

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie

AWMF-Leitlinien-Register

Nr. 081/004

Entwicklungsstufe:

1

Analrandkarzinom

Definition ICD 10: C44.5

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, 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 Tumorstadium beginnt in der Regel nicht de novo; es entsteht meist auf vorgeschädigter Haut, wie beispielsweise bei Kondylombefall (1, 4, 11, 13, 14, 20), bei Lichen ruber planus (5), Acne inversa (7, 12, 15, 19), Morbus Crohn (10, 16) und Lichen sclerosus et atrophicus (3, 17, 18). Eine Immunsuppression begünstigt die Tumorentstehung (6, 9).

Klinischer Befund

Die AIN stellt sich als uncharakteristische ekzemartige Hautveränderung dar. Das eigentliche Analrandkarzinom manifestiert sich als derber, manchmal glatter, meist jedoch verruköser hautfarbener bis rötlicher Knoten. Es wächst im Laufe von Monaten und Jahren peripher und in die Tiefe und zerfällt dann geschwürig. Bei Exulzeration haben die Patienten zunehmend Beschwerden. Sie klagen über Jucken, Nässen, Blutung und Schmerzen. Ohne Therapie infiltriert der Tumor in tiefere Gewebsstrukturen 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. Es sollte die Dicke des Tumors bestimmt werden (sog. Microstaging). Der histomorphologische Differenzierungsgrad (Grading) wird nach Broders in gut, mäßig, schlecht und 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 Analkanalkarzinom 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:

1. Bishara B, Eitan A, Barzilai A: Malignant transformation of perianal condyloma acuminatum. *Harefuah* 121, 230-231, 1991
2. 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
3. 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
4. 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
5. 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
6. 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
7. Ishizawa T, Koseki S, Mitsuhashi Y et al.: Squamous cell carcinoma in chronic perianal pyoderma a case report and review of Japanese literature. *J. Dermatol.* 27, 734-739, 2000
8. James AD, Pointon RS, Martin S: Local radiotherapy in the management of squamous carcinoma of the anus. *Br. J. Surg.* 72, 282-285, 1985
9. 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
10. Ky A, Sohn N, Weinstein MA et al.: Carcinoma arising in anorectal fistulas of Crohn's disease. *Dis. Colon Rectum* 41, 992-996, 1998
11. 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
12. Li M, Hunt MJ, Commens CA: Hidradenitis suppurativa, Dowling Degos disease and perianal squamous cell carcinoma. *Australas. J. Dermatol.* 38, 209-211, 1997
13. Longo WE, Ballantyne GH, Gerald WL et al.: Squamous cell carcinoma in situ in condyloma acuminatum. *Dis. Colon Rectum* 29, 503-506, 1986
14. 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
15. Shukla VK, Hughes LE: A case of squamous cell carcinoma complicating hidradenitis suppurativa. *Eur. J. Surg. Oncol.* 21, 106-109, 1995
16. Slater G, Greenstein A, Aufses AH: Anal carcinoma in patients with Crohn's disease. *Ann. Surg.* 199, 348-350, 1984
17. Sloan PJ, Goepel J: Lichen sclerosus et atrophicus and perianal carcinoma: a case report. *Clin. Exp. Dermatol.* 6, 399-402, 1981
18. Thomas RH, Ridley CM, McGibbon DH et al.: Anogenital lichen sclerosus in women. *J.R.Soc.Med.* 89, 694-698, 1996
19. 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
20. 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

Verfahren zur Konsensbildung:

Zur Erstellung der Leitlinie wurde die derzeitig vorliegende Literatur systematisch recherchiert. Sie

wurde anhand des Erkenntnismaterials verfasst und anschließend in drei jeweils mehrtägigen Konsensuskonferenzen diskutiert und verabschiedet.

Teilnehmer der Konferenzen waren:

Prof.Dr. V. Wienert (Dermatologie), Aachen
Priv.-Doz. Dr. W. Brühl (Gastroenterologie), Vlotho-Exter
Prof. Dr. W. Hartschuh (Dermatologie), Heidelberg
Priv.-Doz. Dr. A. Herold (Chirurgie), Mannheim
Dr. B. Lenhard (Dermatologie), Heidelberg
Dr. H. Mlitz (Allgemeinmedizin), Saarbrücken
Dr. F. Raulf (Chirurgie), Münster

Autor:

V. Wienert

Interdisziplinärer Abgleich mit der **Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG)**.

Erstellungsdatum:

Dezember 2002

Letzte Überarbeitung:

Überprüfung geplant:

Dezember 2007

Zurück zum [Index Leitlinien der Koloproktologie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere für Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Stand der letzten Aktualisierung: Dezember 2002

© Dt. Ges. f. Koloproktologie

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 22.11.2006; 12:52:48