

Abnormer (auffälliger) Befund in der gynäkologischen Zytologie:

Was bedeutet das für Sie als Patientin?

Generell bedeutet ein abnormer Befund vom Gebärmutterhals keinesfalls, dass bei Ihnen Krebs vorliegt! Dieser zytologische Befund muss seitens der Gynäkologin/des Gynäkologen erst weiter abgeklärt und bestätigt werden.

1. Abnormer (auffälliger) zytologischer Befund

In der gynäkologischen Zytologie gibt es mehrere Gruppen von Befunden, die eine nähere Abklärung erfordern. Bei diesem Ergebnis lassen sich die entnommenen Zellen nicht eindeutig einordnen. Es wird daher unterschieden zwischen:

1) ASC-US = Atypische Plattenepithelzellen mit unbestimmter Signifikanz

ASC-US ist unter den abnormen Befunden am häufigsten. Etwa einer von 15 Abstrichen bzw. Dünnschichtpräparationen (LBC) zeigt dieses Ergebnis. ASC-US bedeutet, dass sich atypische Zellen im Abstrich bzw. Präparat gezeigt haben, von denen man nicht genau weiß, wodurch sie verursacht worden sind (ASC-US = atypische Zellen von unklarer Signifikanz).

ASC-US bedeutet nicht, dass Sie Krebs haben oder jemals bekommen werden, aber, dass es Veränderungen in Zellen gegeben hat, die weitere Untersuchungen und eine Überwachung erfordern.

Das Krebsrisiko ist relativ gering, da häufig keine HPV- (Humanes Papilloma Virus) - Infektion vorliegt. Andere sexuell übertragbare Infektionen, Pilzbefall, Polypen (gutartige Geschwülste) des Gebärmutterhalses oder Zysten, vaginale Reizungen oder Entzündungen oder niedrige Hormonspiegel bei Frauen in und nach den Wechseljahren können die Ursache von ASC-US sein.

Empfehlung an die Patientin:

Zytologische Kontrolle / Abstrichwiederholung innerhalb von 3 Monaten mittels Dünnschichtzytologie, falls dies noch nicht durchgeführt wurde, zusammen mit einer HPV-Testung. Bei den Patientinnen mit nachgewiesener HPV-high risk Infektion erfolgt eine Begutachtung des Gebärmutterhalses (Kolposkopie) mit Abnahme von Gewebeproben vom Bereich des Gebärmutterhalses bzw. des Gebärmutterhalskanals.

Bei Frauen mit bestehender Entzündung oder Atrophie soll vor einer Kontrollzytologie eine Östrogenaufhellung und/oder Entzündungstherapie erfolgen.

2) ASC-H (*Atypische Plattenepithelzellen, hochgradige intraepitheliale Neoplasie nicht ausgeschlossen*)

Bei der ASC-H Gruppe, die deutlich seltener vorkommt, liegen abnorme Zellen vor, bei denen die Zytologie eine hochgradige intraepitheliale Läsion – also eine ernstzunehmende Krebsvorstufe – nicht ausschließen kann.

Empfehlung an die Patientin:

Aufgrund des Verdachts auf eine Krebsvorstufe erfolgt in der Regel direkt eine zwingende Begutachtung des Gebärmutterhalses (Kolposkopie) mit Abnahme einer Gewebeprobe vom Gebärmutterhals bzw. des Gebärmutterhalskanals. Eine HPV-Testung sollte angeschlossen werden. Bei einem negativen histologischen Befund erfolgt eine neuerliche zytologische Untersuchung mittels Dünnschichtzytologie (LBC) mit HPV Testung.

SIL= Plattenepitheliale intraepitheliale Läsion

Eine Plattenepithelläsion (Squamous intraepithelial lesion) kann auf der Oberfläche des Gebärmutterhalses entstehen. SIL kann als Krebsvorstufe angesehen werden. Sie kann gering ausgeprägt sein (Low-grade SIL = niedriggradige Plattenepithelläsion/LSIL) oder als

High-grade SIL = hochgradige Plattenepithelläsion (HSIL) klassifiziert werden. LSIL sind sehr häufig und verschwinden in der Regel auch ohne Behandlung von selbst. HSIL kann unbehandelt zu Krebs führen.

Empfehlung an die Patientin bei LSIL:

Bei diesem zytologischen Befund wird bei den Proben von Dünnschichtzytologie eine HPV-Testung angeschlossen. In Rahmen der nächsten routinemäßigen Kontrolluntersuchung wird der Abstrich mittels Dünnschichtzytologie untersucht und eine HPV-Testung durchgeführt.

Empfehlung an die Patientin bei HSIL:

Begutachtung des Gebärmutterhalses (Kolposkopie) mit Abnahme einer Gewebsprobe vom Gebärmutterhals bzw. des Gebärmutterhalskanals sowie Bestimmung einer möglichen HPV Infektion. Bei einem negativen histologischen Befund erfolgt eine neuerliche zytologische Untersuchung mittels Dünnschichtzytologie mit HPV Testung.

3) AGC = Atypische Drüsenzellen

Dieser Befund ist selten und bedeutet, dass atypische schleimabsondernde (Drüsen-) Zellen im Abstrich oder Präparat vom Gebärmutterhals festgestellt wurden. Atypische Zellen stammen aus dem Gebärmutterhalskanal oder der Gebärmutterhöhle.

Es kann sich um eine Entzündung z.B. nach Verletzungen, bei liegender Spirale oder nach Bestrahlung handeln. Seltener stellt AGC den Hinweis auf Krebs oder dessen Vorstufen dar.

Empfehlung an die Patientin:

Bei Befunden der Gruppe AGC erfolgt eine HPV Testung, falls dies noch nicht durchgeführt wurde. Zusätzlich wird eine mikroskopische Untersuchung des Gebärmutterhalses bzw. der Scheide und der Schamlippen (Kolposkopie bzw. Vaginalsonographie) durchgeführt mit evtl. Abnahme von Gewebsproben von Bereich des Gebärmutterhals/ Gebärmutterhöhle.

2. Unauffälliger zytologischer Befund, jedoch positiver HPV-Test

Selten. Beim nur positiven HPV Test sind eine besonders genaue mikroskopische Untersuchung des Gebärmutterhalses bzw. der Scheide und der Schamlippen (Kolposkopie bzw. Vaginalsonographie) sowie eine zytologische Kontrolle mit HPV-Testung notwendig.

GENERELL GILT BEI ABNORMALEM/AUFFÄLIGEM ZYTOLOGISCHEN BEFUND/HPV-TEST:

Ihr Arzt bzw. Ihre Ärztin will für Sie die größte Sicherheit erreichen. Dies geschieht durch Ergänzungen oder Wiederholungen von Untersuchungen:

- des Pap-Abstrichs/Dünnschichtzytologie
- eines HPV-Tests und/oder
- einer Gewebeprobe vom Gebärmutterhals bzw. der Gebärmutterhöhle.

Dies kann auch mehrfach im Abstand von z.B. 3-6 Monaten notwendig sein.

3. Nachsorge nach einem Pap-Abstrich mit eingeschränkter Repräsentativität

Dies bedeutet auf keinen Fall, dass hier ein erhöhtes Krebsrisiko besteht. In der Regel ist das weitere Vorgehen abhängig von der klinischen Situation und den vorgehenden zytologischen Befunden.

Wenn also die vorhergehenden Befunde negativ sind, der Gebärmutterhals normal ist (siehe oben Kolposkopie) und keine Symptome vorliegen, so wird eine reguläre Kontrolle in ca. 6-12 Monaten empfohlen. Bei den Frauen, die über 30 Jahre alt sind, sollte in diesem Intervall, eine Kontrollzytologie mittels Dünnschichtzytologie (LBC) mit HPV Testung erfolgen.

4. Nachsorge nach einem Pap-Abstrich mit fehlender Repräsentativität (Pap 0)

Auch dies bedeutet nicht, dass ein erhöhtes Krebsrisiko besteht. Hier wird die Gynäkologin/der Gynäkologe eine Wiederholung innerhalb von 3-6 Monaten (nicht vorher wegen Epithelregeneration) des Abstrichs anstreben, um die maximale diagnostische Sicherheit für Sie zu erzielen.

Verfasserinnen:

OÄ Dr.ⁱⁿ Fatemeh Tanos, Fachärztin für klinische Pathologie und Molekularpathologie und

OÄ Dr.ⁱⁿ Anja Grcar, Fachärztin für klinische Pathologie und Molekularpathologie, Zytologisches Institut Graz.

Prim. Univ.- Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Bernadette Liegl-Atzwanger, interim. Ärztliche Direktorin des Zytologischen Instituts

Version 3 vom 03.07.2026

Verwendete Literatur:

1. Melani J, Kernbauer-Hölzl E, Antony K (2025): Zervixkarzinom-Screening: Evidenz und Übersicht nationaler Screening Programme in ausgewählten Ländern. Gesundheit Österreich, Wien.
2. Aitken C, Olthof E, Kaljouw S, Jansen E, de Koning H, de Kok I (2022): Evaluation of the Dutch Cervical Cancer Screening Programme 2017-2020
3. Regitnig P. et al (2020): Qualitätsstandard / Empfehlungen zur gynäkologischen Zervix Zytologie. Projekt der Österreichischen Gesellschaft für klinische Pathologie und Molekularpathologie / IAP Austria.
4. Regitnig P. et al (2020): Stellungnahmen der ÖGPath und ÖGZ zur Verwendung der Dünnschichtzytologie in der Gynäkologischen Zytologie.
5. Reich O. et al (2018): Gemeinsame Leitlinien der OEGGG, AGO, AGK und ÖGZ zur Diagnose und Therapie von zervikalen intraepithelialen Neoplasie sowie Vorgangsweise bei zytologischen Befunden mit eingeschränkter Qualität. Geburtsilfe Frauenheilkunde 2018; 78: 1232–1244.
6. Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF, (2022): S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin mit Zervixkarzinom, Langversion, 2.2. Leitlinienprogramm Onkologie. Leitlinie. Hg. v. Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e. V., (DKG) und Deutschen Krebshilfe (DKH). Berlin, AWMF
7. Wright TC, Stoler MH, Parvu V et al. Nachweis von zervikalen Neoplasien durch humane Papillomavirus-Tests in einer atypischen Plattenepithelpopulation mit unbestimmter Signifikanz: Ergebnisse der Becton Dickinson Onclarity Trial. *Am J Clin Pathol*. 1. Januar 2019; 151(1):53-62. doi:10.1093/ajcp/aqy084
8. Tai YJ, Chen YY, Hsu HG et al. Risiken einer zervikalen intraepithelialen Neoplasie Grad 3 oder invasiver Krebserkrankungen bei ASCUS-Frauen mit unterschiedlichem Management: eine bevölkerungsbasierte Kohortenstudie. *J Gynecol Oncol*. Juli 2018; 29(4):e55. doi:10.3802/jgo.2018.29.e55
9. Perkins RB, Guido RS, Castle PE et al. 2019 ASCCP risikobasierte Management-Konsensrichtlinien für abnormale Gebärmutterhalskrebs-Screening-Tests und

Krebsvorläufer. *J Niedriger Genit-Trakt Dis.* 2020; 24(2):102-131.

doi:10.1097/LGT.00000000000000525

10. Zentren für die Kontrolle und Prävention von Krankheiten. Was sind die Risikofaktoren für Gebärmutterhalskrebs?
11. Eun TJ, Perkins RB. Screening auf Gebärmutterhalskrebs. *Med Clin North Am.* 2020 November; 104(6):1063-1078. DOI: 10.1016/j.mcna.2020.08.006.
12. Lei J, Ploner A, Elfstrom KM et al. HPV-Impfung und das Risiko von invasivem Gebärmutterhalskrebs. *N Engl J Med.* 2020;383:1340-1348.
doi:10.1056/NEJMoa1917338