Tabelle 1

Gruppe	Definition	Korrelat im Bethesda System
0	**Unzureichendes Material** → *Abstrichwiederholung*	Unsatisfactory for evaluation
I	**Unauffällige und unverdächtige Befunde** → *Abstrich im Vorsorgeintervall*	NILM
II-a	**Unauffällige Befunde** bei auffälliger Anamnese → *ggf. zytologische Kontrolle wegen auffälliger Anamnese (zytologischer/histologischer/kolposkopischer/klinischer Befund)*	NILM
II	**Befunde mit eingeschränkt protektivem Wert**	
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
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-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-p	CIN 2/CIN 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 (insbesondere postmenopausal) → *Weiterführende klinische Diagnostik, ggf. mit histologischer Klärung*	AGC endometrial
III-x	Zweifelhafte Drüsenzellen ungewissen Ursprungs → *Weiterführende Diagnostik (zum Beispiel fraktionierte Abrasio; ggf. additive Methoden/Differentialkolposkopie)*	AGC favor neoplastic
IIID	**Dysplasiebefunde 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 → *Zytologische Kontrolle in drei Monaten, bei Persistenz > sechs Monate: Differentialkolposkopie, ggf. additive Methoden*	HSIL
IV	**Unmittelbare Vorstadien des Zervixkarzinoms** → *Differentialkolposkopie und Therapie*	
IVa-p	Zellbild einer schweren Dysplasie/eines Carcinoma in situ analog CIN 3	HSIL
IVa-g	Zellbild eines Adenocarcinoma in situ	AIS
IVb-p	Zellbild einer CIN 3, Invasion nicht auszuschließen	HSIL with features suspicious for invasion
IVb-g	Zellbild eines Adenocarcinoma in situ, Invasion nicht auszuschließen	AIS with features suspicious for invasion
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

Darstellung der Münchner Nomenklatur III mit Hauptgruppen (in Fettdruck), Untergruppen mit den zugehörigen Definitionen und den korrelierenden Begriffen des Bethesda Systems 2001. Die den Befundgruppen beigefügten allgemein gehaltenen Empfehlungen (kursiv) sind ebenfalls im Konsens der beteiligten Fachgesellschaften und Berufsverbände vereinbart worden, eine ausführliche evidenzbasierte Leitlinie für Deutschland wird zurzeit erarbeitet.

Unsere Meinung dazu

Die neue Münchner Nomenklatur III ist ein kleinster gemeinsamer Nenner, ein Kompromiss der zwischen verschiedenen Fachgesellschaften und Berufsvertretungen erzielt wurde. Naturgemäß hat ein solcher Kompromiss Unschärfen und Schwächen.

In einer Nomenklatur, deren Gültigkeit mehr als ein Jahrzehnt sein wird, ist es natürlich problematisch, Empfehlungen zur weiteren Diagnostik zu geben, die von aktuellen Entwicklungen abhängen. Dazu kommt noch, dass viele der in der neuen Nomenklatur gegebenen Empfehlungen weder den Stand der Wissenschaft noch aktuelle Leitlinien berücksichtigen. So ist beim Pap II natürlich die HPV-Testung der erste Schritt gefolgt von Biomarkern wie p16/Ki-67 und HPV-L1. Dies gilt ebenso für den erstmaligen Pap IIID und manche Fälle von Pap III.

Dieser Punkt war in gleichem Sinn auch Thema einer Stellungnahme von Prof. P. Hillemanns und Prof. A. Schneider in der GebFra 2014 (74: 242-243).

Schließlich sind aber immer Sie es, die ein weiteres Vorgehen indizieren und veranlassen. Wir freuen uns, wenn Sie dies auch weiterhin auf der Basis unserer stets an der wissenschaftlichen Datenlage orientierten individuellen Empfehlungen tun. Immer gerne stehen wir Ihnen mit unserer klinischen und wissenschaftlichen Erfahrung für eine fallbezogene Beratung zur Verfügung.

Dr. med. Chr. Börsch

PD Dr. med. H. Ikenberg

Abkürzungen

NILM: Negative for intraepithelial lesion or malignancy
CIN 1/2/3: Zervikale 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