

症例報告 10 ヶ月の間に経肛門的直腸異物挿入を反復し、再開腹および直腸部分切除を要した 1 例、小出則彦他

症例報告

10 ヶ月の間に経肛門的直腸異物挿入を反復し、再開腹および直腸部分切除を要した 1 例

厚生連上越総合病院 外科

こいで のりひこ ふじた のぶひろ ふじた か な こ ひらの かつひさ たけしま あやか
小出 則彦、藤田 亘浩、藤田 加奈子、平野 勝久、竹島 彩花

背景：経肛門的直腸異物の症例で、反復時に再開腹術を要した報告は稀である。当院で 2006 年以降に経験した直腸異物 8 例中、開腹術を要したのは 4 例（3 名）であった。当院で開腹摘出術を要した症例のうちの 2 例は同一患者であり、10 ヶ月という短期間に同一形状の自作巨大直腸異物を 2 回嵌頓させ、2 回とも開腹手術（2 回目は直腸部分切除を要した）を余儀なくされた。今回、この患者の治療経験を報告する。

症例内容：患者は 58 歳男性。自作の巨大なガラス製円筒容器（直径 10cm×長さ 23cm）を自慰目的で挿入し、抜去不能となり受診した。直腸 S 状部に深く嵌頓し経肛門的抜去が不可能であったため、緊急開腹手術による直腸 S 状部切開・異物摘出術を行った。退院時に行為の自制を促し、患者も同意した。初回手術から 8 ヶ月後に腹壁癒着ヘルニア根治術を施行したが、その 1.5 ヶ月後（初回手術から 10 ヶ月後）、新たに同じ部品を購入し再作成した異物を再び嵌頓させ再診した。経肛門的抜去が不可能であったため、緊急再開腹手術を施行したが、広範な癒着のため腸管が固定されており、異物摘出の物理的負荷によって直腸 S 状部間膜側に深い裂創が生じたため、直腸 S 状部部分切除および DST 吻合による再建を施行した。術後に吻合部の軽微な縫合不全を発症したが保存的加療で改善し、術後 35 日目に退院した。退院後の外来にて、患者は初回の同意が叱責を逃れるための迎合的なものであり、初回退院直後に異物を再作成し行為を継続していたことを明かした。これに対し、再嵌頓時に再手術となる可能性や、手術侵襲がさらに大きくなり合併症や後遺障害の危険性が高まることなどを平易な言葉でインフォームド・コンセント（以下 IC と表記）し、患者の同意と理解を得た。患者の心理的抵抗に配慮して同意書への患者の署名は見送り、IC の内容と患者の同意と理解を得た旨をカルテに記載することで精神的初期介入とした。現在まで直腸異物再発による受診はない。

結論：直腸異物に対する初回開腹摘出術から 1 年未満で二度目の開腹摘出術に至った邦人報告例は見当たらない。本疾患では開腹術という身体的侵襲を経験しても、行為反復を抑止できない場合があることを強く認識すべきである。患者の言葉上の同意ではなく、再嵌頓の危険性を平易な言葉で IC し、患者の同意と理解を得ることは、身体的介入を初回に留めるための現実的な精神的初期介入になり得る。初期介入後も再発を繰り返す場合には、速やかに精神科専門施設への受診を勧め、精神医学的専門治療へと受け渡す必要がある。

キーワード 直腸異物、開腹術、反復挿入、インフォームド・コンセント、精神的初期介入、再発予防

背景：経肛門的直腸異物の摘出は、用手的あるいは内視鏡的摘出が第一選択とされるが、巨大異物や高位への嵌頓例では開腹手術を要する。本疾患は特異な性的嗜好を背景とすることが多く、高率に反復することが知られている(1)(3)が、当院をはじめとする地域の急性期病院の多くは精神科常勤医が不在であり、身体治療後の円滑な精神医学介入に苦慮する実情がある。当院において、2006 年から 2026 年までの過去 20 年間に直腸異物摘出

症例報告 10 ヶ月の間に経肛門的直腸異物挿入を反復し、再開腹および直腸部分切除を要した1例. 小出則彦他

困難で受診した症例は計8例であった(表1)。受診に至った挿入契機は、自慰目的や興味本位のほかに、便秘解消、痔核治療器具の誤挿入、食物(魚骨)の嵌入など多岐にわたっていた。このうち4例は救急外来にて無麻酔下で経肛門的(用手的・内視鏡的・直視下)に抜去可能であり入院を要さなかったが、残る4例(3名)は経肛門的摘出が不可能であり開腹手術による摘出を余儀なくされた。今回我々は、開腹手術を要した症例のうちの2例を占め、10 ヶ月という短期間に同一形状の自作巨大直腸異物を2回嵌頓させ、2回とも開腹手術(2回目は直腸部分切除を要した)を余儀なくされた同一患者の経験について、文献的考察を加えて報告する。

症例

患者：58歳、男性。独居。

主訴：異物排出困難。

既往歴・家族歴：特記すべきことなし。

臨床経過：

1. 初回摘出術および腹壁癒痕ヘルニア根治術の経過

X年1月、自慰目的で直腸内に自作巨大異物(直径10cm×長さ23cmのガラス製円筒容器に水道水を満たし、直径5cmのシリコン製球型栓で密閉したもの)を挿入し抜去不能となり、当院救急外来を受診した。腹部膨満感と下腹部違和感を認めたが、腹膜刺激症状は認めなかった。直腸診にて直腸膨大部奥にガラス底面をかりうじて触知したが、表面にとっかかりがなく、上部直腸との隙間も皆無であった。腹部単純X線検査にて骨盤腔内に巨大な円筒状の異物陰影を認め(図1A-B)、腹部CTにて腹腔内遊離ガス(free air)は認めなかったが、異物先端は直腸S状部まで達し深く嵌頓していた(図2A-D)。経肛門的摘出は不可能と判断し、同日全身麻酔下にて緊急開腹手術を施行した。下腹部正中切開で開腹したところ、嵌頓した異物により極度に伸展した直腸S状部を認めた(図3A)。同部の腸管壁を切開して異物を摘出した(図3B)。粘膜面に虚血や損傷がないことを確認のうえ、3-0吸収糸結節Albert-Lembert縫合で腸管壁を単純閉鎖した。なお、摘出された異物は本人の同意を得て医療廃棄物として処分した。ダグラス窩に吸引式ドレーンを留置し、腹壁を1-0吸収糸結節縫合で閉鎖し手術を終了した。

術後、直腸の過度な伸展圧迫に伴う一過性の排便障害や創部の皮下脂肪組織感染を認めたが、適切なドレナージと抗菌薬投与により軽快し、術後10日目に退院した。退院時、担当医は行為の自制を強く促し、患者もこれに同意した。退院後9日目の外来受診時に創部治癒と排便状態の正常化を確認し、当科経過観察を終了とした。

術後5ヵ月が経過した頃から下腹部の膨隆を自覚し、初回手術から8ヵ月後に下腹部正中創に一致する直径10cmの腹壁癒痕ヘルニアの診断で再入院となった。嵌頓症状はなかったが手術適応と判断した。本人の強い希望によりメッシュを使用せず、前方アプローチで単純閉鎖(primary closure)による根治術を施行した。術後は癒着剥離の影響により腸管麻痺がやや遷延したが、術後11日目に順調に独歩退院となった。術後外来にて癒痕ヘルニアの再発がないことを確認し、当科終診とした。

2. 2回目摘出術の経過

腹壁癒痕ヘルニア根治術から1.5ヵ月後(初回手術から10ヵ月後)のX年11月、自慰目的で直腸内に新たに同じ部品を購入して再作成した異物(以下、同一異物とする)を挿入し抜去不能となり、当院救急外来を受診した。腹部膨満感と下腹部違和感を認めたが、腹膜刺激症状は認めなかった。腹部単純X線検査にて、初回と同様の異物陰影を骨盤腔内に認めた(図4)。直腸診にて直腸膨大部奥にガラス底面をかりうじて触知したが、表面にと

症例報告 10 ヶ月の間に経肛門的直腸異物挿入を反復し、再開腹および直腸部分切除を要した1例、小出則彦他

つかかりがなく、上部直腸との隙間も皆無で深く嵌頓していた。10 ヶ月前と同様の状態であり、緊急手術の方針とした。

手術所見および術後経過：全身麻酔・筋弛緩下にて碎石位とし、低侵襲な対応として、まず吸引分娩器を用いた経肛門的抜去を試みたが異物は不動であったため、開腹手術へ移行した。中下腹部正中切開にて開腹したところ、腹腔内には広範かつ強固な癒着を認めた。可及的に癒着を剥離し、上部直腸から直腸S状部に嵌頓した巨大異物を確認した。間膜対側の直腸S状部壁を10cm縦切開し、異物先端を把持して慎重に体外へ摘出した

(図5)。巨大異物を摘出した後、腸管内腔を詳細に観察したところ、直腸S状部間膜側に約6cmに及ぶ深い粘膜・筋層の裂創と間膜脂肪の露出を認めた。これは、周囲の高度な癒着により腸管の可動性が著しく低下していたため、異物摘出時の物理的負荷によって生じた損傷であった。同部の温存は血流障害や遅発性穿孔の危険が高いと判断し、直腸S状部切開＋異物摘出＋単純閉鎖の予定から、直腸部分切除＋経肛門的DST吻合による再建術(DST：double stapling technique)へ術式を変更した。ダグラス窩に吸引式ドレーンを留置し、腹壁を1-0吸収糸結節縫合で閉創し手術を終了した。

術後4日目、腹腔内ドレーン排液に腸液様の混濁を認め、吻合部の軽微な縫合不全を疑った。発熱や腹痛はなく、骨盤内CT検査にて吻合部周囲の明らかな液体貯留やステープルラインの乱れがないことを確認できたため保存的加療の方針とし、禁食、末梢挿入型中心静脈カテーテル(PICC)による中心静脈栄養、および抗菌薬点滴を開始した。ドレーンの位置を調整しつつ保存治療を継続し、術後19日目に排液は消失した。ドレーンを徐々に浅くし術後31日目に抜去、術後35日目に退院した。

退院後初回の外来において、患者は初回手術の退院後も毎週1回の頻度で行為を継続していたことを打ち明けた。さらに、初回退院時の同意は「叱責を逃れるための迎合的なもの」であり、退院直後に同じ部品を買い揃えて異物を再自作し、直ちに行為を再開していたと述懐した。この行動から、本疾患に対する患者の執着心の強さが浮き彫りとなった。これを受け、行為を中止せず再嵌頓させた場合の危険性(再手術となる可能性や、手術侵襲がさらに大きくなり合併症や永久人工肛門造設等の後遺障害の危険性が高まること等)について平易な言葉でインフォームド・コンセント(IC)を行い、患者の同意と理解を得た。なお、患者が正式な文書を残すことに心理的な抵抗感を示したため、同意書への患者の署名は見送り、ICの内容と、その結果として患者の同意と理解を得た旨をカルテに記載することで精神的初期介入とした。現在まで直腸異物反復による受診は認めていない。

考察

経肛門的直腸異物は反復することが多い疾患であるが、初回嵌頓時に開腹摘出術を要した症例が、退院後も行為を止めずに再嵌頓させ、再び開腹摘出術に至ったという報告は稀である。医中誌Webを用いて「直腸異物」および「開腹術」をキーワードとし、会議録を除外して検索を行ったところ(検索期間：1994年～2026年)、該当する論文報告は27件であった。これらのうち、直腸異物に対する開腹摘出術の既往があり、反復挿入により再び開腹手術に至った症例は2例(初回開腹摘出術から30年後に小腸嵌頓を併発した症例(4)、2度の開腹摘出歴があり直近の手術から4年後にS状結腸穿孔をきたした症例(5))のみであった。このように複数回の開腹手術に至るケースは存在するものの、直腸異物に対する初回開腹摘出術から1年未満という短期間で二度目の開腹摘出術に至った邦人報告例は見当たらなかった。

さらに、直近の2026年に安藤ら(1)が国内論文報告175例に同施設での経験例を加えた計195例を網羅的に検討した報告においても、医療機関での治療後に行為を反復し再受診した患者で、再開腹摘出術に至った報告例はなく、全て開腹を要さず経肛門的に摘出され

症例報告 10 ヶ月の間に経肛門的直腸異物挿入を反復し、再開腹および直腸部分切除を要した1例. 小出則彦他

ていた。当院における過去20年間の8例(表1)を見ても、反復および再開腹に至ったのは本症例のみである。初回手術からわずか10 ヶ月(同創部の腹壁癒着ヘルニア根治術から1.5 ヶ月)という短期間の間に、新たに同じ部品を購入して再作成した異物を嵌頓させ、2度の開腹手術を余儀なくされた本例は極めて稀と言える。本症例の経験から、直腸異物反復による再開腹摘出術が患者にもたらす不利益と、それを未然に防ぐ予防的介入の重要性について論じる。

まず、反復嵌頓による再開腹摘出術が患者にもたらす身体的・経済的不利益について述べる。開腹術の既往は骨盤内および腸管周囲の癒着形成の原因となる(1)。再開腹摘出術では癒着による腸管の可動性低下のため、腸管壁への剪断応力が局所に集中し、術中偶発症を招く危険性が増す。本症例では巨大異物が通過した際の物理的負荷により、直腸S状部間膜側に約6cmに及ぶ深い粘膜・筋層の裂創を生じ、直腸S状部切開+異物摘出+単純閉鎖の予定から、直腸部分切除+経肛門的DST吻合による再建術へと変更になり、手術侵襲が大きくなった。さらに術後吻合部縫合不全の治療のため、長期の禁食と中心静脈栄養による治療が必要となり、入院期間が長期化した。直腸異物開腹摘出術の再施行は、多大な身体的および経済的不利益を患者が被る可能性があり、初回の直腸異物手術時から再発防止に向けた取り組みを行うことが極めて重要である。

本疾患は特異な性的嗜好や精神医学的背景が関与しており、患者の大多数を男性が占め(1)(3)、高い確率で再発・反復する。1995年に佐々木ら(2)は、本疾患の背景にある精神的不安定さと「習慣性に繰り返される可能性」に警鐘を鳴らしている。また、高垣ら(3)も1年以内に再発を繰り返した同一患者の症例を報告し、「本疾患の患者は異物挿入を常習していることが多い」と指摘している。しかし、これまでの国内の症例報告は「いかに安全に摘出するか」という外科の手技の工夫に関するものが多く、摘出後の精神医学的介入に向けた具体的なアプローチに言及したものは少ない。これは、「異物が安全に摘出され、局所の合併症が回避されて退院するまでが外科の役割であり、退院後の経過にまでは積極的に関与しない」という潜在的な意識を反映していると言える。

本症例において、初回の退院時に患者の言葉を額面通りに受け取り、終診とした背景には、開腹手術による多大な苦痛と不利益を経験すれば自ら行為を慎むだろうという、治療側の楽観的な推測があった。しかし実際には、その言葉は叱責を回避するための迎合的なものに過ぎず、強い執着心から退院直後には危険な行為が再開されていた。快感目的など行為自体への強い執着がある場合、治療側の楽観的な推測や、患者からの言葉上の同意だけでは反復行為を抑止できないという事実を、我々は臨床の教訓として謙虚に受け止める必要がある。

近年、安藤ら(1)は直腸異物再発予防には精神医学的介入も含めた包括的対応が求められ、それが「今後の課題」であると結論づけている。しかし、本邦における直腸異物の外科的報告の中で「精神科へ治療を引き継ぎ、患者が直腸異物挿入行為を起こさなくなった」という具体的な追跡報告は見当たらない。

その背景には、介入の成否にかかわらず、患者が初回治療医のもとを離れてしまうという実情があると考えられる。精神的介入の効果があって反復をやめれば、患者は外科を再受診しない。一方で、精神的介入の効果がなく反復が続き再嵌頓した場合は、羞恥心から「初回手術を受けた病院」を避け、別の医療機関を受診する可能性が高い。すなわち、介入が成功しても失敗しても初期治療を行った外科医が患者の予後を追跡することが困難であるため、精神医学的介入成功の報告が行われにくい現状となっていると考える。

本症例において、初回手術時に今回(2回目後)と同様にICを行っていれば反復を防げたかは定かではない。しかし、患者の言葉上の同意を安易に受け入れてしまったことは、再発防止策としては不十分であったと言わざるを得ない。我々は、身体的介入を要する事

症例報告 10 ヶ月の間に経肛門的直腸異物挿入を反復し、再開腹および直腸部分切除を要した1例. 小出則彦他

態を極力初回のみに留めるために、精神科常勤医不在の環境下で初期対応にあたる外科医がなし得る現実的な取り組みとして、術後外来でICを行い、患者の同意と理解を得ることを「再発予防に向けた精神的初期介入」の好機と捉え直した。今回の2回目手術後の外来では、単なる行為の禁止ではなく、再び嵌頓をきたした場合の危険性について平易な言葉でICを行い、患者の同意と理解を得た。さらに、患者の羞恥心に配慮して同意書への署名を強要せず、ICの内容と患者の同意と理解を得た旨をカルテに記載することで精神的初期介入とした結果、現在まで直腸異物反復による受診を認めていない。

精神科受診は患者にとって心理的な抵抗が強い側面がある。そのため、初回の身体的治療を担った外科医が再嵌頓の危険性を伝え、平易な言葉でICを行って患者の同意と理解を得ることは、患者が行動を見直すきっかけになり得る。しかし、本疾患の反復性の高さを考慮すれば、この初期介入のみでは反復を防げないこともある(1)-(5)。その場合は身体科のみでの対応の限界と判断し、速やかに精神科常勤医のいる施設への受診を勧め、精神医学的専門治療へと受け渡す必要があると考える。

結語

直腸異物に対する初回開腹摘出術からわずか10 ヶ月という短期間の間に同一形状の異物を再作成して挿入し、2度の開腹手術を余儀なくされた極めて稀な1例を経験した。再開腹手術は癒着による術中偶発症の危険性が高まり、患者に多大な不利益をもたらす。

本疾患では開腹術という身体的侵襲を経験しても、行為反復を抑止できない場合があることを強く認識すべきである。患者の言葉上の同意ではなく、再嵌頓の危険性を平易な言葉でICし、患者の同意と理解を得ることは、心理的な抵抗が強い精神科受診に先立つ現実的な精神的初期介入になり得る。初期介入後も反復を繰り返す場合には、身体科のみでの対応の限界と判断し、速やかに精神科常勤医のいる施設への受診を勧め、精神医学的専門治療へと受け渡す必要がある。

謝辞 本論文の執筆にあたり、特記すべき謝辞はない。

文献

1. 安藤秀一郎, 筒山将之, 間下直樹. 当院における経肛門的直腸異物20例の臨床的特徴と摘出困難例に対する戦略的考察. 日本大腸肛門病会誌 2026; 79: 8-14.
2. 佐々木秀文, 春日井貴雄, 小林学, 他. 経肛門的直腸内異物の1例. 医療 1995; 49: 861-863.
3. 高垣敬一, 村橋邦康, 岸本圭永子, 他. 経肛門的直腸異物の5例—本邦報告140例の検討を加えて—. 日外科系連会誌 2010; 35(2): 199-204.

症例報告 10 ヶ月の間に経肛門的直腸異物挿入を反復し、再開腹および直腸部分切除を要した1例. 小出則彦他

4. 庄子 渉, 清水喜徳, 渡邊隆明, 他. 直腸異物による直腸重積から小腸嵌頓をきたした1例. 日腹部救急医学会誌 2023; 43(3): 675-678.

5. 渡瀬 誠, 柳 英雄, 廣岡紀文, 他. 経肛門的異物挿入によりS状結腸穿孔をきたした1例. 日臨外会誌 2009; 70(11): 3375-3379.

英文抄録

A case of recurrent transanal rectal foreign body insertion within ten months requiring re-laparotomy and partial rectal resection

Department of Surgery, Koseiren Joetsu General Hospital
Norihiro Koide, Nobuhiro Fujita, Kanako Fujita, Kazuhisa Hirano, Ayaka Takeshima

Abstract:

Background: Reported cases of recurrent trans-anal rectal foreign bodies requiring re-laparotomy are rare. Among eight cases of rectal foreign bodies experienced at our hospital since 2006, four cases (three patients) required laparotomy. Two of these laparotomy cases involved the same patient, who experienced impaction of an identical self-made giant rectal foreign body twice within a short period of 10 months, necessitating laparotomy both times (the second requiring partial rectal resection). Here, we report on the treatment experience of this patient.

Case report: A 58-year-old male presented to our emergency department with a self-made giant glass cylindrical container (10 cm in diameter and 23 cm in length) inserted into the rectum for autoerotic purposes, which could not be removed. Because it was deeply impacted in the rectosigmoid colon and trans-anal extraction was impossible, an emergency laparotomy was performed involving a rectosigmoid incision and foreign body extraction. At discharge, the attending physician urged the patient to refrain from the behavior, and the patient agreed. Eight months after the initial surgery, he underwent primary closure for an incisional ventral hernia at the same site. One and a half months later (ten months after the initial surgery), he experienced recurrent impaction of a newly remade object using newly purchased identical parts, and revisited our hospital. Because trans-anal extraction was impossible, an emergency re-laparotomy was performed. Due to extensive adhesions, the bowel was severely fixed, and the physical burden of extracting the object caused a deep 6-cm laceration on the mesenteric side of the rectosigmoid colon. Consequently, partial rectosigmoid resection and reconstruction using the double-stapling technique (DST) were performed. Postoperatively, a minor anastomotic leak occurred but resolved with conservative

症例報告 10 ヲ月の間に経肛門的直腸異物挿入を反復し、再開腹および直腸部分切除を要した 1 例. 小出則彦他

management, and the patient was discharged on postoperative day 35. At his first outpatient visit after discharge, the patient confessed that his initial agreement was merely a superficial response to avoid reprimand, and he had immediately remade the object and resumed the behavior right after his first discharge. In response, we performed informed consent (hereinafter referred to as IC) using plain language to explain the severe physical risks of future impactions—such as the possibility of reoperation, increased surgical invasiveness, and the risk of complications or permanent sequelae—and obtained the patient's consent and understanding. To accommodate the patient's psychological resistance, obtaining the patient's signature on a consent form was bypassed; instead, documenting the details of the IC and the fact that the patient's consent and understanding were obtained in the medical record served as a psychiatric initial intervention. To date, there has been no recurrent visit for a rectal foreign body.

Conclusion: To the best of our knowledge, there are no reported Japanese cases requiring a second laparotomy extraction within less than a year from the initial laparotomy for a rectal foreign body. It must be strongly recognized that experiencing the physical invasiveness of laparotomy does not necessarily prevent the recurrence of such behavior in this condition. Rather than relying on the patient's verbal agreement, performing IC in plain language regarding the risks of re-impaction to obtain the patient's consent and understanding can serve as a realistic psychiatric initial intervention to limit physical intervention to the first episode. If recurrence continues despite this initial intervention, it is necessary to promptly recommend consultation at a specialized psychiatric facility and transfer the patient for specialized psychiatric treatment.

Key words: Rectal foreign body, Laparotomy, Recurrence, Informed consent, Initial psychological intervention, Relapse prevention

表と図の説明 (Tables and Figure Legends)

表 1. 当院における直腸異物受診 8 例の臨床的特徴 (2006 年～2026 年)

図 1. 初回受診時の腹部単純 X 線画像

A: 正面像. B: 側面像. 骨盤腔内に巨大な円筒状の異物陰影を認める.

図 2. 初回受診時の腹部 CT 画像

A, B: 横断像. C: 矢状断像. 異物先端は直腸 S 状部に達し深く嵌頓している.

症例報告 10 ヶ月の間に経肛門的直腸異物挿入を反復し、再開腹および直腸部分切除を要した1例. 小出則彦他

D:腹部 3D-CT 画像 正面像. 骨盤腔内を占拠する巨大な円筒状異物を認める.

図 3. 初回手術時の所見および摘出された直腸異物

A: 術中所見. 嵌頓により極度に伸展・拡張した直腸 S 状部.

B: 摘出された自作巨大異物 (直径 10cm×長さ 23cm) .

図 4. 2 回目受診時の腹部単純 X 線画像 (立位正面像)

初回受診時と同様の巨大な円筒状異物陰影が、骨盤腔内に認められる.

図 5. 2 回目開腹摘出手術時の術中所見

表1. 当院における直腸異物受診8例の臨床的特徴 (2006年～2026年)

症例	年齢/性別	挿入契機	異物の種類	サイズ (長×径 cm)	到達部位	摘出方法	麻酔	入院期間
1	47 / 男	自慰行為	ガラス製コップ	9 × 6	Rs	開腹・腸管切開	全身	15日
2	69 / 男	便秘解消	木の棒	15 × 3	Rs	用手的摘出	なし	0日
3	91 / 男	治療事故	坐剤本体	5 × 2	Rb	内視鏡的摘出	なし	0日
4	77 / 男	摂食事故	魚骨	2 × 1	P	肛門鏡下摘出	なし	0日
5	58 / 男	自慰行為	自作異物	23 × 10	Rs	開腹・直腸切開	全身	10日
6	58 / 男	自慰行為	自作異物	23 × 10	Rs	開腹・直腸部分切除	全身	35日
7	43 / 男	自慰行為	アナルプラグ	100 × 3	T	用手的摘出	なし	0日
8	20 / 男	興味本位	懐中電灯	10 × 4	Rs	開腹・直腸切開	全身	6日

症例5および症例6は同一患者であり、本論文で報告する症例である。
到達部位のPは肛門管、Rbは直腸下部、Rsは直腸S状部、Tは横行結腸を示す。
全例において初診時に消化管穿孔や汎発性腹膜炎は認めず、精神疾患の既往も有していなかった。
挿入契機が自慰であった4症例 (1, 5, 6, 7) は、全て初診時に直腸異物挿入の反復習慣を有していた。

症例報告 10 ヶ月の間に経肛門的直腸異物挿入を反復し、再開腹および直腸部分切除を要した1例. 小出則彦他



A



B

図1. 初回受診時の腹部単純X線画像

A: 正面像. B: 側面像. 骨盤腔内に巨大な円筒状の異物陰影を認める

症例報告 10 ヶ月の間に経肛門的直腸異物挿入を反復し、再開腹および直腸部分切除を要した1例. 小出則彦他

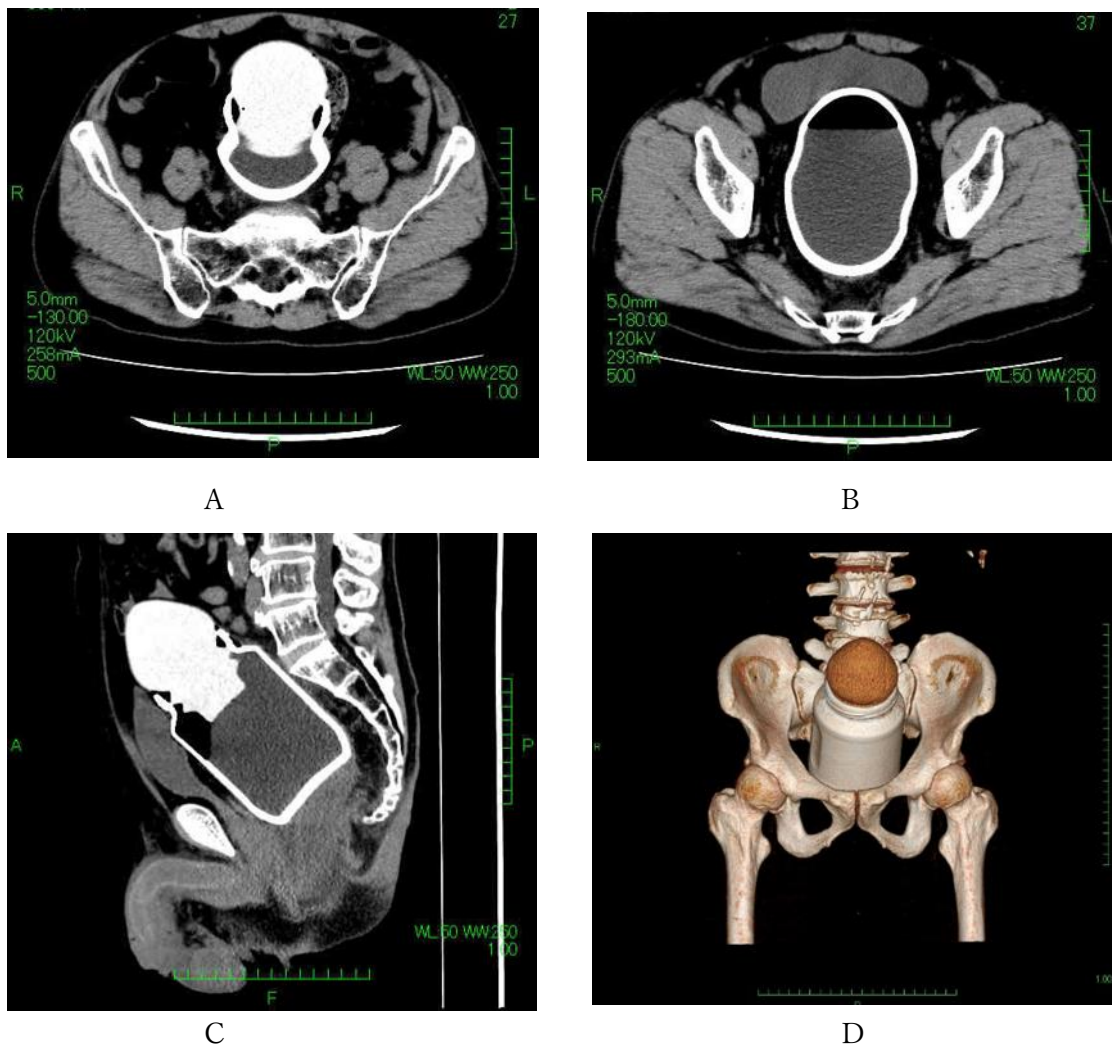


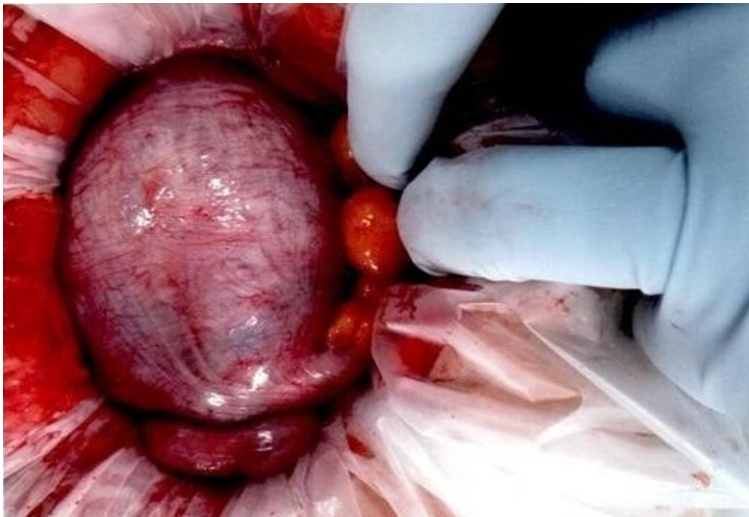
図2. 初回受診時の腹部CT画像

A, B : 横断像 (異なるレベル) .

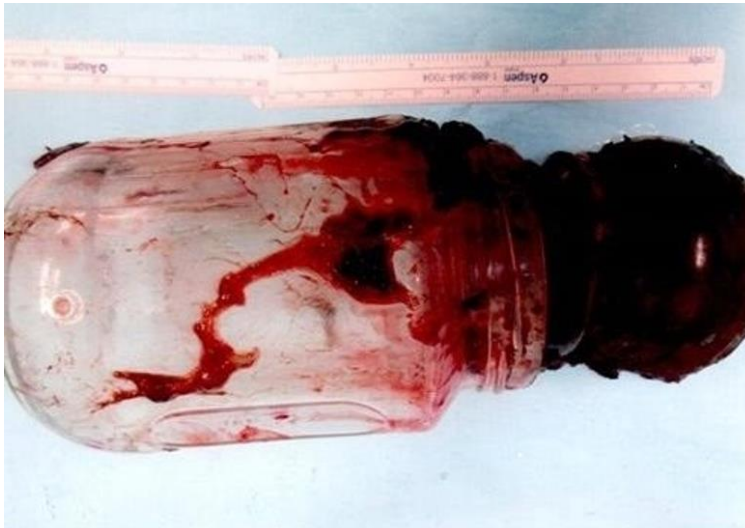
C : 矢状断像. 異物先端は直腸S状部に達し、深く嵌頓している.

D : 腹部3D-CT画像 正面像. 骨盤腔内を占拠する巨大な円筒状異物を認める.

症例報告 10 ヶ月の間に経肛門的直腸異物挿入を反復し、再開腹および直腸部分切除を要した1例. 小出則彦他



3A



3B

図3. 初回手術時の所見および摘出された直腸異物

A: 術中所見. 嵌頓により極度に伸展・拡張した直腸S状部.

B: 摘出された自作巨大異物 (直径 10cm×長さ 23cm)

症例報告 10 ヶ月の間に経肛門的直腸異物挿入を反復し、再開腹および直腸部分切除を要した1例. 小出則彦他



図4 2回目受診時の腹部単純X線画像

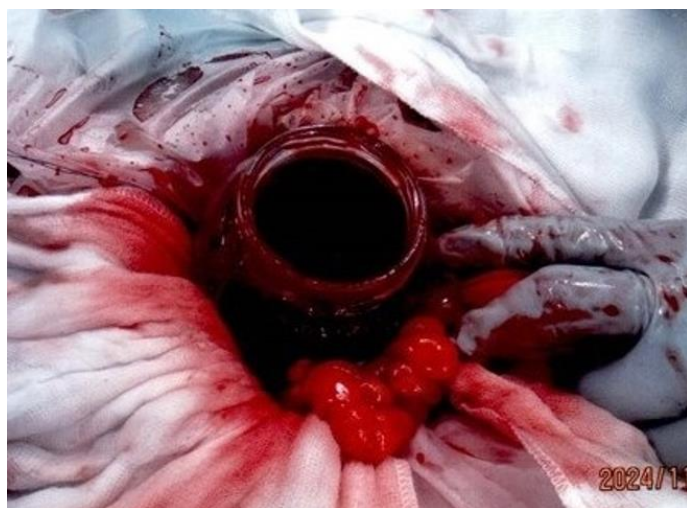


図5 2回目開腹摘出手術時の術中所見