

第16回 内痔核治療法研究会総会

プログラム・抄録集

令和5年(2023年)7月16日(日)

当番世話人 八子 直樹

共 催

内痔核治療法研究会
ジェイドルフ製薬株式会社

第16回 内痔核治療法研究会総会 ご挨拶

COVID-19の感染拡大のため、昨年までWEB形式で開催されていた内痔核治療法研究会総会は感染対策に配慮したうえで今回、現地開催とさせていただきました。また参加できない先生のために総会終了後に約1か月間のオンデマンド配信を予定しております。

今回の総会主題を<私の考える単独療法>とさせていただきました。ALTA併用療法が普及拡大している中で、あらためて<単独療法>について適応、手技の工夫、安全性、合併症対策などについて討議をしたいと思います。

総会の内容ですが、午前中は応募いただいた先生による一般演題の発表と討議を、ランチオンセミナー（特別講演）として、「ALTA療法マニュアル～実践ガイドライン～」の作成や有害事象対策などにご尽力された前内痔核治療法研究会代表世話人の齋藤 徹先生にご講演をお願いしております。午後は今回あらたな試みとして6名の指定演者の先生にご講演いただき、ご発表内容について振り返りながら時間をかけて質疑応答いただくこととし、単独療法について深い討議をしたいと思います。

痔核に対する低侵襲治療としてALTA療法が導入され約18年が経過しました。今回<単独療法>について活発な討議がなされ、明日からの日常診療に役立つ研究会になることを願っております。

第16回 内痔核治療法研究会総会
当番世話人 八子 直樹
(医療法人桜樹会 八子医院)

第16回 内痔核治療法研究会総会

日時：2023年7月16日（日）9：30～15：00

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：松尾 恵五（東葛辻仲病院）

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）

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）

宮田美智也（家田病院）

山本 秀尚（山本クリニック）

高村 寿雄（東神戸病院）

小野 芳人（渡辺病院）

鮫島 隆志（鮫島病院）

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）

石山元太郎（札幌いしやま病院）

早川 一博（早川内科肛門科）

菊田 信一（川崎病院）

寺田 俊明（寺田病院）

田中 良明（寺田病院）

羽田 丈紀（おなかクリニック・おしりセンター）

山口トキコ（マリーゴールドクリニック）

岡本 康介（松島病院大腸肛門病センター）

小原 誠（OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック）

松田 聡（松田病院）

服部 和伸（はっとり大腸肛門クリニック）

田畑 敏（市立砺波総合病院）

瀬下 巖（せしも胃腸肛門クリニック）

野崎 元子（のざきクリニック）

宮本 英典（宮本病院）

矢野 孝明（ヤノ肛門外科クリニック）

辻 順行（大腸肛門病センター高野病院）

黒木 政純（くろき医院）

仕垣幸太郎（大浜第一病院）

特別顧問（順不同）

岩垂 純一（岩垂純一診療所）

高野 正博（大腸肛門病センター高野病院）

黒川 彰夫（黒川梅田診療所）

斎藤 徹（大阪中央病院）

顧問（順不同）

小杉 光世

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）

松島 誠（松島病院大腸肛門病センター）

佐原力三郎（牧田総合病院）

梅枝 覚（四日市羽津医療センター）

瀧上 隆夫（チクバ外科胃腸科肛門科病院）

加藤 典博（ふるだて加藤肛門外科クリニック）

松田 直樹

岡空 達夫（三好病院）

紙田 信彦

共催：内痔核治療法研究会

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 1番出口から 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

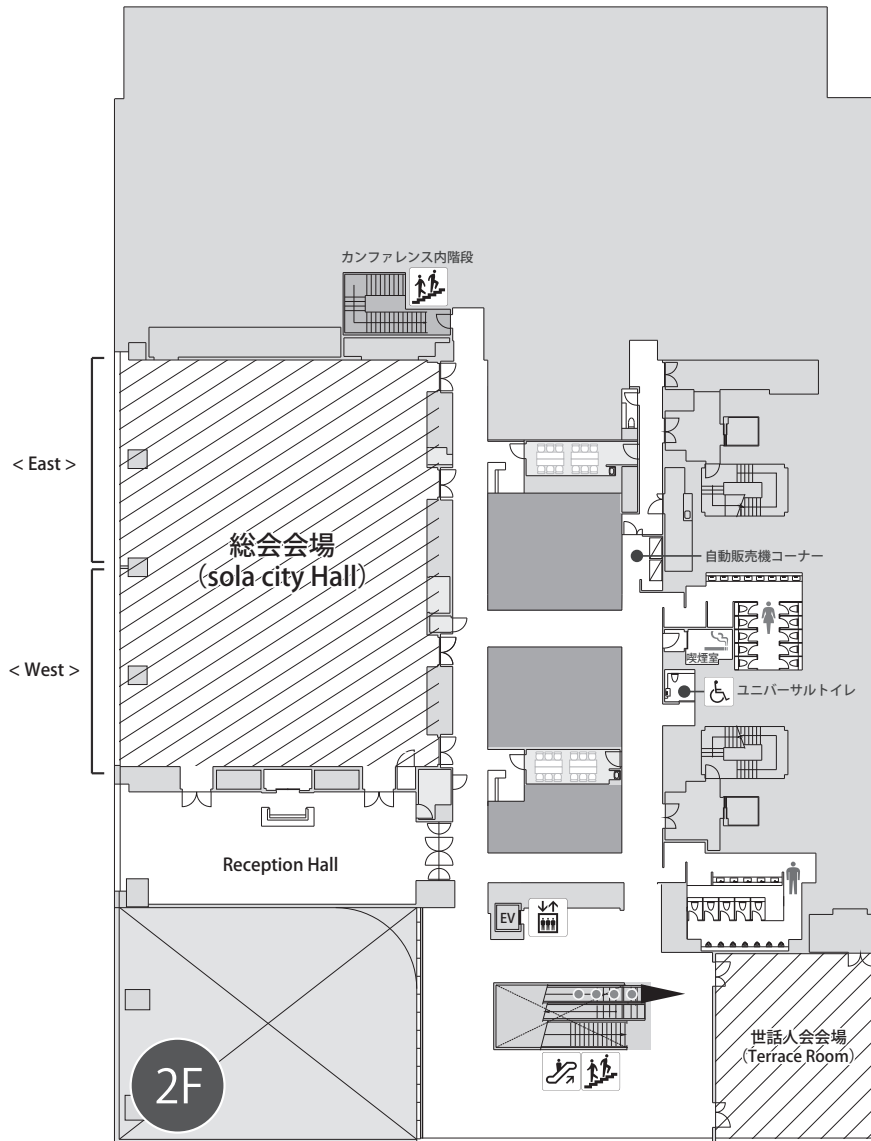
- 東京モノレール「羽田空港」 $\xrightarrow{25分}$ JR「浜松町駅」 $\xrightarrow{山手線 6分}$ 「東京」駅 $\xrightarrow{中央線 3分}$ 「御茶ノ水」駅 $\xrightarrow{京浜東北線 2分}$ 「神田」駅

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

参加者の先生方へのご案内

■ 開催形式・期間

第16回内痔核治療法研究会総会は、ソラシティカンファレンスセンターでの現地開催と、会期後に期間限定でオンデマンド配信を行います。なお、当日のライブ配信はございません。

また、新型コロナウイルス感染症対策の観点から会場参加人数を200名（先着申込順）とさせていただきます。

○現地開催：2023年7月16日（日）9：30～15：00

○オンデマンド配信：2023年7月31日（月）～8月31日（木）

■ 参加登録・参加費のお支払い

1. 参加方法

- ・ 会場での参加人数を制限しますので、事前登録と致します。
- ・ オンデマンド配信のみの視聴を希望される場合も事前登録が必要です。
- ・ 参加登録・参加費のお支払いは、イベントプランナー（外部リンク：<https://event.event-planner.net/#/bundlesite/sevexx2t>）のチケットシステムを利用しますので、パソコン、スマートフォン等からお申し込みください。
- ・ 参加登録期間内に上記イベントプランナーへアクセスし必要事項を入力の上、参加登録を行い、参加費をお支払いください。
- ・ 内痔核治療法研究会ホームページ（<https://www.zinjection.net/>）のお知らせに「参加申込受付開始」の案内を掲出しますので、クリックし、【開催概要】表中の「イベントプランナー（外部リンク）」からもご登録いただけます。

また、以下の二次元コードからも参加登録・参加費のお支払いはご利用いただけます。



- ・ 現地会場にてご参加の先生は、開催当日、イベントプランナーの「My Page」の画面、もしくは【参加受付証ダウンロード】のPDFをプリントアウトしたものをご提示いただき、受付までお越しください。
- ・ なお、イベントプランナーの「My Page」は上記二次元コードをスマートフォン等のカメラで読み取り、[My Pageにログイン] をクリック、ご登録時のメールアドレス、パスワードを入力いただくとご覧頂けます。
- ・ 詳細な参加登録マニュアルは内痔核治療法研究会総会のホームページ【開催概要】表中の「参加登録マニュアル（PDF）」をご参照ください。

2. 参加登録期間

2023年6月12日（月）～2023年7月14日（金）12：00（正午）まで

3. 参加費

4,000円

4. お支払い方法

- ・ お支払いは「クレジットカード」のみとなります。
- ・ ご利用できるクレジットカードは、VISA、MasterCard、American Express、JCB、Diners Club、Discoverです。
- ・ クレジットカードでの支払いができない場合は、事務局へご相談ください。(7月7日まで)

5. キャンセルにつきまして

理由の如何にかかわらず、一度支払われた参加費の返金には応じられませんので、何卒ご了承ください。なお、二重登録にはくれぐれもご注意ください。

6. 領収書

イベントプランナーでの決済完了後に「My Page」の画面が表示されますので、領収書をダウンロードしてご利用ください。

上記の書面をご利用いただけない場合は、総会終了後に事務局へご相談ください。

7. オンデマンド配信

オンデマンド配信期間：2023年7月31日（月）～8月31日（木）

上記期間に内痔核治療法研究会総会の模様をオンデマンド配信致します。

参加登録頂いた先生方に、7月31日（月）にZoomよりオンデマンド視聴用のURLをメールで送付致します。URLをクリック後、メールに記載のパスワードをご入力いただきますとご視聴いただけます。

演者の先生方へのご案内

1. 口演方法

- ・ 演者は、発表開始5分前までに次演者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

- ・ 一般演題：発表7分、質疑応答3分
- ・ 指定演題：発表12分、質疑応答8分
- ・ 演者は発表時間を厳守してください。

3. 発表データ提出

- ・ 一般演題の演者の先生は、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 8：30～14：00

- ・ 指定演題の演者の先生は、指定した期日までにご提出ください。ご提出後変更があった場合は、あらためて当日PC受付へご提出ください。

-
- ・ 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

- ・ 発表用資料は原則としてウィンドウズ対応のパワーポイントでご提供ください。
- ・ MacPCで作成された場合は、原則としてご自身のPCでのご発表をお願いいたします。その際、PC固有のモニター変換ケーブル（HDMI）がある場合は必ず持参ください。
- ・ 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。

懇親会

新型コロナウイルス感染症対策の観点から実施致しません。

第16回内痔核治療法研究会総会プログラム

テーマ：「私の考える単独療法」

日時：令和5年（2023年）7月16日（日）9：30～15：00

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16回内痔核治療法研究会総会 当番世話人挨拶 9：30～9：35

八子医院 八子 直樹

2. 一般演題口演 9：35～11：20

(発表7分 質疑応答3分)

一般演題口演1

座長：ふるだて加藤肛門外科クリニック 加藤 典博

O-1 エラストグラフィ（組織弾性イメージング超音波検査）を利用したALTA単独療法
の習得 1

寺田病院大腸肛門病センター 田中 佑一ほか

O-2 当院におけるALTA単独療法の治療成績 2

松島病院 肛門科 酒井 悠ほか

O-3 私の考えるALTA単独療法の適応と有害事象に対する抗ヘルペスウイルス薬の
有用性 3

むらやま大腸肛門クリニック 村山 浩之

O-4 ALTA単独治療後に入院となった症例の検討..... 4

やまだクリニック 山田 勝博

O-5 貧血を伴う出血性内痔核に対するALTA単独療法..... 5

医療法人ミネルワ会渡辺病院 外科 小野 芳人ほか

一般演題口演2

座長：小村肛門科医院 小村 憲一

- O-6 当院のALTA単独療法の考え方と適応…………… 7
ふるだて加藤肛門外科クリニック 加藤久仁之ほか
- O-7 当院のALTA単独療法の現状と適応の見極め…………… 8
とうげ外科胃腸科 藤解 邦生
- O-8 軽度脱出性内痔核を適応としたALTA単独療法…………… 9
しらはた胃腸肛門クリニック横浜 白畑 敦ほか
- O-9 当院でのALTA単独療法の位置付け…………… 10
森外科医院 森 俊治ほか
- O-10 ALTA単独療法の選択基準 …………… 11
宮崎そらのクリニック 大賀 純一ほか

— 休 憩 —

11：20～11：35

3. ランチオンセミナー（特別講演）

11：35～12：35

「ALTA療法ガイドライン作成委員会、有害事象委員会、代表世話人の仕事」

司会：岩垂純一診療所 岩垂 純一

演者：大阪中央病院 斎藤 徹

— 休 憩 —

12：35～12：45

4. 指定演題口演

12 : 45 ~ 14 : 55

(発表12分 質疑応答8分)

座長：東葛辻仲病院 松尾 恵五
八子医院 八子 直樹

- S-1 当院におけるALTA単独療法 13
医療法人祥久会日高大腸肛門クリニック 日高 仁ほか
- S-2 ALTA療法後再治療率15%は高いか低いかな 14
のざきクリニック 野崎 元子
- S-3 ALTA単独療法の治療成績 15
潤愛会鮫島病院 鮫島 隆志ほか

— 休 憩 —

13 : 45 ~ 13 : 55

- S-4 私が考えるALTA単独療法 16
おなかクリニック・おしりセンター 羽田 丈紀ほか
- S-5 ALTA単独療法の位置付け 17
くにもと病院 鉢呂 芳一
- S-6 ALTA単独療法の意義 18
OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック 小原 誠

5. 閉会 内痔核治療法研究会 代表世話人挨拶

14:55 ~ 15:00

東葛辻仲病院 松尾 恵五

共催 内痔核治療法研究会／ジェイドルフ製薬株式会社

*会場にてご参加の先生には昼食の弁当を用意しております。

抄 録

一般演題口演 1

エラストグラフィ（組織弾性イメージング超音波検査）を利用した ALTA単独療法の習得

田中 佑一 田中 良明 守 正浩 久保田友紀 増田 有香 最上 恭至
葛岡健太郎 神山 剛一 武田 崇志 吉野 優 寺田 俊明
寺田病院大腸肛門病センター

これまで当院では、当研究会第7～10回でALTA療法後にエラストグラフィ（以下エラスト）による痔核の硬結および経時的変化について¹⁾、第14回でALTA療法時のエラストを利用したICについて報告してきた。

硬化療法には、切除・縫合といった外科的手技とは異なる、“奥義”が存在するのではないか。

“奥義”はどのようにすれば習得できるのだろうか。今回は、日々LEの研鑽に励む肛門科2年目の演者が、適切なALTA単独療法を施行するために、エラストを利用したALTA単独療法の習得について報告する。

実際には、術中エラストによって四段階注射法の各段階およびマッサージによる変化を確認しながら注射をした。

適切なALTA単独療法に必須となる各段階の注射部位・注射量およびマッサージによる変化をエラスト色調画像でイメージでき、ALTA単独療法の適応や術中手技の注意点など理解出来た。また、術者の責任として術後の経過観察は必須であり、特に1日目やその後の痔核の硬化退縮の変化をエラスト像でフォローした。

従来、痔核外来治療の一角をなしてきたPAOSCLEの経験も乏しい演者である。「ただ注射をすれば良いだろう」といった安易な、いわゆる“なんちゃってALTA”にならぬようエラストを利用したALTA単独療法で得た知見を自身にフィードバックすることで慎重かつ円滑な単独療法さらに併用療法およびLE法へと幅広い痔核治療のスキルアップにつなげていきたい。

1) 田中良明 他：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療法の評価～ALTA痔核の硬さの経時的変化の検討～. 日本大腸肛門病会誌 70：677 - 685, 2017

当院におけるALTA単独療法の治療成績

酒井 悠、岡本 康介、松島小百合、紅谷 鮎美、彦坂 吉興、香取 玲美、松村奈緒美、河野 洋一、
宋 江楓、深野 雅彦、下島 裕寛、宮島 伸宜、黒水 丈次、鈴木 和徳、松島 誠
松島病院 肛門科

【はじめに】

当院では痔核手術は主に結紮切除術（以下LE）を行なっているが、GoligherⅡ～Ⅲ度の痔核で、患者が長期入院困難な場合は、ALTA療法を行っている。ALTA療法は非観血的治療であるため、疼痛が少なく、術後出血などの急な処置を要する合併症が少ないというメリットを活かすため、基本的に単独療法のみ行なっている。当院でのALTA療法の治療成績を、結紮切除術と比較して報告する。

【対象と方法】

2011年1月～2020年12月の期間に当院に入院して治療したALTA症例1,197例、LE症例16,008例を対象とし、術後合併症、再発など、治療成績を比較検討した。

【結果】

ALTA症例は男性892例、女性305例、平均年齢55.7（16-89）歳、LE症例は男性8,646例、女性7,362例、平均年齢53.6（7-92）歳であった。ALTA症例では腰椎麻酔下に治療を必要とする合併症は認めなかったが、再発手術を施行した症例を80例（6.7%）認めた。一方、LE症例における合併症は、術後出血が最も多く、496例（3.1%）で、その他、創治癒遷延、創部感染、痔瘻形成を少数の症例で認めた。再発手術は40例（0.25%）であった。

【考察】

当院での症例では、ALTA療法はLEと比較すると再発率は高いものの、大きな合併症は認めず、短期入院の治療として有効であった。しかし、潰瘍、直腸狭窄、直腸腔瘻、肝機能障害などの重篤な合併症の報告もあり、適切なInformed Consentの上で施行していくことが重要と思われる。

私の考えるALTA単独療法の適応と 有害事象に対する抗ヘルペスウイルス薬の有用性

村山 浩之
むらやま大腸肛門クリニック

ALTA単独療法の最大のメリットは切除しないため、術後の疼痛や出血もほぼなく、LEに比べ術後日常生活が安定していることであるが、有害事象を発症した場合は不快な状態が続くことがある。私が考える単独療法適応としてⅠ. 好適なもの Ⅱ. 相対的適応なものに分けられる。好適応としては①外痔核が無く内痔核血管成分が多いもの（血管型内痔核、a型）。相対的適応としては①外痔核は軽度あるが内痔核主体であり、歯状線部（Parks靭帯）が比較的固定されている（くびれがある。B型）。一方ALTA不適応としているものは①内痔核うっ血のほとんど認めない直腸粘膜型の脱肛（不顕性直腸脱）。②器質化・硬化を伴う痔核。③外痔核成分が主体のものである。また相対的適応や不適応と思われる場合でも抗血栓薬内服中で中止できない患者やリスクの高い患者、患者の強い希望などによる社会的背景などによりやむなく施行してしまう場合もありうる。

また好適応や相対的適応のうち比較的急性期に生じた内痔核の発赤・腫脹・びらん・出血・疼痛を伴っている場合において、この時期にALTAを施行するか保存加療による症状改善後にALTAをするかは議論の分かれるところである。当院では後述するヘルペスウイルスによる出血・疼痛・便通異常などの発症の懸念があり、患者によっては保存加療後にALTAの適応を見極めていく。

ALTA療法後の有害事象（合併症）として肛門痛、出血（びらん）、発熱、直腸潰瘍、便通異常（排便困難、残便感、下痢・便秘）、排尿障害などがあるが、その原因としては薬液の過剰投与や穿刺部位が深い、外痔核への薬液の拡散などが言われている。しかし経験豊かな施行者が適応を守り、穿刺に十分配慮して施行しても術後有害事象を発症することはある。有害事象の対処法としては軟膏や抗生剤、解熱鎮痛剤、便通改善薬による便通コントロールなどの保存的加療が基本となるが、当院ではそれらに加え抗ヘルペスウイルス薬を投薬することにより、早期に症状の改善を認めた。有害事象の原因の一つにヘルペスウイルス発症を疑った経緯、またどのような有害事象に抗ヘルペスウイルス薬が有効であるかなどを症例提示し説明する。

ALTA単独治療後に入院となった症例の検討

山田 勝博
やまだクリニック

当院は入院施設がなく、全例日帰り手術を行っている。術前は入院の必要はないと説明しているが、今回ALTA単独療法後に余儀なく入院となった症例について検討した。

2011年6月から2023年3月までに当院で施行されたALTA単独療法は256例。男性143例、女性113例、年齢25～82歳、平均51.9歳。全例ジャックナイフ体位。麻酔は局所麻酔160例、無麻酔47例、仙骨+局所麻酔26例、仙骨麻酔22例。平均ALTA投与量16.2mL。平均手術時間18.7分であった。術後約2時間安静し帰宅としている。入院となった症例は計3症例（1.1%）で男性1例、女性2例。局所麻酔2例、無麻酔1例。ALTA投与量6.6～30mL、手術時間は14～17分であった。入院理由は2例が疼痛、帰宅後の疼痛不安。1例はALTA療法の86分後に突然意識消失し血圧低下。速やかに改善したが、救急車で近医に入院となった。この症例は術前検査でRBC416万、Hgb6.9と貧血を認めた症例であった。ALTA療法は比較的安全性が高く、重篤な合併症が少ない治療であるが、術前の十分な説明と必要最低限の術前検査は症例に応じて考慮する必要があると考える。

貧血を伴う出血性内痔核に対するALTA単独療法

小野 芳人¹⁾、竹田 正範¹⁾、松本 欣也¹⁾、渡辺 学¹⁾、渡辺 英生¹⁾、鉾石 文彦²⁾
医療法人ミネルワ会渡辺病院 外科¹⁾、ほこいし医院²⁾

【はじめに】

内痔核の症状には出血や脱出、時に痛みや下着の汚れなど色々あるが、病期分類では脱肛の程度が重視されている。しかし、毎日のように排便時出血を繰り返すと若年者でも貧血になり、動悸やふらつきが出現する。内痔核の治療に緊急を要するものは少ないが、貧血を伴う出血性内痔核に対しては、可及的に速やかに治療を行う必要がある。ALTAは内痔核の出血に対しても高い効果があり、しかも持続するため、貧血を伴うような症例に対して非常に有効と考えている。今回、当院で最近経験した出血性内痔核に対するALTA単独療法を提示し、その有効性を示したい。

【対象】

最近5年間に、貧血に対する治療が必要であった症例に対して、当院でALTA単独療法を行った11例を対象とした。

【症例提示】

特に特殊なことは行わず、通常日帰り、局所麻酔下にALTA四段階注射法を行っており、動画を提示する。

【結果】

年齢は31～87歳、平均57.8歳と普通だが、30代～50代の中年世代が5例、60代から80代の高齢世代が6例と、若年者や超高齢者おらず、また男性7例、女性4例で男性に多かった。忙しく、出血を放置している可能性が考えられる。

受診理由は、他医からの貧血での紹介が9例とほとんどを占めたが、出血が止まらなると紹介される症例も2例認めた。抗血栓療法中の症例は4例のみで、薬が関係しない症例の方が多かった。

初診からALTAまでの日数は、0日から41日までで平均15日、6例は10日以内にALTAを行っており、貧血の程度にもよるが、可及的に早急に行っていた。

初診時のヘモグロビン濃度は4.3～9.5g/dl、平均6.7g/dlと高度貧血で、倦怠感、動悸、ふらつき症状を伴い、1例は院内でショック状態になった。

貧血に対する治療は、輸血が4例、鉄剤の注射が4例、鉄剤の内服が7例組み合わせつつ行っていた。

ALTA単独療法の術中や術後の合併症はなく、全例出血症状は改善しており、通院が終了するまでの期間は1～3か月と短期間であった。再発は1例のみで、これは脱肛再発であった。

【考察】

局所麻酔でのALTA単独療法であれば、抗血栓療法の中止が不要で、スムーズに止血できるため、紹介を受けてから速やかに治療可能である。貧血患者においても術中や術後に合併症を起こすことなく安全に行っており、再発も多くない。貧血患者に対しては、なかなか完璧にはいかないため、切除の併用は行わず、まずは単独療法を行うべきと考えている。

一般演題口演2

当院のALTA単独療法の考え方と適応

加藤久仁之、加藤 典博
ふるだて加藤肛門外科クリニック

【はじめに】

ALTA療法が行われるようになり18年が経過し、内痔核治療における標準治療として確固たる位置づけとなった。現在は根治性を補うため外痔核切除を併用したりと、治療方法も変遷している。当院においても同様の経過であり、現在ではALTA単独療法（以後、Aと略記）を第一選択としている。今回われわれは、当院におけるAの治療成績を検討した。

【対象・方法】

2005年5月から2022年12月までに当院でALTA療法を施行し、術後6か月以上経過観察可能であった、ALTA投与量7ml以上の脱出性主痔核病変とした。A施行1,392病変、ALTA+外切（以後、E・A+A・Eと略記）施行1,891病変、結紮切除（以後、LEと略記）832病変の3群間の累積無再発率を、経過観察期間60か月のKaplan-Meier法にて比較検討し、 $p<0.05$ を有意差ありとした。また内痔核の肉眼所見として、歯状線付近の支持組織が強固で溝を有する静脈瘤型病変（以後V病変と略記）と、歯状線付近の支持組織が脆弱で溝を有さない粘膜脱型病変（以後P病変と略記、）を、V病変とP病変の2群間において、各々のE・A+A・E施行病変とA施行病変の累積無再発率を同様に検討した。一方で術後合併症の観点から、術後出血発症数および術後疼痛の強度を検討し、術後疼痛の指標はロキソプロフェンの頓服量で比較検討した。

【結果】

術式別無再発率はLEとA、およびE・A+A・Eにそれぞれ有意差（どちらも $p<0.001$ ）が見られ、LEがALTA療法に比べ再発が少なかった。しかしAとE・A+A・E間には有意差は見られなかった。内痔核の肉眼所見の検討結果では、V病変では術式別無再発率は、E・A+A・EとA間に有意差は見られなかった（ $p<0.12$ ）。しかしP病変ではE・A+A・Eで有意に再発が少なかった（ $p<0.02$ ）。術後出血はAとLEおよびE・A+A・Eにそれぞれ統計学的有意差（ $p<0.003$ および $p<0.025$ ）を認め、Aにおける発症は少なかった。一方、術後疼痛に関しては、ロキソプロフェン頓服量がAが2.8錠、E・A+A・Eが3.9錠、LEが10.3錠と、切除を加えることで有意に頓服量が増加した（3群間各々において $p<0.05$ ）。

【考察】

当院におけるA単独療法の適応は、統計学的背景を考慮するとV病変のみに施行し、P病変には外切併用となる。しかし切除に伴う術後出血および術後疼痛の発症が問題となるため、患者サイドの意向も考慮した上で、十分なインフォームドコンセントを行い治療をおこなっている。

当院のALTA単独療法の現状と適応の見極め

藤解 邦生
とうげ外科胃腸科

【背景】

当院は無床クリニックで2017年よりALTA単独療法（以下ALTA）、ALTA併用療法、結紮切除術（以下LE）を全て日帰りで行っている。ALTA適応外例は主にLEを行っていたが、2020年12月までに近隣の病院で入院し止血術を要した晩期出血をLE 243例中2例（0.8%）経験したため、2021年より、ALTA併用療法を増やす目的と、ALTA適応の肉眼形態を見極めたい考えから、外来診察時にaBC分類を用いて術式選択を行うこととした。

《aBC分類》

歯状線部の脱出程度による肉眼分類。a型：歯状線部は固定され脱出しない、B型：歯状線部も脱出するが内・外痔核間に明瞭なくびれがあるもの、C型：内痔核と肛門管内外痔核が一塊となって脱出し歯状線部のくびれが消失しているもの。

《術式選択》

原則として大きな痔核はALTA併用療法（以下A・E）かLEを選択する。

a型：ALTA、B型：A・E、C型：LEかA・E。

当院におけるALTA手技を供覧し治療成績について報告する。

【当院のALTA単独療法】

Z式肛門鏡D型を用いて四段階注射法を行う。肛門鏡先端の直線部を外痔核側へ押し当て薬液が流入しないように留意し、十分なマッサージを行う。注入が足りないと思われる箇所ALTA注を追加し、注入量は痔核の大きさに応じて調節する。

【治療成績】

2021年以降のALTAの内訳は、aBC分類別（a/B/C）に85/28/24例に施行され、症状の再発は9例（6.6%）認めた。内訳はa型1例（1.1%）、B型1例（3.6%）、C型7例（29%）とC型で再発が多かった。ALTA投与量はa型に比べB型、C型が有意に多かったが、B型C型間に差がなかった。C型で投与量が足りない可能性があるが、外痔核も大きいため、投与量を増やすことで再発が減少するかは不明である。今後、長期の観察期間で再発率の比較検討が必要である。

軽度脱出性内痔核を適応としたALTA単独療法

白畑 敦^{1) 2)}、佐藤 純人³⁾、大賀 純一⁴⁾、小林 孝弘⁵⁾、桜庭 一馬⁶⁾、柴崎 優祐²⁾、
奥 拓也²⁾、ナナー・ジョージ讓時²⁾、諸田 優介²⁾、石田 康男²⁾
しらはた胃腸肛門クリニック横浜¹⁾、横浜旭中央総合病院 消化器外科²⁾、聖隷浜松病院 消化器外科³⁾、
宮崎そらのクリニック⁴⁾、立川駅前こばやし内科・胃と腸内視鏡クリニック⁵⁾、中通総合病院 外科⁶⁾

当院における単独療法は2021年では4.5% (22例/700例)、2022年では6.2% (46例/741例) と極端に少なく適応は切除が困難なハイリスク症例や出血性の軽度内痔核 (Golliker分類1度) に対して行われていた。セミナーやガイドライン、手術見学による修練や短期滞在手術等基本料加算による経済的な影響もあり単独療法を積極的に適応とし2023年1月から3月は16.5% (42/254例) と増加し短期間ではあるが再発や大きな有害事象は無かった。今回、現在の当院の単独療法を報告し本研究会の先生方に率直なご意見とご指導を賜りたい。

適応は外痔核成分が主訴の症例は併用療法とするが単独療法の結果を想定し患者と共有ができ同意が得られれば単独療法を許容している。また脱出が高度な症例、粘膜脱型内痔核や全周性内痔核に対しては単独療法の効果は不確実でありALTA薬液量が多くなるという理由で確実に簡便な痔核結紮術や分離結紮術、直腸粘膜結紮縫縮術を施行している (またはALTA併用)。そのため当院での単独療法は軽度脱出性内痔核が適応となる。しかし滑脱の程度、支持組織の脆弱程度、個数や範囲により臨機応変に対応するため現状ではある程度のストラテジーはあるものの主観的な適応の側面が大きい。単独療法は確実な診断と処置を目的として仙骨硬膜外麻酔と鎮静剤を原則としている。以前はダブルスリット型肛門鏡を使用していたが2023年からZ式肛門鏡を使用している。術中は慣れているシャトル型肛門鏡とZ式肛門鏡を頻回に入れ替えながら痔核の個数や位置関係、大きさ、形態を確認し注射部位のシミュレーションを行った後に痔核毎に注射をする。注射後はシャトル型肛門鏡の視野で注射部位の確認後に痔核毎にマッサージをする。

単独療法は十分な問診と正しい病態の把握、年齢や精神・心理面・社会的側面、医師のALTA療法の経験や技術など様々な因子を考慮する必要があると決して容易ではない。ALTA療法の最大のメリットである『低侵襲』を十分に生かした単独療法の適応と手技を今後も追求していきたい。

当院でのALTA単独療法の位置付け

森 俊治¹⁾、田中 香織¹⁾、山田 英貴²⁾
森外科医院¹⁾、山田外科内科²⁾

ALTA療法は痔核を切らずに治すというキャッチフレーズで急速に広まった治療法であるが、最近では根治性を高めるため外痔核部分を切除し内痔核にALTAを注射するALTA併用療法（ドット療法）が主流になっている感がある。ALTA療法のメリットである切らずに内痔核を治すという趣旨を損なうため、当院ではALTA併用療法（ドット療法）は本来の施行しておらず、ALTA療法を行うなら単独療法のみ、切除をする場合は従来の結紮切除（LE）という方針で内痔核治療を行なっている。ALTA療法を行う場合はGoligher分類1度もしくは肛門管内外痔核成分の腫脹のない2度の内痔核までとしている。しかしながら、高齢者や抗血栓療法中などの理由で腰椎麻酔がかけられなかったり、切除術を行えない場合、患者がALTA療法を強く希望する場合などには適応外であってもALTA単独療法を行なっている。また、内痔核患者の中には脱出症状は気にならず出血を止めてほしいという患者や輸血が必要なほどの貧血を来すような患者も存在するが、その際はALTA療法の強い止血作用に期待し単独療法でひとまず止血を行うこともある。

当院で2016年から2021年に行ったALTA単独療法について検討した。他院でのALTA療法後の再発例や過去に内痔核などの肛門疾患の治療歴がある症例は除外し、肛門手術が初回である内痔核に対しALTA単独療法を行った166例で再発は20例 12.0%であった。再発後の治療の内訳は再ALTAが3例、切除術が8例、経過観察が9例であった。今回、当院でのALTA単独療法について検討しその位置付けについて報告する。

ALTA単独療法の選択基準

大賀 純一¹⁾、首藤 俊樹¹⁾、白畑 敦²⁾、佐藤 純人³⁾、石田 康男⁴⁾
宮崎そらのクリニック¹⁾、しらはた胃腸肛門クリニック横浜²⁾、
聖隷浜松病院³⁾、横浜旭中央総合病院⁴⁾

【はじめに】

肛門疾患における治療法は術者が選択するのではなく、十分なインフォームドコンセント後に患者主導で選択されるべきである。術式も根治性が高く、術後疼痛を最小限にできる治療が優先されるべきであるのは言うまでもない。ALTA単独療法は少ない術後疼痛に加え、現在では根治性も高くなりつつある。今回、ALTA単独療法の選択基準について術前の痔核縮小サインと併せて改めて検討したので報告する。

【対象】

2019年1月から2021年12月の間に当院初診で、1か月以上経過観察が可能であったゴリガー3度以上の脱出性内外痔核161例を対象とした。併存疾患は問わない。

【方法】

治療法選択として、HSS陰性には「①完全切除であるが術後疼痛を伴うであろう切除術やALTA併用療法、②不完全であるが術後疼痛をほぼ伴わないALTA単独療法の2択」があること、HSS陽性には「基本的に切除であるが、ALTA単独療法の相乗効果で外痔核縮小を見込める場合があること」を再発率とともに十分にインフォームドコンセントを行い、患者本人に術式を選択してもらった。ALTA単独療法はベッドサイドで行うならSims体位、手術室ならジャックナイフで行った。詳細な方法はビデオを供覧する。

【結果】

123例（76.4%）がALTA単独療法を選択し、HSSの内訳は陰性が122例、陽性は1例であった。術後根治度はC-1aが107例で87%の症例が根治と判断された。31例（19.3%）が何らかの観血的治療を選択し、7例（4.3%）は排便コントロールなどの保存的治療を行ったが、理由として妊娠中などの保存的にならざるを得ない症例が多かった。

【まとめ】

ALTA単独療法は動的な観血的治療に比べると、注射+マッサージという単調で静的なイメージが強く、外科医としてあまりモチベーションの高くなるような治療法ではない。しかし、熟練された手技により有害事象を少なくすることで根治性や再発率はLEに劣らないと考える。患者ファーストでいくならば、ALTA単独療法の手技を確実にして治療の第一選択として徐々に移行していくべきであると考えられた。

指定演題口演

当院におけるALTA単独療法

日高 仁、日高 元、佐々木俊治、日高 久光
医療法人祥久会日高大腸肛門クリニック

当院の痔核に対する外科治療の基本方針については、患者自身の希望や社会的背景等にも考慮しながら、基本的に、内痔核主体の症例にはALTA単独療法を、大きく発達した外痔核を有する症例・器質化した外痔核を合併した症例・大きなSkin tagや肛門ポリープを有する症例などALTA単独療法の非適応と判断した症例には結紮切除術を行って、E・AやA・Eといった「同一部位の内痔核と外痔核の治療法の異なる併用療法」は原則として行っていない。「術後疼痛・出血のリスクが殆どなく、社会復帰が早い」というALTA療法の低侵襲性という最大のメリットと、「いかなる痔核にも対応でき高い根治性を有す」という結紮切除術の最大のメリットを、有床診療所である当院において双方最も活かすには、この方針が最適と考えたからである。

術式の選択にあたっては、外痔核の大きさについての的確に評価することが重要で、当院では、可能な限り怒責診を行うよう心がけている。

第14回の本会にて、2005年1月～2017年9月の当院ALTA初回単独治療例 931例（男：女=640：291、平均年齢60.0歳〔17-101歳〕）を2020年12月まで追跡調査した結果について報告した。再治療率は23%（3年以上-10年未満観察例；19%、10年以上観察例；29%）と高かったものの、10年以上観察例について再治療までの期間を観ると3年以上経過後が約半数で、症状からの一時的な解放が可能と考えられ、再治療でもALTA療法を選択した症例が67%と、ALTA療法に対する患者の高い満足度を伺い知ることができ、有害事象の内容と頻度についても重篤なものは認めなかった。

今回の発表では、当院が行っているALTA単独療法の実際について、動画や最新のデータなども含め、より詳細にお示ししたい。

ALTA療法後再治療率15%は高いか低い

野崎 元子
のぞきクリニック

近年、良性疾患である痔核治療においては、根治性や機能性だけでなく低侵襲で、安全であることが求められている。また、日帰り手術も社会のニーズである。ALTA療法はそうしたニーズに応える治療法として、広く行われるようになった。

当院では、保存的治療によって出血や脱出が改善されない症例に対し、ALTA療法、痔核根治術（LE）、分離結紮術（DL）を適宜組み合わせ、全例、日帰り手術を施行している。

2009年から2022年までの14年間で、8,248例の痔核手術を行った。うちALTA単独症例は3,283例、ALTA併用を含む痔核根治手術は4,965例であった。ALTA単独療法施行後、再度ALTA単独療法を行った症例は289例、根治手術を行った症例は221例で、再治療率は15.5%であった。

ALTA単独療法はALTA併用療法に比べ、再発率が高いため、ALTA併用療法が選択される傾向にあるが、患者満足度を中心にALTA療法の適応を考えた時、単独療法の適応は広がる。外痔核があっても、ALTA療法により脱出や出血の症状が消失する症例では、患者が希望すれば、ALTA単独療法を選択してもよいと考える。再発した多くの患者が再度ALTA療法や手術を行うことに抵抗がないのは、ALTA単独療法の術後が非常に楽だからである。但し、脱出が主訴の症例で、外痔核を伴う場合、主訴がなくなるかどうかは外痔核の種類による。肛門管外外痔核は常に肛門外にあるため、内痔核の脱出がなくなれば満足する患者が多い。これに対して肛門管内外痔核の比率が高い症例では、ALTA療法を行っても、肛門管内外痔核が脱出と還納を繰り返すため、満足する治療効果を期待できない。ALTA療法の適応選択や手技の工夫について報告する。

ALTA単独療法の治療成績

鮫島 隆志、江藤 忠明、緒方 俊二、鮫島加奈子、山元由芙子、長友 俊郎、今村 芳郎、
西俣 伸亮、瀨元ひとみ、家守 雅大、平川あさみ、鮫島由規則
潤愛会鮫島病院

【目的】

過去10年間に行った3ヶ所の痔核に対するALTA単独療法（ALTA）を同時期の高位結紮痔核切除（LE）およびALTA併用療法（LE+A）と比較検討した。

【対象・方法】

2012年から2021年に3ヶ所の痔核に行った手術は5,437例で、その内訳はALTA単独372例、LE2,352例、LE+A 2,713例（LE2箇所+ALTA1箇所（L2A1）1,735例、LE1箇所+ALTA2箇所（L1A2）978例）である。これらの治療成績を比較検討した。

【術式の選択】

外痔核成分および皮垂など肛門外に変化を伴う痔核はLE、内痔核のみにはALTAを選択する。すなわち、併用療法はLE+Aで、E・Aは行わない。

【結果】

VASスケールを用いた術後疼痛の推移は、1日目LE 7.6、L2A1 4.6、L1A2 4.1、ALTA 1.3。2日目はそれぞれ、4.1、3.6、2.6、1.4で3日目以降は各群に有意な差異はなかった。入院期間はそれぞれ10.6日、8.2日、5.8日、1.0日で、それに伴う入院費用もそれぞれおよそ11万円、9万円、6万円、4万円で、ALTA療法およびALTA併用療法はLEより安楽かつ早期治癒が可能である。しかし、頑固な違和感、硬結やビラン・潰瘍形成などLEにはない事象を経験した。また追跡可能であった各群の総再発率はそれぞれ、1.5%、1.5%、5.3%、5.7%であった。ALTA群は投与後4年までの再発率が12.8%と高く、以降は3%以下で安定した。

【考察】

痔核の外科的治療の選択において、根治性を重視すればLEが最適といえる。ALTA療法は手術的にも経済的にも低侵襲であるがLEにはない、予測し得ない有害事象がみられた。再発率はALTAの箇所が多いほど高い傾向があり比較的早期にみられるが、長期経過した症例は安定した効果を示した。

【結語】

SNSなどから多様な情報が溢れ、痔核の治療法も患者が希望する昨今である。治療の選択に当たっては、治療成績の情報を提供し、理解してもらった上で方針を決めることが肝要である。

私が考えるALTA単独療法

羽田 丈紀、飯田 直子、中山 真緒、伊藤 大介、鈴木 俊亮、兼平 卓、村井 隆三
おなかクリニック・おしりセンター
愛宕おしり研究会

【ALTA療法の現状】

ALTA療法を初めて導入する場合、当然ながら講習会で学んだ手技を参考にする。講習会が推奨するZ式肛門鏡も当然考慮される。私自身この手技を忠実に実践して現在に至る。しかし施設や医師によっては一様ではない。ALTA療法の現状を把握すべく2023年4月、愛宕おしり研究会の33施設にアンケート調査を実施し20施設から回答を得た。

使用器具は75%が講習会で推奨しているZ式肛門鏡を、50%がスリット型の肛門鏡を使用していた。(以下、重複あり) また併用療法では、65%が併存病変の切除を先行し、ALTA先行は40%だった。また70%が痔核治療の中心はALTAよりLEと回答している。

より良い治療成績や技術の安定を目指した手技の変化がみられ、ALTAは補助的治療との考え方が多数派であった。

【当院の治療成績】

・単独療法

12年間(2011～2022年)に施行した1,846例の痔核手術で、単独療法は685例(37.1%)。最長120ヵ月の経過観察期間における累積無再発率をKaplan-Meier(以下KM)法にて算出。60ヵ月及び120ヵ月後の無再発率はそれぞれ82.0%、76.6%であった。

再発症例総数は685例中125例(18.2%)。再発例の術前診断を、内痔核の病期と併存病変の有無で分類し検討した。再発数はⅢ°が79例(63.2%)で最多、次いで併存病変を伴ったⅢ°が28例(22.4%)。再発率は病期が進行するほど増加する傾向があったが、再発率と併存病変の存在に関連性はなかった。

また、再発例の追加治療は、併用療法48例(38.4%)、保存療法31例(24.8%)、単独療法30例(24%)、LE15例(12%)の順であった。

・併用療法

当初A・E1が中心であったが、治療成績を鑑みA・E2にシフトしている。累積無再発率をKM曲線で示す。A・E1、A・E2ともに単独療法より再発率は有意に低かった。(p<0.0001) A・E1とA・E2間に有意差は無かった。

・術後合併症

術後合併症は、単独療法、A・E1、A・E2の順に、66例(9.6%)、61例(12.2%)、16例(5.8%)。止血術を施行した術後出血は、0例(0%)、1例(0.2%)、4例(1.5%)。

【まとめ】

単独療法は原法から変化し様々な手技で施行されている。併存病変の存在は必ずしも再発率を上昇させないが、併用療法も諸家による多様な変化を許容することで、ALTA療法の望ましい発展が期待できる可能性がある。

ALTA単独療法の位置付け

鉢呂 芳一、安部 達也、小原 啓、太田 盛道、稲垣 光裕、菱山 豊平、國本 正雄
くにもと病院

【はじめに】

当院では2005年より内痔核症例に対しALTA療法を開始した。本治療は短時間で簡易的に施行できる治療法であり、ほぼすべての内痔核症例に施行することは可能であるが、症例を適切に選択しなければ早期に再発を来しうる。特に外痔核の腫大を伴った内外痔核症例や支持組織の滑脱が大きな症例では再発例が散見されるため、当院では2011年頃より同一痔核の内痔核部位にALTA療法を行い外痔核を切除するALTA併用療法（A・E3法/E3・A法）を内痔核治療の主体に置いている。この度ALTA単独療法の変遷について提示するとともに、現在のALTA単独療法の立ち位置について考察する。

【症例数の推移】

ALTA単独療法の割合は当初内痔核手術症例の3～4割を占めていたが、特に外痔核の存在を重要視しALTA併用療法を開始した2011年頃よりALTA単独療法は顕著に減少し、現在では1割弱となっている。

【ALTA単独療法の適応】

現在、多少でも外痔核の腫大を伴った内痔核症例に対してはALTA併用療法による手術治療を提案している。その中でも患者からの強い要望があった場合、再発リスクを十分説明した上でALTA単独療法を選択している。ALTA単独療法を積極的に提案できる症例としては、II度内痔核と考えている。

【低侵襲治療として】

ALTA単独療法を施行する場合、結果的に患者からの低侵襲治療の要望に応じたかたちになる。したがって、ALTA療法による有害事象は可能な限り回避したい。ALTA療法を安全に行うには、括約筋弛緩を得た状態で十分な視野を確保すること、Z式肛門鏡を用い適切な部位に過不足無くALTA薬液を投与することであると考えられる。

【おわりに】

内痔核症例に対するALTA単独療法は、短時間で施行できる低侵襲治療である。しかしながら単独療法のみで治療が完結できる症例は限定的である。患者に対しては、正しい情報提供とともに、より丁寧なインフォームド・コンセントが必要である。

ALTA単独療法の意義

小原 誠

OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック

2005年に保険収載されたALTAは、切らずに痔核を治せる痛みの少ない低侵襲な手術法として脚光を浴びてきた。

当院でも2005年よりそれを導入し、内痔核は基本的にALTAで治し、それ以外の部分があれば、それを最小限取り除いていく併用療法であらゆる痔核に対処してきた。そうした方針で治療をすすめるうちに低侵襲というALTAの利点を損なわないためにはALTA単独で治癒させることが一番であるためどこまでの症例でそれが可能であるのか再発を起こすとすれば何が原因となるのかの検討が必要となった。

ALTAは、たしかに血管成分の豊富な内痔核組織には高い効果を示しかなり大きなものであっても、その効果を発揮できるがその反面、それほど大きくない内痔核であっても、それに連続する肛門管内外痔核が存在する場合、それが原因となって再発が起きることもわかってきた。

また、術後しばらくは経過良好な症例でも、3年以内の早期に再発が起きるものがあり、そうした症例の群では、脱出が著しく、痔核が固定されていないもの、要するに齒状線の固定の破綻、すなわちmucosal suspensory ligamentが破綻していることが再発原因になっていることがわかった。

それらに加え3つ目の条件として内痔核の齒状線からHerrmann線にかけての部位が経年変化により器質化してくる場合があるが、その部分に対してもALTA効果が減弱するため、できればそうした部位を除去した方が根治性は上がってくる。こうした3つの条件をいずれも除いた症例が、最も根治性高くALTA単独で治せる最適な症例と言える。

ただし、根治性はやや落ちたとしても低侵襲低リスクというメリットを重要視する場合はこれらの条件のものでも施行する意味はあると考える。その場合、仮に再発したとしても初回よりも程度が軽い場合も多くDown stagingという治療意義もある。

今回はALTA単独治療の意義と、どのような症例でどこまでの効果があるのかを実際の手術ビデオを中心に発表させていただく。

