

症例報告

肛門周囲膿瘍を合併した S 状結腸癌の 1 例

高山赤十字病院救急部<sup>1)</sup>, 同 外科<sup>2)</sup>, 同 病理<sup>3)</sup>

濱洲 晋哉<sup>1)</sup> 横尾 直樹<sup>1)</sup> 木元 道雄<sup>2)</sup> 白子 隆志<sup>1)</sup>  
足立 尊仁<sup>2)</sup> 吉田 隆浩<sup>2)</sup> 田中 善宏<sup>2)</sup> 長田 博光<sup>2)</sup>  
北村 好史<sup>2)</sup> 岡本 清尚<sup>3)</sup>

S 状結腸癌穿通による肛門周囲膿瘍を経験した . 直腸癌による肛門周囲膿瘍はまれに報告されているが , S 状結腸癌による症例は過去に報告がない . 症例は 51 歳の男性で , 肛門部痛を主訴に来院した . 骨盤部 CT 検査で坐骨直腸窩膿瘍と診断し , 切開排膿術を施行した . 術前より腫瘍マーカーの上昇を認めていたため , 局所の炎症が改善した時点で大腸ファイバー検査などにより精査した結果 , S 状結腸癌との診断を得た . 全身麻酔下に開腹したところ , ほぼ全周を占める 2 型腫瘍が存在し , 潰瘍底が骨盤底へ穿通し , さらに肛門挙筋群を穿破して坐骨直腸窩に膿瘍腔を形成していることが判明した . S 状結腸切除術を施行し , 手術を終了した . 病理組織学的検査上 , 高分化型腺癌であった . 腫瘍は , 固有筋層を越えていたが腹壁への癌細胞浸潤はなく , 根治的切除が可能であった . 肛門周囲膿瘍では , 本疾患を含めて悪性腫瘍が存在しうることも念頭におくべきであると考えられた .

はじめに

肛門周囲膿瘍の多くは , 肛門陰窩から肛門腺に細菌が侵入することにより引き起こされるが , まれに直腸や肛門管癌による症例報告も見受けられる<sup>1)-4)</sup> .

しかし , S 状結腸癌による症例は非常にまれであり , 医学中央雑誌および PubMed にて検索したかぎり本邦および欧米を含めてもその報告例は存在しなかった .

今回 , 筆者らは肛門周囲膿瘍発症を契機に発見された S 状結腸癌に対して , 切開排膿により局所の炎症を軽減した後 , 根治手術を施行しえた症例を経験したので報告する .

症 例

患者 : 51 歳 , 男性  
主訴 : 肛門部痛  
家族歴 , 既往歴 : 特記すべきことなし .  
現病歴 : 2002 年 3 月初め頃より肛門部痛を自

覚するようになり , 坐位も不能となったので , 3 月 7 日に近医を受診した . 肛門周囲膿瘍の診断で穿刺されるも膿は吸引されず , 3 月 13 日に当科を紹介受診した .

入院時現症 : 身長 175cm , 体重 50.5kg , 体温 38.3 . 肛門部 3 時方向を中心に , 左側殿部に波動

Table 1 Laboratory data on admission

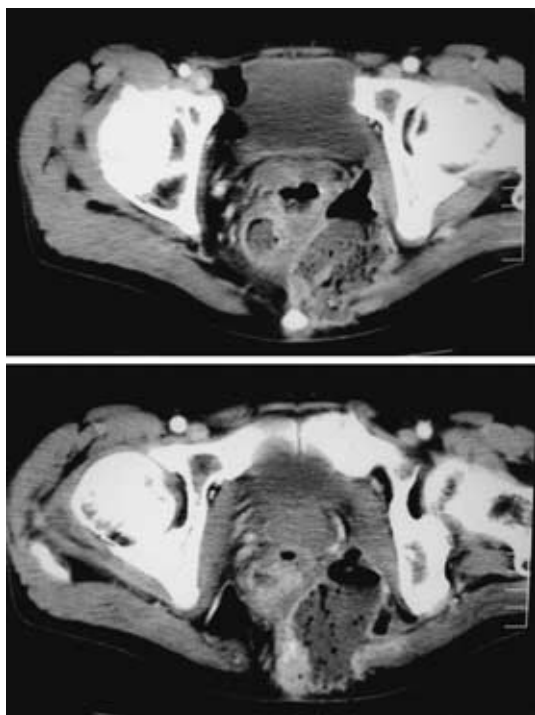
Blood cell count		Biochemistry	
WBC	237 × 10 <sup>2</sup> / μl	AST	23 IU/l
RBC	468 × 10 <sup>4</sup> / μl	ALT	20 IU/l
Hb	14.1 g/dl	LDH	213 IU/l
Ht	43.3 %	T-P	8.5 g/dl
PLT	59.7 × 10 <sup>4</sup> / μl	Alb	3.1 g/dl
		BUN	29.0 mg/dl
		Cre	1.5 mg/dl
Blood gas analysis( room air )		CRP	9.8 mg/dl
PH	7.452	Na	131 mEq/l
PCO <sub>2</sub>	37.9 mmHg	K	3.8 mEq/l
PO <sub>2</sub>	93.6 mmHg	Cl	93 mEq/l
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	26.4 mmol/l	Ca	4.4 mEq/l
B.E.	3.3 mmol/l		
SaO <sub>2</sub>	97.5 %	Tumor marker	
		CEA	12.2 ng/ml

< 2004 年 4 月 28 日受理 > 刷別請求先 : 濱洲 晋哉  
〒506 8550 高山市天満町 3 11 高山赤十字病院救急部

と硬結を触知した。肛門鏡検査で3時方向に腫瘤が存在し、肛門内より膿の排出を認めた。

入院時検査所見：血液検査でWBC 23,700/ $\mu$ l,

Fig. 1 Enhanced pelvic CT showed ischioirectal abscess about 8.0cm in size, containing air.



CRP 9.8mg/dl と、著明な炎症反応の上昇を認めた。生化学検査でALB 3.1mg/dl, BUN 29.0mg/dl と軽度の低蛋白血症および脱水状態を認めた。腫瘍マーカーでは,CEA が 12.2mg/dl と軽度上昇していた (Table 1)。

骨盤部 CT 所見：坐骨直腸窩に、径約 8.0cm 大で内部に空気を含む膿瘍を認めた (Fig. 1)。

以上より、直腸癌穿通に続発した肛門周囲膿瘍との診断で、緊急切開排膿術を施行した。膿瘍は術前診断の通り、坐骨直腸窩に広がっており、周囲の筋・脂肪組織は炎症のために壊死に陥っていた。可及的にデブリードマンを行い、大量の生理食塩水で洗浄を施行した。肛門部より約 3~5cm 口側の直腸に示指頭大の陥凹性病変が存在したため生検を施行したが、病理組織学的検査では癌細胞は検出されなかった。

術後は絶食下に高カロリー輸液にて栄養管理し、創部の洗浄を行った。創部は次第に縮小し、炎症反応も改善していったが、膿の排出は少量ながら持続した。3月27日 (POD20) にガストログラフィンによる注腸造影検査を施行したところ、S 状結腸に狭窄性病変が存在したが、その口側腸管は造影されなかったため、瘻孔の有無は不明であった (Fig. 2)。3月29日に大腸ファイバー検査を施行したところ、歯状線より約 40cm 口側の S 状結腸に 2 型腫瘍を認めた (Fig. 3)。腫瘍の可動

Fig. 2 Gastrografen enema showed narrowing of the sigmoid colon, but without any fistula.

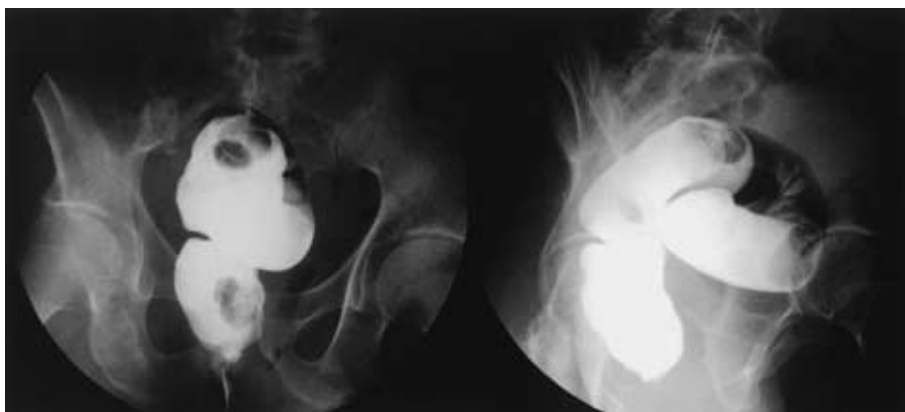
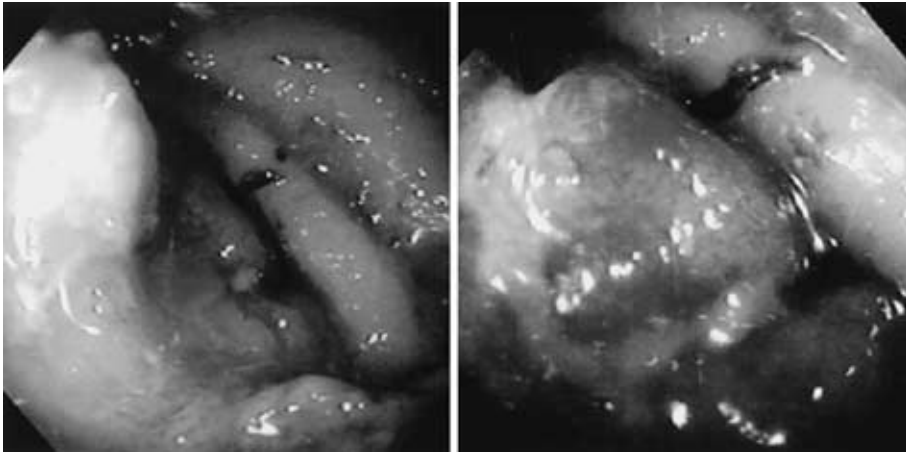


Fig. 3 Colonoscopy showed a type 2 sigmoid colon cancer, about 40cm from the anal verge.

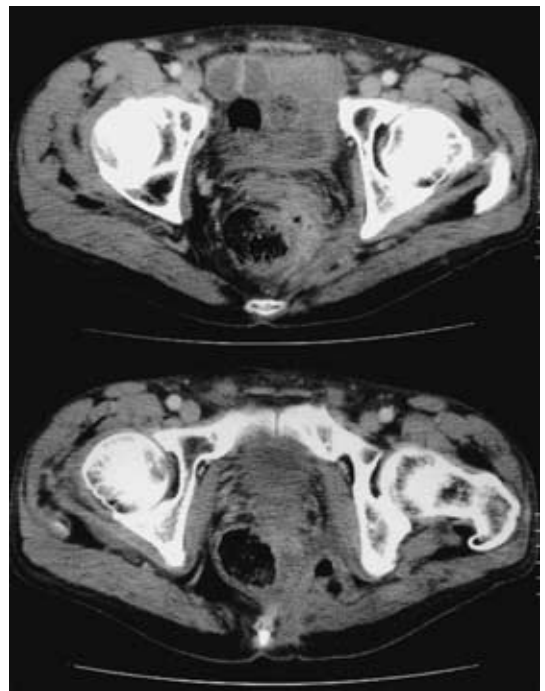


性は不良であり、内視鏡の可動域が著しく制限されたため、病理組織標本の採取ができず、観察のみで検査を終了した。確定診断には至らなかったが、肉眼所見および腫瘍マーカーの上昇よりS状結腸癌と診断した。また、歯状線より約3~5cm口側の直腸粘膜に顆粒状変化を認めたが、同部は再度の生検でも悪性所見を認めなかった。4月3日に骨盤部CTを施行したところ、膿瘍腔は著明に縮小していた(Fig. 4)。以上より、炎症所見は消退したと判断し、S状結腸癌に対して4月9日に開腹手術を施行することとなった。

手術所見：腹腔内に少量の腹水は存在したが、術中迅速細胞診で癌細胞は検出されなかった。腫瘍はS状結腸を占居し、腹壁と強く癒着していたが、遠隔転移や腹膜播種を疑わせる所見はなかった。直腸S状部から口側のS状結腸は背側下方へ屈曲し、その腸間膜対側は直腸の左側近傍で骨盤底に強固に癒着していた。D2郭清を伴うS状結腸切除術を施行したところ、2型の腫瘍を有し、その潰瘍底が骨盤底へ穿通したものと考えられた。穿通部近くのやや固い骨盤壁部分(穿通部周囲直径約4cm)を追加切除し、術中迅速診断を行ったが、癌細胞は検出されなかったため、切除腸管を端々吻合して手術を終了した。

切除標本：S状結腸に約5.5cm大のほぼ全周を

Fig. 4 Enhanced pelvic CT after drainage showed a marked decrease of the abscess cavity.



占める2型腫瘍を認めた(Fig. 5)。

病理組織学的所見：腺管形成性の高分化型腺癌を認め、深達度は筋層を越えており、漿膜は穿孔

Fig. 5 The resected specimen showed a type 2 sigmoid colon cancer about 5.5cm in size.



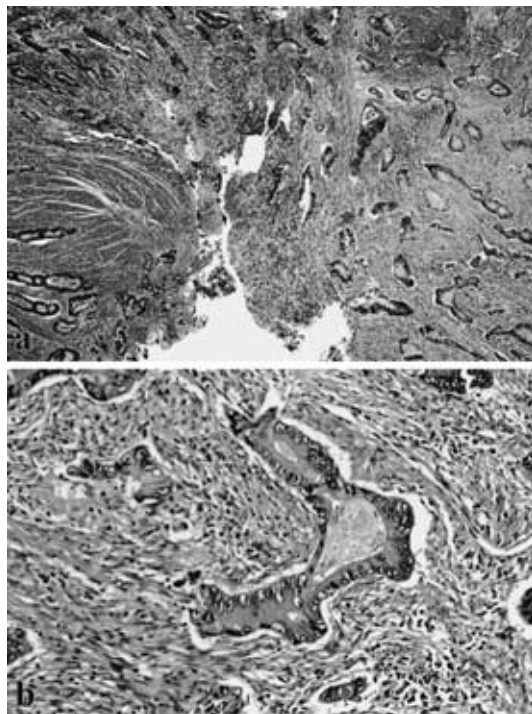
していた (Fig. 6). 規約上, s(骨盤部), ly1, ew(-), n(-), stage IIIa であった.

術後経過は良好であり, 4月13日より食事を開始した. 殿部創からの膿排出は改善し, 周囲からの肉芽形成も良好で, 創部は急速に縮小閉鎖し, 4月23日に退院となった. 2003年12月現在(術後約1年8か月)までのところ, CEAは4.8mg/dlと正常範囲内に留まり, 骨盤部CTでも再発徴候を認めていない.

### 考 察

肛門周囲膿瘍は, 細菌が歯状線上の肛門陰窩から侵入し, 肛門腺に感染が波及して膿瘍を形成する 경우가大部分とされるが, まれに隣接臓器(膀胱, 尿道, 膣など)や直腸の炎症性疾患, 直腸・肛門管癌などに続発するものが見受けられる<sup>1)</sup>. Winslettら<sup>2)</sup>は肛門周囲膿瘍233例中2例(0.86%)の直腸癌症例を報告し, 麻酔下での十分な肛門診察の必要性を強調している. 本邦においても直腸癌による肛門周囲膿瘍の報告例は散見され, その発現頻度は下部直腸癌症例の1.4~4.9%と報告されている<sup>3)-5)</sup>. また, 中には炎症が会陰部や陰囊, 下腹部にまで及ぶ Fournier's gangrene を来した症例も存在し, 致死率が高いことより迅速な診断・治療が必要と考えられる<sup>5)-8)</sup>. Dewireら<sup>9)</sup>や Gouldら<sup>10)</sup>は, S状結腸癌が鼠径管へ穿通し, 陰囊へ炎症が広がって Fournier's gangrene を来した症例を報告している. しかし, S状結腸癌による肛門周囲膿瘍の報告は, 医学中央雑誌 1983

Fig. 6 Histopathological findings showed well-differentiated adenocarcinoma invading through muscularis propria with perforation. (a: H.E. x 10, b: H.E. x 50)



年から2003年まで)およびPubMed(1951年から2003年まで)で検索しえたかぎり本邦および欧米を含めても存在せず, 自験例はその第1例目と考えられた.

肛門周囲膿瘍は次第に増強する肛門部の激痛で発症する. 坐骨直腸窩や骨盤直腸窩など深部の膿瘍では, 皮膚の局所所見よりも全身倦怠感や熱発などの全身症状が強いが, 膿瘍が大きくなれば局所の疼痛も強くなり, 直腸内指診で大きな硬結を触知するようになる<sup>1)</sup>.

画像診断では, 超音波検査やCTが有用である. 辻ら<sup>11)</sup>によれば, 経肛門的超音波内視鏡で, 膿瘍病変は筋のエコーレベルに比べてやや hypoechoic あるいは cystic pattern として描出され, 病変の存在部位, 肛門挙筋や括約筋との関係の診断に有効であるとされる. また, 戎井ら<sup>12)</sup>は, 特に高位の肛門周囲膿瘍に対して, 病巣の広がりを正確に把

握し、排膿経路を決定するために、骨盤部CTが最も有用であると報告している。自験例においては、坐位も不能となる程の激しい肛門部痛と局所の波動・硬結という所見が得られ、著明な炎症反応の上昇より肛門周囲膿瘍の診断を得た。さらに、腫瘍マーカーの上昇から悪性疾患の存在が疑われた。坐骨直腸窩に広がる膿瘍腔の診断および切開排膿術後の経過観察上、CTは極めて有用であった。

直腸癌では癌の直腸壁穿破、周囲軟部組織への浸潤・炎症が肛門周囲膿瘍の原因と考えられている<sup>4)</sup>。自験例では、まずS状結腸癌の潰瘍底部が炎症性に骨盤底へ癒着した後穿通し、穿通部からの細菌感染は膿瘍を形成して肛門挙筋群を穿破した結果、坐骨直腸窩へ広がったものと推察された。初回の切開排膿手術後に著明に膿瘍腔が縮小した経過からは、肛門陰窩の肛門腺からの細菌感染が原因となった可能性もありうると思われたが、2度目のS状結腸切除後にそれまで持続していた排膿が完全に消失し、膿瘍腔が急速に縮小して閉鎖しており、やはりS状結腸癌穿通が主因であると考えられた。

肛門周囲膿瘍を伴う直腸癌においては、まず十分な切開ドレナージと洗浄を行い、局所の炎症が消退した時点で根治術を施行するとされる<sup>3,7)</sup>。癌の浸潤範囲を把握するために膿瘍腔の生検も提唱されているが、炎症の波及範囲と腫瘍の浸潤範囲の正確な把握は困難であり、また膿瘍内への腫瘍細胞播種が局所再発の一因となる可能性もあることから、炎症範囲(膿瘍腔)の外側の健常組織での切除が必要であるとする報告もある<sup>3,13)</sup>。しかしその場合、切除範囲がかなり広範となるため死腔が大きく残り、また手術侵襲も大きくなるため、これらに対する配慮が必要である。

自験例では癌の潰瘍底穿孔部の骨盤底壁およびその周囲に腫瘍細胞は検出されなかったため、腫瘍直接浸潤部は切除されたものと判断し、膿瘍壁の追加切除は行わなかった。術後約1年8か月経過した現在まで再発徴候はないが、膿瘍腔内への腫瘍細胞播種の可能性については完全には否定できないため、腫瘍マーカーや骨盤部CTなどによ

り注意深い経過観察を行い、局所再発が判明した際には再手術も念頭においた治療方針策定の予定である。

S状結腸癌による肛門周囲膿瘍という、非常にまれな症例を経験した。肛門周囲膿瘍の症例においては、自験例のごとく悪性疾患が存在する場合もありうることを念頭において、精査・加療を行っていくべきであると考えられた。

## 文 献

- 1) 渋谷哲男, 田中茂夫: 肛門周囲膿瘍. 別冊日本臨床 消化管症候群下巻. 日本臨床社, 大阪, 1994, p794-797
- 2) Winslett MC, Allan A, Ambrose NS: Anorectal sepsis as a presentation of occult rectal and systemic disease. *Dis Colon Rectum* 31: 597-600, 1988
- 3) 山本聖一郎, 固武健二郎, 清水秀昭ほか: 肛門周囲膿瘍を併発した直腸癌の2例. *日臨外会誌* 61: 757-761, 2000
- 4) 高橋 誠, 大野一英, 遠藤文夫ほか: 肛門周囲膿瘍症状を主訴として来院した直腸癌の4例. *日本大腸肛門病会誌* 44: 89-92, 1991
- 5) 二村直樹, 加納宣康, 福原直樹ほか: Fournier's gangrene を合併した直腸癌の1例. *日臨外医会誌* 56: 399-402, 1995
- 6) 藤澤 稔, 丸山俊朗, 児島邦明ほか: 直腸癌に合併した Fournier's gangrene の1例. *日臨外医会誌* 60: 1583-1586, 1999
- 7) Gamagami RA, Mostafavi M, Gamagami A et al: Fournier's gangrene: an unusual presentation for rectal carcinoma. *Am J Gastroenterol* 93: 657-658, 1998
- 8) 中尾 武, 稲次直樹, 吉川周作ほか: 直腸癌の穿通により発症した Fournier's gangrene の1例. *日臨外会誌* 60: 3293-3296, 1999
- 9) Dewire DM, Bergstein JM: Carcinoma of the sigmoid colon: an unusual cause of Fournier's gangrene. *J Urol* 147: 711-712, 1992
- 10) Gould SW, Banwell P, Glazer G: Perforated colonic carcinoma presenting as epididymo-orchitis and Fournier's gangrene. *Eur J Surg Oncol* 23: 367-368, 1997
- 11) 辻 順行, 藤好建史, 高木幸一ほか: 経肛門的超音波検査による骨盤直腸窩感染病変の発生様式に関する検討. *日本大腸肛門病会誌* 44: 957-963, 1991
- 12) 戎井 力, 岡崎 誠, 金井俊雄ほか: 早期診断に骨盤CT検査が有用であった坐骨直腸窩膿瘍の1例. *外科* 63: 372-374, 2000

13 ) Nelson RL, Prasad ML, Abcarian H : Anal carcinoma presenting as a perirectal abscess or fistula.

Arch Surg 120 : 632 635, 1985

### A Case of Sigmoid Colon Cancer Associated with Periproctal Abscess

Shinya Hamasu<sup>1)</sup>, Naoki Yokoo<sup>1)</sup>, Michio Kimoto<sup>2)</sup>, Takashi Shiroko<sup>1)</sup>, Takahito Adachi<sup>2)</sup>,  
Takahiro Yoshida<sup>2)</sup>, Yoshihiro Tanaka<sup>2)</sup>, Hiromitsu Nagata<sup>2)</sup>, Kouji Kitamura<sup>2)</sup> and Kiyohisa Okamoto<sup>3)</sup>  
Department of Emergency<sup>1)</sup>, Surgery<sup>2)</sup> and Pathology<sup>3)</sup>, Takayama Red Cross Hospital

We report a case of sigmoid colon cancer associated with periproctal abscess. Despite a few reports of periproctal abscess presenting with rectal cancer, no cases of this disease caused by sigmoid colon cancer have, to our knowledge, been reported. A 51-year-old man with perianal pain was found in enhanced pelvic CT to have an ischioirectal abscess, so we conducted abscess drainage and lavage. Because of increased tumor markers, we conducted colonoscopy after local inflammation improved, and found sigmoid colon cancer. A laparotomy under general anesthesia showed that the cancer ulcer penetrated the pelvic wall and levator ani, causing an ischioirectal abscess. We resected the sigmoid colon. Histopathological findings showed well-differentiated adenocarcinoma invading the muscularis propria but did not the pelvic wall. It is thus necessary to consider the possibility of malignancy in periproctal abscesses.

Key words : ischioirectal abscess, sigmoid colon cancer

[ Jpn J Gastroenterol Surg 37 : 1674 1679, 2004 ]

Reprint requests : Shinya Hamasu Department of Emergency, Takayama Red Cross Hospital  
3 11 Tenman-cho, Takayama, 506 8550 JAPAN

Accepted : April 28, 2004