

網 囊 へ ル ニ ア

—大網より左側横行結腸が侵入しイレウス症状を呈した1例—

近畿大学医学部第2外科学教室（主任：久山健教授）

笠原 洋，田中 茂，川合秀治，松本博城
須藤峻章，梅村博也，白羽 誠，久山 健

〔原稿受付：昭和54年7月16日〕

Transomental Lesser Sac Hernia

YOH KASAHARA, SHIGERU TANAKA, SHUJI KAWAI, HIROKI MATSUMOTO,
TAKAAKI SUDO, HIROYA UMEMURA, SEI SHIRAHA and TAKESHI KUYAMA

The Second Department of Surgery, Kinki University School of Medicine
(Director : Prof. Dr. TAKESHI KUYAMA)

Among the internal hernia, the incidence of lesser sac hernia is rare. Lesser sac hernia is classified to four types by the route of passing through one of the following structures ; 1) the greater omentum, 2) the lesser omentum, 3) the foramen of Winslow and 4) the transverse mesocolon. Type 2) is very rare and only 11 cases have been reported in Japan including our own. In these cases, the content of herniation was small bowel in 8 and the greater omentum in one. The following case was the second report of this hernia containing the transverse colon.

A 24-year-old male complaining of nausea, vomiting and abdominal pain was treated surgically with the diagnosis of large bowel obstruction. A transomental lesser sac hernia including 8 cm of the left transverse colon was noted. The colon was strangulated by a slit in the greater omentum, sized 4 cm in its largest diameter. Reduction was made and the defect was closed with interrupted sutures.

Although the cause of transomental hernia is based on the congenital malformation or weakness, inflammation or acquired defect may have some roles. Preoperative diagnosis is difficult except for several cases, whose findings of scout film of the abdomen showed an abnormal small bowel loop just above the lesser curvature. If the content of herniation is the colon, correct preoperative diagnosis is almost impossible. In our own case, barium

Key words : Internal hernia, Slitlike defect of the omentum, Transomental lesser sac hernia, Left transverse colon.

索引語：内ヘルニア，大網裂孔，経大網性網囊ヘルニア，左側横行結腸

Present address : The Second Department of Surgery, Kinki University School of Medicine, Sayama, Osaka, 589, Japan.

enema and scout film of the abdomen suggested only a large bowel obstruction. The treatment is not different from the usual strangulated bowel obstruction, and the hernial orifice should be closed in any way.

はじめに

内ヘルニアのなかでも網嚢ヘルニアの頻度は少なく、特に結腸を内容としたものは非常にまれである。私達は大網を経由し、横行結腸を内容とした網嚢ヘルニアの1手術治験例を経験したので報告する。

症 例

24歳, 男

主訴: 腹痛, 嘔吐

家族歴: 特記すべきものなし

既往歴: 3年前正中頸瘻摘出を受けた。

現病歴: 生来胃腸は弱い方であったが、特に精査を受けたことはない。昭和53年11月1日突然強い左腹部痛をきたし、嘔吐を伴った。腹痛は周期的に強くなり、同日近医へ入院し鎮痛剤の投与を受け、やや軽快したが排ガスはみられなかった。注腸造影を受け、当科へ翌11月2日転入院した。

入院時所見: 身長 175cm, 体重 54kg, 顔色やや蒼白, 血圧 130/84, 体温 37.2°C, 脈拍60/分, 頭頸胸部には頸部手術痕以外に著変をみない。心窩部から左中腹部にかけて圧痛がみられるが、腫瘤は触知しない。筋性防禦や Rebound phenomenon はなく、腸雑音はやや亢進している程度である。

検査所見: 入院前日施行の注腸造影で左側横行結腸の閉塞が疑われた(図1)。入院後撮影の腹部単純レ線像においても大腸イレウスを思わせる像がみられ、次第に増強してきた(図2)。入院時の検査所見としては白血球数12,000と増加の他は、電解質、肝機能検査その他に異常をみなかった。

手術所見: 入院後2日間保存的に観察したが排ガスもみられず、腹痛の周期、程度とも増強してきたため、結腸腫瘍によるイレウスを疑い、11月4日左傍正中切開で開腹した。黄色透明の腹水が中等量みられたが、膿はなかった。図3のように左側横行結腸約8cmが大網の結腸付着部近傍の最大径約4cmの裂孔を通じて網嚢内へ嵌入り絞扼されていた。なお大網の一部も同時に嵌入していた。軽い線維素性癒着が絞扼部にみられたが容易に剝離可能で、このヘルニア門を剝離お



Fig. 1. Barium enema showing obstruction of the left transverse colon



Fig. 2. Scout film of the abdomen showing dilatation of the colon

よび切開して嵌入結腸をひきだした。嵌入していた結腸には穿孔、壊死などはみられず、右側横行結腸より腸管内容を吸引、減圧し、裂孔を縫縮閉鎖して閉腹し

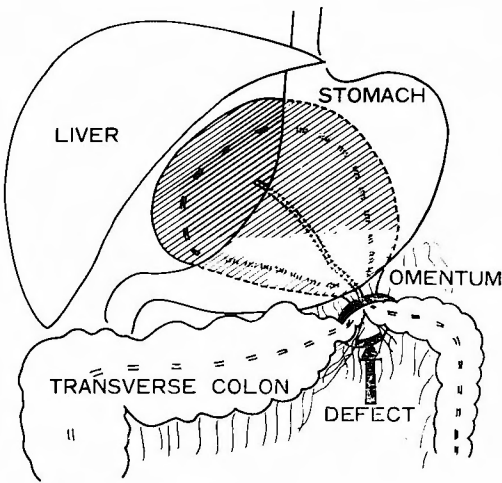


Fig. 3. The left transverse colon was strangulated by a slit in the greater omentum

た。付近の血管走行異常はみられなかった。

術後経過：術後13日目に軽快退院し、以後順調であったが、54年2月3日突然腸閉塞症状を生じて再入院。入院後保存的療法にて軽快した。この際の所見では小腸癒着性イレウスと思われ、網嚢ヘルニアの再発を思わせる所見はみられなかった。

考 按

内ヘルニアとは一般に腹腔内ヘルニアを指し、腹腔内の生理的および非生理的陥凹部、嚢状部、裂孔部などに腹腔内臓器が嵌入した状態と定義される¹⁾⁷⁾。腸間膜や大網の裂孔をヘルニア門とする内ヘルニアは Sac を有していないので、真のヘルニアとはいいがたいが臨床的には内ヘルニアとして扱われる¹⁾。経大網および経腸間膜ヘルニアの頻度は全腸閉塞の0.5~3%を占めるといわれる¹⁾。

一方網嚢ヘルニアはごくまれなものであり⁷⁾¹¹⁾、その侵入経路によって Stewart¹¹⁾ は 1) 大網より、2) 小網より、3) 網嚢孔より、4) 横行結腸間膜よりのものと網嚢ヘルニアを分類している。これらの内 3) は網嚢孔ヘルニアとよばれ、4) とともに網嚢ヘルニアの大部分を占めている²⁾⁸⁾¹⁰⁾。大網より侵入した網嚢ヘルニアの報告は非常に少なく、本邦では自験例を含めて11例にすぎない³⁾⁴⁾⁵⁾⁶⁾⁸⁾⁹⁾¹²⁾¹³⁾¹⁴⁾。これらの内でも小腸をヘルニア内容とするものが大半であり、横行結腸が嵌入していた例は石川ら³⁾ につづいて自験例が第2例目にあたると思われる。なお性差、年齢差は特異的で

はない。

本症の成因に関しては Schnepfer and Hanaoka¹⁰⁾ の例にみられるような先天奇形または先天的大網裂孔の存在が強く疑われる。通常裂孔の大きさは4-10 cm径で、Slitlike opening と表現され、先天的な構造上の弱点であり、しばしば腸間膜動脈の走行異常を伴うといわれる¹⁾。熊野⁶⁾ は大網が胃および結腸に対して Locus minoris となり、何かの拍子に移動性に富んだ抵抗の強い腸管があたるとヘルニア門になると後天的な因子も考慮している。本邦報告例中でも大網が異常に薄く、また脆弱な状態であったとの記載がみられるが³⁾⁴⁾⁸⁾⁹⁾、自験例の大網には特にそのような傾向はみられなかった。また本症例の場合、日常モーターバイクでの走行機会が多かったというが、これをもって直ちに誘、原因と考え難い。

内ヘルニアの場合慢性経過を示す例も多いといわれ、嘔気、不定の上腹部痛、嘔吐、腹部膨満などの不完全腸閉塞の状態を示すとされる¹⁾。嵌頓状態にいたれば一般の腸閉塞症状と異なる点はなく、術前診断上胃の小彎線上に小腸ループの異常像がある場合、網嚢ヘルニアの可能性があるとといわれる⁵⁾。横行結腸が内容の場合レ線上的特徴はほとんどみられないと思われる。小腸閉塞症状を呈すれば、検査にあまり時間を浪費せずに関腹することが必要であり、大腸閉塞症状を呈しても結局は開腹に至るが、当例のように注腸造影を施行したり、場合によっては内視鏡的検査も可能であろう。しかし正確な術前診断は不可能に近い。

治療として早期開腹、嵌入腸管の整復、腸管内容の減圧、ヘルニア門の縫合閉鎖またはその他の手段による閉鎖を要する。無論たまたま他の目的での開腹時に発見されるような例に対してもヘルニア門の閉鎖を要する。

おわりに

24歳男性の経大網裂孔性網嚢ヘルニアの左横行結腸を内容とし、イレウス症状を呈した1手術治験例について報告し、若干の考察を加えた。横行結腸内容例として本邦第2例目にあたるが、術前診断は不可能に近く、単純および注腸レ線像を図示した。

References

- 1) Bartelsen S. 29. Mesenteric hernia *In* Hernia edited by Nyhus, LM and Condon RE, Philadelphia JB Lippincott, 1978, pp. 485-487.

- 2) Gant R, Ryel JW : Herniation of stomach and colon into omental bursa through a defect in the gastrohepatic ligament. *Ann Surg* **137** : 285-288, 1967.
- 3) 石川清司, 日域大陸, 他 : 網嚢ヘルニアの2治験例. *臨外* **31** : 1077-1079, 1976.
- 4) 柯朝大 : 追加発言. *日臨外会誌* **34** : 251-252, 1973.
- 5) 北島政樹, 佐々木明, 他 : 網嚢ヘルニアによるイレウスの1治験例. *外診* **15** : 747-750, 1973.
- 6) 熊野政明 : グレンツケビート **11** : 1473, 1953-3)より引用.
- 7) 松倉三郎 : IIIイレウス各論. *現代外科学大系36-C*, 中山書店, 東京, 1971, pp. 157-254.
- 8) 元島幸一, 松原信也, 他 : 大網裂孔網嚢ヘルニアの1治験例. *外科* **40** : 814-816, 1978.
- 9) 佐々木敬介, 土居弘明 : 大小両網膜を通過し嵌頓した網嚢ヘルニアの1例. *外科* **34** : 437-439, 1972.
- 10) Schnepfer JW, Hanaoka WY : Double omental hernia due to congenital absence of the greater and lesser omenta. *Surg* **34** : 147-150, 1953.
- 11) Stewart JOR Lesser sac hernia. *Brit J Surg* **50** : 321-326, 1963.
- 12) 高野利一郎, 牧野勉 : 胃結腸靱帯に嵌入した網嚢ヘルニアの症例. *日外会誌* **69** : 666, 1968.
- 13) 田代孝男, 矢吹清人 : 最近経験した腹腔内ヘルニアによるイレウスの2例. *日外会誌* **74** : 301-302, 1973.
- 14) 富田正雄, 中尾丞, 他 : 盲嚢ヘルニアが先進部となった交感神経裂孔横隔膜ヘルニアの1症例. *外科* **39** : 103-107, 1977.