

# 肛門部悪性腫瘍手術に形成外科的手技を併用することがあります

肛門部には様々な悪性腫瘍ができることがあります。腫瘍の種類や進行度によっては肛門周囲の皮膚や皮下組織を大きく切除する必要があり、欠損部に対しそのまま寄せて縫合できない場合は形成外科的な手技を併用することがあります。今回は、肛門管由来のGISTにより殿部腫瘍を形成し、これを切除した際に大殿筋による筋皮弁を使って再建した症例を呈示します。

## 症例呈示

71歳、男性。1年前より殿部の腫瘍に気づくも放置していた。徐々に増大してきたため形成外科を受診し、外科へ紹介となった。初診時、肛門縁より右側殿部にかけて約10cmの腫瘍を触知した(図1)。

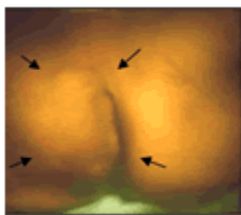


図1 体表所見

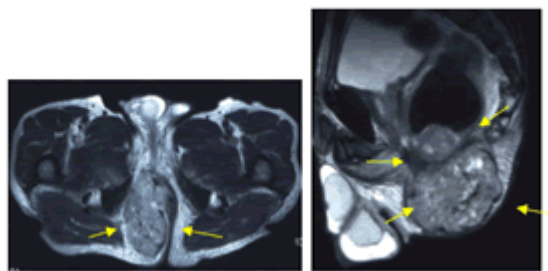


図2 骨盤MRI

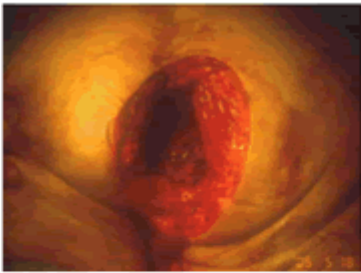
骨盤MRIにて下部直腸から肛門管を左に圧排し坐骨直腸窩から右殿部皮下に伸展する約9cmのダンベル状の腫瘍を認めた。T2強調にて不均一な高信号を基調とし境界は明瞭であるが、右側は坐骨結節及び大殿筋に接していた(図2)。針生検にてGISTが疑われ、肛門括約筋への浸潤陽性と判断し直腸切断術を行った。

## <本例での手術手技の工夫>

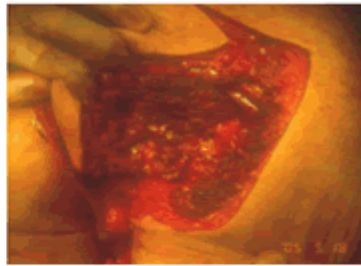
1. 会陰部の深部操作を腹臥位で行い、続けて筋皮弁による再建を行った。
2. 病変が右側に偏っていたため碎石位での会陰操作で先に左側半周の肛門拳筋を切離し腹腔内と連続させておいた。
3. MRI診断を参考に大殿筋の筋線維を直視下に切離しながら剥離した。
4. 右側の肛門拳筋は骨盤付着部で切離し、坐骨結節部は骨膜レベルで切離した。
5. 殿部欠損部の閉鎖は右側大殿筋によるV-Y皮弁を使用した(図3)。

病理組織診断はCD117(KIT 蛋白)陽性、CD34 陽性、S-100 蛋白陰性、抗  $\alpha$ -SMA 抗体一部陽性であり、肛門管由来の GIST(uncommitted type)と診断した。

図3 V-Y皮弁



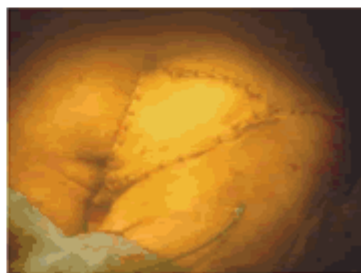
a) 腫瘍摘出後大きな欠損となった。



b) 大殿筋の下半分を切離し皮弁を挙上した。



c) 欠損部を覆うようにスライドさせた。



d) Y型の皮弁が完成