

神経痛として長期間加療された閉鎖孔ヘルニアの1例

矢代泰章¹⁾ 岸本 恭¹⁾ 安達 亙^{1)*}
高橋秀人²⁾ 井上憲昭³⁾

- 1) JA長野厚生連富士見高原病院外科
- 2) JA長野厚生連富士見高原病院整形外科
- 3) JA長野厚生連富士見高原病院内科

A Case of Obturator Hernia Treated as Neuralgia for a Long Time

Yasuaki YASHIRO¹⁾, Kyo KISHIMOTO¹⁾, Wataru ADACHI¹⁾
Hideto TAKAHASHI²⁾ and Kazuaki INOUE³⁾

- 1) *Department of Surgery, JA Nagano Koseiren Fujimi-Kogen Hospital*
- 2) *Department of Orthopedics, JA Nagano Koseiren Fujimi-Kogen Hospital*
- 3) *Department of Internal Medicine, JA Nagano Koseiren Fujimi-Kogen Hospital*

We report a case of obturator hernia which had been treated for a long time as left inguinal or femoral neuralgia caused by lumbar spine deformity.

An 84-year-old woman was admitted to the hospital complaining of abdominal pain, vomiting, and left inguinal pain. The abdominal radiograph showed multiple air-fluid levels and pelvic CT showed an abnormal soft tissue mass between the left obturator externus and pectinius muscles. The patient was diagnosed with a strangulated left obturator hernia, and underwent surgery immediately. Repositioning of the incarcerated ileum was performed and the bilateral hernial orifices were closed directly via an abdominal approach.

The patient had been complaining of left inguinal and femoral pain for about one year. Although she had been treated in orthopedics for left femoral or inguinal neuralgia caused by lumbar spine deformity, the pain had reappeared intermittently until the operation for obturator hernia. After the operation her pain disappeared. From this clinical course the pain would appear to have been caused not by the neuralgia but by the strangulated obturator hernia.

It is important to suspect a strangulated obturator hernia in elderly, thin females complaining of femoral or inguinal pain. *Shinshu Med J 55: 11-14, 2007*

(Received for publication September 4, 2006; accepted in revised form September 25, 2006)

Key words: obturator hernia, neuralgia, pelvic CT scan

閉鎖孔ヘルニア, 神経痛, 骨盤部CT

I 緒 言

閉鎖孔ヘルニアはやせた高齢の女性に見られる比較的稀な疾患であり, 閉鎖神経の圧迫により膝から大腿内側, 時に股関節部の疼痛を伴うことが多い¹⁾⁻³⁾。閉鎖孔ヘルニア症例では嵌頓による腸閉塞で緊急手術が施行されることがほとんどであるが, 嵌頓と自然整復

を繰り返す例も報告されている⁴⁾⁵⁾。今回, 繰り返す股関節部痛を脊椎の変形性病変に伴う神経痛として長期間加療された閉鎖孔ヘルニアの症例を経験したため文献的考察を加え報告する

II 症 例

症例: 84歳, 女性。

主訴: 腹痛, 嘔吐。

既往歴: 左下肢神経痛, 変形性膝関節症, 変形性脊椎症の治療歴あり。高血圧症で加療中。分娩歴2回。

* 別刷請求先 安達 亙 〒399-0214
諏訪郡富士見町落合11100
JA長野厚生連富士見高原病院外科

Table 1 Laboratory data on admission

RBC	445×10 ⁴ /μl	LDH	221 IU/l
WBC	5,400 /μl	CK	68 U/l
PLT	27.2×10 ⁴ /μl	AMY	49 IU/l
TP	7.0 g/dl	T.Chole	176 mg/dl
Alb	3.5 g/dl	BUN	58 mg/dl
AST	23 IU/l	Creat	0.7 mg/dl
ALT	12 IU/l	Na	137 mEq
γ-GTP	8 IU/l	K	3.6 mEq
T.Bil	1.5 mg/dl	CRP	4.9 mg/dl
Glu	110 mg/dl		

現病歴：平成16年4月11日より腹痛が出現し、12日夕方には嘔吐が出現した。症状が持続するため13日当院内科を受診し、腸閉塞の診断で手術目的に外科に入院した。

入院時現症：身長147.5 cm，体重33 kg。Body Mass Index 15.2と高度の累瘦を認めた。体温37.4℃，血圧145/70 mmHg，脈拍90/回，整。腹部は軽度膨満，圧痛なく腫瘤は触知しなかった。左大腿内側に疼痛を認め Howship-Romberg 徴候は陽性と考えた。

入院時血液検査所見（Table 1）：血清総ビリルビン値，BUN，およびCRPの高値を認めた。

腹部単純X線写真（Fig. 1）：腹部全体に拡張した小腸と鏡面像を認めた。腰椎に変形，側彎および骨粗鬆を認めた。

骨盤CT検査所見（Fig. 2）：左恥骨筋と外閉鎖筋の間に嵌頓した腸管腫瘍像が確認された。

以上より左閉鎖孔ヘルニア嵌頓に伴う腸閉塞と診断し，同日緊急手術を施行した。

手術所見：下腹部正中切開により開腹した。わずかに漿液性の腹水を認め，終末回腸より約80 cm 口側の小腸が左閉鎖孔に嵌頓していた。牽引のみでは整復は不可能であり，ヘルニア門を開大し嵌頓を解除した。腸管壁のみが嵌頓する Richter 型ヘルニアであったが，腸壁の循環障害は可逆的であり腸切除は行わなかった。骨盤右側を観察すると左閉鎖孔と同様に陥凹が認められ，母指頭大のヘルニア嚢を内翻することが可能であった。両側閉鎖孔ヘルニアと診断し左側はヘルニア門を単純に縫合閉鎖し，右側はヘルニア嚢を切除し縫縮した。

術後経過：術後経過は順調で第13病日に退院した。手術後には腹痛の改善に加え，長期間神経痛として加療されていた左股関節痛や臀部痛の消失を認めた。また，術後半年間に5 kg の体重増加を認めた。

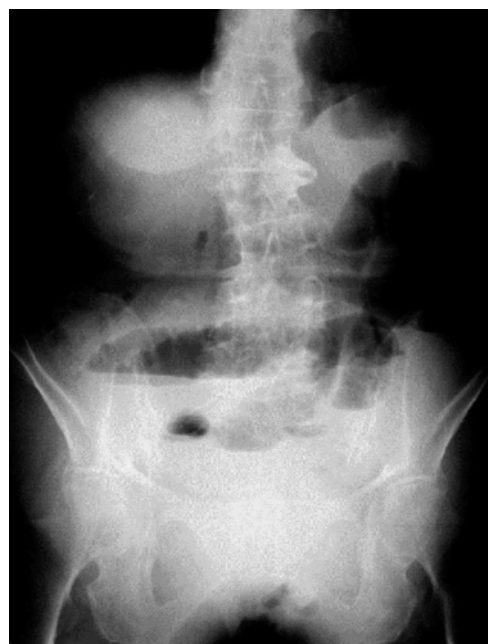


Fig. 1 Abdominal radiograph shows multiple air-fluid levels in the small intestine.



Fig. 2 Pelvic CT shows an abnormal soft tissue mass (arrow) between left obturator externus and pectinius muscles.

手術前経過：手術前に加療していた左下肢の疼痛が手術後に消失したことより，左下肢痛に関する経過をカルテの記載および患者からの聴取により調査した。

平成15年5月上旬，朝食後に嘔気，左股関節部痛，左臀部痛が急激に出現し，整形外科で坐骨および大腿神経痛と診断された。その後も，左股関節から大腿内側部痛および腹痛が週に1回以上の頻度で出現し，3～4時間で軽快していた。5月下旬，腰椎MRI（Fig. 3）にて第1腰椎から第4腰椎までの椎間板による腰部脊柱管狭窄症と第4，5腰椎間の脊椎すべり症と診断され，その後数回にわたり腰部硬膜外神経ブロックが施行された。繰り返す左股関節痛と腹痛のために患者は自ら経口摂取を控え，5カ月間に約10 kg の体重減少

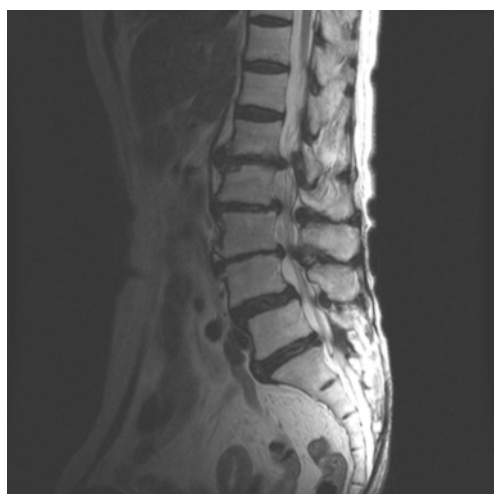


Fig. 3 MRI of the lumbar spine shows multiple stenosis of spinal canal at the level of L1-2, 2-3, 3-4, and 4-5.

が認められた。その後も繰り返し疼痛が認められたが、硬膜外神経ブロックによる鎮痛効果が少なかったため患者自身の判断で治療を中断していた。

以上のごとく腰椎 MRI で脊柱管狭窄症と脊椎すべり症を認めたが、閉鎖孔ヘルニアの根治手術後に症状が軽快したことから、左股関節から大腿内側部痛は腰椎疾患によるものではなく閉鎖孔ヘルニアによるものであったと判断された。

III 考 察

閉鎖孔ヘルニアは、閉鎖神経、閉鎖動静脈が後腹膜腔から大腿に向かって閉鎖膜を貫く閉鎖管を通して腹腔内臓器が大腿内側に脱出するヘルニアである。大腿深部に突出するため腫瘤として触知されることは稀である。ヘルニア門は強靱で小さいため嵌頓を起しやすく、Richter 型嵌頓を呈する場合が多いと言われている。腸閉塞症状とともに閉鎖神経の圧迫症状である膝から大腿内側、時に股関節部の疼痛を伴うことが多く、大腿を伸展、外転、外旋することによりこの疼痛は増強し Howship-Romberg 徴候として有名である¹⁾⁻³⁾。

嵌頓による腸閉塞で緊急手術を要する症例が大部分を占めるが、自然寛解例や嵌頓を繰り返す症例の報告も認められる⁴⁾⁻⁶⁾。本症例の病歴を振り返ってみると約11カ月前より閉鎖孔ヘルニアを繰り返していたと考えられた。腹痛とともに左股関節から大腿部痛がみられ、MRI にて脊柱管の狭窄が認められたため整形外科にて神経痛として加療がなされていた。患者は頻回

にみられた腹痛のために食事を制限し約10 kg の体重減少を来した。手術後にはこの神経痛様症状は消失し、腹痛も軽快して経口摂取も良好となり、半年で5 kgの体重増加が認められた。この臨床経過より頻回の腹痛と神経痛は閉鎖孔ヘルニアによるものであり、ヘルニア嵌頓と自然整復を繰り返していたと考えられた。

画像診断の発達した近年では閉鎖孔ヘルニア嵌頓の診断は比較的容易であり、CT 上恥骨筋と内閉鎖筋の間に嵌頓した腸管を確認することで可能である⁷⁾⁸⁾。閉鎖孔ヘルニア嵌頓に対する超音波検査の有効性を言及する報告もみられ⁹⁾¹⁰⁾、CT に比較すると手技上の熟練を要するが有用な検査と位置づけられている。本例のごとく嵌頓と整復を繰り返した症例では非嵌頓時の閉鎖孔ヘルニアの診断が重要となるが、非嵌頓時の診断は一般的に困難である。劔持ら¹¹⁾は非嵌頓閉鎖孔ヘルニアの診断における CT の有用性を検討し、外閉鎖・恥骨筋間隙が10 mm 以上に拡大し、さらに軟部陰影が認められた場合には閉鎖孔ヘルニアを強く疑う所見であると報告している。非嵌頓時の閉鎖孔ヘルニアの直接的な診断法としてヘルニオグラフィーがあげられ、その有用性を主張する報告がみられる¹²⁾¹³⁾。しかし本法は侵襲的な検査であり、腸閉塞時に行うことは禁忌であることより、一般的に普及した検査法とは言い難い。以上のごとく非嵌頓時の閉鎖孔ヘルニアの診断については今後の発展が期待されることである。

整形外科において閉鎖孔ヘルニアはなじみのない疾患であるが、本例のごとく閉鎖孔ヘルニアによる症状を整形外科的に加療していた症例の報告はみられる¹⁴⁾⁻¹⁶⁾。老人においては閉鎖孔ヘルニアに伴う疼痛を骨粗鬆症、関節炎、あるいは外傷に起因するものと誤診しやすいことが指摘されている¹⁷⁾。福井ら¹⁵⁾は、痩せた高齢女性が誘因なく股関節から大腿内側部の間欠的な痛みを訴えるにも関わらず、単純X線上骨、関節に所見のない場合の鑑別疾患の一つとして本症を認識する重要性を強調している。高齢化により同様な症例に遭遇する機会がふえることが予想され、临床上注意すべき点であると考えられる。

IV 結 語

長期間神経痛として加療された閉鎖孔ヘルニアの1例を報告した。痩せた高齢女性の股関節痛、大腿部痛では閉鎖孔ヘルニアを鑑別疾患の一つとして念頭におくことが重要であり、腹部症状の出現時に CT 等の画像診断を用いて確定診断をつける必要がある。

文 献

- 1) 河野哲夫, 日向 理, 本田勇二: 閉鎖孔ヘルニア 最近6年間の本邦報告257例の集計検討. 日臨外会誌 63: 1847-1852, 2002
- 2) Nakayama T, Kobayashi S, Shiraishi K, Nishiumi T, Mori S, Isobe K, Furuta Y: Diagnosis and treatment of obturator hernia. Keio J Med 51: 129-132, 2002
- 3) 佐田尚宏, 永井秀雄: ヘルニア (鼠径ヘルニア, 大腿ヘルニア, 閉鎖孔ヘルニア). 日本消化器病学会, 消化器病診療—良きインフォームド・コンセントに向けて. 第1版, pp 262-266, 医学書院, 東京, 2004
- 4) 岡田禎人: 4年間, 嵌頓と自然整復をくり返した閉鎖孔ヘルニアの1例. 日腹部救急医会誌 24: 673-676, 2004
- 5) 三田篤義, 川手裕義: 非観血的嵌頓整復術を行った閉鎖孔ヘルニア嵌頓の2例. 日臨外会誌 65: 2499-2501, 2004
- 6) 戎井 力, 相馬逸郎, 福地成晃, 伊澤 光, 吉田哲也, 先田 功, 金井俊雄, 藤本高義: 繰り返す左下腹部痛の原因と考えられた閉鎖孔ヘルニアの2例. 外科 63: 1371-1374, 2001
- 7) 植木 匡, 杉本不二雄, 斉藤六温, 関矢忠愛: CTにて術前診断された閉鎖孔ヘルニア8例の検討—CTによる質的診断の可能性—. 日腹部救急医会誌 20: 589-594, 2000
- 8) Kammori M, Mafune K, Hirashima T, Kawahara M, Hashimoto M, Ogawa T, Ohta H, Hashimoto H, Kaminishi M: Forty-three cases of obturator hernia. Am J Surg 187: 549-552, 2004
- 9) Yokoyama T, Munakata Y, Ogiwara M, Kamijima T, Kitamura H, Kawasaki S: Preoperative diagnosis of strangulated obturator hernia using ultrasonography. Am J Surg 174: 76-78, 1997
- 10) 松橋延壽, 永田高康, 立花 進, 浅野雅嘉, 梶間敏彦, 土屋十次: 超音波検査にて術前診断可能であった閉鎖孔ヘルニアの5例. 日消外会誌 33: 1724-1728, 2000
- 11) 劔持雅一, 佐藤嘉高, 森下紀夫, 石井 博, 村上努士, 常光謙輔: CTによる非嵌頓閉鎖孔ヘルニア診断の可能性について. 日臨外会誌 62: 353-357, 2001
- 12) 坪野俊広, 塚田一博, 畠山勝義: ヘルニオグラフィーで診断された両側閉鎖孔ヘルニアの1例. 日臨外会誌 55: 1593-1595, 1994
- 13) 中嶋 昭, 佐藤 康, 斉藤裕之, M.アッサダー, 菅野範英, 長浜雄志, 川村 徹, 芦川敏久: ヘルニオグラフィーによる閉鎖孔ヘルニアの診断と治療. 腹部救急診療の進歩 12: 715-718, 1992
- 14) 溝江昭彦, 林 い欽, 正 義之: 術前のUS・CTにて確診しえた閉鎖孔ヘルニア嵌頓の1治験例. 日臨外会誌 54: 792-795, 1993
- 15) 福井清数, 湯浅泰廣, 亀水 忠, 松本忠美: 3カ月にわたり股関節痛を訴えた閉鎖孔ヘルニアの1例. 関節外科 22: 113-116, 2003
- 16) 松盛寛光, 田中雅仁, 森末昌論, 近藤啓介: 転倒後の股関節痛を主訴に来院し診断に難渋した閉鎖孔ヘルニアの1例. 関節外科 24: 1256-1259, 2005
- 17) Guillem P, Bounoua F, Duval G: A case of hip pain in an elderly woman. Br J Radiol 73: 1233-1234, 2000

(H 18. 9. 4 受稿; H 18. 9. 25 受理)