Gynäkologische Lasertherapie bei der Behandlung von Condyloma acuminata und Carcinoma in situ im Genitalbereich

C.		Breuel
R.		Adam
E.		Siebzehnriibl
A.H.		Tulusan

Universitäts-Frauenklinik Erlangen (Direktor: Prof.Dr. N. Lang)

Dr. C. Breuel, Universitäts-Frauenklinik, Universitätsstraße 21, D-8520 Erlangen

Seit 1986 werden an der Universitäts-Frauenklinik Condylomata acuminata des Genitale und andere gutartige Erkrankungen mit Laser-Evaporisation behandelt. Wir haben bisher 23 Patienten mit Condylomata acuminata der Vulva, der Vagina und des Anus mit dem CO₂-Laser therapiert. Diese Patienten waren häufig vorbehandelt, in der Regel mehrfach, bevor sie zu uns überwiesen wurden. Bakterielle Abstriche ergaben oft eine gleichzeitige Besiedelung mit Chlamydien. Die Therapie erfolgte unter stationären Bedingungen in Allgemeinnarkose. Nachblutungen oder Wundinfektionen traten in keinem Fall auf. In allen Fällen fand sich bei der Nachuntersuchung 2 bis 6 Wochen nach Therapie ein ausgezeichneter Heilungsverlauf. Bei 2 Patientinnen fand sich bei der Nachuntersuchung ein Rezidiv, bzw. war die Lasertherapie nur unvollkommen. In beiden Fällen haben wir die Laser-Evaporisation wiederholt. Erneute Rezidive sind bisher nicht aufgetreten.

Aufgrund der ersten guten Ergebnisse mit dem Laser bei der Therapie benigner Erkrankungen der Vulva und des übrigen Genitale wurde dieses Verfahren auch zur Therapie prämaligener Erkrankungen eingesetzt. Es wurden insgesamt 7 Patientinnen mit Präkanzerosen der Vulva und der Vagina behandelt, 6 hiervon mit einem Morbus Bowen der Vulva und eine Patientin mit Carcinoma in situ der Scheide. Vor Beginn der Laser-Therapie war die histologische Sicherung der Diagnose erfolgt. Bei ausgedehnten Befunden wurde gleichzeitig die chirurgische Excision der ausgeprägtesten Läsionen durchgeführt. Anschließend wurden die verbleibenden präkanzerösen Läsionen mit dem CO₂-Laser evaporisiert. Die Eingriffe an der Vulva wurden ebenfalls alle in Allgemeinnarkose durchgeführt. Bei einer der 7 Patientinnen mit ausgedehntem Befund trat ein Rezidiv auf, das wir erneut gelasert haben. Zur Zeit ist diese Patientin rezidivfrei. Bei einer weiteren Patientin die 1982 wegen eines Vulvakarzinoms partiell vulvektomiert und wegen eines Rezidivs 1985 erneut lokal operiert wurde, haben wir wegen erneuter präkanzeröser Veränderungen im Mai 1986 die Lasertherapie durchgeführt. Die anschließenden Kontrolluntersuchungen hatten bis zur letzten Kontrolle vor 14 Tagen unauffällige Befunde ergeben. Es zeigte sich jetzt wiederum ein auffälliger Befund. Die histologische Abklärung ergab ein Rezidiv eines Morbus Bowen. Die erneute Laser-Therapie ist hier vorgesehen. Durch diese durchaus ermutigenden Anfänge haben wir im vorigen Jahr begonnen, prämalige Veränderungen auch der Cervix uteri durch Laser-Evaporisation zu behandeln. Bisher wurden 13

Patientinnen mit zervikaler intraepithelialer Neoplasie Grad I–III behandelt, 9 Patientinnen
hiervon

Mitteilungen zum 2. Hauptthema

89

konnten bisher nachkontrolliert werden. Hiervon waren 3 Patientinnen nach Therapie wiederum durch einen positiven zytologischen Abstrich aufgefallen. Eine Patientin wurde erneut gelasert und ist seit einem halben Jahr rezidivfrei. Eine weitere Patientin wurde, da die zytologischen Veränderungen der Portio insgesamt rückläufig waren, lediglich kontrol-liert. Ein dreiviertel Jahr nach Therapie ist die Patientin sowohl kolposkopisch als auch zytologisch unauffällig. Die dritte Patientin mit unzureichender Evaporisation des veränder-ten Portioepithels hat sich in die Behandlung eines niedergelassenen Kollegen zur Kryothe-rapie begeben. Hier steht eine Kontrolle bislang aus.

Voraussetzung für den Erfolg der Lasertherapie bei zervikaler intraepithelialer Neoplasie ist vor allem eine sorgfältige Auswahl der Patientinnen. Geeignet hierfür sind lediglich Fälle bei denen sich die prämaligen Veränderungen des Zervixepithels im Bereich der Ektozervix befinden und bei denen die Übergangszone einsehbar ist. Vor jeder Therapie sollte die histologische Sicherung der zytologischen Verdachtsdiagnose erfolgen. In Erlangen geschieht dies durch die Portioabschabung mit gleichzeitiger Zervixcurettage. Wichtig ist die sorgfältige Nachuntersuchung der behandelten Patientinnen mit zytologischen und kolposkopischen Kontrollen

am besten in einer Spezialsprechstunde. Die noch insgesamt hohe Rate an persistierenden dysplastischen Veränderungen nach Lasertherapie wird sicher mit zunehmender Fallzahl und damit zunehmender Geübtheit in der Methode abnehmen. Durch die Anwendung des Lasers im Bereich des Genitale können trotz suffizienter Therapie die anatomischen Strukturen bewahrt werden. Besonders im Bereich der Portio bietet dieses Verfahren eine sinnvolle Alternative zur Konisation bei Frauen mit noch vorhandenem Kinderwunsch. Ein besonderer Vorteil der Laser-Therapie ist unbestrit-ten die gefahrlose Anwendung während der Schwangerschaft und nicht zuletzt die nahezu unbegrenzte Wiederholbarkeit.