

# CYTOLOGISCHES LABOR

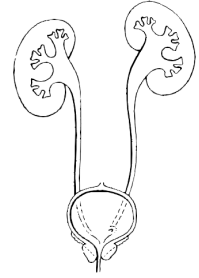
Dr. med. T. Topalidis, MIAC

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 im Urogenitaltrakt (Urin, Prostata und Niere) (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, bei der cytologischen Untersuchung des Materials aus dem Urogenitaltrakt, folgende Hinweise bzw. Informationen berücksichtigt werden.

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

Diese Gruppe wird in der Regel bei exfoliativen Zellmaterial, welches von Epithelial ausgekleideten Körperhöhlen oder Organen (wie z. B. im Urin der Harnblase) stammt, verwendet. Dabei handelt es sich oft um Übergangsepithelien oder plattenepitheliale bzw. dem Plattenepithel entstammende Zellen oder auch Plattenepithelien imitierende dysplastische 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 Urin „abgeschilfert“ sind.

Bei einem Befund aus dieser Gruppe, sollte eine mindestens **dreimalige Kontrolle** (entweder in kurzen Abständen nacheinander oder alle 3 Monate), beginnend innerhalb eines Zeitraumes von drei Monaten nach Befunderstellung, erfolgen. 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 (s. auch diagnostisches Flussdiagramm).

**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 mindestens dreimalige Kontrolle innerhalb von 3 Monaten erfolgen. Weitere differenzierte Informationen entnehmen Sie bitte auch aus den nachfolgenden Tabellen.**

Diese Pap - Gruppe wird in der Regel für Tubulusepithelien oder Zellen mit drüsenepithelialer Differenzierung verwendet . So z. B. auch für direkt durch Punktion (FNA), Bürste oder Biopsie (PE-Abstriche bzw. Imprintpräparate), gewonnene organspezifische Zellen der Prostata oder der Niere 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 Phenacetinniere oder Tuberkulose).
- 5) Im Urin kann ein solcher Befund bei Infiltration des Nierenbeckens bei Nierenzelltumoren im Frühstadium auftreten.

**PAP-Kl. IVb**

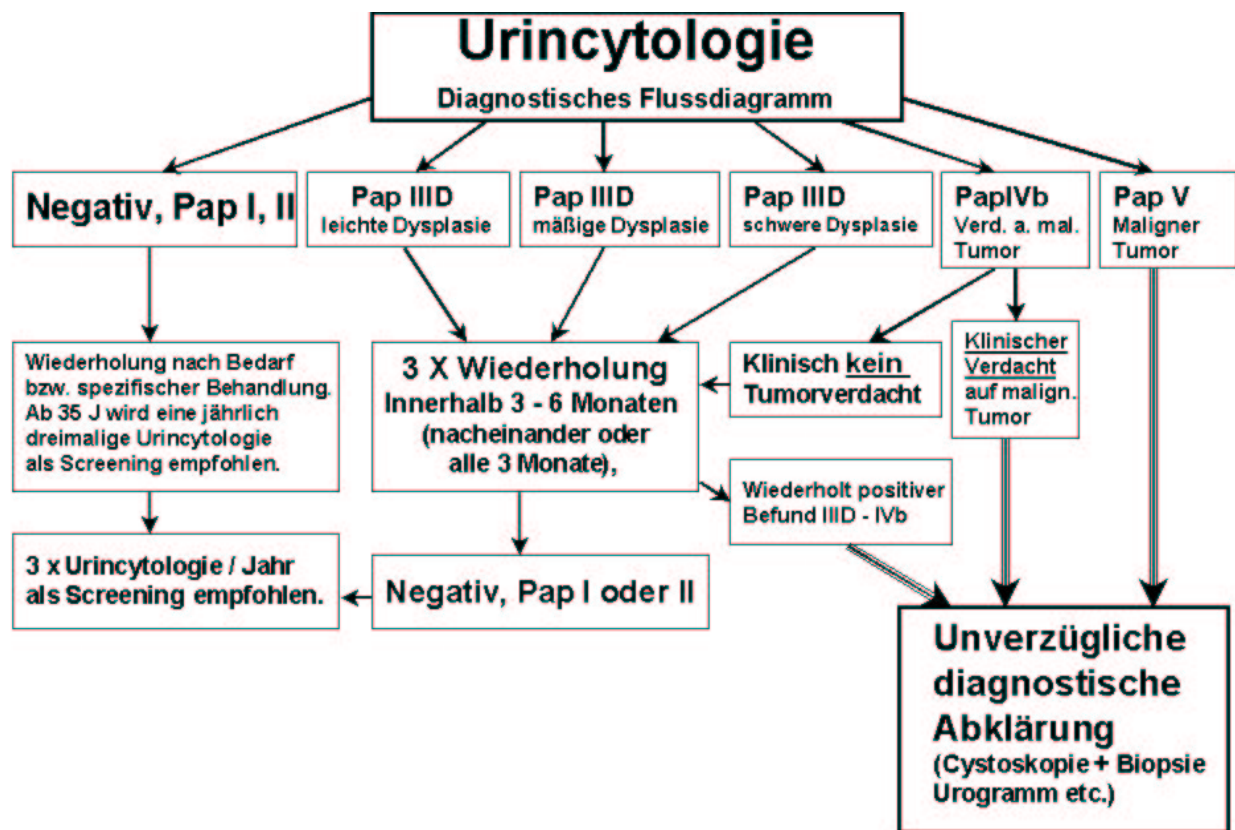
Hier liegt der dringende Verdacht auf einen malignen Tumor vor, wobei cytologisch nur einige, sehr wenige Zellen (oft weniger als 5 Tumorzellen) vor, die für eine definitive klare Klassifikation des Tumors und Bestimmung seiner Histogenese nicht ausreichen.

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, die Diagnose durch Wiederholung der Untersuchung gesichert werden sollte. Bei bestehendem klinischen Verdacht auf einen malignen Tumor sollten bei einem Befund der Klasse IVb parallel auch weitere Untersuchungsverfahren (wie z. B. Cystoskopie mit Histologie oder andere bildgebende Verfahren) mit zur Diagnosesicherung eingesetzt werden.

Liegt kein klinischer Verdacht vor, so sollte erst nach mindestens einer Wiederholung der cytologischen Untersuchung, bei einem negativen Ergebnis, abhängig vom individuellen Fall, das weitere, eventuell invasivere Vorgehen zur Sicherung der Diagnose diskutiert werden.

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



*Das vorliegende Begleitschreiben umfaßt den derzeitigen Kenntnisstand in der cytologischen Diagnostik. Bei eventuellen Änderungen werden wir Sie unverzüglich Informieren. Für Rückfragen stehen wir Ihnen sehr gerne zur Verfügung.*

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. T. Topalidis

Stand August 2001