

E2 Ovarialtumoren

E2.1 Früherkennung und Screening

Statements	
Ein generelles Screening kann nicht empfohlen werden.	GoR A [1–6]
Screening innerhalb der Hochrisikopopulation kann die Mortalität nicht reduzieren.	GoR A [1–6]

E2.2 Genetisches Risiko

Statements	
Die prophylaktische bilaterale Adnektomie nach abgeschlossener Familienplanung scheint die effektivste Methode zur Senkung des Erkrankungsrisikos und der Mortalität bei hereditärem Ovarialkarzinom zu sein.	GoR A [6, 11, 14]

E2.3 Diagnostik

Statements	
Die transvaginale Ultrasonographie hat unter den bildgebenden Verfahren den höchsten Stellenwert zur Diagnostik des Ovarialkarzinoms.	GoR A [9–12]
Zum jetzigen Zeitpunkt besteht keine apparative diagnostische Maßnahme, die ein operatives Staging beim Ovarialkarzinom ersetzen und die Operabilität verlässlich einschätzen kann.	GoR A [5–13]

E2.4 Pathologische Diagnostik

Statements	
Die histologische Klassifikation der Ovarialkarzinome und anderer Ovarialtumoren erfolgt gemäß der aktuellen WHO-Klassifikation (2003).	[2]
Die feingewebliche und damit biologische Heterogenität vieler Ovarialtumoren macht eine sorgfältige morphologische Begutachtung des gesamten Resektates mit oft hohem Aufwand erforderlich.	[4, 5]

E2.5 Prognosefaktoren des Ovarialkarzinoms

Statements	
Etablierte Prognosefaktoren des Ovarialkarzinoms sind Tumorstadium, postoperativer Tumorrest, Alter, Allgemeinzustand, histologischer Typ sowie das Tumorstadium.	GoR A [1–13]

E2.6 Frühes Ovarialkarzinom (FIGO I–IIA): Prognose und operative Therapie

Statements	
Die systematische chirurgische Exploration ist von entscheidender Bedeutung für die Festlegung des Stadiums und die Entscheidung über eine Chemotherapie.	GoR A [3–5]
Die vollständige Entfernung aller makroskopisch erkennbaren Tumormanifestationen ist mit einem längeren Überleben und einer höheren Heilungsrate assoziiert.	GoR A [1, 3]

E2.7 Frühes Ovarialkarzinom (FIGO I–IIA): Adjuvante Therapie

Statements	
Patientinnen mit frühem Ovarialkarzinom im Stadium IA, Grad 1 benötigen keine adjuvante Chemotherapie. Voraussetzung ist ein adäquates chirurgisches Staging. Für das Stadium FIGO IB G1 liegen nicht ausreichend Daten vor, um den Nutzen einer adjuvanten Therapie zu belegen.	GoR A [1, 16, 18]
Patientinnen mit Stadium I–II, außer Stadium IA, Grad 1 benötigen eine platinhaltige adjuvante Chemotherapie. Durch eine platinhaltige adjuvante Chemotherapie kann in diesen Gruppen eine Risikominimierung bezüglich eines Rezidivs erreicht werden. Außerdem kann bei diesen Patientinnen eine Verbesserung der Gesamtüberlebensrate erreicht werden.	GoR A [3, 25]
Die Chemotherapie sollte mindestens platinhaltig sein und 3–6 Zyklen beinhalten.	GoR A [3, 10, 18, 24, 25]

E2.8 Fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (FIGO IIB–IV): Prognose und operative Therapie

Statements	
Die Prognose wird wesentlich durch das Ausmaß der operativen Tumorentfernung bei der ersten Operation bestimmt. Der Tumorrest ist derzeit einziger Prognosefaktor, der sich effektiv beeinflussen lässt.	
Die beste Prognose haben Patientinnen, die postoperativ keinen Tumorrest aufweisen. Patientinnen mit Resttumor < 1 cm haben auch noch einen signifikanten Überlebensvorteil gegenüber Patientinnen mit Resttumor > 1 cm.	GoR A [5, 22]

E2.9 Fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (FIGO IIB–IV): Primäre Chemotherapie

Statements	
Entscheidend für eine möglichst lange Überlebenszeit einer Patientin mit einem fortgeschrittenen Ovarialkarzinom ist die Kombination aus State-of-the-Art-Operation und State-of-the-Art-Chemotherapie.	GoR A [1, 3, 13]
Carboplatin/AUC 5 und Paclitaxel 175 mg/m ² über drei Stunden i. v. für insgesamt sechs Zyklen alle drei Wochen ist derzeit das Standardregime.	GoR A [13–16]
Es gibt keine Daten für eine Therapieverlängerung über sechs Zyklen, für Dosiseskulationen sowie für die Addition weiterer Zytostatika außerhalb klinischer Studien.	GoR A [17–23]

E2.10 Erhaltungstherapie

Statements	
Es gibt bis heute (noch) keine Therapie, die nach sechs Zyklen einer platin-/taxan-haltigen Chemotherapie eine Verbesserung des Überlebens erzielen kann.	GoR A [1–8]

E2.11 Ovarialkarzinomrezidiv: Operative Therapie

Statements	
Der Stellenwert der Rezidivchirurgie beim Ovarialkarzinom lässt sich nicht durch prospektive Studiendaten mit hohem Evidenzniveau belegen, retrospektive Daten sprechen für den klinischen Nutzen bei selektionierten Patientinnenkollektiven.	GoR B [1–9]

E2.12 Ovarialkarzinomrezidiv: Systemische Therapie

Statements	
Systemische Therapie des refraktären Ovarialkarzinomrezidivs	
Bei der Therapie des refraktären Rezidivs sollte die Erhaltung der Lebensqualität im Vordergrund stehen.	
Eine Kombinationstherapie bietet keine Vorteile gegenüber einer Monotherapie.	
Folgende Zytostatika haben die höchste Effektivität: Topotecan Pegyliertes, liposomales Doxorubicin Paclitaxel bei nicht mit einem Taxan vorbehandelten Patientinnen	GoR A [14–18] GoR A [16] GoR A [1, 2, 14, 22, 23]

Statements	
Systemische Therapie des platin-sensiblen Ovarialkarzinomrezidivs	
Die platinhaltige Kombinationstherapie ist der Platinmonotherapie überlegen.	GoR A [24]
Carboplatin/Paclitaxel ist effektiv.	GoR A [29, 32]
Carboplatin/Gemcitabin ist effektiv.	GoR A [33]
Bei Kontraindikation einer Kombinationstherapie ist eine Carboplatin-Monotherapie die Therapie der Wahl.	GoR A [27, 28]

E2.13 Psychoonkologie

Statements	
Die psychoonkologische Versorgung von Patientinnen mit Ovarialkarzinom ist integraler Bestandteil der onkologischen Diagnostik, Therapie und Nachsorge und stellt eine interdisziplinäre Aufgabe dar.	
Die Patientin sollte frühzeitig über die Möglichkeiten stationärer und ambulanter psychoonkologischer Hilfestellungen informiert werden.	
Die Lebensqualität der Patientin ist während der Therapie und Nachsorge regelmäßig zu beurteilen, auch um einen möglichen psychoonkologischen Handlungsbedarf zu ermitteln.	

E2.14 Unkonventionelle Heilmethoden beim Ovarialkarzinom

Statements	
Heilmethoden mit unbewiesener Wirkung werden derzeit mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität und der Prognose angewendet.	
Bisher gibt es keinen Nachweis zur Wirksamkeit, dies gilt auch für die am weitesten verbreitete Misteltherapie.	
Vor extremen Diäten oder Vitamin- bzw. Mineralstoffsupplementationen muss gewarnt werden.	

E2.15 Nachsorge und Rehabilitation

Statements	
Die Nachsorge umfasst eine sorgfältige Anamnese-Erhebung, die körperliche Untersuchung inklusive gynäkologischer Spiegel- und Tastuntersuchung, die rektale Untersuchung und die Vaginalsonographie.	
Die routinemäßige Bestimmung von Tumormarkern soll bei symptomfreien Patientinnen nicht durchgeführt werden (Ausnahme: Keimzelltumoren, Keimstrangstroma-Tumoren).	
Eine routinemäßige, darüber hinausgehende apparative Diagnostik in der Nachsorge ist bei symptomfreier Patientin nicht indiziert.	

E2.16 Borderline-Tumoren des Ovars

Statements	
Eine adäquate histologische Diagnosesicherung und Subtypisierung nach WHO beim Borderline-Tumor ist erforderlich.	GoR A [44, 47]
Ein sorgfältiges chirurgisches Staging ist erforderlich und sollte neben der radikalen Tumorentfernung stets die Inspektion des Abdomens mit Gewinnung einer abdominalen Spülzytologie und peritonealer Biopsien sowie eine Omentektomie umfassen. Ziel des operativen Vorgehens ist stets die komplette Tumorresektion mit der Vermeidung der intraoperativen Tumorzellverschleppung bzw. Ruptur.	GoR A [20, 34, 43, 45]
Ein Nutzen einer adjuvanten postoperativen Chemotherapie, intraperitonealen Radionuklidtherapie oder perkutanen Strahlentherapie wurde bei Borderline-Tumoren bislang nicht gezeigt.	GoR A [2, 19, 32]

E2.17 Maligne Keimzelltumoren

Statements	
Ziel der chirurgischen Therapie ist die komplette Tumorresektion, die adäquate Stadieneinteilung und falls möglich die Erhaltung der Fertilität.	GoR B [13, 14, 16]
Unter der Voraussetzung eines sorgfältigen chirurgischen Stagings in Analogie zum Ovarialkarzinom ist im Stadium FIGO IA die einseitige Adnektomie die Therapie der Wahl.	GoR A [13, 25, 26, 30, 35, 45, 46]
Ab dem Stadium FIGO > IA ist eine cisplatinhaltige Chemotherapie erforderlich, die risikoadaptiert aus zwei bzw. drei Zytostatika besteht und zwei bis vier Kurse umfasst. Bei weit fortgeschrittenen Tumoren ist eine neoadjuvante Chemotherapie geeignet, die Fertilität zu erhalten. Die Resektion des Tumorrestes und residueller Metastasen ist nach Abschluss von drei bzw. vier Zyklen der Chemotherapie zu planen.	GoR B [13, 35, 46, 48, 49, 51, 54]
Die Chemotherapie hat in jedem Fall Platin und Etoposid zu enthalten. Als dritte Substanz kommen Bleomycin oder Ifosfamid infrage. Bei fortgeschrittenen malignen Keimzelltumoren des Ovars besteht die größte klinische Erfahrung mit Bleomycin (PEB-Schema).	GoR A [6, 13, 28, 34, 36, 38, 50, 52, 57]

E2.18 Keimstrangstroma-Tumoren des Ovars

Statements	
Standard ist das operative Staging (untere mediane Laparotomie, Zytologie, Entfernung des Tumors durch Adnektomie, Exploration des Abdomens).	GoR B [2, 3, 5]
Bei Tumoren mit malignem Potenzial (Granulosazelltumor, Sertoli-Leydigzell-Tumor G2/G3 oder Steroidzell-Tumor NOS): definitives operatives Staging analog Ovarialkarzinom. Der Nutzen der systematischen Lymphonodektomie bei unauffälligen Lymphknoten ist nicht belegt.	GoR B [2, 3, 5]
Nutzen einer adjuvanten Strahlen- oder Chemotherapie bei kompletter Operation ist nicht belegt und wird kontrovers diskutiert.	GoR C [2, 3, 9, 10]
Bei Belassen des Uterus Hysteroskopie und Abrasio empfohlen (Endometriumhyperplasie, Endometriumkarzinom).	GoR B [2, 3, 7]

Literatur

Die Literatur zur S2k-Leitlinie finden Sie im Internet unter www.ago-online.org/index.php?lang=de&site=guidelines

Verfahren der Konsensbildung

Im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft erstellt von der Kommission Ovar der AGO und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Expertengruppe: Barbara Schmalfeldt, München; Thomas Bauknecht, Bad Homburg; Andreas du Bois, Wiesbaden; Alexander Burges, München; Günther Emons, Göttingen; Daniel Fink, Zürich; Martina Gropp, Düsseldorf; Annette Hasenburg, Freiburg; Wolfram Jäger, Düsseldorf; Fritz Jänicke, Hamburg; Marion Kiechle, München; Rainer Kimmig, Essen; Friedrich Kommoss, Mannheim; Rolf Kreienberg, Ulm; Walther Kuhn, Bonn; Hans-Joachim Lück, Hannover; Werner Meier, Düsseldorf; Karsten Münstedt, Gießen; Olaf Ortmann, Regensburg; Jacobus Pfisterer, Kiel; Barbara Richter, Meißen-Radebeul; Ingo Runnebaum, München; Willibald Schröder, Bremen; Jalid Sehouli, Berlin; Berno Tanner, Mainz; Uwe Wagner, Marburg; Joachim Weis, Freiburg

Leitlinienkoordinatorin: Barbara Schmalfeldt, München

Die Leitlinie wurde mit folgenden Fachgesellschaften, Arbeitsgemeinschaften und kooperierenden Institutionen abgestimmt:

- DGIM, DGHO, DGPT, DGP (Pathologie), DGP (Palliativ), DEGRO, DRG, DGCh, DGGG, DGN (Nuklearmedizin), DG für Ultraschall
- Berufsverband der Frauenärzte, Frauenselbsthilfe nach Krebs
- AEK-P, AIO, ARO, ARNS, CAO, ASO, AGO, PSO, KOK
- ADT