

Gyn-Zytologie Nomenklatur der ÖGZ und ÖGPath/IAP Austria

ab 1.1.2018



PAP-Gruppe	Textliche Befundwiedergabe Zervixzytologie Der entsprechende Textteil ist anzuführen	Äquivalent: Bethesda System 2015
0	<p>Nicht beurteilbar</p> <p>a.) nicht bearbeitet wegen technischer und/oder administrativer Mängel... (Ursache angeben).</p> <p>b.) bearbeitet – aber nicht auswertbar wegen... (Ursache angeben – siehe Abstrichqualitätskriterien).</p>	<p>Unsatisfactory for evaluation</p> <p>a.) Rejected specimen (not processed) because... (specimen not labelled, slide broken, etc.)</p> <p>b.) Fully evaluated, unsatisfactory specimen: Specimen processed and examined, but unsatisfactory for evaluation of epithelial abnormality because of... (obscuring blood, etc.)</p>
I	<p>Normales, altersentsprechendes Zellbild (inkl. Plattenepithelmetaplasie) in gut beurteilbaren und repräsentativen Abstrichen; vermehrte Entzündungszellen ohne Epithelalteration; Atrophie ohne Zytolyse in repräsentativen Abstrichen.</p>	<p>Negative for intraepithelial lesion or malignancy (NILM)</p>
II	<p>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 \geq 45 Jahre); Bestrahlungsassozierte Zellveränderungen; atrophes Zellbild mit Zytolyse.</p> <p>Normales, altersentsprechendes Zellbild, allerdings mit eingeschränkter Abstrichqualität.</p>	<p>Negative for intraepithelial lesion or malignancy / other (NILM)</p>
III	<p>Stärker ausgeprägte entzündlich-regenerative und/oder degenerative und/oder atrophe Veränderungen mit nicht sicher beurteilbarer Dignität (SIL oder invasives Karzinom nicht auszuschließen).</p> <p>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.</p>	<p>Atypical squamous cells – undetermined significance (ASC-US)</p> <p>Atypical squamous cells – cannot exclude a high-grade squamous intraepithelial lesion (ASC-H)</p>
IIID	<p>HPV-assoziierte Zellveränderungen (Koilozyten, Dyskeratozyten)</p> <p>Zellen einer niedriggradigen squamösen intraepithelialen Läsion / Neoplasie (LSIL). Optional: Entspricht vormals einer CIN 1 oder geringgradigen Dysplasie.</p>	<p>Low grade squamous intraepithelial lesion (LSIL)</p>
IIIG	<p>Atypische glanduläre Zellen (wenn möglich angeben: endozervikal oder endometrial oder nicht näher zuordenbar) eher proliferativ, reaktiv.</p> <p>Atypische glanduläre Zellen (wenn möglich angeben: endozervikal oder endometrial) mit Verdacht auf neoplastische Veränderungen.</p>	<p>Atypical endocervical or endometrial or glandular cells (NOS or specify in comment) (AGC)</p> <p>Atypical endocervical or glandular cells, favor neoplastic (AGC)</p>
IV	<p>Zellen einer hochgradigen squamösen intraepithelialen Läsion / Neoplasie (HSIL). Optional: Entspricht vormals einer CIN 2/3 oder mäßiggradigen - hochgradigen Dysplasie</p> <p>Zellen eines endozervikalen Adenocarcinoma in situ (AIS).</p>	<p>High grade squamous intraepithelial lesion (HSIL)</p> <p>Endocervical adenocarcinoma in situ (AIS)</p>
V	<p>Zellen eines (vermutlich) invasiven Plattenepithelkarzinoms.</p> <p>Zellen eines Adenokarzinoms (wenn möglich spezifizieren: endozervikal oder endometrial oder extrauterin).</p> <p>Zellen anderer maligner Tumoren (wenn möglich Tumorzelltyp gemäß aktueller WHO Klassifikation angeben).</p>	<p>Squamous cell carcinoma;</p> <p>Adenocarcinoma (endocervical, endometrial, extrauterine, NOS);</p> <p>Other malignant neoplasms (specify)</p>

Empfehlungen/Kommentare können optional gegeben werden, müssen aber bei Abstrichen der Gruppen PAP III bis V mit der „ÖGGG Leitlinie: Diagnose und Therapie von cervikalen intraepithelialen Neoplasien (CIN, SIL) und des Adenocarcinoma in situ (AIS) sowie Vorgangsweise bei zytologischen Befunden mit eingeschränkter Beurteilbarkeit“ <http://ago-austria.at/empfehlungen-und-leitlinien/ago/> (in der letztgültigen Version) übereinstimmen.

Abstrichqualitätsbeurteilung:

- A) *gut beurteilbar und repräsentativ* (satisfactory for evaluation)
- B) *eingeschränkt, auf Grund von* (satisfactory for evaluation)
- C) *nicht beurteilbar (= PAP 0)* (unsatisfactory for evaluation)

A) Qualität: „Gut beurteilbar und repräsentativ“ (alle aufgezählten Kriterien müssen erfüllt sein)

- Entsprechende Abstrich-Kennzeichnung zur Identifikation
- Ausreichende klinische Information
- Repräsentativitätskriterien, Kriterien der Methodik und der technischen Verarbeitung:
 - Entsprechende Zellzahl: konventionelle Abstriche sollten geschätzt 8.000 bis 12.000, Dünnschichtpräparate zumindest 5.000 gut erhaltene und gut sichtbare Plattenepithelzellen enthalten. (Anleitung und Testbilder zum Abschätzen der Zellzahl siehe *The Bethesda System 3.Auflage, Seiten 3 ff für Dünnschicht und Seiten 11 ff für konventionelle Abstriche* oder <https://bethesda.soc.wisc.edu/>). Den Zellgehalt anhand der bestrichenen Fläche des Objektträgers zu bestimmen ist nicht mehr adäquat.
 - Zylinderepithelzellen und/oder Metaplasiezellen bei Patientinnen mit Portio. Minimum: zumindest 10 gut erhaltene endozervikale Zellen und/oder metaplastische Plattenepithelzellen (PEZ) einzeln oder in Verbänden.

B) Qualität: „Eingeschränkt, aufgrund von...“: (eines der folgenden Kriterien liegt vor)

...Repräsentativitätsmangel

- Zellarmer Abstrich (konventionelle Abstriche geschätzt 5.000 bis 8.000 **gut erhaltene und gut sichtbare Plattenepithelzellen**, Dünnschichtpräparate geschätzt 2.000 bis 5.000). Die Zellzahl kann entsprechend der klinischen Ausgangssituation (Schwangerschaft, Hormontherapie, Alter etc.) variieren.
- Keine oder zu wenige Zylinderepithelzellen und/oder Metaplasiezellen (unabhängig vom Lebensalter der Frau!) bei Patientinnen mit Portio. (Begründung siehe oben)

...reduzierter Beurteilbarkeit: (Methodik und technische Verarbeitung etc.):

- Fehlen wesentlicher klinischer Informationen, siehe II/1 (im Volltext)
- Schlechte Fixierung
- Leichte bis mäßige Zellschädigung durch Ausstreichartefakte (Quetschartefakte)
- Überdeckung von 50-75% der epithelialen Zellkomponente durch Blut, Entzündungszellen, dicke Zelllagen, Kontamination.

C) Qualität: „Nicht beurteilbar“ (Pap 0) (eines der folgenden Kriterien liegt vor)

1.) Identifikation des Abstrichpräparates oder Zuordnung zu einer Anweisung nicht möglich, zerbrochenes oder nicht vorhandenes (nicht eingelangtes) Abstrichpräparat.

2.) Repräsentativitätskriterien, Kriterien der Methodik und technischen Verarbeitung:

- Nicht ausreichende plattenepitheliale Zellkomponente (weniger als geschätzte 5.000 PEZ in konventionellen Abstrichen oder weniger als 2.000 PEZ in Dünnschichtpräparaten)
- zu schlechte oder keine Fixierung; Lufttrocknungsartefakte
- Überdeckung von mehr als 75% der epithelialen Zellkomponente durch: Blut, Entzündung, dicke Zelllagen, Kontamination
- Ausgeprägte Zellschädigung durch Ausstreichartefakte (Quetschartefakte)

Anmerkung: Angaben zur Repräsentativität sind bei allen Fällen, insbesondere bei PAP I und II durchzuführen. PAP I verlangt einen gut beurteilbaren und repräsentativen Abstrich. Obwohl von untergeordneter Bedeutung sollte in Fällen mit PAP III oder höher ebenfalls eine Angabe zur Abstrichqualität, gegebenenfalls eingeschränkter Repräsentativität / Beurteilbarkeit erfolgen. Ein suspekter Befund (PAP III oder höher) wird auch bei eingeschränkter oder fehlender Repräsentativität erstellt, da diese Fälle unverzüglich weiter abgeklärt werden müssen.

Impressum: Österreichische Gesellschaft für Zytologie (ÖGZ) © 2017. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des ÖGZ Vorstandes.

Volltext „Qualitätsstandard / Empfehlungen zur gynäkologischen Zervixzytologie“ auf www.cytology.at

Danksagung: Diese Nomenklaturempfehlung entstand unter Mitarbeit von: ao.Univ.Prof. Dr. Peter Regitnig, Prim. Dr. Walter Höbbling, Prim. Univ. Prof. Dr. Sigurd Lax, Prim. Dr. Alexander Nader, MSc, OÄ Dr. Constanze Nemes, OÄ Dr. Maria Niedermair, OA Dr. Wolfgang Pokieser, Ass. Prof. Dr. Manfred Ratschek, OA Dr. Johann Schalleschak, ao.Univ.Prof. DDR. Helene Wiener, Elisabeth Fedl, MEd. Die Nomenklatur der gynäkologischen Zytologie wurde mit Vertretern der ÖGGG (AGO Austria) abgestimmt: Prof. Dr. Elmar Joura und Prof. Dr. Andreas Widschwendter.