

Behandlungspfade „Interdisziplinäres Onkologisches Zentrum“  
Klinikum Ernst von Bergmann Potsdam

# Zervixkarzinom

Behandlungspfade

Gynäkologisches Krebszentrum 2019

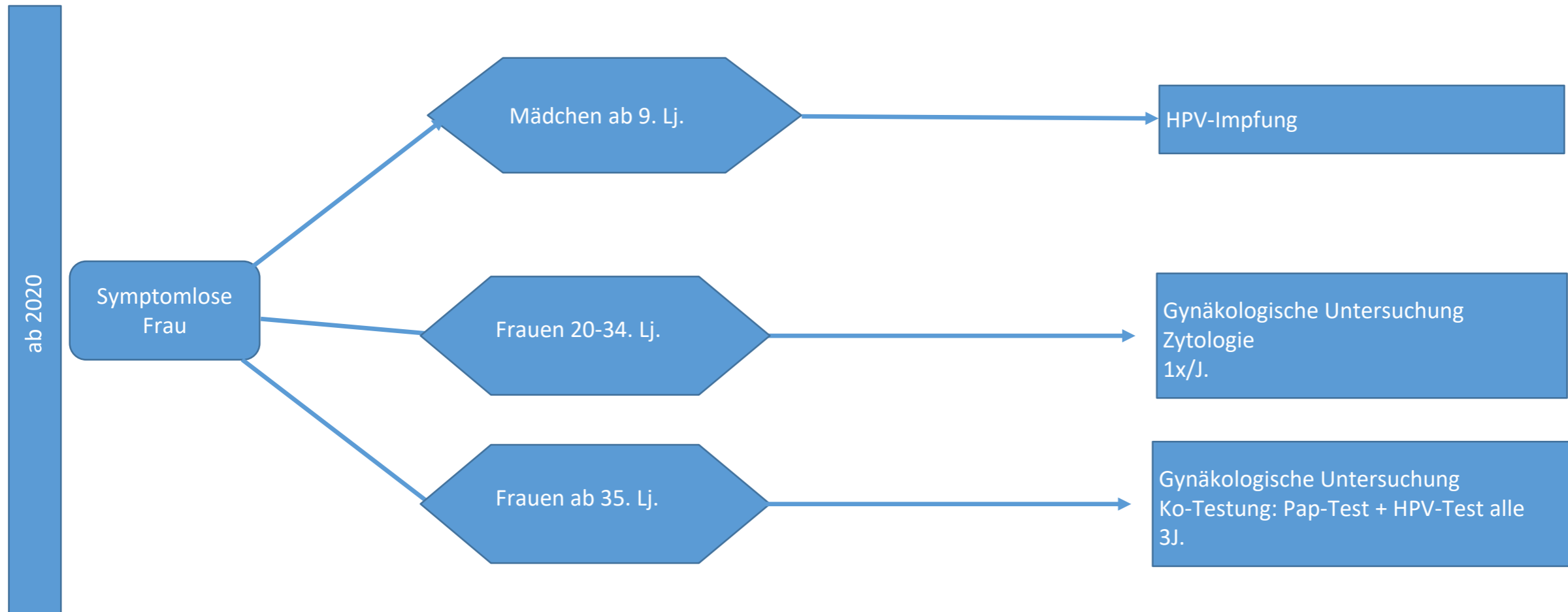
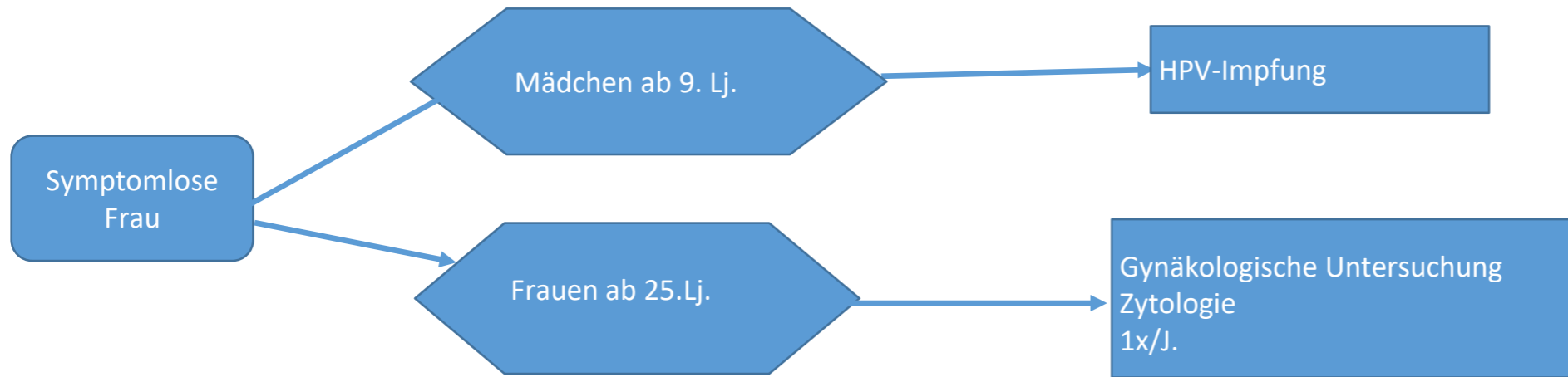
Stand März 2019

Autoren:  
Dr. Langer  
11.03.2019

Überprüft:  
Dr. Langer  
15.03.2019

Freigabe:  
Prof. Dr. Fischer  
15.03.2019

## Früherkennung



HPV: Humane Papillomviren

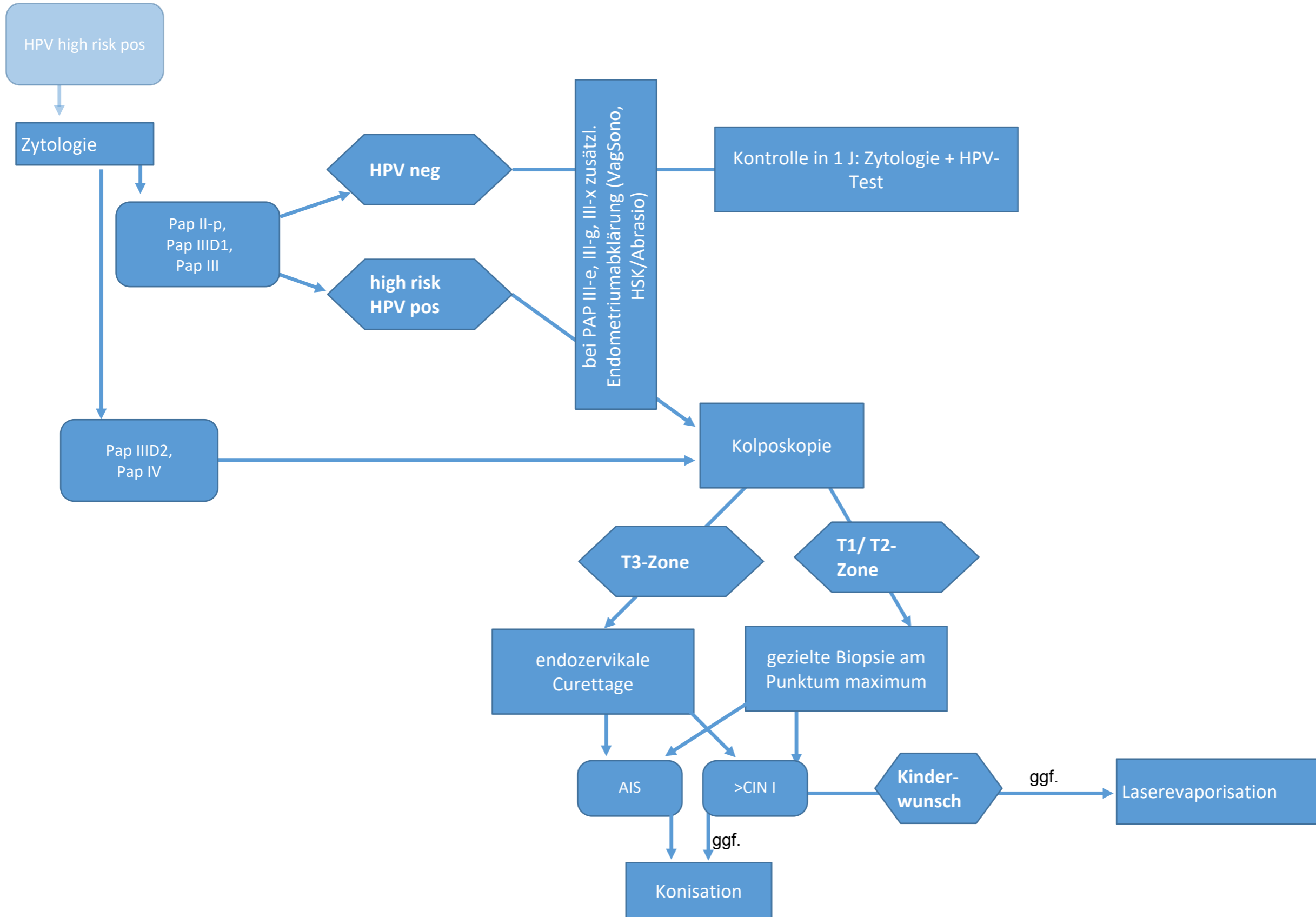
J.: Jahr

Ko-Testung: Kombinationstestung

Lj.: Lebensjahr

Pap: Papanicolaou

## Diagnostik bei auffälligem PAP-Abstrich/ HPV-Test



AIS: Adenocarcinoma in situ  
Pap: Papanicolaou

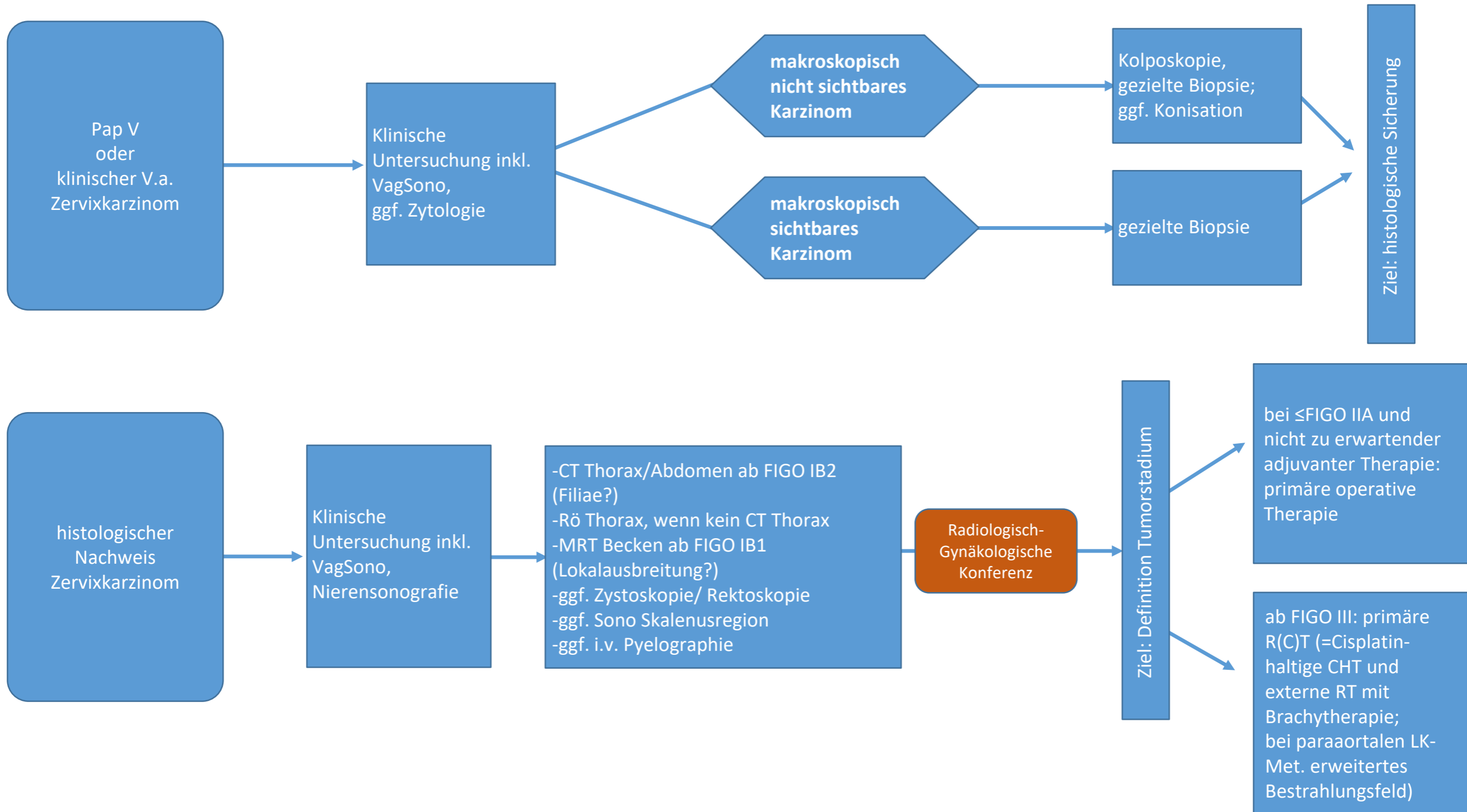
CIN: Cervikale Intraepitheliale Neoplasie  
pos: positiv neg: negativ

HPV: Humane Papillomviren  
T-Zone: Transformationszone

HSK: Hysteroskopie  
VagSono: vaginale Sonografie

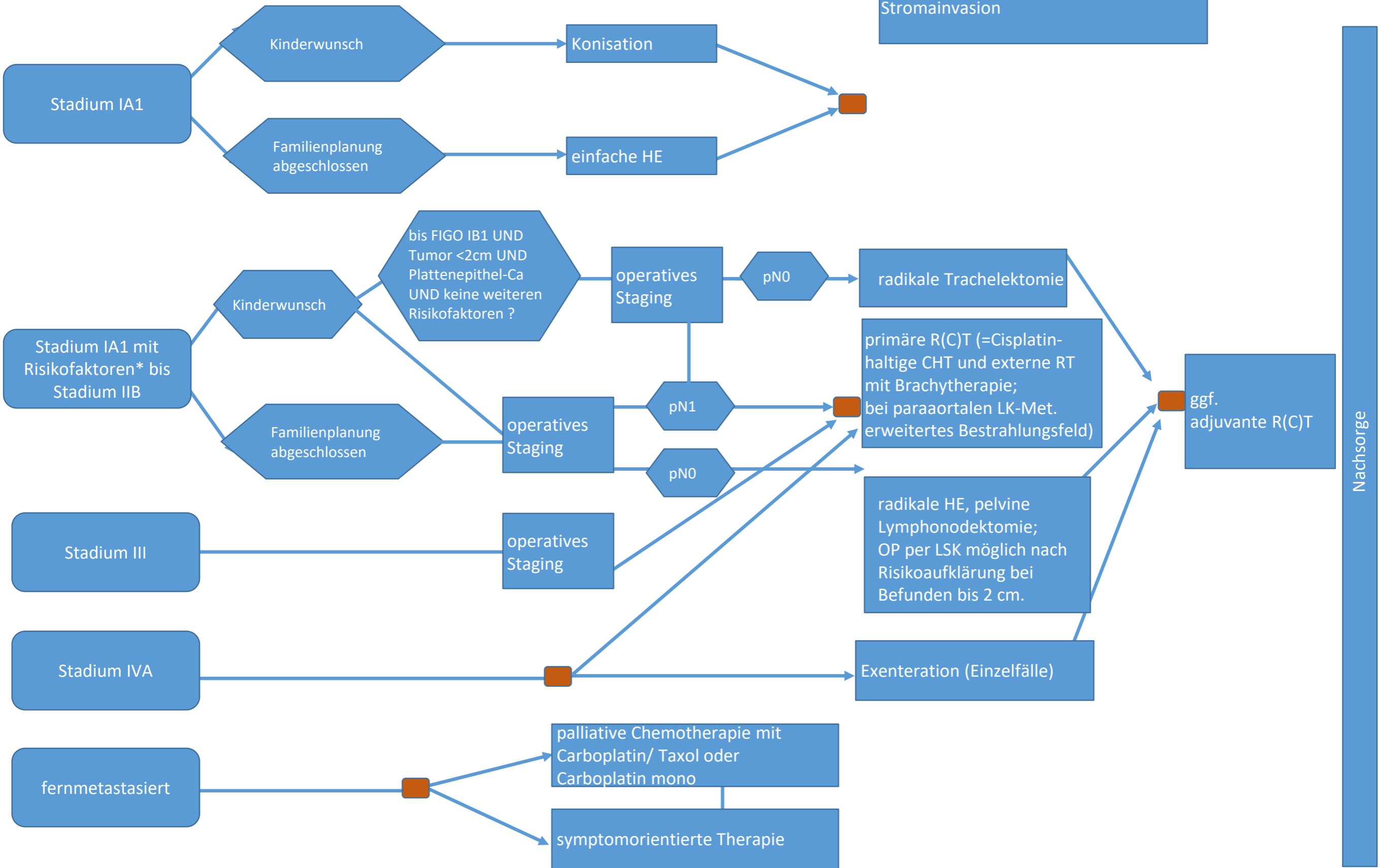
J.: Jahr  
zusätzl.: zusätzlich

## Staging bei V.a. Zervixkarzinom

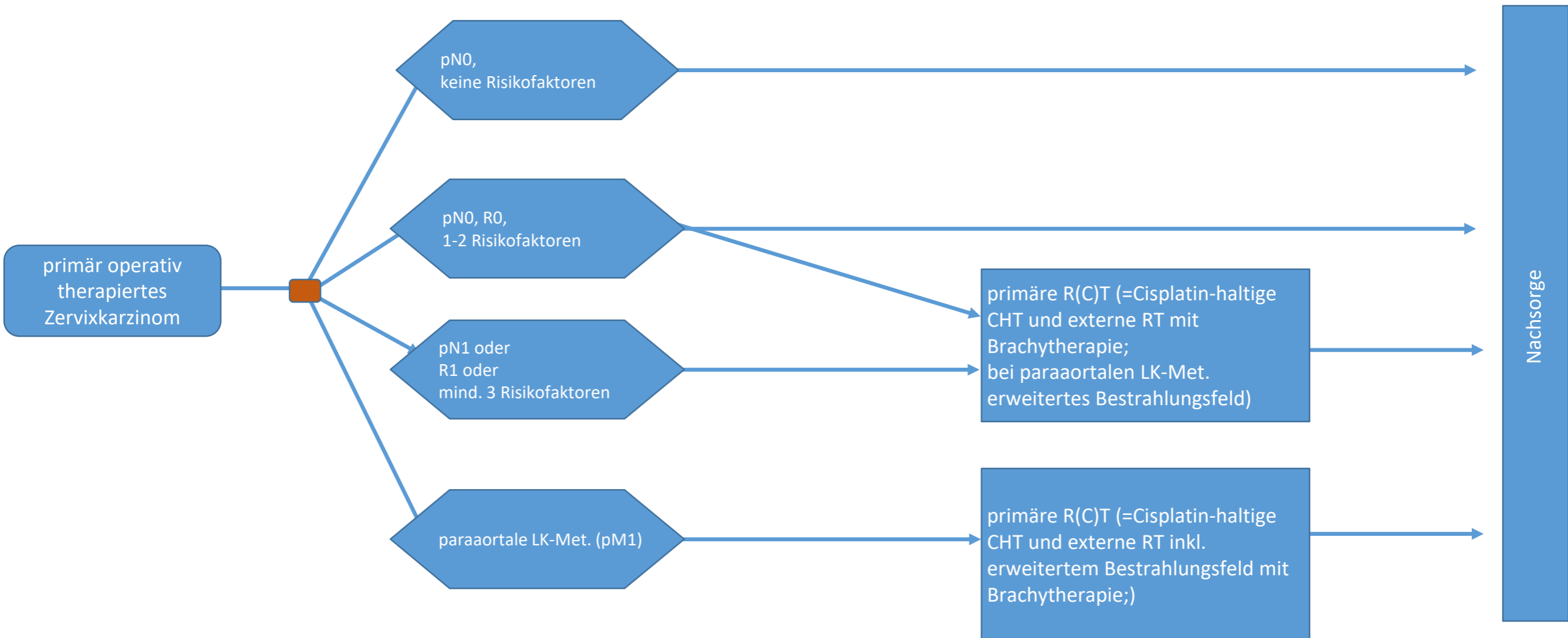


\* Risikofaktoren sind neuroendokrine Differenzierung, L1, V1, G3 und tiefe Stromainvasion

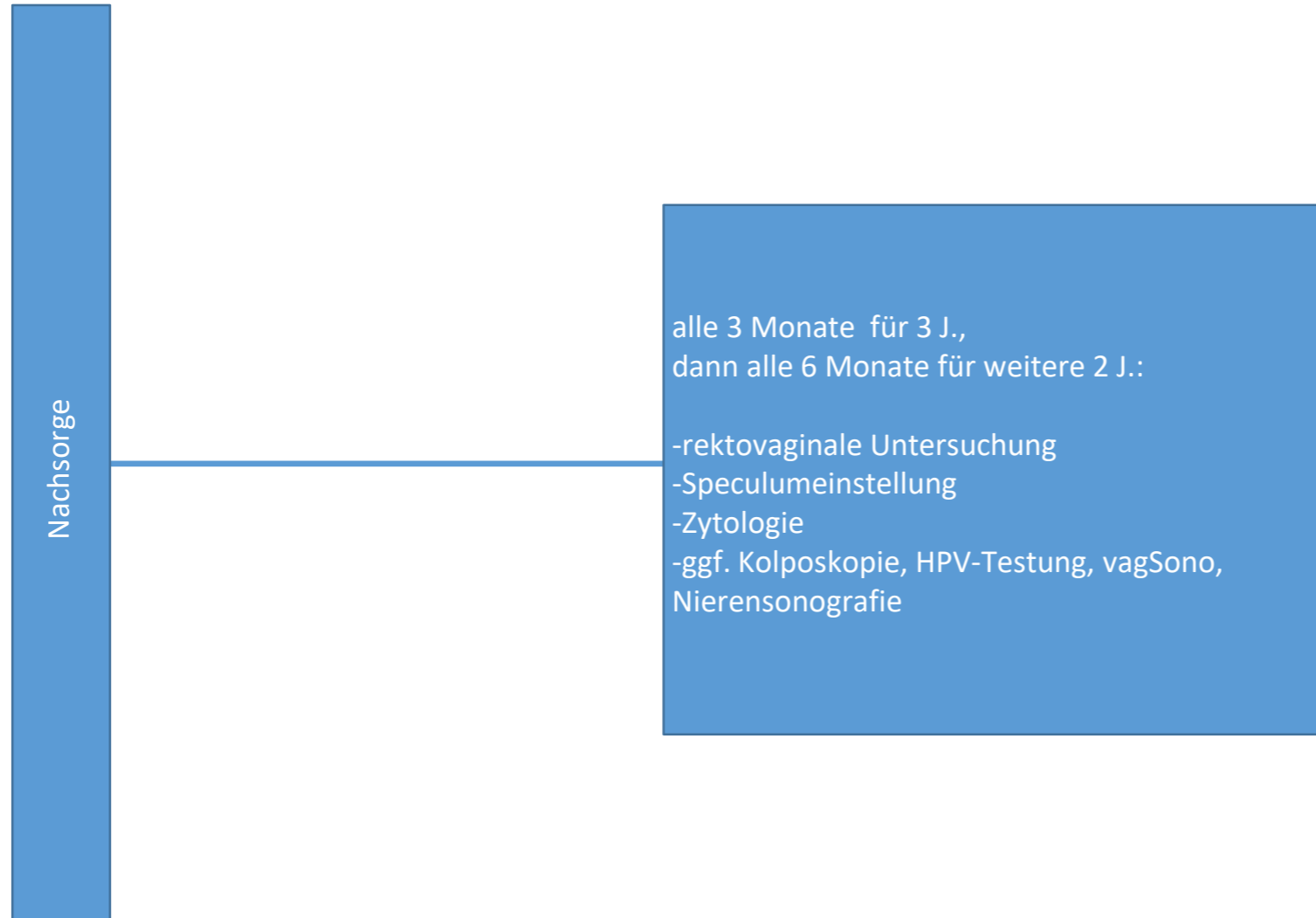
**Primärtherapie Zervixkarzinom**



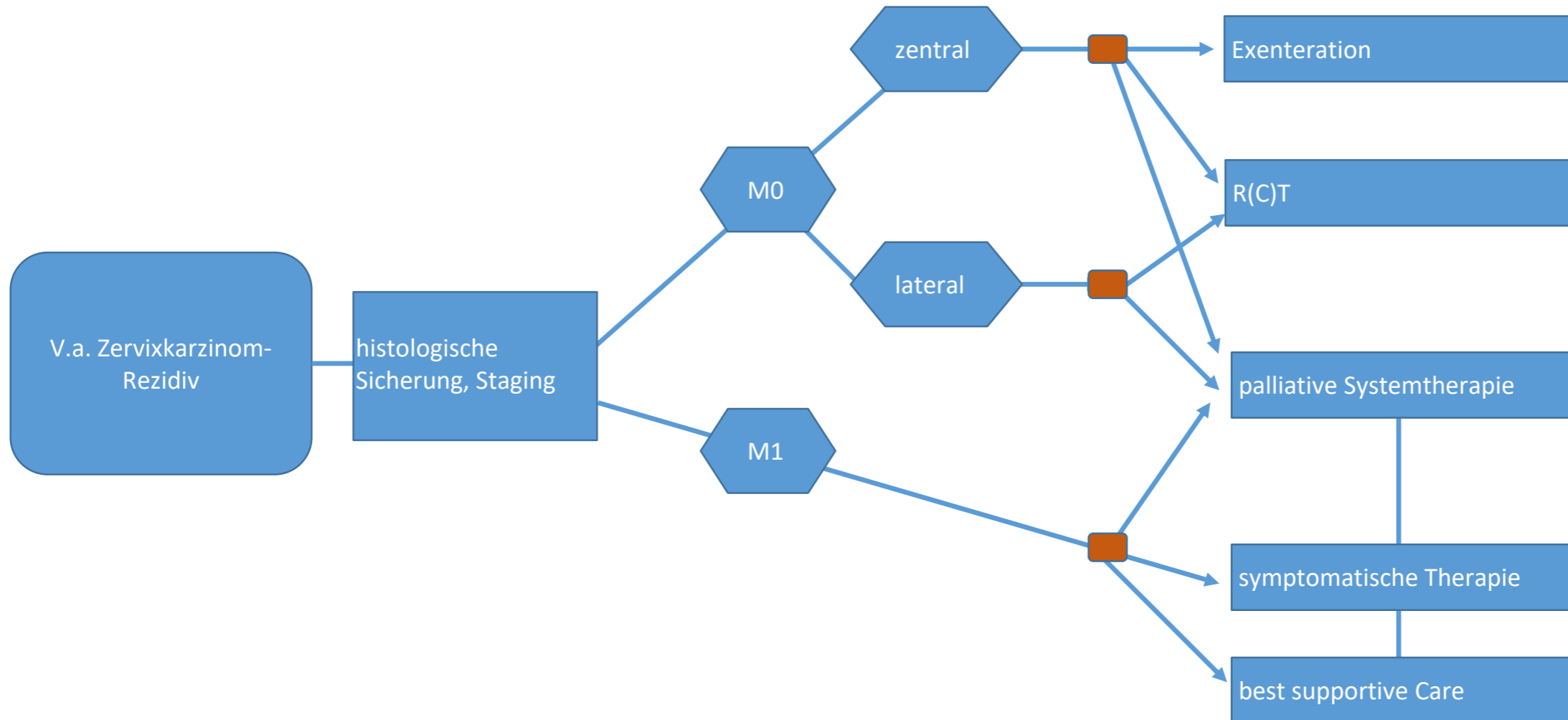
## Adjuvante Therapie nach primär operativer Therapie beim Zervixkarzinom:



## Nachsorge



## Zervixkarzinomrezidiv







# 1st und 2nd line Regimes zur systematischen Therapie bei Metastasierung/ Rezidiv

Empfehlungen AWMF 2014

Erstlinien Kombinationstherapien	Erstlinien Monotherapien	Zweitlinien Regime
<p>bevorzugte Regime: Cisplatin/Topotecan</p>	<p>bevorzugte Regime: Cisplatin</p>	<p>mögliche Regime: -nabPaclitaxel -Docetaxel -5-FU -Gemcitabine -Ifosfamid -Topotecan -Vinorelbine</p>
<p>andere empfohlene Regime: Cisplatin/ Paclitaxel Cisplatin/Gemcitabine Cisplatin/Vinorelbine Topotecan/Paclitaxel/Bevacizumab Cisplatin/ Paclitaxel/ Bevacizumab Carboplatin/ Paclitaxel/ Bevacizumab Carboplatin/ Paclitaxel Topotecan/ Paclitaxel</p>	<p>andere empfohlene Regime: Carboplatin Paclitaxel</p>	

Empfehlungen NCCN 2019

Erstlinien Kombinationstherapien	Erstlinien Monotherapien	Zweitlinien Regime
<p>Bevorzugte Regime: Cisplatin/ Paclitaxel/ Bevacizumab Carboplatin/ Paclitaxel/ Bevacizumab Topotecan/ Paclitaxel/ Bevacizumab Cisplatin/ Paclitaxel Carboplatin/ Paclitaxel (bei Z.n. Cisplatin) Topotecan/ Paclitaxel</p>	<p>bevorzugte Regime: Cisplatin</p>	<p>bevorzugte Regime: Pembrolizumab</p>
<p>andere empfohlene Regime: Cisplatin/Topotecan</p>	<p>andere empfohlene Regime: Carboplatin Paclitaxel</p>	<p>andere empfohlene Regime: -Bevacizumab -nabPaclitaxel -Docetaxel -5-FU -Gemcitabine -Ifosfamid -Pemetrexed -Irinotecan -Mitomycin -Topotecan -Vinorelbine</p>

# Einteilung zytologischer Befunde nach Münchner Nomenklatur III

Gruppe	Definition
0	unzureichendes Material
I	Unauffällige und unverdächtige Befunde
II	Befunde mit eingeschränkt protektivem Wert
III	unklare bzw. zweifelhafte Befunde
IIID	Dysplasiebefunde mit größerer Regressionsneigung
IV	Unmittelbare Vorstadien des Zervixkarzinom
V	Malignome

Zusatz	Bedeutung	Gruppe
a	Auffälligkeiten in der Anamnese	Pap II
p	Plattenepithelveränderungen	Pap II, III, IVa, IVb, V
g	Glanduläre Veränderungen	Pap II, III, IV, IVb, V
e	Endometrium vorhanden	Pap II, III, V
x	Unklare Herkunft	Pap III, V

# Terminologie HPV-assoziiierter präinvasiver Läsionen der Zervix

## präinvasive Läsionen des Plattenepithels der Zervix

WHO-Klassifikation 2014	WHO-Klassifikation 2003	Synonyme
Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion (LSIL)	CIN I	leichte Dysplasie
High-grade Squamous Intraepithelial Lesion (HSIL)	CIN II CIN III	mittelschwere Dysplasie schwere Dysplasie, Carcinoma in situ

## präinvasive Läsionen des Zylinderepithels der Zervix

WHO-Klassifikation 2014	alte Bezeichnung
Adenocarcinoma in situ (AIS) Synonym: High-grade cervical glandular intraepithelial neoplasia (HG-CGIN)	endozervikale glanduläre Dysplasie (EGD)

# Stadieneinteilung: UICC/TNM- und FIGO-Klassifikation (7th edition, 2010)

TNM-Kategorien	FIGO-Stadien	Ausbreitungsgrad
Tx		Primärtumor kann nicht beurteilt werden
T0		kein Anhalt für Primärtumor
Tis		Carcinoma in situ (CIS, präinvasives Karzinom) entspricht der hochgradigen plattenepithelialen Dysplasie (CIN3)
T1	I	Tumor begrenzt auf Zervix
T1a	IA	invasives Karzinom ausschließlich durch Mikroskopie diagnostiziert. Stromainvasion $\leq 5,0$ mm Tiefe, gemessen von der Basis des Epithels und einer horizontalen Ausbreitung von $\leq 7,0$ mm
T1a1	IA1	gemessene Stromainvasion von $\leq 3,0$ mm in die Tiefe und $\leq 7,0$ mm in horizontaler Ausbreitung
T1a2	IA2	gemessene Stromainvasion von $> 3,0$ mm, aber $\leq 5,0$ mm mit einer horizontalen Ausbreitung von $\leq 7,0$ mm
T1b	IB	klinisch (makroskopisch) sichtbare Läsion, auf die Zervix beschränkt, oder mikroskopische Läsion $> T1a2/IA2$
T1b1	IB1	klinisch (makroskopisch) sichtbare Läsion, $\leq 4,0$ cm in größter Ausdehnung
T1b2	IB2	klinisch (makroskopisch) sichtbare Läsion, $> 4,0$ cm in größter Ausdehnung
T2	II	Tumor infiltriert jenseits des Uterus, aber nicht bis zur Beckenwand und nicht bis zum unteren Drittel der Vagina
T2a	IIA	Tumor mit Ausbreitung in die Scheide (proximales und/oder mittleres Drittel), aber ohne Infiltration des Parametriums
T2a1	IIA1	klinisch (makroskopisch) sichtbare Läsion, $4,0$ cm in größter Ausdehnung
T2a2	IIA2	klinisch (makroskopisch) sichtbare Läsion, $> 4,0$ cm in größter Ausdehnung
T2b	IIB	Tumor mit Infiltration des Parametriums, aber nicht bis zur Beckenwand
T3	III	Tumor breitet sich bis zur Beckenwand aus und/ oder befällt das untere Drittel der Vagina und/ oder verursacht Hydronephrose oder eine stumme Niere
T3a	IIIA	Tumor infiltriert das untere Drittel der Vagina, keine Ausbreitung zur Beckenwand
T3b	IIIB	Tumor breitet sich bis zu Beckenwand aus und/oder verursacht Hydronephrose oder eine stumme Niere
T4	IV	Tumor infiltriert die Schleimhaut von Blase oder Rektum oder überschreitet die Grenze des kleinen Beckens

# Stadieneinteilung: UICC/TNM- und FIGO-Klassifikation (7th edition, 2010)

UICC-Stadien (Kurzfassung)	Entsprechende TNM-Kategorien		
0	Tis	N0	M0
IA IA1 IA2	T1a T1a1 T1a2	N0	M0
IB IB1 IB2	T1b T1b1 T1b2	N0	M0
II IIA IIA1 IIA2 IIB	T2 T2a T2a1 T2a2 T2b	N0	M0
III IIIA	T3 T3a	N0	M0
IIIB	T1, T2, T3a T3B	N1 jedes N	M0
IVA	T4	jedes N	M0
IVB	jedes T	jedes N	M1

## N-Klassifikation der regionären Lymphknoten (pelvin):

NX = regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden

N0 = keine regionären Lymphknotenmetastasen

N1 = regionäre Lymphknotenmetastasen

## M-Klassifikation der Fernmetastasen (inklusive paraaortale LK):

cM0 = klinisch keine Fernmetastasen

cM1 = klinisch Fernmetastasen nachweisbar

pM1 = Fernmetastasen histologisch gesichert

pM0 wird nicht vergeben (nur nach Autopsie)

## Blutgefäßeinbruch (V):

VX = Blutgefäßinvasion kann nicht beurteilt werden

V0 = keine Blutgefäßinvasion

V1 = Blutgefäßinvasion nachgewiesen

## Lymphgefäßeinbruch (L):

LX = Lymphgefäßinvasion kann nicht beurteilt werden

L0 = keine Lymphgefäßinvasion

L1 = Lymphgefäßinvasion nachgewiesen

## Einbruch in die Nervenscheiden (Pn):

PnX = perineurale Invasion kann nicht beurteilt werden

Pn0 = keine perineurale Invasion

Pn1 = perineurale Invasion nachgewiesen

## **Grundlagen der vorliegenden Behandlungspfade:**

-S3-Leitlinie Prävention des Zervixkarzinoms  
Version 1.0 -Dezember 2017  
AWMF-Registernummer 015/027OL

-S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin mit Zervixkarzinom  
Version 1.0 -September 2014 (gültig bis 10/2019)  
AWMF-Registernummer 032/033OL

-NCCN 2019 Clinical Practice Guidelines in Oncology  
Version 3.2019 -Dezember 2018

Behandlungspfade „Interdisziplinäres Onkologisches Zentrum“  
Klinikum Ernst von Bergmann Potsdam

# Zervixkarzinom

Behandlungspfade

Gynäkologisches Krebszentrum 2019

Stand März 2019

Autoren:  
Dr. Langer  
11.03.2019

Überprüft:  
Dr. Langer  
15.03.2019

Freigabe:  
Prof. Dr. Fischer  
15.03.2019