

## 症例報告

### 痔瘻癌の一例

浜松赤十字病院 外科

西 知彦, 西脇 眞, 朴 未紀, 長崎和仁, 清野徳彦, 奥田康一, 安藤幸史

#### 要 旨

症例は47歳男性。10年前より痔瘻を認めていた。3か月前より肛門の違和感と大豆大の腫瘤を自覚していたが放置していた。腫瘤の増大と疼痛の増強を認めたため当院外科を受診した。直腸指診にて肛門に自壊した腫瘍を認め、その口側に瘻管開口部を認め、さらに口側に壊死を伴う赤色の腫瘍を認めた。病理組織学的に、粘液湖の中に異型性のある腺管上皮細胞が浮かんでいる所見を認め、粘液癌と診断した。骨盤部MRIでは、造影T2強調画像にて顆粒状に強調される腫瘤を認め、粘液産生性の腫瘍と粘液の貯留像と考え、痔瘻癌と診断し腹会陰式直腸切断術を施行した。術後13ヶ月を経過しているが再発はない。

#### Key words

痔瘻癌, 痔瘻, MRI

#### I. 緒 言

痔瘻癌は管外性に発育するため、生検で偽陰性となることが多くその早期診断は困難である。われわれは術前に診断し得た痔瘻癌の1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

#### II. 症 例

症 例：47歳男性

主 訴：肛門部違和感

既往歴：高血圧

家族歴：特記事項なし

現病歴：10年前より痔瘻を認めていた。平成17年8月頃より肛門に違和感と大豆大の腫瘤を自覚していたが放置していた。次第に腫瘤が大きくなり、痛みも強くなったため、平成17年10月当科を受診した。

入院時現症：血圧124/80mmHg, 脈拍80/分, 体温36.5℃, 眼瞼結膜貧血なし, 眼球結膜黄疸なし, 心音整, 心雑音なし, 肺野清, 腹部平坦かつ軟, 圧痛なし, リンパ節触知せず。

肛門部所見：直腸指診にて、肛門の5時方向に自壊した腫瘍を認め、それに連なるように2 cm

口側の7時方向にも腫瘍を認めた(図1)。

入院時検査所見：血算, 生化学検査に異常なし。

腫瘍マーカーは、CEAは1.5ng/ml, CA19-9は1.2U/mlと基準範囲内であったが、SCCは2.3U/mlと軽度高値だった。

下部消化管内視鏡検査：肛門後壁に中央が潰瘍となった隆起性の硬い腫瘍を認め、それに連なるように口側後壁に瘻管開口部を認め、さらに口側に壊死を伴う赤色の腫瘍を認めた(図2)。それぞれから生検し、すべて粘液癌と診断された。腹部CT：肛門管後壁に周囲が造影される低吸収域を認めた(図3)。明らかな肝転移, リンパ節転移は認めなかった。



図1 肛門の5時方向に自壊した腫瘍を認めた。

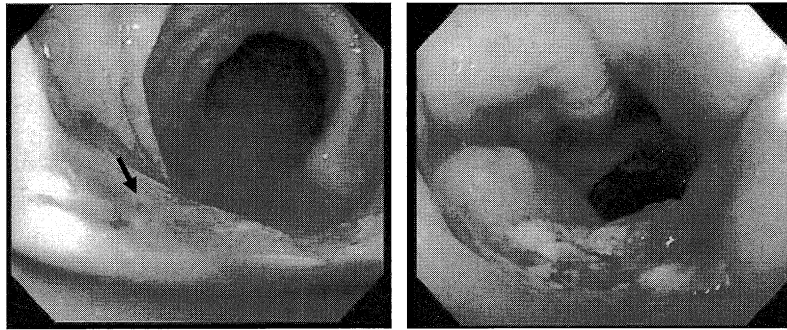


図2 肛門後壁に中央が潰瘍となった隆起性の硬い腫瘍を認め、それに連なるように口側後壁に瘻管開口部(矢印)があり、さらに口側に壊死を伴う赤色の腫瘍を認めた。



図3 肛門管後壁に周囲が造影される低吸収域を認めた。

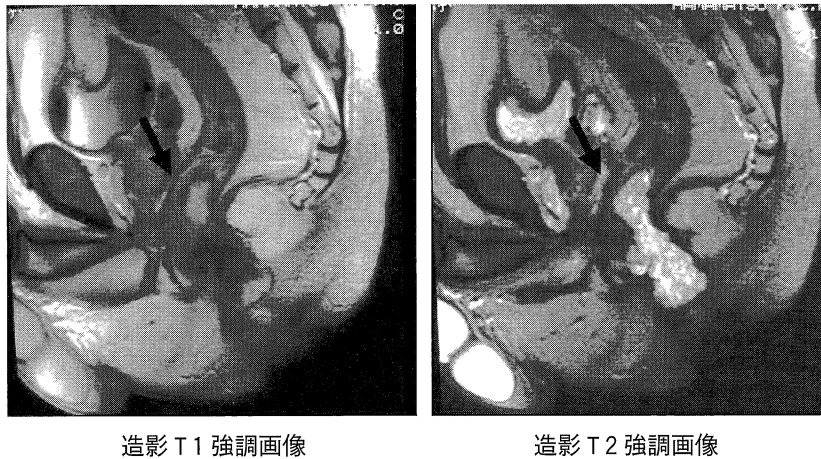


図4 造影T1強調画像にて、造影される部分とされない部分が認められ、造影T2強調画像にて、顆粒状に強調される腫瘍を認めた。周囲との境界は保たれていた。

骨盤部MRI：造影T1強調画像にて、造影される部分とされない部分が認められ、造影T2強調画像にて、顆粒状に強調される腫瘍を認め(図4)粘液産生性の腫瘍と粘液の貯留像と考えられた。周囲との境界は保たれていた。

以上より痔瘻癌と診断し、腹会陰式直腸切断術を施行した。

摘出標本：瘻管開口部を肛門管に認め、2次口よ

りゾンデを挿入すると肛門小窩への交通を認めた(図5)。断面では、痔瘻に連なって管外性に腫瘍が認められ、内部にコロイドを伴っていた(図6)。

病理組織学的所見：HE染色では、粘液湖の中に異型性のある腺管上皮細胞が浮かんでいる所見を認め、粘液癌と診断した(図7)。

術後経過：術後経過は良好で術後31日目に退院し

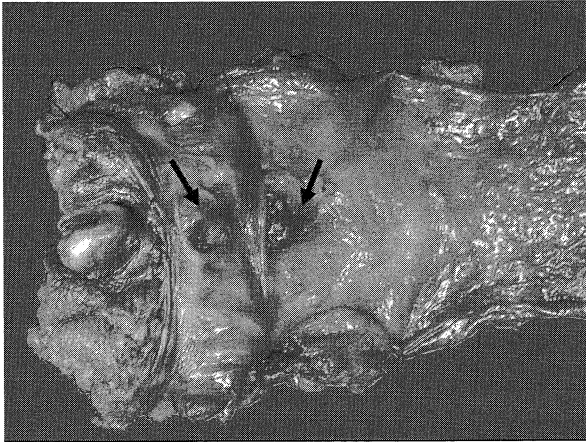


図5 瘻管開口部を肛門管に認め、2次口よりゾンデを挿入すると肛門小窩への交通を認めた。

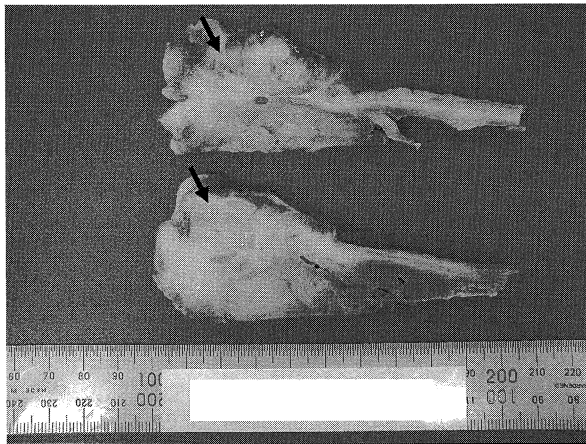


図6 痔瘻に連なって管外性に腫瘍が認められ、内部にコロイドを伴っていた。

た。現在外来通院中であるが、再発兆候は認めていない。

### Ⅲ．考 察

痔瘻癌は、肛門管領域に発生する悪性腫瘍で、長期の経過を経た痔瘻に合併したものと定義される。大腸癌の0.2%～0.3%<sup>1)</sup>、全痔瘻の0.1%<sup>2)</sup>と比較的稀な疾患である。痔瘻癌と、肛門管癌に二次的に痔瘻が合併したものを区別するため、隅越らが以下に示す痔瘻癌の臨床的定義を提唱している<sup>3)</sup>。①痔瘻が長期にわたって（少なくとも10年以上）炎症を繰り返している、②痔瘻の部分に疼痛や硬結が生じてくる、③mucin様分泌をきたす、④原発の癌が直腸肛門の他の部分に存在しない、

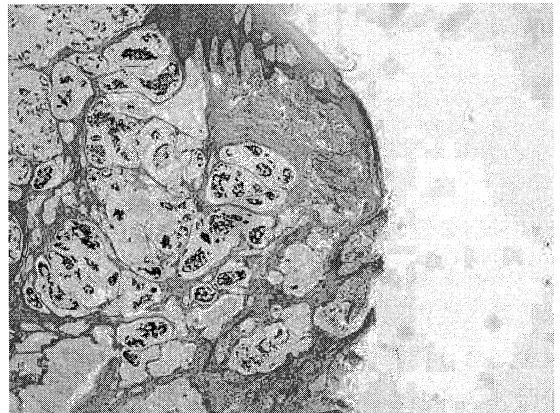


図7 粘液湖の中に異型性のある腺管上皮細胞が浮かんでいる。

⑤瘻管開口部が肛門管あるいは crypt に存在する、の5項目である。自験例は5項目全てを満たしていた。

痔瘻癌は症状として硬結や疼痛の増強、コロイド分泌、狭窄症状があり、痔瘻癌の約80%<sup>4)</sup>は痔瘻の症状の変化としてとらえられる。自験例でも、腫瘍の増大及び疼痛の増強が受診の契機となっている。痔瘻癌は管外性に発育するため痔瘻による症状が前面に出て発見が遅れることが多いため、痔瘻の長期経過中に症状の変化が認められた場合は積極的に痔瘻癌を疑う必要があると考えられる。

検査ではMRIが有効であり、痔瘻癌は粘液癌が多いことから、癌により産生された粘液湖がT2強調画像にて顆粒状の高信号域として描出されることが特徴とされる<sup>5)</sup>。

診断には、分泌物の病理細胞、2次口部分あるいは皮膚の硬結部分からの生検が有効であり、自験例でも下部消化管内視鏡検査で3箇所から生検し、粘液癌と診断できた。組織型は、粘液癌が多く70%程度を占め<sup>4)</sup>、他に腺癌、扁平上皮癌、印環細胞癌の報告がある。

痔瘻癌は管外性に発育し粘膜面に病変を認めないことが多いという性質上、1回の生検で診断できるのは40%程度<sup>6)</sup>とされ偽陰性が多いため、陰性の場合は複数回生検する必要がある。

#### IV. 結 語

痔瘻癌の1例を経験した。痔瘻の継続が10年以上のものや難治性のもので、疼痛の増強や肛門周囲の硬結、狭窄症状、コロイド分泌など新たな症状が出現した場合には積極的に痔瘻癌を疑い、MRI、生検を行うことが重要と考えられた。

#### 文 献

- 1) 加藤洋, 吉田正一. 肛門管癌の組織像(2) 痔瘻に合併する癌, いわゆる痔瘻癌. 癌の臨床 1987; 33: 1344-1345.
- 2) McAnally, AK. and Dockerty MB. Carcinoma developing in chronic draining cutaneous sinuses and fistulas. Surg Gynecol Obstet 1949; 88: 87-96.
- 3) 隅越幸男, 岡田光生, 岩垂純一ほか. 痔瘻癌. 日本大腸肛門病学会雑誌 1981; 34: 467-472.
- 4) 小原邦彦, 岩垂純一. 特殊な大腸癌, 痔瘻癌. 消化器外科 2005; 28(5): 623-627.
- 5) 徳丸勝悟, 久保田仁, 鈴木秀昭ほか. MRI 検査が有用であった痔瘻癌の1例. 日本臨床外科学会雑誌 2004; 65(4): 1008-1011.
- 6) 加瀬卓, 小平進, 寺本竜生ほか. 痔瘻に随伴した肛門管癌7例の検討. 日本消化器外科学会雑誌 1992; 25: 2055-2059.