Gynäk. Rdsch. 1964;1:241-242

Intraepitheliales Karzinom der Cervix uteri

Morphologie, klinisches Bild, Behandlung

V.P.		Mikhailov
A.A.		Terekhova
G.G.		Gevorkyan

Moscow

In den Jahren 1950 bis 1960 wurden durch Probeexzision an 44387 Patientinnen 3 798 maligne Tumoren nachgewiesen, von denen 2676 an der Cervix oder im Corpus uteri lokalisiert waren. Hierin sind 533 Fälle von intraepithelalem Karzinom eingeschlossen. Auf Grund der bei letzteren gemachten Beobachtungen wird festgestellt, daß das «Carcinoma in situ» als ein präblastomatöses Stadium auf dem Boden dyskeratotischer, dysplastischer und

* Novopesehanaya UI, D. 4, Korp 2 Kv. 64, Moscow, UdSSR.

242 Mikhailov, Terekhova und Gevorkyan

metaplastischer Prozesse in Kombination mit einer Hyperkeratose, Acanthose, Parakeratose und Spongiose aufzufassen ist, nicht selten vom Typ Bowen, Paget und Queyrat-Giorno. Es kann in alien Organsystemen des Körpers unter ähnlichen biologischen und histopathologischen Eigenschaften auftreten und häufig erst nach längerer Zeit vom präinvasiven Stadium in ein echtes Karzinom übergehen. Im untersuchten Material wurde als weitere präblastomatöse Veränderung ein Karzinoid bzw. argentaffiner Tumor des Epithels gefunden, welcher gleichfalls mit ähnlichen biologischen und histopathologischen Eigenschaften in alien Organsystemen auftreten kann. Das für diesen Tumor typische hormonovvaskuläre Syndrom konnte bei Patientinnen mit einem Karzinoid der Ovarien, der Eileiter, der Cervix uteri sowie der Vagina und Vulva beobachtet werden. Es wird unterstrichen, daß die Früherkennung des intraepithelialen Karzinoms und des Karzinoids besonders wichtig ist, da wegen der noch fehlenden Metastasierung in der Regel kleine chirurgische Eingriffe für die Behandlung ausreichend sind. H. Koester

Kommentar zu den Arbeiten auf S. 239–242

Die sehr langsam sich ausbreitenden Vorsorgeuntersuchungen besonders die Zytodiagnostik

führen immer häufiger zur Erkennung früher

frühester und Vorstadien des Kollumkarzinoms. Dies zeigen auch die Zahlen aus den Annual Reports sehr deutlich. Die Diagnose des gesteigert atypischen Epithels der Portio (sog. Carcinoma in situ) kann natürlich nicht durch die Zytodiagnostik – auch nicht durch die Kürettage des Uteruskavums – gestellt werden

sondern nur durch histologische Untersuchung eines durch Konisation oder Ringbiopsie entfernten Gewebstückes aus der Portio. Nur wenn sichergestellt ist

daß das veränderte Epithel in ganzer Ausdehnung in dem untersuchten exzidierten Gewebstück enthalten war

kann die Diagnose «gesteigert atypisches Epithel = Carcinoma in situ = präinvasives Karzinom» gestellt werden. Ob das gesteigert atypische Epithel sich spontan d. h. ohne jede Einwirkung von außen zurückbilden kann wird sich nur sehr schwer klären da wir ja mit der diagnostischen Konisation bereits eine therapeutische Maßnahme vorgenommen haben. Was hat nun zu geschehen? Das abwartende Verhalten im Vertrauen auf die voll-ständige Entfernung des erkrankten Gewebes scheint uns nur dann erlaubt wenn fort-laufende Überwachung durch Nachuntersuchungen (Zytologie) für die nächsten Jahre voll gesichert erscheint; dabei spielt der Wohnsitz der Patientin ihre Einsicht und eigene Mitwirkung eine Rolle sowie auch das Lebensalter. Radikale operative Eingriffe nehmen wir bei Carcinoma in situ (präinvasives Karzinom) nicht vor; auch die Radiumeinlage scheint uns nicht genügend begründet. Die zeitweise angewandte Portioamputation wird offenbar wenig gebraucht. Wir bevorzugen die einfache Uterus-exstirpation wenn möglich vaginal; dabei muß die Cervix des exstirpierten Organes ausführlich histologisch untersucht werden. Die Therapie des sehr kleinen – Mikro -invasiven Karzinoms ist natürlich eine ganz andere; sie wird bei späterer Gelegenheit erörtert. H. Schwalm