

# Condyloma

## Condylomata acuminata (Feigwarzen, spitze Kondylome, genitale Warzen)

Durch Schmierinfektion werden die Erreger auf die mikrotraumatisierte Haut oder Schleimhaut übertragen. Dort kommt es zur Ausbildung zunächst flacher, bald einzeln, bald beertartig auftretender Papeln. Diese können weiter wachsen und dann hahnenkamm- oder blumenkohlartige Formen annehmen. Die Lokalisationen der Papeln sind Schamlippen, Scheide, Gebärmutterhals (selten), Penis, Harnröhre, Analkanal und Enddarm.

Die Papeln sind sehr infektiös. Es kommt sogar zu Abklatschinfektionen aufeinander liegender Hautfalten. Das Angehen der Infektion hängt vom Immunstatus und eventuell gleichzeitig bestehender oder anderer sexuell übertragbarer Krankheiten ab. Im Initialstadium sind die Papeln unter Umständen nicht oder schlecht zu sehen. Nach dem Betupfen mit Essigsäure 3% färben sie sich weiss an. Zu beachten ist, dass die Warzen auch in Verbindung mit Hautkrebs auftreten können. Daher muss im Zweifelsfall eine Probe zur mikroskopischen Untersuchung entnommen werden.

## Condylomata plana

Es handelt sich ebenfalls um eine genitale HPV-Infektion (HPV=Human papilloma Virus) mit gleicher Lokalisation wie die Condylomata acuminata. Allerdings sind die Warzen flach und meist hautfarben. Deshalb werden sie leicht übersehen. Auch hier hilft das Betupfen mit Essigsäure bei der Diagnose.

## Buschke-Löwenstein-Tumoren

Es handelt sich um eine schwerste Verlaufsform der Kondylome. Die riesenhafte Wucherung der Warzen kann in invasives oder gewebserstörendes Wachstum übergehen. Fistelbildungen zur Harnröhre oder in den Analkanal oder den Enddarm sind möglich. Der Übergang zu einem Plattenepithelcarcinom der Haut ist möglich und muss durch die Entnahme von Gewebeproben gegebenenfalls ausgeschlossen werden.

## Pigmentierte papulöse Effloreszenzen

Halbkugelige oder flache Effloreszenzen mit oder ohne bräunliche Pigmentierung mit gleicher Lokalisation wie die Kondylome. Typischerweise besteht im Gegensatz zu den Kondylomen keine Neigung zur Beertbildung. Ein Übergang zur malignen Entartung ist möglich.

## Diagnose

Die klinische Diagnose anhand des typischen Erscheinungsbildes steht im Vordergrund. Eine Lupe und Essigsäure 3% können die Erkennbarkeit erleichtern. Immunologische und immunhistochemische Methoden stehen ausserdem zur Verfügung. Die Infektion mit anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen muss ausgeschlossen werden, da sie die HPV-Infektion unterhalten oder durch diese verdeckt werden.

## Therapie

Die Behandlung richtet sich nach Grösse und Ausbreitung des Befalls. Sie erfordert immer eine wiederholte Behandlung und wird durch häufiges, erneutes Auftreten von Hautveränderungen während bzw. unter Behandlung kompliziert.

Auch nach der Abheilung der Warzen sollten über eine gewisse Zeit Kontrollen des Behandlungsergebnisses durchgeführt werden. Die chirurgische Abtragung ist selten nötig. Als geeignet erweisen sich die Elektrokoagulation, Lasertherapie, Bestreichen mit Trichloressigsäure, 5-Fluorouracil (Zytostatikum; = Zellteilungshemmendes Mittel) oder Podophyllin (Zytostatikum). Alle chemischen Behandlungsmethoden erfordern die Beschränkung der Behandlung auf kleine Hautareale. Zu beachten ist, dass Zytostatika in geringen Mengen durch die Haut in den Körper aufgenommen werden können. Zytostatika dürfen ausserdem nicht zur Behandlung schwangerer Patientinnen verwendet werden. Sie können ihrerseits Tumorerkrankungen auslösen.

## Prognose

Die Prognose ist in der Regel gut. Ausgenommen sind ein ausgedehnter Befall (Buschke-Löwenstein-Tumoren) und der Übergang zur malignen (bösartigen) Tumoren. Gelegentlich kommt es sogar zu spontanen Heilungen.

## Besonderheiten

Häufig Infektion ohne Krankheitszeichen. Die klinische Bedeutung dieser Tatsache ist noch unklar. Neigung zum Wiederauftreten nach der Behandlung.

**Dr. med. Pietro Somaini      Limmatplatz 1    8005 Zürich**