

## 症例報告

## 結核性痔瘻，消化管穿孔を合併した重症結核の1剖検例

岩瀬 彰彦・塩田 智美・仲谷 善彰  
坂本 匡一・青木 茂行・松岡 緑郎

公立昭和病院呼吸器科

永山 剛久

同 病理科

AN AUTOPSY CASE OF SEVERE TUBERCULOSIS ASSOCIATED WITH ANAL  
FISTULA AND INTESTINAL PERFORATION

Akihiko IWASE\*, Satomi SHIOTA, Yoshiaki NAKAYA, Kyouichi SAKAMOTO,  
Shigeyuki AOKI, Rokuro MATSUOKA and Takehisa NAGAYAMA

A 55 year-old man was admitted to the department of the gastroenterology of the hospital because of severe weakness and appetite loss for the past one month.

In the last two months, he has been suffering from recurrent fistula of the anus. He left his symptoms without therapy. A gastric ulcer was found out with gastric endoscopy. At the same time, chest X-ray film showed bilateral abnormal shadows, which were suspected of severe pulmonary tuberculosis by a chest physician. After the admission, the patient immediately developed respiratory failure. Both sputa and discharge from anal fistula were positive for acid fast bacillus. Despite of anti-tuberculosis therapy and mechanical ventilation, he died of respiratory failure. At the autopsy, severe pulmonary tuberculosis, tuberculous fistula of the anus, intestinal tuberculosis with perforation, miliary tuberculosis and peptic ulcer of the stomach were defined. We suspected that the extensive disease caused by hematogeneous spread and the late diagnosis of tuberculosis was owing to patient's delay.

**Key words** : Tuberculous fistula in anus,  
Perforation of intestinal tuberculosis, Pa-  
tient's delay

キーワードズ : 結核性痔瘻, 腸結核穿孔, 受診の遅れ

## はじめに

近年の予防対策の推進, 医療の進歩により結核患者は大幅に減少しているが, 依然平成6年の結核死亡数は3,094人と感染症死亡の1位を占めている<sup>1)</sup>。今回われ

われは結核性痔瘻, 消化管穿孔を合併し死亡した重症結核の1例を経験した。その転帰には患者の受診の遅れの関与が大きいと考えられ, 若干の文献的考察を加え報告する。

別刷り請求先:

岩瀬 彰彦  
公立昭和病院呼吸器科  
〒187 東京都小平市天神町2-450

\* From the Department of the Respiratory Medicine,  
Showa General Hospital, 2-450 Tenjincho Kodairashi,  
Tokyo 187 Japan.  
(Received 6 Feb. 1977 / Accepted 18 Jul. 1997)

## 症 例

症 例：55歳男性，理髮業。

主 訴：咳，痰，全身倦怠感，食欲不振。

既往歴：51歳，白内障。

嗜 好：タバコ22～55歳 X 40本/日，日本酒3合/日。

現病歴：1996年2月頃より痔瘻があり，薬局でクロラムフェニコールを買い内服していた。この頃より咳，痰の増加を認めていたが放置していた。3月に入り全身倦怠感，食欲不振が著明となり，家人より医療機関の受診を進められたが放置していた。3月末より経口摂取ができず，衰弱のため歩行不能となり，4月3日に当院の消化器内科を受診した。同日，食欲不振の原因検索のため上部消化管の内視鏡検査を受け，胃体下部および幽門部に潰瘍を認め同科に入院となった。入院後に撮影した胸部 X 線写真で異常陰影を認め，また翌日より39度台の高熱が出現し，肺炎の合併と考え抗生剤セフトジジム 1g 2回の点滴静注が開始された。しかし解熱傾向は認められず，急速に呼吸状態が悪化するために4月5日に呼吸器科へ紹介となった。

呼吸器科依頼時の現症：体温39.3度，脈拍130/分（整），血圧132/84mmHg，意識清明。貧血，全身の痩せ，衰弱が高度。胸部理学所見；両側肺底部に湿性ラ音を聴取。腹部理学所見；正常。臀部の背側に長径約3cmの痔瘻孔を認めた（図1）。

入院時検査所見：WBC15,240/mm<sup>3</sup>，血沈19mm/hr，Hb11.0g/dl，CRP17.6mg/dlと炎症反応の亢進を認めた。肝腎機能は正常で動脈血ガス分析では室内気吸入下でPaO<sub>2</sub> 60.7torr，PaCO<sub>2</sub> 27.3torrと低酸素血症を認めた。当科受診時では呼吸困難が出現し，酸素3L/分吸入下でPaO<sub>2</sub> 36.8torrと高度の低酸素血症に陥ってい

た。

入院時胸部 X 線写真（図2-a）では両側肺野に空洞を伴う浸潤影および粒状影を認めた。

入院後経過：呼吸器科受診の時点で重症肺結核を疑いINH，RFP，EB，SMの4剤による治療を開始した。同時に呼吸状態の改善のためにメチルプレドニゾロン500mg/日の併用を行った。翌4月6日の喀痰，胃液よりガフキー10号，痔瘻の膿よりも6号が検出され肺結核，結核性痔瘻の診断が得られた。しかし呼吸状態はさらに悪化し4月7日より気管内挿管，人工呼吸を開始した。4月9日の胸部 X 線写真（図2-b）では横隔膜下に free air も出現し，同日呼吸不全で永眠された。

病理解剖所見：両側肺はともに重量700gで多発性の空洞を有し，高度の乾酪肺炎と増殖性結核病変が混在していた。回盲部に径5cmの潰瘍病変を認め，腹腔内への穿孔が確認された（図3）。胃にも潰瘍性病変を認めたが，肉眼所見では消化性潰瘍と考えられた。臀部には直腸と交通する径3cmの痔瘻を認めた。組織学的には回盲部潰瘍および痔瘻ともに乾酪壊死を認め，抗酸菌陽性であった。胃潰瘍については結核を示唆する病理所見は認められなかった。また肝臓，脾臓，骨髄に多発性の類上皮性肉芽腫を認め粟粒結核と診断された。

## 考 案

結核の死亡は抗結核療法および結核対策の進歩や生活水準の改善により低下しているが，その死亡率は欧米諸国と比較すると依然高率である。また近年結核罹患率の減少に鈍化傾向がみられており，一方では感染性肺結核の占める割合は年々増加傾向にある<sup>1)</sup>。これらの原因としては国民，医師両者の結核に対する関心の低下からの受診，診断の遅れが指摘されてきている<sup>2) 3)</sup>。

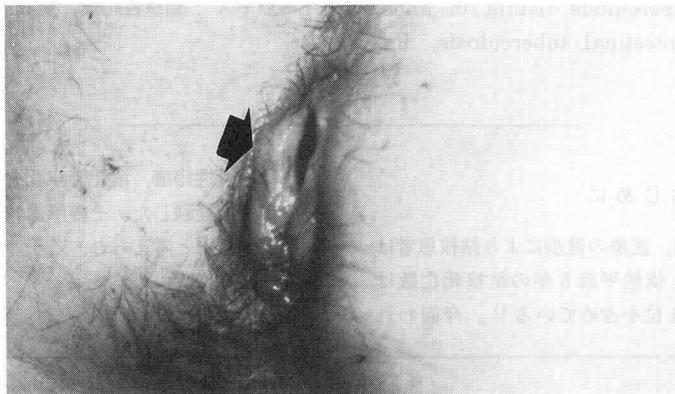


図1 肛門背側に長径3cmの痔瘻孔（矢印）を認めた

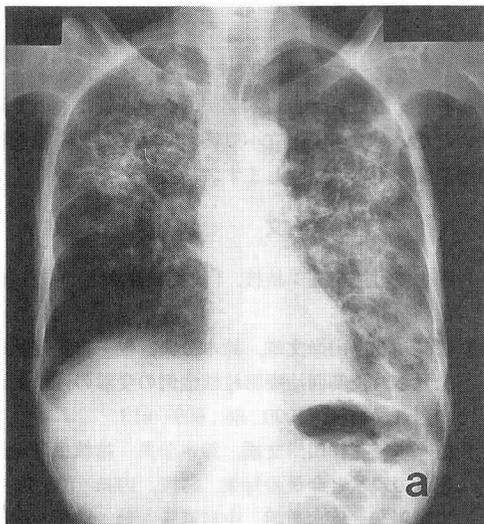


図2-a 96年4月3日 入院時胸部X線写真

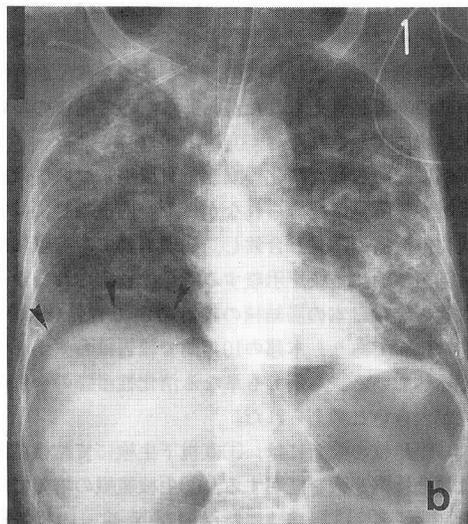


図2-b 96年4月9日 胸部X線写真  
横隔膜と肝臓の間に free air  
(矢頭) を認めた

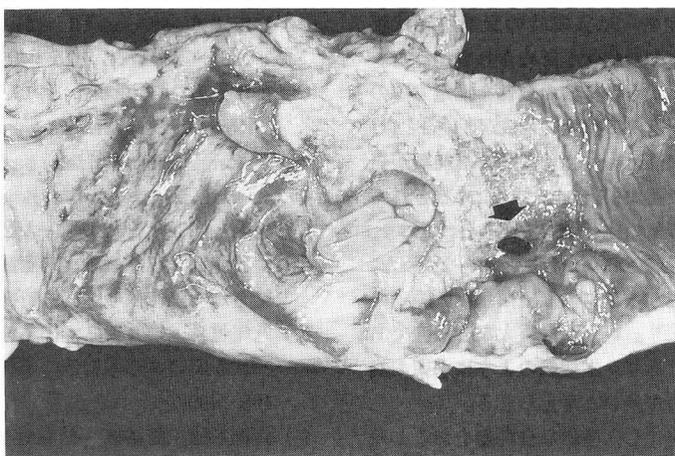


図3 回盲部病理標本  
輪状潰瘍の一部に穿孔(矢印)を認めた

本症例は従来より検診の受診歴がなく、当院を受診する2カ月前より咳、喀痰の増加、1カ月前より全身状態の悪化を認めており、その経過から患者受診の遅れが不幸な転帰をもたらしたものと推定された。患者受診の遅れは男性喫煙者で有職者に多いことが指摘されており<sup>2)</sup>、本症例もこの範疇に合致する。医療側の反省点としては、当初消化器病棟で肺炎として治療されたことである。食欲不振という非特異的の症状、全身の著しい痩せ、衰弱が消化器系の症状と診断され、上部消化管検査で胃潰瘍が発見されるという複雑な状況ではあったが、今後の重要

な教訓となった。胸部X線写真で浸潤性陰影を認め、肺炎が疑われた場合でも常に結核を鑑別診断として念頭に置かなければならない<sup>4)</sup>。受診の遅れた症例は大量排菌している患者が多く要注意とされている<sup>2) 3)</sup>。米国ではAIDS患者を中心に結核の院内感染が問題となっており<sup>5) 6)</sup>、今後とも一般市民、医療者側ともに結核への警戒を怠ってはならない。

本症例の臨床症状での特徴は、結核性痔瘻で発症している点である。同様な症例が大瀬ら<sup>7)</sup>により報告されており、今日では結核性痔瘻は比較的まれとされている。

一般の非結核性の痔瘻との鑑別は臨床所見のみでは困難で、病理細菌学的検索が必要とされている。本症例では活動性肺結核から結核性痔瘻の合併が推定され、血行性散布がその原因と考えられたが、あらためて結核の多彩な臨床症状に驚かされた。

本症例に認められた消化器病変で胃潰瘍については結核を示唆する所見は認められなかった。内視鏡的には一般の消化性潰瘍の所見と合致し、病理解剖でも組織学的または細菌学的に結核を示唆する所見は認められなかった。八尾ら<sup>8)</sup>は日本の腸結核の集計の中で胃結核は0.8%と非常に希であり、本邦の10年間で報告はわずか2例のみと述べている。本例でも単なる消化性潰瘍の合併の可能性が大きいと考えられた。

一般に腸結核の診断には、①直視下生検にて結核菌あるいは乾酪性肉芽腫を証明する、②生検組織の培養で結核菌を証明する、③腸結核に特徴的なX線・内視鏡所見を示し、抗結核剤で所見の改善を認める、④生検組織のPCR法で結核菌特異的 genome を証明する、の4項目のうち1つを満たすことが必要とされている<sup>9)</sup>。肺結核を合併していない症例も多く、腸結核の診断は困難な場合も多い<sup>8)</sup>。本症例では入院時の腹部所見は正常であり、下痢や腹痛などの症状も認められなかった。臨床症状や理学所見のみから腸結核の合併を推定するのは困難なようである。回盲部に病変の形成が多いことは、回盲部では腸管内容物が滞留しやすく、リンパ組織が発達しており、嚥下された菌が侵入しやすいためとされている。本症例では全身の菌の血行散布も認められており、どちらの機序で病巣が形成されたかは断定できなかった。合併症としては穿孔の他、狭窄による腸閉塞、大腸癌の合併等が知られている<sup>8) 9)</sup>。いずれも重大な合併症であるが発症の予測は困難であり、本症例のように手術や病理解剖で確認されるものが多いと考えられる。

受診の遅れにより重篤化し、多彩な合併症をおこした結核症の1剖検例を報告した。結核を過去の疾病と考えず、医療、住民相互が関心を高め予防および治療にあた

ることが重要と考えられた。

## 謝 辞

稿を終えるにあたって本症例の病理所見について御教示いただいた、埼玉県立小原循環器病センター検査科、河端美則先生に深謝致します。

## 文 献

- 1) 厚生統計協会編：結核。「国民衛生の動向」、1996、164-168.
- 2) 新島結花，山岸文雄，鈴木公典，他：自覚症状にて発見された初回治療肺結核症例の受診の遅れと診断の遅れ。結核。1990；65：609-613.
- 3) 佐々木結花，山岸文雄，鈴木公典：結核患者発見の遅れの現状と今後の対策。結核。1995；70：49-55.
- 4) 岩瀬彰彦，鈴木道明，中村直子，他：肺炎。診断と治療。1993；81：375-379.
- 5) U.S. Department of Health and Human Services. : Nosocomial transmission of multidrug-resistant tuberculosis among HIV-infected persons-Florida and New York, 1988-1991. MMWR. 1991；40：585-591.
- 6) Edlin BR, Tokars JI, Grieco MH, et al. : An outbreak of multidrug-resistant tuberculosis among hospitalized patients with the acquired immunodeficiency syndrome. N Eng J Med. 1992；326：1514-1521.
- 7) 大瀬寛高，石井幸雄，齊藤武文，他：痔瘻により発見された肺結核の1例。結核。1995；70：385-388.
- 8) 八尾恒良，櫻井俊弘，山本淳也，他：最近の腸結核—10年間の本邦報告例の解析。胃と腸。1995；30：485-490.
- 9) 飯田三雄：腸結核・結核性腹膜炎。臨床と研究。1996；73：1730-1735.