

Dysplasiesprechstunde (II)

PAP. III – WENN EINE DIAGNOSE KEINE DIAGNOSE IST

Die Diagnose Pap. III zur Beurteilung eines zytologischen Abstrichs von der Cervix uteri ist in praxi zwar relativ selten (0,32 % der beurteilten Abstriche in Baden Württemberg, 2008).

In einer Frauenarztpraxis mit jährlich 2000 Abstrichen können somit pro Jahr aber im Mittel bis zu sieben Patientinnen betroffen sein, die – wie sich versteht – auf schnelle und sichere Abklärung des Befundes drängen.

Histologische Abklärung obligat?

Nach der Benchmark-Statistik der KVBW für 2008 wurden bis zum 30.06.2009 (Stichtag) nur 15,4 % der Fälle von Pap. III histologisch abgeklärt. Allerdings ist davon auszugehen, dass einige Befunde bei einer kurzfristigen Kontrolle, bei der sich ein Pap. ≠ III ergab, abgeklärt und daher statistisch nicht erfasst wurden. In den histologisch abgeklärten Fällen wurden in ca. 40 % Befunde im Sinne von CIN ≥ II gefunden, entsprechend in 6,2 % im Gesamtkollektiv.

Eine Gesamt-Statistik hinsichtlich der Pap.-Gruppen aus allen KV-Bereichen bundesweit liegt leider nicht vor.

Es wird deutlich, dass bei Befunden der Pap.-Gruppe III keine eindeutigen Diagnosen vorliegen und die Abstriche nach Pap. III sowohl harmlose entzündliche Veränderungen, aber

auch karzinomatöse Befunde repräsentieren können.

Unklare Befunde lösen natürlich insbesondere bei den betroffenen Patientinnen große Verunsicherung aus. Pap. III-Befunde sollten deshalb zeitnah weiter abgeklärt werden, um kurzfristig Klarheit zu schaffen.

HPV-Test angezeigt?

Grundsätzlich sinnvoll zur Abklärung eines Pap. III-Befundes ist zunächst die Durchführung eines HPV-Testes, z.B. des **Hybrid Capture-II-Testes**. Bei Nachweis von HPV-high-risk-Typen sollte in jedem Fall eine Differential-Kolposkopie und eventuell auch die histologische Klärung des Befundes in einem Dysplasie-Zentrum erfolgen, d.h. es sollten dann nach Essig- und Jodprobe möglichst mehrere Biopsien an den

Was heißt Pap. III?

Münchener Nomenklatur:

- ◆ Schwere entzündliche, degenerative oder iatrogene Zellveränderungen, die eine sichere Beurteilung zwischen gut- und bösartig nicht zulassen;
- ◆ Auffällige Zellen eines Drüsenepithels, deren Herkunft aus einem Karzinom nicht sicher auszuschließen ist;

Bethesda-Nomenklatur:

- ◆ ASCUS: atypische plattenepitheliale (squamöse) Zellen unbestimmter Signifikanz;
- ◆ AGUS: atypische glanduläre Zellen unbestimmter Signifikanz.

auffälligsten Stellen der Cervix uteri vorgenommen werden.

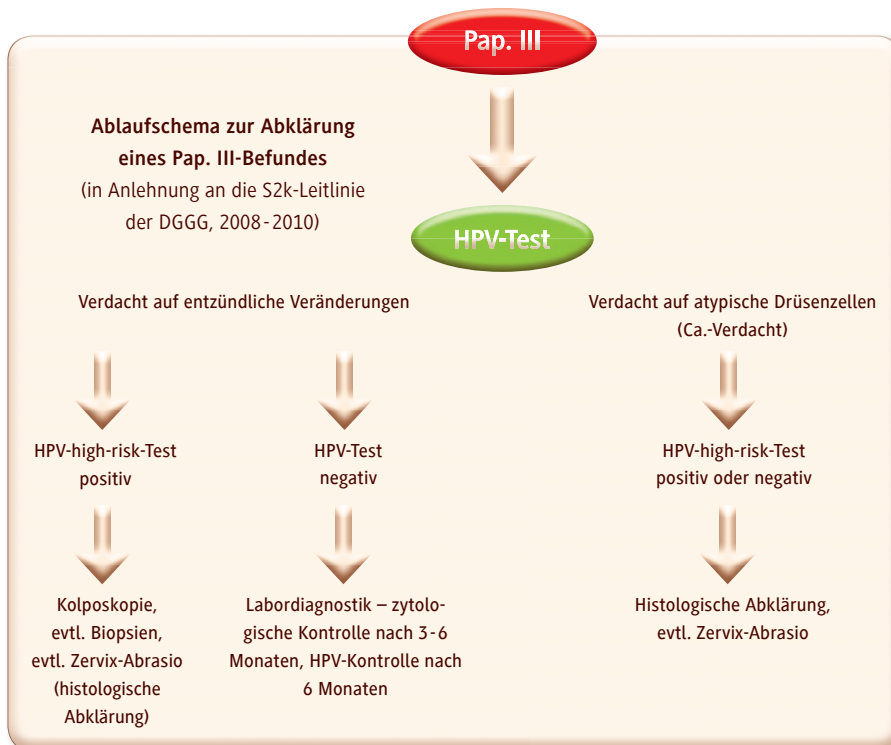
Zervix-Abrasio indiziert?

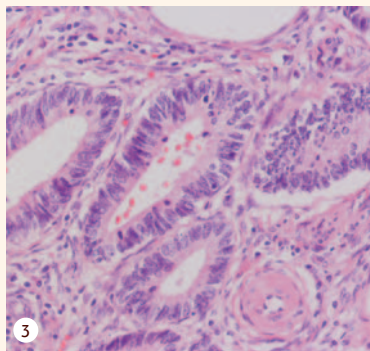
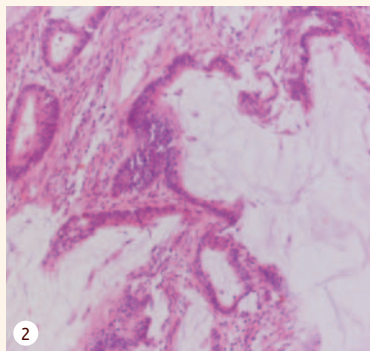
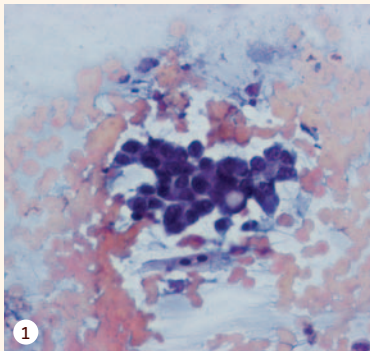
Zu beachten ist, dass insbesondere bei älteren Patientinnen jenseits der Menopause aufgrund der Rückbildungsprozesse kolposkopisch auch mit einer originären Portio zu rechnen ist. In solchen Fällen sollte zum Ausschluss eines endozervikalen, kolposkopisch nicht einsehbaren Prozesses eine diagnostische Zervix-Abrasio vorgenommen werden.

Dies gilt auch für auffällige kolposkopische Befunde an der Portio, die sich nicht nach endozervikal abgrenzen lassen.

Die notwendigen operativen Eingriffe an der Cervix uteri lassen sich bei kooperativen Patientinnen und erfahrenem Operateur auch in Lokalanästhesie, z.B. unter Verwendung des Gebärmutterhals-Katheters, ausführen.

Sofern zytologisch eher der dringende Verdacht auf atypische Drüsenzellen besteht, sollte auch bei negativem HPV-Test in ähnlicher Weise vorgegangen werden. Liegt ein unauffälliger Kolposkopie-Befund bei einer





1. Zytologischer Abstrich von der Portio/Cervix uteri (51-jährige Patientin): Auffällig sind Kernpolymorphie, Hyperchromasie der Zellkerne und ungeordnete Zelllagerung bei schmutzig-blutigem Hintergrund. – Zytologische Diagnose: Pap. III (Verdacht auf atypische endozervikale Drüsenzellen).
2. Histologie (HE-Färbung): Adenokarzinom mit Muzinseen (Vergr. x 200).
3. Histologie (HE-Färbung): Tumordrüsen des Adenokarzinoms (Vergr. x 400).

jüngerer Patientin vor, kann hingegen auf eine histologische Abklärung verzichtet und der zytologische Befund nach 3 Monaten kontrolliert werden.

Wann Labortests durchführen?

Besteht bei negativem HPV-Test zytologisch eher der Verdacht auf entzündliche Veränderungen, sollten entsprechende Laboruntersu-

chungen (z.B. Test auf Chlamydien) erfolgen. Auf eine Differential-Koposkopie kann dann im Prinzip verzichtet werden. Der zytologische Befund sollte selbstverständlich aber nach 3 bis 6 Monaten und auch der HPV-Test nach 6 Monaten kontrolliert werden.

Es ist prinzipiell darauf zu achten, dass die Abklärung auffälliger zytologischer Befunde Leitlinien-konform durchgeführt wird.

Fallbeispiel – 51-jährige Patientin

Bei der Patientin war die letzte zytologische Untersuchung im Rahmen der „Vorsorge“ in 2007 vorgenommen worden (Pap.-Gruppe unbekannt). Im Dezember 2009 ergab sich bei der „Vorsorge“ ein unauffälliger gynäkologischer Untersuchungsbefund, jedoch: ein zytologisch auffälliger Befund: Pap. III, d.h. Verdacht auf atypische Drüsenzellen, blutiger Abstrich, Kokkenflora.

Ein HPV-Test wurde nicht durchgeführt. Bei unauffälligem Kolposkopie-Befund, d.h. originärer Portio Entschluss zur Zervix-Abrasio. Histologischer Befund: Adeno-Ca. der Zervix, Anteile eines partiell muzinösen Adenokarzinoms.

Die Patientin wurde nach Abschluss der präoperativen Diagnostik unter der Diagnose „Invasiv wachsendes Zervixkarzinom im Stadium Ib (FIGO)“ nach Wertheim-Meigs operiert.

Die zytologische Kontrolluntersuchung im Juli 2010 ergab einen Pap. I-Befund.

Abschließende Anmerkung:

Aufgrund der zytologischen Diagnose Pap. III bei Verdacht auf atypische Drüsenzellen wurde bei der Patientin auf einen HPV-Test verzichtet und direkt die histologische Abklärung veranlasst.

VERFASSER:



Dr. med. Bodo Kanne,
Zytologie-Einsendelabor
Theodor-Frank-Straße 3, 79331 Teningen,

E-Mail: kanne-bodo@t-online.de