

## 尿道直腸瘻の1例

国立金沢病院泌尿器科 (医長: 勝見哲郎)

村山和夫, 勝見哲郎

国立金沢病院外科 (医長: 道場昭太郎)

道場昭太郎

### A CASE OF URETHRORECTAL FISTULA

Kazuo MURAYAMA and Tetsuo KATSUMI

*From the Department of Urology, Kanazawa National Hospital  
(Chief: Dr. T. Katsumi)*

Shoutarou DOUBA

*From the Department of Surgery, Kanazawa National Hospital  
(Chief: Dr. S. Douba)*

A 59-year-old man was hospitalized with complaints of diarrhea and pollakisuria. Retrograde urethrography, urethroscopy and urethral pressure profile revealed a fistula between the urethra and the rectum situated immediately above the external urethral sphincter. Surgical repair was performed by an abdominal approach. Following the total prostatectomy, the fistula was completely resected under direct vision. A closure of the anterior rectal wall and an anastomosis between the urethra and the bladder neck was performed. Operative results were satisfactory. Operative methods for the urethrorectal fistula are discussed.

(Acta Urol. Jpn. 35: 127-129, 1989)

**Key words:** Urethrorectal fistula

#### 緒言

最近われわれは尿道直腸瘻の1例を経験したので、手術方法について若干の文献的考察をくわえて報告する。

#### 症例

患者: 59歳, 男性, 土木作業員

初診: 1986年1月20日

家族歴: 特記事項なし

既往歴: 右副睾丸炎 (1979年)

現病歴: 6カ月前から頻尿と下痢を, 時どき水様便の失禁を認める。その失禁は排尿後に高度である。また時に尿に茶色の混濁物を認める。気尿 (-)。

現症: 右陰囊に手術瘢痕。前立腺は正常。肛門括約筋緊張低下。検尿所見; 異常なし。尿道鏡所見; 外括約筋部と精丘間, 6時方向に Fr 17 程度の瘻孔開口部を認める。逆行性尿道造影; 後部尿道から直腸への溢流と精囊への逆流を認める (Fig. 1)。直腸鏡;

あらかじめ経尿道的に瘻孔へ尿管カテーテルを挿入し, 観察するに, 肛門から6cmの前壁に瘻孔を認める。尿道内圧曲線; Fig. 2 に示すごとく上段は膀胱から, 下段は直腸から引きぬいたものであるが, 外括約筋部より膀胱側に瘻孔が存在することが確認された。

手術方法: 1982年2月28日全身麻酔下にて手術施行。下腹部正中切開にて膀胱を剝離, 十分な視野を得るために, 前立腺全摘除術に順じて前立腺を摘除した。更に遠位尿道と直腸間を剝離し, 瘻孔を切除した。直腸は二層に縫合し膀胱頸部を形成し尿道断端と縫合した。次に下行結腸で一時的腸瘻を造設した (Fig. 3)。

術後経過: 術後3週で留置カテーテルを抜去, 49日で腸瘻閉鎖術を行った。留置カテーテル抜去後2週で膀胱頸部狭窄を認めたが, 2回の尿道拡張療法で狭窄の再発なく術後5カ月の現在良好な排尿状態である。Fig. 4 は術後の排尿時膀胱尿道造影である。また術後インポテンスを認め経過観察中である。

考 察

尿道直腸瘻の発生原因には鎖肛に伴う先天的なものと、そのほかの後天的なものに分けられる。後者の原因については、Sansら<sup>1)</sup>の180例の文献的集計によれば、炎症性15例(8.3%)、外傷性57例(31.7%)、手術合併症として医原性107例(59.4%)である。自験例においては原因不明であった。

後天的な本症に対する治療方針は文献的<sup>1,2)</sup>には後記のようである。手術合併症による小さな瘻孔では尿道レナージ、また必要に応じて結腸造瘻術で自然治癒する場合がある<sup>3,4)</sup>。外傷性のものではとりあえず尿道レナージおよび結腸造瘻術を一時的に行う。悪性腫瘍に起因するものおよび放射線治療の既往のあるものでは修復手術は困難である。

修復手術は種々の到達法、すなわち会陰式、腹式、腹会陰式あるいは後方からの到達方法で行われている。それぞれの利点あるいは欠点は原因の違い、術者の経験の違いなどから比較できないが文献的には次のように述べられている。会陰式<sup>2,3,5)</sup>は最も好まれているものの一つであるが、視野が狭いこと、瘢痕高度の場合十分尿道直腸間を剝離できないこと、括約筋障害の危険性、高位瘻孔では到達困難であること、尿道直

腸縫合面が一致することなどである。腹会陰式に尿道直腸縫合面に大網あるいは腹膜を挿入する方法<sup>6)</sup>や、そのほか筋肉<sup>7)</sup>や皮膚<sup>8)</sup>を挿入する方法がある。またPullthrough手術に準じた方法<sup>9)</sup>、すなわち瘻孔部で切断した健康尿道を直接膀胱頸部と縫合する方法が発表されている。本法では直腸瘻孔部が縫合できなくても同部は健康な尿道に接するため、瘻孔は再発しにくいと述べられている。それほか、膀胱弁を形成して尿道と縫合する方法<sup>10)</sup>が発表されている。後方からの到達法は泌尿器科医には余りなじまないが、直腸を切開

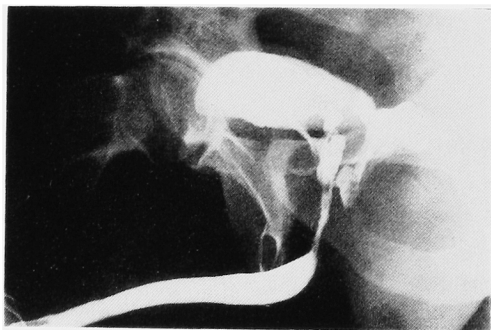
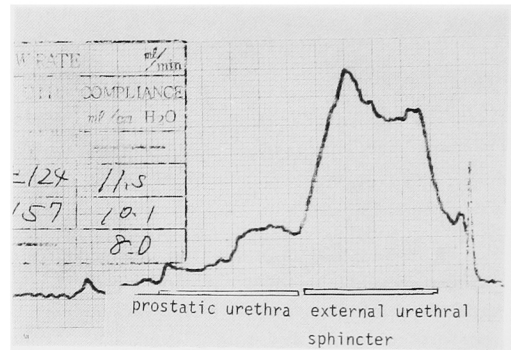
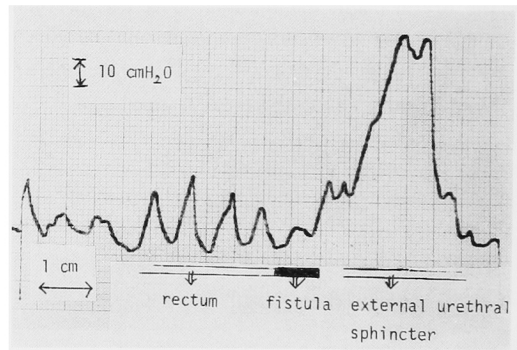


Fig. 1. Retrograde urethrography



(1) pulled from the bladder



(2) pulled from the rectum through the fistula

Fig. 2. Urethral pressure profile

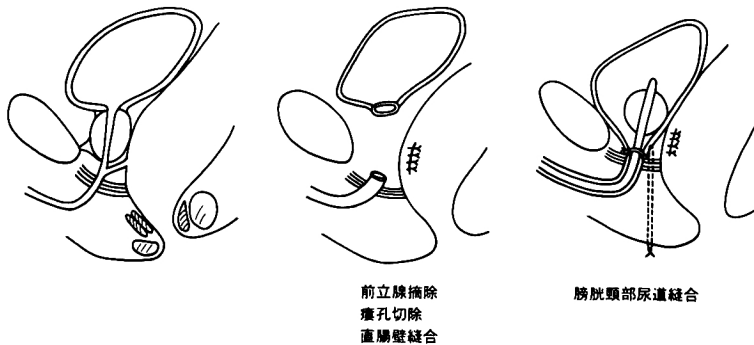


Fig. 3. 手術方法

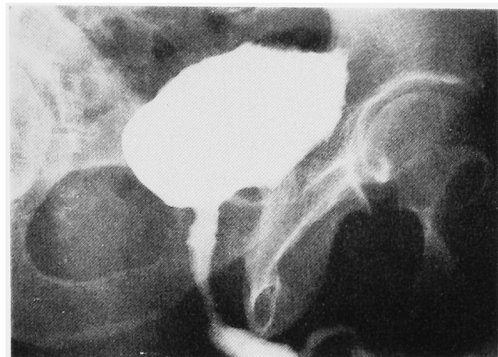


Fig. 4. Postoperative VCUG

しないで行う Kraske's approach<sup>11)</sup>, 直腸後壁を切開して前壁から到達する trans-sphincteric-transrectal approach (York-Manson 法) がある<sup>12)</sup>. 最近の文献では後者が多用されているようである. この方法では視野が十分とやすく, 瘻孔にはやく到達可能であり, 十分剥離可能であると述べられている<sup>1,4,13,14)</sup>. しかし, 本法は癒痕高度な場合は剥離困難であること, 尿道合併症のある時は対処不能であるなどの欠点が指摘されている<sup>7)</sup>.

われわれの行った方法は Tang<sup>9)</sup> の方法と似ているが, 前立腺摘除後は瘻孔部の視野が十分とれ, 直腸側の縫合が容易であった. しかしながら術後のインポテンスの危険性があり, この点の考慮が必要である.

### 文 献

- 1) Sans JV, Redorta JP, Teigell JP and Gassol JMB: Management and treatment of eighteen rectourethral fistulas. *Eur Urol* **11**: 300-305, 1985
- 2) Thompson JS, Engen DE, Beart RW and Culp CE: The management of acquired rectourinary fistula. *Dis Colon Rectum* **25**: 689-692, 1982
- 3) Goodwin WE, Turner RD and Winter CC: Rectourinary fistula: principles of manage-

ment and a technique of surgical closure. *J Urol* **80**: 246-256, 1958

- 4) Dahl DS, Howard PM and Middleton: The surgical management of rectourinary fistulas resulting from a prostatic operation - a report of 5 cases. *J Urol* **111**: 514-517, 1974
- 5) Culp OS and Calhoun HW: A variety of rectourethral fistulas: experiences with 20 cases. *J Urol* **91**: 560-571, 1964
- 6) Trippitelli A, Barbagli G, Lenzi R, Fiorelli C and Masini GC: Surgical treatment of rectourethral fistulae. *Eur Urol* **11**: 388-391, 1985
- 7) Ryan JA, Beebe HG Jr and Gibbons RP: Gracilis muscle flap for closure of rectourethral fistel. *J Urol* **122**: 124-125, 1979
- 8) Morgan C Jr: Dorsal rectotomy and full thickness skin graft for repair of prostatic urethrorectal fistula. *J Urol* **113**: 207-209, 1975
- 9) Tang N: A new surgical approach to traumatic rectourethral fistulas. *J Urol* **119**: 693-695, 1978
- 10) Kokotas N and Kontogergos L: An unusual case of rectourethral fistula restoration by using a flap from bladder. *Int Urol Nephrol* **15**: 61-63, 1983
- 11) Kilpatrick FR and Thompson HR: Postoperative recto-prostatic fistula and closure by Kraske's approach. *Brit J Urol* **34**: 470-474, 1962
- 12) Kilpartick FR and York-Manson A: Postoperative recto-prostatic fistula. *Brit J Urol* **41**: 649-654, 1969
- 13) Prasad ML, Nelson R, Hambrick E and Abcarian H: York Manson procedure for repair of postoperative rectoprostic urethral fistula. *Dis Colon Rectum* **26**: 716-720, 1983
- 14) Henderson DJ, Middleton RG and Dahl DS: Single stage repair of recto-urinary fistula. *J Urol* **125**: 592-593, 1981

(1988年1月21日受付)