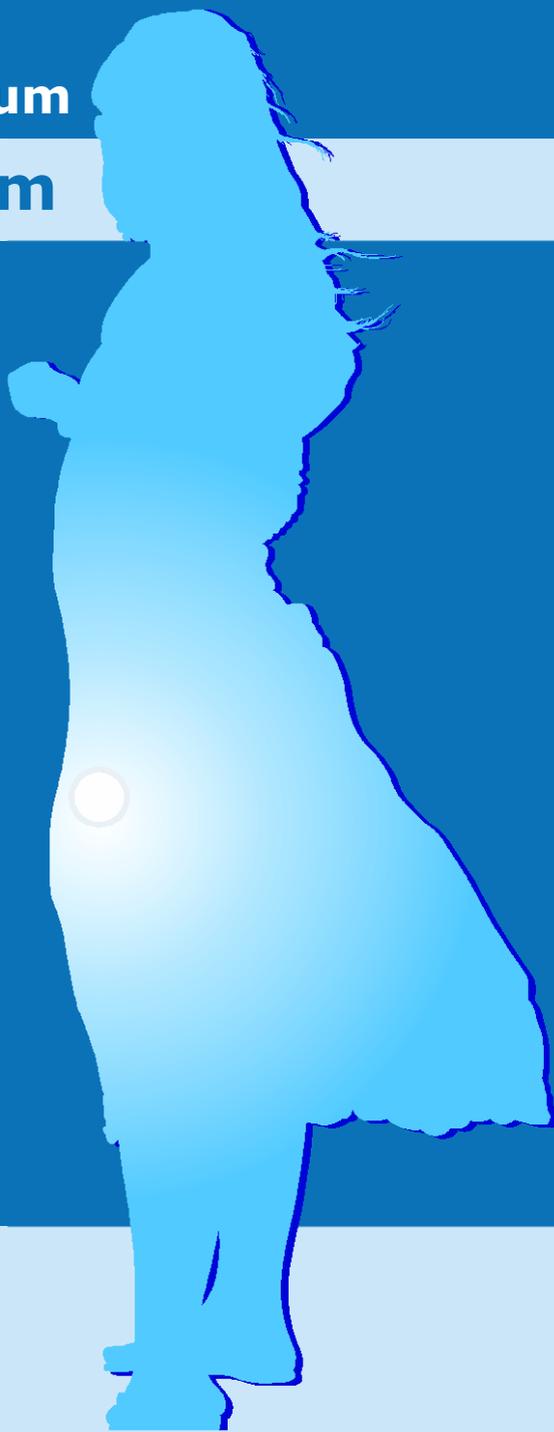


Informationen zum Vulvakarzinom



(K)EIN TABUTHEMA?!
VULVAKREBS

Informationen zum Vulvakarzinom für Betroffene, Angehörige und Interessierte

Herausgeber/V.i.S.d.P.

VulvaKarzinom-Selbsthilfe

Medizinische Beratung

Prof. Dr. Dr. De Wilde, Oldenburg

Prof. Dr. Hillemanns, Hannover

Prof. Dr. Mallmann, Köln

Prof. Dr. Petry, Wolfsburg

Prof. Dr. Schwarz, Reinbek

Redaktion

Für das Projektteam der VulvaKarzinom-Selbsthilfe

Enzia Selka

Urheberrechtshinweis

Dieses Werk unterliegt dem deutschen Urheber- und Leistungsschutzrecht. Eine nach diesem Recht nicht zugelassene Verwertung bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung. Das gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung, Übersetzung, Einspeicherung, Verarbeitung bzw. Wiedergabe von Inhalten. Lediglich die Herstellung von Kopien und Downloads für den persönlichen, privaten und nicht kommerziellen Gebrauch ist erlaubt.

Bitte beachten Sie die Hinweise zu den Urhebern der Abbildungen bzw. zu den Rechten an den Abbildungen am Ende der Broschüre.

Stand: 01.01.2019

7. aktualisierte Auflage

© 2019 VulvaKarzinom-Selbsthilfe

VulvaKarzinom



Informationen für Betroffene, Angehörige und Interessierte



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Grußwort	3
Dank	4
Schirmherrschaft	4
Fragen und Antworten	5
Anatomie	10
Vulvakarzinom – allgemeine Informationen	12
Risikofaktor Humane Papillomviren (HPV)	13
Worauf sollten Frauen UND GynäkologInnen achten?!	15
Dysplasie	15
Dysplasiesprechstunde	16
Befunde verstehen	18
Vorstufen des Vulvakarzinoms	21
Behandlung einer Dysplasie	23
Vulvakarzinom und Vulvakrebs	25
Vulvakarzinom-Behandlung	26
Lymphonodektomie (Lymphknotenentfernung)	29
Sentinel-Lymphonodektomie (SLNE)	31
Inguino-femorale Lymphonodektomie (Leisten)	33
Lymphonodektomie bei einseitigem Tumor	34
Radio- und Radiochemotherapie des Vulvakarzinoms	34
Lymphödem und Lymphödem,	37
Lymphknoten - Vulvakarzinom	37
Das Lymphödem	38
Auszug aus dem Heilmittelkatalog zu Lymphabflussstörungen	42
Psychische Belastungen infolge der Krebserkrankung	43
Die Anschlussrehabilitation (AHB)	44

Onkologische Rehabilitationsleistung	45
Schwerbehinderung	46
Vulvakarzinom - Nachsorge	48
Prognose und Metastasen	48
Rezidiv	49
Leisten- und Beckenrezidiv	49
Palliativtherapie	50
Laien fragen - Experten antworten	51
Hilfe zur Selbsthilfe - Wo finden Sie Informationen?	60
Begriffserklärungen	62
Lage- und Richtungsbezeichnungen	72
Fragen-Katalog für Patientinnen	73
Verzeichnisse	75
Stichwortverzeichnis	75
Abbildungsverzeichnis	78
Bildrechte	78
Tabellenverzeichnis	78
Quellen	79



Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

Informationen zum Vulvakrebs und zu möglichen Therapien sind aufgrund seiner „Seltenheit“ nur schwer zu finden. Darum möchte diese Broschüre Basiswissen zur Erkrankung vermitteln.

Diagnose Vulvakrebs – was nun?

Angst – Verzweiflung – Ahnungslosigkeit und Hilflosigkeit,

das sind die Gefühlsregungen vieler Frauen, die sich mit der Diagnose Vulvakarzinom konfrontiert sehen.

Fragen wie

- Warum ich?
- Was nun?
- Was bedeutet das?
- Was kann ich tun?
- Was muss ich tun?
- Muss ich denn unbedingt DAS (vom Arzt Empfohlene) tun?
- Wer erklärt mir das?
- Wo kann ich außerdem noch zusätzliche Informationen, Hilfe, Unterstützung bekommen?
- Wie wird es danach sein?
- Wie wirkt sich die Operation auf meine Sexualität aus?

Viele andere Sorgen und Probleme schwirren durch den Kopf.

Immer wieder die Frage „*Warum ich?*“ – die niemals eine Antwort finden kann, weil es keine Erklärung dafür gibt.

Weil Vulvakrebs eine seltene Erkrankung ist, sind die Betroffenen mit ihren speziellen und individuellen Anliegen sehr oft allein auf weiter Flur. Ein Gefühl der Bedrohung und der Verlassenheit kann bleiben, wenn man keine Hilfe findet.

So beschreibt eine Betroffene ihre Situation nach ihrer OP:

„Ich erlebe nun, dass nach der Entfernung des Vulvakarzinoms zwar zunächst die Bedrohung für mein Leben weitestgehend vermindert wurde, dass aber jetzt Probleme bestehen, auf die mich niemand vorbereitet hat.“

Ja, die Diagnose Krebs ist erschreckend und *Ja*, man steht aller Wahrscheinlichkeit nach erstmal völlig neben sich, aber dennoch muss entschieden und gehandelt werden, und das gegebenenfalls relativ

kurzfristig nach der Diagnose. Und *Ja*, es geht wie bei vielen Operationen nicht nur um die Behandlung selbst, sondern auch um das Leben danach und das Leben **mit** den Konsequenzen, die im Einzelfall sehr unterschiedlich aussehen können.

Deshalb soll diese Broschüre als eine erste Informationsquelle dienen. Sie ist zusammengestellt von Betroffenen und Mitgliedern des Vereins VulvaKarzinom-SHG e.V. (SHG=Selbsthilfegruppe), um betroffenen Frauen eine erste Hilfe mit unseren Erfahrungen sowie einen ersten Überblick über die unterschiedlichen Aspekte der Diagnose Vulvakarzinom (Vulvakrebs) zu geben. Sie soll außerdem über Behandlungsmethoden informieren und Gesichtspunkte der Nachbehandlung und Nachsorge sowohl auf körperlicher als auch auf seelischer Ebene betrachten.

Diese Broschüre kann keinesfalls Gespräche mit Ärzten bzw. psychoonkologische oder psychologische Hilfe ersetzen. Bitte denken Sie daran: Es bleibt immer die notwendige Zeit für eine zweite Meinung!

Die Reihenfolge der Abschnitte dieser Broschüre ist an den Ablauf der Untersuchung und der Therapie angepasst.

Wir versuchen, Ihre eventuell auftretenden Fragen zu formulieren, um dann die entsprechenden, allgemeinen Antworten zu geben.

Das Basiswissen, das wir Ihnen zur Verfügung stellen, soll Ihnen bei den nächsten Gesprächen mit Ihrem Arzt helfen, die Punkte anzusprechen, die für Sie wichtig sind.

Da sich die Wissenschaft und die Medizin ständig weiterentwickeln, können wir keine Garantie für Vollständigkeit übernehmen.



Mit herzlichen Grüßen



Enzia Selka
VulvaKarzinom-Selbsthilfe

Grußwort

Grußwort vom DKG-Generalsekretär Dr. Johannes Bruns



Eine klinische Beobachtungsstudie des Robert Koch Instituts (RKI) berichtet über die Zunahme der invasiven Vulvatumoren bei jüngeren Frauen. Im internationalen Vergleich lag die Rate der invasiven Vulvatumoren in Deutschland 2009/10 deutlich über der anderer Länder.

Für betroffene Patientinnen ist es von Bedeutung, dass es sich bei der Erkrankung um eine laut europäischer Definition seltene Erkrankung handelt, was bei der Versorgung zusätzliche Herausforderungen mit sich bringt. Dazu gehören das rechtzeitige Erkennen der Erkrankung, das Finden von Behandlern, die Erfahrung mit dem Krankheitsbild haben, und das Bereitstellen von allgemeinen Orientierungshilfen für die Betroffenen und ihre Angehörigen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sieht in der aufgeklärten Mitbestimmung der Patienten eine Voraussetzung für Gesundheit und hat deshalb eine proaktive Strategie der Partnerschaft und der Selbsthilfe von Patienten zur Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse und der Lebensqualität bei chronisch Kranken empfohlen. In diesem Sinne sind unabhängige Patientengruppen von entscheidender Bedeutung, sowohl hinsichtlich der direkten Unterstützung der einzelnen Patienten, die mit der Krankheit leben, als auch hinsichtlich der kollektiven Arbeit, die sie leisten, um die Bedingungen für die betreffenden Patienten insgesamt und für die nächsten Generationen zu verbessern.

Die hier in überarbeiteter und damit aktualisierter Version vorliegende Informationsbroschüre wird dem Anspruch der WHO gerecht und hilft den Patientinnen, bei der Therapie besser mitentscheiden zu können. Bei einer Behandlung viel Nutzen zu stiften und Schaden zu vermeiden, schonende und gleichzeitig wirksame Therapieverfahren zu wählen und darüber hinaus auch die psychosozialen Faktoren angemessen zu berücksichtigen, sind die Grundlagen für die Lebensqualität der Patientinnen. Die bei der Erstellung der Informationsbroschüre gelebte Zusammenarbeit von Betroffenen und Ärzten sind ein gutes Beispiel, wie man patientenorientiert Wissen weitergeben kann. Ich hoffe, die Leser der Broschüre teilen die Einschätzung, dass dies ein Weg ist, in der Bewältigung der Erkrankung einen Schritt vorwärts zu tun.

Dr. Johannes Bruns

Dank

Wir bedanken uns herzlich bei allen beteiligten Mediziner*innen für die fachliche und inhaltliche Überprüfung unserer Informationsbroschüre.

Schirmherrschaft

Die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) hat die Schirmherrschaft für diese Broschüre übernommen.



Fragen und Antworten

Was bedeutet die Diagnose für mich?

Die Diagnose Krebs bedeutet (für die meisten Menschen) zunächst einmal einen großen Schock. Wenn es sich dann auch noch um eine so intime Stelle des Körpers handelt, trifft es doppelt hart. Dennoch bleibt, nachdem der erste Schock überwunden ist, Zeit dazu, tief durchzuatmen, Kräfte zu sammeln und sich auf eine Operation vorzubereiten. Dabei könnte der Kontakt zu einem psychoonkologischen Dienst, der seelische Unterstützung bieten kann, hilfreich sein.

Werde ich geheilt?

Ja, in den meisten Fällen schon, denn eine Dysplasie (= Vorstufe bzw. Zellveränderung) oder auch das Vulvakarzinom sind gut behandelbar. Oft reicht allein schon die Operation (OP) aus, um wieder ganz gesund zu werden. Dennoch kommt es immer auf das Stadium der Erkrankung und den Umfang der OP an. Sicherlich ist es oft ein schwieriger Weg, wieder gesund zu werden oder sich auf veränderte Lebensumstände einzustellen - aber eine positive Einstellung hilft!

Wie läuft die Behandlung ab?

Das hängt vom Stadium ab und kann sehr unterschiedlich sein. Es ist wichtig, sich genau zu informieren über das Stadium der Erkrankung. Lautet die Diagnose Dysplasie (Zellveränderung/VIN) oder liegt schon eine bösartige (maligne) Krebserkrankung vor? Denn danach richtet sich die Form der Behandlung. Dysplasien können mit dem Laser behandelt werden, meist sogar in ambulanter Behandlung ohne Krankenhausaufenthalt; bei weiter fortgeschrittenen Stadien ist eine umfangreichere Therapie und eine stationäre Aufnahme in die Klinik notwendig (siehe Seite 26).

Wie lange dauert die Behandlung?

Eine ambulante **Laseroperation** dauert in der Regel zwischen 30 und 60 Minuten und nach zwei bis drei Stunden können Sie wieder nach Hause. Die Wundheilung nimmt zwischen vier bis sieben Wochen in Anspruch.

Wie lange eine **Vulvakarzinomoperation** dauert hängt vom Umfang der OP ab. Der Klinikaufenthalt liegt zwischen acht und vierzehn Tagen, wenn keine Komplikationen auftreten. Die Wundheilung ist abhängig von Art und Umfang der Behandlung, eventueller Folgebehandlungen und von Frau zu Frau unterschiedlich.

Gibt es Alternativen zur Operation?

Nein, eine Operation muss sein (Ausnahme bei VIN, siehe Seite 24). Wenn Sie sich verunsichert fühlen sollten, bleibt immer die notwendige Zeit sich eine **Zweitmeinung** einzuholen.

Wie geht es weiter?

Nach der Operation besteht die Möglichkeit eine Anschlussrehabilitation (AHB) oder Medizinische Rehabilitation in Anspruch zu nehmen (siehe Seite 44). Regelmäßige Nachsorgetermine beim Gynäkologen oder in einer Dysplasiesprechstunde sollten in Abständen von drei Monaten erfolgen.

Welche Folgen hat die Behandlung und wie fühlt sich das an?

Das kommt ganz auf das Stadium und den Umfang der OP an. Wenn eine Dysplasie (VIN) gelasert wurde, gibt es nach der Wundheilung keinen Unterschied zu vorher.

Nach Operationen, bei denen Teile der Vulva entfernt werden müssen (Hemivulvektomien), gibt es oft anfänglich einige Einschränkungen, die „vom Kopf her“ Probleme bereiten. Es können aber auch Narbenschmerzen, Verengungen, Lymphödeme oder Taubheitsgefühle längerfristig oder dauerhaft auftreten.

Kommentare von betroffenen Frauen

„Nach Abschwellung und Heilung - es geht. Anfänglich fühlte ich mich im "Frau - sein" eingeschränkt. Damit meine ich mein Denken; jetzt kann ich gut damit leben.“

„Entfernung der kleinen Schamlippen. Anfangs ein irgendwie "fehlendes Gefühl", welches aber im Laufe der Zeit verschwand.“

„Wegnahme der kleinen Schamlippen – schmerzhaft, gewöhnungsbedürftig, später (nach Akzeptanz) wieder normal“.

„Nach der Hemivulvektomie hat sich mein Körpergefühl nicht wesentlich verändert, als erhebliche und mich dauerhaft belastende Beeinträchtigung meiner Lebensqualität empfinde ich mein durch die OP erworbenes Lymphödem.“

Bei Entfernung der Klitoris oder Operationen größeren Umfangs kommt es zu Empfindungsstörungen (Taubheitsgefühl, Schmerzen) oder auch zum Verlust der Funktionalität (Sexualität). Die Optik der Vulva wird häufig vollkommen verändert und es fällt den betroffenen Frauen sehr schwer, damit zurecht zu kommen (Alternativen sind rekonstruktive Operationen)!

Was ist mit meiner Sexualität?

Kaum eine Erkrankung betrifft die Sexualität in einem solchen Maß wie eine Krebserkrankung im Genitalbereich. Das Erleben von Sexualität ist ein Leben lang von Bedeutung, auch wenn sich ihr Stellenwert in den unterschiedlichen Lebensphasen und in Abhängigkeit von den eigenen Erfahrungen verändert. Die individuellen Auffassungen zu Liebe und Zärtlichkeit beeinflussen, wie Frauen sich auf die neue Situation einstellen.

Zu beachten ist auch, dass die körperlichen Auswirkungen der Therapie sehr unterschiedlich sind, je nach dem Grad der Erkrankung und der Art und Schwere des Eingriffs.

Bei Frauen mit einer gelaserten Vorstufe (VIN) sind ausgeprägte Narbenbildungen selten, üblicherweise ist nach dem Abheilen der Wunde(n) keine dauerhafte kosmetische und/oder funktionelle größere Beeinträchtigung festzustellen. Ist eine Vorstufe mit Skalpellen operiert worden, ergeben sich die Auswirkungen auf die Sexualität aus dem Umfang des chirurgischen Eingriffs. Insofern gelten die nachfolgenden Ausführungen zu einer Vulvakarzinom-Operation entsprechend.

Durch die Operation eines Vulvakarzinoms kann es zu Veränderungen kommen, die sowohl ein verändertes Aussehen, als auch Funktionsbeeinträchtigungen zur Folge haben. Hierzu zählen die teilweise oder komplette Entfernung der Schamlippen, die Entfernung der Klitoris, die Verengung des Scheideneingangs (Introitus), Scheidentrockenheit, sowie die Bildung von ausgeprägten Narben. Weitere Beeinträchtigungen können durch allgemeine Symptome der Krankheit erfolgen, wie beispielsweise eine Verminderung der sexuellen Lust durch Erschöpfung bzw. Müdigkeit. Nicht zu unterschätzen sind die möglichen seelischen Folgen des Vulvakarzinoms, die durchaus auch bei einer Vorstufe auftreten können. Mögliche Probleme sind z.B. Depressionen, Schlafstörungen, posttraumatisches Stresssyndrom (Belastungsstörung), vermindertes Selbstwertgefühl, eine Verminderung des sexuellen Verlangens und der sexuellen Erregbarkeit, ein gestörtes Körpergefühl und Angstzustände vor einem Rückfall (Rezidiv).

Wir wissen aber als betroffene Frauen, dass eine erfüllte Sexualität häufig selbst nach einer radikalen Vulvektomie möglich ist, insbesondere dann, wenn diese Operation mit Hilfe der plastisch-rekonstruktiven Operationstechniken ausgeführt wurde. Wichtig ist, die eigene, veränderte Optik für sich zu akzeptieren und in der Partnerschaft eine offene Kommunikation zu pflegen. Das Akzeptieren des neuen Erscheinungsbildes gelingt umso leichter, je mehr Wert während der Operation auf Funktionalität und Aussehen der Vulva gelegt wird. Jede Frau sollte daher individuell – wenn möglich Klitoris erhaltend – je nach Lage des Tumors mit plastischen rekonstruktiven Methoden von einem erfahrenen Operateur behandelt werden.

Das Entfernen der Klitoris führt sehr häufig zu Orgasmusschwierigkeiten. Viele Frauen und Paare entdecken und entwickeln für sich aber eine neue Sexualität, die sich auf andere erogene Zonen des Körpers erstreckt. Die Trauerarbeit, sich von seinem früheren Liebesleben verabschieden zu müssen, ist jedoch schmerzhaft. Wird diese Herausforderung angenommen, kann dieses auch zu einer Stärkung der Partnerschaft führen.

Hilfe bei der Bewältigung der neuen Situation können neben dem Erfahrungsaustausch in der Selbsthilfegruppe Psychotherapeuten /

Psychoonkologen oder Sexualtherapeuten bieten. Eine Therapie kann Sie dabei unterstützen, Ihren Körper zu akzeptieren und Ihre innere Balance wiederzufinden. Neue Formen des Austausches von Körperlichkeit und Zärtlichkeit können gemeinsam besprochen und auch zusammen mit dem Partner erarbeitet werden. Das kann helfen, eigene Barrieren zu überwinden und so zu einem erfüllten Sexualleben führen.

Warum so viele Fachbegriffe?

In allen Befunden werden Fachbegriffe verwendet, darum haben wir das in dieser Broschüre auch getan, um Patientinnen möglichst gut erklären zu können, was diese Begriffe bedeuten. Neben den medizinischen Fachbegriffen haben wir natürlich verständlichere Erklärungen dazu entweder direkt im Text oder in den Begriffserklärungen gegeben (ab Seite 57).

Kann ich wieder normal leben?

Eine allgemeingültige Antwort kann es dazu nicht geben. Diese Frage beantworten am besten betroffene Frauen:

„Ja, mit Einschränkungen, aber sicherlich JA. Nach der OP habe ich immer gesagt, dass ich mein altes Leben zurück haben will. Das gibt es nicht zurück, aber ein anderes. Ich kann fast alle Dinge tun, die ich vorher auch machen konnte. Und ich betrachte jeden neuen Tag als Geschenk.“

„Soweit es mir gelingt, lebe ich einfach ganz „normal“. Es gibt immer wieder Höhen und Tiefen - so ist das Leben. Aufgeben gibt's nicht!“

„Ich lebe inzwischen wieder genau wie vor der Krankheit, nur dass ich viel mehr auf meinen Körper höre und versuche, intensiver zu leben!“

„Ja, ich lebe wieder ganz normal, habe mir aber vorgenommen, vieles zu verändern, vor allem kürzer zu treten und mehr an mich selbst zu denken.“

Was wenn der Krebs wieder kommt?

Diese Frage kann nicht pauschal beantwortet werden, darum einige Zitate:

„Dass er wieder kommt, damit hab ich mich schon abgefunden, die Angst bezieht sich allerdings darauf, ihn eventuell nicht rechtzeitig zu entdecken.“

„Dass ich immer damit rechnen muss, wurde mir bei der letzten Untersuchung (HPV high risk) gesagt. Dann ist es so. Die ganze Prozedur wird von vorne losgehen! Da ich mich jetzt allerdings - Dank der Vulvakarzinom-SHG - bestens informieren kann, weiß ich was mich erwarten könnte und werde es besser bewältigen können.“

„Ich denke es wäre zunächst einmal ein Schlag mitten ins Gesicht, aber nach kurzem Schock würde ich es auch dieses Mal wieder schaffen! Alles wird gut.“

„Ich kann es nicht verhindern, falls der Krebs wieder kommt. Ich kann nur regelmäßige Nachsorgeuntersuchungen durchführen lassen, damit er gegebenenfalls schnell erkannt wird. Wenn es so ist, dann muss ich es annehmen und wieder da durch.“

Was kann ich tun?

Möglichst viele Informationen über die Krankheit und ihre unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten sammeln. Das bedeutet sich informieren, über das genaue Stadium der Erkrankung als auch darüber, zwischen welchen unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten ich wählen kann.

Das schafft eine gute Basis, um mit dem Arzt zusammen zu entscheiden, welche Behandlung die Beste ist.

Wer oder was kann mir helfen?

Eine psycho- oder psychoonkologische Betreuung kann möglicherweise hilfreich sein bei der Verarbeitung von Problemen. Auch der Austausch von Erfahrungen und Informationen mit anderen Vulvakarzinom-Betroffenen kann helfen, Ängste abzubauen und wieder ein „normales Leben“ zu führen.



Anatomie

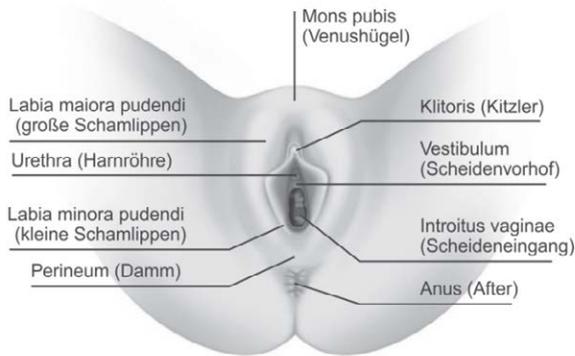


Abbildung 1: äußeres Genitale

Vulva

- ist der äußerste und abschließende Teil des weiblichen Genitale.
- Der Venushügel und die großen Schamlippen begrenzen als Fettpolster die Vulva. (Oft wird die Vulva fälschlicherweise als Vagina oder Scheide bezeichnet).

Mons pubis (Venushügel)

- Auch **Schamhügel** oder **Schamberg** genannt – wird die aus unter der Haut liegendem Fettgewebe bestehende leichte Erhebung über dem weiblichen Schambein bezeichnet. Der Venushügel beginnt an der Stelle, wo die äußeren Schamlippen vorne zusammenlaufen und ist mit **Schamhaaren** bedeckt.

Klitoris (Kitzler)

- Die beiden kleinen Labien spalten sich in je 2 Schenkel auf, die sich mit den entsprechenden Schenkeln der Gegenseite vereinigen. Sie bilden dadurch eine kleine Nische, in der das Ende der Klitoris (Kitzler) gelegen ist.
- Durch ihre reichliche Nervenversorgung ist sie sehr empfindlich.
- An der Spitze ist die **Klitoriskrone/Glans Clitoris** (weibliche Eichel).

Vestibulum (Scheidenvorhof)

- Liegt zwischen den kleinen Labien.
- In ihm befindet sich vorn die Urethralmündung (**Harnröhre**).
- Die Paraurethral- oder **Skene-Drüse** (Glandula paraurethralis) und die **Bartholini-Drüse** (Glandula vestibularis maior = große Scheidenvorhofdrüse) sind die zusätzlichen Geschlechtsdrüsen der Frau.

Introitus vaginae (Scheideneingang)

- Liegt hinter der Urethralmündung.

Kommissur

- Ist in der Anatomie eine Verbindung zwischen zwei ansonsten getrennten Strukturen.

Labia minora pudendi (kleine Schamlippen)

- Sie werden von den Labia maiora umschlossen und vereinigen sich hinter ihnen bzw. gehen in den Damm über (hintere Kommissur = Vereinigung).
- Zwei dünne, außen pigmentierte - innen rosa erscheinende Hautfalten mit zahlreichen Gefäßen.
- Sie verlaufen zwischen den großen Labien, parallel dazu und umschließen den Vorhof mit dem Scheideneingang.
- Sie vereinigen sich vorne, umschließen dabei die Klitoris und bilden deren **Vorhaut** (Praeputium clitoridis).

Labia maiora pudendi (große Schamlippen)

- Mons pubis geht über in die beiden Labia maiora.
- Zwei von vorn nach hinten verlaufende Hautwülste, die mit Fettgewebe gefüllt sind, liegen dadurch einander an und verschließen damit Vorhof und Scheideneingang (Introitus).

Perineum (Damm)

- Liegt zwischen hinterer Kommissur und **Anus** (After).

Der Damm reicht vom Scheideneingang bis zum After und ist ca. zwei bis fünf Zentimeter breit.

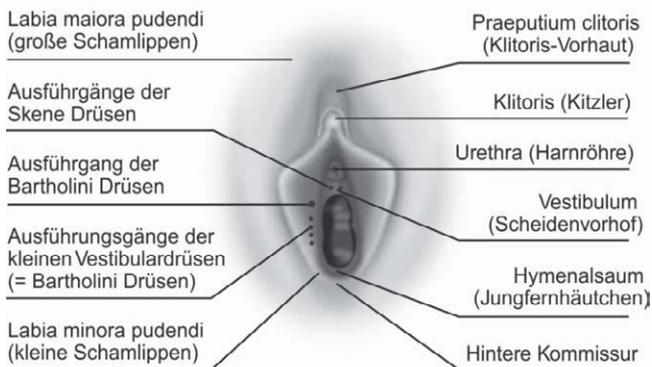


Abbildung 2: weibliches Genitale

Vulvakarzinom – allgemeine Informationen

Das Vulvakarzinom ist eine - oftmals tabuisierte - Krebsart, ein Krebs des äußeren Genitale der Frau. Sowohl die Erkrankung als solche, als auch deren Symptome sind den meisten Menschen unbekannt. **Bösartige Tumore**, die von den Schamlippen ausgehen, werden als **Vulvakarzinom** bezeichnet. Leider gibt es immer mehr junge Frauen, die zunächst an einer VIN (Zellveränderung) und häufig auch in der Folge am Vulvakarzinom erkranken. Vulvakrebs gehört zu den seltenen Tumorerkrankungen. Nach einer Prognose der Krebsregister (Mai 2015) erkranken in Deutschland **3.800 bis 4.900 Frauen pro Jahr**¹.

Die Zahl der Dysplasien (Zellveränderungen) dürfte etwa das Drei- bis Vierfache betragen. Leider gibt es darüber **keine genauen Zahlen**.

Die Diagnose sollte immer durch eine vorherige **Biopsie** (Gewebeprobe) gesichert werden!

Die Vorstufen (**Vulväre intraepitheliale Neoplasie [VIN]**) lassen sich sehr gut mit dem Laser behandeln, ohne dass das Aussehen der Vulva verändert wird! Bitte versuchen Sie, in eine Klinik mit Erfahrung (z.B. mindestens 10 Vulvakarzinom-Operationen und mindestens 20 Vorstufen-Behandlungen pro Jahr) auf dem Gebiet Vulvakarzinom überwiesen zu werden.

Die frühe Diagnosestellung ist sehr wichtig für eine erfolgreiche Therapie unter größtmöglichem Erhalt der Lebensqualität und der Sexualität.

Wenn Sie sich verunsichert fühlen, so holen Sie sich unbedingt eine **Zweitmeinung** ein oder setzen Sie sich gegebenenfalls zur Information mit der Selbsthilfegruppe in Verbindung. Hierzu gibt es immer (auch aus medizinischer Sicht) ausreichend Zeit.

Die **Ursachen und Risikofaktoren** für die Ausbildung eines Vulvakarzinoms sind weitestgehend unbekannt. Als Risikofaktoren kann man Infektionen mit Humanen Papillomviren (HPV), Genitalherpes, Chlamydien und Syphilis im Genitalbereich in Verbindung bringen. Sie alleine können aber kein Vulvakarzinom auslösen. Chronisch entzündliche Erkrankungen wie Leukoplakien (Weißschwienkrankheit) oder auch Lichen sklerosus von Vulva und Scheide erhöhen das Risiko zu erkranken. Auch immunsupprimierte Patienten (HIV, Medikamente) und Raucher haben ein erhöhtes Risiko. Andere Erkrankungen, die mit einer Verhornung, Entzündung und Austrocknung im Bereich der äußeren Geschlechtsorgane einhergehen, begünstigen die Entstehung eines Vulvakarzinoms².

Das Vulvakarzinom ist ein Plattenepithelkarzinom, geht also vom Deckgewebe aus (siehe Seite 25). Es kann eine Unterscheidung zwischen HPV bedingten, eher bei jüngeren Frauen gefundenen und ohne HPV-Nachweis, eher bei älteren Frauen vorkommenden Erkrankungen, gemacht werden³.

Risikofaktor Humane Papillomviren (HPV)^{4 5}

Humane Papillomviren sind DNA-Viren, von denen es mehr als 100 unterschiedliche Typen gibt; davon infizieren etwa 40 die Genitalschleimhäute.

Die genitalen HPV-Typen werden in zwei Gruppen eingeteilt:

Niedrigrisiko = Low-risk

Hochrisiko = High-risk

Low-risk Viren

HPV 6 und 11 = Hauptverursacher von Warzen im Genitalbereich.

Weitere Low-risk Typen sind 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 und CP6108.

High-risk Viren

HPV 16 und 18 sind die Hauptverursacher von Zellveränderungen und Krebserkrankungen im Genitale.

Weitere High-risk Typen sind 25, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 73 sowie 82.

Die WHO (Weltgesundheitsorganisation) hat 2005 die HPV-Typen 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 und 66 offiziell als krebserregend eingestuft.

Die High-risk Gruppen sind nicht nur an der Entstehung von Gebärmutterhalskrebs beteiligt, sondern auch an Krebserkrankungen des Penis, der Vulva, der Vagina, des Anus und des Mundes.

Wichtig

Eine **Infektion mit HPV** geschieht in der Regel über Geschlechtsverkehr und ist sehr häufig.

Man geht davon aus, dass sich 70-80% aller Personen mit HPV infizieren. Bei über 90% der Personen mit einer HPV-Infektion verschwinden die Viren innerhalb eines Jahres wieder von alleine ohne einen Schaden angerichtet zu haben und ohne Beschwerden für die infizierte Person.

Bei 10% der infizierten Personen bleibt das Virus jedoch im Körper und vermehrt sich in den Zellen (Plattenepithel) des Gebärmutterhalses, der Vagina oder Vulva. Dadurch kann es zu Zellveränderungen (Dysplasien) kommen.

Dysplasien unterscheidet man zum einen nach dem Ort ihrer Entstehung (Vulva = VIN, Anus = AIN, Vagina = VaIN und Gebärmutterhals = CIN) und zum anderen nach dem Schweregrad.

In Abhängigkeit vom Ort und insbesondere dem Schweregrad besteht ein Risiko, dass aus der Zellveränderung eine bösartige Erkrankung entsteht.

Leichte Zellveränderungen haben dabei nur ein sehr geringes oder kein Risiko und sind deshalb harmlos. Das höchste Risiko haben schwere Zellveränderungen. So nimmt man an, dass aus 30% der schweren Zellveränderungen am Gebärmutterhals ein Gebärmutterhalskrebs entsteht. Die Entwicklung von der Infektion bis zu einer Zellveränderung bis hin zu einem Krebs dauert zumeist mehr als 10 Jahre.

Auszug aus den Leitlinien (Stand Dezember 2013) Prävention, Diagnostik und Therapie der HPV-Infektion und präinvasiver Läsionen des weiblichen Genitale AWMF 082/002 (S3 Leitlinie)

Anfang der 1980er Jahre belegten umfangreiche molekularbiologische und epidemiologische Studien den Zusammenhang von HPV-Infektion und Entwicklung von zervikalen Dysplasien und Gebärmutterhalskrebs. Heute sind mindestens 15 verschiedene sogenannte Niedrigrisiko HPV-Typen (HPV 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 62, 70, 71, 72, 74, 81,83) als Verursacher von Genitalwarzen bzw. niedriggradigen Dysplasien beschrieben. Die Rolle von 12 Hochrisiko HPV-Typen (HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59) bei der Entstehung von hochgradigen Dysplasien bzw. Gebärmutterhalskrebs gilt als gesichert, für 13 weitere (HPV 26, 30, 34, 53, 66, 67, 68, 69, 70, 73, 82, 85, 97) wird eine Beteiligung vermutet aufgrund begrenzter epidemiologischer Evidenz bzw. phylogenetischer Verwandtschaft mit anerkannten oder vermuteten Hochrisiko HPV-Typen. Humane Papillomviren infizieren ausschließlich das Plattenepithel der Haut oder der Schleimhäute. Das klinische und histopathologische Erscheinungsbild der durch Papillom Viren hervorgerufenen Veränderungen ist sehr unterschiedlich und reicht von unscheinbaren flachen Warzen über Kondylome bis zu plattenepithelialen Krebsvorstufen (sogenannten „intraepithelialen Neoplasien“) oder gar invasiven Karzinomen. Mit Ausnahme der hochgradigen Krebsvorstufen und Karzinome findet in diesen Läsionen die Virusvermehrung statt und es sind virale Partikel in den oberen Lagen des Epithels nachweisbar. HPV werden durch direkten Kontakt übertragen. Da sie aber resistent gegen Austrocknung sind, könnten auch Schmierinfektionen über kontaminierte Oberflächen vorkommen. Für die genitalen HPV-Typen gilt Sexualkontakt als Hauptinfektionsweg. Die meisten HPV-Infektionen werden durch das Immunsystem frühzeitig erkannt und eliminiert, ohne dass klinisch relevante Läsionen entstehen. In etwa 40% der Fälle können die Infektionen jedoch über mehr als 6 Monate persistieren und ggf. zu hochgradigen intraepithelialen Neoplasien progredieren.

Worauf sollten Frauen UND GynäkologInnen achten?!

Symptome

- Juckreiz
- weiße Hautbeläge (Leukoplakien)
- dunkle, bräunliche Stellen
- Feigwarzen (Kondylome)
- Erhabenheiten (Erhebungen), Tumore
- rote, nicht heilende, nässende Stellen

Diagnose

Frühsymptome beim Vulvakarzinom und seinen Vorstufen sind oft untypisch, nicht aussagekräftig oder fehlen ganz. Anhaltende Symptome erfordern eine genaue, auch auf Einzelheiten eingehende, klinische Diagnostik.

Die Patientin wird zunächst befragt (Anamnese), dann erfolgt eine körperliche Untersuchung. Eine gynäkologische Untersuchung durch Abtasten sowie einer Vulvoskopie. Durch eine Ultraschalluntersuchung oder andere bildgebende Verfahren wie Röntgen oder Computertomographie können teilweise Auffälligkeiten erkannt werden. Eine Gewebeentnahme mit anschließender feingeweblicher Untersuchung (Histologie) wird vor allem dann vorgenommen, wenn es sich um nicht eindeutige Befunde handelt. Das Ergebnis dieser Untersuchung zeigt an, welches Stadium vorliegt. Danach richtet sich die Vorgehensweise der Behandlung.

Nachweis/Erste Schritte

- Test mit Essiglösung (3% - 5%) (siehe Seite 64)
- Kolposkopie/Vulvoskopie
- Biopsie der Verletzung (Läsion) in örtlicher Betäubung zur feingeweblichen Abklärung
- Überweisung zur Dysplasiesprechstunde

Dysplasie

Unter einer Dysplasie versteht man Zellveränderungen, die Aussehen, Wachstumsmuster und Ausreifung der Zellen betreffen. Diese Veränderungen können sich durchaus wieder zurückbilden, sich aber auch weiterentwickeln, bis hin zu Krebs.

Zellveränderungen entstehen im Allgemeinen sehr langsam. Darum sollten sie spätestens bei den Vorsorgeuntersuchungen der HausgynäkologInnen wahrgenommen werden. Um den Grad der Zellveränderung näher beurteilen zu können, sollte eine weitere Untersuchung in einer Dysplasiesprechstunde erfolgen.

Dysplasiesprechstunde

Was ist eine Dysplasiesprechstunde?

Eine Dysplasiesprechstunde ist spezialisiert auf Erkrankungen von Gebärmutterhals, Muttermund, Scheide und der äußeren Geschlechtsorgane (z.B. der Vulva). Es kann zu Zellveränderungen des Gewebes am Gebärmutterhals (CIN), in der Scheide (VaIN) am äußeren Genital (VIN) und am Anus (AIN) kommen.

Die Aufgabe einer solchen Sprechstunde ist es, durch zusätzliche Untersuchungen Zellveränderungen (Dysplasien) zu diagnostizieren. Die Unterscheidung zwischen Veränderungen, die behandelt werden müssen und solchen, die kontrolliert werden können, ist wichtig! Beschwerden oder Infektionen aller Art, z.B. Kondylome (Feigwarzen), können Gründe für eine Überweisung zur Dysplasiesprechstunde sein.

Auch Frauen, bei denen im Rahmen der Krebsfrüherkennung ein auffälliger Abstrichbefund vorliegt oder die genauere Untersuchung von ungeklärtem Juckreiz, Entzündungen oder nicht heilenden Wunden etc. können zur weiteren Abklärung und – wenn nötig – mit möglichst schonenden Therapien, z.B. Laservaporisation behandelt werden.

Welche Untersuchungen können dort durchgeführt werden?

- Abnahme eines Krebsvorsorge-Abstriches
- HPV-Test (falls notwendig) -
- Kolposkopie/Vulvoskopie (Vergrößerungsbetrachtung)
- Essigtest
- Biopsie (Gewebeprobe, falls notwendig)



Abbildung 3: Untersuchungsstuhl mit Kolposkop

Kolposkopie (Vulva = Vulvoskopie)



Diese Untersuchung zur weiteren Abklärung auffälliger Befunde aus der Krebsvorsorgeuntersuchung unterscheidet sich nicht wesentlich von einer normalen gynäkologischen Untersuchung. Hinzu kommt hauptsächlich die intensive Betrachtung des unteren weiblichen Genitale mittels sechs- bis vierzigfacher Lupenvergrößerung, der Kolposkopie, die bei der Vulva Vulvoskopie heißt. Zuerst erfolgt eine genaue Betrachtung des äußeren Genitale, der Schamlippen und des Scheideneingangs mit dem bloßen Auge und dem Kolposkop. Scheide (Vagina) und der Gebärmutterhals werden auf gleiche Weise untersucht.

Abbildung 4: Kolposkop

Die kolposkopische oder vulvoskopische Untersuchung

- Verdächtige Areale werden mit einer 3 – 5 %-igen Essigsäurelösung betupft.
- Durch die Essigsäure kommt es zum Aufquellen der Schleimhautgebiete, in denen Zellveränderungen sein könnten.
- Zeigen sich dann typische weißliche Verfärbungen, hat der Arzt die genauere Möglichkeit einer Einschätzung der Veränderungen und der Therapie.
- Um die Ausdehnung der Veränderungen abzuschätzen, wird möglicherweise zusätzlich mit einer Jodlösung gearbeitet.
- Alle Befunde werden fotografiert, um bei Nachuntersuchungen den Ort der Veränderung erneut exakt auffinden und vergleichen zu können.



Abbildung 5: Video-Kolposkop

Befunde verstehen

Tumorklassifikation nach TNM(R)

Die Stadien einer Tumorerkrankung werden nach folgenden Systemen eingeteilt.

TNM – allgemeine Tumorklassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die TNM-Klassifikation ist ein weltweit anerkanntes und verwendetes System zur Beschreibung und Einteilung des Stadiums von Krebserkrankungen.

Die Abkürzungen/Einteilungen bestehen aus den Buchstaben **T**, **N** und **M** sowie ihnen zugeordneten Zahlen.

T steht für den Primär-Tumor, dessen Ausdehnung mit den Zahlen 0 bis 4 beschrieben wird. Dabei ist die Zahl umso höher, je größer die Ausdehnung des Tumors ist.

N gibt an, ob und in welchem Ausmaß Lymphknoten (Nodes) in der Umgebung des Tumors befallen sind (von 0> kein Befall, bis 3> starker Befall).

M gibt an, ob sich Metastasen, also Tochtergeschwülste außerhalb der abführenden Lymphknoten, gebildet haben. Sind keine Metastasen vorhanden, steht hinter dem "M" die Zahl 0, ansonsten die Zahl 1.

(R) Abkürzung für Residual (residuus= zurückbleibend/Rest).

Bösartige Tumoren werden in der Medizin nach verschiedenen Kriterien (wie Tumorgröße, Ausdehnung und Befall von Nachbarorganen) in Stadien eingeteilt.

R-Klassifikation

Das Fehlen oder Vorhandensein von Residualtumor nach Operation wird durch die **R-Klassifikation** beschrieben

- RX** Das Vorhandensein von Residualtumor kann nicht beurteilt werden
- R0** Kein Residualtumor
- R1** Mikroskopischer Residualtumor
- R2** Makroskopischer Residualtumor

Mikroskopisch bedeutet: Mit Hilfe einer Vergrößerungsoptik (z.B. Mikroskop) sichtbar.

Makroskopisch bedeutet: Mit dem bloßen Auge sichtbar.

Residualtumor bedeutet: Resttumor vorhanden.

TNM Stadien

T	Primärtumor
TX	Primärtumor kann nicht beurteilt werden
T0	Kein Anhalt für Primärtumor
Tis	Carcinoma in situ intraepitheliale neoplasie Grad III (VIN III)
T1	Tumor begrenzt auf Vulva oder Vulva und Perineum T1a ≤ 2 cm mit Stromainvasion ≤ 1.0 mm T1b > 2 cm oder Stromainvasion > 1.0 mm
T2	Tumor infiltrierte untere Urethra, Vagina und/oder Anus
T3	Tumor infiltrierte Schleimhaut der Harnblase oder des Rektums oder der oberen Teile der Urethra oder Tumor ist an Beckenknochen fixiert
N	Regionäre Lymphknoten (Leistenlymphknoten)
NX	Regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden
N0	Keine regionären Lymphknotenmetastasen
N1a	Ein oder zwei Lymphknotenmetastasen < 5 mm
N1b	Eine Lymphknotenmetastase ≥ 5 mm
N2	Regionäre Lymphknotenmetastasen mit folgenden Eigenschaften:
N2a	3 oder mehr Lymphknotenmetastasen < 5 mm
N2b	2 oder mehr Lymphknotenmetastasen ≥ 5 mm
N2c	Kapselübergreifende Ausbreitung
N3	Fixierte oder ulzerierte regionäre Lymphknotenmetastasen
M	Fernmetastasen
M0	Keine Fernmetastasen
M1	Fernmetastasen (einschl. Beckenlymphknotenmetastasen)

Tabelle 1: TNM: Klinische Klassifikation, modifiziert nach WHO 2014⁶

Klinische-/pathologische Klassifikation

Die TNM-Stadien basieren auf klinischer und/oder pathologischer Klassifikation. Das beigefügte **p** steht für die durch den Pathologen durchgeführte Klassifikation am Operationspräparat. Die Klassifizierung enthält auch eine Anweisung zur Messung der Invasionsstiefe.

pTNM Pathologische Klassifikation

Die pT-, pN- und pM-Kategorien entsprechen den T-, N- und M-Kategorien.

pN0 Regionäre Lymphadenektomie und histologische Untersuchung üblicherweise von 6 oder mehr Lymphknoten.

FIGO Klassifikation

Die FIGO-Klassifikation ist ein von der Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (franz. für Internationale Vereinigung für Gynäkologie und Geburtskunde) vorgeschlagenes System zur Einteilung gynäkologischer Tumoren (Kurzform FIGO). Die FIGO-Klassifikation wird in der Gynäkologie neben der TNM-Klassifikation bösartiger Tumoren eingesetzt. **FIGO** fasst Primärtumor (**T**), Lymphknoten (**N**) und Fernmetastasen (**M**) zu vier Gruppen zusammen, die **Stadien I – IV**.

FIGO Klassifikation – Vulvakarzinom

Stadium I		Tumor auf die Vulva begrenzt	
	I a	Tumordurchmesser \leq 2cm, auf Vulva oder Perineum begrenzt, Stromainvasion \leq 1,0 mm, keine Lymphknotenmetastasen	
	I b	Tumordurchmesser $>$ 2cm, auf Vulva oder Perineum begrenzt, Stromainvasion $>$ 1 mm, keine Lymphknotenmetastasen	
Stadium II		Tumor jeglicher Größe mit Ausdehnung auf angrenzende perinealer Strukturen (distales 1/3 der Urethra, distales 1/3 der Vagina, Anus), keine Lymphknotenmetastasen	
Stadium III		Tumor jeglicher Größe mit oder ohne Befall angrenzender perinealer Strukturen (distales 1/3 der Urethra, distales 1/3 der Vagina, Anus) mit positiven inguino-femorale Lymphknoten	
	III a	(i)	eine Lymphknotenmetastase (\geq 5 mm), oder
		(ii)	1-2 Lymphknotenmetastase/n ($<$ 5 mm)
	III b	(i)	\geq 2 Lymphknotenmetastasen \geq 5 mm, oder
		(ii)	\geq 3 Lymphknotenmetastasen $<$ 5 mm
III c		positive Lymphknoten mit extrakapsulärer Ausbreitung	
Stadium IV			
	IV a		Tumor mit Infiltration von:
		(i)	Oberen 2/3 der Urethra und/oder oberen 2/3 der Vagina), Schleimhautbefall von Harnblase, Rektum bzw. Fixation des Tumors an die Beckenknochen
		(ii)	Fixierte oder ulzerierte inguino-femorale Lymphknoten
IV b		Fernmetastasen einschließlich Befall der pelvinen Lymphknoten	

Tabelle 2: FIGO: Klassifikation⁷

Grading

Neben dem Tumorstadium wird auch vom Pathologen der Differenzierungsgrad, das heißt, ob der Tumor noch dem Ursprungsgewebe ähnlich ist (G1) oder nicht (G3), beschrieben. Bei vielen Tumoren sagt der Differenzierungsgrad etwas über die Aggressivität des Tumors und damit auch über die Prognose der Erkrankung aus. Beim Vulvakarzinom ist diese Bedeutung jedoch nicht belegt.

G1 = gut differenziert

G2 = mäßig differenziert

G3 = schlecht differenziert

Staging

Staging bedeutet Festlegung der Ausdehnung einer Tumorerkrankung. Bei verschiedenen Tumoren (z.B. Brustkrebs) sind generell verschiedene bildgebende Untersuchungen wichtig, da sich häufiger schon Tumorausdehnungen in andere Organe (z.B. Lebermetastasen) finden. Bei Patientinnen mit Vulvakarzinom ist dies in den allermeisten Fällen nicht der Fall. Hier muss lediglich die Ausdehnung des Primärtumors an der Vulva und der Befall von Leistenlymphknoten durch die klinische Untersuchung und ggf. Ultraschall beurteilt werden. Weitere bildgebende Verfahren sind im Regelfall nicht notwendig.

Vorstufen des Vulvakarzinoms

Vulväre intraepitheliale Neoplasie (VIN)

Die Vulväre intraepitheliale Neoplasie (VIN) ist eine Erkrankung des Plattenepithels der Vulva von der mittelschweren Dysplasie bis zum Carcinoma in situ.

Die VIN ist eine obligate Präkanzerose.

Unter einer Präkanzerose versteht man in der Medizin eine Gewebsveränderung, die mit einem statistisch erhöhten Risiko für eine bösartige (maligne) Entartung einhergeht.

Nach der Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Krebserkrankung werden sie in fakultative und obligate Präkanzerosen eingeteilt.

Obligate Präkanzerosen (VIN)

Obligate Präkanzerosen entarten mit höherer Wahrscheinlichkeit (> 30 %) in einer Zeitspanne von weniger als 5 Jahren zu einem bösartigen Tumor.

Bei unbehandelter Erkrankung ist langfristig bei der Mehrzahl der Betroffenen mit dem Auftreten einer Krebserkrankung zu rechnen.

Mit 98% ist die *klassische VIN (High-grade squamous intraepithel lesion)* die häufigste Form. Das Erkrankungsalter liegt zwischen 30 und 40 Jahren. Sie tritt oft an mehreren Stellen (multifokal) und immer mit einer „High-risk-HPV“ Infektion auf.

VIN-Simplex Typ⁸

Die *differenzierte VIN* ist mit 2 – 5 % seltener. Erkrankungsalter ca. 65 Jahre, sie weist keine HPV-Infektion, dafür Zellveränderungen (p53) auf und wird meist zusammen mit einem (verhornenden) Vulvakarzinom festgestellt.

VIN Unterteilungen

Die frühere Unterteilung VIN 1 - 3 wurde aufgrund neuerer Daten ersetzt. Dabei entfällt die Kategorie der VIN 1 (leichte Dysplasie).

VIN 2 und VIN 3 werden unter dem Begriff VIN zusammengefasst. An der Unterscheidung zwischen *klassischer (HSIL)* und *differenzierter Form* der VIN ändert sich nichts.

Die Begriffe wie Carcinoma in situ, Morbus Bowen oder Erythroplasia Queyrat Carcinoma simplex vulvae werden nicht mehr benutzt. Die Befunde werden heute unter VIN zusammengefasst (subsumiert).

Klassifikation Epithelveränderungen der Vulva

Die ISSVD unterscheidet die VIN als »usual type« = HPV assoziiert (HSILVIN). Die HPV assoziierte HSILVIN unterscheidet sich wiederum in drei verschiedene Subtypen:

- warzenartiger Typ (»warty type«),
- basaloider Typ (»basaloid type«)
- und dem gemischten Typ (»warty and/or basaloid type«).

Als »differentiated type« – werden diejenigen Erkrankungen bezeichnet, die entweder nicht HPV-assoziiert sind oder Lichen sclerosus als Hintergrund haben. In deutschen Publikationen findet man für den »undifferentiated type« beziehungsweise den »usual type« auch die Bezeichnung *klassisch*.

Nomenklatur der HPV-assoziierten und nicht-HPV-assoziierten Präkanzerosen der Vulva (adaptiert von Horn LC [2015]: State of the Art. Vortrag der AGO, Berlin)					
	Kondylomatöse Läsion	Leichte Dysplasie	Mäßiggrade Dysplasie	Schwere Dysplasie, Carcinoma in situ	HPV-negative Läsion mit atypischen Keratinocyten in der Basalschicht
WHO 2003 ⁹	VIN 1		VIN 2	VIN 3	
ISSVD 2005 ¹⁰	HPV-assoziierte Veränderungen		Klassische VIN, uVIN		dVIN
ISSVD 2016 ¹¹	»low-grade squamous intraepithelial lesion« (LSIL)		»high-grade squamous intraepithelial lesion« (HSIL)		dVIN
WHO 2014 ¹²	»low-grade squamous intraepithelial lesion« (LSIL)		»high-grade squamous intraepithelial lesion« (HSIL)		»differentiated type vulvar intraepithelial neoplasia« (dVIN)

Tabelle 3: Klassifikation: Epithelveränderungen der Vulva

Behandlung einer Dysplasie¹³

Mögliche Vorstufen des Vulvakarzinoms VIN

Dysplasien sind Zellveränderungen, die behandelt werden müssen.

Es bestehen drei Möglichkeiten, die Zellveränderungen zu entfernen:

- Ausschneidung mit dem Skalpell oder Laser (Exzision/Laserexzision). Hierbei sollte das betroffene Gebiet im gesunden Gewebe entfernt werden.
- Verdampfung mit dem Laser (Laservaporisation). Als Alternative zur Exzision hat sich die Laserverdampfung insbesondere bei mehreren oder großflächigen (multifokalen) Herden bewährt. Vorher muss aber durch eine Gewebeprobe (Biopsie) ein invasives Karzinom, also eine Überschreitung von Gewebsgrenzen, ausgeschlossen werden können. Im Bereich der behaarten Haut muss beachtet werden, dass auch die Hautanhangsgebilde, wie z.B. Schweiß- und Talgdrüsen, die in tieferen Hautschichten liegen, mit behandelt werden sollten.
- In seltenen Fällen kann eine großflächige Hautentfernung an der Vulva, die Skinning Vulvektomie erforderlich sein (siehe Seite 27).

Ziele der operativen Therapie sind:

- Vermeidung (Prävention) des invasiven Vulvakarzinoms/Entfernung verborgener (okkult) Karzinome,
- Rezidivvermeidung,
- Symptombekämpfung,
- Erhalt der normalen Anatomie und Funktion.

Die Behandlung der VIN muss abhängig vom Befund durchgeführt werden, denn oft wäre eine vollständige Entfernung (Resektion) der veränderten Bereiche bei großflächigen Dysplasien mit ausgedehnten Verstümmelungen verbunden. Dennoch schützt eine solche Operation nicht vor neu auftretenden Vorstufen, da das HP-Virus auch in gesunder Haut vorliegen und immer wieder neue Zellveränderungen auslösen kann.

Behandlungen von Dysplasien mit dem CO₂-Laser sollten unbedingt durch einen Gynäkologen mit Erfahrung in der Kolposkopie/Vulvoskopie und ausreichender Erfahrung mit der Laserbehandlung erfolgen. Durch die offene Wundheilung bei der Laservaporisation entsteht keine störende Vernarbung oder Verhärtung und das Erscheinungsbild der Vulva bleibt unverändert.

Auch bei Laseroperationen ist der histopathologische Befund (Gewebeuntersuchung im Labor) möglich und wichtig! Vor einer Vaporisation werden eine oder mehrere Gewebeproben entnommen (Stanz- oder Punchbiopsie).



Abbildung 6:
VIN - Veränderungen
gut sichtbar nach Essigreaktion



Abbildung 7:
Stanzbiopsie

Alternative Therapien der rezidivierenden VIN/AIN

Rezidive (das Wiederauftreten) stellen ein häufiges Problem bei der Therapie der Dysplasien im Bereich der Vulva und des Anus dar. Im Gegensatz zum Gebärmutterhals, wo auch die HPV-Infektion nach Entfernung der Zellveränderung verschwindet, bleibt im Bereich der Vulva HPV bestehen und bedingt immer wieder neue Dysplasien. Zusätzliche Faktoren, die die Entstehung von Rezidiven begünstigen, sind eine Immunsuppression (Schwächung/Unterdrückung des Immunsystems) durch Medikamente oder HIV, Rauchen oder eine bestehende Schwangerschaft. Untersuchungen zeigen, dass VINs, die während einer Schwangerschaft diagnostiziert wurden, häufig nach der Schwangerschaft spontan verschwinden. Die Erfahrung zeigt, dass Patientinnen mit einer Immunsuppression (z.B. durch Cortison) besonders häufig Rezidive haben.

Eine therapeutische Möglichkeit besteht in der lokalen Anwendung von Imiquimod (Aldara®) oder Interferon lokal oder systemisch. Ähnlich wie bei der Therapie von Feigwarzen wirken diese Medikamente indem sie die körpereigenen Abwehrzellen, insbesondere die T-Lymphozyten, aktivieren, so dass die Virusinfektion selbstständig überwunden werden kann.

Systemische und lokale Anwendung

Einige Medikamente können sowohl **systemisch als auch lokal wirken**, z.B. Salben wie Aldara®. Je nach Zubereitungsform wirken sie entweder lokal, also nur dort wo sie aufgetragen wurden, oder die in ihnen enthaltenen Wirkstoffe gehen auch ins Blut über, indem sie durch die Haut in den Blutkreislauf gelangen, also im gesamten „System“, d. h. im ganzen Menschen, wirken.

Vulvakarzinom und Vulvakrebs



Abbildung 8:
Vulvakarzinom

Vulvakrebs und Vulvakarzinom sind seltene bösartige Tumorerkrankungen des äußeren Genitale der Frau. Während der Begriff **Vulvakrebs** alle bösartigen Tumore der Vulva umfasst, bezeichnet das **Vulvakarzinom** nur diejenigen bösartigen Tumore der Vulva, die epithelialen Ursprungs sind, sich also aus Deck- und Drüsengewebe, wie beispielsweise der Haut, entwickeln. Über 90% der Vulvatumoren sind Plattenepithelkarzinome aus der obersten Haut- oder Schleimhautschicht. 10% werden zusammen von Basalzellkarzinomen, Adenokarzinomen, Melanomen, Sarkomen und Karzinomen der Bartholinischen Drüsen gebildet¹⁴. Letztere gehen vom Bindegewebe der Vulva aus und zählen somit nicht zu den Vulvakarzinomen, fallen aber wohl unter den Begriff Vulvakrebs.

Plattenepithelien werden in einschichtige und mehrschichtige Plattenepithel unterteilt, die verhornend und/oder unverhornend (z.B. bei der Vulva) sein können. Es handelt sich um ein- oder mehrschichtige Zellschichten, die fast alle inneren und äußeren Körperoberflächen bedecken. Beim mehrschichtigen Plattenepithel liegen viele (mehr als zehn) Zellschichten übereinander. Es ist überall dort zu finden, wo die Oberfläche stärker beansprucht wird. In Regionen, die ständig befeuchtet sind, bleibt das mehrschichtige Plattenepithel unverhornt und dort, wo es der Luft ausgesetzt ist, verhornt es.

Das **Plattenepithelkarzinom** entwickelt sich auf dem mehrschichtigen Plattenepithel, dabei kommt es zunächst zu Verhornungsstörungen, Zellveränderungen und dann zum Karzinom; das tiefer in das umliegende Gewebe eindringt.

Vulvakarzinome machen ca. 5% der Genitalkarzinome der Frau aus. Betroffen sind meist die Innenseiten der großen Schamlippen und die kleinen Schamlippen oder die Klitorisregion. Oft sind die Patientinnen älter als 60 Jahre. Die Häufigkeit der Erkrankung steigt von 0,4% bei 30-jährigen auf 20% bei über 70-jährigen Frauen. Vulväre intraepitheliale

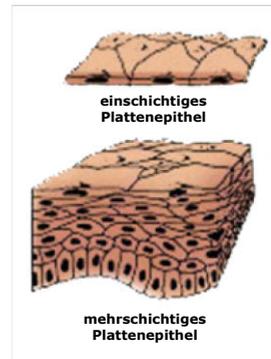


Abbildung 9:
Plattenepithelien

Neoplasien (VIN) werden insbesondere bei 30-40-jährigen Frauen (oft HPV bedingt) häufiger diagnostiziert. In den letzten 20 Jahren stieg der Anteil von erkrankten Frauen unter 50 Jahren von 2% auf 21%. Die Diagnose ist häufig ein Zufallsbefund bei der frauenärztlichen Untersuchung.

Vorbeugende Maßnahmen gegen Vulvakrebs oder Vulvakarzinom **sind nicht bekannt**. Sinnvoll ist es, regelmäßige Krebsfrüherkennungstermine wahrzunehmen - die gynäkologische Vorsorgeuntersuchung schließt die Untersuchung des äußeren Genitale ein - und auf Kondom geschützten Geschlechtsverkehr zu achten, um das Risiko einer sexuell übertragbaren Infektion wie HPV zu verringern. Auf Rauchen sollte verzichtet werden.

Zusätzlich ist die regelmäßige **Selbstkontrolle der Vulva** mit Hilfe eines Handspiegels ein gutes Mittel, um Veränderungen sehen zu können, insbesondere wenn Beschwerden wie Juckreiz oder Brennen vorhanden sind.

Es sollte darauf geachtet werden, dass auch die inneren Schamlippen, der Damm und die Region um die Klitoris auf Veränderungen untersucht und abgetastet werden. Bei sicht- oder tastbaren Veränderungen (z.B. Flecken oder Knoten) sollte ein Arzt aufgesucht werden.

Vulvatumore werden operativ entfernt. Wie viel Gewebe entfernt wird, hängt vom Stadium des Tumors ab.

Ohne Behandlung, bzw. Operation führt diese Erkrankung zum Tod.

Vulvakarzinom-Behandlung

Es gibt unterschiedliche Behandlungsformen des Vulvakarzinoms, abhängig von der Lage, der Größe und des Stadiums. Im Regelfall ist eine Operation notwendig, die **Vulvektomie** genannt wird. Ziel ist es, das Tumorgewebe möglichst vollständig zu entfernen. Der Umfang der Operation hängt von der Ausbreitung des Tumors ab.

Die Laserverdampfung (Vaporisation) ist nur bei histologisch gesicherten Dysplasien (VIN, AIN, CIN, VaIN) zulässig.

Bedeutung der Operation

Eine Operation ist immer ein massiver Eingriff und eine Verletzung des Körpers und bedarf der Einwilligung der Patientin. Der Körper kann diese Verletzung heilen und tut dies auch, je nach Art der Operation und Zustand der Selbstheilungskräfte. Das Ergebnis kann gut, kaum spürbar, gewöhnungsbedürftig oder sogar hindernd sein, eine OP ist beim

Vulvakarzinom jedoch unumgänglich. Ziel ist hier die Lebenserhaltung der Patientin.

Gerade weil eine Operation immer auch eine Verletzung bedeutet, ist es so wichtig, einen Arzt zu finden, der Erfahrung mit dieser Art der Erkrankung hat, um die geringst mögliche Belastung für den Körper und das bestmögliche Ergebnis für die Patientin zu erhalten. (Siehe auch unter „Fragen und Antworten“, Seite 6 Sexualität)

Sollte es keine Aussicht auf Heilung durch eine Operation mehr geben, werden palliativ medizinische Therapien eingesetzt (Seite 46 „Palliativtherapie“).

Wichtig für Patientinnen vor der OP ist die

- umfassende Aufklärung über operative Möglichkeiten, unter anderem der Laservaporisation (Verdampfung mittels Laser) bei Vorstufen/der VIN und die plastische Rekonstruktion der Vulva – sollte sie erforderlich sein - im Anschluss an die Tumorentfernung;
- operative Behandlung nach neuesten Leitlinien bzw. aktuellem Erkenntnisstand;
- umfassende Aufklärung der Frauen VOR der Tumorentfernung, insbesondere einer Vulvektomie, über deren Folgen für Körper und Psyche;
- psychoonkologische Betreuung ab dem Zeitpunkt der Diagnose.

Vulvektomie Formen

Laser- oder Skinning-Vulvektomie - oberflächlich begrenzte Abtragung. Die befallene Haut der Vulva wird, unter Schonung tiefer gelegener Gewebeschichten, abgetragen - geeignet bei Dysplasie/VIN.

Partielle Vulvektomie

Bei der partiellen Vulvektomie wird nur ein Teil der Vulva entfernt. Ein Beispiel dafür ist die **Hemivulvektomie** (Halbvulvektomie), dabei wird der Teil der Vulva entfernt, an der sich der Tumor befindet.

Einfache Vulvektomie

Vollständige Entfernung der Vulva, die Lymphknoten werden dabei nicht entfernt.

Radikale Vulvektomie

Entfernung der gesamten Vulva und der Leistenlymphknoten.

Bei fortgeschrittenen Stadien des Vulvakarzinoms, bei denen sich der Tumor ins benachbarte Gewebe ausgebreitet hat, ist eine radikalere Operationstechnik notwendig. Entfernt werden die gesamte Vulva mit

Leistenlymphknoten sowie (je nach Tumorausbreitung) weitere Organe wie z.B. Harnblase, Rektum (Mastdarm), Gebärmutter und Scheide (Vagina). Diese umfangreiche Operation könnte auch bei einem Rezidiv notwendig sein.

Allgemein gilt: Voraussetzung für eine optimale Therapie bei Patientinnen mit Vulvakarzinom ist die R0-Resektion (vollständige Tumorentfernung). Jede Frau sollte **individuell**, wenn möglich – je nach Lage und Umfang des Tumors – Klitoris und Urethra (Harnröhre) erhaltend behandelt werden. Unnötige Genitalverstümmelungen sind im Interesse der Lebensqualität der Patientin zu vermeiden. Das Entfernen von Teilen der Urethra kann zur Harninkontinenz führen, also zum Verlust der Fähigkeit, den Harn zu halten. **Ziel jeder Operation sollte sein, so wenig wie möglich, aber auch so viel wie nötig zu entfernen.**

Rekonstruktive Operationen beim Vulvakarzinom

Nach der Tumorentfernung kann eine plastische Rekonstruktion der Vulva notwendig sein, um den entstandenen Defekt spannungsfrei abzudecken. Dabei sollten Funktionalität und ein weibliches Erscheinungsbild berücksichtigt werden. Die plastisch-rekonstruktive Chirurgie im Bereich des äußeren Genitale ist keine Kosmetik, sondern es handelt sich um OP-Verfahren, die dazu dienen, die körperliche Integrität einer Patientin wiederherzustellen. Dieses ist wichtig für jede Patientin, unabhängig von ihrem Alter.

Ziele der plastischen Rekonstruktion der Vulva sind:

- Vermeidung von Nebenwirkungen und Komplikationen,
- Erhalt des weiblichen Erscheinungsbildes,
- individuelles risikoadaptiertes Vorgehen,
- spannungsfreie Defektdeckung auch bei großen Defekten (Wunden),
- Rekonstruktion der Vulva,
- Vermeidung verstümmelnder Operationen,
- Erhalt der sexuellen Funktion (Introitusweite),
- optimale Nachsorge (Vermeidung von Taschenbildung).

Die plastische Rekonstruktion kann insbesondere bei niedrigen Tumorstadien mit relativ einfachen Methoden der plastisch-rekonstruktiven Chirurgie, wie z.B. Hautlappenplastiken, gelingen. Bei fortgeschrittenen Tumorstadien können umfangreichere Rekonstruktionstechniken zur Anwendung gelangen. Die Möglichkeiten der operativen Rekonstruktion der Vulva hängen von verschiedenen Faktoren ab und sollten immer mit einem auf die Therapie des Vulvakarzinoms spezialisierten Operateur besprochen werden, der dann zusammen mit der Patientin den besten Weg festlegt. Gegebenenfalls kann ein plastischer Chirurg hinzugezogen werden; die Leitung des Eingriffes sollte auf jeden Fall ein Frauenarzt/eine Frauenärztin mit Erfahrung bei Vulvakrebsoperationen und im Bereich von gynäkologischen, genitalplastischen Operationen haben.

Die Möglichkeit zur plastischen Rekonstruktion besteht vielfach, abhängig von den Gegebenheiten des Einzelfalles, auch im Nachhinein. Im Interesse der Patientin ist jedoch die plastische rekonstruktive Wiederherstellung der Vulva in nur einer OP, weil dieses den traumatisierenden Verlust des weiblichen Erscheinungsbildes durch die 1. OP vermeidet und das allgemeine Operationsrisiko sowie das Risiko von Wundheilungsstörungen auf nur eine OP reduziert.

Lymphonodektomie (Lymphknotenentfernung)

Wichtig

Der Befall von Lymphknoten in der Leiste ist der wichtigste Faktor zur Vorhersage (Prognosefaktor) der weiteren Krankheitsentwicklung bei Patientinnen mit Vulvakarzinom. Befallene Lymphknoten verschlechtern die Prognose.

Die Lymphknoten in der Leiste sind die erste und häufig auch einzige Station von Absiedlungen (Metastasen) bei Patientinnen mit Vulvakarzinom. Eine Absiedlung in anderen Organen ist extrem selten und nur bei Lymphknotenmetastasen in der Leiste zu finden. Die nächste Station der Metastasierung sind nach den Leistenlymphknoten die Lymphknoten im kleinen Becken (pelvine Lymphknoten) entlang der äußeren Beckenarterie.

Die Lymphknotenentfernung ist nicht nur ein Vorhersagefaktor, sie wird oft auch als Maßnahme zur Behebung der Erkrankung genutzt.

Die Lymphknoten und -bahnen in der Leiste sind ab Stadium pT 1b einer Kontrolle zu unterziehen. Bei positiven (pN+) Befunden müssen beide Leisten radikal operiert werden. Dabei müssen sowohl die oberflächlichen als auch die tiefen Lymphknoten (unterhalb der Muskelhülle neben der Oberschenkelarterie und -vene) entfernt werden. Dieses gilt sowohl für die nachfolgend erläuterte Sentinel-Lymphonodektomie als auch für die inguino-femorale Lymphonodektomie.

Das Risiko befallener Lymphknoten hängt beim Vulvakarzinom neben Größe und Einstufung (Grading) des Tumors erheblich von der Infiltrationstiefe (Eindringtiefe) ab:

- Infiltrationstiefe bis 1 mm: 0,0% N+
- Infiltrationstiefe 1,1-2 mm: 7,6% N+
- Infiltrationstiefe 2,1-3 mm: 8,3 % N+
- Infiltrationstiefe 3,1-5 mm: 26,7% N+
- Infiltrationstiefe über 5 mm: 34,2% N+

In frühen Tumorstadien sind bei ca. 80% der Patientinnen die entfernten Lymphknoten tumorfrei (pT1 91%, pT2 72%).

Falls der Tumor tiefer als einen Millimeter in das umliegende Gewebe eingedrungen ist, werden die Lymphknoten entweder ein- oder beidseitig (ipsi- oder bilateral) entfernt. Dies führt häufig zu nachoperativen Wundheilungsstörungen in 14 – 44 %, Lymphozelen in 13 – 40 % und therapiepflichtige Lymphödeme des Beines in 20 – 35 % der Fälle, wobei in der Literatur große Unterschiede bei den Angaben zu den Komplikationsraten zu verzeichnen sind, die zum Teil noch über die genannten Prozentwerte hinausgehen¹⁵.

Eine primäre Bestrahlung der Leisten stellt nach dem Ergebnis einer „Studie der Gynecologic Oncology Group (GOG -deutsch: gynäkologisch-onkologische Gruppe) für Vulvakarzinome mit klinisch unauffälliger Leiste N0-1 (Stehmann 1992)“ keine Alternative zur Operation dar. Diese Lehrmeinung hat bis zu dem heutigen Tage Gültigkeit.

Eine **Lymphonodektomie der Becken- (pelvinen) Lymphknoten** kann beim Nachweis vergrößerter Lymphknoten in diesem Bereich erwogen werden. Als potentielle Risikofaktoren für pelvine Lymphknotenmetastasen gelten mindestens zwei befallene inguinale Lymphknoten oder eine Metastase mit einem Durchmesser > 5 mm oder mit Kapseldurchbruch. Allerdings ist die Datenbasis hier sehr gering und ein pelviner Lymphknotenbefall insgesamt selten.

Nicht unerwähnt bleiben sollte, dass ein Leistenrezidiv stets mit einer schlechten Prognose behaftet ist. Auch deshalb sind Patientinnen gut beraten, die Therapie ihres Vulvakarzinoms nur von einem Operateur durchführen zu lassen, der mit seinem Team über ausreichend Erfahrung mit der Therapie dieser Erkrankung verfügt.

Auszüge aus den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), Stand 2016

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

„Als wesentliche Bedingung sollte hier, wie auch bei der kompletten inguino-femorale Lymphonodektomie, die Expertise des gesamten Teams, insbesondere des Operateurs vorhanden sein.“

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

Sentinel-Lymphonodektomie (SLNE)

Als Sentinel-Lymphonodektomie bezeichnet man die operative Entfernung des ersten Lymphknotens, des **Wächterlymphknotens** (engl. sentinel = Wächter), der im Lymphabflussgebiet des Vulvakarzinoms liegt. Man geht davon aus, dass bei Tumorfreiheit der Wächterlymphknoten auch die folgenden Lymphknoten nicht tumorbefallen sind und damit nicht entfernt werden müssen.

Nach dem Auffinden der Wächterlymphknoten werden diese mittels Schnellschnitt in der Pathologie untersucht. Wenn keine Metastasen nachgewiesen werden, wird die Operation beendet, andernfalls erfolgt die radikale Entfernung aller auffindbaren Leisten-Lymphknoten. Die entnommenen Lymphknoten sind vertiefend auf Tumorabsiedlungen mittels einer immunhistochemischen Zusatzuntersuchung, dem sogenannten pathologischen Ultrastaging, zu überprüfen, damit auch Mikrometastasen entdeckt werden können. Ergibt sich ein Befall, obwohl im Schnellschnitt keine Metastasen festgestellt wurden, ist in einer weiteren OP eine radikale Lymphonodektomie beider Leisten durchzuführen.

Das Vulvakarzinom bietet gute Voraussetzungen für das Sentinel-Konzept aufgrund seines Ausbreitungsmusters und der guten Zugänglichkeit des Primärtumors sowie des Lymphabflussmusters. Jedoch ist bei auffälligen, vergrößerten Lymphknoten oder gesicherter Lymphknotenmetastasierung von einer SLNE abzuraten; dann ist eine radikale Lymphonodektomie notwendig.

Die Sentinel-Lymphonodektomie sollte nur von einem Team vorgenommen werden, das über ausreichend Erfahrung mit diesem Verfahren verfügt. Auf der anderen Seite setzt auch die inguino-femorale Lymphonodektomie einen erfahrenen Operateur / ein erfahrenes Team voraus. Fehlende Erfahrung berechtigt nicht dazu, bei der Patientin ohne Aufklärung über diesen Punkt statt der Sentinel- die inguino-femorale Lymphonodektomie durchzuführen. Der Patientin ist Gelegenheit zu geben, zu einem Team mit ausreichend Erfahrung zu wechseln. Wichtig ist die gründliche, neutrale Aufklärung über die Chancen und Risiken beider Verfahren.

Die heutige Standardmethode zur Erkennung des Sentinellymphknotens verwendet einen radioaktiven (Gammastrahlen) Tracer. Dabei handelt es sich um sogenannte Nanokolloide (winzige Eiweißpartikel), die mit Technetium (radioaktives Material) markiert werden. Diese werden um den Tumor in die Haut gespritzt, gelangen in die Lymphe und werden im Lymphknoten gespeichert. Durch die Gammastrahlung ist dieser Lymphknoten mit Hilfe einer Szintigraphie bildlich darstellbar und mit der Gammasonde während der OP erkennbar.

Nachfolgend finden Sie etwas ausführlichere Erklärungen dazu.

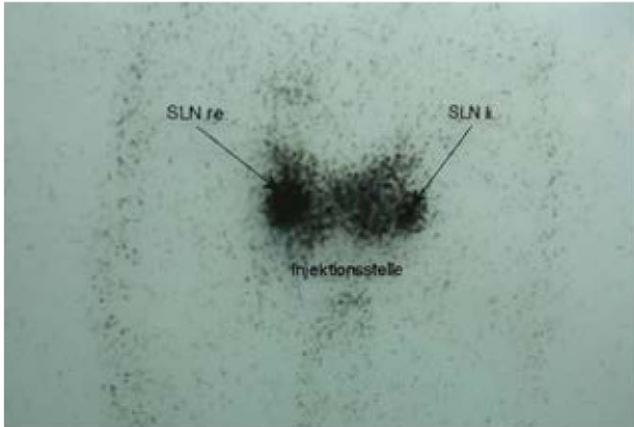


Abbildung 10: Darstellung von Sentinellymphknoten in beiden Leisten

Die Szintigraphie ist ein bildgebendes Verfahren der nuklear-medizinischen Diagnostik. Das dabei entstandene Bild nennt man auch Szintigramm. Hierfür werden radioaktiv markierte Stoffe, meistens mittels einer Injektion, in Tumornähe eingebracht, die sich dann im zu untersuchenden Zielorgan, hier dem Sentinel (Wächterlymphknoten), anreichern und anschließend mit einer speziellen Kamera, von der die abgegebene Strahlung aufgefangen wird, sichtbar gemacht werden kann. Bei diesen Untersuchungen ist die Strahlenbelastung gering.

Die zusätzliche Anwendung von Patentblau (Farbstoff) liefert keine diagnostische Information bei Patientinnen mit Vulvakarzinom. Die alleinige Anwendung von Patentblau ist veraltet, da sie zu ungenau ist in der Darstellung des Wächterlymphknotens. Auf eine Markierung mit radioaktivem Material kann nicht verzichtet werden.

Werden ein oder mehrere Lymphknoten sichtbar, so werden diese genauer geortet und mit einer kleinen Farbmarkierung auf der Haut der Patientin für den Operateur markiert, das so genannte **„Intraoperative Aufsuchen“**. Während der Operation kann der Chirurg mit einer speziellen Messsonde, der Gamma-Sonde, die Lymphknoten aufgrund der gespeicherten Radioaktivität gezielt aufsuchen, entnehmen und zur Gewebsuntersuchung schicken.

Der **Tracer** (engl. trace = Spur) besteht aus radioaktiv markiertem Nanokolloid, das von den Lymphbahnen gut aufgenommen wird und sich in den nächsten Lymphknoten anreichert. Aufgrund der Gammastrahlung können dann die Lymphknoten mit Anreicherung des Nanokolloids szintigraphisch dargestellt (schwarzer Punkt im Szintigramm) und mit der **Gammakamera** (Geigerzähler) während der Operation gefunden werden.



Abbildung 11: Anzeigegerät der Gammasonde



Abbildung 12: intraoperatives Suchen des SLNE der Gamma-Sonde

Inguino-femorale Lymphonodektomie (Leisten)¹⁶

Bei der inguino-femorale Lymphonodektomie sollen entsprechend der Angaben der Union internationale contre le cancer (UICC-deutsch: Internationale Vereinigung gegen Krebs) mindestens sechs Lymphknoten pro Leiste entfernt werden. Bei diesen Lymphknoten soll es sich sowohl um oberflächliche (inguinale) als auch um die tiefen, unterhalb der Muskelhülle neben der Oberschenkelarterie und -vene befindlichen (femorale) Lymphknoten handeln. Nach den Wächterlymphknoten wird anders als bei der Sentinel-Lymphonodektomie nicht gezielt gesucht, die zur Entfernung vorgesehenen Lymphknoten werden mehr oder weniger zufällig ausgewählt. Sind Lymphknoten befallen, sind alle Leistenlymphknoten an beiden Leisten zu entfernen. Hier gilt nichts anderes als bei der Sentinel-Lymphonodektomie, bei der die Wächterlymphknoten mit einem aufwändigen Verfahren, dem sogenannten Ultrastaging, in der Pathologie nach Tumorabsiedlungen untersucht werden.

Die inguino-femorale Lymphonodektomie ist mit einem hohen Risiko verbunden, dass sich ein Lymphödem manifestiert, das möglicherweise einer lebenslänglichen Behandlung bedarf. Auch kann es zur Serombildung in der Leiste kommen. Ein Serom ist die Ansammlung von Lymph- oder Blutflüssigkeit in Gewebeshöhlräumen. **Das Risiko steigt, je mehr Lymphknoten entfernt werden und kann durch die Anwendung der Sentineltechnik minimiert werden.**

Lymphonodektomie bei einseitigem Tumor

Bei seitlich gelegenen Tumoren, die mindestens 1 cm von der Mittellinie entfernt sind und einen Durchmesser bis 2 cm haben, werden lediglich die auf der gleichen Seite befindlichen Lymphknoten entfernt, wenn die Lymphknoten auf der anderen Seite beim Abtasten oder bei den vor dem Eingriff durchgeführten Untersuchungen unauffällig sind. Bei weniger als 1 cm von dieser Medianlinie entfernten Tumoren werden auf beiden Seiten Lymphknoten entnommen.

Bei N0-Befund (metastasenfrei) erfolgt keine Therapie der Lymphknoten auf der gegenüberliegenden Seite. Werden Metastasen nachgewiesen, ist auf beiden Seiten eine radikale Lymphonodektomie durchzuführen.

Radio- und Radiochemotherapie des Vulvakarzinoms

Eine Bestrahlung (Radiatio) der Genitalregion sollte **nicht „vorsorglich“** vorgenommen werden. Leider ist es so, dass die üblichen Vulvakarzinome nicht sehr strahlenempfindlich sind und die empfindliche Genitalregion zu sehr starker Reaktion neigt. Dennoch ist es in bestimmten Fällen notwendig, diese Therapie durchzuführen.

Wenn der Tumor an einer sehr ungünstigen Stelle liegt (z.B. am Schließmuskel), könnte dadurch der Tumor **vor** einer Operation verkleinert und eventuell der Schließmuskel erhalten bleiben.

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) unterscheiden:

Primäre Strahlentherapie

Die alleinige Strahlentherapie von Vulvakarzinomen beschränkt sich auf Patientinnen mit weit fortgeschrittenen Tumoren dann, wenn mit operativen Mitteln keine Heilung mehr möglich ist (siehe Seite 50 „Palliativtherapie“).

Primäre Radiochemotherapie

Die primäre (vor der OP) Radiochemotherapie verkleinert die Tumorgroße und verbessert die Operabilität bei großen Primärtumoren.

Adjuvante Strahlentherapie

Die adjuvante (nach der Operation, ergänzende oder unterstützende) Bestrahlung sollte neben den Leisten auch das kleine Becken mit einbeziehen, da hier die nächste Lymphknotenstation liegt. Eine zusätzliche oder auch alleinige operative Entfernung von Lymphknoten im kleinen Becken ist nur in Einzelfällen (z.B. sehr großer Tumor) sinnvoll. Eine amerikanische Studie (GOG 117) konnte zeigen, dass die Prognose von

Patientinnen, bei denen das Becken bestrahlt wurde, besser war als bei denjenigen Patientinnen, bei denen die Beckenlymphknoten operativ entfernt wurden. Indikationen für eine adjuvante, inguinale Radiotherapie, das heißt im Bereich der Leiste und nicht im Bereich des äußeren weiblichen Genitale, können sein

- Zwei und mehr befallene Lymphknoten
- Kapselüberschreitung
- Metastase > 10 mm

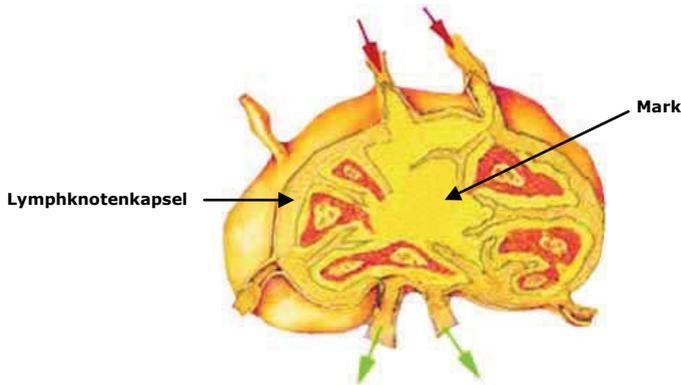


Abbildung 13: Lymphknoten

Mit Kapselüberschreitung bezeichnet man die Überschreitung der Grenzen der Lymphknotenkapsel durch eine Metastase.

Aus- und Nebenwirkungen von Operationen, Radio- und Chemotherapie

Die Auswirkungen der Behandlungen können, je nach erforderlicher Therapie, sehr unterschiedlich ausfallen und betreffen nicht jede Patientin gleichermaßen.

Mögliche Nebenwirkungen und Folgen sind

- Wundheilungsstörungen
- Blutungen und Nachblutungen
- Narbenbildungen
- Empfindungsstörungen
- Nervenbeschädigungen
- Schmerzen
- Ödembildungen
- Serombildungen
- Strahlenverbrennungen
- Verengungen (Stenosen)

- Störungen oder Verlust der Sexualität
- Blasenentleerungsstörungen
- Harnstrahlabweichungen
- Magen- Darmprobleme
- Übelkeit, Haarausfall, Schwächung des Immunsystems (bei Chemotherapie)
- Auswirkungen auf die Psyche (Angst/Depressionen)



Lymph und Lymphödem^{17, 18}

Als Lymphe (von lat. klares Wasser) wird die in den Lymphgefäßen enthaltene, wässrige, hellgelbe Flüssigkeit bezeichnet, die das Zwischenglied zwischen der Gewebsflüssigkeit und dem Blutplasma bildet.

Das Lymphgefäßsystem

Das Lymphgefäßsystem ist ein Transportsystem, das in unserem Körper zusätzlich zum Blutsystem besteht und in enger Nachbarschaft dazu verläuft - gewissermaßen stellt es ein Drainagesystem des Körpers dar. Wie ein Netz spannen sich die feinen und nach unten offenen Lymphgefäße über den ganzen Körper und enden im Raum zwischen den Zellen. Dort nehmen sie vor allem eiweißhaltige Gewebsflüssigkeit auf. In den Lymphknoten werden mitgeführte Schadstoffe (Zelltrümmer, Krankheitskeime etc.) herausgefiltert und vernichtet. Die so entgiftete, eiweißreiche Lymphe wird in die Venen geleitet. Pro Tag werden derart ca. 2 Liter dieser Gewebsflüssigkeit umgewälzt.

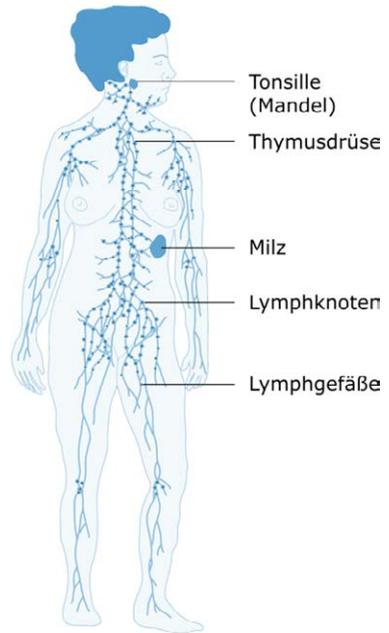


Abbildung 14: das Lymphgefäßsystem und Lymphknotenstationen

Lymphknoten - Vulvakarzinom

Die beim Vulvakarzinom wichtigen Lymphknoten liegen vornehmlich in der Leisten- und Oberschenkelregion sowie seltener auch in der Bauchhöhle an der Beckenwand und neben der Hauptschlagader.

- **Inguinofemoral** - Leisten- und Oberschenkel betreffend.
- **Paraaortal** - neben der Hauptschlagader (Aorta) oder um die Aorta herum.

Die **oberflächlichen inguinalen Lymphknoten**

1. superomedial (oben und zur Mitte hin)
2. superolateral (oben und zur Seite hin)
3. inferior (weiter unten gelegen)

Die **tiefen inguinalen Lymphknoten**

4. befinden sich mittig auf der femoralen (Oberschenkel-) Vene

Als **Leistenlymphknoten** (Lymphonodi inguinales) bezeichnet man die Lymphknoten in der Leistengegend. Man unterscheidet zwei Gruppen dieser Lymphknoten, die oberflächlichen und tiefen Leistenlymphknoten.

- Oberflächliche Leistenlymphknoten (inguinales superficiales) liegen unter der Haut im Bereich des äußeren Leistenrings im Fettgewebe der Unterhaut.
- Tiefe Leistenlymphknoten (inguinales profundi oder iliofemorales) liegen meist an der Oberschenkelarterie (Arteria femoralis).

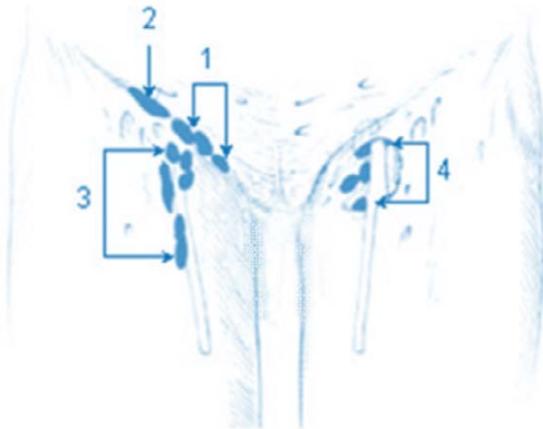


Abbildung 15: inguinale (Leisten) Lmyphknoten

Das Lymphödem¹⁹

Bei einem durch operative Entnahme von Lymphknoten entstandenen Lymphödem wird der Verlauf der Erkrankung in 4 Phasen unterteilt:

Stadium 0 (Latenzstadium)

Die Lymphgefäße sind geschädigt – es tritt aber noch keine Schwellung auf.

Stadium 1 (Reversibles Stadium)

Es kommt zu einer weichen Schwellung. Durch Hochlagerung des Beines geht die Schwellung von sich aus zurück.

Stadium 2 (Spontan irreversibles Stadium)

Die Schwellung ist dauerhaft, es zeigen sich erste Verhärtungen des Gewebes.

Stadium 3 (Elephantiasis)

Die Schwellung ist extrem, die Haut ist verhärtet und es zeigen sich starke Hautveränderungen.

Therapiemaßnahmen bei Lymphödemen²⁰

Ziel der Behandlung des Lymphödems ist die Verminderung des Ödems.

Bei der Behandlung von Lymphödemen hat sich die **Komplexe Physikalische Entstauungstherapie (KPE)** durchgesetzt. Sie bewirkt das Abfließen von Lymphstauungen, das Umstrukturieren von verändertem, verhärtetem Bindegewebe und das Aktivieren des Lymphsystems.

Die **KPE** wird in 2 Phasen unterteilt:

Phase I - Die Entstauung

Hautbehandlung, Lymphdrainage, Kompressionstherapie mit Bandagen, spezielle Gymnastik.

Phase II - Konservierung und Optimierung

Hautbehandlung, Lymphdrainage, Kompressionstherapie mit Kompressionsbestrumpfung, spezielle Gymnastik.

Die Behandlung kann ambulant (durch Lymphdrainage-Therapeuten in einer Physiologischen Praxis) erfolgen. In fortgeschrittenen Fällen empfiehlt sich jedoch eine stationäre Behandlung in einer Fachklinik.

Bitte beachten Sie, dass auch bei nur einem entnommenen Lymphknoten das Lymphsystem geschädigt ist und daher die entsprechenden Verhaltenshinweise berücksichtigt werden sollten. Ein Lymphödem kann sich auch noch Jahre nach einer Lymphonodektomie entwickeln. Naturgemäß nimmt das Risiko einer Ödem-Manifestation mit der Anzahl der entnommenen Lymphknoten zu.

Das Lymphödem ist eine chronische Erkrankung, die Behandlung ist langwierig, eine Heilung oft nicht möglich, auch nicht durch Operationen; durch Lymphdrainage kann das Ödem aber durchaus gelindert bzw. eine Verschlechterung verhindert werden.

Lymphdrainage

Die manuelle Lymphdrainage ist keine herkömmliche Massage. Der Therapeut versucht, durch Kreisbewegungen sowie durch Pump-, Schröpf- und Drehgriffe die Lymphgefäße anzuregen; dabei wird die Ödemflüssigkeit aus ödemreichen in ödemarme Gebiete gedrückt von wo aus sie von gesunden Lymphgefäßen abtransportiert wird - Verhärtungen (Bindegewebs-Fibrosen) werden gelockert. Bei der Lymphdrainage wird am Körper abwärts gearbeitet, angefangen bei der Kehlgube über Achselhöhlen und Brustmilchgang, Bauch, Leisten, Knie, Füße.

Man unterscheidet zwischen manueller und apparativer Lymphdrainage-Behandlung: **Apparative Intermittierende Kompressionstherapie ->AIK** (Lymphomat oder Lympa-Press); dies sind Geräte, die aussehen wie ein „Raumfahrtanzug“, der sich aufbläst und dadurch Druck auf die

Lymphbahnen ausübt, um somit die Tätigkeit der Lymphknoten anzuregen. Allerdings können diese Apparate eine manuelle Ganzkörper-Lymphdrainage nicht ersetzen, jedoch hilfreich sein als zusätzliche begleitende Therapie.

Nach einer Lymphdrainage-Behandlung erfolgt in der Regel die Anlage eines Kompressionsverbandes oder einer Kompressionsbestrumpfung.

Verhaltenshinweise bei Bein-Lymphödemen

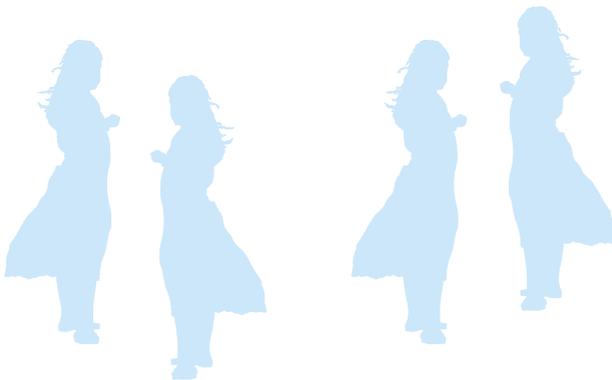
- Vermeiden Sie Übergewicht.
- Sorgen Sie für eine gute Verdauung durch ballaststoffreiche Ernährung, ausreichend Bewegung und ausreichende Flüssigkeitsaufnahme. Ernähren Sie sich möglichst kochsalzarm.
- Vermeiden Sie einengende oder einschnürende Kleidung.
- Kein einengendes Schuhwerk oder hohe Absätze tragen.
- Sitzen Sie nicht mit übereinander geschlagenen Beinen.
- Legen Sie möglichst oft die Beine hoch. Während der Nachtruhe ist eine Hochlagerung (evtl. Keilkissen) sinnvoll.
- Achten Sie auf gründliche Hautpflege (keine trockene oder rissige Haut).
- Nehmen Sie keine Entwässerungstabletten (Diuretika) ein – sie könnten das Lymphödem verschlimmern.
- Benutzen Sie unparfümierte und konservierungsstoffarme Pflegeprodukte.
- Betreiben Sie keinen Kraftsport und vermeiden Sie überdehnende Gymnastik. Betreiben Sie spezielle Fußgymnastik. Empfehlenswerte Sportarten: Schwimmen, (Nordic-)Walking, Radfahren, Wandern.
- Vermeiden Sie Verletzungen (Prellungen, Blutergüsse etc.).
- Vermeiden Sie Insektenstiche sowie Kratz- und Bisswunden durch Tiere.
- Desinfizieren Sie umgehend selbst kleinste Hautverletzungen.
- Vermeiden Sie Verletzungen der Zehen-Nagelhaut.
- Behandeln Sie konsequent Fuß- oder Nagelpilz.
- Suchen Sie bei einer Hautrötung im Lymphödemgebiet sofort einen Arzt auf. [Gefahr eines Erysipels! (Wundrose = bakterielle Entzündung der Haut)]
- Keine Überanstrengung oder Überbelastung.
- Meiden Sie starke Hitze. Keine intensive Wärmebehandlung (Salbe, Fango, Bäder, Solarium).
- Keine knetenden Massagen am betroffenen Körper-Quadranten – Ausnahme: Marnitz-Massage.
- Vermeiden Sie Stress. In einer Stresssituation ziehen sich die Gefäße zusammen und behindern den Lymphfluss.
- Machen Sie Aufzeichnungen von Umfangmessungen zwecks Kontrolle und Übersicht über Veränderungen.
- Nehmen Sie möglichst keine Medikamente, die eine Wasseransammlung im Körper verursachen.

Komplikationen

Eine sehr ernstzunehmende Komplikation ist eine Wundrose (Erysipel) im Ödemgebiet – begünstigt durch die schlechte Abwehrlage im ödematösen Gebiet. Ein Erysipel macht sich bemerkbar durch Rötung und Überwärmung der Haut, Entzündungen und Wunden, heftigen Schmerzen, evtl. Fieber, Schwächegefühl und Zunahme des Ödems. Suchen Sie bei derartigen Beschwerden unverzüglich Ihren Arzt auf, der ein Erysipel durch hohe Antibiotikagaben therapieren kann.

Hinweis:

Leistungen zur Therapie von Lymphödemen in der Folge einer Tumorbehandlung werden durch die gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet. Im Rahmen der Krankenbehandlung ist manuelle Lymphdrainage verordnungsfähig²¹. Die Geräte für die apparative Lymphdrainage-Behandlung und die Kompressionsbestrumpfung können als Hilfsmittel für die Anwendung zu Hause verordnet werden²². Bei vielen Leistungen sind von den meisten gesetzlich Versicherten Zuzahlungen erforderlich. Über die Höhe informieren die Krankenkassen, auch über Möglichkeiten, von diesen Zuzahlungen befreit zu werden²³.



Auszug aus dem Heilmittelkatalog zu Lymphabflussstörungen

Diagnosegruppe	Verordnungsmenge / Hinweise
<p>LY1 Lymphabflußstörungen</p> <p>Behandlungsbedarf prognostisch kurzzeitig</p> <p>Frequenzempfehlung</p> <p>Ziel</p>	<p>Erst-Verordnung: bis zu 6x/ VO</p> <p>Folge-Verordnung: bis zu 6x/ VO</p> <p>Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: bis zu 12 Einheiten</p> <p>mindestens 2 mal wöchentlich</p> <p>Erlernen eines Eigenübungsprogramms</p>
<p>LY2 Lymphabflußstörungen</p> <p>Behandlungsbedarf progn. länger andauernd</p> <p>Frequenzempfehlung</p> <p>Ziel</p> <p>Hinweis</p>	<p>Erst-Verordnung: bis zu 6x/ VO</p> <p>Folge-Verordnung: bis zu 6x/ VO</p> <p>Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: bis zu 30 Einheiten</p> <p>mindestens 1 mal wöchentlich</p> <p>Erlernen eines Eigenübungsprogramms</p> <p>Sofern im Einzelfall verlaufsabhängig unmittelbar ein Wechsel von LY1 zu LY2 medizinisch begründet ist, ist die bereits zu LY1 erfolgte Verordnungsmenge auf die Gesamtverordnungsmenge von LY2 anzurechnen.</p> <p>Ein Wechsel von LY2 zu LY1 ist nicht möglich.</p>
<p>LY3 chronische Lymphabflussstörungen bei bösartigen Erkrankungen</p> <p>Behandlungsbedarf progn. länger andauernd</p> <p>Frequenzempfehlung</p> <p>Ziel</p> <p>Hinweis</p>	<p>Erst-Verordnung: bis zu 10x/ VO</p> <p>Folge-Verordnung: bis zu 10x/ VO</p> <p>Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: bis zu 50 Einheiten</p> <p>mindestens 1 mal wöchentlich</p> <p>Erlernen eines Eigenübungsprogramms</p> <p>Sofern im Einzelfall verlaufsabhängig unmittelbar ein Wechsel von LY2 zu LY3 medizinisch begründet ist, ist die bereits zu LY2 erfolgte Verordnungsmenge auf die Gesamtverordnungsmenge von LY3 anzurechnen.</p> <p>Ein Wechsel von LY3 zu LY2 ist nicht möglich.</p>

Tabelle 4: Auszug aus dem Heilmittelkatalog Lymphödem

Psychische Belastungen infolge der Krebserkrankung

Psychoonkologie bzw. Psychosoziale Onkologie

beschreibt eine interdisziplinäre Form der Psychotherapie bzw. klinischen Psychologie, die sich mit den psychischen und sozialen Folgen und Begleiterscheinungen einer Krebserkrankung/onkologische Erkrankung einschließlich der sozialrechtlichen Bedingungen befasst.

Eine begleitende psychoonkologische Betreuung der Patientin und ihrer Angehörigen sollte bei Bedarf gewährleistet sein und angeboten werden, denn psychosoziale Belastungen und Probleme erschweren die Genesung. Unter dem Begriff Psychoonkologie werden die Wechselwirkungen zwischen körperlichen, seelischen und sozialen Einflüssen in der Entstehung und im Verlauf einer Krebserkrankung zusammengefasst.

Ziele der psychoonkologischen Behandlung während der Akutbehandlung

- Frühzeitige Behandlung reaktiver psychischer Störungen.
- Die Verringerung von Ängsten und Depressivität.
- Gezielte Behandlung von Symptomen als Folgeprobleme oder Nebenwirkungen der Diagnostik und/oder Behandlung.
- Unterstützung der Kommunikation über die Erkrankung und dadurch bedingte Fragen und Probleme.

Zentrale Zielsetzungen psychoonkologischer Aufgaben und psychosozialer Betreuung in der onkologischen Rehabilitation

- Verbesserung der Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität.
- Anpassung an krankheits- oder behandlungsbedingte Funktionseinschränkungen.
- Förderung der beruflichen und sozialen Reintegration.

Die psychosoziale Krebsberatung ist ein integrierter Bestandteil der ambulanten Versorgung sowohl von Tumorpatienten als auch ihrer Angehörigen und stellt eine wichtige Schnittstelle dar zwischen stationärer Versorgung und Nachsorge.

Fachkundige psychosoziale Betreuung sollte zugänglich sein

- in der Diagnostik,
- während der stationären bzw. ambulanten Behandlung,
- in Nachsorge und Rehabilitation,
- als Begleitung bei chronischen Langzeitverläufen,
- im terminalen Lebensabschnitt.

Die Anschlussrehabilitation (AHB)

Hierfür wird auch der Begriff Anschlussheilbehandlung noch benutzt, ist inzwischen aber veraltet, wobei die Kurzform AHB beibehalten wurde. Die AHB ist eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt stationär oder ganztägig ambulant durchgeführt werden kann. Sie muss beim jeweiligen Sozialversicherungsträger, also Ihrer Krankenkasse bzw. Rentenversicherung, beantragt werden.

Bei der Anschlussrehabilitation (AHB) bei bösartigen Erkrankungen handelt es sich um eine besondere Form der onkologischen Rehabilitation. Die Besonderheit der Leistung besteht darin, dass sie sich **unmittelbar an eine stationäre Krankenhausbehandlung anschließt** und bereits im Krankenhaus unter Hilfestellung des dortigen Sozialdienstes beantragt wird.

Bei ambulanter Bestrahlung und/oder Chemotherapie nach dem Krankenhausaufenthalt kann die AHB auch vom Radiologen oder Onkologen eingeleitet werden.

Als zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus oder der Beendigung einer im Anschluss erfolgten Strahlen-/Chemotherapie und der Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung wird grundsätzlich ein Zeitraum von bis zu 14 Tagen verstanden. Ausnahmen hiervon sind im Einzelfall möglich, wenn die Einhaltung dieser Frist aus medizinischen Gründen nicht erfolgen kann.

Hinweis:

Über die unterschiedlichen AHB-Verfahren der Rehabilitationsträger informiert der Sozialdienst des Krankenhauses.

Ziel einer Anschlussrehabilitation ist, verloren gegangene Funktionen oder Fähigkeiten wiederzuerlangen oder auszugleichen und den Patienten wieder an die Belastungen des Alltags- und Berufslebens heranzuführen.

Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sollen für längstens drei Wochen erbracht werden. Sie können für einen längeren Zeitraum erbracht werden, wenn dies erforderlich ist, um das Rehabilitationsziel zu erreichen²⁴.

Ebenso wie bei einem Krankenhausaufenthalt ist pro Tag einer Rehabilitationsleistung eine **Zuzahlung von 10 Euro** zu leisten. Die Zuzahlung ist pro Kalenderjahr begrenzt, und zwar bei

- einer Anschlussrehabilitation: 14 Tage,
- einer onkologischen Rehabilitation: 42 Tage.

Zuzahlungen, die im gleichen Jahr bereits an ein Krankenhaus geleistet wurden, werden angerechnet.

Onkologische Rehabilitationsleistung

Onkologische Rehabilitationsleistungen haben die Zielsetzung, den bei bösartigen Geschwulst- und Systemerkrankungen typischen Bedarf an Nachbehandlung und genereller gesundheitlicher Stabilisierung abzudecken.

Im Unterschied zur Anschlussrehabilitation muss eine **onkologische Rehabilitation** nicht direkt im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt oder dem Ende der Strahlen / Chemotherapie erfolgen. Sie sollte jedoch innerhalb des ersten Jahres nach der Primärbehandlung (Erstbehandlung) beantragt und durchgeführt werden.

Über die Jahresfrist hinaus können spätestens bis zum Ablauf von zwei Jahren nach der Erstbehandlung Maßnahmen im Einzelfall erbracht werden, wenn erhebliche Funktionsstörungen entweder durch die Tumorerkrankung selbst oder durch Komplikationen bzw. Therapiefolgen vorliegen.

Nach Ablauf dieser Fristen kommen allgemeine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Betracht, spezielle onkologische Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung scheiden aus.

Kostenträger

Gesetzliche Rentenversicherung (Sozialgesetzbuch VI)

Die Träger der Rentenversicherung erbringen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Die stationären Leistungen werden einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung in Einrichtungen erbracht, die unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal entweder von dem Träger der Rentenversicherung selbst betrieben werden oder mit denen ein Vertrag besteht. Bei Antragstellung müssen bestimmte versicherungsrechtliche Voraussetzungen (Wartezeiten) erfüllt sein.

Grundsatz: Reha vor Rente

Gesetzliche Krankenversicherung (Sozialgesetzbuch V)

Die gesetzliche Krankenversicherung erbringt Leistungen zur Rehabilitation, um die gesundheitliche Situation zu bessern. Sie gewährt diese Leistungen, wenn kein anderer Sozialleistungsträger zuständig ist.

Grundsatz: Reha vor Pflege

Persönliche Voraussetzungen (§10 SGB VI)

- Die Erwerbsfähigkeit ist wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert **und**
- voraussichtlich kann eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden **oder** die Erwerbsfähigkeit kann gebessert oder wiederhergestellt werden.

Hinweis:

Diese Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, bitte erkundigen Sie sich bei Ihren Ärzten, Krankenkassen, Rentenversicherungen und Sozialdiensten nach den aktuellen Bedingungen für AHB und REHA. Dort bekommen Sie auch die notwendigen Antragsformulare.

Schwerbehinderung

Rechtliches und Soziales im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung – **Schwerbehindertenausweis**

Durch eine Krebserkrankung ergeben sich für die betroffenen Frauen zum Teil erhebliche Nachteile in der Lebensführung sowie in der Arbeitswelt.

Hierfür hat der Gesetzgeber im SGB IX, Teil 1 und 2, sogenannte **Nachteilsausgleiche** festgeschrieben.

Erforderlich für die **Anerkennung der Schwerbehinderung** ist ein **Antrag** bei dem zuständigen **Versorgungsamt** bzw. der zuständigen Versorgungsverwaltung des Wohnortes. (Die im Einzelfall zuständige Behörde kann unter www.versorgungsamter.de recherchiert werden.)

Dieser Antrag ist zusammen mit den ärztlichen Befunden einzureichen, nach denen der **Grad der Behinderung (GdB)** festgestellt wird. In der Regel wird über den Antrag nach Aktenlage entschieden.

Vulvakarzinom - Grad der Behinderung (GdB):

Nach Entfernung eines malignen Tumors der äußeren Geschlechtssteile ist in den ersten fünf Jahren eine Heilungsbewährung abzuwarten.

Grad der Schädigungsfolgen (GdS) während dieser Zeit nach Entfernung im Stadium

(T1 bis T2) N0 M0	50
sonst	80
Vollständige Entfernung der Vulva	40

Lymphödem – Grad der Behinderung (GdB):

an einer Gliedmaße ohne wesentliche Funktionsbehinderung, Erfordernis einer Kompressionsbandage	0 – 10
mit stärkerer Umfangsvermehrung (> 3 cm) je nach Funktionseinschränkung	20 – 40
mit erheblicher Beeinträchtigung der Gebrauchsfähig- keit der betroffenen Gliedmaße, je nach Ausmaß	50 – 70
bei Gebrauchsunfähigkeit der ganzen Gliedmaße	80

Entstellungen bei sehr ausgeprägten Formen sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen.

Die Punkte des Grades der Behinderung bei Vulvakarzinom und Lymphödem werden nicht zwangsläufig zusammenaddiert, es erfolgt eine Gesamtbeurteilung des GdB/GdS.

Der dann ausgestellte **Schwerbehindertenausweis gilt ab Diagnosedatum zunächst für 5 Jahre**. Das entspricht dem Zeitraum der Heilungsbewährung.

Durch die Anerkennung als schwerbehinderte Menschen stehen Ihnen bestimmte Vergünstigungen und Rechte zu,

zum Beispiel

- Steuerfreibeträge gestaffelt nach dem GdB (von € 310,00 bis 1420,00 pro Jahr);
- vorzeitiger Rentenbeginn unter bestimmten Voraussetzungen;
- verlängerter Kindergeldanspruch bei Eintritt der Behinderung vor Vollendung des 25. Lebensjahres;
- Fahrpreisermäßigung unter bestimmten Voraussetzungen;
- berufsfördernde Maßnahmen;
- erweiterter Kündigungsschutz am Arbeitsplatz bei einem GdB von 50% (bei Antrag auf Gleichstellung auch bei GdB 30%);
- Zusatzurlaub.

Weitere Regelungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind in Teil 2 des Sozialgesetzbuch IX (**SGB IX**) getroffen. Unterstützung wird hier von den **Integrationsämtern** geleistet.

Sie sollten nicht auf diese Vergünstigungen und Rechte verzichten. Während einer Anschlussgesundheitsmaßnahme helfen Ihnen die Sozialarbeiter in den Reha-Einrichtungen bei der Beantragung des Schwerbehindertenausweises.

Vulvakarzinom - Nachsorge

Warum, wo und wie oft sollte sie stattfinden?

Die Nachsorgeuntersuchung ist die wichtigste Maßnahme, um rechtzeitig ein eventuelles Rezidiv, d.h. das Wiederauftreten der Erkrankung, zu erkennen.

Die Betreuung sollte immer durch einen, in der Behandlung von Vulvakarzinomen und Dysplasien erfahrenen Facharzt zusammen mit Ihren HausgynäkologInnen erfolgen!

Die Patientin kann zusätzlich regelmäßig mit Hilfe eines Spiegels die Vulva betrachten und, falls auffällige Stellen zu sehen sind, umgehend einen Arzt aufsuchen.

Die Leitlinie zum Vulvakarzinom empfiehlt, die Nachsorgeintervalle an das Rezidivrisiko anzupassen. Das heißt, in den ersten drei Jahren sollte sich die Patientin alle drei Monate untersuchen lassen, in den darauf folgenden zwei Jahren alle sechs Monate und ab dem 6. Nachsorgejahr einmal jährlich. Im Einzelfall können jedoch Abweichungen von diesem Turnus nötig sein²⁵.

Zur Nachsorge gehört die Anamnese, klinische Untersuchung und Vulvoskopie. Abhängig von etwaigen Symptomen sind auch Ultraschall-Röntgen- und CT/PET- Untersuchungen sinnvoll. Aus verdächtigen Befunden sollte eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht werden. Die regelhafte Bestimmung des Tumormarkers SCC (engl. squamous cell carcinoma antigen = Plattenepithelkarzinomantigen) ist nicht sinnvoll.

Prognose und Metastasen

Die Prognose von Patientinnen mit Vulvakarzinom ist abhängig vom Tumorstadium und der Anzahl der Lymphknotenmetastasen. **Metastasen** sind Tochtergeschwulste an anderen Stellen des Körpers. Wenn keine Lymphknoten befallen sind, liegt die Überlebensrate in den nächsten fünf Jahren bei 96%. Je mehr Lymphknoten befallen sind, desto schlechter die Prognose.

Abhängig von der Eindringtiefe (Infiltrationstiefe) des Tumors in das darunter liegende Gewebe und dem Tumorstadium sind in ca. 35% Leistenlymphknotenmetastasen zu finden. In frühen Tumorstadien sind bei ca. 80% der Patientinnen die entfernten Lymphknoten tumorfrei (T1 91%, T2 72%).

Die **5-Jahres-Überlebensrate** beträgt bei²⁶

- Tumorstadium I = 87%
- Tumorstadium II = 68%
- Tumorstadium III = 40%
- Tumorstadium IV = 22%

Rezidiv

Die Häufigkeit eines Rezidivs ist abhängig von der Radikalität des operativen Eingriffs und dem Lymphknotenbefall. Die meisten Rezidive treten innerhalb der ersten zwei Jahre auf. Besonders häufig bei den Dysplasien sind Rezidive bei HPV-bedingter VIN.

Falls ein Vulvakarzinom rezidiert, kommt es in 50% der Fälle zu einem perinealen Rezidiv (d.h. am Ort des ersten Tumors), in 20% zu einem Rezidiv in der Leiste und zu insgesamt 15% zu einem neuerlichen Auftreten der Erkrankung im kleinen Becken bzw. zu Fernmetastasen.

Das Rezidivrisiko kann durch eine zusätzliche Strahlentherapie verringert werden.

Behandlung von Vulvakarzinomrezidiven

In 75% aller Lokalrezidive kann eine erneute Operation Erfolg versprechen.

Behandlungsmöglichkeiten

- Weite örtliche Ausschneidung mit oder ohne Strahlentherapie.
- Radikale Vulvektomie und Entfernung des unteren Dickdarmes, des Enddarms oder der Blase (je nachdem, wohin sich der Krebs ausgebreitet hat) zusammen mit der Gebärmutter, dem Muttermund und der Scheide.
- Strahlentherapie plus Chemotherapie mit oder ohne Operation.
- Strahlentherapie bei lokalen (örtlichen) Rezidiven.

Leisten- und Beckenrezidiv

Bei Nachweis eines Leistenrezidivs sollte eine bildgebende Untersuchung stattfinden, um möglichst alle Metastasen im Körper zu finden.

Bei diesen Rezidiven wird die Operation meist in Kombination mit Radiotherapie, alleiniger Radiotherapie oder Radiochemotherapie angewendet.

Die Entscheidung sollte fachübergreifend und in Abhängigkeit von der Vorbehandlung getroffen werden. Unabhängig von der Therapie ist die Prognose der Patientin schlecht.

Palliativtherapie

Falls eine Heilung nicht mehr möglich ist, da die Erkrankung schon zu weit fortgeschritten ist, steht eine Linderung der Schmerzen im Mittelpunkt der Palliativtherapie.

Formen der Palliativtherapie

- Palliativbestrahlung - Metastasierungs- und Wachstumsreduzierung bösartiger Tumoren
- Palliative Chemotherapie - Lebensspanne verlängern
- Schmerztherapie - Schmerzlinderung = Lebensqualität verbessern
- Palliativoperation - chirurgischer Eingriff zur Abmilderung von Krankheitsbeschwerden oder das Erhalten lebenswichtiger Körperfunktionen



Laien fragen - Experten antworten



Liebe Patientinnen, Betroffene und Angehörige,

das Vulvakarzinom ist eine seltene bösartige Tumorerkrankung mit vielen Facetten. Aufgrund dieser Seltenheit ist das Datenmaterial zu dieser Erkrankung in viel geringerem Ausmaß vorhanden als bei bekannten Tumorerkrankungen. Ebenfalls ist es schwieriger erfahrene Ärzte und Betreuer zu finden, die sich mit allen „Gesichtern“ der Krankheit auskennen.

In dieser Broschüre wird detailliert und qualifiziert Stellung genommen zu vielen Unklarheiten und Problemen der Erkrankung und diese werden für ein Laienpublikum einleuchtend dargestellt.

Leider entsteht im Bereich der Entdeckung bzw. Diagnose der bösartigen Vulvatumoren sehr oft eine zeitliche Verzögerung, bis die Patientin zur entsprechenden Therapie weitergeleitet wird. Da der Zeitfaktor in der Behandlung dieser bösartigen Krankheit wichtig ist, liegt hier noch eine erhebliche Aufgabe im Bereich der Frühentdeckung von bösartigen oder möglicherweise bösartigen Geschwulsten vor uns.

Im Bereich der Behandlung des Vulvakarzinoms hat sich im Laufe der letzten Jahre vieles getan. Die Deutsche Krebsgesellschaft und Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe haben Gynäkologische Krebszentren zertifiziert, wobei als wichtige Kriterien zur Anerkennung ausreichende Patientenzahlen und eine sowohl interne als externe unabhängige Qualitätsüberprüfung vorhanden sein müssen. Dies schließt nicht aus, dass auch in nicht zertifizierten Krankenhäusern ggf. gute Betreuung dargestellt wird. Es ist hervorzuheben, dass der wichtigste Faktor der Behandlung bei Vulvakarzinomen in einem Zentrum die operative Maßnahme ist und daher vor jeglicher chirurgischer Therapie genauestens überlegt werden sollte, welcher Eingriff vorgenommen wird. Sonstige Maßnahmen wie Chemotherapie, Bestrahlung, Nachsorge und korrigierende plastische Eingriffe sind sämtlich als Begleitmaßnahmen einzustufen. In diesen Gynäkologischen Krebszentren finden alle Behandlungen von Patientinnen mit bösartigen Vulvatumoren immer interdisziplinär statt, so dass die bestmögliche Behandlung dargestellt wird.

In diesem Sinne möchte ich mich bei allen Ärzten, Schwestern und Betreuern bedanken für den Einsatz bei der Bewältigung des Leids der Betroffenen. Besonders hervorzuheben ist die unermüdliche Tätigkeit von Frau Enzia Selka, dem Projektteam sowie allen Mitarbeitern der VulvaKarzinom-SHG e.V.; nicht nur wäre diese Broschüre nicht entstanden, aber es wäre auch vielen Gefährdeten oder Betroffenen ein wichtiger Teil der Behandlung verwehrt geblieben.

Frage:

„Sind die vorgesehenen Nachsorgeintervalle ausreichend?“

Antwort:

„Aus zahlreichen persönlichen Erfahrungen hat sich gezeigt, dass das Wiederauftreten einer bösartigen Geschwulst im Bereich der Vulva innerhalb kürzester Zeit auftreten kann, daher kann es sinnvoll sein, die Nachuntersuchungstermine alle zwei Monate im Laufe der ersten drei Jahre und danach alle drei Monate im Laufe der ersten fünf Jahre stattfinden zu lassen. Dies würde das Wiederauftreten der Krankheit bzw. eine Neuerkrankung frühzeitig entdecken lassen und dadurch eindeutig höhere Überlebenschancen mit sich bringen. Für viele Betroffene sind die dreimonatigen Abstände bzw. später sechsmonatige Abstände, welche bei der üblichen Tumornachsorge (Gebärmutterhals, Gebärmutterkörper, Brustdrüse,...) vorgesehen sind, nicht ausreichend.“

Prof. Dr. Dr. med. Rudy Leon De Wilde

Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie

Direktor der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Leiter des Oldenburger Gynäkologischen Krebszentrums



Liebe Leserin, lieber Leser,

nach einem Vortrag über die Therapie des Vulvakarzinoms, kam ein älterer Kollege zu mir und fragte mich, warum ich mich denn mit dieser seltenen Erkrankung überhaupt befasse. Dieses spiegelt sehr gut die aktuelle Situation in der Frauenheilkunde wieder. Für die meisten Frauenärzte ist das Vulvakarzinom eine sehr seltene Erkrankung, an der vor allem sehr alte Frauen erkranken. Die wenigsten haben mehr als eine Handvoll Patientinnen betreut. Die

Kolposkopie, die eine Grundvoraussetzung für eine individuelle Therapie und für die Diagnostik von Zellveränderungen, sogenannten Dysplasien, ist, wurde von Prof. Hinselmann in Hamburg Anfang des 20. Jahrhunderts entwickelt. Da die Kolposkopie aber keine von der Krankenkasse bezahlte Untersuchungsmethode ist, wird sie kaum noch in den Praxen und Krankenhäusern angewendet. Die meisten Operationsmethoden sind sehr radikal und mit erheblichen Nebenwirkungen für die Patientinnen verbunden. Da viele Operateure nur sehr selten Patientinnen mit Vulvakarzinom behandeln (2 – 3-mal pro Jahr), besteht häufig wenig Training und auch wenig Möglichkeit neue Methoden zu erlernen.

In den letzten 40 Jahren hat die Häufigkeit des Vulvakarzinoms und der Dysplasien im Bereich der Vulva gerade bei jungen Frauen stark zugenommen. Fühlen sich schon ältere Damen durch die Operation

erheblich beeinträchtigt, so bedeutet eine radikale Operation bei jungen Frauen in der Regel einen kompletten Verlust des Körpergefühls und der Sexualität und somit eine dramatische Einschränkung ihrer Lebensqualität.

Dass dies nicht zwingend sein muss, zeigen die Ergebnisse von Operateuren, die sich intensiv mit dem Krankheitsbild und der Therapie auseinandersetzen. So kann in der Regel der Tumor mit einer Manschette gesunden Gewebes entfernt und die Klitoris sowie die großen Schamlippen erhalten werden. Mithilfe von plastischen Operationen, kann die Form der Vulva wieder hergestellt und die Funktion, vor allem eine ausreichende Weite des Scheideneinganges, erhalten werden. Die Entfernung des Wächterlymphknotens kann bei vielen Patientinnen die radikale Lymphknotenentfernung vermeiden.

Die Behandlung von an Krebs erkrankten Patienten in spezialisierten Zentren ist z.B. bei Brustkrebs schon heute eine Selbstverständlichkeit. Umso mehr ist dies bei einer so seltenen Erkrankung wie dem Vulvakarzinom zu fordern. Gerade der Selbsthilfegruppe ist es zu verdanken, dass in den letzten Jahren ein zunehmendes Interesse an der Erkrankung Vulvakarzinom sowohl bei den Ärzten als auch bei Laien und Patientinnen hervorgerufen wurde. Auch die vorliegende Broschüre, die eher als kleines Lehrbuch bezeichnet werden sollte, beweist den hohen Sachverstand und insbesondere das immense Engagement der Mitglieder.

Ich wünsche dieser Broschüre und vor allem der Selbsthilfegruppe weiterhin viel Erfolg und Kraft für ihre weitere Arbeit zum Wohle der Frauen, die an einem Vulvakarzinom erkranken.

Frage:

„Sollte die Patientin sich vor der Operation, z.B. bei einem großen Tumor, nach der Möglichkeit einer plastischen Rekonstruktion der Vulva erkundigen?“

Antwort:

„Ja! In vielen Fällen kann alleine durch die Operation die Patientin geheilt werden. Voraussetzung ist, dass der Tumor im Gesunden entfernt wurde. Mit Hilfe von plastischen Operationen ist es möglich ein ästhetisch zufriedenstellendes und funktionelles Ergebnis zu erzielen. In manchen Fällen ist eine ausreichende Entfernung des Tumors im Gesunden nur möglich, wenn der Defekt plastisch gedeckt werden kann. Bei der plastisch-rekonstruktiven Chirurgie im Bereich des äußeren Genitale handelt es sich nicht um Kosmetik sondern um OP Verfahren, die dazu dienen, die körperliche Integrität einer Patientin wiederherzustellen. Diese Möglichkeit sollte jeder Patientin offen stehen.“

Prof. Dr. med. Jörg Schwarz

Chefarzt der Frauenklinik im
Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift



Gute Medizin beinhaltet auch die Aufklärung über Erkrankungen.

Diese Broschüre schließt eine Lücke in der Information über die gynäkologische Krebserkrankung „Vulvakarzinom“, die nicht im Blickfeld der Öffentlichkeit und der Medien steht. Allerdings sehen wir eine Zunahme dieser Erkrankung, und zwar in dem Bereich der Vorstufen des Vulvakarzinoms. Dies verlangt eine intensivierete Aufklärung.

Lesen Sie daher diese wichtige Informationsbroschüre!

Die beste Form der Therapie ist zweifelsohne die Vorbeugung, d.h. die primäre Prävention, so dass es überhaupt nicht zu einer Erkrankung kommt. Und zwar weder zur Entwicklung eines bösartigen Vulvakarzinoms noch zu einer seiner Vorstufen (Dysplasien, VIN). Da ein großer Teil (aber nicht alle) der Vulvadysplasien und auch Vulvakarzinome durch eine Infektion mit Hochrisikopapillomviren (HPV 16, HPV 18) hervorgerufen werden, ist eine Verhütung durch die HPV-Impfung seit kurzem möglich. Alle Mädchen sollten diese einfache, effektive und harmlose Form der Krebsvorsorge wahrnehmen und sich impfen lassen. Hierdurch lassen sich Gewebeproben und Operationen vermeiden.

Mädchen – ergreift die Chance der HPV Impfung jetzt! Später hilft sie nicht oder kaum mehr!

Die Früherkennung der häufig symptomlosen Krebsvorstufen im Rahmen der jährlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchung und damit die Diagnose in einem Stadium der sehr guten Heilbarkeit, hat sich bewährt. Allerdings gilt auch hier der Satz: nur wer die Vorsorge in Anspruch nimmt, kann von ihr profitieren. Je früher der Krebs erkannt wird, desto besser ist er heilbar.

Gehen Sie regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung Ihres Frauenarztes!

Ein drittes Standbein ist die richtige und gute Behandlung des bösartigen Vulvakarzinoms. Da dieser Krebs nicht so häufig ist, verlangt es Zentren mit großer Erfahrung in der Therapie des Vulvakarzinoms, um die Heilungschancen so gut und die Komplikationsraten so niedrig wie möglich zu halten.

Forschung ist auch auf dem Gebiet des Vulvakarzinoms und seiner Vorstufen dringend notwendig. Hier gibt es viel zu tun. Zu wenige Forschungsgelder wurden bisher für diesen Bereich zur Verfügung gestellt. Innovative Diagnostik- und Therapieansätze machen erstaunliche Fortschritte möglich. Doch dies kostet Aufwand, Geld und Zeit. Aber dies ist notwendig, um den Betroffenen eine bessere Medizin zur Verfügung zu stellen.

Mehr Forschung im Bereich des Vulvakarzinoms!

Diese Informationsbroschüre beruht auf dem unermüdlichen Einsatz der „Vulvakarzinom-Selbsthilfegruppe e.V.“. Lesen Sie die Broschüre, um sich, Ihren Bekannten und Verwandten die richtige Vorsorge und Behandlung zu ermöglichen.

Frage:

„Birgt die HPV-Impfung Risiken?“

Antwort:

„Nach umfangreichen Studien, bisher 50 Millionen verimpften Dosen und nach Auswertungen durch verschiedene Überwachungsorganisationen in Deutschland, Europa, USA, Australien u.a. kann der HPV-Impfstoff uneingeschränkt als sicher eingestuft werden - wie die anderen Totimpfstoffe auch.“

Univ.-Prof. Dr. Peter Hillemanns

Direktor der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Leiter des Gynäkologischen Krebszentrums
Medizinische Hochschule Hannover



Liebe Patientinnen und liebe betroffene Angehörige,

die Erkrankung an einem Krebs im Schambereich ist für alle Betroffenen furchtbar. Aber auch für die Frauen, die scheinbar noch Glück gehabt haben und bei denen lediglich eine Krebsvorstufe diagnostiziert wurde, sind sowohl die Diagnose als auch die Therapie in aller Regel sehr belastend. Im Vergleich zur Behandlung von Krebsvorstufen etwa am Gebärmutterhals ist die Therapie im Schambereich in aller Regel langwieriger, komplizierter und von

Rückschlägen gekennzeichnet. Seit mehreren Jahrzehnten steigen die Neuerkrankungen sowohl an Krebsvorstufen als am Vulvakarzinom in Deutschland stark an, immer häufiger werden jüngere Frauen betroffen.

Frage:

„Kann die Information durch eine Selbsthilfegruppe für Frauen und Mediziner in dieser Situation sinnvoll sein?“

Antwort:

„Ja, in dieser Situation ist eine aktive Selbsthilfegruppe sowohl für Sie als Betroffene als auch für betreuende Ärzte ein echter Segen. Die Behandlung von Patientinnen mit Vulvakarzinom erfordert Spezialwissen und Können über das nur eine Minderheit von Ärzten und Kliniken verfügt. Die

Selbsthilfegruppe kann Betroffene beraten und auf diesem Weg dafür sorgen, dass unnötige Behandlungen ebenso vermieden werden wie nicht ausreichende Therapien. Die Selbsthilfegruppe ist aber auch politisch sehr wichtig, denn Krankheitsbilder, die von der Öffentlichkeit nicht wahrgenommen werden laufen Gefahr, keine Mittel für die weitere Erforschung und Verbesserung von Therapie und Diagnostik zu erhalten. Ich wünsche deshalb der Selbsthilfegruppe und dieser Broschüre viel Erfolg und allen Patientinnen eine dauerhafte Genesung.“

Prof. Dr. med. Karl Ulrich Petry

Chefarzt Gynäkologie
Gynäkologisches Krebszentrum
Klinikum der Stadt Wolfsburg



Liebe Patientinnen, liebe Angehörige,

schaut man ins Internet oder in die großen Publikumszeitschriften, so sind diese voll mit Berichten über Betroffene und Ratschläge für Patienten mit Brust- oder Darmkrebs. Das Thema Vulvakarzinom wird jedoch weiterhin ignoriert. Es ist ein Thema, über das keiner spricht. Das bedeutet, dass auch Betroffene häufig suchen müssen, um angemessene Antworten auf ihre zahlreichen Fragen zu bekommen. Dabei wissen wir, dass gerade bei dieser Erkrankung immer mehr jüngere Frauen betroffen sind, dass insbesondere die Zahl der Erkrankungen bei den Vorstufen deutlich zugenommen haben. Hier ist das Wichtigste, die Betroffenen über die Möglichkeiten der Behandlung, insbesondere über die aktuellen Leitlinien zur Behandlung zu informieren, um damit die immer noch häufig durchgeführten Überbehandlungen, aber auch die Untertherapien zu vermeiden.

Frage:

„Ist es sinnvoll, wenn betroffene Frauen zusätzlich zur Betreuung durch den Hausgynäkologen regelmäßig in die Dysplasiesprechstunde gehen?“

Antwort:

„Eine Frau, bei der im Rahmen der routinemäßigen Vorsorge kein auffälliger Befund erhoben wurde, braucht auf jeden Fall nicht in eine Dyplasiesprechstunde zu gehen. Bei wiederholten Auffälligkeiten oder therapieresistenten Beschwerden sollte jedoch unbedingt eine Dyplasiesprechstunde aufgesucht werden.“

Prof. Dr. med. Peter Mallmann

Direktor der Universitäts-Frauenklinik Köln
Leiter des Gynäkologischen Krebszentrums

Information und Zusammenarbeit ergibt ein gutes Team!



Prof. Dr. Schmalefeld



PD Dr. Wölber

Ein großes Problem beim Thema „Vulvakarzinom und Vorstufen“ ist die mangelnde Aufklärung von Ärzten und betroffenen Patientinnen. Die VulvaKarzinom-SHG e.V. engagiert sich deswegen für bessere Information und gegen Tabuisierung auf beiden Seiten und hat mit der hier vorliegenden Broschüre einen wichtigen Schritt für betroffene Frauen getan.

Die Behandlung eines Vulvakarzinoms sollte immer individuell an das Krankheitsstadium und die Bedürfnisse der einzelnen Patientin angepasst sein. Oberste Ziele der Therapie sind die komplette Entfernung des Tumors, gleichzeitig aber auch die Vermeidung verstümmelnder und entstellender Behandlungsergebnisse. Um die Versorgung betroffener Frauen weiter zu verbessern, müssen alle Seiten eng zusammenarbeiten!

Zusätzlich ist es wünschenswert, das Verständnis dieser immer noch seltenen Krankheit zu verbessern und weitere Erkenntnisse über ihre Entstehung und Ausbreitung zu erlangen, um notwendige Therapien verbessern zu können. Betroffene Frauen sollten deshalb, wenn möglich, an spezialisierten Zentren/Kliniken betreut werden, die einerseits nach Beendigung der Therapie weiter eine regelmäßige Überwachung anbieten, andererseits die dabei erhobenen Ergebnisse auch wissenschaftlich auswerten. Nur so sind eine optimale Qualitätskontrolle und eine Verbesserung der Behandlung möglich.

Ein wichtiger Aspekt nach Beendigung der Krebsbehandlung sind darüber hinaus persönlicher Halt und Unterstützung im Alltag, um eventuelle psychische und körperliche Folgen der Erkrankung zu verarbeiten.

All dieses können wir nur gemeinsam bewältigen: Informierte Patientinnen, spezialisierte Ärzte, Strahlentherapeuten, Psychoonkologen, Fachpflegekräfte, Physiotherapeuten und engagierte Selbsthilfegruppen wie die VulvaKarzinom-SHG e.V., ein starkes Team gegen den Krebs, das die Betroffenen in den Mittelpunkt stellt.

Frage:

„Wann ist es möglich eine Sentinel-Operation durchzuführen, um eine komplette Entfernung der Leistenlymphknoten zu vermeiden?“

Antwort:

„Die Sentinelmethode kommt grundsätzlich für alle Frauen in Frage, bei denen in der Leiste keine vergrößerten Lymphknoten tastbar sind.“

Zusätzlich sollte auch im Ultraschall kein auffälliger Lymphknoten darstellbar sein.

Aus den bisherigen Studien hat sich ergeben, dass die Methode am sichersten ist, wenn es sich um einen Einzel-Tumor handelt der maximal 4 cm groß ist.

Wichtig ist, dass der Sentinel-Lymphknoten nach der Entfernung auf spezielle Weise untersucht wird, um auch kleinste Tumorabsiedlungen zu erkennen. Für den Fall, dass der Wächterlymphknoten tumorbefallen ist, müssen alle Leistenlymphknoten entfernt werden um sicherzugehen, dass kein Tumor in den übrigen Lymphknoten zurückbleibt.“

Ihr Team des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

Gynäkologisches Krebszentrum

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Jede Patientin benötigt eine individuelle Beratung und ein maßgeschneidertes therapeutisches Konzept



Prof. Dr. S. Mahner



Prof. Dr. C. Dannecker

Jede Patientin ist anders, jedes Vulvakarzinom ist anders und jede Krebsvorstufe ist anders. Und das gilt es bei der Festlegung der Therapie zu berücksichtigen. Dabei gibt es ein breites therapeutisches Spektrum, das von der organerhaltenden Lasertherapie bis hin zu größeren Vulvaoperationen mit plastisch-rekonstruktiven Operationstechniken reicht.

Deshalb müssen die Möglichkeiten verschiedener Behandlungskonzepte ausführlich mit jeder betroffenen Frau besprochen werden, bevor gemeinsam ein individualisierter Behandlungsplan erarbeitet wird. Die Sicht der betroffenen Patientin, die persönliche Lebenssituation, Ängste und Hoffnungen finden im ärztlichen Gespräch Berücksichtigung. Das zusätzliche Gespräch mit anderen betroffenen Frauen ist dabei ein sehr wertvoller Beitrag der Begleitung erkrankter Frauen. Hierfür ist die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen wie der VulvaKarzinom-SHG e.V. von grosser Bedeutung. Wir freuen uns sehr, entsprechende Gesprächsangebote für betroffene Frauen auf diese Weise zu ermöglichen.

Ein individuelles Therapiekonzept sollte stets auch die Funktion und das Erscheinungsbild der Vulva berücksichtigen, ohne die onkologische Sicherheit zu schmälern. Was bedeutet das? Im Fall eines Karzinoms etwa ist die vollständige Entfernung des Tumors im Gesunden (RO-Resektion) Ziel der Operation. Knappere Abstände erscheinen bei guter operativer

Technik und akkurater Beurteilung des Operationspräparats ausreichend. So kann oft – selbst bei klitorisnahe Sitz des Tumors – die Klitoris und andere wichtige Strukturen der Vulva erhalten werden. Gleichzeitig ermöglichen moderne operative Techniken unter Einbeziehung plastisch-rekonstruktiver Verfahren bei entsprechender Erfahrung des Operateurs den Erhalt der Funktion der Vulva und eine weitgehend normale Anatomie. Hierdurch kann die Lebensqualität der betroffenen Frauen in den meisten Fällen erhalten bleiben, bzw. wieder hergestellt werden.

Frage:

„Auf welche Qualitätskennzeichen können betroffene Frauen bei VIN und Vulvakarzinom achten, um eine schonende, Stadiengerechte Therapie für ein Maximum an Lebensqualität erhalten zu können?“

Antwort:

„Betroffene Frauen können sich etwa anhand der vorliegenden Broschüre über die Möglichkeiten der Diagnostik und der Therapie informieren.

Im Arzt-Patientinnengespräch sollte deutlich werden, dass alle therapeutischen Optionen angeboten werden können (inklusive Lasertherapie, plastisch-rekonstruktive Techniken, Mikrochirurgie, Sentinel-Lymphknoten, Strahlentherapie, Chemotherapie und zielgerichteter (z.B. Antikörper-)Therapien). Patientinnen sollten sich nicht scheuen, ihren Operateur nach seinen Erfahrungen speziell mit der Therapie des Vulvakarzinoms zu fragen, um weitere Anhaltspunkte zu erhalten, ob sie sich in erfahrenen Händen befinden und gut aufgehoben sein könnten.“

Prof. Dr. med. Sven Mahner

Direktor der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Leiter des gynäkologischen Krebszentrums
Klinikum der Universität München

Prof. Dr. med. Christian Dannecker

Stellv. Direktor der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Leiter der zertifizierten Dysplasie-Einheit
Klinikum der Universität München



Hilfe zur Selbsthilfe - Wo finden Sie Informationen?

Schritt I – Internet

www.VulvaKarzinom-SHG.de

Das Vulvakarzinom und seine Vorstufen gehören zu den seltenen Erkrankungen. Wir, die davon betroffenen Frauen, hatten KEINE Selbsthilfegruppe vor Ort, um unsere Sorgen und Nöte dort miteinander austauschen zu können. Die einzige Möglichkeit, Mitbetroffene zu finden, war die, eine Präsenz im Internet zu schaffen.

Eines der größten Probleme bei dieser Erkrankung ist generell die mangelnde Aufklärung und speziell die Darstellung unterschiedlicher Behandlungsmethoden.

Darum haben wir die Resultate unserer über ein Jahrzehnt währender Selbsthilfearbeit (VulvaKarzinom-SHG e.V.) nach Vereinsauflösung 2019 als Zusammenfassung auf einer informativen Homepage neu zusammengestellt. Denn die wertvollen Informationen für betroffene Frauen sollten nicht verloren gehen.

Schritt II – mündige Patientin

Nach der Lektüre der Homepage und dieser Informationsbroschüre verfügen Sie über wichtiges Basiswissen zur Erkrankung. Somit sind Sie in der Lage als mündige Patientin an Ihrer notwendigen Behandlung teilzunehmen, bzw. notwendige Entscheidungen auf der Basis aktueller Informationen gemeinsam mit Ihren Ärzten treffen zu können.

Schritt III – Ansprechpartnerin

Für Menschen ohne Internetzugang gibt es die Möglichkeit, sich telefonisch auszutauschen.

Regional übergreifend

Enzia Selka, Telefon: 0176 54059536 (15:00 –17:00 Uhr)
E-Mail: Enzia.Selka@VulvaKarzinom-SHG.de

Die Ansprechpartnerin ist selbstverständlich auch für Angehörige zu den angegebenen Zeiten von **Montag bis Freitag** zu erreichen.

„Einem schweigenden Mund ist nicht zu helfen“
Sprichwort



Begriffserklärungen

Adenokarzinome – gehören zu den bösartigen Zellveränderungen, die vom Deck- oder Drüsengewebe ausgehen.

Adjuvante Therapie – Als adjuvante Therapie bezeichnet man in der Medizin ergänzende oder unterstützende Therapiemaßnahmen (sicherheitshalber zusätzlich nach der Operation durchgeführt). In der Onkologie bezeichnet der Begriff bei Krebserkrankungen eine Therapie, die nach vollständiger operativer Entfernung aller erkennbaren Tumoranteile angewandt wird, um mögliche, bisher aber noch nicht nachweisbare Tumorabsiedlungen (Mikrometastasen) zu bekämpfen und dadurch die langfristigen Heilungsaussichten zu verbessern.

Anamnese – die im Gespräch ermittelte Vorgeschichte eines Patienten in Bezug auf seine aktuelle Erkrankung.

Anschlussrehabilitation (AHB) – medizinische Rehabilitationsmaßnahme, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt durchgeführt wird.

Bartholinsche Drüse – ist eine doppelte zusätzliche Geschlechtsdrüse der Frau, die in den Scheidenvorhof, zwischen die kleinen Schamlippen mündet. Ausgehend von diesen Drüsen, kann in seltenen Fällen ein Karzinom ausgebildet werden.

Basalzellkarzinome (Basaliome) – entstehen aus Zellen der Basalzellschicht der Haut und den Wurzelscheiden der Haarfollikel. Die Tumoren können aggressiv in das umgebende Gewebe hineinwachsen und dabei auch Knorpel und Knochen befallen. Sie siedeln sich äußerst selten in anderen Organen an, bilden also im Regelfall keine Tochtergeschwulste (Metastasen).

benigne Tumoren – sind gutartig, verdrängen durch ihr Wachstum umliegendes Gewebe, durchwachsen (infiltrieren) es aber nicht und bilden keine Absiedlungen.

Biopsie – Fachbegriff aus der Medizin für die Entnahme und Untersuchung von Material (meist Gewebe). Die Erkenntnisse aus einer Biopsie lassen Aussagen zu krankhaften Änderungen des feingeweblichen Aufbaus (Pathohistologie) des untersuchten Gewebes zu. Insbesondere die Fragestellung, ob es sich bei Tumoren um bösartige oder gutartige handelt, kann in der Regel nur durch eine Biopsie geklärt werden.

Carcinoma in situ (CIS) – Begriff ist veraltet, jetzt VIN = Krebsvorstufe, keine bösartige Erkrankung.

Chemotherapie – medikamentöse Therapie von Krebserkrankungen.

Chlamydien – bilden eine Familie der Bakterien. Beim Menschen lösen Chlamydien insbesondere Erkrankungen (Chlamydiose) der Schleimhäute

im Augen-, Atemwegs- und Genitalbereich aus, mit teilweise schwerwiegenden Folgen wie Erblindung oder Unfruchtbarkeit.

CO₂-Laser (Kohlendioxidlaser) – ist ein elektrisch angeregter Gaslaser, der in der Medizin in sehr vielen unterschiedlichen Bereichen eingesetzt wird. Der CO₂-Laser gilt als "klassischer" chirurgischer Laser. Im Gegensatz zu anderen Lasern ist seine Wirkung auf das Gewebe direkt sichtbar. CO₂-Laser werden entweder als Skalpell zum Schneiden, oder als Oberflächenlaser zur breitflächigen Abtragung (Vaporisation / Verdampfung) von Gewebe eingesetzt.

Computertomographie Abkürzung CT – ist die rechnerbasierte Auswertung einer Vielzahl aus verschiedenen Richtungen aufgenommener Röntgenaufnahmen eines Menschen oder Objektes, um ein dreidimensionales Bild zu erzeugen. Es handelt sich dabei um ein schnittbildgebendes Verfahren. Es wird auch CT-Scan oder CAT-Scan (von computed axial tomography) abgekürzt.

dermale Papille – ist die aus Bindegewebe, feinsten Blutgefäßen und Nervenfasern aufgebaute Zone, die in den untersten Anteil des Haares hineinragt. Sie ist die Steuerungs- und Versorgungszentrale des Haarfollikels.

Diagnostik – Die Methoden der Diagnosefindung (z. B. Anamneseerhebung, körperliche Untersuchung, Anwendung bildgebender Verfahren wie Röntgen/MRT oder Analytik mit Laborwerten des Blutes und anderen Körperflüssigkeiten) werden mit dem Begriff der Diagnostik zusammengefasst.

Dysplasie – Zellveränderungen, die sich von normalen Zellen in der Kernform, Kern-Plasmarelation und Chromatinanfärbung unterscheiden. (Chromatin ist das Material, aus dem die Chromosomen bestehen.) Es handelt sich um einen Komplex aus DNA und Proteinen. Der Name kommt von griech. chroma (Farbe), weil sich Chromatin mit basischen Kernfarbstoffen anfärben lässt.

Dysplasiesprechstunde – Spezialsprechstunde (eigentlich: Untersuchung) für Frauen mit Erkrankungen der Zervix (Gebärmutterhals), der Portio (Muttermund), Vagina (Scheide) und Vulva (Schamlippen). Bei diesen Erkrankungen kann es sich um entzündliche Veränderungen, Infektionen (z. B. Kondylome, sog. Feigwarzen) oder aber auch um dysplastische Veränderungen handeln.

Elephantiasis – ist eine abnorme (riesige) Vergrößerung eines Körperteils durch Schwellungen der Lymphknoten und -bahnen im Bindegewebe. Meist sind die Beine oder die äußeren Geschlechtsteile betroffen.

Epidemiologie – ist jene wissenschaftliche Disziplin, die sich mit den Ursachen und Folgen sowie der Verbreitung von gesundheitsbezogenen Zuständen und Ereignissen beschäftigt. Die Epidemiologie untersucht jene

Faktoren, die zu Gesundheit und Krankheit von Individuen und Populationen beitragen.

Epithel – eine biologisch-medizinische Sammelbezeichnung für Deckgewebe und Drüsengewebe.

Essigtest – Essigreaktion – Untersuchungsmethode - veränderte Zellen werden so sichtbar gemacht. Durch die aufgebrauchte Essigsäure (3 - 5%) kommt es zum Aufquellen und zur Weißfärbung veränderter Gebiete.

fakultativ – möglich, aber nicht zwingend erforderlich oder eintreffend.

Gamma-Sonde – Die Zuordnung der Sentinel-Lymphknoten erfolgt mittels Gamma-Sonde (Messgerät für radioaktive Strahlung).

Grading – Einstufung (hier der Aggressivität des Tumors).

Hautlappenplastik – Verwendung von körpereigenen Hautlappen aus der Nachbarschaft des Operationsgebietes zur Wundabdeckung oder zum Wiederaufbau.

Hemivulvektomie – Teil- oder Halbentfernung der Vulva.

Herpesviren vom Typ 2 - Herpes genitalis - HSV2 – Virusinfektion, die durch Herpesviren vom Typ HSV2 verursacht wird. Der Genitalherpes gehört zu den häufigsten sexuell übertragbaren Krankheiten. Symptome des Genitalherpes sind Bläschen an den Genitalien. Die Ansteckung mit HSV2 erfolgt hauptsächlich ab der Pubertät, bzw. mit dem Beginn intimer Kontakte. Etwa 20 bis 30% der Erwachsenen in Deutschland besitzen Antikörper gegen dieses Virus. Die Ausprägung der Erkrankung variiert stark. Manche Menschen bekommen nie auch nur ein Herpesbläschen, obwohl sie das Virus in sich tragen. Andere zeigen starke Symptome. Es gibt Möglichkeiten, die Erkrankung gezielt zu behandeln; das Virus vollständig aus dem Körper zu entfernen ist jedoch nicht möglich.

Histologie – bezeichnet den unter dem Mikroskop sichtbaren Gewebeaufbau. Eine histologische Untersuchung wird an entnommenem Gewebe durch einen Pathologen durchgeführt und dient der Diagnosestellung. Die histologische Diagnose weist den höchsten Sicherheitsgrad aller Diagnoseverfahren auf.

Humane Papillomviren (HPV) – bilden eine Gruppe von DNA-Viren, die in Low-risk- und High-risk-Viren eingeteilt werden (siehe Seite 13).

immunsupprimiert – Unterdrückung der körpereigenen Abwehrkräfte z.B. durch Gabe von Medikamenten wie Cortison oder durch Erkrankungen wie AIDS.

Indikation – leitet sich vom lateinischen Wort "indicare" (anzeigen) ab. Bezeichnung des Grundes in der Medizin für den Einsatz einer therapeutischen oder diagnostischen Maßnahme. Es steht grundsätzlich dafür, ob bei einem bestimmten Krankheitsbild der Einsatz einer

bestimmten Maßnahme angebracht ist. (Bei Krankheitsbild "X" ist das Heilverfahren "Y" angebracht.) Der Begriff findet sich häufig in Zusammenhang mit Operationen, man spricht dann von der Operationsindikation.

Infiltrationstiefe – Eindringtiefe (in das Gewebe).

Interdisziplinarität (interdisziplinär) – ist die fachübergreifende Arbeitsweise und umfasst mehrere voneinander unabhängige Einzelwissenschaften, die einer meist wissenschaftlichen Fragestellung mit ihren jeweiligen Methoden nachgehen.

intraoperativ – bedeutet während eines chirurgischen Eingriffs bzw. während einer Operation.

Introitus – medizinisch = Scheideneingang.

Invasionstiefe – die Tiefe des Eindringens eines malignen Tumors in das umliegende Gewebe.

invasiv – Invasion bedeutet Überschreiten von Gewebsgrenzen und ist ein typisches Merkmal von einer bösartigen Erkrankung.

irreversibel – nicht mehr umkehrbar, nicht wieder rückgängig zu machen, bleibend.

Kolposkopie / Vulvoskopie – gynäkologisches Untersuchungsverfahren. Dabei betrachtet der Gynäkologe die Vulva mit einer Vergrößerungsoptik (z. B. 30-fach), dem Kolposkop. Eine wichtige Bedeutung hat die Kolposkopie in der Erkennung von Zellveränderungen.

Komplikation – eine unerwünschte Folge einer Krankheit, eines Eingriffs oder eines Medikaments, die nicht im engeren Sinn zum Krankheitsbild gehört.

Kondylome (Condylomata acuminata) – sind auch unter dem Begriff Feigwarzen und Feuchtwarzen bekannte Genitalwarzen. Es handelt sich um eine sexuell übertragbare Viruserkrankung (HPV) von der Niedrigrisikogruppe.

Lasertherapie – Im Bereich der Vulva können nicht invasive Veränderungen mit dem Laser entfernt werden. Störende Faktoren wie Narbenbildungen werden so stark reduziert oder verhindert und es kann eine sehr gute Wundheilung erreicht werden.

Läsion – Schädigung, Verletzung oder Störung.

Latenz (Verborgenheit) – steht für: Latenzzeit, den Zeitraum zwischen einem verborgenen Ereignis und dem Eintreten einer sichtbaren Reaktion darauf.

Leukoplakie(n) (Weißschwienkrankheit) – Bei der Leukoplakie handelt es sich um weiße, nicht abwischbare Bezirke der Schleimhaut von Mund oder dem Genitale, die keiner anderen bekannten Krankheit zugeordnet werden können. Es handelt sich dabei um eine Verhornungsstörung. Die Flecken machen zunächst keine Beschwerden und werden oft eher zufällig entdeckt. Doch da diese Veränderungen Krebs auslösen können, müssen sie auf jeden Fall entfernt werden.

Lichen sklerosus (LS) – ist eine chronisch entzündliche, nicht ansteckende Hauterkrankung, die vermutlich zu den Autoimmunerkrankungen zu zählen ist. LS ist - bis auf die sogenannte extragenitale Form - (ca. 10 bis 15%) vorwiegend genital lokalisiert. Der LS ist eine seltene Erkrankung, die sowohl Frauen als auch Männer betrifft. Bei der Frau können Schamlippen, Klitoris / Klitorisvorhaut sowie perianale (um den Anus herum) Regionen betroffen sein.

Lymphdrainage – spezielle Massage zur Entstauung von Flüssigkeitsansammlungen (Ödemen).

Lymphknoten – „Filterstation“ für die Lymphe (Gewebswasser), gehört zum Lymphsystem. Jeder Lymphknoten ist für die Aufnahme und Filtration der Lymphe einer Körperregion zuständig. Lymphknoten gehören zum Abwehrsystem (Immunsystem) eines Organismus.

Lymphödem – Schwellung und zunehmende Verhärtung des Bindegewebes infolge einer Lymphabflussbehinderung. Die Behandlung ist langwierig, eine Heilung oft nicht möglich, auch nicht durch Operation.

Lymphonodektomie oder **Lymphadenektomie** – operative Entfernung von Lymphknoten. Sie wird häufig im Rahmen der Resektion (Entfernung) von malignen Tumoren durchgeführt.

Lymphozele – die Ansammlung von Lymphflüssigkeit in einem anatomisch dafür nicht vorgesehenen Raum

Lymphsystem – Teil des Abwehrsystems (Immunsystems) welches gegen Krankheitserreger, Fremdpartikel und krankhaft veränderte Körperbestandteile (z. B. Tumorzellen) schützt.

maligne Tumoren – sind bösartige Tumoren. Diese Tumoren werden auch als Krebs bezeichnet. Sie wachsen in umgebendes Gewebe ein und zerstören es, außerdem setzen sie durch Verbreitung über das Blut (hämatogen) oder die Lymphe (lymphogen) Tochtergeschwulste.

Manifestation – Dinge, die erkennbar oder sichtbar werden. In der Medizin kann sich beispielsweise ein Verdacht oder eine Vermutung auch in Form eines Symptoms manifestieren.

Marnitz-Massage – Tiefenmassage korrespondierender Zonen, "Schlüsselzonen"-Behandlung.

medizinische Rehabilitation – Wiederherstellung von körperlichen Funktionen, Organfunktionen und gesellschaftlicher Teilhabe mit physiotherapeutischen und ergotherapeutischen Maßnahmen, Mitteln der klinischen Psychologie und Anleitungen zur Selbstaktivierung.

Melanome – auch schwarzer Hautkrebs genannt, ist ein bösartiger Tumor der Pigmentzellen. Er neigt dazu, früh Metastasen über Lymph- und Blutbahnen zu streuen. Neben Melanomen der Haut (cutanes Melanom) gibt es auch Melanome der Schleimhäute, des Auges (Bindehautmelanom, Aderhautmelanom), des Zentralnervensystems und der inneren Organe.

Metastasen – sind Absiedlungen eines Tumors in entfernt gelegenem Gewebe. Die lateinische Bezeichnung ist Filia (dt. die Tochter) und bedeutet die Tochtergeschwulst.

Mons pubis – wird auch als „Schamhügel“, „Schamberg“, „Venushügel“ oder in der medizinischen Fachsprache auch mons veneris bezeichnet. (Die aus Fettgewebe bestehende leichte Erhebung über dem weiblichen Schambein wird so bezeichnet.) Der Venushügel beginnt an der Stelle, wo die äußeren Schamlippen vorne zusammenlaufen (Commissura labiorum anterior). Er ist im natürlichen Zustand mit Schamhaaren bedeckt.

Morbidität – (lat. morbidus „krank“) ist eine statistische Größe in der Medizin. Unter ihr versteht man die Krankheitshäufigkeit bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe. Sie wird bestimmt durch die Prävalenz (Rate bereits Erkrankter) und die Inzidenz (Rate der Neuerkrankungen) innerhalb einer vorgegebenen Zeitperiode. Aus der Morbiditätsrate kann die Erkrankungswahrscheinlichkeit lediglich abgeschätzt werden.

Morbus Bowen – ist eine veraltete Bezeichnung für eine schwere Dysplasie.

Mortalität – Begriff der Todesursachenstatistik. Sie bezeichnet die Anzahl der Todesfälle, bezogen auf die Gesamtanzahl der Menschen oder, bei der spezifischen Sterberate, bezogen auf die Anzahl der betreffenden Population (betroffene Personen), meist in einem bestimmten Zeitraum.

Nanokolloid – radioaktiv angereicherte Substanz (winzige Eiweißpartikel) zum Auffinden von z. B. Sentinellymphknoten.

obligat – unwiderruflich, definitiv, feststehend, verpflichtend.

obsolet – (nicht mehr gebräuchlich sein, an Geltung verlieren) bezeichnet generell Veraltetes, meist Normen oder Therapien.

Ödem – eine Schwellung des Gewebes aufgrund einer Einlagerung von Flüssigkeit aus dem Gefäßsystem.

Onkologie – ist die Wissenschaft, die sich mit bösartigen Erkrankungen befasst. Es ist der Zweig der Medizin, der sich der Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge von malignen Erkrankungen widmet.

Palliativtherapie – umfasst alle Behandlungen, die nicht mehr auf die Heilung einer Krankheit ausgerichtet sind, sondern Patienten eine möglichst schmerzfreie restliche Lebenszeit ermöglichen sollen.

Paraurethraldrüse oder Skene-Drüse – ist die sogenannte weibliche Prostata, also eine zusätzliche Geschlechtsdrüse. Diese Drüsen besitzen mehrere Ausführungsgänge, die in den Endabschnitt von Harnröhre und rechts und links der Harnröhre münden.

Pathologie – „Lehre von den abnormen und krankhaften Vorgängen und Zuständen im Körper („pathologische Anatomie“) und deren Ursachen“. Pathologisch bedeutet im medizinischen Fachjargon so viel wie „krankhaft“, aber auch „krankheitsbezogen“.

Persistenz – etwas mit dauerhafter Beschaffenheit oder Beharrlichkeit, in der Medizin das Überdauern von Krankheitserregern in bestimmten Rückzugsräumen im Körper.

physikalisch – mechanisch, thermisch, thermodynamisch, akustisch, optisch.

Plattenepithel – so wird das an vielen äußeren und inneren Oberflächen vorkommende Gewebe bezeichnet. Es entsteht aus mehreren Zelllagen, die wie Platten übereinander geschichtet sind. Die Grenze zum darunter liegenden Gewebe bildet die Basalmembran. In Abhängigkeit davon, ob eine Hornschicht vorhanden ist, unterscheidet man verhorntes (z.B. Haut) von unverhorntem Plattenepithel. (z.B. Schleimhaut). Bösartige Tumoren, die in diesem Gewebe entstehen, bezeichnet man als Plattenepithelkarzinom.

Plattenepithelkarzinom – ein Karzinom, das nur das Plattenepithel befällt. Mehrschichtig und nicht verhornt ist das Plattenepithel typisch für Schleimhäute. Die oberste Schicht der Körperhaut besteht aus verhorntem Plattenepithel. Die Vulva enthält sowohl verhorntes als auch nicht verhorntes Plattenepithel.

Positronen-Emissions-Tomographie (PET) – ist ein bildgebendes Verfahren der Nuklearmedizin, das Schnittbilder von lebenden Organismen erzeugt, indem es die Verteilung einer schwach radioaktiv markierten Substanz (Radiopharmakon) im Organismus sichtbar macht und damit biochemische und physiologische Funktionen abbildet (funktionelle Bildgebung).

Präkanzerose – ist eine Gewebeveränderung oder ein Tumor, der eine mögliche Vorstufe einer Krebserkrankung darstellt oder sich im Übergangsstadium zum Krebs befindet.

Prävention – medizinisch für Vorbeugung.

primär – wichtig, hauptsächlich, erstrangig, ursprünglich.

Progredienz – das Fortschreiten, zunehmende Verschlimmerung einer Krankheit

Psychoonkologie – relativ neue interdisziplinäre Form der klinischen Psychologie bzw. Psychotherapie, welche sich mit den psychischen und sozialen, einschließlich sozialrechtlichen Bedingungen, Folgen und Begleiterscheinungen einer Krebserkrankung (onkologische Erkrankung) befasst.

psychosozial – soziale Gegebenheiten betreffend, die die Psyche beeinflussen.

R0-Resektion – Tumorentfernung im gesunden Gewebe, Entfernung mit ausreichendem "Sicherheitsabstand" zum Tumor.

Radiochemotherapie (RCT) – ist eine Kombination aus Strahlentherapie und Chemotherapie zur Behandlung von bösartigen Tumoren, die oft wirksamer ist als eine alleinige Strahlentherapie.

Radiotherapie (Strahlentherapie) – (auch Strahlenheilkunde, Radioonkologie) ist das medizinische Fachgebiet, das sich mit der medizinischen Anwendung von ionisierender (radioaktiver) Strahlung auf den Menschen beschäftigt, um Krankheiten zu heilen oder deren Fortschreiten zu verzögern.

Rekonstruktion – wiederherstellende Methoden der Medizin zur Wiederherstellung von Körperteilen in Funktion und/oder Aussehen – plastische Chirurgie.

Rektum oder Rectum – ist ein Teil des Enddarms und damit des Dickdarms, Mastdarm genannt, er dient der Zwischenspeicherung des Kots, d. h. der unverdaulichen und unverträglichen Nahrungsreste. Das Rektum ist beim Menschen etwa 15–30 cm lang. Die untersten 4 cm sind aber bereits dem Anus zuzurechnen. Das Ende des Analkanals ist bereits mit einem mehrschichtigen Plattenepithel ausgekleidet und nicht mehr mit einer Darmschleimhaut. Seine Lage im Körper ist im sogenannten kleinen Becken zwischen der Harnblase (bei der Frau noch der Gebärmutter und der Scheide) und dem Kreuzbein. Die hintere Begrenzung ist der Schließmuskel.

reversibel – umkehrbar, wieder rückgängig zu machen.

Rezidiv – Wiederauftreten („Rückfall“) einer Krankheit. Der Begriff Rezidiv spielt bei der Behandlung von Krebs eine Rolle. Ursache ist meist eine unvollständige Entfernung des Tumors, die nach einiger Zeit zu einem erneuten Auftreten der Krankheit führen kann. Wer in den fünf Jahren nach der Behandlung eines Tumors kein Rezidiv erfährt, gilt nach allgemeiner Norm als geheilt; selbstverständlich kann nach dieser Zeit eine komplette erneute Erkrankung an Ort und Stelle noch auftreten.

risikoadaptiert – an das Risiko angepasst - „So viel wie nötig, so wenig wie möglich“.

Sarkome – sind bösartige Tumore, die vom Stützgewebe (Bindegewebe, Knochen, Knorpel, Muskel, Fettgewebe) ausgehen und frühzeitig in die Blutgefäße metastasieren.

Schambein (Os pubis) – ist ein winkelförmiger Knochen und Teil des Beckens. Es ist beidseitig vorhanden, wobei beide Schambeine in der Mittellinie durch die Schambeinfuge (Symphysis pubica) – eine faserknorpelige Verbindung – verbunden sind, damit sich die Beckenknochen geringfügig zueinander bewegen können.

semimaligne Tumoren – setzen in der Regel keine Tochtergeschwulste, zerstören aber umliegendes Gewebe und wachsen in dieses hinein (Destruktion und Infiltration).

Sentinel-Lymphknoten – Pförtner- oder Wächterlymphknoten.

Serom – Ansammlung von Lymph- oder Blutflüssigkeit in Gewebeshöhlräumen.

Staging – Als Stadienbestimmung oder „Staging“ (englisch) bezeichnet man in der Onkologie das diagnostische Vorgehen im Anschluss an die Diagnose eines bösartigen Tumors. Es dient der Feststellung des Ausbreitungsgrades und damit als Basis für die Entscheidung, zu welcher Therapie dem Patienten geraten wird.

Stroma – ist das stützende, lockere Bindegewebe eines Organs. Es enthält meist Nerven sowie Blut- und Lymphgefäße.

Stromainvasion – ist das Eindringen von Krebszellen in das umgebende Bindegewebe.

Syphilis – ist eine Infektionskrankheit, die zur Gruppe der sexuell übertragbaren Erkrankungen gehört. Der Erreger der Syphilis ist das Bakterium *Treponema pallidum*. Typisch ist ein Beginn mit schmerzlosen Schleimhautgeschwüren und Lymphknotenschwellungen. Die Diagnoseerstellung geschieht hauptsächlich durch den Nachweis von Antikörpern. Die Syphilis ist durch die Gabe von Antibiotika, unter anderem Penicillin, heilbar.

Szintigrafie – bildgebendes Verfahren der nuklearmedizinischen Diagnostik.

TNM(R)-Klassifikation – (auch: TNM-System; engl.: TNM Classification of Malignant Tumours oder kurz TNM staging system) ist eine Klassifikation der Tumorausdehnung, die sich unterteilt nach Primärtumor (T), regionale Lymphknoten (N) und Fernmetastasen (M). Das R bezeichnet den Resttumor (Residualtumor).

Tumor, Geschwulst/Schwellung – steht in der Medizin für eine umschriebene Zunahme des Gewebsvolumens jedweder Ursache. Tumoren sind Gewebeeränderungen, die auch vererblich, aber nicht ansteckend sind. Ihre Einteilung erfolgt nach ihrem biologischen Wachstumsverhalten und nach dem Ursprungsgewebe.

In Abhängigkeit von der Dignität des Tumors, also seiner Fähigkeit Metastasen auszubilden, unterscheidet man benigne (gutartige), maligne (bösartige) und semimaligne Tumoren.

Tumorinfiltration – Eindringen des Tumors in umliegendes Gewebe, in die Tiefe und Breite gehend.

Tumorklassifikation – Tumorlokalisation wird durch die International Classification of Diseases (ICD) bestimmt; Tumorausdehnung wird durch die TNM-Klassifikation bestimmt

Tumormarker – sind entweder Bestandteile der Krebszellen selbst oder vom Tumor bzw. gesundem Gewebe als Reaktion auf die Krebszellen direkt oder indirekt gebildete Stoffwechselprodukte, zum Beispiel Enzyme oder Hormone, deren erhöhte Konzentration auf einen Tumor oder das Rezidiv eines solchen hindeuten können.

ulzerieren – ein Geschwür bilden.

Vulva – weibliche Scham, bezeichnet die Gesamtheit der äußeren, primären Geschlechtsorgane einer Frau. Der Venushügel (Mons pubis/Mons veneris) und die großen Schamlippen (Labia maiora pudendi) begrenzen als Fettpolster die Vulva. Oft wird die Vulva fälschlicherweise mit Vagina oder Scheide bezeichnet.

Vulväre intraepitheliale Neoplasie (VIN) – Die vulväre intraepitheliale Neoplasie (VIN) ist eine Erkrankung des Plattenepithels (Deckgewebe/Haut) der Vulva. Gilt als Krebsvorstufe/Präkanzerose.

Vulvektomie – bezeichnet die operative Entfernung von Anteilen oder der gesamten Vulva.

Zertifizierte Gynäkologische Zentren – sind Kliniken, die sich einem standardisierten Prüfverfahren unterzogen haben. Diese Verfahren werden z.B. durch die Deutsche Krebsgesellschaft durchgeführt. Geprüft werden dabei vor Ort, ob alle durch die entsprechende Fachgesellschaft definierten Voraussetzungen von der jeweiligen Klinik erfüllt werden. Dazu gehören häufig eine Mindestanzahl von behandelten Patienten, eine Infrastruktur mit geschultem Personal, Dokumentation und schriftlich definierte standardisierte Handlungsabläufe sowie der Nachweis der Kooperation mit notwendigen Fachdisziplinen (Radiologen, Strahlentherapeuten, Psychologen etc.). Zertifiziert werden zukünftig Zentren für die Therapie genitaler Krebserkrankungen. **Zentren für Patientinnen mit Vulvakarzinom alleine gibt es nicht.**

Das Prüfverfahren wurde von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) erstellt. Das Zentrum trägt den Titel Zertifiziertes Gynäkologisches Krebszentrum der DKG und DGGG.

Zytodiagnostik – Beurteilung von Zellen, die aus ihrem Gewebeverband durch Abstrich, Biopsie oder Punktion entnommen wurden. Die Zellen werden mikroskopisch als gefärbtes Präparat auf histologische Veränderungen oder Eigenschaften untersucht, die auf eine Erkrankung hindeuten können.

Zytologie – „Zellehre“ bedeutet in der Biologie die allgemeine Lehre von den Zellen. In der Medizin die Untersuchung von Zellabstrichen (z.B. bei der Krebsvorsorge des Gebärmutterhalskrebs).

Lage- und Richtungsbezeichnungen

Die Lage- und Richtungsbezeichnungen dienen in der Anatomie zur Beschreibung der Position (situs), der Lage (versio) und des Verlaufs einzelner Strukturen. Zum Teil sind diese Bezeichnungen auch Bestandteil anatomischer Namen. Hier sind nur ein paar Bezeichnungen genannt, die relevant (wichtig) sein könnten.

- **anterior** - vorn liegend (beim Menschen identisch mit ventral)
- **bilateral** - bedeutet auf beiden Seiten oder zweiseitig
- **dexter** - rechts
- **ektop** - am falschen Ort gelegen
- **femoral** - den Oberschenkel betreffend.
- **inferior, kaudal** oder **caudal** - unten
- **inguinal** - in der Leiste gelegen.
- **inguino - femoral** - Leistengegend und Oberschenkel betreffend.
- **ipsilateral** - auf der gleichen Seite befindlich
- **kontralateral** - auf der gegenüberliegenden Seite befindlich
- **lateral** - zur Seite hin gelegen
- **medial** - zur Mitte hin gelegen
- **median** - in der Mitte gelegen
- **pelvin** - bedeutet das Becken betreffend oder auf das Becken bezogen.
- **posterior** oder **dorsal** - hinten liegend
- **regionär** - auf einen bestimmten Bezirk ausgedehnt, zugehörig.
- **sinister** - links
- **superior, kranial** oder **cranial** - oben liegend
- **terminal** - am Ende gelegen
- **unilateral** - einseitig

Fragen-Katalog für Patientinnen

Fragen als eine mögliche Orientierungshilfe für Patientinnen

Zur Vorbereitung des Arzttermins oder des OP – Vorgesprüches könnte Ihnen diese Liste helfen, bei der Wahl der Behandlung auf der Grundlage von Fakten mitentscheiden zu können. Diese Liste ist nur ein Anhaltspunkt, Ihre persönlichen Fragen können individuell ergänzt werden.

Welches Stadium der Erkrankung liegt bei mir vor?

- Handelt es sich bei der Zellveränderung im Bereich meiner Vulva um eine bösartige Veränderung (Vulvakarzinom) oder um eine Vorstufe (VIN)? Welches Stadium liegt bei mir vor?
- Hat sich der Krebs bereits über die Vulva hinaus in angrenzende Organe und Strukturen ausgebreitet? Bestehen bereits jetzt Anzeichen für einen Befall meiner Lymphknoten?

Fragen zur Therapie

Bei einer Vorstufe (VIN)

- Bieten Sie/Ihre Klinik die Laserbehandlung (Vaporisation) mit dem CO₂-Laser an?

Bei einem Vulvakarzinom

- Wie soll die OP ausgeführt werden, welche Maßnahmen sind im Detail geplant?
- Kann in meinem Fall Klitoris erhaltend operiert werden? Falls nicht, aus welchen Gründen?
- Besteht gegebenenfalls die Möglichkeit, in derselben OP den Tumor zu entfernen und gleichzeitig mit einer plastischen Rekonstruktion ein ästhetisch zufriedenstellendes und funktionelles Ergebnis zu erzielen?
- Muss ich mit einer Bestrahlung oder einer Chemotherapie rechnen?

Bei einem Vulvakarzinom und der Notwendigkeit, Leistenlymphknoten zu entfernen

- Haben Sie und Ihr Team Erfahrungen mit der Sentinel-Methode? Wie häufig wenden Sie diese Methode pro Jahr an, wie häufig wenden Sie die inguino-femorale Lymphonodektomie pro Jahr an?
- Kann in meinem Fall die Sentinel-Methode zur Anwendung gelangen?
- Worin bestehen die Vorteile und Risiken beim Vergleich der Sentinel-Lymphonodektomie mit der inguino-femorale Lymphonodektomie?

Fragen zur Lebensplanung

- Welche Komplikationen können durch die Therapie und ggf. die Nachbehandlung auftreten?
- Welche Risiken bestehen?
- Wie sehen die Auswirkungen auf mein Leben, z.B. Familie, Partnerschaft, Sexualität und Beruf aus?

- Voraussichtliche Dauer der Behandlung/Operation bzw. des Krankenhausaufenthalts?
- Wann bin ich wieder arbeitsfähig?

Fragen zur Klinik

- Wie viele Vorstufen (VIN) und/oder Vulvakarzinom Patientinnen werden von Ihnen pro Jahr behandelt?
- Sind Sie ein plastischer Chirurg (gynäkologisch/onkologisch) oder besteht die Möglichkeit, einen solchen bei meiner OP hinzuzuziehen?
- Besteht in Ihrer Klinik die Möglichkeit der psycho- oder psychoonkologischen Betreuung?
- Ich denke darüber nach, vor der Entscheidung über die weitere Verfahrensweise zu meiner eigenen Absicherung eine zweite Meinung einzuholen. Ist das für Sie in Ordnung?



Verzeichnisse

Stichwortverzeichnis

- Adenokarzinome 25, 62
- Adjuvante Therapie 62
- AHB 44, 62
- Anamnese 62
- Anatomie 10
- Anschlussrehabilitation 44, 62
- Ansprechpartnerinnen 61
- Bartholinsche Drüse 62
- Basaliome 62
- Basalzellkarzinome 62
- Begriffserklärungen 62
- Behandlung einer Dysplasie 23
- Benigne Tumoren 62
- Biopsie 16, 62
- Carcinoma in situ (CIS) 62
- Chemotherapie 62
- Chlamydien 62
- CO₂-Laser 63
- Computertomographie 63
- Condylomata acuminata 65
- CT 63
- Damm 11
- dermale Papille 63
- Diagnostik 63
- Dysplasie 15, 63
- Dysplasiesprechstunde 16, 63
- Elephantiasis 63
- Epidemiologie 63
- Epithel 64
- Essiglösung 15
- Essigreaktion 64
- Essigtest 64
- Fakultativ 64
- femoral 72
- Gamma-Sonde 64
- Grading 64
- große Schamlippen (Labia
maiora) 11
- Hautlappenplastik 64
- Hemivulvektomie 64
- Herpes genitalis 64
- Herpesviren vom Typ 2 64
- Histologie 64
- HPV 13, 64
- Humane Papillomviren 13, 64
- immunsupprimiert 64
- Indikation 64
- Infiltrationstiefe 65
- inguinal 72
- inguino-femoral 72
- interdisziplinär 65
- Interdisziplinarität 65
- intraoperativ 65
- Introitus 65
- introitus vaginae 11
- Invasionstiefe 65
- invasiv 65
- irreversibel 65
- kleine Schamlippen (Labia
minora) 11
- Klitoris 10
- Kohlendioxidlaser 63
- Kolposkopie 16, 17, 65
- Kommissur 11
- Komplikation 65
- Kondylome 15, 65
- Labia maiora 11
- Labia minora 11
- Lasertherapie 65
- Laserverdampfung *Siehe*
Vaporisation
- Laser-Vulvektomie 27
- Läsion 65
- Latenz (verborgen) 65
- Leukoplakien 15, 66
- Lichen sklerosus 66

Lymphadenektomie *Siehe*
 Lymphonodektomie
 Lymphdrainage 66
 Lymphknoten 35, 66
 Lymphödem 37, 66
 Lymphonodektomie 66
 Lymphsystem,
 Lymphgefäßsystem 35, 66
 maligne Tumoren 66
 Manifestation 66
 Marnitz-Massage 66
 medizinische Rehabilitation 67
 Melanome 67
 Metastasen 67
 Mons pubis 10, 67
 Morbidität 67
 Morbus Bowen 67
 Mortalität 67
 Nachsorge 48
 Nanokolloid 67
 obligat 67
 obsolet 67
 Ödem 67
 Onkologie 67
 onkologische
 Rehabilitationsleistungen 45
 Palliativtherapie 50, 68
 Paraurethraldrüse 68
 Pathologie 68
 pelvin 72
 Perineum 11
 Persistenz 68
 physikalisch 68
 Plattenepithel 68
 Plattenepithelkarzinom 25, 68
 Positronen-Emissions-
 Tomographie (PET) 68
 Präkanzerose 68
 Prävention 68
 primär 68
 primäre Radiochemotherapie 34
 Psychoonkologie 43, 69
 psychosozial 43, 69
 psychosoziale Onkologie 43
 R0-Resektion 69
 Radiochemotherapie 34
 Radiochemotherapie (RCT) 69
 Radioonkologie *Siehe*
 Radiotherapie
 Radiotherapie 34, 69
 RCT *Siehe* Radiochemotherapie,
 Siehe Radiochemotherapie
 Rectum 69
 regionär 72
 Rekonstruktion 69
 Rektum 69
 reversibel 69
 Rezidiv 69
 risikoadaptiert 70
 Sarkome 70
 Schambein 70
 Scheideneingang 11
 semimaligne Tumoren 70
 Sentinel-Lymphknoten 70
 Serom 70
 Skene-Drüse *Siehe*
 Paraurethraldrüse
 Skinning-Vulvektomie 27
 Staging 21, 70
 Strahlenheilkunde *Siehe*
 Radiotherapie
 Strahlentherapie *Siehe*
 Radiotherapie
 Stroma 70
 Symptome 15
 Syphilis 70
 Szintigrafie 70
 TNM 18
 TNM(R)-Klassifikation 18, 70
 Tumor 71
 Tumordinfiltration 71
 Tumorklassifikation 18, 71
 Tumormarker 71
 Vaporisation 26
 Vestibulum 10
 Vorhof der Scheide 10

Vulva 10, 71
Vulvakarzinom 25
vulväre intraepitheliale Neoplasie
71
Vulvektomie 27, 71
Vulvoskopie *Siehe* Kolposkopie

Weißschwielenkrankheit *Siehe*
Leukoplakie
zertifizierte Gynäkologische
Zentren 71
Zytodiagnostik 72
Zytologie 72



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: äußeres Genitale	10
Abbildung 2: weibliches Genitale	11
Abbildung 3: Untersuchungsstuhl mit Kolposkop	16
Abbildung 4: Kolposkop	17
Abbildung 5: Video-Kolposkop	17
Abbildung 6: VIN - Veränderungen gut sichtbar nach Essigreaktion	24
Abbildung 7: Stanzbiopsie	24
Abbildung 8: Vulvakarzinom	25
Abbildung 9: Plattenepithelien	25
Abbildung 10: Darstellung von Sentinellymphknoten in beiden Leisten	32
Abbildung 11: Anzeigegerät der Gammasonde	33
Abbildung 12: intraoperatives Suchen des SLNE der Gamma-Sonde	33
Abbildung 13: Lymphknoten	35
Abbildung 14: das Lymphgefäßsystem und Lymphknotenstationen	37
Abbildung 15: inguinale (Leisten) Lymphknoten	38

Bildrechte

Abbildung 1 VulvaKarzinom-SHG e.V.
Abbildung 3-5 Firma Leisegang
Abbildung 6 Prof. Dr. Karl Ulrich Petry, Wolfsburg
Abbildung 2, 7 VulvaKarzinom-SHG e.V.
Abbildung 8, 11, 12 Prof. Dr. Jörg Schwarz, Reinbek
Abbildung 10 Prof. Dr. Sven Mahner, München

Die oben aufgeführten Bilder sind mit freundlicher Genehmigung für die VulvaKarzinom-SHG e.V. zur Nutzung freigegeben.

Abbildung 9 gemeinfreies Werk der US-Regierung (SEER, www.cancer.gov); Quelle: Wikipedia;
Abbildung 13 gemeinfreies Werk der US-Regierung (SEER, www.cancer.gov); Quelle: Wikipedia
Abbildung 14 Quelle: Wikipedia, Link: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:TE-Lymphatic_system_diagram.svg?uselang=de (geänderte Version des Bildes); Urheber: The Emirr unter Creative Commons Attribution-Share Alike 3.0 Unported Lizenz
Abbildung 15 gemeinfreies Werk der US-Regierung (SEER, www.cancer.gov); Quelle: Wikipedia

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: TNM: Klinische Klassifikation, modifiziert nach WHO 2014	19
Tabelle 2: FIGO: Klassifikation	20
Tabelle 3: Klassifikation: Epithelveränderungen der Vulva	22
Tabelle 4: Auszug aus dem Heilmittelkatalog Lymphödem	42

Information

Zur Erstellung dieser Broschüre wurden die folgenden Informationsquellen herangezogen. Diese Quellen sind nicht als Literatur für betroffene Frauen gedacht, sie dienen als wissenschaftlicher Nachweis des Inhalts der Broschüre.

Quellen

- ¹ Katalinic, A.; Gerdemann, U.; Pritzkuliet,R. Aktuelle Zahlen aus Deutschland zum Vulvakarzinom, Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (GEKID e.V.), Mai 2015
- ² Interdisziplinäre S2k-Leitlinie für die Diagnostik und Therapie des Vulvakarzinoms und seiner Vorstufen, Kommission Vulva Vagina der AGO e.V.; S2K+IDA AWMF 015/059
- ³ MESSING, MARK J. et al.: Carcinoma of the Vulva in Young Women; *Obstetrics & Gynecology* . 86(1):51-54, July 1995.
- ⁴ Munoz N et al.: Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? The international perspective. *Int J Cancer*. 2004 Aug; 11: 278-285
- ⁵ Peyton,C.L., Wheeler,C.M.; Identification of five novel human papillomaviruses in the New Mexico triethnic population; *J. Infect. Dis.* (1994) In press
- ⁶ Wittekind C, Meyer H. UICC TNM Klassifikation maligner Tumoren. Weinheim: Wiley-Blackwell; 2010
- ⁷ Pecorelli S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. *Int J Gynaecol Obstet* 2009; 105: 103-4.
- ⁸ L.-C. Horn et al.: Präkanzerosen der Vulva: Klassifikation, Morphologie und molekulare Pathogenese; *Geburtsh Frauenheilk* 2009; 69: 101-107; DOI: 10.1055/s-0029-1185322
- ⁹ Tavassoli Fa, Devilee P (2003): Pathology and Genetics of Tumours of the Breast and Female Genital Organs (Who/IARC Classification of Tumours). WHO
- ¹⁰ Sideri M, Jones RW, Wilkinson EJ, Preti M, Heller DS, Scurry J, Haefner H, Neill S (2005): Squamous vulvar intraepithelial neoplasia: 2004 modified terminology, ISSVD Vulvar Oncology Subcommittee. *J Reprod Med* 50, 807–810
- ¹¹ Bornstein J et al.(2016) The 2015 International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD) Terminology of Vulvar Squamous Intraepithelial Lesions *Journal of Lower Genital Tract Disease* • Volume 20, Number 1, January 2016
- ¹² Crum C et al. (2014): Tumours of the vulva. Epithelial tumours. In: Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington CS, Young RH (eds): WHO Classification of Tumours of Female Reproductive Organs. Volume 6. IARC, Lyon, 232–234
- ¹³ Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG): Prävention, Diagnostik und Therapie der HPV-Infektion und präinvasiver Läsionen des weiblichen Genitale; S2K+IDA; AWMF 015/027
- ¹⁴ MSD Manual der Diagnostik und Therapie; 7. deutsche Ausgabe, Verlag: Elsevier,Urban&FischerVerlag, 2007; ISBN 3437217615, 9783437217616
- ¹⁵ Interdisziplinäre S2k-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Vulvakarzinoms und seiner Vorstufen, Kommission Vulva Vagina der AGO e.V., 2016; S2K+IDA AWMF 015/059, Kapitel 4.9.4 mit weiteren Nachweisen.
- ¹⁶ Interdisziplinäre S2k-Leitlinie für die Diagnostik und Therapie des Vulvakarzinoms und seiner Vorstufen, Kommission Vulva Vagina der AGO e.V.; S2K+IDA AWMF 015/059
- ¹⁷ Földi, M./Földi, E., Das Lymphödem und verwandte Krankheiten. Vorbeugung und Behandlung. (2009)
- ¹⁸ Ringhale, F.-J., Lymphödeme – Lipödeme. Ein Ratgeber für Betroffene (2007)
- ¹⁹ Leitlinien der Gesellschaft Deutschsprachiger Lymphologen: Diagnostik und Therapie der Lymphödeme, S1+IDA; AWMF 058/001
- ²⁰ Leitlinien der Gesellschaft Deutschsprachiger Lymphologen: Diagnostik und Therapie der Lymphödeme, S1+IDA; AWMF 058/001
- ²¹ Gemäß Heilmittel-Richtlinien Ziffer 17.A.1.7 nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V
- ²² § 139 SGB V

²³ Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung; Fassung vom: 16.03.2004 BAnz. Nr. 106a (Beilage/ S. 12 183) vom 09.06.2004; Letzte Änderung: 21.12.2004 BAnz. Nr. 61 (S. 4995) vom 01.04.2005; In Kraft getreten am: 02.04.2005

²⁴ § 15 Abs. 3 SGB VI (Sozialgesetzbuch VI)

²⁵ Interdisziplinäre S2k-Leitlinie für die Diagnostik und Therapie des Vulvakarzinoms und seiner Vorstufen, Kommission Vulva Vagina der AGO e.V.; S2K+IDA AWMF 015/059

²⁶ Beller U et al. J Epidemiol Biostat 2001;6:153-74



Vulvakarzinom



Du bist nicht alleine!

7. Auflage

© 2019 VulvaKarzinom-Selbsthilfe