Endometriumkarzinom screening durch Mi-Markzytologie und Vaginosonographie

H.		Prömer
O.		Heiß
A.		Graf
M.		Batka
A.		Staudach

Landesfrauenklinik Salzburg (Vorst.: Doz. Dr. A. Staudach)

Dr. H. Prömer, Landesfrauenklinik, Müllner Hauptstraße 18, A-5020 Salzburg

Eine zuverlässige Screeningmethode für das Endometrium-karzinom ist bisher nicht bekannt. Verschiedene Methoden der intrauterinen Zellgewinnung, sei es durch Aspiration oder Abstrich von Zellen, bieten eine ungleich große Sicherheit zur Beurteilung. Laut Darstellung von Schneider 1985 liegt die mittlere Trefferrate je nach Methode zwischen 52 % und 91 % [1].

Technik und Material

Wir haben als Abnahmegerät für das Screening die MI-MARK Spirale ausgewählt. Es handelt sich dabei um einen Kunststoffspatel mit einer Zellsammelhelix. Die Spirale wird problemlos in das Ca-vum eingeführt, mehrmals gedreht, über eine Einkerbung abgestreift und das Material befundet. Der Großteil des gewonnenen Materials wird zur histologischen Untersuchung eingesandt und ein Teil zur cytologischen Untersuchung auf einen Objektträger ausgestrichen. Wir haben bei allen Zuweisungen mit Blutungsanomalien in der Prämenopause ab dem 45. Lebensjahr, bei allen Blutungen in der Postmenopause sowie bei Patientinnen, bei denen in der Routine-Sonographie ein auffälliges Endometrium sich zeigte, das Mi-Mark-Screening durchgeführt. Es wurde in üblicher Weise der zytologische Abstrich getrennt von Portio und Endozervix abgenommen, anschließend haben wir vaginosonographisch das Endometrium nach Höhe, Echogenität, Homogenität sowie Abgrenzung beschrieben. Für die Endometriumhöhe haben wir in der Prämenopause als Grenzwert 10 mm, bei der postmenopausalen Patientin 5 mm gewählt [2, 3].

Anschließend wurde mit der Mi-Mark-Sonde Material aus dem Cavum gewonnen, das größtenteils zur histologischen Untersuchung eingesandt wurde, ein Tropfen des Gewebes wurde auf einen Objektträger ausgestrichen und zytologisch beurteilt. Die Beurteilung erfolgte in 4 Gruppen entsprechend der gängigen Nomenklatur: normales Zellbild (I/II), insuffizientes Material bzw. zweifelhaft beurteilbar (III), verdächtig (I+G) und eindeutig maligne (V) [4].

Eine hormonelle Substitution wurde angemerkt, sowie der hormonelle Status mit der Abnahme von Östradiol, FSH und Progesteron festgestellt.

Die Patientin wurde dann durch fraktionierte Curretage abgeklärt, bei einigen Patientinnen wurde auf Grund internistischer Kontraindikationen, bei negativer Zytologie, darauf verzichtet. Ergebnisse

Von den 240 Patientinnen wurden 194 histologisch abgeklärt. Eine zytologisch exakte Übereinstimmung des endocervikalen Smears mit der Zytologie der Mi-Markabnahme ergab sich in

107 Fällen (55 %). In 42 Fällen (18%) konnte im Mi-Markmaterial kein Endometrium histologisch nachgewiesen werden. Als positive Histologie haben wir neben Karzinom auch eine Pyometra, glanduläre Polypen und die glandulär-cystische Hyperplasie gewertet, da es unsere Überlegung war, als Screening auch diese potentiellen Vorstufen einer späteren malignen Erkrankung zu erfassen [5]. Wir fanden 128 positive Histologien in diesem Sinne, das sind 66 % , in einer weiteren Auswertung wurde als positiv nur das Karzinom gewertet, das waren 19 (10 %). Der Abstrich war in 5,8 % nicht verwertbar. Richtig positiv bewertet wurden 62,5 % und 89,5 % der Karzinome; dem-gegenüber steht jedoch die hohe Rate falsch positiver Befunde mit 47%.

Das Screeningergebnis der Zytologie konnte durch Kombination mit der Sonographie verbessert werden. Von den 44 zytologisch Übersehenen wurden 29 durch die Sonographie „aufgedeckt“, sodaß im angeführten Patientengut (194) 18 Endometriumveränderungen, wie Polypen, Hyperplasien oder Karzinome zusammen dem Screening entgingen. Von den 19 Karzinomen blieb 1 im Screening unentdeckt. Die Sonographie alleine zeigte sich jedoch ebenfalls als zu unsensibel. Die Sensitivität beträgt 0,73.

Zusammenfassung

Eine Mi-Markhistologie ist für das Karzinomscreening mit einer Sensitivität von 0,26 irrelevant. Betrachtet man dagegen die zytologische Beurteilung des Mi-Markabstriches, so ergibt sich ein besseres, jedoch auch noch nicht zufriedenstellendes Ergebnis. Die Sensitivität der Mi-Markzytologie liegt bei 0,62, sodaß diese Methode besten-falls als sogenanntes „prescreening“ gewertet werden kann [5].

Das gesamte Screeningprogramm, bestehend aus Zytologie und Sonographie, ergibt jedoch in unserem Patientengut eine Sensitivität von 0,85, beim Karzinom 0,94. Für diese Form des Screenings spricht die Einfachheit der Methode ohne wesentlichem Zeit- und finanziellem Aufwand.

Das Unterlassen einer diagnostischen Curettage bei kaum oder nicht narkosetauglichen Patienten ist unseres Erachtens bei negativem Screening verantwortbar.

Bei den 240 Patientinnen fanden sich 24 Frauen mit Hormonsubstitution (10 %). Ein Trend zwischen Dauer und Art der Substitution und histologischer Veränderung ließ sich dabei erkennen. So erhielt die einzige Karzinompatientin mit Substitution ein Östrogenmono-präparat über 10 Jahre.

Schneider ML: Möglichkeiten und Grenzen eines zytologischen Früherkennungsprogrammes beim Endometriumcarcinom. Geburtshilfe u Frauenheilkunde 45 1985. S 831-839. Weigel M, Schmitt W, Lieder HJ, Inthraphuvasak J: Die Wertigkeit verschiedener Parameter zur sonographischen Beurteilung des postmenopausalen Endometriums hinsichtlich benignen und malignen Neoplasien. Geburtsh u Frauenheilk 50 (1990) 870.

Klug PW, Leitner G: Die Gegenüberstellung vaginalsonographischer und histologischer Befunde am Endometrium. Geburtsh u Frauenheilk 49 (1989) 797-802.

Rosier EM, Beust M: Ergebnisse der Aspirationszytologie zur Früherkennung des Endometriumkarzinoms. Archives of Gynec. and Obstet. 250 (1991) 154-155.

Bachmeyer H, Gusek W, Gnann G: Endometriumzytologie mit dem neuen Gerät Abradul. *Gebh und Frauenheilk* 44 (1984) 25-31.

Prömer/Heiß/Graf/Batka/Staudach
Endometriumkarzinomscreening durch Mi-Markzytologie und Vaginosonographie