

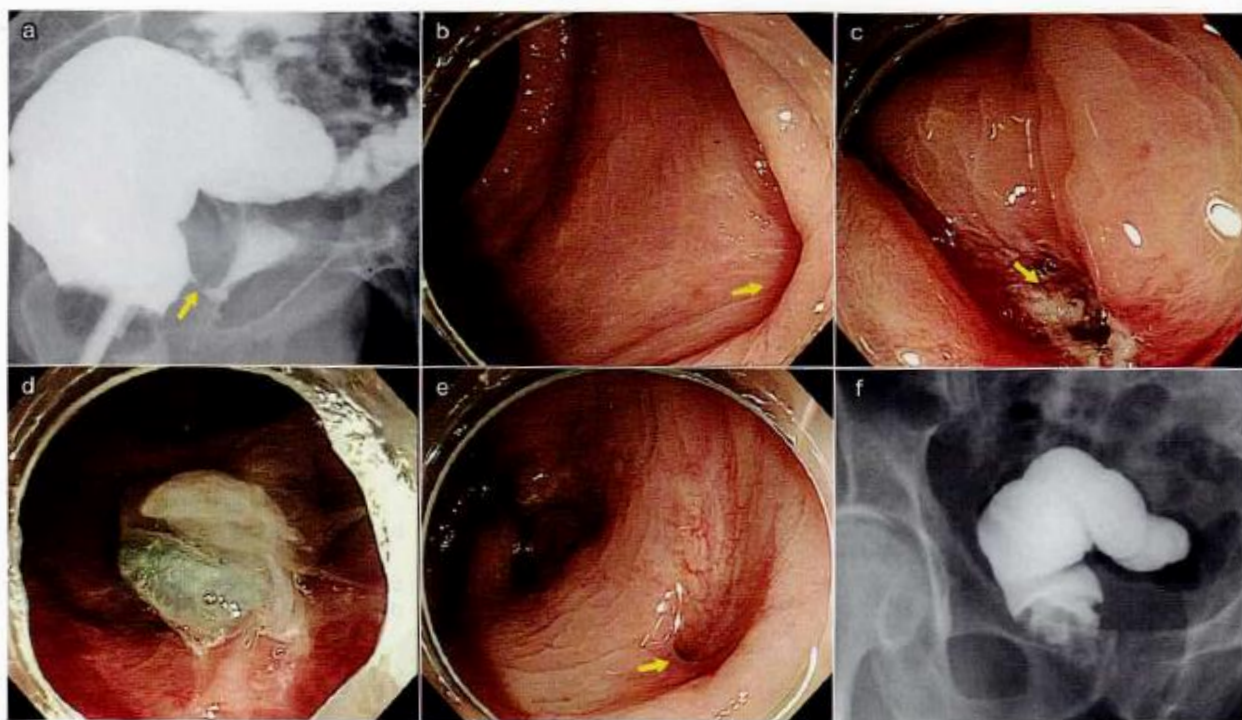


図5 瘻孔（膀胱直腸瘻）

- a. X線造影の様子。消化管外への交通が確認できる（黄色矢印）。
 b. 瘻孔の内視鏡画像（黄色矢印）。
 c. 瘻孔部をAPCで一部焼灼した（黄色矢印）。
 d. PGAシートおよびフィブリン糊の充填した後の内視鏡画像。
 e. 閉鎖法実施から95日後の内視鏡所見。瘻孔発生箇所は確認できるものの、瘻孔そのものは閉じており、良好な上皮化が認められた。
 f. X線造影の結果、瘻孔から消化管外への漏出は認められなかった。

後腹膜の壊死物質が存在していた（図4d）。同日PGAの充填被覆を行ったところ徐々に穿孔部は組織が再生していき（図4e）、遅発性穿孔後124日目には完全に穿孔は閉鎖（図4f）され追加外科手術を回避でき退院となった。

【症例3】膀胱直腸瘻（瘻孔）（図5）

前立腺癌術後14日目に気尿で来院。ガストログラフィン造影では、直腸から造影剤の消化管外への漏出を認めた（図5a）。内視鏡画像では小さな瘻孔を認めた（図5b）。瘻孔部へのPGAおよびフィブリン糊で接着を強固にするためAPCで凝固で粘膜瘻を焼灼しそのあとにPGAとフィブリン糊で接着させた（図5c）。被覆後5日目の内視鏡像であるがPGAは残存していることが確認できる（図5d）。治療95日後には瘻孔は完全に閉鎖し（図5e）、ガストログラフィン漏出も認めず気尿も改善し手術は回避された（図5f）。

□ 遅発性穿孔に対する被覆法の実際

遅発性穿孔は、おおよそ血流障害が原因で生じた穿孔のため巨大な径かつ筋層ごと脱落することが多い。また穿孔部かつ周囲の筋層、粘膜も脆弱となるためクリップ縫縮はきわめて困難となり、基本的に外科手術が選択される。ただし、手術回避が望ましい症例も多く、そのような際に本法は選択肢の一つとして検討する価値があると考え。被覆法を実施する際、遅発性穿孔部は足場となる組織が無く周りの組織も脆弱であるため、穿孔部から腹膜または腹壁につけるようにPGAシートを充填していき、腹膜または腹壁にPGAシートが接着するように押し込むように注入・塗布する。

□ 瘻孔に対する被覆法の実際

瘻孔部は基本的に組織欠損部が残ったまま上皮化が進んでいるか、不良肉芽などで覆われている状態が大半で