

**Fragen vom Prof. Dr. B. Lampe zum
Nationalen Tumorboard 06.05.2020**

**Update – Vulvakarzinom
(Dr. P. Hantschmann)**

(2 CM –Punkte)

Welche Aussagen sind richtig?

HPV spielt eine Rolle

1. zur Unterscheidung uVIN vs. dVIN
2. ist beim Lichen sclerosus in fast 100% nachweisbar
3. ist eine der Risikofaktoren für die Entstehung eines verhornenden Plattenepithelkarzinoms der Vulva
4. gehört zur Gruppe der DANN-Vieren

Welche Aussagen sind richtig?

1. uVIN und dVIN sind in der Pathogenese zu unterscheiden
2. uVIN und dVIN erfordern unterschiedliche Therapiekonzepte
3. uVIN ist häufiger bei jungen Frauen nachweisbar
4. Lichen sclerosus ist mit dem dVIN assoziiert

Welche Aussagen sind richtig?

1. HPV hat eine prognostische Bedeutung beim Plattenepithelkarzinom der Vulva
2. immunhistochemisch spielt die Bestimmung von p16, p53 und Ki67 zur Differentialdiagnose beim uVIN und dVIN eine wichtige Rolle
3. die Entstehung eines verhornenden Plattenepithelkarzinoms auf der Basis eines dVIN liegt bei 35%
4. der Lichen sclerosus und die Plattenepithelhyperplasie werden differentialdiagnostisch unterschieden

Welche Aussagen sind richtig?

1. gut publizierte Daten belegen, dass die Diagnose eines Vulvakarzinoms häufig sehr spät erkannt/gestellt wird
2. der zytologische Abstrich zur Diagnose eines Vulvakarzinoms spielt kaum eine Rolle
3. bei unklaren Vulvabefunden sollte unabhängig vom Alter großzügig eine histologische Abklärung mit einer Punch-Biopsie erfolgen
4. demographische Daten zeigen, dass die Diagnose eines Vulvakarzinoms bei jungen Frauen in den letzten Jahrzehnten seltener gestellt wurde

Welche Aussagen sind richtig?

1. ein Ultrastaging ist nach einer Sentinel-Lymphonodektomie (SLNE) nur selten indiziert
2. die Inguinalsonographie ist nach alleiniger SLNE in der Nachsorge sinnvoll
3. Metaanalysen zeigen in ca. 30% Lymphödeme nach systematischer inguinofemoraler Lymphonodektomie und in ca. 6% Lymphödeme nach SLNE
4. durch die SLNE beim Vulvakarzinom ist die Rate an inguinofemoraler Lymphonodektomie in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen; dies wird zukünftig möglicherweise zu Ausbildungsproblemen in der Klinik führen

Welche Aussagen sind richtig?

1. die SLNE kann in Einzelfällen auch bei Patientinnen mit klinisch auffälligen Lymphknoten durchgeführt werden
2. um eine SLNE zu indizieren, muss die Tumorgröße klinisch unter 2 cm sein
3. die Patientin muss präoperativ über die „Falsch-Negativ-Rate“ der SLNE wie auch über die Leisten-Rezidiv-Rate nach SLNE aufgeklärt werden
4. die Rate an Leisten-Rezidiven nach SLNE beträgt ca. 5% verglichen mit ca. 2% nach systematischer inguinofemoraler Lymphonodektomie

Welche Aussagen sind richtig?

1. neue Untersuchungen zeigen eine vergleichbar gute Detektion des SLN nach Detektion mit Indigocyanin-Green (ICG) und ^{99m}Tc-Technetium
2. die „Falsch-Negativ-Rate“ (FNR) für SLN lag in der AGO-Studie bei knapp 8%
3. die Detektionsrate für SLN in der AGO-Studie betrug nur 60%
4. eine SLNE darf nie beim multifokalen Vulvakarzinom indiziert werden

Welche Aussagen sind richtig?

1. der HPV-Nachweis beim Plattenepithelkarzinom der Vulva hat nach epidemiologischen Untersuchungen eine wichtige prognostische Bedeutung
2. die Bedeutung des Resektionsrandes beim Vulvakarzinom wird in der Literatur unterschiedlich bewertet; ein optimaler Resektionsrand (z. B. 3mm, 5mm, 8mm) kann daher nicht angegeben werden
3. der Resektionsrand beim Vulvakarzinom hat möglicherweise Bedeutung für das krankheitsspezifische Überleben im Gegensatz zur Rezidivrate
4. bei der inguinalen systematischen Lymphonodektomie sollen immer die oberflächlichen und tiefen (unterhalb der fascia cribrosa) Lymphknoten entfernt werden

Welche Aussagen sind richtig?

1. die Kompartimenttheorie n. Höckel basiert auf ontogenetischer Anatomie
2. es gibt keine prospektiven Studien die beim Vulvakarzinom die inguinale Lymphonodektomie vs. „nihil“ untersucht haben; nur eine prospektiv randomisierte Studie hat Radiatio der Leiste vs. Lymphonodektomie verglichen; diese Studie hat zu einem vorzeitigem Studienabbruch geführt (Radiatio nicht gleichwertig – Standard inguinofemorale Lymphonodektomie)
3. ab einer Infiltrationstiefe von 5mm soll eine inguinofemorale Lymphonodektomie durchgeführt werden
4. bei inguinalen Lymphknotenmetastasen > 5mm / Kapseldurchbruch oder multiplen inguinalen Lymphknotenmetastasen (≥ 2) sollte eine pelvine Lymphonodektomie indiziert werden

Welche Aussagen sind richtig?

1. eine postoperative Bestrahlung der Leiste beim Vulvakarzinom soll immer bei ≥ 2 befallenen inguinalen Lymphknoten durchgeführt werden – allerdings sollten die Lymphknotenmetastasen > 3 mm sein
2. eine Bestrahlung der Leiste beim Vulvakarzinom ist bei einzigen Lymphknotenmetastase > 5 mm nicht indiziert
3. bei pelvinen Lymphknotenmetastasen beim Vulvakarzinom sollte eine Bestrahlung indiziert werden
4. im Stadium T3 (FIGO IVA) beim Vulvakarzinom sollte eine primäre Radiochemotherapie durchgeführt werden; alternativ kann eine neoadjuvante Radiochemotherapie diskutiert werden