

*KONRAD WRÓŃSKI

Rak kanału odbytu – opis przypadku

Anal canal carcinoma – case report

Katedra Onkologii, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn
Kierownik Katedry: dr n. med. Monika Rucińska

Summary

Tumors of anus are rare tumors of the gastrointestinal tract. Anatomically the anal canal is a structure with a length of 3-5 centimeters. Histopathological diagnosis puts out after taking a biopsy of the tumor made during anoscopy. The most common histological type of cancer of the anal canal is squamous cell carcinoma. In other invasive anal canal cancer are adenocarcinoma, small cell, mucinous adenocarcinoma and undifferentiated carcinoma. The stage of the tumor is evaluated based on imaging studies. The treatment of choice for squamous cell carcinoma of the anal canal is a chemoradiotherapy. Any surgery can be done after previous treatment combination or as part of life-saving therapy after failure of chemoradiotherapy. The treatment of choice adenocarcinoma of the anal canal is abdominoperineal resection of the rectum and radiotherapy are used under the same conditions as adenocarcinoma of the rectum. Enlarged lymph nodes seen during palpation and imaging tests should be verified by histopathology – necessary to perform a fine needle aspiration biopsy or open surgical biopsy. The revised metastatic inguinal lymph nodes, inguinal lymphadenectomy should be performed. Due to the necessity of combination therapy of cancers of the anal canal, their treatment should be reserved only for highly specialized cancer centers.

In this article the author presents the case of 55-year-old man with cancer of the anal canal. The article presents recommendations for the treatment of anal canal cancer in the light of current knowledge.

Keywords

anal canal, carcinoma, treatment

WSTĘP

Guzy odbytu to rzadko występujące nowotwory przewodu pokarmowego (1-3). Według Krajowego Rejestru Nowotworów w Polsce w 2010 roku odnotowano 232 nowe zachorowania na raka kanału i brzoju odbytu. Anatomicznie kanał odbytu to struktura o długości 3-5 centymetrów (3, 4). Najczęstszym typem histopatologicznym raka kanału odbytu jest rak płaskonabłonkowy (4-7). Innymi inwazyjnymi nowotworami kanału odbytu są: gruczolakorak, rak drobnokomórkowy, gruczolakorak śluzowy i rak niezróżnicowany (5-7).

OPIS PRZYPADKU

Mężczyzna lat 55, rasy kaukaskiej, zgłosił się do Poradni Proktologicznej w stanie ogólnym dość dobrym z powodu guza odbytu (ryc. 1 i 2). W wywiadzie u chorego guz odbytu pojawił się 15 miesięcy wcześniej.

W wywiadzie chory około 4 miesięcy wcześniej zgłosił się do swojego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej z po-

wodu dolegliwości bólowych w okolicy odbytu i krwawienia z guza. Nie wyrażał zgody na leczenie w szpitalu. Od dwóch miesięcy pacjent skarżył się na osłabienie. W ciągu miesiąca przed zgłoszeniem się do Poradni schudł około 7 kilogramów. Chory nie leczył się na choroby przewlekłe. W jego rodzinie nie występowała choroba nowotworowa.

U chorego w badaniu palpacyjnym brzuch był miękki bez objawów otrzewnowych. Na zewnątrz odbytu widoczny rozpadający się guz, a w badaniu *per rectum* wyczuwalny słabo ruchomy, twardy guz w kanale odbytu naciekający na sąsiednie struktury. Ze względu na silne dolegliwości bólowe nie wykonano anoskopii. Pobrano wycinki z guza do badania histopatologicznego, w którym u chorego rozpoznano raka płaskonabłonkowego G2. Wykonano tomografię komputerową, w której stwierdzono naciekanie guza na narządy sąsiednie: gruczoł krokowy, pęcherz moczowy, odbytnicę, zwieracz odbytu, skórę okolicy odbytu i kość ogonową. Stwierdzono powiększone węzły chłonne w miednicy, obustronnie węzły



Ryc. 1. Rak płaskonabłonkowy kanału odbytu u 55-letniego chorego.



Ryc. 2. Rak płaskonabłonkowy kanału odbytu u 55-letniego chorego przed radioterapią.

chłonne biodrowe wewnętrzne i obustronnie węzły chłonne pachwinowe. W biopsji cienkoigłowej węzłów chłonnych pachwinowych po stronie prawej i lewej stwierdzono komórki nowotworowe. Stopień zaawansowania u chorego określono na cT₄N₃M₀.

Wykonane badania laboratoryjne wykazały u chorego nieznaczną anemizację HGB 10,0 g/dl. Ze względu na brak objawów niedrożności dolnego odcinka przewodu pokarmowego i brak objawów czynnego krwotoku z guza, po konsylium z udziałem chirurga, onkologa klinicznego i radioterapeuty chorego zakwalifikowano do jednoczesnej radiochemioterapii. W 3. dobie leczenia skojarzonego u chorego doszło do nagłego zatrzymania krążenia. Reanimacja była nieskuteczna, chory zmarł.

OMÓWIENIE

W Polsce rak kanału odbytu występuje częściej u kobiet niż u mężczyzn. Ze względu na lokalizację i strach przed diagnozą większość chorych zgłasza się do poradni specjalistycznych lub gabinetu lekarza rodzinnego z zaawansowanym procesem nowotworowym po kilkumiesięcznym zwlekaniu, tak jak to miało miejsce w przypadku opisanego w artykule chorego. U dużej części chorych, ze względu na długi czas oczekiwania od wystąpienia pierwszych objawów raka kanału odbytu a zgłoszeniem się chorego do lekarza, występuje

Tabela 1. Ocena stopnia zaawansowania raka kanału odbytu według TNM (7 edycja z 2010 roku).

| T | guz pierwotny |
|-----------------------------------|---|
| Tx | guz pierwotny nie może być oceniony |
| T0 | brak cech guza pierwotnego |
| Tis | rak <i>in situ</i> , choroba Bowena, zmiana śródplaskonabłonkowa dużego stopnia (ang. <i>high grade squamous intraepithelial lesion</i> – HSIL), nowotworzenie śródplaskonabłonkowe odbytu II-III (ang. <i>anal intraepithelial neoplasia</i> – AIN II-III) |
| T1 | guz, którego największy wymiar nie przekracza 2 cm |
| T2 | guz, którego największy wymiar jest większy niż 2 cm, ale nie przekracza 5 cm |
| T3 | guz, którego największy wymiar jest większy niż 5 cm |
| T4 | guz o każdym wymiarze, który nacieka narząd sąsiadujący, np. pochwę, cewkę moczową, pęcherz |
| N | regionalne węzły chłonne |
| Nx | regionalne węzły chłonne nie mogą być ocenione |
| N0 | brak przerzutu w regionalnych węzłach chłonnych |
| N1 | przerzut w węzle (węzłach) chłonnym okołoodbytniczym |
| N2 | przerzut jednostronnie w węzle (węzłach) chłonnym biodrowym wewnętrznym i/lub jednostronnie w węzle (węzłach) chłonnym pachwinowym |
| N3 | przerzuty w węzłach chłonnych okołoodbytniczych i pachwinowych i/lub obustronnie w węzłach chłonnych biodrowych wewnętrznych i/lub obustronnie w węzłach chłonnych pachwinowych |
| M | przerzut odległy |
| M0 | przerzut odległy nieobecny |
| M1 | przerzut odległy obecny |
| Stopnie zaawansowania klinicznego | |
| 0 | TisN0M0 |
| I | T1N0M0 |
| II | T2-3N0M0 |
| IIIA | T1-3N1M0 lub T4N0M0 |
| IIIB | T4N1M0 lub każde T N2-3M0 |
| IV | każde T, każde N, M1 |

kacheksja nowotworowa. Do głównych czynników ryzyka wystąpienia raka kanału odbytu zalicza się infekcję wirusem HPV (ang. *human papilloma virus*) i wirusem HIV (ang. *human immunodeficiency virus*) (3, 4, 6, 7). Wirus HPV, typ 16 i 18, jest najważniejszym czynnikiem odpowiedzialnym za wystąpienie raka płaskonabłonkowego kanału odbytu. Innymi czynnikami związanymi z ryzykiem wystąpienia raka kanału odbytu są: duża liczba partnerów seksualnych, zakażenia przenoszone

drogą płciową, immunosupresja po przeszczepieniu narządów, wywiad w kierunku raka szyjki macicy i pochwy u kobiet (4-7). W przypadku opisanego powyżej chorego oznaczono przeciwciała anti-HIV w surowicy, nie stwierdzając zakażenia wirusem HIV. Chory w wywiadzie przyznał się do dużej liczby partnerek seksualnych w swoim życiu.

Rozpoznanie histopatologiczne stawia się po pobraniu biopsji z guza wykonanej podczas anoskopii. Klasyfikacja WHO dzieli guzy odbytu na guzy inwazyjne i neoplazję śród-nabłonkową odbytu (ang. *anal intraepithelial neoplasia* – AIN). Neoplazja śród-nabłonkowa odbytu jest uznawana za prekursora raka płaskonabłonkowego (2, 6). Do nowotworów inwazyjnych kanału odbytu zalicza się: raka płaskonabłonkowego, gruczolakoraka, raka drobnokomórkowego, gruczolakoraka śluzowego i raka niezróżnicowanego. Najczęstszym typem nowotworu w kanale odbytu jest rak płaskonabłonkowy występujący u 90% chorych, co miało również miejsce w opisanym w artykule przypadku (1, 6).

Stopień zaawansowania nowotworu ocenia się na podstawie badań obrazowych (1, 2, 6). Każdy pacjent powinien mieć wykonane RTG klatki piersiowej (ewentualnie tomografię komputerową klatki piersiowej) celem oceny obecności zmian przerzutowych w płucach. Obowiązuje wykonanie rezonansu magnetycznego miednicy lub tomografii komputerowej miednicy z wlewką do odbytnicy celem oceny rozległości nacieku nowotworowego (1, 2, 6, 8). W opisanym przez autora artykule przypadku wykonanie tomografii komputerowej pozwoliło na dokładną ocenę zaawansowania procesu nowotworowego u chorego. Każdy chory powinien mieć wykonany tomograf komputerowy lub badanie ultrasonograficzne brzucha. Powinno zostać wykonane badanie krwi z oznaczeniem: morfologii, biochemii i przeciwciał anti-HIV (2, 6). U kobiet konieczne jest wykonanie badania ginekologicznego z pobraniem materiału do badania cytologicznego, gdyż rak kanału odbytu może

współistnieć z rakiem szyjki macicy. Stopień zaawansowania nowotworu ocenia się według klasyfikacji TNM (7 edycja z 2010 roku) (tab. 1).

Leczeniem z wyboru w raku płaskonabłonkowym kanału odbytu jest jednoczasowa radiochemioterapia (6, 9, 10). Ewentualne leczenie chirurgiczne – brzuszno-kroczoza amputacja – może być wykonane po wcześniejszym leczeniu skojarzonym lub w ramach terapii ratującej życie po niepowodzeniu chemioradioterapii (1, 9, 10).

Leczeniem z wyboru gruczolakoraka kanału odbytu jest amputacja brzuszno-kroczoza, a radioterapię stosuje się na tych samych zasadach jak w raku gruczołowym odbytnicy (1, 2, 6, 9).

Powiększone węzły chłonne stwierdzane podczas badania palpacyjnego i badań obrazowych powinny zostać zweryfikowane w badaniu histopatologicznym – konieczne wykonanie biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej lub otwartej biopsji chirurgicznej. W przerzutowo zmienionych węzłach chłonnych pachwinowych należy wykonać limfadenektomię pachwinową (1, 2, 6). Przerzutowo zmienione węzły chłonne stanowią niekorzystny czynnik rokowniczy i istotnie zmniejszają 5-letnie przeżycia w tej grupie chorych (2, 6).

Ze względu na konieczność leczenia skojarzonego raków kanału odbytu, ich leczenie powinno być zarezerwowane tylko dla wysokospecjalistycznych ośrodków onkologicznych. Badania kontrolne po leczeniu raka kanału odbytu powinny być wykonywane co 3 miesiące w ciągu pierwszych 3 lat i obejmować badanie *per rectum*, anoskopię i badanie palpacyjne węzłów chłonnych pachwinowych. W przypadku podejrzenia wznowy procesu nowotworowego konieczne jest wykonanie rezonansu magnetycznego lub tomografii komputerowej miednicy (1, 6). Każda kobieta powinna być regularnie badana ginekologicznie z wykonaniem badania cytologicznego materiału pobranego z szyjki macicy.

Adres do korespondencji

*Konrad Wroński
Oddział Chirurgii Onkologicznej
SP ZOZ MSW z WMCO w Olsztynie
ul. Aleja Wojska Polskiego 37,
10-228 Olsztyn
tel.: +48 (89) 539-85-42
e-mail: konradwronski@wp.pl

nadesłano: 04.08.2015
zaakceptowano do druku: 03.09.2015

Piśmiennictwo

1. Eng C, Ahmed S: Optimal management of squamous cell carcinoma of the anal canal: where are we now? *Expert Rev Anticancer Ther* 2014 Aug; 14(8): 877-886.
2. Garrett K, Kalady MF: Anal neoplasms. *Surg Clin North Am* 2010; 90(1): 147-161.
3. Franceschi S, De Vuyst H: Human papillomavirus vaccines and anal carcinoma. *Curr Opin HIV AIDS* 2009; 4(1): 57-63.
4. Frisch M, Glimelius B, van den Brule AJ et al.: Sexually transmitted infection as a cause of anal cancer. *N Engl J Med* 1997; 337(19): 1350-1358.
5. Roldán Urgoiti GB, Gustafson K, Klimowicz AC et al.: The prognostic value of HPV status and p16 expression in patients with carcinoma of the anal canal. *PLoS One* 2014 Oct 1; 9(10): e108790.
6. Bown E, Shah V, Sridhar T et al.: Cancers of the anal canal: diagnosis, treatment and future strategies. *Future Oncol* 2014 Jun; 10(8): 1427-1441.
7. Mallick S, Benson R, Julka PK, Rath GK: Shifting paradigm in the management of anal canal carcinoma. *J Gastrointest Cancer* 2015; 46(1): 1-4.
8. Swami VG, Joseph K, Severin D et al.: Benefit of MRI scanning in the pretreatment assessment of anal canal carcinoma. *Pract Radiat Oncol* 2013 Apr-Jun; 3 (2 suppl. 1): S9-S10.
9. De Bari B, Lestrade L, Pommier P et al.: Could concomitant radio-chemotherapy improve the outcomes of early-stage node negative anal canal cancer patients? A retrospective analysis of 122 patients. *Cancer Invest* 2015; 33(4): 114-120.
10. Eng C, Chang GJ, You YN et al.: The role of systemic chemotherapy and multidisciplinary management in improving the overall survival of patients with metastatic squamous cell carcinoma of the anal canal. *Oncotarget* 2014 Nov 30; 5(22): 11133-1142.