

coloproctology 2021 · 43:1–2
<https://doi.org/10.1007/s00053-021-00522-8>
 Angenommen: 26. Januar 2021

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2021



F. Aigner¹ für Leitliniengruppe Analkarzinom · R. N. Werner² für Leitliniengruppe
 Analkarzinom · R. Siegel^{3,4} für Leitliniengruppe Analkarzinom

¹ Chirurgische Abteilung, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz, Graz, Österreich

² Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Division of Evidence-Based Medicine (dEBM), Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

³ Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Onkologische Chirurgie, Helios Klinikum Berlin-Buch, Berlin, Deutschland

⁴ Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke, Witten/Herdecke, Deutschland

S3-Leitlinie Analkarzinom

Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Analkanal- und Analrandkarzinomen

Im Leitlinienprogramm Onkologie wurde unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie e.V. erstmals eine deutschsprachige S3-Leitlinie zur Optimierung von Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Analkarzinoms erstellt (AWMF-Reg. Nr. 081-004OL im Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V., AWMF; Deutschen Krebsgesellschaft, DKG; und Deutschen Krebshilfe, DKH).

Die Leitlinie gibt Handlungsempfehlungen für die Untersuchung in der Primärversorgung und für die weiterführende Diagnostik bei Patienten mit V.a. oder nachgewiesenem Analkarzinom. Die therapeutischen Optionen werden evidenzbasiert bewertet, es werden evidenzbasierte Empfehlungen zur Beurteilung des Therapieerfolges nach Radiochemotherapie sowie konsensbasierte Empfehlungen zur Nachsorge formuliert.

Die S3-Leitlinie wurde entsprechend der Vorgaben des Regelwerks Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und unter der methodischen Schirmherrschaft des Leitlinienprogramms Onkologie erstellt. Für die evidenzbasierten Schlüsselfragen zur Therapie des Analrand- und Analkanalkarzinoms in den Stadien I–III, des residualen bzw. rezidivierenden und des metastasierten Analkarzinoms sowie zur

Responsebeurteilung nach kombinierter Radiochemotherapie wurde ein systematischer Review erstellt. Insgesamt wurden 75 Publikationen (randomisierte kontrollierte Studien, nichtrandomisierte kontrollierte Studien, prospektive Kohortenstudien) zur Beantwortung der evidenzbasierten Leitlinienfragen eingeschlossen. Die systematische Bewertung, Analyse und Darstellung der Evidenz erfolgte entsprechend der Vorgaben des GRADE-Systems.

Die Leitlinie kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

- Die proktologische Untersuchung inkl. digital-rektaler Untersuchung und Proktoskopie sowie ggf. Rektoskopie und die Palpation der Leisten dient der grundlegenden diagnostischen Abklärung bei Verdacht auf Analkarzinom.
- Die Anamnese mit Abklärung von Risikofaktoren (Immundefizienz einschließlich HIV-Infektion, rezeptiver Analverkehr, Vorerkrankung mit HPV-assoziierten anogenitalen Läsionen, Nikotinabusus) ist für die Risikoeinschätzung entscheidend.
- Die histopathologische Untersuchung soll die Diagnose sichern, wobei bei Verdacht auf das Vorliegen eines Analrandkarzinoms von bis zu 2 cm Durchmesser ohne Infiltration des Sphinkterapparats bereits zum Zeitpunkt der Diagnosesicherung die Läsion als Exzisionsbiopsie mit

einem Sicherheitsabstand von 0,5 cm in toto entfernt werden sollte.

- Für das lokoregionale Tumorstaging soll eine MRT-Untersuchung des Beckens erfolgen, die eine auf den Analkanal angulierte, multiparametrische MRT umfassen sollte; ergänzend sollte eine PET/CT durchgeführt werden¹. Zur Bestimmung der Tumorkategorie kann eine anale Endosonographie durchgeführt werden.
- Bei bildgebendem Verdacht auf eine lokoregionäre Lymphknotenmetastase und geplanter definitiver Radiochemotherapie soll bei Fehlen einer therapeutischen Konsequenz keine histo- oder zytopathologische Sicherung suspekter Lymphknoten erfolgen.
- Zur Detektion von Fernmetastasen soll eine CT des Thorax und des Abdomens durchgeführt werden. Alternativ kann auch zur Detektion von Fernmetastasen die Durchführung einer PET/CT erwogen werden¹, sofern diese nicht ohnehin bereits erfolgt ist (s. oben).
- Eine Kolostomaanlage vor Beginn der Therapie ist nach Erfahrung der Leitlinienkommission selten

¹ CAVE: Die PET-Untersuchung ist im Rahmen der Diagnostik bei Analkarzinomen nicht Gegenstand des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung (Kostenübernahme nicht gesichert).

notwendig und soll im Tumorboard interdisziplinär entschieden werden.

- Für Analkarzinome im Stadium II–III ist die kombinierte Radiochemotherapie die Standardtherapie. Im Rahmen der kombinierten Radiochemotherapie soll mit einem Chemotherapie-Regime aus Mitomycin und 5-FU behandelt werden. Die Dosis der Radiotherapie soll nicht mehr als 59,4 Gy betragen.
- Für Primärtumoren im Stadium I zeigt sich kein Unterschied zwischen alleiniger Exzision und Radiochemotherapie bezüglich des 5-Jahres-Gesamtüberlebens (sehr geringe Qualität der Evidenz).
- *Analkanalkarzinome* mit einem Durchmesser < 2 cm ohne regionale oder Fernmetastasen (Stadium I) sollen unter Berücksichtigung eines adäquaten Sicherheitsabstands (0,5 cm) lokal exzidiert werden.
- *Analkanalkarzinome* mit einem Durchmesser < 2 cm ohne regionale oder Fernmetastasen (Stadium I) sollten mittels primärer kombinierter Radiochemotherapie behandelt werden.
- Alternativ kann bei *Analkanalkarzinomen* mit einem Durchmesser < 2 cm ohne regionale oder Fernmetastasen (Stadium I) eine alleinige R0-Exzision erwogen werden.
- Die komplette Remission des Tumors nach kombinierter Radiochemotherapie lässt sich erst mehrere Wochen nach Abschluss der Behandlung nachweisen. Aufgrund der langsamen Regression soll zur Response-Evaluation nach kombinierter Radiochemotherapie eine klinische Untersuchung (digital-rektale Untersuchung, Proktoskopie) 11 Wochen, 18 Wochen und 26 Wochen nach Beginn der Radiochemotherapie erfolgen.
- Die Indikation zur Durchführung weiterführender Diagnostik (Gewebeprobe mit histopathologischer Untersuchung, weiterführende Bildgebung) bei V. a. residuellen lokalen Tumorbefund (stabiler oder reduzierter, aber persistierender Lokalbefund) soll frühestens 26 Wochen nach Beginn der kombinierten Radioche-

motherapie gestellt werden. Nur bei Progress (z. B. Größenprogredienz) soll die weiterführende Diagnostik schon vor Ablauf dieses Zeitfensters erfolgen.

- Bei klinisch kompletter Remission 26 Wochen nach Beginn der Radiochemotherapie sollte eine MRT des Beckens zur Bestätigung und als Ausgangsbefund für die Nachsorge erfolgen. Es soll keine zusätzliche Biopsie zur histopathologischen Beurteilung des Ansprechens durchgeführt werden.

Die neu erstellte Leitlinie wurde von allen beteiligten Fachgesellschaften verabschiedet und bei AWMF unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/081-004OL.html> veröffentlicht. Sie ist unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/081-004OLk_Analkarzinom_Diagnostik-Therapie-Nachsorge-Analkanalkarzinom-Analrandkarzinom_2020-11.pdf abrufbar und jederzeit zitierbar.

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. med. F. Aigner, MBA
Chirurgische Abteilung,
Krankenhaus der
Barmherzigen Brüder Graz
Marschallgasse 12, 8010 Graz,
Österreich
felix.aigner@bbgraz.at

Interessenkonflikt. F. Aigner, R. N. Werner, R. Siegel und Leitliniengruppe Analkarzinom geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

S3-Leitlinie zum Analkarzinom – auch als App

Das Leitlinienprogramm Onkologie hat unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie e.V. (DGK) erstmals eine **S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Analkanal- und Analrandkarzinomen** erstellt. Die Leitlinie gibt unter anderem Empfehlungen zur Primärdiagnostik, Therapieentscheidung bei kurativer Operation und kurativer Radiochemotherapie, der Responsebeurteilung nach Radiochemotherapie sowie der Palliativversorgung.

An der Erstellung der S3-Leitlinie waren 26 Fachgesellschaften und Organisationen beteiligt. Koordiniert wurde die Leitlinie von Herrn Prof. Dr. Felix Aigner, Barmherzige Brüder Krankenhaus Graz, und Herrn PD Dr. Robert Siegel von der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Onkologische Chirurgie am Helios Klinikum Berlin-Buch.

Laut dem Robert Koch-Institut erkrankten im Jahr 2016 1.320 Frauen und 830 Männer an einem Analkarzinom. Während die Erkrankungsrate beim Darmkrebs abnehmen, steigt sowohl die Neuerkrankungsrate als auch die Sterberate beim Analkarzinom in den letzten 15 Jahren an. Im Jahr 2016 starben 308 Frauen und 204 Männer an Analkrebs. Zu den Risikogruppen zählen unter anderem HPV- und HIV-infizierte Menschen. Zudem haben auch Patientinnen mit Gebärmutterhals- und Vulvakrebs ein erhöhtes Erkrankungsrisiko.

Die Inhalte sind in der kostenfreien Leitlinien-App integriert. Android-Smartphone- und iPhone-Nutzer können die Leitlinien-App hier herunterladen: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/app/>

Katrin Mugele

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.