

Experten-Meeting; 20. 03. 2015



**Die neue TGAM-Information
„Gebärmutterhalskrebs – Vorsorge und
Früherkennung“**

Dr. Christoph Fischer



Experten-Meeting Zervixkarzinom: Die neue TGAM-Information „Gebärmutterhalskrebs“



Der wissenschaftliche Kenntnisstand
zu Vorsorge und Früherkennung



GEBÄRMUTTERHALSKREBS

>> Patienten-Information <<





Experten-Meeting Zervixkarzinom: Die neue TGAM-Information „Gebärmutterhalskrebs“

Sterberisiko



In einem 2.500-Einwohner-Dorf leben 1.000 erwachsene Frauen.

Binnen 25 Jahren sterben insgesamt 260 dieser 1.000 Frauen.

Bei 120 Frauen ist die Todesursache ein Herzinfarkt oder Schlaganfall.

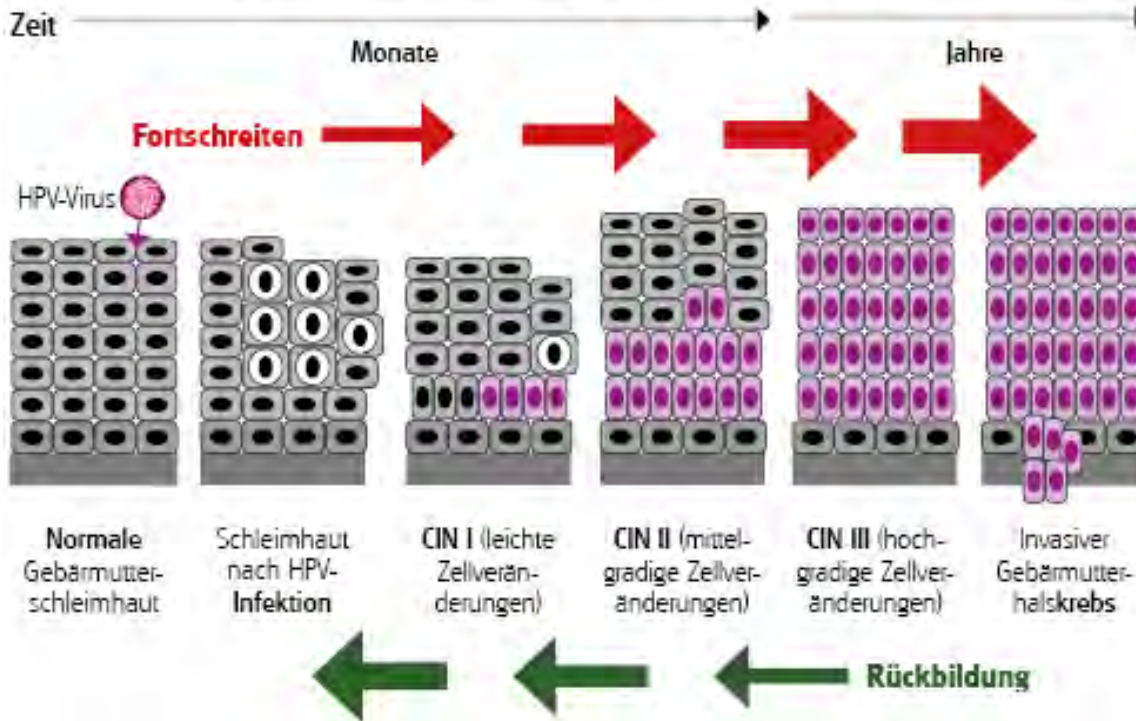
1 der Frauen stirbt im Beobachtungszeitraum von 25 Jahren an Gebärmutterhalskrebs.



CIN I > II > III > invasives Karzinom

Spontane Rückbildung

Die Entwicklung der Zellveränderungen über die Zeitachse⁶





PAP-Stufen und CIN

PAP-Klasse	Zellbild	CIN-Grad
I	Normales Zellbild	
II	Leicht verändertes Zellbild (z. B. durch Entzündungen, Bakterien, Viren, Pilze)	
III	Schwerere entzündliche bzw. degenerative Zellbilder; keine sichere Beurteilung von gut-/bösaartig möglich	
III D	Zellveränderungen (Anomalien des Zellkerns) leichten bis mäßigen Grades	I bis II
IV a	Mäßige bis schwere Zellveränderungen in tieferen Gewebeschichten, die als Vorstufe zum Krebs deutbar sind	II bis III
IV b	Hochgradige Zellfehlbildungen in tiefen Gewebeschichten; nicht auszuschließen sind bereits wuchernde Zellen eines Karzinoms	III
V	Bösartiger Tumor wird eindeutig identifiziert	

Welche Aufgabe hat der Hausarzt?



Experten-Meeting Zervixkarzinom: Die neue TGAM-Information „Gebärmutterhalskrebs“

Vorsorgeuntersuchung



Vorsorgeuntersuchung Neu





Experten-Meeting Zervixkarzinom: Die neue TGAM-Information „Gebärmutterhalskrebs“

Vorsorgeuntersuchung Basisprogramm

Kardiovaskuläres Risiko		<input type="button" value="bis 40 Jahre"/>	<input type="button" value="ab 40 Jahre"/>	<input checked="" type="radio"/> gering	<input type="text" value="< 2,5%"/>	<input type="checkbox"/> Übertrag in Gesundheitspass
anamnestisch		Ergebnis des AHA Risk Calculator	Ergebnis des New Zealand Risk Scale	<input type="radio"/> moderat <input type="radio"/> hoch <input type="radio"/> sehr hoch	<input type="text" value="20-25 %"/>	<input type="checkbox"/> Gespräch
fam. Belast. <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		<input type="radio"/> gering <input type="radio"/> moderat <input type="radio"/> hoch				<input type="checkbox"/> Lifestyleintervention
						<input type="checkbox"/> Therapieeinleitung <input checked="" type="checkbox"/> keine
Frauen PAP-Abstrich-Befund (zeitgerecht)		Abstrich gemacht	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			<input type="checkbox"/> Überweisung zum Frauen-FA
		Befund vorhanden	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein			<input type="checkbox"/> von Probandin abgelehnt <input checked="" type="checkbox"/> keine
		<input checked="" type="checkbox"/> ärztl. Beratung und Aufkl. vor PAP-Abstrich				
Frauen ab 40 Jahre Mammographiebefund (zeitgerecht)		Durchgeführt	<input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			<input type="checkbox"/> Überweisung zum Röntgen-FA
		BIRADS-Befund vorh.	<input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein			<input type="checkbox"/> von Probandin abgelehnt <input checked="" type="checkbox"/> keine
		<input checked="" type="checkbox"/> ärztl. Ber. und Aufkl. vor Vorsorge-Mammogr.				



Untersuchungsintervall

Vorsorge neu: Screeningtest nach Papanicolaou

Das systematische Screening nach Zervixkarzinom wird für Österreich auf Basis des Standes des internationalen Wissens für alle Frauen zwischen 19 und 69 Jahren empfohlen. Als geeignetes Routine-Intervall gelten drei Jahre, wenn zuvor mindestens zwei bis maximal drei initiale Abstriche in einem Ein-Jahres-Abstand unauffällige Befunde erbracht haben.

Der zytologische Abstrich zur Früherkennung des Gebärmutterhalskarzinoms ist der erfolgreichste Krebstest überhaupt. Vor dem Zweiten Weltkrieg starben in den Industrieländern etwa gleich viele Frauen an Gebärmutterhalskrebs wie an Brustkrebs. Damit



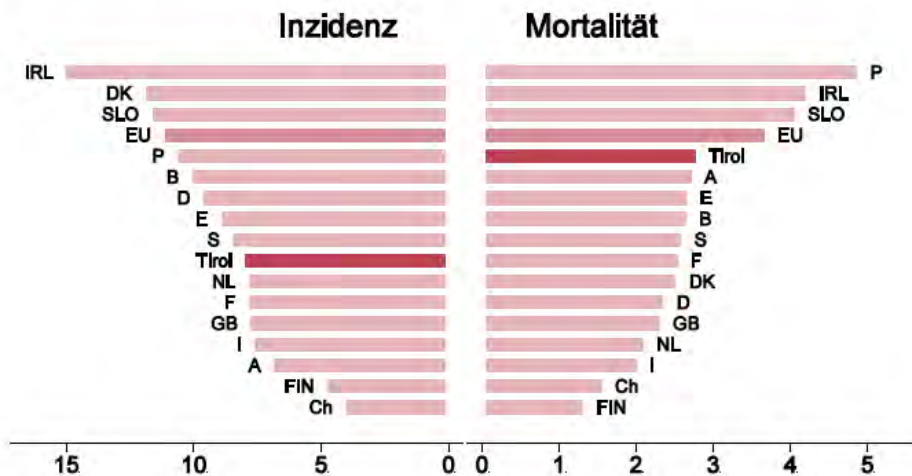
Frauen mit Empfehlung zu kürzeren Intervallen

- Engmaschiger untersucht werden sollten:
 - Frauen, die besonders früh sexuell aktiv sind (vor dem 16. Lebensjahr)
 - Frauen mit häufig wechselnden Sexualpartnern
 - Frauen, die bereits bei früheren Abstrichen Zellveränderungen hatten
 - Frauen aus niedriger Sozialschicht
 - Frauen mit Geschlechtskrankheiten, HPV- oder HIV-Infektion



Ländervergleich: opportunistisches Screening versus Einladungs-Programm

Abbildung 101: EU-Vergleich altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate *invasive Zervixkarzinom* Tirol 2008–2012 versus ECO 2012



Screening	Tirol	Finnland
Beginn	15–19a	30 a
Ende	?	60 a
Intervall	6– 12 Mo	5 Jahre

© IET (TR-Bericht 2012)

Basis: Tirol 2008 - 2012 versus ECO 2012 Europa-Gewichte



Noch einmal unser Dorf mit 2.500 Einwohnern - Lebenszeitrisiko

Häufigkeit des PAP-Tests	Von 1.000 Frauen sterben an Gebärmutterhalskrebs	Überdiagnosen bekommen von 1.000 Frauen
Nie	10	0
Alle 10 Jahre	4	150
Alle 5 Jahre	2	300
Alle 3 Jahre	1*	500
Alle 2 Jahre	1*	750
Jährlich	1*	1.000



Experten-Meeting Zervixkarzinom: Die neue TGAM-Information „Gebärmutterhalskrebs“

Einladungs- und Recallsystem

>> Patienten-Info Gebärmutterhalskrebs

Einladungs- und Recall-System

Die Effektivität des Screenings lässt sich weniger durch häufiger durchgeführte PAP-Tests oder durch Ausweitung der Altersgruppen steigern, als vielmehr durch die vermehrte Erfassung von Frauen, die bislang nicht oder nur unregelmäßig zu den Gesunden-Untersuchungen gehen, insbesondere jene, die ein erhöhtes Risiko für Gebärmutterhalskrebs haben.



Zahlen und Fakten zur HPV-Infektion

9 von 10, also die meisten aller Frauen, infizieren sich einmal im Leben mit HPV.

Bei einem Großteil davon (9 von 10) heilt die HPV-Infektion spontan innerhalb eines halben Jahres selbst aus.

6 von 1.000 Frauen erkranken im Laufe ihres Lebens an Gebärmutterhalskrebs.

3 von 1.000 Frauen sterben an Gebärmutterhalskrebs.

Zum Vergleich: Bei 250 von 1.000 Frauen wird im Laufe ihres Lebens einmal eine Krebsdiagnose gestellt. 90 von 1.000 Frauen sterben an Krebs (alle Krebsarten zusammengerechnet).



Humanes Papilloma Virus: Bedeutung des HPV-Nachweises als Screening-Methode

- Die Vorsorgeuntersuchung durch den HPV-Test scheint mehr Krebsfälle verhindern zu können als herkömmliche Krebsabstrich-Untersuchungen, wird aber auch häufiger zu einem Fehlalarm führen.
- Für eine endgültige Bewertung scheint die Datenlage noch unzureichend.



HPV-Test findet mehr Zellveränderungen, nach Behandlung sinkt Erkrankungshäufigkeit

- PAP: von 100.000 Frauen jährlich 36 erkrankt
- HPV-Test: von 100.000 Frauen jährlich 7 erkrankt



HPV-Test: Vor- und Nachteile auf einen Blick

- Bei jeder zweiten jungen Frau fällt der Test positiv aus und ist daher in dieser Altersgruppe als Screeningtest ungeeignet.
- Bei älteren Frauen (ab 50 Jahren) zeigt ein negatives Testergebnis jedoch ein niedriges Risiko für Zervixkarzinom an.



Die DEGAM-Patienteninformation spricht sich vorerst gegen den HPV-Test aus

„Dieser Test verbessert allein und in Verbindung mit der Abstrichuntersuchung am Gebärmutterhals die Erkennung einer Veränderung in Richtung Bösartigkeit.

Der Preis dafür ist, dass bei **noch mehr Frauen als bislang** ein Gebärmutterhalskrebs diagnostiziert wird – bei denen krebsartige Zellen von selbst wieder verschwinden würden. Dann würde unnötigerweise eine Probe aus dem Gebärmutterhals entnommen werden.

Andererseits kann bei unauffälligem Test der Abstand für die nächste Abstrichuntersuchung problemlos erheblich verlängert werden. Dies wird den Frauen aber oft nicht mitgeteilt.

Noch weiß man nicht sicher, ob dieser Test mehr nützt als schadet.“



Schützt die HPV-Impfung vor Gebärmutterhalskrebs?

- Die HPV-Impfung bietet keinen 100-prozentigen Schutz vor Krebserkrankungen und ersetzt auch nicht den Weg zur Früherkennung. Die beste Wirkung zeigte die Impfung bei 12- bis 17-jährigen Mädchen, die noch keine Sexualkontakte hatten und daher mit hoher Wahrscheinlichkeit noch nicht mit HPV infiziert waren. 1.600 Mädchen und Frauen müssen geimpft werden, um eine Krebsvorstufe (CIN) zu verhindern; die meisten dieser Vorstufen würden sich aber nie zu invasivem Krebs entwickeln. Unter günstigen Bedingungen errechnen sich für Österreich 33 verhütete Sterbefälle – aber erst im Jahr 2060!



Entscheidungen für oder gegen die HPV- Impfung müssen selbstbestimmt und informiert getroffen werden können.

- Betroffene sind unzureichend informiert.
- Hausärzte benötigen bessere Info, um beraten zu können.
- HPV-Impfung bietet keinen 100-prozentigen Schutz vor
Krebserkrankungen und ersetzt nicht den Weg zur Früherkennung.
- www.hpv-entscheidungshilfe.de



S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren

Kurzversion 1.0 – Juni 2013

AWMF-Registernummer: 032/035OL

Federführende Fachgesellschaft

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)





3. Epidemiologie, Früherkennung und Diagnostik

3.1. Früherkennung

Nr.	Empfehlungen/Statements	EG	LoE	Quellen
3.1.	Screening mit CA125 und TVS konnte bisher keine Reduktion der Mortalität nachweisen.	ST	1++	<u>Leitlinien:</u> [1, 2] <u>Primärstudien:</u> [3-9]
3.2.	Ein generelles Screening soll nicht durchgeführt werden.	A	1++	<u>Leitlinien:</u> [1, 2] <u>Primärstudien:</u> [3-9]
3.3.	Eine multidisziplinäre Beratung (Gynäkologe und Humangenetiker) und genetische Testung soll angeboten werden, wenn eine Patientin zu einer Risikopopulation gehört.	KKP		
3.4.	Screening mit CA125 und TVS konnte in Risikogruppen keine Reduktion der Mortalität nachweisen.	ST	3	<u>Leitlinien:</u> [1] <u>Primärstudien:</u> [10-13]
3.5.	Ein Screening in Risikogruppen soll nicht durchgeführt werden.	A	3	<u>Leitlinien:</u> [1] <u>Primärstudien:</u> [10-13]



3.3. Rezidivdiagnostik

Nr.	Empfehlungen/Statements	EG	LoE	Quellen
3.9.	Asymptomatische Patientinnen: Sollte entgegen der Leitlinien-Empfehlung ein Rezidivverdacht durch einen erhöhten CA125 Wert begründet sein, so sollte das weitere diagnostische Vorgehen individuell mit der Patientin diskutiert werden. Ein früherer präsymptomatischer Beginn einer Rezidivbehandlung ist nicht mit einem verbessertem Überleben verbunden.	B	1+	<u>Primärstudien:</u> [14]
3.10.	Symptomatische Patientinnen: Bei Auftreten von Symptomen kann eine weiterführende apparative Diagnostik eingeleitet werden. Hinweise für eine Überlebensverlängerung konnten wir für keines der verfügbaren Verfahren identifizieren.	0	2+	<u>Primärstudien:</u> [15-23]