

症例報告

痔瘻により発見された肺結核の1例

大瀬寛高・石井幸雄・斎藤武文  
渡辺定友・深井志摩夫・柳内登

国立療養所晴嵐荘病院

玉井誠一

防衛医科大学校検査部病理

門馬勇次

水戸済生会総合病院

長谷川鎮雄

筑波大学臨床医学系呼吸器内科

受付 平成7年3月1日

受理 平成7年3月16日

A CASE OF PULMONARY TUBERCULOSIS ASSOCIATED WITH  
TUBERCULOUS FISTULA OF ANUS

Hiroataka OHSE\*, Yukio ISHII, Takefumi SAITO, Sadatomo WATANABE,  
Shimao FUKAI, Noboru YANAI, Seiichi TAMAI, Yuji MONMA  
and Shizuo HASEGAWA

(Received 1 March 1995/Accepted 16 March 1995)

A 39 year-old male visited the hospital complaining of perianal pain, swelling and redness. Under the diagnosis of an anal abscess, drainage was performed repeatedly. As the wound failed to heal and fistulae were detected, excision of entire tract was performed. On histopathological examination of the resected fistulae, caseous necrosis, Langhans giant cells, and epithelioid cell infiltration were found and diagnosed as anal tuberculosis. Chest X-ray showed cavitory lesion with infiltrative shadow in right upper lobe. Acid-fast bacilli were positive in sputum, and the diagnosis of pulmonary tuberculosis was confirmed. Anti-tuberculosis therapy was immediately started with good response to treatment.

As tuberculosis of anal region is so rare recently and there is no characteristic clinical picture, it is very difficult to diagnose it pre-operatively. In some cases such as ours, pulmonary or other tuberculosis is accompanied with anal tuberculosis. Therefore, accurate

\* From the National Seiranso Hospital, 825 Terunuma, Tokai-mura, Ibaraki 319-11 Japan.

diagnosis of anal tuberculosis is needed to find other tuberculosis early. As anal tuberculosis is rarely diagnosed correctly before operation on the basis of the clinical picture, the histopathological examination of the excised fistula is mandatory for the correct diagnosis of anal tuberculosis.

**Key words** : Anal abscess, Anal tuberculosis, Tubercular fistula in ano, Histopathological examination

**キーワード** : 肛門周囲膿瘍, 肛門周囲結核, 結核性痔瘻, 病理組織

### はじめに

肛門周囲膿瘍, 痔瘻は日常診療上しばしば遭遇する疾患で手術の対象となる症例も多い。今回, われわれは肛門周囲膿瘍を繰り返し, 痔瘻を呈した患者で手術標本の病理組織検査から結核性痔瘻, さらに肺結核が診断された症例を経験した。肛門周囲膿瘍, 痔瘻の中には稀ではあるが結核性のものが含まれているものと考えられ, 若干の文献的考察を加え報告する。

### 症 例

症 例 : 39歳, 男性。

主 訴 : 肛門周囲の疼痛, 腫張。

既往歴 : 20歳時に虫垂炎で手術。

現病歴 : 平成6年2月頃より肛門周囲に自発痛が生じ, 局所の腫張, 発赤などを認めたため近医を受診。肛門周囲膿瘍と診断され切開排膿処置を何度か受けていたが, 痔瘻を認めたため5月31日に手術が施行された。この際切除した痔瘻孔の病理組織検査で結核性痔瘻が疑われた。このため胸部X線検査を施行したところ右上肺野に空洞を伴う陰影を認め, また喀痰抗酸菌検査でガフキー6号が検出されたため肺結核と考えられ, 6月15日当院転院となった。なお, この間全経過を通じて咳, 痰, 発熱, 体重減少や倦怠感などの臨床症状は認められなかった。

入院時現症 : 身長 168 cm, 体重 64 kg, 脈拍 84/分

表 入院時検査成績

血算		生化学	
WBC	6610 / $\mu$ l	TP	7.3 g/dl
Neut	57 %	Alb	4.5 g/dl
Lymph	29 %	GOT	26 IU/l
Mono	7 %	GPT	22 IU/l
Eosino	3 %	LDH	315 IU/l
Baso	1 %	BUN	14 mg/dl
RBC	$460 \times 10^4$ / $\mu$ l	Cre	1.0 mg/dl
Hb	14.1 g/dl	Na	143 mEq/l
Hct	40.9 %	K	4.5 mEq/l
Plt	$24.1 \times 10^4$ / $\mu$ l	Cl	105 mEq/l
赤沈	18 mm/hr	血糖	
CRP	4.9 mg/dl	FBS	80 mg/dl
ツ反	0×0/26×17	尿検査	
喀痰抗酸菌検査		蛋白	(-)
塗抹	G6号	糖	(-)
培養	20コロニー	潜血	(-)
同定 (DNAプローブ法)		沈渣	異常なし
	<i>M. tuberculosis</i>		

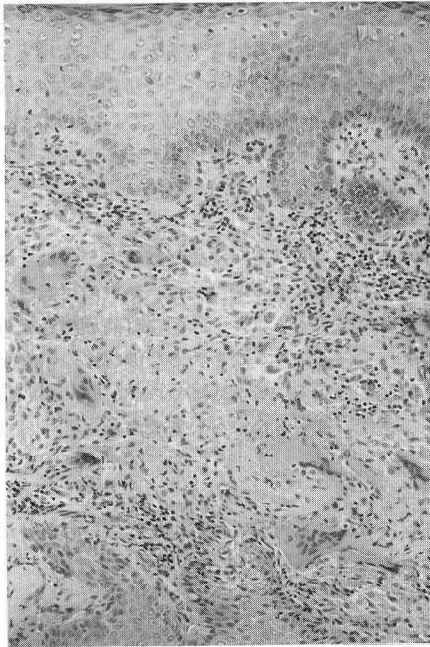


図1-a. 切除標本病理組織像

(整), 血圧 128/80, 体温 36.6°C。貧血, 黄疸を認めず, 表在リンパ節は触知しなかった。心音, 呼吸音とも異常なく, 腹部は虫垂炎の手術痕を認めるのみであった。また肛門周囲の発赤や腫張, 分泌物も認めなかった。

入院時検査所見(表)では赤沈は軽度亢進し, CRPは中等度陽性を示した。ツベルクリン反応は陽性であった。喀痰抗酸菌検査でガフキー6号が検出され, 培養陽性でDNAプローブ法による分析で結核菌と同定され, 結核性痔瘻を伴った肺結核と診断された。

図1に前医で切除した痔瘻孔の病理組織像を示す。肛

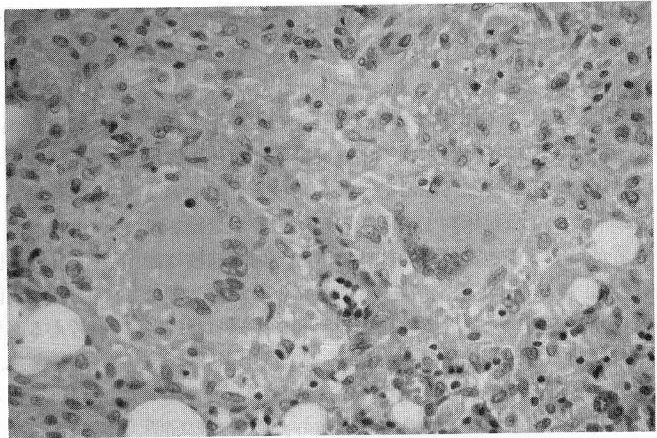


図1-b. 切除標本病理組織像

門粘膜組織下に乾酪壊死巣を認め, その周囲を取り囲むように類上皮細胞の増殖を認めた(図1-a)。類上皮細胞肉芽腫内には多核巨細胞が認められラングハンス巨細胞と考えられた(図1-b)。

入院時の胸部単純, および断層写真を示す(図2)。右上肺野に周囲に散布巣を伴う空洞陰影を認め, 肺結核に一致する所見であった。

以上の経過, 検査所見より肺結核(rII1)と診断し, INH, RFP, SMの3者で治療を開始した。経過は良好で排菌は翌月より停止し, 胸部X線上も改善を認めている。また, 痔瘻に関しても術後の経過は良好で, 局所の疼痛や腫張は認められない。

考 察

肛門周囲膿瘍, 痔瘻は日常診療上しばしば遭遇する疾患である。肛門周囲膿瘍は肛門陰窩に開口する肛門線が

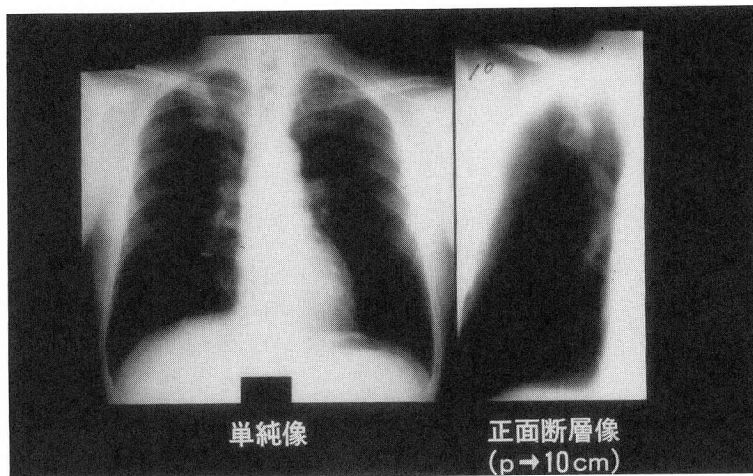


図2 入院時の胸部X線写真

感染物質の侵入を受けて膿瘍を形成した急性炎症である。多くの場合感染は慢性化し排膿の断続する瘻孔を形成するが、それが痔瘻である。

昭和30年代まで結核は痔瘻の主要な原因とされたが<sup>1)</sup>、強力な抗結核薬の出現によって結核症自体が激減し肛門周囲結核も稀な疾患となった。結核先進国であるスウェーデンでは毎年約1,600人の結核患者が登録されているが、そのほとんどが肺結核で、肛門周囲結核は過去5年間で2例しか報告されていない<sup>2)</sup>。しかし、まだ結核の頻度の高いインドでは過去5年間に手術した痔瘻症例の病理組織像を検討したところ122例中19例が結核性であったと報告されている<sup>3)</sup>。

肛門周囲結核をそれと診断できなかった場合には局所的には再発を繰り返すという問題点があるが、本例のように肺結核を合併する症例も少なからず報告されている<sup>2,3)</sup>ことを考えれば、その早期発見、治療の機会を逃すという点が大きな問題となる。さらに結核性胸膜炎や腸結核に先行して肛門周囲結核が発現した例も報告されており<sup>2,4)</sup>、痔瘻の段階で結核性と診断し治療を開始することでその後の進展を抑えられる可能性もあると考えられる。

結核性痔瘻の診断に関しては、切除標本の病理組織検査が最も重要である<sup>1)~4)</sup>。痔瘻で多発性瘻孔を有し再発が多く、鼠径リンパ節の腫大を認める場合、結核性を疑うべきとの報告もあるが、局所所見のみでは他疾患との鑑別は不可能と考えられ、また肺を含む他部位の結核病変を伴わない結核性痔瘻も存在するため、臨床所見を併せても診断を下すことは困難と考えられる<sup>3)</sup>。病理組織検査を行うことで、同様な病変を起こし得るクローン病などの疾患も鑑別することができる。

結核性痔瘻と診断がいった場合には、手術療法は不要

で、抗結核薬の投与のみで十分という報告もあるが、多くの場合手術標本で初めて診断されるというのが現実であり、その後抗結核薬を使用するという併用療法が一般的である。他部位の結核性病変が明らかでない場合でも、抗結核薬は少なくとも3カ月間は使用することが推奨されている。治療後の経過は一般に良好で、再発も少ないといわれている<sup>2)</sup>。

肛門周囲結核は今日では稀な疾患となったが、繰り返す肛門周囲膿瘍、痔瘻などの場合には結核性の可能性も考える必要があると考えられた。診断には病理組織検査が重要で、単独で存在することもあるが他部位の結核を伴い、あるいはそれに先行する症例もあり、肛門周囲結核と診断した場合にはその検索も必要であると考えられた。

稿を終えるにあたり、病理組織標本を提供いただいた水戸済生会総合病院 岡邦行先生に深謝致します。

## 文 献

- 1) 石橋幸雄：直腸肛門周囲結核。日本結核全書。1958；8：111-140。
- 2) Ahlberg J, Bergstrand O, Holmstrom B, et al. : Anal tuberculosis. A report of two cases. Acta Chir Scand. suppl. 1980；500：45-47。
- 3) Shukla HS, Gupta SC, Singh G, et al. : Tubercular fistula in ano. Br J Surg. 1988；75：38-39。
- 4) Manganaro JA, Fields M : Intestinal tuberculosis with fistula in ano. International Surgery. 1966；46：578-581。