

samenvatting richtlijn anuscarcinoom

Alle patiënten in Nederland hebben recht op de best mogelijke zorg tijdens en na hun behandeling. Samen met u geeft IKNL invulling aan de integrale aanpak en continue verbetering van de de oncologische en palliatieve richtlijnen. Extra kaarten zijn te bestellen via www.iknl.nl

Datum goedkeuring richtlijn:
08-11- 2012 | versie 2.0
Verantwoording: Werkgroep Richtlijn
anuscarcinoom

Het is gewenst dat u als zorgverlener deze richtlijn kent. Raadpleeg de meest recente versie van de richtlijn op:
www.oncoline.nl

anuscarcinoom

Epidemiologie

Anuscarcinomen gaan uit van het anaal kanaal of de perianale huid. De richtlijn heeft betrekking op plaveiselcelcarcinomen en zijn histologische varianten. Immunosuppressie, humaan papilloma virus (HPV) infecties en chronische anorectale aandoeningen verhogen het risico op het ontstaan van anuscarcinomen.

Screening en preventie

- Standaard screening bij HIV+ mannen die seks hebben met mannen (MSM) of andere risicogroepen wordt niet aanbevolen.
- Diagnostiek en gradering van Anale Intraepitheliale Neoplasie (AIN) gebeurt op basis van histologisch onderzoek.
- Geen indicatie voor routinematig HPV analyse bij HIV+ MSM of andere risicogroepen.
- Een HIV-test is te overwegen.

Pathologie

Verplichte items in het pathologieverslag zijn:

- type tumor, eventueel differentiatiegraad (volgens WHO 2010)
- localisatie, indien een abdomino-perineaal resectiepreparaat
- grootte
- diepte-ingroei in de wand of omliggende organen, afstand tot de resectieranden; bij positieve resectieranden, specificeren waar deze positief zijn
- angio-invasieve groei
- eventuele geassocieerde laesies (AIN, condyloma accuminatum)
- lymfklierstatus
- TNM voorstel (volgens 7e editie)

Diagnostiek

- lichamelijk onderzoek en eventueel cytologie van de liesklieren middels dunne naald punctie
- geen routinebepaling van serologische tumormarkers
- $\geq T2$ → MRI heeft eventuele meerwaarde in de evaluatie van lokale en regionale tumoruitbreiding
- EAUS heeft alleen meerwaarde in ervaren handen, m.n. voor beoordeling transmurale uitbreiding

- FDG-PET kan nuttig zijn in de stadiëring en bij het uitwerken van een bestralingsplan; indien mogelijk steeds bevestigen met cytologisch of histologisch onderzoek
- SWK-procedure bij cN0 wordt niet aanbevolen

Behandeling

Vorstadium, Anale Intraepitheliale Neoplasie (AIN)

- AIN1: jaarlijkse controle
- AIN2/3: bij voorkeur electro- of infraroodcoagulatie, eventueel Imiquimod
- (micro)invasief plaveiselcelcarcinoom: radicale locale excisie; indien niet mogelijk zonder mutilatie van de anale sfincter-complex → (chemo)radiotherapie

Invasief plaveiselcelcarcinoom van de anus

- **Curatieve chirurgie** is beperkt tot een ruime locale excisie (> 1 cm marge) van oppervlakkig groeiende goed gedifferentieerde perianale tumoren, stadium cT1N0.
- **Chemoradiotherapie** is de behandeling van keuze voor de meeste patiënten met anuscarcinoom.
- MMC/5-FU is het voorkeurschema bij het niet-gemetastaseerde anuscarcinoom.
- Intensity-modulated radiotherapie (IMRT) of conformatie radiotherapie (CF-RT) heeft de voorkeur boven conventionele bestraling (CV-RT).
- Bij tumoren $\geq 1-2$ cm, dan wel voor tumoren met aangetoonde regionale kliermetastasen, is het doelgebied voor bestraling de primaire tumor en de regionale kliergebieden.
- Aanbevolen dosis op macroscopische tumor (primaire tumor en pathologisch vergrote lymfeklieren): minimaal 50.4 Gy. Op de electieve gebieden ten minste 30-36 Gy.
- Verwijzing naar een centrum met ervaring met IMRT wordt aanbevolen.
- Een eventuele treatment gap bij de bestraling zo kort mogelijk houden, met een maximum van 3 weken.

- Bij T ≤ 2 cm én diepte-infiltratie ≤ 1 cm, en bij patiënten in matige algemene conditie, of HIV+ patiënten met verminderde weerstand, is radiotherapie (zonder chemotherapie) een goed alternatief.
- **Brachytherapie** heeft in geselecteerde gevallen een mogelijke meerwaarde en verwijzing naar een centrum met ervaring wordt aanbevolen.

Adjuvante behandeling

Er is geen indicatie voor (neo)adjuvante chemotherapie.

Nacontrole en nazorg

- Maak een individueel nazorgplan voor elke patiënt.
- Zie richtlijnen Herstel na kanker, Detecteren behoefte psychosociale zorg en Oncologische revalidatie.
- Specifieke aandacht voor MSM en HIV+ patiënten.

Diagnostiek en behandeling recidief

- Bij een lokaal recidief na eerdere excisie van een beperkt carcinoom: opnieuw beoordelen of er plaats is voor een locale chirurgie of (chemo)radiotherapie.
- Recidief of residu anuscarcinoom, zonder metastasen op afstand: abdominoperineale rectumamputatie. Diagnostiek middels beeldvorming (CT, MRI, PET) en onderzoek onder narcose met gerichte biopten voor histologisch onderzoek. Reconstructie van het perineum met bijvoorbeeld een Verticale Rectus Abdominus Muscle (VRAM) transpositie.
- Geïsoleerd recidief in de lies: therapeutische lymfeklierdissectie, bij voorkeur met Sartoriusplastiek (SP).
- SP en VRAM bij voorkeur in een centrum met ervaring.

Behandeling metastasen op afstand

Platinum-bevattende chemotherapie heeft de voorkeur bij het gemetastaseerd anuscarcinoom.

Palliatieve zorg

Zie richtlijnen op www.pallialine.nl