

第11回 内痔核治療法研究会総会

プログラム・抄録集

平成29年7月9日(日)

当番世話人 **日高 久光**

共 催

内痔核治療法研究会
田辺三菱製薬株式会社
ジェイドルフ製薬株式会社

第11回 内痔核治療法研究会総会 ご挨拶

まずは、多数の演題のご応募をいただきありがとうございます。

今回、第11回の内痔核治療法研究会総会を迎えました。過去10回のなかでALTA療法の手技、合併症とその対策、成績などについて議論がくりかえされてきました。その結果、安全性、効果の面で内痔核治療の標準術式としてのALTAの地位が確立されるに至りましたが、一方で新たな検討課題もでてきました。ひとつは5～15%にみられる再発例をいかに治療するか、もう一つは外痔核を伴う痔核に対する適応拡大である、いわゆる「併用療法」の手技と有効性であります。「はたして併用療法が結紮切除術より優れているのか?」「正しい適応は?」またその手技の実際については術者によるところがあり、「どの術式が最も優れているのか?」など、おおいに議論の余地があるところです。

そこで今回は「ALTA療法の新たな展開に向けて」として、この二つのテーマで演題を募り、いずれもシンポジウム形式としました。なお、ご発表に際しましては、動画を多用していただき、より詳細に、わかりやすくお願いしたいと思います。活発な討議をいただき、再発例の治療法、併用療法の有効な手技についての新たなエビデンスが示されることをお願いいたします。

第11回 内痔核治療法研究会総会
当番世話人 日高 久光
(日高大腸肛門クリニック)

第11回 内痔核治療法研究会総会

日時：平成29年7月9日(日) 9:30～15:10
場所：ソラシティカンファレンスセンター
101-0062 東京都千代田区神田駿河台4-6 御茶ノ水ソラシティ
TEL 03-6206-4855
会場：総会 2階「sola city Hall」
世話人会 2階「Terrace Room」

内痔核治療法研究会：

代表世話人：岩垂 純一（岩垂純一診療所）

常任世話人（順不同）

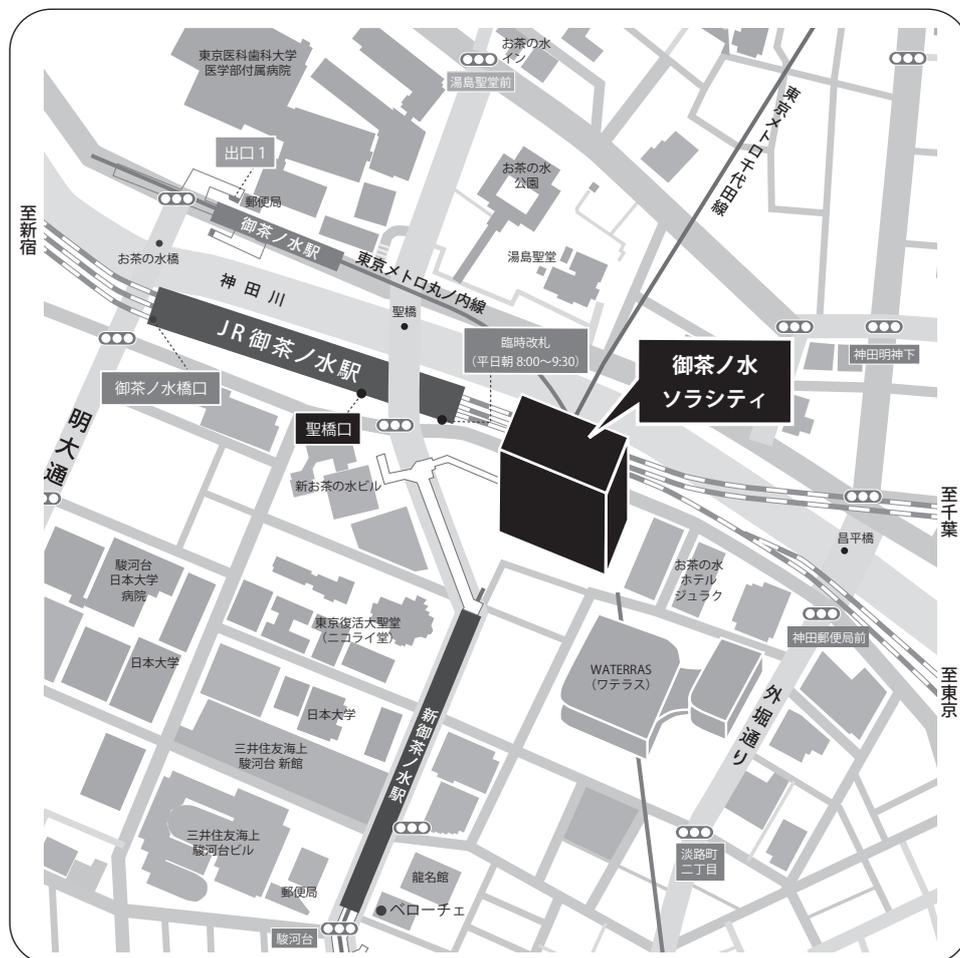
樽見 研（札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック）
八子 直樹（八子医院）
小杉 光世
佐原 力三郎（東京山手メディカルセンター）
松島 誠（松島病院）
黒川 彰夫（黒川梅田診療所）
高村 寿雄（東神戸病院）
瀧上 隆夫（チクバ外科胃腸科肛門科病院）
坂田 寛人（坂田肛門科医院）
日高 久光（日高大腸肛門クリニック）

世話人（順不同）

國本 正雄（くにもと病院）
鉢呂 芳一（くにもと病院）
加藤 典博（ふるだて加藤肛門外科クリニック）
菊田 信一（仙台青葉クリニック 肛門科）
紙田 信彦（会津西病院）
松尾 恵五（東葛辻仲病院）
岡本 欣也（東京山手メディカルセンター）
小村 憲一（小村肛門科医院）
羽田 丈紀（おなかクリニック・おしりセンター）
寺田 俊明（寺田病院）
小原 誠（OHARA MAKOTO大腸肛門科クリニック）
家田 浩男（家田病院）
梅枝 覚（四日市羽津医療センター）
服部 和伸（はっとり大腸肛門クリニック）
中島 久幸（なかしま大腸・肛門外科クリニック）
松田 直樹（京都民医連中央病院）
岡空 達夫（千春会病院）
斎藤 徹（大阪中央病院）
宮本 英典（宮本病院）
辻 順行（高野病院）
鮫島 隆志（鮫島病院）
名誉世話人 高野 正博（高野病院）

共催：内痔核治療法研究会
田辺三菱製薬株式会社
ジェイドルフ製薬株式会社

会場周辺および会場までの交通機関



【最寄り駅からのご案内】

- JR中央線・総武線「御茶ノ水」駅 聖橋口から 徒歩1分
- 東京メトロ千代田線「新御茶ノ水」駅 B2出口【直結】
- 東京メトロ丸ノ内線「御茶ノ水」駅 出口1から 徒歩4分
- 都営地下鉄 新宿線「小川町」駅 B3出口から 徒歩6分

【東京駅からのご案内】

- JR中央線「東京」駅 $\xrightarrow{4分}$ 「御茶ノ水」駅

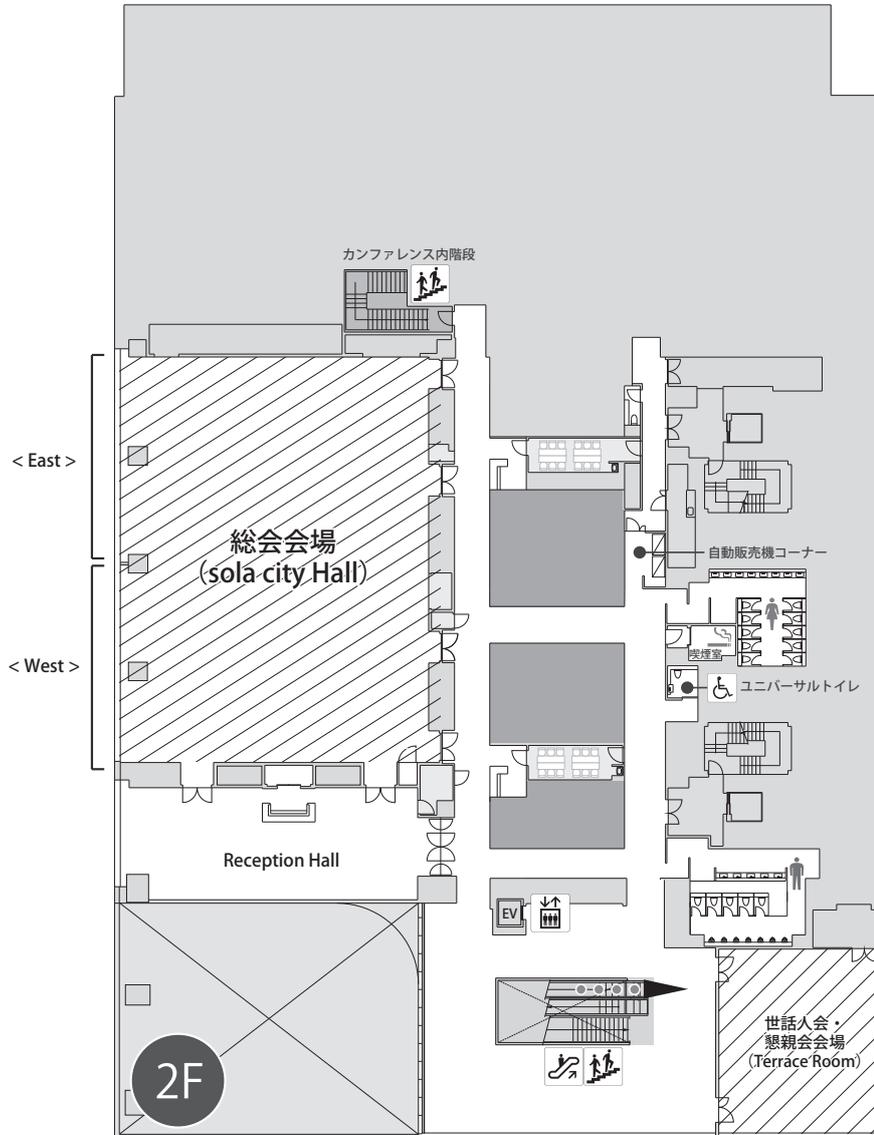
【羽田空港からのご案内】「東京」駅または「神田」駅乗り換え

- 東京モノレール25分 $\xrightarrow{\text{中央線 } 3分}$ JR「浜松町」駅 $\xrightarrow{\text{山手線 } 6分}$ 「東京」駅 $\xrightarrow{\text{中央線 } 2分}$ 「神田」駅 $\xrightarrow{\text{千代田線 } 3分}$ 「御茶ノ水」駅

ソラシティカンファレンスセンター

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台4-6 御茶ノ水ソラシティ
TEL : 03-6206-4855

会場案内図



2 階

お知らせとお願い

I. 参加される先生方へ

1. 内痔核治療法研究会総会に参加される方は、受付にて参加費3,000円をお支払いください。事前登録は不要です。
2. 会場では必ず名札をお付けください。

II. 演者の先生方へ

1. 口演方法

- ・ 演者は、発表開始5分前までに次演者の席にお着きください。
- ・ 演者は、そのセッション終了まで会場内で待機してください。

2. 口演時間

- ・ 口演は発表7分、質疑応答2分でお願いします。
- ・ 演者は必ず口演時間を厳守してください。

3. 発表データ提出

- ・ 演者は、**発表の40分前までに**「PC受付」にお越しいただき、発表資料をコピーした記録メディア（USB/DVD-ROM/CD-ROM）、またはPC（ご自身のPCで発表の場合）をご提出ください。PC固有のモニター変換ケーブルがある場合は必ず持参ください。万が一の場合に備えて、バックアップデータをお持ちください。

受付時間：総会当日 8：30～12：00

- ・ 発表資料に動画や音声をご使用される場合、PC受付にて動作確認を必ず行ってください。
- ・ コピーしたデータにつきましては、ご発表終了後にパソコンより完全に消去処理いたします。

4. 発表用資料

- ・ 発表資料は、原則としてウィンドウズ対応のパワーポイントファイル、キーノートファイルでご提供ください。
- ・ 動画を使用される場合は、ご自身のPCでのご発表をおすすめします。
- ・ 発表されるファイル名は **(演題番号)(先生のご氏名).ppt** としてご提出ください。
- ・ フォントはOS標準のもののみご使用ください。
- ・ 動画を使用される場合、Windows Media Playerで動作する形式にて作成いただき、発表資料とともにご提出ください。可能な限り、発表ファイルと動画ファイルは同一記録メディアにコピーの上、ご提出ください。

第11回 内痔核治療法研究会総会プログラム

テーマ：「ALTA療法の新たな展開に向けて」

日時：平成29年7月9日（日） 9：30～15：10

場所：ソラシティカンファレンスセンター 2階「sola city Hall」

1. 開会 第11回内痔核治療法研究会総会 当番世話人挨拶 9：30～9：35
日高大腸肛門クリニック 日高 久光

2. シンポジウム I 9：35～12：00
「ALTA再発例の術式選択—その治療法のコツと成績」

座長：鮫島病院 鮫島 隆志
くろき医院 黒木 政純

（発表7分、質疑応答2分）10演題 90分 9：35～11：05

総合討論（45分） 11：05～11：50

特別発言（10分） 11：50～12：00

S1-1 当院におけるALTA療法—再発症例の検討 1
五十嵐クリニック 五十嵐 章

S1-2 ALTA単独投与後再手術症例の痔核単位での解析 2
岡崎外科消化器肛門クリニック 岡崎 啓介

S1-3 ALTA単独療法後における再投与例の検討 3
そらの内科肛門外科クリニック 大賀 純一

S1-4	ALTA再発症例の検討 — 再発原因と治療方針……………	4
	のざきクリニック 野崎 元子	
S1-5	ALTA療法施行後の再発症例に対し選択した治療法 ……	5
	大阪中央病院 斎藤 徹 ほか	
S1-6	ALTA単独投与後の再発率と再発後の治療 ……	6
	誠心会吉田病院 笹口 政利 ほか	
S1-7	ALTA療法再発例の検討 ……	7
	OHARA MAKOTO大腸肛門科クリニック 小原 誠	
S1-8	ALTA療法後再発例に対する再手術術式 ……	8
	くにもと病院 鉢呂 芳一 ほか	
S1-9	ALTA単独療法施行後の再発症例に対する治療法選択と注意点 ……	9
	山本クリニック 山本 秀尚	
S1-10	エラストグラフィ（組織弾性イメージング超音波検査）によるALTA療法の検討 ～ ALTA再発時の術式選択の参考として～ ……	10
	寺田病院 田中 良明 ほか	
[特別発言]	黒川梅田診療所 黒川 彰夫	

— 昼 食 —

12 : 00 ~ 12 : 40

3. シンポジウム II

12:40 ~ 15:05

「ALTA併用療法の適応と術式選択」

座長：東葛辻仲病院 松尾 恵五

東京山手メディカルセンター 岡本 欣也

(発表7分、質疑応答2分) 10演題 90分

12:40 ~ 14:10

総合討論 (45分)

14:10 ~ 14:55

特別発言 (10分)

14:55 ~ 15:05

S2-1 当院での痔核に対するALTA・LE併用療法について…………… 11

日高大腸肛門クリニック 日高 仁 ほか

S2-2 肛門管内外痔核切除がALTA療法の治療成績にあたる影響…………… 12

津山クリニック 津山 博 ほか

S2-3 日帰り手術におけるALTA併用療法、ベストの術式は？…………… 13

小村肛門科医院 小村 憲一

S2-4 当院のALTA療法の適応と術式の変遷…………… 14

ふるだて加藤肛門外科クリニック 加藤 典博 ほか

S2-5 長期成績からみた併用療法の適応…………… 15

ミネルワ会 渡辺病院 小野 芳人 ほか

S2-6 有用なALTA併用療法の追究…………… 16

おなかクリニック・おしりセンター 羽田 丈紀 ほか

S2-7 ALTA併用療法の適応と成績および再発時の術式選択

— 術者による判断基準 —…………… 17

向ヶ丘胃腸・肛門クリニック 櫻井 丈 ほか

S2-8 ALTA併用療法の適応と術式選択 18

大阪中央病院 能山 智宏 ほか

S2-9 EA法の適応と選択 19

くにもと病院 小原 啓 ほか

S2-10 ALTAの欠点を補うACL+ALTA療法 20

札幌いしやま病院 石山元太郎 ほか

[特別発言]

岩垂純一診療所 岩垂 純一

4. 閉会 内痔核治療法研究会 代表世話人挨拶

15:05 ~ 15:10

岩垂純一診療所 岩垂 純一

共催 内痔核治療法研究会 / 田辺三菱製薬株式会社 / ジェイドルフ製薬株式会社

*昼食は、弁当を用意しております。

*総会終了後、懇親のための粗餐（酒餐）を用意しております。懇親会に参加される方は、マイカーでのご来場をご遠慮下さい。

抄 録

当院におけるALTA療法－再発症例の検討

五十嵐 章

医療法人社団公章会 五十嵐クリニック

【はじめに】 ALTA療法は手術侵襲が少なく安全な手技であるが、外科切除に比較すると明らかに再発率が高い。今回当院施設で再発した症例を中心に検討した。

【対象と方法】 H20年4月よりH28年12月までに当院で経験したALTA療法1,143例を対象とした。年齢、性別、麻酔法、併用療法、合併症、再発例について検討した。

さらにH20からH23までの初回手術例を前期群、H24からH27までを後期群として検討した。

【結果】 H20年4月からH28年12月までの手術症例1,143例中、ALTA単独817例、結紮切除術併用例150例であった。男性618例女性525例、平均年齢は54.5歳であった。麻酔法は、仙骨裂孔麻酔が過半数を占めた。合併症は、発熱68例5.9%、狭窄例35例3.0%、潰瘍例12例1.0%であり、再発症例は66例で5.8%であった。2回目の手術時期は初回施行から3年以内が最も多く、平均して2.1年であった。再発症例の初回総投与量の平均は23.3mLであった。前期群は、合計413例で、再発例は51例12.3%であり、切除併用は27例6.5%であった。後期群では、合計610例で、再発例は15例2.4%であり、切除併用は104例17.0%であった。

【考察】 後期群は前期群より再発率が低下した。前期群に比較して後期群に切除併用例が多かった。後期群では前期群と比較し手術手技が安定してきたこともあるが、切除を併用したことが、再発率を低下させた一つの要因になる可能性が示唆された。

ALTA単独投与後再手術症例の痔核単位での解析

岡崎 啓介

岡崎外科消化器肛門クリニック

【目的】 第9回本会にて観察期間5年10ヵ月（中央値約3年）のデータ解析において、ALTA単独投与443名中再手術39名（8.8%）と報告した。今回7年10ヵ月（中央値約4年）に延長したところ、594名中再手術73名（12.3%）と上昇した。再手術は必ずしも再発とは限らず、副痔核への初回投与の場合もあるため、今回症例単位に加えて、痔核単位の詳細な検討を行った。

【方法】 2009年5月8日から2017年3月31日まで当院で行ったALTA症例を対象。今回ALTA単独療法後の再手術症例を主に解析。「正規」投与=四段階投与を行ったもの、「補助」投与=四段階未滿かつ5mL未滿のもの、とし痔核中心線 $\pm 30^\circ$ を同一痔核と定義。「再発」とは量に関わらず同一痔核に「正規」投与あるいは結紮切除術（LE）を行ったもの、とした。

【結果】 ALTA単独投与648症例、痔核数：正規1,606、補助496。LE298症例、痔核数：LE374、正規410、補助110（LE根部への補助投与は除く）。症例単位の再手術：73/594症例（12.3%）。痔核単位の再発：107/1995痔核（5.36%）。再発部位では11時39.3%、3時32.7%、7時28.0%であった。再発後の対応では、再ALTA：70痔核、再々ALTA：3痔核、再々々ALTA：1痔核、LE：23痔核、再ALTA後LE：7痔核、再々ALTA後LE：3痔核であった。LEでは全例治癒した。

【考察】 術後観察期間の延長に伴い再発症例が増加した。痔核単位では複数回手術において再発に限らず、状況は多彩であった。術後短期での再手術痔核は、極めて大きな内痔核や、本来LEをすべき症例で諸条件からALTAを行ったものが多い。術後長期での再手術痔核は内痔核が徐々に増大したものや、肛門管内外痔核を伴い滑脱の大きいもの、粘膜脱合併例などが含まれた。副痔核の発育症例も増えてくることが示された。再発痔核に対して再ALTAまでが結果良好であり、LEは高い根治性を示した。今後さらに初回LE症例でのALTA単独投与痔核（520痔核）についても解析し、痔核単位での検討を進めたい。

ALTA単独療法後における再投与例の検討

大賀 純一

そらの内科肛門外科クリニック

【はじめに】 ALTA単独療法は外来で低侵襲かつ簡便に施行できる内痔核治療法として普及し、手技においても概ね確立している。しかし同時に合併症や再発なども報告されており、今後の長期観察において再発例に対する治療法の検討が求められる。今回、ALTA単独療法後にALTA再投与を必要とした症例について検討を行ったので報告する。

【対象】 2012年11月より2016年12月までに当院で施行したALTA単独療法のうち根治度判定が可能であった595例中ALTA再投与を行った49例を対象に、初回投与後経過期間を（A）1年未満、（B）1年以上2年未満、（C）2年以上3年未満、（D）3年以上の4群に分類し、再投与までの時期、投与量、根治度評価および治療経過について検討を行った。対象の原疾患は痔核限定とし、根治度評価は痔核における患者側の主観的要素と術者側の客観的要素である痔核縮小サインを用いて行った。49例全例が再発もしくは再燃をきたしており、根治度評価C-1aから同じ疾患が再度発生したものを再発とし、それ以外は再燃とした。また再投与までの排便コントロール状況は活性生菌製剤が内服出来ているか否かで判断した。

【結果】 再投与49例中再発37例、再燃12例であり、再投与までの期間は1ヵ月～46ヵ月、平均12.5ヵ月であった。症例数は経過期間が短くなるほど減少傾向にあり、再発率はおよそ5～10%の間で推移していた。また投与量には初回、および再投与間で特に有意差は認めなかった。活性生菌製剤内服率は20～30%台でコンプライアンスの悪い結果となった。再発例の再投与時痔核縮小サイン陰転化が37例中35例で95%を占めていた。

【考察】 ALTA単独療法導入時は他病変合併や外痔核が有意な症例もALTA単独で施行していたが、ALTA併用療法の増加により単独は適応縮小となり、症例数は経過期間とともに減少する形となった。やはりALTA単独のみでは痔核組織すべてを均一に硬化させるのは不可能であり、残存痔核が術後の排便コントロール不良により徐々に増大し再発が起こってくるのが推測された。

ALTA再発症例の検討 — 再発原因と治療方針

野崎 元子
のぞきクリニック

2008年8月の開院から2017年2月までに初回の内痔核手術を行った4,818例中、ALTA単独療法は2,052例、痔核根治術（ALTA併用を含む）は2,766例でした。ALTA施行後、再度ALTAを行ったのは197例、根治術を行った症例は71例で、再治療率は13.1%でした。痔核根治術施行後、再度根治術を行ったのは71例、ALTAを行った症例は37例で、再治療率は3.9%でした。ALTAを3回行った症例は14例でした。当院の理念は患者さんの希望に応じること、全身状態に基づく最適な医療を提供することです。痔核は良性疾患であることを念頭に、主訴を治療すること、社会生活への影響や合併症を最小限にするよう治療方針を決定しています。外痔核を伴わないものはALTA、外痔核中心のものや粘膜脱に皮垂を伴うものは痔核根治術を行います。外痔核があっても内痔核の脱出や出血が主訴の場合は、希望によりALTA単独療法を選択、再燃時、希望があれば痔核根治術を行います。ALTA後の再発原因は内痔核の再脱出と外痔核成分の増大に分けられますが、両者とも第4段階に投与したALTAが早期に効果減弱することが一因と考えられます。内痔核再脱出の原因は初回小さかった内痔核が発育する場合と、ALTA後は十分硬化しているように見えた痔核が軟化する場合があります。いずれも再度ALTAを行います。一度ALTAを行った痔核は軟化しているように見えても、第1、第3及び第2段階の上層は硬化していることが多く、第2段階深部・筋層直上付近、および第4段階への投与が中心となります。外痔核成分の増大による場合は痔核根治術を行います。ALTAを2回行っても再発した症例は根治術を推奨しますが、希望により3回行っている症例は、便通異常を伴うことが多く、便通の改善と正しい排便習慣の継続により再発を予防できる可能性があります。

ALTA 療法施行後の再発症例に対し選択した治療法

斎藤 徹、能山 智宏、小野朋二郎、野田 裕子

大阪中央病院 外科

佐々木宏和

京都通信病院 外科

2005年9月1日から2015年12月31日までに筆頭演者がALTA療法を施行した1,852例を対象に再発症例を検討した。再発を133例に認め、再発率は7.2%、10年累積再発率は10.9%であった。再発に影響したと思われる痔核側の因子として内痔核が大きい(2.5cm以上)、粘膜型の形態、肛門管内の脱肛する外痔核の存在、手技的な因子として1痔核に対するALTA注の投与量が6mL以下と少ないことが挙げられた。再発に影響すると推測された因子別に再発までの期間を比較すると、絶対的な投与量が少ない群が 24.8 ± 16.5 ヶ月と他の3因子よりも再発までの期間が有意に短く、次いで粘膜型痔核群の 32.7 ± 24.6 ヶ月、外痔核が影響したと推測される群が 35.7 ± 18.9 ヶ月と続き、内痔核が大きい群が 42 ± 29.1 ヶ月と最も再発までの期間が長い結果であった。また、ALTA療法の施行前に脱肛した肛門管内の外痔核が再び脱肛するまでの期間は、外痔核とともに内痔核の歯状線部が脱肛するまでの期間よりも有意に短いことが判明し、肛門管内の外痔核や肛門管外の外痔核や皮垂が、外側から牽引することにより内痔核の再発に影響する可能性が示唆された。

再発を少なくするための投与法の工夫として小さい内痔核にも投与量を7mL以上とすること、大きな内痔核には四段階注射法とともに痔核の辺縁部に2・3・4段階投与を追加することにより再発例を減少できた。一方、粘膜型の内痔核に多点投与するなどの工夫、外痔核の脱肛を伴う症例に4段階部の投与量を増やすなどの工夫をしても再発例の減少は少なく、粘膜型脱肛の症例や脱肛する外痔核を伴う内痔核に対する再発症例を減少させるためにはALTA療法の単独治療には限界があり、LEやPPHなどの他の治療法を選択する、または外痔核を切除する併用療法などが必要と思われた。

ALTA単独投与後の再発率と再発後の治療

笹口 政利、小林 康雄

誠心会吉田病院

吉田病院で私が行ったALTA単独療法、それに準じる無麻酔、局所麻酔による痔核治療症例（以下ALTA単独投与症例）で5年以上経過した症例（平成18年1月から23年12月）の検討です。ALTA単独投与症例数は、平成18年97例、平成19年86例、平成20年54例、平成21年79例、平成22年42例、平成23年63例。

各年の腰椎麻酔下に行われた結紮切除手術は、それぞれ、104例、73例、116例、94例、83例、90例で、総数に占めるALTA単独投与症例の割合は、平成18年48.3%、平成19年54.1%、平成20年33.8%、平成21年45.7%、平成22年33.6%、平成23年41.2%。

ALTA療法採用当初は、50%前後でありましたが、適応が厳密になり近年は、40%程度に落ち着いています。（平成24年39.6%、25年38.6%、26年30.1%、27年38.5%、28年38.6%）

再発率ですが、再発の定義がはなはだ難しく正確な値は把握できていません。

よって、再度の侵襲的治療を受けた患者を再発例（以下再治療例）として検討します。

平成18年19.6% (19/97)、平成19年26.7% (23/86)、平成20年14.8% (8/54)、平成21年15.2% (12/79)、平成22年23.8% (10/42)、平成23年23.8% (15/63)。

再治療のうち、手術を前提としたALTA投与症例、直腸脱への投与、他の肛門疾患の侵襲的治療を除いた修正再治療率（内痔核投与後の内痔核の再治療）は以下のごとくです。

平成18年15.1% (14/93)、平成19年22.4% (19/85)、平成20年13.2% (7/53)、平成21年10.7% (8/75)、平成22年15.4% (6/39)、平成23年16.4% (10/61)。

再治療を、2年以内に受けた20例中、ALTA単独投与は19例、LEは1例。2年以上経過の後に、再治療を受けた44例中、ALTA単独投与症例は28例でした。

ALTA単独投与症例の再治療は、ALTAを選ぶ傾向にあります。ALTAで、症状の緩和を得て、退職後に手術を受ける方も見受けられます。患者背景を考慮した上での、長期的な視野に立つての適切な治療法の提案が大切です。

ALTA療法再発例の検討

小原 誠

OHARA MAKOTO大腸肛門科クリニック

当院では2005年12月から2016年8月までの10年8ヵ月間に7,202例6,685人のALTA療法（単独及び切除併用を含む）を行った。単独療法が60.3%、切除併用が39.7%で、全体の再発率（再手術率）は6.19%だった。ALTA単独手術と切除併用手術の再発率は8.70%と1.74%で有意に切除併用群が低かった。ALTA単独群での再発例をT分類法で調べると、肛門管内外痔核のない内痔核が主体のT1型が35.6%、肛門管内外痔核を有するT2、T3型が64.4%で初めの手術時に外痔核を切除しなかったために再発が起こったと考えられる症例が約60%存在していた。内痔核が主体のT1型が再発した場合、再度ALTA単独で再手術を行うが、その場合、痔核は粘膜下中間層に硬結が形成されていることが多い。この場合ALTAの注入は粘膜下の浅層と硬結部よりも深い深層に注入する。ただし、11時方向の痔核への注入では、硬結部を超えた深層は男性では前立腺、女性では膣壁に近いので、細心の注意が必要となる。ALTA療法再発例で歯状線までの切除を行ったものは、ほぼ再発しないといえるが、ALTA単独で再度行った場合の再々発は少なからず存在する。再々発した症例では、個体差によるALTA薬剤に対する反応の低さが考えられるため、外痔核のあまり目立たないものでも歯状線までの切除を併用することが無難であると考えられる。

【まとめ】

1. 肛門管内外痔核を認めるT2、T3型は歯状線までの切除併用手術を選択すべきである。
2. ALTA療法の再発例では痔核の粘膜下中間層に硬結を有する例が多い。
3. その場合の再度ALTA注入は硬結の浅層と硬結を超えた深層の両者に注入するのがよい。（ただし前壁は細心の注意を要する）
4. ALTA単独の再々発例では外痔核が目立たないものでも、歯状線までの外痔核切除を併用するのが無難である。

ALTA療法後再発例に対する再手術術式

鉢呂 芳一、安部 達也、小原 啓、菱山 豊平、國本 正雄
くにもと病院 肛門外科

【緒言】 ALTA療法後の経過では、ときに再発例を経験する。その場合の再発状態は様々であるが、多くの症例において外痔核の腫大を認めることが多い。またその場合における内痔核の腫大は様々であり、内痔核は脱出せずに外痔核による症状が主体の場合もある。現在、ALTA療法後の再発例に対する治療術式について一定の見解は無い。このたび当院におけるALTA療法後の再手術例を検討した。

【対象】 症例は2006年4月から2016年12月までの内痔核手術症例において、ALTA療法を施行した主痔核部位が再脱出を来し同部位に対する再手術を施行した172例を対象とした。初回術式は、ALTA法単独125例、LE (or EA) + ALTA法47例であった。なお、同時期に内痔核に対しALTA療法を使用した手術症例は4,556例であった。当初、再発部位に対してはLE術式を基本としていたが、2012年頃より内痔核へのALTA再投与が可能な症例ではEA法（外痔核切除+内痔核ALTA）を選択している。なお、患者の強い希望があれば再ALTA療法を施行した。

【結果】 再手術術式はLE法31例、再ALTA法40例、EA法101例であった。再手術までの期間は、1年以内が9例（5%）、5年以上が59例（34%）であった。再ALTA群のうち8例で再々脱出を来し、再々手術を施行している。

【結語】 ALTA療法後再発例に対する再ALTA投与は可能であり、症例の適応を誤らなければ十分選択しうる術式となりうる。外痔核の腫大を伴った症例では、再ALTA療法だけでは不十分であり、外痔核部位の切除が必要である。

ALTA単独療法施行後の再発症例に対する治療法選択と注意点

山本 秀尚
山本クリニック

【目的】 2012年1月から2014年12月末までの3年間に施行したALTA単独療法で治療した内痔核症例1,148例の再発の頻度と再発形態および合併症に着目し再治療時の注意点について検討した。

【対象】 ALTA単独療法施行例のうちGoligher分類1度（1群）が421例、2度（2群）が328例、3度（3群）が391例、4度（4群）が8例であった。

【結果】 1群/2群/3群のALTA平均投与量は11.2mL/19.3mL/24.8mLで再発例は48例（11.4%）/42例（12.8%）/69例（17.6%）、平均再発期間は32.2ヵ月/38.4ヵ月/33.5ヵ月で2群/3群は全例が皮垂・外痔核合併症例であった。再治療でもALTA単独療法を施行したのは48例（100%）/12例（28.6%）/8例（11.6%）で他はすべて外痔核分離結紮併用ALTA療法を施行した。

4群に対するALTA療法は主に第1～2段階中心の投与で平均投与量は22.6mLで6例（75%）はALTA療法後に外痔核のみ残存していたため全例で外痔核分離結紮併用ALTA療法を施行した。

初回ALTA療法後に出血がなくても肛門鏡や内視鏡でびらんが確認された症例は1群では14例（3.3%）、2群17例（5.2%）、3群23例（5.9%）であったがALTAによる再治療後のびらんは1群で5例（10.4%）、2群4例（9.5%）、3群8例（11.6%）と有意に高かった。

【結語】 ALTA療法単独治療を行う場合、皮垂・外痔核合併症例では外痔核が再脱出することがあり、再発時には外痔核の処理も同時に行うことが望ましい。また再発時に再度ALTA治療を行う場合、粘膜内へのALTAの移行を防ぎ再投与時のびらんを予防する工夫が必要であると考えられた。

エラストグラフィ（組織弾性イメージング超音波検査）による ALTA療法の検討 ～ ALTA再発時の術式選択の参考として～

田中 良明¹⁾、寺田 俊明¹⁾、葛岡健太郎¹⁾、最上 恭至¹⁾、鈴木啓一郎¹⁾、高石 祐子¹⁾

岩本 真帆¹⁾、堀 孝吏¹⁾、山田 麻子²⁾、中村 浩³⁾

山村 芳弘⁴⁾、高橋亜紗子⁴⁾、佐藤 兼俊⁵⁾、高村 寿雄⁶⁾

寺田病院 大腸肛門病センター¹⁾、アイビー大腸肛門クリニック²⁾、アイビー胃腸内視鏡内科クリニック³⁾

赤羽胃腸肛門クリニック⁴⁾、浅草胃腸肛門クリニック⁵⁾、東神戸病院⁶⁾

痔核の硬化退縮変化に対するスタンダードなエラストグラフィ（組織弾性イメージング超音波検査）画像が実際の注射手技の向上、治療効果の判定および長期経過などALTA療法の確立の一助になるものと期待し検討を重ねてきたが、今回のテーマである『ALTA再発時の術式選択』の参考になればと考え報告させていただく。

ALTA療法によって痔核組織の硬化が生じる点に注目し、エラストグラフィによる硬さの色調の変化を客観的に検討した結果、第7、8、9、10回内痔核治療法研究会総会および第68、69回日本大腸肛門病学会学術集会にて4段階注射法における①各段階注射時のエラスト像の描出②マッサージの効果③術後1日から36ヵ月後のエラスト像の変化について報告してきた。結果としてALTA療法の術後まもなくの痔核の硬化退縮の効果、さらに術後6～12ヵ月の弾性線維化による病理組織学的変化が示唆される症例（80%）をエラスト像として描出できたと考えられた。一方術後36ヵ月を経過しても痔核組織の硬化が持続したままの症例（20%）も認められるため、临床上2つのパターンの経時的変化の存在も示唆された。現在（平成29年3月）まで対象27例すべてが経過順調で再発もなく、更なる経時的および統計的な検討を行っている。装置は日立アロカメディカル社製HI VISION AVIUS EUB-8500、深触子はバイプレーンEUP-533（4～10MHZ）を使用した。

今回は本対象27例以外で症状的にALTA効果不良例のエラスト痔核像を供覧する。その効果不良例に対する次の治療方針、痔核結紮切除術（LE）か再ALTA療法かの適応選択についての検討することがALTA再発時の術式選択などALTA施行後の治療方針の参考になるものと考えらる。

当院での痔核に対するALTA・LE併用療法について

日高 仁、福永 亮大、佐々木俊治、日高 久光
日高大腸肛門クリニック

【はじめに】 痔核治療において、ALTA・LEの併用療法は既に多くの施設で行われている。当院は有床クリニック（19床）であり、根治的治療の観点から、内痔核主体の症例にはALTA単独注射を、大きな外痔核あるいは器質化した外痔核を合併した症例にはLEを単独で行い、併用療法については、福岡県における保険請求上の制約から、できるだけ適応を限定し行っている。当院でのこれまでの痔核に対する併用療法について調査し報告する。

【対象と方法】 2005年1月から2016年12月までに、当院で、痔核に対し併用療法を受けた患者の診療録上の経過を、2017年3月まで追跡した。

【結果】 該当症例は全105例（平均年齢歳、15歳～87歳）で、男性：女性=76例：29例であった。術式のより詳細な内訳は、①内外痔核LE+残りの内痔核にALTA注：74例、②内外痔核にEA法（外痔核成分を結紮・切除し内痔核にALTA注）+残りの内痔核にALTA注：14例、③その他（LE+EA、LE+EA+ALTA、全箇所EA）：17例であった。平均入院日数については、①群：3.9日、②群：2.1日、③群：3.4日であり、いずれも当院でのLE単独施行症例の平均入院日数4.5日より短期であった。再発については、①群：3例（4.1%）、②群：1例（7.1%）、③群：0例（0.0%）であり、いずれの再発例も、ALTA単独注射部からの再発で、LEもしくはEA法を行った箇所からの再発は認めなかった。

【まとめ】 当院での痔核に対する併用療法について報告した。当院での症例において、EA法を行った箇所からの再発は無く、高い根治性を有することが確認された。LEとEA法について、更に疼痛や入院日数、創治癒期間などについて個数ごとの統計学的検討も行い、報告する。

肛門管内外痔核切除がALTA療法の治療成績に与える影響

津山 博

津山クリニック

森 和弘

もりクリニック

【はじめに】 痔核は肛門科において頻度の高い疾患である。現在治療として結紮切除術（LE）、ALTA療法が日本国内において行われることが多い。またALTA療法は単独治療のみでは再発率が高く、5～15%再発すると報告されている。当院では2013年6月からALTA療法を施行する際に、肛門管内外痔核の存在を確認し、可及的にそれを切除するようにしている。

【目的】 ALTA療法の併用療法としての肛門管内外痔核切除の治療成績をレトロスペクティブに比較検討する。

【対象と方法】 2007年7月から2016年11月までに無床診療所である当院において1,019例のALTA療法が行われた。2007年7月から2013年5月までの283例を前期群、そして2013年6月から2016年11月までの肛門管内外痔核切除対象736例を後期群とした。肛門管内外痔核を伴う場合には、電気メスによる歯状線までの切除をおこなった。局所麻酔あるいは静脈麻酔併用にて施行した。歯状線より中枢に認められるポリープなどは切除した。

【結果】 1,019例の平均観察期間は1,579日、ALTA平均投与量31.9mL、切除併用例798/1,019（78.3%）、再発は24/1,019例（2.4%）に認めた。術後有害事象は発熱が24例（2.4%）、血尿・血性精液10例（0.8%）、膜様狭窄2例（0.2%）および直腸潰瘍1例（0.1%）であった。治療成績を2群に分けて検討した。前期群ではALTA平均投与量28.6mL、単純外痔核切除191/283例（67.4%）、再発は18/283例（6.4%）であった。後期群では、ALTA平均投与量31.9mL、肛門管内外痔核切除607/736例（82.5%）、再発を6/736例（0.8%）に認めた。後期群は検定にて有意差をもって再発が少ない結果となった。また再発までの平均期間は前期群が463.2日であったのに対し後期群は107.8日であった。

【まとめ】 肛門管内外痔核切除は再発率を有意に低下させると考えられた。

日帰り手術におけるALTA併用療法、ベストの術式は？

小村 憲一

小村肛門科医院

【はじめに】 ALTA併用療法は、様々なバリエーションがあり、各施設、術者により、その方法は異なるが、大きく3つに分けられる。(1)LEメインでALTA補助、(2)ALTAメインで外痔核のみ切除、(3)mucosal suspensory ligamentを切離し、歯状線を越える部位まで剥離し、結紮する。内痔核の一部と外痔核を切除し、その口側の内痔核にALTA注射を行う、いわゆるLE, ALTA同等の方法である。各術式の手術成績の発表はよく見受けられるものの、同一術者による比較はなく、優劣はつけがたい。また日帰り手術には、安全（合併症なく）、安心（痛くない）、治る（根治性）ことが求められている。今回、同一術者により各術式を行い、比較検討したので報告する。

【対象と方法】 全例局所麻酔下日帰り手術にて施行。背景を揃えるため、以下の如く、一定期間はその術式のみを施行した。

2016年4～6月に施行した痔核手術全65例中33例にLE単独を、32例に(1)LEメイン、ALTA補助を施行。3月の痔核手術全20例には(2)ALTAを先に注射し、外痔核のみ切除（歯状線を越えない）を施行。1、2月の痔核手術全42例に(3)を施行した。

【結果】 (1)、(2)、(3)の順に記載する。

平均年齢：50.8歳、53.1歳、54.4歳。痔核個数：3.09、3.53、3.45。切除数：2.78、2.68、3.13。ALTA総投与量：4.83、17.79、12.82ml。手術時間：25.22、23.56、25.71分。創治癒日数：53.7、36.5、41.5日。疼痛コントロール：(2)はALTA投与量が多いため、術当日の違和感や痛みが強く、鎮痛剤の使用が(3)と比較して、やや増加していた。(1)はトラムセットを約9%に使用した。

合併症：(2)では、凸型肛門の引き込みが甘くなり、形成的な手術には不向きであった。(1)において、術後出血による貧血1例を認めた。まとめ：(3)の術式が日帰り手術においてベストチョイスと思われる。

	(1)	(2)	(3)
安全（合併症なく）	術後貧血あり	後出血なし	後出血なし
安心（痛くない）	3	2	1
治る（根治性）	形成的手術可能	形成的手術不向き	形成的手術可能

当院のALTA療法の適応と術式の変遷

加藤 典博

ふるだて加藤肛門外科クリニック

加藤久仁之

JA秋田厚生連能代厚生医療センター

【はじめに】 当院は2005年にALTAと超音波駆動メスを導入してからALTA併用療法の適応と術式を工夫改良し変遷して来た。特に2015年11月から諸事情により入院から外来手術に変えたことにより、さらに術式に改良を加えた。今回は、その適応と術式の改良、変遷の妥当性について検討した。

【対象・方法】 対象は2005年3月～2015年11月にALTA療法を行った4,705例（15,309病変）で、内訳は①LE単独458例、②ALTA単独817例、③LE主ALTA併用（大きな痔核にLE、他の小さな痔核にALTA）908例、④ALTA主ALTA併用（LEを行わず、外痔核を切除し同一内痔核ALTAを行うEA法がメイン）2,522例だった。また2015年11月以降外来手術を478例（②、④のみ）に行った。ALTA導入当時は主に①と③が行われていたが、ALTAの信頼性と投与技術の向上で徐々に④に移行し、現在①と④はほとんど行われていない。②は各年とも同頻度で行なわれていた。検討項目は合併症の発現率、ロキソプロフェン頓服量（術後疼痛の指標）、術式別累積無再発率（Kaplan-Meier法）とした。

【結果】 6ヵ月以上経過観察可能であったALTA療法2,434症例の術式別累積無再発率はLE主ALTA併用>ALTA主ALTA併用>AL単独（ $p<0.01$ ）、晩期出血の発生率はLE主ALTA併用>ALTA主ALTA併用（ $p<0.01$ ）（ALTA単独と外来手術は0%）、直腸肛門狭窄の発生率はLE主ALTA併用 = ALTA主ALTA併用 = AL単独>外来手術（ $p<0.05$ ）、術後ロキソプロフェン頓服量はLE主ALTA併用>ALTA主ALTA併用 = AL単独>外来手術（ $p<0.01$ ）でLEを行うほど術後疼痛は強く、合併症は多いが再発は少ない結果であった。

【結論】 当院の行って来たALTA療法の適応と術式の工夫改良は、痛くない・合併症がない・再発が少ない手術がほぼ達成されている点から見て、充分妥当性があると考えられる。また、今回は入院から外来手術に変えたことにより改良したEA法を紹介し、今後のALTA併用療法の適応についても述べる予定である。

長期成績からみた併用療法の適応

小野 芳人、竹田 正範、友澤 滋、松本 欣也、亀岡 一裕、渡辺 学、渡辺 英生
ミネルワ会 渡辺病院 外科

【はじめに】 ALTA療法は非常に有効な痔核治療法であるが、単独療法では限界があることは周知のことである。当院でも、外痔核切除を併用することで再発を抑制できているため、長期成績と合わせて検討した。

【目的】 外痔核切除の併用が長期的に有効であるかを検討する。

【対象】 ・平成19年1月から平成29年3月までで、Goligher分類Ⅲ度以上の痔核に対して「ALTA単独療法」または「外痔核切除併用ALTA療法」を行った901例。

・年齢は21歳から98歳までで平均58歳、男性574例、女性327例であった。

【方法】 最長10年間の観察で「ALTA単独療法」と「外痔核切除併用ALTA療法」を比較した。

①全体での再発率の年次推移、②全体での再発形式、③それぞれの再発率、④外痔核切除の年次推移、⑤治療痔核数の年次推移、⑥外痔核再発の時期について調査した。

【結果】 ①手技や適応の安定化もあるが、平成25年より再発が減少していた。②内痔核からの再発が7割程度、外痔核再発が2割程度であった。③ALTA単独療法後の全再発率15.2%に対し、外痔核切除併用の全再発率は2.7%と低く抑えられていた。④それまでは20%前後であったが、平成25年に40%以上、26年に60%以上、最近では75%の症例に外痔核切除が併用されており、当院での再発が減少してきた平成25年から併用率が増加していた。⑤当初は3カ所の注射で終わることが多かったが、平成25年以降は半数以上が4カ所以上の注射をしており、最近では3カ所で終わることが激減した。⑥外痔核再発は比較的早期、内痔核再発は3年以降の再発が多かった。

【考察】 ・外痔核切除併用での再発率は低く、また、外痔核切除の併用率が上がって再発率が減少しており、外痔核切除併用ALTA療法は、再発予防に有効であると考えられた。

- ・どの執刀医による治療でも、外痔核切除併用療法は再発率を減少させており、広く行われて良い術式であると考えられた。
- ・小さい痔核も逃さずにALTA注射を行うことで再発予防に寄与できていると考えられた。
- ・外痔核再発は早期の再発に関連がある可能性があった。
- ・ただし、切除後の疼痛や創が残ることも確かで、本人の主訴や希望も聞きつつ治療に当たる必要がある。

【まとめ】 外痔核切除を併用したALTA療法は、長期的にみても再発しにくく、広く行われて良い術式であると考えられた。

有用なALTA併用療法の追究

羽田 丈紀¹⁾、飯田 直子¹⁾、菅野 宏¹⁾、岡田 和久¹⁾、長谷川小百合¹⁾、村井 隆三¹⁾
榎本 浩也²⁾、北川 和男²⁾、渡部 通章²⁾、山本 真司³⁾、楠山 明³⁾
おなかクリニック・おしりセンター¹⁾、厚木市立病院²⁾、麻生総合病院³⁾

【はじめに】 以前、ALTA単独療法とALTA併用療法（以下、単独群と併用群）を比較検討し報告した。すなわち、再発率において、併用群は単独群より低率であったが、性差、年齢、Goligher分類において有意差を認めたことから、治療成績を比較するのではなく、両群の治療方法をもってALTA療法の意義を追及した。

【ALTA併用療法】 施設により併用療法の手技に差異がある。上皮や間質の切除の有無、切除する場合の切離部位、パークス靭帯の剥離の有無、根部結紮や創閉鎖の有無、などが論点となる。ここでは、1つの痔核において内痔核領域にはALTA療法を、外痔核領域には切除術を付加する併用療法について述べる。

【excision on ALTA（以下、E on ALTA）】 当院での併用療法は、ALTA療法の利点を最大限に活かし、術後疼痛、出血、狭窄などのLEの問題点を改善することを求め、かつ痔核の病因に基づいている。

外痔核切除による形態変化は、特に第四段階に影響をもたらすため、ALTA療法を先行させる。併存病変がALTA療法の視野の妨げになるときは切除術を先行させる。

LE同様のドレナージ創を作成する。上皮の剥離は、弧状に牽引される内肛門括約筋が透見できるまでにとどめる。LEや他の併用療法では歯状線付近のパークス靭帯の付着を切離するが、E on ALTAでは、残存させる内痔核の吊り上げ効果の維持とALTAによる再生効果を期待し、切離しない。上皮の切離は肛門上皮の直前の会陰皮膚までである。すなわち、肉眼的には褐色調の上皮領域の切除とし、肛門上皮領域は可及的に温存する。尚、病変の形態により加減する。根部結紮や創閉鎖は行わない。

当院と関連施設の治療成績と手術手技動画を供覧する。

【討論】 他施設の手技と比較し有用なALTA併用療法を追究する。

ALTA併用療法の適応と成績および再発時の術式選択 — 術者による判断基準 —

愛宕おしり研究会

櫻井 丈¹⁾、羽田 丈紀^{2) 5) 6)}、伊東 功³⁾、川野 勸⁴⁾

向ヶ丘胃腸・肛門クリニック¹⁾、おなかクリニック・おしりセンター²⁾

寒川病院³⁾、川野病院⁴⁾、麻生総合病院⁵⁾、厚木市立病院⁶⁾

【はじめに】 ALTA 療法はすべての内痔核に有効であるが、すべての内痔核症例をALTAだけで治癒させることはできない。我々は多施設においてALTA単独療法（以下、単独群）またはALTA併用療法（以下、併用群）を行なっている。その術式選択と成績、また、再発時の治療法と成績を報告する。

【対象】 愛宕おしり研究会の複数の施設において行われた1413例。単独群678例：年齢12～96（平均59.5）歳、男女比：494：184。併用群735例：年齢17～94（平均59）歳。男女比：355：380。

【成績】 全施設での術式選択では、単独群48%、併用群52%と併用群が多かった。術者間での比較では併用群が43.9%、63.6%、90.2%と差を認めた。男女比は単独群で494：184と有意に男性が多かった（ $p<0.01$ ）。全体施設での再発率は単独群11%、併用群2%と有意に併用群で少なかった（ $p<0.01$ ）。再発率の術者間での比較では単独群が10%、4.3%、8.3%、併用群が3%、0.9%、4.5%と施設間の有意差は認めなかった。

再発後の治療は保存的治療29%、単独療法31.3%、併用療法23.3%、LE10.5%であり、再度ALTAを用いた治療が54.6%であった。

【まとめ】 初回手術の術式選択では併用群が多い傾向があった。特に2人の術者による併用群の選択率は高かった。この2名の成績は直近2～3年間の実績であり、併用療法の有効性が確立されてからの症例であったため、併用療法の選択率が高くなったことが考えられた。単独群は有意に男性が多く、術式は医師の判断のみならず、女性は美容上、外痔核が気になる傾向が比較的強いと思われる患者側の要望を考慮して決定されることが多いと考えられた。再発率では併用群で有意に少なかった。

ALTA併用療法の適応と術式選択

能山 智宏、斎藤 徹、小野朋二郎、安田 潤、相馬 大人

大阪中央病院 外科

高村 寿雄

東神戸病院 外科

結紮切除術は方向別アプローチである。それに比し、ALTA併用療法は、内痔核と外痔核を分けて考える必要があり、段階別アプローチといえる。さらに言えば、直腸粘膜、内痔核、外痔核、皮垂の4段階に分けて考える必要がある。また、各々の段階に対して、静脈瘤様変化と支持組織減弱を考慮する必要がある。一方、痔核に対する治療手段としては、切除（結紮切除術）、結紮（分離結紮、三輪-Gant）、硬化療法、保存的治療が挙げられる。各々の段階にどの治療手段をあてはめるかといった治療戦略が重要となる。症状消失を主たる目的とするならば、各段階にそれぞれ得意な治療法を当てはめることに何ら異論は生じ得ない。

ALTA併用療法の適応に関しては、筆頭演者は、全例適応と考える。すなわち、直腸粘膜および内痔核にはALTA療法を、外痔核および皮垂には切除療法を選択している。直腸粘膜には、支持組織減弱を考慮し、ALTA少量多点注射を行う。内痔核には、静脈瘤様変化と支持組織減弱の両方を考慮し、四段階注射法を行う。内痔核に直腸粘膜脱などの器質的変化を伴う場合は、結紮術を併用している。外痔核には静脈瘤様変化と支持組織減弱の両方を考慮するが、外痔核の静脈瘤様変化に関しては保存的加療にて消退が期待でき、外痔核の支持組織減弱に関してはALTA療法による吊り上げ効果を期待する。外痔核に裂肛、癬痕、器質的変化を伴う場合は、その限りではなく、切除術を選択している。皮垂は、その牽引力から、支持組織減弱を惹起するものとして、可能な限りすべて切除している。

平成23年1月より平成28年12月までに、筆頭演者が施行したALTA療法（併用を含む）は146例であった。再発症例は3例であり、2例は痔核が大きく痔核上極が直接視認できず注入量が不十分で、吊り上げ効果を得られなかった症例で、1例は全周性の皮垂を伴った症例であったが、吊り上げ効果を期待し皮垂を切除しなかった症例であった。

EA法の適応と選択

小原 啓、鉢呂 芳一、安部 達也、菱山 豊平、國本 正雄
くにもと病院 肛門外科

【目的】 当院ではALTA療法を痔核治療の主体として、2005年4月の開始時より施行してきている。その後の治療経過や成績に基づき2011年頃より外痔核の存在をさらに重要視することとし、同一痔核の外痔核部分をexcision (E) し、内痔核部分にALTA (A) を投与するEA法を併用療法の中心として行っている。今回、当院におけるEA法による手術症例をもとに、その適応と有用性について検証する。

【対象・方法】 2014年1月から2016年12月までに、当院で内痔核手術を施行した症例は1,457例である。このうちEA法を施行した1,185例を対象とし、術後成績を検討する。

【結果】 男女比は619:566、年齢中央値は57歳 (15-95歳) であった。Goligher分類 I は2例 (0.2%)、II は270例 (22.8%)、III は744例 (62.8%)、IV は147例 (12.4%) であった。症例毎のexcision (E) した数は、1カ所786例 (66.3%)、2カ所354例 (29.9%)、3カ所42例 (3.5%)、4カ所3例 (0.3%) であった。術後の合併症は17例 (1.4%) にみられ、内訳は術後出血9例 (0.8%)、直腸潰瘍5例 (0.4%)、直腸狭窄1例 (0.1%)、前立腺炎2例 (0.2%) でいずれも重篤なものはない。観察期間1～36ヵ月において、再度EA法を行った症例は1例のみ (0.08%) で、初回手術から1年7ヵ月後に別部位の痔核に対して施行した。

【結語】 内痔核治療において外痔核成分を有する症例に対してのEA法の成績は良好で、有用な術式であると考えられる。

ALTAの欠点を補うACL+ALTA療法

石山元太郎、河野由紀子、碓井 麻美、川村麻衣子、西尾 昭彦、石山 勇司
札幌いしやま病院

【はじめに】 痔核は多種多様の形態を有しているが、すべての痔核は、滑脱、静脈瘤、血栓、器質化等の不可逆性成分のいずれかによって構成されている。ALTAは炎症修復反応である肉芽形成を経た線維化により痔核を硬化退縮させると同時に、痔核を筋層に固定することによる吊り上げ効果を有しているが、血管成分に乏しい滑脱メインの痔核や、cushionの滑脱に伴った肛門周囲皮膚のたるみによってできた痔核(外痔核)への効果は期待できない。このため、症例により手術との併用が必要となる。ACL (anal cushion lifting) は、滑脱したcushionおよび肛門管上皮を従来位置に吊り上げ、それにより外痔核も同時に治療する方法であるが、ALTAの欠点を補う治療法として有効と考えられる。当院で施行した本術式の治療成績について検討した。

【対象】 2014年1月から2016年11月の期間に当院で施行した痔核手術症例は3,892例で、そのうち同一術者によって施行された882例を対象とした。

【結果】 症例の平均年齢は52.7歳 (15-92) で、男女比は475対407であった。Goligher分類ではI度4例、II度113例、III度737例、IV度28例であった。術式は、ALTA単独症例が261例 (29.6%)、ACL単独症例が45例 (5.1%)、ACL+ALTA症例が576例 (65.3%) であった。手術時間はALTA単独療法で5分 (1-15)、ACL+ALTA療法で13分 (2-52) であった。ACL+ALTA療法の再手術を要した合併症としては、晩期出血が3例 (0.5%)、skin tagが2例 (0.3%)、肛門周囲膿瘍が1例 (0.2%) で狭窄はなかった。この期間での再発による再手術は4例 (0.6%) であった。

【結語】 ALTA療法にACLを併用することにより、あらゆるタイプの痔核治療に対応できると考えられた。