



Klassifikation maligner gynäkologischer Tumoren

aktualisierte Empfehlungen
gültig ab 2024



Mit freundlicher Unterstützung

von **GSK**

Grafik-Design: Christoph Kummer • www.kummer-in-site.com

Druck: ROBIDRUCK, A-1200 Wien • www.robidruck.co.at

Inhalt: Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie

www.ago-austria.at

Inhaltsverzeichnis

Klassifikation maligner gynäkologischer Tumoren

aktualisierte Empfehlungen, gültig ab 2024

Mammakarzinom

TNM-Klassifikation des Mammakarzinoms	2 – 3
Selektionskriterien BRCA Mutationsdiagnostik bei Hochrisikofamilien Brust- und Eierstockkrebs	4

Vulvakarzinom / Vaginalkarzinom

FIGO-Stadieneinteilung des Vulvakarzinoms	5
FIGO-Stadieneinteilung des Vaginalkarzinoms	6

Zervixkarzinom / Endometriumkarzinom

FIGO-Stadieneinteilung des Zervixkarzinoms	7 – 8
FIGO-Stadieneinteilung des Endometriumkarzinoms (einschließlich Karzinomsarkom)	9 – 10

Leiomyosarkom / Endometriales Stromasarkom

FIGO-Stadieneinteilung des Leiomyosarkoms des Uterus	11
FIGO-Stadieneinteilung des endometrialen Stromasarkoms und Adenosarkoms des Uterus	12

Ovarialkarzinom

FIGO-Stadieneinteilung des Ovarialkarzinoms	13
---	----

Trophoblast

FIGO-Risikoscore für gestationsbedingte Trophoblasterkrankungen	14
---	----

Nachsorge

Nachsorge bei Frauen nach gynäkologischen Krebserkrankungen	15
---	----

TNM-Klassifikation des Mammakarzinoms

T-Kategorie¹

pTX	Primärtumor kann nicht beurteilt werden
pT0	Kein Anhalt für Primärtumor
pTis	Carcinoma in situ
pT1	Tumor ≤ 20 mm
pT1mic	Tumor ≤ 1 mm
pT1a	1.1 – 5 mm
pT1b	5.1 – 10 mm
pT1c	10.1 – 20 mm
pT2	Tumor 20.1 – 50 mm
pT3	Tumor > 50 mm
pT4	Brustkrebs jeder Größe mit Einbeziehung der Haut oder der Brustwand (z.B. Muskeln zwischen den Rippen – Intercostalmuskeln, Rippenknochen, nicht aber der Pektoralismuskulatur)
pT4a	Ausdehnung auf die Brustwand
pT4b	Hautödem, Ulzeration, ipsilaterale mamäre Satellitenmetastasen
pT4c	Kriterien 4a und 4b gemeinsam
pT4d	Inflammatorisches Karzinom

N-Kategorie²

pNX	Lokoregionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden
pN0	Keine Metastasen
pN0 i+	isolierte Tumorzellen
pN1	Metastasen in 1 – 3 ipsilateralen axillären Lymphknoten und/oder in Mammaria-interna-Lymphknoten ³
pN1mic	Mikrometastase 0.2 – 2 mm
pN1a	Metastasen in 1 – 3 axillären Lymphknoten, davon eine > 2 mm
pN1b	Mikroskopischer Tumorbefall eines Mammaria-interna-Lymphknotens ³
pN1c	Kombination der Kriterien für pN1a und pN1b
pN2	Metastasen in 4 – 9 axillären Lymphknoten oder klinisch auffälliger Mammaria-interna-Lymphknoten
pN2a	Metastasen in 4 – 9 axillären Lymphknoten, davon eine > 2 mm
pN2b	Klinisch auffälliger Mammaria-interna-Lymphknoten (ohne axilläre Lymphknotenmetastasen)

TNM-Klassifikation des Mammakarzinoms

pN3	Metastasen in ≥ 10 axillären oder in ipsilateralen infraklavikulären oder in Mammaria-interna- und axillären oder in ipsilateralen supraklavikulären Lymphknoten
pN3a	Metastasen in ≥ 10 axillären, oder in ipsilateralen infraklavikulären Lymphknoten
pN3b	Metastasen in Mammaria-interna- <u>und</u> axillären Lymphknoten oder klinisch okkulte Mammaria-interna Lymphknotenmetastasen UND Metastasen in größer gleich 3 ipsilateralen axillären Lymphknoten
pN3c	Metastasen in ipsilateralen supraklavikulären Lymphknoten

M-Kategorie

Mx	Nicht beurteilbar
M0	Keine Fernmetastasen
pM1	Fernmetastasen

Stadien (AJCC)

		TNM
I	Ia	T1 N0 M0
	Ib	T0-1 N1mi M0
II	IIa	T0-1 N1 M0, T2 N0 M0
	IIb	T2 N1 M0, T3 N0 M0
III	IIIa	T0-2 N2 M0, T3 N1-2 M0
	IIIb	T4 N0-2 M0
	IIIc	T1-4 N3 M0
IV		T1-4 N0-3 M1

MEMO

Iokoregionäre Lymphknoten:

- ipsilateral axillär
- ipsilateral infraklavikulär
- ipsilateral supraklavikulär

¹ Mit dem Präfix "y" werden Tumore nach medikamentöser (zytostatisch, immunologisch, endokrin) Therapie gekennzeichnet.

² Eine N-Kategorisierung allein durch Sentinel-Lymphknoten-Biopsie wird mit dem Suffix "(sn)" gekennzeichnet; eine komplette axilläre Lymphonodektomie umfasst die Level 1 (untere Axilla: lateral des lateralen Randes des M. pectoralis minor) und Level 2 (mittlere Axilla: zwischen medialem und lateralem Rand des M. pectoralis minor und interpektorale Lymphknoten), und mindestens 10 untersuchte Lymphknoten; und kann durch Level 3 (apikale Axilla: medialer Rand des M. pectoralis minor und subklavikuläre, infraklavikuläre oder auch apikale Lymphknoten) ergänzt werden.

³ Mikroskopischer Tumorbefall eines klinisch unauffälligen Sentinel-Lymphknotens

1. Prädiktive Analyse zur Identifikation von Hochrisikofamilien

Wenn eines der angeführten Szenarien vorliegt, besteht die Möglichkeit einer kostenlosen BRCA 1/2 Mutationsanalyse. Die nachfolgenden Krebserkrankungen müssen mütterlicherseits oder väterlicherseits ohne Unterbrechung durch mehr als eine gesunde Person vorliegen.

- Mindestens 3 Fälle von Brustkrebs (BC)
- Mindestens 1 Frau an BC und 1 Frau an Ovarialkarzinom (OC) erkrankt
- Mindestens 2 Frauen an OC erkrankt
- Mindestens 1 Frau an BC und an OC erkrankt
- Mindestens 1 Frau mit 35 Jahren oder jünger an BC erkrankt
- Mindestens 1 Frau an bilateralem BC erkrankt, Ersterkrankung vor dem 51. Lebensjahr
- Mindestens 1 Mann an BC erkrankt
- Mutation in BRCA 1/2 in der Familie bekannt

Es sollte, wenn möglich, zunächst die bereits erkrankte Person getestet werden. Wenn das nicht möglich ist, können Verwandte ersten Grades (Geschwister, Kinder, Eltern) getestet werden.

2. Therapeutische Analyse bei bereits erkrankten Personen

Eine Indikation für eine therapeutische BRCA1/2 Mutationsanalyse besteht bei nachfolgend genannten bereits erkrankten Personen:

- Bei Frauen und Männern, die an einem lokal fortgeschrittenen oder metastasierten HER2-negativen BC erkrankt sind
- Bei Frauen und Männern, die an einem frühen HER2-negativen Brustkrebs mit hohem Rezidivrisiko erkrankt sind
- Bei Frauen, die an einem high-grade serösen oder endometrioiden OC erkrankt sind
- Bei Männern, die an einem metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinom erkrankt sind
- Bei Frauen und Männern, die an einem metastasierten Adenokarzinom des Pankreas erkrankt sind

FIGO-Stadieneinteilung des Vulvakarzinoms

STADIUM	Beschreibung			
I	Tumor auf Vulva oder das Perineum begrenzt			
	<table border="0"> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Ia</td> <td>Tumor-Durchmesser \leq 2 cm, Stromainvasion \leq 1 mm</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Ib</td> <td>Tumor-Durchmesser $>$ 2 cm Stromainvasion $>$ 1 mm</td> </tr> </table>	Ia	Tumor-Durchmesser \leq 2 cm, Stromainvasion \leq 1 mm	Ib
Ia	Tumor-Durchmesser \leq 2 cm, Stromainvasion \leq 1 mm			
Ib	Tumor-Durchmesser $>$ 2 cm Stromainvasion $>$ 1 mm			
II	Tumor jeglicher Größe mit Ausbreitung auf angrenzende perineale Strukturen (distales 1/3 der Urethra, Vagina oder Anus) tumorfreie Lymphknoten			
III	Tumor jeglicher Größe mit Befall angrenzender perinealer Strukturen (obere 2/3) oder regionalen Lymphknotenmetastasen (nicht fixiert, nicht ulzeriert)			
	IIIa Tumor jeglicher Größe mit Befall angrenzender perinealer Strukturen (obere 2/3 der Urethra oder Vagina, oder Schleimhautbefall von Harnblase oder Rektum) oder Lymphknotenmetastasen \leq 5 mm			
	IIIb Regionale Lymphknotenmetastasen $>$ 5 mm			
	IIIc Regionale Lymphknotenmetastasen mit extrakapsulärer Ausbreitung			
IV	Tumor jeglicher Größe mit Fixation am Beckenknochen oder fixierte, ulzerierte Lymphknotenmetastasen oder Fernmetastasen			
	IVa Tumor jeglicher Größe mit Fixation am Beckenknochen oder fixierte, ulzerierte regionale Lymphknotenmetastasen			
	IVb Fernmetastasen			

MEMO

- regionale Lymphknoten: inguinale und femorale LK
- isolierte Tumorzellen zählen nicht als LK-Metastasen

NEU

- CT und MRT Befunde werden auch in der FIGO Stadieneinteilung berücksichtigt
- HPV Status (HPV-assoz. oder HPV-unabhängig) soll dokumentiert werden
- Staging gilt für alle Vulvamalignome, ausgenommen maligne Melanome

FIGO-Stadieneinteilung des Vaginalkarzinoms

STADIUM	Beschreibung
I	Der Tumor beschränkt sich auf die Vagina und ist < 2 cm (T1a).
I	Der Tumor beschränkt sich auf die Vagina und ist < 4 cm (T1b).
II	Der Tumor ist durch die Vaginalwand gewachsen, erreicht nicht die Beckenwand und ist < 2 (T2a).
II	Der Tumor ist durch die Vaginalwand gewachsen, erreicht nicht die Beckenwand und ist > 2 cm (T2b).
III	Tumor jeglicher Größe mit Infiltration der Beckenwand oder des unteren Drittels der Vagina mit einer konsekutiven Hydronephrose. ODER Infiltration nahegelegener Lymphknoten im Becken- oder Inguinalbereich (N1).
IVa	Der Tumor wächst in die Blase oder das Rektum ein oder überschreitet die Grenzen des Beckens (T4) Der Tumor kann die Lymphknoten im Becken oder in der Leistengegend befallen haben (N1).
IVb	Der Tumor hat sich auf entfernte Organe wie z.B. Lunge oder Knochen ausgebreitet (M1).

MEMO

Vaginalkarzinome mit Beziehung zur Cervix uteri bzw. Vulva werden definitionsgemäß als Zervix- bzw. Vulvakarzinome abgehandelt

MEMO

Tumoren, die ausschließlich ein bullöses Ödem der Blasenmukosa aufweisen, werden den Stadien I-III entsprechend zugerechnet

MEMO

Ilokoregionäre Lymphknoten:

- pelvin
- inguino-femoral

FIGO-Stadieneinteilung des Zervixkarzinoms

STADIUM	Beschreibung
I	Karzinom ist auf die Zervix uteri beschränkt (Ausdehnung auf Corpus uteri wird nicht beurteilt)
IA	Invasives Karzinom, das nur mikroskopisch diagnostiziert werden kann, mit maximaler Invasionstiefe <5mm ¹
IA1	Invasionstiefe Stroma <3mm
IA2	Invasionstiefe Stroma >3mm und <5mm
IB	Invasives Karzinom mit maximaler Invasionstiefe >5mm, Läsion limitiert auf die Zervix uteri ²
IB1	Invasives Karzinom mit maximaler Invasionstiefe >5mm, und <2cm max. Tumordurchmesser
IB2	Invasives Karzinom mit max. Tumordurchmesser >2cm und <4cm
IB3	Invasives Karzinom mit max. Tumordurchmesser >4cm
II	Karzinom infiltriert über den Uterus hinaus, jedoch nicht in das untere Vaginaldrittel oder die Beckenwand
IIA	Infiltration bis in die oberen zwei Vaginaldrittel ohne Parametrienbefall
IIA1	Invasives Karzinom mit max. Tumordurchmesser <4cm
IIA2	Invasives Karzinom mit max. Tumordurchmesser >4cm
IIB	Parametrienbefall, aber nicht bis an die Becken- wand reichend
III	Karzinom infiltriert das untere Vaginaldrittel und/oder die Beckenwand und/oder Hydronephrose oder funktionslose Niere und/oder pelviner und/oder paraaortaler Lymphknotenbefall ³
IIIA	Karzinom infiltriert das untere Vaginaldrittel, aber nicht die Beckenwand
IIIB	Karzinom infiltriert die Beckenwand und/oder Hydronephrose oder funktionslose Niere
IIIC	Invasives Karzinom mit pelvinem und/oder paraaortalem Lymphknotenbefall, unabhängig von Tumorgöße und -ausdehnung (mit r oder p) ³
IIIC1	pelviner Lymphknotenbefall ohne paraaortalen Lymphknotenbefall
IIIC2	paraaortaler Lymphknotenbefall

FIGO-Stadieneinteilung des Zervixkarzinoms

IV	Karzinom mit Tumorausbreitung über das Becken oder histologisch verifizierter Infiltration Harnblasen- oder Rektummukosa (ein bullöses Ödem gilt nicht als FIGO Stadium IV)
IVA	<u>Tumorausbreitung zu angrenzenden Beckenorganen</u>
IVB	<u>Tumorausbreitung zu distanten Organen</u>

- ¹ Bildgebung und Pathologie sind in allen Tumorstadien erlaubt, um die klinische Beurteilung bezüglich Tumorgöße und -ausdehnung zu unterstützen.
- ² Invasion der Lymphgefäße bzw. der Blutgefäße ändert nicht das Tumorstadium.
Die laterale Tumorausdehnung beeinflusst das Tumorstadium nicht mehr.
- ³ Suffix r (Radiologie) und p (Pathologie) wird verwendet, um die Methode der Lymphknotenbeurteilung anzugeben (z.B. IIIC1r bei radiologisch diagnostiziertem pelvinem Lymphknotenbefall oder IIIC2p bei histologisch diagnostiziertem paraaortalem Lymphknotenbefall)

FIGO-Stadieneinteilung des Endometriumkarzinoms

STADIUM	Beschreibung
I	Begrenzt auf Corpus uteri und Ovarien
IAm _{POLEmut}	<i>POLE</i> mut Karzinom begrenzt auf Uterus +/- Zervixinvasion (unabhängig von LVSI oder histologischem Subtyp)
IA1	Low-grade endometrioides Karzinom begrenzt auf Endometriumpolypen ODER auf das Endometrium
IA2	Low-grade endometrioides Karzinom Befall von <50% des Myometriums, ohne substantielle LVSI
IA3	Low-grade endometrioides Karzinom begrenzt auf Corpus uteri und Ovarien*
IB	Low-grade endometrioides Karzinom mit Befall von ≥ 50% des Myometriums, ohne substantielle LVSI
IC	Aggressiver histologischer Typ , begrenzt auf Endometriumpolypen ODER auf das Endometrium
II	Zervixstromabefall ohne extrauterine Ausdehnung ODER mit substantieller LVSI ODER aggressiver histologischer Typ mit Invasion des Myometriums
IIA	Low-grade endometrioides Karzinom mit Zervixstromabefall
IIB	Low-grade endometrioides Karzinom mit substantieller LVSI
IIC	Aggressiver histologischer Typ mit Beteiligung des Myometriums
IICm _{p53abn}	p53abn Karzinom beschränkt auf Uterus +/- Zervixinvasion mit myometraner Invasion, (unabhängig von LVSI oder histologischem Subtyp)
III	Jeder histologische Typ mit lokaler und/oder regionaler Ausbreitung
IIIA	Befall der Serosa des Uterus und/oder der Adnexe
IIIA1	Ausbreitung auf Ovarien oder Tuben (außer bei Stadium IA3)
IIIA2	Befall der Subserosa oder Serosa des Uterus
IIIB	Befall der Vagina oder Parametrien oder Beckenperitoneum
IIIB1	Befall der Vagina und/oder Parametrien
IIIB2	Befall des Beckenperitoneums

FIGO-Stadieneinteilung des Endometriumkarzinoms

STADIUM	Beschreibung
IIIC	Metastasen in den pelvinen und/oder paraaortalen Lymphknoten
IIIC1	Metastasen in den pelvinen Lymphknoten
IIIC1i	Mikrometastase
IIIC1ii	Makrometastase
IIIC2	Metastasen in den paraaortalen Lymphknoten bis zu den Nierengefäßen, +/- Metastasierung in die pelvinen Lymphknoten
IIIC2i	Mikrometastase
IIIC2ii	Makrometastase
IV	Befall der Blasenschleimhaut und/oder Darmschleimhaut +/- Fernmetastasen
IVA	Befall der Blasenschleimhaut und/oder Darmschleimhaut
IVB	Abdominelle peritoneale Metastasen jenseits des Beckens
IVC	Fernmetastasen, einschließlich extra- oder intraabdomineller LK-Metastasen oberhalb der Nierengefäße. Lunge, Leber, Gehirn oder Knochen

MEMO

Aggressive histologische Typen

- **High-grade endometrioides Karzinom (Differenzierungsgrad 3)**
- **Seröses Karzinom**
- **Klarzelliges Karzinom**
- **Gemischtes Karzinom**
- **Undifferenziertes Karzinom**
- **Karzinosarkom**
- **„Mesonephric-like“ Karzinom**
- **Karzinom vom gastrointestinalen muzinösen Typ**

Abkürzungen:

POLEmut: pathogene Mutation im POLE Gen

p53abn (=p53 abnormal): pathogene Mutation im p53 Gen

LVSI: Einbruch in Lymphgefäßbahn(en)

Substantielle LVSI: laut WHO 2021 definiert als ≥ 5 Lymphgefäßeinbrüche

* FIGO IA3: muss von einer ausgedehnten Ausbreitung des Endometriumkarzinoms auf den Eierstock (Stadium IIIA1), mittels folgender Kriterien abgegrenzt werden:

- 1) Low-grade endometrioides Karzinom
- 2) mit ausschließlich oberflächlicher Myometriuminvasion (<50 %)
- 3) ausschließlich fokaler LVSI
- 4) Fehlen weiterer Metastasen
- 5) ausschließlich einseitiger Eierstockbefall, welcher auf den Eierstock beschränkt ist, ohne Kapselinvasion oder Kapselruptur (entspricht pT1a).

FIGO-Stadieneinteilung des uterinen Leiomyosarkoms und endometrialen Stromasarkoms

FIGO	Beschreibung
I	Tumor auf den Uterus beschränkt
Ia	≤ 5cm
Ib	> 5 cm
II	Der Tumor greift auf das Becken über
IIa	Befall der Adnexe
IIb	Befall des extrauterinen Beckengewebes
III	Befall abdomineller Strukturen
IIIa	1 Lokalisation
IIIb	> 1 Lokalisation
IIIc	Metastasen in den pelvinen und/oder paraaortalen Lymphknoten
IV	Tumoreinbruch in Harnblase und/oder Rektum
IVa	
IVb	Fernmetastasen

MEMO

Das endometriale Stromasarkom wird seit 2014 in „low-grade endometriales Stromasarkom“, „high-grade endometriales Stromasarkom“ und „undifferenziertes Stromasarkom“ eingeteilt

FIGO-Stadieneinteilung des uterinen Adenosarkoms

FIGO	Beschreibung
I	Tumor auf den Uterus beschränkt
Ia	Tumor auf Endometrium/Endozervix beschränkt und ohne myometrane Invasion
Ib	≤ 50 % myometrane Invasion
Ic	> 50 % myometrane Invasion
II	Tumor greift auf das Becken über
IIa	Befall der Adnexe
IIb	Befall des extrauterinen Beckengewebes
III	Befall abdomineller Strukturen
IIIa	1 Lokalisation
IIIb	> 1 Lokalisation
IIIc	Metastasen in den pelvinen und/oder paraaortalen Lymphknoten
IV	Tumoreinbruch in Harnblase und/oder Rektum
IVa	Fernmetastasen
IVb	

FIGO-Stadieneinteilung des Ovarialkarzinoms

FIGO	
I	Tumor auf Ovarien oder Tuben begrenzt
IA	Tumor auf ein Ovar oder eine Tube begrenzt, Kapsel intakt, kein Tumor an Oberfläche und negative Zytologie
IB	Tumor auf beide Ovarien oder Tuben begrenzt, Kapsel intakt, kein Tumor an Oberfläche und negative Zytologie
IC1-3	Tumor auf Ovar oder Tube begrenzt und:
IC1	intraoperative Kapselruptur
IC2	prä-OP Ruptur oder Oberflächenbefall
IC3	positive Ascites/Spülzytologie
II	Ovarial-, Tuben- oder Peritoneal-Ca befällt das kleine Becken
IIA	Befall von Uterus, Tuben, Ovarien
IIB	Befall des übrigen intraperitonealen Beckengewebe
III	Tumor mit Befall der Abdominalhöhle jenseits des Beckens und/oder LK Metastasen
IIIA1	Tumor begrenzt auf das Becken, aber Befall der LKN
IIIA1 (i)	LK Metastasen ≤ 10 mm
IIIA1 (ii)	LK Metastasen > 10 mm
IIIA2	Mikroskopischer Tumor intraabdominal jenseits des Beckens +/- LK Metastasen
IIIB	Makroskopischer Tumor intraabdominal jenseits des Beckens ≤ 2 cm Größe mit/ohne LK Metastasen
IIIC	Makroskopischer Tumor intraabdominal jenseits des Beckens > 2 cm +/- pos. LK
IV	Fernmetastasen (ausgenommen Peritonealmetastasen)
IVA	Maligner Pleuraerguss (zytologisch verifiziert)
IVB	Parenchymmetastasen (inkl. Mucosabefall des Darms) / extraabdominale Metastasen (inkl. Leisten / präkordiale LK), extraperitoneale Bauchdecken- / Nabelmetastasen

MEMO

Lokoregionäre Lymphknoten:

- parametran, pelvin
- paraaortal

FIGO-Risikoscore für gestationsbedingte Trophoblasttumore

FIGO Stadieneinteilung und Risikoscore

Stadium I	GTN auf den Uterus beschränkt	Variable	0	1	2	4
		Alter (Jahre)	<40	≥40	-	-
Stadium II	GTN überschreitet den Uterus, ist aber auf Genitalorgane beschränkt (Adnexe, Vagina)	Vorangegangene Gravidität	Mole	Abortus, unklar, Tubaria	Termin-Gravidität	-
		Intervall seit letzter Gravidität (Monate)	<4	4 - 6	>7 - 12	>12
		HCG-Serum (IU/mL)	<10 ³	10 ³ - 10 ⁴	>10 ⁴ - 10 ⁵	>10 ⁵
Stadium III	Lungenmetastasen mit oder ohne Befall der Genitalorgane	Größe TU-Ausdehnung	<3 cm	3 - 5 cm	>5 cm	-
		Metastasenanzahl	-	1 - 4	5 - 8	>8
Stadium IV	Alle anderen Metastasen	Metastasen-lokalisierung	Lunge, Vagina, Adnexe	Milz, Niere	GI-Trakt	ZNS, Leber
		Vorangegangene CHT (Anzahl der Therapeutika)	-	-	1	≥2

Bewertung:

0-4 Punkte: Niedriges Risiko, 5-6 Punkte: Intermediäres Risiko, ≥ 7 Punkte: Hohes Risiko

MEMO

Gültig für die Blasenmole, die invasive Mole, das Chorionkarzinom, den PSTT und den ETT, nicht jedoch für die Partialmole, den Placental Site Nodule und die Exaggerated Placental Site.

Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie (AGO) der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG)

In Anlehnung an Empfehlungen der AWMF S3 Leitlinien, der Empfehlungen der NCCN und der ESGO

Nachsorgeschema der AGO Austria

Intervalle	1. – 3. Jahr: 3 Monate	4. – 5. Jahr: 6 Monate	ab dem 6. Jahr: 12 Monate
Untersuchungen			
Ovar¹	jedes Mal Anamnese, klinisch/gynäkologische Untersuchung Sonographie; CA125 (optional), kein PAP		
Korpus	jedes Mal Anamnese, klinisch/gynäkologische Untersuchung Sonographie; kein PAP		
Zervix/Vagina	jedes Mal Anamnese, klinisch/gynäkologische Untersuchung Sonographie; PAP 1x/Jahr, kein PAP nach Strahlentherapie		
Vulva	jedes Mal Anamnese, klinisch/gynäkologische Untersuchung Sonographie; PAP 1x/Jahr, kein Vulva-PAP		
Mamma	jedes Mal Anamnese, klinische Untersuchung Mammographie/Ultraschall 1x/Jahr gynäkologische Kontrolle in Routineintervallen		

¹Patientinnen mit Borderlinetumor des Ovars sind wie Patientinnen mit Ovarialkarzinome nachzusorgen.

MEMO

Bei Frauen in **klinischen Studien**, mit **Symptomen** und/oder bei **Verdacht** eines Tumorrezidivs können weitere Untersuchungen wie CT, MRT, Thorax-Röntgen, PET-CT und Laboruntersuchungen wie z.B. Tumormarker-Bestimmung sinnvoll bzw. notwendig sein.

Empfehlungen für weitere seltene gynäkologische Malignome (wie z.B. Chorionkarzinom, Keimstrang-, Keimzelltumor des Ovars) sowie für spezielle Behandlungssituationen (wie z.B. St. p. Trachelektomie oder andere fertilitätserhaltende Maßnahmen) werden in der vorliegenden Leitlinie bewusst nicht abgebildet und sind – wenn möglich – in eine dieser fünf Gruppen einzuordnen bzw. im Einzelfall vom betreuenden gynäkologischen Tumorzentrum vorzugeben.

In Abwägung der individuellen Risikosituation und den Wünschen der betroffenen Frau kann von den vorliegenden Nachsorgeempfehlungen abgewichen werden.

Vorstand der AGO der OEGGG

Christoph Grimm

Präsident der AGO

Stephan Polterauer

Sekretär der AGO

Gerhard Bogner

Nicole Concin

Daniel Egle

Thorsten Fischer

Lukas Hefler

Christian Marth

Edgar Petru

Daniel Reimer

Alexander Reinthaller

Christian Schauer

Richard Schwameis

Christian Singer

Karl Tamussino

Gerda Trutnovsky

Irina Tsibulak

Birgit Volgger

Alain G. Zeimet

Molekularpathologische
Reflextestung



www.ago-austria.at