

第二版

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 難治性疾患等政策研究事業

「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」(鈴木班)

平成30年度分担研究報告書 別冊

平成31年3月

発刊にあたって

欧米諸国に比べ稀な疾患とされてきたクローン病患者数の増加が著しく、本研究班疫学研究プロジェクトリーダー西脇先生を中心に25年ぶりの全国疫学研究が実施され約10倍7万人前後に患者数が増加していることが明らかにされた。従って広くクローン病の適切な診断・治療を普及させることが急務で、特に内科医を中心に対処困難なクローン病主要合併症である肛門病変を十分に理解することが求められる。

生物学的製剤の導入は画期的治療効果をもたらしているが、肛門部病変に対しては十分とは言えず不適切な診断・治療は患者のQOLと長期予後を大きく損なう要因となっている。

多彩で診断・治療困難なクローン病肛門部病変の適切な診断・治療を普及させる目的で元研究班班長日比先生のもと佐々木巖先生を中心とする外科プロジェクト研究によって2006年「Crohn病肛門部病変肉眼所見アトラス」が作成され、診療に大きな貢献を果たすと同時に診断基準の副所見として特徴的肛門病変が加えられるに至った。さらに前研究班班長渡辺先生のもと肛門部病変の肉眼所見に画像所見を加え診断的事項の充実を図り、seton法を中心に治療法の解説も加えた「クローン病肛門部病変のすべてー診断から治療までー」が2011年に刊行された。

そして今回、二見喜太郎先生を中心にプロジェクトメンバーのご努力によって、典型例だけでなく軽症例の掲載や具体的なseton法の手技、さらに増加の著しいクローン病関連直腸肛門部に関する診断事項を加え、さらに一層充実した改訂版を発刊するに至った。症例数も多く具体的な解説を加え分かりやすい内容に仕上げてください、肛門病変診断・治療の中心となる外科医ばかりでなくクローン病診療に携わる内科医にとっても、肛門病変を理解する格好の冊子に仕上がっている。クローン病患者の長期予後の改善とQOL向上に本冊子が大いに役立つことを確信し、二見先生をはじめ、作成にご尽力いただいた諸先生方に心より御礼申し上げます。

厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患等政策研究事業
「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」(鈴木班)
研究代表者 鈴木 康夫
(東邦大学医療センター佐倉病院IBDセンター)

序文

患者数の増加に内科的治療の進歩が加わった今日、炎症性腸疾患の診療には地域を越えた診療科の連携がますます重要となっている。クローン病における肛門部病変の診療はその最たるものと考えることができる。罹患頻度が高く難治性のクローン病肛門部病変に対する認識の甘さは、内科医にとって最も不慣れな領域であること、外科系診療科医のクローン病としての認識不足、さらに適当な参考書がなかったことを理由として挙げるができる。2004年から厚生労働省難治性腸管障害調査研究班(日比班)の外科系プロジェクト研究(リーダー:東北大学 佐々木巖教授)として「クローン病における肛門部病変の診断と治療」が開始されたのはこのような背景に因るものであった。まず、クローン病診療の中心である内科医に知ってもらうことを目的にクローン病における種々の肛門部病変を掲載した「Crohn病肛門病変肉眼所見アトラス」を2006年2月に刊行し、一つの解説書として評価を得た。2008年には特徴的な肛門部病変が診断基準の副所見の一つに採用され、さらに肛門部病変に対する治療指針の作成につなげることができ、肛門部病変の肉眼所見に画像所見を加えて診断的事項の充実を図り、seton法を中心に治療法の解説も加えた「クローン病肛門部病変のすべて—診断から治療まで—」を2011年10月(渡辺班)に刊行した。この後も典型例だけでなく軽症例の掲載、具体的なseton法の手技、さらに増加の著しいクローン病関連直腸肛門部癌に関する診断事項についても加えて欲しいとの要望があり、2017年から改訂版の作成に着手した。要望に則って症例数を増やすとともに、より具体的な解説を加えた改訂案を5名のコアメンバーを中心に外科医、肛門科医、内科医からの意見を取り入れて、より実臨床的な解説書として診療科を問わず分かりやすい内容になったと考えている。

本書を診察室に置いていただき、難病で苦しむクローン病患者の肛門部病変の診療に役立てていただければ幸いです。

最後に、御協力ならびに貴重な御助言をいただきましたコアメンバーをはじめとした諸先生方に厚く御礼申し上げます。

分担研究者 二見 喜太郎
(福岡大学筑紫病院臨床医学研究センター(外科))

■ 共同研究者
(※コアメンバー)

横浜市立市民病院 外科	小金井一隆 [※] 杉田 昭
兵庫医科大学 炎症性腸疾患外科	内野 基 [※] 池内 浩基
東北労災病院 大腸肛門外科	高橋 賢一 [※]
福岡大学筑紫病院 外科	東 大二郎 [※] 平野由紀子 [※]
みやぎ検診プラザ	佐々木 巖
西宮市立中央病院	根津理一郎
仙台赤十字病院 外科	舟山 裕士
吉田病院	藤井 久男
東北大学病院 胃腸外科	福島 浩平
東京女子医科大学 第2外科	板橋 道朗
三重大学医学部附属病院 消化管・小児外科	荒木 俊光
東京大学医学部 腫瘍外科・血管外科	畑 啓介
東京大学医科学研究所 外科	篠崎 大
横浜市立大学附属市民総合医療センター 炎症性腸疾患センター	木村 英明
大阪大学医学部附属病院 消化器外科	水島 恒和
新潟大学歯科学総合病院 消化器外科	亀山 仁史
JCHO東京山手メディカルセンター 大腸肛門病センター	佐原力三郎
四日市羽津医療センター 外科	梅枝 覚
家田病院	太田章比古
佐賀大学医学部附属病院 光学医療診療部	江崎 幹宏
兵庫医科大学 腸管病態解析学	渡辺 憲治
福岡大学筑紫病院 IBDセンター	平井 郁仁

[敬称略]

目次

I. クローン病肛門部病変診断の実際	1
II. 体位による肛門部病変所見の違い(症例1,2)	3
①自然体位(仰臥位)での観察	3
②肛門縁まで展開した体位での観察	3
③麻酔下(腰麻下砕石位)での観察	4
III. クローン病肛門部病変の解説	5
①Anal fissure(裂肛)・Anal ulcer(肛門潰瘍)	5
②Skin tag(皮垂)	6
③Anal fistula(肛門部瘻孔)・Perianal abscess(肛門周囲膿瘍)	6
IV. クローン病肛門部病変の分類	7
①Ulcerated edematous pile(症例3)	8
②Cavitating ulcer(症例4)	8
③Aggressive ulceration(症例5,6)	8
④Perianal fistula(症例7,8)	9
V. 病態別クローン病肛門部病変の症例呈示	10
①Crohn's anus(症例9~12)	10
②Anal fissure・Ulcer(症例13~15)	11
③Skin tag(症例16~20)	12
④Anal fistula(症例21~26)	14
⑤Perianal abscess(症例27~31)	16
⑥Vaginal fistula・Urethral fistula(症例32,33)	18
⑦Anorectal carcinoma(症例34~40)	19
⑧肛門部病変先行例(症例41~43)	22
⑨診断の契機となった肛門周囲膿瘍(症例44)	24
⑩小腸病変に起因した直腸肛門周囲膿瘍(症例45)	25
⑪潰瘍性大腸炎からクローン病への診断変更(症例46)	26
VI. クローン病肛門部病変の画像所見	27
①クローン病肛門部瘻孔・膿瘍における画像所見(症例47~50)	27
②会陰部広範に進展した骨盤直腸窩膿瘍(症例51)	31
③下部直腸から肛門周囲におよぶ広範な肛門部瘻孔・膿瘍(症例52)	31
④Anorectal Crohn's disease —Cavitating ulcerにおける注腸造影—(症例53)	32
⑤高度の直腸肛門狭窄(症例54)	32
⑥肛門癌における画像所見(症例55,56)	33
⑦直腸肛門部癌の内視鏡所見(図90)	36
VII. クローン病診断基準としての肛門部病変	37
VIII. クローン病肛門部病変治療指針	38
1. 一般的事項	38
2. 診断的事項	38
3. 病態別治療指針	38
4. 人工肛門の適応(直腸切断術を含む)	39
IX. 肛門部病変に対する外科治療の実際	41
①経肛門的肛門拡張に用いる機器	41
②瘻孔切除術後の経過:再発の形態を呈示する(症例57~63)	41
③seton法ドレナージ(症例64~66,図98~111)	43
④抗TNF- α 抗体製剤投与例の経過(症例67~69)	49
⑤人工肛門造設の適応病変(症例70~72)	50
⑥人工肛門造設後の経過(症例73~78)	51

I. クロウン病肛門部病変診断の実際

通常、肛門部の症状は特徴的で問診により多くの場合病態が推測できる。

クローン病では腹部症状に先行して肛門部の症状や治療歴を有することも少なくなく、肛門部病変の診断に際しては現症の把握とともに詳細な病歴の聴取が重要となる。

診察の手順は視診、触診、直腸指診、肛門鏡検査となる。症状(とくに疼痛)の強い場合、あるいは裂肛、瘻孔、皮垂など病変が多発する場合には麻酔下に肛門管まで含めて詳細な観察および処置を行う。

内科医にとって肛門部はなじみのうすい部位であり、症状がなくても疑わしい所見があれば経験のある外科・肛門科医に相談することをすすめる。

肛門部観察時、特別な前処置は必要としないが、バリウム造影が行われている場合には、1日以上開けないとバリウムの残存、付着により十分な検索ができない場合がある。

肛門部の診察に際して、患者の疼痛への恐怖心、羞恥心は医師側には計り知れないものがあり、患者の緊張を和らげるよう配慮する。まず、よく話を聞き、腹部を中心に全身の診察を充分に行う。この間にクローン病における肛門部病変の重要性を少しでも理解させ、過度の緊張を取り除いた後に肛門部の診察に移る。また、女性患者の場合には女性看護師に同席を求める。

肛門部の診察には一般に左側臥位、膝肘位、碎石位の3つの体位が用いられるが、通常の診察台では、左側臥位が適している。両側大腿部が腹部につくように強く体と両膝を屈曲させ、殿部はベッドの端にはみ出す程に体位をとる。

患者の羞恥心に留意して、タオルをかけ露出部分を少なくさせるなどの配慮は当然である。また、瘻瘻など疑われれば婦人科医師との連携も考慮する。

キシロカインゼリー、ゴム手袋、肛門鏡を準備して診察を開始する。

なお、病変部位の記載には、時計回りの方向で前方を12時として1～12時で表示する。

以下、①問診 ②視診・触診 ③直腸指診 ④肛門鏡検査の手技について記す。

①問診

まず、クローン病において、約30%の患者が腹部症状に先行して肛門部症状が見られるという認識が必要である。肛門部症状としては、疼痛、出血、膿汁排出、発熱、隆起物(突起物) 触知などの訴えがある。なかでも、疼痛は最も頻度が高く、排便との関連などその性状を聴取することにより病変が推測可能である。例えば、排便時に限られた疼痛であれば裂肛が、また、持続性の疼痛であれば肛門周囲膿瘍や血栓性外痔核が疑われる。女性の場合にはバルトリン腺への炎症の波及により、生理に関連して疼痛が見られることもある。

各症状について発症の時期、腹部症状(下痢、腹痛など)との関連、また、治療歴があれば具体的に聴取する。

②視診・触診

肛門近傍ばかりでなく、外陰部、殿部、仙骨部まで広汎に観察を行う。両側殿部を外方へ牽引し、肛門縁まで展開すると裂肛の観察も可能となる。

視診では皮膚の色調、湿潤、びらん、膿汁付着、膨隆、瘻孔、皮垂、脱出病巣、手術瘢痕、変形などを観察する。触診で肛門周囲の硬化の有無、および病変部の圧痛、硬結、索状物などを検索する。

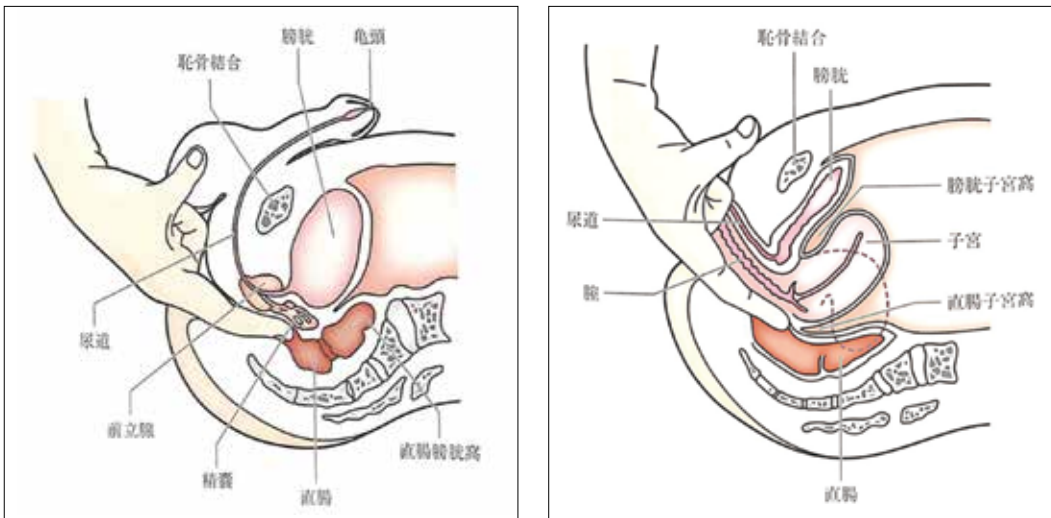
③直腸指診

実施に際して、若年者が多いこともあり、過度の緊張を取り除くことが肝要となる。

通常示指を用いて行うが、緊張の強い場合には小指で始め、狭窄がなく疼痛も軽いことを確認した上で、示指に代えて検索するような配慮も必要となる。指の挿入を急ぐと括約筋の反射性収縮を招き疼痛を誘発することになるため括約筋の緊張状態を確認しつつ徐々に行う。

一度指診で疼痛を経験するとその後の診察を避ける患者も少なくない。

左側臥位でも肛門縁から8～10cmまで検索可能であり、下部直腸から肛門部の圧痛、狭窄の有無、肛門括約筋の緊張状態、ポリープなど隆起性病変、潰瘍病変、硬結、瘻管(索状物)などを検索する。波動、圧痛を伴う膨隆を触知すれば膿瘍を疑う。また、付着した便の性状あるいは血液、膿汁の付着なども確認する。



引用：肛門疾患—解剖から手術まで— 南山堂

④肛門鏡検査

肛門管の詳細は下部内視鏡スコープでは代用できない部分があり、肛門鏡での検索を必要とする。肛門鏡は筒型、strange型など種々あるが使いなれたものを使用する。示指が通れば、通常の肛門鏡は挿入可能であり、ゆっくり呼吸をさせるなど患者の緊張を和らげながら、愛護的に挿入する。深部まで到達したところで内筒を抜き、観察を開始する。

下部直腸まで観察可能で、数回の出し入れにより肛門管を全周性に検索する。

下部直腸の貯留物(便の性状、出血、粘液、膿汁)、粘膜の性状を観察し、肛門鏡を抜きながら、歯状線近傍の病変(内痔核、肛門陰窩炎、肥大性肛門乳頭、裂肛、外痔核)を観察する。

筒型肛門鏡(ユフ精器)



Ⅱ. 体位による肛門部病変所見の違い

肛門部の観察に際しては、肛門部とくに肛門縁を展開することが重要であり、麻酔下での観察を必要とすることも少なくない。

麻酔は通常腰椎麻酔あるいは全身麻酔で行い、体位は前壁側および肛門から離れて病変が存在することも稀ではなく、碎石位を標準とする。

ただし、後方の仙骨部や臀部に病変が広汎に存在する瘻孔や膿皮症などではJack-knife位も有用である。この項では、下記に示す3つの体位により、拾い上げる所見が異なることを症例を供覧して示す。

①自然体位(仰臥位)での所見

通常外来で観察する左側臥位に類似

②殿部を外方へ牽引し、肛門縁まで展開した体位での所見

③麻酔下での所見(腰麻下碎石位)

体位による肛門部病変所見

【症例1】 20代 / 男性 / 小腸型

①自然体位での観察:

12時 fissure

6時 fistula



図1. 自然体位での観察

②肛門縁まで展開した体位での観察:

上記所見に加え、6時方向fissureが明らかとなる。



図2. 肛門縁の牽引を加えた体位での観察

③麻酔下での観察:

6時fissureと思われた病変は、cavitating ulcerであり6時fistulaのprimary lesionとして確認できる。



図3. 麻酔下での観察

【症例2】 20代 / 男性 / 小腸大腸型

7時皮下瘻孔、肛門部の展開で原発巣として6時の潰瘍病変が確認できる。



図4. 後壁2次口(左)・原発巣のfissure(右)

Ⅲ. クロウン病肛門部病変の解説

肛門部病変の英語・日本語表現を呈示し、代表的な肛門部病変である裂肛・肛門潰瘍、皮垂、肛門部瘻孔・肛門周囲膿瘍について、通常型とクローン病における病変の違いを解説する。

表1. クロウン病肛門部病変

Anal fissure・Anal ulcer	=	裂肛・肛門潰瘍
Ulcerated edematous pile	=	潰瘍化した浮腫性の皮垂
Skin tag	=	皮垂
Anal fistula	=	肛門部瘻孔
Perianal abscess	=	肛門周囲膿瘍
Anovaginal fistula	=	肛門腔瘻
Pile	=	痔疾または痔核
Cryptitis	=	肛門陰窩炎

※Cavitating ulcer、Aggressive ulcerationについては適当な日本語表現がなく、英語表現を用いることを通例とする。

※Anal fistulaについては、従来「痔瘻」あるいはクローン病特有の痔瘻と表記していたが、その成因と経過は通常の「痔瘻」と異なることが多く、これらと区別するために「肛門部瘻孔」と表記した。

① Anal fissure (裂肛)・Anal ulcer (肛門潰瘍)

通常型

硬便排出など排便時の過度の伸展に起因する肛門上皮の線状裂創で、正中線上に好発する。病変は肛門上皮にとどまり、齒状線および肛門縁を超えることはない。

肛門潰瘍は慢性化した状態で、肥大性肛門乳頭や見張りイボ(皮垂)を伴なう。

クローン病

通常例に比べ、幅が広く、肛門上皮を越えて裂創を形成する。創部は不良肉芽の存在により、汚く見える。

正中線上ばかりでなく、側方にも生じ、多発傾向があり、皮垂を伴なうことが多い。

肛門潰瘍は、腸の縦走潰瘍に似て、さらに幅が広く、深くなると下掘れ傾向の円形、卵円形の潰瘍となりCavitating ulcerと称される。

Aggressive ulceration は肛門管、周囲皮膚に広く深い潰瘍を生じる急性病変である。

②Skin tag(皮垂)

通常型

痔核の脱出や裂肛の後にみられる皮膚のたるみで、正中線上とくに後壁側に好発する。女性に多く、肛門周囲の突起として自覚されるが、疼痛を伴うことは稀である。

クローン病

肛門部皮下組織のリンパ性浮腫によると考えられており、通常例に比べ、腫張がつよく、多発することが特徴的である。多くは裂肛、瘻孔に合併し、側方にみられることも少なくない。

浮腫が高度になると疼痛を伴い排便にも支障をきたす。

Ulcerated edematous pileは急性期のリンパ性浮腫が関与し、skin tag上に小潰瘍を形成するもので、痔核とは異なる病態であり、広義にはskin tagの範中に含まれる。

③Anal fistula (肛門部瘻孔)・Perianal abscess (肛門周囲膿瘍)

通常型

肛門陰窩(anal crypt)から侵入した細菌が肛門腺に感染を起こし、直腸肛門周囲に膿瘍を形成する(crypt glandular infection)。

膿瘍の自潰、あるいは切開により肛門陰窩との間に瘻管が形成された病態が通常の瘻孔(痔瘻)である。痔瘻は瘻管の走行する解剖学的部位により分類され、低位筋間痔瘻が最も多い。

馬蹄型痔瘻以外では多発することは稀で、瘻管の走行はGoodsallの法則に従う。

クローン病

Crypt-glandular infectionで生じることもあるが、多くは裂肛や潰瘍に感染や閉塞が加わり発生するとされている。

瘻管の走行が複雑で多発することが特徴的である。

通常例に比べ前壁側に好発し、しかも肛門から離れて2次口が存在することが多い。

単発例の中には、通常型の瘻孔が含まれることも少なくないが、その見極めは難しく、慎重な対応が必要である。

IV. クローン病肛門部病変の分類

Hughesらはクローン病肛門部病変を病態から以下に示す3つのカテゴリーに分類しており、代表的な基準として今日広く用いられている。

まず、Hughesらの分類のうち、Primary lesionを特徴的所見とともに示し、以下病態別に症例を供覧する。

表2. Hughesらの分類(クローン病診療ガイドラインの表現を括弧内に示す)

①Primary lesion (原発巣)	: 肛門部のクローン病病変
②Secondary lesion (続発性難治性病変)	: Primary lesion からの機械的、物理的、感染性合併症として続発する病変
③Incidental lesion (通常型病変)	: クローン病とは関係なく発生する病変

表3. クローン病の肛門部病変(Hughesらの分類)

Primary lesions	Secondary lesions	Incidental lesions
Anal fissure	Skin tags	Piles
Ulcerated edematous pile	Anal / rectal stricture	Perianal abscess/ fistula
Cavitating ulcer	Perianal abscess / fistula	Skin tags
Aggressive ulceration	Anovaginal / rectovaginal fistula	Cryptitis
	Carcinoma	

Hughes LE, Taylor BA: Perianal disease in Crohn's disease. Allan RN(ed): Inflammatory bowel disease (2nd ed). New York. Churchill Livingstone, 1990, p351-631 から引用

表4. クローン病肛門部瘻孔の分類 [AGA technical review : 2003]

肛門部瘻孔の分類はクローン病独自の分類がAGAから呈示されており、simple fistulaが瘻孔切除(切開)の適応とされている。

	Simple fistula	Complex fistula
Type of fistula	Low inter or transsphincteric	High inter or transsphincteric supra or extra sphincteric
External opening	Single	Multiple
Perianal abscess	(-)	(+)
Vaginal or UB fistula [※]	(-)	(+)
Rectal stenosis or Proctitis	(-)	(+)

※ UB fistula : Urethro-Bladder fistula

①Ulcerated edematous pile

【症例3】 30代 / 女性 / 小腸大腸型

前後壁 ulcerated edematous pile
5時 ulcer, fistula



図5. Ulcerated edematous pile

②Cavitating ulcer

【症例4】 20代 / 女性 / 小腸大腸型

6時 cavitating ulcer
3時 skin tag



図6. Cavitating ulcer

③Aggressive ulceration

【症例5】 30代 / 女性 / 大腸型

後壁側 Aggressive ulceration
前壁側 肛門腔瘻



図7. Aggressive ulceration

【症例6】 50代 / 女性 / 小腸大腸型

Aggressive ulceration



図8. 広汎瘻孔・皮垂腫脹

④ Perianal fistula

【症例7】 30代 / 女性 / 小腸大腸型

4時方向の肛門潰瘍を原発巣とした皮垂・瘻孔(矢印)
[secondary lesion]



図9. Perianal fistula(secondary lesion)

【症例8】 20代 / 男性 / 小腸型

1時方向の低位筋間瘻孔



図10. Perianal fistula

V. 病態別クローン病肛門部病変の症例呈示

クローン病に伴う肛門部病変には種々の病変がみられ、この項では各々の病態別に症例を供覧する。なかでも、潰瘍病変、瘻孔・膿瘍、皮垂などが多発および混在したものは、クローン病に特徴的で、肛門部病変からクローン病を強く疑う所見として重要で、典型例をCrohn's anusとして取り上げた。

以下の順で症例を供覧する。

- | | | |
|------------------------------|---------------------------|------------------|
| ①Crohn's anus | ⑤Perianal abscess(肛門周囲膿瘍) | ⑨診断の契機となった肛門周囲膿瘍 |
| ②Anal fissure・Ulcer(裂肛・肛門潰瘍) | ⑥Vaginal fistula | ⑩小腸病変に起因した肛門周囲瘻孔 |
| ③Skin tag(皮垂) | ⑦Anorectal carcinoma | ⑪UCからCDへの診断変更 |
| ④Anal fistula(肛門部瘻孔) | ⑧肛門部病変先行例 | |

①Crohn's anus

【症例9】 20代 / 女性 / 小腸大腸型 [症状なし]

fissure・tag多発



図11. Crohn's anus[1]

【症例10】 20代 / 男性 / 小腸大腸型

1, 5, 9, 11時 fistula
6, 9, 11時 skin tag
12時 fissure



図12. Crohn's anus[2]

【症例11】 30代 / 男性 / 小腸大腸型

1時 fistula 多発
5, 7, 11時 skin tag



図13. Crohn's anus[3]

【症例12】 20代 / 男性 / 小腸大腸型

10, 11時 fistula
6, 7時 skin tag
肛門周囲皮膚炎 (失禁による2次的変化)



図14. Crohn's anus[4]

②Anal fissure・Ulcer (裂肛・肛門潰瘍)

【症例13】 20代 / 男性 / 小腸大腸型

6, 12時 fissure
肛門狭窄



図15. Anal fissure・Ulcer[1]

【症例14】 20代 / 女性 / 大腸型

全周性に多発するulcer
1, 9, 11時 fistula
1, 6, 11時 skin tag



図16. Anal fissure・Ulcer[2]

【症例15】 10代 / 男性 / 小腸大腸型

6時 ulcer
1, 11時 fistula



図17. Anal fissure・Ulcer[3]

③Skin tag (皮垂)

【症例16】 30代 / 女性 / 小腸大腸型

前後壁に緊満したskin tag
6時 fissure



図18. Skin tag[1]

【症例17】 20代 / 男性 / 小腸大腸型

4, 10時 skin tag
6, 12時 fissure
1, 5時 fistula
1, 11時 癬痕



図19. Skin tag[2]

【症例18】 20代 / 女性 / 小腸大腸型

全周性のskin tag
肛門周囲皮膚炎
fissure、膿瘍合併



図20. Skin tag[3]

【症例19】 40代 / 女性 / 小腸大腸型

右側中心の多発fistula・膿瘍
肛門周囲皮膚の著明な腫張



図21. Skin tag[4]

【症例20】 40代 / 男性 / 小腸型

全周性 skin tag
1～3時 肛門周囲皮膚癬痕、肛門狭窄



図22. Skin tag[5]

④Anal fistula (肛門部瘻孔)

【症例21】 20代 / 男性 / 小腸大腸型

11時 fistula 多発



図23. Anal fistula[1]

【症例22】 30代 / 男性 / 小腸大腸型

14歳時abscessで発症
1, 3, 11, 12時 fistula 癒痕
肛門周囲皮膚のひきつれを伴なう



図24. Anal fistula[2]

【症例23】 30代 / 女性 / 小腸型

外陰唇部 fistula (右側)
9時 skin tag
肛門狭窄



図25. Anal fistula[3]

【症例24】 40代 / 男性 / 小腸大腸型

1, 11時 fistula
肛門周囲皮膚癢痕化、発赤



図26. Anal fistula[4]

【症例25】 40代 / 女性 / 大腸型

11時 fistula、直腸腔瘻
右側外陰部潰瘍形成
全周性skin tag
肛門周囲皮膚びらん



図27. Anal fistula[5]

【症例26】 20代 / 男性 / 小腸大腸型

右側肛門周囲から大腿部におよぶ
fistula、abscess、蜂窩織炎、膿皮症



図28. Anal fistula[6]

⑤ Perianal abscess (肛門周囲膿瘍)

【症例27】 30代 / 男性 / 小腸型

8～10時 abscess



図29. Perianal abscess[1]

【症例28】 10代 / 男性 / 小腸大腸型

1～3時 abscess

7, 11時 fistula 術後癒痕



図30. Perianal abscess[2]

【症例29】 20代 / 男性 / 大腸型

右側殿部に発赤腫張を伴う広汎abscess

6時 自潰部

1時 fistula



図31. Perianal abscess[3]

【症例30】 40代 / 男性 / 小腸型

前壁側中心に広汎abscessおよび多発するfistula
尿道瘻形成



図32. Perianal abscess[4]

【症例31】 30代 / 男性 / 小腸大腸型

右陰囊部abscess
直腸尿道瘻合併



図33. Perianal abscess[6]

⑥ Vaginal fistula · Urethral fistula

【症例32】 30代 / 女性 / 小腸大腸型

肛門管-膣瘻
多発fistula



図34. Vaginal fistula

【症例33】 20代 / 男性 / 大腸型

直腸尿道瘻
多発fistula術後



図35. Urethral fistula

⑦ Anorectal carcinoma

【症例34】 30代 / 女性 / 小腸大腸型

病悩期間150月・後方骨盤内臓器全摘術
7時 fistula 癩痕
肛門周囲皮膚および腔への浸潤著明
疼痛・粘血便から7ヵ月



図36. Anorectal carcinoma[1]

【症例35】 50代 / 男性 / 小腸大腸型

病悩期間357月・骨盤内臓器全摘術
長期ストーマ観察例
肛門部痛・粘液排出から4ヵ月
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



図38. Anorectal carcinoma[2]

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



図37. 摘出標本

RbP 4型,
M₁ (No280) P₀ H₀ N₃ AI(膀胱・前立腺・精嚢) IV
mucinous carcinoma

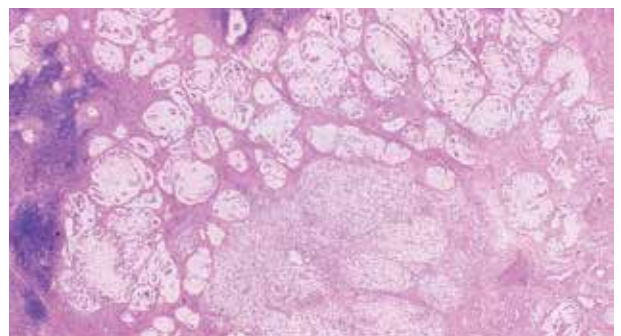


図39. 摘出標本・組織標本

【症例36】 30代 / 女性 / 小腸大腸型

病悩期間173月・非切除[T4・M(リンパ節)]
 疼痛発現から1ヵ月半
 前壁中心に全周性の硬い腫瘤
 1時方向に皮膚潰瘍
 皮垂様隆起多発
 局所浸潤、両側鼠径リンパ節転移
 生検：低分化神経内分泌癌

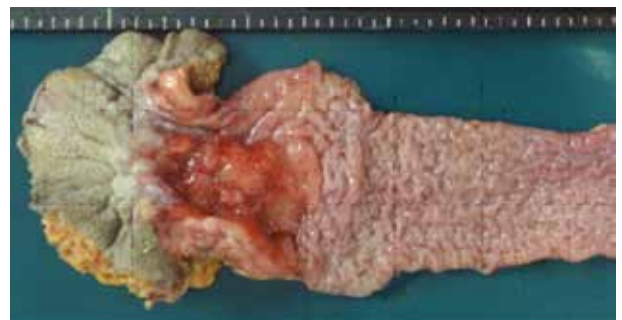
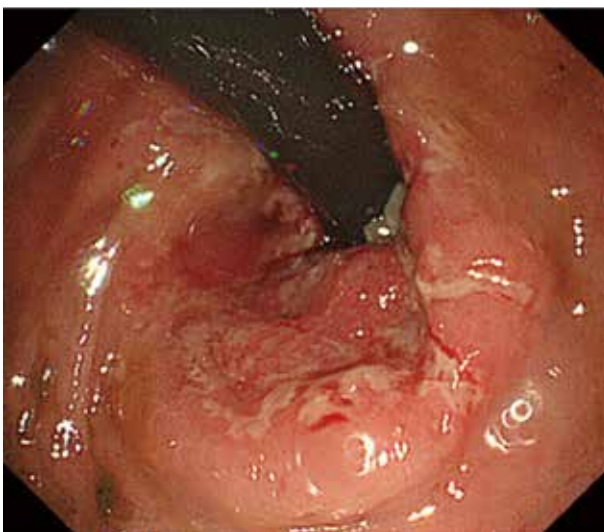
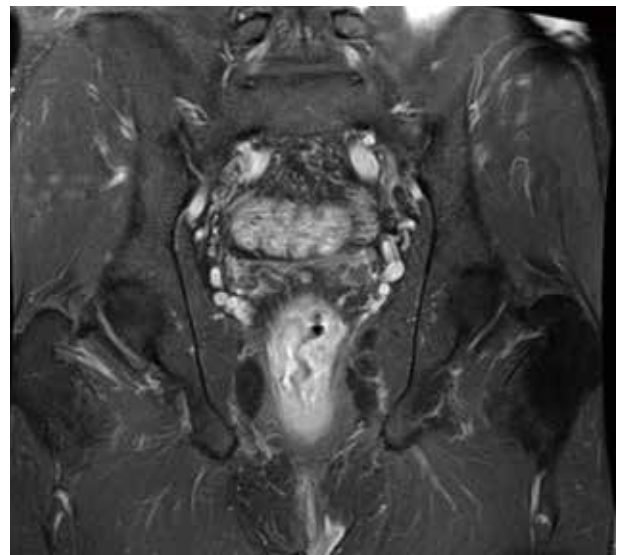


図40. Anorectal carcinoma [3]

【症例37】 40代 / 男性 / 小腸大腸型

病悩期間150月：直腸切断術
 粘血便、肛門痛から1ヵ月

RbP：3型 低分化腺癌(粘液)
 PoHoN₁ (3/128) A：ⅢA



肛門部：発赤腫張、後壁側瘻孔
 内視鏡：RbPに3型病変
 M R I：Rb～P壁肥厚・異常信号
 摘出標本：直腸切断術施行

図41. Anorectal carcinoma [4]

【症例38】 50代 / 男性 / 小腸大腸型

病悩期間131月・非切除(T4・P3)
肛門痛から4ヵ月
瘻孔(1,11時)、皮垂(6,7,11時)を含め
全周性に顕著な腫張、硬化
肛門部癌(中低分化腺癌)



図42. Anorectal carcinoma [5]

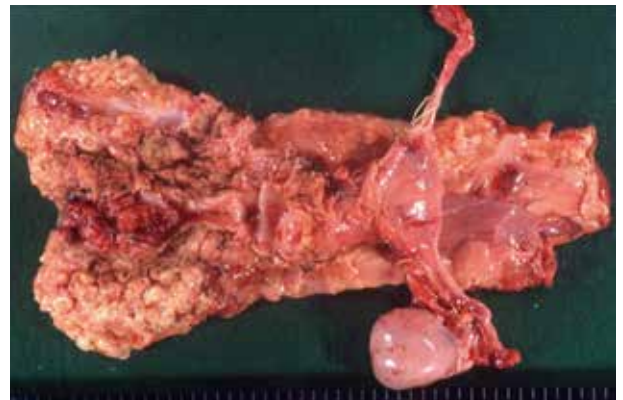
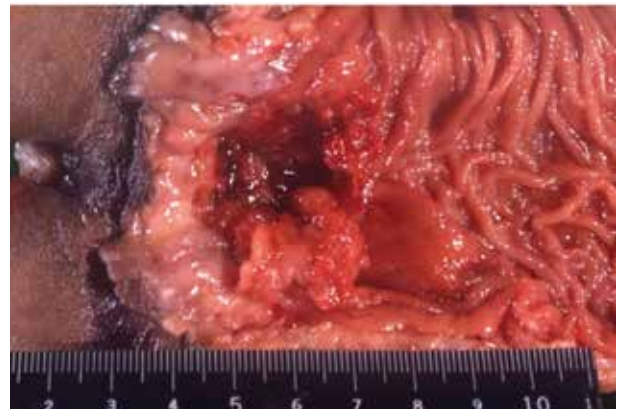
【症例39】 40代 / 女性 / 小腸大腸型

病悩期間252月・後方骨盤内臓器全摘術
腫瘍・疼痛・出血から6ヵ月



図43. Anorectal carcinoma [6]

RbP : 2型 高低分化腺癌(粘液)
PoH0N3 (17/92) T4(子宮・膣) III B



肛門部:膣に浸潤する肛門部腫瘍、7時瘻孔(矢印)
注 腸:RbPに全周性狭窄
肉眼:2型 全周
生 検:高分化腺癌

【症例40】 40代 / 女性 / 小腸型

病悩期間281月・直腸切断術
疼痛・出血から4ヵ月
肛門潰瘍病変からの発癌・画像検査で描出なし

P : 2型 高中分化腺癌 MoPoHon0A : II



図44. Anorectal carcinoma [7]

⑧ 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41】 10代 / 男性 / 小腸型

瘻孔多発(3時,10時) → 3ヵ月後診断



図45. 肛門部病変先行例[1]

【症例42】 10代 / 男性 / 小腸大腸型

瘻孔(11時) → 7年後診断



10歳時 : lay open

- 10歳 lay open(11時)、肉芽腫なし
- 17歳 CD診断(SL型アフタ病変) [上腹部痛]
瘻孔(5時)
- 21歳 腸病変増悪
- 27歳 腸病変増悪、瘻孔再燃(1,11時)
→IFX導入
- 30歳 腸管狭窄 → 内瘻形成
- 33歳 腸切除3カ所、瘻孔切開 → ADA
- 37歳 順調



33歳時 : 瘻痕多数・右半周に硬結

図46.肛門部病変先行例[2]

【症例43】 10代 / 男性 / 小腸大腸型

fistula(1,3時)・fissure(6,9,12時)・
tag(9,12時)

[1時瘻孔から肉芽腫検出]



図47. 肛門部病変先行例[3]

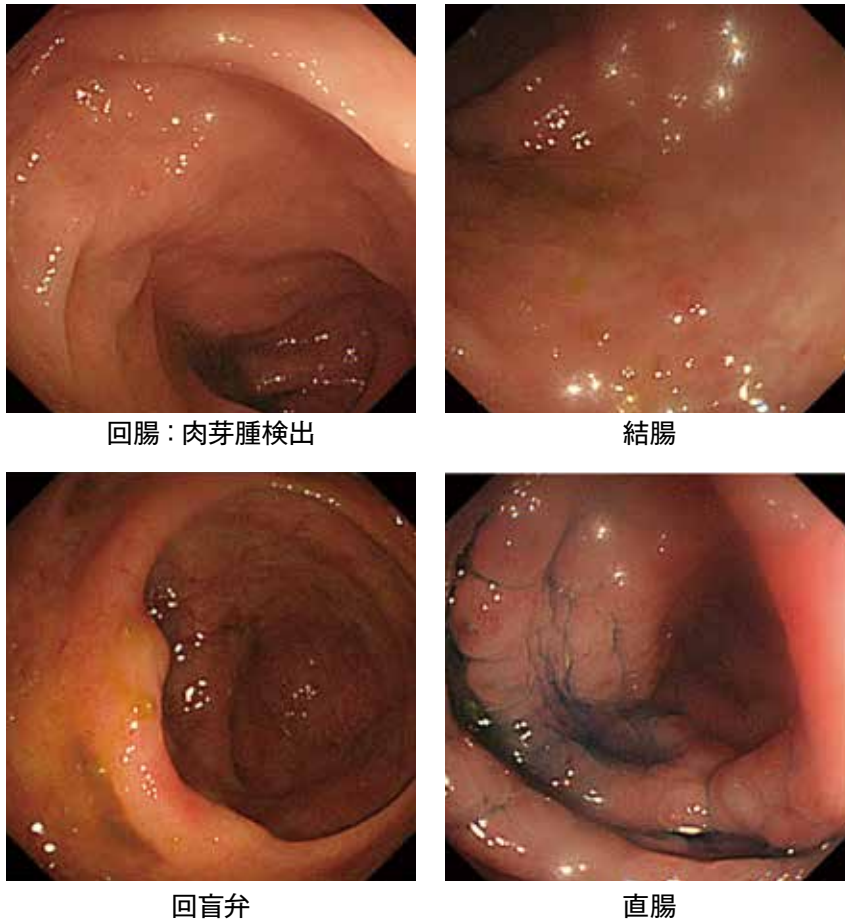


図48. 内視鏡所見(同時期)

⑨診断の契機となった肛門周囲膿瘍

【症例44】 20代 / 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49. 外来での所見



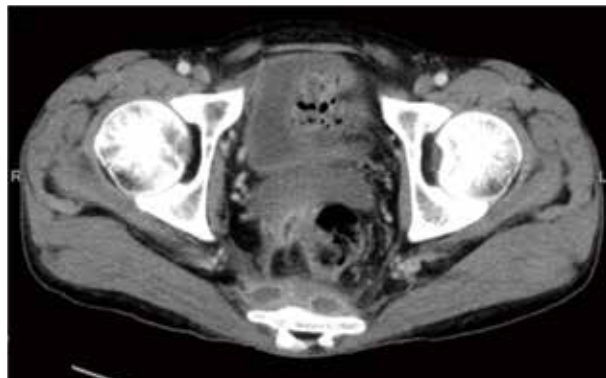
図50. 麻酔下の観察・処置

⑩ 小腸病変に起因した直腸肛門周囲膿瘍 [図51]

【症例45】 30代 / 男性 / 小腸大腸型



全周性肛門周囲膿瘍
9時方向切開ドレナージ、効果なし



CT: 小腸から骨盤部へ連なる瘻孔
骨盤底から肛門周囲に広がる膿瘍



ペンローズを用いたseton法ドレナージ



小腸造影: 小腸病変が小腸、
直腸および骨盤部と瘻孔形成

⑪ UCからCDへの診断変更 [図52]

【症例46】

潰瘍性大腸炎で大腸亜全摘術・回腸-直腸吻合術施行後吻合部再発・多発fistula・肛門周囲炎を来しクローン病と診断



回腸直腸吻合部および口側回腸に再発
IRA後59ヵ月



多発瘻孔・肛門周囲炎



回腸人工肛門造設後

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、経肛門的超音波検査などの画像所見を加えて病態を正しく診断することが必要で、各肛門部病変に対応する画像所見を呈示する。

検査としてはCTには被曝のリスクが、超音波検査は肛門狭窄による制約があり、組織分解能に優れ横断面、冠状断面での描出も得られるMRIが有用である。また治療法の選択にも影響する下部消化管病変の評価は必須である。

近年増加している癌合併例については進行癌だけでなく早期診断例の内視鏡検査を供覧する。

①クローン病肛門部瘻孔・膿瘍における画像所見

【症例47】 30代 / 女性 / 小腸大腸型

肛門部痛、発熱



図53. 肉眼所見

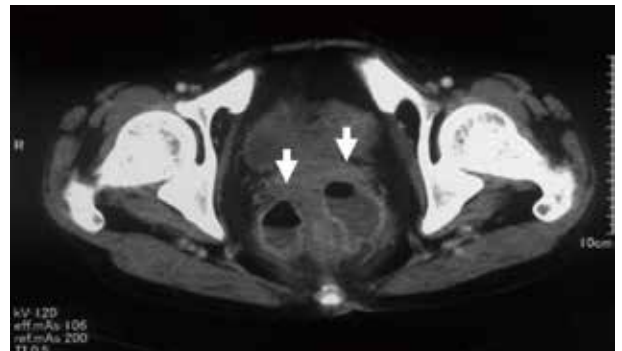


図54. CT所見

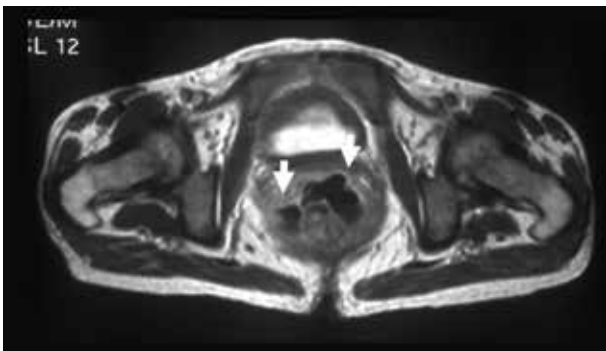


図55. MRI(T1) 所見

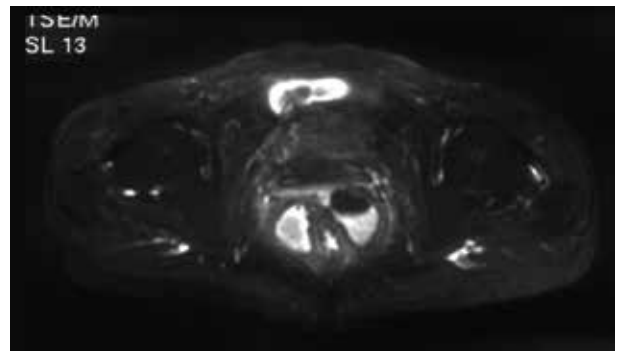


図56. MRI(T2) 所見

※CT,MRIともに、液性貯留を伴う膿瘍を認める。

【症例48】 30代 / 男性 / 小腸大腸型

肛門部痛、6時裂肛、5時瘻孔



図57. 肉眼所見



図58. 注腸造影所見

※注腸造影では、瘻孔の描出はない。

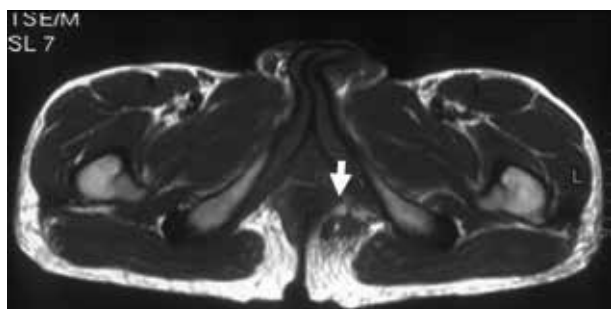


図59. MRI(T1) 所見

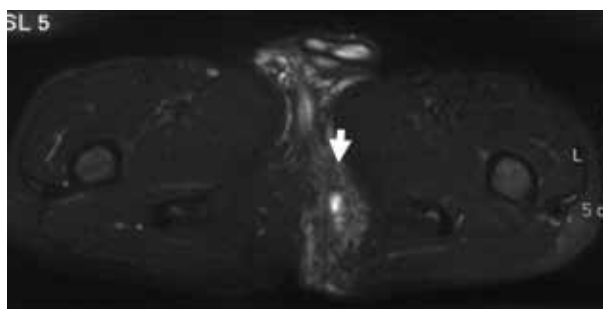


図60. MRI(T2) 所見

※MRI(T1, T2)にて瘻管の走行が確認できる。

【症例49】 20代 / 女性 / 小腸大腸型

肛門右側膿瘍(疼痛)



図61. 肉眼所見

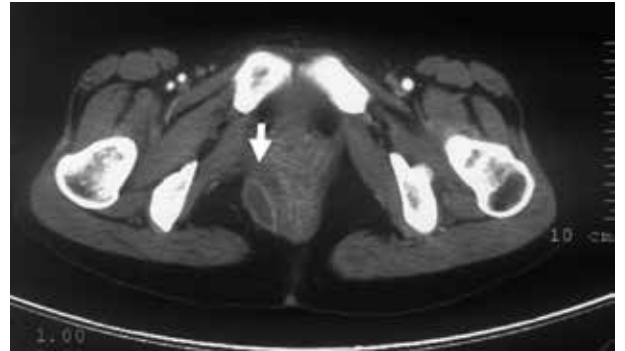


図62. CT所見

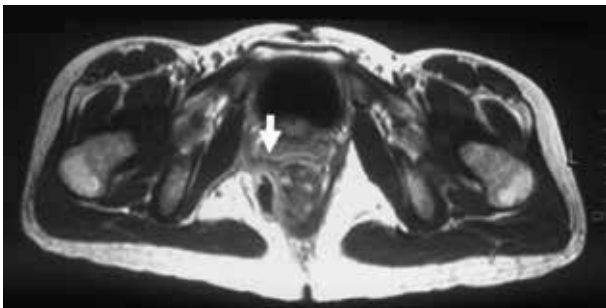


図63. MRI(T1) 所見



図64. 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。



図65. 注腸造影所見[1]



図66. 注腸造影所見[2]

※注腸検査でも確認できる瘻孔病変。

【症例50】 40代 / 男性 / 小腸大腸型



図67. 左側に4カ所の瘻孔

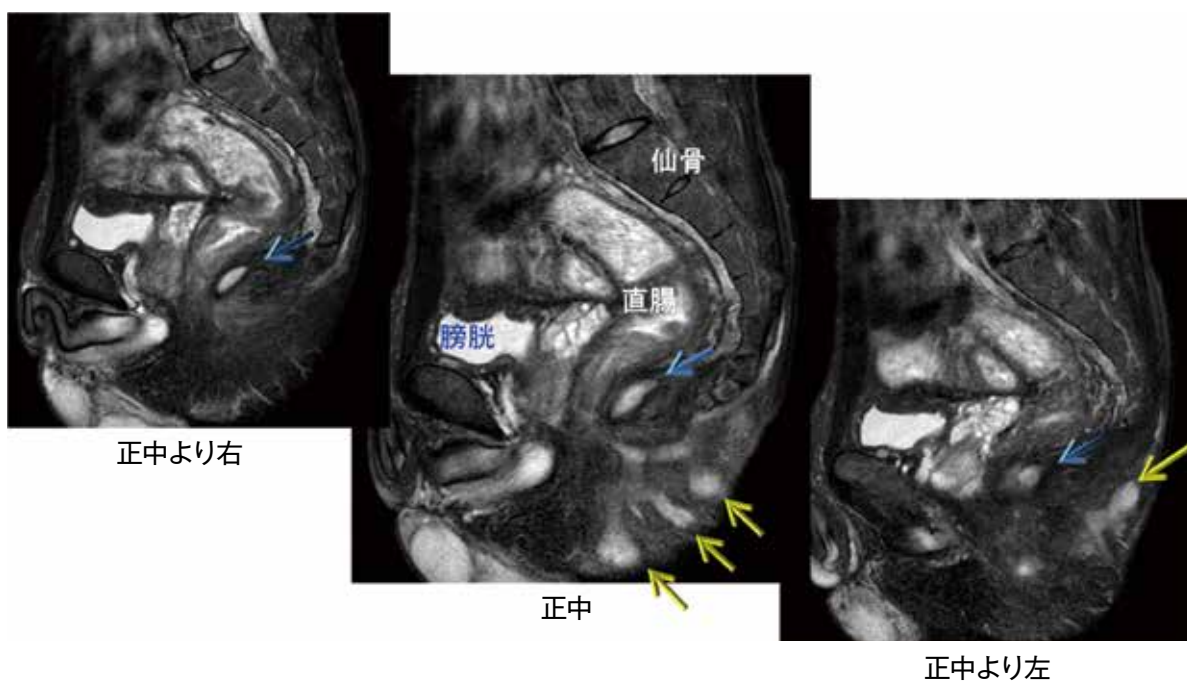


図68. MRI (T2強調矢状断)

② 会陰部広範に進展した骨盤直腸窩膿瘍

【症例51】 10代 / 男性 / 小腸大腸型



図69. 陰嚢近傍から殿部広範(矢印)におよぶ膿瘍

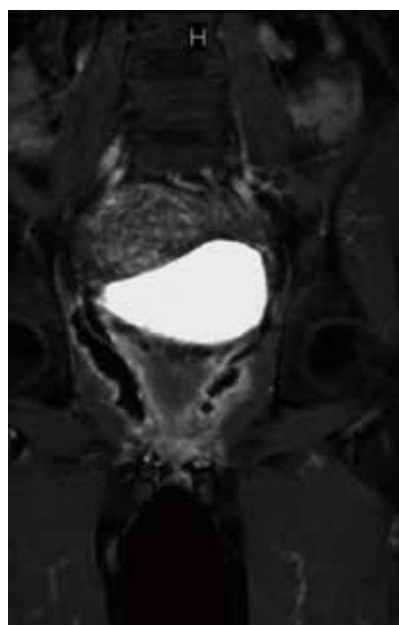


図70. MRI所見: 骨盤直腸窩におよぶ瘻孔・膿瘍

③ 下部直腸から肛門周囲におよぶ広範な肛門部瘻孔・膿瘍

【症例52】 30代 / 男性 / 大腸型



図71. 全周におよぶ瘻孔・膿瘍



図72. CT所見: 直腸壁肥厚、直腸周囲におよぶ瘻孔



図73. 注腸造影所見: 下部直腸肛門狭窄

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

【症例53】 20代 / 女性 / 小腸大腸型



図74. Cavitating ulcerに伴う瘻孔



図75. 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54】 30代 / 男性 / 大腸型



図76. 注腸造影所見：直腸肛門部の線維性狭窄



図77. 注腸造影所見：バルーンでの拡張も効果なし



図78. 肛門周囲左側半周に及ぶ膿瘍

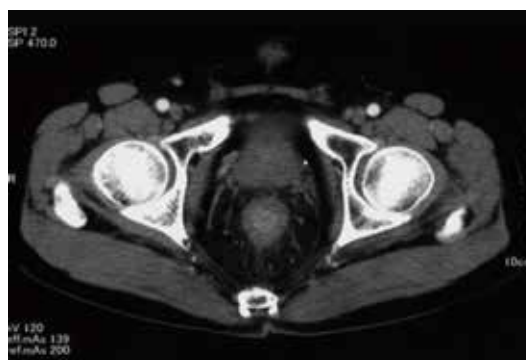


図79. CT所見：直腸の壁肥厚、周囲脂肪織の炎症性変化

⑥ 肛門癌における画像所見

【症例55】 60代 / 女性 / 生検により確診した肛門部癌

病悩期間(肛門部瘻孔):18年・直腸切断術
初診時:5時方向に瘻孔・腸管手術歴:3回

癌診断時:3時方向に膿瘍がおよぶ
5時方向の瘻管内生検で癌の診断



図80. 癌診断時

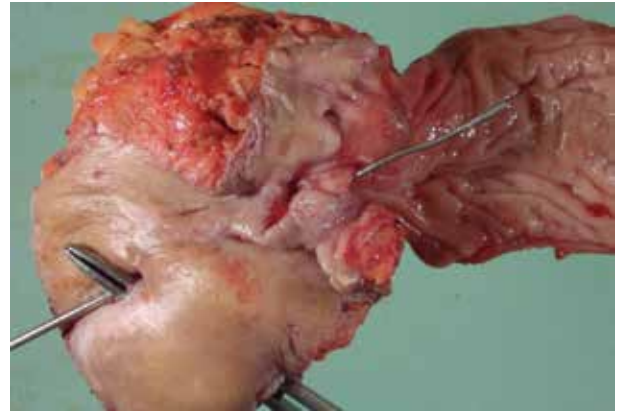


図82. 切除標本(ゾンデ挿入部の瘻孔からの発癌)



図81. 肛門部所見(切除範囲)

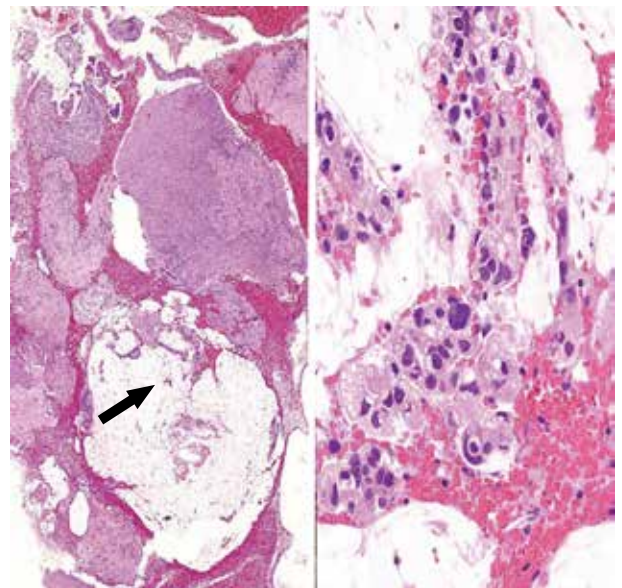


図83. 生検所見(粘液癌)

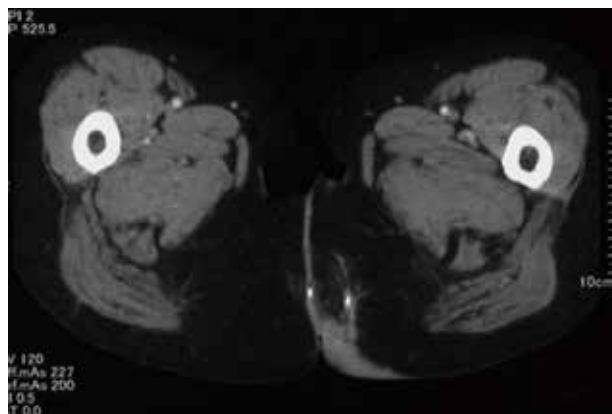


図84. CT所見

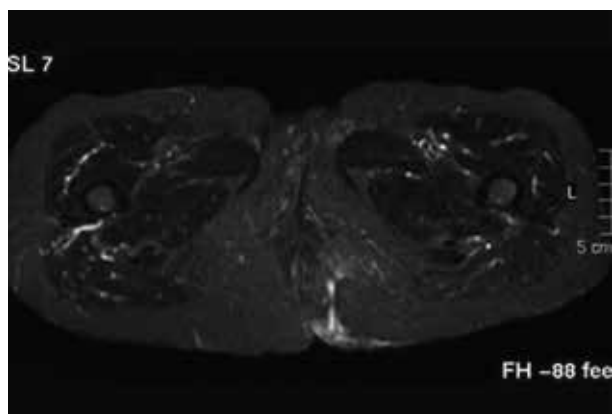


図85. MRI所見



図86. 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56】 40代 / 男性 / 小腸大腸型：肛門部癌(非切除例)

病悩期間23年、肛門部痛増強

左側半周におよぶ腫瘤形成、3時方向既瘻孔部にも腫瘤形成。

肛門周囲広範に発赤、前壁側に瘻孔多発

局所浸潤とともに鼠径部、大動脈周囲リンパ節に転移がみられ、切除不能。

生検診断：Mucinous adenocarcinoma



図87. 肉眼所見

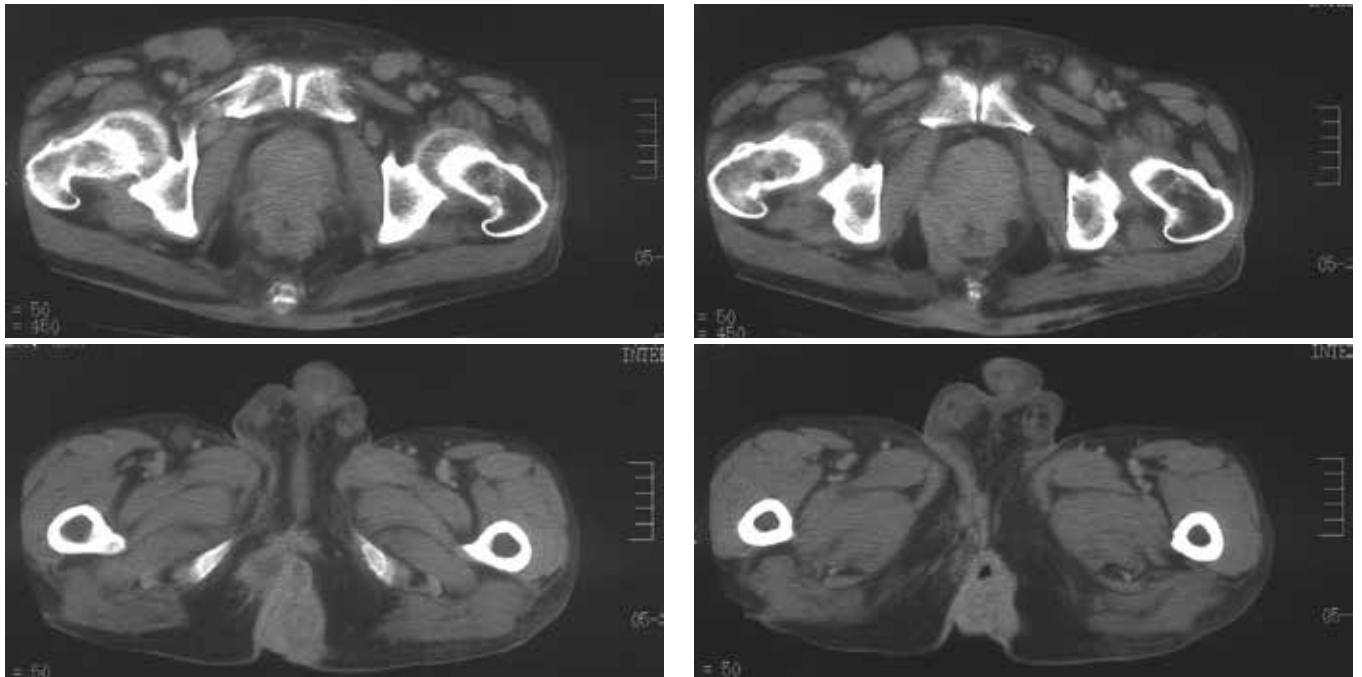


図88. CT所見：直腸肛門の壁肥厚・周囲臓器浸潤・鼠径リンパ節腫大

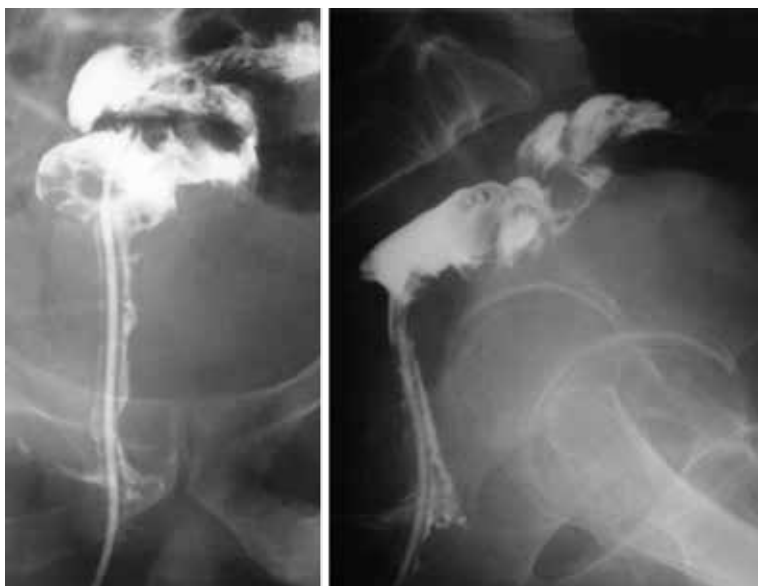


図89. 下部消化管造影：直腸肛門の著明な狭窄

⑦ 直腸肛門部癌の内視鏡所見 [図90]

上部直腸
(ストーマ観察中)
硬さのある発赤
3回の生検
↓
粘液癌
ステージⅡ



肛門管
発赤粘膜
↓
高分化腺癌
ステージ0

直腸肛門部
絨毛状粘膜
↓
高分化腺癌
ステージⅡ



肛門管
発赤隆起
↓
高分化腺癌
ステージ0

※クローン病関連直腸肛門部癌の早期診断

癌合併を疑う症状としては疼痛の増強、粘液の排出などが挙げられるが、通常の大腸癌に比べ若年の発癌で悪性度が高く、治療成績の向上には早期診断が重要である。

欧米では潰瘍性大腸炎と同様に内視鏡によるサーベイランスが推奨されているが、本邦では直腸肛門部に好発する特徴から通常の内視鏡ができないことも少なくない。直腸肛門部病変により内視鏡によるサーベイランスが難しい場合には内科・外科連携の下に、麻酔下の肛門部生検(肛門管粘膜・瘻孔部)ならびに同時の内視鏡検査も考慮する。

Ⅶ. クロウン病診断基準としての肛門部病変

出典：難治性炎症性腸管障害に関する調査研究(鈴木班)
平成29年度分担研究報告書別冊. 2018: p18

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、肛門部瘻孔、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病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：難治性炎症性腸管障害に関する調査研究(鈴木班)
平成29年度分担研究報告書別冊. 2018 : p26-27

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、局所の病態を適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) 肛門部瘻孔・膿瘍

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、セファム系など)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瘻孔であれば、瘻孔切除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、瘻孔切除術の適応は控え、seton法ドレナージを継続する。

薬物治療(免疫調節剤、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。

(*) 現在保険適応には含まれていない。

(2) 直腸(肛門管) - 腔瘻

効果的な内科的治療はなく、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、併存する瘻孔・膿瘍の外科的処置に加えて、腸病変に準じて内科的治療法を選択する。

(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。瘻孔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(肛門管に局限した輪状狭窄)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。

(6) 補足

重症度の評価には、自覚症状に客観的所見も加味されたPDAI (Perianal Crohn's Disease Activity Index) も参考にする。ただし、Sexual activity の評価が難しい場合には、社会生活評価項目(Social activity) に代えて、概ね5点を目途に外科医、肛門科医と外科治療について協議する。

生物学的製剤の使用に際しては、短期的な有用性は示されているが、長期的な効果についてはevidenceが十分でなく、直腸肛門狭窄にも留意する。

4. 人工肛門の適応(直腸切断術を含む)

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。

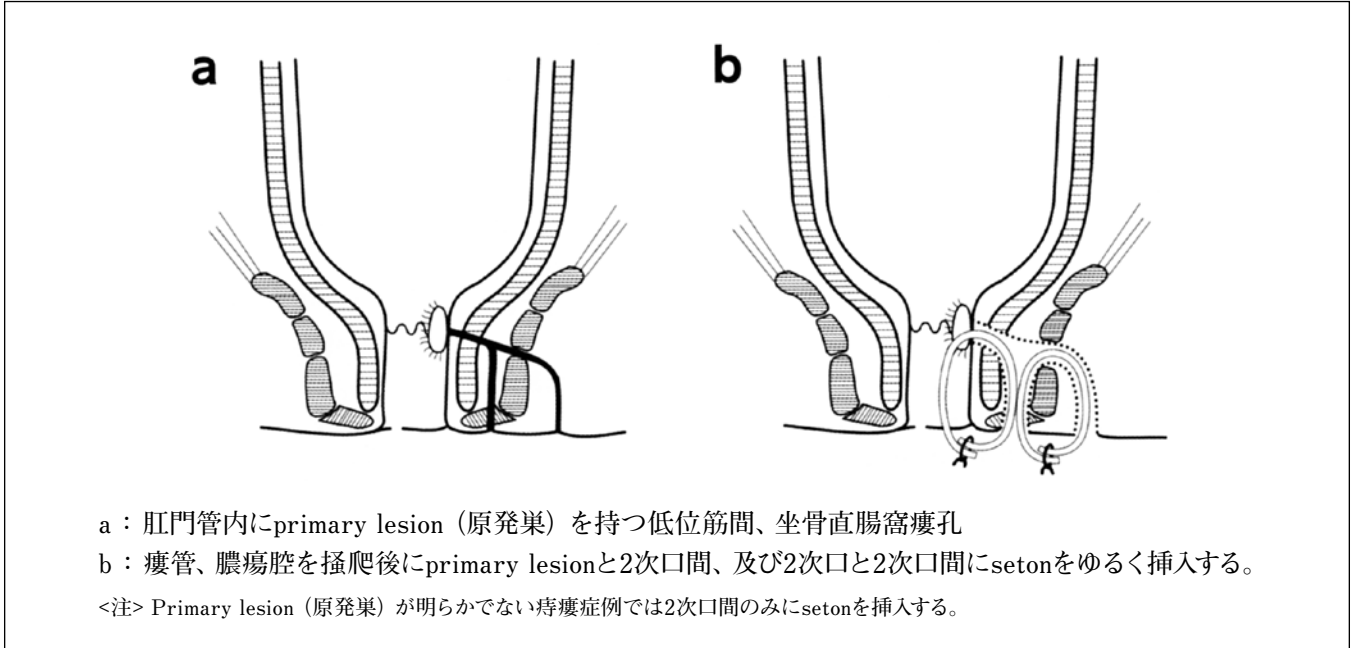
重症の肛門部病変とは、seton法ドレナージや薬物療法の併用でも制御できない瘻孔、腔瘻、尿道瘻、線維性の強い直腸肛門狭窄、および肛門機能の低下により便失禁を来たした場合などが相当する。

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。

また、肛門病変増悪のリスクから、一時的人工肛門の閉鎖は難しいことが多い。

人工肛門造設例では傍人工肛門瘻孔、人工肛門の狭窄、直腸切断術例では会陰創治癒遅延などの合併症に留意する。

seton法 (drainage seton) の基本的な手技



Perianal Crohn's Disease Activity Index (PDAI)

Discharge

0. no discharge
1. minimal mucous discharge
2. mod. mucous / purulent discharge
3. substantial discharge
4. gross fecal soiling

Type of perianal disease

0. no perianal disease / tag
1. anal fissure or mucosal tear
2. < 3 perianal fistula
3. ≥ 3 perianal fistula
4. anal sphincter ulceration or fistula with significant undermining

Pain/stricture

0. no activity restriction
1. mild discomfort, no limited
2. mod. discomfort, limited
3. marked discomfort, limited
4. severe pain, severe limitation

Degree of induration

0. no induration
1. minimal induration
2. mod. induration
3. substantial induration
4. gross fluctuance / abscess

Restriction of sexual activity

0. no restriction
1. slight restriction
2. mod. limitation
3. marked limitation
4. unable to engage

Restriction of social activity^{*}

0. no restriction
1. slight restriction
2. mod. limitation
3. marked limitation
4. unable to school or social work

※ : modified PDAI

Irvine EJ : 1995 J. Clin Gastroenterology

IX. 肛門部病変に対する外科治療の実際

① 経肛門的肛門拡張に用いる機器



ヘガール型金属ブジー(アトムメディカル)



ブジー(ポリアセタール樹脂製:ユフ精器)

② 瘻孔切除術後の経過:再発の形態を呈示する

【症例57】



図91. 他院術後2ヵ月・広汎な膿瘍形成

【症例58】



図92. 術後3ヵ月・創治癒不良

【症例59】



図93. 術後14年・手術瘢痕部に膿瘍形成

【症例60】



図94. 他院3回の手術歴、膿瘍再発・括約筋不全

【症例61】



図95. 術後瘻孔・癒痕多発(外陰部～右半周)・直腸肛門狭窄

【症例62】



図96. 瘻孔切除歴2回 広範瘻孔・膿瘍 便失禁による広汎な皮膚びらん

【症例63】



図97. 経過良好：術後25年癒痕(8,11時)

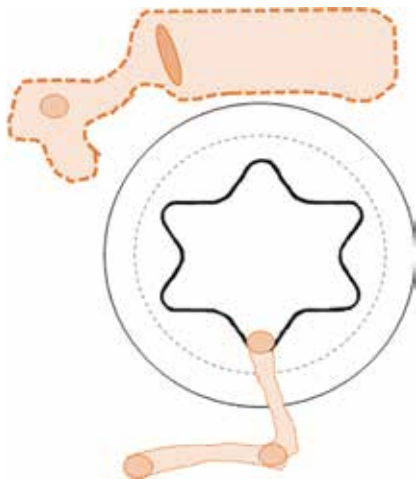
③ seton法ドレナージ

肛門管の原発口(1次口)と肛門周囲の2次口の間、あるいは複雑多発例には2次口間にsetonを留置してドレナージを行なう。

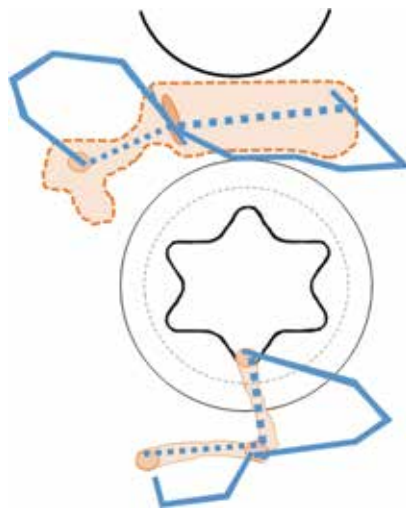
留置したsetonを徐々に締めて瘻孔の切開を図るCutting setonは肛門括約筋への損傷が加わるためクローン病には適さない。seton法施行時には瘻孔・膿瘍の部位と走行ならびにsetonの留置部位を図説すると分かりやすい[図98]。

setonの材料としてはドレナージ効果に優れるペンローズ、テフロン血管テープが主に用いられる。seton法の手技ならびに治療経過も供覧する。

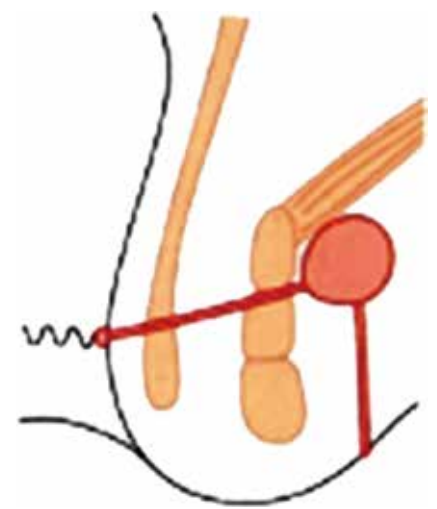
肛門部瘻孔・膿瘍の図説 [図98]



瘻孔・膿瘍の部位、走行



ドレナージの表記(ブルー)



深部への広がり(坐骨直腸窩瘻孔)

Cutting seton と Loose seton [図99]



Cutting seton
11時低位筋間瘻孔
長期的には括約筋機能低下

Loose(drainage) seton
全周性多発瘻孔
不良肉芽の切除・搔破

seton法ドレナージの手技①[図100]



肉眼所見(碎石位)



肛門鏡を用いた検索



直腸指診



切開創から内腔の確認

seton法ドレナージの手技② [図101]



切開創から色素注入



切開の追加



鋭匙を用いた内腔の搔爬・生検



seton法ドレナージ

2次口からオキシドール(あるいは色素)を注入し1次口を同定 [図102]



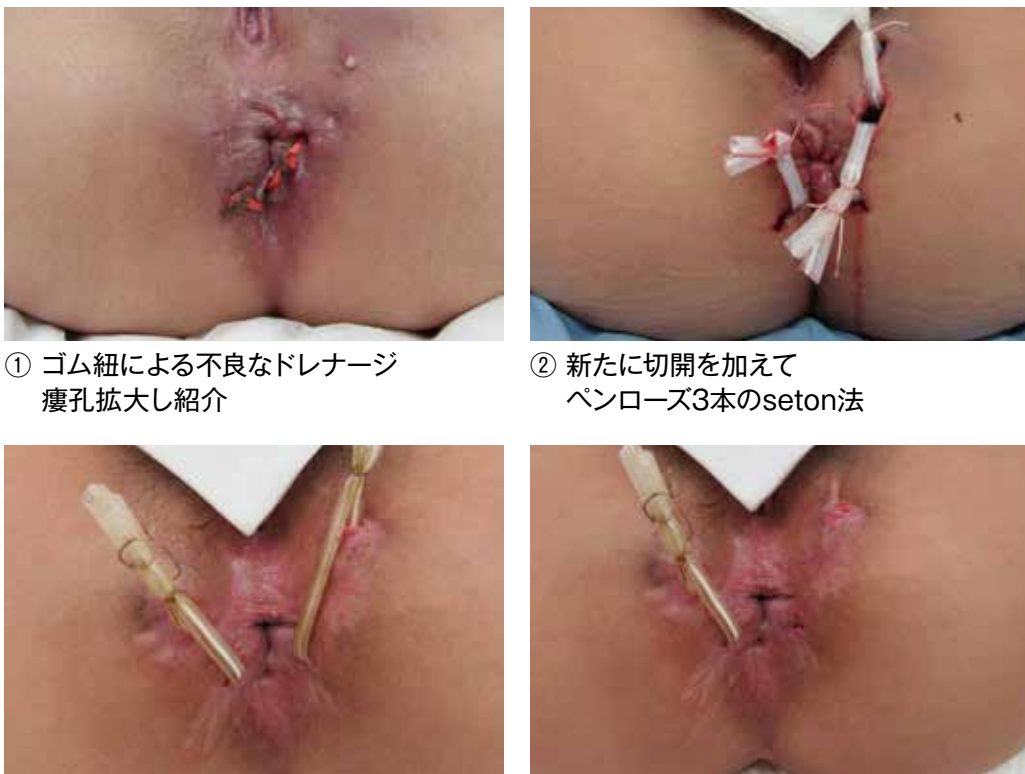
seton法ドレナージの手技 [図103]



ビニールドレインによるseton法で紹介（ドレナージ不良）
2次口を大きく切開・瘻孔部の不良肉芽を搔爬・seton法（ペンローズ）

seton法ドレナージの治療経過 [図104]

【症例64】 10代 / 女性 / 小腸大腸型



① ゴム紐による不良なドレナージ
瘻孔拡大し紹介

② 新たに切開を加えて
ペンローズ3本のseton法

③ seton部に不良肉芽なく
ペンローズ2本で管理

④ 良好な経過で1本のsetonへ
この後seton抜去

【症例65】 20代 / 女性 / 小腸大腸型



ナイロン糸による不良なドレナージ



2次口を開大したベンローズによるドレナージ
3年かけて抜去



Seton抜去後9年6ヵ月
両側多発瘻孔瘢痕、便失禁なし

【症例66】 多発痔瘻に対するseton法の治療経過

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106. 全周性の多発瘻孔



図107. 複数のseton法ドレナージ



図108. 1年3ヵ月後瘻孔瘢痕化

不良なseton法①[図109]



Coring out + seton法後増悪
締め付けにより疼痛顕著

不良なseton法②[図110]



ゴム紐によるseton法を継続
締め付けが加わり皮膚潰瘍形成(前壁)

不良なseton法③[図111]



ペンローズの交換なく長期留置
左臀部に膿瘍形成

④ 抗TNF- α 抗体製剤投与例の経過①

【症例67】 30代 / 男性 / 小腸大腸型・腸管手術歴1回 [図112]



投与前

seton法ドレナージ後抗体製剤導入



投与6ヵ月

瘻孔の癒痕化、発赤消失、皮膚の乾燥



投与6年後

癒痕の軟化、発赤消失、皮膚の乾燥
→ 狭窄2ヵ月毎外来・年1回EUA

抗TNF- α 抗体製剤投与例の経過②

【症例68】 30代 / 男性 / 小腸大腸型・腸管手術歴1回 [図113]

seton法後抗体製剤導入、3ヵ月後～21ヵ月seton抜去
両側多発瘻孔癒痕（抗体製剤投与9年後）
狭窄により指診不可、年1回 EUA+全身CT観察



抗TNF- α 抗体製剤投与例の経過③

【症例69】 30代 / 男性 / 腸管手術歴1回・瘻孔切除術1回既往 [図114]



28歳時 腸管皮膚瘻、肛門瘻孔(11時)・膿瘍(1時)・
裂肛(6時)・トーマス低下

30歳時 抗体製剤導入:皮膚瘻閉鎖・
肛門病変コントロール

32歳時、35歳時 膿瘍切開(11時)

37歳時 切開(12時半陰囊近傍・2時・11時)

40歳時 維持

⑤人工肛門造設の適応病変

【症例70】 直腸—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115. 人工肛門適応病変

【症例71】 肛門周囲多発瘻孔・膿瘍・直腸潰瘍・狭窄



直腸潰瘍 (CF)



多発瘻孔・膿瘍・狭窄

図116. 直腸切断術適応病変

【症例72】 人工肛門でも難治性の直腸病変・肛門周囲瘻孔



人工肛門造設後も持続する
多発瘻孔および肛門痛



直腸切断術
活動性直腸病変との瘻孔

図117. 直腸切断術適応病変

⑥ 人工肛門造設後の経過

【症例73】

- ①瘻孔切除術を受けた後、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ヵ月、軽快を維持しているが、肛門管狭窄を合併



図118. ①初回治療時所見
6時方向に既手術瘢痕



図119. ②人工肛門造設後

【症例74】 直腸切断術後会陰部に瘻孔形成

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120. 術前所見

術后会陰創に難治性の瘻孔を長期に合併



図121. 術后会陰創

【症例75】 結腸人工肛門周囲膿瘍による再発

ループ式S状結腸人工肛門造設後4年6ヵ月



図122. ドレナージ施行→4週間後手術
S状結腸切除
下行結腸人工肛門造設

【症例76】 上行結腸人工肛門造設後6年

人工肛門部の狭窄・瘻孔・陥没



図123. 人工肛門部再発

【症例77】 直腸切断術後5年

S状結腸人工肛門部瘻孔形成



図124. 人工肛門部再発

【症例78】 S状結腸人工肛門造設後5年

人工肛門周囲 多発瘻孔・狭窄・陥没



図125. 局所所見



図126. 注腸造影: 広範な結腸狭窄



図127. 人工肛門部から口側結腸に縦走潰瘍

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 難治性疾患等政策研究事業
「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」(鈴木班)
平成30年度 分担研究報告書 別冊

平成31年3月作成

