

Endometriumkarzinom

AKH-CCC-GCU-SOP

gültig ab: 15.12.2013

Version 01

Gemäß AKH PB „Dokumente u. Zeichnungen erstellen und lenken“ Pkt.6

Seite 1 von 10

1 GELTUNGSBEREICH UND ZWECK

Diese Arbeitsanweisung beschreibt den Ablauf der Primärtherapie und Rezidivtherapie von Patientinnen mit Endometriumkarzinom. Diese Arbeitsanweisung gilt im Bereich des AKH/CCC für alle Abteilungen/Kliniken, die an der Therapie von Patientinnen mit Endometriumkarzinom beteiligt sind.

2 MITGELTENDE DOKUMENTE

AKH	Entsorgung: http://intranet.akhwien.at/html/abfallwirtschaft/default.htm
CATO	Anforderung über CATO
FM	Einverständniserklärung zur Chemotherapie/Immuntherapie
LF	Leitfaden zum richtigen Umgang mit Zytostatika (Apotheke)
Onkokonsil	SOP Anmeldung Onkokonsil

3 VERWENDETE ABKÜRZUNGEN

A	Arzt
AKH	Allgemeines Krankenhaus Wien – Medizinischer Universitätscampus
CATO	Computer Aided Therapy for Oncology
CCC	Comprehensive Cancer Center
CT	Computertomographie
FA	Facharzt
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics
FM	Formular
GCU	Gynecologic Cancer Unit
KG	Krankengeschichte
KIM I	Universitätsklinik für Innere Medizin I
LF	Leitfaden
LKN	Lymphknoten
MA	MitarbeiterIn
MRT	Magnetresonanztomographie
MedUniWien	Medizinische Universität Wien
OEL	Organisationseinheitsleitung

	Funktion	Name	Datum	Unterschrift
Erstellt	MA	Lt. Pkt. 4 Vertr. Seebacher	12.12.2013	e.h.
Geprüft Inhalt	SOP Koord.	Reinthaller	12.12.2013	e.h.
Geprüft QM-Konformität	QB	Ujfalusi	12.12.2013	e.h.
Freigegeben CCC	OEL	Zielinski	15.12.2013	e.h.
Einsichtnahme	Direktor AKH	Krepler	13.01.2014	e.h.
Einsichtnahme	Rektor MedUni Wien	Schütz	21.01.2014	e.h.

Pat	PatientIn
PET-CT	Positronen-Emissions-Tomographie
PP	Pflegepersonal
QB	Qualitätsbeauftragte/r
SOP	Standard Operating Procedure
UFK	Universitätsklinik für Frauenheilkunde

4 VERANTWORTL. MITARBEITERIN DES QM-DOKUMENTS

Für den Inhalt verantwortlicher Autor (ohne Titel): V. Seebacher (UFK), A. Sturdza (Strahlentherapie), P. Horak (KIM I), R. Horvat (Pathologie), A. Reinthaller (UFK), M. Krainer (KIM I), R. Pötter (Strahlentherapie), P. Speiser (UFK), C. Grimm (UFK), S. Polterauer (UFK), T. Helbich (Radiologie), E. Steiner (UFK).

Für die Umsetzung des Inhalts ist der jeweilige Abteilungsleiter der klinischen Abteilung verantwortlich.

5 TÄTIGKEITSBESCHREIBUNG

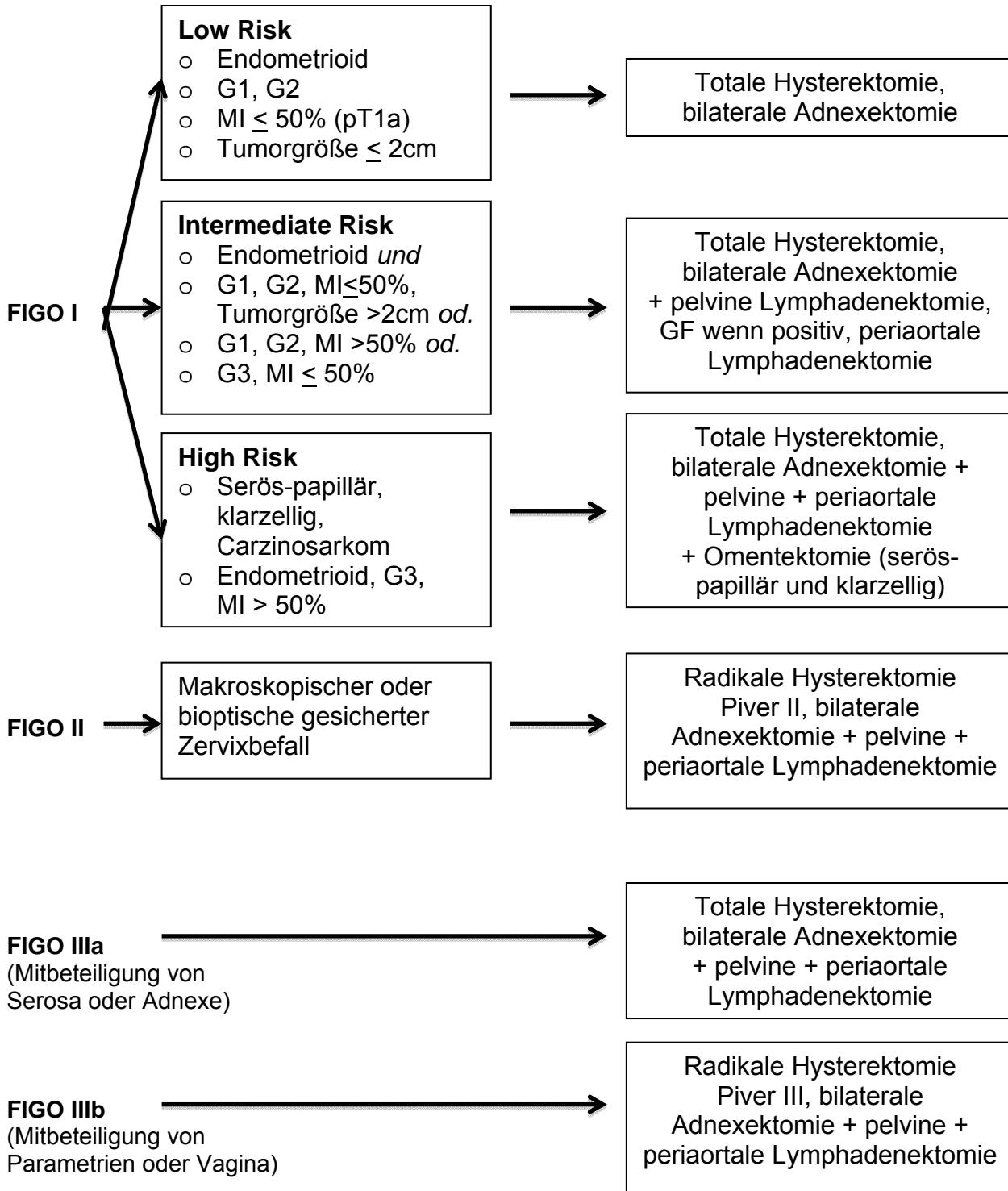
5.1 Primärtherapie

Grundlage Erläuterungen	Tätigkeitsbeschreibung	D - Durchführung		E - Entscheidung		M - Mitarbeit		I - Info	Ergebnis Erläuterungen
		D	E	M	I				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">KG</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">SOP Anmeldung Onkokonsil</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">FM Einverständn iserklärung</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">CATO</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">LF Zytostatika</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">SOPs</div>	<pre> graph TD A[Primärtherapie erforderlich] --> B[Erstvorstellung / Klin. Untersuchung] B --> C[Diagnosestellung] C --> D[Durchuntersuchung] D --> E[Vorstellung interdisz. Onkokonsil] E --> F[Festlegung der primären Therapie] F --> G[Aufklärung der PatientIn] G --> H[Verabreichung der festgelegten Therapie] H --> I([Beendigung Therapie]) </pre>								
			FA		A PP		Pat		6.1.
			FA A			PP	Pat		6.1.
			A	FA	PP		Pat		6.1.
			A	FA			Pat		6.1.
			FA	FA, Pat					5.2. 6.2. 6.4.
			A	FA			Pat		6.3 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Einverständn iserklärung</div>
			A	FA			Pat		5.2. 6.4.
		A	FA			Pat		6.9 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">KG</div>	

5.2 Stadienspezifische Therapie

Stadium

Primärtherapie



Stadium

Primärtherapie

FIGO IVa
(Invasion der Blase
oder der Darmmukosa)



Primäre Strahlentherapie ±
Chemotherapie ±
Tumorresektion

FIGO IVb
(Distante Metastasen,
inkl. Intra-abdominelle Metastasen
und Metastasen der inguinalen
Lymphknoten)



Totale Hysterektomie,
bilaterale Adnexektomie ±
Zytoreduktion, wenn R0
Resektion dann pelvine +
periaortale Lymphadenektomie
oder
Primäre Strahlentherapie
± palliativer Hysterektomie und
bilateraler Adnexektomie ±
Chemotherapie +
Hormontherapie

**Jedes Stadium und
medizinische Inoperabilität**

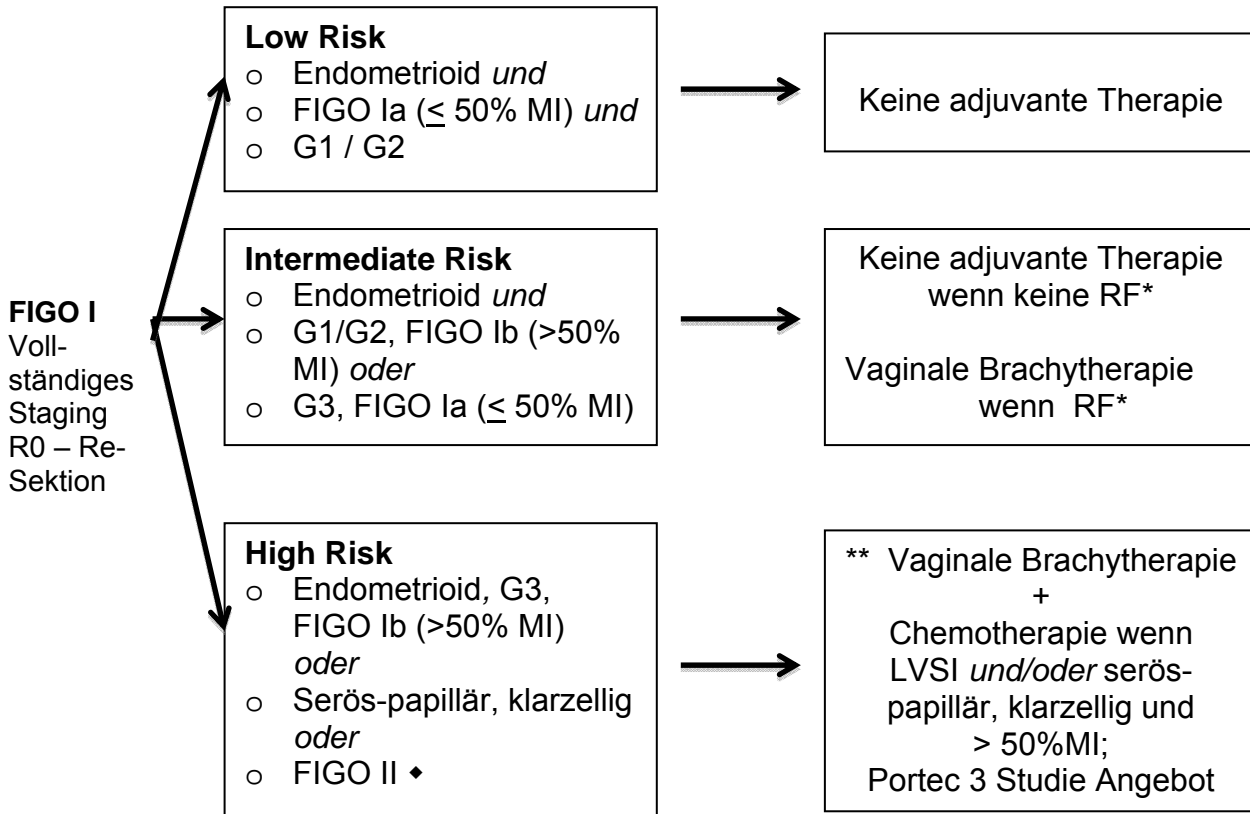


Primäre Strahlentherapie
(BT±Teletherapie)
± Chemotherapie
± Hormontherapie

5.3 Adjuvante Therapie

Stadium

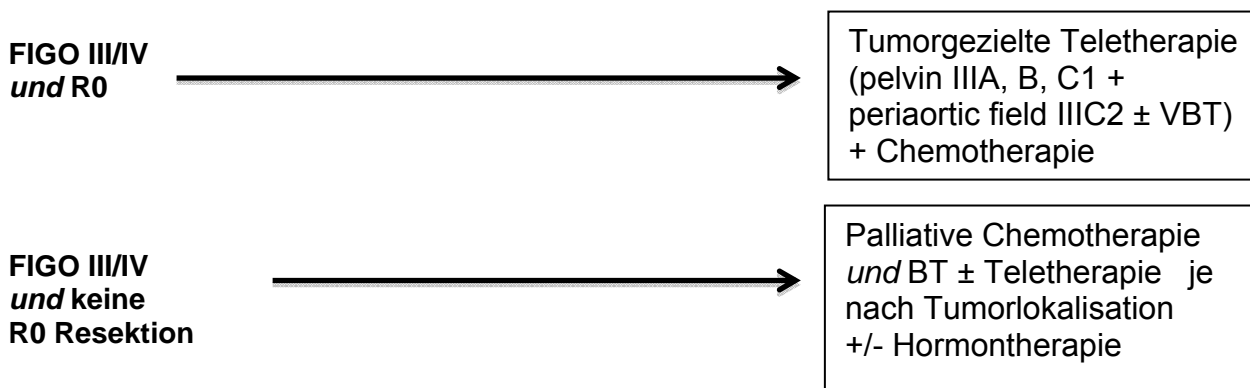
Adjuvante Therapie



*RF: Alter > 60 Jahre oder LVSI oder Tumorgröße >2cm

**Bei fehlendem Lymphknotenstatus ist wenn möglich eine sekundäre Lymphadenektomie zu empfehlen. Wenn sekundäre OP nicht möglich ist, dann Teletherapie in high intermediate, high risk Patientinnen und FIGO Stadium \geq II empfehlen.

♦ Nach radikaler Hysterektomie und R0-Resektion keine vaginale Brachytherapie



5.4 Nachsorge und Therapie des Rezidivs

GRUNDLAGE Erläuterungen	Ablauf/Tätigkeit	Verantwortlich für				ERGEBNIS Erläuterungen
		D = Durchführung	E = Entscheidung	M = Mitarbeit	I = Info	
Krankengeschichte	Nachsorgeuntersuchungen	A		PP	Pat	6.4 6.9
	Abklärung bei Verdacht auf Rezidiv	A	FA	PP	Pat	6.10
	Durchuntersuchung	A	FA	PP	Pat	6.10
SOP Anmeldung Onkokonsil	Vorstellung interdisziplinäres Onkokonsil	A	FA		Pat	6.10
	Festlegung der Rezidivtherapie	FA				5.3 6.10
FM Einverständniserklärung	Aufklärung PatientIn	A	FA			Einverständniserklärung
CATO						
LF Zytostatika						
SOPs	Verabreichung der festgelegten Therapie	A	FA		Pat	5.3 6.5
	Ende der Rezidivtherapie	A	FA		Pat	6.9 KG

Lokalisation**Therapie****Isoliertes Rezidiv
der Vagina**

Keine vorangegangene
Strahlentherapie oder Rezidiv
außerhalb des Strahlenfeldes –
Strahlentherapie als Salvage-
Behandlung

Rezidiv innerhalb des
Strahlenfeldes bei
vorangegangene Strahlen-
therapie – R0-Resektion, evtl.
Exenteration

**Rezidiv des Beckens
oder Intraabdominell
oder Fernmetastasen**

- Resektion wenn möglich
- Chemotherapie *oder*
- Hormontherapie *und/oder*
- Palliative Strahlentherapie

6 ERLÄUTERUNGEN

6.1. Die Erstvorstellung der Patientinnen mit Verdacht auf Endometriumkarzinom erfolgt entweder in der entsprechenden Ambulanz der UFK oder der Strahlentherapie.

Die Diagnosestellung erfolgt an der UFK durch eine diagnostische Hysteroskopie und fraktionierte Curettage oder Endometriumbiopsie mittels Pipelle.

Im Zuge der prätherapeutischen Durchuntersuchung erfolgt eine komplette Erhebung aller notwendigen Befunde inklusive Bildgebung (Vaginalsonographie, MRT Becken und CT Thorax/Abdomen). Jede Patientin wird prätherapeutisch im interdisziplinären gynäko-onkologischen Tumorboard entsprechend SOP Onkokonsil Anmeldung angemeldet und vorgestellt.

6.2. Das Staging des Endometriumkarzinoms erfolgt chirurgisch anhand der aktuellen 2010 FIGO Klassifikation. Ist aufgrund von Begleiterkrankungen ein chirurgisches Staging nicht möglich, wird dieses so gut als möglich durch bildgebende Verfahren ersetzt.

6.3. Die Patientin wird über Therapieoptionen und Alternativen im Rahmen einer Befundbesprechung aufgeklärt.

6.4. Bei prämenopausalen Frauen mit noch bestehendem Kinderwunsch kann eine Fertilitätserhaltende Therapie dann diskutiert werden, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt werden (Morice et al, 2011):

- Alter < 40 Jahre
- bestehender Kinderwunsch
- Atypische Endometriumhyperplasie oder endometrioides Adenokarzinom G1
- Lt. Radiologischem Staging (MRI): keine myometrane Infiltration, keine suspekten Lymphknoten (PET-CT), kein Adnextumor

Die Patientin wird eingehend über mögliche Risiken durch Fertilitätserhalt (fehlendes Ansprechen in 24%, länger anhaltendes Ansprechen in nur 51%, Mortalität) aufgeklärt.

Therapieoption: diagnostische Hysteroskopie, fraktionierte Curettage, wenn möglich hysteroskopische Tumorresektion und Einlage einer 52mg Levonorgestrel IUD; Belassung des IUD für 12 Monate und Kontrollen mit Vaginalsonographie und diagnostischer Hysteroskopie und Curettage alle 3 Monate. Empfehlung zur raschen Erfüllung des Kinderwunsches, evtl. IVF-Planung, dann Komplettierung der Therapie durch Hysterektomie und bilaterale Adnexektomie.

6.5. Bezüglich der Durchführung einer adjuvanten Chemotherapie bei FIGO Stadium I mit myometraner Infiltration >50% und G3 endometrioid, sowie bei FIGO II werden die Ergebnisse von derzeit laufenden Studien zur endgültigen Empfehlung abgewartet.

6.6. Wird eine adjuvante Chemotherapie durchgeführt, so wird eine Kombination aus Paclitaxel 175mg/m² und Carboplatin AUC5 alle 3 Wochen für 6 Zyklen gewählt.

6.7. Wird eine palliative Chemotherapie durchgeführt, so ist die Kombination aus Paclitaxel 175mg/m² und Carboplatin AUC5 alle 3 Wochen das Therapieschema erster Wahl. Sonst: Pegyliertes liposomales Doxorubicin 40mg/m² und Carboplatin AUC5 alle 3 Wochen oder Monotherapien (Doxorubicin, Paclitaxel, Docetaxel, Platine, Topotecan).

6.8. Eine Hormontherapie kann Patientinnen mit rezidiviertem oder metastasiertem, Östrogen- und/oder Progesteronrezeptor positivem, endometrioidem Adenokarzinom angeboten werden. Prädiktive Faktoren für ein gutes Ansprechen sind dabei ein hoch-differenzierter Tumor und ein langes Rezidiv-freies Intervall, Mögliche Therapieschemata sind ein wöchentliches Wechselschema mit Medroxyprogesteronacetat (MPA) 200mg/d und Tamoxifen 40mg/d (Ansprechen bis 33%) oder eine Monotherapien mit MPA 200mg/d (Ansprechen bis 25%) oder Tamoxifen 40mg/d (Ansprechen bis 10%).

6.9. Die Nachsorge von Patientinnen nach abgeschlossener Therapie erfolgt in den Ambulanzen der UFK bzw. Strahlentherapie. In den ersten drei Jahren erfolgen Kontrollen alle 3 Monate. In den Jahren 4-5 wird das Untersuchungsintervall auf alle 6 Monate ausgedehnt. Ab dem 6. Jahr erfolgen jährliche Kontrollen bis zum 10. Jahr. Die Kontrollen werden abwechselnd mit den niedergelassenen gynäkologischen Fachärzten durchgeführt. Die Dokumentation der Nachsorge erfolgt im KIS-System. Erhoben werden Performance Status, Nebenwirkungen der Therapie, klinische gynäkologische Untersuchung inkl. Zytologie mindestens 1x jährlich.

6.10. Bei Verdacht auf ein Rezidiv werden je nach Bedarf folgende Untersuchungen durchgeführt: gynäkologische Untersuchung, Vaginalsonographie, MRT Becken, Tumormarker (CA 125), CT Thorax/Abdomen, PET-CT, Zytologie der Vagina / evtl. Biopsie bei Verdacht auf Lokalrezidiv. Vorstellung im interdisziplinären gynäko-onkologischen Tumorboard.

7 ÄNDERUNGEN

Datum	Version	Änderung
15.12.2013	01	Erstellung, erste Freigabe

8 LITERATUR, LINKS

Empfehlungen des National Comprehensive Cancer Networks (NCCN):
http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp#site

Johnson N, Bryant A, Miles T, Hogberg T, Cornes P. Adjuvant chemotherapy for endometrial cancer after hysterectomy (Review). The Cochrane Colaboration 2012.

Kong A, Johnson N, Kitchener HC, Lawrie TA. Adjuvant radiotherapy for stage I endometrial cancer (Review). The Cochrane Colaboration 2012.

Morice P, Denschlag D, Rodolakis A, Reed N, Schneider A, Kesic V, Colombo N; Fertility Task Force of the European Society of Gynecologic Oncology. Recommendations of the Fertility Task Force of the European Society of Gynecologic Oncology about the conservative management of ovarian malignant tumors. Int J Gynecol Cancer 2011;21:951-63.

Todo Y, Kato H, Kaneuchi M, Watari H, Takeda M, Sakuragi N. Survival effect of para-aortic lymphadenectomy in endometrial cancer (SEPAL study): a retrospective cohort analysis. Lancet 2010;375:1165-72.