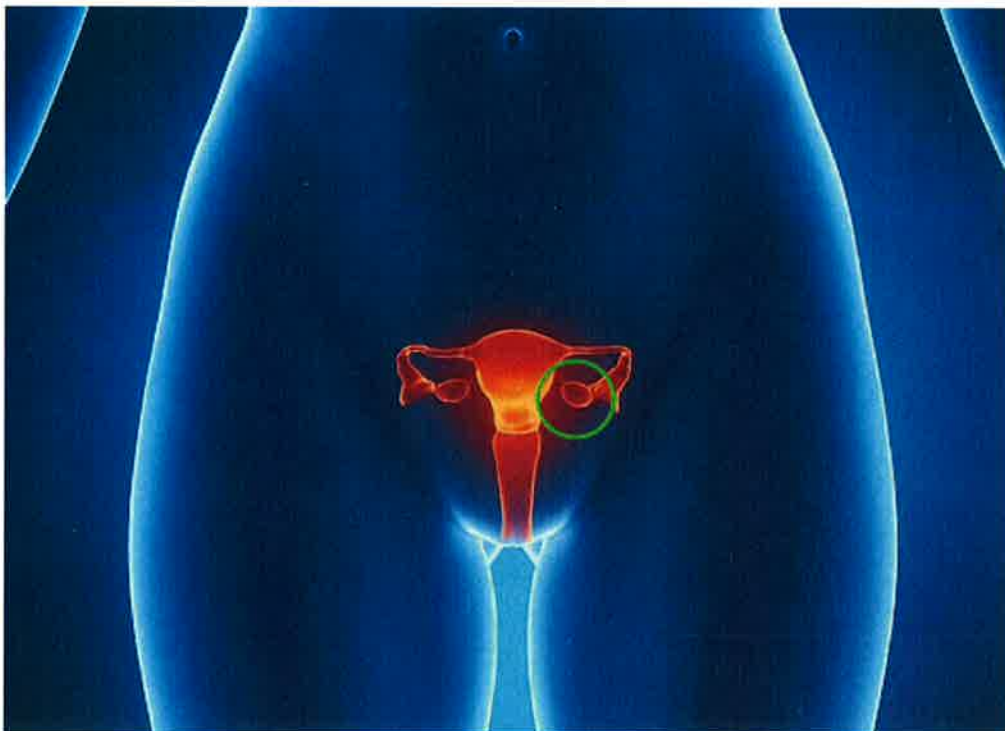


Interne Leitlinie
Tumorzentrum Luzerner Kantonsspital

Ovarial-Karzinom
Borderlinetumor des Ovars
Tubenkarzinom



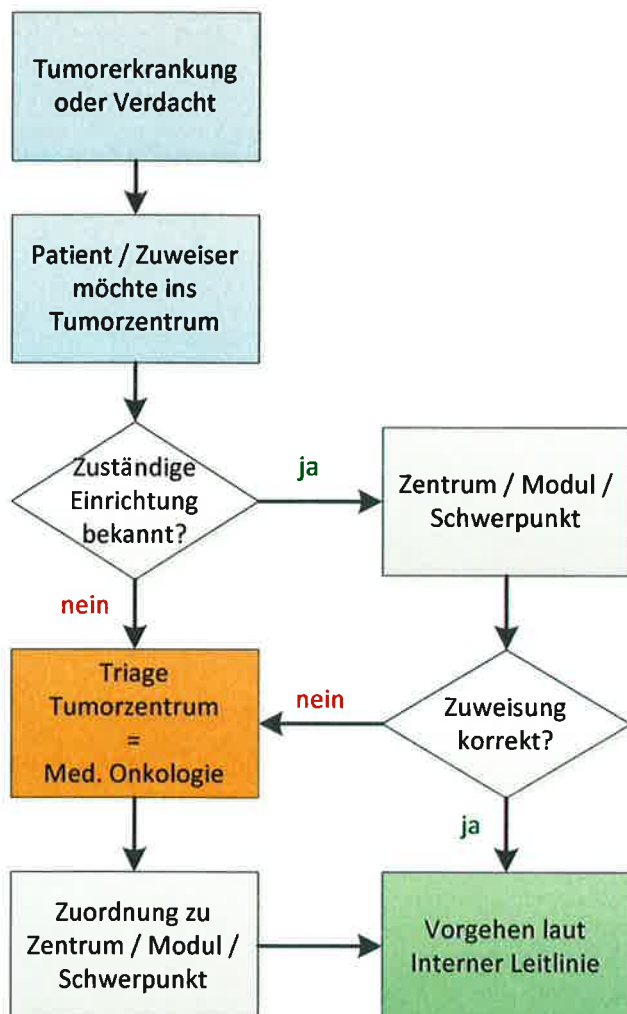
Ovarialkarzinom / Borderlinetumor des Ovars / Tubenkarzinom

Inhaltsverzeichnis*

Eingang ins Onkologische Zentrum.....	3
Übersichtsplan	4
Zugrundeliegende Leitlinien.....	5
Prävention und Früherkennung	5
Eintrittswege in das Gynäkologische Tumorzentrum	6
Diagnostik	7
Primär	7
Pathologische Befundung	9
Tumorkonferenz.....	10
Therapie	10
Primärtherapie.....	10
Neoadjuvante Therapie (Radio-, Pharmakotherapie)	10
Operative Therapie	10
Adjuvante Therapie	12
Rezidivtherapie	13
Operative Therapie	13
Radiotherapie	13
Medikamentöse Tumorthherapie.....	13
Nachsorge	13
Lebensqualitätsfördernde Dienste	14
Psychoonkologie	14
Sozial- und Austrittsberatung, Spitex, Krebsliga.....	14
Weitere Dienste	14
Palliative Care	15
Autorenschaft	16
Abkürzungen und Begriffe	17
Dokumentenhistorie	18

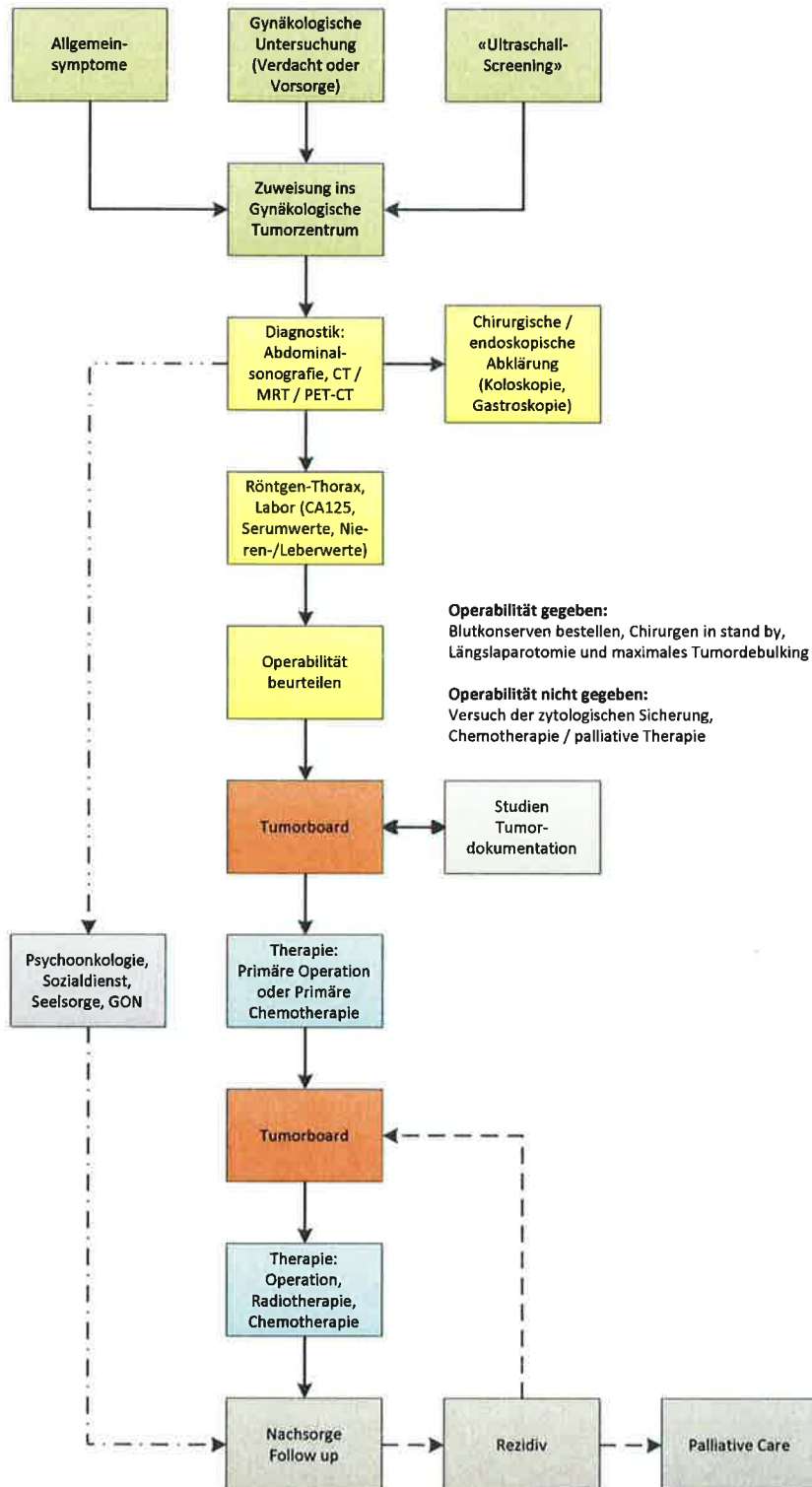
Ovarialkarzinom / Borderlinetumor des Ovars / Tubenkarzinom

Eingang ins Onkologische Zentrum



Ovarialkarzinom / Borderlinetumor des Ovars / Tubenkarzinom

Übersichtsplan



Erstellt: Gitta Hornke
OÄ mbF Gynäkologie

Datum: 05.04.2014

Freigegeben:
siehe Unterschriften Autorenschaft

Datum: 05.04.2014

Version: 1

Datei: tzluks_interne
LL_Ovarialkarzinom_NEU_2016.05.20.docx

Interne Leitlinie

Ovarialkarzinom / Borderlinetumor des Ovars / Tubenkarzinom

Zugrundeliegende Leitlinien

Name Leitlinie	Erstellende Organisation
Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumore	DGGG, DKG, DKH, AWMF
Ovarian cancer: The recognition and initial management of ovarian cancer	NICE
Newly Diagnosed and Relapsed Epithelial Ovarian Carcinoma	ESMO
Non-Epithelial Ovarian Cancer	ESMO
Ovarian Cancer	NCCN

Prävention und Früherkennung

Ein generelles Screening durch Vaginalsonografie oder Tumormarkerbestimmung CA 125 wird nicht empfohlen.

Ein genetisches Risiko besteht bei ca. 10 % der Ovarialkarzinome, eine Empfehlung zur genetischen Beratung im Zentrum für Familiäres Mamma- und Ovarialkarzinom sollte bei folgender Konstellation erfolgen:

1. Familien oder einzelne Betroffene mit Mamma- und Ovarialkarzinomen bzw. 2 oder mehr Ovarialkarzinomen
2. Familien mit 2 oder mehr Betroffenen mit Mammakarzinom, davon mindestens 2 vor 50. LJ.
3. Einzelfall bilaterales Mammakarzinom mit Erkrankung vor 40 LJ
4. Einzelfall Erkrankung vor 35. LJ
5. Familien mit 2 oder mehr Betroffenen mit Mammakarzinom, davon 1 vor 50. LJ
6. Gehäuftes familiäres Auftreten von Darm- und Endometriumkarzinomen (HNPCC)

Die prophylaktische bilaterale Adnexektomie nach abgeschlossener Familienplanung scheint die effektivste Methode zur Senkung des Erkrankungsrisikos und der Mortalität bei hereditären Ovarialkarzinomen zu sein.

Borderlinetumore des Ovars sind nicht mit BRCA1 oder BRCA2 Mutationen vergesellschaftet.

Interne Leitlinie

Ovarialkarzinom / Borderlinetumor des Ovars / Tubenkarzinom

Eintrittswege in das Gynäkologische Tumorzentrum

Die Patientinnen werden in der Gynäkologischen Tumorsprechstunde vorgestellt.

Zuweiser in der Primärsituation sind vor allem Gynäkologen und Hausärzte.

Die Verteilung der Zuständigkeiten ist wie folgt:

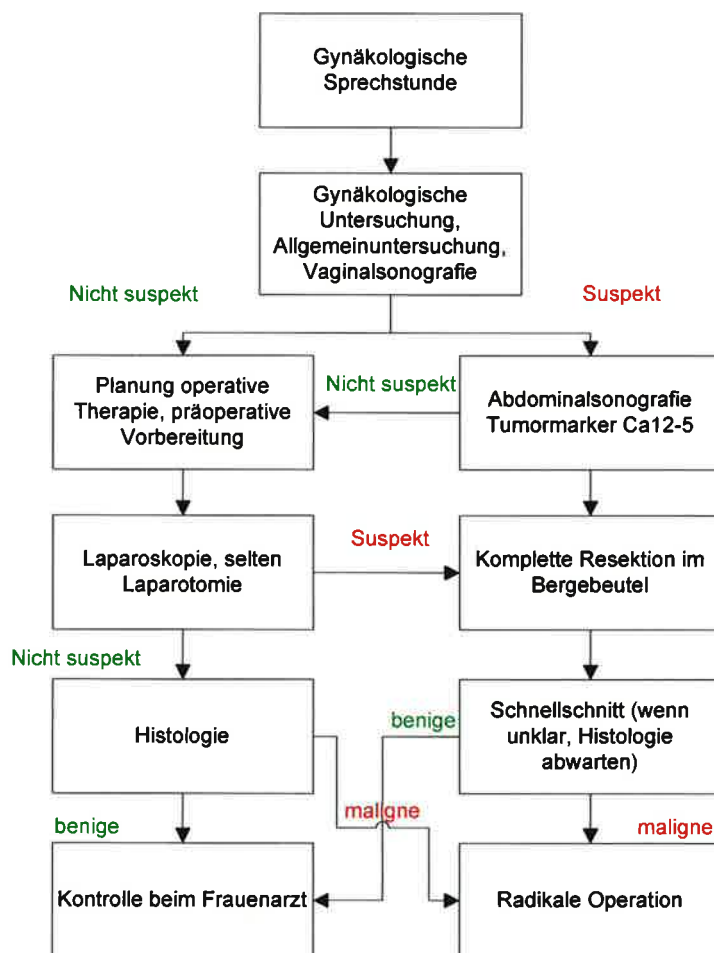
Malignom, gesichert oder V.a.	Allgemeines Gyn. Ambulatorium	Gynäkologische Tumorsprechstunde	Niedergelassene Ärzte	Gyn. stationär
prästationäre Vorstellung		x		
Chefvorstellung/Aufklärungsgespräch		x		
Abschlussgespräch		x		x
Nachsorge		x	x	

Präinvasive Genitalveränderung	Allgemeines Gyn. Ambulatorium, Dysplasie-Sprechstunde	Gynäkologische Tumorsprechstunde	Niedergelassene Ärzte	Gyn. stationär
prästationäre Vorstellung		x		
Aufklärungsgespräch	x	x		
Abschlussgespräch		x		x
Nachsorge		x	x	

Ovarialkarzinom / Borderlinetumor des Ovars / Tubenkarzinom

Diagnostik

Primär



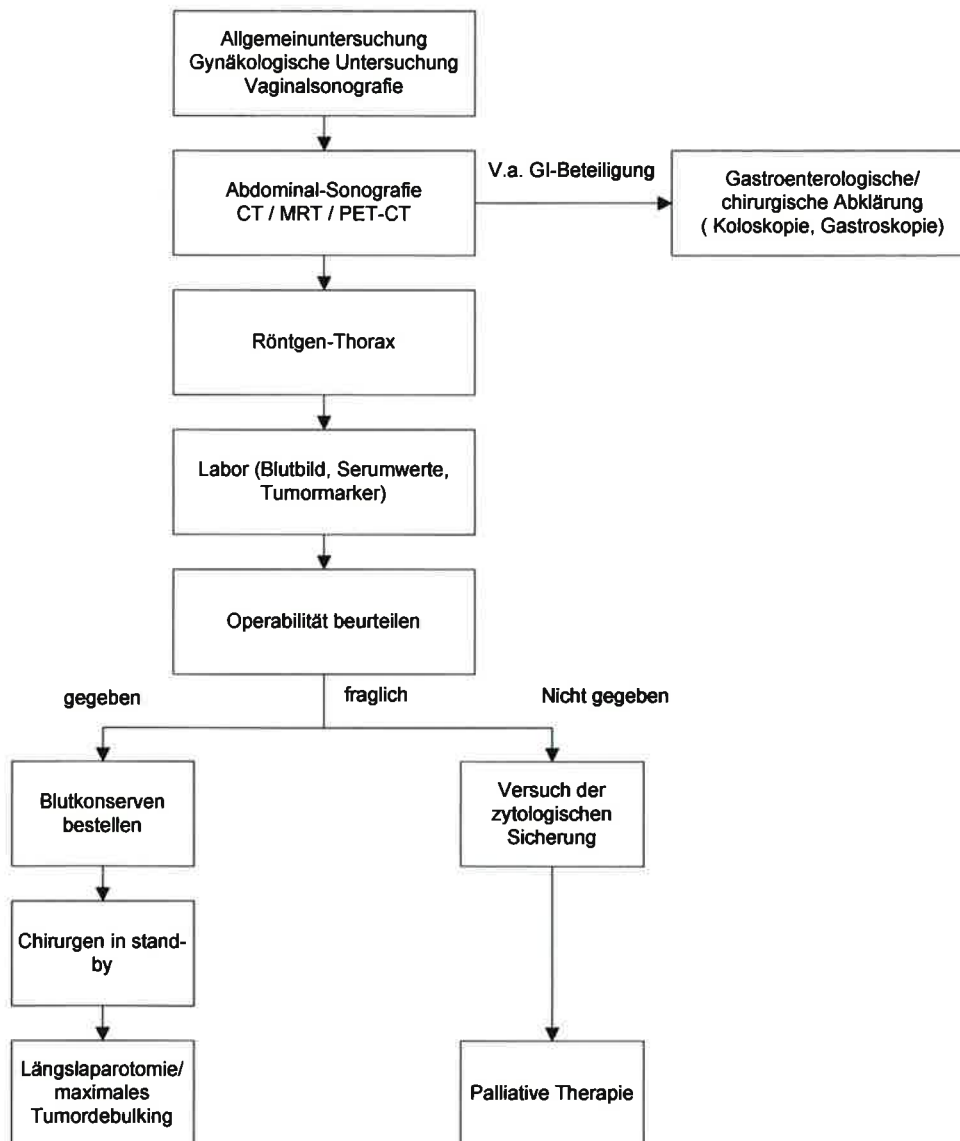
Die Vaginalsonografie ist die Methode der Wahl.

Suspekte Kriterien: Beurteilung mittels IOTA-Kriterien

- Mehrkammrig
- papilläre oder solide Anteile
- intrazystische Strukturen
- zentrale Vaskularisation
- Aszites
- irreguläre Zystenwand
- heterogene Binnenechos

Ovarialkarzinom / Borderlinetumor des Ovars / Tubenkarzinom

Präoperative Diagnostik (s. BB Gyn. Tumorzentrum: "Qualitätssicherung bei V.a. Ovarialkarzinom und präop. Vorbereitung bei V.a. gynäkologische Malignome)



Nachsorge/Therapie im Rezidivfall

Nachsorge nach Absprache mit der Patientin. Periodische gynäkologische und allgemeine Untersuchung. Die Messung von CA125 in der Nachsorge verbessert die Prognose nicht; dasselbe trifft vermutlich für Schnittbildverfahren zu..

Die Bestimmung von Tumormarkern erfolgt nach Absprache mit den Patientinnen. Bei ansteigendem Tumormarker oder bei spezifischen Symptomen erfolgt die gezielte Bildgebung. In Anlehnung an die Ergebnisse der DESKTOP I/II Studien werden Patientinnen für eine Rezidivoperation versus palliative systemische Therapie selektiert.

Interne Leitlinie

Ovarialkarzinom / Borderlinetumor des Ovars / Tubenkarzinom

Pathologische Befundung

<http://www.cancer.gov/types/ovarian>

Stadieneinteilung nach FIGO

FIGO-Klassifikation Ovarialkarzinom

10. Juni 2014

Neufassung der FIGO-Stadieneinteilung für das Ovarialkarzinom zum 1. Januar 2014. Änderungen sind hervorgehoben.

Prat J: Staging classification for cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. *Int J Gynaecol Obstet* 124: 1-5 (2014)

- I Tumor auf die Ovarien beschränkt
 - A auf ein Ovar beschränkt, Kapsel intakt, Ovarialoberfläche tumorfrei, negative Spülzytologie
 - B Befall beider Ovarien, ansonsten wie Stadium IA
 - C Tumor befällt ein Ovar oder beide Ovarien
 - 1 iatrogene Kapselruptur
 - 2 präoperative Kapselruptur oder Tumor auf der Ovarialoberfläche
 - 3 maligne Zellen im Ascites oder in der Spülzytologie nachweisbar
- II Tumor auf einem oder beiden Ovarien mit zytologisch oder histologisch nachgewiesener Ausbreitung in das kleine Becken oder primäres Peritonealkarzinom
 - [1]
 - A Ausbreitung und/oder Tumorimplantate auf Uterus und/oder Tuben
 - B Ausbreitung auf weitere intraperitoneale Strukturen im Bereich des kleinen Beckens
- III Tumor auf einem oder beiden Ovarien mit zytologisch oder histologisch nachgewiesener Ausbreitung außerhalb des kleinen Beckens und/oder retroperitoneale Lymphknotenmetastasen
 - A retroperitoneale Lymphknotenmetastasen und/oder mikroskopische Metastasen außerhalb des kleinen Beckens
 - 1 ausschließlich retroperitoneale Lymphknotenmetastasen
 - i Metastasen ≤ 10 mm
 - ii Metastasen > 10 mm
 - 2 mikroskopische extrapelvine Ausbreitung auf das Peritoneum außerhalb des kleinen Beckens mit oder ohne retroperitoneale Lymphknotenmetastasen
 - B makroskopische extrapelvine Ausbreitung auf das Peritoneum außerhalb des kleinen Beckens ≤ 2 cm mit oder ohne retroperitoneale Lymphknotenmetastasen; schließt eine Ausbreitung auf die Leberkapsel und die Milz ein
 - C makroskopische extrapelvine Ausbreitung auf das Peritoneum außerhalb des kleinen Beckens > 2 cm mit oder ohne retroperitoneale Lymphknotenmetastasen; schließt eine Ausbreitung auf die Leberkapsel und die Milz ein
- IV Fernmetastasen mit Ausnahme peritonealer Metastasen
 - A Pleuraerguss mit positiver Zytologie
 - B Parenchymale Metastasen der Leber und/oder der Milz, Metastasen zu außerhalb des Abdomens gelegenen Organen (einschließlich inguinaler Lymphknotenmetastasen und/oder anderer außerhalb des Abdomens gelegener Lymphknotenmetastasen)

[1] Stadium IIC der alten FIGO-Klassifikation entfällt.

Erstellt: Gitta Hornke
O&E mbF Gynäkologie

Freigegeben:
siehe Unterschriften Autorenschaft

Version: 1

Datum: 05.04.2014

Datum: 05.04.2014

Datei: tzuks_interne
LL_Ovarialkarzinom_NEU_2016.05.20.docx

Interne Leitlinie

Ovarialkarzinom / Borderlinetumor des Ovars / Tubenkarzinom

Tumorkonferenz

Es gilt die Richtlinie zum Tumorboard des Tumorzentrums Luzerner Kantonsspital. Die Möglichkeit einer Studienteilnahme wird grundsätzlich diskutiert.

Zeit	Ort	Teilnehmer	Vorstellungsmodus
Montag, 16.00	Aerzte Rapportraum NFKL	Gynäkologie Medizinische Onkologie Radiologie Radioonkologie Pathologie	• Alle Patienten nach histologischer Sicherung und vor der ersten Therapie • Alle Patienten nach Ersttherapie • Neuauftreten eines Rezidivs • Vorstellung aller neu metastasierten Patienten

Therapie

Primärtherapie

Neoadjuvante Therapie (Radio-, Pharmakotherapie)

Eine neoadjuvante Chemotherapie bei Ovarialkarzinom erfolgt nur in Ausnahmefällen im Konsens nach Tumorboardvorstellung, primär steht die zytoreduktive Therapie mittels Operation im Vordergrund.

Operative Therapie

Bei kleinen Tumoren und apparativem Verdacht auf ein Ovarialkarzinom ist die primäre Laparotomie indiziert. Ergibt sich im Rahmen einer Laparoskopie der dringende Verdacht auf einen malignen Prozess oder wird dieser durch histologische Schnellschnittuntersuchung bestätigt, sollte die definitive Operation per laparotomiam ein- oder zweizeitig erfolgen.

(Ausnahme bilden FIGO I Tumore oder Borderline-Tumore, bei denen ohne Hinweis für extrapelvinem Tumorbefall die Laparoskopie nicht von Nachteil zu sein scheint.)

Interne Leitlinie

Ovarialkarzinom / Borderlinetumor des Ovars / Tubenkarzinom

Laparoskopische zweizeitige Operationstechnik

- sorgfältige Inspektion des kleinen Beckens sowie des Mittel- und Oberbauchs
- Zysten sollten in toto entfernt werden, lediglich funktionelle Zysten können gefenstert werden
- Bei suspektem Ovarialtumor: Aspiration von Douglasssekret oder Lavage des kleinen Beckens vor Manipulation am Tumor
- Inspektion Oberfläche des Prozesses, seinem Ausgangspunkt und Ausbreitung
- Unversehrte Präparation, Bergung in Bergebeutel und Entfernung
- Bei postmenopausalen Frauen als Ovar-/ Adnexektomie

Operative Therapie bei frühem Ovarialkarzinom (FIGO I-IIA)

- Längsschnittlaparotomie
- Peritonealzytologie (Aszites/Peritonealflüssigkeit oder Spülung mit physiolog. Kochsalzlösung)
- Inspektion und Palpation der gesamten Abdominalhöhle
- Biopsien aus allen auffälligen Stellen
- Peritonealbiopsien auch aus unauffälligen Regionen (Harnblase-, Douglasperitoneum, parakolische Rinnen, Zwerchfell)
- Adnexextirpation bds., hohes Absetzen der Gefäßbündel, Vermeidung Kapselruptur
- Omentektomie, mind. infrakolisch
- Appendektomie (bei muzinösen oder intraoperativ unklarem Tumortyp)
- Pelvine Lymphonodektomie bds., paraaortale Lymphonodektomie (bis Höhe der Venae renales)

Bei gesichertem Stadium FIGO Ia, G1 ist ein fertilitätserhaltendes Vorgehen (Erhalt des kontralateralen Ovars und Uterus) möglich.

Die vollständige Entfernung aller makroskopisch erkennbaren Tumormanifestationen ist essentiell.

Operative Therapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (FIGO IIB – IV)

Der postoperative Tumorrest ist nach dem Stadium stärkster unabhängiger Prognosefaktor.

Patientinnen mit Resttumor kleiner 1 cm haben einen signifikanten Überlebensvorteil gegenüber Patientinnen mit Tumorrest > 1 cm. Den deutlichsten Vorteil haben aber diejenigen Patientinnen, die makroskopisch tumorfrei operiert werden.

Der Resektionsstatus ist im Operationsbericht anzugeben.

Basisoperation

- Adnexektomie bds. Über retroperitonealer Zugang, hohes Absetzen, Hysterektomie
- Infragastr. Omentektomie
- Resektion infiltrierter Dünn- und Dickdarmanteile
- Resektion von befallenem Peritoneum
- Appendektomie bei makroskopischem Befall oder muzinösen Subtyp.

Interne Leitlinie

Ovarialkarzinom / Borderlinetumor des Ovars / Tubenkarzinom

- pelvine- u. paraaortale Lymphonodektomie bei makroskopischer Tumorfreiheit; Resektion vergrößerter Lymphknoten bei makroskopischen Befall und postoperativem Tumorrest von weniger als 1 cm; keine Lymphadenektomie bei postoperativem Tumorrest von mehr als 1cm.
- Oberbauchchirurgie (Leberteilresektion, Splenektomie, Pankreasteilresektion) nur wenn dadurch Tumorfreiheit erreicht werden kann.
- Resektion Zwerchfellperitoneum, wenn hierdurch die gesamte Tumorlast reduziert werden kann.
- Eine Intervalloperation nach initial maximaler Tumorreduktion mit suboptimalem Ergebnis ist nicht sinnvoll (Eine EORTC-Studie zeigte einen Überlebensvorteil für die Intervalloperation bei Patientinnen, bei denen initial keine maximal mögliche Tumorreduktion vorgenommen wurde = Komplettierungsoperation)

Adjuvante Therapie

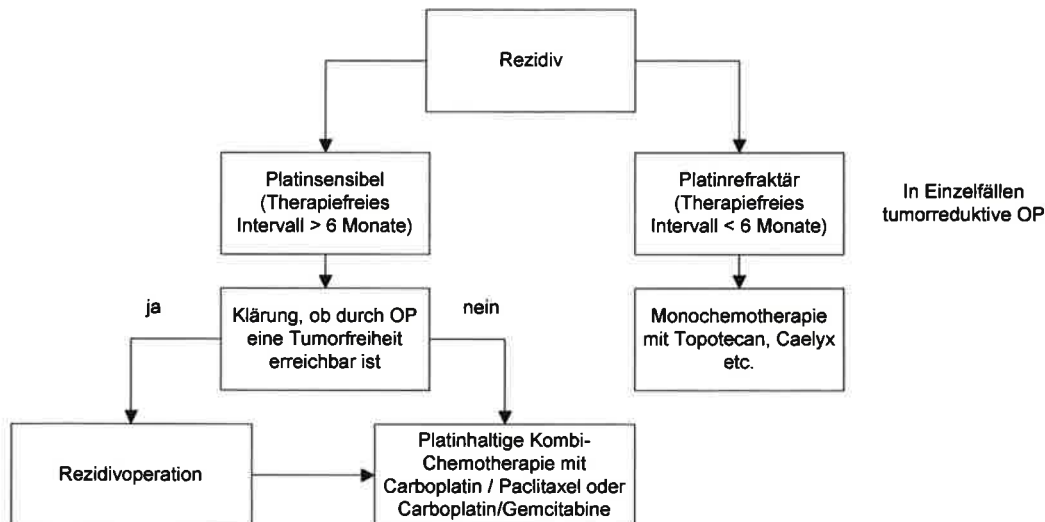
Chemotherapie mit Carboplatin und Paclitaxel als Standard ab Stadium FIGO IA, Grad 2; adjuvante Monotherapie mit Carboplatin ist möglich bei sehr frühen Stadien und als additive Therapie bei Komorbiditäten; bei Patientinnen im Stadium FIGO III mit Residuen und im Stadium IV: Ergänzung mit Bevacizumab.

Einzelheiten → Blaubuch Medizinische Onkologie, Pharmakotherapie des Ovarialkarzinoms.

Interne Leitlinie

Ovarialkarzinom / Borderlinetumor des Ovars / Tubenkarzinom

Rezidivtherapie



Operative Therapie

Einen Überlebensvorteil durch eine Rezidivoperation haben wahrscheinlich nur Patientinnen, die hierdurch tumorfrei operiert werden können.

Operation nur sinnvoll falls solitär und R0 resektabel.

Radiotherapie

Die Radiotherapie kann in der palliativen Situation eine Option sein.

Medikamentöse Tumorthherapie

Hormontherapie	schlecht sensibel
Chemotherapie	gut chemosensibel

Nachsorge

Ziele der Nachsorge

- Erkennung und Behandlung von therapieassoziierten Nebenwirkungen
- Erkennung einer Rezidivkrankung
- Psychosoziale Betreuung
- Lebensqualität
- Möglichkeiten und Ziele rehabilitativer Maßnahmen

Inhalte der Nachsorge:

- Anamnese
- Körperliche Untersuchung inkl. gyn. Spiegel- und Tastuntersuchung, Vaginalsonografie, rektaler Untersuchung
- Kein Tumormarker bei symptomfreier Patientin (Ausnahme: Keimzell / Keimstrangstromatome)
- Keine routinemäßige aufwendige apparative Untersuchung, nur bei klinischem Verdacht

Erstellt: Gitta Hornke
OÄe mbF Gynäkologie

Freigegeben:
siehe Unterschriften Autorenschaft

Version: 1

Datum: 05.04.2014

Datum: 05.04.2014

Datei: tzuks_interne
LL_Ovarialkarzinom_NEU_2016.05.20.docx

Interne Leitlinie

Ovarialkarzinom / Borderlinetumor des Ovars / Tubenkarzinom

- Mammadiagnostik jährlich

Nachsorge erfolgt bei einer Nicht-Studienpatientin durch die betreuenden Frauenärzte oder die gynäkologische Sprechstunde. Die Ergebnisse werden in Berichtform dokumentiert und regelmässig im ODS easy aktualisiert, die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen werden einmal jährlich um Bericht gebeten. Bei Studienpatientinnen erfolgt die Nachsorge gemäß Studienprotokoll im Zentrum zusammen mit dem niedergelassenen Frauenarzt.

Nachsorgeintervalle:

In den ersten 3 Jahren alle 3 Monate, ab dem vierten Jahr sechsmonatig, ab dem sechsten Jahr jährlich.

Parameter für die Tumornachsorge:

CA125	bei Anstieg in 95% Prädiktor für Rezidiv (auch wenn noch im Normbereich) steigt 4-6 Monate vor klinischer Manifestation an Therapie bei lediglich ansteigendem CA125 bringt keinen Effekt für Gesamtüberleben keine Routine-mässige Bestimmung, Empfehlungen allerdings uneinheitlich Besprechen mit der Patientin
CT	Sensitivität ab 40%
PET	Sensitivität 83%, PPV 94%

Alle Patientinnen erhalten nach Diagnosestellung den Nachsorgepass. Hier können sie alle Untersuchungen dokumentieren und haben einen Überblick über den zeitlichen Verlauf.

Lebensqualitätsfördernde Dienste

Psychoonkologie

Der Bedarf an psychoonkologischer Betreuung wird mit Hilfe des Distress-Thermometers ermittelt. Bei einem Wert von >5 und psychischen Beschwerden¹ wird dem Patient die psychoonkologische Betreuung angeboten. Die Psychoonkologie hat einen Therapieaum im Ambulatorium der medizinischen Onkologie. Die Anmeldung erfolgt durch den behandelnden Arzt mit einem Konsilschein an Psychoonkologie, Sekretariat Medizinische Onkologie Haus 28, 1. Stock, LUKS Luzern.

Sozial- und Austrittsberatung, Spitex, Krebsliga

Bei absehbarem Unterstützungsbedarf bezüglich pflegerischer Hilfsmittel, Pflegeinstufung, Kurzzeitpflege oder Heimunterbringung wird der Sozialdienst durch die Station eingeschaltet.

Weitere Dienste

Dem Patienten stehen indikationsspezifisch unterschiedliche Zusatzbetreuungen durch qualifiziertes Fachpersonal zur Verfügung. diese Zusatzberatungen werden durch den behandelnden Arzt verordnet.

Ernährungsberatung

¹ Stehen soziale oder spirituelle Stressfaktoren im Vordergrund ist die Sozialberatung bzw. die Seelsorge beizuziehen.

Interne Leitlinie

Ovarialkarzinom / Borderlinetumor des Ovars / Tubenkarzinom

Stomaberatung
Logopädie
Epithetik
Phoniatrie
Breast Care Nurse
Gynecological Care Nurse

Palliative Care

Das Luzerner Kantonsspital verfügt über eine Palliativ Station. Zudem gibt es Kooperationsvereinbarungen mit dem Brückendienst der SPITEX Stadt Luzern für ambulante Palliativversorgung und mit Viva Luzern, welche über ein stationäres Hospiz mit palliativer Pflegestation verfügt.

Interne Leitlinie

Ovarialkarzinom / Borderlinetumor des Ovars / Tubenkarzinom

Autorenschaft

Datum: Luzern Mai 2016

Unterschriften:



Prof. Dr. A. Günthert
Chefarzt Neue Frauenklinik



Prof. Dr. St. Aebi
Chefarzt Medizinische Onkologie



Dr. med. B. Kipp
Leitende Ärztin Neue Frauenklinik

Dr. med. T. Collen
Co-Chefarzt Radioonkologie



Dr. med. C. Kurtz
Leitende Ärztin Radiologie



Dr. med. R. Sperb
Co-Chefarzt Medizin Sursee



Erstellt: Gitta Hornke
OAe mbF Gynäkologie

Datum: 05.04.2014

Freigegeben:
siehe Unterschriften Autorenschaft

Datum: 05.04.2014

Version: 1

Datei: tziuks_interne
LL_Ovarialkarzinom_NEU_2016.05.20.docx

Ovarialkarzinom / Borderlinetumor des Ovars / Tubenkarzinom

Abkürzungen und Begriffe

Abkürzung und Begriffe	Erklärung
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft
DGVS	Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
ESMO	European Society for Medical Oncology - die Europäische Gesellschaft für Medizinische Onkologie
S3-Leitlinie	Nach dem System der AWMF werden Leitlinien in vier Entwicklungsstufen von S1 bis S3 entwickelt und klassifiziert, wobei S3 die höchste Qualitätsstufe der Entwicklungsmethodik ist. S1: von einer Expertengruppe im informellen Konsens erarbeitet S2k: eine formale Konsensfindung hat stattgefunden S2e: eine systematische „Evidenz“-Recherche hat stattgefunden S3: Leitlinie mit zusätzlichen/allen Elementen einer systematischen Entwicklung (Logik-, Entscheidungs- und „Outcome“-Analyse, Bewertung der klinischen Relevanz wissenschaftlicher Studien und regelmäßige Überprüfung) Die methodische Qualität einer S3-Leitlinie ist dementsprechend höher einzuschätzen als die einer S2- oder S1-Leitlinie. Die überwiegende Mehrheit (knapp 70 %) aller Leitlinien der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften sind S1-Leitlinien.
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
FIGO	Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (franz. für „Internationale Vereinigung für Gynäkologie und Geburtskunde“). Diese Vereinigung hat mit der FIGO-Klassifikation eine klinische Stadieneinteilung (Lokalisation, Ausdehnung) gynäkologischer Tumoren vorgenommen. Die FIGO-Stadien basieren auf einem klinischen Staging. Im Gegensatz hierzu basiert die TNM-Klassifikation auf chirurgischen und/oder pathologischen Kriterien. FIGO wurde 1954 gegründet und hat heute 110 nationale Fachgesellschaften als Mitglieder. Der Sitz ist Genf.
KG	Krankengeschichte

Interne Leitlinie

Ovarialkarzinom / Borderlinetumor des Ovars / Tubenkarzinom

Dokumentenhistorie

Version	Datum	Autor/en	Verteiler	Anlass
Entwurf	02.10.2013	Volm / Donat	Bucher / Commerell	Erstellung der Vorlage
0.1	05.04.2014	Volm	Hornke	Erstellung Vorlage
0.2	05.04.2014	Hornke	Günthert	Erstellung Leitlinie
0.3	04.06.2014	Günthert	Autorenschaft	Ergänzung Leitlinie
0.4	09.06.2014	Donat	Siehe Autorenschaft	Finalisierung
1	10.06.2014	Günthert	Siehe Unterschriften Autorenschaft	Freigabe
2	20.05.2016	B. Kipp		Überarbeitung