

症例報告

卵巣出血を疑い診断的腹腔鏡を行った内ヘルニアの1例

西岡 嘉宏* 笠島 浩行** 山下 剛*

A case of internal hernia : Conversion to open surgery during diagnostic laparoscope

Yoshihiro NISHIOKA , Hiroyuki KASAJIMA , Tsuyoshi YAMASHITA

Key words : internal hernia strangulated ileus
 acute abdomen laparoscopic surgery

はじめに

内ヘルニアは比較的稀な疾患で、腹膜臓器が腹腔内の陥凹部（腹膜窩）や腸間膜などの欠損部（異常裂孔）に入り込んだ状態と定義される。また、異常裂孔の成因として手術などによる後天的なものと、先天的な場合がある。

今回、特に既往症の無い若年女性の急性腹症で診断的腹腔鏡の後、開腹移行し異常裂孔に陥頓した内ヘルニアと診断した症例を経験したので報告する。

症 例

患者：22歳。女性。

主 訴：下腹痛

既往歴・手術歴：特記事項無し

妊娠・分娩歴：無し。

月経歴：ほぼ30日周期 発症時は月経周期21日目

現病歴：排便習慣の変化など無し。飲水後の突然の下腹痛にて救命救急科へ搬送。

搬送時の所見：JCS 0。血圧118/67mmHg 脈拍77回/分。SpO₂ 100%。

下腹部正中の間欠痛を認めるも、腹部は平坦・軟。筋性防御や反跳痛は認めず。グル音は正常に聴取した。

血液検査：白血球 22600/m³，赤血球 506 × 10⁴/m³，ヘモグロビン 14.8g/dl，ヘマトクリット 43.9%，血小板 24.1 × 10⁴/m³，T bil 0.8mg/dl，D bil 0.3mg/dl，GOT 18IU/L，GPT 11IU/L，LDH 202，アミラーゼ 30IU/L，BUN 11mg/dl，Cre 0.6mg/dl，CRP 0.01mg/dl

腹部CT検査：主に回腸付近にびまん性の腸管壁肥厚および管腔の拡張を認め、腹水貯留も疑った。腸間膜動脈の明らかな血流異常は認めず。子宮や附属器に異常所見は認めず。（図1）

急性腸炎の疑診で即日入院となり、絶飲食の上経過観察の方針となったが、翌日婦人科的な急性腹症の鑑別目的に当科へ診察依頼となる。婦人科初診時（第二病日）：触診上左下腹部に圧痛。経膈超音波：子宮・卵巣は腫大無し。ダグラス窩にエコーフリースペースあり。尿中hCG定性は陰性、血液検査ではヘモグロビンが11.2g/dlと前日（14.8）より著明に低下していた。月経後半期であることと急激なヘモグロビン低下、ダグラス窩の腹水貯留より、卵巣出血の可能性を完全に否定できないため、ご本人とご家族の承諾を得て診断的腹腔鏡を行う方針とした。

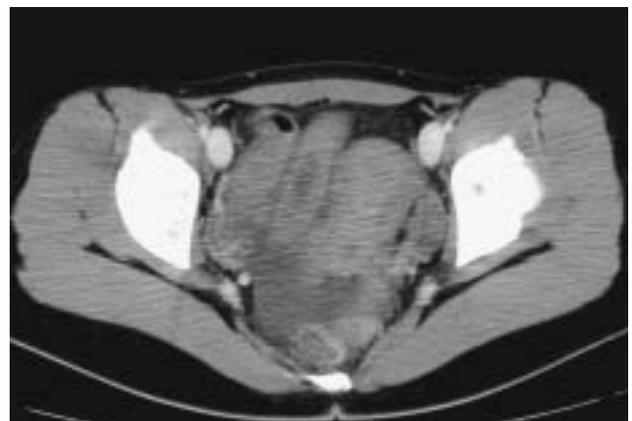


図1 発症当日の造影CT

回腸付近にびまん性の壁肥厚と腸管拡張、腹水貯留を認めた。明らかな腸間膜動静脈の血流異常はとらえられなかった。

*市立函館病院 産婦人科

**市立函館病院 外科

手術所見

臍下に12mmのカメラ用ポートを挿入。開腹手術への移行を考慮し、下腹部正中に5mmの操作用ポートを用いた。腹腔内には血性腹水の貯留があり、吸引し視野確保すると、骨盤内を占拠するように血腫様の暗赤色の構造物が認められた。(図2)この構造物と子宮・付属器との連続性の有無を確認すべく把持鉗子でこれをよけ、骨盤内を検索すると子宮と両側付属器が正常所見で、連続性も無いことが分かった。腹腔鏡下手術でのこれ以上の病態把握は困難と判断し、下腹部正中切開で腹腔内にアプローチした。暗赤色の構造物は肉眼的には鬱血・壊死した腸管(図3)であり、この時点で外科に応援依頼した。鬱血した腸管は腸間膜裂孔に陥頓した内ヘルニアによる絞扼性腸管閉塞であった。イレウス解除後、Treiz 靱帯の肛門側160cmの部位から回盲部の口側15cmまでの壊死小腸を切除し端々吻合をおこなった(図4)。摘出物の病理診断では小腸腸管壁全層性に出血・鬱血・壊

死が認められ絞扼性イレウスに矛盾しない所見であった。

術後の経過は良好で第8病日(術後7日目)で退院となった。



図2 腹腔鏡下手術所見

臍下より頭 尾方向に見ているが、血腫様の暗赤色の構造物とその尾側の子宮底部が確認できる。

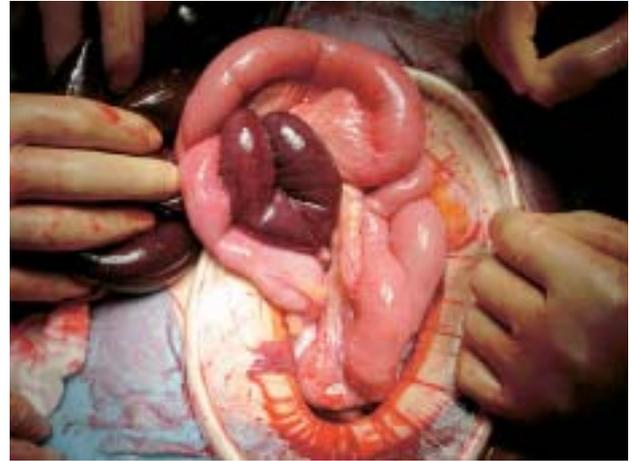


図4 - 1 陥頓した小腸を整復しているところ



図4 - 2 ヘルニア門は直径5cm程の腸間膜裂孔。



図3 開腹手術に移行し、鬱血した腸管が確認できた。



図4 - 3 壊死した腸管を切除後、端々吻合した。

考 察

内ヘルニアとは体腔内において腸間膜や大網の裂孔部、陥凹部などに腹腔内臓器が侵入した状態と定義され、外ヘルニア(狭義のヘルニア)に比べて発生は少なく、イレウスの1%以下といわれている。Steinkeの分類では、腹腔内臓器が嵌入する部位により十二指腸空腸窩、盲腸窩、網嚢孔などに腹腔内臓器が嵌入する腹膜窩ヘルニア 腸間膜、大網、子宮広間膜などの異常裂孔に嵌入する異常裂孔ヘルニアに大別される¹⁾。一般的に欧米では前者が多く、本邦では後者が多いとされている。本症例は腸間膜の異常裂孔に陥頓したタイプであったが、内ヘルニアの内訳では4割ほどの頻度との報告がある²⁾。

内ヘルニアの術前診断に小腸造影が有用であったとの報告もあるが³⁾、多くは緊急手術を行う症例のため、現在はCTによる診断が主流となっている。病態として絞扼性イレウスを呈するため、腸管壁の造影不良や欠如、遅延濃染、壁内ガス、また腸間膜の鬱血像、出血、動静脈の位置逆転などのCT所見があげられる。また、内ヘルニアでは軸捻転をきたしやすく、腸間膜の回転異常(whirl sign)がみられることもある⁴⁾。

本症例は術前CTにて小腸壁肥厚や腸間膜の浮腫などは指摘されたが、腸間膜動静脈の位置異常や鬱血像などは指摘できず、絞扼性イレウスを強く疑う所見は認めなかった。retrospectiveにも絞扼性イレウスや内ヘルニアに特徴的な像は指摘できず、術前診断は困難と考えられる。ただし、手術や外傷歴のないイレウスでは内ヘルニアを鑑別疾患に加えることは重要だと思われる。

近年腹腔鏡下手術の普及はめざましく、その背景には低侵襲手術を望む社会的背景と機器の進歩が挙げられる。施設間でも差はあるが婦人科良性疾患の7割程度は腹腔鏡でのアプローチが可能と考える。特に若年や未婚といった症例では低侵襲というだけでなくコスメティッ

クな点で腹腔鏡下手術を強く希望されるケースも少なくはない。また、本症例のように診断目的のニュアンスが強い手術についても、開腹手術よりもむしろ腹腔鏡下手術の方が患者にとっては当然受容しやすい。しかし鏡視下手術はその利便性の反面、視野確保の限界・触覚が得られない・出血等に対する緊急処置が困難などの制約があり、開腹手術と同等のパフォーマンスが必ずしも発揮できるわけではない。今回我々は婦人科疾患の可能性を完全に否定できない若年女性で診断的腹腔鏡という選択肢をとった。本症例のように鏡視下手術では診断さえも不可能な場合があり、臓器のオリエンテーションがつかない状況では早期に開腹移行することが必要だと思われる。

ま と め

若年女性の急性腹症で、腹腔鏡下手術から開腹移行し内ヘルニアと診断した症例を経験した。本疾患は頻度こそ低いだが、既往歴や手術歴の無い症例でも起こりうるので、消化器症状を伴う急性腹症の鑑別疾患の一つとして挙げるのが望ましい

文 献

- 1) Steinke, C. R.: Internal hernia. Arch. Surg., 25: 909-925, 1932.
- 2) 野崎久充, 山田恭司, 小幡知行ほか: 内ヘルニアによる絞扼性イレウスの2例. 聖マリアンナ医科大学雑誌, 25: 81-86, 1997.
- 3) 鶴田宏史, 若狭基見, 今西 努ほか: 術前診断し得た大網裂孔網嚢ヘルニアの1例. 日臨外医学会誌, 55: 3204-3209, 1994.
- 4) 佐藤秀一, 竹山信之, 吉田暢元ほか: 内ヘルニアのCT診断. 画像診断, 25: 1034-1049, 2005.