

原著論文

左側大腸癌イレウスに対する経肛門イレウス管の適応と限界

井上 賢之, 堀江 久永, 佐田友 藍, 清水徹一郎, 田原真紀子, 直井 大志, 森 和亮, 巷野 佳彦, 伊藤 誉, 森本 光昭, 鯉沼 広治, 宮倉 安幸, 佐田 尚宏

自治医科大学 消化器・一般外科 〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-1

要 約

左側大腸癌イレウス治療における経肛門イレウス管の適応と限界について後方視的に検討した。2006～2011年に当科で手術治療を施行した左側大腸癌イレウス59症例を経肛門イレウス管減圧群（DC群）と非減圧群（NDC群）の2群に分け治療成績を比較した。イレウス管留置成功率は89%であった。DC群25例中、一期的切除吻合術が施行できたのは13例（52%）のみであった。7例（28%）では減圧したにも関わらずストマ造設のみ施行されており、原因として減圧不良（4例）、血清アルブミン低値（3例）、骨盤内他臓器浸潤（2例）があげられた。一期的切除吻合を目的とした経肛門イレウス管挿入は遠隔転移や高度局所浸潤がなく栄養状態良好症例には良い適応と考えられた。一方、栄養状態不良症例には術前経口摂取が可能となるステント挿入を、遠隔転移や高度局所浸潤症例に対してはストマ造設を選択すべきと考えられた。

（キーワード：閉塞性大腸癌，経肛門イレウス管，ステント，ストマ造設）

緒言

大腸癌イレウスはoncological emergencyの典型的疾患である。イレウス未解除での緊急手術は、腸をはじめ全身状態不良下での汚染手術となり、術後合併症を発症する可能性が高い。よって周術期合併症発生を防ぐためには、まずイレウスを解除し、全身状態の改善後に口側腸管、遠隔転移の検索を行い、待機的に癌根治手術を行うことが望ましい。とくに左側大腸癌症例では吻合前の拡張腸管減圧が縫合不全予防に寄与するため¹⁾、減圧を行うことが一般的である。減圧方法は、以前はストマ造設が第一選択とされていたが、最近では経肛門イレウス管やメタリックステントなどによる減圧が可能となり多様化している。またイレウスを呈する大腸癌は周囲臓器浸潤や遠隔転移を伴うことも多いが、FOLFOXやFOLFIRI等の奏効率の高い抗癌化学療法の出現により生命予後の改善が得られるようになってきた。局所進行癌や遠隔転移を有する症例では生命予後考えた場合、原発巣切除の時期（切除を先行させるべきか全身化学療法を先行させるべきか）に対する考え方も多様化している。

当科では左側大腸癌イレウス症例に対しては経肛門イレウス管による減圧後、可能であれば一期的切除吻合を行うことを基本方針としている。これまでにも安全な周術期管理と術後成績を報告してきた²⁾が、経肛門イレウス管によ

る減圧が一期的切除吻合につながらない場合も少なくない。また長期間の経肛門イレウス管の留置は肛門部の疼痛や臭気などにより患者のQuality of Life（以下、QOLと略記）を低下させるため、経肛門イレウス管の適応については再考が必要と考えられた。そこで今回、当科で手術治療を施行した一連の左側大腸癌イレウス症例の手術成績を後向きに調査し、経肛門イレウス管の適応と限界について考察した。

方法

2007～2011年の5年間に於いて、手術治療を施行した左側大腸癌イレウス症例を後方視的に検討した。基本方針としては、遠隔転移・局所浸潤・癌性腹膜炎所見のない大腸癌イレウス症例では根治手術・経肛門イレウス管留置を、遠隔転移・局所浸潤・癌性腹膜炎所見のある症例では人工肛門造設を検討するという考えをもとに、最終的には術者個別の判断で行われていた。

本研究においては、臨床的に腹部膨満、腹痛、嘔吐などの腹部症状、もしくはCT検査で拡張した腸管をとまなう狭窄性の大腸進行癌で、病変が脾彎曲部よりも肛門側に存在した症例を左側大腸癌イレウス症例として検討対象にした。経肛門イレウス管による減圧法を適用したのち根治または姑息的手術を待機的に行った症例を経肛門イレウス管

減圧群（decompression群，以下DC群と略記）とし，緊急に術前の口側腸管の減圧なしに根治または姑息的手術を起こった症例を非減圧群（non decompression群，以下NDC群と略記）とし2群に分け治療成績を比較した。当施設では2012年よりメタリックステントの使用も開始しており，本研究では医療機器による各種減圧法が混在する以前のデータを収集し検討をおこなった。

イレウス管挿入に際し，原則，下部消化管内視鏡は細径スコープ（EC-590MP，富士フィルム製）に透明フード（先端アタッチメントD-201-12704，オリンパス製）を装着して用い，クリエートメディック株式会社のイレウスチューブ（経肛門挿入セット）を留置した。挿入方法は，①はじめに内視鏡を大腸狭窄部手前まで挿入し，鉗子口から造影剤を注入して，X線透視下に狭窄部の状況を確認する。②狭窄部の内腔に向かってガイドワイヤーを挿入し，狭窄部通過後，鉗子孔対応ダイレーターと共に深部まで送り込む。③ガイドワイヤー及び鉗子孔対応ダイレーターを腸管内に残しつつ内視鏡を抜去する。④鉗子孔対応ダイレーターに沿わせて狭窄部拡張ダイレーターを挿入し，狭窄部を拡張させる。⑤狭窄部拡張ダイレーターを抜去した後，鉗子孔対応ダイレーターに沿わせて減圧チューブを挿入する。⑥バルーンに滅菌蒸留水を注入し拡張させ，確実にバルーンが狭窄部に引っかかっていることを確認するという手順でおこなった。DC群における腸管洗浄方法は，カテーテルチップを用いてイレウスチューブから微温湯を間欠的に注入・排液させ，1000mlずつ1日2施行した。

各症例から年齢，性別，病変部位，イレウス症状の有無，イレウス管の有無，イレウス発症から手術までの日数，イレウス管挿入後から手術までの日数，小腸拡張の有無（CT検査画像により腸内容の停滞があり正常腸管に比

して内腔拡張のあるもの），血液生化学データ（白血球数，血清アルブミン値），一次的切除吻合の有無，人工肛門造設の有無，進行度，化学療法の有無，予後についてのデータを抽出し検討をおこなった。統計解析には，t検定，カイ二乗検定，Mann-WhitneyのU検定を用い，P値<0.05を有意とした。本研究は当院倫理委員会の承認を得ておこなわれた。

結果

計59例が対象として抽出された。経肛門イレウス管挿入が試みられた症例は28例であった。28例のうち偶発症なく挿入が可能であった25例（89%）をDC群とした。挿入不可能は1例，挿入時穿孔は2例認められ，これらは本研究の比較検討対象から除外した。DC群ではイレウス管留置による症状の改善，拡張腸管の改善が84%の症例で認められた。イレウス発症から手術までの日数はDC群で中央値7日（四分位範囲1-15），NDC群で中央値3日（1-18）であった。DC群における手術までの待機期間は，中央値で7日（6-8）であった。DC群25例とNDC群31例の患者背景を比較すると，DC群にイレウス症状の重篤な症例，小腸拡張を有する症例，炎症所見の高度な症例が有意に多数認められた。一方NDC群には遠隔転移を有するStage IV症例が有意に多く，血清アルブミン値もDC群との有意差はなかったが低い平均値を示していた（表1）。

DC群とNDC群との手術治療を比較すると，DC群では13例（52%）に一次的切除吻合術が施行されていたが，ストマ造設のみの手術も7例（28%）に施行されていた。一方NDC群では一次的切除吻合術は4例（13%）に施行され，22例（71%）はストマ造設であった（表2）。

経肛門イレウス管を挿入されたにも関わらずストマ造

表1. DC群，NDC群の臨床病理学的患者背景.

	DC群 (n=25)	NDC群 (n=31)	P値
年齢	66.5 (59.25-74)	62.5 (55-72.8)	有意差なし
性別 n(%)	15 (60) : 10 (40)	15 (48) : 16 (52)	有意差なし
<病変部> 下行結腸 n(%) S状結腸 n(%) 直腸 n(%) 【Rs, Ra, Rb】	7 (28) 10 (40) 8 (32) 【6, 2, 0】	6 (19) 14 (45) 11 (36) 【5, 4, 2】	有意差なし
<症状（重複有り）> 腹部膨満 n(%) 腹痛 n(%) 嘔吐 n(%)	13 (52) 21 (84) 12 (48)	14 (45) 11 (36) 3 (1)	有意差なし <0.05 <0.05
CT検査による小腸拡張の有無 n(%)	13 (52)	8 (26)	<0.05
<血液データ> 白血球数 (/μL) 血清アルブミン値 (g/dL)	10765 ± 4805 3.6 ± 0.6	8435 ± 3713 3.3 ± 0.6	<0.05 0.07
<進行度> II n(%) III n(%) IV n(%)	14 (56) 7 (28) 4 (16)	6 (19) 3 (10) 22 (71)	<0.05
イレウス発症から手術までの日数	7 (1-15)	3(1-18)	有意差なし
イレウス管挿入から手術までの日数	7 (6-8)	-	-

DC群：経肛門イレウス管によるdecompression群,NDC群：non decompressio群, 年齢・日数は中央値(四分位範囲)で表示, 血液データは平均値±標準偏差で表示.

表 2. 施行された手術術式

	DC群 (n=25)	NDC群 (n=31)	P値
一期的切除吻合 n(%)	13 (52)	4(13)	<0.05
一期的切除吻合 + 予防的回腸瘻造設 n(%)	3 (12)	1 (3)	有意差なし
ハルトマン手術 n(%)	2 (8)	4 (13)	有意差なし
人工肛門造設 n(%)	7 (28)	22 (71)	<0.05

DC群: 経肛門イレウス管によるdecompression群, NDC群: non decompressio群

表 3. DC群において人工肛門造設術のみが施行された7例.

症例	年齢, 性別	病変部	進行度	要因	化学療法	二期的手術	予後
1	75, 男	S状	II	局所高度浸潤 (骨盤壁)	FOLFIRI+Bev.	S状結腸切除術	生存, 4年6ヶ月
2	79, 女	直腸	II	減圧不十分, 低アルブミン血症	なし	低位前方切除術	生存, 3年6ヶ月
3	62, 女	下行	IV	減圧不十分, 低アルブミン血症, 多発肝転移	なし	なし	死亡, 6ヶ月
4	59, 男	直腸	IV	減圧不十分, 単発肝転移	なし	高位前方切除術 肝部分切除術	生存, 3年
5	59, 女	S状	II	減圧不十分	なし	S状結腸切除術	生存, 2年6ヶ月
6	85, 男	下行	III	低アルブミン血症	なし	結腸左半切除術	生存, 2年
7	60, 男	直腸	III	局所高度浸潤 (骨盤壁)	FOLFOX+Bev.	低位前方切除術	生存, 1年6ヶ月

DC群: 経肛門イレウス管によるdecompression群, FOLFIRI: folinic acid + fluorouracil + irinotecan,
FOLFOX: folinic acid + fluorouracil + oxaliplatin, Bev.: bevacizumab

設のみが施行された7例を詳細に検討した(表3)。症例1, 7は、局所進行癌(骨盤内他臓器浸潤疑い)であったためストマ造設のみが施行され、経口摂取開始後それぞれFOLFIRI + Bevacizumab, FOLFOX + Bevacizumabによる全身化学療法が施行された。ともに腫瘍縮小が得られ根治度Aの手術が可能であった。とくに症例1(図. 1a, 1b)は切除標本上癌の遺残無く病理学的Complete Responseと診断された。症例2, 3は減圧不十分で腹満、腹痛が改善されず、血清アルブミンも低値であったためストマのみ造設し経口摂取を開始する方針した。症例2は速やかに全身状態が改善し低位前方切除術を施行可能であった。症例3は多発肝転移を有しており全身化学療法も希望されなかったため緩和ケア科へ転科となった。症例4, 5は、血清アルブミン値は良好であったが、減圧不十分で腸管内に多量に便が貯留していたためストマのみ造設した。造設後速やかに

減圧され根治手術が可能であった。症例6は高齢かつ血清アルブミン低値であったため手術侵襲の低減、縫合不全回避のため初回はストマのみ造設し、全身状態の回復を待つて根治手術を施行した。

NDC群でストマ造設のみが施行された22例について表4に示す。17例(77%)がStage IV症例であった。ストマ造設後根治手術が可能であったのはStage IIの2例とStage IIIの1例のみであった。

考察

本研究では左側大腸癌イレウス症例における経肛門イレウス管留置例、非留置例の患者背景、成績を後方視的に解析し、経肛門イレウス管の適応と限界について考察した。遠隔転移、局所浸潤など疾患進行度を考慮した上で、治癒切除可能と判断され、栄養状態良好症例であれば積極的に

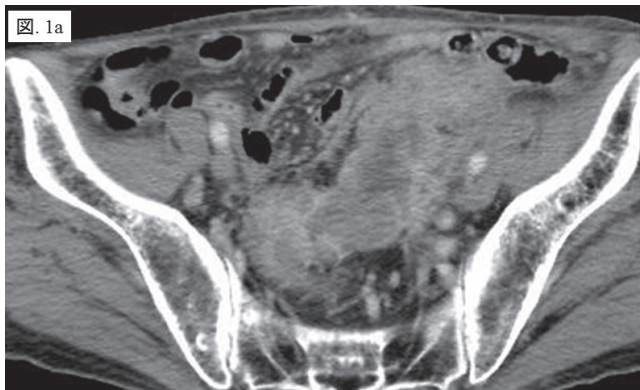


図 1a：高度な局所浸潤を呈する S 状結腸癌症例。腫瘍は左腸腰筋に浸潤している。



図 1b：ガイドワイヤーが腫瘍狭窄部を通過したところ。その後経肛門イレウス管を留置した。

表 4. NDC群において人工肛門造設術施行後に行った追加治療。

	根治手術	化学療法	緩和ケア
ステージII (n=3)	2	1	0
ステージIII (n=2)	1	0	1
ステージIV (n=17)	0	14	3

NDC群：non decompressio群。

イレウス管を留置し安全な一期的切除吻合を目指すべきと考えられた。

大腸癌イレウスに対する経肛門イレウス管の挿入には一定の技術が必要であるが、成功率は79~98%と報告されている³⁾。最近では細径スコープ、胆道鏡、胆道ガイドワイヤーの使用や内視鏡先端アタッチメントの有用性が報告されており、挿入困難症例に対しても安全な挿入が可能となってきた^{4~6)}。経肛門イレウス管挿入後の減圧成功率も79~100%³⁾⁷⁾、挿入後の一期的切除吻合率も71~100%と非常に良好な成績が報告されている^{7~12)}。当院では2000年より経肛門イレウス管の使用を開始し、本研究における挿入成功率は89%であった。腸閉塞状態などにより前処置が十分に行えない症例に対する工夫として、細径スコープの使用や透明フードの着用などを行っている。細径の柔らかいスコープを用いると、前処置不良で急角度の狭い内腔を腸の形なりに押し進めることができる。透明フードの利点としては、内視鏡先端に奥行き1cm弱の空間が常に確保され、粘膜面がレンズ面に密着することがなく、常に一定の視野を確保でき、腸管内腔方向の確認が容易となることである。イレウス管挿入不可能であった1例と挿入時に穿孔した2例は狭窄部を正面視できない症例であった。DC群におけるイレウス発症から手術までの日数とイレウス管挿入から手術までの日数を検討すると、共に中央値で7日と

いう結果であった。これらのデータからは病院受診後、直ちにイレウス管が挿入され術前準備が進められていること、また穿孔のリスクを回避し、かつ十分な洗浄減圧効果が得られるまで1週間前後の期間が必要であると考えられる。対照的にNDC群では、有意差は認められなかったが、イレウス発症から手術までの日数は中央値で3日であり、ストマ造設に際しては、比較的速やかに手術による減圧が試みられている可能性があった。経肛門イレウス管が挿入された25例中4例(16%)は減圧不良のため緊急ストマ造設が必要となったが、減圧成功率は84%と他の報告と同等であった³⁾。しかし経肛門イレウス管挿入後の一期的切除吻合率52%(13/25例)は、これまでの他施設からの報告と比較し低率であった^{7~12)}。そこで当院での経肛門イレウス管の適応について再検討が必要と考えられた。

経肛門イレウス管は、緊急手術の回避、ストマ造設手術の回避、一期的切除吻合率の上昇など多くのメリットを有するため、適応についてはあまり議論がなされていない。しかしイレウス管留置後の穿孔例¹³⁾、減圧困難例の存在、イレウス管による腸内洗浄の煩雑性、肛門部の疼痛と臭気による患者QOLの低下など、デメリットも少なくない。とくに栄養管理は問題であり、限らは経肛門イレウスチューブ留置例の栄養状態の変化を検討しており、24例中12例には経腸・経口栄養、中心静脈栄養を行っていたにも

かかわらず、24例中15例で、入院時と比較して術前の血清アルブミン値の低下がみられ、術前のPNI値 (prognostic nutrition index: $10 \times$ 血清アルブミン値 $+ 0.005 \times$ 総リンパ球数: 40以下は切除吻合は危険とされる) は14例で40未満であったと報告している³⁾。また当施設でもDC群において、イレウス管留置後から手術までの期間に経腸栄養剤の内服が可能であったのは5例のみであった。減圧成功後も十分な経口摂取が可能とはならないため、経肛門イレウスチューブ留置中の栄養管理は今後の課題である。今回検討したDC群25例とNDC群31例を比較すると、一次的切除吻合率は、DC群52%、NDC群13%で、NDC群で低率であった。検査・画像所見を検討すると、NDC群における一次的切除吻合の低率は、非減圧状態の腸管という理由だけでなく、NDC群に進行度の高い症例や血清アルブミン低値症例が多く、術前の段階で経肛門イレウス管は適応外と判断する傾向にあったためとも推測された。しかしイレウス管を挿入されたにも関わらずストマ造設のみが施行された症例が7例 (28%) あり、そのうち3例は血清アルブミン低値であり、2例は局所進行癌 (骨盤内他臓器浸潤疑い) であった。これは緊急手術を回避することを第一義として挿入が行われていたため、結果的に一次的切除吻合につながらない症例にも挿入されたためと考えられた。

2012年から保険収載の上で使用可能となったメタリックステント¹⁴⁾は減圧成功後経口摂取が可能となるため、栄養状態の改善という点で優れている。また医療者はイレウス管の洗浄、患者は肛門部の疼痛と臭気から解放されるという大きなメリットがある。今回の検討群にメタリックステント留置症例は含まれていないが、2012年より当院でも使用を開始し、これまでに5症例の留置経験がある。いずれの症例もステント留置後に経口摂取が可能となり、ニフレック・モビプレップなど術前の腸管洗浄剤を内服し、全例で一次的切除吻合が施行可能であった。イレウス管留置と比較してもステント挿入手技の難易度は高くはなく安全に施行可能と考えている。当院でのDC群における一次的切除吻合症例は約半数という結果を踏まえると、待機的根治手術が可能と判断されるが血清アルブミン低値等、栄養状態が不良な症例では、経肛門イレウス管ではなく、十分な経口摂取が可能となり、洗浄不良状態を回避できるメタリックステント挿入を検討してもよいと考えられた。

一方遠隔転移や高度局所浸潤症例では経肛門イレウス管やメタリックステントで減圧に成功しても必ずしも一次的切除吻合や根治手術が可能となるわけではない。経肛門イレウス管を挿入されたにも関わらずストマ造設のみが施行された7例中2例は局所進行癌 (骨盤内他臓器浸潤) であった。しかし経口摂取開始後それぞれFOLFIRI + Bevacizumab, FOLFOX + Bevacizumabによる全身化学療法が施行され、ともに腫瘍縮小が得られ根治度Aの手術が可能であった。FOLFOXやFOLFIRI等の奏効率の高い抗癌化学療法の出現により、局所進行癌や遠隔転移を有する症例でも生命予後の改善が期待できるようになった。原発巣切除の時期 (切除を先行させるべきか全身化学療法を先行させるべきか) に対する考え方も多様化してきており、現在、当科では両薬多発肝転移を有する大腸癌に対しては初

期治療として全身化学療法を施行している¹⁵⁾。また全身化学療法 (mFOLFOX6 + Bevacizumab) により完全寛解を得た局所進行直腸癌症例も経験している¹⁶⁾。よって遠隔転移や高度局所浸潤症例に対しては原発巣切除にこだわらず、速やかにストマ造設を行い、全身化学療法を先行するのも治療戦略の一つとして妥当ではないかと考えられた。

左側大腸癌イレウスに対する経肛門的イレウス管の適応は、遠隔転移や高度局所浸潤がなく、血清アルブミン値等術前状態良好症例では積極的に検討すべきと考えられる。一方、腸管の洗浄・減圧ができて、十分な経口摂取ができなく栄養状態の改善が難しいという限界がある。よって、左側大腸癌イレウスと診断した場合の治療方針は、①治療切除が可能な栄養状態良好症例では経肛門的イレウス管を留置し減圧後一次的切除吻合を目指す、②治療切除が可能な栄養状態不良症例ではメタリックステントを留置し経口摂取再開により栄養状態の改善を図り一次的切除吻合を目指す、③治療切除が不可能であれば経肛門的イレウス管・ステント等を留置せずに速やかにストマ造設を考慮し、全身化学療法を導入する、という治療戦略も妥当と考えられた。

利益相反の開示

著者全員は本論文の研究内容について、報告すべき利益相反を有しません。

文献

- 1) Jiang JK, Lan YT, Lin TC, et al. Primary vs. delayed resection for obstructive left-sided colorectal cancer: impact of surgery on patient outcome. *Dis Colon Rectum*. 51 (3): 306-11. 2008.
- 2) 堀江久永, 岡田真樹, 永井秀雄. 閉塞性大腸癌の治療経肛門的イレウスチューブと術中腸洗浄の比較 閉塞性左側大腸癌治療における経肛門的イレウスチューブと術中腸洗浄併用の有用性について. *日本腹部救急医学会雑誌*. 25 (3): 505-8. 2005.
- 3) 隅 健次, 山地康太郎, 迎 洋輔, 他. Oncologic emergencyの診断と治療 左側大腸癌イレウスの治療の検討 減圧法を中心に. *日本腹部救急医学会雑誌*. 30 (6): 765-71. 2010.
- 4) 堀内 朗, 中山佳子, 前山浩信, 他. 大腸癌イレウスに対する経肛門的イレウスチューブ留置困難例への工夫. *日本消化器内視鏡学会雑誌*. 44 (9): 1663-72. 2002.
- 5) 堀内 朗, 中山佳子, 梶山雅史. 内視鏡の安全学 若手へのメッセージ 下部消化管 安全な経肛門的イレウス管挿入法. *消化器内視鏡*. 19 (9): 1318-21. 2007.
- 6) 進士明宏, 武川建二. 新しい手技・処置具・機器 内視鏡的経肛門的イレウス管挿入時の先端アタッチメントの有用性. *日本消化器内視鏡学会雑誌*. 49 (11): 2860-61. 2007.
- 7) Xu M, Zhong Y, Yao L, et al. Endoscopic decompression using a transanal drainage tube for acute obstruction of the rectum and left colon as a bridge to curative

- surgery. *Colorectal Dis.* 11 (4) : 405-9. 2009.
- 8) Tanaka T, Furukawa A, Murata K, et al. Endoscopic transanal decompression with a drainage tube for acute colonic obstruction : clinical aspects of preoperative treatment. *Dis Colon Rectum.* 44 (3) : 418-22. 2001.
 - 9) Horiuchi A, Nakayama Y, Tanaka N, et al. Acute colorectal obstruction treated by means of transanal drainage tube : effectiveness before surgery and stenting. *Am J Gastroenterol.* 100 (12) : 2765-70. 2005.
 - 10) 中島信久, 高木知敬, 長瀬英介, 他. 左側大腸癌イレウスの治療方針 経肛門的イレウス管を用いた治療の有用性. *日本臨床外科学会雑誌.* 64 (1) : 11-15. 2003.
 - 11) 大東誠司, 堀田 亮, 柵瀬信太郎, 他. 閉塞性左側大腸癌に対する経肛門的イレウス管の有用性と問題点. *日本大腸肛門病会誌.* 56 (3) : 103-8. 2003.
 - 12) 宇野彰晋, 深澤貴子, 福本和彦, 他. 大腸癌イレウスに対する減圧法の検討 経肛門イレウス管の功罪. *日本腹部救急医学会雑誌.* 32 (7) : 1137-42. 2012.
 - 13) 富山光広, 岡村圭祐, 加藤紘之. 経肛門的腸管減圧チューブによる結腸穿孔の1例. *日本臨床外科学会雑誌.* 61 (1) : 122-5. 2000.
 - 14) 齊田芳久. 大腸狭窄に対するステント治療の現状と展望. *日本消化器内視鏡学会雑誌.* 55 (1) : 3-11. 2013.
 - 15) 俵藤正信, 長瀬通隆, 鯉沼広治, 他. 切除不能・両葉多発大腸癌肝転移に対するFOLFOX化学療法後の外科切除. *Pharma Medica.* 27 (11) : 59-63. 2009.
 - 16) 田口昌延, 宮倉安幸, 熊野秀俊, 他. 術前化学療法により組織学的完全奏効が得られた高度浸潤直腸癌の1例. *日本臨床外科学会雑誌.* 71 (10) : 2676-81. 2010.

An indication and limitation of transanal tube decompression for obstructive left colorectal cancer

Yoshiyuki Inoue, Hisanaga Horie, Ai Sadatomo, Tetsuichirou Simizu, Makiko Tahara, Daishi Naoi, Katsusuke Mori, Yoshihiko Kohno, Homare Itoh, Mitsuaki Morimoto, Koji Koinuma, Yasuyuki Miyakura, Naohiro Sata

Department of Surgery, Jichi Medical University 3311-1 Yakushiji, Shimotsuke, Tochigi, 329-0498 Japan

Summary

We retrospectively assessed an indication and limitation of transanal tube decompression for obstructive left colorectal cancer. Consecutive 59 patients with obstructive left colorectal cancer treated at our hospital from 2006 to 2011 were divided into two groups: decompression group by transanal tube (Group DC) and non decompression group (Group NDC) . Then clinical outcomes were compared between the groups. Group DC and NDC contained 25 and 31 patients, respectively. The tube insertion was attempted to 28 of the 59 patients, and 25 patients had successful insertion (success rate 89%) . In Group DC, 13 of the 25 patients (52%) received primary resection and anastomosis, however, 7 patients (28%) received only stoma creation. Insufficient decompression was recognized in 4, hypoalbuminemia was in 3, and invasion to pelvic wall was in 2 of the 7 patients. Transanal tube decompression is indicated for patients with good nutrition status without distant metastasis or locally advanced tumor. Colorectal stent insertion would be recommended for patients with malnutrition to perform primary resection and anastomosis.

(Key words: obstructive colorectal cancer, transanal tube, stent, stoma)