

転移性痔瘻癌の 1 例

市立岸和田市民病院外科

徳原 克治 山中 英治 伊東 大輔
小柴 孝友 佐藤 正人 小切 匡史

患者は69歳の男性。1995年頃より、肛門周囲の皮膚からの排膿、出血を繰り返し、1999年3月頃には大豆大の腫瘍が出現した。2000年初めより排膿、出血が頻回となり腫瘍が増大してきたため、同年5月当科を受診した。肛門3～5時方向にかけて表面に潰瘍を有する38×27mm大の腫瘍が存在、その一部を生検したところ中分化腺癌と判明した。また大腸内視鏡で、肛門縁より20cm口側のS状結腸に2型進行癌を認め、生検の結果は中分化腺癌であった。両病巣の組織像が一致したことより、S状結腸癌とその管腔内転移による転移性痔瘻癌と考え、腹仙骨式直腸切断術を施行した。痔瘻は日常診療においてしばしば遭遇する疾患であるが、痔瘻に癌が発生した場合は転移性痔瘻癌も念頭に置き大腸検査を施行する必要がある。また大腸癌患者で痔瘻を有する場合は、痔瘻への転移も考慮にいった嚴重な経過観察が必要であると考えられた。

はじめに

痔瘻は日常診療においてしばしば遭遇する疾患であり、長期にわたり炎症は繰り返す痔瘻に癌が発生するという報告は少なくない。しかし大腸癌が痔瘻内に転移したと考えられる報告は極めてまれで、我々の検索した限りでは過去に6例の報告を認めるにすぎない^{1)～6)}。今回S状結腸癌からの管腔内転移により発症したものと考えられた転移性痔瘻癌の1例を経験したので報告する。

症 例

患者：69歳、男性

主訴：肛門周囲皮膚からの出血、排膿

既往歴：60歳時に高血圧を指摘され、以後内服治療中

現病歴：1995年頃より、肛門周囲皮膚からの出血、排膿を繰り返すようになった。1999年3月頃には、同部に大豆大の腫瘍を認めるようになるも放置していた。2000年1月より排膿、出血が頻回となり、徐々に腫瘍が大きくなってきたため、同年5月2日当科を受診した。

現症：身長160cm 体重69kg、栄養状態良好、貧血、黄疸なく、表にリンパ節は触知しなかった。胸部には異常所見を認めず、腹部は平坦、軟で肝、脾、腎は触

知しなかった。肛門部は肛門3～5時方向に38×27mmの不整な腫瘍を認め、3か所に腫瘍の自潰による潰瘍があり、その一部より膿汁の流出を認めた (Fig. 1)。腫瘍の一部を生検したところ、中分化腺癌と診断された。

血液検査：血液、生化学検査では異常を認めず、腫瘍マーカーも正常範囲内であった (CEA 0.4ng/ml, CA 19-9 4.0U/ml)。

腹部造影CT所見：肛門管背側から皮下にかけ造影される腫瘍像を認めたが、骨盤内に腫瘍やリンパ節の腫大は見られなかった (Fig. 2)。

大腸内視鏡所見：肛門縁より20cm口側のS状結腸に内腔の2/3周をしめる2型病変を認め (Fig. 3)、生検の結果、中分化腺癌と判明した。

手術所見：S状結腸癌と肛門部腫瘍の生検組織型が一致したことから、S状結腸癌および転移性痔瘻癌と考え、5月25日、手術を施行した。腹水、肝転移はなく、S状結腸癌は漿膜面に露出せず、また所属リンパ節に転移を疑わせる硬結、腫大は認めなかった。手術は坐骨直腸窩軟部組織の広範囲切除を伴う腹仙骨式直腸切断術を施行した。

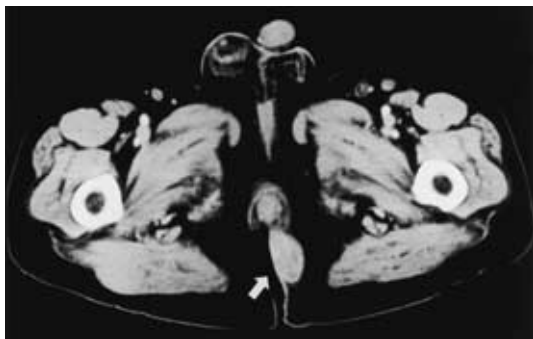
切除標本の肉眼的所見：肛門縁から20cm口側のS状結腸に45×42mm大の2型進行癌を認めた (Fig. 4 A, 4B)。肛門部腫瘍は42×31mm大で、3か所に潰瘍を認めた。また肛門管の粘膜面に痔瘻の1次口と考えられる陥凹部が存在したが、皮膚側に近づくにつれ腫

< 2001年6月26日受理 > 別刷請求先：徳原 克治
〒596 8501 岸和田市額原町2番地 市立岸和田市民病院外科

Fig. 1 Perianal tumor with ulceration, measuring 38 × 27cm. : dorsal side



Fig. 2 Enhanced CT scan showed a mass at the back of anal canal.



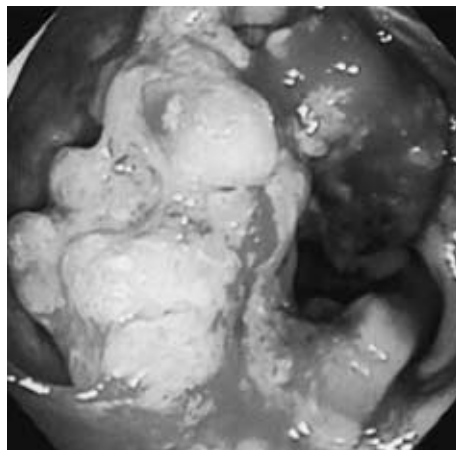
瘍で内腔が閉鎖されており，ゾンドの挿入は不可能であった（Fig. 4A，4C）．

切除標本の組織学的所見：S状結腸癌は中分化腺癌，ss，ly0，v1，n0のstage IIであった．また肛門部の腫瘍との連続性は認めなかった（Fig. 5A）．肛門部の腫瘍は粘液成分を伴わない中分化腺癌でS状結腸癌の組織型と同一であった（Fig. 5B）．また瘻孔は皮膚に近づくにつれ，腫瘍により確認できなくなっていた．術後経過は良好で18病日で退院し，現在，再発徴候はなく，外来で経過観察中である．

考 察

痔瘻は日常診療においてしばしば遭遇する疾患であるが，長期にわたり炎症を繰り返す，治癒しない場合は，その一部から癌が発生することが知られており，

Fig. 3 Colonoscopy revealed an ulcerated mass at 20 cm from the anus.



痔瘻癌と称されている．その頻度は全大腸癌の0.1～0.4%⁷⁾，全痔瘻の0.1～0.3%⁸⁾といわれている．組織型は粘液癌が約55%，腺癌が約34%で，両者を合わせると，約90%を占めている³⁾．

Rosser⁹⁾，隅越¹⁰⁾らは，臨床症状，経過から痔瘻癌を規定し，次の条件が満たされた場合，痔瘻から発癌したと考えてよいとしている．すなわち，痔瘻が長期（少なくとも10年以上）にわたり炎症を繰り返している，痔瘻の部分に疼痛や硬結が起こってくる，mucin様分泌をきたす，直腸肛門内に他の原発性の癌が存在しない，痔瘻開口部が肛門管またはcryptにある，の5条件である．本例では，痔瘻部に疼痛，硬結があること，原発の癌が直腸，肛門に存在しないことは診断基準を満たしているが，mucin様分泌を認めないこと，痔瘻開口部が不明であることは前記診断基準を満たしているとはいえない．本例は発育の遅い痔瘻癌に比べ，比較的急速に進行していること，組織型が粘液成分を伴わない中分化腺癌であること，直腸より上部消化管（S状結腸）に癌を認め，痔瘻部で認められた組織と組織型が一致していたことから，原発性よりもむしろ管腔内転移による痔瘻癌と診断した．

転移性痔瘻癌の論文報告は非常にまれであり，我々が検索しえた限りでは，過去に6例^{1)～6)}認めるのみであった（Table 1）それらによると，原発巣は全例がS状結腸癌であり，痔瘻部の組織型は全例が腺癌であった．本症例のように，過去に痔瘻に対する手術を受けておらず原発巣と痔瘻癌を同時手術で摘出した報告は

Fig. 4 The resected rectum and sigmoid colon (A) with an ulcerated tumor, measuring 45 × 42mm, at 20cm from the anus (B) and a perianal tumor with ulceration measuring 42 × 31mm (C)

(A)
(C) | (B)

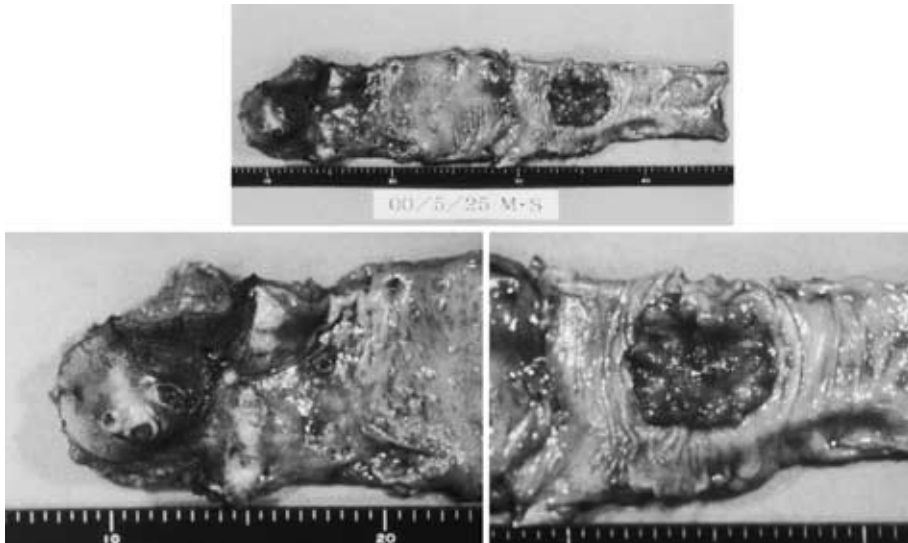
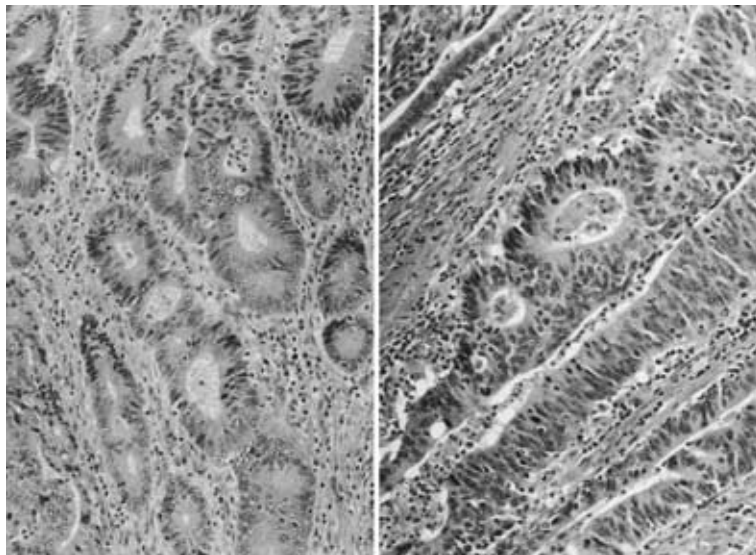


Fig. 5 Histopathological section of the sigmoid colon tumor showing moderately differentiated adenocarcinoma (H.E. × 25)(A) Histopathological section of the perianal tumor showing moderately differentiated adenocarcinoma (H.E. × 31)(B) the histologic features were similar to those of sigmoid colon carcinoma. (A)(B)



1例²⁾のみであり,他はS状結腸癌術後5か月目に元々存在した痔瘻に癌を発症した1例¹⁾,治療目的で切除

した痔瘻の瘻孔から腺癌を検出し,精査によりS状結腸癌を発見した報告が3例³⁾⁻⁵⁾,痔瘻術後の再発部位

Table 1 Reported cases of metastatic carcinoma at an anal fistula

Ref. No.	Age/Sex	Primary focus	Depth of invasion	Morbidity term of anal fistula(year)	Histological type
1)	66/F	Sig.	ss	44	well
2)	67/M	Sig.	si	10	well
3)	47/M	Sig.	unknown	unknown	mod.
4)	65/M	Sig.	unknown	20	well
5)	70/M	Sig.	se	20	well
6)	68/M	Sig.	Dukes B	unknown	mod.
our case	69/M	Sig.	ss	5	mod.

Ref. No. : Reference number, M : male, F : female, Sig. : sigmoid colon

well : well differentiated adenocarcinoma, mod. : moderately differentiated adenocarcinoma

に腺癌を認め、精査により S 状結腸癌を発見した報告が 1 例⁶⁾であった。また転移形式は、上位の大腸癌より癌細胞が腸管内に脱落し痔瘻内に運ばれ、implantation することにより、転移巣が形成されたものと考えており、組織型が同じ腺癌であったことを診断根拠としている。

痔瘻癌の治療は坐骨直腸窩軟部組織を広範囲に切除する直腸切断術が原則であり、リンパ節郭清は下方、側方の郭清は行う必要があるが、上方向には転移は少ないとされている¹⁰⁾。一方、転移性痔瘻癌の治療であるが、過去の報告によると、全例に直腸切断術を施行している。本例も直腸切断術を施行したが、リンパ節郭清の範囲や肛門部の切除範囲は、原発巣の進行度や肛門部病変の大きさに左右されたと考えられ、今後検討を要すると思われる。

痔瘻癌の遠隔成績であるが、岩垂らによると、痔瘻癌を除く肛門管癌の 5 年生存率は 57.7% に対し、痔瘻癌は 40% であり他の肛門管癌と比べると、予後不良とされている^{11) 12)}。一方、転移性痔瘻癌の予後は原発巣の進行程度に左右されるものと考えられるが、遠隔成績を示した報告はない。

痔瘻は長期にわたり再発を繰り返すため、悪性病変の存在を早期発見するのは困難であるといわれている。岩垂らは今までの痔瘻症状とは異なる新たな症状が発現した場合、痔瘻癌の可能性を疑い、痔瘻部の生検を行うべきであると指摘している^{11) 12)}。生検で癌を認めなかった場合でも、嚴重な経過観察を要すると思われる。さらに痔瘻癌と診断された場合は転移性痔瘻癌も念頭に置き大腸検査を施行すべきである。また、大腸癌に痔瘻を合併している場合は、転移性痔瘻癌の発

生を考慮にいられた嚴重な経過観察が必要であると考えられた。

文 献

- 1) 上田和光, 梅北信孝, 松峯敬夫 : 転移性痔瘻癌の一例。日臨外医会誌 52 : 1323 1326, 1991
- 2) 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一例。徳島市民病医誌 9 : 57 61, 1995
- 3) Guiss RL : The implantation of cancer cells within a fistula in ano. Surgery 36 : 136 139, 1954
- 4) Rollinson PD, Dundas SAC : Adenocarcinoma of sigmoid colon seeding into pre-existing fistula in ano. Br J Surg 71 : 664 665, 1984
- 5) 長田俊一, 市川靖史, 山口茂樹ほか : 痔瘻根治術を契機として発見された S 状結腸癌痔瘻内転移の一例。手術 54 : 863 867, 2000
- 6) Thomas DJ, Thompson MR : Implantation metastasis from adenocarcinoma of sigmoid colon into fistula in ano. J R Soc Med 85 : 361, 1992
- 7) 天野 実, 森 英昭, 前田 潤ほか : 痔瘻癌の 2 例。臨と研 65 : 2563 2567, 1988
- 8) 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 33 : 1344 1345, 1987
- 9) Rosser C : The etiology of anal cancer. Am J Surg 11 : 328, 1931
- 10) 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
- 11) 岩垂純一 : 痔瘻癌。日本臨床別冊 領域別症候群 6 消化管症候群 (下), 日本臨床社, 東京, 1994, p861 863
- 12) 岩垂純一 : 長期の痔瘻の既往を有する肛門管癌, いわゆる痔瘻癌の臨床病理学的研究。日本大腸肛門病会誌 44 : 461 476, 1991

A Case of Metastatic Carcinoma at an Anal Fistula

Katsuji Tokuhara, Hideharu Yamanaka, Daisuke Ito, Takatomo Koshiba,
Masahito Sato and Masafumi Kogire
Department of Surgery, Kishiwada City Hospital

Since 1995, a 69-year-old man had noted pus discharge and bleeding from the perianal region, where a soybean sized tumor appeared in May 1999. He was admitted to our hospital in May 2000 because the perianal tumor enlarged gradually and bleeding and pus discharge from the tumor became frequent. Biopsy of the ulcerated 38 × 27mm tumor showed moderately differentiated adenocarcinoma. Colonoscopy revealed an ulcerated tumor 20cm from the anus. Biopsy showed moderately differentiated adenocarcinoma. Because the histologic features of the perianal tumor closely resembled those of the sigmoid colon tumor, we considered exfoliate cells from the sigmoid colon carcinoma had implanted and made the metastatic tumor in an anal fistula. The patient underwent abdominosacral excision of the sigmoid colon and rectum with an uneventful postoperative course. Anal fistula is common, but our case emphasizes that the whole colon should be examined if carcinoma is found in an anal fistula. Anal fistula in a patient who has been operated on for colon cancer should be closely checked at follow-up.

Key words : colon cancer, fistula cancer, anal fistula

【 Jpn J Gastroenterol Surg 34 : 1690 1694,2001 】

Reprint requests : Katsuji Tokuhara Department of Surgery Kishiwada City Hospital
2 Gakuhara-cho, Kishiwada, 596 8501 JAPAN
