

11 Nowotwory

Nowotwory indukowane przez wirusy

Kłykciny kończyste (*condylomata acuminata*)

Etiologia

Kłykciny kończyste należą do najczęstszych nowotworów odbytu i okolicy odbytu. Ich przyczyną jest zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV, przeważnie typu 6). Przeniesienie zakażenia następuje drogą płciową (kontaktów seksualnych), tak więc zasadniczo konieczne jest również przebadanie partnera osoby chorej. Wcześniejszy pogląd, że przeważnie chorują mężczyźni o orientacji homoseksualnej, jest nieprawdziwy. Zakażeniu sprzyja wilgotne środowisko, przy czym ślady po drapaniu się (przeczosy) sprzyjają inwazji wirusów. Należy zwrócić uwagę na ewentualne występowanie u pacjenta innych schorzeń przenoszonych drogą płciową, wśród nich na zakażenie HIV. Ponieważ okres inkubacji wynosi przeciętnie 1–6 miesięcy, to często droga nabycia zakażenia jest niemożliwa do odtworzenia. Występują też infekcje utajone, bez uchwytnych zmian morfologicznych, z którymi jest związane względnie wysokie ryzyko nawrotu choroby (jeśli wykluczy się nieprawidłowe leczenie lub ponowne zakażenie). Zauważa się również syntropię z innymi wirusami z rodziny papillomawirusów (należy zwrócić uwagę przede wszystkim na: podeszwę stopy, manifestację podopaznokciową – palec wskazujący!).

W przypadku większych ognisk opisywano niekiedy transformację do raka płaskonabłonkowego. Przypuszczalnie mogło dojść do pomylenia kłykcin kończystych z guzem Buschke'a-Löwensteina (zob. s. 196).

Objawy kliniczne

Wiodącym objawem jest świąd odbytu, w części przypadków – krwawienie kontaktowe. Zwłaszcza w przypadku pojedynczych guzków często ich obecność nie jest zupełnie odczuwana przez pacjenta. Pojedyncze ogniska mogą w miarę upływu czasu zlewać się w duże kalafiorowate twory, przy czym jednak każda jednostka utrzymuje się jako niezależny guzek (ryc. 11.1, 11.2). Ma to wpływ na leczenie (zob. dalej)! Dolegliwości bólowe obserwuje się przeważnie w przypadku zmian szerzących się do wnętrza odbytu i są one następstwem uszkodzenia anodermi wskutek nasilenia jej kruchości. Oprócz występowania zmian w okolicy odbytu i w odbycie, dolegliwości mogą być wynikiem zajęcia prącia (ujście cewki moczowej) i warg sromowych (wejście do pochwy). Nierzadko są one jednak asymptomatyczne i wykrywane są dopiero podczas ukierunkowanych poszukiwań.

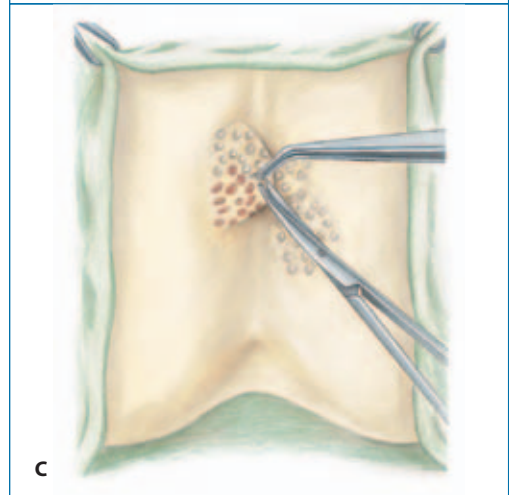
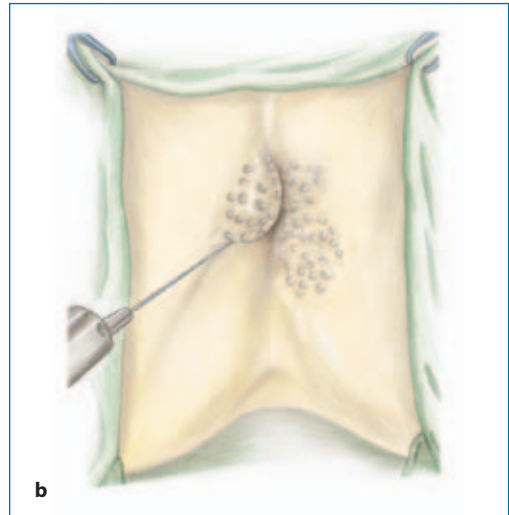
Rozpoznanie

Rozpoznanie jest łatwe do ustalenia na podstawie oglądania pacjenta. Odnajduje się białawo-szare, na zewnętrznej powierzchni nieco pomarszczone guzki, o średnicy nieprzekraczającej kilku milimetrów. Mają one skłonność do pęknięcia i wskutek tego do krwawienia kontaktowego. Często zlewają się one w duże kalafiorowate twory. Także w tej sytuacji pozostają jednak wciąż wąskie mostki skórne między poszczególnymi ogniskami (ryc. 11.1). Zawsze powinno się zwracać uwagę na zajęcie odbytu, przy czym linia zębata może zostać przekroczona, choć zdarza się to rzadko. Poszukiwać należy zmian na narządach płciowych i sprzyjających tworzeniu sączących zmian chorób towarzyszących (guzki krwawnicze, przetoki okołoodbytnicze, zapalenie odbytnicy, a szczególnie rzeżączka). Sprawdzić trzeba obecność innych



Ryc. 11.1a–c Kłykciny kończyste w okolicy odbytu.

- a** Wyraźny podział na poszczególne ogniska.
b W celu oddalenia od siebie ognisk wykonuje się ostrzyknięcie podśluzówkowe za pomocą roztworu ze środkiem znieczulającym miejscowo.
 [Kremer/Lierse et al.: Chirurgische OP-Lehre, Bd. 6, Kap. Winkler]
c Wycięcie poszczególnych ognisk nożyczkami na poziomie skóry.
 [Kremer/Lierse et al.: Chirurgische OP-Lehre, Bd. 6, Kap. Winkler]

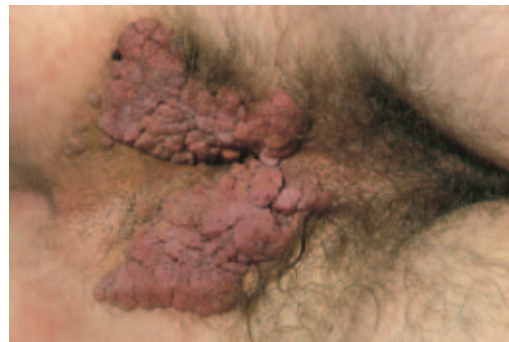


zmian brodawkowatych (ręce!, pod paznokciami). Należy wykluczyć u pacjenta choroby przenoszone drogą płciową i zakażenie HIV.

Diagnostyka różnicowa

W przypadku dużych kalafiorowatych tworów trudne może być odróżnienie kłykciny kończyste od **kłykciny olbrzymich** (guz Buschke'a-Löwensteina). Pogląd, że występuje bezpośrednie przejście kłykciny kończyste w kłykciny olbrzymie jest nieuzasadniony, ponieważ guzy Buschke'a-Löwensteina są wywoływane przez inne typy wirusów (zob. także s. 196).

Kłykciny płaskie (*condylomata lata*) rozwijają się jako bardziej płaskie zmiany, o taliowanych brzegach i sączącej powierzchni centralnej.



Ryc. 11.2 Rozległe przyodbytowe kłykciny kończyste zlewające się w duże kalafiorowate twory. Bardzo charakterystyczne jest, że zmiany stanowią jakby swoje odbicie lustrzane.

Mięczak zakaźny (*molluscum contagiosum*) charakteryzuje się czarnym zabarwieniem w części środkowej i jest podatny na ucisk.

Wreszcie trudności w różnicowaniu mogą sprawić **wczesne postaci raków**, a rzadziej małą **przerośniętą brodawka odbytu**.

Leczenie

W leczeniu zachowawczym wysoko ocenia się celowane przyżeganie zmian roztworami podofilny (5–20%). Samodzielne stosowanie (także w postaci maści) nie jest zalecane, ponieważ prowadzi (może prowadzić) do ciężkich podrażnień skóry.

Także w przypadku ostrzykiwania bleomycyną uzyskuje się odsetek wyleczeń wynoszący 80%. W razie usuwania operacyjnego zmian elektroresekcję, ewentualnie elektrokoagulację należy wykonywać jedynie w przypadku dobrze ograniczonych, pojedynczych ognisk, ponieważ w innych przypadkach powstające nieuchronnie otaczające oparzenia mogą przechodzić w rozległe zmiany bliznowate (przede wszystkim stanowiące przeszkodę przy lokalizacji w obrębie odbytu!). Te otaczające oparzenia są możliwe do uniknięcia, jeśli zastosowany zostanie laser. Ten sam efekt uzyskuje się także w przypadku wycinania kłykciny kończystych delikatnymi, ostro zakończonymi nożyczkami. W przypadku grubszych kalafiorowatych tworów można oddzielić od siebie poszczególne

ogniska dzięki ostrzyknięciu skóry pod zmianami roztworem soli fizjologicznej i dzięki temu można zachować mostki skórne, co sprzyja szybkiemu gojeniu (**ryc. 11.1**). Wszystkie, nawet najmniejsze zmiany muszą zostać usunięte; przy tym trzeba zwrócić przede wszystkim uwagę na występowanie zmian w odbycie (najczęstsza lokalizacja nawrotu choroby!). To samo zasadniczo odnosi się do zmian położonych na narządach płciowych.

Odsetek nawrotów choroby – nawet przy bardzo starannym postępowaniu terapeutycznym – jest stosunkowo wysoki (około 30%), dlatego po wyleczeniu pacjenta, warto jest zalecić mu pierwsze badanie kontrolne u lekarza po 3 miesiącach, a w przypadku dalszego prawidłowego przebiegu gojenia – kolejne badania lekarskie co 6 miesięcy.

Guz Buschkego-Löwensteina (kłykciny olbrzymie)

Pierwotnie opisana zmiana była zlokalizowana w obrębie prącia. Występowanie zmian w okolicy odbytu jest rzadkie; są one wywoływane przez infekcję HPV, w przeważającej mierze przez typ 16 i 18 wirusa. Guzy charakteryzuje brodawkowata, nierówna powierzchnia o zabarwieniu od białawo-szarego do czerwonego (**ryc. 11.3**). W przeciwieństwie do kłykciny kończystych, kłykciny olbrzymie stale się rozrastają i mają tendencję do miejscowej destrukcji tkanek. W przypadku dłuższego



Ryc. 11.3a i b Kłykciny olbrzymie (tzw. guz Buschkego-Löwensteina).

a Monstrualny przyodbytowy twór guzowaty o brodawkowatej powierzchni, obejmujący całą okolice odbytu. Kanał odbytu nie jest możliwy do zauważenia w trakcie pobieżnego oglądania.

b Po rozprostowaniu pofałdowań guza można zajrzeć do kanału odbytu, do którego guz częściowo wra-
sta płaskimi wypustkami. Rozległe wycięcie guza wymaga pokrycia ubytków zgodnie z zasadami plastyki sposobem Fergusona (por. **ryc. 10.4a–c**).

przebiegu i większych tworów zawsze następuje przejście w nowotwór złośliwy. Niezwykle rzadko następuje nawrót choroby i stąd kłykciny olbrzymie mogą zostać wyleczone na drodze wycięcia zmiany z zachowaniem szerokiego marginesu otaczających tkanek, także na głębokość (zasadą jest wykonanie plastyki sposobem Fergusonsona, **ryc. 10.4a–c**). W razie nacisku na elementy strukturalne zwieraczy odbytu konieczne jest przeprowadzenie brzuszno-kroczonej amputacji odbytnicy, nawet wówczas nie stwierdza się jeszcze złośliwej przemiany w obrębie guza. Czy zmiany o charakterze złośliwym wystarczająco dobrze reagują na chemio- i radioterapię (zob. s. 203), co umożliwiłoby wykonanie miejscowego wycięcia nowotworu z zaoszczędzeniem zwieraczy, nie zostało jeszcze ustalone.

Mięczak zakaźny

W tym przypadku mamy do czynienia z grudką o płaskiej powierzchni z centralnym zagłębieniem (pępek), wywołaną przez epidermotropowy wirus, spokrewniony z wirusem ospy. Świąd zmusza pacjenta do drapania, co prowadzi do liniowego rozsiewu zmian w obrębie przeczosów. Wydzielina pochodząca ze zmian skórnych jest bardzo zakaźna. Choroba dotyczy przede wszystkim dzieci. Zagrożeni zakażeniem są również homoseksualiści. Leczenie polega na usunięciu zmian pęsetą i przyżeganiu podstawy zmiany jodyną. W przypadku większych zmian dobre efekty przynosi zastosowanie maści zawierających 5-fluorouracyl.

Grudkowatość bowenoidalna (kłykciny płaskie)

Grudkowatość bowenoidalna przypomina pod względem obrazu klinicznego chorobę Bowena (zob. dalej), zmiany są jednak wyraźniej wykształcone i tworzą często ogniska plamisto-brodawkowate, których jednak pod względem obrazu histopatologicznego nie można odróżnić od choroby Bowena. Zmiany te wskazują na występowanie infekcji wirusowej w okolicy odbytu i narządów płciowych. Przyczyną choroby jest zakażenie wirusem z grupy Papowa. W przeciwieństwie do choroby Bowena rokowanie jest korzystne. Często

zmiany wygajają się samoistnie. Nie wykazano w ich przypadku przemiany złośliwej.

Guzopodobne choroby tropikalne

(zob. rozdz. 12, s. 209 i nast.)

Stany przedrakowe okolicy odbytu Leukoplakia

W przypadku stanów (mechanicznego) podrażnienia (wypadające guzki krwawnicze, owrzodzenie odbytnicy, wypadanie odbytnicy, zapalenie odbytnicy) błona śluzowa może ulegać przemianie do białawo-szarych stref (leukoplakia), otoczonych zaczerwienioną otoczką. Bez wyjątku znaleźć można silnie zaczerwienione zmienione zapalnie podminowane brzegi zmiany. Dolegliwości są spowodowane chorobą, która doprowadza do powstawania leukoplakii. Ponieważ niekiedy zdarza się przejście w nowotwór złośliwy, to pojawienie się leukoplakii wzmacnia stawianie wskazań do leczenia operacyjnego choroby wywołującej. W przypadku utrzymującej się patologii (wrzód samotny odbytnicy – *ulcus recti simplex*, zob. s. 183), zalecane są regularne kontrole lekarskie. Także skądinąd niezwykle rzadkie zjawisko pojawienia się raka płaskonabłonkowego w odbytnicy w przebiegu wrzodziejącego zapalenia odbytnicy można wyjaśnić występowaniem wyżej opisanych zależności związanych z leukoplakią.

Rak *in situ*

Klinicznie jest właściwie niemożliwy do rozpoznania, ale jednak można podejrzewać jego obecność, jeśli odnajduje się białawe, pogrubiłe ogniska w okolicy linii zębatej. Rzadkość występowania tej patologii jeszcze bardziej utrudnia postawienie prawidłowej diagnozy. Dolegliwości kliniczne są spowodowane chorobą towarzyszącą, którą często jest choroba hemoroidalna. Rozpoznanie może zostać potwierdzone tylko na podstawie badania histopatologicznego. Jeśli ze zmiany pobrano jedynie wycinek, to po rozpoznaniu histopatologicznym jej charakteru konieczne jest całkowite wycięcie ogniska.