

30数年来の痔瘻に続発した肛門部粘液癌の1例

国立東静岡病院外科

加納 宣康 松原 長樹 雑賀 俊夫

池田 正見 酒井 聡

同 病理

森 一 郎

小山消化器内科

小 山 登

A CASE REPORT OF MUCINOUS CARCINOMA OF THE ANAL REGION ASSOCIATED WITH FISTULA-IN-ANO OF LONG-STANDING

Nobuyasu KANO, Nagaki MATSUBARA, Toshio SAIGA,

Masami IKEDA and Satoshi SAKAI

Department of Surgery, National Tosei Hospital

Ichiro MORI

Department of Pathology, National Tosei Hospital

Noboru KOYAMA

Koyama Clinic of Gastrointestinal Tract

索引用語：痔瘻癌，肛門部粘液癌

はじめに

長期間存在する痔瘻から癌が発生する可能性を指摘する論文は、欧米では Rosser¹⁾の報告をはじめ数多くみられる。しかし本邦での痔瘻癌は鬼束²⁾の報告以来症例数の増加をみているものの比較的まれな疾患である。

最近われわれは30数年来の痔瘻に粘液癌の合併した1例を経験したので報告し、痔瘻癌につき文献的考察を加える。

症 例

患者：59歳，男性。

主訴：肛門部痛および同部の多発性瘻孔。

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：25歳時、痔瘻にて手術を受けたが軽快しなかった。

現病歴：25歳時より初診日まで30数年にわたり肛門周囲から排膿を認めており、近医にて保存的療法およ

び手術療法を受けるも軽快していない。1983年10月になり疼痛も出現するようになったため同年11月2日当院を受診した。

初診時現症：体格・栄養中等で胸腹部に特記すべき所見はなかった。肛門部をみるに3時および9時の皮膚面に痔瘻の二次口を認め、これらは肛門粘膜の5時の位置の原発口へ続いていた。原発口および二次口からは排膿を認めた。直腸指診にては肛門部前壁がやや固く表面不整であったがその他の部は軟い正常の粘膜を認めた。前壁の固い粘膜を一部切除し病理組織学的検査に提出したが悪性所見を認めなかった。

1983年12月22日痔瘻切除術を施行した。腰椎麻酔下ジャックナイフ位にて3時および9時の二次口を切開し追求していくに5時の位置にて直腸粘膜へ交通していた。瘻孔壁をすべて切除し脂肪組織を露出させた。肛門粘膜はほぼ正常の外観を呈していた(図1)。

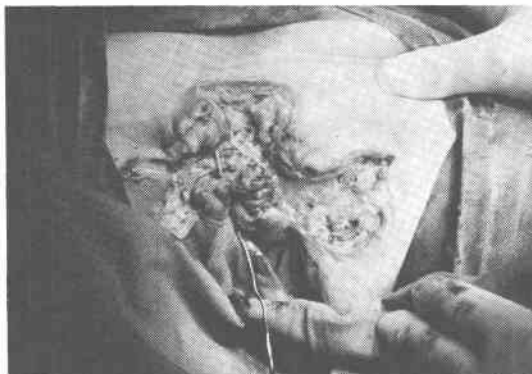
術後経過良好で疼痛および排膿は消失し、瘻孔切除部の肉芽組織の発育も良好であった。

1984年2月10日退院し、その後外来にて経過を観察していたが、1984年4月中旬より肛門前壁を中心に肉

<1985年2月13日受理>別刷請求先：加納 宣康

〒419 静岡県駿東郡清水町長沢762-1 国立東静岡病院外科

図1 痔瘻切除術時の所見：正常な外観を呈する肛門粘膜を認め、瘻孔切除後の肛門周囲の脂肪組織にも異常を認めない。



芽組織の過増生と思われる所見が出現し、6月になると粘液の分泌を伴うようになったため、1984年7月4日同部から生検を施行するに粘液癌と判明した。

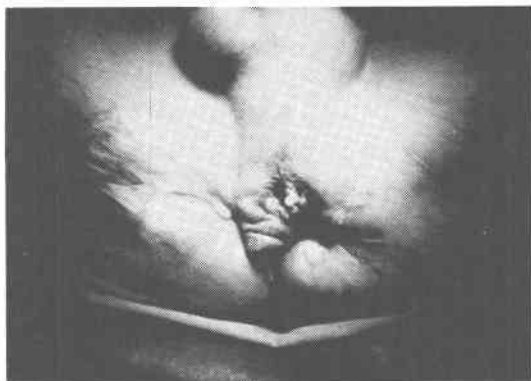
1984年8月1日手術目的にて再入院した。

入院時現症：体格・栄養中等で眼瞼結膜は軽度貧血様、胸腹部には特記すべき所見を認めなかった。会陰部をみるに肛門は癒痕のため変形し、前壁には粘液を分泌する腫瘤が一部露出していた(図2)。直腸指診にて直腸壁は全体に固く、粘膜面は全周性に表面不整で易出血性であり、1983年11月の初診時と著しく異なる所見であった。

入院時検査所見：赤血球数392万、白血球数7,800、血色素量8.7g/dl、ヘマトクリット29%、血小板数33.5万と貧血を認めたが、肝機能検査、電解質、CEAはすべて正常範囲内であった。

注腸造影所見：肛門括約筋不全のため通常の方法で

図2 肛門は癒痕のため変形し、前壁には粘液を分泌する腫瘤が一部露出している。



は造影不能なため、上行結腸まで大腸ファイバースコープを挿入したうえ、同部にてバリウムと空気を流し大腸を造影した。肛門部から直腸S状部までは著明な壁硬化と狭窄を認めた(図3)。また直腸内腔と仙骨との間が広く直腸後方への浸潤が考えられた。

大腸内視鏡検査所見：肛門から直腸S状部までは易出血性で内腔の観察は不能であった。盲腸に直径0.5cmの隆起性病変を認めたため生検を行ったがgroup IIであった。

CT所見：仙骨中部付近より尾側で直腸壁は著しく肥厚し不均一で、一部に石灰沈着を認めた。この腫瘤と膀胱後壁および前立腺との境界は不明瞭で浸潤を疑った。肝、脾、脾および腎には異常所見を認めなかつ

図3 注腸造影像：肛門部から直腸S状部まで著明な壁硬化と狭窄を認める。



図4 CT像：直腸壁は著しく肥厚し不均一で、一部に石灰沈着を認める。直腸壁と膀胱後壁および前立腺との境界は不明瞭である。



た(図4)。

以上の所見より痔瘻から発生した粘液癌で直腸壁外へ浸潤したものと診断し、1984年8月17日腹会陰式直腸切断術を施行した。

手術所見：中下腹部正中切開にて開腹するに腫瘤は腹膜翻転部を少し越えてRaにまで及んでいたが膀胱筋層への浸潤はなかった。型のごとくR₃の手術を施行したが、前立腺および尾骨への浸潤を認めた。会陰部は広範に皮膚を切除した。大腸癌取扱い規約によればP-Rb-Ra, circ, 4型, S₂, S, Ai, P₀, H₀, N₃, OW(-), EW(+)となる。

切除標本所見：腫瘤は歯状線から口側10.5cmまでに及び全周性に浸潤し直腸全層に達していた。10.5×10.5cm, 4型。腫瘤の表面は凹凸不整で粘液の付着を認めた(図5)。

図5 切除標本所見：腫瘤は歯状線から口側10.5cmまでに及び全周性に浸潤し、直腸全層に達している。表面は凹凸不整で粘液の付着を認める。

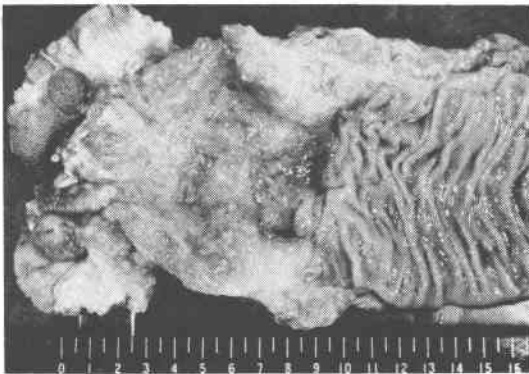
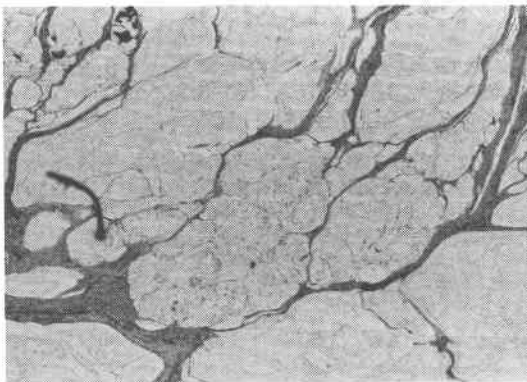


図6 病理組織学的所見：粘液癌の増生および浸潤を認める。



病理組織学的所見：腫瘍は粘液癌で浸潤は壁全層に及びリンパ管浸潤が高度であった。ai, ly3, v1, ow(-), ew(+)でリンパ節は第1群および252番に2/2の転移を認めn2(+)であった(図6)。

なおこの時点で1983年11月の術前生検標本を再検するに、一部に粘液癌細胞および粘液の小胞巣を認め、初診時にはすでに粘液癌が発生していたと考えられた。

考 察

痔瘻が長期間炎症をくり返して治癒しない場合、同部より発癌するという報告は1934年のRosser¹⁾の論文以来数多くみられる。

慢性の瘻孔と癌が共存した場合、そのどちらが先に存在していたかが問題となる。Skir^ら³⁾は悪性腫瘍の発見に先立ち10年以上の瘻孔の存在を認めれば、瘻孔の先行を考えてよいとした。McIntyre⁴⁾は痔瘻に次の条件をみる場合は悪性化の可能性を考えるべきだとした。すなわち、1) 数年以上存在する瘻孔、2) 疼痛と硬結の増大、3) 流出物にムチンを含むようになる、である。隅越^ら⁵⁾はRosser¹⁾、Skir^ら³⁾、McIntyre⁴⁾、Rundle^ら⁶⁾の痔瘻癌の規定をまとめて、1) 痔瘻が長期にわたって炎症をくり返している、少なくとも10年以上、2) 痔瘻の部分に疼痛や硬結が起こってくる、3) ムチン様分泌をきたす、4) 原発性の癌が直腸肛門のほかの部分に存在しない、5) 瘻管開口部が肛門管またはcryptにある、などの条件がみたされた場合、痔瘻から発癌したと考えてよいとした。

自験例はこれらの条件をすべてみたすものである。

痔瘻に癌の発生をみる頻度はきわめて少ないと考えられるがMcAnally^ら⁷⁾は0.1%とのべている。第14回大腸癌研究会(1981年)⁸⁾の際に行われたアンケート調査によれば、痔瘻の持続期間を5年以上のものにかざると、現在までに95例(男69例、女26例)みられ、10年以上とすると80例(男57例、女23例)であった。深沢^ら⁹⁾は1978年までの本邦文献中、痔瘻を合併した肛門癌は20例とのべている。隅越^ら⁵⁾は15例の痔瘻癌を経験しているという。外国では1966年Heidenreich^ら¹⁰⁾が131例を集計している。

痔瘻癌の組織型をみると粘液癌が多いことが特徴的である。隅越^ら⁵⁾は15例中、粘液癌8例、腺癌4例、扁平上皮癌2例、粘液細胞癌(印環細胞癌)1例であり、粘液癌が53.3%と過半数を占めているという。前記のアンケート調査⁸⁾でも粘液癌49.5%(47/95)で腺癌37.9%(36/95)、扁平上皮癌7.4%(7/95)よりも高頻

表1 痔瘻癌の組織型(隅越⁵⁾による)

組織型	症例	%
粘液癌	47	49.5
腺癌	36	37.9
扁平上皮癌	7	7.4
粘液細胞癌	2	2.1
腺扁平上皮癌	2	2.1
類基底細胞癌	1	1.0
計	95	100.0

表2 痔瘻癌のリンパ節転移(隅越⁵⁾)

	症例	リンパ節転移		
		上方向	側方向	下方向
腺癌	4	0	0	0
粘液癌	8	0	2	2
粘液細胞癌	1	0	1	0
扁平上皮癌	2	0	0	1
計	15	0	3	3

度であった(表1)。欧米でも同様の傾向で、Klineら¹¹⁾は粘液癌が44%、腺癌が22%、扁平上皮癌が34%と報告し、Rundleら⁶⁾も大部分は mucoid adenocarcinoma の型をとるといっている。

痔瘻癌はその組織型とともにリンパ節転移の様式についても特徴を有する。隅越⁵⁾は15例中、上方向転移は1例もなく、側方向、下方向転移をそれぞれ3例に認めたのみという(表2)。Rundleら⁶⁾も mucoid type の痔瘻癌には上方向転移を認めていない。

また予後についても一般の肛門癌と異なり、たとえ進行癌であっても痔瘻癌の予後は比較的良好である。隅越⁵⁾は痔瘻癌の壁深達度はすべて a₂以上で、深達度の浅い症例をも含む直腸癌よりは統計上予後は悪いはずであるにもかかわらず、治癒切除例の5生率は60.0%(3/5)と良好で、とくに粘液癌8例の癌死はないと報告している。痔瘻癌には上方向転移のないことと粘液癌の多いことがその予後を良くしている2大因子と考えられる。

しかし、自験例では上直腸リンパ節に2/2の転移を認めており、痔瘻癌で粘液癌といえども上方向転移を起

こす可能性のあることを示唆する症例である。

おわりに

59歳男性で30数年来の痔瘻に粘液癌を併発した1例を報告した。痔瘻癌は組織型では粘液癌が多く、リンパ節転移では上方向転移がまれであり、壁深達度が a₂以上であっても直腸癌全般に比べ、その予後がきわめて良好であるとの報告が多い。しかし自験例では上方向転移を認めており、痔瘻より発生した粘液癌といえども上方向転移が皆無ではない点を指摘した。

文 献

- 1) Rosser C: The relation of fistula-in-ano to cancer of the anal canal. Trans Am Proc Soc 35: 65-71, 1934
- 2) 鬼東惇哉, 渡辺 裕, 渡辺 祥ほか: 一癌外科療法最近の進歩—肛門癌。臨と研 41: 2057-2066, 1964
- 3) Skir I: Mucinous carcinoma associated with fistulas of long-standing. Am J Surg 75: 285-289, 1948
- 4) McIntyre JM: Carcinoma associated with fistula-in-ano. Am J Surg 84: 601-613, 1952
- 5) 隅越幸男, 岡田光生, 岩垂純一ほか: 特集I. 痔瘻癌。日本大腸肛門病会誌 34: 467-472, 1981
- 6) Rundle FF, Hales IB: Mucoid carcinoma supervening on fistula-in-ano, its surgical pathology and treatment. Ann Surg 137: 215-219, 1953
- 7) McAnally AK, Dockerty MB: Carcinoma developing in chronic draining cutaneous sinuses and fistulas. Surg Gyencol Obstet 88: 87-96, 1949
- 8) 隅越幸男: 肛門癌に関するアンケート調査報告。日本大腸肛門病会誌 35: 92-97, 1982
- 9) 深沢 宏, 粕川剛義, 鎌田重廉ほか: 痔瘻を伴う肛門部癌について(症例報告と本邦症例の集計)。日本大腸肛門病会誌 31: 586-592, 1978
- 10) Heidenreich A, Collarini HA, Paladino AM et al: Cancer in anal fistulas. Dis Colon Rectum 9: 371-376, 1966
- 11) Kline RJ, Spencer RJ, Harrison EG: Carcinoma associated with fistula-in-ano. Arch Surg 65: 989-994, 1964