

—— 症例報告 ——

## 胸痛で来院し急性冠症候群との鑑別を要した 胃アニサキス症の2例

鈴木 直生, 中川 孝\*, 川村 昌司

**要旨:** 胃アニサキス症は生鮮魚介類を生食することにより発症し、強い腹痛を呈する疾患である。今回我々は強い胸痛を訴えて救急外来を受診した胃アニサキス症の2例を経験した。1例は冠血管危険因子が多い患者、もう1例は冠攣縮性狭心症の既往と心電図にST変化を伴った患者であり、いずれも急性冠症候群との鑑別を要した。

血液検査、心電図、心臓超音波検査で急性冠症候群を否定し、CTで他の胸部疾患も否定した。CTでは胃壁に浮腫状変化を認め、病歴聴取で生鮮魚介類の摂取を聞き出し、上部消化管内視鏡により2例とも胃アニサキス症の確定診断に至った。

胸痛を訴える胃アニサキス症は稀であり、救急外来で遭遇した場合は診断に苦慮する。急性冠症候群を否定したうえで、胃アニサキス症を念頭に置いた病歴聴取と胃のCT所見が診断に有効であった2例を報告する。

### はじめに

胃アニサキス症は生鮮魚介類を生食することにより発症し、強い腹痛を呈する疾患である。今回我々は強い胸痛を訴えて救急外来を受診した胃アニサキス症の2例を経験したので報告する。

**症例1:** 67歳 男性

**主訴:** 胸痛（前胸部から心窩部の圧迫感）

**既往歴:** 67歳 心房細動 高血圧症 脂質異常症

**嗜好歴:** 喫煙: 30本/day×45年

**内服:** ニフェジピン 20mg, リパーロキサパン 15mg, カルベジロール 2.5mg

**家族歴:** 父親が狭心症

**冠血管危険因子:** 高血圧症, 脂質異常症, 喫煙, 家族歴

**現病歴:** 平成X年4月, 座位安静時に圧迫されるような胸痛があり, 2時間程度持続する為, 救急車で当院救急外来を受診した。

**受診時現症:** JCS-0

体温 36.6°C, 心拍数 63回/min, 血圧 176/88mmHg, 呼吸数 24回/min, SpO2 100% (室内気) 圧迫感は心窩部やや上を最重点とする。放散痛なし。冷汗なし。

**入院時検査所見:**

■血液検査 (表1): 白血球と炎症反応の軽度上昇を認める。心筋逸脱酵素上昇を認めない。

■12誘導心電図 (図1): 洞調律, 心拍数 59回/分, 異常Q波なし, ST変化なし (症状持続中)

■心臓超音波検査: 左室駆出率 58% 左室壁運動異常を認めない。

■胸部レントゲン: 心胸郭比 51% 気胸なし。肺うっ血なし。

■胸部-腹部CT (図2): 胃体部-胃前庭部にかけて浮腫状変化を認める。肺野, 縦隔, 胸部大動脈に異常なし。

**入院経過:** 心電図, 心臓超音波検査では所見を認めず, 経時的な心筋逸脱酵素の上昇も無く急性冠症候群は否定的であった。詳細に病歴聴取すると, 受診前日にカツオとブリの刺身を食べていたことが判明し, CT所見と合わせてアニサキス症

仙台市立病院消化器内科

\*同 循環器内科

表 1. 症例 1 来院時血液検査

〈血算〉		〈生化学〉		Na	141 mEq/L
WBC	11,200 / $\mu$ L	AST	25 U/L	K	4.2 mEq/L
Hb	14.6 / $\mu$ L	ALT	26 U/L	Cl	106 mEq/L
MCV	95.8 fL	IDH	221 U/L	CPP	0.54 mg/dL
Pit	17.9 万 $\mu$ L	$\gamma$ -GTP	44 U/L	BNP	29.0 pg/ml
		T-Bil	0.7 mg/dL	Tro-1	<10 pg/ml
〈凝固〉		CK	87 U/L		
PT	12.8 秒	CK-MB	11 u/L		
APTT	33.2 秒	BUN	13 mg/dL		
D-dimer	0.72 $\mu$ g/mL	Cre	1.02 mg/dL		

炎症反応の軽度上昇を認める。心筋逸脱酵素上昇を認めない。

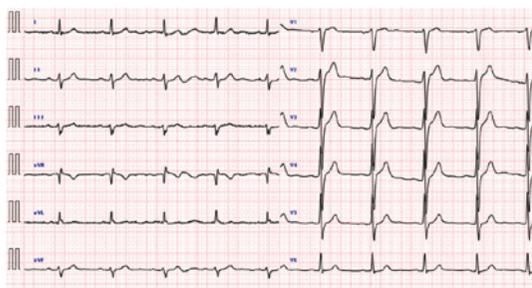


図 1. 症例 1 来院時 12 誘導心電図  
洞調律、心拍数 59 回/分、異常 Q 波なし、  
ST 変化なし（症状持続中）

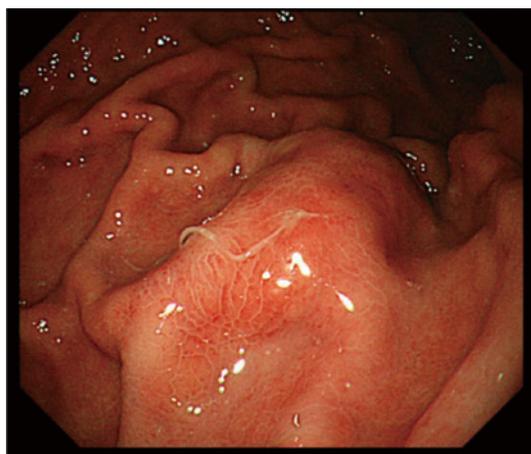


図 3. 症例 1 上部消化管内視鏡検査  
胃体中部大彎側にアニサキス虫体を認め、そ  
の周囲に発赤を認める。

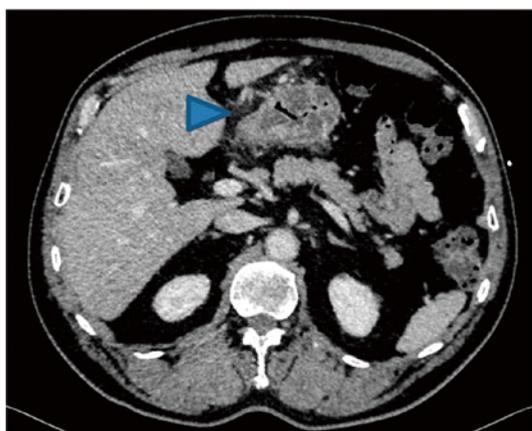


図 2. 症例 1 来院時 CT  
胃体部-胃前庭部にかけて浮腫状変化を認め  
る。肺野、縦隔、胸部大動脈に異常なし。

を疑った。第 2 病日に上部消化管内視鏡検査を施行した。胃体中部大彎側にアニサキスを認め、浮腫発赤を伴っていた（図 3）。胃アニサキス症と診断し、内視鏡的にアニサキスを摘出し、症状の再燃なく第 3 病日に退院した。

最終診断：胃アニサキス症

症例 2：60 歳 女性

主 訴：胸痛（前胸部重苦感）

既往歴：24 歳 十二指腸潰瘍

28 歳 発作性房室ブロックでペースメーカー  
埋め込み（VVI）

47 歳 冠攣縮性狭心症

嗜好歴：喫煙：10本/day×32年

家族歴：心疾患無し

冠血管危険因子：喫煙

現病歴：平成Y年10月、飲酒中に前胸部重苦感を自覚した。息ができないくらい苦しくなり、1度嘔吐した。その後背中が焼けるような症状も加わり、症状が持続するため救急要請し、当院救急外来を受診した。

受診時現症：JCS-0

体温 35.3°C、心拍数 62 回/min、血圧 右上肢 136/84 mmHg、左上肢 121/69 mmHg、

呼吸数 16 回/min、SpO<sub>2</sub> 100%（室内気）

前胸部重苦感あり。放散痛、冷感なし。腹部圧痛なし。

入院時検査所見：

■血液検査（表2）：心筋逸脱酵素の上昇を認めない。

■12誘導心電図（図4）：洞調律、心拍数56回/min、1度房室ブロック、II、III、aVF誘導でST上昇、V3-6誘導でJ点の上昇を伴うST上昇を認める。（症状持続中）

■心臓超音波検査：左室駆出率65% 左室壁運動異常なし。

■胸部レントゲン：心胸郭比57% 気胸なし。肺うっ血所見なし。

■胸部-腹部CT（図5）：食道胃接合部に浮腫状変化を認める。肺野、縦隔、胸部大動脈に異常なし。

入院経過：冠攣縮性狭心症の発作を疑ったが、

ニトログリセリン舌下投与は無効であった。経時的な心電図変化や心筋逸脱酵素の上昇を認めず、急性冠症候群は否定的であった。心電図のST変化は早期再分極と判断した。詳細に病歴聴取すると当日にサンマの刺身を食べていたことが判明し、CT所見と合わせアニサキス症を疑い、第2病日に上部消化管内視鏡検査を施行した。食道胃接合部にアニサキス1匹認め（図6）、内視鏡的に駆除を行い症状再燃なく同日退院した。

最終診断：胃アニサキス症

## 考 察

アニサキス症は、アニサキス亜科に属する幼虫により、腹痛などで発症する幼虫移行症である。1960年にvan Thielがヒトの感染例を報告したことから疾患概念が確立された<sup>1)</sup>。イカやサバが原因として有名だが、いかなる海産物も原因となりうる。本邦では新鮮な魚介類を寿司や刺身で生食する習慣があり、アニサキス症の発症は諸外国に比べて非常に多い。近年は一般にその存在が認知されたこともあり本邦での報告が更に増えている。

本邦のアニサキス症の罹患部位は胃が90%以上と圧倒的に多く、次いで小腸、十二指腸の順である<sup>2)</sup>。胃アニサキス症678例の検討では、来院時の主訴は上腹部痛、心窩部痛が560例（81.9%）と最も多く、嘔気64例（9.4%）、嘔吐26例（3.8%）、胸やけ13例（1.9%）である<sup>3)</sup>。食道や肺アニサキス症では胸痛を来したという報告があるが<sup>4,5)</sup>、

表2. 症例2 来院時血液検査

〈血算〉	〈生化学〉			Na	141 mEq/L
WBC	4,300/μL	AST	28 U/L	K	3.5 mEq/L
Hb	13.2/μL	ALT	22 U/L	Cl	106 mEq/L
MCV	91.1 fL	LDH	175 U/L	CRP	0.05 mg/dL
Pit	16.0 万/μL	γ-GTP	51 U/L	BNP	34.0 pg/ml
		T-Bil	0.4 mg/dL	Tro-1	<10 pg/ml
〈凝固〉		CK	58 U/L		
PT	10.1 秒	CK-MB	12 U/L		
APTT	26.0 秒	BUN	13 mg/dL		
D-dimer	0.75 μg/mL	Cre	0.56 mg/dL		

心筋逸脱酵素上昇を認めない。

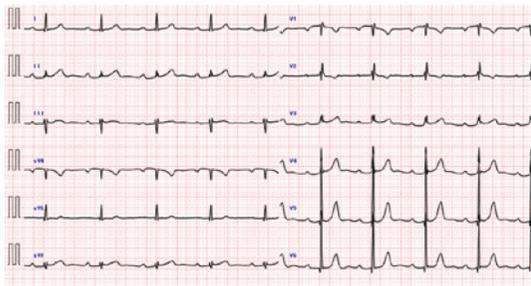


図4. 症例2 来院時12誘導心電図  
洞調律 心拍数56回/min 1度房室ブロック II,  
III, aVF誘導でST上昇 V3-6誘導でJ点の  
上昇を伴うST上昇を認める。(症状持続中)

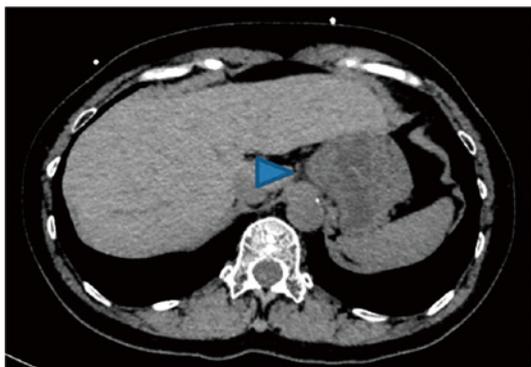


図5. 症例2 来院時CT  
食道胃接合部に浮腫状変化を認める。肺野、  
縦隔、胸部大動脈に異常なし。

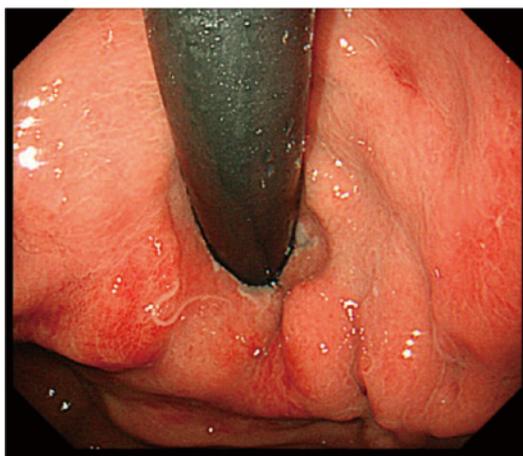


図6. 症例2 上部消化管内視鏡検査  
食道胃接合部にアニサキス虫体を認め、その  
周囲に発赤を認める。

胃アニサキス症で胸痛を来した例は症例報告で散見されるのみで稀である<sup>6,7)</sup>。

今回経験した2症例は、「圧迫感」、「重苦感」と表現される強い胸痛を主訴に救急車で来院した。さらに、症例1では4つの冠血管危険因子があり、症例2は冠攣縮性狭心症の既往に加え心電図で軽度ST上昇を認めた。胸部圧迫感、重苦感と表現される胸痛も急性冠症候群を思わせる。そのため、2例とも急性冠症候群との鑑別が必要であった。そして、12誘導心電図、血液検査、心臓超音波検査を施行したが、所見を総合して急性冠症候群は否定的であった。

その他の胸痛をきたす疾患の鑑別としてCTを施行したが、胸部に所見を認めず、胃に所見を認めた。胃アニサキス症の画像所見として、胃粘膜のびまん性の浮腫、浮腫状に腫大した粘膜皺壁、限局性浮腫状隆起や腹水が挙げられる<sup>8)</sup>。2例とも、胃壁の浮腫状変化を認め、胃アニサキス症を疑う根拠の一つとなった。

胃アニサキス症の診断そのものは上部消化管内視鏡でその虫体を確認することであり、比較的容易である。その鑑別で最も重要なことは、本症を念頭に置き発症前の生鮮魚介類摂取の有無を詳細に問診することであると考えられた。

## 結 語

胸痛で来院し、急性冠症候群との鑑別を要した胃アニサキス症の2例を経験した。各種検査により急性冠症候群を否定し、胃アニサキス症を念頭に置いた問診とCTの胃壁肥厚の所見から上部消化管内視鏡検査による確定診断に至ることができた。

## 文 献

- 1) Van Thiel PH et al. : A nematode parasitic to herring, causing acute abdominal syndromes in man. *Trop Geogr Med* 12 : 97-113, 1960
- 2) Ishikura H et al. : Anisakidae and anisakidosis. *Prog Clin Parasitol* 3 : 43-102, 1993
- 3) 山下行博 他 : 胃アニサキス症の臨床的検討。鹿児島県における678症例について。 *Gastroenterol Endosc* 30 : 3092-3098, 1988

- 4) Yamane Y et al. : A case of intussusception caused by anisakis larva. *Yonago Acta Med* **19** : 36-42, 1975
- 5) 唐沢洋一 他：消化管アニサキス・テラノーバ症について. *目医新報* **3079** : 30-34, 1983
- 6) Machi T et al. : Severe Chest Pain due to Gastric Anisakiasis. *Internal Medicine* **36** : 28-30, 1997
- 7) 秋元奈保子 他：胸痛にて発症し虚血性心疾患が疑われた胃アニサキス症の1例. *東邦医学会雑誌* **38** : 841-844, 1992
- 8) 山下康行：わかる！役立つ！消化管の画像診断（山下康行著），学研メディカル秀潤社，東京，pp.60-61, 144-145, 2015