

Dysplasiesprechstunde (IX)

# WANN UND WIE SOLLTE EINE ZERVIKALE DYSPLASIE SANIERT WERDEN?

*Wann sollte saniert werden? Rechtzeitig, aber nicht zu früh! Immer dann, wenn bei einer mittelschweren bis schweren Dysplasie (CIN II-III) davon auszugehen ist, dass es sich bei dem Prozess bereits um eine transformierende HPV-Infektion handelt, der „point of no return“ erreicht und damit eine Regression des Befundes nicht mehr zu erwarten ist (siehe auch Folge VI in Ausgabe 5/2011: „Inwieweit sind molekulare Marker Wegweiser bei der Abklärung zervikaler Dysplasien“ sowie die Leitlinien der DGGG, 2008)!*

**Wie sollte saniert werden?**

Immer so radikal wie nötig und so schonend wie möglich, selbstverständlich unter Erfassen der gesamten Läsion und – wenn eben möglich – unter Vermeidung einer Messerkonisation. Auch sollte das Konusvolumen so klein wie möglich gehalten werden (siehe z.B.: V. Seebacher: Wiener Klinische Wochenschrift – Scriptum 5/2011).

**Fallbeispiel einer 37-jährigen Patientin**

**Anamnese:** Regelmäßige Teilnahme an den Früherkennungs-Untersuchungen. Seit 2008 auffällige Zytologie: Pap IIID im Wechsel mit Pap II. HPV-Test auf High-risk-Typen positiv (Hybrid Capture-II-Test). Im Mai 2012 erstmals Pap IVa mit Verdacht auf schwere Dysplasie (Cintec® Plus-Test positiv) (Abb. 1).

**Befund:** Bei der Vorstellung in der Dysplasiesprechstunde ergab sich der folgende kolposkopische Befund: Ausgedehnte Transformationszone, intensiv essigweiß, teilweise opak mit grobem Mosaik und offenen Drüsen mit erhebendem Randwall (Major changes = Hinweiszeichen auf eine schwere Dysplasie). Die Plattenepithel-Zylinderepithel-Grenze ist auch unter Anwendung von Hilfsmitteln nicht einsehbar (T3-Befund – siehe auch Folge VII in Ausgabe 6/2011: „Bei der Kolposkopie sollte insbesondere die ‚Inner Border‘ ins Visier genommen werden“) (Abb. 2).

**Histologie:** Aufgrund der Erkenntnis, dass der Schweregrad einer Dysplasie in Richtung auf den Zervikalkanal zunimmt, wurden zwei Gewebsproben aus diesem Bereich entnommen. Die histo-

logische Aufarbeitung der Biopsate ergab den Befund einer CIN III.

Der histologische Befund bestätigte somit den zytologisch erhobenen Verdacht auf eine schwere Dysplasie, wobei auch aufgrund des positiven Cintec® Plus-Testes nicht davon auszugehen war, dass es sich noch um einen reversiblen Prozess handelte. Es ergab sich damit schlüssig die Indikation zur operativen Sanierung der Dysplasie. Allerdings war nicht mit letzter Sicherheit auszuschließen, dass endozervikal bereits ein noch weiter fortgeschrittener Prozess vorliegen könnte! Die Wahrscheinlichkeit hierfür wurde jedoch aufgrund der ausgeprägten Lateralausdehnung der Transformationszone als sehr gering erachtet, so dass der Patientin zu einer Doppelschlingen-Hochfrequenz-Resektion (Loop electrosurgical excision

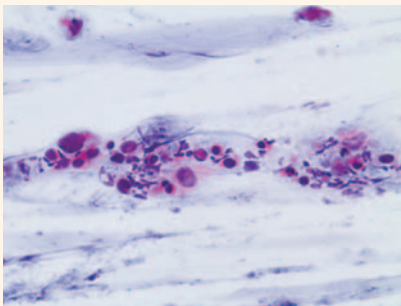


Abb. 1: Zytologischer Befund bei der 37-jährigen Patientin.

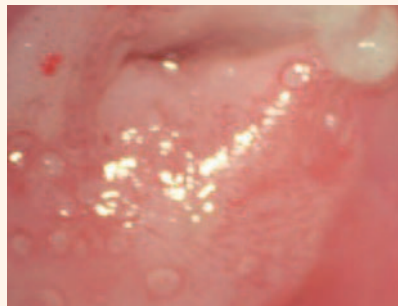


Abb. 2: Kolposkopischer Befund bei der Patientin: T3, Verdacht auf CIN III (Plattenepithel-Zylinderepithel).



Abb. 3: Marker, der bei der Doppelschlingen-Resektion in den Zervikalkanal eingelegt wird, damit ein symmetrischer Konus erzielt werden kann.

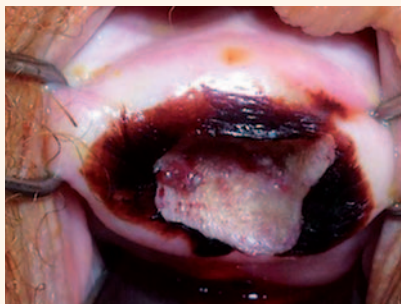


Abb. 4: 37-jährige Patientin: Zustand nach Gewinnung eines flachen, die gesamte überschaubare Läsion erfassenden Konus.



Abb. 5: Dieselbe Patientin: Situation nach Einsetzen des Markers zur Präparation des tiefen Konus.

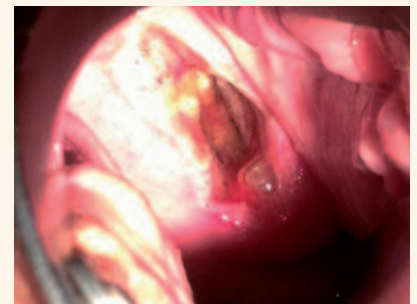


Abb. 6: Dieselbe Patientin: 7 Tage nach der Doppelschlingen-Resektion im Bereich der Portio uteri (komplikationsloser Verlauf).

procedure = LEEP) mit anschließender Abrasio der Zervix geraten wurde.

**Konisation:** Bei der Doppelschlingen-Resektion wird nach Lugolscher Probe zunächst ein flacher, die gesamte überschaubare Läsion erfassender Konus und dann ein tiefer zentraler Konus gewonnen, wobei der zentrale Konus der Anatomie, d.h. der Lokalisation der Drüsenzellen und Krypten in der Cervix uteri gerecht werden muss, um ein möglichst symmetrisches Resektat mit ausreichender Wanddicke zu erhalten.

Für die Gewinnung eines solchen symmetrischen, zentralen tiefen Konus ist ein in den Zervikalkanal eingelegter kleiner Marker hilfreich (s. Abb. 3), durch dessen Präparation die optimale Symmetrie des zweiten Resektates erreicht wird.

Die Operation wurde im September 2012 in Allgemeinnarkose und unter kolposkopischer Kontrolle durchgeführt (Abb. 4 u. 5). Der postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos (Abb. 6).

**Histologisch ergaben sich folgende Befunde:**

- Flaches Portiokonisat mit zwischen 6 und 9 Uhr weiteren Abschnitten der vordiagnostizierten

CIN III und unauffälligen lateralen Absetzungsrändern;

- Tiefer Konus mit zervikalem Stroma und zervikalen Drüsen ohne weitere CIN-Veränderungen;
- Zervixabradat mit Zervixschleimhaut-Abschnitten und Fragmenten des Endometriums wie bei starrer Sekretion.

**Schlussfolgerung:** Aus der Summe der Einzelbefunde (zytologischer Befund / positiver Cintec® Plus-Test / Kolposkopie-Befund / Histologie der Biopsate) ergibt sich, dass ein eindeutiger Sanierungsfall vorlag.

Aufgrund des zytologischen Befundes „Pap IVa“ bei Kolposkopie-Befund „T3“ hätte auf Probebiopsien verzichtet werden können, da bei Pap IVa in über 90% mit einem histologischen Befund: „> CIN II“ zu rechnen ist (Prof. Dr. med. Dr. habil. U. Schenk, München). Allerdings sollte man eine Dysplasiesprechstunde eher als Strategiesprechstunde zur Festlegung der optimalen Operationstechnik denn als reine Biopsiesprechstunde sehen. Die in der Literatur häufig als unzureichend repräsentativ bewertete Treffsicherheit bei Biopsien ist eher auf eine mangelnde Fachkompetenz der Biopsierer als auf Unzulänglichkeiten der Kolposko-

pie zurückzuführen: Eine Methode kann immer nur so gut wie ihre Anwender sein! Deshalb sollte jede Gynäkologin und jeder Gynäkologe, die/der Biopsien durchführt, mit Erfolg an einem zertifizierten Kolposkopiekurs teilgenommen haben.

#### VERFASSER:



**Dr. med. Bodo Kanne,**  
**Zytologie-Einsendelabor,**  
**Theodor-Frank-Straße 3, 79331 Teningen,**  
**Internet: [www.zyto-dr-kanne.de](http://www.zyto-dr-kanne.de),**  
**E-Mail: [kanne-bodo@t-online.de](mailto:kanne-bodo@t-online.de)**