

Personal pdf file for  
J. Quaas, O. Reich, B. Frey Tirri, V. Küppers

With compliments of Georg Thieme Verlag

[www.thieme.de](http://www.thieme.de)

Explanation and Use of the  
Colposcopy Terminology of  
the IFCPC (International Federation  
for Cervical Pathology and  
Colposcopy) Rio 2011

DOI 10.1055/s-0033-1350824  
Geburtsh Frauenheilk 2013; 73: 904–907

For personal use only.  
No commercial use, no depositing in repositories.

**Publisher and Copyright:**  
© 2013 by  
Georg Thieme Verlag KG  
Rüdigerstraße 14  
70469 Stuttgart  
ISSN 0016-5751

Reprint with the  
permission by  
the publisher only

 **Thieme**

# Explanation and Use of the Colposcopy Terminology of the IFPC (International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy) Rio 2011

## Erläuterung und Anwendung der kolposkopischen Nomenklatur der IFPC (International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy) Rio 2011

### Authors

J. Quaas<sup>3</sup>, O. Reich<sup>1</sup>, B. Frey Tirri<sup>2</sup>, V. Küppers<sup>3</sup>

### Affiliations

<sup>1</sup> für den Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Kolposkopie (AGK, Österreich)

<sup>2</sup> für den Vorstand der Arbeitsgemeinschaft für Kolposkopie und Zervixpathologie (AGKOL, Schweiz)

<sup>3</sup> für den Vorstand der Arbeitsgemeinschaft für Kolposkopie und Zervixpathologie (AGCPC, Deutschland)

### Key words

- colposcopy
- cervix uteri
- nomenclature
- IFPC Rio de Janeiro 2011

### Schlüsselwörter

- Kolposkopie
- Cervix uteri
- Nomenklatur
- IFPC Rio de Janeiro 2011

### Bibliography

**DOI** <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1350824>  
 Geburtsh Frauenheilk 2013; 73: 904–907 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York · ISSN 0016-5751

### Correspondence

**Dr. Jens Quaas**  
 Sekretär der Arbeitsgemeinschaft Zervixpathologie & Kolposkopie  
 Grünthal 22  
 18437 Hansstadt Stralsund  
 dr@jquaas.de  
 www.ag-cpc.de

**Priv.-Doz. Dr. med. Volkmar Küppers, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe**  
 Zytologisches Labor –  
 Dysplasie-Sprechstunde  
 Königsallee 64  
 40212 Düsseldorf  
 info@dysplasie-praxis.de

### Abstract

In July 2012 a revised terminology on colposcopic examinations of the cervix uteri was adopted by IFPC. Central aspect is a description of characteristics that should aid in the definition of the disease entity cervix uteri. The nomenclature is built up in such a way that the examiner can evaluate colposcopic criteria according to a specific scheme. Firstly it is assessed whether the colposcopy is representative. Then it should be clarified whether or not the findings are normal. If the findings are not normal but rather abnormal the severity of the lesion is classified according to the so-called grade 1 (minor change) and grade 2 findings (major change). Specific abnormal findings such as leukoplakia, erosion and Lugol's finding are also not defined at this point. Characteristics suspicious for an invasion are described separately, in particular, atypical vessel patterns are mentioned here. As already held in the previous revised nomenclature (Barcelona), various findings are described in a last group: congenital transformation zones (CTZ), congenital anomalies, condylomas (papillomas), endometriosis, polyps (ectocervical, endocervical), inflammation, stenosis, postoperative changes (scarred portio, vaginal stump).

### Introduction

The new and thus currently valid colposcopic nomenclature was published on 1 July 2012 in the journal "Obstetrics & Gynecology" [1]. This had been preceded by the appointment of a nomenclature committee in 2008 on the occasion of the world congress in Oakland, New Zealand. After extensive literature searches, several meetings and detailed discussions in the website of

### Zusammenfassung

Im Juli 2012 wurde eine überarbeitete Nomenklatur zur kolposkopischen Untersuchung der Cervix uteri durch die IFPC verabschiedet. Im Mittelpunkt steht die Beschreibung von Merkmalen, die helfen sollen, Krankheitsbilder an der Cervix uteri zu definieren. Die Nomenklatur ist so aufgebaut, dass der Untersucher nach einem bestimmten Schema kolposkopische Kriterien beurteilt. Zunächst wird geprüft, ob die Kolposkopie repräsentativ ist. Dann soll geklärt werden, ob ein Normalbefund vorliegt. Liegen keine Normalbefunde, sondern abnorme Befunde vor, wird die Schwere der Läsion in sog. Grad-1- (minor change) und Grad-2-Befunde (major change) festgelegt. Es werden auch nicht spezifische abnorme Befunde – die Leukoplakie, die Erosion und die Lugol-Probe – definiert. Gesondert werden Merkmale beschrieben, die verdächtig auf eine Invasion sind, insbesondere wird hier auf die atypischen Gefäßmuster hingewiesen. Wie schon in der letzten überarbeiteten Nomenklatur (Barcelona) werden in einer letzten Gruppe verschiedene Befunde beschrieben: kongenitale Transformationszone (KTZ), kongenitale Anomalie, Kondyloome (Papillome), Endometriose, Polypen (ektozervikal, endozervikal) Entzündung, Stenose, postoperative Veränderung (vernarbte Portio, Scheidenblindsack).

IFPC, the new version of the nomenclature was accepted at the world congress in Rio de Janeiro in July 2011.

The new nomenclature 2011 consists of 3 parts:

1. Nomenclature concerning the cervix uteri (○ **Tab. 1**) including an appendix on the definition of types of excision (○ **Table 2**).
2. Nomenclature for the vagina.
3. Nomenclature for the vulva which was formulated in cooperation with the International So-

**Table 1** Colposcopic nomenclature of cervix uteri (IFCPC 2011), after [9].

IFCPC 2011	Rio de Janeiro	Colposcopic nomenclature for cervix uteri
General:		adequate/inadequate: <i>reason:</i> (e.g., inflammation, bleeding, scars) columnar – squamous epithelium – border (CSB): completely/partially/not visible transformation zone (type 1, 2, 3)
Normal finding		original squamous epithelium: <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ mature</li> <li>▶ atrophic</li> </ul> columnar epithelium <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ ectopy</li> </ul> metaplastic squamous epithelium <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ ovula Nabothii</li> <li>▶ excretory ducts of glands</li> </ul> deciduosis in pregnancy
Abnormal finding	general:	<b>localisation of the lesion:</b> inside or outside the epithelium, <i>given according to clock face</i> <b>size of the lesion:</b> number of affected quadrants percent of the cervix
	grade 1 (minor change)	delicate acetic-white epithelium, delicate mosaic, delicate puncturing
	grade 2 (major change)	intensive acetic-white epithelium coarse mosaic, coarse puncturing prominent excretory ducts of glands sharp borders inner border sign, ridge sign rapid acetic acid reaction
	not specific	leukoplakia (keratosis, hyperkeratosis), erosion Lugol's reaction (Schiller test)
Suspected invasion		atypical vessels <b>additional findings:</b> vessels that bleed on contact, irregular surfaces, exophytic lesion, necrosis, ulcer, tumour
Miscellaneous findings		congenital transformation zones (CTZ), congenital anomalies, condylomas (papillomas), endometriosis, polyps (ectocervical, endocervical) inflammation, stenosis, postoperative changes (scarred portio, vaginal stump)

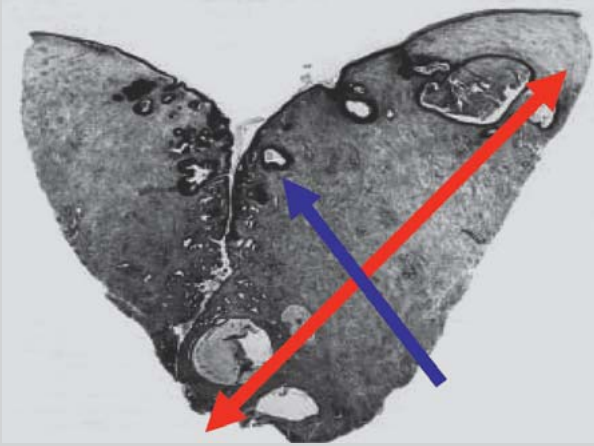
ciety for the Study of Vulvovaginal Diseases (ISSVD). These were published in a second publication.

The aim of the following explanations is to create a relationship between the new nomenclature and the daily routine of colposcopic examinations.

At the same time, the authors want to point out that a common foundation for the use of the now internationally valid colposcopic nomenclature of cervix uteri in the German-speaking countries has been published [9]. The boards of AGK, AGCPC and AGKOL have thus recognised the validity of the colposcopic nomenclature 2011 and recommend their members to use them in their daily routine.

We appeal to all interested colleagues to send their comments and ideas to their management boards. These will then be introduced at the next meeting of the nomenclature commission of the IFCPC.

**Table 2** Addendum to colposcopic nomenclature for cervix uteri (IFCPC 2011), after [9].

IFCPC 2011	Colposcopic nomenclature	Cervix uteri addendum
Excision types	type 1 – flat type 2 – medium type 3 – steep	
Dimensions of conisation specimens	<b>height (length):</b> distance from cervical to vaginal resection border (see Fig. below) <b>width:</b> distance from stromal resection border to epithelial surface <b>circumference (optional):</b> perimeter of the opened cone specimen	
		
<b>red:</b> height (length) of the conisation specimen, <b>blue:</b> thickness of the cone		

It should be emphasised that the aim of the nomenclature commission is to develop an evidence-based terminology. It is also apparent that the commitment of the IFCPC was to promote a closer relationship to therapeutic procedures. Examples of this are the introduction of a grading for the visibility of the columnar-squamous epithelium boundary and the types of excision mentioned in the appendix (▶ **Table 2**). In the authors' opinion this step is to be welcomed as it leads to a clearer position with regard to individualised therapy planning and performance. See also the corresponding German-language groundwork (e.g., Kühn 2011 [7], Kühn et al. 2012 [8]). Overall, the new colposcopic nomenclature more clearly emphasises the significance of colposcopic examinations than did the preceding version.

Especially gratifying is the fact that two current publications from Germany-speaking countries (Scheungraber et al. [3,4]) have been duly incorporated in the revision of the nomenclature. It should also be mentioned that the practically important differentiation between the localisation of lesions inside and outside of the transformation zones has been explicitly described in the nomenclature and also that the significance of the surface expansion of dysplasia in cervix uteri has been scientifically confirmed by publications from German-speaking countries [10, 11].

In the following paragraphs those aspects are mentioned that have changed in comparison to the previously valid terminology (Barcelona 2002 [6]) or, respectively have been included for the first time.





**Fig. 1** Regular acetic-white mosaic on cytological PAP II, histological sign of cervicitis.

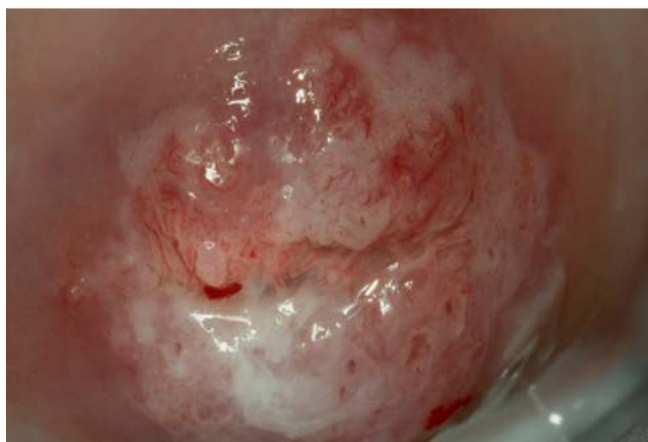
### Nomenclature of Cervix Uteri

Some basic preliminary remarks of fundamental importance need to be made about the colposcopic nomenclature for cervix uteri and the vagina. Is the colposcopic examination “adequate”

or “inadequate with reasons”? This replaces the term “satisfactory/unsatisfactory colposcopy”. This change should emphasise that in the case of an inadequate colposcopy due to, e.g., inflammation, a control examination has to be performed after therapy. Moving the evaluability and general significance of a colposcopic examination to the beginning of the nomenclature emphasises the relative values.

This applies especially to the visualisation of the columnar-squamous epithelium border and thus the classification of the transformation zones into types 1–3. The two classifications certainly overlap but represent two different aspects. The columnar-squamous epithelium border is the “inner” border for the transformation zone (mature columnar epithelium border) and can, accordingly, be “completely”, “partially” or even “not visible”. In the transformation zones 1 and 2 the columnar-squamous epithelium border is completely visible. As mentioned above it was the intention of the IFCPC nomenclature committee to make the planning of possibly necessary therapeutic options better. Evaluation of the above two aspects does make this better, e.g., for the targeted excision of abnormal areas (excision type).

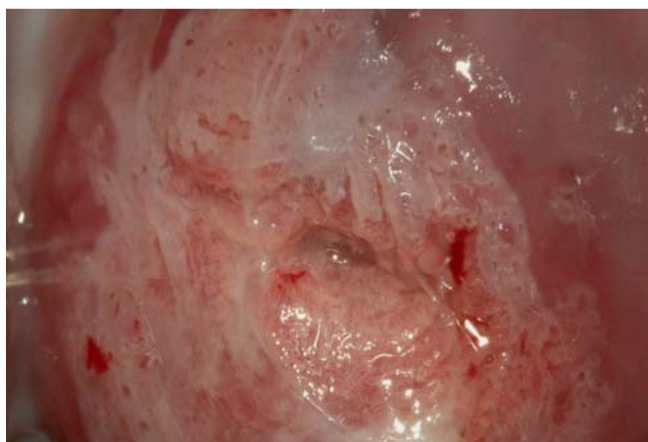
For normal findings, an extension has also been made: atrophic squamous epithelium, changes in pregnancy (deciduosis) and



**Fig. 2** Opaque acetic-white epithelium on the anterior lip of the cervical os at 12 o'clock with coarse mosaic (major change), transformation zone 1.



**Fig. 3** Pronounced acetic-white epithelium with “inner border” at 1 o'clock ectocervical in histologically confirmed CIN 2.



**Fig. 4** Pronounced acetic-white epithelium on the anterior lip of the cervical os with typical “ridge sign” (major change) in histologically confirmed CIN 3, transformation zone 1.



**Fig. 5** Acetic-white elevated mound of excretory ducts of the cervical gland on the posterior lip of the cervical os (major change) in histologically confirmed CIN 3.

metaplasia. It should be noted critically that making the diagnosis of metaplasia actually necessitates a prior histological clarification in order to prove the existence of the metaplasia and exclude other functional findings, e.g., hyperplastic or polypous ectopy.

In abnormal colposcopic findings, the localisation of the lesion – inside or outside the transformation zone – has been re-included in the nomenclature and supplemented with the terms “inner border” (border within the acetic-white epithelium) and “ridge sign” [3,4].

The size of the lesion has been incorporated in the nomenclature whereby the dimensions of the lesion are to be given as number of afflicted quadrants or, respectively, as percentage of the cervix. The grading into “minor” and “major changes” that was already defined in the Rome 1991 nomenclature [5] has been retained. “Minor changes” can also be described as grade 1 changes (● Fig. 1) and “major changes” as grade 2 changes (● Figs. 2 to 5). Newly taken into consideration is the interpretation of the dynamics of the acetic acid reaction in cervix uteri. It is pointed out that a rapid and intensive, positive acetic acid reaction must be classified as “major changes”. It should be noted that the slow development of a positive acetic acid reaction, which in individual cases may require a reaction time of up to 3 minutes, belongs to the “major changes” when the other “major change” criteria are applicable.

As already mentioned in the introduction, the committee could not agree to classify the term leukoplakia into the groups of minor or, respectively, major changes. Leukoplakia, erosion and Lugol's reaction (Schiller test) are classified as “non specific”. In particular, the classification of Lugol's reaction as an unspecific examination method emphasises the necessity of the preoperative application of an acetic acid test. Lugol's reaction alone is not a suitable measure for the preoperative planning of the excision line.

An extension is found in cases of suspected invasion in that atypical vessels are now merely defined as invasion characteristics in contrast to previous nomenclature suggestions. So far atypical vessels were assigned to the “major change” lesions. In addition, further clinical aspects have been incorporated such as, for example, vessels that bleed upon contact.

Under the so-called miscellaneous findings we now find the “congenital transformation zone, CTZ” and postoperative changes such as “scarred portio” (after conisation) or “vaginal stump”. An exact description of the term CTZ is still lacking and will be subject of further discussion in the IFCPC nomenclature commission.

## Addendum: Excision Types and Conisation Specimens

Three different excision types and also the dimensions of conisation specimens have been added as an addendum (● Table 2). The excision types represent a practical relationship to the types of transformation zones and are intended to replace the further use of widely differing excision terms by descriptions of the excisions performed and not the methods themselves.

## Conflict of Interest

None.

## References

- 1 Bornstein J, Bentley J, Bösze P et al. 2011 colposcopic terminology of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. *Obstet Gynecol* 2012; 120: 166–172
- 2 Bornstein J, Sideri M, Tatti S et al. 2011 terminology of the vulva of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. *J Low Genit Tract Dis* 2012; 16: 290–295
- 3 Scheungraber C, Glutig K, Fechtel B 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: 1–4
- 4 Scheungraber C, Koenig U, Fechtel B 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: 13–16
- 5 Stafl A, Wilbanks GD. An international terminology of colposcopy: report of the nomenclature committee of the International Federation of Cervical Pathology and Colposcopy. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 313–314
- 6 Quaas J, Petry K-U, Heinrich J. Darstellung und Erläuterungen zur aktuellen kolposkopischen Nomenklatur Barcelona 2002. *Geburtsh Frauenheilk* 2007; 67: 1324–1327
- 7 Kühn W. Kolposkopie zur Früherkennung des Zervixkarzinoms. *Pathologe* 2011; 32: 497–495
- 8 Kühn W, Cichon G, Schneider A. Morphologische Aspekte zu frühgeburtsvermeidenden Konisationstechniken. *gyn* 2012; 17: 262–268
- 9 Girardi F, Frey Tirri B, Küppers V et al. Neue kolposkopische IFCPC-Nomenklatur der Cervix uteri (Rio de Janeiro 2011). *Frauenarzt* 2012; 53: 1064–1065
- 10 Burghardt E, Pickel H, Girardi F. *Colposcopy-cervical Pathology*. 3rd ed. Stuttgart: Thieme; 1998
- 11 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: 462–472

Deutschsprachige Zusatzinformationen online abrufbar unter:  
[www.thieme-connect.de/ejournals/toc/gebfra](http://www.thieme-connect.de/ejournals/toc/gebfra).

# Erläuterung und Anwendung der kolposkopischen Nomenklatur der IFCPC (International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy) Rio 2011

## Explanation and Use of the Colposcopy Terminology of the IFCPC (International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy) Rio 2011

### Autoren

J. Quaas<sup>3</sup>, O. Reich<sup>1</sup>, B. Frey Tirri<sup>2</sup>, V. Küppers<sup>3</sup>

### Institute

<sup>1</sup> für den Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Kolposkopie (AGK, Österreich)

<sup>2</sup> für den Vorstand der Arbeitsgemeinschaft für Kolposkopie und Zervixpathologie (AGKOL, Schweiz)

<sup>3</sup> für den Vorstand der Arbeitsgemeinschaft für Kolposkopie und Zervixpathologie (AGCPC, Deutschland)

### Schlüsselwörter

- Kolposkopie
- Cervix uteri
- Nomenklatur
- IFCPC Rio de Janeiro 2011

### Key words

- colposcopy
- cervix uteri
- nomenclature
- IFCPC Rio de Janeiro 2011

### Bibliografie

**DOI** <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1350824>  
 Geburtsh Frauenheilk 2013; 73:  
 1–4 © Georg Thieme Verlag KG  
 Stuttgart · New York ·  
 ISSN 0016-5751

### Korrespondenzadresse

**Dr. Jens Quaas**  
 Sekretär der Arbeitsgemein-  
 schaft Zervixpathologie  
 & Kolposkopie  
 Grünthal 22  
 18437 Hansesstadt Stralsund  
 dr@jquaas.de  
 www.ag-cpc.de

**Priv.-Doz. Dr. med. Volkmar  
 Küppers, Facharzt für Frauen-  
 heilkunde und Geburtshilfe**  
 Zytologisches Labor –  
 Dysplasie-Sprechstunde  
 Königsallee 64  
 40212 Düsseldorf  
 info@dysplasie-praxis.de

### Zusammenfassung

▼  
 Im Juli 2012 wurde eine überarbeitete Nomenklatur zur kolposkopischen Untersuchung der Cervix uteri durch die IFCPC verabschiedet. Im Mittelpunkt steht die Beschreibung von Merkmalen, die helfen sollen, Krankheitsbilder an der Cervix uteri zu definieren. Die Nomenklatur ist so aufgebaut, dass der Untersucher nach einem bestimmten Schema kolposkopische Kriterien beurteilt. Zunächst wird geprüft, ob die Kolposkopie repräsentativ ist. Dann soll geklärt werden, ob ein Normalbefund vorliegt. Liegen keine Normalbefunde, sondern abnorme Befunde vor, wird die Schwere der Läsion in sog. Grad-1- (minor change) und Grad-2-Befunde (major change) festgelegt. Es werden auch nicht spezifische abnorme Befunde – die Leukoplakie, die Erosion und die Lugol-Probe – definiert. Gesondert werden Merkmale beschrieben, die verdächtig auf eine Invasion sind, insbesondere wird hier auf die atypischen Gefäßmuster hingewiesen. Wie schon in der letzten überarbeiteten Nomenklatur (Barcelona) werden in einer letzten Gruppe verschiedene Befunde beschrieben: kongenitale Transformationszone (KTZ), kongenitale Anomalie, Kondylome (Papillome), Endometriose, Polypen (ektozervikal, endozervikal) Entzündung, Stenose, postoperative Veränderung (vernarbte Portio, Scheidenblindsack).

### Einleitung

▼  
 Die neue und damit aktuelle koloskopische Nomenklatur wurde am 1.7.2012 in der Zeitschrift „Obstetrics & Gynecology“ publiziert [1]. Vorangegangen war die Bestellung eines Nomenklatur-Komitees im Jahr 2008 anlässlich des Weltkongresses in Oakland, Neuseeland. Nach ausgiebiger Literatursuche, mehreren Meetings und ausführlicher Diskussion in der Website

### Abstract

▼  
 In July 2012 a revised terminology on colposcopic examinations of the cervix uteri was adopted by IFCPC. Central aspect is a description of characteristics that should aid in the definition of the disease entity cervix uteri. The nomenclature is built up in such a way that the examiner can evaluate colposcopic criteria according to a specific scheme. Firstly it is assessed whether the colposcopy is representative. Then it should be clarified whether or not the findings are normal. If the findings are not normal but rather abnormal the severity of the lesion is classified according to the so-called grade 1 (minor change) and grade 2 findings (major change). Specific abnormal findings such as leukoplakia, erosion and Lugol's finding are also not defined at this point. Characteristics suspicious for an invasion are described separately, in particular, atypical vessel patterns are mentioned here. As already held in the previous revised nomenclature (Barcelona), various findings are described in a last group: congenital transformation zones (CTZ), congenital anomalies, condylomas (papillomas), endometriosis, polyps (ectocervical, endocervical), inflammation, stenosis, postoperative changes (scarred portio, vaginal stump).

der IFCPC wurde schließlich anlässlich des Weltkongresses in Rio de Janeiro im Juli 2011 die nunmehr neue Nomenklatur von der IFCPC beschlossen.

Die neue Nomenklatur 2011 besteht aus 3 Teilen: 1. Nomenklatur betreffend die Cervix uteri (● Tab. 1) inkl. einem Addendum zur Definition von Exzisionstypen (● Tab. 2). 2. Nomenklatur der Vagina.



**Tab. 1** Kolposkopische Nomenklatur der Cervix uteri (IFCPC 2011), nach [9].

IFCPC 2011	Rio de Janeiro	kolposkopische Nomenklatur Cervix uteri
Grund-sätzliches:		adäquat/inadäquat: <i>Begründung:</i> (z. B.: Entzündung, Blutung, Narben) Zylinder – Plattenepithel – Grenze (ZPG): vollständig/teilweise/nicht einsehbar Transformationszone (Typ 1, 2, 3)
normale Befunde		originäres Plattenepithel: ▶ reif ▶ atroph Zylinderepithel ▶ Ektopie metaplastisches Plattenepithel ▶ Ovula Nabothii ▶ Drüsenausführungsgänge Deziduose in der Schwangerschaft
abnorme Befunde	Grund-sätzliches:	<b>Lokalisation der Läsion:</b> innerhalb oder außerhalb der TZ, <i>Angabe entsprechend Uhrzeiger</i> <b>Größe der Läsion:</b> Anzahl der betroffenen Quadranten Prozent der Zervix
	Grad 1 (minor change)	zart essigweißes Epithel, zartes Mosaik, zarte Punktierung
	Grad 2 (major change)	intensiv essigweißes Epithel grobes Mosaik, grobe Punktierung prominente Drüsenausführungsgänge scharfe Grenzen „inner border sign“, „ridge sign“ rasche Essigsäurewirkung
	nicht spezifisch	Leukoplakie (Keratose, Hyperkeratose), Erosion Lugol-Probe (Schiller Test) atypische Gefäße
Verdacht auf Invasion		<b>zusätzliche Befunde:</b> auf Berührung blutende Gefäße, unregelmäßige Oberfläche, exophytische Läsion, Nekrose, Ulkus, Tumor
verschiedene Befunde		kongenitale Transformationszone (KTZ), kongenitale Anomalie, Kondylome (Papillome), Endometriose, Polypen (ektozervikal, endozervikal) Entzündung, Stenose, postoperative Veränderung (vernarbte Portio, Scheidenblind-sack)

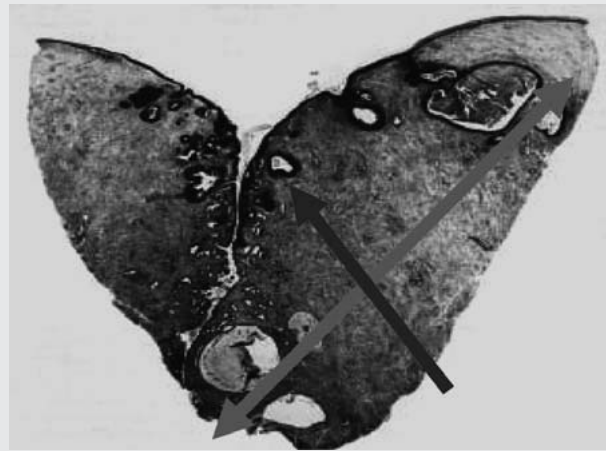
3. Nomenklatur der Vulva in Zusammenarbeit mit der International Society for the Study of Vulvovaginal Diseases (ISSVD) erarbeitet. Diese wurde in einer separaten Publikation veröffentlicht.

Ziel der folgenden Erläuterungen ist es, den Bezug zwischen neuer Nomenklatur und praktischem Alltag in der kolposkopischen Untersuchung herzustellen.

Gleichzeitig möchte die Autorenschaft darauf verweisen, dass eine für den deutschsprachigen Raum gemeinsame Grundlage zur Nutzung der jetzt international gültigen kolposkopischen Nomenklatur für die Cervix uteri publiziert wurde [9]. Die Vorstände der AGK, AGCPC und AGKOL haben somit die kolposkopische Nomenklatur 2011 als die für sie gültige Nomenklatur anerkannt und ihren Mitgliedern zur Nutzung im Praxisalltag empfohlen. Wir rufen alle interessierten Kollegen auf, Kommentare und Hinweise an die Vorstände zu senden. Diese werden in die nächsten Tagungen der Nomenklaturkommission der IFCPC eingebracht.

**Tab. 2** Addendum zur kolposkopischen Nomenklatur der Cervix uteri (IFCPC 2011), nach [9].

IFCPC 2011	kolposkopische Nomenklatur	Cervix uteri Addendum
Exzisionstypen	Typ 1 – flach Typ 2 – mittel Typ 3 – steil	
Dimensionen des Konisationspräparats	<b>Höhe (Länge):</b> Distanz zervikaler zu vaginalem Resektionsrand (s. Abb. unten) <b>Breite:</b> Distanz stromaler Resektionsrand zu epithelialer Oberfläche <b>Zirkumferenz (optional):</b> Perimeter des geöffneten Konuspräparats	

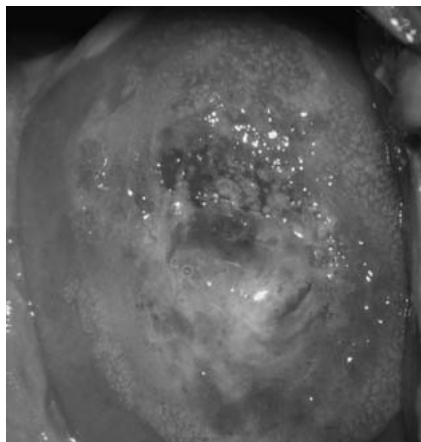


**hellgrau:** Höhe (Länge) des Konisationspräparats, **dunkelgrau:** Dicke des Konus

Hervorzuheben ist der Anspruch der Nomenklaturkommission, eine evidenzbasierte Terminologie zu entwickeln. Ebenfalls zeigt sich, dass es Anliegen der Nomenklaturkommission der IFCPC war, einen engeren Zusammenhang zum therapeutischen Vorgehen herzustellen. Beispielgebend sind die Einführung der Graduierung der Sichtbarkeit der Zylinder-Plattenepithel-Grenze oder die im Addendum erwähnten Exzisionstypen (● Tab. 2). Aus Sicht der Autoren ist dieser Schritt begrüßenswert, ergibt sich hieraus jetzt eine klarere Positionierung im Hinblick auf individuelle Therapieplanung und -durchführung. Siehe hierzu auch entsprechende deutschsprachige Grundlagenarbeiten (z. B. Kühn 2011 [7], Kühn et al. 2012 [8]). In der Gesamtsicht hebt die neue kolposkopische Nomenklatur somit die Bedeutung kolposkopischer Untersuchungen deutlicher hervor, als es bei Vorgängerversionen der Fall war.

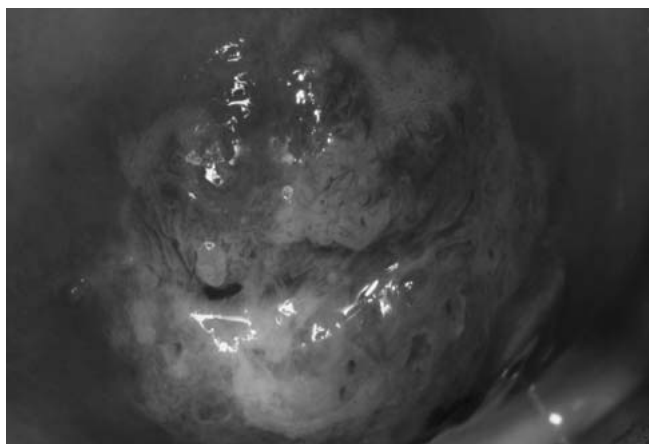
Erfreulich ist die Tatsache, dass insbesondere 2 aktuelle Publikationen aus dem deutschsprachigen Raum (Scheungraber et al. [3, 4]) Eingang in die Novellierung der Nomenklatur gefunden haben.

Ebenso soll erwähnt werden, dass die in der Nomenklatur festgeschriebene und für die Praxis wichtige Unterscheidung der Lokalisation von Läsionen innerhalb und außerhalb der Transformationszone ebenso wie die Bedeutung der Oberflächenausdehnung einer Dysplasie an der Cervix uteri durch Arbeiten aus dem deutschsprachigen Raum grundlegend wissenschaftlich begründet sind [10, 11].

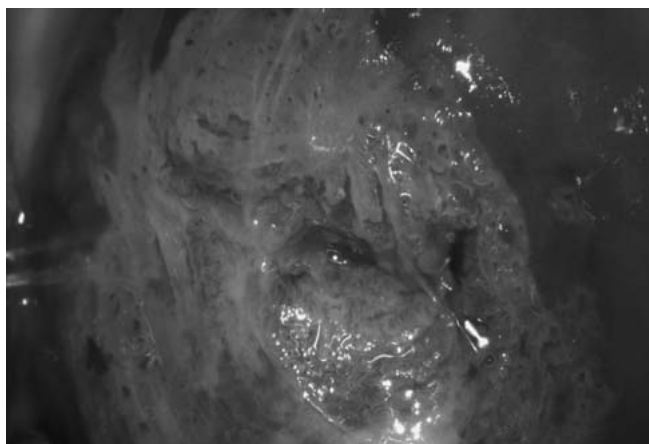


**Abb. 1** Regulär essigweißes Mosaik bei zytologisch PAP II, histologisch Zeichen der Zervizitis.

Im Folgenden wird auf die Aspekte eingegangen, die sich im Vergleich zur bisher gültigen Terminologie (Barcelona 2002 [6]) verändert haben bzw. eine Neuaufnahme erfahren haben.



**Abb. 2** Opakes essigweißes Epithel der vorderen Muttermundlippe bei 12 Uhr mit grobem Mosaik (major change), Transformationszone 1, histologisch CIN 3.



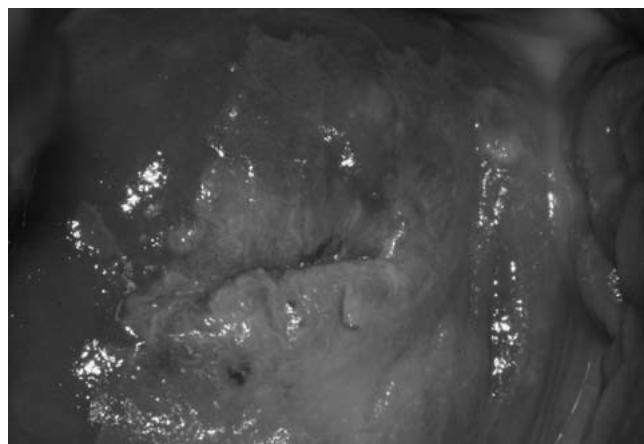
**Abb. 4** Deutlich essigweißes Epithel der vorderen Muttermundlippe mit typischem „ridge sign“ (major change) bei histologisch gesicherter CIN 3, Transformationszone 1.

## Nomenklatur der Cervix uteri



Für die kolposkopische Nomenklatur der Cervix uteri und der Vagina sind grundsätzliche Vorbemerkungen erstellt worden, die von fundamentaler Bedeutung sind: Ist die kolposkopische Untersuchung „adäquat“ oder „inadäquat“ mit Begründung. Damit wurden die Begriffe „satisfactory/unsatisfactory colposcopy“ ersetzt. Diese Änderung soll hervorheben, dass bei inadäquater Kolposkopie wegen z. B. Entzündung eine Kontrolluntersuchung nach Therapie durchzuführen ist. Die Verschiebung der Beurteilbarkeit und der generellen Aussagekraft einer kolposkopischen Untersuchung an den Nomenklaturanfang unterstreicht deren Wertigkeit.

Das gilt vor allem für die Einsehbarkeit der Zylinder-Plattenepithel-Grenze und damit die Klassifikation der Transformationszone nach den Typen 1–3. Beide Einteilungen überschneiden sich durchaus, sind aber 2 verschiedene Aspekte. Die Zylinder-Plattenepithel-Grenze ist der „innere“ Rand der Transformationszone (adulte Zylinderepithelgrenze) und kann entsprechend „komplett“, „teilweise“ oder „nicht sichtbar“ sein. Bei der Transformationszone 1 und 2 ist die Zylinder-Plattenepithel-Grenze komplett einsehbar. Wie oben erwähnt ist es Anliegen der Nomenklaturkommission der IFCPC, ggf. notwendige Therapie-



**Abb. 3** Deutlich essigweißes Epithel mit „inner border“ bei 1 Uhr ektozervikal bei histologisch gesicherter CIN 2 (major change).



**Abb. 5** Essigweißer erhabener Randwall von Zervixdrüsenausführungsgängen an der hinteren Muttermundlippe (major change) bei histologisch gesicherter CIN 3.



optionen besser planen zu können. Die Beurteilung beider Aspekte erlaubt dieses besser, z.B. für eine gezielte Exzision des abnormen Areals (Exzisionstyp).

Bei den normalen Befunden wurde eine Erweiterung vorgenommen: atrophes Plattenepithel, Veränderungen in der Schwangerschaft (Deziduose) und Metaplasie. Kritisch anzumerken ist, dass die Diagnosestellung einer Metaplasie eigentlich eine vorherige histologische Abklärung erforderlich macht, um beweisend von einer Metaplasie zu sprechen, und dass andere funktionelle Befunde fehlen: z.B. hyperplastische oder polypöse Ektopie.

Bei den abnormen kolposkopischen Befunden wurde die Lokalisation der Läsion – innerhalb oder außerhalb der Transformationszone – wieder in die Nomenklatur aufgenommen und um die Begriffe „inner border“ (Grenzen innerhalb des essigweißen Epithels) und „ridge sign“ (Bergrückenphänomen) ergänzt [3, 4]. Die Größe der Läsion ist in die Nomenklatur eingegangen, wobei die Dimension der Läsion als Anzahl der betroffenen Quadranten bzw. als Prozent der Zervix angegeben werden soll.

Das bereits in der Nomenklatur Rom 1991 [5] festgelegte Grading in „minor“ und „major changes“ wurde beibehalten. „Minor changes“ können auch als Grad-1-Veränderungen (♣ Abb. 1) und „major changes“ als Grad-2-Veränderungen (♣ Abb. 2 bis 5) beschrieben werden.

Neu berücksichtigt wurde die Interpretation der Dynamik der Essigsäurereaktion an der Cervix uteri. Es wird darauf hingewiesen, dass eine schnelle und intensiv positive Essigsäurereaktion den „major changes“ zugeordnet werden muss. Es sei darauf hingewiesen, dass aber auch eine langsame Entwicklung einer positiven Essigsäurereaktion, die in Einzelfällen bis zu 3 Minuten Reaktionszeit benötigt, den „major changes“ zugehörig ist, wenn die anderen in der Tabelle aufgeführten „Major change“-Kriterien zutreffen.

Wie bereits einleitend erwähnt, konnte sich das Komitee nicht dazu entschließen, die Begriffe der Leukoplakie in die geringgradigen bzw. hochgradigen Veränderungen einzuordnen. Leukoplakie, Erosion und die Lugol-Probe (Schiller-Test) wurden als „non specific“ = „nicht spezifisch“ klassifiziert. Insbesondere die Einordnung der Lugol-Probe als unspezifische Untersuchungsmethode unterstreicht die Notwendigkeit einer präoperativen Essigsäureanwendung. Die Lugol-Probe alleine ist keine geeignete Maßnahme, präoperativ die Exzisionsfigur festzulegen.

Eine Erweiterung findet sich bei Verdacht auf Invasion dahingehend, dass atypische Gefäße jetzt nur noch als Invasionsmerkmal definiert werden; anders als bei den vorherigen Nomenklaturvorschlägen. Bislang wurden atypische Gefäße auch zu den „Major change“-Läsionen gezählt. Zusätzlich haben weitere klinische Aspekte Eingang gefunden, wie etwa die auf Berührung blutenden Gefäße.

Unter den sogenannten verschiedenen Befunden finden sich die „kongenitale Transformationszone, CTZ“ und postoperative Veränderungen wie etwa die „vernarbte Portio“ (nach Konisation) oder der „Scheidenblindsack“. Eine exakte Beschreibung zum Begriff der CTZ steht aus und wird in die Diskussionen der IFCPC-Nomenklaturkommission eingebracht.

## Addendum: Exzisionstypen und Konisationspräparat



Als „Addendum“ (♣ Tab. 2) werden 3 verschiedene Exzisionstypen und auch die Dimensionen des Konisationspräparats 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 die der Methode ersetzen.

## Interessenkonflikt



Nein.

## Literatur

- 1 Bornstein J, Bentley J, Böse P et al. 2011 colposcopic terminology of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. *Obstet Gynecol* 2012; 120: 166–172
- 2 Bornstein J, Sideri M, Tatti S et al. 2011 terminology of the vulva of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. *J Low Genit Tract Dis* 2012; 16: 290–295
- 3 Scheungraber C, Glutig K, Fechtel B 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: 1–4
- 4 Scheungraber C, Koenig U, Fechtel B 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: 13–16
- 5 Staffl A, Wilbanks GD. An international terminology of colposcopy: report of the nomenclature committee of the International Federation of Cervical Pathology and Colposcopy. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 313–314
- 6 Quaas J, Petry K-U, Heinrich J. Darstellung und Erläuterungen zur aktuellen kolposkopischen Nomenklatur Barcelona 2002. *Geburtsh Frauenheilk* 2007; 67: 1324–1327
- 7 Kühn W. Kolposkopie zur Früherkennung des Zervixkarzinoms. *Pathologie* 2011; 32: 497–495
- 8 Kühn W, Cichon G, Schneider A. Morphologische Aspekte zu frühgeburtsvermeidenden Konisationstechniken. *gyn* 2012; 17: 262–268
- 9 Girardi F, Frey Tirri B, Küppers V et al. Neue kolposkopische IFCPC-Nomenklatur der Cervix uteri (Rio de Janeiro 2011). *Frauenarzt* 2012; 53: 1064–1065
- 10 Burghardt E, Pickel H, Girardi F. *Colposcopy-cervical Pathology*. 3rd ed. Stuttgart: Thieme; 1998
- 11 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: 462–472