

Prof. Dr. W. Kühn
Arzt für Gynäkologie und Geburtshilfe
Arzt für Pathologie
Labor für Zytologie und Gynäkologische Morphologie
GYN-ZENTRUM-BERLIN
Dr. A. Coumbos, Prof. Dr. W. Kühn u. Kollegen
Albrechtstr. 48
12167 Berlin
Tel. 030/ 8100 900 810
Mail: wolfgang.kuehn@charite.de

Berlin, 22.8.2013

Zur Problematik fehlender Zylinderepithelzellen im Abstrich

1. Der Abstrich sollte Zylinderepithelzellen und/oder Metaplasiezellen enthalten (Bethesda-Klassifikation, München II). Dies belegt, dass der Abstrich von der Stelle (T-Zone und funktionelle Plattenepithel-Zylinderepithel Grenze (PZG)) abgenommen worden war.
2. Vielen Zytologieassistentinnen und möglicherweise auch einigen Zytologen in Deutschland ist nicht bekannt, dass Metaplasiezellen äquivalent zu Zylinderepithelzellen sind (Bethesda-Klassifikation). Sie vermerken bei fehlenden Zylinderepithelzellen nicht immer das Vorhandensein von Metaplasiezellen. So denkt der Gynäkologe irrtümlich, dass er nicht gut abgestrichen hat. Somit können in der Statistik hohe Zahlen fehlender endozervikaler Zellen (Endos) vorkommen.
3. Aus der Literatur und täglichen Praxis ist bekannt, dass es Einsender gibt, die häufiger als andere in ihren Abstrichen keine Zylinderepithel- bzw. Metaplasiezellen aufweisen. Es ist anzunehmen, dass diese Gynäkologen ihre Abstrichtechnik nicht an den Erkenntnissen zur Anatomie der Zervix und zum Entstehungsort der CIN (funktionelle PZG) ausrichten.
4. Kolposkopische Studien von prämenopausalen Frauen zeigen, dass nur wenige Prozent eine T-Zone aufweisen, die nicht komplett übersehbar ist (u.a. Vercellino, Böhmer et al. aus der Charité Berlin, Gebfra 2012). Damit ist es bis

auf Ausnahmen möglich, bei prämenopausalen Frauen trotz gestagenbetonter Pillen Zylinder- bzw. Metaplasieepithel zu erhalten.

5. Bei Fehlen von Zylinder- bzw. Metaplasieepithel im Abstrich: Hierzu gibt es gute Studien, die belegen, dass bei einer erneuten Durchmusterung der Präparate doch noch derartige Zellen gefunden werden. Dies ist bei der riesigen Zahl von Zellen (viele Tausend) auch verständlich. Das Übersehen einer einzelnen Zelle, auch einer atypischen stellt nicht zwingend einen schweren Fehler des Zytologen dar. Bei der Dünnschichtzytologie (LBC) wird nach Literatur häufiger von fehlenden Zylinder-/Metaplasiezellen berichtet. Nach einer Wiederholung der Probe aus dem Töpfchen findet man diese Endos gelegentlich dann doch noch.
6. Obwohl in den Leitlinien/Empfehlungen und in Review-Artikeln zur „adequacy“ der Zytologie der Nachweis von Zylinder-/Metaplasieepithel gefordert wird, gibt es keinen sicheren Beweis, dass das Fehlen derartiger Zellen mit einem erhöhten Risiko für das Übersehen eines Zervixkarzinoms einhergeht. Dies gilt aber nur statistisch – im Einzelfall kann dies anders sein, wie wir an der Charité, an der häufig übersehene Zervixkarzinome operiert werden, gesehen haben. Wir haben gelegentlich von den externen Laboren die Abstriche angefordert. Häufig war das Fehlen von Endos mit schlechter Abstrichqualität vergesellschaftet.
7. Zur rechtlichen Situation fehlender Endos: Es wird vom Gutachter abhängen, wie er die Sache beurteilt und natürlich vom Richter. Nicht zytologisch tätige Gutachter sind oft strenger in der Bewertung als Zytologen, die ja die Problematik der Diagnostik besser kennen. Ich bin seit ca. 15 Jahren für Gerichte, Schlichtungsstellen und Versicherungen als medizinischer Sachverständiger tätig, überwiegend für übersehene Karzinome in der Gynäkologie. Übersehene Zervixkarzinome spielen zahlenmäßig nicht die Rolle wie die übersehener Mammakarzinome. Dies kann u.a. mit der geringen Inzidenz des Zervixcas zusammenhängen. Die Zahl übersehener Zervixkarzinome ist nicht hoch in Deutschland (Marquardt et al.). Das Problem nicht vorhandener Endos bei einem nicht erkannten Zervixkarzinom habe ich als Sachverständiger von ca. 80 übersehenen gynäkologischen Karzinomen bisher nur einmal bearbeiten müssen.

Was aber nicht ausschließt, dass es so etwas häufiger gab oder geben wird. Wenn ich den Auftrag bekäme, in solch einem Fall ein Gutachten zu erstellen, würde ich a) mir den Abstrich anschauen auf Qualität, Überprüfen von Fehlen bzw. Vorhandensein von Endos (Zylinder-/Metaplasiezellen). Sofern die technische Qualität des Abstrichs gut ist und Endos fehlen, würde ich mich auf die Literatur beziehen, die sagt, dass invasive Maßnahmen nicht gerechtfertigt sind. Ist die Qualität des Abstrichs hingegen schlecht (egal ob Endos vorhanden sind oder nicht), der Zytologe dies auf seinem Formular vermerkt hat (eingeschränkte oder schlechte Qualität wegen z.B. massiver Zellüberlagerung oder Fixierungsproblem), einer Vorgeschichte mit einem z.B. Pap III, würde ich dem Gynäkologen dann einen Fehler bescheinigen, sofern er nicht kolposkopiert hatte. Es kommt also bei der Bewertung fehlender Endos usw. immer auf den individuellen Fall an.

8. Bei 30% fehlender Endos würde ich mit dem Zytologen sprechen und gemeinsam mit ihm evaluieren, woran dies liegt. Die Schuldzuweisung von Zytologen an Gynäkologen (vice versa) bei fehlenden Endos oder sonstigen Problemen bringt hierbei nichts. Meistens lässt sich das Problem durch ein Gespräch, am besten gemeinsam am Mikroskop klären. Bei übersehenen CIN/CA liegt das Problem in ca. 60% bei den Gynäkologen, in ca. 30% am Labor.
9. Wie verfare ich bei meinen eigenen Patientinnen mit fehlenden Endos (selten, fast nur bei postmenopausalen Frauen)? Die ausreichend lange, lokale Östrogenisierung und spätere zytologische Kontrolle erleichtert den Zugang zur ggf. intrazervikal gelegenen T-Zone mit der Bürste. Die gute Proliferation erleichtert dem Zytologen die mikroskopische Diagnostik und die Erkennung von Zylinder- und Metaplasieepithel (was in der PMP schwierig sein kann). Nur wenn eine Patientin eine Konisation hatte und/oder weitere Risiken für ein Zervixca vorliegen, dilatiere ich mit feinen Hegarstiften und/oder Knopfsonden und entnehme dann den Bürstenabstrich. Für extreme anatomische Verhältnisse habe ich mir aus Draht ein feines Abstrichgerät gebastelt, mit dem man wenigstens ein paar Hundert Endos gewinnen kann. Ich habe noch nie bei einer Frau im Screening wegen fehlender Endos eine Cürettage gemacht. Bei einer 75-jährigen

Patientin, die ich seit vielen Jahren betreue und die früher immer unauffällige Zytologien hatte und jetzt wegen CK-Stenose keine Endos aufweist, würde ich noch nicht einmal dilatieren. Warum auch? Das Risiko, dass ich ihr einen Schaden, zumindest Schmerzen oder sonstige Kollateralschäden zufüge, ist höher als der mögliche Nutzen.

W. Kühn