

## IL CARCINOMA ANALE

**A cura di: Dr. Giulio Aniello Santoro ([gasantoro@ulss.tv.it](mailto:gasantoro@ulss.tv.it)), Dr. Donato Scardigno ([d.scardigno@libero.it](mailto:d.scardigno@libero.it)), Prof. Aldo Infantino ([ainfantino@libero.it](mailto:ainfantino@libero.it)).**

### INCIDENZA

Il cancro del margine anale e del canale anale rappresenta circa l'1% della totalità dei cancri del tubo digerente.

Le neoplasie del canale anale rappresentano approssimativamente il 2.5-5% di tutti i tumori del colon. Le forme più comuni (90%) sono quelle epiteliali che comprendono diversi istotipi: neoplasia intraepiteliale (displasia), malattia di Paget, carcinoma squamoso, adenocarcinoma, adenocarcinoma mucinoso, carcinoma a piccole cellule, carcinoma indifferenziato, carcinoide. Il **carcinoma squamoso** è generalmente associato ad una infezione cronica da papillomavirus (HPV 16-18) e la sua incidenza è in aumento nei pazienti giovani, in particolare omosessuali ed immunodepressi. L'**adenocarcinoma** ha spesso origine dalla mucosa del retto distale ed ha una prognosi peggiore rispetto al carcinoma squamoso. Il **melanoma anale** si sviluppa frequentemente dalla cute perianale o del margine anale. Può presentarsi come una lesione pigmentata e diffonde precocemente ai linfonodi regionali e per via ematogena.

### ESISTONO LESIONI PREDISPONENTI?

**Situazioni ad alto rischio sono rappresentate dall'essere HIV + e portatori di lesioni squamose intraepiteliale.**

Il cancro anale può simulare o svilupparsi, anche se raramente, su lesioni benigne molto frequenti come una *marisca*<sup>1</sup>, un'emorroide prolassante, una ragade anale cronica o una fistola anale a lungo trascurate; non per questo però tali malattie costituiscono degli stati pre-neoplastici: infatti, se le lesioni anali comuni, impropriamente spesso considerate "minori", avessero una vera tendenza alla degenerazione neoplastica, il cancro dell'ano sarebbe molto meno raro.

### QUALI SONO I SINTOMI?

Le manifestazioni cliniche dei tumori dell'ano sono spesso tardive e frequentemente il **dolore** ed il **sanguinamento** vengono attribuite dai pazienti a patologie anorettali più comuni come emorroidi o ragadi. Altri sintomi sono rappresentati dal **prurito anale**, **perdite anali mucosierose** o **incontinenza fecale**.

### COME SI FA DIAGNOSI?

La diagnosi viene fatta dallo specialista coloproctologo mediante l'**ispezione** della regione perianale, l'**esplorazione digitale** dell'ano e del retto per valutare dimensioni, sede e relativa fissità del tumore, l'**anoscopia** e la **rettosigmoidoscopia** e la **biopsia** della lesione per una conferma istologica.

Inoltre il cancro anale può assomigliare a un'emorroide o a una ragade anale, così come, nella sua varietà *cloacogenica*, può esso stesso fistolizzarsi in sede perianale, vulvare o vaginale; anche il melanoma maligno dell'ano è simile a un nevo pigmentato, ed esistono malattie cutanee precancerose (la *discheratosi* di Bowen) o associate al cancro dell'ano e del colon-retto (la *discheratosi* di Paget) molto simili per aspetto e sintomi ad altre discheratosi<sup>2</sup> associate al prurito anale. Altre lesioni anali che possono dar luogo all'insorgenza di neoplasie sono i condilomi e i

nevi pigmentati. Anche un cancro del retto, infine, può interessare il canale anale, affacciandosi in esso.

### STADIAZIONE

La **TC** riveste un ruolo importante per la valutazione del coinvolgimento linfonodale e della diffusione a distanza. L'**ECOGRAFIA ENDOANALE** rappresenta il gold standard per esaminare il grado di invasione parietale da parte del tumore ed i rapporti con l'apparato sfinteriale. Una neoplasia confinata alla sottomucosa viene classificata uT1, se è limitata allo sfintere interno viene classificata uT2a, se coinvolge lo sfintere esterno viene classificata uT2b, se si estende ai tessuti perianali viene classificata uT3 e se invade altri organi o strutture (es.vagina, vescica) viene classificata uT4. Il parametro T ecografico rappresenta l'unico fattore predittivo della risposta al trattamento, della incidenza di recidive locali e della sopravvivenza dei pazienti. L'accuratezza globale della ecografia endoanale nella valutazione dell'invasione locale e nella identificazione di linfadenopatie metastatiche è rispettivamente dell'86% e dell'83%. La **RICERCA DEL LINFONODO SENTINELLA** mediante la linfoscintrigrafia è una metodica promettente per migliorare la diagnosi di una eventuale linfadenopatia metastatica.

### COME SI CURA?

Le lesioni limitate alla sottomucosa possono essere adeguatamente trattate con la sola **escissione locale**. Negli altri casi può essere impiegata la **Radioterapia** con **Chemioterapia** associata, ed eventualmente una **brachiterapia interstiziale** mediante infissione ecoguidata di aghi di iridio 192. Questi trattamenti sono associati ad una elevata percentuale di remissione clinica completa. La **chirurgia** (intervento di amputazione addomino-perineale) rappresenta attualmente una terapia di salvataggio nelle forme che non hanno risposto alla terapia medica. Studi sono in corso per il trattamento delle lesioni preneoplastiche con la chirurgia, con vaccini antivirali e con farmaci antiretrovirali.

### IL FOLLOW-UP

La **mancata risposta** al trattamento curativo e le **recidive** del tumore entro i 5 anni possono raggiungere il 30%. L'ecografia endoanale svolge un ruolo importante nel follow-up dopo terapia allo scopo di identificare una recidiva prima che diventi clinicamente evidente, e dunque in una fase ancora aggredibile con i trattamenti descritti.

### *Bibliografia:*

G.A. Santoro - G. Di Falco

*Atlas of Endoanal and Endorectal Ultrasonography. Staging and treatment Options for Anorectal Cancer, ed. Springer.*