

Pułapki diagnostyczne raka odbytu – opis przypadku

Diagnostic pitfalls in anal cancer: a case report

¹Piotrków Academy in Piotrków Trybunalski

²Department of General Surgery, Cardinal Stefan Wyszyński Regional Hospital in Sieradz

Streszczenie

Wczesne objawy kliniczne raka odbytu mogą być trudne do rozróżnienia od zmian łagodnych, co więcej obraz makroskopowy raka odbytu może przypominać hemoroidy, przewlekłą szczelinę odbytu czy nawet przerosłe fałdy anodermalne. Każdy pacjent zgłaszający się do lekarza powinien być poddany podstawowemu badaniu proktologicznemu, a w przypadku wątpliwości diagnostycznych należy pobrać wycinki do badania histopatologicznego. Takie postępowanie ma ograniczyć pomyłki diagnostyczne i zapewnić właściwe leczenie pacjentów.

Prezentujemy przypadek pacjentki z opóźnionym rozpoznaniem raka odbytu, lezonej „na hemoroidy”, której pierwotnie nie poddano badaniu lekarskiemu.

Słowa kluczowe

rak odbytu, pułapki diagnostyczne

Summary

Early clinical signs of anal cancer can be challenging to differentiate from benign lesions. Furthermore, the macroscopic appearance of anal cancer can resemble that of haemorrhoids, chronic anal fissure, or anal skin tags. This complexity makes an unequivocal diagnosis challenging. Therefore, every patient presenting to a physician with symptoms consistent with the conditions mentioned above should undergo a basic proctological examination to facilitate the early detection of neoplastic lesions. In cases of diagnostic uncertainty, histopathological examination of tissue samples is recommended. This approach helps minimise diagnostic errors and ensures appropriate patient management.

This paper presents the case of a female patient with a delayed diagnosis of anal cancer. Initially, the patient did not undergo a medical examination and was instead treated for “haemorrhoids”.

Keywords

anal cancer, diagnostic pitfalls

OPIS PRZYPADKU

Na rycinie 1 przedstawiono raka odbytu u 48-letniej kobiety, którą początkowo leczono bez jakiegokolwiek badania i diagnostyki na „hemoroidy”, a widoczne makroskopowo zmiany w obrębie odbytu uznano za fałdy anodermalne (ang. anal skin tags). Trwające od około 3 miesięcy dolegliwości obejmowały: wyczuwalny guzek w okolicy odbytu, okresowy ból i dyskomfort w odbycie, świąd oraz pieczenie odbytu,

CASE REPORT

The figure 1 shows anal cancer in a 48-year-old woman who was initially treated for “haemorrhoids” without prior examination or diagnosis. The macroscopically visible anal lesions were misinterpreted as anal skin tags.

The patient reported symptoms persisting for approximately three months, including a palpable lump in the anal region, intermittent anal pain and discomfort, anal itching



Ryc. 1. Rak odbytu

Fig. 1. Anal cancer

jak również pojawianie się jasnoczerwonej krwi na papierze toaletowym. Poza przebytą w przeszłości appendektomią i laparoskopią z powodu torbieli jajników pacjentka nie zgłaszała żadnych innych chorób. Wywiad rodzinny w kierunku raka jelita grubego był ujemny.

Zwłoka w postawieniu właściwego rozpoznania liczona od pierwszej wizyty lekarskiej do momentu zgłoszenia się do proktologa wyniosła około 6 miesięcy. W czasie badania proktologicznego przeprowadzonego przez specjalistę zmianę oceniono jako wysoce podejrzaną o raka odbytu. W obrębie guza odbytu stwierdzono dodatkowo naciek zapalny z obecnością treści ropnej i towarzyszącą przetokę odbytu, która powstała w przebiegu procesu nowotworowego. W wykonanym badaniu ultrasonografii transrektalnej (TRUS) opisano przebieg międzyzwieraczowy przetoki odbytu. Pacjentka została skierowana do szpitala w celu pobrania wycinków do badania histopatologicznego oraz jednoczesnego zdrenowania ropnej przetoki odbytu. W wykonanym badaniu histopatologicznym potwierdzono obecność raka płaskonabłonkowego (badanie histopatologiczne Nr 44583/23 – Rak płaskonabłonkowy rogowaciejący G1 HPV zależny) i następnie pacjentkę skierowano do ośrodka onkologicznego do dalszej diagnostyki, w tym oceny stopnia zaawansowania raka oraz dalszego leczenia.

Ostatecznie u chorej przez 6 tygodni stosowano cykle radiochemioterapii. W okresie obserwacji wynoszącym obecnie 13 miesięcy nie stwierdzono nawrotu procesu nowotworowego. Pacjentka nadal pozostaje pod opieką ośrodka onkologicznego.

DYSKUSJA

Rak płaskonabłonkowy odbytu należy do nowotworów rzadko występujących, ale niepokojącym jest fakt, iż obserwuje się znaczny wzrost zachorowań na przestrzeni ostatnich 20-40 lat. Szacuje się, że stanowi on 1-3% wszystkich nowotworów złośliwych jelita grubego, występuje 1,7-1,8 raza częściej u kobiet, a szczyt zachorowań na nowotwory odbytu odnotowuje się po 60. roku życia. W Polsce w 2017 roku zachorowalność na raka odbytu wyniosła 100 przypadków

and burning, and the presence of bright red blood on toilet paper after a bowel movement.

Other than a prior appendectomy and laparoscopy for ovarian cysts, the patient had no significant medical history. Also, there was no family history of colon cancer.

The delay in establishing a definitive diagnosis, measured from the initial medical consultation to the proctological visit, was approximately six months. During a proctological examination by a specialist, the patient's lesion was assessed as highly suspicious for anal cancer. Within the anal tumor, an inflammatory infiltrate with purulent content and an associated anal fistula were also identified, both of which developed as part of the neoplastic process. The TRUS (transrectal ultrasound) examination revealed an intersphincteric course of the anal fistula. The patient was admitted to the hospital for histopathological sampling and concurrent drainage of the purulent anal fistula. The histopathological examination confirmed the presence of squamous cell carcinoma (Histopathological Examination No. 44583/23 – HPV-dependent keratinising squamous cell carcinoma, G1). The patient was subsequently referred to an oncology centre for further diagnostic work-up, including staging of the cancer and subsequent treatment. Finally, a six-week regimen of radio-chemotherapy was administered.

During the 13-month follow-up period, there has been no evidence of cancer recurrence. The patient continues to receive care at the oncology centre.

DISCUSSION

Squamous cell carcinoma of the anus is a rare malignancy; however, the significant rise in its incidence over the past 20 to 40 years is a cause for concern. It is estimated to account for 1-3% of all colorectal malignancies and occurs 1.7 to 1.8 times more frequently in women. The peak incidence of anal cancer is observed after the age of 60. In Poland in 2017, there were 100 cases of anal cancer in men and 186 cases in women. Epidemiological data also indicate a rising incidence of anal cancer in younger age groups, particularly among men, which is primarily linked to sexual behaviours (1-4).

u mężczyzn i 186 przypadków u kobiet. Jednocześnie dane epidemiologiczne wskazują na wzrost zapadalności na raka odbytu również w młodszych grupach wiekowych, zwłaszcza u mężczyzn, co wiąże się w głównej mierze z zachowaniami seksualnymi (1-4).

Wczesne objawy raka odbytu, w tym również ocena makroskopowa zmian w obrębie odbytu, mogą być trudne do rozróżnienia od schorzeń łagodnych, takich jak: choroba hemoroidalna, kłykciny kończyste, przewlekłe szczeliny odbytu, przetoki odbytu czy okołodbytnicza postać choroby Leśniowskiego-Crohna. Co więcej, rak odbytu może współistnieć z wymienionymi chorobami, jak też mogą one maskować proces nowotworowy.

Najczęściej rak odbytu jest błędnie rozpoznawany jako hemoroidy i tym samym pacjenci są niewłaściwie leczeni. Błędnie postawiona diagnoza przyczynia się do opóźnienia podjęcia prawidłowego procesu diagnostyczno-terapeutycznego, a tym samym pogorszenia wyników leczenia, w tym wyników odległych. Bingmer i wsp. oceniali przyczyny opóźnienia rozpoznania raka odbytu w grupie 93 chorych z tym schorzeniem. Autorzy wykazali, że aż u 57% pacjentów początkowo rozpoznawano schorzenia łagodne, u 23,7% chorych rozpoznano raka w ciągu 6 tygodni, u 51,6% pacjentów pomiędzy 6. tygodniem a 6. miesiącem i u 24,7% chorych rak był rozpoznany po ponad 6 miesiącach od pojawienia się pierwszych dolegliwości. Jako przyczyny opóźnienia rozpoznania raka odbytu wymienia się: zwłokę w zgłaszaniu się pacjentów do lekarza, niską świadomość społeczną na temat choroby, ale także długi czas oczekiwania na wizytę u specjalisty sięgający 6 miesięcy od wystąpienia pierwszych objawów. Z kolei w badaniu SEER (Examination of Surveillance, Epidemiology, and End Results) wykazano, że czynnikami związanymi z późnym rozpoznawaniem raka odbytu, tj. w znacznie zaawansowanych stadiach choroby, były płeć żeńska i niski status społeczno-ekonomiczny (1, 2, 5, 6).

W przypadku opisywanej pacjentki zwłoka w rozpoznaniu raka odbytu wynikała z zaniechania przeprowadzenia badania lekarskiego podczas pierwszej wizyty u lekarza, czego konsekwencją było opóźnienie właściwego procesu terapeutycznego.

PODSUMOWANIE

Przedstawiony opis przypadku pacjentki z rakiem odbytu po raz kolejny wskazuje na bezwzględny obowiązek badania oraz diagnozowania chorych, zanim podejmujemy jakiegokolwiek leczenie i uzasadnia słuszność takiego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. W istocie rzeczy dotyczy to wszelkich schorzeń. Jeżeli takie rutynowe czynności przekraczają naszą wiedzę czy kompetencje, należy pacjentów kierować do specjalistów zajmujących się danymi chorobami. Wbrew pozorom nie jest to odosobniony przypadek, kiedy pacjenci nie są badani, nie są diagnozowani, a zgłaszane dolegliwości są przypisywane jedynie chorobie hemoroidalnej, na którą zleca się „w ciemno” powszechnie dostępne leki, co potwierdza historia opisywanej pacjentki, którą leczono „na hemoroidy”.

Tak więc na zakończenie należy ponownie przypomnieć i z całą mocą podkreślić, że różne zmiany w odbycie i okolicy

Early symptoms of anal cancer, including the macroscopic appearance of lesions, can be challenging to differentiate from benign conditions such as haemorrhoidal disease, condylomata acuminata, chronic anal fissures, anal fistulas, or perianal Crohn's disease. Moreover, anal cancer may coexist with the aforementioned diseases or be masked by them.

Most commonly, anal cancer is misdiagnosed as haemorrhoids, leading to inappropriate treatment. Such misdiagnosis delays the initiation of proper diagnostic and therapeutic interventions, ultimately compromising treatment outcomes, including long-term prognosis.

Bingmer et al. evaluated the factors contributing to delayed diagnosis of anal cancer in a cohort of 93 patients. The authors found that 57% of patients were initially misdiagnosed with benign conditions. Among those ultimately diagnosed with cancer, 23.7% were diagnosed within six weeks, 51.6% between six weeks and six months, and 24.7% more than six months after the onset of initial symptoms. The delay in diagnosing anal cancer is attributed to several factors, including patients' hesitation to seek medical attention, low public awareness of the disease, and prolonged waiting times for specialist consultations, which can extend up to six months from symptom onset.

In turn, the SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results) study revealed that factors associated with late diagnosis of anal cancer, i.e. at considerably advanced stages of the disease, included female sex and low socioeconomic status (1, 2, 5, 6).

In the presented case, the delay in diagnosing anal cancer was attributed to the lack of a medical examination during the initial physician consultation, which postponed the initiation of appropriate therapeutic interventions.

CONCLUSIONS

The present case report of a patient with anal cancer underscores the critical importance of thorough examination and accurate diagnosis before initiating treatment, reaffirming the importance of this diagnostic and therapeutic approach.

In fact, this principle applies to all medical conditions. If routine diagnostic and treatment procedures fall outside the knowledge or competence of general practitioners, patients should be referred to specialists in the relevant field.

Unfortunately, the described case is not an isolated incident. Instances where patients are not thoroughly examined or diagnosed, and their symptoms are attributed solely to haemorrhoidal disease – leading to the “blind” prescription of commonly available medications – are fairly common, as evidenced by the treatment history of this patient, who was managed “for haemorrhoids” without a proper diagnosis.

In conclusion, it is important to reiterate and strongly emphasise that various lesions in the anus and the perirectal region may mask underlying cancer. It is essential to adhere to the established fundamental principles of medical practice: obtaining a thorough history, conducting a proper examination, establishing a diagnosis, and only then proceeding with the appropriate treatment.

okołodbytniczej mogą być maską choroby nowotworowej. Nigdy nie można odstępować od powszechnie znanych i obowiązujących zasad postępowania lekarskiego, tj. zebrania wywiadu, zbadania pacjenta, dążenia do postawienia rozpoznania i dopiero wtedy podjęcia właściwego leczenia. Zawsze należy przeprowadzić podstawowe badanie proktologiczne, a w razie najmniejszych wątpliwości odnośnie do obserwowanych zmian konieczne jest pobranie wycinków do badania histopatologicznego. Pozwoli to na właściwe leczenie pacjentów i w znacznej mierze zapobiegnie opóźnieniu podjęcia leczenia onkologicznego w przypadku rozpoznania nowotworu.

A thorough proctological examination should always be conducted, and if there is any doubt regarding the observed lesions, tissue samples should be obtained for histopathological analysis. This approach ensures timely and appropriate treatment for patients, significantly reducing delays in oncological care upon cancer diagnosis.

Konflikt interesów
Conflict of interest

Brak konfliktu interesów
None

Adres do korespondencji
Correspondence:

*Radziław Trzcinski
Akademia Piotrkowska
w Piotrkowie Trybunalskim
ul. J. Słowackiego 114/118,
97-300 Piotrków Trybunalski
trzcinski@wp.pl

nadesłano/submitted:
6.02.2025

zaakceptowano do druku/accepted:
18.02.2025

Piśmiennictwo/References

1. Trivedi A: Case Report: Consequences of Misdiagnosed Anal Cancer. *Am Fam Physician* 2021; 104(2): 119.
2. Chiu S, Joseph K, Ghosh S et al.: Reasons for delays in diagnosis of anal cancer and the effect on patient satisfaction. *Can Fam Physician* 2015; 61(11): e509-e516.
3. Eng C, Messick C, Glynne-Jones R: The management and prevention of anal squamous cell carcinoma. *Am Soc Clin Oncol Educ Book* 2019; 39: 216-225.
4. Trzcinski R: Nowotwory odbytu i kanału odbytu. [W:] Kołodziejczak M, Ciesielski P (red.): *Choroby proktologiczne. Diagnostyka i leczenie*. Wyd. I. PZWL, Warszawa 2022; 205-215.
5. Bingmer K, Ofshteyn A, Stein Sh L et al.: Delayed Diagnosis of Anal Cancer. *J Gastrointest Surg* 2020; 24: 212-217.
6. Barbeiro S, Atalaia-Martins C, Marcos P et al.: A Case Series of Anal Carcinoma Misdiagnosed as Idiopathic Chronic Anal Fissure. *GE Port J Gastroenterol* 2017; 24: 227-231.