

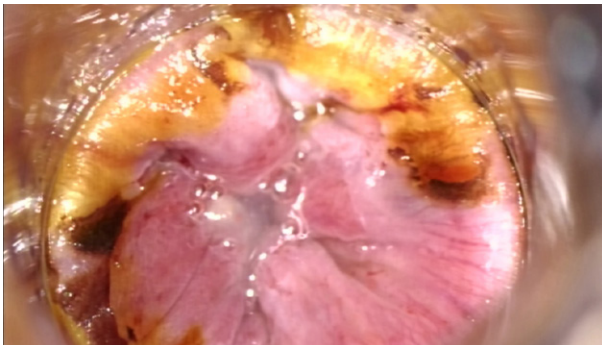


Een hardnekkig perianaal probleem

Jacco de Pooter

Een patiënt met HIV heeft persistente anale klachten, waarbij er zorgen bestaan over het ontwikkelen van een anuscarcinoom

Deze casus gaat over een 66-jarige man die een HIV-infectie heeft sinds 2007. Zijn antiretrovirale behandeling bestaat momenteel uit Emtricitabine/tenofoviralf. De voorgeschiedenis vermeldt een morbus Hodgkin, COPD, atriumfibrillatie, klepinsufficiëntie en polyneuropathie. Daarnaast heeft de patiënt slaapapnoe en had hij eerder een Kaposissarcoom. Sinds een aantal jaar wordt deze man periodiek gecontroleerd op voorstadium anuscarcinoom door middel van hoge resolutie-anoscopie. Tijdens het eerste bezoek werden meerdere hooggradige squameuze intra-epitheliale lesies (HSIL) gevonden die behandeld zijn met elektrocoagulatie.



(figuur 1, bijschrift: lugol negatieve laesies op 12, 1 en 10 uur)

Bij een controlebezoek na deze behandeling werden perianale gemacereerde, erosieve plaques, doorlopend tot in het anale kanaal gevonden (figuur). Histologisch onderzoek hiervan toonde matige dysplasie (HSIL/ perianale intra-epitheliale neoplasie graad 2) waarvoor een behandeling met imiquimod werd ingezet in een applicatiefrequentie van 3 maal per week gedurende 8 weken. Bij een controle na 3 maanden werden opnieuw perianale plaques gevonden, licht erosief en in een rustiger stadium. Er werd voor gekozen de situatie voorlopig te vervolgen.

Tijdens de daaropvolgende controle na 4 maanden gaf de patiënt aan klachten te hebben van een branderig en pijnlijk gevoel bij de anus. Bij het lichamelijke onderzoek constateerde men perianale geïnfilteerde plaques en werden ook verruceuze papels gevoeld bij rectaal toucher. De hoge resolutie-anoscopie was op dat moment niet afwijkend.



(figuur 2, bijschrift: Geïnfilteerde perianale plaque)

Vanwege een klinische verdenking op een invasieve afwijking, werd er gebiopteerd met de vraagstelling of hier sprake was van een periaanaal plaveiselcarcinoom. Twee biopoten toonden 'slechts' ernstige dysplasie in de vorm van anale intra-epitheliale neoplasie (AIN) graad 3. Vanwege de klachten die patiënt ervoer, werd opnieuw een behandeling gestart met imiquimod lokaal en op korte termijn een revisie gepland. Zes weken na de start met imiquimod, zagen wij patiënt opnieuw en hij had klachten van pijn bij de ontlasting. Bij het lichamelijke onderzoek werden opnieuw geïnfilteerde plaques gezien, met deels een erosief en crusteus oppervlak. Er werden opnieuw biopoten genomen vanwege de verdenking op anuscarcinoom.



(figuur 3, Persistierende perianale plaque)

Dermatoloog, Isala Dermatologisch Centrum, Isala Klinieken Zwolle

In deze twee biopten werd geen invasieve groei gezien, maar de conclusie van de patholoog was opnieuw AIN graad 3. Wij vonden het klinisch beeld echter dermate verdacht voor een plaveiselcelcarcinoom, dat we patiënt naar de chirurg verwezen voor nadere diagnostiek. Er werd door de GE-chirurg beeldvorming aangevraagd, waarbij op de MRI geen aanwijzingen waren voor invasieve groei en derhalve ook in het multidisciplinair overleg werd besloten dat er geen verdere work-up en behandeling voor anuscarcinoom geïndiceerd was. In overleg met de patiënt werd overwogen om een behandeling in het Antoni van Leeuwenhoek te doen, maar hij zag dat nu niet zitten en werd terugverwezen naar ons.

Toen patiënt, na zijn consult bij de chirurg, weer bij ons kwam was het klinisch beeld progressief en werden wederom perianale geïnfiltreerde, deels erosieve erythematosquameuze plaques gezien en besloten nogmaals histologisch onderzoek te doen, dat opnieuw geen invasieve groei liet zien maar alleen het bekende AIN graad 3.



(figuur 4, bijschrift: Na consult chirurg)

Omdat patiënt tot op heden matige/slechte respons had op imiquimod lokaal, werd besloten om 5-fluorouracil (5-FU) crème toe te passen voor de perianale AIN gedurende 6 – 8 weken. Bij revisie na 2 maanden bleek patiënt al gestopt was en had hij beduidend minder klachten. Ook het klinisch beeld bleek een stuk opgeknapt, waarbij er slechts licht schilferende plaques waren te zien perianaal, zonder infiltratief karakter. Bij daaropvolgende controles bleef het perianale beeld rustig, wel werd bij routinematige anoscopie nog een intra-anale AIN-2 gevonden, waarvoor patiënt opnieuw 5-FU kreeg voorgeschreven.

BESPREKING

Anale-intra-epitheliale neoplasie betreft het ontwikkelen van premaligne laesies op de overgang van intra-anale huid naar colonslijmvlies, op de zogenaamde anale transitiezone.

AIN komt met name voor bij risicogroepen, zoals hiv + MSM en immuun gecompromitteerde patiënten, maar kan ook als toevallsbevinding gevonden worden bij patiënten met uitgebreide condylomata acuminata, of bij histologisch onderzoek van een verwijderde colonpoliep.

De patiënt in deze casus is HIV+ en komt derhalve in aanmerking voor routinematige screening naar anuscarcinoom, deze screening is tegenwoordig opgenomen in het HIV-zorgpad en wordt actief aangeboden aan HIV + MSM door de HIV-behandelaren. De screening op AIN is effectief in het voorkomen van anuscarcinoom, echter moet er bij klinische verdenking op een anuscarcinoom verder onderzoek gedaan worden/moet de patiënt verwezen worden. In deze casus vertrouwden wij meerdere malen het klinisch beeld niet, maar kon ondanks meerdere keren histopathologisch onderzoek de diagnose niet bevestigd worden. Bij blijvende klinische verdenking werd daarom de oncologisch chirurg in consult gevraagd.

Het is belangrijk om bij blijvende verdenking op anuscarcinoom tijdige beeldvorming aan te vragen om anuscarcinoom uit te sluiten of aan te tonen.

In deze casus is verder nog vermeldenswaardig dat de patiënt zich eerder al eens presenteerde met een seborroïsch eczeem van het hoofd-hals gebied en ook intertrigineuze lokalisatie in de bilnaad. Daarbij werden ook condylomata gezien.

Destijds werd de diagnose (perianaal) seborroïsch eczeem gesteld en werd patiënt behandeld met lokale steroiden, hetgeen verlichting gaf.

Toen patiënt later voor zijn eerste anoscopie kwam, bleken de klachten recidiverend aanwezig perianaal en werd voor de eerste keer ook perianale AIN aangetoond. Wellicht was dit ook al bij de eerste presentatie zo, maar dat werd destijds klinisch niet overwogen.

LITERATUUR

1. Palefsky JM. Treatment of anal high-grade squamous intraepithelial lesions to prevent anal cancer. *N Engl J Med.* 2022 Jun 16;386(24):2273-2282. doi: 10.1056/NEJMoa2201048.
2. Vyas M, Gonzalez RS. Anal intraepithelial neoplasia: a review of terminology, differential diagnoses, and patient management. *Review Hum Pathol.* 2023 Feb;132:56-64. doi: 10.1016/j.humpath.2022.07.005. Epub 2022 Jul 16.

CORRESPONDENTIEADRES

Jacco de Pooter

E-mail: j.c.de.pooter@isala.nl