

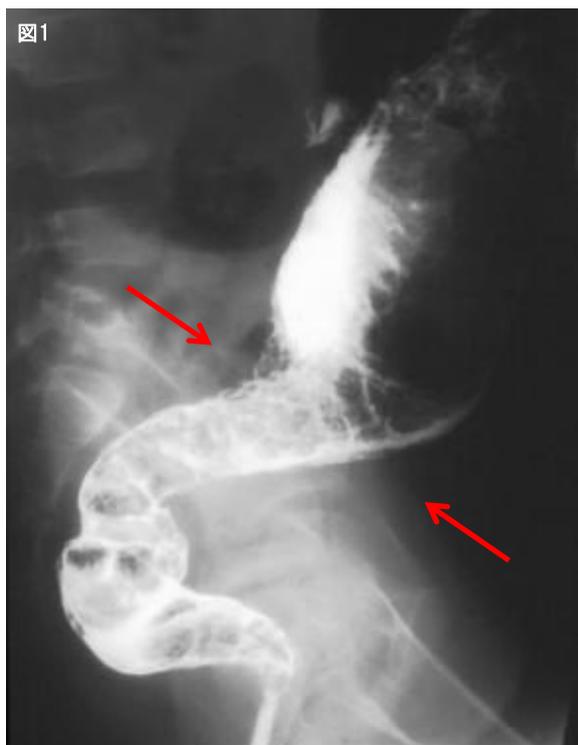
## 傷のない手術、 腹腔鏡補助下Hirschsprung病根治術

和田 桃子 / 上村 哲郎  
Wada Momoko / Kamimura Tetsuro

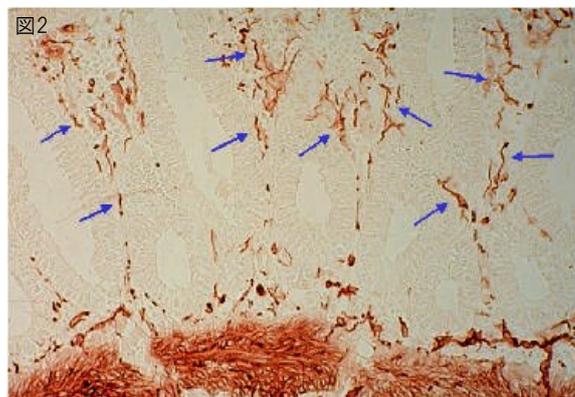
小児外科で手術治療が必要な病気に、以前は巨大結腸症と呼ばれていたHirschsprung病があります。

Hirschsprung病は、腸管の壁内神経節細胞が先天的に欠如するために、出生直後から腹部膨満、便秘を来します。約5000人に1人の割合で発生し、男女比は3～3.5:1と男の子に多い病気です。神経節細胞が欠如する腸管は必ず肛門から連続性に広がり、病変部の範囲により症状の程度、予後が異なります。

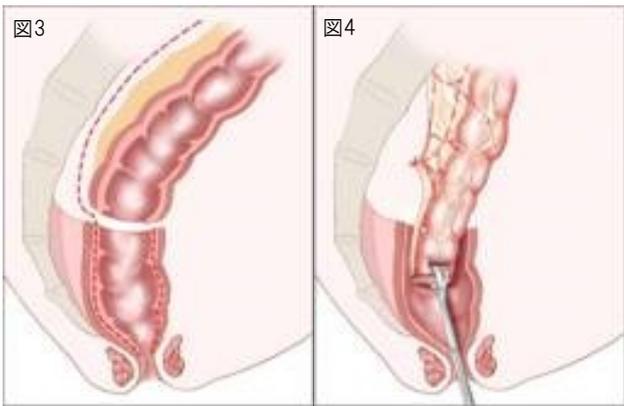
診断には注腸検査、直腸肛門内圧検査、直腸粘膜生検などを行います。注腸検査では無神経節腸管が narrow segment として描出され、その口側腸管の拡張を伴います。この腸管口径の変化(caliber change)(図1)が特徴的で、本症を積極的に疑う根拠となります。



直腸肛門内圧検査では、直腸をバルーンで進展刺激しても肛門管圧の下降が起きず、直腸肛門反射は陰性となります。確定診断は直腸粘膜生検によって得ます。病変部ではAuerbach筋間神経叢およびMeissner粘膜下神経叢のいずれも欠損し、粘膜下組織および筋層間に外来性のAChE陽性神経線維の増生を認め(図2)、これらの所見より本症と診断されます。

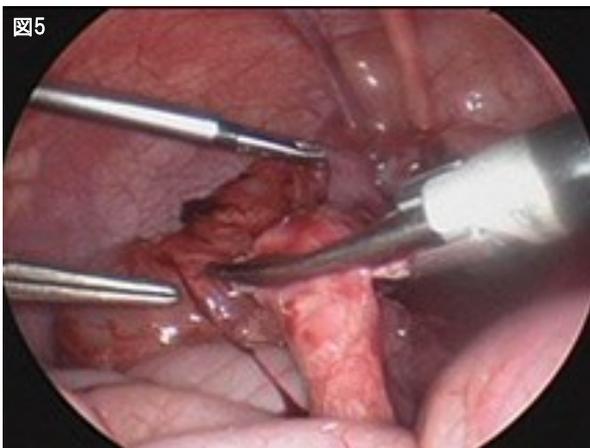


手術は蠕動運動機能の障害された肛門側腸管を切除し、口側の正常腸管を肛門にpull throughする術式が標準的に行われています。様々な術式が考案されてきましたが、現在ではSoave法(endorectal pull through)が全国的に広く施行されており、当院でも本法を行っています。Soave法とは肛門側より無神経節腸管の粘膜層のみ抜去し腹腔内無神経節腸管を離断します。術中迅速診断で神経節細胞の分布が正常であることを確かめた腸管を、残存した無神経節腸管の筋層の中に引き下ろし、肛門部で腸管吻合を行う術式です。病変範囲に応じて腹腔鏡補助下に腸間膜処理を行います(図3, 4)。

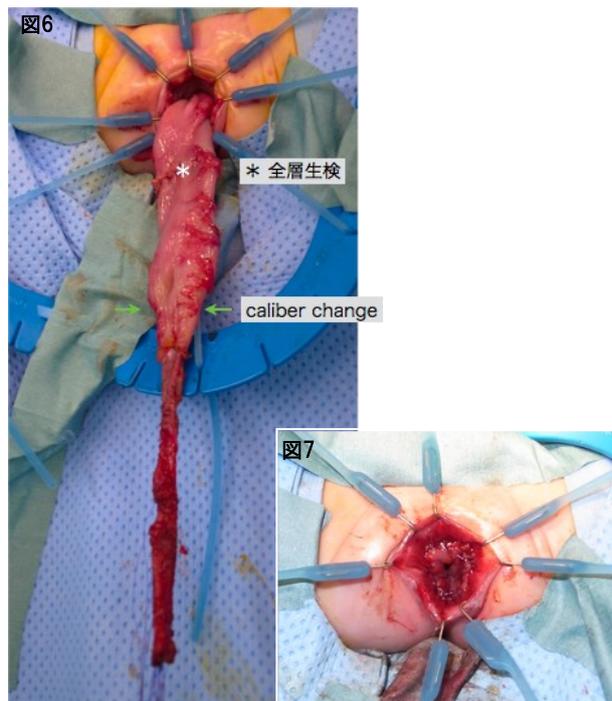


J.-H. Lefèvre et al, Soave procedure, J Visc Surg. 2011  
Sep;148(4):e262-6

当院での手術では、お臍に腹腔鏡操作用の縦切開創を置き腹腔鏡と鉗子用のtrocarを計2本挿入します。必要に応じて側腹部に補助鉗子用に14G留置針の外筒を留置します。腹腔鏡補助下に腸間膜切開操作および腸管の全層生検を行います(図5)。



その後、肛門側操作へ移行し、粘膜剥去、正常腸管のpull throughおよび腸管吻合を行うため、体表にほとんど傷は残りません(図6, 7, 8)。



術後は翌日より哺乳を開始し、術後3日目にはfull feeding、術後6日目頃に退院となります。1歳前後までは肛門狭窄を防ぐために母親に肛門ブジーを続けてもらい、小学校に上がる頃まで腸炎などに気をつけながら外来で経過を診ていきます。