

1 Epidemiologie:

Jde o vzácnější onemocnění, které tvoří jen asi 1-2 % všech malignit trávicího traktu. V roce 2018 byla v ČR incidence 1,54/100 000 obyvatel, mortalita 0,75/100 000 obyvatel. Incidence i mortalita jsou v posledních letech ustálené.

2 Etiologie:

V etiologii je prokázán vliv papilomavirů (v Evropě dominantně HPV16 nebo HPV18), které patří mezi sexuálně 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 imunoprese (imunopresiva 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 biopsie, 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

8 Uvedení odpovědnosti za jednotlivé modality 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 kvalifikovaní. 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.

V případě klinické nutnosti může kapecitabin nahradit kontinuální 5-FU. (Kapecitabin 850mg/m² 2× denně 5 dnů v týdnu po dobu radioterapie)

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.

xxxxxxxxx

Carboplatina AUC 5 i.v. den 1

Paklitaxel 175mg/m² i.v. den 1.

Opakování cyklu jednou za 3 týdny

xxxxxxxxx

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:

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

Rao S., Guren MG, Khan K et al. Anal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up, Ann Oncol. 2021 Sep;32(9):1087-1100. doi: 10.1016/j.annonc.2021.06.015. Epub 2021 Jun 24.

NCCN guidelines – dostupné na www.nccn.org