



**Empfehlungen der Koordinationskonferenz Zytologie bei auffälligen zytologischen Befunden (Addendum zur Münchner Nomenklatur III)**

**Gekürzte Fassung der in der Zeitschrift „Der Frauenarzt“ im Januar 2015 erschienenen Veröffentlichung [1, 2] (Stand: 13.12.2014)**

*Die Empfehlung des Zytologen ist das Ergebnis der Zusammenschau von zytologischem Befund und zusätzlichen patientenbezogenen Informationen.*

*Der den Abstrich einsendende Gynäkologe stellt die aus der zytologischen Einrichtung gegebenen Empfehlungen in einen Kontext mit den anamnestischen Daten, klinischen Befunden und Wünschen der betroffenen Frau.*

*Patientinnen mit anamnestischen oder klinischen Auffälligkeiten sind trotz eines unauffälligen zytologischen Befundes einer weiteren Diagnostik zuzuführen.*

**Gruppe 0: Unzureichendes Material**

bei zytologisch unverdächtigen Vorbefunden und klinisch unauffälligem Befund zytologische Kontrolle innerhalb von 6 Monaten

**Gruppe I: Unauffälliger Befund**

Zytologie im Screening-Intervall

**Gruppe II-a: Unauffälliger Befund**

ggf. zytologische Kontrolle wegen auffälliger Anamnese (zytologischer/histologischer/kolposkopischer/klinischer Befund)

**Gruppe II: Befunde mit eingeschränkt protektivem Wert**

**II-p und II-g**

erstmalig:

zytologische Kontrolle in 12 Monaten

in der Wiederholungsuntersuchung:

zytologische Untersuchung in 6 Monaten, bei > 35-jährigen Frauen ggf. zusätzlich HPV-Test, wenn positiv: Procedere wie bei Gruppe IIID1

**II-e**

klinische Kontrolle unter Berücksichtigung von Anamnese und klinischem Befund

**Gruppe III: Unklare bzw. zweifelhafte Befunde**

**III-p und III-g**

Kolposkopie\*, bei Erwägung von CIN2/3 oder AIS kurzfristige zytologische Kontrolle akzeptabel

**III-e**

weiterführende klinische Diagnostik

**III-x**

weiterführende klinische Diagnostik

**Gruppe IIID: Dysplasie-Befunde mit größerer Regressionsneigung**

**IIID1**

zytologische Kontrolle in 6 Monaten, bei Persistenz  $\geq$  12 Monate: Kolposkopie\*; spätestens nach 2 Jahren histologische Abklärung durch gezielte Biopsie

**IIID2**

zytologische Kontrolle in 3 Monaten, bei Persistenz  $\geq$  6 Monate: Kolposkopie\*; spätestens nach 1 Jahr histologische Abklärung durch gezielte Biopsie

**Gruppe IV: Unmittelbare Vorstadien des Zervixkarzinoms**

Kolposkopie\* und Therapie

**Gruppe V: Malignome**

weiterführende Diagnostik mit Histologie und Therapie

\*Kolposkopie: kolposkopische Untersuchung mit Verwendung von Essigsäure und Nutzung der gültigen Nomenklatur (Rio de Janeiro 2011) [6]



## **Erläuterungen zum Vorgehen bei den einzelnen Befundgruppen:**

### **Gruppe 0**

Bei zytologisch unverdächtigen Vorbefunden und klinisch unauffälligem Befund ist eine zytologische Kontrolle innerhalb von 6 Monaten zu empfehlen.

### **Gruppe I**

Ein unauffälliger zytologischer Befund tritt bei ca. 97% aller untersuchten Frauen auf. Auch bei Fehlen von Zellen der Transformationszone wird der Abstrich erst im üblichen Screening-Intervall wiederholt [3-6].

### **Gruppe II-a**

Der häufigste Anlass für die Vergabe der Gruppe II-a ist eine Gruppe IIID oder eine Gruppe III im Vorbefund. Mit der Gruppe II-a signalisiert der Zytologe ein erhöhtes Risiko für die Frau trotz eines aktuell unauffälligen Zellbildes. Darin kommt die Erfahrung zum Ausdruck, dass ein unverdächtiger Befund nach auffälligem zytologischem Vorbefund nur in einem Teil der Fälle die Regression einer zuvor bestehenden Läsion bedeutet. Nicht selten ist ein Defizit bei der Materialentnahme möglich: die Läsion konnte mit dem aktuellen Abstrich nicht erfasst werden. Um das damit verbundene Gefahrenpotential durch eine Kontrolluntersuchung zu minimieren, ist die Vergabe der Gruppe II-a sinnvoll (zweimal in Folge, dann Gruppe I).

Die Einordnung in diese Gruppe ist auch gerechtfertigt, wenn z.B. bei einer Patientin mittels Biopsie eine CIN2 diagnostiziert worden ist, ein abwartendes Prozedere vereinbart wurde und dann bei der zytologischen Kontrolle keine Dysplasiezellen nachweisbar sind (zweimal in Folge Gruppe II-a, dann Gruppe I). Ein weiterer Grund für eine Gruppe II-a ist beispielsweise die negative Zytologie nach einem histologischen Befund am Konisationspräparat mit Heranreichen einer CIN3 an einen Resektionsrand (zweimal in Folge, dann Gruppe I).

Nach der gültigen Kolposkopie-Nomenklatur (Rio de Janeiro 2011) [7] korrelieren „major changes“ (auch als Grad 2-Veränderungen bezeichnet) mit einer höhergradigen Läsion (CIN2, CIN3). Werden derartige kolposkopische Befunde dem Zytologen mitgeteilt, ist bei unauffälliger Zytologie die Vergabe der Gruppe II-a angezeigt. Demgegenüber werden sog. „minor changes“ (Grad 1-Veränderungen) sowohl bei einer CIN1 als auch bei reaktiven Veränderungen wie einer Metaplasie beobachtet - ein unauffälliges zytologisches Bild in solchen Fällen sollte einer Gruppe I, nicht einer Gruppe II-a zugeordnet werden.

Kein Grund für die Vergabe einer Gruppe II-a bei unverdächtigem Abstrichbefund sind:

- eine Konisation mit R0,
- eine Nachsorge wegen Zervix- oder Vaginalkarzinom oder VAIN,
- ein positiver high risk-HPV-Test allein,
- ein Malignom in benachbarter Lokalisation (z.B. Endometrium-, Harnblasen-, Rektumkarzinom etc.).

### **Gruppe II-p und Gruppe II-g**

Tritt die Gruppe II-p oder II-g erstmalig auf, genügt eine Abstrich-Kontrolle in 12 Monaten. Wird eine Gruppe II-p oder Gruppe II-g bei der Kontrolluntersuchung erneut vergeben, ist bei bis 35-jährigen



Frauen eine zytologische Kontrolle in 6 Monaten angezeigt, bei über 35-jährigen Frauen ist ein zusätzlicher HPV-Test zu erwägen. Wenn dabei high risk-Typen nachgewiesen werden, gleicht das Prozedere dem bei Gruppe IIID1.

### **Gruppe II-e**

Ein Nachweis zytologisch unauffälliger Endometriumzellen im Zervix-Abstrich über 40-jähriger Frauen in der zweiten Zyklushälfte oder bei postmenopausalen Frauen bedarf einer Bewertung durch den Gynäkologen. Bei Vorliegen anamnestischer bzw. klinischer Auffälligkeiten wird er entscheiden, ob diagnostische Maßnahmen erforderlich sind.

### **Gruppe III-p und Gruppe III-g**

Die Differentialdiagnose betrifft hier neben benignen Veränderungen eine CIN2, eine CIN3, ein Adenocarcinoma in situ oder ein Zervixkarzinom. Je nachdem, welche dieser Entitäten in Betracht kommt, unterscheiden sich die Empfehlungen des Zytologen. Wird das Vorliegen eines Karzinoms erwogen, ist eine Kolposkopie indiziert. Bei Erwägung einer CIN2, einer CIN3 oder eines Adenocarcinoma in situ ist zunächst eine zytologische Kontrolle akzeptabel (ggf. nach Entzündungsbehandlung und/oder hormoneller Aufhellung, eventuell in Kombination mit additiven Verfahren, z.B. HPV-Test oder molekulare/immunchemische Transformationsmarker). Spätestens bei erneut zweifelhaftem zytologischem Befund sollte eine Kolposkopie erfolgen [7, 8].

### **Gruppe III-e**

Da bei diesem Befund differentialdiagnostisch auch ein Endometriumkarzinom in Betracht kommt, ist eine weiterführende klinische Diagnostik (Sonografie, Hysteroskopie, fraktionierte Abrasio; sofern die extrazervikale Abklärung keinen Befund erbracht hat: Kolposkopie) anzustreben [9].

### **Gruppe III-x**

Bei diesem zytologischen Befund ist keine Aussage zum Ursprung der malignitätsverdächtigen Zellen möglich, sodass eine weiterführende klinische Diagnostik geboten ist (Kolposkopie, Sonografie, Hysteroskopie, fraktionierte Abrasio).

### **Gruppe IIID1**

Bei dem Zellbild einer CIN1 ist eine zytologische Kontrolle in 6-monatigem Abstand zu empfehlen (auch bei schwangeren Frauen). Persistiert der Befund länger als 12 Monate, sollte eine Kolposkopie erfolgen. Nach 2-jähriger Persistenz sollte eine histologische Abklärung mittels gezielter Biopsie angestrebt werden.

### **Gruppe IIID2**

Der Abstand zytologischer Kontrollen sollte beim Zellbild einer CIN2 3 Monate betragen. Bei länger als 6 Monate persistierendem Befund ist eine Kolposkopie zu empfehlen, spätestens nach 1 Jahr eine histologische Abklärung mit gezielter Biopsie [8].

In der Gravidität ist eine möglichst frühzeitige Erstvorstellung zur Kolposkopie anzustreben. Eine zytologisch-kolposkopische Kontrolle sollte einmal pro Trimenon erfolgen. Bei diskrepantem Befund zwischen Zytologie und Kolposkopie ist eine histologische Abklärung durch Biopsie anzuraten.

#### **Gruppe IV**

Das Zellbild einer CIN3 bzw. eines Adenocarcinoma in situ erfordert eine Kolposkopie und Therapie [8, 9]. In der Gravidität sollte die Erstvorstellung möglichst frühzeitig stattfinden. Weitere zytologisch-kolposkopische Kontrollen sind aller 8-12 Wochen zu empfehlen [8]. Bei Verdacht auf ein Karzinom ist eine histologische Abklärung durch Biopsie oder bei nicht einsehbarer Transformationszone durch LEEP erforderlich.

#### **Gruppe V**

Zellbilder maligner Tumoren sind eine Indikation für weiterführende diagnostische und für therapeutische Maßnahmen.

Bei korrekter Befundklassifikation durch den Zytologen und einem Befundmanagement entsprechend den hier vorgeschlagenen Empfehlungen können Läsionen risikoadaptiert abgeklärt sowie unnötige Verlaufsuntersuchungen und Therapiemaßnahmen vermieden werden.

Das Abklärungsprozedere und die Therapieentscheidungen werden von dem behandelnden Frauenarzt eigenverantwortlich dirigiert. Dieser Aufgabe ist er weder durch Empfehlungen des Zytologen noch durch evidenzbasierte Leitlinien enthoben.

#### **Literatur**

1. Griesser H, Marquardt K, Jordan B, et al.: Münchner Nomenklatur III. Frauenarzt 2013; 11: 2-7.
2. Griesser H, Marquardt K, Jordan B, et al.: Kommentar zur Münchner Nomenklatur III für die Zervix-Zytologie: Prozedere bei auffälligen Befunden. Frauenarzt 2015; 56: 10-13
3. Birdsong GG: Pap smear adequacy: is our understanding satisfactory... or limited? Diagn Cytopathol 2001; 24: 79-81.
4. Bos AB, van Ballegooijen M, van den Akker-van Marle E, Hanselaar AGJM, van Oortmarsen GJ, Habbema JDF: Endocervical status is not predictive of the incidence of cervical cancer in the years after negative smears. Am J Clin Pathol 2001; 115: 851-5.
5. Mitchell HS: Longitudinal analysis of histologic high-grade disease after negative cervical cytology according to endocervical status. Cancer Cytopathol 2001; 93: 237-40.
6. Solomon D, Davey D, Kurman R, et al.: The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. JAMA 2002; 287: 2114-9.
7. Kühn W: Aktualisierte Internationale Nomenklatur zur Kolposkopie (Rio 2011) und deren Bedeutung für die klinische Praxis. Verh Dtsch Ges Zyt 2013; 28: 58-62.
8. [www.ag-cpc.de](http://www.ag-cpc.de)  
Letzter Zugriff 06.12.2014
9. [www.asscp.org/consensus2012](http://www.asscp.org/consensus2012).  
Letzter Zugriff 06.12.2014



**An der Überarbeitung der Empfehlungen zur Münchner Nomenklatur III haben in der Koordinationskonferenz Zytologie folgende Mitglieder der Fachgesellschaften und Berufsverbände mitgewirkt:**

**Prof. Dr. H. Griesser, Dr. K. Marquardt, Prof. Dr. U. Schenck** Deutsche Gesellschaft für Zytologie (DGZ)  
**Dr. F. Giesecking, Prof. Dr. W. Kühn, PD Dr. V. Küppers, Prof. Dr. M. Menton** Arbeitsgemeinschaft für Zervixpathologie und Kolposkopie (AG-CPC)  
**Dr. B. Jordan, Prof. Dr. K.J. Neis** Arbeitsgemeinschaft zytologisch tätiger Ärzte in Deutschland (AZÄD)  
**Prof. Dr. W. Schlake** Bundesverband Deutscher Pathologen (BDP)  
**Dr. H. H. Neumann** Deutsche Gesellschaft für Pathologie, Arbeitsgemeinschaft für Zytopathologie (DGP)  
**Dr. M. Steiner, Dipl. Med. U. Freitag** Berufsverband der Frauenärzte (BVF)  
**Dipl. Biol. B. Pöschel** Berufsverband zytologisch tätiger Akademiker Deutschland (BEZAD)