方視的に検討した。術前には専門看護師によるサイトマーキングを行い、20mlシリンジを用いたスタンプ法により切開部位をマーキングし、腹直筋直上の位置を選択した。造設時には腸管のねじれや過度な緊張を回避しつつ適切な高さを確保した。術後は装具調整、スキンケア、排液量による脱水対策を行った。【結果】男性30例女性16例。手術は低位前方切除40例、括約筋間直腸切除4例。人工肛門の早期合併症は脱水・腎不全（排液過多）5例（10.9%）、人工肛門周囲皮膚炎1例（2.2%）。陥没症例に対しては装具調整などWOCナースを含め連携し対応した。皮膚障害や排液過多の多くは保存的治療で改善したが、排液過多により脱水・腎不全症例に関しては、早期の輸液調整と止痢薬導入、食事指導を行い、改善困難な症例では早期の人工肛門閉鎖を行った。【結語】定型化した人工肛門造設とWOCナースを含む連携、また術後合併症を想定したきめ細かな観察と早期介入が重要である。

©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

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ビデオワークショップ１　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療1

司会：長谷川 博俊（医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院）、本郷 久美子（平塚市民病院）

[VWS1-5] 一時的回腸人工肛門造設における当施設のストマ出口症候群の傾向と治療

*吉岡 佑一郎[1]、牧野 七海[1]、川﨑 一生[1]、大井 悠[1]、夏目 壮一郎[1]、大野 吏輝[1]、長嵜 寿矢[1] (1. 埼玉県立がんセンター)

【背景】腸閉塞や消化管穿孔、直腸癌手術に対する縫合不全予防目的など、人工肛門造設術は日常臨床で広く施行される術式であり、その合併症の予防、治療に関しての検討は重要である。特にストマ出口症候群（SOO）は脱水や電解質異常を容易に引き起こしADLに関わることから、臨床的に重要な合併症である。【対象】当施設で2021年1月から2025年12月に直腸癌や大腸炎関連大腸癌に対して一時的回腸人工肛門造設術を施行した173例を対象に、SOOに関連した合併症の発症リスクについて検討した。【結果】SOOは173例中13例（7.5%）に認められた（S群）。S群では非発症群（C群）と比較して男性が多く、若年者が有意に多かった（57.1歳 vs 64.8歳, p=0.015）が、BMIには有意な差を認めなかった。また、17例で術後にストマ排液過多（1500ml以上/日）を認めたが、S群13例のうち6例の診断時にストマ排液過多が認められ、SOOにはストマ排液過多を有意に伴いやすいことがわかった（p=0.0004）。治療方法に関しては、SOO症例は全例で経ストマドレーン留置を行っており、全例速やかに改善を認めた。また、入院期間はS群で有意に長かった（22.1日 vs 15.9日, p=0.025）。CT画像で解剖学的特徴を比較検討したところ、腹壁や皮下脂肪の厚さによる差はないものの、S群では腹直筋の厚さが有意に厚かった(11.7cm vs 9.3cm, p=0.0004)。【結語】当施設のSOO発症率、SOO症例の術後在院日数は既報と比較しても良好な成績であり、手術操作の工夫などを共有したい。

©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
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）
ビデオワークショップ１　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療1
司会：長谷川 博俊（医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院）、本郷 久美子（平塚市民病院）

[VWS1-6] 合併症低減を目的とした一時的回腸人工肛門造設・閉鎖の工夫

*木下 敬史[1]、小森 康司[1]、大内 晶[1]、岸田 貴喜[1]、安岡 宏展[1]、安藤 秀一郎[1]、安部 哲也[1] (1. 愛知県がんセンター消化器外科)

【はじめに】
直腸癌手術においては手術手技の向上により，非常に低位の病変に対しても肛門温存が可能となっている．それに伴い，一時的回腸人工肛門造設術は増加している．造設においてはoutlet obstructionが術後経過に大きな影響を及ぼす代表的なstoma関連合併症であるが，当院での発生頻度は低い．また閉鎖では創感染の頻度が高いとされる．当院では皮膚単純閉鎖を行っているが，創感染は少なく良好な成績を得ている．安全かつ確実な一時的回腸人工肛門閉鎖には，造設時からの工夫が重要と考えている．当院の一時的回腸人工肛門造設・閉鎖の手技と治療成績を報告する．
【手術手技】
①造設：Outlet obstructionを回避するためには，腹壁に対して垂直な貫通孔作成が重要である．鏡視下手術・ロボット手術において，必ず気腹を解除した状態で貫通孔を作成する．正中創がある場合には，皮下および腹直筋鞘を鉗子で把持し正中へ牽引しながら作成することで，腸管の屈曲を防止している．皮膚は円形切開とし，腹直筋鞘・腹膜は縦切開を加え，貫通孔は2横指分確保する．さらに閉鎖時の腹直筋への癒着軽減を目的に，腹直筋前鞘・後鞘・腹膜を縫合し，その縫合糸を用いて挙上腸管を固定する．その後，腸管を反転させ皮膚固定を行う．
②閉鎖：まず準清潔操作で専用器械を用いて仮閉鎖を行う．ストマ周囲皮膚を切開後，ストマを内翻し，皮膚縫合により粘膜を被覆する．その後，再度消毒・ドレーピングを行い，器械交換後に清潔操作でストマ切除・吻合を行う．皮膚は十分に洗浄後，吸収糸による真皮縫合で単純閉鎖する．
【結果】
2013年から2025年までに395例の一時的回腸人工肛門造設・閉鎖を施行した．年齢中央値63歳（24–95歳），男性258例，女性137例，BMI中央値21.9 kg/m^2（15.0–43.6），腹腔鏡117例，開腹179例，ロボット99例であった．造設後outlet obstructionは4例（1.0%）のみであった．閉鎖術では手術時間中央値77分（34–247分），術後在院日数中央値9日（6–57日）であり，合併症は創感染8例（2.0%），縫合不全3例（0.8%）と良好であった．
【結語】
当院における回腸人工肛門造設・閉鎖の工夫を供覧するとともに，良好な治療成績を報告する．

©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

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ビデオワークショップ１　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療1

司会：長谷川 博俊（医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院）、本郷 久美子（平塚市民病院）

[VWS1-7] ストーマ脱予防を目的とした閉塞性大腸癌に対する2連銃式ストーマ

*西居 孝文[1]、坂元 寿美礼[1]、金城 あやか[1]、瀬良 知央[1]、西村 潤也[1]、福岡 達成[1]、前田 清[2] (1. 大阪市立総合医療センター消化器外科、2. 大阪公立大学消化器外科)

【はじめに】2019～2020年に当院で閉塞性大腸癌に対しストーマを造設した患者の18.6%にストーマ脱発生を認めた。単孔式ストーマが双孔式ストーマよりもストーマ脱発生が少ない事より、2021年からストーマ脱予防を目的とし2連銃式ストーマ造設を導入した。今回ストーマ脱発生を中心に、2連銃式ストーマ造設の成果について報告する。
【対象と方法】2021年1月から2025年12月までに再発症例も含めた閉塞性大腸癌に対し結腸ストーマを造設した67例を対象とした。2連銃式ストーマ造設群(D群：18例)とループストーマ造設群(L群：49例)に分け、短期長期成績について比較検討した。2連銃式ストーマは、全周性に腸管を切離反転の後、外側3/4周を真皮と残る1/4周は隣り合う腸管壁どうしを固定した。
【結果】男性/女性：40/27例、年齢(中央値)は72歳(45-90)、原発部位は横行結腸/下行結腸/S状結腸/直腸/直腸癌再発/肛門：3/4/18/36/2/4例であった。腹腔鏡手術は61例、開腹手術は6例に施行され、11例(16.4%)のストーマ脱発生を認めた。ストーマ脱発生期間(中央値)は術後106日(12-416)であった。ストーマとして使用された結腸は横行結腸/S状結腸：54/13例で、使用腸管でのストーマ脱発生に差を認めなかった(p=0.91)。両群間の比較で性別、年齢、BMI、原発部位に差を認めなかった。手術方法(腹腔鏡/開腹)はD群(18/0例)、L群(43/6例)で、ストーマとして使用した腸管(横行結腸/S状結腸)はD群(13/5例)、L群(41/8例)と差を認めなかった。手術時間(中央値)(D群/L群)は87/83分で(p=0.79)、出血量(中央値)(D群/L群)は0/0mlといずれも差を認めなかった(p=0.52)。Clavien-Dindo 分類 II 以上の合併症発生はD群/L群：3/9例で(p=0.87)、術後在院日数(中央値)はD群/L群：11.5/12日と短期成績においても差を認めなった(p=0.68)。術後ストーマ脱の発生はD群1例(5.5%)、L群10例(20.4%)とD群で低かったが統計学的差は無かった(p=0.14)。
【まとめ】2連銃式ストーマはループストーマと比較し造設手技および短期成績での差を認めず、術式として妥当であると考える。しかし、ストーマ脱発生率は少ないものの、統計学的差は無く、今後のさらなる症例蓄積が必要である。

©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
2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）
ビデオワークショップ１　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療1
司会：長谷川 博俊（医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院）、本郷 久美子（平塚市民病院）

[VWS1-8] 双孔式横行結腸ストーマにおけるストーマ脱予防の工夫と外科的治療法

*栃木 透[1]、大平 学[1]、丸山 哲郎[1]、岡田 晃一郎[1]、池田 優子[1]、丸山 通広[1] (1. 千葉大学　先端応用外科)

【背景】ストーマ脱はストーマ造設後にみられる晩期合併症の一つであり、特に双孔式横行結腸ストーマにおいて高頻度に発生する。保存的治療で改善することは少なく、患者のQOLを著しく低下させるため、予防および適切な治療戦略の確立が重要である。しかしながら標準的な予防法および治療法はいまだ確立されていない。
【目的】当科におけるストーマ脱予防の工夫および発症後の治療方法について検討する。
【方法】2019年1月から2024年12月までに当科で双孔式横行結腸ストーマを造設した症例を対象とした。従来法では腹直筋前鞘を十字切開し腸管固定を行っていたが、2023年以降は非吸収糸による筋膜の全周性篏縫いを追加しストーマ孔の拡大防止を図った。予防策導入前後でストーマ脱発生率を比較した。また、ストーマ脱症例に対してはAltemeier法を応用した局所的腸管切除・形成術を施行している。その方法についても概説する。
【結果】ストーマ脱発生率は従来法で19.5%に対し、篏縫い導入後は4.8%と低下傾向を認めた。logrank検定ではp=0.13と観察期間や症例数の制限から統計学的有意差は得られていないものの、予防効果を示唆する傾向がみられた。ストーマ脱に対する治療として施行したAltemeier法応用術は、ストーマ孔から施行可能で低侵襲かつ短時間で実施でき、良好な整復と再発抑制が得られた。
【考察】ストーマ脱の主因はストーマ孔の過大や腹壁固定不良による腸管可動性増大と考えられ、筋膜篏縫いによる開口径制御は理にかなった予防法である。本法は簡便に追加可能であり臨床的有用性が高いと考えられる。一方、発症後の治療としては、腸管切除を伴うAltemeier法応用術が低侵襲かつ再発率の低い有効な選択肢となり得る。
【結語】双孔式横行結腸ストーマにおける筋膜篏縫いはストーマ脱予防に寄与する可能性があり、発症例に対してはAltemeier法応用術が有用な治療選択肢となる。今後さらなる症例集積と長期成績の検討が必要である。

©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

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ビデオワークショップ１　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療1

司会：長谷川 博俊（医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院）、本郷 久美子（平塚市民病院）

[VWS1-9] 傍ストーマヘルニアのないストーマを目指して：鏡視下腹膜外経路造設術の工夫と有用性

*武田 泰裕[1]、小菅 誠[1]、鈴木 佑麿[1]、山澤 海人[1]、後藤 圭佑[1]、鎌田 哲平[1]、月原 秀[1]、大熊 誠尚[1]、衛藤 謙[1] (1. 東京慈恵会医科大学消化管外科)

【背景】
管理困難なストーマは患者のQOLを著しく低下させることを念頭にストーマを造設することが重要である。ストーマ造設後の晩期合併症の中で最も頻度が高いとされている傍ストーマヘルニアは、ストーマ造設経路が原因の一つとされている。
【方法】
2009年から2024年に当院で直腸癌または肛門管癌に対して鏡視下に腹会陰式直腸切断術を施行した患者71例を対象に、腹腔内経路群（Intraperitoneal群：I群）と腹膜外経路群（Extraperitoneal群：E群）とし、傍ストーマヘルニアの発生に関して患者因子と手術関連因子の面から後方視的に検討した。
【結果】
全体の年齢中央値は67歳で男性が48例（67.6%）を占め、8例（11.3%）に傍ストーマヘルニアを認めた。I群（15例）：E群（56例）でアプローチ法(腹腔鏡/ロボット; I群: 15/0, E群: 37/19 P = 0.008)に差を認めたが、年齢（I群: 65.7±9.6歳, E群: 66.3±12.2歳, P = 0.683）、BMI（I群: 23.0±3.2kg/m2, E群: 22.5±4.3kg/m2, P = 0.410）、術前ASA score (1/2/3；I群: 6/5/4, E群: 20/28/8, P = 0.399) および病期別割合 (Stage I-II/III-IV; I群: 7/8, E群: 32/24, P = 0.845)に差はなく、手術時間、出血量および在院日数などの手術関連因子は両群間に有意な差を認めなかった。I群の6（40.0%）、E群の2例（3.6%）に傍ストーマヘルニアを認めた。傍ストーマヘルニアの発生危険因子の単変量解析では腹膜外経路の有無（p < 0.001）およびBMI（≧22 kg/m2）（p < 0.022）に有意差を認めた。多変量解析では腹膜外経路の有無（p = 0.011）のみが独立危険因子であった。
【結語】
鏡視下手術において腹膜外経路による永久人工肛門造設術は傍ストーマヘルニアの予防に有用であることが示唆された。当施設ではストーマ関連合併症をなくすために、様々な工夫を行っている。鏡視下での腹膜外経路によるストーマ造設手技および腹壁瘢痕ヘルニアリスク軽減に向けての工夫などについても供覧する。

©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

2026年11月20日(金) 8:30 ~ 10:00 | 第2会場（2F コンベンションホール2）

ビデオワークショップ１　合併症低減に向けたストーマ造設の工夫と合併症に対する治療1

司会：長谷川 博俊（医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院）、本郷 久美子（平塚市民病院）

[VWS1-10] Z-plastyを応用した双口式人工肛門造設法についての考察

*本田 志延[1]、北村 文優[1]、石躍 裕之[1]、鈴木 裕紀子[1]、式地 優樹[1]、田中 荘一[2]、土居 浩一[1] (1. 宮崎県立延岡病院外科、2. 信濃町立信越病院外科)

Z-plastyは、皮膚を「Z」型に切開して2つの正三角形の皮弁を作り、それらを入れ替えて縫合する形成外科の基本手技である。主な目的は、傷跡のつっぱり（瘢痕拘縮）を解除したり、傷の方向を変えて目立たなくすることにある。手順としては、①切開: 修正したい傷跡を2つの正三角形の共有する1辺（2つの正三角形を合わせてできる菱形の短い方の対角線）と、その線とその両端から向かいあう2辺を「Z」型に切開する。②剥離: 2つの三角形の皮弁を皮下組織から剥離する。③皮弁の入れ替え（転換）: 2つの正三角形を互いに入れ替える。これにより、元の「Z」が鏡に映したような逆向きの「Z」となり、菱形の縦横が入れ替わることになる。④縫合: 新しい位置で皮弁を縫合する。というものであるが、②と③の間で、広い範囲の皮膚全体にかかる張力により2つの皮膚欠損部と、頂点が接する2つの皮弁からなる蝶々のような創となる。この形状を利用して、双口式人工肛門の造設を行う手技を供覧したい。双口式人工肛門の特徴として、①2本の腸管とその腸間膜が腹壁を貫く、②挙上した腸管が腹腔内に陥没する危険性がある、という事があり、単孔式に比べて手術操作がしづらい場合がある。当施設では、このZ-plastyを応用した双口式人工肛門造設法により良好な結果を得ている。1辺3㎝前後のZ切開・皮弁形成後、腹直筋前鞘をクランク型に切開して腸管を体外に導出し、前鞘による腱膜ブリッジまたは皮弁ブリッジを形成し、人工肛門を造設するという比較的シンプルなものであるが、視野が良好で、ブリッジングをしながらも締め付けすぎないという利点があると考えている。基本的に皮膚は切除していないが、必要があれば切除も追加可能である。直近2年間では全双口式人工肛門造設術21例のうち9例（右側横行結腸1例、左側横行結腸5例、S状結腸3例）にこの手技を行い、7例が永久人工肛門で、2例が一時的であった。問題となる合併症はなく、日々のストマ管理においても良好な経過をたどっている。人工肛門閉鎖術の際に若干の剥離の困難さがあるため、緩和ケア領域における低侵襲な双口式永久人工肛門造設時に特に有用であると考えている。この術式について供覧したい。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会