



第18回 内痔核治療法研究会総会



プログラム・抄録集

令和7年(2025年)7月6日(日)

当番世話人 宮田 美智也

共 催

内痔核治療法研究会
ジェイドルフ製薬株式会社

第18回 内痔核治療法研究会総会 ご挨拶

COVID-19の影響で一時休止からWEB開催を余儀なくされておりましたが、第16回で現地開催が復活し、さらに昨年第17回はハイブリッド形式で開催され、より多くの先生方に御参加いただけるようになりました。今回もハイブリッド形式で開催させていただきます。

2005年3月に始まったALTA療法は、20年が経過しました。脱出する内痔核症例に対し再発はあるものの根治させることが可能で、特に単独療法はその低侵襲性から、画期的な治療法として広く普及してまいりました。しかし、大きな外痔核成分を伴うものや器質化した成分を伴う症例は根治性に問題があり適応とはなりませんでしたが、低侵襲であるALTA療法の利点を生かすために、ALTA療法に従来行われていた種々の手技を組み合わせた併用療法がおこなわれるようになり、現在に至っております。

そこで今回のテーマは、「ALTA療法20年、これまでとこれから」とさせていただきます。

総会の内容は、午前は応募いただいた先生方による一般演題の発表と討論を行います。ランチョンセミナーは、20周年を記念して高村寿雄先生と、岩垂純一先生に特別講演を御願ひしてあります。午後は指定演者の先生方により、ガイドラインに記載の現在行われている併用療法について実際をビデオにて供覧していただくとともに、その術式に至った経緯や適応をご講演いただきます。

この20年間に得られた皆様の経験をもとに、「ALTA療法のbest therapyは」に対する現時点での一定の見解を得るとともに、今後の日常の診療に活かしていけるような総会となることを願っております。

第18回 内痔核治療法研究会総会
当番世話人 宮田美智也
(医療法人愛知会 家田病院)

第18回 内痔核治療法研究会総会

日時：2025年7月6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）

小原 誠（OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック）

宮田美智也（家田病院）

野崎 元子（のざきクリニック）

山本 秀尚（山本クリニック）

小野 芳人（渡辺病院）

鮫島 隆志（鮫島病院）

世話人（順不同）

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（いわき泉肛門クリニック）

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）

松田 聡（松田病院）

田畑 敏（市立砺波総合病院）

服部 和伸（せしも胃腸肛門クリニック）

瀬下 巖（生駒胃腸科肛門科診療所）

増田 勉（広島DS内視鏡・日帰り手術クリニック）

藤解 邦生（宮本病院）

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）

高村 寿雄（東神戸病院）

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）

岡空 達夫（三好病院）

國本 正雄（くにもと病院）

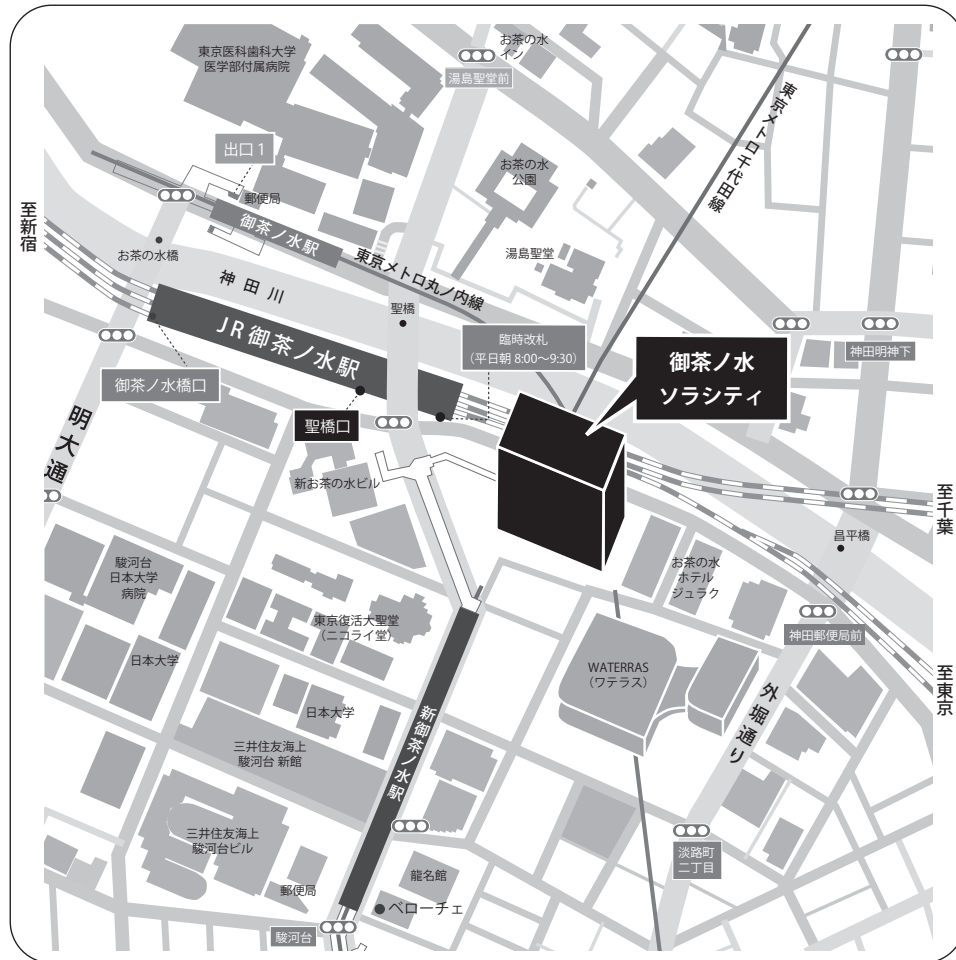
松田 直樹

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 → 「御茶ノ水」駅
4分

【羽田空港からのご案内】「東京」駅または「神田」駅乗り換え

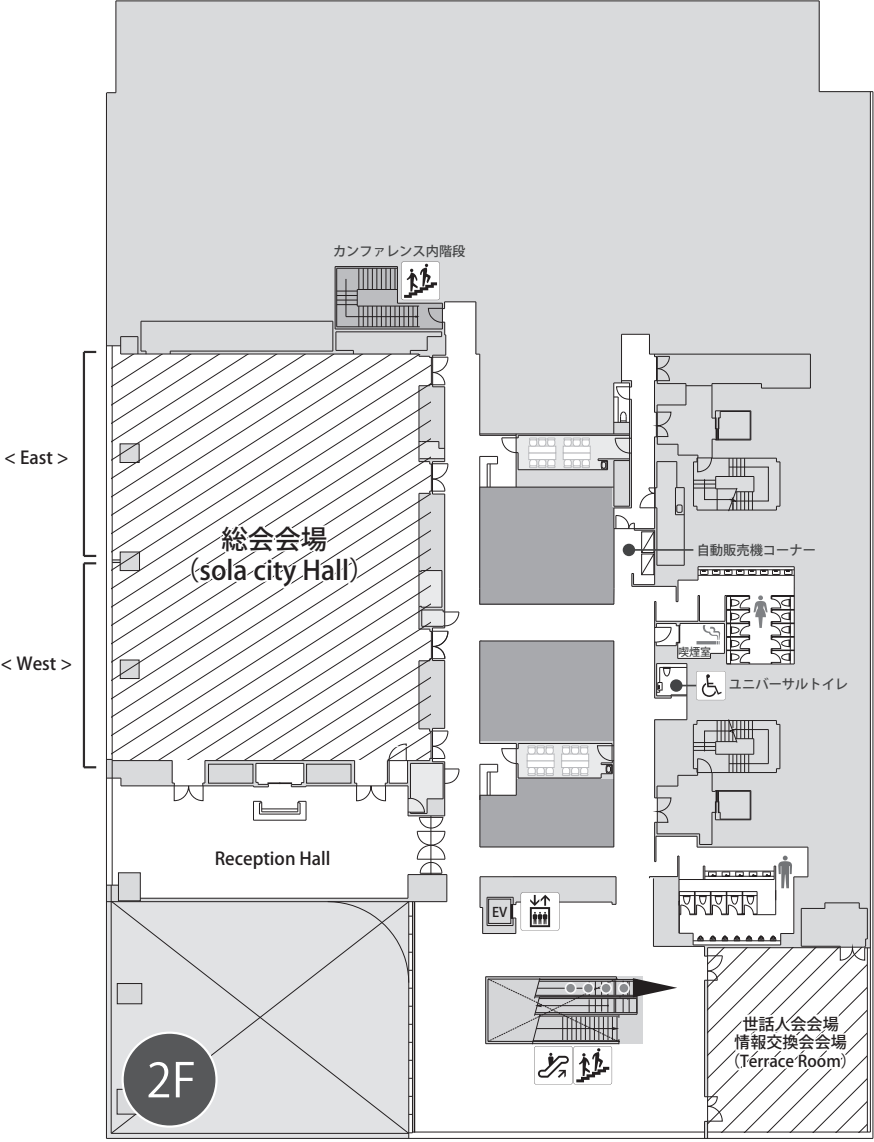
- 東京モノレール「羽田空港」 → JR「浜松町駅」 → 「東京」駅 → 「神田」駅
3分 25分 6分 2分
中央線
山手線
京浜東北線

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18回内痔核治療法研究会総会は、ハイブリッド形式（ソラシティカンファレンスセンター＋WEBライブ配信）で開催します。また、会期後に期間限定でオンデマンド配信を行います。

○ハイブリッド形式（会場参加、またはWEBによる参加）：

2025年7月6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：2025年7月14日（月）～8月31日（日）

■ 参加登録・参加費のお支払い

1. 参加方法

- ・ 会場参加、WEBによる参加、いずれの場合も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/event/bundlesite/ssm-xiv2>）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、「現地会場で参加＋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

2025年6月2日（月）～2025年7月4日（金）12：00（正午）まで

3. 参加費

5,000円（税込）

4. お支払い方法

- ・ お支払い方法は「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2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/event/bundlesite/ssm-xiv2>）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（2025年7月6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：2025年7月14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14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7分、質疑応答3分
- ・ 指定演題：発表10分、質疑応答5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 8：30～13：30

- ・ 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。

情報交換会

- * 総会終了後、情報交換のための粗餐（酒餐）を用意しております（参加費無料）。情報交換会に参加される方は、車でのご来場をご遠慮下さい。

第18回内痔核治療法研究会総会プログラム

テーマ：「ALTA療法20年、これまでとこれから」

日時：令和7年（2025年）7月6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18回内痔核治療法研究会総会 当番世話人挨拶 9：30～9：35

医療法人愛知会 家田病院 宮田美智也

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 9：35～10：25

座長：渡辺病院 小野 芳人

O-1 ALTAを振り返る1

順守会千代田医院 笹口 政利

O-2 エコーの診断技術の進歩からALTA療法の適応を考える

－Superb Micro-vascular Imagingを用いた経会陰エコーでの痔核の血流評価－2

宮本病院 外科・肛門外科 宮本 英典

O-3 直腸粘膜脱を伴う内痔核へのジオン注射3

社会医療法人北楡会札幌北楡病院 肛門外科 小野寺一彦ほか

O-4 高度貧血をきたす内痔核に対するALTA療法の活用法 4

森外科医院 森 俊治ほか

O-5 安全で効果的なALTA療法を目指して 5

神戸マリナーズ厚生会病院 肛門外科 能山 智宏ほか

一般演題口演2

10 : 25 ~ 11 : 20

座長：山本クリニック 山本 秀尚

○-6 ALTA単独療法のこれまでとこれから6

しらはた胃腸肛門クリニック横浜 白畑 敦

○-7 20年間を踏まえたALTA単独療法の勧め方と術後管理とフォローアップ7

医療法人ミネルワ会渡辺病院 外科 小野 芳人ほか

○-8 痔核の形態分類に基づいたALTA併用療法:特にA2（粘膜型内痔核）に対する
volume reduction8

やの胃腸肛門外科 矢野 義明

○-9 当院におけるALTA療法の変遷 ～変わったこと変わらないこと～9

OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック 小原 誠

○-10 当院のALTA療法の変遷と今後 10

ふるだて加藤肛門科外科クリニック 加藤久仁之ほか

3. 有害事象委員会からの報告

11 : 20 ~ 11 : 30

内痔核治療法研究会 有害事象委員会委員長

潤愛会鯨島病院 鯨島 隆志

— 休 憩 —

11 : 30 ~ 11 : 50

4. 特別講演 I

11 : 50 ~ 12 : 20

「知っておきたい消痔霊注射液（ALTAの原点）」

司会：東葛辻仲病院 松尾 恵五

演者：東神戸病院 高村 寿雄

5. 特別講演 II

12:20 ~ 12:50

「内痔核治療法研究会の歴史—設立時を中心に—」

司会：大阪中央病院 斎藤 徹

演者：岩垂純一診療所 岩垂 純一

— 休 憩 —

12:50 ~ 13:00

6. 指定演題口演

13:00 ~ 14:55

(発表10分 質疑応答5分)

座長：八子医院

八子 直樹

OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック

小原 誠

S-1 分離結紮術（DL）とのALTA併用療法 12

のざきクリニック 野崎 元子

S-2 ACL・A法における術式の工夫 13

札幌いしやま病院 石山元太郎ほか

S-3 ALTA併用療法 =LE+Aの治療成績= 14

潤愛会鮫島病院 鮫島 隆志ほか

S-4 14年間の変遷から考えるALTA療法の未来 15

おなかクリニック・おしりセンター 羽田 丈紀ほか

S-5 ALTA療法を用いた内痔核治療の変遷 16

くにもと病院 鉢呂 芳一ほか

S-6 日帰り手術で行う当院における併用療法E3・Aの実際 17

小村肛門科医院 小村 憲一

特別発言

黒川梅田診療所 黒川 彰夫

7. 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。

*総会終了後に情報交換会を予定しています。

一般演題口演

ALTAを振り返る

笹口 政利
順守会千代田医院

21年ほど前であったか、OC-108という薬剤のアンケートをいただいたことをつい最近のように思い出します。

第2回内痔核治療法研究会から積極的に参加させていただいていますが、ALTA単独および併用療法により低侵襲の痔核治療が確立されつつあることは喜ばしいことです。

ALTA単独療法は、痔核の的確な診断の後、適量を適所に投与し術後の再発予防を適切に行えば根治性に優れた方法と考えます。併用療法も同様と考えています。

第2回内痔核治療法研究会（以下研究会）において、ALTA単独療法においては抗血栓剤や血小板凝集抑制剤を休薬することなく投与した症例の安全性を発表しました。現在においても多くの方の賛同が得られていることと思います。^(※1)

第4回の研究会において、それに加えて外来診察で痛みなしに肛門鏡検査を行えた患者には無麻酔でALTAの投与を行っていることと、ALTA投与後に抗生物質の投与を行っていないことを報告しました。^(※2)

抗生物質の投与に関しては投与すべきという意見をいただきましたが、第13回の研究会アンケートでALTA療法後に抗生物質を使用していない医師が24%に及ぶという結果が示されました。^(※3)なお、第14回の研究会でALTA投与後の発熱の原因は薬剤熱（免疫複合体を介したⅢ型アレルギー）との報告もあります。^(※4)

研究会発表当日に中止となった発表に透析患者に対するものがありました。透析も行っている肛門科診療所は少ないと考えますが、ALTAは福音となるはずでした。私自身、自尿のある透析患者に対するALTA単独投与を行ったことはあります。血中アルミニウム値は投与後から減少しており1年後には測定不能でした。

今後の課題は、脱出性内痔核を合併した緩解期の潰瘍性大腸炎患者へのALTA投与の安全性と前立腺癌の放射線治療後の患者に対するALTA投与の可否があげられます。

※1：第2回記録集P31-32

※2：第4回記録集P20-21

※3：第13回記録集P83

※4：第14回記録集P64-65

エコーの診断技術の進歩からALTA療法の適応を考える —Superb Micro-vascular Imagingを用いた 経会陰エコーでの痔核の血流評価—

宮本 英典

宮本病院 外科・肛門外科

【はじめに】

ALTAの作用機序の一つは、血流遮断を介した止血、痔核の縮小である。これまで、経肛門アプローチによるエコー検査（Transanal Untrasonography：TAUS）を行い痔核内の血流をPower Doppler Imaging（PDI）で確認してALTA療法の効果を客観的に評価できることを報告した（Colorectal Dis. 15, e84-e88, 2013）。しかし、TAUSは検査時のストレスが大きいという問題があった。経会陰アプローチによるエコー検査（Transperineal Ultrasonography：TPUS）はTAUSに比べて検査時のストレスが少ないのだが、TPUS PDIでは痔核内の血流が十分に描出できなかった。そこで、従来は描出が困難であった低流速の血流を描出できるイメージング技術Superb Micro-vascular Imaging（SMI）が開発されたことに着目し、TPUS SMIで痔核内の血流が描出できるか症例検討を行った。

【対象と方法】

2025年3月の1か月間で排便時の痔核の脱出や出血といった症状で来院された患者さんの内、TPUSでの血流評価について同意していただいた17名を対象とした。体位は左側臥位。

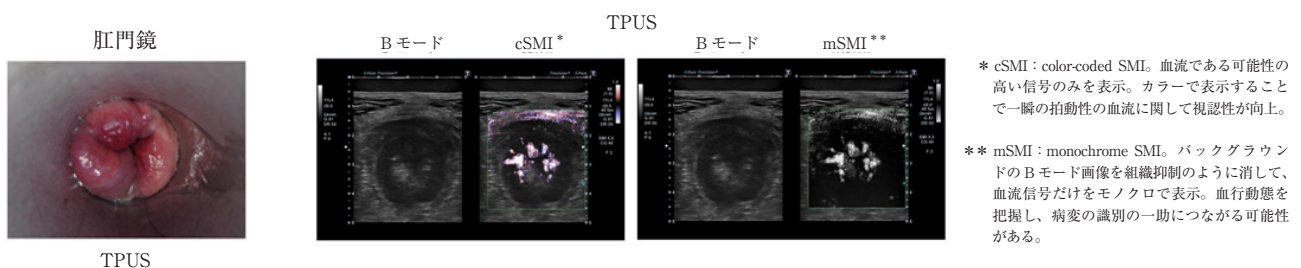
使用した機種：キャノンメディカルシステムズ Aplio a Verifla

使用したプローブ：リニア式電子スキャンプローブ PLT-704SBT

Bモード周波数：diff T 9.0MHz SMI周波数：5.5MHz Time Smooth設定：5

【結果】

TPUS SMIで痔核内の血流を描出できたのは17例中10例（58.8%）だった。ALTA療法の既往の有無で分けると、既往なし9例の内6例（66.7%）、既往あり8例の内4例（50.0%）で血流を描出できた。肛門鏡所見とTPUSのBモードとSMIでみた痔核の画像を以下に示す。



【まとめ】

血流の多い痔核では、TPUS SMI、特にmSMIの画像で、肛門鏡で見た痔核のように描出できた。作用機序から考えると血流の多い痔核でALTAはより効果を発揮するため、TPUS SMIでの血流診断はALTA療法の適応を決める際の参考になりそうである。

直腸粘膜脱を伴う内痔核へのジオン注射

小野寺一彦、高橋 宏明、堀江 卓
社会医療法人北楡会札幌北楡病院 肛門外科

【背景と目的】

直腸粘膜脱症候群（MPS）の初期と思われるRb前壁の弛みを伴う内痔核は時々みられ、中には直腸脱に進行していく例もある。内痔核に対してジオン注射した後に併存していたMPSが脱肛してくる例もある。

MPSにもジオン注射を適応することの有用性を考察する。

【対象・方法】

2025年3月までの半年間にMPSを伴う内痔核へMPSにもジオンを注射した6例（平均年齢79歳、女5名、男1名）を検討した。

MPSは肛門鏡検査時Rb前壁主体の弛んだ発赤粘膜が怒責時内痔核まで降下してくることで診断した。

内痔核は4度が2例、3度が2例（うち1例は手術時直腸脱だった）、2～3度が2例で、出血を伴ったのが5例だった。内痔核へは4段階注射法、MPSへは多点法を行った。

【結果】

術後全例脱肛と出血は消失し、MPS部分は縮小平坦化した。

いずれの症例も高齢者であり排便時間が長い自覚があり、「便が出づらい、出しきれない、汚れが拭き取れない、踏ん張っても出ない」などの訴えがあったが、術後症状は改善した。

【考察】

本対象には入っていない古い症例で、MPSにも注射した5年後内痔核の脱出を再発した際MPSは治癒したままだった例もあり、必ずしも内痔核とMPSが連続した粘膜の緩みとしてとらえるべきではないのかもしれない。また注射したMPS部に潰瘍を作り長らく出血が持続した例も過去にあったが、結局癒痕化しよく収縮した。

【結語】

1. MPSを伴う内痔核へジオン4段階注射法を施行する際MPS部分へ多点法を追加することは有用と思われた。
2. MPS粘膜の凸の部分の粘膜下に少量ずつ注入することが肝要と思われた。
3. MPSにジオン注射をしておくことで将来の直腸脱を予防できるかは今後の課題である。

高度貧血をきたす内痔核に対するALTA療法の活用法

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⁾

内痔核の主な症状は脱出と出血であるが、一般的には出血は軽度であり日常生活に支障を来す貧血になることは少ない。しかしながら、ときに高度貧血になり輸血を必要とする症例を経験することがある。輸血の施行できない当院のような医療機関では全身管理も含めて基幹病院での治療をお願いするしかないが、輸血は血液成分を体内に入れる移植の一種であり、一定のリスクを伴うことから輸血療法の性質や考え方を理解した上で危険性と効果を勘案し安全かつ適正に行う必要がある。また限られた医療資源の有効利用の面からも安易な輸血はできる限り避けるべきと考える。当院は手術が必要な内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、貧血があるとLEを断念せざるを得ない。その場合ALTAを選択することになるが、ALTAは痔核縮小効果と並び止血効果は非常に優れており、貧血を改善し輸血を回避することができる有効な治療法である。2024年12月までに当院で行った内痔核手術1,614例のうち、当院を受診する以前に内痔核出血による貧血のため輸血を受けていた症例が13例あった。11例は初発で、2例はALTA後の再発であった。根治術としてLEが5例、ALTAが8例に施行されていた。また、術前Hb 10g/dL未満の症例は56例あった。そのうち8g/dL未満の高度貧血症例も7例に認められ、2例にLE、5例にALTAが施行されていた。高度貧血をきたす内痔核出血症例には患者の年齢や全身状態、基礎疾患、内服薬などを考慮し、どのような治療法を選択するかが問題になるが、低侵襲治療法であるALTAをどのように活用できるのか当院の手術成績を振り返り検討することにした。

安全で効果的なALTA療法を目指して

能山 智宏¹⁾、黒川 彰夫²⁾

神戸マリナーズ厚生会病院 肛門外科¹⁾、黒川梅田診療所²⁾

【はじめに】

当院では2019年より肛門科を開設し、痔核手術は主としてALTA併用療法（併用380例、単独126例）を中心に行なった。この間、安全で効果的なALTA療法を考案し実施している。重篤な合併症は保存的に軽快した難治性潰瘍1例だけであった。狭窄、変形なども認めていない。また、ALTA併用療法施行例の再発は1例であり、単独療法では3例であった。今回、その勘所と潜在的なピットフォールについて報告する。

【ALTA注入手技】

当院で実施しているALTA療法は、痔核粘膜を明確なメルクマールをもって、①恥骨直腸筋付着部上縁、②恥骨直腸筋付着部下縁、③痔核中央部、④痔核下極に分割し注入している。四段階注射法の第1段階は①+②に相当する。

注入部位を痔核上極とすると“点”のイメージがあり、“点”へ注入は過量投与のリスクとなる。十分に注入できる空間をもった“面”とすることでリスクを回避している。また、恥骨直腸筋付着部上下縁に投与することで、恥骨直腸筋に直接注入するリスクを避けた上で滑脱した粘膜を恥骨直腸筋に固定できると考えている。また四段階注射法の第2+3段階を②と③に分割することで、1カ所に過量投与するリスクを回避している。

硬化療法の主たる効果は病理組織学的に粘膜と筋層の固着と考えられているため、注入の深さは全て粘膜下層としている。注入中は常に膨隆し浮腫状に色調が変化することを観察できることが最も重要である。可能な限り細径針を用いて注入速度が速くならないよう、27G針と10ml注射器を用いている。針は押しつけたままであると液が側方に広がりやすく、少し引きながら膨隆する位置に針先を持ってくる。垂直方向の穿刺は膨隆を確認し易いが深くなるリスクがあり、接線方向の穿刺は液が側方に広がり易いことにも留意が必要である。穿刺の深さは内視鏡の局注針が参考になる。4mmが標準であるが、3mmと2mmのものも発売されている。膨隆が確認できない場合は、筋層以深に注入しているか、または口側粘膜を貫いている可能性がある。

【手技のピットフォール】

壊死、狭窄、潰瘍等の原因となる問題点について、注入中に色調が白くなる場合は粘膜表層に注入しており、潰瘍の原因となる。次に、肛門鏡を深く挿入し直腸肛門輪より口側の滑脱した粘膜の膨隆を痔核と誤認し注入すると、高度狭窄や腹膜炎の原因となる可能性がある。後方では恥骨直腸筋付着部はスリング状に迫り出しており、穿刺角度が垂直になりやすく筋層以深に注入しやすくなる可能性があるため、細心の注意を要する。痔核切除後に注入する場合は、メルクマールが失われること、切除部直上は緊張しており膨隆が確認し難いことから推奨しない。

なお、適切に注入できた場合は、注入後速やかに痔核が還納されるため術中に効果判定が可能である。そして、併用療法においては切除部を最小限にできることから先にALTAを注入することを推奨する。

ALTA単独療法のこれまでとこれから

白畑 敦

しらはた胃腸肛門クリニック横浜

【はじめに】

当院のALTA療法については『迷走したこれまでとこれから』と言わざるを得ない。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回本研究会総会にて報告）が、Aの役割は補助的であり特殊性があり絶対的なものではない。また、根治を目指したALTA単独療法を施行しているが、様々な理由で根治性より術後QOLを優先とした姑息的なALTA単独療法も当院では同意が得られた症例には施行している（第17回本研究会にて報告）。しかし、根治的ALTA単独療法と姑息的ALTA単独療法との分別は主観的であり、理論的に説明できないのが現状である。

【ALTAの役割】

ALTA併用療法でのALTAの補助的な役割は大きい。しかし、ALTAの最大のメリットは簡便で低侵襲な側面であり、単独療法でのみそのメリットが最大化される。そのためALTAをもっと活かすために、ALTA単独療法についてもっと分析しコンセンサスが必要である。

【当院のALTA単独療法の現状（適応と方法）】

当院の6年間のALTA単独療法は、2019年9.1%（28/307例）、2020年3.3%（15/454例）、2021年4.6%（32/698例）、2022年6.2%（46/741例）、2023年17.1%（131/763例）、2024年24.3%（183/753例）であり年々増えている。適応は、根治が期待できる症例（主観的）以外にも、痔核の形態的根治が困難と予想される症例でも、①疼痛が不安で許容できない②訴えが内痔核による症状のみの場合③社会的な側面（時間がない、仕事が多忙などの場合）④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）にも、同意があれば単独療法を施行している。ALTA単独療法は、全例で必ず麻酔下（当院では基本的に仙骨硬膜外麻酔）にてZ式肛門鏡で4段階法に準じて施行している。そして、術中麻酔下診断（Examination Under Anesthesia：EUA）を意識してしっかり行い、術後の経過観察、再発時のstrategyに利用している。

【ALTA単独療法の成績と今後】

当院では、単独療法の治療効果の長期followの解析はできていない。非科学的な主観的な感想になるが、患者医師間で治療目標を共有し、それを実践するようにすれば単独療法後に外科手術になる症例は少なく患者満足度が高いと考える。もちろん長期的に再発する症例も予想されるが、単独治療について正しく理解して頂くように術前にインフォームドコンセントを丁寧に行う。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りALTA単独療法の出番は少なくない。今後、ALTAのメリットを活かした単独療法が目標性・再現性があり、普遍的な治療として確立するために議論（治療成績・形態学的適応・治療手技の工夫など）が必要である。

20年間で踏まえたALTA単独療法の勧め方と術後管理とフォローアップ

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⁾、石丸 啓³⁾
医療法人ミネルワ会渡辺病院 外科¹⁾、ほこいし医院²⁾、愛媛大学医学部附属病院 消化器外科³⁾

【はじめに】

ALTA療法はジオン[®]注開始から20年が経ち、痔核治療の重要な役割を担っている。併用療法の治療効果が高く、盛んに行われているが、「切らない痔核手術」である単独療法も魅力的で、患者側から希望されることも多い。今回当院でのこれまでの発表を踏まえて、ALTA単独療法の勧め方、術後管理法、フォローアップについて述べたい。

【良い適応】

もちろん脱出性の内痔核が適応であるが、外痔核成分は無い方が、粘膜脱型よりは結節型に再発が少ない。内痔核体積も3.5ml以上の大型になると再発が増加する。出血症状は有った方が症状が速やかに消失するため喜ばれる。以上より、単独療法の良い適応は、「出血を伴う巨大でない結節型内痔核」で、「外痔核成分がほとんどないもの」と言え、たとえ患者が希望しても、痔核の状態と適応を見極めて決定すべきである。

【再発】

当院の累積再発は術後アンケートも踏まえて、5年で16.8%、10年で26.4%に認められた。多いようでもあるが、外科的侵襲を加えることなく7-8割は再発せず、また再発した場合も再投与が可能であり、有効な治療法と言える。

【IC】

主訴と痔核の状態を十分考慮し、「良い適応」を鑑みて、再発の頻度や有害事象を説明した上で患者が希望されれば、適応とするが、患者の理解が重要である。

【術後管理】

日帰りがほとんどであり、管理の目が行き届かない。そのため、起こり得る有害事象を各自でチェックしてもらえるように「自己管理表」を渡し、自己管理としている。異常が続けば連絡してもらい、大きな問題がなければ受診時にチェックすることで合併症の早期発見につながり、非常に有用である。

【管理期間】

効果と有害事象の観点から、術後1週で治療の効果と排便状況の確認、3週で過度な硬化の有無や発熱のチェック、7-8週で最終的な効果と有害事象のチェックを行う。但し気になる事項があれば更に1-2か月フォローする。

【フォローアップ期間】

術後管理としては7-8週であるが、気になる症状があれば随時受診してもらい、術後1年、5年、10年には術後アンケートを郵送し、再発等がないかチェックする。再発が疑われる場合は受診するように連絡して実際に診察する。5年までの再発が多いが、再発は以後も少しずつ増加し、10年以降でも再発は認められる。しかし、患者の年代も変わるため、当院では10年で一旦フォローオフとしている。

【まとめ】

当院でのこれまでの発表を踏まえて、ALTA単独療法の良い適応と勧め方、術後管理、フォローアップについて述べ、適応や管理が安定したと改めて実感した。

痔核の形態分類に基づいたALTA併用療法：特にA2(粘膜型内痔核)に対するvolume reduction

矢野 義明
やの胃腸肛門外科

私は肛門管をA（内痔核）領域＝歯状線からヘルマン線までの移行帯（A1領域）及びヘルマン線から口側の直腸粘膜（A2領域）、B（管内外痔核）領域＝括約筋間構～歯状線までの肛門上皮、C（管外外痔核）領域＝肛門縁から括約筋間構までの肛門周囲皮膚に分け、肛門管長軸の時間軸に沿って各領域の痔核の形態を簡易的に分類して術式を決定している。

<ABC領域ごとの痔核の形態分類>

- A（内痔核）：A1はA1領域の（従来の）結節型内痔核で暗赤紫色。A2はA2領域の膨隆した粘膜型内痔核で粘膜色。A1+2はA1の上極に高台状に膨隆したA2が覆い被さる型。
- B（管内外痔核）：B1は結節型、青紫色で軟。環状に連なる型（circ）、また、肛門上皮の弛緩（loose）が付随する場合もある。B2は膨隆型、皮膚色で弾。環状に連なる型（circ）もある。
- C（管外外痔核）：C1は突起型（皮垂）。C2は扇状に広がる平坦で肥厚した皺型。

<脱肛再発症例の検討と術式>

2018.12～2025.1の間に経験した38例を内痔核の形態A1及びA1+2に注目して検討した。

- 1）A1（15例）：ALTA単独後の再発が15例で、全例にE2・Aを施行して現在まで再発はない。うち11例はA1B2C2だった。従来からC1症例にはE2・Aを施行して再発経験はない。C2症例、特にA1B2C2はALTA単独では再発率が高いと考える。
- 2）A1+2（23例）：ALTA単独後の再発は11例で、当初3例にE2・Aを施行したが再々発した。また、初回手術でE2・Aを施行した12例に再発を認めた。E2・A後の再発はE2の癒痕を首とするA1+2のうなだれ型脱肛である。これをいかにvolume reductionするかが課題であった（第15回記録集PD1-2）。E3（8例）、他院紹介LE（6例）、F/U中（5例）。R5.5からA2に刺入結紮（mucosal ligation：以下mL）を（4例）に試みたところ良好であった。以降、A1+2症例には初回手術からmL・E2・Aを積極的に行っている。

当院におけるALTA療法の変遷 ～変わったこと変わらないこと～

小原 誠

OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック

2005年にALTAが保険収載され、約20年が経とうとしている。

当初は、2度程度の、比較的小さな内痔核が治療対象とされており、外痔核を伴う症例は適応外とされていた。また、あくまでも根治的な治療ではなく一時的な姑息療法といった理解がされていたように思う。当院でも初めはそのような位置づけで治療を行っていた。しかし、その即効性は目を見張るものがあり、徐々に適応を拡大するようになった。一番衝撃を受けたのは、嵌頓痔核に対するその効果である。

現在では、ガイドライン上、嵌頓痔核は、ALTAの治療対象から外されているが、当時は、切ることもままならない嵌頓症例で、なんとか還納固定させて患者の苦痛を取り除くことはできないだろうかという思いで、挑戦してみた。しかし、実際その効果は凄まじく、外痔核部分に血栓を多量に形成しているものでなければ、脱出した痔核を還納させ固定する力は秀逸であった。

一度の治療で切ることもなく治癒に持っていけるこの治療法は、まさに革命的な治療法となり得ると確信した。しかし、徐々に治療対象を拡大していくと、早期に再発する症例が出てきた。その代表的なものが肛門管内外痔核を伴う症例であった。そうしたものを選別し、ALTA単独でできる症例、外痔核切除を付加した方が良い症例の基準を設定し、根治性を高めることに成功した。

ALTA単独療法だけではなく、外痔核は切除し、残った内痔核にALTAを注入するいわゆるALTA併用療法も、広義のALTA療法という認識で、全ての痔核はALTA療法で治癒させられると考えていた。それは今でも変わりはない。(もちろんALTA禁忌症例は対象外ではあるが) その他ALTA併用療法を確実なものとするためには外痔核切除の切除範囲はE3とすることが望ましいことも導かれている。

ALTA20年を記念して、当院におけるALTA療法の変遷を、手術動画を交えながら供覧したい。

当院のALTA療法の変遷と今後

加藤久仁之、加藤 典博
ふるだて加藤肛門科外科クリニック

【はじめに】

ALTA療法が開始され20年が経過し、一定数の再発は認めるものの、内痔核治療における標準治療として広く普及した。今回われわれは、当院における内痔核治療に対する術式の変遷および治療成績、有害事象等から、治療方針を検討した。

【対象・方法】

2000年2月から2024年12月までに当院でALTA単独療法（以後A）、ALTA併用療法（E1、E2、E3）、結紮切除（以後LE）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。E1は症例数が少ないため除外した。A施行7,079病変、E2施行5,382病変、E3施行556病変、LE施行712病変の4群間の累積無再発率を、経過観察期間5および10年のKaplan-Meier法にて比較検討し、 $p<0.05$ を有意差ありとした。またLEを主体としALTAを導入し始めた第1期（2000年～2008年）、ALTAの有効性の確認とともにLEが激減した第2期（2009年～2012年）、ALTAの治療技術の向上と、診療所の無床化にともないAおよびALTA併用療法が主体となった第3期（2013年～）の年代別に合併症（後出血、潰瘍、狭窄、術後疼痛等）発症数を検討した。

【結果】

術式別無再発率は5年、10年でLEとE3およびE2とE3間に統計学的な有意差は認めなかったが、 $LE>A$ 、 $LE>E2$ 、 $E3>A$ と有意に再発が少なかった（ $p<0.05$ ）。またE2とAの10年無再発率は有意差を認めなかった。年代別合併症発症数は、LE主体の第1期では出血および狭窄の発症数が多かったが、その後減少傾向であった。一方で潰瘍および膿瘍形成数はAの増加とともに第2期で増加したが、注射技術の安定とともに第3期で減少を認めた。術後疼痛の指標としてのロキソニン平均内服数は、第1期11.1錠、第2期4.63錠、第3期3.05錠と、LE症例数の低下とともに減少傾向であった。

【考察】

当院の内痔核に対する治療方針として、術後出血および狭窄、疼痛等の問題、またLEとE3との無再発率に有意差を認めなかったことより、切除を検討する病変はE3ないしはE2を第一選択としている。一方でE2とAの無再発率に有意差を認めなかったことから、粘膜低靱帯の強固な病変はAを第一選択とし、外痔核切除はオプションとしている。

指定演題口演

分離結紮術（DL）とのALTA併用療法

野崎 元子
のぞきクリニック

低侵襲で、日帰り手術に適した痔核治療法として、ALTA併用療法が注目されているが、ALTA療法と分離結紮術（DL）との併用療法についての報告は少ない。当院では、ALTA療法、痔核根治術（LE）、分離結紮術（divided ligation：以下DLと略すが、併用療法として記載する時はL）を適宜組み合わせて、全例、日帰り手術を施行している。

2009年から2025年3月までに9,373例の痔核手術を行った。うちALTA単独療法は3,629例、ALTA併用痔核根治手術は3,629例であった。

分離結紮とのALTA併用療法においては、それぞれの特性を生かすことのできる適応症例や適応範囲を見極めることが重要である。

部位の異なる痔核に対して一方に分離結紮術（内外痔核に）、他方にALTA単独療法を行う併用療法（L+A：名称記載法に掲載されていないので、LE+Aに準じてL+A）と、同一部位の痔核に併用療法（L・A：分離結紮術は外痔核に施行）を行う場合がある。L・Aを行う場合、E・Aと同様どこまで結紮するか、すなわちE2相当なのかE3相当なのかが重要と思われる。歯状線が肛門管内に固定され、内外痔核の境目にくびれのあるタイプでは、歯状線付近までの分離結紮術で、内痔核はALTA療法により治癒させることができる。一方、歯状線の支持組織が破綻し、固定していないタイプでは、歯状線のやや口側まで分離結紮術を行うことで、内痔核の再脱出を予防し、ALTA療法による内痔核の治療を成功させることができると考える。結紮後ALTA療法を行うことで、ALTA注の効果がより高められる。

L・Aにより、良好な手術結果を得られた症例の手術動画を供覧し、適応症例の特徴や、結紮部位、結紮方法などについて報告する。

ACL・A法における術式の工夫

石山元太郎、秋月 恵美、鈴木 崇史、佐藤 綾、西尾 昭彦、石山 勇司
札幌いしやま病院

【はじめに】

当院では、30年以上前から痔核にたいしてACL（Anal Cushion Lifting）法を施行している。ACL法は術後の疼痛や出血などの合併症が比較的少なく、整容性に優れているという利点をもつが、一方で再発率が結紮切除術に比較して高いという欠点を有している。このため、再発率をいかにして下げるかというのが、この数年間の課題であった。今回はACLにALTAを併用したACL・A法の術式の工夫や治療成績について報告する。

【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。2016年当初の術式は、肛門を中心に放射状に作成した皮膚切開創から、痔核を内括約筋より剥離し、そのまま本来の位置に吊り上げ固定してALTAを注入するというものであった。これに対し近年では、痔核を剥離した後、肛門上皮を温存した状態で主に外痔核成分を可及的にくり抜くように切除してから吊り上げ固定し、内痔核成分へはALTAを注入する方法へと改良した。また、吊り上げた際にできる余剰粘膜部にはMcGivernyゴム輪結紮による縫縮を加えるようにした。また、これまで通りMPSや不可逆性成分などは切除した。尚、今回の検討では、再発の定義を術後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%）、改良された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%、改良されたACL 95.5%、LE 95.9%であった。

【結語】

外痔核成分を可及的に切除し、余剰粘膜を縫縮する工夫により、ACL・A法の再発リスクを低減することが可能と考えられた。

ALTA併用療法 =LE+A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、吉元 崇文、
前田 裕之、今村 芳郎、西俣 伸亮、家守 雅大、山下 芳恵、平川あさみ、鮫島由規則
潤愛会鮫島病院

【はじめに】

当院におけるALTA導入以降の痔核手術の変遷を顧みた。当院のALTA併用療法はLE+Aである。

【痔核治療の変遷】

2005年にALTA導入以降2012年までの8年間に3箇所の内痔核に対して行ったLE+A症例を同時期に行ったLE症例およびALTA単独症例（A）と術後疼痛、在院期間、再発を比較検討した。その結果、併用療法は痔核治療において低侵襲であるが、適応拡大にともない投与量が多くなると、潰瘍、狭窄、肛門部の違和感や不定愁訴など予測し得ない事象のために長期間治療を要する症例を経験した。

再発はLEの箇所が多いほど少なく、ALTAの箇所が多いほど多い傾向であった。そこで、LEで根治性を求め、ALTAで低侵襲性を得るために2012年以降、GoligherⅢ度（GⅢ）以上はLE、外痔成分のないGⅢ未満はALTAを選択して現在に至っている。

【結果・考察】

2012年以降LE+Aの実施割合は総手術数の55%を占め、LE2カ所ALTA1カ所（L2A1）が34%、LE1カ所ALTA2カ所（L1A2）が21%と併用療法の中でもLE実施箇所が多い現状にある。2021年まで10年間の累積無再発率はLE=92.5%、L2A1=90.4%、L1A2=80.4%、A=77.8%であった。

再発症例に対する処置ではLEで38例中27例（71%）、L2A1で20例中14例（70%）がALTAを行ったのに対し、L1A2で44例中24例（55%）、Aで48例中27例（57%）がLEを選択しており、LE箇所の多い再発例にはALTAを、ALTA箇所の多い再発例にはLEを選択する傾向にあった。

【結語】

ALTA併用療法は痔核治療において低侵襲の手技である。しかし、予測し得ない合併症や長期間治療を要する症例を経験した。また再発はLEの箇所が多いほど少なく、ALTAの箇所が多いほど多い傾向であった。LEで根治性を求め、ALTAで低侵襲を得るために、痔核脱肛の程度、形態による適切な手技の選択を行うことが肝要である。

14年間の変遷から考えるALTA療法の未来

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

【はじめに】

驚異的な治療効果を秘めたALTA療法の登場から20年が経過した。明らかになった様々なデータや実臨床からの知見を反映し、その手法は徐々に変化している。

【目的】

ALTA療法の未来を考える。

【対象】

2011年～2024年までの14年間に、当院で施行した痔核手術2,180例を対象とした。手術術式の内訳は、ALTA単独療法（以下、単独）、A・E1、A・E2、ligation & excision（以下、LE）、外痔核切除術（excision 以下、E）の5種類。内訳は順に、707例（32.4%）、521例（23.9%）、438例（20.1%）、411例（18.9%）、103例（4.7%）。男女比は1220：960。年齢は男性18～88歳（ 53.2 ± 15.2 ）、女性13～94歳（ 51.6 ± 16.8 ）。

【結果】

術式別の10年無再発率は、LE（99.5 %）、E（97.8 %）、A・E2（94.3 %）、A・E1（90.8 %）、単独（76.6 %）の順であった。単独は前4者と比べ有意に低値であった。A・E1とA・E2に有意差はなかった。疼痛を除く有害事象・合併症は、ALTA使用例に特徴的な発熱や直腸潰瘍が認められたが全て保存的に軽快していた。外痔核の腫脹は切除後に認められA・E1に比較的多かった。止血術を施行した術後出血はA・E2とLEに比較的多かった。出血部位はドレナージ創が多かった。

手術数の推移は、統計開始の2011年頃は、単独が最多、A・E1が次点であった。2020年頃までの約10年間は2者が術式の中心だったが、その後減少し、2021年にA・E2が最多となった。以降、術式の中心はA・E2とLEに移行し、昨年はLEが最多、A・E2は次点であった。14年前の画像を振り返ると、現在なら選択術式が異なると思われた症例も散見された。

【考察】

術式選択は、治療成績から導き出されるだけでなく、実臨床での経験・印象が術者の心理に与える影響で大きく左右される。ALTAの驚異的な治療効果は、発売時、肛門外科医の心理に大きく影響した。当院では統計開始当初からALTAを積極的に導入し、併用療法ではALTAの薬理効果を最大限に活かす術式を考案し実行してきた。しかし、前述の理由により次第にA・E2やLEに移行し、ALTAは導入当初の中心的役割から次第に補助的治療手段へと変化した。

【結語】

ALTAの使用頻度はさらに減少すると思われるが、併用療法や補助的治療手段として施行は続くと思われる。

ALTA療法を用いた内痔核治療の変遷

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

【緒言】

内痔核硬化療法であるALTA療法が臨床使用可能になり早20年が経過した。ALTA療法はほぼすべての内痔核に使用可能であるが、ALTA療法のみで治療が完結できる症例は決して多くはない。また当初ALTA療法で治療効果を得ていた症例でも、長期経過とともに再発する症例が認められている。この度当院における内痔核治療の変遷について考察した。

【内痔核治療の変遷】

1. ALTA単独療法：2005年～内痔核治療の約50%以上の症例に対しALTA単独療法を施行した。早期成績や合併症の経験を分析することで、ALTA療法の適応を確認するとともに合併症発生への注意点を確立した。
2. LE+ALTA療法：2006年～ALTA単独療法で治療困難と判断した部位にLE法を施行し、他部位はALTA単独療法とすることで成績向上に努めた。
3. ALTA併用療法：2012年～当初ある程度の内外痔核症例はALTA単独療法で治療可能であると判断していた。しかしながら長期経過において外痔核の腫大を伴った再発例が散見された。外痔核の存在をより重要視し、ALTA併用療法を主軸とした治療術式に変更した。
4. ALTA併用療法（A・E3法/E3・A法）の改良：2022年～ALTA併用療法術後に、残念ながらALTA併用療法部位の再発を複数例に確認した。現状まだ終着点とは言えないが、痔核剥離ならびに切除ラインにおいて歯状線を十分越えるまで処置するなど、改良に努めている。

【結語】

内痔核症例に対するALTA療法が簡便で低侵襲な治療法であることに疑いはない。しかしながら、合併症の発生や再発の状況によっては、結果的に低侵襲治療であったとは言えないことになりそう。現在当院ではALTA併用療法を主軸とした内痔核治療を施行しているが、今後とも成績改善に努める所存である。

日帰り手術で行う当院における併用療法E3・Aの実際

小村 憲一
小村肛門科医院

当院では、併用療法を日帰りでおこなってきたが、2011年までは、痔核剥離を十分に行わず、できるだけ切除部分を少なくしてALTAを行うという併用療法をおこなっていた。2012年より岩垂の行う併用療法（痔核剥離は歯状線部のmucosal suspensory ligamentを越えるまで行い、根部結紮は従来のLEより低位とし、口側にALTA注、肛門縁まで半閉鎖するE3・A）に術式を変更したところ、あらゆる痔核に対応が可能となり、適応が拡大した。手術数は2011年の138例から2012年には258例に増加、2013～2015年の800例で再発率3.75%、晩期出血0.6%と良好な成績を得た。

その後、痔核把持鉗子を用いた術式を行う。メリット1.器質化した痔核成分、肛門ポリープ等、切除を要する部分は切除側に来るように鉗子を使用し、根部結紮部位を同定するため、切除範囲が明確になる。メリット2.痔核を把持した鉗子と皮膚弁を把持した鉗子を直線化し、口側の鉗子に向かって直線的に切除することで、LEにおける切り狭めの操作が必要なく、紡錘状の切開創ができるため、切除デザインが容易である。

2023年に岩垂が「痔核切除創の二層縫合：晩期出血に対応、創哆開しても出血させない工夫」を発表した。現在の術式は、痔核把持鉗子を用いたE3・Aを行い、半閉鎖は二層縫合をおこなっている（当日ビデオにて供覧）。

当術式は、内痔核の一部とALTAでは対応できない外痔核部分は全て切除しているので、形成的で根治性があり、口側内痔核はALTAで対応しているため晩期出血は少ない。二層縫合を行ううちに、切除範囲が拡大していったが、晩期出血が増えることはなかった。縦に配列された平らな半閉鎖創は周辺の保持に役立つ。

以上より、ALTA投与量は抑えられ、ALTA特有の合併症の危惧も減る。また、肛門縁まで半閉鎖を二層縫合で行うことで、腫れが少なくなり、術後疼痛は減り、出血は抑えられ、その結果として術後の創管理が容易となる。

当術式は、根治性、安全性に優れ、日帰り手術に極めて適した方法である。