

*Condylomata acuminata*

# Wann konservativ, wann invasiv behandeln?

Bernhard H. Lenhard

**Condylomata acuminata sind die klinische Ausprägung einer meist sexuell übertragenen Infektion mit humanen Papillomviren. Die oft beetartig wuchernden Papeln im Bereich von Genitoanalregion oder Analkanal zeigen in den letzten Jahren einen stetigen Anstieg. Die therapeutischen Optionen umfassen – je nach Ausprägung – zum einen konservative lokale Maßnahmen, zum anderen invasive Methoden.**

Die Inzidenz von Condylomata acuminata in der Bevölkerung beträgt ca. 0,1 % [9]. Der perianale Befall ist bei Männern häufiger als bei Frauen. Intraanale und rektale Manifestationsformen kommen bei beiden Geschlechtern – bei Ausübung von Analverkehr – gleich häufig vor [9]. Alte Menschen und Kinder sind seltener betroffen. Sexuelle Aktivitätsmuster und -praktiken scheinen neben dem Immunstatus für Neuerkrankung und Rezidivhäufigkeit von besonderer Wichtigkeit zu sein. Die Inzidenz bei nierentransplantierten Frauen wird in einer Studie mit 10 % [6], bei HIV-Patienten mit 18 % [7] angegeben.

Die Übertragung der humanen Papillomviren erfolgt meist sexuell, wenngleich in Einzelfällen auch Infektionen über virusbelastete Gegenstände wie Waschlappen, Handtücher etc. erwogen werden.

Die Erkrankung von Kindern kann mit sexuellem Mißbrauch einhergehen, was jedoch keineswegs regelhaft unterstellt werden darf [1, 3, 4].

## Im Anus oft symptomlos

Die feuchten, mazerativen Terrainbedingungen des intertriginösen, perianalen Raums mit kleinsten Hauterosionen bieten optimale Bedingungen für Infektion und Wachstum der Kondylome. So entstehen teils singuläre, teils beetartig konfluierende rötliche bzw. weißliche Papeln von Stecknadel- bis Erbsgröße (vgl. Abb. 1A, S. 40). Gelegentlich zeigen sich tumoröse Wachstumsformen, die nach einiger Zeit maligne entarten können. Über Spontanremissionen wird berichtet [8]. Immunsuppression erhöht in der Regel die Wachstumstendenz und das Entartungsrisiko.

Bei intraanaler und rektaler Manifestation sind es stets kleine, weißliche Warzen. Die Symptomatik reicht von perianalem Juckreiz über Blutspuren am Toilettenpapier bis zur völligen Beschwerdefreiheit, besonders bei intraanalem bzw. rektalem Befall.

## Essigsäure zur Diagnosesicherung

Die Diagnose erfolgt klinisch über zeitgleiche Inspektion, Palpation, Proktoskopie und Rektoskopie. Bestehen Zweifel,

**Die Übertragung von humanen Papillomviren erfolgt meist sexuell, in Einzelfällen aber auch über belastete Gegenstände. ▶**



kann der Einsatz von 5 %-iger Essigsäure Klarheit verschaffen. Damit betupft verfärben sich die Virusakanthome nach kurzer Einwirkzeit (5 Min.) weißlich.

Eine Untersuchung der Sexualpartner ist immer indiziert. Bei Virustypisierung lassen sich HPV-6 oder HPV-11, seltener auch onkogene humane Papillomviren HPV-16 oder -18 nachweisen. Allerdings bleibt die In-situ-Hybridisierung zur Darstellung der Virus-DNA selteneren Fragestellungen vorbehalten und erfolgt keinesfalls regelhaft.

### Behandlung kleinerer Kondylome

Perianale, kleine, solitär stehende (max. zehn) Kondylome kann man mit *Podophyllotoxin* (Wartec®-Creme, Condylox®-Lsg.) betupfen. Diese Behandlung sollte über maximal vier Wochen an drei Tagen pro Woche zweimal täglich erfolgen.

Dabei ist Condylox® ausschließlich für Männer zugelassen. Bei Kindern, Jugendlichen, Schwangeren und stillenden Müttern ist dieses Vorgehen kontraindiziert. Die Ansprechraten bei Podophyllotoxin-Creme liegen zwischen 60 und 80 %, die Rezidivquoten zwischen 7 und 38 % [10].

Die früher regelhaft angewandte Behandlung mit Podophyllotoxin kann heute jedoch nicht mehr uneingeschränkt empfohlen werden, da es sich dabei um eine äußerst instabile Lösung handelt, bei der mutagene Eigenschaften sowie teratogene Effekte beobachtet wurden.

*5-Fluorouracil-Salbe* hat bei dieser therapeutischen Indikation bislang keinen Wirksamkeitsnachweis erbracht und ist somit ebenfalls nicht empfehlenswert.

Bei der Anwendung von *Trichloressigsäure* kann man Ansprechraten von 64 – 80 % erwarten und eine Rezidivquote von 30 % [10]. Allerdings empfinden die Patienten stärkste Schmerzen während und nach der Betupfung und entwickeln tiefe Ulzerationen mit narbiger Abheilung.

Die topische Behandlung einzeln stehender perianaler Kondylome bei Erwachsenen kann mit *Imiquimod* (Aldara®-Creme) erfolgen. Die Creme wird in zweitägigen Abständen vor dem Zubettgehen aufgetragen bis zur vollständigen Remission aller kondylomatöser Veränderungen, jedoch maximal über 16 Wochen. Auch unter dieser Behandlung kann es zu erheblichen Hauterosionen kommen, die jedoch folgenlos abheilen. Bei Frauen ist die Rezidivquote von 13 % bei einer Ansprechrate von 72 % vergleichsweise gering. Die Ansprechrate bei Männern liegt jedoch erheblich niedriger (33 %) [2].

### Behandlung bei ausgedehnten Kondylomen

[Im] nach Friedrich von Schiller

Lange Rede,  
kurzer Sinn...

...Sparen  
mit AL  
ist in!

**AL-Preise:**  
immer günstig!

**AL-Qualität:**  
streng geprüft & dokumentiert!

**AL-Service:**  
aktuell und vielseitig!

**ALIUD® PHARMA –  
mehr als günstig.**



ALIUD® PHARMA GmbH & Co. KG  
Gottlieb-Daimler-Str. 19 · D-89150 Leichingen  
Tel.: 0 73 33/96 51 0 · Fax: 0 73 33/96 51-60 04  
[www.aliud.de](http://www.aliud.de) · [info@aliud.de](mailto:info@aliud.de)



Abb. 1: Condylomata acuminata A: unbehandelt. B: vier Tage nach Elektrokoagulation. C: drei Wochen nach dem Eingriff

Kondylombeete, tumoröse Wachstumsformen sowie ein intraanaler bzw. intrarektaler Befall erfordern in jedem Fall ein operatives Vorgehen. Da es sich bei Kondylomen um rein epidermal wachsende Tumoren handelt, sollten Exzisionsverfahren mit Skalpell und Schere, die tiefere Hautstrukturen miterfassen, unterbleiben. Solche Vorgehensweisen haben weder positiven Einfluß auf Ansprechrate noch auf Rezidivquote, sondern führen zu vernarbenden und stenosierenden Verläufen. Exzisionen mit primärer Naht sind kontraindiziert. Eine Probeentnahme zur histopathologischen Untersuchung sollte jedoch in jedem Fall erfolgen.

**Elektrokoagulation**

Als operatives Verfahren eignet sich in besonderer Weise die Elektrokoagulation (Abb. 1B, C) mittels Kugelelektrode unter gleichzeitiger Wasserapplikation

(wet-field-technic). Diese induziert aufgrund des Kühlungseffektes keine thermischen Nekrosen und minimiert so das Risiko für Narben und Strikturen, die ihrerseits zu Inkontinenz führen können. Die Clearing-Raten werden in der Literatur mit 72 – 94 % und die Rezidivraten mit 25 – 51 % angegeben. Diese Methode eignet sich für alle möglichen Manifestationsorte [5, 9].

**Laser**

Die Ansprech- und Rezidivraten sind für die Therapie mittels Laservaporisation (CO<sub>2</sub> oder NdYAG) nahezu identisch. Allerdings wurden selbst bei Betrieb einer Absauganlage infolge der Vaporisierung infektiöse Viruspartikel in der Raumluft nachgewiesen. Dies fordert entsprechende Schutzmaßnahmen für alle an der Operation Beteiligten [9].

**Kryotherapie**

Die Kryotherapie mit Nekrotisierung größerer Kondylome mittels flüssigem Stickstoff einmal pro Woche muß trotz guter Sanierungs- (70 – 96 %) und Rezidivquoten (25 – 39 %) sehr kritisch gesehen werden, da es zu tiefen, nicht kontrollierbaren Nekrosen kommt [10].

Die photodynamische Therapie ist noch in der klinischen Erprobung.

Literatur unter [www.allgemeinarzt-online.de](http://www.allgemeinarzt-online.de)



Dr. med.  
Bernhard H. Lenhard  
Praxis für  
Enddarmkrankungen  
69115 Heidelberg

**Condylomata acuminata: Das Wichtigste auf einen Blick**

Condylomata acuminata im proktologischen Bereich gelten als sexuell übertragene Erkrankung durch humane Papillomviren. Die klinische Diagnose erfolgt einzeitig durch Inspektion, Palpation, Proktoskopie und Rektoskopie, ggf. unter Zuhilfenahme der Essigsäureprobe. Eine histopathologische Absicherung muß erfolgen.

Untersuchung und Therapie der Sexualpartner ist verpflichtend.

Bei geringgradigem, perianalem Befall ist eine topische Therapie mit Podophyllotoxin oder Imiquimod hinsichtlich Ansprechquote und Rezidivrate zu empfehlen.

Ausgedehnte Befunde, insbesondere bei intraanalem bzw. intrarektalem Befund, bedürfen der einzeitigen operativen Therapie. Die Methode der flüssigkeitsunterstützten, elektroakustischen Abtragung (wet-field-technic) bietet sich neben der Laservaporisation in besonderer Weise an.

Die Nachbeobachtung sollte in drei- bis vierwöchigen Abständen mit ggf. notwendiger Therapie erfolgen, wobei eine Rezidivfreiheit von sechs Monaten gewährleistet sein muß. Rezidiv und Neuinfektion sind derzeit kaum unterscheidbar.

# Monitor