

E 5 Endometriumkarzinom

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

E 5.1 Früherkennung und Screening

Statements

Ein generelles Screening kann nicht empfohlen werden.

Eine Mortalitätsverminderung durch Screening von Hochrisikopopulationen ist nicht belegt.

E 5.2 Diagnostik

Statements

Zur Sicherung der Diagnose ist die Gewinnung einer Histologie notwendig.

Es existiert keine apparative Maßnahme, die ein operatives Staging beim Endometriumkarzinom ersetzen kann. Bei den aufgrund von Komorbiditäten inoperablen Patienten kann eine Kernspintomographie zur Therapieplanung hilfreich sein.

E 5.3 Pathologische Diagnostik

Statements

Die histologische Klassifikation der Endometriumkarzinome und ihrer Vorstufen erfolgt nach den Vorgaben der WHO.

Mindestanforderungen an den histopathologischen Befundbericht des Endometriumkarzinoms sind: Tumortyp, Grading, Gefäßinvasion, Invasionstiefe in das Myometrium, Zervixinfiltration und Lymphknotenbefall, R-Klassifikation, Gefäß- und Lymphgefäßeinbruch.

E 5.4 Patientinnenaufklärung

Statements

Die Bereitstellung qualifizierter und sachkompetenter Informationsmaterialien (Print- oder Internetmedien) soll nach den Qualitätsforderungen 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.

Statements

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

Statements (Fortsetzung)

- 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 5.5 Therapie der Vorstufen des Endometriumkarzinoms**Statements**

Hyperplasien des Endometriums ohne Atypien können konservativ behandelt werden.

Hyperplasien des Endometriums mit Atypien haben ein hohes Entartungsrisiko.

Ein konservativer Behandlungsversuch sollte nur bei Kinderwunsch und hoher Compliance der Patientin erwogen werden.

E 5.6 Therapie des frühen Endometriumkarzinoms**Statements**

Für Frauen mit gut differenziertem, Progesteronrezeptor-positivem endometrioiden Endometriumkarzinom des klinischen Stadiums IA und dringendem Kinderwunsch kann eine konservative Therapie erwogen werden.

E 5.7 Operative Therapie des Endometriumkarzinoms**Statements**

Die operative Behandlung des Endometriumkarzinoms sollte die Entnahme einer Zytologie aus der Bauchhöhle, die Hysterektomie, die beidseitige Adnexektomie sowie die pelvine und paraaortale Lymphonodektomie bis zum Nierenstiel umfassen.

Beim Vorliegen eines serösen oder klarzelligem Karzinoms sollte zusätzlich die Entnahme von multiplen peritonealen Biopsien sowie eine Omentektomie erfolgen.

In den Stadien pT1a, pT1b und Vorliegen von G1 oder G2 ist die Lymphonodektomie fakultativ.

Im Stadium pT2b sollten die Parametrien mitreseziert werden.

In fortgeschrittenen Stadien sollte eine möglichst komplette Resektion des Tumors erfolgen, um die Effizienz der adjuvanten systemischen und strahlentherapeutischen Maßnahmen zu verbessern.

E 5.8 Strahlentherapie des Endometriumkarzinoms**Statements**

Eine primäre Strahlentherapie des Endometriumkarzinoms ist indiziert, wenn durch eine Komorbidität keine Operabilität gegeben ist.

Bei Patientinnen mit hohem Lokalrezidivrisiko sollte eine adjuvante Strahlentherapie durchgeführt werden, um das lokoregionäre Rezidivrisiko zu senken.

Die adjuvante Strahlentherapie hat keinen Effekt im Stadium I und II auf das Gesamtüberleben. Für fortgeschrittenere Stadien gibt es diesbezüglich keine ausreichenden Daten.

E 5.9 Systemische adjuvante Therapie des Endometriumkarzinoms

Statements

Eine adjuvante endokrine Therapie mit Gestagenen hat keinen therapeutischen Effekt.

Bei optimal operiertem Endometriumkarzinom des Stadiums III und IV ist die Chemotherapie eine Alternative zur Strahlentherapie.

Bei Endometriumkarzinomen des Stadiums IC G3, II G3 und III kann die adjuvante Chemotherapie eine Alternative zur Strahlentherapie darstellen.

E 5.10 Systemische palliative Therapie des Endometriumkarzinoms

Statements

Sind bei einem Rezidiv oder bei Metastasen eine Operation und/oder eine Strahlentherapie nicht mehr möglich, wird bei Progesteronrezeptor-positiven Karzinomen und asymptomatischen Metastasen die Therapie mit Gestagenen empfohlen.

Bei Progress unter endokriner Therapie, bei Rezeptor-negativen Tumoren und bei symptomatischen und lebensbedrohlichen Tumormanifestationen kann eine palliative Chemotherapie sinnvoll sein.

Angesichts der fehlenden oder nur marginalen Effekte auf das Gesamtüberleben ist die Indikation für systemische Kombinations-Chemotherapien streng zu stellen.

E 5.11 Rezidiv, Metastasen

Statements

Resezierbare Rezidive eines Endometriumkarzinoms sollten operativ behandelt werden.

Bei Inoperabilität sollte eine Strahlentherapie durchgeführt werden.

Sind weder Operation noch Strahlentherapie möglich, sollte eine palliative Systemtherapie durchgeführt werden.

E 5.12 Supportivtherapie

Statements

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

E 5.13 Psychoonkologie

Statements

Die psychoonkologische Betreuung von Patientinnen mit Endometriumkarzinom 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 Hilfe 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 5.14 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 5.15 Nachsorge

Statements

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: Günter Emons, Göttingen; Rainer Kimmig, Essen

Autoren: Matthias W. Beckmann, Erlangen; Carsten Böing, Essen; Andreas Ebert, Berlin; Giesela Haensgen, Halle; Wolfgang Harms, Heidelberg; Lars Christian Horn, Leipzig; Heinz Kölbl, Mainz; Eric Steiner, Mainz; Bernward Ulrich, 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