

# **Analrandkarzinom**

## **V. Wienert**

Zur Erstellung nachfolgender Leitlinie wurde die derzeit vorliegende Literatur systematisch recherchiert. Anhand des Erkenntnismaterials wurde sie vom Autor verfasst und anschließend in drei mehrtägigen Konsensuskonferenzen diskutiert und verabschiedet.

### **Definition**

Das Analrandkarzinom (Plattenepithelkarzinom, Spinaliom, Stachelzellkarzinom) ist ein lokal infiltrierender, destruierend wachsender maligner Hauttumor, der sich auf dem Boden einer Analen Intraepithelialen Neoplasie (AIN) entwickelt und eher selten manifestiert.

### **Epidemiologie**

Das Plattenepithelkarzinom als zweithäufigster maligner Tumor der lichtexponierten Haut, kommt im Analbereich selten vor. Brown et al. sahen in einem Zeitraum von 25 Jahren insgesamt 42 perianale Tumoren bei 26 Frauen und 16 Männern mit einem Durchschnittsalter von 56 Jahren.

### **Ätiopathogenese**

Das Tumorwachstum beginnt in der Regel nicht de novo; es entsteht meist auf vorgeschädigter Haut, wie beispielsweise bei Kondylombefall (Bishara et al., Longo et al., Lee et al., Yoneta et al., Frisch et al., Ramanujam et al.), bei Lichen ruber planus (Fundaro et al.), Acne inversa (Li et al., Shukla et al., Williams et al., Ishizara et al.), Morbus Crohn (Ky et al.,

Slater et al.) und Lichen sclerosus et atrophicus (Derrick et al., Thomas et al., Sloan et al.).

Eine Immunsuppression begünstigt die Tumorentstehung (Kim et al., Hofbauer et al.).

## **Klinischer Befund**

Die AIN stellt sich als uncharakteristische ekzemartige Hautveränderung dar. Das eigentliche Analrandkarzinom manifestiert sich als derber, manchmal glatter, meist verruköser hautfarbener bis rötlicher Knoten. Es wächst im Laufe von Monaten und Jahren peripher und in die Tiefe und zerfällt dann geschwürig. Die Patienten haben nur bei Exulzeration zunehmend Beschwerden. Sie klagen über Jucken, Nässen, Blutung und Schmerzen. Ohne Therapie infiltriert der Tumor tiefere Gewebstrukturen und metastasiert schließlich in die regionären Lymphknoten. Fernmetastasen treten nur selten auf. Bezüglich der Letalität finden sich in der Literatur keine aussagekräftigen Angaben.

Die Prognose hängt von den Faktoren Tumorgöße, Primär- oder Rezidivtumor, Ausbreitungsstadium, histologische Differenzierung und Immunstatus ab.

## **Diagnostik**

Mittels Inspektion und Palpation wird die Verdachtsdiagnose gestellt, die histologisch gesichert wird. Die Dicke des Tumors sollte bestimmt werden (sog. Microstaging). Der histomorphologische Differenzierungsgrad (Grading) wird nach Broders in 1. gut, 2. mäßig, 3. schlecht und 4. undifferenziert eingeteilt. Die präoperative bildliche Darstellung des Analrandkarzinoms mittels hochauflösender Ultraschallsonografie ist nur in Einzelfällen hilfreich. Bei einer Tumordicke von mehr als 2 cm ist eine inguinale Lymphknotenultraschallsonografie zum Ausschluss einer Metastasierung notwendig. Bei destruierenden Tumoren ist zusätzlich die Untersuchung mittels CT oder NMR erforderlich, da Fernmetastasen auftreten können.

## **Differentialdiagnose**

Differentialdiagnostisch müssen das Basaliom, das amelanotische Melanom, das Keratoakanthom, die Viruswarze und das nach außen wachsende Analrandkarzinom ausgeschlossen werden.

## **Therapie**

Standardtherapie ist die Exzision mit histologisch tumorfreiem Exzisionsrand. Der Defekt muss nicht zwingend gedeckt werden. Bei Befall regionärer Lymphknoten sollte eine radikale Lymphadenektomie erfolgen. Brown und Mitarbeiter und James et al. sehen eine Alternative in der Strahlentherapie.

Weit fortgeschrittene sphinkterinfiltrierende Analrandkarzinome müssen evtl. nach der Leitlinie des Analkanalkarzinoms therapiert werden.

In der Literatur gibt es keine Hinweise zur Nachsorge.

## Literatur

Bishara B, Eitan A, Barzilai A:

Malignant transformation of perianal condyloma acuminatum.

Harefuah 121, 230-231, 1991

Brown DK, Oglesby AB, Scott DH et al.:

Squamous cell carcinoma for the anus: a twenty-five year retrospective.

Am. Surg. 54, 337-342, 1988

Derrick EK, Ridley CM, Kobza-Black A et al.:

A clinical study of 23 cases of female anogenital carcinoma.

Br. J. Dermatol. 143, 1217-1223, 2000

Frisch M, Fenger C, van den Brule AJ et al.:

Variants of squamous cell carcinoma of the anal canal and perianal skin and their relation to human papilloma-viruses.

Cancer Res. 59, 753-757, 1999

Fundaro S, Spallanzani A, Ricchi E et al.:

Squamous-cell carcinoma developing within anal lichen planus: report of a case.

Dis. Colon Rectum 41, 111-114, 1998

Hofbauer GF, Dummer R, Hafner J et al.:

Skin cancers in organ transplant recipients: two cases of virus-induced neoplasms.

Dermatology 202, 359-361, 2001

Ishizawa T, Koseki S, Mitsuhashi Y et al.:

Squamous cell carcinoma in chronic perianal pyoderma a case report and review of Japanese literatur.

J. Dermatol. 27, 734-739, 2000

James AD, Pointon RS, Martin S:

Local radiotherapy in the management of squamous carcinoma of the anus.

Br. J. Surg. 72, 282-285, 1985

Kim JH, Sarani B, Orkin BA et al.:

HIV-positive patients with anal carcinoma have poorer treatment tolerance and outcome than HIV-negative patients.

Dis. Colon Rectum 44, 1496-1502, 2001

Ky A, Sohn N, Weinstein MA et al.:

Carcinoma arising in anorectal fistulas of Crohn's disease.

Dis. Colon Rectum 41, 992-996, 1998

Lee SH, McGregor DA, Kuziez MN:

Malignant transformation of perianal condyloma acuminatum: a case report with review of the literature.

Dis. Colon Rectum 24, 462-467, 1981

Li M, Hunt MJ, Commens CA:

Hidradenitis suppurativa, Dowling Degos disease and perianal squamous cell carcinoma.

Australas. J. Dermatol. 38, 209-211, 1997

Longo WE, Ballantyne GH, Gerald WL et al.:

Squamous cell carcinoma in situ in condyloma acuminatum.

Dis. Colon Rectum 29, 503-506, 1986

Ramanujam PS, Venkatesh KS, Co Barnett T et al.:

Study of human papillomavirus infection in patients with anal squamous carcinoma.

Dis. Colon Rectum 39, 37-39, 1996

Shukla VK, Hughes LE:

A case of squamous cell carcinoma complicating hidradenitis suppurativa.

Eur. J. Surg. Oncol. 21, 106-109, 1995

Slater G, Greenstein A, Aufses AH:

Anal carcinoma in patients with Crohn's disease.

Ann. Surg. 199, 348-350, 1984

Sloan PJ, Goepel J:

Lichen sclerosus et atrophicus and perianal carcinoma: a case report.

Clin. Exp. Dermatol. 6, 399-402, 1981

Thomas RH, Ridley CM, McGibbon DH et al.:

Anogenital lichen sclerosus in women.

J.R.Soc.Med. 89, 694-698, 1996

Williams ST, Busby RC, De Muth RJ et al.:

Perineal hidradenitis suppurativa: presentation of two unusual complications and a review.

Ann. Plast. Surg. 26, 456-462, 1991

Yoneta A, Yamashita T, Jin HY et al.:

Development of squamous cell carcinoma by two high-risk human papilloma viruses

(HPV's), a novel HPV-67 and HPV-31 from bowenoid papulosis.

Br. J. Dermatol. 143, 604-608, 2000

Interessenkonflikte: keine

ICD 10: C44.5

Stufe: 1, IDA: -

Gültigkeitsdauer: 31.12.2007