



1. Epidemiologie:

Jde o vzácnější onemocnění, které tvoří jen asi 1-2 % všech malignit trávicího traktu. V roce 2017 byla v ČR incidence 1,6/100 000 obyvatel, mortalita 0,68/100 000 obyvatel. Incidence má mírně vzestupnou tendenci, mortalita stagnuje.

2. Etiologie:

V etiologii je prokázán vliv papilomavirů (v Evropě dominantně HPV16 nebo HPV18), které patří mezi sexuální přenosné infekce a podílí se na 80 %-85 % případů. Vyšší riziko je spojeno s análním stykem a vysokým počtem sexuálních partnerů. Zvýšené riziko je spojeno s infekcí HIV a také prakticky se všemi formami navozené imunosuprese (imunosupresiva po orgánových transplantacích, dlouhodobá kortikoterapie, autoimunitní onemocnění). Riziko zvyšuje prodělaná radioterapie na oblast pánve. Prokázaný rizikový faktor je kouření cigaret.

3. Histologie:

Nejčtenější histologickou variantou je spinocelulární karcinom s různými variantami. Adenokarcinomy jsou méně časté, vzácný je malobuněčný karcinom, nediferencovaný karcinom, melanom, lymfom, Kaposiho sarkom (v souvislosti s AIDS).

Léčba adenokarcinomů anální oblasti je obdobná jako léčba adenokarcinomů rekta.

V dalším textu se budeme věnovat spinocelulárnímu karcinomu a jeho variantám.

4. Stanovení odpovědné osoby za diagnosticko – léčebný plán (ošetřující lékař či lékař s kompetencí)

Diagnostiku a léčbu plánuje plně kvalifikovaný ošetřující klinický onkolog a/nebo radioterapeut.

Ošetřující lékař podle potřeby projedná konkrétní případ v Komisi digestivní onkologie s dotazem na diagnostický a/nebo terapeutický plán.

5. Stanovení diagnózy - vyšetřovací metody:

Fyzikální vyšetření: Aspekce oblasti anu, digitální vyšetření per rektum, vaginální vyšetření. Nejčastějším nálezem je intraluminální nádor nebo exulcerace při análním vchodu. Cíleně vyšetřujeme palpací tříselné uzliny.

Verifikace odběrem biospie, nejčastěji při anoskopii nebo rektoskopii.

Zobrazovací metody: ultrazvuk inguin, transrektální ultrazvuk

CT hrudníku, břicha a pánve, V individuálních případech MR pánve. PET je zaměřen hlavně na vyšetření regionálních uzlin, které nemusí být zvětšeny ani při metastatickém postižení a jejich detekce ovlivní plánování radioterapie. Detekuje také možné vzdálené metastázy.

6. Klasifikace nádorů včetně případných rizikových skupin:

TNM klasifikace

Rozlišovat nádory análního kanálu a análního okraje

7. Léčba dle klinického stadia:

Nádory análního kanálu: chirurgická léčba jako primární modalita je obecně kontraindikována

Stadium I, II a III: chemoradioterapie s 5-FU a mitomycinem

Stadium IV: paliativní chemoterapie CDDP/5-FU, CBDCA/paklitaxel

Nádory análního okraje:

Stadium I: dobře diferencované: lokální excize (reexcize nebo chemoradioterapie pokud je pozitivní nebo těsná resekcí linie

Stadium II, III: chemoradioterapie s 5-FU a mitomycinem

Stadium IV: paliativní chemoterapie CDDP/5-FU, CBDCA/paklitaxel

Vypracoval: MUDr. J. Tomášek, Ph.D.
Platnost od: 01. 10. 2016
Datum aktualizace: 01. 10. 2017, 1. 10. 2020
Aktualizaci provedl: MUDr. J. Tomášek, Ph.D.

Schválil:
MUDr. Igor Kiss, Ph.D.
Vedoucí multioborového týmu

Poznámka:

Pořadové číslo:

NLPP 3.6.



Masarykův onkologický ústav
Standard

SEKCE:
NLPP

PŘEDMĚT/VÝKON/PROCEDURA
Nádory gastrointestinálního traktu – anální karcinom

STRANA PROCEDURY:
2/2

8. Uvedení odpovědnosti za jednotlivé modalitky léčby u každého podílejícího se oboru:

Léčba je typicky multimodální, odpovědný za léčbu je ošetřující klinický onkolog, radioterapeut, chirurg. Gastroenterolog, za diagnostiku je odpovědný vyšetřující radiolog a lékař nukleární medicíny. Všichni lékaři jsou plně kvalifikováni. Pokud se na léčbě a/nebo diagnostice podílí nekvalifikovaný lékař, má vždy dozor kvalifikovaného kolegy.

9. Chemoterapeutické režimy:

Kurativní chemoradioterapie

5-fluorouracil 1000 mg/m²/24 hod. i.v. kont. den 1.–4.,

mitomycin-C 10 mg/m² i.v. den 1.,

opakování cyklu týden 1. a 5.

Paliativní chemoterapie metastatického onemocnění

5-fluorouracil 1000 mg/m²/ den i.v. den 1.–5.,

cisplatina 100 mg/m² i.v. den 2.,

opakování cyklu jednou za 4 týdny

Celková dávka FU nesmí přesáhnout 1500 mg/den.

režim mFOLFOX 6 ... viz doporučení pro léčbu metastatického kolorektálního karcinomu

10. Doporučení sledování:

Postupná regrese nádoru po skončení chemoradioterapie může trvat několik měsíců, definitivní výsledek léčby lze hodnotit po 6 měsících. Pacienti by měli být přešetřeni za 2 měsíce po skončení chemoradioterapie. Pacienti v kompletní remisi jsou sledováni první 2 roky v intervalu 3 - 6 měsíců, pak jednou za 6-12 měsíců do 5 let. Jde především o kontrolu lokálního nálezu digitálním vyšetřením a palpací inguinálních uzlin. Endoskopické vyšetření análního kanálu může být po chemoradioterapii bolestivé, ale je vhodné. Zobrazovací vyšetření volit individuálně, regionální relaps je častější než vzdálené meta.

11. Stanovení odpovědné osoby za sledování: ošetřující klinický onkolog a/nebo radioterapeut, plně kvalifikovaní

12. Literatura:

Glynne-Jones R, Nilsson PJ, Aschele C et al. Anal Cancer: ESMO-ESSO-ESTRO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol (2014) 25 (suppl 3): iii10-iii20.

Modrá kniha ČOS, aktuální verze dostupná na www.linkos.cz

NCCN guidelines – dostupné na www.nccn.org

Vypracoval: MUDr. J. Tomášek, Ph.D.
Platnost od: 01. 10. 2016
Datum aktualizace: 01. 10. 2017, 1. 10. 2020
Aktualizaci provedl: MUDr. J. Tomášek, Ph.D.

Schválil:
MUDr. Igor Kiss, Ph.D.
Vedoucí multioborového týmu

Poznámka:

Pořadové číslo:
NLPP 3.6.