

症例報告

術前診断に MD-CT が有用であった大網裂孔ヘルニアの 1 例

村越雄介¹⁾ 森谷雅人¹⁾ 和田敏史¹⁾
勝又健次²⁾ 粕谷和彦²⁾ 土田明彦²⁾

¹⁾西東京中央総合病院消化器科

²⁾東京医科大学外科学第三講座

【要旨】 症例は 58 歳、男性。2011 年 12 月に間歇的な上腹部痛と嘔吐を主訴に来院。腹部単純 X 線検査では上腹部に niveau を伴う小腸ガスを認め、腹部 CT 検査では横行結腸の前面から網嚢内に拡張した小腸を認めた。大網裂孔ヘルニア嵌頓と診断し、同日緊急手術を施行した。開腹所見では少量の腹水と大網裂孔に嵌頓した小腸を認めたが、裂孔を開放し整復したところ、腸管は壊死しておらず腸管壁の色調の改善を認めたため切除することなく手術を終了した。術後経過は順調で、第 14 病日に退院した。大網裂孔ヘルニアは比較的稀な疾患であるが近年診断技術の向上に伴い報告例が増加している。今回我々は、術前診断に MD-CT が有用であった大網裂孔ヘルニアの 1 例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

はじめに

大網裂孔ヘルニアは比較的稀な疾患であるが、近年診断技術の向上に伴い報告例が増加している。今回我々は、術前診断に MD-CT が有用であった大網裂孔ヘルニアの 1 例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

症例報告

症例：58 歳、男性。

主訴：間歇的な上腹部痛、嘔吐。

既往歴：30 年前、胆嚢摘出術。4 年前、潰瘍性大腸炎。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：2011 年 12 月間歇的な上腹部痛と嘔吐を主訴に当院を初診。腸閉塞の診断で入院となった。

入院時現症：身長 176 cm、体重 86 kg、血圧 160/90 mmHg、体温 35.6°C、腹部触診で上腹部に圧痛を認めたが、筋性防御、反跳痛は認めなかった。

入院時血液所見：WBC 8,620/μl、CRP 0.1 mg/dl と炎症所見は認めず、その他血液生化学検査所見に異常は認めなかった。

腹部単純 X 線検査：上腹部に niveau を伴う小腸ガスが認められた。

腹部 CT 検査：横行結腸の前面から網嚢内に拡張した小腸を認めた。周囲に明らかな腹水の貯留は認めなかった (Fig. 1)。

手術所見：上腹部正中切開にて開腹。少量の漿液性で透明な腹水と鬱血し著明に拡張した小腸を認めた。大網の横行結腸ほぼ中央で結腸附着部近傍の裂孔をヘルニア門としてトライツ靭帯の約 140 cm 肛門側から約 60 cm にわたり空腸が嵌頓していた。裂

平成 25 年 3 月 4 日受付、平成 25 年 4 月 30 日受理

キーワード：大網裂孔ヘルニア、イレウス、MD-CT

(別冊請求先：〒188-0014 東京都西東京市芝久保町 2-4-19 西東京中央総合病院消化器科 村越雄介)

TEL : 042-464-1511

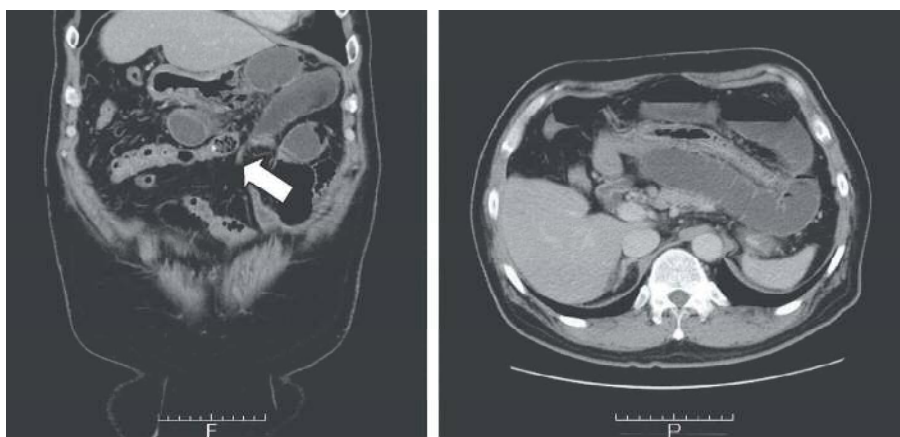


Fig. 1 Abdominal CT shows
 A) Convergence of mesentery (arrowhead) from anterior of transverse colon to hernial orifice (arrow). S: stomach, P: pancreas, T: transverse colon
 B) Herniated and dilated small intestine in omental bursa.



Fig. 2 Left: Significant dilation and congestion of small intestine in omental bursa was observed.
 Right: Hernia orifice after hiatus released and intestinal tract repositioned (arrow).

孔を開放し整復したところ、腸管壊死はなく、腸管壁の色調の改善を認めたため切除することなく、整復のみで手術を終了した (Fig. 2)。

術後経過：術後経過は順調で、第 14 病日に退院した。

考 察

大網裂孔ヘルニアは内ヘルニアの 1 つの形で、先天性、外傷性、結合組織の萎縮などにより生じた大網の欠損部位に腸管が嵌入し発生する比較的稀な疾患である。内ヘルニアはイレウス全体の 1% 以下であり、大網裂孔ヘルニアの頻度は内ヘルニアの 1~8.9% である¹⁻³⁾。

わが国では約 200 例の報告があり、やや男性に多く、年齢は若年から高齢まで幅広く分布する⁴⁾。山口らは大網裂孔ヘルニアを、小腸が大網後方から前後葉を前方へ貫通する A 型、大網後葉から網嚢内に入ってから前葉を貫通する B 型、大網後方から

網嚢内に入って留まる C0 型、網嚢内から Winslow 孔を通り腹腔内へ脱出する C1 型、網嚢内から小網を貫通する C2 型の 5 型に分類しており、自験例は C0 型であった⁵⁾ (Fig. 3)。

大網裂孔ヘルニアの成因は、先天性では大網の形成不全、横行結腸と大網の癒着異常などがあり、山口分類の C 型が多く⁶⁻⁸⁾、後天性では外傷、急激なるい痩、ステロイドによる萎縮性変化、炎症による癒着などがあり、高齢者に多く、山口分類の A 型が多い⁹⁻¹¹⁾。自験例は 58 歳で既往に 30 年前、胆嚢摘出術。4 年前、潰瘍性大腸炎があるが、C0 型であり後天性の成因となりうる条件も無くその成因は先天性が考えられた。

本疾患の症状は腹痛、嘔気、嘔吐などのイレウス症状の他に特徴的な症状に乏しく診断は困難であるが、高橋らによると本邦での術前診断率は約 7.3% である⁴⁾。

診断には腹部 CT 検査が有用であり、A 型の場合

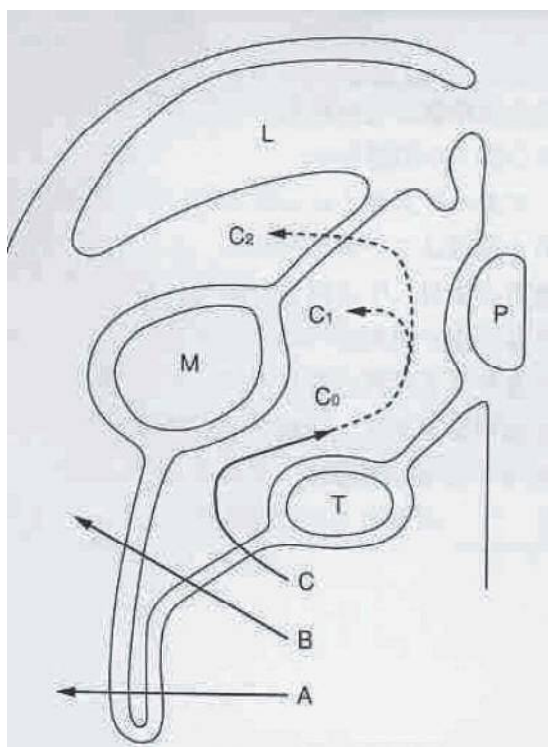


Fig. 3 Types of transomental hernia (Yamaguchi⁵⁾)
 A: Peritoneal cavity → greater omentum → peritoneal cavity
 B: Peritoneal cavity → omental bursa → peritoneal cavity
 C: Peritoneal cavity → omental bursa (C0), Winslow's pouch → peritoneal cavity (C1), lesser omentum → peritoneal cavity (C2)

は特徴的な所見はないが、上行結腸または横行結腸の腹側に認められる拡張した腸管とヘルニア門に向かう腸管、腸間膜の収束像などがあり、C型の場合は網嚢内に嵌入した腸管の存在が特徴的な所見である¹²⁾。自験例では横行結腸の腹側を通り胃の背側で膵臓の前面に局限した小腸の拡張を認めたため術前に本症と診断し得た。

治療は嵌頓腸管の整復、必要があれば切除、そして大網裂孔の閉鎖または開放である。

予後は良好であるものの絞扼性イレウスであるこ

とを適切に判断し手術のタイミングを逸しないことが重要である。

結 語

今回我々は術前診断に腹部 CT 検査が有用であった大網裂孔ヘルニア嵌頓の 1 例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告した。

文 献

- 1) Hull JD: Transomental hernia. *Am Surg* **42**: 278-284, 1976
- 2) Stewart JOR: Transepiploic hernia. *Brit J Surg* **49**: 649-652, 1962
- 3) 天野純治: 傍十二指腸ヘルニア、沖永功太編、ヘルニアのすべて。へるす出版、東京、1995、247-263
- 4) 高橋 聡、田宮洋一: 数年間にわたり腸閉塞を繰り返した大網裂孔ヘルニアの 1 例。日臨外会誌 **68**: 702-705, 2007
- 5) 山口 隆: 大網裂隙内 S 状結腸嵌入の 1 例。臨外 **33**: 1041-1045, 1978
- 6) Svane S: Trans-omental (Trans-epiploic) hernia. Report of two cases associated with intestinal obstruction. *Acta Chir Scand* **127**: 681-684, 1964
- 7) 岡田 進、佐藤薫隆、近添拓世: 大網と小網に異常裂孔を有した稀な盲嚢ヘルニアによるイレウスの一治験例。日臨外医会誌 **4**: 449-453, 1981
- 8) 武川啓一、加藤広行、長嶋起久雄他: 大網嚢ヘルニアによる小腸閉塞症の 2 治験例。臨外 **41**: 1437-1440, 1986
- 9) Steinke CR: Internal hernia-Three additional case reports. *Arch Surg* **25**: 909-925, 1932
- 10) Mock CJ, Mock HE: Strangulated internal hernia associated with trauma. *Arch Surg* **77**: 881-886, 1958
- 11) 広岡保明、太田道雄、池口正英他: 大網異常裂孔ヘルニアによるイレウスの 1 例。外科 **48**: 542-545, 1986
- 12) 高田知明、吉田秀明、塚田守雄他: 腹部 CT 検査によって術前診断し得た大網裂孔ヘルニアの 1 例。臨外 **64**: 95-99, 2009

A case of transomental hernia preoperatively diagnosed by MD-CT

Yusuke MURAKOSHI¹⁾, Masato MORITANI¹⁾, Toshifumi WADA¹⁾, Kenji KATSUMATA²⁾,
Kazuhiko KASUYA²⁾, Akihiko TSUCHIDA²⁾

¹⁾Department of Gastroenterology, Nishi-Tokyo Central General Hospital

²⁾Third Department of Surgery, Tokyo Medical University

Abstract

A 58-year-old man visited our hospital with upper abdominal pain and vomiting. Abdominal X-ray showed a small amount of intestinal gas and niveau in the upper abdomen, and abdominal CT showed localized dilation of the small intestine in the omental bursa. Strangulation of the transomental hernia was diagnosed and the patient underwent emergency surgery on the same day. The operative findings revealed a small amount of ascites and strangulation of the small intestine. Surgery was completed without resection of the small intestine as there was no sign of necrosis and blood circulation was improved. The postoperative course was favorable and he left the hospital on the 14th day after surgery. Transomental hernia is a comparatively rare condition. However, in recent years, the number of reported cases has increased with improvement in diagnostic techniques.

〈**Key words**〉 : Transomental hernia, Ileus, MD-CT
