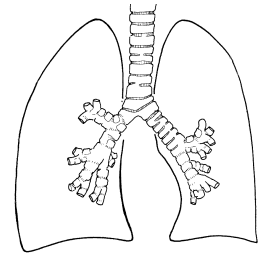


CYTOLOGISCHES LABOR

Dr. med. T. Topalidis, MIAC

Döhrbruch 62 ▪ 30559 Hannover
Postfach 710461 ▪ 30544 Hannover
Tel.: (0511) 952-4711 ▪ FAX: 952-4769

E-Mail: dr.topalidis@cyto.de ▪ Internet: <http://www.cyto.de/>



Begleittext zur Interpretation von Malignitätsvorstufen bzw. malignitätsverdächtigen Befunden (PAP-KL. III, PAP-KL. IIID und PAP-KL. IVb)

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

abhängig vom Material und Organ bzw. Lokalisation, sollten bei der Interpretation und therapeutischen Vorgehen bei malignitätsverdächtigen Befunden, folgende Hinweise bzw. Informationen berücksichtigt werden.

PAP-Klasse IIID (leichte, mäßige und schwere Dysplasie):

Hierbei handelt es sich in der Regel um exfoliatives Material mit plattenepithelialen- bzw. dem Plattenepithel entstammende Zellen oder auch Plattenepithelien imitierende atypische Zellen, die unterschiedliche Schweregrade von zellulären Dysplasien aufweisen können.

Ursache für einen solchen Befund können Malignitätsvorstufen bzw. Vorstadien sein oder es liegt ein maligner Tumor vor, wobei in diesem Fall nur Zellen der Tumorrandreaktion oder Tumor begleitende Zellen, jedoch keine malignen Zellen, im Untersuchungsmaterial enthalten sind.

Bei einem Befund aus dieser Gruppe, sollte innerhalb 3 bis 6 Monate nach Befunderstellung erfolgen. Bei Sputumcytologien, sollte nach einem Befund in dieser Pap – Klasse, eine dreimalige Wiederholung, als Kontrolle innerhalb des gleichen Zeitraumes durchgeführt werden. Bei leichter oder mäßiger Dysplasie, kann sich der Befund evtl. auch zurückbilden oder nach einem evtl. Jahre- bzw. Jahrzehntelangem Malignitätsvorstadium, zu einem malignen Tumor transformieren. Eine langfristige jährliche Kontrolle ist daher (im späteren Verlauf in größer werdenden Zeitabständen) sicher indiziert.

Grundsätzlich gilt, je schwerer die Veränderung eingeordnet wird, desto größer die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen bzw. auf das Entwickeln eines malignen Tumors.

Bei einem Befund in dieser Gruppe, sollte eine Kontrolle innerhalb von 3 bis 6 Monaten erfolgen. Weitere differenzierte Informationen entnehmen Sie bitte auch aus den nachfolgenden Tabellen.

PAP-Klasse III	atypische Proliferationen oder atypische Hyperplasien z.T. unterschiedlicher, organspezifischer Zellen.
-----------------------	--

Diese Pap-Gruppe wird oft für direkt durch Punktion (FNA), Bürste oder Biopsie (PE-Abstriche bzw. Imprintpräparate), gewonnene organspezifische Zellen benutzt, welche unterschiedliche Proliferationen oder Atypien Zellen aufweisen können.

Gründe hierfür können sein:

1) Bei Organpunktaten (Feinnadelaspirationscytologie): Hierbei ist es möglich, daß der maligne Tumor nicht direkt getroffen wurde, sondern der Randbereich mit atypischen Proliferationen (Tumorrandreaktion). Bei vorliegendem Tumorverdacht wird in diesen Fällen eine kurzfristige Wiederholung der Untersuchung empfohlen.

2) Aufgrund starker Zelldegeneration (z.B. Nekrose) kann ein möglicherweise maligner Tumor nicht sicher eingeordnet werden. Auch hier wird eine kurzfristige Wiederholung der Punktion empfohlen.

3) Ein primär benigner Tumor mit deutlicher Proliferation und Atypien, welcher möglicherweise vor einer malignen Entartung steht. Hier wird eine Verlaufskontrolle (Zeiträume abhängig von Organ und Lokalisation) empfohlen.

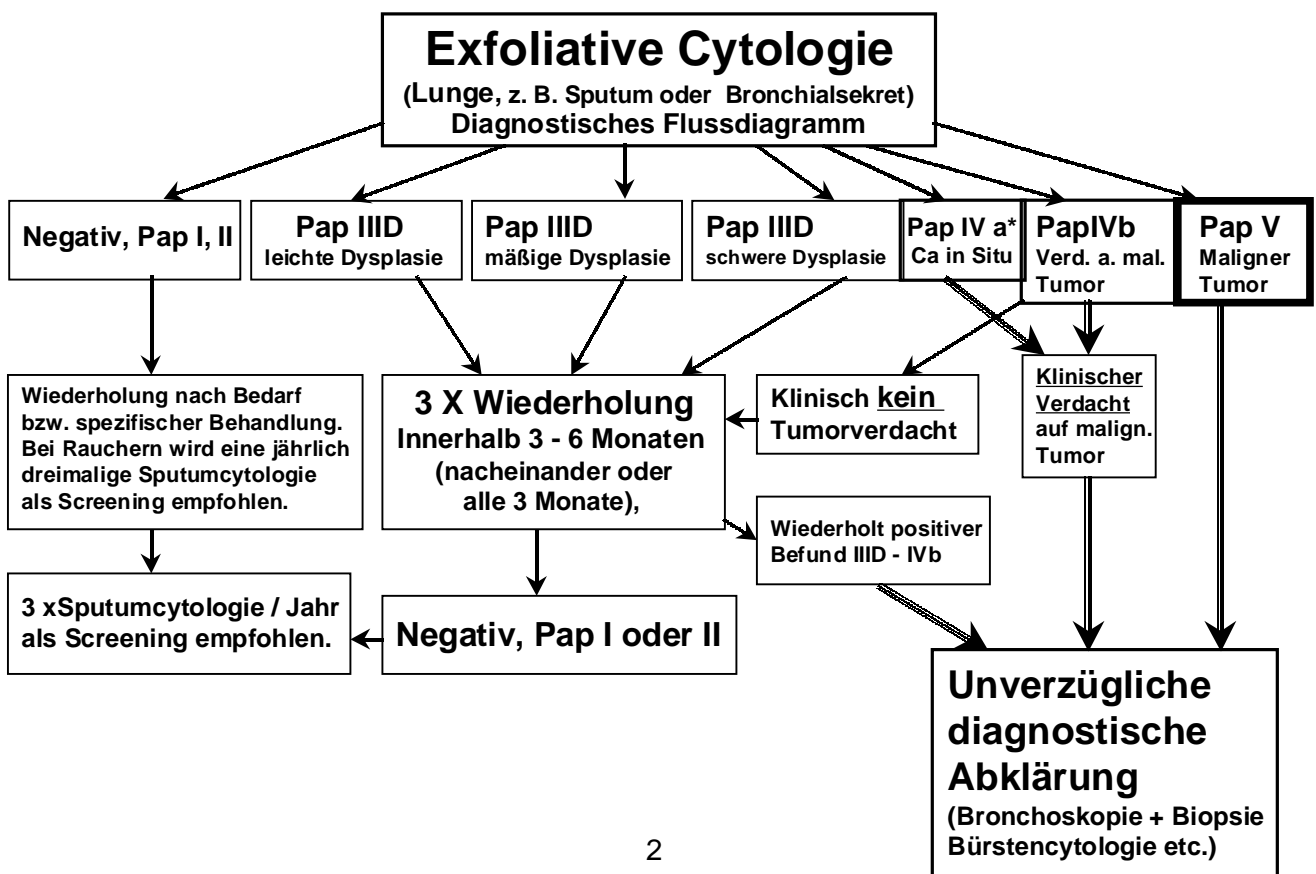
4) Randreaktionen eines primär benignen, teilweise auch entzündlichen Prozesses mit nur einem temporären Erscheinungsbild von Atypien oder Randreaktion welches sich zurückbilden kann (z.B. bei karnifizierende Pneumonie oder Tuberkulose).

PAP-KI. IVb Hier liegt der dringende Verdacht auf einen malignen Tumor vor, wobei cytologisch nur einige, sehr wenige Zellen (oft weniger als 5 Tumorzellen) vor, die für eine definitive klare Klassifikation des Tumors und Bestimmung seiner Histogenese nicht ausreichen. Insbesondere vor einer Chemo- oder operativen Therapie sollte dieser Befund durch Wiederholung der Untersuchung gesichert werden, damit durch Gewinnung von mehr Tumorzellmaterial die Differenzierung und Bestimmung der Histogenese und der Ursprungsort des Tumors genauer Erfolgen kann.

Grundsätzlich ist zu beachten, daß bei bestehendem klinischen Verdacht auf einen malignen Tumor (z.B. durch bildgebende Verfahren), die Diagnose durch Wiederholung der Untersuchung gesichert werden sollte. Erst nach mindestens einer Wiederholung der Untersuchung, sollte, abhängig vom individuellen Fall, das weitere, eventuell invasivere Vorgehen zur Sicherung der Diagnose diskutiert werden.

Die Ergebnisse der folgenden Tabellen stammen aus größtenteils eigenen Studien und sind **nicht** nur für die Lungencytologie gültig.

Das nachfolgende Flußdiagramm soll dabei einen leichteren Überblick in dem Ablauf ermöglichen.



BEDEUTUNG DER DYSPLASIEN UND ATYPISCHEN HYPERPLASIEN IN DER LUNGENCYTOLOGIE (PAP III u. IIID)

KLINISCH TUMOR ERKENNBAR; BEKANNT ODER VERDACHT AUF MALIGNEN TUMOR	KLINISCH KEIN TUMOR ERKENNBAR ODER BEKANNT
<p>Wahrscheinlich Begleitreaktion (Tumorrandreaktion) eines malignen Tumors</p> <p>Muß UNBEDINGT ABGEKLÄRT WERDEN. MIT HOHER WAHRSCHEINLICHKEIT LIEGT MALGINITÄT VOR</p>	<p>Wahrscheinlich Vorstufen eines malignen Tumors (auch reversibel)</p> <p>NACH EINER KURZFRISTIGEN, LANGFRISTIGE KONTROLLE IN 6 – 12 MONATIGN ABSTÄNDEN EMPFOHLEN</p>

GESAMTVERTEILUNG DER ATYPISCHEN HYPERPLASIEN UND DYSPLASIEN

PAP III UND IIID	ANZAHL	MALIGNEN (%)	BENIGNE (%)
Dysplasien	189	99 (58,6)	70 (41,4)
- leicht	47	27 (57,4)	20 (42,6)
- mässig	72	37 (51,4)	35 (48,6)
- schwer	50	<u>35 (70,0)</u>	15 (30,0)
Atypische Alveolarzellhyperplasie	29	<u>21 (72,4)</u>	8 (27,6)
Atypische Flimmerepithelhyperplasie	32	<u>22 (69,0)</u>	10 (31,0)
Atypische Basalzellhyperplasie	7	<u>5 (71,4)</u>	2 (28,6)
Diverse Atypien	20	16 (80,0)	4 (20,0)
Summe	257	163 (63,4)	94(36,6)

DIE VERTEILUNG DER DYSPLASIEN AUF DIE MALIGNEN UND BENIGNEN FÄLLE

DYSPLASIEN	MALIGNEN (%)	BENIGNE (%)	GESAMT (n) (%)
Leicht	27 (57)	20 (43)	47 (100)
Mässig	37 (51)	35 (49)	72 (100)
Schwer	<u>35 (70)</u>	18 (30)	50 (100)

HÄUFIGKEIT DER CARCINOMTYPEN BEI ATYPISCHEN HYPERPLASIEN

CARCINOMTYP	Atypische Alveol. (%)	Atypische Flimmerz. (%)	Atypische Basalz. (%)	Diverse Atypien (%)
Plattenep. Ca.	3 (14)	5 (23)	3 (60)	5 (31)
Adeno. Ca.	14 (67)	10 (45)	--	2 (13)
Kleinzell. Ca.	2 (10)	4 (18)	1 (20)	5 (31)
Komb. Ca.	--	1 (5)	1 (20)	--
Großzell. Ca.	2 (10)	2 (9)	--	3 (19)
Andere	--	--	--	1 (6)
Summe	21 (100)	22 (100)	5 (100)	16 (100)

HÄUFIGKEIT DER CARCINOMTYPEN BEI DYSPLASIEN

CARCINOMTYP	Leichte Dysplasie (%)	Mässige Dysplasie (%)	Schwere Dysplasie (%)
Plattenep. Ca.	13 (48)	18 (49)	23 (66)
Adeno.-Ca.	3 (11)	8 (22)	5 (14)
Kleinzell. Ca.	7 (26)	6 (16)	6 (17)
Komb. Ca.	1 (4)	--	1 (3)
Grosszell. Ca.	3 (11)	2 (5)	-
Andere		3 (8)	-
Summe	27 (100)	37 (100)	35 (100)

ZAHLENMÄSSIGE DARSTELLUNG VON 223 RAUCHERN (FRAUEN+MÄNNER) MIT PAP III BEFUNDEN, BEZOGEN AUF DIE MALIGNITÄT UND BENIGNITÄT

RAUCHEN (%)	MALIGNE (%)	BENIGNE (%)	INSGESAMT (%)
Ja	130 (73)*	48 (27)	178 (100)
Nein	23 (51)	22 (49)	45 (100)
SUMME	153 (69)	70 (31)	223 (100)

*= Unterschied gegenüber Nichtrauchern signifikant

Das vorliegende Begleitschreiben umfaßt den derzeitigen Kenntnisstand in der cytologischen Diagnostik. Bei eventuellen Änderungen werden wir Sie unverzüglich informieren.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. T. Topalidis

Stand 08/2001