

# 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 2011

**\* Für 2012 ist die Umwandlung in eine S3 Leitlinie vorgesehen.**

# Neue Stadieneinteilung des Endometriumkarzinoms

Die vorliegenden Empfehlungen basieren auf den neuen, 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 2011

<b>TNM-Kategorien</b>	<b>FIGO Stadien</b>	<b>Definitionen</b>
TX		Primärtumor kann nicht beurteilt werden
T0		Kein Anhalt für Primärtumor
T1	I <sup>1</sup>	Tumor begrenzt auf Corpus uteri
T1a	IA <sup>1</sup>	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 2011

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

<sup>1</sup> Die alleinige Beurteilung von endozervikalen Drüsen soll als Stadium I klassifiziert werden.

<sup>2</sup> Eine positive Zytologie soll gesondert diagnostiziert und ohne Änderung des Stadiums dokumentiert werden.

<sup>3</sup> 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 2011

- 1. Ein generelles Screening kann nicht empfohlen werden.**
- 2. Eine Mortalitätsverminderung durch Screening von Hochrisikopopulationen ist bisher 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, Invasionstiefe in das Myometrium, Zervixinfiltration und 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 2011

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



# Statements:

## Therapie des frühen Endometriumkarzinoms

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

Update  
April 2011

1. Für Frauen mit gut differenziertem, progesteronrezeptorpositivem endometrioidem Endometriumkarzinom des klinischen Stadiums FIGO Ia ohne myometrane Infiltration 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 und die beidseitige Adnexektomie umfassen.
2. Bei endometrioiden Karzinomen des Stadium pT1a (neue Klassifikation!) und Vorliegen von G1 oder G2 ist bei intraoperativ makroskopisch unauffälligen Lymphknoten eine Lymphonodektomie nicht indiziert.
3. Bei Tumoren mit höherem Risiko für einen Befall der retroperitonealen Lymphknoten [Stadium  $\geq$  pT1b (neue Klassifikation!), alle G3 oder serösen bzw. klarzelligem Karzinome] wird die pelvine und paraaortale Lymphonodektomie bis zum Nierenstiel empfohlen.
4. Bei Betrachtung der kurzfristigen postoperativen Morbidität ist das laparoskopische Vorgehen dem offen-chirurgischen überlegen. Bei low-risk Fällen ist das onkologische Ergebnis wahrscheinlich gleichwertig.

# Statements:

## Operative Therapie des Endometriumkarzinoms

5. Bei Vorliegen einer serösen oder klarzelligen Karzinomkomponente sollte zusätzlich die Entnahme von multiplen peritonealen Biopsien sowie eine Omentektomie erfolgen. Dies gilt auch für endometrioiden Karzinome, bei denen intraoperativ ein Stadium cT3a makroskopisch nachweisbar ist.
6. In fortgeschrittenen Stadien sollte eine möglichst komplette Resektion aller Tumormanifestationen erfolgen, um die Effizienz der adjuvanten systemischen und strahlentherapeutischen Maßnahmen zu verbessern.
7. Bei gesicherter Zervixstromainfiltration (neue Klassifikation Stad. II) kann eine radikale Hysterektomie 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 (Stadium Ia, G1-2 sowie alle G1-Tumoren bis Stadium II). Bei Patientinnen mit hohem Lokalrezidivrisiko sollte eine adjuvante Strahlentherapie durchgeführt werden (Brachytherapie oder Teletherapie).
3. Für die adjuvante Strahlentherapie konnte in randomisierten Studien im Stadium I und II kein Effekt auf das Gesamtüberleben nachgewiesen werden.  
Für fortgeschrittenere Stadien gibt es diesbezüglich keine ausreichenden Daten.

# Statements:

## Systemische adjuvante Therapie des Endometriumkarzinoms

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

Update  
April 2011

1. Eine adjuvante endokrine Therapie mit Gestagenen hat keinen therapeutischen Effekt auf das Karzinom.
2. Bei Endometriumkarzinomen des Stadiums IB G3 [neue Klassifikation] und II G3 kann die adjuvante Chemotherapie angezeigt sein.
3. Für die meisten Patientinnen im Stadium III und IVA sowie für Patientinnen mit seröser/klarzelliger Histologie ist eine adjuvante platinhaltige Chemotherapie sinnvoll. Vielleicht profitieren sie auch von einer zusätzlichen Strahlentherapie. 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, wird bei östrogen- und/oder 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. Wirksame Substanzen sind: Anthrazykline, Platinderivate, Taxane.
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, kann eine palliative Systemtherapie durchgeführt werden.

# Statements: Supportivtherapie

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

Update  
April 2011

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 2011

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