

Aktuelle kolposkopische IFCPC-Nomenklatur (Rio de Janeiro 2011)

J. Quaas², O. Reich¹, V. Küppers²

Erläuterung und Anwendung der grundsätzlichen Hinweise: adäquat/inadäquat; Einsehbarkeit der Plattenepithel-Zylinderepithel-Grenze; Transformationszone Typ 1, 2, 3

Ziel der 2011 von der IFCPC (International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy) in Rio de Janeiro beschlossenen neuen Nomenklatur für die Cervix uteri war es, eine für die Praxis relevante Terminologie zu schaffen. Die neue kolposkopische Nomenklatur hebt nicht nur die Bedeutung kolposkopischer Untersuchungen deutlicher hervor, sie ermöglicht auch eine klarere Positionierung für die individuelle Therapieplanung und -durchführung. Einige Aspekte, die sich im praktischen Gebrauch als klärungsbedürftig erwiesen haben, sollen im folgenden Beitrag eingehender erläutert werden.

Die aktuelle kolposkopische Nomenklatur wurde am 1.7.2012 in der Zeitschrift *Obstetrics & Gynecology* publiziert (1). Eine von den Vorständen der österreichischen (AGK), Schweizer (AGKOL) und deutschen (AGCPC) Arbeitsgemeinschaften für Kolposkopie erfolgte Übersetzung und anerkannte Darstellung mit Empfehlung zur Nutzung im deutschsprachigen Raum wurde im *FRAUENARZT 2012* (2) sowie in *Geburtshilfe & Frauenheilkunde 2013* (3) veröffentlicht.

Es ist von Bedeutung, dass mit der aktuellen Nomenklatur der IFCPC ein engerer Zusammenhang zum therapeutischen Vorgehen hergestellt wurde. Hervorzuheben hierfür sind die Einführung der Graduierung der Sichtbarkeit der Plattenepithel-Zylinderepithel-Grenze oder die im Addendum erwähnten Exzisionstypen.

Dieser Schritt ist ein begrüßenswertes Novum. Es ergibt sich hierdurch eine klarere Positionierung im Hinblick auf das Therapiemanagement. In verschiedenen Arbeiten wurde bereits auf diese Notwendigkeit hingewiesen (4, 5). Somit unterstreicht die aktuelle kolposkopische Nomenklatur die Bedeutung kolposkopischer Untersuchungen für das weitere Vorgehen bei auffälligen Screeningbefunden deutlicher, als es bei Vorgängerversionen der Fall war.

Es kann nur erneut auf den erfreulichen Sachverhalt verwiesen werden, dass verschiedene aktuelle Publikationen aus dem deutschsprachigen Raum (6–9) grundlegende Berücksichtigung bei der Erstellung dieser Nomenklatur gefunden haben.

Adäquat oder inadäquat

Die kolposkopische Untersuchung folgt einem bestimmten Untersuchungsablauf, der in den grundsätzlichen Vorbemerkungen der Nomenklatur festgehalten ist. Diese werden im Folgenden näher erläutert (10). Die Untersuchung beginnt mit der

Überprüfung, ob die Kolposkopie als repräsentativ einzuschätzen und eine Fortführung der Untersuchung sinnvoll ist:

- Ist die Untersuchung als adäquat (durchführbar) oder inadäquat (nicht durchführbar) einzuschätzen? Für Letzteres muss eine Begründung gegeben werden.
- Wie sind die Einsehbarkeit der Plattenepithel-Zylinderepithel-Grenze und der Typus der Transformationszone zu bewerten?

Mit Einführung der Begriffe „adäquat“ und „inadäquat“ wurden die Begriffe „satisfactory/unsatisfactory colposcopy“ aufgehoben und gehören nicht mehr in den Sprachgebrauch der kolposkopischen Nomenklatur. Anmerkung: Bei inadäquater Kolposkopie, z. B. wegen Entzündung, ist eine Kontrolluntersuchung nach Therapie durchzuführen (vgl. Abb. 1 a und b).

Die Verschiebung der Beurteilbarkeit und der generellen Aussagekraft ei-



Abb. 1a: Inadäquate kolposkopische Untersuchungsbedingungen, vor Essigprobe, Entzündung (Soorcolpitis)

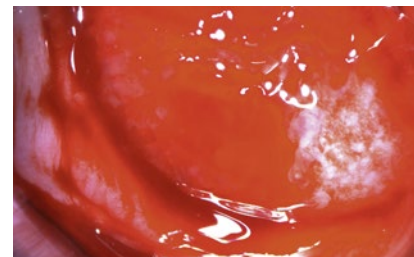


Abb. 1b: Inadäquate kolposkopische Untersuchungsbedingungen, vor Essigprobe, Blutung

¹ Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Kolposkopie (AGK, Österreich)

² Arbeitsgemeinschaft für Zervixpathologie und Kolposkopie (AGCPC, Deutschland)

ner kolposkopischen Untersuchung an den Untersuchungsbeginn unterstreicht die Wertigkeit dieser grundsätzlichen Vorbemerkung.

Es ist notwendig hervorzuheben, dass trotz nicht vollständig einsehbarer Plattenepithel-Zylinderepithel-Grenze (Transformationszone Typ 3) adäquate kolposkopische Untersuchungsbedingungen vorliegen können, was meistens der Fall ist. Adäquate kolposkopische Untersuchungsbedingungen beschreiben also den Zustand, in dem die Kolposkopie generell durchgeführt werden kann. Die Beurteilung des Typs der Transformationszone kann nahezu ausschließlich nur unter adäquaten Bedingungen erfolgen.

Plattenepithel-Zylinderepithel-Grenze und Transformationszone

Im Untersuchungsgang wird nach der Beurteilung der Durchführbarkeit der kolposkopischen Untersuchung (adäquat/inadäquat) die Essigprobe durchgeführt. Erst jetzt kann die Sichtbarkeit der Plattenepithel-Zylinderepithel-Grenze beurteilt und daraus folgend die Einstufung der Transformationszone in die Typen 1, 2, 3 vorgenommen werden.

Die Transformationszone sieht im nativen Zustand zumeist grau-rot aus. Bei kolposkopischer Betrachtung nach trockener Reinigung werden meist regelmäßig verzweigte und deshalb unauffällige Gefäße sowie Öffnungen von Zervixdrüsen sichtbar. Des Weiteren kann man Ovula Nabothi sehen. Nach Gabe von Essigsäure werden alle Strukturen, bis auf die Gefäße, deutlicher sichtbar. Die Plattenepithel-Zylinderepithel-Grenze ist eine scharfe, oft stufenförmige Grenze zwischen dem trübchenförmigen Zylinderepithel und dem metaplastischen Plattenepithel. Sie kann kolposkopisch mehr oder minder sichtbar sein.

Das Erkennen der Lokalisation der Plattenepithel-Zylinderepithel-Grenze ist die Voraussetzung zur Klassifikation der Transformationszone in Typ 1, 2, 3. Beide Begriffe (Plattenepithel-Zylinderepithel-Grenze, Transformationszone) beschreiben zwei unterschiedliche Aspekte, die sich jedoch überschneiden. Die Plattenepithel-Zylinderepithel-Grenze ist der „innere“ Rand der Transformationszone. Dieser kann „komplett“, „teilweise“ oder sogar „nicht sichtbar“ sein. Liegt eine Transformationszone 1 und 2 vor, ist die Plattenepithel-Zylinderepithel-Grenze komplett einsehbar.



Abb. 2: Adäquate kolposkopische Untersuchungsbedingungen, nach Essigprobe, Transformationszone Typ 1

Bei der Transformationszone Typ 1 ist die Transformationszone komplett ektozervikal gelegen (ohne endozervikalen Anteil) (vgl. Abb. 2). Die Transformationszonen Typ 2 und 3 haben grundsätzlich einen endozervikalen Anteil, d. h. die Plattenepithel-Zylinderepithel-Grenze zieht in den Zervikalkanal. Ist diese komplett sichtbar, so spricht man von einer Typ-2-Transformationszone. Dieser Befund kann mit oder ohne Hilfsmittel (Zervixspreizer) erhoben werden (vgl. Abb. 3 a, b, c auf S. 1128). Lediglich wenn die Plattenepithel-Zylinderepithel-Grenze nicht komplett einsehbar ist (auch unter Hinzunahme von Hilfsmitteln), wird die Transformationszone als Typ 3 eingestuft (vgl. Abb. 4 a und b auf S. 1128). Die Kolposkopie kann in dieser Situation nur eine eingeschränkte Aussage treffen (für den

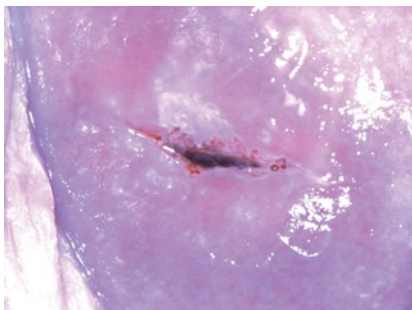


Abb. 3a: Adäquate kolposkopische Untersuchungsbedingungen, nach Essigprobe, Transformationszone Typ 2

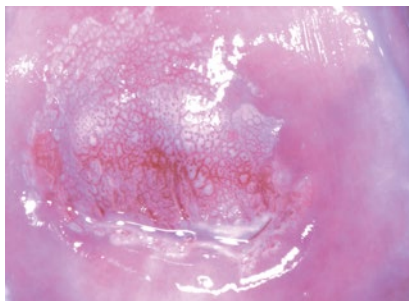


Abb. 4a: Adäquate kolposkopische Untersuchungsbedingungen, nach Essigprobe, Transformationszone Typ 3 (eingeschränkte Beurteilbarkeit der Transformationszone)



Abb. 3b: Adäquate kolposkopische Untersuchungsbedingungen, nach Essigprobe, Transformationszone Typ 2 nach Hinzunahme von Hilfsmitteln



Abb. 4b: Adäquate kolposkopische Untersuchungsbedingungen, nach Essigprobe, Transformationszone Typ 3 (eingeschränkte Beurteilbarkeit der Transformationszone) trotz Hinzunahme von Hilfsmitteln – Koganspreizer (am Beispiel der vorderen Muttermundslippe)



Abb. 3c: Adäquate kolposkopische Untersuchungsbedingungen, nach Essigprobe, Transformationszone Typ 2 nach Hinzunahme von Hilfsmitteln (am Beispiel der hinteren Muttermundslippe)

gegebenenfalls sichtbaren Teil der Transformationszone), bei grundsätzlich optimalen kolposkopischen Untersuchungsbedingungen ist die Einstufung dennoch als adäquat zu bewerten.

Wie eingangs beschrieben, erlaubt die Beurteilung der Sichtbarkeit der Plattenepithel-Zylinderepithel-Grenze sowie die Einstufung der Transformationszone in die Typen 1, 2 und 3 einen Bezug zur Therapieplanung, z. B. für eine gezielte Exzision der Läsion (Exzisionstyp). Entsprechend

werden im Addendum der Nomenklatur drei verschiedene Exzisionstypen und auch die Dimensionen des Exzisionspräparates eingeführt.

Die Exzisionstypen stellen den praktischen Bezug zu den Typen der Transformationszone dar und sollen die weitere Nutzung der verschiedensten Exzisionstermini durch die Beschreibung der durchgeführten Exzision und nicht durch die der Methode ersetzen.

Literatur

1. Bornstein et al.: Colposcopy Terminology. *Obstet Gynecol* 2012;120:166-72.
2. Girardi F, Frey Tirri B, Küppers V, Menton M, Quaas J, Reich O: Neue kolposkopische IFCPC-Nomenklatur der Cervix uteri (Rio de Janeiro 2011). *FRAUENARZT* (53) 2012;11:1064-1066.
3. Quaas J, Reich O, Frey Tirri B, Küppers V: Explanation and Use of the Colposcopy Terminology of the IFCPC (International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy) Rio 2011. *Geburtsh Frauenheilk* 2013;73:904-907.
4. Kühn W: Kolposkopie zur Früherkennung des Zervixkarzinoms. *Der Pathologe* 2011; 32:497-504.

5. Reich O, Fritsch H, The Developmental Origin of Cervical and Vaginal Epithelium and Their Clinical Consequences. A Systematic Review. *J Low Genital Tract Dis* 2014;18(4):358-360.
6. Scheungraber C et al.: Inner border-a specific and significant colposcopic sign for moderate or severe dysplasia (cervical intraepithelial neoplasia 2 or 3). *J Low Genit Tract Dis* 2009;13(1):1-4.
7. Scheungraber C et al.: The colposcopic feature ridge sign is associated with the presence of cervical intraepithelial neoplasia 2/3 and human papillomavirus 16 in young women. *J Low Genit Tract Dis* 2009;13(1):13-6.
8. Girardi F, Reich O, Tamussino K: Burghardt's Colposcopy and Cervical Pathology. 4th Edition, Thieme, Stuttgart 2015.
9. Fritsch H, Hoermann R, Bitsche M, et al.: Development of epithelial and mesenchymal regionalization of the human fetal utero-vaginal anlagen. *J Anat.* 2013;222:462-72.
10. Quaas J, Reich O, Küppers V: Explanation and Use of the Colposcopy Terminology of the IFCPC (International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy) Rio 2011, Comments on the general colposcopic assessment of the uterine cervix: adequate/inadequate; squamocolumnar junction: transformation zone. *Geburtsh Frauenheilk* 2014;74:1090-1092.



Für die Autoren

**Dr. med.
Jens Quaas**

Facharzt für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
Vorstand Arbeitsgemeinschaft
für Zervixpathologie &
Kolposkopie
Grünthal 22
18437 Hansesstadt Stralsund
dr@jquaas.de

