Analkarzinom – im Westen nicht Neues?

Nicht erst seit der kürzlichen Verleihung des Nobelpreises für Medizin an den renommierten deutschen Kollegen Harald zur Hausen wissen wir um die spezifische Bedeutung der humanen Papillomviren (HPV) für die Tumorigenese bei verschiedenen Krebsentitäten, wie etwa dem Tonsillen- und Gebärmutterhalskrebs, aber auch beim Analkarzinom. Mit der hier vorliegenden Ausgabe von *Der Onkologe* präsentieren wir Ihnen einen sehr kompakten, dennoch umfassenden Überblick über den aktuellen Stand zur Ätiologie, Diagnostik und Therapie des Analkarzinoms.

Kindermann und Iftner (Tübingen) spannen den Bogen von der Tumorentstehung auf der Basis der persistierenden HPV-Infektion über die Früherkennung bis zur heute sehr aktuellen und durchaus effizienten Impfung. Die Autorengruppe um Herold (Mannheim) und Schiedeck (Ludwigsburg) führt danach in die klinische Präsentation und Diagnostik des Analkarzinoms ein. Nachfolgend beschäftigen sich 3 Beiträge mit der primären Radiochemotherapie, die heute als Standard anzusehen ist. Insbesondere interessieren hier Besonderheiten der Behandlung des HIV-positiven Patienten, die von Fraunholz (Frankfurt/Main) beleuchtet werden. Wertvolle chirurgische Maßnahmen, wie etwa die Anlage eines protektiven Stomas bei stenosierendem Tumor, die Lymphadenektomie und die äußerst bedeutsamen Salvage-Maßnahmen inklusive plastischer Rekonstruktion stellen Rijcken und Senninger (Münster) dar. In bewährter

Weise rundet die Betrachtung der Möglichkeiten systemischer Therapieoptionen im Falle der Fernmetastasierung das Heft ab. Schulte und Hofheinz (Mannheim) betonen, dass es neben der Standardchemotherapie mit Fluorouracil/Platin auch Daten zum Einsatz von Cetuximab gibt.

Bereits seit mehr als einem Jahrzehnt gilt die mit 2 Zyklen Mitomycin C und Fluorouracil kombinierte, simultane Radiochemotherapie als etablierte Primärbehandlung. Dabei konnte in randomisierten Studien weder der neoadjuvante noch der adjuvante Einsatz einer platinbasierten Polychemotherapie die relevanten onkologischen Endpunkte verbessern. Klinisch erscheint es daher wesentlicher, Unterbrechungen der Radiochemotherapie zu vermeiden, da hierdurch die akzentrierte Repopulierung von Tumorzellen und konsekutiv die Rezidivwahrscheinlichkeit befördert wird. Darüber hinaus steht heute mit der intensitätsmodulierten Radiotherapie (IMRT) eine Technik zur Verfügung, die einerseits die akuten Nebenwirkungen an Risikoorganen wie Dünndarm und Blase deutlich senkt, andererseits aber auch erlaubt, eine effektive lokale Dosis von 50–59 Gy zu applizieren.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass das Analkarzinom biologische, pathologisch-anatomische und klinische Besonderheiten aufweist, die für eine Expertise in Diagnostik und Therapie essenziell sind. In jedem Fall ist die vertrauensvolle interdisziplinäre Zusammenarbeit die Basis zur erfolgreichen Therapie.

G.G. Grabenbauer

N. Senninger

G.G. Grabenbauer und N. Senninger
Für die Herausgeber des Leitthemas

M. Bamberg

M. Bamberg
Für die Herausgeber

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. G.G. Grabenbauer
Radioonkologie & Strahlentherapie, Klinikum Coburg
Ketschendorferstraße 33
96450 Coburg
gg@strahlentherapie-coburg.de

Prof. Dr. Dr. h.c. N. Senninger
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
WWU/UKM
Albert-Schweitzer-Campus 1,
48149 Münster
senninger@uni-muenster.de

Hier steht eine Anzeige.