

Stellungnahme zur Veröffentlichung der „Münchener Nomenklatur III“ von der Koordinations-Konferenz Zytologie

Comments on the Publication of Munich Nomenclature III by the Cytology Coordination Conference

Autoren

A. Schneider¹, P. Hillemanns²

Institute

¹ Institut für Zytologie und Dysplasie, Berlin

² Universitäts-Frauenklinik, Hannover

Das Bethesda-System (TBS) zur Klassifikation von gynäkologischen Abstrichen wurde 1988 initiiert, weil mehrere Klassifikationssysteme parallel benutzt wurden, was u. a. zu einer hohen Anzahl an unklaren Diagnosen mit nachfolgender kosten-treibender Triagierung führte. Das TBS wurde 1991 und 2001 nachjustiert und wird seit nunmehr 12 Jahren unverändert in den USA und in vielen anderen Ländern eingesetzt.

Mit dem Ziel der internationalen Angleichung der in Deutschland verwendeten zytologischen Nomenklatur hat die Koordinations-Konferenz Zytologie (KoKoZyt) das TBS ins Deutsche übersetzt und dies „Münchener Nomenklatur III“ – für die gynäkologische Zytodiagnostik der Zervix ab 1. Juli 2014 – genannt ([1], unter <http://www.ag-cpc.de>, Website der Arbeitsgemeinschaft Zervix-pathologie und Kolposkopie e.V.). Dieser Ansatz ist zu begrüßen, da damit eine internationale Vergleichbarkeit von Befunden ermöglicht wird.

Allerdings schlussfolgern die Autoren, dass

1. durch die Neufassung der Gruppe II die Sensitivität zur Erkennung platten- und drüsenepithelialer Neoplasien ohne Minderung der Spezifität verbessert,
2. die Kommunikation zytologischer Befunde unter Zytologen, mit den Frauenärzten und mit den betroffenen Frauen verbessert,
3. durch Vermeidung unnötiger Verlaufsuntersuchungen und Therapiemaßnahmen die Versorgungsqualität der Patientinnen erhöht und
4. eine Senkung von Folgekosten von Vorsorgeuntersuchungen möglich wird.

Aus den USA mit 25 Jahren Erfahrung mit TBS gibt es keine einzige Studie, die auch nur einen dieser 4 Punkte aus den „Schlussfolgerungen zur Münchener Nomenklatur III“ evaluiert hat. Laut persönlicher Mitteilung prominenter US-amerikanischer Wissenschaftler, die sich intensiv mit TBS beschäftigen, wie Diane Solomon [2], Walter Kinney, Mark Stoler und Massad Stewart [3], wur-

den und werden solche Untersuchungen auch nicht durchgeführt.

Wir schlagen daher vor, dass die Autoren die „Schlussfolgerungen“ streichen und ein wissenschaftliches Konzept erarbeiten, mit dem gezeigt wird, ob die obigen 4 Hypothesen verwirklicht werden.

In der „Münchener Nomenklatur III“ wird jede der 19! möglichen Diagnosegruppen von einer Empfehlung begleitet, die mit Begriffen wie „gegebenfalls, eventuell, und/oder, in besonderen Fällen, additive Methoden“ beschrieben werden. Im TBS fehlen Empfehlungen vollständig und für unsere Kolleginnen und Kollegen in den USA, die seit 1988 mit TBS arbeiten, gibt es regelmäßig aktualisierte, zuletzt aus dem Jahre 2012, Konsensempfehlungen, wie mit den verschiedenen TBS-Gruppen in Abklärung und Therapie verfahren werden sollte. Dabei werden die 10 TBS-Gruppen (versus 17! Gruppen in der „Münchener Nomenklatur III“), durch die epitheliale Veränderungen beschrieben werden, subklassifiziert für

- ▶ Frauen im Alter von 21–24 Jahren und im Alter von 30–64 Jahren,
- ▶ schwangere Frauen,
- ▶ postmenopausale Frauen,
- ▶ Frauen mit positivem oder negativem HPV-Nachweis oder Nachweis von HPV-16 oder -18 und
- ▶ Frauen mit zytologisch auffälligem Abstrich in der Vorgeschichte.

In den Konsensempfehlungen wird geschlussfolgert, dass „elektronisch erstellte medizinische Befunde und Computer ein vielversprechendes Potenzial haben, den Klinikern und Patientinnen zu helfen, die Komplexität der jeweils möglichen Optionen zu bewältigen“.

Wir schlagen daher vor, die „Münchener Nomenklatur III“ in Analogie zu TBS zu vereinfachen und alle Empfehlungen zu streichen. Differenzierte und praktikable Empfehlungen werden in der aktuell entstehenden S3-Leitlinie „Prävention

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1368228>
 Geburtsh Frauenheilk 2014; 74:
 1–2 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York ·
 ISSN 0016-5751

Korrespondenzadresse

**Prof. Dr.
 Achim Schneider M. P. H.**
 Medizinisches Versorgungszentrum im Fürstenberg-Karree
 Berlin
 Institut für Zytologie und Dysplasie, Berlin
 Hohenzollerndamm 123
 14199 Berlin
 schneider@izd-berlin.de

des Zervixkarzinoms“ erarbeitet unter Berücksichtigung der speziellen Rahmenbedingungen unseres Gesundheitssystems (u. a. Einsatz und Verfügbarkeit biologischer Marker, Expertise in der Kolposkopie, Erwartungen der betroffenen Frauen und Jurisdiktion) und den jeweiligen Diagnosen zugeordnet. Klassifikationssysteme wie TBS oder „Münchener Nomenklatur III“ bestehen unverändert mehrere Jahrzehnte, Leitlinien werden alle 2 Jahre überprüft und angepasst.

Interessenkonflikt



Unterstützung durch Karl Storz, Tuttlingen, in Form von Finanzierung von Geräteausstattung, Fellowships ehemaliger Mitarbeiter und bis 2013 wissenschaftliche Beratung.

Literatur

- 1 <http://www.ag-cpc.de/media/131218-mnomenklaturiii.pdf>
- 2 Solomon D, Schiffman M, Kurman R et al. The 2001 Bethesda system: terminology for reporting results of cervical cytology. JAMA 2002; 287: 2114–2119
- 3 Massad LS, Einstein MH, Huh WK et al. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. Obstet Gynecol 2013; 121: 829–846