

Dysplasiesprechstunde (I)

DAS EINFACHE RICHTIG MACHEN

Das vordergründig Einfache ist nicht selten mit Fehlerhaftigkeit belastet, weil es in der Routine bisweilen unreflektiert gehandhabt wird. Dies betrifft auch den häufig in der gynäkologischen Sprechstunde durchgeführten Vorgang: die Abnahme eines zytologischen Abstrichs von der Portio uteri bzw. aus dem Zervikalkanal.

Sensitivität der Methode infolge Abstrichfehlern beeinträchtigt

Über etwas derart Einfaches wie die Abnahme eines zytologischen Abstrichs spricht und diskutiert man nicht, das macht man irgendwie automatisch richtig! – ein Irrglaube, der zu vermeidbaren Fehlern führt.

Zahlreiche Studien belegen, dass mangelhaft abgenommene zytologische Abstriche neben der fehlerhaften Beurteilung von Abstrichpräparaten wesentlich für die relativ niedrige Sensitivität der Zytologie-Methode verantwortlich sind. Der Zytologe scheut sich allerdings oft, die Einsenderin oder den Einsender auf entsprechende Fehler wiederholt aufmerksam zu machen.

Häufigste Ursachen für mangelhafte Abstriche

Die Voraussetzungen für ein gut beurteilbares zytologisches Präparat, d.h. ein Präparat mit repräsentativen Zellen von der Portio uteri bzw. aus dem Zervikalkanal werden durch die Wahl der Entnahmeanstrumente, den Entnahmeort und den Modus der Entnahme selbst definiert:

- Die Instrumente sind gemäß den Zytologie-Richtlinien vorgegeben. Gefordert wird, ausschließlich den Holzspatel für die externe Abnahme und die Zervixbürste für den Abstrich aus dem Gebärmutterhalskanal zu verwenden. Die damit verbundene Verbannung des fest gewickelten Watteträgers kann allerdings von den wenigsten Fachkollegen nachvollzogen werden.
- Der Entnahmeort ist bei der Endozervix klar

vorgegeben. Anders verhält es sich bei der einsehbaren Zervixoberfläche, der Ektozervix, deren Strukturen je nach Aufwand unterschiedlich klar dargestellt werden können.

An der Ektozervix ist es extrem wichtig, die sog. Übergangszone, den zumeist primären Angriffsort der HP-Viren zu erkennen und aus diesem Bereich Zellen zu gewinnen.

Die Übergangszone wird durch die Plattenepithel-Zylinderepithel-Grenze definiert. Diese findet sich bei jüngeren Frauen etwa bis bis zur Menopause am häufigsten am Rande einer Ektopie! Unbedingt zu beachten ist, dass die Zone sehr häufig weit nach lateral reicht und mit dem zentral justierten Holzspatel bei der Zellabnahme nicht automatisch erreicht wird.

Die ausreichend gute Darstellung der U-Zone wird schon durch die Verwendung einer Lichtquelle und das Betupfen der Portio mit 5%iger Essigsäure erreicht, da sich die Grenze zum gesunden Drüsenepithel durch eine zumeist leicht essigweiße Reaktion abhebt. Im Zweifelsfall sollte man nach der Kolposkopie einen zusätzlichen Abstrich aus der Umwandlungszone entnehmen.

Fallbeispiel – 31-jährige Patientin

Bei der Patientin war im Rahmen der Vorsorge der zytologische Befund Pap. I erhoben worden. Der auf Wunsch der Patientin durchgeführte HPV-Test erbrachte jedoch das Ergebnis: High risk positiv. Leitlinien-gerecht wurde daher 6 Monate später kolposkopiert (**Abb. 1**) und gezielt ein zytologischer Abstrich abgenommen (**Abb. 2**).

Es wurde entsprechend der Verdachtsdiagnose eine Schlingenexzision und eine Zervixabrasio vorgenommen. Histologisch ergab sich: Flaches Exzidat mit mittelgradigen intraepithelialen, squamösen Dysplasien im Sinne von CIN II. Absetzungsrand frei. Dysplasiefreies separates Zervixabradat.

Der Patientin wurde angeraten, regelmäßige Kontrollen durchführen zu lassen.

Kolposkopie routinemäßig vornehmen?

Die routinemäßig vorgenommene Kolposkopie im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen ist aus vielerlei bekannten Gründen nicht vollauf realisierbar. Zu fordern ist jedoch unbedingt die gezielte Abstrichabnahme unter Sicht (Kolposkop als Lichtquelle).

Zervixbürste möglichst behutsam anwenden!

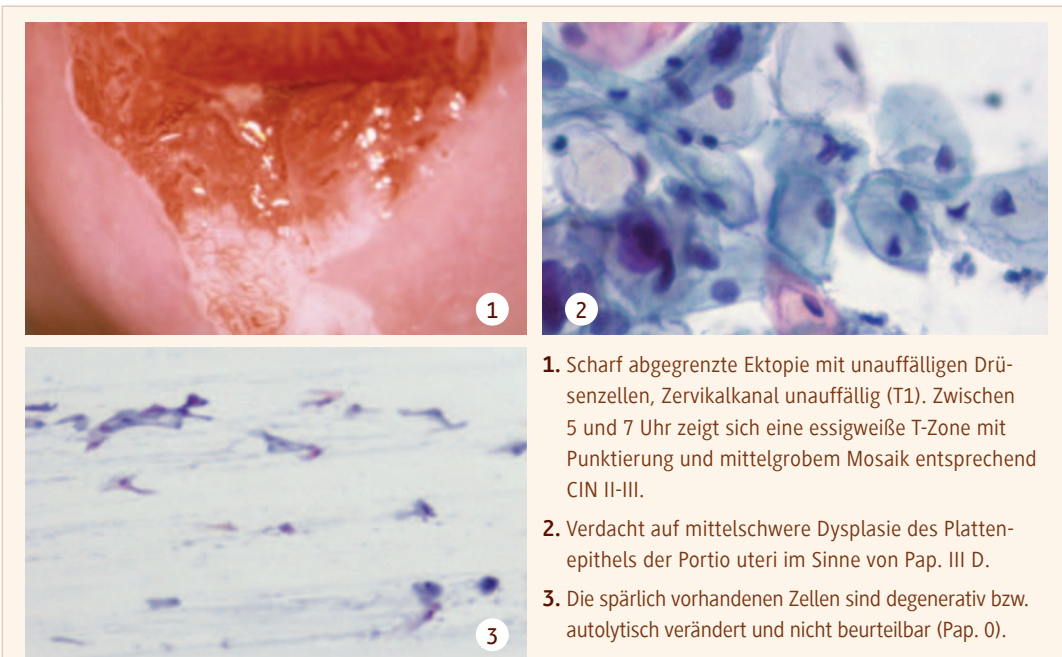
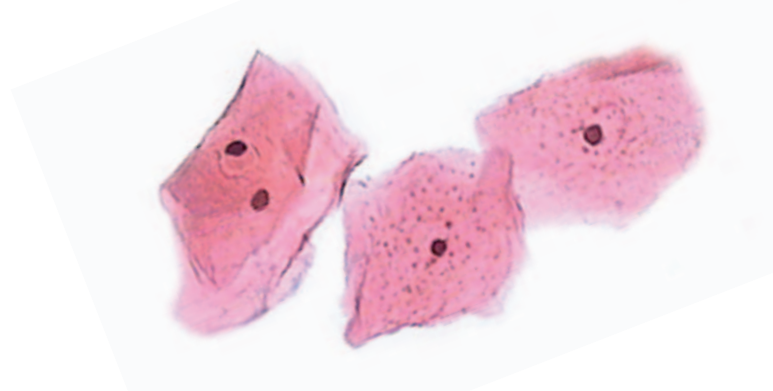
- Für den Abstrich aus der Endozervix mit der Zervixbürste gilt es insbesondere, Folgendes zu beachten: Es kommt weniger darauf an, möglichst viel Material zu gewinnen, sondern mehr darauf, möglichst repräsentative Drüsenzellen mit erhaltener Struktur auf dem Objektträger wiederzufinden. Es sollte deshalb die Zervixbürste nicht wie ein Haushaltsinstrument zu Reinigungszwecken, sondern entsprechend ihrer diagnostischen Funktion sorgfältig und behutsam angewandt werden: Nach Einführen in den CK wird die Bürste lediglich um ein Viertel der Kreisbahn gedreht (90°) und ohne Druckausübung zurückgezogen. Auch das ist einfach, wird aber leider sehr häufig nicht in dieser Form praktiziert. Das Ergebnis sind dann neben Blutbeimengungen immer wieder zerquetschte Drüsenzellen, die oft nur schwer von Dysplasiezellen unterschieden werden können.

Präparate möglichst umgehend fixieren

Nach der Abstrichentnahme sollte auch an die möglichst umgehende Fixierung der Präparate mittels Spray oder im Alkoholbad gedacht werden. Zu spät oder manchmal auch unzureichend fixierte Proben in halb leeren Küvetten zeigen häufig Zellen mit ausgeprägten autolytischen Veränderungen (**Abb. 3**).

Verfasser:

Dr. med. Bodo Kanne, Zytologie-Einsendelabor,
Theodor-Frank-Straße 3, 79331 Teningen bei
Freiburg, E-Mail: kanne-bodo@t-online.de ■



1. Scharf abgegrenzte Ektopie mit unauffälligen Drüsenzellen, Zervikalkanal unauffällig (T1). Zwischen 5 und 7 Uhr zeigt sich eine essigweiße T-Zone mit Punktierung und mittelgrobem Mosaik entsprechend CIN II-III.
2. Verdacht auf mittelschwere Dysplasie des Plattenepithels der Portio uteri im Sinne von Pap. III D.
3. Die spärlich vorhandenen Zellen sind degenerativ bzw. autolytisch verändert und nicht beurteilbar (Pap. 0).