

Redaktion

I.A. Adamietz · Herne
W.O. Bechstein · Frankfurt a.M.
H. Christiansen · Hannover
C. Doehn · Lübeck
A. Hochhaus · Jena
R. Hofheinz · Mannheim
W. Lichtenegger · Berlin
D. Schadendorf · Essen
M. Untch · Berlin
C. Wittekind · Leipzig

Diagnostik und Therapie des Zervixkarzinoms

Zusammenfassung

Hintergrund. Das Zervixkarzinom ist in Deutschland das dritthäufigste genitale Karzinom der Frau. Seine Therapie erfolgt adaptiert an Tumorstadium, Risiko- und individuelle Patientenfaktoren.

Diagnostik und Klassifikation. Das Zervixkarzinom wird klinisch nach den FIGO-Stadien (FIGO: „Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique“) eingeteilt. Hierfür erforderlich sind eine gynäkologische Untersuchung mit SpekulumEinstellung, manueller vaginaler und rektaler Untersuchung. Für die Diagnostik werden die Entnahme von Material für die zytologische Untersuchung und für den HPV-Test (HPV: humanes Papillomvirus) sowie eine kolposkopisch gezielte Biopsie oder Konisation eingesetzt. Hinzu kommen als spezielle Diagnostik eine gynäkologische Ultraschalluntersuchung sowie eine Nierensonografie. Weitere bildgebende Verfahren können bei Unklarheiten oder höheren Tumorstadien sinnvoll sein.

Therapieempfehlungen. Ab dem FIGO-Stadium IA2 wird ein Lymphknotenstaging durchgeführt. Bei FIGO IB–IIB ist die radikale Hysterektomie mit pelviner und ggf. paraaortaler Lymphonodektomie indiziert. Das laparoskopische Vorgehen stellt eine schonende Alternative zur offenen Operation dar. Die primäre Radiochemotherapie führt im Vergleich zur Operation in den Stadien FIGO IB–IIB zu vergleichbaren Langzeitergebnissen mit unterschiedlichem Nebenwirkungsprofil und Rezidivmuster. Der Nutzen der Sentinellymphonodektomie wird in klinischen Studien geprüft. Bei lokal fortgeschrittenem Karzinom Stadium FIGO III wird die Radiochemotherapie empfohlen. Die Therapie im Stadium FIGO IV sollte individuell gewählt werden. Die Radiochemotherapie wird als adjuvante Therapie bei erhöhtem Risiko eingesetzt. Die alleinige Chemotherapie erfolgt im fortgeschrittenen Stadium FIGO IVb oder bei Rezidiv.

Das Zervixkarzinom stellt mit einer 5-Jahres-Überlebensrate von 69% und einer Mortalitätsrate von 2,5/100.000 ein großes gesundheitliches Problem dar

Schlussfolgerung. Durch adäquate Diagnose und Therapieentscheid lassen sich eine Über- oder Untertherapie vermeiden und die für jedes Stadium optimale Behandlung finden. Dadurch ist – bei entsprechend frühen Tumorstadien – auch eine fertilitätserhaltende Behandlung möglich. Auch Komorbiditäten durch Kombination von Therapieverfahren können auf diese Weise, soweit möglich, vermieden werden.

Schlüsselwörter

Zervixkarzinom · Hysterektomie · Lymphknotenstaging · Trachelektomie · Radiochemotherapie

Lernziele

Nach Lektüre dieses Beitrags

- kennen Sie die wichtigsten Verfahren zur Diagnostik des Zervixkarzinoms,
- wissen Sie, welche diagnostischen Methoden zur Stadieneinteilung indiziert sind,
- beherrschen Sie die stadiengerechte Therapie des Zervixkarzinoms,
- kennen Sie die fertilitätserhaltenden Operationsverfahren,
- sind Ihnen die nichtoperativen therapeutischen Optionen und deren Indikationen bekannt.

Hintergrund

Das Zervixkarzinom stellt in Deutschland das dritthäufigste genitale Karzinom der Frau dar. Mit einer 5-Jahres-Überlebensrate von 69% und einer Mortalitätsrate von 2,5/100.000 bleibt es weiterhin ein großes gesundheitliches Problem [1].

Diagnosics and therapy of cervical cancer

Abstract

Background. Cervical cancer is the third most common genital cancer in women in Germany. The choice of treatment depends on tumor stage, risk factors and individual patient characteristics.

Diagnostics and classification. Cervical cancer is clinically classified according to the Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) stage. For this a clinical examination is necessary with the use of a speculum, bimanual vaginal and rectal examination, a gynecological examination with removal of material for cytological diagnostics and human papillomavirus (HPV) testing as well as a targeted biopsy by colposcopy or conization. Additionally, special diagnostics include an obligatory gynecological ultrasound investigation and renal sonography and further imaging methods can be helpful in uncertain situations and high-grade tumor stages.

Therapy recommendations. Lymph node staging is carried out for all patients with tumor stage FIGO IA2 and higher. Up to tumor stages FIGO IB–IIB, radical hysterectomy combined with pelvic and if necessary para-aortic lymph node staging are performed. Chemoradiotherapy leads to similar results compared to open surgery regarding long-term survival but differs in the side-effect profile and recurrence pattern. Sentinel lymph node dissection is being tested in clinical trials. For patients suffering from locally advanced cancer FIGO stage III primary chemoradiotherapy is recommended and for patients with FIGO stage IV tumors individual treatment should be considered. Adjuvant chemoradiotherapy is conducted in high risk patients. In advanced FIGO stage IVb and recurrent cervical cancer primary chemotherapy represents the therapeutic option.

Conclusion. By adequate diagnostics and therapy decisions over-therapy and under-therapy can be avoided and the optimal treatment for each stage can be found. For the corresponding early tumor stage a fertility-retaining treatment is possible. In this way even comorbidities can be avoided as far as possible by a combination of therapeutic procedures.

Keywords

Cervical cancer · Hysterectomy · Lymph node staging · Trachelectomy · Chemoradiotherapy

Diagnostik des Zervixkarzinoms

Die Klassifikation des Zervixkarzinoms erfolgt klinisch nach den FIGO-Stadien (FIGO: „Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique“) in Form einer klinischen Untersuchung mit SpekulumEinstellung und bimanueller vaginaler und rektaler Untersuchung. Eine gynäkologische Untersuchung zur Diagnostik sollte die Entnahme einer Probe zur zytologischen Befundung und zur Durchführung eines HPV-Tests (HPV: humanes Papillomvirus) beinhalten.

Moderne bildgebende Verfahren, wie Ultraschall, CT (Computertomografie) und MRT (Magnetresonanztomografie) finden noch keinen Eingang in die FIGO-Klassifikation.

Kolposkopisch geführt (falls nicht bereits makroskopisch sichtbar) werden eine **gezielte Biopsie** entnommen oder eine Konisation durchgeführt. Letztere ist dann sinnvoll, wenn durch eine Biopsie beim klinischen Verdacht keine Bestätigung des Karzinoms erfolgen konnte (diagnostische Indikation) oder das vermutete Karzinom im Konus in toto reseziert werden kann (bis maximal Stadium IB1; therapeutische Indikation).

Als spezielle Diagnostik sind eine gynäkologische Ultraschalluntersuchung sowie eine Nierensonografie als obligat anzusehen. Bei Unklarheit bezüglich der lokoregionären Tumorausbreitung bzw. bei höhergradigen Tumorstadien (>IB1) kann eine MRT-Untersuchung des Beckens hilfreich sein, da hierdurch neben der Tumorgroße eine parametran Infiltration gut beurteilt werden kann. Ein CT des Thorax/Abdomens ist zum Ausschluss einer Metastasierung indiziert.

Weitere diagnostische Maßnahmen wie Zysto-/Rektoskopie sind höhergradigen Tumorstadien vorbehalten. Die Indikation für eine i.v. Pyelografie, einen Kontrastmitteleinlauf oder ein PET-CT (PET: Positronenemissionstomografie) ist individuell zu stellen.

Operative Therapie

Operatives Staging

Die Genauigkeit des Stagings kann durch ein operatives Staging verbessert werden, welches in den letzten Jahren in den Industrienationen an Bedeutung gewann [2, 3]. Hierbei wird – in aller Regel per Laparoskopie – eine **komplette Lymphonodektomie** im Bereich der pelvinen und paraaortalen Lymphabflusswege durchgeführt. Das prätherapeutische operative Staging hat das Ziel, das Stadium der Erkrankung möglichst exakt zu definieren und so eine optimal stadienangepasste Therapie zu ermöglichen, insbesondere vor Beginn einer primären Radiochemotherapie zur Festlegung deren Grenzen. Die **postoperative Stadieneinteilung** erfolgt nach der **TNM-Klassifikation** (T: Tumor, N: Lymphknotenbefall, M: Metastasierung, [4]), die Angabe des FIGO-Stadiums ist dann optional.

Die Entscheidung über die Therapiemodalität wird interdisziplinär unter Einbeziehung der Gynäkologischen Onkologie, der Strahlentherapie, der Anästhesie und der Pathologie getroffen, um die verschiedenen Therapiemöglichkeiten unter Abwägung der Kurz- und Langzeitfolgen zu diskutieren. Die Therapie ist dann individuell unter Berücksichtigung von Alter, Lebenssituation, Erkrankungsstadium und Nebenerkrankungen festzulegen.

Stadienabhängige Therapie des Zervixkarzinoms

Stadium IA1

Beim frühen mikroinvasiven Zervixkarzinom ist die **Konisation** bei entsprechendem Sicherheitsabstand und bei Kinderwunsch ausreichend. Bei Patientinnen ohne Kinderwunsch kann eine einfache **Hysterektomie** durchgeführt werden, die onkologische Sicherheit wird dadurch nicht erhöht. Bei lymphovaskulärer Gefäßinvasion (L1 und V1) ist die pelvine Lymphadenektomie indiziert (**Sentinelkonzept** in spezialisierten Zentren unter Studienbedingungen bzw. zur Identifikation für den Schnellschnitt).

Stadium IA2–1B1

Die frühen Stadien werden durch zunächst **pelvines Lymphknotenstaging** und bei Tumorfreiheit der Wächterlymphknoten [Sentinellymphknoten (SLN)] durch (bevorzugt) nervensparende radikale Hysterektomie behandelt. Bei Kinderwunsch und Tumoren bis 2 cm Größe sowie negativem

Eine gynäkologische Untersuchung zur Diagnostik sollte die Entnahme einer Probe zur zytologischen Befundung und zur Durchführung eines HPV-Tests beinhalten

Eine gynäkologische Ultraschalluntersuchung sowie eine Nierensonografie sind obligater Bestandteil der speziellen Diagnostik

Ein CT des Thorax/Abdomens ist zum Ausschluss einer Metastasierung indiziert

Die exakte Definition des Erkrankungsstadiums im prätherapeutischen operativen Staging ermöglicht eine optimal stadienangepasste Therapie

Die Entscheidung über die Therapiemodalität wird interdisziplinär getroffen

Bei lymphovaskulärer Gefäßinvasion ist die pelvine Lymphadenektomie indiziert

Bei Kinderwunsch und Tumoren <2 cm mit negativen Lymphknoten erfolgen die pelvine Lymphadenektomie und die radikale vaginale Trachelektomie

Weiterbildung Onkologie

CME-Beiträge aus: Der Onkologe Juli 2014 - Dezember
2015

Adamietz, I.A.; Bechstein, W.O.; Christiansen, H.; Doehn,
C.; Hochhaus, A.; Hofheinz, R.-D.; Lichtenegger, W.;
Lordick, F.; Schadendorf, D.; Untch, M.; Wittekind, C.F.
(Hrsg.)

2016, VIII, 197 S., Softcover

ISBN: 978-3-662-49414-1