

Diagnostik und Behandlung des Gebärmutterkrebs

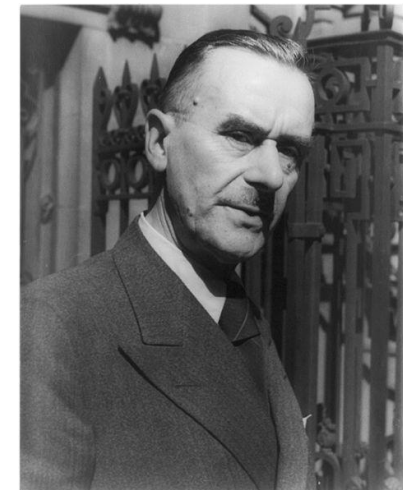
PD Dr. med. Patrick Imesch

Leitender Arzt

Klinik für Gynäkologie

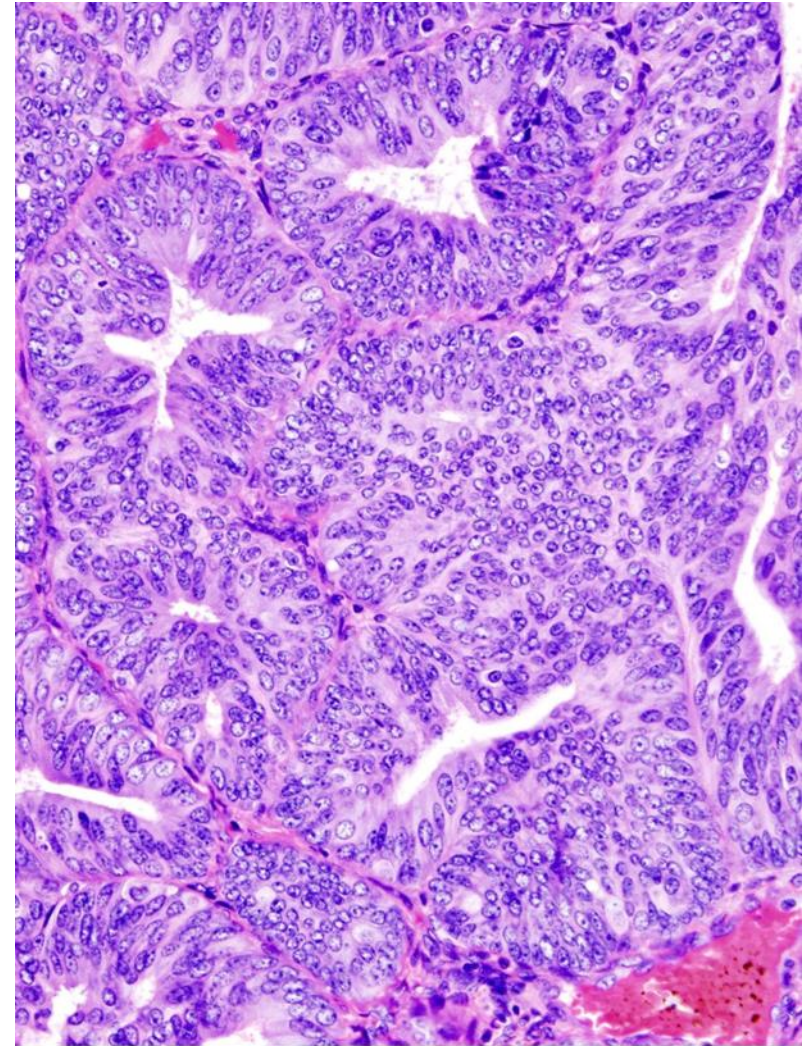
Die Betrogene

- Offizierswitwe Rosalie von Tümmler verliebt sich in einen viel jüngeren Mann
- Plötzlich setzen wieder Menstruationen ein
- Sie fühlt sich dadurch verjüngt und bestätigt im Recht, einen viel jüngeren Mann lieben zu dürfen
- Sie deutet dieses Geschehnis als Folge des Einflusses ihrer Seele auf den Körper. Der Körper wirkt aber zunehmend geschwächt
- «Die Betrogene» ist die letzte abgeschlossene Erzählung von Thomas Mann
- Erzählt die Geschichte einer Frau in den Wechseljahren, der sich der Tod unter dem trügerischen Deckmantel einer wundersamen Verjüngung nähert



Gebärmutterkrebs = Endometriumkarzinom

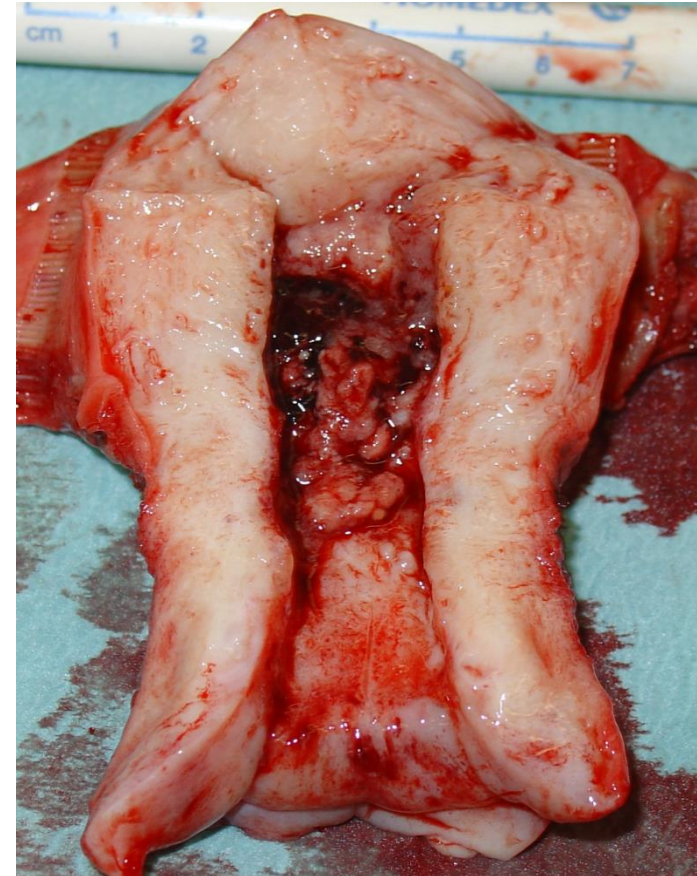
- Vierthäufigste Krebserkrankung der Frau (Brust-Ca, Darm-Ca, Lungen-Ca)
- Häufigste bösartige gynäkologische Erkrankung in der Schweiz
- 920 Neuerkrankungen/Jahr, 201 Todesfälle/Jahr



Adenokarzinom des Endometriums

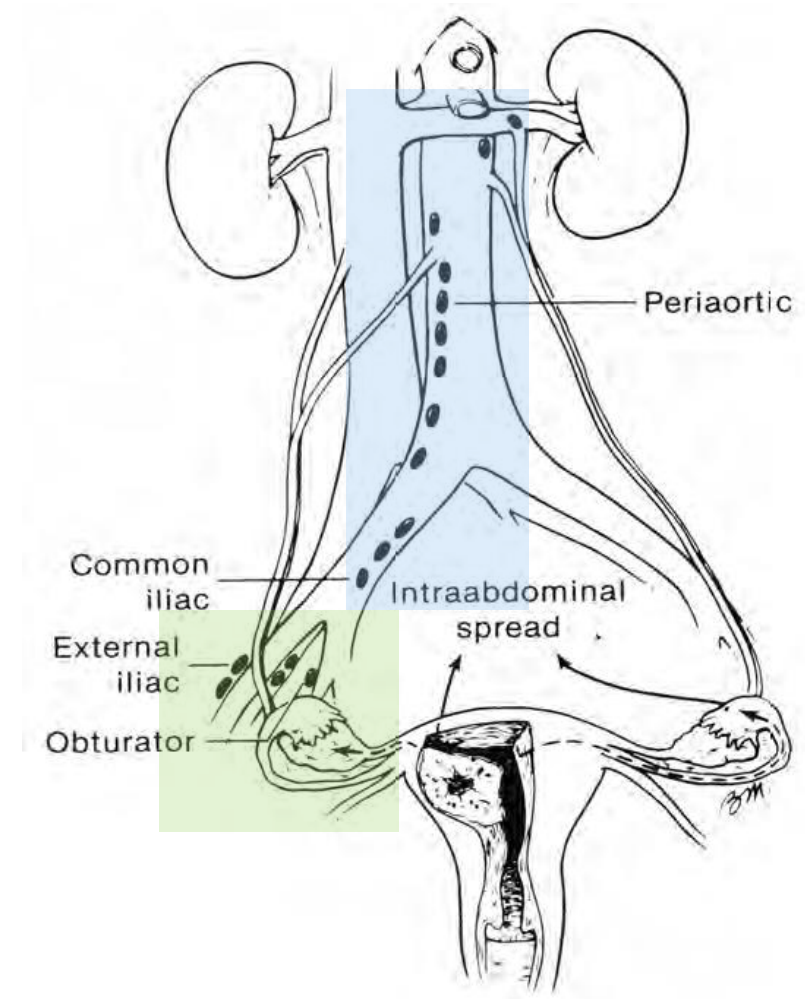
Endometriumkarzinom

- Erkrankungsgipfel bei ca. 65-70 Jahren
- 90% in der Postmenopause
- In 5% vor dem 40. Lebensjahr
- 85% Adenokarzinome, Plattenepithelkarzinome und Sarkome sind selten
- 5-Jahres-Überlebensrate im Stadium I ca. 95%, regionale Ausbreitung 68%, Fernmetastasen 17%



Endometriumkarzinom

- In 80% der Fälle Erkrankung auf die Gebärmutter beschränkt
- Falls Metastasen, dann am häufigsten in Lunge und Vagina
- Lymphatischer Abfluss übers **Lig. infundibulopelvicum**, **parametrial**, **präsaacral**



Risikofaktoren

- Längerfristige Östrogeneinnahme ohne Gestagenzusatz
- Metabolisches Syndrom mit Fettleibigkeit (**Adipositas**)
- Kinderlosigkeit (Nulliparität)
- Frühe erste Menstruation (Menarche)
- Späte Menopause
- Tamoxifentherapie
- Östradiolsezernierende Tumoren
- HNPCC-Syndrom



Früherkennung

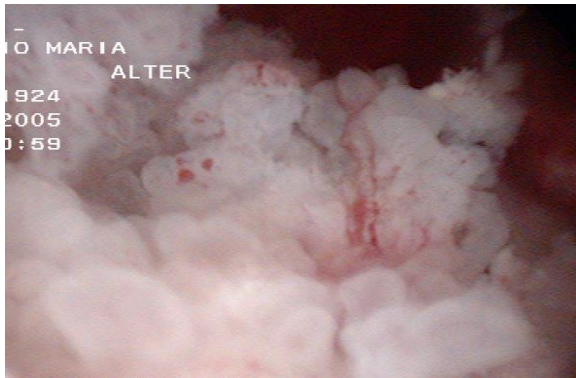
- Klassisches Symptom ist die **postmenopausale Blutung** (PMP-Blutung) wie bei Rosalie von Tümmler
- Prämenopausal rezidivierend Meno-Metrorrhagien (=verlängerte und Zwischenblutungen)
- 90% der Frauen mit EC haben Blutungsstörungen

PMP-Blutungen Ursachen:

- 11% Karzinom
- 20-40% Hyperplasien und Polypen
- 50-70% keine organische Ursache, Atrophie

Diagnose

Goldstandard diagnostische Gebärmutterspiegelung mit Ausschabung
(**Hysteroskopie und fraktionierte Curettage**)



Pipelle de Cornier, können Malignität nur beweisen, sie aber nicht ausschliessen





Diagnose

- Sicherung der Diagnose durch eine Gewebeprobe (Histologie)
- Bildgebung z.B. CT Thorax/Abdomen
- Beurteilung der Operabilität

TNM		FIGO
T1	Der Tumor ist auf den Gebärmutterkörper begrenzt.	I
T2	Der Tumor breitet sich auf den Gebärmutterhals aus.	II
T3	Der Tumor breitet sich auch außerhalb der Gebärmutter aus oder befällt Lymphknoten.	III
T4	Der Tumor befällt die Schleimhäute von Blase und/oder Enddarm oder bildet Fernmetastasen.	IV

Operative Behandlung des Endometriumkarzinoms

- Für die kurzfristige postoperative Morbidität ist das **laparoskopische Vorgehen** dem **offen-chirurgischen** überlegen
- Die langfristige Morbidität ist identisch
- Das onkologische Ergebnis der laparoskopischen und offen chirurgischen Therapien ist vergleichbar

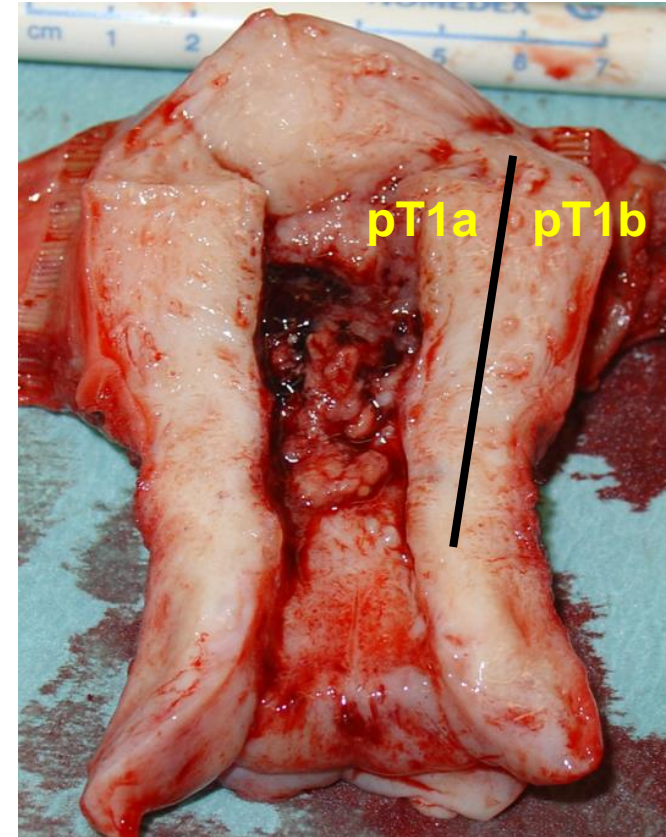


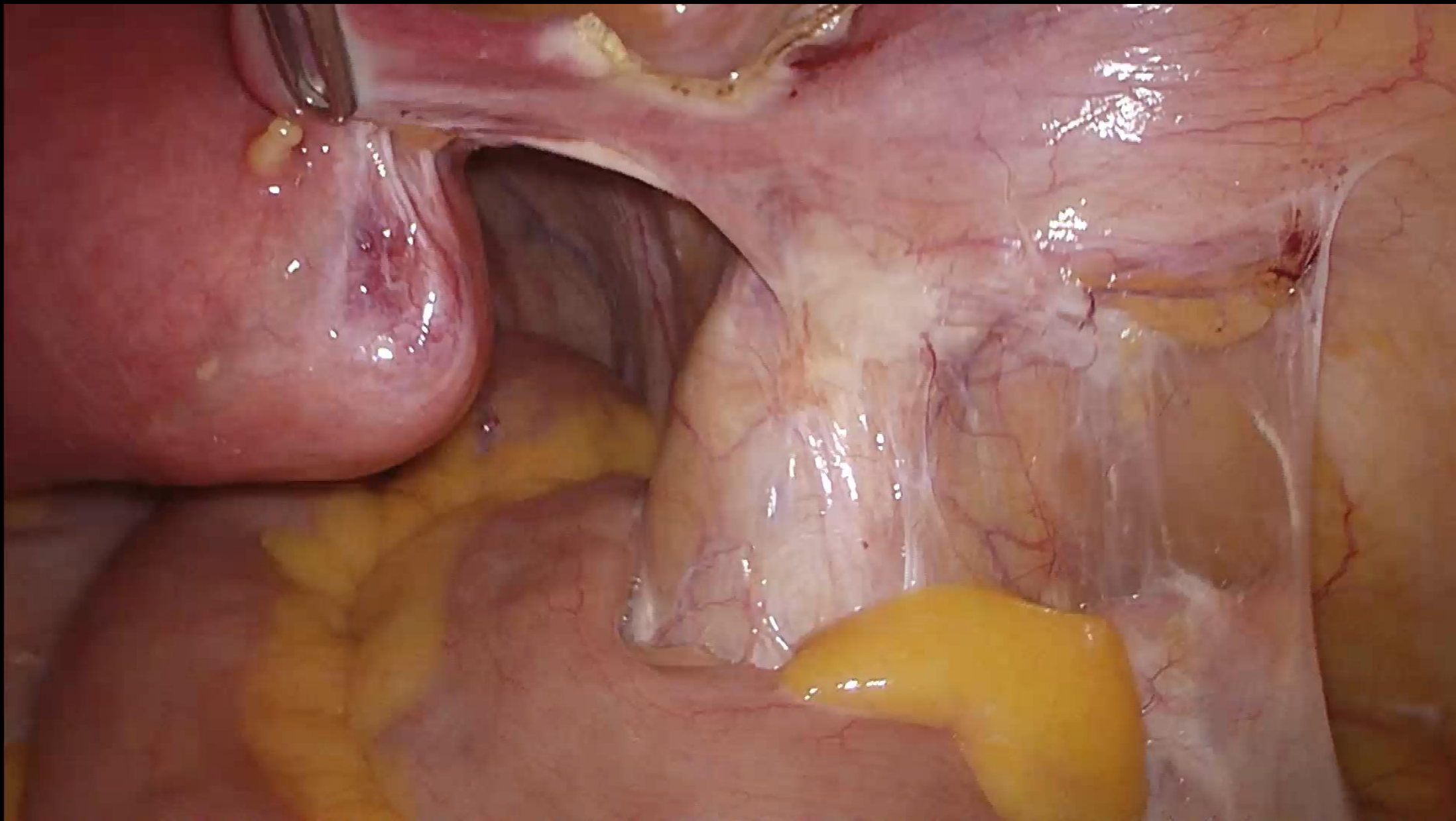
Operative Behandlung des Endometriumkarzinoms

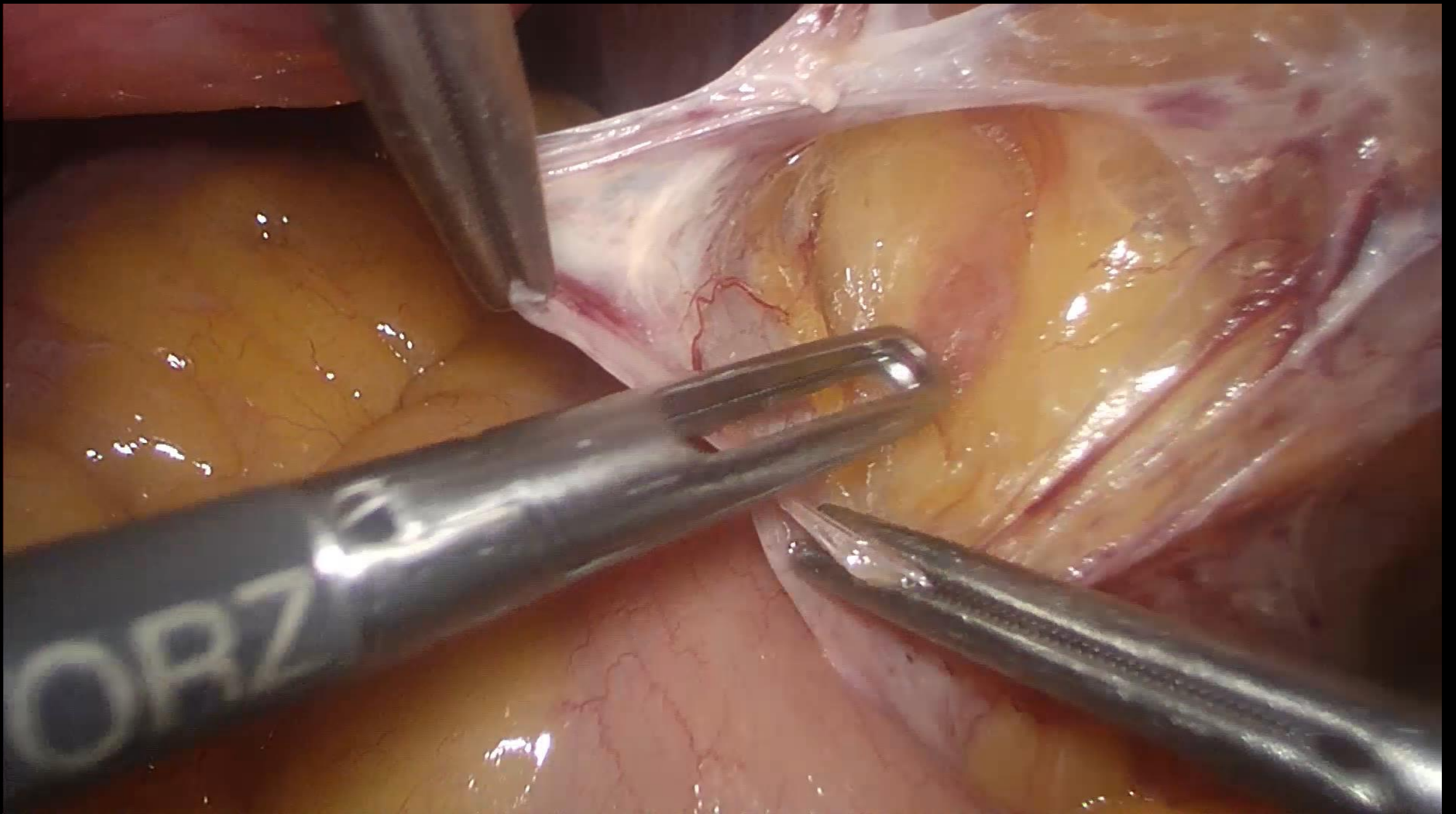
- Inspektion des Bauchraumes
- Entnahme einer Spülzytologie aus der Bauchhöhle
- **Hysterektomie und beidseitige Adnexektomie (Gebärmutterentfernung mit Eierstöcken)**
- Lymphknoten je nach intraoperativen Befunden

Operative Behandlung des Endometriumkarzinoms

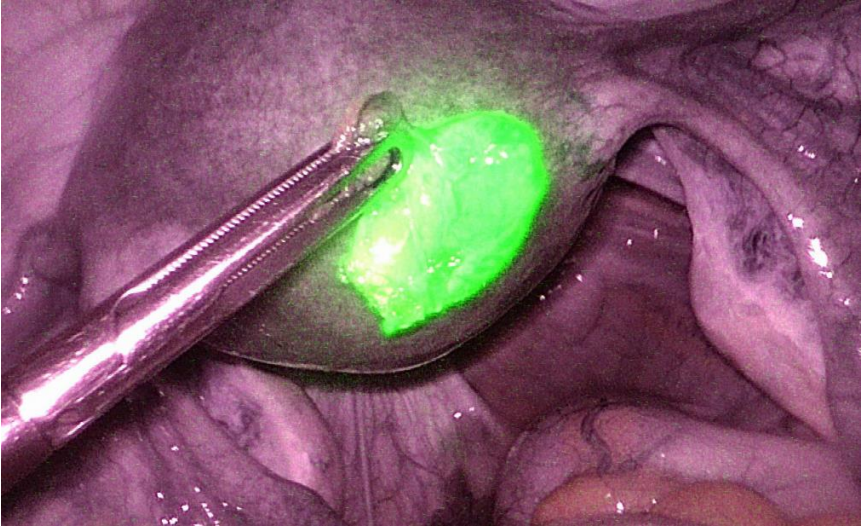
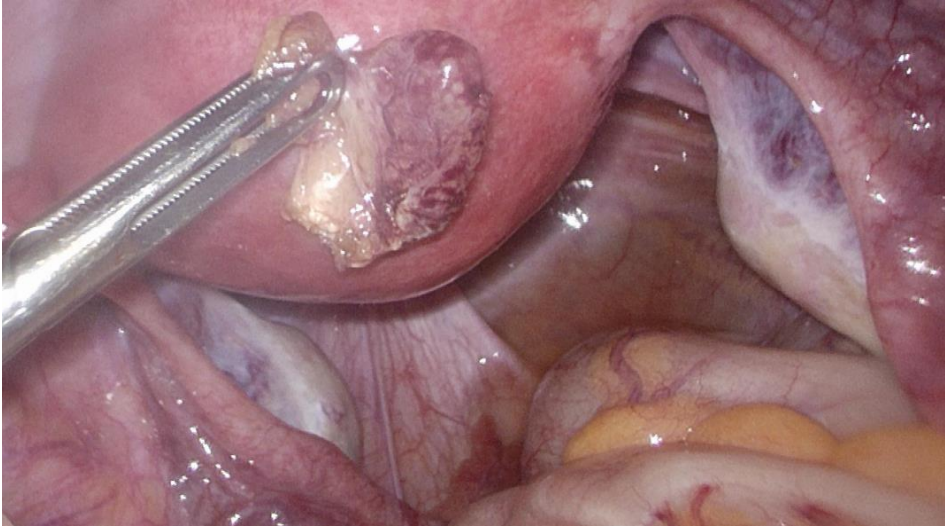
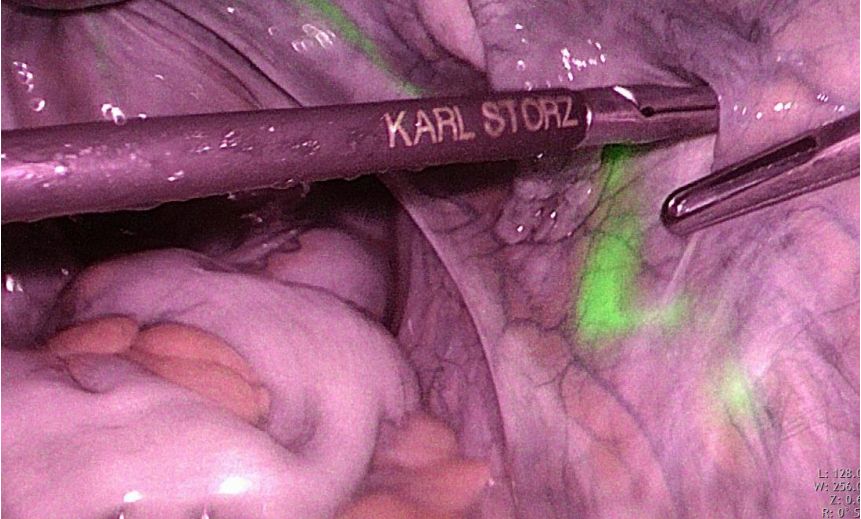
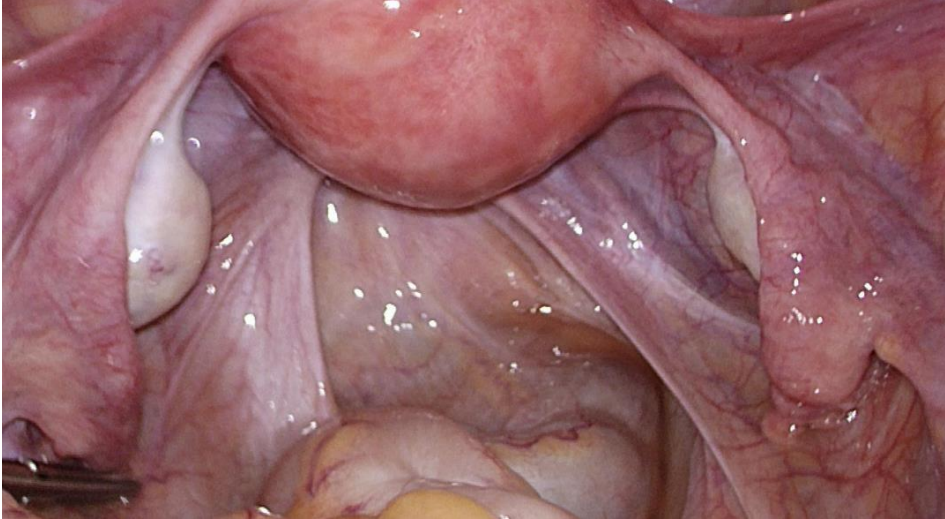
- Bei endometrioiden Karzinomen des Stadium pT1a und Vorliegen von G1 oder G2 soll bei intraoperativ makroskopisch unauffälligen Lymphknoten keine vollständige Lymphonodektomie durchgeführt werden
- Bei Tumoren mit höherem Risiko [Stadium \geq pT1b, alle G3 oder serösen bzw. klarzelligen Karzinome] sollte die pelvine und paraaortale Lymphonodektomie bis zum Nierenstiel durchgeführt werden





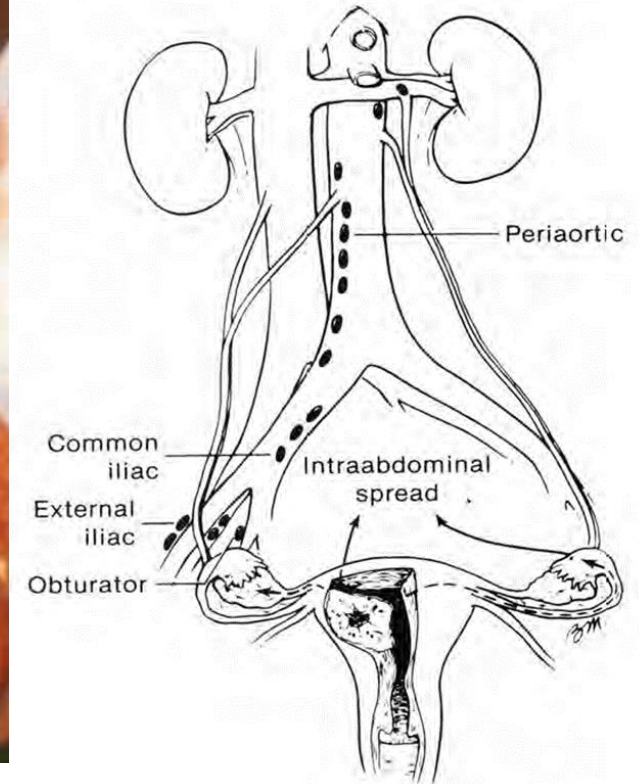


Sentinellymphonodektomie, ICG



Lymphonodektomie beim Endometriumkarzinom

- Korrekte Lymphonodektomie beinhaltet Entfernung von mindestens 15 pelvinen und 10 paraaortalen LK
- Paraaortale LK bis zum Nierenstiel
- Mehrzahl der paraaortalen LK in der Nähe des Nierenstiels



Schlussfolgerung Lymphknotenentfernung:

- Alle suspekten oder palpatorisch bzw. makroskopisch vergrößerten Lymphknoten sollen entfernt werden
- Beim frühen Typ-I-Endometriumkarzinom pT1a, G1/2 soll **keine** systematische Lymphadenektomie bei klinisch unauffälligen LK durchgeführt werden
- Beim Endometriumkarzinom Typ I, pT1a, G3, pT1b, G1/2 **kann** die systematische Lymphadenektomie durchgeführt werden
- Beim Endometriumkarzinom Typ I, pT2 bis pT4, M0, G1–3 **sollte** die systematische Lymphadenektomie durchgeführt werden, wenn makroskopisch Tumorfreiheit erzielt werden kann

Radiotherapie

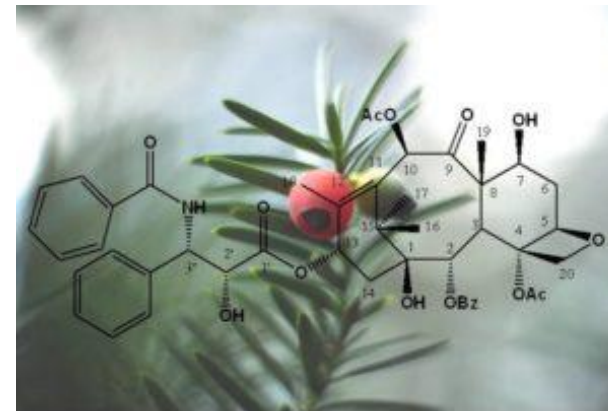
- Die Indikation zur Bestrahlung zur Vermeidung von Scheidenstumpfrezidiven richtet sich nach dem geschätzten Risiko
- Die Prognose von Patientinnen mit niedrigem Risiko, d. h. mit endometrioidem Endometriumkarzinom im Stadium IA G1 oder G2, ist ausgezeichnet, sodass sich in dieser Situation eine adjuvante Therapie erübrigt
- Zur postoperativen Radiotherapie beim frühen Endometriumkarzinom gibt es mehrere randomisierte Studien, welche auch in einem Cochrane Review analysiert wurden. Keine dieser Arbeiten und auch dementsprechend auch nicht die Metaanalyse konnte einen positiven Einfluss auf das Gesamtüberleben nachweisen

Radiotherapie

- Die postoperative vaginale Brachytherapie kann die Lokalrezidivrate im Scheidenstumpf reduzieren
- Sie ist eine nebenwirkungsarme Therapieform, welche im deutschsprachigen Raum grosszügig indiziert wird
- Die Komplikationsrate der alleinigen vaginalen Brachytherapie wird mit 1,4 % angegeben und besteht meist in einer chronischen Diarrhö. Auch Vaginalstenosen sind relativ häufig
- Patientinnen mit Stadium- IA-G1-Endometriumkarzinomen profitieren nicht von einer adjuvanten Brachytherapie, Patientinnen mit G3-Karzinomen jedoch deutlich.

Chemotherapie

- Nach Diagnose eines endometrioiden Typ-I-Endometriumkarzinoms im frühen Stadium (pT1a/b G1 und G2 cN0/pN0) wird eine adjuvante Chemotherapie nicht empfohlen
- Der Nutzen einer Chemotherapie im Stadium pT1a G3 ist nicht hinreichend untersucht
- Ab dem Stadium pT3 und/oder pN1, sowie im Stadium pT4 oder M1, welche makroskopisch auf R0 reseziert werden konnten, sollte den Patientinnen eine adjuvante Chemotherapie empfohlen werden
- In der Rezidivsituation oder im Falle einer Fernmetastasierung kann eine Chemotherapie durchgeführt werden, wobei sich auch in diesen Situationen die Kombination mit Carboplatin und Taxol zunehmend etabliert hat.



Zusammenfassung

- Häufigste gynäkologische Krebserkrankung in der Schweiz
- Tendenziell steigende Fallzahlen
- Macht sich meist frühzeitig durch Blutungsstörungen bemerkbar
- Prognose insgesamt gut, da ein Grossteil der Tumore in einem frühen Stadium erkannt wird
- Chirurgie als wichtigste Therapiemodalität
- Minimal-invasive Chirurgie (Bauchspiegelung) bevorzugt
- Ev. Bestrahlungen zur Reduktion lokaler Rezidive
- Chemotherapie bei systemischer Erkrankung



Vielen Dank Für Ihre Aufmerksamkeit

Patrick Imesch, PD Dr. med.
Leitender Arzt

Universitätsspital Zürich, Klinik für Gynäkologie

Frauenklinikstrasse 10, 8091 Zürich
Telefon +41 44 255 11 11

patrick.imesch@usz.ch, www.gynaekologie.usz.ch