●〈症例〉

魚骨を大腸内視鏡下に摘出した1例

齋田 真 井上雄志 高崎 健

東京女子医科大学病院／消化器病センター

〔Key Words〕消化管異物，魚骨

和文要旨

症例は67歳，男性。微熱，右下腹部痛を主訴に前医受診。急性虫垂炎，大腸憩室炎等を疑い入院，保存的治療を開始。症状軽快し退院となったが，原因精査目的に大腸内視鏡施行，盲腸の魚骨と，その腸間膜側及び対側に穿通を認めた。病歴再聴取にて魚骨の誤飲の自覚があることを確認，それによる盲腸周囲炎と診断。自覚症状の消失や魚骨は可動性良好であること等より摘出可能と判断，生検鉗子で把持し，これを安全に体外へ摘出した。

はじめに

本邦ではその生活習慣のため魚骨を誤飲する機会は比較的多いと思われるが，消化管穿孔・穿通等の合併症を起こすことは稀である。また，その場合，特に下部消化管領域では外科的治療が必要であり，内視鏡的に摘出し得ることは更に稀である。今回我々は盲腸に認められた魚骨に対し内視鏡的に摘出し得た1例を経験したので報告する。

症 例

患者：67歳，男性。

主訴：右下腹部痛，発熱。

既往歴：60歳時 胆石症に対し腹腔鏡下胆嚢摘出術。

現病歴：2005年1月1日夕食に鯛を摂取，その際魚骨の誤飲を自覚したが，特に症状なく経過していた。2月中旬より微熱，右下腹部痛を自覚したため2月25日近医受診した。

初診時現症：体温37.8℃，右下腹部に軽度の自発痛，圧痛を認めるものの反跳痛なく，また，筋性防御も認められなかった。

初診時検査成績：炎症反応以外に異常は認められなかった（Table 1）。腹部単純レントゲン写真では，わずかに小腸ガスが目立つものの腹腔内遊離ガスは認められなかった。また，この時点で他の異常は指摘できていなかった（Fig. 1）。

Table 1 Laboratory data on admission.

TP	7.1	g/dl		
Alb.	4.3	g/dl	WBC	11100 /mm ³
T.Bil.	0.4	IU/l	Hb	14.4 g/dl
AST	19	IU/l	Ht	43.8 %
ALT	23	IU/l	Plt	30.1 × 10 ⁴ /mm ³
ALP	259	IU/l		
BUN	13	mg/dl	CRP	1.23 mg/dl
Cr	0.8	mg/dl		
Na	143	mEq/l		
K	4.6	mEq/l		
Cl	104	mEq/l		

以上の結果，急性虫垂炎又は大腸憩室炎等を疑い入院，絶飲食，抗生剤投与等にて保存的治療を行った。入院翌日より，発熱，腹部症状は軽快し3月5日退院となったが，他疾患との鑑別も含め原因精査目的に3月25日大腸内視鏡を施行してみた。

大腸内視鏡検査所見（Color 1, 2）：盲腸に魚骨とその周囲に発赤，浮腫状粘膜と炎症性肉芽を認めた。魚骨は腸間膜側及びその対側に穿通を認めたが，鉗子操作にて可動性は良好であった。ここで病歴聴取，魚骨の誤飲の自覚があることを確認し，魚骨の穿通による盲腸周囲炎と診断した。更に前回退院後より発熱なく，自覚症状消失していることより内視鏡的摘出可能と判断し，生検鉗子にて魚骨片を把持し，体外に摘出した。摘出した魚骨片は4 cmであった（Fig. 2）。上記処置に伴う症状は特に認められなかったため，検査同日のみ入院，翌3月26日退院となった。改めて腹部単純レントゲン写真を確認すると，右下腹部に約4 cmの線状石灰化陰影を認めた。

考 察

消化管異物としては，その生活習慣より欧米では爪楊枝，鳥骨が，本邦では魚骨が最も多く報告されている¹⁾。消化管穿孔・穿通の発生頻度部位は食道・胃11.3～26.8%，小腸12.5～28.6%，大腸27.4～34.1%と報告されているが，一定の傾向，特徴は得られていない²⁻⁴⁾。病態としては，急激に腹膜炎症状を呈する急性炎症型と，緩徐に炎症所見が発現し膿瘍や炎症性肉芽腫を形成する慢性炎症型に分類され，その頻度は後者のほうが圧倒的に多いとされている⁵⁾。本症例も魚骨片の誤飲後，初回の発熱，右下腹部痛出現から症状の軽快まで約2カ月を要しており，慢性炎症型であったと考えられる。治療としては，外科的処置が必要である例がほとんどである。本症例のように内視鏡的に摘出し改善し得たという報告は，下部消化管領域では本症例で2例目であり貴重な症例であると考えられる⁶⁾。しか

Fig. 1 Abdominal X-ray on admission. Retrospectively, we can see an about 4-cm liner calcification.

し、残念ながら本症例では大腸内視鏡観察前に診断をつけることができなかった。初診時の病歴聴取、腹部単純レントゲン検査で右下腹部の線状石灰化陰影等、本病態を疑うことは可能であった。しかし、保存的治療にて直後に症状が消失したことよりUS、CT等他検査が実施されておらず、確定診断に至らなかった。原因不明の急性腹症に遭遇した場合において本病態も念頭に置かねばならないことが示唆された。

おわりに

大腸内視鏡下に魚骨片を摘出し得た症例を経験したので報告した。

文 献

- 1) 松井昭彦, 岡島邦雄, 川西瑞哉, 他: 魚骨による消化管穿通の2治験例—症例報告ならびに本邦報告121例の検討—. 日臨外会誌, 47: 955—961, 1986.

Fig. 2 A large fish bone about 4-cm in diameter that picked out endoscopically.

- 2) 葉季久雄, 井上 聡, 渡辺靖夫, 他: 術前に診断しえた魚骨による回腸穿孔の1治験例—過去10年間の魚骨による消化管穿孔271例の分析—. 日消外会誌, 34: 1640—1644, 2001.
- 3) 蜂須賀康己, 岩川和秀, 渡辺常太, 他: 魚骨による盲腸周囲膿瘍の1例. 愛媛医, 15: 148—153, 1996.
- 4) 志田誠一郎, 平川英典, 有島史芳, 他: 魚骨の虫垂迷入による限局性腹膜炎の1例. 日臨外会誌, 59: 1664—1668, 1998.
- 5) 新居浜高宏, 坂口寛正, 林 叙隆, 他: 魚骨による腹腔内膿瘍の1例. 外科, 59: 878—880, 1997.
- 6) 原 一郎, 吉野雅則, 渡辺昌則, 他: 大腸内視鏡下に除去した魚骨による直腸内異物の1例. 日本大腸肛門病会誌, 51: 790, 1998.

〈カラーは9頁に掲載〉

A case report of colonoscopic extraction of a fish bone.

Shin Saida Yuji Inoue
Ken Takasaki

Institute of Gastroenterology, Tokyo Women's Medical University.