

⑥肛門部病変先行例

肛門部症状(病変)を初発症状とした症例を肛門部病変先行例として供覧する。

【症例36】 13歳 / 男性 / 小腸型

痔瘻多発(3時・10時) → 3ヶ月後診断

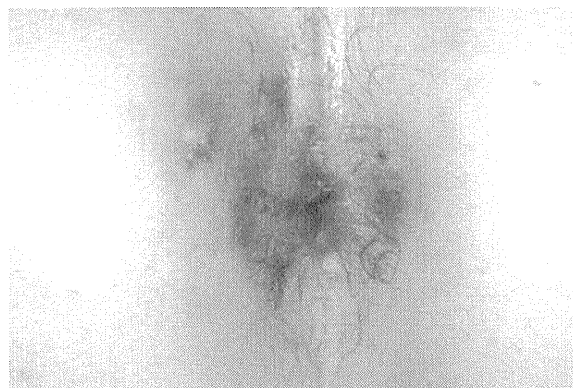


図38. 肛門部病変先行例[1]

【症例37】 11歳 / 男性 / 小腸大腸型

痔瘻(11時) → 7年後診断



図39. 肛門部病変先行例[2]

⑦診断の契機となった肛門周囲膿瘍

【症例38】 20歳 / 男性 / 小腸大腸型

肛門周囲膿瘍(後壁側)に対し麻酔下に観察 ⇒ 肛門潰瘍に起因した膿瘍を確認、診断に至った。

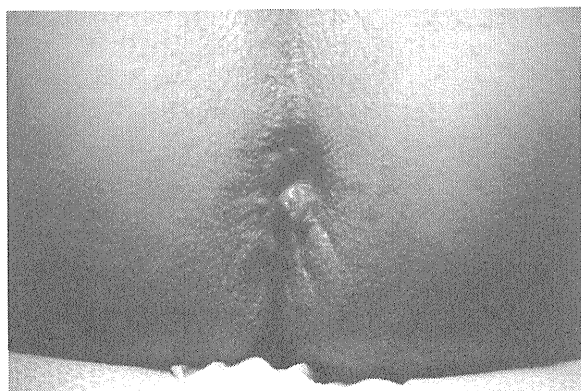


図40. 外来での所見



図41. 麻酔下の観察・処置

⑧ Anorectal carcinoma

【症例39】 45歳 / 女性 / 小腸大腸型

病悩期間20年
7, 8時 fistula 癩痕
腔より腫瘍脱出

RbP 2型, M₀ P₀ H₀ N₃ AI(腔) IIIb
well differentiated adenocarcinoma
with mucinous degeneration



図42. Anorectal carcinoma[1]

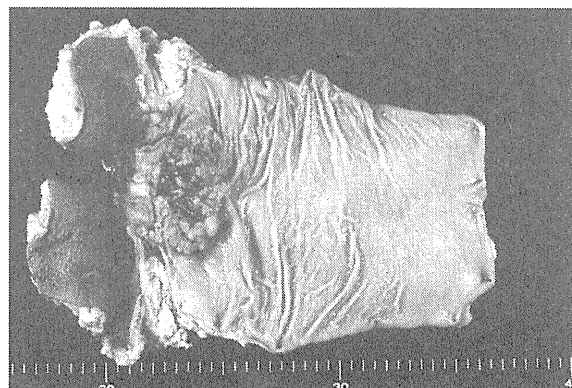


図43. 摘出標本

【症例40】 31歳 / 女性 / 小腸大腸型

病悩期間11年
7時 fistula 癩痕
肛門周囲皮膚および腔への浸潤著明

RbP 3型, M₀ P₀ H₀ N₃ AI(腔, 子宮) IIIb
mucinous with signet ring cell carcinoma

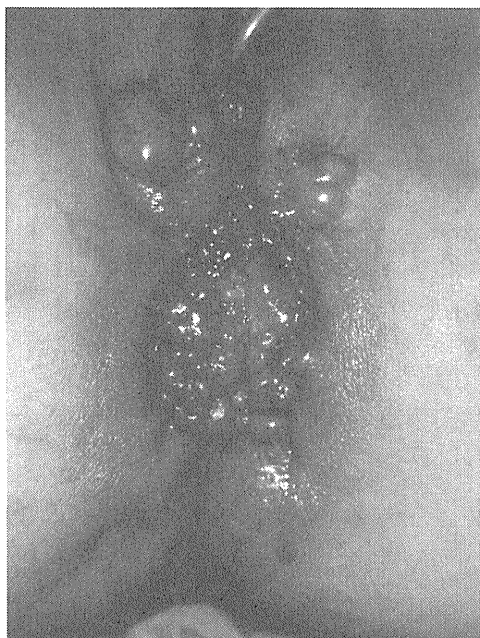


図44. Anorectal carcinoma[2]

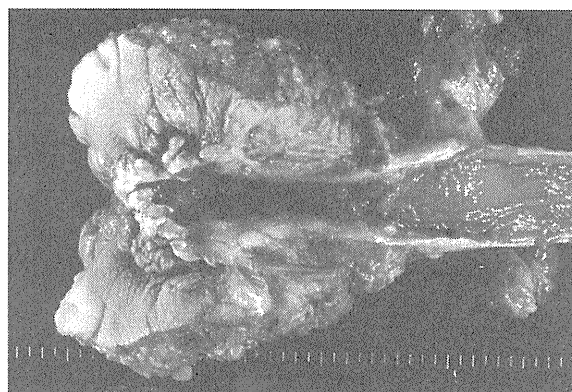


図45. 摘出標本

【症例41】 54歳 / 男性 / 小腸大腸型

病悩期間24年

長期ストーマ観察例

肛門部痛・粘液便排出

視診ではとくに所見はないが触診で肛門部硬化、
圧痛著明

RbP 4型,

M₁(No280) P₀H₀N₃AI(膀胱・前立腺・精囊) IV
mucinous carcinoma



図46. Anorectal carcinoma[3]

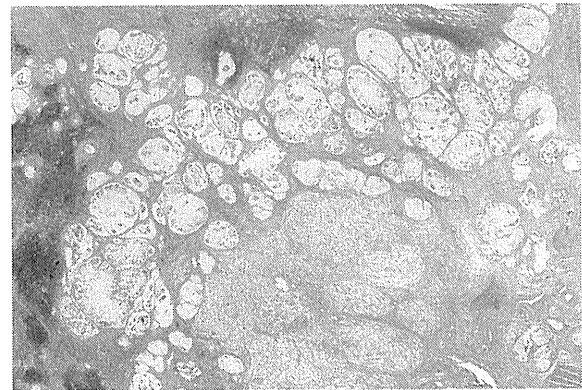
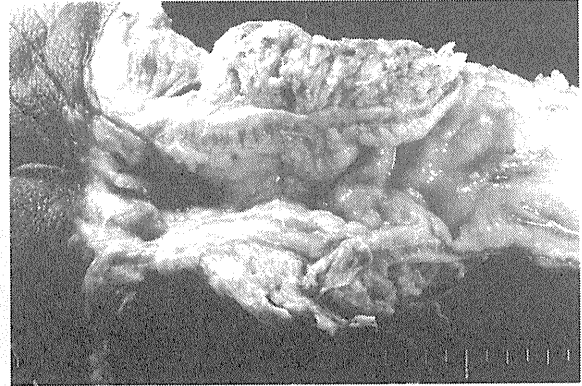


図47. 摘出標本・組織標本

VI. クローン病肛門部病変の画像所見

肛門部病変は局所の肉眼所見だけでなく、注腸造影・CT検査・MRIなどの画像所見を加えて正しく病態を診断することが必要であり、ここでは各肛門部病変における画像所見を供覧する。

①クローン病痔瘻・膿瘍における画像所見

【症例42】

38歳 / 女性 / 小腸大腸型

肛門部痛、発熱

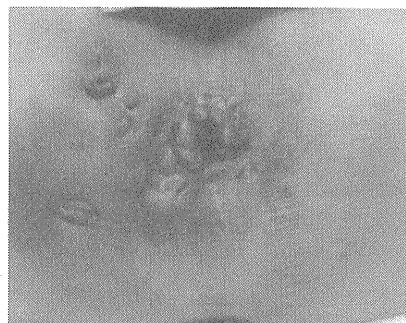


図48. 肉眼所見(症例42)

【症例43】

33歳 / 男性 / 小腸大腸型

肛門部痛(6時)

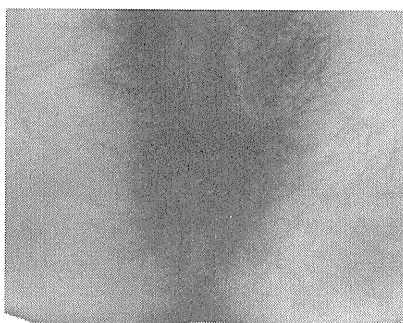


図49. 肉眼所見(症例43)

【症例44】

28歳 / 女性 / 小腸大腸型

肛門右側痛



図50. 肉眼所見(症例44)

【症例42】



図48. 肉眼所見(症例42)

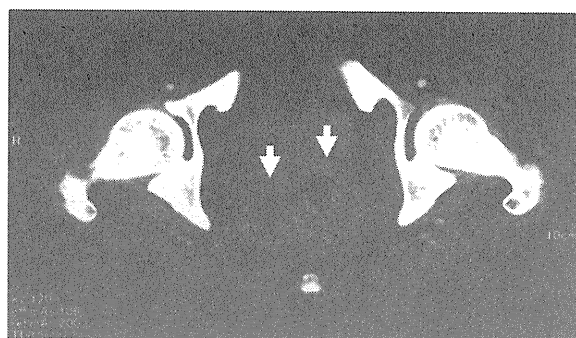


図51. CT所見



図52. MRI(T1) 所見

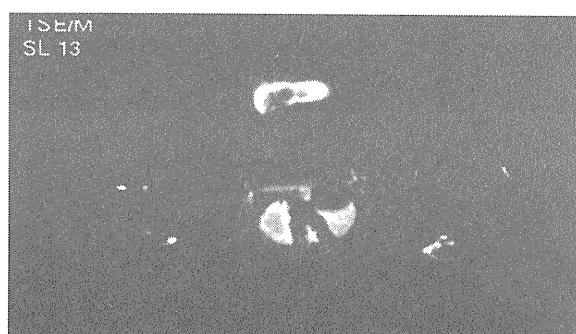


図53. MRI(T2) 所見

※CT、MRIともに、液性貯留を伴う膿瘍を認める。

【症例43】

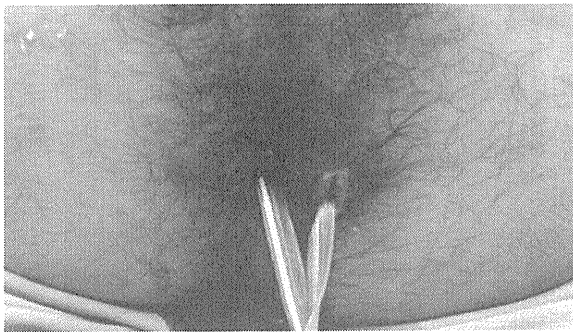


図54. 肉眼所見(症例43)



図55. 注腸造影所見

※注腸造影では、瘻孔の描出はない。



図56. MRI(T1) 所見

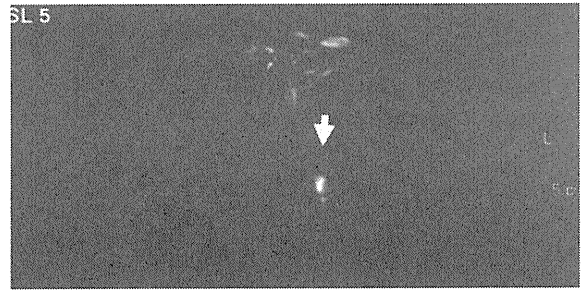


図57. MRI(T2) 所見

※MRI(T1, T2)にて瘻管の走行が確認できる。

【症例44】



図50. 肉眼所見(症例44)

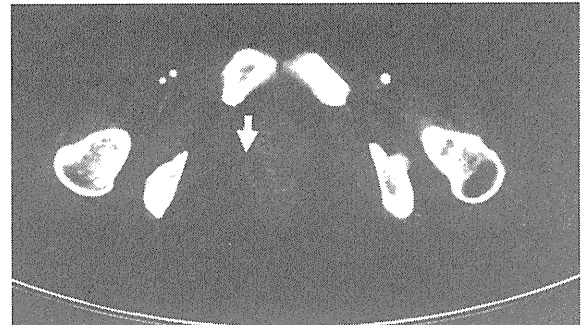


図58. CT所見



図59. MRI(T1) 所見

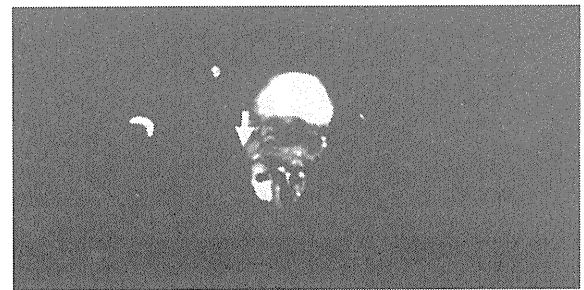


図60. MRI(T2) 所見

※傍直腸部に膿瘍を認めるが既存のドレーンは届いていない。

【症例44】



図61. 注腸造影所見[1]



図62. 注腸造影所見[2]

※注腸検査でも確認できる瘻孔病変

②会陰部広範に進展した骨盤直腸窩膿瘍

【症例45】

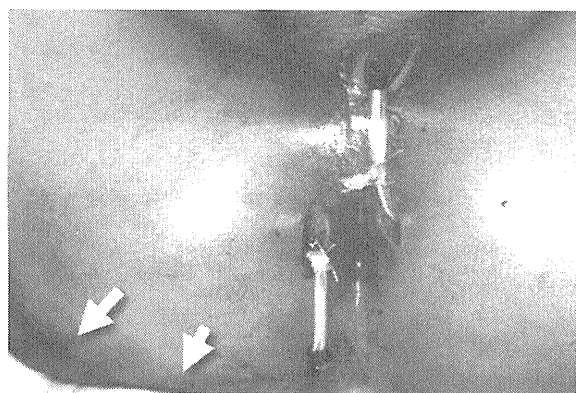


図63. 陰嚢近傍から殿部広範(矢印)におよぶ膿瘍

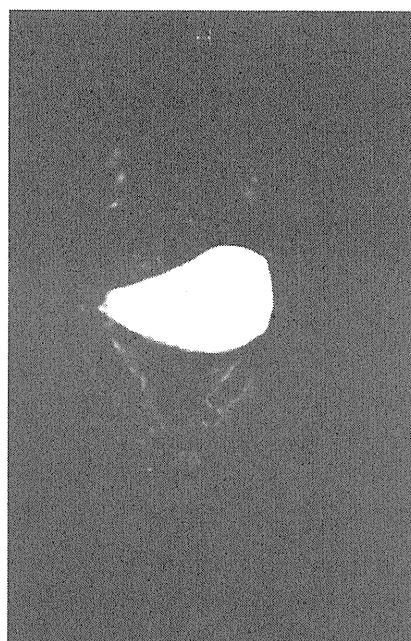


図64. MRI所見：骨盤直腸窩におよぶ痔瘻・膿瘍

③下部直腸から肛門周囲におよぶ広範な痔瘻・膿瘍

【症例46】

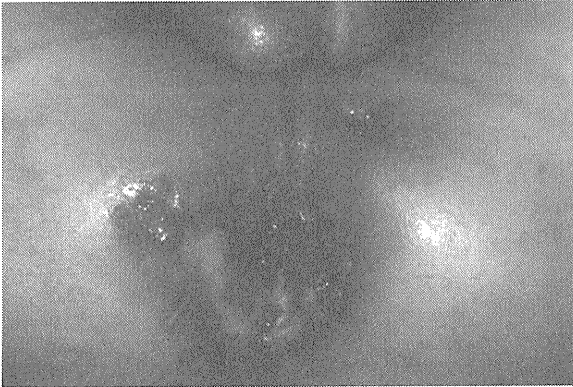


図65. 全周におよぶ痔瘻・膿瘍



図66. CT所見：直腸壁肥厚、直腸周囲におよぶ瘻孔



図67. 注腸造影所見：下部直腸肛門狭窄

④Anorectal Crohn's disease -Cavitating ulcerにおける注腸造影-

【症例47】



図68. Cavitating ulcerに伴う痔瘻



図69. 注腸造影所見：下部直腸・肛門管におよぶ狭窄・縦走潰瘍

⑤高度の直腸肛門狭窄

【症例48】



図70. 注腸造影所見：直腸肛門部の線維性狭窄



図71. 注腸造影所見：バルーンでの拡張も効果なし

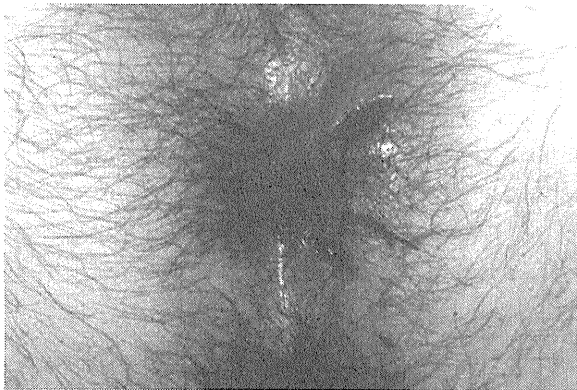


図72. 肛門周囲左側半周に及ぶ膿瘍

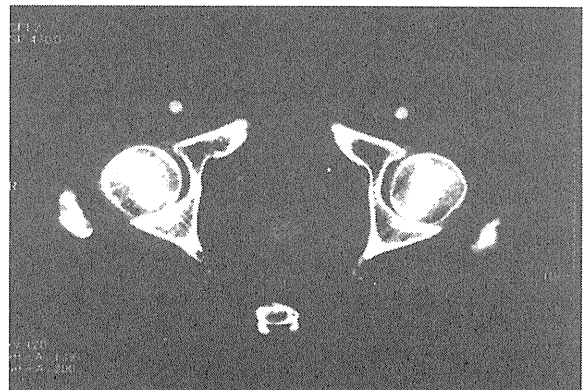


図73. CT所見：
直腸の壁肥厚、周囲脂肪織の炎症性変化

⑥ 肛門癌における画像所見

【症例49】 64歳 / 女性 / 生検により確診した肛門部癌

病悩期間(痔瘻)：18年

癌診断時(64歳)：3時方向に膿瘍がおよぶ

初診時(54歳)：5時方向に痔瘻

5時方向の瘻管内生検で癌の診断

腸管手術歴：3回



図74. 初診時

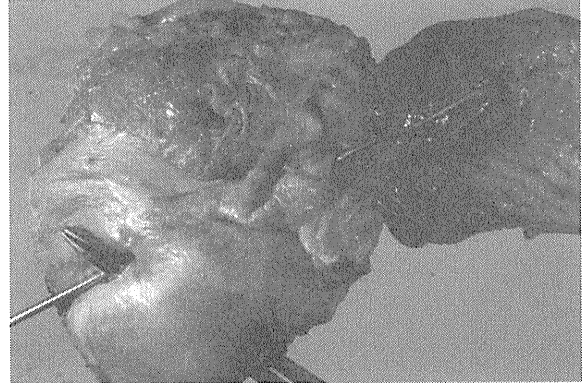


図77. 切除標本(ゾンデ挿入部に痔瘻癌)

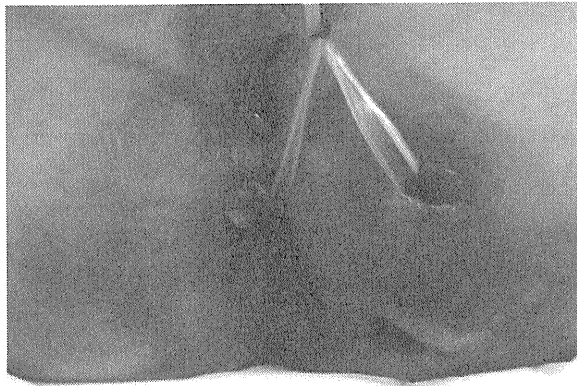


図75. 癌診断時

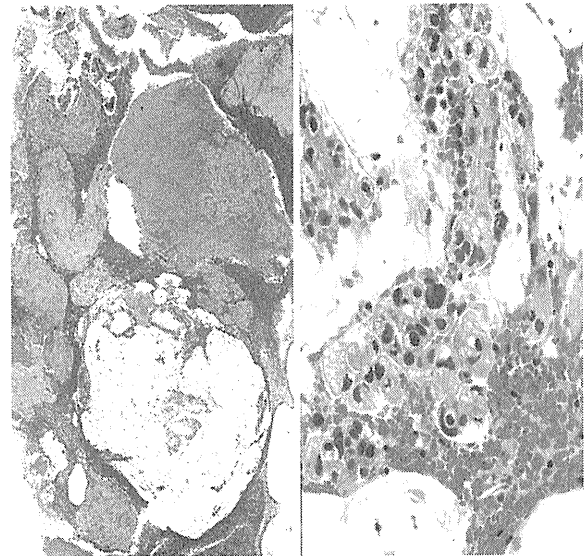


図78. 生検所見(粘液癌)

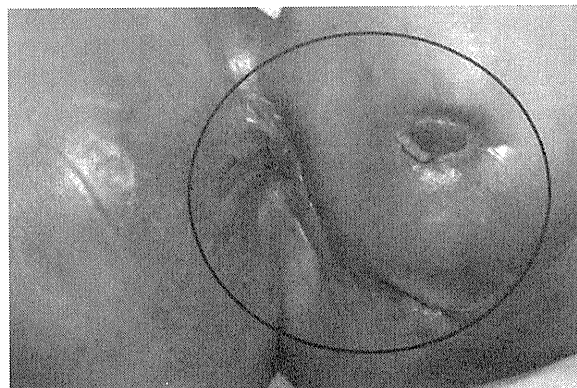


図76. 肛門部所見(切除範囲)

【症例49】 64歳 / 女性 / 生検により確診した肛門部癌 —画像所見—

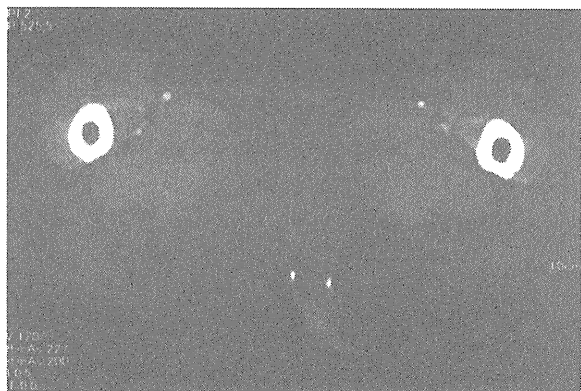


図79. PET-CT所見

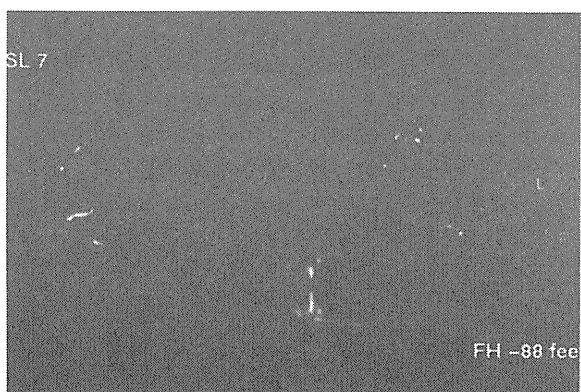


図80. MRI所見



図81. 注腸造影所見

※注腸造影・CT・MRI・PET検査で瘻孔は描出されるが、癌の所見はみとめない

【症例50】 47歳 / 男性 / 小腸大腸型：肛門部癌(非切除例)

病歴期間23年、肛門部痛増強

左側半周におよぶ腫瘤形成、3時方向既痔瘻部にも腫瘤形成。

肛門周囲広範に発赤、前壁側に痔瘻多発

局所浸潤とともに鼠径部、大動脈周囲リンパ節に転移みられ、切除不能。

生検診断：Mucinous adenocarcinoma

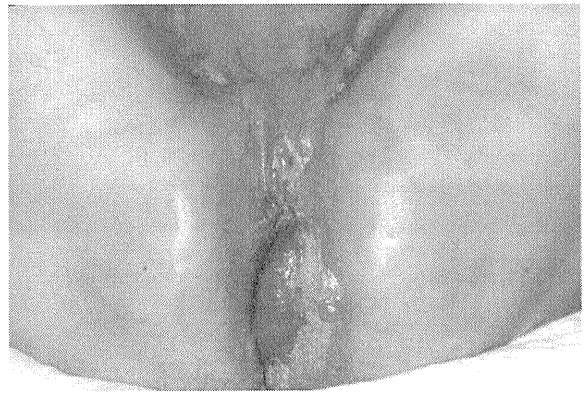


図82. 肉眼所見

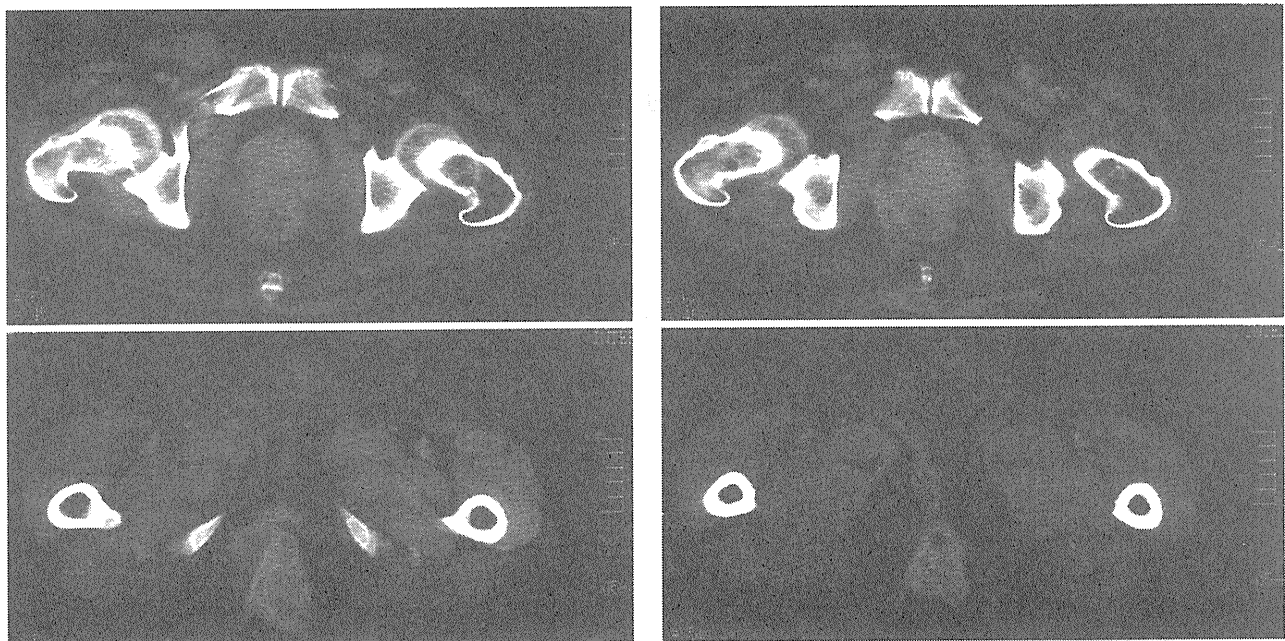


図83. CT所見：直腸肛門の壁肥厚・周囲臓器浸潤・鼠径リンパ節腫大

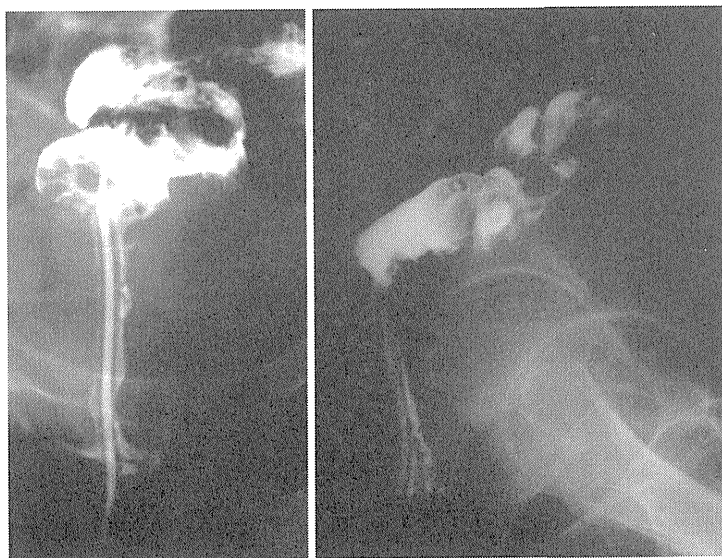


図84. 下部消化管造影：直腸肛門の著明な狭窄

VII. クローン病診断基準としての肛門部病変

出典：飯田三雄. 難治性炎症性腸管障害に関する調査研究(渡辺班)
平成21年度総括・分担研究報告書. 2010: p29-30

診断基準

主要所見

- A. 縦走潰瘍
- B. 敷石像
- C. 非乾酪性類上皮細胞肉芽腫

副所見

- a. 消化管の広範囲に認められる不整形～類円形潰瘍またはアフタ
- b. 特徴的な肛門病変
- c. 特徴的な胃十二指腸病変

※特徴的な肛門病変：

裂肛、Cavitating Ulcer、痔瘻、肛門周囲膿瘍、浮腫状皮垂など。

「Crohn病肛門病変肉眼所見アトラス」を参照し、クローン病に精通した肛門専門医による診断が望ましい。

確診例

- 1. 主要所見のAまたはBを有するもの
- 2. 主要所見のCと副所見のaまたはbを有するもの
- 3. 副所見のa、b、cすべてを有するもの

疑診例

- 1. 主要所見のCと副所見のcを有するもの
- 2. 主要所見のAまたはBを有するが虚血性大腸炎や潰瘍性大腸炎と鑑別できないもの
- 3. 主要所見のCのみを有するもの
- 4. 副所見のいずれか2つまたは1つのみを有するもの

Ⅷ. クローン病肛門部病変治療指針

出典：二見喜太郎. 難治性炎症性腸管障害に関する調査研究(渡辺班)
平成21年度総括・分担研究報告書. 2010：p53-54

1. 一般的事項

クローン病において、肛門部は回盲部と同様に罹患頻度の高い部位であり、その病変は再発をくり返し、難治化することから、長期的にQOLを維持するためにも管理が重要となる。

治療に際しては、局所の病態を的確に診断するだけでなく、腸病変とくに大腸病変の活動性を評価して治療法を決定し、局所の外科治療の選択には病変の制御とともに肛門機能にも配慮する。

肛門部は癌合併頻度の高い部位であり、長期経過例に対しては臨床症状の変化に留意し、癌を疑う場合には積極的に組織学的検索(生検・細胞診)を行ない早期発見に努める。

2. 診断的事項

肛門周囲、肛門管を含めた局所の病態の評価は、経験ある外科医、肛門科医との連携の下、必要に応じて麻酔下での検索を行なう(EUA：Examination under anesthesia)。

画像検査としては、内視鏡検査、瘻孔造影、CT、MRI、経肛門的超音波検査を用いて肛門管から直腸周辺の炎症性変化を評価する。

腸病変については、罹患部位、活動性を把握する。

肛門機能についても、用手的診察、肛門内圧検査を用いて肛門括約筋機能を評価する。

3. 病態別治療指針

(1) 痔瘻・膿腫

軽症例(日常生活に支障のない程度の自覚症状)に対しては、切開排膿とともにメトロニダゾール(*)や抗菌剤(ニューキノロン系、セフェム系など)を投与する。

中等症(持続性の疼痛、排膿)以上の症状がある場合には、seton法によるドレナージを第1選択とする。下部大腸に活動性病変がなく単純な痔瘻であれば、痔瘻根治術も選択肢の一つとなるが、術後創治癒に時間がかかること、および再発率の高いことを考慮して適応を決定する。

複雑多発例や再発をくり返す場合には、痔瘻根治術の適応は控え、seton法ドレナージを継続する。薬物治療(免疫調節薬、生物学的製剤)を導入する場合は、ドレナージによって局所の感染巣を制御した後を開始する。

日常生活を制限する程の高度症状(重症例)を諸治療によっても制御できない場合には人工肛門造設術を考慮する。

(2) 直腸(肛門管)一腔瘻

効果的な内科的治療法はなく、腔からの便・ガスの排出が多い場合には外科治療を考慮する。局所的には経肛門的あるいは経腔的にadvancement flap法を行なうが、人工肛門の併用を必要とする。

(3) 裂肛・肛門潰瘍

中等度以上の症状があれば、併存する痔瘻・膿瘍の外科的処置に加えて、腸病変に準じて内科的治療を選択する。

(4) 皮垂

腫張、緊満、疼痛により排便にも支障を来たす場合には、外科治療を考慮してもよい。痔瘻を誘発することもあり、切除範囲は最小限にとどめる。

(5) 肛門部狭窄

肛門狭窄と直腸肛門狭窄を見極めて治療法を選択する。

肛門狭窄(肛門管に限局した輪状狭窄)に対してはブジーを用いた拡張あるいは経肛門的拡張術の適応となる。

下部直腸病変に関連した直腸肛門狭窄については、拡張術の効果は乏しく日常生活が困難な場合には人工肛門造設も考慮する。

4. 人工肛門の適応

直腸肛門部癌の合併および著しいQOLの低下を来たす重症の肛門部病変に対して人工肛門造設の適応となる。

重症の肛門部病変とは、seton法ドレナージや薬物療法の併用でも制御できない痔瘻、瘻瘻、尿道瘻、線維性の強い直腸肛門狭窄、および肛門機能の低下により便失禁を来たした場合などが相当する。

重症の肛門部病変に対する一時的人工肛門、永久的人工肛門(直腸切断術)の選択は個々の背景を考慮し、患者との協議の下に決定する。一時的人工肛門造設を行っても直腸肛門部病変は再燃ばかりでなく癌合併のリスクがあり、継続的な観察が必要である。

(*) 現在保険適応には含まれていない。

Ⅷ. 追補：肛門部病変に対する外科治療の実際

①痔瘻根治術後の経過：再発の形態を呈示する

【症例51】

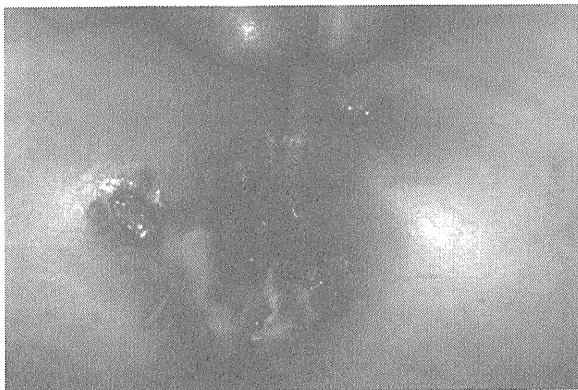


図85. 他院根治術後2ヶ月・広汎な膿瘍形成

【症例52】



図86. 術後3ヶ月・創治癒不良

【症例53】



図87. 術後14年・手術瘢痕部に膿瘍形成

【症例54】



図88. 他院3回の手術歴, 膿瘍再発・括約筋不全

②Seton法ドレナージ

肛門管の原発口(一次口)と肛門周囲の2次口の間、および複雑多発例には二次口間にもsetonを留置してドレナージを行なう。

【症例55】 11時低位筋間痔瘻

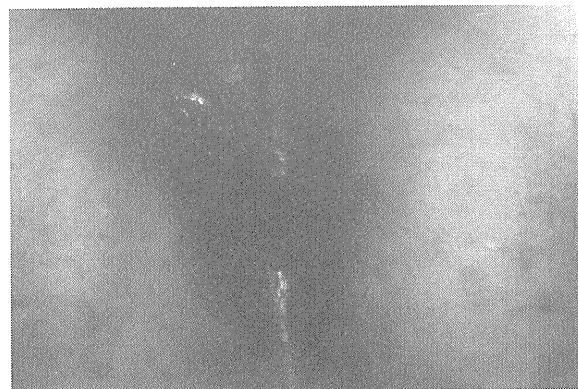


図89. Cutting seton

【症例56】 全周性広範囲多発痔瘻

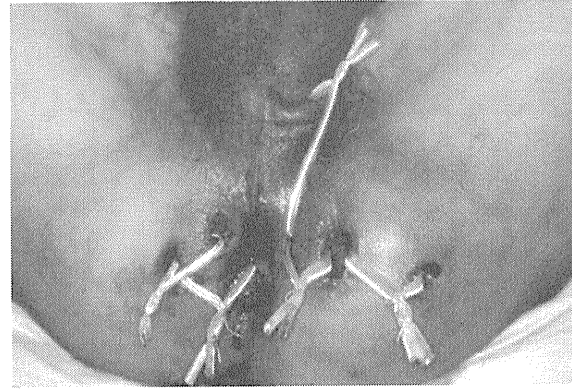


図90. Loose (Drainage) seton

【症例57】 Cutting setonによる痔瘻切開術



図91. 11時方向痔瘻に対する cutting seton

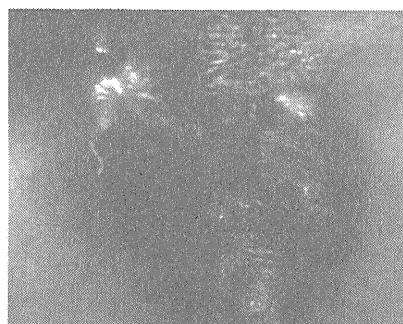


図92. cutting setonによる痔瘻切開術後1ヶ月

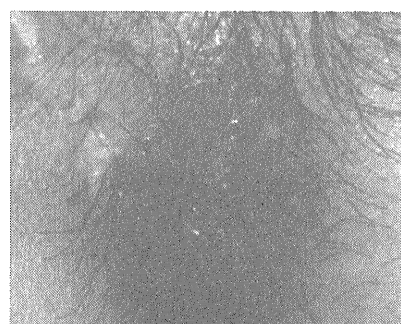


図93. 24ヶ月後癒痕 12年間再発なし

【症例58】 広汎多発痔瘻に対するseton法〔2次口を大きく切開しドレナージをはかることが肝要〕

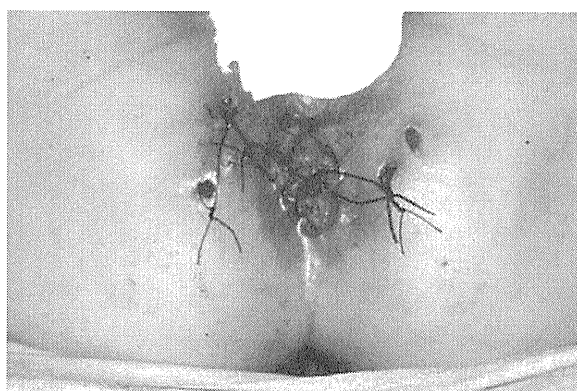


図94. ナイロン糸使用〔ドレナージ不良〕

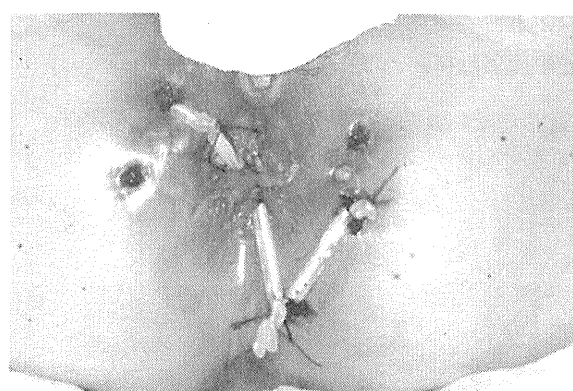


図95. ペンローズ使用〔ドレナージ不良〕

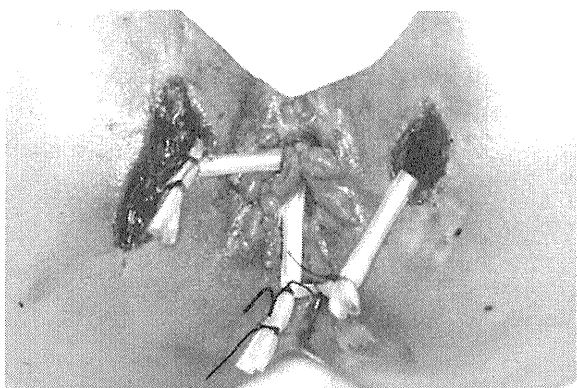


図96. 2次口を開大してペンローズ使用〔良好なドレナージ〕

【症例59】多発痔瘻に対するseton法

2次口を大きく切開して、瘻管内の不良肉芽の搔爬とともに根気強くドレナージをはかる。

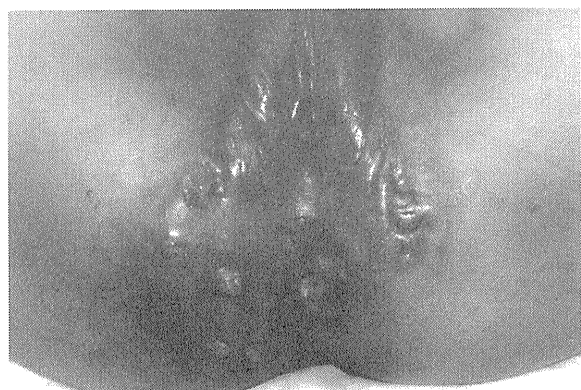


図97. 全周性の多発痔瘻

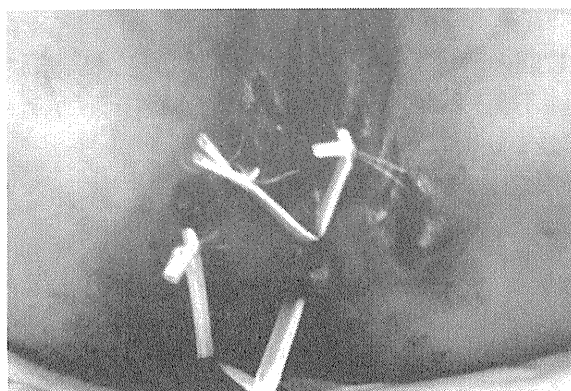


図98. 複数のseton法ドレナージ



図99. 1年3ヶ月後痔瘻癒痕化

③人工肛門造設の適応病変

【症例60】

複数回の痔瘻手術歴後、痔瘻・膿瘍再発、括約筋機能不全、TPN管理下のseton法ドレナージ(ネラトン)も効果なし



図100. 人工肛門適応病変[1]

【症例61】

直腸一腔瘻、右側外陰部巨大皮膚潰瘍形成、全周性に皮垂および肛門周囲皮膚びらん

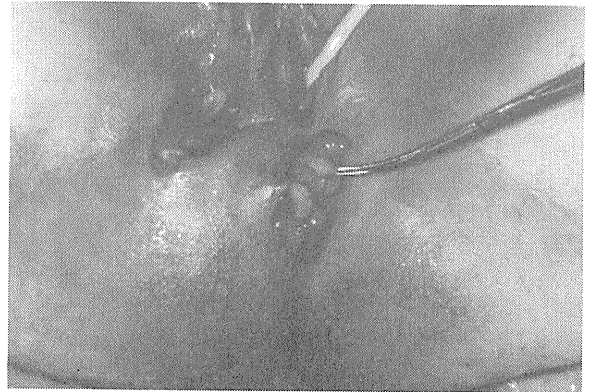


図101. 人工肛門適応病変[2]

④人工肛門造設の経過

【症例62】

- ①痔瘻根治術を受けた後、急激に増悪し、全周性におよぶ骨盤直腸窩膿瘍を形成
- ②横行結腸人工肛門を造設後2年6ヶ月、軽快を維持しているが、肛門管狭窄を合併



図102. ①初回治療時所見
6時方向に既手術瘢痕



図103. ②人工肛門造設後

【症例63】直腸切断術后会陰部に瘻孔形成

肛門部全周におよぶ坐骨直腸窩膿瘍を形成し、下部直腸-尿道瘻を合併したため、直腸切断術を適応



図104. 術前所見

術后会陰創に難治性の瘻孔を長期に合併

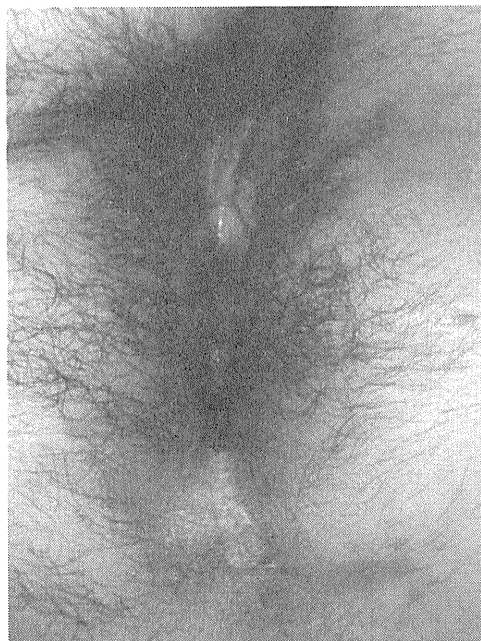


図105. 術后会陰創

【症例64】直腸切断術後6年結腸人工肛門部の再発



図106. 術前：ストーマ部周囲膿瘍

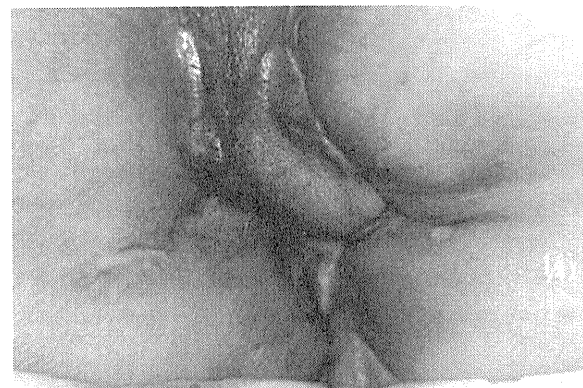


図107. 術前：会陰創(瘻孔形成)

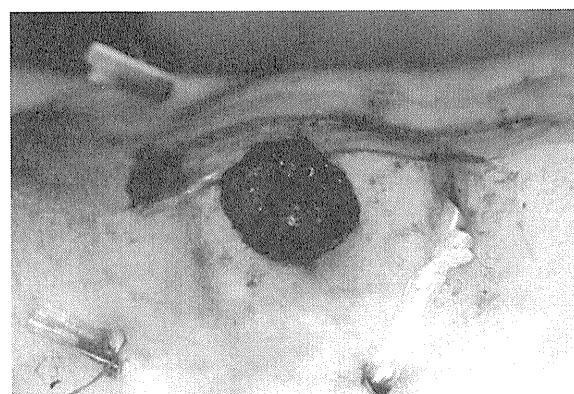
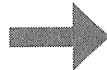


図108. 術後

結腸部分切除
[下行結腸～S状結腸ストーマ部]
同部位にストーマ再造設
周囲皮下ドレナージ

クローン病肛門部病変のすべて ―診断から治療まで―

厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患克服研究事業
「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」班(渡辺班)
平成23年度 分担研究報告書 別冊

平成23年10月作成