症 例

アニサキス虫体を核とした後腹膜好酸球性肉芽腫による 絞扼性腸閉塞症の1例

市立吹田市民病院外科, 同 病理*

中 村 将 人 丸 山 憲太郎 古 川 順 康
岡 島 志 郎 陶 文 暁 吉 原 渡*

症例は36歳の男性、腹痛を主訴に来院した。腸閉塞症を伴い、入院後保存的に加療したが症状増悪し、手術を施行した。まず腹腔鏡下に精査したところ、小腸に癒着する後腹膜の腫瘤を認めた。癒着した小腸の圧迫による絞扼性腸閉塞症と診断し、開腹下に腫瘤を摘出し腸閉塞を解除した。病理組織検査の結果、腫瘤はアニサキス虫体を中心とした好酸球性肉芽腫であった。

小腸壁から後腹膜に穿通、肉芽を形成し、その圧迫により絞扼性腸閉塞症を生じた非常に稀な小腸アニサキス症を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

索引用語：小腸アニサキス症、腸管外アニサキス症、腸閉塞症

はじめに

アニサキス幼虫の経口摂取により発症する胃アニサキス症はしばしばみられる疾患である。しかし小腸アニサキス症の頻度は低い。今回われわれは小腸壁から後腹膜に穿通、肉芽を形成し、その圧迫により絞扼性腸閉塞症を生じた非常に珍しい小腸アニサキス症を経験したので報告する。

症 例

症例：36歳、男性。

主訴：腹痛。

既往歴：特記すべきことなし。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：以前より1カ月に1～2回、寿司を摂取していた。平成12年11月23日朝より腹痛が出現したため当院内科を受診。腹部単純撮影にて腸閉塞症と診断され入院となった。

入院時現症：腹部やや膨満。触診にて下腹部に圧痛を認めたが、筋性防御は認めなかった。腹鳴は亢進していた。

入院時検査成績：白血球は13,100/ μ lと増加していたが好酸球の増加は認めなかった。他異常所見を認め

なかった。

腹部単純X線所見：下腹部に鏡面像を伴う小腸ガス像を認めた(図1左)。

腹部CT所見：小腸は液体の貯留を伴い拡張しており、一部に閉塞が疑われる部位を認めた。その近傍に後腹膜に接して直径約2cmの部分的に造影される腫瘤を認めた(図2左)。

入院後、保存的に加療するも腹痛増強し、また腹部単純撮影、腹部CT像においても腸閉塞像が増悪したため当科紹介となった(図1右、図2右)。平成12年11月25日に後腹膜腫瘤による腸閉塞症の診断にて手術を施行した。

手術所見：まず腹腔鏡下に閉塞起点の精査を行った。臍下部に12mmのポートを挿入し、左側腹部より5mmのポートを挿入した。腹腔内を検索すると終末回腸より150cm口側の小腸漿膜に癒着する約2cmの後腹膜腫瘤を認めた。この癒着により別の小腸が絞扼されており、腸閉塞症の原因となつていてと考えられた。腫瘍性病変も疑われ、また拡張した小腸を損傷するおそれもあったため、鏡視下での解除を断念し中腹部正中切開にて開腹した。開腹したところ腫瘤の周囲にはあきらかな炎症所見や白苔の付着などは認めなかった(図3)。後腹膜と小腸漿膜を一部合併切除する形で腫瘤を摘出し、腸閉塞を解除した。後腹膜と小腸漿膜を修復した後、閉腹し手術を終了した。

2001年4月6日受付 2001年9月27日採用

〈所属施設住所〉

〒564-8567 吹田市片山町2-13-20

図1 腹部単純X線写真：左) 11月23日，下腹部に鏡面像を伴う小腸ガス像を認めた．右) 11月25日，小腸ガス像の増加を認めた．

図2 腹部CT所見：左) 11月23日，液体の貯留を伴う拡張した小腸と，後腹膜に部分的に造影される腫瘤(↑)を認めた．右) 11月25日，小腸の拡張は増悪していた．

摘出標本：腫瘤は表面赤褐色で23×12mmのやや不整な球形をしており，弾性軟であった．断面は白色均一で粗な組織であった(図4)．

病理組織所見：標本全体が中心の壊死を伴った肉芽腫であり，壊死巣には核の染色性を失い細片化した線虫の虫体を認めた．線虫は細片化していることもあり，特徴的な側線細胞は認めなかったが大きさがアニサキス第3期幼虫に近似しておりアニサキスである可能性が高いと考えられた．周囲には核破砕物を伴った好酸球，類上皮細胞等が浸潤していた(図5)．

術後経過：術後は順調に経過し，8日目に退院した．9カ月を経過した現在も特に症状なく経過している．

考 察

アニサキス症は，アニサキス亜科の *Anisakis sim-*

plex, *Pseudoterranova decipiens* の第3期幼虫を包蔵する生鮮魚介類を生食することによりおこる内臓幼虫移行症である¹⁾²⁾．摂食されたアニサキス幼虫はほとんどが体外へ排出され，この場合症状は発現しない．虫体の小腸に到達し粘膜に刺入したり小腸壁を穿通することにより症状をきたすものが小腸アニサキス症であり，本邦報告例が3万件を超える胃アニサキス症と比較し頻度は低い³⁾⁴⁾．診断は生鮮魚介類の生食の有無を調べるのが重要であるが，胃アニサキス症は潜伏期間が2～8時間と短いのに比し，小腸アニサキス症では1～5日と長いため問診の際に注意を要する¹⁾．また本症を疑っても胃，大腸と違い内視鏡にて虫体を証明することが困難であるため確定診断に難渋することが多い．本症を疑い，小腸X線検査や超音波にてその虫

図3 手術所見：小腸に癒着する後腹膜の腫瘤（↑）を認め、この癒着により別の小腸が絞扼されていた。

図4 摘出標本：23×12mmの不整な球形をしめす腫瘤。剖面は均一な白色の粗な組織であった。

図5 病理組織学的所見(HE染色)：左) (×40) 核の染色性を失い、細片化した線虫(↑)と肉芽腫(↑↑)。右) (×100) 線虫の横断面。

体を確認したという報告もある^{4)~6)}。症状は腹痛、腸閉塞症が多いが大量下血を主訴としたものも報告されている^{7)~10)}。治療は保存的に行うことが原則とされているが症状が改善しない場合は診断確定の意味も含めて手術の適応となる¹¹⁾。小腸アニサキス症の報告の多くは虫体が粘膜内、粘膜下層に存在する腸管内病変であり、腸閉塞症併発例の報告においても粘膜浮腫、膿瘍形成によるものが多い^{7)~10)}。腸管外アニサキス症については深田らが9例の集計を報告している¹²⁾。このうち6例が膿瘍内、腹壁腫瘤内、肉芽腫内などに虫体が存在した例であり、3例が漿膜を穿通中の例であった。またメッケル憩室に穿孔し、腸閉塞を併発した例も報告されている¹³⁾。本症例の様に腸管を穿通した後腹膜に肉芽を形成、小腸と癒着しその間隙に別の小腸が入り込むことにより絞扼性腸閉塞症を発症した例は文献上類をみない。

一方、腸閉塞症の原因として癒着、炎症性疾患、腫瘍性病変などが挙げられる。本症例では手術歴はなく、炎症反応が上昇しており炎症性疾患が疑われたがその原因は不明であり、診断確定の意味もあり手術を施行した。今後、原因不明の腸閉塞症の診断においては本症も考慮する必要があると思われる。

結 語

後腹膜に穿通し肉芽形成をきたすことにより他の小腸を圧迫し絞扼性腸閉塞症を生じた小腸アニサキス症の1例を経験したので報告した。

謝 辞

稿を終えるにあたり、御指導頂きました信州大学医学部移植免疫感染症学教室、高本雅也先生に深謝いたします。

文 献

- 1) 大島智夫：アニサキス症。小児科 33：1236—1240, 1992
- 2) 藤井正俊：胃アニサキス症。現代医療 32：1297

- 1300, 2000
- 3) 石倉 肇：アニサキス研究こぼれ話。医のあゆみ 177：435—455, 1996
 - 4) 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
 - 5) 井戸弘毅, 湯浅 肇, 岡田政信 他：小腸アニサキス症の早期診断における超音波検査の有用性について。臨外 48：1457—1462, 1993
 - 6) 濱田敏秀, 畠 二郎, 満岡 裕 他：小腸アニサキス症の体外式超音波像に関する検討。J Med Ultrasonics 27：478, 2000
 - 7) 淀縄武史, 鈴木浩之, 木下雅道 他：急性虫垂炎症状を呈した腸アニサキス症の 1 例。腹部救急診療の進歩 11：411—413, 1991
 - 8) 高木幸浩, 阿倍達彦, 佐治重豊 他：急性虫垂炎として開腹した小腸アニサキス症の 1 例。外科治療 67：348—350, 1992
 - 9) 伊藤英人, 小川敏也, 村山道典 他：小腸アニサキスによる腸閉塞の 1 症例。日臨外医会誌 56：1628—1631, 1995
 - 10) 小寺康弘, 末永裕之, 鈴木祐一 他：大量消化管出血で発症した空腸アニサキス症の 1 例。日消外会誌 23：2304—2307, 1990
 - 11) 川西孝和, 藤田敏雄, 魚谷英之：イレウスを惹起した小腸アニサキス症の 2 例。外科診療 33：1064—1067, 1991
 - 12) 深田伸二, 蜂須賀喜多男, 山口晃弘 他：イレウス症状をきたした小腸アニサキス症 3 例の検討。臨外 39：707—711, 1984
 - 13) 山口博紀, 櫻井直彦, 黒木 尚 他：アニサキスが原因と考えられた Meckel 憩室炎による絞扼性イレウスの 1 例。日臨外会誌 60：568, 1999

A CASE OF STRANGULATED ILEUS DUE TO RETROPERITONEAL GRANULOMA WITH ANISAKIASIS

Masato NAKAMURA, Kentaro MARUYAMA, Junkou FURUKAWA,
Shiro OKAJIMA, Fumiaki SUE and Wataru YOSHIHARA*
Departments of Surgery and Pathology*, Suita Municipal Hospital

A 36-year-old man was seen at the our hospital because of abdominal pain with ileus. He received conservative therapy, but ileus got wrong. Laparoscopic exploration revealed a retroperitoneal tumor adhered to the small intestine. Strangulated ileus due to compression of the adhered small intestine was diagnosed. Under a laparotomy, the tumor was removed and the ileus was released. Histopathologically it was eosinophilic granuloma with anisakiasis. We report this rare case with some bibliographical comments.