

eventuell durch EMG und Neurographie unterstützt wird. Erst wenn der Schmerz in eine der in Frage kommenden Strukturen lokalisiert werden konnte, sollte an dieser Stelle gezielt nach morphologischen Veränderungen gefahndet werden. Findet sich dabei ein zur klinischen Diagnose passender radiologischer Befund, so kommt diesem eine hohe diagnostische Wertigkeit zu. Ein gleichartiger Befund bei einem Patienten mit einem andersartigen Schmerzsyndrom kann dagegen einen klinisch irrelevanten Zufallsbefund ohne kausale Beziehung zur Symptomatik des Patienten darstellen.

Literatur

1. Benini, A.: Ischias ohne Bandscheibenvorfall: Die Stenose des lumbalen Spinalkanals. 2. Aufl. Huber, Bern, Stuttgart, Toronto (1986)
2. Krämer, J.: Bandscheibenbedingte Erkrankungen. 2. Aufl. Thieme, Stuttgart, New York (1986)
3. Stöhr, M.; Bluthardt, M.: Atlas der klinischen Elektromyographie und Neurographie. 2. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart (1987)
4. Stöhr, M.; Riffel, B.: Nerven- und Nervenwurzel-Läsionen. Edition Medizin, Weinheim (1988)

Anschrift für die Verfasser:

Prof. Dr. med. Manfred Stöhr
Neurologische Klinik mit
klinischer Neurophysiologie
Zentralklinikum Augsburg
Stenglinstraße 1
8900 Augsburg

Tabelle 3: Orthopädische Ursachen von Hüft-, Gesäß- und Beinschmerzen (gekürzt nach: Stöhr und Riffel, 1988)

Lokalisation des Krankheitsprozesses	Wichtige Einzelformen
LWS und Os sacrum	degenerative, entzündliche, tumoröse, traumatische und operative Veränderungen, teilweise mit „pseudoradikulärer“ Schmerzausbreitung in Gesäß und Oberschenkel
Hüftgelenk und Becken	Koxarthrose, Periarthrose, Hüftkopfnekrose, Koxitis; schnappende Hüfte; Insertionstendinopathien der Oberschenkelmuskulatur
Gesäß	Hämatom, Abszeß, Weichteilnekrose oder Fibrosierung (besonders nach intraglutäalen Injektionen); Piriformissyndrom; „Weavers bottom“
Kniegelenk	Arthrose, Meniskusschäden, Insuffizienz des Bandapparates, Patellarerkrankungen, Bursitis, Tendinopathien
Sprunggelenk	Arthrose, Bandläsionen, posttraumatische Veränderungen
Fuß	statische Beschwerden bei Fußdeformitäten; aseptische Knochennekrosen; Achillodynie, Fersensporn

Nukleinsäurenachweis von HPV-Viren im Zervixabstrich

Die HPV-Typen 16 und 18 gehören zu den häufigst nachgewiesenen Virussequenzen im neoplastischen Gewebe. Nach neuen Untersuchungen vermag die Desoxyribonukleinsäure (DNS) dieser Viren Zellen nach Transfektion zu transformieren. Dies fördert die Vermutung, daß einige der humanen Papillomviren als Initiatoren oder Promotoren an der Entstehung von Zervixtumoren beteiligt sind.

In einer Studie wurden Zervixabstriche von 516 Frauen vergleichend zytologisch und auf die Präsenz von Papillomvirus-Typ 16/18 DNS-Sequenzen untersucht. Die zytologisch als nicht pathologisch be-

werteten Abstriche waren zu 13 Prozent HPV 16/18 positiv, die pathologischen zu 33 Prozent.

Die Altersverteilung der HPV-Infektion entspricht der einer sexuell übertragenen Krankheit. Komplizierend ist die Persistenz der HPV-Infektion, obwohl die Infektion auch wieder verloren werden kann.

Die Verwendung biotin-markierter Nukleinsäureproben ist der radioaktiv markierter mindestens gleichwertig. Die Übereinstimmung der mit beiden Methoden gewonnenen Ergebnisse liegt bei 90 Prozent. Bei der Biotinmethode entfällt die relativ große Zahl fraglicher Ergebnisse.

FÜR SIE REFERIERT

Die Untersuchung auf HPV-Positivität ist zur Zeit nur von eingeschränktem diagnostischen und prognostischen Wert, zumal die HPV-Positivität auf den ersten Blick keine *conditio sine qua non* für die Entwicklung eines Zervixkarzinoms zu sein scheint. mle

R. Neumann, H. J. Eggers et al.: Beitrag zur klinischen Relevanz des Nukleinsäurenachweises der humanen Papillomviren (HPV) in Abstrichzellen der Cervix uteri Geburtsh. u. Frauenheilk. 49 (1989), 11-16

Prof. Dr. med. H. J. Eggers, Direktor des Instituts für Virologie der Universität zu Köln, Fürst-Pückler-Str. 56, D-5000 Köln 41