

**Fragen zum Vortrag
Nationales Tumorboard 26.05.2021**

**Update Zervix/Endometriumkarzinom
Prof. P. Mallmann**

(1 CM –Punkte)

1.) Eine Patientin mit einem Zervixkarzinom 3mm x 6mm groß, G2 differenziert, benötigt folgende Therapie:

- a) Radikale Hysterektomie
- b) Die vorliegenden Informationen reichen für eine endgültige Entscheidung nicht aus
- c) Konisation
- d) Einfache Hysterektomie

2.) Bei einem Zervixkarzinom IB1 (1,8 cm), G2, L0, V0 ist die Standardtherapie:

- a) Radikale Hysterektomie mit Sentinel-node-Biopsie
- b) Primäre Radiochemotherapie
- c) Pelvine Lymphonodektomie gefolgt von radikaler Hysterektomie
- d) Laparoskopische radikale Hysterektomie mit pelviner Lymphonodektomie

3.) Welche der folgenden Aussagen zur neoadjuvanten (präoperativen) Chemotherapie beim Zervixkarzinom ist falsch:

- a) Sie kann die Operabilität verbessern
- b) Sie kann die Wahrscheinlichkeit einer adjuvanten Strahlentherapie verringern
- c) Sie verbessert das Gesamtüberleben
- d) Sie sollte im Rahmen von Studien durchgeführt werden

4.) Welche Aussage zur Radio-Chemotherapie beim Zervixkarzinom ist richtig:

- a) Bei Vorliegen von positiven pelvinen Lymphknoten ist sie nicht zwingend indiziert
- b) Es sollten grundsätzlich pelvine und paraaortale Lymphknoten bestrahlt werden
- c) Sie wird als dosisdichte und dosisintensivierte platinhaltige Therapie durchgeführt
- d) Sie ist indiziert bei Vorliegen von mindestens drei Risikofaktoren

5.) Welche Aussage zur operativen Therapie des Zervixkarzinoms ist richtig:

- a) Bis zum Stadium IIB sollte das Zervixkarzinom laparoskopisch operiert werden
- b) Das Sentinel-Verfahren wird bislang nur innerhalb von Studien angewandt
- c) Ein paraaortales Lymphknoten-Staging vor geplanter primärer Radio-Chemotherapie wird meist per Laparotomie durchgeführt
- d) Ab dem Stadium IB1 ist eine radikale Hysterektomie indiziert

6.) Welche Aussage zur operativen Therapie des Endometriumkarzinoms ist falsch:

- a) Eine pelvine und paraaortale Lymphnodektomie sollte bei G3 durchgeführt werden
- b) Im Stadium IB genügt eine pelvine Lymphonodektomie
- c) Eine radikale Hysterektomie ist auch im Stadium II nicht indiziert
- d) p53-positive Karzinome sollten lymphonodektomiert werden

7.) Welche der folgenden Patientinnen benötigen eine Chemotherapie:

- a) pT1b, G3, p53-positiv
- b) pT1b, G1
- c) pT1a, G2
- d) pT1b, G3, POLE-Mutation

8.) Welche der folgenden Aussagen zur palliativen Therapie des Endometriumkarzinoms ist falsch:

- a) Die Standardtherapie besteht in einer Kombination aus Carboplatin/Paclitaxel
- b) Alternativ können auch anthrazyklin-haltige Regime eingesetzt werden
- c) Bei Mikrosatelliteninstabilität besteht die Option einer zielgerichteten Therapie mit Pembrolizumab
- d) Bei positivem VEGF-Status ist die Gabe von Bevacizumab indiziert

9.) Welche Aussage zur adjuvanten Therapie des Endometriumkarzinoms ist falsch:

- a) Eine adjuvante Chemotherapie erfolgt standardmäßig mit Carboplatin/Paclitaxel
- b) Die Radiochemotherapie erfolgt sequentiell zur Chemotherapie
- c) Bei Vorliegen einer Indikation zur adjuvanten Strahlentherapie sollte diese immer perkutan durchgeführt werden
- d) Bei positivem Lymphknotenbefall ist eine adjuvante Strahlen- und Chemotherapie indiziert

10.) Welche Aussage zum Endometriumkarzinom ist richtig:

- a) Eine Sentinel-node-Biopsie sollte nur im Rahmen von Studien durchgeführt werden
- b) Die operative Therapie sollte vorzugsweise per Laparotomie durchgeführt werden
- c) Eine weiterführende molekulare Klassifikation beim Endometriumkarzinom sollte erst ab Stadium II erfolgen
- d) POLE-mutierte Endometriumkarzinome haben eine günstige Prognose