

Leitlinien der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie

AWMF-Leitlinien-Register

Nr. 013/008

Entwicklungsstufe:

1

Feigwarzen

Präambel

Leitlinien sind systematisch erarbeitete Empfehlungen, um den Kliniker und Praktiker bei Entscheidungen über die angemessene Versorgung des Patienten im Rahmen spezifischer klinischer Umstände zu unterstützen. Leitlinien gelten für "Standardsituationen" und berücksichtigen die aktuellen, zu den entsprechenden Fragestellungen zur Verfügung stehenden wissenschaftlichen Erkenntnisse. Leitlinien bedürfen der ständigen Überprüfung und eventuell der Änderung auf dem Boden des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes und der Praktikabilität in der täglichen Praxis. Durch die Leitlinien soll die Methodenfreiheit des Arztes nicht eingeschränkt werden. Ihre Beachtung garantiert nicht in jedem Fall den diagnostischen oder therapeutischen Erfolg. Leitlinien erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Entscheidung über die Angemessenheit der zu ergreifenden Maßnahmen trifft der Arzt unter Berücksichtigung der individuellen Problematik.

Definition ICD 10: A 63.0

Feigwarzen (Condylomata acuminata, spitze Kondylome) stellen sich in verschiedenen Ausprägungsformen dar: als stecknadelkopfgroße, meist weißliche, aber auch rötlich- bis schwarz-pigmentierte Papeln, die sowohl solitär als auch multipel, gelegentlich beetartig konfluierend auftreten, und als große blumenkohlartige Tumoren (destruierend: Buschke-Löwenstein-Tumor, nicht destruierend: Condylomata gigantea). Seltener finden sich flächige, weißlich verfärbte Infiltrationen (Condylomata plana) als Phänokopie eines Analekzems (24).

Ätiopathogenese

Kondylome sind virusinduziert; meist enthalten sie HPV-6 oder HPV-11 DNA (HPV = Humanes Papillom Virus), manchmal auch die onkogenen HPV-16 oder 18. Die Durchseuchung der sexuell aktiven Bevölkerung mit verschiedenen HPV-Typen im anogenitalen Bereich ist hoch. So sollen 60% der Menschen HPV-Antikörper haben. In der Regel ist die Infektiosität vorübergehend; bisweilen bleibt sie latent, nimmt aber im Alter ab.

Infektionswege

Die Manifestation von Kondylomen im anorektalen Bereich wird durch prädisponierende Faktoren, wie Feuchtigkeit (Fluor), Mazeration (Ekzem) oder Epithelläsionen (Kratzeffekte, Analverkehr) begünstigt. Neben der vorwiegend sexuellen Übertragung gibt es in seltenen Fällen andere Infektionswege, wie gemeinsames Baden oder das gemeinschaftliche

Benutzen von Handtüchern (27). Auch die Übertragung vom nicht erkrankten Virusträger auf den Sexualpartner ist möglich. Eine latent infizierte Mutter kann das Virus auf ihr Kind übertragen (12). Sexueller Missbrauch als Ursache von Feigwarzen bei Kindern kommt vor, ist aber bei weitem nicht so häufig wie früher angenommen. Cohen und Mitarbeiter konnten bei sieben von 73 erkrankten Kindern den Nachweis des Abusus führen, Herrera Saval et al. in zwei von 14 und Obalek in sechs von 25 Fällen. Bei Kindern - Mädchen erkranken häufiger als Jungen - liegen oft auch HPV-2 Infektionen vor, deren Ursache möglicherweise Hautwarzen an den Fingern sind (27).

Häufigkeit

Kondylome zählen zu den am weitesten verbreiteten sexuell erworbenen Krankheiten. Der Häufigkeitsgipfel liegt zwischen dem 20sten und 40sten Lebensjahr. In den USA beträgt die Inzidenz manifester Kondylome ca. 0,1% der Bevölkerung (6). Weltweit steigt die Zahl der Neuerkrankungen kontinuierlich an. Während bei Männern Kondylome perianal häufiger als bei Frauen gesehen werden, finden sich intraanale Kondylome nach Analverkehr gleich oft bei beiden Geschlechtern. Bei alten Menschen und Kindern sind Kondylome eher selten. Cohen et al. berichten allerdings über 73 betroffene Kinder, die sie in ihrer Sprechstunde während zwei Jahren sahen. Immunsupprimierte Patienten sind besonders prädisponiert für die Kondylomerkrankung. Rüdinger und Mitarbeiter diagnostizierten bei 10% nierentransplantierten Frauen eine anogenitale HPV-Infektion. Schöfer ermittelte 18% Betroffene in einem Kollektiv von 267 HIV-Patienten. Patientinnen mit vulvarem Kondylombefall zeigen in 18 bis 30% auch anale Feigwarzen (26, 31).

Lokalisation

Kondylome finden sich peri- und intraanal, seltener intrarektal.

Symptome

Die Kondylome sondern mitunter ein übelriechendes Sekret ab, das zu einem ständig feuchten Anus führt. Sie verursachen keine Schmerzen, häufig jedoch Juckreiz und geringe Blutungen, die als Spuren am Toilettenpapier registriert werden. Manchmal bleiben die Kondylome unbemerkt, vor allem bei intraanaler und/oder intrarektaler Manifestation.

Verlauf

Es besteht eine nicht vorhersehbare Wachstumstendenz; Schonfeld et al. und Vance et al. beschreiben bis zu 30% Spontanremissionen. Bei Immunsupprimierten, beispielsweise Organtransplantierten und HIV-Patienten, wachsen die Kondylome in der Regel schneller und mit erhöhtem Rezidiv- und Entartungsrisiko.

Komplikationen

Bei langer Erkrankungsdauer der Kondylome, u.U. aber auch bei de-novo-Kondylomen entwickelt sich in äußerst seltenen Fällen ein Buschke-Löwenstein-Tumor, in dem HPV-6 oder 11-DNA nachweisbar ist (21). Selten entsteht aus Kondylomen ein Analkarzinom, das sog. perianale Plattenepithelkarzinom (16). Palmer und Mitarbeiter wiesen bei 23 (56%)

ihrer 41 Analkarzinompatienten HPV-16 DNA nach. Bei analen Kondylomen wird in Analogie zu der vulvären intraepithelialen Neoplasie (VIN) der Begriff der analen intraepithelialen Neoplasie (AIN) verwendet (36). In den Abstrichen finden sich bei der Neoplasie AIN I HPV-6/11, bei den schweren Formen AIN III HPV-16 (28).

Zur malignen Entartung der Kondylome bedarf es vermutlich Risikofaktoren, wie einer hohen Anzahl von Sexualpartnern, Nikotinabusus, chronischer Entzündung und Immunsuppression.

In-situ-Hybridisierung

Die Methode der nukleotidsequenzspezifischen Markierung ermöglicht an histologischen Schnitten eine genaue Lokalisation und die mikroskopische Darstellung der Virus-DNA.

Diagnostik

Kondylome werden mittels Inspektion und Palpation diagnostiziert. Zum Ausschluß eines intraanal oder intrarektalen Kondylombefalls sind eine Spekulumuntersuchung und/oder eine Proktoskopie bzw. Rektoskopie zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung indiziert (42). Bei flachen Kondylomen im perianalen Bereich kann die Essigprobe hilfreich sein: Durch Betupfen mit verdünnter Essigsäure (5%ig, 5 Minuten Einwirkzeit) lassen sich die betroffenen Bezirke weiß anfärben und dann biopsieren. Falsch positive Weißfärbungen sind auch bei anderen Dermatosen möglich, wie z.B. beim Analekzem und der Psoriasis. Eine Lues, Gonorrhö oder HIV-Infektion sollten ggf. serologisch ausgeschlossen werden, jedoch sind eine virologische Differenzierung und eine in-situ-Hybridisierung für die Praxis nicht notwendig. Die Untersuchung und ggf. Mitbehandlung des/der Sexualpartner(s) sind indiziert.

Histologie

Bei den Kondylomen handelt es sich um Fibroepitheliome. Sie bilden einen verzweigten bindegewebigen Grundstock, der von einem verhornten oder unverhornten Plattenepithel bedeckt ist. In den oberen Retelagen finden sich Foci vakuolisierter Zellen (sog. Koilozyten, Hohlzellen) als Folge des zytopathogenen Viruseffektes.

Differentialdiagnostik

Bei perianalem Befund sind Morbus Bowen, Morbus Paget, vulgäre Warzen und Marissen inspektorisch und gegebenenfalls biopsisch histologisch auszuschließen. Bei intraanalem Befall gilt dies ebenso für die Analpapille und den Rektumpolyp.

Die Befundsicherung bei Condylomata lata bei der Lues (Stadium II) erfolgt serologisch.

Therapie

Sie richtet sich nach der Morphologie und der Ausdehnung der Kondylome. Die nachfolgend genannten Studien basieren auf Ergebnissen, die die Autoren zwar bei der Therapie der Kondylome im Genitalbereich erzielt haben, die sich aber durchaus auf den proktologischen Bereich übertragen lassen.

1. Behandlung perianaler singularer Kondylome:

Zur topischen Behandlung von kleinen umschriebenen, nicht entzündeten oder blutenden Feigwarzen eignet sich das Pharmakon Podophyllotoxin (Wartec[®] Creme, Condylox[®] Lsg). Es sollte eine 3-Tage-Therapie (2xtgl.) je Woche über maximal vier Wochen erfolgen. Diese Therapie (max. 10 Kondylome = 1,5 cm² Hautfläche) ist allerdings nur im äußeren Genitalbereich bei Männern und Frauen zugelassen, während CondyloxR-Lösung für die entsprechende Behandlung ausschließlich bei Männern genehmigt ist. Für die Dauer der Therapie ist der Konsum von Alkohol untersagt. Kontraindiziert ist diese Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, bei Schwangeren und stillenden Müttern. Bei der Therapie vulvärer oder analer Kondylome mit Podophyllotoxin-Creme beläuft sich die Clearance-Rate auf 60 bis 80% (7, 40, 33, 34, 25), die Rezidivquote liegt zwischen 7 und 38% (3,4, 18, 22). Etwa die Hälfte der mit Podophyllotoxin-Lösung behandelten Patienten verspürt ein leichtes Brennen; es werden Erytheme und auch oberflächliche Erosionen gesehen.

Die Therapie mit Podophyllin ist aus mehreren Gründen nicht empfehlenswert: Podophyllin ist keine reine bzw. standardisierte Verbindung. Die Chargen variieren beträchtlich in ihrem Gehalt an biologisch aktiven Lignanen und anderen Derivaten, von denen einige auch mutagene Eigenschaften besitzen (z.B. Quercetin, Kaempferol) (4, 33, 34); auch teratogene Effekte wurden beobachtet. Ein weiterer großer Nachteil ist die geringe Stabilität der Lösung: Das biologisch aktive Podophyllotoxin wird in der Gesamtlösung des Podophyllins nicht aber als Reinsubstanz schnell in das unwirksame Pikropodophyllin umgewandelt.

Wegen des noch ausstehenden Wirkungsnachweises kann der Einsatz von 5-Fluorouracil-Salbe (30) nicht empfohlen werden.

Zur topischen Behandlung kleiner, umschriebener Feigwarzen im Perianalbereich des Erwachsenen steht Imiquimod (Aldara[®] 5%-Creme) zur Verfügung. Die Creme ist in dünner Schicht dreimal wöchentlich vor dem Zubettgehen aufzutragen und 6 bis 10 Stunden lang auf der Haut zu belassen. Die Behandlung ist solange fortzusetzen, bis alle sichtbaren Feigwarzen beseitigt sind; sie sollte jedoch die Dauer von 16 Wochen nicht überschreiten. Als Folge sind lokale Hautreizungen wie Erytheme und Erosionen möglich. Edwards und Mitarbeiter behandelten 311 Patienten mit anogenitalen Feigwarzen in einer randomisierten doppelblinden, Placebo-kontrollierten Studie. Die Clearancerate nach 16wöchiger Behandlung betrug bei den Frauen 72% in der Imiquimod-Gruppe und 20% in der Placebogruppe; bei den Männern lag sie bei nur 33% in der Verum- und bei 5 % in der Placebo-Gruppe. Die Rezidivquote war mit 13% relativ gering.

Auch Trichloressigsäure (80-90% in Ethanol) wird zur Behandlung kleiner, vereinzelt stehender Kondylome eingesetzt. Sie wird mittels Wattetupfer appliziert. Der anfängliche Therapieeffekt ist mit 64-80% hoch, die Rezidivquote beträgt jedoch bis zu 30% (17, 1, 14). Diese Therapie wird meist wegen z.T. exzessiver Schmerzen nicht toleriert. Zudem können sich kutistiefe Ulzerationen bilden, die unter Narbenbildung abheilen.

2. Behandlung ausgedehnter Kondylombeete und blumenkohlartiger Tumoren sowie intraanaler und intrarektaler Kondylome (42):

Hier ist das operative destruktive Vorgehen angezeigt. Die Exzision von Kondylomen mit anschließender Naht ist kontraindiziert, da es sich bei Feigwarzen um rein epidermal wachsende Tumoren handelt. Auch die tiefe Abtragung mit Schere oder Skalpell sollte aus dem gleichen Grund unterbleiben. Nach Entnahme von Gewebeproben zum Ausschluß von Malignität werden die Kondylome mittels

flüssigkeitsunterstützter Koagulation, d.h. mit einer Kugelelektrode unter simultaner Wasserapplikation (42), oder unter Einsatz des Lasers (z. B. CO₂ oder NdYAG) zerstört und anschließend ggf. mit dem scharfen Löffel entfernt. Bei der Elektrokoagulation ist mit einer Sanierungsrate von 72-94% und mit einer Rezidivrate von 25-51% zu rechnen (Ferenczy + von Krogh). Bezüglich der Lasertherapie berichtet Landthaler über eine Heilungsrate von 43 bis 90% bei einer Neuerkrankungsquote von 5 bis 10%. Ferenczy und v. Krogh ermittelten eine Clearingrate von 72-97% und eine Rezidivquote von 6-49%. Insbesondere bei der Laserbehandlung werden infolge Vaporisierung, selbst beim Gebrauch einer Absauganlage, infektiöse Viruspartikel in die Raumluft abgegeben (15). Deshalb sollten Patient, Operateur und Hilfspersonal Mund- und Nasenschutz sowie Schutzbrillen tragen. Bei entsprechender Technik, also ohne Traumatisierung des subepithelialen Gewebes, ist nicht mit einer sichtbaren Narbenbildung zu rechnen. Kondylomrezidive müssen in gleicher Weise frühzeitig angegangen werden. Neben der Behandlung der Kondylome sollten auch prädisponierende, sonstige sezernierende Erkrankungen therapiert werden.

Die Kryotherapie, d.h. die Behandlung größerer Kondylome mit flüssigem Stickstoff (9), einmal pro Woche hat sich trotz guter Resultate in den USA, in Europa nicht durchsetzen können. Klinische Studien berichten über eine Heilungsrate von 70-96% (2, 10, 13, 14, 38, 39) und eine Rezidivquote von 25-39%. Der Nachteil der Kryobehandlung liegt in der nicht sicher steuerbaren Tiefenausdehnung der Nekrose.

Die photodynamische Therapie ist noch in der klinischen Erprobung.

Nur zur unterstützenden Behandlung kleiner Feigwarzen (Durchmesser bis 3 mm) steht humanes Interferon-Gel (Fiblaferon[®]-Gel) zur Verfügung. Es wird fünfmal täglich auf eine Fläche von höchstens 1 cm² Größe über maximal fünf Wochen appliziert. Gross et al. berichten über eine placebokontrollierte Doppelblindstudie an 120 Patienten, die nach Abtragung der Kondylome über einen Zeitraum von vier Wochen Interferon-Gel applizierten. Die Rezidivquote in der Placebogruppe betrug 75%, in der Verumgruppe immerhin 54%.

Literatur:

1. Abdullah AN, Walzman M, Wade A: Treatment of external genital warts comparing cryotherapy (liquid nitrogen) and trichloroacetic acid. *Sex. Transm. Dis.* 20, 344-345, 1993
2. Bashi SH: Cryotherapy versus podophyllin in the treatment of genital warts. *Int. J. Dermatol.* 24, 535-536, 1985
3. Beutner KR, Conant MA, Friedman-Kien A: Patient applied podofilox for treatment of genital warts. *Lancet* i, 831-834, 1989
4. Beutner KR, Ferenczy A: Therapeutic approaches to genital warts. *Am. J. Med.* 102, 28-37, 1997
5. Buschke A, Löwenstein L: Über carcinomähnliche Condylomata acuminata des Penis. *Klin. Wschr.* 4, 1726-1728, 1925
6. Chang T-Y, Perry HO, Kurland LT et al.: Condyloma acuminatum in Rochester, Minn. 1950-1978: I. Epidemiology and clinical features. *Arch. Dermatol.* 120, 469-475, 1984
7. Claesson U, Lassus A, Happonen H et al.: Topical treatment of venereal warts: a comparative open study of podophyllotoxin cream versus solution. *Int. J. STD AIDS* 7, 429-434, 1996
8. Cohen BA, Honig P, Androphy E: Anogenital warts in children: clinical and virologic evaluation for sexual abuse. *Arch. Dermatol.* 126, 1575-1580, 1990
9. Dachow-Siwiec E, Mazurkiewicz W, Breitbart EW: Cryosurgery-Basic Principles and Treatment of Anogenital HPV lesions. In: Gross G, Jablonska S, Pfister H, Stegner HE (Eds.), Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, New York 1990
10. Damstra RJ, van Vloten WA: Cryotherapy in the treatment of condylomata acuminata: a controlled study of 64 patients. *J. Dermatol. Surg. Oncol.* 17, 273-276, 1991

11. Edwards L, Ferenczy A, Eron L et al.: Self-administered topical 5% Imiquimod cream of external anogenital warts. *Arch. Dermatol.* 134, 25-30, 1998
12. Eftaiha MS, Amshel AL, Shonberg IL: Condylomata acuminata in a infant and mother: report of a case. *Dis.Colon Rectum* 21, 369-371, 1978
13. Ferenczy A: Comparison of cryo- and carbon dioxide laser therapy for cervical intraepithelial neoplasie. *Obstet.Gynecol.* 66, 793-796, 1985
14. Ferenczy A, von Krogh G: External genital warts: Current an new therapies. In: Eurogin (Hrsg.): *Genital infections and neoplasia* 21-27, 2000
15. Ferenczy A, Bergeron C, Richart RM: Human papillomavirus DNA in CO2 laser-generated plume of smoke and its consequences to the surgeon. *Obstet. Gynecol.* 75, 114-118, 1990
16. Gillat DA, Teasdale C: Squamous cell carcinoma of the anus arising within condylomata acuminata. *Eur. J. Surg. Oncol.* 11, 369-371, 1985
17. Godley M, Bradbeer CS, Gellan M et al.: Cryotherapy compared with trichloroacetic acid in treating genital warts. *Genitourin. Med.* 63, 390-392, 1987
18. Greenberg MD, Rutledge LH, Reid B et al.: A double blind randomized trial of 0,5% podofilox and placebo in the treatment of genital warts in women. *Obstet. Gynecol.* 77, 735-739, 1991
19. Gross G, Rogozinski T, Schöfer H et al.: Recombinant interferon beta gel as an adjuvant in the treatment of recurrent genital warts: results of a placebo-controlled double-blind study in 120 patients. *Dermatology* 196, 330-334, 1998
20. Herrera Saval A, Rodriguez Pichardo A, Garcia Bravo B et al.: Verruces ano-genitales chez les enfants. *Ann.Dermatol.Venereol.* 117, 523-526, 1990
21. Kiehl P, Vakilzadeh F: Condylomata acuminata gigantea (Buschke-Löwenstein) Nachweis von HPV-6/11 und Anergie im zellulären Immunstatus. In: Wolff HH, Schmeller W (Hrsg.): *Infektionen an Haut und Schleimhaut* Grosse Verlag Berlin, 1989
22. Kirby P, Dunne A, King DH et al.: Double-blind randomized clinical trial of self-administered podofilox solution vehicle in the treatment of genital warts. *Am. J. Med.* 88, 465-470, 1990
23. Landthaler M: Laser therapy of anogenital papillomavirus-infection - The view of the dermatologist. In: Gross G, Jablonska S, Pfister H, Stegner HE (Eds.): *Genital Papillomavirus Infections*, Berlin, Heidelberg, New York, Springer Verlag 1990
24. Lentner A, Wienert V: Plane Kondylome. *Haut- und Geschlechtskr.* 71, 630-632, 1996
25. Mazurkiewicz W, Jablonska S: Clinical efficacy of condyline solution and cream vs. podophyllin in the treatment of external condylomata acuminata. *Dermatol. Treatment* 3, 123-125, 1990
26. Monsonogo J, Almeida G, Dachez R et al.: Vulvar epithelial neoplasm, grade 3, associated with multicentric lower genital tract neoplasm. *J. Reproduc. Med.* 43, 609-610, 1998
27. Obalek S, Misiewicz J, Jablonska S et al.: Childhood condylomata acuminata: association with genital and cutaneous human papillomaviruses. *Pediatr. Dermatol.* 10, 101-106, 1993
28. Palefsky JM, Holly EA, Gonzalez J et al.: Detection of human papillomavirus DNA in anal intraepithelial neoplasia and anal cancer. *Cancer Res.* 51, 1014-1019, 1991
29. Palmer JC, Scholefield JH, Coates PJ et al.: Anal cancer and human papillomaviruses. *Dis. Colon Rectum* 32, 1016-1022, 1989
30. Professional advisory board of the New Zealand HPV project: Guidelines for the medical management of genital warts and/or genital HPV in New Zealand. Web Version 1st Edition 1999
31. Reid K, Greenberg MD: Human papillomavirus-related diseases of the vulva. *Clin. Obstet. Gynecol.* 34, 630-650, 1991
32. Rüdlinger R, Smith IW, Bunney MH et al.: Human papillomavirus infections in a group of renal transplant recipients. *Br. J. Dermatol.* 115, 681-692, 1986
33. Sand Peterson C, Agner T, Ottevanger V et al.: A single-blind study of podophyllotoxin cream 0,5% and podophyllotoxin solution 0,5% in male patients with genital warts. *Genitourin. Med.* 79, 391-392, 1995
34. Sand Peterson C, Weissmann K: Quercetin and Kaempferol; an argument against the use of podophyllin? *Genitourin. Med.* 71, 92-93, 1995
35. Schöfer H: *Hauterkrankungen bei HIV-Infektionen und AIDS*. Schwer Verlag Stuttgart 1989
36. Scholefield JH, Sonnex C, Talbot JC et al.: Anal and cervical intraepithelial neoplasia: possible parallel. *Lancet* ii, 765-769, 1989
37. Schonfeld A, Schattner A, Crespi M et al.: Intramuscular human-interferon-beta-injections in treatment of condylomata acuminata. *Lancet* 1038-1042, 1984
38. Simmonds PD, Langlet F, Thin RN: Cryotherapy versus electrocautery in the treatment of genital warts. *Br. J. Vener. Dis.* 57, 273-278, 1981
39. Stone KM, Becker TM, Hagdu A et al.: Treatment of external genital warts: a randomized clinical trial comparing, podophyllin, cryotherapy and electrodesiccation. *Genitourin. Med.* 66, 16-19, 1990
40. Strand A, Brinkeborn RM, Siboulet A: Topical treatment of genital warts in men, an open study of podophyllotoxin cream compared with solution. *Genitourin. Med.* 71, 387-390, 1995
41. Vance JC, Bast RH, Hansen RC et al.: Intralesional recombinant alpha-2-interferon for the treatment of patients with condylomata acuminata or verruca plantaris. *Arch.Dermatol.*122, 212-217, 1986

Verfahren zur Konsensbildung

Zur Erstellung nachfolgender Leitlinie wurde die derzeitig vorliegende Literatur systematisch recherchiert. Sie wurde anhand des Erkenntnismaterials verfasst und anschließend in drei jeweils mehrtägigen Konsensuskonferenzen diskutiert und verabschiedet.

Teilnehmer der Konferenzen waren:

Prof.Dr. V. Wienert (Dermatologie), Aachen
Priv.-Doz. Dr. W. Brühl (Gastroenterologie), Vlotho-Exter
Prof. Dr. W. Hartschuh (Dermatologie), Heidelberg
Priv.-Doz. Dr. A. Herold (Chirurgie), Mannheim
Dr. B. Lenhard (Dermatologie), Heidelberg
Dr. H. Mlitz (Allgemeinmedizin), Saarbrücken
Dr. F. Raulf (Chirurgie), Münster

Autor:

Prof. Dr. V. Wienert, Aachen

Erstellungsdatum:

11/1999

Letzte Überarbeitung:

12/2002

Nächste Überprüfung geplant:

12/2007

Patienteninformation:

Diese Informationen sind kein Ersatz einer Beratung oder Behandlung durch den Arzt. Der Inhalt kann und darf nicht zur Selbstdiagnostik oder Eigenbehandlung verwendet werden.

Anale Warzen

Was sind anale Warzen?

Anale Warzen, auch Feigwarzen oder Condylomata acuminata genannt, sind Knötchen unterschiedlicher Größe am und/oder im After. Sind sind in der Regel gutartig; nur selten werden sie bösartig.

Welches sind die Ursachen?

Anale Warzen entstehen durch Viren, die meist beim Geschlechtsverkehr übertragen werden. Diese Viren können sich auf der Haut befinden, ohne dass sich schon sichtbare Warzen daraus bilden. Neben der vorwiegend sexuellen Übertragung gibt es in seltenen Fällen andere Infektionswege wie gemeinsames Baden, gemeinschaftliches Benutzen von Handtüchern; bei Kindern können sie Hinweis auf sexuellen Missbrauch sein.

Bei welchen Patienten treten vermehrt anale Warzen auf?

Bei Patienten mit entzündlichen Hautveränderungen verschiedenster Ursachen (Neurodermitis, Hämorrhoidalleiden) aber auch bei Personen mit passivem Analverkehr und AIDS finden sich besonders häufig anale Warzen.

Welche Beschwerden treten bei analen Warzen auf?

Warzige Knoten mit Sekretabsonderung sind möglicherweise anale Warzen. Sie verursachen keine Schmerzen, führen aber häufig zu Juckreiz und geringen Blutungen, die nur als Spuren am Toilettenpapier registriert werden. Manchmal werden die Warzen überhaupt nicht bemerkt, vor allem bei Befall des inneren Afters.

Wie stellt der Arzt die Diagnose?

Die Inspektion der äußeren und inneren Analregion und der Genitalregion (bevorzugte Lokalisation dieser Hautveränderungen) führt zur Diagnose. Sexualpartner sollten auch untersucht werden.

Müssen anale Warzen immer behandelt werden?

Eine Selbstheilung ist nur selten zu erwarten. Unbehandelt bleiben die Warzen weiter bestehen; sie können sich vergrößern bzw. weiter ausbreiten. Deshalb sollte eine Therapie erfolgen.

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Es gibt verschiedene Therapien, die allerdings nur die Warzen selbst, nicht aber die Viren auf der Haut beseitigen.

Medikamentöse Therapie:

Bei vereinzelt Warzen im äußeren Analbereich wird meist Podophyllotoxin oder Imiquimod lokal eingesetzt. Alle anderen gebräuchlichen Lokalthérapeutika können wegen fehlender Wirksamkeitsnachweise oder unerwünschter Nebenwirkungen nicht empfohlen werden.

Operative Therapie:

Bei ausgedehntem Befall oder bei Vorkommen im Afterkanal sollte die Entfernung der Warzen durch operative Maßnahmen (Elektroresektion, Laser) unter lokaler Betäubung oder in Vollnarkose erfolgen.

Reicht eine einmalige Behandlung zur endgültigen Abheilung aus?

Vielfach kommt es trotz vollständiger Entfernung zum erneuten Auftreten der Warzen. Nur durch regelmäßige engmaschige Kontrollen lassen sich Neubildungen rechtzeitig erkennen und behandeln. Bis zur völligen Abheilung sollte kein ungeschützter Analverkehr praktiziert werden.

An welchen Arzt kann man sich wenden?

Vorzugsweise an einen Proktologen (Enddarmspezialist) oder Hautarzt.