

66歲男性以長期肛門疼痛 及臀部腫塊為表現之直腸癌診斷

尹允宜¹、林秀惠³、潘慕嵩²

屏基醫療財團法人屏東基督教醫院 護理部¹、直腸外科²、安泰醫療社團法人安泰醫院 護理部³

摘要

肛門疼痛及血便是臨床上常見病徵，常以痔瘡或肛門膿瘍等做初步治療，加上直腸癌罕見以肛門膿瘍表現，易誤導辨識直腸癌的診斷時機。本案例是一位 66 歲男性，誤認長時間肛門疼痛是肛門膿瘍所致，忽視血便、下腹悶痛及大便型態改變等症狀，直至臉色蒼白、精神虛弱及臀部腫塊嚴重分泌物才就醫治療，經由肛門指診、實驗室檢驗、病理組織及電腦斷層等檢查，逐步確立臨床診斷為直腸腺癌合併肛門周圍軟組織侵犯；經由術前輔助性治療後，進行腫瘤切除手術治療，病情獲得良好控制及門診追蹤治療。臨床執業病患病情變化多元，面對肛門膿瘍併發臀部膿瘍個案，應詳實收集資訊逐步分析病程發展，以影像學證實直腸壁厚度及膿瘍侵犯的範圍，並注重病理檢驗的重要性，勿輕忽直腸癌併發肛門膿瘍的可能性。（澄清醫護管理雜誌 2021；17（4）：39-44）

關鍵詞：肛門瘻管 / 膿瘍、肛門疼痛、直腸癌、直腸癌診斷

通訊作者：林秀惠

聯絡地址：屏東縣東港鎮中正路一段 210 號

E-mail：l.shiu.hui@gmail.com

受理日期：2021 年 7 月；接受刊載：2021 年 8 月

前言

隨著民眾生活飲食習慣及環境的改變，惡性腫瘤盤踞國人死因首位，大腸直腸癌則躍居癌症發生率第 2 位及死亡率的第 3 位，早期診療是病情控制的要點 [1]，早期典型症狀為下腸胃道出血、便秘、排便習慣改變等，晚期則合併腹脹或下腹部疼痛、貧血、三個月體重減輕大於 6kg 等症狀 [2,3]。臨床上肛門膿瘍併發周邊組織膿瘍是常見良性病症，罕見同時併發周邊軟組織癌化病變 [4]，長期肛門疼痛、出血、膿瘍及排便型態改變的病人，需將肛門及直腸癌列入鑑別診斷之一 [5]，透過直腸乙狀結腸鏡檢、腹部及骨盆電腦斷層檢查協助診斷直腸病灶 [6,7]。本病例是一位 66 歲男性病人，誤認長時間肛門疼痛是肛門膿瘍所致，以右側臀部腫塊邊界不明顯之潰瘍性傷口就醫，著實混淆臨床判斷。筆者期望藉以讓臨床醫護同仁瞭解直腸癌臨床表徵變化，避免以肛門膿瘍做為治療方向，因而延誤病情診斷及治療時機。

病例報告

個案為一位 66 歲男性，職業是臨時工，未婚無性伴侶，過去六個月無旅遊及接觸史，無食物及藥物過敏史，無慢性、重大疾病及外科手術史，喜好醃漬及辛辣食物，平均每日抽一包菸約 30 多年及每日喝 250mL 的高粱酒約 20 多年，無高血壓、糖尿病或癌症等家族遺傳性疾病史。病人闡述約三個多月前即有肛門周圍疼痛症狀，大約每週一次，

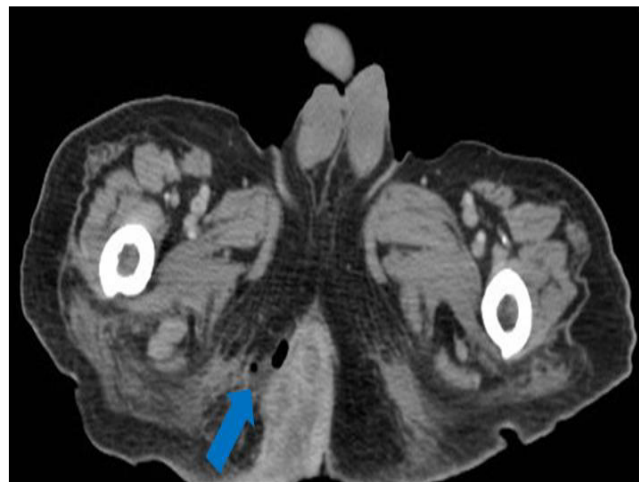
嚴重時會自行服用止痛藥。二個月前發現右側臀部有無痛性腫塊；一個月前腫塊變大伴隨疼痛感（鈍痛），偶有疲憊感、下腹悶痛、大便性質改變為軟便、水便及便秘交替發生，排便伴有嚴重疼痛感且型態改變為血便，次數增加及排便頻率不規律，排便時血液不會同時滴下，右側臀部疼痛分數一週前由 2-3 分增加為 4-5 分，且疼痛性質改變為刺痛，並有黃色惡臭液體流出，自行服用止痛藥未有改善。近三個月體重減輕 6kg（71kg 降至 65kg）。視診肛門口周圍皮膚紅腫，無傷痕、瘀血及點狀出血，肛門指診時呈現嚴重的壓痛感，至手指可及之處有堅硬腫塊，腫塊表面潰瘍，有豬肝色血液。右臀皮膚外觀發紅、腫脹，發紅周圍邊界不明顯，觸診腫塊皮膚溫熱及壓痛感，腫塊範圍由肛門口延伸至右

臀部約 9x7 公分，並有兩處約 1x1 公分傷口，有紅、黃褐色及惡臭分泌物，四肢活動正常及無水腫情形。腹部電腦斷層影像檢查發現直腸壁不對稱增厚（圖一），直腸至肛門部位病變長度 9.4cm，直腸壁厚度增加 5.3cm（圖三、四；紅色箭頭），多處液體與氣體蓄積在肛門右側、直腸病變周圍間隙區域（圖二、三、四；藍色箭頭），肝臟無腫瘤病灶，膽囊、胰臟的外觀及尺寸正常，右側腎臟存在一顆水囊（1.5cm）。

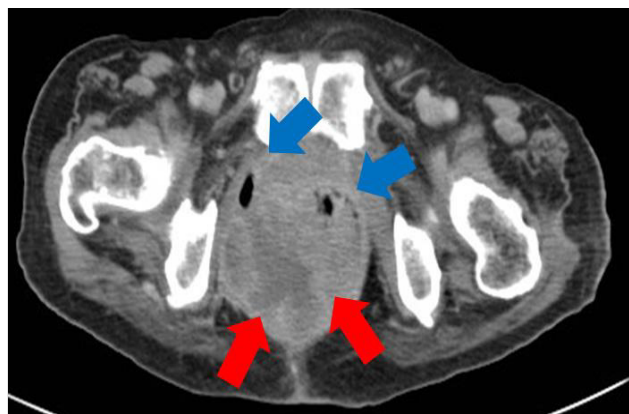
綜合上述臨床表徵，臆測鑑別診斷依序為肛門膿瘍、瘻管併臀部膿瘍、肛門及直腸癌症、潰瘍性結腸炎及克隆氏症等疾病。當日緊急進行臀部筋膜切開引流手術，把膿瘍清除乾淨並在手術部位，收集組織進行病理檢驗，臀部開放性傷口以生



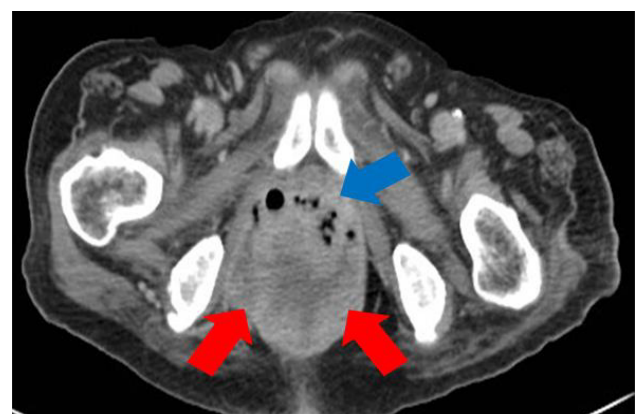
圖一 腹部電腦斷層
（直腸壁不對稱增厚）



圖二 腹部電腦斷層
（多處液體與氣體蓄積在肛門右側；直腸病變周圍間隙區域）



圖三 腹部電腦斷層
（直腸壁厚度增加 5.3cm、直腸至肛門部位病變長度約 9.4cm）



圖四 腹部電腦斷層
（多處液體與氣體蓄積在肛門右側）

理食鹽水每 8 小時沖洗一次治療。進一步安排直腸乙狀結腸內視鏡檢查，呈現肛門膿瘍、瘻管及直腸高麗菜狀潰瘍，距離肛門口 7cm 處，一個 6cm 腫瘤，腫瘤邊緣不規則性病灶合併部分腸阻塞及出血，懷疑為直腸癌病灶予切片 5 處，未發現結腸壁縱向潰瘍，且不具有關節腫脹、虹膜炎、口腔潰瘍及慢性腹瀉等症狀，排除潰瘍性結腸炎及克隆氏症等疾病，初步診斷為肛門膿瘍、瘻管併臀部膿瘍、肛門及直腸癌。臀部傷口病理報告呈現：一、轉移性腺癌；二、免疫組織檢驗 CK 7 (Cytokeratin 7) (-)、CK 20 (Cytokeratin 20) (-)、CDX-2 (Caudal-Related Homeobox Gene 2) (+)，直腸乙狀結腸內視鏡病理報告呈現直腸腺癌；腹部超音波呈現慢性肝組織實質病變、右側腎臟水囊 (1cm) 及懷疑直腸混合性病變組織 (7.1x9.1cm)。後續進行放射線治療 30 次總放射線吸收劑量 50 格雷 (Gray, Gy) (2018/03/12-2018/04/20) 及口服化學治療 2 週休息一週 (Xeloda 500mg 每天兩次，每次 2 顆)，服用期間 (2018/03/27-2018/05/30)。2018/06/01 進行腹部會陰直腸聯合切除術 (Abdominoperineal Resection, APR)，兩週後出院，持續血液腫瘤科門診追蹤，建議病人接受標靶治療，但因家庭支持度不良拒絕標靶治療，繼續接受口服化學治療 2 週休息一週 (Xeloda 500mg 每天兩次，每次 2 顆)，病情獲得良好控制。

討論

直腸腸壁內膜組織細胞中腫瘤抑制基因 (Tumor Uppressor Gene) 中的 APC (Adenomatous Polyposis Coli) 發生突變，引發腸黏膜腺體惡性細胞病變形成腺癌 (Adenocarcinoma)，即稱為直腸癌 (Rectal Cancer) [3]。國內發生率逐年增加，已躍居癌症發生率第 2 位及死亡率的第 3 位 [1]，而且早在 2012 年即成為美國地區常見癌症之一，並位居癌症死因第二位 [8]。早期常見有直腸出血、排便習慣改變、便秘、腹瀉、糞便形狀狹窄、糞便中含有粘液或血液等腸道症狀；晚期症狀為腹部痙攣、腹脹、胃灼熱、噁心、嘔吐、腹脹、疲倦感、骨盆或下腹部疼痛、貧血、三個月體重減輕大於 6 公斤 [2,3]。飲食及生活習慣風險因子，包括有攝取過量紅色或加工肉品、吸煙、飲酒、高脂肪及低纖

維飲食、肥胖及缺乏身體運動等項目，年齡大於 50 歲，具第二型糖尿病、復發性腸道炎症、潰瘍性結腸炎、克隆氏疾病、家族性腺瘤瘻肉症、慢性肛門瘻管等病史或大腸直腸癌家族史，則是增加罹癌重大風險因子 [4,9]。肛門膿瘍併發周邊皮膚組織膿瘍是常見良性病症，僅有 0.1% 病人併發原發性癌症，罕見併發周邊軟組織癌化病變，屬於罕見疾病。臨床上通常不會將直腸癌列為鑑別診斷之一，是延誤進行病理組織檢查的關鍵，學者建議慢性肛門膿瘍者應進行病理組織評估 [4,10,11]。

根據文獻分析推論，病人年齡 66 歲平日喜好醃漬及辛辣食物，長期吸菸及重度飲酒等不良飲食生活習慣，是罹患直腸癌風險因子；另外，病人工作收入不穩定，屬於低社經族群，忽視血便、下腹悶痛及大便型態改變等症狀，誤將長期肛門疼痛認為是肛門膿瘍引起，進而未到醫療院所就醫，延誤診斷治療黃金時間，直到血便次數增加、右側臀部腫塊嚴重分泌物，體重驟降 6kg，才由家人送醫治療。雖然直腸癌罕見以肛門膿瘍表現，但考量病人有反覆性肛門疼痛、膿瘍、下腹部悶痛、便秘、血便及體重減輕等症狀時，警覺非單純是肛門膿瘍併發臀部腫塊，進一步安排病理組織及放射影像學檢查以確立診斷，是病人獲得早期介入治療的關鍵。

直腸癌的身體理學檢查，腹部系統可能呈現急促腸蠕動音、腹部鼓音或濁音、下腹部腫塊、腹部壓痛；經由直腸肛門指診檢查 (Digital Rectal Exam, DRE) 可能發現肛門直徑狹窄、直腸腫塊；最常見的轉移器官為肝臟、肺臟及腹膜，淋巴結侵犯區域為腹腔周邊、腹股溝或肚臍周邊，病人若呈現右上腹疼痛、腹脹、食慾不振及淋巴結壓痛，象徵遠處轉移之可能性 [5]。乙狀結腸鏡檢 (Sigmoidoscopy) 可以檢視肛門口到大腸黏膜，檢測腺瘤性瘻肉或癌前組織病變，定位腫瘤位置、去除大腸瘻肉及採取病理檢體等功能，為兼具檢查及治療的診斷工具 [6]。腹部及骨盆電腦斷層檢查具有檢測大腸病灶的診斷價值，顯示高度敏感性及特異性，具有高度病患接受度，可做為輔助診斷及長期病情追蹤工具 [7]。實驗室檢驗部分，缺鐵性貧血為直腸癌病患最常見貧血原因，為腫瘤引起慢性失血，消耗血液中鐵的儲備量而致 [12]，肝功能檢驗項目按

基轉氨酶 (Serum Glutamic-Oxalocetic, SGOT)，成人正常值介於 40-50IU/L 及 (Serum Glutamic-pyruvic Transaminase, SGPT)，成人正常值介於 30-40IU/L，缺乏癌症轉移檢測的靈敏度，僅具參考價值；腫瘤標記檢驗癌胚抗原 (Carcino-embryonic antigen, CEA) 是由結腸黏膜的蛋白多糖複合物產生，正常值為 < 5ng/mL，會在腺癌細胞過度反應時上升，例如：腸胃道癌、肺癌、憩室炎、消化潰瘍、肝膿瘍、酒精性肝硬化或吸菸等，亦可能導致檢驗值上升，顯示診斷敏感性不良，臨床上僅用於篩檢、追蹤及預後評估的工具 [5]。腫瘤細胞抗原 (Carbohydrate Antigen 19-9, CA 19-9) 極少量存在於胰臟、肝臟及肺臟，正常值為 < 37U/mL，檢驗數值升高，可見於胰膽癌及消化道癌症，臨床主要做為胰臟癌預後監測 [13]。免疫細胞化學分析中細胞角質蛋白 (Cytokeratin) 為上皮細胞內結構性蛋白，CK20 屬於腸黏膜上皮細胞分化物，用於區辨原發或轉移性大腸癌，CDX2 基因蛋白是腸道上皮細胞核的特異性轉錄因子，功能為調節腸道生長，是輔助診斷大腸直腸癌的腫瘤標記，此兩者對於辨別大腸直腸癌具高度專一性及敏感性 [13,14]。

此病人身體理學檢查發現視診雙眼結膜蒼白，血液檢驗數據血色素檢查 (Hemoglobin, Hb) 11.4g/dL，推論應為直腸腫瘤引發腸道慢性失血而致。直腸癌最常見的轉移器官為肝臟、肺臟及腹膜，淋巴結侵犯區域為腹腔周邊、腹股溝或肚臍周邊，病人的頸部、腋下、肚臍周圍及雙側鼠蹊，無觸摸到淋巴結節及壓痛，腹部系統扣診腹部無腹脹、腹水及肝臟鈍痛感，觸診無腫塊、肝脾腫大、壓痛感及反彈痛，扣診脊椎無疼痛感，初步排除腸阻塞及遠處轉移徵象。另外，視診肛門口皮膚紅腫，指診呈現嚴重壓痛感及手指可及處有堅硬腫塊，腫塊表面有潰瘍傷口及濃稠分泌物，右臀皮膚外觀紅、腫及周圍邊界不明顯，觸診溫熱及壓痛感，確實混淆臨床判斷，證實學者論述，雖然直腸癌罕見合併肛門瘻管、膿瘍表現的病例，但長期肛門疼痛、膿瘍的病人，仍須進一步排除直腸癌的可能性。檢驗結果發現癌胚抗原 (CEA) 數值偏高，腫瘤細胞抗原 (CA 19-9) 正常，免疫細胞化學分析細胞角質蛋白 CK7 及 CK20 呈現陰性，CDX2 基因蛋白陽

性，印證 CDX2 基因具有高度專一性及敏感性，可辨識大腸直腸癌；病人 CK20 的檢驗結果卻與文獻所表明不符，證實癌胚抗原 (CEA)、細胞角質蛋白 (Cytokeratin) 編號 CK7 及 CK20，僅可做為篩檢及監測腸胃道腺癌之用途；電腦斷層影像檢查發現，直腸病變範圍約 5.3x9.4cm，肛門右側、直腸周圍間隙有多處液體與氣體蓄積，證實在檢測大腸病灶的診斷價值，具有良好敏感及特異性。

肛門膿瘍併發周邊皮膚組織膿瘍是常見良性疾病，以肛門疼痛、直腸出血、膿腫、皮膚潰瘍及腫塊表現，加上直腸癌罕見合併以肛門膿瘍、瘻管表現的病例，臨床不會將直腸癌列為鑑別診斷之一，是延誤進行病理組織檢查的關鍵，若以肛門膿瘍提供診療方向，可能延誤治療黃金時間。當病人有長期肛門疼痛、復發性肛門膿瘍、大便型態改變等症狀，應詳細詢問病史及逐步分析相關病情變化，評估病人的罹患直腸癌風險因子，例如：高齡、體重驟降、吸菸、飲酒等不良飲食生活習慣等。將直腸癌納入鑑別診斷之一，儘早執行病理組織檢體檢查。期待透過此病例的分享，提高臨床工作者對肛門膿瘍敏銳的警覺心，避免病人延誤診治的黃金時機，同時達到病情控制的目的，促使病人獲得良好的疾病預後，確保病人就醫安全及品質。

參考文獻

1. 衛生福利部國民健康署：大腸癌防治概況。2021。Retrieved from <https://bit.ly/3hZT1Vv>
2. Adelstein BA, Macaskill P, Katelaris PH, et al.: Bowel symptoms in relation to colorectal cancer. In Olsson L ed. *Timely Diagnosis of Colorectal Cancer*. Springer, Cham, 2018: 21-38.
3. PDQ Cancer Genetics Editorial Board: Cancer genetics risk assessment and counseling (PDQ®). PDQ Cancer Information Summaries. US: National Cancer Institute, 2018.
4. Spiridakis KG, Sfakianakis EE, Flamourakis ME, et al.: Synchronous mucinous adenocarcinoma of the recto sigmoid revealed by and seeding an anal fistula.(A case report and review of the literature). *Int J Surg Case Report* 2017; 37: 48-51.
5. Macrae FA, Bendell J, Tanabe KK: Clinical presentation, diagnosis, and staging of colorectal cancer. *UpToDate*.

2021. Retrieved from <https://bit.ly/3xYHGeu>
6. Schreuders EH, Ruco A, Rabeneck L, et al.: Colorectal cancer screening: a global overview of existing programmes. *Gut* 2015; 64(10): 1637-1649.
 7. Ponnapatapura J, Lalwani N, DABR F: Imaging of colorectal cancer: screening, staging, and surveillance. In *Seminars in Roentgenology* 2021; 56(2): 128-139.
 8. Schoen RE, Pinsky PF, Weissfeld JL, et al.: PLCO Project Team: colorectal-cancer incidence and mortality with screening flexible sigmoidoscopy. *N Engl J Med* 2012; 366 (25): 2345-2357.
 9. Glynne-Jones R, Wyrwicz L, Tiret E, et al.: Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2017; 28(suppl. 4): 22-40.
 10. Liu CK, Liu CP, Leung CH, et al.: Clinical and microbiological analysis of adult perianal abscess. *J Microbiol, Immunol Infect* 2011; 44(8): 204-208.
 11. Santos MD, Nogueira C, Lopes C: Mucinous adenocarcinoma arising in chronic perianal fistula: good results with neoadjuvant chemoradiotherapy followed by surgery. *Case reports in surgery* 2014; 2014: 386150.
 12. Wilson MJ, Dekker JWT, Harlaar JJ, et al.: The role of preoperative iron deficiency in colorectal cancer patients: prevalence and treatment. *International journal of colorectal disease* 2017; 32(11): 1617-1624.
 13. Zhang SY, Lin M, Zhang HB: Diagnostic value of carcinoembryonic antigen and carcinoma antigen 19-9 for colorectal carcinoma. *Int J Clin Exp Pathol* 2015; 8(8): 9404-9409.
 14. Bayrak R, Haltas H, Yenidunya S: The value of CDX2 and cytokeratins 7 and 20 expression in differentiating colorectal adenocarcinomas from extraintestinal gastrointestinal adenocarcinomas: cytokeratin 7-/20+ phenotype is more specific than CDX2 antibody. *Diagn Pathol* 2012; 7: 9.

Diagnosis of Rectal Cancer in a 66-Year-Old Man Presenting with Long-term Anal Pain and Hip Masses

Yun-I Yin¹, Shiu-Hui Lin³, Mu-Sung Pan²

Department of Nursing¹, Colon And Rectal Surgery Division², Pingtung Christian Hospital;
Department of Nursing, Antai Medical Care Cooperation, Antai Tian-Sheng Memorial Hospital³

Abstract

Anal pain and bloody stools are clinically common signs that are often treated initially as hemorrhoids or anal abscesses. Anal abscesses, a rare manifestation of rectal cancer, can easily mislead the identification and delay the diagnosis of rectal cancer. In this case, a 66-year-old man mistakenly believed that his long-term anal pain was caused by anal abscesses and ignored symptoms of bloody stools, lower abdominal pain, and changes in stool form. He did not seek medical treatment until he had a pale complexion, mental weakness, and severe discharge from the hip masses. The clinical diagnosis of rectal adenocarcinoma complicated by perianal soft tissue invasion was gradually established through a digital anal examination, laboratory tests, a pathological examination, and computed tomography. After preoperative adjuvant therapy, tumor resection was performed. The disease was well controlled, and the patient was followed up through outpatient visits. Clinical practitioners may encounter patients with various disease conditions. For cases of anal abscesses complicated by hip abscesses, clinicians should gradually analyze the disease course by collecting detailed information, confirming the rectal wall thickness and abscess invasion scope on imaging, and pay attention to the importance of pathological examination to prevent missing the possibility of rectal cancer complicated by anal abscesses. (Cheng Ching Medical Journal 2021; 17(4): 39-44)

Keywords : *Anal fistula/abscess, Anal pain, Rectal cancer, Rectal cancer diagnosis*

Received: July 2021; Accepted: August 2021