

Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie des Endometriumkarzinoms

Aktualisierte Empfehlungen der Kommission Uterus auf Grundlage der S2k Leitlinie (Version 1.0, 1.6.2008) ohne Angabe der Evidenzlevel und Empfehlungsgrade*

Herausgegeben von der Kommission Uterus der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e. V.

April 2013

*** Für 2015 ist die Umwandlung in eine S3 Leitlinie vorgesehen.**



Neue Stadieneinteilung des Endometriumkarzinoms

Die vorliegenden Empfehlungen basieren auf den seit 1.1.2010 gültigen Stadieneinteilungen der FIGO und der UICC

©AGO e.V.
in der DGGG e.V.
sowie
in der DKG e.V.

Update
April 2013

TNM-Kategorien	FIGO Stadien	Definitionen
TX		Primärtumor kann nicht beurteilt werden
T0		Kein Anhalt für Primärtumor
T1	I ¹	Tumor begrenzt auf Corpus uteri
T1a	IA ¹	Tumor begrenzt auf Endometrium oder infiltriert weniger als die Hälfte des Myometriums
T1b	IB	Tumor infiltriert die Hälfte oder mehr des Myometriums
T2	II	Tumor infiltriert das Stroma der Zervix, breitet sich jedoch nicht jenseits des Uterus aus
T3 und/ oder N1	III	Lokale und/oder regionäre Ausbreitung wie nachfolgend beschrieben:
T3a	IIIA	Tumor befällt Serosa und/oder Adnexe (direkte Ausbreitung oder Metastasen)
T3b	IIIB	Vaginal- oder Parametriumbefall (direkte Ausbreitung oder Metastasen)



Neue Stadieneinteilung des Endometriumkarzinoms

©AGO e.V.
in der DGGG e.V.
sowie
in der DKG e.V.

Update
April 2013

TNM- Kategorien	FIGO Stadien	Definitionen
N1	IIIC	Metastasen in Becken- und/oder paraaortalen Lymphknoten ²
	IIIC1	Metastasen in Beckenlymphknoten
	IIIC2	Metastasen in paraaortalen Lymphknoten
T4	IVA	Tumor infiltriert Blasen- und/oder Rektumschleimhaut ³
M1	IVB	Fernmetastasen (ausgenommen Metastasen in Vagina, Beckenserosa oder Adnexen, einschließlich Metastasen in inguinalen und anderen intraabdominalen Lymphknoten als paraaortalen und/oder Beckenlymphknoten)

¹ Die alleinige Beurteilung von endozervikalen Drüsen soll als Stadium I klassifiziert werden.

² Eine positive Zytologie soll gesondert diagnostiziert und ohne Änderung des Stadiums dokumentiert werden.

³ Das Vorhandensein eines bullösen Ödems genügt nicht, um einen Tumor als T4 zu klassifizieren. Infiltration der Schleimhaut von Blase oder Rektum bedarf des Nachweises durch Biopsie.

Statements:

Früherkennung und Screening

©AGO e.V.
in der DGGG e.V.
sowie
in der DKG e.V.

Update
April 2013

- 1. Ein Screening bei asymptomatischen Frauen ohne Risikofaktoren soll nicht durchgeführt werden.**
- 2. Eine Mortalitätsverminderung durch Screening von Hochrisikopopulationen ist nicht belegt.**

Statements: Diagnostik

1. Die Diagnose eines Endometriumkarzinoms und seiner Vorstufen soll durch die Gewinnung einer Histologie gesichert werden.
2. Jede Blutung in der Postmenopause soll unabhängig von der sonographischen Endometriumdicke histologisch abgeklärt werden.
3. Die atypische Blutung in der Perimenopause sollte histologisch abgeklärt werden.
4. Unter Tamoxifen-Einnahme soll nur eine Blutung histologisch abgeklärt werden.

Statements: Diagnostik

5. Es existiert keine bildgebende Maßnahme, die ein operatives Staging beim Endometriumkarzinom ersetzen kann. Bei den auf Grund von Komorbiditäten inoperablen Patientinnen sollte zur Planung der Strahlentherapie eine Kernspintomografie durchgeführt werden.
6. Die histologische Klassifikation der Endometriumkarzinome und ihrer Vorstufen erfolgt nach den Vorgaben der WHO.
7. Anforderungen an den histopathologischen Befundbericht des Endometriumkarzinoms sind: Tumortyp, Grading, Invasionstiefe in das Myometrium, Zervixstromainfiltration, ggf. Lymphknotenbefall, R-Klassifikation, Gefäß- und Lymphgefäßeinbruch und Nervenscheideninfiltration.

Statements: Patientinnenaufklärung I

©AGO e.V.
in der DGGG e.V.
sowie
in der DKG e.V.

Update
April 2013

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 Relativprozent) in ihrer selbstbestimmten Entscheidung für oder gegen medizinische Maßnahmen zu unterstützen.

Statements:

Patientinnenaufklärung II

Die Art der Vermittlung von Informationen und die 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, ggf. 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 (beispielsweise Selbsthilfegruppen, Psychoonkologie, psychosoziale Krebsberatung)

Statements:

Therapie der Vorstufen des Endometriumkarzinoms

1. Hyperplasien des Endometriums ohne Atypien können konservativ behandelt werden.
2. Hyperplasien des Endometriums mit Atypien haben ein hohes Entartungsrisiko bzw. eine hohe Rate an synchronen Karzinomen.
3. Bei Hyperplasien des Endometriums mit Atypien sollte bei prä- und postmenopausalen Patientinnen eine Hysterektomie durchgeführt werden.
4. Ein konservativer Behandlungsversuch bei Hyperplasien des Endometriums mit Atypien sollte nur bei Kinderwunsch und Bereitschaft der Patientin zu engmaschigen Kontrollen und Rebiopsien erwogen werden.

Statements:

Therapie des frühen Endometriumkarzinoms

1. Für Frauen mit gut differenziertem, progesteronrezeptor-positivem endometrioidem Endometriumkarzinom des klinischen Stadiums FIGO IA ohne myometrane Infiltration und dringendem Kinderwunsch kann eine konservative Therapie mit hochdosierten Gestagenen erwogen werden.
2. Ein konservativer Behandlungsversuch sollte nur bei dringendem Kinderwunsch und Bereitschaft der Patientin zu engmaschigen Kontrollen und Rebiopsien erwogen werden.
3. Aufgrund des hohen Rezidivrisikos sollte bei abgeschlossener Familienplanung die Hysterektomie erfolgen.

Statements:

Operative Therapie des Endometriumkarzinoms

1. Die operative Behandlung des Endometriumkarzinoms sollte die Entnahme einer Zytologie aus der Bauchhöhle, die Hysterektomie und die beidseitige Adnexexstirpation umfassen.
2. Bei endometrioiden Karzinomen des Stadium pT1a und Vorliegen von G1 oder G2 soll bei intraoperativ makroskopisch unauffälligen Lymphknoten eine Lymphonodektomie nicht durchgeführt werden.
3. Bei Tumoren mit höherem Risiko für einen Befall der retroperitonealen Lymphknoten [Stadium \geq pT1b, alle G3 oder serösen bzw. klarzelligen Karzinome] sollte die pelvine und paraaortale Lymphonodektomie bis zum Nierenstiel durchgeführt werden.
4. Bei Betrachtung der kurzfristigen postoperativen Morbidität ist das laparoskopische Vorgehen dem offen-chirurgischen überlegen. Die langfristige Morbidität ist identisch.
5. Bei low-risk Fällen ist das onkologische Ergebnis der laparoskopischen und offen chirurgischen Therapien vergleichbar. Für high-risk Fälle liegen keine ausreichenden Daten vor.



Statements:

Operative Therapie des Endometriumkarzinoms

6. Bei Vorliegen einer serösen oder klarzelligem Karzinomkomponente sollte zusätzlich die Entnahme von multiplen peritonealen Biopsien sowie eine Omentektomie erfolgen. Dies gilt auch für endometrioides Karzinome, bei denen intraoperativ ein Stadium cT3a makroskopisch nachweisbar ist.
7. In fortgeschrittenen Stadien sollte eine möglichst komplette Resektion aller Tumormanifestationen erfolgen, um die Effizienz der adjuvanten systemischen und strahlentherapeutischen Maßnahmen zu verbessern.
8. Eine radikale Hysterektomie sollte beim Endometriumkarzinom Stadium II nicht durchgeführt werden.

Statements:

Strahlentherapie des Endometriumkarzinoms

1. Eine primäre Strahlentherapie des Endometriumkarzinoms ist indiziert, wenn durch eine Comorbidität keine Operabilität gegeben ist.
2. Bei Patientinnen mit niedrigem Lokalrezidivrisiko ist eine adjuvante Radiotherapie nicht angezeigt (endometrioider Histologie und Stadium Stadium Ia, G1-2).
3. Patientinnen mit mittlerem Lokalrezidivrisiko (endometrioider Histologie und Stadium Ia, G3 sowie Stadium Ib G1-G2) sollen eine adjuvante Brachytherapie erhalten.
4. Patientinnen mit hohem Lokalrezidivrisiko (Stadium Ib, G3 sowie Stadium II) sollen eine adjuvante Brachytherapie und ggf. eine Teletherapie erhalten.

Statements:

Strahlentherapie des Endometriumkarzinoms

5. Patienten mit fortgeschrittenem Stadium III sollen eine adjuvante Teletherapie, ggf. Brachytherapie erhalten.
6. Im Stadium IV kann eine adjuvante oder palliative Strahlentherapie (Teletherapie) angezeigt sein.
7. Für die adjuvante Strahlentherapie konnte in randomisierten Studien im Stadium I und II eine signifikante Reduktion der lokoreg. Rezidive nachgewiesen werden, aber kein Effekt auf das Gesamtüberleben.
Für fortgeschrittenere Stadien gibt es diesbezüglich keine ausreichenden Daten.

Statements:

Systemische adjuvante Therapie des Endometriumkarzinoms

1. Eine adjuvante endokrine Therapie mit Gestagenen soll nicht durchgeführt werden .
2. Pat. im Stadium IB G3, II und III sowie alle serösen und klarzelligen EC sollten sequentiell zur Strahlentherapie (Brachy- und/oder Teletherapie) eine Chemotherapie erhalten. Die meisten Daten liegen für eine Kombination eines Platinpräparates mit Paclitaxel vor.
3. Für Patientinnen im Stadium IVA kann nach Operation eine Chemotherapie und/oder eine Strahlentherapie sequentiell durchgeführt werden. Die meisten Chemotherapie-Daten liegen für eine Kombination eines Platinpräparates mit Paclitaxel vor. Die optimale Kombination und Sequenz sind hierfür noch nicht definiert.

Statements:

Systemische palliative Therapie des Endometriumkarzinoms

1. Sind bei einem Rezidiv oder bei Metastasen eine Operation und/oder eine Strahlentherapie nicht mehr möglich, sollte bei östrogen- und/oder progesteronrezeptorpositiven Karzinomen und nicht akut lebensbedrohlichen Metastasen eine endokrine Therapie mit Gestagenen durchgeführt werden.
2. Bei Progress unter endokriner Therapie, bei rezeptornegativen Tumoren oder bei akut lebensbedrohlichen Tumormanifestationen kann eine palliative Chemotherapie sinnvoll sein. Wirksame Substanzen sind: Anthrazykline, Platinderivate, Taxane.
3. Eine Kombinationschemotherapie ist einer Monotherapie bezüglich der Ansprechrate und des progressionsfreien Überlebens überlegen, zeigt aber nur marginale Vorteile im Gesamtüberleben. Bei ausreichender Verträglichkeit sollte die Kombination von Carboplatin/Paclitaxel eingesetzt werden, die bei geringerer Toxizität die gleiche Wirksamkeit wie die Dreierkombination aus Adriamycin/Cisplatin/Paclitaxel besitzt.

Statements:

Rezidiv, Metastasen

1. Resezierbare lokoregionäre und intraabdominelle Rezidive sollten primär operiert werden, sofern eine Komplettresektion erfolgen kann.
2. Bei Inoperabilität des lokoregionären Rezidivs sollte eine Strahlentherapie durchgeführt werden.
3. Sind weder Operation noch Strahlentherapie des Lokalrezidivs möglich oder onkologisch sinnvoll, kann eine palliative Systemtherapie durchgeführt werden.
4. Bei Vorliegen von extraabdominellen Fernmetastasen sollte über die Möglichkeit der operativen , strahlentherapeutischen oder systemtherapeutischen Optionen individuell entschieden werden.

Statements: Supportivtherapie

©AGO e.V.
in der DGGG e.V.
sowie
in der DKG e.V.

Update
April 2013

1. Eine leitliniengerechte Supportivtherapie zur Prophylaxe und Minimierung therapie- oder tumor-bedingter Symptome ist erforderlich.

Statements: Psychoonkologie

1. Die psychoonkologische Betreuung von Patientinnen mit Endometriumkarzinom ist ein integraler Bestandteil der onkologischen Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Nachsorge und stellt eine interdisziplinäre Aufgabe dar.
2. Die Patientin sollte frühzeitig über die Möglichkeit der stationären und ambulanten psychoonkologischen Hilfestellung informiert werden und bei Bedarf eine qualifizierte psychoonkologische Betreuung erhalten.
3. Die Lebensqualität der Patientin ist während der Therapie, Rehabilitation und der Nachsorge regelmäßig zu beurteilen, auch um einen möglichen psychoonkologischen Handlungsbedarf zu beurteilen.

Statements: Rehabilitation

©AGO e.V.
in der DGGG e.V.
sowie
in der DKG e.V.

Update
April 2013

1. 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.

Statements: Nachsorge

1. Da beim frühzeitigen Erkennen eines Lokalrezidives ein kurativer Ansatz besteht, sollte in den ersten 2-3 Jahren nach Primärtherapie alle 3 Monate eine Nachsorgeuntersuchung mit SpekulumEinstellung, vaginaler und rektaler Untersuchung, ggf. Ultraschall erfolgen.
2. Eine weiterführende bildgebende Diagnostik ist nur bei symptomatischen Patientinnen erforderlich.
3. Im Gespräch in der Nachsorge sollten nachfolgende Punkte angesprochen werden:
 - vorübergehende und langfristige Auswirkungen von Erkrankung und Therapie
 - psychoonkologische / psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten
 - Sexualität und Partnerschaft
 - Lebensqualität