症 例

小腸アニサキス症の2手術例

神奈川県衛生看護専門学校付属病院外科

吉 田 和 彦 藤 川 亨 片 山 隆 市

西 田 雄 串 田 則 章 岡 部 紀 正

本邦における消化管アニサキス症としては胃がよく知られているが、小腸は比較的稀である。2例の小腸アニサキス症を手術したので報告する。症例1は47歳女性で腹痛を主訴に入院し、汎発性腹膜炎の診断で開腹した。Treitz 靱帯より約160cmの空腸に強い浮腫とリンパ節の腫大を認め、浮腫の強い小腸を約30cm切除し、吻合した。切除した腸管の粘膜にはアニサキスが食い込んでいた。症例2は48歳の男性で腹痛を主訴に入院した。腹部レントゲン写真でイレウスと診断し、開腹した。Treitz 靱帯より約270cmの空腸に弾性軟の腫瘤を触れた。腸を切開すると虫体を含む糞塊があり、それを摘出して手術を終了した。摘出した虫体の血清免疫反応ではアニサキスと診断された。小腸アニサキス症では腹膜炎やイレウスを呈する症例が少ないために、急性腹症として開腹されてはじめて診断が確定することが多い。

索引用語：小腸アニサキス症，急性腹症

結 言

本邦における消化管アニサキス症としては胃がよく知られているが、小腸は比較的稀である。2例の小腸アニサキス症を手術したので報告する。

症 例

症例1：47歳，女性。

主訴：腹痛。

既往歴：15歳，虫垂切除術。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：1991年9月17日に突然腹痛が出現し，近医を受診した。急性腹症の診断で当科を紹介され，入院となる。

入院時現症：体温36.2℃，脈拍70/分，整。血圧140/92mmHg。腹部は全体に膨満し，圧痛と反跳圧痛を認めた。また，軽い筋性防御を認めた。

入院時検査所見：WBC 12,500/mm³，RBC 470×10⁴/mm³，Hgb 15g/dl，Hct 43.8%，Plt 23.6×10⁴/mm³と白血球増多を認めた。CRPは10.2mg/dlと増加していた。検尿では糖と潜血反応が2(+)であった。腹部レントゲン写真では小腸のガス像が散在していた。

手術所見：汎発性腹膜炎の診断のもとに全身麻酔下で開腹した。腹腔内には黄色透明な腹水が約400ml存在した。Treitz 靱帯より約160cmの空腸に強い浮腫とリンパ節の腫大を認めた。浮腫の強い小腸を約30cm切除し，端々吻合で再建した。

切除標本：切除した腸管の粘膜には虫体長が25mmのアニサキスが食い込んでいた(図1)。アニサキスが存在した周囲の小腸は約10cmの範囲で壁肥厚と粘膜の浮腫を認めた。また，多発する小さな糜爛と斑状の発赤も見られた。組織学的には粘膜下層に好酸球浸潤，浮腫，fibrinの析出を認め，1～2mm大の糜爛が散見された(図2)。

症例2：48歳，男性。

主訴：腹痛。

既往歴：27歳，虫垂切除術。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：1987年12月17日より臍部を中心とした腹痛が出現したために近医を受診した。腸閉塞と診断され，紹介・入院となる。

入院時現症：右下腹部を中心に圧痛があり，軽度の腹膜刺激症状を呈した。腸雑音はやや亢進していた。

入院時検査所見：WBC 9,200/mm³，RBC 500×10⁴/mm³，Hgb 16.2g/dl，Hct 50.6%と軽度の白血球

図1 切除標本：切除した空腸の粘膜にアニサキスの虫体を認めた。

図2 組織標本：粘膜下層に好酸球浸潤，浮腫，fibrinの析出を認め，糜爛が散見された（HE染色，×75）。

増多を認めた。血液像では好酸球が7%と上昇していた。血液生化学検査では amylase 値が157U/mlと増加していた。腹部レントゲン写真では小腸ガスを認め、air-fluid levelを形成していた（図3）。

手術所見：イレウスの診断で全身麻酔下を開腹した。Treitz 靱帯より約270cmの空腸に弾性軟の腫瘤を触れた。腸を切開すると虫体を含む糞塊があり、それを摘出して手術を終了した。

図3 腹部レントゲン写真：小腸ガスを認め、air-fluid levelを形成していた。

図4 オクタロニー法による血清免疫反応：アニサキスに強い沈降線の形成を認めた。

標本：摘出した虫体は損傷がひどく、寄生虫の種類が同定できなかった。オクタロニー法による血清免疫反応ではアニサキスに強い沈降線の形成を認めた（図4）。

考 察

1960年に van Thiel¹⁾が人体に寄生するアニサキス幼虫を発見して以来、消化管アニサキス症の報告が相次ぎ、現在では一般的な疾患として認識されている。本邦からの報告の大部分は胃アニサキス症であり、小腸アニサキス症の発生頻度は低い²⁾。これは診断が困難なことが理由と考えられる。胃アニサキス症では内視鏡的な診断が容易で、アニサキスの虫体を直接観察下で採取できることが多い。しかし、小腸アニサキス症では内視鏡的な診断と治療はまず不可能である。今回われわれが経験した2例のように腹膜炎やイレウスを呈す症例が少なくないために、実際には急性腹症の

診断のもとに開腹してはじめて診断が確定されることが多い。われわれが経験した2例もそれぞれ汎発性腹膜炎とイレウスの診断で開腹した。最近では腹部超音波検査や小腸造影において小腸アニサキス症を診断したとの報告³⁾⁴⁾も散見されるが、術前診断は一般的には困難である。

小腸アニサキス症の治療としては確定診断がつけば保存的に行うことが原則⁵⁾である。腸切除の適応としては、著しい内腔の狭窄、漿膜面の膿苔の付着循環障害の著しいものなどが上げられている⁶⁾。症例1は空腸に著しい浮腫を認めたので腸切除を施行した。また症例2では漿膜面に大きな変化がなかったので腸切開をまず行い、便塊を摘出した。術式に関しては状況に応じて判断することが肝要と思われた。

結 語

小腸アニサキス症の2手術例を報告し、若干の文献的考察を加えた。

文 献

- 1) van Thiel, Kuipers FC, Roskam RTH: A nematode parasitic to herring causing acute abdominal syndromes in man. *Trop Geogr Me* 12: 97—115, 1960
- 2) 石倉 肇, 菊池由生子, 石倉 浩: アニサキス幼虫による急性腸炎, 胃と腸 18: 393—397, 1983
- 3) 松井敏幸, 飯田三雄, 藤島正敏他: 腸アニサキスのX線診断, 臨放線 30: 741—747, 1985
- 4) 宮永 修, 古賀貴文, 中尾多香昭他: 腹部超音波検査にて小腸アニサキス症と診断できた1例, 内科 63: 381—383, 1989
- 5) 木原 彊, 加藤裕司, 中島壮太他: 消化管アニサキス症, 現代医療 21: 2043—2047, 1989
- 6) 窪田裕之, 松川公田老, 中 隆: アニサキス幼虫による急性局所性腸炎, 胃と腸 11: 1641—1644, 1976

TWO OPERATED CASES OF INTESTINAL ANISAKIASIS

Kazuhiko YOSHIDA, Touru FUJIKAWA, Ryuichi KATAYAMA, Yuu NISHIDA,
Noriaki KUSHIDA and Norimasa OKABE

Department of Surgery, Kanagawa Prefecture Nurses and Midwives Training School of Hospital

Two operated cases of intestinal anisakiasis were reported. First case was a 47-year-old female complaining of abdominal pain, and was exposed with the diagnosis of generalized peritonitis. The edematous jejunum with swollen lymphonodes located 160 cm from the ligament of Treitz was found. Segmental resection of the jejunum was performed and a larva penetrating the mucosa was revealed. Second case was a 48-year-old male complaining of abdominal pain. An abdominal X-ray film demonstrated a air-fluid level of the small intestine. The patient was exposed with the diagnosis of ileus, and an elastic soft tumor was detected in the jejunum 270 cm from the ligament of Treitz. Enterotomy and removal of the stool were performed. In the immunological examination, the larva in the stool belonged to anisakias. Patients with intestinal anisakiasis sometimes present the symptoms of peritonitis and ileus, and the definitive diagnosis can be made only after laparotomy.