

症例② 50歳の女性、排便時出血にて精査された例

精査にて歯状線から1 cm 口側の下部直腸に径2 cmの1型病変を指摘され、生検にて中分化型腺がんと診断されました(図3)。患者本人が肛門温存を強く希望したため、腹腔鏡補助下内肛門括約筋切除術(Laparoscopic Inter-Sphincteric Resection; LAP-ISR)を行いました。腹腔鏡下に直腸を肛門括約筋近辺まで剥離しておき、肛門側から腫瘍の位置をみながら歯状線付近の粘膜から切開し、粘膜下層・筋層を切開し、内外肛門括約筋間に入り、口側に進んで腹腔内からの剥離層とつなげ、直腸を切離して肛門側から摘出する術式です。再建は、口側のS状結腸断端

を肛門切開部を下してきて、肛門粘膜と手縫い吻合を行います。この術式も、肛門機能低下と縫合不全のリスクから、一時的ストーマがほぼ必須となります。症例①と同様に、回盲部から約25 cm 口側の回腸を挙上し、回腸ループ式ストーマを作成しました(図4)。術後3か月間、ストーマで過ごした後ストーマ閉鎖術を施行しました。ストーマ閉鎖の1か月前からは、ストーマ外来にて骨盤底筋体操を指導し、ご自宅で練習してもらい、肛門機能改善に努めました。術後、下痢・頻便・残便感などの症状が出現しましたが、徐々に改善傾向にあります。

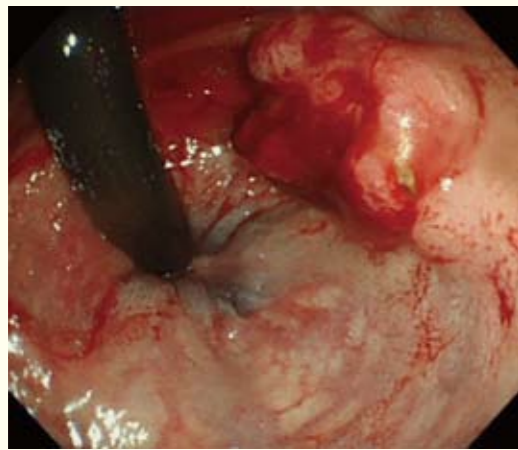
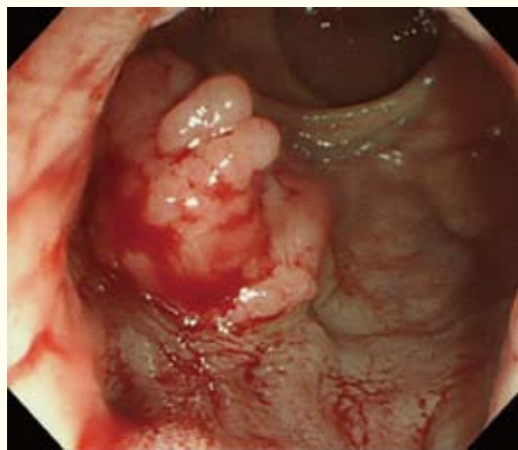


図3 内視鏡写真(術前)

歯状線から1 cm 口側の下部直腸に径2 cmの1型病変を指摘され、生検にて中分化型腺がんと診断された



図4 術中写真

腹腔鏡下に回盲部から約25 cm 口側の回腸を挙上し、回腸ループ式ストーマを作成した

症例②の解説

ISRの手術技術の開発・発展により、これまで腹会陰式直腸切断術(マイルズ手術)の適応とされ永久ストーマを造設されていた患者のなかで、腫瘍の

位置や大きさ・深達度によっては肛門温存が可能となってきました。ただし、症例①の術前CRTと同様、縫合不全の予防と肛門機能の回復のため、一時的ストーマが必要となります。

一時的ストーマ作成のポイント

患者への説明とストーマサイトマーキング

術前には、一時的ストーマ造設の目的・方法・合併症・閉鎖の条件・閉鎖予定時期などを説明し、ストーマサイトマーキングを行います(図5)。ストーマを造設するかどうか手術中に決定されることも多いため、患者の不安はより一層大きくなります。術前からストーマの必要性を十分説明し、造設に対する理解を得ておくことが重要です。

挙上腸管の選択

ストーマ作成・閉鎖の簡便性やストーマ腸管の血流保持の面から考えて、ループ式ストーマとするのが

よいでしょう。ループとして腹壁に挙上するためには、ある程度の腸管の長さや腸間膜の長さの余裕が必要です。腸管は腸間膜から血流を得ていると同時に自由度も規定されています。さらに大腸の大部分は後腹膜と生理的な癒着があり、大腸のそれぞれの部位の長さには個人差が大きく、術後癒着や脂肪性癒着などの存在のため、どこでも自由にストーマが作成できるわけではありません。図6に示すように、盲腸から上行結腸・下行結腸・直腸は生理的に後腹膜に固定されており、一時的ストーマ造設には適していません。したがって、造設部位は回腸・横行結腸・S状結腸が候補となります。このなかでは、作成や閉鎖の手術手技の容易さから回腸が第一選択となり

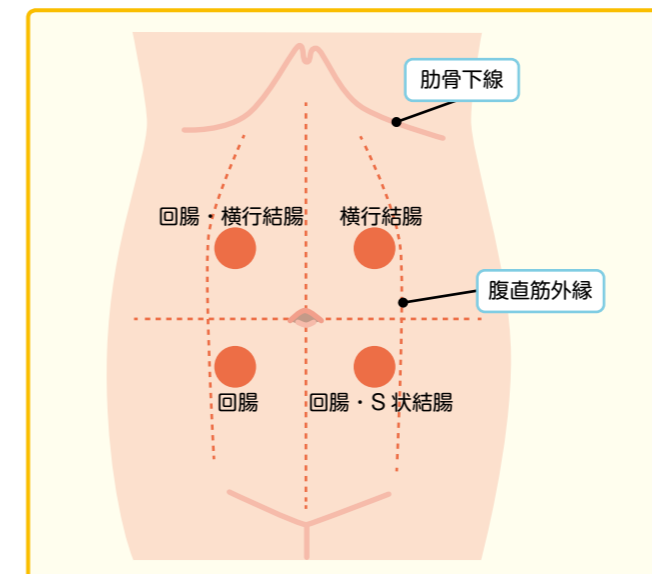


図5 ストーマサイトマーキング

術前に、ストーマ造設の目的・方法・挙上腸管・患者の体型などを考慮し、ストーマサイトマーキングを行う

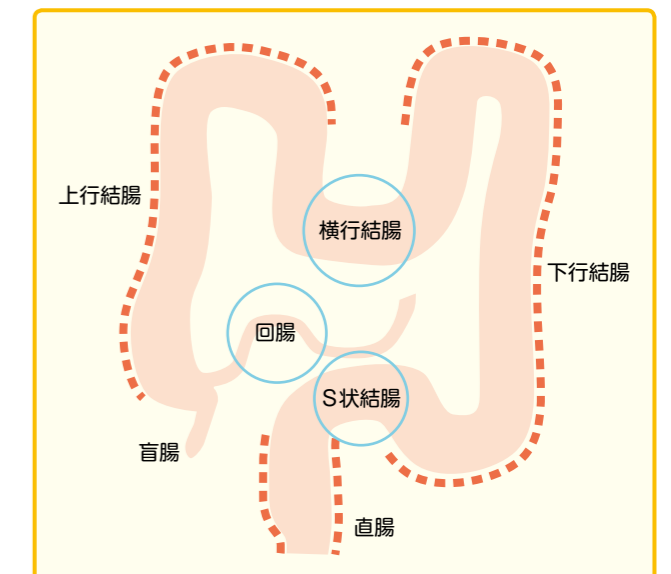


図6 大腸の生理的癒着とストーマ造設位置

盲腸から上行結腸・下行結腸・直腸は生理的に後腹膜に固定されており、一時的ストーマ造設には適していません。したがって、造設部位は回腸・横行結腸・S状結腸が候補となる