

症例報告

絞扼性イレウスを呈した内外膀胱上窩ヘルニアの1例

矢野由香, 須藤優太郎, 中嶋朔生, 岩本圭亮, 佐野史歩, 岡 一斉, 須藤学拓

山口県済生会下関総合病院 外科 下関市安岡町8-5-1 (〒759-6603)

Key words: 膀胱上窩ヘルニア, 絞扼性イレウス

和文抄録

膀胱上窩ヘルニアは正中臍襞と内側臍襞の間の膀胱上窩にヘルニア門を有する比較的稀な疾患である。今回、腸管切除を要した膀胱上窩ヘルニアの1例を経験したので報告する。

症例は64歳, 男性。他院で腹部手術歴あり。腹痛・嘔吐を主訴に受診。腹部に筋性防御を認めた。腹部CT検査で嚢状の小腸ループが膀胱を圧排していた。内ヘルニアによる絞扼性イレウスと診断し緊急手術を行った。下腹部正中切開で開腹すると左膀胱上窩に小腸が嵌頓していた。ヘルニア門は3 cm大で約15 cmの小腸が嵌頓していた。壊死小腸を切除し、ヘルニア門を縫合閉鎖した。

膀胱上窩ヘルニアは術前診断率が低い。小腸ループが膀胱を圧排するCT所見が特徴的とされる。原因不明のイレウスの際には内膀胱上窩ヘルニアの可能性も考慮する必要がある。

はじめに

膀胱上窩ヘルニアは正中臍襞と内側臍襞の間の膀胱上窩にヘルニア門を有する比較的稀な疾患である。今回、腸管切除を要した膀胱上窩ヘルニアの1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

症 例

患 者: 64歳, 男性。

主 訴: 腹痛, 嘔吐。

既往歴: 2年前に横行結腸癌で腹腔鏡下横行結腸切除術施行。1年前に癒着性イレウスで開腹癒着剥離術施行。

家族歴: 特記事項なし。

生活歴: 喫煙なし, 飲酒 焼酎100 ml/日, アレルギーなし。

現病歴: 約20年前から時々左鼠径部の膨隆を認めていた。X年3月腹痛が出現し, 徐々に増悪するため当院へ救急搬送された。

入院時現症: 身長 170.5 cm, 体重 67.0 kg, 血圧 174/104 mmHg, 脈拍 87 回/分, 体温 36.9°C, SpO₂ 98% (room air)。腹部は平坦, 腹部全体に圧痛を認め, 筋性防御あり。立位で鼠径部に膨隆は認めなかった。

血液検査所見: 白血球 10800/ μ l, 好中球 90.1%と上昇を認めた。CRP 0.05 mg/dl以下。血液ガス分析でpH 7.425, pCO₂ 23.1 mmHg, pO₂ 88.7 mmHg, HCO₃ 14.9 mmol/l, BE -7.3 mmol/l, AG 20.7 mmol/lと代謝性アシドーシスを認めた。

腹部単純X線: 立位で小腸が拡張し, ニボー形成を認めた。腹腔内遊離ガス像は認めなかった。

腹部CT検査: 膀胱の左前面に拡張した小腸ループを認め, 膀胱壁を内方へ圧排し, 内ヘルニアが疑われた。それより口側の小腸は拡張を認めた。

以上より内ヘルニアによる絞扼性イレウスを疑い, 同日緊急手術を施行した。

手術所見：下腹部正中切開で開腹した。左膀胱上窩に小腸が嵌頓していた。ヘルニア門を開放すると壊死した小腸を認め、約15cmの小腸を切除した。ヘルニア門は3 cm大であった。感染のリスクがあるため人工物は使用せず、ヘルニア門を直接縫合閉鎖し手

術を終了した。

術後経過：術後3日目より飲水開始したが、麻痺性イレウスとなったためパンテノール投与。その後腸蠕動改善し、術後9日目から経口摂取再開。術後14日で自宅退院した。



図1 腹部CT検査

- A：膀胱の左前面に拡張した小腸ループを認めた。
 B：ヘルニア内容物は一部皮下に連続している。
 C：閉塞起点（caliber change）を認めた。

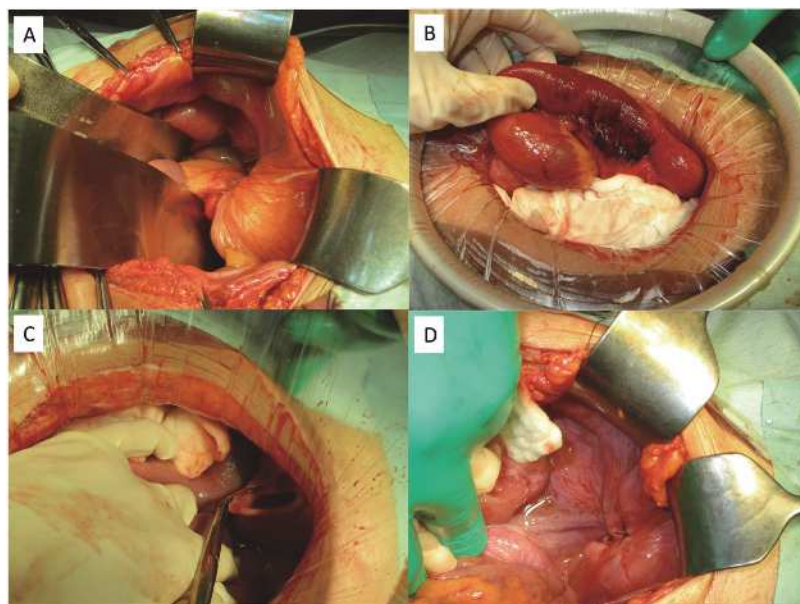


図2 手術所見

- A：左膀胱上窩に小腸が嵌頓していた。
 B：ヘルニア門を開放すると壊死した小腸を認めた。
 C：ヘルニア門は3 cm大であった。
 D：ヘルニア門を直接縫合閉鎖した。

考 察

膀胱上窩ヘルニアはヘルニア囊の進展方向により次の2つに分類される。内膀胱上窩ヘルニアは膀胱周囲へ進展し、内ヘルニアとしてイレウス症状をきたすことが多い¹⁾。外膀胱上窩ヘルニアは前方に進展し、皮下腫瘍として発症することが多い¹⁾。臨床上是内鼠径ヘルニアと鑑別困難である。外膀胱上窩ヘルニアは日本ヘルニア学会 (JHS) のヘルニア分類ではⅡ型に分類されるが、内膀胱上窩ヘルニアは鼠径部ヘルニア分類には含まれない。本症例は後方視的にCTを確認すると膀胱前面の小腸ループが皮下に連続していたため、内・外合併膀胱上窩ヘルニアと診断した。

膀胱上窩ヘルニアの原因として加齢・栄養不良による膀胱上窩の腹膜脂肪の消失など後天性説²⁾と腹横筋と横筋筋膜のCooper靱帯との癒合不全など先天性説³⁾がある。ほかの鼠経ヘルニアと原因が共通する部分もあり、膀胱上窩ヘルニア症例の約半数に他の鼠経ヘルニアを合併するとされる⁴⁾。実際、腹腔鏡下ヘルニア修復術の際、9.4%に偶発的に膀胱上窩ヘルニア発見したと報告されている⁵⁾。膀胱上窩ヘルニアは術前診断が難しく、正診率は5-10%と低い^{6, 7)}。内膀胱上窩ヘルニアは術前、絞扼性イレウスや内ヘルニアと診断され手術されることが多い⁶⁾。内膀胱上窩ヘルニアの特徴的なCT画像所見としては、嵌頓腸管による膀胱圧排である⁸⁾。手術所見においても画像所見と同様、嵌頓臓器による膀胱圧排を認める。外膀胱上窩ヘルニアは臨床症状が内鼠径ヘルニアと似ていることから術前診断は内鼠径ヘルニアと診断されていることがほとんどである⁹⁾。本症例は横行結腸癌術後で定期的な画像検査を行っていた。発症前のCT画像を確認したが、膀胱上窩には脂肪組織があるのみで膀胱圧排所見もなく、嵌頓前に診断することは困難であった。

ヘルニアの修復方法はヘルニア囊の切除およびヘルニア門の閉鎖である¹⁰⁾。ヘルニア囊を切除する場合、膀胱壁の損傷に注意が必要である。鼠径ヘルニアと同様、腹腔鏡下にヘルニア囊切除しメッシュで修復した症例の報告も増加している⁴⁻⁶⁾。本症例は腸管切除を行ったため人工物使用は感染のリスクがあり、ヘルニア門の縫合閉鎖だけ行った。内膀胱上窩ヘルニアではヘルニア門の単純縫合閉鎖後の再発

報告はない⁷⁾。

おわりに

絞扼性イレウスを呈した内外膀胱上窩ヘルニアの1例を経験した。原因不明のイレウスの際には内膀胱上窩ヘルニアの可能性も考慮する必要がある。

引用文献

- 1) S.W. Gray, J.E. Skandalakis, Supravesical hernia, in : LM N, RE C (Eds.), Hernia, 3rd edition, Lippincott, Philadelphia, 1989, pp. 388-398.
- 2) Adler CG. Die Hernia Supravesicalis. *Bruns Beitr Klin Chir* 1970 ; 218 : 225-233.
- 3) Skandalakis JE, Gray SW. Supracesical hernia. Ed. By nyhus LM, Condon RE, Hernia, Lippincott Co, Philadelphia. 1978 ; 395-405.
- 4) 石川 衛, 岩本久幸, 馬場卓也, ほか. 腹腔鏡下ヘルニア修復術を施行した外膀胱上窩ヘルニアの2例. *日内視鏡外科会誌* 2020 ; 25 : 16-20.
- 5) 三好康敬. 腹腔鏡下鼠経ヘルニア修復術 (TAPP法) の特徴. *外科治療* 2008 ; 99 : 288-292.
- 6) 貝崎亮二, 井上 透, 高塚 聡, ほか. 腹腔鏡下手術が有用であった外膀胱上窩ヘルニア嵌頓の1例. *日本腹部救急医学会雑誌* 2021 ; 41 (6) : 469-472.
- 7) 岩城孝和, 植木 匡, 石塚 大, ほか. 内膀胱上窩ヘルニアの1例. *日臨外会誌* 2021 ; 82 (2) : 460-465.
- 8) Sasaya T, Yamaguchi A, Isogai M, et al. Supravesical hernia : CT diagnosis. *Abdom Imaging* 2001 ; 26 : 89-91.
- 9) 長谷 諭, 片山晃子, 田原 浩, ほか. 外膀胱上窩ヘルニアと内膀胱上ダグラス窩ヘルニアの両方の特徴を呈した1例. *日臨外会誌* 2011 ; 72 (3) : 778-781.
- 10) 内藤 稔, 諏訪勝仁. 生理学・生化学. ヘルニアの外科. 南江堂, 東京 2017 : p48-51.

A Case of Strangulated Ileus by Surpravesical Hernia

Yuka YANO, Yutaro SUTO, Sakuo NAKASHIMA,
Keisuke IWAMOTO, Fumiho SANO,
Kazuhito OKA and Manabu SUDO

Department of Surgery, Saiseikai Shimonoseki
General Hospital, 8-5-1 Yasuokachou, Shimonoseki,
Yamaguchi 759-6603, Japan

SUMMARY

Surpravesical hernia is a relatively rare condition that involves a hernial orifice in the supravesical fossa between the median and medial umbilical folds. This report describes a case of supravesical hernia that required bowel resection.

The patient was a 64-year-old male with a history of abdominal surgery at another hospital.

He presented with chief complaints of abdominal pain and vomiting. Abdominal guarding was noted. An abdominal computed tomography (CT) scan revealed a pouch-like small bowel loop that was compressing the bladder. The patient was diagnosed with strangulated ileus due to an internal hernia, and an emergency ventral midline laparotomy was performed. Small bowel incarceration was identified at the left supravesical fossa. The hernial orifice measured 3 cm, and approximately 15 cm of small bowel was incarcerated. The necrotic segment of small bowel was resected, and the hernial orifice was closed using sutures.

Supravesical hernias have a low rate of pre-surgical diagnosis. Bladder compression by a small bowel loop is a characteristic CT finding. In cases of ileus of uncertain origin, the possibility of an internal supravesical hernia must be considered.