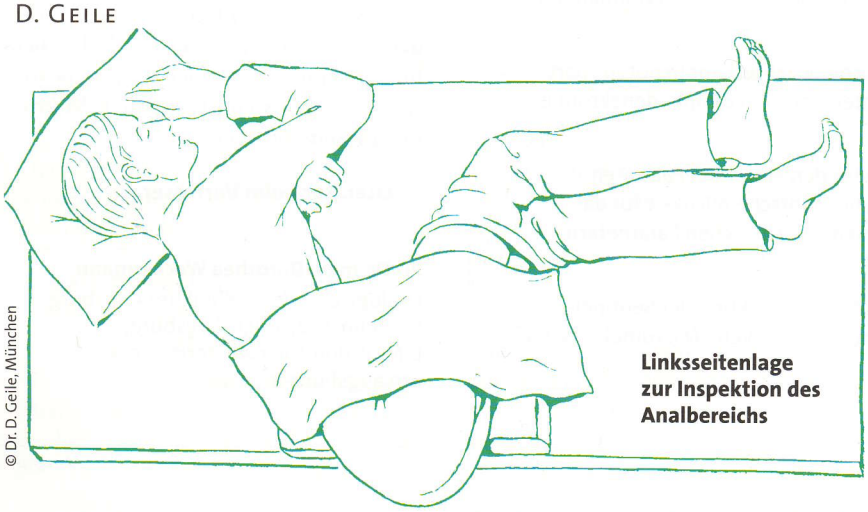
Zertifizierte Continuing Medical Education CME URO-NEWS Fortbildung

Interdisziplinäre Therapie

Wieviel Proktologie braucht der Urologe? – Teil 2

D. Geile



© Dr. D. Geile, München

Linksseitenlage zur Inspektion des Analbereichs

In Ausgabe 3/2004 ging es um typische proktologische Krankheitsbilder, die auch der Urologe kennen sollte. Gerade wenn es um Krebserkrankungen geht, ist es besonders wichtig, eine adäquate Therapie einzuleiten oder den Patienten an den entsprechenden Facharzt zu überweisen. In der Fortsetzung des Beitrags dreht sich deshalb alles um Analkarzinome.

Human Papilloma Viren (HPV) spielen bei prämalignen und malignen perianalen Hautveränderungen eine Schlüsselrolle. Die maligne Potenz der häufigsten Virusstämme und die entsprechende Hautveränderung zeigt Tabelle 1.

Als harmloseste und alltäglichste STD (sexual transmitted diseases)-Infektion treten **Condylomata acuminata** (Abb. 1, S. 47) in allen Plattenepithelbezirken des Anal- und Urogenitalbereichs auf – mit unendlichen Variationen in Farbe, Form, Größe, Menge und Flächenausdehnung. Nicht selten ist der Analkanal bis hoch zur Rektumschleimhaut betroffen. Nicht erkannt, wird dies zur Quelle ständiger Neuinfektionen, ebenso bei Beteiligung der Harnröhrenöffnung. Die Therapie umfasst die sorgfältige Entfernung und Rezidivkontrolle. Dasselbe Behandlungsschema gilt für die **Bowenoide Papulose** (Abb. 2, S. 47), die eine Sonderstellung einnimmt, aber immerhin ein Entartungsrisiko von 2–3 % hat.

Der **Morbus Bowen** ist von einem lokalisierten chronischen Ekzem nicht zu unterscheiden (Abb. 3, S. 47). Laut Definition ist er eine anale intradermale Neoplasie (AIN) III beziehungsweise ein intraepitheliales Plattenepithelkarzinom. Therapie der Wahl ist die vollständige lokale Entfernung und sorgfältige Rezidivkontrolle.

Tabelle 1
Maligne Potenz der häufigsten HP-Virusstämme*

HPV 6	HPV 11	HPV 16	HPV 18
Condylomata acuminata (bei 85 % der Patienten, *Surawicz*)		High grade AIN (III)	High grade AIN
Low grade AIN (I, II)	Low grade AIN	Morbus Bowen (60–80 % der Patienten, *Sigel*)	Morbus Bowen
Morbus Bowen	Morbus Bowen	Invasives Analkarzinom (73 % der Patienten, *Frisch*)	

** Bei 88 % der Patienten mit Analkarzinom (Frisch, n = 388)*

Analkarzinome rechtzeitig erkennen

Im Laufe des Lebens besteht ein generelles Risiko von 79 %, sich mit HPV zu infizieren (*Syrjanen*, 1990). Die Risikofaktoren für die Entstehung eines Analkarzinoms sind in Tabelle 2 aufgelistet. Die malignen Erkrankungen des Anal-

Tabelle 2
Risikofaktoren „Analkarzinom"

- Promiskuität
- Homosexualität – rezeptiver Analverkehr
- AIDS related: für HPV, AIN (*Frisch*)
- STD (sexual transmitted diseases)
- Zervixkarzinom
- Immunsuppression
- Rauchen (Frauen, prämenopausal)
- Nicht: proktologische Erkrankungen, chronisch-entzündliche Darmerkrankung (bei 1.100 Patienten kein Analkarzinomm, *Frisch*)

Fortsetzung S. 47

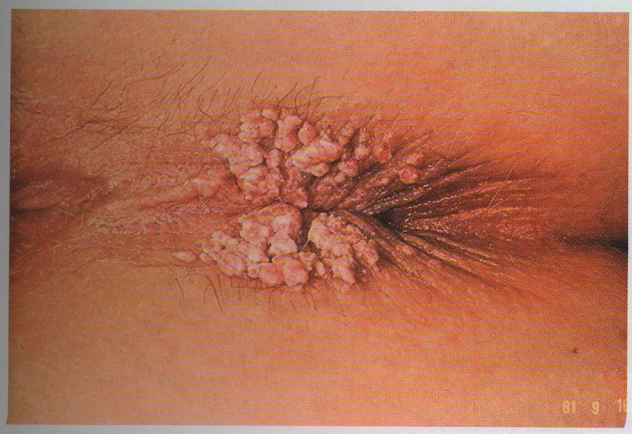


Abbildung 1: **Condylomata acuminata; 32-jährige Patientin, seit zirka drei Wochen kleine Knötchen am After mit Pruritus**

Abbildung 2: **Bowenoide Papulose ; 42-jährige Patientin, kam wegen Pruritus, sonst keine Beschwerden**

Abbildung 3: **Morbus Bowen, intraepitheliales Plattenepithelkarzinom (obligatorische Präkanzerose); keine Beschwerden!**

Abbildung 4
Anale Neoplasien und Präneoplasien – Lokalisation und Histologie

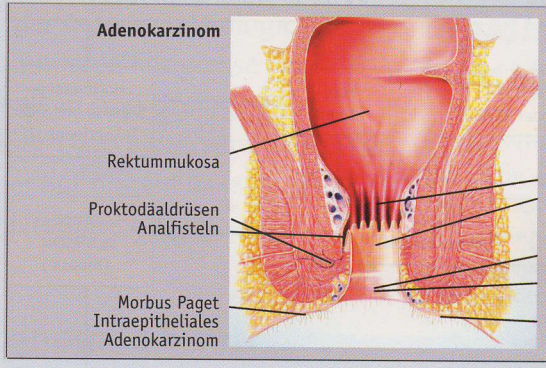


Abbildung 5: **Adenokarzinom im Analkanal; 36-jähriger Patient, kam wegen Hämorhoiden, Fremdkörpergefühl und zunehmender Inkontinenz**

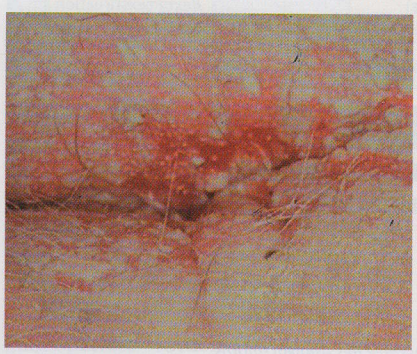


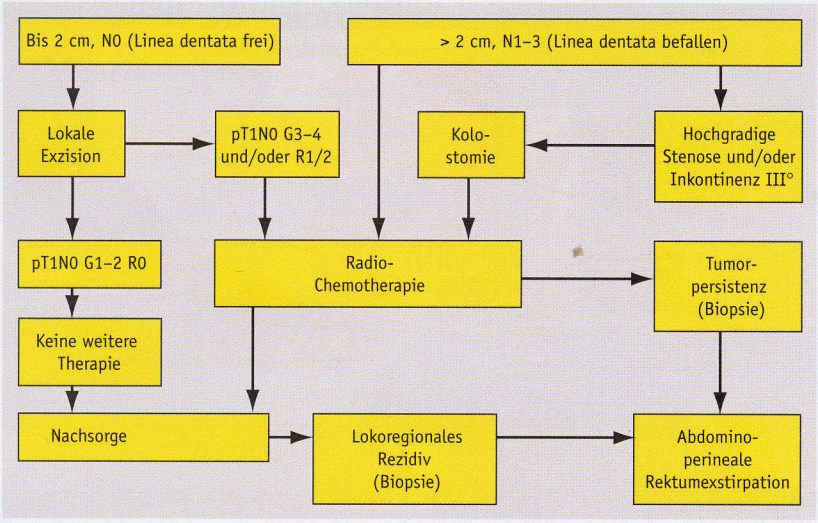
Abbildung 6: **Morbus Paget, extramammär; 84-jähriger Patient, kam wegen „Ekzem", seit über 20 Jahren Salbentherapie; Pruritus, Wundheit, Inkontinenz; PE: einzeln liegende, sich horizontal ausbreitende große Tumorzellen im sonst unauffälligen Plattenepithel; PAS-Färbung, HE, immunhistochemisch gut sichtbar**

Abbildung 7: **Analkarzinom; unspezifische Symptomatik, „Mimikri"-Befunde**

Tabelle 3
Therapiekonzept der Präneoplasien

Warzen	entfernen!
AIN I und II	Kontrollen
Bowenoide Papulose	Kontrollen, HPV-Therapie, Biopsie, unter Umständen Mapping (*Cleary*, 2000)
Morbus Bowen, AIN III	ausgedehnte Exzision, intraoperativer Schnellschnitt (Randbefall 19–34%, *Brown*), plastische Deckung der Defekte **Cave:** trotzdem 23,1% Rezidive, nach Lokalexzision mit Sicherheitsabstand sogar 53,3% Rezidive (*Marchesa*; 25% bei *Fazio*). Deshalb in Frage zu stellen! **Diskussion:** Radio-Chemotherapie Follow-up drei- bis sechsmonatlich Screening Zytologie

Abbildung 8
Analkarzinom – Leitlinien*



Deutsche Gesellschaft für Chirurgie und Deutsche Krebsgesellschaft 1999

Tabelle 5
Ergebnisse der Radio-Chemotherapie des Analkarzinoms*

Autor	Jahr	n	Rezidivfrei (%)	Follow-up (Jahre)
Papillon	1991	89	90	k.A.
Cummings	1991	69	86	5
ARO-Studie	1996	126	69	5

** nach Mappes H-JA: Chirurgische Indikationen in der Therapie des Analkarzinoms*

bereichs werden nach Lokalisation und Zelltyp (Abb. 4, S. 47) klassifiziert:

▶ Adenokarzinome (Abb. 5, S. 47) entstehen in der Rektummukosa, in den Proktodäaldrüsen beziehungsweise den Analfisteln und intraepithelial in den Drüsen der Epidermis als **extramammärer Morbus Paget** (Abb. 6, S. 47).

▶ Plattenepithelkarzinome entstehen als nicht-verhornende Neubildungen oberhalb der Linea dentata, als verhornende distal davon (Analkanalkarzinome). Bei Auftreten an der anokutanen Linie der Epidermis spricht man vom **Analrandkarzinom** (Abb. 7, S. 47).

▶ Anale intradermale Neoplasien (Grad 1–3) haben dieselbe Lokalisation wie die Plattenepithelkarzinome, wobei eine Sequenz für Grad 1 und 2 nicht geklärt ist.

Das Therapiekonzept der Präneoplasien sieht hauptsächlich die radikale Entfernung und Kontrolle vor (Tab. 3). Kleine Analrandkarzinome werden entfernt, größere Tumore und Karzinome des Analkanals mittels kombinierter Radio-Chemotherapie als Methode der Wahl behandelt. Ein Schema, wie vorzugehen ist, zeigt Abbildung 8 als Leitlinie der wissenschaftlichen Gesellschaften.

Die Prognose des Analkarzinoms hat sich durch die zunehmenden proktologischen Kenntnisse bei der Diagnostik (Tab. 4) und durch die Radio-Chemotherapie erheblich verbessert (Tab. 5).

Tabelle 4
Diagnostik der analen Neoplasien

- Symptome unspezifisch
- Proktologische Untersuchung
- Anfärbung: 5%ige Essigsäure (zeigt keine AIN, aber Warzen); Indigocamin (*Yamaguchi*)
- Zytologie
- Papanicolaou: hohe Treffsicherheit für AIN (50–75%)
- Biopsie-Mapping
- Lokalexzidate kennzeichnen

Fazit

Analkarzinome sind selten und in ihrer Prognose abhängig vom Zeitpunkt der Diagnose. Trotzdem ist es wichtig, daran zu denken, da Symptome und Veränderungen im Anfangsstadium völlig unspezifisch sind. Jede atypische oder nicht abheilende Veränderung im Analbereich sollte eine weitere Diagnostik – in erster Linie zur bioptischen Abklärung – nach sich ziehen.

Dr. med. Dorothea Geile
Ärztin für Chirurgie
Denningerstr.44, 81679 München,
E-Mail : dr-geile@t-online.de
www.dr-geile.de