



FrauenHeilKunde – INFO

Newsletter zum Thema Kolposkopie

Ausgabe: Juli 2018

Editorial




Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit dem aktuellen Newsletter möchten wir Ihnen einen Einblick in unsere etablierte und nun erfolgreich rezertifizierte Dysplasie-Einheit geben. Seit Jahren beteiligen wir uns aktiv an der Fortbildung und der Erstellung von Leitlinien. Hier möchten wir Ihnen die für die Behandlung relevanten Algorithmen aus der S3-Leitlinie zur Prävention des Zervixkarzinoms kurz darstellen. In der Beilage finden Sie Informa-

tionen zu seltenen Krankheitsbildern, wie der Behandlung des extramammären Morbus Paget und zu einem neuen Laserverfahren, das für einzelne Patientinnen angeboten werden kann.

Ich wünsche eine gute Lektüre und einen schönen Sommer.

Mit kollegialem Gruß

Ihr 

Prof. Dr. Matthias W. Beckmann

Zertifizierte Dysplasie-Einheit der Frauenklinik– Rückblick und Aktuelles

Seit 08.05.2014 sind wir als erste Dysplasie-Einheit Deutschlands (DYS-E001) nach den neuen Kriterien der DKG/AG-CPC (damals und bis 08/2017 unter der Leitung von Oberärztin PD Dr. Grit Mehlhorn) zertifiziert und somit Mitwegbereiter für eine zertifizierte Organisationsstruktur der Abklärungsdiagnostik im Rahmen des Gesetzlichen Krebsfrüherkennungsprogramms. Diese Struktur wird zukünftig im neuen Screeningprogramm umgesetzt.

In 2018 erfolgten einige Umstrukturierungen: So ist das zytologische Labor aus der Frauenklinik in die Pathologie umgezogen. Des Weiteren wurde die Arztbriefschreibung auf ein papierloses System umgestellt. Beides mit dem Ziel, Ihnen schneller und effektiver die Befunde und einen Behandlungsplan für Ihre Patientinnen zukommenzulassen. Zudem wurde die telefonische Terminvereinbarung erweitert und ist nun von Montag bis Mittwoch von 9.00 bis 12.00 Uhr möglich. Neben der weiter bestehenden telefonischen Terminvereinbarung wurde die zentrale E-Mail-Adresse fk-dysplasie@uk-erlangen.de eingerichtet, um Ihnen einen einfacheren Zugang zu unseren Sprechstunden zu ermöglichen. Weitere Informationen können über die aktualisierte Homepage www.frauenklinik.uk-erlangen.de/patienten/sprechstunden/ abgerufen werden.

Durch die erfolgreiche Rezertifizierung 2017 wurde bestätigt, dass die Dysplasie-Einheit seit 01.08.2017 unter der

Leitung von Oberarzt Dr. Martin Koch die Anforderungen der Diagnostik und Therapie intraepithelialer Neoplasien des unteren Genitaltraktes der Frau vollumfänglich erfüllt. Den individuellen Benchmarking-Bericht der DKG haben wir auf unserer Homepage veröffentlicht. Interessierte können ihn unter www.ccc.uk-erlangen.de/fileadmin/einrichtungen/ccc/okz/genitalkrebszentrum/dateien/Jahresberichte/DYS-E001_jahresbericht_individuell-2018-A1_180627.pdf einsehen.

Dr. Koch, der neue Leiter der Dysplasie-Einheit, wurde im Februar 2018 in die Kommission Vulva/Vagina der AGO aufgenommen. Das Team wird ergänzt durch Dr. Paul Gaß, Carla Schulmeyer und Frederik Stübs, die alle Inhaber des AGCPC-Diploms für Kolposkopie sind. Für die Betreuung invasiver Karzinome besteht eine direkte Kooperation mit dem zertifizierten Gynäkologischen Krebszentrum, in dessen Tumorkonferenz Patientinnen vorgestellt werden.

Neben strukturellen Anforderungen (Kolposkopiediplom, Räumlichkeiten, etc.) sind pro Jahr zumindest 300 dokumentierte Differentialkolposkopien, davon mindestens 100 pro Untersucher, gefordert. In der Dysplasie-Einheit müssen pro Jahr zumindest 150 dokumentierte Fälle von histologisch gesicherten, genitalen Dysplasien oder Karzinomen untersucht werden, davon 50 je Untersucher. Pro Jahr müssen 100 operative Behandlungen (Exzisionen)

Seite 2 →

Fortsetzung des Artikels von Seite 1

genitaler Dysplasien nachgewiesen werden. Seit 2014 erheben wir jährlich unsere Daten und konnten diese kontinuierlich steigern. Die Erlanger Dysplasie-Einheit ist eine der größten Dysplasie-Sprechstunden Süddeutschlands. Wir führen pro Jahr ca. 4000 kolposkopische Untersuchungen in unserer Spezialambulanz für Dysplasien und Vulvaerkrankungen durch. Durch unser erfahrenes Ärzteteam werden ca. 1.500 Patientinnen im Jahr erfolgreich behandelt, von denen ca. 400 eine Operation benötigen.

Zusätzlich zur Standardausstattung auf dem Gebiet der operativen Techniken, bieten wir alle modernen Formen der gewebeschonenden Elektro- und Laserchirurgie sowie spezialisierte onkologische Therapieoptionen bei invasiven Erkrankungen (z. B. laparoskopische OP-Techniken, Vulvektomien, rekonstruktive Lappenplastiken, Sentinelverfahren auch mit Indocyaningrün [ICG], etc.) an. Ziel ist es, bei maximaler onkologischer Sicherheit und bei häufig jungen Patientinnen ein möglichst schonendes Therapieverfahren einzusetzen. Seit diesem Jahr bieten wir auch die FemTouch®-Laserbehandlung zur Vaginalverjüngung bei Atrophie an.

Ein besonderer Schwerpunkt unserer Spezialambulanz für genitale Dysplasien und Erkrankungen der Vulva und Vagina liegt neben der Therapie der zervikalen Dysplasien auch in der Diagnostik und Therapie vulvärer und vaginaler Erkrankungen. Frauen mit chronischer Vulvodynie, Dyspareunie, Lichen sclerosus, Lichen ruber, Infektionen und natürlich auch vulvären, vaginalen oder perianalen Dysplasien und Malignomen, wie auch extramammärem Morbus Paget (EMMP/EMPD) werden hier diagnostiziert und behandelt. An der Erstellung der S2k-Leitlinie zum Vulvakarzinom und an der S2k-Leitlinie zum Vaginalkarzinom haben wir uns aktiv beteiligt.

Unserem Fortbildungsauftrag folgten wir in diesem Jahr erstmals in Kooperation mit der Praxis PD Dr. Mehlhorn durch die jährlich stattfindenden Kolposkopietage. So blicken wir auf die spannenden und erfolgreichen XIX. Kolposkopietage am 29./30.06.2018 zurück, die als Fortgeschrittenkurs der AG-CPC gewertet wurden. Nach Durchführung der Abschlussprüfung ermöglichte dies, das Kolposkopiediplom zu erwerben. Gerne laden wir Sie auch herzlich ein, bei uns zu hospitieren.

Neuerungen der S3-Leitlinie Prävention des Zervixkarzinoms

Ano-genitale Kondylome, Dysplasien und Karzinome, ausgelöst durch eine HPV-Infektion, gehören zu den häufigsten sexuell übertragenen Infektionen. Wir möchten Ihnen einen kurzen Überblick über die zervikalen präinvasiven Läsionen geben und auf die neuen Empfehlungen und Statements der aktuellen Leitlinie eingehen.

Die Diagnostik und Therapie präinvasiver Läsionen der Zervix werden in der im Dezember 2017 publizierten neuen S3-Leitlinie unter Federführung der DGGG „015-0270L Prävention des Zervixkarzinoms“ abgehandelt [3]. Wobei das altersabhängige organisierte Screening weniger durch die genannte Leitlinie, sondern durch die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) definiert wird, welche seit 08.11.2017 in Deutschland ihre Gültigkeit besitzt. Das umsetzungsreife Konzept für das organisierte Zervixkarzinom-Screening als sekundäre präventive Maßnahme ist durch den Gemeinsamen Bundesausschluss (G-BA) noch in der Konzipierung und steht aktuell im Stellungnahmeverfahren u. a. an die Fachgesellschaften zur Kommentierung. Die drei Eckpunkte des Screenings beinhalten [4]:

- „Frauen im Alter von 20 bis 60 Jahren werden alle fünf Jahre von ihren Krankenkassen angeschrieben und über das Screening informiert. Die Information erfolgt altersbezogen ohne Bezug zu Untersuchungsergebnissen und der Screening-Historie.“

- „Frauen im Alter von 20 bis 34 Jahren können eine jährliche zytologische Untersuchung in Anspruch nehmen.“
- „Frauen ab dem Alter von 35 Jahren wird künftig statt der jährlichen zytologischen Untersuchung alle 3 Jahre eine Kombinationsuntersuchung, bestehend aus einem HPV-Test und einer zytologischen Untersuchung, angeboten. Eine obere Altersgrenze wird unter Berücksichtigung der Daten des Monitorings nach einer Übergangsphase beraten. Die Frauen sollten jedoch darüber informiert werden, unter welchen Voraussetzungen eine Beendigung des Screenings nur noch mit einem geringen Risiko für Gebärmutterhalskrebs verbunden ist.“

Die hochgradigen Dysplasien der Zervix, der Vagina und der Vulva werden in vielen Fällen bei immunkompetenten Frauen durch eine high-risk HPV-Infektion ausgelöst. Diese hochgradigen Läsionen (HSIL, high grade squamous intraepithelial lesion) subsumieren nach der histologisch zweigliedrigen WHO-Klassifikation [1] die CIN II/III der Zervix, die VaIN II/III der Vagina und die VIN II/III der Vulva. Wobei die niedriggradigen Läsionen (LSIL, low grade squamous intraepithelial lesion) ein Ausdruck einer reinen HPV-Infektion ohne histologische Zeichen einer Atypie sein können und daher nicht behandlungsbedürftig sind. Für Deutschland bleibt die dreigliedrige Einteilung erhalten durch Ergänzung eines Suffix. Die derzeit gültige zytologische München-III-Klassifikation bildet ebenfalls wei-

Fortsetzung des Artikels von Seite 2

terhin die dreigliedrige Einteilung ab. Die Leitlinie empfiehlt die Übernahme dieser Nomenklatur, allerdings ohne die Übernahme der Empfehlungen aus München III (siehe Empfehlung 3.1 und 3.2 der Leitlinie zur Prävention des Zervixkarzinoms [3]). Hier wurden eigene Empfehlungen generiert, die letztlich zur Empfehlung einer kolposkopischen und bioptischen Abklärung ab Pap III-D-2 oder bei lange persistierenden Befunden führen.

Für die Kontrolle und die Therapie der CIN gelten aus der aktuell gültigen Leitlinie folgende Empfehlungen (Tabelle 1):

■ CIN I (LSIL)

- „Bei histopathologisch gesicherter CIN 1 **soll** abgewartet und die Patientin nach sechs Monaten wieder evaluiert werden.“ (Empfehlung 14.5, [3])
- „Wenn eine CIN 1 mit einer Pap-Gruppe IVa oder schwergradiger assoziiert ist und die Läsion kolposkopisch nicht adäquat beurteilbar ist und sich in die Endozervix ausdehnt, **soll** eine histopathologische Evaluierung des Endozervikalkanals erfolgen.“ (Empfehlung 14.6, [3])
- Eine chirurgische Intervention wird bei CIN I-Persistenz frühestens nach 24 Monaten notwendig [3]

■ CIN II (HSIL)

- „Ist bei histopathologisch gesicherter CIN 2 durch komplettes Einsehen der Platten-Zylinderepithelgrenze die gesamte Läsion beurteilbar, **soll** abgewartet und die Patientin nach sechs Monaten wieder untersucht werden.“ (Empfehlung 14.7, [3])
- „Ist die Platten-Zylinderepithelgrenze bei histopathologisch gesicherter CIN 2 nicht komplett einsehbar und/oder liegt mind. ein Pap IVa vor, **soll** eine histopathologische Evaluierung des Endozervikalkanals erfolgen.“ (Empfehlung 14.8, [3])
- Bei Frauen bis 24 Jahren mit histopathologisch gesicherter CIN 2 **soll** eine konservative Strategie verfolgt werden, vorausgesetzt
 - die Läsion ist in ihrer gesamten Ausdehnung kolposkopisch überwachbar und
 - enthält keine atypische glanduläre Komponente und
 - ein invasives Geschehen ist mit hoher Sicherheit ausgeschlossen.

Bei Persistenz der CIN 2 für mehr als 24 Monate oder Ausdehnung der Läsion nach endozervikal, **sollte** eine Therapie erfolgen. Die Therapie soll gewebeschonend durchgeführt werden. (Empfehlung 14.10, modifiziert [3])

■ CIN III (HSIL)

- „Die histopathologisch gesicherte CIN 3 soll entfernt werden.“ (Empfehlung 14.9, [3])

- Bei Frauen bis 24 Jahren mit histopathologisch gesicherter CIN 3 **kann** eine konservative Strategie verfolgt werden, vorausgesetzt
 - die Läsion ist in ihrer gesamten Ausdehnung kolposkopisch überwachbar und
 - enthält keine atypische glanduläre Komponente und
 - ein invasives Geschehen ist mit hoher Sicherheit ausgeschlossen.

Bei Persistenz der CIN 3 für mehr als 12 Monate oder Ausdehnung der Läsion nach endozervikal, **sollte** eine Therapie erfolgen. Die Therapie soll gewebeschonend durchgeführt werden. (Empfehlung 14.10, modifiziert [3])

- „Die konservative Behandlung der CIN 3 sollte bei Frauen bis 24 Jahren in einer zertifizierten Dysplasie-Sprechstunde stattfinden.“ (Empfehlung 14.11, modifiziert [3])

Für die Operationverfahren gelten:

- „Schlingenexzision und Laserexzision **sollen** die Methoden der Wahl für die Behandlung der squamösen und glandulären zervikalen, intraepithelialen Neoplasie sein.“ (Empfehlung 14.1, [3])
- „Die Laservaporisation zur Behandlung von CIN 1, CIN 2 oder CIN 3 **soll** nach histologischer Abklärung durch Knipsbiopsien nur durchgeführt werden, wenn alle folgenden Bedingungen erfüllt sind:“ (Empfehlung 14.3, [3])
 - die komplette Transformationszone ist einsehbar (T-Zone Typ 1),
 - kein Anhalt für Veränderungen des Drüsenepithels (ACIS),
 - kein Anhalt für ein invasives Geschehen,
 - keine Diskrepanz zwischen zytologischer, kolposkopischer und histologischer Einschätzung der Biologie der Veränderung,
 - die Patientin ist nicht älter als 50 Jahre“
- „Eine Therapie, ob Exzisions- oder Ablationsverfahren, soll unter kolposkopischer Kontrolle erfolgen.“ (Empfehlung 14.4, [3])

Somit wurde die Kolposkopie mit kolposkopischen Kriterien wie zum Beispiel der Einstufung der TZ deutlich in den Vordergrund gerückt. Dies erlaubt teilweise ein deutlich längeres Kontrollintervall. Zudem wird durch die neue Leitlinie nun erstmals auch die reine Laservaporisation mit Zervixkürettage zur Therapie bis hin zur hochgradigen Dysplasie bei jungen Frauen mit Kinderwunsch unter gewissen zytologischen und kolposkopischen Voraussetzungen durch die Leitlinie abgedeckt.

Tabelle 1: Management der zervikalen intraepithelialen Neoplasien (CIN) nach [3]

	Management	Konservatives Management
CIN I (TZ 1/2)	Kontrolle alle 6 Monate	Bis zu 24 Monaten
CIN I (TZ 3/Pap IVa)	Endozervikalkürettage	-
CIN II (TZ 1/2)	Kontrolle alle 6 Monate	Bis zu 24 Monaten (in Graviditate oder < 24 LJ, TZ 1/2 und kein ACIS/Karzinom)
CIN II (TZ 3/≥ Pap IVa)	Endozervikalkürettage	-
CIN III	operative Therapie	Bis zu 12 Monaten* (in Graviditate oder < 24 LJ, TZ 1/2 und kein ACIS/Karzinom)
Postoperative Nachbetreuung	Kontrolle nach 6, 12, 24 Monaten HPV + Zyto Auffälligkeit in HPV oder Zyto → Kolposkopie	Vorerst bei non-in-sano-Kontrolle nach 6 Monaten (Zyto + HPV) bei Persistenz operative Therapie

* Die konservative Behandlung der CIN 3 sollte bei Frauen bis 24 Jahren in einer zertifizierten Dysplasie-Sprechstunde erfolgen. (Empfehlung 14.11, [3])

Behandlung seltener Erkrankungen

Neben der Behandlung von genitalen Dysplasien und invasiven Karzinomen ist unsere Spezialambulanz für genitale Dysplasien und Erkrankungen der Vulva und Vagina auch Anlaufstelle für Patientinnen mit seltenen Erkrankungen des weiblichen Genitalbereichs. Daher möchten wir Ihnen in den beiden Anhängen exemplarisch neue

medikamentöse Möglichkeiten zur Behandlung des extramammären Morbus Paget und neue Laserverfahren (fraktionierte Lasertherapie) für Patientinnen mit Lichen sclerosus, genitalen Atrophieerscheinungen und Dyspareunie/Vulvodynie darstellen.

Impressum

Herausgeber:

Universitätsklinikum Erlangen
Frauenklinik
Universitätsstr. 21/23
91054 Erlangen
Tel.: 09131 85-33553
Fax: 09131 85-33456
fk-direktion@uk-erlangen.de
www.frauenklinik.uk-erlangen.de

V.i.S.d.P.:

Prof. Dr. Matthias W. Beckmann

Gesamtherstellung:

Universitätsklinikum Erlangen, Kommunikation,
91012 Erlangen