第12回 内痔核治療法研究会総会

プログラム・抄録集

平成30年7月15日（日）

当番世話人　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

第12回 内痔核治療法研究会総会
ご 挨 拶

本研究会は2007年に第1回が開催され、今回で第12回目を迎えることになりました。

脱出する痔核に対する革新的な治療法であるALTA単独療法の高い効果の検討と合併症を減少させる安全な投与方法などが議論されてきました。

一方で、早期再発例も認められ適応とする痔核の限界から、脱肛再発を減少させてその治療効果を高めるために早い時期からALTA併用療法が案出され数々の工夫がなされてきています。

そこで今回はテーマを2つ設定させて頂きました。

1. ALTA単独療法の長期成績―10年経過例または5年経過例―（公募）

対象は投与後10年以上経過例（症例数が少ない場合には5年以上経過例でも可）としたところ、12演題の応募をいただきました。長期経過例の脱肛累積再発率を主体に術後経過、合併症、脱肛以外の症状の再燃、再治療法、患者満足度、それらの結果の分析から成績向上のための投与法の工夫、適応症例の選択などを論じて頂きたいと考えます。

2. パネルディスカッション：ALTA併用療法の種類と考え方（指定）

ALTA療法の治療成績を向上させるため工夫されてきた併用療法には数多くの種類があり独自に命名もされていますが､統一見解はなく混乱もみられます。そこで本パネルディスカッションにおいては、5名の指定演者に自らの併用療法のみならず全国で行われている全ての併用療法をまとめて概説して頂き、今後の名称の統一に向けての考え方を論じて頂く予定です。また、保険請求する際の考え方、併用療法の保険収載への動向についても発表して頂く予定です。

最後に特別発言を岩垂純一先生にお願いしてあります。

ランチョンセミナーとして、昨年の日本大腸肛門病学会学術集会で大好評を博した慶應義塾大学医学部内科学（消化器） 金井隆典教授に「腸内細菌：基礎と臨床の接点」について講演を頂きます。

全国から参加される会員の先生方にとって実りある1日と成りますよう願っております。

第12回 内痔核治療法研究会総会
当番世話人　松尾　恵五
（東葛辻仲病院）

第12回　内痔核治療法研究会総会

日　　時：平成30年7月15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：岩垂　純一（岩垂純一診療所）
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）
小杉　光世（新宿外科クリニック）
佐原　力三郎（東京山手メディカルセンター）
松島　　誠（松島病院）
松尾　恵五（東葛辻仲病院）
梅枝　　覚（四日市羽津医療センター）
黒川　彰夫（黒川梅田診療所）
斎藤　　徹（大阪中央病院）
髙村　寿雄（東神戸病院）
瀧上　隆夫（チクバ外科胃腸科肛門科病院）
日高　久光（日高大腸肛門クリニック）
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）
加藤　典博（ふるだて加藤肛門外科クリニック）
菊田　信一（仙台青葉クリニック）
紙田　信彦（会津西病院）
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）
羽田　丈紀（おなかクリニック・おしりセンター）
寺田　俊明（寺田病院）
小原　　誠（OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック）
家田　浩男（家田病院）
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）
松田　直樹（京都民医連中央病院）
岡空　達夫（千春会病院）
山本　秀尚（山本クリニック）
宮本　英典（宮本病院）
小野　芳人（渡辺病院）
辻　　順行（高野病院）
鮫島　隆志（鮫島病院）
黒木　政純（くろき医院）
名誉世話人　高野　正博（高野病院）
顧　　問　坂田　寛人（坂田肛門科医院）

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　出口1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 $\xrightarrow[\text{4分}]{}$「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

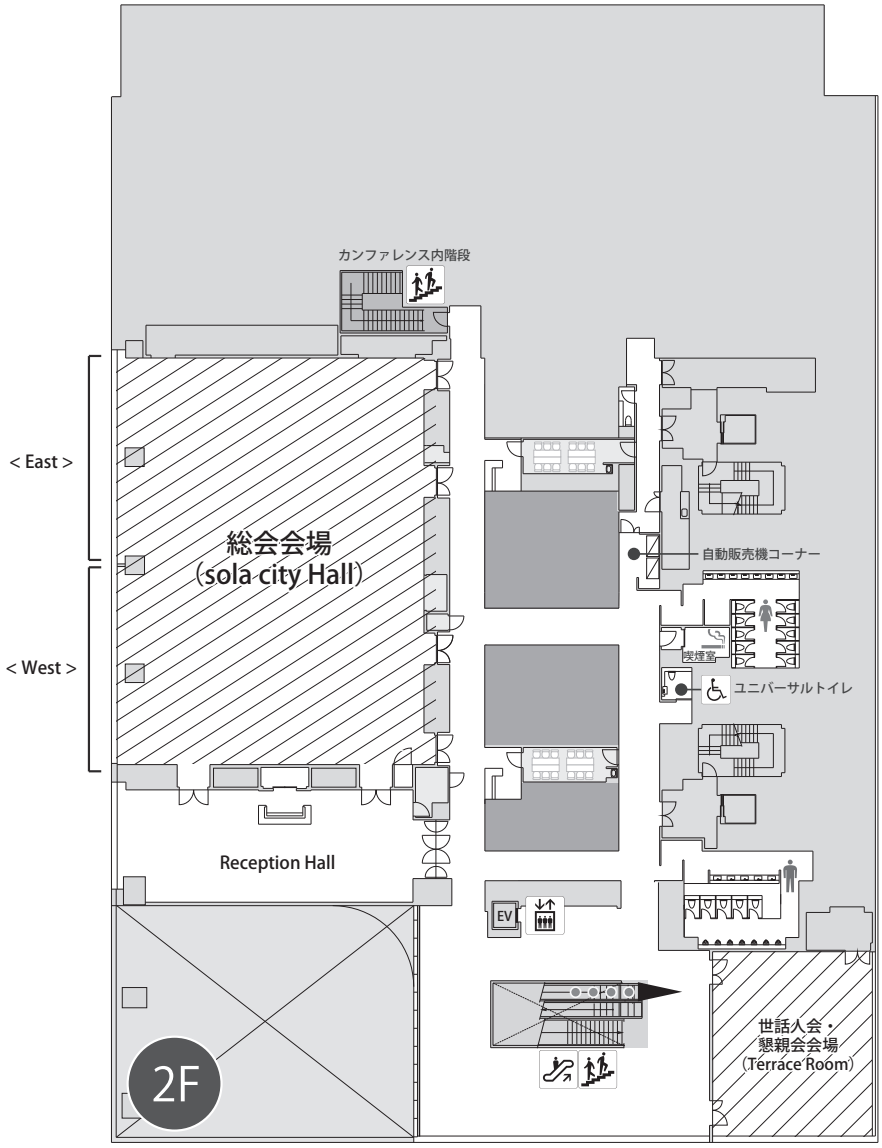
●東京モノレール25分 ⟶ JR「浜松町」駅 $\xrightarrow[\text{6分}]{\text{山手線 京浜東北線}}$「東京」駅 $\xrightarrow[\text{2分}]{}$「神田」駅 $\xrightarrow[\text{3分}]{\text{中央線}}$「御茶ノ水」駅

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


カンファレンス内階段
< East >
< West >
総会会場
(sola city Hall)
自動販売機コーナー
喫煙室
ユニバーサルトイレ
Reception Hall
EV
世話人会・
懇親会会場
(Terrace Room)
2F

2 階

お知らせとお願い

Ⅰ．参加される先生方へ

1．内痔核治療法研究会総会に参加される方は、受付にて参加費3,000円をお支払いください。事前登録は不要です。

2．会場では必ず名札をお付けください。

Ⅱ．演者の先生方へ

1．口演方法

・　演者は、発表開始５分前までに次演者の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

・　一般演題口演は発表７分、質疑応答４分、パネルディスカッションは発表８分、質疑応答２分でお願いします。

・　演者は必ず口演時間を厳守してください。

3．発表データ提出

・　演者は、**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 ～ 12：00

・　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

・　発表資料は、原則としてウィンドウズ対応のパワーポイントファイル、キーノートファイルでご提供ください。

・　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。

第12回　内痔核治療法研究会総会プログラム

テーマ：「ALTA単独療法の長期成績―10年経過例または5年経過例―」
「ALTA併用療法の種類と考え方」

日時：平成30年7月15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12回内痔核治療法研究会総会　当番世話人挨拶　　**9：30 ～ 9：35**

東葛辻仲病院　松尾　恵五

2．一般演題口演　　**9：36 ～ 11：50**

（発表7分、質疑応答4分）12演題　132分

「ALTA単独療法の長期成績―10年経過例または5年経過例―」

一般演題口演1　　**9：36 ～ 10：20**

座長：くろき医院　黒木　政純

O－1　ALTA療法の長期成績（10年経過例）…… 1

大阪中央病院 外科　　斎藤　徹ほか

O－2　当院におけるALTA単独療法の長期成績 …… 2

ミネルワ会 渡辺病院 外科　小野　芳人ほか

O－3　ALTA単独療法の長期成績 …… 3

東葛辻仲病院　池上　玲一ほか

O－4　当院におけるALTA単独療法の長期成績 …… 4

日高大腸肛門クリニック　日高　元ほか

一般演題口演2 **10：21 ～ 11：05**

座長：八子医院　八子　直樹

O－5　ALTA単独療法施行後10年経過した症例における長期成績の解析 …… 5

山本クリニック　山本　秀尚

O－6　ALTA単独投与後8年10ヵ月の再手術症例の痔核単位での解析 …… 6

岡崎外科消化器肛門クリニック　岡﨑　啓介

O－7　10年ぶりのALTA …… 7

誠心会 吉田病院　笹口　政利ほか

O－8　当院のALTA療法5年間の長期成績 …… 8

なかむら胃腸肛門クリニック　中村　浩一

一般演題口演3 **11：06 ～ 11：50**

座長：大阪中央病院 外科　斎藤　　徹

O－9　当院で施行後10年を経過したALTA単独療法の長期成績 …… 9

愛知会 家田病院　家田　純郎ほか

O－10　ALTA単独療法を施行後10年経過した263例の検討 …… 10

渡邉医院　渡邉　賢治

O－11　ALTA単独治療例の10年経過症例 …… 11

くにもと病院 肛門外科　鉢呂　芳一ほか

O－12　ALTA療法術後10年以上経過症例の検討 …… 12

OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック　小原　　誠

－ 昼　食 －　　11：50 ～ 12：05

３．　ランチョンセミナー　　12：05 ～ 13：05

「腸内細菌：基礎と臨床の接点」

司会　松島病院大腸肛門病センター　　松島　　誠

演者　慶應義塾大学医学部内科学（消化器）　教授　　金井　隆典

４．　パネルディスカッション　　13：10 ～ 14：55

（発表8分、質疑応答2分）5演題　50分

「ALTA併用療法の種類と考え方」

座長：JCHO四日市羽津医療センター 外科 大腸肛門病・IBDセンター　梅枝　　覚

13：10 ～ 14：00

基調講演　ALTA併用療法の保険収載の意味 …… 14

JCHO四日市羽津医療センター 外科 大腸肛門病・IBDセンター　梅枝　覚ほか

PD-1　ALTA併用療法の名称と定義 …… 15

ふるだて加藤肛門外科クリニック　加藤　典博ほか

PD-2　ALTA併用療法の種類と考え方 …… 16

東京山手メディカルセンター 大腸肛門病センター　岡本　欣也ほか

PD-3　ALTA併用療法を考える …… 17

おなかクリニック・おしりセンター　羽田　丈紀ほか

PD-4　LE＋ALTA法からEA法（外痔核切除・内痔核ALTA）へ …… 18
くにもと病院 肛門外科　鉢呂　芳一ほか

総合討論　**14：00 ～ 14：45**

《特別発言》　**14：45 ～ 14：55**

岩垂純一診療所　　岩垂　純一

5．閉会　　**内痔核治療法研究会　代表世話人挨拶**　**14：55 ～ 15：00**

岩垂純一診療所　　岩垂　純一

共催　内痔核治療法研究会／ジェイドルフ製薬株式会社

＊昼食は弁当を用意しております。
＊総会終了後、懇親のための粗餐（酒餐）を用意しております。懇親会に参加される方は、
　マイカーでのご来場をご遠慮下さい。

抄　　録

一般演題口演

O－1

ALTA療法の長期成績（10年経過例）

斎藤　徹[1)]、能山 智宏[1)]、小野朋二郎[1)]、竹中 雄也[1)]、安田　潤[1)]、相馬 大人[1)]
野田 裕子[2)]、上月 雅友[3)]
大阪中央病院　外科[1)]、関西メディカル病院[2)]、よどがわ内科クリニック[3)]

2005年9月から2015年12月までに筆頭演者がALTA療法を施行した1,852例を対象とし、治療成績（再発症例）を治療後10年まで再発の時期（経過年数）と、再発に影響したと推測される因子との関連を中心に検討した。記録はカルテ、退院サマリー、手術記録を基にしたのでretrospective studyである。ALTA療法後10年を経過した248症例の多くはALTA療法単独であるが、痔核根治術（LE）、Procedure for prolapsed and hemorrhoids（PPH）との併用療法を含む。

ALTA療法により内痔核が肛門管内に引き込まれた後に内痔核の下縁（歯状線部）が肛門縁より外側に脱出したものを再発とした。また、ALTA療法を施行した内痔核と同方向の肛門外に脱出していた肛門管内の外痔核がALTA療法後に肛門管内に引き込まれ、再び肛門外に脱出した場合は再発ではなく、外痔核が脱出した症例とした。

再発を133例に認め、再発率は7.2%、10年累積再発率は10.9％（27/248）であった。再発例の経年的分布は2年未満と3～4年未満に二峰性のピークを示し、3年未満で60％、5年未満で86％を占め、7年を過ぎるとわずか2.3％しか再発例はない。再発に影響したと推測される4因子の中で、絶対的な投与量が6mL以下と少ない群が24.8±16.5ヵ月と再発までの期間が最も短く、次いで粘膜型痔核群が32.7±24.6ヵ月、外痔核が影響した群が35.7±18.9ヵ月と続き、内痔核が大きい群が42±29.1ヵ月と最も再発までの期間が長い結果であった。

外痔核の影響により内痔核の下縁が脱出したと推測される再発症例は治療後2～3年を中心とした正規分布を示し、外痔核のみが脱出した症例とに脱出までの期間に有意差（$P<0.01$）を認めた。2015年12月31日までの10年経過例248例の上記の成績に2017年12月31日の時点までに10年を経過した713例の成績を集計して報告する。

当院におけるALTA単独療法の長期成績

小野 芳人[1)]、竹田 正範[1)]、友澤　滋[1)]、松本 欣也[1)]、渡辺　学[1)]、渡辺 英生[1)]、鉾石 文彦[2)]
ミネルワ会　渡辺病院　外科[1)]、ほこいし医院[2)]

【はじめに】 痔核に対するALTA単独療法は、術後の痛みが少なく有用な治療法である。保険適用となってから10年以上経過し、改めて長期経過例を検討し、今後の治療に生かしたい。

【方法】 Goligher分類Ⅲ度の痔核に対し、当院でALTA単独療法を行った症例を調査した。10年以上経過した症例を検討したが、症例数が少ないため、5年経過例も抽出して検討した。再発の判断は、受診して診断されたものに加え、1年、5年、10年で術後アンケートを郵送し、脱肛や出血などの症状がある患者様に改めて電話問診を行い、明らかな再発症状がある場合も再発と判断した（受診も勧めた）。

【10年以上経過例】 平成18年4月から平成20年3月までの期間中に手術を行い、10年以上経過した症例は73例。手術時の年齢は28歳～ 92歳（平均61.2歳）、男性41例、女性32例。平成30年3月現在までの経過で、再発と判断した症例は19例（26.4%）で、再発形式は主痔核再発が17例（再発の89.4%）と大部分を占め、再手術は16例（22.2%）に行われていた。この再発の多さから当院でも併用療法を行うようになっている。

【術後5年での再発】 平成18年4月から平成25年3月までの期間中に手術を行い、5年経過した症例は436例。手術時の年齢は16歳～ 98歳（平均60.8歳）、男性278例、女性158例。術後5年間の経過で、再発と判断した症例は73例（16.8%）で、再発形式は主痔核再発が63.7%、外痔核再発が15.4%、粘膜脱型再発が4.4%、出血中心の再発が6.6%、不明9.9%であった。再手術は52例（12%）に行われていた。手技が安定してからも一定の再発がみられ、術後5年目までの再発は73例、再手術52例であるが、5年以降もみてみると、91例の再発、64例の再手術となっており、経年的に増加している。

【合併症】 長期経過して起こるような合併症はないが、便失禁症例を7例認めた。しかし、ほとんどが術前から症状のあったものであった。

【患者満足度】 5年以上経過例のアンケート調査（回収が310 ／ 436例）では、「良かった」268（86.5%）、「変わらない」21（6.8%）、「悪くなった」2（0.6%）、「未回答」19で、概ね良好であった。

【再発時の治療】 再発時は、全身状態や本人の希望も考慮するが、再単独が20例、外痔核切除併用が15例、LE併用が29例、保存的または放置が26例であった。

【まとめ】 長期的にはどうしても再発者が出てくるが、逆に無再発者も約80%いる訳で、目立つ合併症もなく、切除のない治療としては非常に有効な治療法だと思われる。

O－3

ALTA単独療法の長期成績

池上 玲一、松尾 恵五、新井 健広、岡田　滋、川西 輝貴、鵜瀞　条、柴田 淳一、金島 研大
東葛辻仲病院

ALTA療法は2005年3月より本邦で臨床使用可能になり13年以上経過しました。多くの施設で症例の蓄積がなされています。今回我々は内痔核に対しALTA単独療法を行い10年以上経過した症例につき、再発例・再手術例を中心に検討した。

【対象・方法】 当院でALTA単独療法を行い、10年以上経過した393例を対象にした。再発・再手術の有無はカルテから調査した。検討項目は主症状別、Goligher分類別、大きさ分類（M、L、XL）別、総投与量（30mL以上、30mL未満）で検討した。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。また、合併症については直腸潰瘍、肛門狭窄、発熱について検討した。

【結果】 10年以上経過した393例中、再脱出（症状は軽快するものの診察時に脱出がみられたものを含む）、再出血（痔核出血が疑われ、保存的治療で軽快したものを含む）等、痔核症状の再燃があった症例は131例（33.2%）であった。また、再手術を行った症例は80例（20.1%）であった。主症状については出血例の累積再出血率（21.8%）に比べ脱出例の累積再脱出率（33.3%）の方が有意に高かった（$p<0.05$）。Goligher分類はGⅡ（24.4%）に比較しGⅢ（34.7%）、GⅣ（75.0%）の累積再発率は有意に高かった。（$p<0.05$）。大きさ分類でもM（33.2%）L（39.1%）XL（52.5%）と、大きい方が累積再発率は高い傾向にあった。総投与量では、30mL以上（34.6%）、30mL未満（32.7%）と累積再発率に有意差を認めなかった。合併症は発熱11例（2.8%）、直腸潰瘍・びらん6例（1.5%）、肛門狭窄3例（0.8%）に見られた。

【考察】 長期的にみても、脱出を主症状とした大きい痔核については再発しやすい傾向であった。再発を考慮したALTA単独療法は、症例の選択が重要と考えられた。

O－4

当院におけるALTA単独療法の長期成績

日高　元、福永 亮大、佐々木俊治、日高 久光
日高大腸肛門クリニック

【背景】 痔核に対する標準術式は、痔核結紮切除術（LE）とされていたが、ALTAの導入によりALTA単独療法やLE・ALTA併用療法も痔核治療の主体と考えられている。当院では、根治性を第一に考えた上で、合併症や早期退院・社会復帰の希望も考慮し、治療法を選択している。根治的治療の観点から基本的にALTA療法は内痔核主体の症例に行い、大きな外痔核あるいは器質化した外痔核を合併する症例には行わない。これらの症例にはLE、または内痔核ALTA+外痔核LEの併用療法を基本方針としている。

【対象】 ALTA療法を導入した2005年から2007年までのALTA単独症例（10年以上経過例）、208例を対象に、長期成績、合併症などについて検討した。

【結果】 症例はGoligher分類別では、Ⅰ度0.5％、Ⅱ度11％、Ⅲ度65.9％、Ⅳ度22.6％であった。ほぼ全症例が日帰りもしくは1泊入院で行っており、29例で合併症を認めた。ALTA単独療法後の再発に対し、再治療を要した割合は、36.1％であり、そのうちALTA後再治療までの期間が、1年未満の症例が18.7％、2年未満は37.4％であった。5年以上経過してから治療を要した症例も21.3％認めたが、10年以上経過してから治療を要した症例は認めなかった。

【結語】 ALTAは比較的簡便な治療法であり患者負担も少ないが、再発の問題がある。LE、LE・ALTA併用療法とともに、長期成績、合併症を踏まえて、個々の患者に応じた治療法を提案すること、慎重に適応症例を選択することが必要である。

ALTA単独療法施行後10年経過した症例における長期成績の解析

山本 秀尚
山本クリニック

【目的】 ALTA単独療法施行後10年経過した症例において再発の頻度と再発の原因について検討した。

【対象】 2007年1月から2007年12月末までの1年間に施行したALTA単独療法で治療した内痔核症例288例で施行後10年経過した時点で状態が確認できた症例（以下10年群）は25例であった。施行後5～9年（以下9年群）、5年未満（以下5年群）で確認できた症例はそれぞれ42例、96例で初回施行後一度も来院のない症例が125例であった。ALTA療法は無痛化剤付きを使用し外来診察室にて左側臥位で無麻酔下に施行した。

【結果】 10年群25例での再発症例は12例（48.0%）でうち7例は5年未満で再発していた。9年群の42例中再発症例は21例（50.0%）でうち14例が5年以内に再発していた。5年群の96例中再発例は41例（42.7%）であった。また全症例の平均ALTA総投与量は12.6mLであった。昨年当研究会でGoligher分類1度/2度/3度の1,148例のALTA単独療法後約35ヵ月での観察期間での平均投与量は14.2mL/19.3mL/24.8mLで再発例は48例（11.4%）/42例（12.8%）/69例（17.6%）であったことと比較すると明らかに1回のALTA単独療法に使用する総投与量は少なく再発率も非常に高かった。

【結語】 2004年に開院し痔核に対する治療は基本的にゴム輪結紮術による治療を中心としていたのが2006年よりALTA単独療法に方針転換し、その翌年の1年間の集計であったこともあり、知識や経験が非常に未熟であったことも今回の結果に大きく影響しているものと推測される。さらに2010年臨床肛門病学に投稿した論文にあるようにALTA単独療法開始当初から治療後に大腸内視鏡検査にての出血などの症状がなくてもALTA投与部にびらんや潰瘍が確認される症例が多くみられたこともあり、合併症に危惧しながら治療していたことも不十分な投与量による再発率の高さを反映していると考えられる。今回の結果は投与技術による影響を評価することはできないが、明らかに投与量が少ないことが再発率の上昇に大きく影響したと考えられる。

O－6

ALTA単独投与後8年10ヵ月の再手術症例の痔核単位での解析

岡﨑 啓介
岡崎外科消化器肛門クリニック

【目的】第11回本会にて観察期間7年10ヵ月のデータ解析において、ALTA単独投与例において、症例単位の再手術：73/594症例（12.3%）、痔核単位の再発：107/1,995痔核（5.36%）と報告した。今回観察期間を8年10ヵ月に延長し、さらに結紮切除を行った症例における痔核単位のALTA単独症例を追加して、痔核単位での再手術症例を検討した。

【方法】2009年5月8日から2018年3月31日まで当院で行ったALTA単独投与症例を対象。今回ALTA単独療法後の再手術症例を主に解析。「正規」投与=四段階投与を行ったもの、「補助」投与=四段階未満のもの、とし痔核中心線±30°を同一痔核と定義。「再発」とは量に関わらず「正規」投与を行った同一痔核に「正規」投与あるいは結紮切除術（LE）を行ったもの、とした。

【結果】ALTA単独投与742症例、痔核数：正規1,819、補助518。LE 331症例、痔核数：LE 410、正規448、補助118（LE根部への補助投与は除く）。痔核単位の再発：120/2,267痔核（5.29%）。再発後の対応では、再ALTA：79痔核、再々 ALTA：4痔核、LE：25痔核、再ALTA後LE：9痔核、再々 ALTA後LE：2痔核であった。LEでは全例治癒した。初再発症例119例（ALTAで対応97例、LEで対応22例）の再発までの年数は中央値3年（0-9）、平均値2.98±2.27年。なお経過観察年数の中央値は2014年の症例で4年（0-9）であった。

【考察】開院後8年10ヵ月術後観察期間の延長に伴い再発症例が増加した。しかし痔核単位での再手術率は5%でほぼ変わりなかった。再発時に再度受診している率や、本来LEをすべき症例で諸条件からALTAを行う率などが安定して、再手術率に変わりがないものと考えられた。さらに経過観察年数を重ねて解析を続けたい。

10年ぶりのALTA

笹口 政利、小林 康雄
誠心会　吉田病院

内痔核に対してのALTA単独療法は、怒責診、自己撮影などで外痔核を含めた痔核の形態を正確に把握して、適応を慎重に検討すること、適量を適所に適切に注入すること、投与後に痔核発症原因を改善することで再発予防をはかることが肝要。

再発の定義ははなはだ難しくて、再発を訴えて来院した患者で再度の侵襲的治療を行った場合を再治療率としてカウントするのが現実的。

昨年の本研究会で、ALTA単独療法の適応ありと判断された患者の再治療率を、平成18年から23年までで10.7％から22.4％と報告しました。

この1年で、さらに4名の再治療症例を経験しました。

症例1　昭和51年生まれの男性。平成15年脱肛を訴え来院。平成18年5月にALTA投与。投与後早期から再発を認めていたが出血するようになり、平成30年3月にALTA再投与。

症例2　昭和17年生まれの男性。平成19年9月排便時の脱肛を訴え来院。平成20年4月にALTA投与。平成28年、30年に再発を訴え来院。
怒責診で脱出なし。肛門鏡検査で4時方向に内痔核を認めたため、平成30年3月ALTAを再投与。脱出は自覚しなくなった。便意がないのにトイレで気張っていたとのこと。

症例3　昭和14年生まれの男性。心房細動で抗凝固薬内服。平成19年9月、脱肛と出血を訴え来院。4度の内痔核であったがリスク回避のためALTA単独療法を選択。平成23年再発を訴え来院したが、出血がないため保存的に治療。脱出が著明になったため、平成29年9月に抗凝固剤継続で局所麻酔下に痔核切除。

症例4　昭和11年生まれの男性。平成21年に内痔核に対してALTA投与。排便時間が長く、平成29年に再発を訴え来院。同年5月、ALTA再投与。

現在、単独投与の適応は慎重に決めているが、患者背景によっては再発リスクが高い症例にも投与せざるを得ないことがある。その旨、十分な説明とカルテへの記載が求められます。

O－8

当院のALTA療法5年間の長期成績

中村 浩一
なかむら胃腸肛門クリニック

ALTAが販売されて13年になる。ALTA療法は原則四段階注射法を施行することで、痔核の治療としては再発率が少ない治療法ではあるが、生活排便習慣の改善がなかったり、外痔核の存在があったり、また手術の既往や骨盤底筋群の脆弱化などといった経時的変化にても再発率が高くなると考えられる。

当院は、開設当初よりALTA療法を主体とした痔核治療を施行してきた。現在、当院のALTA療法の4割が単独療法、6割が併用療法で施行している。両者の選択は外痔核の有無の区別で行ってきたが、併用療法では再発率を低く抑える為、脱出の形態をもとに、外痔核の形状だけではなく歯状線の形状も重視し、外痔核の切除範囲を決定している。しかし、実際は患者の希望や社会的背景を相談の上、治療の詳細を決めているのが現状である。再発率を低く抑えることも重視すべきことと考えるが、本来、侵襲が少ないといったALTA療法の特徴から、外痔核が併発してても希望により単独によるALTA療法を選択することも少なくはない。また、1期に単独ALTA療法、2期に外痔核切除術といった2期的治療も行っている。

今回の発表は、5年間の再発率をもとに当院のALTA療法を発表する。

2012年4月1日～ 2017年3月31日　総数1,294件

単独療法	602件	平均投与	28.7mL	1年後1.00％	3年後 5.98％	5年後7.31％
併用療法	692件	平均投与	22.5mL	1年後0.43％	3年後 1.73％	5年後2.60％

当院で施行後10年を経過したALTA単独療法の長期成績

家田 純郎、家田 浩男、宮田美智也、太田章比古、福原 政作
医療法人愛知会　家田病院

2005年3月よりALTA療法が導入され今年で13年が経とうとしている。当院では出血を主訴とした内痔核、外痔核を伴わない内痔核脱肛をALTA単独療法の標準適応としている。

2005年4月から2008年3月までの3年間で当院における痔核に対しての手術件数は3,406例であった。そのうちALTAを使用した手術症例は551例で、さらに肛門疾患手術の既往のないものおよび痔核・痔瘻・裂肛根治や直腸粘膜脱形成術など他の術式を併用していないALTA単独療法は366例であった。

男性297例、女性69例、平均年齢は54.4歳（18歳～ 94歳）であった。麻酔は仙骨硬膜外麻酔が102例（28％）、腰椎麻酔が259例（70.8％）、局所麻酔が5例（1.3％）である。ALTAの総投与量の平均は30.85mLであった。術後の合併症は発熱10例、出血8例、腫脹1例、疼痛2例、感染1例でいずれも経時的に改善していた。

再発症例は64例（17.4％）。男性57例、女性8例、ALTAの総投与量平均は30.00mL、再発までの期間は8ヵ月から11年2ヵ月。平均期間は5年10ヵ月で、再発症状はすべて脱出であった。術後1年再発率は1.1％、3年再発率は5.2％、5年再発率は7.9％、10年再発率は16.1％であった。

再発症例と非再発症例を比較して年齢・性別・施行術者・ALTA総投与量・術後経過のいずれにおいても差は認めなかった。

ALTA単独療法は内痔核脱肛に対して厳密な適応のもとで、十分に経験している複数の術者で、十分な筋弛緩のもと、十分な薬液量で施行をしても、長期的に追跡すると一定数の再発症例は出現しているが、侵襲や合併症も少なく早期の社会復帰も可能で有用な方法である。

内痔核脱肛の手術はこれからも個々の症例を十分吟味し、LEとALTA療法を的確に使い分けていく必要があると思われる。

ALTA単独療法を施行後10年経過した263例の検討

渡邉 賢治
渡邉医院

内痔核に対して、ALTA単独療法を施行し、10年以上経過した症例について、その長期成績を検討。

【対象】 H18年6月～平成20年3月までにALTA単独療法を施行した263例。

【検討項目】 検討項目は、①性差。②再発し、再度ALTA単独療法又は外科的治療を施行するまでの期間。③複数回再発した際の再発期間、その際の治療方法に関して検討。

【結果】 263例中、男性198例（平均年齢55.7歳）女性65例（平均年齢55.3歳）。初回再発時ALTA単独療法を施行した症例は、男性38例、女性4例、外科的治療を施行した症例は男性13例、女性5例であった。再発率は男性25.8％、女性13.8％。全体では22.7％であった。初回再発までの平均期間は2,028.6日（5.6年）2回目再発までは684.7日（1.9年）。3回目再発までは660日（1.8年）であった。初回再発時にALTA単独療法施行までは2,223.3日（6.1年）、外科的治療施行までの期間は1,578.6日（4.3年）であった。再発までの期間では、5年未満が27例（45％）、5年以上が33例（55％）であった。

【考察】 ALTA単独療法後の再発は女性13.8％で、男性と比較して女性で再発率が低い傾向があった。これは、ALTA単独療法を施行した症例が女性では25％と男性と比較して少ないことも影響していると考える。再発までの平均期間は5.6年であるが、1年未満から10年以上それぞれの期間で再発症例の数には明らかな差は認めなかった。また、複数回再発症例の初回再発までの期間は1,562.7日（4.3年）と短い傾向にあった。またその際、2回目再発までは1.9年、3回目再発までは1.8年であり、ALTA単独療法適応の判断が重要と考えられる。再発時の再治療は、ALTA単独療法42例、最終的に外科的治療を施行した症例は25例。その内訳はLE17例、輪ゴム結紮法6例、外痔核切除2例であった。ALTA単独療法の一番の利点は傷ができないことである。その利点を最大限に生かす必要があると考える。今後もALTA単独療法の方針を続けるとともに、ALTA単独療法の適応をさらに明確に追求していくことが必要と考える。

O－11

ALTA単独治療例の10年経過症例

鉢呂 芳一、安部 達也、小原　啓、菱山 豊平、國本 正雄
くにもと病院　肛門外科

【緒言】 内痔核硬化療法であるALTA療法が登場し13年が経過した。当院では当初よりALTAを主体に置いた内痔核治療を行ってきたが、その適応病態は年々厳格化しており、手術適応症例のうちALTA単独治療を行えている症例は少なくなっているのが現状である。

【ALTA投与】 2005年4月より開始したALTA療法であるが、当初は徐脈・血圧低下の副反応を経験したため十分な適量を投与できなかったが、2005年11月21日より無痛化ALTAに変更することで克服できた。2006年2月に北京の韓宝医師の指導を受けて後、肛門管内外痔核を注視するに至った。また当初患者体位は右側臥位としていたが、2009年頃より全症例ジャックナイフ位とした。ALTAはZ式肛門鏡を用いて四段階注射法に準じて施行した。

【症例】 上記の理由により、ある程度ALTA投与が安定したと思われる2006年4月より2008年4月までにALTA単独治療を施行した398例を対象に検討した。Goligher分類ではⅡ度95例、Ⅲ度297例、Ⅳ度6例であった。同時期に施行したLE＋ALTAは478例、LE単独は58例であった。

【成績】 術後経過で内痔核の再発と判断し再手術を施行した症例は66例（16.6%）であった。再発までの期間は5日～10年6ヵ月で平均4年4ヵ月。再手術回数は1回が56例、2回が8例、3回が2例。最終的な再手術はALTAが20例、LEもしくはEAが46例。なお全体の398例の中で、10年を経過し実際に診察し得た症例は35例で、うち再発無し症例は17例であった。

【結語】 10年経過症例においてもALTA治療の効果が持続している症例を経験できている。しかしながら、長期経過を見ると外痔核部位の腫大を伴った再発例が散見されている。現在ではこれらを回避するためEA法（外痔核切除・内痔核ALTA）を痔核治療の主軸に置いている。

ALTA療法術後10年以上経過症例の検討

小原　誠
OHARA MAKOTO消化器・肛門外科クリニック

【目的】 当院にて施行したALTA療法（単独および併用手術）の術後10年以上経過症例の術後成績と術後合併症を検討する。

【対象】 2006年3月1日から2008年2月28日の2年間に当院にて日帰りで行なったALTA療法1,106例を対象に2018年2月28日までの10～12年間を経過観察期間とした。手術法の内訳はALTA単独群（以下A群）897例、歯状線までの外痔核切除併用群（以下B群）49例、肛門管外外痔核、血栓性外痔核、肛門ポリープ切除併用群（以下C群）160例。男性591例（53.4%）女性515例（46.6%）、年齢16歳～99歳（平均55.7歳）。術後保存的には改善しない出血および脱出症状に対して再手術を行なった場合を再発と定義した。

【結果】 ALTA平均投与量は32.9mL。再発率：グループ全体17.3%、A群18.8%、B群8.2%、C群11.3%、6ヵ月未満の再発を除いた場合はグループ全体15.4%、A群16.9%、B群8.2%、C群8.8%、グループ全体の全再発例中における6ヵ月未満の再発例の割合は21例/191例（11.0%）であった。A群における再発は毎年コンスタント（1.2～1.6%）に見られたが、B群における再発は9～10年経過という長期経過後の再発という傾向が見られた。また再発した191例のうち再度ALTA単独で手術したものが58例（30.4%）、外痔核切除を併用したものが133例（69.6%）であった。有害事象としては術中血圧低下0.55%、術後動脈出血0%、用手拡張またはブジーによる拡張術を要した術後直腸狭窄0.8%、術後痔瘻にて手術を施行したもの13例1.2%（全例男性）で痔瘻の発生時期は術後1ヵ月半から7年半とばらつきがあった。

【まとめ】 肛門管内外痔核切除併用手術の根治性は10年以上の長期経過観察においてもALTA単独手術よりも優れていると言える。またALTA単独が毎年コンスタントに再発が起こるのに比し、外切例は再発までの期間が9～10年経過という長期経過例が多かった。ALTA単独例の再手術における手術法が外痔核切除併用例70%である事を考えると根治性を高めるためには初回手術時の外痔核切除併用率を上げる必要があると思われた。またグループ全体で術後6ヵ月未満の再発が高い傾向があり、これもALTA療法導入初期にALTA単独手術の手術適応が不十分であった可能性が示唆された。有害事象に関しては観察期間10年以上を経ても特に重篤なものは見られなかったが、術後痔瘻の発生は通常より高い傾向にあった。これはALTA療法が痔瘻発生に何らかの影響を及ぼしている可能性が示唆された。

パネルディスカッション

ALTA併用療法の保険収載の意味

梅枝　覚、中山 茂樹、木村 充志、井上 靖浩、山本 隆行、下山 貴寛、肥満 智紀
鈴木 桜子、北川 達士
JCHO四日市羽津医療センター　外科　大腸肛門病・IBDセンター

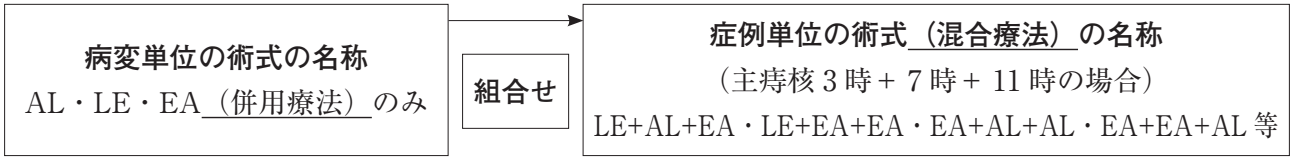
痔核根治術として、ALTAの治療法が行われるようになり、現在様々な術式が考案されている。その中で、LEとALTAの併用療法が多くの施設で施行されるようになった。平成30年の保険改定にて痔核根治術である結紮切除術（LE）にALTA併用療法が、ようやく保険収載された。これは、痔核根治術とされる結紮切除術（LE）にALTAを併用することにより、優位にQOLが改善され、入院期間が短縮し、費用対効果が示され、この科学的根拠（エビデンス）を繰り返し厚労省に訴え続けた結果と思われる。今後も、より正確な定義、分類と予後、経過観察を行い、科学的根拠の蓄積が必要と思われる。不適切な適応は今後の保険収載の取り下げや点数削除につながりかねない。日本の健康保険は大正11年に設立された法律第70号の健康保険法に基づくものであり、保険診療においては、エビデンス（科学的根拠）に基づいた保険適応となっている。エビデンスに基づいた、適切な診療報酬の試案は外科系の場合、外保連が作成している。外保連は1967年に外科系学会社会保険委員会連合として結成され、現在に至っている。

外保連の試案は外科系臨床で扱う際の診療報酬を裏付けるものであり、そのためには科学的、学問的な分析と裏付けによって構築されるべきであることを、基本原則としている。有益な診療はエビデンスに基づき診療報酬が定められ、国民に良質な診療が行われる支えとなっている。よって、LE＋ALTAにおいても、国民・社会に貢献するためには、自らの日々の研鑽・臨床のみならず、科学的・学問的貢献が欠かせないことを、臨床に携わる医師全員が再認識する必要がある。日進月歩の医学・医術に即応した診療報酬を決定するために行われている外保連の実際の活動を紹介する。その上で、我々が今何をすべきかを知っていただきたい。基本事項としては、LE＋ALTAの定義と、同じ定義の中での日本における肛門科医師全員によるデータ集積と解析、そしてLE＋ALTAとしての術式とさらなるエビデンスの確立が必要です。肛門科医の知恵の集積と協力をお願いしたい。

ALTA併用療法の名称と定義

加藤 典博[1)]、加藤久仁之[2)]
ふるだて加藤肛門外科クリニック[1)]、JA秋田厚生連能代厚生医療センター　外科[2)]

ALTA併用療法の名称は煩雑で術式が明確に伝わらず各施設間の治療成績に誤差を生じたり、また学会・研究会で議論がぶれたりする。今回、過去11回までの内痔核治療法研究会総会の記録集から抜粋した併用療法術式の名称（29種類）を分析した結果、病変単位の術式の定義が不明慮で、さらに病変単位と症例単位の術式を区別せずに使用している場合があった。そこで、術式の名称と定義を当院なりに整理してみた。基本的にALTA併用療法の病変単位の術式は3種類しかなく、その定義も①AL（ALTAの略）：切除を一切せずALTAのみを注射した術式、②LE：痔動静脈を高位結紮し、内外痔核を切除した術式、つまりミリガン・モーガン手術をした術式、③EA（Excision ALTAの略）：同一痔核で外痔核を切除し内痔核にALTAを注射した術式、と単純明確である。そして、これら病変単位の術式の組合せで症例単位の術式が決まる事になる。また、併用療法という名称が病変単位のEAと全組合せの症例単位の術式の両者に使用されている事も、さらに煩雑にしている。したがって併用療法を前者に、後者には新たに混合療法と命名するとさらに簡便化される（**下図**）。



以上の法則をきちんと認識した上で、発表・投稿の際に対象となった術式（病変単位か症例単位か、症例単位なら単一か混合か）を明記さえすれば煩雑さは避けられ、各施設間で治療成績を共有でき、議論も引き締ると思われる。今回は、統一された簡便な名称を制定するための最低限の枠組みの法則を提案した。今後はさらに多方面の検討が必要と思われる。

最後に、診療報酬改定で硬化療法を伴う痔核根治術が新設されたが、これにも全国的に統一した見解が求められる。当院ではLEを最低1ヵ所に行った症例（LE+EA+AL, LE+AL+AL等）に請求し、LEを行わないEAとAL症例（EA+EA+EA, EA+EA+AL等）には請求不可とした。

ALTA併用療法の種類と考え方

岡本 欣也、那須 聡果、広瀬俊太郎、平田 悠悟、河合 宏美、藤本 崇司、高橋 里奈、山口 恵実
中田 拓也、森本 幸治、西尾 梨沙、岡田 大介、古川 聡美、山名 哲郎、佐原力三郎
東京山手メディカルセンター　大腸肛門病センター

現在行われている併用療法は以下に分類することができる。

- 痔核手術をLEで行なってきた医師が主痔核をLEした後、副痔核にALTAを補助的に使用するLE主体型
- ALTA単独療法を行なっていた医師が再発要因の外痔核切除を加えたALTA主体型
- LEを行なってきた医師が安全なday surgeryとして考案した術式で、外痔核、内痔核を明確に選別し、外痔核にはLEを行ない内痔核にはALTA療法を行うLE, ALTA同等型
- 分離結紮法やAnal Cushion Lifting法（ACL）を主体として補助的にALTAを使用する術式は分離結紮主体型、ACL主体型

前述の分類は症例ごとに判断した併用療法であるが、一症例の中の一痔核ごとの併用法の分類も考えうる。さらに外痔核切除or LE、内痔核ALTAの術式でも外痔核の剥離をどこまで行うか（歯状線を基準）により分類できる。ただし、細分化して併用法を考えるより、まずは執刀医がどの術式を主体として痔核治療にあたっているかで判断した分類が理解しやすい。

当センターではLE主体型が根治性と合併症のバランスを考えた際、妥当な術式である。手技を以下に述べる。基本的にLE主体の術式を念頭におくが、一症例の中で痔核ごとに①LE単独②LEとALTA③ALTA単独かを選別する。一般に連続した内外痔核、外痔核主体の痔核、脱出が著明な内痔核にはLE、歯状線が破壊されておらず外痔核、内痔核がseparateし、内痔核の脱出が軽度なものには外痔核をLE、内痔核をALTA、脱出が軽度な単独の内痔核にはALTA単独を選択する。2006年1月～2017年12月までに1,378例を経験し、重篤な合併症を認めず、再手術例は9例（0.7%）、後出血は0.4%と比較的満足のいく結果であった。

また2018年の診療報酬改定において、根治手術に硬化療法（4段階注射法）を伴うものとして6,520点が追加された。痔核を根治させるべくALTAを併用した術式には全て適応としてよいと考えるが、点数加算を目的とした不必要なALTA追加は慎むべきである。

ALTA併用療法を考える

羽田 丈紀、飯田 直子、菅野　宏、岡田 和久、長谷川小百合、村井 隆三
おなかクリニック・おしりセンター

【はじめに】痔核のより良い治療を目指した結果ALTA併用療法が出現し、2018年4月保険収載された。しかし医療機関により様々な手法が存在する。

【ALTA併用療法】ALTA併用療法は、①主痔核に結紮切除術（LE）を、他の方位の痔核にALTAを施す手法と、②主痔核の内痔核にALTA療法を、同じ方位に併発している外痔核に切除などの外科的処置を施す手法に大別される。前者①は1ヵ所以上にLEを施すので、LEの利点と欠点を合わせ持つ。すなわち根治性は高いが、術後疼痛、出血、狭窄などの問題点は解消されない。今回は後者②を考える。

❶ 内痔核治療

内痔核に対しZ式肛門鏡を用い四段階注射法を順守している施設が多いが、独自のALTA投与法や、異なる方法で内痔核を治療しALTA注を補助的に用いる手法もある。

❷ 外痔核切除範囲

痔核の主な構成要素は上皮と間質である。併発する外痔核を肛門管外外痔核と肛門管内外痔核に分類すると、前者は肛門周囲皮膚領域の間質の膨隆である。後者はわずかに存在する肛門管内の褐色調上皮である会陰皮膚領域の間質の膨隆のことが多く、肛門上皮領域における外痔核は間質の膨隆よりも、上皮が滑脱し肛門外へ露呈することが多い。

したがって外痔核の切除範囲は、肛門縁まで、褐色調上皮（括約筋間溝付近）まで、肛門上皮（歯状線）までに分かれる。

❸ 剥離範囲

支持組織とつり上げ効果の考え方は重要である。

剥離による痔核組織の収縮作用でつり上げ効果を期待し、支持組織を切離する考えと、ALTAの薬理作用で支持組織の再生を期待し、温存する考えがある。

前者では、剥離を広範囲とし、最も強く固定している歯状線付近の支持組織を切離する。後者では、剥離は最小限で支持組織は温存する。

【討論】前述の比較事項を踏まえ、様々なALTA併用療法を議論する。

PD－4

LE＋ALTA法からEA法（外痔核切除・内痔核ALTA）へ

鉢呂 芳一、安部 達也、小原　啓、菱山 豊平、國本 正雄
くにもと病院　肛門外科

【緒言】 内痔核へのALTA治療はほぼすべての症例に可能であり、短期的にはある程度の治療効果は得られる。しかし実際には内痔核のみの手術症例は少なく、またALTA単独投与のみで治療せしめる症例も限られていることが症例の積み重ねとともに判明した。当院では当初、主痔核毎にALTA単独治療が可能かどうかを判断し、可能と判断した部位にはALTA単独治療を、困難と判断した部位にはLEを行うこととした。本術式をLE＋ALTA法と提示し、しばらく痔核治療の主軸としていた。その後内痔核に対するALTAの長期的な有用性が確認され、またALTA治療後の再発例で外痔核の腫大が多くの症例で認められることを考慮し、2011年頃より同一痔核の外痔核部位をexcision（E）し内痔核部位にALTA（A）を投与するEA法を開始し、現在では痔核治療の主軸としている。

【ALTA併用療法について】

- 主痔核毎に注目し、LEもしくはALTAを使い分ける場合は、LE＋ALTA法と提示している。しかし本法は治療部位別に考えると単独治療になるため、厳密にはALTA併用療法とは言えないかもしれない。
- 外痔核部位を切除し内痔核部位にALTAを投与する場合は、EA法と提示している。ただし、どのレベルまで痔核を剥離するか、どこまで痔核切除を行うかについては定義していない。現時点で当院では、歯状線を越えるまでトライツ筋の剥離を行いLEに準じた手技にて外痔核切除を施行している。症例によっては歯状線を越えて内痔核下局まで切り込む場合もある。
- 四段階注射法以外のALTA投与に関しては、ALTA多点法と提示している。例えばLE施行後の中枢部に少量のALTAを投与した場合（当院ではほとんど無し）や粘膜脱合併領域に少量ずつALTAを追加投与した場合などである。

Memo