



Die neue Sk-2-Leitlinie zum Vaginalkarzinom GGG-B Sitzung

Dr. med. Jana Barinoff



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)**



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

ARBEITSGEMEINSCHAFT
GYNÄKOLOGISCHE
ONKOLOGIE E.V.



Beteiligte Fachgesellschaft/en:

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

Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG)

Empfehlungsgraduierung

Beschreibung der Verbindlichkeit	Ausdruck
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

Symbolik	Konsensusstärke	Prozentuale Übereinstimmung
+++	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%



3 Versorgungsstrukturen

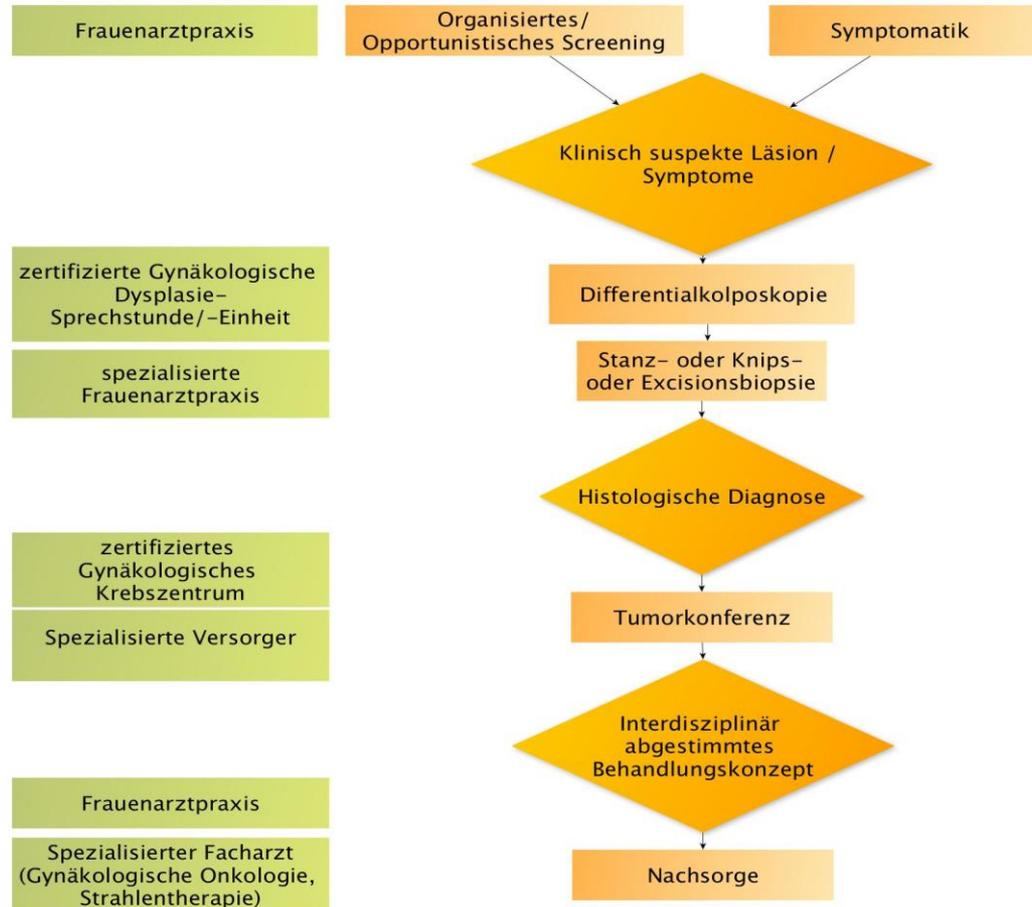
H.-G. Schnürch

Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Vaginalkarzinoms und seiner Vorstufen

Leitlinienprogramm

Versorgungsstrukturen

Versorgungsschritte



Legende:  = Versorgungsziel  = Versorgungsbestandteil  = Versorgungsort



1 Epidemiologie und Risikofaktoren

C. Böing

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.

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.



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	

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 VaIN	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.



6 Patientinnenaufklärung

P. Mallmann

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!



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 Invasions 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.

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 LGSIL, 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

Konsensbasierte Empfehlung 7.E31	
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.

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 ^{99m}Techneium 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.

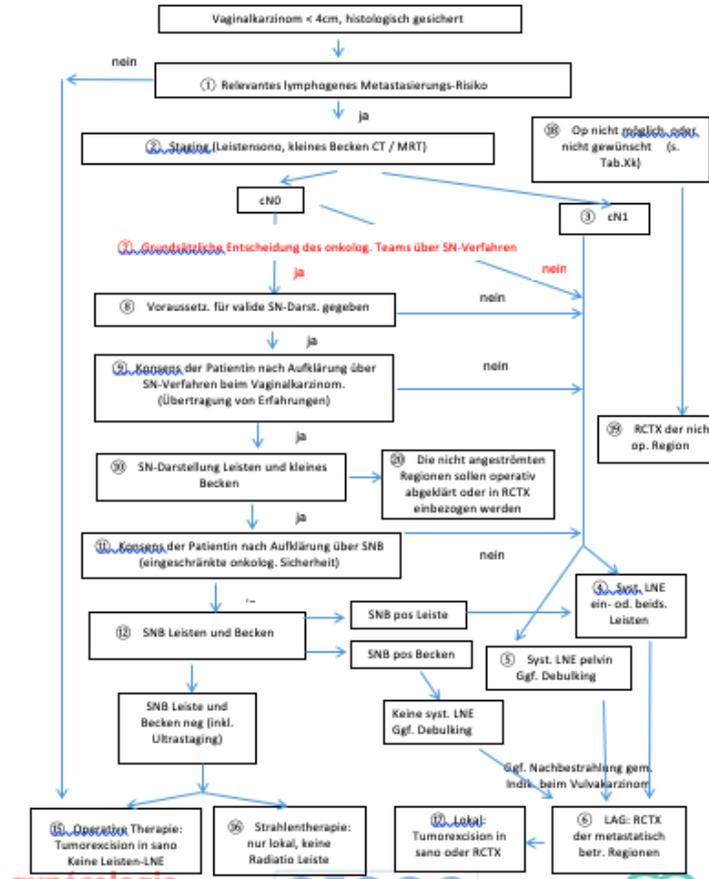
Konsensbasiertes Statement 9.S17

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

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

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 Sicherheitsaum 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.



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.



16 Nachsorge

F. Giesecking, G. Mehlhorn

16.1 Vaginale intraepitheliale Neoplasien (VaIN)

Konsensbasierte Empfehlung 16.E56

Expertenkonsens

Konsensusstärke +++

Bei Patientinnen mit therapierter 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]

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.

KONTAKT UND ANFAHRT

SANKT GERTRAUDEN KRANKENHAUS



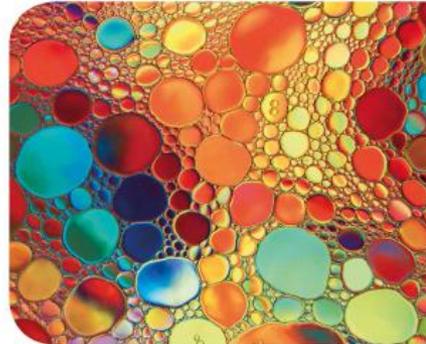
Öffentliche Anfahrt: Vom S- und U-Bahnhof Heidelberger Platz, Bushaltestelle Brabanter Platz oder Birger-Forell-Platz je vier Minuten Fußweg.

Sankt Gertrauden-Krankenhaus

Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Paretzer Straße 12
10713 Berlin

Telefon: (030) 82 72-23 11
Telefax: (030) 82 72-29 23 11
E-Mail: gynaekologie@sankt-gertrauden.de

Besuchen Sie uns im Internet:
www.sankt-gertrauden.de



FORTBILDUNG

**MITTWOCH
23. OKTOBER 2019
17:00 UHR**

Frauenheilkunde & Geburtshilfe

Tendenzen & Perspektiven

Tagungszentrum 1. OG
(Konf. 1 und 2)

Save the date

FORTBILDUNG 23. OKTOBER 2019

ANMELDUNG ZUR FORTBILDUNG

LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN,

wissen Sie vielleicht noch, warum Sie sich für dieses Fach entschieden haben? Genau, weil es ein Vielfalt anbietet, wie kein anderes! Um diese Vielfalt – Senologie, Geburtshilfe, Gynäkologie – wird uns an diesem Herbsttag gehen. Und um die neuen Entwicklungen, die wir im Dienst an der Gesundheit unserer Patientinnen stets im Auge behalten sollten. Lassen Sie Ihre Gehirne zunächst und Ihre Gaumen in der Pause und am Ende der Veranstaltung nach Art des Sankt Gertrauden Krankenhauses verwöhnen.

Ihr Team der Frauenheilkunde & Geburtshilfe

PROGRAMM

- 17:00 Uhr Begrüßung (Dr. med. Jana Barinoff)
- 17:05-17:25 Uhr Alle Wege führen nach Rom: operative Therapie des Mammakarzinoms (Marie Ysabel Vornhecke)
- 17:25-17:45 Uhr Tägliches Brot: neue onkologische Therapien in der Praxis (Lidia Perlova-Griff)
- 17:45-18:05 Uhr Endokrine Therapien beim Mammakarzinom: der Weg ist das Ziel... (Dr. med. Kerstin Brandt)
- 18:05-18:20 Uhr Geburtshilfe, die wir machen... (Dr. med. Sakine Ozer)
- 18:20-18:30 Uhr Babylotse allein in Berlin... (Dr. med. Joscha Kühne)
- 18:30-18:50 Uhr Pause
- 18:50-19:20 Uhr Aktuelle Aspekte der Diagnostik und Therapie des Gestationsdiabetes (Dr. med. Jens H. Stupin)
- 19:20-19:40 Uhr Stille Wasser sind tief: Endometriumkarzinom (Dr. med. Jana Barinoff)
- 19:40-20:00 Uhr Uterusentfernung a la carta (Dr. med. Marcelo Bustamante)

MITTWOCH, 23. OKTOBER 2019, 17.00 UHR

Name: _____
Vorname: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Tel./Fax: _____
Email: _____
Datum: _____
Unterschrift: _____

Anmeldung bitte ausfüllen und bis Mittwoch, den 16. Oktober an Debora Samberg (Sekretariat) senden:

E-Mail: gynaekologie@sankt-gertrauden.de
Telefax: (030) 82 72-29 23 11
Telefon: (030) 82 72-23 11

Die Zertifizierung ist bei der Ärztekammer Berlin beantragt.

UNSERE SPONSOREN

Mit freundlicher Unterstützung von:

Save the date