



め左閉鎖孔ヘルニアの再発を疑い1997年1月7日再手術を施行した。

再手術所見：小腸が左閉鎖孔に嵌頓しており、それより口側の腸管に浮腫、拡張を認めた。用手的にヘルニアを解除したが、この際腸管損傷し、また嵌頓部の腸壁に虚血性的変化を認めたため腸管を約10cm切除した。ヘルニア嚢を切除し、閉鎖孔を覆う様に二重にmarlex-meshを縫合固定し、その上に腹膜を合わせ縫合閉鎖した。

術後経過：術後経過は良好で、第7病日経口摂取開始した。その後創部感染の為入院期間が延長し、第31病日退院した。

症例2：86歳、女性。

主訴：腹痛、腹部膨満、嘔吐。

既往歴：高血圧。

家族歴：特記すべき事項なし。

現病歴：1997年4月1日より嘔吐出現、軽快しないため4月7日近医受診し腸閉塞と診断された。イレウスチューブによる保存的治療にても腸閉塞は改善せず、4月14日精査加療目的にて当院紹介され緊急入院となった。

入院時現症：軽度の腹痛および腹部膨隆を認めたが、筋性防御、Blumberg徴候などの腹膜刺激症状は認めなかった。両側鼠径部に腫瘤を認めなかったが、左下肢への放散痛を認め、Howship-Romberg徴候と思われた。

入院時検査所見：白血球数13,400/ $\mu$ lと上昇、PT46.5秒と延長、Na127mEq/lと低下、K5.3mEq/l、BUN53mg/dl、Cr1.7mg/dl軽度上昇。その他の検査所見に異常を認めなかった。

腹部X線所見：立位単純写真で複数のniveau像認めた。近医にてイレウスチューブが挿入されており、腸管の拡張は軽度であった。

治療経過：左閉鎖孔ヘルニアを最も疑い、4月14日緊急手術を施行した。

手術所見：Treiz靱帯より220cm肛側の小腸が左閉鎖孔に嵌頓し、これより口側の小腸が拡張していた。用手的にヘルニアを解除したが、この際腸管を一部損傷したため、同部を含めて約10cm腸切除を行った。左閉鎖孔周囲の腹膜に二重に巾着縫合をかけ、ヘルニア門を閉鎖した。

術後経過：第5病日イレウスチューブ抜去、同日経口

摂取開始した。術後経過は良好で、第18病日退院した。

症例3：71歳、女性。

主訴：腹痛、嘔吐。

既往歴：62歳時、右大腿骨頸部外側骨折。66歳時、右下肢壊疽性筋膜炎。70歳時、原因不明の腸閉塞にて14日間入院、保存的治療にて軽快。

家族歴：特記すべき事項なし。

現病歴：1997年5月22日朝より臍周囲の痛み出現、一時軽快したが夜になり再び痛み出現したため当院救急外来受診し、ブスコパン筋注にて軽快し帰宅した。翌23日未明より再び痛み出現、嘔気、嘔吐も出現したため同日早朝再び救急外来受診し、腸閉塞と診断され当院内科に緊急入院となった。

入院時現症：嘔気、嘔吐、腹痛、および軽度の腹部膨隆認めたが、筋性防御、Blumberg徴候などの腹膜刺激症状は認められなかった。両側鼠径部に腫瘤を認めなかった。

入院時検査所見：白血球数14,600/ $\mu$ lと上昇、総ビリルビン1.9mg/dlと上昇、CRP1.1mg/dlと軽度上昇している以外に異常を認めなかった。

腹部X線所見：当院入院時の立位単純写真では臍部周辺に小腸と思われるniveau像を認めた。

腹部、骨盤部CT所見：胸水、腹水を中等量認め、著明な腸管の拡張を認めた。骨盤部CTにて右閉鎖孔下方に一致する部位に径4cmの内部不均一な腫瘤影を認めたため、右閉鎖孔ヘルニア嵌頓による腸閉塞と診断した (Fig. 1)。

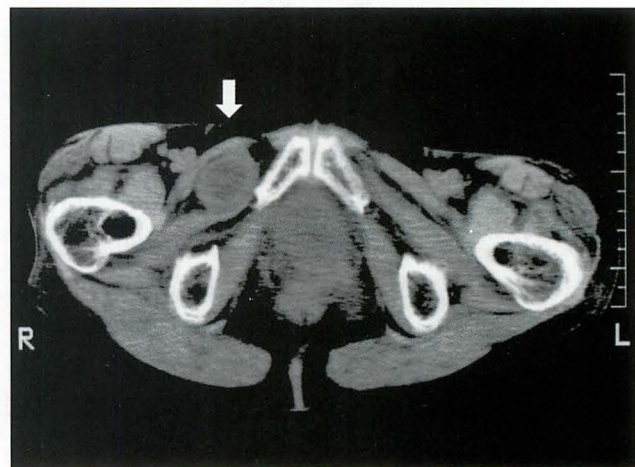


Fig. 1 骨盤部CT:右閉鎖孔外側に腫瘤陰影を認める。



治療経過：保存的治療にて改善せず、5月26日イレウスチューブ挿入を試みたが、チューブ先端が胃内にとどまり小腸への挿入が出来なかったため手術目的に5月27日外科転科、5月28日手術施行した。

手術所見：回盲部より50cm 口側の回腸が右閉鎖孔に嵌頓し、これより口側の小腸が拡張していた。手手的にヘルニアを解除したが、この際腸管の漿膜を一部損傷し、さらに嵌頓していた腸管の一部が壊死傾向にあったため、同部を含めて約10cm 腸切除を行った。右閉鎖孔周囲の腹膜に二重に巾着縫合をかけ、ヘルニア門を閉鎖した。

術後経過：術後経過は良好で、第4病日イレウスチューブ抜去、第6病日経口摂取開始した。その後創部感染の為入院期間が延長し、第39病日に退院した。

## 考 察

閉鎖孔ヘルニアは、腹部臓器が閉鎖孔に嵌入して起こるヘルニアである。80%が60歳以上の高齢者で、女性が男性の20倍多く、左右比は右が左の1.4倍である。ヘルニア内容は70%が回腸で、ヘルニア門が小さいため腸壁の一部が陥入する Richter 型ヘルニアが多い<sup>1)</sup>。ほとんどの場合小腸閉塞で発症し、1990年以前の報告では術前診断率は50%以下であったが、本症診断における CT の有用性が多数報告されるにつれ診断率が向上し、現在では術前診断率は70%以上であるとの報告もある<sup>2)</sup>。当院の症例は、いずれも小腸閉塞にて発症しており、手術所見より Richter 型ヘルニアであった。旧来より閉鎖孔ヘルニアの特徴的な所見として閉鎖神経の圧迫による患側大腿内側から下腿にかけての放散痛やしびれ感、いわゆる Howship-Romberg 徴候がある。本邦では、閉鎖孔ヘルニアの51.7%が Howship-Romberg 徴候陽性例であるとの報告もある<sup>3)</sup>。現在のように CT が多用される以前は、閉鎖孔ヘルニアの術前診断の根拠の約40%が Howship-Romberg 徴候であった<sup>2)</sup>。我々の経験でも症例1の再発時および症例2で Howship-Romberg 徴候を認めている。その他の場合でも腹痛のため患者が下肢の異常を訴えない場合も考えられ、実際の Howship-Romberg 徴候陽性率はより高い可能性がある。これより閉鎖孔ヘルニアを示唆する重要な所見として Howship-Romberg 徴候を充分考慮する必要がある。閉鎖孔ヘルニアでは小腸嵌頓のため壊死、穿孔

が見られることも多く、61%の症例で腸切除が行われたとされる<sup>4)</sup>。我々の経験した3例でも、いずれも小腸切除を行った。すなわち診断不詳による長期観察にて腸壊死を来し、腸穿孔による敗血症性ショックを発症する危険が高いことを示し、事実閉鎖孔ヘルニアにおける死亡率は10~30%といわれる<sup>4)</sup>。つまり、閉鎖孔ヘルニアでは迅速な診断、治療が必要と考えられ、原因不明の腸閉塞では本症を疑い Howship-Romberg 徴候を念頭においた診察と、骨盤部まで撮影した CT にて閉鎖孔ヘルニアの有無を早期に判断することが必要である。また、症例1の初回手術ではヘルニア門の閉鎖に一重の巾着縫合を施行したのみで、同側ヘルニアの再発を認めた。他の2例では同様の巾着縫合を二重に施行しており、現在まで再発を認めていない。症例1の再手術では閉鎖孔に marlex-mesh を当てヘルニア門を閉鎖し、現在まで再発を認めていない。ヘルニア門の閉鎖方法としては、閉鎖孔に mesh-plug を挿入する方法が報告されている<sup>5)</sup>。閉鎖神経への mesh-plug の影響など検討すべき課題はあるが、この先考慮しても良い方法と思われる。また、閉鎖孔ヘルニアに対する腹腔鏡下手術の報告もある<sup>6)</sup>。腹腔鏡下手術は低侵襲であることが最大の利点であるが、閉鎖孔ヘルニアではヘルニアの解除が手手的にも困難であり、また腹腔内の観察には腸管の減圧を済ませておく必要があることから、緊急を要する本症においては適応に疑問が残るところである。閉鎖孔ヘルニアは、閉鎖孔が無処置であっても0~7%程度の低い再発率であるとの報告がある<sup>2)</sup>。しかしながら当院では3例中1例に再発を認めており、閉鎖孔の処置は可能な限り施行すべきである。腸切除を伴うことが多いため異物である mesh の使用を躊躇するが、少なくとも縫合結紮による二重の閉鎖が必要であり、閉鎖孔が大きく再発の可能性が高いと判断される場合、また腸切除を施行せず感染の危険性が少ない場合は積極的に mesh の使用を考慮すべきではないかと考えられる。

## おわりに

閉鎖孔ヘルニアの3例を経験し、その診断、治療について考察した。原因不詳の腸閉塞で高齢女性の場合には本症を念頭におき、骨盤部を含む CT にて早期に診断し、小腸穿孔を来す前の早期に手術を施行することが肝要と思われた。

## 文 献

- 1) 井上豊ら : CT にて術前診断が可能であった閉鎖孔ヘルニアの 2 例. Jpn J Clin Radiol 41 : 563-566, 1996
- 2) 岩崎誠ら : 閉鎖孔ヘルニアの 4 例. 日臨外医学会誌 57 : 2546-2549, 1996
- 3) 早田台史ら : 閉鎖孔ヘルニアの臨床像と外科治療. 日救急医学会関東誌 17, 1996
- 4) 窪田公一ら : 明瞭な CT 像を呈した閉鎖孔ヘルニアの 1 例. 外科 1997
- 5) Emilio Falco et al : A Simple Technique for Obturator Hernia Repair. Eur J Surg 163 1997 Scandinavian University Press. ISSN 1102-4151
- 6) T. L. Bryant et al : Laparoscopic repair of an incarcerated obturator hernia. Surg Endosc 10 : 437-438, 1996

---

## A Report of Three Cases of Obturator Hernia

Masatsugu TAKEHISA, Tuneaki WATANABE, Yoshikazu SAKAKI, Akihiro SAKATA  
Suguru KIMURA, Takanao SUMI, Gyoukei KAN

Division of Surgery, Komatushima Red Cross Hospital

There is much obturator hernia to an old woman. Obturator hernia does impaction easily. And this hernia produces intestinal atresia and the intestines necrosis. In this hospital, I experienced obturator hernia 3 example during past five years. It was the woman who was old with 3 case and was a symptom of intestinal atresia. As for 1 case, preoperative diagnosis by computed tomography was possible during 3 case. 1 case produced intestinal atresia after art many times. This case produced a relapse of obturator hernia in the side. Computed tomography is more important by a diagnosis of obturator hernia than or greater. And closedown of hernia orifice is necessary by a treatment. In addition, I report bibliographical consideration.

Keywords : obturator hernia , computed tomography , ileus , relapse

Komatsushima Red Cross Hospital Medical Journal 3 : 33-36, 1998

---