
Tumor des Gebärmutterkörpers (1)

Epidemiologie:

Das Korpuskarzinom (auch Endometriumkarzinom) ist der häufigste weibliche Genittumor. Das Robert-Koch-Institut gibt die Inzidenz in Deutschland für 2004 mit 27,8 pro 100 000 Einwohnerinnen pro Jahr an (rohe Rate), mit rückläufiger Tendenz.

Risikofaktoren:

- Adipositas, ggf. mit Diabetes mellitus, arterieller Hypertone
- langjährige Einnahme von Östrogenen ohne Progesteronkombination
- ohne Geburten (nullipara), frühe Menarche, späte Menopause
- atypische adenomatöse Endometriumhyperplasie
- polyzystische Ovarien
- Tamoxifentherapie
- Bestrahlung im Beckenbereich

Symptome:

- Menorrhagie
- Metrorrhagie
- postmenopausale Blutung

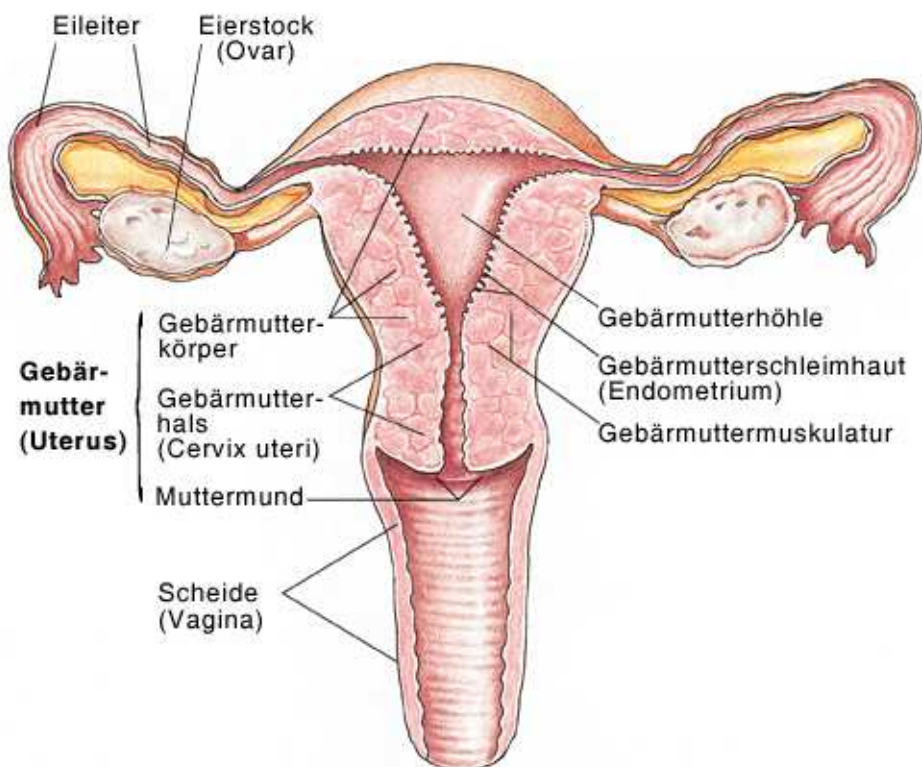
ICD-10 (Deutsche Ausgabe 2011):

C54.0	Bös. Neub.: Isthmus uteri
C54.1	Bös. Neub.: Endometrium
C54.3	Bös. Neub.: Fundus uteri
C54.8	Bös. Neub.: Corpus uteri, überlappend
C54.9	Bös. Neub.: Corpus uteri onA
D07.0	Carcinoma in situ: Endometrium
D07.3	Carcinoma in situ: Corpus uteri onA
D39.0	Neub. unsich. Verhaltens: Uterus

Die o. g. ICD10-Codes entsprechen den Lokalisationsschlüsseln C54* der ICD-O-3 von 2000.

Tumor des Gebärmutterkörpers (2)

ICD10	Dignität	ICD-O-3 Lokalisation	ICD-O-3 Histologie
C54*	maligne, invasiv	C54*	XXXX/3
C79.82	sekundär (Metastase)	C54*	XXXX/6
D07.0, D07.3	in situ	C54*	XXXX/2
D27	benigne	C54*	XXXX/0
D39.1	unsicheres Verhalten	C54*	XXXX/1



Quelle: <http://www.gesundheit.redio.de/>

Regionäre Lymphknoten:

- Beckenlymphknoten (hypogastrische Lymphknoten an der Arteria obturatoriae und an der Arteria iliaca interna, Lymphknoten an der Arteria iliaca communis und externa, parametran und sakrale Lymphknoten)
- paraaortale Lymphknoten einschließlich parakavaler und interaortokavaler Lymphknoten

Tumor des Gebärmutterkörpers (3)

FIGO / TNM 7 2009 – deutsche Auflage 2010:

Die Klassifikation gilt nur für Karzinome des Endometriums und maligne mesodermale Mischtumoren (Karzinosarkom, maligner Müller-Mischtumor).

	Tx	Primärtumor nicht beurteilbar
	T0	Kein Anhalt für Primärtumor
0	Tis	Carcinoma in situ
I	T1	Tumor begrenzt auf Corpus uteri
IA	T1a	Tumor begrenzt auf Endometrium oder infiltriert weniger als die Hälfte des Myometriums
IB	T1b	Tumor infiltriert die Hälfte oder mehr des Myometriums
II	T2	Tumor infiltriert das Stroma der Zervix, breitet sich jedoch nicht jenseits des Uterus aus
III	T3 und / oder N1	Lokale und / oder regionäre Ausbreitung wie in T3a,b,N1 bzw. FIGO IIIA,B,C (siehe unten)
IIIA	T3a	Tumor befällt Serosa und / oder Adnexe (direkte Ausbreitung oder Metastasen)
IIIB	T3b	Vaginal- oder Parametriumbefall (direkte Ausbreitung oder Metastasen)
IIIC	Jedes T und N1	Metastasen in Becken- und / oder paraaortalen Lymphknoten
IIIC1	Jedes T und N1	Metastasen in Beckenlymphknoten
IIIC2	Jedes T und N1	Metastasen in paraaortalen Lymphknoten
IVA	T4	Tumor infiltriert Blasen- und / oder Rektumschleimhaut
IVB	M1	Fernmetastasen (ausgenommen Metastasen in Vagina, Beckenserosa oder Adnexen, einschließlich Metastasen in inguinalen und anderen intraabdominalen Lymphknoten als paraaortalen und/oder Beckenlymphknoten)
	pN0	Regionäre Lymphadenektomie und histologische Untersuchung üblicherweise von 6 oder mehr Lymphknoten, ohne Befund

Anmerkungen:

Die alleinige Beteiligung von endozervikalen Drüsen soll als Stadium I klassifiziert werden. Eine positive Zytologie soll gesondert diagnostiziert und ohne Änderung des Stadiums dokumentiert werden.

Das Vorhandensein eines bullösen Ödems genügt nicht, um einen Tumor als T4 zu klassifizieren. Infiltration der Schleimhaut von Blase oder Rektum bedarf des Nachweises durch Biopsie.

Tumor des Gebärmutterkörpers (4)

UICC-Stadium (2009):

Stadium 0	Tis	N0	M0
Stadium IA	T1a	N0	M0
Stadium IB	T1b	N0	M0
Stadium II	T2	N0	M0
Stadium IIIA	T3a	N0	M0
Stadium IIIB	T3b	N0	M0
Stadium IIIC	T1,T2,T3	N1	M0
Stadium IVA	T4	Jedes N	M0
Stadium IVB	Jedes T	Jedes N	M1

FIGO / TNM 6. Auflage 2002:

	Tx	Primärtumor nicht beurteilbar
	T0	Kein Anhalt für Primärtumor
0	Tis	Carcinoma in situ
I	T1	Tumor auf Corpus uteri begrenzt
IA	T1a	Tumor auf Endometrium begrenzt
IB	T1b	Tumor infiltriert Myometrium < 50%
IC	T1c	Tumor infiltriert Myometrium zu 50% oder mehr
II	T2	Tumor infiltriert Zervix, breitet sich jedoch nicht jenseits des Uterus aus
IIA	T2a	nur endozervikaler Drüsenbefall
IIB	T2b	Zervix - Stromainvasion
III	T3 und / oder N1	Lokale und / oder regionäre Ausbreitung wie in T3a,b,N1 bzw. FIGO IIIA,B,C (siehe unten)
IIIA	T3a	Tumor befällt Serosa und / oder Adnexe (direkte Ausbreitung oder Metastasen) und / oder Tumorzellen in Aszites oder Peritonealspülung
IIIB	T3b	Vaginabefall (direkte Ausbreitung oder Metastasen)
IIIC	Jedes T und N1	Metastasen in Becken- und / oder paraaortalen Lymphknoten
IVA	T4	Tumor infiltriert Blasen- und / oder Rektumschleimhaut
IVB	M1	Fernmetastasen (ausgenommen Metastasen in Vagina, Beckenserosa oder Adnexen), einschließlich Metastasen in anderen intraabdominalen Lymphknoten
	pN0	Regionäre Lymphadenektomie und histologische Untersuchung von mindestens 10 Lymphknoten, ohne Befund

Tumor des Gebärmutterkörpers (5)

UICC-Stadium:

Stadium 0	Tis	N0	M0
Stadium IA	T1a	N0	M0
Stadium IB	T1b	N0	M0
Stadium IC	T1c	N0	M0
Stadium IIA	T2a	N0	M0
Stadium IIB	T2b	N0	M0
Stadium IIIA	T3a	N0	M0
Stadium IIIB	T3b	N0	M0
Stadium IIIC	T1,T2,T3	N1	M0
Stadium IVA	T4	Jedes N	M0
Stadium IVB	Jedes T	Jedes N	M1

Grading

G1	≤ 5 % solide Tumoranteile
G2	6-50 % solide Tumoranteile
G3	> 50 % solide Tumoranteile

Histologie (ICD-O-3 Deutsche Ausgabe 2003)

8070/3	Plattenepithelkarzinom o.n.A.
8140/3	Adenokarzinom o.n.A.
8310/3	Klarzellkarzinom
8380/3	Endometrioides Karzinom
8430/3	Mukoepidermoidkarzinom
8441/3	Seröses (Zyst-)Adenokarzinom
8480/3	Muzinöses Adenokarzinom
8560/3	Adenosquamöses Karzinom
8570/3	Adenokarzinom mit plattenepithelialer Differenzierung
8930/3	Stromasarkom des Endometriums
8950/3	Maligner Müllerscher Misch tumor
8980/3	Karzinom

Tumor des Gebärmutterkörpers (6)

Therapiekonzept:

Die operative Therapie ist in den Stadien I bis III die Methode der Wahl.

In den Stadien IIIB mit Vaginalbefall und IVA ist neben der Operation zusätzlich Strahlentherapie indiziert, ggf. Chemotherapie. Palliative Chemotherapie wird besonders im metastasierten Stadium IVB eingesetzt.

Das Rezidivrisiko ist hoch (70-80 % in den ersten 2-3 Jahren).

Wichtige Therapieschlüssel nach OPS (Deutsche Ausgabe 2008):

5-68*	Inzision, Exzision und Exstirpation des Uterus
8-522.*	Hochvoltstrahlentherapie
8-524.*	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
8-542	Nicht komplexe Chemotherapie

(.* weist auf weitere untergeordnete Schlüssel hin.)

Quellen: Manual Malignome des Corpus Uteri. Dannecker C et al (Hrsg). Tumorzentrum München und Zuckschwerdt-Verlag München 2007

Stickeler E et al.: Endometriumkarzinom. Aus: Das Rote Buch. Berger DP et al (Hrsg). 4. Auflage 2010 Ecomed

Wittekind Ch et al (Hrsg.):TNM 7. Auflage 2010

Wittekind Ch et al (Hrsg.):TNM 6. Auflage 2002