

24 Anal(kanal)karzinom

H. Wiesinger

Pathologie, Typisierung, Ausbreitungsstadien

Tumoren der Analregion werden in solche des Analkanals und des Analrandes unterteilt. Der Analkanal erstreckt sich vom Oberrand der Puborektalisschlinge bis zur Linea anokutanea (Übergang des Anoderm in die äußere Haut), der Analrand ist eine 5cm breite Zone der perianalen Haut, beginnend an der Linea anokutanea.

Tabelle 1. Histologische Typisierung der Karzinome des Analrandes und des Analkanals (WHO 1996/98)

Histologische Typisierung der Karzinome des Analrandes und des Analkanals (WHO 1996/98)

Analkanal	
	Plattenepithelkarzinom
	Adenokarzinom
	vom rektalen Typ der Anldrüsen in anorektalen Fisteln
	kleinzelliges Karzinom
	undifferenziertes Karzinom
Analrand	
	Plattenepithelkarzinom
	verruköses Karzinom
	Mb. Bowen
	Basaliom
	Mb. Paget, extramammär
	andere

¹ Kapitel 24
Version 1.0
Stand 07/2003

TNM Klassifikation und Stadiengruppierung (UICC 1997)

Tabelle 2. TNM-Klassifikation (UICC 1997)

TNM-Klassifikation (UICC 1997)

T Primärtumor

TX	Primärtumor nicht beurteilbar
T0	kein Anhalt für Primärtumor
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tumor < 2cm
T2	Tumor >2 und <5cm
T3	Tumor jeder Größe mit Infiltration benachbarter Organe

N regionäre Lymphknoten

NX	keine Beurteilungsmöglichkeit regionärer Lymphknoten (LK)
N0	keine regionären Lymphknotenmetastasen
N1	Metastase(n) in perirektalen LK
N2	Metastase(n) in inguinalen LK einer Seite und/oder LK an der A. iliaca interna einer Seite
N3	Metastasen in perirektalen und inguinalen LK und/oder in LK an der A. iliaca interna bds. und/oder in bilateralen Leistenlymphknoten

pN: Regionäre perirektale-pelvine Lymphadenektomie und histologische Untersuchung von 12 oder mehr LK und/oder inguinale Lymphadenektomie und histologische Untersuchung von & oder mehr LK

M Fernmetastasen

MX	Fernmetastase nicht beurteilbar
M0	keine Fernmetastasen
M1	Fernmetastasen

Stadiengruppierung

Tabelle 3. Stadiengruppierung

Stadiengruppierung

Stadium 0	Tis	N0	M0
Stadium I	T1	N0	M0
Stadium II	T23	N0	M0
Stadium IIIA	T123	N1	M0
	T4	N0	M0
Stadium IIIB	T4	N1	M0
	jedes T	N23	M0
Stadium IV	jedes T	jedes N	M1

Symptome

- perianaler Blutabgang
- perianale Schmerzen
- Tenesmen
- Juckreiz
- Inkontinenzsymptome
- vergrößerte Leistenlymphknoten.
- bei «chron. Ekzem», therapierefraktärer Analfissur, knotigen Veränderungen muss eine Biopsie erfolgen

Diagnostik

- Anamnese
- Inspektion des Analkanals
- digitale-rektale Untersuchung
- Rektoskopie
- Biopsie [Totalbiopsie (Läsionen $\leq 1\text{cm}$), Stanzbiopsie]
- CT, MRT
- Endosonographie
- gynäkologische Untersuchung
- urologische Untersuchung bei fortgeschrittenem Tumor
- Tumormarker (CEA)
- Sonographie Leber
- Röntgen Thorax

Therapie

Radio-Chemotherapie

Die kombinierte Radio- (Dosis 45-50,4Gy, bei T34 Tumore 55,8-59,4Gy, fraktioniert 1,8Gy Einzeldosen) Chemotherapie [NIGRO-Schema, 5-FU, Mitomycin C (nicht notwendig bei T12 Tumore)], erwies sich in prospektiven Studien als wirksames Behandlungsverfahren, das vermutlich eine ähnlich hohe Heilungschance wie die abdominoperineale Rektumamputation ermöglicht, ohne Verlust der Kontinenz und unter Vermeidung der Morbidität.

Operative Therapie

Alleinige operative Exzision ist bei kleinen (unter 2cm) oberflächlichen (pT1) und gutdifferenzierten Tumoren ohne Lymphknotenmetastasen und Nichterreichen der

Linea dentata ausreichend. Eine abdominoperineale Rektumamputation erfolgt bei histologisch gesichertem, trotz Radiochemotherapie persistierendem Tumor oder einem lokoregionären Rezidiv.

Nachsorge

Acht bis 12 Wochen nach Abschluss der Radio-Chemotherapie ist die Remission klinisch, rektoskopisch und multiplen Stanzbiopsien (mindestens fünf, Länge insgesamt 3cm) müssen entnommen werden) zu dokumentieren.

Tumorrezidiv

Ein lokoregionäres Rezidiv nach Radio-Chemotherapie des Analkarzinoms entsteht meist in den ersten zwei Jahren nach Therapie. Es sollte frühzeitig diagnostiziert werden, da in der Regel durch die perianale Rektumamputation eine hohe Heilungschance besteht.

Bei inkurablem Lokalrezidiv ist in der Regel eine Kolostomie zur Stuhlableitung indiziert. Eine palliative Chemotherapie mit Cisplatin und 5-FU stellt ebenso wie bei Tumorgeneralisation eine therapeutische Option dar.

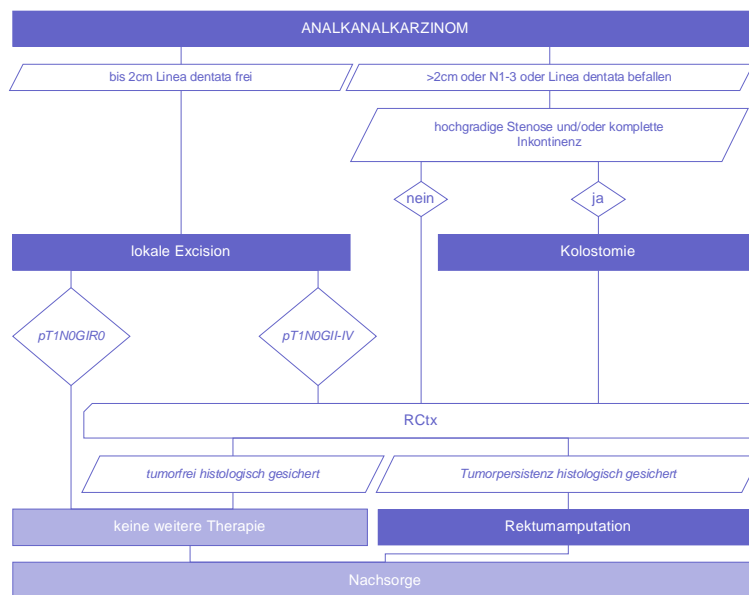


Abb. 1. Therapeutisches Vorgehen beim Plattenepithelkarzinom des Analkanals, Therapie

in kurativer Intention

Literatur

1. AWMF: Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft, Analkanalkazinom, Rektumkarzinom (1999) <http://www.uni-duesseldorf.de/www/AWMF>
2. Bumm R, Siewert JR (1999) [http:// www.chir.med.tu-muenchen.de/manual](http://www.chir.med.tu-muenchen.de/manual)
3. Feldmann HJ, Böttcher K, Rosenberg R: Analkarzinom in Roder JD, Stein HJ, Fink U Therapie gastrointestinaler Tumoren, Springer-Verlag Berlin, Heidelberg 2000