

# Diagnostik und Therapie des Vulvakarzinoms und seine Vorstufen

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



## Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Vulvakarzinoms und seiner Vorstufen

AWMF Nr.: 015/059  
Gültig bis: 10/2020  
Evidenzlevel: S2k

Diagnostik und Therapie des Vulvakarzinoms und seine Vorstufen

© DGGG 2016

<http://www.dggg.de/leitlinien>

# Diagnostik und Therapie des Vulvakarzinoms und seine Vorstufen

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.

Federführender Autor/en:

Autor/in	AWMF-Fachgesellschaft
Prof. Dr. Monika Hampf Leitlinienkoordination	DGGG, DKG, AGO
Prof. Dr. Hans-Georg Schnürch Stellv. Leitlinienkoordination	DGGG, DKG, AGO



AWMF Nr.: 015/059  
Gültig bis: 10/2020  
Evidenzlevel: S2k

Diagnostik und Therapie des Vulvakarzinoms und seine Vorstufen

© DGGG 2016

<http://www.dggg.de/leitlinien>

# Diagnostik und Therapie des Vulvakarzinoms und seine Vorstufen

DGGG-Leitlinienprogramm



Weitere beteiligte Leitlinienautoren/innen:



Autor/in	DGGG-Arbeitsgemeinschaft (AG)/ AWMF-Fachgesellschaft
PD Dr. med. Sven Ackermann	DGGG, DKG, AGO
Dr. med. Celine D. Alt	DRG, AG Uroradiologie
Dr. med. Jana Barinoff	DGGG, DKG, AGO
Dr. med. Carsten Böing	DGGG, DKG, AGO
Prof. Dr. med. Christian Dannecker	DGGG, DKG, AGO
Dr. med. Friederike Giesecking	DGGG, DKG, AGO
Prof. Dr. med. Andreas Günthert	DGGG, DKG, AGO
Dr. med. Carolin C. Hack	DGGG, DKG, AGO
Dr. med. Peer Hantschmann	DGGG, DKG, AGO
Dr. med. Martin C. Koch	DGGG, DKG, AGO
Prof. Dr. med. Rainer Kürzl	DGGG, DKG, AGO
Prof. Dr. med. Peter Mallmann	DGGG, DKG, AGO
PD Dr. med. Grit Mehlhorn	DGGG, DKG, AGO
PD Dr. med. Uwe Torsten	DGGG, DKG, AGO
Prof. Dr. med. Wolfgang Weikel	DGGG, DKG, AGO
PD Dr. med Linn Wölber	DGGG, DKG, AGO
Prof. Dr. med. Lars Christian Horn	DGP, DKG, AGO
Prof. Dr. med. Simone Marnitz	DEGRO, DKG, AGO

AWMF Nr.: 015/059  
Gültig bis: 10/2020  
Evidenzlevel: S2k

© DGGG 2016

<http://www.dggg.de/leitlinien>

# Diagnostik und Therapie des Vulvakarzinoms und seine Vorstufen

DGGG-Leitlinienprogramm



Beteiligte Fachgesellschaften und Mandatsträger:

Mandatsträger/in	DGGG-Arbeitsgemeinschaft (AG)/Nicht-/AWMF-Fachgesellschaft/Organisation/Verein
Dr. B. Hornemann	AG Psychoonkologie in der DKG (PSO)
Prof. Dr. P. Mallmann	Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO)
Dr. C. Kerschgens	Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin e.V. (ASORS)
Dr. F. Giesecking	Arbeitsgemeinschaft Zervixpathologie und Kolposkopie e.V. (AG- CPC)
Dr. M. C. Koch	Arbeitsgruppe Integrative Medizin der AGO
Dr. W. Cremer	Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF)
Dr. M. Steiner	Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF)
Dr. H.-J. Hindenburg	Berufsverband Niedergelassener Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO)
Fr. M. Gebhardt	Bundesverband Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V. (FSH)
PD Dr. Tino Wetzig	Deutsche Gesellschaft für Dermatologie
Prof. Dr. W. Weikel	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG)
Prof. Dr. M. Reinhardt	Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin e.V. (DGN)
PD Dr. C. Domschke	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP)
Prof. Dr. L.-C. Horn	Deutsche Gesellschaft für Pathologie e.V. (DGP)
Prof. Dr. S. Marnitz	Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie e.V. (DEGRO)
Dr. C. Alt	Deutsche Röntgengesellschaft e.V. (DRG)
Fr. R. Tholen	Deutscher Verband für Physiotherapie
Prof. Dr. M. Fleisch	Kommission Uterus der AGO
Prof. Dr. Hampl	Kommission Vulva- und Vaginaltumoren der AGO
Prof. Dr. Schnürc	Kommission Vulva- und Vaginaltumoren der AGO
Frau K. Paradies	Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege e.V. (KOK)
Fr. E. Selka Fr. C. Böhlke	Vulvakarzinom–Selbsthilfegruppe e.V.



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



AWMF Nr.: 015/059  
Gültig bis: 10/2020  
Evidenzlevel: S2k

© DGGG 2016

<http://www.dggg.de/leitlinien>

# Diagnostik und Therapie des Vulvakarzinoms und seine Vorstufen

DGGG-Leitlinienprogramm



Weitere nicht beteiligte Fachgesellschaften:

Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)

Arbeitsgemeinschaft für Palliativmedizin (APM)



# Diagnostik und Therapie des Vulvakarzinoms und seine Vorstufen

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



## Kapitelübersicht:

Kapitel	Autor/Autorin
1. Epidemiologie und Risikofaktoren	M. Hampl, C. Böing
2. Prävention und Früherkennung	C. Dannecker, U. Torsten
3. Versorgungsstrukturen	H.-G. Schnürch
4. Pathologie	L. C. Horn
5. Diagnostik	H.-G. Schnürch, P. Hantschmann, C. D. Alt
6. Patientinnenaufklärung	P. Mallmann
7. Therapie der VIN und des M. Paget	S. Ackermann, J. Barinoff
8. Operative Therapie des invasiven Karzinoms	M. Hampl, R. Kürzl
9. Operative Therapie der Lymphabflusswege	H.-G. Schnürch, L. Wölber
10. Radiotherapie und -radiochemotherapie	S. Marnitz, P. Hantschmann
11. Systemische Therapie	J. Barinoff
12. Supportive Therapie	P. Mallmann
13. Psychoonkologie und Lebensqualität	P. Mallmann
14. Rehabilitation	P. Mallmann
15. Integrative Medizin	C. C. Hack, M. C. Koch, M. W. Beckmann
16. Nachsorge	G. Mehlhorn, F. Giesecking
17. Lokoregionäre Rezidive und Fernmetastasen	A. Günthert, P. Mallmann, S. Marnitz
18. Palliativmedizinische Begleitung	P. Mallmann
19. Qualitätsindikatoren	H.-G. Schnürch

AWMF Nr.: 015/059  
Gültig bis: 10/2010  
Evidenzlevel: S2k

© DGGG 2016

<http://www.dggg.de/leitlinien>

# Diagnostik und Therapie des Vulvakarzinoms und seine Vorstufen

DGGG-Leitlinienprogramm



## Graduierung von Empfehlungen:

Beschreibung der Verbindlichkeit	Ausdruck
Starke Empfehlung mit hoher Verbindlichkeit	Soll / Soll nicht
Einfache Empfehlung mit mittlerer Verbindlichkeit	Sollte / Sollte nicht
Offene Empfehlung mit geringer Verbindlichkeit	Kann / Kann nicht

ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



## Einteilung zur Zustimmung der Konsensusbildung:

Symbolik	Konsensusstärke	Prozentuale Übereinstimmung
+++	Starker Konsens	Zustimmung von > 95% der Teilnehmer
++	Konsens	Zustimmung von > 75-95% der Teilnehmer
+	Mehrheitliche Zustimmung	Zustimmung von > 50-75% der Teilnehmer
-	Kein Konsens	Zustimmung von < 50% der Teilnehmer



DGGG-Leitlinienprogramm

AGO  
ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



# 1. Epidemiologie und Risikofaktoren

*M. HAMPL, C. BÖING*



# 1.1 Vulväre intraepitheliale Neoplasie (VIN)

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



## Konsensbasiertes Statement 1.S1

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Inzidenz der VIN hat zugenommen. Das mittlere Erkrankungsalter hat deutlich abgenommen.

# 1.3 Invasives Karzinom

DGGG-Leitlinienprogramm



AGO  
ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



## Konsensbasiertes Statement 1.S2

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

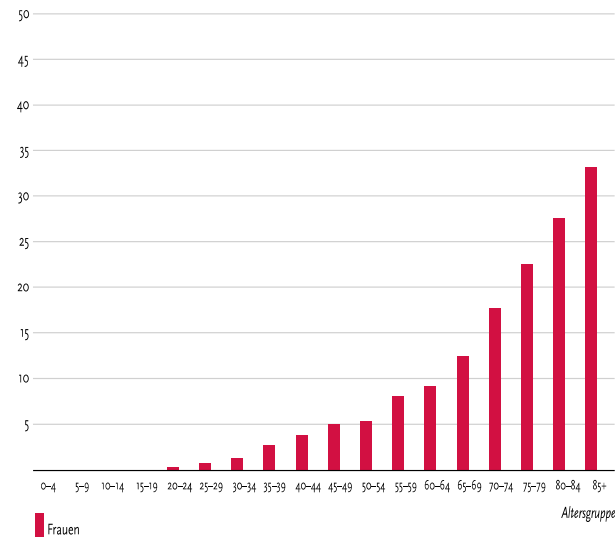
Die Inzidenz des invasiven Vulvakarzinoms hat erheblich zugenommen und liegt derzeit bei 5,8/100.000 Frauen/Jahr. Das mittlere Erkrankungsalter hat deutlich abgenommen.

## Übersicht über die wichtigsten Epidemiologischen Maßzahlen für Deutschland, ICD-10 C51, (Quelle RKI 2013)

	2009	2010	Prognose für 2014
	Frauen	Frauen	Frauen
Neuerkrankungen	2.950	3.190	4.000
rohe Erkrankungsrate <sup>1</sup>	7,1	7,7	9,8
standardisierte Erkrankungsrate <sup>1,2</sup>	4,3	4,6	5,8
mittleres Erkrankungsalter <sup>3</sup>	72	72	
Sterbefälle	768	749	
rohe Sterberate <sup>1</sup>	1,8	1,8	
standardisierte Sterberate <sup>1,2</sup>	0,9	0,8	
5-Jahres-Prävalenz	9.700	10.500	
absolute 5-Jahres-Überlebensrate (2009-2010) <sup>4</sup>	60 (52-65)		
relative 5-Jahres-Überlebensrate (2009-2010) <sup>4</sup>	71 (62-79)		

<sup>1</sup> je 100.000 Personen <sup>2</sup> altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung <sup>3</sup> Median <sup>4</sup> in Prozent (niedrigster und höchster Wert der einbezogenen Bundesländer)

Altersspezifische Erkrankungsrate, ICD-10 C51, Deutschland 2009 – 2010  
je 100.000



## Altersspezifische Erkrankungsrate beim Vulvakarzinom, Deutschland 2009-2010 je 100.000 (Quelle RKI 2013)



DGGG-Leitlinienprogramm



## 2. Prävention und Früherkennung

*C. DANNECKER, U. TORSTEN*

# 2.1 Primärprävention

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



## Konsensbasiertes Statement 2.S3

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Eine primäre Prävention der Untergruppe des HPV-assoziierten invasiven Vulvakarzinoms und seiner Vorstufe ist durch die Vermeidung einer genitalen Infektion mit HPV möglich.

## Konsensbasierte Empfehlung 2.E1

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Eine HPV-Impfung sollte\* auch unter dem Aspekt der Vermeidung von VIN-Läsionen bzw. Vulvakarzinomen empfohlen werden [2].

\*Anmerkung: Analog S3-Leitlinie HPV-Impfung: „sollte“

## 2.2 Sekundärprävention

DGGG-Leitlinienprogramm



AGO  
ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



### Konsensbasierte Empfehlung 2.E2

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Ein spezifisches Screening zur Detektion des Vulvakarzinoms und seiner Vorstufen existiert nicht. Die Untersuchung der gesamten Vulva soll obligater Bestandteil der gynäkologischen Krebsfrüherkennungsuntersuchung sein.

# 3. Versorgungsstrukturen

*H.-G. SCHNÜRCH*

*Diesem Kapitel liegen die Ausführungen zum selben Thema in der S3-Leitlinie Zervixkarzinom zugrunde.*

## 3.2 Behandlung in onkologischen Zentren

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



### Konsensbasierte Empfehlung 3.E3

Expertenkonsens	Konsensusstärke ++
Patientinnen mit einem Vulvakarzinom sollten von einem interdisziplinären und interprofessionellen Team behandelt werden. Dieses Team sollte im sektorenübergreifenden Netzwerk alle notwendigen Fachdisziplinen und Berufsgruppen beinhalten. Dies wird am ehesten in einem zertifizierten Zentrum realisierbar sein.	
<u>Minderheitenvotum:</u> Der letzte Satz wird von den drei folgenden Organisationen nicht unterstützt: VulvaKarzinom-Selbsthilfegruppe e.V., Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF), Deutsche Röntgengesellschaft e.V. (DRG)	



## 3.2.2 Zentrumsbegriff – Interdisziplinäre Tumorkonferenz

DGGG-Leitlinienprogramm



AGO  
ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



### Konsensbasierte Empfehlung 3.E4

Expertenkonsens

Konsensusstärke ++

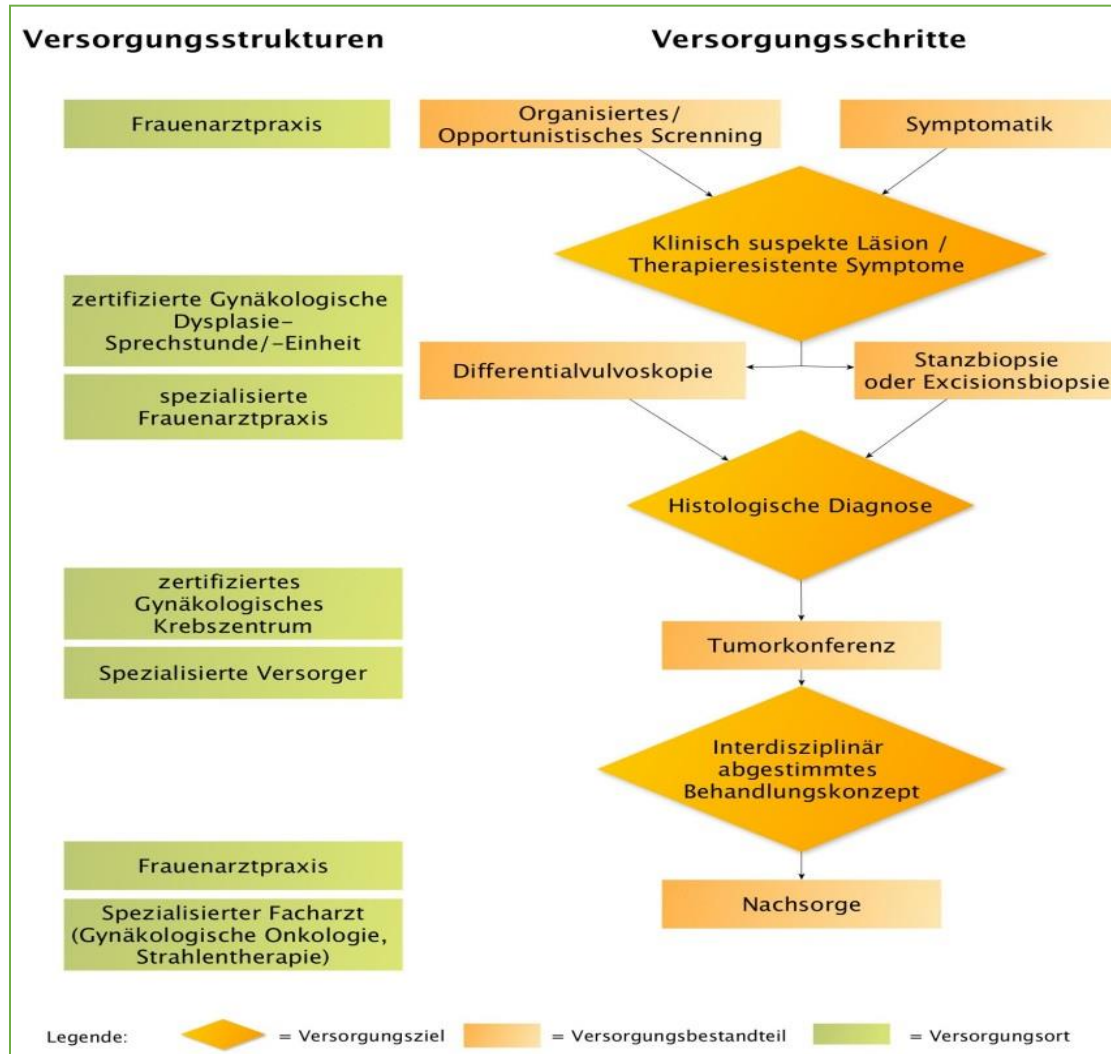
Alle Patientinnen mit Vulvakarzinom sollen in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt werden.

# Konsentierter Versorgungsalgorithmus der Leitliniengruppe

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.





DGGG-Leitlinienprogramm

AGO  
ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



# 4. Pathologie

*L. C. HORN*

# 4.1 Klassifikation der Präkanzerosen

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



## Konsensbasierte Empfehlung 4.E5

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Der Terminologie und der morphologischen Diagnostik vulvärer Präkanzerosen (vulväre intraepitheliale Neoplasien, VIN) soll die jeweils gültige Auflage der WHO-Klassifikation zugrunde gelegt werden.

# Nomenklatur der HPV-assoziierten und nicht-HPV-assoziierten Präkanzerosen der Vulva

DGGG-Leitlinienprogramm



Deskription Quelle	Kondylo- matöse Läsion	Leichte Dysplasie	Mäßig- gradige Dysplasie	Schwere Dysplasie, Carcinoma in situ	HPV-negative Läsion mit atypischen Keratinocyten in der Basalzellschicht
WHO 2003	VIN 1		VIN 2	VIN 3	
ISSVD* 2005	HPV-assoziierte Veränderungen		Klassische VIN, usual type, u-VIN		Differenzierte VIN, d-VIN
WHO 2014	Low-grade squamous intraepithelial lesion LSIL**		High-grade squamous intraepithelial lesion HSIL**		Differentiated type vulvar intraepithelial neoplasia (d-VIN)
ISSVD* 2015 #	Low grade squamous intraepithelial lesion (Flat condyloma or HPV effect)		High grade squamous intraepithelial lesion (VIN usual type)		Intraepithelial neoplasia, differentiated type

\*ISSVD = International Society for the Study of Vulvo-Vaginal Disease [49, 50]

\*\*Der Begriff der VIN ist als Synonym in der WHO-Klassifikation aufgeführt.

# Aussendung der ISSVD an Mitglieder in 2015 von J. Bernstein (Chairman of the 2013-2015 ISSVD Terminology Committee)

<http://issvd.org/wp-content/uploads/2015/09/2015-ISSVD-VIN-terminology-for-the-website-v5.pdf>

# Morbus Paget der Vulva

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



Der vulväre M. Paget nimmt unter den Präkanzerosen eine Sonderstellung ein und wird in der WHO-Klassifikation definiert als eine intraepitheliale Neoplasie (obligate Präkanzerose) ausgehend von pluripotenten Stammzellen der interfollikulären Epidermis bzw. der der follikulo-apokrinen Einheiten der Schweißdrüsen der Vulva.

In der Majorität handelt es sich um eine primäre Erkrankung der Vulva. In bis zu 20% stellt der M. Paget der Vulva eine intraepidermale Ausbreitung eines lokoregionären Karzinoms (sog. sekundärer M. Paget der Vulva) ausgehend z.B. von Harnblase, Cervix uteri, Rektum, Karzinomen der Hautanhangsgebilde.

In 3 – 20% kann bereits eine (Mikro-)Invasion im Sinne eines Pagetkarzinoms vorliegen, so dass Präparate mit einem vulvären M. Paget mit Stufenschnitten untersucht werden sollten. In der Regel sind drei Stufenschnitte in einem Abstand von 200 µm ausreichend.

## Konsensbasierte Empfehlung 4.E6

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Zum Ausschluß bzw. Nachweis eines (mikro-)invasiven Wachstums sollten Biopsien mit dem histologischen Nachweis eines vulvären M. Paget in Stufenschnitten untersucht werden.

# 4.4 Morphologie invasiver Vulvakarzinome

DGGG-Leitlinienprogramm



AGO  
ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.

## Konsensbasiertes Statement 4.S4

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Mikrometastasen sind definiert als der histologische Nachweis von Tumorzellen im Lymphknoten von  $\geq 0,2$  mm, aber nicht größer als 2 mm.



## 4.5 Aufarbeitung des Gewebes

DGGG-Leitlinienprogramm



### Konsensbasierte Empfehlung 4.E7

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die bei Verdacht auf VIN entnommene Biopsie soll in Stufenschnitten aufgearbeitet werden.

### Konsensbasierte Empfehlung 4.E8

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Der Befundbericht soll zum Nachweis und Art der VIN, des Vorhandenseins einer dermatologischen Erkrankung, virusassoziierten Veränderungen und einer eventuellen Invasion Stellung nehmen.



## 4.5 Aufarbeitung des Gewebes

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



### Konsensbasierte Empfehlung 4.E9

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die morphologische Aufarbeitung soll so erfolgen, dass alle therapeutisch und prognostisch relevanten Parameter erhoben werden können. Der Befunderstellung soll die jeweils gültige WHO-Klassifikation zur Tumortypisierung und die aktuelle TNM-Klassifikation zur Stadieneinteilung zugrunde gelegt werden.

## 4.5 Aufarbeitung des Gewebes

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



### Konsensbasierte Empfehlung 4.E10

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Der Befundbericht des Pathologen zu Vulva-Präparaten mit Vulvakarzinom soll folgende Angaben beinhalten:

- ➔ histologischer Typ nach WHO
- ➔ Grading
- ➔ Nachweis/Fehlen von Lymph- oder Blutgefäßeinbrüchen (L- und V- Status)
- ➔ Nachweis/Fehlen von Perineuralscheideninfiltraten (Pn-Status)
- ➔ Staging (pTNM)
- ➔ Invasionstiefe und Ausdehnung in mm bei pT1a
- ➔ dreidimensionale Tumorgroße in cm (ab pT1b)
- ➔ metrische Angabe des minimalen Abstandes des Karzinoms und der VIN zum vulvären Resektionsrand
- ➔ bei erfolgter Resektion des vulvo-vaginalen bzw. vulvo-analen Überganges und ggf. der Urethra metrische Angabe des minimalen Abstandes zum vulvo-vaginalen bzw. vulvo-analen, ggf. urethralen Resektionsrand
- ➔ metrische Angabe des minimalen Abstandes zum Weichgewebsresektionsrand (basaler Rand)
- ➔ ggf. die R-Klassifikation (UICC)

## 4.5 Aufarbeitung des Gewebes

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



### Konsensbasierte Empfehlung 4.E11

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei Lymphonodektomiepräparaten im Rahmen der operativen Therapie beim Vulvakarzinom sollen alle entfernten Lymphknoten histologisch untersucht werden.

### Konsensbasierte Empfehlung 4.E12

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Lymphknoten bis 0,3 cm Größe sollten komplett eingebettet und größere Lymphknoten entlang ihrer Längsachse halbiert und ebenfalls komplett eingebettet werden.

## 4.5 Aufarbeitung des Gewebes

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



### Konsensbasierte Empfehlung 4.E13

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Der Befundbericht zum Lymphknotenpräparat soll folgende Angaben beinhalten:

- ➔ Angabe der Zahl der befallenen Lymphknoten im Verhältnis zur Zahl der entfernten Lymphknoten in Zuordnung zur Entnahmelokalisation (Seitenangabe, inguinal/pelvin)
- ➔ Angabe des Fehlens/Nachweises eines Kapseldurchbruches der Lymphknotenmetastase
- ➔ Angabe des Nachweises isolierter Tumorzellen im Lymphknoten sowie des Nachweises von Lymphgefäßeinbrüchen im perinodalen Fettgewebe und/oder der Lymphknotenkapsel
- ➔ Größte Ausdehnung der Metastasen

## 4.5 Aufarbeitung des Gewebes

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



### Konsensbasierte Empfehlung 4.E14

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Sentinel-Lymphknoten beim Vulvakarzinom sollen vollständig eingebettet und in Stufenschnitten untersucht werden. Zusätzlich sollen bei in der HE-Morphologie negativen Sentinel-Lymphknoten immunhistochemische Untersuchungen durchgeführt werden (sog. Ultrastaging).

## 4.6 Morphologische Prognosefaktoren

### Prognosefaktoren Vulvakarzinom Stadium pT1a

DGGG-Leitlinienprogramm



Name	Standardfaktor	Risiko/ Prognosefaktor	Therapierelevanz
Perineuralscheiden- infiltration (Pn-Status)	ja	Unklar	nein
Lymphgefäßinfiltration (L-Status)	ja	Unklar	unklar
Veneninvasion (V-Status)	ja	Unklar	nein
Resektionsränder (Residualtumorstatus; R-Klassifikation)	ja	Ja	ja
Grading	ja	unklar	unklar
p16	nein	Unklar	nein
Invasionstiefe und Ausdehnung in mm	ja	Ja	ja

## 4.6 Morphologische Prognosefaktoren

### Prognosefaktoren Vulvakarzinom Stadium $\geq$ pT1b

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



Name	Standard-faktor	Risiko/ Prognose-faktor	Therapierelevanz
Tumorstadium	ja	ja	ja
Lymphknotenstatus	ja	ja	ja
Größe der inguinalen Lymphknotenmetastasen	ja	ja	ja
Zahl metastatisch befallener inguinaler Lymphknoten	ja	Ja	ja
Extrakapsuläre Ausbreitung inguinaler Lymphknotenmetastasen	ja	Ja	Ja
Perineuralscheideninfiltration (Pn-Status)	ja	unklar	Nein
Lymphgefäßinfiltration (L-Status)	ja	unklar	Nein
Veneninvasion (V-Status)	ja	unklar	Nein
Resektionsränder (Residualtumorstatus; R-Klassifikation)	ja	Ja	Ja
Invasionstiefe in mm	ja	Ja	Nein
Grading	ja	unklar	Nein
Dreidimensionale Tumorgöße in cm	ja	unklar	Nein
Ulzeration des Karzinoms	nein	nein	Nein
Multifokale Karzinome	ja	unklar	ja (operatives Vorgehen)
Peritumorale VIN	ja	unklar	ja (operatives Vorgehen)
Histologischer Tumortyp	ja	Ja	ja (Lymphonodektomie ja/nein)
HPV-Nachweis im Karzinom	nein	unklar	nein
Invasionsmuster	nein	unklar	nein
Ausmaß der Metastase im befallenen Lymphknoten	nein	unklar	nein
Bilateralität inguinaler Lymphknotenmetastasen	ja	nein	ja
Immunhistochemisches Ultrastaging von Lymphknoten auf Metastasen	nein	unklar	unklar
Molekulare Marker	nein	nein	nein



DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



# 5. Diagnostik

*H.-G. SCHNÜRCH, P. HANTSCHMANN, C.D. ALT-RADTKE*



# 5.1 Anamnese

DGGG-Leitlinienprogramm



AGO  
ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



## Konsensbasierte Empfehlung 5.E15

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Frühsymptome beim Vulvakarzinom und seinen Vorstufen sind oft unspezifisch oder fehlen. Über mehrere Wochen anhaltende therapieresistente Symptome sollen durch eine detaillierte klinische Diagnostik abgeklärt werden.

## 5.2 Klinische Diagnostik

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



### Konsensbasierte Empfehlung 5.E16

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Diagnostik beim V.a. Vulvakarzinom erfolgt primär klinisch. Die Grundlage der Abklärungsdiagnostik ist die Inspektion, ggf. ergänzt durch eine Vulvoskopie sowie Palpation einschließlich der Leisten. Bei auffälligen Befunden soll eine Gewebeentnahme erfolgen.

## 5.4 Histologische Diagnostik

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



### Konsensbasierte Empfehlung 5.E17

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Alle suspekten Läsionen sollen histologisch abgeklärt werden.

Aus jeder unklaren Läsion soll eine Biopsie gewonnen werden. Bei Multifokalität wie auch bei sehr großen, heterogenen Läsionen sind mehrere Biopsien erforderlich.

- ➔ **Stanzbiopsie:** Neben dem Epithel werden auch dermale und subkutane Anteile erfasst, so dass bei einem Karzinom die Tiefe der Stromainfiltration bestimmt werden kann.
- ➔ **Exzisionsbiopsie:** obligat bei allen pigmentierten melanomsuspekten Läsionen, bei zirkumskripten Herden möglich, die klinisch auf eine VIN hinweisen, wenn kein destruierendes Therapieverfahren vorgesehen ist. Exzisionsbiopsien werden aufgespannt.

# 5.3 Pärtherapeutisches Staging bei einem Karzinom

DGGG-Leitlinienprogramm



AGG  
ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



## Konsensbasierte Empfehlung 5.E18

Expertenkonsens

Konsensusstärke ++

Bei nachgewiesener Invasion sollen prätherapeutisch folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

- ➔ Bestimmung der Infiltrationstiefe
- ➔ Gynäkologische Untersuchung des gesamten Anogenitalbereiches
  - Bestimmen der klinischen Tumorgöße (Vulvoskopie zur OP-Vorbereitung)
  - Bestimmen der Tumorlokalisation und -ausdehnung sowie Dokumentation einer Ausdehnung des Tumors auf Urethra, Vagina, Anus, Knochen
  - Stuserhebung einer Multizentrität
- ➔ Untersuchung der regionären Lymphabflusswege (Palpation der Leisten, stadienabhängig Bildgebung)

# 5.5.4 Untersuchung der regionären Lymphabflusswege

DGGG-Leitlinienprogramm



Inguinale Lymphknotenmetastasendetektion in der Bildgebung:

Die Wahrscheinlichkeit einer inguinofemorale Lymphknotenmetastasierung korreliert mit der Infiltrationstiefe des Tumors. Bei einer Infiltrationstiefe  $\leq 1\text{mm}$  kann eine Lymphknotenmetastasierung ausgeschlossen werden.



Verfahren	MRT	MRT	MRT	MRT	MRT	CT	FDG-PET	US	US	US
<b>Lk-Größe</b>	$\geq 10\text{mm}$	$\geq 10\text{mm}$	$\geq 8\text{mm}$	$\geq 5\text{mm}$	$> 8\text{mm}$	$> 10\text{mm}$		$> 8\text{mm}$	Long axis/ short axis ratio $< 2$	$\geq 4\text{mm}$
<b>Lokalisation</b>	QD*	m QD	QD	QD	tief/ femoral	#LD				
<b>Sensitivität</b>	89%	86%	52%	87%	50%	58%	67%	83%	87%	76%
<b>Spezifität</b>	91%	82%	89%	81%	100%	75%	95%	90%	69%	91%
<b>Negativ prädiktiver Wert</b>	91%	64%	89%			58%	86%	97%	48%	88%
<b>Positiv prädiktiver Wert</b>	89%	94%	52%			75%	86%	62%	94%	83%
<b>Literatur</b>	Hawnaur	Singh	Bipat	Kataoka	Sohaib	Land	Cohn	Abang Mohammed	Land	de Gregorio

## 5.6 Diagnostik bei fortgeschrittenen Tumoren

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



### Konsensbasierte Empfehlung 5.E19

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bildgebende oder endoskopische Verfahren sollten nur bei gezielter Indikation eingesetzt werden.

## 5.6.1 Fernmetastasierungsdiagnostik

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



### Konsensbasierte Empfehlung 5.E20

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Eine Fernmetastasensuche sollte nur bei fortgeschrittenen Vulvakarzinomen erfolgen (FIGO > II).

# 5.7 Staging



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



UICC	FIGO	Tumorausbreitung
	Tis	Carcinoma in situ, vulväre intraepitheliale Neoplasie (VIN) 3
T1	I	Tumor begrenzt auf Vulva oder Vulva und Perineum
T1a	IA	Tumor 2cm oder weniger in größter Ausdehnung,
T1b	IB	Tumor >2cm in größter Ausdehnung, Stromainvasion >0,1cm
T2	II	Tumor infiltriert eine der folgenden Strukturen, unteres Drittel der Urethra, der Vagina oder den Anus
T3	IVA	Tumor infiltriert eine der folgenden Strukturen: obere zwei Drittel der Urethra, der Vagina, Blasen-, Rektummukosa oder Fixation am Knochen
N0		Keine regionären Lymphknotenmetastasen
N1		Regionäre Lymphknotenmetastasen mit folgenden Eigenschaften:
N1a	IIIA(ii)	Eine oder zwei Lymphknotenmetastase(n), jede kleiner als 0,5 cm
N1b	IIIA(i)	Eine Lymphknotenmetastase 0,5cm oder größer
N2		Regionäre Lymphknotenmetastasen mit folgenden Eigenschaften:
N2a	IIIB(ii)	3 oder mehr Lymphknotenmetastasen, jede kleiner als 5 mm
N2b	IIIB(i)	zwei oder mehr Lymphknotenmetastasen, 5 mm oder größer
N2c	IIIC	Lymphknotenmetastasen mit extrakapsulärer Ausbreitung
N3	IVA(ii)	Fixierte oder ulzerierte regionäre Lymphknotenmetastasen
M0		Keine Fernmetastasen
M1	IVB	Fernmetastasen (einschl. Beckenlymphknotenmetastasen)





DGGG-Leitlinienprogramm

AGO  
ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



# 6. Patientinnenaufklärung

*P. MALLMANN*

# 6.1 Patientinnen- information und -aufklärungsinhalte

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



## Konsensbasierte Empfehlung 6.E21

Expertenkonsens	Konsensusstärke ++
Qualifizierte und sachdienliche Informationsmaterialien (Print- und/oder Internetmedien) sollen nach definierten Qualitätskriterien für Gesundheitsinformationen erstellt und Patientinnen zur Verfügung gestellt werden, um Ihnen durch eine allgemeinverständliche Kommunikation von Chancen und Risiken eine selbstbestimmte Entscheidung für oder gegen medizinische Maßnahmen zu ermöglichen.	
Expertenkonsens in Anlehnung an S3-Leitlinie MaCa 2012 [178]	

## 6.2 Diagnosemitteilung

DGGG-Leitlinienprogramm



### Konsensbasierte Empfehlung 6.E22

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Der Patientin soll angeboten werden, den Partner/die Partnerin oder Angehörige in das Gespräch bzw. die Gespräche einzubeziehen.

Expertenkonsens in Anlehnung an S3-Leitlinie ProstataCA 2011 [179]

### Konsensbasierte Empfehlung 6.E23

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Im ärztlichen Gespräch sollen die individuellen Präferenzen, Bedürfnisse, Sorgen und Ängste der Patientin eruiert und berücksichtigt werden. Wenn eine Patientin dafür mehrere Gespräche benötigt, soll das Angebot zu weiteren Gesprächen bestehen.

Expertenkonsens in Anlehnung an S3-Leitlinie ProstataCA 2011 [179]

## 6.2 Diagnosemitteilung

DGGG-Leitlinienprogramm



### Konsensbasierte Empfehlung 6.E24

#### Expertenkonsens

#### Konsensusstärke +++

Die Art der Vermittlung von Informationen und der Aufklärung der Patientin soll/sollte\* möglichst frühzeitig nach folgenden Grundprinzipien einer patientinnenzentrierten Kommunikation, die eine partizipative Entscheidungsfindung ermöglicht, erfolgen:

- ➔ Ausdruck von Empathie und aktives Zuhören,
- ➔ direktes und einfühlsames Ansprechen schwieriger Themen,
- ➔ Vermeidung von medizinischem Fachvokabular, ggf. Erklärung von Fachbegriffen,
- ➔ Strategien, um das Verständnis zu verbessern (Wiederholung, Zusammenfassung wichtiger Informationen, Nutzung von Graphiken u.a.),
- ➔ Ermutigung, Fragen zu stellen,
- ➔ Erlaubnis und Ermutigung, Gefühle auszudrücken,
- ➔ weiterführende Hilfe anbieten.

Expertenkonsens in Anlehnung an S3-Leitlinie MaCa 2012 [178].

Anmerkung: Das Thema Sexualität wird in späteren Empfehlungskästen behandelt

## 6.2 Diagnosemitteilung

DGGG-Leitlinienprogramm



### Konsensbasierte Empfehlung 6.E25

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Der Patientin soll eine psychosoziale und psychoonkologische Unterstützung bei psychischen, sexuellen oder partnerschaftlichen Problemen angeboten werden.

Expertenkonsens in Anlehnung an S3-Leitlinie Psychoonkologie [194] s. Empf. 8.3, 8.4, 8.11 der Psychoonko-S3-Leitlinie

### Konsensbasierte Empfehlung 6.E26

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Patientin soll bereits vor der Therapie auf die Möglichkeit, Selbsthilfegruppen zu kontaktieren, hingewiesen werden.

Expertenkonsens in Anlehnung an S3-Leitlinie ProstataCA 2011 [179]

## 6.3 Aufklärung über die Behandlung

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



### Konsensbasierte Empfehlung 6.E27

Expertenkonsens

Konsensusstärke ++

Die Patientin soll über alle in dieser Leitlinie beschriebenen für sie relevanten Therapieoptionen, deren Erfolgsaussichten und deren mögliche Auswirkungen informiert werden. Insbesondere soll auf die Auswirkungen auf ihr körperliches Erscheinungsbild, ihr Sexualleben, ihre Harn- und Stuhlkontrolle (Inkontinenz) und auf Aspekte des weiblichen Selbstverständnisses (Selbstbild, Fertilität) eingegangen werden.

Expertenkonsens in Anlehnung an S3-Leitlinie ProstataCA 2011 [179]

# Aufklärungsinhalte mit der Patientin mit primärem Vulvakarzinom I

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



## Infokasten 1 – Aufklärungsinhalte mit der Patientin mit primärem Vulvakarzinom

Prinzipien, angestrebte Behandlungsziele, Dauer und die Durchführung der einzelnen Therapiemaßnahmen

Möglichkeiten der operativen Therapie abhängig von den Gegebenheiten des Einzelfalls (z.B. Tumorgroße, Lokalisation):

- ➔ Wide excision
- ➔ Formen der modifiziert radikalen Vulvektomie
- ➔ Operative Behandlungsmöglichkeiten des Rezidivs
- ➔ Möglichkeiten der Defektdeckung, ggf. auch durch einzeitige plastische Rekonstruktion
- ➔ Damit einhergehende weiteren Maßnahmen ab Tumorstadium pT1b
- ➔ Formen der Lymphadenektomie

Strahlentherapie:

- ➔ Primäre Radiatio/Radio(chemo)therapie
- ➔ Sekundäre Radiatio/Radio(chemo)therapie

Systemische Therapie:

- ➔ Neoadjuvante/ adjuvante Chemotherapie
- ➔ Kombinierte Radio(chemo)therapie

Nebenwirkungen der Therapie und ihre Behandlungsmöglichkeiten

# Aufklärungsinhalte mit der Patientin mit primärem Vulvakarzinom II

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



## Spätfolgen der Erkrankung und der Therapie und ihre Behandlungsmöglichkeiten

### Komplementäre Therapie:

- ➔ Hinzuziehen von Komplementärmedizin zur Reduktion von Nebenwirkungen

### Teilnahme an klinischen Studien:

- ➔ Prinzipien und angestrebte Behandlungsziele
- ➔ Dauer und Durchführung der Therapie
- ➔ bisher bekannte Wirkungen und Nebenwirkungen
- ➔ Besonderheiten (Monitoring, zusätzliche Maßnahmen, Mitwirkung, Datenspeicherung und –verarbeitung)

### Sonstige Informationen:

- ➔ Hinweis auf das Fehlen aussagekräftiger vergleichender Studien insbesondere zur operativen Therapie wegen früher geringer Fallzahlen
- ➔ Möglichkeiten der individualisierten Tumorentfernung unter Schonung wichtiger Nachbarstrukturen
- ➔ Ggf. Hinweis auf bestehende Therapiealternativen
- ➔ Psychoonkologische Unterstützung sowie Leistungen der Selbsthilfegruppen,
- ➔ Möglichkeiten der Rehabilitation
- ➔ Notwendigkeit der Nachsorge unter Angabe der Nachsorgeintervalle
- ➔ Aspekte der Eigenverantwortung und Mitwirkung (z. B. Mitteilung von Symptomen und Problemen, Therapiecompliance)

Expertenkonsens in Anlehnung an S3-Leitlinie MaCa 2012 [178]



## 6.3 Aufklärung über die Behandlung

DGGG-Leitlinienprogramm



### Konsensbasierte Empfehlung 6.E28

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Patientin soll auf die Patientinnen-Leitlinie\* zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin mit Vulvakarzinom hingewiesen werden.

Expertenkonsens in Anlehnung an S3-Leitlinie ProstataCA 2011 [179]

\*Anmerkung: Die Patientinnen-LL Vulvakarzinom wird noch erstellt

### Konsensbasiertes Empfehlung 6.E29

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Erkrankung Vulvakarzinom ist kein Notfall! Der Patientin soll zu jedem Zeitpunkt ausreichend Zeit für ihre Entscheidungsprozesse eingeräumt werden.

Expertenkonsens in Anlehnung an S3-Leitlinie Ovarialkarzinom [180]

## 6.3 Aufklärung über die Behandlung

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



### Konsensbasierte Empfehlung 6.E30

#### Expertenkonsens

#### Konsensusstärke ++

Als Inhalte eines Gesprächs in der Palliativsituation sollten situationsabhängig folgende Punkte angesprochen werden:

Ziele der palliativmedizinischen Therapie (Linderung von Leiden, Behandlung von Schmerzen – oberstes Ziel: Lebensqualität der Patientin):

- ➔ Ängste und Befürchtungen der Patientin mit Einbeziehung von Partner und Angehörigen
- ➔ Radio(chemo)therapie, Dauer und damit angestrebtes Ziel
- ➔ Palliative CHT
- ➔ Palliative Operationsmöglichkeiten
- ➔ Individuelle Therapieentscheidungen abhängig von der persönlichen Lebensplanung der Patientin
- ➔ Bei eingeschränkten Therapieeffekten kann das Ergebnis der Entscheidungsfindung der bewusste Verzicht auf palliative Tumorthherapie sein
- ➔ Verweis auf Palliativkapitel (Rehabilitation, Psychosoziale Medizin, Psychoonkologie)
- ➔ Nebenwirkungen und Interaktionen von Medikamenten und Komplementärmedizin
- ➔ Ggf. Einbinden der lokalen Hospizinitiative
- ➔ Hinzuziehen palliativmedizinisch spezialisierte Ärzte und Pflegedienste

## 6.3.1 Aufklärungsinhalte bei der Patientin mit metastasiertem bzw. rediziviertem Vulvakarzinom

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



### Konsensbasierte Empfehlung 6.E30

Expertenkonsens

Konsensusstärke ++

#### Problemsituationen im Krankheitsverlauf:

- ➔ Schmerzen
- ➔ Fisteln
- ➔ Fötider Ausfluss
- ➔ Blutungen
- ➔ Probleme bei Wundversorgung
- ➔ Dyspareunie
- ➔ Thrombose, Lungenembolie

#### Symptomatische, supportive Therapie: (Verw. Supportivtherapie)

- ➔ Behandlung von Lymphödemen der unteren Extremitäten
- ➔ Schmerztherapie
- ➔ Dysurie/Blasenspasmen
- ➔ Psychosoziale und religiöse/spirituelle Begleitung der Patientin sowie ihrer Angehörigen.
- ➔ Hilfsmittel



DGGG-Leitlinienprogramm

AGO  
ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



# 7. Therapie der VIN und des Morbus Paget

*S. ACKERMANN, J. BARINOFF*

## 7.1 LSIL (uVIN 1)

---

DGGG-Leitlinienprogramm



AGO  
ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



Die LSIL ohne Symptomatik können beobachtet werden, eine regelmäßige Kontrolle und Compliance der Patientin sind dabei von zentraler Bedeutung.

LSIL mit Symptomen werden analog der HSIL und dVIN behandelt.

## 7.2 HSIL (uVIN 2/3) und dVIN (nach WHO 2014)

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



### Konsensbasiertes Statement 7.S5

Expertenkonsens	Konsensusstärke ++
Bezüglich der Breite des gesunden Resektionsrandes bei HSIL, einschließlich multifokaler HSIL, gibt es keine belastbaren Daten.	

### Konsensbasierte Empfehlung 7.E31

Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
HSIL- und dVIN-Läsionen sollen durch Exzision histologisch oder durch Laservaporisation nach klinischem Bild im Gesunden entfernt werden. Dabei sollten die dVIN Läsionen eher exzidiert werden und die HPV-assoziierte HSIL möglichst mit der Laservaporisation behandelt werden.	

## 7.3 Morbus Paget

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



### Konsensbasierte Empfehlung 7.E32

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die primäre Therapie eines extramammären M. Paget basiert auf einer operativen Entfernung der Läsion. Diese sollte im Sinne einer wide excision sicher im Gesunden sowohl in der horizontalen als auch in der vertikalen Ebene erfolgen.

In Abhängigkeit von der Lokalisation und Größe des Defekts ist eine plastische Deckung unter Beachtung von Komorbiditäten in Erwägung zu ziehen.

# 8. Operative Therapie des invasiven Karzinoms

*M. HAMPL, R. KÜRZL*



## 8.2 Operative Therapie der Vulva

DGGG-Leitlinienprogramm



### Konsensbasierte Empfehlung 8.E33

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Das Operationspräparat soll eine allseitige R0-Resektion aufweisen. Der karzinomfreie Gewebsrand sollte im histologischen Befund mindestens 3 mm betragen.

### Konsensbasierte Empfehlung 8.E34

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Wenn eine Vulvektomie erforderlich ist und kein erhöhtes Risiko für Brückenmetastasen besteht, soll die Drei-Schnitt-Technik, d.h. Vulvektomie und Lymphonodektomie von separaten Schnitten aus, durchgeführt werden.

### Konsensbasierte Empfehlung 8.E35

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Nach lokaler Exzision oder Vulvektomie sollte unter Berücksichtigung von spannungsfreier Wunddeckung, Funktionalität und weiblichem Erscheinungsbild die Indikation zur primären plastischen Rekonstruktion gestellt werden (pudendale Flaps, Limberg-Flaps u. a.).

# 8.4 Stadiengerechte Behandlungsempfehlungen

DGGG-Leitlinienprogramm



## 8.4.1 Stadium T1

### Konsensbasiertes Empfehlung 8.E36

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Unifokale Vulvakarzinome der Stadien T1a oder T1b sollen lokal im Gesunden reseziert werden (radikale lokale Exzision).



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



## 8.4.2 Stadium T2

### Konsensbasiertes Statement 8.S6

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Je nach klinischer Situation ist im Stadium T2 die lokale radikale Exzision oder Vulvektomie unter Mitresektion der befallenen Strukturen von Urethra, Vagina oder Anus indiziert.

Die primäre Radio(chemo)therapie ist eine Alternative, wenn durch die Operation die Kontinenz gefährdet wird.

## 8.4.3 Stadium T3 (gleich Stadium FIGO IVA)



### Konsensbasierte Empfehlung 8.E37

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Im Stadium T3 (= Stadium FIGO IVA) sollte eine primäre Radiochemotherapie durchgeführt werden, um nach Möglichkeit die Funktionen der Nachbarorgane (Miktion und/oder Defäkation) zu erhalten. Alternativ sollte eine Neoadjuvante Radio(chemo)therapie erfolgen, um den Umfang der nachfolgenden Operation einschränken zu können.

### Konsensbasierte Empfehlung 8.E38

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei Einbruch in Nachbarorgane und/oder Fistelbildung sollte die primäre Exenteration durchgeführt werden, wenn keine Fernmetastasen vorliegen. Eine primäre Exenteration sollte bei Einbruch in Nachbarorgane und/oder Fistelbildung auch aus palliativer Indikation durchgeführt werden.



DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



# 9. Operative Therapie der Lymphabflusswege

*H.-G. SCHNÜRCH, L. WÖLBER*

## 9.2 Ausmaß der Lymphonodektomie

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



### Konsensbasierte Empfehlung 9.E39

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei einer systematischen inguino-femorale Lymphonodektomie sollen immer sowohl die oberflächlichen (inguinalen) als auch die tiefen (femorale) Lymphknoten unter der fascia cribrosa entfernt werden.

### Konsensbasierte Empfehlung 9.E40

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Beim pT1a-Karzinom (Infiltrationstiefe 1mm und weniger), dem Basalzellkarzinom, wie auch beim verrukösen Karzinom soll ein Staging der inguino-femorale Lymphknoten nicht durchgeführt werden.

### Konsensbasierte Empfehlung 9.E41

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Ab einer Infiltrationstiefe von mehr als 1,0 mm ( $\geq$  pT1b) soll ein operatives Staging der inguino-femorale Lymphknoten durchgeführt werden.

## 9.2 Ausmaß der Lymphonodektomie

DGGG-Leitlinienprogramm



### Lymphknotenmetastasierung in Abhängigkeit von der Tumorinfiltrationstiefe

ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.

Infiltrationstiefe (mm)	Pat.	Anzahl mit N+	% mit N+
≤ 1,0	163	0	0
1,1 – 2,0	145	11	7,6
2,1 – 3,0	131	11	8,3
3,1 – 5,0	101	27	26,7
> 5,0	38	13	34,2
Gesamt	578	62	10,7



Bei deutlich vergrößerten, metastatisch befallenen Leistenlymphknoten sollte eine operative Therapie der Leiste erfolgen.

Dabei ist unklar, ob eine systematische Lymphonodektomie immer indiziert ist oder ob ggf. nur die Entfernung aller vergrößerten Lymphknoten (Debulking) im Rahmen eines multimodalen Therapiekonzeptes ausreichend ist.

## 9.3 Kontralaterale Lymphknoten bei lateral gelegenem Tumor

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



### Konsensbasierte Empfehlung 9.E42

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei lateralem Karzinom (>1cm Abstand zur Mittellinie) bis 2 cm Durchmesser und histologisch tumorfreien ipsilateralen Lymphknoten kann auf ein kontralaterales Lymphknotenstaging verzichtet werden. In allen anderen Fällen soll auch auf der kontralateralen Seite ein operatives Staging erfolgen.

# 9.5 Sentinel-Lymphonodektomie

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



## Konsensbasierte Empfehlung 9.E43

Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Bei unifokalem Primärtumor mit <4 cm Durchmesser und klinisch negativen Leistenlymphknoten soll die Patientin über die Vorteile und auch mögliche onkologische Risiken der Sentinel-Lymphonodektomie und der systematischen inguino-femorale Lymphonodektomie informiert werden. Wird eine Sentinel-Lymphonodektomie nicht durchgeführt, soll die inguino-femorale Lymphonodektomie erfolgen.	

## Konsensbasierte Empfehlung 9.E44

Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
<p>Als Voraussetzungen für eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie sollen vorliegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Max. Tumordurchmesser in der Hautebene &lt; 4 cm</li> <li>➔ Unifokaler Tumor</li> <li>➔ Klinisch und ggf. sonographisch unauffällige Leistenlymphknoten</li> <li>➔ Erfahrung im Team mit dem Sentinel Markierungsverfahren</li> <li>➔ Ultrastaging der Lymphknoten mit Immunhistochemischer Zusatzuntersuchung durch den Pathologen</li> <li>➔ Eingehende Aufklärung der Patientin über Vorteile und mögliche onkologische Risiken der Methode</li> <li>➔ Compliance der Patientin für eine regelmäßige Nachsorge</li> </ul>	





DGGG-Leitlinienprogramm

AGO  
ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



# 10. Radiotherapie und Radiochemotherapie

*S. MARNITZ, P. HANTSCHMANN*

# 10.1 Postoperative (adjuvante) Radiotherapie

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



## Konsensbasierte Empfehlung 10.E45

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Eine postoperative Radiotherapie des Tumorbettes soll durchgeführt werden nach R1/R2-Resektion.

Sie sollte erwogen werden, wenn die Resektionsgrenzen zum gesunden Gewebe 3 mm (im histologischen Präparat) oder weniger betragen und eine Nachresektion nicht möglich oder/und funktionell nicht sinnvoll erscheint bzw. von der Patientin nicht gewünscht wird.

# 10.1 Postoperative (adjuvante) Radiotherapie

DGGG-Leitlinienprogramm



AGO  
ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



## Konsensbasierte Empfehlung 10.E46

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die postoperative Strahlentherapie der befallenen Leiste(n) sollte durchgeführt werden:

- ➔ bei  $\geq 2$  befallenen inguinalen Lymphknoten, unabhängig von deren Größe der Meta-stasen;
- ➔ schon ab einem befallenen Lymphknoten, wenn die Metastase mindestens 5 mm oder größer ist;
- ➔ immer, wenn extrakapsuläres Wachstum vorliegt (FIGO IIIC);
- ➔ bei fixierten/exulzerierten Lymphknoten (FIGO IVAii).

# 10.1 Postoperative (adjuvante) Radiotherapie

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



## Konsensbasierte Empfehlung 10.E47

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die postoperative Strahlentherapie der pelvinen Lymphabflusswege sollte zur Vermeidung von Überbehandlung und unnötigen therapiebedingten Toxizitäten Patientinnen mit histologisch gesicherten Lymphknotenmetastasen im Becken vorbehalten bleiben.



DGGG-Leitlinienprogramm

AGO  
ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



# 11. Systemische Therapie

*J. BARINOFF*

# 11.1 Neoadjuvante Chemotherapie

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



Beim Vulvakarzinom sind die Erfahrungen mit systemischen Therapieformen sehr begrenzt. Zwar gibt es erste Untersuchungen mit monoklonalen Antikörpern, diese sind aber noch nicht reif für eine allgemeine Anwendung.

Der Einsatz einer systemischen Chemotherapie ist beim Vulvakarzinom zur Zeit noch auf wenige Situationen beschränkt.

Die neoadjuvante Chemotherapie beim Vulvakarzinom hat noch keinen festen Platz unter den therapeutischen Optionen. Eine Reihe von kleinen Studien beschäftigten sich in den letzten Jahren mit der neoadjuvanten Chemotherapie bei dem fortgeschrittenem/inoperablem Vulvakarzinom (FIGOII-IV).

Das Ziel ist: einen lokal-operablen Situs unter Erhalt solcher Strukturen wie Urethra, Anus und Vagina zu erreichen. Auch die Vermeidung einer Exenteration kann als Ziel definiert werden. Die platinhaltige Kombinationschemotherapie zeigt eine klinische Ansprechrate bis zu 80% und die komplette pathologische Remission bis zu 45%.



DGGG-Leitlinienprogramm

AGO  
ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



# 12. Supportive Therapie

*P. MALLMANN*

## 12.1 Antiemetische Prophylaxe und Therapie

DGGG-Leitlinienprogramm



### Konsensbasierte Empfehlung 12.E48

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Supportivtherapie zur Prophylaxe bzw. Minimierung therapie- oder tumorbedingter Symptome soll leitliniengerecht erfolgen.

### Emesis Risiko in %(ohne antiemetische Prophylaxe)

### Substanz

Hoch (> 90 %)

Cisplatin, Cyclophosphamid (> 1500 mg/m<sup>2</sup>)

Moderat (30-90 %)

Doxorubicin\*, Epirubicin\*, Carboplatin, Ifosfamid, Cyclophosphamid (< 1500 mg/m<sup>2</sup>), Oxaliplatin

Gering (10-30 %)

Mitomycin, Mitoxantron, Docetaxel, Paclitaxel, Doxorubicin HCL liposome Injektion, Etoposid, 5-Fluorouracil, Gemcitabin, Topotecan, Methotrexat (> 100 mg/m<sup>2</sup>)

Minimal (<10 %)

Bevacizumab, Vinblastin, Vincristin, Vinorelbin



# 12.1 Emetogenes Potenzial intravenös applizierter antineoplastischer Substanzen

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



Emesis Risiko in % (ohne antiemetische Substanz Prophylaxe)	
Hoch (> 90 %)	Cisplatin, Cyclophosphamid (> 1500 mg/m <sup>2</sup> )
Moderat (30-90 %)	Doxorubicin*, Epirubicin*, Carboplatin, Ifosfamid, Cyclophosphamid (< 1500 mg/m <sup>2</sup> ), Oxaliplatin
Gering (10-30 %)	Mitomycin, Mitoxantron, Docetaxel, Paclitaxel, Doxorubicin HCL liposome Injektion, Etoposid, 5-Fluorouracil, Gemcitabin, Topotecan, Methotrexat (> 100 mg/m <sup>2</sup> )
Minimal (<10 %)	Bevacizumab, Vinblastin, Vincristin, Vinorelbin

## 12.1 Emetogenes Potenzial oral applizierter antineoplastischer Substanzen

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



Emesis Risiko in % (ohne antiemetische Prophylaxe)	Substanz
Hoch (> 90 %)	Keine
Moderat (30-90 %)	Cyclophosphamid
Gering (10-30 %)	Capecitabin, Etoposid
Minimal (<10 %)	Methotrexat

# 12.10 Vaginaltrockenheit, Vaginalstenose und Vaginalfibrose

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.

Die radiogen und/oder chemotherapie-induzierte Trockenheit der Vagina kann beim Vulvakarzinom durch die Applikation von inerten Gleitgelen vermindert werden.



Im Einzelfall kann bei hohem Leidensdruck eine lokale Östrogenbehandlung durchgeführt werden.

Ca. 4-6 Wochen nach Ende der Strahlentherapie, die die Vaginalregion einbezogen hat, ist die mechanische Dilatation (Vaginaldilatoren, Bepanthentampons) ein geeignetes Instrument zur Prophylaxe der Vaginalstenose.

# 12.11 Sexuelle Funktionsstörungen

---

DGGG-Leitlinienprogramm



Die ausreichende Information der Patientinnen über Auswirkungen der Therapie auf ihr Sexualleben und über die Möglichkeiten prophylaktisch-therapeutischer Maßnahmen (z.B. vaginale Dilatation) ist ein essentieller Bestandteil der Therapie der Patientin mit Vulvakarzinom.



DGGG-Leitlinienprogramm

AGO  
ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



# 13. Psychoonkologie und Lebensqualität

*P. MALLMANN*

# 13.1 Psychoonkologische Hilfen

DGGG-Leitlinienprogramm



## Konsensbasiertes Statement 13.S7

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die psychoonkologische Versorgung von Patientinnen mit Vulvakarzinom ist ein integraler Bestandteil der onkologischen Diagnostik, Therapie und Nachsorge und stellt eine interdisziplinäre Aufgabe dar.

## Konsensbasierte Empfehlung 13.E49

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Eine psychoonkologische Beratung und Unterstützung soll allen Patientinnen und deren Angehörigen bedarfsgerecht angeboten werden.

## Konsensbasierte Empfehlung 13.E50

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Feststellung des individuellen Bedarfs sowie die daraus abgeleitete Beratung und Behandlung soll entsprechend der S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von Krebspatienten“ ([AWMF-Registernummer 032 - 051OL](#), [194]) über ein standardisiertes Screeningverfahren erfolgen.

# 13.1 Psychoonkologische Hilfen

DGGG-Leitlinienprogramm



AGO  
ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



## Konsensbasierte Empfehlung 13.E51

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Das Thema Sexualität sollte aktiv exploriert werden, um weiteren Unterstützungsbedarf und entsprechende Hilfestellungen einleiten zu können.

## Konsensbasierte Empfehlung 13.E52

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Psychosoziale Hilfen sollten in allen Krankheitsphasen allen Patientinnen und ihren Angehörigen niedrigschwellig angeboten werden.

## 13.2 Messung der Lebensqualität

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



### Konsensbasierte Empfehlung 13.E53

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Untersuchungen zur Lebensqualität bei Patientinnen mit Vulvakarzinom sollen sowohl in klinischen Studien als auch in der Versorgungsforschung durchgeführt werden.





DGGG-Leitlinienprogramm

AGO  
ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



# 14. Rehabilitation

*P. MALLMANN*

# 14 Rehabilitation

DGGG-Leitlinienprogramm



## Konsensbasierte Empfehlung 14.E54

Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Die medizinisch-onkologische Rehabilitation dient der spezifischen Behandlung von Krankheits- und Therapiefolgestörungen. Alle Patientinnen sollen über die gesetzlichen Möglichkeiten zu Beantragung und Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen informiert und beraten werden.	

## Konsensbasierte Empfehlung 14.E55

Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Therapiebedingte Störungen sollen bei der Rehabilitation und Nachsorge erfragt und behandelt werden.	

## 14.2 Physiotherapeutische Behandlung im Rahmen der Rehabilitation

DGGG-Leitlinienprogramm



AGO  
ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



### Konsensbasierte Empfehlung 14.E56

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei Belastungsharninkontinenz und/oder Stuhlinkontinenz sollte den Patientinnen mit Vulvakarzinom ein Beckenbodentraining angeboten werden.

## 14.3 Therapie von Lymphödemen

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



### Konsensbasierte Empfehlung 14.E57

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei manifestem Lymphödem sollte eine kombinierte Therapie aus Hautpflege, manueller Lymphdrainage, Bewegungstherapie und Kompression angeboten werden.

## 14.5 Linderung des Fatigue-Syndroms

### Konsensbasierte Empfehlung 14.E58

Expertenkonsens

Konsensusstärke ++

Bei Fatigue sollten den Patientinnen aktive Trainingsformen (Kraft- und/oder Ausdauertraining) empfohlen werden.

Literatur: [367-369]

# 14.6 Sexualität

DGGG-Leitlinienprogramm



**Es lassen sich im Wesentlichen die folgenden, für die Sexualität relevanten Therapiefolgen feststellen:**

- ➔ Primäre Dysfunktionen durch operativen Eingriff an organischen Strukturen, Introitus-, Vaginal- und Urethralstenose, Synechiebildung, (postradiogene) Schleimhautatrophie, Lymphödem der Genitalregion und untere Extremitäten, Dyspareunie, Sensibilitätsverlust, unzureichende Lubrifikation.
- ➔ Sekundäre Dysfunktionen durch allgemeine Symptome einer Krebserkrankung, die zur Minderung der Libido führen, oft verursacht durch Therapienebenwirkungen, z.B. Erschöpfung, Schmerzen, allgemeiner Kräfteverfall und Fatigue.
- ➔ Tertiäre Dysfunktionen durch die psychischen Folgen der Krankheit: Insuffizienzgefühl, Verlust der körperlichen Integrität, negatives Körperbild, Störung des Körpergefühls, Berührungs- und Betrachtungsängste, verminderte sexuelle Erregbarkeit, Orgasmusschwierigkeiten, Libidoverlust, sexuelle Versagensängste, „Krebsübertragungsängste“ und Peinlichkeitsgefühl.
- ➔ Quartäre Dysfunktionen durch abrupte Lebenszielveränderungen: Isoliertheit, Gefühl des Verloren-Verlassensein, Depression, emotionaler Schmerz, vermindertes Selbstwertgefühl, Angstzustände vor einem Rückfall.



DGGG-Leitlinienprogramm

AGO  
ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



# 15. Integrative Medizin

*C. C. HACK, M. C. KOCH, M. W. BECKMANN*

## 15.4 Beratung zum Bereich Integrative Medizin

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



### Konsensbasierte Empfehlung 15.E59

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Eine Beratung zu Komplementären und Alternativen Methoden (CAM) sollte erfolgen. Wenn Patientinnen entsprechende Methoden anwenden, sollte dies dokumentiert werden.

## 15.5 Bedeutung alternativmedizinischer Methoden

### Konsensbasierte Empfehlung 15.E60

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Alternativmedizinische Behandlungsoptionen, die zum Verzicht auf Methoden der konventionellen Medizin führen, sollen bei Patientinnen mit Vulvakarzinom abgelehnt werden.



DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



# 16. Nachsorge

*G. MEHLHORN, F. GIESEKING*



# 16.3 Nachsorge nach invasivem Karzinom

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



## Konsensbasierte Empfehlung 16.E61

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bestandteile der Nachsorgeuntersuchung sollen sein:

- ➔ Krankheitsspezifische Anamnese
- ➔ Symptombezogene Anamnese: palpierter Tumor, Schmerzen, Pruritus, Fluor, Blutung, Beinödeme, Schwellneigung, Narben- und Stenosierungssymptomatik, Miktionsanomalien
- ➔ Klinische Untersuchung:
  - Inspektion und Palpation des äusseren und inneren Genitales inkl. der inguinalen Lymphabflussgebiete und des Rektums
  - Spekulumuntersuchung
  - Großzügige Indikation zur Biopsie bei suspekten Befunde

# 16.3 Nachsorge nach invasivem Karzinom

DGGG-Leitlinienprogramm



## Konsensbasiertes Statement 16.E62

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Das Vorhandensein eines Lichen sclerosus der Vulva beeinflusst die Rezidivwahrscheinlichkeit und das Neuauftreten des Vulvakarzinoms entscheidend. Aus diesem Grund soll eine lebenslange Kontrolle erfolgen.

## Konsensbasiertes Empfehlung 16.E63

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Der routinemäßige Einsatz bildgebender Verfahren ist in der Nachsorge nicht indiziert, kann aber bei unklaren bzw. rezidivverdächtigen Situationen hilfreich sein. Die Bestimmung des Tumormarkers SCC soll in der Nachsorge nicht erfolgen.

## Konsensbasiertes Statement 16.S8

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Kolposkopie von Zervix, Vagina, Vulva und Anus ist eine zusätzliche sinnvolle Untersuchung.

# 16.4 Nachsorgeintervalle

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.

Nachsorge nach Vulvakarzinom, Untersuchungsverfahren und –Intervalle:

Intervall (Jahren)	Frequenz (Monaten)	obligate Untersuchungen	Symptom- bezogene Untersuchung	Bemerkung
1 – 3	3 monatlich	Anamnese, klinische Untersuchung	Bildgebende Diagnostik	bei susp. Bezirk Biopsie
4- 5	6 monatlich	Anamnese, klinische Untersuchung	Bildgebende Diagnostik	bei susp. Bezirk Biopsie
≥ 6	12 monatlich	Anamnese, klinische Untersuchung	Bildgebende Diagnostik	bei susp. Bezirk Biopsie



# 16.5 Nachsorge nach u-VIN (H-SIL) und d-VIN

DGGG-Leitlinienprogramm



AGO  
ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



## Konsensbasierte Empfehlung 16.E64

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei Patientinnen mit therapierten HSIL oder d-VIN sollte eine lebenslange Nachsorge durchgeführt werden.



DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



# 17. Lokoregionäre Rezidive und Fernmetastasen

*A. GÜNTHER, P. MALLMANN, S. MARNITZ*

## 17.4 Therapie bei Lokalrezidiv ohne Beteiligung von Urethra oder Anus

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE e.V.



### Konsensbasierte Empfehlung 17.E65

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Das lokale Rezidiv sollte mit karzinomfreien Resektionsrand (R0) reseziert werden.

## 17.5 Therapie bei Lokalrezidiv ohne Möglichkeit der R0-Resektion

DGGG-Leitlinienprogramm



AGG  
ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



### Konsensbasierte Empfehlung 17.E66

Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Das inoperable Rezidiv sollte bevorzugt mit der Radiochemotherapie oder Radiotherapie behandelt werden.	

### Konsensbasierte Empfehlung 17.E67

Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Bei lokoregionärem Rezidiv in vorbestrahlter Region ohne die Option der Operation oder einer Re-Radiatio sollte die Patientin einer palliativen Therapie zugeführt werden.	

# 17.7 Therapie bei inguinalen Rezidiven

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



## Konsensbasierte Empfehlung 17.E68

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Vor radikalem Eingriff bei inguinalem und/oder pelvinem Rezidiv sollen Fernmetastasen ausgeschlossen werden.



# 17.9 Therapie bei Fernmetastasen

DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



## Konsensbasierte Empfehlung 17.E69

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei der Wahl der Systemtherapie sollte wegen der geringen Ansprechraten eine Monotherapie bevorzugt werden. Die Indikation hierzu sollte streng gestellt werden.



DGGG-Leitlinienprogramm

AGO  
ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



# 18. Palliativmedizinische Begleitung

*P. MALLMANN*

# 18 Palliativmedizinische Begleitung

DGGG-Leitlinienprogramm



## Konsensbasiertes Empfehlung 18.E70

Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
<p>Palliativmedizin (Synonym: Palliative Care) ist ein therapeutischer Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität sowie der Prävention, Identifikation und Verminderung von Leid von Patientinnen und ihren Angehörigen. Palliativmedizin soll damit integraler Bestandteil des Behandlungskonzepts für Patientinnen mit inkurablem Vulvakarzinom sein.</p>	

## Konsensbasierte Empfehlung 18.E71

Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
<p>Aufgrund der individuellen Patientinnenbedürfnisse erfordert Palliativmedizin (Palliative Care) einen multiprofessionellen und interdisziplinären Ansatz. Dieser soll größtmögliche Patientinnenautonomie gewährleisten.</p>	

## Konsensbasiertes Statement 18.S9

Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
<p>Palliativmedizinische Bedürfnisse der Patientinnen sind körperlicher, psychologischer, sozialer und spiritueller Natur. Diese Bedürfnisse können nur von der Patientin selbst eingeschätzt werden.</p>	



DGGG-Leitlinienprogramm



ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



# 19. Qualitätsindikatoren

*H.-G SCHNÜRCH*

# 19 Qualitätsindikatoren

DGGG-Leitlinienprogramm



## Übersicht über die vorgeschlagenen Qualitätsindikatoren

ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.

Nr	Name des Qualitätsindikators
QI 1	Angaben im Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion
QI 2	Angaben im Befundbericht bei Lymphonodektomie
QI 3	Prätherapeutisches Staging
QI 4	Lokale radikale Excision
QI 5	Unterlassung des inguinofemoralen Staging
QI 6	Inguinofemorales Staging
QI 7	Sentinel Lymphknoten Biopsie
QI 8	Psychoonkologische Beratung

