

## R-57 Prolapsing法による肛門機能温存・低位直腸癌根治手術

埼玉医科大学第2外科

浜田節雄、長野裕人、河相開流、竹内浩紀、大久保雄彦、松木盛行、北郷邦昭、村上三郎、平山廉三

【はじめに】最近、我々が低位直腸癌に対して施行しているProlapsing法を報告する。【症例】50歳、男性。歯状線より約2cmに肛側端を有する(Rb)1/4周の2型進行癌を認め、生検でwel。【手術】1.郭清：下腹神経は腎筋膜で覆われており、神経を温存する層即ち腎筋膜を温存する層で、total mesorectum excision (TME)を施行。2.J pouch作製：pouch先端を切開後、PCEEAA31mmのanvilを挿入。3.直腸のprolapse：肛門よりネラトンを挿入し、先端をS状結腸肛側断端部に固定。ネラトンを牽引し、直腸・肛門・歯状線が直腸間膜とともに内翻された。4.直腸切除：直腸癌は2.5cm大で歯状線から1.5cmに位置。

Implantation予防の目的でインジン入り生食にて直腸粘膜面を洗浄。1.5cmのsurgical marginを確保し歯状線直上で、内肛門括約筋を含め全層を切除。Gefrierにてaw陰性を確認。5.吻合：肛門切離断端に2-0 proleneをかけ、PCEEAAのcenter rodに縫縮し、結腸囊肛門器械吻合。【結果】本術式の6症例において、直視下にsurgical marginが確保でき、吻合操作も広い術野で行えた。【結論】本術式では、根治性とともに肛門機能が良好に温存され、低位の直腸癌患者のQOL向上に貢献しうると考えられた。

## R-58 大腸癌手術における口径の異なる腸管同士の吻合術式の改良

都立駒込病院外科

森 武生、高橋慶一、安野正道

<目的と背景> 大腸癌の外科において最も不愉快な合併症は縫合不全である。1989年から1998年6月までの10年間における当科の結腸癌吻合967例中12例(1.2%)に縫合不全が発生し、うち4例は人工肛門を造設した。結腸癌腸癌手術における縫合不全の発生しやすい状況における吻合は、イレウス状態にあつて低栄養であり、かつ口側の腸管内容が充満して、口側の腸管と肛門側の腸管の口径差が著しい場合だが、当科においては一期的切除吻合を基本としている。

<方法> イレウス例においては術前処置として減圧と内容除去、及び栄養状態の改善を行うが、緊急手術でも術中のイレウスバッグにより口側腸管内容の除去と減圧は全ての症例において可能である。主腫瘍の摘出とリンパ節郭清後に吻合を行うが、著しい口径差が認められる際に、(1)口側腸管の縫縮によるdog ear型縫縮術。(2)側側又は側端吻合。(3)腸間膜付着部の対側の斜切開による口径調整。以上3種のうち(1)の縫縮法は現在まで縫合不全もなく試みるべき方法と思われる。この方法を中心にイレウス例の手術概要を供覧する。

## R-59 超低位前方切除術に対し、平滑筋と外肛門括約筋の一部を使った新肛門管再建術

富山医科薬科大学第二外科、同看護学科\*

新井英樹、南村哲司、濱名俊泰、山下 巖、田内克典、竹森 繁、坂本 隆、永瀬敏明、田沢賢次\*、塚田一博

【はじめに】我々は本来直腸切断術となった直腸悪性疾患症例でも、根治性を落とさないように、経腹的、経肛門的に超低位前方切除を施行した後、平滑筋の特性を利用し、新肛門管を形成する再建術を行い良好な結果を得たので、その手技と臨床成績を報告する。【対象】肛門縁より3~4cmの直腸癌3症例、3cmの平滑筋肉腫症例【方法】外肛門括約筋皮下部のみを温存し経腹的、経肛門的にAW2cm以上となるように、低位前方切除を施行する。S字状結腸の肛門側断端の10cmの腸管の腸間膜を処理し、この漿筋層片を翻転しその口側腸管にoverlapして縫合する。その後、経肛門的に平滑筋移植腸管を、漿筋層と外括約筋皮下部粘膜と肛門上皮とを吻合する。最後にloop ileostomyをつけ手術を終了する。【結果】4例中3例にileostomyを閉鎖したが、排便状況は2~5回/日で、内圧検査では肛門管静止圧、随意圧とも良好であった。ガスの識別も可能であり、殆どsoilingもなく順調な社会復帰をたしている。

## R-60 腹仙骨式大腸全摘、回腸囊肛門吻合術の手技

滋賀医科大学第一外科

遠藤善裕、谷徹、花澤一芳、目片英治、小玉正智

大腸全摘・回腸囊肛門吻合術(IAA)は、潰瘍性大腸炎や大腸腺腫症の外科治療として根治的術式であるが、経腹的な直腸粘膜剥離は、骨盤底部で行うため手術視野が不良で、誰もが容易に確実に行える術式とは言い難い。また、経肛門的に施行する直腸粘膜剥離に際しては、操作時に肛門の過進展を強いることが懸念される。従って、このような、面倒な直腸粘膜剥離を行わずに肛門管直上で大腸を亜全摘して器械吻合にて再建する回腸肛門管吻合(IACA)が、一方では勧められている。また、経肛門吻合に際しては、肛門管を直径5cm以上に拡張伸展させ縫合操作を施行されているようであり、このような非生理的伸展は、術後の肛門括約筋機能に悪影響を与えている可能性がある。今回、IAAのこれら問題点を解決すべく、潰瘍性大腸炎患者の根治術時、直腸粘膜剥離を仙骨式アプローチによる良好な視野で施行し、同時に肛門部の過伸展を避けるべく仙骨式に回腸囊肛門吻合を施行し、良好な結果を得た。経仙骨式の直腸粘膜剥離は誰もが容易に施行でき、肛門部の非生理的伸展を必要とせず吻合が可能であり、根治性、確実性および機能面からも有用と考えられた。