



Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen
Stand August 2010

- 1 Allgemeine Gynäkologie und gynäkologische Onkologie
 - 1.2 Gynäkologische Onkologie
 - 1.2.5 Diagnostik und Therapie maligner Ovarialtumoren (Statements)
-

Deutsche Krebsgesellschaft (DKG), Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGOG), Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO)

Diagnostik und Therapie maligner Ovarialtumoren

AWMF 032/035 (S2k)

Statements¹

1 Früherkennung und Screening

Ein generelles Screening kann nicht empfohlen werden.

Screening innerhalb der Hochrisikopopulation kann die Mortalität nicht reduzieren.

2 Genetisches Risiko

Die prophylaktische bilaterale Adnektomie nach abgeschlossener Familienplanung scheint die effektivste Methode zur Senkung des Erkrankungsrisikos und der Mortalität bei hereditärem Ovarialkarzinom zu sein.

3 Diagnostik

Die transvaginale Ultrasonographie hat unter den bildgebenden Verfahren den höchsten Stellenwert zur Diagnostik des Ovarialkarzinoms.

Zum jetzigen Zeitpunkt besteht keine apparative diagnostische Maßnahme, die ein operatives Staging beim Ovarialkarzinom ersetzen und die Operabilität verlässlich einschätzen kann.

4 Pathologische Diagnostik

Die histologische Klassifikation der Ovarialkarzinome und anderer Ovarialtumoren erfolgt gemäß der aktuellen WHO Klassifikation (2003).

Die feingewebliche und damit biologische Heterogenität vieler Ovarialtumoren macht eine sorgfältige morphologische Begutachtung des gesamten Resektates mit oft hohem Aufwand erforderlich.

¹ Langfassung siehe Homepages der DGOG und der AWMF und Buchversion, siehe S. 6

5 Prognosefaktoren des Ovarialkarzinoms

Etablierte Prognosefaktoren des Ovarialkarzinoms sind Tumorstadium, postoperativer Tumorrest, Alter, Allgemeinzustand, histologischer Typ sowie das Tumorgrading,

6 Frühes Ovarialkarzinom (FIGO I – IIA): Prognose und operative Therapie

Die systematische chirurgische Exploration ist von entscheidender Bedeutung für die Festlegung des Stadiums und die Entscheidung über eine Chemotherapie.

Die vollständige Entfernung aller makroskopisch erkennbaren Tumormanifestationen ist mit einem längeren Überleben und einer höheren Heilungsrate assoziiert.

7 Frühes Ovarialkarzinom (FIGO I-IIa): Adjuvante Therapie

Patientinnen mit frühem Ovarialkarzinom im Stadium IA, Grad 1 benötigen keine adjuvante Chemotherapie. Voraussetzung ist ein adäquates chirurgisches Staging. Für das Stadium FIGO Ib G1 liegen nicht ausreichend Daten vor, um den Nutzen einer adjuvanten Therapie zu belegen.

Patientinnen mit Stadium I-II, außer Stadium IA, Grad 1 benötigen eine platinhaltige adjuvante Chemotherapie. Durch eine platinhaltige adjuvante Chemotherapie kann in diesen Gruppen eine Risikominimierung bezüglich eines Rezidivs erreicht werden. Außerdem kann bei diesen Patientinnen eine Verbesserung der Gesamtüberlebensrate erreicht werden.

Die Chemotherapie sollte mindestens platinhaltig sein und 3-6 Zyklen beinhalten.

8 Fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (FIGO IIB-IV): Prognose und operative Therapie

Die Prognose wird wesentlich durch das Ausmaß der operativen Tumorentfernung bei der ersten Operation bestimmt. Der Tumorrest ist derzeit einziger Prognosefaktor, der sich effektiv beeinflussen lässt.

Die beste Prognose haben Patientinnen, die postoperativ keinen Tumorrest aufweisen. Patientinnen mit Resttumor < 1 cm haben auch noch einen signifikanten Überlebensvorteil gegenüber Patientinnen mit Resttumor > 1cm.

9 Fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (FIGO IIB-IV): Primäre Chemotherapie

Entscheidend für eine möglichst lange Überlebenszeit einer Patientin mit einem fortgeschrittenen Ovarialkarzinom ist die Kombination aus State of the art-Operation und State of the art-Chemotherapie.

Carboplatin/AUC 5 und Paclitaxel 175 mg/m² über 3 Stunden i.v. für insgesamt 6 Zyklen alle 3 Wochen ist derzeit das Standardregime.

Es gibt keine Daten für eine Therapie-Verlängerung über 6 Zyklen, für Dosis-Eskalationen sowie für die Addition weiterer Zytostatika außerhalb klinischer Studien.

9.1 Erhaltungstherapie

Es gibt bis heute (noch) keine Therapie, die nach 6 Zyklen einer Platin/taxanhaltigen Chemotherapie eine Verbesserung des Überlebens erzielen kann.

10 Ovarialkarzinomrezidiv – operative Therapie

Der Stellenwert der Rezidivchirurgie beim Ovarialkarzinom lässt sich nicht durch prospektive Studiendaten mit hohem Evidenzniveau belegen, retrospektive Daten sprechen für den klinischen Nutzen bei selektionierten Patientinnenkollektiven.

11 Ovarialkarzinomrezidiv – systemische Therapie

11.1 Systemische Therapie des refraktären Ovarialkarzinomrezidivs

Bei der Therapie des refraktären Rezidivs sollte die Erhaltung der Lebensqualität im Vordergrund stehen.

Eine Kombinationstherapie bietet keine Vorteile gegenüber einer Monotherapie.

Folgende Zytostatika haben die höchste Effektivität:

- Topotecan,
- Pegyliertes, liposomales Doxorubicin,
- Paclitaxel bei nicht mit Taxan vorbehandelten Patientinnen.

11.1 Systemische Therapie des platinresistenten Ovarialkarzinomrezidivs

Die Platinhaltige Kombinationstherapie ist der Platinmonotherapie überlegen.

Carboplatin / Paclitaxel ist effektiv.

Carboplatin / Gemcitabin ist effektiv.

Bei Kontraindikation gegen Kombinationstherapie ist eine Carboplatin-Monotherapie die Therapie der Wahl.

12 Psychoonkologie

Die psychoonkologische Versorgung von Patientinnen mit Ovarialkarzinom ist integraler Bestandteil der onkologischen Diagnostik, Therapie und Nachsorge und stellt eine interdisziplinäre Aufgabe dar.

Die Patientin sollte frühzeitig über die Möglichkeiten stationärer und ambulanter psychoonkologischer Hilfestellungen informiert werden.

Die Lebensqualität der Patientin ist während der Therapie und Nachsorge regelmäßig zu beurteilen, auch um einen möglichen psychoonkologischen Handlungsbedarf zu ermitteln.

13 Unkonventionelle Heilmethoden beim Ovarialkarzinom

Heilmethoden mit unbewiesener Wirkung werden derzeit mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität und der Prognose angewandt.

Bisher gibt es keinen Nachweis zur Wirksamkeit, dies gilt auch für die am weitesten verbreitete Misteltherapie.

Vor extremen Diäten oder Vitamin-, bzw. Mineralstoffsupplementationen muss gewarnt werden.

14 Nachsorge und Rehabilitation

Die Nachsorge umfasst eine sorgfältige Anamnese-Erhebung, die körperliche Untersuchung inklusive gynäkologischer Spiegel- und Tastuntersuchung, die rektale Untersuchung, die Vaginalsonographie.

Die routinemäßige Bestimmung von Tumormarkern soll bei symptomfreien Patientinnen nicht durchgeführt werden (Ausnahme Keimzelltumoren, Keimstrangstromatumoren).

Eine routinemäßige darüberhinausgehende apparative Diagnostik in der Nachsorge ist bei symptomfreier Patientin nicht indiziert

16 Borderline Tumoren des Ovars

Eine adäquate histologische Diagnosesicherung und Subtypisierung nach WHO beim Borderlinetumor ist erforderlich.

Ein sorgfältiges chirurgisches Staging ist erforderlich und sollte neben der radikalen Tumorentfernung stets die Inspektion des Abdomens mit Gewinnung einer abdominalen Spülzytologie und peritonealer Biopsien sowie eine Omentektomie umfassen. Ziel des operativen Vorgehens ist stets die komplette Tumorresektion mit der Vermeidung der intraoperativen Tumorzellverschleppung bzw. Ruptur.

Ein Nutzen einer adjuvanten postoperativen Chemotherapie, intraperitonealen Radionuklidtherapie oder perkutanen Strahlentherapie wurde bei Borderline-Tumoren bislang nicht gezeigt.

17 Maligne Keimzelltumoren

Ziel der chirurgischen Therapie ist die komplette Tumorresektion, die adäquate Stadieneinteilung und falls möglich die Erhaltung der Fertilität.



Unter der Voraussetzung eines sorgfältigen chirurgischen Stagings in Analogie zum Ovarialkarzinom ist im Stadium FIGO IA die einseitige Adnektomie die Therapie der Wahl.

Ab dem Stadium > FIGO IA ist eine Cisplatin-haltige Chemotherapie erforderlich, die risikoadaptiert aus zwei bzw. drei Zytostatika besteht und 2-4 Kurse umfaßt. Bei weit fortgeschrittenen Tumoren ist eine neoadjuvante Chemotherapie geeignet, die Fertilität zu erhalten, denn prächemotherapeutische radikale Debulking-Verfahren bieten keine Vorteile für die Patienten. Die Resektion des Tumorrestes und residualer Metastasen ist nach Abschluss von 3 bzw. 4 Zyklen der Chemotherapie zu planen.

Die Chemotherapie hat in jedem Fall Platin und Etoposid zu enthalten. Als dritte Substanz kommen Bleomycin oder Ifosfamid infrage.

18 Keimstrang-Stroma-Tumoren des Ovars

Standard ist das operative Staging (untere mediane Laparotomie, Zytologie, Entfernung des Tumors durch Adnektomie, Exploration des Abdomens).

Bei Tumoren mit malignem Potential (Granulosa-Zell-Tumor, Sertoli-Leydig-Zell Tumor G2/G3 oder Steroid-Zell-Tumor NOS): definitives operatives Staging analog Ovarialkarzinom. Der Nutzen der systematischen Lymphonodektomie bei unauffälligen Lymphknoten ist nicht belegt.

Nutzen einer adjuvanten Strahlen- oder Chemotherapie bei kompletter Operation ist nicht belegt und wird kontrovers diskutiert.

Bei Belassen des Uterus Hysteroskopie und Abrasio empfohlen (Endometriumhyperplasie, Endometriumkarzinom).

1.2.5 Diagnostik und Therapie des Ovarialkarzinoms (Statements)

Erstfassung	2000
Überarbeitung	2007 Gültigkeit im Jahr 2008 bestätigt.
Beteiligte Fachgesellschaften, Arbeitsgemeinschaften und Organisationen	<p>Deutsche Krebsgesellschaft</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie • Arbeitsgemeinschaft Supportivmaßnahmen in der Onkologie • Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie • Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie • Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation, Nachsorge und Sozialmedizin • Chirurgische AG Onkologie <p>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie <p>Berufsverband der Frauenärzte Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin Deutsche Gesellschaft für Pathologie Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie Deutsche Gesellschaft für Ultraschall Deutsche Röntgengesellschaft Frauenselbsthilfe nach Krebs Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege</p>
Autoren der letzten Überarbeitung	<p>Prof. Dr. med. B. Schmalfeldt, München (Koordination) Prof. Dr. med. J. Pfisterer, Kiel (Koordination) Dipl.-Ing. A. Prescher (Redaktion) PD Dr. med. I. Kopp, Marburg (Moderation) Prof. Dr. med. J. Diebold, Luzern (Schweiz) Prof. Dr. med. J. Dietel, Berlin Prof. Dr. med. A. du Bois, Wiesbaden C. Döring, Halle Prof. Dr. med. R. Engenhardt-Cabillic, Marburg Prof. Dr. med. N. Frickhofen, Wiesbaden B. Hill, Meckenbeuren Dr. med. K. König, Steinbach Prof. Dr. med. F. Kommoss, Mannheim Prof. Dr. med. J. Kotzerke, Dresden Prof. Dr. med. R. Kreienberg, Ulm Dr. rer. nat. L. Kraut, Idar-Oberstein Prof. Dr. med. H.-J. Lück, Wiesbaden Dr. med. B. Maier, Wiesbaden Prof. Dr. med. W. Meier, Düsseldorf Prof. Dr. med. E. Petri, Schwerin Prof. Dr. med. J. Pfisterer, Kiel Prof. Dr. med. P. D. Piso, Regensburg Prof. Dr. med. H. J. Prömpeler, Freiburg Dr. med. B. A. Radeleff, Heidelberg Prof. Dr. med. A. Rempen, Schwäbisch-Hall PD Dr. med. J. Sehouli, Berlin Prof. Dr. Dr. med. R. Schröck, Scheidegg Dr. med. M. Steiner, Ihringen Prof. Dr. phil. J. Weis, Freiburg</p>
Anmerkungen	<p>Statements der S2k-Leitlinie Langfassung, Methoden- und Leitlinienreport siehe Homepages der DGGG und der AWMF Als Buch ist die Leitlinie erschienen beim Zuckschwerdt-Verlag.</p>