Cervix-Carcinom trotz Zytologie

Eine kritische Betrachtung der Cervix-Carcinom-Vorsorge

H.		Prömer ^a
O.		Heiss ^a
A.		Staudach ^a
J.		Thurner ^b

^aLandesfrauenklinik Salzburg ^bPathologisches Institut Salzburg

Dr. H. Prömer, Landesfrauenklinik Salzburg, Müllner Hauptstraße 48, A-5020 Salzburg

Vor ca. 40 Jahren wurde von Papanicolaou die Portio/Endo-cervixzytologie als Cervixcarcinom-Screening eingeführt und ist heute wegen der guten Akzeptanz von seiten der Ärzte und Patienten Routinealltag.

Gegenüber dieser Screeningmethode steht eine jährlich gleich-bleibende Anzahl von neudiagnostizierten Zervixcarcinomen zum Teil junger Patientinnen, die berichteterweise regelmäßig zytologisch kontrolliert wurden.

Material

In den vergangenen vier Jahren wurden an der Landesfrauenklinik Salzburg 140 Cervixcarcinompatienten behandelt, die zum Großteil operiert und nachbehandelt, zum geringen Prozentsatz nach begonnener Therapie außer Haus an unsere Abteilung übernommen wurden. Die Jahresverteilung war annähernd ausgeglichen mit ca. 35 Neuerkrankten jährlich. Wir haben die Patientinnen nach folgenden Kriterien analysiert.

Alter der Patientinnen

Tumorstadium

letzte Gyn-Untersuchung mit Zytologie vor der Carcinomdiagnose sowie

Primärsitz des Cervixcarcinoms.

Bei den untersuchten Carcinom-Patientinnen waren 19% junger als 40 Jahre, 23% zwischen 40 und 50 Jahre, 18% zwischen 50 und 60 Jahre und 40% älter als 60 Jahre (Tab. 1).

Aufgeteilt nach Tumorstadium waren 61 Patienten (44%) in FIGO Stadium I. 43 (31%) im Stadium II, 27 (19%) im Stadium III und 9 (6%) im Stadium IV.

Betrachtet man den Zeitabstand zwischen letzter zytologischer Kontrolle und dem Zeitpunkt der Carcinom-Diagnose, so zeigt sich, daß lediglich 11% innerhalb des letzten Jahres und damit regelmäßig gynäkologisch untersucht wurden, 22% vor 1–3 Jahren, 19% vor 3–10 Jahren, 30% vor über 10 Jahren und 18% noch nie zuvor bei einer Kontrolle waren. Erschütternd hoch ist vor allem jener Anteil der Patienten bereits ab dem 40. Lebensjahr, deren letzte Untersuchung vor über 10 Jahren stattgefunden hat. Dieser Anteil nimmt mit zunehmendem Alter rapide zu:

Frauen, die sehr wohl um das Carcinomscreening wissen, dieses jedoch aus Ignoranz oder doch mangelnder Aufklärung nicht wahrnehmen. Noch schlechter beschreibt Soost und Mitarb. 1989 die Untersuchungsfrequenz bei über 80.000 Frauen, wobei lediglich 1,2% jährlich und 49% innerhalb der letzten 10 Jahre eine zytologische Wiederholungsuntersuchung hatten [1].

Der Primärsitz und histologische Typ bei den Konisationen war im Stadium I bei 26 Fällen ein „Portio-Plattenepithelcarcinom“, in 29 Fällen ein „endocervical sich entwickelndes Plattenepithelcarcinom“ und 3 mal ein „endocervicales Adenocarcinom“. Im FIGO Stadium II waren 32%, im Stadium III 22% endocervicaler Herkunft und im Stadium IV wurden ausnahmslos ektocervicale Plattenepithelcarcinome diagnostiziert.

Wir haben den Primärsitz mit der letzten zytologischen Kontrolle in Beziehung gesetzt und folgendes Ergebnis erhalten:

Patientinnen mit Portio-Plattenepithelcarcinom waren größtenteils (56%) vor mehr als 10 Jahren bzw. noch nie zuvor bei einer Kontrolle, während die durchwegs jüngeren Patienten mit endocervi-

Tabelle 1. Untersuchungsfrequenz aller Zervixkarzinompatienten nach Alter

regekn
Zervixkarzinom IÖtrtÖr Zyto-abstrich und Primärsitz
noch nie
3- 10
> 10 Jahren
vor 1-3
Portio – Plattenepithel- Karzinom
Zervixkarzinome IÖtrtÖr Zytoabstrich und Primärsitz
endocervik. sich entwickelndes Karzinom
noch nie
regßim
3-10
vor 1-3
> 10 Jahren

Abb. 1.

Abb. 2.

calem Primärsitz in 50% regelmäßig oder zumindest im Abstand von 3 Jahren zytologisch kontrolliert wurden (Abb. 1 und 2).

Zusammenfassung

Die gleichbleibend hohe Anzahl von Cervixcarcinom-Neuerkrankungen jährlich muß zum ersten auf die mangelhafte Vor-sorgefrequenz zurückgeführt werden. Zum zweiten fällt die Gruppe der endocervical sich entwickelnden und zytologisch „übersehenen“ Carcinome auf, die vor allem durchwegs jüngere, zytologisch regelmäßig kontrollierte Frauen betrifft. Wieweit diese Tatsache auf in-suffizient abgenommene Abstriche oder fehlerhafte Beurteilung dieses Zellmaterials zurückzuführen ist, bleibt zunächst unbeantwortet.

Die Forderung der Bethesda Nomenklatur ist damit auf alle Fälle mehr als bestätigt, daß nämlich ein Zytologischer Abstrich nur befundet werden darf, wenn ausreichend endocervicale Zellen darin nachgewiesen werden können.

Abschließend darf jedoch die Portio/Endocervixzytologie als Cervixcarcinom-Screening-Methode nicht als Versagen hingestellt werden, wenn man sich die übergroße Anzahl von Konisationen im Vergleich zu den Carcinomen betrachtet.

Das Cervixcarcinom entsteht über eine Reihe von Vorstufen, ein Prozeß, der sich vermutlich über 5–15 Jahre hinzieht [1]. Aufgabe der Zytologie ist es, diese Vorstufen aufzudecken und durch Konisation zu sanieren und somit das Carcinom zu verhindern.

Literatur beim Verfasser