GYN•ZYTO•BERLIN
Institut für gynäkologische Zytologie und Morphologie
Dr. Alexandra Coumbos, Prof. Dr. W. Kühn und Kollegen
1. Referenz- u. Kompetenzzentrum für Zytologie und Dysplasie

Unsere präzisen Befunde schaffen Ihnen Sicherheit.

Münchner Nomenklatur III

Zusammenfassende und ergänzende Darstellung von GYN•ZYTO•BERLIN *

*** Publikation: Münchener Nomenklatur III in Frauenarzt 54 (2013) Nr. 11 S 1042-1048, die Vertreter der beteiligten Fachgesellschaften und Berufsverbände sind zugleich die Autoren: H. Griesser, K. Marquardt, B. Jordan, W. Kühn, K. Neis, H. H. Neumann, R. Bollmann, B. Pöschel, M. Steiner, U. Schenck.**

Alle Texte wurden aus dieser Publikation entnommen. Wir verweisen vorab darauf, dass hier Zitate von uns zusammengefasst wurden.

Überschriften im Text wurden von uns ergänzt wie auch Überschriften der Tabelle und die Spalte mit der alten Nomenklatur München II.

In der Tabelle München III gibt es Hauptgruppen (in Fettdruck) und Untergruppen mit den zugehörigen Definitionen.
Die den Befundgruppen beigefügten allgemein gehaltenen Empfehlungen (→ Empfehlung) sind im Konsens der beteiligten Fachgesellschaften und Berufsverbände vereinbart worden, eine ausführliche evidenzbasierte Leitlinie für Deutschland wird zurzeit erarbeitet.

Gültigkeitsbeginn:

- Anwendung München III ab 1. Juli 2014
- Jahresstatistik 2014 letztmalig nach Münchner II (im Hinblick auf die Abwärtskompatibilität von München III auf München II ohne Schwierigkeit möglich)
- Jahresstatistik ab 2015 vollständig gemäß der Gruppeneintellung München III.

Warum eine neue Nomenklatur?

Eine Aktualisierung der in Deutschland für die gynäkologische Zytodiagnostik gebräuchlichen Münchner Nomenklatur II war wegen neuer Erkenntnisse zur Tumorbiologie des Zervixkarzinoms, des gestiegenen Anspruchs an die Sensitivität sowie für eine verbesserte statistische Auswertung und internationale Übersetzbarkeit erforderlich. Vertreter der an der zytologischen Diagnostik beteiligten Fachgesellschaften haben daher in Abstimmung mit den Berufsverbänden die Münchner Nomenklatur III für die gynäkologische Zytodiagnostik der Zervix erarbeitet.

Auswirkungen der Nomenklatur-Überarbeitung

Verbesserte Kommunikation zwischen Zytologe und Kliniker. Eine – verglichen mit der Münchner Nomenklatur II – vereinfachte Kommunikation zwischen den Anwendern in der zytologischen Einrichtung und den Frauenärzten in Praxis und Klinik und eine genauere statistische Erfassbarkeit wird die Patientenversorgung verbessern.

Präzision des zytologischen Befundes und Transparenz durch Suffixe, dadurch verbesserte Kommunikation zwischen Gynäkologe und Patientin.
Die neue Klassifizierung mit Trennung der Gruppen I und II, durch Suffixe gekennzeichnete Untergruppen und mit Unterscheidung der Gruppen IIID1 und IIID2 präzisiert den zytologischen Befund und schafft eine Transparenz, die es dem Gynäkologen ermöglicht, der Patientin das mit den Zellveränderungen verbundene Risiko verständlich zu machen und ihre Ängste zu reduzieren. Das gestärkte Vertrauensverhältnis zwischen Patientin und Arzt vermeidet Verunsicherungen, die zu Arztwechsel, Mehrfachuntersuchungen und komplikationsbelasteten Übertherapien führen.

Kolposkopie als weiterführende Untersuchung und Instrument für die Therapie
Während der Einsatz der Kolposkopie als Screening-Methode nicht sinnvoll ist, kann eine Differenzialkolposkopie bei zytologischen Auffälligkeiten die Läsionen lokalisieren (ekto-/ endozervikal versus vaginal), ihre Ausdehnung feststellen und zwischen „minor changes“ und „major changes“ unterscheiden. Insbesondere bei unklaren zytologischen Befunden und bei persistierenden Läsionen kann die Kolposkopie das Risiko verringern, ein invasives Karzinom zu übersehen. Die Exzision therapiebedürftiger Läsionen sollte wegen des Frühgeburtsrisikos gewebsschonend unter kolposkopischer Sicht erfolgen.

Qualitätsverbesserung
Diskrepante zytologische und histologische Diagnosen werden durch Probleme bei der Materialerfassung und bei der Interpretation der Befunde durch Gynäkologen, Zytologen und Pathologen verursacht und können die Patientin durch nachfolgende Untertherapie oder Übertherapie gefährden.

Die Münchner Nomenklatur III kann durch den Gebrauch der „neuen“ sehr restriktiv definierten Gruppe II und eine genauere Definition der Gruppe III falsch negative Befunde vermeiden. Falsch positive Befunde (vor allem an der Grenze zur leichten Dysplasie) sollten durch die Möglichkeit der Einordnung in die Gruppe II-p seltener werden. Auch die getrennte Zuordnung in Gruppe IIID1 und IIID2 kann eine Qualitätsverbesserung hinsichtlich der Korrelation Zytologie – Histologie bewirken.
In Kenntnis der durch die Münchner Nomenklatur III standardisierten zytologischen Befunde, des Fehlerspektrums der Methoden und unter Berücksichtigung von Empfehlungen zum Prozedere ist eine gute Patientenbetreuung zu erreichen.

Korrelation zum internationalen Bethesda-System
Durch die Verwendung von drei Graden intraepithelialer Veränderungen des Plattenepithels (IIID1, IIID2 und IVa) und durch Einführung von Subgruppen in der Münchner Nomenklatur III ist die Übersetzbarkeit in das Bethesda-System sichergestellt, dabei wird die Darstellungskonstanz mit der bisher in Deutschland verwendeten Klassifikation erhalten. Erstmals werden Daten aus Deutschland mit internationalen Studienergebnissen vergleichbar sein.

Schlussfolgerung

Die Münchner Nomenklatur bleibt grundlegend erhalten. Durch die klare Zuordnung der leichten und mäßigen Dysplasien zu Gruppe IIID1 bzw. IIID2 ist die Kompatibilität sowohl mit dreigliedrigen (zum Beispiel der momentan gültigen WHO-Einteilung der zervikalen intraepithelialen Neoplasie) als auch mit zweigliedrigen Dysplasieeinteilungen gegeben. Die Gruppe I entspricht einem unverdächtigen Befund und wird wieder zur häufigsten Befundgruppe. Die Gruppe II, Befunde mit eingeschränkt protektivem Wert, ist nicht mit Sicherheit als unverdächtig zu bewerten und kann mit einer Kontrollempfehlung verbunden sein. Dies ist entweder begründet durch den zytologischen Befund oder durch anamnestische Angaben, wie zum Beispiel einen vorangegangenen auffälligen Abstrichbefund.
Ab Gruppe II werden die jeweils betroffenen Epitheltypen durch einen Zusatz zur Gruppenbezeichnung spezifiziert („-p“ für plattenepithelial, „-g“ für Zervixdrüsenepithel, und „-e“ für endometrial, bei Gruppe V zusätzlich mit „-x“ für die übrigen epithelialen und nichtepithelialen Malignome).

Die Rubriken A (Qualität des Abstrichs), B (Proliferationsgrad) und C (Mikroorganismen) werden beibehalten. Die textliche Beschreibung und/oder Wertung aller zytologischen Befunde bleibt wie in der Münchner Nomenklatur II obligatorisch. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der zytologische Abstrichbefund kein „Testergebnis“ ist, sondern eine ärztliche diagnostische Leistung vergleichbar mit dem Befund einer feingeweblichen Analyse.

© 2013-2014 GYN•ZYTO•BERLIN

Albrechtstrasse 48, 12167 Berlin, Tel. +49- 30- 8100 900 900, www.gyn-zyto-berlin.de

GYN•ZYTO•BERLIN
Institut für gynäkologische Zytologie und Morphologie
Dr. Alexandra Coumbos, Prof. Dr. W. Kühn und Kollegen
1. Referenz- u. Kompetenzzentrum für Zytologie und Dysplasie

Unsere präzisen Befunde schaffen Ihnen Sicherheit.

Münchner Nomenklatur III

Zusammenfassende und ergänzende Darstellung von GYN•ZYTO•BERLIN *

Alte Nomenklatur München II	Gruppe	Definition	Korrelat TBS (The Bethesda System)
t.u. = techn. unbrauchbar	**0**	**Unzureichendes Material → Abstrich-Wiederholung**	Unsatisfactory for evaluation
I	**I**	**Unauffällige und unverdächtige Befunde** -> Abstrich im Vorsorgeintervall	**NILM**
II, ggf. Kontrolle	**II-a**	Unauffällige Befunde bei auffälliger Anamnese → ggf. zytologische Kontrolle wegen auffälliger Anamnese (zytol. / histol. / kolposkopischer / klinischer Befund)	NILM
	II	**Befunde mit eingeschränkt protektivem Wert**	
II mit Kontrolle	**II-p**	Plattenepithelzellen mit geringergradigen Kernveränderungen als bei CIN 1, auch mit koilozytärem Zytoplasma/Parakeratose → ggf. zytologische Kontrolle unter Berücksichtigung von Anamnese und klinischem Befund (evtl. nach Entzündungsbehandlung und/oder hormoneller Aufhellung; in besonderen Fällen additive Methoden und/oder Kolposkopie)	ASC-US
III mit Kontrolle	**II-g**	Zervikale Drüsenzellen mit Anomalien, die über das Spektrum reaktiver Veränderungen hinausreichen → ggf. zytologische Kontrolle in Abhängigkeit von Anamnese und klinischem Befund (evtl. nach Entzündungsbehandlung; in besonderen Fällen additive Methoden und/oder Kolposkopie)	AGC endocervical NOS
II o.III mit Empf. zur w. Abklärung	**II-e**	Endometriumzellen bei Frauen > 40. Lebensjahr in der zweiten Zyklushälfte, → klinische Kontrolle unter Berücksichtigung von Anamnese und klinischem Befund	Endometrial cells
	III	**Unklare bzw. zweifelhafte Befunde**	
III	**III-p**	CIN 2/3/ Plattenepithelkarzinom nicht auszuschließen → Differentialkolposkopie, ggf. additive Methoden, Evtl. kurzfristige zytologische Kontrolle nach Entzündungsbehandlung und/oder hormoneller Aufhellung	ASC-H
	III-g	Ausgeprägte Atypien des Drüsenepithels, Adenocarcinoma in situ/invasives Adenokarzinom nicht auszuschließen → Differentialkolposkopie, ggf. additive Methoden	AGC endocervical favor neoplastic
	III-e	Abnorme endometriale Zellen (insbesond. postmenopausal) → weiterführende klinische Diagnostik, ggf. mit histologischer Klärung	AGC endometrial
	III-x	Zweifelhafte Drüsenzellen ungewissen Ursprungs → weiterführende Diagnostik (z. B. fraktionierte Abrasio; ggf. additive Methoden / Differentialkolposkopie)	AGC favor neoplastic
IIID	**IIID**	**Dysplasie-Befunde mit größerer Regressionsneigung**	
	IIID1	Zellbild einer leichten Dysplasie analog CIN 1 → zytologische Kontrolle in sechs Monaten, bei Persistenz > ein Jahr: ggf. additive Methoden / Differentialkolposkopie	LSIL
	IIID2	Zellbild einer mäßigen Dysplasie analog CIN 2 → zytol. Kontrolle in drei Monaten, bei Persistenz >sechs Monate: Differentialkolposkopie, ggf. additive Methoden	HSIL
IVa	**IV**	**Unmittelbare Vorstadien des Zervixkarzinoms** → Differentialkolposkopie+Therapie	
	IVa-p	Zellbild einer schweren Dysplasie/eines Carcinoma in situ analog CIN 3	HSIL
IVa oder III	**IVa-g**	Zellbild eines Adenocarcinoma in situ	AIS
IVb	**IVb-p**	Zellbild einer CIN 3, Invasion nicht auszuschließen	HSIL with features suspicious for invasion
IVb oder III	**IVb-g**	Zellbild eines Adenocarcinoma in situ, Invasion nicht auszuschließen	AIS with features suspicious for invasion
V	**V**	**Malignome** → Weiterführende Diagnostik mit Histologie und Therapie	
	V-p	Plattenepithelkarzinom	Squamous cell carcinoma
	V-g	Endozervikales Adenokarzinom	Endocervical adenocarcinoma
	V-e	Endometriales Adenokarzinom	Endometrial adenocarcinoma
	V-x	Andere Malignome, auch unklaren Ursprungs	Other malignant neoplasms

NILM = negative for intraepithelial lesion or malignancy
CIN 1/2/3 = Cervikale Intraepitheliale Neoplasie Grad 1/2/3
ASC-US = atypical squamous cells of undetermined significance
AGC endocervical NOS = atypical glandular endocervical cells not otherwise specified
ASC-H = atypical squamous cells of undetermined significance cannot exclude HSIL
AGC endocervical, favor neoplastic = atypical glandular endocervical cells favor neoplastic
AGC endometrial = atypical glandular endometrial cells
AGC favor neoplastic = atypical glandular cells favor neoplastic
LSIL = low-grade squamous intraepithelial lesion
HSIL = high-grade squamous intraepithelial lesion
AIS = Adenocarcinoma in situ

© 2013-2014 GYN•ZYTO•BERLIN

Albrechtstrasse 48, 12167 Berlin, Tel. +49- 30- 8100 900 900, www.gyn-zyto-berlin.de