



“ Alles was ich für garantiert gehalten habe,
war total fremd
und das Leben hatte ohne meine Erlaubnis
eine Entscheidung getroffen“

LANDESWEITE QUALITÄTSKONFERENZ IN RHEINLAND-PFALZ

ZUM THEMA GYNÄKOLOGISCHE TUMOREN
MITTWOCH, DEN 4. JUNI 2025

Gynäkologische Tumoren - Mission für den Alltag



A.HASENBURG

Was erwartet Sie?

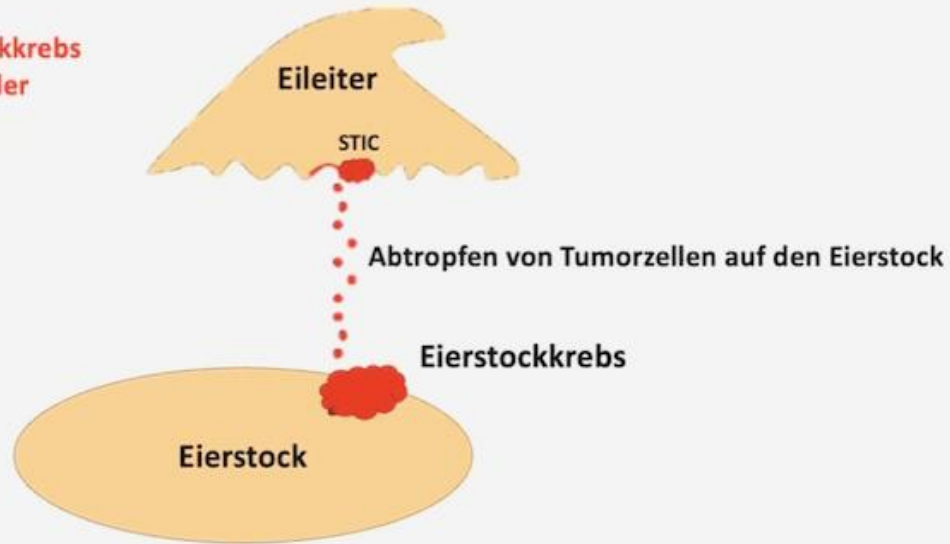
- Früherkennung, Prävention
- Epidemiologie Ovarialkarzinom
- Frühes Ovarialkarzinom
 - OP und Systemtherapie
- Fortgeschrittenes Ovarialkarzinom
 - OP und Systemtherapie
 - Erhaltungstherapie mit PARP Inhibitoren
- Therapie Rezidiv
 - Operation
 - Platinsensibles und „platinresistentes“ Rezidiv
- Nachsorge



Entstehung Ovarialkarzinom

Entstehung des Eierstockkrebses aus Vorstufen von
Eileiterkarzinomzellen genannt STIC
(Seröses Intraepitheliales Karzinom)

Schutz vor Eierstockkrebs
durch Entfernung der
Eileiter



Ovarialkarzinom: Prävention durch opportunistische Salpingektomie (OS)

- OS: Entfernung beider Eileiter im Rahmen eines chirurgischen Eingriffs, der aus anderen Gründen geplant ist
- Interdisziplinäre Umsetzung der OS bei allen geeigneten abdominalen Eingriffen
- Ziel: Prävention von Eierstockkrebs und Senkung der Gesundheitskosten
- Geschätzte Einsparungen im Gesundheitswesen in Deutschland >10 Millionen Euro
- Allen Frauen mit abgeschlossener Familienplanung: Angebot OS im Rahmen routinemäßiger gynäkologischer Operationen

Angela Kather et al, PLOS Medicine | <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004514>

Martin Pölcher et al, Archives of Gynecology and Obstetrics (2025) 311:1451–1459

Pille als Chance



- Gebärmutterkrebs: Reduktion um **50%** bis 15-20 Jahre nach Absetzen
- **Eierstockkrebs**: Reduktion um **40%** bis 10-15 Jahre nach Absetzen
- Darmkrebs: Reduktion um **40%**
- Brustkrebs: gering erhöhtes Risiko

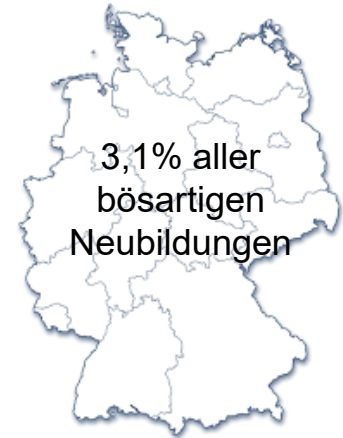
Risikoreduktion durch körperliche Aktivität

- **Postmenopausaler Brustkrebs: 20-30%**
 - ✓ 30 Min intensive oder 60 Min mäßig intensive körperliche Aktivität an fast allen Tagen
- **Darmkrebs: 20-25%**
 - ✓ 30-60 Min moderate bis intensive körperliche Aktivität
- **Eierstockkrebs: 20%**
- **Gebärmutterkrebs: 20-30%**
 - ✓ 60 Min. moderate körperliche Aktivität



Epidemiologie Ovarialkarzinom Deutschland

- Ca. 7000 Neuerkrankungen pro Jahr
- Ca 5.000 Todesfälle pro Jahr
- Mittleres Erkrankungsalter 68, Anstieg bis 85 Jahre
- 75% in fortgeschrittenen Stadien
- 5% - 10% genetisch bedingt
- 5-Jahres Überleben 43%



Ovarialkarzinom - Charakteristika

- Symptomarm
- Schnell wachsend
- Lange auf den Bauchraum begrenzt
- Chemosensibel

➤ Therapiekonzept:

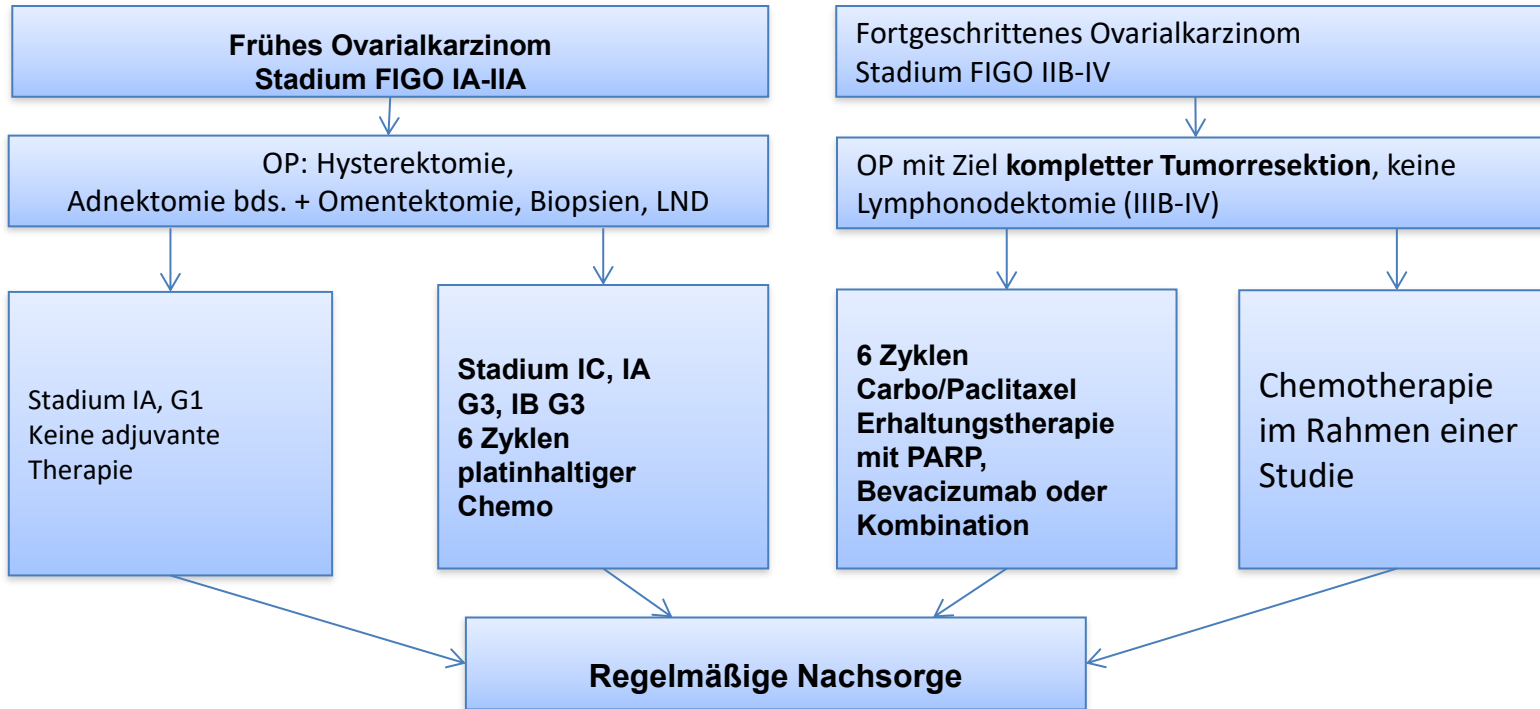
Komplettresektion + Taxol/Carboplatin

PARP \pm Bevacizumab, Checkpointinhibitoren



Primärtherapie des Ovarialkarzinoms

Cave Fertiprotektion und Fertilitätserhalt im Stadium IA



Zufallsbefund maligner Adnextumor - Bergen im Bergesack -

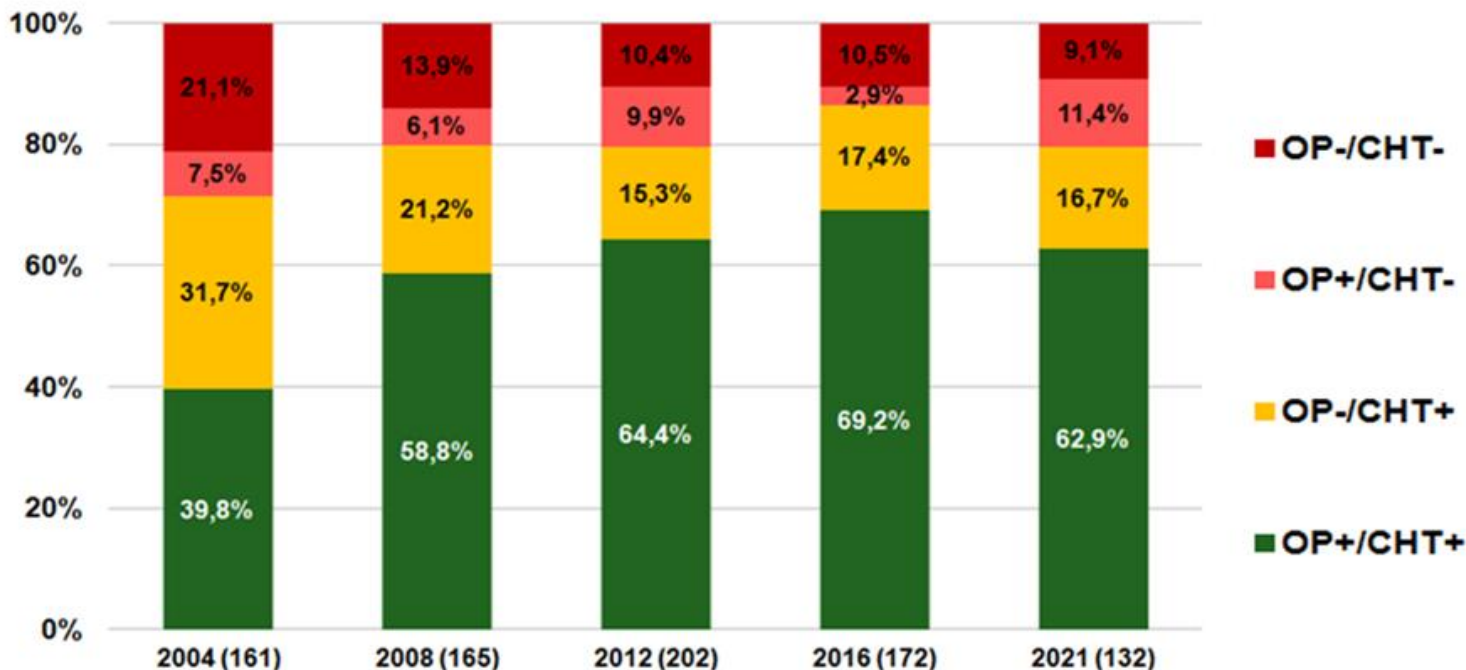


Zytologie, pelviskopische Adnektomie
bds. mit Bergung im Sack



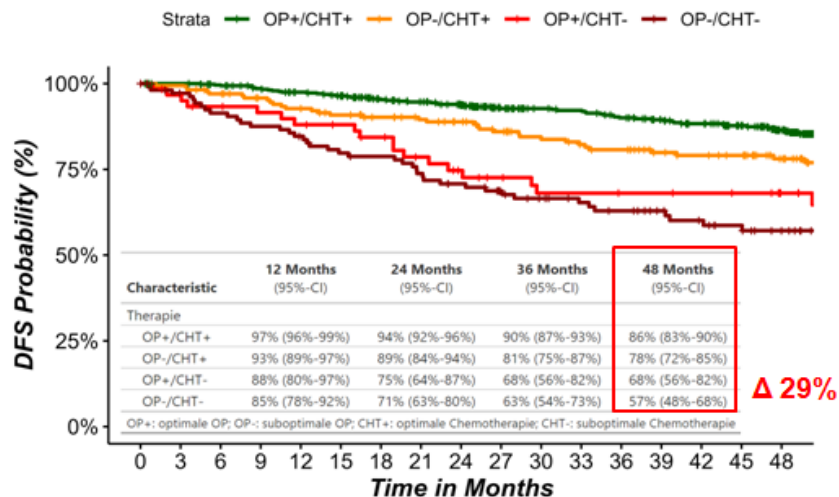
FIGO I: Operation und Systemtherapie

Therapiequalität (* mit OP+ = max. 1 Item fehlt)

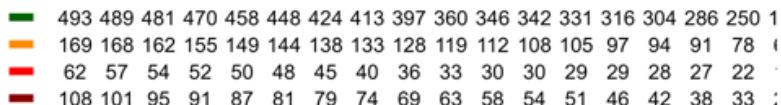


FIGO I: Operation und Systemtherapie

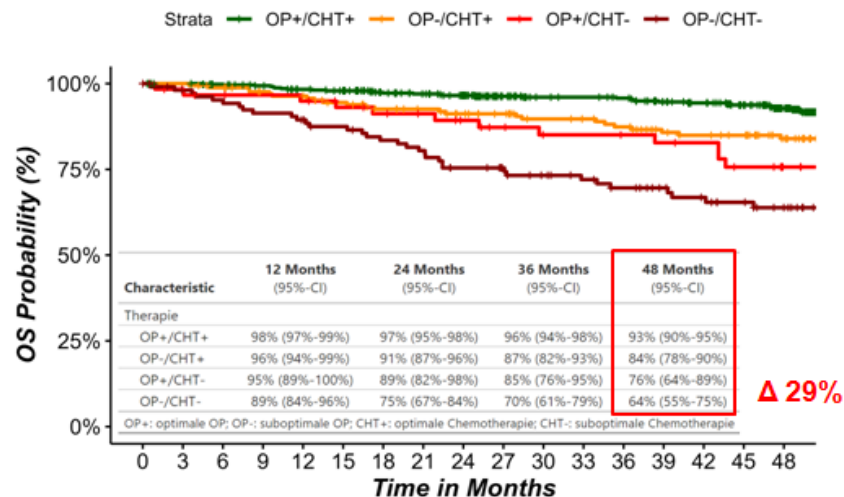
Krankheitsfreies Überleben (DFS)



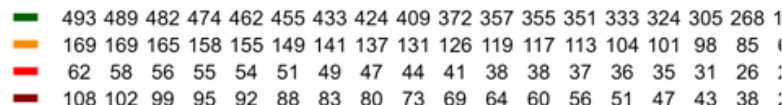
Number at risk



Gesamtüberleben (OS)



Number at risk

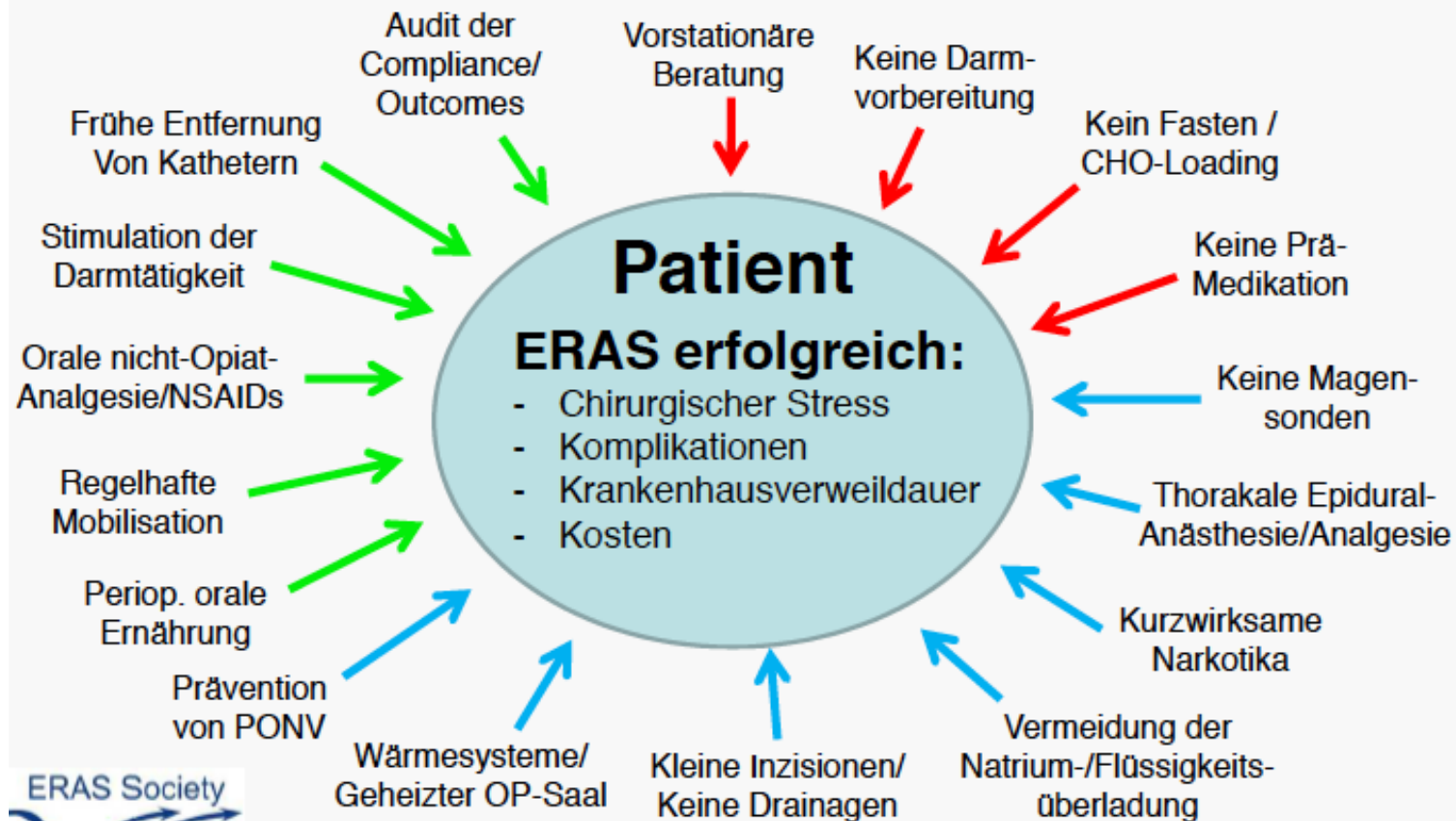


15 Versorgungsstrukturen

15.1	Konsensbasierte Empfehlung	geprüft 2024
EK	Die Behandlung einer Patientin mit Ovarialkarzinom sollte durch einen Gynäkoonkologen (Schwerpunkthinhaber), in einer hierauf spezialisierten Einrichtung, in der interdisziplinäre diagnostische und therapeutische Möglichkeiten vorhanden sind, erfolgen.	
	Starker Konsens	

S3 Leitlinie Ovarialkarzinom 6.0, 2024

Multimodale ERAS Elemente



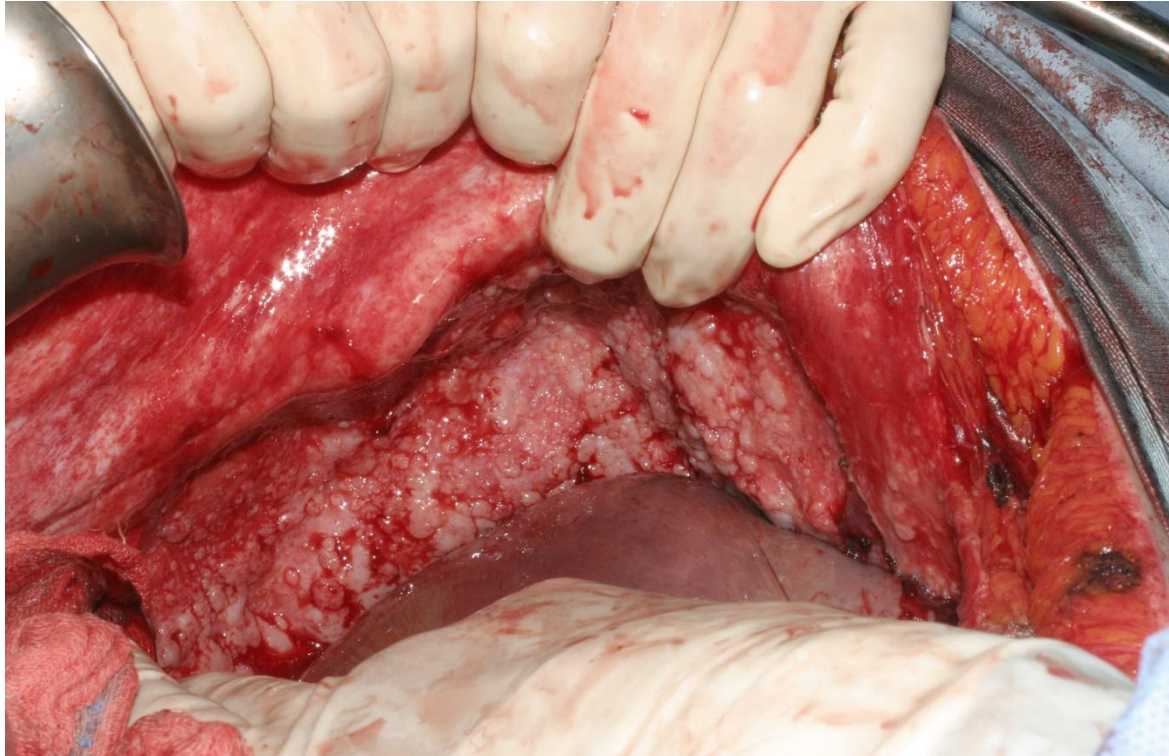
Operation des fortgeschrittenen Ovarialkarzinoms - Peritonealresektion -

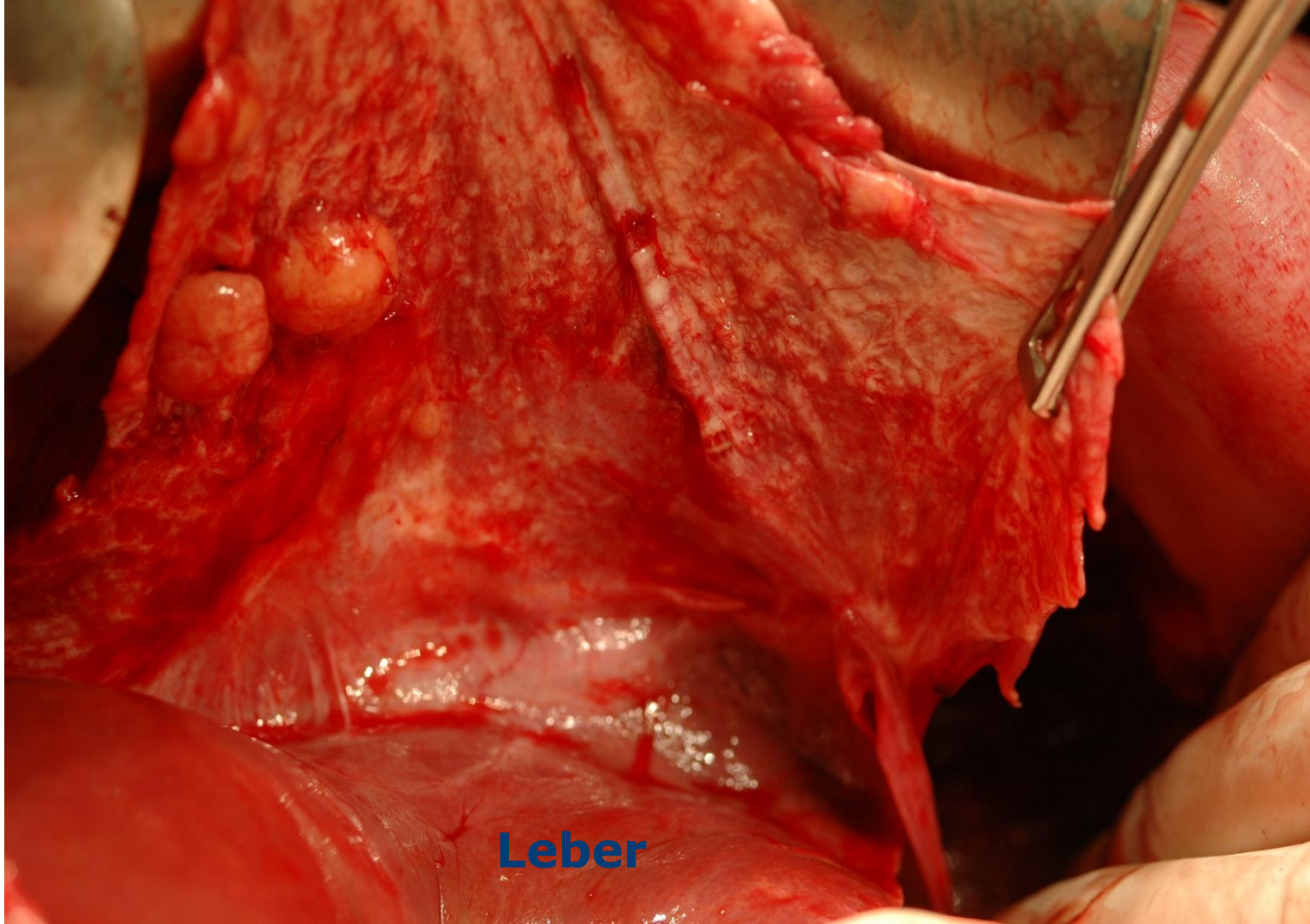


Fortgeschrittenes Ovarialkarzinom Netzplatte



Befall Zwerchfellkuppeln

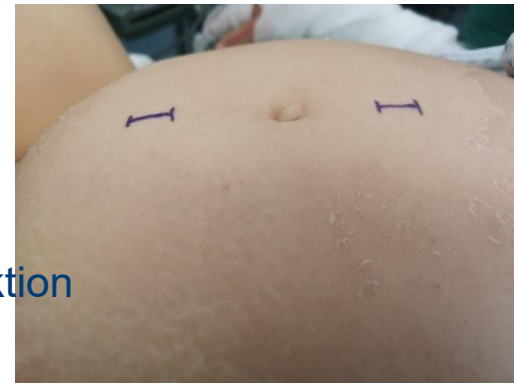




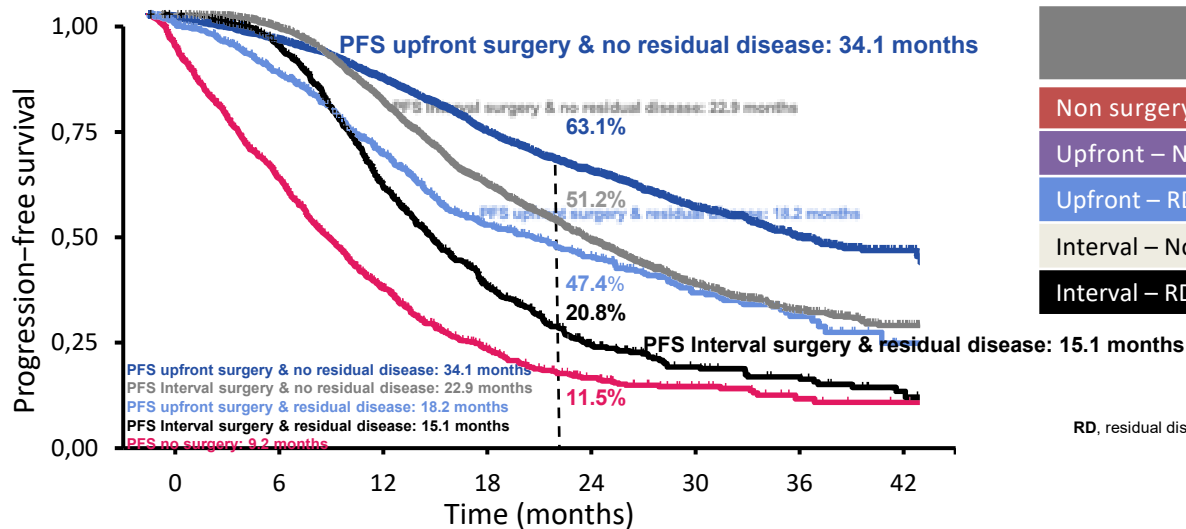
Leber

Staging Laparoskopie beim fortgeschrittenen Ovarialkarzinom

- Einschätzung Tumorausdehnung und Option der Komplettresektion
- Histologische Sicherung
- Neoadjuvante Chemotherapie, wenn optimales Debulking nicht möglich
- Reduktion Rate an suboptimaler Tumorresektion per Laparotomie
- Kürzere Rekonvaleszenz als bei Laparotomie mit schnellerem Beginn Systemtherapie
- Cave Stichkanalmetastasen in 17%-47%
- Trokareinstichstellen in der Medianlinie ober- und unterhalb des Nabels, so dass Ausschneiden bei Debulking möglich



Progressionsfreies Überleben nach OP und Resttumor



	HR (95% CI)	p-Value
Non surgery	Ref.	
Upfront – No RD	0.17 (0.15 – 0.18)	<0.001
Upfront – RD	0.34 (0.30 – 0.38)	<0.001
Interval – No RD	0.26 (0.24 – 0.29)	<0.001
Interval – RD	0.50 (0.45– 0.56)	<0.001

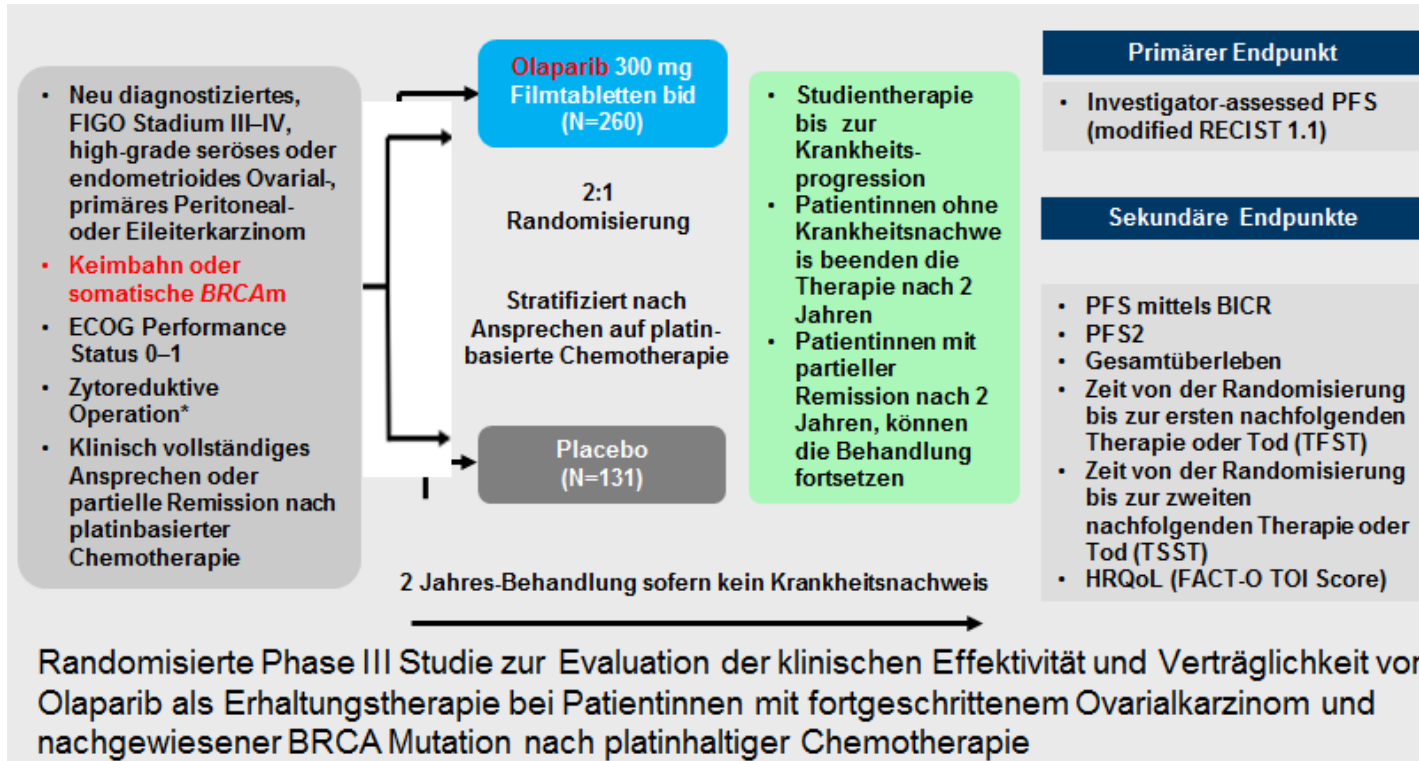
RD, residual disease; PFS, progression-free survival.

No. at risk	0	6	12	18	24	30	36	42
Non surgery	1064	607	312	121	55	24	9	3
Upfront – No RD	3060	2551	2138	1373	939	489	250	52
Upfront – RD	697	530	373	213	146	89	40	6
Interval – No RD	2735	2503	1960	1175	718	370	181	62
Interval – RD	736	649	428	202	81	32	19	8

Assessment of the Prognostic Impact of the ESGO Quality Indicators for Advanced Ovarian Cancer Surgery

Ane Gerda Z. Eriksson, ESGO 2024, Abstract 1072

SOLO1: Erhaltungstherapie mit Olaparib



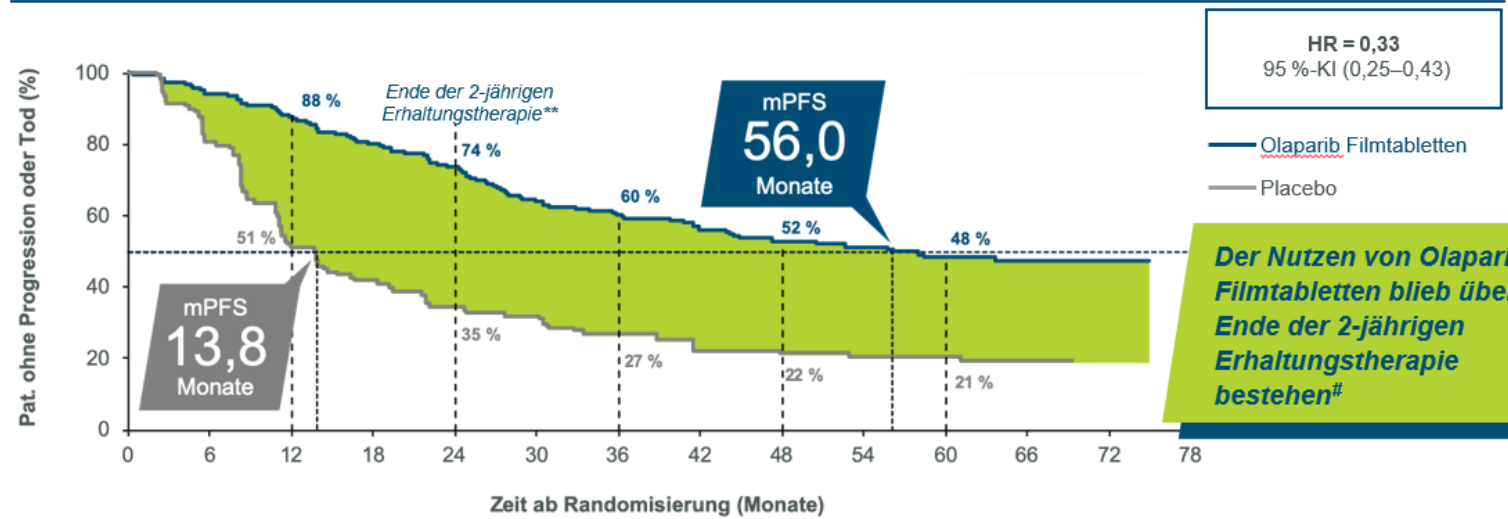
Moore K et al. Maintenance Olaparib in Patients with Newly Diagnosed Advanced Ovarian Cancer. *N Engl J Med.* 2018 Dec 27;379(26):2495-2505.

Update: Patientinnen im Olaparib-Arm* zeigten ein mPFS von nahezu 5 Jahren¹

SOLO1
(BRCA1/2m)

PFS gemäß Prüfarztbeurteilung

ESMO
2020



Anzahl Pat. unter Risiko:

	0	6	12	18	24	30	36	42	48	54	60	66	72	78
Olaparib Filmtabletten	260	229	212	194	173	140	129	115	101	91	58	30	2	0
Placebo	131	103	65	53	41	38	30	24	23	22	16	3	0	0

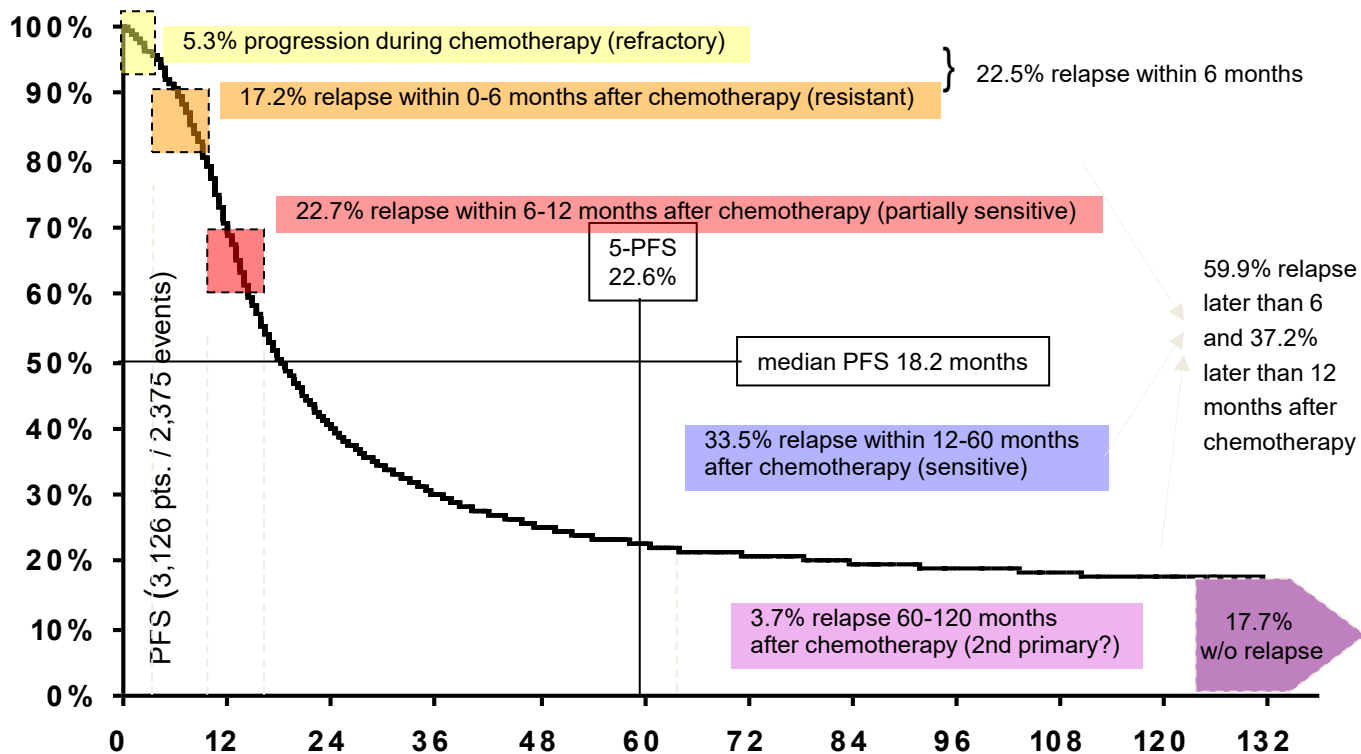
Datenstichtag: 5. März 2020; gemäß Prüfarztbeurteilung nach RECIST v1.1

*Olaparib Filmtabletten werden angewendet als Monotherapie für die Erhaltungstherapie von erwachsenen Patientinnen mit einem fortgeschrittenen (FIGO-Stadien III und IV) BRCA1/2-mutierten (in der Keimbahn und/oder somatisch), high-grade epithelialen Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primären Peritonealkarzinom, die nach einer abgeschlossenen Platin-basierten Erstlinien-Chemotherapie ein Ansprechen (vollständig oder partiell) haben. ** 26 der Patientinnen im Olaparib-Arm und 3 im Placebo-Arm setzten die Studienbehandlung fort. † Mediane Behandlungsdauer Olaparib Filmtabletten 24,8 Monate, Placebo[†] 13,9 Monate; # n = 130 (Sicherheitsanalyse-Set)

mPFS: Medianes progressionsfreies Überleben; BRCA1/2m: BRCA1/2-Mutation; PFS: Progressionsfreies Überleben; HR: Hazard Ratio; KI: Konfidenzintervall 1
Banerjee S et al. 2020 ESMO Virtual Congress. Ann Oncol 2020; 31 (suppl 4; abstr. 811MO). 2. Moore K et al. N Engl J Med 2018; 379(26): 2495–2505.



Progression-free survival in ovarian cancer FIGO IIB-IV. An individual pts. metaanalysis of AGO-OVAR 3, AGO-OVAR 5, and AGO-OVAR 7 (calculated with chemotherapy duration 6x21days)



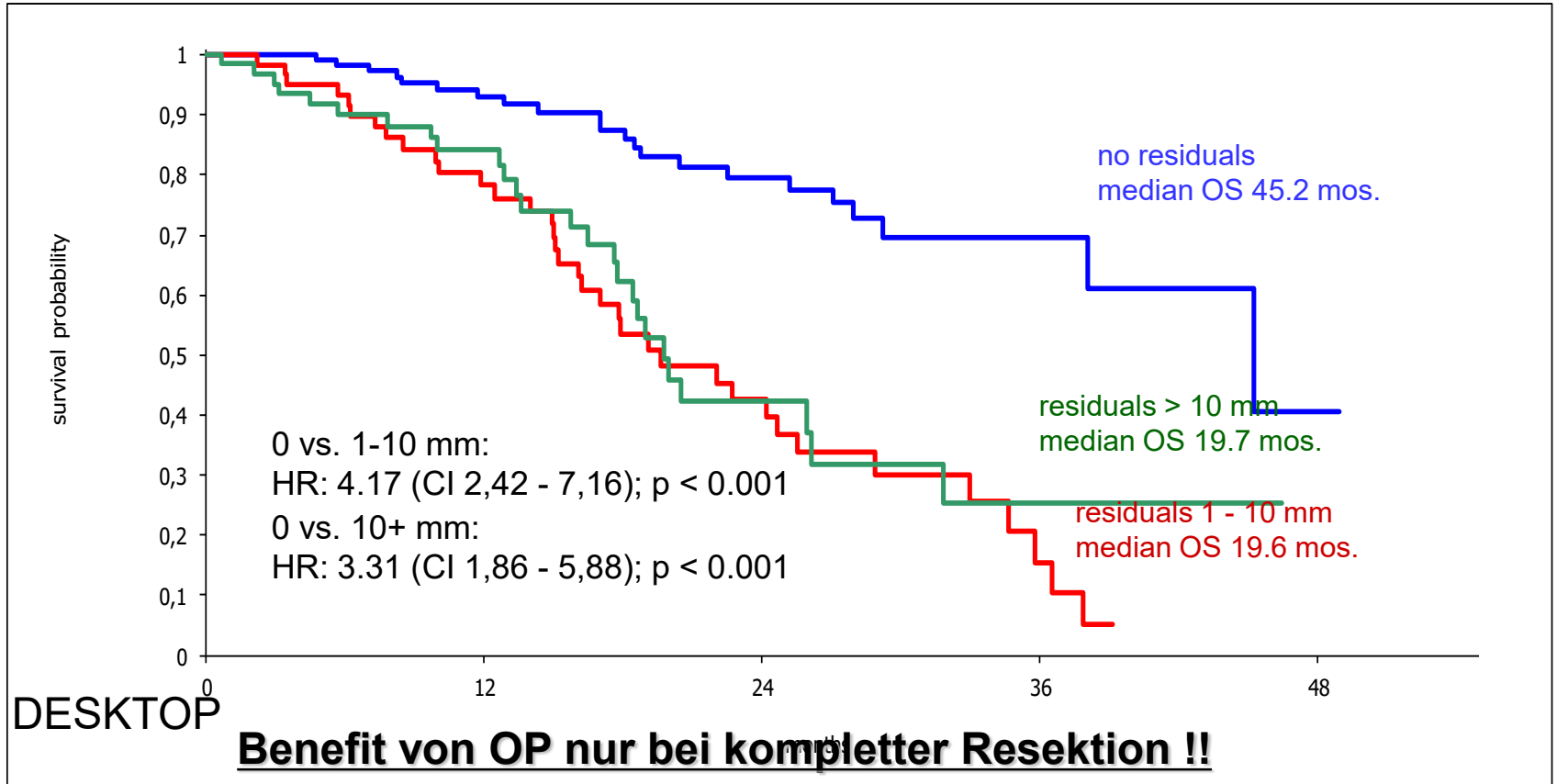
du Bois A, Reuss A, Pujade-Lauraine E, Harter P, Ray-Coquard I, Pfisterer J: The role of surgical outcome as prognostic factor in advanced epithelial ovarian cancer. A combined exploratory analysis of three prospectively randomized phase III multicenter trials by the Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie Studiengruppe Ovarialkarzinom (AGO-OVAR) and the Groupe d'Investigateurs Nationaux pour les Etudes des Cancers de l'Ovaire (GINECO). *Cancer* 2009; 115: 1234-1244

Rezidivoperation

- Spätrezidiv nach > 12 Monaten
- Aszites < 500 ml
- Guter AZ
- Optimales Debulking bei Primär OP oder FIGO I/II
- Komplettes Debulking erscheint möglich

Operation Rezidiv

Deskriptive Evaluation präoperativer Selektions-Kriterien für die Operabilität bei rezidiviertem Ovarialkarzinom DESKTOP III



Ovarialkarzinom - platinsensibles Rezidiv

Rezidivbehandlung wird bestimmt von Patientinnenpräferenz, Alter und Belastbarkeit, genetischen Faktoren wie BRCA-Mutation, zurückliegender Gabe von antiangiogenetischen Substanzen oder PARP-Inhibitoren, tumorbiologischen Aspekten und therapiefreiem Intervall

- **Platinhaltige Kombinationstherapie**
 - Gemcitabine
 - Paclitaxel wöchentlich
 - Pegyliertes liposomales Doxorubicin
 - Topotecan

Ovarialkarzinom - platinresistentes Rezidiv

- Nicht platinhaltige Monotherapie
 - Gemcitabine
 - Paclitaxel wöchentlich
 - Pegyliertes liposomales Doxorubicin
 - Topotecan
 - **Mirvetuximab Soravtansin**: AK Wirkstoff Konjugat bei hoher Folatrezeptor- α Expression

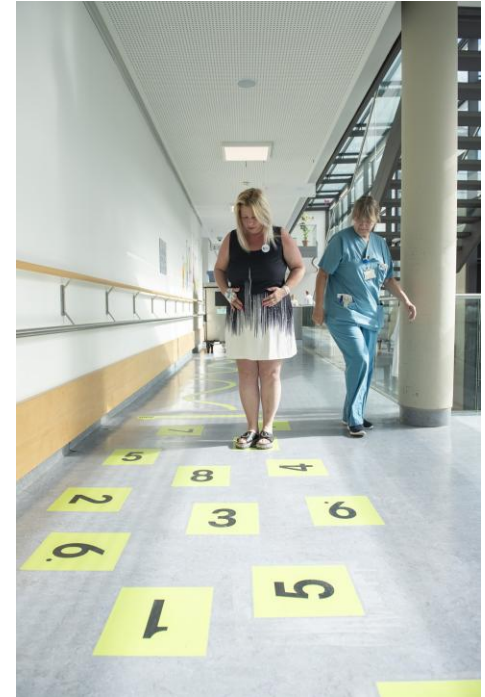
Nachsorgeplan

	Nachsorge nach Abschluss der Therapie		Nachsorge nach Rezidivtherapie	„Survivorship-Programm“ nach 5 Jahren	Zusätzlich: Therapiemonitoring bei Erhaltungstherapien
	1.-3. Jahr	4.-5. Jahr			
Anamnese	Alle 3 Monate	Alle 6 Monate	Alle 3 Monate	Halbjährlich bis jährlich	Alle 3 Monate
Allg. körperliche Untersuchung	Alle 3 Monate	Alle 6 Monate	Alle 3 Monate	Halbjährlich bis jährlich	Alle 3 Monate
Gynäkologische Untersuchung	Alle 3 Monate	Alle 6 Monate	Alle 3 Monate	Halbjährlich bis jährlich	Alle 3 Monate
Vaginalsonographie	Alle 3 Monate	Alle 6 Monate	Alle 3 Monate	Halbjährlich bis jährlich	Alle 3 Monate
Orientierende Abdominale Sonographie	Alle 3 Monate	Alle 6 Monate	Alle 3 Monate und bei Symptomen bzw. bei V.a. Rezidiv	Halbjährlich bis jährlich	Alle 3 Monate
CT/MRT, ggf. PET-CT oder PET-MRT	V.a. Rezidiv		Bei V.a. Rezidiv	Bei Symptomen bzw. bei V.a. Rezidiv	Alle 3-6 Monate, bei Symptomen bzw. bei V.a. Rezidiv/Progression
Tumormarker	Kein routinemäßiger Einsatz		Bei Symptomen	Bei klinischer Indikation	Alle 3 Monate
Labor	Bei klinischer Indikation		Bei Symptomen	Bei klinischer Indikation	entsprechend den Empfehlungen der spez. Erhaltungstherapie
Mammadiagnostik*	zweijährlich		zweijährlich	zweijährlich	zweijährlich

S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumore
 Version 5.0 – September 2021 bis
 Version 6.0 Januar 2023, AWMF-
 Registernummer:032/035OL

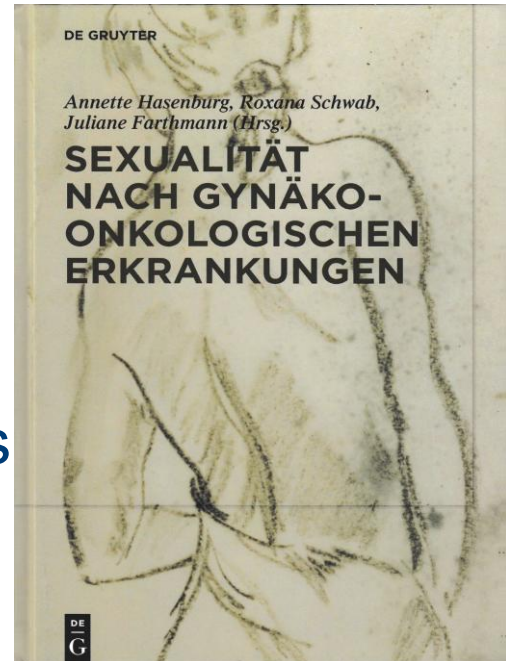
Ziele der Nachsorge

- Verbesserung der Lebensqualität und frühzeitig Diagnose des Rezidivs
- Erkennung und Behandlung therapieassoziierter Nebenwirkungen
- Dokumentation Krankheitsverlauf (IDG)
- Information über Möglichkeiten rehabilitativer Maßnahmen, Unterstützung durch Sozialberatung



Support

- Interdisziplinäre und interprofessionelle Therapie im Team
- Vorsorge aller anderen Karzinome
- Beratung:
 - Humangenetik
 - Sexualmedizinisch
 - Psychoonkologisch
 - Lifestyle (Ernährung, Alkohol, Nikotinabus Resilienz...)
- MOVE ONKO mit Bewegungslotsin



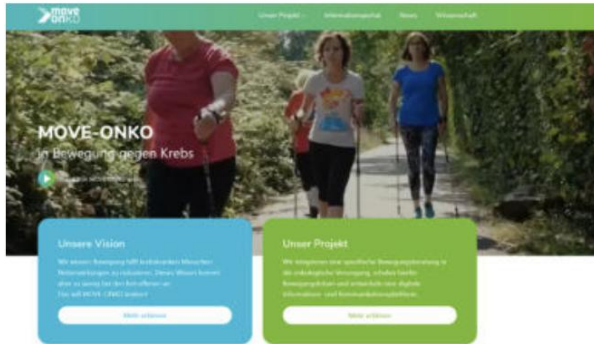
MOVE-ONKO

Tel: 06131172083

E-Mail: Moveonko@unimedizin-mainz.de

<https://move-onko.de/>

Besuchen Sie uns doch gleich auf der MOVE-ONKO Webseite:



Klinik für Frauengesundheit auf Instagram:

[Frauenklinik_UMMainz](#)



Mission für den Alltag

- Gynäkologischer Tumor mit der höchsten Mortalität
- Keine Früherkennung möglich
- Prävention Ovarialkarzinom: Salpingektomie
- Medikamentöse Prävention: „Pille“
- Einschluss von Patientinnen mit STIC in Register
- Therapieziel: optimales Tumordebulking in Gynäkologischem Krebszentrum
- Systemtherapie: Chemo, Bevacizumab, PARP Inhibitoren
- Individualisierte Therapie mit ERAS, psychoonkologischem Support, MOVE ONKO und Nachsorge



UNIVERSITÄTS**medizin.**

MAINZ

Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit

Direktorin: Univ.-Prof. Dr. med. Annette Hasenburg

FRAUEN
LEBEN
STÄRKEN





UNIVERSITÄTS**medizin.**

MAINZ

Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit
Direktorin: Univ.-Prof. Dr. med. Annette Hasenburg

FRAUEN
LEBEN
STÄRKEN

Ich freue mich über Ihr Interesse!

Herzliche Einladung zur Diskussion



A.HASENBURG