

## Weiterbildung

## Zentralblatt für Gynäkologie

© 1997 Johann Ambrosius Barth

### 14. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Zervixpathologie und Kolposkopie

13.–15. 6. 1997 in Stralsund

**Veranstalter:** Arbeitsgemeinschaft für Zervixpathologie und Kolposkopie, Sektion der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

**Wissenschaftlicher Leiter:** Prof. Dr. med. J. Heinrich, Chefarzt der Frauenklinik, Klinikum der Hansestadt Stralsund GmbH

**Organisatorischer Leiter:** Dr. med. J. Quaas, Frauenklinik, Klinikum der Hansestadt Stralsund GmbH

### HPV-induzierte Veränderungen und Präkanzerosen des unteren Genitales

A. Schneider

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Friedrich-Schiller-Universität Jena

Die Prävalenz klinischer HPV-Infektionen (Condylomata acuminata oder Genitalwarzen) liegt zwischen 0,24 und 13 %. Die Häufigkeitsrate hängt dabei vorwiegend vom Risikoprofil für sexuell übertragene Erkrankungen und der Altersverteilung der untersuchten Bevölkerung ab. Subklinische genitale HPV-Infektionen sind ca. 2fach häufiger als klinische Infektionen. Bei Frauen sind Vulva, Vestibulum, Vagina, Perineum und die perianale Region die am häufigsten infizierten Regionen. Die high risk Typen HPV 6 und 11 werden in 95 % aller Condylomata acuminata nachgewiesen. Während Condylomata acuminata an der Zervix selten vorkommen, findet man HPV induzierte Präkanzerosen im unteren Genitaltrakt am häufigsten im Bereich der Zervix, gefolgt von Vulva, Vagina und perianaler Region. Bei den zervikalen Präkanzerosen werden vorwiegend high risk Papillomvirstypen, am häufigsten HPV 16, identifiziert. Die HPV-Nachweisrate verhält sich reziprok zum Schweregrad der zervikalen Läsion; während sie bei zervikalen intraepithelialen Neoplasien (CIN) ersten Grades, je nach Empfindlichkeit des verwandten HPV-Nachweisverfahrens, zwischen 22 und 77 % liegt, können low risk HPV-Typen beim CIN III in 56 bis 100 % der Fälle identifiziert werden. Vulväre intraepitheliale Neoplasien (VIN) Grad III enthalten in bis zu 95 % high risk HPV-Typen. Hierbei wird morphologisch zwischen dem kondylomähnlichen VIN und dem basaloïden VIN unterschieden, wobei ersteres in 65 % und letzteres in 30 % positiv für high risk HPV ist. Der HPV DNA-Nachweis kann die Sensitivität der zytologischen Vorsorge zur Erkennung von zervikalen Präkanzerosen signifikant verbessern. Ebenso können unklare zytologische Befunde durch den HPV DNA-Nachweis einer validen Triage unterzogen werden. Zur Bestimmung des Progressionspotentials von CIN I reicht die HPV-Typisierung allein nicht aus. Zusätzliche Progressionsmarker sind Virusload und wiederholte Positivität für high risk HPV sowie potentiell genetische Marker. Da bisher keine allgemein anerkannte HPV-Nachweismethode für die Routine zur Verfügung steht, da die Qualitätskontrolle des HPV-Nachweises nicht gesichert ist und da eine Kosten-Nutzen-Analyse für den Einsatz eines HPV-Nachweisverfahrens im Rahmen der Vorsorge noch nicht vorliegt, kann der Einsatz eines HPV-Tests im Routinescreening bisher nicht empfohlen werden.

### Zervikale Intraepitheliale Neoplasien (CIN) – Biopsiemethoden zwischen Diagnostik und definitiver Therapie

J. Quaas, J. Heinrich

Klinikum der Hansestadt Stralsund, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe (Chefarzt: Prof. Dr. med. habil. J. Heinrich)

Retrospektiv wurden 1195 Konisationen der Jahre 1977 bis 1996 analysiert. In 146 Fällen (12,2 %) erfolgte eine Konisation trotz eines präoperativen Zytologiebefundes der Gruppe II K. In der Gruppe der Konisationen mit einem histologischen Ergebnis CIN III (n = 768) befanden sich immerhin 52 Patientinnen (6,8 %), die einen Zytologiebefund < Pap III und IIID hatten. Das heißt, die Rate der falsch negativen Zytologiebefunde in diesem selektierten Patientengut lag bei ca. 7 %. Demgegenüber wurden bei 150 Konisationen (12,5 %) histologisch keine Atypien gefunden, von denen aber 40 Patientinnen (26,7 %) einen Zytologiebefund Pap IV und 55 Patientinnen (36,7 %) einen Zellbefund Pap III präoperativ hatten.

Unter 336 Patientinnen (28,1 %) mit einem Befund < CIN III hatten 144 Frauen (42,9 %) bei Einweisung einen Zellbefund Pap III und III D und 102 Patientinnen (30,4 %) sogar einen Zellbefund der Gruppe Pap IV. Bei einer Einweisungszytologie (n = 1182) von Pap III, III D, IV a und IV b ergab sich für 164 Frauen (13,9 %) lediglich abnormes Epithel bzw. eine leichtgradige CIN I-Läsion. Für diese Gruppe stellte die Konisation eine deutliche Überbehandlung dar.

Setzt man die Maßstäbe noch strenger und bezieht die CIN II-Läsionen mit ein, so ergeben sich 274 Fälle, für die eine Konisation primär nur bedingt indiziert war. Im Zeitraum von 1985 bis 1995 wurden den Patientinnen, die zur Konisation eingewiesen wurden, vermehrt gezielte ektozervikale Biopsien mit und ohne zusätzliche Portioabschabung und Zervixabrasio zur primären histologischen Abklärung angeboten. Die Konisation wurde nach Möglichkeit bei Frauen mit noch bestehendem Kinderwunsch auf histologisch nachgewiesene CIN III-Läsionen beschränkt.

Bei 130 Fällen erfolgte eine vergleichende Aufarbeitung von Knipsbiopsie und Portioabschabung. Die histologische Übereinstimmung betrug 44,6 %. In 22,3 % wurde der höchste CIN-Grad in der kolposkopisch dirigierten Probeexcision gefunden. In 33 % dagegen zeigte das Material der Portioabschabung den höheren CIN-Grad. Während Unterschiede zwischen den CIN-Gruppen I und II klinisch kaum relevant sind, erscheinen die 9,2 %, bei denen 1 Probe einen CIN III-Befund ergab, besonders bedeutsam.

**Schlussfolgerungen:** Die Konisation als diagnostischer Eingriff sollte zunehmend durch einfachere Biopsieverfahren ersetzt werden. Konisationen ohne Nachweis einer Epithelatypie oder mit CIN I-Befunden stellen eine Überbehandlung dar und sind vermeidbar. Die Konisation bleibt dagegen das dominierende Therapieverfahren bei CIN III-Läsionen. Bei kolposkopisch ektozervikal gelegenen Befunden sollten aus den auffälligsten Arealen Gewebepartikel mit geeigneten Instrumenten entnommen werden. Am besten für die Knipsbiopsie geeignet sind abgewinkelte Spezialzangen mit scharfen Branchen, die eine Gewebeentnahme unter Sicht ermöglichen und Quetschartefakte im Gewebe vermeiden. Fehlen eindeutige kolposkopische Befunde einer Epithelatypie, so bietet die großflächige Portioabschabung zusätzlich zu Knipsbiopsien eine ausreichende Sicherheit. Die Trefferrate der kolposkopisch dirigierten Biopsie ist von der Untersucherqualifikation abhängig. Die Übereinstimmung von kolposkopischem Befund und histologischem Ergebnis wird in spezialisierten Dysplasiesprechstunden erwartungsgemäß besser sein. In der Regel sollen die ektozervikalen Biopsiemethoden mit einer Zervixabrasio kombiniert werden. Bei jugendlichen Patienten mit deutlich erkennbarer Platten-Zylinder-epithelgrenze ohne auffällige kolposkopische Befunde, die in den Zervikalkanal hineinreichen, kann auf eine Zervixabrasio verzichtet werden. Die in den letzten Jahren zunehmend eingeführte HF-loop-excision wird zukünftig den Anforderungen an eine sichere histologische Diagnose bei gleichzeitig hohem Anteil definitiver Therapie am besten gerecht.

### Das Mikrokarzinom an der Zervix uteri

R. Winter

Geburtshilflich-gynäkologische Univ.-Klinik Graz, Österreich

In den Jahren 1958 bis 1992 wurden an der Grazer Frauenklinik 494 Patientinnen mit einem Stadium Ia des Zervixkarzinoms nach der FIGO-Klassifikation 1985 behandelt. 367 Patientinnen wiesen ein Stadium Ia1 und 127 ein Stadium Ia2 auf. Bis 1970 wurden etwa 40 % der Patientinnen mit einem Stadium Ia1 einer radikalen vaginalen Hysterektomie oder einer radikalen abdominalen Hysterektomie unterzogen. 48 % wurden mittels Hysterektomie und nur 12 % mittels Konisation behandelt. Nach 1971 wurde die radikale Hysterektomie für das Stadium Ia1 nicht mehr weiter angewendet. Der Konisation wurde mit 73 % der Vorzug gegeben, während 27 % der Patientinnen einer einfachen Hysterektomie unterzogen wurden. Das Stadium Ia2 wurde vor dem Jahre 1975 in 66 % der Patientinnen mit einer radikalen vaginalen oder radikalen abdominalen Hysterektomie behandelt. Hingegen wurde in 29 % die einfache Hysterektomie und in 4 % die Konisation als Therapie eingesetzt. In den nachfolgenden Jahren wurde die radikale vaginale Hysterektomie nicht mehr weiter durchgeführt und nur mehr 22 % der Patientinnen sind einer radikalen abdominalen Hysterektomie unterzogen worden. In weiteren 20 % der Patientinnen erfolgte eine einfache Hysterektomie, während die Rate an Konisationen von 4 auf 54 % anstieg. In den letzten 5 Jahren wurden Patientinnen mit histologischen Risikofaktoren einer einfachen Hysterektomie mit pelviner Lymphadenektomie anstelle einer radikalen abdominalen Hysterektomie behandelt.

Die mi  
Bereicl  
110 Pa  
achtet.  
wurde  
und be  
5 Frau  
div. 3  
Entspr  
Krank  
Stadiu  
sind ni  
invasi  
raten 1  
nen. E  
diesel  
Zusar  
durch  
tinner  
werde  
mit d

Indiv

J. Bal

Fraue

Die r

weib

epith

„Pap

Vorl

durch

-ausc

grun

rend

der

lasse

sion

ist d

gisc

entf

die

Inve

Ges

ingu

der

bes

Fall

die

rese

ent

pro

sen

tet,

las:

ing

die

CI

PC

M.

Gy

de

Fr

we

in

pl

A:

ei

be

M

A

gi

er

b