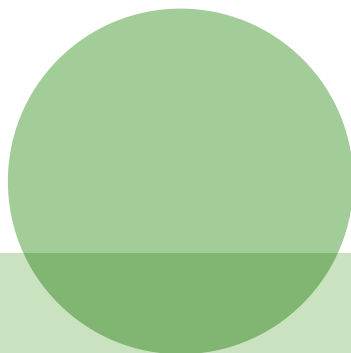




Patientenratgeber Gynäkologische Tumoren



Herausgeber

dkg-web.gmbh
Uhlandstraße 7-8, 10623 Berlin

Medizinische Redaktion

dkg-web.gmbh
Uhlandstraße 7-8, 10623 Berlin

Fachliche Redaktion

Prof. Dr. med. Matthias W. Beckmann,
Universitätsklinikum Erlangen
Prof. Dr. med. Günter Emons,
Universitätsklinikum Göttingen
Prof. Dr. med. Pauline Wimberger,
Universitätsklinikum Dresden

2. Auflage, Berlin, Juli 2016



Patientenratgeber Gynäkologische Tumoren

- Gebärmutterkörperkrebs
- Gebärmutterhalskrebs
- Eierstockkrebs
- Scheidenkrebs
- Vulvakrebs



Inhalt

	Vorwort	5
I. Einführung	1. Die weiblichen Geschlechtsorgane	6
	2. Welche gynäkologischen Tumoren sind bekannt?	8
	3. Wie entstehen gynäkologische Tumoren?	11
II. Vorsorge	1. Vorsorge und Früherkennung	15
	2. Warnsignale und Beschwerden	20
III. Gebärmutter- körperkrebs	1. Wie wird die Diagnose gestellt?	22
	2. Klassifikation/Erkrankungsverlauf	25
	3. Worin besteht die Therapie?	27
IV. Gebärmutter- halskrebs	1. Wie wird die Diagnose gestellt?	33
	2. Klassifikation/Erkrankungsverlauf	35
	3. Worin besteht die Therapie?	37
V. Eierstockkrebs	1. Wie wird die Diagnose gestellt?	41
	2. Klassifikation/Erkrankungsverlauf	42
	3. Worin besteht die Therapie?	43

VI. Scheidenkrebs	1. Wie wird die Diagnose gestellt?	46
	2. Klassifikation/Erkrankungsverlauf	47
	3. Worin besteht die Therapie?	48
VII. Vulvakrebs	1. Wie wird die Diagnose gestellt?	49
	2. Klassifikation/Erkrankungsverlauf	50
	3. Worin besteht die Therapie?	51
VIII. Nachsorge	1. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus	53
	2. Was passiert bei der Tumornachsorge?	54
	3. Nachbetreuung	55
	4. Leben mit Krebs	61
IX. Informationen	1. Weiterführende Informationen und Unterstützung	69
	2. Erklärung der Fachbegriffe	71
	3. Quellenangaben	78
	4. Impressum	80



Vorwort

Die Diagnose Krebs ist für die Betroffenen in der Regel ein gewaltiger Einschnitt in ihrem bisherigen Leben. Von einem Moment auf den anderen müssen sie sich mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung auseinandersetzen. Viele Patienten wollen sich in dieser Situation nicht einfach nur einer Therapie unterziehen – sie möchten mit der Ärztin oder dem Arzt über die Krankheit und ihre Behandlungsmöglichkeiten sprechen und aktiv in die Therapieplanungen einbezogen werden. Deshalb haben die Patienten das Bedürfnis, sich möglichst viel Wissen über ihre Erkrankung anzueignen.

Daneben gibt es die Angst vor den Therapien und ihren Nebenwirkungen, Sorgen darüber, wie die Krankheit weiter verlaufen wird. Gefühle der Hilflosigkeit und Depressionen können das Gleichgewicht erschüttern. Auch das Zusammenleben in der Familie ist einer besonderen Belastung ausgesetzt. Nicht zuletzt stellen sich bei einer Krankheit in möglicherweise unheilbarem Stadium immer auch existenzielle Fragen: Wie gestalte ich die mir verbleibende Lebenszeit? Welche Vorsorgetreffe ich für meine Familie, aber auch für mich selbst? Bei gynäkologischen Tumoren wie Gebärmutterkörperkrebs, Gebärmutterhalskrebs, Eierstockkrebs, Vulvakrebs oder Scheidenkrebs kommen weitere Ängste und Befürchtungen hinzu: Was bedeutet die Erkrankung für meine Familienplanung, werde ich noch Kinder bekommen können? Werde ich mich noch als „richtige“ Frau fühlen? Welche Auswirkungen hat die Behandlung auf Sexualität und Attraktivität?

Ein Patentrezept für den besten Umgang mit einer Krebserkrankung gibt es nicht. Jeder kann letztlich nur seinen eigenen Weg finden.

Vielen Menschen hilft das Gefühl, sich aktiv an Behandlungsentscheidungen beteiligen zu können. Mit der vorliegenden Broschüre möchten wir Sie dabei unterstützen. Sie enthält in verständlicher Form medizinische Informationen über die Krankheiten Gebärmutterkörperkrebs, Gebärmutterhalskrebs, Eierstockkrebs, Vulvakrebs und Scheidenkrebs. Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten werden ebenso vorgestellt wie mögliche Probleme und Ängste, die im Zusammenhang mit der Krankheit und ihren Behandlungen auftreten können.

I. Einführung

1. Die weiblichen Geschlechtsorgane

Die weiblichen Geschlechtsorgane (Genitalien) werden in innere und äußere eingeteilt. Die äußeren umfassen die Vulva mit den großen und kleinen Schamlippen, der Klitoris und dem Scheidenvorhof, in den die Harnröhre, die Scheide (Vagina) und einige Drüsengänge münden. Die inneren Geschlechtsorgane sind:

- die Eierstöcke (Ovarien)
- die Gebärmutter (Uterus)
- die Eileiter (Tuben)
- und die Scheide (Vagina).

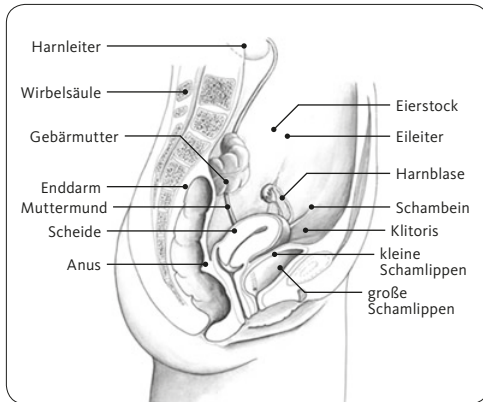
Sie liegen zwischen der Harnblase (vorn) und dem Enddarm (hinten) im so genannten kleinen Becken der Frau. Als kleines Becken wird der untere, engere Bereich zwischen den Knochen des Beckengürtels bezeichnet, der unterhalb der Hüftknochen liegt.

Die **Gebärmutter** (Uterus) ist ein dickwandiges, muskulöses Hohlorgan. Sie hat die Form einer 7–10 cm langen Birne und ist bei erwachsenen Frauen etwa 50–60 g schwer. Im Inneren der Gebärmutter wächst während der Schwangerschaft das Kind heran. Dabei vergrößert und verdickt sie sich, so dass ihr Gewicht auf rund 1000 g ansteigt. Bei der Geburt treiben ihre Muskeln das Kind hinaus. Nach dem Ende der Schwangerschaft bildet sich die Gebärmutter wieder annähernd auf ihre Ausgangsgröße zurück. Die Gebärmutter besteht aus

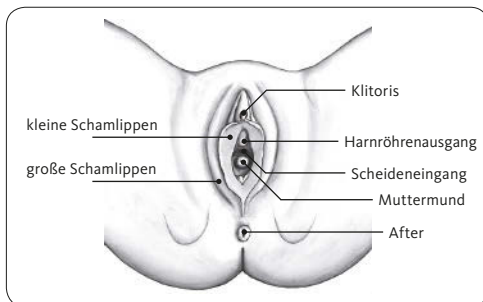
zwei Abschnitten: dem Gebärmutterkörper mit der Gebärmutterhöhle und dem Gebärmutterhals mit dem Gebärmuttermund.

Als **Gebärmutterkörper** wird der obere, breitere Anteil der Gebärmutter bezeichnet. Er besteht hauptsächlich aus Muskulatur. Die dicke Muskelschicht ist außen von einer bindegewebigen Hülle umgeben. Nach innen, zur Gebärmutterhöhle hin, ist sie mit einer drüsenreichen Schleimhaut ausgekleidet, der Gebärmutter Schleimhaut (Endometrium). Die Gebärmutter Schleimhaut verdickt sich zyklisch unter dem Einfluss der weiblichen Geschlechtshormone und bereitet sich auf die Einnistung des Embryos vor. Bleibt die Befruchtung und Einnistung eines Eies aus, so werden die äußeren Schichten der Gebärmutter Schleimhaut durch die Monatsblutung (Menstruation) abgestoßen. In die rechte und linke obere Ecke des Gebärmutterkörpers münden die Eileiter. Sie stellen die Verbindung zwischen der Gebärmutterhöhle und den Eierstöcken – den weiblichen Keimdrüsen – her.

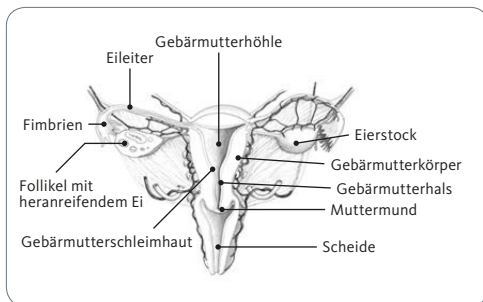
Der **Gebärmutterhals** nimmt etwa das untere Drittel der Gebärmutter ein und ragt als Gebärmuttermund in den oberen Teil der Scheide hinein. Der Gebärmutterhals besteht aus Bindegewebe und Muskulatur und weist in Längsrichtung einen Hohlraum auf, den Gebärmutterhalskanal (Zervikalkanal). Dieser ist von einer Schleimhaut ausgekleidet, deren Drüsen einen zähen Schleim bilden. Der Schleim hat die Aufgabe, die Gebärmutterhöhle nach außen zu verschließen und somit vor Keimen aus der Scheide



Anatomie der Gebärmutter*



Anatomie der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane*



Anatomie der weiblichen Fortpflanzungsorgane*

zu schützen. Nur während der fruchtbaren Tage und bei der Menstruation verdünnt sich der Schleim, und der Kanal öffnet sich um wenige Millimeter. Während einer Schwangerschaft schließt der geschlossene Gebärmutterhals die Fruchthöhle nach unten ab. Die Schleimhaut, die den Gebärmutterhals im Bereich des Muttermundes auskleidet, ist flacher als die Schleimhaut im Innern der Gebärmutter. Sie ähnelt dort der Schleimhaut, wie sie auch in der Mundhöhle vorkommt.

Die **Eierstöcke** liegen zu beiden Seiten der Gebärmutter seitlich an der Beckenwand und sind oval. Ihre Größe variiert stark während des Zyklus. Sie enthalten Eizellen und geben diese an den Eileiter ab. Jeden Monat reifen Eizellen heran, die von einem Bläschen umgeben sind (Follikel). Bei einem Eisprung reißt der Follikel, und die Eizelle wird von dem Eileiter (Tube) aufgenommen und in Richtung Gebärmutter transportiert. Auf dem Weg in die Gebärmutter kann die Befruchtung stattfinden. Die Eierstöcke produzieren auch Hormone, die den Monatszyklus aufrechterhalten. Dies beginnt in der Pubertät und endet mit den Wechseljahren. Die Eierstöcke bilden vornehmlich Östrogene und Gelbkörperhormon (Progesteron), die für das hormonelle Gleichgewicht verantwortlich sind. Wenn die Funktion der Eierstöcke nachlässt, beginnen die Wechseljahre (Klimakterium), was sich durch unregelmäßige Blutungen, Hitzewallungen, Stimmungsschwankungen, Schlafstörungen etc. äußern kann. Wie stark diese Beschwerden sind, variiert von Frau zu Frau.

* Quelle: Mit freundlicher Genehmigung von Prof. M. W. Beckmann, Gynäkologisches Universitäts-Krebszentrum Franken (GKF), Frauenklinik Universitätsklinikum Erlangen

Die **Scheide** (Vagina) ist ein dehnbarer, etwa 10 cm langer Schlauch, der durch die umliegenden Organe zu einem Spalt zusammengepresst wird. Sie ist gleichzeitig das Organ, welches den Penis beim Geschlechtsverkehr aufnimmt, und durch das bei der Entbindung das Kind nach außen gelangt. Die feuchte, glatte Oberfläche für die Aufnahme des Penis wird durch die Schleimhaut erzeugt, die außerdem für ein saures Milieu (pH-Wert um 4) sorgt und so der Ansiedelung von Bakterien entgegenwirkt. Zum anderen muss die Scheide sich bei der Geburt stark erweitern können, danach aber auch wieder zusammenziehen, wofür die Muskelschicht und die umgebende, elastische Bindegewebsschicht sorgen.

Die **Vulva** umfasst die großen und kleinen Schamlippen, den Scheidenvorhof und die Klitoris. Die großen Schamlippen sind Hautwülste, welche die Schamspalte umschließen und mit Schamhaaren besetzt sind. Zwischen ihnen liegen die kleinen Schamlippen, dünne, unbehaarte, gerunzelte Hautfalten, die durch ihre starke Pigmentierung dunkler erscheinen. Abhängig von ihrer Länge liegen die kleinen Schamlippen entweder in der Schamspalte versteckt oder ragen aus ihr hervor. Die Schamlippen umgeben den Scheidenvorhof und schützen Scheide und Harnröhre vor Stößen und Fremdkörpern. Die Klitoris (Kitzler) liegt zwischen den großen und vor den kleinen Schamlippen, umgeben von einer Hautfalte. Sie entspricht ihrer Entstehung nach dem Penis des Mannes und schwillt ebenso wie dieser bei sexueller Erregung an.

Die Schwellkörper der Klitoris setzen sich ins Körperinnere neben der Scheide fort, so dass die Klitoris insgesamt eine ähnliche Größe wie der Penis aufweist. Eine Funktion der Klitoris zusätzlich zum sexuellen Lustgewinn ist nicht bekannt.

2. Welche gynäkologischen Tumoren sind bekannt?

Gynäkologische Tumoren umfassen Tumoren der weiblichen Brust und der weiblichen Geschlechtsorgane. Unterschieden werden gemäß den befallenen Organen

- Brustkrebs
- Gebärmutterkörperkrebs
- Eierstockkrebs
- Gebärmutterhalskrebs
- Vulvakrebs („Schamlippenkrebs“)
- Vaginalkrebs (Scheidenkrebs).

Unter diesen kommt Brustkrebs am häufigsten vor, zu dem Sie ausführliche Informationen in unserem „Patientenratgeber Brustkrebs“ finden. Am seltensten sind Krebserkrankungen der Vulva und der Scheide. Der hier vorliegende Ratgeber konzentriert sich auf die Krebserkrankungen der weiblichen Genitalorgane: Gebärmutterkörperkrebs, Gebärmutterhalskrebs, Eierstockkrebs, Vulvakrebs und Scheidenkrebs. Diese Tumorarten gehen jeweils von einem anderen Gewebe aus und unterscheiden sich hinsichtlich der Diagnose und der Therapie.



Was ist Gebärmutterkörperkrebs?

Bösartige **Tumoren des Gebärmutterkörpers** haben ihren Ursprung fast immer in der Gebärmutter Schleimhaut (Endometrium), die das Organ im Inneren auskleidet. Aus diesem Grund wird Krebs des Gebärmutterkörpers auch als Gebärmutter Schleimhautkrebs oder fachsprachlich als **Endometriumkarzinom** bezeichnet. Krebserkrankungen des Gebärmutterkörpers sind in Deutschland nach Brustkrebs die zweithäufigste bösartige Erkrankung der weiblichen Ge-

schlechtsorgane und die vierthäufigste Krebsform bei Frauen. Eine von 49 Frauen erkrankt im Laufe des Lebens an Gebärmutterkörperkrebs, eine von 200 verstirbt an der Krankheit. Aufgrund der guten Prognose fällt der Anteil an allen krebsbedingten Todesfällen mit 2,5 Prozent vergleichsweise niedrig aus. Das relative Fünf-Jahres-Überleben bei Gebärmutterkörperkrebs liegt in Deutschland bei etwa 80 Prozent. Das mittlere Erkrankungsalter beträgt 69 Jahre.

Was ist Gebärmutterhalskrebs?

Bösartige **Tumoren des Gebärmutterhalses**, auch **Zervixkarzinome** genannt, entwickeln sich zumeist aus der Haut im Bereich des äußeren Muttermundes, also dort, wo der Gebärmutterhals in die Scheide mündet. In seltenen Fällen gehen sie von den Schleimhautzellen des Muttermundes aus. Die Entartung des Gewebes ist ein Prozess, der sich über Jahre hinzieht und über Krebsvorstufen verläuft. So erkrankten Frauen am In-Situ-Karzinom, der Vorstufe von Gebärmutterhalskrebs, im Durchschnitt mit 34 Jahren, am invasiven Gebärmutterhalskrebs mit 53 Jahren. Da der Muttermund für eine Untersuchung gut zugänglich ist, können Zellveränderungen bei regelmäßigen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen frühzeitig erkannt und oft erfolgreich behandelt werden. Deshalb ist die Zahl der Todesfälle durch Gebärmutterhalskrebs in den letzten 30 Jahren stark zurückgegangen. Die relative Fünf-Jahres-Überlebensrate nach der Diagnose eines invasiven, also in das umgebende Gewebe hineinwuchernden Gebärmutterhalstumors liegt bei 68 Prozent.

Krebsart	Neu-diagnosen	Anteil n allen Krebsneuerkrankungen (in %)	Todesfälle	Anteil an allen Krebstodesfällen (in %)	Neuerkrankungen Prognose für 2016
Brustkrebs	69.550 Frauen 620 Männer	30,8% Frauen	17.748 Frauen 150 Männer	17,5% Frauen	65.500 Frauen 700 Männer
Gebärmutterkörperkrebs	10.930	4,8%	2.515	2,5%	10.800
Eierstockkrebs	7.380	3,3%	5.646	5,6%	7.200
Gebärmutterhalskrebs	4.640	2,1%	1.617	1,6%	4.300
Vulva- und Vaginalkrebs (vom RKI zusammengefasst)	3.190	nicht angegeben	827	nicht angegeben	4.400

Häufigkeiten der verschiedenen gynäkologischen Tumorarten in Deutschland im Jahr 2012

Quelle: Krebs in Deutschland 2011/12. 10. Ausgabe. Hrsg: Robert Koch-Institut (RKI) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V., Berlin 2015

Was ist Eierstockkrebs?

Eierstockkrebs (Ovarialkarzinom) gehört zu den aggressivsten Tumoren und ist nach Brustkrebs und Gebärmutterkörperkrebs die dritthäufigste gynäkologische Krebserkrankung. Da in den Eierstöcken verschiedene Zelltypen existieren, von denen Krebs ausgehen kann, existieren verschiedene feingewebliche (histologische) Typen von Eierstockkrebs. Oft werden bösartige Eierstocktumoren spät entdeckt, weil sie lange Zeit symptomlos bleiben. Deutliche Beschwerden zeigen sich in der Regel erst im Spätstadium der Erkrankung. Dies trägt wesentlich dazu bei, dass Eierstockkrebs

mit einem relativen Fünf-Jahres-Überleben von 41 Prozent eine eher ungünstige Prognose hat. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 69 Jahren, bis zum 85. Lebensjahr steigen die Erkrankungsraten kontinuierlich an. Etwa eine von 72 Frauen erkrankt im Laufe ihres Lebens an Eierstockkrebs.

Was ist Vulvakrebs?

Vulvakrebs ist eine bösartige Tumorerkrankung der äußeren Geschlechtsorgane der Frau. Hinter dem Begriff können sich verschiedene Krebsarten verbergen, die von unterschiedlichen Zellen der Genitalregion ausgehen. Betroffen sind meist die großen

Schamlippen, seltener auch die kleinen Schamlippen oder die Klitorisregion. Über 90 Prozent der Vulvatumoren entstehen aus Zellen der obersten Hautschicht.

Vulvakrebs ist die vierthäufigste gynäkologische Krebserkrankung. In den letzten zehn Jahren hat sich die Zahl der Vulvakrebsfälle in Deutschland verdoppelt. Im Jahr 2010 lag die Neuerkrankungsrate bei jährlich 4,6 pro 100.000 Frauen, im Jahr 2014 vermutlich bei jährlich 5,8 pro 100.000 Frauen. Mit zunehmendem Lebensalter wird die Krankheit häufiger. So erkranken von den unter 30-jährigen 0,4 pro 100.000 Frauen, von den 70-jährigen 20 pro 100.000. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 72 Jahren. Allerdings erkranken zunehmend auch jüngere Frauen unter 40 Jahren. Die relative 5-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit betrug im Jahr 2010 in Deutschland 71 Prozent.

Was ist Vaginalkrebs?

Als **Scheidenkrebs (Vaginalkarzinome)** werden bösartige Veränderungen der Scheide bezeichnet. Unterschieden werden die Krebsarten der Scheide in Abhängigkeit davon, von welchen Zellen die Erkrankung ausgeht. Über 90 Prozent aller bösartigen Vaginalkarzinome entwickeln sich aus Veränderungen der obersten Schleimhautschicht. Scheidenkrebs ist äußerst selten: Pro Jahr treten schätzungsweise 0,6 bis 1 Neuerkrankung unter 100.000 Frauen auf. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 74 Jahren.

3. Wie entstehen gynäkologische Tumoren?

Alle bösartigen Tumoren entstehen aus dem unkontrollierten Wachstum von so genannten entarteten Zellen. Sie sind durch genetische Veränderungen in der Lage, sich stärker zu vermehren als die gesunden Zellen, und auch andere Bereiche des Körpers zu besiedeln. Die Ursachen für diese genetischen Veränderungen können zum Beispiel spontane Veränderungen, chemische Substanzen, Viren, Strahlung oder angeborene Mutationen sein. So spielt eine Infektion mit Papillomviren bei der Entstehung von Gebärmutterhalskrebs und auch von Vulva- und Scheidenkrebs eine wichtige Rolle. Für Gebärmutterkörperkrebs und Eierstockkrebs sind die direkten Auslöser noch nicht genau bekannt. Man kennt jedoch für jede dieser Krebsarten eine Reihe von Faktoren, die ihre Entstehung begünstigen können (Risikofaktoren).

Risikofaktoren für Gebärmutterkörperkrebs

Als Hauptrisikofaktoren für die Entstehung von **Gebärmutterkörperkrebs** müssen neben dem Alter Übergewicht, insbesondere nach den Wechseljahren und die Einnahme ausschließlich östrogenhaltiger Hormonpräparate während und nach den Wechseljahren angesehen werden. Dagegen schützt die Einnahme „der Pille“ in der geschlechtsreifen Zeit, insbesondere bei Verwendung eines kombinierten Präparates mit Östrogen und Gestagen, vor der Entwicklung eines Karzinoms der Gebärmutter Schleimhaut.

Östrogene bei der Entstehung von Gebärmutterkörperkrebs

Östrogene werden hauptsächlich in den Eierstöcken und im Fettgewebe produziert und bewirken an der Gebärmutter Schleimhaut ein Wachstum der Drüsenzellen. Während des weiblichen Monatszyklus wird die Östrogenwirkung nach dem Eisprung durch Gestagene, den zweiten Typ weiblicher Geschlechtshormone, verringert. Falls keine Schwangerschaft eintritt und die Hormonspiegel wieder abfallen, führt dies letztlich zur Abstoßung der Schleimhaut (Menstruation) und verhindert eine Entartung.

Eine wichtige Ursache der Krebsentstehung sehen Wissenschaftler im hormonellen Umstellungsprozess während der Wechseljahre. In dieser Lebensphase stellt der Körper die

Produktion der Gestagene ein, bildet aber zunächst weiterhin Östrogene. Ein entscheidender Östrogenanteil wird im Fettgewebe – abhängig vom Grad einer Übergewichtigkeit – gebildet.

Wenn Östrogene lange auf die Gebärmutter Schleimhautzellen einwirken, kann dieser andauernde Teilungsreiz die Entwicklung eines bösartigen Tumors begünstigen. Dies ist auch dann der Fall, wenn zum Hormonersatz während der Wechseljahre ausschließlich Östrogene eingenommen werden. Wird das Östrogen kontinuierlich mit einem Gestagen kombiniert, wie es in den Leitlinien empfohlen wird, besteht keine erhöhte Gefahr für Gebärmutterkörperkrebs.

Auch körperliche Bewegung und Schwangerschaften wirken sich schützend aus. Weitere Risikofaktoren sind Kinderlosigkeit, eine frühe erste Periode (Menarche), eine spät eintretende Menopause (letzte Periode) oder lange Zyklen ohne Eisprünge. Darüber hinaus spielen Bluthochdruck, Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), eine vorangegangene Strahlenbehandlung sowie erbliche Faktoren eine Rolle. Die erbliche Erkrankung Lynch-Syndrom, bei der Darmkrebs bereits in einem frühen Lebensalter auftritt, geht mit einem erhöhten Risiko für Gebärmutterkörperkrebs, Eierstockkrebs und andere Krebsarten einher.

Risikofaktoren für Gebärmutterhalskrebs

Als zentraler Faktor für die Entstehung von **Gebärmutterhalskrebs** gilt die Infektion mit bestimmten humanen Papillomviren (HPV). Einige Typen von Papillomviren verursachen Warzen an der Haut und im Genitalbereich. Die Viren werden unter anderem durch ungeschützten Geschlechtsverkehr übertragen. Allerdings erkranken nur etwa drei Prozent der Frauen, die mit Papillomviren infiziert sind, an Gebärmutterhalskrebs. Zusätzliche Faktoren, wie zum Beispiel genetische Veränderungen oder ein geschwächtes Immunsystem, können die Tumorentstehung

Ein erhöhtes Risiko, an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken, besteht, wenn:

- Sie bereits in sehr jungen Jahren Geschlechtsverkehr und häufig wechselnde Sexualpartner hatten. Man geht davon aus, dass dadurch häufiger Scheideninfektionen und Krankheiten sexuell übertragen werden können.
- Sie an chronischen Infektionen und Viruserkrankungen leiden, die durch Geschlechtsverkehr übertragen werden. Besonders risikoreich sind Infektionen mit bestimmten humanen Papillomviren (siehe oben). Aber auch andere sexuell übertragbare Krankheiten, wie zum Beispiel eine Infektion mit Chlamydien, erhöhen das Risiko.
- Die Immunabwehr Ihrer Scheide vermindert ist. Dies entsteht vor allem durch chronischen Nikotinkonsum.

Die krebserregenden Bestandteile des Zigarettenrauchs sind auch im Sekret des Gebärmutterhalses nachweisbar und können dort ihre schädigende Wirkung entfalten. Auch eine Ernährung mit unzureichender Vitaminzufuhr kann zu einer Geschwächten Immunabwehr führen.

- Die Immunabwehr durch Medikamente (zum Beispiel bei Rheuma oder nach Organtransplantation) beziehungsweise durch eine HIV-Infektion unterdrückt ist.
- Ein deutlich erhöhtes Risiko für die spätere Krebsentstehung besteht, wenn Ihre Ärztin beziehungsweise Ihr Arzt bei Ihnen einen ungünstigen Befund beim Zellabstrich oder bereits eine ausgeprägte Krebsvorstufe, ein so genanntes „Carcinoma in situ“, festgestellt hat.

beeinflussen. Auch Genitalinfektionen mit anderen Erregern und das Rauchen scheinen den Ausbruch der Erkrankung zu begünstigen. Möglicherweise spielen zudem Ernährungsfaktoren eine Rolle.

Risikofaktoren für Eierstockkrebs

Das Risiko einer Erkrankung an **Eierstockkrebs** scheint mit dem Alter anzusteigen. Umwelt- und Ernährungsfaktoren, Unfruchtbarkeit und Kinderlosigkeit spielen wahrscheinlich ebenfalls eine Rolle. Schwangerschaften und die Einnahme der „Pille“ senken dagegen das Risiko. Zudem

sind bestimmte Genveränderungen (Mutationen) bekannt, die das persönliche Risiko der Trägerin erhöhen, an Brust- oder Eierstockkrebs zu erkranken. Man sagt dann, bei der Patientin liegt eine erbliche Disposition vor. Das bedeutet, es gibt Gene, die für das in manchen Familien gehäufte Auftreten von Eierstockkrebs und auch Brustkrebs verantwortlich sind. Am besten erforscht sind die Gene BRCA-1 und BRCA-2 (BReast CANcer), auch als „Brustkrebsgene“ bekannt. Etwa 10 bis 60 Prozent der Frauen mit einer mutierten Form dieser Gene erkranken im Laufe ihres Lebens an Eierstockkrebs.

Risikofaktoren für Vulva- und Vaginalkrebs

Die genauen Ursachen für die Entstehung von **Vulvakrebs** und **Vaginalkrebs** sind weitgehend ungeklärt. Beide Erkrankungen treten im Alter deutlich häufiger auf. Zu den Risikofaktoren gehören ähnlich wie beim Gebärmutterhalskrebs vor allem Infektionen mit bestimmten humanen Papillomviren (HPV). Verhornende Plattenepithelkarzinome, mit 65 bis 80 Prozent der häufigste Vulvakrebstyp, entstehen meist unabhängig von HPV. Nicht verhornende Plattenepithelkarzinome der Vulva hingegen stehen oft im Zusammenhang mit einer HPV-Infektion, sie betreffen meist jüngere Frauen mit einem mittleren Alter von etwa 55 Jahren.

Zu den Risikofaktoren für Vulvakrebs zählen andere sexuell übertragbare Infektionen, zum Beispiel mit Herpesviren, Chlamydien und Syphilis, die allein jedoch kein Vulvakarzinom auslösen können. Auch einige chronische Erkrankungen von Vulva und Scheide, das Rauchen oder eine Einschränkung der Immunfunktion durch HIV oder Medikamente erhöhen das Risiko, an Vulvakrebs zu erkranken. Ein weiterer Risikofaktor sind Krebserkrankungen oder Vorstufen im Genital- und Anusbereich. Für das verhornende Plattenepithelkarzinom der Vulva gelten zudem chronisch entzündliche Hauterkrankungen als ein wichtiger Risikofaktor, zum Beispiel Lichen sclerosus.



II. Vorsorge

1. Vorsorge und Früherkennung

1.1 Was kann ich selbst tun?

Gesunde Lebensweise

Durch eine gesunde Lebensführung können Sie Ihr Risiko, an gynäkologischem Krebs zu erkranken, senken. Dazu gehören unter anderem körperliche Bewegung, gesunde Ernährung und ein normales Körpergewicht sowie der Verzicht auf das Rauchen. Zum Beispiel erkranken übergewichtige Frauen häufiger an Gebärmutterkörperkrebs als normalgewichtige. Eine gesunde, vitaminreiche Ernährung mit frischem Obst und Gemüse ist zur Unterstützung der Immunabwehr in jedem Fall empfehlenswert.

Schutz vor Infektionen

Infektionen und Viruserkrankungen, die durch Geschlechtsverkehr übertragen werden, erhöhen das Risiko für Gebärmutterhalskrebs, Vulvakrebs und Scheidenkrebs. Das gilt besonders für Infektionen mit Papillomviren, aber auch für andere sexuell übertragbare Erkrankungen. Daher empfiehlt es sich, die Gefahr solcher Infektionen zu verringern, indem Sie bei sexuellen Kontakten Kondome oder ähnliche Barrieren verwenden („Safer Sex“). Dies ist besonders bei neuen oder wechselnden Partnern wichtig. Bei Fragen zu „Safer Sex“ berät Sie Ihre Frauenärztin oder ihr Frauenarzt.

1.2 Was passiert bei der Krebs-früherkennung?

Je früher ein Tumor entdeckt wird, desto größer ist die Chance auf Heilung. Mit Hilfe der gynäkologischen Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen lassen sich insbesondere Gebärmutterhalskrebs und Brustkrebs frühzeitig entdecken, aber auch Scheidenkrebs und Vulvakrebs. Frauen ab dem 20. Lebensjahr steht eine jährliche Untersuchung zur gynäkologischen Krebsfrüherkennung zu. Die Kosten werden von der Krankenkasse übernommen, ein Überweisungsschein ist nicht notwendig. Für Gebärmutterkörper- und Eierstockkrebs gibt es keine anerkannten Untersuchungsmethoden zur Früherkennung. Allerdings wird Gebärmutterkörperkrebs meist schon früh aufgrund der Symptome (Blutungsstörungen) erkannt.

Die Untersuchungen im Einzelnen

Anamnese und körperliche

Untersuchung (Tastuntersuchung):

Zunächst wird sich die Frauenärztin oder der Frauenarzt ausführlich nach Beschwerden und möglichen Risikofaktoren erkundigen und eine körperliche Untersuchung durchführen. Über die Bauchdecke wird die Gebärmutter, über die Scheide werden der Gebärmutterhals, der Muttermund, der Gebärmutterkörper sowie die Eierstöcke und Eileiter auf mögliche Veränderungen abgetastet. Zusätzlich kann vom After aus das Gewebe um die Gebärmutter herum getastet werden. Allein dadurch gewinnt der Arzt wichtige Hinweise über die Art und das Ausmaß einer eventuellen Erkrankung, er kann

beispielsweise Wucherungen an der Gebärmutter, der Scheide und den Eierstöcken fühlen. Außerdem gehört zur Tastuntersuchung das Abtasten der Lymphknoten, um sie auf Schwellungen zu überprüfen, die immer ein Warnsignal für eine Erkrankung sind.

Zellabstrich (Pap-Test):

Mit Hilfe eines Zellabstrichs von Muttermund und Gebärmutterhals können Krebszellen oder Vorstufen von Krebszellen frühzeitig erkannt werden. Mit einem speziellen Instrument, dem so genannten Spekulum, entfaltet die Ärztin beziehungsweise der Arzt zunächst die Scheide. Auf diese Weise lässt sich der äußere Muttermund direkt einsehen. Anschließend entnimmt der Arzt mit einem Spatel und einer Bürste Zellmaterial von Muttermund und Gebärmutterhalskanal (Abstrich). Dieser Vorgang ist in der Regel nicht schmerzhaft. Die gewonnenen Zellen werden auf eine kleine Glasplatte (Objektträger) aufgetragen und in einem Speziallabor unter dem Mikroskop auf Veränderungen untersucht. Treten Abweichungen vom normalen Zellbild auf, so wird die Ärztin bzw. der Arzt weitere Untersuchungen veranlassen.

Warum heißt es „Pap-Test“?

Die Bezeichnung „Pap-Test“ geht auf die Ärzte und Anatomen G. N. Papanicolaou (1883-1962) und H. F. Traut (1894-1963) zurück, die in den USA diese spezielle Methode zur Beurteilung von Zellen entwickelten. Die Namensähnlichkeit mit den Papillomviren ist zufällig.

Lupenoptische Betrachtung des Gebärmuttermundes und der Scheide:

Mit Hilfe eines Gerätes (Kolposkop), das wie ein Vergrößerungsglas funktioniert, kann die Ärztin beziehungsweise der Arzt die Oberfläche von Muttermund und Scheide mit zehn- bis vierzigfacher Vergrößerung betrachten. Wie bei der Abstrichuntersuchung entfaltet sie oder er zunächst die Scheide mit Hilfe eines Spekulum. Um die Schleimhaut von Gebärmutterhals und Scheide genau begutachten zu können, werden die Bilder auf einen Monitor übertragen. Durch die Lupenoptik kann die Ärztin oder der Arzt auch sehr kleine Veränderungen erkennen und diese als gut- oder bösartig einstufen.

Künftig wird nach einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) auch der Test auf Humane Papillomviren (HPV-Test) zur gynäkologischen Krebsfrüherkennung gehören.

Ab dem 30. Lebensjahr wird eine Tastuntersuchung der Brust und der Achsellymphknoten durchgeführt, um eventuelle Hinweise auf Brustkrebs zu finden.

1.3 HPV-Impfung – warum & für wen?

Impfung zur Vorbeugung von Gebärmutterhalskrebs

In Deutschland sind derzeit drei Impfstoffe auf dem Markt, die vor Infektionen mit krebsauslösenden Humanen Papillomviren (HPV) und damit indirekt vor Gebärmutterhalskrebs schützen. Alle drei wirken gegen HPV 16 und HPV 18, die am häufigsten für



Gebärmutterhalskrebs verantwortlichen Erreger. Einer der drei Impfstoffe wirkt zudem noch gegen HPV 6 und HPV 11. Der zuletzt zugelassene und seit kurzem in Deutschland verfügbare Impfstoff wirkt gegen insgesamt neun HPV-Typen (neunvalenter HPV-Impfstoff).

Die HPV-Impfung wird für Mädchen empfohlen, die noch keinen Geschlechtsverkehr hatten, damit der Impfschutz beim ersten sexuellen Kontakt bereits besteht. Außerdem sprechen jüngere Personen offenbar besser auf die Impfung an und bilden mehr Antikörper gegen die Viren als ältere. Die ständige Impfkommision empfiehlt die Impfung gegen HPV für Mädchen im Alter von 9 bis 14 Jahren. In diesem Alter sind zwei Impfungen im Abstand von 6 Monaten erforderlich. Mädchen ab einem Alter von 14 Jahren und erwachsene Frauen, die bisher noch keine HPV-Impfung erhalten haben, können auch gegen HPV geimpft werden; die Impfung soll dann mit drei Dosen gegen HPV erfolgen. Die HPV-Impfung wurde in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen aufgenom-

men; für Mädchen im Alter von 9 bis 14 Jahren werden die Kosten für die HPV-Impfung von den gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen.

Einige Krankenkassen übernehmen die Kosten der Impfung auch außerhalb der gesetzlich festgelegten Altersgrenzen. Grundsätzlich können auch ältere Frauen nach einer individuellen Beratung geimpft werden. Eine obere Altersgrenze gibt es laut Impfstoffzulassung nicht.

Was macht HPV?

Die humanen Papillomviren (HPV) bilden eine Gruppe von Viren, zu der etwa 200 verschiedene Typen gehören. Sie befallen die Haut oder Schleimhaut und verursachen in den infizierten Zellen ein unkontrolliertes tumorartiges Wachstum. In den meisten Fällen, vor allem bei HPV 6 und 11, handelt es sich um gutartige Tumoren in Form von Warzen.

Einige der Virustypen können bei Frauen im Bereich des Gebärmutterhalses (Zervix), der Scheide (Vagina) und der Schamlippen (Vulva) sowie am Anus und bei Männern im Bereich des Penis und Anus bösartige Tumoren beziehungsweise deren Vorstufen verursachen. Vor allem die HPV-Typen 16 und 18 scheinen besonders oft an der Entstehung von Krebs im Genitalbereich beteiligt zu sein. So wird davon ausgegangen, dass mehr als 70 Prozent der bösartigen Tumoren des Gebärmutterhalses im ursächlichen Zusammenhang mit HPV 16 und 18 stehen.

Warum ist die Impfung gegen HPV so wichtig?

Pro Jahr erkranken in Deutschland rund 4.600 Frauen an Gebärmutterhalskrebs. Seitdem der Abstrich von Zellen des Gebärmutterhalses (Pap-Test) zum Angebot der gesetzlichen Krebsfrüherkennung gehört, konnten die Häufigkeit der Entwicklung von Krebs aus den Vorstufen und die Sterblichkeit an der Erkrankung nachweislich gesenkt werden. Doch noch immer sterben jedes Jahr rund 1.600 Frauen an Gebärmutterhalskrebs.

Als entscheidender Risikofaktor für die Entstehung von Gebärmutterhalskrebs gilt die Infektion mit krebsauslösenden Papillomviren. Die Übertragung der Viren erfolgt über sexuellen Kontakt und kann oftmals Jahre oder Jahrzehnte vor der Krebsdiagnose stattgefunden haben. Etwa 70 Prozent der sexuell aktiven Frauen infizieren sich Schätzungen zufolge im Laufe ihres Lebens mit HPV. In bis zu 60 Prozent der Fälle klingt die Infektion ohne gesundheitliche Folgen ab. Bleibende Infektionen können jedoch zu Genitalwarzen, Krebsvorstufen und schließlich Krebs führen.

Vor einer Infektion mit HPV konnte bislang nur sexuelle Enthaltensamkeit schützen. Kondome bieten keinen vollständigen Infektionsschutz. Die Einführung einer Impfung gegen die krebsauslösenden Viren bietet zum ersten Mal die Möglichkeit, effektiv einer Infektion mit HPV vorzubeugen.

Was kann die Impfung?

Untersuchungen zufolge schützt die Impfung sicher und zuverlässig vor einer Infektion mit den entsprechenden Papillomvirus-Typen. Ein Ersatz für die regelmäßigen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen durch die Frauenärztin oder den Frauenarzt ist sie allerdings nicht. Diese sollten auch nach erfolgter Impfung von allen weiblichen Versicherten weiterhin in Anspruch genommen werden. Eine Infektion mit Papillomviren ist zwar die bedeutendste, jedoch nicht die einzige Ursache für die Entstehung von Gebärmutterhalskrebs (und auch von Scheidenkrebs und Vulvakrebs, die aber deutlich seltener sind).

Geplante Neuregelung der gynäkologischen Krebsfrüherkennung (Quelle: Dtsch Arztebl 2016;113(7):A-282/B-238/C-238)

In einem Beschluss vom März 2015 wurden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) neue Regelungen für die gynäkologische Krebsfrüherkennung festgehalten, die vermutlich 2018 in Kraft treten sollen:

- Die jährliche klinische Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Genitalien (Gebärmutter, Vulva, Vagina) und der Brust bei Frauen soll erhalten bleiben.
- Frauen im Alter von 20 bis 60 Jahren sollen künftig alle fünf Jahre von ihrer Krankenkasse angeschrieben und über das Gebärmutterkrebs-Screening informiert werden.

- Frauen ab dem 30. Lebensjahr können künftig zwischen zwei Screening-Methoden für Gebärmutterhalskrebs wählen: (1) Alle fünf Jahre ist ein Test auf eine Infektion mit Humanen Papillomviren, ein HPV-Test, möglich. (2) Ein Zellabstrich (Pap-Test) schließt sich nur bei einem auffälligen Befund an. Alternativ können die Frauen auch weiterhin die jährliche Untersuchung mit Zellabstrich (Pap-Test) vornehmen lassen. Eine Kombination beider Screening-Strategien oder ein Wechsel vor Ablauf des Screeningintervalls soll nicht möglich sein.

In einer Übergangsphase von mindestens sechs Jahren (beziehungsweise wenn ausreichend Daten vorliegen) werden für beide Screening-Strategien (Pap-Test und HPV-Test) im Rahmen eines Monitorings Daten erhoben und ausgewertet. Hierbei wird geprüft, ob eine der beiden Strategien der anderen überlegen ist. Sollte dies der Fall sein, wird nach der Übergangszeit nur noch die überlegene Screening-Strategie angeboten.

- In der Übergangsphase werden auch die Daten bei Frauen im Alter von 20–30 Jahren erfasst. Diese haben in dieser Zeit weiterhin Anspruch auf eine jährliche Untersuchung mit Zellabstrich (Pap-Test). Anschließend wird unter Berücksichtigung der Monitoring-Ergebnisse und internationaler Empfehlungen festgelegt, in welchen zeitlichen Abständen welche Art von Screeninguntersuchung für diese Patientinnengruppe angeboten wird.

2. Warnsignale und Beschwerden

Allen fünf Krebsarten ist gemeinsam, dass sie im Frühstadium oft keine Symptome oder Beschwerden verursachen. Es gibt allerdings einige Warnsignale, die auf einen gynäkologischen Tumor hindeuten können. Beobachten Sie daher Ihren Körper und reagieren Sie auf die Warnsignale, indem Sie diese von Ihrer Frauenärztin beziehungsweise Ihrem Frauenarzt abklären lassen. Dies gilt ganz besonders, wenn die Symptome wiederholt auftreten, konstant bleiben und/oder heftiger als normale Zyklusbeschwerden sind. Natürlich können diese Symptome ganz harmlos sein beziehungsweise andere Ursachen haben, jedoch sollte in jedem Fall eine Krebserkrankung ausgeschlossen werden, wenn die Beschwerden nicht nach kurzer Zeit von allein abklingen.

Wichtigstes Frühsymptom von **Gebärmutterkörperkrebs** oder **Gebärmutterhalskrebs** ist eine ungewöhnliche Blutung aus der Scheide. Besonders verdächtig ist jede noch so geringe Blutung nach den Wechseljahren! Jede Blutung nach den Wechseljahren sollte deshalb dringend abgeklärt werden. Auch Ausfluss aus der Scheide – meist Folge einer Infektion – kann eine bösartige Veränderung der Gebärmutter-schleimhaut oder des Gebärmutterhalses anzeigen. Schmerzen im kleinen Becken, Störungen beim Wasserlassen oder unregelmäßiger Stuhlgang kommen meist erst dann hinzu, wenn Nachbarorgane betroffen sind. Folgende Symptome können die Folge von Gebärmutterkörperkrebs sein:

- Blutungen nach den Wechseljahren,
- außergewöhnlich starke Monatsblutungen, Zwischenblutungen oder Schmierblutungen (bei Frauen über dem 35. Lebensjahr),
- blutiger oder fleischfarbener, oft übel riechender Ausfluss außerhalb der Monatsregel,
- Schmerzen im Unterbauch,
- unerklärliche Gewichtsabnahme.

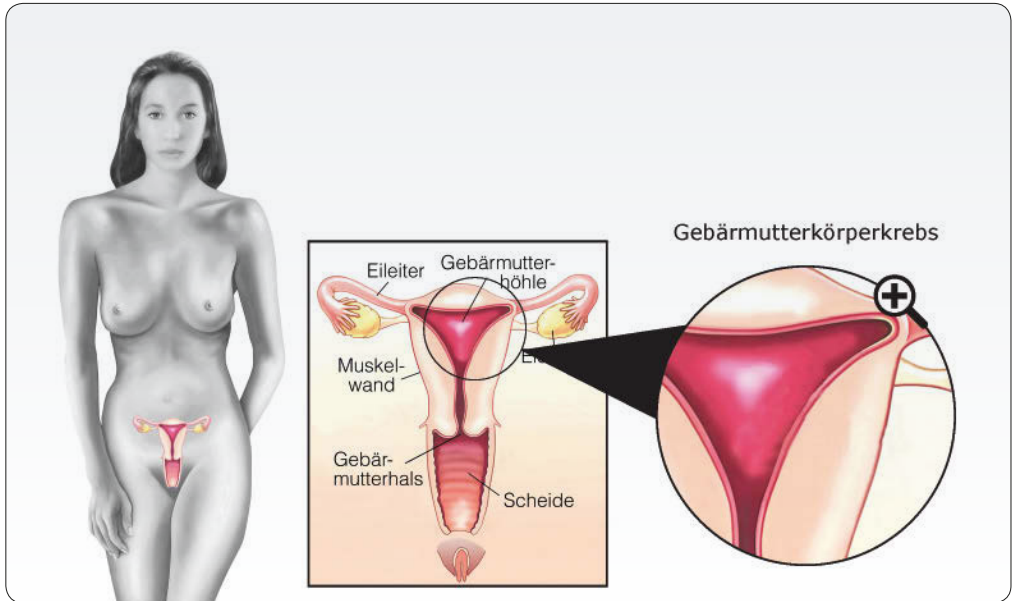
Auf Gebärmutterhalskrebs, aber auch auf andere, harmlose Veränderungen am Muttermund oder in der Gebärmutter können Blutungen hinweisen, die nach dem Geschlechtsverkehr oder nach Belastungen wie Radfahren, Reiten oder hartem Stuhlgang auftreten.

Bei **Eierstockkrebs** treten in der Regel keine Frühsymptome auf, denn durch ihre anatomische Lage haben Tumoren der Eierstöcke viel Platz, zu wachsen, ohne Beschwerden zu verursachen. Allerdings gibt es auch hier Anzeichen, die Anlass für einen Besuch beim Frauenarzt sein sollten. Wird Eierstockkrebs frühzeitig erkannt, bestehen gute Behandlungsmöglichkeiten und Heilungsaussichten. Solche Symptome sind:

- Zunahme des Bauchumfangs ohne Gewichtszunahme,
- häufig auftretende unbestimmte Verdauungsbeschwerden/Völlegefühl,
- verbunden oft mit einer allgemeinen Müdigkeit und Erschöpfung.

Vaginalkrebs wird erst in einem fortgeschrittenen Stadium symptomatisch. Zu den ersten Auffälligkeiten zählen blutiger Ausfluss oder auch Scheidenblutungen, die zum Beispiel nach Sexualkontakt auftreten. Hat sich der Tumor auf umliegendes Gewebe oder weitere Organe ausgebreitet, können Unterleibsschmerzen oder Organstörungen (Harnblase, Darm) auftreten.

Das häufigste Symptom von **Vulvakrebs** ist der Juckreiz. Auch ein erschwertes, unangenehmes oder schmerzhaftes Wasserlassen kann auf Vulvakrebs hindeuten. Weitere Symptome können Brennen, Schmerzen oder kleine erhabene eventuell rote Verhärtungen oder Flecken sein, die an Warzen und Narben erinnern. Blutungen oder blutiger Ausfluss treten selten auf. Meist verursacht Vulvakrebs erst im fortgeschrittenen Stadium Beschwerden. Frühsymptome sind oft unspezifisch oder fehlen gänzlich. Etwa die Hälfte der Patientinnen ist bei der Diagnose beschwerdefrei.



III. Gebärmutterkörperkrebs

1. Wie wird die Diagnose gestellt?

Besteht der Verdacht auf Gebärmutterkörperkrebs (Endometriumkarzinom), leitet die Ärztin beziehungsweise der Arzt die notwendigen Untersuchungen ein. Mit deren Hilfe kann geklärt werden, ob es sich wirklich um eine Krebserkrankung handelt, welche Tumorart vorliegt und wie weit die Erkrankung fortgeschritten ist.

Wichtige Untersuchungsschritte zum Nachweis von Gebärmutterkörperkrebs sind:

- Anamnese und körperliche Untersuchung mit einem Spiegel (Speculum) und Tastuntersuchung, Pap-Test
- Ultraschalluntersuchung (transvaginale Sonographie)
- Gebärmutterspiegelung (Hysteroskopie) mit Gewebeentnahme (Biopsie)
- getrennte Ausschabung des Gebärmutterhalses und der Gebärmutterkörper-Schleimhaut (fraktionierte Abrasio)

Entscheidend zur Sicherung der Diagnose ist die feingewebliche, mikroskopische Untersuchung des Gewebes.

Wird ein Karzinom der Gebärmuttersschleimhaut festgestellt, schließen sich weitere Untersuchungen an. Diese sollen vor allem zeigen, wie weit sich der Tumor bereits ausgebreitet hat, ob Lymphknoten befallen sind oder ob sich Tochtergeschwülste (Metastasen) in anderen Körperregionen gebildet haben. Erst wenn die notwendigen Untersuchungen abgeschlossen sind, kann die Ärztin beziehungsweise der Arzt mit der Patientin gemeinsam entscheiden, welche Behandlungsmaßnahmen am besten geeignet sind.

Transvaginale Ultraschalluntersuchung (Sonographie)

Die Ultraschalluntersuchung der inneren Geschlechtsorgane erfolgt mit Hilfe einer Ultraschallsonde, die in die Scheide eingeführt wird (transvaginale Sonographie). Die Ärztin beziehungsweise der Arzt kann mit dieser Methode die Gebärmuttersschleimhaut beurteilen und die Dicke der Schleimhaut bestimmen. Bei einer Frau nach den Wechseljahren mit einer Blutung gilt eine Schleimhautdicke von mehr als 3 mm als suspekt. Außerdem lässt sich häufig feststellen, wie tief ein bösartiger Tumor in die Muskelschicht der Gebärmutter eingewachsen ist und ob Eileiter oder Eierstöcke befallen sind. Die transvaginale Ultraschalluntersuchung wird bei Verdacht auf Gebärmutterkörperkrebs immer durchgeführt. Sie ist schmerzlos und kann beliebig oft wiederholt werden, da sie die Patientin keiner Strahlenbelastung aussetzt.

Gebärmuttersspiegelung (Hysteroskopie)

Bei der Spiegelung der Gebärmutter wird eine Sonde, die mit einer kleinen Kamera und einer Lichtquelle ausgestattet ist, durch die Scheide und den Gebärmutterhals in die Gebärmutterhöhle geschoben. Um eine bessere Sicht auf die Schleimhaut zu erhalten, wird üblicherweise Flüssigkeit in die Gebärmutter gespült. Aus verdächtigen Bereichen werden Gewebeproben entnommen (Biopsie) und unter dem Mikroskop begutachtet. Die Gebärmuttersspiegelung wird in der Regel mit einer Ausschabung kombiniert.

Ausschabung der Gebärmuttersschleimhaut (fraktionierte Abrasio)

Die getrennte feingewebliche, mikroskopische Untersuchung der Gewebeprobe aus dem Gebärmutterhals und der Gebärmuttersschleimhaut ist derzeit die sicherste Methode, um bösartige Veränderungen im Gebärmutterkörper festzustellen. Zur Gewinnung von Gewebeproben wird üblicherweise unter Narkose die Gebärmutter über die Scheide vorsichtig ausgeschabt. Dabei werden Schleimhautanteile von Gebärmutterhals und Gebärmutterkörper getrennt gewonnen (fraktionierte Abrasio oder Kürettage) und untersucht. Die Schleimhaut baut sich anschließend nach und nach wieder auf. Die Gewebeentnahme kann mit einer Gebärmuttersspiegelung (Hysteroskopie) kombiniert werden. Dadurch ist es möglich, vor der Ausschabung gezielt Proben aus verdächtigen Bereichen zu entnehmen. Durch die Kombination beider Methoden lassen sich bösartige Tumoren mit hoher Sicherheit diagnostizieren.

Weitere Untersuchungsmethoden

Blutuntersuchungen geben Auskunft über den Allgemeinzustand der Patientin sowie über die Funktion einzelner Organe, wie zum Beispiel Nieren und Leber. Die Untersuchungsergebnisse sind im Hinblick auf eine bevorstehende Behandlung von Bedeutung.

Bestimmung von Tumormarkern (Substanzen, die verstärkt von Tumorzellen gebildet werden): Einige Krebstypen produzieren gelegentlich Tumormarker, die dann im Blut nachgewiesen werden können, zum Beispiel CA 125 und CEA. Diese Tumormarker sind jedoch nicht bei allen Patientinnen erhöht und können auch bei Gesunden über dem Normbereich liegen. Sie eignen sich daher nicht zum Screening von Krebserkrankungen und spielen für die Diagnosestellung nur eine untergeordnete Rolle. Sie dienen vor allem der Verlaufskontrolle im Rahmen einer Chemotherapie bei Rückfällen. In der Nachsorge werden Tumormarker gelegentlich herangezogen, da ihr Ansteigen auf einen Rückfall hinweisen kann. Für die klinische Routine außerhalb von Studien spielen Tumormarker in der Regel keine Rolle.

Blasenspiegelung (Zystoskopie) und **Darmspiegelung** (Rektoskopie) werden durchgeführt, wenn der Verdacht besteht, dass der Tumor bereits die Harnblase oder den Enddarm (Mastdarm) befallen hat. Dabei wird eine Sonde über die Harnröhre in die Blase beziehungsweise über den After in den Mastdarm vorgeschoben. Die Ärztin bzw. der Arzt

kann dadurch die Blasen- beziehungsweise die Darminnenwand betrachten und aus verdächtigen Bereichen Gewebeproben entnehmen.

Röntgenaufnahmen des Brustkorbs dienen der Suche nach Tochtergeschwülsten (Metastasen) in der Lunge und der Beurteilung von Herz und Lunge im Hinblick auf eine Operation. Eine Röntgenuntersuchung der Niere und der Harnwege ist nur dann angezeigt, wenn der Verdacht besteht, dass der Tumor dort eingewachsen ist, oder um eine bevorstehende Operation vorzubereiten.

Ultraschall der Oberbauchorgane wird in erster Linie durchgeführt, um Lebermetastasen auszuschließen.

Im Einzelfall, vor allem bei auffälligem Ultraschallbefund, sind eine **Computertomographie** (CT) und/oder eine **Kernspintomographie** (= Magnetresonanztomographie, MRT) empfehlenswert, um die Ausbreitung des Tumors zu untersuchen. Die Computertomographie ist ein spezielles Röntgenverfahren, mit dem der Körper Schicht für Schicht durchleuchtet wird. Anders als das normale Röntgenbild zeigt sie den Bauch im Querschnitt. Sie wird eingesetzt, um nach Metastasen (Tumorabsiedelungen) zu suchen. Auch die Kernspintomographie ermöglicht es, den Körper schichtweise darzustellen. Das Verfahren nutzt für die Darstellung allerdings nicht Röntgenstrahlen, sondern Magnetfelder.

2. Klassifikation/Erkrankungsverlauf

Erkrankungsverlauf beim Gebärmutterkörperkrebs

Bösartige Tumoren des Gebärmutterkörpers gehen fast immer von der Gebärmutterterschleimhaut (Endometrium) aus. Das ist die Zellschicht, welche die Innenwand des Gebärmutterkörpers auskleidet. Solange der Tumor noch klein ist, beschränkt er sich auf diesen Bereich.

Mit zunehmendem Wachstum kann die Geschwulst jedoch in die darunter liegende Muskelschicht des Gebärmutterkörpers eindringen und/oder sich auf den Gebärmutterhals ausdehnen. Dabei können sich einzelne Krebszellen vom Tumor lösen und über die Lymphgefäße in die Lymphknoten der Umgebung gelangen. Auch ein Befall der Eileiter und der Eierstöcke ist möglich. Durchbricht der Tumor die gesamte Dicke der Gebärmutterwand, besteht ein erhöhtes Risiko, dass er sich innerhalb der Bauchhöhle auf andere Bauchorgane ausbreitet. Harnblase, Enddarm und auch die Scheide können davon betroffen sein. In seltenen Fällen dringen Krebszellen in Blutgefäße ein und gelangen über die Blutbahn in weiter entfernt liegende Organe, zum Beispiel Lunge, Leber und Knochen. Dort können sie zu Tochtergeschwülsten auswachsen, die als Fernmetastasen bezeichnet werden.

Nach der Krebsbehandlung kann es im Laufe der Zeit zu einem Rückfall kommen. Das bedeutet, dass der Tumor – je nach Art der vorausgegangenen Behandlung – im kleinen Becken, aber auch in anderen Körperregionen, erneut auftritt (Rezidiv).

Einteilung in Stadien

Die Ausbreitung des Tumors im Körper ist ein wichtiges Kriterium bei der Wahl der für den Patienten am besten geeigneten Behandlungsmethode. Um den Tumor genauer zu charakterisieren, wird er daher – je nach Ausdehnung – in verschiedene Stadien unterteilt. Die Einteilung erfolgt nach bestimmten Normen, für die hauptsächlich die Größe des Tumors (T), die Beteiligung der Lymphknoten (N) und das Vorhandensein von Metastasen (M) maßgeblich sind. Man verwendet deshalb auch den Begriff TNM-Klassifikation. Neben dem TNM-System existiert für Krebserkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane eine weitere Stadieneinteilung, die so genannte FIGO-Klassifikation mit ähnlichen Kriterien. In beiden Klassifikationen geben Unterkategorien genauere Auskunft über zum Beispiel die Tumorgröße, die Lage der beteiligten Lymphknoten und die Art der befallenen Organe. Gebärmutterkörperkrebs wird grob in die folgenden Stadien unterteilt (eine noch genauere Unterteilung findet sich in der angegebenen Quelle auf der folgenden Seite):

TNM		FIGO
T1	Der Tumor ist auf den Gebärmutterkörper begrenzt.	I
T2	Der Tumor breitet sich auf den Gebärmutterhals aus.	II
T3	Der Tumor breitet sich auch außerhalb der Gebärmutter aus oder befällt Lymphknoten.	III
T4	Der Tumor befällt die Schleimhäute von Blase und/oder Enddarm oder bildet Fernmetastasen.	IV

Quelle: Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie des Endometriumkarzinoms. Aktualisierte Empfehlungen der Kommission Uterus auf Grundlage der S2k Leitlinie (Version 1.0, 1.6.2008) ohne Angabe der Evidenzlevel und Empfehlungsgrade*.

Hrsg. von der Kommission Uterus der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e. V.; April 2013

Zudem ist es wichtig, ob der Tumor Bindungsstellen, so genannte Rezeptoren, für Hormone ausbildet. Die Mehrzahl der Gebärmutterkörperkarzinome reagiert auf den Einfluss von Östrogen, sie sind so genannte Typ I-Tumoren. Die hormonunabhängigen Tumoren, die nicht auf das weibliche Hormon Östrogen ansprechen, werden Typ II genannt.

Klassifikation von Tumoren

Das TNM-System vergibt eine Buchstaben- und Ziffernkombination, die die Größe und Ausdehnung des Tumors (T1–4), das Vorhandensein oder Fehlen von befallenen Lymphknoten (N0–1) und das Vorhandensein oder Fehlen von entfernten Metastasen (M0 und M1) beschreibt. T1 N0 M0 zum Beispiel bedeutet, dass es sich um einen Tumor handelt, der

auf die Gebärmutter begrenzt ist, ohne Lymphknotenbefall und ohne Metastasen. Die Beschreibung kann sich auf Untersuchungsbefunde oder pathologische Befunde beziehen. Auch die FIGO-Klassifikation für Krebserkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane beurteilt die örtliche Tumorausbreitung, den Befall benachbarter Organe und Lymphknoten sowie Metastasen in entfernten Organen. Die Einteilung erfolgt aufgrund des während der Operation festgestellten Status (chirurgisches Staging). Als Grading bezeichnet man die Einschätzung, wie stark sich die ursprünglichen Zellen im Rahmen des Tumorwachstums verändert haben. Je stärker sich die Krebszellen von den ursprünglichen Zellen unterscheiden, desto aggressiver ist der Tumor. Diese Einschätzung basiert auf der mikroskopischen Untersuchung des bei der Biopsie entnommenen Gewebes.

3. Worin besteht die Therapie?

Nachdem die Diagnose Gebärmutterkörperkrebs (Endometriumkarzinom) feststeht und das Stadium der Erkrankung bestimmt worden ist, entscheidet die Ärztin beziehungsweise der Arzt gemeinsam mit der Patientin, welche Behandlungsschritte durchgeführt werden. Behandlungsmethoden, die für eine Therapie von Gebärmutterkörperkrebs in Frage kommen, sind:

- die Operation,
- die Strahlentherapie,
- die Chemotherapie,
- die endokrine Therapie („Hormontherapie“).

Die endokrine Therapie ist eine Therapie mit Medikamenten, die das hormonabhängige Wachstum hemmen. Diese Behandlungsform ist nicht zu verwechseln mit dem Begriff der Hormontherapie bei der Frau, die zur Behebung ihrer Wechseljahresbeschwerden Hormone einnimmt.

Welche Therapie im Einzelfall durchgeführt wird, hängt insbesondere von Art, Sitz und Größe des Tumors ab. Aber auch das Alter und der allgemeine Gesundheitszustand der Patientin sollten bei der Wahl der Behandlungsmethode berücksichtigt werden.

Wovon hängt ab, welche Therapie ich bekomme?

Das wichtigste und entscheidende Verfahren zur Behandlung von Gebärmutterkörperkrebs ist die Operation. Sie hat das Ziel, das von Krebs befallene Gewebe vollstän-



dig zu entfernen und damit die Krankheit zu heilen. Entfernt werden die Gebärmutter, die Eileiter und die Eierstöcke. Zusätzlich (adjuvant) kann eine Chemotherapie durchgeführt werden, um die im Körper verbliebenen Krebszellen zu zerstören und damit einem Rückfall vorzubeugen. Eine Strahlentherapie kommt als erste Therapie nur dann in Frage, wenn ein operativer Eingriff aus schwerwiegenden gesundheitlichen Gründen nicht durchgeführt werden kann oder nicht erwünscht ist. Bei Tumoren im fortgeschrittenen Stadium, die mit einem mittleren oder hohen Risiko für einen Rückfall einhergehen, kann im Anschluss an die Operation eine (adjuvante) Strahlentherapie durchgeführt werden, um das lokale Rückfallrisiko zu senken.

Ist der Tumor zum Zeitpunkt der Diagnose bereits weit fortgeschritten, werden die verschiedenen Therapieformen miteinander kombiniert. Auch eine Hormontherapie (endokrine Therapie) ist in diesem Zusammenhang möglich. Die Behandlung zielt dann darauf ab, die Tumorausbreitung zu stoppen und tumorbedingte Beschwerden zu lindern.

Was sollte ich tun?

Wichtig ist, dass Sie mit Ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten ausführlich über den Befund und die Heilungschancen (Prognose) Ihrer Erkrankung sprechen. Lassen Sie sich die verschiedenen Therapiemöglichkeiten genau erläutern, die für Sie in Frage kommen, und informieren Sie sich auch über die Auswirkungen der Therapien auf Ihr körperliches und seelisches Befinden.

Frauen im gebärfähigen Alter, die sich noch Kinder wünschen, sollten aufgrund der möglichen Spätfolgen der verschiedenen Behandlungsstrategien auf jeden Fall vor Beginn der Behandlung mit ihrer Ärztin beziehungsweise ihrem Arzt über diese Problematik sprechen. Nur bei Frauen mit sehr frühem Gebärmutterkörperkrebs (FIGO Ia, G1) kann bei dringendem Kinderwunsch eventuell eine Fruchtbarkeitserhaltende Therapie mit Gestagenen durchgeführt werden, wobei dann aber ein erhöhtes Risiko für einen Rückfall besteht.

3.1 Operation

Therapie der Wahl bei einer Krebserkrankung des Gebärmutterkörpers ist die Operation, bei der die Gebärmutter, die Eileiter und die Eierstöcke entfernt werden. Die Operation zielt darauf ab, das Tumorgewebe und eventuell befallene Lymphknoten zu

entfernen, um eine Heilung zu erreichen. Sie kann mit einem Bauchschnitt oder –bevorzugt in Frühstadien – mithilfe einer Bauchspiegelung durchgeführt werden. Der Umfang und die Technik der Operation richten sich nach Art und Ausmaß der Krebserkrankung.

Die Operation ist gleichbedeutend mit der vollständigen Entfernung der Gebärmutter (Hysterektomie). Da die Eierstöcke Östrogen produzieren, das Tumoren der Gebärmutter Schleimhaut begünstigt, und da diese Organe häufig Metastasen tragen, wird empfohlen, immer auch die Eierstöcke samt den Eileitern zu entfernen. Zusätzlich werden bei erhöhten Risiken die Lymphknoten in der Umgebung (im kleinen Becken und entlang der Aorta bis in Höhe der Nierengefäße) entfernt, beispielsweise wenn es sich um einen schnell wachsenden und besonders entarteten Tumor handelt oder wenn der Tumor bereits weit in die Gebärmuttermuskulatur eingewachsen ist. Sind auch Nachbarorgane wie Blase und Enddarm befallen, kann es notwendig sein, auch diese Organe teilweise oder ganz zu entfernen.

Wird der Tumor in einem sehr frühen Stadium entdeckt, ist die Operation als alleinige Therapie in der Regel ausreichend. Die Aussichten auf eine dauerhafte Heilung sind in diesem Falle sehr gut. In fortgeschrittenen Krankheitsstadien erfolgt im Anschluss an die Operation häufig eine Strahlen- und/oder Chemotherapie, um eventuell im Körper verbliebene Tumorzellen zu vernichten und somit das Risiko eines Krankheitsrückfalls zu senken.

Welche Folgen hat die Operation?

Die Beschwerden, die nach der Operation auftreten können, hängen davon ab, wie umfangreich die Operation sein musste. Im Allgemeinen gilt: Je umfangreicher die Operation, desto wahrscheinlicher sind Beschwerden.

- Durch die Entfernung der Eierstöcke im Rahmen der Operation werden Frauen, die vor dem Eingriff noch Monatsblutungen hatten, in die Wechseljahre (Postmenopause) versetzt. Die Folge können typische Wechseljahresbeschwerden sein. Diese äußern sich in Form von Hitzewallungen, Schlafstörungen und Stimmungsschwankungen und können durch die Einnahme von Hormonpräparaten gelindert werden. Allerdings ist eine solche Hormonersatztherapie bei Gebärmutterkörper- oder Eierstockkrebs in der Regel nicht zu empfehlen, da diese Tumore durch Östrogen zum Wachsen angeregt werden können. Eine Hormonersatztherapie würde deshalb bei einem hormonabhängigen Tumor die Gefahr eines Rückfalls erhöhen.

Eine lokale Östrogentherapie mit einer Creme für die Scheide kann bei starker Trockenheit der Scheide durchgeführt werden, wenn die Patientin ein kleines Restrisiko auf sich nimmt.

- Durch die Operation kann es zu einer Verkürzung der Scheide kommen. Auch kann die Befeuchtung der Scheide verringert sein. Beides kann zu Beschwerden beim Geschlechtsverkehr führen. Eine Strahlentherapie kann zu Verklebungen der Scheide und damit zu zusätzlichen Problemen beim Geschlechtsverkehr nach der Operation führen.
- Wenn sehr viele Lymphknoten entfernt werden mussten, können Beinschwellungen (Lymphödeme) auftreten.
- Weitere mögliche Folgen der Operation sind Verwachsungen im Operationsbereich, die beim Geschlechtsverkehr, beim Stuhlgang oder beim Wasserlassen unangenehme Empfindungen oder Schmerzen verursachen. Wenn Sie unter solchen Beschwerden leiden, sprechen Sie am besten mit Ihrer Ärztin beziehungsweise Ihrem Arzt darüber.

3.2 Strahlentherapie

Ist die Erkrankung zum Zeitpunkt der Diagnose bereits weiter fortgeschritten, ist nicht die Operation allein, sondern eine Kombination der Operation mit Bestrahlung und Chemotherapie die Therapieform der Wahl. Die Strahlentherapie soll das Risiko eines

Krankheitsrückfalls (Rezidiv) senken (adjuvante Strahlentherapie). Eine Bestrahlung sollte nur dann anstelle einer Operation erfolgen, wenn diese zum Beispiel aus schwerwiegenden gesundheitlichen Gründen nicht möglich oder nicht erwünscht ist. Die Heilungschancen sind allerdings bei einer alleinigen Strahlentherapie deutlich schlechter.

Ziel der Strahlentherapie ist es, die bösartigen Zellen zu vernichten. Um dies zu erreichen, wird meist von innen (über die Scheide) und außen (von der Bauchdecke aus) bestrahlt. Bei der so genannten Kurzdistanzbestrahlung wird eine Strahlenquelle in das Scheidengewölbe oder – wenn nicht operiert wurde – in die Gebärmutterhöhle eingebracht und dort für kurze Zeit belassen, bis die gewünschte Strahlendosis erreicht ist. Die Bestrahlung bleibt dabei lokal begrenzt und schont so die Nachbarorgane. Die Bestrahlung von innen wird bei den meisten Patientinnen eingesetzt, um Rückfälle im Scheidenbereich zu verhindern.

Ergänzend dazu kann der gesamte Beckenraum eventuell auch an den großen Blutgefäßen von außen mit energiereichen Strahlen behandelt werden (externe oder perkutane Bestrahlung). Dies erfolgt insbesondere bei einem Befall vieler Lymphknoten oder bei einem weit fortgeschrittenen Tumor.

3.3 Chemotherapie

Die Chemotherapie zielt darauf ab, Krebszellen im ganzen Körper durch zellwachstumshemmende Medikamente (Zytostatika) abzutöten. Zytostatika wirken sehr gut gegen rasch wachsende Zellen. Die adjuvante Chemotherapie in der heilbaren Situation kann bei bestimmten Stadien eine Alternative beziehungsweise eine Ergänzung zur adjuvanten Strahlentherapie sein. Dabei wird die Kombination von Carboplatin plus Paclitaxel eingesetzt.

Welche Nebenwirkungen hat die Strahlentherapie?

Die Beschwerden, die nach der Strahlenbehandlung auftreten, hängen vom Ausmaß der Vorbehandlung (Operation) und der Strahlentherapie ab. Je umfangreicher die Behandlung, umso eher kann es zu Beschwerden kommen.

Aufgrund der schädigenden Wirkung der Strahlen auf die Schleimhäute können vor allem Entzündungen der Blase und des Darms auftreten. In 10–20 Prozent entwickeln sich chronische Durchfälle und Reizdarmbeschwerden. Deshalb wird die Bestrahlung von außen mit großer Zurückhaltung durchgeführt. Das Ausmaß früher und später Strahlenschäden, hängt unter anderem von der Größe des Strahlenfeldes ab. Auch das Scheidengewebe ist nach der Bestrahlung empfindlicher und anfälliger für Infektionen. Diese Nebenwirkungen können mit Hilfe von Medikamenten gelindert werden.

Häufig kommt es zur Verklebung der Scheide. Dagegen helfen Salbentamppons und die regelmäßige Entfaltung der Scheide mit einem Spekulum. Am effektivsten, aber möglicherweise nicht unbedenklich ist eine lokale Östrogen-therapie (Östriol-Creme). Sobald wieder Geschlechtsverkehr stattfindet, besteht die Gefahr der Verklebung nicht mehr. Bei ausgedehnter Bestrahlung können auch chronische Beinschwellungen (Lymphödeme) auftreten.

Welche Nebenwirkungen hat die Chemotherapie?

Durch die Behandlung mit Zytostatika wird auch normales Gewebe, das sich relativ rasch erneuert, in Mitleidenschaft gezogen. Davon betroffen sind in erster Linie die Schleimhäute von Magen und Darm, das blutbildende System im Knochenmark und die Haarwurzeln. Mögliche Begleiterscheinungen der Chemotherapie sind daher Übelkeit, Erbrechen, Durchfälle, Haarausfall und erhöhte Infektanfälligkeit. Die Nebenwirkungen lassen sich zum größten Teil gut medikamentös lindern und verschwinden in der Regel wieder, wenn keine Zytostatika mehr verabreicht werden.

Die Chemotherapie dient auch der Behandlung von Tochtergeschwülsten (Metastasen) und der Linderung von Beschwerden (palliative Behandlung). Sie wird insbesondere dann angewendet, wenn die Krankheit unter Hormontherapie (endokriner Therapie) voranschreitet oder wenn der Tumor keine Bindungsstellen (Rezeptoren) für Hormone hat. Als Wirkstoffe kommen Carboplatin, Paclitaxel oder Anthracycline zum Einsatz. Da allerdings auch die palliative Chemotherapie Nebenwirkungen nach sich zieht, müssen Nutzen und Risiken im Einzelfall gründlich gegeneinander abgewogen werden.

3.4 Endokrine Therapie

Die endokrine Therapie (Hormontherapie) wird bei Gebärmutterkörperkrebs, der bereits Tochtergeschwülste, so genannte Metastasen, in anderen Organen gebildet hat, eingesetzt. Dabei wird in hoher Dosis Gestagen verabreicht. Dieses Hormon hemmt als Gegenspieler des Östrogens das Wachstum von Tumoren, die von der Gebärmutter Schleimhaut ausgehen. Spricht die Krankheit gut an, kann bei nicht aggressiven Tumoren eine Langzeittherapie durchgeführt werden. Die endokrine Therapie hat deutlich weniger Nebenwirkungen als eine Chemotherapie. Allerdings tritt die Wirkung bei einer Hormontherapie langsamer ein als bei Chemotherapie. Deshalb wird bei Metastasen, die starke Symptome verursachen (z.B. Atemnot), zuerst eine Chemotherapie durchgeführt. Besonders aggressive, bösartige Tumoren sprechen meist nicht auf die endokrine Therapie an.

Nebenwirkungen der endokrinen Therapie

Auch die Hormonbehandlung kann mit unerwünschten Nebenwirkungen einhergehen. Gewichtszunahme und Übelkeit sind am häufigsten. Die Nebenwirkungen bilden sich nach Therapieende zurück und sind insgesamt weniger belastend, als dies bei anderen Behandlungsverfahren der Fall ist. Unter der Hormontherapie erhöht sich das Risiko für Blutgerinnsel (Thrombose und Lungenembolie).

Endokrine Therapie als Option bei Kinderwunsch

Bei der Wahl der Therapie wird auch ein eventueller Kinderwunsch berücksichtigt. Wenn der Tumor auf die Schleimhaut der Gebärmutter begrenzt ist, sich noch nicht auf angrenzende Gewebeschichten ausgebreitet hat und als Grad 1 eingestuft wurde, kommt eine reine endokrine Therapie ohne sofortige Operation oder Bestrahlung in Frage, die die Fruchtbarkeit der Patientin erhält - sofern sich die Patientin einen Kinderwunsch erfüllen möchte. Dazu wird über mindestens sechs Monate eine Behandlung mit Gestagen durchgeführt. Hierbei sind regelmäßige Kontrollen mit Gebärmutter-spiegelungen und Ausschabung notwendig.

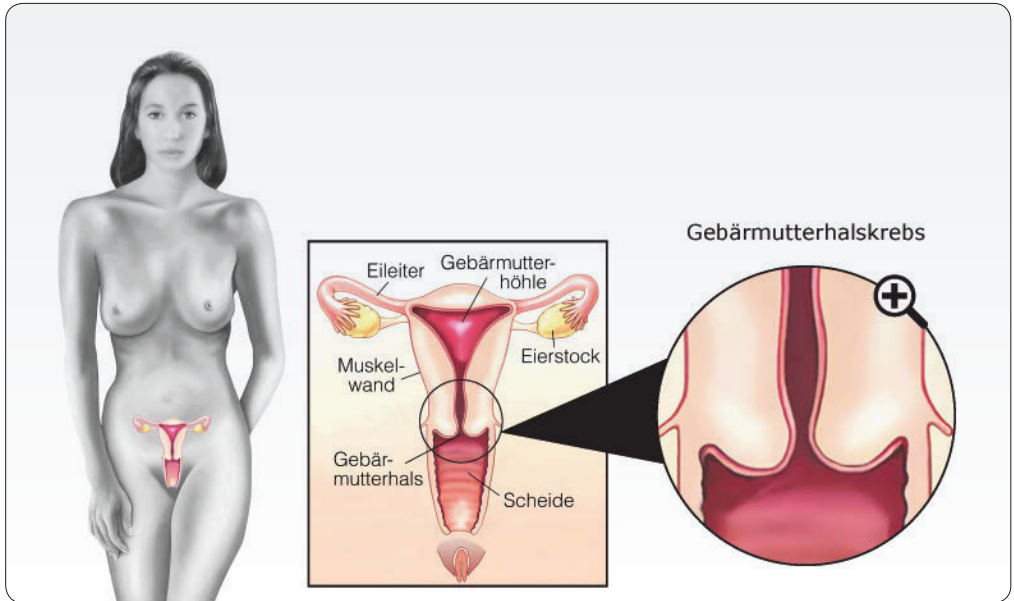
Allerdings bietet eine Operation, die den Tumor entfernt, eine bessere Heilungschance und ein geringeres Rückfallrisiko. Daher sind bei einer ausschließlich endokrinen Therapie besonders häufige Nachsorgeuntersuchungen notwendig. Nach erfüllttem Kinderwunsch sollten Gebärmutter, Eileiter und Eierstöcke unbedingt operativ entfernt werden, um das ansonsten sehr hohe Rückfallrisiko zu senken.



3.5 Wie wird ein Rückfall (Rezidiv) behandelt?

Bis zu 25 Prozent der Patientinnen erkranken je nach Stadium bei der Ersterkrankung an einem Rückfall (Rezidiv) oder entwickeln Tochtergeschwülste (Metastasen). Rezidive entstehen bei Gebärmutterkörperkrebs am häufigsten im Bereich der oberen Scheide und im Becken.

Sie werden nach Möglichkeit durch Strahlentherapie (wenn bis dahin noch keine durchgeführt worden ist), eine erneute Operation oder eine Kombination beider Methoden behandelt. Wenn nur ein lokaler Rückfall vorliegt, kann dies in vielen Fällen noch zur Heilung führen. Wenn keine Operation oder Bestrahlung durchgeführt werden kann, ist eine endokrine Therapie (mit Gestagen oder Tamoxifen) oder eine Chemotherapie (mit Carboplatin, Paclitaxel oder Anthracyclinen) möglich. Beide Therapien können den Krankheitsverlauf verzögern und tumorbedingte Beschwerden lindern. Eine Heilung ist in diesem Falle allerdings nicht mehr möglich.



IV. Gebärmutterhalskrebs

1. Wie wird die Diagnose gestellt?

Wichtige Untersuchungsschritte zum Nachweis von Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom) sind die Anamnese und die körperliche gynäkologische Untersuchung mit Tastuntersuchung, Kolposkopie und Zellabstrich. Bei auffälligen Befunden werden darüber hinaus eingesetzt:

- die gezielte Gewebeentnahme von Gebärmuttermund und Gebärmutterhals (Biopsie),
- die kegelförmige Ausschneidung des Gebärmutterhalses (Konisation)
- und eventuell ergänzend auch der Nachweis von Papillomviren.

Entscheidend zur Sicherung der Diagnose ist die feingewebliche, mikroskopische Untersuchung von verdächtigem Gewebe (Histologie).

Wird tatsächlich ein Karzinom des Gebärmutterhalses festgestellt, folgen weitere Untersuchungen, zum Beispiel Laboruntersuchungen, Spiegelung der Blase und des Darms, Röntgen der Lunge, Ultraschall des Oberbauches und eventuell Computertomographie und Kernspintomographie. Sie sollen vor allem zeigen, wie weit sich der Tumor bereits ausgebreitet hat, ob Lymphknoten befallen sind und ob sich Tochtergeschwülste (Metastasen) in anderen Körperregionen gebildet haben. Wenn alle notwendigen Untersuchungen ab-

geschlossen sind, kann die Frauenärztin oder der Frauenarzt mit der Patientin gemeinsam entscheiden, welche Behandlungsmaßnahmen am besten geeignet sind.

Gewebeentnahme vom Gebärmuttermund beziehungsweise Gebärmutterhals (Biopsie)

Besteht aufgrund der Ergebnisse eines Zellabstrichs der Verdacht auf Krebs, oder zeigen sich bei der Kolposkopie verdächtige Bereiche, kann die Diagnose mithilfe einer Gewebeentnahme (Biopsie) gesichert werden. Die Gewebeprobe wird anschließend unter dem Mikroskop begutachtet.

Kegelförmige Ausschneidung des Gebärmutterhalses (Konisation)

Wenn der Zellabstrich und/oder die Kolposkopie darauf hindeuten, dass Gebärmutterhalskrebs im Frühstadium (mit nur mikroskopischer Tumorgroße) vorliegt, kann im Sinne einer kleinen Operation eine so genannte Konisation vorgenommen werden. Dabei wird mit einer elektrischen Schlinge oder einem Laserstrahl ein kegelförmiges Gewebestück vom Muttermund und Gebärmutterhals herausgeschnitten. Das Gewebe wird anschließend unter dem Mikroskop begutachtet. Der Eingriff wird unter Narkose durchgeführt.

Ebenso wird eine Konisation durchgeführt, wenn die Befunde von Zellabstrich, Kolposkopie und Biopsie höhergradige Vorstufen eines Karzinoms anzeigen (zervikale intraepitheliale Neoplasie, CIN). In diesem Fall dient die Konisation sowohl zur Diagnose als auch zur Therapie.

Mit der Konisation wird immer auch die Gebärmutter Schleimhaut (Kürettage) im Muttermundbereich ausgeschabt, um zu überprüfen, ob sich die bösartigen Veränderungen auf den Innenraum der Gebärmutter ausdehnen. Zeigt die feingewebliche Untersuchung (Histologie), dass die verdächtigen Bereiche komplett entfernt werden konnten und von gesundem Gewebe umgeben sind, ist keine weitere Therapie erforderlich.

Bestätigt die mikroskopische Untersuchung des Gewebes, dass es sich um eine nicht-invasive Frühform von Gebärmutterhalskrebs handelt, so ist die Konisation häufig die einzige erforderliche Therapie. Stellt sich jedoch heraus, dass der Tumor bei der Operation nicht vollständig entfernt werden konnte oder bereits in tiefere Gewebeschichten vorgedrungen ist, so muss die Frauenärztin oder der Frauenarzt eine weitergehende Behandlung einleiten.

Nachweis von Papillomviren (HPV-Test)

Bei einem auffälligen Pap-Abstrich ist ein Test auf Vorhandensein des humanen Papillomvirus (HPV) sinnvoll. Das Virus kann mittels molekularbiologischer Untersuchungsmethoden in Zellen des Gebärmutterhalses nachgewiesen werden. Studien haben gezeigt, dass ein negativer HPV-Test eine hochgradige Vorstufe oder Krebs zum Zeitpunkt der Untersuchung fast ausschließt. Ein positives Testergebnis ist jedoch noch kein Grund zur Beunruhigung: Höchstens zwei bis drei Prozent aller HPV-Infektionen führen nach Jahren letztendlich tatsächlich zum Gebärmutterhalskrebs. Zur Abschätzung des aktuellen Krebsrisikos ist

ein positives Testergebnis allein deswegen nicht ausreichend. Auf jeden Fall sollte eine zusätzliche Gewebeuntersuchung durchgeführt werden, um festzustellen, ob die Zellen am Gebärmutterhals verändert sind und in welchem Stadium sie sich befinden.

Operatives Staging

Beim operativen Staging kann festgestellt werden, wie weit sich der Tumor im kleinen Becken ausgebreitet hat – ob beispielsweise die Harnblasen- und Enddarmwand oder die Lymphknoten im kleinen Becken und entlang der Hauptschlagader befallen sind. Die Ergebnisse dieser Untersuchung spielen bei der Planung der Therapie eine wichtige Rolle. So kann Patientinnen mit sehr kleinen (< 2 cm), noch auf den Ausgangsbereich begrenzten Tumoren und Patientinnen mit dringendem Kinderwunsch eine fertilitäts-erhaltende Operation angeboten werden.

Eine weitere Methode ist die Untersuchung der Wächter- oder Sentinellymphknoten (SLN). Hierbei handelt es sich um die ein bis drei Lymphknoten, die dem Tumor auf dem Lymphabflussweg am nächsten liegen. Sind sie nicht von Tumorzellen befallen, hat sich der Krebs mit größter Wahrscheinlichkeit noch nicht weiter im Körper ausgebreitet. Bislang wird davon ausgegangen, dass nur bei Tumoren von weniger als zwei Zentimetern Größe eine alleinige Untersuchung der Sentinellymphknoten ausreicht.

2. Klassifikation/Erkrankungsverlauf

Erkrankungsverlauf beim Gebärmutterhalskrebs

Bösartige Tumoren des Gebärmutterhalses gehen meist vom Plattenepithel und nur in 20 Prozent von den drüsigen Zellen (Adenokarzinome) aus. Die Entartung des Gewebes ist ein schrittweiser Prozess, der sich über Jahre hinziehen kann und in der Regel über verschiedene Krebsvorstufen verläuft.

Zu Beginn seines Wachstums beschränkt sich ein Gebärmutterhalstumor meist auf eine schmale Zone an der Oberfläche des Gebärmutterhalses. Wird die Geschwulst nicht rechtzeitig entdeckt, kann sie sich an der Oberfläche des Gebärmutterhalses weiter ausbreiten und auch in darunter liegende Gewebeschichten eindringen. Der Tumor kann sich auf diese Weise in die Scheide und den Gebärmutterkörper ausdehnen und schließlich auch Harnblase und Enddarm sowie weitere Organe und Gewebe innerhalb der Bauchhöhle befallen. Durch den Befall von Lymphgefäßen in der Umgebung gelangen Krebszellen mit dem Lymphstrom in die Lymphknoten des kleinen Beckens und bilden dort Tumorabsiedlungen (Metastasen). In seltenen Fällen dringen Krebszellen in Blutgefäße ein und gelangen über die Blutbahn in weiter entfernt liegende Organe (zum Beispiel Lunge, Leber oder Knochen). Dort können sie sich ansiedeln, sodass Fernmetastasen entstehen. Nach der Krebsbehandlung kann es im Laufe der Zeit zu einem Rückfall kommen. Das bedeutet, dass der Tumor im kleinen Becken, aber auch in anderen Körperregionen erneut auftreten kann (Rezidiv).

Wie sind die Heilungsaussichten?

Vor- und Frühstadien von Gebärmutterhalskrebs können in der Regel geheilt werden. Bei „echten“, so genannten invasiven bösartigen Tumoren hängen die Erfolgsaussichten der Behandlung von der Ausdehnung der Erkrankung und vom Ausmaß der Operation ab. Kann durch die Operation das gesamte Tumorgewebe entfernt werden, sind die Chancen auf Heilung günstig. In weiter fortgeschrittenen Stadien oder bei einem Rückfall ist eine dauerhafte Heilung weniger wahrscheinlich, aber in manchen Fällen doch möglich. Haben sich bereits Metastasen gebildet, verfolgt die Behandlung in erster

Linie das Ziel, der Patientin möglichst lange ein beschwerdefreies Leben mit der Erkrankung zu ermöglichen.

Stadien der Erkrankung

Die Ausbreitung des Tumors im Körper beeinflusst die Wahl der Behandlungsmethode. Um den Tumor genauer zu charakterisieren, wird er daher – je nach Ausdehnung – in verschiedene Stadien unterteilt. Dazu verwendet man das TNM-System oder die FIGO-Klassifikation. Gebärmutterhalskrebs wird grob in folgende Stadien unterteilt (eine detaillierte Unterteilung findet sich in der angegebenen Quelle):

TNM		FIGO
Tis	„Carcinoma in situ“, nicht invasive Vorstufe	
T1	Der Tumor ist auf den Gebärmutterhals begrenzt.	I
T2	Der Tumor breitet sich außerhalb der Gebärmutter aus, aber nicht bis zur Beckenwand und nicht bis zum unteren Drittel der Scheide.	II
T3	Der Tumor breitet sich bis zur Beckenwand aus und/oder befällt das untere Drittel der Vagina und/oder beeinträchtigt eine Niere.	III
T4	Der Tumor befällt die Schleimhäute der Blase und/oder des Enddarms oder überschreitet die Grenze des kleinen Beckens.	IV

Quelle: Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin mit Zervixkarzinom. Langversion 1.0, 2014, AWMF-Registernummer: 032/033OL (Stand: September 2014)

3. Worin besteht die Therapie?

Nachdem die Diagnose Gebärmutterhalskrebs feststeht und das Ausmaß der Krebsausbreitung bestimmt worden ist, legt die Ärztin beziehungsweise der Arzt gemeinsam mit der Patientin fest, welche Behandlungsschritte durchgeführt werden. Wenn Sie Ihre Fragen und Ihre Zukunftspläne wie zum Beispiel einen Kinderwunsch mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt besprechen, kann diese oder dieser bei der Entscheidungsfindung darauf eingehen. Behandlungsmethoden, die für die Therapie von Gebärmutterhalskrebs in Frage kommen, sind:

- die Operation
- oder alternativ die primäre Strahlentherapie, typischerweise in Kombination mit einer Chemotherapie.

Wovon hängt ab, welche Therapie ich bekomme?

Welche Therapie durchgeführt wird, hängt in erster Linie von der Größe und Ausbreitung des Tumors ab. Aber auch das Alter, der allgemeine Gesundheitszustand und – soweit möglich – ein bestehender Kinderwunsch werden bei der Wahl der Behandlungsmethode berücksichtigt.

Das wichtigste Verfahren zur Behandlung von Gebärmutterhalskrebs in frühen Stadien ist die Operation. Als gleichwertige Alternative zur Operation ist eine Strahlentherapie in Kombination mit der Chemotherapie möglich. Sie kommt insbesondere dann in Frage, wenn ein operativer Eingriff aus ge-



sundheitlichen Gründen nicht durchgeführt werden kann oder nicht erwünscht ist.

Bei fortgeschrittenen Tumoren ist die Bestrahlung die Therapie der Wahl. Derzeitiger Standard ist die Kombination mit einer Chemotherapie (kombinierte Radiochemotherapie). Ist die Erkrankung zum Zeitpunkt der Diagnose bereits weit fortgeschritten und durch eine Operation und/oder Strahlentherapie nicht mehr zu heilen, wird in Ausnahmefällen eine alleinige Chemotherapie durchgeführt. In diesem Fall ist das Ziel, die Tumorausbreitung zum Stillstand zu bringen und tumorbedingte Beschwerden zu lindern.

3.1 Operation

Die Therapie der Wahl bei frühen Krankheitsstadien von Gebärmutterhalskrebs ist die Operation, um das Tumorgewebe und die von Tumorzellen befallenen Lymphknoten vollständig zu entfernen und damit die Krankheit zu heilen. Auch lässt sich durch die Operation die Ausbreitung des Tumors

genau feststellen. Der Umfang der Operation richtet sich nach dem Stadium der Krebserkrankung. Je nachdem, wie umfangreich die Operation ist, können unterschiedliche Folgen auftreten.

Bei sehr kleinen und früh erkannten Tumoren kann eine kegelförmige Ausschneidung (**Konisation**) erfolgen. Ist sie nicht ausreichend und besteht noch ein Kinderwunsch, kann eine Teilamputation des Gebärmutterhalses (**Trachelektomie**) vorgenommen werden. Nach beiden Eingriffen ist eine Schwangerschaft noch möglich. Allerdings besteht ein erhöhtes Risiko für eine Frühgeburt, weil der Gebärmutterhals geschwächt wurde. Nach einer Trachelektomie muss zudem die Entbindung per Kaiserschnitt erfolgen. Nach abgeschlossener Familienplanung wird die Gebärmutter nachträglich entfernt, um kein weiteres Risiko für einen Krankheitsrückfall einzugehen.

Ist der Tumor bereits in tiefere Gewebeschichten vorgedrungen, ist es im Allgemeinen notwendig, die Gebärmutter vollständig zu entfernen (**Hysterektomie**). Nicht selten müssen auch der obere Teil der Scheide, das Bindegewebe, das seitlich an die Gebärmutter angrenzt und die Lymphabflusswege enthält, und die Lymphknoten im kleinen Becken entfernt werden. Bei Frauen nach den Wechseljahren wird oft empfohlen, zusätzlich die Eierstöcke und Eileiter zu entfernen. Bei jüngeren Frauen werden die Eierstöcke möglichst belassen, damit die Hormonbildung noch weiter erfolgen kann. Die Eierstöcke können bei Frauen vor der Menopause, die an einem Plattenepithelkarzinom

erkrankt sind, ohne Risikoerhöhung erhalten werden.

Die klassische Operationsmethode beim frühen Gebärmutterhalskrebs ist die radikale Hysterektomie (vollständige Entfernung der Gebärmutter). Während der Operation wird untersucht, ob sich die Krebserkrankung bereits auf die Nachbarorgane im kleinen Becken ausgedehnt hat. Sind Blase und Enddarm betroffen, kann es notwendig sein, auch diese Organe teilweise oder ganz zu entfernen.

Operation der Lymphknoten (Lymphadenektomie)

Ob Lymphknoten befallen sind oder nicht, lässt sich durch bildgebende Verfahren nicht zweifelsfrei feststellen. Deshalb wird bei Gebärmutterhalskrebs ein operatives Lymphknoten-Staging durchgeführt. Es ist wichtig zu wissen, ob sich der Krebs bereits in die Lymphknoten ausgebreitet hat oder nicht. Ist dies geschehen, wird die Gebärmutter üblicherweise nicht entfernt. Die Leitlinien sehen in diesem Fall eine primäre alleinige Strahlen-Chemotherapie vor.

Bei einer systematischen Lymphadenektomie werden alle Lymphknoten entlang der Beckengefäße samt Fettgewebe entfernt. Bei kleinen Tumoren (< 2 cm) ist es zudem möglich, nur die Sentinellymphknoten zu entfernen und zu untersuchen.

3.2 Strahlentherapie

Ist die Erkrankung zum Zeitpunkt der Diagnose bereits weiter fortgeschritten, wird eine Bestrahlung durchgeführt. Untersuchungen haben ergeben, dass in diesen Fällen durch die alleinige Strahlentherapie (in Ausnahmefällen) beziehungsweise durch eine Kombination aus Strahlen- und Chemotherapie (Standard) die gleichen Langzeiterfolge erreicht werden wie durch eine Operation. Auch wenn eine Operation aus gesundheitlichen oder anderweitigen Gründen nicht möglich oder nicht erwünscht ist, stellt die Bestrahlung eine Alternative dar. Bei Patientinnen mit speziellen Risiken wird die Strahlentherapie als zusätzliche Maßnahme nach der Operation durchgeführt, meist in Kombination mit Chemotherapie (adjuvante Strahlen-Chemotherapie), um das Risiko eines lokalen Krankheitsrückfalls (Rezidiv) zu senken.

Ziel der Strahlentherapie ist es, die bösartigen Zellen zu vernichten. Um dies zu erreichen, erfolgt die Bestrahlung meist kombiniert von innen und von außen: Bei der so genannten Kurzdistanzbestrahlung wird eine Strahlenquelle in die Gebärmutterhöhle oder in die Scheide eingebracht und dort belassen, bis die gewünschte Strahlendosis erreicht ist. Die Bestrahlung bleibt dadurch örtlich begrenzt, so dass Nachbarorgane möglichst geschont werden. Ergänzend dazu können der gesamte Beckenraum und eventuell auch die Lymphknoten an der Wirbelsäule von außen durch die Haut bestrahlt werden (externe oder perkutane Bestrahlung). Die Beschwerden, die nach einer

Strahlenbehandlung auftreten, hängen vom Ausmaß der Vorbehandlung (Operation) und der Größe des bestrahlten Areals ab.

Fast immer wird bei Gebärmutterhalskrebs ergänzend zur Strahlentherapie eine Chemotherapie durchgeführt. Durch die Kombination dieser beiden Behandlungsmethoden (Strahlen-Chemotherapie) lassen sich die Heilungsaussichten deutlich verbessern. Die Bestrahlung wirkt dabei lokal, also an genau der Stelle, die bestrahlt wurde, während die Chemotherapie auch bereits gestreute Krebszellen erfasst. Darüber hinaus erhöhen die zur Chemotherapie eingesetzten Medikamente die Empfindlichkeit der Tumorzellen gegenüber der Bestrahlung.

3.3 Chemotherapie

Mit der Chemotherapie wird versucht, Krebszellen im ganzen Körper durch zellwachstumshemmende Medikamente (Zytostatika) abzutöten. Zytostatika wirken gut gegen rasch wachsende Zellen, eine Eigenschaft, die in besonderem Maße auf Krebszellen zutrifft. Aufgrund der hohen Strahlenempfindlichkeit von Gebärmutterhalskrebs wird in der adjuvanten Situation die Chemotherapie mit der Strahlentherapie kombiniert, um den Tumor noch empfindlicher für die Strahlentherapie zu machen. Die alleinige Chemotherapie wird vor allem zur Behandlung von Tochtergeschwülsten (Metastasen) und zur Linderung von Beschwerden in fortgeschrittenen Krankheitsstadien eingesetzt (palliative Behandlung), aber auch neoadjuvant, das heißt vor einer geplanten weiteren Therapie, um den Tumor zu verkleinern.

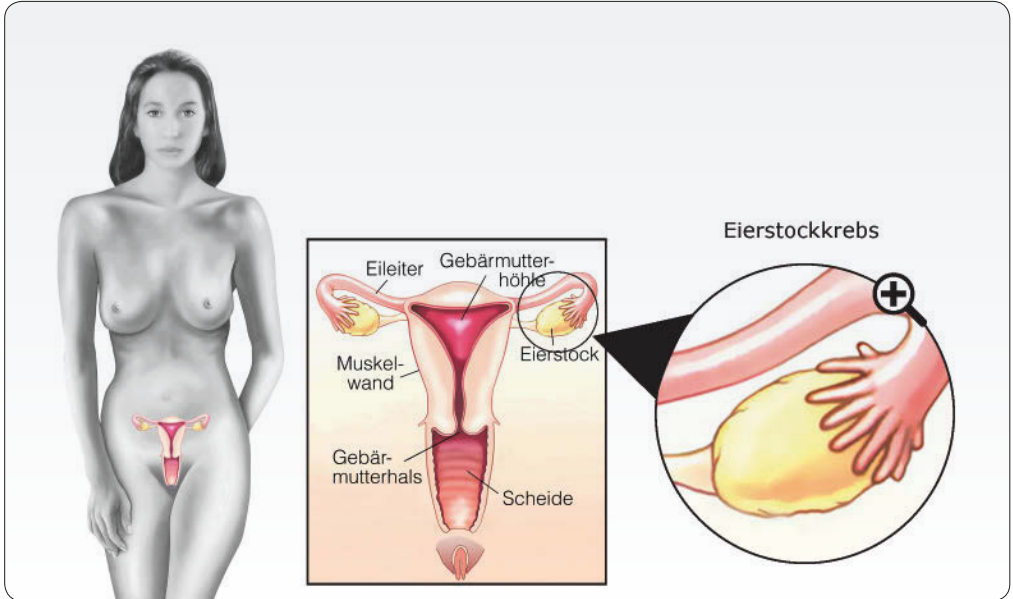
Untersuchungen haben gezeigt, dass eine Kombination aus Strahlentherapie und Chemotherapie mit Cisplatin (Radiochemotherapie) zu deutlich besseren Behandlungsergebnissen und damit zu einer Verbesserung der Heilungsaussichten führt.

3.4 Behandlung bei Metastasen oder Rückfall

Tritt die Tumorerkrankung erneut auf, wird nach Möglichkeit nochmals operiert oder eine kombinierte Strahlen- und Chemotherapie durchgeführt, sofern diese nicht schon früher erfolgte. Eine Heilung ist in diesen Fällen oft nicht mehr möglich. Wenn bereits bei der Ersterkrankung eine kombinierte Radiochemotherapie durchgeführt worden war, kann bei einem Wiederauftreten der Erkrankung nicht erneut mit einer hinreichend großen Dosis im gleichen Gebiet bestrahlt werden.

Wenn eine Operation nicht in Frage kommt, oder wenn sich bereits Tochtergeschwülste (Metastasen) in entfernten Organen gebildet haben, kann eine Chemotherapie oder Radiochemotherapie den Krankheitsverlauf verzögern und tumorbedingte Beschwerden lindern. Bei der kombinierten Strahlen-Chemotherapie wird üblicherweise Cisplatin wöchentlich verabreicht.

In der metastasierten Situation werden in der Regel Cisplatin und Topotecan oder Cisplatin und Paclitaxel in Kombination mit dem Antikörper Bevacizumab eingesetzt. Hat sich der Krebs bereits in andere Organe ausgebreitet und Metastasen gebildet, ist er nach zunächst erfolgreicher Therapie zurückgekehrt oder lässt er sich trotz Erstbehandlung nicht zurückdrängen, so dass eine Heilung nicht mehr möglich ist, kann eine zielgerichtete Therapie mit dem Antikörper Bevacizumab ergänzend zu einer Chemotherapie mit Cisplatin und Paclitaxel durchgeführt werden. Bevacizumab hemmt einen Wachstumsfaktor, der die Bildung von Blutgefäßen steuert. Krebsgeschwülste benötigen eigene Blutgefäße, über die sie mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt werden. Bleibt die Bildung solcher neuen Blutgefäße aus, weil dies durch Bevacizumab verhindert wird, kann der Tumor nicht ausreichend versorgt werden und wächst weniger schnell. Dadurch lässt sich das weitere Voranschreiten des Tumors verzögern und die Lebenszeit der Patientinnen verlängern.



V. Eierstockkrebs

1. Wie wird die Diagnose gestellt?

Üblicherweise wird die Diagnose Eierstockkrebs (Ovarialkarzinom) erst bei der Operation endgültig gesichert, auch das Tumorstadium ist erst dann genau festzustellen. Jedoch werden, wenn der Verdacht auf die Krankheit aufkommt, bereits im Vorfeld einige Untersuchungen durchgeführt. Mit ihrer Hilfe lässt sich ermitteln, wie wahrscheinlich eine Eierstockkrebserkrankung als Ursache für bestehende Beschwerden anzunehmen ist, wie ausgedehnt der Tumor ist und ob andere Organe schon mitbetroffen sind.

Wichtige Untersuchungsschritte bei Verdacht auf Eierstockkrebs sind:

- Anamnese und körperliche Untersuchung mit Tastuntersuchung
- Ultraschalluntersuchung durch die Scheide und über den Bauch
- Röntgen des Brustraums.

Weitere Untersuchungen können notwendig sein, um zu klären, ob sich der Tumor auf andere Organe ausgebreitet hat, zum Beispiel Laboruntersuchungen, Spiegelung des Darms, Computertomographie (CT)

und Kernspintomographie (MRT). Wenn alle notwendigen Untersuchungen abgeschlossen sind, kann über geeignete Behandlungsmaßnahmen entschieden werden.

Ultraschalluntersuchungen (Sonographie)

Die Ultraschalluntersuchung der inneren Geschlechtsorgane erfolgt mit Hilfe einer speziellen Ultraschallsonde, die in die Scheide eingeführt wird. Die Ärztin beziehungsweise der Arzt kann mit dieser Methode feststellen, ob die Eierstöcke vergrößert sind. Ultraschalluntersuchungen sind schmerzfrei. Die Ultraschalluntersuchung des Bauches vermittelt einen Einblick in die inneren Organe wie Leber, Nieren, Milz und Darm. Es wird untersucht, ob sich der Tumor bereits auf eines dieser Organe in der Umgebung ausgebreitet und Metastasen gebildet hat. Das Ultraschallbild zeigt auch, ob sich in der Bauchhöhle (Aszites) oder im Brustkorb zwischen Brustfell und Lunge (Pleuraerguss) krankhaft Flüssigkeit angesammelt hat.

2. Klassifikation/Erkrankungsverlauf

Erkrankungsverlauf beim Eierstockkrebs

Die meisten bösartigen Eierstocktumoren wachsen zunächst im kleinen Becken. Wenn sie über den erkrankten Eierstock beziehungsweise Eileiter hinauswachsen, können sie in die Gebärmutter oder den Darm eindringen. Der Krebs kann sich im ganzen Bauchraum ausbreiten und Metastasen am Bauchfell bilden (Peritonealkarzinose).

In diesem Fall sammelt sich häufig viel Flüssigkeit im Bauchraum an (Bauchwassersucht, Aszites).

Darüber hinaus breitet sich Eierstockkrebs über die Lymphbahnen aus und bildet Metastasen in den Lymphknoten. Befallen sind oft die Beckenlymphknoten und noch häufiger die Lymphknoten um die Hauptschlagader bis in Höhe der Nierengefäße, aber auch andere Lymphknoten können betroffen sein. Eher selten kommt es zu Metastasen in der Lunge, Leber oder den Knochen.

Einteilung in Stadien

Gemäß der Größe des Tumors (T), dem Befall von Lymphknoten (N) und dem Vorhandensein von Metastasen (M) gibt es verschiedene Stadien von Eierstockkrebs. Neben dem TNM-System wird die FIGO-Klassifikation verwendet, die nach ähnlichen Kriterien vorgeht (eine genauere Unterteilung findet sich in der angegebenen Quelle):

TNM		FIGO
T1	Der Tumor ist auf die Eierstöcke begrenzt.	I
T2	Der Tumor befällt einen oder beide Eierstöcke und breitet sich im Becken aus.	II
T3	Der Tumor befällt einen oder beide Eierstöcke, breitet sich im Bauchfell außerhalb des Beckens aus und/oder befällt Lymphknoten im kleinen Becken oder entlang der Hauptschlagader.	III
M1	Der Tumor bildet Fernmetastasen (mit Ausnahme des Bauchfells, zum Beispiel Leber, Milz, Pleura).	IV

Quelle: Prat, J., for the FIGO Committee on Gynecologic Oncology: Staging classification for cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014;124(1):1-5

Der Grad der Tumorausbreitung und der Befund der feingeweblichen Untersuchung beeinflussen die Therapieschritte.

3. Worin besteht die Therapie?

Wenn alle Untersuchungsergebnisse vorliegen und klar ist, wie ausgedehnt der Befund ist, kann die Therapie besprochen werden. Die Untersuchungen geben keine hundertprozentige Sicherheit, sondern untermauern lediglich eine Verdachtsdiagnose. Sicherheit über die Diagnose gibt erst die Operation mit der histologischen Untersuchung. Die entscheidenden Behandlungsverfahren bei Eierstockkrebs sind:

- Radikale Operation mit dem Ziel, das gesamte vom Tumor befallene Gewebe zu entfernen,
- Chemotherapie.



3.1 Operation

Bei der Operation wird ein Längsbauchschnitt vorgenommen. Um die Diagnose zu sichern, wird zunächst der befallene Eierstock entnommen und zur Untersuchung in die Pathologie gegeben. Der Pathologe untersucht das Gewebe noch während der Operation feingeweblich und teilt mit, ob es sich tatsächlich um Eierstockkrebs handelt. Nur bei gesicherter Diagnose, das heißt, wenn es sich nachweislich um Eierstockkrebs

handelt, wird entsprechend der Leitlinien weiter operiert.

Ziel der Operation ist es, den Tumor vollständig zu entfernen. Dazu werden in der Regel beide Eierstöcke und Eileiter, die Gebärmutter, das große Bauchnetz und Teile des Bauchfells entfernt. Konnten alle befallenen Stellen bei der Operation erfasst werden, sollten zusätzlich alle Lymphknoten im kleinen Becken und entlang der Hauptschlagader bis in Höhe der Nierengefäße entfernt werden. Das weitere Ausmaß der Operation richtet sich nach der Ausdehnung des Tumors und dem Tumortyp. So müssen beispielsweise mitunter auch Teile des Darms oder der Blinddarm entfernt werden, um den Tumor vollständig zu beseitigen. Wenn nur ein Eierstock befallen und der Tumor sehr begrenzt und wenig aggressiv ist (Stadium pT1a, G1), kommt bei dringendem Kinderwunsch eine Fruchtbarkeitserhaltende Operation in Frage. Dabei werden die Gebärmutter und der andere Eierstock im Körper der Patientin belassen, um ihre Fruchtbarkeit zu erhalten. Alle anderen Operationsschritte müssen allerdings durchgeführt werden.

Die Nachwirkungen der Operation hängen von deren Ausmaß ab.

Da es sich um eine sehr ausgedehnte Operation handelt, sollte sie in einem spezialisierten Zentrum durchgeführt werden, in dem hinreichende Erfahrungen vorliegen. Dadurch steigen die Chancen, dass alle Herde im fortgeschrittenen Stadium komplett entfernt werden können – neben dem Tu-

morstadium ist dies der wichtigste Faktor im Hinblick auf die Prognose und das Überleben.

3.2 Chemotherapie

Liegt nach der Operation der feingewebliche Befund vor, wird mit der Patientin die unterstützende (adjuvante) Chemotherapie besprochen. Auf diese kann nur in seltenen Fällen verzichtet werden. Lediglich bei Tumoren in einem ganz frühen Stadium (Stadium IA Grad 1) ist keine zusätzliche Chemotherapie notwendig.

Die Chemotherapie zielt darauf ab, eventuell noch im Körper vorhandene Krebszellen durch zellwachstumshemmende Medikamente (Zytostatika) abzutöten. Zytostatika wirken gut gegen rasch wachsende Zellen, eine Eigenschaft, die in besonderem Maße auf Krebszellen zutrifft. Welche Chemotherapie in Frage kommt, hängt von der körperlichen Verfassung und von eventuellen Begleiterkrankungen ab. Die Standardtherapie bei Eierstockkrebs besteht aus einer Kombinationstherapie mit zwei Medikamenten (Carboplatin und Paclitaxel), die sechsmal in einem Abstand von drei Wochen gegeben werden.

Im fortgeschrittenen Stadium (ab Stadium IIIB) kann entsprechend den aktuellen Leitlinien zusätzlich zu Carboplatin und Paclitaxel auch der Antikörper Bevacizumab verabreicht werden. Anschließend wird der Antikörper als alleinige Therapie über insgesamt 15 Monate gegeben. Durch die zielgerichtete Therapie mit dem monoklo-

nen Antikörper und Angiogenesehemmer Bevacizumab, der die Blutgefäßneubildung im Tumorgewebe hemmt, lässt sich die Zeit bis zu einem Rückfall verlängern.

3.3 Wie wird ein Rückfall behandelt?

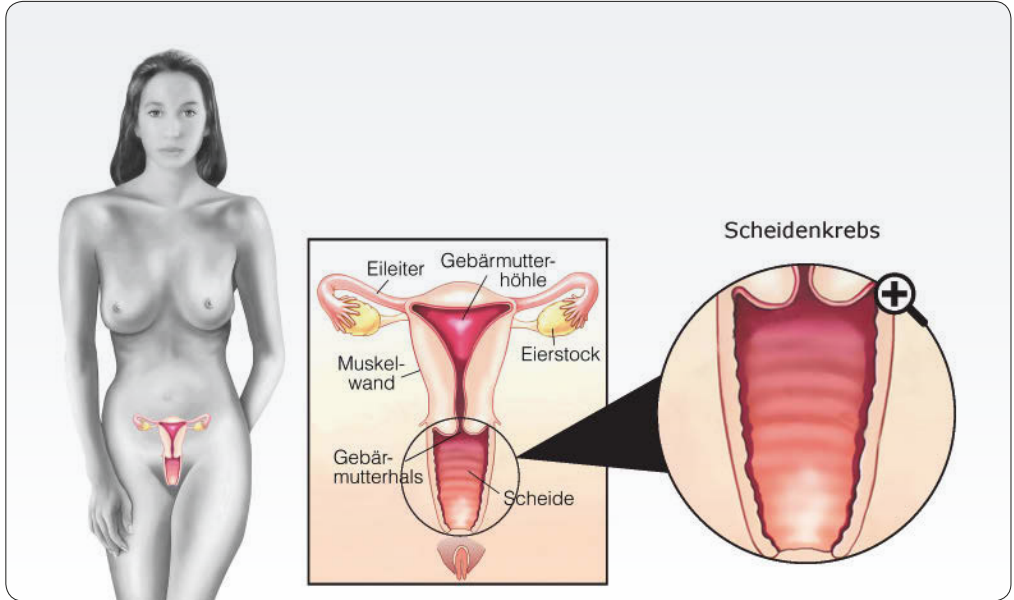
Trotz Operation und Chemotherapie kann es zu einem Rückfall der Erkrankung (Rezidiv) kommen. Dann besteht eine palliative Situation. Kann die Krankheit nicht mehr geheilt werden, richtet sich die Therapie darauf, den Tumor so lange wie möglich zu stoppen, Beschwerden zu lindern und die Lebenszeit zu verlängern. Je nachdem, wann und in welcher Form der Rückfall auftritt, kann erneut operiert und anschließend eine platinhaltige Kombinationschemotherapie durchgeführt werden. Eine Operation wird beispielsweise empfohlen, wenn gute Aussichten darauf bestehen, den Tumor wiederum vollständig zu entfernen, und wenn die Patientin in einer guten Allgemeinverfassung ist. Die Patientin profitiert von einer solch erneuten Operation nur dann, wenn alles auffällige Gewebe entfernt wird.

Tritt der Rückfall früher als ein halbes Jahr nach der Operation und dem Abschluss der ersten Chemotherapie auf, scheint der Tumor nicht ausreichend auf die platinhaltige Chemotherapie angesprochen zu haben. Deshalb wird in diesem Fall das Medikament gewechselt. In dieser Situation kommen Chemotherapien mit pegyliertem liposomalem Doxorubicin oder Topotecan oder Paclitaxel (wöchentlich) zum Einsatz. Wenn bei der Ersttherapie kein Bevacizumab verabreicht wurde, können entsprechend der

Zulassung die oben angeführten Chemotherapien mit dem Antikörper Bevacizumab kombiniert werden.

Wenn hingegen mehr als ein halbes Jahr nach dem Abschluss der Chemotherapie vergeht, bevor ein Rückfall auftritt, darf davon ausgegangen werden, dass die erste Therapie wirksam war. Dann wird eine erneute Therapie mit Carboplatin in Kombination mit pegyliertem liposomalem Doxorubicin, Gemcitabin oder erneut Paclitaxel empfohlen. Je länger das platinfreie Therapieintervall ist, bis ein Rückfall nachweisbar wird, umso höher sind die Ansprechraten auf eine erneute platinhaltige Therapie.

Bei der Kombination Carboplatin und Gemcitabin kann zusätzlich Bevacizumab verabreicht werden, wodurch sich unter Umständen das Zeitfenster bis zum Auftreten eines Rückfalls vergrößern lässt. Es liegen derzeit allerdings nur ausreichend Daten für den Fall vor, dass vorab noch kein Bevacizumab gegeben wurde. Eine signifikante Verlängerung bis zum Auftreten eines Rückfalls konnte bei Patientinnen mit einer BRCA1- oder BRCA2-Mutation gezeigt werden, die einen späten Rückfall erlebten und gut auf eine erneute platinhaltige Kombinationstherapie mit dem PARP-Blocker Olaparib ansprachen.



VI. Scheidenkrebs

1. Wie wird die Diagnose gestellt?

Die Diagnose Scheidenkrebs (Vaginalkarzinom) ist oft ein Zufallsbefund bei der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung. Ist der entnommene Zellabstrich bei der mikroskopischen Untersuchung auffällig, wird eine zusätzliche Lupenvergrößerungsuntersuchung (Kolposkopie) empfohlen. Zudem sollte dann eine Gewebeprobe (Biopsie) entnommen werden, die von einem Pathologen unter dem Mikroskop untersucht wird.

Die meisten bösartigen Geschwülste in der Vagina entstehen, wenn sich Tumoren aus benachbarten Organen auf die Scheide ausbreiten, etwa vom Gebärmuttermund, der Vulva, Harnröhre oder Harnblase aus. Deshalb wird bei der Diagnose untersucht, ob ein anderer Tumor als Scheidenkrebs vorliegt. Wenn beispielsweise der Gebärmuttermund befallen ist, gilt der Tumor als Gebärmutterhalskrebs; ist die Vulva gleichzeitig befallen, liegt Vulvakrebs vor. Diese Unterscheidung ist für die Wahl der Therapie von Bedeutung.

Um die Ausbreitung des Tumors zu beurteilen, kommen folgende Verfahren in Frage:

- Anamnese und körperliche Untersuchung mit Tastuntersuchung
- Ultraschalluntersuchung der Scheide von innen, der Leber und der Nieren
- Spiegelung der Harnwege und des Darms (Urethrozystoskopie, Rektoskopie).

Durch weitere Untersuchungen kann festgestellt werden, ob sich der Tumor auch auf andere Organe ausgebreitet hat, zum Beispiel durch Röntgenaufnahmen der Lunge und eine Kernspintomographie des Beckens. Bei Verdacht auf einen Befall von Oberbauchorganen wird eine Computertomographie des Bauches empfohlen. Wenn alle notwendigen Untersuchungen abgeschlossen sind, wird entschieden, welche Behandlungsmaßnahmen am besten geeignet sind.

2. Klassifikation/Erkrankungsverlauf

Erkrankungsverlauf bei Scheidenkrebs

Werden bösartige Tumoren der Scheide nicht behandelt, wachsen sie in umliegendes Gewebe und die Nachbarorgane ein. Hierbei sind vor allem der Gebärmutterhals (Zervix), die äußeren Geschlechtsorgane (Vulva), die Harnblase und der Enddarm (Rektum) betroffen. Primäre, also „echte“ Vaginalkarzinome können sich außerdem über den Lymphweg im gesamten Körper ausbreiten und Lymphknotenmetastasen im Becken beziehungsweise Tochtergeschwülste in der Leber, der Lunge oder den Knochen bilden. Werden die Tumoren sehr groß, können sie den Harnleiter abdrücken und den Urinabfluss behindern. Die daraus resultierende Nierenstauung kann die Nieren dauerhaft schädigen.

Einteilung in Stadien

Je nach Ausdehnung werden die Tumoren mithilfe des TNM-Systems und der FIGO-Klassifikation in Entwicklungsstufen oder -stadien unterteilt (eine detaillierte Einteilung findet sich in der angegebenen Quelle):

TNM		FIGO
T1	Der Tumor ist auf die Scheidenwand begrenzt.	I
T2	Der Tumor befällt das umliegende Gewebe, reicht aber nicht bis zur Beckenwand.	II
T3	Der Tumor breitet sich auf die Beckenwand aus oder befällt Lymphknoten.	III
T4	Der Tumor breitet sich auf den Enddarm oder die Blase oder über das Becken hinaus aus.	IV

3. Worin besteht die Therapie?

Für die Behandlung kommen die operative Entfernung des Tumors und/oder die Bestrahlung in Frage.

Welches der beiden Verfahren angewandt wird, richtet sich nach dem Stadium beziehungsweise der Ausbreitung der Erkrankung. Eine Chemotherapie wird nur bei fortgeschrittenem Scheidenkrebs eingesetzt.



3.1 Operation

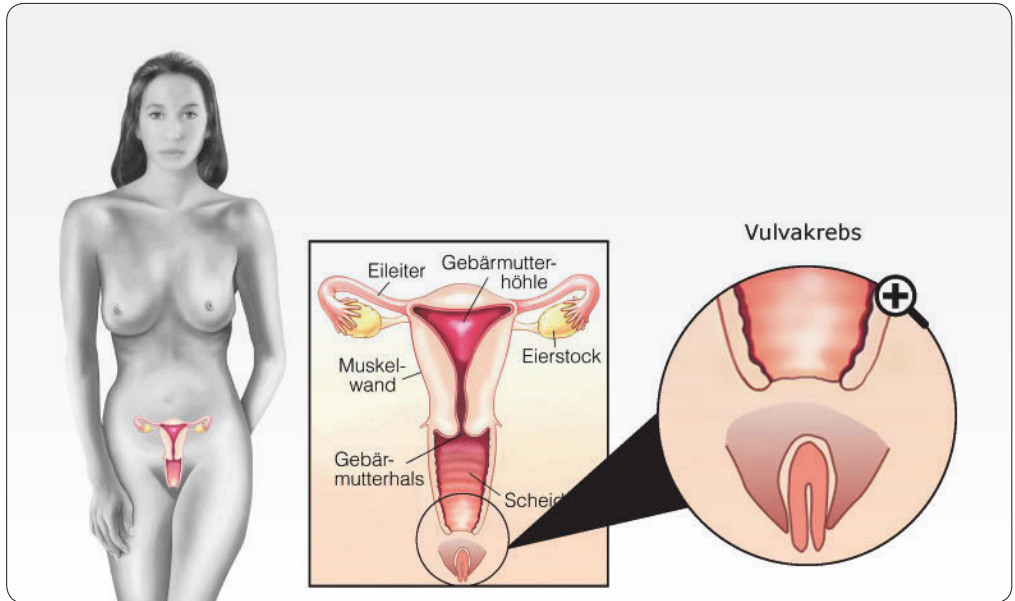
Kleine Scheidenkarzinome können operativ entfernt werden, ohne dass die Scheide übermäßig in Mitleidenschaft gezogen wird. Bei ausgedehnten Tumoren hingegen kann die Operation ein erhebliches Ausmaß annehmen: Die Scheide muss unter Umständen vollständig entfernt werden, ebenso andere Organe wie die Harnblase oder der Darm. Auch nahe gelegene Lymphknoten im Bauch, Becken und der Leiste müssen entfernt werden. Deshalb wird in fortgeschrittenen Fällen, aber selbst im Stadium I der Strahlentherapie oft der Vorzug gegeben.

Die Nachwirkungen der Operation hängen von ihrem Ausmaß ab. Auf Wunsch der Patientin kann die Scheide nach einer Operation in einer weiteren plastischen Operation rekonstruiert werden.

3.2 Strahlentherapie

Die Bestrahlung erfolgt üblicherweise von innen (vaginale Brachytherapie) und von außen über die Haut (perkutan). Sie kann allein, in Kombination mit einer Chemotherapie oder zusätzlich zur Operation (adjuvant) durchgeführt werden. Weil Scheidenkrebs eine seltene Erkrankung ist, existieren bislang nur wenige Studien zur Effizienz der kombinierten Radiochemotherapie. Vor allem bei lokal fortgeschrittenen Tumoren wird sie oft angewendet, in der Hoffnung, dadurch die Aussichten der Patientinnen verbessern zu können.

Trotz sorgfältiger Therapieplanung muss während der Strahlenbehandlung mit unerwünschten Begleiterscheinungen gerechnet werden. Diese können entweder unmittelbar während der Therapie auftreten (z.B. Durchfall, Übelkeit, Blutabgang über den Enddarm) oder sich erst Wochen oder Monate, mitunter auch erst Jahre nach der Behandlung bemerkbar machen.



VII. Vulvakrebs

1. Wie wird die Diagnose gestellt?

Die Diagnose von Vulvakrebs (Vulvakarzinom) ist oft ein Zufallsbefund bei der frauenärztlichen Untersuchung. Manchmal kommen Patientinnen auch wegen der beschriebenen Symptome in die Praxis. Bei Verdacht auf Vulvakrebs werden der gesamte Genitalbereich und die Leistenregion inspiziert und abgetastet. Eine Lupenvergrößerungsuntersuchung (Vulvoskopie) kann die Diagnostik unterstützen. Von verdächtigen Bereichen wird eine Gewebeprobe (Biopsie) entnommen und mikroskopisch untersucht.

Ist die Diagnose gesichert, kann durch weitere Untersuchungen festgestellt werden, ob sich der Tumor schon auf das umliegende Gewebe oder andere Organe ausgebreitet hat. Hierbei ist je nach Lage des Tumors zum Beispiel eine Spiegelung der Harnwege (Urethrozystoskopie) und des Enddarms (Rektoskopie) hilfreich. Auch Ultraschalluntersuchungen von Scheide, Leistengegend und Beckenorganen sind sinnvoll. Röntgen der Lunge, Ultraschall der Leber, aber auch Computertomographie oder Kernspintomographie können in bestimmten Fällen eingesetzt werden, um zu untersuchen, ob andere Organe des Körpers befallen sind.

2. Klassifikation/Erkrankungsverlauf

Erkrankungsverlauf beim Vulvakrebs

Vulvakrebs neigt dazu, invasiv, das heißt über den Entstehungsort hinaus in angrenzende Gewebe und Organe einzuwachsen. Hierbei sind vor allem der Damm (das Gewebe zwischen den großen Schamlippen und dem After), die Harnröhre, die Scheide, der After und der Enddarm betroffen.

Wird ein Vulvakarzinom nicht behandelt, streut es bevorzugt über das Lymphgefäßsystem in den Körper und bildet Metastasen.

Dabei sind zuerst die Lymphknoten der Leisten- und Beckengegend befallen, seltener primär andere Organe wie die Leber oder die Nieren.

Einteilung in Stadien

Bevor die Behandlung geplant werden kann, muss der Ausbreitungsgrad des Tumors im Körper festgestellt werden. Je nach Ausdehnung werden Vulvakarzinome mithilfe des TNM-Systems und der FIGO-Klassifikation in verschiedene Stadien unterteilt (eine detaillierte Einteilung findet sich in der angegebenen Quelle):

TNM		FIGO
T1	Der Tumor ist auf die Vulva oder den Damm begrenzt.	I
T2	Der Tumor breitet sich auf das untere Drittel der Scheide und/oder der Harnröhre oder den Anus aus.	II
N1-2	Der Tumor breitet sich auf das untere Drittel der Scheide und/oder der Harnröhre oder den Anus aus; Lymphknoten sind befallen.	III
T3	Der Tumor befällt die oberen zwei Drittel der Scheide und/oder der Harnröhre, die Schleimhäute der Blase und/oder des Enddarms oder den Beckenknochen.	IV A
M1	Fernmetastasen	IV B

Quelle: Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Vulvakarzinoms und seiner Vorstufen. S2k-Leitlinie. AWMF-Registernummer: 015/059. Version 1.1 (Stand: August 2015)

3. Worin besteht die Therapie?

Die Operation ist bei Vulvakrebs die Therapie der Wahl. Nur in Ausnahmefällen wird darauf verzichtet, zum Beispiel bei Frauen, die aus gesundheitlichen oder anderen Gründen nicht operiert werden können, oder bei Frauen, bei denen sich der Tumor auf den Anus ausgedehnt hat. In letzterem Fall kann eine neoadjuvante Radiochemotherapie durchgeführt werden. Sind die Schnittränder nach einer primären Operation nicht frei, kommt eine zusätzliche Strahlentherapie nach der Operation in Frage.

3.1 Operation

Das Ausmaß der Operation hängt bei Vulvakrebs vom Krankheitsstadium ab. Kleinere Tumoren, die höchstens einen Millimeter weit in die Tiefe gewachsen sind, sollten mit einem gewissen Sicherheitsabstand ($> 3 \text{ mm}$) zum gesunden Gewebe entfernt werden. Weitere Maßnahmen sind nicht erforderlich, da diese Tumoren im Frühstadium in der Regel noch keine Lymphknoten befallen haben. Bei größeren Tumoren, die tiefer als einen Millimeter in das Gewebe eingedrungen sind, wird bei der Operation ein Sicherheitsabstand im gesunden Gewebe von ebenfalls mindestens drei Millimetern empfohlen. Oftmals müssen bei größeren Tumoren oder bei Tumoren, die an mehreren Stellen auftreten, große Teile der Vulva oder sogar die gesamte Vulva entfernt werden.

Tumoren, die mehr als einen Millimeter in die Tiefe eingewachsen sind, bringen ein erhöhtes Risiko für Lymphknotenmetasta-



sen mit. Deshalb werden in diesem Fall die Lymphknoten der Leistengegend entfernt und gegebenenfalls, wenn zwei oder mehr Leistenlymphknoten befallen sind, auch die Lymphknoten der Beckengegend.

Nur unter bestimmten Voraussetzungen (Tumoren $< 4 \text{ cm}$, keine verdächtigen Leistenlymphknoten, spezialisiertes Zentrum mit erfahrenem Operateur und Pathologen) reicht es aus, den so genannten Sentinellymphknoten („Wächterlymphknoten“) zu entfernen. Diese eingeschränkte Operation geht mit einem geringeren Risiko für Nebenwirkungen wie Wundheilungsstörungen und Lymphabflussstörungen einher, die bei der Entfernung aller Leistenlymphknoten sonst sehr häufig sind. Sind die Wächterlymphknoten befallen, sollten alle Leistenlymphknoten entfernt werden.

3.2 Strahlentherapie

Die Strahlentherapie kann bei Vulvakrebs zusätzlich zur Operation („adjuvant“) angewendet werden, um einen lokalen Rückfall zu verhindern. Im Allgemeinen wird die adju-

vante Strahlentherapie der Vulva empfohlen, wenn der Tumor nicht vollständig oder mit einem zu geringen Sicherheitsabstand zum gesunden Gewebe entfernt werden konnte. Auch ein Befall mehrerer Leistenlymphknoten, größere Lymphknotenmetastasen und eine Kapselüberschreitung in einem befallenen Lymphknoten gelten als Risikofaktoren für einen Rückfall, so dass für diese Fälle eine adjuvante Strahlentherapie empfohlen wird. In neueren Studien wird auch die Kombination von Strahlen- und Chemotherapie nach der Operation untersucht, mit ersten positiven Ergebnissen. Durch die adjuvante Therapie geht das Rückfallrisiko zurück, die Prognose verbessert sich.

Im Stadium T3 (nach FIGO IVA), wenn der Tumor die oberen zwei Drittel der Scheide und/oder der Harnröhre, die Schleimhäute der Blase und/oder des Enddarms oder den Beckenknochen befallen hat, sollte eine primäre Strahlen-Chemotherapie erfolgen, um nach Möglichkeit die Funktion der Organe (Ausscheidung) zu erhalten. Auch wenn eine Operation etwa aufgrund des allgemeinen Gesundheitszustands gänzlich ausgeschlossen ist, kann eine Strahlen(Chemo)therapie allein durchgeführt werden.

Mitunter kann vor der Operation unterstützend („neoadjuvant“) eine kombinierte Strahlen-Chemotherapie durchgeführt werden. Hierbei geht es in erster Linie darum, den Tumor und damit das Ausmaß der erforderlichen Operation zu verkleinern.

Die Strahlentherapie wird bei Vulvakrebs von außen durch die Haut durchgeführt. Problematisch ist die unmittelbare Nähe der Vulva zum Enddarm und zu anderen Organen, die durch die Strahlung in Mitleidenschaft gezogen werden. Auch bei sorgfältiger Planung und Durchführung der Strahlentherapie können deshalb Nebenwirkungen auftreten.



VIII. Nachsorge

1. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus

Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus kann eine Anschlussheilbehandlung oder eine Kur stattfinden, um den Erholungs- und Genesungsprozess zu beschleunigen. Dafür gibt es speziell eingerichtete Nachsorgekliniken, in denen Sie wieder zu Kräften kommen können und in denen ganz gezielt auf Ihre Situation eingegangen wird. Sie erhalten dort auch Hilfestellung bei der Bewältigung psychischer oder sozialer Probleme. Sind durch die Therapien, etwa durch die Operation erhebliche Beeinträchtigungen entstanden, kann in den ersten Wochen nach Abschluss

der Therapie eine Anschlussheilbehandlung in einer geeigneten Rehabilitationsklinik wahrgenommen werden. Alternativ darf in den ersten zwei Jahren auch eine so genannte Regelheilbehandlung über die gesetzliche Renten- oder Krankenversicherung beantragt und genehmigt werden.

Bei der Rehabilitation geht es in erster Linie darum, das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden so weit wie möglich wiederherzustellen. Bei bleibenden Folgeschäden können Hilfestellungen gegeben werden, um den Umgang damit zu erlernen und das Leben wieder selbstbestimmt und zur eigenen Zufriedenheit führen zu können.

2. Was passiert bei der Tumornachsorge?

Die Nachsorge umfasst regelmäßige Kontrolluntersuchungen, um einen Rückfall beziehungsweise Fernmetastasen rechtzeitig zu bemerken. Bei Langzeittherapien werden die Betroffenen medizinisch begleitet, zudem finden eine psychosoziale Betreuung und Rehabilitationsmaßnahmen statt. Ein wichtiges Anliegen der Nachsorge ist es auch, bei den Patientinnen Ängste abzubauen und die Lebensqualität zu verbessern. Die behandelnde Frauenärztin oder der Frauenarzt bleibt auch während der Nachsorgephase der wichtigste Ansprechpartner für die Patientin. Sie oder er kann bei Bedarf den Kontakt zu Psychologen, Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen herstellen.

Die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen geben der Patientin Sicherheit, dass gegen eine erneute Tumorbildung, aber auch gegen mögliche Begleit- und Folgeerkrankungen frühzeitig eingeschritten wird. Wie häufig die Ärztin beziehungsweise dem Arzt Sie sehen möchte, hängt von Ihrer individuellen Situation und Ihrem Krankheitsverlauf ab. Auch Art und Umfang der Nachsorgeuntersuchungen werden auf die individuelle Situation abgestimmt und berücksichtigen, wie weit der Tumor zum Zeitpunkt der Diagnose bereits fortgeschritten war und welche Behandlungen durchgeführt wurden. Im Mittelpunkt der Nachsorgeuntersuchungen steht immer das Gespräch mit Fragen nach dem bisherigen Verlauf der Erkrankung und nach dem körperlichen und seelischen Befinden.

Die Nachsorgetermine finden in den ersten drei Jahren in der Regel alle drei Monate, in den folgenden zwei Jahren alle sechs Monate und danach jährlich statt. Dieser Zeitplan gilt nur für symptomfreie Patientinnen. Treten Beschwerden oder Veränderungen auf, können Sie sofort einen Termin bei Ihrer behandelnden Ärztin beziehungsweise dem Arzt vereinbaren und müssen nicht auf den nächsten Kontrolltermin warten. Die wichtigsten Nachsorgeuntersuchungen sind:

- das ärztliche Gespräch,
- die gründliche und umfassende körperliche Untersuchung (gynäkologische Tastuntersuchung), einschließlich der rektalen Untersuchung (Tastuntersuchung vom Anus aus)
- die Ultraschalluntersuchung von der Scheide aus sowie Ultraschall der Nieren,
- bei Gebärmutterhals- und Gebärmutterkörperkrebs: Zellabstrich und Lupenvergrößerung (Kolposkopie).

Bei Beschwerden oder auffälligen Befunden können auch weitere Ultraschall- und Röntgenuntersuchungen, eventuell auch eine Computertomographie durchgeführt werden.

3. Nachbetreuung

Bei der Nachsorge geht es nicht nur um medizinische Untersuchungen, sie beinhaltet auch die Nachbetreuung der Patientin. Die meisten Menschen sind nach einer Krebsbehandlung körperlich und seelisch stark belastet. Im Vordergrund steht die Angst vor einem Rückfall, aber auch der Organverlust wird häufig als schwerwiegend und psychisch belastend empfunden und kann erhebliche Auswirkungen auf Selbstverständnis und Selbstwertgefühl der Frau haben. Die Nachbetreuung soll helfen, die Krankheit zu verarbeiten und die vielfältigen Probleme zu bewältigen, die im Zusammenhang mit einer Tumorerkrankung auftreten. Nützlich kann eine Rehabilitation oder Kur, professionelle Unterstützung zum Beispiel durch Therapeuten oder Krebsberatungsstellen oder die Beteiligung an einer Selbsthilfegruppe sein.

3.1 Rehabilitation – Der Weg zurück in den Alltag

Im Anschluss an die Therapie geht es darum, wieder körperlich fit und seelisch stabil zu werden; gegebenenfalls gilt es auch, die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen. Um die Rückkehr ins Leben zu unterstützen, haben Krebspatientinnen im Anschluss an die Tumorbildung Anspruch auf rehabilitative Leistungen.

Meist geben die behandelnde Ärztin oder der Arzt schon Hinweise, welche Rehabilitationseinrichtungen für die Patientin in



Frage kommen könnten. Wenn nicht, können sich gesetzlich versicherte Patientinnen an die zentralen Servicestellen REHA wenden. Aber auch bei Krankenkassen, Rentenversicherungsträgern oder beim Bundesverband der Frauenselbsthilfe können die Adressen der Servicestellen erfragt werden.

Stationär oder ambulant?

Rehabilitationsmaßnahmen können stationär, teilstationär oder ambulant erfolgen. Welche Variante gewählt wird, hängt von den individuellen Voraussetzungen der Patientin ab: Welche Therapien laufen gegebenenfalls noch, wie ist ihre familiäre Situation, gibt es geeignete ambulante Einrichtungen in Wohnortnähe u. a.

Stationäre Rehabilitation:

In einer spezialisierten Rehabilitationsklinik werden die Frauen rund um die Uhr betreut. Es gibt die unterschiedlichsten Angebote, alle an einem Ort. Ein Vorteil ist auch, dass die Patientinnen hier untereinander ihre Erfahrungen austauschen können.

Teilstationäre Rehabilitation:

Bei der teilstationären Rehabilitation halten sich die Patientinnen von morgens bis nachmittags im Rehabilitationszentrum auf, kehren aber abends und an den Wochenenden nach Hause zurück. Diese Möglichkeit ist vor allem für Patientinnen interessant, die in der Nähe einer entsprechenden Rehabilitationsklinik wohnen und denen es körperlich vergleichsweise gut geht.

Ambulante Rehabilitation:

Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Psychotherapie – Einrichtungen am Wohnort bieten ambulant ein breites Spektrum von Rehabilitationsmaßnahmen an, ohne dass ein stationärer Aufenthalt nötig ist. Die ambulante Rehabilitation eignet sich für Patientinnen, die gern in ihrem häuslichen Umfeld bleiben möchten und in deren Wohnortnähe sich keine geeignete Reha-Klinik für die teilstationäre Betreuung befindet.

Wer trägt die Kosten?

Die Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen übernehmen bei gesetzlich Versicherten die Krankenkassen oder die Rentenversicherung. Welche Versicherung letztendlich die Leistungen trägt, hängt von verschiedenen Faktoren ab, zum Beispiel davon, ob ein Wiedereinstieg ins Berufsleben geplant ist. Bei privat Versicherten gilt der jeweilige Vertrag.

3.2 Professionelle Unterstützung

Seelische Belastungen, Ängste und Stress sind typische Begleiterscheinungen einer Krebserkrankung. Manchmal kann es für die Patientin und ihre Familie schwierig sein, allein damit fertig zu werden. In solchen Situationen ist die Unterstützung durch psychoonkologisch geschulte Fachkräfte hilfreich. Sie haben sich auf die Begleitung von Menschen mit einer Krebserkrankung spezialisiert. Solche Fachleute finden Sie:

- in zertifizierten Tumorzentren,
- in psychoonkologischen Diensten im Akutkrankenhaus,
- in Beratungsstellen der Landesverbände der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. und anderer sozialer Träger, zum Beispiel Tumorzentren, Arbeiterwohlfahrt, Caritasverband, Diakonisches Werk, Deutsches Rotes Kreuz,
- in Rehabilitationseinrichtungen für Krebskranke,
- in ambulanten psychologischen Praxen.

Während des stationären Aufenthaltes können Sie sich vom psychoonkologischen Team in Einzelgesprächen zum Umgang mit der Diagnose, den seelischen Belastungen der Behandlung und in Ihren persönlichen und familiären Fragen und Problemen beraten und therapeutisch unterstützen lassen.

Wann sollten Sie sich auf jeden Fall um fachliche Hilfe bemühen?

- *Niedergeschlagenheit und Angst*
- *Selbstmordgedanken*
- *Gefühl der Orientierungslosigkeit*
- *Scheinbar „grundlose“ Weinkrämpfe*
- *Schlaflosigkeit, häufige Alpträume*
- *das Gefühl, unter großem Druck zu stehen*
- *Partnerschaftsprobleme und Störungen im sexuellen Erleben*
- *zwanghafte Verhaltensweisen (zum Beispiel Alkohol- oder Tablettenmissbrauch, Verweigerung notwendiger Medikamente)*

Krebsberatungsstellen

Information, persönliche Beratung und individuelle Betreuung sind Hauptaufgaben der Krebsberatungsstellen. Sie können sie jederzeit in Anspruch nehmen, wenn Sie das Gefühl haben, dass Ihnen die Angebote helfen und gut tun würden. Krebsberatungsstellen unterstützen Sie bei psychischen und sozialrechtlichen Problemen und suchen mit Ihnen gemeinsam nach Lösungen. Die Mitarbeiter in Beratungsstellen helfen Ihnen auch bei der Suche nach einem Therapeuten, falls eine längerfristige psychotherapeutische Behandlung notwendig sein sollte. Diese wird von psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt.



Psychoonkologische Unterstützung

Krebspatienten und ihre Angehörige sind hohen Belastungen ausgesetzt – nicht nur in physischer Hinsicht. Um den Umgang mit der Krankheit, den Ängsten und Sorgen bewältigen und sich allen damit verbundenen Unwägbarkeiten stellen zu können, wünschen sich viele Krebspatienten psychosoziale Unterstützung durch ihre Ärzte und Pflegenden, aber auch durch Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Seelsorger und andere Betroffene (Selbsthilfe). Den Empfehlungen der Leitlinien zufolge sollte im Krankheitsverlauf so früh wie möglich und dann wiederholt in angemessenen Abständen festgestellt werden, wie hoch die psychosoziale Belastung durch die Krebserkrankung ist, um rechtzeitig Hilfsangebote zur Verfügung stellen zu können.

Patienten, die keine oder nur eine geringe psychische Belastung aufweisen, erhalten patientenorientierte Informationen und das Angebot einer psychosozialen Beratung. Wird eine höhere Belastung festgestellt, sind psychoonkologische Interventionen möglich. Diese umfassen psychosoziale

Was bieten Krebsberatungsstellen an?

Die Landesverbände der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. unterhalten ein bundesweites Netz von Krebsberatungsstellen. Dort finden Sie geschulte Fachkräfte, die Verständnis für Ihre psychischen und sozialen Belastungen haben und Sie aktuell informieren und beraten. Die Beratungsstellen sind offen für Patienten, für Angehörige und für alle, die Fragen zum Thema Krebs haben. Die Beratung ist grundsätzlich kostenfrei. Alle Beratungsstellen arbeiten regional und bundesweit mit einer Vielzahl von Institutionen, Fachleuten, speziellen Einrichtungen für Krebskranke und Sozialbehörden zusammen.

Sie haben daher einen guten Überblick über das, was hilfreich für Sie sein kann. Bei speziellen Anliegen vermitteln sie gerne weiter. Sie können einfach anrufen und einen Termin vereinbaren. Oftmals ist auch eine Beratung im Krankenhaus möglich. Krebsberatungsstellen werden auch von anderen Trägern angeboten, zum Beispiel von Tumorzentren, der Arbeiterwohlfahrt, dem Caritasverband, dem Diakonischen Werk und dem Deutschen Roten Kreuz.

- Beratung bei psychischen Problemen: zum Beispiel bei Ängsten, bei Problemen im Umgang mit der Familie/Partnerschaft/Sexualität, bei der Suche nach Hilfen zur Entspannung und zum Umgang mit Stress, bei der Neuorientierung, bei der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod
- Beratung in sozialrechtlichen Fragen: zum Beispiel zum Schwerbehindertenausweis, zur medizinischen Rehabilitation, zur beruflichen Wiedereingliederung, zu finanziellen Hilfsmöglichkeiten, zu sonstigen Leistungen der Sozialversicherungsträger
- Beratungen in sonstigen Fragen: zum Beispiel allgemeine medizinische Informationen anhand der aktuellen Standards und Leitlinien, Ernährungsberatung, Raucherentwöhnung
- Allgemeine Informationen: ausführliches Informationsmaterial zu vielen Themen „rund um Krebs“, Adressen von Selbsthilfegruppen, Tumorzentren, Spezialisten und weiteren nützlichen Institutionen
- Gruppenangebote: für Betroffene oder Angehörige, zum Beispiel thematische und therapeutisch geleitete Gesprächsgruppen, reine Selbsthilfegruppen, therapeutische Malgruppen

Beratung, Psychoedukation, Stressbewältigungstraining, Psychotherapie, Entspannungsverfahren und künstlerische Therapien und werden je nach Bedarf eingesetzt. Zeigen sich größere Probleme, etwa Distress, starke Ängste oder depressive Symptome können unter Umständen zusätzliche medikamentöse Therapien hilfreich sein.

3.3 Selbsthilfegruppen

In Deutschland gibt es inzwischen eine große Zahl von Selbsthilfegruppen krebskranker Menschen, in denen sich Betroffene zusammengeschlossen haben. Sie helfen sich gegenseitig, mit den Auswirkungen der Erkrankung zu leben. Selbsthilfegruppen bieten in ganz verschiedenen Lebensbereichen Hilfe an. Wir haben die wichtigsten für Sie zusammengefasst.

Seelische Unterstützung geben

Für Krebspatienten ist die Unterstützung durch ihre Angehörigen und Freunde eine große und wichtige Hilfe. Manchmal ist es jedoch sehr schwer für Gesunde, die oft wechselnden Gefühle eines Krebskranken zu verstehen. Deshalb empfinden viele den Austausch mit Menschen, die auch an Krebs erkrankt sind, als Bereicherung. Andere Betroffene machen oft ähnliche Erfahrungen und teilen Ihre Ängste und Sorgen. In der Gruppe erkennen Sie, dass Ihre Gedanken und Gefühle normal sind und dass andere genau wie Sie nach Lösungen suchen. Sie erleben, wie andere Krebskranke mit körperlichen Einschränkungen umgehen und wie sie mit den seelischen Belastungen fertig werden.



Soziale Kontakte knüpfen

Die gegenseitige Anteilnahme und Unterstützung schweißt nach einiger Zeit eng zusammen. Viele Gruppenmitglieder treffen sich auch privat, gestalten gemeinsam ihre Freizeit, besuchen sich untereinander im Krankenhaus und kümmern sich um Schwerkranke, die nicht mehr zum Gruppentreffen kommen können. Besonders für Alleinstehende oder Menschen, die sich in ihren Beziehungen alleine fühlen, ist das ein wichtiger Halt.

Informationen austauschen

Die Gruppenmitglieder informieren sich gegenseitig über Neues im Zusammenhang mit der Krebserkrankung, zum Beispiel über neue medizinische Erkenntnisse, aktuelle Informationen über gesunde Lebensführung, wichtige Änderungen in der Sozialgesetzgebung (zum Beispiel zu Nachsorgekuren, Rehabilitations-Maßnahmen). Zu besonders interessanten Themen werden Fachreferenten eingeladen. Auch hilfreiche praktische Tipps werden vermittelt, zum Beispiel zur Linderung von Nebenwirkungen der Therapie.

Selbsthilfegruppen – was sollten Sie beachten?

Viele Krebspatienten haben Angst davor, dass sie das Schicksal eines Mitpatienten zu stark belastet. Es kann sein, dass Sie Menschen kennen lernen werden, die Sie sehr mögen und die plötzlich einen Rückfall erleiden und daran sterben. Nicht jeder kann damit umgehen. Umgekehrt kann genau diese Auseinandersetzung mit Tod und Sterben auch eine Chance für Sie sein, mit der Angst umgehen zu lernen. Zwingen Sie sich jedoch zu nichts, sondern versuchen Sie für sich herauszufinden, was im Moment richtig für Sie ist.

Wenn Sie sich entscheiden, eine Gruppe aufzusuchen, sollten Sie darauf achten, dass Sie sich dort gut aufgehoben fühlen. Es ist wichtig, dass Sie das Gefühl haben, unterstützt zu werden und selbst Beistand leisten zu können. Überall wo Menschen zusammenkommen, kann es Probleme geben. Wenn Sie spüren, dass der Umgangsstil in der Gruppe nicht hilfreich und bereichernd für Sie ist, scheuen Sie sich nicht davor, die Gruppe wieder zu verlassen.

Sonstige Angebote

In manchen (meist therapeutisch geführten) Gruppen haben Sie außerdem die Möglichkeit, verschiedene Entspannungstechniken zu erlernen oder Ihrer Kreativität freien Lauf zu lassen (zum Beispiel durch Malen, Tanzen).

Wie finde ich die richtige Gruppe?

Selbsthilfegruppen gibt es in unterschiedlichen Zusammensetzungen. In den meisten Gruppen schließen sich Patienten zusammen, die an der gleichen Krebsart leiden. Bei ihnen stehen bestimmte krankheitsbedingte Probleme im Vordergrund, die andere Tumorkranke weniger betreffen.

Es gibt jedoch auch Gruppen, deren Mitglieder hinsichtlich Alter, Geschlecht und Art der Krebserkrankung gemischt sind. Jüngere Kranke suchen oft Kontakt zu Gleichaltrigen – auch dafür gibt es spezielle

Gruppen. Schließlich werden immer häufiger Gesprächskreise nur für Angehörige oder für Patienten und Angehörigen gemeinsam gegründet. Daneben gibt es therapeutische Gesprächsgruppen, die von einer hauptamtlichen Fachkraft geleitet werden. Kontakte zu Selbsthilfegruppen in Ihrer Region erhalten Sie zum Beispiel über Ihre Ärztin, Ihren Arzt oder die Klinik, in der Sie behandelt werden.

In vielen Städten und Gemeinden gibt es auch lokale Selbsthilfezentren, die als Anlauf- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen zu den unterschiedlichsten Themen dienen. Auch die Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Ihre Landeskrebsgesellschaft oder der Verband Frauenselbsthilfe nach Krebs e. V. können Sie bei der Suche unterstützen. Mehr dazu finden Sie im Kapitel „Informationen“.

4. Leben mit Krebs

4.1 Umgang mit der Diagnose Krebs

Krebs ist eine Erkrankung, die das Leben erheblich verändert. Nicht nur die Patientin ist betroffen, sondern auch die ihr nahestehenden Menschen – der Partner, die Familie, Freunde. Da jeder Mensch auf seine Weise mit der Erkrankung umgeht, gibt es keine perfekte Art der Krankheitsbewältigung. Diese Broschüre kann Ihnen aber einige Anregungen dazu geben, wie Sie seelische und körperliche Belastungen verringern können. Voraussetzung dafür ist, dass Sie sich selbst wichtig nehmen, Ihren eigenen Weg mit Ihrem Tempo gehen und sich nicht scheuen, Angebote zur Unterstützung auszuprobieren.

Warum ich?

Die Diagnose Gebärmutterkrebs, Gebärmutterhalskrebs, Eierstockkrebs, Vulvakrebs oder Scheidenkrebs bedeutet einen großen Einschnitt für die betroffenen Frauen und alle ihnen nahestehenden Personen. Mit den Veränderungen umzugehen, erfordert viel Kraft. Widerstreitende Gefühle nehmen Raum ein, Fragen und Ängste kommen auf, die vorher vielleicht so noch nie thematisiert wurden.

Vielleicht fragen Sie sich auch: „Warum habe gerade ich diese Krankheit bekommen? Habe ich etwas falsch gemacht und bin selbst schuld? Oder lag es an äußeren Einflüssen wie Stress im Beruf oder Problemen in der Familie?“ An der Entstehung von Krebs sind viele Faktoren beteiligt, und bei den meis-



ten Krebserkrankungen ist nach wie vor eine einzelne Ursache nicht bekannt. In Studien konnte gezeigt werden, dass seelische Belastungen, Charaktermerkmale oder die Art der psychischen Verarbeitung von Problemen keine Auslöser für Tumorerkrankungen darstellen. Das heißt, die oft diskutierte „Krebspersönlichkeit“ gibt es nicht.

Umgang mit Angst

Angst ist ein Gefühl, das die meisten Patienten erleben und das ihnen sehr zusetzt: Angst vor der Behandlung und ihren Nebenwirkungen, Angst vor einer „Apparatemedizin“. Oft machen sich Bedenken und Unsicherheit breit: Wird die Therapie wirken? Was mache ich, wenn der Krebs wieder kommt? Bevorstehende medizinische Untersuchungen und das Warten auf das Ergebnis werden oft als belastend und nervenaufreibend empfunden. Hinzu kommt die Frage, wie die Familie Sie unterstützt und wie sich die Erkrankung auf die berufliche und finanzielle Zukunft auswirkt. Die Angst vor einem Rückfall und die Angst davor, an der Erkrankung sterben zu müssen, kann eine Krebspatientin auch bei guter Prognose ein Leben

lang begleiten. Diese Angst ist eine normale Reaktion auf die Diagnose Krebs. Krebs wird als existentielle Bedrohung erlebt, und auf bedrohliche Situationen reagiert ein Mensch mit Angst.

Umgang mit Stimmungsschwankungen

Die Zeit der Behandlung und das „Sich-Einstellen“ auf die veränderte Lebenssituation ist für viele ein Prozess, der durch extreme und gegensätzliche Gefühle gekennzeichnet ist. Zuversicht, Mut und Entschlossenheit, „sich nicht unterkriegen zu lassen“, können mit Phasen großer Enttäuschung und

Wie können Sie der Angst begegnen?

- Gestehen Sie sich die Angst zu. Sie ist kein Feind, sondern eine notwendige, normale seelische Reaktion.
- Oft wird die Angst allumfassend erlebt. Versuchen Sie, sie zu konkretisieren: Wovor genau habe ich Angst?
- Angst entsteht oft durch fehlende oder unzureichende Informationen. Suchen Sie das Gespräch mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Informieren Sie sich über die Erkrankung und den Umgang mit Beschwerden. Wenn Sie unsicher sind, können Sie eine zweite medizinische Meinung einholen. Teilen Sie Ihre Ängste und Sorgen mit. Das Gefühl, der Behandlung „ausgeliefert“ zu sein, kann so deutlich gemildert werden.
- Nutzen Sie das Angebot der psycho-onkologischen Beratung in den zertifizierten Krebszentren –als einmaliges Gespräch oder als Gesprächstherapie auch im Anschluss an den stationären Aufenthalt.
- Holen Sie sich Unterstützung. Sie sind nicht allein. Ehepartner, Freunde, andere vertraute Menschen können eine große Hilfe sein. Darüber zu sprechen, was Angst macht, kann schon entlastend wirken. Nehmen Sie sich zu Ereignissen, die Sie als besonders schwierig erleben (zum Beispiel Nachuntersuchungen), „verstärkende Begleitung“ mit. Formulieren Sie Ihre Bedürfnisse und Erwartungen konkret. Andere wissen oft nicht genau, was Sie jetzt brauchen. Auch von professioneller Seite aus können Sie sich Unterstützung holen.
- Bauen Sie zusätzliche Kontakte auf, zum Beispiel indem Sie sich auf Station, in einer Selbsthilfegruppe oder in einem Internet-Forum mit anderen Betroffenen austauschen.
- Entspannungsübungen (zum Beispiel autogenes Training, progressive Muskelentspannung, meditatives Tanzen, Visualisierungsübungen) können viel dazu beitragen, innere Anspannung und Angst zu reduzieren.
- Die Auseinandersetzung mit religiösen oder philosophischen Inhalten kann Halt und Orientierung geben.

Niedergeschlagenheit (zum Beispiel bei Fortschreiten der Erkrankung) abwechseln. Trauer, Wut, Verzweiflung, Bedürfnis nach Nähe oder Rückzug – mitunter können diese Gefühle ständig wechseln. Haben Sie Geduld und Verständnis für sich. Sie leisten seelische Schwerstarbeit. Ihre positiven wie auch Ihre negativen Gefühle sind berechtigt. Geben Sie ihnen Ausdruck, zum Beispiel durch Gespräche, Weinen, Malen, Bewegen, Musik, Schreiben, sportliche Betätigung. All das wirkt entlastend und befreiend.

Manchmal haben Betroffene die Befürchtung, dass negative Gedanken oder Gefühle sich schädlich auf den Krankheitsverlauf auswirken könnten. Diese Angst ist unbegründet. Niemand kann immer nur positiv denken. Zu einem inneren Gleichgewicht findet ein Mensch nur, wenn er alle Gefühle wahrnimmt und akzeptiert. Sie gehören zum Leben dazu. Wenn Angst und Verzweiflung aber übermächtig werden und Sie beherrschen, sollten Sie professionelle Hilfe in Anspruch nehmen.

Die Unterstützung der Familie und von Freunden nutzen: Meist werden der Partner, die Familie oder andere vertraute Menschen als größte Kraftquelle erlebt. Sie teilen die Sorgen und Ängste der Betroffenen und stehen Belastungen gemeinsam mit ihnen durch. Manchmal sind Veränderungen in der bisherigen Rollenaufteilung der Familie notwendig, oder die Lebensplanung verändert sich.



Das kann auf beiden Seiten große Verunsicherung auslösen. Teilen Sie Ihre Gefühle und Gedanken mit. Offene und vertrauensvolle Gespräche können viel zum gegenseitigen Verständnis beitragen und helfen, gemeinsam auch neue Wege zu gehen.

Neue Ziele finden

Manchmal ist die Umsetzung bisheriger beruflicher Pläne und privater Ziele nicht mehr möglich. Dies kann aber auch ein „Anstoß“ sein, die bisherigen Lebensvorstellungen zu überdenken und offen für neue Erfahrungen zu werden. Vielleicht kamen früher Bereiche zu kurz, für die Sie sich heute mehr Zeit nehmen wollen. Oder es bietet sich die Chance, festgefahrene, unbefriedigende Gewohnheiten zu verändern.

Sich Gutes tun

Viele erkennen erst jetzt, was ihnen wirklich gut tut. Sie planen ihren Alltag neu und wenden sich bewusst den Dingen zu, die ihnen Freude bereiten (zum Beispiel einen langgehegten Urlaubswunsch erfüllen, sich der Musik widmen, Beziehungen vertiefen, Kontakte knüpfen, ein Hobby pflegen).

Die Auseinandersetzung mit der Krebserkrankung ist ein Prozess, der mit Höhen und Tiefen verbunden ist. Nehmen Sie auch die kleinen Erfolge wahr und gehen Sie liebevoll mit sich um. Oft hilft es, sich zu erinnern, was früher geholfen hat, schwierige Lebenssituationen zu meistern. Diese Möglichkeiten können Sie vielleicht auch heute nutzen. Vertrauen Sie Ihren eigenen inneren Fähigkeiten zur Bewältigung der Krise und nehmen Sie jede soziale Unterstützung an, die Ihnen angeboten wird und hilfreich ist.

4.2 Supportive Therapie

Es kann sinnvoll sein, bereits parallel zur Behandlung der Krebserkrankung so genannte supportive, das heißt unterstützende Maßnahmen durchzuführen. Die Behandlung von therapiebedingten Nebenwirkungen wie Übelkeit und Erbrechen, ferner die Schmerztherapie bei tumor- oder metastasenbedingten Schmerzen, die Unterstützung zur Ernährungsumstellung und die Hilfe bei psychischen und sozialen Problemen ergänzen die unmittelbare Behandlung der Tumorerkrankung.

Schmerzbehandlung

In weit fortgeschrittenen Stadien einer Krebserkrankung stehen für die Patientin häufig die tumorbedingten Schmerzen im Vordergrund. Sie beeinflussen ihre Lebensqualität enorm. Eine der wichtigsten Maßnahmen ist in diesem Falle die wirksame Schmerzbehandlung. Mit den heute verfügbaren Medikamenten und Methoden lassen sich Tumorschmerzen in den meisten Fällen gut lindern. Die Schmerztherapie wird möglichst

individuell auf die Schmerzsituation der Patientin abgestimmt.

Bei schmerzhaften Knochenmetastasen bringt eine gezielte Bestrahlung häufig Linderung. Schmerzen durch einen ausgedehnten Tumorbefall des Skeletts lassen sich auch durch die Behandlung mit so genannten Bisphosphonaten lindern.

Alternative, experimentelle und ergänzende Therapien

Patientinnen finden heute ein unüberschaubares Angebot an ergänzenden (komplementären), experimentellen und alternativen Methoden. Ob Mistel- oder Thymuspräparate, ob Eigenurin- oder Eigenbluttherapie, ob Homöopathie, Akupunktur, Energiebehandlung oder extreme Diäten: Zu bewerten, ob es sich um wirksame Therapien oder um Scharlatanerie handelt, ist nicht immer einfach.

Die Gefahr besteht, dass durch eine Ablehnung schulmedizinischer Therapien und das Ausprobieren von sanfteren, „alternativen“ Methoden wichtige Zeit verlorenggeht, so dass ein ursprünglich heilbarer Krebs metastasiert und damit zur unheilbaren Erkrankung wird. Jedoch gibt es auch immer wieder neue wirksame experimentelle Behandlungsansätze, die nur noch nicht etabliert sind, in Zukunft aber durchaus Bedeutung erlangen könnten.

Die zusätzliche – nicht alternative! – Behandlung mit zum Beispiel pflanzlichen oder homöopathischen Präparaten kann eine Krebstherapie wirksam unterstützen und

Nebenwirkungen lindern. Wichtig ist, dass Sie Ihre behandelnde Ärztin beziehungsweise Ihren Arzt vor dem Beginn ergänzender Therapien informieren. Sie oder er kann den Nutzen unkonventioneller Methoden ins Verhältnis zu möglichen Risiken und nicht zuletzt zu den oft hohen Kosten setzen. Auch kann sie oder er zum sinnvollen Einsatz komplementärer Therapien beraten, da auch naturheilkundliche Präparate die Wirkung von endokriner Therapie und Chemotherapie abschwächen oder deren Nebenwirkungen verstärken können.

4.3 Sexualität nach der Krebsbehandlung

In den meisten Fällen ist die Behandlung von Gebärmutterkrebs, Gebärmutterhalskrebs, Eierstockkrebs, Vulvakrebs oder Scheidenkrebs mit einer Operation verbunden, die die Eierstöcke, die Gebärmutter und/oder Bereiche der Scheide oder der äußeren Geschlechtsorgane teilweise oder vollständig entfernt. Eine Chemo-, Hormon- oder Strahlentherapie setzen die Funktion der Eierstöcke zeitweilig oder dauerhaft außer Kraft. Der Organverlust und die veränderte Sexualität können, vor allem bei jüngeren Frauen, erhebliche Auswirkungen auf deren Selbstverständnis und Selbstwertgefühl haben.

Das offene Gespräch und die Unterstützung durch den Partner können wesentlich dazu beitragen, dass trotz einer möglicherweise funktionellen Einschränkung eine liebevolle und auch sexuell befriedigende Partnerschaft möglich ist. Scheuen Sie sich nicht, wann immer nötig, auch therapeutische



Hilfe oder die Unterstützung durch eine Beratungsstelle oder Selbsthilfegruppe in Anspruch zu nehmen, um sich mit der veränderten Situation zurechtzufinden.

Im Folgenden werden mögliche Folgeerscheinungen der Behandlung und ihre Auswirkungen auf die Sexualität im Einzelnen aufgeführt:

Verlust der Gebärmutter

Eine Entfernung der Gebärmutter schränkt, rein körperlich gesehen, das sexuelle Empfinden der Frau nicht ein. Auch wenn die Scheide etwas verkürzt werden muss, sind für das sexuelle Lustempfinden wichtigen Bereiche (Klitoris, Schamlippen und Scheideneingangsbereich) genauso funktionsfähig wie vorher. Die Fähigkeit, einen Orgasmus zu bekommen, bleibt erhalten.

Für einige Frauen ist es vor allem ein psychisches Problem, keine Gebärmutter mehr zu haben. Sie fühlen sich nicht mehr als „ganze Frau“, weil sie unbewusst oder bewusst das Frau-Sein mit Fruchtbar-Sein gleichsetzen. Vielleicht sind solche Gefühle die Gelegen-

heit, das einseitige Bild vom Frau-Sein zu hinterfragen. Wichtig ist, dass Sie offen über Ihre Gefühle, Sorgen und Ängste sprechen, sei es mit Ihrem Partner, einem Psychotherapeuten oder mit Frauen, die sich in einer ähnlichen Situation befinden.

Vorzeitiges Eintreten der Wechseljahre

Durch die Entfernung der Eierstöcke im Rahmen der Krebsbehandlung wird die Frau, wenn sie vor dem Eingriff noch Monatsblutungen hatten, in die Wechseljahre versetzt. Der Verlust der Eierstockshormone macht sich vor allem durch Hitzewallungen und Trockenheit der Scheide bemerkbar. Auch Schlafstörungen, eine Neigung zu Schweißausbrüchen, Stimmungsschwankungen und Gewichtszunahme sind typische Wechseljahresbeschwerden. Folge des Östrogenmangels ist ferner ein erhöhtes Risiko für vermehrte Knochenentkalkung (Osteoporose). Die Beschwerden sind von Frau zu Frau unterschiedlich stark ausgeprägt. Manche Frauen haben in dieser Zeit, vor allem aufgrund der körperlichen und psychischen Belastung, wenig Interesse an Sexualität.

Die Beschwerden und negativen körperlichen Folgen des Östrogenmangels können eventuell durch die Einnahme von Medikamenten oder Hormonpräparaten (Pillen, Spritzen, Pflaster oder Vaginalcremes) gelindert werden. Wenn Ihr Arzt von Hormonen abrät, weil der Tumor durch Hormone im Wachstum gefördert werden kann, gibt es andere Mittel ohne Hormonwirkung. Gegen Scheidentrockenheit können zum Beispiel Gleitcremes helfen. Sprechen Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt

Operationen an Scheide und Vulva

Wenn bei der operativen Behandlung die Scheide oder die Vulva ganz oder teilweise entfernt werden mussten, kann das sexuelle Empfinden stark beeinträchtigt sein. Je nach Art der Operation können zum Beispiel bestimmte Sexualpraktiken nicht mehr möglich oder aufgrund von Vernarbungen, Verengungen, Scheidentrockenheit, Taubheitsgefühl oder Schmerzen unangenehm sein. Bei Problemen können Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt ansprechen, wie diese Operationsfolgen gemildert werden können. Unter Umständen kann eine rekonstruktive Operation Abhilfe schaffen.

Zusätzlich zu diesen körperlichen Auswirkungen kann eine Operation an Scheide oder Vulva auch seelisch belastend sein. Viele Patientinnen fürchten, fortan verstümmelt, unvollständig und unattraktiv als Frau und Sexualpartnerin zu sein. Bei solchen Sorgen sind offene Gespräche mit dem Partner und Beratung durch die Frauenärztin beziehungsweise den Frauenarzt besonders wichtig. Möglicherweise stellt die neue Situation keine Einschränkung dar, sondern ist eine Chance, gemeinsam neue Wege für eine liebevolle und genussreiche Intimität und Sexualität zu finden.

Beeinträchtigung des Scheidengewebes durch Bestrahlung

Durch eine Bestrahlung im Beckenbereich wird häufig die Scheidenschleimhaut in Mitleidenschaft gezogen. Im Strahlenbereich wird die Haut wie bei einem Sonnenbrand gerötet. Dadurch kann die Scheide nach der Bestrahlung einige Wochen lang sehr

berührungsempfindlich sein. Da die Haut auch leichter verletzbar ist, können beim oder nach dem Geschlechtsverkehr leichte Blutungen auftreten.

Wenn die strahlenbedingte Reizung der Scheidenschleimhaut abklingt, beginnt die Vernarbung. Die Scheide kann sich dadurch mit der Zeit so stark verengen, dass kein Geschlechtsverkehr mehr möglich ist. Durch regelmäßige Dehnung der Scheide – beispielsweise durch die Aufrechterhaltung des Geschlechtsverkehrs oder alternativ mit Hilfe eines Dilatators – kann dieser Vorgang gestoppt oder zumindest gemildert werden. Ein Dilator ist ein Zylinder oder ein Röhrchen, das in die Scheide eingeführt wird, um diese allmählich zu dehnen. Es gibt ihn in verschiedenen Größen, so dass die Scheide auch Schritt für Schritt erweitert werden kann. Wichtig ist, dass Sie so früh wie möglich mit dem Einführen eines Dilators beginnen, um einer Vernarbung frühzeitig vorzubeugen. Wie Sie den Dilator benutzen, wird Ihnen Ihre Ärztin beziehungsweise Ihr Arzt erklären.

Künstlicher Darm- oder Blasenausgang

In seltenen Fällen müssen die Blase oder der Mastdarm bei der Operation mit entfernt werden, weil sie vom Tumor befallen sind. Dann wird künstlich ein entsprechender neuer Körperausgang geschaffen, durch den die Blase oder der Darm entleert werden kann: der künstliche Blasenausgang (Urostoma) beziehungsweise Darmausgang (Kolostoma). Ein künstlicher Darm- oder Blasenausgang kann das Intimleben stark beeinflussen. Neben der Sorge vor Undichtigkeiten können



auch Scham und Minderwertigkeitsgefühle auftreten. Für Erwachsene ist das Thema Urin und Stuhlgang in der Regel ein Tabu, aber eine Stomaträgerin – und auch ihr Partner – müssen sich damit beschäftigen. Denn das Ignorieren dieser doch häufig sehr einschneidenden Veränderung führt dazu, dass die Probleme sich auf Dauer zuspitzen. Sie können Hilfe bei einer psychosozialen Beratungsstelle finden, mit einem Stomatherapeuten über Ihre Schwierigkeiten sprechen und Rat in einer Stoma-Selbsthilfegruppe suchen.

4.4 Ernährung bei Krebs

Eine spezielle Krebsdiät, die nachweislich die Heilungschancen verbessert, gibt es nicht. Natürlich sollte die Ernährung von Krebspatienten sich langfristig an der vollwertigen Kost eines Gesunden orientieren. Das heißt: eine angemessene Energie- und Fettzufuhr, die richtigen Streich- und Zubereitungsfette, eine ballaststoffreiche Kost mit hochwertigem Eiweiß.

Befindet sich die Patientin jedoch zurzeit in einer Therapie mit eventuell zahlreichen Nebenwirkungen, so ist es unter Umständen erforderlich, spezielle Ernährungsempfehlungen zu kennen und individuell zu nutzen. Da die Chemotherapie den Körper stark belastet, erhöht sich – in allerdings meist nur geringem Maße – der tägliche Kalorienbedarf. Ähnliches gilt für die Strahlentherapie. Allerdings sollte dabei auf ein gesundes Körpergewicht geachtet werden. Dies gilt auch für Patientinnen, die eine endokrine Therapie erhalten. Wenn es darum geht, Übergewicht loszuwerden, wird empfohlen, langsam, aber konsequent abzunehmen – dies ist besser als eine radikale Diät, die den Körper zusätzlich schwächt.

Einige Patientinnen berichten, dass sich ihr Geruchs- und Geschmacksempfinden während der Chemo- oder Strahlentherapie verändert. Das kann dazu führen, dass intensive Gerüche wie zum Beispiel Knoblauch Übelkeit verursachen oder dass eine milde Suppe extrem salzig und ein Schnitzel nach Stroh schmecken. Auch der Appetit wird beeinträchtigt, wenn Speisen zu intensiv, zu schwach oder nicht mehr angenehm schmecken und riechen. Diese Veränderungen sind vorübergehend und klingen nach dem Ende der Therapie wieder ab. Achten Sie auf Ihre neuen Essvorlieben und folgen Sie Ihrem Appetit. Der Austausch mit anderen Betroffenen oder die Informationen in Internetforen können Ihnen Anregungen geben.



4.5 Bewegung und Sport

Die Zeiten, in denen Krebspatienten zur Schonung angehalten wurden und ihnen von Sport abgeraten wurde, sind vorbei: Heute wird den Patientinnen eine regelmäßige und auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte körperliche Aktivität empfohlen. Regelmäßige körperliche Aktivität fördert den Genesungsprozess und hat einen positiven Einfluss auf das physische, psychische und soziale Wohlbefinden. Besonders geeignet sind Ausdauersportarten wie Radfahren oder Wandern. Im Zweifelsfall berät Sie Ihre Ärztin beziehungsweise Ihr Arzt, welche Aktivitäten für Sie gut geeignet sind. Wichtig ist vor allem, dass Sie Spaß daran haben und es Ihnen bei und nach der Bewegung gut geht.

IX. Informationen

1. Weiterführende Informationen und Unterstützung

Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) e. V.

Die Deutsche Krebsgesellschaft als größte Fachgesellschaft zur Onkologie bietet laienverständliche, wissenschaftlich fundierte und aktuelle Informationen. Auf der Webseite finden Sie auch die Adresse Ihrer Landeskrebsgesellschaft.

Telefon: 030 – 322932900

Internet: www.krebsgesellschaft.de

Deutsche Krebshilfe e. V.

Für Betroffene und Angehörige stehen hier Informationen inklusive zahlreicher Ratgeber zu Krebserkrankungen, krebsassoziierten Beschwerden und übergreifenden Themen kostenlos zum Download oder zum Bestellen zur Verfügung.

Telefon: 0228 – 729900

Informations- und Beratungsdienst:

0800 – 80708877

Internet: www.krebshilfe.de

Krebsinformationsdienst (KID) des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ)

Die Homepage des Deutschen Krebsforschungszentrums in Heidelberg bietet Informationen zu vielen Krebserkrankungen.

Telefon: 0800 – 4203040

Internet: www.krebsinformation.de

Krebs-Kompass

Der Krebs-Kompass soll Krebspatienten und ihren Angehörigen die Informationssuche im Internet erleichtern. Im Vordergrund steht die Hilfe beim Weg durch das aktuelle Informationsangebot im Internet. Zudem bieten Chat und Forum die Möglichkeit zum Austausch mit anderen Patienten.

Internet: www.krebs-kompass.org

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG)

Diese medizinische Fachgesellschaft fördert Forschung und Wissenschaft sowie Fort- und Weiterbildung in allen Teilgebieten der Gynäkologie und Geburtshilfe und vertritt die Interessen ihrer Mitglieder.

Internet: www.dggg.de

Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e. V. (AGO)

Die selbständige Untergliederung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. und der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. zum Spezialgebiet gynäkologische Onkologie.

Internet: www.ago-online.de

Deutsches Krebsstudienregister (Deutsche Krebsgesellschaft e. V.)

Auf der Website des Krebsstudien-Registers kann nach laufenden Studien gesucht werden. Bei Interesse an einer Teilnahme kann man sich an die angegebenen Ansprechpartner wenden, die über die Bedingungen im Einzelnen informieren.

Internet: www.studien.de

Psychosoziale Beratungsstelle für Krebskranke und Angehörige Selbsthilfe Krebs e. V.

Die Beratungsstelle informiert und hilft Menschen, die an Krebs erkrankt sind, sowie ihren Angehörigen. Sie bietet Unterstützungsmöglichkeiten an, die vielen Erkrankten und Angehörigen helfen, mit der Diagnose umzugehen, ihre körperlich-seelische Krise zu überwinden und ihr Leben neu zu gestalten.

Telefon (für Betroffene): 030 – 89409041

Telefon (für Angehörige): 030 – 89409042

Internet: www.krebsberatung-berlin.de

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für psychosoziale Onkologie e. V. – dapo e. V.

Auf der Seite der dapo e. V. finden Sie Adressen von Psychotherapeuten, Ärzten, Sozialarbeitern und -pädagogen, Seelsorgern, Supervisoren und Angehörigen anderer Berufsgruppen, die Unterstützung für an Krebs erkrankte Menschen und ihre Angehörigen durch Beratung, Begleitung, Behandlung und Information anbieten.

Telefon: 0700 – 20006666

Internet: www.dapo-ev.de

Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr e. V. (GfBK)

Die Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr e. V. (GfBK) informiert Krebspatienten und ihre Angehörigen über naturheilkundliche Therapien, die begleitend zu schulmedizinischen Therapien und in der langfristigen Nachsorge angewandt werden können.

Telefon: 06221 – 138020

Internet: www.biokrebs.de

Frauenselbsthilfe nach Krebs e. V.

Der Bundesverband von über 400 regionalen Frauenselbsthilfe-Gruppen bietet Broschüren zum Thema Krebs, Onlineberatung sowie die Kontaktvermittlung zu Gruppen.

Telefon: 0228 – 33889402

Telefon-Beratungsdienst: 0228 - 33889402

Internet: www.frauenselbsthilfe.de

VulvaKarzinom-SHG e. V.

Der Verein VulvaKarzinom-SHG e. V. betreibt ein Internetforum, in dem sich Betroffene in einem geschützten Bereich über Vulvakrebs austauschen können. Überdies stehen auf der Internetseite eine Informationsbroschüre und Links zu weiteren nützlichen Seiten bereit.

Internet: www.vulvakarzinom-SHG.de

INKA

INKA ist ein Informationsnetz für Krebspatienten und ihre Angehörigen. Hier werden Internet-Informationen zum Thema Krebs bewertet und sortiert.

Internet: www.inkanet.de

Onkologisches Patientenseminar, Berlin-Brandenburg e. V. (OPS)

Die Selbsthilfeorganisation bietet in Zusammenarbeit mit Ärzten und Wissenschaftlern patientengerechte Informationen zum Thema Krebs und organisiert Seminare, Fortbildungen und Selbsthilfegruppen.

Telefon: 030 – 450578306

Internet: http://www.tzb.de/patienteninformationen/beratungsangebote_selbsthilfe/sh_ops/index.html

LebensWert e. V.

LebensWert, eine Initiative am Klinikum der Universität zu Köln, bietet krebserkrankten Patienten und ihren Angehörigen durch psychologische Gesprächsangebote sowie durch bewegungs-, kunst- und musiktherapeutische Angebote eine umfassende und direkte seelische Hilfe bei Ängsten, Sorgen und Nöten, die mit der Erkrankung oft einhergehen.

Telefon: 0221 – 47897190

Internet: www.vereinlebenswert.de

lebensmut – Leben mit Krebs e. V.

Der Verein lebensmut engagiert sich für die psycho-onkologische Begleitung von Betroffenen vor, während und nach der Behandlung einer Krebserkrankung am Klinikum der Universität München, Campus Großhadern und am Klinikum Landshut. Darüber hinaus bietet lebensmut allen Hilfesuchenden Orientierungshilfe und Informationen zu unterstützenden Angeboten.

Telefon: 089 – 4400 74918

Internet: www.lebensmut.org

2. Erklärung der Fachbegriffe

Abrasio

Abschabung; hier ist gemeint: Abrasio uteri, Ausschabung oder Kürettage der Gebärmutter Schleimhaut.

Adjuvante Therapie

Unterstützende/ergänzende Behandlung nach operativer Entfernung eines Tumors, um ein Wiederauftreten des Tumors zu ver-

hindern. Adjuvante Therapiemethoden sind meist Strahlen- oder Chemotherapie.

Anamnese

Krankheitsvorgeschichte, die der Arzt vom Patienten erfragt und genau dokumentiert. Anästhesiologie Medizinisches Fachgebiet, das unter anderem auch die Schmerztherapie beinhaltet.

Aszites

Auch Bauchwassersucht; Krankhafte Flüssigkeitsansammlung in der freien Bauchhöhle. Kleinere Aszitesmengen sind meist symptomlos, größere erzeugen eine meist schmerzlose Schwellung des Bauches.

Biopsie

Entnahme einer Gewebeprobe zur Untersuchung und Diagnosestellung und damit Therapieplanung und Abschätzung des Krankheitsverlaufs

Bisphosphonate

Medikamente, die bei der Behandlung von Knochenmetastasen eingesetzt werden.

BRCA-1, BRCA-2

Zwei verschiedene Gene, deren mutierte Formen das Risiko für eine Brustkrebs- oder Eierstockkrebs-Erkrankung erhöhen.

CA 125 (Cancer Antigen 125)

Ein Tumormarker, der bei Eierstockkrebs oder Gebärmutterkörperkrebs gelegentlich produziert wird und im Blut nachgewiesen werden kann.

Carcinoma in situ (CIS)

Frühstadium eines Tumors in Haut- oder Schleimhautgewebe, bei dem sich die Krebszellen auf dieses Gewebe beschränken und nicht in Nachbargewebe eingedrungen sind. Das Carcinoma in situ selbst bildet keine Tumorabsiedelungen, kann sich aber zu einem invasiv wachsenden, metastasierenden Karzinom weiterentwickeln.

CEA (carcinoembryonales Antigen)

Ein Tumormarker, der bei verschiedenen Krebserkrankungen und bei Gebärmutterkörperkrebs gelegentlich produziert wird und im Blut nachgewiesen werden kann.

cervicale intraepitheliale Neoplasie, CIN

Vorstufe von Gebärmutterhalskrebs.

Chemotherapie

Behandlung mit Medikamenten (so genannte Zytostatika), die das Wachstum der Krebszellen hemmen.

Computertomographie (CT)

Computergestützte Röntgenuntersuchung, die Schnittbilder des Körpers erzeugt und so eine genaue Beurteilung der Lage und Größe von Organen oder auch eines Tumors erlaubt.

endokrin

die Hormone betreffend.

endokrine Therapie

Therapie mit Medikamenten, die die Wirkung bestimmter Hormone blockieren. Die endokrine Therapie mit Gestagenen wird

zum Beispiel bei Tumoren der Gebärmuttererschleimhaut eingesetzt, welche durch Östrogene zum Wachsen angeregt werden.

Endometrium

Gebärmuttereschleimhaut.

Endometriumkarzinom Gebärmutterkörperkrebs, Gebärmuttereschleimhautkrebs.

Endoskopie

Spiegelung und Ausleuchtung von Hohlräumen oder Körperhöhlen mit Hilfe eines röhrenförmigen Instruments, das mit Lichtquelle und optischem System ausgestattet ist. Es besteht die Möglichkeit einer Gewebeentnahme und kleiner operativer Eingriffe.

Fernmetastasen

Tochtergeschwülste (Metastasen) in Organen, die nicht in unmittelbarer Nachbarschaft zum ursprünglichen Tumor liegen.

FIGO-Klassifikation

Von der Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO; Internationale Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe) vorgeschlagenes System zur Einteilung gynäkologischer Tumoren. Sie wird in der Gynäkologie neben der TNM-Klassifikation maligner Tumoren eingesetzt.

Früherkennung

Untersuchung, die empfohlen wird, um eine bestimmte Krankheit in einem sehr frühen Stadium zu entdecken, wenn noch keine Beschwerden und Anzeichen der Erkrankung aufgetreten sind.

Genitalien

Geschlechtsorgane.

Gestagene

Weibliche Geschlechtshormone, die nach dem Eisprung gebildet werden. Sie bereiten die Gebärmutter Schleimhaut auf die Einbettung der befruchteten Eizelle vor und verhindern, dass eine weitere Eizelle heranreift.

Grading

Klassifizierung eines Tumors danach, in welchem Maße er entartet ist, das heißt wie stark sich die Krebszellen von normalen Zellen unterscheiden. Je stärker sie sich unterscheiden, desto bösartiger ist der Krebs.

Gynäkologie

Auch Frauenheilkunde; Lehre von der Behandlung der Erkrankungen des weiblichen Sexual- und Fortpflanzungstraktes. Im Gegensatz zur Geburtshilfe befasst sich die Gynäkologie mit den Erkrankungen der nicht schwangeren Frau. Auch die Behandlung von Erkrankungen der weiblichen Brust gehört zum Fachgebiet der Gynäkologie.

Histologie

Wissenschaft und Lehre vom Feinbau der Körpergewebe. Sie erlaubt unter anderem die Beurteilung, ob ein gut- oder bösartiger Tumor vorhanden ist und kann Hinweise auf den Entstehungsort geben.

Hormontherapie

endokrine Therapie.

humanes Papillomvirus (HPV)

Gruppe von Viren mit über 100 Typen, die Haut und Schleimhäute infizieren und dort ein unkontrolliertes Wachstum hervorrufen können. Einige HPV-Typen sind an der Entstehung von Gebärmutterhalskrebs beteiligt.

Hysterektomie

Operative Entfernung der Gebärmutter.

Hysteroskopie

Gebärmutter Spiegelung

Karzinom

Bösartiger Tumor von Oberflächengeweben und Drüsen, lat. carcinoma, daher die Abkürzung Ca.

Kernspintomographie

Auch Magnetresonanztomographie, MRT; bildgebendes Untersuchungsverfahren unter Nutzung von starken Magnetfeldern. Die MRT eignet sich besonders zur Darstellung von Weichteilen und verursacht keine Strahlenbelastung.

kleines Becken

Teil des Unterbauchraums. Das kleine Becken ist der untere, engere Bereich zwischen den Knochen des Beckengürtels, der unterhalb der Hüftknochen liegt.

Kolposkopie

Betrachtung der Scheide und des Muttermundes unter Vergrößerung mit einer Lupe optik, um auch kleinste Veränderungen sehen zu können.

Kombinationstherapie

Einsatz mehrerer Therapiemethoden, zum Beispiel Chemo-, Strahlen- und chirurgische Therapie.

Konisation

Kegelförmige Ausschneidung von Gewebe am Muttermund und Gebärmutterhals.

Krebs

Bezeichnung für eine bösartige Geschwulst; unkontrolliert wachsendes Gewebe, das verdrängend in gesundes Gewebe einwächst und hierbei schwere gesundheitliche Störungen verursacht.

kurative Therapie

Therapieansatz in der Krebsbehandlung, bei dem die Heilung, also die vollständige Entfernung des Tumors das Ziel ist.

Kürettage

Ausschabung der Gebärmutter Schleimhaut.

Laparoskopie

Bauchspiegelung.

Lympe

Flüssigkeit in den Lymphgefäßen. Die Lymphe enthält Zellen des Abwehrsystems (Immunsystems) und dient der Reinigung von Abfallprodukten aus Geweben und Blutkreislauf.

Lymphknoten

Bestandteil des Lymphsystems und damit des Abwehrsystems (Immunsystems) im Körper; wichtige Aufgaben sind Reinigung und Filterung der Lymphe.

Lymphödem

Sicht- und tastbare Flüssigkeitsansammlung im Gewebe, die auf Störungen oder Schäden im Lymphgefäßsystem hinweist, zum Beispiel nach Entfernung vieler Lymphknoten. Lynch-Syndrom Erbliche Erkrankung, die mit frühzeitig auftretendem Darmkrebs und gegebenenfalls weiteren Tumorerkrankungen einhergeht.

Magnetresonanztomographie (MRT)

Siehe Kernspintomographie.

Menarche

Erstes Auftreten der Monatsblutung in der Pubertät, typischerweise zwischen dem 11. und dem 16. Lebensjahr.

Menopause

Letztes Auftreten der Monatsblutung. Normalerweise geschieht dies etwa in der Mitte der Wechseljahre, also etwa im Alter von 50 Jahren.

Metastase

Tochtergeschwulst.

Metastasierung

Ausbreitung/Absiedelung von Krebszellen im Körper, auch als Tochtergeschwülste bezeichnet.

Mutation

Veränderung beziehungsweise Fehler in der Erbsubstanz.

Onkologie

Lehre von den Krebserkrankungen.

Östrogene

Weibliche Geschlechtshormone, die hauptsächlich in den Eierstöcken und im Fettgewebe produziert werden. Sie bewirken das Heranreifen einer befruchtungsfähigen Eizelle und das Wachstum der Gebärmutter-schleimhaut.

Ovar, Ovarien

Eierstock, Eierstöcke.

Ovarialkarzinom

Eierstockkrebs.

palliative Therapie

Lindernde Therapiemaßnahmen, wenn eine Heilung nicht mehr möglich ist. Ziel ist es, krebsbedingte Symptomen, zum Beispiel Schmerzen, zu mildern und die Lebenszeit zu verlängern.

Pap-Test

Untersuchung eines Zellabstrichs vom Muttermund auf krankhaft veränderte Zellen, um Krebs oder Krebsvorstufen frühzeitig zu erkennen.

Pathologie

Lehre von der Ursache, Entstehung und Entwicklung von Krankheiten. Pathologen untersuchen unter anderem Gewebe- und Zellproben unter dem Mikroskop auf Veränderungen. Zusätzlich kommen heutzutage moderne Verfahren wie molekulare Analysen hinzu.

pathologisch

krankhaft verändert.

Peritonealkarzinose

Ausbreitung eines Tumors im ganzen Bauchraum am Bauchfell, bei dem er überall kleine Tumorabsiedelungen gebildet hat.

perkutan

durch die (gesunde) Haut hindurch; gleichbedeutend mit transdermal und transkutan.

Pleuraerguss

Eine abnorme Flüssigkeitsansammlung im Brustkorb zwischen der Lunge und den Rippen.

Präkanzerose

Krebsvorstufe.

prämenopausal

vor den Wechseljahren (Menopause).

Prognose

Wahrscheinliche zukünftige Entwicklung einer Erkrankung auf Basis der vorliegenden Befunde.

prophylaktisch

vorbeugend.

Psychoonkologie

Psychoonkologen unterstützen Krebspatienten bei der Verarbeitung ihrer Krankheit.

Radiochemotherapie

Kombination aus Chemotherapie und Strahlentherapie.

Radiotherapie

Siehe Strahlentherapie.

Rehabilitation

Wiederherstellung von körperlichen Funktionen, Organfunktionen und gesellschaftlicher Teilhabe mit physio- und ergotherapeutischen Maßnahmen, Mitteln der klinischen Psychologie und Anleitungen zur Selbstaktivierung.

Rektoskopie

Mastdarmspiegelung zur Untersuchung des Enddarms und der letzten Zentimeter des Afters. Eine Spiegelung des gesamten Dickdarms wird Koloskopie genannt.

Rezidiv

Wiederauftreten eines Tumors.

Risikofaktoren

Umstände, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass eine bestimmte Erkrankung auftritt.

SCC (Squamous Cell Carcinoma Antigen)

Ein Tumormarker, der bei Gebärmutterhalskrebs gelegentlich produziert wird und im Blut nachgewiesen werden kann.

Sentinellymphknoten

Wächterlymphknoten. Der erste bis dritte Lymphknoten im Abflussgebiet der Lymphbahnen eines Tumors. Sind diese Lymphknoten frei von Tumorzellen, geht man davon aus, dass der Tumor noch nicht in die Lymphknoten gestreut hat.

Sonographie

Anwendung von Ultraschall als bildgebendes Verfahren, um zum Beispiel die Lage und Größe von Organen oder auch eines Tumors festzustellen.

Staging

Einstufung des Tumors anhand seines Stadiums, das heißt meist anhand seiner Größe sowie seiner Ausbreitung in Lymphknoten und andere Organe. Hiernach richten sich Verlauf und Behandlung der Tumorerkrankung.

Strahlentherapie

Medizinische Anwendung von Strahlen, um Krankheiten zu heilen oder ihr Fortschreiten hinauszuzögern.

Supportive Therapie

Unterstützende Maßnahmen während der Krebsbehandlung, die zum Beispiel Nebenwirkungen, Schmerzen oder die psychisch-seelische Belastung lindern sollen.

Systemische Therapie

Behandlung, die im gesamten Körper wirkt, zum Beispiel Chemotherapie.

TNM-Klassifikation

International gebräuchliche Einteilung von Tumoren. Beurteilt werden Tumorgöße (T), Lymphknotenbefall (Nodalstatus = N) und Ausbreitung in weitere Körpergewebe (Metastasierung = M).

transvaginal

über die Scheide (Vagina).

Tube

Eileiter; verbindet den Eierstock mit der Gebärmutter.

Tumor

Gutartige oder bösartige Geschwulst, die durch unkontrollierte Wucherung von Zellen entstanden ist.

Tumormarker

Substanzen, die verstärkt von Tumorzellen gebildet werden und zum Beispiel im Blut nachgewiesen werden können.

Urethrozystoskopie

Spiegelung der Harnwege und der Blase.

Uterus

Gebärmutter.

Vagina

Scheide.

vaginale intraepitheliale Neoplasie, VIN

Vorstufe von Scheidenkrebs.

Vaginalkarzinom

Scheidenkrebs.

Vulva

Gesamtheit der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane mit großen und kleinen Schamlippen, Klitoris und Scheidenvorhof, in den die Harnröhre, die Scheide (Vagina) und einige Drüsengänge münden.

Wächterlymphknoten

Der erste bis dritte Lymphknoten im Abflussgebiet der Lymphbahnen eines Tumors. Sind diese Lymphknoten frei von Tumorzellen, geht man davon aus, dass der Tumor noch nicht in die Lymphknoten gestreut hat.

Zervix

Gebärmutterhals; der untere Teil der Gebärmutter, der mit dem Muttermund die Öffnung zur Scheide enthält.

Zervixkarzinom

Gebärmutterhalskrebs.

Zystoskopie

Blasenspiegelung.

Zytostatika

Medikamente, die bei einer Chemotherapie verwendet werden, um das Wachstum der Krebszellen zu hemmen. In der gynäkologischen Tumorthherapie werden häufig Adriamycin, Carboplatin, Cisplatin, Docetaxel oder Paclitaxel eingesetzt.

3. Quellenangaben

Zur Erstellung dieser Patientenbroschüre wurden folgende Quellen genutzt:

- Internetportal der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
www.krebsgesellschaft.de
- Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg – Krebsinformationsdienst
www.dkfz.de
- Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF: S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin mit Zervixkarzinom, Langversion 1.0; 2014, AWMF-Registernummer: 032/033OL (Stand: September 2014)
- Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie: S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren. Langversion 1.1; 2013, AWMF-Registernummer: 032/035OL (Stand: Juni 2013)
- Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie des Endometriumkarzinoms. Aktualisierte Empfehlungen der Kommission Uterus auf Grundlage der S2k Leitlinie (Version 1.0, 1.6.2008) ohne Angabe der Evidenzlevel und Empfehlungsgrade*. Hrsg. von der Kommission Uterus der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e. V. (Stand: April 2013)
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF): Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Vulvakarzinoms und seiner Vorstufen. S2k-Leitlinie. AWMF-Registernummer: 015/059. Version 1.1 (Stand: August 2015)
- Patientenleitlinie „Eierstockkrebs. Ein Ratgeber für Patientinnen“, „Leitlinienprogramm Onkologie“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V., der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. und der Deutschen Krebshilfe e. V., Juli 2014
- Krebs in Deutschland 2011/2012. 10. Ausgabe. Robert Koch-Institut (Hrsg.) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (Hrsg). Berlin, 2015
- Dannecker, C. et al.: Nachsorge beim Vulva- und Vaginalkarzinom. Der Onkologe 2014, 20(4):355-357
- Hampl, M. & Kürzl, R.: Operative Therapie des Vulva- und Vaginalkarzinoms. Der Onkologe 2014, 20(4):338-347
- Hautmann, S. et al.: Karzinome von Vulva und Vagina. Epidemiologie und Ätiologie. Der Onkologe 2014, 20(4):322-328
- Imboden, S. et al.: Das Ovarialkarzinom. Schweiz Med Forum 2013,13(33):621–625

- Mallmann, Peter: Diagnostik und Therapie des Vulva- und Vaginalkarzinoms. Gynäkologie & Geburtshilfe 2011, 16(7-8):18-21
- Petersen, C. et al.: Strahlentherapie beim Vulva- und Vaginalkarzinom: Der Onkologe 2014, 20(4):348-354
- Petru, E. et al.: Praxisbuch Gynäkologische Onkologie. Springer-Verlag, 4. Auflage, 2014
- Prat, J., for the FIGO Committee on Gynecologic Oncology: Staging classification for cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. Int J Gynaecol Obstet. 2014;124(1):1-5
- Schnürch, H.-G. & Hantschmann, P.: Rationale Diagnostik beim Vulva- und Vaginalkarzinom. Der Onkologe 2014, 20(4):329-337
- Wittekind, C.: TNM-Atlas. John Wiley & Sons, Weinheim 2014
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten, Langversion 1.1, 2014, AWMF-Registernummer: 032/051OL, <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html>, [Stand: 12.07.2016]

Impressum

Herausgeber

dkg-web.gmbh

Uhlandstraße 7-8, 10623 Berlin

www.krebsgesellschaft.de



In Kooperation mit der
Deutschen Krebsgesellschaft e.V.
www.krebsgesellschaft.de

Medizinische Redaktion

dkg-web.gmbh

Uhlandstraße 7-8, 10623 Berlin

Fachliche Redaktion

Prof. Dr. med. Matthias W. Beckmann,

Universitätsklinikum Erlangen

Prof. Dr. med. Günter Emons,

Universitätsklinikum Göttingen

Prof. Dr. med. Pauline Wimberger,

Universitätsklinikum Dresden

2. Auflage, Berlin, Juli 2016



**Weitere und stets aktualisierte
Informationen finden Sie auch auf
der Homepage der
Deutschen Krebsgesellschaft.**

Bildnachweise

Einige Bilder wurden uns freundlicherweise von Herrn Prof. Beckmann, Universitätsklinikum Erlangen, zur Verfügung gestellt.

Weitere Bilder © fotolia.de: Pathdoc, Nerthuz, Zerbor, Coloures-pic, Kurhan, Magicmine, Henrie, Syda Productions, Molekuul.be, Jenny Sturm, Freshidea, Bharatmanoj, Koti, Robert Kneschke, Elnariz, WavebreakMediaMicro, Fiedels, Andrea Obzerova, Monkey Business, Udo Kroener, Jeanette Dietl

Diese Broschüre wurde von ausgewiesenen Fachärzten aus dem Bereich der Onkologie auf ihre inhaltliche Richtigkeit geprüft. Sie richtet sich an medizinische Laien und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Broschüre gibt einen Überblick über den derzeitigen Wissensstand zum Thema Gynäkologische Tumoren und orientiert sich bei der Darstellung an den Qualitätskriterien DISCERN für Patienteninformation, die Betroffenen als Entscheidungshilfe dienen soll. Sie ersetzt jedoch nicht das persönliche Gespräch mit dem Arzt, das heißt individuelle Diagnostik, Therapie und Beratung bleiben diesem vorbehalten.

Diese Informationsschrift ist nicht zum gewerblichen Vertrieb bestimmt. Nachdruck, Wiedergabe, Vervielfältigung und Verbreitung (gleich welcher Art) auch von Teilen oder von Abbildungen bedürfen der schriftlichen Genehmigung des Herausgebers.

Eierstockkrebs

Scheidenkrebs

Vulvakrebs

Nachsorge

Informationen



Schleswig-Holsteinische Krebsgesellschaft e.V.

Alter Markt 1-2

24103 Kiel

Telefon: 0431-8 00 10 80

Fax: 0431-8 00 10 89

E-Mail: info@krebsgesellschaft-sh.de

www.krebsgesellschaft-sh.de

Spendenkonten:

Deutsche Bank AG Kiel

IBAN: DE19210700200035330000

BIC: DEUTDEHH210

Förde Sparkasse

IBAN: DE07210501700094184900

BIC: NOLADE21KIE