

第17回 内痔核治療法研究会総会

プログラム・抄録集

令和6年(2024年)7月14日(日)

当番世話人 鮫島 隆志

共 催

内痔核治療法研究会
ジェイドルフ製薬株式会社

第17回 内痔核治療法研究会総会 ご挨拶

第5類になったとはいえ、COVID-19の影響がしぶとく残りまだまだ安心できません。今までWEB開催、現地開催など悩まされましたが、今回は感染対策も然る事ながら、一人でも多くの先生方にご参加いただけるよう、ハイブリッド形式で開催いたします。現地での生の討論に参加したい、聞きたいという方のみならずWEB参加の方々にも討論にふるってご参加いただきますようお願い申し上げます。

今回のテーマを「ALTA療法（併用療法を含む）後再発時の治療」といたしました。昨年の大腸肛門病学会学術集会のシンポジウム「ALTA療法の長期予後」でも論じられたように10年の無再発率は75%前後でした。再発を少なくするための様々な手技手法が行われていますが、再発した症例に対する治療については一定の見解がないのが現状です。再発形式や再発部位、それに基づく治療法の選択など様々な角度から掘り下げて討論をしたいと考えています。

今やLEとともに痔核に対する標準的な手術となったALTA療法の再発に対する対処法の引き出しはALTA療法を行う者として一つでも多く持っておくべきであろうと考えます。

総会の内容です。

- ①午前中は一般演題12題の発表と討論を行います。
- ②昼休憩時に本研究会代表世話人の松尾恵五先生より「内痔核治療法研究会を振り返る」と題してランチョン形式での講演の後、有害事象委員会から重篤症例の報告を行います。
- ③午後は数多くALTA療法の症例をお持ちの7施設の先生方にご登壇いただき、再発時治療の実際をご講演いただいた後、午前中の演者の先生方、フロアーの先生方およびWEB参加の先生方と共にパネルディスカッション形式で進めて参りたいと思います。

本総会をご参集の先生方にとって明日からの治療の一助になれば幸甚です。

何卒よろしくお願ひ申し上げます。

第17回 内痔核治療法研究会総会
当番世話人 鮫島 隆志
(医療法人潤愛会 鮫島病院)

第17回 内痔核治療法研究会総会

日時：2024年7月14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

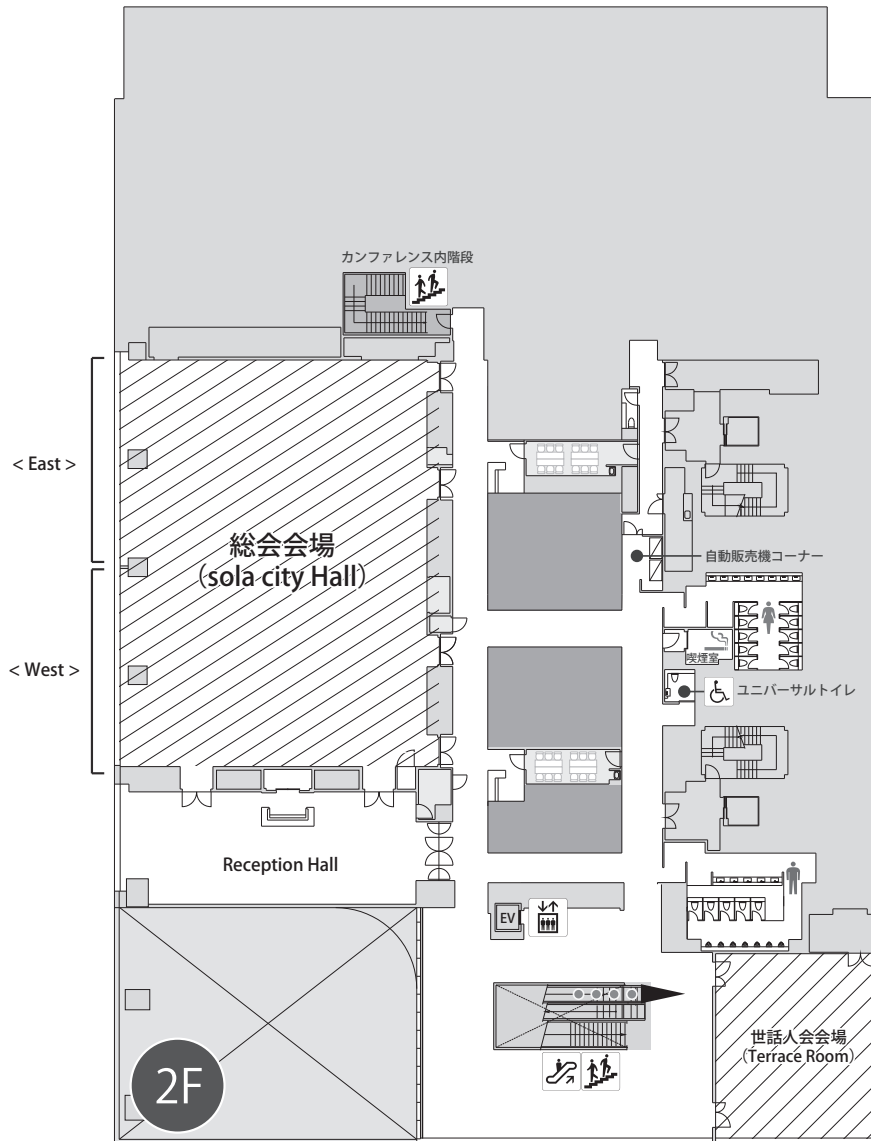
- 東京モノレール「羽田空港」 $\xrightarrow{25分}$ JR「浜松町駅」 $\xrightarrow{山手線 6分}$ 「東京」駅 $\xrightarrow{中央線 3分}$ 「御茶ノ水」駅 $\xrightarrow{京浜東北線 2分}$ 「神田」駅

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17回内痔核治療法研究会総会は、ハイブリッド開催（ソラシティカンファレンスセンター＋WEBライブ配信）で行います。また、会期後に期間限定でオンデマンド配信を行います。

○ハイブリッド開催（会場参加、またはWEBによる参加）：

2024年7月14日（日）9：30～15：00（現地受付開始、ウェビナーオープンは9：00～）

○オンデマンド配信：2024年7月22日（月）～8月31日（土）

■ 参加登録・参加費のお支払い

1. 参加方法

- ・ 事前登録と致します。
 - ・ オンデマンド配信のみを希望される場合も、「WEB視聴で参加＋オンデマンド視聴」で事前登録をしてください。
 - ・ 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/e4agj6ih>）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

2024年6月10日（月）～2024年7月12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10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. WEB視聴方法（総会当日：ライブ配信）

総会1週間前、1日前、1時間前にZOOMより視聴用のURLをメールで送付いたしますので、そのURLをクリックします。あるいは、イベントプランナーの「My Page」へログインし「視聴ページへ」ボタンをクリックします。「My Page」は、参加登録サイト (<https://event.event-planner.net/#/bundlesite/e4agj6ih>) から「WEB視聴で参加+オンデマンド視聴」ボタンを押してサイトを開き、画面右上の「My pageにログイン」ボタンをクリック、ご登録時のメールアドレス、パスワードを入力の上、ログインしてください。

開始30分前を目安にウェビナーオープン予定ですので、9時以降にご入室ください。技術的にご不明な点がございましたら、下記サポートセンターへお問い合わせください。

サポートセンター

連絡先：03-5206-4007（2024年7月14日（日）のみ）

受付時間：8：30～15：30

8. オンデマンド配信

オンデマンド配信期間：2024年7月22日（月）～8月31日（土）

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22日（月）にイベントプランナー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

- ・ 演者の先生は、発表開始5分前までに次演者席にお着きください。
- ・ 演者の先生は、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6分、質疑応答2分
- ・ 指定演題：発表8分、質疑応答2分
- ・ 演者の先生は、発表時間を厳守してください。

3. 発表データ提出

- ・ 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メモリのみ）、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

- ・ 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

実施致しません。

第17回内痔核治療法研究会総会プログラム

テーマ：「ALTA療法（併用療法を含む）後再発時の治療」

日時：令和6年（2024年）7月14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17回内痔核治療法研究会総会 当番世話人挨拶 9：30～9：35
医療法人潤愛会 鮫島病院 鮫島 隆志

2. 一般演題口演 9：35～11：50
(発表6分 質疑応答2分)
一般演題口演1 9：35～10：25
座長：小村肛門科医院 小村 憲一

- 1 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療法後再発の術式選択の検討……………1
寺田病院大腸肛門病センター 田中 良明ほか

- 2 ALTA単独療法後の再発症例の治療……………2
大腸肛門病センター高野病院 吉元 崇文ほか

- 3 当院でのALTA療法後再発例に対する治療……………3
森外科医院 森 俊治ほか

- 4 ALTA単独療法5年経過例の検討……………4
とうげ外科胃腸科 藤解 邦生

- 5 当院におけるALTA療法後再発症例の検討……………5
松島病院 肛門科 酒井 悠ほか

- 6 ALTA療法後再発例に対する追加治療の検討……………6
おなかクリニック・おしりセンター 羽田 丈紀ほか

討論タイム 10:25 ~ 10:40

一般演題口演2 10:45 ~ 11:35

座長：医療法人社団俊和会 寺田病院 寺田 俊明

○-7 ALTA単独療法2回再発症例の特徴は？7

医療法人ミネルワ会 渡辺病院 外科 小野 芳人ほか

○-8 ALTA単独療法後再発時の再発形態/原因に基づく治療法選択8

医療法人秀香会 山本クリニック 山本 秀尚

○-9 当院におけるALTA後再発症例の検討9

松田病院 相川 佳子ほか

○-10 ALTA療法後の再発痔核に対する痔核根治術の成績 10

大阪中央病院 外科 小野朋二郎ほか

○-11 EDA法による痔核の治療 11

藤好クリニック 藤好 建史ほか

○-12 姑息的なPalliative ALTA単独療法の治療の現状 12

しらはた胃腸肛門クリニック横浜 白畑 敦

討論タイム 11:35 ~ 11:50

— 休 憩 — 11:50 ~ 12:00

3. 代表世話人講演 12:00 ~ 12:30

「内痔核治療法研究会を振り返る」

内痔核治療法研究会 代表世話人

東葛辻仲病院 松尾 恵五

4. 有害事象委員会からの報告 12:30 ~ 12:40

内痔核治療法研究会 有害事象委員会委員長

医療法人潤愛会 鮫島病院 鮫島 隆志

— 休 憩 —

12:40 ~ 13:00

5. 指定演題口演 13:00 ~ 14:55

(発表8分 質疑応答2分)

座長：医療法人愛知会 家田病院

宮田美智也

札幌駅前樽見おしりとおなかのクリニック 樽見 研

P-1 ACL・A後再発症例に対する治療 13

札幌いしやま病院 石山元太郎ほか

P-2 ALTA療法後の再発形態に注目する 14

くにもと病院 鉢呂 芳一ほか

P-3 当院のALTA療法後再発例に対する検討 15

ふるだて加藤肛門外科クリニック 加藤久仁之ほか

P-4 ALTA療法再発例に対する手術法の選択基準 16

OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック 小原 誠

-
- P-5 ALTA単独療法後 再発タイプ別治療法 17
のざきクリニック 野崎 元子
- P-6 ALTA療法後の再発症例に対する治療 ～積極的切除の立場から～ 18
大橋胃腸肛門科外科医院 大橋 勝久ほか
- P-7 当院におけるALTA単独療法後再発症例に対する術式選択について 19
医療法人祥久会 日高大腸肛門クリニック 日高 仁ほか

討論タイム 14：15～14：55

6. 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お弁当を用意しております。

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療法後再発の術式選択の検討

田中 良明¹⁾、寺田 俊明¹⁾、神山 剛一¹⁾、最上 恭至¹⁾、武田 崇史¹⁾、小川祐太郎¹⁾、
下里あゆ子¹⁾、前田 文¹⁾、山田 麻子²⁾、佐藤 兼俊³⁾、原 聖佳³⁾
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⁾、浅草胃腸肛門クリニック³⁾

エラストグラフィ（組織弾性イメージング超音波検査、以下エラスト）画像を利用したALTA療法の4段階注射の実際、痔核のスタンダードな硬化退縮変化・長期経時的経過、治療効果判定などの検討を重ねてきたが、今回エラスト画像イメージによるALTA療法後再発時治療の実際を報告する。

これまでALTA療法によって痔核組織の硬化が生じる点に注目し、エラスト画像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、11回内痔核治療法研究会総会および第68、70回日本大腸肛門病学会学術集会にて対象27例の4段階注射法（単独療法）における①各段階注射時のエラスト画像の描出②マッサージの効果③術後直後から36か月後のエラスト像の変化について報告してきた。結果、ALTA療法の術後まもなくの痔核硬化退縮の効果、さらに術後6～12か月の弾性線維化による病理組織学的変化に相当される症例（80%）、一方術後36か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%）をエラスト画像として描出できたと考えられ、臨床上2つのパターンの経時的変化の存在が示唆された。

更に現在（2023年12月）までの経時的検討の結果、本対象27例のうち3例（11.1%）に臨床的再発を認め、各エラスト画像をもとに再ALTA単独治療あるいは結紮切除（LE）の再治療を行った。

エラスト画像によるALTA療法の効果不良例とその治療方針を報告した第11回（2017）『～ALTA再発時の術式選択の参考として～』に次いで、今回客観的なエラスト画像イメージによる“再発時の治療の実際”について述べたい。できれば再発時の治療、ICなどの参考としていただき、更にはALTA痔核の再発とは何か？などALTA療法の確立の一助となればと考える。

ALTA単独療法後の再発症例の治療

吉元 崇文、辻 順行、高野 正太、中村 寧、伊禮 靖苗、玉岡 滉平、松本 朝子、高野 正博
大腸肛門病センター高野病院

【緒言】

ALTA単独療法後の再発症例の治療については一定の見解がないのが現状である。当院にて内痔核に対して硫酸アルミニウムカリウム・タンニン酸注射液（ALTA）単独治療を施行した症例について検討を行った。

【対象と方法】

期間は2019年4月から2022年3月で、症例は282例、患者背景、治療成績、再発の有無、再発症例についてretrospectiveに検討を行った。尚、再発の定義は脱出を主訴としてALTA単独療法後に再脱出を来した場合とした。

【結果】

患者背景は男性181例、女性101例、平均年齢60.8歳、Goligher分類 I度：1例 II度：103例、Ⅲ度：174例、Ⅳ度：4例、観察期間50日（1～1,722日）、初回治療成績はALTA総注入量は26mL（基本、Ⅱ度内痔核には7mL<2.2.1.2>、Ⅲ度内痔核には10mL<3.3.1.3>）、出血量0mL、手術時間6分、術中合併症は4.6%で、下腹部痛5例、血圧低下2例、徐脈2例、心停止1例、出血2例、外痔核腫脹1例であった。術後合併症は、18.4%で、肛門部痛17例、直腸潰瘍6例、前立腺炎2例、発熱18例、排便困難9例であった。このうち再発した症例は31例（10.9%）で、内訳はⅣ度1例、Ⅲ度26例、Ⅱ度4例であった。再発までの期間は649日（9～1,558日）であった。再発形式は内外痔核症例24例と外痔核を伴う症例での再発が多い傾向にあった。また13例には排便障害を伴っていた。再発症例に対して手術を施行したのは19例で、単独での痔核結紮切除（以下、LE）を施行したのは11例（57.8%）、ALTA併用でのLE施行したのは2例（10.5%）、ALTA単独治療を施行したのは6例（31.5%）であった。初回よりも脱出症状が改善し、保存治療を希望した患者も認められた（5例）。その他、7例に対して再度手術をすすめたが、経過観察を希望された。再発症例に対して手術施行した症例で、LE施行後、ALTA併用でのLE後の症例では再々発を認めず、再発症例に対してALTA後の症例で1例の再々発を認め、3回目のALTA施行し、その後再発なく経過している。

【考察】

再発症例は初回ALTA療法時から外痔核腫脹やスキntagを多くの症例で認めており、そのような症例の再発時は当院では基本的にLEを推奨しているが、患者の状態や希望に応じて十分にインフォームド・コンセントを行った上でALTAを施行している。今回の再発症例に対して再びALTAを施行した患者は6例であったが、うち5例は再発なく経過しているため、再発症例に対してもしっかりと説明後のALTA療法であれば選択肢として考慮されるべき治療法と考えられた。

当院でのALTA療法後再発例に対する治療

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⁾

当院は有床診療所であり、手術が必要な痔核については根治性の高い痔核結紮切除術（LE）を基本治療としているが、Goligher分類1度もしくは肛門管内外痔核の腫脹のない2度の内痔核に対してはALTA療法も選択肢の一つとしている。

現在、当院で行うALTA療法は単独療法もしくはE+Aで、E・Aは施行していない。ALTA単独療法は原則1泊2日入院、腰椎麻酔下で施行している。

2023年12月までに当院で行った内痔核手術症例1,163例の内訳は、LE単独 322例、E+A 517例、E・A 25例、ALTA単独 299例であった。

E+AでのALTA部再発は2例（0.3%）、E・AでのALTA部再発は2例（8.0%）、ALTA単独での再発は56例（18.7%）であった。よってALTA後再発は841例中60例（7.1%）になる。

この60例の再治療はLEが41例（68.3%）に、再ALTAが19例（31.7%）に施行されていた。再ALTAを施行した19例はいずれもALTA単独療法後であった。この19例のうち再々発は5例（26.3%）で、再々治療ではLEが2例（40.0%）に施行され、3回目ALTAを3例（60.0%）に施行されていた。3例はいずれも高齢や抗血栓療法中といった理由でALTAを施行したが、1例（33.3%）は再々々発した。この1例はワーファリン内服中であったが、かかりつけ医より休止の許可がおり、4回目でLEを施行して再発を認めていない。

当院ではALTA後の再発に対してはLEを原則としているが、患者の希望により再ALTAを施行することもある。また、高齢や抗血栓療法中などの理由で腰椎麻酔下でのLEが不可能な場合には再ALTA療法を選択することもある。ALTAは回数を重ねるごとに再発の頻度が高くなり、再発時の治療には根治性の高いLEが望ましいと考えるが、患者の状態によりALTAも選択肢としてQOLを損なわないような配慮が重要である。

ALTA単独療法5年経過例の検討

藤解 邦生
とうげ外科胃腸科

【はじめに】

ALTA単独療法（以下ALTA）は、日帰り手術において有用な術式であるが、根治性の限界から症例の見極めが重要となる。今回、ALTA後5年経過例の治療成績と再発時の術式を検討したので報告する。

【対象】

当院でALTAを施行し5年以上経過した122例を対象とした。治療前と同じ症状の再発を認めた症例は17例（13.9%）で、そのうち再手術を行った症例は11例であった。

【方法】

検討項目は、Goligher分類別、大きさ別、aBC分類別、環周率別の再発率と再手術の術式を検討した。統計学的手法は、Kaplan-Meier法にて分析し、検定はLog-rank法を用いた。

【結果】

Goligher分類別の再発率は、GⅡ 5%、GⅢ 16%、GⅣ 22%。大きさ別の再発率は、M（～1cm）6%、L（1～2cm）16%、XL（2cm～）24%。aBC分類別の再発率は、a型 10%、B型 13%、C型 22%。環周率（肛門の内腔を4分割し、脱出部の割合を示したもの）別の再発率は、1/4周 6%、2/4周 23%、3/4周 31%、4/4周 33%であり、脱出範囲が広いほど再発率が高い結果であった（ $p<0.01$ ）。再手術の術式は、ALTA；5例、LE（+A）；6例であった。再発時にALTAを施行した症例のうち3例に再々発を認めた。いずれも初回手術時に2/4周以上の脱出を認めたが、再々手術時には脱出範囲は縮小していた。各症例の手術時の痔核形態を示す。

【まとめ】

脱出範囲が広い症例は再発率が高まる可能性が示唆された。ALTA後の再発術式はLEが第一選択と考えるが、LEのハイリスク例に対しては、再々発の可能性を説明した上でdownstagingを目的とした再発時のALTAも治療選択肢となりうると考えた。

当院におけるALTA療法後再発症例の検討

酒井 悠、岡本 康介、佐井 佳世、米本 昇平、松島小百合、鈴木 佳透、紅谷 鮎美、彦坂 吉興、
松村奈緒美、河野 洋一、宋 江楓、下島 裕寛、國場 幸均、宮島 伸宜、黒水 丈次、松島 誠
松島病院 肛門科

当院では痔核手術は主に結紮切除術を（以下LE）を行っているが、Goligher II～Ⅲ度の痔核で、長期入院が困難な場合や患者の希望がある場合はALTA療法を行っている。ALTA療法は非観血的治療であるため、術後の疼痛が少なく、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、基本的には単独療法を行っている。

第16回内痔核治療法研究会総会にて、2010年1月～2020年12月の期間に当院でALTA単独療法を施行した1,200例（7.0%）とLEを施行した16,008例（93.0%）を比較し、ALTA療法後の再発は204例（17.0%）、 Kaplan-Meier法での10年再発率は18.6%と報告した。今回は再発症例に焦点を当て検討する。なお腰椎麻酔下で処置を施行したものを再発症例としている。

上記期間でALTA初回治療例は1,156例で、再発は195例（16.8%）であった。再発時の治療はALTA療法が51例（26.2%）、LEが144例（73.8%）であった。ALTA再再発症例は8例（15.7%）で、3回目のALTA療法を施行した症例を1例認めた。

基本的にALTA再発症例は、LEを推奨しているが、初回にALTA療法を施行した患者は、短期入院を希望する傾向にあり、再発時に再度ALTA療法を希望される割合は比較的多かった。

ALTA後再発症例に対するLEは特に大きな問題なく施行出来る印象であるが、実際に手術内容（時間、出血量、術式など）や術後の合併症に影響あるかなど検討し報告する。

ALTA療法後再発例に対する追加治療の検討

羽田 丈紀、中山 真緒、飯田 直子、伊藤 大介、兼平 卓、村井 隆三
おなかクリニック・おしりセンター

【目的】

ALTA療法術後の再発例に対する追加治療の現状を検討する。

【対象】

2011年から2023年の13年間に、当院で施行された単独、併用療法を合わせたALTA療法1,607例（年齢 54.5 ± 15.7 、男女比 1,046:561）のうち、再発を認めた延べ190例（11.8%）（年齢 52.8 ± 14.1 、男女比144:46）を対象とした。

【結果】

再発例190例に対し施行された追加治療は、ALTA単独療法（以下、単独）40例（21%）、A・E1 28例（15%）、A・E2 47例（25%）、LE 33例（17%）、保存療法42例（22%）であった。

保存療法以外の再発例の再発回数は、1回 102例、2回 34例、3回 6例であった。

再発例の直前に施行された術式（以下、直前術式）の内訳は、単独 141例（74%）、A・E1 44例（23%）、A・E2 5例（3%）で、それぞれの追加治療は、単独では、単独 30例（21%）、A・E1 24例（17%）、A・E2 33例（23%）、LE 18例（13%）、保存療法36例（26%）。A・E1では、同様に10例（23%）、4例（9%）、11例（25%）、13例（29%）、6例（14%）。A・E2では、0例、0例、3例（60%）、2例（40%）、0例であった。

保存療法以外の追加治療後の合併症は14例（9.9%）に認め、内訳は術後出血が4例（2.8%）で最多で、発熱、外痔核腫脹、狭窄が2例（1.4%）、その他であった。複数回再発例に合併症が多い傾向は無かった。

【考察】

当院では、解剖学的所見から客観的に痔核を診断し、至適術式を施行することを旨としているので、初発例も再発例も提案する治療法の選択基準に差はない。

当院での痔核術式は、以前は単独やA・E1が主要術式であったが、根治性と低侵襲性を鑑み次第にA・E2やLEが増加し、2023年は後二者が9割を超えている。これを反映して、追加術式も以前は単独やA・E1が大半を占めていたが、次第にLEやA・E2が増加していた。したがって、直前術式がA・E2場合、追加術式はほとんどA・E2かLEであった。

合併症で注目すべきは術後出血である。該当期間でALTA療法以外も含めた全痔核手術2,034例中、術後出血は6例（0.3%）で、そのうち4例（67%）が追加手術後に発生していることは、再手術時の手技上十分留意する必要がある。

ALTA単独療法2回再発症例の特徴は？

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】

ALTA療法は、痔核に対して非常に有効な治療法であるが、一定の再発がある。これら再発症例から併用療法の適応が議論され、概ねコンセンサスを得られた状況である。しかし、適応と考えるとALTA療法を行っても再発する症例はあり、しかも時に複数回再発する症例に遭遇する。今回、内痔核に対してALTA単独療法を2回行い、いずれも再発した症例を後ろ向きに検討し、その特徴を考察した。

【対象】

対象は2006年4月から2024年3月までで、当院でALTA単独療法を行った1,203例で、再発を132例に認めた。再発に対しては状況により、保存療法、ゴム輪結紮、再単独療法、併用療法を本人と相談して決定するようにしているが、再単独療法を選択して再度再発した症例を15例に認め、検討した。

【結果と考察】

ALTA療法開始直後の2006-2008年度は再発が25%以上と多く、そこから2009-2012年度は必要に応じてLE+Aを選択するようになり、再発は約15%から10%程度へと漸減した。2013年度からはA・Eを多数選択するようになり、2019年度まで再発は0%から約6%の間を推移した。2020年度から現在は、単独療法のメリットを見直して症例を戻し、再発は9%前後となっている。

2回再発の15例についてであるが、初回ALTAが2012年度までの症例が12例を占めているものの、2回目もLE+AやA・Eを選択せずALTAを行っていた。再発の時期は1回目が1-8年（平均4.1年）、2回目が1-8年（平均4.3年）と特徴はなかった。年齢は28-75歳、平均48.1歳と普通であったが、性別は男性が12例と大半を占めた。女性は粘膜脱型か外痔核併存症例であった。全体でも外痔核成分を経過観察した症例は4例と、やはり原因の一つと考えられた。内痔核体積に関しては、3mL以上が11例と確かに多いが、4mL以上の大型内痔核は3例のみであった。注射個所は3-5か所、ALTA投与量は（ALTA使用量／内痔核体積合計）とすると、内痔核1mLに対してALTAを4.73mL使用しており、十分量と考えられる。麻酔は脊椎麻酔が13例と多かったが、注射痛のために不十分になったとは考えにくい。肛門手術歴は5例、全身状態不良の1例はリスクと思われる。便秘や排便困難症状は13例に認め、排便との関連は強く疑われた。

【まとめ】

ALTA単独療法で2回再発した症例を中心に検討した。やはり外痔核併存症例や粘膜脱型内痔核が含まれ、それ以外は比較的大きめの内痔核であった。男性に多い傾向が見られた。投与量に関しては十分量であったが、再投与時の層に関しては今後の課題である。手術歴と排便は再発との関連が濃厚であった。しかし複数の再発は、複合された要因が考えられ、全体の状況を十分考慮して術式を選択するべきと考えられた。

ALTA単独療法後再発時の再発形態/原因に基づく治療法選択

山本 秀尚

医療法人秀香会 山本クリニック

ALTA単独療法施行後に再発してくる症例には様々な再発形態と原因が考えられる。外痔核が大きい症例では外痔核を中心にLE/分離結紮/併用療法を推奨する。

内痔核を主に脱肛してきた症例の中でも粘膜脱型内痔核や器質硬化した内痔核が脱肛再発してきた症例では、再ALTAは効果不十分な可能性が高くLE/分離結紮/併用療法を推奨する、内痔核単独再発でも静脈瘤型内痔核では再ALTAも考慮する。

再発形態で内痔核部分より口側の直腸粘膜の弛緩で脱出してくる症例では、直腸脱経肛門的根治術に準じて直腸粘膜縫縮やThiersch法併用も検討が必要である。

ALTA療法に対する組織反応は同じ静脈瘤型内痔核症例であっても個人差があり、治療後5年以上経過しても肛門指診で痔核部分に硬結を触れる症例もあれば、治療後1年でも痔核の硬化所見を触知しない症例もある。

内痔核部分が主となって脱肛にて再発する症例は、初回治療時の第1段階（痔核の吊り上げ効果）と第2段階（粘膜下層の癒着固定化）の投与量が痔核体積に比して少なかった症例では再ALTA治療も選択枝の一つであるが、十分量投与されていたり、治療後早期からALTAに対する組織反応性に乏しい症例では、ALTA単独では脱肛の再発を改善出来ない、もしくは早期に再々発を来す可能性がありLE/分離結紮/併用療法を選択すべきと考える。またALTAの再投与時には初回投与時より粘膜阻血を来しやすく、投与後にびらん/潰瘍を発生し出血が持続しやすいので注意が必要である。日常生活での再発に関わる因子（排便時間や長時間の座位/立位、飲酒量など）に対する生活指導も重要と考えている。

当院におけるALTA後再発症例の検討

相川 佳子、松田 聡、川上 和彦、中井 克彦、野中 雅彦、木村 浩三、
尾田 典孝、新井賢一郎、松永 篤志、相澤万里枝
松田病院

【序論】

ALTA後再発は、10～35%程度と報告されている。当院でのALTA後再発の現況と、それに対する治療法を検討した。

【対象】

2014年1月から2020年12月までの7年間、当院で痔核に対してALTA単独療法を施行した818例を対象とした。術後4年以上経過している症例で、再発に対して手術を施行した症例を再発あり群、それ以外を再発なし群として、両群を後ろ向きに検討した。

【結果】

再発あり群は161例、再発なし群は657例。再発率は19.7%であった。男女比は再発あり群で125:36例、再発なし群で472:185例であった。平均年齢は、順に52.0歳、57.2歳。ALTA投与量は、順に30.5mL、29.1mL。再発までの平均期間は1,012日であった。再発あり群161例に対して施行した手術の内訳は、結紮切除術（以下LE）96例、ALTA55例、ALTA併用7例、その他3例であった。Clavien-Dindo分類Ⅲa以上の合併症としては、LE群で4例（4%）に術後出血を認めた。ALTA55例のうち、14例（25.5%）に再々発を認め、LEを9例、ALTAを5例に施行した。LE後・ALTA併用療法後の再々発は認めなかった。

【考察】

以前当院が報告したALTA後の再発率は約15%であったが、今回、観察期間を延長したことで、再発率が高くなったことが予想される。再発症例に対する対応として、再ALTAは初回より再発率が高く、適応に問題がある可能性や、患者の組織反応に依存する可能性が考えられた。LEは再発を認めなかったが術後出血を4%に認め、通常のLE後2%より高かった。ALTA後のLEはむしろ術中出血が少ない印象があり、これは予想外の結果であった。ALTAによる周囲組織の硬化やクッション組織の新生血管が影響している可能性がある。

【結語】

当院でのALTA後再発率は、諸家の報告と同程度であった。また、ALTA再発例に対するLEは出血率が高い傾向にあり、注意が必要であるとともに、その原因を引き続き検索していきたい。

ALTA療法後の再発痔核に対する痔核根治術の成績

小野朋二郎、三宅祐一郎、久能 英法、齋藤 徹
大阪中央病院 外科

【緒言】

2005年に保険適応となって以来、ALTA療法は簡便であることと侵襲度が低いことから広く施行されているが、経時的に再発が増えてくることが報告されている。ALTA後再発症例に対する痔核根治術は困難である印象はあるが、それを検証した報告は少ない。当科で施行したALTA療法後再発に対し、結紮切除を中心とした痔核根治術を施行した症例を検討した。

【症例】

2021年1月から2023年12月までの3年間に当科で1カ所以上の結紮切除を行った痔核根治術症例707例の中でALTA療法後の再発症例（以下ALTA療法群）は82例であった。その成績を同期間にALTA療法の既往がない痔核根治術症例625例（以下対照群）を対照として検討した。

【結果】

ALTA療法群の内訳は、男性56例、女性26例で年齢の平均は52.6歳、対照群の内訳は男性293例、女性332例で年齢の平均は51.8歳であった。ALTA療法群のうちALTA療法を施行された時期が判明している68例で最終のALTA療法から再発に対して痔核根治術を施行するまでの期間は中央値で48ヵ月（2-180ヵ月）であった。手術時間の平均はALTA療法群が21.1±8.2分、対照群が20.6±6.9分で両群間に差はなかった（ $p=0.6545$ ）。術中の平均出血量はALTA療法群が12.5±56.7 mL、対照群が5.2±12.5 mLであり、ALTA療法群で有意に出血が多い結果であった（ $p=0.009$ ）。止血処置を要した術後出血はALTA療法群で3例、対照群で9例に認め、両群間で有意差はなかった（ $p=0.1533$ ）。術後の再発はALTA療法群で1例と対照群で1例ずつ認め、ALTA療法群で累積再発率が高い傾向にあった（ $p=0.0599$ ）。

【結語】

ALTA療法後の再発症例に対する痔核根治術は術中の出血に留意すべきであるが、術後出血の頻度はALTA療法を施行されていない症例と差はなかった。

EDA法による痔核の治療

藤好 建史¹⁾、横山 幸生²⁾、田嶋ルミ子²⁾
藤好クリニック¹⁾、くまもと森都総合病院²⁾

今回の私どもの発表はLE+アルタの従来法とは異なり、痔核の固定+アルタという方法を試みて術後の出血の改善という点において好成績を得ましたので報告します。

私どもも以前はLE（結紮切除）+アルタ4段階注入法を実施しましたが、この方法では症例によっては術後の出血があり、腰麻下に止血という術をなくすことは出来ませんでした。

糸の材質の工夫、切除の大きさの変化、止血剤の使用や術後の排便の工夫等に種々変化を試みましたが、術後出血をなくしてしまうまでには至りませんでした。その為、切除と縫合という方法を根本的に変更することを考え10年程前から試行錯誤を試みて約5年前、このEDA法（電気メスによるドレナージ切開とクッションの再固定にアルタの注入）という方法にたどりつきました。

この方法は痔核の脱出によって緩んだクッションを再固定し直すことが基本ですが、再固定のみでは外痔核に強度の浮腫を形成してしまいます。この浮腫を防止するため、外痔核を以前は切除していましたが、切除縫合となるとやはり術後の出血をなくしてしまうことは出来ません。工夫と種々の方法のテストの結果、肛門外側皮膚を脱出痔核の2/3程の長さで横切開ドレナージを行えば浮腫はおこらないことを見つけました。

この方法は電気メスによる皮下までの切開で皮膚を切除しない為、術後の出血を回避することが出来ると思われました。本EDA法は今までの痔核の手術方法とあまりに異なる為、不測の事態も充分考えられますので、発表は1,000例を実施した後と決め、5年間で1,000例にR5年4月に達した為、この時点で統計を取り直しました。

このデータと手法を動画を含めて呈示させていただきます。現在R6年3月時点ではこのEDA法で痔核の治療を行った方は1,273名、術後出血はありませんでした。

姑息的なPalliative ALTA単独療法の治療の現状

白畑 敦

しらはた胃腸肛門クリニック横浜

当院では標準術式として根治性を求めて基本的にE1・L・Aとしている（第15回、第16回内痔核治療法研究会総会にて報告）。しかし、当院では様々な理由で根治性より術後QOLを優先とした姑息的な手術であるPalliative ALTA（以下P-ALTA）を同意が得られた症例には施行している。

痔核患者は病状の進行に伴いさまざまな症状を呈し身体的苦痛のみならず精神的・社会的苦痛を伴うため、その原因を除去することが肛門科にとって最も重要である。

P-ALTAを選択する理由は、①痔核の形態的な側面：外痔核成分が大きく切除（E）が必要な症例であっても疼痛が不安で許容できない、訴えが内痔核による症状のみの場合、②社会的な側面：時間がない、仕事が多忙などの場合、③全身状態からの側面：高齢者・癌の終末期・抗血栓薬休薬困難な場合である。

P-ALTAは姑息的であるため、当然再発率が高くなることが予想される。しかし、患者の満足度は高く、当院ではP-ALTA後に出血や疼痛などの症状の再燃や形態的に再発を認めても積極的に外科治療を希望する症例は少なく、外用薬による保存的加療による対症療法が多かった。症例の追跡はしておらず観察期間も短く議論はあるものの臨床症状やQOLが大幅に改善したため、治療目標を患者医師間で共有しそれを実践できたためと推測できる。

姑息的であってもALTA治療を正確にしっかり施行すれば外科手術になる症例は少なくなる事が予想される。P-ALTAの再発症例に対しては十分な問診と正しい病態の把握、年齢や精神・心理面・社会的側面など様々な因子を考慮し親身に病状説明を行い患者の訴えやリクエストに応じる姿勢が大事であり保存的加療で許容できる症例も多いと考えられる。

今後、P-ALTA後の長期観察による再発の頻度や治療について検討課題である。

ACL・A後再発症例に対する治療

石山元太郎、小山 良太、及能 拓朗、佐藤 綾、秋月 恵美、西尾 昭彦、石山 勇司
札幌いしやま病院

【はじめに】

当院における痔核手術はACLを中心に行っているが、ALTA単独療法やACLにALTAを併用したACL・A後の再発症例に対する治療法について報告する。

【対象と方法】

2016年3月～2022年6月までの期間に、当院で入院の上施行した痔核手術症例7,410例を対象とした。当院では、これまでALTA、ACL、ACL・Aが痔核治療の中心であったが、長期成績でACL・A症例の再発率が高いことが明らかとなったため、以前から術式の改良を行ってきた。

改良された術式は、従来のACL法に加え、外痔核部分のくり抜きによる可及的切除や余剰粘膜部分のMcGivernyゴム輪結紮による縫縮、不可逆性成分や巨大痔核の部分切除などを併用する方法（以下modify ACLと呼ぶ）で行った。

今回、これらの術式の治療成績を比較して、再発症例に対して如何なる治療法が適しているのかを検討した。尚、再発の定義は術後6ヶ月以上経過した後に痔核再手術が施行された症例とした。また今回の検討では、全例追跡調査は施行困難であったため、どの術式も一律に最終確認日を2024年3月30日と規定した。

【結果】

痔核手術症例7,410例の平均年齢は54.2（7～96）歳、男性4,158例、女性3,252例であった。術式はALTA単独症例1,673例（22.6%）、ACL 2,502例（33.8%）、ACL・A 2,149例（29.0%）、modify ACL 807例（10.9%）、LE（ACL併用含む）279例（3.8%）であり、術式間で患者背景に有意差は無かった。術式別の5年累積無再発率はALTA 86.0%、ACL 94.7%、ACL・A 93.6%、modify ACL 95.5%、LE 95.9%であった。

【考察】

これまで当院ではACLのみでは再発が危惧される重症痔核症例に対してACL・Aが施行されてきた経緯があるが、今回の検討ではACL・A群と比較してmodify ACL群の再発率が低下していた。また、modify ACL群はLE群と比較しても遜色ない治療成績であった。

【結語】

ACL・A再発症例に対しては、積極的にmodify ACL法を行うべきと考えられた。

ALTA療法後の再発形態に注目する

鉢呂 芳一、安部 達也、小原 啓、太田 盛道、稲垣 光裕、渡邊 賢二、菱山 豊平、國本 正雄
くにもと病院

【緒言】

内痔核硬化療法であるALTA療法後の長期経過において、ときに再手術が必要となる症例を経験する。再手術術式を選択する際もっとも重要な点は、どのような再発形態を示しているかを的確に把握することであり、それにより再手術術式を選択すべきであると考ええる。

【ALTA療法後の再発形態】

ALTA療法後の再発例について痔核の脱出状況に注目すると、A内痔核の脱出、B内外痔核の脱出、C外痔核の脱出（内痔核は脱出無し）に分類できる。また脱出する内痔核においても初回ALTA療法の影響で線維化が生じており、再ALTA投与が困難な場合もある。つまり再手術治療術式としては、①ALTA療法、②ALTA併用療法（A・E法/E・A法）、③LEの選択となる。

【症例】

過去に当院でALTA療法を施行した主痔核部位が再脱出を来し、2017年1月より2024年1月に同部位に対する再手術を施行した229例を対象とした。うち17例は、ALTA併用療法（A・E3/E3・A）部位の再発であった。再手術術式は、患者の要望ならびに上記の再発形態を考慮した上で、手術中に最終判断した。

【結果】

再手術術式は再ALTA療法13例、ALTA併用療法（A・E3/E3・A）198例、LE法18例であった。うち再ALTA療法を施行した1例とALTA併用療法2例ですでに再々手術を施行している。

【結語】

ALTA療法後の再発症例では、患者から再ALTA療法を要望されることが多い。しかしながら、痔核再発の形態を的確に把握し、それに応じた再治療が重要と考える。

当院のALTA療法後再発例に対する検討

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19年が経過し、内痔核治療における標準治療として広く普及した。一方で再発も散見され2020年版ガイドラインでは、10年累積再発率は10～35%としている。今回われわれは当院における、ALTA単独療法（以後Aと略記）およびALTA併用療法（以後E1、E2、E3と略記）後再発例に対する再治療の治療成績を検討した。

【対象・方法】

2005年1月から2023年12月までに当院でA、E2、E3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以上の主痔核病変を対象とした。尚、E1は症例数が少ないことと、根治性には影響しないため除外した。A施行3,903病変、E2施行3,933病変、E3施行346病変、結紮切除（以後、LEと略記）841病変の4群間の累積無再発率を、経過観察期間120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。また再発後の術式も同様に比較検討した。

【結果】

術式別無再発率は、LEとE3間に統計学的な有意差は認めなかったが、 $E3 > E2 > A$ の順に有意に再発が少なかった ($p < 0.05$)。再発後の選択術式に関しては、A施行175病変、E2施行69病変、E3施行54病変、LE施行3病変であった。再発治療後の無再発率は $E2 > A$ と有意に再再発は少なかった ($p = 0.04$)。E3とE2、E3とA間では統計学的な有意差は認めなかったものの、 $E3 > E2$ ($p = 0.06$)、 $E3 > A$ ($p = 0.08$) とE3が再再発は少ない傾向にあった。LEと各群間での有意差は認めなかった。

【考察】

当院におけるAおよびE2、E3療法後再発例に対する再治療の治療成績は、外切切除度が高いほど、より根治性が上昇する傾向にあった。再発症例に対する治療法の当院の見解は、根治度のみを考慮すると初回手術よりも切除度の高い術式の選択が望ましい。しかし良性疾患であることより、初回手術・再発手術ともに、術式の選択は患者自身の希望を優先している。それ故に、根治性よりも術後疼痛回避のために、再度A単独療法を選択する患者が多いのが現状と考える。

ALTA療法再発例に対する手術法の選択基準

小原 誠

OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック

【目的】

ALTA療法（単独及び併用）再発例に対する手術法選択基準を検討する。

【対象】

当院にて2013年3月19日～2024年2月29日に施行したALTA療法（単独及び併用）4,955例（単独：併用 2,643例 2,312例）

【結果】

初回再発率 単独：併用 167例（6.3%）：58例（2.5%）。

単独療法再発例の再々発率は単独：併用 5例/75例（6.7%）：3例/92例（3.3%）、ただし再度単独療法を施行した75例中、肛門管内外痔核（+）12例、（-）63例で、それぞれの再々発率は2例/12例（16.7%）、3例/63例（4.8%）。

併用療法再発例の再々発率は単独：併用 0例/15例（0%）：1例/43例（2.3%）。

Goligher分類別再発率の検討では、初回単独療法再発率2度：3度：4度 31例/1,047例（3.0%）：124例/1,522例（8.1%）：12例/74例（16.2%）で再度単独療法を施行した場合の再々発率は2度：3度及び4度 0例/17例（0%）：5例/58例（8.6%）。

Goligher分類と肛門管内外痔核の有無を統合した検討では、初回単独療法再発率2度管内外痔核（+）3.7%、（-）2.9%、3度（+）13.9%、（-）6.8%、4度（+）16.2%、（-）非該当。再発した症例に再度単独療法を施行した際の再々発率2度（+）0%、（-）0%、3度及び4度（+）16.7%、（-）6.5%であった。

単独及び併用療法術後再発例において、再発時Goligher4度であった症例は10例あり、いずれも再々発はない。手術は単独2例、併用8例で単独で治癒した2例はどちらも急性期症例であった。

また2006年3月1日～2017年2月28日の期間で当院施行のALTA療法（単独及び併用）において、初回再発が1年以内の早期再発群ではそれ以降に再発した群より再々発の可能性が高く、3回以上再発を繰り返した症例の2/3がその群に含まれていた。

【結語】

併用療法再発例は初回と同じ基準（当院における併用療法適応基準参照）で手術を選択できる。

単独療法再発例は以下の3つの条件を考慮し併用療法を選択すべきである。

1. 初回手術時Goligher3度以上
2. 再発時肛門管内外痔核の存在
3. 初回再発が1年以内

ただし、急性期4度（発症から1週間以内のもの）の場合は、再発症例でも、単独療法にて治癒せしめる可能性があり、そのメリットも大きいと検討すべきと考える。

ALTA単独療法後 再発タイプ別治療法

野崎 元子

のぞきクリニック

当院にて、2008年から2023年までに行った内痔核手術8,566例中、ALTA単独療法は3,451例で40.3%であった。

初回ALTA単独療法を行い、再発時、再度ALTA単独療法を行った症例は294例、痔核根治術（ALTA併用を含む）を行った症例は362例であった。痔核根治術を選択した症例は外痔核の発達が原因の場合が多い。IV度となっているために根治手術となることもある。

再度ALTA単独療法を行った症例は、血管が発達しているタイプに多く、特にいきみや便通異常を伴う症例では、3年程度で再び内痔核が腫脹し、出血や脱出がみられるようになるタイプが一定数あった。3年程度の場合は、初回ALTA療法による硬化が残っており、ALTA注入量は1回目の60～70%程度になることが多い。5年以上経過した症例では1回目と同量程度注入可能なことが多い。

また、1～2方向のみの痔核症例にALTAを行った場合、2～3年後に別方向の痔核が発達して再度ALTAを行う症例もあった。内外痔核とも大きい症例でもALTAのみを希望された場合はALTA単独療法を行っているが、数年で再発することが多い。そのとき根治手術を勧めるも、数年間調子がよかったので、再度ALTAを希望する患者も少なくない。ALTAを2回行った後、3回目に根治手術となるケースも43例あった。ALTAを3回行った症例も40例あったが、いずれも1回目から3回目までには5年以上経過していた。3回目は5年以上経過していても、1回目ALTAの60%程度しか注入できないことが多い。

ALTA再発時、切除手術を行わなくても、ALTA単独療法にて再度治療できる症例も多く、再発の可能性はあるが、患者のQOLや希望を考慮し、手術方法を選択している。但し、ALTA療法にて症状改善が見込まれない症例では、ALTA単独療法を希望しても根治手術が必要であることを説明し、理解してもらわなければならない。

ALTA療法後の再発症例に対する治療 ～積極的切除の立場から～

大橋 勝久、大橋 勝英
大橋胃腸肛門科外科医院

【はじめに】

ALTA療法後の再発症例に対し、再ALTAと切除のいずれがよいかは定まっていない。一律に決めるものではなく、症例や術者の経験などに応じ選択すべきだが、LEを主体とする立場で治療成績の妥当性を評価する。

【方法】

平成26年から演者が担当した痔核治療1,875例で、ALTA療法（併用含む）後に何らかの外科治療が行われたのは48例だった。再治療が痔核以外（直腸脱4例、WHA1例、肛門周囲膿瘍3例）を除く40症例を後方視的に検討した。

【結果】

年齢中央値58歳、男30女10、他院治療後の再発16症例、2回以上の手術歴7症例（過去2回が5症例、3回以上2症例）、再治療までの期間61ヶ月（中央値）だった。治療内容はLE単独23症例、ALTA併用12症例（LE+ALTA：3、LE+EA：2、EA+ALTA：4、EA：3）、ALTA単独2症例、ゴム輪結紮2症例、Mucopexy1例。Clavien-Dindo分類Grade II以上の合併症は蕁麻疹2例、帯状疱疹1例、憩室出血1例、切除を要するスキントッグ1例で、治療の必要ない一過性出血を2例認めた。再発に対し再度ALTA単独療法が行われたのは当院2例と他院2例で、うち3例が再発した。ALTA単独療法以外の再治療では再発を認めなかった。

【考察】

他院治療後の再発が16症例あり、全例紹介状がなく治療内容が正確に把握できなかった。また再治療の多くは5年前後経過した症例で、カルテの電子化や症例のデータベース化以前の医療情報に不備があり、自施設の症例でも検討に限界があった。検討内容のエビデンスは低いが、再治療におけるALTA単独療法は再発率75%と根治性が低かった。特に外痔核病変は切除が必須で、短期的な疼痛対策は必要だが、危惧する有害事象は少なく低侵襲だと考える。

【結語】

再発例に対しては、ALTA単独療法以外が確実な治療方法と考える。

当院におけるALTA単独療法後再発症例に対する術式選択について

日高 仁、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は、ALTAの簡便性・低侵襲性と、LEの万能性・根治性という双方のメリットを、有床診療所という当院の診療形態を踏まえ最大限活かすべく、それぞれの単独療法を基本方針とし、「全周性・亜全周性に大きく発達した外痔核を有す症例」「器質化した外痔核を合併した症例」「症状に関与するような大きなSkin tagや、肛門ポリープを伴う症例」はLEの絶対的適応と考え、それ以外の症例については、術前に外痔核の程度を正確に評価し、患者の希望や社会的事情・併存疾患なども考慮し、術式を選択している。

初回治療にALTA単独療法を選択する場合には、好適応と判断し積極的に選択した症例から、LEがより適しているが患者の希望や社会的事情・併存疾患などを理由にALTA単独療法を選択した症例まであり、第16回の本研究会総会では、2005年1月～2012年12月の当院初回ALTA症例について、再治療に至ったものが32.3%、再治療までの平均期間が4.9年、再治療に至った症例の63.5%が次治療にもALTA単独療法を選択したことを報告した。

ALTA単独療法後再発症例に対する術式選択では、①初回（または前回）どのような理由でALTAを選択した症例が、②どの位の期間を経て、③どのような形態をもって再発し、④その他の因子（患者の希望や社会的事情・併存疾患の経過など）がどう変化したか、を考慮することが肝要である。

2018年1月～2022年12月に、当院にてALTA単独療法後再発（前治療も全て当院）で手術を行った全106例（男:女=85:21、平均年齢 61.3歳 [21-93歳]）の内訳はALTA単独療法53例（50%）、LE46例（43.4%）、併用療法・その他7例（6.6%）であり、今回は、これらの選択が上記①～④を踏まえどようになされ、その後の経過がどうであったか等について、検討・報告したい。