



GYNÄKOLOGISCHE KREBSERKRANKUNGEN

Diagnose – Therapie – Nachsorge



ÖSTERREICHISCHE KREBSHILFE
SEIT 1910

Österreichische Krebshilfe – seit 1910

„Die Not unserer Krebskranken wird immer größer, wir müssen etwas tun, um sie zu lindern. Könnten wir nicht zusammenkommen, um darüber zu sprechen?“

Diese Zeilen schrieb Hofrat Prof. Dr. Julius Hochenegg an seinen Kollegen Hofrat Prof. Dr. Anton Freiherr von Eiselsberg. Es war ein trüber Novembertag im Jahr 1909 gewesen und Prof. Hochenegg hatte wie so oft eine Krebspatientin daheim besucht und die Not, die er dort sah, hatte ihn tief betroffen gemacht.

In Folge dessen gründeten am 20.12.1910 die Ärzte Prof. Dr. Julius Hochenegg, Hofrat Prof. Dr. Anton Freiherr von Eiselsberg, Hofrat Prof. Dr. Richard Paltauf, Prof. Dr. Alexander Fraenkel, Prim. Doz. Dr. Ludwig Teleky und Dr. Josef Winter die heutige Österreichische Krebshilfe.



**K. k. österreichische Gesellschaft
für Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit**
(ursprüngl. Verein zur Errichtung von Spitälern für Krebskranke)
Hinter dem Allerschönsten Protokollrats St. Majestät des Kaisers Franz Joseph I.
Wien IX., Frankgasse 8

Damals wie heute ist es eine der Hauptaufgaben der Österreichischen Krebshilfe, Patient:innen und Angehörige zu begleiten, sie zu unterstützen und für sie da zu sein. Rund 100 kompetente Berater:innen stehen Patient:innen und Angehörigen in mehr als 60 Krebshilfe-Beratungsstellen mit einem umfangreichen Beratungs- und Betreuungsangebot zur Verfügung.

Darüber hinaus tragen Erkenntnisse aus den von der Österreichischen Krebshilfe finanzierten Forschungsprojekten dazu bei, den Kampf gegen Krebs im Bereich Diagnose und Therapie erfolgreicher zu machen.

Die Österreichische Krebshilfe finanziert sich zum großen Teil durch private Spenden, deren ordnungsgemäße und verantwortungsvolle Verwendung von unabhängigen Wirtschaftsprüfer:innen jährlich bestätigt wird. Die Krebshilfe ist stolze Trägerin des Österreichischen Spendengütesiegels.



NEU:**Krebshilfe-News und Expert:innen-Videos direkt am Handy!**

Krebshilfe-Informationen zeichnen sich dadurch aus, dass alle Inhalte von Expert:innen erarbeitet, geprüft und laufend auf dem aktuellsten Stand gehalten werden. Wir nutzen sowohl herkömmliche als auch modernste und effizienteste Technologien, um Ihnen neueste Erkenntnisse und patientenorientierte Informationen zu vermitteln. Wir freuen uns daher, Ihnen eine Premiere liefern zu können.

Sie finden in dieser Broschüre an verschiedenen Stellen QR-Codes, die mit weiterführenden Informationen und Expert:innen-Videos hinterlegt sind.

Nehmen Sie einfach die vorliegende Broschüre und Ihr Handy zur Hand, schalten Sie die Kamera ein und schon kommen unsere Expert:innen direkt auf Ihren Bildschirm und Sie zu laiengerechten und interessanten Erläuterungen und Informationen. So einfach geht es:

**Schritt 1: QR Code Reader**

Überprüfen Sie, ob die Kamera Ihres Smartphones QR-Codes automatisch scannen kann. Öffnen Sie Ihre Kamera-App und richten Sie die Kamera 2 – 3 Sekunden lang ruhig auf den QR-Code, den Sie scannen möchten. Passiert nichts, laden Sie eine QR-Code-Reader-App herunter.

**Schritt 2: QR Code scannen**

Scannen Sie den QR-Code mit Ihrer Kamera oder einer App.

**Schritt 3: Weiterleitung ins Web**

Mit der Weiterleitung ins Web kommen Sie direkt zum gewünschten Expert:innen-Video.

powered by: WebAR mit Areeka Studio. Bei technischen Fragen steht das Amlogy Team für Sie zur Verfügung: office@amlogy.at • Tel. +43 676 928 34 44

Aus dem Inhalt

Einleitende Worte	5
Leben mit der Diagnose Unterleibskrebs - Sie sind nicht allein!	6
Kinderwunsch	14
Onkologische Rehabilitation	16
Hilfs- und Unterstützungsangebote der Krebshilfe	18
Informationen einholen	22
Aktionen	24
„Grüne Socken für Unterleibskrebspatientinnen“	26
Patientenrechte / Patientenverfügung	30
Was ist Krebs?	32
Ihr individueller Behandlungsplan	34
Befunde besser verstehen	36
Risikofaktoren / Vererbbarkeit von Krebs	38
Anatomie der weiblichen Geschlechtsorgane	42
Eierstockkrebs	44
Gebärmutterkörperkrebs	54
Gebärmutterhalskrebs	62
Schamlippen- und Scheidenkrebs	66
Sarkom der Gebärmutter	71
Keimzelltumor des Eierstockes	73
Keimstrangtumor des Eierstockes	74
Tumor des Mutterkuchens	75
Zertifizierte Gynäkologische Zentren	76
Nebenwirkungen	78
Komplementäre Maßnahmen	80
Klinische Studien	82
Wenn die Erkrankung fortschreitet (Palliative Care)	83
Beratungsstellen der Österreichischen Krebshilfe	84



Ein Wort zur Einleitung



Univ.-Prof. Dr. Paul SEVELDA
Präsident der
Österreichischen Krebshilfe

Die Diagnose Krebs trifft meist wie ein Blitz und nichts scheint mehr so, wie es noch vor Kurzem war. Schwärzeste Fantasien und viele Fragen tauchen auf. Als Gynäko-Onkologe bin ich täglich mit dem Schicksal vieler Patientinnen und ihrer Angehörigen konfrontiert. Es ist mir daher auch ein persönliches Bedürfnis, Ihnen mit der vorliegenden Broschüre eine Zusammenstellung der verschiedensten Informationen zu gynäkologischen Krebserkrankungen anzubieten und damit auch mögliche Fragen durch Wissen zu ersetzen. Scheuen Sie sich bitte trotzdem nicht, Ihren behandelnden Ärzt:innen alle Fragen zu stellen, die Sie beschäftigen. Bitte zögern Sie auch nicht, sich vertrauensvoll an eine der österreichweiten Krebshilfe-Beratungsstellen zu wenden. Die einfühlsamen und kompetenten Krebshilfe-Berater:innen nehmen sich Zeit, hören zu und helfen.



OA Dr. Christian SCHAUER
Präsident der AGO –
Arbeitsgemeinschaft für
gynäkologische Onkologie
der OEGGG

Die Diagnose Krebs in der Frauenheilkunde ist abgesehen von der allgemein bedrohlichen Diagnose, immer auch mit den Fragen nach Erhalt der Weiblichkeit, dem eventuellem Erhalt der Fruchtbarkeit und Sexualität verbunden. Um Ihnen einen Leitfaden über die verschiedenen Krebsdiagnosen und deren Behandlung zu geben, arbeiten die Expert:innen der Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie (AGO) schon seit langem mit der Krebshilfe zusammen. Neueste Behandlungsmethoden und Informationen aus der Jetztzeit sollen Ihnen eine Hilfe bei den Fragen und Gedanken sein, die Sie an Ihre behandelnden Ärzt:innen stellen können. Für Ihre Erkrankung oder die Erkrankung Ihrer Angehörigen wünschen wir Ihnen alles Gute und hoffen, dass diese Broschüre Ihnen eine Stütze und Hilfe ist.

Sie sind nicht allein!

*Am Anfang des Tunnels
beginnt der Kampf.
Am Ende des Tunnels
sehe ich ein Licht
namens (Er-)Leben!*

Ursula

Wenn Sie diese Broschüre in Händen halten und mit der Diagnose Unterleibskrebs konfrontiert sind, wollen wir Ihnen Mut machen: **Es gibt ein Leben MIT und TROTZ der Diagnose** und auch viele Tage mit guter Lebensqualität, Freude und Lachen – auch wenn Ihnen das vielleicht im Moment der Diagnose als wenig vorstellbar erscheint.

Viele Menschen meinen, dass die Lebensqualität von Unterleibskrebspatientinnen zwangsläufig schlecht sein muss. Dies mag zu bestimmten Zeitpunkten so sein, gilt aber nicht generell. Die meisten Patientinnen berichten von einer guten Lebensqualität und sogar über **positive Erfahrungen**, die sie aus der Erkrankung gewinnen konnten. Die Lebensqualität hängt natürlich auch von der Art und dem Stadium der Erkrankung ab.

Wir wollen Sie mit dieser Broschüre so gut wie möglich über die Therapie & mögliche Nebenwirkungen (und Abhilfe!) Ihrer Erkrankung informieren, Ihnen Hilfs- und Unterstützungsangebote aufzeigen, Ängste nehmen und vor allem: Ihnen **MUT** machen.

Lassen Sie sich helfen!

Wir laden Sie ein, sich bei allen Fragen und Ängsten vertrauensvoll an eine der über 60 Krebshilfe-Beratungsstellen in ganz Österreich zu wenden. Die Krebshilfe-Berater:innen stehen Ihnen mit all ihrer Erfahrung einfühlsam und professionell zur Seite. Sie nehmen sich Zeit, hören zu und HELFEN. Die Kontaktdaten zu den Krebshilfe-Beratungsstellen finden Sie am Ende der Broschüre.

Geschlossene FB-Gruppe „Unterleibskrebs Österreich“

AGO und Krebshilfe haben 2019 die geschlossene Facebook-Gruppe „Unterleibskrebs Österreich“ ins Leben gerufen. In der Facebook-Gruppe können sich Patientinnen in einem geschlossenen Bereich austauschen, Fragen stellen, sich gegenseitig Mut zusprechen und das alles, ohne die eigene – sofern gewünscht – Anonymität aufzugeben. Es werden ausschließlich betroffene Frauen, deren Wohnsitz in Österreich ist, (und Krebshilfe-Beraterinnen) aufgenommen. Der Grund dafür ist, dass die Unterschiede der Gesundheitssysteme anderer Länder und Österreich sonst zu Verunsicherungen führen.



Der Schock der Diagnose

Die Diagnose „Krebs“ verängstigt und schockiert wie kaum eine andere Erkrankung. Meist wird alles, was jemals zum Thema Krebs gehört und erfahren wurde, gedanklich abgerufen. Dieser **Schockzustand** hält meist einige Tage an. Seien Sie nicht verunsichert, wenn Sie sich an das Gespräch, das der Arzt/die Ärztin bei der Diagnose mit Ihnen geführt hat, nur bruchstückhaft erinnern. Fragen Sie nach, immer wieder, lieber einmal mehr als zu wenig.

Therapien & Nebenwirkungen

Es ist **wichtig, dass Sie Diagnose, Therapie und mögliche Nebenwirkungen verstehen** und Ihrem **Arzt/Ihrer Ärztin rückmelden**, wie es Ihnen während der Therapie geht, ob Sie Schmerzen haben oder unter Nebenwirkungen der Therapie leiden. Ausführliche Informationen über mögliche Nebenwirkungen und Abhilfe dargegeben finden Sie auch in der Broschüre „Therapien bei Krebs“.

Wer ist der „beste“ Arzt/ die „beste“ Ärztin ...?

Auf der Suche nach „dem besten Arzt/der besten Ärztin“ hören sich viele Patientinnen bei Freundinnen um oder recherchieren im Internet. Bitte vergessen Sie dabei nicht, dass Laien in der Regel nicht beurteilen können, welche(r) Arzt/Ärztin eine „Koryphäe“ ist. Oft ist der Maßstab für die Beurteilung die Empathie der Ärzt:innen oder die „Chemie“ mit dem Arzt/der Ärztin. Ohne Zweifel sind das wichtige Kriterien, um sich in „besten Händen“ zu fühlen. Im Zentrum muss aber die qualitätsgesicherte Diagnose und Therapie stehen, die Betreuung und Versorgung durch erfahrene und auf Ihre Krebserkrankung spezialisierte Ärzt:innen.

Zertifizierte Gynäkologische Zentren

Deshalb empfiehlt die Österreichische Krebshilfe, die Behandlung der gynäkologischen Tumorerkrankung in spezialisierten Zentren durchführen zu lassen. Eine Auflistung der zertifizierten gynäkologischen Zentren finden Sie auf Seite 76 dieser Broschüre und unter www.krebshilfe.net.



Die Broschüre „Therapien bei Krebs“ ist kostenlos bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland erhältlich oder als Download unter: www.krebshilfe.net

Stellen Sie Fragen

Schreiben Sie sich Fragen auf, und nehmen Sie die Notiz zum Arztgespräch mit. Wenn es dringende Fragen sind, dann zögern Sie bitte nicht und wenden Sie sich gleich an Ihre(n) behandelnde(n) Arzt/Ärztin!

Zweitmeinung

Die Mehrzahl der Ärzt:innen ist bemüht, die Diagnose einfühlsam und verständlich zu vermitteln und Patientinnen ausführlich zu informieren, wird aber leider zwischen Klinikalltag und Idealvorstellung zerrieben. Es fehlt (oft) an Zeit, verständlicher Sprache und manchmal auch an Einfühlungsvermögen. Wenn Ihr Arzt/Ihre Ärztin nicht in für Sie ausreichender Art und Weise auf Ihre Fragen eingeht, dann nutzen Sie die Möglichkeit, eine **Zweitmeinung** einzuholen.

Lassen Sie sich begleiten

Eine vertraute Person an ihrer Seite zu haben, ist für viele Patientinnen eine große Stütze. **Wenn Sie es wünschen, lassen Sie sich von einem Angehörigen bei Arzt-**

terminen begleiten. Bedauerlicherweise war (ist) das in Zeiten der Covid-19-Pandemie nicht (immer) möglich (gewesen), worunter sehr viele Patientinnen gelitten haben.

Ergänzend zur Schulmedizin

Es ist verständlich, wenn Patientinnen „aktiv“ einen „zusätzlichen“ Beitrag zu Ihrer Genesung leisten wollen. Dabei ist wichtig, zu unterscheiden, was man unter „komplementären“ (ergänzenden) Maßnahmen versteht und was unter (abzulehnenden) „alternativen Methoden“. Mehr Informationen dazu finden Sie auf S. 80 sowie in der Krebshilfe-Broschüre „Das ABC der komplementären Maßnahmen“.



Die Broschüre ist kostenlos bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland erhältlich und steht auch als Download unter www.krebshilfe.net zur Verfügung.

Bewegung bei Krebs

Es gibt Studien, die belegen, dass Bewegung und Sport bei Krebserkrankungen die Immunabwehr stärken; ob dies auch einen Einfluss auf die Rückfallhäufigkeit hat, ist jedoch nicht erwiesen. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin, wenn Sie das Bedürfnis nach mehr Bewegung haben. Er/Sie kann aufgrund Ihrer individuellen Situation und der Einschränkungen, die während Ihrer Therapie beachtet werden müssen, entscheiden, wie viel und welche Bewegung für Sie richtig ist. Lesen Sie mehr dazu in der Broschüre „Bewegung bei Krebs“.

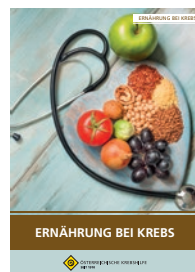
Ernährung bei Krebs

Die Ernährung gehört grundsätzlich zu einem sehr polarisierenden und kontroversiellen Thema. Viele Laien (und auch „Expert:innen“) schwören darauf, „den Stein der Weisen“ gefunden zu haben. Insbesondere bei Krebserkrankungen tauchen immer wieder die abenteuerlichsten und auch gefährliche Ernährungstheorien und Ratschläge auf.

Eine spezielle „Krebsdiät“ gibt es nicht!

Informationen finden Sie in der Broschüre „Ernährung bei Krebs“. Für eine **Ernährungsberatung** wenden Sie sich gerne auch an eine Krebshilfe-Beratungsstelle.

Es gibt keinen wissenschaftlichen Nachweis dafür, dass man mit einer speziellen Ernährungsform einen Rückfall verhindern kann.



Alle Broschüren sind kostenlos bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland erhältlich und stehen auch als Download unter www.krebshilfe.net zur Verfügung.



Die Broschüre „Leben mit der Diagnose Krebs“ ist kostenlos bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland erhältlich oder als Download unter www.krebshilfe.net

Auch die Psyche leidet

Eine Krebserkrankung ist **auch eine enorme psychische Herausforderung und Belastung**. Ihre Lebensqualität hängt daher auch vom psychischen Wohlbefinden (mit Emotionen wie Angst, Depression etc.), von sozialen Beziehungen (Freundschaften, Familie etc.) und der Leistungsfähigkeit im Alltag (Beruf, Freizeit etc.) ab. Daher gehen wir in der Broschüre auch ausführlich auf diese Ängste, Sorgen und Belastungen ein und wollen mit unseren Informationen und Antworten dazu beitragen, dass Sie sich bestmöglich informiert und aufgehoben fühlen.

„Hochschaubahn“ der Gefühle

Fast alle Krebspatientinnen erleben Zeiten intensiver Angst, Wut, Gereiztheit, Niedergeschlagenheit und Mutlosigkeit. Diese Gefühle sind nicht „falsch“, sondern natürliche Reaktionen. **Wenn Sie diese Gefühle empfinden, dann geben Sie ihnen ruhig nach.** Sie haben daraus keine nachteiligen Folgen für Ihren Krankheitsverlauf zu befürchten.

„Kampfgeist“ oder „Kopf in den Sand“?

Sie bekommen sicher Ratschläge aus Ihrem Umfeld – oft ungebeten und ohne Kenntnis Ihrer Lage. Nicht selten werden Sie Phrasen hören wie „*nur nicht unterkriegen lassen*“ oder die „*Zauberformel vom positiven Denken*“. Auch Medien berichten gerne von Menschen, die den Krebs „besiegt“ haben bzw. „den Kampf verloren haben“. Diese Vorstellungen vom „**Kämpfen**“ erwecken die Hoffnung, dass nur „**Kämpfen**“ und positives Denken die Krankheit besiegen können. Es ist aber ganz natürlich, dass nicht jede Patientin diese Haltung einnehmen kann. Es schadet nicht, wenn Sie gelegentlich den Kopf in den Sand stecken und verdrängen, statt zu kämpfen.



Krebs und Beruf & der Umgang mit Kolleg:innen

Viele Patientinnen berichten, dass sie durchaus auch positive Erfahrungen mit dem Dienstgeber und den Kolleg:innen gemacht haben. Wie verständnisvoll und rücksichtsvoll Menschen in ihrem beruflichen Umfeld darauf reagierten, als sie hörten, dass man an Krebs erkrankt ist. Es gibt aber auch viele Menschen, die unsicher sind, wie sie mit der an Krebs erkrankten Kollegin „umgehen“ sollen. Und ebenso gibt es viele Patientinnen, die unsicher sind, inwieweit sie Kolleg:innen über ihre Erkrankung informieren sollen/müssen bzw. Angst davor haben, wie die Kolleg:innen (und der Dienstgeber) reagieren. Aus dieser Unsicherheit entstehen oft ein (unerträgliches) Schweigen und (vermeidbare) Missverständnisse.

Lassen Sie sich auch bei diesem Thema von den Krebshilfe-Berater:innen unterstützen. Wir helfen Ihnen, gemeinsam mit Ihren behandelnden Ärzt:innen abzuwägen, ob ein „Weiterarbeiten“ ratsam ist, unterstützen Sie bei der Kommunikation mit dem Dienstgeber und informieren Sie über Ihre Rechte und Pflichten als Dienstnehmerin.

Lesen Sie alles Wissenswerte zu dem Thema „Krebs und Beruf“ (Kündigungsschutz, Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätspension bzw. Rehabilitationsgeld und v. a. zur Wiedereingliederungsteilzeit) in der gleichnamigen Broschüre.

Unternehmen Leben! – für Dienstgeber:innen empfohlen

Mit dieser Krebshilfe-Initiative werden Unternehmen bei der Entwicklung eines individuellen (Re)Integrationsplans beraten, mit allen Beteiligten lösungsorientierte Beratungsgespräche geführt und darüber hinaus ist eine allfällige Nachbetreuung Teil des professionellen Angebots. Das Coaching erfolgt durch eigens geschulte klinische Psycholog:innen, Gesundheitspsycholog:innen und Arbeitspsycholog:innen mit jahrelanger Praxis in der Betreuung von Krebspatient:innen und ihrem sozialen Umfeld.

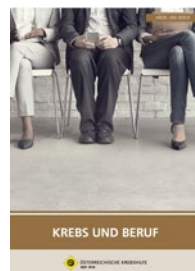
Bei Interesse:

Bitte kontaktieren Sie die Krebshilfe in Ihrem Bundesland. Kontaktinfos am Ende der Broschüre.



Alle Krebshilfe-Broschüren sind kostenlos bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland erhältlich oder als Download unter:

www.krebshilfe.net



Die Broschüre „Krebs und Beruf“ enthält viele Informationen zu gesetzlichen Bestimmungen im Sozial- und Arbeitsrecht und ist kostenlos bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland erhältlich oder als Download unter:

www.krebshilfe.net

Familie und Freunde

Die richtigen Worte zu finden, richtig zu handeln und sinnvoll zu helfen fällt den meisten Angehörigen in dieser Situation schwer. Aus Sorge und Angst wird daher häufig geschwiegen. Diese Reaktion ist das Resultat der eigenen Hilflosigkeit. Lesen Sie mehr dazu in der Broschüre „Angehörige und Krebs“ und vergessen Sie bitte nicht, dass sowohl Sie als Patientin aber auch Ihre Angehörigen bei der Krebshilfe Rat und Unterstützung erhalten.



Die Broschüre „Angehörige und Krebs“ ist kostenlos bei der Österreichischen Krebshilfe in Ihrem Bundesland erhältlich oder als Download unter www.krebshilfe.net.

Soll ich meinem Kind sagen, dass ich Krebs habe?

Alle Mütter oder Väter, die an Krebs erkrankt sind, stellen sich dieselbe Frage: Soll ich meinem Kind sagen, dass ich an Krebs erkrankt bin? **Grundsätzlich ja.** Kinder wissen früher oder später auch ohne direkte Information, dass in ihrer Familie etwas Wichtiges nicht stimmt, etwa durch kleine Veränderungen im Alltag, Tränen der Eltern, Telefonate oder Gespräche hinter verschlossenen Türen u. v. m. All das macht Angst! Angst, die umso bedrohlicher wirkt, je weniger man weiß, wovor man sich eigentlich fürchtet. Bitte wenden Sie sich vertrauensvoll an eine Krebshilfe-Beratungsstelle in Ihrer Nähe: Wir helfen!



Die Broschüre „Mama/Papa hat Krebs“ ist kostenlos bei der Österreichischen Krebshilfe in Ihrem Bundesland erhältlich oder als Download unter www.krebshilfe.net.

Krankheit als „Dritter“ in der Paarbeziehung

Bei vielen Paaren „mischt“ sich die Erkrankung wie ein „Dritter“ von außen in die bestehende Beziehung ein und kann als „Eindringling“ die Stabilität einer Beziehung gefährden. In vielen Beziehungen kann auch das Sexualleben durch die Erkrankung und deren Folgen an Bedeutung verlieren. Sprechen Sie mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin darüber, um Missverständnisse und ungewollte Kränkungen zu vermeiden. Wenn es Ihnen schwerfällt, dann scheuen Sie sich nicht, Hilfe von fachkundigen Berater:innen z. B. in einer Familien-, Ehe-, Lebensberatungsstelle oder bei der Krebshilfe in Anspruch zu nehmen. Die Krebshilfe-Broschüre „Sexualität und Krebs“ informiert Sie über Möglichkeiten, Hilfen und Wege, die Sexualität mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin wieder zu entdecken.



Kinderwunsch

Wenn Sie einen Kinderwunsch haben, ist es wichtig, mit Ihrem behandelnden Arzt/Ihrer Ärztin **VOR Beginn der Behandlung** zu sprechen. Siehe dazu auch wichtige Informationen auf der nächsten Seite.

Wir wollen Sie auch ganz besonders auf eine neue Krebshilfe-Broschüre hinweisen, die speziell den Bedürfnissen und Anforderungen von jungen Krebspatient:innen gewidmet ist (Altersgruppe 15-39). In dieser Broschüre finden Sie auch ausführliche Informationen zum Thema „Kinderwunsch“ sowie zu gynäkologischen Krebserkrankungen in jungen Jahren.

Lassen Sie sich helfen!

Nehmen Sie das breite Unterstützungsangebot der Krebshilfe in Anspruch. Österreichweit stehen Ihnen über 60 Krebshilfe-Beratungsstellen für alle Fragen, Sorgen und Anliegen zur Verfügung. Jedes Gespräch, das Sie mit einer Krebshilfe-Beraterin führen, unterliegt natürlich der Schweigepflicht. Alle Kontaktdaten zu den Beratungsstellen finden Sie ab S. 84.



Die Broschüre „Jung & Krebs“ ist kostenlos bei der Österreichischen Krebshilfe in Ihrem Bundesland erhältlich oder als Download unter www.krebshilfe.net.

Kinderwunsch

Was bedeutet die Krebserkrankung für Ihre Familienplanung – ist es nach wie vor möglich, Kinder zu bekommen und wollen Sie das auch?

- Vielleicht ist das Thema „Kind“ derzeit noch in weiter Ferne für Sie.
- Vielleicht sind Sie aber auch schon mitten in der Familienplanung und ausgerechnet dann trifft Sie die Diagnose Krebs.
- Vielleicht haben Sie schon (ein) Kind(er) und wünschen sich noch mehr Nachwuchs.

Falls das Thema Kinderwunsch für Sie noch in weiter Ferne ist, nehmen Sie sich bitte trotzdem etwas Zeit, um sich über dieses Thema zu informieren.

Ihr Fokus liegt momentan vermutlich auf Ihrer Therapie und der Heilung, aber gerade deswegen sollten Sie über ihre Zukunft nachdenken.

Die onkologischen Therapien verbessern sich ständig, sodass Sie ein langes Leben vor sich haben können und für diese Lebensplanung ist es gut, sich alle Möglichkeiten offen zu halten.

Aber bitte beachten Sie:

Es ist nicht ausgeschlossen, unter Chemotherapie schwanger zu werden, aber Zytostatika können die Eierstöcke schädigen und zu einer Veränderung der Hormonproduktion sowie zur Schädigung des Embryos führen.

Bitte achten Sie daher auf strikte Empfängnisverhütung während der Chemotherapie !

Wenn Sie einen Kinderwunsch haben, ist es wichtig, mit Ihrem behandelnden Arzt/Ihrer behandelnden Ärztin VOR Beginn der Behandlung zu sprechen. Es gibt die Möglichkeit, durch Medikamente die Funktionstüchtigkeit der **Eierstöcke zu schützen** und/oder die Hilfe der Reproduktionsmedizin in Anspruch zu nehmen.

Unabhängig davon, ob Sie derzeit einen Kinderwunsch haben oder nicht, erkundigen Sie sich bitte VOR Behandlungsbeginn bei Ihren behandelnden Ärzt:innen, welche Möglichkeiten Sie haben, um sich zum passenden Zeitpunkt einen potentiellen Kinderwunsch zu erfüllen.

Kyrokonservierung

Durch ein spezielles Kryokonservierungsverfahren ist es möglich, **Eizellen oder Spermien in flüssigem Stickstoff einzufrieren** und über einen längeren Zeitraum zu lagern. Eizellen können dann nach Abschluss der Krebstherapie wieder aufgetaut, befruchtet und in die Gebärmutter eingesetzt werden. Es gibt jedoch keine Garantie für eine Schwangerschaft.

Die Krebshilfe kämpft dafür, dass die Kosten für die medizinisch unterstützte Fortpflanzung als Folge der Krebsdiagnose zur Gänze von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden. Derzeit ist das noch nicht der Fall.

Kosten:

Der IVF-Fonds beteiligt sich **unter folgenden Voraussetzungen** an den Kosten von medizinisch unterstützter Fortpflanzung:

- Paar in Ehe, eingetragener Partnerschaft oder Lebensgemeinschaft
- medizinische Indikationen: Sterilität der Frau (eileiterbedingt, durch Endometriose oder durch polyzystisches Ovarialsyndrom bedingt) und/oder Sterilität des Mannes
- Altersgrenzen: vor Vollendung des 40. Lebensjahres der Frau und vor Vollendung des 50. Lebensjahres des Mannes bzw. der Partnerin der Frau
- Vorliegen einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung
- Weiters muss eine österreichische oder EWR-Staatsbürgerschaft oder einer der im Gesetz angeführten Aufenthaltstitel vorliegen.

Weiterführende Informationen einschließlich der Kosten und eine Auflistung aller Vertragskrankenanstalten, in denen Kinderwunschbehandlungen unter Kostenbeteiligung des IVF-Fonds durchgeführt werden, finden Sie auf der Homepage des Sozialministeriums:

www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Eltern-und-Kind/IVF-Fonds.html

Die künstliche Befruchtung darf nur von speziell dafür ausgebildeten Ärzt:innen und in dafür zugelassenen Instituten oder Krankenanstalten durchgeführt werden.

Onkologische Rehabilitation

Die Krebshilfe-Berater:innen stehen Ihnen mit Information und Beratung zur Seite.

Die regelmäßige psychoonkologische Nachsorge kann in den Beratungsstellen der Krebshilfe erfolgen und bedeutet eine kontinuierliche, sehr effiziente Unterstützung für Patientinnen und Angehörige.

Die onkologische Rehabilitation umfasst gezielte diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die dabei helfen, die körperlichen und seelischen Folgen einer Krebserkrankung zu mildern bzw. zu beseitigen.

Warum ist onkologische Rehabilitation so wichtig?

Das Spektrum an Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen vorangegangener Therapien kann äußerst vielfältig sein und von Erschöpfung über Haarverlust bis zu körperlichen Einschränkungen reichen.

Auch die psychischen Nachwirkungen der Erkrankung und der Therapien sind nicht zu unterschätzen. Daher wird in der onkologischen Rehabilitation neben der Behandlung der körperlichen Symptome ein besonderes Augenmerk auf die **psychoonkologische Betreuung** gelegt. Sie geht auf die psychischen Belastungen ein, die mit einer Krebserkrankung einhergehen können. Mit einer individuell abgestimmten Therapie soll die Rückkehr in den privaten sowie in den beruflichen Alltag unterstützt und erleichtert werden.

Alleine die Tatsache, drei Wochen in einer angenehmen Umgebung, meist mitten in der Natur, mit einer Vielfalt an körperlichen und psychischen Therapiemöglichkeiten zu verbringen und von den mühevollen Zeiten der Behandlungen abschalten zu können, ist ein meist äußerst wirkungsvoller Therapieeffekt (Tapetenwechsel!).

Die onkologische Rehabilitation kann auch ambulant erfolgen.

Das Ziel ist, notwendige und sinnvolle Therapien ohne stationären Aufenthalt möglichst gut der aktuellen Lebenssituation der Patientin anzupassen. Wenn z. B. eine Mutter nicht weiß, wie sie während einer mehrwöchigen stationären Reha die Kinderversorgung organisieren kann, dann wird sie kaum die für viele Therapien notwendige Entspannung finden. Auf der gegenüberliegenden Seite finden Sie eine Übersicht über stationäre und ambulante Rehabilitationsmöglichkeiten in Österreich.



Antrag zur Onkologischen Rehabilitation

Ein Antrag für einen Rehabilitationsaufenthalt kann gleich im behandelnden Spital erstellt und dann bei der zuständigen Sozialversicherung eingereicht werden.

Bei den meisten Zentren ist mit Wartezeiten zu rechnen, sodass man in der Regel nicht sofort nach dem Krankenhausaufenthalt mit der Reha beginnen kann. Während einer Rehabilitation bleibt man in der Regel weiter im Krankenstand.

Onkologische Rehabilitationszentren in Österreich

Stationäre Onkologische Rehabilitation:

- Lebens.Med Zentrum, 2822 Bad Erlach
- Rehabilitationszentrum, 4701 Bad Schallerbach
- Onkologische Rehabilitation, 5621 St. Veit im Pongau
- Wittlinger Therapiezentrum, 6344 Walchsee
- „Der Sonnberghof“, 7202 Bad Sauerbrunn
- Therapiezentrum Rosalienhof, 7431 Bad Tatzmannsdorf
- Klinik Judendorf-Straßengel, 8111 Judendorf-Straßengel
- Humanomed Zentrum, 9330 Althofen
- Gesundheitszentrum Tisserand, 4820 Bad Ischl
- Klinikum Bad Gleichenberg, 8344 Bad Gleichenberg

Ambulante Onkologische Rehabilitation:

- Ambulantes Rehabilitationszentrum, 2700 Wiener Neustadt
- Lebens.Med Zentrum, 3100 St. Pölten
- Krankenhaus Bamherzige Schwestern, 4010 Linz
- Ambulante Rehabilitation, Klinik Pirawarth in 1210 Wien
- Rehaklinik Wien, Baumgarten
- Therme Wien, 1100 Wien
- Ambulantes Rehasentrum Eisenstadt, 7000 Eisenstadt

Weitere spezialisierte Rehabilitationszentren:

- REHA Zentrum, 6232 Münster, Tirol
- Zentrum für Lymphologie, LKH Wolfsberg, 9400 Wolfsberg

Hilfe unter einem Dach.



Mag. Monika Hartl
Sprecherin der
Krebshilfe-
Berater:innen

Die Diagnose Krebs ist für Betroffene und deren Bezugspersonen ein Schock und das Leben verändert sich auf einen Schlag in vielen Bereichen. Neben der körperlichen Belastung durch die umfangreichen Behandlungen bedeutet eine Krebserkrankung oft auch eine große Belastungsprobe für die Psyche. Unsicherheit, Hilflosigkeit und vor allem Angst sind besonders in der ersten Zeit die vorherrschenden Gefühle. Darum ist es wichtig, dass Patientinnen und ihre Angehörigen Unterstützung von ihrem familiären und sozialen Umfeld sowie einem professionellen Team bestehend aus Ärzt:innen, Pflegenden,

Die Diagnose Krebs bedeutet für Erkrankte und Angehörige einen unerwarteten **Sturz aus der Realität und aus dem gewohnten Alltag**. Nichts ist mehr so, wie es vorher war. Unsicherheit, Hilflosigkeit und vor allem Angst sind vorherrschende Gefühle.

Daher ist es so wichtig, ab diesem Zeitpunkt ein **„Netz zu spannen“, in dem sich Patientinnen und Angehörige gehalten und getragen fühlen**. Dieses tragfähige Netz setzt sich zusammen aus Familie, Freund:innen/Bekanntem, Arbeitskolleg:innen, sowie einem professionellen Betreuungsteam bestehend aus Ärzt:innen, Pflegenden, Psychoonkolog:innen und anderen Expert:innen. Patientinnen haben das verständliche Bedürfnis nach - und das Recht auf - Information und Klarheit bezüglich der bevorstehenden Therapie.

Hilfe unter einem Dach

Die Krebshilfe bietet diese wertvolle Vernetzung an. Patientinnen und Angehörige erhalten **medizinische, psychoonkologische, ernährungstherapeutische und sozialrechtliche Hilfestellungen, d. h. rasche, unkomplizierte und kostenlose „Hilfe unter einem Dach“**.

Viele Patientinnen und Angehörige beschäftigen Fragen wie:

- Ich habe gerade die Diagnose Unterleibskrebs bekommen, was soll ich tun?
- Was bedeutet Chemotherapie und mit welchen Nebenwirkungen muss ich rechnen?
- Muss ich meinem/r Arbeitgeber:in sagen, dass ich Krebs habe? Welche Rechte und welche Pflichten habe ich? Wer kann mir das alles sagen?
- Soll ich mit meinen Kindern über meine Erkrankung reden?

Sie sind nicht alleine:

In den Krebshilfe-Beratungsstellen können Sie psychoonkologische Hilfe kostenlos in Anspruch nehmen. Eine Auflistung aller österreichweiten Beratungsstellen finden Sie ab S. 84.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass Sie im Laufe der Erkrankung an den Rand Ihrer körperlichen und psychischen Belastbarkeit stoßen. Das ist normal und völlig verständlich, denn Krebstherapien sind auch psychisch herausfordernd.

Wir sind für Sie da.

Leiden Sie oder Ihre Angehörigen in letzter Zeit vermehrt an:

- Ein- oder Durchschlafstörungen
- Inneren Unruhezuständen
- Depressiven Verstimmungen, Antriebslosigkeit
- Gedankenkreisen und ständigem Grübeln
- Unmut, Aggressionen
- Angst vor Untersuchungen, medizinischen Eingriffen, schlechten Nachrichten
- Problemen am Arbeitsplatz, in der Familie oder mit Ihrem Behandlungsteam?

Dann ist es hoch an der Zeit und sinnvoll, professionelle Hilfe anzunehmen. In den Krebshilfe-Beratungsstellen gibt es diese Hilfe – für Sie und Ihre Angehörigen.

Krebshilfe-Expert:innen aus verschiedenen Fachbereichen, z.B. der Medizin, Ernährungswissenschaft, Psychoonkologie und Sozialarbeit, bieten Beratung und Hilfe an und begleiten Sie kompetent und menschlich auf Ihrem Weg durch die Erkrankung. Sie und Ihre Familienmitglieder können in einem Klima der Achtung und Wertschätzung offen über Ihre schlimmsten Befürchtungen, Ängste und innere Not sprechen.

Die Krebshilfe-Berater:innen nehmen sich für Sie Zeit, hören Ihnen zu und helfen. Im ausführlichen Erstgespräch wird Ihre individuelle Situation und der genau auf Sie abgestimmte Betreuungsplan besprochen. Sie werden spüren, dass sich vieles sehr rasch verbessert, z. B. die Lebensqualität, Schmerzen oder die Kommunikation in der Familie. **Broschüren und Informationsmaterialien** zu allen Themen rund um die Krebserkrankung können Sie jederzeit telefonisch oder per Mail bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland bestellen.

Finanzielle Soforthilfe

Immer öfter kommen Patientinnen durch die Krebserkrankung auch in finanzielle Schwierigkeiten. Zweckgewidmete Spenden geben der Krebshilfe die Möglichkeit, auch diesbezüglich zu helfen (siehe nachfolgende Seiten).



Krebshilfe-Beraterin Mag. Karin ISAK gibt einen Überblick über die Hilfsangebote. Holen sie sich das Video kostenlos auf Ihr Handy! Anleitungen finden Sie auf Seite 3 oder klicken Sie auf den Link: <https://www.youtube.com/watch?v=3xmJ99LJaY>

Psychoonkolog:innen und eventuell weiteren Expert:innen bekommen. Im Umgang mit der Erkrankung gibt es leider kein Patentrezept, es gibt jedoch viele Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung. Achten Sie auf Ihre individuellen Bedürfnisse, Vorstellungen und Wünsche. Vielfach ist der Wunsch nach Information vorherrschend. Dieses Recht haben PatientInnen. Richtige Informationen können Unsicherheiten und Ängste maßgeblich verringern. Denn nichts löst mehr Ängste aus als unsere eigene Phantasie.

Die Österreichische Krebshilfe bietet Patientinnen und ihren Familien rasche, unkomplizierte und kostenlose Hilfe an. In allen Belangen rund um die Krebserkrankung können Sie sich an uns wenden. Sie erhalten Beratung und Information zu psychologischen, ernährungstherapeutischen, sozialrechtlichen und medizinischen Fragen: Aus Liebe zum Leben.

Finanzielle Hilfe



**Doris Kiefhaber und
Mag. Martina Löwe**

Geschäftsführung
Österreichische
Krebshilfe

Den Soforthilfe-Fonds der Österreichischen Krebshilfe mit ausreichend finanziellen Mitteln auszustatten, ist nicht nur unsere Aufgabe sondern auch Herzensangelegenheit. Erleben wir doch täglich, was es für Patient:innen und Angehörige bedeutet, durch die Krebserkrankung auch in finanzielle Not zu geraten. Danke allen Privatpersonen und Unternehmen, die soziale Verantwortung zeigen und uns unterstützen.

Der Krebshilfe-Soforthilfe-Fonds wurde geschaffen, weil eine zunehmend schwierige finanzielle Situation für viele Patient:innen und Angehörige entstand.

Viele verlieren unverschuldet den Arbeitsplatz oder können die zusätzlichen durch die Erkrankung entstehenden Kosten (z. B. Rezeptgebühren, Selbstbehalte für Perücken oder Spitalsaufenthalt, u. v. m.) nicht finanzieren.

Aufgrund zweckgewidmeter Spenden von Privatpersonen und Firmen ist die Krebshilfe in der Lage, neben kompetenter und einfühlsamer Beratung auch **finanzielle Unterstützung für Krebspatient:innen anzubieten, die durch die Krebserkrankung in finanzielle Not geraten sind.**

Jährlich investiert die Österreichische Krebshilfe rund 2 Mio. Euro für die Beratung und finanzielle Soforthilfe.

SOFORTHILFE-FONDS DER ÖSTERREICHISCHEN KREBSHILFE

Der Krebshilfe-Vorstand und der Spendengütesiegelprüfer haben für die Gewährung finanzieller Unterstützung Richtlinien verabschiedet. Jeder Antrag wird eingehend, aber rasch und unbürokratisch geprüft.

- Lebensmittelpunkt muss in Österreich sein.
- Persönliche Vorsprache in einer Krebshilfe-Beratungsstelle.
- Vorlage der aktuellen medizinischen Befunde.
- Einkommensnachweis (auch des Ehepartners und/oder im gleichen Haushalt lebender Menschen).
- Alle anderen rechtlichen Ansprüche müssen ausgeschöpft sein.
- Nachweis jener Kosten/zusätzlicher Ausgaben, die aufgrund der Krebserkrankung entstanden sind und zu der Notlage führen.
- Schriftliche Begründung/Ansuchen (das gemeinsam mit einer Krebshilfe-Berater:in erstellt wird).
- Kosten für alternative Methoden werden nicht übernommen.
- Die Krebshilfe behält sich vor, etwaige weitere Nachweise und/oder Unterlagen einzufordern, die zur Beurteilung notwendig sind.

Die Überprüfung der Unterlagen erfolgt sowohl medizinisch als auch sozialrechtlich im „8-Augen-Prinzip“ innerhalb kürzest möglicher Zeit, in der Regel innerhalb von 14 Tagen ab Erhalt des Antrages und der Unterlagen. Die Antragstellerin erteilt das Einverständnis, dass die vorgelegten Unterlagen

durch die Krebshilfe überprüft werden dürfen.

Die Krebshilfe verpflichtet sich, sämtliche Daten gem. EU-Datenschutz-Grundverordnung sowie gemäß Österreichischem Datenschutzgesetz zu behandeln.

BEISPIEL DER SOFORTHILFE

Carina, 43 Jahre (Name von Krebshilfe geändert), verheiratet und Mutter einer 12-jährigen Tochter. Im Sommer 2020 bemerkte Carina Zwischenblutungen. Die Gewichtsabnahme führte sie auf Streß zurück. Dennoch vereinbarte sie einen Termin bei ihrem Gynäkologen. Leider wurde Eierstockkrebs diagnostiziert mit Metastasen u.a. in der Milz und Gebärmutter. Der Schock saß tief. Der behandelnde Arzt empfahl Carina, sich an eine Krebshilfe-Beratungsstelle zu wenden, was sie auch tat. Seither betreuen wir Carina, ihren Lebensgefährten und ihre Tochter bei allen Fragen und der „Hochschaubahn“ an verständlichen Gefühlen und Ängsten. Carina wurde leider auch im Zuge der Pandemie gekündigt, was ihr zusätzlich sehr zu schaffen machte. Dank der Spenden von Privatpersonen und Unternehmen können wir Carina auch finanziell unterstützen. Sie erhielt 2020 insgesamt € 1.350,- für einen Teil der Einkommenseinbußen, krankheitsbezogene Kosten und den Selbstbehalt für den Spitalsaufenthalt.



Für die Österreichische Krebshilfe ist der sorgsame Umgang mit Spenden selbstverständlich. Dass dem so ist, wird jedes Jahr von unabhängigen Rechnungsprüfer:innen und Prüfer:innen gem. Österreichischem Spendengütesiegel geprüft und bestätigt.

Informationen einholen



Krebshilfe-Website

Die Krebshilfe-Website www.krebshilfe.net, die „KrebsHILFE“ App, die social media Profile und die Krebshilfe-Broschüren bieten wichtige und gesicherte (!) Informationen für Patient:innen und Angehörige. Die fachlichen Inhalte werden gemeinsam mit wissenschaftlichen Gesellschaften/Expert:innen erstellt.

Vorsicht vor Informationen aus dem Internet

Das World Wide Web öffnet leider auch Tür und Tor für Fake News, Scharlatane und umstrittene alternative Methoden. Die Österreichische Krebshilfe appelliert an Sie, sich genau zu erkundigen, welchen Seiten Sie Vertrauen schenken. **Im Zweifelsfall fragen Sie Ihre Ärzt:innen oder die**

Krebshilfe und informieren Sie sich auch auf den websites der Österreichischen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO):

www.krebshilfe.net

www.ago-austria.at

Hier können Sie sicher sein, dass Sie mit kompetenten, unabhängigen und richtigen Informationen direkt von Expert:innen versorgt werden.

Social Media

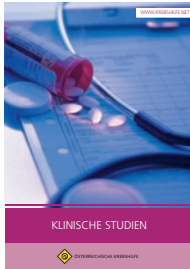
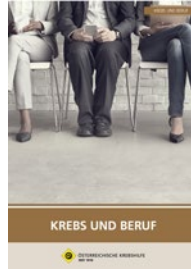
Folgen Sie uns auch auf unseren Facebook-Seiten

Österreichische Krebshilfe
<https://www.facebook.com/OesterreichischeKrebshilfe>
und AGO
https://www.facebook.com/AGO_Austria

Broschüren-Empfehlungen

Die Krebshilfe bietet Ihnen viele weiterführende Broschüren zu den einzelnen Themen. Eine Übersicht sehen Sie auf der nachstehenden Seite. Alle Broschüren erhalten Sie kostenlos bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland und als Download unter www.krebshilfe.net.

Die Krebshilfe-Broschüren liegen kostenlos in Spitälern/Ordinationen, anderen Gesundheitseinrichtungen und natürlich in den Krebshilfe-Beratungsstellen in ganz Österreich auf und stehen zum Download unter www.krebshilfe.net zur Verfügung.



Aktionen gegen Unterleibskrebs

„World Kissing Day“ (6.7.)

Am „World Kissing Day“ (6.7.) appellierten Krebshilfe und AGO Austria im Rahmen der europaweiten Aktion „PURPLE LIPS“ an Frauen, auf den Termin beim Gynäkologen/bei der Gynäkologin nicht zu vergessen, damit Unterleibskrebs möglichst früh erkannt werden kann!



„WorldGODay“ (20.9.) Welttag der Gynäkologischen Onkologie

Mit der Etablierung eines „Welttages der gynäkologischen Onkologie“ (2019), der u. a. durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO), das Europäische Parlament, die Europäische Gesellschaft für gynäkologische Onkologie (ESGO) und dem Europäischen Netzwerk für gynäkologische Selbsthilfegruppen (ENGAGE) unterstützt wird, bekommt das Thema „Unterleibskrebs“ verstärkt Aufmerksamkeit. AGO und

Krebshilfe thematisieren jedes Jahr rund um den Welttag das Thema „Unterleibskrebs“ in der Öffentlichkeit.



Ein Meeting auf Augenhöhe:

Aufgrund der Covid-19-Pandemie müssen Kongresse und Veranstaltungen weitgehend ins Internet verlagert werden. So entstand auch gemeinsam mit der AGO (Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie) die Idee, einen Online-Dialog zu veranstalten, bei dem Unterleibskrebspatientinnen gezielt Fragen stellen können. Der Termin wird rechtzeitig unter www.krebshilfe.net veröffentlicht.



Gemeinsam sind wir stärker!

Die Österreichische Krebshilfe ist seit 2021 stolze Partnerin des Europäischen Netzwerks von Patientinnenvertretungsgruppen für Unterleibskrebs (ENGAGe).



WHO-Aktionstag zur Eliminierung von Gebärmutterhalskrebs (17.11.)

Im August 2020 verabschiedete die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Resolution, in der die Beseitigung von Gebärmutterhalskrebs gefordert und eine Strategie zur Umsetzung verabschiedet wurde. 194 Länder haben sich den Zielen für 2030 angeschlossen:

- 90 % HPV-Durchimpfungsrate
- 70 % Screening-Abdeckung
- 90 % Zugang zur Behandlung von Gebärmutterhalskrebs einschließlich Zugang zu Palliativmedizin.

Am 17. November, nach dem Ende der 73. Versammlung der WHO, erfolgt der offizielle Start im Rahmen einer von der WHO

ausgerichteten virtuellen Veranstaltung. Gleichzeitig werden unter anderem Denkmäler und Gebäude auf der ganzen Welt in der Farbe Petrol/Blaugrün beleuchtet, der Farbe des Bewusstseins für Gebärmutterhalskrebs.

Auf Initiative des AGO-Präsidenten OA Dr. Christian Schauer und mit freundlicher Unterstützung von MSD Österreich wird das Wiener Riesenrad am 17.11. in „Petrol“ erstrahlen.

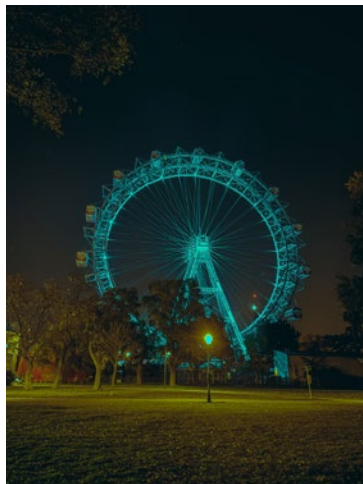


Foto: Julian Copony/Wiener Riesenrad

Krebshilfe und AGO werden gemeinsam die weltweiten Zielvorgaben der WHO an die politisch Verantwortlichen in Österreich herantragen und die Umsetzung einfordern.



„Grüne Socken“ für Dich!



Andrea KRULL

Eierstockkrebs
Deutschland e.V.

*Wir freuen uns sehr,
dass wir gemeinsam
mit der Österreichischen
Krebshilfe und
Brigitte Senger die
Aktion „grüne Socken“
jetzt auch nach Öster-
reich bringen können!*



Tanja LINKE

Eierstockkrebs
Deutschland e.V.

Aktion „Grüne Socken“ für Unterleibskrebspatientinnen

Andrea Krull, die 1. Vorsitzende des Vereins „Eierstockkrebs Deutschland e.V.“ gründete die Aktion „Grüne Socken“, weil ihre Freundin an Eierstockkrebs erkrankt war und durch die Chemotherapie sehr häufig fro. Da die Lieblingsfarbe der Freundin Grün war, wollte Andrea Krull ihr wunderschöne, warme, grüne Socken stricken. Leider dauerte das Stricken zu lange und viele Dinge kamen dazwischen. Die Freundin verstarb leider, bevor die Socken fertig waren.

Die Socken waren für Andrea Krull aber dennoch eine Art Zeichen. Sie hatte schon lange überlegt, was sie tun könnte, um Eierstockkrebspatientinnen zu helfen und Informationen „schön und warm“ rüberzubringen. So wurde die Aktion „Grüne Socken“ geboren und war vom ersten Tag an ein großer Erfolg.

Andrea Krull wurde im März 2020 für ihr beispielhaftes Engagement mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande ausgezeichnet.

Nun auch in Österreich

Die beiden Vereine „Eierstockkrebs Deutschland e.V.“ und die Österreichische Krebshilfe freuen sich, bekanntgeben zu können, dass die Aktion „Grüne Socken“ nun auch in Österreich angekommen ist. Die Idee zu dieser Zusammenarbeit stammt von Brigitte Senger, die den YouTube-Kanal „knitandshine“ betreibt und von der Aktion begeistert war. **Mit dem Nikolo-Tag 2021 (6.12.) startet die Aktion in Österreich.**



„Grüne Socken“: ab 6.12.2021
auch in Österreich – siehe
nächste Seiten!

„Grüne Socken“ stricken...

Wie kann ich bei der „Grüne Socken“-Aktion in Österreich mitmachen ?

Es werden strickbegeisterte Menschen gesucht, die ganzjährig grüne Socken (jedes „Grün“ ist erlaubt bzw. auch Farbkombinationen, in denen „Grün“ vorkommt) stricken (vornehmlich in den Größen 38 bis 41, aber gerne auch in kleineren/größeren Größen).

• Strickanleitungen

finden Sie auch über den **YouTube-Kanal** der Österreich-Initiatorin Brigitte Senger „kntandshine“

• Mit viel Liebe und positiven Gedanken gestrickt für ...

Verfassen Sie bitte eine kleine **persönliche Nachricht** an die Empfängerin und stecken Sie sie in eine Socke. Sie können - müssen aber nicht - Ihren Namen und Ihre Adresse/Tel. Nr. hinterlassen, falls die Empfängerin sich bei Ihnen melden möchte.

• Banderole

Auf www.krebshilfe.net/gruene-socken können Sie eine **Banderole** (wahlweise pro Wunsch-Bundesland), downloaden, ausdrucken, die Sockengröße eintragen, die Banderole um die Socken wickeln und befestigen.



Eine Initiative der Österreichischen Krebshilfe und Eierstockkrebs Deutschland e.V.



Doris KIEFHABER

Geschäftsführung
Österreichische
Krebshilfe

Ich freu mich sehr über die Zusammenarbeit mit Andrea Krull und Tanja Linke und danke Brigitte Senger, dass sie mir die Projektidee vorgestellt hat und wir das nun gemeinsam in Österreich aufbauen.

...für Unterleibskrebs-Patientinnen



Brigitte SENGER

YouTube-Kanal
„knitandshine“

Ich freue mich sehr, dass wir „Grüne Socken“ nun auch in Österreich anbieten können. In jedem Paar handgestrickter Socken stecken viele Stunden Arbeit und viel Liebe. Schon während des Strickens denkt man an die Unbekannte, die diese Socken eines Tages tragen wird, und hofft, dass sie Wärme und Geborgenheit schenken.

• Per Post an die Krebshilfe

Bitte versenden Sie das Kuvert per Post an **die Krebshilfe in Ihrem Wunsch-Bundesland:**

Österreichische Krebshilfe BURGENLAND
7202 Bad Sauerbrunn
Hartigasse 4, (Der Sonnberghof)

Österreichische Krebshilfe KÄRNTEN
9020 Klagenfurt
Völkermarkterstraße 25

Österreichische Krebshilfe NIDERÖSTERREICH
2700 Wr. Neustadt
Wiener Straße 69 (ÖGK)

Österreichische Krebshilfe OBERÖSTERREICH
4020 Linz, Harrachstraße 15/1

Österreichische Krebshilfe SALZBURG
5020 Salzburg, Mertensstraße 13

Österreichische Krebshilfe STEIERMARK
8042 Graz
Rudolf-Hans-Bartsch-Str. 15-17

Österreichische Krebshilfe TIROL
6020 Innsbruck
Anichstraße 5 a/2. Stock

Österreichische Krebshilfe VORARLBERG
6850 Dornbirn
Rathausplatz 4

Österreichische Krebshilfe WIEN
1200 Wien
Brigittenufer Lände 50-54, 4. Stg./5.OG

Bitte ausreichend frankieren! Die Postgebühren können leider von der Österreichischen Krebshilfe nicht übernommen werden.

Was in Deutschland seit vielen Jahren ein großer Erfolg ist, soll nun auch in Österreich Unterleibskrebspatientinnen erfreuen!



Wärme und Hoffnung bei Krebs

Die warmen, handgestrickten Socken sind ein wertvolles Geschenk für Krebspatientinnen. Sie bringen Wärme und Geborgenheit und sind ein Zeichen der Unterstützung durch die Angehörigen.

Die warmen, handgestrickten Socken sind ein wertvolles Geschenk für Krebspatientinnen. Sie bringen Wärme und Geborgenheit und sind ein Zeichen der Unterstützung durch die Angehörigen.



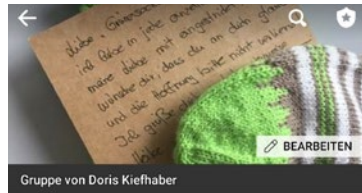
• Weitergabe der Socken

Die Österreichische Krebshilfe beliefert **zertifizierte gynäkologische Zentren** (siehe Seite 76) regelmäßig mit „grünen Socken“, die an Unterleibskrebspatientinnen während des Aufenthaltes in dem jeweiligen Zentrum weitergegeben werden.

„Grüne Socken“ werden auch **im Rahmen von Beratungen bei der Krebshilfe** direkt an Unterleibskrebspatientinnen übergeben. In Salzburg, Burgenland und Niederösterreich gibt es bis dato leider noch keine zertifizierten gynäkologischen Zentren. In diesen drei Bundesländern erfolgt die Ausgabe der Socken direkt von der Krebshilfe an Unterleibskrebspatientinnen (im Rahmen der Beratung). Eine Auflistung aller Krebshilfe-Beratungsstellen finden Sie am Ende dieser Broschüre!

• Werde Teil der Familie!

Wir freuen uns, wenn „Grüne-Socken-Stricker:innen“ unserer **Facebook-Gruppe „Grüne Socken Österreich“** beitreten und uns auf Instagram folgen **#grünesockenösterreich**.



Grüne Socken Österreich >
Private Gruppe



Auch der renommierte Unterleibskrebs-Experte Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jalid Sehoul, Charité Berlin, freut sich über die regelmäßige Lieferung von „grünen Socken“ für die Patientinnen.



Krebshilfe-Präsident Univ.-Prof. Dr. Paul Sevelda und Krebshilfe-GF Doris Kiefhaber freuen sich, dass die Aktion nun auch in Österreich startet.

Patient:innenrechte

Der **Abschnitt 1** der Patientencharta regelt „Grundsätzliches“.

Artikel 2

Die Persönlichkeitsrechte der Patient:innen sind besonders zu schützen. Ihre Menschenwürde ist unter allen Umständen zu achten und zu wahren.

Artikel 3

Patient:innen dürfen auf Grund des Verdachtes oder des Vorliegens einer Krankheit nicht diskriminiert werden.

Die Patient:innenrechte sind in der so genannten „**Patientencharta**“ zusammengefasst. Diese beinhaltet folgende Punkte:

- Recht auf Behandlung und Pflege
- Recht auf Achtung der Würde und Integrität
- Recht auf Selbstbestimmung und Information
- Recht auf Dokumentation
- Besondere Bestimmungen für Kinder
- Vertretung von Patient:inneninteressen
- Durchführung von Schadenersatzansprüchen

Haben Angehörige ein Recht auf Mitbestimmung?

Bei volljährigen Patient:innen haben Angehörige grundsätzlich kein Recht auf Mitbestimmung. Ausnahme: Wenn der/die Patient:in (bei mangelnder Willensbildungsfähigkeit) im Vorhinein mit einer Vorsorgevollmacht eine andere Person (z. B. einen Verwandten/Angehörigen) zu seinem/ihrer Stellvertreter:in bestimmt hat. Eine Ausnahme besteht auch, wenn es sich um keine weitreichende medizinische Entscheidung handelt. In diesem Fall kann ein Verwandter oder Angehöriger mit der sogenannten „gesetzlichen Vertretungs-

macht der nahen Angehörigen“ für den/die Patient:in entscheiden (siehe „Patientenverfügung“).

Wer entscheidet, wenn der/die Patient:in nicht ansprechbar ist?

Wenn der/die Patient:in nicht selbst entscheiden kann und eine verbindliche Patientenverfügung vorliegt, haben Ärzt:innen nach dem festgelegten Willen in der Patientenverfügung vorzugehen.

Wenn **keine Patientenverfügung** vorliegt, haben Ärzt:innen nach dem mutmaßlichen Willen der betroffenen Patient:innen vorzugehen. Also auch in diesem Fall haben die Verwandten (Ausnahmen siehe oben) kein Recht zu bestimmen, ob eine Behandlung durchgeführt oder nicht durchgeführt werden soll.

Ist der mutmaßliche Wille nicht zweifelsfrei erkennbar, haben Ärzt:innen nach bestem Wissen und Gewissen das Erforderliche und medizinisch Notwendige zu unternehmen, um das Leben von Patient:innen zu retten oder die Gesundheit zu erhalten. In diesem Fall gilt der Grundsatz „**Im Zweifel für das Leben**“ und es sind alle medizinisch noch sinnvollen Behandlungen durchzuführen.

Patientenverfügung

Die Patientenverfügung

Jeder Mensch (nicht nur Menschen mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung!) sollte eine Patientenverfügung erstellen, wenn man festhalten möchte, welche medizinische Maßnahmen getroffen werden dürfen, wenn man zu einer diesbezüglichen Meinungsäußerung selbst nicht mehr in der Lage sein sollte (z. B. bei Bewusstlosigkeit). Dies betrifft vor allem Wiederbelebung sowie lebensverlängernde Maßnahmen wie künstliche Beatmung und Ernährung.

Im Patientenverfügungsgesetz (PatVG) wird zwischen verbindlichen Patientenverfügungen und solchen, die zwar nicht verbindlich sind, aber trotzdem der Ermittlung des Willens der Patient:innen zugrunde zu legen sind, unterschieden.

Voraussetzung

Voraussetzung für die Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung ist eine **umfassende ärztliche Aufklärung**. Sie muss schriftlich mit Angabe des Datums vor einem/r **Rechtsanwält:in**, **einem/r Notar:in**, einem/r rechtskundigen Mitarbeiter:in der Patientenvertretung oder eines Erwachsenenschutzvereins errichtet werden. **Sie bleibt für acht**

Jahre verbindlich (außer der/die Patient:in hat eine kürzere Frist bestimmt) und muss dann wieder bestätigt werden. Jede Person, die eine Patientenverfügung errichten will, muss in der Lage sein, den Grund und die Bedeutung der abgelehnten Behandlung zu verstehen.

Patientenverfügungsregister

Jede Patientenverfügung kann auf Wunsch im Patientenverfügungsregister **des österreichischen Notariats sowie der österreichischen Rechtsanwälte** registriert werden. In Kooperation mit dem österreichischen Roten Kreuz besteht eine österreichweit verfügbare Einsichtsmöglichkeit für Krankenanstalten in das Patientenverfügungsregister. Quelle und weitere Informationen: <https://www.rechtsanwaelte.at/buergerservice/servicecorner/patientenverfuegungsregister/>

Wen wähle ich als Vertrauensperson?

In der Patientenverfügung können Sie eine Vertrauensperson bestimmen (= ein Mensch Ihrer persönlichen Wahl, der das Recht hat, im gleichen Ausmaß wie Sie, Auskunft über Ihren Gesundheitszustand zu bekommen). Eine Vertrauensperson hat jedoch kein Mitspracherecht bei Entscheidungen.

Was ist Krebs?



Univ.-Prof.

Dr. Michael Micksche erklärt die Entstehung von Krebs.

Holen Sie sich das Experten-Video kostenlos auf Ihr Handy! Anleitungen finden Sie auf S. 3, oder klicken Sie auf diesen Link: <https://www.youtube.com/watch?v=Ni4mZe3aGZQ>

Kanzerogene = krebserregende Stoffe; u. a. chemische Substanzen, Strahlen, Viren, Inhaltsstoffe des Tabakrauchs und der Nahrungsmittel(-zubereitung), UV-Licht, Infektionen.

Suppressorgene = Gene, deren Geneprodukte in der gesunden Zelle die Zellteilung kontrollieren beziehungsweise unkontrolliertes Zellwachstum hemmen.

Krebs ist die Bezeichnung für eine Vielzahl von Erkrankungen, die durch ungebremste Zellvermehrung und bösartige Gewebsneubildung und Ausbreitung im Organismus gekennzeichnet sind.

Der **Begriff KREBS** wurde vom griechischen Arzt Hippokrates vor fast 2400 Jahren geprägt. Die auf gesundes Gewebe übergreifenden Tumoren hat er mit den Scheren des Krebses verglichen. Bereits die alten Ägypter waren von Krebs betroffen. Funde, die bis 3000 vor Christus zurückgehen, bestätigen dies.

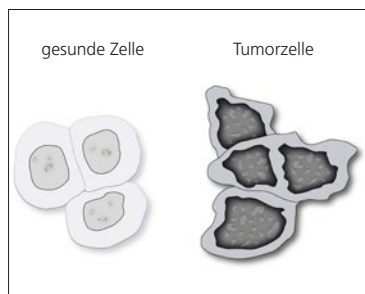
Weltweit erkrankten im Jahr 2018 rund 18 Millionen Menschen an Krebs (WHO).

Heute ist Krebs ein globales Problem. Weltweit sind laut Weltgesundheitsorganisation im Jahr 2018 rund 18 Millionen Neuerkrankungen aufgetreten.

Die Entstehung von Krebs ist ein komplexer Prozess, dem vielfältige sogenannte multifaktorielle Ursachen zugrunde liegen. Lebensstilfaktoren wie Rauchen, ungesunde Ernährung, Alkohol, UV-Strahlung und auch Bewegungsmangel

haben einen großen Anteil – mehr als 50 Prozent – am persönlichen Krebsrisiko.

Krebs wird als Erkrankung des Erbmaterials von Zellen angesehen. Krebserregende (*kanzerogene*) Faktoren können bleibende Schäden am Erbmaterial an der DNS bewirken. Das ist besonders auch der Fall, wenn natürliche Reparaturmechanismen und Abwehrreaktionen des Körpers ineffektiv oder ausgeschaltet sind.



Zellen mit genetischen Schäden geben Mutationen bei der Zellteilung auf Tochterzellen weiter.

So entstehen Zellen mit genetischen Schäden – also Mutationen, die dann bei Zellteilung auf Tochterzellen weitergegeben werden.

Skizze Entstehung von Krebs, Univ.-Prof. Dr. Michael Micksche/Krebshilfe

Diese Veränderungen bewirken eine Über-Aktivierung von Krebsgenen, den sogenannten Onkogenen. Die Folge ist unkontrolliertes und gesteigertes Wachstum.

Ebenso kann ein Abschalten von Kontrollgenen, also eine Inaktivierung von Suppressorgen, zu diesem ungebremsten Zellwachstum und der Vermehrung von entarteten Zellen beitragen.

Es gibt Hinweise, dass Krebs von einem Ursprungszellstamm – also dem Klon von Progenitor-Zellen – ausgeht. Man spricht von einem klonalen Ursprung. Mehrere Schäden mit Veränderungen im Erbmaterial sind notwendig, damit diese Zellen die Eigenschaften der Bösartigkeit (*Malignität*) erlangen. Die Kennzeichen sind unkontrolliertes Wachstum, das Eindringen in umgebendes Gewebe und Gefäße und die Streuung und Absiedelung im Organismus – die Metastasierung.

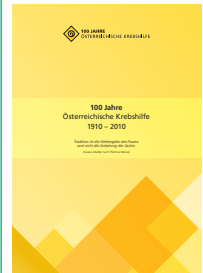
Ein wesentliches Charakteristikum von Krebszellen ist deren Unsterblichkeit. Mechanismen, die in normalen Zellen zu Alterung und zum Absterben (*dem programmierten Zelltod*) führen, werden abgeschaltet.

Krebszellen können sich auch in den Organ-Nischen lange Zeit inaktiv und unauffällig verhalten. Diese Krebsstammzellen gelten aber als die gefährlichsten Zellen in einem Tumor. Sie sorgen für ständigen Nachschub an Krebszellen und werden für ein Wiederauftreten von Tumoren (*Rezidiv*) und auch für Therapieresistenzen verantwortlich gemacht.

Bei der Krebsentstehung spielt auch der Zeitfaktor eine wesentliche Rolle. Tatsache ist, dass Krebserkrankungen mit zunehmendem Alter vermehrt auftreten. Als Erklärung gilt, dass es oft Jahre dauert, bis sich diese zahlreichen Mutationen in einer malignen Entartung von Zellen, einer Tumorbildung und schließlich als Krebserkrankung manifestieren.

Die Ergebnisse der internationalen und nationalen Krebsforschung, die Anwendung von modernsten Diagnose- und Strahlentechnologien und die neuen medikamentösen Therapien haben in den letzten Jahren zu einer **wesentlichen Verbesserung der Heilungsraten und Verlängerung der Überlebenszeiten bei Krebs** geführt.

onko =
gr. onkos:
Anschwellung



Lesen Sie mehr zur Geschichte von Krebs in der Broschüre „100 Jahre Österreichische Krebshilfe“.

Ihr individueller Behandlungsplan

Biomarker =

Charakteristika von Krebszellen, die aus Gewebematerial von Biopsien und/oder Operationspräparaten mittels immunologischer und molekularbiologischer Untersuchungsmethoden bestimmt werden. Biomarker sind bei der Bestimmung der Therapieempfindlichkeit, Resistenz und Prognose von großer Relevanz.

Das therapeutische Vorgehen bei Krebserkrankungen wird durch international festgelegte Standards bestimmt. Welche Therapie individuell eingesetzt wird, hängt von der Art des Tumors, der Lokalisation, der Ausbreitung (Stadium der Erkrankung), der Histologie und auch von bestimmten Ausprägungen („Biomarker“) wie z. B. Hormonrezeptoren oder Eiweißstoffen an Tumorzellen ab. All diese Faktoren bestimmen den Behandlungsplan.

Das Tumorboard

Der **individuelle Behandlungsplan** wird von Expert:innen der verschiedenen Fachrichtungen erstellt. Welcher Fachrichtung die am Tumorboard teilnehmenden Mediziner:innen angehören, hängt von der Art der Krebserkrankung der Patientin ab. Bei gynäkologischen Krebserkrankungen sind dies Gynäkolog:innen, Radioonkolog:innen, Radiolog:innen, Patholog:innen sowie interistische Onkolog:innen. Auch Expert:innen anderer Fachrichtungen können hinzugezogen werden und natürlich auch alle Mitarbeiter:innen, die an der Versorgung der Patientin beteiligt sind.

Ihr individueller Therapieplan wird im Rahmen eines Tumorboards nach neuesten Erkenntnissen erstellt und mit Ihnen ausführlich besprochen.

Das Ergebnis ist IHR individueller Behandlungsplan, der im Rahmen eines **aufklärenden Gesprächs** von Ihrem/r Hauptbehandler:in („Case Manager“) mit Ihnen eingehend besprochen wird. Dabei informiert der Arzt/die Ärztin über die Therapieform und die Ziele der Therapie, Nebenwirkungen und deren Abhilfe. Das Gespräch soll in einer gemeinsamen Entscheidung von Patientin und behandelndem Arzt/behandelnder Ärztin resultieren.

Auf den nachfolgenden Seiten finden Sie Informationen zu den einzelnen Krebsarten und Behandlungsformen. Wenn Sie zusätzliche Informationen zu Ihrer Krebserkrankung benötigen, stehen Ihnen viele kostenlose Krebshilfe-Broschüren zur Verfügung, siehe auch Seite 23.



Univ.-Prof. Dr.

Christoph ZIELINSKI

erklärt die Bedeutung des Tumorboards.

Holen Sie sich das Experten-Video kostenlos auf Ihr Handy!

Anleitungen finden Sie auf S. 3, oder klicken Sie auf diesen Link:

<https://www.youtube.com/watch?v=7znDlCjRrW4>

*In allen Dingen
ist hoffen
besser
als verzweifeln.*

Johann Wolfgang von Goethe

Befunde besser verstehen...

Bei einer Tumorerkrankung werden meist viele verschiedene Befunde erhoben. Es ist verständlich, dass Patient:innen versuchen, aus den Befunden mehr „herauszulesen“. Es werden aber **Fachtermini, Begriffe, Buchstaben- und Zahlenkodierungen** verwendet, die für Laien schwer verständlich sind. Deshalb haben wir nachstehend einige kurz erklärt. Weitere Informationen finden Sie auch direkt in den jeweiligen Kapiteln dieser Broschüre.

Anamnese

Anamnese („Erinnerung“) beinhaltet die Erhebung der Krankheitsvorgeschichte, frühere Erkrankungen, Beschwerden, vorangegangene Therapien, Risikofaktoren etc.

„Positiver“ / „Negativer“ Befund

Diese Begriffe stellen keine Wertung im üblichen Sinn dar. Ein „positiver“ Befund bedeutet, dass bei der Untersuchung etwas Auffälliges gefunden wurde. „**Negativ**“ bedeutet, dass **nichts Auffälliges entdeckt wurde**.

Tumormarker

Tumormarker sind körpereigene Stoffe, meist Zucker-Eiweiß-Moleküle, die auch bei gesunden Menschen im Körper vorhanden sind. **Bei Vorliegen einer bösartigen Erkrankung können diese Stoffe erhöht sein (muss aber nicht sein)**. Eine Vielzahl gutartiger entzündlicher Erkrankungen sowie Nikotin können Tumormarker ebenfalls erhöhen (*falsch positiver Befund*). Bei bösartigen Erkrankungen dienen sie nicht der Diagnose sondern der Verlaufsbeobachtung der Erkrankung.

„o.B.“ – Befund

Eine Abkürzung „o.B.“ („o.p.B.“) bedeutet ohne (*pathologischen*) Befund, also: **alles normal**.

Buchstaben- und Zahlenkodierungen

Wenn alle notwendigen Untersuchungen abgeschlossen sind, fassen Ärzt:innen die Untersuchungsergebnisse zu der Diagnose zusammen. Das heißt, sie ordnen die Befunde einer bestimmten Erkrankung zu. International

gilt ein einheitlicher **Code aus Buchstaben- und Zahlenkodierungen**. So können sich Ärzt:innen über Sprachgrenzen hinweg verständigen.

Stadieneinteilung / „Staging“

Die Erkrankung wird nach ihrer **Ausbreitung im Körper** eingestuft. Hierfür gibt es verschiedene tumorbezogene Einteilungssysteme. Mehr dazu in den Kapiteln zu den einzelnen Krebsarten.

Klassifikation

Mit dem FIGO* und TNM-System werden die **Größe von Tumoren und der Befall von Lymphknoten und Organen** beschrieben.

Grading

Ein langsam wachsender Tumor (*hochdifferenziert*) = „Grad 1“, ein schnell wachsender Tumor (*undifferenziert*) = „Grad G3“.

*„FIGO“ =
Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
(franz. für „Internationale Vereinigung für Gynäkologie und Geburtskunde“)

TNM-Klassifikation

T	Tumor	Ausdehnung und Verhalten des Primärtumors
N	Nodus	Lymphknoten (nodus lymphoideus). Fehlen bzw. Vorhandensein von regionären Lymphknotenmetastasen
M	Metastasen	Fehlen bzw. Vorhandensein von Fernmetastasen

T1 bis T4 für den Primärtumor

Bei der T-Kategorie beschreiben die Ziffern 1 - 4 die zunehmende Größe und Ausbreitung des Primärtumors. Bei einigen Tumoren unterteilen die Fachleute noch genauer (T-Ziffern plus Zusätze mit den Kleinbuchstaben a bis d).

N0 bis N3 für die Lymphknoten

Die Ziffern der N-Kategorie richten sich nach Zahl und Lage der von Krebszellen befallenen „regionären“ Lymphknoten. N0 bedeutet, dass in den regionären Lymphknoten des vom Tumor befallenen Organs keine Krebszellen nachgewiesen werden konnten. N1, N2 und N3 beschreiben den Befall immer mehr oder immer weiter vom Tumor entfernter regionärer Lymphknoten.

M0 und M1 für Fernmetastasen

Bei der M-Kategorie unterscheidet man nur, ob Fernmetastasen nachgewiesen wurden (M1) oder nicht (M0).

„Warum ich...?“



**Priv.-Doz.
Dr. Gerhard BOGNER**

Vorstandsmitglied der
AGO, Leitender Oberarzt
Universitätsfrauenklinik
und PMU Salzburg

*Ein kleiner Teil der
Krebserkrankungen
sind vererbbar. Für jede
Frau gibt es ein indivi-
duelles maßgeschnei-
dertes Krebs-Vorsorge-
programm.*

**BRCA =
BR**east **CA**nCer **G**en =
Brustkrebsgen

Viele Patientinnen stehen nach der Diagnose Krebs - verständlicher-
weise – unter Schock und suchen
oftmals nach einem „Grund“ oder
einer Erklärung. „Warum ich...?“,
„Bin ich selber schuld an meiner
Krebserkrankung?“ - mit diesen
Fragen wenden sich viele Patien-
tinnen an die Krebshilfe.

**Faktum ist, dass die meisten Krebs-
arten in ihrer Entstehung leider nicht
vermieden werden können.**

Es gibt Faktoren, die das Risiko
beeinflussen, an Krebs zu erkan-
ken. Solche können angeboren
(z. B. genetisch) oder erworben
sein (z. B. durch Infektionen,
Rauchen, ungesunden Lebensstil).

**Bei den meisten – auch familiär
gehäuften Fällen – bleibt ungeklärt,
warum Menschen an Krebs erkranken.**

Risikofaktor ALTER

Bei den häufigsten Krebserkran-
kungen (nicht nur beim Krebs der
Frau) stellt das Alter ein **nicht be-
einflussbares Risiko** dar, denn mit
zunehmendem Alter steigt einfach
das Risiko, an Krebs zu erkranken
(siehe dazu auch S. 33).

Risikofaktor GENETIK

In einigen Familien tritt Brust-,
Eierstock- und Darmkrebs ge-
häuft auf. Aber nur etwa 5 % aller
Krebserkrankungen sind durch
Veränderungen des menschlichen
Erbgutes (*Keimbahn*) bedingt.

Wenn Sie an Eierstockkrebs oder Brustkrebs erkrankt sind

Wenn Sie an Brust- oder Eier-
stockkrebs erkrankt sind, so fragen
Sie sich vielleicht, ob Ihre Krebs-
erkrankung durch genetische
Veränderungen bedingt ist, und ob
Ihre Kinder, Ihre Geschwister oder
andere Familienmitglieder eben-
falls gefährdet sind. Bei Brustkrebs-
und Eierstockkrebspatientinnen
kann es aus zwei Gründen wichtig
sein, eine genetische Mutation
(z.B. BRCA 1, 2) zu kennen:

Es kann für Sie, als Patientin, für die
Therapieentscheidung von Bedeutung
sein UND auch für nahe Verwandte
eine wichtige Information darstel-
len, um im Falle einer genetischen
Mutation eine entsprechende Beratung
einzuholen.

Durch eine genetische Untersu-
chung vom Blut oder vom Tumor-
gewebe können Veränderungen in
Risikogenen (z. B. BRCA1/2) und

Vererbbarkeit von Krebs

Kriterien für eine prädiktive* genetische Testung Brustkrebs/Eierstockkrebs

- mindestens 3 an Brustkrebs erkrankte Frauen
- mindestens 2 an Brustkrebs erkrankte Frauen, davon eine unter dem 51. Lebensjahr
- mindestens 1 Frau mit 35 oder jünger an Brustkrebs erkrankt
- mindestens 1 Frau an Brustkrebs und 1 Frau an Eierstockkrebs erkrankt
- mindestens 2 Frauen an Eierstockkrebs erkrankt
- mindestens 1 Frau an Brustkrebs und Eierstockkrebs erkrankt
- mindestens 1 Frau an Brustkrebs in beiden Brüsten erkrankt, wobei die Ersterkrankung vor dem 51. Lebensjahr erfolgte
- mindestens 1 Mann an Brustkrebs erkrankt
- eine bereits nachgewiesene BRCA1-/BRCA2-Mutation in der Familie

in der genetischen Information („Keimbahnmutationen“) festgestellt werden. Diese Mutationen können an Nachkommen weitervererbt werden.

Genetische Beratung für Angehörige

Wurde bei Ihnen eine Mutation nachgewiesen, kann das daher auch eine wichtige Information für nahe Familienangehörige (wie Schwester, Tochter, Mutter, Söhne, Brüder) sein. Zur Abschätzung des familiären Risikos dient obige Tabelle. Für die genetische Beratung ist eine Zuweisung durch einen Kassenarzt notwendig (Verdachtsdiagnose „Familiäres Brust- und Eierstockkrebsyndrom“).

Wo kann ich die Beratung durchführen lassen?

Eine Liste aller österreichweiten Beratungsstellen finden Sie auf www.brustgenberatung.at. Einen Aufklärungsbogen können Sie auf der Internetseite der AGO downloaden: <http://ago-austria.at/download/>

Die genetische Testung

Nach umfassender Beratung kann sich die Frau – so sie die Kriterien einer genetischen Testung erfüllt – entscheiden, ob sie eine genetische Testung durchführen lassen möchte.

* **prädiktiv** =

Bei einer prädiktiven genetischen Beratung wird mit Ihnen ein familiäres Risiko besprochen. In der Regel ist der Ratsuchende selbst gesund und ein naher Familienangehöriger ist an einer genetischen Erkrankung erkrankt (z.B. familiärer Brustkrebs/Eierstockkrebs) oder dies wird vermutet.

Kosten

Wenn ein relevantes erbliches Risiko bestätigt wurde, ist eine genetische Untersuchung über die ÖGK (Österreichische Gesundheitskasse) kostenfrei.

Wartezeit auf das Testergebnis

Aufgrund der aufwändigen Untersuchung kann es manchmal einige Wochen dauern bis das Untersuchungsergebnis vorliegt. Während der Wartezeit besteht immer die Möglichkeit für ein ärztliches bzw. psychologisches Gespräch.

Ein negatives Testergebnis

Ein negatives Testergebnis (das veränderte Krebsgen ist nicht nachweisbar) bedeutet nicht, dass Sie nicht im Laufe Ihres Lebens an Brust-/Eierstockkrebs erkranken können. Es besteht nur kein erhöhtes genetisches Risiko zur Erkrankung. Ein maßgeschneidertes Früherkennungsprogramm wird aber empfohlen.

Ein positives Testergebnis

Ein positives Testergebnis (Vorhandensein eines veränderten Krebsgens) sagt nicht, wann und an welchem Tumortyp oder ob überhaupt eine Krebserkrankung eintreten wird, sondern weist auf ein wesentlich erhöhtes Risiko hin.

Betrifft das Risiko die weibliche Brust oder die Eierstöcke (z.B. das BRCA Gen), so entscheiden sich manche Frauen für eine vorbeugende Entfernung des Brustdrüsengewebes oder der Eierstöcke, manche für ein maßgeschneidertes Früherkennungsprogramm.

Bei normalem oder durchschnittlichen Krebsrisiko

Bei normalem oder durchschnittlichem Krebsrisiko wird keiner Frau die Entfernung weiblicher Geschlechtsorgane zum Zweck der Reduktion des Krebsrisikos empfohlen!

Bei nachgewiesenem erhöhten Risiko

Bei Frauen mit nachgewiesenem erhöhten Risiko, an Brustkrebs oder Eierstockkrebs zu erkranken, können diese Organe – in Abhängigkeit vom Alter der Frau – „vorbeugend“ entfernt werden. Die Grundlage zu dieser Entscheidung bedarf allerdings einer intensiven Beratung durch ausgebildete Fachärzt:innen und Psycholog:innen. Nach der Entnahme des Tumorgewebes/Organs besteht die Möglichkeit einer Rekonstruktion mittels Implantaten oder durch körpereigenes Gewebe.

Risikofaktor INFEKTIONEN

Infektionen mit bestimmten Viren, Bakterien und Parasiten (Humane Papillomaviren, Helicobacter pylori, Hepatitis-B und -C-Viren) sind die häufigsten Ursachen von Krebs weltweit*. Im Vordergrund stehen hier Infektionen durch Humane Papillomaviren (HPV). Einige sind an der Entstehung von Krebserkrankungen beteiligt. Seit 2006/2007 gibt es eine Impfung gegen HPV. Lesen Sie mehr zum Thema HPV & Krebs und über die HPV-Impfung in der gleichnamigen Krebshilfe-Broschüre.



Die Broschüre „HPV-Impfung gegen Krebs“ ist kostenlos bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland erhältlich oder als Download unter www.krebshilfe.net.

Frauen, die eine Gebärmutterhalskrebs-Vorstufe (Konisation) hatten, profitieren von einer HPV-Impfung. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin!

Risikofaktor HORMONE/PILLE

Im Prinzip lösen Hormone selbst nicht Krebs aus. Sie regulieren oder stimulieren aber, neben gesunden Zellen, auch Krebszellen zum schnelleren Wachstum.

Aus diesem Grund sollten Frauen mit erhöhtem (familiären) Risiko für hormonabhängigen Krebs (Brustkrebs), weitgehend auf eine Behandlung mit Hormonen (Hormonersatztherapie, Pille) verzichten.



Detaillierte Informationen zur Krebsvorsorge und -früherkennung für Frauen (inkl. Hormonersatztherapie, Pille, empfohlene Früherkennungsuntersuchungen, HPV-Impfung uvm.) finden Sie in der Krebshilfe-Broschüre „Aus Liebe zum Leben“. Erhältlich bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland und als Download unter www.krebshilfe.net.

* „Lancet Oncology“, Juni 2012

Äußere Geschlechtsorgane



Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Veronika SEEBACHER-SHARIAT

Vorstandsmitglied der AGO, Vorsitzende des WAAGO, Abteilung für allg. Gynäkologie und gyn. Onkologie, Medizinische Universität Wien

Sowohl im Bereich der äußeren als auch der inneren Geschlechtsorgane können Krebserkrankungen entstehen, die als „Unterleibskrebs“ zusammengefasst werden. Erkrankungen in diesem Bereich gelten leider nach wie vor als Tabuthema und stellen einen hohen Leidensdruck für betroffene Frauen dar. Für umso wichtiger halte ich eine ausreichende Aufklärung am besten schon im jugendlichen Alter!

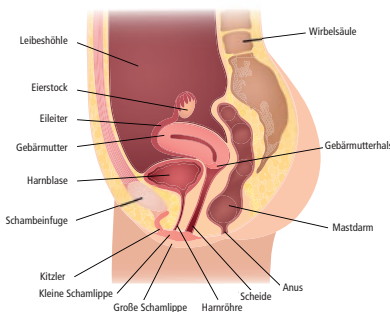
Zu den äußeren Geschlechtsorganen gehören Scheidenvorhof, Schamlippen und Klitoris.

Der **Scheidenvorhof**, in den neben der Scheide auch die Harnröhre mündet, wird von den kleinen **Schamlippen** umschlossen, die vorne in die **Klitoris** übergehen und von den großen Schamlippen umschlossen werden.* Etwa zwei Zentimeter unterhalb der Klitoris liegt die **Harnröhrenöffnung**. Die Harnröhre ist bei der Frau nur sehr kurz, weshalb das weibliche Geschlecht eher zu Blasenentzündungen neigt als das männliche. Unter der Harnröhrenöffnung kommt nach etwa eineinhalb Zentimetern der **Scheideneingang**. Zwischen dem Scheideneingang und dem Darmausgang liegt die **Damm-**

region, die bei einer Entbindung unter enormer Spannung steht. Der **Anus** bildet den Darmausgang. Er besteht aus der empfindlichen Darmschleimhaut, die in dieser Region in normale Haut übergeht. Ein Schließmuskel sorgt für den Verschluss oder besser die Stuhlkontinenz.

Die Grenze zwischen den äußeren und inneren Geschlechtsorganen bildet das **Jungfernhäutchen (Hymen)**, eine dünne, elastische Schleimhautfalte, die die Scheidenöffnung zum Teil verschließt. Eine echte biologische Funktion, wie zum Beispiel ein Nutzen als Barriere vor aufsteigenden bakteriellen Infektionen, konnte bis dato nicht bewiesen werden. Medizinisch bedeutsam ist das Hymen nur dann, wenn es keine Öffnung besitzt und sich die Periodenblutung in der Scheide ansammelt. Die Unversehrtheit des Hymen trägt jedoch eine starke psychologische und soziokulturelle Bedeutung als Zeichen der Jungfräulichkeit. Dieses Misskonzept und mangelnde Aufklärung führen leider in einigen konservativen Kulturkreisen noch heute zeitweise zu einem sozialen Disaster, das auf dem Rücken der armen betroffenen jungen Mädchen ausgetragen wird.

Weibliches Fortpflanzungssystem



Innere Geschlechtsorgane

Die **Scheide** (*Vagina*) stellt eine Verbindung zur Gebärmutter her. Der muskulöse Kanal ist etwa zehn Zentimeter lang und zwei bis drei Zentimeter breit, kann sich aber bei Bedarf – also beim Geschlechtsverkehr oder der Geburt eines Kindes – deutlich weiten.

Die **Gebärmutter** (*der Uterus*) ist ein hohler Muskel, der die Größe einer kleinen Birne hat und etwa sieben bis acht Zentimeter lang ist. Sie liegt leicht gebogen etwas **über der Harnblase**. Die Gebärmutter schleimhaut wird im monatlichen Zyklus – hormonell gesteuert – auf- und abgebaut und dient der Vorbereitung auf die Einnistung einer befruchteten Eizelle. Bleibt die Befruchtung aus, wird die verdickte Schleimhaut wieder abgebaut und es kommt zur Regelblutung.

Der **Gebärmutterhals** nimmt etwa das untere Drittel der Gebärmutter ein und ragt als Gebärmuttermund in den oberen Teil der Scheide hinein. Am oberen Gebärmutterende (*Fundus*) münden rechts und links die **Eileiter** in die Gebärmutter. Die **Eileiter** transportieren die Eizelle vom Eierstock in die Gebärmutter. Ist der Eileiter durch vorangegangene Entzündungen

geschädigt, kann sich der Transport der Eizelle verlangsamen. Nach spätestens sechs bis sieben Tagen nistet sie sich aber an Ort und Stelle ein und wenn sie bis dahin nicht den Uterus erreicht hat, passiert dies eben im Eileiter. Mediziner sprechen dann von einer Eileiterschwangerschaft.

In den **Eierstöcken** werden Eizellen und Hormone produziert. In jedem Regelzyklus wird (meist) eine Eizelle zum Reifen gebracht und springt. Im Eierstock bleibt der Gelbkörper (*Corpus luteum*) zurück. Er bildet das Hormon, das die **Gebärmutter schleimhaut** auf eine eventuelle Einnistung vorbereitet. Findet eine Befruchtung statt, hält der Gelbkörper in den ersten acht Wochen die Schwangerschaft aufrecht. Findet keine Befruchtung statt, bildet sich der Gelbkörper zurück. Die Anzahl nimmt im Laufe des Lebens kontinuierlich ab. Zur Zeit der Wechseljahre ist die Ei-Anzahl so weit reduziert, dass weniger Hormone produziert werden und keine regelmässigen Blutungen mehr auftreten (*Menopause*).

** In einigen Ländern ist die Beschneidung bei Frauen nach wie vor weit verbreitet. Dabei wird die Klitoris häufig auf bestialische Art und Weise entfernt und somit das Zentrum für die Lust der Frau zerstört.*

Eierstockkrebs



**Univ.-Prof.
Dr. Christoph GRIMM**

Vorstandsmitglied der AGO, stellvertretender Leiter der Arbeitsgruppe gynäkologische Onkologie, Medizinischen Universität Wien

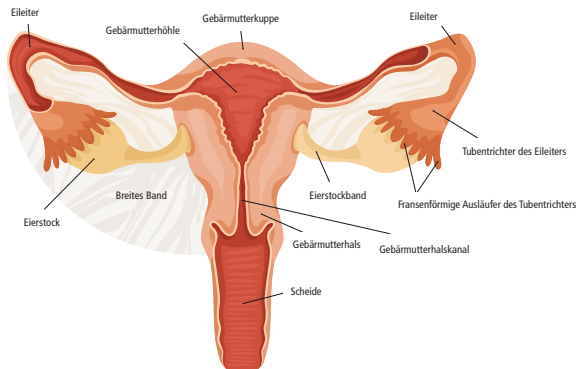
Nach wie vor ist der Eierstockkrebs die gefährlichste aller gynäkologischen Krebserkrankungen. Die fehlende Symptomatik in Frühstadien und die fehlende Früherkennungsmöglichkeit führen dazu, dass Eierstockkrebs meist erst in einem fortgeschrittenen Stadium erkannt wird. Auf der anderen Seite haben beginnende Zentralisierung, hohe chirurgische Expertise, präzisere Tumoranalysen und der Einsatz von neuen zielgerichteten Therapien zu einer deutlichen Lebensverlängerung auch mit der Möglichkeit einer Heilung geführt.

Eierstockkrebs (*Ovarialkarzinom*) ist die siebenthäufigste Krebserkrankung der österreichischen Frauen. Ca. 4% aller Tumoren bei der weiblichen Bevölkerung sind **bösartige Neubildungen der Eierstöcke** (*Ovarien*). In Österreich erkranken jährlich ca. 650 Frauen und ca. 450 sterben an der Erkrankung. Der Altersgipfel befindet sich um das 60. Lebensjahr (zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr). Eierstockkrebs weist unter den gynäkologischen Tumoren die höchste Sterblichkeit auf. Da keine verlässliche Vorsorgeuntersuchung oder Früherkennung möglich ist, liegt der **Fokus auf einer möglichst effektiven Behandlung und Nachsorge**.

Es gibt unterschiedliche Arten von Eierstockkrebs, wobei ca. 70 % der sogenannten Eierstockkrebserkrankungen wahrscheinlich vom Eileiter ausgehen. Da die Diagnose und Therapie ident ist, werden Krebserkrankungen des Eileiters, des Eierstocks und/oder des Bauchfells als eine Tumorerkrankung gesehen und behandelt.

Weder die gynäkologische Tastuntersuchung noch Ultraschall oder die Bestimmung von Tumormarkern (z. B. CA-125) können eindeutige Hinweise auf Eierstockkrebs geben. Eine Früherkennung oder eine Vorsorgeuntersuchung ist derzeit nicht möglich*.

Weibliches Fortpflanzungssystem



In frühen Stadien machen Eierstockkrebserkrankungen selten Symptome. Erst in einem fortgeschrittenen Tumorstadium finden sich sehr häufig Beschwerden, die Hinweis für das Vorliegen einer Krebserkrankung sein können. Leider sind die Zeichen von Eierstockkrebs sehr unspezifisch und können auch durch andere Erkrankungen hervorgerufen werden. Deshalb vergeht oft wertvolle Zeit, bis es zur Diagnosestellung kommt.

Folgende Symptome können auf einen bösartigen Tumor der Eierstöcke hinweisen:

- Bauchschmerzen, Blähungen, Verstopfung
- Übelkeit, Erbrechen, Gewichtsverlust
- Bauchumfangzunahme
- Beschwerden im Oberbauch
- Atemnot
- Selten kommt es z. B. auch zum Auftreten von Thrombosen oder Problemen beim Harnlassen.

Die Prognose ist umso besser, je früher der Tumor erkannt wird und je jünger die Frau ist. Leider werden 70 % der Eierstockkrebs-erkrankungen erst in fortgeschrittenem Stadium diagnostiziert.

Besteht Krankheitsverdacht, findet eine operative Abklärung statt.

Diagnostik und Stadien

Besteht ein Verdacht auf Eierstockkrebs, findet eine Abklärung zunächst mittels **gynäkologischer Tastuntersuchung, einer Tastuntersuchung des Enddarms sowie ein Ultraschall durch die Scheide** statt. Anschließend wird eine **Computertomographie (CT)** des Brust- und Bauchraumes durchgeführt. **Blutbefunde** beinhalten neben den üblichen Werten auch den Tumormarker CA 125. Je nach Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Krebserkrankung erfolgt anschließend eine **operative Abklärung/Behandlung** mittels Knopflochchirurgie (*Laparoskopie*) oder Bauchschnitt. Die Diagnosesicherung wird während der Operation mittels **Gefrierschnitt und mikroskopischer Untersuchung des Tumorgewebes** durch den Pathologen durchgeführt.

Die Tumorstadien werden mittels **FIGO-Schema**** eingeteilt (siehe dazu die nächste Seite).

** Die Möglichkeit von Früherkennung von Eierstockkrebs und Vorsorge sind Gegenstand klinischer Studien, haben aber bis jetzt noch nicht zum gewünschten Erfolg geführt.*

*** Die FIGO-Klassifikation ist ein von der Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) vorgeschlagenes System zur Einteilung gynäkologischer Tumoren. Sie wird in der Gynäkologie neben der TNM-Klassifikation maligner Tumoren eingesetzt.*

Stadieneinteilung Eierstockkrebs nach FIGO und TNM Klassifikation

TNM	FIGO	Definition
T1	IA	Tumor auf einen Eierstock begrenzt Kapsel intakt kein Tumor auf der Oberfläche des Eierstocks
1b	IB	Tumor auf beide Eierstöcke begrenzt Kapsel intakt kein Tumor auf der Oberfläche beider Eierstöcke
1c	IC	Tumor auf einen oder beide Eierstöcke begrenzt und folgende Situation: 1c1 IC1 Kapselruptur* bei der Operation 1c2 IC2 Kapselruptur vor der Operation oder Tumor auf der Oberfläche oder Tumorzellen 1c3 IC3 Nachweis maligner Zellen im Aszites** oder bei der Peritonealspülung
T2	II	Tumor befällt einen oder beide Eierstöcke und breitet sich im Becken aus oder primäres Peritonealkarzinom***
2a	IIA	Ausbreitung auf und/oder Implantate an Gebärmutter und/oder Eileiter
2b	IIB	Ausbreitung auf andere Beckengewebe
T3	III	Tumor befällt einen oder beide Eierstöcke histologisch nachgewiesene Peritonealmetastasen außerhalb des Beckens und/oder regionäre Lymphknotenmetastasen
3a1	IIIA1	nur positive Lymphknotenmetastasen
3a2	IIIA2	mikroskopische Peritonealmetastasen jenseits des Beckens mit oder ohne Lymphknotenmetastasen
3b	IIIB	makroskopische Peritonealmetastasen jenseits des Beckens größte Ausdehnung > 2 cm
3c	IIIC	Peritonealmetastasen jenseits des Beckens größte Ausdehnung > 2 cm und/oder regionäre Lymphknotenmetastasen
4 IV		Fernmetastasen
4a	IVA	maligner Pleuraerguss (zytologisch bestätigt)
4b	IVB	Fernmetastasen in Leber/Milz oder Tumorabsiedelungen außerhalb der Bauchhöhle

*

Kapseldurchbruch =

Jeder Lymphknoten hat eine Kapsel als äußere Abgrenzung, wird diese durchbrochen gibt es eine schlechtere Prognose und hat somit eine Konsequenz für die Therapie - in diesem Fall Bestrahlung.

**

Aszites =

eine pathologische Ansammlung von freier Flüssigkeit in der Bauchhöhle, genauer gesagt der Peritonealhöhle. Der Begriff wird sowohl für das Krankheitsbild als auch für die Flüssigkeit verwendet.

Peritoneum =

Bauchfell

Arten von Eierstockkrebs

Die häufigste Art sogenannter Eierstockkrebskrankungen gehen vom **Oberflächenepithel** (*Epithel: oberste Zellschicht des tierischen und menschlichen Haut- und Schleimhautgewebes*) der Eileiter und/oder Eierstöcke aus (*epitheliales Ovarialkarzinom*). Diese Tumoren treten meist spontan auf, wobei jedoch ca. 10 % aller Eierstockkrebskrankungen erblich bedingt sind – meistens durch eine Veränderung (*Mutation*) des BRCA1/2 Gens (*BRCA: BReast CAncer*).

Genetik

In knapp 10 % findet sich ein erblicher Risikofaktor für die Entstehung von Eierstockkrebs. Üblicherweise handelt es sich dabei um Veränderungen (*Mutationen*) in Genen, die für die Zellreparatur wichtig sind. Kommt es zu einer Mutation in diesen Reparaturgenen, steigt das Risiko für die Entstehung einer Krebskrankung an.

Neben einer Vielzahl von Genen (RAD51C, RAD51D, BRIP1, PALB2,..)* sind meistens Mutationen in BRCA1 oder 2 dafür verantwortlich. Im Rahmen einer operativen Abklärung erfolgt üblicherweise eine **BRCA1/2 Testung** im Tumorgewebe. Dies ist noch

kein Beweis für das Vorliegen einer Mutation im Erbmateriale, aber erhöht das Risiko für eine solche Genveränderung.

Eine Genmutation kann erst durch einen genetischen Test mittels Blutabnahme nachgewiesen werden.

In darauf spezialisierten Zentren finden persönliche, genetische Beratungen sowie engmaschige Früherkennungsuntersuchungen statt. Die Abklärung dieser Genmutation ist sowohl für die Frau mit Eierstockkrebskrankung selbst als auch ihre Verwandten von großer Bedeutung. Liegt ein Gendefekt vor, können Betroffene ein spezielles Betreuungs- und Vorsorgeprogramm in Anspruch nehmen. Mehr Informationen dazu finden Sie ab S. 38, „Vererbbarkeit von Krebs“.

Die eindeutige Diagnosesicherung erfolgt mittels Gewebeprobe (zumeist im Rahmen einer Operation). Die Behandlung der Eierstockkrebskrankung setzt sich zumeist aus einer Operation und der Durchführung einer medikamentöse Behandlung zusammen.

*

RAD51C Gen: Seine Funktion ist, die Erbsubstanz einer Zelle fehlerfrei zu halten.

RAD51D Gen: Ist ebenso wie BRCA1, BRCA2 und RAD51C an DNA-Reparaturmechanismen beteiligt und gehört zur Gruppe der ** Tumorsuppressor-Gene.

BRIP1: ist ein Enzym, das in der Lage ist, doppelsträngige DNA durch Homologe Rekombination zu reparieren. Es ist ausschließlich im Zellkern zu finden.

PALB2: Ist ein Protein, das ein wichtiger Faktor für die genomische Stabilität ist und wird daher auch als** Tumorsuppressor charakterisiert.

Suppressorgene: sind Gene, deren Genprodukte in der gesunden Zelle die Zellteilung kontrollieren beziehungsweise unkontrolliertes Zellwachstum hemmen.

Therapie



Lesen Sie mehr zu dem Thema „Therapien“ und „Nebenwirkungen“ in der Krebshilfe-Broschüre (und DVD) „Therapien bei Krebs“.



Univ.-Prof. Dr. Michael MICKSCHE

erklärt die Wirkweise von zielgerichteten Therapien. Holen Sie sich das Experten-Video kostenlos auf Ihr Handy! Anleitungen finden Sie auf S. 3., oder klicken Sie auf diesen Link:

<https://www.youtube.com/watch?v=951fU3-HUg8>

Operative Verfahren werden sowohl zur Diagnosesicherung als auch zur Behandlung bei Eierstockkrebs eingesetzt. Die **Chemotherapie** ist die zweite wichtige Komponente der Behandlung. Darüber hinaus kommen häufig **zusätzlich zielgerichtete Therapien** zum Einsatz, die individuelle Eigenschaften des Tumors, die Gefäßversorgung und das Immunsystem zum Ziel haben.

Operative Therapie

Bei Eierstockkrebs ist die Operation bereits Teil der abklärenden Diagnostik. **Ziel ist es, im Rahmen der Erstoperation sämtliches sichtbares Tumorgewebe komplett zu entfernen.**

Während der Operation wird die Ausbreitung der Erkrankung festgestellt und **wenn möglich der gesamte Tumor und alle Tumorzellabsiedelungen (Metastasen)** entfernt. Bei frühen Tumorstadien werden zur Feststellung der Tumorausbreitung die Lymphknoten des Beckens und neben der Aorta, das große Netz und Gewebeproben vom Bauchfell entfernt. Je nach Tumorstadium kann es notwendig sein, einen oder beide Eierstöcke bzw. auch benachbarte Organe z. B. Gebä-

mutter, Bauchfell, Teile des Darms, Zwerchfell oder auch andere Organe wie Milz und Gallenblase operativ zu entfernen.

In einigen Fällen wird zuerst eine Chemotherapie durchgeführt und erst dann erfolgt die Operation mit dem Ziel der Tumorentfernung. Dies erfolgt meistens, wenn die betroffene Frau zu krank oder zu schwach für eine Primäroperation ist oder die Tumorausbreitung zu ausgedehnt ist und eine Komplettentfernung unwahrscheinlich bzw. unmöglich ist. Die möglichst vollständige Entfernung des Tumors ist wesentlich für die Prognose.

Solche komplexen und schwierigen Operationen sollten nur in einem spezialisierten Zentrum mit der nötigen Expertise und mit einer Patientenzahl von mind. 20 Patientinnen jährlich durchgeführt werden.

In gynäko-onkologischen Zentren (Auflistung Seite 76) sollte die erfolgreiche Primäroperationsrate ca. 80 % betragen. Erfolgreich ist, den gesamten Tumor zu entfernen (optimal) oder wenn dies nicht möglich ist, nur Tumorreste kleiner als 1 cm zurückzulassen.

Tumortestung

Im Rahmen der Diagnosesicherung mittels Operation erfolgt auch gleich eine genaue **Analyse des Tumorgewebes**. Danach wird nach Risikofaktoren für das Vorliegen einer erblichen Krebserkrankung (Tumortestung nach BRCA1/2) gesucht. Darüber hinaus wird nach anderen Fehlern in der Reparatur der Tumorzellen gesucht (*HRD-Test, Homologe Rekombinationsdefizienz*)*. Liegt in den Tumorzellen ein gestörter Reparaturmechanismus vor, beeinflusst dies die weitere medikamentöse Behandlung der Krebserkrankung.

Medikamentöse Therapie

Chemotherapie

In den meisten Fällen von Eierstockkrebs wird zusätzlich zur Operation auch eine Chemotherapie durchgeführt. Ausgenommen sind nur Frauen mit Eierstockkrebs in einem sehr frühen Tumorstadium. Meistens werden die Chemotherapeutika **Carboplatin** und **Paclitaxel** zusammen eingesetzt. Es werden zwei Formen von Chemotherapie unterschieden:

Adjuvante Chemotherapie:

Durchführung einer Chemotherapie **nach** Primäroperation.

Neoadjuvante Chemotherapie:

Nach gesicherter Diagnose durch Gewebeprobeentnahme, jedoch **vor der eigentlichen Tumoroperation**. Die Tumorausdehnung soll damit zurückgedrängt und die Tumorabsiedelungen verkleinert werden. Danach erfolgt die Tumoroperation. Im Anschluss an diese Operation wird die Chemotherapie fortgesetzt.

Erhaltungstherapie

Bei Entstehung und Wachstum von Tumorzellen spielen Botenstoffe, die Blutgefäße sprießen lassen, eine große Rolle. Dies macht sich die Medizin zunutze und hat sogenannte **Angiogeneschemmer**** entwickelt. Diese Medikamente verhindern die Neubildung von Gefäßen in Tumoren und verhindern so das weitere Tumorstadium. Sie werden meistens als Infusion über die Vene verabreicht und als Erhaltungstherapie (für mehrere Monate während und nach der Chemotherapie) angewendet.

** Die homologe Rekombinationsreparatur (HRR) ist der wichtigste Mechanismus, wenn es um die Reparatur sogenannter Doppelstrangbrüche geht. Kann die homologe Rekombinationsreparatur nicht mehr fehlerfrei arbeiten, spricht man von einer **homologen Rekombinationsdefizienz (HRD)**. Liegt eine HRD vor, kommt eventuell eine zielgerichtete Behandlung des Eierstockkrebses infrage. Ein HRD-Test kann daher bei der Therapieplanung helfen.*

*** Der Begriff **Angiogeneschemmer** umschreibt eine Gruppe von Arzneistoffen mit unterschiedlichem Wirkmechanismus, deren Gemeinsamkeit es ist, die Bildung neuer Blutgefäße (Angiogenese) zu unterdrücken und dadurch u.a. das Tumorstadium zu hemmen. Den Prozess selbst bezeichnet man auch als Antiangiogenese.*



Univ.-Prof.

Dr. Gabriela KORNEK

Präsidentin von „Leben mit Krebs“ erklärt die Wirkweise der Chemotherapie. Holen Sie sich das Expertin-Video kostenlos auf Ihr Handy! Anleitungen finden Sie auf S. 3., oder klicken Sie auf diesen Link:

<https://www.youtube.com/watch?v=34TrI-zlqdk&t=154s>

Ein weiterer Behandlungsansatz erfolgt mittels **PARP-Inhibitoren** (*Enzym Poly-ADP-Ribose-Polymerase*). Diese Medikamente werden in Tablettenform eingenommen. Sie **blockieren die Reparaturmechanismen von Tumorzellen** und führen dadurch zum Absterben dieser Zellen. Diese Medikamente werden als Erhaltungstherapie nach abgeschlossener Operation und Chemotherapie für einen Zeitraum von ca. 2-3 Jahren eingenommen.

Nachsorge

Regelmäßige onkologische Nachsorgekontrollen sind empfohlen, um im Fall des Wiederauftretens der Krebserkrankung (Rezidiv) diese rechtzeitig zu erkennen. In regelmäßigen Abständen werden etwaige Symptome erfasst, gynäkologische Untersuchungen sowie Ultraschalluntersuchungen durchgeführt. Zudem ist eine jährliche Mammografie notwendig. Je nach Symptomatik bzw. klinischem Erscheinungsbild werden weitere Untersuchungen (z.B. Röntgen, CT, MRI) veranlasst. Die begleitende Bestimmung von Tumormarkern z. B. CA-125 kann dabei ebenfalls zum Einsatz kommen. Wenn es zu einem Rezidiv bei Eierstock-

krebs kommt, geschieht dies zumeist innerhalb der ersten fünf Jahre. Daher sind üblicherweise in diesem Zeitraum die Zeitabstände zwischen den Nachsorgekontrollen am kürzesten.

Wiederauftreten des Tumors (Rezidiv)

Im Falle eines Rezidivs hängt die Therapieempfehlung von mehreren Faktoren ab:

- Allgemeinzustand und Beschwerden der Patientin
- Stelle und Ausbreitung der Tumorerkrankung
- Tumoranalyse der Krebszellen
- Art der vorherigen Behandlung(en) (Operation, Chemotherapie, Erhaltungstherapie)
- Zeitabstand zwischen dem Ende der vorangegangenen Therapie und dem Auftreten des Rezidivs.

Obwohl die folgende Einteilung nicht mehr ganz so streng gesehen wird, hat sie doch noch immer Einfluss auf die Therapieentscheidung.

Definition des therapiefreien Intervalls:

Platin-refraktär:

Verschlechterung der Krebserkrankung unter oder innerhalb von 4 Wochen nach der letzten platinhaltigen Chemotherapie.

Platin-resistent:

Rezidiv 4 Wochen bis 6 Monate nach der letzten platinhaltigen Chemotherapie.

Platin-sensibel:

Rezidiv mehr als 6 Monate nach der letzten platinhaltigen Chemotherapie.

So wie bei der Behandlung des Erstauftretens der Krebserkrankung wird auch im Rezidiv nach Abwägung und Besprechung aller Faktoren die beste Behandlung gewählt. In den meisten Fällen wird wieder eine Chemotherapie empfohlen (je länger der Abstand zwischen der letzten Chemotherapie und dem Rezidiv desto wahrscheinlicher wird eine Kombinationschemotherapie mit zwei Chemotherapeutika empfohlen). In bestimmten Fällen kann vor der Chemotherapie wieder eine Operation durchgeführt werden. Üblicherweise wird nach der

Chemotherapie auch wieder eine Erhaltungstherapie (mit Angiogenesehemmer oder PARP-Inhibitor) angeboten.

Leider ist die Tumorerkrankung in der Rezidivsituation in den meisten Fällen nicht mehr heilbar. Daher kommt in der Therapieplanung der Lebensqualität eine wesentliche Bedeutung zu.

Darmverschluss / Aszites

Das Fortschreiten der Tumorerkrankung äußert sich leider oft durch einen Darmverschluss (*Ileus*) und/oder durch Wasser im Bauchraum (*Aszites*) oder der Lunge (*Pleuraerguss*). Beim Darmverschluss können Bakterien in den Bauchraum gelangen und eine lebensbedrohliche Bauchfellentzündung (*Peritonitis*) verursachen.

Symptome

Sollte es zu krampfartigen, wiederkehrenden Schmerzen (Darmkoliken) und zu Erbrechen kommen, Ihre Haut blass und kalt sein, Sie Unruhe verspüren, der Bauchraum aufgebläht sein, informieren Sie umgehend ihren Arzt/ihre Ärztin oder fahren Sie in das nächstgelegene Krankenhaus.

Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy (HIPEC)

Es ist sehr verständlich, dass Patientinnen und Angehörige in einer unheilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankungssituation nach jedem „Strohalm“ greifen und auf der Suche nach neuen Therapieansätzen sind.

Eine dieser Ansätze ist HIPEC. Bereits in 2013 wurde eine Stellungnahme der AGO Kommission Ovar, die vor dem unkritischen Einsatz der HIPEC außerhalb von kontrollierten Studien gewarnt hat, publiziert. Unter Würdigung der seither erschienenen Literatur wurde diese Stellungnahme nun gemeinsam von der Kommission Ovar, der AGO Studiengruppe, NOGGO, AGO Österreich und AGO Schweiz aktualisiert. Zusammenfassend kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass die **HIPEC auch weiterhin als experimentell zu bewerten ist und ein Einsatz außerhalb von prospektiven, kontrollierten Studien nicht zu empfehlen ist.**

Immuntherapie

Aktuell gibt es keine zugelassenen Immuntherapien in der Behandlung des Eierstockkrebses.

Klinische Studien

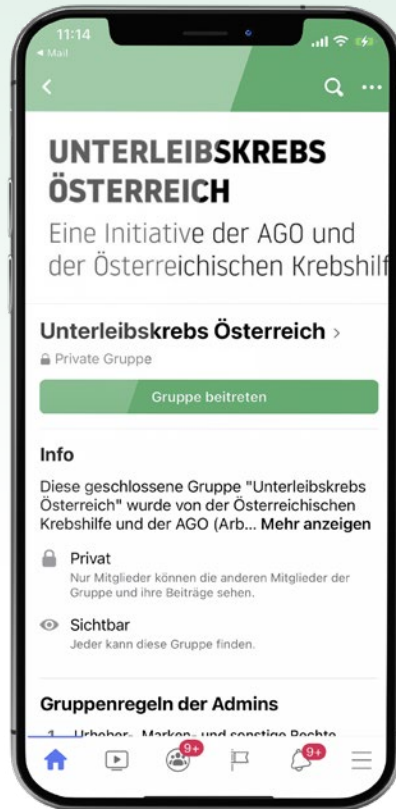
Insbesondere beim Auftreten eines Rezidivs lohnt sich die Nachfrage bei der Krebshilfe, der Homepage der Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie Österreich <https://ago-austria.at/> oder in einem großen onkologischen Zentrum, da hier oft eine Vielzahl an klinischen Studien angeboten werden. Im Rahmen dieser klinischen Studie können unter genauer Beobachtung Behandlungen durchgeführt werden, für die es noch keine Zulassung gibt.



Lesen Sie mehr in der Krebshilfe-Broschüre „Klinische Studien“. Sie ist kostenlos erhältlich bei Ihrer Krebshilfe-Beratungsstelle oder als Download unter www.krebshilfe.net

Vergessen Sie bitte nicht...

... Beratung und Hilfe finden Sie in jeder Krebshilfe-Beratungsstelle (Auflistung am Ende der Broschüre). Austausch mit anderen Betroffenen gibt es in der geschlossenen Facebook-Gruppe „Unterleibskrebs Österreich“ (Details auf Seite 6).



Gebärmutterkörperkrebs



Univ.-Prof. Dr. Alain-Gustave ZEIMET

Vorstandsmitglied der AGO, stv. Direktor der Innsbrucker Univ.-Klinik für Gyn. und Geburtshilfe

Die frühzeitigen Symptome des Gebärmutterkörperkrebses erlauben meist eine frühe Diagnose und Behandlung. Somit sind die Überlebenschancen bei diesem Tumor exzellent.

Rund 90% der Krebserkrankungen des Gebärmutterkörpers (*Corpus uteri*) nehmen ihren Ausgang von den Drüsen, der die Gebärmutterhöhle (*Cavum uteri*) auskleidenden Schleimhaut. Dieser bösartige Tumor wird deshalb als **Gebärmutterkörper- oder Gebärmutterhöhlen-Krebs** und in der Fachsprache als **Endometrium- bzw. Corpuskarzinom** bezeichnet. Es ist der häufigste Krebs des weiblichen Unterleibs. Jährlich erkranken in Österreich ca. 940 Frauen an Gebärmutterkörperkrebs, davon sind 90 % älter als 50 Jahre und nur 5% jünger als 40 Jahre.

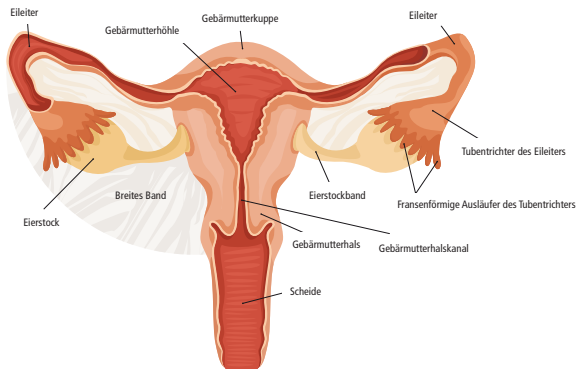
Risikofaktoren

Das Risiko, an einem Gebärmutterkörperkrebs zu erkranken, ist von der Zahl der geborenen

Kinder abhängig und **nimmt stark mit der Zahl der Kinder ab**. Die bedeutendsten Risikofaktoren sind **Fettleibigkeit** (*Adipositas*) und Zuckerkrankheit (*Diabetes*).

Einen weiteren bedeutenden Faktor stellt eine verstärkte Östrogenwirkung auf die Gebärmutter-schleimhaut dar. Diese kann durch eine **frühe Geschlechtsreife und/ oder ein verspätetes Ausbleiben der Regelblutung** (*Menopause = die letzte Regelblutung*) oder aber auch durch östrogenbildende Tumoren bedingt sein. Das gleiche gilt naturgemäß, wenn zur Behebung von Wechselbeschwerden **Östrogenpräparate ohne zusätzliche Gestagene** eingenommen werden. Die Gestagene sind in der Lage, das Risiko für einen Ge-

Weibliches Fortpflanzungssystem



bärmutterkörperkrebs völlig zu neutralisieren. Gestagene können im Östrogenpräparat enthalten sein (Kombinationspräparat), können aber auch an wenigstens 12 Tagen im Monat separat zugeführt werden. In diesem Kontext ist auch das Medikament Tamoxifen zu erwähnen (das bei der Therapie von Brustkrebs eingesetzt wird) und das besonders bei Frauen nach der Menopause das Risiko für einen Gebärmutterkörperkrebs erhöhen kann.

Vererbbarkeit

3 % der Fälle von Gebärmutterkörperkrebs sind erblich bedingt und kommen dann im Rahmen eines sogenannten Lynch-Syndroms zusammen mit einer Häufung von Dickdarmkrebs in der direkten Verwandtschaft vor. Bei Verdacht auf eine familiäre Häufung sollte eine genetische Beratung und Abklärung erfolgen. Alle Informationen dazu finden Sie ab S. 38.

Symptome

Da Symptome frühzeitig auftreten, wird Gebärmutterkörperkrebs in aller Regel in einem frühen Stadium diagnostiziert. Allerdings ist es wichtig, diese Symptome zu

kennen und bei ihrem Auftreten diese dann auch unverzüglich dem Arzt/der Ärztin zu melden.

Das frühe **Hauptsymptom ist die nicht-reguläre Blutung aus der Scheide:**

- **bei älteren Frauen** nach dem sogenannten „Wechsel“ (*Menopause*) als Schmierblutungen oder als Blutung, die schwächer bzw. stärker als die frühere normale Regelblutung ist, aber auch als bräunlich-blutiger Ausfluss

- **bei jüngeren Frauen** vor dem oder um den „Wechsel“ können es wiederkehrende azyklische Blutungen von wechselnder Stärke sein, die allerdings sehr selten auf Gebärmutterkörperkrebs hinweisen. Allermeistens handelt es sich um Blutungen, die durch hormonelle Störungen bedingt sind.

Demnach werden sowohl bei jüngeren als auch bei älteren Frauen in den überwiegenden Fällen harmlose Ursachen wie Polypen oder gutartige Schleimhautwucherungen gefunden, dennoch muss man solche Blutungen genau abklären, damit eine etwaige Krebserkrankung früh erkannt wird.

Östrogene =

Östrogene sind weibliche Geschlechtshormone und werden vor allem in den Eierstöcken gebildet (außerdem in der Plazenta, der Nebennierenrinde und in geringer Menge auch im männlichen Hoden).

Gestagene =

auch Gelbkörperhormone oder Schwangerschaftshormone sind neben den Östrogenen die zweite wichtige Klasse der weiblichen Geschlechtshormone.

Diagnose

Diagnose

Ergänzend zur gynäkologischen Tastuntersuchung erfolgt auch die Ultraschalluntersuchung der Gebärmutter durch die Scheide. **Anhand der festgestellten Höhe der Gebärmutter schleimhaut kann das Risiko für ein Vorliegen von Gebärmutterkörperkrebs eingegrenzt werden.** Zudem können Schleimhautveränderungen vor allem bei Blutungen nach dem „Wechsel“ näher beurteilt werden. Die Diagnose von Gebärmutterkörperkrebs erfolgt durch eine feingewebliche Untersuchung (*Histologie*) des Schleimhautgewebes, das mittels Ausschabung der Ge-

bärmutterhöhle (*Curettag*) nach vorheriger Gebärmutter Spiegelung (*Hysteroskopie*) gewonnen wird. Es besteht auch die Möglichkeit, eine Schleimhautbiopsie mittels einem schmalen Saugröhrchen (*Pipelle*) zusammen mit einer Gebärmutterhöhlenspiegelung mit einer sehr dünnen Optik ohne Narkose durchzuführen. Welche Methode in welchen Fällen sinnvoll und besser ist, entscheidet letztlich der Frauenarzt/die Frauenärztin. Sollte Gebärmutterkörperkrebs histologisch diagnostiziert worden sein, kann eine weiterführende Bildgebung (wie Lungenröntgen, CT, MR etc.) notwendig sein.

Stadieneinteilung*

Stadium I: Die Tumorzellen wachsen in die Gebärmuttermuskulatur (Myometrium).

Stadium II: Die Tumorzellen wachsen hinunter in den Gebärmutterhals.

Stadium III: In weiter fortgeschrittenen Fällen dehnt sich der Tumor über die Gebärmutter hinaus und befallt die Organe des kleinen Beckens (wie Eierstöcke, Scheide etc.) und/oder die Lymphdrüsen des kleinen Beckens oder jene um die Hauptschlagader (Aorta).

Stadium IV: Der Krebs wächst in die Blase oder in den Enddarm hinein, oder es kommt zu einer Fernmetastasierung d.h. zu Absiedlungen in anderen Organen (v.a. in die Lunge).

* Eine detaillierte Stadieneinteilung nach FIGO und TNM Klassifikation finden Sie auf der gegenüberliegenden Seite

CT =
Computertomographie

MR =
Magnetresonanz

* Die **FIGO-Klassifikation** ist ein von der *Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO)* vorgeschlagenes System zur Einteilung gynäkologischer Tumoren. Sie wird in der Gynäkologie neben der TNM-Klassifikation maligner Tumoren eingesetzt.

Stadieneinteilung Gebärmutterkörper-Krebs nach FIGO* und TNM Klassifikation

TNM	FIGO	Definition
TX		Primärtumor kann nicht beurteilt werden
T0		Kein Anhalt für einen Primärtumor
Tis		Krebs am Ursprungsort (<i>Carcinoma in situ</i>)
T1	I	Tumor begrenzt auf den Gebärmutterkörper
1a	IA	Tumor begrenzt auf die Gebärmutter Schleimhaut (<i>Endometrium</i>) oder infiltriert weniger als die Hälfte der Muskelschicht (<i>Myometrium</i>)
1b	IB	Tumor infiltriert die Hälfte oder mehr der Muskelschicht (<i>Myometrium</i>)
T2	II	Tumor infiltriert das Bindegewebe (<i>Stroma</i>) des Gebärmutterhalses (<i>Cervix uteri</i>), breitet sich aber nicht jenseits des Gebärmutterhalses aus.
T3 und/oder N1	III	lokale und/oder regionale Ausbreitung
3a		IIIA Tumor befällt die Höhle (<i>Serosa</i>) des Gebärmutterkörpers (<i>Corpus uteri</i>) und/oder die Eierstöcke, Eileiter (<i>Adnexen</i>)
3b	IIIB	Befall der Scheide und/oder Organe des Beckens (<i>Parametrien</i>)
3c oder N1	IIIC	Metastasen in Becken- und/oder die Aorta umgebenden (<i>paraaortalen</i>) Lymphknoten
3c1	IIIC1	Metastasen in Beckenlymphknoten
3c2	IIIC2	Metastasen in den die Aorta umgebenden (<i>paraaortalen</i>) Lymphknoten mit/ohne Metastasen in Beckenlymphknoten
T4	IVa	Tumor infiltriert Blasen- und/oder Darmschleimhaut
	IVb	Fernmetastasen einschließlich Metastasen im Bauchraum (<i>intraabdominal</i>) und/oder Lymphknotenmetastasen im Leistenbereich (<i>inguinal</i>)
Nx		Es kann keine Aussage zu regionären Lymphknotenmetastasen getroffen werden.
N0		Keine Metastasen in den regionären Lymphknoten.
N1		Metastasen in den regionären Lymphknoten.
M0		Keine Fernmetastasen nachweisbar.
M1		Der Tumor hat Fernmetastasen gebildet

Therapie

4 Molekulare Typen des Gebärmutterkörperkrebs

Bei keiner anderen gynäkologischen Krebserkrankung hat es in der Tumor-Charakterisierung so große Fortschritte gegeben wie beim Gebärmutterkörperkrebs. Diese molekularen Unterschiede, die nach der Operation (*Curettage* oder *Gebärmutterentfernung*) gleich bestimmt werden, spielen vor allem bei der Auswahl oder beim Weglassen der Nachbehandlung eine entscheidende Rolle.:

- 1) **POLE-mutierte** Karzinome, bei denen auf eine Nachbehandlung verzichtet werden kann
- 2) Karzinome mit hoher **Mikrosatelliten Instabilität (MSI)** bedingt durch eine **Mismatch-reparaturdefizienz (MMR-D)** zeigen eine besondere Strahlensensibilität und ein sehr gutes Ansprechen auf eine Immuntherapie (siehe nachstehend)
- 3) Tumore **ohne spezifischem molekularem Profil (NSMP)** werden anhand der klassischen klinisch-pathologischen Risikoparameter behandelt

4) Die **serös-ähnlichen** (*serous-like*) Karzinome zeichnen sich durch eine sehr hohe Rate an abnormaler p53 Expression aus, sind mit einem sehr hohen Rezidivrisiko assoziiert und sollen mittels einer Chemotherapie oder einer Radio-Chemotherapie nachbehandelt werden.

Operation

Eine **Totaloperation der Gebärmutter mit der Entfernung der Eierstöcke und Eileiter ist die Therapie der Wahl** und steht im Vordergrund der Behandlung.

Da die Eierstöcke Hormone (*Östrogene*) bilden, die das Wachstum des Gebärmutterkrebses fördern, und weil sie selbst befallen sein können, werden diese mitentfernt. Üblicherweise werden auch die sogenannten Wächterlymphknoten beidseits (nach intraoperativer Anfärbung) selektiv entfernt. Diese Operation wird allermeist **laparoskopisch** (Schlüsselloch-Chirurgie) durchgeführt, nur selten kann ein Bauchschnitt notwendig sein.

Eine Operation im Frühstadium bedeutet eine nahezu 100 %ige Heilung.

Strahlentherapie

Selten wird die Strahlentherapie als primäre Therapie anstatt einer Operation eingesetzt. Viel häufiger kommt sie als Nachbehandlung zum Einsatz.

Primäre Strahlenbehandlung

Nur in sehr seltenen Fällen, wenn eine Operation nicht möglich ist, wird eine sogenannte kombinierte innere und äußere Strahlentherapie beim Gebärmutterkörperkrebs durchgeführt. Diese Bestrahlung erfolgt **von außen durch die Haut (Teletherapie)** in mehreren Sitzungen über mehrere Wochen, **sowie von innen durch ein kurzzeitiges Einbringen einer Strahlensonde** in die Gebärmutterhöhle. Die inneren Bestrahlungen werden in wöchentlichen Abständen in der Regel fünf Mal durchgeführt.

Strahlentherapie als Nachbehandlung (adjuvante Behandlung)

Eine lokale innere Strahlentherapie (Brachytherapie) wird häufig nach der Operation durchgeführt und dient zur Sicherheit, um Absiedlungen in die Scheide zu vermeiden. Hierbei wird mehrmals (meist drei Mal) eine Strahlensonde für wenige Minuten in die Scheide eingebracht. Diese Therapie wird als Brachytherapie bezeichnet und

ist kaum mit größeren Nebenwirkungen verbunden.

In ausgewählten risikoreichen Fällen kommt in der Nachbehandlung auch die oben beschriebene äußere Strahlentherapie (Teletherapie) zum Einsatz, diese kann mit einer Chemotherapie kombiniert werden und wird dann als **Radiochemotherapie** bezeichnet (siehe nachstehend).

Chemotherapie

Bei fortgeschrittenen Fällen von Gebärmutterkörperkrebs ab dem Stadium III (das meist durch den Befall von Lymphknoten bedingt ist) hat sich die Durchführung einer Chemotherapie nach stattgefundener Operation als vorteilhaft erwiesen. Diese wird auch bei einer kompletten Entfernung des Tumors zur Sicherheit (adjutant) durchgeführt. Zur Steigerung der Effizienz kann diese (wie schon erwähnt) mit einer äußeren Strahlentherapie kombiniert werden (Radiochemotherapie). Bei nicht kompletter operativer Entfernung des Tumors muss die Chemotherapie zur weiteren Behandlung des Tumorrestes durchgeführt werden.



Univ.-Prof.

Dr. Paul SEVELDA

über Wissenswertes zur Strahlentherapie. Holen Sie sich das Experten-Video kostenlos auf Ihr Handy! Anleitungen finden Sie auf S. 3. Oder klicken Sie auf diesen Link:

<https://www.youtube.com/watch?v=JorY3KNT8lw>



Univ.-Prof.

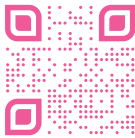
Dr. Gabriela KORNEK

Präsidentin von „Leben mit Krebs“ erklärt die Wirkweise der Chemotherapie. Holen Sie sich das Experten-Video kostenlos auf Ihr Handy! Anleitungen finden Sie auf S. 3, oder klicken Sie auf diesen Link:

<https://www.youtube.com/watch?v=34TrLzldqkk&t=154s>

Hormontherapie

Beim Gebärmutterkörperkrebs handelt es sich prinzipiell um einen hormonabhängigen Tumor. Da allerdings einige Tumoren nicht auf eine Hormontherapie ansprechen, ist es sinnvoll, vor einer geplanten Therapie die Hormonrezeptoren im Gewebe zu bestimmen. Bei dieser Form der Behandlung, die in der Rezidivsituation ihren Stellenwert hat, kommen vor allem Gestagene in Tablettenform zum Einsatz. Wenn einer Patientin in der Primärtherapie weder eine Operation noch eine Strahlentherapie zugemutet werden kann, kann eine palliative Hormontherapie als sinnvoll angesehen werden, um Symptome wie Blutungen zu lindern.



Univ.-Prof. Dr. Paul SEVELDA

erklärt die Wirkweise der Antihormonellen Therapie. Holen Sie sich das Experten-Video kostenlos auf Ihr Handy! Anleitungen finden Sie S. 3 oder klicken Sie auf diesen Link: <https://www.youtube.com/watch?v=erO5B7pnVQQ&t=10s>

Rezidiv (Rückfall)

Bei lokalen Rückfällen (*Rezidiven*), die sich auf das kleine Becken begrenzen, stellt die **Strahlentherapie** eine sehr wirksame Behandlung dar. Wenn aber Fernmetastasen vorliegen, ist die **Chemotherapie in aller Regel die Therapie der Wahl**.

In letzter Zeit hat sich gezeigt, dass die Rückfälle des Endometriumkarzinoms sich sehr gut durch eine **Immuntherapie** mit sogenannten Immun-Checkpoint Inhibitoren behandeln lassen. Dies ist besonders der Fall, wenn Mikrosatelliten-Instabile (*MSI-hoch*) Tumoren vorliegen. Bei allen anderen (*Mikrosatelliten Stablen*) Tumoren werden zur Zeit die Immun-Checkpoint Inhibitoren mit Multikinase Inhibitoren mit anti-angiogener Wirkung kombiniert. Wie bereits erwähnt, kommt bei Rezidiven in bestimmten Fällen auch die **Hormontherapie** zum Einsatz.



Univ.-Prof. Dr.

Christoph ZIELINSKI

erklärt die Wirkweise der Immuntherapie. Holen Sie sich das Experten-Video kostenlos auf Ihr Handy! Anleitungen finden Sie auf S. 3, oder klicken Sie auf diesen Link:

<https://www.youtube.com/watch?v=R6zwcuf6zU4>

Nachsorge

Für symptomfreie Patientinnen wird die Nachsorge

- in den ersten zwei Jahren alle drei Monate
- in den folgenden drei Jahren alle sechs Monate und
- danach jährlich empfohlen.

Bei Beschwerden oder Veränderungen informieren Sie bitte sofort Ihren Arzt/Ihre Ärztin.

Die wichtigsten Punkte bei der **Nachsorgeuntersuchungen** sind:

- das ärztliche Gespräch
- die gründliche und umfassende gynäkologische Tastuntersuchung, hierbei kann auch eine Ultraschalluntersuchung von der Scheide aus durchgeführt werden.

Bei Fällen mit hohem Rezidivrisiko kann von ärztlicher Seite zur Sicherheit eine jährliche Bildgebung empfohlen werden. Bei Beschwerden oder auffälligen Befunden sollen zur Abklärung weitere Ultraschall- und Röntgenuntersuchungen, eventuell auch eine Computertomographie, durchgeführt werden.



Lesen Sie mehr zu dem Thema „Therapien“ und „Nebenwirkungen“ in der Krebshilfe-Broschüre (oder DVD) „Therapien bei Krebs“. Kostenlos erhältlich bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland.

Gebärmutterhalskrebs



Dr. Irina TSIBULAK

Vorstandsmitglied der AGO, Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Medizinische Universität Innsbruck

Die regelmäßige Krebsvorsorge bietet die einmalige Chance, Veränderungen am Gebärmuttermund bereits in seinen Vorstufen zu erkennen. Eine der effektivsten Vorbeugemaßnahmen ist unter anderen die HPV-Impfung.

Die Gebärmutter (*Uterus*) ist ein Organ in der Form einer umgedrehten Birne mit einem Hohlraum (*Cavum*) im Inneren. Die oberen zwei Drittel werden als GebärmutterKÖRPER (*Corpus*) bezeichnet, und das untere Drittel als GebärmutterHALS (*Zervix*), der in den Muttermund (*Portio*) übergeht. **Der Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom) entwickelt sich meistens in den obersten Zellschichten der Schleimhaut des Muttermundes**, wobei 90 % sogenannte Plattenepithelkarzinome sind.

Risikofaktoren

Risikofaktoren sind frühe sexuelle Kontakte, häufiger Partnerwechsel und mangelnde Sexualhygiene. Die Entstehung des Zervixkarzinoms ist eng mit einer Infektion durch sogenannte **Humane Papillomaviren (HPV)** verbunden. Diese Viren werden z. B. beim Ge-

schlechtsverkehr übertragen und können (selten) auch bei Männern bestimmte Krebserkrankungen auslösen.

Diagnose

Die Entstehung von Gebärmutterhalskrebs kündigt sich über verschiedenen Vorstufen an, die durch eine Krebsabstrichuntersuchung (*PAP-Abstrich*)* bzw. einer Probebiopsie diagnostiziert wird.

Der Krebsabstrich

Hierbei erfolgt von der Oberfläche des Gebärmuttermundes und vom Gebärmutterhalskanal ein schmerzloser Abstrich. Die dabei entnommenen Zellen werden einer Färbung nach Papanicolaou unterzogen (*PAP-Abstrich*)* und unter dem Mikroskop befundet. Je nach Grad der Veränderung bzw. Entartung wird der Befund in PAP 0 bis V unterteilt.

PAP 0: Befund ist technisch nicht verwertbar, muss kurzfristig wiederholt werden

PAP I – II: unverdächtiger Befund

PAP III, IIID oder IIIG: abklärungsbedürftiger Befund

PAP IV: Gewebeuntersuchung per Probebiopsie bzw. Konisation erforderlich

PAP V: hochgradiger Verdacht auf einen bösartigen Tumor

* Der **PAP-Test** wurde 1928 von dem griechischen Arzt George Papanicolaou entwickelt.

Therapie

Ist der Krebsabstrich „auffällig“ wird zur weiteren Abklärung eine **Kolposkopie** durchgeführt. Dabei betrachtet der Arzt/die Ärztin den Gebärmuttermund sowie den sichtbaren Teil des Gebärmutterhalskanals mittels eines speziellen Mikroskops (*Kolposkop*), um so noch besser Gewebeveränderungen feststellen zu können. Um diese Veränderungen besser sichtbar zu machen, wird der Gebärmuttermund mit einer speziellen Essigsäurelösung betupft. Werden veränderte Stellen entdeckt, wird eine **feingewebliche Untersuchung** (*Histologie*) mittels einer Probenentnahme (*Biopsie*) angestrebt.

In der **Histologie** der Biopsie werden, neben unauffälligem Gewebe, folgende Veränderungen diagnostiziert:

leichte Dysplasie = CIN I
mittlere Dysplasie = CIN II
schwere Dysplasie = CIN III
bösartiger Tumor = invasives Karzinom

Die Veränderungen werden fast in allen Fällen durch die Humanen Papillomaviren (HPV) hervorgerufen. Während bei CIN I die HPV-Besiedelung in der Regel nach 1–2

Jahren von selbst verschwindet und somit außer regelmäßige Kontrollen keine Therapie notwendig ist, stellt sich dies bei CIN III Veränderungen anders dar.

Operation

Bei den Vorstufen (CIN II-III) wird das erkrankte Gewebe mittels eines kleinen **Gewebekegels** (*Konisation*) vollständig entfernt. Der Eingriff erfolgt in der Regel tagschirurgisch in **Vollnarkose**.

Sollte bereits ein bösartiger invasiver Tumor vorliegen, wird in Abhängigkeit des Tumorstadiums die Gebärmutter inkl. Gebärmutterhals und Lymphknoten im Rahmen einer radikalen Operation entfernt.

Die Heilungsaussichten sind sehr gut.

Unter bestimmten Voraussetzungen kann bei noch bestehendem Kinderwunsch eine gebärmuttererhaltende Operation durchgeführt werden (*Trachelektomie*). Weitere Informationen zum Thema „Kinderwunsch“ finden Sie auch auf Seite 14 dieser Broschüre.

Dysplasie = Zellveränderungen im Epithel, die unterschiedlich schwer sein können und in ein Krebswachstum übergehen können

CIN = Cervikale Intraepitheliale Neoplasie = Zellveränderungen mit allen Merkmalen einer bösartigen Erkrankung, die jedoch ausschließlich auf die Oberfläche des Organs (Epithel) beschränkt sind



Lesen Sie mehr zu dem Thema „Therapien“ und „Nebenwirkungen“ in der Krebshilfe-Broschüre (und DVD) „Therapien bei Krebs“. Kostenlos erhältlich bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland.

Therapie / Nachsorge



Univ.-Prof.

Dr. Paul SEVELDA

über Wissenswertes zur Strahlentherapie. Holen Sie sich das Experten-Video kostenlos auf Ihr Handy! Anleitungen finden Sie auf S. 3, oder klicken Sie auf diesen Link:

<https://www.youtube.com/watch?v=Jory3KNT8lw>



Univ.-Prof.

Dr. Gabriela KORNEK

Präsidentin von „Leben mit Krebs“ erklärt die Wirkweise der Chemotherapie. Holen Sie sich das Expertin-Video kostenlos auf Ihr Handy! Anleitungen finden Sie auf S. 3, oder klicken Sie auf diesen Link:

<https://www.youtube.com/watch?v=34TrI-zlqdkk&t=154s>

Strahlentherapie

Die Strahlentherapie ist bei Gebärmutterhalskrebs eine wirksame Behandlung, die unter folgenden Gesichtspunkten zum Einsatz kommt:

- Wenn ein **Lymphknotenbefall** vorhanden ist, wird eine primäre Strahlentherapie durchgeführt und auf eine radikale Operation verzichtet.
- Wenn der Tumor bereits in einem **fortgeschrittenen Stadium** (ab Stadium II B) ist.
- Wenn der Allgemeinzustand der Patientin stark eingeschränkt und somit das **Narkose-/Operationsrisiko zu hoch** ist (alleinige Strahlentherapie).

Um die Wirksamkeit der Strahlentherapie deutlich zu erhöhen, wird diese in der Regel **mit einer Chemotherapie** kombiniert. Diese wird parallel zur Strahlentherapie verabreicht. Die Kombination aus Chemo- und Strahlentherapie hat die gleiche Wirksamkeit wie die operative Therapie. Es soll jedoch eine Kombination von radikaler Operation und kombinierter Chemo-/Strahlentherapie nach Möglichkeit vermieden werden, da dies zur Potenzierung der Nebenwirkungen führt.

Medikamentöse Therapie

Die alleinige Behandlung des Gebärmutterhalskrebses mit Chemotherapie spielt nur eine untergeordnete Rolle. Hauptsächlich wird diese bei Wiederauftreten (*Rezidiv*) eingesetzt.

Nachsorge

Nach Abschluss der Therapie wird eine Tumornachsorge angeboten. Das Ziel ist, ein Wiederauftreten des Krebses möglichst früh zu erkennen. Neben einer **Anamnese** hinsichtlich Blutung, Schmerzen, Atembeschwerden, Gewichtsveränderungen, Probleme bei Harn und Stuhlgang, Juckreiz und Leistungsstatus wird eine **körperliche Untersuchung** durchgeführt. Dabei werden Lymphknoten in der Leiste und am Schlüsselbein getastet, eine Untersuchung über Scheide und After durchgeführt, ein Krebsabstrich abgenommen und ein Ultraschall über die Scheide und von den Nieren durchgeführt.

Während der ersten 3 Jahre erfolgt diese Untersuchung im Abstand von 3 Monaten, welcher sich danach in einen 6-monatigen Intervall ausdehnt. Ab dem 6. Jahr nach Abschluss der Therapie erfolgen die Untersuchungen nur noch jährlich.

Stadieneinteilung Gebärmutterhals-Krebs nach FIGO Klassifikation

TNM	FIGO	Tumorausdehnung
TX		Primärtumor nicht beurteilbar
Tis	0	Carcinoma in situ (Krebs am Ursprungsort)
T1	I	Tumor begrenzt auf die Gebärmutter
T1a	IA	Mikroskopisch diagnostiziertes Karzinom mit max. Eindringen in das umgebende Bindegewebe von < 5 mm
T1a1	IA1	Eindringen von Krebszellen in das umgebende Bindegewebe < 3 mm
T1a2	IA2	Eindringen von Krebszellen in das umgebende Bindegewebe ≥ 3 mm bis < 5 mm
T1b	IB	jedes klinisch diagnostizierte Karzinom oder jedes mikroskopisch diagnostizierte Karzinom größer als IA2, Läsion auf Zervix begrenzt
T1b1	IB1	Tumor ≥ 5 mm Stromainvasion und < 2 cm
T1b2	IB2	Tumor ≥ 2 cm und < 4 cm
T1b3	IB3	Tumor ≥ 4 cm
T2 II		Ausdehnung über die Gebärmutter hinaus, Beckenwand und Scheide frei
T2a	IIA	Tumorausdehnung auf die oberen zwei Drittel der Scheide
T2a1	IIA1	Tumor < 4 cm
T2a2	IIA2	Tumor ≥ 4 cm
T2b	IIB	Tumorausdehnung in das Beckenbindegewebe, ohne die Beckenwand zu erreichen
T3	III	Ausdehnung bis in die Beckenwand oder in das untere Drittel der Scheide
T3a	IIIA	Ausdehnung in das untere Drittel der Scheide
T3b	IIIB	Tumorausbreitung bis an die Beckenwand und/oder Nierenstau oder stumme Niere
N1, N2	IIIC	Tumorausdehnung auf Lymphknoten im Becken und/oder entlang der großen Bauchschlagader
T4	IV	Tumorinfiltration der Beckenorgane und Fernmetastasen
T4a	IVA	Tumorausdehnung in Blasen- und/oder Mastdarmschleimhaut
M1	IVb	Fernmetastasen

Schamlippen- und Scheidenkrebs



**Assoc.-Prof. Priv.-Doz.
Dr. Veronika
SEEBACHER-SHARIAT**

Vorstandsmitglied der AGO, Vorsitzende des WAAGO, Abteilung für allg. Gynäkologie und gyn. Onkologie, Medizinische Universität Wien

Hautveränderungen der Scheide oder der Schamlippen sind nach wie vor ein Tabuthema, weshalb viele Frauen diese zunächst verleugnen. Umso wichtiger sind ausreichende Aufklärung und regelmäßige gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen. Ein Großteil an Krebserkrankungen von Scheide und Schamlippen kann durch eine prophylaktische HPV-Impfung vermieden werden. Daher empfehle ich die HPV-Impfung laut österreichischem Impfplan schon in der Schule für 9-12-jährige Mädchen und Buben wahrzunehmen.

Scheiden- (*Vaginal-*) und Schamlippenkrebs (*Vulvakarzinom*) sind mit 4 pro 1.000.000 Frauen pro Jahr bzw. mit 1-2 Frauen pro 100.000 Frauen pro Jahr sehr seltene Erkrankungen. Der Altersgipfel liegt bei über 60 Jahren. Ungefähr 25% der Schamlippenkrebs Erkrankungen treten vor dem 50. Lebensjahr auf, wobei die Tendenz steigend ist. Der Großteil davon ist assoziiert mit einer Infektion mit Humanen Papilloma Viren (HPV).

Ursachen:

Risikofaktoren für die Entstehung von Schamlippen- und Scheidenkrebs sind das Vorliegen einer möglichen Krebsvorstufe – einer vulvären/vaginalen intraepithelialen Neoplasie (VIN/VAIN), ein Lichen sclerosus, das Vorliegen einer HPV-bedingten Vorerkrankung

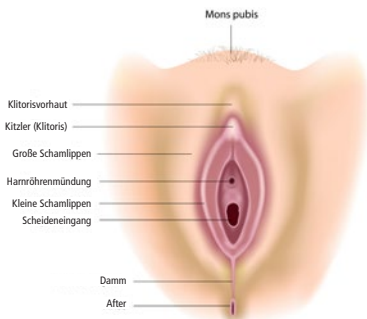
(z.B. Konisation bei Gebärmutterhalskrankung), Zigarettenkonsum oder eine Schwächung des Immunsystems.

Zwei unterschiedliche Entstehungsmechanismen von Schamlippenkrebs sind uns bis dato bekannt. Der erste beruht dabei auf einer **Infektion mit HPV** – vor allem HPV 16 und 18, der zweite auf der Basis einer **chronischen Entzündung oder autoimmunen Reaktion** (*Lichen sclerosus*).

Symptome:

Schamlippenkrebs präsentiert sich immer mit einer Hautveränderung im Bereich der Schamlippen, die entweder ohne Beschwerden abläuft oder mit Juckreiz, Brennen oder Blutungen verbunden sein kann.

Scheidenkrebs wird meist erst in einem fortgeschrittenen Stadium symptomatisch. Zu den ersten Auffälligkeiten zählen **blutiger Ausfluss oder auch Scheidenblutungen**, die z.B. nach Sexualkontakt auftreten. Hat sich der Tumor auf umliegendes Gewebe oder weitere Organe ausgebreitet, können **Unterleibschmerzen oder Organstörungen** (Harnblase, Darm) auftreten.



Schamlippen- und Scheidenkrebs

Diagnose:

Bei der gynäkologischen Untersuchung betrachtet der Arzt / die Ärztin die Schleimhaut von Scheide, Gebärmutterhals und

Schamlippen mit Hilfe einer Vergrößerungsoptik, dem **Kolposkop** (*Kolposkopie und Vulvoskopie*), **um mögliche sichtbare Veränderungen zu entdecken.**

Stadieneinteilung Schamlippenkrebs nach FIGO und TNM Klassifikation

TNM Stadium	FIGO Stadium	Ausbreitung des Tumors
T-Stadium		
Tis	0	nicht infiltrierend, Carcinoma in situ
T1	I	Beschränkung auf äußeres Genitale und Damm
T1a	IA	Tiefe <1 mm und Durchmesser <2 cm
T1b	IB	Tiefe >1mm oder Durchmesser >2 cm
T2	II	Befall des unteren Drittels von Harnröhre/Scheide oder des Anus
T3	IVa	Befall der oberen zwei Drittel von Harnröhre/Scheide, der Schleimhaut von Blase oder Mastdarm oder Fixierung des Tumors am Beckenknochen
N-Stadium		
N0		keine Lymphknotenmetastasen
N1		Lymphknotenmetastasen der Leisten folgender Eigenschaften:
N1a	IIIA(ii)	1-2 Lymphknotenmetastasen <5 mm
N1b	IIIA(i)	1 Lymphknotenmetastase >5 mm
N2		Lymphknotenmetastasen der Leisten folgender Eigenschaften:
N2a	IIIB(ii)	3 Lymphknotenmetastasen <5 mm
N2b	IIIB(i)	>2 Lymphknotenmetastasen >5 mm
N2c	IIIC	Lymphknotenmetastase(n) mit extrakapsulärer Ausbreitung
N3	IVA(ii)	Fixierte oder ulzerierte Lymphknotenmetastasen der Leisten
M-Stadium		
M0		keine Fernmetastasen
M1	IVB	Fernmetastasen (inkl. Lymphknotenmetastasen im kleinen Becken)

„FIGO“ =

Abkürzung für die Internationale Vereinigung für Gynäkologie und Geburtshilfe

Letzte Aktualisierung für Schamlippenkrebs = Version 2009

TNM-Klassifikation (AJCC UICC

8th edition):

T = Tumor, Ausdehnung und Verhalten des Primärtumors

N = Nodus (lateinisch Nodus lymphoideus = Lymphknoten) Fehlen bzw. Vorhandensein von regionären Lymphknotenmetastasen

M = Metastasen, Fehlen bzw. Vorhandensein von Fernmetastasen

AJCC = American Joint Committee on Cancer

UICC = Union International Cancer Control

*

„FIGO“ =

Abkürzung für die Internationale Vereinigung für Gynäkologie und Geburtshilfe
 Letzte Aktualisierung für Scheidenkrebs =
 Version 2018

**

TNM-Klassifikation (AJCC UICC 8th edition):

T = Tumor, Ausdehnung und Verhalten des Primärtumors

N = Nodus (lateinisch Nodus lymphoideus = Lymphknoten) Fehlen bzw. Vorhandensein von regionären Lymphknotenmetastasen

M = Metastasen, Fehlen bzw. Vorhandensein von Fernmetastasen

AJCC = American Joint Committee on Cancer

UICC = Union International Cancer Control

Danach werden die Scheide und die Schamlippen nach Verfestigungen des Gewebes abgetastet. Auch Abstriche für Zytologie und HPV-Diagnostik werden vom Gebärmutterhals bzw. der Scheide abgenommen. Bestehen Auffälligkeiten bzw. der konkrete Verdacht auf Scheidenkrebs/Schamlippenkrebs oder eine mögliche Vorstufe, wird eine Biopsie durchgeführt und unter dem Mikroskop durch

einen Pathologen/eine Pathologin untersucht. Wenn feststeht, dass es sich um Scheidenkrebs/Schamlippenkrebs handelt, werden weitere Untersuchungen vorgenommen, um das Tumorstadium festzustellen (z.B. Röntgen, Ultraschall, Magnetresonanz, Computertomographie). **Eingeteilt werden die Tumorstadien nach den sogenannten FIGO*- und TNM**-Klassifikationen (siehe Kästen).**

Stadieneinteilung Scheidenkrebs nach FIGO und TNM Klassifikation

TNM Stadium	FIGO Stadium	Ausbreitung des Tumors
T-Stadium		
T1	I	Tumor auf die Scheide begrenzt
T1a	I	Durchmesser <2 cm
T1b	I	Durchmesser >2 cm
T2	II	Tumorausbreitung in das die Scheide umgebende Gewebe, aber nicht bis zur Beckenwand
T2a	II	Durchmesser <2 cm
T2b	II	Durchmesser >2 cm
T3	III	Tumorausbreitung bis zur Beckenwand und/oder Harnstauungsniere
T4	IVA	Infiltration der Schleimhaut von Blase oder Mastdarm und/oder Überschreitung des kleinen Beckens
N-Stadium		
N0		keine Lymphknotenmetastasen
N1	III	Lymphknotenmetastasen der Leisten oder im kleinen Becken
M-Stadium		
M0		keine Fernmetastasen
M1	IVB	Fernmetastasen

Therapie

Therapie des Scheiden- und Schamlippenkrebses:

Die **Therapie des Schamlippenkrebses** besteht in den meisten Fällen aus der **operativen Entfernung des Tumors** im Bereich der Schamlippen. Je nach Größe und Lage des Tumors müssen dabei oft größere Teile oder sogar das gesamte äußere Genitale entfernt werden.

Ab einer Eindringtiefe des Tumors von 1mm steigt das Risiko für Tumorstreue in Lymphknoten der Leisten, so dass je nach Lage des Tumors die Lymphknoten einer oder beider Leisten entfernt werden. Liegt kein verdächtiger Lymphknoten vor und ist der Tumor <4 cm reicht es aus, den sogenannten **Wächterlymphknoten (Sentinellymphknoten)** zu entfernen. Dadurch können Risiken von Nebenwirkungen der Operation wie Wundheilungsstörungen und Lymphabflussstörungen verringert werden.

Eine **Strahlentherapie** kann im Anschluss an die Operation („*adjuvant*“) angewandt werden, um das Risiko für einen Rückfall zu verringern. Im Allgemeinen wird dies empfohlen, wenn der Tumor nicht oder nur knapp im Gesun-

den entfernt wurde und/oder wenn Lymphknotenmetastasen vorliegen. Bei lokal fortgeschrittenem Schamlippenkrebs, oder wenn eine Operation aus sonstigen gesundheitlichen Gründen nicht möglich ist, wird eine **Strahlentherapie, evtl. in Kombination mit einer Chemotherapie** als primäre Therapie gewählt. Durch die unmittelbare Nähe des äußeren Genitale zu Blase und Mastdarm können auch bei sorgfältiger Planung und Durchführung der Strahlentherapie oft unangenehme und manchmal bleibende Nebenwirkungen auftreten.

Die **Therapie des Scheidenkrebses** ist eine sehr individuelle, die sich nach Größe, Lokalisation und Ausbreitung richtet. Kleine Tumore können **operativ entfernt** werden. Je nach Lokalisation des Tumors lehnt sich die Therapie dabei an die des Schamlippen- oder Gebärmutterhalskrebses an. Dies betrifft insbesondere die Entfernung von Lymphknoten der Leiste und/oder des Beckens. Größere Tumore werden meist durch eine **Strahlentherapie** behandelt, die zum einen als innere Bestrahlung (*Brachytherapie*) der Scheide und zum anderen von außen über die Haut (*Teletherapie*) durchgeführt



Lesen Sie mehr zu dem Thema „Therapien“ und „Nebenwirkungen“ in der Krebshilfe-Broschüre „Therapien bei Krebs“ oder der gleichnamigen DVD. Kostenlos erhältlich bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland. Die Broschüre steht auch als Download unter www.krebshilfe.net zur Verfügung.



Univ.-Prof.

Dr. Paul SEVELDA

über Wissenswertes zur Strahlentherapie. Holen Sie sich das Experten-Video kostenlos auf Ihr Handy! Anleitungen finden Sie auf S. 3, oder klicken Sie auf diesen Link:

[https://www.](https://www.youtube.com/watch?v=Jory3KNT8lw)

[youtube.com/](https://www.youtube.com/watch?v=Jory3KNT8lw)

[watch?v=Jory3KNT8lw](https://www.youtube.com/watch?v=Jory3KNT8lw)

wird. Auch eine **Kombination der Strahlentherapie mit einer Chemotherapie** ist dabei oft notwendig.

Prognose & Nachsorge:

Bei früher Diagnose und Therapie sind die Heilungschancen gut (5-Jahresüberleben Schamlippenkrebs Stadium I = ca. 78.5%; Scheidenkrebs Stadium I = ca. 77.6%). Je nach ursprünglicher Tumorgroße und -ausbreitung verhalten sich auch die **Risiken für einen Rückfall**. Dieser tritt meistens in Form eines Lokalrezidivs im Bereich der Schamlippen oder

der Scheide auf. Um so wichtiger sind deshalb regelmäßige **gynäkologische Nachsorgekontrollen über Jahre**, in den ersten 3 Jahren alle 3 Monate. Bei selbst bemerkten Auffälligkeiten bitte umgehend den Arzt/die Ärztin informieren!

Nicht unterschätzt werden dürfen natürlich die **Folgen der Erkrankung und der Therapie** auf das psychische Wohlbefinden und die **Sexualität** der betroffenen Frauen.



Lesen Sie mehr zum Thema „Sexualität und Krebs“ in der gleichnamigen Krebshilfe-Broschüre. Kostenlos erhältlich bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland und als Download unter www.krebshilfe.net.

Sarkom der Gebärmutter

Das Sarkom ist ein bösartiger Tumor, der sich von den Muskelzellen der Gebärmutterwand ableitet (*Leiomyosarkom*). Sarkome treten meist im höheren Lebensalter auf und stellen oft einen unerwarteten feingeweblichen Befund nach der Gebärmutterentfernung (seltener anlässlich einer Curettage*) dar.

Symptome

- Blutungsstörungen der Gebärmutter
- Unterbauchschmerzen (selten)
- zuerst Atemnot, Husten und Oberbauchbeschwerden (selten)
- Extrem selten kann sich ein Sarkom aus einem gutartigen Muskelknoten (*Myom*) entwickeln.

Therapie

Tumorstadium und Tumorgroße sind wichtige Parameter. In den meisten Fällen handelt es sich um ein Stadium I (Stadieneinteilung siehe nächste Seite). **Die Behandlung der Wahl bei Erstdiagnose ist die Operation** (Chemotherapie nur in speziellen Fällen). Die Gebärmutter wird mittels Bauchschnitt entfernt, meist auch die Eierstöcke, selten ist eine Lymphknotenentfernung notwendig.

Rezidiv

Bei einem kleinen Teil der Patientinnen kann die **operative Entfernung einzelner Metastasen** (z. B. in Lunge oder Bauchraum) sinnvollerweise durchgeführt werden. Bei einem bestimmten Tumortyp (*endometriales Stromasarkom*) kann selbst eine mehrfache Entfernung von Metastasen mit Erfolg durchgeführt werden. Meist ist eine Chemotherapie notwendig. Auch **zielgerichtete Therapien** können zum Einsatz kommen. In Einzelfällen sind Gebärmutter Sarkome auch hormonempfindlich, sodass eine **Antihormontherapie** eingesetzt werden kann. Die Strahlentherapie besitzt eher eine untergeordnete Rolle beim Gebärmutter Sarkom, kann aber vor allem bei Blutungskomplikationen infolge Tumor-Befall der Scheide eingesetzt werden.

Nachsorge

Am häufigsten treten Rückfälle in den ersten 2 Jahren nach Diagnose auf. Daher werden in den ersten 3 Jahren 3-monatliche Nachkontrollen empfohlen. Bei klinischen Krankheitszeichen sollte eine gezielte Abklärung mittels Röntgen o.ä. erfolgen.



**Univ.-Prof.
Dr. Edgar PETRU**

Vorstandsmitglied der AGO, Univ. Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klinische Abteilung für Gynäkologie, Medizinische Universität Graz

Gerade seltene bösartige Tumoren sollten in einem gynäkologisch-onkologischen Zentrum behandelt werden. Im Zweifelsfall ist die Einholung einer Zweitmeinung zu erwägen.

* **Curettage:**
Ausschabung der Gebärmutterhöhle

*
„**FIGO**“ =
Abkürzung für die
Internationale Vereini-
gung für Gynäkologie
und Geburtshilfe

Stadieneinteilung – Sarkom der Gebärmutter nach der FIGO Klassifikation *

Stadium	I	Tumor auf die Gebärmutter beschränkt
	Ia	Tumor kleiner als 5 cm
	Ib	Tumor größer als 5 cm
Stadium	II	Der Tumor greift auf das Becken über
	IIa	Befall der Eierstöcke, Eileiter (<i>Adnexe</i>)
	IIb	Befall des Beckengewebes außerhalb der Gebärmutterhöhle
Stadium	III	Befall des Bauchraums
	IIIa	1 Lokalisation
	IIIb	mehr als 1 Lokalisation
	IIIc	Metastasen in den Lymphknoten im Beckenbereich bzw. im Bereich der Aorta
Stadium	IVa	Tumoreinbruch in Harnblase und/oder Enddarm
	IVb	Fernmetastasen

Keimzelltumor des Eierstockes

Der Keimzelltumor des Eierstockes tritt meist bei jungen Frauen vor dem 20. Lebensjahr auf. Er stellt auch den häufigsten gynäkologischen Tumor in der Schwangerschaft dar. Häufig produziert der Keimzelltumor die Tumormarker AFP (*Alpha-Fetoprotein*) und/oder HCG (*humanes Choriongonadotropin*).

Symptome

Da der Tumor nur selten Symptome macht wie etwa akute Unterbauchschmerzen durch das Verdrehen des Eierstocktumors, was zu dessen schwerer Durchblutungsstörung führt, werden die meisten Fälle im Rahmen einer gynäkologischen Routineuntersuchung entdeckt. Allermeist liegt ein Frühstadium vor, bei dem nur ein Eierstock befallen ist.

Therapie

Das Tumorstadium ist der wichtigste klinische Parameter. **Die Behandlung der Wahl bei Erstdiagnose ist die Operation.** Meist ist nur eine einseitige Entfernung des Eierstocks notwendig und keine Entfernung der Gebärmutter. Eine Chemotherapie erfolgt im Frühstadium nur in speziellen Fällen.

Ab **höheren Tumorstadien** bzw. in Fällen von Metastasen ist eine **Chemotherapie** nötig.

Rezidiv

Beim Wiederauftreten des Keimzelltumors mit Tochtergeschwülsten ist meist eine **Chemotherapie** notwendig. Auch die **Strahlentherapie** ist bei diesem Tumor hochwirksam.

Nachsorge

Gynäkologische Kontrollen alle 3 Monate werden in den ersten 3 Jahren empfohlen. Schwangerschaften sind häufig möglich. Sie weisen kein erhöhtes Risiko auf. Auch eine vorausgegangene Chemotherapie wirkt sich nicht negativ auf das Ungeborne aus.



Lesen Sie mehr zu dem Thema „Therapien“ und „Nebenwirkungen“ in der Krebshilfe-Broschüre „Therapien bei Krebs“ oder der gleichnamigen DVD. Kostenlos erhältlich bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland.

Keimstrangtumor des Eierstockes



Univ.-Prof.

Dr. Paul SEVELDA

über Wissenswertes zur Strahlentherapie. Holen Sie sich das Experten-Video kostenlos auf Ihr Handy! Anleitungen finden Sie auf S. 3, oder klicken Sie auf diesen Link:

<https://www.youtube.com/watch?v=Jory3KNT8lw>



Univ.-Prof.

Dr. Gabriela KORNEK

Präsidentin von „Leben mit Krebs“ erklärt die Wirkweise der Chemotherapie. Holen Sie sich das Expertin-Video kostenlos auf Ihr Handy! Anleitungen finden Sie auf S. 3, oder klicken Sie auf diesen Link:

<https://www.youtube.com/watch?v=34TrI-zlqdk&t=154s>

Der Keimstrangtumor tritt typischerweise **nach den Wechseljahren** auf und weist meist eine gute Prognose auf. Bei ca. 5 % der Patientinnen besteht gleichzeitig auch ein Krebs der Gebärmutterhöhle, meist im Frühstadium.

Symptome

Dieser Tumor wird meist im Rahmen einer gynäkologischen Routineuntersuchung im Frühstadium entdeckt. Anzeichen sind oft abnorme Blutungen aus der Gebärmutterhöhle.

Therapie

Wird der Tumor im Frühstadium entdeckt, ist die **Operation die Therapie der Wahl** und selten eine Chemotherapie.

Meist ist die Entfernung beider Eierstöcke, der Gebärmutter und des großen Netzes im Bauchraum notwendig. Bei jungen Patientinnen ist bei nur einseitigem Eierstockbefall auch das Zurücklassen des anderen Eierstockes und der Gebärmutter möglich. Erfolgt keine Entfernung der Gebärmutter, ist in jedem Fall eine Gebärmutterspiegelung und Ausschabung der Gebärmutter-schleimhaut nötig.

Ab höheren Tumorstadien bzw. in Fällen von Tochtergeschwülsten wird eine **Chemotherapie** empfohlen.

Rezidiv

Bei Wiederauftreten des Tumors mit Tochtergeschwülsten kann häufig eine **chirurgische Entfernung von Einzelherden** im Bauchraum zum Erfolg führen. Meist ist danach aber eine **Chemotherapie** notwendig. In Einzelfällen kann eine **Anti-Hormontherapie** das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamen. Auch die **Strahlentherapie** ist bei diesem Tumor wirksam. Das Tumorstadium und die Tumorgöße sind die wichtigsten Prognoseparameter. Es ist von Bedeutung, dass kein Resttumor nach der Operation verbleibt.

Nachsorge

Gynäkologische Kontrollen alle 3 Monate werden in den ersten 3 Jahren empfohlen. Die Nachsorge sollte aber über Jahrzehnte erfolgen, da leider auch Rückfälle nach langer Zeit möglich sind.

Tumor des Mutterkuchens

Tumoren des Mutterkuchens/der Plazenta (*Trophoblasttumore*) sind sehr selten. Typischerweise treten sie bei Patientinnen im gebärfähigen Alter auf. Meist liegt ein Frühstadium vor, bei dem der Tumor auf die Gebärmutter beschränkt ist. Die feingewebliche Diagnosestellung erfolgt durch den Pathologen/die Pathologin. Dieser Tumor produziert vermehrt HCG* ein Hormon, das normalerweise in der Schwangerschaft gebildet wird.

Symptome

Zu den möglichen Anzeichen gehören:

- Abnorme Blutungen der Gebärmutter nach Entbindung, Fehlgeburt oder Eileiterschwangerschaft
- Spontaner Abgang von bläschenartigen Strukturen aus der Scheide
- Selten Unterbauchschmerzen
- Besonders selten Atemnot, Husten und Oberbauchbeschwerden

Therapie

Wird der Tumor im Frühstadium entdeckt, ist meist eine **Chemotherapie** mit Einzelsubstanzen, die nur sehr beschränkte Nebenwirkungen aufweisen, notwendig. In Fällen von Tochtergeschwülsten kommt eine Chemotherapie **in Kombination mit mehreren Substanzen** zum Einsatz. Nur sehr

selten ist eine Gebärmutterentfernung notwendig. **Auch im fortgeschrittenen Stadium mit Metastasen besteht eine hohe Chance auf Langzeitherheilung** durch den Einsatz einer Chemotherapie.

Rezidiv

Bei Wiederauftreten des Tumors und Tochtergeschwülsten kommt eventuell die chirurgische Entfernung einzelner Tochtergeschwülste oder der Gebärmutter in Betracht. Meist ist aber eine **Chemotherapie** notwendig. Die Strahlentherapie besitzt insgesamt eine untergeordnete Rolle, ist aber vor allem bei Tochtergeschwülsten im Gehirn sehr wirksam.

Nachsorge

Im 1. Jahr nach Abschluss der Therapie sollte auf eine effektive Empfängnisverhütung** geachtet werden. Im Mittelpunkt steht die Kontrolle des Tumormarkers HCG. Bleibt, wie in den allermeisten Fällen, der Wert unter der Nachweisgrenze, ist die Prognose exzellent. Schwangerschaften frühestens 1 Jahr nach abgeschlossener Therapie sind häufig möglich. Sie weisen kein erhöhtes Risiko auf. Auch eine vorausgegangene Chemotherapie wirkt sich nicht negativ auf das Ungeborene aus.

*

HCG =
humanes
Choriongonadotropin

**

am besten mit der Pille

Zertifizierte Zentren

Seit einigen Jahren können sich Krankenhäuser mit viel Erfahrung in der Behandlung von Unterleibskrebs als „Zentrum für Gynäkologische Tumoren“ zertifizieren lassen.

Hierzu haben die beteiligten Fachgesellschaften einen Anforderungskatalog sowie Kennzahlen definiert, die sich an den gültigen Leitlinien ausrichten und die Grundlage für eine solche Zertifizierung sind.

Für Patientinnen und ihre behandelnden Ärzt:innen gibt das Zertifikat als Zentrum für Gynäkologische Tumore die Sicherheit, dass dieses Zentrum seine Behandlung und seine Ergebnisse regelmässig von externen und unabhängigen Gutachter:innen prüfen lässt und diese Prüfung bestanden hat.

In einem zertifizierten gynäkologischen Zentrum besprechen Radiolog:innen, Gynäkolog:innen/Chirurg:innen, Strahlentherapeut:innen und Patholog:innen in einer präoperativen Konferenz die beste operative oder medikamentöse Erstbehandlung.

Im onkologischen Konsilium nach der Operation wird von Gynäkolog:innen oder Chirurg:innen gemeinsam mit den internistischen Onkolog:innen, Patholog:innen, Strahlentherapeut:innen, Psychoonkolog:innen und dem speziell ausgebildeten Pflegepersonal die weitere Therapie beraten und eine Empfehlung abgegeben.

Aber auch begleitende Maßnahmen wie Rehabilitation und physikalische Medizin, soziale Beratung, Ernährungsberatung, Informationen zu komplementärmedizinischen Verfahren und auch Kontakt zu Selbsthilfegruppen oder zu den Beratungsstellen der Österreichischen Krebshilfe werden angeboten.

Nachfolgend die Auflistung aller derzeit nach „Doc-Cert“ und „OnkoZert“ zertifizierten gynäkologischen Zentren in Österreich (Stand Oktober 2021). Eine jeweils aktuelle Liste finden Sie im Internet unter www.krebshilfe.net.

Zertifizierte Zentren für Gynäkologische Tumore

WIEN

Gynäkologisches Krebszentrum,
Medizinische Universität, AKH Wien
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien
01-40400-29150 (GynOnko)
01-40400-28010 (Senologie)

Gynäkologisches Krebszentrum,
Krankenhaus Hietzing
Wolkersbergenstraße 1, Pavillon 2a
und 2b, 1130 Wien
Tel. +43 1 80110 2294

KÄRNTEN

Gynäkologisches Krebszentrum am
Klinikum Klagenfurt am Wörthersee
9020 Klagenfurt
Tel. +43 (0) 4 63 / 53 83 96 03

OBERÖSTERREICH

Gynäkologisches Tumorzentrum
Barmherzigen Schwestern Linz
Ordensklinikum Linz
Seilerstätte 4, 4010 Linz
Tel. +43 (0) 732 7677 - 3000

Gynäkologisches Tumorzentrum
KH der Barmherzigen Schwestern Ried
Schlossberg 1, 4910 Ried im Innkreis
Tel. +43 7752 602 - 2500

Zentrum für Gynäkologische Tumoren
Wels-Grieskirchen
Grieskirchner Str. 42, 4600 Wels
Tel. +43 7248 601 - 0

Gynäkologisches Tumorzentrum am
Kepler Universitätsklinikum Linz
Krankenhausstraße 26-30, 4020 Linz
Tel. +43 (0)5 7680 84 26815

STEIERMARK

Gynäkologisches Tumorzentrum Leoben
Stmk. Krankenanstaltenges.m.b.H.
Landeskrankenhaus Hochsteiermark
Vordernberger Straße 42, 8700 Leoben
Tel. +43 (3842) 401 - 2382

TIROL

Interdisziplinäres Tumorzentrum
Frauenheilkunde Tirol Kliniken GmbH
Anichstrasse 35, 6020 Innsbruck
Tel. +43 50 504 - 0

VORARLBERG

Gynäkologisch-Onkologisches
Zentrum Dornbirn
Affiliierter Partner des Interdisziplinären
Tumorzentrums für Frauenheilkunde
der Tirol Kliniken GmbH
Krankenhaus der Stadt Dornbirn
Lustenauerstraße 4, 6853 Dornbirn
Tel. +54 (5572) 303 2450

Zentrum für Gynäkologische Tumore
Landeskrankenhaus Feldkirch
Vorarlberger Krankenhaus-Betriebs-
gesellschaft m.b.H.
Carinagasse 47, 6800 Feldkirch
Tel. +43 (0)5522 303-4670 oder 2200

Nebenwirkungen der Therapien



Die Krebshilfe-Broschüre „Therapien bei Krebs“ ist kostenlos bei der Krebshilfe in Ihrem Bundesland erhältlich oder als Download unter: www.krebshilfe.net



Univ.-Prof.

Dr. Gabriela KORNEK erklärt, warum es zu Nebenwirkungen kommen kann und welche Abhilfe es gibt. Holen Sie sich das Expertin-Video kostenlos auf Ihr Handy! Anleitungen finden Sie auf S. 3, oder klicken Sie auf diesen Link: <https://www.youtube.com/watch?v=b2b55dgiEUA>

Zytostatika können nicht zwischen normalen Zellen und Krebszellen unterscheiden und daher auch – bis zu einem gewissen Grad – gesunden Zellen Schaden zufügen. Zytostatika richten sich vorrangig gegen Zellen, die sich rasch teilen und vermehren – das sind in erster Linie Krebszellen! Aber auch Schleimhautzellen des Magen-Darmtraktes, Haarwurzeln und die blutbildenden Zellen des Knochenmarks teilen sich häufig und können geschädigt werden.

Der Schweregrad von Nebenwirkungen ist individuell sehr unterschiedlich und hängt auch von der jeweiligen Therapie, Dosierung und Verabreichungsweise ab.

Die meisten Nebenwirkungen bilden sich innerhalb kurzer Zeit zurück. Manche können aber über Monate anhalten oder lebenslang bestehen bleiben wie z. B. Schädigungen von Herz, Lunge, Nieren und der Fortpflanzungsorgane. Insbesondere Übelkeit und Erbrechen können prophylaktisch sehr effektiv behandelt werden, sodass nur mehr wenige Patient:innen unter dieser Nebenwirkung leiden. Auch dem Abfall von weißen Blutkörperchen und der damit verbundenen Infekt-

anfälligkeit kann mittels einfacher medikamentöser Maßnahmen vorgebeugt werden.

Neueste Medikamente können das Auftreten von belastenden Nebenwirkungen nahezu vollständig vermeiden.

Es ist wichtig, dass Sie über mögliche Nebenwirkungen gut informiert sind, insbesondere auch darüber, dass es mittlerweile viele Möglichkeiten gibt, Nebenwirkungen entgegenzuwirken bzw. vorzubeugen. Damit hat die Chemotherapie viel von ihrem früheren Schrecken verloren.

Es ist von großer Wichtigkeit, dass Sie Ihren Arzt/Ihre Ärztin rasch über Nebenwirkungen informieren.

Das Verschweigen von Nebenwirkungen kann zu schwerwiegenden Langzeitfolgen führen. Die größte Gefahr sind nicht die Nebenwirkungen an sich, sondern die Unkenntnis Ihres behandelnden Teams über Ihre Symptome, da sich beinahe alle unerwünschten Reaktionen bei entsprechender Vorsorge vermeiden bzw. mildern lassen.

Einnahme von anderen Medikamenten während der Chemotherapie

Übergeben Sie Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin eine Aufstellung sämtlicher von Ihnen regelmäßig, aber auch unregelmäßig eingenommenen Medikamente inklusive der Substanzen, die Sie ohne Rezept, sei es in Apotheke, Reformhäusern oder Drogerien, kaufen. Setzen Sie keinesfalls ein Medikament, das Sie regelmäßig nehmen sollen, plötzlich selbstständig ab. Vor Verordnung eines neuen Medikaments durch einen anderen Arzt/eine andere Ärztin sollten Sie dies mit Ihrem behandelnden Arzt besprechen.

Wechselwirkungen

Die Einnahme von Grapefruit in allen Formen ist bei bestimmten medikamentösen Therapien unbedingt zu vermeiden!

Da Grapefruitinhaltsstoffe eine bis zu 24-stündige irreversible Hemmung bestimmter Enzyme bewirken, kann Grapefruit auch nicht zeitversetzt eingenommen werden. Das Gleiche gilt mit hoher Wahrscheinlichkeit auch für Pomelo, Starfrucht- und Bitterorangen-Produkte.

Die Einnahme von Grapefruit in allen Formen ist bei bestimmten medikamentösen Therapien unbedingt zu vermeiden!

Sprechen Sie auf jeden Fall mit Ihrem behandelnden Arzt/Ihrer behandelnden Ärztin, ob dies für Ihre Therapie zutrifft.

Impfungen – Nutzen für Menschen mit reduzierter Immunabwehr

Krebspatient:innen haben häufig als Folge von Therapien geschwächte Abwehrkräfte. Daher kann es sinnvoll sein, Impfungen durchzuführen, um vor Infektionen zu schützen. Bitte besprechen Sie aber immer vorab mit dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin, ob und wann die jeweilige Impfung für Sie sinnvoll ist. Mehr Informationen zu Impfungen finden Sie in der Krebshilfe-Broschüre „Therapien bei Krebs“ und unter: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Impfplan-%C3%96sterreich.html>

COVID-19-Impfempfehlungen für Krebspatient:innen finden Sie unter www.krebshilfe.net!

Ergänzende Maßnahmen: Ja.



Lesen Sie mehr darüber in der Broschüre „Das ABC der komplementären Maßnahmen“. Sie ist kostenlos erhältlich bei Ihrer Krebshilfe-Beratungsstelle oder unter:

www.krebshilfe.net

Schulmedizin und Naturheilkunde müssen sich nicht ausschließen.

Wenn Sie selbst Patientin sind und vielleicht auch schon auf der Suche nach „anderen“ Methoden waren, überlegen Sie bitte, ob nicht vielleicht die etwaige fehlende Aufklärung durch den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin oder die Angst vor der empfohlenen schulmedizinischen Therapie ein möglicher Grund dafür sein kann.

Sie haben das Recht, Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin Fragen zu stellen und jeden Behandlungsschritt sowie das Ziel der Behandlung erklärt zu bekommen. Aufgeschlossene Mediziner:innen haben durchaus dafür Verständnis, wenn Patient:innen ergänzend zur Schulmedizin komplementäre Therapien wie z. B. Mistelpräparate und andere Pflanzeninhaltsstoffe, Enzyme, Vitamine, Antioxidantien, Spurenelemente und Methoden der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) – um nur einige zu nennen – anwenden wollen.

Wichtig dabei ist, dass Sie dies mit Ihrem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin besprechen! Nicht zuletzt deswegen, weil im Einzelfall Unverträglichkeiten bzw. Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten auftreten können.

Bedenken Sie aber, dass Komplementärmedizin niemals Ersatz für Ihre Krebsbehandlung sein kann.

Naturheilverfahren

Naturheilverfahren gebrauchen als Heilreize Naturfaktoren wie Wärme und Kälte, Licht und Luft, Wasser und Erde, Bewegung und Ruhe, Ernährung und Nahrungsenthaltung, Heilpflanzen und heilsame seelische Einflüsse.

Die in der Naturheilkunde angewandten Methoden haben bei Krebspatient:innen einen hohen Stellenwert, da sie mit zur körperlichen und seelischen Stabilisierung beitragen können.

All diese ergänzenden Therapien haben das Ziel, das Wohlbefinden und damit die Lebensqualität zu verbessern bzw. zu erhalten und Nebenwirkungen von Chemo- oder Strahlentherapie zu vermindern. Keine dieser komplementären Maßnahmen kann jedoch den Anspruch stellen, die Krebserkrankung zu heilen.

Die Diagnose Krebs versetzt Patient:innen und Angehörige fast immer in einen Schockzustand. Es

Alternative „Methoden“: Nein.

ist verständlich, wenn man gerade in dieser Zeit sehr „anfällig“ ist für Meldungen in den Medien, im Internet etc., die von unglaublichen Heilungserfolgen berichten.

Alternative Methoden

Alternative Behandlungsmethoden haben wenig mit der Naturheilkunde zu tun. Ihre theoretische Erklärung beruht meist auf Spekulationen bzw. unbewiesenen biologischen Theorien. Da die Wirkungen dieser Verfahren nicht nachgewiesen sind, da zum Teil auch lebensgefährliche Komplikationen nach ihrer Anwendung auftreten können und da nicht zuletzt auch mit hohen Kosten gerechnet werden muss, sind alternativmedizinische Behandlungen bei Krebspatient:innen sehr kritisch zu beurteilen! Alternative Methoden beruhen häufig auf von der Schulmedizin nicht anerkannten „**pseudowissenschaftlichen**“ **Krebsentstehungstheorien**.

Alternative Methoden sind keine Alternative zu den etablierten schulmedizinischen Standardverfahren!

Die Befürworter:innen dieser Methoden verweisen meist nicht auf Misserfolge. Die Natur und die Durchführung der alternativen Methoden sind oft geheimnisvoll, kompliziert und an ihre „Entdecker:innen“ gebunden.

Achtung vor Wunderheilern!

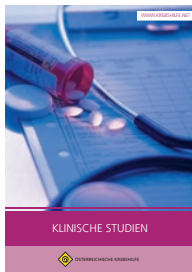
Seien Sie äußerst skeptisch, wenn „alternative“ Methoden **viel Geld** kosten, wenn im Rahmen der Behandlung auf **geheime Quellen** hingewiesen wird, wenn **Heilung versprochen** wird und wenn man Ihnen den Rat gibt, andere Therapien zugunsten der „alternativen“ Methoden abzubrechen.

Vorsicht vor „selbst ernannten Wunderheiler:innen“, die ihre Produkte oder Methoden als alleiniges Heilmittel anpreisen. **Das kann nicht nur viel Geld, sondern auch Ihr Leben kosten!**

Die Krebshilfe-Beratungsstelle in Ihrer Nähe ist kostenlos für Sie da! Bevor Sie sich auf eine andere Behandlung als die von Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin empfohlene „einlassen“, kontaktieren Sie uns bitte !

Misstrauen Sie grundsätzlich allen, die Patentrezepte anbieten! Gerade in der Krebsheilkunde gibt es keine derartigen Patentrezepte.

Klinische Studien



Lesen Sie mehr über klinische Studien in der gleichnamigen Krebshilfe-Broschüre. Darüber hinaus informieren Sie die Krebshilfe-Berater:innen in ganz Österreich über alle Fragen zu klinischen Studien.

Die Suche nach neuen Krebstherapien beginnt im Labor. Dort liefern experimentelle Daten Hinweise zum Wirkmechanismus, zur Dosierung und der Verträglichkeit einer neuen Substanz. Erst wenn die Ergebnisse positiv ausgefallen sind, dürfen klinische Studien an Patient:innen durchgeführt werden. Man unterscheidet vier Phasen:

Phase I

In einer Phase-I-Studie stehen Fragen der Sicherheit, Verträglichkeit und Dosierung im Mittelpunkt. Zu diesem Zeitpunkt liegen noch keine Erfahrungen am Menschen vor, aus Sicherheitsgründen sind daher die Teilnehmerzahlen solcher Studien klein. In der Krebsmedizin handelt es sich bei den Teilnehmern in der Regel um Patient:innen mit einer fortgeschrittenen Erkrankung, für die es noch keine wirksame Therapie gibt. Sollte sich zeigen, dass ein neuer Wirkstoff mehr schadet als nutzt, wird die Studie sofort abgebrochen und die Substanzen nicht weiter entwickelt.

Phase II und Phase III

In den darauf folgenden Phasen II und III werden weitere Daten zur optimalen Dosierung, Verträglich-

keit und vor allem zur Wirksamkeit gesammelt. Auf Grundlage dieser Informationen kann die Zulassung erfolgen, sofern das neue Medikament einen Vorteil für die Patient:innen bietet.

Phase IV

Phase IV-Studien überprüfen seltene Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten.

Vorteile für Patient:innen

Der Vorteil einer Studienteilnahme liegt für Patient:innen im frühzeitigen Zugang zu innovativen Behandlungen oder Verfahren, die noch nicht auf „normalem“ Weg zugänglich sind, Betroffenen aber möglicherweise sehr helfen können.

Risiken für Patient:innen

Neue Behandlungsmethoden oder Wirkstoffe bergen nicht nur Chancen, sondern möglicherweise auch bisher unbekanntes Risiken und Nebenwirkungen.

Sprechen Sie mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin über die Möglichkeiten zur Teilnahme an einer klinischen Studie.

Wenn die Erkrankung fortschreitet

Bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen stehen die **Stabilisierung des Krankheitsverlaufes, die größtmögliche Lebensqualität** durch Schmerz- und Symptombehandlung sowie die **Linderung von psychischen, sozialen und spirituellen Problemen** im Vordergrund.

Je früher auf Heilung ausgerichtete und palliative Maßnahmen gemeinsam eingesetzt werden, desto höher die Lebensqualität und oft auch die Lebensdauer.

Palliativmedizin

Die Palliativmedizin lindert Beschwerden, die durch eine Krebserkrankung ausgelöst werden. Schmerzmittel und Medikamente gegen Übelkeit, Atemnot, Appetitlosigkeit und Schlafstörungen werden dabei häufig eingesetzt.

Palliativpflege

Die Palliativpflege kann mit ergänzenden und pflegerischen Maßnahmen viel zur Linderung von Symptomen beitragen.

Psychologische und psychosoziale Betreuung/ Begleitung

Ängste und Sorgen können mit psychologischer und psychosozialer

Betreuung und Begleitung aufgenommen werden. Patient:innen und ihre Angehörigen werden bei der Suche nach geeigneten Therapie- und Betreuungsangeboten unterstützt und professionell begleitet.

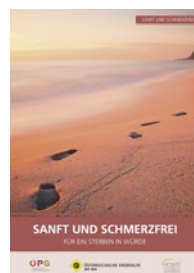
Trotz verbesserter Früherkennung und Therapie sterben leider immer noch viele Patient:innen an einer Krebserkrankung. Dieser letzte Lebensabschnitt kann durch offene Kommunikation zwischen Patient:innen, ihren Angehörigen und Ärzt:innen so gestaltet werden, dass Leid verhindert oder gelindert wird, dass wichtige Dinge bewusst erledigt werden können und dass spirituelle Wünsche erfüllt werden.

Hilfreiche Adressen in ganz Österreich

In der Krebshilfe-Broschüre „Bestmögliche Lebensqualität für Menschen mit fortgeschrittener Krebserkrankung“ finden Sie wichtige und hilfreiche Informationen zu diesem Thema, vor allem auch Kontaktdaten **aller Stellen in ganz Österreich, die Palliative Versorgung leisten bzw. Hilfe und Unterstützung anbieten.**



Lesen Sie mehr zu „Bestmöglicher Lebensqualität für Menschen mit fortgeschrittener Krebserkrankung“ in der gleichlautenden Krebshilfe-Broschüre.



Wenn Sie sich mit dem Ende des Lebens auseinandersetzen wollen oder müssen, finden Sie in dieser Krebshilfe-Broschüre viele hilfreiche Antworten auf mögliche Fragen oder Ängste.

Beratungsstellen im BURGENLAND

Voranmeldung zur persönlichen Beratung
für alle Beratungsstellen im Burgenland unter:
Tel.: (0650) 244 08 21 (auch mobile Beratung)
Fax: (02625)300-8536
office@krebshilfe-bgld.at
www.krebshilfe-bgld.at

7202 Bad Sauerbrunn, Hartiggasse 4
(Der Sonnberghof)

7000 Eisenstadt, Siegfried Marcus-Straße 5
(ÖGK)

7540 Güssing, Grazer Straße 15
(A.ö. Krankenhaus)

7100 Neusiedl am See, Gartenweg 26
(ÖGK)

7400 Oberwart, Evang. Kirchengasse 8-10
(Diakonie)

7350 Oberpullendorf, Gymnasiumstraße 15
(ÖGK)

Beratungsstelle in KÄRNTEN

Voranmeldung zur persönlichen Beratung
in unserem Büro unter:
Tel.: (0463) 50 70 78
office@krebshilfe-ktn.at, www.krebshilfe-ktn.at
9020 Klagenfurt, Völkermarkterstrasse 25

Beratungsstellen in NIEDERÖSTERREICH

2700 Wr. Neustadt, Wiener Straße 69 (ÖGK)
Notfalltelefon: (0664) 323 7230
Tel.: (050766)12-2297 oder 2279
Fax: (050766)12-2281
E-Mail: krebshilfe@krebshilfe-noe.at
www.krebshilfe-noe.at

3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3
(bei ÖGK)
Tel.+Fax: (02742) 77404
stpoelten@krebshilfe-noe.at

3680 Persenbeug, Kirchenstraße 34,
(Alte Schule Gottsdorf)
Tel.+Fax: (07412) 561 39
persenbeug@krebshilfe-noe.at

3340 Waidhofen/Ybbs
Tel.: (0664) 514 7 514
waidhofen@krebshilfe-noe.at

2130 Mistelbach, Roseggerstraße 46
Tel.: (050766)12-1389
mistelbach@krebshilfe-noe.at

3580 Horn, Stephan-Weykerstorffer-Gasse 3
(in der ÖGK Horn), Tel.: (050766)12-0889
horn@krebshilfe-noe.at

Beratungsstellen in OBERÖSTERREICH

4020 Linz, Harrachstraße 15/1

Tel.: (0732) 77 77 56

Fax.: (0732) 77 77 56-4

beratung@krebshilfe-ooe.at,

office@krebshilfe-ooe.at

www.krebshilfe-ooe.at

4820 Bad Ischl, Bahnhofstr. 12 (ÖGK)

Tel.: (0660) 45 30 441

beratung-badischl@krebshilfe-ooe.at

5280 Braunau, Jahnstr. 1 (ÖGK)

Tel.: (0699) 1284 7457

beratung-braunau@krebshilfe-ooe.at

4070 Eferding, Vor dem Linzer Tor 10
(Rotes Kreuz)

Tel.: (0664) 166 78 22

beratung-eferding@krebshilfe-ooe.at

4240 Freistadt, Zemannstr. 27 (Rotes Kreuz)

Tel.: (0664) 452 76 34

beratung-freistadt@krebshilfe-ooe.at

4810 Gmunden, Miller-von-Aichholz-Straße 46
(ÖGK), Tel.: (0660) 45 30 432

beratung-gmunden@krebshilfe-ooe.at

4560 Kirchdorf, Krankenhausstraße 11

(Rotes Kreuz), Tel.: (0732) 77 77 56

beratung-kirchdorf@krebshilfe-ooe.at

4320 Perg, Johann Paur-Straße 1,

(Beratungsstelle Famos)

Tel.: (0664) 166 78 22

beratung-perg@krebshilfe-ooe.at

4910 Ried/Innkreis, Hohenzellerstr. 3

(Rotes Kreuz)

Tel.: (0664) 44 66 334

beratung-ried@krebshilfe-ooe.at

4150 Rohrbach, Krankenhausstraße 4

(Rotes Kreuz)

Tel.: (0664) 166 78 22

beratung-rohrbach@krebshilfe-ooe.at

4780 Schärding, Alfred-Kubin-Straße 9 a-c
(FIM – Familien- & Sozialzentrum)

Tel.: (0664) 44 66 334

beratung-schaerding@krebshilfe-ooe.at

4400 Steyr, Redtenbachergasse 5 (Rotes Kreuz)

Tel.: (0664) 91 11 029

beratung-steyr@krebshilfe-ooe.at

4840 Vöcklabruck, Franz Schubert-Str. 31
(im ÖGK-Gebäude)

Tel.: (0664) 547 47 07

beratung-vbruck@krebshilfe-ooe.at

4600 Wels, Grieskirchnerstr. (Rotes Kreuz)

Tel.: (0664) 547 47 07

beratung-wels@krebshilfe-ooe.at

Beratungsstellen in SALZBURG

Voranmeldung zur persönlichen Beratung für
alle Beratungsstellen in Salzburg unter:

Tel.: (0662) 87 35 36 oder
beratung@krebshilfe-sbg.at
www.krebshilfe-sbg.at

5020 Salzburg, Beratungszentrum der Krebshilfe
Salzburg, Mertensstraße 13
Persönliche Beratung nach tel. Voranmeldung

5110 Oberndorf bei Salzburg,
Stadthalle, 2. Stock, im EKIZ,
Joseph-Mohr-Straße 4a
Persönliche Beratung nach tel. Voranmeldung
jeden Donnerstag, nachmittags

5400 Hallein, Krankenhaus Hallein,
Bürgermeisterstraße 34. Persönliche Beratung
nach tel. Voranmeldung,
jeden 2. Montag im Monat

5580 Tamsweg, Sozialzentrum Q4, Postgasse 4
Persönliche Beratung nach tel. Voranmeldung
jeden 2. Montag im Monat

5620 Schwarzach, St. Veiter Straße 3,
Haus Luise
Persönliche Beratung nach tel. Voranmeldung
jeden 1. und 3. Mittwoch im Monat

5700 Zell am See, Rot Kreuz Haus,
Tauernklinikum Zell am See, Paracelsustraße 4.
Persönliche Beratung nach tel. Voranmeldung
jeden 1. und 3. Mittwoch im Monat

Beratungsstellen in der STEIERMARK

8042 Graz, Rudolf-Hans-Bartsch-Str. 15-17
Tel.: (0316) 47 44 33-0
Fax: (0316) 47 44 33-10
beratung@krebshilfe.at, www.krebshilfe.at

Regionalberatungszentrum Leoben:
8700 Leoben, Hirschgraben 5
(Senioren- und Pflegewohnheim)

Terminvereinbarung und Info
für alle steirischen Bezirke:
Tel.: (0316) 47 44 33-0
beratung@krebshilfe.at

Außenstellen Steiermark:
8280 Fürstenfeld, Felber Weg 4 (Rotes Kreuz)

8230 Hartberg, Rotkreuzpl. 1, (Rotes Kreuz)

8530 Deutschlandsberg, Radlpaßstraße 31
(Rotes Kreuz)

8680 Mürzzuschlag, Grazer Straße 34
(Rotes Kreuz)

8435 Wagna, Metlika Straße 12 (Rotes Kreuz)

8330 Feldbach, Schillerstraße 57 (Rotes Kreuz)

8750 Judenburg, Burggasse 102, (Rotes Kreuz)

8786 Rottenmann, Hauptstr. 109c
(Rotes Kreuz)

Beratungsstellen in TIROL

6020 Innsbruck, Anichstraße 5 a/2. Stock
Krebshilfe-Telefon: (0512) 57 77 68
Tel.: (0512) 57 77 68 oder (0699)181 135 33
FAX: (0512) 57 77 68-4
beratung@krebshilfe-tirol.at
www.krebshilfe-tirol.at

Psychoonkologische Beratung in folgenden
Sozial- u. Gesundheitssprengeln:

- Telfs: Kirchstraße 12, Dr. Ingrid Wagner,
Tel.: (0660) 5697474
- Landeck: Schulhauspl. 9, Dr. Manfred Deiser,
Tel.: (0664) 4423222
- Wörgl: Fritz-Atzl-Str. 6, Dr. Dorothea
Pramstrahler, Tel.: (0650) 2831770
- Reutte: Innsbrucker Straße 37, Mag. Gertrud
Elisabeth Köck, Tel. (0664) 2251625

sowie in:

- Lienz: Rosengasse 13, Mag. Katja Lukasser,
Tel. (0650) 377 25 09
- Schwaz: Dr. Fritz Melcher, Fuggergasse 2,
Tel.: (0664) 9852010
- Jenbach: Mag. Beate Astl, Schalsersstraße 21,
Tel.: (0650) 7205303
- St. Johann: MMag. Dr. Astrid Erharder-Thum,
Brauweg 1, Tel. 0681 10405938
- Tarentz: DSA Erwin Krismer, Pfassenweg 2,
Tel. (0676) 7394121

- Innsbruck: MMag. Barbara Baumgartner,
Rennweg 7a, Tel. (0664) 73245396
(für Kinder und Jugendliche von an Krebs
erkrankten Eltern)

Bitte um telefonische Terminvereinbarung.

Beratungsstellen in VORARLBERG

6850 Dornbirn, Rathausplatz 4,
Tel. (05572) 202388, Fax: (05572) 202388-14
beratung@krebshilfe-vbg.at
www.krebshilfe-vbg.at

6700 Bludenz, Klarenbrunnstr. 12,
Tel. (05572) 202388
beratung@krebshilfe-vbg.at

Beratungsstelle in WIEN

1200 Wien, Brigittenauer Lände 50-54,
4. Stg./5.OG
Tel.: (01) 408 70 48, Fax: (01) 408 70 48/35
Hotline: (0800) 699 900
beratung@krebshilfe-wien.at
www.krebshilfe-wien.at

Österreichische Krebshilfe Dachverband

1010 Wien, Tuchlauben 19
Tel.: (01) 796 64 50,
Fax: (01) 796 64 50-9
service@krebshilfe.net
www.krebshilfe.net

Die Krebshilfe-Beraterinnen
und Berater nehmen sich Zeit,
hören zu und helfen.

Die Österreichische Krebshilfe dankt allen Expert:Innen der Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie der OEGGG für die ehrenamtliche und wertvolle Mitarbeit und die medizinische Expertise.



Haftungsausschluss. Die Inhalte dieser Broschüre wurden mit größter Sorgfalt und unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen medizinischen Entwicklungen von unseren Expertinnen und Experten bzw. von unserer Redaktion erstellt. Die Österreichische Krebshilfe-Krebsgesellschaft kann dennoch keinerlei Gewähr für die Richtigkeit, Vollständigkeit, Korrektheit, letzte Aktualität und Qualität sämtlicher Inhalte sowie jeglicher von ihr erteilten Auskünfte und jeglichen von ihr erteilten Rates übernehmen. Eine Haftung für Schäden, die durch Rat, Information und Auskunft der Österreichischen Krebshilfe-Krebsgesellschaft verursacht wurden, ist ausgeschlossen.

IMPRESSUM:

10/21

Herausgeber und Verleger: Österreichische Krebshilfe, Tüchlauben 19, A-1010 Wien
Tel.: +43 (1) 796 64 50 Fax: +43 (1) 796 64 50-9, E-Mail: service@krebshilfe.net, www.krebshilfe.net
Wissenschaftl. Redaktionsleitung: Univ. Prof. Dr. Michael Micksche und AGO Austria, Redaktion: Doris Kiefhaber
Gestaltung: Gorillas – Kommunikation und Design, Druck: STS Medien GmbH, 1110 Wien, www.sts-medien.at
Fotos: Falls nicht anders gekennzeichnet Österreichische Krebshilfe