

Q&A

開腹既往のない腸閉塞

解答：

1. 閉鎖孔ヘルニア嵌頓
2. 手術

解説：

開腹既往のない腸閉塞の原因としてあげられるのは、良性疾患としては、クローン病、非特異性小腸潰瘍、虚血性腸狭窄、大腿ヘルニア嵌頓、単径ヘルニア嵌頓、腸重積、小腸軸捻転などが、良性腫瘍としては、平滑筋腫、GISTなどの小腸腫瘍などが、悪性疾患としては、小腸癌、大腸癌、悪性リンパ腫、転移性小腸腫瘍などが、また、女性特有の疾患として、子宮、卵巣の悪性腫瘍による腸閉塞など、多数の疾患が候補としてあげられる。本例のCT所見では、内閉鎖筋と内転筋群との間に円形陰影が認められ、閉鎖孔より脱出した小腸と考えられる。以上より、閉鎖孔ヘルニアの診断は容易である。

閉鎖孔ヘルニアは、開大した閉鎖管より腸管その他が脱出するもので、高齢の女性に多く、原因不明の腸閉塞として扱われることがある。CTまたはMRIにて、閉鎖孔からの脱出する管腔構造物を確認することで診断可能である。本例では、CT所見にて右側の恥骨と坐骨との内閉鎖筋と内転筋群との間に腸管と思われる円形の腫瘍陰影を認めている。多くは保存的には改善しないため、手術が必要となる。

閉鎖孔ヘルニアは、元来存在する閉鎖孔から生ずるヘルニアである。大きさは女性でより大きく、通常は脂肪で満たされているが、るい瘦のために脂肪が減少するとヘルニアがおこりやすくなるとされる。やせた女性に多く発生し、日本では全ヘルニアの1%程度とされる¹⁾。右側により多く発生するとされ、一般に下腹部痛を訴え、88%に腸閉塞を引きおこす。ヘルニア門が小さいためリヒターヘルニア型で絞扼性が多く、50%で腸壊死を呈する。閉鎖孔は、閉鎖神経、閉鎖動静脈が貫通

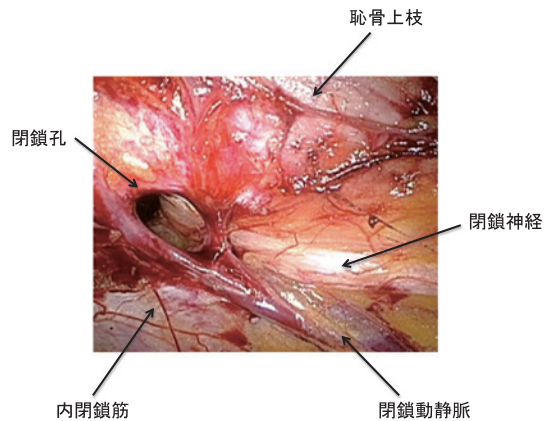


Figure 2. 腹膜外アプローチによる右閉鎖孔周囲の鏡視下所見：恥骨上枝と内閉鎖筋の間の閉鎖管を閉鎖神経と閉鎖動静脈が貫通するのが観察される。

するため (Figure 2)、閉鎖孔ヘルニアの嵌頓では神経圧迫による特異的な3つのサインがある。(1) 大腿内側部の神経性疼痛、(2) Howship-Romberg徴候 (臀部と大腿内側部の疼痛が、股関節の屈曲で低減し、股関節の伸展、内転、内旋で増強する。この徴候は25%から50%の患者に出現し、診断的価値がある) (Figure 3)、(3) Hannington-Kiff徴候 (膝上で内転筋を叩打すると通常おこる反射性内転筋収縮が消失する)。これらの徴候は閉鎖孔ヘルニアによる閉鎖神経障害の指標である²⁾。また、大腿内側部の触診あるいは経陰的ないし直腸指診により腫瘍を触知することで診断できる場合もあり、重要である。全般に、診断は容易ではなく、高齢者に多いという事情もあり、対応が遅れることが多い。超音波検査やCTスキャンは術前診断に有効である。

治療は、外科治療であるが、状態が許せば腹腔鏡手術が可能である。しかし、高度な腸閉塞状態や腸壊死をともなっている場合には開腹手術となることが多い。

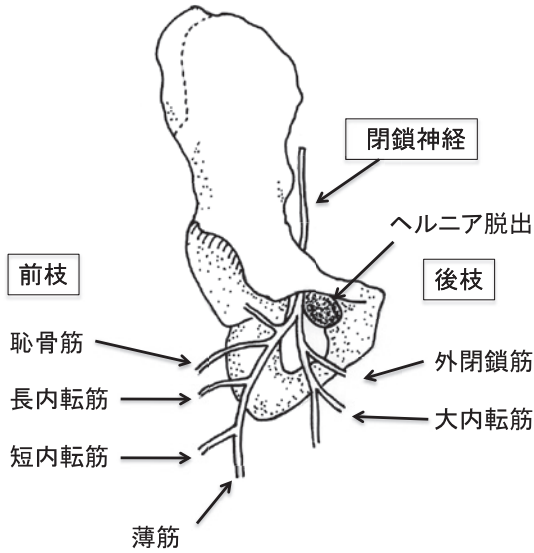


Figure 3. 閉鎖孔ヘルニアによる閉鎖神経圧迫：閉鎖神経は前枝、後枝に分かれ、内転筋群と大腿内側皮枝に分枝する。ヘルニア嵌頓により閉鎖神経は圧迫され、臀部と大腿内側部の疼痛が生ずる。疼痛は股関節の屈曲で低減するが、股関節の伸展、内転、内旋で増強する (Howship-Romberg 徴候)。

参考文献

- 1) Yokoyama Y, Yamaguchi A, Isogai M, et al: Thirty-six cases of obturator hernia: does computed tomography contribute to postoperative outcome? *World J Surg* 23:214-217:1999
- 2) Jeyarajah R, Harford WM: Abdominal hernias and gastric volvulus. *Gastrointestinal and liver disease*, 8th ed, Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds, Saunders Elsevier, Philadelphia, 477-498:2006

本論文内容に関連する著者の利益相反

:なし

出題：舟山 裕士 (東北労災病院大腸肛門外科)
 高橋 賢一 ()
 生澤 史江 ()
 徳村 弘実 (東北労災病院外科)
 野村 良平 ()