

Dysplasiesprechstunde (VII)

BEI DER KOLPOSKOPIE SOLLTE INSBESONDERE DIE „INNER BORDER“ INS VISIER GENOMMEN WERDEN

Voraussetzung für eine effektive Kolposkopie sind qualifizierte Kenntnisse über die Epithelverschiebungen an der Cervix uteri sowie über deren Entwicklungsgeschichtlichen Hintergründe.

Platten-Zylinderepithel-Grenze

Das einschichtige Zylinderepithel an der Cervix uteri (Portio uteri) ist auf die Müllerschen Gänge zurückzuführen. Hingegen entstammt das mehrschichtige Plattenepithel der Portio externa der Urogenitalplatte. Die Grenzlinie zwischen beiden Strukturen liegt in der Perinatalzeit als originäre Plattenepithel-Zylinderepithel-Grenze im Zervikalkanal.

Ektopie

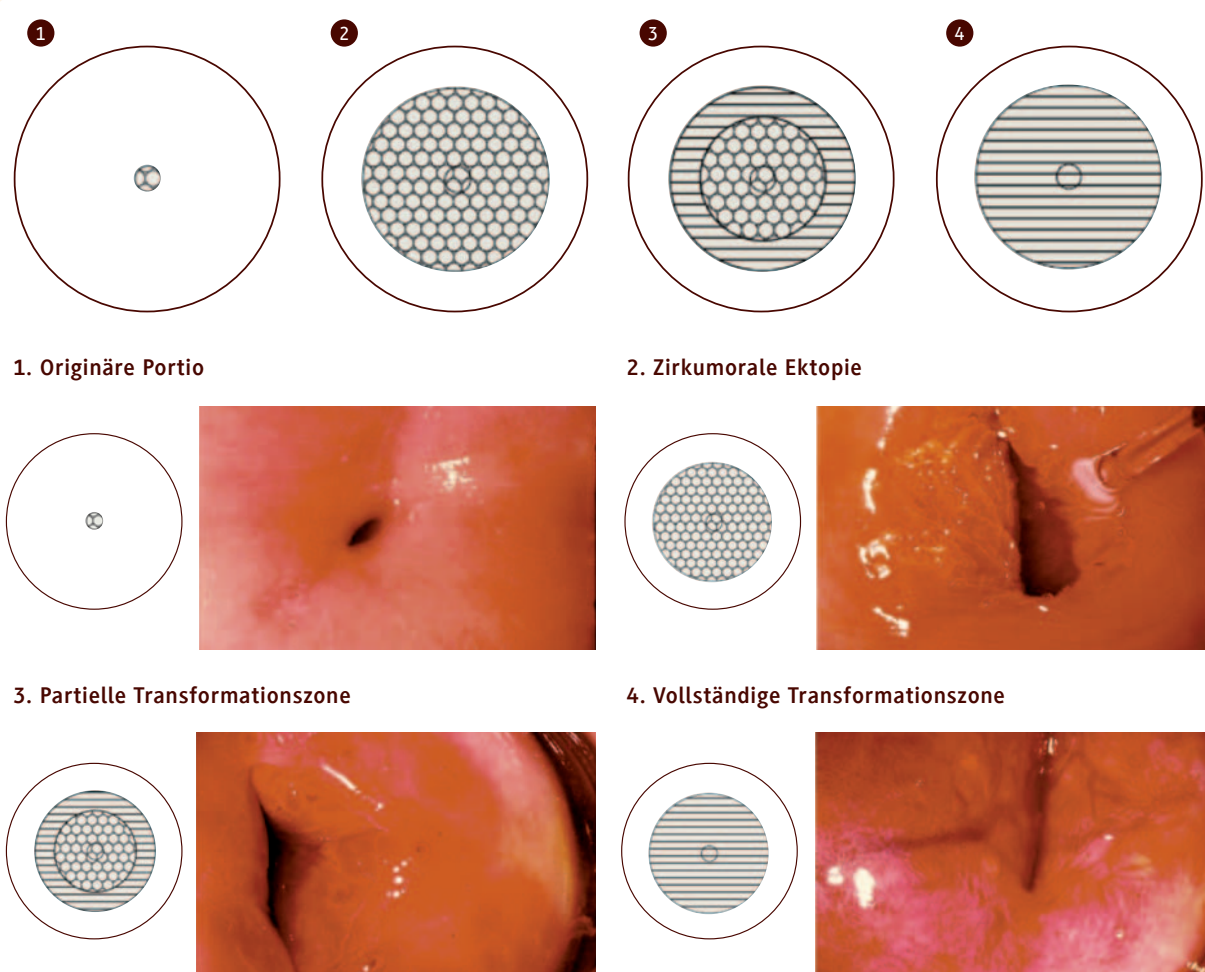
Im weiteren Verlauf der Entwicklung, insbesondere mit Eintritt der Geschlechtsreife kommt es häufig, aber nicht obligat zur Ausdehnung des Zylinderepithels auf die Zervixoberfläche mit Ausbildung einer sog. Ektopie. Bleibt der metaplastische Prozess der Umwandlung des Zylinderepithels auf der Zervixoberfläche zunächst aus, so ist die Grenze zwischen Platten- und Zy-

linderepithel bei entsprechender Lichtquelle weiterhin eindeutig definierbar und schon mit dem bloßen Auge gut zu erkennen.

Metaplasiezone

Die Umwandlung des auf der Portiooberfläche lokalisierten Zylinderepithels zu Plattenepithel führt zur Entwicklung einer sog. Übergangszone/Metaplasiezone (Metaplasie = Zwischen-

ABB. 1: SCHEMA DER EPITHELVERSCHIEBUNGEN AN DER CERVIX UTERI (PORTIO UTERI)



1. Originäre Portio

2. Zirkumorale Ektopie

3. Partielle Transformationszone

4. Vollständige Transformationszone

Erläuterungen: Weiße Fläche = originäres Plattenepithel; schraffierte Fläche = Transformationszone; Fläche mit kleinen Sechsecken = originäres Drüsenepithel.

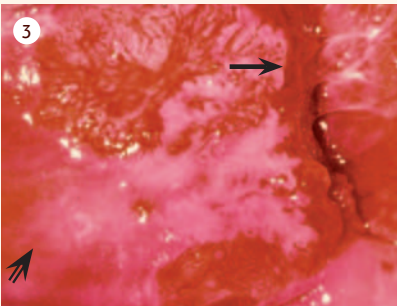
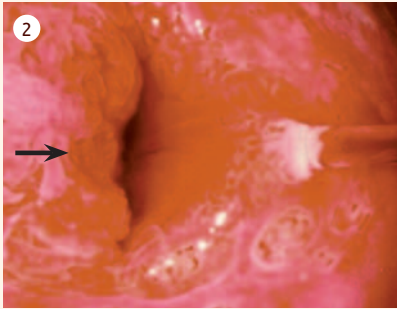


Abb. 2: Ektopie mit beginnender metaplastischer Umwandlung der Drüsenzellen. Typischer zart essigweißer Bezirk mit gut konturierter Abgrenzung zum originären Drüsenepithel („Inner Border“) (Pfeil) (T1) (Zytologische Diagnose: Pap I).

Abb. 3: Essigweiße Transformationszone mit zum Teil unregelmäßigem, erhabenem Mosaik und vereinzelt offenen Drüsen (T2). Zytologische Diagnose: Verdacht auf CIN II-III, Pap IIID. Entnahme einer Gewebeprobe bei 11 Uhr zu empfehlen (Pfeil = „Inner Border Lesion“, Doppelpfeil = laterale Begrenzung der Transformationszone).

form). Diese breitet sich in unterschiedlicher Ausprägung aus und wird nach Ausreifung der Metaplasiezellen zu Plattenepithelzellen zur sog. Transformationszone. (Auf charakteristische Phänomene wie offene Drüsen und Ovula Nabothi in der Transformationszone soll an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden.)

Transformationszone

Dementsprechend entstehen zwei Begrenzungslinien:

- ▼ eine laterale und ältere Begrenzungslinie zwischen dem originären Plattenepithel und dem Plattenepithel der Transformationszone und
- ▼ eine mediale und junge Begrenzungslinie zwischen dem Drüsenepithel und der Metaplasiezone.

Beide Begrenzungslinien finden sich in der Regel bei Frauen in der Geschlechtsreife gut einsehbar auf der Portio externa, wobei die innere Grenzlinie deutlich schärfer konturiert ist.

HPV-Prädilektionsbezirke

Sowohl die originäre Plattenepithel-Zylinderepithel-Grenze als auch die mediale Begren-

zung bei Vorliegen einer Transformationszone sind die Prädilektionsbezirke für die Entwicklung einer zervikalen Dysplasie. In diesen Bezirken finden die humanen Papilloma-Viren (HPV) offensichtlich die besten Voraussetzungen für ihre Vermehrung. Für die Entstehung einer intraepithelialen Neoplasie gilt als *conditio sine qua non* die Integration von HPV-DNS in das Genom der sog. Reservezellen, d.h. der Stammzellen der Epithelregeneration.

Bei der Kolposkopie sollte deshalb insbesondere die „Inner Border“ ins Visier genommen werden, weil sich in aller Regel bei Verdacht auf eine Dysplasie in diesem Bereich die Bezirke mit den höchsten Dysplasiestufen finden.

„Inner Border Lesions“

Sinnvollerweise werden die im Bereich der „Inner Border“ lokalisierten Dysplasieareale auch als „Inner Border Lesions“ bezeichnet.

Allerdings muss eingeräumt werden, dass sich in praxi die entsprechenden Areale nicht immer sehr einfach darstellen lassen. Deshalb gilt auch der Grundsatz: Zur histologischen Diagnosesicherung sollte möglichst Zervikalkanalnah biopsiert werden (s. Abb. 3 und Abb. 4). Insbesondere bei älteren postmenopausalen Patientinnen mit großer geschlossener Transformationszone liegt die Plattenepithel-Zylinderepithel-Grenze oft tief im Zervikalkanal, so dass eine kolposkopische Befundbewertung nicht möglich ist (T3-Befund) (siehe auch die Folge V der Dysplasiesprechstunde in der Ausgabe 3/2011 dieser Zeitschrift). In solchen Fällen muss die Diagnosesicherung durch Zervixabrasio und evtl. Konisation erfolgen.

VERFASSER:



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