

S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Endometriumkarzinoms

Publiziert Februar 2008 von der
Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie e.V.
in der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG)
und in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie
und Geburtshilfe e.V. (DGGG)

Version 1.0
Datum 01.06.08



Methodenreport: S2k- Leitlinie Endometriumkarzinom

Leitlinienkoordination: Prof. Dr. G. Emons, (Göttingen), AGO
Prof. Dr. R. Kimmig (Essen), DGGG

Leitlinienkoordination AGO/DKG/DGGG: Prof. Dr. M. W. Beckmann, (Erlangen)

Projektmanagement DKG/AWMF: Dipl.-Ing. Anita Prescher, DKG (Berlin)

Moderation des Konsensusverfahrens: PD Dr. Ina Kopp, AWMF (Marburg)

Redaktionskollegium:

Prof. Dr. M.W. Beckmann, Erlangen; Dr. Böing, Essen; Prof. Dr. Dr. Ebert, Berlin; Frau PD Dr. Hänsgen, Halle; Prof. Dr. Harms, Basel; Prof. Dr. Horn, Leipzig; Prof. Dr. Kölbl, Mainz, Dr. Steiner, Mainz; Prof. Dr. Ulrich, Düsseldorf

Kommission Uterus der AGO e.V.:

PD Dr. Ackermann, Darmstadt; Prof. Dr. Hillemanns, Hannover; Prof. Dr. Höckel, Leipzig; Prof. Dr. Kleine, Freiburg; PD Dr. Köhler, Berlin; Prof. Dr. Lampe, Leverkusen; Prof. Dr. Lichtenegger, Berlin; Prof. Dr. Loening, Hamburg; Prof. Dr. Mallmann, Köln; PD Dr. Pilch, Leipzig; Dr. Rudlowski, Bonn; Prof. Dr. Runnebaum, Jena; Prof. Dr. Schmidt, Mannheim; Prof. Dr. Schneider, Berlin; Prof. Dr. Schnürch, Neuss; Prof. Dr. Sommer, München; Dr. Strauß, Halle; Prof. Dr. Strnad, Erlangen; Frau Dr. Weidner, Tübingen

Methodenreport: Schlüsselempfehlungen

Bei der Formulierung der Empfehlungen wurde sprachlich, wenn immer möglich, nach drei unterschiedlichen Qualitäten unterschieden:

- „soll/soll nicht“ entsprechend einer starken Empfehlung für/gegen eine Intervention
- „sollte/sollte nicht“ entsprechend einer Empfehlung für/gegen eine Intervention
- „kann“ entsprechend einer Handlungsoption mit Unsicherheit

Methodenreport: S2k- Leitlinie Endometriumkarzinom

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

S2k-Leitlinie
Endometrium-
karzinom
Version 2
01.02.08

Fachgesellschaft/Organisation	Vertreter
Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO)	Prof. Dr. J. Weis Frau Dr. M. Keller
Arbeitsgemeinschaft Gynäkologischer Onkologie (AGO)	Prof. Dr. M. W. Beckmann Prof. Dr. G. Emons
Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO), Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)	Frau Prof. Dr. G. Hänsgen Prof. Dr. W. Harms
Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation, Nachsorge und Sozialmedizin (ARNS)	Prof. Dr. R. Schröck
Arbeitskreis Supportivmaßnahmen (ASO)	Frau Prof. Dr. P. Feyer Frau Dr. K. Jordan
Berufsverband der Frauenärzte e.V.	Dr. K. König
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)	Prof. Dr. P. Mallmann Prof. Dr. R. Kimmig
Arbeitsgemeinschaft onkologische Pathologie (AOP), Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP)	Prof. Dr. D. Schmidt, Prof. Dr. L.-C. Horn
Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)	Prof. Dr. B. Hamm
Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V.	Frau B. Reckers
Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)	Frau K. Paradis

Statements: Früherkennung und Screening

- 1. Ein generelles Screening kann nicht empfohlen werden**
- 2. Eine Mortalitätsverminderung durch Screening von Hochrisikopopulationen ist nicht belegt**

Statements: Diagnostik

1. Zur Sicherung der Diagnose ist die Gewinnung einer Histologie notwendig
2. Es existiert keine apparative Maßnahme, die ein operatives Staging beim Endometriumkarzinom ersetzen kann. Bei den auf Grund von Komorbiditäten inoperablen Patienten kann eine Kernspintomografie zur Therapieplanung hilfreich sein.
3. Die histologische Klassifikation der Endometriumkarzinome und ihrer Vorstufen erfolgt nach den Vorgaben der WHO
4. Mindestanforderungen an den histopathologischen Befundbericht des Endometriumkarzinoms sind: Tumortyp, Grading, Gefäßinvasion, Invasionstiefe in das Myometrium, Zervixinfiltration und Lymphknotenbefall, R-Klassifikation, Gefäß- und Lymphgefäßeinbruch

Statements: Patientinnenaufklärung I

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

Statements:

Therapie des frühen Endometriumkarzinoms

1. Für Frauen mit gut differenziertem, progesteronrezeptorpositivem endometrioidem Endometriumkarzinom des klinischen Stadiums 1a und dringendem Kinderwunsch kann eine konservative Therapie erwogen werden

Statements: Operative Therapie des Endometriumkarzinoms

1. Die operative Behandlung des Endometriumkarzinoms, sollte die Entnahme einer Zytologie aus der Bauchhöhle, die Hysterektomie, die beidseitige Adnexexstirpation sowie die pelvine und paraaortale Lymphonodektomie bis zum Nierenstiel umfassen
2. Beim Vorliegen eines serösen oder klarzelligigen Karzinoms sollte zusätzlich die Entnahme von multiplen peritonealen Biopsien sowie eine Omentektomie erfolgen
3. In den Stadien pT1a, pT1b und Vorliegen von G1 oder G2 ist die Lymphonodektomie fakultativ
4. Im Stadium pT2b sollten die Parametrien mitreseziert werden
5. In fortgeschrittenen Stadien sollte eine möglichst komplette Resektion des Tumors erfolgen, um die Effizienz der adjuvanten systemischen und strahlentherapeutischen Maßnahmen zu verbessern

Statements: Strahlentherapie des Endometriumkarzinoms

1. Eine primäre Strahlentherapie des Endometriumkarzinoms ist indiziert, wenn durch eine Comorbidität keine Operabilität gegeben ist
2. Bei Patientinnen mit hohem Lokalrezidivrisiko sollte eine adjuvante Strahlentherapie durchgeführt werden, um das lokoregionäre Rezidivrisiko zu senken.
3. Die adjuvante Strahlentherapie hat keinen Effekt im Stadium I und II 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 hat keinen therapeutischen Effekt
2. Bei optimal operiertem Endometriumkarzinom des Stadiums III und IV ist die Chemotherapie eine Alternative zur Strahlentherapie
3. Bei Endometriumkarzinomen des Stadiums Ic G3, II G3 und III kann die adjuvante Chemotherapie eine Alternative zur Strahlentherapie darstellen

Statements: Systemische palliative Therapie des Endometriumkarzinoms

1. Sind bei einem Rezidiv oder bei Metastasen eine Operation und/oder eine Strahlentherapie nicht mehr möglich, wird bei progesteronrezeptorpositiven Karzinomen und asymptomatischen Metastasen die Therapie mit Gestagenen empfohlen
2. Bei Progress unter endokriner Therapie, bei rezeptornegativen Tumoren und bei symptomatischen und lebensbedrohlichen Tumormanifestationen kann eine palliative Chemotherapie sinnvoll sein.
3. Angesichts der fehlenden oder nur marginalen Effekte auf das Gesamtüberleben ist die Indikation für systemische Kombinations- Chemotherapien streng zu stellen

Statements: Rezidiv, Metastasen

1. Resezierbare Rezidive eines Endometriumkarzinoms sollten operativ behandelt werden
2. Bei Inoperabilität sollte eine Strahlentherapie durchgeführt werden
3. Sind weder Operation noch Strahlentherapie möglich, sollte eine palliative Systemtherapie durchgeführt werden

Statements: Supportivtherapie

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

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 ein 3monatiges Nachsorgeintervall 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