

REZEPTFREI – Die UKJ-Erklärsprechstunde

Folge 11 – Keine Abstriche machen beim Abstriche machen - Gebärmutterhalskrebs

Vorspann mit Hintergrundmusik

PROF. DIRK BAUERSCHLAG: Die allerallermeisten Fälle unseres Gebärmutterhalskrebses können wir heilen.

DR. MELANIE SCHUBERT: Wir wissen, dass die HPV-Infektion ist einer der Hauptfaktoren, aber es gibt auch andere Faktoren.

PROF. DIRK BAUERSCHLAG: Nochmal an der Stelle der Aufruf, für das Finden bedeutet, muss auch zum Arzt gegangen sein.

DR. MELANIE SCHUBERT: Die Impfung ist wirklich das bahnbrechendste, was wir in der Gynäkologie erreicht haben.

MODERATORIN: Hallo und herzlich willkommen zu unserem UKJ-Podcast. Heute beschäftigen wir uns mit dem Thema Gebärmutterhalskrebs. Gebärmutterhalskrebs ist die vierthäufigste Krebsform bei Frauen und jährlich erkranken etwa 4.500 Frauen in Deutschland daran. Aber Frau kann etwas dagegen tun, denn es gibt Vorsorgemöglichkeiten. Darüber und wie Gebärmutterhalskrebs erkannt und behandelt werden kann, sprechen wir heute mit Prof. Dirk Bauerschlag, der Direktor unserer Frauenklinik. Hallo.

PROF. DIRK BAUERSCHLAG: Hallo, guten Tag, vielen Dank.

MODERATORIN: Und mit Oberärztin Dr. Melanie Schubert, auch aus der Frauenklinik. Hallo.

DR. MELANIE SCHUBERT: Hallo.

MODERATORIN: Wir haben dieses Mal einige Fragen schon vorab vor unseren Hörerinnen bekommen zum Thema. Die würden wir Ihnen einfach im Laufe der Folge stellen. Aber vielleicht beginnen wir erstmal damit, Prof. Bauerschlag, was ist denn Gebärmutterhalskrebs überhaupt und wie entsteht er?

PROF. DIRK BAUERSCHLAG: Gebärmutterhalskrebs betrifft den Hals der Gebärmutter, den Teil der Gebärmutter, der in die Scheide hineinragt und im Wesentlichen durch Viren verursacht werden kann. Und diese Viren werden übertragen im Wesentlichen durch Geschlechtsverkehr.

MODERATORIN: Das heißt, wir haben auch eine Frage bekommen. Stimmt es, dass man diesen Krebs nur bekommt, wenn man Geschlechtsverkehr hat?

PROF. DIRK BAUERSCHLAG: Also da darf man sagen, dass das im Wesentlichen so zutrifft. Nur Patienten, die schon Geschlechtsverkehr, im Wesentlichen ungeschützten Geschlechtsverkehr aufgenommen haben, die haben ein sehr hohes Infektionsrisiko an dem Virus, dem sogenannten humanen Papillomavirus. Aber, nicht Melanie, es ist so, die meisten Patienten werden dieses Virus im Verlauf ja auch wieder los.

DR. MELANIE SCHUBERT: Genau, die Infektionen, wo es wirklich zu einer Persistenz kommt, die sind relevant für die Entwicklung des Karzinoms.

MODERATORIN: Können Sie das ein bisschen näher erläutern?

DR. MELANIE SCHUBERT: Es ist so, dass im Laufe des Lebens praktisch jede Frau und Mann

Infektion mit dem HPV-Virus bekommen wird, die dann aber auch schnell wieder ausheilt. Und die Infektionen, die wirklich persistieren, die sind es, die über Jahre hinweg dann zu einer Krebsbildung kommen.

PROF. DIRK BAUERSCHLAG: Muss man sagen, wir sprechen auch gern vom Schnupfen des Gebärmutterhalses, weil viele Patienten das einfach durchmachen und loswerden. Und ein Prozent, das ist so das, was man sagen kann, für ein Prozent der Patientinnen, da kommt es eben dazu, dass das Virus nicht vom Körper beseitigt werden kann. Und dann sprechen wir da von einer dauerhaften Infektion. Und da muss man unseren Hörerinnen aber auch sagen, dass das nicht automatisch dann gleich zu einem Gebärmutterhalskrebs führt, sondern das, was Melanie eben schon gesagt hat, dass das über Jahre hin sich entwickelt. Und das ist ja auch der Grund, warum wir mit der Vorsorge so exzellent das vermeiden können. Denn wenn sich etwas langsam entwickelt, dann kommen wir dem auch in der Regel gut auf die Schliche.

MODERATORIN: Da sprechen Sie schon ein wichtiges Thema an, Vorsorge. Welche Möglichkeiten gibt es denn da bei Gebärmutterhalskrebs?

DR. MELANIE SCHUBERT: Ja, bei der Vorsorge ist es ja so, dass jede Frau ab dem 20. Lebensjahr die jährliche Vorsorge beim Gynäkologen durchführen kann. Die beinhaltet die gynäkologische Untersuchung und auch den Pap-Abstrich, also einen Abstrich vom Gebärmutterhals. Und ab dem 35. Lebensjahr ist es so, dass wir eine Co-Testung durchführen seit den letzten Jahren, wo wir zum einen einen Pap-Abstrich machen, aber auch eine konkrete Testung auf dieses HPV-Virus.

PROF. DIRK BAUERSCHLAG: Und da können Sie auch daran erkennen, dass wir diese Differenzierung zwischen der ganz jungen Patientin und der Patientin ab 35 machen, weil wir davon ausgehen, dass eben in den jungen Altern nahezu alle Patienten eine HPV-Infektion durchmachen. Und die würden wir dann vielleicht bei Abstrichen, wenn wir sehr früh schon eine HPV-Testung machen, aufdecken. Und dann würden wir viel Unruhe entstehen, aber bei den allermeisten Patienten wäre es ja wieder natürlicherweise los. Und deswegen gibt es dann erst ab 35, wenn man davon ausgeht, dass sich im Wesentlichen die partnerschaftliche Beziehung stabilisiert hat, und man nur noch im Wesentlichen einen Geschlechtspartner hat, dann die HPV-Testung auch Sinn macht, die dann aufzunehmen, damit man nicht so viele, sagen wir mal, positive Tests hat, die natürlicherweise weggekommen wären dann, nicht?

MODERATORIN: Wie kann man generell das Risiko selber verringern, an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken? Weil wenn man mit diesem Virus ja offensichtlich fast immer irgendwie in Kontakt kommt, was kann ich trotzdem tun?

PROF. DIRK BAUERSCHLAG: Also hier müssen wir vielleicht einmal ganz kurz sagen, dass es unterschiedliche Typen dieser Viren gibt. Die haben, tragen Nummern und die Klassischen, die Potenz haben, den Krebs zu verursachen, da sprechen wir von den Typen 16 und 18. Die können durch Impfungen, wir werden das gleich vertiefen, verhindert werden. Es gibt aber auch eine Erkrankung, die nichts Bösartiges, aber lästig sein kann. Das sind sogenannte Feigwarzen, die Warzen, die an der Scheide oder auch am Penis entstehen können. Und die werden von den Typen 6 und 11 verursacht. Und auch gegen diese, oder gegen diese vier Hauptgruppen, kann man eine Impfung durchführen. Und bei dieser Impfung, da ist es wichtig, Melanie, dass wir anfangen, bevor die Aufnahme des Geschlechtsverkehrs stattfindet.

DR. MELANIE SCHUBERT: Genau, und Deutschland ist die Empfehlung, dass wir wirklich ab dem 9. Lebensjahr anfangen mit der Impfung. 9. bis 14. Lebensjahr übernimmt die Krankenkasse, bis zum 17. Lebensjahr gibt es die Nachholimpfung. Da gibt es zwei Impfstoffe. Der eine Impfstoff, der hauptsächlich das 16, HPV 16 und HPV 18 beinhaltet. Und dann gibt es den neunfachen Impfstoff, das Gardasil 9, wo wirklich neun der HPV-Viren beinhaltet sind. Darunter halt das HPV 16 und 18, aber halt auch die schon erwähnten HPV-Viren, die eher zu den lästigen Feigwarzen führen können, also 6 und 11.

PROF. DIRK BAUERSCHLAG: Wichtig ist, dass Jungs und Mädels geimpft gehören. Und du hast ja die Altersgruppe schon gesagt, das sind ja sehr junge Kinder, die geimpft werden sollen. So, das

ist eigentlich im Wesentlichen, und da bitten wir die Eltern auch daran zu denken, bei den Vorstellungen der Kinder zu den U-Untersuchungen oder auch zu den J-Untersuchungen mit den Kinderärzten in die Diskussion zu gehen, dass eine Impfung auch von dem Robert-Koch-Institut dringend empfohlen ist, sowohl für Jungs als auch für Mädels. Und der Vorteil ist, je früher wir impfen, desto weniger müssen wir impfen, in dem Sinne, dass man als junger Mensch, also wenn man so 9 bis 14 ist, kriegt nur zwei Impfdosen, wenn man älter ist, kriegt man schon drei Impfdosen, weil das Immunsystem ein bisschen träger wird über die Zeit. Und für mich ist es wichtig, dass ich auch darauf hinweise, dass Jungs geimpft gehören, weil es sonst, wir nennen das Ping-Pong-Infektion geben kann, zwischen Jungs und Mädels, bei jedem Geschlechtsverkehr hin und her werden die Viren übertragen, deswegen ist unsere Empfehlung, beide Geschlechter zu impfen. Und bei den Jungs führt es eben dazu, dass es zu einer Reduktion von Krebs am Penis kommt, das Peniskarzinom wird reduziert und das Karzinom am Anus, bei Analverkehr kann das auch dort angebracht werden, dieses Virus, das wird deutlich reduziert, ebenso eine Verminderung des Karzinoms in dem Mundhöhlenbereich, weil auch hier die Viren eintreten können und sich dort festsetzen können und zu sehr unangenehmen, sehr schwer zu behandelnden Tumoren führen kann. Wo schützt das bei den Mädels?

DR. MELANIE SCHUBERT: Bei den Mädels ist es wirklich so, dass der Gebärmutterhalskrebs das Karzinom ist, welches am häufigsten ist. Wie gut schützt die Impfung? Wir wissen, die Impfung gibt es ja jetzt schon einige Jahre und wir haben gute Ergebnisse. Man kann jetzt wirklich auch schon Daten nennen. Wir gehen davon aus, dass ungefähr so 94%iger Impfschutz da ist. Was in Studien auch schon gezeigt werden konnte, ist, dass man wirklich deutlich die Inzidenz schon senken konnte, des Gebärmutterhalskrebses, also es ist eine Wirkung da.

PROF. DIRK BAUERSCHLAG: Man kann das sogar in Zahlen sagen, dass eigentlich letztendlich, wenn Patienten nicht geimpft sind, eine bis zu dreifache Erhöhung des Risikos haben, an Tumoren zu erkranken und auch zu versterben. Und das ist einfach durch die Impfung dadurch wirklich wesentlich besser wird. Man kann sagen, dass von 1.000 Patienten, die geimpft sind, nur noch 10 an Gebärmutterhalskrebs erkranken, während 30 ungeimpfte in dem gleichen Zeitraum an Gebärmutterhalskrebs erkranken. Das ist also eine sehr deutliche Reduktion, die durch diese alleinige Impfung hervorgerufen werden kann. Und vielleicht ist es auch so, das ist vielleicht für die Hörer auch ganz interessant, diese Idee, dass dieses Virus dafür zuständig ist, das ist auch vom deutschen Nobelpreisträger Harald zur Hausen ins Feld geführt worden. Lange Zeit ist das nicht wahrgenommen worden und im weiteren Verlauf hat er dann tatsächlich, wenn ich mich richtig erinnere, wahrscheinlich einer der letzten deutschen Nobelpreisträger, eben doch dafür für diese Erkenntnis den Medizin-Nobelpreis gewonnen. Und das ist so, dass wir deswegen dann natürlich auch besonders darauf achten und das deutsche Vorsorgesystem davon natürlich auch profitiert, dass solche tollen Erkenntnisse dann auch von der Laborseite bis in die wirkliche Praxis Impfstoff umgesetzt worden ist.

MODERATORIN: Gibt es noch weitere Risikofaktoren für Gebärmutterhalskrebs?

DR. MELANIE SCHUBERT: Genau, wie bei den meisten Krebserkrankungen ist es so, dass es meistens nicht nur ein Faktor ist. Wir wissen, dass die HPV-Infektion einer der Hauptfaktoren ist, aber es gibt auch andere Faktoren wie beispielsweise Nikotinkonsum, also das Rauchen ist auch ein Faktor. Genetisch muss man sagen, ist weniger ein Risikofaktor, aber der Lifestyle, der ist wirklich ein Faktor, der beim Zervixkarzinom eine Rolle spielt.

PROF. DIRK BAUERSCHLAG: Und für die ganz kleine Gruppe der Patienten, die zum Beispiel Transplantate tragen, also jetzt Nieren transplantiert sind oder so etwas, oder jede Form von Immunsuppression, denn wenn man ein Implantat bekommt oder eine neue Niere, dann muss man sein eigenes Immunsystem herunterregeln, damit das Implantat nicht abgestoßen wird. Gerade diese Patienten haben große Schwierigkeiten, dieses Virus im Verlauf loszuwerden und das muss jede Patientin, die so ein Transplantat trägt, eigentlich wissen, dass sie wirklich regelmäßig gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen sehen muss, weil dieses Virus nicht nur am Gebärmutterhals sich austrägt, sondern auch manchmal an den Schamlippen, sogenannten Schamlippenkrebs, das Vulvakarzinom auch zu wirklich eklatanten Erkrankungen führen kann, gerade in transplantierten Patienten. Das ist eine ganz wichtige Info für die ganz kleine Gruppe, aber die sind besonders, mit besonderem Risiko ausgesetzt. Ebenso ist auch die HIV, also die

Immunschwächeerkrankung, AIDS letztendlich, auch damit verbunden, dass die Immunabwehr eben schlechter wird und damit das Virus insgesamt schlechter aus dem Körper entfernt werden kann. Und auch diese Patienten haben ein erhöhtes Risiko, an wesentlichen Gebärmutterhalskrebs zu erkranken, was auch vermeidbar ist. Und das müssen wir beide immer sagen, jede Vorsorge kann eigentlich Krebs vermeiden. Letztendlich dürfte theoretisch gesprochen keine Patientin in Deutschland mehr an einem Gebärmutterhalskrebs fortgeschritten diagnostiziert werden. Wenn denn alle gingen.

MODERATORIN: Das ist eine gute Überleitung zum nächsten Thema, eben der Abstrich. Sie haben ja vorhin auch gesagt, es dauert viele Jahre, bis Krebs wirklich entsteht und man kann eben vorhersehen, dass es Gewebeveränderungen gibt. Da haben wir auch eine Frage von der Hörerin bekommen, wie gefährlich ist es denn, wenn man von der Frauenärztin, vom Frauenarzt kommt, einen Brief bekommt, hier Pap 1 ist bei Ihnen gefunden worden, was bedeutet das und welche Stufen gibt es denn da?

DR. MELANIE SCHUBERT: Genau, also man unterscheidet das einmal, zum einen untersucht man die Zellen und da unterscheidet man in die verschiedenen Pap-Stufen. Pap 1 muss man sagen, ist ein Normalbefund, also hier kein Risiko, sondern es ist ein Normalbefund, wohingegen man die Vorstufen des Gebärmutterhalskrebses in CINs einteilt, wo der Tumor wirklich noch nicht in die Tiefe eingedrungen ist, sondern es sind wirklich Vorstufen und da spricht man von CIN1 bis CIN3. Und das sind verschiedene Vorstufen, die da mit einem unterschiedlichen Risiko einhergehen, wenn sich Gebärmutterhalskrebs entwickelt. Wir wissen, dass gerade die geringste Vorstufe, also die CIN1, eine hohe Wahrscheinlichkeit hat, dass sie ausheilen kann, also hier ist das Zuwarten, aber natürlich die regelmäßige Kontrolle und da haben wir wirklich den Luxus in Deutschland, dass wir die Abklärungskolposkopie haben. Das heißt, wenn die Patientin einen auffälligen Abstrich hat, gibt es einen Algorithmus, abhängig vom Alter der Patientin, wo der niedergelassene Kollege sie dann zur Abklärungskolposkopie in die Zentren schickt und da werden dann gegebenenfalls Biopsien genommen. Es wird festgelegt, welche Vorstufe ist da und es wird festgelegt, wie groß das Risiko ist. Müssen wir jetzt hier intervenieren, eine kleine Operation machen oder gilt es wirklich abzuwarten, ob die HPV-Infektion von selber wieder ausheilt und dadurch auch die Dysplasie wieder rückgängig wird.

PROF. DIRK BAUERSCHLAG: Vielleicht kann ich da noch ergänzen, dass dieser Pap-Abstrich, der ist nach Papanicolaou benannt worden, deswegen heißt das so, und die werden eingeteilt wie Schulnoten. Das kennt ja jeder. Eins ist gut, zwei ist okay, drei müssen wir beachten, vier ist die Versetzung gefährdet, da brauchen wir schon irgendwie Tätigkeiten auf unserer Seite dazu. Und Pap 5, da kann man von diesem Abstrich schon einen hohen Verdacht äußern, dass wirklich eine Bösartigkeit vorliegt. Man muss dann sagen, diese Abstriche funktionieren ja so, dass bei einer normalen gynäkologischen Untersuchung, ohne jede weitere Einwende kann man da einen Abstrich mit einer Bürste oder einem Wattetupfer am Gebärmutterhals längs streichen und dann wird das auf einem Mikroskopträger ausgerollt und dann können die Pathologen die Zellen begutachten, nachdem sie gefärbt worden sind und dann liegt eine Zelle neben der anderen. Und dann kann man schon erkennen, dass Zellen verändert sind. Da gibt es spezielle morphologische Kriterien, also dann sieht man, dass der Zellkern zum Beispiel deutlich größer geworden ist in der Zelle. Das sind so Kriterien, die der Pathologe, der Zytologe dann eben anguckt. Und das, was Melanie angesprochen hat, ist, wenn wir auffällige Pap-Abstriche haben, so ab 3 aufwärts nennt man das dann, so 3, 4 und 5, dann muss man sich eine Klinik oder eine Praxis vorstellen, die sogenannte, das nennt man dann Differenzialkolposkopie macht. Und eine Kolposkopie, das klingt so, wir nutzen dieses Wort tagtäglich, aber vielleicht für draußen ist das nochmal zu erklären, dass das mit einem Lichtmikroskop können wir dann auf den Gebärmutterhals draufschauen und können durch die Vergrößerung eben diese Veränderungen vielleicht auch dann nachvollziehen. Auch das ist für die Patientin also sehr schmerzarm, da passiert jetzt noch gar nichts. Und dann nutzen wir zwei Färbemethoden, um das besser darstellen zu können. Das ist einmal mit Jod, das ist so eine braune Lösung, dann betupfen wir das mit Essig, das kann manchmal ein ganz klein bisschen brennen. Aber dadurch wird es uns möglich, diese Veränderungen sehr gut darzustellen. Und dann können wir von dem auffälligsten Bereich eine winzige Knipsbiopsie machen. Auch das gelingt, ohne dass wir eine Narkose brauchen oder auch keine lokale Narkose. Und dann kann man nämlich aus diesem Gewebe, wenn wir Zellen im Verband angucken, dann kann das der

Pathologe analysieren, was Melanie gerade schon besprochen hat, dass man dann auf diese zervikale intraepitheliale Neoplasien schaut, das heißt also die Krebsvorstufen, weil das so ein langes Wort ist, kürzt man das natürlich als CIN ab. Und dann gibt es dann CIN 1 bis 3, auch da ist CIN 1 undramatisch, CIN 2 kann behandelt werden, CIN 3 muss behandelt werden und dann kommen wir zu einer kleinen Operation, die du eben schon angesprochen hattest, die wir ja die Konisation nennen.

DR. MELANIE SCHUBERT: Genau, also es gibt einmal die Möglichkeit, dass man entweder mit einem Laser die obersten Schichten abträgt oder alternativ, dass man einen kleinen Kegel rausschneidet und dort die betroffenen Zellen entfernt. Der Pathologe untersucht das dann nochmal, weil es geht einmal darum, natürlich den veränderten Bereich zu entfernen und zum anderen geht es natürlich auch darum, dass man nachweisen kann, dass da sich nicht schon Krebszellen irgendwo gebildet haben.

PROF. DIRK BAUERSCHLAG: Genau, und der Unterschied zwischen diesen Vorstufen und dem richtigen Krebs ist, dass eine wesentliche Schicht, die nennen wir Basalmembran, das ist die Grenze zwischen den Zellen, die nach außen wachsen und dem Gewebe, was da drunter liegt, wenn die nicht durchbrochen ist, sind wir in der Vorstufe, wenn diese Basalmembran durchbrochen ist, dann sprechen wir schon von Gebärmutterhalskrebs, aber auch den kann man natürlich, wenn man den ganz früh findet, kann man den auch minimal operativ entfernen. Das heißt, auch da wäre so eine Konisation, so eine Kehleumschneidung immer noch ein kurativer Aspekt. Das heißt, auch dann könnten Patienten oder Patientinnen in dem Fall die Gebärmutter behalten, schwanger werden, das ist nicht ein totales Desaster, wenn man das eben früh findet. Aber nochmal an der Stelle der Aufruf, früh zu finden, bedeutet, man muss auch zum Arzt gegangen sein. Das bedingt sich miteinander natürlich.

MODERATORIN: Und wenn Sie dann so eine Vorstufe erkannt haben, wie oft müssen Frauen dann zur Nachkontrolle, zur Vorsorge, oder muss man dann immer Angst haben, dass doch Krebs draus wird, oder wie läuft das dann ab?

DR. MELANIE SCHUBERT: Also man muss festhalten, Angst muss man in dem Sinne jetzt erstmal nicht haben, weil es handelt sich um Vorstufen, es ist kein Krebs, das ist jetzt mal wirklich die Key-Message. Es ist ja abhängig davon, welche Vorstufe es ist, und es ist natürlich auch abhängig davon, was für ein Alter liegt vor. Also ich behandle eine junge Patientin, die beispielsweise 25 ist und eine CIN 1 hat, also die geringste Stufe, da ist die Wahrscheinlichkeit, dass das von selber aus heilt, sehr, sehr hoch. Nach sechs, nach zwölf Monaten mache ich nochmal eine Kontrolle und in den meisten Fällen heilt es von selber wieder aus und sie rutscht wieder ins ganz normale jährliche Programm. Bei anderen Patienten, die beispielsweise eine CIN 3 haben, und wo nun auch der Kinderwunsch nicht im Vordergrund steht, da ist es eher so, dass man eine Abklärung haben muss, dass da wirklich die Operation erfolgen muss. Da wäre man sehr zurückhaltend, hier noch weitere Kontrollen zu machen, sondern da würde man sich für die Operation entscheiden. Und bei einer CIN 2 sind es halt wirklich die Faktoren, die noch mit einbezogen werden müssen, ob man sich jetzt entscheidet, gleich schon die Konisation zu machen oder halt noch Kontrollen zu machen. Aber genau, die Entscheidung wird dann gemeinsam getroffen.

PROF. DIRK BAUERSCHLAG: Melanie hat es gerade gesagt, dass es ja auch bei diesen unterschiedlichen Stufen nochmal auf andere Parameter ankommen kann. So möchte ich auch an dieser Stelle nochmal auf die Forschung aus der Jenaer Frauenklinik hinweisen. Hier gibt es Tests, die auch von Frauenärzten durchgeführt werden können. Das ist der sogenannte GynTect-Test, der ist von der Firma oncnostics entwickelt worden. Man spricht von Spin-Off, das heißt also, unsere Forschungsergebnisse waren so gut, dass wir daraufhin eine Firma gegründet haben. Und diese Firma vertreibt jetzt so einen Test, der auf andere Art und Weise, ich sage es kurz, auf die Mutierungsmuster abzielt und herausarbeiten kann, wie eine Zwischenstufe, zum Beispiel eine CIN 2, zu bewerten ist. Da können wir durch solche Tests zusätzliche Informationen generieren, um unsere Patienten besser beraten zu können.

MODERATORIN: Und dann hatten wir noch eine spezielle Frage von der Hörerin. Wie groß ist das Risiko für Gebärmutterhalskrebs ohne Menstruation?

PROF. DIRK BAUERSCHLAG: Also die Menstruation an sich ist kein Risikofaktor. Wenn man keine Menstruation hat, dann ist man entweder noch nicht so alt, dass man eine Menstruation bekommt oder man ist vielleicht auf einer hormonellen Therapie, zum Beispiel der Pille eingestellt, hat keine Menstruation, aber die Menstruation an sich oder keine Menstruation steigert in keinen Fall, zumindest was ich jetzt wüsste so schnell, dass man da deswegen ein höheres Risiko fährt, eine Gebärmutterhalskrebs zu bekommen. Es gibt natürlich manche Patienten, die haben Erkrankungen, die dazu führen, dass die Menstruation ausbleibt, vielleicht auch ein polyzystisches Ovarial oder so etwas. Aber das hatten wir im Verlauf schon auch einmal angedeutet. Es gibt tatsächlich keine genetische oder andere Erkrankung, die prädisponiert für den Gebärmutterhalskrebs. Das gibt es bei anderen Tumoren, auch in der Gynäkologie ist das anders, aber hier ist das tatsächlich nahezu ausschließlich immer das Virus.

MODERATORIN: Hat man irgendwelche Symptome, kann man irgendwie feststellen oder ist am Gebärmutterhals was?

PROF. DIRK BAUERSCHLAG: Also die Infektion läuft im Wesentlichen, wir sprechen von inapparent ab, also kein Mensch merkt das. Das blutet nicht, das juckt nicht, das brennt nicht, das ist tatsächlich eine nicht merkbare Situation. Fortgeschrittene Tumore haben die Tendenz zu bluten, auch Anlasslos oder nach Geschlechtsverkehr, kommen sie normalerweise nicht zu Blutungen, wenn es nach dem Geschlechtsverkehr plötzlich anfängt zu bluten, dann kann dort, ich sage exakt kann, dort eine Infektion oder auch eine Vorstufe oder gar Krebs vorliegen. Es gibt aber auch genug andere Erkrankungen, die das auch verursachen können. Also man muss nicht bei Blut und nach Geschlechtsverkehr gleich die Nerven verlieren. Dann gerne zum Arzt gehen, zu einem Gynäkologen, die klären das ab.

MODERATORIN: Und wenn man jetzt Gebärmutterhalskrebs tatsächlich bekommt oder daran erkrankt, welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es denn dann?

DR. MELANIE SCHUBERT: Genau, also hier ist es erstmal entscheidend festzulegen, wie weit fortgeschritten ist Gebärmutterhalskrebs. Es gibt den Gebärmutterhalskrebs, der wirklich nur auf der Gebärmutter ist, es gibt den Gebärmutterhalskrebs, der sich aber auch schon in die Lymphbahn ausgebreitet hat oder auf andere Organe. Und hier muss man operativ, legen wir einmal fest, ob die Lymphknoten befallen sind oder nicht. Und sind sie befallen, ist es so, dass wir eine Radiochemotherapie durchführen, wohingegen, wenn wir nur eine Krebserkrankung haben, die nur auf den Gebärmutterhals beschränkt ist, operative Möglichkeiten haben. Und hier ist auch wieder abhängig davon, haben wir eine junge Patientin, steht noch der Kinderwunsch im Raum. Es ist ein kleiner Tumor, der beispielsweise unter 2 Zentimeter ist. Wir können mit Sicherheit sagen, die Lymphknoten, alles ist frei und es gibt keine zusätzlichen Risikofaktoren. So ist die Möglichkeit sogar auch da, dass man organerhaltend operiert, also nur den Gebärmutterhals entfernt. Hier sind wirklich alle Faktoren, die man einmal mit einbeziehen muss.

PROF. DIRK BAUERSCHLAG: Was Melanie gesagt hat, dass wir die Lymphknoten im Bauch- und im Beckenbereich untersuchen. Und da nutzen wir auch hier in Jena die modernste Technik mit der Roboterchirurgie. Und mit diesem Roboter können wir Lymphknoten, nachdem wir ein Fluoreszenzmaterial in die Gebärmutter unter Narkose natürlich eingespritzt haben, dann diese Lymphknoten ganz wunderbar darstellen und können dadurch das Schlüsselloch-operative Prinzip noch weniger invasiv machen, indem wir genau nur die Lymphknoten operieren und nicht mehr alles Fettgewebe drumherum. Unsere Patienten sind nach diesen Eingriffen am Tag zwei schon wieder auf den Beinen und fragen nach der Entlassung, weil das heute so elegant und tolle Techniken sind, die wir zur Verfügung haben. Dann hat es zu dem Wort Radiochemotherapie ins Feld geführt. Das ist die Situation, wenn eine operative Intervention zu ausufernd werden würde oder wir davon ausgehen, dass wir den Tumor nicht im Gesunden entfernen können, dann sollen Patienten nicht eine sogenannte multimodale Therapie bekommen, die nicht nur die Operation und dann hat man gesehen, das hat gar nicht so richtig gut funktioniert, da müssen wir noch Strahlung und Chemotherapie dazu machen, sondern da muss man sich als Arzt dann entscheiden, mache ich es so, bin ich damit sehr, sehr sicher, dass ich die Operation und das alles gut beseitigen kann und wenn das nicht der Fall ist, dann sollte man immer auf eine Radiochemotherapie ausweichen, denn auch jedes Zervix-Cardioid-Syndrom, auch kleine können heilend, das ist der wichtige Punkt, durch eine Radiochemotherapie behandelt werden. Also die allermeisten unserer Patienten, die

möchten natürlich diesen Tumor operativ entfernt wissen, aber es gibt zum Beispiel Patienten mit übermäßiger Adipositas, also sehr korpulente Patienten, wo man sich mit der Operation wahrscheinlich sehr schwer tut und dann vielleicht kein gutes Ergebnis erzielt oder andere Faktoren dazukommen, dass die der Operation gar nicht zugänglich sind, vielleicht Herzerkrankungen oder so, dann ist das sicherlich für uns immer eine gute Möglichkeit, hier mit einer Radiochemotherapie einzusteigen und auch da hat sich jetzt echt was getan, die letzten zwei, drei Jahre würde ich sagen, Melanie, ne?

DR. MELANIE SCHUBERT: Wir haben neue Medikamente, die auf dem Markt sind, wo wir selbst in Situationen, wo Gebärmutterhalskrebs weit fortgeschritten ist, exzellente Ergebnisse erzielen können. Man muss hier vielleicht nochmal dazu sagen, was wichtig ist in der Behandlung und auch in der Diagnostik des Gebärmutterhalskrebses ist, dass die Patienten wirklich an Zentren gehören. Es ist wichtig, dass wir wirklich die Besten der Pathologen haben, die festlegen, wie weit ausgedehnt ist der Tumor, dass wir Radiologen interdisziplinär in der Zusammenarbeit haben, die uns die Ausbreitung des Tumors festlegen und natürlich Gyn-Onkologen und Onkologen, die leitliniengerechte Therapie festlegen. Und wir hier haben auch exzellenter Weise die Möglichkeit, mit dem Kinderwunschzentrum zusammenzuarbeiten, für genau das kleine Patientenkollektiv, die noch einen Gebärmuttererhalt wünschen.

PROF. DIRK BAUERSCHLAG: Weil das natürlich an einem Universitätsklinikum gehört Forschung zum Alltag. Und hier hat Melanie mit dem Team der Strahlentherapie auch noch Forschungsideen. Was untersucht ihr nochmal genau? Zirkulierende Tumorzellen oder was war es?

DR. MELANIE SCHUBERT: Genau, erfreulicherweise haben wir jetzt das Go von der Ethikkommission. Es ist so, dass wir bei Patienten, die die Radiochemotherapie bekommen, zirkulierende Tumorzellen im Blut untersuchen wollen und auch andere Marker, die uns helfen können, wirklich festzulegen, um welche oder noch mehr zu differenzieren, um welche Art von Tumor es sich handelt und auch dann noch mehr eine Aussage zu treffen, welche der aktuell schon möglichen Therapiemöglichkeiten am besten für eine Patientin geeignet ist. Wir haben nicht nur, wie es vor einigen Jahren noch war, dass man nur die Strahlentherapie mit der Chemotherapie hat, sondern wir haben die neuesten Medikamente, die Immuncheckpoint-Inhibitoren, die da hinzukommen. Und wir sehen aber auch, dass nicht alle Patienten gleich sind. Hier ist das Ziel der Forschung, immer mehr zu differenzieren, welche Patientin profitiert wirklich von welchem Medikament am besten. Ein anderer Aspekt der Studie ist natürlich, dass was immer im Vordergrund steht, die Lebensqualität der Patientin. Dass wir hier auch einmal auswerten, wie es den Patienten unter der Therapie eigentlich geht.

MODERATORIN: Wie können denn Patientinnen an dieser Studie teilnehmen? Einfach hierherkommen?

PROF. DIRK BAUERSCHLAG: Genau, wir müssen die dann immer aufklären. Aber sicherlich sind die Patienten, wir fokussieren uns jetzt erstmal auf die Gruppe der Patienten, die eine reine Radiochemotherapie bekommen, also keine Operationen dazu, für das Organ an sich. Dann wollen wir eben schauen, wie sich der Verlauf macht, um herauszuarbeiten, ob wir einigen Patienten vielleicht weniger machen können. Und vielleicht finden wir auch ein paar, bei denen wir mehr machen müssen, um sie dann in die Heilung zu bringen. Das ist das Ziel. Aber vielleicht kann man auch sagen, die allerallermeisten Fälle unseres Gebärmutterhalskrebses können wir heilen. Das muss man wissen. Also eine Krebserkrankung bedeutet heute auf gar keinen Fall mehr, dass man sofort mit dem Schlimmsten rechnen muss. Und wenige Fälle sind wirklich so ausufernd erkrankt, dass wir da nur noch pflegend und auf Lebenszeit verlängert eingreifen können. Aber das ist mit Abstand die kleinste Anzahl von Patienten.

MODERATORIN: Das ist ja auf jeden Fall schon mal eine gute Nachricht an die Patientinnen. Haben Sie denn sonst zum Schluss noch eine Botschaft an die Hörerinnen?

PROF. DIRK BAUERSCHLAG: Also uns ist wichtig, dass Sie sich schützen und uns die Arbeit leichtmachen, indem Sie keine Abstriche bei den Abstrichen machen. Bitte gehen Sie zur Vorsorge. Bitte geht zur Vorsorge.

DR. MELANIE SCHUBERT: Und die Impfung. Die Impfung ist wirklich das bahnbrechendste, was wir in der Gynäkologie erreicht haben. Sie ist allen zugänglich. Sie wird von den Krankenkassen übernommen. Lassen Sie sich impfen.

PROF. DIRK BAUERSCHLAG: Einfach machen.

MODERATORIN: Dann danke ich Ihnen ganz herzlich. Ich denke, wir haben viele neue Erkenntnisse gewonnen. Und an die Hörerinnen vor allem, wenn Sie mehr wissen möchten zu Gebärmutter, Herzkrebs oder anderen Themen, was Frauengesundheit betrifft, haben wir ein neues Klinikmagazin, der X-Faktor. Können Sie gerne über unsere Homepage bestellen. Dankeschön und wir hören uns wieder.