



FrauenHeilKunde – INFO

Gynäkologische Onkologie

März 2026



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit dem ersten Newsletter des Jahres 2026 möchten wir Sie über die wichtigsten Inhalte der letztjährigen Fortbildung „Gynäkologische Onkologie – Praxisrelevanz der leitlinien-gerechten Diagnostik und Therapie“ informieren.

Die Gynäkologische Onkologie befindet sich in einem dynamischen Wandel. Im Jahr 2025 sind zahlreiche neue Therapien, Klassifikationen und Empfehlungen hinzugekommen, die eine unmittelbare Relevanz für unsere klinische Praxis besitzen. Im Mittelpunkt stehen unter anderem die neuesten Erkenntnisse zur Immuntherapie und zu Antikörper-Wirkstoff-Konjugaten (ADCs), die zunehmend Eingang in die gynäkoonkologische Therapie finden. Darüber hinaus widmen wir uns den (inter-)nationalen Guidelines sowie der überarbeiteten FIGO-Klassifikation.

Wie Sie alle bestimmt bereits wissen, hat dieses Jahr das Interdisziplinäre Tumortherapiezentrum (ITC) seine Arbeit aufgenommen, in welchem die Frauenklinik als größte Abteilung vertreten ist. Wir sind davon überzeugt, mit dieser neu geschaffenen Infrastruktur signifikant zur weiteren Verbesserung der Versorgung unserer Krebspatientinnen beitragen zu können.

Ich freue mich in Zukunft auf einen guten Austausch und eine erfolgreiche Zusammenarbeit, um weiterhin das Bestmögliche für unsere gemeinsamen Patientinnen zu erreichen!

Prof. Dr. Matthias W. Beckmann

Endometriumkarzinom – molekulare Klassifikation als Grundlage der personalisierten Therapie

Molekulare Tumoreigenschaften spielen eine zunehmend zentrale Rolle in der Behandlung des Endometriumkarzinoms. Neben der Bestimmung des Gradings ist die Analyse der Mismatch-Reparatur (MMR)-Proteine (MLH1, PMS2, MSH2, MSH6), des POLE- sowie des p53-Status integraler Bestandteil der Diagnostik und bestimmt sowohl die prognostische Bewertung als auch die Wahl der Therapie maßgeblich. Die genannten molekularen Marker ermöglichen die Einteilung des Endometriumkarzinoms in vier Gruppen: 1) POLE-mutiert 2) MMR-defizient 3) p53-aberrant 4) NSMP (no special molecular profile). Weitere relevante Marker sind L1CAM sowie der Östrogenrezeptorstatus. Die immunhistochemische Untersuchung von L1CAM kann bei frühen Endometriumkarzinomen vor allem im Kontext einer geplanten fertilitätserhaltenden Therapie hilfreich sein. Aktuelle Daten zeigen, dass der Östrogenrezeptorstatus insbesondere innerhalb der NSMP-Gruppe eine zusätzliche prognostische Differenzierung ermöglicht. Darüber hinaus hat der Östrogenrezeptorstatus im Hinblick auf eine endokrine Therapie bei fortgeschrittener bzw. rezidivierender Erkrankung einen prädiktiven Wert. Bei fortgeschrittenen oder rezidivierten p53-aberranten Tumoren sowie bei serösen Karzinomen bzw. Karzinosarkomen wird zusätzlich eine HER2-Testung empfohlen.

Die FIGO-Klassifikation 2023 ist Bestandteil der aktualisierten ESGO-ESTRO-ESP-Leitlinie 2025 und wird dort gemeinsam mit molekularen Markern in eine Risikostatifizierung integriert, die die Gruppen „low risk“, „intermediate risk“, „high-intermediate risk“, „high risk“ sowie „uncertain risk“ unterscheidet und als wesentliche Grundlage für Therapieentscheidungen dient. Die FIGO-Klassifikation 2023 wird in der Konsultationsfassung der S3-Leitlinie Endometriumkarzinom bereits aufgegriffen, ohne bislang in der aktuell geltenden S3-Leitlinie Endometriumkarzinom enthalten zu sein. Perspektivisch ist denkbar, dass ein zur ESGO-ESTRO-ESP-Leitlinie 2025 vergleichbares Konzept auch in die S3-Leitlinie Endometriumkarzinom aufgenommen wird.

Die molekularen Risikogruppen sind die Grundlage für operative und adjuvante Therapieentscheidungen. Auf Basis dieser Marker sollen die Entscheidungen zum Ausmaß des Lymphknotenstaging, zu einer möglichen Chemotherapie sowie zur Hinzunahme eines Immuncheckpoint-Inhibitors getroffen werden. Darüber hinaus erweitern zielgerichtete Therapieansätze wie antihormonelle Therapien, Kombinationen mit CDK4/6-Inhibitoren sowie Antikörper-Wirkstoff-Konjugate das therapeutische Spektrum und zeigen vielversprechende Ergebnisse in aktuellen Studien.

Die fortschreitende Integration molekularer Erkenntnisse in Leitlinien und klinische Algorithmen wird die Behandlung des Endometriumkarzinoms in den kommenden Jahren weiter verändern.

Vulvakarzinom: immer noch vernachlässigt!

Das Vulvakarzinom stellt ein seltenes, jedoch in den vergangenen Jahrzehnten zunehmend relevantes gynäkologisches Malignom dar. In Deutschland werden jährlich etwas mehr als 3.000 Neuerkrankungen registriert.

Pathogenetisch werden zwei unterschiedliche Entwicklungswege unterschieden, die bereits auf der Ebene der präinvasiven Läsionen beginnen. Die HPV-assoziierte vulväre intraepitheliale Neoplasie, heute als High-grade Squamous Intraepithelial Lesion (HSIL, früher uVIN) bezeichnet, ist in etwa 75–90 % der Fälle mit Hochrisiko-HPV assoziiert. Demgegenüber steht die differenzierte VIN (dVIN), eine seltenere HPV-unabhängige Präkanzerose, die typischerweise bei postmenopausalen Frauen im Zusammenhang mit chronisch-entzündlichen Dermatosen wie dem Lichen sclerosus auftritt.

Die Diagnostik des Vulvakarzinoms und seiner Vorstufen beruht primär auf der sorgfältigen klinischen Untersuchung der Vulva, ergänzt durch gezielte Biopsien aller suspekten Areale. Aufgrund der häufig multifokalen Ausbreitung wird ein systematisches Vorgehen empfohlen.

Therapeutisch hat sich in den vergangenen Jahren ein zunehmend individualisiertes, funktionserhaltendes Konzept etabliert. Bei frühen Stadien steht die radikale lokale Exzision mit ausreichendem Sicherheitsabstand im Vordergrund. Die Sentinel-Lymphknotenbiopsie hat sich bei ausgewählten Patientinnen als Standardverfahren zur Reduktion der Morbidität etabliert. Fortgeschrittene oder nodal positive Tumoren erfordern multimodale Therapiekonzepte aus Operation, Radiotherapie und gegebenenfalls Chemotherapie. Im Gegensatz zu anderen gynäkologischen Malignomen fehlen für das Vulvakarzinom weiterhin evidenzbasierte systemische Therapieoptionen jenseits der klassischen Chemotherapie. Um eine Datengrundlage für die weitere Erforschung und Implementierung neuer Substanzklassen zu liefern, konnten in Erlangen durch Zusammenarbeit der Frauenklinik und dem Pathologischen Institut mittels Tissue-Microarray (TMA) eine verbreitete Expression von TROP2 und PD-L1 nachgewiesen werden. Die nachweisbare PD-L1-Expression legt nahe, dass eine immuncheckpointbasierte Therapie – analog zu Zervix- oder Endometriumkarzinomen – auch bei dieser Tumorentität biologisch plausibel erscheint. Ebenso eröffnet die häufige TROP2-Expression die Perspektive für den Einsatz von Antikörper-Wirkstoff-Konjugaten. Langfristig könnten dadurch personalisierte Behandlungsstrategien etabliert werden, die die Prognose und Lebensqualität betroffener Frauen verbessern.

Ovarialkarzinom: Herausforderung der Patientinnenselektion zur OP oder zur medikamentösen Therapie

Die TRUST-Studie (ENGOT ov33/AGO-OVAR OP7) liefert wichtige Evidenz für Patientinnen mit resektablem fortgeschrittenem Ovarialkarzinom in der Primärerkrankungssituation. Vor allem im FIGO-Stadium III zeigte die primäre zytoreduktive Operation einen Vorteil im progressionsfreien Überleben im Vergleich zur neoadjuvanten Chemotherapie mit Intervalloperation – ohne relevante Einbußen der Lebensqualität. Entscheidend für den Benefit waren hohe Komplettersektionsraten (RO), was den Stellenwert von radikalen Upfront-Operationen in erfahrenen Zentren unterstreicht.

Auch im platin sensitiven Rezidiv wird dieser erneut bestätigt. Die SOC-1-Studie zeigte eine signifikante Verlängerung von PFS und Gesamtüberleben durch eine erneute zytoreduktive Operation im Vergleich zu einer alleinigen Chemotherapie. Insbesondere profitieren auch Patientinnen, die bei einem zweiten Rezidiv eine (Crossover-)Operation erhielten. Parallel dazu erweitern Antikörper-Wirkstoff-Konjugate (ADCs) die therapeutischen Möglichkeiten, vor allem beim platinresistenten Ovarialkarzinom. Mirvetuximab-Soravtansin ist bei FRα-hoch-exprimierenden Tumoren bereits zugelassen und zeigte in der MIRASOL-Studie ein überlegenes PFS und OS bei guter Verträglichkeit im Vergleich zur Standardchemotherapie. Weitere Antikörper-Wirkstoff-Konjugate wie Rinatobart-Sesotecan erweitern das therapeutische Spektrum, da sie durch einen ausgeprägten Bystander-Effekt auch Tumoren mit niedriger oder heterogener FRα-Expression adressieren und somit selbst bei geringerer Antigenexpression wirksam sein können. Zusätzlich befinden sich ADCs gegen weitere Zielstrukturen, z. B. HER2 und Claudin-6, in fortgeschrittener klinischer Prüfung und könnten das therapeutische Spektrum beim Ovarialkarzinom künftig erweitern.

Zervixkarzinom: von Wertheim bis Shape – operative Strategien, Bestrahlung oder Immunonkologie?

Im Hinblick auf die Epidemiologie des Zervixkarzinoms zeigten Stuebs et al im vergangenen Jahr, dass die Inzidenz von Plattenepithelkarzinomen der Zervix gesenkt werden konnte, insbesondere bei jüngeren Frauen, ohne dass jedoch die 5-Jahres-Überlebensrate verbessert wurde. Die Inzidenz des Adenokarzinoms war weitestgehend stabil. Ein Viertel der Patientinnen war über 65 Jahre alt und wird nicht mehr von den Krankenkassen zum Screening eingeladen.

Die Daten des LACC-Trials zur offenen vs. minimalinvasiven Hysterektomie wurden in der finalen Analyse nach 4,5 Jahren bestätigt. Das krankheitsfreie Überleben betrug 85 % in der minimalinvasiven Gruppe gegenüber 96 % nach offener Operation.

Eine wichtige Ergänzung dieses Ergebnisses lieferten die SUCCOR-CONE-Studie sowie die weiteren Subgruppenanalysen des LACC-Trials. Sie konnten zeigen, dass eine präoperativ durchgeführte Konisation das Rezidivrisiko nach minimalinvasiver radikaler Hysterektomie deutlich reduziert. Bei Patientinnen mit vorangegangener Konisation bestand in der Subgruppenanalyse des LACC-Trials kein signifikanter Unterschied im krankheitsfreien Überleben zwischen den beiden Gruppen (HR 1,27 (0,39-4,17)).

Diese Ergebnisse des multizentrischen randomisierten PHENIX-Trials demonstrierten 2025 die Nichtunterlegenheit des Konzepts der alleinigen pelvinen Sentinelbiopsie gegenüber der kompletten Lymphonodenektomie hinsichtlich des primären Endpunktes des krankheitsfreien Überlebens mit 94,6 % gegenüber 96,9 % (HR 0,61 (0,33-1,14)). Eingeschlossen wurden 828 Patientinnen in den FIGO-Stadien IA1 LVSI, IA2, IB1 oder IIA1 ≤ 3cm (2009), die nach einer negativen Sentinelbiopsie 1:1 entweder in eine reine Sentinel-Gruppe oder eine Gruppe mit zusätzlicher pelviner Lymphonodektomie eingeteilt wurden. Einschränkung ist im Rahmen der Ergebnisse aber anzumerken, dass ausschließlich eine asiatische Kohorte eingeschlossen war, häufig adjuvante Therapien erfolgten und größtenteils Einzeltracer mit Methylenblau (85 %) und ICG (15 %) zur Anwendung kamen.

Beim lokal fortgeschrittenen Zervixkarzinom konnte im Rahmen der UTERUS-11-Studie gezeigt werden, dass ein chirurgisches Lymphknotenstaging vor primärer Radiochemotherapie zwar häufig zu einem Upstaging führt, insgesamt jedoch keinen signifikanten Vorteil im krankheitsfreien Überleben bietet. Ein möglicher Nutzen mit einer Verbesserung des krankheitsfreien Überlebens wurde lediglich in der Subgruppe im FIGO-Stadium IIB beobachtet.

Neuigkeiten aus der Endometrioseprechstunde

Wir möchten Sie kurz über eine wichtige Neuerung in unserer Terminorganisation informieren:

Die **Terminvergabe für gesetzlich versicherte Patientinnen** in unserer Endometrioseprechstunde am Uniklinikum Erlangen erfolgt **ab sofort digital über das Patientenportal Emento**.

Patientinnen buchen ihren Termin selbstständig online über das Portal.

Was bedeutet das für Ihre Praxis?

- Sie können Ihre Patientinnen direkt auf die digitale Terminbuchung verweisen.
- Die Anmeldung erfolgt strukturiert inkl. relevanter medizinischer Angaben. Medizinisch relevante Informationen sind datenschutzkonform mittels Fragebögen bereits vor dem Termin erhoben werden.
- Die Dringlichkeit kann dadurch bereits vor dem Termin besser eingeschätzt werden.

- Die Patientinnen werden aufgefordert die E-Mail-Adresse ihrer Praxis anzugeben. Sie erhalten dann eine E-Mail mit einem Link zu 8 Fragen (**s. Abbildung 1**) zur Einschätzung der Dringlichkeit der Terminvergabe.

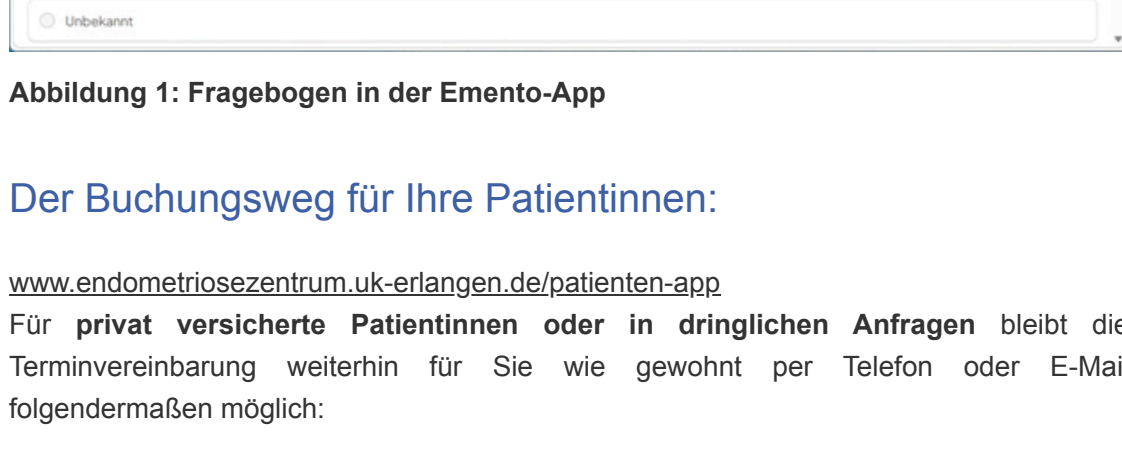


Abbildung 1: Fragebogen in der Emento-App

Der Buchungsweg für Ihre Patientinnen:

www.endometriosezentrum.uk-erlangen.de/patienten-app

Für **privat versicherte Patientinnen** oder in **dringlichen Anfragen** bleibt die Terminvereinbarung weiterhin für Sie wie gewohnt per Telefon oder E-Mail folgendermaßen möglich:

- Tel.: 09131 85-33524 (Direktion) oder 09131 85-44039 (OA-Sekretariat)

- [fk-endometriose-termin\(at\)uk-erlangen.de](mailto:fk-endometriose-termin(at)uk-erlangen.de)

- **Erreichbarkeit:** Montag, Dienstag und Donnerstag: 9:00 – 15 Uhr, Mittwoch und Freitag: 9:00 – 14 Uhr

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung bei der Umstellung — sie trägt wesentlich zu einer effizienteren Versorgung unserer gemeinsamen Patientinnen bei!

Impressum

Herausgegeben von:
Universitätsklinikum Erlangen
Frauenklinik

Universitätsstr. 21/23
91054 Erlangen

Tel.: 09131 85-33553
Fax: 09131 85-33456

fk-direktion@uk-erlangen.de
www.frauenklinik.uk-erlangen.de

V.i.S.d.P.:
Prof. Dr. Matthias W. Beckmann

Gesamtherstellung:
Uniklinikum Erlangen
Kommunikation
91012 Erlangen

Falls Sie Ihre Abonnements verwalten oder abbestellen möchten, klicken Sie bitte **HIER**.