症 例

肛門周囲膿瘍を併発した直腸癌の2例

栃木県立がんセンター外科, 同 研究検査部病理*

山 本 聖一郎 固 武 健二郎 清 水 秀 昭

奥 村 拓 也 五十嵐 誠 治* 小 山 靖 夫

肛門周囲膿瘍にて発症した直腸癌の2症例を経験した。肛門周囲膿瘍は稀な疾患ではないが約1%に直腸癌を合併するとされ、当院で経験した下部直腸癌144例中2例(1.4%)が肛門周囲膿瘍にて発症した。肛門周囲膿瘍症状を呈する直腸癌症例は局所再発の危険性が高いとされるが、両症例とも良好な局所コントロールが得られている。いずれの症例とも肛門周囲膿瘍に対して切開ドレナージ、洗浄にて局所の炎症が消退した時点で根治術を施行、手術では局所再発の予防のために炎症範囲(膿瘍腔)を含め、その外側の健常組織で膿瘍を切除した。1例では死腔が広範となり、二期的に後大腿筋膜皮弁・薄筋弁移行術を施行した。1例は術前より認めた肺転移のため術後2年3カ月で癌死したが死亡時に局所再発は認めず、他例は術後3年10カ月が経過したが無再発生存中である。

索引用語：直腸癌，肛門周囲膿瘍，Fournier's gangrene

はじめに

肛門周囲膿瘍は日常診療において少なからず経験される疾患であるが、直腸癌との合併例が報告されており¹⁾、治療に際しては直腸癌の存在を念頭におく必要がある。一方、肛門周囲膿瘍を伴う直腸癌は局所再発の危険性が高いとされ²⁾、局所制御に配慮した治療を行うことが必要である。今回、著者らは肛門周囲膿瘍にて発症し、局所の炎症を軽減させた後に根治切除術を施行し、良好な局所制御を得た直腸癌の2例を経験したので報告する。

症 例

症例1：75歳、男性。

主訴：肛門周囲痛。

家族歴：妹が直腸癌にて死亡した。

既往歴：特記すべきことなし。

現病歴：1993年9月、肛門周囲痛が出現し、近医を受診した。直腸周囲膿瘍の診断で腰椎麻酔下に切開ドレナージが施行されたが、その際の直腸指診で下部直腸に2'型の腫瘤が発見され、生検にてGroup 5、高分化腺癌と診断された。同月、当院での治療を目的に転

院となった。

入院時現症：身長155cm、体重46kg。眼瞼結膜に貧血を認めた。肛門皮膚には10～11時方向に切開創を認め、周囲の皮膚の発赤を認めたが、ドレナージと洗浄により自覚痛は軽減していた。直腸指診ではRb前壁を中心とした縦径約6cm大の亜全周性の2'型の腫瘤を触知した。

血液検査所見：貧血(Hb9.1g/dl)とCEAの上昇(36.6ng/ml)を認めた。

下部消化管検査所見：注腸造影検査では下部直腸(Rb)にはほぼ全周性の2'型の膿瘍を認めたが、膿瘍と膿瘍腔の交通は確認できなかった。大腸内視鏡検査ではRbを中心とした亜全周性の2'型の膿瘍を認め、生検ではGroup 5、高分化ないし中分化腺癌と診断した。

胸部CT所見：胸部単純X線で左中下肺野に腫瘤影を認め、胸部CT検査では左S⁹に40×35mm、右S⁴、S⁵に8mmと11mmの腫瘤を認め、転移が疑われた。気管支鏡下の生検では腺癌が確認され、肺転移を疑わせる組織像であった。

骨盤CT所見：前医でのドレナージ施行前の骨盤CTでは、右坐骨直腸窩に膿瘍腔を認め、遡及的に下部

1999年7月27日受付 1999年11月8日採用

Fig. 1 Enhanced pelvic CT demonstrated a ischio-rectal abscess and lower rectal wall thickness.

Fig. 2 Microscopic finding of the cross section. Cancer cell was detected in abscess cavity and abscess wall (H. E. $\times 25$).

直腸の全周性の壁肥厚を指摘することができた (Fig. 1)。腫瘍の他臓器への浸潤所見は認めなかった。

以上より、右坐骨直腸窩に及ぶ肛門周囲膿瘍を伴った直腸癌(Rb)、肺転移と診断した。原発巣と肺転移の二期的切除を予定した。

手術所見：1993年10月、腹仙骨式直腸切断術を施行した。腫瘍はRbに位置し、他臓器への浸潤は認めなかった。会陰部は肛門周囲膿瘍のドレナージ部より約3 cm 外側で皮膚を切開し、膿瘍腔が露出しないように膿瘍腔の外側で脂肪組織を切離した。右内腸骨動脈周囲には転移を疑わせる腫大したリンパ節を認め、両側方リンパ節、中枢側方向の3群リンパ節を郭清した(D₃)。手術診断はA₂, P₀, H₀, N₂(+), M(+), Stage IVであった。

病理組織学的所見：摘出標本では亜全周性の7×5

cm 大の2型の腫瘍を認めた。腫瘍は中分化腺癌で、a2, ly0, v1, n(-)であった。剖面像で腫瘍は膿瘍腔に露出し、膿瘍壁にも腫瘍細胞を認めたが (Fig. 2)、剝離面には腫瘍細胞は認めず ew (-)と判定した。

術後経過：術後、肺転移に対する治療を希望せず無治療にて外来にて経過を観察した。1996年1月、初回手術から2年3ヵ月後に肺転移による呼吸不全のため死亡した。死亡時には局所再発は認めなかった。

症例2：68歳、男性。

主訴：肛門周囲痛、血便。

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：48歳より糖尿病にて経口糖尿病薬にて治療中であった。58歳、胆石症にて胆嚢摘出術。

現病歴：1995年6月、肛門周囲痛を自覚するも放置し、同年7月、血便、微熱が出現したため近医を受診し、貧血、CEA 高値を指摘され、精査目的に当院を受診した。8月1日肛門周囲痛が増強し、下部直腸癌に伴う肛門周囲膿瘍の診断で入院となった。

入院時現症：身長155cm、体重50kg。体温37.6°C、脈拍100回/分、血圧134/78mmHg、眼瞼結膜に貧血を認めた。肛門周囲は発赤、腫張、疼痛が著明で発赤は陰嚢周囲まで波及し、肛門の10時方向の皮膚は自潰し、肛門周囲膿瘍の膿瘍腔と交通していた。直腸指診では下部直腸に隆起性病変を触知した。また失見当識を認めた。

入院時検査所見：白血球増加 (17600/mm³)、貧血 (Hb8.1g/dl)、電解質異常 (Na126mEq/dl, Cl92mEq/dl)、BUN の上昇 (28.1mg/dl)、血糖値の上昇 (201mg/dl)、CEA の上昇 (42.5ng/ml) を認めた。

骨盤 CT 所見：下部直腸には約8 cm 大の腫瘍を認め、周囲の脂肪組織は左右の内閉鎖筋、前立腺に及ぶ範囲で不整な濃染像を呈したが、腫瘍の浸潤か炎症の波及かの鑑別は困難であった (Fig. 3)。また会陰部には広範なガス貯留像を認めた。

入院後経過：炎症は陰茎、陰嚢までは波及しておらず、陰茎、陰嚢、会陰部の壊疽を伴う Fournier's gangrene³⁾ではないが同様な病態(壊死性筋膜炎)であると判断した。絶食として中心静脈栄養管理とし、抗生剤投与、会陰部の切開ドレナージと洗浄を施行し、失見当識は入院2日後には改善した。会陰部の膿培養では Enterobacter agglomerans, Enterococcus avium, Bacteroides fragilis が検出された。膿瘍壁の生検では悪性所見を認めなかった。局所の炎症を助長させる可能性があるため注腸造影検査、大腸内視鏡検査は施行

Fig. 3 Enhanced pelvic CT demonstrated a rectal wall thickness and heterogeneous enhancement of surrounded tissue.

Fig. 4 Operative finding of the perineal region after the resection of tumor.

しなかった。

以上より、肛門周囲膿瘍から壊死性筋膜炎を併発した直腸癌の診断で、局所の炎症の消退後に待機的に手術を施行した。

手術所見：1995年8月16日、根治術を施行した。腫瘍はRbに位置し、前立腺、尾骨への浸潤も疑われた。両側側方リンパ節、中枢側方向の3群リンパ節郭清(D₃)、前立腺部分切除、尾骨合併切除を伴う腹仙骨式直腸切断術を施行した。手術時には陰囊下縁にいたる広範な皮膚欠損と周囲の皮膚の発赤を認め、その外側で皮膚を切開し、膿瘍腔が露出しないように膿瘍腔の外側で脂肪組織を切離した(Fig. 4)。会陰創は感染を伴い、死腔も広範で、糖尿病を合併していたため開放創とした。手術診断はA₂、P₀、H₀、N₀、Stage IIであった。

Fig. 5 Microscopic finding of the cross section. Cancer cell was not detected around skin ulcer (H. E. ×50).

病理組織学的所見：摘出標本では亜全周性の7.5×5 cm大の1型の腫瘍を認めた。腫瘍は高分化腺癌で、a2, ly0, v2, n(-)であった。剖面像で腫瘍は膿瘍腔の近傍まで浸潤していたが膿瘍壁および皮膚自潰部には腫瘍の浸潤は認めず(Fig. 5), ew(-)と判定した。

術後経過：会陰創は洗浄にて感染をコントロールし、術後37日目に左後大腿筋膜皮弁・薄筋弁による死腔充填術を施行した。術後3年7カ月目に胃癌にて幽門側胃切除術を施行した。直腸癌術後3年10カ月を經過し直腸癌、胃癌の再発の徴候はない(Fig. 6)。

考 察

肛門周囲膿瘍に伴う症状を主訴とした下部直腸癌症例は比較的稀であり、高橋ら²⁾は下部直腸癌全体の4.9%、二村ら⁴⁾は2.8%と報告し、当院では1986年から1998年まで13年間に経験した下部直腸癌144例中2例(1.4%)であった。頻度は高くはないが肛門周囲膿瘍に直腸癌が合併する場合があります、自験例1のように疼痛のため直腸指診が施行できない症例でも麻酔下にドレナージの際には直腸指診を施行することが必要である⁵⁾。また下部直腸癌が原因となり、致死率の高い陰茎、陰囊、会陰部の壊疽を伴うFournier's gangreneにまで進展した報告もある⁶⁾。自験例2は炎症の波及範囲よりFournier's gangreneとは診断できないが、失見当識を認め、同様の病態と考えられた。またFournier's gangreneでは半数以上に糖尿病や動脈硬化などの基礎疾患を併存するため注意が必要があり⁷⁾、自験例2も糖尿病を有し、来院時の血糖値は201mg/dlと血糖コントロールは不良であった。

直腸癌が肛門周囲膿瘍を惹起する機序は明らかではないが、癌の周囲軟部組織への浸潤に伴う細菌性の炎

Fig. 6 Gluteal region. There are no signs of local recurrence.

症の波及と考えられる²⁾。直腸癌が併存している際には癌の浸潤範囲の把握のために膿瘍腔の生検も提唱されているが³⁾、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る。また膿瘍内への組織学的には証明できない腫瘍細胞の播種が局所再発の一因とも推察され²⁾、臨床的には炎症の波及範囲を腫瘍の浸潤範囲と見なす必要があると考えられる。

肛門周囲膿瘍を伴った直腸癌の初期治療は局所の消炎を目的に十分な切開ドレナージと洗浄が重要であ

り、必要に応じて人工肛門を造設する。局所の炎症が消退した時点で根治術を施行するが、局所再発の予防のためには炎症範囲（膿瘍腔）の外側の健常組織での切除が必要である。術中の骨盤腔内温熱化学療法²⁾や術後の放射線療法も有用であると考えられる。自験例2のように死腔が広範となる場合には、十分に感染を制御した後に筋皮弁による充填術が有効であると考えられた。

文 献

- 1) Winslett MC, Allan A, Ambrose NS: Anorectal sepsis as a presentation of occult rectal and systemic disease. *Dis Colon Rectum* 31:597—600, 1988
- 2) 高橋 誠, 大野一英, 遠藤文夫 他: 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
- 3) Fournier FA: Etude clinique de la gangrene foudroyante de la verge. *Semaine Med* 4:69—70, 1884
- 4) 二村直樹, 加納宣康, 福原直樹 他: Fournier's gangrene を合併した直腸癌の1例. *日臨外医会誌* 56:399—402, 1995
- 5) Nelson RL, Prasad ML, Abcarian H: Anal carcinoma presenting as a perirectal abscess or fistula. *Arch Surg* 120:632—635, 1985
- 6) Gamagami RA, Mostafavi M, Gamagami A, et al: Fournier's gangrene: An unusual presentation for rectal carcinoma. *Am J Gastroenterol* 93:657—658, 1998
- 7) 山内 仁, 吉見富洋, 河野修三 他: 糖尿病に合併した Fournier's gangrene の1例. *臨外* 54:557—560, 1999

TWO CASES OF RECTAL CARCINOMA PRESENTED WITH PERIANAL ABSCESS

Seiichiro YAMAMOTO, Kenjiro KOTAKE, Hideaki SHIMIZU, Takuya OKUMURA,
Seiji IGARASHI* and Yasuo KOYAMA

Departments of Surgery and Pathology*, Tochigi Cancer Center

We report two cases of rectal carcinoma presented with perianal abscess. Although perianal abscess is not uncommon, rectal carcinoma is rarely associated with the disease in a frequency of about 1%. In our series of 144 cases of lower rectal carcinoma, two (1.4%) cases were presented with perianal abscess. It has been reported that rectal cancer with perianal abscess has a high risk of local recurrence after curative operation, but in these cases there have been no signs of recurrence.

In both cases, we performed abscess drainage and lavage to control local inflammation prior to curative operation. Abdominosacral excision of the rectum was carried out and the tumor was resected with abscess cavity and abscess wall to prevent local recurrence. In one case, musculocutaneous flap reconstruction was performed secondarily to fill up the dead space in the pelvic cavity and gluteal region. One patient died of pulmonary metastasis two year and three months after the operation, but there was no sign of local recurrence. Other patient has been free from recurrence as of three year and 10 months after the operation.