

Kommentar des Vorstands der „Arbeitsgemeinschaft für Zervixpathologie und Kolposkopie“ zum Beitrag „Stellungnahme zur Veröffentlichung der ‚Münchener Nomenklatur III‘ von der Koordinations-Konferenz Zytologie“ von A. Schneider und P. Hillemanns (Geburtsh Frauenheilk 2014; 74: 242–243)

Remarks by the Board of the Study Group for Cervical Pathology and Colposcopy on the “Comments on the Publication of Munich Nomenclature III by the Cytology Coordination Conference” by A. Schneider and P. Hillemanns (Geburtsh Frauenheilk 2014; 74: 242–243)

Autoren

W. Kühn, F. Giesecking, M. Menton, H. Link, J. Quass, V. Küppers, R. J. Lellé

Institut

Vorstand der Arbeitsgemeinschaft für Zervixpathologie und Kolposkopie (AG-CPC)

Die Autoren A. Schneider und P. Hillemanns begrüßen die Überarbeitung der bisherigen zytologischen Nomenklatur München II und deren internationale Angleichung. Andererseits kritisieren sie die Aussagen der Autoren von München III zu Verbesserungen der Kommunikation zwischen Ärzten, zu unnötigen Verlaufsuntersuchungen und Therapiemaßnahmen und zur Senkung von Folgekosten. Sie bemängeln zudem die fehlende Evidenz und die Empfehlungen, die sich aus den einzelnen zytologischen Diagnosegruppen ergeben, und befürworten eine Vereinfachung der Münchener Nomenklatur III in Analogie zum Bethesda-System (TBS). Auf die Bedeutung der überarbeiteten zytologischen Nomenklatur München III für die kolposkopische Diagnostik und interventionelle Kolposkopie von plattenepithelialen und glandulären Präkanzerosen der Zervix und Vagina gehen sie nicht ein.

Aus Sicht des Vorstandes der Arbeitsgemeinschaft für Zervixpathologie und Kolposkopie (AG-CPC) stellt die Münchener Nomenklatur München III einen erheblichen Fortschritt im Vergleich zu den zytologischen Klassifikationen München II und TBS dar:

1. München II wurde in Deutschland nicht konsequent angewandt. Die inoffizielle Gruppe IIw (IIk) stellte in einigen Laboren eine zahlenmäßig häufige Gruppe dar, in anderen Laboren wurde sie nicht geführt. Ihre morphologischen Merkmale waren nie definiert worden. In offiziellen Statistiken konnte sie aus diesem Grund nicht geführt werden. Die Kolposkopie, deren Stärke weniger im Screening, sondern in der Abklärung auffälliger zytologischer Befunde liegt, konnte sich damit nicht auf eine klar definierte zytologische Zellveränderung beziehen. In der Vergangenheit hat dies bei einigen Autoren zu einer Verwässerung ihrer Bewertungen und wissenschaftlichen Datenanalysen geführt. Die Gruppe IIw wurde in einigen Publikationen zur Früherkennung des Zervixkarzinoms und

zur Kolposkopie teils unauffälligen zytologischen Befunden, teils der TBS-Gruppe ASCUS zugeordnet.

2. Die bisherige Gruppe IIID (München II) beinhaltet sowohl leichte als auch mittelschwere Dysplasien entsprechend einer CIN 1 und CIN 2. Grundlegende morphologische Untersuchungen und wissenschaftliche Daten zeigen, dass die Kolposkopie mit „minor changes“ (Internationale Kolposkopie-Nomenklatur Rio 2011) leichtgradige Dysplasien (CIN 1) und HPV-Positivität nicht von physiologischen Befunden (u.a. Metaplasie) unterscheiden kann (geringe Testgüte, geringer AUC-Wert in ROC-Analysen). Unter den mittelgradigen Dysplasien (Gruppe IIID2 nach München III) finden sich hingegen häufig kolposkopische „major changes“ (Internationale Kolposkopie-Nomenklatur Rio 2011), die einer engmaschigeren Betreuung als die Gruppe IIID1 (München III) mit kolposkopischen „minor changes“ bedürfen.

3. TBS unterscheidet zytologisch mit der Gruppe HSIL nicht zwischen mittelgradigen und schweren Dysplasien entsprechend einer CIN 2 und CIN 3. Die Gruppe IVa (München III) mit überwiegend kolposkopischen „major changes“ (hohe Testgüte, hoher AUC-Wert in ROC-Analysen) wird dem unterschiedlichen biologischen Verhalten höhergradiger CIN besser gerecht als TBS. CIN 2 (Gruppe IIID2 nach München III) weist Remissionsraten auf, die ein operatives Vorgehen je nach kolposkopischem Befund (Lokalisation, Größe und Ausdehnung der Läsion, minor bzw. major change) nicht zwingend erfordern.

4. Die Autoren der Stellungnahme gehen nicht auf die Bedeutung der in München III neu aufgenommenen glandulären Zellveränderungen ein, insbesondere nicht auf die mit ca. 18% häufigen ACIS bzw. Adenokarzinome. Die von ihnen geforderte Vereinfachung würde eine für drüsige Läsionen dringend notwendige kolpo-

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1368553>
Geburtsh Frauenheilk 2014; 74:
1–2 © Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York ·
ISSN 0016-5751

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. W. Kühn
GYN-ZENTRUM-BERLIN
Albrechtstraße 48
12167 Berlin
wolfgang.kuehn@charite.de

Dr. Friederike Giesecking

Endokrinologikum Hamburg
Dysplasiezentrum
Lomsenstraße 4–6
22767 Hamburg
friederike.giesecking@
endokrinologikum.com

skopische Bewertung und Klassifikation erschweren. Die aktuelle Kolposkopie-Nomenklatur hat ihre Gültigkeit lediglich für die CIN und das Plattenepithelkarzinom. München III hat die Defizite von München II mit Nichtberücksichtigung glandulärer Zellveränderungen, die in der Vergangenheit zu einer Verwässerung der Bewertung kolposkopischer Befunde geführt haben, beseitigt. Somit kann die neue zytologische Nomenklatur München III dazu beitragen, auf der Grundlage neu aufgenommener klar definierter zellulärer Kriterien für glanduläre Läsionen kolposkopische Merkmale für eine Kolposkopie-Nomenklatur für das ACIS und Adenokarzinom zu erarbeiten.

5. Wenngleich die zytologische Nomenklatur München III in einigen wesentlichen Punkten mit TBS nicht übereinstimmt, ermöglicht sie eine Übersetzbarkeit, um auch in Deutschland auf hohem Niveau kolposkopische Grundlagenforschung und klinische Studien durchzuführen und die Ergebnisse in internationalen Zeitschriften publikabel zu machen. Die von den Autoren geforderte Überarbeitung von München III mit einer Vereinfachung würde die Bemühungen, die Kolposkopie in Deutschland international wieder hoffähig zu machen, zu nichte machen.
6. Die von den Autoren erhobene Kritik zu den Empfehlungen in Abhängigkeit der verschiedenen zytologischen Befundgruppen ist hinsichtlich kolposkopischer Abklärungen nicht nachzuvollziehen. Die Kolposkopie ist die einzige Methode, welche die Lokalisation einer Präkanzerose bzw. eines frühen Karzinoms (Vagina/Zervix) und deren Ausdehnung und Größe identifizieren kann. Damit ist sie bei allen auffälligen zytologischen Befunden indiziert.

Zusammenfassend stellt die ab Juli 2014 gültige zytologische Nomenklatur München III für die tägliche Praxis der Kolposkopie

eine erhebliche Bereicherung dar. Klar definierte auffällige Zellveränderungen lassen sich problemlos den in der Internationalen Kolposkopie-Nomenklatur (Rio 2011) beschriebenen Befundgruppen zuordnen. Die Aufnahme drüsiger Veränderungen in München III mit dem Suffix (g) erlaubt erstmals eine Neubewertung kolposkopischer Merkmale für glanduläre Präkanzerosen (ACIS) und das Adenokarzinom der Zervix mit dem Ziel einer einheitlichen kolposkopischen Nomenklatur für nicht plattenepitheliale Läsionen. München III wird mit den Gruppen IIID1 und IIID2 und einer anschließenden kolposkopischen Befunderhebung nach den Kriterien der Internationalen Kolposkopie-Nomenklatur (Rio 2011) dem biologischen Verhalten der verschiedenen CIN-Grade besser gerecht als TBS mit LSIL und HSIL. Der Vorstand der AG-CPC empfiehlt den Frauenärzten die Anwendung sowohl der überarbeiteten zytologischen Klassifikation (München III) als auch der internationalen kolposkopischen Nomenklatur (Rio 2011).

Für die Autoren:

Prof. Dr. med. W. Kühn

Arzt für Gynäkologie und Geburtshilfe

Arzt für Pathologie

Mitglied des Vorstandes und

Stellvertretender Vorsitzender der AG-CPC

und

Dr. Friederike Gieseck

Frauenärztin

Mitglied des Vorstandes der AG-CPC

Dieser Artikel bezieht sich auf:

Geburtsh Frauenheilk 2014; 74: 242–243