



## Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Vaginalkarzinoms und seiner Vorstufen

**AWMF-Registernummer**

**032/042**

**Lietlinienklasse**

**S2k**

**Stand**

**Oktober 2018**

**Version**

**1.0**

# Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Vaginalkarzinoms und seiner Vorstufen

Leitlinienprogramm

**gynécologie**  
suisse



**OEGGG**

**AGO**  
ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



**In Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft der  
Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)**

 **AWMF online**  
Das Portal der wissenschaftlichen Medizin

AWMF Nr.: 032-042 Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Vaginalkarzinoms und seiner Vorstufen  
Gültig bis: 09/2023  
Evidenzlevel: S2k <http://www.dggg.de/leitlinien-stellungnahmen/leitlinien/>

© 2018  
SGGG  
DGGG  
OEGGG



## Federführende und koordinierende Leitlinienautoren:

Autor/in	AWMF-Fachgesellschaft
Prof. Dr. Monika Hampf Leitlinienkoordination	DGGG, DKG, AGO
Prof. Dr. Hans-Georg Schnürch Leitlinienkoordination	DGGG, DKG, AGO

## Mitglieder der Arbeitsgruppe:

Autor/in	AWMF-Fachgesellschaft
Ackermann, PD Dr. med. Sven	DGGG, DKG, AGO
Alt-Radtke, Dr. med. Celine D.	DRG, AG Uroradiologie
Barinoff, Dr. med. Jana	DGGG, DKG, AGO
Beckmann, Prof. Dr. med. Matthias W.	DGGG, DKG, DKH, DGS, AGO, CCC ER-EMN
Böing, Dr. med. Carsten	DGGG, DKG, AGO
Dannecker, Prof. Dr. med. Christian	DGGG, DKG, AGO
Giesecking, Dr. med. Friederike	DGGG, DKG, AGO, AGCPC
Günthert, Prof. Dr. med. Andreas	DGGG, DKG, AGO
Hack, Dr. med. Carolin C.	DGGG, DKG, AGO
Hantschmann, Dr. med. Peer	DGGG, DKG, AGO
Horn, Prof. Dr. med. Lars Christian	DGP, DKG, AGO
Koch, Dr. med. Markus	DGGG, DKG, AGO
Letsch, Dr. med. Anne	DGHO, DGP
Mallmann, Prof. Dr. med. Peter	DGGG, DKG, AGO
Mangold, Dr. med. Bernhard	DGZ
Marnitz, Prof. Dr. med. Simone	DEGRO, DKG, AGO
Mehlhorn, PD Dr. med. Grit	DGGG, DKG, AGO
Torsten, PD Dr. med. Uwe	DGGG, DKG, AGO
Weikel, Prof. Dr. med. Wolfgang	DGGG, DKG, AGO
Wölber, Prof. Dr. med. Linn	DGGG, DKG, AGO

## Beteiligte Fachgesellschaft/en:

DGGG-Arbeitsgemeinschaft/AWMF/Nicht-AWMF-Fachgesellschaft/Organisation/Verein
AG Cervix-Pathologie und Kolposkopie (AG-CPC)
Arbeitsgemeinschaft Bildgebung in der Onkologie (ABO) der DKG
Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie (AOP) der DKG
Arbeitsgruppe Integrative Medizin der AGO
Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF)
Berufsverband der Pathologen
Bundesverband Frauensebsthilfe nach Krebs e.V. (FSH)
Deutsche Gesellschaft für Dermatologie
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG)
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)
Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin e.V. (DGN)
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Pathologie e.V. (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie e.V. (DEGRO)
Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
Deutsche Gesellschaft für Zytologie (DGZ)
Deutsche Röntgengesellschaft e.V. (DRG)
Deutscher Verband für Physiotherapie
Kommission Uterus der AGO
Kommission Vulva- und Vaginaltumoren der AGO
Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege e.V. (KOK)
Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG)



# Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Vaginalkarzinoms und seiner Vorstufen

Leitlinienprogramm

**gynécologie**  
suisse



**OEGGG**

## Federführender Autor/en:

Prof. Dr. med. Monika Hampl

Prof. Dr. med. Hans-Georg Schnürch

## Mitglieder der Arbeitsgruppe:

Ackermann, PD Dr. med. Sven, Alt-Radtke, Dr. med. Celine D., Barinoff, Dr. med. Jana, Beckmann, Prof. Dr. med. Matthias W., Böing, Dr. med. Carsten, Dannecker, Prof. Dr. med. Christian, Giesecking, Dr. med. Friederike, Günthert, Prof. Dr. med. Andreas, Hack, Dr. med. Carolin C., Hantschmann, Dr. med. Peer, Horn, Prof. Dr. med. Lars Chrisitan, Koch, Dr. med. Markus, Letsch, PD Dr. med. Anne, Mallmann, Prof. Dr. med. Peter, Mangold Dr. med. Bernhard, Marmitz, Prof. Dr. med. Simone, Mehlhorn, PD Dr. med. Grit, Torsten, PD Dr. med. Uwe, Weikel, Prof. Dr. med. Wolfgang, Wölber, Prof. Dr. med. Linn

**AGO**  
ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



## Beteiligte Fachgesellschaft/en:

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) e.V.

Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG)

## Beteiligte Mandatsträger/innen (alphabetisch geordnet nach Institution):

Autor/in Mandatsträger/in	DGGG-Arbeitsgemeinschaft (AG)/ AWMF/Nicht-AWMF-Fachgesellschaft/ Organisation/Verein
Dr. C. Alt-Radtke	AG Bildgebung in der Onkologie der DKG
Dr. F. Giesecking	AG Cervix-Pathologie und Kolposkopie (AG-CPC)
Prof. Dr. LC Horn	AG Onkologische Pathologie der DKG, Deutsche Ges. Pathologie, Berufsverband der Pathologen
Prof. Dr. Fehm	AGO-Vorstand
Prof. Dr. P. Mallmann	Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO)
Dr. C. C. Hack	Arbeitsgemeinschaft Integrative Medizin der AGO
Prof. Dr. S. Marnitz-Schulze	ARO, DEGRO
Dr. Gaase	Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF)
Fr. M. Gebhardt	Bundesverband Frauensebsthilfe nach Krebs e.V. (FSH)
PD Dr. T. Wetzig	Deutsche Gesellschaft für Dermatologie
Prof. Dr. W. Weikel	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG)
Dr. A. Letsch	Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP)
Prof. Dr. M. Reinhardt	Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin e.V. (DGN)
Prof. Dr. LC Horn	Deutsche Gesellschaft für Pathologie e.V. (DGP)
Prof. Dr. S. Marnitz-Schulze	Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie e.V. (DEGRO)
Dr. I. Zraik	Deutsche Gesellschaft für Urologie
Dr. B. Mangold	Deutsche Gesellschaft für Zytologie
Dr. C. Alt-Radtke	Deutsche Röntgengesellschaft e.V. (DRG)
Fr. R. Tholen	Deutscher Verband für Physiotherapie
Prof. Dr. P. Mallmann	Kommission Uterus der AGO
Prof. Dr. M. Hampl	Kommission Vulva- und Vaginaltumoren der AGO
Prof. Dr. H.-G. Schnürch	Kommission Vulva- und Vaginaltumoren der AGO
Frau K. Paradies	Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege e.V. (KOK)
Prof. Dr. L. Angleitner	Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG)
Dr. M. Koch	Vertreter Zervixkarzinom-LL

## ***Empfehlungsgraduierung***

<b>Beschreibung der Verbindlichkeit</b>	<b>Ausdruck</b>
Starke Empfehlung mit hoher Verbindlichkeit	Soll / Soll nicht
Einfache Empfehlung mit mittlerer Verbindlichkeit	Sollte / Sollte nicht
Offene Empfehlung mit geringer Verbindlichkeit	Kann / Kann nicht

## ***Konsensusfindung und Konsensusstärke***

<b>Symbolik</b>	<b>Konsensusstärke</b>	<b>Prozentuale Übereinstimmung</b>
+++	Starker Konsens	Zustimmung von > 95% der Teilnehmer
++	Konsens	Zustimmung von > 75-95% der Teilnehmer
+	Mehrheitliche Zustimmung	Zustimmung von > 50-75% der Teilnehmer
-	Kein Konsens	Zustimmung von < 50% der Teilnehmer

# Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Vaginalkarzinoms und seiner Vorstufen

## Qualitätsindikator

H.-G. Schnürch

### QI 1 Histologische Sicherung vor Therapieplanung

Kennzahlen- definition	Kennzahlenziel	Zähler	Nenner	Plausib. unklar
Histologische Sicherung	Immer histologische Sicherung bei primärem Vaginalkarzinom vor Therapieplanung in Tumorkonferenz	Anzahl Patientinnen mit Erstdiagnose Vaginalkarzinom (ICD- 10 C52) ohne histologische Sicherung bei Vorstellung in der prätherapeutischen Tumorkonferenz	Alle Patientinnen mit histologischer oder ausschließlich klinischer Erstdiagnose Vaginalkarzinom (ICD-10 C52), die in der prätherapeutischen Tumorkonferenz vorgestellt werden	> 0,01%



## 1 Epidemiologie und Risikofaktoren

*C. Böing*

ICD-10 C52: Bösartige Neubildung der Vagina  
Altersverteilung und altersspez. Inzidenz 2007 - 2016 (n=199)

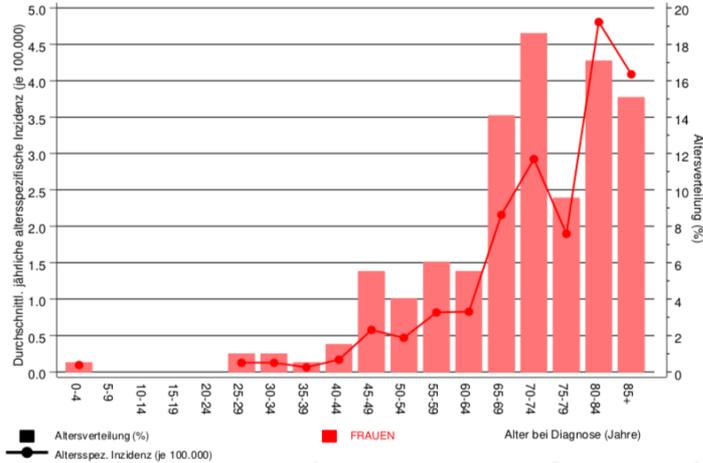


Abb. 6. Altersverteilung (Mittelwert=71,2 J., Median=72,9 J.) und altersspezifische Inzidenz.

ICD-10 C52: Bösartige Neubildung der Vagina  
Altersverteilung und altersspez. Mortalität 2007 - 2016 (n=122)

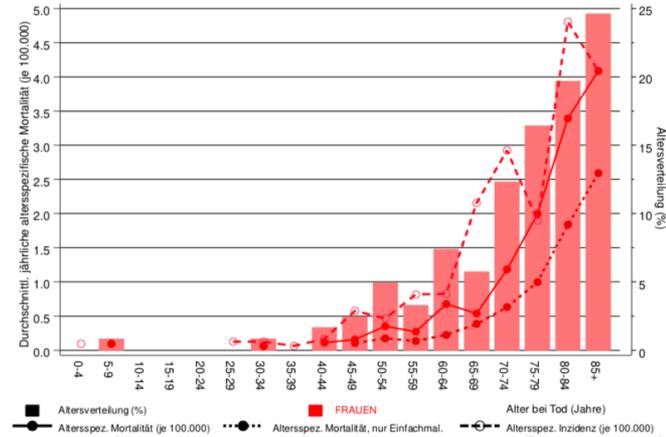


Abb. 17. Verteilung des Sterbealters (Säulen; Mittelwert=71,9 J., Median=74,3 J.) und altersspezifische Mortalität (alle Patienten: durchgezogene Linie, nur Patienten mit Einfachmalignomen: gepunktete Linie). Zum Vergleich ist die altersspezifische Inzidenz (gestrichelte Linie) eingezeichnet.

Abweichend von der Leitlinie: Aktualisierte Daten aus dem Tumorregister München  
[https://www.tumorregister-muenchen.de/facts/base/bC52\\_G-ICD-10-C52-Vaginalkarzinom-Inzidenz-und-Mortalitaet.pdf](https://www.tumorregister-muenchen.de/facts/base/bC52_G-ICD-10-C52-Vaginalkarzinom-Inzidenz-und-Mortalitaet.pdf)

## 1.3 Risikofaktoren

### Konsensbasiertes Statement 1.S1

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Risikofaktoren für die Entstehung eines Vaginalkarzinoms sind denen des Zervixkarzinoms vergleichbar.

### Konsensbasiertes Statement 1.S2

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Eine Infektion mit humanen Papillomaviren (HPV) ist einer der wichtigsten Risikofaktoren.

Vorschlag redaktionell: Eine Infektion mit humanen high-risk Papillomaviren (HPV) ist einer der wichtigsten Risikofaktoren.

### Konsensbasiertes Statement 1.S3

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Nach einer VaIN ist in bis zu 5 % der Fälle die Entstehung eines Vaginalkarzinoms beschrieben. Eine VaIN II-III/HSIL ist eine Präkanzerose.



**OEGGG**

**AGO**  
ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



## 2 Prävention und Früherkennung

*C. Dannecker, U. Torsten, B. Mangold*

## 2.1 Primäre Prävention

### Konsensbasiertes Statement 2.S4

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Eine spezielle Sexualhygiene, wie sie bei anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen empfohlen wird, kann bei heterogener Datenlage in ihrer präventiven Wirkung in Bezug auf vaginale Neoplasien nicht endgültig abgeschätzt werden.

## 2.2 Früherkennung (sekundäre Prävention)

### Konsensbasiertes Statement 2.S5

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Das gesetzliche Früherkennungsprogramm im Rahmen des Zervixkarzinomscreenings birgt die Möglichkeit, Vorstufen bzw. Vaginalkarzinome in einem frühen Stadium zu diagnostizieren.



## 3 Versorgungsstrukturen

*H.-G. Schnürch*

## 3.2 Behandlung in onkologischen Zentren

### Konsensbasierte Empfehlung 3.E1

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Patientinnen mit einem Vaginalkarzinom sollten von einem interdisziplinären und interprofessionellen Team behandelt werden. Dieses Team sollte im sektorenübergreifenden Netzwerk auf alle notwendigen Fachdisziplinen und Berufsgruppen zugreifen können. Dies wird am ehesten in einem zertifizierten Zentrum realisierbar sein.

### 3.2.2 Zentrumsbegriff – interdisziplinäre Tumorkonferenz

#### Konsensbasierte Empfehlung 3.E2

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Alle Patientinnen mit Vaginalkarzinom sollen in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt werden.

### 3.2.3 Interdisziplinäre Versorgungskette

#### Konsensbasiertes Statement 3.S6

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

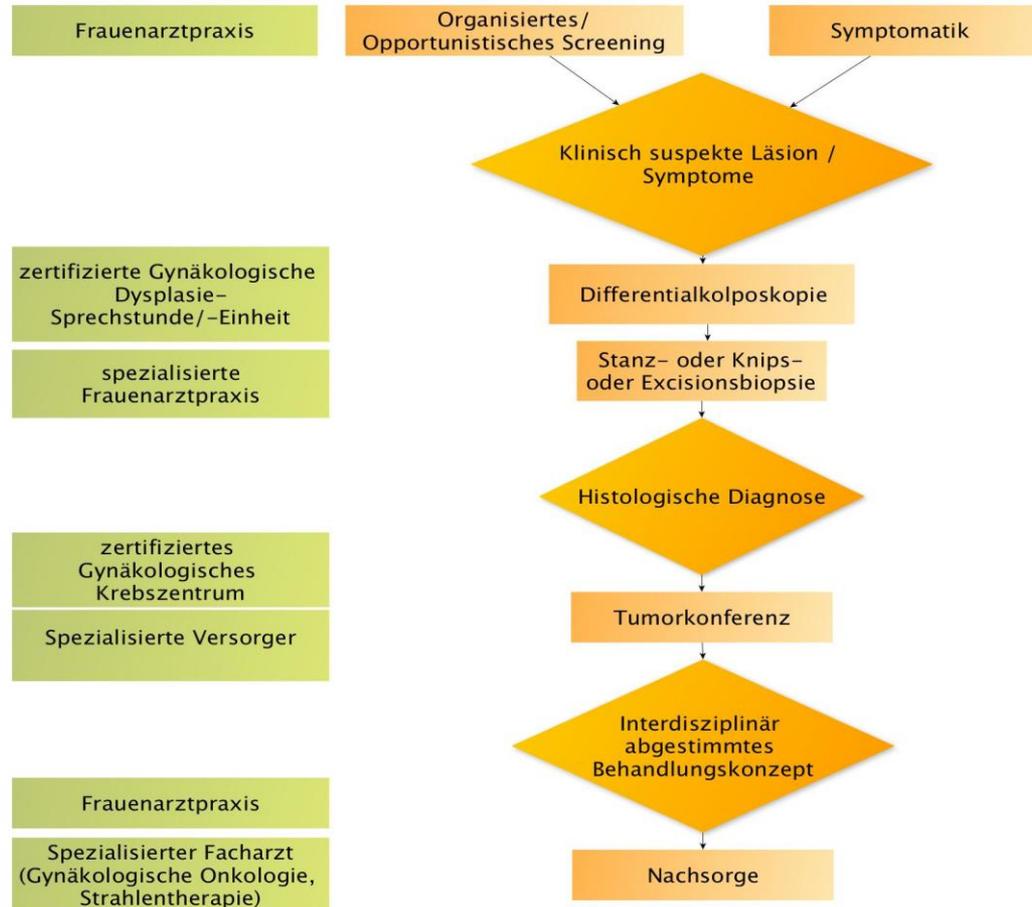
Die geforderten Versorgungsstrukturen und Versorgungsschritte entsprechen dem in Abbildung 2 gezeigten Ablauf..

# Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Vaginalkarzinoms und seiner Vorstufen

Leitlinienprogramm

## Versorgungsstrukturen

## Versorgungsschritte



Legende:  = Versorgungsziel  = Versorgungsbestandteil  = Versorgungsort



## 4 Pathologie

*L.-C. Horn*

## Nomenklatur der HPV-assoziierten Präkanzerosen der Vagina

Deskription	kondylomatöse Läsion	geringgradige Dysplasie	mäßiggradige Dysplasie	hochgradige Dysplasie	Carcinoma in situ
WHO (2003)		VaIN 1	VaIN 2	VaIN 3	
LAST-Projekt*	Low grade squamous intraepithelial lesion (LSIL)**		High grade squamous intraepithelial lesion (HSIL)		
WHO (2014)	Low grade squamous intraepithelial lesion (LSIL)  Syn.: VaIN 1		High grade squamous intraepithelial lesion (HSIL)  Syn.: VaIN 2 und VaIN 3		

## 4.2 Morphologie der vaginalen Präkanzerosen

### Konsensbasierte Empfehlung 4.E3

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Der klinischen Terminologie und der morphologischen Diagnostik vaginaler Präkanzerosen (vaginale intraepitheliale Neoplasien; VaIN) soll die jeweils gültige Auflage der WHO-Klassifikation zugrunde gelegt werden.

Neben der Einteilung in LSIL und HSIL sollte eine Spezifizierung in HPV-assoziierte Veränderungen (z.B. Kondylome) und eine Graduierung in VaIN 1 bis 3 erfolgen.

## 4.3 M. Paget der Vagina

### Konsensbasierte Empfehlung 4.E4

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Beim histologischen Nachweis pagetoider Veränderungen in einem Vaginalbiopat soll ein lokoregionäres Karzinom und ein M. Paget der Vulva mit vaginaler Beteiligung klinisch ausgeschlossen werden.

## 4.4 Morphologie maligner Tumoren der Vagina

### 4.4.1 Tumortypisierung

#### Konsensbasierte Empfehlung 4.E5

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die histologische Klassifikation maligner Vaginaltumoren soll nach der jeweils aktuellen Auflage der WHO-Klassifikation erfolgen.

### 4.4.4 Aufarbeitung des Gewebes

#### Konsensbasierte Empfehlung 4.E6

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die entnommenen Biopate bei V. a. VaIN sollen in Stufenschnitten aufgearbeitet werden.

#### 4.4.4.1 Diagnostische Biopsien

#### Konsensbasierte Empfehlung 4.E7

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Der Befundbericht soll zu Nachweis und Art der VaIN, des Vorhandenseins einer dermatologischen Erkrankung, virusassoziierten Veränderungen und einer eventuellen Invasion Stellung nehmen.

## 4.4.4.2 Präparate nach lokaler Exzision, Kolpektomie, Hysterokolpektomie und Lymphknotenstatus

### Konsensbasierte Empfehlung 4.E8

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die morphologische Aufarbeitung von Kolpektomiepräparaten beim Vaginalkarzinom soll so erfolgen, dass alle therapeutisch und prognostisch relevanten Parameter erhoben werden können. Der Befunderstellung soll die jeweils gültige WHO-Klassifikation zur Tumortypisierung und die aktuelle TNM-Klassifikation zur Stadieneinteilung zugrunde gelegt werden.

## 4.4.4.2 Präparate nach lokaler Exzision, Kolpektomie, Hysterokolpektomie und Lymphknotenstatus

### Konsensbasierte Empfehlung 4.E9

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Der histologische Befundbericht bei (radikalen) Kolpektomiepräparaten wegen eines Vaginalkarzinoms soll folgende Angaben beinhalten:

- histologischer Typ nach WHO
- Grading
- Nachweis/Fehlen von Lymph- oder Blutgefäßinbrüchen (L- und V- Status)
- Nachweis/Fehlen von Perineuralscheideninfiltraten (Pn-Status)
- Staging (pTNM)
- Invasionstiefe in mm
- dreidimensionale Tumormgröße in cm
- metrische Angabe des minimalen Abstandes des Karzinoms und einer ggf. assoziierten VAIN zum Resektionsrand
- metrische Angabe des minimalen Tumorabstandes zum Weichgewebsresektionsrand (parakolpisches Gewebe)
- R-Klassifikation (UICC)

## 4.4.4.2 Präparate nach lokaler Exzision, Kolpektomie, Hysterokolpektomie und Lymphknotenstatus

### Konsensbasierte Empfehlung 4.E10

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei Lymphnodektomiepräparaten im Rahmen der operativen Therapie beim Vaginalkarzinom sollen alle entfernten Lymphknoten histologisch untersucht werden.

### Konsensbasierte Empfehlung 4.E11

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Lymphknoten bis ca. 0,3 cm Größe sollten komplett eingebettet und größere Lymphknoten entlang ihrer Längsachse halbiert und ebenfalls komplett eingebettet werden.

## 4.4.4.2 Präparate nach lokaler Exzision, Kolpektomie, Hysterokolpektomie und Lymphknotenstatus

### Konsensbasierte Empfehlung 4.E12

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Der Befundbericht über Lymphonodektomiepräparate beim Vaginalkarzinom soll folgende Angaben beinhalten:

- Angabe der Zahl der befallenen Lymphknoten im Verhältnis zur Zahl der entfernten Lymphknoten in Zuordnung zur Entnahmelokalisation mit Seitenangabe (pelvin, ggf. inguinofemoral)
- Angabe der größten Ausdehnung der größten Lymphknotenmetastase in mm
- Angabe des Fehlens/Nachweises eines Kapseldurchbruches der Lymphknotenmetastase
- Angabe des Fehlens/Nachweises isolierter Tumorzellen im Lymphknoten, in Lymphgefäßen im perinodalen Fettgewebe und/oder in der Lymphknotenkapsel

## 4.4.4.3 Sentinel-Lymphknoten

### Konsensbasierte Empfehlung 4.E13

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Sentinel-Lymphknoten beim Vaginalkarzinom sollen vollständig eingebettet und in Stufenschnitten untersucht werden. Zusätzlich sollen bei in der HE-Morphologie negativen Sentinel Lymphknoten immunhistochemische Untersuchungen durchgeführt werden (sog. Ultrastaging).

# Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Vaginalkarzinoms und seiner Vorstufen

## 4.4.5 Morphologische Prognosefaktoren

Name	Standardfaktor	Risiko/Prognose-faktor	Therapierelevanz
Tumorstadium	ja	Ja	Ja
Lymphknotenstatus	ja	Ja	Ja
Größe der jeweiligen Lymphknotenmetastasen	ja	Unklar	Ja
Zahl metastatisch befallener inguinaler Lymphknoten	ja	Unklar	Ja
Extrakapsuläre Ausbreitung inguinaler Lymphknotenmetastasen	ja	Unklar	Ja
Perineuralscheideninfiltration (Pn-Status)	ja	Unklar	Nein
Lymphgefäßinfiltration (L-Status)	ja	Unklar	Nein
Veneninvasion (V-Status)	ja	Unklar	Nein
Resektionsränder (Residualtumorstatus; R-Klassifikation)	ja	Ja	Ja
Invasionstiefe in mm	ja	unklar	Nein
Grading	ja	unklar	Nein
Dreidimensionale Tumorgöße in cm	ja	unklar	Ja
Lokalisation des Karzinoms in der Vagina	ja	unklar	ja (ggf. operatives Vorgehen)
Makroskopische Wuchsform des Karzinoms	ja	unklar	Nein
Multifokale Karzinome	ja	unklar	ja (operatives Vorgehen)
Peritumorale VaN	ja	unklar	ja (operatives Vorgehen)
Histologischer Tumortyp	ja	unklar	Nein (reine Adenokarzinome möglicherweise nicht radiosensibel)
HPV-Nachweis im Karzinom	Nein	unklar	Nein
Invasionsmuster	Nein	unklar	Nein
Immunhistochemisches Ultrastaging von Lymphknoten auf Metastasen	Nein	unklar	unklar
Molekulare Marker	Nein	unklar	unklar



## 5 Diagnostik

*P. Hantschmann, C. Alt-Radtke*

## 5.2 Klinische Diagnostik

### Konsensbasiertes Statement 5.S7

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Diagnostik bei einer suspekten Vaginalläsion soll je nach Ausprägung klinisch, zytologisch und kolposkopisch erfolgen. Bei auffälligen Befunden soll eine Gewebeentnahme erfolgen.

## 5.4 Zum prätherapeutisches Staging bei einem Karzinom

### Konsensbasierte Empfehlung 5.E14

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Prätherapeutisch sollen bei einem nachgewiesenen Karzinom folgende Untersuchungen erfolgen:

- Gynäkologische Untersuchung des gesamten Anogenitalbereichs (cave: Multizentrität/Multifokalität)
- Bestimmung der Lokalisation, Ausdehnung und Größe des Tumors (Kolposkopie)
- Beurteilung der Infiltrationstiefe (Palpation und ggf. Histologie)
- Beurteilung der Ausdehnung auf Nachbarorgane
- Urethrozystoskopie, Rektoskopie, ggf. Analsonographie je nach Lokalisation
- Bildgebende Untersuchungen in Abhängigkeit von der klinischen Ausdehnung des Tumors

## 5.6 Bildgebende Diagnostik beim Vaginalkarzinom

### 5.6.1 Primärtumordiagnostik

#### Konsensbasiertes Statement 5.S8

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Becken-MRT ist die Schnittbildgebung der Wahl zum lokalen Staging des histologisch gesicherten Vaginalkarzinoms ab Stadium FIGO II.

#### Konsensbasierte Empfehlung 5.E15

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei der Durchführung einer funktionellen Becken-MRT sollen die aktuellen Empfehlungen für gynäkologische Beckentumoren (Protokoll) eingehalten werden, um eine möglichst hohe diagnostische Genauigkeit zu gewährleisten.

#### Konsensbasiertes Statement 5.S9

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die FDG-PET/CT hat in der Primärsituation für das lokale Staging des Vaginalkarzinoms keinen belegten Stellenwert.

## 5.6.2 Lymphknotendiagnostik

### Konsensbasiertes Statement 5.S10

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Aussagekraft der bildgebenden Verfahren zur Beurteilung der pelvinen Lymphabflusswege beim primären Vaginalkarzinom nimmt zu vom CT resp. nativer MRT zur funktionellen MRT.

## 5.6.3 Fernmetastasen

### Konsensbasierte Empfehlung 5.E16

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Eine kontrastmittelgestützte CT des Abdomens und des Thorax sollte bei fortgeschrittenem Vaginalkarzinom ( $\geq$  FIGO II) oder bei einem begründeten Metastasenverdacht zum Komplettstaging durchgeführt werden.

### Konsensbasierte Empfehlung 5.E17

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Eine PET/CT kann bei Patientinnen mit primärem Vaginalkarzinom zum Einsatz kommen, um vor geplanter Beckenexenteration das Vorliegen von Fernmetastasen mit möglichst hoher Wahrscheinlichkeit auszuschließen.

## 5.6.4 Bildgebung in der Strahlentherapie

### Konsensbasierte Empfehlung 5.E18

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei Patientinnen, die eine perkutane Strahlentherapie, eine kombinierte Radiochemotherapie oder eine Brachytherapie erhalten, soll eine MRT initial zur Therapieplanung und zur Therapiekontrolle durchgeführt werden, wenn möglich als funktionelles MRT.

## 5.6.5 Rezidivdiagnostik

### Konsensbasierte Empfehlung 5.E19

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei Patientinnen mit Verdacht auf ein Lokalrezidiv eines Vaginalkarzinoms sollte zur Beurteilung der lokalen Ausdehnung im Becken eine funktionelle Becken-MRT durchgeführt werden.

### Konsensbasierte Empfehlung 5.E20

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei Patientinnen mit Verdacht auf ein ausgedehntes und das Becken überschreitendes Vaginalkarzinomrezidiv kann vor einer Therapieplanung die Durchführung einer PET/CT indiziert werden.

# Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Vaginalkarzinoms und seiner Vorstufen

## 5.7 Staging

Staging des Vaginalkarzinoms nach AJCC 2017 / FIGO (2018) TNM 2017

UICC	FIGO	Tumorausbreitung
TX		Primärtumor kann nicht beurteilt werden
T0		Kein Anhalt für Primärtumor
Tis	1)	Carcinoma in situ, Vaginale Intraepitheliale Neoplasie (VaIN) Grad 3
T1a	I	Tumor begrenzt auf die Vagina und nicht größer als 2 cm, keine Streuung (N0, M0)
T1b	I	Tumor begrenzt auf die Vagina und größer als 2 cm, keine Streuung (N0, M0),
T2a	II	Tumor infiltriert paravaginales Gewebe (Parakolpium), ist nicht größer als 2 cm, erreicht aber nicht die Beckenwand, keine Streuung (N0, M0)
T2b	II	Tumor infiltriert paravaginales Gewebe (Parakolpium), ist größer als 2 cm, erreicht aber nicht die Beckenwand, keine Streuung (N0, M0)
T1 bis T3	III	Tumor wächst in die Beckenwand ein und/oder das untere Vaginaldrittel und/oder blockiert den Harnabfluss und verursacht Nierenprobleme
N1		Streuung in die regionären LK pelvin oder Leiste, keine Fernmetastasen
T3	III	Tumor wächst in die Beckenwand und/oder das untere Vaginaldrittel und/oder blockiert den Harnabfluss
N0 M0		keine Streuung (N0,M0)
T4	IVA	Tumor infiltriert die Mukosa der Blase und/oder des Rektums und/oder überschreitet die Grenzen des kleinen Beckens <sup>2)</sup>
Jedes N M0		Streuung in die regionären LK oder nicht, keine Fernmetastasen
Jedes T	IVB	Tumor streut Fernmetastasen (einschl. pelvine LK-Metastasen), kann Nachbarstrukturen infiltrieren oder nicht
Jedes N M1		Streuung in die regionären LK oder nicht

<sup>1)</sup> In der FIGO-Klassifikation ist das Stadium 0 (Tis) nicht vorgesehen.

<sup>2)</sup> Das Vorhandensein eines bullösen Ödems der Blasenschleimhaut genügt nicht, um einen Tumor als T4 zu klassifizieren.



## 6 Patientinnenaufklärung

*P. Mallmann*

## 6.0 Patientinnenaufklärung

### Konsensbasierte Empfehlung 6.E21

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Qualifizierte und sachdienliche Informationsmaterialien (Print- oder Internetmedien) sollen nach definierten Qualitätskriterien für Gesundheitsinformationen erstellt und Patientinnen zur Verfügung gestellt werden, um sie durch eine allgemeinverständliche Informationen über Risikoreduktionen in ihrer selbstbestimmten Entscheidung für oder gegen medizinische Maßnahmen zu unterstützen.

## 6.1.1 Diagnosemitteilung

### Konsensbasierte Empfehlung 6.E22

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Der Patientin soll angeboten werden, den Partner/die Partnerin oder Angehörige in das Gespräch bzw. die Gespräche einzubeziehen.

### Konsensbasierte Empfehlung 6.E23

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Im ärztlichen Gespräch sollen die individuellen Präferenzen, Bedürfnisse, Sorgen und Ängste der Patientin eruiert und berücksichtigt werden. Wenn eine Patientin dafür mehrere Gespräche benötigt, soll das Angebot zu weiteren Gesprächen bestehen.

## 6.1.1 Diagnosemitteilung

### Konsensbasierte Empfehlung 6.E24

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Art der Vermittlung von Informationen und der Aufklärung der Patientin sollte möglichst frühzeitig nach folgenden Grundprinzipien einer patientinnenzentrierten Kommunikation, die eine partizipative Entscheidungsfindung ermöglicht, erfolgen:

- Ausdruck von Empathie und aktives Zuhören,
- direktes und einfühlsames Ansprechen schwieriger Themen,
- Vermeidung von medizinischem Fachvokabular, ggf. Erklärung von Fachbegriffen,
- Strategien, um das Verständnis zu verbessern (Wiederholung, Zusammenfassung wichtiger Informationen, Nutzung von Graphiken u.a.),
- Ermutigung, Fragen zu stellen,
- Erlaubnis und Ermutigung, Gefühle auszudrücken
- weiterführende Hilfe anbieten.

## 6.1.1 Diagnosemitteilung

<b>Konsensbasierte Empfehlung 6.E25</b>	
Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Der Patientin soll eine soziale und psychoonkologische Unterstützung angeboten werden. Psychische, sexuelle oder partnerschaftliche Probleme sollen aktiv angesprochen werden.	

<b>Konsensbasierte Empfehlung 6.E26</b>	
Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Die Patientin soll auf die Möglichkeit, Selbsthilfegruppen zu kontaktieren, hingewiesen werden.	

## 6.1.2 Aufklärung über die Behandlung

### Konsensbasierte Empfehlung 6.E27

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Gemäß dem „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ soll die Patientin über alle in dieser Leitlinie beschriebenen für sie relevanten Therapieoptionen, deren Erfolgsaussichten und deren mögliche Auswirkungen informiert werden. Insbesondere soll auf die Auswirkungen auf ihr Sexualleben, ihre Harn- und Stuhlkontrolle (Inkontinenz) und Aspekte des weiblichen Selbstverständnisses (Selbstbild, Fertilität) eingegangen werden.

### Konsensbasierte Empfehlung 6.E28

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Erkrankung Vaginalkarzinom ist kein Notfall! Der Patientin soll zu jedem Zeitpunkt ausreichend Zeit für ihre Entscheidungsprozesse eingeräumt werden!

# Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Vaginalkarzinoms und seiner Vorstufen

Leitlinienprogramm

**gynécologie**  
suisse



**OEGGG**

**AGO**  
ARBEITSGEMEINSCHAFT  
GYNÄKOLOGISCHE  
ONKOLOGIE E.V.



## Infokasten 1 – Aufklärungsinhalte mit der Patientin mit primärem Vaginalkarzinom

Prinzipien, angestrebte Behandlungsziele, Dauer und die Durchführung der einzelnen Therapiemaßnahmen

Operative Therapiemaßnahmen:

- Wide excision
- Möglichkeiten der operativen Therapie und die damit einhergehenden weiteren Maßnahmen:
- Formen der Lymphadenektomie
- Formen der Kolpektomie
- Möglichkeiten der operativen Rekonstruktion
- Operative Behandlungsmöglichkeiten des Rezidivs

Strahlentherapie:

- Primäre Radiatio/Radio(chemo)therapie
- Sekundäre Radiatio/Radio(chemo)therapie

Systemische Therapie:

- Kombinierte Radio(chemo)therapie

Nebenwirkungen der Therapie und ihre Behandlungsmöglichkeiten

Spätfolgen der Erkrankung und der Therapie und ihre Behandlungsmöglichkeiten

Komplementäre Therapie:

- Erfassen des Hinzuziehens von Komplementärmedizin zur Reduktion von Nebenwirkungen

Teilnahme an klinischen Studien:

- Prinzipien und angestrebte Behandlungsziele
- Dauer und Durchführung der Therapie
- bisher bekannte Wirkungen und Nebenwirkungen
- Besonderheiten (Monitoring, zusätzliche Maßnahmen, Mitwirkung, Datenspeicherung und -verarbeitung)

Sonstige Informationen:

- Psychoonkologische Unterstützung sowie Leistungen der Selbsthilfegruppen
- Möglichkeiten der Rehabilitation
- Notwendigkeit der Nachsorge
- Aspekte der Eigenverantwortung und Mitwirkung (z. B. Mitteilung von Symptomen und Problemen, Therapiecompliance)

AWMF Nr.: 032-042 Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Vaginalkarzinoms und seiner Vorstufen

Gültig bis: 09/2023

Evidenzlevel: S2k

<http://www.dggg.de/leitlinien-stellungnahmen/leitlinien/>

© 2018

SGGG

DGGG

OEGGG

## 6.2 Aufklärungsinhalte für die Patientin mit metastasiertem bzw. rezidiertem Vaginalkarzinom

### Konsensbasierte Empfehlung 6.E29

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Als Inhalte eines Gesprächs in der Palliativsituation können folgende Punkte angesprochen werden:

Ziele der palliativmedizinischen Therapie (Linderung von Leiden, Behandlung von Schmerzen – oberstes Ziel: Lebensqualität der Patientin):

- Ängste und Befürchtungen der Patientin mit Einbeziehung von Partner und Angehörigen
- Radio(chemo)therapie, Dauer und damit angestrebtes Ziel
- Palliative CHT
- Palliative Operationsmöglichkeiten
- Schmerztherapie
- Individuelle Therapieentscheidungen abhängig von der persönlichen Lebensplanung der Patientin

Bei eingeschränkten Therapieeffekten kann das Ergebnis der Entscheidungsfindung der bewusste Verzicht auf palliative Tumortherapie sein

- Nebenwirkungen und Interaktionen von Medikamenten und Komplementärmedizin
- Ggf. Einbinden der lokalen Hospizinitiative
- Hinzuziehen palliativmedizinisch spezialisierter Ärzte und Pflegedienste

Problemsituationen im Krankheitsverlauf:

- Schmerzen
- Fisteln
- Fötider Ausfluss
- Blutungen
- Dyspareunien
- Thrombose, Lungenembolie
- Atemnot

Symptomatische, supportive Therapie: (Verw. Supportivtherapie)

- Behandlung von Lymphödemen der unteren Extremitäten
- Schmerztherapie
- Dysurie/Blasenspasmen
- Psychosoziale und religiöse/spirituelle Begleitung der Patientin sowie ihrer Angehörigen
- Hilfsmittel



## 7 Therapie der Vaginalen Intraepithelialen Neoplasie (VAIN)

*M. Hampl*

## 7.1 Lokale operative Therapien der VAIN

### Konsensbasiertes Statement 7.S11

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Vor jeder Oberflächentherapie einer VaIN soll ein invasives Karzinom mittels Biopsie(n) möglichst ausgeschlossen werden. Bei zytologischem Verdacht auf Invasion soll keine destruktive Therapie erfolgen, sondern ein exzidierendes Verfahren.

### Konsensbasierte Empfehlung 7.E30

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Entscheidung darüber, welche der zur Verfügung stehenden leitlinienorientierten Therapieoptionen der VaIN eingesetzt wird, soll individuell getroffen werden.

## 7.1 Lokale operative Therapien der VAIN

VaIN 2-3 (HSIL)	Unteres Drittel	Mittleres Drittel	Scheidenblind- sack	Gesamte Scheide
HPV indu- ziert	Excision, PE/Laservapori- sation, lokale medik. Therapie	Excision, PE/Laservapori- sation, lokale medik. Therapie	Excision, PE/Laservapori- sation, obere Kolpektomie	Skinning Resektion Vaginalepithel, Kolpektomie, lokale medik. Therapie
HPV negativ	Excision	Excision	Excision, obere Kolpektomie	Kolpektomie, Skinning- Resektion Vaginalepithel

## 7.2 Lokale medikamentöse Therapie

VaIN 1 (condylomatöse Läsion) Low grade squamous intraepithelial lesion LSIL, flat condyloma	VaIN 2-3 High grade intraepithelial neoplasia HGSIL
Beobachtung, in Ausnahmefällen Destruktion, Exzision, Imiquimod lokal (off Label use)	Ausgiebige PEs, danach Destruktion oder chirurg. Entfernung (Exzision, Skinning- Kolpektomie* , Laser Skinning Excision, partielle/totale Kolpektomie) oder Radiatio

## 7.3 Rezidiv- und Progressionsraten

<b>Konsensbasierte Empfehlung 7.E31</b>	
Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Patientinnen sollen nach therapierter VaIN regelmäßig lebenslang Kontrolluntersuchungen angeboten werden, weil die Rezidivrate einer VaIN hoch ist.	



## 8 Operative Therapie des invasiven Karzinoms

*W. Weikel*

## 8.1 Stadium FIGO I

### Konsensbasiertes Statement 8.S12

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Vaginalkarzinome im Stadium FIGO I sind einer operativen Therapie zugänglich.

### Konsensbasierte Empfehlung 8.E32

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Im Stadium FIGO I sollten umschriebene Tumoren lokal im Gesunden exzidiert und größere Tumoren mit einer Kolpektomie und ggf. Hysterektomie operiert werden.

## 8.2 Stadium FIGO II

### Konsensbasiertes Statement 8.S13

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Standardtherapie in den Stadien II bis IV ist eine Radio(chemo)therapie. Im Stadium IV sind exenterative Verfahren Teil einer individuellen Therapieentscheidung.

## 8.4 Plastische Rekonstruktion

### Konsensbasierte Empfehlung 8.E33

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Vor einer Kolpektomie sollte die Patientin über die Möglichkeit einer plastischen Rekonstruktion der Vagina informiert werden.



## 9 Operative Behandlung der Lymphabflusswege

*H.-G. Schnürch, L. Wölber*

## 9.3 Lymphabfluss aus der Vagina

Konsensbasiertes Statement 9.S14	
Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Wegen unsicherer Korrelation zwischen Tumorsitz und Lymphabflussrichtung aufgrund der ausgedehnten lymphatischen Anastomosen der Vagina und des kleinen Beckens ist eine sichere Zuordnung von Tumorlokalisierung in der Vagina und Lymphabflussrichtung im Einzelfall nicht möglich.	

## 9.4 Lymphatisches Metastasierungsrisiko von Vaginalkarzinomen

Konsensbasiertes Statement 9.S15	
Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Es gibt keine evidenzbasierten Parameter beim Vaginalkarzinom, die mit dem Metastasierungsrisiko eng korrelieren. Als Anhaltspunkt für ein beginnend relevantes Risiko für eine lymphatische Metastasierung kann die Infiltrationstiefe von > 1 mm in Analogie zum Vulvakarzinom angenommen werden.	

## 9.5 Sentinel-Lymphknoten-Verfahren 9.5.2 Lymphknoten-Mapping mit der Sentinel-Technik

### Konsensbasiertes Statement 9.S16

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Das Sentinel-Lymphknoten-Mapping hilft als Voraussetzung für die SNB beim Vaginalkarzinom, den Lymphabfluss darzustellen und damit das weitere operative und/oder radiotherapeutische Vorgehen individuell zu planen.

## 9.5.2 Lymphknoten-Mapping mit der Sentinel-Technik

### Konsensbasierte Empfehlung 9.E34

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Folgende Rahmenbedingungen sollen bei der Anwendung der Sentinel Technik beim Vaginalkarzinom eingehalten werden:

- Es liegen keine klinisch und/oder bildgebend suspekten Lymphknoten vor,
- Der Primärtumor überschreitet nicht einen Durchmesser von 4 cm in der Vaginalebene und infiltriert nicht über die Vagina hinaus (FIGO I).
- Es sind keine Voroperationen in den zu behandelnden Lymphabflussregionen abgelaufen.
- Die Darstellung erfolgt mit <sup>99m</sup>Technetium Nanokolloid.
- Bei operativer LK-Suche soll eine Gamma-Sonde eingesetzt werden, als zusätzliche Farbstoffe werden entweder Patent-Blau oder -insbesondere bei laparoskopischer Suche – Indocyaningrün (ICG) verwendet.
- Die entfernten in der HE-Färbung nicht befallenen Sentinel-LK werden in der Pathologie einem Ultrastaging mit Immunhistochemie unterzogen.
- Die im Sentinelverfahren nicht dargestellten Lymphabflussgebiete der Leisten und des kleinen Beckens werden systematisch operativ abgeklärt oder in die primäre Behandlung (systematische LNE oder RCTX) einbezogen.

## 9.5.3 Zur Validität der Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

### Konsensbasierte Empfehlung 9.E35

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Sentinel-Technik kann eingesetzt werden, wenn die Patientin nach umfänglicher Aufklärung über die begrenzte Aussagekraft der Methode mangels Daten beim Vaginalkarzinom zustimmt.

### Konsensbasiertes Statement 9.S17

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Valide Daten für die diagnostische Sicherheit der SNB beim Vaginalkarzinom wird es wegen der Seltenheit der Tumoren auf absehbare Zeit nicht geben.

## 9.5.5 Bei Planung einer primären Radio(-chemo)therapie

### Konsensbasierte Empfehlung 9.E36

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei primärer Strahlentherapie sollte das Ergebnis im Fall der Anwendung der präoperativen SN-Darstellung und der intraoperativen SN-Biopsie für die Planung der Bestrahlungsfelder berücksichtigt werden.

## 9.8 Operative Reduktion der Tumorlast („Debulking“) vor der Radio(-chemo)therapie

### Konsensbasierte Empfehlung 9.E37

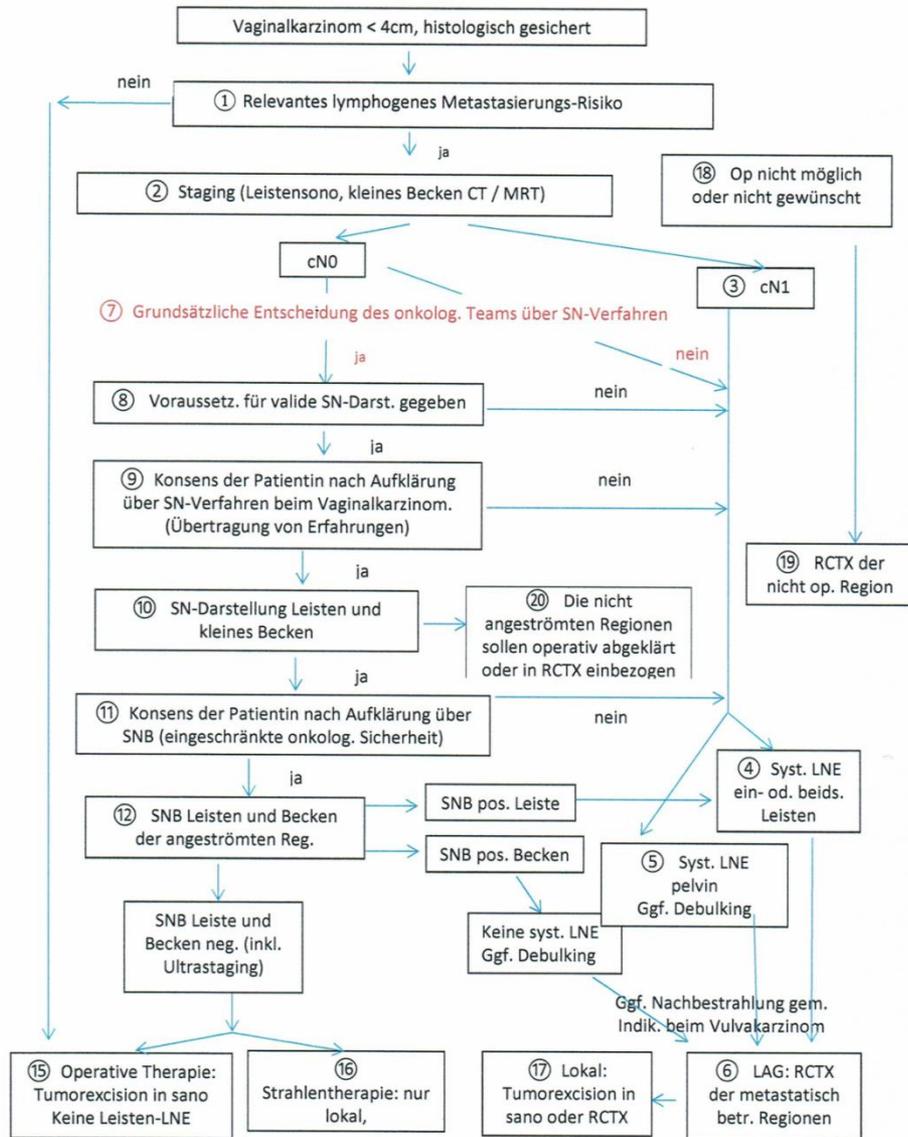
Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Das Ablaufschema für die Diagnostik und Therapie des Vaginalkarzinoms (Abb. 3) sollte der Therapieplanung bei Patientinnen mit Vaginalkarzinom zugrundegelegt werden.

# Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Vaginalkarzinoms und seiner Vorstufen

**Ablaufschema für die Diagnostik und Therapie des Vaginalkarzinoms unter fakultativer Einbeziehung des Sentinel-LK-Verfahrens (die eingekreisten Ziffern entsprechen den so markierten Textstellen unter 9.6.1)**





# 10 Radio(chemo)therapie des Vaginalkarzinoms

*S. Marnitz*

## 10.6 Strahlentherapie der Lymphabflusswege

### Konsensbasierte Empfehlung 10.E38

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

In der primären Radio(chemo)therapie sollte das Zielvolumen den Primärtumor mit Sicherheitssaum mit einer Dosis von >70 Gy erfassen.

### Konsensbasierte Empfehlung 10.E39

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Für die R1-Situation und R2-Situation soll, wenn eine Nachresektion nicht möglich ist, eine postoperative Strahlentherapie der Tumorregion empfohlen werden.

### Konsensbasiertes Statement 10.S18

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Es gibt keine Evidenz über einen bestimmten minimalen histologischen Sicherheitsabstand des Tumors vom Präparaterand, dessen Unterschreitung die Indikation für eine postoperative Strahlentherapie der ehemaligen Tumorregion darstellt.

## 10.7 Radio(chemo)therapie

### Konsensbasierte Empfehlung 10.E40

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die primäre Bestrahlung sollte als simultane Radiochemotherapie angeboten werden.

### Konsensbasierte Empfehlung 10.E41

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei vorhandener Indikation zum operativen Lymphknotenstaging, aber nicht durchgeführtem operativen Staging, sollten die Lymphabflussgebiete inguinofemoral und pelvin beidseits in die Bestrahlung einbezogen werden.

## 10.7 Radio(chemo)therapie

### Konsensbasierte Empfehlung 10.E42

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Der Einsatz von Cisplatin ± 5-FU bzw. Mitomycin ± 5-FU sollte unter Berücksichtigung von Komorbiditäten, dem Wunsch der Patientin und der klinischen Situation erfolgen.

### Konsensbasierte Empfehlung 10.E43

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Analog zum Vorgehen bei Vulvakarzinom sollte die adjuvante Radio(chemo)therapie bei R1/R2-Resektion im Tumorgebiet bei Leistenlymphknotenmetastasen in der betroffenen Leiste und bei pelvinen Metastasen beidseits erfolgen.



## 11 Systemische Therapie

*J. Barinoff*

## 11.2 Neoadjuvante Chemotherapie

### Konsensbasiertes Statement 11.S20

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die neoadjuvante Chemotherapie beim Vaginalkarzinom ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt ein experimentelles Therapiekonzept.

## 11.3 Radio(-chemo)therapie

### Konsensbasiertes Statement 11.S21

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Radio(chemo)therapie bei Patientinnen mit Vaginalkarzinom wird analog zu den Konzepten bei Zervix- und Vulvakarzinom eingesetzt.



## 12 Supportivtherapie

*P. Mallmann*

## 12 Supportivtherapie

### Konsensbasierte Empfehlung 12.E44

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Supportivtherapie zur Prophylaxe und Minimierung therapie- oder tumorbedingter Symptome soll leitliniengerecht erfolgen.



## 13 Psychoonkologie und Lebensqualität

*P. Mallmann*

## 13.1 Psychoonkologische Hilfen

### Konsensbasiertes Statement 13.S22

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die psychoonkologische Versorgung von Patientinnen mit Vaginalkarzinom ist ein integraler Bestandteil der onkologischen Diagnostik, Therapie und Nachsorge und stellt eine interprofessionelle Aufgabe dar.

### Konsensbasierte Empfehlung 13.E45

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Eine psychoonkologische Beratung und Unterstützung soll allen Patientinnen und deren Angehörigen bedarfsgerecht angeboten werden.

### Konsensbasierte Empfehlung 13.E46

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Feststellung des individuellen Bedarfs an psychoonkologischer Hilfestellung sowie die daraus abgeleitete Beratung und Behandlung soll entsprechend der S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von Krebspatienten“ ([AWMF-Registernummer 032 - 051OL](#)) über ein standardisiertes Screeningverfahren erfolgen.

## 13.1 Psychoonkologische Hilfen

### Konsensbasierte Empfehlung 13.E47

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Das Thema Sexualität sollte aktiv angesprochen werden, um weiteren Unterstützungsbedarf und entsprechende Hilfestellungen einleiten zu können.



## 14 Rehabilitation

*P. Mallmann*

## 14 Rehabilitation

### Konsensbasierte Empfehlung 14.E48

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die medizinisch-onkologische Rehabilitation dient der spezifischen Behandlung von Krankheits- und Therapiefolgestörungen. Alle Patientinnen sollen über die gesetzlichen Möglichkeiten zu Beantragung und Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen informiert und beraten werden.

### Konsensbasierte Empfehlung 14.E49

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Therapiebedingte Störungen sollen im Rahmen der Rehabilitation und Nachsorge erfragt und behandelt werden.

### Konsensbasierte Empfehlung 14.E50

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei Belastungs-/ Drang- oder Mischharninkontinenz und/oder Stuhlinkontinenz sollte den Patientinnen mit Vaginalkarzinom ein Beckenbodentraining angeboten werden.

## 14 Rehabilitation

### Konsensbasierte Empfehlung 14.E51

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei manifestem Lymphödem sollte eine kombinierte Therapie aus Hautpflege, manueller Lymphdrainage, Bewegungstherapie und Kompression angeboten werden.

### Konsensbasierte Empfehlung 14.E52

Expertenkonsens

Konsensusstärke ++

Patienten mit einer Belastung oder Beeinträchtigung durch Fatigue sollen spezifische Informationen und therapeutische Unterstützungen angeboten werden. Weiterhin soll überprüft werden, ob die Symptomatik durch eine behandelbare Ursache (z.B. eine Depression oder Medikamentennebenwirkungen) verursacht wird.

### Konsensbasierte Empfehlung 14.E53

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei Fatigue sollten den Patientinnen aktive Trainingsformen (Kraft- und/oder Ausdauertraining) sowie ergänzende psycho-educative Maßnahmen angeboten werden.



## 15 Integrative Medizin

*C.C. Hack, M.W. Beckmann*

## 15 Integrierte Medizin

Konsensbasierte Empfehlung 15.E54	
Expertenkonsens	Konsensusstärke +++
Eine grundsätzliche Beratung zur komplementären und alternativen Medizin (CAM) sollte erfolgen. Wenn Patientinnen entsprechende Methoden anwenden, sollten diese erfasst werden.	

Konsensbasierte Empfehlung 15.E55	
Expertenkonsens	Konsensusstärke ++
Alternativmedizinische Interventionen zur Behandlung des Vaginalkarzinoms unter Verzicht auf Methoden der konventionellen Medizin sollen abgelehnt werden.	



## 16 Nachsorge

*F. Giesecking, G. Mehlhorn*

## 16.1 Vaginale intraepitheliale Neoplasien (VaIN)

### Konsensbasierte Empfehlung 16.E56

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei Patientinnen mit therapiertem HSIL der Vagina sollte eine regelmäßige risikoadaptierte Nachkontrolle lebenslang durchgeführt werden.

## 16.2 Vaginalkarzinom

### Konsensbasierte Empfehlung 16.E57

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Nachsorge nach Vaginalkarzinom sollte folgende Routineuntersuchungen umfassen:

Untersuchung	1. - 3. Jahr	4. - 5. Jahr	Ab 6. Jahr
Anamnese	3-monatlich	6-monatlich	jährlich
Klinische Untersuchung	3-monatlich	6-monatlich	jährlich
Spekulumeinstellung, Kolposkopie (Zervix/Vagina/Vulva/Anus), Zytologie	3-monatlich	6-monatlich	jährlich

Literatur: Adaptiert nach Salani R et al 2011 [117], Dannecker C et al 2016 [118], Oonk MH et al 2003[119]



# 17 Therapien bei lokoregionären Rezidiven und Fernmetastasen

*A. Günthert, P. Mallmann*

## 17.2 Therapie des lokoregionären Rezidivs

### Konsensbasiertes Statement 17.S23

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Entscheidung zur Therapie des lokalen oder lokoregionären Rezidivs ist abhängig von der Vortherapie, dem Ausmaß des Rezidivs und dem Allgemeinzustand der Patientin. Die Entscheidung wird individuell getroffen, es bestehen die Optionen der Operation, der Radiotherapie, der Radio(chemo)therapie oder best supportive care.

### Konsensbasierte Empfehlung 17.E58

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Die Entscheidung über das Therapiekonzept der Patientin mit lokalem oder lokoregionärem Rezidiv soll in einem interdisziplinären Tumorboard erfolgen.



## 18 Palliativmedizinische Begleitung

*P. Mallmann, A. Letsch*

## 18 Palliativmedizinische Begleitung

### Konsensbasierte Empfehlung 18.E59

Expertenkonsens

Konsensusstärke ++

Palliativmedizin (Synonym: Palliative Care) ist ein therapeutischer Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität sowie der Prävention, Identifikation und Verminderung von Leid von Patientinnen und ihren Angehörigen. Sie ist damit integraler Bestandteil des Behandlungskonzepts für Patientinnen mit inkurablem Vaginalkarzinom.

Allen Patientinnen soll nach der Diagnose einer nichtheilbaren Krebserkrankung eine Palliativversorgung angeboten werden, unabhängig davon ob eine tumorspezifische Therapie stattfindet.

## 18 Palliativmedizinische Begleitung

### Konsensbasiertes Statement 18.S24

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Palliativmedizinische Bedürfnisse der Patientin sind körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Natur. Diese Bedürfnisse sollen regelmässig mittels geeigneter Instrumente mit der Patientin gemeinsam festgestellt werden.

### Konsensbasierte Empfehlung 18.E60

Expertenkonsens

Konsensusstärke ++

Aufgrund der individuellen Patientenbedürfnisse erfordert Palliativmedizin (Palliative Care) einen multiprofessionellen und interdisziplinären Ansatz. Dieser soll größtmögliche Patientinnenautonomie gewährleisten.

### Konsensbasierte Empfehlung 18.E61

Expertenkonsens

Konsensusstärke ++

Patientinnen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung und einer hohen Komplexität Ihrer Situation sollen eine spezialisierte Palliativversorgung erhalten.