

## **Stellungnahme und Übersichtsdarstellung der OEGGG zur Gyn-Zyto Nomenklatur der ÖGZ und ÖGPath/IAP Austria (gültig ab 01.01.2018)**

Kohlberger P, Joura E, Widschwendter A, Graf A

Die Österreichische Gesellschaft für Zytologie (ÖGZ) hat im Spectrum Pathologie Ausgabe 1/2017 die ab 1.1.2018 in Kraft tretende neue Nomenklatur der gynäkologischen Zytologie publiziert.

Diese wurde in Zusammenarbeit mit Vertretern der ÖGZ, der ÖGPath und der OEGGG/AGO Austria (Prof. Joura Elmar und Prof. Widschwendter Andreas) erarbeitet.

Die OEGGG bedankt sich bei der ÖGZ für die vorausschauende Erstellung der neuen Nomenklatur und die Anlehnung an das international etablierte Bethesda-System (3. Auflage 2015) und die WHO-Klassifikation (4. Auflage 2014).

In dieser Stellungnahme der OEGGG wird im Sinne einer Übersichtsdarstellung die gynäkologische Zytologie Nomenklatur 2005 mit der neuen Nomenklatur 2018 gegenübergestellt und die Veränderungen übersichtlich dargestellt. Darüber hinaus werden die Veränderungen kommentiert und in den Kontext zur geltenden OEGGG Leitlinie zur „Diagnose und Therapie von cervikalen intraepithelialen Neoplasien (CIN, SIL) und des Adenocarcinoma in situ (AIS) sowie Vorgangsweise bei zytologischen Befunden mit eingeschränkter Beurteilbarkeit“ gestellt.

Die oben genannte Leitlinie wird im 1. Quartal 2018 einer Überarbeitung unterzogen.

### **Präsidentin**

Univ.-Prof.Dr. Petra Kohlberger  
Universitätsklinik für Frauenheilkunde  
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20  
[praesident@oeggg.at](mailto:praesident@oeggg.at)

### **1. Schriftführerin**

Priv.-Doz.Dr. Gunda Pristauz  
Universitätsklinik für Frauenheilkunde & Geburtshilfe  
8020 Graz, Auenbruggerplatz 14  
[schriftfuehrer@oeggg.at](mailto:schriftfuehrer@oeggg.at)

PAP	ÖGZ 2005	ÖGZ 2018	Fazit OEGGG: klinische Relevanz
0	Nicht beurteilbar a.) nicht bearbeitet wegen technisch/administrativer Mängel b.) bearbeitet aber nicht auswertbar wegen....	Nicht beurteilbar a.) nicht bearbeitet wegen technischer/administrativer Mängel. (Ursache angeben). b.) bearbeitet – aber nicht auswertbar wegen... (Ursache angeben – siehe Abstrichqualitätskriterien).	Keine Änderung
I	Normales, altersentsprechendes Zellbild in repräsentativen Abstrichen; leichte Entzündung ohne Epithelalteration; Metaplasie	Normales, altersentsprechendes Zellbild (inkl. Plattenepithelmetaplasie) in gut beurteilbaren und repräsentativen Abstrichen; vermehrte Entzündungszellen ohne Epithelalteration; Atrophie ohne Zytolyse in repräsentativen Abstrichen.	Keine Änderung
II	Entzündliche, regenerative, metaplastische oder degenerative Veränderungen; normale Endometriumzellen (Angabe postmenopausal obligatorisch). Hyper- und Parakeratose; HPV-assoziierte Veränderungen ohne auffällige Kernveränderungen; atrophisches Zellbild mit Autolyse	Entzündliche-(wenn möglich Organismus angeben: Pilze, Trichomonaden, HSV, bakterielle Mischflora, etc.); reaktiv/reparative oder degenerative Veränderungen; Hyper- und Parakeratose; tubare Metaplasie; schwangerschaftsassozierte Zellen; normale Endometriumzellen (nur bei klinischer Angabe postmenopausal oder Frau≥45 Jahre); Bestrahlungs-assoziierte Zellveränderungen; atrophes Zellbild mit Zytolyse. Normales, altersentsprechendes Zellbild, allerdings mit eingeschränkter Abstrichqualität	HPV assoziierte Veränderungen nicht mehr enthalten

**Präsidentin**

Univ.-Prof.Dr. Petra Kohlberger  
Universitätsklinik für Frauenheilkunde  
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20  
praesident@oeggg.at

**1. Schriftführerin**

Priv.-Doz.Dr. Gunda Pristauz  
Universitätsklinik für Frauenheilkunde & Geburtshilfe  
8020 Graz, Auenbruggerplatz 14  
schriftfuehrer@oeggg.at

III	Stärker ausgeprägte entzündliche und/oder degenerative und/oder atrophe Veränderungen mit nicht sicher beurteilbarer Dignität (CIN oder invasives Karzinom nicht auszuschließen).	Stärker ausgeprägte entzündlich-regenerative und/oder degenerative und/oder atrophe Veränderungen mit nicht sicher beurteilbarer Dignität (SIL oder invasives Karzinom nicht auszuschließen). <b>Stärker ausgeprägte entzündlich-regenerative und/oder degenerative und/oder atrophe Veränderungen mit nicht sicher beurteilbarer Dignität; atypische unreife Metaplasie, HSIL oder invasives Karzinom nicht auszuschließen.</b>	Algorithmus entsprechend OEGGG-LL Abb 1 und 2
IIID	Zellen einer leichten bis mäßigen Dysplasie (CIN 1 -2).	<b>HPV-assoziierte Zellveränderungen (Koilozyten, Dyskeratozyten) Zellen einer niedriggradigen squamösen intraepithelialen Läsion / Neoplasie (LSIL). Optional: Entspricht vormals einer CIN 1 oder geringgradigen Dysplasie.</b>	<b>PAP IIID umfasst nur mehr niedriggradige Dysplasien (vormals CIN1) und HPV assoziierte Veränderungen (vormals PAP II)</b> Algorithmus entsprechend OEGGG-LL Abb 4 (Kolposkopie und Biopsie <b>nach spätestens 6 Monaten</b> )
IIIG	Auffällige glanduläre Zellen der Endozervix oder des Endometriums (Verdacht auf proliferative oder neoplastische Veränderungen).	Atypische glanduläre Zellen (wenn möglich angeben: endozervikal oder endometrial oder nicht näher zuordenbar)eher proliferativ, reaktiv. Atypische glanduläre Zellen (wenn möglich angeben: endozervikal oder endometrial) mit Verdacht auf neoplastische Veränderungen.	Algorithmus entsprechend OEGGG-LL Abb 3
IV	Zellen einer mäßigen bis schweren Dysplasie oder eines Plattenepithel- oder Adenocarcinoma in situ (CIN 2 -3, AIS). Kein fassbarer Anhaltspunkt für Invasion.	Zellen einer hochgradigen squamösen intraepithelialen Läsion / Neoplasie (HSIL). Optional: Entspricht vormals einer CIN 2/3 oder mäßiggradigen - hochgradigen Dysplasie Zellen eines endozervikalen Adenocarcinoma in situ (AIS)	Algorithmus entsprechend OEGGG-LL Abb 5
V	Zellen eines vermutlich invasiven Plattenepithel- oder Adenokarzinoms der Zervix oder anderer maligner Tumoren.	Zellen eines (vermutlich) invasiven Plattenepithelkarzinoms. Zellen eines Adenokarzinoms (wenn möglich spezifizieren: endozervikal oder endometrial oder extrauterin). Zellen anderer maligner Tumoren (wenn möglich Tumorzelltyp gemäß aktueller WHO Klassifikation angeben).	Algorithmus entsprechend OEGGG-LL Abb 6

### **Zusammenfassung der OEGGG für die Klinische Praxis:**

Es ist abzuwarten, ob es aufgrund der neuen gynäkologischen Zytologie Nomenklatur der ÖGZ zu einer signifikanten Vermehrung der PAP IIID Befunde kommen wird, da nun auch vormals als PAP II mit HPV assoziierte Veränderungen klassifizierte zytologische Befunde nun als PAP IIID befundet werden.

Die klinische Vorgangsweise entsprechend den 2015 veröffentlichten OEGGG Leitlinien inklusive Algorithmen zur „Diagnose und Therapie von cervikalen intraepithelialen Neoplasien (CIN, SIL) und des Adenocarcinoma in situ (AIS) sowie Vorgangsweise bei zytologischen Befunden mit eingeschränkter Beurteilbarkeit“ behält weiterhin ihre Gültigkeit.

### **Literatur:**

Nayar R et al. The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology 3rd ed. Springer International Publishing 2015:321

Kurman RJ et al. WHO Classification of Tumours of Female Reproductive Organs IARC 2014

OEGGG Leitlinie Diagnose und Therapie von cervikalen intraepithelialen Neoplasien (CIN, SIL) und des Adenocarcinoma in situ (AIS) sowie Vorgangsweise bei zytologischen Befunden mit eingeschränkter Beurteilbarkeit und Algorithmus zu oben genannter Leitlinie: <https://www.oeggg.at/leitlinien-stellungnahmen/gynaekologie-1/> und Anhang

Regitnig P. Die neue Gyn-Zyto Nomenklatur der ÖGZ und ÖGPath/IAP Austria mit Erläuterungen – siehe Anhang

Wien, November 2017

#### **Präsidentin**

Univ.-Prof.Dr. Petra Kohlberger  
Universitätsklinik für Frauenheilkunde  
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20  
[praesident@oeggg.at](mailto:praesident@oeggg.at)

#### **1. Schriftführerin**

Priv.-Doz.Dr. Gunda Pristauz  
Universitätsklinik für Frauenheilkunde & Geburtshilfe  
8020 Graz, Auenbruggerplatz 14  
[schriftfuehrer@oeggg.at](mailto:schriftfuehrer@oeggg.at)