

直腸固定不良を伴った膣後壁脱（直腸瘤）に対して 腹腔鏡下直腸固定術を施行した 1 例

小出欣和 前田耕太郎 花井恒一 佐藤美信 升森宏次 松岡 宏
勝野秀稔 塩田規帆 遠藤智美 松岡伸司 八田浩平 水野真広

藤田保健衛生大学下部消化管外科

はじめに

膣後壁脱（直腸瘤, Fig. 1）は、主に排便時に直腸前壁が膣後壁側に瘤状に突出し、種々の排便障害を引き起こす機能性疾患であり、骨盤底臓器脱の一つである^{1~4)}。骨盤底臓器脱は、種々の臓器脱を合併することが多く、直腸瘤も他の臓器脱が合併していないかどうか診断し、病態に応じた治療が必要な疾患である。

今回われわれは、直腸瘤と診断され紹介された患者に対し、排便造影検査の結果、直腸固定不良が排便障害や直腸瘤の主要原因であると診断し、通常直腸瘤に対して施行する anterior levatorplasty ではなく、腹腔鏡下直腸固定術を行い、良好な結果が得られた症例を経験したので報告する。

症 例

症例は61歳女性。主訴は、排便障害（固形便の漏れ）。

既往歴は、平成13年に子宮筋腫にて、経膣的子宮摘出術を施行。

現病歴は、平成24年から腹圧をかけると肛門の脇

に何かが下がった感じが出現、夕方になると何かが邪魔して尿が出にくくなり、排便障害（便秘と便漏れ）も出現した。婦人科に受診し、子宮摘除後の直腸瘤と診断され紹介となった。直腸指診では、膣後壁の脆弱と共に、大きな膣後壁脱（直腸瘤）を認めた。排便造影検査、肛門内圧検査を施行。排便造影検査では、腹圧をかけると直腸が下垂し直腸全周が前方へ屈曲し膣後壁を圧排していた（Fig. 2）。肛門内圧検査では、生理学的肛門管長（HPZ）4.9 cm (3.6 ± 0.6)、最大肛門管静止圧（MRP）13.0 mmHg (79.6 ± 27.7)、最大肛門管随意収縮圧（MSP）80.5 mmHg (138.0 ± 52.6)、便意最大耐用量 150 mL (238.2 ± 80.6)、便意発現最小量 80 mL (145.5 ± 85.7) であった。失禁スコアである Wexner's score は、固形便失禁 3 点、液状便失禁 3 点、ガス失禁 0 点、Pat 使用 4 点、日常生活の制限 4 点の計 14 点と高値を示した。以上より、重度の排便障害を認める、直腸固定不良を伴った直腸瘤+肛門括約筋不全と診断し、病態の主要原因は直腸固定不良と考え、腹腔鏡下直腸固定術（メッシュを用いた直腸後方固定）を施行した。

手 術

手術は全身麻酔下碎石位とし、トロカールは 5 本使用、まず臍部に気腹カメラ用の 12 mm ポートを挿入、左下腹部に 5 mm ポート 2 本、右下腹部正中寄りに 5 mm と 12 mm ポートを挿入する。内側アプローチで岬角付近の直腸間膜右側から腹膜翻転部まで電気メスで腹膜を切開し、直腸右側から TME の剝離層で左側尾側方向に剝離を進める。直腸左側の腹膜を切開し左右の剝離層を交通



Fig. 1 Perineal findings of rectocele

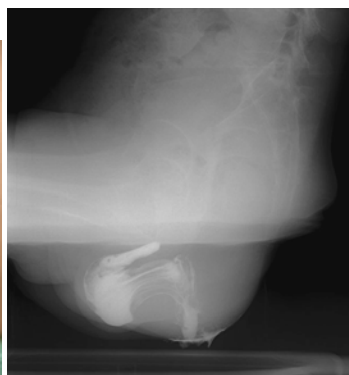


Fig. 2 Preoperative defecography. The lower part of the rectum is dislocated forward.



Fig. 3 Dissection of the rectum was completed.



Fig. 4 The mesh is fixed to the sacral bone fascias by a spiral type stapler.



Fig. 5 The mesh is fixed to the rectum by the hernia stapler.



Fig. 6 Postoperative defecography. The rectum is properly fixed to the sacrum, and the bowel movement is smoothly performed.

させ、直腸を頭側に牽引し骨盤底まで十分に直腸間膜の剥離を行う。腹膜翻転部を切開し、直腸前壁と側壁を十分剥離する (Fig. 3)。直腸の剥離が終了後 10×6 cm のプロリンメッシュを左右の下腹神経が分岐した直下に、らせん型ステイプラーで仙骨筋膜に固定する (Fig. 4)。直腸を十分に頭側に牽引し、メッシュを後方から直腸に半周から約 2/3 周程度ヘルニアステイプラーで固定する (Fig. 5)。そのままヘルニアステイプラーで腹膜翻転部の挙上と後腹膜の修復を行った。

A case of rectocele treated by laparoscopic rectopexy for mobile rectum

Yoshikazu KOIDE, Koutarou MAEDA, Tunekazu HANAI, Harunobu SATOU, Koji MASUMORI, Hiroshi MATSUOKA, Hidetoshi KATSUNO, Miho SHIOTA, Tomoyoshi ENDO, Shinji MATSUOKA, Kohei HATTA, Masahiro MIZUNO
Department of Colorectal Surgery, Fujita Health University

A 61-year-old female with defecatory disturbance visited our hospital. She previously underwent transvaginal hysterectomy for myoma uteri in 2001. She recognized perineal discomfort on abdominal pressure, and dysuria in the later afternoon. Digital examination showed a large rectocele. Defecography revealed mobile rectum to the forward on pushing. She was diagnosed as rectocele accompanied with mobile rectum, and the main pathophysiology was considered as mobile rectum, but not rectocele. She underwent laparoscopic rectopexy. Post-operative course was uneventful and she discharged on the 8th post-operative day. Postoperative defecation was smooth, Wexner's score improved from 14 to 5 points at 5 months after surgery. Defecography showed the improvement of the mobile rectum and rectocele.

Key words: rectocele, rectopexy, laparoscopic rectopexy, defecography, pelvic organ prolapse

術後経過

術後経過は良好で、8 日目に退院した。術後 5 ヶ月経過の排便状態は良好で、Wexner's score では、便失禁は消失し、ガス失禁 1 点、Pat 使用 4 点 (予防的)、排便障害による日常生活の制限はなくなり、術前 14 点が術後 5 点に減少した。術後 5 ヶ月の排便造影検査では (Fig. 6)、軽度の直腸瘤を認めるものの、直腸の仙骨との固定は良好で、便の排出もスムーズであった。

まとめ

陰後壁脱 (直腸瘤) は、診断治療には視診や触診だけでなく、排便造影検査を行い、病態を把握して、解剖学的異常を修復する適切な手術療法を選択することが重要である。

文献

- 1) 前田耕太郎, 花井恒一, 佐藤美信ほか. 2008. 骨盤底臓器脱の診断と治療. 外科治療 99: 194-198
- 2) 吉岡和彦, 早田和訓, 松井陽一ほか. 1991. Rectocele の生理学的および解剖学的検討. 日本大腸肛門病学会誌 44: 1025-1029
- 3) 前田耕太郎, 花井恒一, 佐藤美信ほか. 2012. IV. 直腸・肛門手術 7. 直腸脱手術に必要な局所解剖. 外科 74: 1357-1360
- 4) 小出欣和, 前田耕太郎, 花井恒一ほか. 2012. 直腸脱に対する直腸固定術の手技と成績. 日本大腸肛門病学会誌 65: 840-846