

Im Schwerpunkt dieser Ausgabe der «Schweizer Zeitschrift für Onkologie» werden die vier häufigsten gynäkologischen Malignome thematisiert. Alle verlangen eine anspruchsvolle Expertise.

Beim Endometriumkarzinom

– meist in Komorbidität vor allem mit Adipositas assoziiert – wurde in der jüngeren Vergangenheit häufig übertherapiert. Heute verstehen wir es, trotz «recht traditioneller» Prognoseparameter besser zu stratifizieren, sodass bei geringem Risiko nicht mehr die radikale Operation und/oder Radiotherapie anstehen muss. Beim Therapieentscheid fehlen uns bis anhin zuverlässige biologische prädiktive Marker, die für respektive gegen radikale Verfahren sprechen – dies käme insbesondere Frauen mit intermediärem Risiko zugute. Da die Patientinnen häufig komorbid

Wir brauchen Zentren für gynäkologische Onkologie

und betagt sind (Erkrankungsgipfel 8. Lebensdekade), sollte der Entscheid zu radikalen Techniken gut überlegt sein, zumal die Lebensqualität bereits präoperativ reduziert ist. In der mittel- und langfristigen Nachsorge besteht diesbezüglich dringender Bedarf an Sensibilisierung und Konzepten.

Beim Zervixkarzinom

– obwohl immer noch das zweithäufigste Malignom der Frau weltweit – besteht weiterhin ein gewisses Durcheinander. In der Schweiz ist es durch das opportunistische Screening selten geworden (und damit besteht kaum ein Zentrum mit hohem Case-load). Ein grosser Durchbruch für eine Reduktion der Morbidität gelang durch die Weiterentwicklung der radikalen Hysterektomie unter Erhaltung der autonomen Nerven im Becken. Verwirrend ist jedoch die Datenlage zur Sentinelnode-Biopsie; sie hat sich zwar etabliert, ihre Umsetzung im Speziellen wird jedoch unterschiedlich gehandhabt und ist in den Leitlinien bis heute nicht berücksichtigt. Das von Prof. Michael Höckel aus Leipzig vorgestellte Konzept der totalen mesometrialen Resektion (TMMR) mit therapeutischer Lymphonodektomie ohne Radiotherapie wies die bisher besten Langzeitdaten auf (auch wenn sie noch multizentrisch bestätigt werden müssen).

Die Seltenheit des Tumors und sein Auftreten bei jungen Frauen mit Kinderwunsch verlangen, dass bei Zervixkarzinom an Zentren mit entsprechender Ex-



pertise behandelt wird, im Optimalfall im Anschluss an eine Tumorboardvorstellung.

Das Vulvakarzinom

ist in der Schweiz häufiger als das Zervixkarzinom. Es liesse sich in den meisten Fällen zum Beispiel durch flächendeckende HPV-Vakzinierung und frühzeitiges Erkennen eines Lichen sclerosus vermeiden. Die oftmals verstümmelnden Operationen gehen mit einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität einher. Die Einführung einer spezialisierten Pflege in das Wundmanagement und der psychosozialen Betreuung dieser Patientinnen sind essenziell. Mangelnde Erfahrung bei der etablierten Sentinelnode-Biopsie mit falscher Technik bei falschnegativem Befund kann verheerende Folgen haben, zumal adjuvante Therapiekonzepte auch erst bei mindestens zwei befallenen Lymphknoten indiziert sind.

Beim Ovarialkarzinom

erleben wir dank molekularbiologischer Erkenntnisse gerade einen Paradigmenwechsel hinsichtlich der Einteilung in «high-risk»- und «low-risk»-Karzinome. Bezüglich Screening gibt es zwar noch keine umsetzbaren Fortschritte; dennoch sind einige Studien abgeschlossen, und weitere laufen, welche in absehbarer Zeit ein ultraschallbasiertes Screening in Aussicht stellen. Das Ausmass der radikalen Operation ist der wesentliche Prognosefaktor der Patientin. Adjuvante Therapien können eine mangelhafte Chirurgie nicht kompensieren. Die Entscheidung zu einem radikalen Vorgehen sollte in keinem Fall von einem Operateur mit mangelnder Expertise oder anhand bildgebender Verfahren getroffen werden. Ein transparentes Benchmarking zur Qualitätssicherung befindet sich im Aufbau.

Prof. Andreas Günthert

Chefarzt Neue Frauenklinik
Luzerner Kantonsspital