

long型ヒルシュスプルング病に対する腹腔鏡補助 下経肛門的 Soave 法の手術手技とその問題点

金沢医科大学 小児外科

河野 美幸

【はじめに】教室で行っている long 型ヒルシュスプルング病に対する腹腔鏡補助下経肛門的 Soave 法の手術手技とその問題点を報告する。

【手術手技】術前に内視鏡検査で蠕動運動が伝達されない境界（波打際）に点墨を行う。術中、点墨腸管部を生検し、正常な神経節細胞の存在を確認する。その部位を pull-through 予定断端とし、結腸間膜の処理を行う。結腸間膜処理後、肛門側に結腸を脱転（prolapsing）させ、脱転した結腸を切断し、内筒と外筒結腸に分離する。断端部に移行部領域を残さないために全周性に正常の神経節細胞の存在を確認する。内筒結腸（口側結腸）断端を縫合閉鎖後、腹腔内に還納し、外筒結腸の粘膜剥去を行う。粘膜剥去が歯状線に近づくとも括約筋が確認される。内括約筋を粘膜側からの剥離を歯状線の5mmほど口側まで行う。翻転された漿膜筋層筒（カフ）を歯状線から3cm程の長さに切除し、その後壁を短冊状に切除した後、腹腔側に戻す。剥離した内括約筋背側の一部を切開する。腹腔内の口側結腸断端を、カフを通して肛門側に引き出し、anchoring suture 後、歯状線側と全層一層縫合を行う。

【問題点】本法術後の便失禁が問題となっている。原因として肛門の術中の過度な伸展と内肛門括約筋の過剰切開が考えられ、この対策が今後の課題である。