

# Fertilitätserhalt bei Endometriumkarzinom und Kinderwunsch



**Auguste-  
Viktoria-  
Klinikum**



**Humboldt-  
Klinikum**



**Klinikum am Urban**



**Klinikum  
Kaulsdorf**



**Klinikum Im  
Friedrichshain**



**Klinikum  
Neukölln**



**Klinikum  
Spandau**



**Wenckebach-  
Klinikum**



**Ida Wolff  
Krankenhaus**

Priv.-Doz. Dr. med. Malgorzata Lanowska

Klinik für Gynäkologie und Geburtsmedizin, Vivantes Klinikum Am Urban

Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe in Berlin

20.02.2019

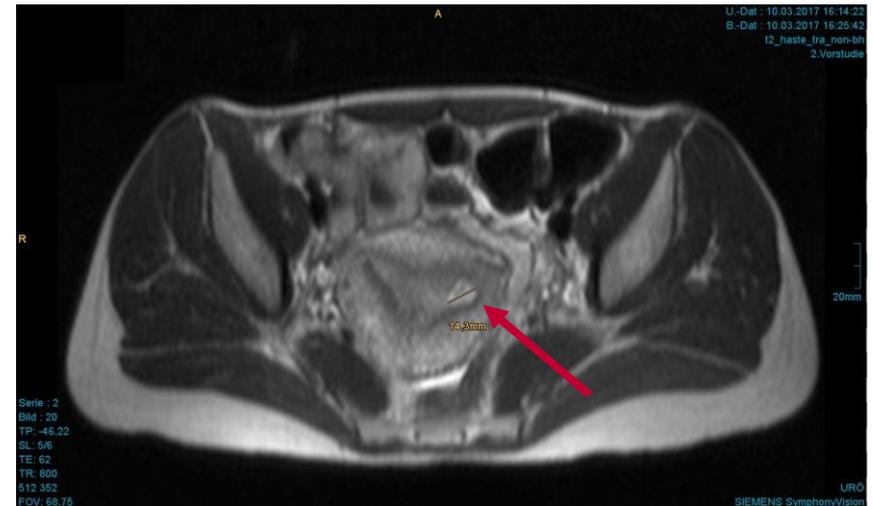
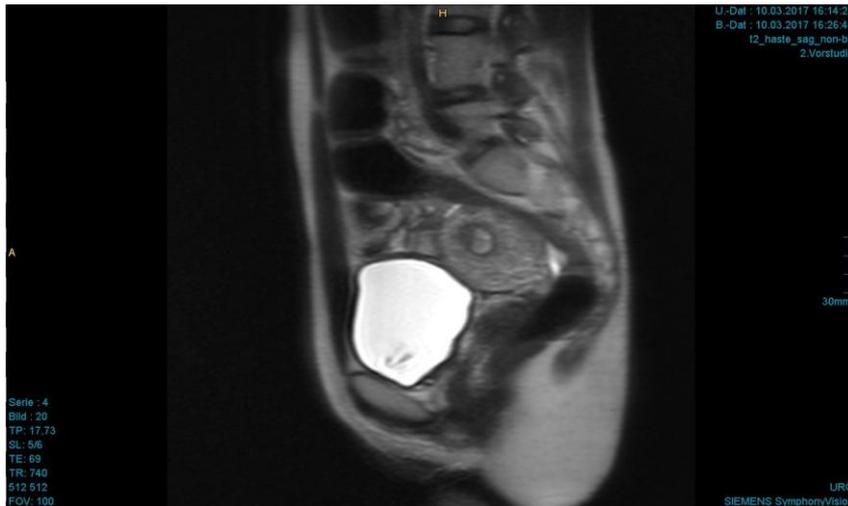
- ❖ Februar 2017: Vorstellung einer 36jährigen Nulligravida mit endometrioidem Adenokarzinom des Corpus uteri, G1, hormonrezeptorpositiv
- ❖ Zufallsdiagnose nach Abrasio bei V.a. Endometriumpolypen (Kinderwunschbehandlung)
- ❖ Dringender Kinderwunsch: Therapie mit Fertilitätserhalt?!



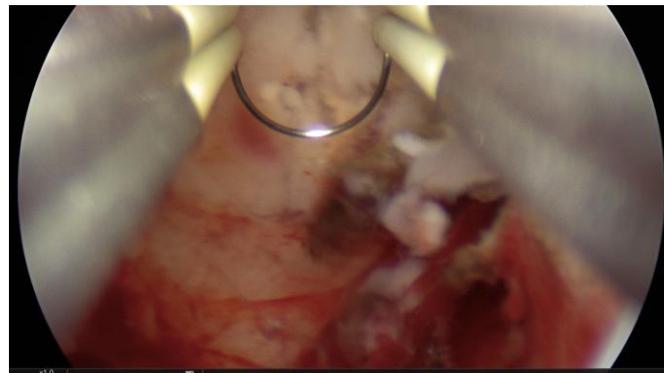
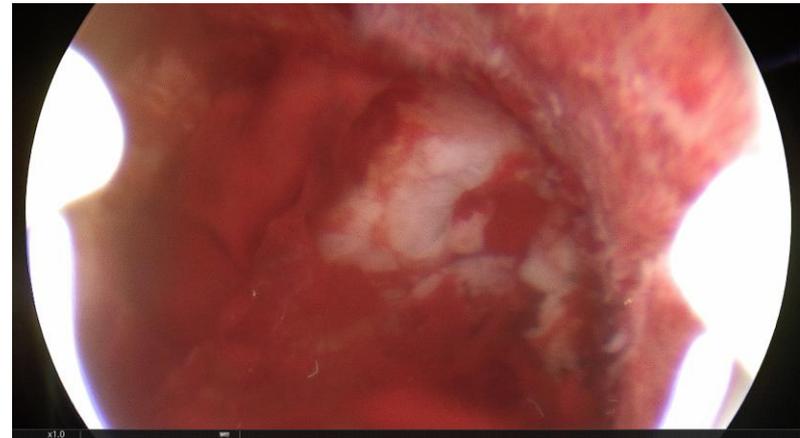
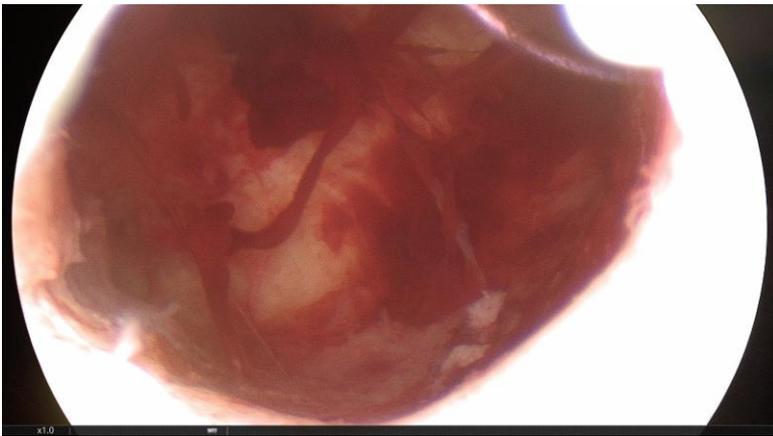
- ❖ Schlanker Habitus
- ❖ Bild der polyzystischen Ovarien ohne Amenorrhoe
- ❖ Keine Nebendiagnosen
- ❖ Leere Familienanamnese bzgl. maligner Erkrankungen



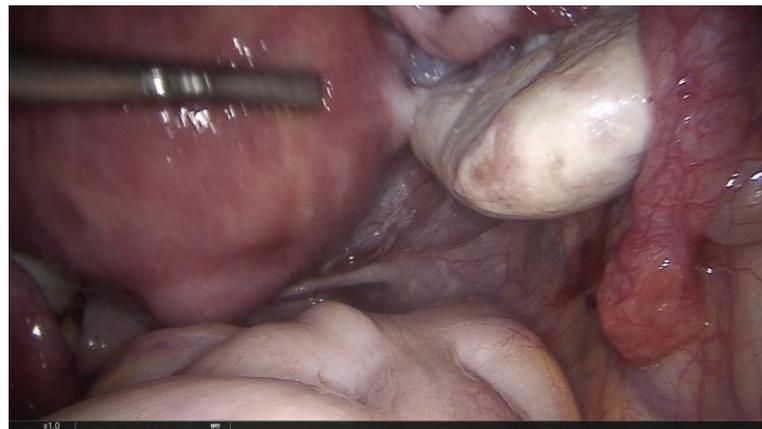
- ❖ Sonographisch suspekter Struktur in der linken Tubenecke
- ❖ MRT Becken: hypointense Raumforderung im linken Cornu (14 mm), fragliche Myometriuminfiltration, unauffällige pelvine Lymphknoten
- ❖ CT Thorax/Abdomen: kein Anhalt für Filiae

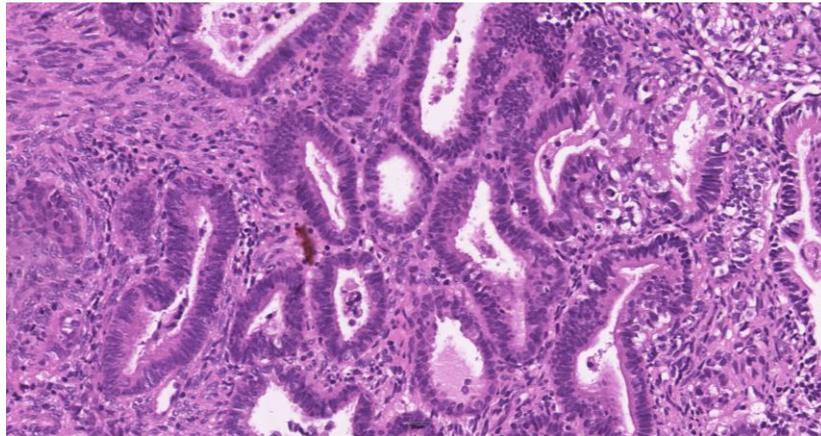
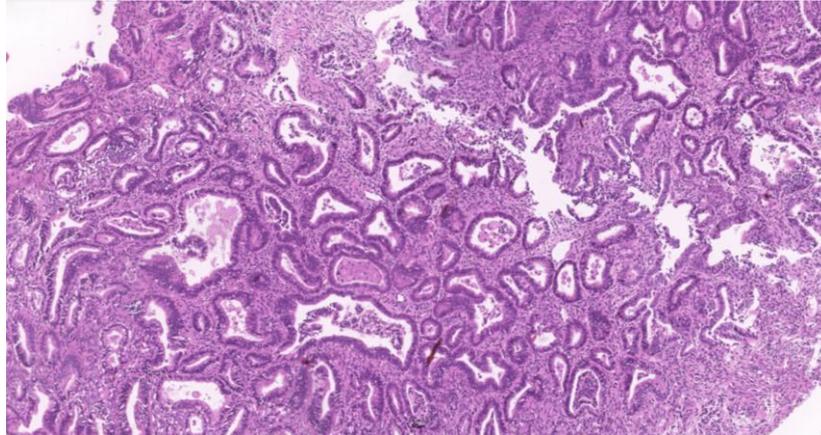


- ❖ Hysteroskopie und Resektoskopie mit Mapping
- ❖ Ausschluss von Myometriuminfiltration
- ❖ komplette Tumorentfernung



- ❖ Laparoskopie zur Beurteilung der Ovarien
- ❖ Zufallsbefund der Endometriose (Fossa ovarica bds., Douglas)
- ❖ CA 125 in Normbereich





- Histologie:
- ❖ endometrioides Adenokarzinom, G1, hormonrezeptorpositiv
  - ❖ kein Anhalt für Myometriuminfiltration
  - ❖ keine Mikrosatelliteninstabilität

- ❖ 04/2017 bis 10/2017: Behandlung mit Megestrolacetat 160mg/d und Levonorgestrel-IUD
- ❖ Hysteroskopie und gezielte Biopsie nach 3 und 6 Monaten: unauffällig

- ❖ 11/2017: Kinderwunschbehandlung:  
ICSI bei Infertilität des Mannes
- ❖ Erster Versuch führt zur Schwangerschaft,  
trotz Endometrium 5mm



- ❖ Überstimulationssyndrom mit stationärem Aufenthalt



*„...am 1. Oktober wurde unsere Tochter geboren und wir sind unglaublich glücklich nun zu dritt zu sein. Uns geht es gut, sie ist gesund und munter. Sie kam 10 Tage nach Termin natürlich zur Welt...“*

- ❖ Unauffälliger Untersuchungsbefund nach Wochenbett
- ❖ Kontroll-HSK mit Biopsie und LNG-IUD
- ❖ Weitere Kinderwunschbehandlung Ende 2019 geplant, ein Embryo im Kryoverfahren
- ❖ nach 2. Schwangerschaft oder bei Erfolglosigkeit der Kinderwunschbehandlung Hysterektomie geplant



## **Long-Term Oncologic and Reproductive Outcomes in Young Women With Early Endometrial Cancer Conservatively Treated: A Prospective Study and Literature Update.**

Laurelli G<sup>1</sup>, Falcone F, Gallo MS, Scala F, Losito S, Granata V, Cascella M, Greggi S.

- ❖ Prospektive Beobachtungsstudie
- ❖ 21 Patientinnen
- ❖ Einschluss: <40Jahre, FIGO-Stadium Ia, G1-2, endometrioides Adenokarzinom
- ❖ Resektoskopie:
  - Tumor
  - Endometrium neben dem Tumor
  - Myometrium unterhalb des Tumors
- ❖ LNG-IUD (52mg) für 6 Monate
- ❖ Mittleres Follow-up 85 Monate (30-114)

*Laurelli G et al. Int J Gynecol Cancer. 2016*

## **Long-Term Oncologic and Reproductive Outcomes in Young Women With Early Endometrial Cancer Conservatively Treated: A Prospective Study and Literature Update.**

Laurelli G<sup>1</sup>, Falcone F, Gallo MS, Scala F, Losito S, Granata V, Cascella M, Greggi S.

- ❖ Nach 3 Monaten
  - 18/21 (85.7%) Komplettremission
  - 2/21 (9,5%) Persistenz
    - eine Komplettremission nach 6 Monaten
    - eine Hysterektomie nach 6 Monaten
  - 1/21 (4.8%) Progress
- ❖ 2/21 Rezidive
  - eine atypische Hyperplasie mit simultanem Ovarialkarzinom
  - ein invasives Karzinom mit simultanem Ovarialkarzinom
- ❖ 12/18 (63%) strebten Schwangerschaft an
  - 11 Schwangerschaften
  - 10 Lebendgeburten

*Laurelli G et al. Int J Gynecol Cancer. 2016*

REVIEW ARTICLE

## Fertility-Preserving Treatment in Young Women With Grade 1 Presumed Stage IA Endometrial Adenocarcinoma *A Meta-Analysis*

- ❖ 28 Beobachtungsstudien aus 9 Ländern
- ❖ insgesamt 619 Patientinnen
- ❖ Publikationen von 01/2000 und 06/2017
- ❖ Alter: 29-38 Jahre
- ❖ Einschluss:
  - endometrioides Adenokarzinom, G1-2
  - Hormonrezeptorpositiv
  - FIGO-Stadium Ia

*Fan Z et al. Int J Gynecol Cancer. 2018*

Gruppe 1	Progesteron allein	16 Studien	456 Patientinnen	Rate kompletter Remissionen	76.3%
				Rezidivrate	30.7%
				Schwangerschaftsrate	52.1%
Gruppe 2	Resektoskopie und Progesteron	6 Studien	73 Patientinnen	Rate kompletter Remissionen	95.3%
				Rezidivrate	14.1%
				Schwangerschaftsrate	47.8%
Gruppe 3	IUD+GnRH-A oder IUD+Progesteron	6 Studie	90 Patientinnen	Rate kompletter Remissionen	72.9%
				Rezidivrate	11.0%
				Schwangerschaftsrate	47.8%

Fan Z et al. Int J Gynecol Cancer. 2018

Gruppe 1, n=456	Progesteron allein	MPA 30-500mg/d, MA 40-400mg/d
		Einnahmedauer 3-27 Monate
		Follow-up 3-178 Monate
Gruppe 2, n=73	HSK und MPA oder MA	MPA 160mg/d, MA 30-320mg/d
	HSK und IUD	9-195 Monate Liegedauer
Gruppe 3, n=90	IUD+GnRH-Analoga	GnRH-Analoga alle 28-30d
	IUD+MPA	MPA 200-500mg/d
		Einnahmedauer 3-72 Monate

MPA: Medroxyprogesteronacetat

MA: Megestrolacetat

Fan Z et al. *Int J Gynecol Cancer*. 2018

## Indikation für Uteruserhalt:

- ❖ endometrioides Adenokarzinom, G1, hormonrezeptorpositiv, keine Myometriuminfiltration
- ❖ Ausschluss eines synchronen Ovarialkarzinoms
- ❖ Testung auf Mikrosatelliteninstabilität (Lynch-Syndrom)
- ❖ Aufklärung über Standardbehandlung: Hysterektomie mit Adnexektomie bds.
  - höhere onkologische Sicherheit durch Uterusentfernung
  - Uterusentfernung nach Realisierung des Kinderwunsches indiziert
- ❖ Beratung durch Reproduktionsmediziner vor Entscheidung für fertilitätserhaltende Therapie



S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Patientinnen mit Endometriumkarzinom, 04/2018

## Simultane Endometrium- und Ovarialkarzinome

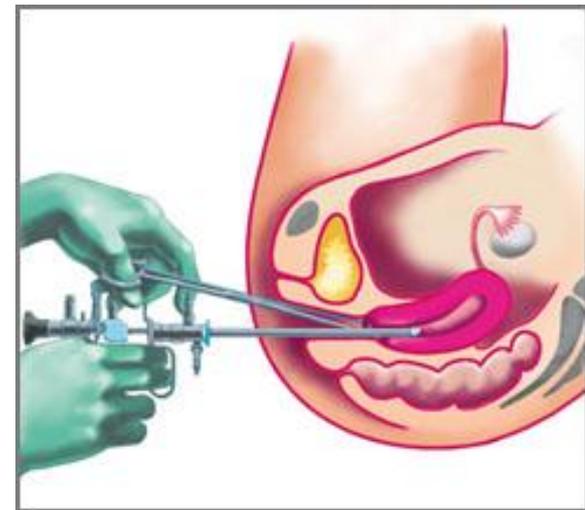
- ❖ Frauen mit Endometriumkarzinom: selten ein simultanes Ovarialkarzinom (3%)
- ❖ Junge Frauen mit Endometriumkarzinom: erhöhtes Risiko für simultanes Ovarialkarzinom (11-36%)
- ❖ >70% der Fälle: simultanes endometrioides Karzinom im Corpus uteri und Ovar
- ❖ Monoklonale Herkunft angenommen
- ❖ Häufig Frühstadium beider Karzinome: Prognose daher besser (5-JÜR: 64%)
- ❖ Unterscheidung zu Ovarialmetastasen bei Endometriumkarzinom kann schwierig sein
  - Immunhistochemie
  - Referenzpathologie
- ❖ Therapeutische Bedeutung der eindeutigen Diagnose!

## Diagnostik:

- ❖ Hysteroskopie und gezielte Biopsie/Abrasio
- ❖ vaginaler Ultraschall und MRT: Beurteilung der Adnexe und des Myometriums und der Lymphknoten
- ❖ Laparoskopie: zur ev. weiteren Abklärung der Adnexe
- ❖ Mikrosatelliteninstabilität, ggf. genetische Testung (BRCA, Lynch)

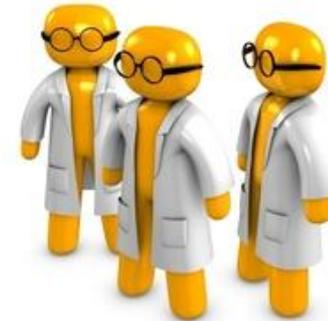
## Therapie:

- ❖ Abrasio/Resektoskopie
- ❖ Behandlung über 6 Monate mit:
  - Medroxyprogesteronacetat (200-250mg/d) oder
  - Megestrolacetat (160-200mg) oder
  - Levonorgestrel-IUD (52mg)



## Weiteres Procedere:

- ❖ Bei kompletter Remission Anstreben einer Schwangerschaft
- ❖ Bei prospektivem Kinderwunsch:
  - Erhaltungstherapie:
    - Levonorgestrel-IUD oder
    - orale Kontrazeptiva oder
    - zyklische Gestagene
  - Endometriumbiopsie alle 6 Monate
- ❖ Bei nicht Ansprechen nach 6 Monaten Hysterektomie mit Adnexektomie bds.
- ❖ Alle Empfehlungen in der Leitlinie beruhen auf einem Expertenkonsens!



mittleres Alter Erstgebärende (Statistisches Bundesamt):

- 2017: 30 Jahre
- 2012: 29 Jahre
- 1970: 24 Jahre



- ❖ viele Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen wünschen heutzutage fertilitätserhaltende Therapien
- ❖ Fertilitätserhaltende Therapien erwägen
- ❖ Vorstellung im einem Kinderwunschzentrum zur optimalen Einschätzung der Fertilität immer sinnvoll





Dr. Dorit Hanoldt



Dr. Jekaterina Vasiljeva



Dr. Peter Baldauf



Dr. Martin Hänel



Dr. Mariatu Binta Leigh



Auguste-Viktoria-Klinikum



Klinikum Neukölln



Klinikum Am Urban



**Pressemitteilung**

20.03.2013

Charité und Vivantes starten  
Netzwerk zur Behandlung von  
Eierstockkrebs

  
**Vivantes**

**&**

 **CHARITÉ**  
UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

[malgorzata.lanowska@vivantes.de](mailto:malgorzata.lanowska@vivantes.de)



## Simultane Endometrium- und Ovarialkarzinome

- ❖ Frauen mit Endmetriumkarzinom: selten ein simultanes Ovarialkarzinom (3%)
- ❖ Junge Frauen mit Endometriumkarzinom: erhöhtes Risiko für simultanes Ovarialkarzinom (11-36%)
- ❖ >70% der Fälle: simultanes endometrioides Karzinom im Corpus uteri und Ovar
- ❖ Monoklonale Herkunft angenommen
- ❖ Häufig Frühstadium beider Karzinome: Prognose daher besser (5 JÜR: 64%)
- ❖ Unterscheidung zu Ovarialmetastasen bei Endometriumkarzinom kann schwierig sein
  - Immunhistochemie
  - Referenzpathologie
- ❖ Therapeutische Bedeutung der eindeutigen Diagnose!

