

Interne Leitlinie

Tumorzentrum Luzerner Kantonsspital

Zervixkarzinom



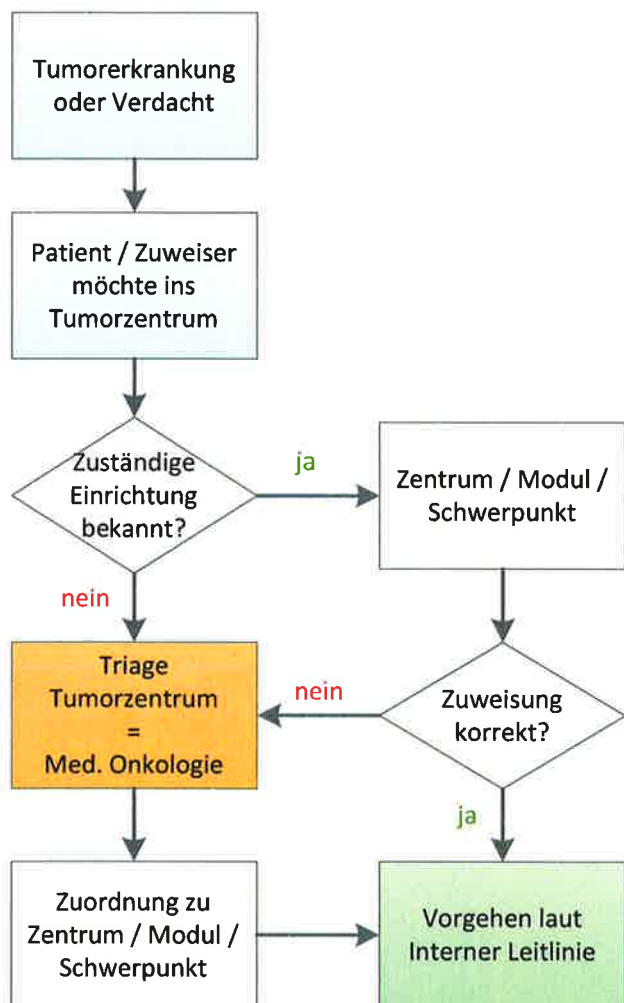
Zervixkarzinom

Inhaltsverzeichnis

Organfestlegung	3
Eingang ins Onkologische Zentrum	3
Übersichtsplan	4
Zugrundeliegende Leitlinien.....	5
Prävention und Früherkennung	5
Eintrittswege in das Gynäkologische Tumorzentrum	5
Diagnostik und präoperative Vorbereitung	6
Pathologische Befundung gemäss Nomenklatur WHO	6
Stadieneinteilung	6
Tumorboard	7
Therapie	7
Primärtherapie	7
Operative Therapie	9
Radio-, Pharmakotherapie	9
Adjuvante Radio- Chemotherapie	10
Rezidivtherapie	10
Nachsorge	11
Lebensqualitätsfördernde Dienste (s. auch Endometriumkarzinom).....	11
Psychoonkologie.....	11
Sozial- und Austrittsberatung, Spitex, Krebsliga	11
Weitere Dienste	11
APN-Modell	12
Palliative Care	12
Autorenschaft.....	13
Abkürzungen und Begriffe	14
Dokumentenhistorie.....	14

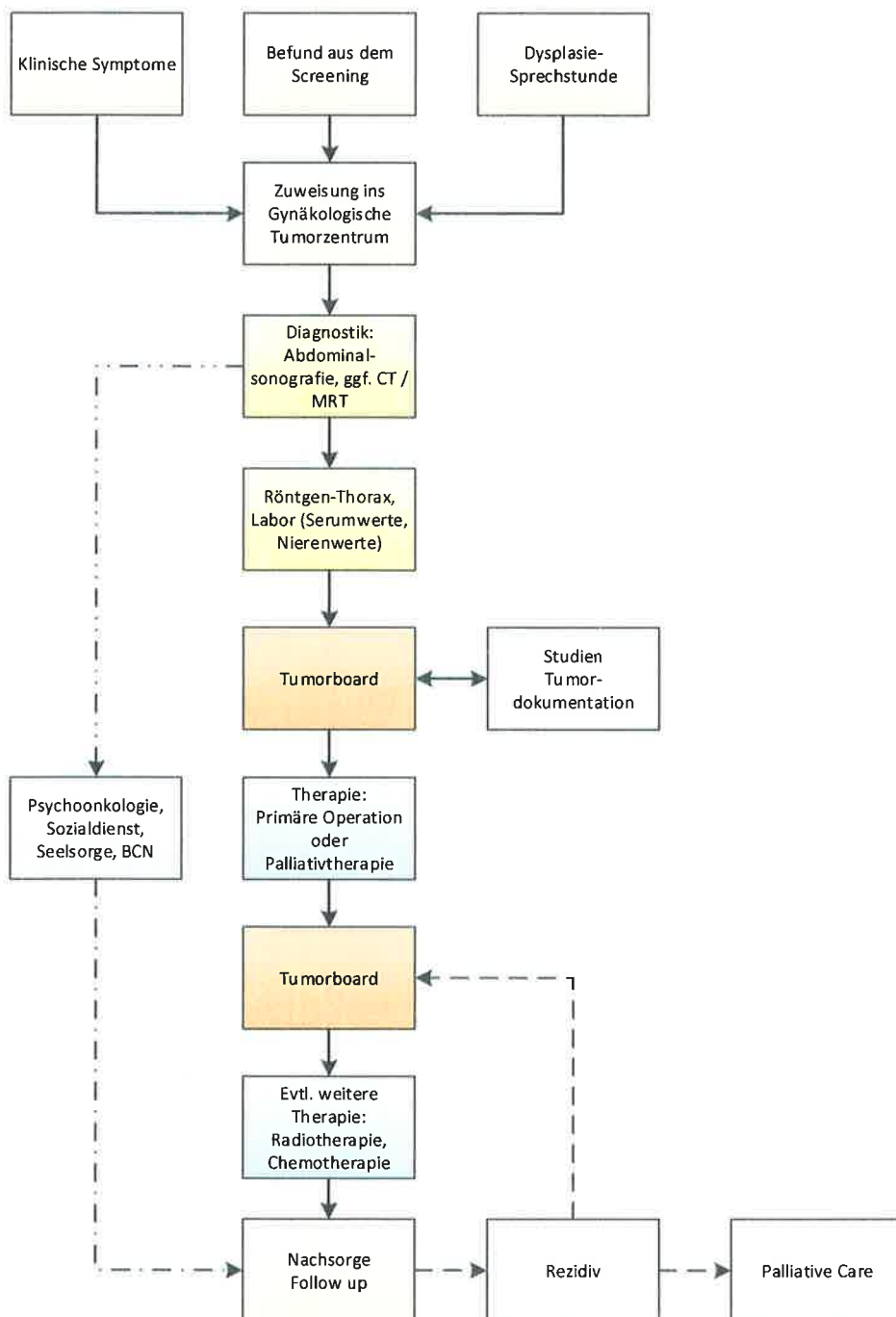
Organfestlegung

Eingang ins Onkologische Zentrum



Zervixkarzinom

Übersichtsplan



Anmerkungen zu

1. Diagnostik mittels PE; VU/RVU, TVS, Nephrosono, ggf. MRT, ggf. Cysto-/Rectoskopie, -> Festlegung Tumorstadium
2. Prätherapeutisches Staging mittels PET-CT
3. Therapie: OP oder RadioCHT primär, je nach Stadium und Leitlinie, Palliativansatz

Zervixkarzinom

Weitere Therapie: postop. RCHT, RT oder OP

Zugrundeliegende Leitlinien

Name Leitlinie	Erstellende Organisation
NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Cervical Cancer	NCCN (www.nccn.org)
NICE Pathways Cervical Cancer	NICE (www.org.uk)
Zervixkarzinom; Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin	AWMF, DKG, DGGG (www.awmf.org/leitlinien)

Prävention und Früherkennung

Primäre Prävention

- Vermeidung genitaler Infektionen mit humanen Papillomviren durch sexuelle Abstinenz, bzw. Verwendung von Kondomen zur Verminderung des Übertragungsrisikos
- Impfung gegen HPV-Typen 16 und 18. Dies kann potenziell mindestens 70 % der Zervixkarzinome verhindern.

Sekundäre Prävention

- Diese wird durch Krebsfrüherkennungsuntersuchung und rechtzeitige Diagnose und Therapie von Krebsvorstufen erreicht. Die lange präklinische Phase ermöglicht das Erkennen und die Therapie von Vorstadien. Es sollte regelmäßig jährlich bis 35 Jahre ein zytologischer Abstrich der Portiooberfläche und intrazervikal möglichst unter kolposkopischer Sicht erfolgen. Ab dem 35. Lebensjahr können die Abstriche in längeren Abständen erfolgen, sofern ein HPV-negativer Abstrich vorliegt.
- Bei auffälligen Befunden sollte eine kolposkopisch gezielte Biopsie entnommen werden.

Eintrittswege in das Gynäkologische Tumorzentrum

Die Patientinnen werden in der Gynäkologischen Tumorsprechstunde, bzw. in der allgemeinen Sprechstunde vorgestellt. Zuweiser in der Primärsituation sind vor allem Gynäkologen und Hausärzte/hauseigene Dysplasiesprechstunde. Häufig liegt bereit das Ergebnis der Biopsie oder Konisation vor.

Die Verteilung der Zuständigkeiten ist wie folgt:

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

Zervixkarzinom

Diagnostik und präoperative Vorbereitung

(s. auch VA präoperative Vorbereitung bei V.a. gynäkologische Malignome)

Klinik:

- Inspektion der Portio und Vagina
- bimanuelle vaginale und rektovaginale Untersuchung
- Kolposkopie der Vagina und Portio
- Sicherung der Verdachtsdiagnose durch gezielte Gewebeentnahme bei auffälligem Befund oder makroskopisch sichtbarem Tumor
- bei endozervikalem Prozess endocervicale oder fraktionierte Curettage, evtl. mit Hysteroskopie,
- Lymphknotenstatus

Bildgebung:

- Röntgen-Thorax oder CT-Thorax
- transvaginale Sonographie, Sonographie Nieren und Leber
- ggfs. Zystoskopie (Spülzytologie) und Rektoskopie zum Ausschluss eines Tumoreinbruch
- ab Stadium FIGO IB1, ggfs. MRT zur Diagnostik der Tumorausbreitung
- ab FIGO IB1 PET-CT

- Sonographie der Skalenusregion zur Detektion von Lymphknoten
- Stanzbiopsie sonographisch auffälliger Lymphknoten im Bereich des Halses oder der Skalenusregion

Labor:

- Blutbild, Elektrolyte, Gerinnung, Kreatinin, Transaminasen, AP, Gamma-GT,
- Urinstatus
- Keine Tumormarker in der Routine

Pathologische Befundung gemäss Nomenklatur WHO

Stadieneinteilung

<http://www.cancer.gov/publications/pdq/information-summaries/adult-treatment>

bzw.

Histologische Klassifikation der Präkanzerose und des invasiven Zervixkarzinomes erfolgt nach Vorgaben der WHO/ FIGO. Die postoperative Stadieneinteilung erfolgt gemäß der TNM-Klassifikation.

Mindestanforderung an den histologischen Befundbericht des Zervixkarzinoms:

- Tumorstadium
- pelvine Lymphknotenmetastasen
- Tumorgröße und Invasionstiefe
- Grading
- histologischer Tumortyp
- Gefäß- und Lymphgefäßeinbrüche
- R-Klassifikation

Interne Leitlinie

Zervixkarzinom

Tumorboard

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

Patientinnen mit Zervixkarzinom werden prätherapeutisch bereits am Tumorboard vorgestellt.

Zeit	Ort	Teilnehmer	Vorstellungsmodus
Montag, 16:00	Rapportraum NFKL	Gynäkologe Medizinischer Onkologe Radiologe Radioonkologe Pathologe	- Alle Patienten nach histologischer Sicherung und vor der ersten Therapie - Alle Patienten nach Ersttherapie - Neuaufreten eines Rezidivs

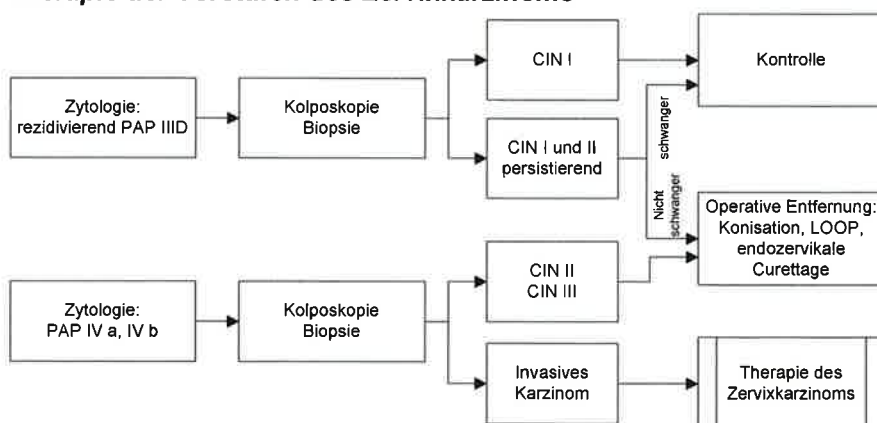
Therapie

Primärtherapie

Indikationsspezifisch (nach Vorstellung im Tumorboard)

- In den Frühstadien und insbesondere bei prämenopausalen Patientinnen wird die Operation empfohlen.
- Operation und simultane Radio-Chemotherapie führen im Stadium IB bis II zu prinzipiell gleichwertigen Langzeitergebnissen bei unterschiedlichem Rezidivmuster und Nebenwirkungsprofil der Therapien.
- Im Stadium III besteht meist die Indikation zur simultanen Radio-Chemotherapie.
- Die Therapiewahl im Stadium IV sollte individuell erfolgen. Bei einer zentralen Tumormanifestation und freien Beckenwandverhältnissen mit Blasen- und/oder Rektuminfiltration sollte die Exenteration erwogen werden.
- bei präoperativen Risikofaktoren wie Bulky Disease, bildgebendem Verdacht auf positive Lymphknoten kann über eine neoadjuvante Chemotherapie diskutiert werden

Therapie der Vorstufen des Zervixkarzinoms

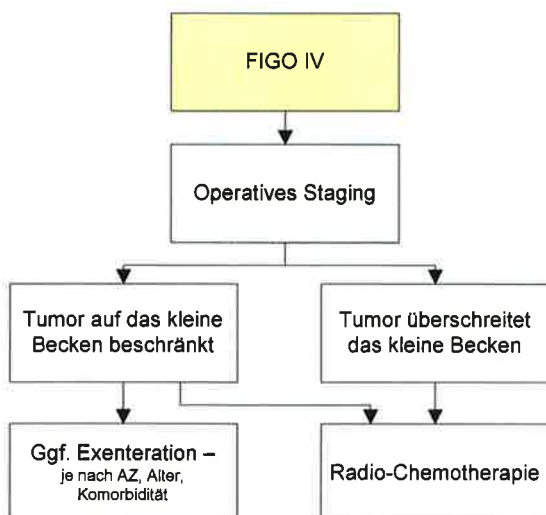
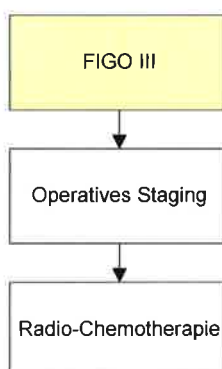
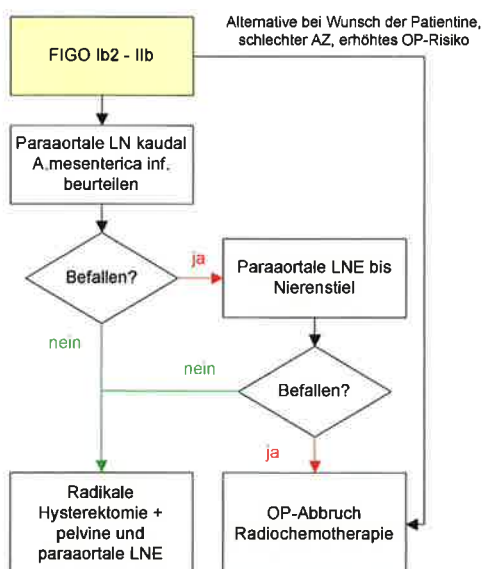
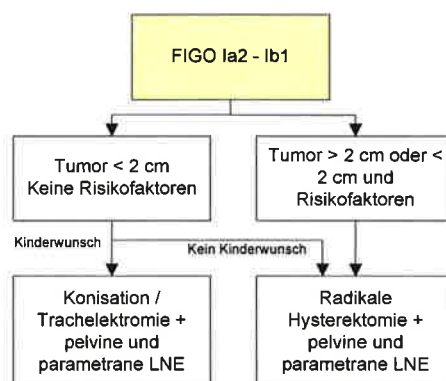
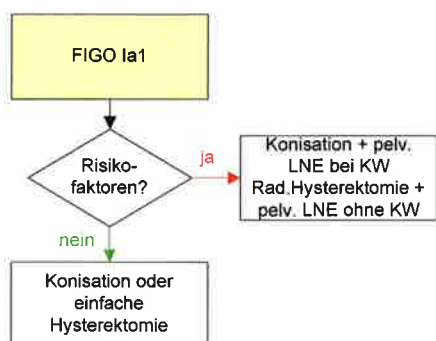


CIN III und Schwangerschaft: 10 wöchige Kontrollen in SS und postpartale Konisation

Interne Leitlinie

Zervixkarzinom

Stadienadaptierte Therapie des Zervixkarzinoms



Zervixkarzinom

Operative Therapie

- Ab FIGO-Stadium IB2 bis IIB sollte die Lymphonodektomie initial paraaortal kaudal der Arteria mesenterica inferior erfolgen. Sind die Lymphknoten tumorbefallen, sollte eine komplette paraaortale Lymphonodektomie bis zum Nierenstiel durchgeführt werden.
- Diese Staging- Lymphonodektomie kann auch laparoskopisch durchgeführt werden. Das Debulking positiver pelviner oder paraaortaler Lymphknoten vor primärer Chemotherapie ist prognoseverbessernd.
- Bei prämenopausalen Patientinnen mit Plattenepithelkarzinom und geplanter Radiochemotherapie wird die endoskopische Ovaropexie empfohlen.
- Die operative Therapie richtet sich nach o. a. Schema. Es muss allerdings jeweils das individuelle Bedürfnis der Patientin berücksichtigt werden, wie z. B. Kinderwunsch und Erhalt der Fertilität etc.
- Eine Sentinelnodebiopsie wird zu Beginn einer geplanten radikalen Operation durchgeführt. Bei positivem Sentinelnode im Schnellschnitt erfolgt die primäre Radiochemotherapie.

Radio-, Pharmakotherapie

- In kurativer Intention immer aus Kombination von perkutaner und Afterloading-Therapie
- simultane Gabe von Cisplatin (40 mg/m² Körperoberfläche/Woche) führt zu signifikanten Verbesserung der lokalen Kontrolle des erkrankungsfreien und Gesamtüberlebens (Abklärung Nierenfunktion und Hörstatus)
- im Stadium FIGO IB1 bis IIA ist wahrscheinlich eine Radiatherapie onkologisch einer radikalen Hysterektomie mit Lymphonodektomie gleichwertig
- perkutan sollten Energien von 10 bis 15 MeV Photonen nach 3D-geplanter Mehrfeldertechnik appliziert werden
- Zielvolumen: makroskopisch Primärtumor (75 bis 85 Gy) und die iliakalen internen, externen und communen sowie präsakralen Lymphabflussgebiete (45 bis 55 Gy)
- Afterloading mit Iridium-192 ist fester Bestandteil in den Stadien I-III. Im Stadium IV muss individuell entschieden werden
- bei persistierendem Tumor ist interdisziplinär im Tumorboard die Entscheidung zur sekundären Hysterektomie, bzw. Exenteration zu stellen

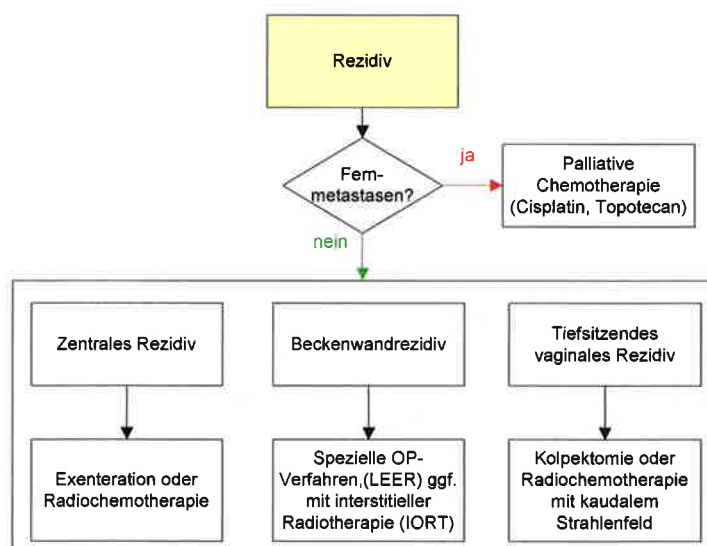
Interne Leitlinie

Zervixkarzinom

Adjuvante Radio- Chemotherapie

- In kurativer Intension immer aus Kombination von perkutaner und Afterloading-Therapie. Adjuvante Radiotherapie reduziert das Lokalrezidivrisiko, verbessert jedoch nicht das Überleben
- Bei Vorliegen folgender Risikofaktoren sollte die Radio-Chemotherapie erfolgen:
 - Positive Lymphknoten
 - Tumor > als 4 cm
 - Tiefe Stromainvasion
 - R1-Resektion
 - Ausgedehnte parametran Infiltration
 - Inadäquate Lymphadenektomie (< 15 entfernte Lymphknoten)
 - Ausgedehnte Lymphangiosis/Hämangiosis
- adjuvante Afterloading-Therapie des Scheidenstumpfes bei besonderen Risiken (Befall der Parametrien und/oder der Scheide, kleine Vaginalmanschette)
- Effektive Substanzen sind Cis-/Carboplatin, Iphosphamid und Topotecan, ggfs. in Kombination mit Anthracyclin, Mitomycin, Taxanen oder Bleomycin

Rezidivtherapie



Therapiemöglichkeiten bei Rezidiv:

- Radiotherapie gut radiosensibel, falls nicht primär Radiotherapie hatte
- Hormontherapie evtl. bei Adenocarcinom, palliativ
- Chemotherapie recht gut chemosensibel, in Palliativsituation
- Operation bei zentr. solitärem Rezidiv, evtl. auch bei Beckenwandrezidiv in kurativer Intention

Zervixkarzinom

Nachsorge

Alle drei Monate klinische Untersuchung, zytologischer Abstrich und Vaginal-/ Abdominalsonografie in den ersten drei Jahren, danach alle sechs Monate bis zum sechsten Jahr, dann jährlich.

Nach Radiochemotherapie erfolgt sechs Monate nach Abschluss der Therapie ein PET-CT zur Beurteilung des Residualtumors und der Restaktivität. Sollte eine solche bestehen, ist die Patientin im Tumorboard vorzustellen, um nachfolgend die Hysterektomie zu evaluieren.

In den ersten zwölf Monaten nach Abschluss der Radiochemotherapie ist die Nierenfunktion zu überprüfen. Bei symptomatischen Patienten sollte eine weitergehende Bildgebung erfolgen

Nebenwirkungen der Therapie

- genitale Atrophie
- Dyspareunie
- Lymphödem der unteren Extremitäten
- Blasen- und Darmentleerungsprobleme (Denervierung)
- radiogene Reaktionen von Ureter, Harnblase, Darm
- postmenopausale Symptomatik

Lebensqualitätsfördernde Dienste (s. auch Endometriumkarzinom)

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 Therapieraum 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, Pflegeeinstufung, Kurzzeitpflege oder Heimunterbringung wird der Sozialdienst durch die Station eingeschaltet.

Weitere Dienste

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

Ernährungsberatung
Stomaberatung
Sexualtherapie
Logopädie
Epithetik

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

Interne Leitlinie

Zervixkarzinom

Phoniatrie
Breast Care Nurse
Gynecological Care Nurse

APN-Modell

Ein APN-Modell wurde etabliert im Sinne eines pflegerischen „Tumor-Coaches“ in Analogie zur Breast Care Nurse. Details sind im „Konzept Pflege im Tumorzentrum“ beschrieben.

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

Zervixkarzinom

Autorenschaft

Datum: Luzern Mai 2016

Unterschriften:



Prof. Dr. A. Günthert
Chefarzt Neue Frauenklinik



Prof. Dr. St. Aebi
Chefarzt Medizinische Onkologie



Dr. G. Hornke
Oberärztin Neue Frauenklinik

Dr. T. Collen
Co-Chefarzt Radioonkologie



Dr. med. W. Arnold
Co-Chefarzt Pathologie



Dr. med. C. Kurtz
Leitende Ärztin Radiologie



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



Zervixkarzinom

Abkürzungen und Begriffe

Abkürzung und Begriffe	Erklärung
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
HPV	Humane Papillomviren
SCC	Squamous-cell-carcinoma-Antigen
PET-CT	Positronen-Emissions-Tomographie und Computertomographie
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics
AZ	Allgemeinzustand

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
1.1	23.11.2015	Zwyssig		Korrektur Inhaltsverzeichnis
1.2	25.04.2016	Hornke		Überarbeitung Leitlinie
2	25.05.16	Günthert	Autorenschaft	Überarbeitung u Freigabe Leitlinie