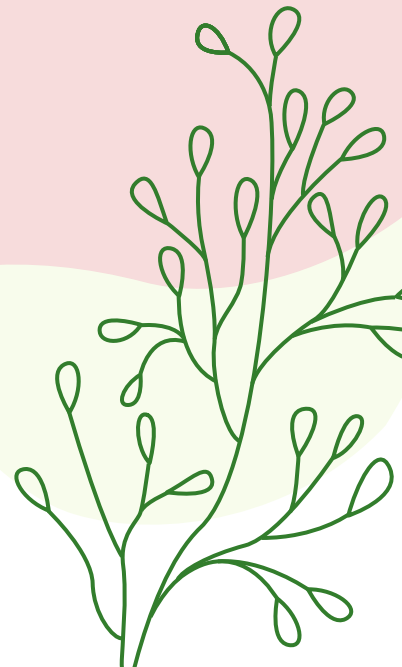




Eierstockkrebs:
Weil es um unser
Leben geht

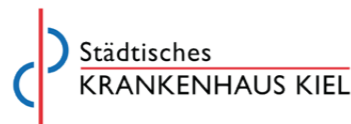
FÜR **PATIENTINNEN**



Mit freundlicher Unterstützung von



Verein Eierstockkrebs Deutschland e.V.



Städtisches
KRANKENHAUS KIEL



Gyn-Team
Bayerwald
Praxisnetz



PALLIO

Schleswig-Holsteinische
Krebsgesellschaft e.V.

WIR WERDEN DA SEIN!

Vorwort

Liebe Patientinnen,

Eierstockkrebs, medizinisch auch Ovarialkarzinom genannt, ist eine sehr komplexe Krebserkrankung. Denn die Symptome – etwa die Zunahme des Bauchumfangs, Bauch- oder Rückenschmerzen – sind oft so unspezifisch, dass die betroffenen Frauen nicht selten eine medizinische Odyssee hinter sich haben, bevor die Diagnose Eierstockkrebs gestellt werden kann.

Mit diesem Booklet wollen wir auf die oftmals zu spät erkannte Erkrankung Eierstockkrebs aufmerksam machen und Frauen darin bestärken, ihre vermeintlich leichten Beschwerden und körperlichen Veränderungen ernst zu nehmen und anzusprechen. Zudem möchten wir Gynäkologen und Hausärzte dringend dafür sensibilisieren, bei eben diesen Symptomen auch an Eierstockkrebs zu denken. Denn mit einer rechtzeitigen und fachgerechten Behandlung sowie der Weiterleitung an ein zertifiziertes gynäkologisches Krebszentrum, lässt sich die Prognose der betroffenen Frauen maßgeblich verbessern und ihr Leben retten.

Denn Überleben darf kein Glücksfall sein!

**Ihr Team vom
Eierstockkrebs Deutschland e. V.**

» www.eierstockkrebs-deutschland.de

An dem Booklet haben mitgewirkt



..... **Heike Czarnetzki**
heike.czarnetzki@eskd.de



..... **Dr. Bettina Jung**
bettina.jung@eskd.de



..... **Andrea Krull**
andrea.krull@eskd.de



..... **Brigitte Vitt**
vitt.brigitte@gmx.de

..... **Dr. Doris Wagner**
dorisidawagner@gmail.com



..... **Jutta Attrot**
j.attrot@eskd.de



..... **Kirsten Hahn**
k.hahn@eskd.de



..... **Brita Jung**
brita.jung@eskd.de



..... **Tanja Linke**
t.linke@eskd.de



Inhalt

KAPITEL 1	
Eierstockkrebs:	
Wissenswertes und Symptome	6
KAPITEL 2	
In der Klinik:	
Diagnose und Behandlung bei Eierstockkrebs	12
KAPITEL 3	
Die Erkrankung verarbeiten	22
Hilfreiche Adressen	32

Eierstockkrebs: Wissenswertes und Symptome

KAPITEL 1

WISSENSWERTES UND SYMPTOME

1.1 WAS IST EIERSTOCKKREBS?

Eierstockkrebs – medizinisch Ovarialkarzinom – gehört zu den selteneren Krebserkrankungen der Frau, obwohl in Deutschland jährlich zwischen 7.000 und 8.000 Frauen daran erkranken.

Bei gut dreiviertel aller Patientinnen wird die Erkrankung erst in einem fortgeschrittenen Stadium (Stadium III oder IV) erkannt – mit einer entsprechend schlechten Prognose. Die 5-Jahres-Überlebensrate, über alle Stadien gemittelt,

beträgt 43 Prozent. Das heißt: Mehr als die Hälfte der Patientinnen stirbt in den ersten fünf Jahren.

Grund für diese späte Diagnose ist, dass die Symptome sehr unspezifisch sind und es immer noch keine Früherkennungsmethode gibt. Hinzu kommt, dass auch Ärzte bei unklaren Beschwerden nicht unbedingt an Eierstockkrebs denken. Die Erkrankung macht nämlich gerade einmal zwei bis drei Prozent aller gynäkologischen Erkrankungen in den Praxen aus. Da die unspezifischen Symptome den Anzeichen für andere Erkrankungen wie etwa dem Reizdarmsyndrom ähneln, wird die Diagnose häufig längere Zeit verschleppt. Dabei gilt auch hier: Je früher der Krebs entdeckt wird, desto besser sind die Heilungs- und Überlebenschancen. Deshalb ist es sehr wichtig, dass Sie als Patientin verdächtige körperliche Veränderungen wie etwa einen zunehmenden Bauchumfang, Kraftlosigkeit, häufigen Harndrang oder Schmerzen beim Sex offen ansprechen. Genauso wichtig ist aber auch, dass Hausärzte und Gynäkologen für die Erkrankung sensibilisiert werden und Symptome schnell, präzise erkennen und einschätzen können.

Achten Sie auf körperliche Veränderungen und sprechen Sie diese offen an!

Symptome, die auf Eierstockkrebs hindeuten können

Diese Symptome sollten Sie OFFEN ansprechen!

(stechende) Bauchschmerzen	zunehmender Bauchumfang	Unregelmäßigkeiten bei der Monatsblutung
gestörte Verdauung (Durchfälle/Verstopfungen)	aufgeblähter Bauch, Blähungen	häufiger Harndrang
Unterleibsschmerzen	Rückenschmerzen	Luftnot
Schmerzen beim Sex	spürbarer Energieverlust	Veränderungen beim Essverhalten (etwa ein schnelles Sättigungsgefühl)

WISSENSWERTES UND SYMPTOME

1.2 DAS ARZTGESPRÄCH

Wenn Sie aufgrund Ihrer Beschwerden zu Ihrem Arzt gehen, sollten Sie sich während des Gesprächs Notizen machen. Und: Fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht verstehen oder etwas unklar ist!

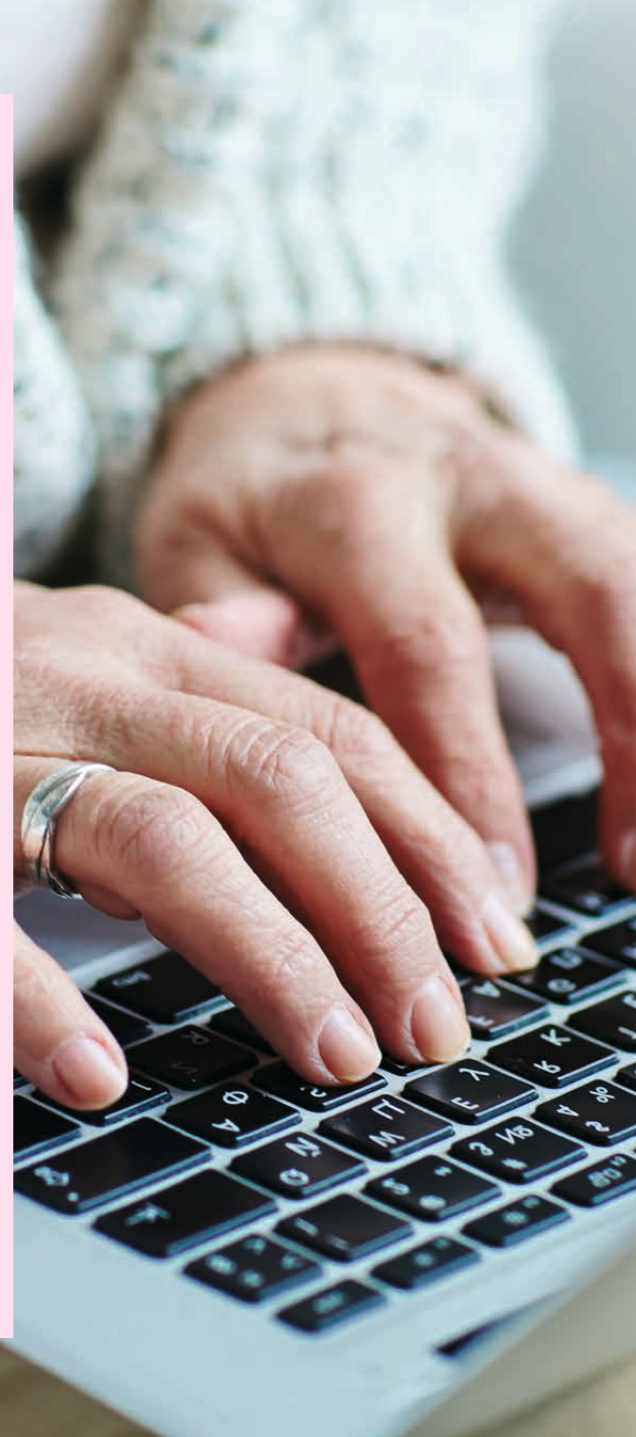
Wenn Ihr Hausarzt den Verdacht hat, dass Sie Eierstockkrebs haben, sollte er Sie an einen Gynäkologen – oder noch besser – an ein zertifiziertes gynäkologisches Krebszentrum überweisen. Bei der Behandlung gilt nämlich: Je erfahrener ein Arzt im Umgang mit Eierstockkrebs ist, desto besser sind die Aussichten auf ein Überleben. Zudem belegen zahlreiche Studien, dass die erste Operation maßgebend für die Prognose ist.



Ein Blick auf ... Eierstockkrebs-Kompetenzzentren

Die Behandlung von Eierstockkrebs erfordert sehr gute gynäkologisch-onkologische sowie chirurgische Kenntnisse. Diese interdisziplinäre Zusammenarbeit findet sich in gynäkologisch-onkologischen Kompetenzzentren, die unter anderem Studien der Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie (AGO) entwickeln und durchführen. Da die Operation eine von drei wichtigen Therapiesäulen ist, sollten Sie das Krankenhaus für die erste, alles entscheidende, Operation sehr sorgfältig aussuchen. Dabei sollte Ihnen kein Weg zu einem Kompetenzzentrum zu weit sein, auch wenn der Wunsch nach Heimatnähe und die Rolle der persönlichen Patientinnen-Arzt-Beziehung vor Ort erst einmal vertrauter wirkt. In einem Kompetenzzentrum werden grundsätzlich sehr viele Eierstockkrebs-Operationen durchgeführt. Diese hohen Fallzahlen zeigen große Erfahrung der Experten-Teams, in denen gynäkologische Onkologen, Chirurgen, Gastroenterologen und Anästhesisten zusammenarbeiten. Diese Expertise kann entscheidend für Ihre persönliche (Überlebens-)Prognose sein. Gut zu wissen: Brustkrebszentren sind KEINE Eierstockkrebs-Kompetenzzentren!

Kompetenzzentren finden Sie unter
» www.eierstock-krebs.de/kliniken
» www.oncomap.de/centers



WISSENSWERTES UND SYMPTOME

1.3 VORSTELLUNG IN DER KLINIK

Informieren Sie sich bereits im Vorfeld des Termins im Krankenhaus über Eierstockkrebs und notieren Sie vor dem Gespräch Ihre Fragen.

Sammeln und ordnen Sie bereits vorhandene Krankenunterlagen (Arztberichte, Laborergebnisse, Bildgebungen) und nehmen Sie diese mit in das Gespräch. Auch wenn Sie

sich gut vorbereitet und gefasst fühlen: Wenn es Ihnen möglich ist, gehen Sie zu zweit zu diesem Gespräch. Vier Ohren hören bekanntlich mehr als zwei. Sprechen Sie auch in der Klinik alle Ihre Symptome erneut an. Weisen Sie im Gespräch auch auf vielleicht vorhandene Vorerkrankungen hin.

1.4 ERBLICH BEDINGTER EIERSTOCKKREBS

Das Risiko an Eierstockkrebs zu erkranken, kann erblich bedingt sein. Gab es bereits Fälle von Eierstockkrebs – aber auch Brustkrebs – in der Familie, sollten Sie ihren Arzt darüber informieren. Auslöser für den erblich bedingten Eierstockkrebs ist eine Veränderung in den sogenannten Breast Cancer Genen, kurz BRCA. Deshalb, aber auch unabhängig von Ihrer Familiengeschichte, kann es sein, dass Sie auf einen speziellen BRCA-Test angesprochen werden. Das Testergebnis kann Auswirkungen sowohl auf Ihre Therapie als auch auf Ihre Familie haben. Lassen Sie sich gegebenenfalls in einem Zentrum des Deutschen Konsortiums für familiären Brust- und Eierstockkrebs beraten. Auch das BRCA-Netzwerk bietet weiterführende Informationen sowie Gesprächskreise für Betroffene an.

» www.konsortium-familiaerer-brustkrebs.de
» www.brca-netzwerk.de

In der Klinik: Diagnose und Behandlung bei Eierstockkrebs

KAPITEL 2

2.1 VOM VERDACHTMOMENT ZUR DIAGNOSE

Wenn Sie wegen des Verdachts auf Eierstockkrebs an eine Klinik überwiesen wurden, die mit der Behandlung von Eierstockkrebs vertraut ist, erfolgen hier nun genauere Untersuchungen.

Dazu gehören zum Beispiel Blutuntersuchungen, körperliche Untersuchungen und bildgebende Verfahren wie die Computertomographie (CT) oder die Magnetresonanztomographie (MRT). Manifestiert sich die Diagnose Eierstockkrebs wird mit Ihnen

über die weiteren Schritte gesprochen. Diese sind eine umfassende Operation, eine anschließende Chemotherapie und gegebenenfalls eine Erhaltungstherapie.

Bei diesem Diagnosegespräch ist es wichtig, dass Sie

- mit einer Person Ihres Vertrauens in das Gespräch gehen.
- die Diagnose empathisch, zugewandt und mit Zeit erklärt bekommen.
- zusätzliche Zeit bekommen, um alles zu überdenken und sich gegebenenfalls eine Zweitmeinung einzuholen beziehungsweise recherchieren zu können.
- einen Psychoonkologen oder Onkolotsen an die Seite bekommen.
- weitere – sich im Nachhinein ergebende Fragen – an einem späteren Termin mit dem Arzt klären können.
- weiterführende Informationen zu der Erkrankung sowie auch zur Eierstockkrebs-Patientenvertretung bekommen, zum Beispiel » www.eierstockkrebs-deutschland.de

Nehmen Sie sich Zeit zum Nachdenken, bevor Sie wichtige Entscheidungen treffen! Eierstockkrebs ist kein zeitkritischer Notfall. Denken Sie daran, dass es Hilfsangebote wie Krebsberatungsstellen, Selbsthilfeorganisationen etc. für Sie gibt. Hören Sie auch auf Ihr Bauchgefühl. Treffen Sie keine Entscheidungen, von denen Sie nicht überzeugt sind!



Ein Blick auf ... Die Zweitmeinung – Ihr gutes Recht

Eine Zweitmeinung ist richtig und wichtig, um die Diagnose Eierstockkrebs zu sichern oder zu entkräften. In der Regel ist genug Zeit, eine Zweitmeinung bei einem anderen Spezialisten einzuholen. Und: Es ist ein ganz normaler Vorgang, der Ihnen als kassenärztliche Regelleistung zusteht. Ihr Arzt sollte Sie sogar aktiv auf Ihr Recht auf Zweitmeinung hinweisen. Auch hier sollten Sie sich an ein gynäkologisch-onkologisches Kompetenzzentrum wenden. Bei Nebenbefunden sind eventuell mehrere Zweitmeinungen notwendig. Wichtig ist, dass Sie zu dem Termin Ihre vollständigen Unterlagen zu Diagnosen und Vorerkrankungen mitnehmen und Ihre Fragen (siehe Liste auf Seite 16) vorbereiten.

2.2 DIE OPERATION

Die Operation dient der Bestätigung der Diagnose durch Gewinnung von Gewebe, das der Pathologe untersucht. Darüber hinaus wird bestimmt, wie sich der Tumor im Bauchraum ausgedehnt hat und um welchen Typ es sich handelt.

Hauptziel der Operation ist jedoch immer, die sogenannte makroskopische Tumorfreiheit zu erreichen. Das bedeutet, dass die Ärzte versuchen werden, jeden sichtbaren Tumorknoten komplett zu entfernen. Hierbei kann es sein, dass – in enger Zusammenarbeit mit anderen Ärzten, etwa Chirurgen oder Urologen – auch Teile des Darms oder

der Harnblase entfernt werden müssen. Dies wird jedoch mit Ihnen im Aufklärungsgespräch zur Operation genau erörtert und intensiv besprochen.

Gelingt es im ersten Schritt, sämtliche Tumormasse aus dem Bauchraum zu entfernen, wird anhand bestimmter Kriterien die Ausdehnung der Erkrankung festgestellt. Von diesem Befund und anderen Parametern ist dann die Planung der weiterführenden Therapie abhängig.

Die Operation wird generell in Vollnarkose durchgeführt. Oft wird auch eine sogenannte Epiduralkatheter-gestützte Narkose empfohlen. Sie kann vor allem für die Phase nach der Operation von Vorteil sein, da die Schmerztherapie über einen Katheter am Rücken individuell und quasi in Eigenregie durchgeführt werden kann. Es gibt aber auch hier mehrere Möglichkeiten.

Bei der eigentlichen Operation wird ein großer Bauchschnitt durchgeführt. Dieser Längsschnitt wird gemacht, um eine gute Übersicht über den gesamten Bauchraum zu gewinnen und sorgfältig operieren zu können. Direkt nach der OP werden Sie schnell auf die Intensivstation verlegt und dort engmaschig überwacht. Je nach

Fragen Sie bitte genau nach den verschiedenen Narkosemöglichkeiten und lassen Sie sich die Vor- und Nachteile schildern.

Verlauf werden Sie dann später zurück auf die gynäkologische Station, in seltenen Fällen auch auf die Chirurgie-Station verlegt.

Wissenswert: Bauchfell- und Eileiterkarzinome weisen in der Tumorbiologie eine sehr ähnliche Struktur wie Eierstockkrebs auf und sind diesem sehr ähnlich. Deshalb werden Frauen mit Bauchfell- und Eileitertumoren absolut genauso behandelt wie Frauen mit Eierstockkrebs.



2.3 NACH DER OP

Nach dem Aufenthalt auf der Intensivstation werden sie für zehn bis vierzehn Tage auf der gynäkologischen Station durch ein Team von Ärzten und Schwestern begleitet. Vor allem in den Kompetenzzentren sind die Schwestern auf die Behandlung nach dieser großen Operation spezialisiert.

Während dieser Zeit sollten Sie zudem von Psychoonkologen, Physiotherapeuten und vom Sozialdienst aufgesucht werden, um einen möglichen Beratungsbedarf abzufragen und bereits erste Maßnahmen, wie eine umfassende psychoonkologische Betreuung, Mobilisation oder ähnliches einzuleiten. Der Sozialdienst oder Ihr Hausarzt wird Sie später zusätzlich zu den Möglichkeiten

einer Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation sowie zu möglichen Hilfsmitteln beraten.

Die Ergebnisse und Befunde der bei der OP entnommenen Proben werden in dieser Zeit von Ihren Ärzten zusammengetragen und in einer Tumorkonferenz besprochen. In dieser Tumorkonferenz wird festgelegt, inwieweit Ihnen eine medikamentöse Therapie helfen kann und auch in welchem Umfang Sie diese machen sollten. Das Ergebnis dieser Konferenz sollte mit Ihnen zeitnah und intensiv, mit Zeit für Ihre Fragen, besprochen und Ihnen umfassend erklärt werden.

2.4 MEDIKAMENTÖSE THERAPIE/CHEMOTHERAPIE

Bei nahezu allen Eierstockkrebskrankungen ist eine Chemotherapie im Anschluss an die Operation – nach einer Erholung von zirka drei bis vier Wochen – überlebenswichtig. Im Wesentlichen basiert sie auf der Gabe von zwei Chemotherapeutika, die kombiniert werden.

Üblicherweise werden die Medikamente Carboplatin und Paclitaxel – meist über die Vene – gegeben. Ein Port ist nicht unbedingt nötig. Zwischen den Gaben liegen drei Wochen Pause. Insgesamt werden Ihnen sechs dieser Zyklen gegeben. Die Chemotherapie ist bei vielen Frauen sehr angstbesetzt. Durch eine gute und umfassende Aufklärung durch den Arzt sowie das Ansprechen

all Ihrer Fragen, gelingt es in der Regel aber, die Ängste zu mildern.

Viele Frauen fürchten sich vor den Nebenwirkungen der Chemotherapie. Diese Nebenwirkungen sind heutzutage jedoch durch die standardmäßige Begleitmedikation sehr gut in den Griff zu bekommen. Was leider noch nicht gelungen ist, ist den Haarverlust zu vermeiden. Hier bieten Ihnen jedoch viele professionelle Haarstudios Zweitfrisuren (Perücken) an, bei denen man kaum noch erkennt, dass es sich um Perücken handelt. Die notwendigen Rezepte hierzu erhalten Sie von Ihrem behandelnden Arzt.

Eine weitere Nebenwirkung ist die Verringerung der weißen Blutkörperchen (Leukozyten). Sie sind für die Abwehrleistung des Körpers gegen Infekte von großer Bedeutung. Sollten diese Zellen zu niedrig sein, entsteht eine erhöhte Infektionsgefahr. Als Folge davon kann die Chemotherapie in manchen Fällen nicht zum geplanten Termin gegeben werden. Erfahrungsgemäß ist zu erwarten, dass der niedrigste Wert der weißen Blutkörperchen zwischen dem fünften und zehnten Tag auftritt. Aus diesem Grund werden

Sie auch gebeten, zwischen dem fünften und zehnten Tag eine Blutanalyse durchführen zu lassen. Sollten die weißen Blutkörperchen einen bestimmten Wert unterschreiten, stellen Sie sich bitte kurzfristig in der Klinik vor, sodass die Ärzte dort direkt weitere Maßnahmen einleiten können, damit Sie die Chemotherapie zügig und komplikationslos und ohne Unterbrechung fortführen können.

Die Chemotherapie ist aber nicht die einzige medikamentöse Therapieoption. So kommt im Rahmen der sogenannten Erhaltungstherapie bereits seit einigen Jahren der Antikörper Bevacizumab zum Einsatz, der die Gefäßneubildung verhindern und so das Tumorwachstum ausbremsen kann. Eine noch jüngere Option stellen die sogenannten PARP-Inhibitoren dar. Sie spielen bei Patientinnen mit einer BRCA-Mutation eine entscheidende Rolle. Sowohl Bevacizumab als auch PARP-Inhibitoren sind damit heutzutage als neuer Standard anzusehen, um das Überleben zu verlängern.

Die Nebenwirkungen der Chemotherapie lassen sich heute in der Regel gut in den Griff kriegen. Sprechen Sie Ihren Arzt darauf an.

Die Erkrankung verarbeiten

KAPITEL 3

DIE ERKRANKUNG VERARBEITEN

3.1 NACHSORGE FÜR MEHR SICHERHEIT

Die Erstbehandlung ist geschafft, ab jetzt stehen regelmäßige Nachsorgeuntersuchungen an. In der Regel finden diese in den ersten drei Jahren alle drei Monate und in den darauffolgenden zwei Jahren alle sechs Monate statt.

Einen großen Bereich bei Ihrer Krebsbehandlung nimmt die regelmäßige Nachsorgeuntersuchung beim Gynäkologen ein. Bei Patientinnen mit Eierstockkrebs gilt, dass es sich bei der Nachsorge generell um eine symptomorientierte Nachsorge handelt. Das bedeutet, dass die Frauen sich circa zwei bis drei Jahre lang in einem drei-monatigen

Rhythmus regelmäßig bei ihrem Frauenarzt vorstellen sollen.

Der Gynäkologe wird zuerst eine eingehende Befragung durchführen, ob Sie neue und akute Beschwerden haben. Nach dem Gespräch erfolgt dann erst die eigentliche gynäkologische Untersuchung mit einer Tastuntersuchung der Scheide und des Enddarms sowie einer Ultraschalluntersuchung des kleinen Beckens. Weitergehende Maßnahmen, wie etwa Computertomografie (CT)- oder Magnetresonanz (MRT)-Untersuchungen, sind bei Beschwerdefreiheit nicht vorgesehen.

Einen bestimmten Ansatz haben Kliniken und Ärzte zum Thema Tumormarkerbestimmung. Generell wird die routinemäßige Bestimmung des Tumormarkers (CA125) nicht empfohlen. Grund hierfür ist, dass die Kontrolle des Tumormarkers nicht zu einer verbesserten Lebensqualität oder zu einem verlängerten Leben führt, sondern eine verfrühte Therapie sogar mehr schadet. Aus Ärztesicht nimmt die regelmäßige Bestimmung des Tumormarkers vielmehr einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität der Frauen, denn der Tumormarker kann auch bei einer nicht-tumorösen Erkrankung, wie etwa einer Grippe oder Entzündung im Bauch-/Beckenbereich,

Die Nachsorge orientiert sich an den Beschwerden. Ein „Weniger“ ist dabei oft mehr und bringt keine Nachteile.

verändert sein. Sollte der Wert durch eine solche Entzündung erhöht sein, sind die Frauen sofort stark verunsichert und es beginnt möglicherweise eine Odyssee der Untersuchungen und es können Ängste entstehen, die möglicherweise unnötig sind – und Ihnen auch psychologisch nicht guttun, da sie die Befürchtungen nur anheizen und schüren.

Aus diesem Grund stehen viele Ärzte der routinemäßigen Untersuchung des Tumormarkers kritisch gegenüber und werden Ihnen daher davon abraten.

Da man hier allerdings verschiedener Meinung sein kann, raten wir Ihnen erst einmal ganz konkret mit Ihrem Arzt Ihr Bedürfnis zu Ihrer Nachsorge zu besprechen und dann die Nachsorge so zu gestalten, dass SIE gut und ruhig damit leben können und auch gut und relativ gelassen damit umgehen können.

Ohnehin gilt: Bereiten Sie sich auf das Nachsorgegespräch vor. Spüren Sie vorab in sich hinein und prüfen Sie, was sich an Ihrem Befinden in letzter Zeit verändert hat. Scheuen Sie sich nicht, auch Einschränkungen in Ihrer Lebensqualität und Leistungsfähigkeit

Die regelmäßige Bestimmung des Tumormarkers kann zu starker Verunsicherung führen.

anzusprechen. Auch das seelische Befinden, sexuelle Probleme, Verdauungsstörungen, Schwierigkeiten beim Wasserlassen, Inkontinenz oder Gewichtsschwankungen sollten thematisiert werden. Nicht jedes Zwicken und Zwacken muss etwas bedeuten. Versuchen Sie, eine Balance zwischen Selbstbeobachtung und Überfürsorglichkeit zu finden. Denn NACHSORGE ist: FÜRSORGE!



3.2 ANSCHLUSSEILBEHANDLUNG UND REHABILITATION

Im Gegensatz zur Anschlussheilbehandlung (AHB), die dem Krankenhausaufenthalt und der abgeschlossenen Chemotherapie unmittelbar folgt, ist die medizinische Rehabilitation (Reha) zeitlich unabhängig. Sie dient dem Erhalt der Gesundheit und soll die selbstständige Lebensführung stärken.

Bei der medizinischen Rehabilitation arbeiten Menschen verschiedener Berufsgruppen zusammen. Ziel aller Maßnahmen ist, dass die Gesundheit, Arbeitskraft und das soziale Leben der Patientinnen soweit möglich wiederhergestellt wird. Ein großes Maß an Eigenaktivität hilft, das Leben – auch mit einer Krankheit – möglichst frei gestalten zu können.

Besonders erfolgreich ist eine Reha dann, wenn Sie als Patientin sich als Teil des Behandlungsteams begreifen. Nur wer sich aktiv mit seiner Krankheit auseinandersetzt, wird aus der Reha nachhaltigen Nutzen ziehen und Wissen mit nach Hause nehmen, um auch den Alltag langfristig zu meistern.

Übergeordnete Ziele der Rehabilitation

Diese Ziele sollen bei einer Rehabilitation erreicht werden:

Lebensqualität verbessern

Chronische Leiden aufhalten

Funktionseinschränkungen abbauen

Kenntnisse über die Erkrankung vermitteln

Förderung der Eigenmotivation

Vermeidung einer Schmerzchronifizierung

Erarbeiten von Bewältigungsstrategien

Erhaltung der Berufs- und Erwerbsfähigkeit

Förderung von Krankheitsverständnis

3.3 UNTERSTÜTZUNG FÜR DIE SEELE

Vielleicht wurden Sie gerade erst mit der Diagnose konfrontiert oder sind nach abgeschlossener Behandlung in Ihren neuen Alltag zurückgekehrt und werden sich Ihrer Erkrankung erst jetzt bewusst?

Jede Frau verarbeitet die Erkrankung anders, es gibt kein Richtig oder Falsch. Ängste, Wut und Verzweiflung sind natürliche Reaktionen. Scheuen Sie sich nicht, für die Verarbeitung der Erkrankung und Ihren Ängsten auch psychologische Hilfe hinzuzuziehen.

Sie können sich niedrigschwellige Hilfe in Form einer psychoonkologischen Beratung holen, etwa bei der nächstgelegenen Krebsberatungsstelle oder in der Klinik, in der Sie operiert wurden. Die geschulten Psychoonkologen können Sie alltagsnah beraten, aber auch feststellen, dass eine weiterführende Unterstützung in Form einer Psychotherapie für Sie hilfreich wäre.

Auch stehen Ihnen – und auch Ihren Angehörigen – ausgebildete und spezialisierte Onkolotsen zur Seite. Sie haben ein offenes Ohr für Sie und helfen Ihnen dabei, Ihren persönlichen Lösungsweg zu finden. Erfahrene Onkolotsinnen und Onkolotsen in Ihrer Nähe finden Sie auf » www.onkolotse.de

3.4 SIE SIND NICHT ALLEIN!

Der Austausch mit anderen Betroffenen kann heilsam sein. Selbsthilfegruppen zu Eierstockkrebs gibt es in vielen Städten Deutschlands.

Wenden Sie sich an den Verein für Gynäkologische Krebserkrankungen Deutschland e.V. / Schwerpunkt Eierstockkrebs
(» www.eierstockkrebs-deutschland.de)

beziehungsweise an die HILFE-Hotline unter **0800/58 92563**.
In Ihrer Stadt gibt es keine Selbsthilfe Gruppe? Eierstockkrebs Deutschland bietet auch bundesweite Online-Treffen an. Oder Sie gründen Ihre eigene Gruppe – Eierstockkrebs Deutschland hilft Ihnen gerne dabei.

3.5 NEUER ALLTAG, NEUE HERAUSFORDERUNGEN

Nicht jede Frau kann nach Behandlungsende wieder in vollem Umfang an Ihren ursprünglichen Arbeitsplatz zurückkehren. Nehmen Sie Ihre Bedürfnisse ernst. Bei sozialrechtlichen Fragen zum Thema Teilrente, Rente oder Rehabilitationsleistungen helfen Ihnen Spezialisten bei den örtlichen Krebsberatungsstellen, die Sozialdienste von Krankenhäusern oder Reha-Einrichtungen sowie der Sozialverband VdK.



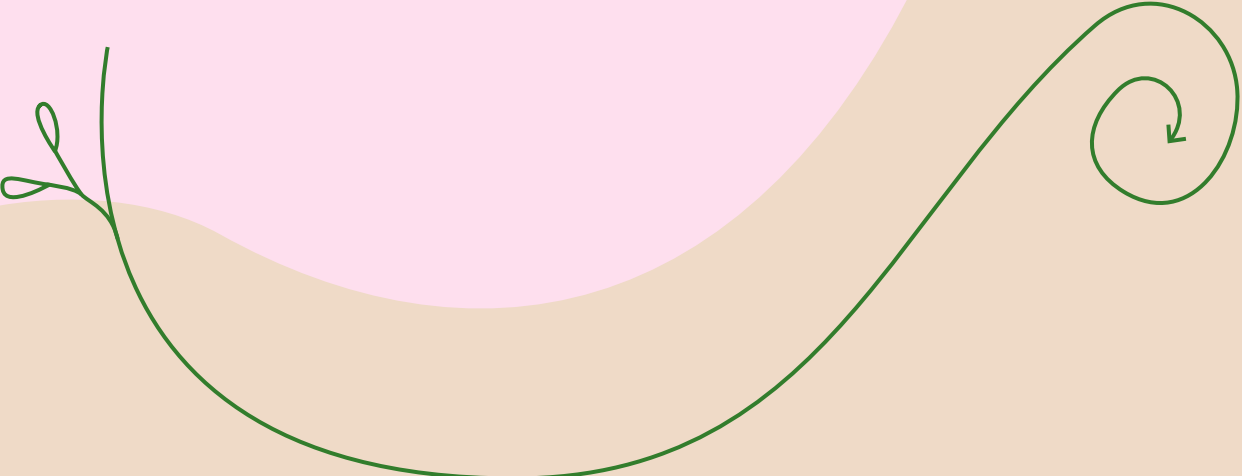
3.6 WAS KANN ICH SELBST TUN?

Auch wenn Ärzte und Therapeuten eine wichtige Rolle bei Ihrer Behandlung spielen – die wahre Expertin für Ihren Körper und Ihre Seele sind Sie selbst! Je mehr Verantwortung Sie für Ihr Wohlbefinden übernehmen, desto besser werden Sie mit Ihrer Behandlung zurechtkommen. Dabei kann helfen:

- eine Selbsthilfegruppe zu besuchen.
 - sich ausgewogen – am besten mediterran – zu ernähren. Vorsicht vor einseitigen Krebsdiäten!
 - Entspannungstechniken zu erlernen.
 - sich regelmäßig zu bewegen oder sportlich aktiv zu sein.
 - Helfer ins Boot zu holen und deren Hilfe anzunehmen.
 - Ausgleich mit Dingen, die Freude bereiten, zu finden.
-
- soziale Isolation zu vermeiden.
 - mit dem Partner über Sexualität zu sprechen.
 - Arzneimittelnebenwirkungen nicht stumm zu „ertragen“, sondern beim Arzt anzusprechen.
 - einen Umgang mit Ängsten zu finden und hierzu Hilfe zu suchen.
 - über neue Entwicklungen zur Erkrankung /Therapie informiert zu bleiben, soweit es Ihnen guttut.
 - Komplementärmedizin, Ernährungsberatung oder Physiotherapie in Anspruch zu nehmen.
 - die neue Lebenssituation anzunehmen.

Es gibt viele Möglichkeiten, Ihre Gesundheit und Ihre Lebensqualität mit Eierstockkrebs zurückzuerlangen und zu verbessern. Haben Sie den Mut, Ihren eigenen, persönlichen Weg zu finden und diesen auch zu vertreten.

**Sie sind
Gynäkolog:in
oder Hausärzt:in?**
Bitte ein mal
umdrehen



HILFREICHE ADRESSEN

Allgemeine Informationen

Verein Eierstockkrebs Deutschland e. V.
» www.eierstockkrebs-deutschland.de

Deutsche Stiftung Eierstockkrebs
» www.stiftung-eierstockkrebs.de

Mamma Mia! Die Krebsmagazine
» www.mammamia-online.de

Krebsinformationsdienst am Deutschen
Krebsforschungszentrum (DKFZ)
» www.krebsinformationsdienst.de

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
» [www.krebsgesellschaft.de/
onko-internetportal](http://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal)

Projekt Onkolotse
» www.onkolotse.de

Eierstockkrebs in der Familie

BRCA Netzwerk e. V. – Hilfe bei familiären
Krebserkrankungen
» www.brca-netzwerk.de

Deutsches Konsortium Familiärer
Brust- und Eierstockkrebs
» [www.konsortium-familiaerer-
brustkrebs.de](http://www.konsortium-familiaerer-brustkrebs.de)

Zertifizierte Gynäkologische Krebszentren

» www.eierstock-krebs.de/kliniken
» www.oncomap.de/centers

Klinische Studien

Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische
Onkologie
» www.ago-ovar.de

Studienportal Eierstockkrebs
» www.studienportal-eierstockkrebs.de

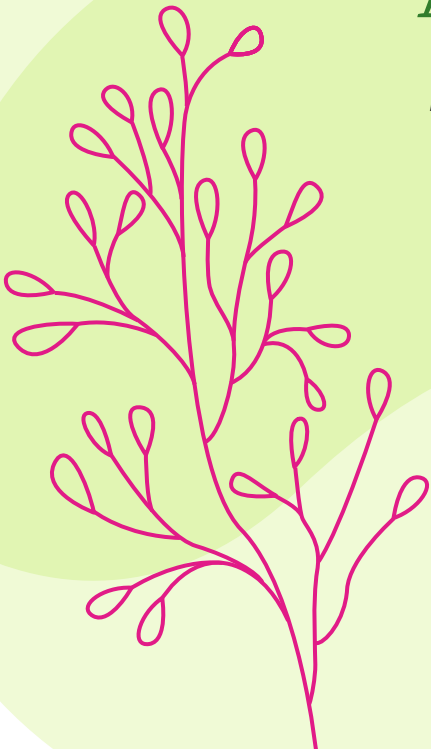
Sozialrechtliche Beratung

Sozialverband VDK Deutschland e. V.
» www.vdk.de



Eierstockkrebs: Auf Sie kommt es an

FÜR GYNÄKOLOG:INNEN UND HAUSÄRZT:INNEN



Impressum

Herausgeber

Eierstockkrebs Deutschland e. V.
Wrangelstraße 12, 24539 Neumünster
www.eierstockkrebs-deutschland.de

Redaktion

Mamma Mia! Die Krebsmagazine
atp Verlag GmbH
Maria-Hilf-Straße 15, 50677 Köln
www.mammamia-online.de

Layout

art tempi communications gmbh
Maria-Hilf-Straße 15, 50677 Köln
www.art-tempi.de

Druck

Strube Druck & Medien GmbH
Stimmerswiesen, 34587 Felsberg
www.wksgruppe.de

Copyright bei Eierstockkrebs Deutschland e. V

Diese Broschüre und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Richtlinien des Urheberrechtsgesetzes bedarf der Zustimmung des Herausgebers. Namentlich gekennzeichnete Beiträge verantworten die Autoren selbst. Sie stellen nicht in jedem Fall die Meinung der Redaktion dar.

Bildnachweise

iStock.com: S.9 YakobchukOlena | S.10 shironosov | S.14 marchmeena29 | S.16 Ridofranz | S.18 Halfpoint | S.21 Amornrat Phuchom | S.25 adamkaz | S.28 NoSystem images | S.8 pixdeluxe | S.17 Morsa Images | S.19 Kwangmoozaa | S.21 bymandesigns | **Shutterstock.com:** Titel molotoka | S.33 Rido

Vorwort

Liebe Gynäkolog:innen und Hausärzt:innen,

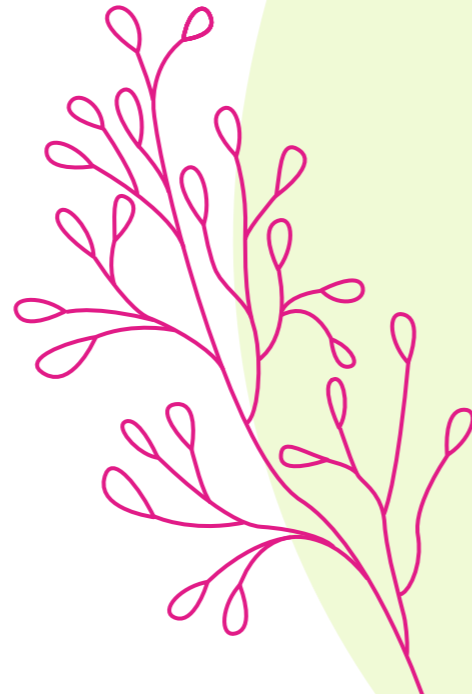
Das Ovarialkarzinom (Eierstockkrebs) ist eine sehr komplexe Krebserkrankung. Denn die Symptome – etwa die Zunahme des Bauchumfangs, Bauch- oder Rückenschmerzen – sind oft so unspezifisch, dass die betroffenen Frauen nicht selten eine medizinische Odyssee hinter sich haben, bevor die Diagnose Eierstockkrebs gestellt werden kann.

Mit diesem Booklet wollen wir auf die oftmals zu spät erkannte Erkrankung Eierstockkrebs aufmerksam machen und Frauen darin bestärken, ihre vermeintlich leichten Beschwerden und körperlichen Veränderungen ernst zu nehmen und anzusprechen. Zudem möchten wir Gynäkologen und Hausärzte dringend dafür sensibilisieren, bei eben diesen Symptomen auch an Eierstockkrebs zu denken. Denn mit einer rechtzeitigen und fachgerechten Behandlung sowie der Weiterleitung an ein zertifiziertes gynäkologisches Krebszentrum oder Kompetenzzentrum, lässt sich die Prognose der betroffenen Frauen maßgeblich verbessern und ihr Leben retten.

Denn Überleben darf kein Glücksfall sein!

**Ihr Team vom
Eierstockkrebs Deutschland e. V.**

www.eierstockkrebs-deutschland.de





Inhalt

KAPITEL 1
Diagnose 06

KAPITEL 2
Therapie 14

KAPITEL 3
Nachsorge 22

Diagnose

KAPITEL 1

DIAGNOSE

1.1 DIE BEDEUTUNG DER FRÜHEN DIAGNOSE

Im Jahr 2017 erkrankten 7.292 Frauen an einem Ovarialkarzinom. Mit 3,1 Prozent aller bösartigen Neubildungen bei Frauen und 5,2 Prozent aller Krebssterbefälle ist der Eierstockkrebs damit nach dem Brustkrebs die häufigste tödliche gynäkologische Krebserkrankung.

Trotz der heutigen operativen Möglichkeiten und Weiterentwicklungen in der medikamentösen Behandlung ist die Prognose im Verhältnis zu anderen Krebserkrankungen der Geschlechtsorgane ungünstig. Das relative 5-Jahres-Überleben liegt bei circa 43 Prozent über alle Stadien.

Da die Mortalität deutlich zunimmt je höher das Krankheitsstadium bei Diagnosestellung ist, kommt einer frühen Diag-

nosestellung eine besondere Bedeutung zu. Wird die Erkrankung in früheren Stadien erkannt, verbessert sich die Prognose für das 5-Jahres-Überleben erheblich. Sie liegt bei 89 Prozent im Stadium I und bei 77 Prozent im Stadium II.

Aufgrund der niedrigen Inzidenz ist ein generelles Screening für das Ovarialkarzinom problematisch. Ergebnisse aus bisherigen Studien konnten keinen Effekt eines generellen Screenings mittels transvaginalen Ultraschall oder Tumormarkerbestimmungen (CA 125) auf die Überlebensraten nachweisen. Hinzu kommt das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko bei operativen Eingriffen falschpositiver Patientinnen.

Fakten

- Die Erkrankungsraten steigen bis zum 85. Lebensjahr an.
- Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 69 Jahren.
- 5–10 % aller bösartigen Erkrankungen des Eierstocks treten bereits vor dem 45. Lebensjahr auf.
- Ca. 75 % der Fälle werden in einem fortgeschrittenen Stadium III/IV diagnostiziert.

Die Verantwortung für die Diagnosestellung liegt bei dem Arzt, den die Patientin mit unspezifischen Symptomen aufsucht.

1.2 ANAMNESE UND KLINISCHE SYMPTOMATIK

Der größte bekannte Risikofaktor ist die Familienanamnese. Es ist zwischen Frauen mit familiärem Eierstockkrebs (Angehörige von an Ovarialkarzinom erkrankten Frauen mit Nachweis einer krankheitsrelevanten pathogenen Keimbahnmutation) und der Gruppe der Frauen mit positiver Familienanamnese für Eierstockkrebs zu unterscheiden.

Hauptproblematik der Diagnostik bleibt eine unglückselige Allianz. Bisher hat sich kein Screeningverfahren bewährt oder etabliert, es gibt keine charakteristischen Symptome, der Tumor hat ausreichend Platz, um relativ lange unentdeckt zu wachsen.

Außerdem ist Eierstockkrebs keine häufige Erkrankung und steht somit nicht im primären Fokus der Differentialdiagnostik. Da der Erkrankungsgipfel jenseits der reproduktiven Phase liegt und die unspezifischen Symptome auch von der Patientin nicht unmittelbar mit einer gynäkologischen Ursache in Verbindung gebracht werden, führt der erste Arztbesuch meist auch nicht zum Gynäkologen.

zifischen Symptome auch von der Patientin nicht unmittelbar mit einer gynäkologischen Ursache in Verbindung gebracht werden, führt der erste Arztbesuch meist auch nicht zum Gynäkologen.



Bei diesen Symptomen sollten weitergehende Untersuchungen eingeleitet werden

bei allen Frauen und bei Patientinnen mit familiärer Belastung:

Bauchschmerzen	Völlegefühl, Blähungen, Verstopfung, Durchfälle	Inappetenz, Übelkeit
Zysten	Zunahme der Miktionsfrequenz oder Inkontinenz	Druckbeschwerden im kleinen Becken
Dyspareunie	Gewichtsabnahme bei gleichzeitiger Zunahme des Bauchumfangs	Kreuzschmerzen
vaginale Blutungen, Schmerzen beim Sex	venöse Thrombosen	reduzierte Belastbarkeit, Kurzatmigkeit

Generell zeichnen sich Patientinnen mit fortgeschrittenem Ovarialkarzinom durch eine lange symptomfreie Zeit aus. Die Mehrheit der Patientinnen weist aber unspezifische Symptome auf. Akute Beschwerden im Sinne eines akuten oder subakuten Abdomens finden sich zumeist erst bei fortgeschrittenen Tumoren durch Stieldrehung, Ruptur oder Ileus. Selten erfolgt die Diagnosestellung über eine Hypercalcämie und Kleinhirndegeneration im Rahmen eines paraneoplastischen Syndroms.

1.3 DIE DIAGNOSTIK

Die Diagnostik umfasst eine sorgfältige klinische Anamnese, die Beachtung auch unspezifischer Symptome und die klinische Untersuchung auf der Basis der Spiegel- und bimanuellen Tastuntersuchung des kleinen Beckens.

Diese klinische Untersuchung wird gegebenenfalls ergänzt durch bildgebende Verfahren, insbesondere den transvaginalen und transabdominalen Ultraschall und eine radiologische Diagnostik mittels CT oder MRT. Die Positronenemissionstomographie (PET) kann bei speziellen Fragestellungen sowohl zur Ausdehnung als auch zur differenzialdiagnostischen Abklärung eingesetzt werden. Im direkten Vergleich zeigte sich hierbei für die PET/CT eine höhere Genauigkeit bei der Detektion einer Peritonealkarzinose und der Detektion von Lymphknotenmetastasen.

Eine endgültige Dignitätsbeurteilung ist mit keinem der bildgebenden Verfahren möglich, sie dienen eher der Ausbreitungsdiagnostik. Vor allem bei jungen Frauen, bei denen 95 Prozent der Ovarialtumoren gutartig sind, ist eine kurzfristige Kontrolle angezeigt.

Im höheren Lebensalter ist ein Adnexbefund bis zum Beweis des Gegenteils verdächtig und abklärungsbedürftig.

Problematisch ist sowohl die Unterdiagnostik als auch die Überdiagnostik, um psychische Belastungen für die Patientin, unnötige strahlenintensive Untersuchungen und Kosten zu vermeiden.

Vor unnötiger Diagnostik und voreiligen Operationen sollten die eigenen diagnostischen Grenzen erkannt und akzeptiert werden und eine zweite Meinung in einem gynäkologischen Kompetenzzentrum eingeholt werden.

1.4 DIE ÜBERMITTLUNG DER DIAGNOSE

Die Patientin ist zumeist auf die Diagnose nicht eingestellt, da sie vermeintlich nur zur Abklärung gastrointestinaler Beschwerden vorstellig wurde oder ein cystischer Adnexbefund als Zufallsbefund erhoben wurde.

Zudem handelt sich häufig um eine schwere Erkrankung mit weitreichenden Konsequenzen für die nahe Zukunft: Der Patientin steht ein großer operativer Eingriff, womöglich mit Anlage eines anus praeter, bevor, sowie zumeist eine nachfolgende Che-

motherapie. Ist die Patientin prämenopausal, wird sie in Folge der Adnexektomie umgehend in eine postmenopausale Situation versetzt. Operation und nachfolgende Therapien haben weitreichende Konsequenzen für den partnerschaftlichen, familiären und beruflichen Alltag. Ein bestehender Kinderwunsch kann womöglich nicht mehr erfüllt werden. Deshalb gehört ein solches Diagnosegespräch an das Ende einer Sprechstunde, idealerweise in Anwesenheit einer Vertrauensperson und sollte mit Empathie geführt werden. Es muss ausreichend Zeit bestehen, um Fragen zu beantworten, medizinische Fachbegriffe sollten vermieden oder erläutert werden, schwierige Themen sollten aktiv einfühlsam angesprochen werden.

Die Patientin sollte animiert werden Fragelisten zu führen, auf das Recht einer Zweitmeinung hingewiesen werden und es muss das Angebot bestehen, sich erneut zeitnah vorstellen zu können.

Hinter jeder Diagnose steht ein Menschenleben und damit ein ganz persönliches Schicksal.

Es muss klar sein, dass es der Patientin heute ohne Weiteres gelingt, sich über diverse Medien zu Prognose und Verlauf der Erkrankung zu informieren. Dennoch – oder vielleicht auch gerade deshalb – ist es der Patientin aufgrund der Komplexität der Datenlage nicht ohne Weiteres möglich, diese Informationen in einen für sie verständlichen Kontext zu bringen. Gerade hier ist die vertrauensvolle Beziehung zwischen Patientin und Arzt nicht hoch genug einzuschätzen, wenn es darum geht, individuelle Befunde einzuordnen und Ängste abzubauen.

Wenn die Diagnose nicht durch ein akutes Abdomen gestellt wird, bleibt im Regelfall ausreichend Zeit für eine vernünftige Beratung und Therapieplanung. Da die Prognose mehr als bei anderen Krebsentitäten von der operativen Expertise des Operateurs abhängt, sollte die Patientin dahingehend informiert und in der Wahl eines geeigneten zertifizierten, gynäko-onkologischen Kompetenzzentrums unterstützt werden. Dies muss nicht zwangsläufig wohnortnah sein und auch dahingehend sollte die Patientin motiviert werden, gewisse Unbequemlichkeiten auf sich zu nehmen. Hilfreich bei der Suche eines geeigneten Zentrums ist » www.onkomap.de/centers

Bei der Wahl des weiterversorgenden Krankenhauses liegt die Verantwortung bei dem Arzt, der die Verdachtsdiagnose geäußert hat. Da die Diagnosesicherung oft erst intraoperativ erfolgen kann, werden die Diagnoseübermittlung und die weiterführende Versorgung der Patientin im Krankenhaus erfolgen. Gerade dahingehend ist es wichtig, ein Krankenhaus zu wählen, welches eine interdisziplinäre Zusammenarbeit vorhält, in dem ein multimodales

Therapiekonzept existiert und etablierte Behandlungspfade für die Behandlung des Eierstockkrebses bestehen (Psychotherapeuten, Stomatherapeuten, Lymphtherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter).

Sofern nicht bereits bekannt, sollte das persönliche Umfeld und die persönliche Situation erfasst werden, die Verarbeitung der Erkrankung und der Therapie sollte aktiv angesprochen werden, weiterführende Kontakte sollten vermittelt werden, Informationsmaterial und Flyer sollten weitergegeben werden. Hilfreich sind auch Hinweise auf Patientenvertreter:innen, Selbsthilfegruppen, Hilfsadressen sowie den Verein Eierstockkrebs Deutschland e. V.

Die Autorin

Dr. Stefanie Noeding

Gynäkologie und
medikamentöse Tumortherapie
Siloah Krankenhaus,
Hannover



Therapie

KAPITEL 2

THERAPIE

2.1 DIE QUALITÄT DER OP IST ÜBRLEBENSWICHTIG

Den entscheidenden Therapie-schritt beim Ovarialkarzinom stellt die Operation dar. Hier entscheidet sich die weitere Prognose der Patientin. Deshalb ist es von großer Bedeutung, eine Klinik mit ausreichender Kompetenz und Erfahrung für diese anspruchsvolle Operation auszuwählen.

Während die Laparoskopie in weiten Bereichen der operativen Gynäkologie die offene Operation nahezu verdrängt hat, ist ihr Stellenwert bei der Therapie des Ovarialkarzinoms allenfalls Einzelfällen zur Diagnostik vorbehalten. Die Operation umfasst daher in vermeintlichen Frühstadien eine Längsschnittlaparotomie mit Hysterektomie, beidseitiger Adnektomie, wenn kein Kinderwunsch mehr besteht, einer infragastrischen Omentektomie und einem peritonealen Staging mit Entnahme multipler peritonealer PEs aus Ober-, Mittel- und Unterbauch.

Des Weiteren erfolgt außer bei low grade mucinösen oder endometrioiden Karzinomen im Stadium FIGO I eine systematische pelvine und paraaortale Lymphonodektomie.

2.2 DIE OP IN DER FORTGESCHRITTENEN SITUATION

Ziel der Operation des fortgeschrittenen Ovarialkarzinoms ist die postoperative makroskopische Tumorfreiheit. Hierfür erfolgt eine Längsschnittlaparotomie mit Hysterektomie, Adnexektomie, infragastrischer Omentektomie, Peritonektomie. Je nach Ausmaß der Metastasierung sind häufig weitere Maßnahmen, wie Darmteilresektionen, Splenektomie und Leberteilresektion erforderlich. Der Stellenwert der systematischen pelvinen und paraaortalen

Lymphonodektomie hingegen war lange Zeit unklar. Bei makroskopisch und bildmorphologisch befallenen Lymphknoten sollte eine komplette Entfernung der auffälligen Lymphknoten erfolgen. Der Stellenwert der systematischen pelvinen und paraaortalen Lymphonodektomie wurde in der prospektiven randomisierte LION-Studie untersucht. Hierbei wurden 650 Patientinnen mit fortgeschrittenem Eierstockkrebs, die makroskopisch tumorfrei operiert werden konnten, 1:1 in die Studienarme mit oder ohne Lymphonodektomie randomisiert. Obwohl subklinische retroperitoneale Lymphknotenmetastasen in 56 Prozent der Patientinnen gefunden und entfernt wurden, ergaben sich weder beim progressionsfreien noch beim Gesamtüberleben Unterschiede zwischen den Studienarmen. Das postoperative Outcome der Patientinnen wurde hingegen durch einen signifikanten Anstieg an antibiotikapflichtigen Infektionen, Lymphcystenbildung, Relaparotomien, Wiederaufnahmeraten der Patientinnen und sogar 60 Tage Mortalität, verschlechtert. Die Schlussfolgerungen aus dieser Studie sind daher, dass in diesen Fällen eine Lymphonodektomie unterbleiben sollte.

Wichtig ist jedoch, dass sich diese Empfehlung nur auf fortgeschrittene Ovarialkarzinome bezieht. Beim vermeintlich frühen Ovarialkarzinom ist nach wie vor die systematische Lymphonodektomie der Standard, da sich beim vermeintlich frühen Tumorstadium in vielen Fällen okkulte Lymphknotenmetastasen finden und damit ein Upstaging erfolgt. Die systematische Untersuchung der Lymphknoten ist daher obligat, um eine mögliche Untertherapie der Patientin, die dann nur eine Carboplatin Mono-Therapie erhalten würde, zu vermeiden.

Ein Blick auf ... Prophylaktische Operationen

Ovarialkarzinome können auf zwei Wegen entstehen: Bei Typ I Tumoren entwickeln sich über die Zwischenstufe von Borderlinetumoren sogenannte low-grade Karzinome. Typ II Karzinome hingegen entstehen über seröse tubare intraepitheliale Karzinome meist im Bereich des Fimbrientrichters. Hieraus entstehen high grade Karzinome. Aus diesem Wissen eröffnen sich Möglichkeiten einer echten Karzinomprophylaxe. Man hofft, durch eine vorbeugende Salpingektomie die Inzidenz des Ovarialkarzinoms zu senken. Während für Patientinnen mit bekannter BRCA-Mutation der Effekt einer prophylaktischen Adnexektomie unbestritten ist, können auf Basis der gegenwärtigen wissenschaftlichen Daten die Wirksamkeit und die eventuellen Folgen wie zum Beispiel vorzeitige Ovarialinsuffizienz bei prophylaktischen Salpingektomien im Rahmen einer Hysterektomie noch nicht abgeschätzt werden. Die AGO empfiehlt daher, die Patientinnen über die Möglichkeit mit ihren möglichen Vorteilen und Risiken aufzuklären.

2.3 OPERATION BEIM REZIDIV

In der Rezidivsituation erfolgte bis vor einiger zumeist eine erneute, dann palliative Chemotherapie. Der Stellenwert der Rezidiv-OP zur sekundären Zytoreduktion wurde durch eine von der AGO initiierte prospektiv randomisierte Studie (DESCTOP III) untersucht.

Aus den vorausgegangenen Studien DESC TOP I und II wurde der sogenannte AGO-Score entwickelt. Dieser ist positiv, wenn die Patientinnen im Rezidiv im guten Allgemeinzustand (ECOG Status 0) sind, wenig Aszites haben (<500 ml) und bei der Primär-OP tumorfrei operiert werden konnten. In diesen Fällen besteht eine hohe Chance, auch im Falle einer Rezidiv-

operation wieder eine makroskopische Tumorfreiheit zu erreichen.

Im Rahmen der DESC TOP III-Studie wurden nun 408 Patientinnen in die Studienarme sofortige Chemotherapie versus vorherige erneute zytoreduktive Operation randomisiert. Eine makroskopische Tumorfreiheit konnte in 72,5 Prozent der Fälle erreicht werden. Durch die erneute Operation konnte das mediane PFS um 5,6 Monate auf 19,6 Monate verlängert werden. Interessanterweise zeigte sich auch in dieser Studie, dass die Patientinnen nur dann von einer Operation profitierten, wenn erneut eine makroskopische Tumorfreiheit erreicht werden konnte. In diesen Fällen wurde das PFS sogar um 7,2 Monate verlängert. Entscheidend für den Erfolg einer Rezidiv-OP sind daher die richtige Patientinnenauswahl und ein für diese anspruchsvolle Operation entsprechend qualifiziertes Zentrum.

Entscheidend für den Erfolg einer Rezidiv-OP ist unter anderem ein für diese anspruchsvolle Operation entsprechend zertifiziertes gynäkologisches Krebszentrum. Eine Beratung zu OP erhalten Sie auch beim Verein Eierstockkrebs Deutschland.

2.4 DIE MEDIKAMENTÖSE THERAPIE

Positive Weiterentwicklungen vollziehen sich derzeit in der Systemtherapie. Die Chemotherapie mit Carboplatin und Paclitaxel ist längst nicht mehr die einzige Möglichkeit.

Durch die Einführung des Angiogeneseantikörpers Bevacizumab im Jahre 2011 kann das PFS – die Zeit ohne ein Fortschreiten der Erkrankung – um gut vier Monate verlängert werden, nicht aber das Gesamtüberleben. Im platinsensiblen

Rezidiv haben sich Kombinationstherapien etabliert.

Nun ist durch die Einführung der PARP-Inhibitoren das Therapiespektrum deutlich erweitert worden und Ärzte können vielen Patientinnen eine Erhaltungstherapie anbieten. PARP-Inhibitoren verhindern die DNA-Reparatur durch das Enzym PARP. Das führt dazu, dass DNA-Schäden im Rahmen der Zellreplikation nicht repariert werden können und es zur Apoptose der Tumorzellen kommt. Da bei Tumorzellen mit BRCA-Mutation zusätzlich der Reparaturmechanismus durch homologe Rekombination gestört ist, zeichnet sich diese Therapie bei Mutationsträgerinnen durch eine besonders hohe Wirksamkeit aus. In der Primärtherapie des fortgeschrittenen Ovarialkarzinoms ist heutzutage eine Erhaltungstherapie mit Bevacizumab und/oder PARP-Inhibitoren als neuer Standard anzusehen. Auch in der Rezidivsituation können Ärzte nun vielen Patientinnen eine Erhaltungstherapie anbieten.

Sowohl bei der Ersterkrankung als auch beim Rezidiv sind heute Erhaltungstherapien möglich.

2.5 DIE ROLLE VON TUMORMARKERN

In der Nachsorge des Ovarialkarzinoms wird die Tumormarkerkontrolle derzeit nicht empfohlen. Beim ausdrücklichen Wunsch der Frauen, sollte aber darauf in Gesprächen eingegangen werden.

Nach bisherigen Studien kann zwar durch die regelmäßige Bestimmung des Tumormarkers ein Rezidiv frühzeitig entdeckt werden. Dies führt jedoch nicht zu einer Verlängerung des Gesamtüberlebens der Patientinnen. Vielmehr verschlechtert sich durch den frühen Therapiebeginn die Lebensqualität sogar. Ob durch die neuen Daten zum Benefit der Rezidivoperation eine frühzeitigere Rezidivdiagnostik durch Tumormarkerbestimmung im Einzelfall hilfreich sein kann, ist weiterhin nicht geklärt. Bei Symptomen oder Rezidivverdacht kann die Bestimmung des CA 125 sinnvoll sein. Zum Monitoring eines Therapieerfolgs hat die Markerbestimmung hingegen eine große Bedeutung. Im Gespräch sollte den Patientinnen die unterschiedliche Bedeutung und der Nutzen des Tumormarkers genau erklärt werden.

Der Autor

Dr. André Hohn

Chefarzt der Frauenklinik
Städtisches Krankenhaus
Kiel



Nachsorge

KAPITEL 3

NACHSORGE

3.1 LEBENSQUALITÄT MACHT DAS LEBEN LEBENSWERT

Viele Patientinnen können mit einem Ovarialkarzinom immer länger und vor allem immer besser leben. Auch ein Überleben dieser schweren Krebserkrankung ist möglich.

Eine möglichst rasche Diagnose, eine spezialisierte operative Therapie an einem geeigneten Zentrum und eine leitliniengerechte, interdisziplinär begleitete Systemtherapie ermöglichen eine spürbare Verbesserung der Prognose. Aber Leben allein ist nicht

alles: Erst eine gute Lebensqualität macht das Leben lebenswert!

Deshalb sollte eine umfassende und zugewandte Nachsorge die individuelle Lebensqualität der uns anvertrauten Patientin in den Fokus nehmen. Nach Abschluss der Primärtherapie mit OP und Chemotherapie folgt häufig eine stationäre Rehabilitation. Nun beginnt für die Patientin die Zeit der Nachsorge – und der Fürsorge!

Dabei gilt es zu bedenken, dass bei moderner leitliniengerechter Therapie des fortgeschrittenen Ovarialkarzinoms weiterhin eine Erhaltungstherapie verabreicht wird. Die betroffene Frau hat bereits eine eingreifende Operation und eine nicht selten nebenwirkungsreiche Chemotherapie hinter sich. Sie ist und war also circa sechs Monate ständig in umfassender medizinischer Betreuung. Dies bedeutet eine nicht unerhebliche physische und psychische Herausforderung für die Patientin und ihre Zugehörigen. Jedoch kann sich die Betroffene gerade deswegen auch engmaschig und durchgehend begleitet fühlen. Unter der laufenden Erhaltungstherapie werden die Kontakte mit ÄrztInnen und medizinischem Fachpersonal eher seltener. Diese Reduktion der ärztlichen Termine kann einerseits zur Entlastung, andererseits aber auch zu einem Gefühl der Unsicherheit führen.

Weniger Arzttermine sind auf der einen Seite Entlastung, auf der anderen Seite aber auch mit mehr Unsicherheit verbunden.

3.2 DAS VERTRAUEN WIEDER HERSTELLEN

Es stellen sich nun wieder viele neue Fragen, die dringend einer kompetenten Antwort bedürfen: Inwieweit darf/kann ich mich körperlich belasten? Was muss ich dabei beachten? Was darf ich essen/trinken? Wie kann ich Therapienebenwirkungen lindern? Wie verändert sich meine/ unsere Sexualität? Wie verändert die Krankheit mein Berufsleben?

Die Krebserkrankung führt häufig zu einem (vorübergehenden) Vertrauensverlust gegenüber dem eigenen Körper. Es sollte vordringliches Ziel einer wertschätzenden Nachsorge sein, die Patientin wieder zu einem guten Körpergefühl zu befähigen. Mit wachsendem Zutrauen und zunehmender Heilung an Körper und Seele beantworten sich dann viele Fragen von selbst.

Dieser umfassende Genesungsprozess wird begleitet durch regelmäßige Nach-

sorgetermine beim Frauenarzt in zunächst dreimonatigen Abständen. Nach zwei bis drei Jahren können die Kontrollintervalle auf sechs Monate verlängert werden. Abhängig von Ausgangsstadium der Erkrankung, den Therapienebenwirkungen, den Begleiterkrankungen, dem Heilungsverlauf und dem individuellen Sicherheitsbedürfnis der Frau können und dürfen die Termine auch hin und wieder abweichen. Eine engmaschige und durchgängige telefonische Erreichbarkeit des Nachsorge-Arztes ist daher vor allem in der frühen Erkrankungsphase für die Patientin sehr hilfreich.

3.3 EIN ENGMASCHIGES NETZWERK

Es ist von großer Bedeutung, dass das Wissen von Arzt und Patientin über Art, Stadium, Behandlung und Prognose der Erkrankung in der Nachsorge immer wieder abgeglichen wird.

Die Fragen „Was wissen Sie über Ihre Krankheit? Was vermuten Sie? Was befürchten Sie? Was ist Ihr Therapieziel?“ sollten immer wieder neu angesprochen und geklärt werden, um unnötige Missverständnisse zu vermeiden. Auch die aktuelle körperliche,

seelische und soziale Situation der Betroffenen und ihrer Zugehörigen sollte im Zentrum des Gesprächs stehen. Eine gynäkologische Untersuchung mit klinischer Tastuntersuchung, Vaginal- und Oberbauch-Ultraschall und gegebenenfalls Laborkontrollen sollte regelmäßig durchgeführt werden. Häufig klagen Patientinnen über Narbenschmerzen, Scheidentrockenheit, Dyspareunie, Libidomangel und Störung des Körperbildes. Eine interdisziplinäre Begleitung mit internistischer, neurologischer, urologischer, psychologischer, orthopädischer und onkologischer Vernetzung ist deswegen wichtiger Bestandteil der Nachsorge.

Der Hausarzt sollte eng in die Begleitung miteinbezogen sein. Bei Taxan-induzierter Neuropathie, Blasenentleerungsstörungen, Harninkontinenz, zur Osteoporose-Prophylaxe, Ernährungsberatung, psychischer Belastung und bei der Weiterführung der Erhaltungstherapien ist ein tragfähiges Ärztenetzwerk von extrem großer Bedeutung.

Auch die soziale Situation darf in der Nachsorge nicht in Vergessenheit geraten: Berufliche Rehabilitation, finanzielle Aspekte, die Rolle der Angehörigen, Unterstützung in Familie und Freundeskreis, spirituelle Bedürfnisse und der Umgang mit Angst und Trauer

sollten deswegen auch thematisiert werden. In diesem Zusammenhang ist auch der Verweis auf Informationsmaterial über die Krankheit und der Kontakt zu Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen sehr wichtig.

Ein besonderes Augenmerk sollte zudem auf die möglichst frühe Erkennung eines Rezidivs gelegt werden. Eine erneute leitliniengerechte Behandlung verhilft auch in der Rezidiv-Situation zu einer guten Gesamtprognose. Frühzeitig sollte deswegen – aber auch wegen des Nebenwirkungsmanagements und der damit verbundenen Steigerung der Lebensqualität – an die Einbeziehung palliativer Begleitung, einschließlich eines SAPV-Teams, gedacht werden und diese gegebenenfalls unmittelbar hinzugezogen werden.

Im Rahmen der Nachsorge ist die möglichst frühe Erkennung eines Rezidivs wichtig.

Die Autorin
Dr. Heidi Massinger-Biebl
Gyn-Team Bayerwald



**Sie sind
Patientin?**
Bitte einmal
umdrehen