症 例

大量出血をきたし胃切除を要した胃アニサキス症の1例

松阪中央総合病院外科, 同 臨床病理科*

宗 行 毅 玉 置 久 雄 三 田 孝 行 河 村 勝 弘
大 橋 直 樹 湯 浅 浩 行 石 原 明 徳*

症例は60歳, 男性。下血を主訴としショック状態にて入院。胃内視鏡検査で胃体上部大彎側後壁に不整形の潰瘍を伴った粘膜下腫瘍様の小隆起を認めた。内視鏡的に一時止血し得たが再出血し, 緊急手術を施行した。胃体部全体に多数の出血性びらんと体上部後壁に潰瘍を伴った母指頭大の腫瘍を認め, さらにトライツ靱帯より約50cm 肛門側の空腸に母指頭大の硬結を触知した為, 胃全摘術, 小腸部分切除術を施行した。摘出標本では体上部後壁に2.5×1.5cm 大の腫瘍を認めその中心には5mm 大の潰瘍があり潰瘍底には血管が露出していた。病理組織学的所見では胃および小腸の病変はともにアニサキスによる好酸球性肉芽腫で, 胃体上部の肉芽腫には U1-II の潰瘍を伴っており, 潰瘍底には直径2mm の異常な太い血管が露出, 破綻していた。本症例はアニサキスの胃壁内迷入によって形成された好酸球性肉芽腫により太い動脈が挙上され Dieulafoy 潰瘍を発生し大量出血をきたした稀な1例と考えられたので報告した。

索引用語: 胃アニサキス症, Dieulafoy 潰瘍, 消化管出血

はじめに

胃アニサキス症は一般に海産物を生食することにより腹痛を主訴として発症するが, 上部消化管出血をきたすことは稀である。最近われわれはアニサキスの胃壁内迷入により Dieulafoy 潰瘍が形成され大量出血をきたしたと考えられる稀な症例を経験したので報告する。

症 例

症例: 60歳, 男性。

主訴: 下血。

家族歴: 特記すべき事項なし。

既往歴: 4年前, 多発性脳梗塞。

現病歴: 平成6年12月29日, サバ, プリを生食し, 平成7年1月4日, 下血をきたしショック状態にて当院に入院した。

入院後経過: 緊急胃内視鏡にて胃体上部大彎側後壁に粘膜下腫瘍を思わせる小隆起があり, 中心には露出血管を伴った浅い潰瘍が認められた(図1)。高張食塩水注入にて止血し得たが, 1月6日, 再度吐血しショック状態となったため緊急手術を行った。

図1 胃内視鏡所見: 胃体上部大彎側後壁に粘膜下腫瘍様の小隆起とその中心に露出血管を伴った浅い潰瘍を認める。

入院時現症: 血圧80/54mmHg, 脈拍106/分, 体温38.2°C, 顔面やや蒼白で四肢の冷汗と腹部の軽度膨満を認めた。

入院時血液検査成績: 一般検血では白血球6,800/mm³, 赤血球238×10⁴/mm³, 血色素7.4g/dl, ヘマト

図2 病理組織学的所見：(H.E. ×10)

- a. 太い露出した血管(矢印)をU1-IIの潰瘍底に認める。周囲の粘膜下にも同様の太い異常血管を認める。
b. 潰瘍周囲の粘膜下層にアニサキス虫体(矢印)とそれを取り囲む好酸球性肉芽腫を認める。

クリット22.7%, 血小板 $17.3 \times 10^4/\text{mm}^3$, と貧血を認めたが, 血液生化学的検査には著変を認めなかった。

手術所見：胃体上部大彎側後壁に母指頭大の腫瘤を触知した。胃前壁を切開して内腔を検索すると体部全体に出血を伴った多発性びらんと体上部後壁に潰瘍を伴った腫瘤を認めた為, 出血性多発性びらん, 胃粘膜下腫瘍と診断し胃全摘術を施行した。またトライツ靱帯より約50cm 肛門側の空腸にも硬結を触知し胃と同様, 粘膜下腫瘍と診断し約15cmの空腸部分切除術を施行した。

摘出標本：胃体上部後壁に $2.5 \times 1.5\text{cm}$ 大の粘膜下腫瘍様の隆起を認め, その中心には直径5mmの浅い潰瘍があり潰瘍底に直径2mmの動脈が露出していた。

病理組織学的所見：潰瘍はUL-IIで, 潰瘍部の粘膜下層には太い異常動脈と出血が認められ Dieulafoy 潰瘍の像を呈しており(図2a), 他の正常粘膜下層にも同様の太い異常動脈が多数認められた。また潰瘍部の粘膜下層にはアニサキス虫体が認められ, 周囲には好酸

図3 胃壁内アニサキス虫体の断面像(H.E. ×200)

球浸潤を伴った肉芽腫が認められた(図2b)。虫体の強拡大像ではY字型の腸管, 角皮などの断面構造が明瞭であった(図3)。また切除した空腸の粘膜下にも同様のアニサキス虫体を中心とする好酸球性肉芽腫が認められた。

なお術後11日目の抗アニサキスIgG, IgA抗体は3.40CUT INDEXと高値を示していた。術後経過は良好で術後69日目に退院した。

考 察

アニサキス症は1964年浅見ら¹⁾により第1例が報告され, また1968年並木ら²⁾によって胃壁に侵入したアニサキス幼虫が初めて内視鏡的に摘出されて以来, 多数報告されている人畜共通寄生虫症のなかの内臓幼虫移行症の一つである。飯野ら³⁾の消化管アニサキス症11,989例の集計では, 原因魚はサバが68.5%と最も多く次いでイワシ, アジ, イカ, などが続いており, 好発部位としては胃が圧倒的に多く, 98.8%を占めている。

一般に胃アニサキス症の初発症状は腹痛がほとんどであり, 矢崎ら⁴⁾によると598例中540例(90.3%)が腹痛を主症状としており, 自験例の様に吐・下血をきたした例は3例(0.5%)と極めて稀であった。また胃アニサキス症は虫体の胃壁への刺入により多彩な胃粘膜病変を呈する急性期と, 主に好酸球性肉芽腫が形成される慢性期に分類され, 急性期には内視鏡的にしばしば, びらんや, 出血が観察されることがあるが⁴⁾, 大量の消化管出血をきたすことは極めて稀であり, われわれの検索した限りでは田中ら⁵⁾が1例を報告しているが, 急性びらんからの出血例であった。自験例は好酸球性肉芽腫を形成し慢性期の病理組織像を呈してお

り、太い異常血管が好酸球形肉芽腫によって押し上げられ、破綻をきたし小さな潰瘍を形成した Dieulafoy 潰瘍の1例と考えられた。Dieulafoy 潰瘍⁶⁾は微小な潰瘍にもかかわらず潰瘍底に異常に太い血管が露出、破綻し、上部消化管大量出血をきたす疾患とされており、その太い異常動脈は筋層を貫いてもなお同じ太さの口径を維持したまま粘膜下層を走行しているのが特徴とされている⁷⁾。本症例でも潰瘍部以外の正常粘膜下層を走行する多数の太い異常血管が認められた。また Dieulafoy 潰瘍の成因に関しては、異常血管により挙上された粘膜が胃液などによる機械的損傷を受けやすくなる⁸⁾、太い動脈により直上の粘膜が圧迫され萎縮して潰瘍化する⁷⁾、といった異常血管を病因とした説が有力である。本症例の場合は病理組織学的所見からアニサキスの迷入による好酸球形肉芽腫が粘膜下に潜在的に存在していた太い動脈を挙上し、粘膜が圧迫萎縮もしくは機械的損傷を受けやすくなって潰瘍が形成され動脈が露出、破綻し大量出血をきたしたものと推測された。

結 語

胃アニサキス症により Dieulafoy 潰瘍が形成され大量出血をきたしたと考えられる極めて稀な症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告した。

文 献

- 1) 浅見敬三, 今野 宏, 錦貫 勤他: アニサキス?

の感染による肉芽腫症例。寄生虫誌 13: 325—326, 1964

- 2) 並木正義, 諸岡忠夫, 河内秀希他: 急性胃アニサキス症の診断。胃と腸 5: 1437—1440, 1970
- 3) 飯野治彦, 内田 哲, 今村和之他: 九州のアニサキス症—1～8 次アンケート調査・総まとめ—。臨と研 70: 3563—3576, 1993
- 4) 矢崎康幸, 並木正義: アニサキス症—動物実験の結果を踏まえて—。消内視鏡 5: 1583—1588, 1993
- 5) 田中信治, 堂園孝史, 石田敬幸他: 胃アニサキス症により急性胃潰瘍を形成し大量下血をきたした1症例。北九州総病年報 4: 55—60, 1987
- 6) Dieulafoy G: Exulceratio simplex. L'intervention chirurgicale dans les hematemeses foudroyantes consecutives a l'exulceration simple de l'estomac. Bull de L'Acad de Med 39: 49—84, 1898
- 7) Goldman RL: Submucosal arterial malformation ("aneurysm") of the stomach with fatal hemorrhage. Gastroenterology 46: 589—594, 1964
- 8) Streicher HJ: Massive gastrointestinal bleeding due to solitary simple gastric erosion (of Dieulafoy). Germ Med Mth 11: 448—452, 1966

A CASE OF ANISAKIASIS OF THE STOMACH CAUSING MASSIVE BLEEDING

Tsuyoshi MUNIYUKI, Hisao TAMAKI, Takayuki SANDA, Katsuhiro KAWAMURA,
Naoki OHASHI, Hiroyuki YUASA and Akinori ISHIHARA*
Department of Surgery and Clinical Pathology*, Matsusaka Chuo Hospital

A 60-year-old man was admitted to the hospital in shock state. He complained of anal bleeding. Gastric endoscopy revealed a small elevated lesion like submucosal tumor with irregular ulcer in posterior wall of the upper body of the stomach adjacent to the greater curvature. Endoscopically the hemorrhage was temporarily stopped, but rehemorrhage occurred, demanding an emergency operation. During operation a numerous hemorrhagic erosion in the entire stomach and a thumb-sized tumor with ulcer in the posterior wall of the upper body were found. Further a thumb-sized induration was palpated in the jejunum at about 50 cm anal-side from the Treitz ligament. So a total gastrectomy and partial excision of the small intestine were carried out. The excised specimen revealed a 2.5 × 1.5 cm tumor and a 5 mm-size ulcer in its center with an exposed vessel at the bottom of the ulcer. Histopathologically both lesions of the stomach and small intestine were Anisakis-caused eosinophilic granuloma; and one granuloma of the upper body was associated with U1-II ulcer in which bottom a large and abnormal vessel with the diameter of 2 mm exposed and broke.

This case was thought uncommon that an Anisakis migrated to the gastric wall to form an eosinophilic granuloma which raised a large artery causing Dieulafoy ulcer with massive bleeding.