

**Fragen vom Prof. Dr. B. Lampe zum  
Nationalen Tumorboard 11.03.2020**

**Update – Endometriumkarzinom  
(Prof. D. Denschlag)**

**(2 CM –Punkte)**

### Welche Aussagen sind richtig?

1.  In der PORTEC III- Studie wurde die Teletherapie (+/- Brachytherapie) vs. Radiochemotherapie + 4 Zyklen Paclitaxel/Carboplatin randomisiert.
2.  In der PORTEC III-Studie wurden nur Patientinnen der High-risk Gruppe randomisiert.
3.  In der PORTEC III-Studie war die Toxizität in der Radiochemotherapie-Gruppe schlechter.
4.  Nach den Ergebnissen der PORTEC III-Studie ist die adjuvante Chemotherapie zusätzlich zur Radiotherapie im Stadium FIGO III (N+) und bei Typ II Karzinom zu empfehlen.

### Welche Aussagen sind richtig?

1.  Die adjuvante Therapie beim EC orientiert sich an der Zuordnung zu Risikogruppen.
2.  EC's in der Low-risk Gruppe sollten nur eine Brachytherapie und keine perkutane Radiatio erhalten.
3.  Die PORTEC-Studien (I, II, III) die die Wertigkeit der adjuvanten Radiatio beim EC untersuchen bezieht sich auf Patientinnen die eine LND hatten.
4.  Im Stadium pT1b, G1 sollte nur eine Brachytherapie und keine Teletherapie erfolgen.

### Welche Aussagen sind richtig?

1.  Nach der S3 - Leitlinie kann eine LND beim Typ I Karzinom, pT1b, G3 durchgeführt werden.
2.  Die ECLAT-Studie ist eine retrospektive Analyse der AGO zur Bedeutung der paraaortalen LND beim EC.
3.  Beim EC der Low-risk Gruppe sollte immer auf eine LND verzichtet werden.
4.  Die alleinige Sentinel- Biopsie sollte derzeit nur im Rahmen von Studien durchgeführt werden.

### Welche Aussagen sind richtig?

1.  Der NPV der Sentinel-Biopsie beim EC war im Rahmen des FIRES-Trial sehr hoch mit fast 100%.
2.  Im Falle einer LND beim EC sollte immer eine pelvine und paraaortale LND durchgeführt werden.
3.  Bei der paraaortalen LND ist der Plexus hypogastricus sup. zu schonen.
4.  Die paraaortale LND sollte immer bis zu den Nierengefäßen durchgeführt werden.

### Welche Aussagen sind richtig?

1.  Das EC wird in verschiedenen Risikogruppen eingeteilt.
2.  Die Einteilung der Risikogruppen bezieht sich nur auf das Typ I EC. Das Typ II EC wird separat in Risikogruppen unterteilt.
3.  Die Indikation zur LND wird u. a. nach der Zuordnung zu den jeweiligen Risikogruppen gestellt.
4.  Das Karzinosarkom des Uterus wird der High-risk Gruppe zugeordnet.

### Welche Aussagen sind richtig?

1.  Die Lymphangiosis carcinomatosa (L) ist ein wichtiger Faktor für die Zuordnung des EC zu den jeweiligen Risikogruppen.
2.  Die FIGO-Klassifikation des EC beruht im Gegensatz zur TNM-Klassifikation ausschließlich auf dem präoperativen Staging.
3.  Das Typ II EC ähnelt histologisch dem serös-papillären OC.
4.  Das Typ II EC zeigt häufig eine tiefe myometrane Infiltration.

### Welche Aussagen sind richtig?

1.  Eine LND sollte nur beim High-risk EC durchgeführt werden.
2.  Eine paraaortale LND ist nur erforderlich wenn die pelvinen LK befallen sind.
3.  Der SEPAL-Trial (Todo et al) zeigt die bessere Prognose für Patientinnen bei denen zusätzlich zur pelvinen LND eine paraaortale LND durchgeführt wurde.
4.  Eine LND beim EC kann sowohl laparoskopisch wie auch offen durchgeführt werden.

**Welche Aussagen sind richtig?**

1.  L1-CAM ist von prognostischer Bedeutung beim Typ II EC und muss im Rahmen einer aufwändigen Sequenzierung genetisch bestimmt werden.
2.  L1-CAM wird immunhistochemisch evaluiert.
3.  Untersuchungen zu L1-CAM liegen vorwiegend beim Typ I EC vor.
4.  In der aktuellen S3 – Leitlinien richtet sich die adjuvante Therapie beim Typ I EC u. a. auch nach der Auswertung von L1-CAM.

**Welche Aussagen sind richtig?**

1.  Zukünftig werden voraussichtlich molekulare Marker wie p53, MSI, L1-CAM, etc. die Indikation zur Adjuvanz maßgeblich beeinflussen.
2.  EC's mit einer POLE-Mutation haben eine schlechte Prognose.
3.  Nur bei Patientinnen unter 40 Jahren mit EC soll eine Lynch-Diagnostik durchgeführt werden.
4.  Die MMR-Proteine (PMS2, MSH6, MSH2, MLH1) werden immunhistochemisch untersucht.

**Welche Aussagen sind zu folgenden Situation richtig?**

57 j., EC Typ I, pT2, pN1 (3/28 pel, 0/15 para), M0, G3, L1, V0, FIGO IIIC1

1.  Es muss eine kombinierte Radiochemotherapie durchgeführt werden
2.  Die Chemotherapie erfolgt im Anschluss an die Bestrahlung.
3.  Bei knappem Absetzungsrand zur Scheide kann zusätzlich zu einer perkutanen Radiatio eine vaginale Brachytherapie durchgeführt werden.
4.  Eine alleinige Chemotherapie wäre S3 – leitlinienkonform.