

症例報告

骨盤部CTにより術前診断しえた閉鎖孔 ヘルニアの2例

医真会八尾総合病院消化器センター内科

浪崎 正, 辻本 達寛, 石川 昌利
飯岡 弘伊, 豊川 泰勲, 鶴菌 卓也
松村 吉庸

奈良県立医科大学第3内科学教室

福井 博

TWO CASES OF OBTURATOR HERNIA DIAGNOSED PREOPRATIVELY BY PELVIC COMPUTED TOMOGRAPHY

TADASHI NAMISAKI, TATSUHIRO TSUJIMOTO, MASATOSHI ISHIKAWA,
HIROI IIOKA, YASUNORI TOYOKAWA, TAKUYA TSURUZONO
and YOSHINOBU MATSUMURA

Department of Gastroenterology, Ishinkai Yao General Hospital

HIROSHI FUKUI

Third Department of Internal Medicine, Nara Medical University

Received May 15, 2002

Abstract : Diagnosis of obturator hernia before surgery is difficult, we report here two patients who were uneventfully operated on after successful diagnosis by CT scanning of the pelvic cavity.

Case 1 : An eighty-one-year-old woman was admitted to our hospital because of left lower abdominal pain. Abdominal X-ray film revealed of formation of niveau and dilatation of the small intestine. CT scanning of the pelvic cavity revealed left obturator hernia.

Case 2 : An eighty-two-year-old woman was admitted to our hospital because of vomiting and right lower abdominal pain. Abdominal X-ray film revealed formation of niveau and dilatation of the small intestine. CT scanning of the pelvic cavity revealed right obturator hernia.

As shown in these cases, computed tomography is a useful tool for early diagnosis of cryptic cases of incomplete small bowel obstruction. It is concluded that CT scanning of the pelvic cavity should be performed in elderly and thin patients with ileus of unknown

etiology.

Key words : obturator hernia, pelvic CT

はじめに

閉鎖孔ヘルニアは痩せた高齢の女性に好発する比較的稀な疾患である。診断が遅れば予後不良となることもあり、早期診断、治療が必要とされる。今回われわれは、骨盤部CTにより術前診断しえた閉鎖孔ヘルニアの2例を経験したので報告する。

症 例

症例1

症 例：81歳，女性。

主 訴：左下腹部痛。

既往歴：1990年，C型慢性肝炎。1993年，狭心症にて冠動脈バイパス術。1995年，洞不全症候群にて永久的ペースメーカー装着。2000年，腸閉塞。

家族歴：特記事項はない。

現病歴：当院循環器内科に洞不全症候群，狭心症にて通院中であった。2001年11月16日夕方より腹痛が出現し，持続するため当院救急搬送となる。

入院時現症：意識清明。身長150cm。体重35kg，体温36.8℃，血圧186/79mmHg，脈拍76/分・整。眼瞼結膜に貧血なく，眼球強膜に黄染なし。頸部リンパ節は触知せず。心音整，呼吸音異常なし。左下腹部に圧痛を認める。下腿浮腫なし。神経学的異常所見なし。

入院時検査所見：末梢血に異常なく，血液生化学検査ではCPK40 IU/lと正常，LDHは486 IU/lと軽度の上昇を認めた。免疫血清学検査でCRPは0.3 mg/dlと正常であった。腫瘍マーカーもCEA 0.7 ng/dl，CA19-9 11.4 U/mlと正常範囲内であった(Table1)。

腹部単純X線所見：小腸に鏡面形成像を認めた(Fig.1. left)。

腹部単純CT像：左恥骨筋と外閉鎖筋の間の左閉鎖孔に一致して2.8×2.0cm大の嚢胞性腫瘤像を認めた(Fig.1. right)。

以上より左閉鎖孔のヘルニア嵌頓と診断し11月17日，イレウス解除術およびヘルニア門の縫縮術を施行した。腹腔内に漿液性腹水を認め，回腸末端部より約2m口側で回腸が左閉鎖孔に嵌頓(Richter型)していた。嵌入部を

Table 1. laboratory data on admission 1

【Hematology】		Glu	106 mg/dl
WBC	7000 / μ l	Na	139 mEq/l
Neutro	77.8 %	K	4.1 mEq/l
RBC	374×10^4 / μ l	Cl	96 mEq/l
Hb	12.4 g/dl	CRP	0.1 mg/dl
PLT	17.7×10^4 / μ l	【Serology】	
【Blood chemistry】		HCV-Ab	(+)
TP	6.0 g/dl	HBS -Ag	(-)
Alb	2.8 g/dl	RPR	(-)
GOT	36 IU/l	TPHA	(-)
GPT	19 IU/l	【Tumor marker】	
LDH	486 IU/l	CEA	0.7 ng/ml
CPK	40 IU/l	CA19-9	11.4 U/ml
BUN	13.0 mg/dl		
Cr	0.6 mg/dl		

用手的に還納し左閉鎖孔部漿膜を縫縮した。

経過：術後の経過は良好で第18病日に退院となるも、2001年12月27日に再び左下腹部痛、嘔吐が出現し受診となる。腹部単純X線では小腸に鏡面形成を認め、腹部単純CT像では前回と同一部位である左恥骨筋と外閉鎖筋の間の左閉鎖孔に一致して2.8×2.4cm大の嚢胞性腫瘤像を認め(Fig.2. left), 左閉鎖孔のヘルニア嵌頓の再発と診断した。手術所見は前回と同様に回腸末端部より約2m口側で回腸が左閉鎖孔に嵌頓していた(Fig.2. right)。イレウス解除術およびMarlex Meshを用いてヘルニア門の縫縮術を施行し、再発予防を行った。以後、再発もなく経過は良好である。

症例2

症 例：82歳、女性。

主 訴：嘔吐、右下腹部痛。

既往歴：2001年4月、洞不全症候群にてペースメーカー挿入。2001年5月、大動脈弁閉鎖不全症。

家族歴：特記事項はない。

現病歴：2001年11月17日より頻回に嘔吐、水様性下痢を認め、翌日右下腹部痛が出現したため、近医を受診し精査加療目的にて当院紹介入院となる。

入院時現症：意識清明。身長148cm、体重34kg、体温37.6℃、血圧92/54mmHg、脈拍89/分・整。眼瞼結膜に貧血なく、眼球強膜に黄染なし。頸部リンパ節は触知せず。心音整、呼吸音異常なし。腹部は軽度膨満し、右下腹部に圧痛を認めるも、筋性防御なし。腹部に腫瘤は触知しない。下腿浮腫なし。神経学的異常所見なし。

入院時検査所見：末梢血では白血球数9870/ μ lと軽度上昇を認め、血液生化学検査ではBUN 75 mg/dl、Cre 2.0 mg/dl、LDH 527 IU/lと上昇を認めた。CPKは40 IU/l、CRPは0.3mg/dlと正常であった。また腫瘍マーカーはCEA1.9 ng/dl、CA19-9 5.6 U/mlと正常範囲内であった(Table2)。

腹部単純X線所見：小腸に鏡面形成像を認める(Fig.3. left)。

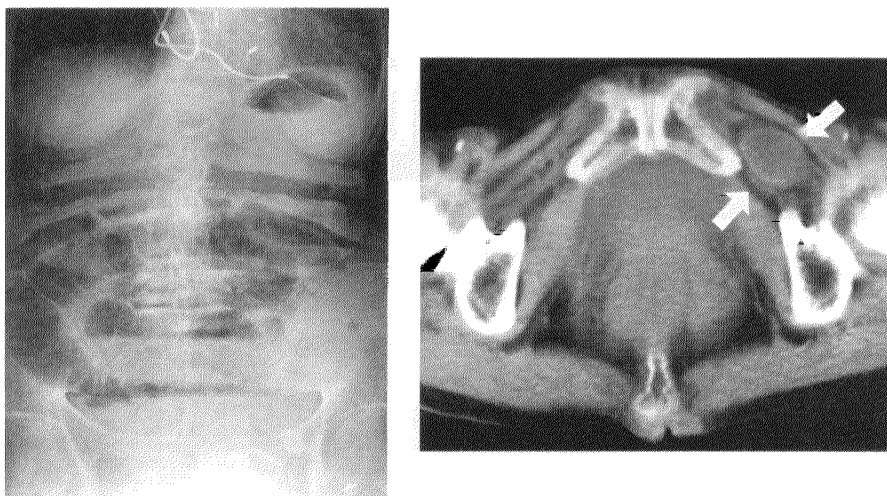


Fig. 1. left) The abdominal X-ray film on admission
right) The plain CT scan of the pelvic cavity

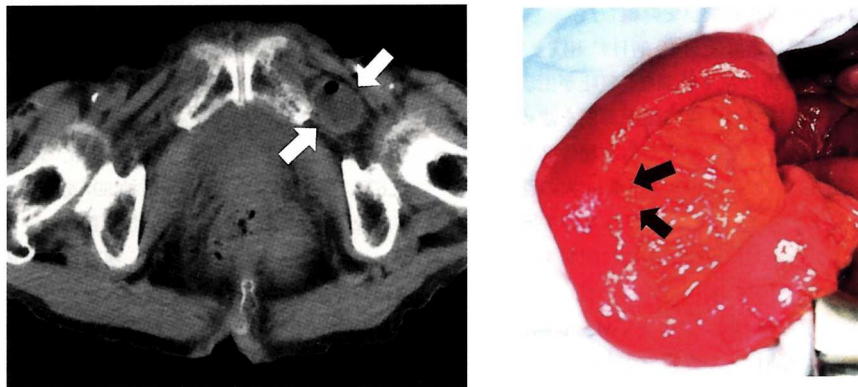


Fig. 2. left) The plain CT scan of the pelvic cavity
right) Macroscopic findings of incarcerated intestine

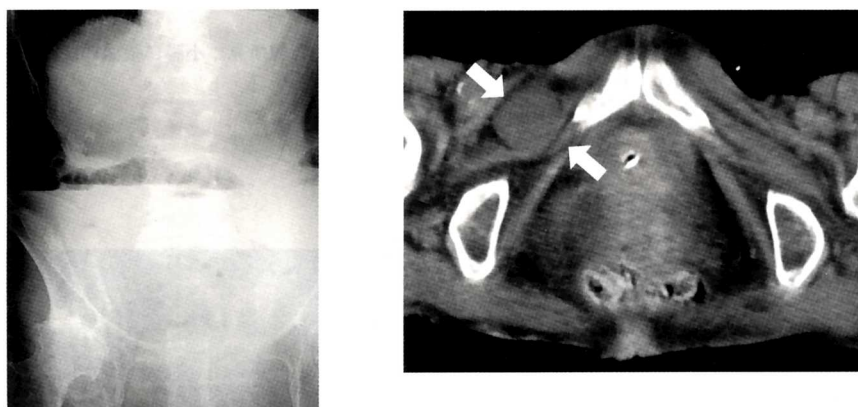


Fig. 3. left) The abdominal X-ray film on admission
right) The plain CT scan of the pelvic cavity



Fig. 4. Macroscopic findings of incarcerated intestine

腹部単純CT像：右恥骨筋と外閉鎖筋の間の右閉鎖孔に一致して3.0×2.5cm大の嚢胞性腫瘤像を認めた(Fig.3. right).

以上より、右閉鎖孔のヘルニア嵌頓と診断し、11月19日、イレウス解除術およびヘルニア門の縫縮術を施行した。腹腔内には漿液性腹水を認め、回腸末端部より約10cm口側で回腸が右閉鎖孔に嵌頓(Richter型)していた。嵌頓部を用手的に還納したところ、嵌頓していた腸管には発赤、浮腫を認めるが壊死性変化はなかった(Fig.4).

経過：術後の経過は良好で第28病日に退院となった。

考 察

閉鎖孔ヘルニアは閉鎖管内に腹腔内臓器が嵌入しておこる疾患で、本邦では1926年の川瀬¹⁾の報告以来、1994年12月までに約400例の報告²⁾がある。本症例の頻度は全イレウスの0.4~1.76%、ヘルニア症例中の0.073~0.48%³⁻⁶⁾を占めるに過ぎず、比較的稀な疾患とされているが、近年の高齢化社会の到来に伴い徐々に増加する傾向にある。男女比は1:20~25で高齢の痩せた多産の女性に多く⁷⁾、危険因子としては、骨盤や脊柱の変形など^{7,8)}があげられる。われわれの症例においても痩せた高齢の女性に認められた。また本症のヘルニア内容が多くの場合小腸であることから、病側は右側に多い。左側では

小腸のヘルニア門への侵入をS状結腸の存在が妨げるのではないかと考えられる⁷⁾。

本疾患の初発症状はイレウス症状が多い。原因不明のイレウスとして手術され、術中所見で確定診断されることも多く、術前診断は一般に困難とされてきた。最も特徴的な所見は患側大腿内側痛から膝関節、下腿に放散する激痛、疼痛、しびれ感ないし知覚異常で、いわゆるHowship-Romberg徴候である。そのため、痛みの訴えがあっても、整形外科疾患として取り扱われ、診断がおくれることも稀ではない。診断が遅れた場合は、全身状態の悪化、腹膜炎などの合併をまねき、死亡率は20%前後^{8,9)}と非常に高くなるため、早期診断が本疾患の1つの課題である。

近年画像診断の進歩によりイレウス管造影¹⁰⁾、腹部超音波¹¹⁾、ヘルニオグラフィー¹²⁾、腹部CT^{13,14)}等を駆使しての術前診断が報告されている。われわれの症例では骨盤部CTでヘルニア嚢を嚢胞性腫瘤として描出しえた。1988年の森村ら¹⁵⁾の本邦報告例集計では術前診断率が30.5%であったが、岩崎ら¹⁶⁾の1990年以降の報告例では術前診断率は72.3%と著しく向上している。高齢の痩せ型の女性で原因不明のイレウスを見た場合、本症を念頭において、状態の許す限り骨盤部CTを積極的に行うべきと考えられる。

Table 2. laboratory data on admission 2

【Hematology】		Glu	95 mg/dl
WBC	9900 / μ l	Na	134 mEq/l
Neutro	89.0 %	K	4.4 mEq/l
RBC	361 × 10 ⁴ / μ l	Cl	98 mEq/l
Hb	12.0 g/dl	CRP	0.3 mg/dl
PLT	24.0 × 10 ⁴ / μ l		
【Blood chemistry】		【Serology】	
TP	6.6 g/dl	HCV-Ab	(-)
Alb	3.5 g/dl	HBS -Ag	(-)
GOT	25 IU/l	RPR	(+)
GPT	12 IU/l	TPHA	(+)
LDH	527 IU/l		
CPK	40 IU/l	【Tumor marker】	
BUN	75.0mg/dl	CEA	1.9 ng/ml
Cr	2.0mg/dl	CA19-9	5.6 U/ml

治療は原則として診断がついた時点で外科的治療が第一選択される。保存的に治療を行い、腹腔内圧上昇の要因を取り除くことによって自然解除が得られたとの報告もある¹⁷⁾が、本疾患と診断されれば、必要以上に経過観察することは避け、速やかに外科的処置を行うことが必要である。発症から手術に至るまでの時間が長いほど、特に罹患期間が8日以上になれば¹⁷⁾ヘルニア嵌頓による腸管壊死をきたしやすく、腸管切除の必要性が増すと報告されているため早期の術前診断が重要と考えられる。

結 語

骨盤部CTにより術前診断しえた閉鎖孔ヘルニアの2例を経験したので若干の考察を加え報告した。

本論文の要旨は、第76回日本消化器病学会近畿地方会(2002年2月、大阪)において発表した。

文 献

- 1) 川瀬 潔：閉鎖孔ヘルニアの1例。日外会誌。27：1839-1840, 1927.
- 2) 塩見尚礼, 渡辺英二郎, 梅田朋子, 小玉正智, 森川 暁, 岡本行功, 川崎 恭, 中尾幸子, 田北武彦：術前診断された急性虫垂炎を合併した右閉鎖孔ヘルニアの1例。臨外。57：1490-93, 1996.
- 3) 小林直哉, 中島 明, 大田浩右：閉鎖孔ヘルニアの2治験例。救急医学 20：985-988, 1996.
- 4) 池永 誠, 西 八嗣, 立石 晋, 比企能樹, 柿田 章：CTで診断しえた閉鎖孔ヘルニアの1例。北里医学 25：572-575, 1995.
- 5) 横山幸浩, 山口晃弘, 磯谷正敏, 堀 明洋, 北川雄一, 山口竜三, 窪田智行, 金澤英俊, 小林 聡：閉鎖孔ヘルニア30例の検討。日本腹部救急医学会雑誌 17：355-359, 1997.
- 6) 信原宏礼, 沖田光昭, 繁本茂憲, 渡辺公登, 繁本美保, 松浦雄一郎：腹部CTにて診断しえた閉鎖孔ヘルニアの2例。広島医学 48：301-304, 1995.
- 7) 松橋延壽, 永田高康, 立花 進, 浅野雅嘉, 梶間敏彦, 土屋十次：超音波検査にて術前診断可能であった閉鎖孔ヘルニアの5例。日消外会誌。33:1724-1728, 2000.
- 8) 日野恭得, 山城守也, 中山夏太郎, 橋本 肇, 鈴木雄二郎, 野呂俊夫, 高橋忠雄, 金澤暁太郎：閉鎖孔ヘルニアの診断と治療。外科 42：816-820, 1980.
- 9) 堀尾 静, 佐久間温巳, 松崎正明, 赤座 薫, 赤井秀実：閉鎖孔ヘルニアの4例 - 特に術前CT検査の有用性について -。臨外。42：661-664, 1987.
- 10) 円谷 博, 小坂博美, 齊藤正光, 遠藤健七郎：イレウス管造影により術前診断を得た閉鎖孔ヘルニアの1症例。消化器外科 6：499-501, 1983.
- 11) 神崎 博, 亀网信吾, 今井俊一, 進藤廣成, 神尾孝子, 朝比奈完, 白鳥敏夫, 中川隆雄, 鈴木 忠, 浜野恭一：術前診断に超音波検査が有用であった閉鎖孔ヘルニアの3例。臨外。50：2488-2491, 1989.
- 12) 坪野俊弘, 塚田一博, 島山勝義：ヘルニオグラフィーで診断された両側閉鎖孔ヘルニアの1例。臨外。55：1593-1595, 1994.
- 13) Ijiri, R., Kanamaru, H., Yokohama, H., Shirakawa, M., Hashimoto, H. and Yoshino, G.:Obturator herunia : The usefulness of computed tomography in diagnosis. Surgery 119：137-140, 1996.
- 14) Meziane, M. A., Fishman, E. K. and Siegelman, S. S.:Computed tomographic diagnosis of obturator foramen hernia. Gastrointest Radiol. 8: 375-377, 1983.
- 15) 森村尚登, 西山 潔, 渡会伸治, 山崎安信, 門口幸彦, 林 嘉繁, 土屋周二：手術前に診断できた閉鎖孔ヘルニアの1例並びに本邦報告246例の文献的考察。臨外。49：132-138, 1988.
- 16) 岩崎 誠, 酒井秀精：閉鎖孔ヘルニアの4例。臨外。57：2546-2549, 1996.
- 17) 原 一生, 宮崎礼寿, 高山雄二, 角野通弘, 吉田 博, 下川 泰, 林 克己, 納富昌徳：閉鎖孔ヘルニア12症例の検討。臨床と研究 76：2441-2446, 1999.