

E3 Zervixkarzinom

Die Langfassung der S2-Leitlinie erhalten Sie beim Zuckschwerdt-Verlag. ISBN 978-3-88603-935-7

E 3.1 Prävention und Früherkennung

Statements

Eine primäre Prävention von Zervixdysplasien und invasiven Karzinomen ist durch eine Vermeidung einer genitalen Infektion mit humanen Papillomaviren möglich.

Durch konsequente Verwendung von Kondomen wird das Übertragungsrisiko einer HPV-Infektion vermindert.

Durch eine prophylaktische Vakzinierung mit einem Impfstoff gegen HPV können Impftyp-assoziierte persistierende Infektionen und die Entstehung von Zervixdysplasien und invasiver Karzinome verhindert werden.

Eine regelmäßige Krebsfrüherkennung ist notwendig.

Eine sekundäre Prävention erfolgt durch eine regelmäßige, jährliche Krebsfrüherkennungsuntersuchung mit zytologischem Abstrich der Portio möglichst unter kolposkopischer Kontrolle.

E 3.2 Diagnostik

Statements

Die Grundlage der Abklärungsdiagnostik ist die Inspektion der Portio, im Einzelfall ergänzt durch eine Kolposkopie und die bimanuelle vaginale und rektovaginale Untersuchung, sowie die kolposkopisch gesteuerte Gewebeentnahme bei auffälligen Befunden.

Das Staging nach FIGO erfolgt in Form einer klinischen Untersuchung mit SpekulumEinstellung und bimanueller vaginaler und rektaler Untersuchung.

Bei endozervikalem Prozess ist eine Kürettage des Uterus erforderlich.

Ab FIGO-Stadium IB2 sollte durch eine Kernspintomographie eine Beurteilung der Tumorgöße, der Beziehung zu den Nachbarorganen und der Infiltrationstiefe erfolgen.

E 3.3 Pathologie

Statements

Die postoperative Stadieneinteilung erfolgt nach der TNM-Klassifikation.

Mindestanforderungen an den histopathologischen Befundbericht des Zervixkarzinoms sind: Tumorstadium, pelvine Lymphknotenmetastasen, Tumorgöße, Invasionstiefe, Grading, histologischer Tumortyp, Gefäß- und Lymphgefäßbeinbruch, R-Klassifikation.

E 3.4 Patientinnenaufklärung

Statements

Die Bereitstellung qualifizierter und sachkompetenter Informationsmaterialien (Print- oder Internetmedien) soll nach den Qualitätsanforderungen der Leitlinie Fraueninformation erfolgen, um Patientinnen durch eine verständliche Risikokommunikation (u. a. Angaben von Häufigkeiten statt Relativprozenten) in ihrer selbstbestimmten Entscheidung für oder gegen medizinische Maßnahmen zu unterstützen.

Die Art der Vermittlung von Informationen und der Aufklärung der Patientin sollte umfassend sowie wahrheitsgemäß sein und nach folgenden Grundprinzipien einer patientenzentrierten Kommunikation erfolgen:

- Ausdruck von Empathie und aktives Zuhören
- Direktes und einfühlsames Ansprechen schwieriger Themen
- Wenn möglich, Vermeidung von medizinischem Fachvokabular, gegebenenfalls Erklärung von Fachbegriffen
- Strategien, um das Verständnis zu verbessern (Wiederholung, Zusammenfassung wichtiger Informationen, Nutzung von Graphiken u. ä.)
- Ermutigung, Fragen zu stellen
- Erlaubnis und Ermutigung, Gefühle auszudrücken
- Weiterführende Hilfe anbieten (Selbsthilfegruppen, Psychoonkologen, psychosomatische Krebsberatung)

E 3.5 Therapie der CIN-Läsionen

Statements

Bei histologisch gesichertem CIN 1 sollte lediglich eine regelmäßige Verlaufskontrolle erfolgen.

Bei histologisch durch PE gesichertem CIN 2 und CIN 3 in der Schwangerschaft soll lediglich eine Verlaufskontrolle erfolgen.

Bei über zwölf Monaten persistierender CIN 2 und CIN 3 außerhalb der Schwangerschaft ist eine Operation indiziert.

E 3.6 Grundlagen zur Therapie des primären Zervixkarzinoms

Statements

In den Frühstadien und insbesondere bei prämenopausalen Patientinnen wird die Operation empfohlen. Operation und simultane Radiochemotherapie führen in den FIGO-Stadien IB und II zu prinzipiell gleichwertigen Langzeitergebnissen bei unterschiedlichem Rezidivmuster und Nebenwirkungsprofil der Therapien. Im FIGO-Stadium III besteht die Indikation zur simultanen Radiochemotherapie. Die Therapiewahl im FIGO-Stadium IV sollte individuell erfolgen.

E 3.7 Operative Therapie des frühen Zervixkarzinoms

Statements

Die Therapie des Zervixkarzinoms Stadium IA1 kann nach individueller gemeinsamer Entscheidungsfindung fertilitätserhaltend in Form einer Konisation oder durch eine Hysterektomie erfolgen.

Die Therapie des Zervixkarzinoms Stadium IA1 L1 kann nach individueller gemeinsamer Entscheidungsfindung fertilitätserhaltend in Form einer Konisation plus pelviner Lymphonodektomie erfolgen oder durch eine Hysterektomie plus pelviner Lymphonodektomie.

E 3.8 Operative Therapie des Zervixkarzinoms

Statements

Die operative Therapie des Zervixkarzinoms Stadium IA2 und IB1 ist in Form einer radikalen Hysterektomie mit systematischer pelviner Lymphonodektomie indiziert.

Ab FIGO-Stadium IB2 bis IIB sollte die Lymphonodektomie initial paraaortal kaudal der A. mesenterica inferior erfolgen. Sind die Lymphknoten tumorbefallen, sollte eine komplette paraaortale Lymphonodektomie bis zum Nierenstiel erfolgen. Sind auch diese oberen Lymphknoten befallen, sollte die Operation abgebrochen werden.

E 3.9 Strahlentherapie

Statements

Eine primäre Radiotherapie soll mit simultaner Cisplatin-Gabe erfolgen.

Eine adjuvante Radiochemotherapie reduziert das Lokalrezidivrisiko, verbessert jedoch nicht das Überleben.

Bei Vorliegen von Risikofaktoren (positive Lymphknoten, Tumorgöße 4 cm, tiefe Stromainvasion, R1-Resektion, ausgedehnte parametranne Infiltration, inadäquate Lymphadenektomie, ausgedehnte Lymphangiosis/Hämangiosis) sollte eine adjuvante Radio(chemo)therapie erfolgen.

E 3.10 Chemotherapie

Statements

Eine neoadjuvante Platin-haltige Chemotherapie, die intervallverkürzt und dosisintensiviert durchgeführt wird, verbessert die Operabilität und reduziert die Inzidenz positiver Lymphknoten.

Eine adjuvante Chemotherapie hat keinen belegten klinischen Benefit.

E 3.11 Rezidiv, Metastasen

Statements

Bei Rezidiv oder Metastasen des Zervixkarzinoms sollte die Möglichkeit der operativen Resektion geprüft werden.

Bei Inoperabilität und bislang nicht durchgeführter Strahlentherapie ist eine Radio(chemo)therapie indiziert.

Sind weder Operation, alleinige Chemotherapie noch Strahlentherapie möglich, ist eine Systemtherapie indiziert.

E 3.12 Supportivtherapie

Statements

Eine leitliniengerechte Supportivtherapie zur Prophylaxe und Minimierung therapie- oder tumorbedingter Symptome ist erforderlich.

E 3.13 Psychoonkologie

Statements

Die psychoonkologische Betreuung von Patientinnen mit Zervixkarzinom ist ein integraler Bestandteil der onkologischen Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Nachsorge und stellt eine interdisziplinäre Aufgabe dar.

Die Patientin sollte frühzeitig über die Möglichkeit der stationären und ambulanten psychoonkologischen Hilfeleistung informiert werden und bei Bedarf eine qualifizierte psychoonkologische Betreuung erhalten.

Die Lebensqualität der Patientin ist während der Therapie, Rehabilitation und der Nachsorge regelmäßig zu beurteilen, auch um einen möglichen psychoonkologischen Handlungsbedarf zu beurteilen.

E 3.14 Rehabilitation

Statements

Alle Patientinnen sind über die gesetzlichen Möglichkeiten zu Anschlussheilbehandlung, Regelheilbehandlung und ambulanten Reha-Angeboten durch den jeweils behandelnden Arzt eingehend zu informieren und zu beraten.

E 3.15 Nachsorge

Statements

In der Nachsorge sind zu beachten: genitale Atrophieerscheinungen (Dyspareunie) Lymphödem der unteren Extremitäten, radiogene Reaktionen von Ureter, Harnblase und Darm sowie Hormonausfallerscheinungen.

Da beim frühzeitigen Erkennen eines Lokalrezidivs ein kurativer Ansatz besteht, sollte in den ersten zwei bis drei Jahren nach Primärtherapie ein dreimonatiges Nachsorgeintervall mit SpekulumEinstellung, vaginaler und rektaler Untersuchung, gegebenenfalls Ultraschall erfolgen.

Eine weiterführende bildgebende Diagnostik ist nur bei symptomatischen Patientinnen erforderlich.

Im Gespräch in der Nachsorge sollten nachfolgende Punkte angesprochen werden:

- Vorübergehende und langfristige Auswirkungen von Erkrankung und Therapie
- Hilfsangebote (Selbsthilfegruppen, psychosoziale Krebsberatungsstellen)
- Psychoonkologische/psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten
- Sexualität und Partnerschaft
- Lebensqualität

Verfahren der Konsensbildung

Im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe erstellt durch die AGO.

Leitlinienkoordinator: Matthias W. Beckmann, Erlangen; Peter Mallmann, Köln

Autoren: Matthias W. Beckmann, Erlangen; Lars Christian Horn, Leipzig; Dietmar Schmidt, Mannheim; Henryk Pilch, Frankenthal; Rainer Kimmig, Essen; Giesela Haensgen, Halle; Simone Marnitz, Berlin; Daniel Rein, Düsseldorf; (Redaktionskollegium)

Sven Ackermann, Darmstadt, Peter Hillemanns, Hannover; Michael Höckel, Leipzig; Rainer Kimmig, Essen; Werner Kleine, Freiburg; Christhardt Köhler, Berlin; Björn Lampe, Leverkusen; Werner Lichtenegger, Berlin; Thomas Löning, Hamburg; Peter Mallmann, Köln; Henryk Pilch, Leipzig; Christian Rudlowski, Bonn; Ingo B. Runnebaum, Jena; Dietmar Schmidt, Mannheim; Achim Schneider, Berlin; Hans-Georg Schnürch, Neuss; Harald Sommer, München; Hans-Georg Strauß, Halle; Vratislav Strnad, Erlangen; Nicola Weidner, Tübingen (AGO Kommission Uterus)

Die Leitlinie wurde mit folgenden Fachgesellschaften, Arbeitsgemeinschaften und kooperierenden Institutionen durch Konsensusverfahren (nominaler Gruppenprozess, Delphi-Verfahren) abgestimmt:

- DGP (Pathologie): Professor Dr. L. C. Horn, DEGRO: Professor Dr. W. Harms, DRG: Professor Dr. B. Hamm, DGGG: Professor Dr. P. Mallmann, Professor Dr. R. Kimmig, AOP: Professor Dr. D. Schmidt, ARO: Professor Dr. G. Hänsgen, AGO: Professor Dr. G. Emons, Professor Dr. M. W. Beckmann
- DHGO, DGP (Palliativ), DGCh, AIO, CAO, ASORS: Keine Teilnehmer gemeldet