|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | VulvaCA | VaginalCA | | ZervicCA |
| Präkanzerosen/ Dysplasien | -VIN=vulväre intraepitheliale Neoplasien  -M. Paget  -S: Jucken, Brennen, Schmerzen (VIN), Hautveränderungen diffus -D: multiple Biopsien -Th: lokale Entfernung, Laser, Rez häufig | -VAIN=vaginale intraepitheliale Neoplasien (selten)  -S: oft keine  -D: multiple Biopsien  -Th: lokale Entfernung, Laser, Rez | | CIN=zervikale intraepitheliale Neoplasien , 1=leicht, 2=mäßig, 3=schwere Dysplasie/CIS (HPV- v.a. 16,18, 31,33,45)  -Diagnostik: -Kolposkopie+Essigsäuretest/ Schillerjodprobe (Abnorm. Transformationszone, Mosaik, Punktierung, Erosion…),  -Zytologie: PAP  - Histologie nach Konisation |
| Allgemein | -höheres Lebensalter -95% Plattenepithel CA  -lymphogene Metastasierung: ipsilateral inguinale, femorale LK, selten pelvine LK | -60-80 Jahre  -90% PlattenepithelCA  -sehr selten!  -Ausnahme AdenoCA (17-32J) | | - 35-54 Jahre und ab 65 Jahren  -90% PlattenepithelCA  -2. Maligner Tumor Frau  -meist an der Transformationszone  -Ausbreitung per continuitatem Scheide, Blase, Rektum, Parametrien, lymphogene Metastasierung: LK A.iliaca ect., paraaortal |
| Pronostische Faktoren | -schlechteste Prognose aller GenitalCA  -LK-Befall, Größe Primärtumor, Invasionstiefe  30% Metastasen, 5JÜR 70% (LK Befall 50%) | -Prognose schlecht  -5JÜL 40%, weil so späte Diagnose | | -Risikofaktoren: LK, Tumor>4cm, Invasion, R, Alter  -%JÜR Figo I 80%, II70%, III45%, IV 15% |
| Risikofaktoren | Rauchen, Immunsuppression, Vulvadysplasien, Präkanzerosen, HPV 16/18) |  | | Häufiger+ früher GV, wechselnde Partner, Rauchen, Virusinfektion, schlechter Immunsatus, Langzeiteinnahme OKonzept. |
| Symptome | Unspezifisch: Juckreiz, Dysurie, Schmerzen, Blutungen  20% asymptomatisch | -vaginale Blutungen, Kontaktblutung, Ulzera, Leokoplakien | | Oft Zufallsbefund bei Screening, fortgeschr.: irreguläre Blutungen, Kontaktblutung, Ausfluss, Schmerzen, Fistelung |
| Diagnostik | Biopsie | -Kolposkopie mit Essgsäuretest  - Tluidinblau-Probe  -Biopsie | | -Kolposkopie (FIGO)  - Zytologie (FIGO)  -Histologie (TNM)  FIGO:  1a1=Frühform  1a2-2b=Uterus überschritten +Parametrien +obere 2/3 Vagina  3/4= +Beckenwand, unteres/3Vagoina, Blase |
| Therapie | -kleine Tumoren: Entfernung mit Sicherheitsrand >10mm  - sonst: primäre/neoadj Radiochemo, Radiatio, OP (Vulvektomie: Vulva, LK inguinal, femoral ipsi/kontralat) | - kleinere Tumoren: OP (oberes Drittel analog ZervixCA, distales Drittel Kolpektomie inkl. Parakolpien+LK)  -fortg. Stadium: Radiatio, wenn sek. CA Primärtumortherapie | | FIGO: 1a1: Hysterektomie (evtl +LK)  1a2-2b: Wertheim-MeigsOP (Uterus, Scheidenmanschette, Parametrien, parakolipisches Gewebe, pelvine LK, ggf Ovarien)+RadioChemo  3/4: prim. RadioChemo, sympt. Th |
|  | EndometriumCA | | OvarialCA | MammaCA |
| Präkanzerosen/ Dysplasien | -atyp. Hyperplasie für TypI | |  | -lobulär (CLSI) multizentrisch, 25 J bis CA -duktal (DLIS), am häufigsten, Mikroverkalkungen, 10 Jahre bis CA  -CIS nicht tastbar, DCIS Mikrokalk, Th: OP mit SentinelLK |
| Allgemein | -7. maligner Tumor der Frau, Inzidenz steigt  -Postmenopausal 75-80 Jahre  -TypI: östrogenabh. CA, endometr. AdenoCA -Typ II: östrogenunabh., serös klarzelliges CA  -metastasiert spät | | -BRCA-1 /2  -10% sind Metastasen (Endometrium, Mamma, GI CA) | -1. Platz  -BRCA-1/2  -duktal 80% -lobulär 10%  -M.Paget 10%  -inflammat. CA  -frühe Metastasierung: axilläre LK, Knochen, Lunge, Leber |
| Pronostische Faktoren | -hystolog. Tap, Grading, Invasionstiefe, LK  -5 JÜL 70% | |  | -unbehandelt 3,5 Jahre  -LK, M1, Diff.  -Therapie 5JÜR 75% |
| Risikofaktoren | Übermäßige Östrogenstimulation-> Hyperplasie: Hormonsubstitution, metabl. Syndrom, Follikelpersistenz, Diab.M., Nullipara, frühe Menarche späte Menopause, TamoxifenTh, PCO… | | Lebensalter, Infertilität, Nullipara, Hormonsubstitution, Zn MammaCA | Alter 50-60 J., Verwandte 1. Grades, Adipositas, Rezidiv, OvarialCA, Nullipara |
| Symptome | Treten früh auf: postmenopausale Blutungen, zervikaler Fluor, Unterbauchschmerzen, Gewichtsverlust | | -Frühstadien Symtomlos | Druckempflindlicher, unscharf begrenzter , harter Knoten, Hauteinziehungen, Nicht verschiebbar, Mamille eingezogen, Ulzerationen, Sekretion, |
| Diagnostik | -kein Screening empfohlen  -gyn U, tvSono (>5mmEndometriumdicke)  -Hysteroskopie +fraktionierte Abrasio für Histo  -Pap | | -FIGO I : Ovarien,II: Becken,III: Peritonealhöhle, LK, IV: M1  -Tastbefund: derbe, nicht mobil, unscharf begrenzt, Tumor im Adnexbereich, PeritonealCA tastbar?  -Sonotv, abd. Sono  -diagn. Laparoskopie mit Schnellschnitt | -Sonografie  -Mammografie  -Biospie (Hormonrezeptorstatus, Grading, Histo)  TNM: pt1 <2cm, pT2 2-5cm, pT3>5cm, pT4 Ausdehnung auf Brustwand o. Haut/inflamm. |
| Therapie | -OP Wertheim-Meigs (Uterus, Scheidenmanschette, Parametrien, parakolipisches Gewebe, pelvine LK, ggf Ovarien)+Omentektomie+LK  -inoperabel: primäre Radiatio | | - radikale OP: R0 Resektion, beideseitige Adnektomie, Hysterektomie, LK pelvin, paraortal, Douglas-Peritoneum, makrokopisch sichtbare Tumoren (Darm…), Omentum+ Spülzytologie  +Chemo Carboplatin | -OP:  1.BET: 1mm Sicherheitsabstand, DCIS 5mm + IMMER Radiatio  2. Mastektomie  3. LK: Standart Sentiel LK (SLNE)  -Systemisch: Hormonrezeptorstatus (Tamoxifen), HER2 (Trastuzumab) |