

Dysplasiesprechstunde (X)

THERAPIE DER WAHL BEI ZERVIKALEN DYSPLASIEN IST DIE HOCHFREQUENZ-SCHLINGENKONISATION

Die Hochfrequenz-Schlingen-Technik (LEEP – Loop Elektrosurgical Excision Procedure) hat sich in der operativen Gynäkologie als Methode der Wahl zur Sanierung der Cervix uteri bei Vorliegen einer zervikalen Dysplasie durchgesetzt. Das heißt: Die Schlingenkonisation wird am ehesten der Zielsetzung gerecht, so radikal wie nötig und so schonend wie möglich zu operieren.

Messerkonisationen gelten wegen ihrer höheren Raten an intra- und postoperativen Komplikationen – insbesondere im Hinblick auf nachfolgende Schwangerschaften – heute als obsolet. Wesentlich ist zudem, dass es mit der Schlingenkonisation gelingt, das Konusvolumen deutlich kleiner zu halten (siehe auch: V. Seebacher: Wiener Klinische Wochenschrift – Scriptum 5/2011 zum Thema „Schwangerschaftskomplikationen und Konusvolumen“) (Abb. 1)*.

Präoperative Voraussetzung einer Konisation ist die differenzialkolposkopische Abklärung

Optimale Behandlungsergebnisse können auch mit der Hochfrequenz-Schlingenkonisation nur dann erreicht werden, wenn die Dysplasie vor dem operativen Eingriff kolposkopisch genau erfasst und beurteilt werden konnte. Diese Kolposkopie sollte in einem Dysplasie-Zentrum und – wenn möglich – vom operativ tätigen Arzt selbst durchgeführt werden. Denn neben der eventuell noch notwendigen Diagnosesicherung durch Biopsie und histologische Untersuchung steht bei der Kolposkopie die Bewertung der dysplastischen Veränderungen und insbesondere deren Abgrenzung zum gesunden Gewebe im Vordergrund (Tab. 1).

Von herausragender Bedeutung ist die Bewertung der Plattenepithel-Zylinderepithel-Grenze, da T1- und T2-Befunde sich durch einfache Schlingenresektion sanieren lassen, wohingegen bei T3-Befunden per Doppelschlingenresektion behandelt werden muss. Eine anschließende Zervixabrasio ist immer obligat.

Nach der differenzialkolposkopischen Bewertung der Dysplasie unter Anwendung 5%iger Essigsäure empfiehlt sich abschließend eine Jodprobe zur endgültigen Festlegung der Resektionsränder. Eine Foto-Dokumentation ist insbesondere dann empfehlenswert, wenn der spätere Eingriff nicht vom Untersucher selbst vorgenommen wird.

* Auf die Indikationen zur operativen Sanierung bei zervikaler Dysplasie soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Siehe dazu: Wann und wie sollte eine zervikale Dysplasie saniert werden? in Heft 3/2013 dieser Zeitschrift.

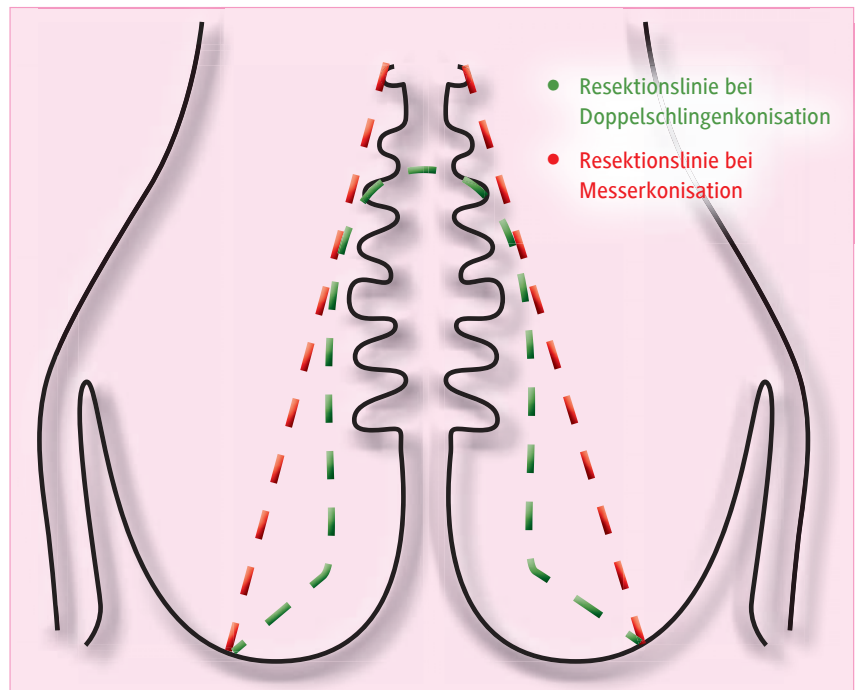


Abb. 1: Cervix uteri: Vergleich der Resektionslinien bei Doppelschlingen- und Messerkonisation, die belegen, warum die Messerkonisation heute als obsolet gilt.

Tab. 1: Differenzierung der Transformationszonen entsprechend der kolposkopischen Nomenklatur „Barcelona 2002“

Transformationszone 1 (T1)

Die Transformationszone liegt vollständig einsehbar auf der Ektozervix.

Transformationszone 2 (T2)

Die Transformationszone hat eine endozervikale Komponente, die Plattenepithel-Zylinderepithel-Grenze ist jedoch vollständig einsehbar (z. B. auch nach Spreizung des Muttermundes).

Transformationszone 3 (T3)

Die Transformationszone hat eine endozervikale Komponente, die Plattenepithel-Zylinderepithel-Grenze ist aber auch nach Spreizung im Zervikalkanal nicht vollständig einsehbar.

In einer Dysplasiesprechstunde geht es also speziell auch um die Strategie beim operativen Vorgehen!

Welche Resektionsschlinge ist im jeweiligen Fall am besten geeignet?

Bei dem operativen Eingriff verwenden wir ein Hochfrequenz-Gerät der Firma Erbe (Abb. 2). Zum Einsatz kommt eine monopolare Elektrode unter gleichzeitigem Einsatz einer Neutralelektrode, die an der Patientin fixiert wird. Die am Gerät wahlweise dosierbare Wattzahl sollte so gewählt werden, dass eine dem Gewebswiderstand angepasste Schnittstärke erreicht wird: Zu niedrige Wattzahlen blockieren eventuell den Schneidevorgang, zu hohe Wattzahlen führen zu einer unnötigen Vergrößerung der Denaturierungszone (Koagulationsaum) im Randbereich des Resektates.

Nach Angabe der Firma Erbe beträgt der Koagulationsaum in Abhängigkeit von der Schnittführung und vom Gewebswiderstand zwischen 0,2 und



Abb. 2: Hochfrequenz-Gerät der Firma Erbe (Erbe Elektromedizin GmbH, Tübingen).



Abb. 3: Resektor mit Heizdraht-Schlinge auf nur einer Seite des Schlingenhalters.

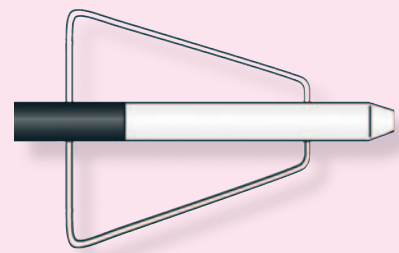


Abb. 4: Resektor mit beidseitigen Heizdraht-Schlingen, der bislang noch nicht produziert wird.

0,5 mm. Die durchschnittlichen Wattzahlen liegen für Probe-Exzisionen bei 30 Watt, für Schlingenkonisationen bei 65 - 90 Watt.

Die Auswahl der am besten geeigneten Resektionschlinge für den jeweiligen Eingriff ist dem Operateur vorbehalten, wobei er allerdings auf das Angebot des jeweiligen Herstellers angewiesen ist: Für die Resektion kleiner dysplastischer Bezirke der Gruppen T1 und T2 sind ausreichend viele, unterschiedlich geformte flache Schlingen verfügbar. Breite flache Schlingen für die Resektion großflächiger Dysplasien sind nicht im Handel. In solchen Fällen muss der Eingriff zweizeitig, d.h. an der vorderen und hinteren Muttermundslippe getrennt durchgeführt werden, dies insbesondere dann, wenn die Dysplasiezone bis in das Scheidengewölbe hineinreicht (dann ist bei dessen Verfügbarkeit auch der zusätzliche Einsatz eines Lasers sinnvoll).

Generell empfiehlt sich für Rechtshänder, die Schlinge bei der Resektion von 9 nach 3 Uhr zu führen, für Linkshänder in umgekehrter Richtung.

Worauf kommt es bei der Doppelschlingenkonisation an?

Das Problem stellen die T3-Befunde dar. Bei ihnen ist davon auszugehen, dass die Dysplasie in den Zervikalkanal in unbekannter Ausdehnung hineinreicht – bzw. bei einem Adenokarzinom in situ auch direkt von den endozervikalen Zellen ausgeht. Bei der Durchführung einer in diesen Fällen notwendigen Doppelschlingenkonisation sollte der zentrale Konus – wenn möglich – so präpariert werden, dass von einer vollständigen Sanierung der intrazervikal lokalisierten Dysplasie ausgegangen werden kann. Das heißt: In einem derartigen Fall muss das Instrumentarium die Resektion eines symmetrischen zentralen Konus gewährleisten, der – von seinem Zentrum, dem Zervikalkanal ausgehend – einen Radius von ca. 6 mm aufweist. Eine

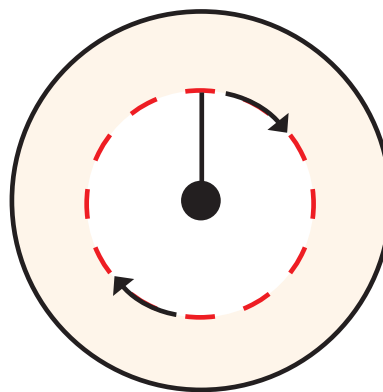


Abb. 5: Tiefe zentrale Resektion eines Konus bei endozervikaler Dysplasie per Resektor mit nur einseitig angeordneter Heizdraht-Schlinge: Durch Drehung der Schlinge im Uhrzeigersinn von 12 über 6 nach 12 Uhr ist eine symmetrische zentrale Konuspräparation allerdings nicht möglich, da es bei Erreichen der 6-Uhr-Position aufgrund des verminderten Gewebewiderstandes zu einer Abweichung der Schlinge zur bereits resezierten Seite kommt. Erwünscht wäre daher die Herstellung eines Resektors mit zweiseitig angeordneten Heizdraht-Schlingen.

.....
solche symmetrische, zentrale Resektion ist mit den derzeit verfügbaren Schlingen jedoch nicht sicher möglich. Auch ist die Anwendung des „Zervixplatzhalters“ oft hilf-, nicht aber immer erfolgreich (siehe auch: Wann und wie sollte eine zervikale Dysplasie saniert werden? in Heft 3/2013 dieser Zeitschrift).

Optimal wäre in einem derartigen Fall aus unserer Sicht der Einsatz einer modifizierten, d.h. zentralen Schlinge. Eine solche zentrale Schlinge wird allerdings bisher mit einem nur einseitig angeordneten Heizdraht hergestellt (Abb. 3). Diese Schlinge wird zentral-sagittal in den Zervikalkanal eingeführt und der Konus durch Drehung der

Schlinge im Uhrzeigersinn von 12 über 6 nach 12 Uhr reseziert (siehe Abb. 5).

Bei der Anwendung des Resektors mit nur einseitigem Heizdraht kommt es bei Erreichen der 6 Uhr-Position aufgrund des verminderten Gewebewiderstandes zu einer Abweichung der Schlinge zu der bereits resezierten Seite. Dadurch ist eine gleichmäßige Entfernung des zweiten Halbkonus zwischen 6 und 12 Uhr nicht vollauf gewährleistet. Es empfiehlt sich deshalb – sobald ein solcher verfügbar ist – ein Resektor mit beidseitigem Heizdraht (Abb. 4), um nach dessen Einführung in den Zervikalkanal durch Drehung im Uhrzeigersinn – wenn auch in zwei Teilen – eine symmetrische zentrale Konuspräparation zu erzielen (Abb. 5). Bei entsprechender Markierung der beiden Teile sollte die Konusbeurteilung für den Pathologen kein Problem darstellen.

Insgesamt überzeugt die Hochfrequenz-Schlingentechnik durch einen hohen qualitativen Standard, ist aber im Hinblick auf spezielle operative Herausforderungen noch verbesserungsfähig.

(Wir danken an dieser Stelle der Firma Erbe für ihre fachliche Beratung und die Bereitstellung von Bild- und Informationsmaterial.)

VERFASSER



Dr. med. Bodo Kanne,
Zytologie-Einsendelabor,
Theodor-Frank-Str. 3,
79331 Teningen,
Internet: www.zyto-dr-kanne.de,
E-Mail: kanne-bodo@t-online.de