症 例

管外型肛門管癌の1例

日立総合病院外科, 同 病理科*

小 島 正 幸 谷 沢 健太郎 佐 貫 潤 一
佐 藤 宗 勝 奥 村 稔 高 橋 敦*

当初複雑痔瘻と診断し治療した管外型の肛門管癌を経験した。症例は49歳, 男性。1995年6月2年来の肛門周囲からの排膿, 出血を主訴に当科外来受診。馬蹄型の坐骨直腸窩膿瘍の診断で, 切開排膿術を施行。2カ月後複雑性痔瘻の診断で根治手術を施行。1997年8月頃より癒痕創から出血を認め, 10月31日外来を受診。肛門左側の皮膚に潰瘍を認め, また左鼠径部にリンパ節を触知した。管外型の肛門管癌を疑い生検を施行し, 腺癌と診断。12月11日腹会陰式直腸切断術および左浅鼠径リンパ節郭清を施行した。病理組織学的には粘液腺癌で鼠径部のリンパ節転移を認めた。肛門管癌の初発症状は痔核関連疾患に類似しており, 見逃さないためにはすべての症例に組織診断が必要である。本症例も初回治療時, 組織診断を施行していればすでに癌が存在していた場合診断できたはずである。組織診断の重要性を改めて認識するとともに日常診療で注意すべき疾患であるので報告する。

索引用語: 肛門管癌, 管外型, 組織診断

緒 言

肛門管癌は全直腸肛門癌の5~10%程度で直腸型を除くと2~4%と比較的まれな疾患である¹⁾。このうち病変の主座が肛門管壁内にあり, 癌組織は粘膜にほとんど認められない肛門線, 肛門腺管由来の癌はきわめてまれとされている²⁾。今回われわれは, 当初複雑痔瘻と診断し治療した管外壁の肛門管癌を経験したので報告する。

症 例

患者: 49歳, 男性。

主訴: 痔瘻術後創部出血。

家族歴: 特記すべきことなし。

既往歴: 29歳, 肺結核で1年半入院加療。

現病歴: 1993年頃から肛門周囲からの排膿があり, 1995年6月出血も伴うため当科外来受診した。既に2次口を認めたがドレナージ不十分であり馬蹄型の坐骨直腸窩膿瘍の診断で入院し, 切開排膿術を施行した。不良肉芽を伴う膿瘍で, 可及的に不良肉芽を搔爬した。1次口の処理もしておらず不良肉芽で創傷治癒が悪いため2カ月後の8月11日複雑性痔瘻の診断で根治手

Fig. 1 Previous operative scars were seen both side of the anus. Giant ulcer was seen at the left side of the operative scar.

術を施行した。根治手術時, 2次口を3時, 6時, 10時方向に認め, 1次口を6時方向に認めた。1次口と6時方向の2次口を輪ゴムで結紮するseton法を施行し, 3時, 10時の2次口から6時の2次口までは切開搔爬した。術後外来で2カ月後に創が閉鎖したため終診となった。その後症状なく経過していたが, 1997年8月頃より癒痕創から出血を認めるようになり, 10

Fig. 2 Pelvic CT showed a large mass (7 cm in diameter) at the left side of the anal canal.

月 31 日外来を受診した。肛門左側の皮膚に潰瘍を認め、粘液分泌はなかった。管外型の肛門管癌を疑い生検を施行し、腺癌と確定診断した。1997 年 11 月 28 日腹会陰式直腸切断術目的に入院した。

入院時現症 (Fig. 1)：肛門左側に 4×3 cm の潰瘍を認め、直腸診で粘膜、肛門上皮に異常なく潰瘍部に一致して 8×5 cm の硬い壁外性腫瘍を触知し、肛門右側には手術痕を認めた。また左鼠径部に腫大したリンパ節を触知した。

検査所見：血液、生化学検査に異常はなかった。CEA 値が 11.5 ng/ml, CA 19-9 値が 72 U/ml と上昇し

ていた。

腹部 CT 検査 (Fig. 2)：肛門管左壁を中心に 7×5 cm 大の腫瘍を認め、左鼠径部に 2 cm 大のリンパ節腫大を認めた。

腹部 MRI 検査 (Fig. 3)：肛門管左壁を中心に肛門括約筋を含み左殿部皮下脂肪内にひろがる分葉状の腫瘍を認め、最大径は 6.5×5 cm。T1 強調画像では筋肉と同程度の低信号、T2 強調画像では高信号が主体で一部中等度信号が混在していた。左肛門拳筋は正常構造として同定できず、腫瘍浸潤が疑われた。左鼠径部に 2 cm の腫大したリンパ節を認めた。

注腸所見 (Fig. 4)：直腸下端左側に瘻孔を認めたが、粘膜に異常はなかった。

手術所見：12 月 11 日手術を施行した。腹腔内、骨盤内ともリンパ節腫脹を認めなかった。会陰部では潰瘍から 2 cm 離して皮切をおき、直腸切断術を施行した。左鼠径部は浅鼠径リンパ節の郭清を施行した。

切除標本病理所見 (Fig. 5, 6)：肛門周囲に 5×6 cm の潰瘍を認め、断面では多数の mucus lake からなる比較的境界明瞭な 6×7×3 cm の腫瘍を認めた。組織学的に多形性の目立たない高円柱状の腫瘍細胞が偽重層を呈しながら嚢胞状に拡張した腺管を形成し、産生した粘液を内腔に貯留していた。表面では粘液に混じって多数の好中球の浸潤を伴っていた。肛門管および肛門周囲皮膚の皮下脂肪組織への浸潤を認め、また肛門拳

Fig. 3 MRI demonstrated a low intensity mass on T1 weighted image (A) and high intensity on T2 weighted image (B).

Fig. 4 Barium enema showed fistula at the left side of the lower rectum.

Fig. 5 The cancer cells were infiltrating fat layer under the perianal skin (H. E. stain, ×40).

筋への浸潤も認めた。剥離面に癌の露出はなかった。鼠径部のリンパ節に 1 個転移を認めた。

Fig. 6 Histological findings of the mucinous adenocarcinoma (H. E. stain, ×100).

術後経過：会陰創の皮下膿瘍を併発したが、ドレナージにより軽快し術後 26 日目の 1998 年 1 月 6 日に退院した。

考 察

本邦では大腸癌取り扱い規約により、肛門管上に発生した癌は、組織型の如何に関わらず肛門管癌と定義され、さらに腺癌および粘液癌は直腸型、肛門腺由来、痔瘻に合併、その他の管外型に分類されている²⁾。直腸型は肛門管直腸粘膜部に発生した通常の腺癌および粘液癌、肛門腺由来は癌組織は粘膜にほとんど認められないきわめてまれな腺癌または粘液癌、痔瘻に合併したのは痔瘻の長い既往症がある肛門管壁内に発生する腺癌または粘液癌と説明されている。またその他の管外型としては重複腸管由来などが考えられ、管外型では術前診断は困難で積極的な生検、細胞診での確定診断が重要とされる³⁾。本症例は病変の主座が肛門管壁内にあり、癌組織は粘膜に認められない粘液癌であった。痔瘻に合併した癌とは長期の、通常 10 年以上の長期にわたり炎症を繰り返している痔瘻に発生する癌とされており本症例とは異なる^{4)~6)}。隅越ら⁷⁾は、肛門腺由来腺癌 11 例を検討し発症後診断まで 1 カ月～3 年と痔瘻癌に比べ短期間の経過であるとしている。肛門腺由来を証明するのは早期でないと肛門腺上皮が破壊されてしまい証明は困難であり、本症例も肛門腺との関係は明らかにできなかった。また重複腸管も認められなかった。深沢ら⁸⁾は、本邦での痔瘻を伴う肛門管癌 29 症例を集計し痔瘻の病悩期間が 5 年未満は 11 例 (37.9%)、5 年から 10 年未満は 5 例 (17.2%) であり、10 年以上の長い痔瘻の病悩期間を有し瘻孔の開口部が肛門管または肛門腺窩にあり痔瘻から発生したと考

えられる癌は3例のみであったと報告している。この中にはわれわれの症例と同様複雑性痔瘻の診断で痔瘻切開排膿後、痔瘻内孔のうち1カ所のみ腫瘤を形成した本症と類似の症例も含まれている。Leeら⁹⁾の報告した痔瘻を伴った肛門腺由来の肛門管癌の1例では3つの二次孔を認め、これらの瘻管はすべて腫瘍と交通していたと述べている。

Jensenら¹⁰⁾は21例の肛門管の腺癌を報告し発症から正確な診断まで1カ月から最長36カ月の平均18カ月かかり、15例は最初良性疾患として治療されていたが、3例は切除した内痔核の組織で偶然に診断、5例は慢性痔瘻の生検で診断されたとして組織診断の重要性を強調している。大東ら¹¹⁾も肛門腺由来腺癌を報告し初診時に見逃さないことを強調している。肛門管癌の初発症状は痔核関連疾患に類似しており、見逃さないためにはすべての症例に組織診断が必要である。本症例も初回治療時、組織診断を施行していればすでに癌が存在していた場合診断できたはずである。

結 語

痔瘻を伴った管外型肛門管癌の症例を経験した。組織診断の重要性を改めて認識するとともに日常診療で注意すべき疾患であるので報告した。

文 献

- 1) 隅越幸男：肛門癌に対するアンケート調査報告。

日本大腸肛門病会誌 35：92—97, 1982

- 2) 大腸癌研究会編：大腸癌取扱い規約，改訂第5版，金原出版，東京，1994
- 3) 中山 肇，更科廣實：肛門腫瘍の病理，外科 52：128—132, 1990
- 4) Skir I：Mucinous carcinoma associated with fistulas of longstanding. American Journal of Surgery 75：285—289, 1948
- 5) 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
- 6) 橋本正也，高野正博，藤好建史他：極めて微小な痔瘻癌の1例。日外会誌 93：861—863, 1992
- 7) 隅越幸男，岡田光生，住江正治他：肛門癌の病理。胃と腸 12：317—326, 1977
- 8) 深沢 宏，粕川剛義，鎌田重康他：痔瘻を伴う肛門管癌について（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
- 9) Lee SH, Zucker M, Sato T：Primary adenocarcinoma of an anal gland with secondary perianal fistulas. Human Pathology 12：1034—1036, 1981
- 10) Jensen SL, Shokouh-Amiri MH, Hagen K, et al：Adenocarcinoma of the anal ducts, a series of 21 cases. Dis Colon Rectum 31：268—272, 1988
- 11) 大東誠司，小川真一郎，柵瀬信太郎他：肛門腺由来粘液癌の1例。日消外会誌 31：2284—2287, 1998

A CASE OF EXTRAMUCOSAL CARCINOMA OF THE CANAL

Masayuki KOJIMA, Kentaro YAZAWA, Jun-ichi SANUKI, Munekatsu SATO,
Minoru OKUMURA and Atsushi TAKAHASHI*

Department of Surgery, Hitachi General Hospital

*Department of Pathology, Hitachi General Hospital

A 49-year-old man was first seen at the hospital in July, 1995, with a 2-year history of pus discharge and bleeding from the perianus. This was considered to be a horseshoe type perianal abscess and was treated by surgical drainage. Two months later, he underwent debridement and tight seton under the diagnosis of complex fistula ani. The patient remained symptom-free for 2 years thereafter. He was again seen at the hospital in October, 1997, with a 2-month history of bleeding from the wound. Examination revealed an ulcerative left side perianal lesion and a left inguinal lymph node swelling. Proctoscopic examination revealed no mucosal lesion in the anal canal and rectum. Biopsy of the perianal mass showed an adenocarcinoma. Miles operation with left inguinal lymph nodes dissection was performed. The carcinoma was histologically diagnosed as mucinous adenocarcinoma with inguinal lymph node metastasis. First manifestations of carcinoma of the anal canal resemble those of benign hemorrhoidal diseases, and hence histological diagnosis is required for all cases not to make misdiagnosis. In this case, if we had performed histological examinations and carcinoma had been present, we had to make the correct diagnosis at the first visit. This case that has emphasized the importance of histological diagnosis and should be noted in daily clinical scenes is presented here.