

## 直腸癌からの管腔内転移により発症した痔瘻癌の1例

高槻病院外科, 六甲病院外科\*

吉村 久 家永 徹也 植田真三久\* 太田 壮美

症例は59歳の男性。痔瘻の病歴を有し、肛門部の腫瘤を自覚し来院、肛門右側に瘻孔を認め、肛門皮下に5cm大の腫瘍を触知した。CT, MRIにて腫瘍周囲に膿瘍を伴い、瘻孔が描出された。腫瘍の穿刺細胞診はclass IVであった。大腸精査にて、肛門より10cmの直腸に2/3周にわたる2型の腫瘍を認め、生検にて中分化型腺癌であった。痔瘻癌と直腸癌の重複癌、あるいは直腸癌の痔瘻への管腔内転移を考え手術を施行した。手術は腹会陰式直腸切断術(D2)を痔瘻腫瘍を含めて切除し、右単径リンパ節郭清術を行った。肛門部の欠損は有茎の右薄筋皮弁で補填した。切除標本の病理組織所見では、直腸癌は中分化型腺癌で、一方、痔瘻腫瘍は直腸と同一の組織型であった。直腸癌と痔瘻癌は組織学的に連続性は認めず、管腔内播種による転移が示唆された。管腔内転移による痔瘻癌の報告はまれであり検討を加え報告する。

### はじめに

大腸癌の腫瘍本体から遊離した癌細胞が着床増殖することは、術後局所再発の原因になることから広く知られている。我々は今回、直腸癌と痔瘻癌が全く同一の組織型であることから、直腸癌から遊離した癌細胞が痔瘻内に着床し増殖したと推察された極めて稀な症例を経験したので報告する。

### 症 例

患者：59歳、男性

主訴：肛門腫瘤と排膿

現病歴：30歳頃より時々肛門周囲から膿の排出があったが放置していた。平成9年3月上旬より肛門に腫瘤を自覚し急に増大し膿が多量に排出するようになったため、近医を受診した。近医で痔瘻、肛門膿瘍と診断され切開排膿の処置を受けたが改善せず、平成9年3月31日当科を受診した。

現症：体格は中等度。栄養状態良好。結膜に、貧血や黄疸は認めなかった。右単径部に示指頭大、弾性硬のリンパ節を1個触知した。胸腹部に異常所見は認めなかった。肛門右側に小児手拳大の腫瘤を触知し肛門9時方向に瘻孔を認め、排膿していた。腫瘤直上の皮膚は発赤腫脹していた(Fig. 1)。

入院時血液検査所見：血液、生化学検査は炎症所見なく、正常範囲であった。腫瘍マーカーはcarcinoem-

bryonic antigen 2.9ng/mlと異常は認めなかった。

CT所見：肛門右側の皮下に5cm大の境界不鮮明で内部不均一な充実性の腫瘍陰影を認めた(Fig. 2a)。

MRI所見：CTと同様の腫瘍陰影を認め、周囲に膿瘍を伴っており、肛門腺に連なる瘻孔が描出された(Fig. 2b)。この腫瘍の穿刺吸引細胞診を施行したところ、class IVであった。

注腸透視所見：上部直腸(Ra)に長径5cmで2/3周を占める狭窄像を認めた(Fig. 3a)。

大腸内視鏡所見：肛門より10cmの直腸に2/3周にわたる2型の腫瘍を認めた(Fig. 3b)。腫瘍の生検では中分化型腺癌であった。これより肛門の粘膜面には異常所見は認められなかった。

以上により痔瘻癌と直腸癌の重複癌、あるいは直腸癌の痔瘻への管腔内転移を疑い平成9年4月23日、手術を施行した。手術は側方郭清を伴う腹会陰式直腸切断術(D2)を施行し、痔瘻癌は腫瘍より3cm離して広範囲に切除し、右単径リンパ節郭清術を併施した。肛門部の欠損は右薄筋皮弁を用いて補填した。

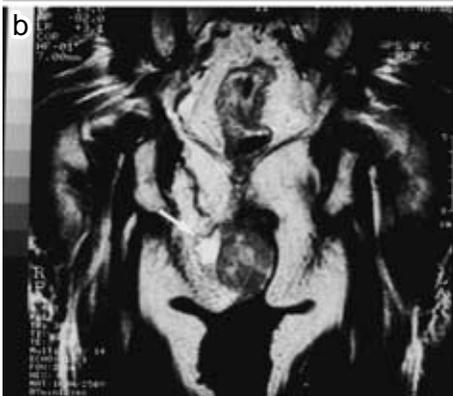
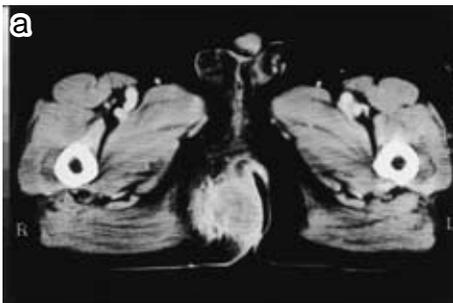
切除標本の肉眼所見：大腸癌取扱い規約<sup>1)</sup>によると直腸癌は2型、6.0×5.0cm、SS, N<sub>1</sub>(+), P<sub>0</sub>, H<sub>0</sub>であった。また痔瘻癌は9.0×5.0×5.0cmで、直腸癌と痔瘻癌の連続性は認められず、両者の距離は8.5cmで、anal cryptには1次孔と考えられる瘻孔が確認され、1次孔を含め周囲の直腸肛門粘膜への腫瘍の露頭はなく、また腫瘍本体の断面は充実性でその腫瘍の外側に瘻孔および膿瘍が認められた(Fig. 4)。

<2001年4月25日受理>別刷請求先：吉村 久  
〒569 1192 高槻市古首部町1 3 13 愛仁会高槻病院外科

Fig. 1 This photograph is of the anus of the patient. The tumor was palpable at the right side of the anus. Pus was discharged from the fistula through the tumor.



Fig. 2 CT scan of the anus shows large perianal tumor (a) MRI of the perianal tumor shows fistula and abscess at the lateral side of the tumor (b)



切除標本の病理組織所見：直腸癌は中分化型腺癌で ss, ly<sub>1</sub>, v<sub>1</sub>, ow (-), aw (-), n<sub>1</sub> (+) (No. 251: 1/6)であった (Fig. 5a)。一方痔瘻癌は、直腸と全く同一の組織型で一次口に癌浸潤はなく周囲の肛門直腸粘膜、皮膚への浸潤も認められなかった (Fig. 5b)。痔瘻癌は瘻孔のほぼ中央部から壁外性に増殖していた。直

Fig. 3 Barium enema examination showed the filling defect of the rectum (a) Endoscopic finding showed rectal cancer (b)

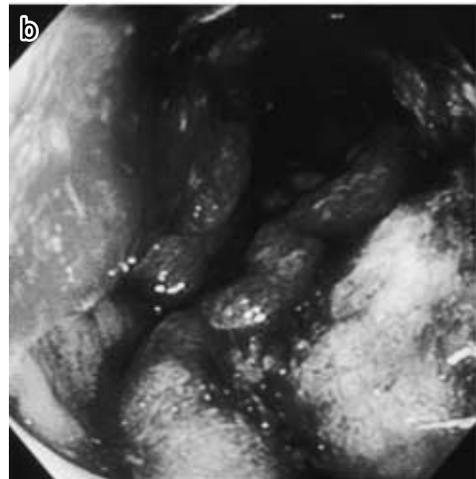


Fig. 4 Resected specimen showing the rectal cancer and the perianal tumor. The size of the perianal tumor with fistula and abscess was 9 × 5cm.



腸癌と痔瘻癌は組織学的にも連続性は認められなかった。また鼠径リンパ節に転移は認められなかった。

術後経過は良好で、術後 UFT 600mg/日を 2 年間経口投与した。現在術後 3 年 7 か月を経過するが再発の徴候はなく元気に日常生活を送っている。

**考 察**

日常よく遭遇する疾患である痔瘻は、anal crypt から進入した汚物が肛門腺に炎症を生じ肛門周囲皮膚に開口する瘻孔を形成する疾患である。痔瘻癌の報告は比較的多く、全痔瘻に対して 0.1 ~ 0.3% の割合で癌が発生し多くは粘液癌であることが知られている<sup>2)</sup>。これら、原発性痔瘻癌とは別に大腸癌からの管腔内転移により発生したと推察される痔瘻癌が報告されている。最初の報告は 1954 年 Guiss らの報告<sup>3)</sup>であり、痔瘻手術にて切除した瘻管に腺癌を認め、精査を行い S 状結腸に原発巣を認めた症例を報告したものである。また 1965 年 Killingback ら<sup>4)</sup>は直腸癌 2 例と S 状結腸癌 2 例に肛門周囲に転移をきたした 4 例を集計し、うち少なくとも 3 例は上部からの遊離癌細胞の管腔内播種であろうと報告している。また 1984 年 Rollinson ら<sup>5)</sup>は S 状結腸癌が痔瘻に管腔内転移したと考えられる症例を報告している。一方、本邦では我々が拾遺しえた範囲では 3 例の報告があり、いずれも ss 以上の進行した大腸癌からの転移が疑われた症例である( Table 1 )。上田ら<sup>6)</sup>は S 状結腸癌の術後 4 か月目に同一組織型の痔瘻癌が発生したと報告し、山本ら<sup>7)</sup>は S 状結腸癌と直腸癌さらに痔瘻癌がいずれも全く同一の組織型であった症例を報告している。また、福本ら<sup>8)</sup>は胃癌と S 状結腸癌の重複癌に S 状結腸癌と同一の組織型の痔瘻癌がみられた症例を報告している。自験例は 30 年来の痔瘻の病歴を有し、直腸癌と痔瘻部に認めた癌が全く同一の組織型であること、痔瘻癌は痔瘻壁から発育増殖していたことから、これらの報告と同様に直腸癌からの管腔内転移により痔瘻癌が発生したものと推察された。

大腸癌の管腔内転移については、Umpleby ら<sup>9)</sup>は大腸癌の遊離癌細胞に viability が高率に認められることを報告しており、また一般的に広く行われている no touch isolation は、病巣から癌細胞が腸管内へ遊離することを避け、術后再発を減少させる方法として推奨され、最近でもその有用性を述べた報告が散見される<sup>10)</sup>。また、直腸癌の器械吻合時には遊離癌細胞を洗浄除去することにより有意に局所再発が減少することが報告されている<sup>11)12)</sup>。これらのことは大腸癌の遊離癌細胞が管腔内に播種し生着しうることを示しており、本症例のごとく遊離癌細胞の痔瘻内への管腔内転移の可能性を示唆するものである。

Fig. 5 The microscopic picture of the rectal lesion was moderately differentiated adenocarcinoma ( a ). The perianal lesion showed the same histopathological finding as the rectal lesion( b ).( H.E. stain x 40 )

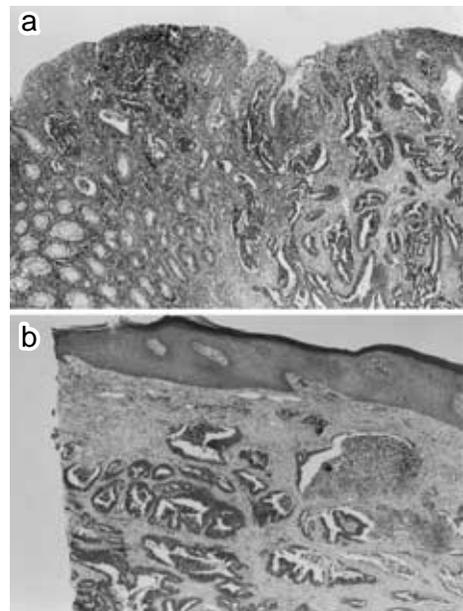


Table 1 Case reports of perianal metastasis of colorectal cancer in Japan

Case	author	age	sex	origin	type	depth	N	M	size of perianal tumor
1	Ueda( 1991 )	66	F	sigmoid	well	ss	N0		6×4×2 cm
2	Yamamoto( 1993 )	79	M	rectum	well	sei	?	H3	7 cm
3	Hukumoto( 1995 )	67	M	sigmoid	well	si	N2		2×3 cm
4	Our case	59	M	rectum	mod.	ss	N1		9×5×5 cm

治療については原発巣の根治切除に加えて痔瘻癌に準じた根治切除が必要である。痔瘻癌については隅越ら<sup>2)</sup>は15例を集計し、20%に側方転移をまた20%に鼠径リンパ節転移を認めたと報告している。本症例は側方リンパ節および腫瘍側鼠径リンパ節の郭清を行ったが転移は認められなかった。

また、我々は肛門欠損部に対して薄筋皮弁を用いて補填した。有茎薄筋皮弁は直接縫合しえない肛門部の欠損を補填するには体位変換の必要もなく、比較的手技も容易であり有用な方法であった。

大腸癌に痔瘻を認める症例については痔瘻に転移する可能性を考慮し精査を行い、また痔瘻癌を疑う症例には必ず大腸の精査が必要である。

本論文の要旨は第54回日本消化器外科学会(於：名古屋)にて発表した。

#### 文 献

- 1) 大腸癌研究会編：大腸癌取扱い規約。改訂第6版。金原出版，東京，1998。
- 2) 隅越幸男，岡田光生，岩垂純一ほか：痔瘻癌。日本大腸肛門病会誌 34：467-472，1981
- 3) Guiss RL：The implantation of cancer cells within a fistula in ano. Surgery 36：136-139，1954
- 4) Killingback M，Wilson E，Hughes ESR：Anal me-

- tastasis from carcinoma of the rectum and colon. Aust N Z J Surg 34：178-187，1965
- 5) Rollinson PD，Dundas SAC：Adenocarcinoma of sigmoid colon seeding into pre-existing fistula in ano. Br J Surg 71：664-665，1984
  - 6) 上田和光，梅北信孝，松峯敬夫：転移性痔瘻癌の1例。日臨外医会誌 52：1323-1326，1991
  - 7) 山本 裕，植田正昭，深見博也ほか：転移性痔瘻癌の1例。日消外会誌 26：516，1993
  - 8) 福本常雄，森本重利，露口 勝ほか：胃癌，S字状結腸癌に合併した転移性痔瘻癌の1例。徳島市民病医誌 9：57-61，1995
  - 9) Umpleby HC，Fermor B，Symes MO，Williamson RCN：Viability of exfoliated colorectal carcinoma cells. Br J Surg 71：659-663，1984
  - 10) Slanetz CA Jr：effect of no touch isolation on survival and recurrence in curative resections for colorectal cancer. Ann Surg Oncol 5：390-398，1998
  - 11) Goligher JC，Dukes CE，Bussey HJR：Local recurrence after sphincter-saving excisions for carcinoma of the rectum and rectosigmoid. Br J Surg 39：199-211，1951
  - 12) Keynes WM：Implantation from the bowel lumen in cancer of the large intestine. Ann Surg 153：357-364，1961

#### A Case of Metastatic Carcinoma of Anal Fistula Caused Implantation from Rectal Cancer

Hisashi Yoshimura, Tetsuya Ienaga, Shinsaku Ueda\* and Takeyoshi Ota  
Department of Surgery, Takatsuki General Hospital  
\*Department of Surgery, Rokko Hospital

A 59-year-old man with 30-year history of anal fistula was admitted to our hospital reporting a growing perianal tumor. At the right side of the anus, the tumor was palpable, at 5 cm in diameter. Pus was discharged from the fistula through the tumor. Computed tomography (CT) and magnetic resonance imaging (MRI) showed an abscess and fistula beside the tumor. Rectal cancer was found 10 cm from the anus by colonoscopy. A biopsy was done and revealed moderately differentiated adenocarcinoma. We conducted abdominoperineal resection (D2) for the perianal tumor and resected right inguinal lymph nodes. The anal defect was repaired with a gracilis myocutaneous flap. The perianal tumor showed the same histological appearance as the rectal cancer, so we concluded that free tumor cells from the rectal cancer may have been implanted in the anal fistula.

Key words : implantation, carcinoma of anal fistula

[ Jpn J Gastroenterol Surg 34 : 1363-1366, 2001 ]

Reprint requests : Hisashi Yoshimura Department of Surgery, Takatuki General Hospital  
1-3-13 Kosobe-cho, Takatuki, 569-1192 JAPAN