

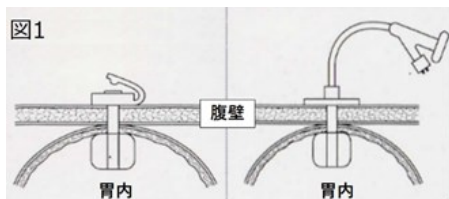
小児外科

経口摂取困難児に対する腹腔鏡下胃瘻造設術

小児外科 古野 渉
Furuno Wataru

◆胃瘻の適応

胃瘻とは、お腹の壁を切開し、胃へ直接栄養を送るために作成された小さな孔のことで、挿入したカテーテルを介して、食物や栄養剤や水分、内服薬などの注入を可能にします（図1）。小児期疾患により、口から十分な栄養を摂取することが困難な患者さんが対象で、



当科では腹腔鏡下胃瘻造設術を行っています。

経管栄養（鼻や口からチューブを挿入して栄養剤を注入する方法）は16世紀頃に始まり、1980年代に内視鏡的胃瘻造設術（percutaneous endoscopic gastrostomy：PEG）が登場して以来、小児患者を含め胃瘻栄養法の考えが広まりました。

近年、周産期医療の向上に伴い、新生児の救命例が増加している一方、脳性麻痺に伴う嚥下障害のため、長期にわたって経管栄養を余儀なくされる患児も増えています。また、経口摂取可能であっても少量しか摂取できない、拒食による経口摂取困難、唾液の嚥下もままならない重症心身障害など、経管栄養が必要な病態が広がってきています。

経鼻経管栄養を必要とする患児の多くは胃瘻造設の適応です。胃瘻は経鼻経管栄養と比較し気道への誤挿入がなく、顔面や鼻咽頭の不快感を減少させ、栄養経路として長期にわたり安定的に利用できるという利点があります。また、経口摂取の妨げにならない点や、ミキサー食や半固形化栄養剤など栄養法の種類の幅が広がるという点からも胃瘻はQOL改善に寄与することが期待されます。しかしながら、手術自体への抵抗感や、従来の経鼻経管栄養に甘んじて、胃瘻造設術に踏み切れない保護者が多いのも事実です。小児や、躯幹変形の強い患者さんに対して

はPEGが困難な場合が多く、観察下操作が可能な腹腔鏡下手技は、より安全な手術と言えます。

◆手術の実際

術前にCT検査、上部消化管造影検査を行い、胃の形態と腹壁や大腸との位置関係を評価します。また、胃食道逆流症の有無や程度を確認し、必要に応じて逆流防止の手術（腹腔鏡下噴門形成術）を付加します。

また当科では、one port methodの腹腔鏡下胃瘻造設術を行うことを第一選択としています。胃瘻造設予定部位に腹腔鏡のカメラポートを挿入し、直接確認しながら胃壁を吊り上げて胃瘻造設を行うため（図2、3）、大腸穿孔などの他臓器損傷を回避することができるに加えて、胃瘻を作る部位以外には創が残らないWoundless手術となります。患者さんの体格や臓器の位置関係から判断し、カメラポートのみでは十分な視野が得られない場合には、臍に5mmの腹腔鏡ポート創を追加する場合があります。胃瘻造設部のより安全で確実な視野が確保でき（図4、5）、創は臍の中に収まるためほとんど目立ちません。術後は、翌日から胃瘻注入を少量ずつから開始し、注入が安定した時点で退院を検討します。

