Die Konisation non in sano

M.		Lahousen
H.		Pickel
F.		Girardi
G.		Jäger

Geburtsh.-gynäkol. Univers.-Klinik Graz (Vorst.: Prof. Dr. R. Winter)

Prof. Dr. M. Lahousen, Geburtsh.-gynäkol. Univers.-Klinik, Auenbruggerplatz 14, A-8036 Graz

Die scharfe Konisation ist in erster Linie ein diagnostischer und erst ein zweiter ein therapeutischer Eingriff. Die Indikation ergibt sich aufgrund einer mittels Biopsie gesicherten epithelialen Atypie, bis zum Verdacht auf Beginn des invasiven Wachstums. Geringe Dys-plasie und suspekte Smears, die über einen längeren Zeitraum persistieren, stellen eine weitere Indikation dar. Erfolgte die Abtragung der atypischen Epithelveränderung im Gesunden, ist die Diagnose und damit auch die Therapie erreicht. Unklar dagegen ist das weitere Vorgehen, wenn die Entfernung der Veränderung unvollständig, non in sano, erfolgte. Verlaufen die Schnittträger eines Konus nicht über-all durch gesundes Zervixgewebe muß damit gerechnet werden, daß an dieser Stelle eine zervikale intraepitheliale Neoplasie (CIN) zurückbleibt. Dazu kommt das Problem der Nachsorge, wenn die atypische Veränderung an der Ektozervix oder im Zervikalkanal lokalisiert ist. Es erhebt sich daher die Frage, ob bei dem Befund, Konisation non in sano, eine weitere Operation oder ein konservatives Vorgehen indiziert ist.

In den Jahren 1970 bis 1990 wurde an der Grazer Klinik bei 3663 Patientinnen mit der Diagnose CIN III eine Konisation durchgeführt. Die jüngste Patientin war 15 Jahre, die älteste 84 Jahre alt. Die Technik der Schnittführung richtete sich nach der Lokalisation der Veränderung. Ein hoher Konus muß bei der Lokalisation der Veränderung im Zervikalkanal, ein flacher Konus bei Veränderung an der Zervix-außenfläche durchgeführt werden. Die Hämostase wird mittels Elektrokoagulation nach Herausschneiden des Konus erreicht. Ganz wichtig ist die aufwendige histologische Aufarbeitung. Nur damit ist es möglich festzustellen, ob die gesamte atypische Veränderung entfernt worden ist. Alle Frauen wurden in der Nachsorgeambulanz der Klinik engmaschig nachkontrolliert. Die Kontrolluntersuchung umfaßt die Kolposkopie, die Zytologie und die gynäkologische Palpation. Erfolgte die Konisation non in sano, so wurde eine Biopsie und/ oder eine Zervikalkanal curettage durchgeführt. Die Untersuchungsintervalle betrugen im ersten Jahr 3 Monate, danach ein halbes Jahr. Ab dem 5. Jahr erfolgt die Kontrolle jährlich. Bei 3663 Frauen mit der Diagnose CIN III erfolgte bei 2984 (82 %) die Konisation im Gesunden. In einem Zeitraum von 5-7 Jahren konnte in 8 Fällen ein neuerliches Auftreten von CIN III festgestellt werden.

Bei 669 Patientinnen (18 %) erfolgte die Konisation nicht im Gesunden. In 345 der Fälle (52%) lag die Veränderung zervikalwärts, bei 262 (39 %) peripher und bei 62 (9 %) peripher und zervikalwärts nicht im Gesunden. Aufgrund der inadäquaten Therapie wurde bei 228 Frauen (34%) ohne Kinderwunsch oder nach abgeschlossener Familienplanung die Hysterektomie durchgeführt. Das durchschnittliche Alter lag bei diesen Patientinnen bei 45 Jahren. Dabei

konnte bei 69 Frauen (30 %) noch Oberflächenkarzinom nachgewiesen werden. Im Rahmen der Nachsorge wurde bei 4 Frauen 1-4 Jahre nach der Hysterektomie eine vaginale intraepitheliale Neoplasie III (VAIN III) am Scheidengrund festgestellt.

441 (66 %) der Frauen mit Kinderwunsch wurden einer sehr eng-maschigen Kontrolle unterzogen. Das durchschnittliche Alter lag bei 35 Jahren. Bei 53 Patientinnen (12 %) konnte durch die Biopsie oder Zervikalkanalcurettage eine Persistenz der atypischen Epithelveränderungen nachgewiesen werden. Bei diesen 53 Patientinnen erfolgte eine Hysterektomie. Bei einer Patientin kam es nach der Hysterektomie zum Auftreten einer VAIN III. Bei den restlichen 338 Patientinnen, ohne Hysterektomie, konnte bei der weiteren sorgfältigen Kontrolle eine Persistenz der zervikalen intraepithelialen Neoplasie festgestellt werden. Man fand somit in der Gruppe mit Hysterektomie 5 Restbefunde und in der Gruppe ohne Hysterektomie einen. Verfolgt man das Schrifttum über die Konisation, so läßt sich über die Jahre eine gleichbleibende kritische Einstellung feststellen. Wir glauben nach jahrzehntelanger Erfahrung, daß die Konisation zur Abklärung und Behandlung der CIN III die Methode der Wahl ist. Voraussetzung ist natürlich das Wissen über den Wert und die Technik der Konisation. Die exakte aufwendige histologische Aufarbeitung und engmaschige Nachsorge bringt es mit sich, daß durch einen relativ kleinen Eingriff die Patientinnen von ihrem Leiden geheilt werden können. Ergibt nun der Befund eine Konisation non in sano, kann ruhig zugewartet werden. Die kleine Zahl an Rezidiven (1 %) bedeutet, daß die Frage der eventuellen Hysterektomie nicht bejaht werden kann. Die exakte histologische Aufarbeitung und die engmaschige Nachkontrolle sind ein Garant dafür, daß die notwendigen therapeutischen Behandlungsschritte jederzeit gesetzt werden können.

Literatur beim Verfasser.