

発症早期に診断し得たが腸管切除を要した左傍十二指腸ヘルニアの1例

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2018-01-30 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 井藤, 尚武, 塩澤, 俊一, 碓井, 健文, 久原, 浩太郎, 河野, 鉄平, 浅香, 晋一, 山口, 健太郎, 横溝, 肇, 島川, 武, 吉松, 和彦, 勝部, 隆男, 成高, 義彦 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10470/00031746

報 告

発症早期に診断し得たが腸管切除を要した左傍十二指腸ヘルニアの1例

東京女子医科大学東医療センター外科

イトウ	ナオタケ	シオザワ	シュンイチ	ウスイ	タケブミ	クハラコウタロウ
井藤	尚武・塩澤	俊一・碓井	健文・久原浩太郎			
コウノ	テツペイ	アサカ	シンイチ	ヤマグチケンタロウ	ヨコミゾ	ハジメ
河野	鉄平・浅香	晋一・山口健太郎	横溝	肇		
シマカワ	タケシ	ヨシマツ	カズヒコ	カツベ	タカオ	ナリタカ
島川	武・吉松	和彦・勝部	隆男・成高	義彦		

(受理 平成29年5月18日)

A Case of Left Paraduodenal Hernia That Required Intestinal Resection Despite Immediate Diagnosis after the Onset

Naotake ITO, Shunichi SHIOZAWA, Takebumi USUI, Kotaro KUHARA,
 Teppei KONO, Shinichi ASAKA, Kentaro YAMAGUCHI, Hajime YOKOMIZO,
 Takeshi SHIMAKAWA, Kazuhiko YOSHIMATSU, Takao KATSUBE and Yoshihiko NARITAKA

Department of Surgery, Tokyo Women's Medical University Medical Center East

A 72-year-old woman with no abdominal surgery presented with a sudden-onset pain in the left lumbar region accompanied by nausea and vomiting. Computed tomography confirmed a cluster of dilated small bowel loops with ischemic change near the posterior side of the transverse colon and to the left of the Treitz ligament. This cluster had a sac-like appearance. The patient was diagnosed with small bowel obstruction caused by a left paraduodenal hernia and emergency surgery was performed. The hernia sac was found between the anterior and posterior lobes of the descending mesocolon. We resected the herniated small intestine with ischemic change and closed the hernia orifice. On the 10th day after the surgery, the patient was discharged without any complication. Recently improvements in imaging techniques have enabled early diagnosis of paraduodenal hernia, thus helping avoid intestinal resection in most cases. In our case although the patient had no peritoneal irritation sign and slight inflammation at the time of preoperative diagnosis, the intestine already had accompanying ischemic change. Therefore, it is crucial to perform an emergency surgical intervention as soon as possible even if the patient has minor symptoms. We herein report a case of a left paraduodenal hernia needed intestinal resection in spite of preoperative diagnosis.

Key Words: left paraduodenal hernia, preoperative diagnosis, small bowel obstruction, intestinal resection

緒 言

傍十二指腸ヘルニアは十二指腸周囲の腸間膜窩に腸管が嵌入する内ヘルニアの一つである。以前は術前診断が困難なことも多かったが、CT検査の向上

で迅速に術前診断し腸管切除を回避する報告も増えている。今回我々は、術前診断しえたが腸管切除を要した傍十二指腸ヘルニアの1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

✉: 井藤尚武 〒116-8567 東京都荒川区西尾久2-1-10 東京女子医科大学東医療センター外科

E-mail: ito.naotake@twmu.ac.jp

doi: 10.24488/jtwmu.87.4_128

Copyright © 2017 Society of Tokyo Women's Medical University

症 例

患者：72歳，女性。

主訴：左側腹部痛，嘔吐。

既往歴：高血圧，脂質異常症。

現病歴：午前3時に突然の上腹部痛，嘔吐が出現し，午前5時に近医に受診した。単純CT検査で小腸の拡張を認め小腸イレウスが疑われたため，同日午前9時に当院に救急搬送された。

入院時現症：体重 152 cm，体重 48 kg，体温 36.2℃，脈拍数 108 回/分，整。血圧 133/92 mmHg。結膜に貧血，黄疸なし。腹部は触診上やや硬で，広く圧痛を認めた。明らかな反跳痛，筋性防御は認めなかった。



Fig. 1 Abdominal radiography showing no obvious findings of abnormal gas or free air.

血液生化学検査：白血球数の上昇を認める以外に，肝・腎機能および電解質にも異常はなかった。

腹部単純撮影所見：明らかな異常ガス像はなく，free air も認めなかった (Fig. 1)。

造影CT所見：Treitz 靭帯左側近傍の横行結腸背側に嚢状構造に包まれ拡張した小腸係蹄が描出された。いわゆる sac-like appearance と考えられ，左傍十二指腸ヘルニアを強く疑う所見であった。内部の腸管壁は造影効果不良で，腸管の絞扼による虚血性変化を伴っていた。また，下腸間膜静脈がヘルニア嚢に大きく圧排され，ヘルニア嚢の頭側を走行していた (Fig. 2)。

以上より，左傍十二指腸ヘルニアによる絞扼性イレウスと診断し，同日午前11時より緊急手術を施行した。

術中所見：開腹すると，腹腔内に少量の血性腹水の貯留を認めた。小腸を検索すると，Treitz 靭帯より約 10 cm の部位から肛側 40 cm にわたり空腸が下行結腸間膜前葉後葉間に腸間膜と共に嵌頓し絞扼していた (Fig. 3)。なお，腸回転異常は認めなかった。ヘルニア嚢を開放し手動的に絞扼を解除したが，腸管の血行の改善がみられず，空腸部分切除術，ヘルニア門の縫合閉鎖を施行し手術を終了した。

病理組織学的所見では切除した空腸に悪性像はなく，粘膜上皮の壊死，全層の血管拡張と循環障害性変化を認めた。術後経過は良好で，術後第4病日より経口摂取を開始し，第10病日に軽快退院した。

考 察

傍十二指腸ヘルニアは十二指腸周囲の腸間膜窩に発生する内ヘルニアの1つで，本邦では1902年の新谷ら¹⁾が最初に報告している。本症は内ヘルニアの原

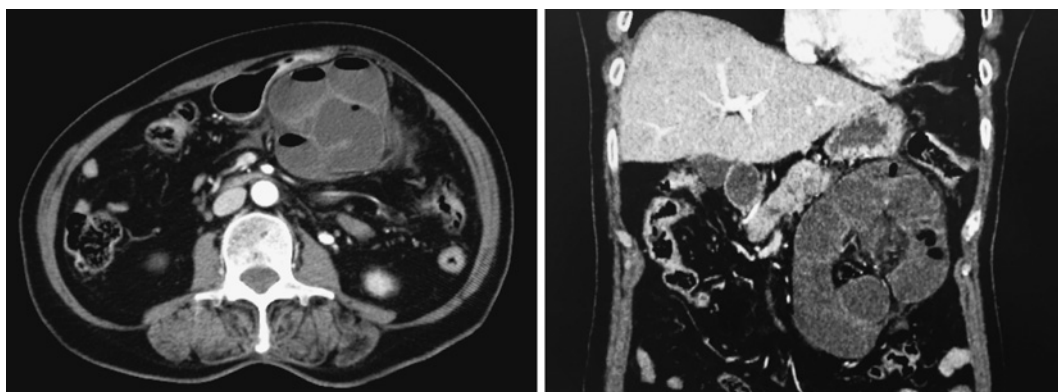


Fig. 2 Contrast computed tomography showing a cluster of dilated small bowel loops with ischemic change, having a sac like appearance, near the posterior side of the transverse colon and to the left of the Treitz ligament.



Fig. 3 Intraoperative findings reveal 40 cm of the proximal jejunum trapped in a sac between the anterior and posterior lobes of the descending mesocolon, resulting in a strangulated hernia.

因の約 25%を占めるが、内ヘルニアは全腸閉塞症例の 1%未満の発症であることから比較的稀な疾患といえる²³⁾。一般にヘルニア門が形成される方向で左側型と右側型に分類されるが、左側型が約 3 倍多いとされ、性別では男性に比較的多く発症する内ヘルニアである³⁾。

左側型は腸管が左結腸間膜の背側に向かって嵌入するため、ヘルニア門がその右側に位置する。この場合、下腸間膜動静脈がヘルニア門の前面を走行することが多いのが特徴である。一方、右側型では、右結腸間膜の背側に向かって嵌入し、ヘルニア門がその左側に位置する。したがって、右側型では上腸間膜動静脈がヘルニア門の前面を走行することが多い。Moynihan ら⁴⁾は発生学的視点から十二指腸第 4 部周辺に 9 つの腹膜窩の存在を報告しているが、臨床的には左側型は上十二指腸窩、傍十二指腸窩、下十二指腸窩、右側型は結腸間膜窩、腸間膜側壁窩がヘルニア門になる⁴⁾。このうち左側型は傍十二指腸窩に、右側型は腸間膜側壁窩に発生することが多いとされている⁵⁾。

本症の発生機序は未だ明らかでなく、胎生期の腸回転異常や後腹膜への固定異常で形成された腔に小腸が捕捉されて発生するという先天説⁶⁾と腹圧上昇により後天的に腹膜窩に嵌入する後天説がある⁴⁾。自験例は術中の検索で腸回転異常や後腹膜への固定異常は認められず、後天的に形成され発症したと推察された。

本症の症状では腹痛、嘔吐、腫瘤触知が 3 徴で、イレウスとして診断されることが多い。しかし、間欠的な腹痛や腹部膨満感など慢性的な腹部症状を呈すことや、無症状のまま経過し偶然施行した画像検

査で発見される症例も報告されているため注意が必要である^{7)~9)}。画像診断では、造影 CT 検査で上行結腸間膜後方や下行結腸間膜後方に小腸が集簇し、嚢状構造を呈する sac-like appearance や下腸間膜静脈やその分枝が腹側に圧排される所見が特徴的である¹⁰⁾。腸回転異常を伴っている場合は、十二指腸水平脚の形成不全や上腸間膜動脈に対し上腸間膜静脈が左方に偏移する SMV rotation sign が認められる。自験例は造影 CT で sac-like appearance と下腸間膜静脈がヘルニア囊の頭側を走行していた所見から術前診断しえた。しかし、造影 CT で病変部小腸の造影効果の低下から血行障害を疑い緊急手術を施行したが、開腹所見は CT 診断通り腸管の壊死を認め切除を要した。内ヘルニアでは嵌頓している腸管の造影効果は絞扼の有無を反映しており、治療の緊急度の判断の一助となる所見と考えられた。

本症の治療は外科的治療が原則で、嵌頓した小腸の整復とヘルニア門の閉鎖または開放である。その際、左傍十二指腸ヘルニアでは、腸管をヘルニア門より引き出した後に、下腸間膜静脈や左結腸静脈を損傷しないよう注意を要する。腸回転異常を伴う場合は軸捻転を予防する Ladd 手術や、上行結腸を下行結腸に固定する Bill 手術などの付加手術が推奨されている。

医中誌 Web で「傍十二指腸ヘルニア」を keyword に会議録を除き過去 10 年間を検索したところ、本邦報告例は自験例を含め 66 例であった。術前の診断率は 77%と高く、腸管切除率が 10%と低値であることから、近年の CT 検査による迅速かつ正確な診断能の向上が示唆される。術前診断されず腸管切除に至った症例は 4 例であり、その多くは絞扼

性イレウスの診断で開腹されていた。近年の報告では傍十二指腸ヘルニアの多くは迅速に診断可能となり腸管切除を回避する症例が増加している。本症は繰り返す上腹部痛、嘔気で発症し、CTで特徴的な所見がない限り診断に難渋し慢性的な経過を辿ることも多い。その時間経過に反し、これまでの報告例で腸切除例が比較的少ないのは腸管の絞扼が緩やかで虚血に至ることが少ない病態とも考えられる。自験例は発症から執刀まで約8時間であったが、術前診断しえたものの既に血行障害を伴い腸切除を要した点で稀な病態と考えられた。この点で本症は無症状で経過していても急速な転帰をたどることもあり、診断した時点で早急に外科的治療を検討することが肝要と考えられた。

結 語

術前のCT検査で迅速に術前診断したが腸切除を要した左傍十二指腸ヘルニアの1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77回日本臨床外科学会総会（平成27年11月，福岡）で発表した。

開示すべき利益相反状態はない。

文 献

- 1) 新谷正吉：手術叢談（承前）空腸十二指腸窩嵌頓。中外医事新報 528：18-19, 1902
- 2) 恩田昌彦, 高橋秀明, 古川清憲ほか：イレウス全国集計 21,899 例の概要。日腹部救急医学会誌 20：629-636, 2000
- 3) 天野純治：III その他のヘルニア。3. 内ヘルニア [1] 傍十二指腸ヘルニア。「ヘルニアのすべて」(沖永功太編), pp247-263, へるす出版, 東京 (1995)
- 4) Moynihan BGA: The arris and gale lectures on the anatomy and surgery of the peritoneal fossæ: delivered at the Royal College of Surgeons of England. Br Med J 1 (1922): 522-525, 1899
- 5) John ES, Stephen WG: The paraduodenal hernia. In Hernia: Surgical Anatomy and Technique (Skandalakis JE ed), pp283-287, McGraw Hill, New York (1989)
- 6) Andrews E: Duodenal hernia: a misnomer. Surg Gynecol Obstet 37: 740-750, 1923
- 7) Ghahremani GG: Internal abdominal hernias. Surg Clin North Am 64: 393-406, 1984
- 8) 池田 治, 松尾亮太, 中山 健ほか：腸回転異常を伴った右傍十二指腸ヘルニアによる小腸軸捻の1例。日臨外会誌 73：894-898, 2012
- 9) 山田俊一郎, 小暮公孝：腸回転異常を伴った左傍十二指腸ヘルニアの1治験例ならびに本邦報告例の検討。日臨外会誌 52：172-176, 1991
- 10) 沖野由理子, 足立亜紀子, 森 宣：ヘルニアの画像診断 腹部のヘルニア。臨放 48：718-728, 2003