腹腔鏡下大腸部分切除術後トロッカー挿入部に発生した
Richter’s hernia の 1 例

田村 功, 山本 健 嗣, 佐々木 一 嘉, 熊 切 寛,
分 部 敏, 深 野 史 靖, 鈴 木 神一郎, 小 泉 博 義
藤沢湘南台病院 外科

要 旨: われわれは腹壁吊り上げ法による腹腔鏡下手術後 Richter’s hernia の一例を経験した。術後 1 週間で嘔気、嘔吐、腹痛の症状にて発症した。腹部 X 線写真では、直腸像をみとめ、腹部 CT 検査では、皮下に腸管の逸脱を認めた。トロッカー挿入部の腹壁側壁ヘルニアの診断にて手術したところ、発生部位は初回手術時のトロッカー挿入部で、小腸が腹壁に嵌入していた。診断には腹部 CT 検査が有効であり、腹部の隆起が発見しにくい場合でも、早期に診断が可能である。トロッカー挿入部は正中を避け、10mm 以上のトロッカーを使用した場合は、創の処置を確実に縫合閉鎖することが肝要と思われた。

Key words: 腹壁吊り上げ法, 腹腔鏡下手術, Richter’s hernia, ポートサイトヘルニア

緒 言

腹腔鏡下手術は低侵襲で、現在広く施行されている。しかし、その適応の拡大とともに腹腔鏡下手術特有の合併症が経験されており、時には重篤な経過をたどる可能性もあることを広く認識する必要がある。その中で腹腔鏡下手術後ポートサイトからの腹壁側壁ヘルニアは稀に経験される合併症である。今回我々は、腹腔鏡下手術後発生した Richter’s hernia を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

症 例

患者：77 歳、女性
入院時診断：大腸ポリープ
既往歴：高血圧、大腸ポリープ、慢性閉節リウマチ
家族歴：特になし

現病歴：大腸ポリープ切除後の follow up にて、平成 15 年 5 月大腸内視鏡検査を施行したところ、盲腸に直径約 3 cm の平皿状の腫瘍を認め、手術目的で当院入院となり、盲腸腫瘍に対し腹腔鏡補助下盲腸部分切除術を施行した。左下腹部より 11mm のポートを挿入し、右下腹部に 4 cm の縫合をおく。腹壁を吊り上げ腹腔内を観察した。回盲部を受動し、Baumh オの対側に 3.3×2.9cm の腫瘍を認め自動縫合器にて切除した。術後 ドレーンを左下腹部ポートより挿入し、その為同部の縫創、腹膜を縫合閉鎖した。摘出標本の組織学的診断は総毛状腺腫であった。

術後良好で第 6 病日目にドレーンを抜去し食事開始とし、第 7 病日に腹痛出現しイレウス症状を呈したため、絶食飲にて経過を観察した。第 13 病日イレウス管挿管、第 13 病日に腹部 CT を施行したところ、腹壁外に腸管の脱出を認め、トロッカー挿入創に小腸が嵌入した腹壁側壁ヘルニアと診断し同日再手術を施行した。

現症：眼瞼結膜に貧血を認めず、眼球結膜に黄疸をみとめなかった。体温36.8℃, 身長150cm, 体重55kg, BMI = 24.4kg/m²と肥満（-）であった。

腹部所見：膀胱部の皮下に弾性軟の腫瘤を触知した。創感染を認めなかった。

検査所見：白血球6200/mm³ CRP 46mg/dl と、軽度の炎症所見を認め、TP 5.3g/dl と低栄養状態であった。他に特記すべき異常値を認めなかった。

腹部単純 X 線検査：小腸に直腸像を認めた（図 1）。

田村 功, 神奈川県藤沢市高倉2345 (〒252-0802) 藤沢湘南台病院 外科
（原稿受付 2005年 1月 17日／改訂原稿受付 2005年 3月 7日／受理 2005年 3月 28日）
腹腔鏡下手術後ポートサイトのヘルニアの発生頻度は0.02～4%であり234561718293010。鬼頭ら510による本邦の集計によると、高齢（平均63.3歳）、3分の2が女性で、発生部位では傍臓部55%で最も多く、発生時期は10日以内に65%が発生しているが、10年の症例もみられた。またポート径ではほとんどのものが10mm以上ではあるが、5mm径の報告がある2例あり31010。ポート径だけではなく正中を貫くことが原因との説もあり、筋肉や筋膜のオーバーラップが少ないための可能性を述べている。自験例も正中でヘルニアが存在した。ヘルニア内容としては大網がもっとも多く、約70%で腸管が約30%であった31。

ポートサイトのヘルニアの診断は腹部CT検査が有用との報告が多い31010。

自験例もイレウス症状を認めめたが、発着性イレウスを疑い保存的に加療したが、改善しないで8日目に腹腔CT検査を施行し診断がついた。皮下脂肪が厚くヘルニアを発見しにくい場合には特に有用と思われた。

10mm以上の大きなポートは腹腔内臟器が入るやすく自然には閉じにくいため腹膜、筋膜の縫合をする必要がある。111210。またポートにドレーンを入れると腹膜側の残存、抜去時の引き込みの可能性も示唆される30。現在報告されているものの1つに腹腔内操作終了後、炭酸ガスを急激に脱気する時に陰圧が生じ引き込まれるとの説もある。しかし本症例では腹壁吊り上げ法であり、ドレーンも挿入されていることより、原因としては高齢、女性、胃周縁の薄さ、白線上の腹壁の脆弱性。11mmポートにドレーンを挿入し、ドレーン抜去時に引き込まれた等の事情が重なり、ポートサイトヘルニアになった可能性は十分にある。これを反省として、白線上からのトルカナー挿入を避け、10mm以上のポートからはドレーンを挿入せず、10mm以上のポート側の筋膜を極力縫合閉鎖することが必要と思われた。

おわりに

腹腔鏡下手術時のドレーン留置をしたポート部の腹壁順にヘルニアの1例を経験したので報告した。自験例はRichter's herniaであり腹腔内の腹壁を触知しにくく、診断には腹部CT検査が有用であった。ポートサイトヘルニアは予防が大切であり、白線上の挿入を避け、又10mm以上で腹壁の薄さの時は、筋膜を確実に縫合閉鎖することが重要であり、同部よりドレーンを挿入すべきでは
A CASE OF RICHTER’S HERNIA FOLLOWING LAPAROSCOPIC SURGERY

Isao Tamura, Taketugu Yamamoto, Kazuyoshi Sasaki, Yutaka Kumakiri,
Satoshi Wakebe, Fumiyasu Fukano, Sinichiro Susuki and Hiroyoshi Koizumi

Department of Surgery, Fujisawa Shonandai Hospital

The authors report a case of Richter’s hernia following gasless laparoscopic surgery. The patient complained of nausea, vomiting and abdominal pain a week after laparoscopic colectomy. Abdominal X-P demonstrated air fluid level and abdominal CT demonstrated an incisional hernia showing a prolapse of the small intestine under the skin. Surgery was performed, and a fascial defect was found at the infraumbilical 11mm trocar site. Abdominal CT is useful for diagnosis and allows precise diagnosis even if the elevation is minimal in the early stage. We suggest that paramedian trocar sites be preferred over midline sites. The fascia must be closed, when trocars over 10mm in diameter are used in laparoscopy.