Elektrochirurgische Schlingenexzision von prämaligen Veränderungen der Zervix uteri mittels Hochfrequenzstrom

A.		Reinhaller ^a
Ch.		Kainz ^a
G.		Gitsch ^a
G.		Breitenecker ^b

^aII. Univers.-Frauenklinik Wien (Vorst.: Prof. Dr. H. Janisch) ^bPathol.-Anatom. Institut d. Univers. Wien (Vorst.: Prof. Dr. J. H. Holzner)

Univ.-Doz. Dr. A. Reinhaller, II. Univers.-Frauenklinik, Spitalgasse 23, A-1090 Wien

Die zunehmenden Infektionen des weiblichen Genitaltraktes mit humanen Papilloma Viren haben in den letzten Jahren zu einer ständig steigenden Zahl von Patientinnen mit histologisch abklärungsbedürftigen Abstrichen und Kolposkopiebefunden geführt. Um hier eine möglichst stadiengerechte Therapie von condyloma-tösen und/oder intraepithelialen neoplastischen Veränderungen durchführen zu können, ist die biotische Abklärung von suspekten Kolposkopiebefunden unerlässlich. Erst im Anschluß an die Biopsie kann dann entschieden werden, ob zugewartet, lokal destruiert bzw. konisiert werden sollte. Die Anwendung von lokalen Destruktionsverfahren mit vorangegangener Biopsie hat jedoch den Nachteil keine Auskunft über die Radikalität des Eingriffs zu geben. Deshalb wurden in letzter Zeit vorallem im angelsächsischen Raum zunehmend elektrochirurgische Schlingenresektionen (Loop Electrosurgical Excision Procedure – LEEP) unter Verwendung von hochfrequentem Strom erfolgreich eingesetzt. Die Methode kann sowohl zur Biopsie als auch zur Konisation eingesetzt werden und ermöglicht vorallem bei Verwendung anstelle einer Biopsie neben der histologischen Abklärung gleichzeitig auch eine in toto Entfernung des suspekten Areals. So können unter Umständen Diagnose und Therapie in einem Untersuchungsgang gestellt bzw. durchgeführt werden. In dieser Arbeit präsentieren wir unsere Erfahrungen und Ergebnisse mit LEEP bei Biopsie und Konisation.

Patienten und Methode

Wir haben in der vorliegenden Untersuchung bislang bei 56 Patientinnen aus unserer Dysplasieambulanz eine Schlingenresektion an der Zervix durchgeführt. Dafür verwendeten wir ein Hochfrequenz-Elektrochirurgiegerät der Fa. Ellman Surgitron. Bei 24 Patientinnen wurde nach vorangegangener Kolposkopie eine Schlingenexzision von ein oder mehreren kolposkopisch suspekten Arealen durchgeführt. Lagen mehrere bzw. sehr ausgedehnte Läsionen vor wurde eine Resektion der gesamten Transformationszone (LLETZ-Large Loop Excision of the Transformation Zone) durchgeführt. Voraussetzung war, daß die Läsion vollständig abgrenzbar und somit die Übergangszone einsehbar war. Eine Lokalanästhesie war nur bei größeren Läsionen bzw. bei LLETZ erforderlich. Die Eingriffe wurden ambulant mittels 5 mm, 10 mm, 15 mm oder 20 mm Schlinge durchgeführt.

Bei 32 Patientinnen, bei denen entweder intraepitheliale Neoplasien, die nach endozervikal nicht abgrenzbar waren, nachgewiesen werden konnten, oder ein rezidivierender PAP HID bei

un-auffälliger Ektozervix oder einmalig PAP IV als zytologischer Befund erhoben wurde, wurde eine Konisation in kurzer Allgemein-narkose durchgeführt. Hierbei kamen für die LLETZ Schlingen im Durchmesser von 15 mm, 20 mm und 25 mm zur Anwendung. Präoperativ wurde zur Hämostase an vier Stellen POR 8 in die Zervix injiziert. Im Anschluß an die LLETZ wurde eine Resektion des Zervikalkanals mittels kleinerer Schlinge durchgeführt. Die beiden Präparate wurden entsprechend Resektionsrändern und Reihenfolge auf einer Korkplatte aufgelegt, fixiert und zur histologischen Beurteilung weiter gesandt.

Ergebnisse

Bei allen Patientinnen konnte der Eingriff erfolgreich durchgeführt und ein histologisch einwandfrei beurteilbares Präparat gewonnen werden. Die Ergebnisse hinsichtlich der Histologie und der Resektionsränder (Entfernung der Läsion im Gesunden) sind für die Schlingenbiopsie, LLETZ und Schlingenkonisation in Tabelle 1 zusammengefaßt. Perioperative und postoperative Komplikationen insbesondere Nachblutungen konnten bislang keine beobachtet werden. Die Patientinnen klagten manchmal unmittelbar post-operativ über leichte, ziehende Schmerzen. Bei Konisation bzw. LLETZ war in jedem Fall ein postoperativer Ausfluß bis längstens 4 Wochen nach der Operation zu verzeichnen. Die Resektionsstellen waren je nach Größe des Resektats in 4–12 Wochen vollständig abgeheilt.

Diskussion

Die Exzision von sichtbaren, prämaligen Veränderungen mittels LEEP und LLETZ weist im Vergleich zur herkömmlichen Knips-biopsie mit eventuell anschließender lokaler Destruktion einige we-

Tabelle 1. Ergebnisse nach elektrochirurgischer Schlingen-biopsie, LLETZ und Schlingenkonisation.

Histologie

Resektionsränder (nur CIN)

Schlingenkonisation

Histologie

Resektionsränder (nur CIN)

Schlingenbiopsie Und LLETZ

sentliche Vorteile auf: 1. gute Patientenakzeptanz; 2. Entfernung der gesamten Läsion – d. h. möglicherweise Diagnose und Therapie in einem Untersuchungsgang; 3. Aussage über die Radikalität des Eingriffs; 4. kostengünstiges und technisch einfaches Verfahren; 5. ambulant leicht durchführbar.

Auch die Konisation mittels Elektroschlinge scheint einige wesentliche Vorteile gegenüber der Konisation mit dem Messer zu haben. 1. Deutlich kürzere OP-Dauer (durchschnittliche OP-Dauer inklusive Vorbereitung 5,6 min); 2. guter kosmetischer Effekt; 3. wäre auch in Lokalanästhesie durchführbar. In unserem Untersuchungskollektiv war der Operationserfolg hinsichtlich der Läsionsfreiheit der Resektionsränder mindestens gleichwertig der Messerkonisation. Ob die Schlingenkonisation auch hinsichtlich des Konisationserfolges besser abschneidet als die herkömmliche Messerkonisation muß noch in