

Onkologie 2023 · 29:924–926
<https://doi.org/10.1007/s00761-023-01416-8>
Angenommen: 4. September 2023

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2023



Prävention und Therapie des Zervixkarzinoms im steten Wandel

Tanja Fehm¹ · Heinz Schmidberger²

¹ Frauenklinik, Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland

² Klinik und Poliklinik für Radioonkologie und Strahlentherapie, Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Deutschland

Die Inzidenz des Zervixkarzinoms hat in den letzten Jahren dank der Früherkennung stark abgenommen. Während in den 1990er-Jahren noch etwa 7000 Frauen an einem Zervixkarzinom erkrankten, ist die Zahl der Neudiagnosen mittlerweile auf etwa 4100 gesunken. Diese Reduktion ist im Wesentlichen auf die Einführung des zytologischen Screenings als Früherkennungsmaßnahme im Jahr 1971 zurückzuführen. Auf Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erfolgt seit 2020 ein organisiertes (einladungs-basiertes) Zervixkarzinomscreening, das die Testung auf humane Papillomaviren (HPV) ab dem 35. Lebensjahr in die Früherkennungsuntersuchung einschließt (siehe *Gallwas et al.*). Der neue Testalgorithmus ist aktuell noch in Evaluation. Eine weitere wichtige Säule in der Prävention stellt die HPV-Impfung dar, eine Schutzimpfung für Jungen und Mädchen im Alter von 9 bis 14 Jahren, deren Kosten von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Neue Konzepte sind nicht nur in der Prävention, sondern auch in der operativen und systemischen Therapie des Zervixkarzinoms zu sehen.

» Die Reduktion der Zervixkarzinominzidenz geht im Wesentlichen auf das zytologische Screening zurück

Das Zervixkarzinom wird stadienadaptiert behandelt. In den frühen Stadien (bis Stadium IIa nach International Federation of Gynecology and Obstetrics [FIGO]) wird in

der Regel ein operatives Konzept empfohlen. In höheren Stadien ist die Radiochemotherapie der Standard (siehe *Sturdza et al.*). Das operative Spektrum reicht von einer einfachen Konisation bis hin zur radikalen Hysterektomie (Piver I–IV). Entscheidend für die Wahl des operativen Verfahrens sind das Stadium, das Vorliegen von Risikofaktoren sowie die Frage, ob gegebenenfalls der Wunsch nach Fertilitätserhalt (siehe *Gebauer et al.*) besteht. Während im FIGO-Stadium Ia1 eine einfache Hysterektomie ausreicht, muss ab Stadium Ia2 eine radikale Hysterektomie erfolgen, die je nach Radikalität mit einer deutlichen Morbidität verbunden sein kann. Allerdings gibt es nun erste Hinweise aus der SHAPE-Studie (NCT01658930), dass bei Tumoren ≤ 2 cm (pT1a2 oder pT1b1) eine einfache Hysterektomie die gleiche onkologische Sicherheit aufweist wie eine radikale Hysterektomie. Ob diese in Zukunft offen oder minimal-invasiv erfolgen kann, ist noch Gegenstand aktueller Studien. Im Jahr 2018 sorgte die LACC-Studie (NCT00614211) für eine große Überraschung. Bis dato wurde aufgrund des geringen Blutverlusts und der schnelleren Rekonvaleszenz ein minimal-invasives gegenüber dem offenen Vorgehen bei der radikalen Hysterektomie bevorzugt. Die Ergebnisse der Studie zeigten jedoch, dass das minimal-invasive Vorgehen mit einem höheren Sterbe- und Rezidivrisiko verbunden ist. Die Studie wurde intensiv diskutiert und es wurden unterschiedliche mögliche Gründe identifiziert, beispielsweise die Verwendung eines Manipulators; siehe *Hillemanns et al.*



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Hier steht eine Anzeige.





Letztendlich wurden nun neue Studien wie die G-LACC-Studie initiiert, um diese Frage unter Vermeidung vermuteter Risikofaktoren neu aufzurollen. Die Daten zur onkologischen Sicherheit der Sentinel-Lymphknotenbiopsie bei Patientinnen mit Tumoren <2 cm scheinen hingegen ausreichend zu sein, um dieses Verfahren in die klinische Routine zu überführen. Inwieweit es auf Tumoren mit einer Größe von 2 bis 4 cm ausgeweitet werden kann, wird unter anderem die SENTICOLL-III-Studie (NCT03386734) zeigen.

Auch beim metastasierten Zervixkarzinom hat sich sehr viel getan. Wie bei anderen gynäkologischen Karzinomen haben Immuncheckpointinhibitoren Einzug in aktuelle Therapiestrategien gehalten (siehe *Friebe et al.*). Seit 2022 ist Pembrolizumab in der Erstlinientherapie in Kombination mit Carboplatin/Paclitaxel ± Bevacizumab bei „combined positivity score“ (CPS) ≥1 zugelassen. Auch in der Zweitlinie kann Pembrolizumab als Monotherapie (nach Kostenübernahme) eingesetzt werden. Alternativ stehen Cemiplimab und im Rahmen von Studienkonzepten das Antikörper-Wirkstoff-Konjugat Tisotumab Vedotin zur Verfügung.

Langjährige Therapiestandards erfahren durch die aktuellen Ergebnisse innovativer Studienkonzepte sowohl aus dem operativen als auch medikamentösen Bereich einen deutlichen Wandel. Das Leitthema zum Zervixkarzinom soll Ihnen einen fundierten Überblick über die Neuerungen geben. Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre!

Für die Schriftleitung
Tanja Fehm

Für die Herausgebenden
Heinz Schmidberger

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Tanja Fehm
Frauenklinik, Universitätsklinikum Düsseldorf,
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf, Deutschland
tanja.fehm@med.uni-duesseldorf.de

Interessenkonflikt. T. Fehm und H. Schmidberger geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Kostenfreie Kurse rund ums Publizieren

Die ersten Veröffentlichungen oder die Einladung zur ersten Begutachtung sind für viele ein wichtiger Schritt in der Karriere. Wissenschaftliche Artikel sind entscheidend dafür, dass die eigene Arbeit in der Community wahrgenommen wird. Es geht darum, die eigenen Ideen auszutauschen und sicherzustellen, dass die Ergebnisse Wirkung erzielen. Und die Einladung zum ersten Gutachten kommt einem Ritterschlag der Wissenschaft gleich.

>> Beides sind unglaublich wichtige Schritte in der Karriere und oft eine riesen Herausforderung!

Hier finden Sie Antworten auf die essentiellen Fragen: Was sind die wichtigsten Schritte? Worauf muss ich achten? Welche Formate und Vorgaben gilt es einzuhalten? Was muss rein und wie? Mit wem darf ich was besprechen?

- Kurs 1: Wie verfasse ich ein Manuskript?
- Kurs 2: Tipps für Ihr englischsprachiges Manuskript
- Kurs 3: Leitfaden zur Peer-Review-Begutachtung

Registrieren Sie sich auf SpringerMedizin.de und lernen Sie los:



>> [SpringerMedizin.de/Kurse-rund-ums-Publizieren](https://www.springermedizin.de/kurse-rund-ums-publizieren)