

Wie sieht die bestmögliche Zervixkarzinom-Früherkennung aus?

Zum Beitrag „Konisation oder kolposkopisch gesteuerte Portiobiopsie?“ von B.R. Mangold und H.F. Nauth, FRAUENARZT 6/2008, S. 522–527

J. Quaas, F. Giesecking, H. Link, R. Lellé

Der Beitrag der Kollegen Mangold und Nauth ist ein exzellentes Beispiel für den so oft feststellbaren subjektiven Umgang mit statistischen Ergebnissen – von der Erhebung über die Darstellung und Diskussion bis zu den Schlussfolgerungen und praktischen Konsequenzen –, nicht nur auf dem Gebiet der Zervixpathologie und Kolposkopie. Insofern ist die Publikation ein günstiger Umstand, um auf die angesprochene Thematik aus unserer Sicht einzugehen.

Herangehensweise war letztlich empirisch

Grundsätzlich handelt es sich hier nicht um eine Studie, sondern um die retrospektive Betrachtung von Ergebnissen aus dem ärztlichen Routinealltag. Dementsprechend soll der Schlussfolgerung eine praktische Bedeutung zukommen. Dieser Ansatz birgt jedoch die Gefahr der subjektiven Einschätzung der Ergebnisse (Was möchte ich aussagen?) und vernachlässigt ebenso die Vorgehensweise im praktischen Alltag (Wonach richte ich mich bei der Planung der medizinisch notwendigen Vorgehensweise im Behandlungsfall?). Letztendlich ist die Herangehensweise empirisch.

Im Ergebnis der Untersuchung zweifeln ihre Autoren die Notwendigkeit der präoperativen kolposkopisch gesteuerten Probiopsie bei zytologischen Verdachtsfällen auf CIN III und ein entsprechendes gegebenenfalls von den Fachgesellschaften empfohlenes Vorgehen an. Basis dieser Schlussfolgerung ist die festgestellte „fünffach höhere Anzahl der falsch negativen Befunde im Biopsiekollek-

tiv“. Es wird vermittelt, dass die Indikation zum therapeutischen Vorgehen in dieser besonderen Situation (CIN-III-Verdacht) allein durch das zytologische Ergebnis gegeben sei. Die zytologische Verdachtsdiagnose CIN III wurde im Kollektiv ohne prätherapeutische Biopsie zu 78,5% histologisch bestätigt.

Grundsätzliche Zustimmung ...

Wir unterstützen die Aussage, dass sich die mittels Zytologie vermuteten therapiebedürftigen Fälle zu einem hohen Prozentsatz histologisch bestätigen lassen. Nimmt man die Fälle von CIN II und mikroinvasivem Karzinom hinzu, so handelt es sich im oben genannten Kollektiv um 93%.

Unabhängig davon, dass genau dieses Ergebnis uns zusätzlich ermutigt, für den weiteren Einsatz der Zytologie als primäres Screeninginstrument zu plädieren und zu betonen, dass es keinen Zwang zu einer kolposkopisch gesteuerten Probiopsie bei zytologischem Verdacht auf CIN III gibt, möchten wir auf einzelne Details eingehen.

... aber Fragezeichen bei einigen Details

Betrachtet man das Kollektiv der Frauen mit Probiopsie (55 Fälle), so konnte bei 16 (29%) eine CIN III im Biopsat erkannt werden. In 39 Fällen (71%) wurde keine solche Veränderung nachgewiesen. Bei 5 der 39 Frauen mit negativen Befunden ergab eine später durchgeführte Konisation bzw. Hysterektomie

dennoch eine CIN III. Alle Patientinnen mit einem Therapieentscheid zum Follow-up oder zur Laservaporisation zeigten nach 6 Monaten einen zytologisch unauffälligen Befund.

Die Frage ist, warum einige der so genannten biopsienegativen Fälle dennoch einer Therapie zugeführt wurden. Könnte es sich hier um eine Diskrepanz des kolposkopischen Befundes mit dem Biopsieergebnis handeln? Hat sich in diesen Fällen aufgrund des differenzierten multimodalen Vorgehens ein zum Biopsieergebnis zusätzlicher Aspekt ergeben, der zu weiterer Therapie Anlass gab?

Individuelles, qualitätsüberprüftes Vorgehen muss das Ziel sein

Genau diese Fragestellung ist es, die von kolposkopisch versierten Kollegen beantwortet werden kann. Dabei geht es einerseits um die qualifizierte Durchführung der Kolposkopie, andererseits mindestens genauso um ein aktuelles, modernes Management. Somit ist die Kolposkopie und gegebenenfalls auch die Portiobiopsie Basis, aber nicht alleiniges Mittel in der Therapieplanung. Das entspricht unserer Vorstellung von einem individuellen Vorgehen im Rahmen einer Dysplasiesprechstunde. Entsprechend sind die Forderungen an das Kolposkopiediplom und die Zertifizierung zur Dysplasiesprechstunde (www.dysplasiezentren.de/pages/antrag-richtlinien.php). In diesem Sinne könnte auch das festgestellte Vorgehen nach histologisch gesicherter CIN III gesehen werden (2/3 Laservaporisation bzw. Kontrolle). Handelt es sich hier vielleicht um besonders junge Patientinnen oder um kolposkopisch sehr gut überwachbare Befunde bei Patientinnen, die einer Konisation eher ablehnend gegenüber stehen?

Nicht unwichtig ist die Frage, ob bei den negativen Fällen der Gruppe der

nicht biopsierten Patientinnen eine Konisation hätte vermieden werden können, ja sollen? 79 Patientinnen hatten keinen histologischen Befund >CIN II im Konisat und immerhin noch 29 Patientinnen keinen Befund >CIN I.

Konzept der Kolposkopie-sprechstunde wird gut angenommen

Dass das durch die Europäische Gesellschaft für Kolposkopie inaugurierte und in Deutschland vom ehemaligen Vorsitzenden der AGCPC Prof. Jürgen Heinrich und seinem Stellvertreter Dr. Peter Schomann begründete Konzept der qualitätsüberprüften Kolposkopie-sprechstunde immer stärker angenommen wird, beweisen die bisher 221 ausgegebenen Kolposkopie-diplome und 65 zertifizierten Dysplasiesprechstunden. Auch für einen der Autoren des Originalartikels wurde diese Zertifizierung nach Antrag ausgesprochen.

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass aus unserer Sicht die besprochene Publikation ein kolposkopisch begründetes Management fordert. Die Portiobiopsie ist in dieser Situation ein Teil des Konzepts.

Dr. Jens Quaas, Dr. Friederike Giesecking, Dr. Heidrun Link, Prof. Dr. Ralph Lellé für den Vorstand der Arbeitsgemeinschaft für Zervixpathologie und Kolposkopie

Schlusswort

von Dr. Bernhard R. Mangold und Prof. Dr. Hans F. Nauth

Wir möchten den Vertretern der AGCPC für ihren ausführlichen Kommentar danken und ihn zum Anlass nehmen, die Kernaussage unseres Artikels zu wiederholen.

Die Autoren sind seit vielen Jahren mit den Vorsorgeuntersuchungen des Zervixkarzinoms vertraut, wobei sie sowohl zytologisch als auch in der Dysplasiesprechstunde tätig sind. Das breite Echo, das die vorliegende Studie in der Öffentlichkeit ausgelöst hat, bestärkt uns in der Annahme, dass unsere „subjektiven Beobachtungen“ einen offensichtlich objektiv vorhandenen Missstand beleuchten.

Wir möchten betonen, dass durch die Zwischenschaltung einer Dysplasiesprechstunde in unserem Kollektiv unnötige Behandlungen nicht vermieden werden konnten, da etwa 90% der Frauen trotzdem operiert wurden (Laservaporisation, Konisation, Hysterektomie). Auf das Risiko einer Laservaporisation bei zytologischem CIN-III-Verdacht haben wir hingewiesen. Warum Vaporisationen bei positivem und negativem Biopsieergebnis gleich häufig durchgeführt wurden, ist uns unbekannt. Der Grund für eine Konisation trotz negativer Biopsie war dagegen nur selten ein Anliegen des Kolposkopikers, sondern in der Regel auf die intensiven Bemühungen des Zytologen zurückzuführen.

Interdisziplinäre Befunddiskussion statt Beharren auf Goldstandards

Genau an dieser Stelle setzt unsere Kritik an, denn der kolposkopisch versierte Gynäkologe, der im Austausch mit dem Zytologen oder Pathologen differenzierten Fragestellungen nachgeht, ist die Aus-

nahme. Die aktuellen deutschen Leitlinien treffen nämlich im Gegensatz zu international gültigen Leitlinien auf ein System, in dem die interdisziplinäre Befunddiskussion weder gefordert noch gefördert wird.

Es muss auch betont werden, dass Zytologie und Histologie gleichwertige diagnostische Verfahren darstellen und die Forderung so genannter Goldstandards überholt ist. Wurde beispielsweise in unserer Erhebung bei 29 von 413 konisierten Frauen kein CIN III gefunden, so kann dies sowohl die Folge einer zytologischen als auch einer histologischen Fehlinterpretation sein. Die weitere klinische Vorgehensweise muss sich in solchen Fällen nach dem entweder zytologisch oder histologisch höher eingestuften Befund richten, ohne Anspruch auf einen Goldstandard. Nicht zuletzt aus diesem Grund hat sich die DGZ (Deutsche Gesellschaft für Zytologie) von den kürzlich publizierten S2k-Leitlinien der DGGG in einem offenen Brief distanziert.

Abschließend möchten wir die AGCPC darin bestärken, an dem Konzept einer qualitätsüberprüften Dysplasiesprechstunde festzuhalten, wobei auf den interdisziplinären Gedankenaustausch besonderer Wert gelegt werden sollte. Alle Kollegen sollten verantwortungsvoll an einer Verbesserung des Systems interessiert sein, wobei die qualifizierte Nachwuchsförderung ein besonderes Anliegen ist. ■

Zusätzliche Überlegungen zum Zervixkarzinom-Screening

Zum Beitrag „Prävention – das wichtige Standbein der Frauenarztpraxis“ von W. Harlfinger, FRAUENARZT 9/2008, S. 772–778

Der Beitrag zeigt mit eindrucksvoller Deutlichkeit die herausgehobene Stellung des Frauenarztes für die präventive gesundheitliche Versorgung der Frau. Da ist es konsequent, dass die öffentliche Positionierung unseres Berufsstandes im Hinblick auf Qualität und Honorierung unserer Arbeit gefordert wird.

Die Herausstellung der Kolposkopie und die Forderung nach einem flächendeckenden System von Dysplasiesprechstunden entspricht der seit einigen Jahren von der AGCPC aufgebauten Ausbildungsstruktur für die Kolposkopie (Kolposkopiediplom) und der Zertifizierung von qualifizierten Einrichtungen (Dysplasiesprechstunde/Dysplasiezentren). Die Basis hierfür liegt in der überprüfbaren Qualität der Ärzte und Einrichtungen.

Defizite analysieren

Ebenso unterstreicht der Artikel die schon wiederholt angesprochene Notwendigkeit einer systematischen Aufarbeitung der derzeitigen Screening-Ergebnisse. Insbesondere dass für internationale Vergleiche immer wieder die jährliche Teilnehmerate von knapp 50% herangezogen wird ist zu kritisieren. Ein Vergleich ist nur auf einer Basis von 3 Jahren möglich, wie es in den Bezugsländern meist üblich ist. Die jetzt vom Zentralinstitut veröffentlichten Daten (Quelle?) einer 3-Jahres-Teilnehmerate von 85% decken sich mit den Ergebnissen einer Analyse bei der KV Mecklenburg-Vorpommern (IV/2002–I/2006, Bevölkerungsstand etwa 713.464 Frauen >20 Jahren. Bei 598.589 Patienten, die mindestens einmal eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung in Anspruch genommen haben, ergibt sich eine Inanspruchnahme von 83,89% innerhalb von

3½ Jahren). Beide Quellen und Aufarbeitungsmodi sind im Hinblick auf statistische Aussagekraft nachzufragen und sollten an dieser Stelle dargestellt werden.

Für die Bewertung und gegebenenfalls notwendige Veränderung des Screeningprogramms müssen die bekannten Daten zusammengeführt werden. Sollte die 3-Jahres-Screeningrate bei 80% liegen und der Anteil der im Screening nicht erkannten Karzinome bei etwa 25% (Marquardt et al., FRAUENARZT 11/2007, Ropp und Grimm, FRAUENARZT 10/2008, Dinges et al. FRAUENARZT 8/2006), so treten 75% aller Karzinome bei 20% der Zielgruppe auf. Die oft kritisierte große Anzahl durchgeführter Untersuchungen hat einen Vorteil bewiesen, auch bei im internationalen Vergleich hoher Inzidenz. Das Problem der Inzidenz liegt nicht in der Screeningstrategie, insbesondere nicht in der Methode. Es liegt bei der Risikogruppe der Nichtgescreenten. Eine bessere Teilnehmerate wird nicht zu erzielen sein. Es ist daher notwendig, Risikogruppen besser zu identifizieren und die Strategie für diese zu überdenken. Neben der Risikogruppe der Screeningsäumigen konnte bei der Analyse der altersspezifischen Inzidenz eine weitere entdeckt werden. Es sind die in der Nachkriegszeit (bis Mitte/Ende der 50er Jahre) geborenen Frauen (Quaas et al., FRAUENARZT 1/2008). Eine dritte Risikogruppe ist seit Jahren bekannt: die Patientinnen mit schlechten Abnahmebedingungen.

Die Frage nach einer besseren Früherkennung des Zervixkarzinoms muss daher lauten: Wie gehe ich mit den Frauen um, die länger als 3 Jahre keine zytologische Untersuchung hatten und

heute im Alter von 45 bis 55 Jahren sind und bei denen sich die Durchführung eines adäquaten zytologischen Abstrichs als schwierig erweist? Benötigen diese Frauen eine besondere Strategie? Sie werden von zusätzlichen Verfahren profitieren. Hier ist der Einsatz auch teurerer Techniken effizient.

Besonders profitieren diese Frauen jedoch von der Qualität des Untersuchers im Hinblick auf kolposkopische Kenntnisse und Kenntnisse der Managementstrategien bei unklaren Befunden. Damit wären wir wieder bei Ausbildungsstruktur und Dysplasiesprechstunde.

Dr. med. Jens Quaas, Stralsund

Kommentar

von San.-Rat Dr. Werner Harlfinger

Die Meinung von Herrn Quaas, dass der größte Teil der Zervixkarzinome bei den Frauen zu finden sei, die nicht zum Screening kommen, ist möglicherweise in Mecklenburg-Vorpommern belegt, gilt aber auf keinen Fall für die gesamte Republik und kann so nicht übertragen werden. Auch ist es gefährlich, die Qualität eines Abstriches mit mehreren Abstrichen begründen zu wollen. Die niedrige Sensitivität des normalen PAP-Abstriches ist nicht akzeptabel. Eine Verbesserung der Qualität ist unbedingt erforderlich. Die Anzahl der Zervixkarzinome bei den jungen Frauen ist sehr hoch, und diese nehmen in den Städten bis teilweise 80% an den Vorsorgeprogrammen teil. Es ist fahrlässig und nicht vertretbar, auch im internationalen Vergleich, hier keine nachvollziehbaren Qualitätsverbesserungen zu initiieren. Allein eine Verlängerung des Intervalls auf zwei Jahre würde eine Teilnehmerate von 60% zur Folge haben. Beide Maßnahmen, Verbesserung der Qualität des Abstriches und eine höhere Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung, sind notwendig.