

Interne Leitlinie

Tumorzentrum Luzerner Kantonsspital

Endometriumkarzinom



Endometriumkarzinom

Inhaltsverzeichnis*

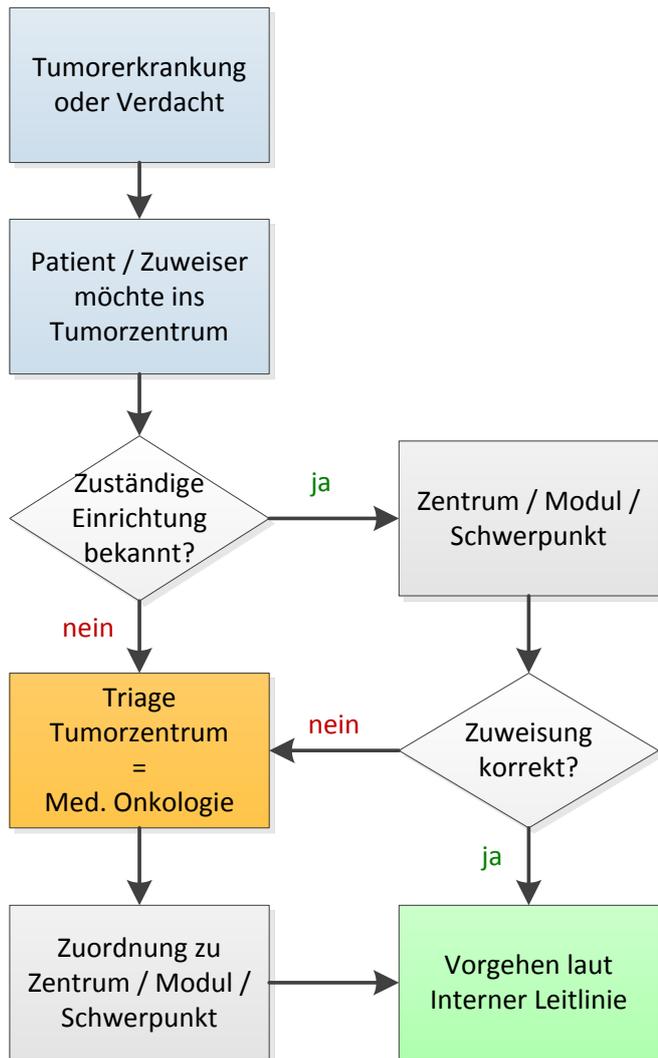
Organfestlegung	3
Eingang ins Onkologische Zentrum	3
Zugrundeliegende Leitlinien	3
Prävention und Früherkennung	4
Eintrittswege in das Gynäkologische Tumorzentrum.....	4
Diagnostik.....	5
Primär	5
Rezidiv.....	6
Pathologische Befundung gemäss Nomenklatur WHO	7
Stadieneinteilung nach AJCC oder UICC	7
Tumorkonferenz	8
Therapie.....	9
Primärtherapie	9
Operative Therapie.....	9
Adjuvante Therapie	10
Rezidivtherapie.....	10
Operativ	10
Radiotherapie	10
Medikamentöse Tumorthherapie	10
Nachsorge.....	11
Lebensqualitätsfördernde Dienste	11
Psychoonkologie.....	11
Sozial- und Austrittsberatung, Spitex, Krebsliga	11
Weitere Dienste.....	11
Palliative Care	13
Autorenschaft.....	14
Abkürzungen und Begriffe.....	15
Dokumentenhistorie.....	15

Endometriumkarzinom

Organfestlegung

	ICD 10
Bösartige Neubildungen des Corpus uteri	C54

Eingang ins Onkologische Zentrum



Zugrundeliegende Leitlinien

Name Leitlinie	Erstellende Organisation
Endometriumkarzinom	DGGG, DKG, AWMF
Endometrial Cancer	ESMO
Uterine Neoplasms	NCCN

Endometriumkarzinom

Prävention und Früherkennung

Ein generelles Screening kann nicht empfohlen werden.

Gezielte Früherkennungsuntersuchungen mit vaginaler Sonographie und anschließender Biopsie des Endometriums sind auch für die Hochrisikogruppe nicht sinnvoll. Dies soll nur bei Symptomen durchgeführt werden.

Hochrisikogruppe:

- Adipositas
- Diabetes mellitus
- bekannte Endometriumhyperplasie
- PCOS (polycystic ovarian syndrome)
- HNPCC (hereditary non polyposis colon cancer)

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. Häufig liegt bereit das Ergebnis der Pipelle de Cornier/Curettag vor bzw. die Diagnostik erfolgt im Haus.

Die Verteilung der Zuständigkeiten ist wie folgt:

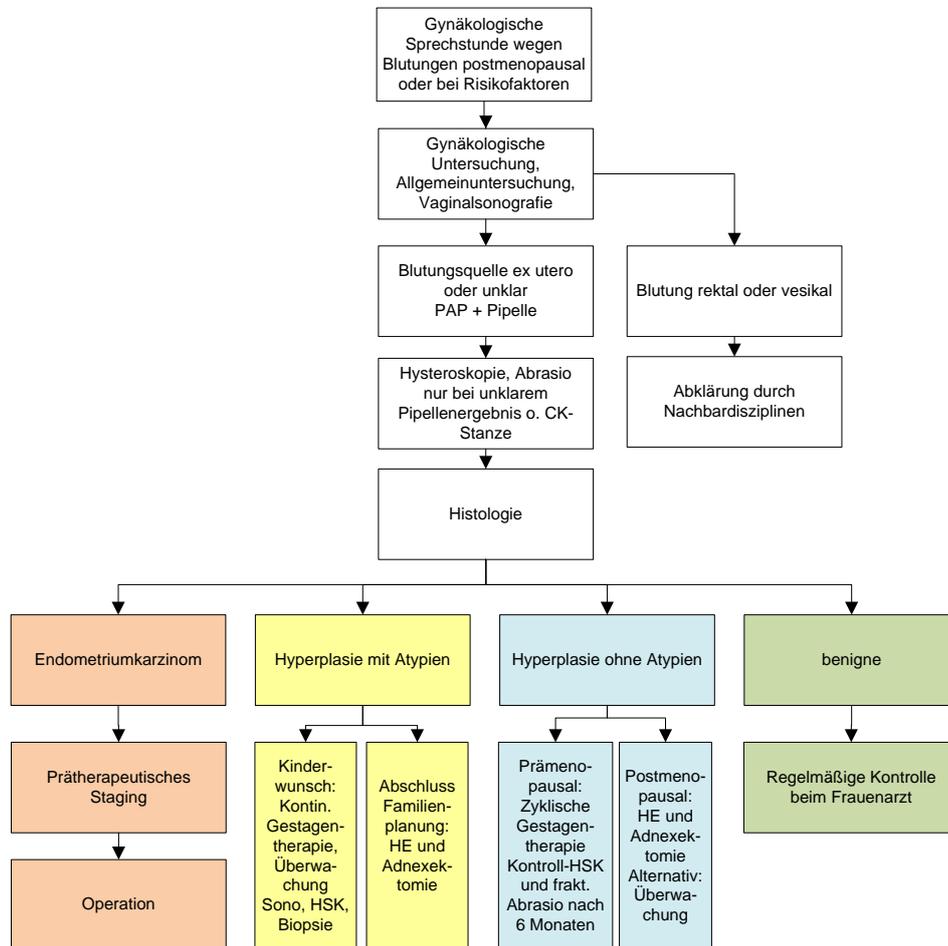
Malignom, gesichert	Allgemeines Gyn. Ambulatorium	Gynäkologische Tumorsprechstunde	Niedergelassene Ärzte	Gyn. stationär
prästationäre Vorstellung		x		
Chefvorstellung/Aufklärungsgespräch		x		
Abschlussgespräch		x		x
Nachsorge		x	x	

Postmenopausenblutung ohne histologische Sicherung	Allgemeines Gyn. Ambulatorium	Gynäkologische Tumorsprechstunde	Niedergelassene Ärzte	Gyn. stationär
prästationäre Vorstellung	x	x		
Aufklärungsgespräch		x		
Abschlussgespräch		x		x
Nachsorge		x	x	

Endometriumkarzinom

Diagnostik

Primär



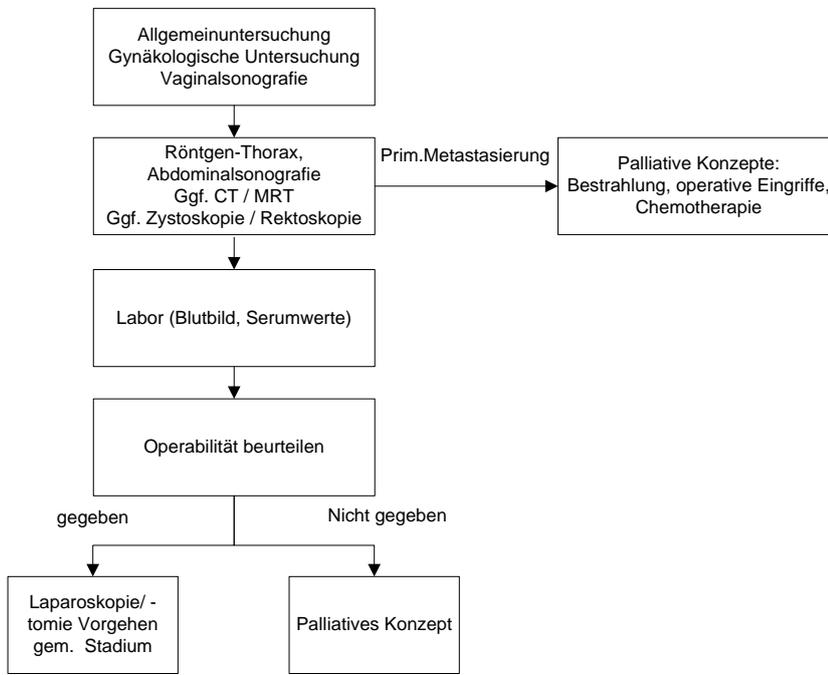
Achtung:

Die Abklärung jeder postmenopausalen Blutung und jeder Blutungsanomalie prämenopausaler Patientinnen mit einem der oben genannten Risikofaktoren ist erforderlich.

Bei Hyperplasie ohne Atypien in der Postmenopause und ohne HRT muss der Hormonstatus überprüft werden und ggf. ein hormonbildender Tumor ausgeschlossen werden.

Endometriumkarzinom

Präoperative Diagnostik



Rezidiv

Die Diagnostik bei Rezidiv-Verdacht muss alle typischen Metastasenlokalisationen umfassen, um das Lokalrezidiv vom generell metastasierten Rezidiv abzugrenzen. Zudem muss der Lokalbefund bezüglich der Operabilität abgeklärt werden, mögliche Bildgebung je nach Untersuchungsbefund

- Sonografie vaginal und abdominal
- PET-CT
- MRT Becken
- Koloskopie/Rektoskopie
- Zystoskopie

Interne Leitlinie

Endometriumkarzinom

Pathologische Befundung gemäss Nomenklatur WHO

Stadieneinteilung nach AJCC oder UICC

<http://www.cancer.gov/types/uterine/hp/endometrial-treatment-pdq>

Interne Leitlinie

Endometriumkarzinom

Für den histopathologischen Befundbericht eines Endometriumkarzinoms gibt es folgende Mindestanforderungen:

- Tumortyp (WHO)
- Grading (WHO)
- Stadium (pT)
- Infiltrationstiefe mit Dicke des Restmyometriums
- Lymph- und Blutgefäßinvasion
- Zervixinfiltration
- R-Klassifikation

Bei erfolgter Lymphadenektomie zusätzlich:

- Zahl der histologisch untersuchten LKN
- Zahl befallener LKN
- Lokalisation der befallenen LKN
- Größter Durchmesser der größten Lymphknotenmetastase
- Angabe, ob evtl. Kapseldurchbruch vorliegt.

Tumorkonferenz

Es gilt die Richtlinie zum Tumorboard des Tumorzentrums Luzerner Kantonsspital sowie die Richtlinie zum Tumorboard des Brust- und Gynäkologischen Krebszentrums Luzern.

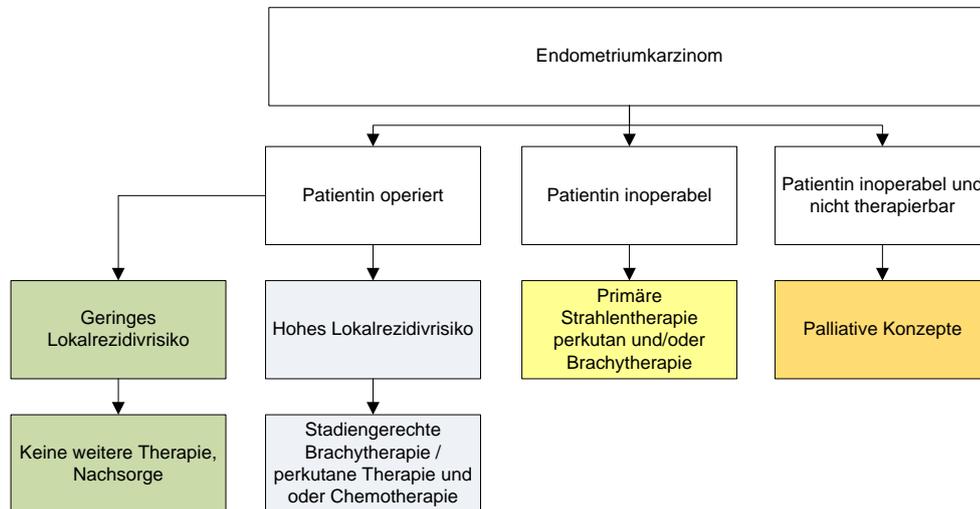
Die Möglichkeit einer Studienteilnahme wird grundsätzlich diskutiert.

Zeit	Ort	Pflichtteilnehmer	Vorstellungsmodus
Montag 16.00	Aerzte Rap- portraum NFKL	Gynäkologie Medizinischer Onkologie Radiologie Radioonkologie Pathologie	<ul style="list-style-type: none">• Alle Patienten nach histologischer Sicherung und vor der ersten Therapie• Alle Patienten nach Ersttherapie• Neuauftreten eines Rezidivs• Vorstellung aller neu metastasierten Patienten

Endometriumkarzinom

Therapie

Primärtherapie



Operative Therapie

Grundprinzipien der OP:

- Einlage Wolf-Manipulator
- Zugang über Laparoskopie (Laparotomie nur noch in seltenen Fällen nötig)
- Zu Beginn Tubenverschluss
- Bei fehlender abd. Operabilität oder Ko-Morbidität vaginale HE und Adnexe möglich
- Spülzytologie entnehmen

Stadienabhängige operative Therapie:

Stadium pT1a/1b G1-G2	totale Hysterektomie (HE) + Adnexektomie beidseitig
Stadium pT1a/1b G3 Stadium pT1c G1–G3 Klarzellige Karzinome	totale HE + Adnexektomie bds.+ pelvine / paraaortale LNE
Stadium pT2	Totale Hysterektomie + Adnexektomie bds. + LNE
Stadium pT3a	totale HE + Adnexektomie + LNE, Omentektomie, Debulking
Stadium pT3b	erweiterte radikale HE mit Adnexektomie, partielle / komplette Kolpektomie, LNE oder Tumordebulking ohne LNE
Stadium N1	totale HE + Adnexektomie bds + LNE
Stadium pT4	bei isoliertem Befall von Blase u./o. Rektum gegebenenfalls vordere u./o. hintere Exenteration + Adnexektomie bds. , gegebenenfalls LNE
Stadium M1	bei gegebener lokaler Operabilität HE und Debulking
seröse Karzinome	Hysterektomie, Adnexektomie bds., LNE, Omentektomie, mutiple peritoneale Biopsien oder Tumordebulking.

Interne Leitlinie

Endometriumkarzinom

Adjuvante Therapie

Risikoeinschätzung (nach Alter, Tumorausdehnung, Grading, Entität) in niedriges, mittleres oder hohes Risiko mit ggf. Empfehlung zur adjuvanten Brachytherapie und/oder perkutanen Radiatio und/oder Chemotherapie (platin- und taxanhaltig) nach Diskussion im Tumorboard.

Rezidivtherapie

Das Rezidiv soll histologisch gesichert werden, ggf. werden Hormonrezeptoren im Gewebe bestimmt um die Möglichkeiten einer endokrinen Therapie abzuwägen. Fernmetastasen sollen vor einer chirurgischen Intervention ausgeschlossen werden.

Operativ

Bei resezierbaren Rezidiv-Tumoren ist die Operation die Methode der Wahl, wenn eine kurative Chance besteht

Radiotherapie

Bei nicht resezierbaren Rezidiven ist die Radiotherapie eine Option. Eine kurative Chance ist gegeben, falls primär keine Radiotherapie durchgeführt wurde.

Medikamentöse Tumortherapie

Sind bei einem Rezidiv oder bei Metastasen eine Operation u./o. eine Strahlentherapie nicht mehr möglich, wird bei asymptomatischen hormonrezeptorpositiven Karzinomen und Metastasen die endokrine Therapie empfohlen (z.B. 250 mg Medroxyprogesteronacetat; 30 mg Tamoxifen per die).

Bei Progress, rezeptornegativen oder symptomatischen Metastasen kann eine palliative Chemotherapie sinnvoll sein (z. B. Adriamycin, Cis-/Carboplatin, Taxane, Caelyx).

Interne Leitlinie

Endometriumkarzinom

Nachsorge

Zu beachten sind folgende Nebenwirkungen der Therapie:

- genitale Atrophieerscheinungen
- Lymphödem der unteren Extremitäten
- Miktions- und Defäkationsstörungen nach rad. Hysterektomie
- radiogene Reaktionen von Ureter, Harnblase, Darm
- Hormonausfallerscheinungen

Zur Früherkennung eines Lokalrezidivs in den ersten 2 – 3 Jahren sind Nachsorgeintervalle von 3 Monaten mit gynäkologischer Untersuchung und Vaginalsonografie empfohlen.

Bei symptomatischen Patienten soll eine weitergehende Bildgebung erfolgen.

Die Nachsorge erfolgt durch das Gynäkologische Tumorzentrum oder einen niedergelassenen Kollegen, wer diese durchführt wird im Tumorboard dokumentiert.

Die Nachsorgeergebnisse werden im Medfolio dokumentiert und im Briefform an die niedergelassenen Kollegen und in Kopie intern an unseren Datenmanager weitergeleitet. Für Patientinnen, die extern nachgesorgt werden, werden einmal jährlich Evaluationsbögen durch den Datenmanager verschickt und evaluiert.

Lebensqualitätsfördernde Dienste

Gynecologic Oncology Nurse

Alle Patientinnen erhalten am Tag der Befundmitteilung einen Termin bei der APN GON, bzw. spätestens am Eintrittstag. Diese betreut die Patienten während des stationären Aufenthaltes und in der nachfolgend ambulanten Behandlung. Die Behandlungen beinhalten pflegerische, edukative und emotionale Ansätze.

Sie übernimmt klinikübergreifend die Betreuung der Patienten und kann konsiliarisch hinzugezogen werden. Mittels Distress Thermometer klärt die Gynecologic Oncology Nurse den Bedarf an psychoonkologischer Unterstützung.

Die Anmeldung bei der Psycho-Onkologie erfolgt durch den Stationsarzt via Konsilium im Medfolio an die Medizinische Onkologie im Hause.

Psychoonkologie

Bei einem Wert von >5 im Distress Thermometer und psychischen Beschwerden¹ wird der Patientin 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 APN GCN eingeschaltet.

Weitere Dienste

Der Patientin stehen indikationsspezifisch unterschiedliche Zusatzbetreuung 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

Endometriumkarzinom

Stomaberatung
Logopädie
Epithetik
Phonatrie
Breast Care Nurse

Interne Leitlinie

Endometriumkarzinom

Palliative Care

Das Luzerner Kantonsspital verfügt über eine Palliativstation. 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

Endometriumkarzinom

Autorenschaft

Datum: Luzern Januar 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
Chefarzt Stv. Pathologie

Dr. med. C. Kurtz
Leitende Ärztin Radiologie

Endometriumkarzinom

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 Geburtshilfe“). 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

Dokumentenhistorie

Version	Datum	Autor/en	Verteiler	Anlass
0	29.02.14	T.Volm	S.Bucher, J. Commerell	Erstellung Grundlage
0.1	03.02.14	J.Commerell, T. Volm	S.Bucher	Korrektur Sozialberatung und BCN
0.2	17.03.14	S.Bucher	Gyn.Tumorzentrum	Korrektur Ablauf Seite 4
0.3	05.04.2014	Hornke	Siehe Unterschriften Autorenschaft	Erstellung der Leitlinie
0.4	15.06.2014	Donat	Siehe Unterschriften Autorenschaft	Redaktionelle Bearbeitung
1	16.06.2014	Siehe Unterschriften Autorenschaft	QM Handbuch	Freigabe
1.1	13.11.2015	A. Zwysig		Korrektur Inhaltsverzeichnis
02	21.01.2016	G. Hornke	s. Unterschrift Autorenschaft	Überarbeitung