

ANOGENİTAL BÖLGE KONDİLOMATA AKÜMİNATA OLGULARINDA TEDAVİ YAKLAŞIMLARI *

Dr. Gökhan YAĞCI (*), Dr. Nihat KAYMAKÇIOĞLU (*),
Dr. Ahmet AKAR (**), Dr. Ercan ARDA (**), Dr. Semih GÖRGÜLÜ (*),
Dr. Yusuf PEKER(*), Dr. Ali AKDENİZ (*), Dr. Turgut TUFAN (*)

Gülhane Tıp Dergisi 47 (1) : 29 - 33 (2005)

ÖZET

Giriş: Kondilomata akuminata, human papilloma virüslerin (HPV) neden olduğu anogenital bölgenin klinik ve subklinik lezyonları olup sıklıkla, seksüel yolla geçiş gösteren bir venerel hastalıktır. Topikal, immünoterapötik ve cerrahi yaklaşımlar en çok tercih edilen tedavi modaliteleridir.

Hastalar ve Metodlar: GATA Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı ile Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı kliniklerinde 1990-2003 yılları arasında anogenital bölgede kondilomata aküminata tanısı konan 50 hastaya uygulanan tedavi yöntemleri retrospektif olarak incelendi. Olgular lezyonların genişliğine, lokalizasyon yerinin uygunluğuna göre medikal veya cerrahi yöntemler ile tedavi edilmiş, bazı olgularda, medikal tedaviye ek olarak koterizasyon uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 50 hastanın 45'i erkek, 5'i kadın hasta idi. Medikal tedavi uygulanan hastaların yaş ortalaması 29.1 ± 8.8 iken, cerrahi tedavi uygulananlarda 30.0 ± 9.2 idi. Medikal tedavi uygulanan hastalarda, ortalama takip süresi 20.0 ± 10.7 ay iken, cerrahi tedavi uygulanan hastalarda 24.0 ± 15.0 aydır. Olguların tamamı değerlendirildiğinde, medikal tedavi grubunda 6 olguda (%22.7) nüks saptanmış olup cerrahi tedavi uygulanan olgularda nüks tespit edilmemiştir.

Sonuç: Genital siğillerin tedavisinde hastaya sağlanacak olan en iyi yarar hastalığın lokalizasyonu ve yaygınlığı ile birlikte hasta ve tedavi eden hekimin tercihinin bağlı olmaktadır. Topikal ajanlar ile tedavi yaklaşımları, küçük boyutlu lezyonlarda kabul edilebilir rekürrens oranları ile hastaların büyük bir çoğunluğunda lezyonları ortadan kaldırmaktadır. Geniş boyutlu lezyonlarda cerrahi tedavi etkin yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Kondilomata Aküminata, Medikal Tedavi, Cerrahi Tedavi.

(*) GATA Genel Cerrahi ABD.

(**) GATA Deri ve Zührevi Hastalıklar ABD.

Reprint Request: Dr. Gökhan YAĞCI, GATA Genel Cerrahi ABD., 06018, Etlik/ANKARA

Kabul Tarihi: 03.01.2005

* Ulusal Cerrahi Kongresi 2002'de Sözlü Sunum olarak bildirilmiştir.

SUMMARY

Treatment Modalities In Patients With Condyloma Acuminata of Anogenital Region

Background: Condyloma Acuminata is a venereal disease usually transmitted with sexual contact which is characterized with clinical and subclinical anogenital lesions caused by Human Papilloma Virus (HPV). Many treatment methods have been described which can be separated into topical, immunotherapeutic, and surgical techniques.

Patients and Methods: Fifty patients with diagnosis of condylomata acuminata of the anogenital region, who were admitted to Surgical and Dermatological Clinics of Gulhane Military Medical Academy between 1990-2003, were retrospectively evaluated regarding to treatment modalities. Patients were treated with medical and surgical modalities regarding to locations and size of the lesions, some patients in medical group were additionally treated with cauterization.

Results: There were 45 males and 5 females and mean patient age was 29.1 ± 8.8 in medical group and 30.0 ± 9.4 in surgical group. Mean follow up period was 20.0 ± 10.7 months in medical patients and 24.0 ± 15.0 months in surgical patients. Recurrence rate during follow up period was 22% (six patients) in medical groups whereas there was no recurrences in surgical patients.

Conclusion: The best choice of treatment for a given patient depends on the extent and location of disease and the preferences of the clinician and the patient. Treatment modalities with topical agents can clear the small lesions in most of the patients with reasonable recurrence rates. Surgical approach is the effective therapy for wide lesions.

Key Words: Condylomata Acuminata, Medical Treatment, Surgical Treatment.

GİRİŞ

Genital siğiller veya kondilomata akuminata, gelişmiş ülkelerde seksüel yolla en sık geçiş gösteren ve prevalansı giderek artan yaygın bir venerel hastalıktır. Homoseksüel erkekleri etkileyen en sık anorektal enfeksiyon olmakla beraber sıklıkla biseksüel ve heteroseksüel erkek ve kadınlarda da

görülmektedir. En sık geçiş yolu, seksüel temas olup seksüel olmayan temas ile de geçebilmektedir (1).

Hastalığın etkeni, human papilloma virus (HPV) olup değişik serotipleri ile anogenital bölgenin klinik ve subklinik lezyonlarına ve derinin latent enfeksiyonlarına neden olabilmektedir. HPV'ler 100'den fazla değişik tipi olan papova virus ailesine mensup DNA virüslerdir. Bunların 30'dan fazla tipinin, genital mukozal bölgelerde enfeksiyona yol açabildiği gösterilmiştir. HPV kaynaklı lezyonlar yumuşak, pembemsi sesil kitleler veya düz ya da kabarık yüzeyle deriden hafif kabarık pigmente lezyonlar şeklinde görülebilirler. Bu lezyonlar, displazi veya karsinoma in situ ile ilişkili intraepitelial neoplazi ve invaziv epitelyomalara içerebilmektedir (1,2).

Anal kondilomlu hastalarda en sık görülen semptom, perianal bölgede büyüyen lezyonlardır.

retrospektif olarak incelendi. Hastalar, lezyonların genişliğine, lokalizasyon yerinin uygunluğuna göre medikal veya cerrahi yöntemler ile tedavi edilmiş, bazı olgularda, medikal tedaviye ek olarak koterizasyon uygulanmıştır.

Hastalar, lezyonların büyüklüğüne ve lokalizasyon yerine göre tedavi edildiler. Genel yaklaşım olarak, lezyon çapı 2 cm'den büyük olan, anal kanal tutulumu olan hastalara cerrahi tedavi uygulanırken daha küçük boyutta ve yaygın yerleşim gösteren olgularda medikal tedavi tercih edildi. Cerrahi uygulanan hastaların çoğunluğuna eksizyon+Primer kapama uygulanırken, medikal tedavi uygulanan hastaların çoğunluğunda podofilin %25 lokal olarak uygulandı. Bazı olgularda bu tedaviye ek olarak, interferon, elektrokoterizasyon veya kriyoterapi eklendi (Tablo - I).

TABLO - I
Hastalara Uygulanan Tedavi Yöntemleri

	Medikal Tedavi (n = 22)		Cerrahi Tedavi (n = 28)
Podofilin (%25)	15 (%68.2)	Eksizyon + açık yara	6 (%21.4)
Podofilin (%25) + Interferon	2 (%9.1)	Eksizyon + primer kapama	18 (%64.2)
Podofilin (%25) + Kriyoterapi veya Elektrokoter	3(%13.6)	S plasti	4 (%14.4)
İmiquimod	2 (%9.1)		

Hastaların yaklaşık üçte ikisinde pruritis ani mevcut olup akıntı, kötü koku, tenesmus ve perianal bölge hijyeninde bozulma diğer semptomlardır. Kondiloma akuminatalı hastaların % 75'inden fazlasında ve homoseksüel erkeklerin yaklaşık %94'ünde lezyonların, içeriye doğru yayılması nedeniyle anoskopi ve proktosigmoidoskopi mutlaka yapılmalıdır (3).

Bulaşıcılık riski ve aynı zamanda squamoz hücreli karsinom gelişebilme riski nedeniyle lezyonların mutlak tedavisi gereklidir. Birçok tedavi yöntemleri tanımlanmış olmakla birlikte genel olarak topikal, immünoterapötik ve cerrahi yöntemler en sık kullanılan yaklaşımlardır.

Bu çalışmada, anogenital bölgede kondilomata aküminata nedeniyle medikal ve cerrahi tedavi uygulanan hastalarda elde edilen sonuçlar ve rekürrens oranları değerlendirilmiştir.

MATERYAL VE METOT

GATA Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı ile Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı kliniklerinde, 1990-2003 yılları arasında anogenital bölgede kondilomata aküminata tanısı konan 50 hastaya uygulanan tedavi yöntemleri, hasta dosyaları taranarak

Tedavi sonrası dönemde hastalar, takip edilen birinci ay sonunda ve altı ay sonra tedaviye yanıt yönünden tekrar değerlendirilmişlerdir.

Uygulanan medikal veya cerrahi yöntemler ile tedavi edilen lezyonlar; büyüklük, lezyonların ortaya çıkışından müdahale edilinceye kadar geçen süre, anal kanal tutulumu mevcudiyeti ve nüks oranları açısından değerlendirilmeye alınmışlardır.

İstatistiksel değerlendirmeler için SPSS yazılımı kullanıldı (SPSS 11.0, SPSS Inc., Chicago,IL.). Tanımlayıcı istatistikler ortalama \pm standart sapma, medyan ve yüzde şeklinde ifade edildi. Gruplar arası değerlendirmede Mann Whitney U testi, Ki-kare testi ve Fisher kesin Ki-Kare testi kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 50 hastanın 45'i erkek, 5'i kadın hasta idi. Medikal tedavi uygulanan hastaların yaş ortalaması 29.1 ± 8.8 iken, cerrahi tedavi uygulanan hastalarda 30.0 ± 9.4 idi. Hastalara ait demografik özellikler Tablo - II'de verilmiştir.

TABLO-II
Tedavi Gruplarındaki Hastaların Demografik Özellikleri

	Medikal Tedavi (n=22)	Cerrahi Tedavi (n=28)	p
Erkek / Kadın	21 / 1	24 / 4	0.368*
Yaş ortalaması	29.1 ± 8.8(medyan=22)	30.0 ± 9.2(medyan=24)	0.726**
Homo-Biseksüel / Heteroseksüel	2(%9.1)-20(%90.9)	4 (%14.2)/ 24 (%85.8)	0.683*
HIV seropozitif	-	-	-
Seksüel yolla bulaşan hastalık	3 (%13.6)	5 (%17.8)	1.00*
FM'de lenfadenopati	-	-	---

*Fisher Kesin K-Kare testi

** Mann Whitney U testi

Lezyonların özellikleri incelendiğinde, medikal tedavi uygulanan hastalarda, lezyon sayısı cerrahi uygulananlara göre daha fazla sayıda olmakla beraber istatistiksel olarak fark saptanamadı. Lezyonların ortalama boyutları cerrahi uygulananlarda, belirgin olarak daha geniş olup bu farkın, medikal tedavi uygulanan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla olduğu saptandı (Tablo - III).

bağlı olmaktadır. Güncel tedavi yöntemlerinin, muhtemelen komşu dokularda mevcut viral rezervuarı ortadan kaldıramamasına bağlı olarak değişik oranlarda rekürrensler bildirilmektedir (2).

Human Papilloma virüs enfeksiyonlarının insidensi, HIV pozitif hastalarda belirgin olarak daha fazla görülmekte olup literatürde % 15.7 ile % 62 oranında bildirilmektedir. Kondilomata aküminata,

TABLO-III
Hasta gruplarında lezyonların özellikleri ve tedavi sonuçları

	Medikal Tedavi (n = 22)	Cerrahi Tedavi (n = 28)	p
Multiple lezyonlar	18 (%81.8)	12 (%42.8)	0.005*
Ortalama boyut (cm)	0.6 ± 0.5(medyan=0.6)(0.1 - 2.7 cm)	4.2 ± 1.3(medyan=4.0)(1.0 - 7.0 cm)	<0.001**
Anal kanal tutulumu	1 (%5)	7 (% 25)	0.064***
Lezyonlara müdahale süresi (ay)	5.4 ± 4.2(medyan=4.5)(1 - 40 ay)	16.9 ± 11. 1(medyan=18)(2 - 42 ay)	<0.001**
Ortalama Takip süresi (ay)	20.0 ± 7.9	24.0 ± 9.7	0.124**
Rekürrens	6 (%27.2)	-	0.005***

* Ki-kare testi

** Mann-Whitney U test

*** Fisher kesin Ki-Kare testi

Medikal tedavi uygulanan hastalarda, ortalama takip süresi 20.0 ± 7.9 ay iken cerrahi tedavi uygulananlarda 24.0 ± 9.7 aydır. Olguların tamamı değerlendirildiğinde, medikal tedavi gören 6 olguda (%22.7) nüks saptanmış olup cerrahi tedavi uygulanan olgularda, nüks tespit edilmemiştir. Özellikle, anal kanal etrafına lokalize geniş tabanlı olgularda S plasti tercih edilmiş, bu olgularda, uzun dönem takiplerde inkontinans gözlenmemiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Genital siğillerin tedavisinde birçok tedavi modaliteleri bulunmakla beraber hastaya sağlanacak olan en iyi yarar hastalığın lokalizasyonu ve yaygınlığı ile birlikte hasta ve tedavi eden hekimin tercihi

herhangi bir yaşta ortaya çıkabilmekle beraber yirmili yaşlardaki genç popülasyonda muhtemelen seksüel aktivitenin daha fazla olmasına bağlı olarak daha sık görülmektedir (4). HIV enfekte olgularda, kondiloma aküminatanın hızlı bir büyüme oranı, mukozaları atake etme eğilimi, olağan dışı boyutlara ulaşabilme ve yüksek oranda neoplastik transformasyon insidensine sahip olduğu ileri sürülmektedir (5).

Günümüzde birçok tedavi yöntemi uzun yıllardır uygulanmakla beraber tam anlamı ile başarı sonuçların alındığı prospektif randomize kontrollü çalışmalar bulunmamaktadır. Yine aynı şekilde karşılaştırmalı tedaviler de oldukça nadirdir. Tedavi yöntemleri genel olarak sitotoksik ajanlar, fiziksel ablyasyon tedavileri, interferon, immünomodülatör ajanlar ve aşılamaya gruplandırılmaktadır.

Topikal kimyasal ajanlar içerisinde en çok kullanılanlar trikloroasetik asit, Podofilin, Podofiloks ve 5-Florourasildir (2,3,6).

Podofilin, en iyi bilinen ve en yaygın olarak kullanılan topikal ajan olup hücreleri mitozda durdurarak doku nekrozuna yol açan bitkisel bir bileşiktir. Likit parafin veya benzoin eriyiği içerisinde % 5-25 konsantrasyonlarında kullanılabilir. Bizim çalışmamızda da, podofilin % 25 oranında benzoin eriyiği içerisinde kullanılmıştır.

Literatürde, 116 hastalık geniş bir seride % 25 podofilin uygulaması ile dört haftalık bir uygulama sonucunda, hastaların % 62.2'sinde tüm siğillerin kaybolduğu, 12 haftanın sonunda ise % 26 oranında relaps geliştiği bildirilmiştir (7). HIV + olgular ile HIV - olguların karşılaştırıldığı bir başka seride ise, podofilin uygulaması sonucu relaps oranları sırasıyla HIV + olgularda % 51.5 ve HIV - olgularda % 30.2 olarak saptanmıştır (8). Bizim çalışmamızda, podofilin uygulanan hastaların 6'sında (%27.2) takip sonrasında relaps olduğu gözlemlendi.

Son dönemlerde güncel topikal tedavi yaklaşımları arasında Cidofovir ve Imiquimod yer almaktadır. Cidofovir, HPV dahil birçok DNA virüslerine karşı antiviral aktivite gösteren bir asiklik nükleozid fosfonat analogudur. Coremans ve arkadaşları, % 1'lik Cidofovir topikal uygulaması ile elektrokoterizasyon tedavisini karşılaştırdıkları çalışmalarında sadece topikal Cidofovir ile hastaların % 32'sinde lezyonların kaybolduğunu, % 60'ında ise parsiyel regresyon elde etmişlerdir (9). Imiquimod, immün cevabı regüle eden yeni bir düşük moleküler ağırlıklı sentetik bileşik olup % 5'lik topikal kremleri HPV enfeksiyonlarında kullanılmaktadır. Multisentrik faz 3 bir çalışmada, haftada üç kez topikal uygulama ile hastaların % 53'ünde lezyonların tamamen kaybolduğu, altı aylık takip sonrasında % 27 oranında rekürrens olarak bildirilmiştir (10). Çalışmamızda, son dönemlerde iki hastada, Imiquimod % 5 topikal krem kullanılmış, hastalarda lezyonlarda tama yakın gerileme olmuştur.

Fiziksel ablyasyon tedavileri arasında kriyoterapi, yaygın hastalığın bulunmadığı olgularda önerilen bir yöntemdir. Podofilin ile karşılaştırmalı çalışmalarda, daha üstün olduğu ve olguların % 79'unda lezyonların kaybolduğu takip esnasında % 21 oranında rekürrens olduğu bildirilmiştir (2). Lazer ile tedavi ise özellikle erkeklerde penil, anorektal ve üretral siğillerde, kadınlarda ise vajinal siğillerde önerilen bir yöntem olarak gündeme gelmiştir. Ancak özel eğitim ve pahalı donanım gerektirmesi dezavantajları olarak gösterilmektedir.

Elektrokoterizasyon hem internal hem de eksternal anal siğillerin tedavisinde etkili bir

yöntemdir, ancak uygulama esnasında lokal anestezi ihtiyacı duyulmaktadır. Koterizasyonun derinliğinin ve genişliğinin kontrol edilmesi gerektiğinden, tecrübeli kişiler tarafından uygulanması gerekmektedir. Elektrokoagülasyon ile yapılan çalışmalarda, olgularda komplet temizlik oranı % 94, rekürrens oranı % 22 olarak bildirilmiştir (6). Çalışmamızda, elektrokoterizasyon podofilin uygulamasına ek olarak 3 (%13.6) olguda uygulanmış olup iyi sonuç alınmıştır.

Kondilomata aküminatının tedavisinde cerrahi eksizyon, altın standart olarak gösterilmektedir. Buna karşın, tanjeniyel cerrahi eksizyon ile genital siğillerin tedavisi sonucu % 90 oranında tam kür sağlandığı, uzun dönem takiplerinde % 20 oranında rekürrens geliştiği bildirilmiştir (2). Anal kondilomata aküminatı HIV pozitif 97 erkek hastalık bir başka çalışmada ise, cerrahi eksizyon sonrasında hastaların tümünde iyileşme sağlanmasına rağmen, ilk altı aylık periyodun sonunda % 52 oranında rekürrens olduğu gözlemlenmiştir. Yüksek grade anal intraepitelial neoplazi mevcudiyeti ve geç dönem AIDS hastalığı mevcudiyeti bu olgularda, rekürrens açısından risk faktörleri olarak gösterilmiştir (4).

Hastalığın dev Kondilomata aküminata olarak bilinen formu, Buschke-Lowenstein tümörü olarak da tanımlanmaktadır. Bu olgularda, benign histolojik karaktere sahip olmakla beraber lokal olarak agresif yapıda malign davranışlı kitleler gözlemlenmektedir. Malign transformasyonun da gözlenebildiği bu olgularda, geniş lokal eksizyon mutlaka önerilmektedir. Eksizyon için birçok cerrahi yöntemler önerilmekle birlikte, S-plasti veya V-Y plasti girişimleri ile mukokutaneöz flepler en sık uygulananlardır. Geniş serilerde, malign transformasyon ve komplikasyonlara bağlı mortal olgular da bildirilmiştir (11,12).

Bizim serimizde, dev kondilomata dört olguya (%14.4) S-plasti ile eksizyon uygulandı. Bu olguların takiplerinde, bir olguda tedavi ile düzelen enfeksiyon dışında morbidite gelişmezken, histopatolojik incelemelerde malign transformasyon görülmedi. Cerrahi eksizyon uygulanan diğer olguların büyük birçoğunluğunda lezyon bölgeleri primer olarak sütüre edilirken altı olguda sekonder iyileşmeye bırakıldı.

Fizik muayenede siğiller, anüsten dışarı doğru radial sıralar oluşturma meyilindeki klasik karnabahar benzeri lezyonlar şeklinde görülebilmektedir. Siğiller, sesil veya pediküllü yapıda izole veya kümelenmiş halde bulunabilirler (3).

Hastalığın ayırıcı tanısında, kondilomata lata (sifilis), keratosis, penil ve vestibüler papüler ile anal squamoz hücreli karsinoma açısından değerlendirilmelidir. Basit kondiloma aküminatunun yanı

sıra iki malign formu da tanımlanmıştır. Birincisi, genellikle HPV Tip 16 ve 18 ile ilişkili olan bovenoid papülosis veya karsinoma in situ, diğeri ise dev kondiloma veya Buschke-Lowenstein tümörü adı verilen derin infiltrasyon ve ülserasyon ile karakterize lokal bir malign tümör davranışı eğilimi olan formudur. Tip 6 ve 11 ile ilişkili olduğu gösterilmiş olup dev kondiloma aküminatalı 42 olguluk bir derlemede, nüks oranı % 66, malign transformasyon oranı ise % 56 olarak bildirilmiştir(11).

Sonuç olarak, genital siğillerin tedavisinde birçok tedavi seçenekleri bulunmaktadır. Hastalara sunulacak en iyi tedavi yönteminin seçiminde hastalığın lokalizasyonu ve genişliği ile tedavi eden hekimin ve hastanın tercihi etkili olabilmektedir. Topikal ajanlar ile tedavi yaklaşımları, küçük boyutlu lezyonlarda kabul edilebilir rekürrens oranları ile hastaların büyük bir çoğunluğunda lezyonları ortadan kaldırmaktadır. Geniş boyutlu lezyonlarda cerrahi tedavi seçenekleri tercih edilmelidir. Yeni immünomodülatör tedaviler ve aşılama genital siğillerin tedavisinde gelecekte ümit veren yaklaşımlardır.

KAYNAKLAR

1. Chang, G.J., Welton, M.L.: *Condylomata Acuminata. Problems in Gen Surg* 18[3], 55-64. 2001.
2. Beutner, K.R., Ferenczy, A.: *Therapeutic approaches to genital warts. Am J Med.*102:28-37,1997.
3. Congilosi, S.M., Madoff, R.D.: *Current therapy for recurrent and extensive anal warts. Dis Colon Rectum.*38:1101-1107,1995.
4. Manzione, C.R., Nadal, S.R., Calore, E.E.: *Postoperative follow-up of anal condylomata acuminata in HIV-positive patients. Dis Colon Rectum.*46:1358-1365,2003.
5. Byars, R.W., Poole, G.V., Barber, W.H.: *Anal carcinoma arising from condyloma acuminata. Am Surg.*67:469-472,2001.
6. Chang, G.J., Berry, J.M., Jay, N., Palefsky, J.M., Welton, M.L.: *Surgical treatment of high-grade anal squamous intraepithelial lesions: a prospective study. Dis Colon Rectum.*45:453-458,2002.
7. Lacey, C.J., Goodall, R.L., Tennvall, G.R., Maw, R., Kinghorn, G.R., Fisk, P.G., Barton, S., Byren, I.: *Randomised controlled trial and economic evaluation of podophyllotoxin solution, podophyllotoxin cream, and podophyllin in the treatment of genital warts. Sex Transm Infect.*79:270-275,2003.
8. De, Panfilis, G., Melzani, G., Mori, G., Ghidini, A., Graifemberghi, S.: *Relapses after treatment of external genital warts are more frequent in HIV-positive patients than in HIV-negative controls. Sex Transm Dis.*29:121-125,2002.
9. Coremans, G., Margaritis, V., Snoeck, R., Wyndaele, J., De, Clercq, E., Geboes, K.: *Topical cidofovir (HPMPC) is an effective adjuvant to surgical treatment of anogenital condylomata acuminata. Dis Colon Rectum.*46: 1103-1108,2003.
10. Garland, S.M.: *Imiquimod. Curr Opin Infect Dis.*16:85-89,2003.
11. Chu, Q.D., Vezeridis, M.P., Libbey, N.P., Wanebo, H.J.: *Giant condyloma acuminatum (Buschke-Lowenstein tumor) of the anorectal and perianal regions. Analysis of 42 cases. Dis Colon Rectum.*37:950-957,1994.
12. Uribe, N., Millan, M., Flores, J., Asencio, F., Diaz, F., Del, Castillo, J.R.: *Excision and V-Y plasty reconstruction for giant condyloma acuminatum. Tech Coloproctol.*8:99-101,2004.