

症例報告

嵌頓脱出ストーマに対してストーマ閉鎖術を施行した1例

高橋 真治¹, 呉屋 朝幸¹¹ 茨城県鹿嶋市厨 5-1-2 小山記念病院外科

要旨

患者は50歳代, 男性. 横行結腸癌に対して一期的横行結腸切除術を施行したが, 縫合不全のため吻合部切除術および上行結腸で単孔式ストーマを作成し, 下行結腸側は盲端とした患者. 初回手術から2年半後, 急にストーマ脱出を発症し, 強い右下腹部痛を訴え来院した. ストーマは高度に浮腫・嵌頓しており還納不可能であった. 以上から, 単孔式ストーマ脱出嵌頓と診断し, 緊急開腹手術を施行した. 脱出したストーマは切除し, 回腸末端と下行結腸盲端部を端側吻合で縫合しストーマ閉鎖術を施行した. 術後経過は順調で術後第14病日に軽快退院した. ストーマ脱出による嵌頓例はまれであり, 今回われわれはこの1例を経験したので文献的考察を加え報告する.

文献情報

キーワード:

ストーマ脱出,
嵌頓,
虚血

投稿履歴:

受付 平成30年9月18日
修正 平成30年10月26日
採択 平成30年12月6日

論文別刷請求先:

高橋真治
〒314-0030 茨城県鹿嶋市厨5-1-2
小山記念病院外科
電話: 0299-85-1111
E-mail: stshinjishinjitakahashi@gmail.com

はじめに

ストーマの合併症にはストーマ脱出, 傍ストーマヘルニア, ストーマ壊死, 狭窄などがあるが,¹ストーマ脱出にともない嵌頓する症例は少ない. 今回われわれは, この1例を経験したので文献的考察を加え報告する.

症例

患者: 50歳代, 男性.

主訴: ストーマ脱出, 右下腹部痛.

既往歴: 横行結腸癌.

現病歴: 横行結腸癌に対して一期的横行結腸切除術したが, 縫合不全のため上行結腸下行結腸吻合部の切除術を行い, 上行結腸で単孔式ストーマを作成し, 下行結腸側は盲端とした. 術後化学療法を施行し, 再発や転移を認めず経過した. 初回手術から2年半後, ストーマ閉鎖術を予定していたところ, 緊急来院の1週間前からストーマ脱出が始まり, 徐々に増強していたが病院へは来院しなかった. 脱出したストーマがさらに増大したことや, 痛みが強くなるようになったためようやく病院を受診した. ストーマ脱出は今回が初回であった.

診察時現症: 体温 37.0°C, 血圧 123/102 mmHg, 脈拍 70 回/分. ストーマは右下腹部に上行結腸で単孔式に造られており, 長さ 17 cm ほど脱出嵌頓しており, 著明な浮腫を呈していた. 用手還納はストーマの浮腫が強く, 全く不可能な状態であった. 筋性防御は認めなかった. ストーマの色調はやや紫色を呈しており, 虚血が疑われた. その他に特記すべき所見は認めなかった.

血液生化学検査所見: 白血球数 10,080/μl, CRP 0.48 mg/dl と中等度の炎症所見を認めた. 動脈血液ガス分析は室

内気で Base Excess (BE) 2.6 mEq/L と正常範囲内だった。その他の検査値に異常所見は認めなかった。

腹部骨盤部 Computed Tomography (CT) 所見：ストーマ脱出を起こしていなかった時の造影 CT では、ストーマが腹壁を貫く部位に狭窄や拡張はなく、ストーマ自体も特に異常所見を認めていなかった (図 1)。ストーマが脱出嵌頓した時の単純 CT ではストーマの腹壁貫通部位は拡大しており、ストーマそのものは大きく腹壁外へ脱出していた (図 2a~d)。また、回腸末端部も一緒に脱出していた。

臨床経過：以上から、単孔式ストーマ脱出嵌頓と診断し、緊急開腹手術を施行した。上中下腹部正中切開で開腹した。脱出したストーマは切除し (図 3a, b)、回腸末端と下行結腸盲端部を端側吻合で縫合しストーマ閉鎖術を施行した。術後経過は順調で術後第 14 病日に軽快退院した。

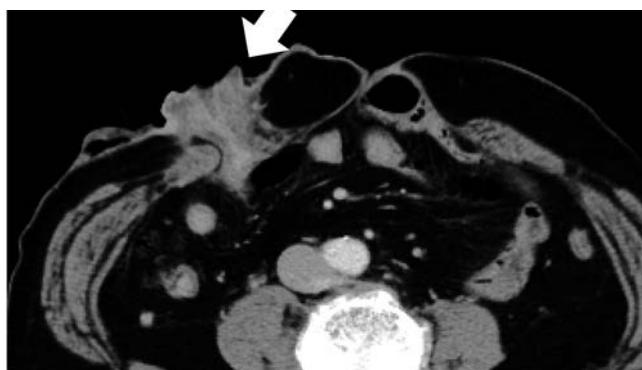


図 1 ストーマ脱出前の腹部骨盤部 CT 所見。特に異常所見は認めない正常のストーマ (矢印)。

考察

ストーマ脱出は大腸ストーマの場合、発症率はわずか 2 % と言われ、稀である。² ストーマ脱出した場合、通常は還納が可能で、必要に応じて、ストーマ再造設、開腹下腸管切除、腸管固定、自動縫合器による非開腹下脱出腸管切除、Gant-Miwa などの直腸脱の手技を応用したもの、ボタン固定術、巾着縫縮術などで修復する方法が報告されている。^{3~7} 自験例のように、ストーマが嵌頓してしまうことは稀で、本邦では医学中央雑誌で 1983 年から 2017 年まで、「ストーマ」、「脱出」、「嵌頓」などをキーワードに検索すると (会議録を除く)、明らかな嵌頓症例は 9 例であった。^{7~12} 通常、われわれが現場で経験するストーマ脱出は容易に還納可能であることが多く、また、患者もストーマが脱出していると早期に病院を受診するため、ストーマが嵌頓する前に医療者が還納しているケースがほとんどと思われる。自験例では、1 週間も放置された状態でようやく病院を受診に至った。その間に脱出ストーマの浮腫が進行したために嵌頓し、還納が困難となってしまった。幸いにも全身状態が良好であったこと、イレウス状態になっていなかったことから一期的に、脱出したストーマ切除、回腸末端と下行結腸盲端部の端側吻合によるストーマ閉鎖術を施行することが可能であった。しかし、普段の診療の際に、ストーマ脱出の可能性や、その際の対応方法について十分説明しておけば、嵌頓まで放置されることなく、もっと安全な状態でストーマ閉鎖術が出来たことは否定できない。普段からの十分な説明をしておくことが重要であると考えられた。

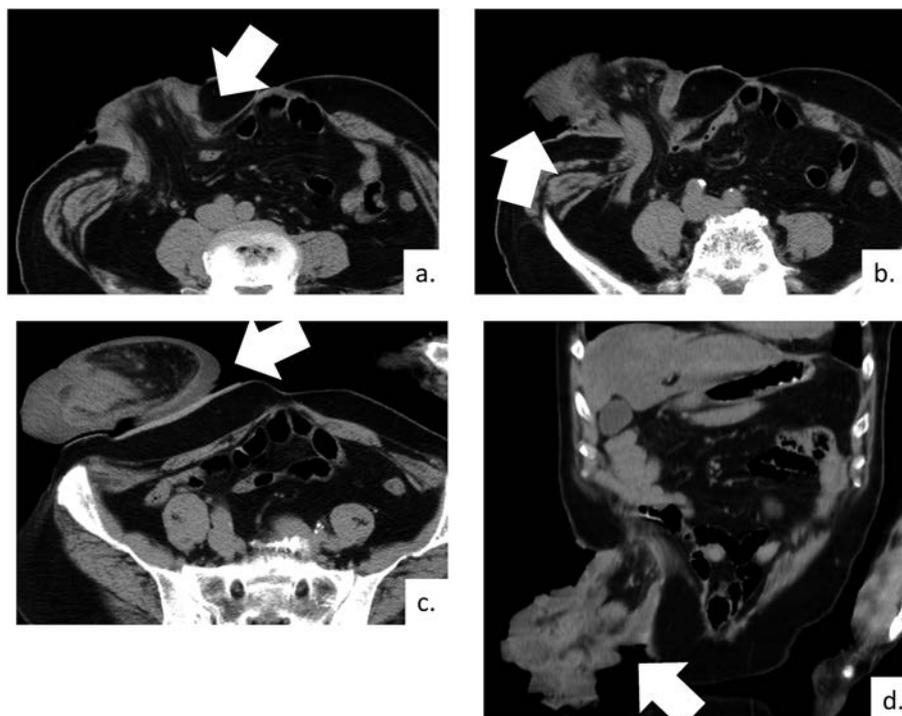


図 2 a~d ストーマ脱出時の腹部骨盤部 CT 所見。ストーマは大きく腹腔外に脱出している (矢印)。

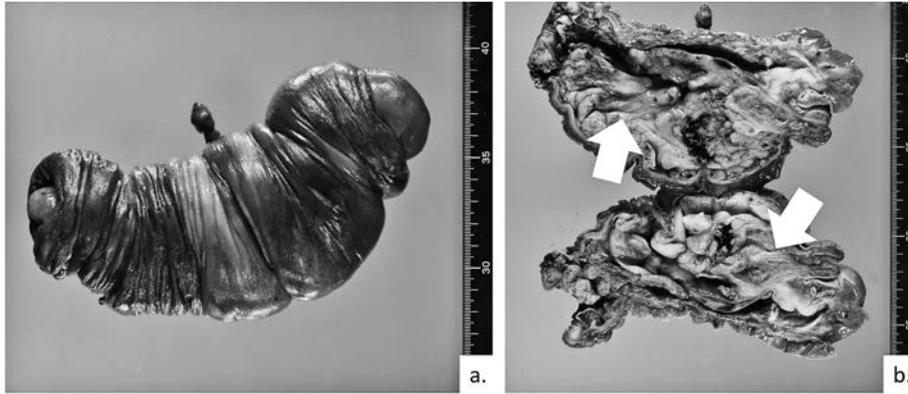


図3 切除された脱出ストーマ。脱出ストーマは著明な浮腫を呈している (a)。剖面では出血性梗塞所見を認める (b, 矢印)。

利益相反：なし

文献

1. Krishnamurty DM, Blatnik J, Mutch M: Stoma complications. *Clin Colon Rectal Surg* 2017; 30: 193-200.
2. Fleshman JL, Lewis MG. Complications and quality of life after stoma surgery: a review of 16, 470 patients in the UOA data registry. *Semin Colon Rectal Surg* 2007; 18: 19-24.
3. 久保秀文, 長岡千里, 林 雅規ら. 結腸ストーマ脱出に対し自動縫合器による非侵襲的修復術を行った1例. *外科* 2015; 77: 1583-1586.
4. 勝野秀稔, 前田耕太郎, 松本昌久ら. ストーマ脱出に対するボタン固定術. *日本大腸肛門病学会誌* 2006; 59: 208-209.
5. 宇野能子, 中島紳太郎, 武田光正ら. 結腸ストーマ脱出に対し自動縫合器による修復術を施行した2例. *日本大腸肛門病学会誌* 2014; 67: 330-335.
6. 堺 浩太郎, 別府理智子, 谷村 修ら. ストーマ脱出に対し Délorme 手術を応用した治療経験. *日本大腸肛門病学会誌* 2010; 63: 396-398.
7. 小西文雄. 横行結腸ループ式人工肛門において結腸の脱出嵌頓をきたした1例. *消化器外科* 1988; 11: 1888-1889.
8. 藤田尚久, 和田信昭, 岡崎 桂ら. 特異な形態を呈した人工肛門部結腸脱出及び小腸嵌頓の1症例. *日本腹部救急医学会雑誌* 2004; 24: 677-680.
9. 岩川和秀, 梶原信介, 岡田憲三ら. 横行結腸双孔式ストーマの脱出壊死に対してストーマ口より腸切除再建した1例. *手術* 2005; 59: 277-280.
10. 新井洋紀, 松谷 毅, 松田明久ら. 自作器具が原因と考えられた双孔式回腸人工肛門脱出・嵌頓の1例. *日本腹部救急医学会雑誌* 2015; 35: 351-354.
11. 濱口哲也, 森本勇貴, 西川隆太郎ら. 自動吻合器を用いた Altemeier 変法が奏効した回腸人工肛門重積脱出の1例. *日本臨床外科学会雑誌* 2016; 77: 1105-1109.
12. 中畷雅之, 藤原大樹, 杉政奈津子ら. 双孔式ストーマ脱に対する簡便な脱出腸管切離修復術の経験. *日本臨床外科学会雑誌* 2017; 78: 1473-1477.

Prolapsed and Incarcerated End Colostomy Treated by Stoma Resection and Closure: A Case Report

Shinji Takahashi¹ and Tomoyuki Goya¹

¹ Department of Surgery, Koyama Memorial Hospital, 5-1-2 kuniya, Kashiwa, Ibaraki 314-0030, Japan

Abstract

A male patient in his fifties underwent ascending colostomy due to anastomosis leakage following transverse colectomy. He developed right lower abdominal pain and was diagnosed with prolapsed, edematous, and completely incarcerated end colostomy. It was not possible to restore the end colostomy to a normal position. Consequently, he received emergency end stoma resection and ileum–descending colon anastomosis. Remarkably, the patient's condition improved without any further complications, and he was discharged 14 days postoperatively.

Key words:

stoma prolapse,
incarceration,
ischemia
