

術前に胃癌と診断された胃アニサキス症の1例

愛知県がんセンター消化器外科部

前野 宏 安江 満悟 小島 宏 平井 孝
坂本 純一 安井 健三 山村 義孝 加藤 知行
紀藤 毅 宮石 成一 中里 博昭

症例は66歳男性。1989年8月27日、腹痛、嘔吐、発熱が出現。8月28日、他院に急性腹症として緊急入院し、胃内視鏡、内視鏡生検、computed tomography などにより、胃癌および癌性腹膜炎と診断された。9月19日、当院へ転院。当院の胃生検では癌は証明されなかったが、上部消化管造影などでBorrmann 4型胃癌と診断し、10月6日、手術を施行した。切除標本では胃大弯側に穿孔部を認め、その外側に炎症性肉芽腫が存在した。それとは別に小弯に潰瘍性病変が存在し、その中にアニサキス虫体と思われる異物を認めた。摘出標本の検索では胃癌は存在せず、両病変ともにアニサキスによるものと診断した。本症例は、アニサキスにより胃に潰瘍性病変を形成し、さらに、別な部分に胃穿孔を起こしたというきわめてまれな症例であり、さらに、術前に画像検査および病理組織検査で癌と診断されたという点でも示唆に富む症例であった。

Key words: perforation of the stomach caused by anisakiasis, gastric ulcer caused by anisakiasis

1. はじめに

胃アニサキス症により、潰瘍性病変や隆起性病変を形成し、悪性腫瘍病変との鑑別が難しかった症例が過去に報告されている¹⁾。今回われわれは胃穿孔を起こし、さらに胃の中の別の部位に潰瘍性病変を形成し、術前に画像検査および病理組織検査で胃癌と診断された胃アニサキス症の1例を経験したので報告する。

2. 症 例

症例：66歳、男性、生鮮食料品卸売業者。市場で生魚の切りだしを試食する習慣があった。

主訴：腹痛、発熱。

既往歴：1986年、出血性胃潰瘍にて入院薬物治療を行った。

現病歴：1989年8月中旬から腹部全体に重圧感が出現。8月20日頃、黒色便が1度だけあった。8月27日夜、突然左下腹部に激痛があり、同時に37℃台の発熱があった。8月28日、近医受診。緊急入院となり、抗生物質などにより治療したが、9月9日まで38℃台の発熱が持続した。この間、胃内視鏡、上部消化管造影、computed tomography (以下CT)などの検査を行った。このうち、胃内視鏡にて体下部小弯にいわずのIIc

advanced 様の潰瘍性病変が存在し、同時に行われた胃内視鏡生検3個のうちの1個が病理組織学的に、高分化型管状腺癌と診断された (Fig. 1)。また骨盤CTでは、ダグラス窩に液体の貯留が認められた (Fig. 2)。これらの所見により胃癌および癌性腹膜炎の診断となり、9月19日、手術目的で当院に転院となった。

入院時現症：身長168.5cm、体重62kg、体温36.2℃。体格中等度、栄養状態良好。貧血や黄疸は認められな

Fig. 1 Microscopic view of one of the first three biopsies. Bizarre cylindroepithelial cells form gland-like structures. Well differentiated tubular adenocarcinoma was diagnosed. (×50)

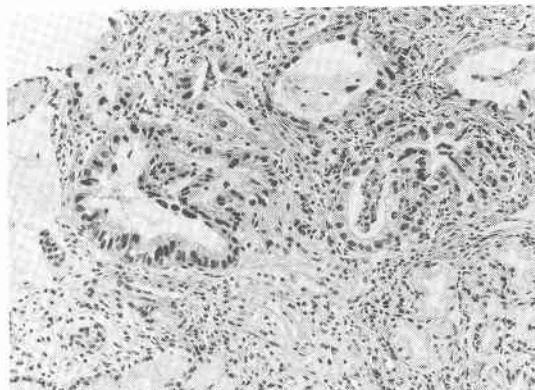
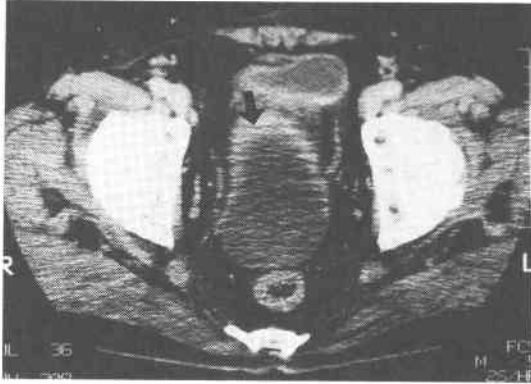


Fig. 2 Pelvic CT. Fluid collection in the Douglas' pouch was noticed.



い。腹部は平坦軟で、腫瘤は触知せず。心窩部に軽い抵抗を触れる。

入院時検査成績：末梢血検査では白血球 $8,200/\text{mm}^3$ と正常で、核の左方移動もなかった。好酸球も3.0%で、正常範囲であった。その他、血液生化学検査、腫瘍マーカーなどの諸検査で特に異常は認められなかった。

胃透視所見：体下部大弯から前庭部にかけて粘膜ひだが腫大し、胃壁外からの圧排および壁の肥厚の所見がある。粘膜面に明らかな潰瘍はない (Fig. 3)。

胃内視鏡所見：体下部小弯に、軽度の粘膜集中およ

び小円形の白苔を伴う潰瘍性病変が存在した。また、体下部大弯に、表面粘膜が平滑で bridging fold を伴い、かつ中心に突出するような形で白苔を有する隆起性病変が存在した。生検の結果は両病変ともに慢性胃炎であり、悪性所見はなかった (Fig. 4a, b)。以上のように、当院での内視鏡生検では悪性所見は証明されず、かつ胃穿孔による腹膜炎などの炎症性疾患も考えられたが、確証が得られず、総合的にみて、Borrmann 4型胃癌と診断し、1989年10月6日、手術を行った。

手術所見：上腹部正中切開にて開腹。腹腔内には腹水はみられなかった。ダグラス窩は炎症による小腸の癒着がみられたが、転移はなかった。胃体下部大弯側後壁に鶏卵大の腫瘤が存在し、横行結腸間膜に強く癒着していた。胃癌の横行結腸間膜浸潤と診断し、リンパ節郭清を伴う胃切除および横行結腸合併切除術を行った。

摘出標本肉眼所見：胃体下部小弯前壁から後壁にかけて、いわゆる IIc advanced 様の潰瘍瘢痕が認められた。また、胃体下部後壁大弯寄りに小隆起を認めた (Fig. 5a, b)。この部分の胃壁外に腫瘤が存在した。割を入れると小隆起の中心は瘻孔となっていて胃壁を貫き、壁外腫瘤の内部にいたっていた。腫瘤内部は柔らかく平均一で、膿瘍が経過中に肉芽腫となったものと考えられた (Fig. 6a, b)。

病理組織所見：胃小弯側に存在した潰瘍性病変部は

Fig. 3 X-ray photograph. Fold thickening and extraluminal compression on the greater curvature from the lower body to the antrum of the stomach.

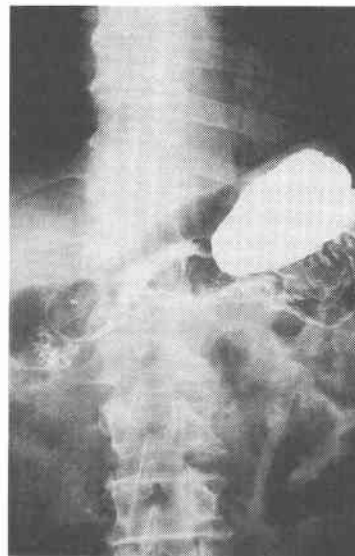
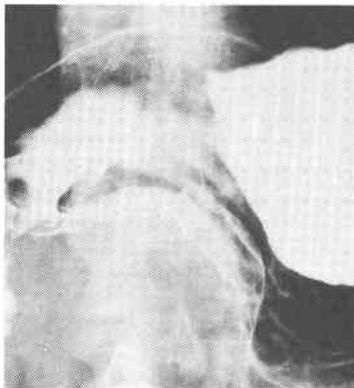


Fig. 4 Gastrofiberscopy. a. Ulceration on the lesser curvature. b. Elevated lesion on the greater curvature.

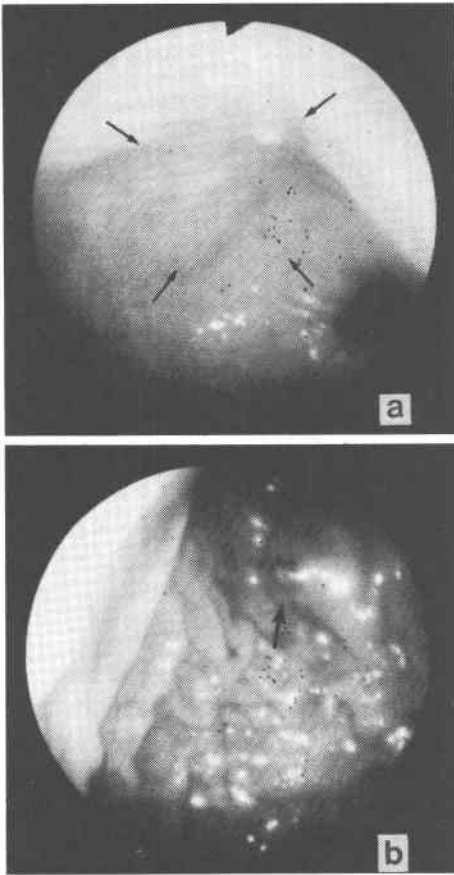
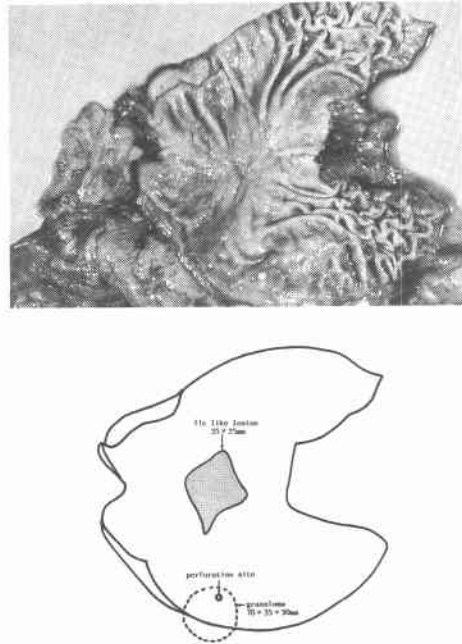


Fig. 5 Macroscopic view of resected specimen. II c like lesion on the lesser curvature and small elevated lesion on the greater curvature.



大部分が潰瘍痕 (UI-4) であり、全割して病理組織学的に精査したが、生検時に認められた異型上皮成分は確認できなかった。また、この潰瘍性病変に粘膜下層より固有筋層にかけて異物性肉芽腫性炎が存在し、その中心部にアニサキス虫体と考えられる異物が認められた (Fig. 7)。一方、大弯側病変は胃壁外を中心に、胃壁にも及ぶ膿瘍であり、アニサキス虫体と考えられる異物は存在しなかった。

3. 考 察

アニサキス症のヒトにおける発症例は、1960年、オランダの Van Thiel ら²⁾によって初めて記載された。わが国においては、1964年、浅見ら³⁾の報告が最初である。本邦での胃アニサキス症の発生は、1987年5月までの石倉の集計によると4,682例で、最近急速に増加している (第34回日本寄生虫学会, 北日本支部大会発表)。

鈴木ら⁴⁾は、アニサキス症既往者について行った皮内反応成績を、臨床経過、自覚症状、組織所見などを参考に検討し、胃アニサキス症を緩和型と激症型に分けている。緩和型は初感染に引き続いて起こる限局性アレルギー反応で、臨床症状は軽度のものが多い。一方、激症型は再感染による Arthus 型アレルギーで、急性で激しいアナフィラキシー様症状を呈する。

また、小島ら⁵⁾は消化管アニサキス症を病理組織学的に、a) 高度の浮腫と好酸球の浸潤著明な蜂窩織炎型、b) 虫体を囲み膿瘍形成の著明な膿瘍型、c) 膿瘍の周囲に著明な肉芽層を形成している膿瘍肉芽型、d) 膿瘍肉芽腫がさらに古くなり、膿瘍の均等化が進んだ肉芽腫型に分類している。

本症例では、急激な腹痛はアナフィラキシーによるものではなく、胃穿孔によって引き起こされた腹膜炎によるものと推測できるので、鈴木ら⁴⁾の分類によれば緩和型に入ると考えられる。また病理組織学的には、小弯側病変については、虫体内にかなりの細胞浸潤を認め、その形態も崩れかかっていることにより、感染してからある程度の時間が経過していることが推測でき、小島らの分類による膿瘍肉芽腫型に分類されると

Fig. 6 a. Macroscopic view of the elevated lesion on the greater curvature. b. Cut-down surface of the elevated lesion.

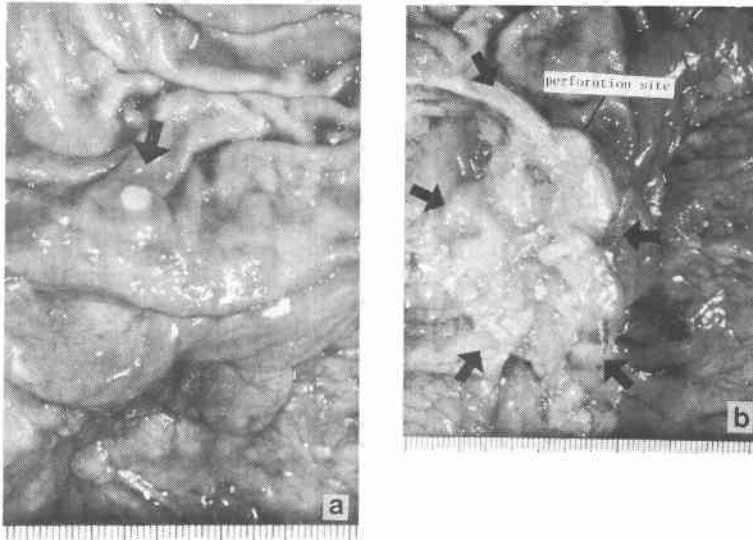
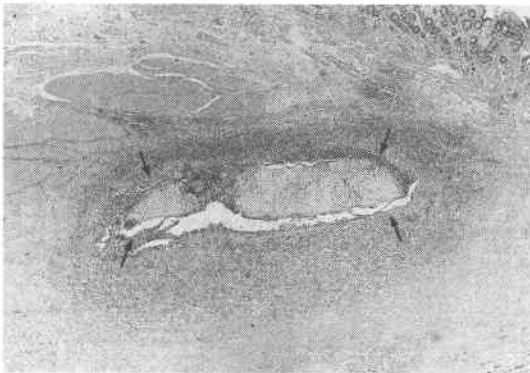


Fig. 7 Microscopic view of the ulcer like lesion on the greater curvature. An anisakis-like larva under the mucosa. ($\times 5$)



思われる。また、大弯側病変は比較的新しい病変であり、膿瘍型に入ると考えられる。以上より、次のことが推論できる。まず最初に1匹のアニサキスが感染して小弯側病変を形成し、次にある程度の時間をおいてもう1匹のアニサキスが感染し、大弯側病変を形成した後、穿孔を起こした、というものである。

また本症例では、2つの病変のうち一方は穿孔、他方は潰瘍の形態をとった。過去にアニサキスによる小腸穿孔の報告はいくつかみられるが、胃における穿孔例はきわめて珍しく、2例の報告をみるのみであ

る⁶⁾⁷⁾。また、はっきりとした潰瘍性病変を形成した症例についても報告は少ない⁶⁾⁸⁾⁹⁾。

本症例では、発熱、腹水貯留、急激な腹痛などの臨床経過から消化管穿孔等による急性腹症の可能性も考えられたが、上部消化管造影、胃内視鏡などの画像診断および内視鏡生検において悪性所見ありと判定され、術前診断はBorrmann 4型胃癌とされ、手術が行われた。摘出標本は病理学的に精査されたが、アニサキス症およびそれに随伴する病変が認められたのみで、初回の生検で観察された異型上皮組織は確認されなかった。胃アニサキス症が胃癌などの他疾患と診断された報告は多い。1974年に岩野ら¹⁰⁾が行った集計によると、胃アニサキス症171例のうち、術前に正しく診断されたのは120例(70.0%)で、残りは胃潰瘍16例(9.4%)、胃癌10例(5.9%)、胃ポリープ9例(5.3%)などと誤診されている。胃癌との鑑別については、近年における胃内視鏡の進歩とアニサキス症に対する理解の深まりにより、誤診率は減っていると考えられるが、本症例においては術前に病理学的に胃癌と診断されたこともあって、確診にいたらなかった。

本症例の初回生検の標本は複数の病理医により高分化腺癌と診断されたが、摘出標本では癌組織は確認できなかった。このことの説明としては、①非常に高度な再生異型(pseudocarcinomatous hyperplasia)がアニサキス症によって引き起こされた。②当初存在した

癌性潰瘍が、アニサキスの感染により脱落した。などが考えられるが、これらはいくまでも推論であり、いずれかに断定することは困難である。この点で今後課題を残した症例であった。

稿を終えるにあたり、本症例について御指導賜りました愛知県がんセンター消化器内科部松浦 昭先生および臨床検査部中村栄男先生に深謝いたします。本論文の要旨は第232回東海外科学会において発表した。

文 献

- 1) 大森浩之, 木元克彦, 難波経雄ほか: 興味ある所見を示した胃アニサキス症の1例. 胃と腸 14: 977-981, 1979
- 2) Van Thiel PH, Kuipers FC, Roskam RTH: A nematode parasitic herring causing acute abdominal syndromes in man. Trop Geogr Med 2: 97-113, 1960
- 3) 浅見敬三, 今野 宏, 綿貫 勤ほか: アニサキス? の感染による肉芽腫症例. 寄生虫誌 13: 325-326, 1964
- 4) 鈴木俊夫, 白木 公, 関野 敏ほか: アニサキス症

の免疫学的診断法に関する研究. 寄生虫誌 19: 1-7, 1970

- 5) 小島国次, 小柳武久, 白木 公: アニサキス症(消化管の寄生虫膿瘍)の病理学的研究. 日臨 24: 2314-2323, 1966
- 6) 草島義徳, 片山外一, 小島靖彦ほか: 巨大潰瘍を形成した胃アニサキス症の1例. 臨外 34: 1897-1900, 1979
- 7) 塚本秀人, 小泉和二郎, 中 英男ほか: 胃アニサキス症による胃穿孔の1例. 日消病会誌 84: 104-107, 1987
- 8) 伊東 進, 岸清一郎, 木村培士ほか: 胃アニサキス症の2例. 胃と腸 8: 1375-1380, 1973
- 9) 吉岡三郎, 大城兼光, 浅見敬三ほか: 胃潰瘍に合併した胃壁のアニサキス(線虫)感染例. 診断と治療 54: 1209-1212, 1966
- 10) 岩野英明, 石倉 肇, 早坂 滉: 最近5カ年間に発生したわが国におけるアニサキス症の疫学的研究. 外科診療 44: 1336-1342, 1974

A Case of Gastric Anisakiasis Preoperatively Suspected to be Gastric Cancer

Hiroshi Maeno, Mitsunori Yasue, Hiroshi Kojima, Takashi Hirai, Junichi Sakamoto,
Kenzo Yasui, Yoshitaka Yamamura, Tomoyuki Kato, Tsuyoshi Kito,
Seiichi Miyaishi and Hiroaki Nakazato

Department of gastroenterological Surgery, Aichi Cancer Center Hospital

We report a case of gastric anisakiasis with a very peculiar finding. A 66-year-old man complained of abdominal pain, vomiting and high fever on Aug. 27, 1989. The next day, he was admitted to another hospital with suspected acute abdomen. Gastrofiberscopy, transendoscopic biopsy and CT were performed and gastric cancer and peritonitis carcinomatosa were diagnosed. After transfer to our hospital gastrofiberscopy was performed, but this time the biopsy was negative. We carried out a laparotomy suspecting Borrmann type 4 gastric cancer. However, we could not find any cancer cells in the resected specimen. A perforation site was found at the greater curvature, and there was an inflammatory granuloma just outside the gastric wall. An ulcer scar was found at the lesser curvature with a foreign body in it, which was suspected to be an Anisakis larva. Perforation and ulceration of the stomach caused by anisakiasis is very rarely reported in Japan. Furthermore, we had diagnosed gastric cancer by the preoperative endoscopic biopsy, but no evidence of cancer cells was found in the resected specimen.

Reprint requests: Hiroshi Maeno Department of Surgery, Sapporo Tokusyukai Hospital
18-4-10 Sakaedori, Shiroishiku, Sapporo, 003 JAPAN